

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

第3章 イギリス

きているので、これで費用増加を吸収してきている。

○金田 — どうして在院日数を低下させてきたか。

○ギルバート — NHS の病院は2,000ほどあるが、競争させて長い在院日数のところには「どうして他の病院より長いか」と改善を求めてきた。これは、中央レベルで行うのではなく、全国14の地域保健当局に行わせている。病院では人員と資金のマネジメントが重要であり、これにより件数が増えても在院日数を減らすことができる。こうしたことができるのは、病院では、医師が最高責任者ではなく、看護婦や事務職員などと協議して運営が行われているからである。

そして①医師数の制限、②キャッシュ・リミット、が重要である。医師数の制限については、毎年4,000人程度の医師しか雇わないことにしている。また、キャッシュ・リミットにより給与を規制している。それでも、一般の公務員の賃上げは3%であるが、医療関係の賃金引上げは4~5%となっ

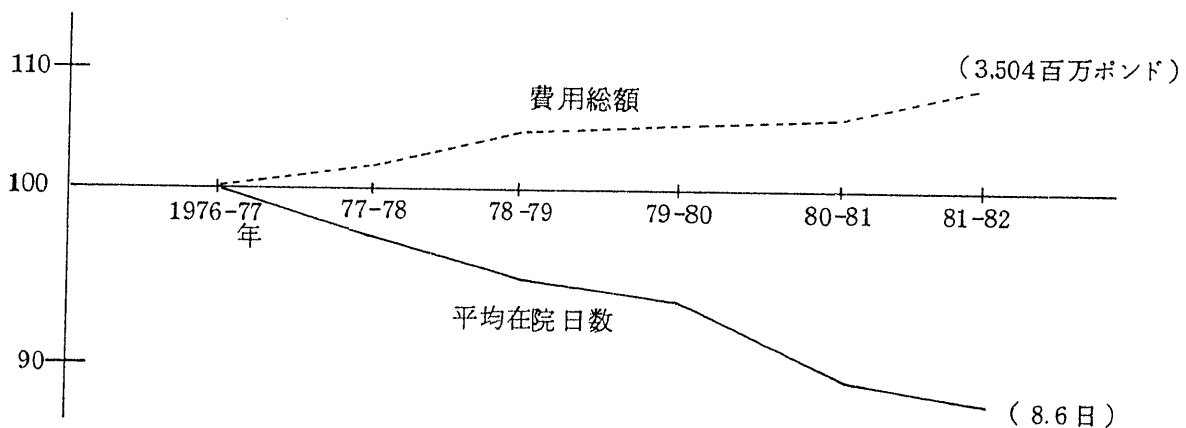
ている。

キャッシュ・リミットは病院予算の伸びを抑えるのであるが、これは予算を地域保健当局に配分し、地域レベルで対応を行わせる。各病院では、効率性を証明しなければ予算をチェックされる仕組みとなっている。

次に、技術革新により新しい医療機器などが出てくるが、必要なものの導入は凶るとしても、例えば、腎臓結石を取る機械については西ドイツでは70台以上あるが、イギリスでは3台しかない。しかし、それで十分で、それ以上置く必要はない。

大学病院のあるロンドン、エジンバラ周辺に医療機関が集中する問題があり、地域分散を図っている。そのためロンドンの病院はつぶれるという報道もされているが、ロンドンには病院が多すぎる。

フィンランドの調査では、患者の75%はセルフ・メディケーションですみ、15%はGPの段階ですみ、残りが入院を必要とされている。にもかかわらず病院の費用は全体の60%もかかっており、これはおかしい。



DHSS: "Health Care and It's Cost" による一般入院分

HealthサービスでなくDiseaseサービスになってしまう。主席医務官の言うには、大病院を作るよりもヘルス・センターで対応した方がよいとのことである。

○金田 — GPについてはどうか。

○ギルバート — イギリスには約5万人の医師がいる。GPはNHSの門番である。GPは人頭払いであるので、住民を健康にしておいた方が治療等の費用がかからないので儲かる仕組みとなっている。イギリスのGPの所得は、ドイツの医師の3分の1だから、医療費は安くなる。

(NHSを変更すべきか)

○金田 — NHSに代えて社会保険システムを導入すべきとの意見はないか。

○ギルバート — これは常にある議論で、現在でもごく少数そうした意見がある。NHSについて、レフトの側からは社会保険方式にすれば医療がスーパー・マーケットのサービスになってしまうという議論がされ、ライトの側からは、大産業としてのNHSから支出を1%削減すればそれで十分だ(それ以上の変更は必要ない)という議論がされている。

(今後の医療費動向)

○金田 — 今後の医療費の動向をどうみるか。

○ギルバート — 伸びることは伸びるが一定範囲におさまってたいしたことはないと思う。それは、①キャッシュユ・リミット、②人員抑制、③大きな病院の建設の抑制、により抑えていくからである。医療機器に

しても、効果が明らかになるまで導入しない。

(病院の効率化)

○金田 — 日本では、今後GNPの伸びは年率6~7%しか見込めないのに医療費は8%伸びることが見込まれ、対策を考えていかなければならない。何か示唆すべきことはあるか。

○ギルバート — 病院の効率化を図ることが重要である。イギリスでは300床以下の病院しか作らないことにしているが、これは例えば600床の病院では倍の管理(man-agent)の費用がかかるからである。また、エネルギー・コストもよけいにかかる。

(NHSと私的治療)

○金田 — 日本では、高額所得者を保険適用からはずす考え方もあるが、イギリスでは私的診療との関係はどうか。

○ギルバート — ウェイテング・リストもなくすぐに診てもらえるので、民間保険(BUPPA等)に入り私的診療を受ける人が多い。先にサッチャー首相が足を痛めて入院したが、これも私的診療である。

私的診療は、バス停に並んでいてタクシーが来ると乗る、そうすれば混んだバスに乗らなくてすむし、またバスもそれだけ混まなくなる、そのようなものだ。

(イギリスの医師)

○金田 — 医師の所得など医師にかかわる問題について聞きたい。

○ギルバート — GPの所得は年間2,000

第3章 イギリス

ポンド（約700万円）程度で、一般サラリーマンに比べて3倍の所得である。病院の医長は4倍である。医療関係者の所得水準は、フランスでは低下しつつあるが、一般に高い。

医師と政府との関係で重要な点は、医師に政府が命令するのではなく、対話を行っていることである。

イギリスには5万人の医師がおり、毎年約4,000人養成している。5万の医師のうち私的診療だけを行っている者は（大学を含め）約7,000人である。

（患者の一部負担）

○金田 — NHSにも患者の一部負担があるが、今後これを増やす考えはあるか。

○ギルバート — 処方箋一枚当たり1.5ポンド、歯科2分の1が主な一部負担である。しかし、老人、子供、障害者等については免除されており、70%の人は払っていない。ただし、今後、一部負担は少し増やすつもりである。

（今後の見通し）

○金田 — 最後にNHSの今後の見通しを聞きたい。

○ギルバート — これからは小さい病院とプライマリ・ヘルス・ケアが重要であると考えている。

NHSの1%の支出削減について一部の新聞では災難だと言っているが、おおかみ少年のようなもので、これまでもNHSについていろいろ言われたし、今後とも言われるだろうが、やっていけると思っている。

ただし、ヘルス・サービスの充実には時間がかかる。なお、NHSにおけるマネジメントの研究をデパート経営者を委員長として3人の民間人（政治家を除いている）で行ってもらっている。

II. イギリス保健社会保障省 財政局

リリーホワイト課長

リリーホワイト課長はNHSの財政を直接担当しており、NHSの内容はもとより、イギリスの政治・財政一般についても詳しい様子がかがえた。名前のような優しさとまではともかく、きわめて親切に対応してもらえた。時期的にたいへん多忙のようであった。

（日本とイギリスの状況）

○金田 — 日本では、医療費の伸びは今後8%程度と見込まれているが、GNPは6~7%の伸びしか見込まれていない。日本では社会保険制度なので保険料をとらなければならないがそれだけでなく、どうこのギャップを埋めていくかが問題である。人口の高齢化や医学の進歩で医療費は確実に増大していく。この人口の高齢化との関係では、昨年、老人保健法を制定し、医療給付とヘルスとの関連をつけ、またそれまで老人の医療費は無料であったものを一部有料にした。

日本では医療費に対する国庫補助が多く、国の予算の19%が厚生省予算でその3分の1が医療費にたいする国庫補助である。日本もイギリスと同じように財政危機におち

いっており、医療費に対する国庫補助をする余裕がなくなっている。そこで1984年度には医療保険の大きな改革をしようとしている。

その参考にしたいので、いろいろとお聞かせいただきたい。

○リリーホワイト — 各国の比較をするのは興味深い。イギリスでも日本と同じような事情があり、医療費はGNPの5.5%であるが、GNPの伸びは1%にしかすぎず、したがって問題はより深刻である。

そこには2つの問題があり、第1は老人の増加であり、第2は医療費（治療費）の増大である。老人（65歳以上）分で、医療費は毎年1%増え、技術進歩に伴うコスト増で0.5%、合計1.5%は毎年伸びていく（実質）。

一方、NHSの拠出分は9.5%、一部負担は4%で残りの86%は一般税収でまかなわれている。

政府は公共支出を抑制しようとしており、NHSは限界のある予算の中でどう効率を上げていくかの方法を考えなければならない。

NHSの組織からみると、全国を14の地域に分けそれぞれの地域保険当局でうまくコントロールしている。それがキャッシュ・リミットで、当初に予算で決めてそれ以上は支出できない仕組みになっている。ただし、これで病院はコントロールできるが、GPについてはあまりコントロールがきかない。患者もごく僅かの一部負担しかしない。したがって、ここが費用増加のひとつのポイントである。なお、検査については、

GPは患者を病院に送ることになる。

病院について、サービスが不平等であるという問題がある。ロンドン周辺は良いが他の地域（特に北の方面）が悪く、この7～8年、資源を北の方面へ重点配分し平等化を図っている。すなわち1%の伸びの中で0.5%は北の方面へ、0.5%はロンドン周辺。この政策は全党が賛成しており、うまくいっている。

GPについて、グループ診療をヘルス・センターでやろうとしている。ヘルス・センターにはGPが3人ほどのところではレントゲンもあるが、それはロンドン周辺などごく少数である。GPが1人で開業しているときはそんな設備もなく、できることには限りがある。1970年代にはヘルス・センターが増えたが最近は増えていない。

（GPと病院）

○金田 — GPと病院の機能分担の基準はあるか。

○リリーホワイト — イギリスでの医者へのかかり方を説明しておくと、まず患者はGPのところへ行き処方してもらい、病気が治らないときはGPが病院へ手紙を書いて、患者は入院又は外来で病院にかかる。病気が良くなれば家へ戻り、またGPのところへ診てもらい。なお、GPのところでは処方につき一部負担があるが、病院ではすべて無料である。このようにGPは病名を診断するのが役割であり、病院は専門医である。

○金田 — 指をケガした場合などどうするか。

第3章 イギリス

○リリーホワイト——一般にはG Pのところへ行く。しかし、ロンドンとかマンチェスターでは、G Pのサービスが悪いときは、病院に救急で行ってしまう。老人は、ちょっとしたことでG Pのところへ行って不満を訴えるが、これは悪いことではないにしても、財政的には問題である。したがってG Pのところにパンフレットを置いて、簡単なことは自分で処置するよう指導している。

○金田——日本でも老人が医者のところへよく行くので、これまで、無料だったものを一部有料にした。また、老人クラブを作ったり、健康相談をやっている。

○リリーホワイト——イギリスでは1,700万人がヘルス・ビジター（訪問看護）を受けており、これが、増えることを期待している。病床が老人により占められることが問題で、一般病床を占められると老人は回復が遅いし、家へ帰らせても環境が悪いので長く在院し、実際に入院が必要な人々のウェイティング・リストが長くなる。65歳以上の患者が一般病床の4分の1以上を占めており、全体の病床の5分の2を占めている。そこで、老人の在宅治療のためにコミュニティ・ケア(Care in the Community)を推進している。

(医療費の見通し)

○金田——医療費を抑えるためキャッシュ・リミットなど対策を進めていることは分かったが、医療費が長期的にどの程度伸びるかの見通しを持っているか。

○リリーホワイト——政府はすべての公共支出（防衛、教育、住宅、医療費等）につ

いて3年先までの数字を出している。

NHSについては、本年3月、今後、毎年0.5%（実質）伸ばそうとしてしていくこととした。ただ、これは実際には難かしく政府内で調整が行われている。例えば防衛費について、NATOの支出を伸ばそうとしているが大蔵省との交渉が難航している。1979年から教育、住宅、交通等の公共支出は削減されてきたが、医療費については削減されていない。全国14の地域保健当局には10年先の長期計画を求めて、それぞれ区々の数字を出しているが、中央では0.5%の伸びとしている。

○金田——0.5%の根拠は何か。医療費の伸びと国の財政から出てきたのか。

○リリーホワイト——そのとおりである。大蔵省との交渉には困難があり、そんな先まで約束できないという考え方が示されている。しかし、病院建設は長期にわたるので10年先の見通しを持たなければならない。

最初の1年は0%で次は2%のこともあるが平均して0.5%としている。交渉で大蔵省が約束したわけではないが、一応の「仮定」となっている。ただ、0.5%で十分なわけではない。

○金田——実際の伸びとギャップは効率化で対応しようとしているのか。

○リリーホワイト——先に老人分と技術進歩分で1.5%の伸びと言ったが、厳密には老人が0.7%、技術進歩分が0.5%で合計1.2%が毎年の伸びとして予想される。そこで、ギャップの0.7%（1.2% - 0.5% = 0.7%）は効率化で対応しようとしている。大臣も0.7%は効率でまかなえる（不当で

ない)と考えている。

効率化を考える場合、NHSは80万人を雇用しておりヨーロッパ最大の規模であり、毎年110億ポンドの金を使っている。ここには効率化で節約する余地があり、人員削減をすることになっている。これは新聞でも話題になっている。(注：本年は約8,000人の人員削減を予定したが、9月30日発表で4,837人の削減となった)。

(NHSにおける一部負担)

○金田—— NHSでは患者の一部負担が拡大されてきているが、その限界というか、妥当なところはどこか。

○リリーホワイト—— 専門的にはわからないが、同僚がその問題について研究している。一部負担はすでに限界に近づいていると思われるし、また、老人、子供、低所得者、失業者等社会保障受給者は負担を免除されており、研究によれば、一部負担をさらに50ペンス増やしても収入にならないが、診療抑制になる。

NHSが始まった1948年以前には、国民は歯医者へ行けなかったので虫歯の割合が非常に高かったが、NHS以後は特に子供について改善されている。また負担を上げることになれば再び歯医者に行けなくなる。一方、患者の一部負担は子供や老人にも支払わせなければ収入面では効果がない。

○金田—— 近く一部負担を上げることは考えているか。

○リリーホワイト—— 来年3月には大蔵大臣が国の予算を発表するが、私の推測ではインフレ分(4%弱か?)程度上げるので

ないか。

○金田—— 給食費を患者負担させるような議論はあるか。

○リリーホワイト—— 討論されたことはある。保守党が政権についてから、サッチャー首相は、入院患者から給食費はとらないと言明した。選挙のキャンペーンでは①病院の入院患者には自己負担をかけない、②GPへ行く料金をとらない、ことを約束し、本年5月のテレビ放送でもこれを再確認している。1979年に病院の効率化のためにレイナー委員会を設けた。そこで報告されたかどうかはわからないが、サッチャー首相は上記のとおりはっきり言っている。病院では、給食、清掃、洗濯等は従来NHSの内部でやっていたが、今後は私的部門を活用し、入札により安く効率的にやらせるようにしており、患者の負担でやろうとはしていない。

(NHSと私的診療)

○金田—— 私的診療を拡大しようとしているが、NHSに何か欠陥があるからか。また、どういう分野に私的部門を拡大するのか。

○リリーホワイト—— これは極めて政治的な問題である。私的サービスは、数としてはかなり少ないが増えている。私的な会社がこの分野に入ってきて新しい病院を作っている。一般(acute)部門を主にやるか、又は簡単なものしかやっておらず、また、高度技術の機器も置いていない。盲腸炎、ヘルニアなどをやっており、ガン専門の私的病院はない。

NHSの多くの病院は私的病床を有して

いる。これは、患者が個室を利用できプライバシーを守れる、好む病院を選べる、時期を選べるからである。この私的病床については、労働党政府では減らしてきたが、保守党政府では増やす傾向にある。そこは政治的な選択である。

○金田 — NHSの私的病床でも費用は高くつくか。

○リリーホワイト — イングランド・ウェールズで見た場合、NHSにおける私的診療は病床で49.8百万ポンド、外来で4.8百万ポンドの収入である。NHSの場合、一般病床個室で1日102ポンドであるが、私的病床では98.2ポンド+医師の費用であり、あまり差はないと思われる。ただ、NHSでは重篤の場合を除き個室へ入れない。私的病床の収入は病院の収入にはならず地域保健当局の収入となり、私的病床を増やす財源として使われる。一方、医師への支払いは担当医の収入となる。つまり、病床、看護、給食について地域保健当局の収入になり、他は医師だけの収入となる。

看護婦には、一般には患者が退院時にプレゼントする程度である。

○金田 — ウェイティング・リストが長い場合高所得者は私的診療を選好するのか。

○リリーホワイト — ウェイティング・リストは少しは改善されてきているが問題がある。ヘルニアで6カ月待たされるという事情は、10年前とほとんど変わっていない。昨年、病院ストライキがあって悪化もしている。自分の好きな時期に入院でき、医師も選べ、個室を使えるので私的病床が利用される。私的病床を利用している患者は延

べ約5,000人で、全体の約5%で全体からみれば僅かである。

○金田 — 私的診療だけ行う医師はいるか。

○リリーホワイト — いろいろなケースがあり、医師と病院との交渉になる。平均的には週13の診療時間のうちNHSに11、私的病床に2をあてており、その場合には13分の11の給料がNHSから出る。プライベートだけをやる医師はあまりいない。

○金田 — GPの収入はどの程度か。

○リリーホワイト — 年収2万ポンド程度である。医長はNHSのみの場合2.5~3万ポンドである。

GPの収入は役所でいえば私くらいの収入である。

(NHSに対する各界の考え方)

○金田 — 医療費抑制に対する反応はどうか。特に医師会はどうか。

○リリーホワイト — 全政党ともNHSを維持することで一致している。労働党から保守党に変わっても大きな変化はなく、政策は変わっていない。ただ、議論されるのは私的診療についてである。英国医師会は強い。医師会としては、NHSの内部で私的診療が拡大されたことを歓迎している。1979年に保守党政権になっても、労働党政権がやってきたことを続けるということで大幅な支出削減はなかったが、公共支出削減のためNHSにも人員整理が及び、医師会もそれを懸念している。保守党は支出減、労働党は支出増といっても、医師会はどちらの政党を支持するわけではない。

○金田 — NHSの維持はなかなか困難の

ようだが、社会保険システムへの切り換えはないと考えてよいか。

○リリーホワイト——NHSの財源確保のための選択肢について検討を進め、アメリカ、ドイツ、スウェーデン等の研究をしてきた。その結果、研究に基づいて現在の方式を変えるべきでないという秘密報告がされた。

ファウラー大臣は、本年6月に、「もうひとつのやり方（社会保険方式）について各大臣より考慮を求められたが、我々は現在の財政方式を守り続けることに決定した」と述べた。

我々の方式を続けようというのは、社会保険方式に比べ管理費用が安いのが主な理由だと思う。つまり、キャッシュ・リミットにより管理しやすく、また、無料の制度から請求書を送ったりする必要がないからである。

（薬剤の規制）

○金田——処方する薬剤に制限はあるか。

○リリーホワイト——保健社会保障省では、安価な薬剤を処方するよう指導しているが、

「診療の自由」（clinical freedom）により高価なものが処方できる。診療の自由とは、患者にベストを尽くすことと理解されている。大臣がとやかく言っても医師会は聞き入れようとせず、そこが費用のかかる点である。そこに問題がある。

○金田——日本ではビタミン剤とかを保険からはずそうとしているが、イギリスではどうなっているか。

○リリーホワイト——イギリスでは、ビタミン剤をほしいといっても処方してくれない。高価な薬剤ばかり処方しているGPには保健社会保障省から勧告を行うが、GPがそれを無視しても罰則はない。

○金田——アメリカでは医療がGNPの10%をこえている。そうした世界的傾向の中でイギリスの医療費についてどう考えているか。

○リリーホワイト——OECDの平均は7.1%であり、イギリスも1979年に4.7%であったものが現在は5.7%に上がってきている。GNP比率をもっと上げてよいという声もあるが、財源のある範囲内でしかあげるわけにはいかない。

第4章 西ドイツ

10月6日 ドイツ連邦地域疾病金庫連合会
(Bunderversband der
Ortskrankenkassen)
オルディゲス(Oldiges)事務局長

ドイツ連邦労働社会省
(Bundesministerium für Arbeit
und Sozialordnung)
フィッシュバッサー
(Fischwasser) 局長