

ヨーロッパの医療保障制度と家庭医制度

一 圓 光 彌

財政・社会保障制度研究班研究員
政策創造学部教授

はじめに

医療を取り巻く環境は、供給体制の整備の時代から、医療資源を効率的に使う時代へと大きく変わってきている。その背景としては、人口の高齢化と増え続ける医療費がある。また高度な医療費が必ずしも人々の生活の質を改善することにはならないことがわかってきて、これまで以上に健康増進が重視されるようになってきている。

もう一つの環境の変化は非正規雇用の増加である。非正規労働者が増える中で皆保険体制をどう維持していくかは、日本だけでなく世界で大きな課題になっている。

ここでは、以上のような主要国の医療保障制度が直面する問題に触れた後、特に家庭医制度に注目してその意義を考えたい。

1 主要国における総医療費の推移

【医療費と医療供給体制】

図1は、主要国のGDPに占める総医療費の割合の推移を示したものである。ヨーロッパの先進諸国は80年代ぐらいまでは医療供給体制を整備することに力を注ぎ、供給体制の整備とともに医療費も上昇した。80年代に入ると、供給量をコントロールして医療費を抑制する政策がとられるようになり、医療費の伸びはなだらかなカーブに変わっている。

そうした中で、イギリスと日本はそもそも医療費の規模は大きくなかったため、長期にわたってゆるやかな上昇傾向をたどっている。日本の医療費は高齢化にもかかわらず今のところ低位を保っている。アメリカは公的な医療保険制度が高齢者等に限られているので、医療費を効果的に抑制する手段がなく、80年代以降も増加し続け、突出した高医療費国になっている。

日本では、皆保険とともに病床数も医師数も大幅に増えたが、他の先進諸国同様に病床数は抑制されるようになった。それでも日本の人口対比の病床数は、イギリス、スウェーデン、フ

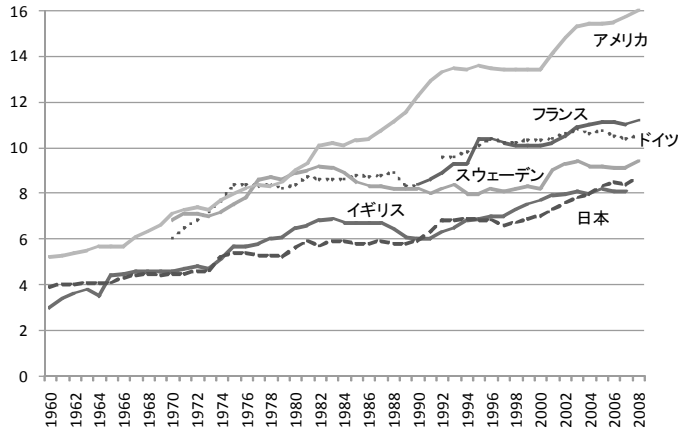


図1 主要国の総医療費の対GDP比の推移
出所) OECD Health Data 2010, October

ランス、ドイツなどに比べてかなり多い。一方、医師数は他国に比べて少ない。ヨーロッパでは、病床とともに医師の過剰が医療費増加の要因として問題視されたことがあり、日本でも医師数が増えないように医学部定員を引き下げたが、最近では日本もヨーロッパ諸国も医学部定員を増やしている。この背景としては、労働法規が遵守されるようになったこと、女性の医師が増えたことなどから、医師当たりの労働時間や労働日数が減少していることが影響している。

【医療費と人口高齢化】

医療費を引き上げる大きな要因は高齢化である。これは日本に限ったことではない。表1は、2000年時点で高齢者と若者の1人当たり医療費の違いを主要国で比較したものである。この時点では日本の高齢者の医療費は若者の3.7倍でむしろ相対的に低いぐらいであった。ただ日本

表1 主要国の高齢化率と高齢者医療費

	高齢化率 65歳以上	高齢者の医療費割合	高齢者1人あたり 医療費倍率
	a	b	高齢者÷若者
オーストリア	12.2	40.2	4.8
フランス	15.9	30.0	2.3
ドイツ	16.8	34.1	2.6
イタリア	17.6	34.3	2.4
日本	17.4	42.4	3.5
オランダ	13.6	41.2	4.5
ニュージーランド	11.7	42.1	5.5
スウェーデン	17.8	54.2	5.5
イギリス	15.7	43.0	4.1
アメリカ	12.3	48.8	6.8
以上平均	15.1	41.0	4.2

出所) Blank, Robert H. and Viola Burau, Comparative Health Policy, Palgrave, 2005

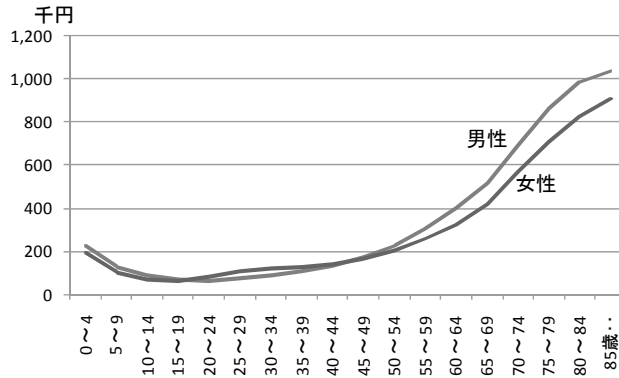


図2 年齢階級別1人当たり国民医療費
出所) 平成21年度国民医療費の概況 2011年

では、高齢者のための医療制度が老人保健制度とか後期高齢者医療制度として他から区別されているため、高齢者の医療費が特別視されてきた。後期高齢者医療制度のように高齢者の制度を別枠で設けているのは日本だけである。

図2は、2009年度における年齢階級別1人当たり医療費を男女別に示したものである。昔は、1人当たり医療費は高齢で逆に低下していたが、最近は上がり続けるようになった。1年間の医療費は85歳以上の男性で100万円を超えるようになってきている。このような年齢別医療費が不変とすると、日本の医療費は人口の高齢化だけで大きく増加し、それを支える若者の負担は大きくなる。これは外国でも同じであるが、高齢化が特に進む日本では大きな問題である。

2 ヨーロッパの医療保障制度とその財源

【各国の医療保障制度の仕組み】

図3は、国民の総医療費がどのように賄われているのか各国の違いを示したものである。縦軸には総医療費のうち社会保険制度が負担した割合を示し、横軸は税金で負担した割合を示している。日本では、総医療費の6割強を社会保険で負担し、2割弱ぐらいを税金で賄っている。ドイツやフランスなど社会保険の国もほぼ同様である。これに対して、北欧やイギリスなどは医療保険ではなく税金で医療費を賄ってお

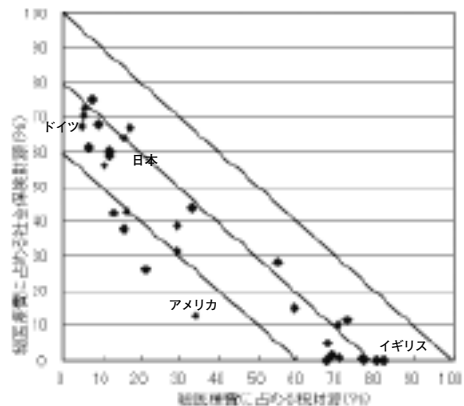


図3 各国国民総医療費に占める税制度・社会保険制度の割合
出所) OECD Health Data 2010, October

り、横軸の線上に位置している。

対角線は総医療費を示しており、社会保険や税を用いて公的に負担している医療費の割合が高ければ対角線に近いところに位置することになる。対角線からの距離は私的な費用負担の割合を示す。公的医療保障の比率は、社会保険の国であるか税を用いる公共サービスの国であるかにかかわらず、ヨーロッパでは8割程度である。この点で例外はアメリカである。

表2は、日本の国民医療費の財源構成をより詳しく示したものである。「公費負担医療給付分」の6.8%には、生活保護の医療費や、原爆医療、伝染病の医療などが含まれる。これに対して、患者が自ら負担する費用「患者負担分」は13.9%である。「医療保険等給付分」は48.1%で、これには労災保険も入る。これに3割強をしめる後期高齢者医療給付分を加えた8割弱が、社会保険制度による負担分ということになる。医療費の定義が異なるため、先のOECDの数値と一致していない。

表2 制度区分別国民医療費

	億円	構成比 %
国民医療費 計	360,067	100.0
公費負担医療給付分	24,601	6.8
医療保険等給付分	173,368	48.1
医療保険	170,769	47.4
被用者保険	81,615	22.7
被保険者	40,452	11.2
被扶養者	36,733	10.2
高齢者 1)	4,430	1.2
国民健康保険	89,154	24.8
高齢者以外	64,097	17.8
高齢者 1)	25,057	7.0
その他 2)	2,599	0.7
後期高齢者医療給付分 3)	110,307	30.6
患者負担分	49,928	13.9
軽減特例措置 4)	1,864	0.5

出所) 厚生労働省 平成21年度国民医療費

表3では、ヨーロッパの社会保険の国と公共サービスの国を、さらに細かく区分している。左側の社会保険の国の中では、競争関係の保険の国（被保険者が保険者を選べるようにする国）も増えている。また同じ公共サービス方式でも北欧などは比例税の県税を用いて県単位で医療サービスを提供していて、形としては地域保険と捉えることもできる。イギリスのように中央政府が国民の医療を保障している国でも、権限は各地のプライマリケア基金に移譲されるようになっていく。このようにより細かく見ると、各国で、分権的な管理を通して負担と給付の関

係がわかりやすくすることにより、効率を高めようとする動きがあることがわかる。

表3 ヨーロッパの医療保障の仕組み

社会関係の保証	種別保証の保証	分付保証のサービス	集約保証のサービス
ベルギー	オーストリア	デンマーク	アイルランド
ドイツ	フランス	フィンランド	ポルトガル
オランダ	ギリシャ	イタリア	スペイン
スイス	ルクセンブルグ	ノルウェー	イギリス
		スウェーデン	

出所) Mossialos, Elias et al (eds), Funding Health Care: Options for Europe, Open University Press, 2002, p.254

【医療保険の効率的な運営】

分権化して効率的運営を競い合うようにするには、個別の運営主体の財政格差を調整する必要に迫られる。高齢者が多いとか、貧しい人が多いなどの保険集団のリスクの違いを中央で調整する機能が必要になる。特に被保険者が保険者を選べるようにした場合は、リスク構造調整を行わないと、健康な被保険者を奪い合う保険者による「いいとこ取り」が起こってしまう。こうしたことから、ヨーロッパの多くの国では、個別運営組織の加入者のニーズにあわせて予算を配分する仕組みが取り入れられるようになってきている。日本でも高齢者の医療費に着目して全医療保険制度で助け合う仕組みができてはいるが、効率的な保険運営を促進するような仕組みにはなっていない。

図4は、年齢で医療費がどう違うかを医療保険制度別に示したものである。国民健康保険（国保）は、同じ年齢でも他の制度より医療費が高くなっている。病気で仕事に就けない人などがこの制度に集中するからである。勤め人の保険では、共済組合（共済）の医療費が高く、協会けんぽ（協会）がその次で、大企業などで組織されること多い健康保険組合（組合）が一番低い。人口構成が全国のそれと同じとして各保険制度の医療費を比較すると、健保組合の医療

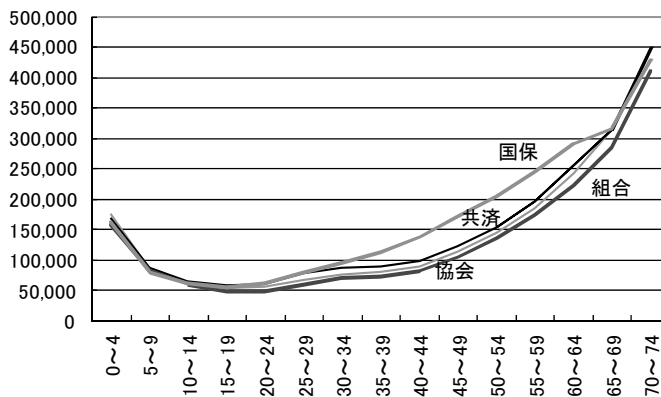


図4 保険制度別年齢別以下点数（単位 10 円）
出所) 平成 21 年度医療給付費実態調査報告 2011 年

費を1とした場合、共済組合は13%、協会けんぽは8%、国民健康保険は23%高かった計算になる。国保被保険者の低所得や高医療費は適正に補助されなくてはならないと同時に、医療費の適正化に努めている健保組合の成果も正当に評価される必要がある。

同じく年齢構成の違いを捨象して都道府県の医療費を比較すると、一番低い千葉県を1とすると長崎県は1.3倍である。75歳以上の後期高齢者の医療を比較する、一番低い岩手県を1として一番高い福岡県は1.5倍となる。市町村レベルで比較するとこの差はもっと大きくなる。医療費の高い都道府県や市町村を医療費の低い都道府県や市町村が支援するような形での財政調整では、保険者の経営努力や医療費適正化努力は報われない。

高齢社会では、出来るだけ長く健康に生きることが奨励されるような医療保険制度とならなくてはならない。同時に、医療供給のあり方については、家庭医の役割が重要となるであろう。

3 家庭医の役割

【家庭医・総合医の必要性】

先日、家の近くの歯科診療所で親不知の抜歯を勧められ、紹介状を書いてもらって市立病院で抜歯をした。抜歯後はまた診療所に通って経過を見ている。近所の歯科医宛ての所見を書いてもらうのに2,500円保険から支払っているが、無駄な検査を受けるより安い。このように、通常は自分が決めた「かかりつけ医」に診てもらい、その医師が必要と認めた場合に病院の専門医を紹介してもらって治療を受けるという仕組みが、日本でも機能し始めている。普段から健康の相談に乗ることのできる特定の専門を持たない医師のことを家庭医と呼んでいる。ヨーロッパでは、医師は病院のspecialist（専門医）と診療所のgeneral practitioner（一般医）の2種類に大別され、後者が家庭医の役割を果たしている。一般医は特定の診療科を専門とせず総合的に診断治療するので最近日本では総合医と呼ばれるようになっていく。

家庭医療（総合医療）の特徴としては、（1）特定されない問題を扱い、すべての患者を扱う医療であること、（2）患者が最初に受ける医療であり、自宅など身近なところでいつでも提供できる医療であること、（3）患者の社会関係や生活環境なども考慮され患者の個性が尊重される医療であること、（4）一症例だけでなく、長い時間軸で患者の様々な健康問題を扱う医療であること、（5）健康増進・疾病予防から治療リハビリテーションまで含む包括的な医療であること、（6）他の職種と連携して保健医療福祉資源を効率的、効果的に活用する医療であること、などがあげられる。

国民健康保険中央会はこの数年来総合医に関する研究会を続けてきたが、今年の9月に研究会委員長の水野肇先生と中央会の田中一哉専務とが編者になって『総合医の時代』（社会保険出版社）という本を出版した。監修は自治医科大学の学長の高久史磨先生である。佐賀大学医学部で総合医を養成するための総合診療部を立ち上げられた聖路加国際病院院長の福井次矢先生も

インタビューに応える形で総合医の必要性を説いている。この本では、初期診療に対応し、他の専門的な医療機関等を適切に紹介し、住民や患者と継続的な関係を保ち、住民や患者の疾病予防や健康作りを行うといったことが、総合医の大切な役割としてあげられている。

同じような総合医の重要性を取り上げたNHKのBSの番組として「ドクターG」がある。日本では、若いドクターは各専門に分かれて勉強するので、医師は皆臓器別の専門をもっている。それに対してドクターGは総合的に診療できる専門医のことである。

「ドクターG」は何回か放映されているが、これは病状とその経過を訴える患者の話をドラマ化して数名の若い研修医に見せ、それをもとに診断させる番組で、多様な推論をする研修医に対して指導教授に当たる総合診療医が語りかけながら正しい診断を導く一種の推理番組である。NHKのサイトによっているこの番組の案内には、「総合診療医とは何か？」と題して、次のような説明があったので紹介する。

総合診療医とは何か？

総合診療医は、専門化が進みすぎた医療界を抜本的に変革するために生まれた新しい医師像である。

(1) 「人がかかっている病気を治す」のではなくて「病気に苦しむ人を治す」。だから個別の「臓器」を診るのではなくて「人体」という有機体全体を診る。

(2) 「検査」に頼らない。最先端の検査ほど、患者に心身の負荷や経済的負担をかける。総合診療医は「問診」と「身体診察」だけで最終診断を行う（検査は診断の確認のためだけに限定する）。

(3) 上記2項目を満たせば、その医師は「総合診療医ドクターG」である。つまり、ドクターGは大病院にいるとは限らない。中小の病院、地域の診療所、そして各地の救命救急センターで、野球界のイチローのようにオールラウンドに診療を行う医師こそ、「ドクターG」である。

ドクターGが日本各地に増える事が、医師不足解消の切り札となる。なぜならあるドクターGは、内科、小児科、産婦人科をカバーし、別のGは、内科、整形外科、泌尿器科…というように、一人の医師が複数の専門の壁を超えて、多岐に渡る症状を診ることが可能になるからだ。現代医療の抱える医師不足という問題に、総合診療医ドクターGは大きな希望となる。

【イギリスの例】

今の日本のように、医学教育が臓器別の専門に別れ、医師が自由に診療科を選べるような状況では、医師を増やしても特定の診療科の不足は解消できそうにない。イギリスの例を調べると、25年先の専門科ごとの医師の需要を予測して、専門の教育の段階で専門科ごとに定員を定めている。将来産婦人科医がたくさん要るということであれば、教育に時間がかかるので計画

的に増やしていく。その専門教育の費用は、文部科学省ではなく厚生労働省が払っている。予測を立てて計画的に専門医を養成しているので、途中から専門を変更することは難しいようである。またその専門の中でも、半分は総合医である。医師不足の問題に直面し、総合医を増やして対処することが必要だと判断された。

総合医の役割に関係して、イギリスでは総合医にゲートキーピングの機能を与えている。これは病院の専門医を受診するための門番の役割である。デンマークやオランダでもイギリス同様、患者は家庭医（総合医）を通してしか病院の専門医の医療が受けられない。直接病院に行くとそれは私費診療になって、医療費を全額負担しなくてはならない。またこうした国では、住民はあらかじめ自分の家庭医を決めて登録し、家庭医には登録患者の数に応じた人頭報酬が支払われる。こうした国の家庭医には、出来高払いの要素と人頭払いの要素を組み合わせた診療報酬が支払われている。

【フランスの例】

フランスは、診療の自由が伝統的に根強く守られてきた国で、家庭医によるゲートキーピング機能も患者の登録制もなかった。専門医は診療所を開業することができ、患者は病院であれ専門医であれ自由に受診できる。日本と同じフリーアクセスの国である。そのフランスで、2005年に患者による担当医の登録制度が生まれた。

フランスは開業医が約11万人いる。イギリスであれば、開業医は家庭医（総合医）で、専門医は病院勤務医というようにはっきり分かれているが、フランスは専門医で開業している人が多く、11万人の開業医中、総合医が6万人で専門医は5万人もいる。2004年以前にも家庭医登録制度を作ろうとしたことがあるが、その時は登録できるのは総合医だけとしたこともあってほとんど利用されなかった。

そこで今回は、担当医は選ばなくてもいいですよ、また病院の専門医でも施設の契約医でもだれを担当医に選んでもいいですよ、ということにした。16歳以上の被保険者が健康保険に自分の選んだ担当医を届け出ることにした。その結果、2007年で85%の人が担当医を持つようになっている。病院に勤務している専門医も含めて選べるようにしたが、実際には98.5%が総合医を担当医に選んでいる。被保険者に担当医として登録された場合、医師は受け入れを拒否できないことになっている。

患者は担当医を通さずに自由に専門医の医療を受けることができるが、その場合には医療費の5割を負担しなくてはならない。自分の担当医を通して専門医を受診すれば3割負担ですむ。この3割の患者負担も補足的な共済組合などで補填されるのが一般である。フリーアクセスを前提にしつつも、家庭医と専門医の連携を促す仕組みを取り入れた形である。このフランスの担当医制度なら、日本でも取り入れることができるのではないだろうか。

【長期疾患医療管理プログラム】

登録制度やゲートキーピング制度がない国でも、高齢化とともに慢性疾患が増えるようになっており、慢性疾患の医療管理を家庭医が中心になって多職種が連携して継続的に行うことはますます重要になっている。各国で、長期疾患の管理プログラムが開発されるようになってきているが、その中心的な役割は家庭医が担っている。

WHOの推計では、長期疾患による死亡は2002年の59%から2030年には69%に増加すると予測されている。こうした病気では、長期にわたって、福祉サービスも含めて多様な職種によるサービスの連携が不可欠で、多くの国が長期疾患の医療管理プログラムを導入し、初期段階での介入や予防事業に取り組み始めている。またこうした病気では、積極的な予防的介入の費用効果が高いことも明らかになっている。

長期疾患の医療管理の重要性に鑑み、家庭医にそれを促す診療報酬を工夫している国も少なくない。たとえばイギリスでは2004年に家庭医の診療報酬制度が大幅に改革された。それまでは、住民を年齢で3つに区分し、年間1人当たり報酬単価を決め、家庭医には登録住民の数に応じて人頭払いで報酬が支払われていた。現在も人頭報酬は支払われているが、年齢ごとの報酬単価はもっと細かくなるとともに、それ以外に、長期疾患の医療管理に積極的に取り組む場合などに対して高い成果報酬が支払われるようになった。

フランスでも、すでに述べたゲートキーパー的な役割を果たす担当医に、長期疾患患者の医療管理に報酬が支払われるようになってきている。2008年で、長期疾患患者は人口の12%であるがその医療費は総医療支出の60%を占めるまでになり、これはいっそう増加する。長期疾患患者の医療管理の適正化に取り組まざるを得ない事情がある。担当医制度を設け、担当医中心に患者の他職種による医療管理を無駄なく行うことで、重複受診が減りジェネリック薬の処方が増え、制度発足の2005年から2007年にかけての医療費節約効果は日本円にして1400億円ぐらいに上るといわれている。フランスではこれはかつてない節約効果だと評価されている。ドイツでも、家庭医制度が取り入れられるようになり、家庭医を選んだ患者には自己負担が軽減されている。

むすび

以上のような家庭医制度の改革と密接に関係するのが医学教育と専門研修制度の改革である。ヨーロッパでもかつては総合医は専門医とは認められず、病院に勤務する専門医になれなかった人が専門を捨てて開業し家庭医になるといった例が少なくなかった。ヨーロッパではじめて総合医療を教える教授職が生まれたのは1963年イギリスのエジンバラ大学においてであった。1966年にはオランダでも教授職が生まれ、次第に各国に広がるようになった。アメリカでは比較的早く1969年にfamily physicianが専門医として認定されている。このように長い時間をか

けて独立した専門医として家庭医（総合医）が認められるようになったのであるが、今では専門医として総合医を養成する専門研修制度も整い、ヨーロッパでは3年以上の専門研修が義務づけられるようになっている。

臓器別の専門医数との関係で総合医の数を増やすことは、重複受診などの無駄をなくす上で重要なだけでなく、医師不足や医師の地域偏在を是正する上でも重要である。さきに紹介した国民健康保険中央会の「総合医体制整備に関する研究会」（水野肇委員長）でも、総合医の教育・研修体制について、臨床医を育てるための2年間の初期臨床研修と、専門医を育てるための3年ないし6年の専門研修制度を確立し、専門研修では、他の臓器別の専門研修と並ぶ総合医の専門研修制度を構築すること、また新しい教育研修制度による総合医が多数を占めるまでの間は、一定の臨床経験を有する医師に必要な応じて認定のための研修を実施し日本医師会等により総合医として認定する制度を設けること、を提言している。世界に例のない高齢社会を迎える日本にとって、総合医養成体制の整備は急務ではないであろうか。

様々な健康指標から判断すると、日本は比較的安い医療費で高い健康水準を達成しており、総合的に見て誇るべき医療保障制度を持つ国だといえる。しかし同時に、最近では皆保険制度でも医療供給制度でもさまざまな問題が出るようになった。そうした問題を解決する大きな鍵が、プライマリケアの中核として患者の健康と医療を支える総合医だといえる。