

の仕事の量はヨーロッパ平均である。GP と看護婦との協力関係は良いが、他の専門職やソーシャル・ワーカーとの協力関係は悪い。

スウェーデンの GP も最初にかかる医師としての位置付けはヨーロッパの平均である。広範囲の医療技術が使われているが、homeopathy は行われていない。子どもの疾病サーベイランスや予防接種には大いに関与し、出生前ケアには平均以下の関与であり、予防活動はあまり行っていない。

多くの患者は予約診療であり、診療時間は長い。GP 当たりの患者数はかなり少ない。往診や入院中の患者を訪れることはまれであるが、時間外の診療は一般的である。診断機器は豊富でコンピュータの利用も多いが、診療記録の管理にはコンピュータは使われていない。スウェーデンの GP はその役割はかなり評価しているが収入には満足していない。

(4) イギリス

イギリスの GP の密度は比較的低い。彼らは gatekeeper としての役割を強く持ち、通常グループで仕事をしている。職業訓練を受けた人が多い。他の仕事を持っている人が多いにもかかわらず、週の労働時間はヨーロッパ平均より長い。継続的な医学教育への関心は低い。ソーシャル・ワーカーを除けば、他の職種との協力関係は一般に良い。

イギリスの GP は最初にかかる医師としての役割を強くもっている。医療技術の使用は平均以上で、疾病管理に大いに関与している。Homeopathy は一般的ではない。母子保健や予防的ケアへの関与が一般的に高く、特に家族計画、子どもの疾病サーベイランスや予防接種、などで大きな役割を果たしている。

外科診療件数はヨーロッパ平均以上である。往診は平均的で、時間外診療は多い方である。外科診療の平均時間は少ない。電話相談も少ない。診断機器の利用は平均的で、コンピュータは患者の記録管理によく使われている。仕事の満足度は特に診療報酬と事務量の面でヨーロッパ平均より低い。

(5) 医師の平均所得

イギリスの医師の所得は他国の医師と比べて低い。民間部門の平均給与に比べて医師の平均所得が何倍かをみると、アメリカ 7.3 倍、ドイツ 4.6 倍、カナダ 4.1 倍、オーストリア 4.1 倍、イギリス（コンサルタント）3.4 倍、フランス 2.7 倍、イギリス（GP）2.7 倍であった（Orton and Fry, 1995）。また、医師の平均所得は他の専門職種のそれより低く、医師の平均を 100 とすると、会計士は 140、年金数理士 175、弁護士 142 といずれも医師より高かった（Orton and Fry, 1995）。

4. 高齢者の Health

アメリカ、ノルウェー、日本は高齢者の労働参加率が高い。不健康は貧困や所得格差と関連があり、貧困率はアメリカが最も高く、所得分配はアメリカが不平等で、スウェーデン、ノルウェー、日本では相対的に平等である。医療保険の適用も健康を向上させ、この

点でもアメリカは劣っている。65 歳以上の 1 人暮らしの率は多くの国で約 30 %あるいはそれ以上であるが（男は 20 %前後、女は 40 %台又は 50 %台）、日本は子との同居率が相対的に高く、高齢者の 1 人暮らしの率は低い（表 3，表 4）。日本のもう 1 つの特徴は施設入所者の割合が低いことである。病院に 6 か月以上入院している人を加えても、日本の 65 歳以上人口に占める施設入所者の割合は 4 %で、表 3 のどの国よりも低い（表 3，表 4）。

保健政策の目標は障害のない生存年を伸ばすことであるが、一方で非障害平均余命を国際比較することは様々な問題があって容易ではない（表 5）。

医療費においても公的制度のシェアは国によって大きな違いがあった（イギリスの 84 %～アメリカの 46 %：表 6）ように、介護費においても公私の役割分担は国によって様々である。表 6 には公的介護費（対 GDP 比）の将来推計が示されているが、これによると人口の高齢化にもかかわらず日本以外の先進国では公的介護費の大幅な増加は見込まれていない。

（注 1）Boema and Fleming(1998)による。

参考文献

- Boema W. and Fleming D. (1998). The Role of General Practice in Primary Health Care.
OECD (1998a).
OECD (1998b).
Office of Technology Assessment (1993). International Health Statistics.
Orton P. and Fry J. (1995). UK Health Care - The Facts.
Tester S. (1996). Community Care for Older People.

表1. 主要国の人口指標

		オーストラリア	カナダ	フランス	ドイツ	イタリア	日本	スウェーデン	UK	US
総人口(100万人)	2000	18.8	30.7	59.1	82.7	57.2	126.4	8.9	58.3	277.8
65歳以上人口 (%)		11.9	12.6	16.2	15.9	17.7	16.5	16.7	15.8	12.4
75歳以上人口 (%)		5.2	5.6	7.4	3.7	7.5	6.4	8.4	7.3	5.9
平均余命	1997									
0歳 男		75.2	75.4	74.1	73.6	74.9	77.0	76.5	74.4	72.7
0歳 女		81.1	81.5	82.0	79.9	81.3	83.6	81.5	79.3	79.4
乳児死亡率 (出生1000対)	1994	5.9	6.3	5.9	5.6	6.6	4.2	4.4	6.2	8.0

資料: Compendium of Health Statistics, 11th Edition 1999.

表2. 主要国の保健・医療指標

		オーストラリア	カナダ	フランス	ドイツ	イタリア	日本	スウェーデン	UK	US
医療費(GDP比)	1997	8.5	9.0	9.9	10.5	7.6	7.3	8.6	6.7	13.6
構成比(%)	1996									
入院		43.2	44.5	45.0	35.0	46.9	29.4	...	42.2	42.2
外来(医科)		...	14.5	11.8	16.4	20.2	34.4	...	...	19.5
歯科		...	...	5.6	7.4	...	6.9	...	...	4.6
外来薬剤		11.4	12.5	16.8	12.7	17.9	20.8	13.0	16.5	8.8
公的医療費(GDP比)		5.7	6.4	7.7	8.1	5.3	5.7	7.1	5.7	6.5
私的医療費(GDP比)		2.6	2.9	2.1	2.4	2.3	1.7	1.4	1.0	7.5
医療費に占めるプライマリ ケアの割合 (%)		27.0	23.0	27.5	33.0	30.0	41.5	...	28.0	32.5
solo診療の割合(%)		...	...	58	67	...	...	2	16	...
平均在院日数(日)	1996	15.5	12.0	11.2	14.3	9.8	43.7	7.5	9.8	7.8
人口100人当たり入院件数		16.5	12.0	22.5	20.9	16.2	9.3	18.1	23.1	12.2
人口1人当たり入院日数		2.6	1.9	2.6	2.8	1.6	4.0	1.3	1.7	1.1
人口1000人当たり	1996									
病床数		8.7	5.1	8.7	9.6	6.0	16.2	5.6	4.5	4.0
医師数		2.5	2.1	2.9	3.4	5.5	1.8	3.1	1.7	2.6
歯科医師数		0.45	0.55	0.70	0.75	0.50	0.65	1.00	0.35	0.65

資料: Compendium of Health Statistics, 11th Edition 1999.

表3 高齢者の Health に関する国際比較

	オーストラリア	カナダ	フランス	ドイツ	イタリア	日本	スウェーデン	UK	USA
平均余命 (年) 1990									
0歳 男	73.6	73.8	73.4	72.6	73.6	76.2	74.7	73.0	71.8
0歳 女	80.1	81.1	81.8	79.2	80.3	82.1	80.7	78.7	78.8
80歳 男	6.9	8.2	7.4	6.3	6.9	7.1	7.2	6.6	7.1
80歳 女	8.8	11.0	9.5	8.0	8.7	8.9	9.3	8.5	9.0
65-74歳の死亡率 (%)									
1980年代前半 男	4.0	3.7	3.8	4.6	4.0	3.1	3.6	4.6	4.0
1980年代前半 女	2.0	1.9	1.7	2.3	2.0	1.7	1.8	2.5	2.1
65歳以上の1人暮らしの率 (%) 1980年代	26	28	33	39	25	10	40	30	31
65歳以上の施設入所者割合 (%) 1980年代	6	9	6	...	...	4	10	...	6
65歳以上の労働参加率 (%) 1980年代後半									
男	9	15	3	5	8	36	11	8	16
女	3	5	2	2	2	16	3	3	9

出典：OTA (1993)

表4 高齢者の住まい方

	フランス	ドイツ	日本	オランダ	イギリス	アメリカ
65歳以上の1人暮らし (%)	1982	1982	1995	1992	1991	1991
男女計	32	39	11	36	37	31
男	16	16	5	17	23	16
女	43	53	15	50	47	42
65歳以上の施設入所者の割合 (%)						
内、ナースিংホーム	7.5	7.7	4.1	12.3	5	5.5
	2.4		1.2	2.6	-	4.6
65歳以上で在宅サービスを受けている人の割合 (%)						
ホームヘルプ	3-6	2	...	8	9	0-8
在宅看護	0.6	3	...	15	5	1

出典：Tester (1996), 日本は国民生活基礎調査等。

表5 65歳の平均余命と非障害平均余命

(単位:年)

	カナダ	フランス	ドイツ	日本	ノルウェー	イギリス	アメリカ
	1991	1991	1995	1980	1985	1980	1990
男 平均余命	15.6	15.7	14.9	14.6	14.4	12.9	15.1
中度障害のない期間	8.3	10.1	12.2	...	...	...	7.4
重度障害のない期間	13.3	...	...	13.2	13.3	11.8	...
女 平均余命	19.7	20.1	18.7	17.7	18.2	16.9	18.9
中度障害のない期間	9.2	12.1	14.9	...	...	...	9.8
重度障害のない期間	15.4	...	...	15.8	16.9	15	...

出典: OECD (1998 a)

表6 医療・介護費用の国際比較

(単位:%)

	カナダ	フランス	ドイツ	日本	スウェーデン	イギリス	アメリカ
医療費の対GDP比 1995							
総医療費	9.7	9.9	10.4	7.1	7.2	6.9	14.1
公的医療費	6.9	8.0	8.1	5.7	5.9	5.8	6.5
民間のシェア	29	19	22	20	18	16	54
介護費の対GDP比 92-95							
総介護費	1.1	...	...	...	...	1.3	1.3
公的介護費	0.8	0.5	0.8	0.6	2.7	1.0	0.7
民間のシェア	30	...	...	...	...	24	47
公的介護費(対GDP比)の 将来推計							
1995	0.7	0.6 1)	0.7	0.8 2)	2.9	1.1 3)	0.7 1)
2000	0.7	0.6	0.7	0.8	2.7	1.1	0.6
2010	0.8	0.7	0.8	1.1	2.6	1.2	0.6
2020	0.9	0.9	0.9	1.4	2.9	1.2	0.6

注: 1) 1994, 2) 1996, 3) 1992

出典: OECD (1998 a), OECD (1998 b)

9章 まとめと今後の課題

平成9年度研究では日英両国における高齢者の医療・介護の現状について、高齢者の身体状況、living arrangement、医療・介護サービスの利用状況等を既存の調査から利用可能な範囲で比較した。死亡率や在宅高齢者のADL要介護率では日本の高齢者の方がイギリスの高齢者より成績が良かった。高齢者の子との同居率では日本がイギリスよりはるかに高く、65歳以上の施設入所者の割合は日本4%、イギリス5%でイギリスの方が少し高い程度であった。税・社会保障による所得再分配の規模は日本よりイギリスの方が大きく、特に「当初所得」に対する社会保障現金給付の割合は日本の2倍であった。従って、高齢者に対する医療サービスだけではなく高齢者に対する社会サービス全体を見る視点の重要性が示唆された。医療費の対GDP比は日英で大きな差はなかったが、財源構成は対照的であった。イギリスの方が入院サービスの比重が高い等、医療サービスの内容にも差があった。高齢者の医療費に焦点を当てると、総額（対GDP比）はやはり日英で差はなかったが、1人当たりでみてイギリスでは日本より後期高齢者がより大きなシェアを占めているのが特徴的であった。イギリスのNHS改革に関連して、民間医療保険の役割、Evidence-based medicine、労働党政権の保健政策、等日本の医療保険改革にとって参考になるアイデアやアプローチがあった。

平成10年度の研究では高齢者の医療サービスに関する日英比較及び高齢者の介護サービスについての両国の取組みについての検討を行った。

高齢者の健康状態は概して日本の方が良いように見えるが、高齢者の医療費は日英で大差なかった。しかし、その使い方には両国で大きな差があり、イギリスの方が入院サービスの比重が高く、年齢階級別1人当たり医療費のパターンにも顕著な違いがあった。イギリスのNHS改革ではプライマリー・ケアの分野にも様々な戦略的アプローチがとられている。イギリスで医療費増加の抑制が他の先進国よりうまくいっている理由は、医療サービスの大部分が政府が支払うNHSによっているため支出をコントロールしやすいからである。今後も医療費の増加が予想されるが、現行の財源調達方式が政府にとってもイギリス全体にとっても最も経済的であるとみられている。市場原理をどのように導入するかはそれぞれの国の制度的・思想的背景に大きく依存する。イギリスのNHSの効率化への道は運営の専門化、供給サイドでの競争、交渉による契約による。改革は管理者と医療従事者、医療サービスの購入者と供給者の間の力関係を変えるために使われたが、ユーザーの力は根本的には強くなっていない。イギリスではマイクロ・レベルの効率性が向上したかどうかははっきりせず、マクロ・レベルの医療費は上昇した。

日英両国の高齢者介護に関する政策（特に在宅サービス）の展開をみると、類似点も多く興味深い。イギリスでは1999年3月にRoyal Commissionが介護サービスの将来の財政に関してレポートを発表したが、日本では1997年12月に介護保険法が成立して、日本

の方が一歩進んでいるように見える。しかし、イギリスのコミュニティ・ケア改革は日本より先に実施され、日本の在宅福祉施策にも大きな影響を及ぼしており、高齢者介護の分野で両国がお互いの経験から学び合う意義は大きいと考えられた。

平成 11 年度の研究では高齢者の介護サービスに関する日英比較及び高齢者の医療・介護に関して日英両国の共通点、相違点を総括した上で、両国のこれまでの経験からお互いにどんなことが学べ、どのような政策の option があるか、その評価を含めて考察した。

NHS はイギリス国民に広く支持されている制度であり、医療費の対 GDP 比も他の先進国より低く済んでいる。医療サービスは必要に応じて提供されるべきだという考え方が国民の中に定着している。NHS の特徴は税財源・患者負担ゼロ・公正な財源配分であったが、1990 年代の改革で「供給側に市場原理導入」という 4 番目の特徴が加わった。市場原理をどのように導入するかはそれぞれの国の制度的・思想的背景に大きく依存する。イギリスの NHS の効率化への道は運営の専門化、供給サイドでの競争、交渉による契約による。改革は管理者と医療従事者、医療サービスの購入者と供給者の間の力関係を変えるために使われたが、ユーザーの力は根本的には強くなっていない。イギリスの NHS 改革ではプライマリー・ケアの分野にも様々な戦略的アプローチがとられている。GP ファンド・ホルダー制（1991 年）、プライマリー・ケア重視の NHS 政策及び包括購入 pilot site の形成（1995 年）、個人医療サービス pilot site の設立（1998 年）、プライマリー・ケア集団の導入（1999 年 4 月）、などがそれである。1997 年 5 月の労働党政権成立後、GP ファンド・ホルダー制及び包括購入制の廃止が決められたが、プライマリー・ケア集団（PCG）の形成を通じて「プライマリー・ケア重視の NHS」政策は維持されることになった。

イギリスでは医療と社会サービスの財源には長い間相違があった。NHS の導入以降、實際上全ての医療サービスは利用者に無料で提供されてきた。一方で社会サービスには利用者負担が課せられている。医療と社会サービスのこのような区別が、両者の境界領域に位置する介護サービスの場合に大きくクローズアップされている。イギリスのコミュニティ・ケア改革は日本より先に実施され、日本の在宅福祉施策にも大きな影響を及ぼした。イギリスでは 1999 年 3 月に介護に関する Royal Commission が介護サービスの将来の財政に関してレポートを発表した。Royal Commission の Majority Report では介護サービスを NHS と同じような方式で提供することが最も効率的であるという結論に達し、介護のための公費を GDP の 0.3% 増額することを提案している。ただし、食費と宿泊費相当分は介護コストとはみなさず、全額利用者負担にすべきだとした。現在のところ政府は Royal Commission の勧告に対して見解を表明するより議論を喚起している。政府は公共支出の増加をコントロールすることを重視しており、Royal Commission の勧告を実施した場合の費用負担に懸念を持っている。

3年間の研究で次のような課題に取り組んだが、まだ解明されていない点も多い。

- 1) 日英両国とも医療サービス提供に関して政府のコントロールが強く、医療費の対GDP比が他の先進国より低い、これが高齢者に対する医療サービスの質にどのような影響を与えているか。
- 2) 本当に日本の高齢者の方が元気 (disability-free) なのか。日英の高齢者の morbidity を詳しく比較する必要がある。
- 3) イギリスのプライマリー・ケアは日本のプライマリー・ケアより効率がよいのか。患者のGP選択の実態と効果。患者の流れを是正するためにはGP制はどれほど有効か。
- 4) 高齢者に振り向けられている医療サービスの総額 (対GDP比) は日英で変わりがないように見えるが、そのサービス内容の内訳を詳しく比較する必要がある。日英両国において、高齢者に提供されている社会サービスの全体像をとらえると、医療サービスや福祉サービスの位置付けがより鮮明になる。
- 5) 医療制度や高齢者介護制度に対する国民の信頼度・満足度。

医療サービス全体をマクロで見ればイギリス、日本ともに少ない医療サービス (対GDP比) で高い健康水準を維持しているように見える。医療サービスの内容あるいは年齢別分配では日英は大きく異なっていた。また、イギリスの医療費では日本と比べて入院 (病院) サービスの比重が高かった。GPの役割の違い、入院サービスの違い、費用負担の違い、などが両国の医療サービスのミクロ・レベル及びマクロ・レベルの効率性に影響を与えている。イギリスでは病床利用率が高く (85 ~ 95%)、これが片やウェイティング・リストの問題を引き起こしているが、一方で医療費を低く抑えることに貢献している。日本では診療報酬点数表による価格コントロールを中心にして医療費増加を抑制してきたが、これまでの方法では不十分な点も多く、医療保険における構造改革が求められている。医療サービスの質を向上させ、医療サービス提供を効率的に行うために、日本でもイギリスの例にならって戦略的なアプローチをとることが必要である。

イギリスで医療費増加の抑制が他の先進国よりうまくいっている理由は、医療サービスの大部分が政府が支払うNHSによっているため支出をコントロールしやすいからである。現行の財源調達方式が政府にとってもイギリス国民にとっても最も経済的であるとみられている。国民の医療サービスに対する要求が強いため、最近ではイギリス政府は医療費の対GDP比をヨーロッパ大陸諸国に近づける政策をとっている。医療サービスに対する考え方は日本とイギリスで大差がないように思われる。ミクロ・レベルの効率性については両国ともなお研究の余地がある。日本では高齢化の圧力が強いため、高齢者医療費の膨脹を抑えることが期待されている介護保険が比較的速やかに導入されたが、イギリスでは高齢化の問題はほとんど意識されておらず (高齢化はきわめてゆるやかで、大した問題になっていない)、Royal Commissionの勧告を急いで実施しなければならない緊急性もないと受けとめられる。

IPSS STUDY SERIES

- 1998.1 社会保障給付費の財源としての租税と社会保険料の在り方に関する研究 平成 9
年度報告書
Spending and Sources of Finance in the American Welfare State : Options for
Reform (Gary Burtless)
- 1998.2 社会保障政策の雇用拡大、貯蓄行動、消費行動などを通じた経済への影響に関す
る研究 平成 9 年度報告書
- 1999.1 国民生活基礎調査を用いた社会保障の機能評価に関する研究報告書
- 1999.2 社会保障給付費の財源としての租税と社会保険料の在り方に関する研究 平成 10
年度報告書
The welfare State in the UK : Evolution, Funding and Reform (John Hills)
- 2000.1 Workshop on policy measures concerning low fertility in France and Japan

IPSS STUDY SERIES 2000.2

平成 11 年度 厚生科学研究費補助金 (政策科学推進研究事業)

高齢者の医療・介護に関する日英比較研究

平成 11 年度報告書

2000 年 3 月 (5.15)

印刷 : 東尚印刷

75.179