

# Healthに関する国際比較

—プライマリー・ケアを中心に—

フカワ テツオ      タケムラ シンジ  
府川 哲夫\*1      武村 真治\*2

**目的** プライマリー・ケアを中心にHealthに関する国際比較を行い、その中で日本の相対的位置づけを明らかにすることを目的としている。

**方法** 国民のHealth水準を示す指標としては、これまで一般的に用いられている平均余命や乳児死亡率の他に傷害調整平均寿命(WHO発表)を加えた。医療サービスの供給や消費量に関する指標には、可能な限りプライマリー・ケアに関係するものを加えた。各指標はそれぞれの国の医療制度を考慮してみていく必要があるため、社会保険方式の代表としてフランスとドイツ、公的サービス方式の代表としてスウェーデンとイギリスをとりあげ、この4か国の医療制度の特徴を日本との対比を念頭にまとめた。

**結果および結論** プライマリー・ケアを中心にHealthに関する国際比較を行った結果、先進諸国の中で次のような点が日本の特徴として浮かび上がってきた。

- ・日本は医療費が少ないにもかかわらず、国民のHealthは良い。ただし、これで日本の医療システムが効率的であるとは必ずしもいえない。
- ・日本は病床数が際だって多く、平均在院日数が顕著に長い。入院サービスを利用する人は他の国より少ないが、入院した人はより長く入院している。
- ・日本の医療は医療費の上で外来の比重が高いが、このことが日本でプライマリー・ケアを重視した医療が行われていることを意味するわけではない。
- ・日本の医療制度は社会保険方式のフランスやドイツと類似しているが、専門医の位置づけや診療報酬支払制度でこれらの国と異なっている。また、政府のコントロールが強いために医療費が低い水準で収まっている点でイギリスと類似しているが、プライマリー・ケアを重視して様々なイノベーションを行っているイギリスのNHSとは大いに異なっている。
- ・日本の高齢者のHealthも悪くない。施設入所者の割合も平均的であるが、今後の介護サービスの需要動向によってはコストの大幅な増加が懸念される。

**キーワード** Health, プライマリー・ケア, 保健・医療指標, 医療制度, 高齢者のHealth

## I はじめに

先進諸国の医療改革では、(1)国の役割と市場の役割の再定義、(2)分権の推進、(3)患者の権利の向上、(4)公衆衛生の役割の見直し、の4つが共通の特徴としてあげられている<sup>1)</sup>。また、医療

費増加の抑制のみならず、医療資源利用の効率性、患者の選択の拡大、プライマリー・ケアと2次・3次医療の間のバランスの向上、などに関心が移っていった<sup>2)</sup>。すべての国民に良質の医療サービスを効率的に提供するためには、医療サービスの重点を病気の診断・治療から人々

\* 1 国立社会保障人口問題研究所社会保障基礎理論研究部長      \* 2 国立公衆衛生院公衆衛生行政学部研究員

の健康の維持と病気の予防に変えること、公衆衛生上の問題(タバコ、麻薬、AIDS等)の解決を図ることなど、プライマリー・ケアの重要性も再び確認されるようになってきている。本稿は主にプライマリー・ケアを中心にHealthに関する国際比較を行い、その中で日本の相対的位置づけを明らかにすることを目的としている。保健・医療指標を用いて先進9か国の比較を行った後に、ヨーロッパの医療制度及び開業医の状況について4か国の比較を行い、高齢者のHealthに関しても若干の比較を行った。最後に、これらの国際比較をとおして浮かび上がった日本の特徴を議論した。

## II 研究方法

日本の相対的な位置をみる上での対象国として、サミット7か国にオーストラリアとスウェーデンを加えた9か国を選んだ。データはOECD Health Dataを基本とし、他のデータ・ソースを適宜追加した。国民のHealth水準を示す指標としては、これまで一般的に用いられている平均余命や乳児死亡率の他に傷害調整平均寿命(WHO発表)を加えた。医療サービスの供給や消費量に関する指標には、可能な限りプライマリー・ケアに関係するものを加えた。各指標はそれぞれの国の医療制度を考慮していく必要があるため、社会保険方式の代表として

フランスとドイツ、公的サービス方式の代表としてスウェーデンとイギリスをとりあげ、この4か国の医療制度の特徴を日本との対比を念頭にまとめた。あわせて、この4か国の開業医の状況について文献を引用した。日本では高齢者の医療に関する改革が大きな問題となっているので、高齢者のHealthに関する国際比較を別掲した。

## III 結果及び考察

### (I) 人口・保健指標

日本は、2000年において先進国の中で高齢化が最も進んだ国の1つである。65歳以上人口の総人口に占める割合でみると、日本はフランスやスウェーデンとほぼ同程度であるが、75歳以上人口の総人口に占める割合でみると、日本の方がまだ低い(表1)。

アメリカは医療費の対GDP比が高いにもかかわらず、乳児、児童、若年、中年の各年齢で死亡率が他の先進国に比べて高い。その結果、平均寿命も表1の9か国中最も短い。アメリカの乳児死亡率は日本の2倍であり、統計の取り方でアメリカの数値が過大評価であったとしても、真の値が大幅に改善するとは考えられない<sup>3)</sup>。アメリカでは10歳代及び40歳代以上の女性の妊娠の割合が高く、これが乳児死亡率を高くしている一因である。また、アメリカは先進

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	イギリス	アメリカ
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 1997/98									
0歳 男	75.9	75.8	74.6	74.5	75.3	77.2	76.9	74.6	73.9
女	81.5	81.4	82.2	80.5	81.6	84.0	81.9	79.7	79.4
65歳 男	16.3	16.3	16.3	15.3	15.8	17.1	16.3	15.0	16.0
女	20.0	20.1	20.8	19.0	20.2	22.0	20.0	18.5	19.1
障害調整平均寿命(DALE)									
男	70.8	70.0	69.3	67.4	70.0	71.9	71.2	69.7	67.5
女	75.5	74.0	76.9	73.5	75.4	77.2	74.9	73.7	72.6
乳児死亡率 1997/98 (出生1000対)	5.0	5.5	4.7	4.7	6.2	3.6	3.6	5.7	7.2

資料 Compendium of Health Statistics, 11th Edition 1999, OECD Health Data 2000.

国の中で65歳未満の年齢別死亡率が最も高いグループに入っており、事故、殺人やその他の暴力、等もその原因に含まれ、35～64歳では男女とも心疾患による死亡率が高い<sup>3)</sup>。日本は医療費の対GDP比が低いにもかかわらず、乳児死亡率はスウェーデンと並んで世界で最も低く、平均寿命は主要国の中で男女とも最も長い。従って、日本の医療システムのマクロ効率性はきわめて良いように見えるが、医療システムを評価するのに乳児死亡率や平均寿命は良い指標とは考えられていない<sup>4)</sup>。65歳の平均余命でも日本は表1の9か国中最も長いが、80歳の平均余命では日本男性は先頭集団の中の1国という位置づけになっている。一方、平均寿命の伸びがQOLの犠牲を伴っているかどうかを見極めるには、障害のない生存年が伸びているかどうかをみる必要がある。2000年6月にWHO

が発表した障害調整平均寿命 (Disability Adjusted Life Expectancy, DALE) では日本、オーストラリア、フランス、スウェーデンで長く、アメリカはDALEでも成績が悪かった。

(2) 保健・医療指標

人口千人当たりの医師数は、国によって大きな差がある。フランスやスウェーデンでは約3人、ドイツで3.5人、イタリアでは5.9人と多い一方で、日本は1.9人、イギリスは1.7人と少ない(表2)。医師の一般医・専門医別割合も国によってまちまちである。フランスやドイツでは専門医は病院にいただけでなく、一般医(GP)と同様に開業している人も多いが、スウェーデンやイギリスでは開業専門医はほとんどいない。専門医の合計に対するGPの割合は、ドイツ、スウェーデンで20%と低く、イギリスは60%、フ

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	イギリス	アメリカ
人口1000人当たり									
1997/98									
病床数	8.3	4.7	8.5	9.3	5.9	16.5	3.8	4.2	3.7
医師数	2.5	2.1	3.0	3.5	5.9	1.9	3.1	1.7	2.7
うちGP	1.1	0.9	1.5	1.0	1.0	...	0.6	0.6	0.8
看護婦数	8.4	7.5	5.9	9.6	5.3	7.8	10.2	5.0	8.3
歯科医師数	0.4	0.5	0.7	0.8	0.6	0.7	0.9	0.4	0.6
GPのうち単独診療の割合(%)	...	...	58	67	86	...	2	16	...
平均在院日数(日)	14.6	8.4	10.8	12.0	8.1	40.8	7.5	9.8	7.1
1997/98									
人口100人当たり入院件数	16.3	9.8	23.0	22.1	18.4	9.8	18.1	15.2	12.5
人口1人当たり入院日数	2.4	2.0	2.5	2.6	1.6	4.0	1.3	1.5	0.9
人口1人当たり年間	6.4	6.6	6.5	6.5	11.0	16.0	2.9	5.4	5.8
1996/98					(88)				
外来受診回数									
医療費(GDP比)	8.5	9.5	9.6	10.6	8.4	7.6	8.4	6.7	13.6
1998									
構成比(%)									
1997/98									
入院	43.0	42.1	43.9	33.7	44.5	29.8	...	...	41.7
外来	22.7	26.7	24.3	29.5	27.7	39.6	...	...	31.0
外来薬剤	11.3	14.9	21.5	12.2	17.5	20.0	12.8	16.3	10.8
公的医療費(GDP比)	5.9	6.6	7.3	7.9	5.7	6.0	7.0	5.6	6.1
1998									
私的医療費(GDP比)	2.6	2.9	2.3	2.7	2.7	1.6	1.4	1.1	7.5
1998									
患者負担の割合(%)									
1995									
入院	...	...	8.0	2.0	15.0	...	2.0	1.0	...
外来(医科)	...	...	43.0	10.0	27.0	...	25.6	12.0	...
外来薬剤	...	...	46.0	52.0	35.0	...	28.6	10.0	...
合計	16.2	17.1	10.3	11.9	...	...	...	10.8	17.7
1997/98									
医療費に占めるプライマリー・	27.0	23.0	27.5	33.0	30.0	41.5	...	28.0	32.5
1995									
ケアの割合(%)									

資料 Compendium of Health Statistics, 11th Edition 1999.  
OECD Health Data 2000. など.

ランスは80%と高い(1992年)<sup>5)</sup>。GPのうち単独診療の割合は、フランス、ドイツ、イタリアで高く、スウェーデンやイギリスで低い(表2)。日本の医師数は少ないが、看護婦数は平均的な水準である(いずれも人口千人当たり)。日本の病床数(人口千人当たり)は主要国の中で際だって多く、ドイツの1.8倍、アメリカの4.5倍である(表2)。入院の平均在院日数も日本が国際的にみて極めて長い。他の国でもかつては30日を超えるところもあったが、近年はいずれも10日前後に減少している。人口100人当たり入院件数では日本がカナダとともに最も少ないことから、日本では他の国より少ない人が入院サービスを利用しているが、入院する人はより長く入院しているといえる。一方、日本の外来受診率も大変高い。患者が自由に医療機関を選択できる国は日本以外にもあるので、日本の外来受診率の高さを説明するには、アクセスの良さだけでは不十分である。

医療費の対GDP比は、イギリスの6.7%からアメリカの13.6%まで大きな開きがある(表2)。公的医療費のシェアは、イギリスやスウェーデンの84%が主要国の中で最も高く、アメリカの44%が例外的に低い。それ以外の国は概ね70%台である。外来薬剤の対GDP比は、1.1%程度の国が多い中で、フランスの2.1%、日本やイタリアの1.5%などが高い。患者負担は医療費の10~20%を占めているが、外来薬剤の患者負担は高い国が多い。イギリスのNHSは医療サービスの利用時点で無料というのがその原則の1つになっているが、マクロ統計でみて外来には10%程度の患者負担が課せられている。日本の医療費(対GDP比)は、表2の9か国の中でイギリスに次いで低い。医療費の内訳では入院の構成比が小さく、外来の構成比が高いことが日本の特徴である。その結果、医療費に占めるプライマリー・ケアの割合は、ほとんどの国が30%前後であるのに対して、日本は41.5%ときわめて高くなっている。しかしながら、これは日本でプライマリー・ケアを重視した医療が行われていることを意味しているわけではなく、日本の医療は医療費の上で外来の比重が高いこと

を表現しているに過ぎない。

### (3) 医療制度

フランスでは、国民の99%が職域ごとに細分化された公的医療保険制度に適用されている。最も大きい制度が被用者及びその家族を対象とする一般制度と呼ばれる制度であり、全国被用者疾病金庫(CNAMTS)によって運営されている。国民の80%はこの制度に適用されている。一般制度への拠出は、事業主、被保険者がともにに行い、負担割合はおよそ前者が70%、後者が30%である<sup>6)</sup>。この他に、農業従事者を対象とした制度や自営業者を対象とした制度などがある。フランスには地域保険が存在せず、退職後も現役時代に加入していた制度に加入し続ける。フランスは中央集権的な国で、医療サービスの分野でも政府の役割は大きい。各疾病金庫はピラミッド型の組織となっており、全国組織の下にregional offices、その下にlocal officeがある(CNAMTSの場合州レベルの金庫が22、県レベルの金庫が129)<sup>6)</sup>。フランスの医療保険では、入院の場合を除いて、費用の全額を患者が支払い、疾病金庫からその一部または全部が償還される(つまり、償還されない部分が実質的な患者負担)。償還率は下記の通り医療サービスの種類によって異なるが、長期の疾病や高価な医療を要する疾病、高価で他に代替的効能を有するものがない薬剤、などの償還率は100%となっている<sup>7)</sup>。

- ・一般開業医及び歯科医の報酬の70%
- ・医療関連職種報酬の60%
- ・薬剤費の100%(代替性のない薬剤)、65%(一般薬)または35%(軽治療薬)
- ・最初の1か月の入院費の80%
- ・検査費用の60%

医師の報酬は、開業医の場合は出来高払い、病院やヘルスセンター勤務の場合は給料で支払われる。

ドイツでは、国民の90%が公的医療保険制度に適用されている。1996年以降被保険者は疾病金庫を選べるようになり、疾病金庫の数は1993年1月の1,221から1999年6月には453(うち

BKKが359)に減少した<sup>8)</sup>。所得が一定以上の人は、公的医療保険の適用除外となっている。また、公的保険加入者の6%が、補足的に民間保険にも加入している。公的保険の保険料は労使折半で、給付は医療の現物給付の他に現金給付がある。開業医は、一般医が40%、専門医が60%で、患者は医師を自由に選択できる<sup>9)</sup>。1996年までは開業医の報酬は、全体的な予算制約のもとで出来高払いであったが、医師の種類ごとの人頭払いに変わった。大部分の病院勤務医は給料制である。病院の設立・運営主体別に病床のシェアをみると、公立51%、非営利35%、営利14%である。医療費の財源構成は、公的医療保険68%、中央・地方政府支出10%、民間保険7%、患者負担11%、等である<sup>9)</sup>。ドイツの医療サービスシステムは、近年様々な改革がなされている。1989年には薬剤の参照価格制が導入され、1993年には疾病金庫の選択制や薬剤の予算制が導入され、病院への診療報酬支払い制度の変更の第1歩が踏み出された<sup>9)</sup>。さらに、1997年以降、第3次医療保険改革が実施され、2000年1月から「医療保険改革2000」が実施されている<sup>10)</sup>。

スウェーデンの医療サービスは、税を財源とする公共サービスであるが、地方政府の役割が大きいのが特徴である<sup>9)</sup>。つまり、市が病院を運営し、住民に医療サービスを提供する責任を負っている。大部分の医師は公務員で俸給制であるが、8%はフルタイムの開業医（出来高払い制）として働いている。1993年までは患者は医師を選ぶ自由がなかったが、最近の改革は選択の自由を増やす方向に進んでいる<sup>9)</sup>。患者は紹介なしに病院の外来部門の医師にかかるのが普通であったが、いくつかの市では紹介制を導入しつつある。民間保険は、人口の1%未満をカバーしているに過ぎない<sup>9)</sup>。医療費の財源の83%は公的支出であり、公的医療システムの財源構成は75%が市の負担、12%が国の負担、3%が患者負担、残りの10%がその他であった(1992年)<sup>9)</sup>。スウェーデンでも医療サービスの購入者と供給者の分離、提供されたサービス量に応じた病院収入、家庭医制度の導入などが試みられ

ている。最近では病院の合併が多くなっている。

イギリスの保健・医療は、1946年に制定された「国民保健サービス法 (National Health Service Act: 以下NHSと省略する)」に基づいて、すべての国民に、生まれてから死ぬまで、疾病予防やリハビリテーションを含む包括的な保健医療サービスを提供するものである。このシステムの大きな特徴として、サービスの供給は国の責任で行われ、その費用の大部分が国の一般財源でまかなわれていること、原則として全国民に無料のサービス提供が行われていること、サービス供給は予算の範囲内で計画的に行われていること、などが挙げられる<sup>11)</sup>。地域住民は家庭医に登録し、最初に家庭医 (General Practitioner) の診療を受ける。GPが入院治療や専門的医療などのセカンダリ・ケアを必要と判断した場合、患者はGPの紹介を受けて病院に行く。このような供給体制によって、プライマリ・ケアを担当するのは、GP、セカンダリ・ケアを担当するのは病院というように明確な機能分化がなされている。また、GPは、地域住民の健康問題の大部分に対処する「generalist」としての役割と、病院医療へのアクセスを管理する「gatekeeper」としての役割をもっている<sup>11)</sup>。GPの診療報酬は、登録人頭支払と特定のサービスの出来高払いで構成されている。登録人頭支払の報酬が約半分を占めているが、政府はこの登録人頭払いの割合を報酬の60%まで拡大することを目標としている。NHSの設立当初は、ほとんどの病院は公立であったが、1991年のNHS・コミュニティケア法の改革後、病院は保健当局の管理下を離れ、「NHSトラスト」として独立した組織となった。イギリスの医療は、NHSがその中軸を担っているが、全てを受け持っているわけではなく、一部に民間による医療が存在している。病院の専門医は、NHS発足当初から自由診療を行うことが認められている。これは、専門医が契約勤務時間外に病院のベッドを利用して行うもので、「ペイベッド」と呼ばれている。ペイベッドは、専門医の労働条件がパートタイム制であることから生じており、専門医の約8割は何らかの形で自由診療を行って

いる。この自由診療の費用は患者が全額負担しなければならないため、民間医療保険も存在している。1980年代後半以降のNHS改革では、サービスの購入者と供給者を分離することによって医療サービス提供の効率化を目指している<sup>12)</sup>。医療サービスの質の管理にも熱心に取り組んでいる。

#### (4) 開業医の状況

##### 1) ヨーロッパの開業医<sup>13)</sup>

フランスのGPは、gatekeeperの役割は担っておらず、1人または少人数で開業している。平均年齢は、ヨーロッパの平均より低く、女性や職業訓練を受けた者はほとんどいない。GPは、最初にかかる医師として確立している。治療及び慢性疾患の管理においてフランスのGPは平均以上であるが、医療技術の使用においては平均的である。予防の分野、特に出生前ケアや子どもの予防接種などでは活動は活発である。勤務時間は長く、多くのGPが予約外診療を受け付けている。1回の診療時間は平均よりはるかに長い。外科診療件数でみると仕事量は非常に少ない。往診の率はかなり高く、GPの半数は入院中の患者を訪れている。電話相談は少ないが、大部分のGPは勤務時間外の診療にかかわっている。プライマリまたは、セカンダリ・ケアにおいて他の職種との協力関係は平均的だが、ソーシャル・ワーカーとの協力は悪い。助手を雇っているGPはほとんどいず、診断機器もヨーロッパ平均より少ない。GPの半数はコンピュータを持っているが、記録管理に使っている人はほとんどいない。フランスのGPは事務的な仕事は嫌いだが、仕事の満足度は平均的である。

ドイツのGPの密度は低く、gatekeeperの役割は担っていない。全体の3分の2は単独診療である。ほとんどが男性で、平均年齢はヨーロッパの中で最も高いグループに入っている。多くは職業訓練を受けている。婦人病を除けば、最初にかかる医師としてのGPの役割は、ヨーロッパの平均である。医療技術の使用は平均的であるが、慢性疾患の管理、高血圧や高コレステロールの発見では優位である。GPは出生前ケア

や婦人の子防的ケアにはあまり関わっていないが、子どもの疾病サーベイランスや予防接種への関与は平均的である。勤務時間は特に長い。予約外診療の状況はヨーロッパの平均である。患者数も電話での相談も多く、ドイツのGPの仕事量は特に多い。多くのGPは入院中の患者を訪れ、3分の2は勤務時間外の診療に関わっている。大多数は予約診療であり、予約の遅れはヨーロッパ平均である。プライマリまたはセカンダリ・ケアにおいて、他の医療職との協力関係は良いが、ソーシャル・ワーカーとの協力は悪い。診断機器やコンピュータは最も整備されている。GPは事務的な仕事や診療報酬に不満を持っており、仕事の満足度は平均以下である。

スウェーデンのGP密度は、特に低い。多くのGPは公的医療制度に雇用され、グループで仕事をしている。平均年齢はヨーロッパ平均より高く、他の国より女性が多い。職業訓練を受けた者の割合は高いが、継続的な医学教育への関心は低い。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。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。週の勤務時間や時間外の仕事の量は、ヨーロッパ平均である。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。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。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。

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。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。母子保健や子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。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。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。ソーシャル・ワーカーを除けば、他の職種と協力関係は一般に良い。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。

2) 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<sup>14)</sup>。また、イギリスの医師の平均所得は、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<sup>14)</sup>。医師の所得の国際比較には様々な困難が伴うが、OECD Health Dataによると、アメリカ、ドイツ、カナダなどで医師の

所得が高く、イギリスやスウェーデンで低い傾向であった。

(5) 高齢者のHealth

死亡率や平均余命でみる限り、日本の高齢者は表3の9か国中最も良い成績を示している。高齢者の住まい方は、高齢者のHealthを考える上で重要な要素である。在宅高齢者(65歳以上)のうち1人暮らしの割合は、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%台または50%台)<sup>15)</sup>、日本は子との同居率が相対的に高く、高齢者の1人暮らしの割合は低い(表3)。65歳以上の施設入所者の割合は、5%前後の国が多い<sup>16)</sup>。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の中で平均的な位置であった。65歳以上の労働参加率は、日本が突出して高いが、アメリカも相対的に高く、フランスやドイツで極めて低かった。不健康は貧困や所得格差と関連があり、貧困率や所得分配の面でアメリカは劣っている。

医療費において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4)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<sup>16)17)</sup>。表4には公的介護費(対GDP比)の将来推計が

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	イギリス	アメリカ
平均余命(年)	1997/98									
	65歳 男	16.3	16.3	16.3	15.3	15.8	17.1	16.3	15.0	16.0
	65歳 女	20.0	20.1	20.8	19.0	20.2	22.0	20.0	18.5	19.1
	80歳 男	7.3	7.4	7.4	6.8	6.9	7.7	7.0	6.7	7.5
	80歳 女	9.1	9.4	9.3	8.3	8.8	10.3	8.9	8.5	9.0
70~74歳の死亡率(%)	1995/96									
	男	3.7	3.7	3.8	4.3	4.0	3.1	3.5	4.5	4.0
	女	2.0	1.9	1.7	2.3	2.0	1.5	2.0	2.7	2.4
65歳以上の1人暮らしの率(%)	1980年代a)	26	28	32	39	29	10	40	37	31
65歳以上の施設入所者割合(%)	b)	7	8	6	3	4	4	5	5	5
65歳以上の労働参加率(%)	1997/98						c)		d)	
	男	10	11	2	5	7	42	...	7	17
	女	3	3	2	2	2	16	...	3	9

注 a) Tester (1996) およびOTA (1993), b) OECD (1998a), c) 1995年, d) 1994年  
資料 OECD Health Data 2000.  
国立社会保障・人口問題研究所 人口統計資料集 2000.

表4 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  
資料 OECD (1998 a), OECD(1998 b)

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。

#### IV 結 語

全ての国民に効果的な医療を効率的に提供するために、先進諸国は様々な模索を続けている。他国の経験から学ぶためには、その背景にあるいろいろな事実を知らなければならない。しかし一方で、基礎的な事項についても厳密な国際比較は簡単にはできない。多くの制約があることを認めた上で、プライマリー・ケアを中心にHealthに関する国際比較を行った結果、先進諸国の中で次のような点が日本の特徴として浮かび上がってきた。

- ・日本は医療費が少ないにもかかわらず、国民のHealthは良い。ただし、これで日本の医療システムが効率的であるとは必ずしもいえない。
- ・日本は病床数が際だって多く、平均在院日数が顕著に長い。入院サービスを利用する人は他の国より少ないが、入院した人はより長く入院している。
- ・日本の医療は医療費の上で外来の比重が高いが、このことが日本でプライマリー・ケアを重視した医療が行われていることを意味するわけではない。
- ・日本の医療制度は社会保険方式のフランスや

ドイツと類似しているが、専門医の位置づけや診療報酬支払制度でこれらの国と異なっている。また、政府のコントロールが強いため医療費が低い水準で収まっている点でイギリスと類似しているが、プライマリー・ケアを重視して様々なイノベーションを行っているイギリスのNHSとは大いに異なっている。日本の高齢者のHealthも悪くない。施設入所者の割合も平均的であるが、今後の介護サービスの需要動向によってはコストの大幅な増加が懸念される。

高齢者の増加によって老人医療費総額は増加するものの、1人当たり老人医療費は人口高齢化によってそもそもあまり増加するものではなく、老人医療費に含まれている介護的要素あるいは長期入院がどの程度除去されるかによってその水準が決定される。人口高齢化によって深刻になるのは、むしろ介護ニーズに要する費用である。介護に対する潜在的需要がどの程度あるか、それを予防によってどれだけ減らせるか、介護施設が十分整備されたとして、介護施設でのケアが医療施設でのケアに比べてどれだけ効率化されるか、という点はその深刻さを左右する大きな要素であると考えられる。医療に要する費用と介護に要する費用のそれぞれについて効率化を図ることは必要であるが、両者を総合したコストをコントロールすることが重要な課題となる。医療費が人口高齢化に対して中立的になり得るということは、人口の4人に1人弱



が70歳以上という超高齢社会を迎える日本にとって、高齢者介護のニーズを効率的な仕組みで満たすことができれば、医療と介護をあわせた費用を勤労者及び高齢者双方の負担の限度内に迎える選択肢が残されていると考えることができる。そして、医療ではプライマリー・ケアと予防の重視、介護でも予防を重視することが根本的な解決策につながると考えられる。

本稿は文献18)の第8章を大幅に改訂したものである。

## 文 献

- 1) Saltman, R. B. and Figueras, J. (1998). Analyzing the evidence on European health care reforms. *Health Affairs* 17(2): 85-108.
- 2) OECD (1992). *The Reform of Health Care: A Comparative Analysis of Seven OECD Countries*.
- 3) Office of Technology Assessment (1993). *International Health Statistics*.
- 4) 郡司篤晃 (1998). *医療システム研究ノート*. 丸善プラネット.
- 5) Freeman R. (2000). *The politics of health in Europe*.
- 6) Boerma W., de Jong F. and Mulder P. (1993). *Health Care and General Practice across Europe*. Netherlands Institute of Primary Health Care.
- 7) 江口隆裕 (1999). *医療保険制度と医療供給体制*. 藤井良治・塩野谷祐一編 *先進諸国の社会保障* フランス.
- 8) European Observatory on Health Care Systems (2000). *Health Care System in Transition*, Germany.
- 9) 府川哲夫 (2000). *ドイツ連邦共和国*. *世界の公衆衛生体系*.
- 10) 土田武史, 他 (2000). *ドイツ医療保障制度概要*. *ドイツ医療関連データ集1999年版*, 医療経済研究機構.
- 11) 武村真治 (2000). *イギリス*. *世界の公衆衛生体系*.
- 12) European Observatory on Health Care Systems (1999). *Health Care Systems in Transition*, United Kingdom.
- 13) Boerma W. and Fleming D. (1998). *The Role of General Practice in Primary Health Care*. World Health Organization Regional Office for Europe.
- 14) Orton P. and Fry J. (1995). *UK Health Care-The Facts*.
- 15) Tester S. (1996). *Community Care for Older People*.
- 16) OECD (1998a). *Long Term Care Services to Older People, A Perspective on Future Needs: The Impact of an Improving Health of Older Persons*. Ageing Working Papers 4. 2.
- 17) OECD (1998b). *Maintaining Prosperity in an Ageing Society*.
- 18) 府川哲夫, 武村真治, 佐々佳子 (2000). *高齢者の医療・介護に関する日英比較研究*. IPSS STUDY SERIES 2000. 2.