

(3) 一部負担については、うまく機能してきたが、保険給付は必要な医療に限るという考え方から、今後必要性についての整理をしたうえで最後の選択になると考えられる。自己負担については、子供、低所得者は対象とならない。

(4) 大学の規模が拡大し医学生が増え、入学規制を行っていても医師数は増えざるを得ないが、金庫と契約する医師はインターンを必要とするよう質の維持に努めている。

3. 医療保険には国庫負担がなく(例外として農民、鉱山)、政府は法的な枠組みを作りコントロールするだけで間接的な監督に止まる。

4. (1) 被保険者の範囲としては、労働者・職員は強制加入で国民の93%が加入している。高額所得者、役人は任意加入するか私的保険に入る。

(2) 州レベルの財政調整を連邦レベルへ広げる考えはない。

5. 医師団体は60年代に比べて1977年(抑制法制定時)当時には、かつてのようなエネルギーはなく好戦性を失った。所得が増えたからであろうか。また国民の不支持もある。

現在は協力的である。

6. 今後の中長期的対策は、①収入の範囲内で支出を行っていく。②医学的に必要な措置に限り支出を行うことであり、②については一定の基準を設けていく必要があると考えている。

IV. OECD

OECDにおいては、1980年以降、社会問題についても積極的に取り組んでおり、最近では社会支出の抑制についての研究プロジェクトを推進している。

1. 医療費問題は、各国共通の問題であり、特に入院費用が医療費を押し上げている。したがって、病院の管理が重要な課題である。

2. 医療費の抑制は供給サイドの規制が重要で、厚生・文部当局が協力して医師数を抑えていく必要がある。

3. 予防医学が今後重要である。医学教育の面でもこれが重視されるようになっていく。

4. 特に老人については、在宅治療がコスト面からみても好ましい。欧米では、老人は子供と別居するが日本では同居が多く、この点で日本は欧米の真似をしないでほしい。

第 2 章 フ ラ ン ス

9月30日 フランス社会問題国民連帯省
(Ministère des affaires
sociales et de la solidarité)

nationale)
ナウリ (Naouri) 官房長
同省社会保障局

ドリアン (Dorian) 次長

フランスの医療保険制度は、現物給付を基本とするわが国の医療保険制度とは異なり、治療費等の償還制によっている。ミッテラン政権は、平等を公約の大きな柱のひとつとして掲げていたことから、政権獲得後、家族手当の50%増、住宅手当の50%増、退職年齢の引下げ(65才→60才)等の諸施策を行った。しかし医療費の恒常的な上昇に加え、フランス経済の停滞に伴う失業者の増大は保険料収入の減少となり、これらの一連の動きの中で社会保障会計(医療保険、家族手当、老齢年金、住宅手当)は1983年末までに300億フラン(約1兆2千億円)の赤字が予想され、この赤字対策が政府の緊急課題となった1983年6月には社会政策の経済財政政策からの独立を主張してきたケストオ国民連帯大臣が更迭され、ミッテランの腹心といわれるベレゴボアが社会問題国民連帯大臣として登場し、社会保障財政の均衡策に着手した。1982年9月に閣議決定されたベレゴボア計画の内容は、新たな増収策(入院時の一部負担、タバコ・アルコールへの課税、医療品広告課税等)と節約策(病院経費の抑制等)とであった。これらの施策は、本年の社会保障会計(失業を含む、財政規模5,880億フラン)の赤字が約200億フランと見込まれる中であって、労働側は物価・賃金凍結による実質賃金の低下を訴え保険料引上げに強く反対しており、また企業側は1973年末まで社会負担の増加をしない旨の約束を政府からとりつけていたので、保険料率の引上げ以外の財政策によらざるをえないところからとら

れたものである。

I. フランス社会問題国民連帯省
ナウリ官房長

フランス社会問題国民連帯省は、フランスで最大の官庁であり、ベレゴボア大臣の下に数人の大臣をかかえている。各大臣の下には政策立案スタッフとしての官房(Cabinet)があるがナウリ官房長はベレゴボア大臣の直属の官房の長であり我が国でいえば事務次官に相当しよう。同氏は一見トム・ワトソン風で、若くエネルギッシュな風貌で、制度の内容等によく通じておりいかにも政策立案者という感がする。

(日本の事情)

○金田——日本は医療保険の赤字で悩んでいるが、その点について意見を聞かせていただきたい。

わが国の医療費の増加は、かつては年率20%の時期があったが、最近ではかなり落ち着いており1971年には7.4%の伸びとなった。今後は8%程度になるものと見込まれている。GNPの伸びは6~7%と見込まれ、医療費の支出と収入の伸びとの間にはそれだけのギャップがある。

一方、一般財政の赤字は大きく、年間の歳入の倍もの国債をかかえており、国家財政の再建が叫ばれ、医療費に対する国庫負担能力が小さくなっている。日本の特殊な事情かもしれないが、医療保険に対して大きな国庫負担があるので、それだけに難しい問題となっている。

○ナウリ——医療費の伸びが小さくなっているのは立派なものだ。国庫負担はどうなっているか。

○金田——健康保険では16%，国民健康保険では45%，が国庫負担で，残りは一部負担と保険料である。

厚生省の予算は，国の予算の19%を占め，そのうち3分の1が医療費に対する国庫補助である。医療費は人口の高齢化等によりますます増加すると予想されるが，医療費に対する国庫負担は，国家財政の面から増やすわけにはいかない。来年度において，厚生省予算は一般会計の支出を10%削減することを求められており，これは閣議決定されている。こうした事情を背景に，医療保険制度の長期的安定を図る必要があると考えており，給付と負担の見直しを図ろうとしている。そこで来年度には大幅な改正を予定しているが，その内容としては，①診療報酬の合理化等の医療費の適正化，②被保険者本人の給付率を現行10割から8割へ引下げること，③カゼ薬，ビタミン剤等の一部薬剤の給付除外，④退職者に対する特別制度の創設などである。

医療費の抑制については，フランス政府でも種々考えているようであるが，林厚生大臣から特にこの事情について参考になることがあれば聞いてくるようにとの指示があったので，以下いろいろお聞きしたい。

まず，医療費の増加の見通しとその原因についてお聞きしたい。

(医療支出の見通し)

○ナウリ——まず今日の来訪にお礼申し上げる。

ベレゴボア大臣が12月頃訪日を予定しているので，その時に日仏両大臣の話ができるのではないか。したがって，この時期に長官にお会いできて喜ばしい。

医療費の支出の増大，もっと広くは社会支出の増大は，先進国共通の問題だと思う。フランスでは，被用者については医療保険，家族手当，年金と一般制度がまとめられている。20年ほど前にそのようになり，その後これらの支出はインフレ修正後年率7～8%の伸びであり，従来の経済成長率は年率5%であった。このように平均5%の成長率の社会支出の伸びであれば，そのギャップは2%であり，これはあまり大きくなく許容できるものであった。

しかし，そのような状態から経済成長率が鈍化し年率0～1%の伸びとなったので問題が大きくなった。そこで，昨年からは社会保障支出の抑制に努力してきた。

1984年の見通しとしては，インフレ修正後の実質で2%の社会支出増が見込まれているが，その中には年金，家族手当，医療保険が含まれている。

まず年金であるが，国民の高齢化に伴い，給付水準は引上げられないが，必然的に増加するものと見込まれる。次に，家族手当についての実質増は予想していない。最後に医療支出については，実質2～3%の伸びを予想している。

この医療支出を2%以下の伸びに止めるためには大改革を必要としており，すでに改革に着手してきている。

ところで，医療支出を考えるには3つのカテゴリー（医師，病院，薬剤）に分ける

必要がある。このうち病院の占める比率は大きく、しかも伸びが大きい。昨年、病院支出は20%も増え、今年は11%の伸びとなることを希望している。年率20%の伸びは許容できないものであり、1982年には改革を行い、その結果、本年は11%に下がっている。病院支出については管理の問題であり、量としては十分あるので、経営合理化を考えており、既存の病院を近代化し、新病院の建設は行わないことにしている。

○金田 — 病院については法律で規制するのか。

○ナウリ — いや、病院の新設についての予算を削り、老人ホームの建設に使うようにした。高齢者や障害者のための施設に対する需要が大きく、この面ではこれからも力を入れたい。

(薬剤の規制)

○ナウリ — 次に薬剤であるが、薬剤については70%の償還制となっている。ビタミン剤のような新しいカテゴリーを作り、これらについては40%の償還制とした。この40%償還制の対象となるカテゴリーは、ビタミン剤など病気を直すためでなく、いわば快適さのための薬で清涼剤のようなものである。

○金田 — それはどの程度実施されているか。

○ナウリ — 昨年末に1200種の薬剤を40%償還制のカテゴリーに移行させた。また、薬剤師のマージンを1%減らした(マージン率を薬価の33%→32%)。

この二つの措置により、薬剤の伸びは比

較的に少なく、今後薬剤の問題についてあまり心配していない。

(医師数の規制)

○ナウリ — 次に医師(開業医)の問題が重要である。

1968~78年において医学教育での試験が容易になり、学生数が増大し、1978年以降試験は難かしくなったものの、これが医師数の増加につながり大幅な過剰になった。当時(1968年)、3~4千人の医学部定員が1万人~1万2千人に増えた。これは医学部を新設したこともあり、当時大量入学した学生が現在医師となっているので、年間5%程度ずつ医師が増えている(現在の医師数は約12万人)。

そこで、各大学の医学部(注:すべて国立)の定員は国が決定し、大学ではそれを超えて入学させられないので、現在では定員を5千人に抑えた。しかし、現在の政策が効果を現わすのはずっと後になる。

(収支均衡のための増収策)

○ナウリ — 以上のように、家族手当、年金も含め社会保障支出が来年は2%の伸びに止まるのは、こうした一連の改革をしてきたからである。

一方、収入の方は経済成長率に連動するので、ほとんど増えない。そこで、支出が2%伸びるのに対して、この財源を毎年見出し、借入金もできず、収支均衡しなければならないからである。

財政対策として、保険料については被用者分を上げたが、事業主分は企業負担を増やさなければならぬため引上げていない。(注：昨年11月に保険料改訂が行われ、被用者分は4.5%→5.5%と1%の上げがされたが、事業主分は13.45%のまま据置かれた。ただし、事業主分の計算方式に若干の改正がされた。)

また、タバコとアルコールに対する特別税を創設した。この税収はすべて医療にまわされる。この2種を選んだのは、タバコとアルコールが病気の原因となっているからである。この二つの措置で、1982~84年は収支が均衡するものと考えている。

今後、経済成長が零成長であるとするれば、何らかの収支均衡のための措置を引き続き考えていかなければならない。なお、長期展望については白書を発行し国会に提出し審議してもらうことにしている。この11月には関係者が集まって、毎年の保険料引上げをどう避けるか議論することとしている。この段階までくると関係者の本音の気持(保険料を引上げてでも社会保障を続けていくべきかどうか)は政治的問題となり、その点を議論していくことになる。これまでの措置は財政対策としてやってきたが、本格的に制度を見直すかどうかの議論をしなければならぬ。

(一部負担の問題)

○金田——医療費対策としては、保険料の引上げか、一部負担の増加か、どちらを基本に考えているか。日本では「増税なき財政再建」ということもあり、保険料の引上

げよりも一部負担を引上げようとしている。

○ナウリ——これは政治的問題である。フランスでは今は償還率を一般的に下げるということでやっている。これからどうするかは関係者の会議と議会が決めることになる。

○金田——健康の保持は自己責任という面からすれば、タバコやアルコールへの課税の考え方にならうが、どういう課税をするのか。

○ナウリ——タバコについては、最終的には価格の25%を課税とすることになっているが、5%ずつ増やすことで現在は5%である。また、アルコール税は、現在、すでに相当高率になっている。

(関係者の対応)

○金田——医療費問題について国会などでどういう議論がされているか。

○ナウリ——白書を国会に提出して、それについて議論してもらう予定である。フランスでは、与・野党とも、給付は引下げないで何とかやっつけようというのが基本である。また、11月の関係者の会議には主要労組、医師、薬剤師、病院経営者、事業主が参加する。フランスのやり方は、みんなが集まって会議で結論を出すというのではなく、関係者からの要望、意見を聞いていくというやり方である。医療については、これまでいろいろな措置をとってきたので、今後とも新しい解決を見出していけると思うが、これからは年金が問題である。人口の高齢化など難かしい問題がある。支給開始年齢を引下げたが、まだ支出面に反映さ

れていない。

○金田——病院の規制は公立病院については理解できたが、私的病院についてはどうか。

○ナウリ——病院の制限等の措置はほとんど行われ、したがって医療支出の伸びは8%から2%にすることができた。私的病院の建設に国庫補助は出してはいないが、私立病院をすでにある公立病院の近隣に建てることは制限している。(保健地図)。

○金田——お聞きした一連の改革に対する医師側の姿勢はどうか。

○ナウリ——問題は医師数の増加である。これまで医師は高収入であったが、医師数が増えることに伴い、将来に対する不安が大きくなっている。彼らはその原因が政府の政策によるものと考えている。

○金田——日本では一部負担の引上げには医師会の反対が強い。フランスでは給付や負担の変更のためには法律改正を必要とするのか。

○ナウリ——償還率の変更は国会を通さなくてもよい。しかし、事前の根回しが必要で、国会が難点であることも事実である。

II. フランス社会問題国民連帯省 社会保障局 ドリアン次長

社会保障局は、医療問題を扱う部局で、ドリアン次長はこの問題に詳しいという部下と共に会談に応じたが、結局ドリアン次長がすべての質問に答えた。

(日本の事情)

○ドリアン——局長がお会いできず申し訳ない。局長からよろしくとのことである。

○金田——局長によろしくお伝えいただきたい。

ナウリ官房長ともお話ししたが、日本では医療費の問題が大きな問題となっており、来年度には画期的な改正をしようとしている。日本の医療費は1981年でGNPの5%で、1970年代には各国の例にもれず20%も伸びたが、最近の見通しでは今後8%程度の伸びになるものと見込まれる。GNP比でみた医療費の水準は未だ低いが、人口の高齢化、医学の進歩等により確実に増加していく。これに対しGNPの伸びは医療費の伸びよりも低く6~7%と見込まれる。また、国の財政が大きな問題をかかえている。

こうした中で、一般会計の19%を占める厚生省予算のうち3分の1が医療費への国庫補助であるが、国全体として財政改革が叫ばれており、来年度の予算要求は今年度の10%削減でしか認められない。したがって、医療費に対する国庫負担を削らざるを得ない。現在、被用者のための健康保険では16%、自営業者、農民のための国民健康保険では45%の国庫補助が行われている。単に国庫補助を制限するためではなく、将来の医療費の増加を見越して、来年度は抜本的改正を予定している。その内容は、①診療報酬の合理化等々の医療費の適正化、②被保険者本人の10割給付→8割、③カゼ薬、ビタミン剤等の一部薬剤の給付除外、④被用者制度から財源を調達して退職者のための特別制度の創設、等である。なお、被

保険者本人の給付を8割にするといっても1カ月の負担を5万円程度に抑える高額療養費の制度がある。

(フランスの償還制)

○金田 — フランスの医療制度について若干の勉強をしているので、まず償還制度についてお聞きしたい。フランスの償還制には良い面があると思うが、これを日本ですぐに取り入れることはできないと考えている。償還制のようなものを行おうとすると医師会が反対すると思われる。労働組合側も、医療機関の窓口で支払う金を持たない人々をどうするかと反対する。我々としてはフランスの制度にたいへん興味がある。

○ドリアン — 日本の制度について長官からお話をうかがい、両国の制度の比較をするうえで大いに参考になった。特に来年度の大きな改革案の中で退職者のための特別な制度を考えているということが印象に残る。

償還制についてお話しすると、フランスでは窓口で医療費の全額を支払うが、日本の制度では一部しか支払わない。ただ、多くの例外があり、全額を支払うといっても入院については自己負担分しか支払う必要はなく、4分の3の部分は全額を支払っているわけではない。

入院関係費は、薬剤、移送費、人件費(医師の診療費、パラメデカル)は、必要な部分がすべて現物給付される。

もともと、フランスの社会保障は自己責任を基本路線としており、自分で窓口で支払ったあと、100%償還しないで一部分

は自己負担にしているのが特徴である。しかし、この原則は、一方では、最近、保険会社や共済組合が支払うなど、いろいろと穴があいてきている。大原則として窓口では全額払うということになっており、100%償還しないという原則は、いろいろ崩れてはいるものの、医療費抑制に大いに効果があると考えている。この方式は、医師の側からは、まず全額の支払いを受けることができ病疾金庫の拘束を受けないので、価値があるものと思われる。一方、被保険者側では、負担すべき部分だけ窓口で支払えばよいような形にしたいと考えている。

○金田 — 窓口で全額支払う原則について、低所得者などに対する例外はないか。

○ドリアン — 社会保障に関しては、生活保護を除き低所得者に対する特別なものはない。収入の大小で差別はしない。

○金田 — 日本では、医療でも年金でも、低所得者に対する特別措置が法律で規定されている。

○ドリアン — フランスでは、医療保険について、原則として特別措置はない。家族手当では、収入に応じて給付に差異がある。

償還の中味として、非常に高額な費用(検査等)については、300~400フランのものは第三者支払い(直接に金庫が支払う)できるようにしているが、労働組合は100フラン以上のものをそうしてほしいと要求している。これについては、我々は拒否している。

(活動統計表による医師の規制)

○金田 — フランスでは、自己負担の導入

など医療費の抑制に努力しているが、その内容を聞きたい。

○ドリアン——医療費は、医師と患者の関係では、医師に支払う医療費と患者が何回医師にかかるかによる。償還価格については規制できるが、患者が何回医師にかかるかは規制できない。

サラリーマン以外の医師については、活動統計表（T. S. A. P）を作って、医師ごとにかかった患者数、支出を出し、それをコンピューター処理し平均的な数値を求めて、そこから大きく逸脱した医師については理由を求め、その理由によっては保険医としてやっていけないようにしている。

しかし、平均的な像を描いて、それを逸脱したときは保険医の資格を剥脱するといっても、一定の手続きを踏まなければならないし、訴訟も起こるし、なかなか適用するのは難しい。

○金田——日本でも同じようなことも考えられているが、できるかどうかは政治的な問題である。

○ドリアン——フランスの経験からみると、できるかどうかは疑問である。

例えば、コンピューターを使って基準を設け、それを超えたら自動的に規制できるとしても、それは医師としての自由な活動を規制することになる。医師にすれば、自分が平均像から逸脱しても、それについてうまい理由をつけるものだ。例えば、逸脱の例として、労働不能証明書を頻繁に出す医師がいるが、その場合でも、住民に肉体労働者が多いとか移民が多いとか、何とか理由はつけられる。

○金田——平均像はどのようにして作るか。

○ドリアン——保険医はすべて、一般制度と農業制度の患者について、自己の名前と登録番号を書いた様式（診療表）でどういう診療をしたかを報告している（診療行為、件数）。

一方、被保険者の個人表には、医師ごとの診療回数と往診回数が記録される。

これは各制度共通の組織に集められるが、これを報告させるのは、ひとつには税制の問題で、収入の額を知ることができるが、これを大蔵省が利用しており、課税のための診療収入の算定に用いられ、この報告を出した場合には税制面で優遇している。

ふたつには、その医師が一般のラインから逸脱していないかどうかをみるためである。すなわち、①非常に多くの患者をみていないか、②非常に頻繁に労働不能証明書を出していないか、③非常に頻繁に患者を病院へ送り込んでいないか、をみるのである。

なお、この報告は医師会と金庫との契約で行っているものである。

○金田——レセプト以外にもうひとつ別な報告書を出すのか。

○ドリアン——そのとおり。

（適用の考え方）

○金田——国民はすべて保険に強制加入か。金持を除外することはないか。

○ドリアン——社会保険は強制であり、経済活動をしている限り加入するのが義務である。失業者も、求職中は前に加入していた制度から無料で保障されている。ただし、

金持ちで経済活動をしていない者（利子生活者）や生活保護者は加入していない。国民の99%が加入しており、加入していないのは1%である。

このように、職業に就くと保険に強制加入となるのが原則であるが、寡婦の場合には自動的に前の制度が保障する。再婚したときは前の制度からはずれてしまう。スカンジナビア諸国のように居住要件で加入が強制されるのではなく、個人の就業によるので、いずれ加入するか、働いていない人が1%程度はいる。

なお、就業がどのカテゴリーにも属さないときは一般制度に個人として契約し加入することになる。

（入院費用の抑制）

○ドリアン——次に入院分については、医療支出の55%が入院分である。病院関係の費用の抑制は難かしく、1974～75年には35%、1975～76年には28.8%も伸びた。社会保障としてはこれを耐えることができず、あらゆる手段で抑制に努めた。

なお、病院関係の費用には医師の技術料は入らず、入院経費、建設費、人件費、薬剤費、診療費（これはたいした額ではない）等である。また、私立病院分は医師の診療費（これは大きな額になる）は別計算になるが、公立病院ではこれは医師の給与として含めて計算される。

1974～76年に費用が大きく伸びたのは、地方自治体が病院建設に補助金を出すと、その診療費は社会保障の分野で自動的に増えてくるが、ひと頃病院の建設は自由で、

病床数が必要な需要を超えて大きく伸びたからである。

1970年に保健地図を作り、地域内の病床規制を始めたが、実際のところ、病床が利用されているか否かにかかわらず病床が作られていくと費用がかかる。病院の費用の70%が人件費であり、病床も増えて看護婦等も増えて費用も膨らむ。また、以前は投資家が病院を設置することができたが、これは禁止された。

この病床規制は公立病院が中心で、保健地図のリミットまでは私立病院の許可はされる。

○金田——リミットを超える場合はどうなるのか。

○ドリアン——病床の新設、医療機器の導入について許可が必要なので、そのときに制限する。

○金田——すると、フランスでは、病院は医療機器を自由に導入できないのか。

○ドリアン——公立病院は保健地図に忠実に従っている。公立病院では、例えばCTスキャナーを導入するときは許可を要するが、許可がなくても購入はできる。しかし、そのときは社会保障からの償還がされない。患者がその病院を利用しなくなる。だから、結局は購入しない。それでも、私立病院側にすると、保健地図の適用について私立病院に厳しいという批判がある。

1977年以降、病院施設の充足については、公私ともより厳しくなっている。1983年1月19日の法律により、1984年1月1日から、公立病院のグローバルな予算について定額予算という新しい方式が導入され、29の地

第2章 フランス

方医療センターに、1985年からはすべての公立病院に新しい方式が行われる。それは、現在、病院の予算は、（1日当たりの費用）×（部門ごとの日数）により年間の収入予算を作成しているが、その方式は抑制作用がなく常に実際の費用がこれを上回っている。

そこで、新しい方式は、病院の維持費、人件費をすべて計算し年間の需要を決定し、全体としての予算を考える。これをまず病院が作成し、金庫がそれについて意見を言う。すべての金庫がその予算を了承すれば、これを知事が決定する。そうなれば、病院費用の分担はこれまでのように患者の受診明細書でなく、制度ごとの患者数に応じて支払っていくことになる。今までの予算は単なる見込にすぎないが、今後は各金庫が予算を了承したうえで患者数に応じて支払うことになるので、医療費の抑制につながる。

それは、次の理由によると同時に、新制度がうまく動くかどうかのカギになる。

- ① 病院では予算をまじめに作成しなければならない。
- ② 各制度が払うべき部分をはっきり定義しなければならない。

（医療関係者の姿勢）

○金田 — 日本では医療費が常に政治問題になるが、フランスではそれに対する政治的反応はどうか。

○ドリアン — 今の傾向としては医療支出の抑制は難かしく、水準の引下げではなくむしろ新しい収入源を求めることが課題で

ある。政党、労働組合は水準の引下げに反対している。一方、医師側は償還制で全額の支払をうける仕組みとなっているので、償還率を何%にするかという議論には介入しない。

（国庫負担について）

○金田 — フランスの制度では国庫負担はほとんどないが、これを変える考えはあるのか。

○ドリアン — 国庫負担は一般制度にはなく、4分の3の部分にはない。炭坑、船員の制度には国庫負担があるが、これは両制度とも加入者が減り収入が減っているので、それに見合っただけで国庫負担がされている。

○金田 — すると、一般制度は保険料だけでまかなっていくのか。

○ドリアン — 社会保障の一般制度として、年金は保険料を引上げていくが、医療については一般的な答はなく、赤字になった場合には保険料を引上げるか、特別の財源を見つけなくてはならない。今年家族手当会計から財源を得ている。

○金田 — 医療について国庫負担をしようとする動きはあるのか。

○ドリアン — その動きはない。タバコ、アルコール税を課すとか特別税で補う方法があるからである。医療、年金、家族手当は共同でやっておき、全体として国庫補助をやらないというのではないが、今はやるかどうかはわからない。

○金田 — 私立病院に対する規制は考えているか。

○ドリアン — 私立病院については定額予

算はとらず、私立病院の医療費の抑制は1日当たり入院費の引上げの抑制しかない。

ただし、外科医の手術料の抑制などは難しい。

第 3 章 イギリス

10月3日 イギリス保健社会保障省
(Department of Health and Social Security)
ギルバード (Gilbert) 国際局長

10月5日 同省
リリーホワイト (Lillywhite)
財政局課長

イギリスでは、医療について社会保険制度ではなく、原則としてすべての国営のナショナル・ヘルス・サービス (NHS) 方式をとっている。開業医 (GP) と国営病院により、原則としてすべての国民が無料で医療を受けられるこのシステムも、従来から処方箋料の一部負担など患者負担の強化等の対策もみられたが、今日ひとつの大きな曲がり角にあるといえる。それは、イギリス経済の停滞から国家財政が厳しくなり、公共支出を大幅に減らす対策がサッチャー政権により行われているからである。その中で、NHS に関しては他の経費に比べある程度の伸びは確保されてきたが、NHS 職員の実費給与の引下げなどにより病院ストが続発するなど財源難に起因する問題が生じてきた。さらに1983, 84年両年度には、大蔵省がNHS 予算の伸びを零にするよう求めるなど苦しい運営を余儀なくされている。

NHS の下で医療費の水準としては日本

に比べ低くなっている (1人当たり医療費でみて70%程度) が、これは医療需要があるにもかかわらず、入院待ち患者の長いウェイテング・リストにみられるように供給サイドの強い抑制が図られているからである。そのため、NHS に対する見直しの動きなどがみられるが、そこまでいかずとも、私的部門の拡大案が現政権において進められている。いずれにせよ、限られた財源の中でNHS の効率化を図る努力が、ファウラー大臣の下で精力的に進められている。

I. イギリス保健社会保障省国際局 ギルバート局長

ギルバート局長とは、ISSA 総会の間をぬって昼食に招いた席でようやく会見できた。NHS における費用抑制にはかなりの自信を持っているようであり、現在の政策を推進することで医療費の伸びを抑えていくことができると語った。

(イギリスの医療費抑制策——主に病院)
○ギルバート——イギリスでは65才以上の人口が20%に達し、これらの人々はより多くの費用 (75才以上の場合では平均の8倍の費用) がかかり費用増加の原因となるが、これに対し入院の平均在院日数が低下して