

OECD 諸国における医療制度の多様性

ピーター・シェーラー



ルグラン先生と同じように、私も主催者に対し、ご招待をいただいたこと、そして非常に重要な議論に参加させていただいたことを感謝申し上げます。

医療制度を取り上げる会議ということですが、私からは、OECD 諸国における医療制度の幾つかの根本的な要素について国際比較してみたいと思います。また、どのような問題が起きているのかという現状と、問題に対処するためのさまざまな方法を模索したいと思います。

さて、OECD 諸国の医療保険制度は公的資金などさまざまな財源を基に賄っているわけですが、これを国際比較するのにあたって、主要な財源の種類（例えば社会保険）、医療の質の在り方や医療保険制度の機能、そして、支出が時間の経過とともにどのように伸びてきているのかということを見ていきます。さらに公的部門、あるいは民間部門の医療費の支出について、総額、あるいはそれぞれの構成要因を分析します。

まず財源の規模です。ほとんどの OECD の国々では、公的資金で賄われる部分が大きくなっていますが、アメリカにおいては半分強の医療費について、民間資金で賄っているという点が大きな違いです。ただ、これについてはまた後ほど説明しますが、民間資金といってもその多くは、実は民間の医療保険、特に雇用主が主導する福利厚生としての保険制度によって賄われております。これは、社会保障制度の下での健康保険、すなわち医療保険制度との共通点が非常に多い制度で

す。民間資金で賄う部分が多いとはいっても、アメリカの一人当たりの医療費のうち公的資金を使った部分は、ノルウェーとルクセンブルクに次いで多くなっています。大半の OECD 諸国の一人当たり GDP 比で見ましても、やはり公的部門の医療費はアメリカの方がかなり大きくなっています。まだまだ大きな違いがあります。一人当たり GDP 比で見た場合、例えば日本の隣国である韓国などでは 6% という値になっています。一方高いところではイギリスが 8~9%、スイスが 11%、そしてアメリカが 15% ということで、一人当たり GDP 比で見た場合、国によって大きな開きがあります（図 1）。

次に財源の構成要素です。日本は、一人当たりの医療費の支出、あるいは GDP 比で見ると、ほかの国よりも低くなっています。しかしながら、日本の制度はヨーロッパの制度を模範としておりまして、社会保障制度で賄われている部分はほかのヨーロッパの国々などにも近くなっています。一方驚くべきことに、アメリカでは、医療費のうち社会保障制度で賄われる部分はかなり低くなっています。ただ、これは過小評価されている傾向があります。その理由として、OECD に提供されているデータの中には、一般財源の税収で賄われている部分大きい、いわゆるメディケアの部分が入っていないという問題があります。つまり、アメリカにおいて公的部門の支出、医療費を賄っている部分は、社会保障制度を通じて入ってくる資金というよりは、一般財源の税収によって賄われている部分大きいということです（図 2）。

さて、民間の側です。自主的に負担している部

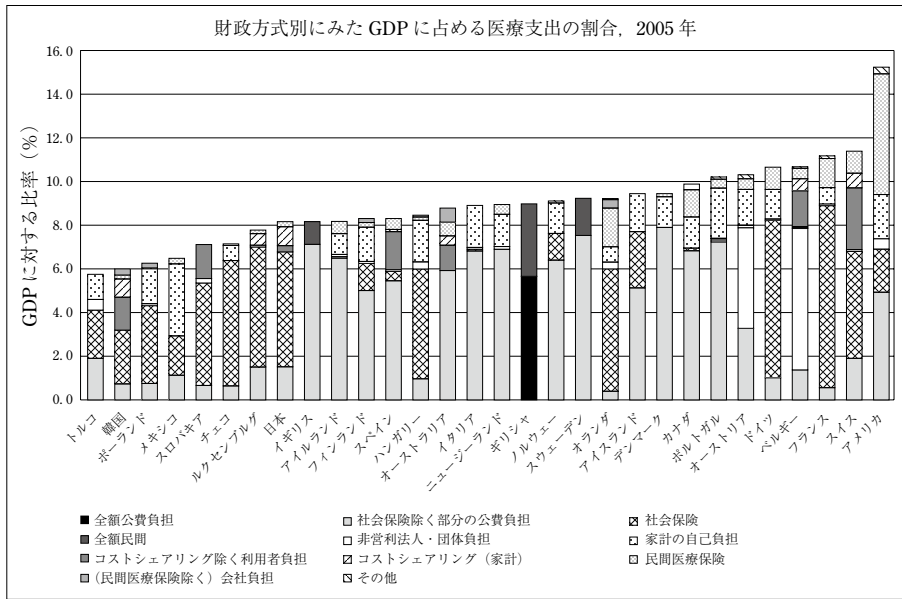


図 3

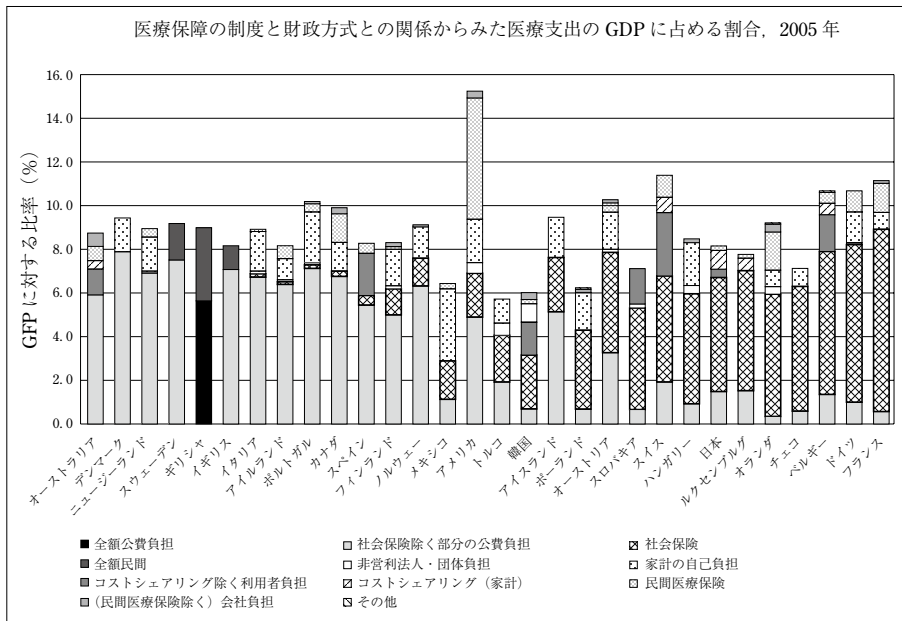


図 2

分、つまり雇用主負担ですが、これが民間部門の医療費のかなりの部分を占めています。特にアメリカについてはこれが顕著です。アメリカにおい

て、自己負担、つまり直接に税引後の所得から支払われる医療費は、ほかの国よりは多くはありません。OECD の国々の中でも、例えば韓国やス

イスなどよりは低くなっています。日本の場合には全体からみればかなりの部分を占めてはいますが、数値としては大体1%ぐらいと、かなり小さくなっています(図3)。

今申し上げたことの重要性を見るに当たって、「自己負担」について言及しておく必要があります。日本の場合、自己負担といっても、これは共同支払いであり一部負担にすぎません。すなわち社会保険における自己負担分というのは、ほんの一部にすぎないということになります。これはかなり異例のことです。ルクセンブルクなどについては十分なデータはないわけですが、それ以外の国々について、いわゆる自己負担をさらに分解してみますと、共同支払いはかなり少なくなっています。こういった負担分のほとんどは、社会保険では全くカバーされていない部分になるのです。したがって、社会保険でカバーされている比率がかなり高くなっていることは、とくに日本の医療保障の特徴だといえます(図4)。

次に、どういうケアや治療がこういった資金に

よってカバーされているのかということの説明したいと思います。入院患者の治療は、全体の医療サービスの提供においてかなり重要な部分を占めております。多くの国では、外来患者の治療、病院外のクリニックですとか、あるいは医者のおフィスなどで提供されるサービスは、実際に病院に入院して受ける治療とは違います。この絶対額の多くの部分、そして全体のアメリカの医療費の多くの部分で外来患者に割り当てられている部分は過大評価されています。これは報告上の手続きによるものです。それぞれの国別のデータで治療といったときに、例えば外科医が行う治療が、外科医の自分のオフィスで提供されるサービスなのか、それとも病院で提供されるサービスなのか、請求書の中ではきちんと区別されていないことがあります。病院の入院患者に対するサービスと、外来の患者に対するサービスがきちんと区別されていないという統計上の報告の違いによって、少し比率が過大評価されているかと思いません。

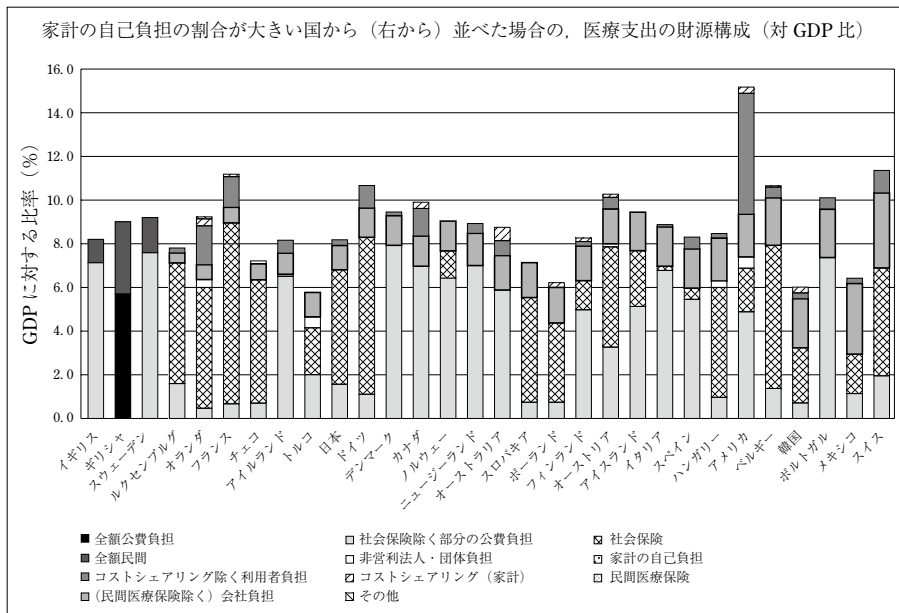


図3

対照的に日本の場合は、外来患者の比率は低くなっております。つまり、支出のかなりの部分が入院患者、すなわち病院内における治療や看護に充てられています。これに対して、病院外の介護、特に在宅ケアの部分は入っていません。医療費支出の中でも、他の OECD 諸国には入院患者や介護施設に入っているような患者へのケアが入院・在所日数でみた効率性が高い国々があるので、ほかの OECD 諸国などと比べると、日本の在院日数が長くなっています。日本の病院には、救急治療とか急性疾患に対する治療というよりも、OECD 平均よりも長期の介護のサービスを受けている入院患者が多くいます。ただ、絶対額ベースでは、長期の入院以外の部分は低くなっているのです、日本の医療支出額が、OECD の他の国々と同様の水準にあるのだと思います (図5)。

医薬品の支出を対国民所得比で見ますと、OECD 諸国でかなり類似しています。一人当たりの国民所得が低い国、例えば韓国やハンガリーやチェコなどと、比較的豊かな国、ノルウェーや

オーストリア、アイスランドなどと比べても、それほど違いが見られませんが、日本ではやや高くなっています。さらにアメリカはかなり高くなっています。医薬品の支出は反比例の関係にあり、対 GDP 比では低所得国の方が高所得国よりも高い支出を行っているということがわかります。ほかの項目、例えば入院患者の治療や外来患者の治療などの GDP 比は低所得国より高所得国の方が高くなっていますが、医薬品だけは全く逆の状況が見られます。これは医療費支出を見た場合に大事な点であります。なぜならば、医薬品は全体の医療費の中でも近年重要性を増していますし、市場の特性から見ても、ほかの項目とは違うからです (図7)。

ここで付け加えなければならないことがあります。医薬品の支出について、国によってそれほどばらつきがなかったということをお話ししましたが、これは同等の消費といった場合には必ずしもそうではありません。例えばフランスでは、医療費の支出でアメリカと比べてそれほど低くはあり

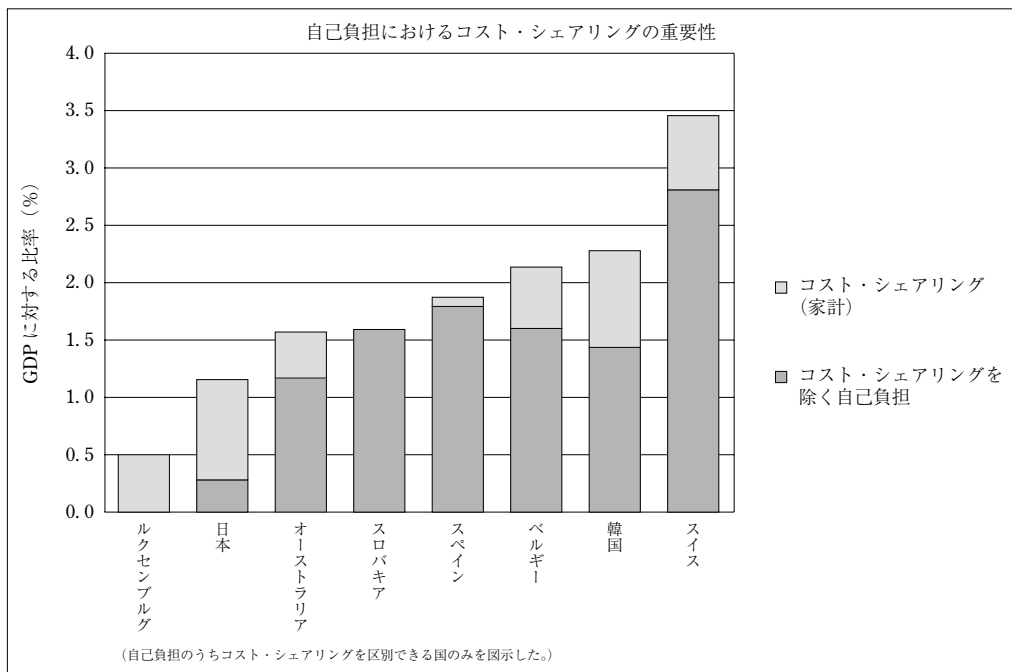


図4

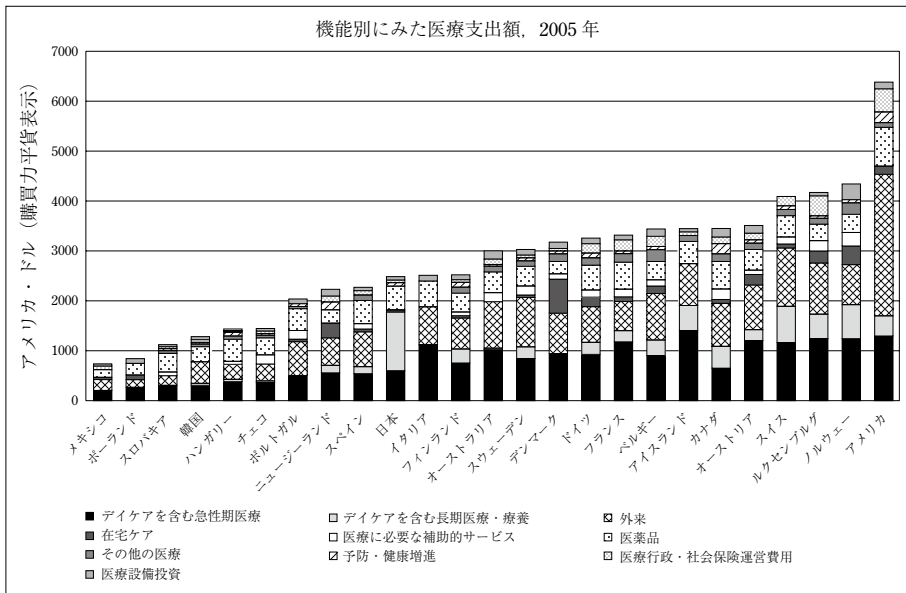


図 5

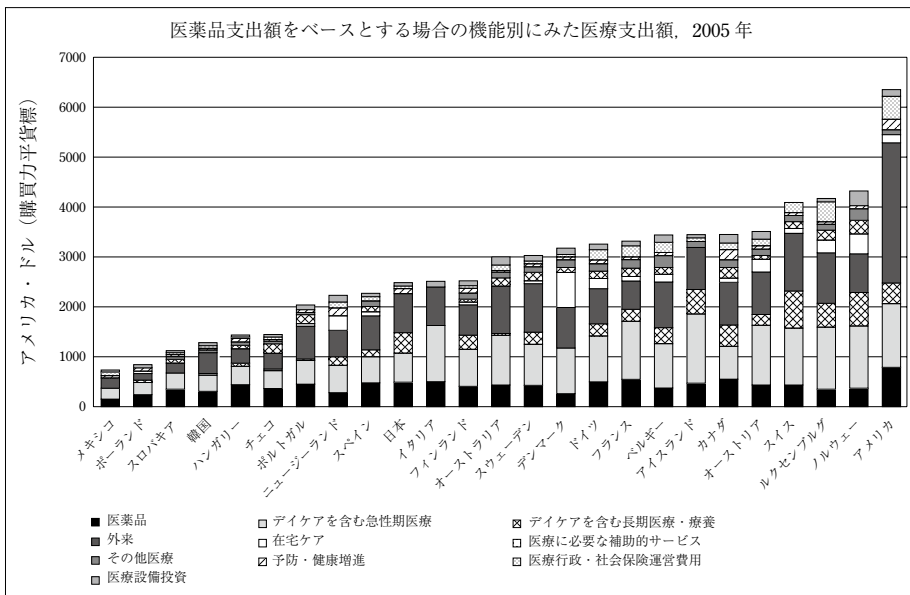


図 6

ません。ところが、薬品の量の消費ということでは大体半分ぐらいになります（図6）。ここで観察されるのが、いわゆる医薬品業界と市場でのマーケティングとの相関関係です。ほとんどのOECD 諸国では、消費者は社会保障制度の影響

を受けています。われわれは医薬品市場について詳細な報告書を出そうとしているところなのですが、この点が非常に重要です。

ここで私は、OECD 各国の特色の背景にどのような要因があるのかを見てみたいと思いました

(図 7)。まず、医療費を一人当たり GDP で見た場合に、その相関関係を見てみます。一人当たり GDP が大きい場合には、一人当たり医療費も大きいのではないかとこの先入観があります。それは、この分析をする場合に、従来クロスセクションで見てきたからかもしれません。しかし、これをきちんと理解するためには、もっと詳しく見なければなりません。時系列的に見る必要があるのです。そこで、一人当たり医療費と一人当たり GDP を比べた場合、全体のコストのうち、どれだけの割合が公的資金、あるいは民間資金でカバーされているのかを時間を追って見なければなりません。

アメリカは医療費に占める民間資金の割合が最も大きい国です。公的資金以外の割合が大きい順に並べると、アメリカ、メキシコ、韓国となります。アメリカ以外は比較的所得国であり、比較的一人当たりの医療費も小さい国といえます。オーストラリアもかなりの部分を任意の民間医療保険が占めています。カナダの場合、民間部門は急性治療やプライマリーケアからは外れていますが、医薬品はカナダの国民医療保険からは除外され、主として民間医療保険でカバーされていま

す。あるいは、それぞれ個人が加入して保険にかかっています。したがって、民間資金の占める割合が高くなっています。

例として 11 の国を国際比較してみました。まずアメリカです。アメリカの場合には、1980 年代、1990 年代の複数の時点において、大体一人当たりの GDP の伸び率と同じ程度に医療費の支出が伸びていった時期がありました。さらに、例えば 1970 年代末や 1990 年のころ、あるいは 2000~2001 年にかけても景気が落ち込み、GDP の伸び率が止まったりしたことがありましたが、医療費の支出は伸び続けました。このパターンは官民双方の資金に関して同じように見られます。1 回だけ例外だったのが、1990 年代の初めです。このときには例えば日本のバブル経済崩壊後のように、経済的に厳しい時期だから医療費は抑えなければいけないということで、民間の資金が減っています。ただしほとんどの期間において、アメリカでは一般経済が減速したとしても医療費の支出は減らなかったということが繰り返し起こりました。

このように経済が減速しても医療支出が増えていくというのは、どこの国でも見られることでは

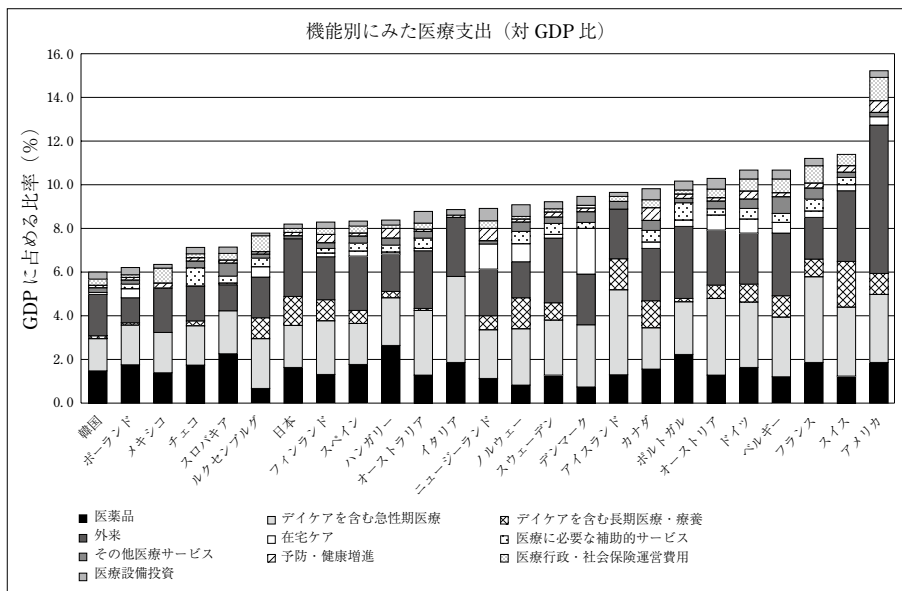


図 7

ありません。メキシコはいわば対照的な国です。1995年に金融危機が起こったとき、経済危機と政府の予算制約に応じて民間の資金と公的な資金の両方が減少しました。ただし、2000～2002年にかけて、アメリカの危機に反応してGDPの伸び率も停滞しましたが、このときは経済が減速しても、医療費の支出は公的資金も民間資金も増え続けました。

韓国に関しては、1997年に金融危機が起こったときには官民双方の資金の支出の伸び率は減りましたし、絶対的に下落したのは公共部門の資金でした。ただし、その停滞にも例外があり、全体的に増え続けたときもあります。さらに支出が増えていく傾向もあり、GDPの伸び率よりも支出の伸び率が高くなっています。これは健康保険を10年前に全国民に普遍化しようとし、皆保険を目指していることが背景にあります。民間での支出は増えていますが、当然のことながら、これは一人当たりGDPが増えているためです。GDPも今見ている期間では200%以上の伸び率を記録しています。しかし、より最近では、公共部門の支出もGDPの伸び率を上回っています。

このようなパターンがほかの先進国でも見られます。スイスの例を紹介します。スイスは民間支出がかなり大きめですが、ほとんどが自己負担です。この20年間、民間における支出の伸び率は、公的資金の伸び率よりは大きく、経済の減速に反応して変動しています。公的資金の支出については、強制的な公的保険加入があり、民間と競合していることから、こちらの方の支出の伸びは高いままです。

次にオーストラリアですが、これはアメリカに似ています。この10年間、公的部門、民間部門の両方で、GDPよりも高い伸び率を示しています。なお、この間オーストラリア経済の大きな減速はありませんでした。最後にあったのは1990年の景気後退ですが、このときは、公的部門の支出はそれほど減速せず、横ばいでした。さらに、民間部門の支出はここ20年間非常に高い伸び率を続けております。景気後退があったときも全く減速しておりません。

カナダでは、1990年代初頭に金融危機がありました。これにより、全体的な支出がかなり大幅に下がりました。特に医療部門における一人当たりの公的支出が下がりました。しかしながら、民間部門の支出に関しては、それほど大きく低下していません。民間支出の大きな部分はカナダの国民医療保険制度以外の部分、つまり医薬品などが占めています。

大きく支出が減速した国としてフィンランドが挙げられます。フィンランドは1989年から1993年にかけて、非常に大きな景気後退がありました。これは旧ソ連の市場を失ったことによるものです。経済が建て直しを図り新しい市場に対応するには、しばらく時間がかかりました。支出の減速が起きた時期は、フィンランドが健康保険制度の改革をしたときでした。このとき供給と財源、特にプライマリーヘルスケアの供給、および二次医療の財源を地方公共団体、市町村に移しました。財源は地方税から賄い、再配分をして、一人当たりの所得が低いところ、遠隔地などに対して財源を提供することが行われました。景気後退と財源変化の影響により、10年ほど医療を賄う公的支出の伸びがGDPの伸びを下回る状態が続きました。一方、民間部門の医療支出は、同じ期間においてGDPと同じぐらいの速度で伸び続けています。したがって、民間部門の支出が公的部門の支出の減速を埋め合わせた形になりますが、5年ほど前から、公的部門の支出も、GDPの伸びにと同程度に伸び始めました。ここ1年間、民間部門の支出は少し落ち込んでいますが、全般的にはGDPと同じぐらいの伸びを示しております。

民間部門が埋め合わせをしたもう一つの例がドイツです。これは非常に興味深い状況でありまして、公的保険の財源の使い方は、ほかの国々にとってもモデルになるのではないかと思います。ドイツの場合、公的部門の支出は、統一前も統一後も、GDPと同じような伸びを示しています。その結果、全体的な支出はGDPと同じような伸びを示していますが、民間部門の支出はGDPよりも早く伸びています。東西の統一後は特にその

傾向が強くなっています。なぜならば、ドイツの場合は所得の上位10%に入る人々は民間支出で医療サービスを受けるという形になっていますので、当然ながらお金持ちの人たちの支出というのは平均よりも大きく伸びるためです。そこで、ドイツでは幾つか非常に厳しい措置が取られました。特に公的部門において、医療費の支出を抑制しようという試みが行われ、これが成功を収めてきました。つまり、財政負担、納税者に対するの負担、社会保険料の負担は横ばいに抑えられています。したがって、人口の大半の人たちと、それから民間保険を活用できる高所得層の間で医療機関や医療サービスへのアクセスに不一致が生じています。

フランスはその構造から見てドイツに似ていますが、公的部門の医療支出の抑制にはそれほど成功していません。1990年代の初頭も伸びていますが、最近もまた伸びています。民間の部門の支出も、全体の支出のうち重要な部分を占めていますが、こちらの方の伸びは公的部門の伸びを抑制するまでには至っていません。したがって、医療支出のGDPに対する割合は伸び続けています。その結果、フランスの公的財政においては危機が生じています。

日本は、この11カ国の中で民間部門の医療支出の割合が最も低い国の一つであり、17%となっています。ドイツが20～22%ぐらい、フランスも高くなっていますし、そのほかの国々ももっと高くなっています。公的部門の支出は一貫して成長を続けています。特に経済の停滞していた1990年代も伸び続けていました。したがって、一人当たりのGDPはそれほど伸びていなくても、医療費の支出は伸び続けていました。特に1990年代、GDPに対する医療費の占める割合は非常に高くなりました。民間の医療支出の方は1985年から数年間下がりましたが、最近では上がったたり下がったりという変動を続けております。ここで、民間部門の支出は自己負担、共同支払いですので、拠出を高めるといような社会保険制度の変更が行われたことで、より多くの国民が共同支出をしなければならなくなりました。

イギリスにおいては、医療費の支出は、明らかな政治の変化を反映しています。1970年から公的部門の支出はGDPと同じくらいの伸びを示してきました。しかし1979年以降、公的な支出の方がGDPよりも高く伸び続けるようになりました。これは積極的にNHS（National Health Service、国民医療制度）のキャパシティを高めようとした政策の結果です。例えば待ち時間を短縮しよう、もっと対応を良くしよう、よいサービスを提供しようという政策が取られました。民間部門の医療支出は、1970年代停滞しましたが、その後GDPの伸びを超えるスピードで、1997年まで伸び続けました。イギリスの場合、民間の支出は医薬品などに関しては共同支払い、共同負担があるほか、NHSから提供される歯科の治療なども一部ありますが、これらはNHSに代わるものも多く、代替的なサービスへの需要が下がってきました。つまり、NHSのサービスが競争力を持つようになってきました。

今、いろいろなことを申し上げさせていただきましたが、OECDの国々が、より市場志向のシステムに移行していくその能力が何によって決まってくるかは、どのような制度を受け継いできたか、それから国民の要望がどのようなものであるかによって決まると思います。経済が停滞しているときにも十分な医療サービスを提供すべきというような要望が国民からあるかどうかということです。医療サービスは、経済にそれほど敏感に反応するものではありません。したがって、市場の力を導入するためには、競争と医療の質のバランスを保つなど医療制度に特有な目的と合致した制度設計をする必要があります。

ルグラン先生がおっしゃられましたように、これは市場からそのまま作られるものではありません。その一番強い証拠がアメリカの例です。民間部門において、医療支出は経済の減速に全く反応していません。医療の財源について、市場の力にさらに依存を強めるというのは誤った希望であります。アメリカはたくさん問題を抱えていることを認識しながらも、ほかのOECD諸国と比べた場合、医療のサービスの供給は市場の力により強

く依存し続けています。しかし、全体的な経済状況に対しての反応度がより高いというわけではありません。したがって、今後も、国際比較などを含めたより緻密な検討をする必要があるでしょう。

医療制度の対応をより良くするためにはどうしたらいいのかという問いの前提として、国民が保証されたアクセスや十分な質を持った医療のサー

ビスを求めているということがあると思います。この点を強調して、このセミナーでの報告を終えたいと思います。ご清聴ありがとうございました。

(Peter Scherer OECD 雇用・労働・
社会問題局医療課長)