

## 第2部 日本への適用可能性

厚生労働科学研究費補助金（政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業））

「諸外国における医療制度改革と日本への適用可能性に関する研究」

平成 25 年度分担研究報告書

## 医療保障制度における公私関係

研究分担者 片桐 由喜（小樽商科大学商学部 教授）

### 研究要旨

本研究は、ドイツ、フランス、イギリスの三か国の医療保障制度における公私関係、すなわち公私の役割分担等に関する改革の日本への適用可能性を明らかにすることを目的とする。

このため、まず、三か国の改革について比較検討を行い、共通点及び相違点を明らかにした。その結果を踏まえ、三か国での改革の日本への適用可能性について検討を行った。

以上の結果、日本においても有効と考えられる改革とそれを実施する場合の効果や検討課題が明らかとなった。

### A. 研究目的

ドイツ、フランス、イギリスの三か国で行われた医療保障制度における公私関係に関する改革の日本への適用可能性を明らかにすることを目的とする。

（倫理面への配慮）

文献研究及び相手方の了解を得て行った訪問調査結果に基づく研究であるため該当しない。

### B. 研究方法

まず、各国の改革についての研究成果を基に、ドイツ、フランス、イギリスの三か国で行われた医療保障制度における公私関係に関する改革について比較検討を行い、三か国の共通点及び相違点を明らかにした。その結果を踏まえ、具体的な改革の日本への適用可能性について検討を行った。

### C. 研究結果及び D. 考察

#### (1)三か国比較

医療保障制度の公私関係について医療費負担と医療サービスの提供体制の2つの側面から把握した。

前者において三か国に共通することは、社会保険財源や国庫など公的部門と民間医療保険による費用負担が併存し、これら費用負担者が相互に代替、補完しあう改革が進められ

てきたことである。

なし

一方で各国の医療保障制度における公私関係にみられる機能、役割分担のあり方は三か国の制度(社会保険方式か、租税方式かなど)に内在する相違により、三者三様である。

#### G. 研究発表

##### 1. 論文発表

なし

##### 2. 学会発表

なし

#### (2)日本への適用可能性

医療技術や医薬品の開発・発展に伴う医療費の高額化は公的医療保険財政にとって大きな負担増となる。3か国のように民間医療保険を代替的、補完的に積極的に活用することは公的医療保険財政、および患者の負担軽減に有効であると考えられる。また、混合診療解禁の可能性が取りざたされる現在、公的保険でカバーされない部分を補う手段として期待しうる。

#### H. 知的所有権の取得状況の出願・登録状況

##### 1.特許取得

なし

##### 2.実用新案登録

なし

##### 3.その他

なし

しかし、日本が国民皆保険であることや、医療機関へはフリーアクセスであることなど、日本の医療制度の特徴を考慮した検討が必要である。

#### E. 結論

この研究の結果、三か国の医療保障制度における公私関係の改革の諸点は、それぞれの国に特有の制度や制度形成の沿革に由来しており、これらの改革の成果を日本へ適用する場合には日本の医療制度の特性に応じて検討する必要があることが明らかとなった。

#### F. 健康危険情報

## 医療保障制度における公私関係

片桐由喜（小樽商科大学商学部 教授）

### 1. 三か国の比較

#### (1) 「公私」関係の視点

まず、医療保障制度における公私関係という場合に、本稿においては以下の2つの視点からこれを捉え、三か国比較の対象とした。

1つは、医療費の負担における公私関係である。ここでの「公私」について、「公」は社会保険料や租税による医療費負担を、他方、「私」は民間保険による医療費負担を意味する。換言すれば、医療機関が提供した医療行為に対する対価、すなわち診療報酬をどこから得るかということでもある。

もう1つは医療供給体制における公私関係である。この場合、「公」は公的医療機関であり、「私」は公的医療機関以外、つまり、医療法人等、民間立の医療機関をいう。

医療保障制度における公私関係をこの2つの視点から捉え、それぞれどのような改革が行われたかについて、三か国の比較を行い、日本への適用可能性を検討した。

なお、本稿で言うイギリスとはイングランドのみを意味する。ただし、記述の都合上、イングランドと表現する場合もある。

#### (2) 医療費負担における公私関係

三か国いずれにおいても、医療費の財源形成に公私がそれぞれ寄与している。しかしながら、そのあり方は各国の医療保障制度の特徴を背景に異なる。

##### ① 公的医療保障

医療上の必要性が認められる治療には患者の経済的負担を軽減するための措置がとられ、それが「公的」医療保障制度である。ただし、公的であるからといって、常に国家など公的団体が関与しているわけではない。

ドイツは2009年、保険契約法に基づきドイツに居住するすべての者に公的医療保険と民間医療保険のいずれかに加入することを義務付けた。つまり、ドイツでは公的医療保険と民間医療保険の両方が公的医療保障のファイナンスを担っている。また、これに先立つ2007年の医療制度改革により選択タリフ制度が体系化された。これは公的医療保障制度の枠組みの中であって、被保険者に「より高い給付とより高い保険料」「より低い給付とより低い保険料」の選択を可能にするものである。そのため公的医療保障の領域に民間保険的な性格を有する保障形態が出現したと評される。

---

<sup>1</sup> 医療法31条は公的医療機関を「都道府県、市町村その他厚生労働大臣の定める者の開設する病院又は診療所」とし、「その他厚生労働大臣の定める者」とは国保連、日赤、済生会、厚生連、社会福祉法人北海道社会事業協会をいう（厚生省告示167号（昭和26年8月22日））。国立病院は2004年、国立高度専門医療センター、および、国立ハンセン病療養所を除き、独立行政法人に移行し、国が支援する公的病院として位置づけられる。

フランスはわが国同様、公的医療保険が公的医療保障に要する費用の財源形成を担う。なお、ドイツ、フランスともに、診療に要した費用をまかなうのに上記医療保険に加えて、患者にも自己負担が求められる。

イギリスは公的医療保障に要する費用の約 8 割を一般財源（租税）でまかない<sup>2</sup>、残り 1 割程度を社会保険財源から拠出している。また、基本的には自己負担はない。

## ② 民間医療保険<sup>3</sup>

三か国ともに、公的医療保障制度に加えて、民間医療保険が活用されている。一般的には公的医療保障制度がカバーしない医療行為（美容整形、矯正歯科、高度先進医療、等）のために活用されるが（補足機能）、国によって民間医療保険が果たす役割に異なる部分がある。

### ・ドイツ

ドイツでは、まず上述したように、公的医療保障の中で民間医療保険が活用され（代替機能）、被保険者の 1 割がこれに加入する。このほかに付加医療保険と呼ばれる補足的機能を有する民間医療保険がある。これは差額ベッド代、1 日当たり入院給付金、所得補償給付金など我が国の民間保険と類似した機能を持つ。

### ・フランス

フランスでは補足給付保険と呼ばれる民間医療保険が積極的に利用されている。これは通常、自己負担を軽減することを目的として購入され（補完機能）、その販売と運用は共済組合、保険会社、および労使共済組織である。加入率は 2008 年現在 94%、この補足給付により、患者本人が負担する医療費は 1 割に満たないとされる<sup>4</sup>。

### ・イギリス

イギリスの場合は、NHS から提供される診察・治療にアクセスするまでの時間がかかることから「いわゆる待機時間問題」、待ち時間をなく診療を受けることのできるプライベート診療を受けるために、もっぱら活用されている（二重機能）。また、2011 年現在、イギリスにおける民間保険加入率は約 10% である。

## (3) 医療供給体制における公私関係

医療供給体制について、わが国と異なり、そして三か国に共通する特徴は病診分離が確立している点である。

このうち、外来診療は三か国ともに、わが国同様、自由開業医制の下で提供されている

2 健保連「後発医薬品による医療費適正化に関する調査研究報告書」（2013 年）3 頁。

3 民間医療保険については「特集 諸外国における民間医療保険の位置づけ」『健保連海外医療保障』98 号（2013 年 6 月）を参考。

4 加藤智章「2 フランスの医療保障体制・医療保険」厚労科研費補助金政策科学総合研究事業『諸外国における医療制度改革と日本への適用可能性に関する研究 平成 24 年度 総括・分担研究報告書』（2013 年）72 頁。

ため、提供体制の性質が同じである。そのため、外来診療については医療保障制度の公私関係という検討の視点が成り立たないため、検討の対象外とする。

#### ① 入院のための医療機関

三か国には入院を担う医療機関として公的医療機関、民間営利医療機関、および民間非営利医療機関が併存し、医療保障制度における公私の協力、ないしは競合の関係が見られる。なお、以下では、入院に活用される医療機関を病床数に関わりなく、病院と証することとする。これは OECD の統計で用いられている用語「病院」に倣うためである。

#### ② 病院の概況

三か国調査を通して、まず、判明したことはドイツ、フランスの病院数、その設置主体ごとの病院数が統計上、明らかになっているのに対し（図 1 参照）、イギリスの場合、これらを集計した公式統計がないことである<sup>5</sup>。イギリスにおいて明らかにされているのは人口当たりの病床数や医師、看護師などにとどまる。

<図 1>ドイツ・フランスの開設者別病院数（OECD Health Data 2013）

	病院総数	公的病院	民間非営利病院	民間営利病院
ドイツ	2698	944	715	1039
フランス	3278	854	1066	1358
日本	8565	1526	7039	

出典：ドイツ、フランスについては OECD Health Data 2013、日本については厚生労働省「平成 24 年医療施設（動態）調査・病院報告の概況」。

イギリスの上記のような状況の背景として、予算制であるため病院数が必ずしも医療費支出に影響を与えず、病院数を把握する必要性が乏しいこと、また、病院を運営するトラストが複数の病院を有すること、病院の開設、閉鎖ないしは統合がしばしばなされていることなどから集約が難しいことなどが考えられる。

なお、トラスト数は正確に把握されている。現在、イギリスの医療供給体制で公式統計上、公表されている事項は以下のとおりである。まず、一般病院のトラスト 160（出典：NHS Confederation）、救急トラスト 10、精神科トラスト 58（出典：NHS England）がそれぞれ存在する。

イギリスの病院サービスの提供者として民間病院、とりわけ株式会社が開設者となる病院が増加している。ロンドン市内だけでも民間病院は 10 病院、また病院を開設する株式会社がイングランド全体で 9 社ある。さらに、トラスト病院のうち 6 病院が院内にプライベート診療を行う空間（NHS private unit）を用意している（出典：Private Healthcare UK）。

<sup>5</sup> 健康保険連合会『NHS 改革と医療供給体制に関する調査研究報告書』（2012 年）7 頁においては Care Quality Commission（CQC）のホームページ（<http://www.cqc.org.uk/>）からの検索結果として 2012 年 3 月 12 日現在、3615 の病とは院があると指摘する。

## 2. 日本への適用可能性

### (1) 医療費負担における公私関係

公的医療保障財源は、いずれの国も厳しい状況にある。これを改善するために、民間保険の積極活用を企図した医療改革のうち、日本に適用可能な手段について検討する。

そこで民間保険が果たす役割のうち、代替機能と補完機能に着目して検討する。まず、ドイツにおける皆保険の一部を民間保険に担わせる改革は、日本での皆保険の歴史を踏まえれば適用困難であると思われる。次に、自己負担分をいわば肩代わりするフランスの補足給付保険は、自己負担軽減には資する一方、医療費抑制の阻害要因となると評されている。このためフランスではこのようなモラルハザードを防ぐ対応策が用意されている。

日本の場合、重い自己負担を軽減する措置として高額療養費制度が設けられ、保険給付の範囲に収まる限りは民間保険の果たす役割は小さい。日本で利用度の高い民間保険の入院給付金、手術一時金などは入院期間の延長や高額医療の利用に結びつきやすい。このような状況を回避するために、フランスの補足給付の適用において考慮されている改革、即ち、過剰診療を防ぐ措置や公的保険との役割分担は我が国にも有用な示唆を与える。

### (2) 医療供給体制における公私関係

図1のとおり、日本は民間病院の割合が圧倒的に大きく、民間主導の医療供給体制と言える。これは医療費抑制政策のコントロールが十分に機能しないこと、むしろ大半の病院が収益を増やすために政策とは逆方向に向かう行動をとったとしても、それを容認せざる得ない状況を作り出していること、および病院の地域的偏在の深刻化などを招来している。

病院開設者の公私割合は歴史的な経緯もあり、また、その数が膨大であることから、日本の現状を大きく変えることは無理である。しかし、フランスにおける医療供給制度改革、とりわけ地域圏保健庁ARSの設置、ARSと病院との複数年契約(CPOM)、および病院の設立・医療活動のための許可制度等に関する一連の改革は、病院の提供する医療サービスの量と質に対して公的規制を及ぼす仕組みであり、日本にとって参考となるものである。たとえば、高額医療設備の設置を許可制にするなどは日本においても適用可能な改革である。日本の自由開業医制と現行地域医療計画では十分に果たすことができていない適正な病院供給体制のために、日本に適用可能な手法を抽出し、実行可能な施策から着手していくことが必要である。

## 診療報酬(ドイツ)

研究代表者 松本 勝明（国立社会保障・人口問題研究所研究員）

### 研究要旨

この研究は、ドイツで行われた外来診療報酬及び入院診療報酬並びに薬剤償還価格に関する改革の日本への適用可能性を明らかにすることを目的とする。

このため、まず、このような改革について、フランス及びイギリスとの比較の視点から検討を行い、ドイツの特徴を明らかにした。その結果を踏まえ、ドイツで行われた改革の日本への適用可能性について検討を行った。

この結果、日本においても、標準給付量の設定、DRG に基づく包括的な報酬の導入、定額制の導入により、給付量のコントロール、在院日数の短縮化、ジェネリックの価格引下げ・支出抑制の効果が期待されることを指摘するとともに、適用に当たっての検討課題を明らかにした。

### A. 研究目的

ドイツで行われた外来診療報酬及び入院診療報酬並びに薬剤償還価格に関する改革の日本への適用可能性を明らかにすることを目的とする。

その結果を踏まえ、ドイツで行われた改革の日本への適用可能性について検討を行った。  
(倫理面への配慮)  
文献研究及び相手方の了解を得て行った訪問調査の結果に基づく研究であるため該当しない。

### B. 研究方法

まず、各国の改革についての研究成果を基に、ドイツで行われた診療報酬に関する改革についてフランス及びイギリスとの比較検討を行い、ドイツの改革の特徴を明らかにした。

### C. 研究結果及び D. 考察

#### (1)ドイツの特徴

##### ①外来診療報酬

診療報酬が固定された一点当たり単価に基づき算定される仕組みへの転換が図られた。



併せて、この転換が、給付の量的拡大につながらないように、給付量をコントロールする手段が導入された。

また、保険医の地域偏在是正のために過少供給地域で診療報酬の一点あたり単価の加算を行うことが認められた。

### ②入院診療報酬

全ての病院について、経常経費全体を対象に DRG に応じて療養一件当たりの包括的な報酬を支払う制度が導入された。この制度は、在院日数の短縮化などに効果を発揮する一方で、入院件数増加などの問題をもたらしている。

### ③薬剤償還価格

治療上同等の効果を持つ薬剤について償還価格の上限となる定額が導入された。定額は、対象薬剤にかかる価格の引下げ及び医療保険支出の抑制に大きな効果を発揮している。さらに、疾病金庫と製薬企業の間で値引きについて合意する値引契約の制度が導入され、対象薬剤の価格引下げ及び支出抑制に一層の効果を上げている。

## (2)日本への適用可能性

### ①外来診療報酬

給付量拡大の懸念は出来高払いを採用している日本にもあてはまる。ドイツで導入された給付量をコントロールする仕組みのうち、

「保険医単位の標準給付量の設定」は日本においても活用可能なものと考えられる。ただし、標準給付量の設定方法、標準給付量を超えた場合の対応について検討する必要がある。

また、医師不足地域において、一点あたり単価の加算を行うことは、医師の地域偏在是正のための総合的な対策の一つとして有効なものと考えられる。

### ②入院診療報酬

DRG に基づく包括的な報酬を支払う制度に転換することにより、在院日数の短縮、病院運営の経済性・効率性の向上が期待できる。

ただし、在院日数の短縮により不要となる病床を介護施設への転換などにより削減することが進まない場合には、手術件数や入院件数を増やそうとする誘因が働く恐れがあると考えられる。

### ③薬剤償還価格

定額制の導入により、ジェネリックの使用拡大、価格の引下げ、医療保険による薬剤支出の抑制効果が得られるものと期待される。ただし、新薬開発の意欲がそがれることがないようにするために、特に特許権保護の対象になっている薬剤の取扱いについて検討が必要になるものと考えられる。

## E. 結論

この研究の結果、ドイツで行われた外来診

療報酬及び入院診療報酬並びに薬剤償還価格に関する改革のうち、日本においても有効と考えられるものとそれを適用する場合の効果や検討課題が明らかとなった。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

松本勝明「ドイツ医療保険における薬剤支給一価格規制と競争一」『後発医薬品による医療費適正化に関する調査報告書』(健康保険組合連合会 2013年6月)

1-23頁。

2. 学会発表

なし

H. 知的所有権の取得状況の出願・登録状況

1.特許取得

なし

2.実用新案登録

なし

3.その他

なし

## 診療報酬（ドイツ）

松本 勝明(国立社会保障・人口問題研究所)

### 1. ドイツの特徴

フランス・イギリスと比較したドイツの診療報酬制度に関する改革の特徴は次のような点にある。

#### (1) 外来診療報酬

外来診療報酬に関しては、イギリスのような登録住民数に応じた人頭払いの方式ではなく、フランスと同様に保険医(開業医)により行われた給付(医療行為)の種類と量に応じて支払われる方式が採用されている。ただし、ドイツにおいては、従来、疾病金庫から各保険医協会に支払われる診療報酬の総額があらかじめ定められ、保険医協会傘下の保険医がより多くの給付を行い、報酬点数の総点数が増えるほど一点当たり単価が減少する仕組みとなっていた。

近年の改革の重要な特徴は次のような点にある。第一は、従来の仕組みが持つ様々な問題点を解決するため、診療報酬が固定された一点当たり単価に基づき算定される仕組みへの転換が図られたことである。第二に、この新たな仕組みが保険医による給付の量的な拡大につながらないように、「標準給付量」の設定など給付量をコントロールするための新たな手段が導入されたことである。第三は、保険医の地域偏在是正のための手段として、過少供給地域の保険医に対する診療報酬の算定に用いられる一点当たり単価に加算を行うことが可能とされたことである。

#### (2) 入院診療報酬

入院診療報酬に関しては、「各病院でかかる費用をベースとした報酬」から、「行われた給付に応じて支払われる報酬」への転換が進められている。特に、2003年からは、設置主体の種類にかかわらず基本的に全ての病院について、室料、看護料だけでなく入院療養に必要な経常経費全体を対象に、診断群(DRG)に応じて療養一件当たりの包括的な報酬を支払う制度(DRGシステム)が導入されたことに、ドイツの場合の重要な特徴がある。

従来の「患者一人一日当たり定額」の診療報酬は、ドイツの病院での在院日数が国際的に見て非常に長くなっている重要な原因の一つと考えられた。このため、DRGシステム導入の目的は、何よりも、在院日数を長くする誘因を取り除き、病院に対して経済性・効率性を向上させる誘因を与えることにあった。

DRGシステムの導入は、期待どおり、在院日数の短縮化などに効果を上げている。一方

で、介護施設への転換などによる病院病床数の削減が思うように進まないなかで、入院件数の増加などの問題をもたらしている。

### (3)薬剤費用償還

ドイツの場合の特徴は、薬剤支給を行った薬局に対して、薬局での販売価格を基にその費用の償還が行われることにある。しかし、これに対しては、医療制度改革により修正が加えられてきている。

その一つは、定額(参照価格)の導入である。定額の対象となる薬剤については、定額が費用償還の上限となるため、実際の価格が定額を上回る場合には、その部分の費用は被保険者自身の負担となる。このため、被保険者及び医師には、治療上同等の効果を持つ薬剤のうち、定額以下の価格のものを選択する誘因が働く。また、製薬企業の側にも販売量を維持するために薬剤の価格を定額以下にしようとする誘因が働く。実際に、定額の設定された薬剤の処方拡大及び価格の低下がみられ、医療保険に大きな支出抑制効果をもたらしている。

もう一つは、疾病金庫と製薬企業との間の値引き契約の導入である。医師が処方した薬剤と有効成分が同じで値引き契約の対象となっている薬剤がある場合には、値引き契約の対象となっている薬剤により代替される。これにより、値引契約は、製薬企業にとっても魅力的なものとなっており、値引契約は、その範囲が拡大し、医療保険に支出抑制効果をもたらしている。

さらに、新たな有効成分を含む薬剤に関しては、早期の有用性評価の制度が導入された。これにより、これらの薬剤については、既存の治療に比較した追加的な有用性の程度に応じた償還価格の設定が行われることになった。

## 2. 日本への適用可能性

### (1)外来診療報酬

外来診療報酬が給付の種類及び量に応じた報酬点数に固定された一点当たり単価を乗じて算定されることになった限りにおいては、ドイツの外来診療報酬制度は日本と同様のものであったといえる。ドイツでは、このようないわゆる出来高払いの診療報酬が給付量の必要以上の拡大をもたらすことが強く懸念された。このため、固定された一点当たり単価への転換と併せて、給付量をコントロールするための新たな措置が導入された。このような措置としては、「地域の医療ニーズの変化に応じた診療報酬総額の設定」や「保険医単位の標準給付量の設定」が挙げられる。給付の量的拡大に対する懸念は、同様に出来高払いを採用している日本の場合にもあてはまるはずである。しかしながら、日本では、

現在のところ、給付量のコントロールは専ら個別の診療報酬請求に基づき診療内容の適否を審査することにより行われている。そこで、ドイツで導入された給付量をコントロールするための仕組みの日本への適用可能性について検討する。

まず、「地域の医療ニーズの変化に応じた診療報酬総額の設定」について検討する。ドイツにおいて疾病金庫の連合会と保険医協会との間で診療報酬総額の設定が行われ、それに基づき疾病金庫からまずは保険医協会に対して診療報酬総額が支払われる。その理由は、疾病金庫に対しては各保険医ではなく保険医協会が被保険者に対する外来診療の確保に責務を負っていることがある。したがって、保険医の団体がそのような責務を負う制度となっていない日本においてそもそも診療報酬総額の考え方を導入することには無理があると考えられる。

これに対して、「保険医単位の標準給付量の設定」は、各保険医に対して直接的に診療報酬が支払われる日本においても給付量をコントロールするための手段として活用することが可能であると考えられる。もちろん、その場合には、標準給付量をいかにして「各保険医が必要な給付を行うこと可能とする水準」に設定するのか、また、実際の給付量が標準給付量を超えた場合にどのように対応するのか(例えば、超えた部分に対する報酬を減額して支払う)についての検討が必要になる。

さらに、地域の供給状況に応じて一点当たり単価の加算・減額を行うことは日本においても保険医の偏在是正策として活用しうるものと考えられる。たしかに、地方における医師不足の背景には、経済的な問題だけでなく、生活の利便性、子供の教育、配偶者の就労など様々な要因が関わっていると考えられることから、診療報酬面での配慮だけでこの問題が解決するわけではない。しかし、総合的な対策の一つとしてこのような配慮を行うことは日本でも有効な対策となりうるものと考えられる。

## (2)入院診療報酬

日本では、現在の入院診療報酬制度においても、一定の在院日数を超える場合には報酬額が減額する仕組みが設けられるなど、在院日数短縮化のための取組みが行われている。しかしながら、日本の在院日数は、国際的に見て非常に長いとされるドイツの場合よりも長くなっている。そこで、日本においても、現在の入院診療報酬制度に代えて、ドイツと同様に DRG に基づき療養一件当たりの包括的な報酬を支払う制度を導入し、在院日数を長くする誘因を取り除くとともに、入院療養にかかる費用の透明性を高め、経済性・効率性を向上させる誘因を与えることが考えられる。

ドイツにおける実施状況をみる限りにおいては、DRG システムの導入は、平均在院日数の短縮化を進めるとともに、入退院の合理化など、各病院において病院運営の経済性・効率性を高める対応を促進する効果を持つものと期待される。

その一方で懸念されることは、在院日数の短縮を件数の増加により補うことにより、収

入を確保しようとする傾向である。特に、在院日数の短縮により不必要になった病床を介護施設に転換することなどがうまく進まない場合には、病床利用率を確保するために手術件数や入院件数が増加する恐れがある。このような問題を防ぐためには、病床数を地域の医療ニーズに応じて適切にコントロールする仕組みが必要であるほか、公費補助などにより在院日数の短縮のために不要になった病床の介護施設等への円滑な転換を促進することが必要になると考えられる。

### (3)薬剤償還価格

日本でも、ドイツと同様に治療上同等の効果を有する薬剤のグループに定額を導入し、それを医療保険による費用償還の上限とし、上限を超える費用は被保険者の負担とすることにより、ジェネリックを供給する製薬企業にはその価格を引き下げようとする誘因が働くものと期待される。その結果、定額の対象となる薬剤の価格の低下、それによる薬剤支出の抑制効果もたらされるものと期待される。

ただし、この場合には、定額の導入により製薬企業が新薬を開発する意欲をそがれることのないように留意することが重要である。そのために、特に特許権保護の対象となっている成分を含む薬剤をどのように扱うのか、全てを定額の対象外とするのか、それとも、既存薬との間で治療上の有用性に差がないものを定額の対象外にするのかなどの検討が必要になると考えられる。

また、ドイツで導入された値引き契約の仕組みもジェネリックの価格を更に引き下げるために有効な手段になりうるものと考えられる。しかし、薬剤償還価格(値引き額)の決定を当事者間の交渉・合意に委ねることは、これまで保険者や医療供給者のような当事者間での交渉・合意に基づく決定の仕組みを採用していない日本においては、国と当事者の役割分担に根本的な変更をもたらすものである。したがって、これを日本に適用するにあたっては、こうした役割分担の在り方そのものについての検討が必要になると考えられる。

なお、新たな有効成分を含む薬剤の償還価格の設定に関しては、「新たな薬剤の有用性評価」の項で論じているので、ここでは省略する。

厚生労働科学研究費補助金（政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業））

「諸外国における医療制度改革と日本への適用可能性に関する研究」

平成 25 年度分担研究報告書

## 診療報酬(フランス)

研究分担者 加藤 智章（北海道大学大学院法学研究科 教授）

### 研究要旨

この研究は、フランスで行われた外来診療報酬及び入院診療報酬並びに薬剤償還価格に関する改革の日本への適用可能性を明らかにすることを目的とする。

このため、まず、このような改革についてドイツ及びイギリスとの比較の視点から検討を行い、フランスの場合の特徴を明らかにした。その結果を踏まえ、フランスで行われた改革の日本への適用可能性について検討を行った。

以上の結果、日本においても有効と考えられる改革とそれを実施する場合の効果や検討課題が明らかとなった。

### A. 研究目的

フランスで行われた外来診療報酬及び入院診療報酬並びに薬剤償還価格に関する改革の日本への適用可能性を明らかにすることを目的とする。

体的な改革の日本への適用可能性について検討を行った。

（倫理面への配慮）

文献研究及び相手方の了解を得て行った訪問調査の結果に基づく研究であるため該当しない。

### B. 研究方法

このため、まず、各国の改革についての研究成果を基に、フランスで行われた診療報酬に関する改革についてドイツ及びイギリスとの比較検討を行い、フランスの改革の特徴を明らかにした。

### C. 研究結果及び D. 考察

#### (1)フランスの特徴

##### ①外来診療報酬

フランスは、ドイツと同様に、開業医により提供された診療行為の種類と量に応じて診

その結果を踏まえ、フランスで行われた具

療報酬が支払われる方式を採用している。しかし、それは単純な出来高払いのシステムであり、料金表の診療行為の分類は極めて大括りである。

## ②入院診療報酬

すべての病院施設に応じた診療報酬の算定方式を統一すべく導入されたのが、1件当たり包括評価方式(T2A:tarification à l'activité)である。全ての病院への拡大はまだ実現していない。なお、T2Aの医療費適正化の効果については疑問の声がある。これは、細切れの入院により治療件数が増加したこととアップコーディングが見られることによる。

## ③薬剤償還価格

2003年9月以降、一部の薬剤について、同一の一般名に属する薬剤の中で最も安いジェネリックの価格を償還ベースとする責任定額料金表(TFR)制度が導入されている。これは、先発医薬品の価格について、製薬会社に対し、元の価格を維持して市場を失うリスクを負うか、市場を維持するためにジェネリックの価格まで販売価格を引き下げるかの選択を迫るシステムである。

## (2)日本への適用可能性

### ①外来診療報酬

フランスにおいて外来診療を担当する開業医のなかで、協約料金を遵守しなければなら

ないセクター1に該当する開業医の場合、診察、往診、深夜における往診、長期慢性疾患(ALD)患者に対する割増料金など、大まかな分類に基づく報酬を請求することができるに止まる。この意味で、フランスの外来診療の診療報酬システムは、わが国にとってネガティブな評価となりやすい。

しかし、逆に言えば、日本のように、すべての診療行為につき、詳細・緻密に点数を設定する意味があるのか、という問題提起が可能である。また、フランスには見られない審査支払機関が存在する我が国において、これらの機関のより有効な活用が意識されてもよいように思われる。ただ、かかりつけ医制度を導入し、かかりつけ医のゲートキープ機能を定着させるために、一部負担割合の差別化を用いたことは、医療費抑制に関する政策の選択肢として検討に値するものと思われる。

### ②入院診療報酬

病院に対する予算配分が絞られてきたことを示唆している。また、在宅入院制度の進展を見ると、ある程度頭打ちの状態になりつつあるとはいえ、フランス人の在宅指向の強さをみてとることができるし、このことは入院医療費にかかる負担に加え、ホテルコストとして1日18ユーロの存在が在院期間の短縮に影響している可能性がある。

### ③薬剤償還価格



日本への示唆として検討に値するものとしては、医薬品の効能評価に応じて、償還率を4段階に差別化していることがあげられる。償還方式か否かという違いはあるものの、日本もフランス同様、一部負担金が療養に要する費用の3割であり、この一部負担割合が限界であるとすれば、薬効に応じた負担割合の多様化は検討に値すると思われる。

このこととも密接に関連して、ジェネリックの積極的誘導政策を採用していることも参考になると思われる。

#### E. 結論

この研究の結果、フランスで行われた外来診療報酬及び入院診療報酬並びに薬剤償還価格に関する改革のうち、日本においても有効と考えられるものとそれを適用する場合の効果や検討課題が明らかとなった。

#### F. 健康危険情報

なし

#### G. 研究発表

##### 1. 論文発表

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』2012年96号・8頁～16頁。

加藤智章「フランスにおける医療費適正化の試み」『健保連海外医療保障』2013

年99号・8頁～15頁。

##### 2. 学会発表

なし

#### H. 知的所有権の取得状況の出願・登録状況

##### 1. 特許取得

なし

##### 2. 実用新案登録

なし

##### 3. その他

なし

## 診療報酬(フランス)

### 1 フランスの特徴

ここではまず、フランスの保険診療の枠組を、診療報酬との関係で概説する。そのうえで、ドイツ・イギリスと比較したフランスの診療報酬制度に関する特徴は、次のような点にある。

#### (1) 保険診療に関する診療報酬の枠組

フランスにおいて、診療行為が医療保険の対象となるためには、一部の例外を除いて、医療保険償還・給付対象リストともいべきリスト(liste)への収載が必要となる(Css.L162-1-7)。リストへの収載は高等保健機構(HAS)および補足医療保険組織全国連合(UNOCAM)の意見を聞いたうえで、UNCAMが決定する。ここにいうリストには3種類のものがある。医療行為一般分類(CCAM)、職業行為一般一覧表(NGAP)および診療検査行為一覧表(CABM)である。

CCAMは開業医および病院に共通の診療行為分類である。UNCAMの2005年3月11日決定に基づき定められ、逐次改訂が行われている。CCAMに収載されていない診療行為は、公的医療保険の償還対象とはならないため、このリストは日本の療養担当規則・診療行為点数表と同様、ネガティブ・リストということになる。この点、ドイツ・イギリスがポジティブ・リスト方式を採用していることと異なる。

CCAMは、診療行為を記述するコードと支払に関するコードとから構成されている。CCAMは最終的にすべての診療行為に適用される予定であるが、依然としてNGAPが適用される領域が存在する。CABMは、公的医療保険の償還対象となる臨床医学検査機関での検査行為に関する一覧表である。

#### (2) 外来診療報酬

外来診療における診療報酬に関して、イギリスは登録住民数に応じた人頭払い方式を採用している。フランスは、ドイツと同様に、開業医により提供された診療行為の種類と量に応じて診療報酬が支払われる方式を採用している。しかし、ドイツでは、まず、疾病金庫から保険医協会に支払われる診療報酬総額があらかじめ定められており、それを保険医協会が傘下の保険医に配分する方式を採用している。すなわち、ドイツでは保険医がより多くの給付(診療行為)を行い、報酬点数の総点数が増えるほど1点当たりの単価が減少する仕組みとなっている。これに対してフランスの場合、単純な出来高払いのシステムである。

フランスの外来診療の特徴のひとつは、全国医療保険金庫連合と複数存在する最も代表的な医師組合との間の医療協約によって、診療報酬が決定されることである。現在適用されている医療協約は、2011年7月26日に全国医療保険金庫連合UNCAMとフランス医師

組合同盟 CSMA、フランス一般医組合 MG および自由医師組合 SML との間で締結され、同年 9 月 25 日に発効したものである。

この医療協約により、開業医の診察は 23 ユーロ、長期高額疾病(ALD)患者に対する年間特別報酬 40 ユーロ、一般医としての資格を有する専門医の往診 23 ユーロなどと定められている。きめ細かく診療行為ごとに料金を定めるというスタイルは採用していない。しかもこれもフランスの特徴の一つであるが、すべての開業医が医療協約に拘束されるものではない。医療協約との関係で、フランスの開業医は 3 つの種類に分類できる。医療協約に基づく料金を遵守しなければならないセクター 1、協約料金を超えて報酬を患者に請求できるセクター 2 および全く自由に料金を設定できる非協約医である。したがって、患者はどのような開業医のもとで受診するかによって、償還額が異なることになる。

### (3)入院診療報酬

ドイツでは、2003 年以降、設置主体の種類にかかわらず、基本的にすべての病院施設について、質量、看護料だけでなく入院療養に必要な経常費用全体を対象に、診断軍に応じた療養 1 件当たりの包括的な報酬を支払う制度が導入されている。

フランスも、公的病院サービスに参加する病院(PSPH)か否かにより、診療報酬の算定方法が二分されていた。PSPH に適用される総枠予算制と、PSPH に参加しない民間営利病院を中心とする病院施設に適用される日額料金制である。日額料金制は基本的に出来高払い方式である。

このような病院施設に応じた診療報酬の算定方式を統一すべく導入されたのが、1 件当たり包括評価方式 (T2A : tarification à l'activité) である。そもそも DRG は総枠予算制を採用している病院と日額料金制を採用している病院との間の予算調整を行うための病院管理指標として用いられていた。このような病院管理指標の導入と活用により、資源配分の不平等が解消され、病院医療費も抑制することができたとの評価を得たこと、他方 CCAM も定着しつつあったことを踏まえて、2003 年 LFSS が、段階的な T2A の導入を決定した。

このように、T2A は、フランス版 DRG (GHS) に基づく入院診療に関する算定方式であり、最終的には公的病院と民間病院双方における診療算定方式の統一を意図している。公的病院施設については、2004 年から導入を開始し、総枠予算制を徐々に縮減し、2012 年にはすべての施設で実施される予定であった。しかし現在のところ、2018 年における完全施行が目指されている。また、民間営利病院については 2005 年から導入された。なお、2009 年法は、政府は毎年議会に対して、9 月 15 日までに T2A に関する報告書を提出することを義務づけた(Css.L162-22-19)。なお、T2A の医療費適正化の効果については疑問の声がある。これは、細切れの入院により治療件数が増加したこととアップコーディングが見られることによる。

### (4)薬剤費用

フランス国内において医薬品の販売許可 (AMM) を希望する製薬メーカーは、必要な書類をフランス医薬品・保健製品安全庁 (ANSM) に提出し、質・安全性・効果という視点からの評価を受ける。ANSM での審査を受け、販売許可された医薬品について、製薬会社が公的医療保険による償還対象とすることを希望しない場合は、そのまま市場で販売されることになる。

これに対して、公的医療保険による償還対象とすることを希望する場合には、HAS の透明化委員会において医薬品効能評価 (SMR) と画期性評価 (ASMR) を受けなければならない。

透明化委員会の答申をもとに、UNCAM が償還率を、保健製品経済委員会 CEPS が薬価を製薬会社との交渉によって決定する。こうして官報に公示され、市場で販売されることになる。

また、2003 年 9 月以降、一部の薬剤について、同一の一般名に属する薬剤の中で最も安いジェネリックの価格を償還ベースとする責任定額料金表 (TFR) 制度が導入されている。これは、先発医薬品の価格について、製薬会社に対し、元の価格を維持して市場を失うリスクを負うか、市場を維持するためにジェネリックの価格まで販売価格を引き下げるかの選択を迫るシステムである。

## 2 日本への適用

### (1) 外来診療報酬

ドイツも日本と同じように、給付の種類および量に応じた報酬点数に一点当たり単価を乗じて外来診療報酬が算定される。

これに対してフランスにおいて外来診療を担当する開業医は、診療報酬を定める全国協約の拘束力をどの程度受けるかに応じて 3 種類に分類されるものの、協約料金を遵守しなければならないセクター 1 に該当する開業医の場合、診察、往診、深夜における往診、長期慢性疾患 (ALD) 患者に対する割増料金など、大まかな分類に基づく報酬を請求することができるに止まる。このことは、フランスの開業医がほとんど医療設備のないところで診療に従事していることも影響していると思われる。

この意味で、フランスの外来診療の診療報酬システムは、わが国にとってネガティブな評価となりやすい。しかし、逆に言えば、日本のように、すべての診療行為につき、詳細・緻密に点数を設定する意味があるのか、という問題提起が可能である。また、フランスには見られない審査支払機関が存在する我が国において、これらの機関のより有効な活用が意識されてもいいように思われる。ただ、かかりつけ医制度を導入し、かかりつけ医のゲートキープ機能を定着させるために、一部負担割合の差別化を用いたことは、医療費抑制に関する政策の選択肢として検討に値するものと思われる。

### (2) 入院診療報酬

日本では、一定の日数を超える場合には報酬額を減額する措置を講じているにもかかわらず