

欧米諸国の医療費問題

健康保険組合連合会社会保障研究室長

石本忠義

医療保障の共通問題としての医療費問題

1970年代における社会保障の発展はめざましいものがあったが、その費用の増大や負担の増大も大きかった。医療保障の分野では適用者の範囲の拡大（西ドイツ、フランス、イタリア、アメリカ）、病院医療の近代化と拡充（西ドイツ、フランス）、給付種類の拡大と支給期間の延長（西ドイツ、フランス、イタリア）など各種の拡充が行われたが、それにもない医療費の増大も大きかった。1970年代前半における医療費の増加率はいちじるしく、各国のGNPに対する国民医療費の比率も大きく変化している（表1）。そしてこのことにより、医療保険等の財政問題が生じ、保険料等の連続的な引き上げや財政調整（西ドイツ、フランス）、医療費抑制策（西ドイツ、フランス、イギリス、イタリア、アメリカ）など各種の対策がとられるようになってきた。

このように、各国に多少差があるものの、医療費の増大は一般的傾向であり、それともなう医療保険等の財政問題は共通的問題となっている。そこでEC、OECD、ILO、ISSA、WHOなどの国際機関も医療費問題に重大な関心をもち、重要問題として取り上げ医療費動向の調査分析ならびに医療費問題の検討を行っており、医療費問題への真剣な取り組みを示している。

国際機関における医療費問題の取り組み

ISSAおよびWHOにおける医療費問題を含む医療問題への取り組みは早い。

欧米諸国の医療費の対GNP比（％）

	1966年	1975年
西 ド イ ツ	4.8	8.0
フ ラ ン ス	5.1	6.7
イ タ リ ア	3.2	5.2
オ ラ ン ダ	...	8.4
イ ギ リ ス	4.3	5.4
ア メ リ カ	5.8	8.5
デ ン マ ー ク	3.8	6.2

（資料） Brain Abel-Smith,
The Cost of Health Services, New Society,
12 July 1979. P. 74.
Social Security Bulletin, July 1979.

ISSAでは医療疾病保険委員会において1973年以降、医療費の増大原因、医療保障の方式と医療費の関係などについて調査、分析を進めている。また、WHOでは対人保健医療サービスの財政問題について検討を行ってきており、1978年にその結果を「保健サービスの財政」(Financing of Health Service, 1978)として公表している。

医療費問題については比較的最近対応し始めたILO、OECDおよびECにおいてもすでにそれぞれの調査、分析の結果が出ている。ILOでは1977年5月に医療費問題専門家会議が開かれ、「社会保障のもとでの医療費の増大—費用の動向、原因および可能な抑制方法」(The Rising Cost of Medical Care under Social Security: Cost Trends, Causes, and Possible Cost Containment Measures RCMC/1977)について検討が行われた。また、OECDでは経済政策委員会第2作業部会において、資源配分と政府支出の諸

問題を取扱うプロジェクトの一環として、「保健に対する公的支出」(Public Expenditure on Health)について調査、分析が進められ、その結果が1977年7月に公刊された。これは、OECD加盟各国の医療費の推移、医療費増大要因などを調査、分析したものである。そしてOECDでは、これをきっかけに1979年に入って社会問題局に医療問題を扱うプロジェクトチームが設けられ、加盟各国および他の国際機関の資料・情報の収集が行われるとともに、12月に専門家会議が開かれることになっている。さらにECでは、専門家グループによって医療費に関する各種の調査、分析が行われるとともに、医療費問題に関する厚生大臣会議が開かれている(第2回目1978年11月)。各種の調査、分析は、大きな調査研究プログラムのもとに進められており、これまでに「ECにおける医療保障の組織、財政および費用」(The Organisation, Financing and Cost of Health Care in the E.C. 1978)、「入院の費用」(The Cost of Hospitalisation, 1978)、「薬剤の消費」(Pharmaceutical Consumption—Trends in expenditure, main measures taken and underlying objectives of public intervention in this field. Social Policy Series—1978, No. 38, 1978)が調査研究結果として公表されている。そして現在、さらに「医療サービスの費用に関する研究プログラム」のもとで、医療従事者、医療施設、医療従事者の雇用、薬剤の価格・生産・処方、医療サービスの費用の動向、医療サービスの利用、医療料金、プライマリ・ケア、疾病予防活動などについて調査研究の作業が進められている。いずれの調査研究も詳細なものであるが、とくに「ECにおける医療保障の組織、財政および費用」は、加盟各国の調査資料をもとに多角的な視点からEC全体ならびに各国ごとの最新の状況を詳細にとらえ、分析している。そこでは各国の医療費問題が明確にされるとともに、その対策がどのように行われているかが示されている。

EC諸国における医療費問題とその対策

ECにおいて医療費の調査研究を進めている専門家グループの中心的存在である Abel-Smith 教授 (London School of Economics の教授で医療費問題に関しては世界的権威者) によると、EC諸国における医療費問題とその対策はおおむねつぎのとおりである。

- (1) 加盟国 (イギリスとルクセンブルグを除く) の医療費の伸び率は高い。
- (2) 1960年代にはこの伸び率は問題にならなかったが、医療技術の進歩、医療保障の適用者の範囲の拡大、保障の範囲の拡大 (とくに歯科医療の保障の拡大、対象者の高齢化 (GNP の 0.5~0.7% のコスト上昇)、賃金上昇、労働時間短縮、人口当たり医師数の増加 (医療の量的拡大)、医療従事者当たり病床数の増加などにより 1970年代には急速に医療費は伸びた。
- (3) こうした医療費の著しい増大に対して短期的ならびに長期的な対策がとられている。短期的なものとしては、イギリスでの国家予算の伸び抑制 (1973年までは年間 3~4% の伸びであったが、1974年以降は 1.5% に抑えられている)、デンマークでの地方予算の伸び抑制、アイルランドでの国家予算抑制、西ドイツでの医療保険費用抑制、フランスでの医療保険費用抑制 (薬剤給付率の引下げ、薬品価格の上昇抑制など)、西ドイツでの医療制度面の調査と病院建設の計画化 (建設の限度設定、人口当たり病床数の設定など)、患者一部負担の強化 (補てつ費や薬剤費についての一部負担引上げ)、フランスでの保険薬剤数の削減や処方薬剤の抑制、ベルギーでの入院給付期間の短縮 (90日を40日に短縮。41日目以降は患者負担)、イギリスでの患者一部負担の引上げなどがある。

また、長期的なものとしては、イタリアでの医療保障制度の改革 (医師の診療報酬支払方式を出来高払い方式から人頭払い方式に変更また、薬剤について患者一部負担の導入と処方薬剤数の削減など)、フランスでの入院費の年間予算計画化、一部の国での入院費の支払方式の変更 (試み)、西ドイツでの保険医の診療報酬支払方式の変更 (検討中。診療頻度に応じて支払う方式に)、フラ、

ンスでの保険医の完全指定病院化（指定病院での入院前検査の重複をさけるために、指定病院をもたない保険医も指定病院をもつようにする）、オランダでのコストの低いナースングホームのような施設の設置（しかし、患者が増えてこれはどうも失敗だったようである）、一部の国での老人のためのデイ・ステイ制度（簡単な手術などを行う）の導入、西ドイツでの在宅看護サービス制度の導入、イギリスでの老人、児童、身体障害者、長期・慢性疾病患者等に対する保健医療サービスおよび施設の優先（限られた資源の有効配分を目的としている）、一部の国での医師数の抑制（デンマークでは医学生定の定員を15%削減、西ドイツとフランスでは医学部の入学制限）などがある。

各国の医療費問題とその対策

(1) アメリカ

アメリカにおける医療費の増大はきわめて著しく、1980年には国民医療費は約2,290億ドル（約54兆9,600億円）に達すると見込まれている。そして国民医療費の対GNP比は9%を超えるとみられている（1983年までには10%に達するとみられている）。国民医療費は6年間で2倍になるという。

とくに国民医療費の40%を占める入院費の伸びが著しく、その伸び率は1976年19%、77年15.6%、78年13%となっており、消費者物価の伸び率をはるかに上回っている。このような入院費の急激な増大は、老人等健康保険や民間健康保険の財政負担を増大させるばかりでなく、患者の負担を増大させ、またインフレをこう進させるため、1978年に病院医療費抑制法案が議会に提出された。この法案は、病院医療費（入院費）の伸び率を年間9%に抑え、病院建設や高額医療機器の購入を制限（州ごとに人口分布に応じて設備投資の年間最高限度額を設定）するというものである。この法案に対しては、病院経営者の団体や医療関係者から強い反対があり、アメリカ病院協会、アメリカ医師会およびアメリカ病院連盟はこれの対案として自主的な病院医療費抑制策（医療料金の伸び率を物価上昇率まで下げること、病床を増やさないこと、設備投資の伸び率

を年間20%以下に抑えることなど）を1978年から打ち出した。これにより1978年には、病院医療費の伸び率は1974年以来最低の13%にとどまった。州によってはその伸び率が10%にまで低下したところもあった。しかし、政府の病院医療費抑制法案は修正されて上院を通過したものの、下院では全く審議されないまま廃案となった。

この法案は、1979年3月に再び提出された（病院医療費の伸び率を9.7%に抑制することを目標としている）。カーター大統領は、この法案をインフレ対策の最重要政策として位置づけ、その成立を強く望んでいる。これとは別に9州がすでに強制的な病院医療費抑制法を制定し、病院医療費の抑制を進めている。

他方、保健教育福祉省は医療審査機構（PSRO）で用いる「外科的スクリーニング基準」を作成する契約をアメリカ医師会と結ぶとともに、医療機関や医療従事者の生産性を定義し、測定するための検討委員会を設置した。これらの措置は、質的な面での医療の規制により医療費の抑制を図ろうとするものである。そのほか、同省は老人等健康保険（メディケア）や医療扶助（メディケイド）への病院や開業医の不正請求の増加を防止するため、厳重なチェック体制を整備しつつある。また、ブルークロスなど民間健康保険は、1980年から入院時に行われる各種の検査を制限する方針を打ち出している。これは、諸検査を自動的に行うことなく、医師の特別の指示を待って行うようにするというものである。これに対しては医師側から強い反対が出ている。

このようにアメリカでは入院費を中心に医療費問題が生じており、各種の対策が試みられ、または検討されている。

(2) フランス

フランスでは1970年代に入ってから医療費の伸びは著しく、疾病保険の費用の伸び率は1970～75年において年平均21%、1976年18.9%、1977年12.4%、1978年19.4%となっている。そして1979年と1980年も18～20%の伸び率が予想されている。とくに疾病保険の費用の50%以上を占めている入院費の伸び率

が高い。このため1969年以降生じていた赤字は、年々増大し、1977年には累積赤字は206億フラン（約1兆1,330億円）に達し、さらに1978年には約100億フランの赤字が生じ、そして1979年と1980年にも相当の赤字が生じると予想されている。現在のところ1978～80年に生じる疾病保険の赤字は約250億フランと推計されている。

このような疾病保険の財政に対する対策として、社会保険の全部門を対象とした社会保険全体の財政調整と、再三にわたる保険料の引上げが行われてきている。財政調整の結果生じた赤字はアルコール税等の国庫財源で補てんされている。また、保険料は、料率の引上げや総報酬に対する分の料率の引上げ（1979年現在17.95%で、被保険者負担分が4.50%、うち上限付報酬に対する分3.50%、総報酬に対する分1.00%、また使用者負担分が13.45%、うちそれぞれ8.95%、4.50%）、年金に対する保険料賦課（一般年金に1%、補足年金に2%）などにより増収が図られている。1979年9月からはさらに被保険者の保険料率が18カ月の期限付きで1%引き上げられるとともに、1980年1月からその保険料率の全部が総報酬に課せられることになっている。

他方、1976年以降薬価の引下げ、一部薬剤の償還率の引下げ（栄養剤等保健薬剤について償還率を70%から40%に引き下げ、患者負担を30%から60%に引き上げた）、医療費審査の強化、その他の医療費抑制策が試みられているが、薬剤費の伸び率の低下が一時みられたほかはほとんど効果はみられない。そのため入院費等医療費の抑制を強化する措置が政府で決定されており、順次実施される予定である。その中には入院費の中央監査の強化や10月に予定されていた診療料金引上げの中止がある。労働者団体も使用者団体も医療費増大にともなう負担の増大に対して強い不満を示しており、政府に対して医療費抑制の強化、運営機構の改革など根本的な対策を強く要求している。

(3) 西ドイツ

西ドイツでは1970年代前半における医療費の伸びは著しく、疾病保険の費用の伸び率は1971～75年において年平均19.5%であった。このため1974年以降単

年度において赤字が生じ、その赤字額は1975年に1億4,500万マルク（約1961億円）に達した。そしてこうした疾病保険の費用の増大にともない保険料は毎年引き上げられ、1975年には10.5%になった。

そこで保険料をこれ以上引き上げることは困難であり、疾病保険の費用を抑え、できるだけ保険料を引き上げないようにする必要のあるとの判断から、疾病保険の保険者と保険医協会との間で、1976年と77年は、診療報酬の引上げ率を8%以内に抑えるとの合意がなされた。そしてさらに1977年6月に疾病保険費用抑制法が制定され、同年7月から施行された。これにより1978年7月以降保険医の診療報酬の引上げ率と処方薬剤費総額が規制された。診療報酬の引上げ率は予想される賃金の上昇率の範囲内となった。これに基づき1978年7月から診療報酬は5.5%（歯科は6.0%）、処方薬剤費総額は3.5%引き上げられた。また、1979年7月から診療報酬は3.5%（歯科は4%）引き上げられ、1979年1月から処方薬剤費総額は被保険者1人当たり薬剤費の5.7%の範囲内で引き上げられた。このほか、同法に基づき薬剤、補てつ、補器具等に対する患者負担の引上げ、年金受給者疾病保険の完全財政調整、同一州内同一種類の疾病金庫間の財政調整など各種の財政対策が実施されるようになった。そしてさらに入院費や補てつ給付費のようにまだ抑制措置がとられていないものについても、早急に抑制策を実施すべく検討が行われている。

以上のような一連の措置により、1976年以降疾病保険の費用の伸び率は低下し（1976年9.3%、1977年4.3%）、1978年には5.3%となっている。このため保険料率は1976年以降ほとんど変わらず（1976年11.3%、1977年11.4%、1978年11.4%）、今後もしばらくこのままで推移するとみられている。疾病保険の給付費の30%を占める入院費が抑制されることになれば、もっと費用の伸び率は低下することもありうる。現在のところ、疾病保険費用抑制法による効果は大きく現われているといえる。しかし、この効果が長期にわたって持続するかどうかは今のところ確かでない。

(4) イタリア

1970年代に入って激しいインフレと経済的不安定のもとで、医療費は著しく増大し、疾病保険の慢性的赤字はますます拡大した。1974～77年における国民医療費の年平均伸び率は18.4%、疾病保険の費用の年平均伸び率は19.0%である。そしてこの期間における累積赤字だけでも3兆2,970億リラ（約1兆2,681億円）に達している。1978年においても単年度で7,750億リラ（約2,981億円）の赤字が生じる見込みである。

このような疾病保険の赤字に対しては、国庫がそれを補てんしてきたが、巨額の赤字（1974年収入の28%、1978年13.6%）を補てんしながら疾病保険方式を維持することは、いろいろな問題が生ずることと、1960年代から目標とされていた総合的な医療保障制度確立のために、1974年から医療保障改革が進められ、1978年12月には「国民保健サービス法」が制定された。そして1979年1月から同法は施行され、新しい制度としての国民保健サービス制度が1980年1月から本格的にスタートすることになった。

新しい制度は、イギリスとほぼ同じ制度で各州に設けられた「地方保健単位」によって運営される。この制度の目的は、全国民に総合的な医療を等しく保障するとともに、医療費を抑制することである。この制度のもとでは、州管轄病院が中心になって入院サービスを提供し、また住民1,500人以下を受けもつ契約医が一般医療サービスを提供する。契約医の報酬は、住民1人当たりの基本手当が住民数に応じて支払われる、いわゆる人頭払い方式で支払われる。基本手当は医師の経験年数と住民の年齢によって異なるが、年平均額は1万5千リラ（約4,200円）である。したがって、最高1,500人の住民を受けもつ契約医は年間2,250万リラ（約630万円）の基本手当を受け取る。このほかに休日手当と辺地手当がある。

このような医師に対する報酬の支払い方式の改革（以前は出来高払い方式）は、医療費抑制の大きな効果をねらったものであり、他の各種抑制措置とともにその効果が期待されている。医師の報酬についての抑制のほかに、病院資本投資の基準を設定すること、病院運営について予算による制約を導入すること、

薬剤費を抑制することなどが新しい制度の中に組み込まれている。

新しい制度のもとでどの程度総合的医療の保障と医療費抑制が可能になり、医療問題が解決されるか、今後の成り行きに注目したい。

