

原 著

国際比較分析による我が国の医療費政策の課題

坂 本 圭^{*1}

要 約

わが国の医療費は、1961年に実施された「国民皆保険」により、高度経済成長と比例して増加してきた。このことが、わが国の医療サービス、医療技術を発展させ、すべての国民が安心して生活できる環境を作り上げる要因のひとつになったと言える。しかし、その一方で国民医療費は、単に、少子高齢化だけでなく、医療保険制度自体が内包する制度的問題点により、高度経済成長終焉後も増加の一途をたどってきた。その間、幾度となく制度改革はなされたものの、医療費増加に対する十分な効果は今のところ得られていない。その背景には、「供給サイドの改革」が不十分であることがあると考える。

そこで、本稿では、医療費抑制策を精力的に行った5カ国(ドイツ、フランス、イギリス、スウェーデン、アメリカ)の事例を取り上げ、「需要サイドの改革」「供給サイドの改革」について吟味し、日本の医療費抑制策と比較分析を行った。分析の結果、以下の内容が明らかになった。

- ①諸外国では、「供給サイドの改革」を行うことにより、一定の医療費抑制効果が見られた。
- ②わが国では、ほとんど「供給サイドの改革」が行われていない結果、効果的な医療費抑制に繋がらなかった。

はじめに

我が国の国民医療費は、1961年の「国民皆保険」以降、増え続け、1985年には16兆円、1995年には27兆円、2002年には31兆1,000億円と、17年の間に倍近くに跳ね上がっている¹⁾。これに対して政府は、1980年頃より、全国一律で容易に医療サービスを受けられるという本来の医療サービス制度の大枠を堅持しつつも、高齢社会の進展を加味しながら、幾度にもわたる医療費抑制策を打ち出してきた。しかし、それらの政策は、国民医療費の抑制に対し十分な効果をあげるには至らなかった。

このような国民医療費高騰に対し、2001年4月に誕生した小泉内閣では経済財政諮問会議の答申を受け閣議決定された「今後の経済財政運営及び経済社会の構造改革に関する基本方針」において報道されたように、医療サービス制度が「制度疲労」を来していること、医療費増大に伴う国民負担増が大きな問題であることが認識された。こうした認識の上で、医療の質を確保しつつも、医療提供体制の効率化やコスト削減を通して、医療費の抑制を図ることが必要な政策であることが示された。

一方、諸外国に目を移してみると、高度な医療サービス制度を持つ先進諸国においても、医療費の高騰は深刻な問題の1つとなっている。例えば、我が国と同じ社会保険方式を採用し、世界に先駆けて医療サービス制度を実施したドイツでは、1970年代以降、国民所得の伸びを上回る医療費の爆発的な高騰に対して、患者負担の引き上げをはじめとする一連の制度改革が行われた。

また、その他の国々を見ても、例えば国民保健サービス方式を採用しているイギリスやスウェーデン、あるいは競争主義に基づく独自の医療サービス制度を築き上げたアメリカにおいても、日本とは異なった制度的枠組みの中で、各種の制度改革が試みられている。こうした制度改革は、財政問題のみならず、それぞれの国々の医療の特殊性や医療発展の歴史的経緯、あるいは生命に関する国民的価値観、さらには医師や患者を取り巻く様々な利害関係が複雑に絡み合っているため、一般的には複雑で難しい政策的課題の1つとされている。

ところで、日本における医療費高騰の要因として、高齢社会の進展と併せて「出来高払い制」や「薬価差益」等に代表する医療供給体制の問題が大きく関

*1 川崎医療福祉大学 医療福祉マネジメント学部 医療福祉経営学科
(連絡先)坂本 圭 〒701-0193 倉敷市松島288 川崎医療福祉大学

わっていると考えるが、なぜ、日本の医療費抑制策は十分効果を得られなかったのかを考える時、日本に先行して医療費抑制策を実施した諸外国の各政策を吟味することは、参考になるのではなかろうか。

そこで、本稿では、上記のような問題意識に立って、諸外国の医療サービス制度を比較吟味しながら、今までの日本における医療政策の評価を行うことを通して、「高騰し続ける医療費をいかに抑えながら、良質かつ適切な医療サービスを効率的に提供していくか」という視点から、今後の日本の医療サービス制度政策について考察していきたい。

ところで、国民医療費を考える場合、本来なら医療サービス制度の成立の歴史的経緯等についても論じなければならないが、ここでは比較可能な国民医療費のデータが収集可能となる皆保険成立時以降（とりわけ1970年～1996年）に焦点を絞って分析を進めることをあらかじめ断っておく。なお、国際比較をする国々の選考基準は、国民皆保険もしくはそれに準じた医療サービス制度を持った国とした。具体的には、社会保険方式を採用している日本、ドイツ、フランス、国民保健サービスを採用しているイギリス、スウェーデン、そして公的な医療サービスよりはむしろ民間保険制度を支柱としているアメリカを取り上げた。

本稿では、まず、各国の国民医療費の動向を示した上で、各国で行われている医療費抑制策を供給と需要（利用）及び収入と支出という2つの側面から比較し、各国間の共通点及び相違点を考察する。さらに、各国の医療費抑制策の成功例・失敗例と比較を通して、我が国の医療費抑制策の評価を行う。

各国の医療サービス制度の国際比較

1. 各国の国民医療費の動向

まず、我が国を含めた諸外国の国民医療費はどのように推移しているかを確認してみる。表1には、表2で示した各国の「購買力平価」^{†1)}に基づいて米ドル換算した諸外国の医療給付費及び年平均増加率の推移が時系列的に示されている^{†2)}。

表1を見ると、全ての国で医療給付費は観察期間を通じて増加傾向を持続している。ちなみに、図1にはこれらの推移を図示しているが、1974年から1992年までの観察期間中の年平均増加率は、日本で11.3%、ドイツで9.9%、フランスで9.9%、イギリスで11.0%、スウェーデンで7.4%、アメリカで13.0%となっており、日本は米国に次いで医療給付費の増加率が高率で推移している。

また、各国とも1974年から1985年までの前半の増

加率よりも、1985年から1992年までの後半の増加率の方が減少している。これは、後から見るように1970年頃から諸外国で行われてきた医療費抑制策が効果を上げていることが1つの要因のように思われる。

しかし、ここで問題にしたいのは、各国で国民医療費がどれくらい増加してきたかということよりも、むしろ国民医療費が、国民負担の源泉となる国民所得の伸びを上回る勢いで伸びているということである。表3は、表1と同様に「購買力平価」で米ドル換算した諸外国の国民所得及び年平均増加率の推移である。この諸外国の国民所得の増加率と、表1の医療給付費の増加率を比べてみると^{†3)}、いくつかの例外はあるが医療給付費が国民所得の伸びを上回る勢いで増え続けていることが分かる。1974年から1992年までの医療給付費と国民所得の年平均増加率を比べてみると、日本では医療給付費の増加率が11.3%であるのに対して国民所得の増加率は9.3%、ドイツでは医療給付費の増加率が9.9%であるのに対して国民所得の増加率は9.1%、フランスでは医療給付費の増加率が9.9%であるのに対して国民所得の増加率は7.8%、イギリスでは医療給付費の増加率が11.0%であるのに対して国民所得の増加率は7.1%、スウェーデンでは医療給付費の増加率は7.4%であるのに対して国民所得の増加率は6.3%、アメリカでは医療給付費の増加率は13.0%であるのに対して国民所得の増加率は8.3%となっている。ここで、国民所得を医療給付費の負担の源泉を示す指標と見るならば、上記の数値は、負担する国民にとっては大きな問題であろう。

このように、諸外国における国民医療費の増加は共通の問題となっている。特に、国民負担の増加は医療サービス制度を維持していく上で考えていかなければならない最重要項目の1つであると言えよう。国民負担を軽減するために、国民医療費をいかに抑え、今の医療サービスの質を維持し向上していくかという問題を考察するために、次節では、諸外国の医療サービス制度の特徴や医療費抑制策について見ていく。

2. 各国の医療サービス制度と医療費抑制策

この節では各国の医療費抑制策を吟味していくこととする。そのため、参考として表4に各国の医療サービス制度を整理した。

2.1. ドイツ²⁾

ドイツで行われた医療費抑制政策は、表5に整理されている。ドイツでは、1971年～72年、高度成長を背景に医療サービス制度の適用範囲や給付の大幅な改善が図られた。しかし、当時「医療費の爆発」³⁾と呼ばれるほどの医療費の増加を招いたことが問題となり、

表1 諸外国の医療給付及び年平均増加率の推移

(単位: 100万米ドル)

	日本		ドイツ		フランス		イギリス		スウェーデン		アメリカ	
	医療給付費	対前年比 (%)	医療給付費	対前年比 (%)	医療給付費	対前年比 (%)	医療給付費	対前年比 (%)	医療給付費	対前年比 (%)	医療給付費	対前年比 (%)
1970	8,439											
1971	9,188	8.9										
1972	11,380	23.9										
1973	13,080	14.9										
1974	16,168	23.6	18,077		12,961		8,225		3,009		36,615	
1975	19,976	23.6										
1976	23,483	17.6										
1977	26,297	12.0	26,750	14.0	20,029	15.6	13,048	16.6	4,564	14.9	59,797	17.8
1978	31,621	20.2										
1979	36,744	16.2										
1980	41,926	14.1	34,087	8.4	27,671	11.4	21,353	17.8	5,507	6.5	89,494	14.4
1981	47,809	14.0	39,500	15.9	34,662	25.3	23,380	9.5	6,293	14.3	97,538	9.0
1982	53,500	11.9	40,956	3.7	38,695	11.6	25,058	7.2	6,633	5.4	109,276	12.0
1983	57,956	8.3	43,456	6.1	40,771	5.4	26,462	5.6	7,703	16.1	130,467	19.4
1984	61,380	5.9	47,037	8.2	46,735	14.6	28,043	6.0	8,097	5.1	139,750	7.1
1985	65,518	6.7	50,565	7.5	48,330	3.4	29,198	4.1	8,314	2.7	157,777	12.9
1986	69,811	6.6	52,924	4.7	49,084	1.6	31,644	8.4	8,273	-0.5	135,209	-14.3
1987	76,190	9.1	56,088	6.0	47,362	-3.5	34,373	8.6	11,415	38.0	191,250	41.4
1988	81,730	7.3	61,911	10.4	56,627	19.6	37,266	8.4	11,865	3.9	207,827	8.7
1989	88,080	7.8	61,200	-1.1	56,340	-0.5	38,328	2.8	11,957	0.8	226,142	8.8
1990	94,256	7.0	67,117	9.7	60,846	8.0	42,651	11.3	13,415	12.2	212,527	-6.0
1991	101,067	7.2	85,496	27.4	65,379	7.4	46,635	9.3	12,575	-6.3	250,689	18.0
1992	111,383	10.2	99,293	16.1	70,719	8.2	53,979	15.7	10,787	-14.2	330,544	31.9
1993	118,511	6.4	99,433	0.1	72,846	3.0	55,680	3.2	10,611	-1.6		
1994	126,370	6.6	104,928	5.5	74,366	2.1						
1995	141,524	12.0	113,267	7.9								
1996	151,681	7.2	116,453	2.8								
1997	153,394	1.1										
1998	155,877	1.6										
1974年～85年 までの増加率		13.6		9.8		12.7		12.2		9.7		14.2
1985年～92年 までの増加率		7.9		10.1		5.6		9.2		3.8		11.1
1974年～92年 までの増加率		11.3		9.9		9.9		11.0		7.4		13.0
1992年～98年 までの増加率		5.8										

注) 下線の増加率は、1974年から1977年及び1977年から1980年の年平均増加率を算出した。
「表2 購買力平価」によって各国の医療給付費をドル換算した。

(資料) 国立社会保障・人口問題研究所：社会保障費 国際比較データ。更新履歴、<http://www.ipss.go.jp/>、2005年5月12日。
日本は、国立社会保障・人口問題研究所編：社会保障統計資料集—時系列整理—1969年度～1998年度。初版、国立社会保障・人口問題研究所、東京、37、表5-1、2001。
ドイツの1994年～96年は、古瀬徹他編：先進諸国の社会保障4ドイツ。初版、東京大学出版会、226—227、表10・6、1999。

それ以降医療費抑制策が行われることになった。

代表的な制度改革は、「疾病保険費用抑制法（1978年施行）及び「第2次疾病保険費用抑制法及び病院医療費抑制法」（1982年1月施行）の制定である。しかし、どの政策をみても長期的視野に立ったものは少ない。病院需要計画の見直しを行うなど一部で供給サイドでの改革方針が示されたものの、当時医療費高騰の要因であった病院費に対する抑制策が不十分であったため、一時期よりは増加は抑えられたものの、保険料率の上昇に歯止めがかからなくなった。これらの経緯は、表1に現れている。表1を見ると、1980年代は1桁の年平均増加率で推移したが（決して抑制されたとは言えないが）、1988年には、再び2桁の伸びを示すようになった。そのため政府は、1980年代後半から、医療保険の構造改革に着手することとなる。

代表的な制度改革は、「医療保険構造改革法（GRG）」（1989年1月施行）及び「医療保険構造法（GSG）」（1993年1月施行）の制定である。この制度は、入院療養費や保険医数の抑制等医療供給サイドへの改革及び競争原理の導入、処方薬剤の費用に関して、1991年の額をベースにした予算枠の設定を行い、これを超過した場合には保険医と製薬会社がその費用を負担する総枠予算制の導入等、それまでの改革にはない新しい試みとして評価できる。ただし、予算制を導入していない給付（タクシー利用による交通費、家事援助等）が大幅な伸びを示すなど、十分にカバーすることはできなかった。表1によると、1993年の年平均増加率は0.1%と医療給付費は抑えられたが、翌年には5.5%と再び増加している。

次に政府は、「第1次及び第2次医療保険再編法」（1997年1月、7月施行）を制定した。この制度で

表2 購買力平価

(1米ドル当たり各国通貨)

	日本 (円)	ドイツ (マルク)	フランス (フラン)	イギリス (ポンド)	スウェーデン (クローナ)	米国 (ドル)
1970	246	3.12	4.42	0.288	5.71	1.00
1971	245	3.19	4.45	0.298	5.79	1.00
1972	247	3.21	4.55	0.308	5.92	1.00
1973	262	3.21	4.64	0.312	5.96	1.00
1974	292	3.17	4.79	0.329	6.01	1.00
1975	286	3.06	4.98	0.380	6.30	1.00
1976	290	2.98	5.19	0.413	6.62	1.00
1977	290	2.89	5.28	0.441	6.85	1.00
1978	282	2.80	5.43	0.457	6.97	1.00
1979	266	2.67	5.51	0.480	6.91	1.00
1980	256	2.56	5.62	0.521	7.05	1.00
1981	241	2.41	5.70	0.526	7.00	1.00
1982	232	2.36	6.02	0.535	7.15	1.00
1983	226	2.33	6.32	0.539	7.53	1.00
1984	221	2.27	6.49	0.538	7.74	1.00
1985	218	2.23	6.64	0.551	7.97	1.00
1986	217	2.24	6.82	0.554	8.32	1.00
1987	210	2.20	6.80	0.563	8.43	1.00
1988	204	2.15	6.75	0.576	8.65	1.00
1989	199	2.11	6.69	0.591	8.95	1.00
1990	195	2.09	6.61	0.602	9.00	1.00
1991	193	2.09	6.51	0.635	9.95	1.00
1992	188	2.07	6.42	0.616	9.80	1.00
1993	184	2.10	6.57	0.637	9.83	1.00
1994	181	2.07	6.62	0.645	9.90	1.00
1995	170	2.02	6.46	0.654	9.73	1.00
1996	166	2.03	6.57	0.644	9.68	1.00
1997	165	2.01	6.72	0.651	9.79	1.00
1998	163	2.01	6.70	0.651	9.85	1.00
1999	158	1.98	6.62	0.654	9.78	1.00
2000	152	1.93	6.55	0.653	9.66	1.00

(資料) OECDホームページ: Purchasing Power Parities (PPPs) for OECD countries 1970-2000. Statistics, <http://www.oecd.org/std/ppp/pps.htm>, 2002年6月18日. より作成.

は、従来の改革では医療費の抑制効果が長続きしなかったことを教訓に、公的介入一辺倒の手法を改め、効率的な医療の提供という観点から供給サイドが自律性及び自己責任の確立という考えに立った内容になっている。以前からの改革の流れを引き継ぎ、需要サイドの一部自己負担の引き上げ、疾病金庫（保険者）^{†4)}の支出抑制に対する圧力や競争の促進に重点が置かれると同時に、疾病金庫の責任の明確化を図っている。具体的には、疾病金庫の自由度を拡大し、経営努力を促すため、訪問看護や移送費等を各疾病金庫が給付するかしないかを選択できるようにするとともに、被保険者への保険料返還、自己負担引き上げ、さらには付加給付に対する特別保険料やモデル事業等独自事業を大幅に認め、競争のより一層の促進を図った。日本と同じ社会保険方式を採用しているので、日本に先駆けて行われた様々な医療費抑制策は大いに参考になるところがある。表1にあるように、1996年の医療給付費の伸びは抑制の方向に向かっている。

2.2. フランス⁴⁾

フランスで行われた医療費抑制政策は、表6に整理されている。フランスでは、1960年代後半、毎年平均して17%ずつ上昇する医療費の抑制と国民負担の軽減を目指し、様々な改革がなされた。代表的なものとして、1970年の「病院改革法」による医療地図^{†5)}の作成があげられる。一方、以前からフランスでは診療報酬に「出来高払い方式」を採用していることから、医療費上昇の問題が重要視されるようになった。そこで、「自由診療」及び「出来高払い方式」を維持しつつ、医療費の抑制を図る観点から、今まで県単位で行われていた診療報酬の協約を全国協約とし、医師全国組合団体と各全国金庫との間で協約を結ぶようにした。また、金庫に対し医師の診療行為を把握できるよう統計表の作成、異常な点があった場合の警告及び、適用除外処分の権限を与えた。この全国協約方式によって、医師の診療報酬自由の原則は団体的合意に代わったが、医師側は出来高払いの形で「直接的」な診療報酬決定権を保持す

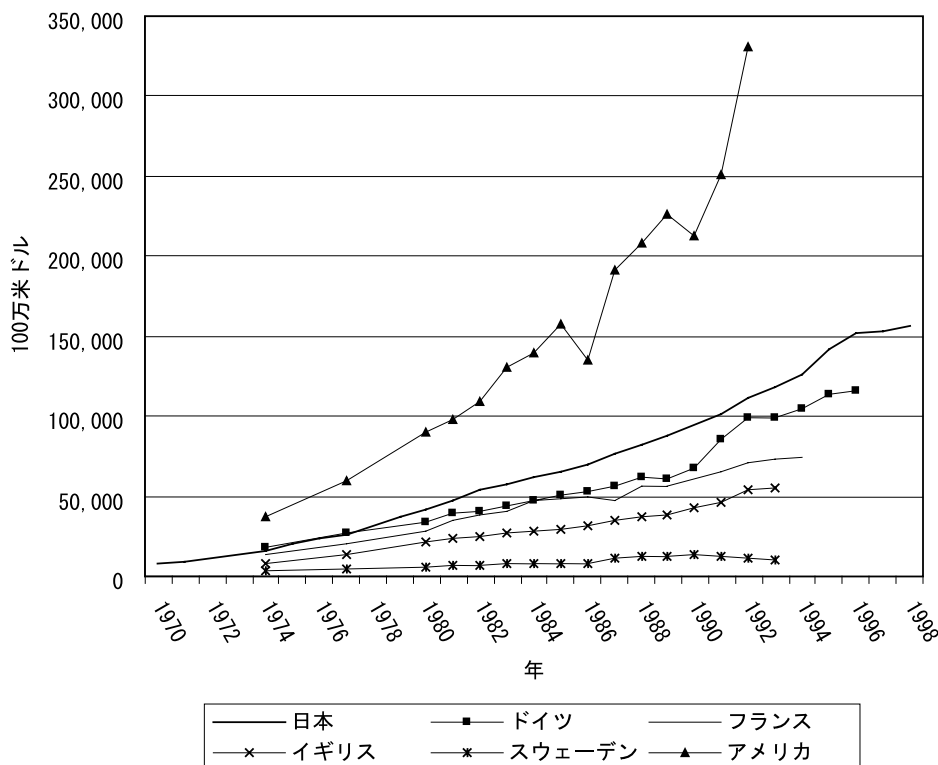


図1 諸外国の医療給付費の推移動向
(資料)表1をもとに作成.

ることができた。

その後も、様々な改革がなされたが、その中で特筆すべきことは、1984年から導入された、公立病院に対する「総枠予算制」^{†6)}の導入である。その後、1980年代後半にかけ種々の改革がなされたが、十分な抑制にはつながらず、1990年代に入り赤字幅が拡大していった。このような一連の改革の流れを見ると、入院医療費に対する改革に一定の成果がみられるものの、ドイツ同様、供給サイドに対する改革が十分でないため、決定的な抑制策とは成り得なかった。特に、医師に対する出来高払いを前提とした、小手先だけの改革に終始し、根本的な解決にはなっていない。表1が示すように、1987年に医療給付費の増加率が初めて-3.5%とマイナスを示したものの、翌年の1988年には19.6%と増加に転じている。また、1989年には再び-0.5%となったが、翌年の1990年には8.0%と再び増加している。すなわち、諸政策が長期的な抑制策になっていないことが分かる。その結果、1990年以降の赤字額が増大し、保険料率の引き上げ、償還率^{†7)}の引き下げ対策等の需要抑制策に加えて、新しい抑制策が必要な時期に来ていた。

そこで、2つの改革「ヴェイク・プラン」(1993年)、「ジュベプラン」(1995年)が出されることになった。この改革は、今までの需要サイドのみの改革と違い、サービスの質の向上や効率化を併せ持つ

とともに、医療システム全体を見据えた抜本的な構造改革である。このように、フランスに医療費抑制策は、いくつもの側面から様々な改革がなされてきた。しかし、1990年までは需要サイドの改革を重要視したため、赤字が発生したが、表7に示したフランスの社会保障財政を見れば明らかなように、現在はその赤字幅の縮小が見られるようになった。また、これは注目すべき点であり、医療費高騰に悩む諸国にとっては参考になる点も多い。

2.3. イギリス⁵⁾

イギリスで行われた医療費抑制政策は、表8に整理されている。1979年に誕生したサッチャー政権は、当時のNHS(National Health Servicesの略)における国営医療供給体制の様々な不合理・非効率に対しても民間活力の導入や競争原理の徹底を通じてメスを入れようとした。

代表的なものとして、「NHSサービス及びコミュニティケア法」(1991年4月施行)があげられる。このような大規模な改革を実行しなければならなかった理由は、NHS支出の高騰や国の予算に制約を受ける国営医療であるがゆえのウェイティング・リストの存在や、医療サービスの質の低下等である。また、一般家庭医の診療報酬が人頭払いを主体とするため、過疎地への人的資源が不足していた。その上、医療機関や医師に対する選択の自由が欠如して

表3 諸外国の国民所得及び年平均増加率の推移

(単位: 100万米ドル)

	日本		ドイツ		フランス		イギリス		スウェーデン		アメリカ	
	国民所得	前年比 (%)	国民所得	前年比 (%)	国民所得	前年比 (%)	国民所得	前年比 (%)	国民所得	前年比 (%)	国民所得	前年比 (%)
1970	248,088		170,000		140,595		143,670		23,741		805,987	
1971	269,022	8.4										
1972	315,534	17.3										
1973	365,790	15.9										
1974	385,177	5.3										
1975	433,534	12.6	261,624	9.0	223,713	9.7	231,366	10.0	37,622	9.6	1,249,234	9.2
1976	484,128	11.7	294,711	12.6	250,106	11.8	248,220	7.3	40,608	7.9	1,388,131	11.1
1977	536,908	10.9	323,080	9.6	279,399	11.7	266,694	7.4	42,152	3.8	1,556,128	12.1
1978	609,144	13.5	359,696	11.3	307,676	10.1	297,899	11.7	46,815	11.1	1,757,387	12.9
1979	684,987	12.5	405,993	12.9	342,215	11.2	328,365	10.2	53,350	14.0	1,969,089	12.0
1980	779,649	13.8	445,148	9.6	376,823	10.1	339,937	3.5	58,862	10.3	2,139,538	8.7
1981	870,327	11.6	489,548	10.0	418,895	11.2	365,783	7.6	63,715	8.2	2,356,096	10.1
1982	945,654	8.7	514,483	5.1	450,253	7.5	394,290	7.8	67,878	6.5	2,468,902	4.8
1983	1,021,264	8.0	548,541	6.6	471,554	4.7	428,748	8.7	70,770	4.3	2,639,997	6.9
1984	1,102,303	7.9	593,449	8.2	497,975	5.6	463,903	8.2	76,377	7.9	2,929,759	11.0
1985	1,193,938	8.3	630,839	6.3	524,878	5.4	492,833	6.2	79,933	4.7	3,158,547	7.8
1986	1,249,446	4.6	668,549	6.0	556,180	6.0	526,056	6.7	83,830	4.9	3,336,442	5.6
1987	1,351,883	8.2	704,545	5.4	585,774	5.3	569,798	8.3	89,018	6.2	3,545,765	6.3
1988	1,477,353	9.3	760,716	8.0	629,757	7.5	617,168	8.3	94,486	6.1	3,828,944	8.0
1989	1,618,812	9.6	823,744	8.3	684,132	8.6	658,570	6.7	100,504	6.4	4,111,131	7.4
1990	1,773,021	9.5	905,359	9.9	726,400	6.2	688,940	4.6	107,804	7.3	4,357,275	6.0
1991	1,881,110	6.1	1,065,459	17.7	769,082	5.9	681,576	-1.1	103,541	-4.0	4,492,075	3.1
1992	1,963,235	4.4	1,144,961	7.5	806,000	4.8	746,648	9.5	106,017	2.4	4,877,575	8.6
1993	2,024,264	3.1	1,141,152	-0.3	796,006	-1.2	764,647	2.4	106,123	0.1	4,950,450	1.5
1994	2,065,040	2.0	1,208,372	5.9	823,514	3.5	797,515	4.3	113,015	6.5	5,240,275	5.9
1995	2,239,496	8.4	1,297,035	7.3	879,837	6.8			125,155	10.7	5,504,725	5.0
1996	2,360,701	5.4	1,313,596	1.3								
1997	2,377,693	0.7										
1998	2,326,619	-2.1										
1975年～85年 までの増加率		10.7		9.2		8.9		7.9		7.8		9.7
1985年～92年 までの増加率		7.4		8.9		6.3		6.1		4.1		6.4
1975年～92年 までの増加率		9.3		9.1		7.8		7.1		6.3		8.3
1992年～98年 までの増加率		2.9										

注) 下線の増加率は、1970年から1975年の年平均増加率である。

「表2 購買力平価」によって各国の医療給付費をドル換算した。

(資料) 国立社会保障・人口問題研究所: 社会保障費 国際比較データ。更新履歴。http://www.ipss.go.jp/, 2005年5月12日。

日本は、国立社会保障・人口問題研究所編: 社会保障統計資料集—時系列整理—1969年度～1998年度。初版、国立社会保障・人口問題研究所、東京、37、表5-1、2001。

ドイツの1994年～96年は、古瀬徹他編: 先進諸国の社会保障4ドイツ。初版、東京大学出版会、226-227、表10・6、1999。

いるため、医療ニーズが高度化・多様化する中にしたがって、NHS 病院の制限された選択肢の中での受診・受療については、患者が医療サービスに対して不足感を感じるケースがあることも否めなかった。さらに、病院全体としての設備等が老朽化しているにもかかわらず、建て替え等が円滑に進んでいなかった。また、ベッド数の配置と人口のバランスが取れていないということも大きな問題であった。したがって、「NHS サービス及びコミュニティーケア法」という大規模な改革を行うことが必要になった。この法律による供給サイドを中心とした制度改革により、病院病床数は人口1,000人当たりで見ても1990年の5.9床から、1996年の4.5床に減少すると同時に、平均在院日数も1990年の15.6日から、1996年の9.8日と諸外国ではアメリカに次いで2番目の少なさとなった。また、NHS トラスト病院^{†8)} や GP ファンダホルダー^{†9)} の創設により、NHS の管理体制から自由と選択の範囲が広がった結果、病院や一般家庭

医の自主性が強化された。表1からはその効果を明確に読みとることはできないが、図1が示すように医療給付費の増加率は相対的に低い水準を保っていると見てよからう。

2.4. スウェーデン⁶⁾

スウェーデンで行われた医療費抑制政策は、表9に整理されている。1980年代後半、スウェーデンは「ソビエト連邦の崩壊」や「東西ドイツの統一」によるドイツ連邦共和国の景気低迷の影響をまともに受けた。また、日本と同様にバブル崩壊の影響もあり⁷⁾、1990年代に入り、スウェーデン経済は危機的な状況に陥った。表3にあるように、1991年には国民所得増加率がマイナスを示している。また、実質GDPの推移を見ても、1991～1993年にかけてマイナス成長を示している⁸⁾。このような国民経済の動向から、医療サービス制度を含めた社会保障制度全般の見直しが急速に進められるようになった。

まず、最初に掲げるべきは、県による医療サービ

表4 医療サービス制度の国際比較

項目	分類	日本	ドイツ	フランス	イギリス	スウェーデン	アメリカ
医療提供体制前 (99年)		・患者は自分がかかる医療機関を自由に選択し、病院の受診には開業医の紹介が必要 ・医療機関の大部分は民間である	・外資は開業医が提供する (患者は自由に選別) し、病院の受診には開業医の紹介が必要	・患者は自分がかかる医療機関を自由に選択し、病院の受診には開業医の紹介が必要	・プライマリケアは一般医が提供	・人口1万人程度を標準に初診地区が編成され、地区診療初等がプライマリケアを提供する	・患者は通常、まず近隣の開業医を受診する ・患者が病院に入院しても、開業医は病院診療に参画する
公的医療保障制度の種類 (99年)		社会保険方式	社会保険方式	社会保険方式	税財源による医療給付	税財源による医療給付	社会保険方式 (メディケア) 医療扶助 (メディケイド)
公的医療保障制度の基本的仕組み (99年)		公的医療保障制度により国民をカバー (国民皆保険)	公的医療保障制度により国民の99%をカバー (自営業者、一定所得以上の費用者等は任意加入)	公的医療保障制度により国民の99%をカバー	国民保険サービス (NIS) により国民をカバー	単主体の保険医療サービスにより国民をカバー	民間保険への任意加入が一般的 (国民の15%程度が無保険者) メディケア メディケイド
給付方式 (99年)		現物給付	現物給付	入院・現物給付 外来：償還制	現物給付	現物給付	現物給付
医療費支払い方式 (99年)	診療所	出来高払い (一部包括払い)	開業医全体による総額請負性	出来高払い方式	登録人頭払い	登録人頭払い	出来高払い
	病院	出来高払い (一部包括払い)	包括医療と出来高払いの組み合わせ	保険者との契約による予算割当	行政による予算割当	行政による予算割当	包括払い (DRG+PPS)
財源 (99年) ※ただし、日本は2004年	保険料賦課	政管健保：標準報酬月額0.82%を労使折半 健保組合：被用者標準報酬月額の3.59%、事業主は標準報酬月額の4.547% 国保：1世帯あたりの平均標準報酬月額5163,812 (02年) 共済組合：被用者、事業主とも2.06%~4.41%	報酬の13.3%を労使折半 (旧ドイツ地域疾病金庫方式)；ただし、保険料算定収入限度額以上の収入がある被用者は公的医療保険への加入義務が免除されている (98年)	被用者は報酬の0.75%、事業主は報酬の12.8%をこの他、被用者には報酬の7.5%の一般社会拠出金負担がある	国の一般財源による国民保健サービス (NIS) 方式 (一般財源)	集税による国民保健サービス方式 (被用者は賃金の3.95%、自営業者は5.82%、事業主は支払賃金総額の5.28%) (98年)	メディケア：パートA メディケア：パートB 加入者1人あたり月額45.50ドル (506円) / 月 (給付費の約25%をカバー)
	賦課限度額	被用者保険：標準報酬月額上限980,000円 国保：賦課限度額530,000円 (99年)	保険料算定収入限度額年収75000ツルク (5,623,884円) (98年)	なし			なし
	自己負担	入院 2割 (3歳未満：2割)	1日17ツルク (1,265円)、14日間のみ	2割負担 (30日間のみ)、ベット1日70フラン (1,553円) の定額負担	無料	日額80クローナを上限とする患者負担	メディケア：パートA 入院60日まで768ドル (100,539円) 免費、61~90日192ドル (25,135円) / 日、91~150日384ドル (50,269円) / 日、150日~全額自己負担
	外来	無料	3割負担 (償還払い)	無料	無料	初診日から12ヶ月において、900クローナ (828,000円) を上限とする一部負担	メディケア：パートB 年間100ドル (13,091円) 免費、超過部分は20%の自己負担
	外来薬剤	内服1日につき1種類目、2~3種類30円、4~5種類60円、6種類以上100円、2種類100円、瓶服は1種類10円	処方料に応じて8~10ツルク (595~744円) の定額負担、参照価格超過分は自己負担	原則36% (種類によって0%、65%の自己負担)	外来薬剤：処方箋1枚につき5,90ポンド (1,279円) の自己負担	初診日から12ヶ月において、900クローナ (828,000円) を上限とする全額負担をただし、901~1,700クローナ (828,920~1,564,000円) の部分は50%、1,701~3,300クローナ (3,306,000円) の部分は25%、3,301~4,300クローナ (3,306,920~3,956,000円) の部分は10%、4,301クローナ (3,956,920円) 以上の部分は無料	メディケア：パートA 入院60日まで768ドル (100,539円)、61~90日192ドル (25,135円) / 日、91~150日384ドル (50,269円) / 日、151日~なし メディケア：パートB なし
	自己負担限度額	自己負担額が72,300円 + (医療費 - 241,000円) × 1% (低所得者は35,400円、上位所得者は139,800円 + (医療費 - 466,000円) × 1%) を超える場合その超える額を支給する	外来薬剤定額負担等自己負担について、または高額な費用を要する疾病については、自己負担免除) 報酬の2.0%	なし (ただし、長期または高額な費用を要する疾病については、自己負担免除)	なし	入院は日額81クローナ (74,520円) 以上、外資は初診日から12ヶ月において901クローナ (828,920円) 以上、薬剤負担は初診日から12ヶ月において4,301クローナ (3,956,920円) 以上	なし
	老人 (70歳以上) 負担額	外来 1割 (一定以上所得者は2割) 入院 薬剤 (外来) 無料	若人と同じ	若人と同じ	患者負担免除 (男性65歳以上、女性60歳以上)		年間100ドル (11,180円) まで医療費は全額患者負担、それを超える部分は20% 若人と同じ 給付対象外
	国庫	政管健保：保険給付費等の13.0% (老人保険拠出金の16.4%) 健保組合：給付費の補助103.3億円 国保：保険給付費等の50% 共済組合：なし	原則としてなし	原則としてなし	国民保険サービス費の81.5% (国民保険からの拠出金12.2%) (97年)	原則として、県が全費用を負担	メディケア：パートA 原則としてなし メディケア：パートB 老人1人当たり月127.3ドル、障害者1人当たり月167.7ドル 連邦、州にて負担
	薬剤費	比率 (中位) (93年) 比率 (OECD)	29.50% 17.10%	17.10% 19.60%	16.40%	不明	11.30%
	対GDP比 (OECD)	1.5% (93年) 1.5% (96年)	1.2% (93年) 1.3% (96年) 1.3% (97年)	1.5% (93年) 1.6% (96年) 1.7% (97年)	1.1% (93年) 1.1% (96年) 1.2% (97年)	不明	1.2% (93年) 1.3% (96年) 1.4% (97年)
	医療供給体制	受診率 (回/年) 平均入院日数 (日) 病床数 (10万人当たり)	14.5 (01年) 37.5 (02年) 1650 (00年)	7.3 (00年) 12.0 (98年) 910 (00年)	6.9 (01年) 13.5 (01年) 820 (00年)	4.9 (00年) 8.1 (02年) 410 (00年)	不明 不明 360 (00年)

(資料) ・日本の「財源」は、国立社会保障・人口問題研究所編：平成16年版社会保障統計年報、初版、法研、東京、154-155、2005。
・「医療供給体制」は、広井良典他編：社会福祉養成テキスト⑩社会保障論 (第3版)、第3版、ミネルヴァ書房、東京、73、表3-7、2005。
・それ以外は、週刊社会保障編集局編：欧米諸国の医療保障、初版、法研、東京、362-374、401、2000

表5 ドイツの医療費抑制策

年代	1970年代の改革	1980年代の改革	1990年代以降の改革
制度名もしくは年代	疾病保険費用抑制法 (1977年)	第2次疾病保険費用抑制法 (1982年) 及び、病院医療費抑制法 (1982年)	医療保険構造改革法 (GRG) (1989年)
需要サイドの改革	・医薬品自己負担免除者の縮小	・薬剤費一部負担の引き上げ	・自己負担の引き上げ ・入院一部負担引き上げ ・埋葬料の廃止 ・参照価格制の導入
供給サイドの改革	・医療費総額引き上げ上限に関する勧告	・病院需要計画の見直し	・参照価格制対象医薬品拡大 ・外來保険医の登録制度 ・分野ごとの総枠予算制、賃金の伸びによる上限設定 ・薬剤費用の予算超過分の保険医とメーカーの負担 ・入院療養費の算定方式を、1件あたり包括払い、特別報酬、1日定額払いの組み合わせに変更 ・リスク構造調整の導入
ドイツ			第1次及び、第2次医療保険再編法 (1997年) ・自己負担引き上げ ・入院一部負担引き上げ ・医薬品一部負担引き上げ ・入院療養費、開業医への診療報酬、外來薬剤費の支払方法に出来高要素復活 ・疾病金庫の責任の明確化

表6 フランスの医療費抑制策

年代	1970年代の改革	1980年代の改革	1990年代以降の改革
制度名もしくは年代	1990年までの改革	ヴェイユ・プラン (1993年)	ジュベ・プラン (1995年)
需要サイドの改革	・年金受給者からの保険料徴収 ・医薬品償還率の段階制 ・保険料算定対象賃金の上限撤廃 ・一般社会拠出金の導入 ・入院負担金導入 ・負担免除となる長期疾病の範囲限定 ・入院負担金引き上げ	・償還率5%引き下げ ・入院負担金引き上げ	・特別拠出金の導入 ・入院負担金引き上げ
供給サイドの改革	・医療地図の作成 ・全国協約による開業医診療報酬決定 ・公立病院に総枠予算制を導入 ・民間病院に総費用目標制を導入	・医学部卒業生の人数を抑制 ・医療指標の設定 ・協約による開業医医療費伸び率設定 ・医薬品メーカーと政府との合意による薬剤費伸び率の設定 ・薬価水準の個別交渉制の導入	・医療記録制度の導入 ・地方病院庁及び全国医療評価認証機構の創設 ・健康手帳を全被保険者に拡大 ・開業医、病院医療費伸び率の物価上昇率内の設定 ・製薬企業からの賦課金徴収 ・開業医医療費が伸び率の枠内を超過した場合の医師による返済義務
フランス			

表7 フランスの社会保障財政状況

(単位: 10億フラン)

	93年	94年	95年	96年	97年	98年 (暫定)
疾病保険	-27.3	-31.5	-39.7	-35.9	-14.4	-8.5
老齢保険	-39.5	-12.8	-10.1	-7.9	-5.2	-5.6
家族手当	+10.7	-10.4	-13.9	-9.7	-14.0	-0.1
計	-57.5	-54.7	-68.7	-53.5	-33.6	-14.2

(出所) 旧厚生省監: 厚生白書平成11年版。初版、ぎょうせい、東京、307、1999。

スの購入者と供給者の分離 (疑似市場・内部市場の導入)⁹⁾ である。これまでの医療サービス制度では、県が予算を持ちながら病院を運営していた。すなわち、県が医療サービスの購入と供給という2つの機能を果たしていたため、県の病院経営が硬直化し非効率であった。この制度改革は、税による公的保障を維持しながら市場原理を導入するという疑似市場を形成する方法を使い、県が持つ医療の購入と供給という2つの機能を分離することを試みている。具体的な方法については県により異なる。例えば、ストックホルム県の例¹⁰⁾ を見てみると、保健医療サービス局が県全体の医療サービスについての責任を持ち、県内9つの地区委員会に対して人口に基づいた予算配分を行う。この地区委員会が患者の代理人として購入者の役割を果たす。地区委員会は、医療機関と医療サービスの範囲・価格・質について交渉し、契約を結ぶ。この仕組みを通じて、医療機関側に競

争が生じるとともに、患者は地区内外の医療機関を自由に選択できることになったため、この点からも医療機関には地区内外で相互に競争関係が生じることになる。このように、供給サイドに対して市場原理を導入させることによって、医療機関側に医療費を低く抑えると同時に医療の質を確保しようとするインセンティブを働かせようとした。この改革により、購入機関を複数設置することによる供給量の増加が顕著となった。すなわち、医療機関が互いに競争することによる供給量の増大という点での効率性の上昇が現れている¹¹⁾。

次に掲げるべき代表的な改革は、1992年に施行した「高齢者保健福祉改革 (エーデル改革)」である。この改革の目的は、「高齢者サービスの実施・責任主体の市への一元化」及び「資源利用の効率化」である。具体的には、ナーシングホーム等の長期療養施設を県から市に移管した。これにより、ナーシング

表8 イギリスの医療費抑制策

年代	1970年代の改革	1980年代の改革	1990年代以降の改革
制度名もしくは年代	NHSサービス及びコミュニティケア法（1990年）		
需要サイドの改革			
供給サイドの改革	<ul style="list-style-type: none"> ・住民による家庭医選択の弾力化 ・家庭医報酬の人頭払い割合の引き上げ ・薬剤処方に関する予算制の導入 ・予算管理家庭医（GPファンドホルダー）の創設 ・NHS以外の病院との契約を認め、病院選択の自由を促進する ・NHSトラスト病院の創設 		

表9 スウェーデンの医療費抑制策

年代	1970年代の改革	1980年代の改革	1990年代以降の改革
制度名もしくは年代	待機解消保証制度（1991年）	エーデル改革（1992年）	家庭医・自由開業医制度（1994年、1995年廃止）
需要サイドの改革			
供給サイドの改革	<ul style="list-style-type: none"> ・医師が手術等の必要性を認めてから3ヶ月を経過しても待機状態にある場合、県は病院に対して支払いを行わない 	<ul style="list-style-type: none"> ・県の所管であった長期療養病院等をナーシングホームとしてコミュニティに運営移管 ・病院治療後5日経過してもコミュニティが受け入れない場合には、コミュニティが費用負担 	<ul style="list-style-type: none"> ・県と契約関係のない民間開業医に対し、人頭払い制により県から報酬支払い ・県には住民が家庭医を選択する機会を提供する責任を負わせる ・家庭医以外の民間専門医について、要件を満たせば県から報酬支払い

ホームの位置づけは、従来の医療施設から福祉施設（サービス、介護のついた特別な住居）、すなわち、生活の場への移行が図られた。同時に病院に対する改革としては、病院での入院治療終了後5日以内に、市が患者に適した居住の場を提供できず、当該患者が退院できない場合、市が入院費を県に支払うことを義務づける制度を導入した。入院費は福祉サービスで対応する場合よりも高額なため、本来の福祉的機能を持つ受け皿を用意させるインセンティブを、市に対して与えられることとなった。この改革により、一般病棟における社会的入院の割合は、1990年3月には15.0%であったが、1996年1月には6.9%まで減少した。また、費用の安い高齢者施設の入所者数は1992年末の約11万9,000人から1994年末には約13万6,000人に増加しており、医療と福祉の機能分担の面からも効率化が進んでいると言える。また、この制度改革と同じ時期の1991年に、政府は「待機解消保証制度」を実施している。この制度の実施は、手術件数を大幅に増やしたが、慢性的な長い待機期間の短縮に寄与した。その他にも、1994年に「家庭医制度」と、「自由開業医制度」を実施した。ちなみに、表1を見ると、1991年から1994年の医療給付費の前年比増加率は3年続けてマイナスを記録しており、抑制政策の効果が現れていることが分かる。

2.5. アメリカ¹²⁾

アメリカで行われた医療費抑制政策は、表10に整理されている。アメリカでは民間医療保険が発達している。例外となる公的な医療サービス制度としては、老齢・障害年金受給者及び慢性腎臓病患者を対象

としたメディケア（Medicare）と、連邦政府のガイドラインの下で各州政府が運営する公的扶助制度として、低所得者を対象としたメディケイド（Medicaid）が存在するのみである。全人口の約70%は民間の医療保険に加入している。アメリカの医療給付においてはマネジドケア^{†10)}が主流であり、HMO^{†11)}及びPPO^{†12)}と呼ばれる組織（以下マネジドケア組織と呼ぶ）が会員（患者）に対してマネジドケア・プランを提供する。患者は、マネジドケア・プランに基づいて医療給付を受けることになる。一方、医師などの医療供給側はマネジドケア・プランに基づいて診療報酬を受け取るようになる。これによって、医療供給者側に対して必要以上の医療行為を抑制することができ、医療費そのものの抑制にもつながると考えられている。広井¹³⁾によれば、アメリカのマネジドケアにおける医療費抑制策は大きく5つに分けることができる。

1つ目は、診療報酬支払い方式の定額化である。我が国においては「出来高払い方式」を採用しているが、アメリカでは5つの方式^{†13)}が準備されている。その中で代表的なものに、病院に対して行われる「DRG/PPS方式」^{†14)}がある。この方式は、1986年からメディケアにおける一般病院の入院経常費用等の支払いに適用され、現在はメディケアのパートA（入院保険）及びメディケイド、さらにはマネジドケア・プランの一部でも採用されている。

2つ目は、マネジドケア組織による診療内容のモニタリングである。これは、不必要な治療等を防止するために、マネジドケア組織が医師等の診療内容

表10 アメリカの医療費抑制策

	年代	1970年代の改革	1980年代の改革	1990年代以降の改革
アメリカ	制度名もしくは年代	1970年代の改革	1980年代の改革	1990年代の改革
	需要サイドの改革		<ul style="list-style-type: none"> 1982年からメディケア・パートBの年間自己負担を60ドルから75ドルに増額（1981年） 年間自己負担の対象外とされていた外来手術センター並びに病院の外来部門での外来手術が対象に繰り入れられた（1987年） 	<ul style="list-style-type: none"> メディケアパートBの年間自己負担を100ドルに引き上げた（1990年） ガソリン税及びたばこ税の増税とメディケア、メディケイドへの連邦政府支出の削減（1992年）
	供給サイドの改革		<ul style="list-style-type: none"> 医療費の伸びを一定割合に抑制（1982年） メディケアの受給者に対し、人頭払いの前払い方式でHMOの会員になることを許可する（1982年） 同僚監視委員会を設置し、医療機関の管理強化を図ること（1982年） 病院への入院医療費の支払いとして「DRG/PPS方式」を導入（1983年） 同僚監視委員会の権限を強化し、不必要な治療や不適切な治療に関する支払い拒否権が付与された（1983年） 診療報酬制度に関する検討を行うため、診療報酬制度委員会を設置（1984年） 1969年以来平均コストと連動して毎年10%前後引き上げられてきた入院1回当たりの自己負担の年次改定基準が、「DRG/PPS方式」の支払い単価改定率に改められた（1986年） メディケア参加医を対象に、高額な診療報酬請求に対するチェック制度の導入（1986年） 人件費コストの抑制と医師過小地域における患者の保護を目的として、補助医が行った診療もメディケアの給付対象とする（1986年） 医療器具の一部を対象とした定額払い価格表の導入（1987年） 1987年からの予算執行停止による2.1%のメディケア医療費の支払い削減（1989年） 	<ul style="list-style-type: none"> メディケアパートBに対し「RBRVS方式」の導入（1992年） メディケアの支払い単価改定率の引き下げ（1992年） 州政府に対してメディケイドの不正・乱用を取り締まる部署の設置を義務づけたほか、薬効群ごとに償還する薬剤を指定する償還処方薬リストの使用や新薬に対して一定の規制を課すことを認めた（1992年）

をモニターし管理することである。

3つ目は、マネジドケア組織による医師・病院の選別である。マネジドケア組織が、会員に良質でコスト・パフォーマンスの高い医療サービスを提供することのできるネットワークを構築するため、医師や病院の選別を行っている。

4つ目は、マネジドケア組織による医療サービスへのアクセス制限である。マネジドケア組織が行う診療報酬の定額化・診療内容の管理・医師等の選別などの諸方策の実効を挙げるためには、会員（患者）が利用する医療サービスを、マネジドケア組織の契約した医師・病院に限定する必要がある。そのため会員（患者）は、受診できる医師や病院を制限されている。

5つ目は、マネジドケア組織による予防医療の重視である。マネジドケア組織は、疾病予防や健康増進プログラムを遂行することにより、疾病の早期発見や早期治療、疾病に罹ることを未然に回避し、医療費抑制を図っている。その他の供給サイドの改革としては、「アメリカ医師会」や「アメリカ病院協会」が中心となって医療給付費の伸び率を物価上昇率の枠内にとどめる、病床を増やさない、設備投資の伸び率を年間20%内に抑制する、という自粛策を挙げることができる¹⁴⁾。

この一連の政策によって、表1が示すように、「DRG/PPS方式」が全面施行された1986年の医療給付費の増加率は-14.3%を記録し、一定の効果はあったと言える。その後、1989年の「包括予算調停法」により、表1が示すように1990年の医療給付費の年平均増加率は-6.0%と減少に転じている。このように医療サービスの運営主体を民間に任せ、民間組織による徹底した管理を前提としたマネジドケアによって医療

費抑制効果が現れている。また、医療サービスの効率化も進み、人口1,000人当たりの病床数及び平均在院人数とも減少した。例えば、人口1,000人当たりの病床数は、1980年の6.0床から、1996年は4.1床（日本の同じ時期には13.2床）に、平均在院日数は1980年の10.0日から、1996年の7.8日（日本の同じ時期には33.5日）となっている。しかし、一方でアメリカの医療給付費は全体的に諸外国に比べ突出した伸びを示している。この要因については、今後の分析を待たなければならない¹⁵⁾。しかし、図2に示されているように、総医療費の対国内総生産の割合を見てみると、1970年から1990年にかけては急激な伸びを示したが、それ以降は伸びが鈍化している。そして、1994年以降は14.1%とほぼ一定率を示しているし、1997年には13.9%とわずかに減少に転じている。特に、マネジドケアを本格的に導入した1980年後半以降医療費の伸びの鈍化は一目瞭然である。このように見てくると、アメリカの医療費の背景には、いわゆる「1人勝ち」の経済成長があり、そのおかげで医療費の増加の割合には国民負担があまり認識されなかったと考えられる。いずれにしても、アメリカにおけるマネジドケアを含めた一連の医療費抑制策は、患者間での保険料支払い能力や健康状態による不公平が生じると言った問題も起こっており、必ずしも全面的に成功したとは言わないまでも徐々にではあるが効果が現れてきていると言えよう。

我が国における医療費抑制策に関する一考察

以上のように、各国の医療費抑制策の動向について整理が、それらを踏まえた上で、表11に整理した

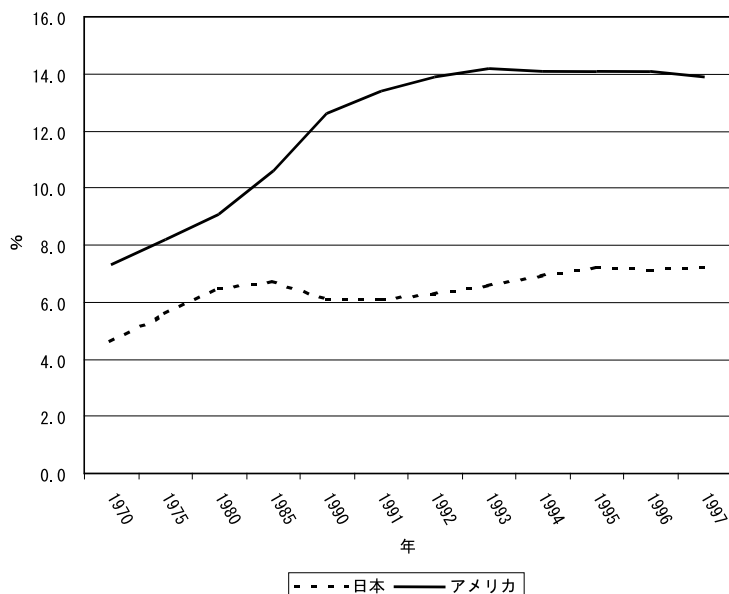


図2 アメリカの総医療費の対国内総生産の推移
(資料) 週刊社会保障編集部編：欧米諸国の医療保障．初版，法研，東京，381，2000．をもとに作成．

表11 日本の医療費抑制策

年代	1970年代の改革	1980年代の改革	1990年代以降の改革
新制度 ¹⁾ の導入	・老人医療費公費負担制度 ²⁾ (72年)	・老人保健制度の実施 ⁵⁾ (83年)	・公的介護保健制度の実施 ⁷⁾ (00年)
需要サイドの改革	・家族7割給付 (73年) ・高額療養費制度の創設 (73年) ・賞与等に関する特別保険料の徴収 (77年) ・7回にわたる診療報酬の改定 ³⁾ (70年～79年) ・政府管掌保険の国庫補助の定率化 ⁴⁾ (73年)	・家族入院8割給付 (81年) ・本人9割給付 (84年) ・老人保健一部負担引き上げ (86年) ・加入者按分率引き上げ (86年) ・8回にわたる診療報酬の改定 ⁶⁾ (80年～89年)	・老人保健一部負担引き上げ (91年) ・介護に着目した公費負担引き上げ (91年) ・付添看護の廃止 (94年) ・入院時食事療養費創設，患者食事一部負担導入 (94年) ・育児休業中の被用者保険料免除 (94年)
供給サイドの改革		・日雇健康保険の統合 (84年) ・老人保健施設創設 (86年)	・本人8割給付 (97年) ・外来薬剤に対する一部負担導入 (97年) ・老人保健一部負担引き上げ (97年) ・老人外来薬剤一部負担免除 (98年) ・老人保健9割給付，外来薬剤一部負担廃止 (01年) ・8回にわたる診療報酬の改定 ⁸⁾ (90年～00年) ・老人訪問看護創設 (91年) ・在宅医療の明確化と訪問看護の拡大 (94年)

1) 現行制度の改正は含まれていない。
 2) 老人医療費公費負担制度については、70歳以上の高齢者にとっては自己負担無料の改革であるが、保険料負担の増加をもたらした需要サイドの改革である。
 3) 医科，歯科，調剤の平均，すべての改定で引き上げ。
 4) 国庫補助の定率化は，国庫負担の増加，つまり最終的には国民負担の増加を意味するため需要サイドの改革である。同時に，国庫負担の投入により政府管掌保険の累積赤字を補填しようとした。
 5) 老人保健制度については，各保険制度からの拠出制を前提とした被用者保険等に対する負担増を義務づける点で需要サイドの改革にあたる。
 6) 医科，歯科，調剤の平均，すべての改定で引き上げ。
 7) 公的介護保健制度の導入も老人保健制度の導入同様，国民医療費の高騰要因である老人医療費の介護部分を公的介護保険制度における国庫負担と保険料及び自己負担分で補填しようとするものであり，需要サイドの改革である。
 8) 医科，歯科，調剤の平均，すべての改定で引き上げ。
 資料) 健康保険組合連合会編：社会保障年鑑2001年版，初版，東洋経済新報社，東京，30，第1表，43，第7表，52，第10表，2001．をもとに作成。

我が国の医療費抑制策を見てみると，特筆すべき点が2つある。

1つは，我が国の医療費抑制策は，自己負担や国庫負担などの国民の負担方法を中心とした需要サイドの改革がほとんどであるということである。過去3度にわたる大きな高齢者医療の制度改革(「老人医療費公費負担制度」，「老人保健制度」，「公的介護保険制度」)は，政策方針の異なる「老人医療費公費負担制度」を除き，一時的な医療費抑制効果¹⁶⁾はあったが，前述のように国民負担増という結果をもたらした。また，1970年から2000年までの間の合計24回にわたる診療報酬改定は，すべて報酬の引き上

げを行っている。但し，1970年から1980年における改定では，日本経済の成長等を勘案すると一定の診療報酬の引き上げは納得できる。

しかし，1990年以降は日本経済の成長が停滞し不景気に陥った時期である。その時期を特に詳しく見てみると，診療報酬改定は1990年，1992年，1994年(2回)，1996年，1997年，1998年，2000年の合計8回行われ，いずれの時点も医科，歯科，調剤の平均で，それぞれ3.7%，5.0%，3.3%，1.5%，3.4%，1.7%，1.5%，1.9%の引き上げとなっている¹⁵⁾。この期間は，表3にあるように国民所得が初のマイナスを記録した時でもある。それにもかかわらず，診

療報酬は相変わらず増加を示しており、国民に対する自己負担引き上げと相まって一層増している。また、諸外国の医療費抑制策を見てみると、特に1990年代以降に幾度となく改革が行われていることが分かるが、日本においては、日本経済の低迷で医療サービス制度の収入を確保することが困難となっている中で、増え続ける医療費をどのように補っていくかという需要サイドの負担方法に焦点を当てた政策は、もうすでに限界がきている。今の政策方針を貫いていけば、やがて財政は破綻することは目に見えている。今後は、医療費そのものを抑制する供給サイドの改革が必要であろう。

しかし、医療費抑制に視点を置いた医療供給サイドに対する改革がほとんど行われていないというのが我が国の医療費抑制策のもう1つの特筆すべき点である。前述のように、増え続ける医療費に対応できないのならば、供給サイドの効率を上げていかに医療費を減らすかということを考えていかなければならない。老人保健施設の創設や在宅医療の明確化など一部で供給体制の効率化を図る改革は行われてきたが、十分とは言えない。同じ社会保険法式を採用しているドイツやフランスは、需要サイド中心の改革から供給サイド中心の改革に移行したことで、医療費の抑制効果を上げつつある。我が国においても、需要と供給両面からの医

療費抑制策を行っていく必要がある。

おわりに

本論では、国民医療費の動向を中心に我が国の医療費抑制策が今後どうあるべきかを述べてきた。いうまでもなく、医療サービス制度は国民の生活に直接関わる制度の1つであり、高齢化の進展に伴う医療費増加の問題は、これからも国民が直面していかなければならない問題であることに間違いはなからう。そのため、国民は今以上に関心を持つべきであり、同時に国も国民生活のレベルに立った政策を展開する必要があるであろう。

「国民にとってどの程度の医療サービスを提供することが適切であるか」、「国民に対してどの程度の国民負担が妥当であるか」といった判定は、稲田や斎藤が指摘しているように、各国の社会状況や価値判断等を加味しなければならず、一義的に決定することは困難である^{16,17)}。本論ではその判断のための材料を提示することで、医療サービス制度に対する国民のコンセンサスを得るための出発点を明白にさせたつもりである。今後我が国の医療サービス制度が、利用する国民に対し適切に運用される制度となることを切望するものである。

注

- †1) 異なった通貨間の購買力を同等にするための通貨換算率。同じ財貨・サービスの組み合わせ(バスケット)を購入するために必要な金額の比率として1米ドル当たりの各国通貨で表される。総務省統計局編：世界の統計2001。初版，総務省統計局，東京，75，2001。
- †2) 国民医療費を取り上げず、あえて医療給付費を取り上げた理由は、我が国の国民医療費が諸外国の国民医療費に比べ範囲が狭いため、諸外国では医療施設建設費や公衆衛生費等が国民医療費に含まれ、我が国とは単純に比較できないからである。
- †3) 国民所得の年平均増加率は、1975年から1992年である。
- †4) ドイツでは、日本でいう組合管掌方式によって医療給付が行われており、加入する被保険者の職業によって、いくつかの疾病金庫と言われる組合が組織されている。種類は7種類あり、地域住民を対象とする「地区疾病金庫」、1,000人以上の保険加入義務者を常時使用する企業で組織される「企業疾病金庫」、手工業同業組合で、少なくとも1,000人の保険加入義務者を常時有し、一定条件を満たした時組織できる「同業組合疾病金庫」、自営農民とその家族従業員を対象とする「農業疾病金庫」等がある。各疾病金庫で、加入義務者の年齢や職業等により、財政格差や給付内容の格差が生じ問題となっている。
- †5) 当時の急速な技術進歩と社会経済的变化に対応して、医療供給体制を整備、再編することによって、医療資源の合理的活用を図る目的のために作成された。病院病床の創設や拡張、転換、大型高度医療機器の設置の際に活用される。
- †6) 従来、フランスの入院は「入院日額方式」がとられていた。しかし、この方式では長期入院を助長し、この入院医療費の高騰が医療費問題の1つとなっていた。そのため政府は、実際にかかった費用を補填するのではなく、予め予算枠を決定し、その予算の範囲内で公立病院の運営を行うという制約によって、入院費の抑制を図った。
- †7) フランスでは、患者が医療に要した費用を直接医師に支払い、後に保険者たる医療保険金庫からその一部が償還される仕組みを取っている。藤井良治他編：先進諸国の社会保障6 フランス。初版，東京大学出版会，東京，212-213，1999。
- †8) 病院運営の自由化を図るために制度化されたものである。一定の条件を有するNHSの病院は、NHSトラスト病院と

- して保健大臣の承認を得て地区保健当局の管理下を離れて公営企業体として独立することが認められた。
- †9) 家庭医が患者のための病院選択についてコスト・インセンティブをもつようにするため、登録住民数に応じて、病院サービスの購入費等につき一定の財源を管理する制度である。GP とは General Practitioner:一般家庭医の略)
- †10) 統一した定義はないが、民間医療保険会社の業界団体である HIAA (Health Insurance Association of America: 米国医療保険協会) においては、「加入者に対し、総合的な医療を供給することを選択した医療供給者と取り決めをしていること」、「医療供給者の選定に対する明確な基準を設定していること」、「継続的で質の高い医療保障と診療内容のための正式な計画を有していること」、「加入者が、指定された医療供給者から医療を受けようとするに足る金銭的なインセンティブ(保険給付率)をつけていること」といった定義がなされている。広井良典編:医療改革とマネジドケア。初版,東洋経済新報社,東京,7,1999。
- †11) Health Maintenance Organization(健康維持組織)の略。詳細は,広井良典編:医療改革とマネジドケア。初版,東洋経済新報社,東京,35-46,1999。
- †12) Preferred Provider Organization(特約医療機構)の略。詳細は,広井良典編:医療改革とマネジドケア。初版,東洋経済新報社,東京,47-52,1999。
- †13) 「DRG/PPS方式」以外には,人頭請負診療報酬方式,1日当たり定額支払い方式等がある。詳細は,広井良典編:医療改革とマネジドケア。初版,東洋経済新報社,東京,15,図表2-1,1999。
- †14) Diagnosis Related Groups/Prospective Payment Systemの略。この方式は,入院患者をDRGと呼ばれる495の診断群のいずれか1つに分類し,DRG分類ごとに定められた定額を病院に償還する支払方法である。
- †15) この要因については,マネジドケアに伴う複雑な料金体系による,管理費の増大,複雑な運営管理を任せるための優秀なスタッフを雇うための人件費の高騰,高度医療の投入,保険者の寡占状態による保険料の値上げ等様々な要因が考えられる。池上直巳:ベーシック医療問題。第2版,日本経済新聞社,東京,89-100,2004。
- †16) 「公的介護保険制度」に関しては正式な数値は厚生労働省の特別会計を見る必要があるが,「国民医療費」(2000年)を見る限り,国民医療費のうちの介護費用部分が「公的介護保険制度」の方に移行されていると推測できるので,医療費抑制の観点から言うと表面上は一時的な効果があると言える。

文 献

- 1) 社会保障入門編集委員会編:社会保障入門(平成17年版)。初版,中央法規出版,東京,110,2005。
- 2) 週刊社会保障編集部編:欧米諸国の医療保障。初版,法研,東京,21-86,2000。
- 3) 古瀬徹他編:先進諸国の社会保障4ドイツ。初版,東京大学出版会,東京,227,1999。
- 4) 週刊社会保障編集部編:欧米諸国の医療保障。初版,法研,東京,87-147,2000。
- 5) 週刊社会保障編集部編:欧米諸国の医療保障。初版,法研,東京,187-236,2000。
- 6) 週刊社会保障編集部編:欧米諸国の医療保障。初版,法研,東京,148-186,2000。
- 7) 水野肇:医療・保健・福祉改革のヒント。初版,中央公論社,東京,7,1997。
- 8) OECD:Gross Domestic Product(GDP). Statistics,
<http://www.oecd.org/oecd/pages/home/displaygeneral/0,3380,EN-home-0-nodirectorate-no-no-no-0,FF.html>,2002年6月27日。
- 9) 丸尾直美他著:先進諸国の社会保障5スウェーデン。初版,東京大学出版会,東京,242,1999。
- 10) 丸尾直美他著:先進諸国の社会保障5スウェーデン。初版,東京大学出版会,東京,243-244,1999。
- 11) 丸尾直美他著:先進諸国の社会保障5スウェーデン。初版,東京大学出版会,東京,247-249,1999。
- 12) 週刊社会保障編集部編:欧米諸国の医療保障。初版,法研,東京,237-331,2000。
- 13) 広井良典編:医療改革とマネジドケア。初版,東洋経済新報社,東京,13-25,1999。
- 14) 藤田伍一他編:先進諸国の社会保障7アメリカ。初版,東京大学出版会,東京,284,2000。
- 15) 健康保険組合連合会編:社会保障年鑑2001年版。初版,東洋経済新報社,東京,52,第10表,2001。
- 16) 稲田献一:健康保険診療報酬について。宇沢弘文編,医療の経済学的分析,初版,日本評論社,東京,38,1987。
- 17) 斎藤観之助:病院費用の計量経済学的分析:準備的考察。川崎医療福祉学会誌,8(1),21-30,1998。

(平成17年11月20日受理)

An International Comparative Analysis of Japanese Medical Insurance Policies

Kei SAKAMOTO

(Accepted Nov. 20, 2005)

Key words : medical bill policies, national medical expenditure, medical insurance system

Abstract

National medical expenditure in Japan has increased in proportion to the country's rapid economic growth. The rate of growth has been in accordance with the parameters set down by the ' Universal Coverage of Public National Insurance to All Japanese ', which was enacted in 1961. This increase has made it possible to raise the quantity of medical service and the level of medical technology, ensuring that all Japanese can lead healthy lives by relying on the public medical insurance system.

The more recent rise in national medical expenditure has not only been caused by the increasing age of the population, but also by structural problems in the insurance system itself. Many kinds of medical bill policies have been implemented to control the rise in costs during these three decades. However, no policies have been successful because they have not effectively reformed supply side behavioral structures.

In this paper, we compared Japanese policies for reforming demand and supply side behavioral structures with the control plans for medical expenditure in five countries, Germany, France, the United Kingdom, Sweden and the United States of America.

We concluded that policies for reforming supply side behavioral structures were essential to the effective control of national medical expenditure.

Correspondence to : Kei SAKAMOTO

Department of Health and Welfare Services Management
Faculty of Health and Welfare Services Administration
Kawasaki University of Medical Welfare
Kurashiki, 701-0193, Japan
(Kawasaki Medical Welfare Journal Vol.15, No.2, 2006 471-484)