

診療報酬体系の国際比較

松田 晋哉*

要旨：少子高齢化の進行と経済成長の鈍化により、多くの先進国が社会保障制度の見直しを迫られている。支払いの仕組みに関しては、出来高払い制、1日あたり定額制、1件あたり定額制、人頭制、総括予算制などに区分することができる。ドイツやフランスのように社会保険を採用している国の多くは、従来出来高払いを採用してきたが、医療費適正化のために、近年、1件あたり包括払いや総額予算制などの、包括払い制を導入するようになってきている。包括払い制ではコスト抑制のインセンティブが強く働きすぎると、粗診粗療が生ずるリスクがあるため、医療の質を保証する仕組みが別途必要となる。また、適正な評価を可能にするために、医療の情報化が必須である。

はじめに

少子高齢化の進行と経済成長の鈍化により、多くの先進国が社会保障制度の見直しを迫られている。医療制度については、税金に基づくNHS (National Health Service：イギリス、北欧諸国、カナダなど)、強制的な保険料を財源とする社会保険制度(日本、ドイツ、フランス、オランダなど)、および民間保険を主体とした国(アメリカ)の3つに大別される。NHSの場合、マクロ的には予算制であるために、医療費全体のコントロールは比較的容易であるが、長い入院待ち期間に代表されるように、サービスの非効率性と質が常に問題となる。社会保険制度の場合は、支払い者、サービス提供者、国などの関係者の話し合いによって個別の医療行為の価格が決められる仕組みとなっており、その多くは出来高払いの制度となっている。

* Shinya MATSUDA, 産業医科大学医学部, 公衆衛生学教室

Key words : Remuneration system, Fee-for-service payment, Lump-sum payment

そのために、仮に医療費増をコントロールするためにサービスの単価を下げたとしても、量を増加させるインセンティブがサービス提供者側に働くために、医療費増をコントロールすることが難しい。そして医療費の増大が保険料の増額で対処されるために、企業における労働コストの増加あるいは国民における購買力の低下という形で国民経済そのものに負の影響をもたらすことになる。また、日本やフランスでは社会保険料の不足分を税からの補填で賄うシステムとなっており、職域に基盤をおいた仕組みそのものが問題視されるようになってきている。アメリカの民間保険の場合、医療費の増加をコントロールするために、いわゆるマネージドケアの仕組みが取り入れられている。ここでマネージドケアとは医療費の適正化のために超過需要を減らすシステムの総称である。具体的には、医療機関の指定や健康相談、代替サービスの提供といった患者の受診行動の抑制、処方集や診療ガイドラインあるいはpeer reviewによる診療行為の制限や人頭制などによる支払い額の制限などのサービス提供者への介入が主体となっ

表 1 診療報酬支払方式ごとの長所と短所

支払方式	主な長所	主な短所
総額予算制	<ul style="list-style-type: none"> ・低い管理コストで、保険者は支出額を予想可能 ・資源の効率的利用が可能 	<ul style="list-style-type: none"> ・効率性の向上に対する直接的なインセンティブはない ・医療供給者が過少医療を行う可能性がある
人頭制	<ul style="list-style-type: none"> ・保険者が支出額を予測することができる ・医療供給者は運営上の効率性を高めるインセンティブ（例えば、予防的活動により重点をおく） ・供給者誘発需要を排除可能 ・管理コストは高くない 	<ul style="list-style-type: none"> ・医療供給者が破産する財政上のリスクがある ・医療供給者はリスクを最小化するため低リスクの患者のみ受け入れるというクリームスキミングを行う可能性がある ・医療供給者が過少医療を行う可能性がある
1件あたり定額払い	<ul style="list-style-type: none"> ・コスト削減に対する強いインセンティブが働く ・類似した診断群分類における施設間のパフォーマンスの比較が可能 	<ul style="list-style-type: none"> ・保険者は支出額を予測できない ・管理コストは比較的高い ・医療供給者はリスクを最小化するため低リスクの患者のみ受け入れるというクリームスキミングを行う可能性がある ・外来を対象とした支払い方式としては難しい
1日あたり定額払い	<ul style="list-style-type: none"> ・コスト削減に対するインセンティブが比較的強い 	<ul style="list-style-type: none"> ・サービス提供期間を長期化するインセンティブが働く
出来高払い制	<ul style="list-style-type: none"> ・サービス供給量を増加させるインセンティブが強い ・総予算の上限を設けることで効率性を高めることは可能 	<ul style="list-style-type: none"> ・保険者は支出額を予測できない ・供給者誘発需要のインセンティブが強く、コスト上昇のリスクが大きい ・高い管理コスト価格コントロールには定期的価格見直しや強制適用が必要なため管理コストが高くなる

出典：遠藤（2003）¹¹を著者改編

ている。この結果、確かに医療費の抑制はある程度達成されているが、その一方であまりに営利的な保険の加入者における過少診療などが問題となっている。

医療制度とは別に、支払いの仕組みに関しては、出来高払い制、1日あたり定額制、1件あたり定額制、人頭制、総括予算制などに区分することができる。それぞれの支払い方法の特徴は表1に示したとおりであるが¹¹、多くの場合、これらの支払い方法が組み合わせで使用されている。例えば、フランスの場合、開業医および民間病院の外来は出来高払いとなっているが、公的病院医療については総額予算制、民間病院の入院医療は1日あたり定額制となっている。医療財政に余裕があるので

あれば、出来高払い制がサービス提供者にとっても、また利用者にとっても最も望ましいシステムであろう。しかしながら、厳しい経済状況を反映して、従来の出来高払い制からより財政制約の厳しい包括払い制や人頭払い制的な性格を強めているというのが国際的に一般的な傾向となっている。

本論文では欧米諸国の医療制度改革の動向を参考としながら、わが国の医療制度改革の可能性について、診療報酬体系に焦点をあてて検討してみたい。

I. 各国の診療報酬制度の概要^{2)~9)}

本節では諸外国の診療報酬制度の概要について

説明する。紙面の都合上、NHS を代表する国としてイギリスとオーストラリア、社会保険制度を代表する国としてフランスとドイツ、民間保険が主体の国としてアメリカの計5カ国を取り上げる。

1. イギリス

イギリスの医療制度はベバリッジ報告（1942年）に基づいて1948年より導入された国民保健サービス NHS である。NHS では予防からリハビリテーションまでの包括医療が、税を財源として、全国民に提供されている。国民は自分の家庭医（一般医）をあらかじめ決めて登録し、通常の診療についてはまず家庭医の診療を受ける。そして、家庭医が必要と判断した場合には、病院の専門医に紹介されるというゲートキーピングの仕組みが導入されている。一般医および病院での診療に関して自己負担はないが、薬剤や歯科診療に関しては自己負担がある。イギリスの医療は予算制となっているために、他の先進国に比較すると国民所得に占める医療費の割合が低くなっているが、それでも1970年代のオイルショック以降低迷する経済状況下において医療費の増大は問題となり、またその一方で長い入院待ち期間に代表される公的医療の非効率性も問題となった。そのため、サッチャー政権下において、医療の効率性の改善と医療費の抑制を同時に達成する目的で1990年に行われたのが国民保健サービス・コミュニティケア改革である。この改革により、それまでは地区当局が医療財政とサービス提供を一括して行っていたものが、提供者と購入者に分離され、独立した経営主体となった病院（NHS トラスト病院）のサービスを地区当局が交渉によって購入するという擬似市場が形成された。また、家庭医についても登録患者のために病院医療を購入する権限と予算を持つシステムが導入された（GP ファンドホルダー）。この改革はプライマリケア医の地位を高め、また薬剤処方量が抑制されるといった効果も部分的には観察されたが、事務コストが高くつき、また事前に予想したほど市場主義的な競争は起こらず、したがって質やコストに関する改善効果も観察されなかった。1997年に保守党に代わって政権についた労働党は、競争的な仕組みで

はなく、関係者のパートナーシップに基づいて総合的なサービス提供体制を構築することを掲げ、個々の家庭医が予算を管理する仕組みではなく、医療職のグループ（50人程度の家庭医、地域看護師、理学療法士など）が包括的な医療サービスに関する予算を管理するプライマリケアグループ PCG の仕組みを導入した。新しい制度では従来以上に予防的なサービスが重視されており、看護師が24時間体制で電話やインターネットにより国民の健康相談にあたる NHS ダイレクトや、総合的なサービス提供体制としての保健活動圏 HAZ などが構築されている。

2. オーストラリア

オーストラリアの医療保障制度の基本は1984年に創設されたメディケアと呼ばれる連邦政府が保険者となっている国民皆保険制度である。被保険者である国民は、保険料に相当するものとして、課税対象所得の1.5%をメディケア税として連邦政府に徴収され、一般会計からの歳出と合わせてメディケアの財源となる。連邦政府の保健支出に占めるメディケア税の割合は20%弱で、そのほとんどは一般財源によっている。メディケアの給付対象は、医療職のサービスへの支払いに対する償還と公的病院における無料サービスの提供である。メディケア保険診療の枠組みとしては、外来医療については、医師の診察費用の85%または50.10豪ドルを超えた部分が償還対象となり、また、病院医療においては入院、日帰り手術、薬剤費を除く外来が自己負担ゼロのサービスとなる。民間保険はメディケアで給付されない部分の保障を行っている。

オーストラリアの医療サービス提供体制は、基本的にはイギリスと同様の一般医 GP 制度となっている。すなわち、健康上の問題が生じた場合、救急を除いて患者はまず一般医にかかり、必要に応じて病院の専門医に紹介される。ただし、イギリスのような登録制ではなく、一般医の選択は自由となっている。医師への支払いはわが国の診療報酬表に相当するメディケア診療報酬表によって行われる。この報酬表の改定は、オーストラリア医師会、連邦政府、健康保険委員会、各種専門団

体の代表者から構成されるメディケア診療報酬諮問委員会の意見を参考に行われ、また、個々の医療行為のメディケア給付における妥当性の検討は医療専門家と連邦職員から構成されるメディケア診療報酬助言委員会によって行われる。

病院医療は州政府の補助金によって運営されている公的病院と、そのような補助金を受けていない民間病院とに大別される。公的病院に対する州政府の財政方式は、従来、前年度財政実績に基づく方式であったが、1993年以降診断群分類DRGに基づいて、医療活動の実績に基づいて予算を策定する方式が導入されている。なお、使用されているDRGはアメリカのものではなく、オーストラリア政府が独自に開発したAR-DRGである。

3. フランス

原則としてすべてのフランス居住者は何らかの公的保険制度に加入している。加入する保険者は基本的に職域によって決定される。そのうち最大のもは全国民の80%が加入する全国被用者疾病金庫である。被用者の場合、従来、保険料は事業主と被用者の報酬から拠出されていたが、失業率の悪化や企業の国際競争力改善のために、現在はすべての収入を対象に課税される一般福祉税CSG(収入の7.5%)が導入され、ここから被用者の保険料分が出されている(ただし、雇用者は被用者の給与の12.80%を保険料として拠出)。フランスの場合、開業医医療については償還制となっており、患者が開業医の診察を受けた場合、従来は、まずいったん患者が医師に全額を支払った後、領収書を受け取り、それを患者が保険者に送ることで償還を受けるシステムとなっていた。完全医薬分業であるため、薬も同様の仕組みとなっている。償還の割合は、医療内容や医薬品の種類によって異なっており、平均給付率は88%である。ただし、国民の大部分は自己負担分をカバーする補足的な保険に加入しており、実際の自己負担はほとんどない。医師の報酬については、疾病金庫と代表的な医師組合との交渉によって決定され、その内容はわが国と同様の診療行為別の出来高制となっている。ただし、医師が患者に渡す、すなわち金庫に提出される領収書には診療行為の種類

を示すアルファベットと、各行為の相対価格を示す点数が記載されるのみで、疾病金庫側はどのような傷病に対して何が行われたのかを分析することはできない。

病院医療の場合は公的病院と民間病院で支払い方法が異なっている。両者とも地域医療計画の枠組みの中で、マクロレベルで予算額が規定されているが、公的病院については総額予算制、民間病院については病院費用が1日あたり費用額で支払われる。それぞれの価格は、各地方ごとに、地域医療計画と病院財政を担当している地方病院庁と各施設の交渉によって決められるが、その際、DRGに基づく前年度の活動実績が算定の基礎となる。民間病院の場合、医師費用については、開業医医療の枠組みに組み込まれており、出来高払いで各患者から医師に支払いが行われる。1996年のジュベ首相による改革により、1997年以降、フランスでは医療の4部門別(公的病院医療、民間病院医療、開業医医療、社会医療)の支出目標額が国民議会で議決される制度となっている。DRGにより情報が透明化されている病院医療については、毎年の医療費増加額がほぼ目標値以内に収まっているが、情報化が遅れている開業医医療については常にその目標額を超える状況にある。目標額を超えた場合には、超過分を医師側が払い戻すことが予定されていたが、個々の医師の状況を考慮せずに、集団でそのペナルティを負うことが違憲であるとの判決が下され、それは実行されていない。開業医医療における医療費適正化のために、フランス政府は医師が疾病金庫に提出する領収書にその内容が把握できるコードを記入させ、さらにそれをICカードと組み合わせたシステムで電子的に疾病金庫に送付するシステムの導入を図っている。

4. ドイツ

ドイツの医療保険制度は公的保険と民間保険の2本建てとなっている。すなわち、法定所得以下の者が強制加入しなければならない疾病金庫保険と、それ以上の者が任意に加入する民間保険がある。疾病金庫は職種によって8つの金庫が存在している。1997年の医療保障再編法までは、各疾病

金庫への加入は職域あるいは地域によって決まっていたが、同再編法によって住民は地域・職域によらず疾病金庫を自由に選べる仕組みが導入されている。疾病金庫については短期の収支相等原則が厳しく適用されるために、保険料率は頻繁に変更される。なお、保険料の拠出は労使折半が原則である。医師は専門医と一般医に区分され、病院の受療に際しては診療所の医師による紹介状が必要である。しかしながら、イギリスのようなかかりつけ医制度ではなく、患者による医療機関選択の自由が保証されている。開業医医療は原則100%給付であり、患者の自己負担はない。ただし、処方薬については、参照価格制が導入されており、参照価格以上の差額と処方単位ごとに決められている自己負担分は患者が支払わなければならない。開業医への支払いは州単位で保険医協会が疾病金庫連合会から総額を請負い、保険医協会が各医師に診療報酬表に従って報酬を支払う仕組みとなっている。従来、請負総額を超過した場合には1点あたり単価を下げることで調整していたが、現在は固定単価制になっており、一定額を超えた場合に、超過分が減額されて支払われる仕組みとなっている。

入院医療については、年間14日までは一部自己負担があるが、それ以降は医療保険によってカバーされる。病院への支払いは、現在のところ二重財源方式となっている。すなわち病院の資本部分に関する部分は、地域医療計画に従って州政府が、そしてそれ以外は疾病金庫連合会が定額で支払いを行っている。定額払いの方法は、外科を中心とした1件あたり包括支払い(FP/SE)とそれ以外の診療科別1日あたり定額支払いとなっている。ドイツの場合、病院医療については実費用補填原則が適用されてきたために、各病院は仮にある年度に赤字が発生しても次年度の予算でそれを補填できる仕組みとなっている。この仕組みのために病院については、費用削減のインセンティブが働かず、また支払い側も医療活動の内容について具体的な情報がないために、支払いの適正化を求める具体的方法がなかった。この問題に対処するために、現在、すべての急性期入院について

DRGを適用するためのプログラムが進行中である。なお、DRGとしてはオーストラリアで開発されたAR-DRGが採用されている。

5. アメリカ

アメリカは他の先進国と異なり公的な医療保障システムではなく、民間保険が医療保障の中心となっている。民間保険としては最も古く設立されたBlue Cross & Blue Shieldが最大の組織である。Blue Crossは一般に病院医療、Blue Shieldは開業医の診療や処方箋などの保障を出来高払いで行っている。供給者によってサービスの種類と量が決定される医療の場合、出来高払い方式では構造的に医療費増の誘引となる。このような問題に対処するために1973年に制度化されたものがHMO(Health Maintenance Organization)である。HMOはいわば保険者と医療サービス提供者とを一本化したもので、加入者は毎月会費を払うことで、健康問題が生じた際にはHMOの指定する医療機関で診療を受けることができる。HMOと医師との関係についてはスタッフモデルとグループモデルがあり、前者は各医師がHMOの勤務医として契約するもの、後者は医師グループがHMOと診療サービスの提供について契約するものである。また、制度化されてはいないが、医師がHMOや民間保険会社と契約を結び、診療を人頭制あるいはディスカウント価格での出来高払いで行うPPO(Preferred Provider Organization)という仕組みも近年急速に普及している。このように従来医師・患者間で決定されていた医療行為に対して、保険者などの第三者が介入し、その内容を規定する仕組みをManaged Careといい、診療ガイドラインや処方集、あるいは入退院や手術の必要性に対する他の医師によるセカンドオピニオンの導入、さらには医療内容の監査システムなどが構築されている。Managed Careについては、医療費のコントロールや診療内容の標準化といった正の評価がある一方で、営利組織による過度の介入が医療に対する資源投入量を過少にし、医療の質を著しく低下させているという批判も出されている。

公的な医療保障としては65歳以上の高齢者と

障害者および腎透析を受けている患者を対象とする Medicare と貧困者を対象とする Medicaid がある。Medicare は連邦政府の運営する保険であり、その給付は大きく2つから構成されている。第一のものは Part A と呼ばれるもので、これは主に病院入院の費用とナーシングホームへの入所費用を給付するものである。保険料は全国民を対象とした社会保障税であり、受給者については応分の自己負担がある。第二のものは Part B と呼ばれる医師の診療報酬などを給付するものである。Part B 部分については、加入者の保険料で運営される。Part A 部分への支払いは DRG に基づく1件あたり包括払 (DRG/PPS)、Part B 部分への支払いは RBRVS (Resource Based Relative Value Scale) という診療報酬表に従って行われ、診療内容については PRO (Peer Review Organization) によって審査される仕組みとなっている。

貧困者を対象とする Medicaid は連邦政府の指針をもとに、各州政府が独自に運営する医療扶助制度である。入院費用、医師費用、ナーシングホームや在宅ケアの費用など、基本的な部分をすべてカバーするが、給付内容についてはかなり限定的になっている。診療内容については Medicare と同様 PRO による審査が行われている。

II. 診療報酬体系の意味

わが国の診療報酬体系には、①保険診療の範囲・内容を定める品目表、②個々の診療行為の価格を定める価格表、③医療政策の具体化のための手段という3つの機能がある。品目表としての診療報酬体系については OTC 薬などが普及した今日、この範囲について見直しが必要であるという意見が出されている。社会保険制度を採用している他国においても、例えば、オランダの Dunning 委員会報告では各医療行為を必要性、効果、効率性および個人の責任という4つの基準から評価し、それを国民に公開し、さらに国民を交えた議論を行い、公的保険がカバーする範囲を再検討している。わが国においても、このような給付範囲の見直しが必要であるかもしれない。

第二の機能である価格表としての現行診療報酬

体系については、以下のような批判が出されている。

- (1) コストに見合った評価がなされていない。
- (2) 「技術」と「もの」、ホスピタルフィーとドクターズフィーとを分離した上で、それぞれを適正に評価する仕組みとなっていない。
- (3) 投資的経費については、施設種別 (病院 vs 診療所、公的 vs 私的など)、地域差などを適正に評価する仕組みとなっていない。
- (4) 医療技術の評価については、そのコストや難易度が適正に評価されていない。
- (5) 現行の診療報酬表は医師の経験・熟練度を考慮していない。

このような批判の原因として広井は、①昭和33年に原型ができた現行の診療報酬体系は、その当時の医療の一般的な提供形態であった診療所が基本的なモデルとなっており、その後の疾病構造および医療サービス提供体制の変化、特に病院への適切な支払いに十分対応できていないこと、②コスト面でのデータの集積がない状況で診療報酬の改定が行われてきた結果として、原価と乖離した体系になっていることの2点を指摘し、抜本的な見直しが必要であることを述べている¹⁰⁾。しかしながら、診療行為の価格をどのように定めるのかは非常に難しい問題である。例えば、仮に原価計算に基づくとしても、間接部門の按分方法について絶対的な方法はなく、また、施設や医療機器については稼働率や規模によって原価が異なってくる。この点に関して外科系学会社会保険委員会連合 (外保連) では手術や処置に関する評価を行っているが (いわゆる外保連試案)、今後そのような経験を踏まえた診療報酬体系の科学的検討が必要になると思われる。

最後に医療政策の具体化のための手段としての機能についてであるが、診療支払い方式は医療機関と医療従事者がいかなる医療サービスを提供するか、それをいかに患者が選択するかに強い影響力をもつ要因である。今後もこの機能は重要であり続けられると思われる。この機能が望ましい形で発揮されるためには、目標となるあるべき医療提供

体制の理念に関する国民的な合意が形成されていることが前提となるが、残念ながら、現在のところ、そのような状況とはなっていない。その原因の一つとしては、医療の現状に関する情報が不足していることが指摘でき、今後医療サービスに関する情報の標準化・透明化が推進される必要がある。その意味で平成13年に出された「保健医療分野の情報化にむけてのグランドデザイン」に示された方策が、今後適切に実行に移されていく必要がある。

III. わが国における今後の制度改革の方向性

平成14年度の健康保険法の改正により、保険料の算定基盤となる収入がボーナスも含めた総報酬制となり、また健康保険組合加入者本人の自己負担も20%から30%に引き上げられた。この結果、医療保険財政は2007年まで約7,000億円の削減効果があると推計され、医療保険財政は一時的に小康状態となる。しかしながら、わが国に先んじて医療費増の問題に直面した欧州諸国の経験によると、このような医療費の自己負担増の医療費適正化への効果は限定的かつ短期的であり、さらに低所得層の医療サービス利用を抑制するために、国民の医療における平等の視点からみて多くの問題を生ずる可能性がある。実際、関係者も今回の自己負担増の財政効果が限定的であることは認めており、30%という自己負担がすでに限界であることを考えると、再び医療保障財政が悪化する2007年以降は、このような自己負担を増大させる手法は特定療養費制度の拡大を除けば、もう使えないであろう。したがって、2007年度以降は別の視点からの医療費適正化策が必要となる。具体的には、供給側に焦点をあてた対策が中心的なものにならざるを得ず、診療報酬制度改革もそのような政策目標に沿ったものになると予想される。例えば、一連の制度改革論議の過程では現行の出来高払い制度には過剰診療を誘発する可能性が高いとして、診療報酬の包括化を進めるべきという意見が出されている。いわゆる入院期医療における包括評価に基づく支払い方式の議論もこの延長線上にある。

さらに、生活習慣病などの慢性疾患が主流となっている今日、その対策として重要な予防的介入に対しては、現行の出来高払いを前提とした診療報酬体系では対応できないという意見もある。すなわち、イギリスやアメリカのHMOのように人頭制的な仕組みを導入することが治療より予防に重点をおくためのインセンティブとして適切であるという主張である。確かに、人頭制では登録している住民数に応じて支払額が決まっているために、予防的な活動によって登録者が健康を維持し、治療的なサービス消費量が減少するのであれば、その余剰はサービス提供者側の収入となる。したがって、人頭制ではそのような予防活動へのインセンティブは高まると予想される。しかしながら、人頭制については粗診粗療に陥りやすいという欠点もあり、それを防止するために医療の質評価の組織を別途設置する必要がある。おそらく、現実的な選択として、出来高払い制、包括払い制、人頭払い制などの各支払い方式を、その目的に応じて適切に組み合わせるという議論が今後は必要になってくると予想される。

以上、医療保険制度改革の動向について私見を述べた。このような変化は医療提供者側にとって、必ずしも心地よいものばかりではないであろう。しかしながら、長引く経済不況の中、消費者としての国民の目は厳しくなっている。患者の関心は医療費の状況だけにあるのではなく、当然それは医療の質にあり、しかもそれが支払うコストに見合っているのかにある。医療機関としては診療過程や患者の重症度等の違いについて、クリティカルパスや臨床指標などを組み合わせ、質とコストの両面から自施設の医療内容について説明しなければならない。もちろん病気の間人という複雑な対象を扱っている以上、完全にそれを説明できるようなモデルは作れるはずもないが、このような施設間の比較を通して、少なくともいくつかの病態については診療の標準化が進むであろう。このように施設間の差をもたらしている理由が保険者にも患者にも、一定の合理性を持って説明できること、言い換えれば施設間相互の比較(medical profiling)が、例えば診断群分類(わが国の場合は

DPC) を単位として行えるようになるという情報の透明化が今後の医療制度改革のためには必要であると考えられる。

文 献

- 1) 遠藤久夫：診療報酬の設計に関する考察。「診療報酬体系に関する調査研究」報告書(平成14年度厚生労働科学研究・主任研究者：松田晋哉), 2003
- 2) 松田晋哉：イギリスにおけるケースミックス分類, 社会保険旬報, 2001
- 3) 松田晋哉：ヨーロッパにおける DRG 導入の動向 (1). 社会保険旬報 No. 2092 : 6-11, 2001
- 4) 松田晋哉：ヨーロッパにおける DRG 導入の動向 (2). 社会保険旬報 No. 2093 : 14-17, 2001
- 5) 松田晋哉：ヨーロッパにおける DRG 導入の動向 (3). 社会保険旬報 No. 2094 : 16-19, 2001
- 6) 松田晋哉：ヨーロッパにおける DRG 導入の動向 (4). 社会保険旬報 No. 2095 : 16-20, 2001
- 7) 松田晋哉：診断群分類とは何か—(1) 諸外国における現況. 日外会誌 **103** : 1-10, 2002
- 8) 松田晋哉：オーストラリアの医療制度と DRG (上). 社会保険旬報 No. 2171 : 18-24, 2003
- 9) 松田晋哉：オーストラリアの医療制度と DRG (下). 社会保険旬報 No. 2172 : 18-23, 2003
- 10) 広井良典：医療保険改革の構想, 日本経済新聞社, 1997

Summary

International comparison of the remuneration system for medical care

Along with ageing of the population and economic depression, most of the industrialized countries are required to re-organize their health sector in order to make it more cost-effective. As a remuneration system, there are several types as follows : fee-for-service, per diem payment, per case payment, capitation and global budgeting. Traditionally, most of the social-insurance-type countries such as France and Germany adopt fee-for-service as a base payment system. Recently, however, they have come to introduce the lump-sum payment scheme such as per-case payment and global budgeting in order to rationalize the health expenditures. Under the lump-sum payment system, there might be incentive for providers to offer cheap and low quality services. Therefore it is required to establish a quality assurance system and good medical information system for appropriate evaluation.

Shinya MATSUDA, Univ. of Occupational and Environmental Health, Fukuoka

*

*

*

*

*

欧州の医療制度改革

松田晋哉*

今日、多くのヨーロッパ諸国がその医療制度と医療サービスの財政方式及び提供方式を再考する過程にある。しかしながら、医療制度は各国の規範的、経済的そして組織的特徴に深く関連しているために、医療費の適正化や医療サービスの効率性を目的とする政策は、アクセスの平等といった連帯原則とのバランスをいかに確保するかという検討を求められることになる。

このような難しい目的を達成するために、多くのヨーロッパ諸国は契約主義に基づいた医療制度改革を行っている。契約は医療制度における各アクター間の関係を定義するものであるが、それには2つの適用方式がある。第一のものは、医療計画や医療施設の運営について契約を行うもので、これは競争的な環境（イギリスやオランダ）と非競争的な環境（フランスやドイツ）の両方で用いられている。第二の方式は利用者によるサービス提供者の選択を促進するために契約を用いるというもので、スウェーデンやイギリスで用いられている。これまでのところ、契約主義の採用が医療費の適正化に効果的であったか否かについては明確ではないが、多くの国はそれを医療制度改革の中に正式に位置づけている。そして、契約主義的アプローチの進展に伴い、そのようなシステムに不可欠である医療情報システムの整備が進んでいる。特に、病院情報システムについては、北欧諸国における Nord-DRG、フランスにおける GHM、ドイツにおける AR-DRG、そしてイギリスにおける HRG のように、ケースミックス分類を基礎とした情報化が広く行われている。

要約すると、欧州における医療政策は従来の Command and control 型から、関係者に対する説明責任をより重視した契約主義的なものに移行していると考えられることができる。

キーワード 契約主義、医療制度改革、ヨーロッパ、医療情報

1. はじめに

1970年代後半以降、低迷する経済環境と高齢化の進展に直面した欧州諸国は、従来の福祉国家的政策の転換を余儀なくされ、過去20年以上にわたりさまざまな医療制度改革を行ってきた。Ham (1997) は欧州における医療制度改革を3つの時期にわけて、それぞれの時期における目的と政策を整理している（表1）。経時的にその流

れを見ると、1970年代の2度にわたるオイルショックを契機として生じた低経済成長下において、医療費増を制限するために、まず、1980年代に医療計画の制定や総額予算制といったマクロ的な抑制策が取られ、次いで医療における消費者主権的な考え方の台頭、個々の医療サービスレベルでの質や効率性への関心の高まりなどに対応するためにミクロレベルでの対策が取られるようになっていく。具体的にはガイドラインの策定やアウトカムに応じた支払い、そして市場原理の導入による競争の導入などが1990年代以降、契約主義の原則のもとで試みられてきた。このような政策の医療費

表1 近年の欧州における医療制度改革の経時的変化

第一期 目標 政策	1970年代後半から1980年代 マクロレベルでの医療費抑制 病院の総枠予算制 医療計画による病院建設及び高額医療機器の制限 医師収入の抑制 医師教育体制の再構築 医学部定員の削減 一般医の養成
第二期 目標 政策	1980年代後半から1990年代前半 ミクロレベルでの効率化と利用者への説明責任 市場主義的手法の導入 マネジメント改革 予算管理
第三期 目標 政策	1990年代 医療サービスの合理化と優先度設定 一般的公衆衛生活動・健康増進 プライマリーケアの重視 マネージドケア 医療技術評価 EBM

出典：Ham C. (1997)

抑制効果について現時点で判断することは難しい。しかし、欧州における一連の医療制度改革の概要を知ることは、現在のわが国における医療制度改革に関する議論を検討する上で参考になると思われる。例えば、近年、わが国においても強調されている市場主義的手法の導入が、欧州では必ずしも成功してはいない点、イギリスのビッグバン的手法の行き詰まりやフランス・ドイツにおける情報の標準化の遅れによる医療制度改革の一時的中断などの経緯は、わが国の今後の医療制度改革を議論する上で参考になるであろう。そこで、本稿では、筆者のこれまでの調査研究の結果に基づいて、近年の欧州における医療制度改革の概要について説明したい。なお、本論文の記述にあたっては、MIRE (1995), Saltman and Figueras (1997), Ham (1997), Saltman *et al.* (1998), Lambert (2000) を参照した。

2. 制度の特徴¹⁾

欧州の医療制度は大きく2つに区分することが

できる。まず、第一のグループは国レベルあるいは地域レベルでの税金を基盤として医療を政府の責任で提供するNHSタイプ(ベヴァレッジタイプ)のものであり、イギリスやスウェーデンなどの北欧諸国がこれに相当する。第二のグループは強制的な社会保険制度により医療を提供するビスマルクタイプのものであり、フランス、オランダ、ドイツ、オーストリア、ベルギーがこれに相当する。このほかヨーロッパにおいては、従来は社会保険制度を採用していたがNHS的な仕組みに転換したイタリア、ポルトガル、スペインなどの南ヨーロッパ諸国、あるいは社会保険制度からより民間保険的な仕組みを導入しつつあるスイス、旧ソビエト型の国営医療から民間保険制度が主体の仕組みに転換しつつあるロシアや他の東欧諸国などがあり、その制度改革は多様である。本論文では論点を明確にするために、ベヴァレッジタイプ

¹⁾ 制度概要の詳細については「欧米諸国の医療保障」2000年(法研)、医療経済研究機構の各国別データ集等を参照されたい。

とビスマルクタイプの2つの種類に焦点をあてて以下の検討を行う。ただし、いずれの場合も、純粋な形式と言うものはなく、両者の要素が混在している点は注意が必要である。

ベヴァレッジモデルを採用している国としてはイギリス、スウェーデンを始めとする北欧諸国がある。イギリスは国レベルの税金に基づいてNHS方式を運営している。国レベルで毎年決められる保健予算は前年度実績をベースとして地域当局に配分される。外来医療については、一般医GPによるゲートキーピングが行われており、住民は自らの選択でGPに登録し、プライマリケアの提供を受ける。専門医の診察や病院にかかる際には、登録したGPの紹介が必要となる。GPへの支払は人頭払いと出来高の組み合わせで行われる。病院医療については従来地区当局がそれを運営していたが、サッチャー政権の民営化路線の過程で、供給者と支払い者の分離が行われ、病院は独立行政法人であるトラスト病院となった。そして、病院サービスについては、地区当局あるいは病院サービスを購入する権限を持つ予算管理一般医GP fundholderが価格交渉によってそれを購入するという内部市場のシステムが導入された。GPファンドホルダーの仕組みはその後、ブレア政権における「競争からパートナーシップへ」という政策転換に伴いプライマリケアグループPCGあるいはプライマリケアトラストPCTに改組されている。新しい組織はGPに加えて理学療法士や地域看護婦も加わり、病院医療のみだけでなく、地域ケアや予防的サービスも購入する機能を持っている。

スウェーデンを始めとする北欧諸国は地方税をもとに各地方自治体が医療行政を行う仕組みとなっている。病院医療については、イギリスと同様に支払い者と提供者の分離が行われ、地区当局が交渉により病院サービスを購入するという内部市場の仕組みが導入されている。外来医療については人頭制あるいは俸給制の一般医によるプライマリ

ケア体制となっている。ただし、ゲートキーピングについては、それをやっている国（フィンランド、ノルウェー、デンマーク）と行っていない国（スウェーデン）に分かれる。民営化の動きも活発で、例えばスウェーデンではストックホルム市内の公的病院が国際入札によりシンガポール企業に売却され病院サービスの民営化が具体化している。また、プライマリケアについても私的診療所の参入が検討されている。

次にビスマルクモデルを採用している代表的な国としてはドイツ、フランス、オランダがある。まず、フランスであるが、同国は原則として職域を基本とする社会保険制度により医療サービスを提供している。保険者のうち最大のもは国民の約80%をカバーする全国被用者疾病金庫CNAMTSである。保険料は1997年時点では給与の18.3%で、雇用者負担12.8%、被用者負担5.5%であったが、被用者分については一般福祉税（後述）があたりつけられるようになり、1998年には被用者負担は0.75%となっている。すなわち、フランスにおいては社会保険制度の一般税化が進んでいる。医療サービスの財政方法は病院医療と開業医医療とで異なっている。公的病院については総括予算制であり、前年度の活動実績をDRGに基づく活動情報で調整し、その結果に基づいて地方レベルで病院医療を統括している地方病院庁と各病院が予算額を契約する仕組みとなっている。民間病院については、同様の手続きでHospital feeのみが一日あたり費用額として決定される。開業医医療については全国レベルで疾病金庫と代表的な医師組合との間で締結される協約料金に基づく出来高払いである。民間病院のDr's feeは開業医医療と同じ扱いである。患者による支払は、病院医療の場合、窓口で自己負担分のみを支払う仕組みとなっているが、開業医医療については、受診時、患者がいったん医師に全額を支払ったのち、領収書を加入金庫に送付することで、給付部分を払い戻される償還制となっている。現在、この償

還手続きは徐々に IC カードを用いた電子償還システムに転換されつつある。また、フランスの保険制度のもう一つの重要な特徴として、自己負担分を支払う補足制度が発達しており、実質的な自己負担分は少ないことがあげられる。なお、医療サービスの利用についてはフリーアクセスが保障されており、ゲートキーピングは行われていない。

ドイツでは保険料算定報酬限度額を超えない被用者は、地域、企業等のカテゴリーに従って区分される 8 つの疾病金庫のうち、いずれかに加入することが義務づけられる。保険料は通常労使折半である。また、保険者間では被保険者の経済力の格差を補正するために、性、年齢などを変数としたリスク構造調整という財政調整が行われている。一方、保険料算定報酬限度額を超える者は任意加入者であり、公的保険かあるいは民間保険を自由に選択できる。医療サービスの財政方法は病院医療と開業医医療とで異なっている。従来、病院医療については基本的に各病院と当該地域の疾病金庫との協定により、1日あたりの入院医療費および診療科別療養費を決定するものであった。そして、これにいわゆる DRG 類似分類による包括払い (FP: 73 疾患群) と特別報酬 (SE: 157 疾患群) を組み合わせる形で金庫から各施設への支払が行われていた。しかしながら、病院医療の透明化とその支払の効率化を目的として、現在、オーストラリアで開発された AR-DRG によってすべての急性期入院医療の支払いを行う一般化プログラムが進められている。開業医医療については、国レベルで定められた診療報酬点数表をもとに、出来高払いで支払が行われる。しかしながら、その支払方法は州レベルで保険医協会と疾病金庫連合会との決定に基づいて保険医協会が総額を請け負う形式である。そして、例えば、支払い額が総額を越える際には 1 点あたり単価を変動させるという方式 Floating point が採用されている。開業医医療の場合、患者は保険医を自由に選択でき、そ

の支払は第三者支払い方式となっている。病院医療にかかる場合は、救急を除き、原則、開業保険医による紹介状が必要となる。

オランダの医療保険制度はまず長期医療と短期医療に区分される。長期医療は例外的医療費支出保障 AWBZ と呼ばれる国民全員が加入する強制保険で、365 日以上の入院、介護サービス、精神科医療などをカバーする。財源は保険料 (2000 年で給与の 10.25%) と税金である。短期保険は年収が一定以下のものが加入する疾病基金保険 ZFW と公務員保険、そして自営業者および一定基準以上の収入を得ている者を対象とした民間保険がある。短期保険は一般医による診療、専門医の診療、365 日以内の入院などをカバーしている。また、ドイツと同様、保険者間の財政構造の違いを補正するためにリスク構造調整が行われている。オランダの医療サービス提供は GP システムによって特徴づけられる。国民は自らの選択により GP に家族単位で登録し、救急を除いて専門医の診療や病院医療を受ける際には GP の紹介状が必要となる。GP に対する支払は疾病基金保険および公務員保険の場合は人頭制、民間保険の場合は償還制の出来高払いとなっている。病院医療は専門医によって担われている。専門医と病院の関係はパートナーシップという契約制、あるいは俸給制である。専門医に対する支払は出来高払制で、その他の診療費は総括予算制で支払われる。総括予算の決定は、固定費部分 (患者数)、準可変的部分 (専門医の配置等病院機能)、可変的部分 (保険者との交渉によって決まる部分) の 3 つから構成される機能的予算方式によって行われている。今後、この予算決定に関してはオランダ版 DRG である DBC を用いることが予定されている。

以上をまとめると、本論文で取り上げるヨーロッパの主要 5 カ国の医療制度改革の特徴は次のようになる。イギリスやスウェーデンのような NHS タイプの国では、医療費については予算制限があるため、マクロレベルでの医療費抑制は容易であ

り、したがってその増大が問題となることは少ない。むしろ、これら NHS タイプの国においては、長い入院待ちに代表されるように、強い医療費制約による過少診療といった、マイクロレベルでの非効率性が問題となってきた。これらの国における医療政策の第一の課題は患者満足であり、この問題に対処するためにサービス供給側と支払側とを分離し、アウトカムに基づいて、支払者が供給者と質・量に関する契約を結ぶ契約主義を導入し、供給者間の競争を喚起するという市場主義的な手法が採用されている。一方、フランス、ドイツ、オランダといった社会保険制度を採用している国においては、診療報酬の決定についてサービス提供側と支払側で契約を行う形式が伝統的に採用されているが、複数の関係者がそれぞれの立場を主張するために制度改革に関する議論は常に紛糾し、大胆な改革ができない状況にある。特に、保険者が複数あり、また医師組合も複数存在するフランスではこの傾向が強く、後述のように1996年のジュペプランまでは、ほとんど全体的な改革が行われることは無かった。このような状況で合理的な合意形成を行うためには情報が必要であり、その整備がこれらの国々では行われている。例えば、フランスとドイツはほぼ同時期に病院医療における DRG 導入検討を開始しているが、フランスがすべての急性期入院を対象とした情報システムを開発し、病院医療費の適正化に成功したのに対し、ドイツは2種類の DRG 様分類 (FPとSE) に加えて1日あたり費用額という3つの支払システムの混在を許したために、情報の標準化と一元的管理ができず、そのために病院医療費適正化が失敗している。一方で、開業医医療についてみるとドイツが地域レベルで各医師の診療行為がモニターできるシステムを構築しているのに対し、フランスはその情報化を行わなかったために、開業医の医療費適正化には失敗している。

3. 医療制度改革の特徴

(1) 概要

欧州における医療制度改革のキーワードとして、ここでは国の役割の変化と市場主義の導入、分権化、患者の権利、健康増進を中心とした公衆衛生活動の推進、そして質の保証を考えてみたい。

a. 市場主義原理の導入

まず、市場主義原理の導入であるが、1989年のイギリスのサッチャー政権による内部市場の導入はマスコミにセンセーショナルに書かたてられ、あたかも医療制度改革の切り札であるかのように取り上げられた。しかしながら、市場主義原則の導入は、国による規制か市場主義かという二者択一的なものではなく、多くの国は質の管理や支払方式、あるいは国・サービス提供者・支払い者の関係などに、それぞれの国の状況にあわせて部分的に市場主義的手法を取り入れているというのが現状である。実際、社会連帯を基礎理念とするヨーロッパ諸国において市場主義的手法の導入は、社会保障の社会における位置づけに関する理念的なジレンマと、運営上のジレンマという2つの問題をもたらした (WHO Regional Office for Europe, 1997)。第一の側面に関して言えば、ヨーロッパの社会保障における実務者及び識者にとって社会保障は公共財であり、それを市場において自由に売買される私的な財とみなすことには強い抵抗感があった。また、技術的な問題としては、サービスの提供者でありかつ決定者でもある医師の存在、及びセクター間での補助が行われる医療システムを伝統的な市場経済学的手法で分析することの困難性があった。さらに、市場主義に関しては、社会的弱者が利用しにくい医療環境をもたらすこと、社会保障に関する国の責任をあいまいにするとする批判もあった。しかしながら、実際には民間資本による無秩序な保険運用を防止するため

に、政府による監督は従来以上に厳しいものとなり、またそのような規制があって初めて市場主義的手法が正常に機能するということが明らかとなっている。すなわち、従来の command & control という直接的な関与ではなく、システムの監督者としての政府の役割が増大したのである。そして、そのようなコントロールが十分に行われるためには、医療活動の内容を透明化するための適切な情報システムが必要であり、これが1990年代以降の、各国における医療情報システム構築への努力につながっていく。

ところで、市場主義的手法の導入が、はたしてイギリス政府が仮定していたような競争を喚起し、医療サービスの効率化をもたらしたのかという点については、現在までのところかならずしも明らかでない (Klein, 1995)。一方、同じく、市場主義的競争原理の社会保険制度への導入を試みているオランダにおいては、情報化の進展や入院待ち期間の減少など正の効果が報告される一方で、事務コストの増大や巧妙なクリームスキミングなど負の影響を指摘する意見もある (Van de Ven, 1997)。従って、現時点では、市場原理的手法の効果について判断することは難しい、今後、同手法の導入に積極的なオランダ等の動向を注視していく必要がある。

b. 分権化

欧州における医療制度改革の第二のキーワードは分権化である。分権化のメリットとしては、サービス提供の効率性向上、ニーズに応じたサービス提供、自治体による医療政策における優先度設定、健康における不平等の克服が可能になることなどがあげられる。このような分権化への志向は1980年代以降のヨーロッパにおける官僚主義的かつ意思決定の遅い中央政府への幻滅に呼応するものでもあった。Borgenhammer (1993) は分権化を行政の分権化 Deconcentration, 政治的分権化 Devolution, 業務の分権化 Delegation, 民営化

Privatization の4つに区分している。例えば、地方レベルで病院医療を統括する地方病院庁を設立し、それによる病院予算の配分を行っているフランスは行政の分権化の例であり、国ではなく県議会 (Lansting) が医療行政を行っているスウェーデンなどの北欧諸国は政治的分権化の例である。そして、サービス提供者と支払者の分離を行った上で、地方当局及び GP ファンドホルダーが、トラスト病院のサービスを購入するという仕組みを導入したイギリスは行政の分権化と業務の分権化 (委任) を行った国の例である。民営化は分権化の極端な例とされているが、多くの場合、これらは給食やリネンなどの周辺部分に限られてきた。しかしながら、最近、ストックホルム市内の公的病院が国際競売にかけられ、シンガポール資本の企業によって購入されるというように、医療の本体部分における民営化も生じてきている。また、イギリスのトラスト病院の一部で導入されている PFI の試みも民営化の一類型であろう。しかしながら、民営化については、サービス提供主体における利益確保が優先されるために、ハイリスク者の除外、合併による規模の拡大とそれに伴う集権化などが弊害として起こり得る。実際、社会主義経済から自由主義経済に移行しつつあるロシアや旧東欧諸国では民営化による上記のような問題が顕在化しており、それを監視するための政府による規制が必要となっている。

以上述べたように、確かに分権化は制度運営の柔軟性、効率性、革新性、分権化された現場におけるモラルの向上などの効果が期待される手法であり、実際、イギリスやフランスではその正の効果が観察されている。しかしながら、その一方で国全体としての制度の整合性や質の確保あるいは統制力などに問題が生じる可能性が高い。例えば、病院医療のマネジメントを地方自治体に分権化したノルウェーでは、地域間の病院医療の内容と質の格差が問題となり、再度それを国の責任に戻す動きがある。また、地方自治体 (県) の責任で高

高齢者介護保障を社会福祉の枠組みで一般化したフランスの高齢者自立給付制度 *Prestation Spécifique Dépendance* では、その認定や給付内容及び運用面での地域差が問題となり、運用は地方自治体にこれまでどおり任されるが、内容について国レベルでより国民の公平性が確保される個人化自立給付制度 *Allocation Personnalisée d'Autonomie* に改められている。こうした例が示しているように、医療政策の基本的枠組みや医療資源の配分、安全や公平性にかかわる規定、そして政策の運用状況に関する情報収集とその分析は国の責任として残すことが、分権化の長所を発揮させるためには必要である。

c. 住民参加、患者の権利及びエンパワーメント

医療政策決定における住民参加は、医療政策の民主化という点から、いくつかの欧州諸国において取り組まれてきている。最も直接的な住民参加の仕組みを持っている国はフィンランドであり、住民の直接選挙によって選ばれた市町村協議会 *municipal council* が医療政策に関する決定権を持つしくみとなっている。このような仕組みはスウェーデンやノルウェーなど他の北欧諸国も同様である。イギリスも地区評議会が地方レベルで組織されているが、そのメンバーは政府によって任命され、住民参加による政策決定という形式にはなっていない。これはフランスの地方病院庁においても同じ形式となっている。一方、政策決定に関して住民の意見を聴取する仕組みは広く行われている。例えば、イギリスにおいては、政府がまずグリーンペーパーを出した後、一定期間、国民の意見を求め、それを踏まえた上でホワイトペーパーを出すという手続きをとっており、また、NHS 当局が地域住民の意見をグループディスカッション方式で求める *Local voice* という仕組みを設置している。このような住民の意見を求めると言う点において最も徹底的な運用を行っているのはオランダである。1990年に公的保険が給付すべ

き基本的サービスを検討するために設置された *Dunning* 委員会はケアの必要性、効果、効率性そして個人の責任という4つの基準をもとに、個々の医療行為を評価し、その結果を国民に公開した。そして、国民の過半数を巻き込んだ数年にわたる公聴会を開いた後、公的保険の給付すべきサービスの内容が決定されている (*Dunning, 1992*)。

次に患者の権利であるが、これは近年における欧州の医療制度改革において共通の課題となっている。しかしながら、そのアプローチの方法には、それぞれの国でかなりの違いがある。まず、イギリスの場合、患者の権利及びサービスの質に関する基準を設定しているが、これはあくまで指針であり、法的にどのように適用するかは明示していない。一方、フィンランドやオランダではより直接的ないし包括的な患者の権利に関する政策となっている。例えば、フィンランドは1993年に患者の権利法を制定し、各病院に患者のためのオンブズマンを置くことを定めている。また、オランダも1995年に患者の権利に関する法律を制定し、その中でインフォームドコンセント、診療情報へのアクセス権と開示、診療録の保管方法と期間、患者のプライバシー、未成年者及び判断能力に障害のある成人の権利擁護などが包括的に記載されている。

患者による医療サービスの選択権の拡大もNHS方式を採用している国においては議論の対象となってきた。例えば、イギリスは一般医 (GP) 選択の自由化と GP ファンドホルダーを代理人として機能させることで専門医医療及び病院医療における選択の自由度を高めることを試みた。しかしながら、住民は GP の選択に関しては居住地域内の医師との長期の安定的な関係と信頼を重視しており、政府が意図するような選択の拡大とそれによる競争は生じなかった。また、GP と病院との間においても、継続的な関係が重視されたために GP による病院の選択という点においても政府の期待したような成果は得られなかった。さらに、

イギリスでは民間保険の活用による患者の選択権の拡大も図られたが、これについても部分的な効果しかなかったと評価されている (Calnan, Cant and Gabe, 1993)。

患者の権利およびエンパワーメントに関するもう一つの大きな流れは、患者および国民への情報の提供である。例えば、24時間体制の電話およびインターネットで国民に健康相談や情報の提供を行っているイギリスの NHS Direct やフランスの ANAES 全国医療評価認証機構による国民向けの診療ガイドラインの配布と病院の機能評価結果のオンラインでの公開、あるいは同じくフランスの疾病金庫による慢性疾患患者への情報提供と疾病管理サービスは、患者のエンパワーメントにより医療の質確保を推進していこうという試みである。長い入院待ちの解消が課題となっているスウェーデンでは病院別に対象疾患ごとの入院待ち期間がインターネットで公開されており、患者による病院選択の自由度を高める試みが行われている。すなわち、患者による選択という圧力で病院サービスの効率化を図ろうとしているのである。

d. 健康増進

近年の欧州における医療制度改革の特徴として健康増進への関心の高まりがある。この基礎にあるのは1974年のカナダ政府によるラロンド報告に示唆を得て、1984年に WHO ヨーロッパ事務局がだした「欧州のすべての人々に健康を」戦略と1986年のオタワ宣言である。また、WHO の健康都市プロジェクトにも約650のヨーロッパの都市が参加している。しかしながら、具体的な疾病予防および健康増進に関しては、あまり多くのことは行われてきておらず、乳がんや大腸がんのスクリーニング、あるいは国民あるいは被保険者向けの健康情報パンフレット配布などが細々と行われているというのが実情であった。ところが、循環器病予防を目的として行われたフィンランドの North Karelia 計画の中間報告 (Puska *et al.*,

1981) において、食生活や運動などの生活習慣における行動変容が健康度改善につながっていると言う明確な証拠が出されたのを契機に、フランス政府による肥満解消プログラム等具体的な健康増進プログラムが展開されつつある。しかしながら、一般的傾向として、直接的な医療サービスに比較して予防的な活動に対する各政府の関与は依然不十分であると言うのが現状である。この理由としては欧州においてはわが国の老人保健法や労働安全衛生法における一般健診の仕組みが体系化されていないことがあげられる。しかしながら、禁煙対策による肺がん死亡の減少は多くの国において観察されており、また性行為感染症や薬物中毒が医療財政に与える大きな影響が認識されるようになり、各国ともこれらの予防対策に重点をおいている。さらに、医療保険制度や NHS のサービスの中に、こうした予防的サービスが給付対象として取り込まれるようになってきている。

e. 質の保証

表1に示したように1980年代後半から1990年代前半にかけて欧州における医療制度改革の目的はミクロレベルでの効率性の追求に代わっていった。そして、この検討の過程では、医療サービス提供者との合理的な議論およびそれに基づくコンセンサスを得るために、必然的に医療の質の維持・向上が課題となり、そのための対策が推進された。また、この間の消費者主権的考え方の広がりや、国民の医療の質に対する関心を高めたことも重要である。まず、この時期にイギリスやオランダ、あるいはフランスにおいて医療の技術評価のための公的組織が創設された。例えば、イギリス NHS の評価広報センターやコクランセンター、あるいはフランスの医療評価開発機構 ANDEM (後の医療評価認証機構 ANAES) は文献レビューや専門家によるコンセンサスカンファレンスなどを用いて医療技術評価を行い、その結果に基づいて診療ガイドラインなどの策定を行っている。し

かしながら、こうした医療技術評価については、必ずしも政策上の意思決定に用いられているわけではなく、診療ガイドラインについてもフランスの「拘束力のある医療指標 RMO」²⁾を除くと、罰則規定のないものが殆どで、その効果には疑問が出されている (Lomas *et al.*, 1989)。そして、ガイドラインについてはそれを作成し、配布するコストの方が高つくのではないかという批判もある。しかしながら、質の向上は WHO ヨーロッパ事務局の重点課題であり、最近では費用効果性よりも、むしろ治療の有効性についての患者への説明責任との関連で論じられる傾向にある。そして、このような動向の中で、医療サービスの質に関する認証プログラムが推進されており、例えば、フランス、オランダ、イギリスなどでは、同プログラムによる質の評価とその結果に基づく改善プログラムの実行が法的あるいは契約上の義務として規定されている。

(2) 医療費適正化のための主な対策

この節では1980年代以降、欧州各国において取られてきた医療費適正化策について需要側に関する対策、供給側に関する対策、財政方式の改革、薬剤費対策、および代替政策の推進の5つの視点から概観してみる。表2はその内容を整理したものである。

²⁾ 拘束力のある医療指標 (Référence Médicale Opposable: RMO) : 質を確保した上で、医師が自主的に医療費の抑制に貢献することを可能にするために、1994年以降導入された医療指標。この医療指標は全国医療評価認証機構 (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé: ANAES) によって組織される国内外の専門家による Consensus conference により決定される。そして、医師がこの医療指標に該当する患者を診療した場合は、医師はその旨を患者に渡す処方箋に記載しなければならない、またその医療指標を遵守しなかった場合は、その違反の重篤性により、疾病金庫から支払いの停止や協約医としての資格の剥奪等のペナルティを受けることになる。

a. 需要側に関する対策

需要側に関する対策の基本は患者の自己負担の増額である。手法としては一定額までは自己負担とし、ある額を超えてから保険給付の対象とする控除 deductible, サービス利用ごとに一定額を払う co-payment および一定率を払う co-insurance, 給付上限を定める benefit maximum, 参照価格制 reference pricing, 特定のサービスの給付からの除外 coverage exclusion などがある。このような自己負担の正当性は、それが無い場合に生ずる社会的厚生損失の減少にあると説明されている。しかしながら、このような自己負担の医療費削減効果については、医薬品を除くと、以下の2つの理由により効果が少ないと考えられる。まず、医療サービスの最も重要な特徴として、需要が供給側によって決定される Supply side induced demand という点あげられる。すなわち、仮に自己負担増によって受療率が下がったとしても、供給側が1回あたりの医療密度を高めることで収入減を予防しようとするために医療費の削減効果は少ないとされている (Fuchs, 1986)。また、フランスのように自己負担分をカバーする補足制度がある場合、実質的に自己負担増は医療需要削減効果を持ち得ない。むしろ、補足制度に入れない低所得層の医療へのアクセスを阻害するために、公平性の点で問題を生じることになる。また、健康状態と経済状況とは正の相関があることが知られているが、自己負担増は低所得層の初期治療を遅らせ、結果として症状が重篤化し、最終的な医療費は高くなる傾向にあるという指摘もある。薬剤を公的医療保障から除外しているデンマークにおいても、それを保障する民間保険加入者とそれ以外の者との間で同様の問題をもたらしている。

需要側に関するその他の対策としては、ドイツで採用されている no claim bonus がある。これは年間を通して医療保険を使用しなかった被保険者に対して1ヶ月分の給付相当額を返還するというものである。

表2 欧州の主要国における医療費適正化対策

	イギリス	スウェーデン	フランス	ドイツ	オランダ
医療制度	国レベルのNHS	地方レベルのNHS	社会保険（強制・選択権なし）	社会保険（高所得者は任意・被保険者による保険者の選択権あり）	社会保険（高所得者は任意・被保険者による保険者の選択権あり）
改革の目的	ミクロレベルの効率化	ミクロレベルの効率化	マクロレベルの効率化	マクロレベルの効率化	ミクロレベルの効率化
改革方法	ビッグバン方式	漸進主義	情報化による漸進主義	情報化による漸進主義	情報化による漸進主義
医療費適正化策					
病院医療	内部市場形成による競争 DRG類似分類による情報公開	内部市場形成による競争 DRG類似分類による情報公開	総枠予算制 DRGによる調整 地域医療計画 分権化（地方病院庁の創設）	DRGによる支払い（計画中） 地域医療計画	機能的総枠予算制（将来的にはDRGベースの支払を計画） 地域医療計画
外来医療	一般医によるゲートキーピング	プライマリケアの重視	拘束力のある医療指標 医療費支出目標（失敗）	一般医によるゲートキーピング 総額請負制	一般医によるゲートキーピング DRGベースの情報化を計画
財政方式の改革の例	プライマリケアアグループ（トラスト）による管理	慢性期の高齢者医療に関する責任を県から市町村に移譲	医療費支出目標の国民議会による決定（病院については機能）	リスク構造調整	リスク構造調整 ワークシェアリングによる被保険者の拡大 被保険者選択の自由

わが国でもその導入の是非が議論となった医薬品の参照価格制については、導入初期においては医療費削減効果を支持する知見が多い。たとえば、スウェーデンでは参照価格制導入によりジェネリックの使用が、半年の間に35%から49%に増加したことが報告されている。しかしながら、長期的傾向としては、薬剤の処方率の伸びに変化は無く、結局患者へのコストシフトが生じていることが示されている (Jonsson and Gerdtam, 1995)。

b. 供給側に関する対策

需要側を抑制する対策があまりその効果を見出せなかったのに対し、供給側に働きかける対策は医療費抑制という点についてはおおむね有効であった。その主なものとしては総額規制 (ベルギー、ドイツ、オランダ、デンマーク、スウェーデン、イギリス等) あるいは医療費支出目標の設定 (フランス)、医師 (医学生) 数の規制 (南ヨーロッパを除く主要国)、病床数の規制 (殆どの国) あるいは病院数の規制 (ベルギー)、医薬品の制限、代替政策 substitution (殆どの国; 後述) などである。こうした供給側に対する規制は医療費抑制と言う点では確かに効果があったが、それは必ずしもサービスの効率性や質を向上させるわけではなく、逆に NHS タイプの国においては、予算制約が過少診療の原因となり、長い入院待ちを生ぜしめ、それが制度改革の動機の一つとなっている。

また、供給者間の競争を喚起してサービス提供の効率化を計ることも1990年代に多くのヨーロッパ諸国で試みられている。例えば、イギリスやスウェーデンといった NHS タイプの国における供給者と支払い者の分離による内部市場の形成やオランダにおける GP の地域規制の撤廃などはこの例である。このような市場主義的な政策の効果については、待機患者の減少や現場の医療職のやる気の向上、あるいは選択肢の拡大による患者満足度の向上といった正の効果が報告されているが、コスト削減効果については明らかではない (Klein,

1995)。さらに、オランダでは市場主義的な競争原理が保険者にも適用された。すなわち、従来、公的保険には地域規制があり、原則として一定収入以下のものは居住する地域の保険 ZFW に加入することになっていたが、この地域規制が撤廃され、保険者間の競争が導入された。しかしながら、この政策は保険者の合併を誘発し、結果的に期待された競争は起こらず、逆に巧妙なクリームスキミングなどにより被保険者間の公平性が問題となった。以上のように競争原理の導入は必ずしも当局の期待通りの結果はもたらさなかったというのが一般的な結論である。

c. 財政方式の改革

税金を財源とする NHS 方式の場合、財政に関する問題は比較的小さい。一方、社会保険方式を採用している国においては、経済のグローバル化に対応した国内企業の国際競争力強化のための労働コスト削減、あるいは失業率の増大や高齢化といった社会環境の変化によって、その財政方式の改革が必須となっている。本節ではヨーロッパにおいてどのような財政対策が行われてきたのかについて検討する。

(i) 社会保険を採用している国における収入対策

欧州において社会保険方式を採用している国の多くは、保険者の自立性を重視しており、収入と支出のバランスをとることは原則として保険者の責任である。従って、ある年度において発生した赤字は、次年度以降に保険料率を上げることで対応することが過去においては行われてきた。しかしながら、労働コスト削減圧力と失業率の増大により、このような対策を続けることはすでに困難となっている。この問題を解決するために、例えば、オランダはワークシェアリングの導入によりパートタイム労働の増大を図り、そのパートタイム労働者を正規の労働者とみなすことで、保険料徴収の対象人口を増大させた。また、このような

形で雇用を創出することは失業保障支出を削減することであり、社会保障財政全体の改善に貢献している。一方、同じく社会保障財政の赤字に悩んだフランスは職域に依存した財政を改め、労働所得以外の収入すべてを対象とした一般福祉税を導入し、それを医療保険財源として用いる仕組みを導入した。これにより1997年当時、雇用主12.8%、被保険者5.5%であった医療保険料率は、1998年には雇用主12.8%、被保険者0.75%となり、すべての所得にかかる一般福祉税が被用者分の医療保険財源として使われることとなった。すなわち、フランスの場合、財政面ではイギリス的な税に依存した形に近づきつつあると考えることができる。

(ii) 医療費支出目標額の設定

税を社会保障制度の財源とする国においては、医療にも予算制約があり、財政上の問題は少ない。一方、社会保険制度を採用している国においては、原則として提供したサービスに対して社会保険で医療費が支払われるために、常に医療費増が問題となる。特に、出来高払いを採用している国ではこの傾向が強い。このため多くの国では医療費総額あるいは医療費増の目標を設定している。しかしながら、その強制力については各国で大きな差がある。例えば、ベルギーの場合、目標額を超過した場合、その超過分はサービス提供者によって返還されることになっている。また、ドイツの場合は、開業医医療については前述の Floating point 制度により地域レベルでの総額が規制されており、また薬剤費については、医療サービス提供者と製薬メーカーにより超過分が返済される仕組みとなっている。しかしながら、ドイツの病院医療については、実費用補填原則の伝統と統一的な情報システムの欠落のために提供された医療サービスの内容が評価できず、実質的に総額規制が機能しない仕組みとなっている。このように医療費支出目標額の効果については、提供された医療サービスの適切性を評価できるための情報シ

テムの有無が重要となる。この点を最も先鋭的に示したのはフランスにおける医療費支出目標額(ONDAM)の開業医医療における失敗であろう。フランスでは1996年のジュベ計画に基づき、憲法改正が行われ、毎年、国民議会において次年度の医療費支出目標額が、公的病院医療、私的病院医療、開業医医療、社会医療の4部門別に議決され、そして、目標を超過した場合には、超過分の返済が求められる仕組みとなった。表3はその経時的推移について示したものであるが、病院医療が目標水準内にほぼ収まっているのに対し、開業医医療は常に超過しており、2002年度についてはついに議決されることも無かった。この原因としてはまず目標額の設定手続きとそのルールの厳格性があげられる。病院医療の場合、DRGに基づく活動報告と財務報告に基づいて、サービス内容の検討が地方レベルと中央レベルで行われ、その結果に基づいて国レベル、地方レベルでの総額が決定された後、地方において病院医療を総合的に管轄する地方病院庁によって各施設への配分額が決定され、さらにその遂行状況がモニターされる。このようなデータに基づく地方レベルでの契約方式が、目標額の遵守に貢献していると考えられる。一方、開業医医療の場合、国レベルで疾病金庫と国が認めた医師組合による交渉に基づいて、目標伸び率が決定される。しかしながら、そもそも医師の組合組織率が低いことに加えて、政治的信条の異なる複数の組合が存在しているフランスでは、医師組合の代表性が常に問題となり、その目標は現場から尊重されない傾向にある。さらに、開業医医療については、情報システムの整備が遅れているために、個々の医師による診療内容の妥当性を評価することもできない。このため、医療費目標伸び率を超過した場合、集団として超過分を返済することが予定されていたが、同罰則はフランス人権宣言及び憲法が保障している「個人の不可侵」に違反すると判断され、そのような罰則は違憲であるとして適用されることは無かつ