

❖ 地域の医療介護入門シリーズ

地域の医療と介護を知るために—わかりやすい医療と介護の制度・政策— 第2回 日本の医療制度はイギリスやアメリカと違う？

前回、日本の医療制度の特徴として、①国民皆保険、②フリーアクセス、③開業の自由、④民間医療機関中心の医療提供体制の4つを挙げて、日本では当然であるこれらのことが、他国では必ずしも通用しない、ということを書きました。今回は、このことを詳しく説明したいと思います。

1 世界の医療制度の3つのタイプ

世界各国の医療制度は、一般に、財源とサービスの提供という面から、3つのタイプに大別されることが多いです^{注1)}。

1つは「国営システム」。税を財源として、広く国民一般に、ほぼ無料で医療サービスを提供する制度です。この場合、一般的に医療機関も公的医療機関中心です。代表的な国は、イギリス北欧諸国等です。

2つめが「社会保険システム」。国民の多くが医療保険に加入し、その保険料を医療費の財源としている国です。医療機関は開業が自由で、国民による医療機関の選択も自由なのが一般的です。代表的な国は、日本、ドイツ、フランス等です。

3つめが「民間保険システム」。アメリカの医療の仕組みです。公的な医療保障制度は、高齢者等を対象とする制度と生活保護受給者を対象とする制度の2つだけです。国民一般に対する公的医療保障制度はなく、多くの国民は、民間保険に加入しています。被用者の場合は、企業が保険料を負担して、従業員に民間保険を提供していることが多いです。

2 国営システムの代表国「イギリス」の医療制度

1つめの国営システムの代表例であるイギリスの医療制度を見てみましょう。

(1) イギリスの医療制度の概要

イギリスでは、外国人も含め、イギリス国内に住所を持つ人は、みな、地域にある近くの診療所に登録します。そして、病気になったり、けがをしたときは、まず、登録をした診療所に行き、診察をしてもらいます。登録をしていない診療所や病院に直接行っても、受け付けてもらえません。

そして、その登録した診療所の医師が、この患者を診察して、入院が必要とか高度な専門医療が必要と判断したら、その医師は病院を紹介し、紹介状を書きます。患者は、その紹介状を基に、病院に予約をし、病院で受診します。日本人が聞くと、なんと面倒くさい、それなら最初から大病院に行くよと思うでしょうが、イギリスではそれは認められません。大病院に行っても、診療所の医師の紹介状がなければ、受け付けてもらえないのです。

どうしてそのようなことをしているのでしょうか。それは、診療所の医師と病院の専門医が、機能分担、役割分担をしているからです。診療所の医師は、自分に登録をした患者についていろいろ健康に関する相談にのり、ふだんから健康管理をする、いわば「家庭医」の役割をし、病院の専門医は高度な医療、専門的な医療を担当する。こうした役割分担が制度としてできているのです。ですから、住民は、いきなり病院に行くのではなく、まず診療所に行くことを求められるのです。

このように、イギリスでは、患者にとってフリーアクセス、つまり医療機関・医師の選択の自由が認められていません。

また、診療所開設も自由にできるわけではありません。

さらに、病院はすべて国営病院です。病院で

働く専門医はすべて公務員で、国から給料を受けて、病院で診療を行います。そして、診療所医師の報酬はというと、基本的に、登録をした住民1人当たり年いくらという診療報酬を国から受け取ります。その額は診療内容によって変わるわけではありません。そして、患者は、基本的には、窓口負担はありません。

このようなイギリスの医療制度は「National Health Service : NHS」と呼ばれています^(註2)。

(2) NHS制度のメリット

こうしたイギリスの医療制度には、どのようなメリットがあるのでしょうか。

第一に、イギリスでは、医療の費用は基本的に税金で賄われ、患者は、保険料負担はなく、また基本的に窓口負担もありませんので、医療費の負担を全く気にしないで、医療機関で診療を受けることができます。こうした仕組みのため、イギリスには、公的な医療保険制度はありません。

第二に、病院や診療所が、都市部に集中して農村部には不足するということがないように、国によって全国各地に計画的に整備されるので、どこに住んでいても、地元で医療を受けられるようになります。

第三に、先ほど触れましたように、診療所の医師は、住民の健康管理をし、病院の専門医は高度な医療、専門的な医療を担当することにより、特定の病院に病気の種類や重さにかかわらず患者が集中することがない、ということです。

ここまで説明すると、素晴らしい制度ではないか、と思われるかもしれませんが、実際、イギリスの医療制度を絶賛する人もいます。しかし、制度というのは、いい面だけでなく、必ず問題もあるのです。

(3) NHS制度のデメリット

イギリスの医療制度は税金を財源としていると言いましたが、税金のうち、どれだけの額が医療に使われるかは、財政状況によって違ってきます。

イギリスは、第二次世界大戦後、不況に陥り、

税収も減っていきました。そのため、医療に使われるお金も削減され、病院の設備の整備は予定どおり進みませんでした。医者等の人件費も削減されました。その結果起こったことは、診療所の医師から紹介された患者が、病院への入院を何カ月も待たされるということが普通になってしまったという事態です。また、医師や看護師の給料も引き上げできず、そのため、医療関係者のストライキが頻発する、といったことも起こるようになってしまいました。

3 社会保険システム

日本がそうであるように、このタイプの国では、国民は、自分の選択で、どの医療機関を受診することもできます。また、医師もどこでも開業できます。実際は全く自由というわけではありませんが、イギリスのように自由のない国とは違います。医師の診療報酬は、イギリスのように1人いくらではなく、診療行為をたくさんやるほど多くの報酬を受けることができます。これは「出来高払い」といわれる報酬の決め方です。

こうした社会保険システムのメリットは、先ほど触れた日本がそうであるように、どの医療機関でも受診できるので、医療機関を利用しやすいということです。

もう一つ、このタイプは医療保険ですから、国民は保険料を払う必要があります。毎月保険料を払うことによって、病気になって病院に入院しても、保険から給付が出るので、高い医療費を全額払わなくて良いのです。現在の日本ですと、保険から医療費の7割が給付されるので、病院には3割分だけ払えば良い。医療費が1万円かかっても3千円払えば良いのです。これが医療保険のいいところなのですが、保険料を払わなければならない。この保険料が給与・収入の低い人は払えない。民間保険ですと、そういう問題が出てくるのですが、公的に運営される社会保険では、保険料負担は所得の額に応じて（応能負担）何%というように決まっており、給与が低い人は少ない保険料で済むので、保険料で困ることがあまりありません。

反対に、デメリットは、医療費が増加しやすいことです。「出来高払い」ですから、医師は多く診療をするほど収入が増えるわけです。日本だけでなく、ドイツもフランスも、医療費の増加に悩んでいます。

また、このタイプでは、診療報酬は、統一的に決められます。日本では国が決められていますし、ドイツでは保険者の団体と医者団体の協議で決めています。いずれにしても統一的に決めます。そのため、医師の腕の違いに関係なく、診療報酬は同じです。これを問題と指摘する人もいます。

4 「民間保険システム」－アメリカ－

(1) アメリカの医療制度

アメリカでは、公的医療制度としては、高齢者および障害者を対象とする「メディケア」と生活保護受給者を対象とする「メディケイド」があるだけです。

それ以外の者は民間保険に加入します。自営業者等は自分で民間保険に加入しますが、企業の従業員は、企業が保険料を負担して従業員に提供する民間保険に加入します。2008年時点で見ると、65歳以上の人はだいたいメディケアで保障されていますが、65歳未満の人は、60%は事業主提供の保険、6%が民間保険に個人加入、17%がメディケア・メディケイドに加入、17%が無保険者です^(注3)。

65歳未満の者の2割近くも無保険者がいるのは、先進国でおそらくアメリカだけでしょう。これだけ聞くと、とんでもないと思われるでしょうから、アメリカ方式のメリットにも触れておきます。

アメリカの医療は、世界最高の医療水準を誇り、医者や看護師等の医学教育についても、その水準の高さには定評があります。例を挙げれば、ノーベル医学賞受賞者の半分近くをアメリカの研究者が獲得してきたといわれています。これは、アメリカの医療制度が自由競争を基本としていることが大きいです。日本の公的医療保険制度では、先ほど触れたように、診療報酬は国が一律に決めっていますが、そんな制度では、

腕の良い医師も悪い医師も同じ報酬を受けることになる、それでは、医療のレベルは向上しない。質の高い医療には、高い対価が支払われるからこそ、医師の競争があり、医学は発達する。公的医療保険制度による一律の官僚的規制は、そうした競争とそれによる資源の効率的配分を阻害するからだめだ、というのがアメリカの考え方です。

ただ、そのように良い医療には高い報酬が支払われる、よく効く薬には高い値段が付く、ということがあるため、アメリカの医療費はとも高いです。表を見てください。この表は、OECDが公表している各国比較の統計ですが、国民1人当たり医療費でも、医療費の対GDP比でも、アメリカはダントツに高いのです。

それから、アメリカでは、もともと、被用者については、事業主が医療保険を提供するから公的制度は必要ないんだという発想があり、実際に、1980年代には、64歳以下の者の70%以上が事業主の提供する医療保険に加入していたのです。だから、公的医療保障制度は、高齢者と貧困者に対して用意すればいいんだ、という発想があったようです。

(2) オバマ大統領の医療改革

ところが、2000年以降、医療保険を従業員に提供する事業主が減少していき、2009年には59%と6割を切るようになってきて、無保険者が増加してきました。

このため、無保険者の増加が大きな政治問題になってきました。そこで、民主党政権では、歴代、医療保険改革を検討してきました。前の民主党政権、クリントン政権において、当時の民主党大統領夫人、つまりヒラリー・クリントン氏が中心となって公的医療保険を作るという案をつくり、政権は、それを法案として、議会に提出したのですが、公的制度は政府の権限を大きくし、国民の負担が増えるから、として議会では認められませんでした。

そこで、オバマ大統領は、こうした経緯を踏まえ、公的医療保険制度は提案しても議会で否決される、それならということで、国民みなが

表 OECD加盟国の医療費の状況(2012年)

	総医療費の対GDP比(%)		1人当たり医療費(ドル)		備考
	順位	順位			
アメリカ合衆国	16.9	1	8,745	1	
オランダ	11.8	2	5,099	4	
フランス	11.6	3	4,288	11	
スイス	11.4	4	6,080	3	
ドイツ	11.3	5	4,811	6	
オーストリア	11.1	6	4,896	5	
デンマーク	11.0	7	4,698	7	
カナダ	10.9	8	4,602	8	
ベルギー	10.9	8	4,419	10	
日本	10.3	10	3,649	15	
ニュージーランド	10.0	11	3,172	20	※
スウェーデン	9.6	12	4,106	12	
ポルトガル	9.5	13	2,457	23	
スロベニア	9.4	14	2,667	22	
スペイン	9.4	14	2,998	21	※
ノルウェー	9.3	16	6,140	2	
イギリス	9.3	16	3,289	18	
ギリシャ	9.3	16	2,409	24	
OECD平均	9.3		3,484		

資料 OECD HEALTH DATA 2014, 厚生労働省ホームページより
 注 上記各項目の順位は、OECD加盟国間におけるもの、※の数値は2011年のデータ

民間保険に加入する義務を負うという案を考えました。これがオバマの医療改革、いわゆる「オバマケア」の基本です。もちろん低所得者は保険料を支払えませんので、保険料を補助する、その財源は富裕層にかかる税金で賄う、という考え方です。

しかし、保険料補助を受けてせっかく民間保険に加入しても、そうした低所得層は、しばしば既に病気を持っている等で不健康状態になっている人が少なくありません。そうした人が多く加入すると、保険会社は給付がどんどん出ていくので、もうからなくなる。そこで、保険会社が、給付率の低い保険を提供したり、高額な薬を保険の対象から除外する等で対応するケースが少なくなく、保障が不十分という問題が出てきているとの指摘もあります^{注1)}。

注1) 知野哲朗(2012)は、OECD(1987)(1994)においては、財源を軸に医療制度を捉え、国営システム(national health service or Beveridge)、社会保険システム(social insurance or Bismark)、民間保険(private insurance or consumer sovereignty)の3つのモデルに分類している、としている。

また、加藤・西田(2013)は、各国の医療保障

	総医療費の対GDP比(%)		1人当たり医療費(ドル)		備考
	順位	順位			
イタリア	9.2	19	3,209	19	
オーストラリア	9.1	20	3,997	13	※
フィンランド	9.1	20	3,559	16	
アイスランド	9.0	22	3,536	17	
アイルランド	8.9	23	3,890	14	
スロバキア	8.1	24	2,105	27	
ハンガリー	8.0	25	1,803	29	
韓国	7.6	26	2,291	26	
チェコ	7.5	27	2,077	28	
イスラエル	7.3	28	2,304	25	
チリ	7.3	28	1,577	30	
ルクセンブルク	7.1	30	4,578	9	
ポーランド	6.8	31	1,540	31	
メキシコ	6.2	32	1,048	33	
エストニア	5.9	33	1,447	32	
トルコ	5.4	34	984	34	
OECD平均	9.3		3,484		

- 制度は、①公的医療保障(日本、ドイツ、フランス、韓国、台湾、中国)、②国民保健サービス(イギリス、オーストラリア、デンマーク、カナダ)、③民間保険(アメリカ、オランダ、シンガポール)の3つの類型に分けられるとしている(p.228-9)。
 注2) 現在のイギリスのNHS制度では、病院はNHSトラストという一定の独立性を持った公的団体が運営しており、また、患者には一定額の薬剤負担がある等、制度には様々な修正が加えられているが、基本的な仕組みは変わっていない(現在の制度については、当協会発行の「保険と年金の動向」の「第2部 諸外国の保険と年金」において整理されている)。
 注3) 長谷川千春、アメリカの医療保障システム 海外社会保障研究2010年夏号(No.171)国立社会保障・人口問題研究所、p.16-32。
 注4) 堤美果、「沈みゆく大国 アメリカ」(集英社新書)2014。では、オバマケアの問題点について詳しく言及している。

参考文献

OECD(1987). Financing and Delivering Health Care : A Comparative Analysis of OECD Countries, Paris : OECD.
 OECD(1994). The Reform of Health Systems : a Review of Seventeen OECD Countries, Health Policy Studies 5, Paris : OECD.
 加藤智章・西田和弘, 世界の医療保障 2013. 法律文化社。
 知野哲朗, 医療制度の類型化と分析フレームワーク(full-text) 東京学芸大学紀要, 人文社会科学系, II, 63 : 251-6. 2012. 東京学芸大学学術情報委員会。