

OECD諸国における

最近の医療支出抑制策について

香 取 照 幸

(厚生省薬務局経済課)

(前CECD社会労働教育局)

1 はじめに—OECDにおける 医療問題への取組—

OECD(経済協力開発機構)は、西側先進24か国で構成されている国際機関で、加盟国の調和的・持続的経済発展を目指す相互協力機関である。

OECDにおいては、1970年代中葉以降、加盟各国における社会経済情勢の変容とそれに伴う社会保障政策への関心の高まりを背景に、社会保障分野での政策研究が進められてきた。中でも医療政策については、他の分野よりも早く、1977年から本格的な研究が進められてきており、過去5回にわたる専門家会議を経て、既に最終報告書が完成している。

2 OECD諸国の医療支出動向 1960—1985

OECD諸国における医療支出は、1960年から1970年代初頭にかけて急速に増大した。これは、世界規模での好況による経済成長の持続とそれに支えられた加盟各国の積極的医療保障拡大政策によるものといえる。

この間、OECD諸国の公的医療保障水準は飛躍的に向上し、1970年代初頭までに殆どの国で全国民的規模での公的医療保障体制が確立した。これに伴って、1960年—1975年の15年間に、OECD諸国の医療支出の対GDP比は、総医療支出ベースで2.5%→5.4%、公的医療支出ベースで4.2%→7.1%へと大きく増大した(表1)。

1970年代中葉以降、このような医療支出の爆発的増大は一応の収まりを見せ、鎮静化の方向に向かっている。その理由としては、ひとつには、各国の公的医療保障制度の成熟化に伴う医療サービスの量的拡大の鈍化を挙げることが出来るが、同時に、各国がoil-shock以降の社会経済情勢の変容に対応して、いち早くその医療政策を医療支出の拡大から抑制へ、医療サービスの拡大からその効率化へと転換し、様々な医療支出抑制策に取り組んでいったことを挙げることが出来る。

しかしながら、現在なお殆どの国で、医療支出はGDPの伸びを上回って増大を続けており、更に中・長期的な観点からは、人口高齢化・医療技術革新といった内在的増大要因によって、医療支出は今後共増大

表1 医療支出の動向

(1) 公的医療支出の対 GDP比(名目ベース, %)

国名	1960	1965	1970	1975	1980	1982
AUSTRALIA	2.4	2.8	3.2	5.6	4.7	5.1
AUSTRIA	2.9	3.0	3.4	4.1	4.5	4.7
BERGIUM	2.1	2.9	3.5	4.4	5.0	5.2
CANADA	2.4	3.1	5.1	5.7	5.4	5.9
DENMARK	3.2	4.2	5.2	5.9	5.8	5.8
FINLAND	2.3	3.1	4.1	4.9	5.1	5.3
FRANCE	2.5	3.6	4.3	5.5	6.1	6.7
GERMANY	3.2	3.6	4.2	6.6	6.5	6.6
GREECE	1.7	2.2	2.1	2.4	3.5	4.0
ICELAND	2.4	2.8	4.1	6.7	6.7	6.6
IRELAND	3.0	3.3	4.3	6.4	8.4	7.6
ITARY	3.2	4.1	4.8	5.8	6.0	6.0
IAPAN	1.8	2.7	3.0	4.0	4.6	4.9
LUXEMBOURG	---	---	---	5.6	6.6	7.4
NETHERLANDS	1.4	3.2	5.3	6.2	6.8	7.3
NEW ZEALAND	3.3	3.4	3.5	4.4	4.8	4.9
NORWAY	2.6	3.2	4.6	6.4	6.7	6.7
PORTUGAL	0.9	1.2	1.9	3.8	4.2	4.0
SPAIN	---	1.4	2.3	3.6	4.3	4.4
SWEDEN	3.4	4.5	6.2	7.2	8.8	9.0
SWITZERLAND	---	2.3	---	4.7	4.7	---
TURKEY	---	1.0	1.1	---	0.7	---
U.K.	3.4	3.6	3.9	5.0	4.9	5.0
U.S.A	1.3	1.6	2.8	3.7	4.1	4.5
AVERAGE (18)	2.5	3.2	4.1	5.4	5.8	5.9

(出典) OECD "HEALTH OECD:FACTS AND TRENDS 1960-1983"
 OECD "NATIONAL ACCOUNTS"

(注) 1. 該当年の数値がない場合は、直近年の数値を用いた。
 2. AVERAGE(18)はLUXEMBOURG, PORTUGAL, SPAIN及びTURKEYを除く18カ国の平均である。

を続けていくことは必至と考えられる。その意味で、先行き不透明な近時の経済情勢

の下では、今後の医療支出動向について決して楽観視することは出来ない。

海外の動き

表 1 - 2

(2) 総医療支出の対 GDP 比 (名目ベース, %)

国名	1960	1965	1970	1975	1980	1982
AUSTRALIA	5.1	5.3	5.7	7.6	7.0	7.6
AUSTRIA	4.4	4.7	5.3	6.4	7.0	7.3
BERGIUM	3.4	3.9	4.0	5.4	6.1	6.4
CANADA	5.5	6.1	7.2	7.4	7.3	8.2
DENMARK	3.6	4.8	6.1	6.5	6.8	6.9
FINLAND	4.2	4.9	5.7	6.3	6.5	6.8
FRANCE	4.3	5.3	6.1	7.6	8.5	9.3
GERMANY	4.8	5.1	5.6	8.1	8.1	8.2
GREECE	2.9	3.1	4.0	4.1	4.3	4.4
ICELAND	5.9	6.1	8.7	11.4	7.7	7.7
IRELAND	4.0	4.4	5.6	7.8	9.0	8.2
ITARY	3.9	4.6	5.5	6.7	6.8	7.0
JAPAN	3.0	4.5	4.6	5.7	6.4	6.7
LUXEMBOURG	---	---	3.1	4.3	5.0	4.9
NETHERLANDS	4.1	4.7	6.3	6.7	8.6	9.1
NEW ZEALAND	---	---	---	5.7	5.8	5.8
NORWAY	3.3	3.9	5.0	6.7	6.8	6.8
PORTUGAL	---	---	---	6.4	6.1	5.8
SPAIN	---	2.7	4.1	5.1	5.9	6.2
SWEDEN	4.7	5.6	7.2	8.0	9.5	9.8
SWITZERLAND	---	3.8	---	7.1	7.2	7.8
TURKEY	---	---	---	---	---	---
U.K.	3.9	4.2	4.5	5.5	5.7	5.9
U.S.A.	5.3	6.1	7.6	8.6	9.6	10.6
AVERAGE (18)	4.2	4.8	5.8	7.1	7.3	7.6

(出典) OECD "HEALTH OECD:FACTS AND TRENDS 1960 - 1983"
OECD "NATIONAL ACCOUNTS"

- (注) 1. 該当年の数値がない場合は、直近年の数値を用いた。
2. AVERAGE(18)はLUXEMBOURG, PORTUGAL, SPAIN及びTURKEYを除く18カ国の平均である。

3 OECD諸国の医療支出の将来 動向と医療支出抑制策

(1) 総論

医療をめぐる問題は、制度運営・財政運営に関する問題に尽きるわけではない。国民の健康水準の維持・増進という医療（健康）政策の本旨からすれば、医療サービス体制の体系化・保健と医療の総合化・地域医療・老人医療・救急医療といった医療サービス供給、或いは医療資源分配の効率化の局面にこそ、より多くの問題が残されているともいえる。

しかしながら、現実には、医療をめぐる問題は先ず以て医療をめぐる財政問題、特に公的医療保障制度の財政運営の問題として現出してきた。

財政対策としての医療支出抑制策は、公的医療保障制度の財政状況が悪化し始めた1970年代半ばから、加盟各国において様々に試みられてきているが、先ず行われたのは保険料等の引上げ、特定財源の手当て、財政調整といった財源対策、そして給付率の引下げ、給付内容の制限（保険外負担の拡大・自由診療の拡大）、一部負担の引上げ、診療報酬の抑制、薬剤の価格・処方制限、私保険の導入・奨励といった支出（給付）抑制策であった。

こういった対策は導入当初は一定程度の効果をもったが、その多くは対症療法的なものであり、その効果は極めて短期的なものでしかなかった。他方、長期化する経済停滞の下で、各国政府はおしなべて財政赤字の増大に苦しんでおり、また国民の租税・

社会保障負担も限界に達しつつあったことから、内在的増大圧力により不可避免的に増大する医療支出を、こういった財政面或いは支出面での対策のみによってコントロールしていくことは最早極めて困難なものとなっている。

(2) 80年代の医療支出増大要因分析

人口高齢化圧力と医療技術革新は、80年代以降の医療支出の増大を規定していく最大の要因であると考えられるが、今後の医療政策を考えて行く上では、今後予想される医療支出の構造変化・医療サービスの質的变化をある程度ミクロ的に分析し、政策立案上の主要課題を明らかにしていくことは極めて重要である。

80年代以降の医療政策を考えて行く上での主要な問題点は、主に以下の4点にまとめることが出来るであろう。

1 医療サービス分配の不均衡

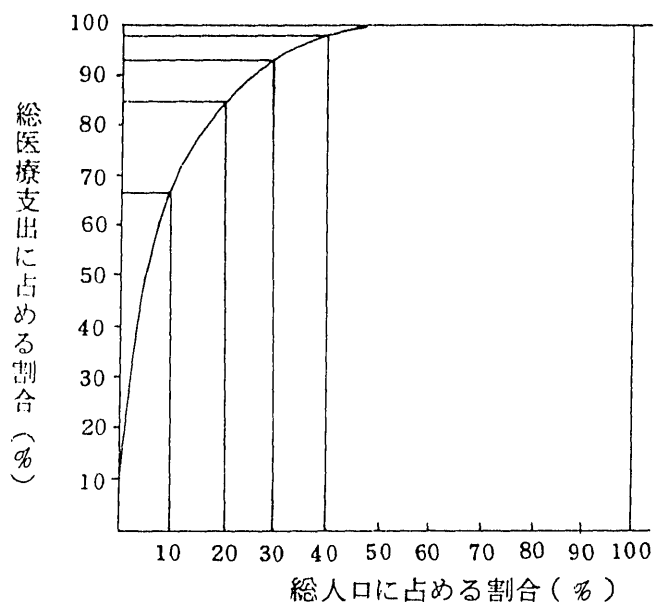
人口高齢化と医療技術の進歩によって、医療支出は入院ケア—特に老人・重篤患者・終末期患者のためのケアにますます集中していく傾向にある。

フランスにおけるデータによれば、人口の4%の重篤患者が総医療支出の50%を消費しており、また終末期患者が死の直前6か月に消費する医療支出は、国民一人当たりの年間医療支出の10倍になっている（表2）。同様のデータはアメリカ・カナダ等においても報告されている。

また、65歳以上老人にかかる医療支出は、加盟各国共ほぼ65歳以下人口の場合

表 2 医療支出の偏重

フランス 1970年



(出典) OECD OECD/SME/SAIR/HP/84.01 PART-1
(LA CONSOMATION MEDICALE Andre et Arie Mjzrahi)

(注) 基礎データは1970年のフランスにおける3カ月間の総医療支出についてのデータである。

の4-6倍程度となっており、この数値は加齢と共に急速に増大していく(表3)。

このような事実は、ひとつには人口高齢化に伴う疾病構造の変化—ガン・循環器系疾患等の慢性疾患，成人病の増加—の反映であり，また終末期ケアを中心に急速な進展を遂げている医療技術革新の成果(?)でもある。とするならば，このような医療サービス配分の偏重傾向は今後一層進んでいくものと考えられる。

表 3 高齢化と医療支出

(1) 65歳以上人口の一人当たり公的医療支出の64歳以下人口の一人当たり公的医療支出に対する割合

国名	入院ケア	外来ケア	ナーシングホームケア
JAPAN* (1981)	6.2	5.2	
U.S.A.* (1980)	3.1	2.3	30.1
FRANCE (1978)	5.0	2.0	
U.K. (1978)	4.0	1.1	
FINLAND(1976)	5.0	2.2	

(出典) OECD SME/SAIR/HP/81.03

U.S. Department of Health and Human Service:
HEALTH UNITED STATES 1983

厚生省統計情報部 昭和56年度国民医療費

- (注) 1. JAPANとU.S.A.については総医療支出ベースで算出。
2. JAPANについて公的医療支出ベースで算出とした場合、公費負担・生活保護等を加えた公的医療保障全体の実質給付率を65歳以上96%，64歳以下83%と仮定すれば数値はそれぞれ7.2、6.0となる。
3. U.S.A.については、64歳以下の人々に対する包括的な公的医療保障制度が存在しないので、公的医療支出ベースでの比較は困難である。

2 医療サービスの対費用効果への関心の高まり

このようなサービス配分の特定階層への集中と同時に、医療サービスは今後ますます高度化・濃密化し、そのコストも高額化していくものと考えられるが、そ

表 3 - 2

(2) 年齢階級別一人当たり総医療支出分布

年齢階級	JAPAN (1981政管健保)	AUSTRALIA (1981)
0-15	0.38	0.36
16-24	0.49	0.50
25-39	0.74	0.68
40-49	1.11	0.68
50-54	1.59	1.01
55-59	1.78	1.47
60-64	2.11	1.87
65-69	2.64	2.34
70-75	3.48	2.73
75-		6.86
AVERAGE	1.00	1.00

(出典) OECD SME/SAIR/HP/81.03
厚生省 政府管掌健康保険医療給付
実態調査

れに伴って、医療サービスの持つ治療上・経済上の効率性、対費用効果分析 (cost or clinical efficiency and cost-benefit analysis) に対する関心が高まっていくものと考えられる。

医療資源の有限性、経済社会の負担能力の限界が見えてきた今日、医療サービスを経済学的に分析し、その効率性を論じる試みは急速に盛んになりつつある。医療が人間の生命に関わるものであるという意味で単なる経済分析の対象とはなりえないものであることは事実であるが、社会・経済の全体バランスを無視して肥大していくことができないこともまた事実である。今日まで築いてきた公的医療

保障の実質的水準を損なうことなく、また制度全体の崩壊を回避しつつ、有限の医療資源を可能な限り有効に利用していくために、より厳格できめ細かい対費用効果分析が今後ますます重要となっていくであろう。

3 疾病構造の変化 — 慢性疾患の増大と社会的要因による疾病

(Socially induced diseases) の増大

感染症に対する現代医学の勝利がほぼ決定的となった今日、先進諸国の医療ニーズの中心をなすものは、ガン・循環器系疾患等を中心とした慢性疾患・成人病と社会的要因による疾病である。

社会的要因による疾病とは、個人レベル・社会レベル双方における現代人の生活パターン一般に起因する一連の疾病 (傷病) を指し、具体的にはアルコール・タバコの濫用に起因する呼吸器系及び消化器系の疾患——肺ガン・肝硬変・肝臓ガン等——、薬物中毒、精神障害、交通事故などである。

こういった疾病に対しては、従来の伝統的な医療サービスの手法は必ずしも十分なものではなく、健康の保持・疾病予防という観点からの日常的な保健サービスの意義がますます重要となる。

その意味で、単に医療支出抑制という観点からのみならず、医療サービス供給全体の効率性という観点から、疾病治療・施設収容中心のサービスから日常的な健康管理を目指した疾病予防・地域社会志向型のサービスへと、供給体制を改革

していくことが求められている。

4 医療技術開発の振興とコントロール (Medical technology assesment)

近年の医療技術の急速な発展はOECD諸国共通の現象である。医療技術の進歩が人々の健康水準の向上に果たしてきた役割にはめざましいものがあり、将来的にも更に一層の進展が期待されている。

ME機器(Medical electronics equipments)の開発・導入、Bio-technologyの進歩による新薬の開発など、医療技術革新による医療サービス水準の質的向上を引き続き推進していくことは、今後の医療政策にとっての基本的な課題のひとつであるが、同時にこのような技術革新を可能な限り合理的・効率的に医療現場へ導入していくよう適切なコントロールを行っていくこともまた極めて重要である。

このことは、限られた医療資源の適正かつ効率的な分配と、それを通じての医療支出の効率化という、今後の医療支出抑制策の基本的方向性と合致するものであるとともに、より有効でより効率的な供給による医療サービスの対費用効果の最適化というもうひとつの医療政策の基本目標にも資するものである。

その意味で、政府部門には、望ましい医療技術開発に対する積極的な振興・援助策と、その実用化に対しての適切なコントロールとが強く求められている。

このような情勢下で、80年代に入って加盟各国は、中・長期的な視野に立ったより効果的な医療支出抑制を図るべく、公的医療保障体制全般についての包括的・抜本的な見直しに取組み始めている。

近年のOECD諸国の医療政策に見られる共通の方向性としては、まず第一に、公的制度の財政運営面に偏してきた従来の医療政策から脱却し、人的・物的な医療資源総体のマクロ的な効率配分という観点から、保健サービスや福祉サービスまでも包みこんだ、広い意味での医療サービス供給部門全体の見直し・再編を進め、それによって将来の医療需要の多様化・医療サービスの質的变化に対応していこうとしている点があげられる。

そして、第二に、より重要な点として、このような改革が医療サービス供給部門における政府部門・公的部門の役割の強化という基本的流れの中で、医療サービス供給の計画化、公的コントロールの強化という形で進められている点をも見落としてはならない。

いずれにせよ、80年代のOECD諸国の医療政策の中心課題は、医療サービス供給体制の改革ということが出来るが、現在加盟各国で進められている医療供給サイドでの支出抑制策は、大別して以下の3点にまとめることが出来ると思われる。

- 医療施設に対する投資規制、新規設備の導入規制、新鋭医療機器の計画配備・共同利用の推進等医療供給の計画化

(3) OECD諸国の医療支出抑制策

病床数の規制は、既に殆どのOECD諸

国において実施されており、病床数の過剰が問題となっている国では、増床規制のみならず既存病床の削減も実施されている。その他にも病院施設の拡張・新規設備の導入に対する承認制の実施、高度医療機器の計画的導入、地域ごとの医療受給計画の策定とそれに基づく医療供給施設の体系化など、主に病院の設備投資に対する規制を中心に、医療サービス供給能力に対しての公的コントロールが進められようとしている。

また、従来から進められている病院医療支出の効率化、病院経営の合理化も引続き進められており、フランス等病院医療費について入院実績単価積上方式

(Prix de journée 方式—一種の出来高払方式)を採用していた国々の多くが各病院ごとの総額支払方式(Budget Global 方式)へと医療費算定方式を変更する等、支払サイドからの医療サービス供給合理化の試みも引続き進められている。

• 代替的ケア(Alternative Health Care)の推進

人口高齢化・慢性疾患の増大等に伴い、伝統的入院サービスに代わる、より効率的・合理的なケアを開発・導入していくことがOECD諸国の共通の方向性となっている。

具体的には、入院ケアに対するサービス需要の変容に即した、治療機能よりも看護機能により重点を置いたナーシングホーム(Nursing Home)、長期療養病

院・病床(Long-Stay Hospitals, Long-Term Beds)、デイホスピタル(Day-Hospitals)等のいわゆるライトケア(Light Care)施設の充実・強化、在宅でのケアの拡充のための在宅看護サービスシステムの開発、マンパワー(在宅看護サービス要員、地域保健婦等)の養成等が進められている。

このような流れは、地域社会、特に地域における福祉サービスとの連携による「福祉と医療の総合化」を目指したものといえるが、そのためには、制度面のみならず、サービス提供システム全体の体系化が不可欠であり、この面での改革が今後OECD諸国においても進んで行くものと思われる。

また同時に、日常レベルでの健康増進、疾病予防の強化といった観点からのプライマリーケア・保健サービス活動の強化もまた共通の方向性となっており、この面でも「施設から地域へ」という共通の流れが見られる。

• 医療従事者養成計画の見直し

1970年代中葉までの医療サービス拡大期には、医療従事者、特に医師の不足が大きな問題となり、これに対して加盟各国は積極的に医療従事者の養成に取り組んできたが、その結果、近時では逆に、医師の過剰が医療支出増大要因として問題視されるに至っている。現在では、日本、ベルギー、イタリア等少数の例外を除いて、殆どのOECD諸国は医師数の増加を

海外の動き

抑制する政策を採っており、医科大学への入学定員の抑制・削減、外国人医師の流入規制等を行っている。

他方、加盟各国では、医師を含む医療従事者の専門分化・多様化・階層化が進む傾向にある。例えば医師について見れば、多くのOECD諸国で、医師は一般医（General Practitioners）と専門医

（Specialists）とに分けられており、専門医は専門ごと或いは技量の程度によって更に細かく分化している。またO.T., P.T.等に代表されるCo-Medical Staffについても、近時様々な新職種が登場してきており、医療の現場における役割も、ますます重要なものとなってきている。

これは、人口高齢化や医療技術革新等により、医療サービス需要の多様化が進み、従来あまり重要視されてこなかった看護サービス、リハビリテーション、在宅ケアといった新しいサービスへのニーズが高まったことや、医療サービス需給がある程度の均衡点に達したことから、医療サービスの差別化或いは医療供給主体の選別化が進んだことによるものと考えることができる。

長期的な傾向としては、人口高齢化の進行による老人・障害者等にかかる専門的医療分野の発展、プライマリヘルスケアの拡大・充実等、医療に対する需要は今後とも質・量両面で拡大していくことが予想され、総体としての医療需要は漸増の傾向にあるといえる。

医療従事者についての全体的な養成計画についての加盟各国の取組みはまだ十

分なものとは言えないが、各国共、専門化・多様化という医療従事者全体の傾向をふまえながら、今後の医療ニーズの動向に即した医療従事者（医療専門職種）の養成計画の策定に取り組んでいる。

4 おわりに—日本の現状に引きつけて

日本では昨年、被保険者本人に対する初めての定率一部負担の導入を含む健康保険制度の抜本的改正が行われた。この定率一部負担（10%）による医療支出抑制効果がかなり強力なものであったことは、本年7月の厚生省の発表等により明らかになっている。

他のOECD諸国に比べれば、日本の医療費問題は現段階ではまだそれほど深刻なものではなく、また経済情勢も良好であることから、今回の改正により、当面、医療費問題は一応の解決が図られたといえることができるであろう。

しかしながら、他のOECD諸国の経験が示すように、一部負担は典型的な需要面からの医療支出抑制策であり、その効果は短期的なものであって、早晩より抜本的な費用抑制策が求められることとなる。

特に日本は、アメリカと並んで、OECD諸国の中で最も私的な医療供給システム（私的医療機関優位の自由開業医制）を採用している国であり、現段階では医療支出抑制という観点からの医療供給サイドでの用している国であり、現段階では医療支出抑制という観点からの医療供給サイドでの規制は事実上行われていないに等しい。

他の加盟各国が経験したことのない急速な人口高齢化を経験することとなる日本にとって、医療支出増大の問題は決して過去の問題ではなく、将来に向かってますます重要性を増していく問題である。

今後共日本は、他のOECD諸国よりも一層抜本的で強力な医療支出抑制策を、長期的な視野に立って引続き立案・実行していく必要があるというべきである。