

らず平均在院日数が著しく長いこと、非紹介患者初診料加算措置を採用しても患者が大病院に集中していることなどが、診療報酬体系にも関連して指摘されている。また、現在、選択療養というカテゴリーを設定して、混合診療の枠組みを拡大することが検討されている。

フランスの1000人当たりの病床数は6.4であり、ドイツの8.3よりも少なく、日本13.4の半数以下である。このことは、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。また、かかりつけ医の存在が医療アクセスに対する合理的な受診行動の誘因として機能しているとの評価も可能である。ONDAMの動きを見る限り、かかりつけ医制度の導入が医療費の抑制に結びついていないとは即断できないようである。

さらに、混合診療に関連して、フランスでは外来診療ではあるけれども、医療協約に拘束されないセクター2に該当する医師および非協約医が存在する。事実、セクター2に該当する開業医に対しては、セクター2の医師であること、当該医師が公的医療保険による償還の対象とならない行為を行う場合、必ずその旨を告げなければならないこと、非協約医の場合には、医療協約を締結していないこと、その報酬を自由に決定できること、従って、公的医療保険の償還額は職権料金を基礎とするため、著しく低いものである旨の掲示をしなければならないとされている。したがって、開業医レベルにおいても、公的医療保険の償還対象とならない診療行為が提供されることが認められていることになる。

(3)薬剤費用

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。①非代替的かつ高価な薬剤(償還率：100%)、②抗生物質など著しい効果の認められる薬剤(償還率：65%)、③一般的な疾病に対する薬剤(償還率：30%)および④その他(償還率：0%)という分類である。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。一部負担金のシステムからすれば、ジェネリック購入時に第三者支払方式を採用する点は、そのことだけを比較すれば、日本の場合と変わりがないが、患者がないし処方側、いずれかに経済的インセンティブを付与する政策を検討すべきかもしれない。なお、フランスのシステムにおける、ドゥラッグ・ラグの問題については検討することができなかった。

診療報酬 (イギリス)

研究分担者 片桐 由喜 (小樽商科大学商学部・教授)

研究要旨

この研究は、イギリスで行われた GP (General Practitioner ; 家庭医・一般医) の診療報酬、および、病院診療報酬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およびフランスとの比較の視点から検討を行い、イギリスの場合の特徴を明らかにした。その結果を踏まえ、イギリ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。

討を行った。

A. 研究目的

イギリスで行われた GP 診療報酬、および病院診療報酬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、イギリスで行われた診療報酬に関する改革についてドイツ、およびフランスとの比較検討を行い、イギリスの改革の特徴を明らかにした。

その結果を踏まえ、イギリスで行われた具体的な改革の日本への適用可能性について検

C. 研究結果及び D. 考察

(1) イギリスの特徴

イギリスの診療報酬制度改革は、ドイツ、フランス、あるいは日本のように医療費抑制を主たる目的とするものではない。むしろ、改革の目的を実現するために医療費を増額し、

その配分を適正、公正に実施するためのツールとして診療報酬制度改革が進められてきた。

① GP の診療報酬

数次にわたる改革により、診療報酬が登録患者数のみによって決定される方式から、GP の付加的な診療活動や、診療活動の成果が診療報酬に反映される方式への転換が図られた。

後者の成果報酬型診療報酬のために、医療サービスの質を測定する指標が開発された。この指標により医療サービス提供における量と質が大きく改善された。

② 病院の診療報酬

従前の完全な予算制から GP 同様、医療サービスの量と質を反映する診療報酬制度へと大きな変革が行われてきた。

診療実績が診療報酬と結び付けられたことから、病院側に患者を積極的に受け入れ、診療を行うインセンティブが働き、待機期間の短縮、待機患者の減少に効果を発揮している。

他方で、このような状況は医療費増大という問題を引き起こしている。

(2) 日本への適用可能性

イギリス医療保障制度、NHS は租税を主たる財源として運営され、診療報酬は制度創設以来、基本は国家予算制による配分によってまかなわれている。

また、イギリスは病院の受診に際して、原則、GP の紹介が必要である。したがって、出来高払いを採用し、医療機関へのフリーアクセスが認められている日本への適用可能性を考える場合には、ドイツ、フランスとは異なる別途の配慮が必要である。

① GP の診療報酬

診療活動の量と質を反映させる診療報酬制度の導入は、日本の出来高払いへの接近とも言える。したがって、日本と同種の問題に直面する可能性がある。これを回避するために、医療サービスの質を評価する指標が開発され、財源配分の適正性や効率性が担保される仕組みを導入している。このような医療サービスの質を客観的に評価できる仕組みは、日本においても活用可能なものと考えられる。

② 病院の診療報酬

出来高払いの要素と、第三者からの評価を診療報酬決定の要素に取り込みながら、他方で HRG、すなわち、イギリス版 DRG の開発を進める改革は、日本の診療報酬制度に有用な示唆を与える。これらを参考にすることで、医療サービスの質に見合った診療報酬制度が形成され、診療の標準化と質の向上が期待できる。

E. 結論

この研究の結果、イギリスで行われた GP

の診療報酬、および、病院診療報酬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

片桐由喜「医療サービスの情報提供と評価ー日本とイギリスの比較を中心にー」
週刊社会保障 2748号(2013年)50~55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

診療報酬制度 (イギリス)

片桐 由喜(小樽商科大学商学部・教授)

1. イギリスの特徴

ドイツ・フランスと比較した、イギリス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) 改革の目的と改革手法

ドイツ、フランスの診療報酬制度改革の主たる目的が医療費の抑制であるのに対し、イギリスの場合は診察、治療を受けるまでの待機期間の短縮と、どこにいても均質・良質の医療サービスを住民らに保障することが改革の目的であった。

1997年に誕生したブレア政権が、この目的を達成するためにとった改革手法は NHS 予算の大幅な増額と成果報酬制の導入である。ただし、現キャメロン政権は、厳しい財政状況をうけて、医療サービス分の増額は堅持しつつ、経営効率の向上等により NHS 予算全体の抑制に舵を切り換えた。

ところで、ドイツ、フランスでは診療報酬体系が外来診療と入院診療に二分され、外来診療を担当する医師として家庭医と専門医がいる。したがって、診療報酬体系はこれらに適合した形態になっている。これに対し、イギリスの診療報酬体系は GP と病院に区別される。これは GP がプライマリケアを担当し、高度な検査、治療は外来であれ、入院であれ病院が担当すること、GP は、基本的には専門医としてではなく、オールマイティな家庭医として機能することなどが背景にある。

なお、近年は複数の GP が1つの診療所運営に携わることが多いため、GP という場合には医師および診療所（正確には GP Practice）の両方を意味することとする。

(2) GP の診療報酬

従来、GP への診療報酬は登録住民数に応じて支払われる人頭払い方式であった。この方式では GP の提供する医療サービスの質に関係なく報酬が支払われる。そのため、待機時間問題が解消しない、あるいは、診療サービスにみられる質の地域間格差が指摘された。

2004年、ブレア政権による NHS 改革により、GP の努力と成果を反映させる診療報酬制度が導入され、上記問題解決が着手された。

新制度は診療報酬算定を 3 つの要素で構成する。第一は従来の人頭方式であり、包括報酬 (Global Sum) と呼ばれる。第二は高度サービス報酬 (Enhanced Service)、そして、第三が成果報酬 (Quality and Outcomes) である。後者 2 つが量と質を反映した診療報酬体系である。

高度サービス報酬の対象となる医療サービスは義務ではなく、GP 契約のなかに取り込むと、当該サービスごとに報酬が付加される。高度サービスはアルコールリスクを下げる取

り組み、学習障害と認知症への対応、患者の診療所運営への参加、診療時間の延長である。

成果報酬の根拠となる医療サービスを実施するか否かもまた任意である。成果報酬の対象となる項目は当初、4つのドメインで構成されていたが、数次の改革により現在は2つのドメインである。1つは従来からある臨床に関するドメイン、もう1つは2013年に導入された公衆衛生に関するドメインである。各ドメインには成果を測る指標—具体的な医療サービス—が示され、指標ごとにポイントが設定されている。診療報酬は[ポイント数×1ポイント当たり単価]で計算される。

これらの改革の結果、GPの診療を受けるまでの時間が短縮した。さらに任意の報酬体系である特別サービス報酬と成果報酬への参加率は極めて高く、このことは多様で、より良いサービスを提供しようという意欲を持つGPが増加していることを示す。この背景には、1つには近年、GP診療所が単独ではなく複数のGPによって運営される例が大半をしめ、その結果、多様なサービスに対応しやすい診療環境となったことを指摘できる。あるいは、より多くの診療報酬を得るために複数GPによる診療所運営が促進されたともいえる。

成果報酬などへの参加率を高めるより重要な要因は、住民のGP選択方式の改革である。すなわち、2012年からは居住地に関わらず自由に選択できるようになり、その選択ツールとして、オンライン上でのGP検索システムがNHSにより開発、公表された。住民はここにアクセスすると、どの診療所(あるいはGP)が、どのような医療サービスを提供し、さらにはそれがどのように評価されているかを一目瞭然に理解することができる。住民から選ばれ、より高い報酬を得ようとするならば、NHSの用意した付加的な医療サービスに参加せざるを得ない状況が作り出されたと言える。

(3)病院の診療報酬

病院の診療報酬もまた、従来、医療サービスの質と量を反映しない、いわゆるブロック[定額予算]制であった。そのため、予算不足により診療が滞る診療待機問題などGPと同じ状況が見られた。この問題状況を解決するために、まず、2004年にPbR[Payment by Result]という医療サービスの量を配分予算に反映させる方式を導入した。続いて、2009年には質の良さを予算に反映させる成果報酬[Commissioning for Quality and Innovation]の仕組みが導入された。

PbRに基づく具体的な診療報酬算定方法はイギリス版DRGであるHRGに依拠する。全国の病院から当該疾病に要した費用を集約し、当該疾病の公定価格、ナショナルタリフを策定する。

病院運営予算(診療報酬)を得るために、各病院は、毎年1月、前年度実績[(個別HRGナショナルタリフ×診療件数×調整係数)の積算]を根拠に、当該年度の必要予算額を算出し、CCGと契約を締結する。予算を超える医療サービスを提供した場合、その診療報酬は3か月後に、CCGから病院へ支払われる。ただし、予算を大きく超える場合にはCCGによる支払いは保障されていない。

この方式の導入により、待機時間、待機患者数は顕著に減少した。これは病院が積極的に患者の診療を行ったからである。この結果、当初の予算を越える病院が増えた。つまり、改革の当初の目的が達成される一面、その副作用としてわが国同様の医療費増大が大きな課題となっている。

2. 日本への適用

日本の診療報酬支払い方式は、外来、入院ともに基本は出来高払い方式である¹。さらに、日本では病診分離が徹底しておらず、かつ、医療機関へはフリーアクセスである。これに対し、イギリスのNHSの診療報酬の決定方式は原則、予算制であり、また、病診分離の確立、GPによる病院紹介必須など、日本とは全く異なる医療環境にある。診療報酬体系と医療供給体制は密接な関連性を有している。したがって、このことを念頭において、NHSの診療報酬制度改革の日本への適用可否を検討する。

(1)GPの診療報酬

GPの基本報酬である包括報酬に加えて、任意の医療サービスに取り組むことで+ α の診療報酬を提供する方式は、日本でも加算として既に実施されている。前記高度サービス報酬の対象となるサービスのなかにはすでに日本で実施されているものも少なくなく（認知症への対応、診療時間延長など）、大きく示唆を得るところは見当たらないといっていよう。

他方、医療サービスの質の向上と標準化（質の地域間格差、GP間格差の解消）を目的とする成果報酬の仕組みは、同じ課題を抱える日本において参考となる。成果報酬の前記指標は、特定の疾患に対する医療行為のマニュアルの役割を果たし、これを実践することで医療の標準化を図り、診療報酬を伴わせることで参加の促進している。日本においても、特定の疾患については—たとえば医師によって大きなばらつきがある診療や、高額医療機器などを使用する診療など—、標準医療行為を策定し、これに沿った場合にのみ診療報酬の対象とする、あるいは、規定の診療報酬に加算をつける仕組みの導入は可能であると思われる。

ところで、一連の診療報酬改革は、より良い医療サービスを提供するGPが住民から選ばれる仕組みに支えられている。その仕組みはNHSが作成・運営するGPの検索サイトであり、そこではGPの評価と診療活動に関する詳細な情報が掲載されている。この選ばれるという仕組みがGPの医療サービスの質向上に大きく貢献している。

NHSが運営するこの検索サイトへの情報公開は任意であるが、ここに掲載されないと住民から選ばれることは極めて難しく、事実上、GPの必須作業となっている。日本において

¹ なお、日本において2003年から始まった急性期入院医療を対象とする包括払い方式（DPC）は年々増加し、2014年4月（見込み）で1585病院、約49万床であり、一般病床の55%を占める。

もこのような医師や診療所についての情報公開や評価のニーズは高い。しかしながら、評価に関する客観的基準や公正な評価機関がまだまだ乏しいこと、さらには全国の診療所レベルの医療機関に IT ネットワークが構築されていないことなど、環境整備が調わない日本の現状においては直ちに導入することは難しい。

しかし、医療の標準化、医療サービスの量と質に対する評価とそれに見合う診療報酬体系は日本においても急務の課題である。したがって、実現可能なところから、たとえば、都道府県、あるいは市町村レベルで、管轄内のすべての医療機関の基本的情報を公開したサイトを作ることなどから着手することが考えられる。その上で、NHS の診療報酬改革で実践されている医療サービスの質と量を反映した診療報酬体系を日本の医療環境に適合する形式で検討することが必要となる

(2)病院の診療報酬

NHS の病院診療報酬改革もまた、待機期間の短縮と診療の質の向上を目的として着手された。まず NHS への予算増額、つまり診療の量に応じた診療報酬支払方式を導入したことから待機時間短縮の目的は大きく達成された。これは一面、日本の出来高払いへの接近ともいえる。ただし、入院件数一件当たりの計算方式は HRG であり、診療報酬は診療日数には比例しない。なお、HRG 導入はドイツのように入院日数の短縮が主目的ではなく、NHS 当局が予算獲得の説明責任を議会に果たすためのツールとして開発されたものである。すなわち、HRG は診療原価コストを算出する測定方式である。

HRG は入院 1 件当たりの診療報酬なので入院日数の短縮化、それに伴う取扱い診療件数の増加、および、入院医療費の透明化と医療の標準化を可能にする仕組みと評価しえる。

日本が DPC に代えて HRG を採用したならば、入院日数のいっそうの短縮化とそれに伴う入院医療費の減少、そして、診療行為の標準化が期待される。反面、HRG による副作用も想定され、その対策として NHS 改革から適用可能な手段を 2 点、指摘したい。

まず、第一に HRG で懸念される過少診療に対する対策である。これにたいして、NHS は病院診療報酬の算定にあたり、患者等の評価を取り入れ、不適切な医療サービスを報告し、排除する機能を負わせている。評価をする主体は患者のみならず、病院職員も含まれ、患者の専門性の欠如を補う仕組みが用意されている。この評価については GP 同様、評価の客観的基準と評価者（機関）の確保が最も重要であるところ、日本の現在の状況を考慮すると、直ちには適用することは無理である。入院医療の適正さを多角的に評価する仕組み作りを NHS から学ぶところから始めなければならないであろう。

第二は診療件数の増加に対する対策である。これについては上述のとおり予算を大幅に超える場合には、病院側がそれについて合理的な説明をしない限り、CCG はその分の診療報酬を支払わないことが可能である。但し、これは予算制の下で可能な方策である。日本の場合、診療報酬支払機関に CCG のように支払いを拒否する権能はない。したがって、件数増加に対しては、病床規制等、日本の法制度のもとで可能な措置を検討する必要がある。

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

競争、保険者の役割

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、フランス、イギリスの三か国で行われた医療制度における競争の促進やそれを通じた保険者の役割の強化を目的とした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三か国間の比較検討を行った。その結果に基づき、日本における適用可能性について、検討対象を確定したうえで、具体的な検討を行った。

この結果、日本において保険者間の競争を効果的に導入するために必要な条件を明らかにした。また、保険者間の競争を採用しない場合でも、保険者の自己決定の余地と被保険者の選択の拡大が被保険者のニーズに適合した質の高い医療の提供につながる可能性があることを指摘した。

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制度における競争の促進やそれを通じた保険者の役割の強化を目的とした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。

競争の促進やそれを通じた保険者の役割の強化を目的とした改革について比較検討を行った。その結果に基づき、日本における適用可能性の検討対象を確定した。そのうえで、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。

（倫理面への配慮）

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制度における競

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。

C. 研究結果及びD. 考察

(1)三か国比較

医療保険の現物給付として医療が行われる場合には被保険者、保険者及び医療供給者の三者相互の関係が生じる。

競争は、②被保険者と医療供給者、④保険者と被保険者、⑤医療供給者と保険者の関係で生ずる可能性がある。

④の関係での競争は、この三か国及び日本でも見られる。したがって、日本への適用可能性の検討はドイツで行われているような前記④及び⑤の関係における競争の導入である。

(2)日本への適用可能性

保険者間の競争が医療供給の質と経済性を高めることにつながるためには、リスク構造の格差が各保険者に及ぼす影響を調整する仕組みが必要になるとともに、医療供給者と保険者との関係も競争的なものへと転換することが求められる。

このため、日本への適用には保険者と被保険者の関係及び医療供給者と保険者との関係に根本的な変更が必要になる。

保険者間の競争の導入しない場合でも、ドイツでの新たな医療供給システムの導入にみられるように、保険者が自らの判断で取り組むことができる余地や被保険者による選択を拡大することが被保険者のニーズに適合した質の高い医療の提供につながる可能性がある。

E. 結論

この研究の結果、日本において保険者間の競争を効果的に導入するために必要な条件が明らかとなった。また、医療の質と効率性を高めるための手段として「選択」や「競争」を排除して考えるべきでないことが明らかとなった。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

松本勝明「メルケル政権下の医療制度改革－医療制度における競争－」『海外社会保障研究』2014年 No.186 16-27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

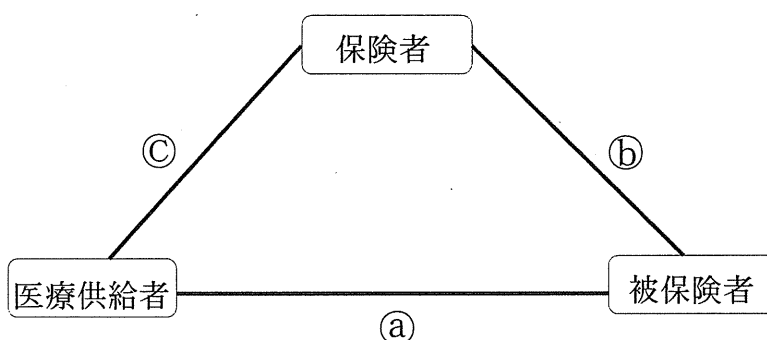
競争、保険者の役割

松本 勝明(国立社会保障・人口問題研究所)

1. 三か国の比較

医療保険の現物給付として医療が行われる場合には、被保険者、保険者及び医療供給者の三者相互の関係が生じる。すなわち、被保険者は病気になったときには保険者に対して給付を請求することができる。これに対して、医療供給者から当該被保険者に必要な医療サービスや薬剤などが提供される。また、保険者は契約等を通じて適切な質の医療の十分な提供を確保する。

(図) 競争が行われる分野



競争はそれぞれの当事者の間で行われる可能性がある(図)。一つは、被保険者と医療供給者との関係(図-a)である。両者の間では、被保険者が医療を受ける医療供給者を自由に選択できることにより、患者である被保険者の獲得を巡る医療供給者間の競争が行われる。患者の獲得を巡る医療供給者間の競争は、ドイツ及びフランスだけでなく、国により包括的な保健医療サービスを提供する制度(NHS)を採用しているイギリスにおいても存在する。

イギリスにおいては、サッチャー政権以降の改革において、住民による GP の選択や GP による病院の選択を拡大する政策がとられている。その目的は、医療供給者間に競争をもたらし、長い待機期間と適切さを欠いた医療サービスを是正することにある。

もう一つは、保険者と被保険者との関係である(図-b)。多数の保険者が併存するドイツにおいては、被保険者が加入する保険者(疾病金庫)を自由に選択することが認められており、

その結果、各疾病金庫は被保険者の獲得を巡って相互に競争する関係に立っている。

この場合の競争の対象となっているのは、保険料の水準や疾病金庫の被保険者に対するサービスなどである。各疾病金庫が行う給付の範囲は基本的に法律で一律に定められているため、提供する給付の範囲が疾病金庫間の競争の対象となる可能性は選択タリフや追加給付の場合に限定されている。

これに対して、フランスでは、医療保険制度のうち全国国民の9割近くが加入する一般制度は、単一の保険者により運営されている。その他の者が加入する制度の場合には複数の保険者が存在するが、この場合にも被保険者が加入する保険者を選択することは認められていない。イギリスでは全居住者を対象とした制度としてNHSが設けられており、住民がNHSに代わって選択することが可能な公的保健医療サービス提供制度は存在しない。

三つ目は、医療供給者と保険者との関係である(図-③)。ドイツやフランスでは、医療の内容や診療報酬基準に関しては、保険者の団体と医療供給者の団体との間での交渉・合意が重要な役割を担っている。もし、これに代わって、個別の保険者と医療供給者が医療供給に関する契約を自由に交渉・合意できるようになれば、保険者と医療供給者はこの分野においてもそれぞれが相互に競争的な関係に立つことになると考えられる。

このため、ドイツでは、「統合供給」や「家庭医を中心とした医療供給」のような新たな医療供給システムにおいて個別契約の締結が認められるようになってきている。これにより、疾病金庫は、医療供給に関する契約を通じて、被保険者に対するより低い価格、より良い質の医療の提供を確保することにより、他の疾病金庫との競争において有利な立場に立つことが可能となる。そうなれば、被保険者の獲得を巡る疾病金庫間の競争は、被保険者が受けることができる給付の内容や質にまで及ぶことになる。

これに対して、フランスでは、個別の保険者と医療供給者が医療供給に関する契約を自由に交渉・合意することは認められていない。

2. 日本への適用可能性

(1) 保険者間の競争

前述のように、医療保険の現物給付として行われる医療に関する競争の可能性は三つの分野において存在すると考えられる。日本においても、被保険者(患者)には医療を受ける医療機関を自由に選択することが認められている。このため、被保険者(患者)と医療供給者の間ではこの三か国と同様に患者の獲得を巡る医療供給者間の競争が行われている。したがって、日本における新たな適用可能性を検討する対象としては、ドイツで行われているような保険者と被保険者との関係における競争及び医療供給者と保険者との関係における競争ということになる。

まず、保険者と被保険者との関係においては、ドイツと同様に被保険者に対して加入す

る保険者を選択する権利を認めることにより、被保険者の獲得を巡る保険者間の競争を促進することが考えられる。その場合に期待される効果としては、競争を通じて、保険料率を引き下げることや被保険者のニーズに適合したより質の高い給付を行うことを目的とした保険者の経営努力が促進されることである。

しかしながら、日本においても、各保険者の保険料水準には、各保険者のリスク構造(加入する被保険者の年齢構成、所得水準など)の違いに起因する格差が存在している。したがって、今のままの状態、このような競争を導入したとしても、年齢が若く、所得が高い被保険者が多く加入する保険者が有利になるだけである。このため、競争の導入は、年齢が若く、所得が高い被保険者を獲得するためのリスク選別を引き起こす恐れがある一方で、各保険者の経営努力を促す効果を持たないことが懸念される。

これに対して、ドイツのリスク構造調整のようにリスク構造の違いが各保険者にもたらす財政的な影響を調整する仕組みを導入することは考えられる。しかし、日本では、各保険者が独自の経営努力を行うことができる余地も限定されている。なぜならば、各保険者が行う給付の種類や範囲、医療供給者が行う医療の内容や報酬については、法律等により一律に定められているからである。この問題を解決するためには、保険者がその給付の種類や範囲について自ら決定できる余地や各保険者が医療供給者の行う医療の内容やその報酬について医療供給者側と交渉し、合意することができる余地を認める必要があると考えられる。

このように、保険者間の競争は、導入されることにより直ちに期待される効果を発揮するわけではない。重要なことは、それと併せて、リスク構造の格差が各保険者に及ぼす影響を調整する仕組みが必要になるとともに、医療供給者と保険者との関係もより競争的なものへと転換することが求められることである。これらのことが併せて実施されることにより、初めて、競争が医療供給の質と経済性を高めることにつながるものと考えられる。

ドイツにおいては、以前から、限定的ではあるが被保険者による保険者の選択権が認められてきた。また、医療保険による医療に関する指針や診療報酬基準の決定には、保険者、保険医及び病院などの当事者の団体が重要な役割を担ってきた。一方、日本では、被保険者による保険者の選択が基本的に認められておらず、また、医療保険による医療に関する指針や診療報酬基準も国が直接決定する仕組みとなっている。

このため、ドイツで行われているような競争を日本において効果的に導入するためには、被保険者と保険者の関係及び医療供給者と保険者との関係に根本的な変更を加える必要がある。したがって、これを日本に適用するとしても、中長期的な課題として取り組んでいく必要があると考えられる。

ドイツにおいても、医療の需要と供給との間を調整するために用いられる手段は競争に限定されるわけではない。競争以外の手段の一つは公的主体による介入である。例えば、各州は病院計画を策定し、計画に基づく病院整備に公費助成を行うことにより、地域の入院医療に対する需要に適合した病院の整備を進めている。もう一つは、当事者団体間の交渉

に基づく合意である。例えば、医療保険による外来診療を担当する開業医(保険医)に支払われるべき診療報酬の総額は、外来診療に対する地域の需要を勘案し、保険医の団体である保険医協会と保険者である疾病金庫の連合会との間の交渉に基づき合意される。このように、ドイツにおいては、医療の需要と供給との間を調整するために競争を含む三つの手段が用いられる混合的なシステムが採用されている。近年の医療制度改革においては、この三つの手段の中で競争の役割を重視した政策が取られているわけである。一方、フランスでは、現状の公的な医療保険を見る限りにおいては、この三つの手段のうち、公的な介入の役割を重視した政策が取られている¹。

このいずれの方向が、医療制度をコントロールするために適切であるのかについては、今のところ、いずれかに軍配をあげられる状況にはない。しかし、いずれの方向に進むのかについての決断を避けることはできないと考えられる。

(2)自己決定と選択の拡大

日本が今後とも公的な介入の役割を重視する方向性を採用するとしても、医療の質と効率性を高める手段として、選択や競争という手段を完全に排除して考える必要はない。被保険者による保険者の選択権が認められない限り、被保険者は、現在加入している保険者の保険料が高い、あるいは、保険者によるサービスや給付が気に入らないとしても、別の保険者に移ることはできない。このため、保険料の水準や給付の種類・範囲が被保険者に満足のいくものでなければ、被保険者を失い、最終的には自らの存続が危うくなる恐れがあるという圧力が保険者にかかるわけではない。しかしながら、保険者の運営に責任を持つ立場の側には、被保険者からの批判を受ける保険料の上昇を抑制し、あるいは、できるだけ被保険者の満足が得られるサービス・給付を提供するために経営努力を行うことへの一定の誘因が働くはずである。また、各保険者による経営努力の程度が他の保険者と比較可能な形で示されれば、このような誘因がより強く働くものと考えられる。

このような誘因が実際の改善につながるためには、そのために、保険者自身が自らの判断に基づき取組むことができる余地を拡大する必要があると考えられる。このような観点から、注目されるのは、ドイツにおける新たな医療供給システムの導入とその実施を促進する選択タリフの仕組みである。これらを活用することにより、各保険者は、医療供給者と協力して、望ましい医療供給を実現するためのプログラムを構築し、実施することが可能となる。このようなものとしては、例えば、慢性病患者等の病状の変化に対応して必要となる予防措置、外来診療、入院療養、リハビリテーションなどを医療供給の各分野をま

¹ フランスにおいても、公的な医療保険とそれを補完する補足給付制度を合わせた医療保障制度を全体としてみると、将来的には、補足給付制度における競争が拡大するとともに、医療保障制度全体に占める補足医療制度の比重が高まることにより、競争の役割が大きくなっていく可能性があると考えられる。

たいで継続的に提供するプログラムや医療におけるゲートキーパーの役割を果たすことが期待される家庭医を中心とした医療供給を行うプログラムがあげられる。また、このプログラムへの被保険者(患者)の参加を促進するために、一部負担や保険料の軽減のような経済的な誘因を設けることも考えられる。これらは、被保険者に対して、そのニーズに適合し、相互に連携のとれた、質の高い医療を提供するとともに、慢性病治療のための費用の軽減にもつながることが期待される。

ただし、選択や競争を拡大することが常に望ましい効果をもたらすとは限らないことにも十分に注意する必要がある。例えば、選択タリフの中には、保険料を軽減する代わりに一定額までは保険者の給付義務を免除する「免責」や一定期間内に給付を受けなかった被保険者に対する「保険料還付」を組み入れた選択タリフが含まれる。これによってメリットを受けるのは、健康な被保険者に限られる。このような選択タリフの拡大は、医療保険の基礎にある病気がちな者と健康な者、高齢者と若者との間の連帯を弱めるとともに、被保険者間に格差と分担を生じさせる恐れがあると考えられる。

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

医療保険財政の安定と負担の公平

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、ドイツ、フランス、イギリスの三か国にみられる医療保険財政あるいは NHS 財政の安定と負担の公平に関する施策について、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三か国間の比較検討を行った。その結果に基づき、日本における適用可能性の検討対象を確定したうえで、具体的な検討を行った。

この研究の結果、医療保険財政の安定ないし負担の公平に関する考察を行う場合、説明責任が重要な検討視点となりうるとともに、情報の透明化手法を積極的に展開すべきことが求められることが明らかとなった。また、フランスでは、日本と同じように一部負担金が存在し、一部負担金以外にも多様な負担を求めているが、それを直ちに日本に適用することには、補足制度が存在しないなど、フランスとは背景事情が大きく異なる。

A. 研究目的

ドイツ、フランス、イギリスの三か国にみられる医療保険財政あるいは NHS 財政の安定と負担の公平に関する施策について、日本への適用可能性を明らかにすることを目的とする。

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、ドイツ、フランス、イギリスの三か国で行われた医療保険財政の安定に関する政策および負担の公平に関する改革について比較検討を行った。

その結果に基づき、日本における適用可能性の検討対象を確定した。そのうえで、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。

(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ため該当しない。

C. 研究結果及び D. 考察

(1) 三か国比較

医療保険財政の安定ないし負担の公平に関する改革手法としては、①個別的な保険料レベルでの負担の公平、②医療費の総額コントロールおよび③財政運営に関する説明責任というレベルで検討することができる。

①個別的な保険料レベルでの負担の公平、②医療費の総額コントロールに関しては、各国の歴史的背景や社会経済的な事情により、単純な比較は困難である。

しかし、③財政運営に関する説明責任については、やや抽象度が高いとはいえ、フランスの動向が参考となる。すなわち ONDAM の設定が、開業医部門と医療施設部門、公立病院と民間病院との間の診療報酬方式の統一化を促したことである。

(2) 日本への適用可能性

保険料負担の問題と財政運営の問題とは表裏一体の関係に立つものであると同時に、両者は逆また真ならずという関係でもある。財政運営に関する十分な説明責任が果たされていない場合や、財政運営に関する情報提供が不十分な場合には、個人レベルでの

負担の公平がたとえ確保されたとしても、制度全体を通貫する財政運営の安定性を損ねることになり、その場合には保険財政の公平性が実現されていないことになる。

以上のような視点に立てば、前期高齢者納付金や後期高齢者支援金に関するカネの流れについての説明責任は十分に果たされていないとの評価が可能である。

フランスにおける社会保障財政法律のように、保険料および租税の負担者であり、同時に医療サービスばかりでなく社会保障サービスの受給者である国民の前で、国民の代表である国会議員による議論の場を設定することが望まれる。

E. 結論

この研究の結果、医療保険財政の安定ないし負担の公平に関する考察を行う場合、説明責任が重要な検討視点となりうるとともに、情報の透明化手法を積極的に展開すべきことが求められることが明らかとなった。

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

医療保険財政の安定と負担の公平

国民の生命・健康を維持するため、必要なときに十分な医療サービスを提供するため、方法の違いはあれ、国家は医療保障体制を整える。この医療保障体制の整備には、事業運営のための財源が必要であるとともに、医療サービスを提供するための様々な資源が求められる。ここに、財源としてのファイナンスとサービスとしてのデリバリーとの関係が生じ、医療保障体制を実現する方法として、ファイナンスとデリバリーを一体化するシステムがNHS方式であり、ファイナンスとデリバリーを切り離し、社会保険によりファイナンスをまかなうのが社会保険方式である。

1 検討対象の確定

医療保障において、サービスを受ける側に負担を求めることはいくつかの視点から正当化される。サービスの提供を受けることから認められる受益者負担の考え方である。この受益者負担原則は、抽象的なシステム設定のためのレベルと具体的にサービスを受けた場合の二つのレベルでの議論が可能である。

ひとつは、医療保障体制を構築し、その体制から利益を受けるであろうことから、そのための費用負担が求められる。事業運営のための費用徴収としかえることもできる。医療サービスを提供する施設の建設、医療機材の設置や整備、あるいはサービス提供者の育成などの財源として、保険料や租税の負担が求められる。

いまひとつは、具体的に医療サービスを受けたときに、サービス提供者のサービスに対する対価・報酬の支払いという形で発生する。この場合、提供されたサービスに応じて報酬が発生するが、それをどのように支払うかに関するサブシステムが設定される。最終的にサービス提供者にその対価としての報酬が支払われることでは共通するが、NHS方式やドイツの保険診療の場合、患者はサービスを受けることによって、新たな負担を強いられることはない。このことは、サービス提供者に報酬が支払われないことを意味するものではない。NHSないし保険医協会から、報酬が別途支払われるのである。これに対して、日本やフランスの場合には、一部負担金の支払を求められる。この場合、サービスの対価としての報酬の一部を、患者が負担することとされている。これは負担なしにサービスを受けられる場合に予想される受診の濫用すなわち濫診を抑制する機能をもつ。しかし、ここでも、日本の場合は、一部負担金相当額を医療機関に支払えばすむものに対して、フランスでは報酬全額を支払った上で、その一定割合を保険者が患者である被保険者に払い戻すという償還払い方式を採用している。

2 負担の公平

公的年金における負担の公平を考えてみると、賦課される保険料額および支給される年

金額の妥当性のほかに、支給要件に基づく平等取り扱いが求められる。保険料の負担額や拠出期間には個人差が発生するため、このような個人差に応じた年金額の格差について法的意味では批判の対象とはならない。

これに対して、医療保障の場合には、以下のような公平性が求められる。

まず、医療保険の保険料はNHS方式の場合の租税も含めて、被保険者の年齢、性別あるいは健康状態に応じた料率の設定はなされていない。また、被保険者の家族状況も保険料率算定の要素とはされていない。この意味で、民間保険において妥当する給付・反対給付金等の原則は、公的医療保険の場面では妥当しない。厳密なリスク計算に基づく保険料率あるいは税率の設定をしないところに、社会保険システムの妙味がある。保険集団全体で、傷病に関する高リスク集団、あるいは傷病に陥った人に対して、当該集団と低リスク集団とが、あるいは高所得集団と低所得集団とが連帯して、医療保障のファイナンスを支えるという図式が成立している。

次に、受診機会の保障ないし医療アクセスの保障も負担の公平を担保するためには重要な要素といえる。保険料の設定が合理的であったとしても、医療機関の数が少ないとか一定の地域に偏在しているなど、受診機会が保障されていないとか、粗悪なサービスしか受けられないのでは、負担することの意味が失われるからである。この意味では、医療機関や医療費に関する地域格差や、医療の質の確保が医療保障をめぐる重要な政策課題となる。

さらに、負担の公平を検討する際に重要と思われるのは、財政運営に関する説明責任としての公平性の実現である。個別的な保険料の設定が合理的で、公平な賦課徴収が実現されていたとしても、制度全体の財政運営に関する情報が保険料負担ないしサービス受給者に開示されないのでは、財政運営の透明性を著しく損ねることになる。このように、保険料負担の問題と財政運営の問題とは表裏一体の関係に立つものであると同時に、両者は逆また真ならずという関係でもある。財政運営に関する十分な説明責任が果たされていない場合や、財政運営に関する情報提供が不十分な場合には、個人レベルでの負担の公平がたとえ確保されたとしても、制度全体を通貫する財政運営の安定性を損ねることになり、その場合には保険財政の公平性が実現されていないことになるからである。

ここでは、以上のような問題意識を前提に、フランスにおけるONDAMの果たした意義を中心に医療保険財政の安定と負担の公平という問題を検討してゆきたい。

3 個別的な保険料レベルでの負担の公平

NHS方式は租税を財源とするため、個別納税者のレベルで負担の公平を論じる余地はない。租税体系全体の評価とそれに基づく見直しという議論となるからである。したがって、この問題については、ドイツとフランスの比較が有益な示唆を提供する。

ドイツ医療保険の保険料について、被保険者は経済的な負担能力に応じて保険料を負担する報酬比例制を採用している。厳密にいうと、保険料は「保険料納付義務のある収入」