

諸外国の医療制度

柿原浩明

はじめに

日本の医療制度を考える際に、外国の医療制度と比較検討することは非常に有用である。国民皆保険を基本とする国家の中でも、英国・カナダなどの税方式、ドイツ・フランスなどのように社会保険方式の違いがあり、先進諸国では例外的に国民皆保険を基本としない米国のような民間保険中心方式がある。日本の医学は伝統的に、軍医総監森鷗外がドイツに留学したように、ドイツ医学の流れをくみ、健康保険制度や介護保険制度もドイツの制度をまねて作られた。しかし一般財源もかなり投入されており、英国の税方式との混合制度であるともいえる。同じアングロ・サクソン国家なのに、医療保障制度では世界の両端に位置する英国と米国、欧州大陸国家同士のドイツ、フランスの医療制度の概略について以下に述べる。

1. 英国の医療制度

(1) 特徴

英国の戦後の包括的な社会保障制度改革の指針になり、日本の社会保障制度にも大きな影響を与えた1942年の「ベヴァリッジ」報告において、医療サービ

スは社会保障計画の前提条件に位置づけられた。疾病による労働不能状態を回復するために、抛出によらず、必要な場合には無料の医療サービスを提供するという理念が示された。それが1946年に国民保健サービス、NHS法（National Health Service Act）として制定され、以後NHSとして今日に至るまで、基本的な枠組みは変わっていない。その特徴は次の3点である。

- ① 税（一般財源）方式
- ② 原則無料
- ③ 予算による計画的供給

（2）概要

保健省（Department of Health; DoH）がNHSを運営している。管理運営部、地域事務所、保健当局が内部組織として設置されている。医薬品庁、医療機器庁がそれぞれ医薬品および医療機器の承認・審査などを行っている。

病院・地域保健を担当するNHSトラスト、プライマリケアを担当するプライマリケアトラストが供給主体となっている。1999年におけるイギリス全国（UK）のNHS財源は、租税85.1%、一部負担2.1%、保険料収入12.8%である。保険料とは年金などの国民保険からのNHSに対する抛出分であるが、国民保険の加入および保険料支払いなどと、NHSサービスの受療権利とはリンクしない。

（3）医療サービスの種類

① プライマリケア（一般家庭医，GP）

政府と契約を結び、地区の住民を受け持つ。基本的には登録人数による人頭払い契約（定額）で、一部定額払いである。薬が必要であれば処方箋を交付し、専門医療や入院が必要ならば病院に紹介する。その他歯科サービスもあり、自己負担は80%であるが、老人・児童その他に対する自己負担免除制度がある。眼鏡に関しては、児童や低所得者には金券が支給される。

② 病院および専門医（Hospital service）

救急以外は、紹介のない外来患者は診察しない。差額ベッドなどはあるが、混合診療は禁止されている。

③ 地域保健サービス（Community health service）

保健師，看護師による訪問サービスや助産婦による出産介助サービスがある。

（4）NHS 改革（1991年改革）

1980年代より厳しい医療費抑制策がとられたため，1990年には入院待機患者が約84万人と信じられない事態になっていた。そこで保守党サッチャー政権による競争原理導入の改革法案，「NHS サービス及びコミュニティーケア法案」が成立し，1991年4月より実施されている。これは1948年のNHS 制度創設以来の大きな改革である。供給主体と購入主体を分離することにより内部市場を形成し，競争により効率化を達成しようとするもので，主な内容は次の4点である。

① 家庭医を選択できるようにした

② 薬剤処方標準予算制度導入

③ GP ファンドホルダーの創設

GP ファンドホルダーとは予算管理権を持つGP のことであり，GP の中から選定され病院および専門医サービス，処方薬剤の費用などの予算を自ら管理し，病院と個別交渉により直接契約ができるというものである。GP に病院選択においてコストインセンティブを持たせるため，病院サービスの購入費につき一定の財源を管理させる仕組みであり，医療費抑制と入院ウエイティングリスト解消を目的とした。しかし他のGP とのサービス格差が生まれ，以下で述べるとおり労働党政権による改革で廃止されることとなった。

④ NHS トラストの創設

従来直営病院であったものを，NHS トラストとして組織的に独立し，独立採算が認められるようにした。

(5) NHS 改革 (1998年改革)

1997年に成立した労働党ブレア政権による NHS 改革である。競争原理からパートナーシップ (協力システム) への転換である。

① プライマリケアグループの創設およびプライマリケアトラストへの発展解消

サービス格差を生んでいる GP ファンドホルダーを廃止し、GP とコミュニティ看護師によってプライマリケアグループが創設された。約50人の GP により約10万人の地域住民のプライマリケアを担当し、1999年4月に481のプライマリケアグループが立ち上がった。レベル1からレベル4まで順に予算管理・運営の独立性が高まり、レベル3&4はプライマリケアトラストという。2002年4月からは全面的にプライマリケアトラストに移行し、その数は302である。

② 国立最適医療研究所 (National Institute for Clinical Excellence; NICE) の創設

根拠に基づく医療 (Evidence-Based-Medicine, EBM) に沿った診療ガイドラインの設定や、医薬品の費用対効果分析を行っている。初の勧告例は英国最大の医薬品会社グラクソ・ウエルカム社のインフルエンザ治療薬ザナミビルに対するものであり、効果は存在するものの、価格に見合う有用性はないという勧告であった。要するに治療期間の短縮に比べ薬代が高いということであった。これは非常に衝撃の大きいことであり、NICE を一躍世界的に有名にした。

(6) 私的保険

NHS では国民は原則無料で医療を受けることができるが、対 GDP 比で先進国中最低の医療費水準では満足しない人も当然出てくる。GP の診療においては、風邪を引いたといえど「寝ていてください」と言われるだけ、狭心症が強く疑われない限り胸痛に対する心電図は取らないというのが一般的である。病院においても、緊急性のない腰痛や白内障では入院数カ月以上待ちが当たり前になっている。

例えば戦後の日本研究をリードしてきたロナルド・ドーア (Ronald. P. Dore)

ロンドン大学名誉教授は、1989年からイタリア北部のポローニャ郊外に住んでいる。何故かという、ヘルニアの手術をする必要があったときに、英国では2年待たされるが、イタリアではすぐだというので、引退後のことも考えて、以前からイタリアが好きだったこともあり、イタリアへ引っ越ししたのだ。

英国における私的保険は、企業が従業員の福祉として契約することが多いPMI（Private Medical Insurance）と、それより安価で個人契約主体のHCP（Health Cash Plan）とに大別される。2000年現在でPMIには人口の11.5%が加入し、年間保険料収入24億4700万ポンド、年間支払い医療費19億3400万ポンド（NHS総支出571億2500万ポンドの3.4%の規模）である。HCPは人口の11.6%が加入し、年間保険料収入3億3940万ポンド、年間支払い医療費2億5090万ポンド（NHS総支出571億2500万ポンドの0.4%の規模）である。非営利の民間健康保険組合という形を取っており、医療費節減に努力しているが、NHSより高価な医療を求める人たちが加入するためにどうしても医療費が高くなりがちである。同じ治療を行ってもNHSより高くなることを保険者・加入者は問題視しているが、民間保険の場合絶対額が高くても、支出より収入が上回れば損害保険などと同様に、保険者としての経営上の問題点がないため、どうしても高くなる傾向にある。

2. アメリカの医療制度

(1) 概略

米国の医療制度の特徴は、先進国の中で唯一国民皆保険でないということである。これは自助努力を尊ぶ伝統にねざしているが、それに加えて世界最高水準の医学、世界最高水準の医療費、世界最高水準の無保険者割合と、良くも悪くも世界最高水準であるということである。公的医療保障制度としては、連邦政府運営の高齢者および障害者対象のメディケア、州政府運営の貧困者向けのメディケイドがある。

医療費は1999年で一兆2107億ドル（約145兆円）、対 GDP 比13%、絶対額で日本の約5倍弱、対 GDP 比で約2倍である。政府支出は5485億ドル（約66兆円）で医療費に占める割合は45.2%、対 GDP 比5.9%、この内連邦政府支出比率は70%である。患者の自己負担は1945億ドル（約23兆円）で医療費の15%である。日本の医療費における政府支出割合は32.1%（約10兆円）、対 GDP 比は2%で米国の1/3とかなり低く、患者負担も14.8%と米国と同水準という高負担である。無保険者が人口の15.8%もあり、私的保険中心の米国の政府支出医療費が日本と比べて遙かに多く、患者負担率が同水準というのは日本人にとって意外な事実であろう。

（2）医療保険制度

1999年で総人口2億7410万人中、民間保険1億7200万人、公的医療保障であるメディケア3610万人、メディケイド2790万人、無保険者4260万人である。複数保険対象者がいるため、単純合計2億3600万人ではなく、保険等でカバーされている人口は2億3150万人である。約7割が民間保険加入者であり無保険者15%と、日本とは対極であるといえよう。無保険者率は最低のロードアイランド州6.9%から最高のニューメキシコ州25.8%迄ばらつきが大きい。

雇用者提供の医療保険に加入するのが一般的であり、1940年代に大企業が従業員確保のために医療保険の提供を始めて以来、80年代までは全額企業負担が一般的であった。しかし医療費の高騰により、2000年には76%の従業員が何らかの負担をしている。医療保険料の被用者負担は、本人向けの場合14.21%、家族向けは27.28%である。伝統的な出来高払いの医療保険は約3分の1弱のシェアしかなくなって、その他は何らかの定額払いになっている。1ヶ月あたり平均従業員拠出額は本人分40ドル前後、家族分130.182ドルであった（1996-7年）。

マネージドケア（管理医療、医療ケアの品質と費用効率性向上を目的に、医師、病院などの医療供給者を組織化すること）である HMO（Health Maintenance Organization）加入者は1999年で8130万人である。

HMO は医療供給者（医師，病院，その他の医療専門職）と契約を結び，会員は包括的医療サービスを，HMO 参加医から受けるよう要請される。HMO の種類にはスタッフ，グループ，ネットワーク，IPA がある。

（3）メディケア（Medicare）

高齢者および障害者対象の公的医療保障制度であるメディケアの1999年における加入者数は，高齢者3390万人，障害者520万人合計3910万人である。入院サービスに関する強制加入のパート A と，外来を対象とする任意加入のパート B（月額54ドル，2002年度）の補足的医療保険がある。人工透析を受けているものも対象となる。パート A の財源は所得の2.9%（2000年）にかかる入院保険税で，雇用主と従業員の折半負担である。パート B は連邦政府一般財源からその75%の費用が拠出されている。外来医療において概ね約 2 割の自己負担があり，薬剤に関しては原則としてカバーされない。支払い額は病院保険1314億4100万ドル，補足的保険8051億 8 千万ドル，合計2119億5900万ドル（約25兆円）である。高齢者の部分で，入院 1 件あたり平均入院日数6.5日，一日あたり医療費2131ドル（約26万円），1 件あたり13852ドル（約166万円）であった（1997年）。支払い方式としてパート A は次項で説明する DRG-PPS が主流である。メディケア加入者の約90%は自己負担分をカバーするメディギャップという保険に更に加入しており，薬剤給付が含まれているプランなどもある。

（4）DRG-PPS

DRG-PPS とは DRG と PPS という基本的には異なる二つの言葉の組み合わせである。DRG（Diagnosis Related Group）は日本語に訳すと疾患別関連群になり，医学的ではなく，医師や看護師などの人的資源，医薬品や病院施設などの物的資源，これらを合わせた医療資源消費量を基準として分類したものである。日本では医師の診察・治療手技・手術料（ドクターフィー）と病院施設使用料（ホスピタルフィー，看護師などの人件費も含む）は分離されていないが，米国では分離されていて別途請求される。

PPS（Prospective Payment System）は日本語に訳すと予見定額払い制になり、個々の患者に実際にかかったコストではなく、診断病名により定額制で支払われるというシステムである。それに対して伝統的な方法、個々の患者に行った医療行為毎に価格付けをするのを出来高払い方式という。医療行為を多く行えば行っただけ医療費が上昇するので過剰診療になる可能性があるという欠点があり、それに対する批判から PPS が生まれてきたが、反対に過小診療になる可能性があるという欠点はある。

DRG-PPS は疾患関連群別予見定額払い方式となり、診断が確定するとその病名により決まった治療費が支払われるという方式である。利点としては保険者や病院管理者にとっては医学知識がなくても、医療費のコントロールやコスト管理を行いやすいという点である。

入院医療についてのみであり、外来医療はその対象でない。

(5) メディケイド (Medicaid)

連邦政府・州の共同プログラムで、主として貧困者向けの公的医療保障制度であるメディケイドは、1998年において加入者数4064万9千人である。その他に高齢者や障害者への介護、低所得メディケア加入者への補助なども行っている。2000年の受給資格者は3340万人、給付総額は2027億ドル（約24兆円）、総医療費の15.6%である。連邦政府の負担割合は下限50%、上限83%の範囲であり、その他が州政府負担である。低所得であるだけで自動的に対象になるわけではなく、扶養児童、高齢、妊婦などの条件もあり、1997年において連邦政府の定める貧困レベルを下回る3557万人の内、受給権者は1539万人（43.2%）である。州によって、薬剤給付、診療所サービスなどの追加オプションに違いがある。マネージドケアを利用した給付も増加しており、1998年において加入者数は50%を超えた。

(6) 医療サービス産業従事者

医療サービス産業従事者は全体で約1000万人である。1999年における医師数

は79万7600人，専門医療現役医師は72万900人，アメリカ・カナダの医学部卒業生54万2200人，外国医学部卒業生17万3700人，男性54万2200人，女性17万6700人である。数字が一致しないのは米国には通常の医師（MD, Medical Doctor）の他に，ほぼ同様の権限を持つ資格である整骨療法医，DO（Doctor of osteopathy）という日本にはないものがあるからである。

1998年における歯科医師数は15万8千人，看護婦数223万9千人である。

（7）病院

1999年における病院数は5890で，内100床以上の病院数は3140である。病床数は99万4000床，人口千人あたり3.6床，病院あたり平均病床数は169床である。病院経費は3729億ドル（約45兆円）であった。平均在院日数男性5.4日，女性4.7日，両平均で5日と短い。1980年と比較すると，当時平均在院日数7.3日からは32%減少しているが，人口千人当たり在院日数は1217日から581日と52%も減少している。

（8）ナーシングホーム

米国にはナーシングホームという，医師のいない療養型病床のようなものがあり，病院と家庭の間として大きな役割を果たしている。全体で入居者数160万8700人であり，一日当たり利用料は全平均で119ドル（約14000円），月額にすると約43万円となる。年間516万円，5年で2580万円，10年で5160万円となり，物価水準の違いを考慮すると中産階級の場合，ポッキリ死なないとほとんど相続財産は残らない。

（9）医薬品産業

医療用医薬品の米国内売上高は，研究開発型製薬会社による分だけで（いわゆるブランド薬），1999年1015億ドル（約12兆円），2001年1307億ドル（約16兆円），海外売上高は1999年445億ドル（約5兆円），2001年479億ドル（約6兆円）である。

3．ドイツの医療制度

(1) 概略

イギリスの医療保障制度は一般財源による税方式であり、米国は民間保険、それらに対してドイツは社会保険方式であるというのが最大の特徴である。ビスマルクにより1883年に医療保険法が成立し、その後1911年に社会保障全般に関するライヒ保険法、1970年に社会法典の第五編に医療保険法が組み込まれた。その後医療費高騰に対応して、1989年医療保険改革法、1993年医療保険構造法、そして2000年より医療保険改革2000と医療保険制度の改革が次々と推し進められている。次々と改革案が出てくるということは医療費抑制がいかに難しいかということをも物語っており、また実効性のある改革案ではなかったともいえよう。日本も社会保険方式をとっているが、約3分の1の公費が投入されている。ドイツでは事務費も入れてほぼ100%保険料で賄っているのが、日本との大きな違いである。

(2) 疾病金庫（保険者）

保険者は疾病金庫といい、地区疾病金庫、企業疾病金庫、同業組合疾病金庫、農業疾病金庫、連邦鉱夫組合金庫、海員疾病金庫、労働者代替金庫、職員代替金庫と八種類あり公法上の社団法人である。保険料や保険給付内容も異なるが、大部分が労使折半の保険料により賄われている。

(3) 被保険者

一定限度額以下の収入の、被用者、失業者、年金受給者は公的保険強制被保険者となる。それ以上の収入のある被用者、自営業者、公務員は任意被保険者であり、公的医療保険または民間医療保険に加入する。公的保険加入者は総人口の90%を占めており、総人口の9.1%（約760万人）は民間保険に加入してい

る。その他特別制度加入者197万人，無保険者15万人である。

(4) 医療供給体制

① 開業保険医

保険医協会が会員として認定し疾病金庫と契約した医師である。日本と同様に患者は自由に選択できるが，病院受診には紹介が必要である。

② 病院

公立病院，公益病院，民間病院と3種類ある。公益病院とは財団または宗教団体で運営されている，日本における自治体立病院以外の公的病院（日赤，済生会その他）に近いものである。前2者に総合病院が多く，民間は単科病院が多い。

③ 薬局

原則的に医薬分業である。

(5) 医療保険給付内容

① 予防給付

日本と大きく異なる点は，予防に保険給付していることである。1977年の医療保険費用抑制法から盛んになり，癌，生活習慣病，歯科に関する検診が給付されている。

② 外来医療

診療や検査について，給付率は本人・家族とも原則的には10割給付である。薬剤・包帯などには一部自己負担金がある。

③ 入院医療

年14日まで一日あたり17マルク（2001年1月より全国共通）の自己負担金がある。それ以外の，例えば食事等についての自己負担金はない。

④ 手当金など

日本と同様に，傷病手当金，分娩手当，埋葬料などが支給される。

（6）財源およびリスク構造調整

保険料だけで賄われているのであるが、なぜそれが可能なのかというと1994年からリスク構造調整が行われているからである。加入者の性別、年齢、所得、被扶養者数といったリスク構造を調整して、どの保険者も対等な条件で競争できるようにした。保険料の格差は理論的には保険者自身の運営努力を反映したものとなっていて、そこが日本との最大の相違点である。日本では大企業中心の健保組合と年金受給者などが中心の国保で、リスク構造があまりに違いすぎて、税金投入しなければ運営できない構造となっている。保険料率は13%前後であり、日本のそれに比べると1.5倍くらいの料率設定である。

2003年より病院への医療費支払い方式に DRG が導入された。

4．フランスの医療制度

（1）概略

基本的には日本とよく似ている、国民皆保険、社会保険制度、医師および病院選択の自由、出来高払いの診療報酬、自由開業医制などである。医療保険制度は国民の80%がカバーされる民間商工業者向けの一般制度、自営業者などのための自治制度、公務員や鉱山・海運業従業員などのための特別制度、農業制度と四つに大別される。対 GDP 比医療費は9.6%であり、日本と米国の中間くらいでドイツの10.2%より少し低い。

一般制度の保険料率は13.55%であり、被保険者が0.75%、雇用主が12.8%それぞれ負担する。

（2）保険給付内容

① 外来

日本と異なるところは、窓口でいったん全額を支払い、あとで払い戻しを受けるといふ、償還払い制度になっているということである。しかしながら、患

者の便宜を図るために共済制度が立て替え払いを行い、実質的には現物給付になっている。診療や検査などは70%がカバーされる。薬剤については、その種類で異なり最高65%がカバーされる。

② 入院

自己負担分を病院で支払い、残りは病院が請求し、その点については日本と同じである。民間病院の場合、医師費用は外来と同様償還払いである。

③ 補足疾病保険

自己負担分は12%であるが、これについての非営利の共済組合形式の補足制度がある。加入できる者とできない者とで医療機関へのアクセスの不公平が問題となっていたが、2000年の改革で低所得者も加入できるようになった。

(3) 医療機関の種類

① 公的病院

24時間すべての患者を受け入れることを条件に、公的病院サービス参加病院として認可されると、総括給付により運営される。総括給付とは、病院の運営にかかった費用（人件費、薬剤費その他）を総括的に保険制度より給付するというシステムであり、出来高払いとも DRG と異なる。大学病院や長期療養施設その他フランスにおける主たる病院が公的病院である。日本と違い、米国のようにドクターフィーとホスピタルフィーに分かれているのが特徴である。

② 民間病院

平均80床程度の、主として急性期医療に重要な役割を果たしている病院である。設置主体は、企業、私法人、企業などである。ドクターフィーとホスピタルフィーに分かれているのは公的病院と同じであるが、前者は自由開業医と同様に償還制にて患者から支払ってもらい、後者は地方病院庁との契約による1日あたり入院料として請求する。医師は病院からの給料ではなく、自分が行った医療行為からドクターフィーとして請求したものが収入である。

③ 自由開業医

疾病金庫と医師の代表的な労働組合との間で締結される協約料金にて支払わ

れる。医師は直接には患者から医療費をもらい、支払った患者に対して疾病金庫が償還払いで支払う。償還払いということそのものは医療費抑制につながる可能性も考えられるが、医師が疾病金庫に請求しないので、日本のような詳細な医療行為明細書がなく、医師が患者に渡した領収書に書かれている少ない医療情報しかないため、疾病金庫が医療費をコントロールできる割合は少ない。

④ 調剤薬局

完全な医薬分業制である。薬剤費の自己負担を除いた分は償還払いで返ってくる。1999年以降、医師が代替不可と処方箋に書いていない場合、薬剤師が代替処方を出せるようになった。

参考文献

- 「イギリス医療関連データ集2001年版」, 医療経済研究機構, 2002.
 - 「アメリカ医療関連データ集2001年版」, 医療経済研究機構, 2002.
 - 「ドイツ医療関連データ集2001年版」, 医療経済研究機構, 2002.
 - 「フランス医療関連データ集2001年版」, 医療経済研究機構, 2002.
 - 「保険と年金の動向」, 厚生統計協会, 2002.
- 国民医療費, 厚生労働省。