

平成26年度保険医療材料等に関する海外実態状況調査（概要）

1. 調査の目的

医療材料については、従来から内外価格差の存在が指摘されているところであり、機能別分類の見直し、外国価格調整・再算定の実施等により、その是正に取り組んできた。

本調査では、外国価格参照制度の対象国のうち、特に安価となっているフランスを中心に、医療材料の流通実態や薬事承認制度を調査し、日本や他の外国価格参照制度の対象国の現状との比較分析等を実施した。

2. 調査研究の方法

(1) 文献調査

インターネット等による情報収集や文献調査等を実施し、医療保障制度、医療材料に関する薬事承認制度、保険償還制度、公定価格の決定プロセス等、保険医療材料に関する基礎的な情報を収集・整理した。

(2) インタビュー調査

フランスにおける保険医療材料に関する関係政府機関、関係団体等に対して現地にてインタビュー調査を実施した。

【訪問した機関】

- ・保健省 医療総局、医療サービス提供総局（政府機関）
- ・SNITEM（医療材料業界団体）
- ・ANSM（政府機関）
- ・CEPS（医療製品経済委員会、政府機関）
- ・FHF（病院団体）

3. 結果の概要

- 各国の制度は、医療保険制度や薬事承認制度、医療材料に関する保険償還制度等において日本との違いはあるものの、フランスでは、わが国と同様に、医療材料の保険償還価格を定めた公定価格が存在する。
- フランスでは、公定価格が低く設定されているため、医療機関の購入価格が公定価格と大きく乖離しておらず、付帯サービスの条件（預託在庫の可否、付属製品の取扱い、使用者のトレーニング実施の有無）も重要とされている。
例えば、プログラミングが単純なペースメーカーは、病院に所属する医師等が管理するのが一般的であるが、植込型除細動器（ICD）や高度なペースメーカーは、メーカーの技師が立ち会う場合があるなど、個別製品により状況は様々であった。

平成 26 年度 保険医療材料等に関する海外実態状況調査結果概要

I. フランスに関する調査の概要

1. 医療保障制度の概要

(医療保障制度の特徴)

- フランスの医療保障制度は社会保険方式であり、被用者制度（一般制度、特別制度（公務員等））、非被用者制度（自営業者制度、農業制度）といった複数の制度からなる。
- 制度の管理運営を担う保険者も複数存在し、保険者間の連携を促すための組織として全国医療保険金庫連合（UNCAM）がある。UNCAM は、国から、保険償還対象となる医療行為や償還率の決定権限を移譲されている。
- 普遍的医療給付制度（CMU）の導入により、医療扶助対象者も含めた「国民皆保障」となっている。

(医療提供体制の概要)

- 開業医療と病院医療に分けられる。
- 以前は専門医と一般医に分かれていたが、現在は、一般医は専門診療科の一つとして位置づけられている¹。一般医である開業医は、可能な医療行為に制限があるため、検査等の実施のために専門医を紹介する必要がある。
- 病院は、設置主体によって公立病院と民間病院に分けられ、さらに民間病院は非営利病院と営利病院に区分される。公立病院はほとんどが一般病院である。民間営利病院は短期入院施設で選択的手術を中心とした外科病院が多く、近年は高度な手術を行う外科センター的な病院も増えている²。

(診療報酬制度の概要)

- 開業医療に対する診療報酬は、UNCAM と医師組合とで締結される全国一本の協約料金（診療報酬）に基づく出来高払い（全国協約方式）が基本である。
- 病院医療に対する診療報酬は、DRG（フランスでは GHM）に基づく 1 入院あたり包括支払方式である T2A が導入されている³。

2. 医療財政の状況

- 1 人当たり年間総医療費は 4,026 ドルで、OECD 加盟国 34 か国中 11 位である。

¹ 医療経済研究機構 フランス医療保障制度に関する研究会「フランス医療関連データ集【2011 年版】」

² 同上

³ 慢性期医療と精神医療を除く。

また、総医療費の対 GDP 比率は増加傾向にあり、2012 年は 11.6%となっている⁴。

- LPP⁵に記載されている医療材料について、医療保険による給付額は約 80 億ユーロで、対前年比 6.6%の増加となっている⁶。
- フランスでは医療費の増加を抑制するため、「全国医療支出目標 (ONDAM)」を毎年設定しており、大きな部門単位で予算管理を行っている。

3. 医療材料の諸制度と販売承認・保険収載の状況

(販売承認制度)

- EU 内での医療材料の販売は、CE マークを取得・製品に表示することで可能となる。
- この CE マークは、リスク別に Class I、Class II a、Class II b、Class III の 4 区分に分けられ、高リスクの医療材料は認証機関による審査が義務づけられている。有効期限は最長 5 年である。
- CE マークを取得した製造販売業者は、ANSM (国立医薬品・医療製品安全庁) に対し、CE マーク取得に関する届出を行うことが義務づけられている。
- 近年、認証機関の指定・監督の強化や指令の改正案の検討など、医療機器に関する規制は厳格化の方向性にある。

(市販後調査の概要)

- CE マークの有効期間中は、認証機関が定期的な監査を行っている。製造販売業者は認証機関に対し、収集した製品の有効性やリスク等に関するデータ・情報を提出している。
- その他、ANSM も独自に製造販売業者や製品の監視や検査を実施しているが、その対象は、革新性の高い製品やインシデント報告があった製品等に限定されている。

(保険償還の種類)

- 医療材料については GHS に包括されているものと、包括されずに LPP と呼ばれる公定価格表をもとに保険償還が行われるものがある。
- LPP には、保険償還価格と販売上限価格とが記載されている。
- LPP は、タイトル I ~ IV の 4 区分で構成され、日本の特定保険医療材料に相当する医療材料はタイトル III に含まれている。
- 収載の方法は銘柄別収載とジェネリックライン収載の 2 通りがある。銘柄別収載は、

⁴ 2012 年時点。出典は *OECD Health Data 2014*

⁵ 保険償還される医療材料等を収載した公定価格表

⁶ 2013 年、出典は *CEPS, "RAPPORT D'ACTIVITE 2013"*

ジェネリックライン収載と比較すると保険償還価格が高く、審査プロセスも厳しい。LPP では、GHS で包括評価してしまうと使用の有無や使用量によってコストが大きく異なるような医療材料について GHS の上乘せ給付対象品としている。

(LPP 収載プロセス)

- CE マークを取得した医療材料を LPP に収載するプロセスでは、「HAS (高等保健機構)」と呼ばれる科学的専門機関と「CEPS (医療製品経済委員会)」と呼ばれる政府機関が関与する。
- 銘柄別収載の場合、HAS の専門委員会の 1 つである「CNEDiMTS (医療材料・医療技術評価委員会)」が技術的評価を行った後、その結果をもとに CEPS がメーカーと価格交渉を行う。
- 医療保険の支出に著しい影響が見込まれる医療材料については、追加的に HAS の専門委員会の「CEESP (医療経済評価委員会)」による医療経済的評価が行われるが、適用対象となる製品は限定的である。
- CNEDiMTS による技術的評価は、絶対評価である「医療上の便益：SA 評価」(十分／不十分の 2 段階)と、相対的評価である「改善度・付加価値度：ASA 評価」(I～V の 5 段階評価、I が最も評価が高い)の 2 通りである。なお、ASA 評価で「I」「II」を得るには、臨床データが必要である。2013 年に行われた ASA 評価 47 件のうち、最高の評価は「III」(1 件)であった。
- CEPS は、LPP に関する協約を締結する際の基本的なルールを定めた枠組み合意に基づき、メーカーと価格や販売目標量を交渉するが、合意に至らない場合はメーカーに対して保険償還価格を通告する権限を有する。
- 審査期間は CNEDiMTS と CEESP が 90 日以内、CEPS が 90 日以内、合計 180 日以内と定められているが、2013 年の平均審査日数は 323 日となっている⁷。
- ジェネリックライン収載の場合、分野別の自己登録制であり、CNEDiMTS と CEPS による評価は行われない。ただし、ANSM への販売届出が義務づけられている。

(保険収載の更新)

- LPP 収載の有効期限は 5 年であるが、大臣や政府機関からの要請に応じて、5 年未満でも収載の見直しが行われる。見直し対象となった場合は、銘柄別収載、ジェネリックライン収載ともに、CNEDiMTS と CEPS による評価が実施される。
- 更新時の価格交渉において、CEPS は、市場分析をもとに削減目標額を定め、メーカーと中長期的な削減計画を協議する。協議内容は価格設定に限らず、価格引下げの時期、対象条件、保険償還の方法等多岐にわたり、柔軟な交渉を行っている。

(イノベーション支援)

⁷ CEPS, "RAPPORT D' ACTIVITE 2013"

- 臨床面や費用対効果の影響が大きいブレイクスルー型イノベーションの医療材料に対し、暫定的に保険償還が可能となる「フォルハ・イノベーション」という制度がある。この場合、HAS による審査が必要であるが、通常の場合と比較して審査期間は短い。
- この他、臨床試験の費用補助プログラムとして「PHRC (病院臨床研修プログラム)」、「PRME (医療経済研究プログラム)」などがある。中小企業からは、臨床試験の実施や資料作成への支援策として高い評価を得られている。

5. 医療材料の取引・流通に関する状況

(製品の選定)

- 病院では、製品自体の情報、臨床関連の情報、価格を参考に販売業者と価格交渉を行っており、特に医療材料では、製品の納品条件や付帯サービス(預託在庫の可否、付属商品の取り扱い、使用者に対するトレーニングの実施有無)の条件も重要とされている。
- 各病院では毎年、保健省が主導する「PHARE」と呼ばれる枠内で経費節減プランの計画と実行が進められており、医療材料についても目標値や成功事例が示され、購買部のレベルアップや経営の強化を目指す動きにつながっている。
- LPP に収載されている医療材料については、病院では実勢価格が公定価格より低い場合にその差の半分を保険者に還付することとされているため、安い価格で購入しようとするインセンティブは必ずしも高くなく、むしろ付帯サービス面で如何に有利な条件を引き出すかという点に交渉上の力点が置かれている。

(入札)

- 公立病院の場合、公共調達法典の定めにより、品質、付帯サービス、価格等の評価の基準(例:品質 60%、価格 40%)を入札前に公開して透明性を確保した上で、ベストオファーを採用するという入札の方式が採用されている。
- 病院でのみ用いられる高額医療材料については、病院とメーカーが直接取引をするのが一般的である。ペースメーカー、ICD、ステント等、LPP に掲載されている高額医療材料の入札に参加する主体はメーカーの現地法人である。他方、在宅医療に用いられる医療材料の場合は、メーカーから機器を買い取ったサービス会社等が入札に参加している。

(共同購入方式)

- 経費削減や有利な調達方策のひとつとして、購入主体の集約化、中でも全国レベルや地域レベルでの共同購入体を組織し、各病院が必要に応じて共同購入組織を通じ

購入する方式が広く採用されており、公的病院だけでなく民間病院でも見られるようになってきている。

- 共同購入は製品あたりの購入数を増やすことで購入側の価格交渉力を高め、価格を引き下げることができる有力な手段であり、保健省や病院団体からは経費節減における重要な役割として位置づけられている。
- 医療材料の共同購入は比較的最近の動きである。全国レベルで基礎的な消耗品については共同購入が定着しているが、高額医療材料については、各病院の事情により必要とされる付帯サービスが異なるため全国レベルでの共同購入は定着していない。
- ただし、地域レベルでは専門医や各病院関係者が一堂に会しコンセンサスを形成することが比較的容易であるため、高額医療材料について共同購入を行うケースも出ている。
- 共同購入を通じて各医師は他の医師に対して商品選定に関する説明責任を負うことになるため、製品の決定プロセスの透明性を高めることにも効果があるといった評価もある。

（流通環境）

- インプラント等の高額な医療材料は通常、メーカーから病院への直販であり、病院内で在庫（預託在庫）を管理する形態を取っている。
- 共同購入組織を利用した場合でも、メーカーまたは卸売業者から各病院に直接納品される仕組みとなっていることが多い。
- 人口密度と病院数をフランスと日本とで比較すると、フランスのほうが人口密度は低く、10万人あたり病院数も少ないため、一般的にみて、フランスのほうが病院の集約化は進んでいるものと考えられる。
- 政府、病院、メーカー側の業界団体のいずれにおいても、医療材料の流通に係るコストに触れた価格交渉は行われていない。

（付帯サービス）

- インプラント等の高額医療材料や大型診断機器の場合、通常、入札時に付帯サービスの条件（手術日当日の至急配達サービス、技術者養成のための指導、機器のメンテナンス等）、及び医療材料の支払い方法も含めた契約を行っている。
- インプラントの中でもICDや極めて高度なペースメーカーでは、メーカーの技師が立会いを行うことはあるが、プログラミングが単純なペースメーカーでは、病院に所属する医師や技師が直接行うのが一般的となっている。

（病院の購入価格）

- LPPに記載されている医療材料の多くは、病院の購入価格（実勢価格）は公定価格

と同額、または極めて近い価格で各社とも応札しており、公定価格と実勢価格が大きく乖離するような事例は多くない。医療材料自体の評価が同等である場合、実質的には付帯サービスの差異により落札者が決定されるケースが多い。

6. 医療材料への医療経済評価の導入状況

（医療経済評価の概要）

- 2008年にHAS内にCEESP（医療経済評価委員会）が設置された。医薬品や医療材料、医療行為の再評価の際に医療経済評価を行うことが、2011年にHASの役割として法的に裏付けられた。これを受けて、2013年10月より新規保険償還価格の決定や価格改定を伴う再評価の際にCEESPが医療経済評価を行うこととなった。
- CEESPは33人の議決権を持つ委員で構成され、1/3が医療関係者、1/3が経済評価の専門家、1/3が人文・社会科学の有識者や患者団体代表などであり、経済性に関する分科会と人文社会科学に関する分科会の2つの分科会がある。
- CEESPではCNEDiMITSと情報共有を図りつつ、医療経済評価を行っている。この結果はCEPSに送られ、メーカーとの保険償還価格の交渉の際の資料の1つとして活用される。

（評価手法）

- 銘柄別収載の製品でCEESPの医療経済評価を行う対象とされている医療材料は、
 - ①メーカーが保険償還を求める製品のうちASA評価Ⅰ～Ⅲ（革新性が高いもの）をメーカーが希望するもの、
 - ②医療保険の支出に著しい影響を与える可能性がある（予想売上規模が2,000万ユーロ以上、もしくは医療体制・医療行為・患者のケアに影響を与える可能性がある）もの、の2つの基準を満たす製品である。
- 医薬品では2014年中に25件が対象となったが、医療材料で該当する製品は1件（僧房弁閉鎖不全症用の経カテーテル治療デバイス）のみであった。
- CEESPでは、当該医療材料と既存の製品や医療技術の費用対効果比を算出し、経済性をICER（Incremental Cost-Effectiveness Ratio：増分費用効果比）として定量的に比較することを重視している。

（関係者の見解）

- 医療経済評価の結果をどのように価格決定に反映させるかという点についてはルールがなく、医療材料の事例が調査時点では結論が公開されていない状況であったため、保険償還価格決定への影響は不明である。

- イギリスのNICE (The National Institute for Health and Clinical Excellence) と比較されることが多いが、CEESP の評価結果は保険償還の可否を決めるものではなく保険償還価格のみに関与するもの、という点で違いがあり、関係者からは比較的肯定的に捉えられている。
- 今後、CEESP の医療経済評価の対象となる医療材料について、予想売上規模に関する基準を引き下げる可能性があるほか、結果を保険償還価格の決定に反映させるルールづくりが検討課題として想定されている。

(参考1) 人口・経済等の指標

図表 1 人口・高齢化率 (2015年)

	総数	15歳未満	15歳以上 ～65歳未満	65歳以上
フランス	64,395	11,903	40,180	12,313
	100.0	18.5	62.4	19.1
日本	126,573	16,272	76,960	33,342
	100.0	12.9	60.8	26.3
イギリス	64,716	11,503	41,719	11,494
	100.0	17.8	64.5	17.8
アメリカ	321,774	60,977	213,219	47,578
	100.0	19.0	66.3	14.8
ドイツ	80,689	10,397	53,152	17,139
	100.0	12.9	65.9	21.2
オーストラリア	23,969	4,482	15,881	3,606
	100.0	18.7	66.3	15.0

(注) 上段：千人、下段：%。推計値である。

(資料) UN, “World Population Prospects: The 2015 Revision”より作成

図表 2 出生率・死亡率 (人口千人対)

	フランス	日本	イギリス	アメリカ	ドイツ	オーストラリア
出生率	12.4	8.3	12.6	12.6	8.3	13.5
死亡率	8.9	10.0	9.2	8.2	10.8	6.7

(注) 2010-2015年の推計値である。

(資料) UN, “World Population Prospects: The 2015 Revision”より作成

図表 3 合計特殊出生率

フランス	日本	イギリス	アメリカ	ドイツ	オーストラリア
2.00	1.43	1.92	1.88	1.36	1.93

(注) 日本は2013年、フランス・イギリス・アメリカ・オーストラリアは2012年、ドイツは2011年のデータである。

(資料) 国立社会保障・人口問題研究所「人口統計資料集2015年版」より作成

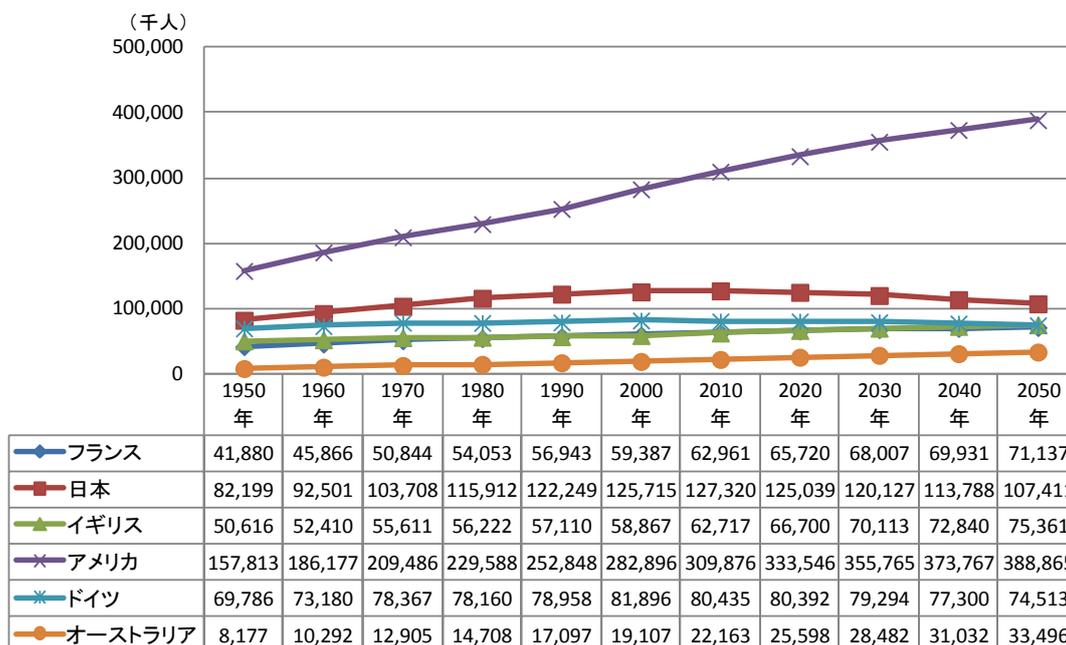
図表 4 平均寿命 (2013年)

(歳)

	フランス	日本	イギリス	アメリカ	ドイツ	オーストラリア
男性	79.0	80.2	79.2	76.4	78.6	80.1
女性	85.6	86.6	82.9	81.2	83.2	84.3

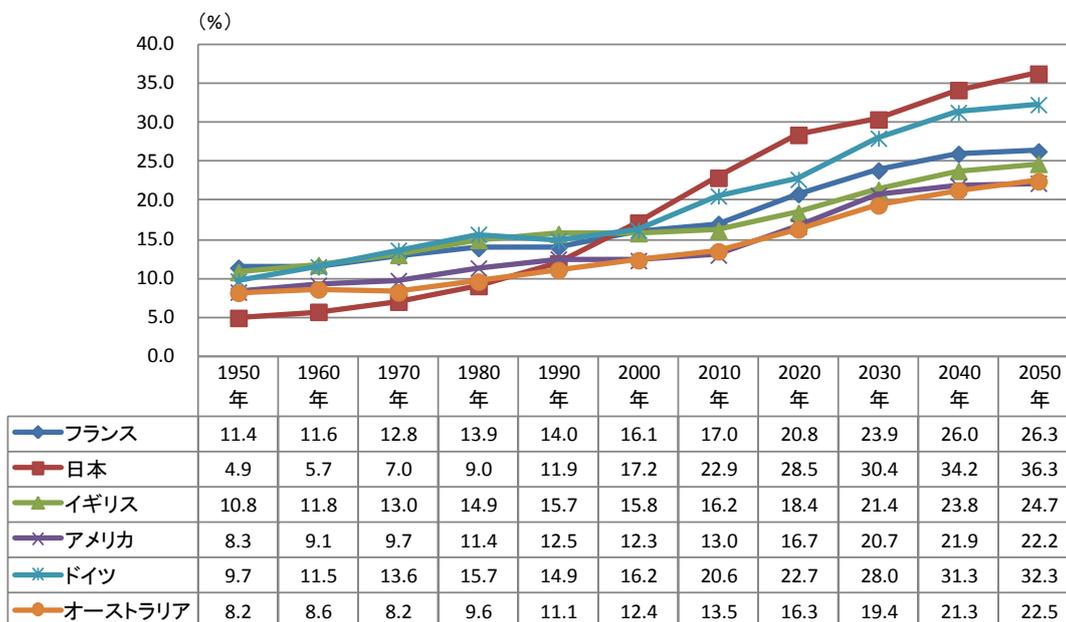
(資料) OECD Stat Extracts(2015.8.14)より作成。オーストラリアは OECD Stat Extracts(2015.8.17)より作成。

図表 5 人口推移と予測



(資料) UN, “World Population Prospects: The 2015 Revision”より作成

図表 6 高齢化率



(資料) UN, “World Population Prospects: The 2015 Revision”より作成

図表 7 名目国内総生産（GDP）

(10 億 US\$)

	2000 年	2005 年	2010 年	2011 年	2012 年	2013 年
フランス	1,372.5	2,207.5	2,651.8	2,865.3	2,688.2	2,807.3
日本	4,731.2	4,571.9	5,495.4	5,905.6	5,954.5	4,919.6
イギリス	1,551.8	2,415.1	2,409.4	2,594.1	2,624.3	2,680.1
アメリカ	10,284.8	13,093.7	14,964.4	15,517.9	16,163.2	16,768.1
ドイツ	1,952.9	2,862.5	3,418.4	3,755.5	3,535.2	3,731.4
オーストラリア	399.0	732.8	1,248.2	1,500.4	1,555.9	1,501.9

(資料) IMF, “World Economic Outlook Database, April 2015”より作成

図表 8 1人当たり名目国内総生産（GDP）

(US\$)

	2000 年	2005 年	2010 年	2011 年	2012 年	2013 年
フランス	23,317.9	36,209.5	42,249.1	45,430.3	42,416.9	44,103.9
日本	37,303.8	35,780.6	42,916.7	46,175.4	46,661.3	38,633.0
イギリス	26,351.8	40,093.8	38,697.9	40,991.0	41,194.4	41,820.0
アメリカ	36,432.5	44,218.3	48,309.5	49,725.0	51,409.1	52,939.1
ドイツ	23,741.0	34,723.3	41,814.1	46,752.7	43,902.6	46,199.6
オーストラリア	20,846.2	36,077.1	56,295.9	66,622.4	67,882.2	64,428.8

(注) オーストラリア・ドイツは 2013 年が推計値。

(資料) IMF, “World Economic Outlook Database, April 2015”より作成

図表 9 1人当たり名目国内総生産（GDP）予測値

(US\$)

	2015 年	2016 年	2017 年	2018 年	2019 年	2020 年
フランス	38,458.5	39,163.7	40,482.4	42,016.1	43,749.3	45,861.1
日本	33,223.4	34,414.1	35,655.1	36,607.9	38,039.9	39,675.0
イギリス	43,940.0	45,598.7	47,743.3	50,179.1	52,717.0	55,576.0
アメリカ	56,421.4	58,624.6	61,013.4	63,366.3	65,506.3	67,697.2
ドイツ	41,955.2	43,074.4	44,572.6	46,202.3	47,982.1	50,123.5
オーストラリア	52,454.4	53,051.6	54,122.1	55,347.3	56,928.2	58,717.7

(資料) IMF, “World Economic Outlook Database, April 2015”より作成

図表 10 フランスの物価上昇率 (%)

2010年	2011年	2012年	2013年	2014年
2.0	2.7	1.5	0.8	0.3

(資料) 外務省

図表 11 消費者物価指数

(2010年=100)

	2010年	2011年	2012年	2013年	2014年
フランス	100.0	102.1	104.1	105.0	105.5
日本	100.0	99.7	99.7	100.0	102.8
イギリス	100.0	104.5	107.4	110.2	111.8
アメリカ	100.0	103.2	105.3	106.8	108.6
ドイツ	100.0	102.1	104.1	105.7	106.7
オーストラリア	100.0	103.3	105.1	107.7	110.4

(資料) OECD Stat Extracts(2015.5.27)より作成。オーストラリアは OECD Stat Extracts(2015.8.17)より作成。

図表 12 購買力平価

	2008年	2009年	2010年	2011年	2012年
フランス(ユーロ)	0.882	0.858	0.857	0.845	0.841
日本(円)	117	115	112	107	105
イギリス(ポンド)	0.651	0.653	0.691	0.698	0.690
アメリカ(ドル)	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
ドイツ(ユーロ)	0.812	0.806	0.796	0.779	0.776
オーストラリア(豪ドル)	1.48	1.44	1.51	1.51	1.48

(資料) OECD Factbook2014 より作成。

(参考2) 平成26年度海外医療材料調査について

1. 経済・社会情勢

	日本	アメリカ	イギリス	ドイツ	フランス	オーストラリア
■人口構造						
人口・高齢化率 (12年)	人口:127,515千人 高齢化率:24.2%	人口:313,874千人 高齢化率:13.3%	人口:63,705千人 高齢化率:16.9%	人口:81,932千人 高齢化率:20.6%	人口:63,514千人 高齢化率:17.1%	人口:22,724千人 高齢化率:14.2%
平均寿命 (13年)	男性:80.2歳 女性:86.6歳	男性:76.4歳 女性:81.2歳	男性:79.2歳 女性:82.9歳	男性:78.6歳 女性:83.2歳	男性:79歳 女性:85.6歳	男性:80.1歳 女性:84.3歳
合計特殊出生率 (11~13年)	1.43(13年)	1.88(12年)	1.92(12年)	1.36(11年)	2.00(12年)	1.93(12年)
死亡率(人口千人 対)(05-10年)	8.8	8.2	9.5	10.4	8.6	6.5
■経済情勢						
1人当たりGDP(為 替による、14年)	36,332USドル	54,597USドル	45,653USドル	47,590USドル(推計 値)	44,538USドル	61,219USドル(推計 値)
1人当たりGDP(購 買力平価、14年)	37,390USドル	54,597USドル	39,511USドル	45,888USドル(推計 値)	40,375USドル	46,433USドル(推計 値)
消費者物価指数 (10年=100とした 時の14年の数値)	102.8	108.6	111.8	106.7	105.5	110.4
1人当たり国民総 所得(購買力平価、 12年)	36,752USドル	52,547USドル	35,571USドル	42,924USドル	37,567USドル	43,372USドル
1人当たり国民所 得(名目、12年)	34,516USドル	44,456USドル	34,120USドル	36,514USドル	34,926USドル	55,628USドル
購買力平価 (12年)	104.7円	1.000USドル	0.690ポンド	0.776ユーロ	0.841ユーロ	1.481豪ドル

	日本	アメリカ	イギリス	ドイツ	フランス	オーストラリア
■総医療費の規模						
1人当たり年間総医療費(12~14年)	3,768USドル(14年、推計値)	8,713USドル(13年)	3,235USドル(13年)	5,002USドル(14年、推計値)	4,123USドル(12年)	3,866USドル(12年、推計値)
GDPに占める総医療費の割合(12~14年)	10.2%(14年、推計値)	16.4%(13年)	8.5%(13年)	11.1%(14年、推計値)	10.9%(13年)	8.8%(12年、推計値)
医療費に対する政府・民間支出の割合(12~13年)	政府支出 83.6%、民間支出 16.4%(14年、推計値)	政府支出 48.2%、民間支出 51.8%(13年)	政府支出 86.6%、民間支出 17.4%(13年、推計値)	政府支出 76.6%、民間支出 23.4%(14年、推計値)	政府支出 78.7%、民間支出 21.3%(13年)	政府支出 67.6%、民間支出 32.4%(12年、推計値)
1人当たり政府支出(医療分野)(12~14年)	3,150USドル(14年、推計値)	4,197USドル(13年)	2,802USドル(13年、推計値)	3,830USドル(14年、推計値)	3,247USドル(13年)	2,614USドル(12年、推計値)
1人当たり民間支出(医療分野)(12~14年)	618USドル(14年、推計値)	4,516USドル(13年)	561USドル(13年、推計値)	1,172USドル(14年、推計値)	877USドル(13年)	1,251USドル(12年、推計値)
■医療提供体制						
病院数(12~13年)	7,474施設(13年)	4,577施設(12年)	—	1,668施設(13年)	1,592施設(13年、推計値)	983施設(12年)
人口100万人当たり病院数(10~12年)	58.71施設(13年)	14.58施設(12年)	—	20.68施設(13年)	24.23施設(13年、推計値)	43.26施設(12年)
人口千人当たり病床数(12~13年)	7.9床(13年)	2.5床(12年)	2.3床(13年)	5.3床(13年)	3.4床(13年、推計値)	3.4床(12年、推計値)
人口千人当たり医療従事者数(11~13年)	医師:2.3人 看護職員:10.5人(12年)	医師:2.6人 看護職員:11.1人(13年)	医師:2.8人 看護職員:8.3人(14年、推計値)	医師:4.1人 看護職員:13.0人(13年)	医師:3.1人(13年) 看護職員:9.7人(13年、推計値)	医師:3.4人 看護職員:11.5人(13年、推計値)

	日本	アメリカ	イギリス	ドイツ	フランス	オーストラリア
平均在院日数 (急性期) (11～13年)	17.2日(13年)	5.4日(11年)	5.9日(13年)	7.7日(13年)	5.7日(12年)	4.8日(12年)

- (出典)・ 「人口・高齢化率」は OECD Stat Extracts(2015.5.20)より作成。オーストラリアは OECD Stat Extracts(2015.8.17)より作成。
- ・ 「平均寿命」は OECD Stat Extracts(2015.8.14)より作成。オーストラリアは OECD Stat Extracts(2015.8.17)より作成。
 - ・ 「合計特殊出生率」は国立社会保障・人口問題研究所「人口統計資料集 2015年版」(日本以外の原典は UN, Demographic Yearbook)より作成。
 - ・ 「死亡率」は UN, World Population Prospects: The 2012revision より作成。
 - ・ 「1人当たり GDP」は IMF, World Economic Outlook Database, April 2015 より作成。
 - ・ 「消費者物価指数」は OECD Stat Extracts(2015.5.27)より作成。オーストラリアは OECD Stat Extracts(2015.8.17)より作成。
 - ・ 「1人当たり国民総所得」「購買力平価」は OECD Factbook2014 より作成。
 - ・ 「1人当たり国民所得」は内閣府経済社会総合研究所「平成 25 年度国民経済計算確報」による。オーストラリアは会計年度。
 - ・ 「1人当たり年間総医療費」「GDPに占める総医療費の割合」「医療費に対する政府・民間支出の割合」「1人当たり政府支出(医療分野)」「1人当たり民間支出(医療分野)」は OECD Stat Extracts(2015.8.17)より作成。「1人当たり年間総医療費」「1人当たり政府支出(医療分野)」「1人当たり民間支出(医療分野)」は購買力平価による。
 - ・ 「病院数」「人口 100 万人当たり病院数」「人口千人当たり病床数」「人口千人当たり医療従事者数」「平均在院日数」は OECD Stat Extracts(2015.8.17)より作成。「病院数」は一般病院数。「人口千人当たり病床数」は急性期医療病床数。イギリスの「病院数」「人口 100 万人当たり病院数」は OECD Stat Extracts(2015.8.17)にデータがない。「人口千人当たり医療従事者数」の医師数は開業医数。「人口千人当たり医療従事者数」の看護職員数は、日本・イギリス・ドイツ・オーストラリアは Practising nurse の数、アメリカ・フランスは Professionally active nurse の数。

2. 医療保障制度の概要

	日本	アメリカ	イギリス	ドイツ	フランス	オーストラリア
医療保障制度の概要	<ul style="list-style-type: none"> ・公的医療保険を全国民に適用(複数の制度からなる公的医療保険)。 -健康保険制度(組合管掌・全国健康保険協会管掌) -船員保険制度 -各種共済制度 -国民健康保険制度 -後期高齢者医療制度 	<ul style="list-style-type: none"> ・全国民を対象とした公的制度はない(民間保険に任意加入。国民の10.4%(14年)が無保険者)。 ・公的制度としては、65歳以上の高齢者と障害者を対象とするメディケア、低所得者を対象とするメディケイド、児童を対象とする児童医療保険プログラム(GHIP)等がある。 	<ul style="list-style-type: none"> ・全国民を対象とした国民保健サービス(NHS)。 	<ul style="list-style-type: none"> ・公的医療保険の加入者は、「強制被保険者」「任意被保険者」「家族被保険者」がある。 ・一定所得以上の者や自営業者等は、公的医療保険に任意加入、または民間医療保険に加入。 	<ul style="list-style-type: none"> ・複数の制度からなる公的医療保険制度。 -被用者制度(一般制度、特別制度) -非被用者制度(農業制度、自営業者制度) 	<ul style="list-style-type: none"> ・連邦政府によるメディケア制度と、民間保険との組み合わせによる医療保障(国民の約5割が民間医療保険に加入)。
公的医療保障制度の財源方式	・社会保険方式	<ul style="list-style-type: none"> ・(メディケア)社会保険方式 ・(メディケイド、CHIP)税方式 	・税方式	・社会保険方式	・社会保険方式	・税方式
公的医療保障制度の対象者	国民皆保険	高齢者・障害者、低所得者などに限定	国民皆保障	国民の約9割	国民皆保険	国民皆保障

	日 本	アメリカ	イギリス	ドイツ	フランス	オーストラリア
医療保障に関わる管理運営機関	<ul style="list-style-type: none"> 厚生労働省:医療保障、医療提供体制等を所管する政府機関。 保険者は各制度によって異なる。 	<ul style="list-style-type: none"> メディケア 連邦政府機関である保健福祉省のメディケア・メディケイド・サービスセンター(CMS)が運営(パート A 及びパート B なお、パート C 及びパート D は民間保険者) メディケイド・CHIP メディケイドは連邦政府と州の共同による公的扶助プログラム。保健福祉省の CMS が監督し、各州が運営(給付の範囲、内容等は各州が規定し、連邦政府が財政援助を行う)。 	<ul style="list-style-type: none"> 保健省が所管しているが、権限移譲により、NHS イングランドと Arm's length bodies (ALBs: 保健省から独立した関連組織)が、運営面の管理を担う。 CCG (Cinical Commissioning Group) 等が保健医療サービス提供の計画・管理などを担当。 	<ul style="list-style-type: none"> 保健省:医療保障、医療提供体制等を所管する政府機関。 公法人である各疾病金庫(13年時点で134の疾病金庫)が保険者として運営。 	<ul style="list-style-type: none"> 保健省:医療保障、医療提供体制等を所管する政府機関。 国民の80%以上が加入する一般制度は全国被用者医療保険金庫(CNAMTS)が運営。 全国医療保険金庫連合(UNCAM)が、保険給付対象(一覧表)や給付率の決定等を担当。 一般制度では、保険料徴収は社会保障家族手当保険料徴収機構(URSSAF)が担当。 	<p>保健省:各種医療関連の制度を所管する連邦政府機関。民間医療保険の給付についても所管する。</p> <p>連邦政府機関のメディケア庁が運営。</p> <p>州保健省:医療提供体制等を所管する州政府機関。豪州医療担当大臣委員会(連邦・各州の医療担当大臣で構成)を通じて意思決定を調整。</p>

	日本	アメリカ	イギリス	ドイツ	フランス	オーストラリア
診療報酬制度の基本的な枠組み	<ul style="list-style-type: none"> ・ 出来高払い 診療報酬点数×1点あたり10円により診療報酬を算出。 ・ 入院医療において、一部、DPC/PDPSによる包括化。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ メディケア 入院(ホスピタルフィー)は DRG/PPS が中心。外来(ドクターフィー)は診療報酬点数表に基づく出来高払い(RBRVS)等。一部、外来用 PPS 方式を導入。 ・ メディケイド DRG/PPS など、州により異なる 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 保健省策定の予算を NHS 制度内で配分 ・ GP、診療所 登録者数に応じた包括報酬(人頭報酬、定額)、追加的報酬(出来高)、達成された成果等に基づく報酬(成果報酬、出来高)の3つで構成される報酬体系。 ・ 病院 診断群に基づく包括払い方式(「HRG」と呼ばれる)。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 保険医 家庭医に対しては、患者1人につき定額の「被保険者包括報酬」が四半期ごとに支払われる。 ・ 専門医 専門医に対しては、基本包括報酬と加算包括報酬が支払われる ・ 病院 DRG に基づく包括支払い 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 開業医 全国医療保険金庫連合(UNCAM)と医師組合の合意による全国一本の協約料金(診療報酬)に基づく出来高払い(全国協約方式)。なお、協約料金以上の診療費を患者に請求できる医師区分がある。 ・ 公立・民間非営利病院 総額予算制が採られていたが、GHS(フランス版 DRG)に基づく包括払方式(GHS/PPS、T2A)が導入されている。 ・ 民間営利病院 技術料と入院料に区分され、技術料については全国協約方式、入院料については公的病院の GHS/PPS 方式(T2A)と整合性を取る形の報酬設定。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ ドクターフィー メディケアから給付される診療報酬は診療報酬点数表(MBS)に規定されている(医師は価格を自由に設定でき、MBS はあくまでもメディケアからの給付額を示すもの)。出来高払い制。 ・ ホスピタルフィー 公的病院では AR-DRGs 等をもとに予算が配分される。

	日本	アメリカ	イギリス	ドイツ	フランス	オーストラリア
自己負担	<ul style="list-style-type: none"> ・3割 義務教育就学前 2割 70～74歳 2割 (現役並み所得者は3割) (平成26年4月以降新たに70歳になる者は2割、同年3月末までに既に70歳に達している者は1割) 75歳以上 1割 (現役並み所得者は3割) 	<ul style="list-style-type: none"> ・パート A:入院サービス等 入院～60日:免責額として\$1216まで自己負担あり 61～90日: \$304/日 91日以降: \$608/日 (生涯に60日だけ、それを超えた場合は全額自己負担) ・パート B:入院・外来の医師サービス等 免責額は年間\$147 それを超える部分は20% ・パート D:薬剤給付 加入プランにより詳細は異なる。 ※上記はメディケア。メディケイドでは原則自己負担なし。 	<ul style="list-style-type: none"> ・原則自己負担なし ※外来処方薬は1処方当たり定額負担(処方1件£8.05、前払い処方証書£29.10(3か月有効)・£104(1年間))、歯科治療は3種類の定額負担あり(高齢者、低所得者、妊婦等には免除あり。) 	<ul style="list-style-type: none"> ・入院:1日につき10ユーロ(年28日を限度) ・外来:13年初より自己負担撤廃 ・薬剤:10%の定率負担(負担額の上限10ユーロ、下限5ユーロ) ※患者自己負担限度額あり。 一般患者:年間所得の2% 慢性疾患患者:年間所得の1% 	<ul style="list-style-type: none"> ・入院:入院費の20% 1日18ユーロの定額負担 ※第三者支払方式 ・外来:診察費の30%の他、以下の定額負担あり(年間50ユーロが自己負担上限) -1回1ユーロの定額負担 -免責額:薬剤及び医療補助者の行為0.5ユーロ、移送費2ユーロ ※償還払方式 ・薬剤:薬剤により自己負担の割合は異なる(100%、85%、70%、35%、自己負担なし) ※後発医薬品の場合は第三者支払方式 ※自己負担分を補填する補足的医療保険が発達している(共済組合形式、国民の約9割が加入)。 	<ul style="list-style-type: none"> ・公的病院かつ公的保険でのホスピタルフィー及びドクターフィーについては自己負担なし ・公的病院でのプライベート患者、民間病院の場合の自己負担額は以下の通り。 外来:(医療機関の請求額-MBSの85%) 入院:(医療機関の請求額-MBSの75%+ホスピタルフィー全額) ・GPは自己負担なし。

(出典) 厚生労働省「医療保障制度に関する国際関係資料について」、健康保険組合連合会編「図表で見る医療保障 平成26年度版」、厚生労働省「2014年 海外情勢報告」、各国政府機関HP等をもとに作成。

3. 医療提供体制

	日本	アメリカ	イギリス	ドイツ	フランス	オーストラリア
医療機関等の種類	<ul style="list-style-type: none"> ・病院 8,540 (13年) ・診療所 100,528 (13年) ・歯科診療所 68,701 (13年) ・調剤薬局 57,071 (13年) ・訪問看護ステーション 7,473 (14年) 	<ul style="list-style-type: none"> ・登録病院 5,724 <連邦管掌> 208 <連邦管掌外> <ul style="list-style-type: none"> - コミュニティー病院 4,973 非営利 2,903 営利 1,025 州・地方自治体管掌病院 1,045 - 長期入院一般診療及び専門病院 110 - 精神病院(知的障害者施設含む) 421 - 結核病院 2(11年) ・薬局 55,866 (07年) 	<ul style="list-style-type: none"> ・NHS Trust Foundation Trust 急性期 160 精神 59 ・CCG 212 ※他に民間病院も存在する。 ・GP 39,409人(10年) (15年) ※上記は England のみ ・薬局 10,998 (08年) 	<ul style="list-style-type: none"> ・病院 3,229 (12年) ・開業医(保険医) 132,224人 (12年) ・薬局 21,551 (06年) 	<ul style="list-style-type: none"> ・病院 2,657 公立病院 928 民間病院 1,729 (12年) ・開業医 102,140人 (13年) ・薬局 22,561 (06年) 	<ul style="list-style-type: none"> ・病院 1,359 公的病院 747 急性期 728 精神 19 民間病院 612 (13-14年) ・GP 24,720人 (11年) ・薬局数 5,218 (11年)
医療機関の機能	<ul style="list-style-type: none"> ・高度急性期機能、急性期機能、回復期機能、慢性期機能(病床機能報告制度上の区分)と病床の機能分化を進めている。 ・病院でも外来診療を実施。患者は自由に医療機関を選択できる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・開業医が行う外来診療と病院による二次・三次医療とが区分されている(病院でも外来診療を実施している)。 	<ul style="list-style-type: none"> ・基本的にGPが行っている一次医療と、専門医・病院による二次・三次医療とが明確に区分されている。 ・患者が病院にかかるためにはGPの紹介が必要。 	<ul style="list-style-type: none"> ・開業医が行う外来診療と病院による二次・三次医療とが明確に区分されている。 ・患者は外来医療を行う開業医を自由に選択できるが、病院にかかるためには開業医の紹介が必要。 	<ul style="list-style-type: none"> ・開業医が行う外来診療と病院による二次・三次医療とが明確に区分されている。 ・患者は医療機関を自由に選択することができるが、かかりつけ医を通さずに専門医にかかる場合、償還率が下がる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・基本的にGPが行っている一次医療と、病院による二次・三次医療が区分されている。 ・公的的患者として受診する場合は、GP等の紹介が必要。

--	--	--	--	--	--	--

(注1) イギリスについては、病院数の統計資料がないため、NHS HP より、NHS Trust ・ Foundation Trust のリストから数えた。また、一次医療提供者と二次医療の購入者の役割を担う CCG も同様に算出した。GP 数は医療経済研究機構「イギリス医療保障制度に関する調査研究報告書 2013 年度版」の「一般医 (GP プロバイダー、その他 GP、GP レジスター、GP リテイナー)」の人数。

(出典) 医療機関等の種類は、日本については厚生労働省「平成 25 年度衛生行政報告例」、厚生労働省「平成 25 年医療施設調査」、全国訪問看護事業協会「平成 26 年訪問看護ステーション数調査」、アメリカについては医療経済研究機構「アメリカ医療関連データ集 2013 年版」、イギリスについては NHS「NHS Choice」、医療経済研究機構「イギリス医療保障制度に関する調査研究報告書 2013 年度版」、ドイツとフランスについては「OECD.Stat(2015.8.17)」、オーストラリアについては AIHW「Australia's Hospitals 2013-14 at a glance」、PHCRI のホームページ、他各国データ集、健康保険組合連合会編「図表で見る医療保障 平成 26 年度版」、各国政府・関係団体資料等をもとに作成。

4. 医療材料に関する状況

	日本	アメリカ	イギリス	ドイツ	フランス	オーストラリア
公定価格制度の有無	特定保険医療材料制度	公定価格はない	公定価格はない	公定価格はない	公定価格表(LPP)制度	医療材料リスト制度
公定価格制度における医療材料の定義・範囲	・保険医療材料の評価区分に基づき一部の医療材料(特定保険医療材料)について、機能区分ごとに保険償還価格を設定。	—	—	—	・LPP に記載される医療材料は、包括払い制度に馴染まない医療材料。具体的には、①技術革新が速いもの、②高額で包括払いに馴染まないもの、③対象患者が少なく包括払いに必要な費用を算出できないもの、である。	・医療材料リストに記載され、公示価格が定められる医療材料は、①身体的部位の置換や病理学的プロセスの調整のいずれかを目的として患者に外科的に埋め込まれるもの、②特定製品の埋め込みに必要不可欠で当該患者に対して使い切りのもの、である。 ・検査目的の医療材料や埋め込みでない医療材料は対象外である。
公定価格の位置づけ	・特定保険医療材料を対象に、保険償還価格として、機能区分ごとに、政府が材料価格基準を設定している。	—	—	—	・CEPS で保険償還価格について審議し、保健大臣による官報告示となる。 ・銘柄別記載であるが、ジェネリック製品については機能区分による同一	・医療機関での手術の際に使用した医療材料を対象に、民間保険が給付すべき償還価格を連邦政府が設定している。 ・銘柄別記載。

	日本	アメリカ	イギリス	ドイツ	フランス	オーストラリア
公定価格と償還の関係	・告示価格での償還。	—	—	—	・告示価格での償還。	・公定価格は民間保険による給付額。満額償還の義務がある「no gap」と最低・最高償還額が定められ、その間での契約であれば保険会社に裁量のある「gap」品目とがある。
公定価格の決め方	<p><設定方法> 新規収載品 (類似機能区分比較方式)類似性の最も高い既存機能区分の価格(補正加算あり)。 (原価計算方式)類似機能区分がない場合は、製造原価に経費、営業利益、税を加えた額。 (価格調整)外国平均価格の1.5倍を超える場合に1.5倍に調整される。</p>	—	—	—	<p><設定方法> 新規収載品 ・HAS(高等保健機構)の下部組織であるCNEDIPTSが技術上の評価を行い、その結果をもとに、CEPS(医療製品経済委員会)が申請者と価格交渉を行い、決定する。 ・この時、外国価格も参照される。</p>	<p><設定方法> 新規収載品 ・保健高齢化省に設置されている医療材料諮問委員会(PLAC)が審議を行い、大臣が決定する。 ・臨床専門家等の行う診療上の評価により、材料の属するグループ(機能区分)が決定すると、同じグループの価格が適用される。 ・革新性が認められた場合はプレミアム価格が認められる。</p>

	日本	アメリカ	イギリス	ドイツ	フランス	オーストラリア
	<p>既収載品 (市場実勢価格加重平均値一定幅方式)全ての既収載品の市場実勢価格の加重平均値に消費税を加えた算定値に一定幅を加えた額。 (再算定)国内価格と外国平均価格を比較し、市場実勢価格が外国平均価格の1.5倍以上である場合等は、価格引下げ。</p> <p><改定ルール> ・医療機関または薬局の実際の購入価格に基づき2年に1回改定(中央社会保険医療協議会の承認要)。</p>				<p>既収載品 ・LPPの収載期限である5年ごとに再審査が行われる。 ・公定価格が高いとされる製品について、随時見直しが行われる。</p> <p><改定ルール> ・銘柄別収載の場合、新規収載と同様のプロセスで審査が行われる。</p>	<p>既収載品 ・現在は価格見直しのルールがない。</p>
取扱医療機関	・病院、診療所において広く使用されている。	・特に病院において広く使用されている。	・特に病院において広く使用されている。	・特に病院において広く使用されている。	・特に病院において広く使用されている。	・特に病院において使用されている。
医療材料の輸出入	・高額な医療材料の多くは欧米製品。	・高額な医療材料の多くは欧米製品。	・高額な医療材料の多くは欧米製品。	・高額な医療材料の多くは欧米製品。	・高額な医療材料の多くは欧米製品。	・高額な医療材料の多くは欧米製品。

	日本	アメリカ	イギリス	ドイツ	フランス	オーストラリア
薬事承認	<ul style="list-style-type: none"> ・独立行政法人医薬品医療機器総合機構（PMDA）等の審査を経て承認された医療材料を使用することが可能。 	<ul style="list-style-type: none"> ・リスクによって3分類している。このうち高度管理を要する「Class III」についてはFDAが審査を実施（市販前承認）。 	<ul style="list-style-type: none"> ・EU内ではCEマークが取得されていれば、使用することが可能。 	<ul style="list-style-type: none"> ・EU内ではCEマークが取得されていれば、使用することが可能。 	<ul style="list-style-type: none"> ・EU内ではCEマークが取得されていれば、使用することが可能。 	<ul style="list-style-type: none"> ・保健高齢化省の下部組織である医療製品部局において、ARTGへの収載（薬事承認）を判断している。
医療材料の選択	<ul style="list-style-type: none"> ・医師の選択による。 	<ul style="list-style-type: none"> ・基本的に医師の選択による。 ・経営合理化の一環で、医師が関与し、医療材料の標準化等を行っている病院もある。 	<ul style="list-style-type: none"> ・基本的に医師の選択による。 ・経営合理化の一環で、医師が関与し、医療材料の標準化等を行っている病院もある。 	<ul style="list-style-type: none"> ・基本的に医師の選択によるが、近年は購買部門の関与が強化している。 	<ul style="list-style-type: none"> ・基本的に医師の選択によるが、T2A導入後は病院の購買部門の関与が強化している。 	<ul style="list-style-type: none"> ・基本的に医師の選択による。 ・経営合理化の一環で、医師が関与し、医療材料の標準化等を行っている病院もある。
価格交渉	<ul style="list-style-type: none"> ・サプライヤー（メーカーまたはその代理店、卸業者）と、病院の交渉による。 	<ul style="list-style-type: none"> ・サプライヤー（メーカーまたはその代理店）と、病院や共同購入組織との交渉による。 	<ul style="list-style-type: none"> ・サプライヤー（メーカーまたはその代理店）と、病院や共同購入組織との交渉による。 ・NHS Trust 病院では合計調達額が一定額を超える場合は入札となる。また、EU指令により、一定額を超える調達の場合にはEU全体に公告が義務づけられている。 	<ul style="list-style-type: none"> ・サプライヤー（メーカーまたはその代理店）と、病院や共同購入組織との交渉による。 ・公立病院では、合計調達額が一定額を超える場合は入札となる。また、EU指令により、一定額を超える調達の場合にはEU全体に公告が義務づけられている。 	<ul style="list-style-type: none"> ・サプライヤー（メーカーまたはその代理店）と、病院や共同購入組織との交渉による。 ・公立病院では、合計調達額が一定額を超える場合は入札となる。また、EU指令により、一定額を超える調達の場場合にはEU全体に公告が義務づけられている。 	<ul style="list-style-type: none"> ・サプライヤー（メーカーまたはその代理店）と、病院や共同購入組織との交渉による。

	日本	アメリカ	イギリス	ドイツ	フランス	オーストラリア
共同購入	<ul style="list-style-type: none"> ・病院単位、グループ単位での共同購入を行っているところもある。 	<ul style="list-style-type: none"> ・多くの病院は共同購入組織(GPO、IHN)に加盟している。 	<ul style="list-style-type: none"> ・複数のトラストが参加する共同購入連合が存在する。 ・NHS Supply Chainを通じた購入もあるが、高額医療材料については一般的ではない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・共同購入組織は増加しつつある。 	<ul style="list-style-type: none"> ・保健省が医療材料費削減の方策として共同購入を促進しており、共同購入が増えている。 	<ul style="list-style-type: none"> ・共同購入を行っているところもある。 ・公的病院: 対象製品を決めて、運営主体である州政府等による一括購入に取り組んでいるところもある。 ・民間病院: 法人傘下の全病院の医療材料を一括調達している。
流通システム	<ul style="list-style-type: none"> ・製品のメーカーごと、あるいは地域ごとに卸業者が存在する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・メーカーの支店または代理店が販売窓口となる。卸業者も存在するが寡占化が進んでいる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・メーカーの支店または代理店が販売窓口となる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・メーカーの支店または代理店が販売窓口となる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・メーカーの支店または代理店が販売窓口となる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・メーカーの支店または代理店が販売窓口となる。
付帯サービス	<ul style="list-style-type: none"> ・手術室での立会い、工具の提供等は一定の制限のもと実施されている。 	<ul style="list-style-type: none"> ・手術室での立会い、工具の提供等あり。 ・契約上の取り決めというよりは商慣習として行われている。 	<ul style="list-style-type: none"> ・手術室での立会いなどを病院側が求めることはほとんどない。 ・ただし、安全確保の見地から、メーカーが申し出ることはある。 	<ul style="list-style-type: none"> ・手術室での立会い、工具等の提供等あり。 ・例えば、設定や付属機器の無償貸し出しなどの付帯サービスがある。付帯サービス分は材料価格に含まれる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・技術者養成のための指導、機器のメンテナンスなどの付帯サービス、医療材料の支払方法等を含めて契約を締結している。 	<ul style="list-style-type: none"> ・手術室での立会い、工具の提供等あり。 ・標準的な輸送費や付帯サービス、貸出部品等の価格は、償還価格の決定の際に考慮されている。

	日本	アメリカ	イギリス	ドイツ	フランス	オーストラリア
在庫管理(ペースメーカーなど)	<ul style="list-style-type: none"> SPD(Supply Process-ing and Distribution)を導入し、医療材料の在庫をもたない病院が増えている(預託在庫システム)。 	<ul style="list-style-type: none"> ステント、ペースメーカー、カテーテル、人工関節等の医療材料については預託在庫システムを採用。 	<ul style="list-style-type: none"> ステント、ペースメーカー、カテーテル、人工関節等の医療材料については預託在庫システムを採用。 	<ul style="list-style-type: none"> ステント、ペースメーカー、カテーテル、人工関節等の医療材料については預託在庫システムを採用。 	<ul style="list-style-type: none"> LPP タイトルⅢ(ステント、ペースメーカー、カテーテル、人工関節等)の医療材料については預託在庫システムを採用。 	<ul style="list-style-type: none"> 在庫管理のIT化が進んでいる。
購入価格の把握	<ul style="list-style-type: none"> 特定保険医療材料価格について、医療機器販売業者・医療機関等に対し調査を実施(2年毎) 	<ul style="list-style-type: none"> メディケアについては、病院がCMSにコスト報告をする義務を負っている。 	<ul style="list-style-type: none"> NHS 病院における購入価格を NHS Supply Chain が非公式に収集している。 	<ul style="list-style-type: none"> 政府機関は購入価格を把握していない。 	<ul style="list-style-type: none"> 政府機関は定期的な市場価格調査を実施していない。非公式に、購入価格や外国価格の情報収集を行っている。 	<ul style="list-style-type: none"> 連邦政府は実勢価格を把握していない。 州政府が一括購入している場合などがあり、公立病院における価格を把握している場合がある。 特定の高額医療材料についてベンチマーク価格を定めている州政府もある。
購入価格の状況	<ul style="list-style-type: none"> 医療機関によって異なる。 	<ul style="list-style-type: none"> 医療機関の規模、共同購入組織の規模等によって異なる。 	<ul style="list-style-type: none"> 医療機関の規模、共同購入組織の規模等によって異なる。 	<ul style="list-style-type: none"> 医療機関の規模、共同購入組織の規模等によって異なる。 	<ul style="list-style-type: none"> 医療機関の規模、共同購入組織の規模等によって異なる。 公定価格は購入価格と大きくは乖離していない。 	<ul style="list-style-type: none"> 医療機関の規模、共同購入組織の規模等によって異なる。 公定価格は購入価格とのかい離状況は不明。