

国民医療費と医療制度

鍋田 忠彦

I 国民医療費をめぐる問題

医療保険・労災・生活保護の医療扶助、さらに公費負担医療など医療費の合計を示す「国民医療費」は、たぶん日本固有の言葉だろう。英語では health care expenditure で、両者の間に厳密には若干の差異もあるが¹⁾、日本ではこの言葉はすでに十分に市民権を得ている。そこでこの言葉を小論では英語の訳語にあてよう。国の医療に対する支出を示す指標としては、この国民医療費の対 GDP や GNP に占める値が、国際比較をする際に一般に採用される。表 1 は OECD 参加国の対 GDP の比率が、1975年から 87年まで計算されている²⁾。西側の先進各国を網羅した OECD のこの値の平均は、75年 6.5%、80年 7.0%、85年 7.4%、87年は 7.5% に達した³⁾。先進各国で国民医療費が、絶対的にも相対的にも、急激に増大していることが分かる。表 1 はさらに総医療費のうち、公的部門の支出の対 GDP 比率を計算している。75年 5.0%、80年 5.5%、85年 5.7%、87年 5.8% であり、公的部門の支出も総支出と同様な動向を示す。つまりこの表には出ていないが、私的部門も公的部門も、どちらも OECD 加盟国全体で、ほぼ同率で医療費は増大した。

国民医療費のこのような増加傾向は、その原因を後に詳述するが、過去 20 年以上にわたってさまざまな支出項目のなかで、年金にかかわる支出とともに突出し、それ自体重要な問題となった。さらに表 1 の OECD 加盟国の平均で、国民医療費の 8 割以上は公的部門の支出だから、特に第 1 次

石油危機以降の各国共通の財政危機と関連して、深刻な問題になった。このように巨額にのぼる医療支出は適正か、医療サービスへの資源分配は効率的か、いかにして医療の質を低下させずに、費用低減は可能か (cost containment) などが大きな問題となり、現在の health economics の主要な課題である。

ところで表 1 を国別に見ると、国民医療費の対 GDP 比率は、国により大きな差異のあることが知られる。1987年の数字では、合衆国の 11.2%、スウェーデンの 9.0%、フランスおよびカナダの 8.6% が高く、他方ギリシャ 5.3%、スペインおよびデンマークの 6.0%、英国の 6.1% が低い。日本の数値は、75年 5.5%、80年 6.4%、85年 6.6%、87年 6.8% で、OECD 加盟国の平均より低い水準にある。何故このような差異が発生するのかは、興味深いことである。これまで多数の health economist たちが、この問題に挑戦してきた。そこで得られた共通する結論は、国際的な医療費の差異が、主として国際的な所得の差異で説明される、ことである⁴⁾。例えば最も包括的な OECD の調査では、1960年から 82年までの約 4 半世紀の、17ヵ国の不変価格表示の国民医療費の、対 GDP 弾力性の平均値は 1.6 である。弾力性が 1 を超えることは、医療サービスが必需品という経済学の一般的な常識に反し、むしろ奢侈品であることを物語る。そしてそのことが、所得水準の高い合衆国やスウェーデンで国民医療費の対 GDP 比率が高く、相対的に低いギリシャやスペインで低くなることを、説明する。

同様の研究は、OECD [9]、OECD [10] の特

表 1 国民医療費の GDP に対する割合 (OECD 1975~87 年による)

国 名	国民医療費				公的医療費			
	1975	1980	1985	1987	1975	1980	1985	1987
	(%)							
オーストラリア	5.7	6.5	7.0	7.1	3.6	4.0	5.0	5.1
オーストリア	7.3	7.9	8.1	8.4	5.1	5.5	5.4	5.7
ベルギー	5.8	6.6	7.2	7.2	4.6	5.4	5.5	5.5
カナダ	7.3	7.4	8.4	8.6	5.6	5.6	6.4	6.5
デンマーク	6.5	6.8	6.2	6.0	6.0	5.8	5.3	5.2
フィンランド	6.3	6.5	7.2	7.4	5.0	5.1	5.7	5.8
フランス	6.8	7.6	8.6	8.6	5.2	6.2	6.9	6.7
西ドイツ	7.8	7.9	8.2	8.2	6.2	6.2	6.4	6.3
ギリシャ	4.1	4.3	4.9	5.3	2.5	3.5	4.0	4.0
アイスランド	5.9	6.4	7.3	7.8	5.3	5.7	6.4	6.9
アイルランド	7.7	8.5	8.0	7.4	6.4	7.8	7.1	6.4
イタリア	5.8	6.8	6.7	6.9	5.0	5.6	5.4	5.4
日本	5.5	6.4	6.6	6.8	4.0	4.5	4.8	5.0
ルクセンブルク	5.7	6.8	6.7	7.5	5.2	6.3	6.0	6.9
オランダ	7.7	8.2	8.3	8.5	5.9	6.5	6.6	6.6
ニュージーランド	6.4	7.2	6.6	6.9	5.4	6.0	5.6	5.7
ノルウェー	6.7	6.6	6.4	7.5	6.4	6.5	6.1	7.4
ポルトガル	6.4	5.9	7.0	6.4	3.8	4.2	4.0	3.9
スペイン	5.1	5.9	6.0	6.0	3.6	4.4	4.3	4.3
スウェーデン	8.0	9.5	9.4	9.0	7.2	8.7	8.6	8.2
スイス	7.0	7.3	7.7	7.7	4.8	5.0	5.2	5.2
トルコ	—	—	—	3.5	—	—	—	1.4
英国	5.5	5.8	6.0	6.1	5.0	5.2	5.2	5.3
米国	8.4	9.2	10.6	11.2	3.6	3.9	4.5	4.6
平均	6.5	7.0	7.4	7.3*	5.0	5.5	5.7	5.6*

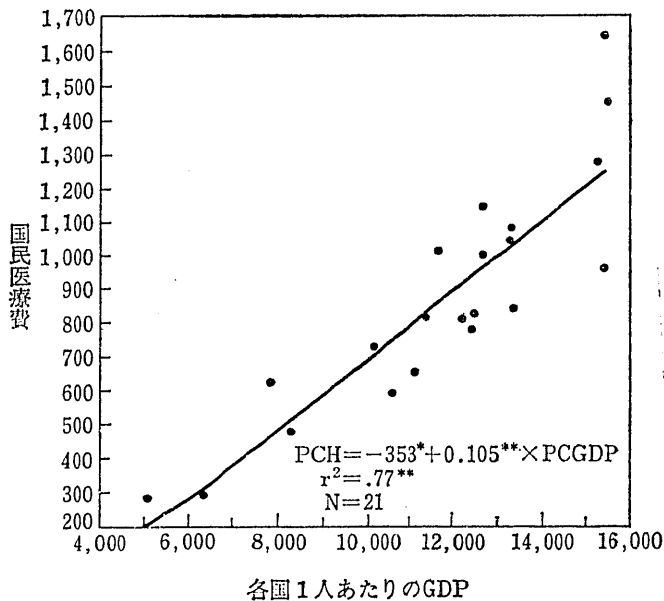
注: * トルコを含む。トルコを除く1987年平均は国民医療費7.5%, 公的医療費5.8%である。

出所: OECD「健康指標データ」1989。

に Schiber J. and J.P. Poullier 論文, さらに Culyer 論文など, 枚挙に暇がない。図 1 はそのような研究の一端を示す OECD[9] からの引用で, 1984年の加盟21カ国の GDP と国民医療費の関係を示している。横軸は各国の国民 1 人あたり GDP, 縦軸は同じく国民医療費を示している。明らかに加盟国を示す 21 の点は右上がり, 1 人あたり GDP の高い国ほど, 1 人あたり医療費も高くなる。単純な回帰分析から, 1 人あたり GDP が 100 ドル上昇すると, 国民医療費は 10.5 ドル上昇することが分かる。その結果国民医療費の対 GDP 弾力性は, この場合 1.4 と計算される。OECD[9] の研究は, さらに国民医療費に影響を与える, いくつかの要素を追加して, さまざまな試みを行っている。それぞれの国の人口の年齢構成, 医師や病院の利用可能性, 総医療費に占める公共部門のシ

ェアは, いずれも国民医療費に影響を与えそうである。人口構成の高齢化は, 明らかに国民医療費を高めよう。医師や病院へのアクセスの便宜さは, やはり国民医療費を高めよう。最後に公共部門のシェアの高さは, 一般には政府の医療費抑制政策を可能にし, むしろ国民医療費を低めよう。このような想定の下に, OECD[9] では 65 歳以上の高齢者の総人口に占めるシェア, 人口あたりの医師や病院のベッドの数, 総医療費に占める公共部門のシェアを, さきほどの回帰分析に追加した。結果は公共部門のシェアの係数だけ, 有意性は低い仮説と適合的であるのに対し, 他はすべて適合的ではない。

上記および類似の分析は, 被説明変数の 1 人あたり国民医療費を, 1 人あたり GDP をはじめ, 関連しそうなさまざまな要素を説明変数とするも



注: PCH = 1人あたり国民医療費
 PCGDP = 1人あたり GDP
 r^2 = 相関係数
 N = 国数
 * = 0.05で有意
 ** = 0.01で有意
 ルクセンブルク, スイス, トルコを除く
 対数による方程式
 $\text{Log (PCH)} = -2.93^{**} + 1.44^{**} \times \text{Log (PCGDP)}$
 $r^2 = .87^{**}$
 N = 21

図1 国民医療費とGDP (1984年)

のである。人口の年齢構成は医療サービスの需要サイドに影響し、医師や病院は供給サイドに影響しよう。そして公共部門のシェアは、社会保険などの広範なカバーを可能にする点で需要サイドに、公的医療機関の建設という点では、需要と供給両サイドに影響する。上記の分析は、これらを一括し、需要サイドと供給サイドを混入させている。そのような意味では、いわば国民医療費関数とでもいうべきものを、推定しているのである。しかし計量経済学的には、医療サービス市場の簡単なモデルを設定して、需要サイドと供給サイドを分離し、さらに内生変数と外生変数を区別して、誘導系を導きそれを推定しなければならない。かくてこれらの研究は、そのような見地からは厳密さを欠くといわざるを得ない。しかしデータの制約や、さまざまな医療制度を計量経済学的に制御するのは困難なため、欠陥のない研究はほとんど試みられていない。

そのような研究は、医療制度を説明変数にするから、制度をいかに計量経済学的に処理するか、課題となる。Culyer and Jönsson [1] の Leu 論文は、上で指摘した誘導系による推定ではないが、医療にかかわる制度的要因をかなり包括的に取り組んだ点で、興味深い。そこではまず総医療費に占める公的負担のシェア、次に医療が公的に供給されるか否かを示す公的医療機関のベッドのシェア、さらに医療が国営化され、国民医療費を政府がほぼ完全にコントロールするか否か、これらを制度的な説明変数として採用する。1974年のOECD加盟国のクロスセクション分析によって、Leuの得た結論は、公的負担のシェアと、公的機関のベッドのシェアの高いほど、国民医療費は高くなり、また医療の国営化は国民医療費を有意に低下させる。もちろんこの場合にも、1人あたり国民医療費を決定するうえで最大の要素は、1人あたりGDPである。

一連の研究から、1人あたり国民医療費は、1人あたりGDPによって基本的に決定されるが、医療制度もまた無視し得ない影響を与えることが知られる。以下では医療制度が、国民医療費にいかなる影響を与えるか、少し詳細に検討しよう。そこで制度的な考察をするが、その前に医療制度と国民医療費の関係について、やや一般的に、公共選択の視点を明らかにしておこう。例をLeuの制度的諸要因に取ろう。総医療費に占める公的負担のシェアの高いとき、一般に患者の自己負担はそれだけ低く、医療需要は増加する。そのような需要を充足すべき供給は、それに必要な価格を要求するが、公的負担のシェアの高いほど、需要者価格と供給者価格の乖離が大きくても、公的に賄われることになる。そして需要者はより低い自己負担による需要者価格を、供給者はより高い供給者価格を要求し、結果として財政的に公的負担の高いほど、政治的なissueになりやすい。よく観察されるように、供給者の中核の医師が強力なpressure groupを形成したり、社会保険制度の場合に、支払い側がそれに対抗しcountervailing power的組織を形成する。かくて公的負担と国民医療費がともに増加する。

医療機関が公的であるほど、一方で property right の理論の説くように、公的機関の X 非効率の発生と病院間の競争の欠如は、費用増加傾向をもたらす。他方で官僚が病院の経営をするとき、官僚の行動を予算最大化とすれば、そのためにも国民医療費は増加しよう。最後に国営保健制度の下では、費用は一般財源から賄われ、他の支出項目と同時に政治的に決定される。このとき公的負担の場合と同様、国民医療費の増加の可能性もあるが、国会で審議される一般歳出の 1 項目だから、他の支出とともに整合的に決定され、医療費だけの突出は通常は抑制されよう。問題は国営化に伴う前述の医療費増加傾向に、このような一般財源決定の過程で、歯止めをかけられるか否かである。さらに医療を国営化すれば、医師は公務員になり pressure group を形成しても、その影響力を減殺させることができる。国営保健制度を採用する国の国民医療費の動向は、これらのさまざまな要素の所産であり、特にこの最後の点は、それらの国の医師の所得水準が、そうでない国に比較してかなり低いことと合わせて、重要でないかと考えられる。

II 各国の医療制度の概要

それぞれの国の医療制度は、その国の歴史や文化の伝統、および経済や政治の状況を反映して、多様に分布している。この分布の多様性は、その変動性ととともに、実に興味深い。これまでの多数の医療制度の研究のなかで、個別ないし特定の制度の研究でなく、全体を包括的に網羅して比較したものは少ない。OECD [9] は簡潔に以下のように要約している。それは各国の医療制度を、おおまかに 3 分類したものである。

A NHS (National Health Service) あるいは Beveridge モデル。包括的なカバレッジと一般的な国税によるファイナンス、および生産要素の国有化と国による直接的規制を特徴とする、英国、イタリア、スペイン、ニュージーランドなどの医療制度である。

B 社会保険制度あるいは Bismarck モデル。

一般に社会保障の枠組みでの強制的かつ包括的なカバレッジ、さらに非営利保険基金による、雇用者と個人負担のファイナンス、および生産要素の公的および私的所有を特徴とする。ドイツ、フランスなどの大陸諸国と、日本などがこの医療制度に属する。

C 私的保険（消費者主権）モデル。個人もしくは企業の負担により、ファイナンスされる私的保険の、企業もしくは個人の購入によるカバレッジと、生産要素の私的所有を特徴とする。合衆国に典型的な医療制度である。

上記の分類はやや大胆で厳密さを欠いている。例えば NHS でも社会保険制度の国でも、その多くは合衆国のような私的保険制度を一部導入している。また逆に合衆国でも、メジケアやメジケイドのような社会保険制度を導入しており、上記の分類はあくまで相違を際立たせるための、類型的なものにすぎない。なお各国の医療制度全般を詳細に説明するのは、小論の目的ではなく、国民医療費との関連に焦点をあてて、論ずるのが目的である。

1. NHS と国民医療費

国営保健制度を採用する国の典型は英国で、以下は英国についての説明である。1948年に Beveridge の提案を受け入れた労働党政権によって、英国では NHS が導入された。その後今日まで福祉国家の基本として定着し、保守党政権の下でも、後に述べるように90年代前後にかなりの改革をみたが、NHS の本質は変更されていない。

英国では3ヵ月以上の外国人居住者を含めて、全国民は居住地域の一般医 (general practitioner) に登録される。医療サービスを享受したい国民に対して一般医は、いわば gate keeper の役割を演じており、救急の場合を除いて患者はまず一般医を訪れ、そこで軽症の場合は診断と治療を受け、重症の場合は地域病院や専門病院へ紹介される。医療にかかわる予算は、一般財源からファイナンスされ、患者は無料で受診できる。このとき患者は価格 0 に対応した医療需要を実現しようとし、すでに Buchanan に NHS の欠陥と批判された

ように、超過需要の発生が必至となる⁵⁾。実際に NHS 最大の問題は、常時70万に達する waiting list の存在である。供給サイドでは NHS の予算の大枠は、国会で決定され、その地域配分は地域保健機構 (District Health Authority) という、委員会のメンバーによって決定される。そこで病院の新設から機器の購入、さらに人員の配置まで、地域医療の懸案を審議する。地域病院は与えられた予算で、住民の医療サービスのすべてを担当する。また一般医の所得は、登録している地域住民の人数に応じて、つまり *capitation* (人頭払い) で決定される。さらに専門医や顧問医から構成される病院の勤務医は、国営病院に勤務する公務員だから、その所得はサラリーである。このとき病院や医師に waiting list を解消しようとする誘因は、存在しない。もし病院や医師に出来高払い (*fee for service*) で、その診療報酬の支払われるシステムが採用されていれば、逆にそのような誘因は存在しよう。

英国の医療制度の欠陥のひとつは、患者に選択の自由の存在しないことだろう。人々は原則的に居住する地域の一般医に登録され、病気になるとまず一般医を訪れ、重症の場合には一般医から地域病院に紹介され、選択の自由はない。ただし引っ越しなどで住居を移転したときなど、もし望めば以前の一般医に登録するのは可能である。さらに現在の英国には、合衆国の私的保険とそれに伴う私的医療機関が、特にロンドンを中心に普及しつつあり、すでにベッド数全体の10%に達している。現在のところ該当者は、英国の一流の民間企業に勤務する者とその家族にほぼ限定され、過去10年間に急速に普及したが、最近は必ずしも収益は高くなく、やや頭打ちになっている。したがって前述のように、NHS の英国でも医療サービスはすべて国営ではなく、一部は私的に供給されているのである。その限りでは一部の相対的に豊かな国民には、選択の自由は存在する。

国民医療費と医療制度の関連では、OECD 加盟国のなかで英国は、国民医療費の対 GDP 比率は6% 前後で最も低い。他方その国の保健状態を適切に示す、*health indicator* としての乳児死亡率は、

加盟24ヵ国のほぼ中位に位置している。かくて英国の医療制度は、比較的少ない費用で中程度の効果を達成し、効率的と考えられる。しかし国民医療費の対 GDP 比率は、1975年の5.5%から87年の6.1% へ上昇し、英国の財政赤字の大きな原因となり、医療費抑制はこの国でも例外ではない。にもかかわらず、英国で何故医療費が比較的低水準で済むのかは、興味ある。一般財源でファイナンスするため、他の支出項目と整合的に決定され、一方的な上昇に歯止めがかかりやすい。地域保健機構では、中央からの予算をさらに地方の実情に応じて、比較的無駄なく適正に配分している。一般医と地域病院の役割分担が明確で、そうでない日本などと比べて、医療機関の機器への重複投資や、診療や検査の重複も少ない。NHS 傘下の医師は公務員で、合衆国や日本の医師に比較して、強力な圧力団体を形成しにくい。英国医師会は利益団体としてはそれほど機能せず、医師の所得は平均的な勤労者の約2.5倍で、合衆国や日本の約5倍と比較して低い水準にある。この点については、日本の公立病院の公務員である勤務医と、私立の医療機関の医師の所得格差に、類似する。これらが主要な説明だろう。

2. 社会保険制度と国民医療費

いわゆる Bismarck モデルと呼ばれる社会保険制度は、ドイツやフランスなどの大陸諸国と日本にはほぼ共通するが、そのような制度を採用する各国間での差異は大きく、無視できない。以下では日本の制度を前提にして、まずこの制度について説明し、国民医療費との関連で、制度の果たしている役割を考察する⁶⁾。社会保険制度はそれ自体多様だが、企業や個人に対する強制保険、および国の出資による社会保険基金を創設し、患者の医療費をこの基金からファイナンスする点では、共通する。一般に病院は公立と私立の併存で、医師の診療報酬は出来高払い (*fee for service*) である。

1960年代から、日本は遅ればせながら英国を目標に福祉国家を志向し、医療についても国民皆保険を段階的に実施してきた。英国の福祉社会を目標にしながら、結果として大陸型の社会保険制度

を導入したのは、部分的に公務員や大企業などに、社会保険に近い制度がすでに存在していたこと、および医療機関が公立と私立の併存状態であり、医師の強力な利益団体である日本医師会は、かねてから“自由診療制”を掲げ、英国型の国営保健制度の導入などは、政治的には問題にならなかったからである。とまれ日本の医療制度は、自営業者や年金生活者など、既存の公的医療保険でカバーされない階層を対象とした、国民健康保険制度の導入によってほぼ完成した。その結果患者はわずかな自己負担で受診可能となり、英国と同様に超過需要が日常化した。

この超過需要に拍車をかけたのは、医療サービス供給側の対応の遅れだった。“1 県 1 医大”の実現による、医師の養成を政策的に強力に推進し、たしかに大量の医師を供給し、かつ病院もベッド数も増大したが、問題は供給システムの不備にあった。これは他の社会保険を採用する国の例ではなく、特殊日本的な制度上の欠陥で、日本の医療機関には、それぞれの機能に応じた守備範囲は、きわめて不明確である。いわゆるプライマリケアの開業医や診療所と、セカンダリケアの一般病院や専門病院の間の役割分担は、かなり曖昧である。風邪などの軽症な患者が専門病院で受診すること、逆に重症なガン患者が開業医で治療を受けるのも、ともに可能である。患者に選択の自由が極端に許されるが、そのことは必ずしも高い効率性を意味しない。専門病院に軽症の患者が殺到して混雑現象が起こり、本来の機能が果たせなくなったり、患者への重複した検査や、医療機関の間の機器の重複した購入など、無視できない無駄が発生している。

診療報酬が fee for service で支払われ、しかもそれは医療機関の役割分担に誘因を与えるように、工夫されないから、このような事態が発生するのである。開業医を中心に構成される日本医師会は、開業医をプライマリケアに限定して、医療機関の役割を分担するような、開業医の利益をいささかでも損なう政策には、これまで強く反対してきた。政策主体である厚生省も、国民皆保険の定着による急増する医療需要を満たすには、供給側の即時

的な対応の困難さのため、特に病院の少ない地方において、医療機関の役割分担を推進するのは、無理だったというべきだろう。

しかし都市部では、医療機関は大学病院やガンセンターのような専門病院から、個人の開業医や診療所まで、多様に分布している。そこではたとえば極端な超過需要が存在しても、患者の自由な選択は、軽症の場合に個人の開業医を、重症の場合に大学病院や専門病院を、それぞれ訪れることに結果するように思える。医療機関の役割分担が、そのように市場的に解決されないのは、医療サービスの価格規制だけでなく、やはり医療サービスに伴う、本来的な情報の非対称性と不確実性のためでもある。患者は自身の症状がいかなる病気の兆候か知り得ないので、重症であるのに個人の開業医を、逆に軽症であるのに大学病院を訪れるかもしれない。また特定の初期症状が現れたとして、それをもたらす病気は多様で、確率的に分布するだろう。激しいセキをする症状は、単なる風邪のためか肺炎かあるいは肺ガンによるのか、初期にはいずれの可能性もあり得る。したがって結果が肺ガンだったとしても、風邪と思って個人の開業医を訪れるのは、医学的にも無理からぬことだろう。この問題の産業組織論的な側面は、医療機関の機能分化の市場成果を問うことである。中泉[6]はこのような状況の下で、NHS のようにどんな患者も、医療へのアクセスがプライマリケアを経過しなければならないか、あるいは最初からセカンダリケアへアクセスできるかで、市場成果はいかに異なるか、あるいはいかなる条件の下で NHS は正当化されるかを考察している。プライマリケアを経過することにすれば、セカンダリケアの混雑現象を緩和でき、かつ医療費を抑制できよう。しかし半面プライマリケアの診断は劣るから、病気の患者を見逃すこともあり得る。このようなトレードオフの存在をそこでは想定している⁷⁾。

日本の医療サービス市場におけるひとつの問題は、上記のような医療機関の役割分担の欠如と関連した、医療機関の混雑現象である。しばしば“3時間待って3分間の診療”と誇張されるが、

国民皆保険の実現や人口構成の高齢化などによって、急増した医療需要に供給能力が追いつかず、超過需要が発生する。NHSと同様に発生する超過需要は、英国で膨大な waiting list に結果するのに、日本で3分間の診療に結果するのは、興味深い、それはおそらく両国の診療報酬の差異に求められよう。英国のように医師の診療報酬がサラリーなら、waiting list を縮小する incentive は存在しないだろう。日本では fee for service だから、医師や病院は医療サービスを提供するほど所得は増加し、可能な限り多数の患者を診察することになる。公立病院も独立採算制の下で、同様の行動を取らざるを得ない。患者1人あたりの“濃厚な診療”も考えられ、実際そのような事実も指摘されるが、都道府県に設置されているレセプトの審査委員会で、医学的に過剰診療か否か一応チェックされる。したがって相対的に希少な医療資源の医師の投入を少なくして、つまり診察時間を削って“3分間の診察”で済まし、豊富な機器を使用する検査や投薬によって、すなわち“検査漬け”や“過剰投薬”で超過需要に対応する。そのような診療行為に対して、現行の診療報酬点数制度は、高い所得を保証することに留意すべきだろう。実際に医療機関の側では、収益を高めるために、むしろそのような診療行為を選択する。結局日本の診療報酬制度は、誇張すれば“3時間待って3分間濃厚な診療”という形態で、超過需要に対応させている。よくいわれるように、医師の問診により高い点数がつけられれば、医師は多数の患者を診る必要はなく、医療機関での超過需要は、英国のような膨大な waiting list に結果するかもしれない。

日本の医療の評価をする際に見逃せないのは、以上のような問題はあるものの、国民医療費の対GDPの比率は、1975年の5.5%から85年に6.6%に上昇し、87年には6.8%に達したが、依然として先進国では低位にあり、しかも health indicator としての乳児死亡率や、0歳の平均余命などいずれを取っても、ほとんどトップに位置していることだろう。これらの指標のほとんどすべては、1950年には先進国の下位だったことを考慮すれば、

戦後日本の医療制度は飛躍的な成果をもたらした、それをかなり効率的に実現させたといえる。OECD [10] の Davis 論文が主張するように、その国の人種的な構成や社会の階層的な構成が、これらの健康指標に強く影響することは無視できない。日本の人種的な単一性や社会階層の平等性を考慮しても、過去40年間の飛躍的な改善は、十分に評価されるべきだろう。国民皆保険をはじめ、医療へのアクセスをすべての国民に保証したことが、このような成果をもたらした、さらに公立私立双方の医療機関の質と量の拡充が、国民に等しく高い医療水準を享受させたことも、無視できない。しかしこれらの結果は、基本的には乳児死亡率の低下に集約され、それは家族計画の普及、産院での出産、および保健婦制度の拡充などに負うところも大きい⁸⁾。

さらに日本の医療費が、これまで他の先進国と比較して低額で済んだのは、高齢化はまだ端緒についたばかりで、それが本格化する今後、飛躍的に上昇すると予想される。OECD [9] の調査では、医療価格が一定に保たれたとしても、人口構成の高齢化だけで、日本の国民医療費の対GDP比率は、2010年までに実に40%上昇するという。65歳以上の医療費はそれ以下の世代の約5倍に達し、現在65歳以上人口は12%を超えた程度だが、2010年には20%をはるかに超えるからである。すでに高齢化社会に到達した先進国と異なり、今後の急速な高齢化社会への移行により、国民医療費の本格的上昇は日本でも必至で、医療費抑制はやはり重要な課題で、上記の諸問題とともに解決を必要としている。

3. 消費者主権モデルと国民医療費

消費者主権モデルに最も近いのは、合衆国の保健制度である。医療サービスの供給を、消費者主権の下で市場的に解決を図るのは、いかにも合衆国の歴史や風土に似合うものである。合衆国では原則的に人々は、私的保険に雇用者や個人の負担で加入し、病気になればこの保険で医療費はカバーされる。病院はいわゆる office based で、開業医は自分の患者を必要に応じて、病院の自分の

office で治療するのが一般的である。このとき治療費は出来高払い (fee for service) で支払われ、患者は病院と医師の双方に別々に支払う。治療費は日本のように点数制で規制されず、地域性や患者の支払い能力に応じて、市場的に決定される。病院の60%以上は私的所有だが、必ずしも営利を目標にするわけでない。株式組織の純然たる営利病院から、宗教団体などの経営する慈善病院まで、多様に分布している。また公立病院として州や地方政府の経営する病院もある。

合衆国のこのような消費者主権モデルのひとつの問題は、相対的に貧しい消費者が無保険の状態を“選択”し、公立病院や慈善病院を除いて、医療サービスへのアクセスを自ら絶つことだろう。そのために連邦および州政府による、公的な社会保険である65歳以上の高齢者のためのメジケアや、貧困者のためのメジケイドが、1965年以降多大の論議の後に創設された。したがって合衆国は、現在では完全な消費者主権の下で、私的保険による保健制度を採用している、というわけではない。そしてこれらの社会保険を維持するための、連邦および州政府の負担はきわめて巨額で、それゆえに後述の、医療費抑制が叫ばれた一因になった。巨額の公的支出を行いながらも、さらに問題なのは、これらの公的保険がカバーしない、多数の貧困な人々の存在である。その数は、合衆国人口の15%、すなわち3,500万人に及ぶといわれる。

他方で合衆国の保健制度のもうひとつの問題は、国民医療費の対 GDP の比率が、最近では実に12%にも及び、OECD 加盟国のなかではもちろん、おそらく世界で一番高い水準に達したことだろう。1975年にこの比率は8.4%だったのに、80年9.2%、85年10.6%と趨勢的に上昇し、止まるところを知らない感がある。何故に国民医療費は増大するのだろうか。Feldstein [3] の説明はこうである。診療報酬は fee for service だから、医師や病院の収入は医療サービスを提供すればするほど高くなる。医療サービスの特徴である、医師は患者の代理人として、医療サービスの需要を代行できるから、過大に需要することすら可能である⁹⁾。私的医療保険は主として企業が購入するので、患者の

自己負担は少なく、医師と患者の間で医療サービスの過大な取引がなされる。企業の雇用者に対する医療保険の購入は、費用として税控除され、企業もまたこのような医療費のインフレーション (hospital inflation) に強く反対しない。私的保険会社は、業績の拡大に拍車をかけるこのような事態を、無論歓迎する。こうしてインフレーションは進行していく。しかしそれはやがて2つの点で深刻な問題をもたらす。第1は企業の費用が増加し、例えば乗用車1台あたり医療保険が600ドルにも達すれば、企業の輸出競争力に影響し、その面から医療費抑制の声は強まる。第2は政府の公的保険であるメジケアやメジケイドの支出も、このような民間部門の医療インフレーションの影響を受けざるを得ず、巨額の財政赤字とも相まって、政府からも医療費抑制の声が強まる。80年代合衆国の医療費抑制の声は、このように官民一体のもので、その結果後述のように多様な医療制度の改革が相次いだ。

すでに10年前 Olson [11] の主張したように、合衆国の医療問題は、“医療支出の高さと受診の不平等性”にある。現在でも Olson の指摘は依然として有効で、上記のように国民医療費の対 GDP 比率は90年には12%に達する一方、国民の15%は無保険の状態を選択し、医療へのアクセスを自ら絶っている。1人あたりの医療費は、世界で一番高く2,000ドルを超えているのに、3,500万人の人々は病気になっても受診できない。きわめて矛盾する事態が、合衆国の過去の現実であり、今日若干の改善は見られたものの、依然として存続している。さらに合衆国の医療サービスの評価をする際、いつも引き合いに出されるのは、このように巨額の国民医療費を使いながら、国際的な合衆国の医療の成果はそれほど良好でないことだろう。前述の乳児死亡率では、OECD 加盟国の下位に位置し、合衆国よりこの数値の高いのはギリシャやポルトガルなどにすぎない。これは合衆国の医療サービスの水準が低いとか、効率性が低いというより、15%に上る多数の国民が医療へのアクセスをもたないためそのような結果になった、というべきだろう。

乳児死亡率のような health indicator はしばしばその国の医療水準を代表するが、合衆国のように国民全体をカバーする NHS、もしくは社会保険制度を採用しない場合、この数値の取り扱いはいはより慎重であるべきだろう。つまり乳児死亡率では、合衆国で生まれる子供の4分の1は未婚の母からで、特に黒人の子供はその2分の1が未婚の母からという。その国の医療制度の費用対効果を考察するときは、このような社会的な背景をも考慮すべきだろう。合衆国の医療問題は Olson の強調するように、やはり高い国民医療費と、医療サービスの恩恵に浴さない多数の国民の存在だろう。そしてそれは結局医療サービスを市場的に供給することの結果といえよう。合衆国の医療制度改革の基本は、後述の Enthoven [2] の提唱する “managed competition” に象徴されるように、競争原理を適切に管理して、その弊害を除去することにある。

III 医療制度改革の現状

現在の先進各国の医療制度を英国と日本および合衆国について、国民医療費との関連から説明してきた。いずれの国もそれぞれ異なった理由で、深刻な問題に直面し、解決を迫られている。本節ではこれらの国の制度改革の実態を簡単に要約しよう。

英国では NHS の根幹は維持しながら、サッチャー政権の後半から主として医療費抑制のために多数の NHS 改革の試みがなされた。その基本的な方向はやはり競争原理の導入で、NHS 傘下の有力な病院を self-governing trust (信託形態の自主経営) に移行させて、互いに競争させたり、地域保健機構 (District Health Authority) 自体に競争誘因をもたせて、より多くの患者を受け入れるよう incentive を与え、将来的には NHS の予算配分を地域の人口に比例配分させ、ロンドン周辺に偏る医療機関相互の競争を促す、などである。これらは従来の国営保健制度にともなう競争の欠如や X 非効率を是正して、“market based NHS” に転換させて医療費抑制を実現し、同時に国民の不

満のひとつである膨大な waitinglist の解消を図るものである。しかしこのような NHS の改革は、それが合理化を目指して人員の削減を目標とするため、医療スタッフや患者から医療の質を低下させると反対され、例えばロンドン近郊の Guy's hospital の人員削減などは社会問題化し、おそらくきたるべき総選挙の重要な issue のひとつになるのは必至で、選挙の結果によっては改革の将来は予断を許さない。

日本の医療費抑制の改革は必ずしも抜本的とはいえ、総花的で対症療法的な感を否めない。代表的な施策として、老人保健法の制定やその改正を指摘できる。これは増大する老人医療費を抑制しようとするもので、自己負担の導入やその増額、および老人病院の指定をその内容としている。初診料や入院費の自己負担の増額はしかしながら一定の効果を持ち、国民医療費の最近の抑制傾向におそらく影響している。老人病院の指定は、これまでの医療機関の役割分担を推進する意味では画期的といえよう。ただしその後の推移は、医療法改正によって機能分化を目指す姿勢はうかがわれるが、必ずしもその方向に進展していない。さらに過剰診療を阻止するために、レセプトをチェックして適正な医療であるか検討する審査委員会の強化も、医療費抑制の方向を目指すものだろう。病院のベッド数や医師の数は一般にその数が多くなるほど、国民医療費も増大する傾向にある。これは医療の誘発需要を実証するとされるが、実際にその傾向は顕著である。そこで“病院倒産時代”の到来ということで、厚生省は病院の新設に一定の歯止めをかけたり、医師の過剰を標榜して大学医学部の定員抑制を決定している。これらの施策はその表向きの趣旨はともかく、明らかに医療費抑制政策である。医療費の抑制とは直接関係ないが、各種の社会保険の統合が試みられ、年金生活者や自営業主が加入者の国民健康保険の財政を維持すべく、共済や厚生保険との統合が図られた。

1980年代に医療改革を最も包括的にしかも徹底して行った合衆国では、民間部門と公的部門の双方について多くの試みがなされた。それらは上述の hospital inflation が、合衆国の国民医療費を対

GDP 比率で 12% 近くに上昇させ、企業の私的保険の負担が国際競争力に影響するほどの水準に至ったこと、メジケアやメジケイドなどの社会保険にも医療費の高騰は波及し、恒常的な財政赤字をさらに悪化させたことによる。改革は多方面にわたったが、背後にある基本哲学は Enthoven の“managed competition”だった。前述のように合衆国の hospital inflation は、医療サービスを市場的に供給したとき、医師と患者の情報の非対称性、保険市場にともなうモラル・ハザードなどによって発生した現象である。前者は診療報酬が fee for service のとき、医師は患者の代理人としての立場を利用し、医師誘発需要あるいは供給独占により過剰治療や独占価格を招きがちである。後者は保険加入者が保険に入ったために、安心して不摂生をしても保険者はそれを知る手段をもたず、結果として罹病率を高めてしまう。さらに保険は加入者の医療サービスの実質負担を低め、それだけ需要を増大させる。かくて医療サービスを競争的な市場で、無条件で供給するのは過剰供給や過大な医療費を招く。合衆国の状況はまさしくそのような事態で、市場的な供給の長所である資源の効率的な配分を達成すべく、何らかの規制を必要とする。これが Enthoven の主張である。

最初に説明すべきは DRGs (Diagnostic Related Groups 標準的な疾病症候群) で、これは疾病を疫学的に 467 に分類して、それぞれにどのような医療サービスを標準的に与えるべきか決定するもので、イエール大学における多年の統計的な研究の所産である。それぞれのサービスごとに価格を設定すれば、特定の疾病に標準的な治療をしたときの価格が決められる。これを PPS (Prospective Payment System 入院医療費予見定額方式) と結合させ、診療報酬を従来の fee for service から per case に変更させる。DRGs に基づいた PPS は、まずメジケアに導入されたが、特定の疾病に対してあらかじめ統計学的に決定された per case の費用を下回れば医師や病院の余剰所得となるので、費用を節約する incentive を高める。例えばそれまでメジケア入院患者 1 人あたり費用は 6.8 % で年々上昇したが、83年に導入されるや 2.7%

の上昇に止まった、という研究もある。

さらに合衆国の医療改革の大きな潮流は、HMO (Health Maintenance Organization 健康維持組織) の急速な拡大だろう。HMO は会員制の医療組織で、定額の会費を徴収してプライマリケアを含む、包括的な医療を会員に提供するものである。プライマリケアに重点を置いて会員の罹病率を低下させれば HMO の余剰所得になるから、この組織は医療費抑制につながり、1973年の HMO 法以来、連邦政府の補助を受けることになった。会員 550 万人を擁する最大組織の Kaiser Permanente では、DRGs や医師相互の peer review (同僚監視) 制度を積極的に導入するなど、合衆国医療改革の中核的な存在である。HMO 全体ではすでに総会員数は 3,000 万人を超えている。他方で合衆国医療の伝統的な担い手は、私的保険機関のブルークロスやブルーシールドで、これらの機関も医療改革の影響からか PPO (Preferred Provider Organization 選択的医療提供組織) を登場させた。PPO は保険加入者の従来の受診の自由を制約し、保険会社が契約している病院に一定の範囲内に限定することで病院には安定した需要を保証し、その代わり医療費をディスカウントさせる。これもまた医療費抑制に機能することは明らかである。

このように合衆国の医療改革は、世界で一番高い国民医療費を抑制すべく、実に多様なそして個別の改革が相互に混淆する複雑な展開を見た。しかし改革は個別的には成功しているように見え、そしてそれを統計的に検証する研究も上記のようにあるが、国民医療費の対 GDP 比率は依然として上昇傾向で、90年には12%を超えたと推定される。他方で国民の15%にも達する相対的な貧困層が、無保険の状態を選択して医療へのアクセスを絶っている状態は、ほとんど改善されていない。しばしば民主党の有力議員から、メジケイドをより広範に貧困層をカバーさせる提案がなされるが、連邦政府の巨額の赤字と合衆国に伝統的な選択の自由の風土のためか、今日まで受け入れられていない。かくて80年代の合衆国の医療改革は、十分にその課題を達成したとはいえない¹⁰⁾。

結 語

国民医療費の上昇は、先進各国で深刻な問題になっている。医療の質を低下させないで医療費を抑制するのにどんな手段が有り得るかは、health economics の現在の重要な課題である。小論では国民医療費の現状から出発し、国際的な差異を各国の医療制度と対応させて考察した。代表的な医療制度として、英国型の Beveridge モデル、日本型の Bismarck モデル、および合衆国型の消費者主権モデルを取り上げた。これらのモデルの具体例としての英国、日本および合衆国それぞれの医療制度の下で、いかなる要因が国民医療費を増大させているのかを中心に考察した。またそれぞれの制度の抱える経済的な問題についても、その発生のメカニズムをできるだけ経済学的に説明した。さらに80年代以降の各国の医療改革を、経済学的な視点から展望してきた。合衆国のきわめて大胆な医療改革、英国の market based NHS と呼ばれるかなり抜本的な改革に比較して、日本の場合は改革と呼ぶほどのものでなく、対症療法程度のものである。今後20年間に日本は、先進国に例のない速度で高齢化社会に突入し、国民医療費の対 GDP 比率も急速に増加するのは確実である。医療機関の役割分担をはじめ、医療機関と各種老人施設との機能分担、さらには医療と年金を統合する制度の設計などの抜本的な改革を、やはり市場をベースに緊急に行う必要がある。

注

- 1) 日本の“国民医療費”に正常分娩や室料差額、さらに付添家政婦の費用は含まれず、合衆国の health expenditure には nursing home の費用は含まない、など。
- 2) この表は OECD [9] が共通の基準で作成したもので、日本の場合には“国民医療費”の対 GDP 比率よりも高くなっている。
- 3) 時系列的な統計の連続性を維持するため、80年代に OECD に加盟したトルコを除いた数値である。
- 4) OECD [9], OECD [10] や Culyer and Jönsson [1] などが指摘できる。特に OECD [9] はその組織としての性格から、包括的で視野の広い、優れた制度の比較研究がなされている。

- 5) Buchanan のこのような NHS 批判に対して、Bosanquet など英国の学者は、general practitioner の gate keeper としての役割を無視していると、反論する。
- 6) 社会保険制度の代表として日本を取り上げるのは、この制度が多様化していて必ずしも適切ではない。あえて日本に固執するのは、日本の制度に対する政策的な関心に基づく。
- 7) このときプライマリケアにはセカンダリケアほど、高性能かつ高額な医療機器は設置されず、したがって診断の正確さは当然ながら見劣りすると想定される。
- 8) 数値化された health indicator の飛躍的な改善を、すべて医療サービスに結びつけるのは慎重を要する。本文に記載した要因のほかに、食生活や栄養状態、さらには住生活や上下水道の改善なども考慮すべきだろう。
- 9) 西村[8]およびそこでの引用文献を見よ。
- 10) 80年代の合衆国の医療制度改革の結果を、計量的に分析した研究は、印南の優れた論文[4], [5]および中西等[7]の展望論文に詳しい。

参 考 文 献

- [1] Culyer, A. J. and Jönsson, B. eds., *Public and Private Health Services: Complementarities and Conflicts*, Oxford, Basil Blackwell, 1986.
- [2] Enthoven, A. C., *Theory and Practice of Managed Competition in Health Care Finance*, North Holland, Amsterdam, 1988.
- [3] Feldstein, M., “The Rising Price of Physicians’ Service,” *Review of Economics and Statistics* 52, May 1970, 121-133.
- [4] 印南一路「変貌する米国の医療保障」『社会保障』1986年2月～1986年9月。
- [5] 印南一路「米国の医療マーケットと医療政策」『社会保険旬報』1989年10月～1990年10月。
- [6] 中泉真樹「医療における外部性とプライマリケアの活用」未発表論文。
- [7] 中西, 中泉, 知野, 鍋田「展望 Health Economics の現況」『経済と経済学』1991年2月。
- [8] 西村周三『医療の経済分析』, 東洋経済新報社, 1987年。
- [9] OECD, *Financing and Delivering Health Care—A Comparative Analysis of OECD Countries—*, *OECD Social Policy Studies’ Series*, No. 4, Paris, 1987.
- [10] OECD, *Health Care Systems in Transition—The Search for Efficiency—*, *OECD Social Policy Studies’ Series*, No. 7, Paris, 1990.
- [11] Olson, M. ed., *A New Approach to the Economics of Health Care*, American Enterprise Institute, Washington, 1980.

(ときた・ただひと 東京都立大学教授)