

労働研究所



先進国における医療制度

報告者：中澤秀一 主任研究員

前回は経済団体の社会保障プランと労働団体の社会保障プランとを比較し、わが国の社会保障制度における個別の制度や財源について研究を進めてきました。特に年金、医療については、参加者からの要望もあり、春闘の制度要求として政策提言に取組めるものとして発表してきました。

世界の中では経済大国といわれながらも、今の社会保障制度は厳しい環境におかれており、その原因が何であるかを解明することが求められています。とりわけ先進国との差異が生じるのは、何故なのか、また、この先進国からの遅れをどうしたら追いつけるのかを模索することです。そこで、今回は先進国における医療制度についての発表を中澤主任研究員にお願いし、比較検討をしていきたいと思います。

1 アメリカ：民間保険主流

(1) 全般にわたる施策
自己責任を重視する国情を反映し、先進国で唯一、国民全体を対象とする公的医療保障制度がない等、他の先進諸国と比べ、社会保障制度が果たす役割は小さい。その結果、民間医療保険や企業年金などが発達しています(無保険者が多数存在し、国民皆保険制度はない)。
・民間医療保険(健康保険)は、保険料が高く低所得層は加入できない。

(2) 医療制度

民間保険が主流で、公的医療保険制度として高齢者及び障害者に対するメディケア(全人口の13%)、及び低所得者に対する公的扶助のメディケイド(同12%)がある。共に、社会保障税を主たる財源としています(公的扶助として25%ぐらいはカバーしているが、75%はカバーできてない)。
・課題としては、国民の15%程度(4500万人)による「無保険者」

が存在し、国民医療費は、民間で医療費を賄っているにもかかわらず、P比で13・9% (2001年)で他国と比較して最も高くなっています。以下、公的な2つの医療保険制度についての説明をしていきます。

07年2月16日 (金)

(3) メディケア：高齢者医療保険制度(1965年社会保障法の一環として設立)は、対象資格について、65歳以上の年金受給者(65歳未満の障害者、終末期肝腎疾患患者)が加入できる高齢者の公的医療保険制度。保険料率2・9%(労使折半で自営業者2・9%負担)、です。メディケアは2つの分野から構成されています。

・A 病院保険(パートA)は、入院した際などに発生する病院に対する入院費用を保障する分野で次のようになっています。入院患者サービス、ナーシングホーム・サービス、結核・精神病院サービス、ホスピスケア、在宅医療サービス、などが対象となっています。

・B 補足的医療保険(パートB)は、医師による診療と病院保険が対象としていないその他多くの医療サービスや備品の費用を補助し、任意加入プログラムとなっています。(月額187・31ドル支払えば、任意加入も可能) (4) メディケイド：医療扶助制度(1965年社会保障法の一環として設立)、連邦政府と州政府が共同出資する低所得層向けの「医療扶助」のことです。メディケイドの対象者は、強制的加入貧困者(母子家庭、妊産婦、SSI受給者(低所得年金者)、

任意的な制度対象者)よりも高く、一般的な人より貧困層)、医療的貧困者の3つに分けられています。このよつなアメリカの医療制度ではあるが、7人に1人が医療保険をまったく持たない無保険者が存在していることを理解することが必要不可欠であります。

(5) 近年の改革

そこでアメリカの医療制度の改革を見ていきますと、1983年「レーガン政権下の改革として診断別所定報酬支払い方式の導入を実施しています。これは、メディケアの入院患者をいずれかの診断群に分類し、実際に消費された医療資源の多寡にかかわらず、あらかじめ定まった額を支払うことにより、医療機関に効率的な運営を行うこととするインセンティブを付与することになります。

これにともなう、医療費の高騰を抑えるために1980年代後半にマネジドケアの普及となっています。マネジドケアとは、保険者(民間保険会社)と医療機関がサービス内容や費用について契約等を行うことにより、医療費の抑制、受診行動の適正化、患者の健康維持、医療内容の合理化等を組織的に行う仕組みの普及を図ること。具体的には、医療内容への第三者(保険者)の介入、医療の診断やサービスをコスト管理、定額制を中心とする支払い方式、予防・健康増進の積極的取り組みなどです。

1997年には、クリントン政権下において均衡予算法で次のような改革を実施しています。
財政赤字の解消に向けて大幅な診療報酬のカット、メディケア当におけるマネジドケアの活用、無保障の児童に対する医療保険加入の促進等となっています。

2 イギリス：NHS(医療保障制度)による原則無料サービス

イギリスでは、医療等の現物給付は税財源中心、年金・失業給付等の現金給付は保険料財源を中心として、一定の要件を賄われて



いるが、近年は中低所得者層を対象に税財源を重点的に投入する傾向です(原則的に無料となっている)。
(注：NHSとは1948年からイギリスで実施されている医療費原則無料の国民医療保障制度。16歳から年金受給年齢(女60歳・男65歳)まで強制加入、所得に応じて保険料を払う。当初は旅行者まで無料でサービスを受けられましたが、現在は1年以上滞在予定の人が対象になる)。

(1) 医療制度
1948年に創設された国民保健サービス(NHS)により、全ての住民に疾病予防やリハビリテーションを含めた包括的な医療サービスを税財源により原則無料で提供しています。なお、眼鏡や一般歯科等はNHSから除外されている。さらに課題として、2点挙げることが出来ます。

まず、国民は救急の場合を除き、予め登録した一般家庭医の診察を受け、必要に応じて、一般家庭医の紹介により病院の専門医を受診することはできないと、自由に受診することはできないとされています(日本の場合、医師の選択の自由があり、自由に受診できる)。

入院や手術の待機の長期化になっています(2003年は、90万人が手術の待機)。
特徴として医療費は、総医療費の対GDP比は8・8%(日本は9・9%)で先進国中でも低位となっています。
(2) 財源について
税負担による国庫負担は、8割強となっており、保険料(国民保険制度からの繰り入れ)が1割強となっています。

(3) 近年の改革
1991年にサッチャー政権下で「競争原理の導入を通じ、医療費の伸びを抑制しつつ、NHS運営管理の効率化を図る」としてNHSの改革を実施しました。次のようなものです。

予算管理家庭医(GPファンドホルダー)の創設により、一定の要件を



満たす家庭医が、病院サービスの購入費等に付き一定の財源を管理し、病院と個別交渉の上、直接契約できるようにする(疾病予防の強化、費用が安く待ち時間が短い病院との契約に積極的になる)。

従来、行政がNHS病院を直営していたが、契約制に切り替え民間病院との契約を促進する。NHSトラスト病院の創設で、一定の要件を満たす病院が、独立採算制で自由に運営できるようにした等でありました。

1997年にブレア政権下のNHS改革とは、「競争政策の行き過ぎを是正し、サービス内容に平等性と医療の質を確保」を次のように実行したことです。どの家庭医に登録したかにより、サービス内容に不平等が生じたことから、GPファンドホルダーを廃止し、代わりにプライマリ・ケア・グループを創設したことです。

(注)プライマリ・ケアとは、国民のあらゆる健康、疾病に対し、総合的・継続的に、そして全人的に対応する地域の政策と機能と考えられている。次にドイツについて報告していきます。

3 ドイツ：公的保険の疾病金庫

ドイツでは、医療及び介護保険は、保険料財源が基本です。年金については、保険料財源と税財源で賄われているが、近年は保険料の急激な上昇を抑えるため税財源を投入する傾向があります。

(1) 医療制度について
日本のように国民皆保険制度ではなく、2つの公的保険に分けられています。

「一般制度」：労働者、年金受給者、学生等が対象となっています。「農業者疾病保険」：自営農業者を対象としています。自営業者と一定以上の年収（西独地域で年7万3800マルク、邦貨換算で約540万円）を超える労働者は任意加入であり、民間医療保険に加入することを条件に公的保険への強制加入から外されています。また、無保険者が0.1%存在し、保険の必要もない富裕層です。

(2) 公的保険の保険者「疾病金庫」 自治体直営ではない。運営は地区、企業等を単位とした設置の公法人たる疾病金庫（413金庫：2004年）を保険者とし、当事者自治の原則で運営されています。当事者自治の原則に従い、税による補填は原則行われていません。疾病金庫には様々な金庫があり、国民が自由に選択できることになっています。

そこで日本との保険者の対比をしてみると理解しやすいです。

- ・ 地区疾病金庫 (AOK) : 市町村国保及び政管健保に相当
- ・ 企業疾病金庫 (BKK) : 健康保険組合に相当
- ・ 同業者疾病金庫 (IKK) : 国民健康保険組合に相当
- ・ 職員代替疾病金庫 (AEK) : 国民健康保険または各種共済組合に相当

(3) 保険料率：各疾病金庫ごとに定められています。つまり、保険は保険料で運営され、国や自治体の公費からの補助はないのです。そこで保険料率は、報酬額の平均13.3%で、労使折半で負担する仕組みです。

(4) 診療報酬は出来高制ではなく、診療報酬は「団体総額請負」制をとっています。各金庫と保険医協会とが毎年請負契約を結び、受診率の如何を問わず、総額を支払っています。保険医協会は、その額を出来高に応じて各医師に按分しています。

(5) 近年の改革

ドイツにおける医療保険分野では、患者負担の引上げ等の需要側の改革を進めてきたが、90年代に入ってから、保険者や医療供給に踏み込んだ、より構造的な改革

（被保険者による保険者の選択の拡大とリスク構造調整の導入、総枠予算制の導入、入院診療報酬制度の改革、保険医定年制の導入等）を実施しています。

・ 1989年：医療保険構造改革法「コール政権下の改革（患者負担増の導入）」

患者負担の引き上げ（入院時）、参照価格制導入：薬価において成分・効能が同じ薬をグループ分けして参照価格（上限）を決め、その価格までは保険で支払われるが、これを上回る分は患者が負担するという制度です。

・ 1993年：医療保険構造法（総枠予算制と保険者機能の強化）

病院医療費、開業医の診療報酬・外来薬剤費の各分野ごとの伸び率を賃金上昇率の範囲内とする総枠予算制導入、リスク構造調整導入（年齢構成・性別・家族数・被保険者の収入に着目）、疾病金庫選択権の拡大等の改革を行っています。

（注）：保険者である疾病金庫間の財政を調整するシステム（年代間の負担の調整）

・ 1997年：医療改革（患者負担の引上げと民間保険的要素の導入）

患者負担の引上げ（医薬品患者負担、入院時定額負担）、給付を受けなかった被保険者への保険料の還元、現物給付と償還払いとの選択制の導入等の民間保険的要素の導入等の改革です。

・ 1999年：公的医療保険連帯強化法「シュレーダー政権下の改革（支出抑制）」

患者負担の引き上げ（医薬品）、病院医療費、開業医の診療報酬・外来薬剤費支払方法の予算枠復活（上限額の設定）等であり、ドイツにおける医療制度は、医療費の上昇にもなう制度改革を引き続き実施していることがうかがえます。



4 フランス

フランスでは、年金、医療等の主要分野は保険料財源が中心だが、近年はドイツと同様税財源を投入。付加価値税率が高かつ

たため、社会保障に係る税財源としては、勤労所得や資産性所得を対象とした賦課ベースの広いCSG（一般社会拠出金）を91年度に創設。家族手当、年金及び疾病保険の保険料引下げ等に充当しています。

(1) 医療制度：法定制度として職域ごとに強制加入の多数の制度がある。

「被用者制度」「一般制度」と「特別制度」に分けられる。「非被用者制度」：自営業者・聖職者用。「農業制度」等となっています。特徴は、「一般制度」に国民の80%以上が加入しています。国民の99%が保険でカバーされており、退職後も就労時に加入の職域保険に加入し続けることになっています。

(2) 保険者「疾病保険金庫」

各職域保険の管理運営機構として「疾病保険金庫」が設置されていて、この財政上の自治権を有する「疾病保険金庫」が拠出金の使われ方を管理しています。その特徴は、労使協調管理という体制になっています。このことは、フランスの社会保障制度「労働者同盟のために創られたものであることが発端となっています。

(3) 保険料率と財源

現在は、13.55% = 12.8% (雇主負担) + 0.75% (被保険者拠出) となっています。以前は、12.8% + 5.5% (被保険者拠出) = 18.3%であった。

・ 国庫負担（一般拠出金CSG）が財源（約3分の1、県負担が約3分の2です）

(4) 近年の改革の推移

・ 1991年：「一般福祉税（一般社会拠出金）」CSGを創設。1997年：CSGの税率引き上げによる疾病保険料の引下げを実施。税率（2.4%）引上げて疾病保険料率（8.5%）引下げ。1998年：CSGの税率（3.4%）引上げ、疾病保険料率（5.5%）引下げを実施。2000年：「普遍的疾病給付」を創設。低所得者及び無保険者（外国人を含む）を対象に疾病保険の適用を拡大し、保険料及び患者負担も一定の条件で公費から支給することになっています。

フランスでは、こうした改革を進めているが、医療保険については患者負担の引上

げや医療費抑制等の施策を講じてきているが、依然として赤字傾向が続いています。なお、たばこ消費税、アルコール消費税、医薬品広告税などが、医療保険財源に充当されています。

5 スウェーデン：税による保健サービスが中心

スウェーデンでは、福祉や医療については税財源を中心に、年金等については保険料財源を中心に賄われているが、既に税負担等の水準は世界最高水準にあり、また、90年代初めの経済危機により国や地方の財政が厳しい状況にあったことから、90年代に様々な社会保障改革を実施してきました。特徴としては、総医療費の対GDP比は2%と高くなっています。

(1) 国民保健サービス：国民保健サービスは、基本的に広域自治体（日本の県に相当）が医療施設を設置、運営し、費用は広域自治体の税収（主に住民所得税）及び患者一部負担によって賄われる仕組みとなっています。患者自己負担の水準は「保健医療サービス法」において設定された全国的な上限額の範囲内で原則的に各広域自治体が設定しています。

(2) 医療保険制度

保険者は国であり、対象は、16歳以上の全国民（16歳未満は両親を通じて加入）となっており、また、一年以上滞在の外国人も加入できる制度となっています。

給付の種類：医療給付の保険料は0%で自己負担については、入院は1日80クローネ（約1,300円）を上限とし、外来では、900クローネ（約14,000円）を上限とし、薬剤は1,300クローネ（約20,000円）を上限とする。現金給付については、傷病手当金は従前賃金の75%を保障しています。保険料率は7.5%（事業主負担）となっています。

(3) 近年の改革

医療制度改革について、取組みの推移をみていきます。まず、1990年代で

は、どこを中心に改革されてきたかと言いますと、医療の供給と財政の分離による市場原理の活用と規制緩和、さらに地方分権の推進を実施したことです。

・ 1991年：待機解消保障制度を実施。医師が指定された手術等の必要性を認めたら3ヶ月を経過しても待機状態にある場合、病院に対する支払いを行わないこと。

・ 1992年：県による類似市場・内部市場の導入を図る。つまり、医療供給に市場原理を導入しています。1995年には、約半数の県で実施され、具体的方法は県毎に異なった対処をしています。ストックホルムモデルとして、県からの総額予算方式で運営されていた病院について、DRG（注）により診察結果に応じて定額払いとし、患者は居住保険地区の内外の医療供給者を自由に選択し、各保険地区は、サービスの範囲、価格等について病院と毎年契約を締結しています。

（注）：DRGとは、診断群分類と呼ばれるおり、特定の診断に係る医療資源の費消水準を統計的に処理し、類似する診断をグループ化したものを言います。各国の医療費の支払方式と連動して活用されています。

エーデル政策（老人医療福祉統合改良政策）の実施：一定の高齢者サービス（ナッシングホーム、訪問看護の一部等）の実施責任を県からコミュニティ（市町村）へ移管した。このためコミュニティ（市町村）が高齢者の社会的入院費を負担することとなり、是正に向けた取組みを実施しています。

このようにスウェーデンは、福祉や医療における制度は世界最高水準となっており、近年の改革は、財政の悪化から様々な改革が実施され、その水準は維持していることが窺えます。以上で中澤主任研究員の発表を終えました。

今後の日程

・ 4月5日(土) 13:00~受付

・ 会場：静岡県産業経済会館第1会議室

・ 学習講演会「アメリカ合衆国の格差と貧困とのたたかい」

講師：仲野組子氏（同志社大非常勤講師）

