

第 1 章 調査の概要

今回の調査は、はしがきに記したように、フランス、イギリス、西ドイツ及びOECDについて行ったが、それらの調査の日程とインタビューした政策担当者を記すと、次のごとくである。

9月29日・OECD事務総局 ルメルル
(Lemerle) 事務次長

・OECD労働力・社会問題・教育局
ガス (Gass) 局長

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

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

10月5日・イギリス保健社会保障省
リリーホワイト (Lillywhite)
財政局課長

10月6日・ドイツ連邦地域疾病金庫連合会
(Bunderversband der Ortskr-
anken-kassen) オルディ
ゲス (Oldiges) 事務局長
・ドイツ連邦労働社会省 (Bundes-
ministerium für Arbeit und
Sozialordnung) フィッシュ

バッサー (Fischwasser) 局長
ツィペラー (Zipperer) 健康保
険課長

これらの調査を通じて、それぞれ事情は異なるにしても、医療費の抑制について強い関心を抱いて努力していることが痛感された。その努力の方向を要約すると、以下のようにまとめられようかと思う。

1. 各国とも医療費の伸びと経済成長率との関連を重視している。
2. 患者一部負担の強化や薬剤の規制等でそれなりの効果をあげてきている。
3. しかし、病院支出の伸びは大きく、その抑制に重点が置かれ、かなりドラスタックな対応も行われてきている。

また、医師数の増加や病院の新設を抑えるなど、供給面からの対策が重視されている。

4. 保険料の引上げは極力抑える方向にあるが、今後の医療費の動向からみて新たな対策が必要になると思われる。
5. こうした中で、OECDでは国際的な連携の強化を図ろうとしている。

さらに、インタビューの記録を詳しく報告するに先立って、各国別の事情の概要を述べておきたい。

I. フランス

フランスは、償還制を基本とする医療保

第1章 調査の概要

険制度である。ミッテラン政権後大幅な社会保障給付の改善による支出増と、反面、経済の停滞による失業率の上昇に伴う収入減で、社会保障会計は大幅な赤字基調となり1983年末までに300億フランの赤字が見込まれ、1982年9月のベレゴボア計画に基づき強力な収支均衡策がとられてきている。

1. 従来、社会支出（医療、年金、家族手当）の伸びは7～8%、経済成長率5%程度（いずれも実質）で、そのギャップ2%程度の伸びは容認できたが、最近の経済成長率は0～1%となったため、社会支出伸びを2%に止める努力が行われている。医療費については2～3%増を見込んでいる。医療費対策としては、病院、薬剤、医師の3面を考えている。

(1) 病院支出の伸びは20%にも及んだのでその規制を行う。

ア、病院建設

(ア) 既存の病院を近代化し、新病院の建設はせず、その予算で老人施設等の整備を行う。

(イ) 従来から保健地図（1970年）により病床と医療機器を規制し、私的病院が許可なく医療機器（CTスキャナー等）を導入したときは、社会保障の対象としない。

イ、病院予算

各公立病院の予算は全金庫の承認制とし患者数に応じて支払う（1984年1月から一部実施、1985年からすべての公立病院）。

(2) 薬剤は、ビタミン剤等1200種を40%の償還とする（一般の薬剤は70%償還）

（1982年末より実施）。また、薬剤の調剤マージンを33%→32%へ縮小した。

この結果、薬剤の伸びは比較的少ない。

(3) 医学部定員の減（12,000人→5,000人）（実施済）

国立大学が原則であり、医学部定員は毎年国が決定する。

2. 一方、それに見合う財源確保のため、

(1) 被保険者分保険料の引上げ（事業主分は1983年末まで引き上げない約束）（1982年11月実施）

(2) タバコ、アルコールへ課税し医療費財源に充当する。

タバコ小売価格の5%（将来は25%）（実施済）

以上の措置で当面（1983年～1984年）の収支は均衡するが、経済成長の零成長が続けば新たな収支均衡策が必要になる。

3. 償還制を原則としているが入院分は20%を窓口で支払い、残りは現物給付されるなど、全医療費の1/4だけが償還制の対象となっている。なお、高額な検査等の費用（300～400フラン以上）は金庫から医師へ直接払いされることとなっている。これに対し労働組合からは100フランを超える費用については直接払いできるように要望がある（政府は拒否）。

4. 医師ごとに患者数、医療内容を報告させ、平均を逸脱している医師（患者数が多い、労働不能証明書の乱発等）は保険医資格を剥脱することとしている（活動統計表T. S. A. P……医師会と金庫との契約によっている。）。

5. 一般財源からの国庫負担は、一般制度

にはなく、その導入も考えていない（例外、炭坑、船員）。

6. 開業医は、償還制により全額を窓口で支払いを受けるので、償還率の改訂について関心がない。医師としては、医師数の増加による所得、社会的地位の低下を懸念している。
7. 経済活動を行わない者（金持ちで金利生活者：国民の1%程度）は、被保険者としない。

II. イギリス

イギリスは、ナショナル・ヘルス・サービス（NHS）により、全国民を対象とする医療保健サービスを、原則として国の財政負担により行っているが、経済停滞の中で公共支出の抑制が図られ、NHS支出の削減も余儀なくされている。そのため医療供給サイドからの規制を強めており、本年は約80万のNHS職員のうち4,837名の削減が行われることになった（9月30日発表）。これはNHS始まって以来のことである。

1. 医療費は、毎年、人口高齢化により0.7%、技術進歩で0.5%ずつ増えていくことが見込まれるが、予算では0.5%の伸びに抑えていく。このギャップは0.7%あるが、運営の効率化で対処していく。そのための費用抑制としては
 - (1) 病院の費用を予算の範囲内に抑制するキャッシュ・リミット制。
 - (2) 人員抑制
 - (3) 病院抑制
2. NHSには、処方箋料、歯科料金など

に一部負担金があるが、老人、低所得者等適用除外が多く、70%の人は払っていない。

3. (1) 給食費を患者負担にする議論がされたことがある。

(2) 処方する薬剤については、政府では安い薬剤を処方するよう指導しており、高い薬剤を処方すると保健社会保障省が勧告をする。

4. 長いウエイティング・リスト（ヘルニアで6か月）などのため、私的分野は伸びてきており、私的資本が医療部門に入ってきて病院を建設している。ただし、老人、精神又は専門的な分野はやっていない。

また、NHSの病院内での私的病床は拡大してきている。（全患者の4%程度でまだ少ない。）

私的病床が選好されるのは、①入院時期を選べる ②医師を選べる ③良い部屋（個室）を選べる等のためである。

5. 今後の医療の基本は、プライマリー・ヘルス・ケアと小さな病院（300床）である。
6. NHSを社会保険方式に変える議論が保守党内部にあり閣議でも議論があったが、保健社会保障省としては、諸外国の研究もし、最終的には、現行方式を維持することが決定された。なお、世論調査によれば、国民の90%がNHSを支持している。
7. 公共支出抑制のため、医療需要が満たされなくても病院支出を抑制せざるをえず、入院できず乳児が死亡したという新

聞報道もある。

III. 西ドイツ

西ドイツでは、1960年代までは、医療について、給付内容、対象範囲の拡大が図られてきたが、その結果、1970年代には医療費が大きく伸び、費用の伸びと保険料収入の伸びとの差が10%以上となった。そこで、第一次疾病保険費用抑制法を制定（1977年）し、さらに1981年に第二次抑制法を制定するなどの支出の抑制に努めている。

1. 「保険料収入に見合う給付しかしない」という考え方から、医療費の支出伸びを基本賃金の伸び範囲に抑えるため一連の施策を講じた。

(1) 第一次疾病保険費用抑制法（1977年）

その政治的背景として

C D U（キリスト教民主同盟）

自由の保持（利害関係者間の話し合い）

F D P（自由党）

患者負担（医師側を支持する勢力がある）

S P D（社会民主党）

医師の規制（医師側のサービスのコントロール）

当時はS P D、F D Pの連立内閣であったが、政党間の妥協として法的枠組みによる措置（一部負担等：薬剤1処方当たり1マルク等）と金庫、医師会の努力による協調行動（金庫が支払う報酬の抑制：賃金上昇率の範囲内に抑える）を基本とする第一次抑制法が

制定された。

(2) 第二次疾病保険費用抑制法（1981年）

ドイツ経済の成長に伴い、1979-80年に医療費が伸び基本賃金の伸びを上回ったので、第一次抑制法を補足した（一部負担の強化等：薬剤1マルク→1.5マルク等）。

(3) 抑制法の柱は、協調行動（金庫、保険医、労働組合、使用者団体、州などの代表で構成）による保険医に対する診療報酬の抑制にあり、一応の成功を収めたと当局は考えている。

2. (1) しかし、病院については問題が残されている。それは病院についても規制の必要があったが、一連の法律に含められなかった。その理由は、病院の規制は州の権限であり、州の代表が連邦議会に議席を有していて反対が強かったからである。

1982年に病院費用抑制法が制定されたが費用増加を名目賃金の伸び以下に抑えるうえで内容は不満足である。

入院分についても協調行動が勧告するが、実態としてはそれが守られていないようである。

高額医療機器については、病院需要計画に適合しないものには国の補助（1/3補助）がないほか、州病院協会レベルでの調整が必要になる。

(2) 薬剤については、個人の責任に属し保険給付する必要のない4グループの薬剤（カゼ薬等）を給付除外した（本年4月11日）。その結果、消費が75%も低下したものがある。

(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