

わが国の医療に対する国民の評価と国際評価

On The National evaluation to the Japanese medical treatment and international evaluation

濱本 幸宏 Yukihiro HAMAMOTO

概要

まず、世界の医療に対する消費者の満足について行われた調査報告(1989年～2010年)について考察すると、医療機関から提供された「医療サービス」に対する消費者の満足に関する調査研究と国民に対して国家が制定する「医療制度」に対する消費者の満足に関する調査研究に大別される。これらの調査研究は調査対象国も調査対象となった人々の立場も調査研究により区々であるが、わが国を調査対象とした調査研究は、「医療サービス」に対する調査研究は4件、「医療制度」に対する調査研究は2件であるが、その結果を見ると、「医療サービス」と「医療制度」の両方についてわが国の医療に対する国民の評価は低い。次に、わが国の医療水準を知るためにOECDの医療データから「対GDP総医療費」などの医療資源や受診状況そして生命状況など15項目のわが国の水準について考察すると、「対GDP総医療費」のような経済的資源は若干低いものの、「人口100万人当たりMRI台数」などの物的資源はトップ水準であり、その他の項目もほぼ上位の水準である。つまり、わが国の医療水準は総合的に高く分野によっては最高水準であるといえる。そこで、低いわが国の医療に対する国民の評価と高いわが国の医療水準の結果をふまえ、わが国と医療先進国デンマーク、イギリス、アメリカを比較した結果、わが国の医療に対する国際評価もさほど低いものではなかった。このように、わが国の医療に対する国際評価はさほど低いものではないにもかかわらず、わが国の医療に対する国民の評価が低いという奇妙な現象について考察する。

キーワード：医療サービス	Medical service
医療制度	Medical system
満足度	Satisfaction rating
医療水準	Medical level
国際比較	International comparison

目次

- 1 はじめに
- 2 わが国の医療に対する国民の評価
- 3 わが国の医療水準
- 4 わが国の医療に対する国際評価
- 5 おわりにかえて（わが国の医療に対する国民の満足と不満足）

1 はじめに

筆者はサービスのマーケティングを研究テーマとしているが、近年、サービスの中でも特に医療サー

ビスを研究対象としている。本稿では医療に対する満足度の国際比較と医療資源の国際比較を基にして世界から見たわが国の医療の現状を明確にし、これ

に対する国民の評価について考察を加えるものである。

本稿は2012年3月に本学経営研究所から既に発行された拙稿「医療サービスのマーケティングに向けて」(濱本[2012年3月])と2012年12月発行に本学現代マネジメント学部から発行された拙稿「消費者の満足と医療水準」(濱本[2012年12月])を基にしてさらに研究を重ね進めたものである。よって、資料やデータは同じものを使用している。

2 わが国の医療に対する国民の評価

本章では、海外の医療に対する満足度の研究をした過去の文献に考察を加え、わが国の医療に対する満足度の現状について明確にするものである。この研究は拙稿「医療サービスのマーケティングに向けて」(濱本[2012年3月])で細述し、拙稿「消費者の満足と医療水準」の第1章である1「医療に対する満足に関する調査研究の整理と確認」(濱本[2012年3月]16頁)で要約した。本章ではこれを参考とする。

2.1 医療機関から提供された「医療サービス」に対する消費者の満足に関する調査研究

- ① 1992年に Diane Rowland, による“A Five-Nation Perspective On The Elderly,” (Rowland,[1992])。
- ② 1994年に John H. Kurata , Yoshiyuki Watanabe , Christine McBride , Keiichi Kawai and Ronald Andersen, による“A comparative study of patient satisfaction with health care in Japan and the United States ,” (Kurata, Watanabe, McBride, Kawai, Andersen,[1994])。
- ③ 1999年に K Donelan, R J Blendon, C Schoen, K Davis, and K Binns, による“The cost of health system change: public discontent in five nations ,” (Donelan, Blendon, Schoen, Schoen, Davis, Binns,[1999])。
- ④ 2000年に K Donelan, R J Blendon, C Schoen, K Binns, R Osborn, and K Davis, による“The elderly in five nations: the importance of universal coverage ,” (Donelan, Blendon, Schoen, Osborn, Davis,[2000])。
- ⑤ 2003年に Robert J. Blendon, Cathy Schoen, Catherine DesRoches, Robin Osborn and Kinga Zapert, による“Common Concerns

Amid Diverse Systems: Health Care Experiences In Five Countries,” (Blendon, Schoen, DesRoches, Osborn, Zapert,[2003])。

- ⑥ 2004年に江口成美、沼田直子の両氏による「医療に関する意識の国際比較—4カ国の地方都市において—」(江口、沼田[2004])。
- ⑦ 2006年に Robert J. Blendon, Mollyann Brodie, John M. Benson, Drew E. Altman, and Tami Buhr による“Americans' views of health care costs, access, and quality” (Blendon, Brodie, Benson, Altman, Buhr,[2006])。
- ⑧ 2006年に塚原康博、藤澤弘美子、岩井高士、笹林幹生、笹林幹生、福原浩行による「国際比較にみる患者満足度と製薬産業のイメージ—医療および医薬品満足度と製薬産業イメージの要因分析—」(塚原、藤澤、岩井、笹林、笹林、福原[2006])。
- ⑨ 2007年に厚生労働省が公表した『平成17年受療行動調査の概要(確定)』(厚生労働省[2007])。
- ⑩ 2010年に厚生労働省が公表した『平成20年受療行動調査(確定数)の概況』(厚生労働省[2010])。

2.2 「医療制度」に対する消費者の満足に関する調査研究

- ⑪ 1989年の Robert J. Blendon and Humphrey Taylor, による“Views On Health Care: Public Opinion In Three Nations,” (Blendon, Taylor,[1989])。
- ⑫ 1990年に Robert J. Blendon, Robert Leitman, Ian Morrison, and Karen Donelan, による“Satisfaction With Health Systems In Ten Nations ,” (Blendon, Leitman, Morrison, Donelan,[1990])。
- ⑬ 1997年に Elias Mossialos, による“Citizens'view on health care systems in the 15 member States of the European Union ,” (Mossialos,[1997])。
- ⑭ 2001年に Robert J. Blendon, Minah Kim and John M. Benson, による“The Public Versus The World Health Organization On Health System Performance,” (Blendon, Kim, Benson,[2001])。
- ⑮ 2002年に Robert J. Blendon, Cathy Schoen, Catherine M. DesRoches, Robin Osborn,

Kimberly L. Scoles and Kinga Zapert, による “Inequities In Health Care: A Five-Country Survey,” (Blendon, Schoen, DesRoches, Osborn, Scoles, Zapert,[2002])。

- ⑩ 2003年に Robert J. Blendon, Cathy Schoen, Catherine DesRoches, Robin Osborn and Kinga Zapert, による “Common Concerns Amid Diverse Systems: Health Care Experiences In Five Countries,” (Blendon, Schoen, DesRoches, Osborn, Zapert,[2003])。

先節 2.1 と 2.2 で見たようにわが国の「受けた医療サービスに対する満足度」の調査は①、②、⑥、⑧の 4 調査であるが、⑧は日米の 2 カ国のみ調査である。また「医療制度に対する満足度」調査では⑫と⑰の 2 調査であり、合わせて 6 調査であるが、前述したように⑥と⑰は同一調査であるので、実際には 5 調査である。調査年、調査内容、調査対象国、対象者、わが国の満足度、順位で整理し、調査年順にわが国の医療に対する満足度を表にまとめたものが表.2-1 である。

表 2-1 医療に対する満足の国際比較⁽¹⁾

	調査年	調査事項	調査対象国	国数	対象者	満足度	わが国の順位
⑫	1990年	医療制度	日・米・加・英・西独仏・伊・蘭・豪・瑞典	10カ国	市民	29.0%	7位
①	1992年	医療サービス	日・米・加・英・西独	5カ国	高齢者	19.0%	5位
②	1994年	医療サービス	日・米	2カ国	患者	72.4%	2位
⑥	2004年	医療サービス	日・韓・米・仏	4カ国	市民	68.5%	3位
⑦	2004年	医療制度	日・韓・米・仏	4カ国	市民	27.1%	4位
⑧	2006年	医療サービス	日・米・英・独・仏	5カ国	患者	50.0%	5位

わが国を調査対象とした医療満足度に関する 6 調査から作成

- ⑰ 2004年に江口成美、沼田直子の両氏による「医療に関する意識の国際比較—4カ国の地方都市において—」(江口、沼田[2004])。
- ⑱ 2004年に Jürgen Kohl と Claus Wendt による “Satisfaction with health care systems :A comparison of EU Countries,” (Kohl, Wendt, [2004])。
- ⑲ 2006年に Robert J. Blendon, Mollyann Brodie, John M. Benson, Drew E. Altman, and Tami Buhr によって “Americans' views of health care costs, access, and quality” (Blendon, Brodie, Benson, Altman, Buhr, [2006])。
- ⑳ 2010年に Cathy Schoen, Robin Osborn, David Squires, Michelle M. Doty, Roz Pierson, and Sandra Applebaum, により “How Health Insurance Design Affects Access To Care And Costs, By Income, In Eleven Countries” (Schoen, Osborn, Squires, Doty, Pierson, Applebaum, ,[2010])。

表.2-1 の結果から分かるように、受けた「医療サービス」に対する満足度および「医療制度」に対する満足度の両方において諸外国よりも低く、全体としてわが国の医療に対する消費者の評価は低いということである(濱本[2012年3月]17頁)。

以上のように年代順にみると⑫の 1990年の「医療制度に対する満足度」調査報告が最初であり、この調査報告は欧米との比較においてわが国の医療制度に対する市民の満足度を見ることが出来る。⑰の 2004年のそれは調査対象国に韓国が入りアジアとの比較が出来るが、欧米諸国の方は米仏 2カ国だけであり、欧米の調査対象国が少ないのが残念である。また、調査対象都市が、人口 20 万の地方都市に限定されているため回答に地方の特色が出る反面、調査結果を持って国家全体を表しているとは判断しにくい面がある。例えばわが国の場合、大都市では医療機関が多く市民は医療機関を選択できるが、地方は大都市に比べ医療機関少なく、市民は医療機関の選択の幅が狭くなる。地方によっては選択どころか医師不足といった深刻な問題を抱えてしまう場合もある。しかし、国が定めた医療制度は大都市であれ地方都市であれ基本的に同じ(特別な事項について

2.3 国際比較の結果

は異なる場合がある)である(濱本[2012年3月]17頁)。

「医療制度に対する満足度」と「1人当たりの年間医療費」の関係について⑬の1997年の調査報告を見てみよう。この調査報告にわが国は入っていないが、EU 15カ国を対象とした大規模調査である。この調査では満足度がもっと高いのはデンマーク90%であるが、デンマークの1人当たり医療費は\$1,201で11位とかなり下位である。1位2位のデンマークやフィンランドは当てはまらないかもしれないが「医療制度に対する満足度」と「1人当たりの年間医療費」にはある程度関係が見られる。この点について、二木立氏は欧米の「医療制度に対する満足度」と「1人当たりの年間医療費」について計算を行い、「アメリカを含めた10カ国では-0.120で相関がなかったが、アメリカを除いた9カ国では0.766と高い相関が見られた(アメリカとスウェーデンを除いた8カ国では相関係数は0.848とさらに高くなる(二木、[2007])」と述べている。

わが国の場合、この調査と同じ年の1993年における1人当たりの国民医療費は195,300円(厚生省大臣官房統計情報部、[2004])である。医療費だけで見るとわが国の1人当たりの医療費は1位のルクセンブルクの\$1,992と同じくらいの高水準である。上記のわが国を含めた「医療制度に対する満足度」調査が行われた同年の1989年の1人当たりの国民医療費は160,100円(厚生省大臣官房統計情報部、[2004])であり、また2003年における1人当たりの国民医療費は247,100円(厚生省大臣官房統計情報部、[2004])である。高度で最先端の医療は当然医療費は高額となるため、医療費が高額であればあるほど満足度が高いと考えれば、日本はもっと満足度が高いはずである。しかし、前述したように⑬の調査報告では日本と同じくらいの医療費は1人当たり年間医療費が最も高いルクセンブルクの\$1,992であるが、同国の満足度は4位で71.1%であり、決してトップではない。これに対し、満足度トップのデンマークの1人当たり年間医療費はなんと\$1,201と少なく、「1人当たりの年間医療費」の順位では11位である。つまり、1人当たりの年間医療費が低いにもかかわらず、満足度が一番高いのである。

このようなデンマークの状況について大熊由美子氏は日米との比較において次のように述べている。「日本の国民医療費は今年も過去最高と厚生省は毎年危機感をあおっていますが、実は、日本の医療費

は国際的には低いことで有名です。たとえば、国内総生産(GDP)に占める日本の医療費は、経済協力開発機構(OECD)27カ国の平均より16%も低いのです。OECDデータをもとに米国、デンマーク、日本の変化を描いてみたものです。1995年で比較すると、GDPに占める医療費は米国14.2%、日本7.2%、デンマーク6.2%です。米国が「世界の医療費」を支払っている国でありながら満足度が低い理由は、かなりはっきりしています。貧しかったり、病気がちだったりして、医療保険に入ることができない人々が何千万人もいるからです(大熊、[1997]145頁)。」そして、デンマークの病院の状況を「日本や米国だったら一日何千円、何万円もの室料差額をとられるような広くて感じのよい温かみのある病室。にもかかわらず、入院費は無料なのです。日本のようにヤミで付添さんを雇う必要もありません。100ベッドあたりの職員は、1983年に269人だったのが、その後の10年間で320人に増えました。うち、医師36人、看護婦102人で、どちらも日本の3倍以上です。患者が幼かったり、病状が深刻だったりして「そばにいたい」と家族が望む場合は、隣接した病院ホテルから通って精神的に支えることが出来るように配慮されています。こちらの宿泊費は市町村が補助します(大熊、[1997]145頁)」と述べ、このような手厚い医療サービスが実現できるデンマークの医療制度の優秀な点を特に日本と比較した次の10項目(大熊、[1997]146~149頁)を列挙している。

- < 1 > 病院には病人だけがいる
- < 2 > 病院滞在期間を減らす
- < 3 > 家庭医という名の専門医の活躍で重複出費を避ける
- < 4 > 医療提供者が競争する
- < 5 > 分権化を徹底・企業に学ぶ
- < 6 > 証拠に基づく医学で(治療が行われる⁽²⁾)
- < 7 > 原料費を減らす
- < 8 > リサイクルする
- < 9 > 歯科教育を重視する
- < 10 > 顧客調査をする

さらに、日本の医療改革について、「デンマークなみの病室に入りたければ自己負担を、腕のいい医師にかかりたければ自己負担の上乗せを、値段の高い薬を使って欲しかったら自己負担をといった提案がなされています(大熊、[1997]149頁)。」と批判し、そしてデンマークの改革を「省庁の壁をはずす」「分権化を徹底する」「システムを上手に組む」

「現実に即して組織をどんどん変えていく」「利用者の立場になって」という、ほんとうの意味の「行財政改革」でした(大熊、[1997] 149 頁。)とまとめている。

確かにデンマークの医療満足度の高さは、⑭の 2001 年の調査報告(残念ながらこの調査にも日本は入っていない)においても満足度がトップである。しかも先進 17 ヶ国の低所得者に対しては満足度 90%、高齢者に対しては 93%と圧倒的高さの満足度である。大熊由紀子氏は少ない医療費で高い満足度を与えるデンマーク医療の「10 の秘密」を列挙し賞賛している。列挙された「10 の秘密」には若干の説明が付されており、その中にデンマークの全ての国民は「家庭医」を持っているようであるが、市民は「家庭医」を自由に選択できるのか否か、また変更の自由もあるのか否かについては触れられていない。また、「10 の秘密」には医療制度以外の項目も含まれているが、論文の最後のまとめのところで、日本の医療に対する満足度の低さは「行財政改革」の問題と結論づけている。では、ただ単に医療制度を改革すれば医療に対する満足度が高くなるのであろうか。

国民は国の医療制度に従い普通に健康保険料を支払い、患者の時はさらに医療費の負担を支払う。健康なときには何の医療サービスを受けてもいないのに他人の医療費を負担させられていると感じ、患者のときはさらに負担を強いられると感じる。わが国の医療制度に対して市民の満足度が低いのは、自分や自分の家族が患者となったときに、それまでに支払ってきた「健康保険料」+窓口で支払う「医療費」→「医療に対する経済的負担感」に比べて「受けた医療サービス」が低いと感じるからではなかろうか。よって、わが国の医療制度に対する満足度が国際的に低いのではなかろうか。「受けた医療サービス」が毎月支払う税金や健康保険料以上のものと感ずるならば誰も不満を表明しない。社会保障費に対する市民の負担感と給付された社会保障に対する満足感とは「生活満足度」に関係する問題であり、「医療制度に対する満足度」は受けた「医療サービスに対する満足度」と「生活満足度」に大きく関係していると考えられる。この点について仁木氏は「医療満足度と生活満足度との間には強い相関があり、国際的にみて低い日本の医療満足度は、生活満足度の低さ(または低く回答する国民性)を反映していることを示唆している(二木、[2007])。と述べている。この観点から、注目すべきは、⑧の 2006 年の調査報

告である。この調査報告はただ単に調査結果のみにより医療満足度を比較するのではなく、質問項目の個々の回答を「生活全般に対する満足度」で除すことによって補正し、「医療満足度」と医療に関する個別項目に対する満足度の平均値で比較するという手法を取り、その結果わが国の医療満足度はドイツ、イギリスに次ぐ 3 位としたところである。しかし、ビリを免れた調査結果があるとはいえ満足度は、「医療制度に対する満足度」が 27%~29%であり、「医療サービスに対する満足度」が 50%~75%である。では、これほどまでにわが国の医療に対する国民の評価が低いと言うことは、わが国の医療に関する水準が国際的に見て低いのであろうか。検証する必要がある。OECD(OECD 1 [2011])のデータで見てみよう。

3 わが国の医療水準

本章では、拙稿「消費者の満足と医療水準」(濱本 [2012 年 12 月])において、わが国の医療水準を知るために OECD の医療データから考察した「対 GDP 総医療費」(OECD 2 [2011])、「1 人当たり総医療費」(OECD 3 [2011])、「総医療費に占める公的医療費の割合」(OECD 4 [2011])、「人口 1,000 人当たり医師数(臨床医数)」(OECD 5 [2011])、「人口 1,000 人当たり看護師数(臨床看護師数)」(OECD 6 [2011])、「人口 1,000 人当たり急性期病床数」(OECD 7 [2011])、「人口 100 万人当たり MRI 台数」(OECD 8 [2011])、「人口 100 万人当たり CT スキャナ台数」(OECD 9 [2011])、「1 人当たり受診回数」(OECD 10 [2011])、「平均寿命」(OECD 11 [2011])の 10 項目に加え、より多角的にわが国の医療水準を図るために、「1 人当たり総医療費の伸び率(実質ベース)」(OECD 12 [2011])、「1 人当たり公的医療費の伸び率(実質ベース)」(OECD 13 [2011])、「総医療費に占める医薬品その他非耐久性医療財の割合」(OECD 14 [2011])、「急性期医療における平均在院日数」(OECD 15 [2011])、「出生 1,000 人当たり乳幼児死亡者数」(OECD 16 [2011])の 5 項目を追加して考察した。

3.1 わが国の医療水準考察の結果と問題点

わが国の対 GDP 総医療費は 8.5% (2008 年)、OECD 加盟国平均は 9.5%である。もし、わが国の対 GDP 総医療費を OECD 平均以上に引き上げようとするならば、わが国の総医療費を最低 1.117 倍に

増加させねばならないことになる。今後、わが国の GDP 成長率をプラスと仮定した場合、さらに総医療費を増加させる必要がある。なお、総医療費にはわが国の国民医療費に当たる費用のみならず、介護保険サービス、予防・健康関連サービス、高度先進医療の全額患者負担分、その他の特定療養費、歯科自由診療などが含まれるため、わが国において混合診療を全面解禁して私的医療費の増加によって OECD 平均に対 GDP 総医療費を近づけようという考えが出てくる可能性がある。

総医療費に占める公的医療費(医療給付費に相当)の割合は、わが国では 80.8% (2008 年) であるが、公的医療費の割合が最も高いのはデンマークの 85.0%(2009 年)であり、対 GDP 総医療費 11.5% (2009 年)、1 人当たり総医療費 \$ 4,348(2009 年)とわが国よりも高い。また、日本の 1 人当たり総医療費の伸び率(実質ベース)は 2.6% (2008 年) であり、OECD 加盟国平均 3.86% を下回っている。

わが国の人口 1,000 人当たり臨床医師数は 2.2 人(2008 年)、OECD 加盟国平均は 3.08 人である。一方、1 人当たり受診回数は 13.2 回(2008 年)と OECD 加盟国の中でもっとも多く、1 人当たり医師の労働は過重傾向にあるといえる。わが国の人口 1,000 人当たり医師数を OECD 平均にまで引き上げようとするれば、人口が一定として、医師数を 1.4 倍に増員せねばならない。なお、OECD の人口 1,000 人当たり医師数には外国人医師も含まれるため、今後わが国において看護や介護の分野と同じように医師についても海外から医師を導入しようという考え方が出てくる可能性がある。

わが国の平均寿命は OECD 加盟国の中ではもっとも長い。わが国の平均寿命の伸長に貢献している医療資源は、1 人当たり総医療費、人口 100 万人当たり MRI 台数、人口 100 万人当たり CT スキャナ台数、人口 1,000 人当たり医師数、人口 1,000 人当たり看護職員数と考えられる。平均寿命とこれら 5 項目との相関係数(小数点第 3 位四捨五入)を見ると、1 人当たり総医療費は 0.52、人口 100 万人当たり MRI 台数は 0.48、人口 100 万人当たり CT スキャナ台数は 0.50、人口 1,000 人当たり医師数 0.32、人口 1,000 人当たり看護職員数 0.47 であり、いずれも正の相関を示している。

因みに、わが国の総医療費に占める医薬品費および非耐久性医療材の割合も 1 人当たり受診回数も先進国の中ではもっとも高い。平均寿命とこれら 2 項

目との相関関係を見ると、総医療費に占める医薬品費その他非耐久性医療材の割合とでは相関係数が -0.63、1 人当たり受診回数とでは相関係数が -0.15、このように負の相関関係を示した。

平均寿命の伸長に 1 人当たり総医療費が大きく関係しており、医療に対して多くの費用をかければ、長生きができるという可能性がある。また平均寿命の伸長は循環器系疾患による死亡率の低さによると考えられ、直接因果関係を示すものということとは出来ないが、MRI や CT スキャナの普及により循環器系疾患を早期発見することができ、早期治療を可能にしたことが平均寿命の伸長に繋がったのではないかと考えられる。

4 わが国の医療に対する国際評価

低いわが国の医療に対する国民の評価と高いわが国の医療水準の結果をふまえ、わが国と医療先進国デンマーク、イギリス、アメリカとの比較を行いわが国の医療に対する国際評価をしてみよう。

4.1 医療に対する満足度と医療に関する水準のデンマーク、日本、イギリス、アメリカの比較

デンマークは⑬⑭⑯の「医療制度に対する満足度」の 3 調査のみであるが、国民の医療に対する満足度が極めて高い国である。また、イギリスは「医療サービスに対する満足度」においてはわが国よりも満足度が高く、「医療制度に対する満足度」においては⑳の調査ではわが国より若干下回った国である。そして、アメリカは両調査で最も多く調査がなされた国であり、「医療サービスに対する満足度」はわが国よりも高いが、「医療制度に対する満足度」はわが国よりも低い国である。このような 3 カ国とわが国の対 GDP 総医療費、1 人当たり総医療費、総医療費に占める公的医療費の割合、人口 1,000 人当たり医師数、人口 1,000 人当たり看護師数、平均寿命、出生 1,000 人当たり乳幼児死亡者数の状況の 7 項目について比較し、わが国の状況をみてみよう。

日本、イギリス、アメリカの 3 カ国を含んで行われた調査報告は①の 1992 年調査報告と⑧の 2006 年の調査報告である。この二つの調査報告を見ただけでもわが国の「医療サービスに対する満足度」は他の 2 カ国よりも低く、表全体から見てもわが国の「医療サービスに対する満足度」は最も低い。

各項目の状況についてみてみよう。まず、対 GDP 総医療費についてみると、わが国は 1991 年の 5.9%

から 2006 年には 8.2%になり 2008 年に 8.5%である。イギリスは 1991 年の 6.3%から 2008 年には 8.5%に達している。アメリカは 1991 年の 13.1%から 2006 年には 15.8%である。わが国はイギリスよりも若干低い、アメリカは他の 2 カ国の 2 倍近い高水準である。

1 人当たり総医療費についてみると、わが国は 1991 年に \$ 1,198 であり、2006 年に \$ 2,609、2008 年に \$ 2,878 に達している。イギリスは 1991 年に \$ 1,049 であるが、2006 年には \$ 3,006 に達している。アメリカは 1991 年の時点で \$ 3,073 であり、2006 年には \$ 7,073 でありわが国やイギリスの 2 倍を超える水準である。

総医療費に占める公的医療費の割合についてみると、わが国は 1991 年に 78.3%であり、2006 年に 79.4%、2008 年に 80.8%に達している。イギリスは 1991 年の 83.3%から 2006 年には 81.3%に減少している。それでもわが国よりも若干高い。しかし、アメリカは 1991 年の 41.0%から 2006 年には 44.9%であり、わが国やイギリスの約半分の割合である。

人口 1,000 人当たり医師数についてみると、わが国の場合かなりデータが抜けているが、2006 年に 2.1 人、2008 年に 2.2 人である。イギリスは 1991 年の 1.6 人から 2006 年には 2.5 人に増加しており、わが国よりも若干多い。アメリカは 1998 年の 2.3 人から 2006 年には 2.4 人であり、わが国よりも多いがイギリスよりも少ない。

人口 1,000 人当たり看護師数についてみると、わが国の場合 2006 年に 9.1 人、2008 年に 9.5 人である。イギリスは 2002 年の 9.3 人から 2006 年には 9.7 人に増加しており、わが国よりも若干多い。アメリカは 1999 年の 10.4 人から 2006 年には 10.5 人であり、わが国やイギリスよりも多い。

平均寿命についてみると、わが国は 1991 年に 79.1 歳であり、2006 年に 82.4 歳、2008 年に 82.7 歳に達している。イギリスは 1991 年に 75.9 歳であるが、2006 年には 79.5 歳である。アメリカは 1991 年に 75.5 歳であるが、2006 年には 77.7 歳であり、3 カ国の中で最も低く、3 カ国中最も寿命が長いのはわが国である。

出生 1,000 人当たり乳幼児死亡者数についてみると、わが国は 1991 年に 4.4 人であり、2006 年に 2.2 人、2008 年に 2.6 人である。イギリスは 2002 年の 7.4 人から 2006 年には 5 人に減少した。イギリスは

わが国の約 2 倍の人数である。アメリカは 1991 年に 8.9 人であるが、2006 年には 6.7 人であり、3 カ国の中で最も多い、3 カ国中最も少ないのはわが国であり、アメリカの半分以下である。

このように、わが国はイギリスやアメリカと比較して、対 GDP 総医療費と 1 人当たり総医療費も低い、総医療費に占める公的医療費の割合はイギリスと同様に高い。人口 1,000 人当たりの医師数も看護師数もやや低いが、最も長寿で出生 1,000 人当たり乳幼児死亡者数が最も少ない国である。しかし、「医療サービスに対する満足度」は最も低い国なのである。

次に日本、イギリス、アメリカの「医療制度に対する満足度」と各調査年の対 GDP 総医療費、1 人当たり総医療費、総医療費に占める公的医療費の割合、人口 1,000 人当たり医師数、人口 1,000 人当たり看護師数、平均寿命、出生 1,000 人当たり乳幼児死亡者数の状況の 7 項目についてみる。

デンマークを除く 3 カ国を含んで行われた調査報告は⑫の 1990 年調査報告である。⑫の調査報告を見る限りではわが国の「医療制度に対する満足度」はイギリスより若干高く、最も低いのはアメリカである。⑬の調査報告は調査対象にわが国とアメリカの 2 カ国の比較しかできないが、わが国の「医療制度に対する満足度」はアメリカよりも低い。わが国が調査対象から外れているが、デンマーク、イギリス、アメリカの 3 カ国を含んだ⑭の調査報告では、デンマークの「医療制度に対する満足度」が 91%と顕著に高く、もっと低いのはアメリカである。

では各項目の状況についてみてみよう。まず、対 GDP 総医療費についてみると、1990 年のわが国とイギリスの対 GDP 総医療費は 5.9%であるが、アメリカのそれは 12.4%である。また、2000 年の対 GDP 総医療費を見るとイギリスの 7.0%が最も低く、アメリカの 13.7%が最も高い。調査年の対 GDP 総医療費全体を見ると、アメリカが他の 3 カ国の約 2 倍で最も高く、わが国の対 GDP 総医療費はデンマークやイギリスとあまり変わらない水準である。

1 人当たり総医療費についてもアメリカは他の 3 カ国に比べて約 3 倍であり飛び抜けて高い。わが国についてみるとデンマークやイギリスとさほど変わらない水準であるが、デンマークがわが国やイギリスより若干高めである。

総医療費に占める公的医療費の割合についてみると、アメリカが他の 3 カ国に比べ顕著に低く、約半

分である。わが国はデンマークやイギリスと同様の水準である。

人口1,000人当たり医師数についてみると、わが国は1990年のデータしかなく、他の国々との比較ができないが、他の3カ国を見た場合、それほど大きな差はない。デンマークがイギリスやアメリカよりも人口1,000人当たりの医師数が多い。

人口1,000人当たり看護師数についてみると、わが国は調査年のデータがないため他の国との比較ができない。わが国を除く3カ国でみた場合、イギリスはやや低く、アメリカは安定して高水準を保っている。デンマークは2000年に12.4人と突出している。

平均寿命についてみると、わが国が最も高く、他の3カ国については若干の差はあるものの同様の水準である。

出生1,000人当たり乳幼児死亡者数についてみると、わが国が最も少なく、他の3カ国に付いてみるとアメリカが若干多いといえる。1990年をみた場合、日本の2倍の数値である。

このように、データ不足の部分はあるもののわが国は、対GDP総医療費、1人当たり総医療費、総医療費に占める公的医療費の割合はデンマークやイギリスとあまり変わらない水準であり、平均寿命が高く、出生1,000人当たり乳幼児死亡者数が少ない国である。しかし、国民の「医療制度に対する満足度」はやや低い国なのである。

以上、4カ国の「医療サービスに対する満足度」および「医療制度に対する満足度」と対GDP総医療費などの医療水準についてみた場合、デンマークは医療費も公的負担も高く、医療サービスを提供する医師や看護師の人員も多く国民の「医療制度に対する満足度」の非常に高い国である。イギリスは医療費も公的負担のわが国と似ているが、医療サービスを提供する医師や看護師の人員はわが国よりもやや多く、「医療サービスに対する満足度」も「医療制度に対する満足度」もわが国よりもやや高い国である。アメリカは医療費が大きい公的負担が低く、医療サービスを提供する医師や看護師の人員が多く、「医療サービスに対する満足度」は非常に高いが、「医療制度に対する満足度」は低いという国である。わが国は医療費が小さいが公的負担が高く国民の自己負担が低い、医療サービスを提供する医師や看護師の人員が少ないが、最も長寿で乳幼児の死亡数が最も低い、しかし「医療サービスに対する満足度」も

「医療制度に対する満足度」も低い国である。患者に医療保険適用で提供される医療サービスの枠組みを規定するのは医療制度である。わが国の医療制度はそれほど劣悪なものなのであろうか。

4.2 デンマーク、日本、イギリス、アメリカ)の医療制度

以下、4カ国の医療制度の特徴について概略を述べる。

(1) デンマーク

医療保険制度は1973年から税金を財源とする公的医療保険制度である健康保障制度である。健康保障制度は全国民に適用され、15歳以上の住民は医療制度のうち、グループ1かグループ2のいずれかを選択せねばならない。15歳以下の住民は父母いずれかの選択したグループに属する。グループ1を選択している限り医療費は原則無料(医薬品および歯科医療を除く)であり、グループ2は医療費の一定額負担がある。国民の95%以上はグループ1を選択している。

医療保険における公的保険料率と財源は、税方式による公営サービスであるため、保険料は徴収しない。

高額医療費の負担は、先述したようにグループ1を選択している限り自己負担はない、グループ2を選択した場合は一定額負担有り。

WHOの評価をみると、総合的な医療システム達成度^③は世界191カ国中第20位であり、医療システムの効率性^④は世界191カ国中第34位である。

問題点は、1980年代から病院における待機リストが依然として問題となっている。この問題を回避するために、全額自己負担の民間病院を受診するケースがあるが、その費用の三分の二は大企業などが福利厚生の一環として保険料を負担している民間保険によって賄われており、平等で無料の医療の原則に反するという批判がある。また、今後増大する医療費に対して、これ以上の増税は困難であるため自己負担の増大や民間保険の活用が考慮されるべきである(財務総合政策研究所[2010])。

(2) 日本

わが国の医療保険制度は、社会保険方式により国民皆保険である。全ての地域住民は原則として市町村が運営する国民健康保険に加入する。その上で被用者保険に加入することができる。被用者保険には健康保険、船員保険、各種共済がある。

医療保険における公的保険料率と財源は、保険料収入であるが、それは国民医療費の 48.6%(大臣官房統計情報部[2011])であり、残りは国庫から 25.3%、患者負担が 13.9%である。一般的に保険料率は給与額に応じて決定される。

高額医療費の負担には、医療保険により一定の金額(自己負担限度額)を越えた部分が払い戻しされる高額療養費制度がある。70 歳未満の一般人の場合、80,100 円+(総医療費-267,000 円)×1%の自己負担限度額(1 か月当たり)である。

WHO の評価をみると、総合的な医療システム達成度は世界 191 ヶ国中第 1 位であり、医療システムの効率性は世界 191 ヶ国中第 10 位である。

問題点は、医療費の増加スピードが速く、医療費の中で高齢者医療費の占める割合も増加している。医療費の約半分を保険料、約 3 分の 1 を税財源、約 14%を患者負担で賄っているため、医療費の負担者の問題が生じる。また、少子高齢化が進行しているため、現行の費用負担構造の維持が困難になっている(大臣官房統計情報部[2011] 206~212 頁)。

(3) イギリス

イギリスの医療制度は、NHS と呼ばれる国民医療制度より原則無料で提供される。地域住民に対する医療サービス供給は、NHS から一定の独立性を持った PCT プライマリー・ケア・トラストが行う。医療制度は、地域に密着した一般医師に受診する 1 次医療と一般医師等からの紹介により NHS トラスト等を受診する 2 次医療から構成される。

医療保険における公的保険料率と財源は、8 割程度が税金であり、残りは国民保険や受益者負担、トラストの利息等で賄われている。

高額医療費の負担には、外来処方箋は一処方箋当たり定額負担、歯科医療は 3 種類の定額負担。高齢者、低所得者、妊婦には免除があり、薬剤については免除者が多い。

WHO の評価をみると、総合的な医療システム達成度は世界 191 ヶ国中第 9 位であり、医療システムの効率性は世界 191 ヶ国中第 18 位である。

問題点は、従来からの中心課題であった待機時間の長期化問題については改善しつつあるが、院内感染問題は依然として残っている。医療費支出の増加を抑制する中で、今後の需要の増大に対して医療サービスの質と財政面での効率化のバランスを取ることが課題となる。また、NHS の医療サービスの質の低下とコスト増に対して地域によっては NHS を

民営化としたため国民から反発を受けた。地域医療では地域格差が問題となっており、PCT プライマリー・ケア・トラストは地域間での運営能力の差やそれを担う人材の不足等の問題を抱えている⁶⁾ (大臣官房統計情報部[2011] 205~211 頁)。

(4) アメリカ

アメリカの医療制度は、公的医療保険としては高齢者及び障害者に対するメディケアおよび低所得者に対する公的扶助であるメディケイドがある。現役世代の医療保障は民間医療保険を中心に行われる。アメリカの医療費を支出主体別にみると、民間医療保険が 36%と最大割合、次いでメディケア支出が 19%、メディケイド支出が 17%、患者負担が 16%である。

医療保険における公的保険料率と財源は、メディケア・パート A(入院サービス)は給与の 2.9%(社会保障目的税に付属:被用者と使用者で折半)の保険料、パート B(外来サービス)は毎月 \$ 88 の保険料(2006 年)と連邦政府の一般財源。

高額医療費の負担には、公的医療保険では高額な医療費の部分は自己負担となるが、民間保険には高額な医療費に対して高額医療費保険が存在している。高額医療費保険では患者負担の上限額があらかじめ決められている。

WHO の評価をみると、総合的な医療システム達成度は世界 191 ヶ国中第 15 位であり、医療システムの効率性は世界 191 ヶ国中第 37 位である。

問題点は、医療費の GDP 比、人口 1 人当たりの医療費ともに OECD30 ヶ国中第 1 位で、他の国々より飛び抜けて高く、医療費は非常に高額である。全人口の約 16%は医療保険の無保険者であり、その原因は保険料が払えない貧困者と不法滞在者であると考えられる。現役世代の医療保険は民間保険が中心であり、企業が福利厚生の一環として事業主が高負担で団体医療保険の加入プランを提供する例もみられる。医療費抑制のためにマネジドケア型の医療保険プランが広がっているが、医療機関の選択や専門医受診が制限され、過小医療で必要な医療が受けられない、保険外の治療オプションが通知されない等の問題点が指摘されている⁶⁾ (大臣官房統計情報部[2011] 206~212 頁)。

以上 4 ヶ国の医療制度の特徴をみてきたが、いずれの国の医療制度も国民に対して平等で適切な医療を提供することを目的とし、経済的で効率性の高いシステムを目指していると考えられるが、各々の国

の社会経済的状況などからいづれの国の医療制度も一長一短があり完全な医療システムを構築するのは困難である。デンマークのように医療の機会平等と無料を重視すれば、待機リストの問題や財政的問題が生ずる。イギリスは医療の機会平等と患者負担軽減をある程度重視しているが、医療サービスの低下と医療機関運営の困難を抱えている。

アメリカのように基本的に医療は個人の問題として扱い、医療費抑制を重視すれば、医療の平等性は極めて低くなり、多くの国民が適切な医療を受けられないばかりか経済的弱者は医療から切り捨てられてしまっているのではなかろうか⁷⁾。アメリカの「対GDP 総医療費」および「1人当たり医療費」は非常に高いが、「総医療費に占める公的医療費の割合」は低い。また、「受けた医療サービスに対する満足度」の国際比較でみたようにアメリカの患者の医療サービスに対する満足度は極めて高い。しかし、アメリカ国民の自国の医療制度に対する満足度は非常に低い。その原因はアメリカの医療制度の根本にある。医療サービスに対する満足度が高いのは、高額な保険料を払うことができ、高額で十分な医療を受けることのできた人たちからの回答であるから満足度が高いのは当たり前である。つまり、手厚い十分な医療を受けられるのは裕福な人たちだけなのである。アメリカの医療制度に関しては、そのシステムの医療費抑制効果に注目する考えや、そのシステムを参考としてわが国の医療改革の方向を探る考えなど様々な意見が出されている⁸⁾。しかし、アメリカの医療制度は医療に対する経済的弱者の切り捨ての傾向があるため、近年オバマ政権が国民皆保険を目指した医療制度改革に乗り出した。この法律に反対する者たちが保険加入義務化を含む医療保険改革法は違憲であると連邦裁判所に訴えを起こしたが、これに対して2012年6月28日午前(現地時間)に連邦最高裁判所はこの医療保険改革法は国民の保険加入を義務付けた条項を含め合憲と判決を下した。しかし、大統領選の共和党候補となるロムニー前マサチューセッツ州知事はこれに先立ち、同法の撤廃が「私の任務」と述べ、大統領選では是非を問う考えを強調しており、アメリカの医療制度は今後も揺れ動く可能性がある⁹⁾。

わが国の医療制度に対するWHOの評価は総合的な医療システム達成度は世界191カ国中第1位、医療システムの効率性は世界191カ国中第10位であり、4カ国中最も高い評価であるばかりか世界的水

準からみても極めて高い評価である。また、わが国の国民は医療機関へのアクセスはフリーであり、どの健康保険に加入していようと関係なく自由に医療機関を選択することができる。さらに、デンマークやイギリスのような大きな病院や専門医を受診する場合の長期におよぶ待機リストもない。近年、健康保険適用外の医療サービスを受けるために全額治療費を自己負担する自由診療と健康保険診療を合わせた混合診療を希望する患者も出てきている。

5 おわりにかえて (わが国の医療に対する国民の満足と不満)

国民に提供される医療サービスは国の医療制度に規定される。よって、その制度に著しい偏重があれば、多数の国民が医療サービスに対して不満を持ち、強いてはその制度そのものに不満を持つ。

わが国の医療制度に問題点がないわけではないが、わが国の医療制度に対する国民の満足度は他の国と比較して決して高くない。国民の医療費に対する間接的負担は税金である。そして、国民の医療費に対する直接的負担は、給与に対して掛けられる保険料と医療機関の窓口で直接支払う3割負担である。毎月保険料を給与から差し引かれ、さらに医療機関の窓口で3割負担を強いられるという二重の負担感を感じる。入院でもしなければ高額療養費の恩典は実感できないので、通常は毎月の保険料と窓口での支払に対して負担感を強く感ずる。(よって、昨今の社会保障との一体改革を謳った増税論議に対して国民はよい顔をしないのであろう。)ましてや、健康保険適用外の医療の部分に対しては不満を抱く。また、特別な治療でない限り長期の待機リストの問題もなく、医療機関へのフリーアクセスは当たり前と考えているのではなかろうか。(わが国の国民は他の国では通常医療機関へのアクセスに制限があることや、緊急時以外に大きな専門病院に入院するために何ヶ月も待たされるという事実を知らないのではなかろうか。)

このような医療制度の中でわが国の国民は医療機関から医療サービスを受けるのである。わが国の「医療サービスに対する満足度」を向上させるために、「1人当たり総医療費」を上げるという考え方をした場合、満足の得られる十分なサービスを受けるためには高額な料金を支払うこととなり、その選択は個々人の自由とし、希望者だけが高額な医療を受ければよいという考え方ができる。わが国の場合、健

康保険適用外の医療を希望する者は自己負担で自由診療にすれば満足度は向上するという考え方である。しかし、それは一部の経済的に豊かな富裕層の者たちができることであり、全ての国民ができることではない。自由診療を選択するのは個々人の自由であり、国民には選択の自由があるという者もいるかもしれないが、これは選択の自由でない。自由診療を受けたくても経済的理由により受けられない者たちにとっては選択の自由がないのである。これではアメリカと同じような状況となってしまう、医療の平等性を大きく欠くものである。敷いては多数の国民の「医療制度に対する満足度」が著しく低下する。医療費の窓口での個人負担割合を大きく軽減し、国民が平等に医療を受けられるようにするためには医療費に対して公的負担を大きくするしかない。わが国の場合、健康保険料を少し上げ、窓口での自己負担割合も少し上げ、さらには税金も上げることになり、結果的に国民に広く負担をしてもらうことになるのである。因みに OECD 諸国における所得・消費・資産課税等の割合の国際比較（国税+地方税）をみると、所得税課税合計では、1位がノルウェー64.2%、わが国は9位で54.9%である。デンマークは3位で61.8%、イギリスは15位で49.4%、アメリカが5位で60.3%である。消費課税は1位がメキシコの67.8%であり、わが国は29位で29.3%である。デンマークは27位で33.5%、イギリスは24位で36.2%、そしてアメリカは最下位の33位で23.5%である。資産課税等では1位がフランスで22.2%であり、わが国は5位で15.8%である。デンマークは27位で4.7%、イギリスは7位で14.4%、そしてアメリカは最下位の3位で16.2%である(財務省大臣官房文書課広報室[2011])。このようにわが国の税金は消費課税を除けば、世界的にみても税金の重い国である。よって、国民は増税には難色を示す。いずれにしても現行の医療制度においては、「1人当たり総医療費」を上げることにより「医療サービスに対する満足度」をある程度向上させることはできるかもしれないが、国民の医療費に対する負担感をなくすことはできず、健康保険料や窓口での自己負担割合が増加しすぎると、返って「医療サービスに対する満足度」を低下(高い料金を払っているのであるから相当の医療サービスは当然であり、患者の感情的なクレームの増加)させかねないばかりか、「医療制度に対する満足度」も低下させる危険性がある。

実際に医療サービスを提供するために直接必要な

医療資源についてみると、わが国の「人口1,000人当たりの医師数(臨床医師数)」や「人口1,000人当たりの看護師数(臨床看護師)」の人的資源はイギリスやアメリカよりもやや少ないが、「人口100万人当たりのMRI台数」や「人口100万人当たりのCTスキャナ台数」の物質的医療資源は世界のトップクラスである。

物的医療資源の充実が「医療サービスに対する満足度」の上昇に繋がるとすれば、わが国の物的医療資源が国際的に高いことは事実である。しかし、わが国の患者の「医療サービスに対する満足度」は低いのである。いくら豊富な医療資源があっても、制度上その医療資源からサービスを受けるために条件が付けられていたり、また制限が設けられていたのでは意味がない。これは制度改革によって解決すべき問題であるが、例え全ての国民が無条件でその医療資源からサービスを受けられたとしても、提供されるサービスの内容や質の高低および提供のされ方によって「医療サービスに対する満足度」は左右されると考えられる。国民が満足をする医療サービスをマーケティングの観点から医療サービスを考えた場合、国民は如何なる医療制度の下で如何なる医療サービスを求めているかについて、より詳細に研究する必要がある。

(注)

- (1) 二木氏は既に『社会保険旬報』No. 2302において本表と同様の「日本の医療満足度の国際的位置」を作成しているが、日本の医療満足度の国際的位置が低いのは、国民の生活満足度の低さに関係しているため、これを除いて考えればこれほど順位は低くはなく、2006年の場合は第3位であるとしている。
- (2) 括弧内は筆者加筆
- (3) WHO 評価の総合的な医療システム達成度は、次の五つの評価基準によるものである。1.健康水準、2.健康普及度、3.治療における対応水準、4.治療普及度、5.負担の公平性により指標化。1に25%、2に25%、3に12.5%、4に12.5%、5に25%のウェイトを付け総合的に評価。WHO World Health Report 2000。
- (4) WHO 評価の医療システム効率性は、如何に効率的に医療システムが医療費を活用しているか。医療の成果は障害者を調整した平均寿命で測定し、投下された医療費で最大可能な平均寿命と実際に測定された平均寿命との差異により医療費の効率性を測ったものである。WHO World Health Report 2000。
- (5) イギリスの医療制度に関する詳細は、同書の矢田晴那・平川

伸一・大森真人 稿「イギリスの医療制度」87～116頁。

http://www.mof.go.jp/pri/research/conference/zk087/zk087_04.pdf

また、竹内和久・竹之下泰志『公平・無料・国営を貫く英国の医療改革』集英社、2009年を参照されたい。

- (6) アメリカの医療制度に関する詳細は、同書の樋口秀典・中本淳 稿「アメリカの医療制度」161～201頁を参照されたい。
http://www.mof.go.jp/pri/research/conference/zk087/zk087_07.pdf

- (7) アメリカの医療制度から切り捨てられた人々とアメリカの格差社会については、堤 未果『ルポ 貧困大陸アメリカ』岩波書店、2011年。小林由美『超・格差社会アメリカの真実』2009年を参照されたい。

- (8) 西田在賢『マネジドケア医療改革』日本経済新聞社、1999年を参照されたい。また、アメリカの医療制度に対する評価や見解については、Walter A. Zelman and Robert A. Berenson, “The Managed Care Blues and How to Cure Them” Georgetown University Press, 1998。なお、本書の翻訳は、ウォルター・ツェルマン、ロバート・ベレンソン著：宮川路子、宮川義隆 訳『アメリカ医療改革へのチャレンジ』東洋経済新聞社、2004年がある。また、李 啓充『市場原理が医療を減ぼす アメリカの失敗』医学書院、2005年。李 啓充『アメリカ医療の光と陰』医学書院、2006年。そして、河野佳子『病院の内側からみたアメリカの医療システム』新興医学出版社、2004年。河野佳子『病院の外側からみたアメリカの医療システム』新興医学出版社、2006年などがある。

- (9) 「米連邦最高裁は28日午前（日本時間同深夜）、オバマ政権最大の政策実績である医療保険改革法について、根幹部分である国民の保険加入を義務付けた条項を含め合憲との判決を言い渡した。世論を二分したオバマ改革の象徴は、司法の場で正当性を認められた。「公平な社会」を掲げ、11月の再選を狙うオバマ大統領への追い風となる。判決は9人の判事が5対4に割れる僅差。オバマ氏は同日午後の声明で、判決を「全ての米国民にとっての勝利だ」と歓迎。大統領選の共和党候補となるロムニー前マサチューセッツ州知事はこれに先立ち、同法の撤廃が「私の任務」と述べ、大統領選で是非を問う考えを強調した。「国民の誰もが安心して医療を受けられる社会」を公約して当選したオバマ大統領は、2010年3月に医療保険改革法を成立させた。共和党の強い26州は、保険加入義務化は憲法1条が定めた連邦議会の立法権限を逸脱すると違憲性を指摘し「個人の自由を侵害する」と提訴。だが最高裁のロバーツ長官は判決で、加入義務化は「税の一種とみなすことが可能」で、憲法の範囲内だと指摘した。米国には日本のような国民皆保険制度が存在せず、保険加入率は約83%。高齢者と低所得層を対象とした公的医療保障を除くと、勤務先が提供する民間

保険が一般的だが、失業で無保険状態に陥るなどして十分な医療を受けられない国民が多数いる。医療保険改革法は高所得層への増税を財源に、中低所得層への保険料公費補助や保険加入義務化を盛り込んでいる。14年に本格施行、21年末までに加入率を95%に引き上げ保険料を抑制、財政赤字削減も図る。共和党保守派などは法制化の過程で「社会主義化」と反発を強め、「反オバマ」の保守派運動「ティーパーティー（茶会）」台頭につながった。

※米国の医療保障

米国の医療保障には（1）企業が従業員に提供する民間保険（2）自営業者らが個人で加入する民間保険（3）高齢者らを対象とする公的保険（メディケア）（4）低所得者向けの公的助成（メディケイド）—などがある。日本のような国民皆保険制度はなく、3億人超の人口のうち約4,600万人が無保険者とされる。民主党を中心とする歴代政権が皆保険の導入に努めたが、個人の保険加入に政府が介入することへの保守派の反発などから挫折。既存の制度を抜本的に改革する医療保険改革法が2010年3月、オバマ政権下で成立した。」m3.com ニュース・医療維新「米医療保険改革は合憲 オバマ氏再選に追い風 最高裁、加入義務容認」共同通信社、2012年6月29日 配信。
<http://www.m3.com/news/GENERAL/2012/06/29/155237/?portalId=mailmag&mmp=MD120629&mc.l=1424455>

引用文献

- 江口成美、沼田直子（2004）「医療に関する意識の国際比較—4カ国の地方都市において—」『日医総研ワーキングペーパー』No.105、日本医師会総合政策研究機構、2004年、20頁。
- 大熊由紀子（1997年11月）「少ない医療費・高い満足度 デンマーク医療10の秘密」『論座』朝日新聞社、145頁。
- 厚生省大臣官房統計情報部（2004）「国民医療費、国民一人当たり医療費及び対国民所得割合の年次推移」『平成15年度国民医療費の概況』厚生省。
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-iryohi/04/toukei1.html#top>
- 財務省大臣官房文書課広報室（2011）「OECD 諸国における所得・消費・資産課税等の割合の国際比較（国税+地方税）」『わが国税制・財政の現状全般に関する資料』財務省。
http://www.mof.go.jp/tax_policy/summary/condition/017.htm
- 財務総合政策研究所（2010）『医療制度の国際比較』財務省、206～212頁。
http://www.mof.go.jp/pri/research/conference/zk087/zk087_s_hiryou.pdf
- なお、デンマークの医療制度に関する詳細は、同書の渡辺 大・加藤千鶴 稿「デンマークの医療制度」117～140頁を参照さ

- りたい。
http://www.mof.go.jp/pri/research/conference/zk087/zk087_05.pdf
- 大臣官房統計情報部(2007)『平成 17 年受療行動調査の概況(確定)』厚生労働省
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jyuryo/05/kekka6.html>
- なお、厚生労働省はこのような受療行動調査の中で患者満足度に関する調査を平成 14 年、11 年、8 年にも行い公表している。
- 大臣官房統計情報部(2010)『平成 20 年受療行動調査(確定値)の概況』厚生労働省、1 頁。
- 大臣官房統計情報部(2011)「税源別国民医療費」『平成 21 年度国民医療費の概況』厚生労働省。
- 塚原康博、藤澤弘美子、岩井高士、笹林幹生、笹林幹生、福原浩行 (2006)「国際比較にみる患者満足度と製薬産業のイメージ－医療および医薬品満足度と製薬産業イメージの要因分析－」『医産研リサーチペーパー』 No.34、医薬産業政策研究所。
<http://www.jpma.or.jp/opir/research/paper-34.pdf>
- 二木 立 (2007)『二木立の医療経済・政策学関連ニューズレター(通巻 29 号)』。(転載)
<http://www.inhcc.org/jp/research/news/niki/20070101-niki-n0029.html#toc1>
http://www.jmari.med.or.jp/research/summ_wr.php?no=438
- 濱本幸宏(2012 年 3 月)「医療サービスのマーケティングに向けて」『経営研究』第 25 巻第 1・2 合併号(通巻 57 号)、愛知学泉大学経営研究所。
- 濱本幸宏(2012 年 12 月)「消費者の満足と医療水準」『愛知学泉大学 現代マネジメント学部紀要』第 1 巻第 1 号、愛知学泉大学現代マネジメント学部。
- Blendon,R.J.,and Taylor,Humphrey.,(1989) “Views On Health Care: Public Opinion In Three Nations,” *Health Affairs*,Vol.8, no.1, Project HOPE, pp.149-159.
- Blendon,R.J., Leitman,Robert., Morrison,Ian.and Donelan,Karen.,(1990) “Satisfaction With Health Systems In Ten Nations ,” *Health Affairs*, Vol.9, no.2 , Project HOPE, pp.185-192.
- Blendon,R.J. Kim,Minah. and Benson,John.M., (2001) “The Public Versus The World Health Organization On Health System Performance,” *Health Affairs*, Vol.20, no.3 , Project HOPE, pp.10-20.
- Blendon,R.J., Schoen,Cathy., DesRoches,Catherine.M. Osborn,Robin, Scoles,Kimberly.L. and Zapert,Kinga., (2002) “Inequities In Health Care: A Five-Country Survey,” *Health Affairs*, Vol.21, no.3 , Project HOPE, pp.182-191.
- Blendon,R.J., Schoen,Cathy ,DesRoches,Catherine., Osborn,Robin.and Zapert,Kinga.,(2003) “Common Concerns Amid Diverse Systems: Health Care Experiences In Five Countries,” *Health Affairs*, Vol.22, no.3 , Project HOPE, pp.106~121.
- Blendon,R.J., Brodie,Mollyann., Benson,John.M., Altman,Drew.E.and Buhr,Tami., (2006) “Americans' views of health care costs, access, and quality,” *The Milbank Quarterly*, Vol. 84 – 4, The Milbank Memorial Fund, pp.623~657.
- Donelan,K., Blendon,R.J., Schoen,C., Davis,K.and Binns,K., (1999), “The cost of health system change: public discontent in five nations ,” *Health Affairs*, Vol.18,no.3 , Project HOPE, pp.206~216.
- Donelan,K., Blendon,R.J., Schoen,C., Binns,K., Osborn,R.and Davis,K.,(2000), “The elderly in five nations: the importance of universal coverage ,” *Health Affairs*, Vol.19, no.3 , Project HOPE, pp.226~235.
- Kohl,Jürgen., and Wendt,Claus., (2004) “Satisfaction with health care systems :A comparison of EU Countries,” Wolfgang Glatzer, Susanne von Below, Matthias Stoffregen. *Challenges for Quality of Life in the Contemporary World: Advances in quality-of-life studies, theory and research*, Social Indicators Research Series, Vol. 24, Kluwer Academic Publishers, pp.311~331.
- Kurata,John.H., Watanabe,Yoshiyuki., McBride,Christine., Kawai,Keiichi.and Andersen, Ronald., (1994), “A comparative study of patient satisfaction with health care In Japan and the United States,” *Social Science and Medicine* ,Vol.39-8, Elsevier Science Ltd , pp.1069~1076.
- Mossialos,Elias.,(1997) “Citizens'view on health care systems in the 15 member States of the European Union ,” *Health Economics* ,Vol.6, John Wiley & Sons, pp.109-116.
- OECD 1 (2011), OECD Health Data 2011 , Frequently Requested Data, Releaseversion .
<http://www.oecd.org/dataoecd/52/42/48304068.xls>
- OECD 2 (30 June 2011), Total expenditure on health, /capita, US\$ purchasing power parity, OECD Health Data 2011, Frequently Requested Data, Release version .
<http://www.oecd.org/dataoecd/52/42/48304068.xls#capita>, US\$ purchasing power parity
- OECD 3 (30 June 2011), Total expenditure on health, /capita, US\$ purchasing power parity, OECD Health Data 2011, Frequently Requested Data, Release version .
<http://www.oecd.org/dataoecd/52/42/48304068.xls#capita>, US\$ purchasing power parity
- OECD 4 (30 June (2011), Public expenditure on health, %

- total expenditure on health, TEH, OECD Health Data 2011, Frequently Requested Data, Release version .
[http://www.oecd.org/dataoecd/52/42/48304068.xls#Public exp., % total health.exp!A1](http://www.oecd.org/dataoecd/52/42/48304068.xls#Public%20exp.,%20total%20health.exp!A1)
- OECD 5 (30 June (2011), Physicians, Density per 1 000 population (head counts), TEH, OECD Health Data 2011, Frequently Requested Data, Release version.
<http://www.oecd.org/dataoecd/52/42/48304068.xls#Physicians!A1>
- OECD 6 (30 June (2011), Nurses, Density per 1 000 population (head counts), TEH, OECD Health Data 2011.Frequently Requested Data, Release version.
<http://www.oecd.org/dataoecd/52/42/48304068.xls#Nurses!A1>
- OECD 7 (30 June (2011), Curative (acute) care beds, Per 1 000 population, TEH, OECD Health Data 2011 - Frequently Requested Data, Release version.
[http://www.oecd.org/dataoecd/52/42/48304068.xls#Curative \(acute\) care beds!A1](http://www.oecd.org/dataoecd/52/42/48304068.xls#Curative%20(acute)%20care%20beds!A1)
- OECD 8 (30 June (2011), Medical technology, Magnetic Resonance Imaging units, total, Per million population. OECD Health Data 2011 - Frequently Requested Data, Release version.
<http://www.oecd.org/dataoecd/52/42/48304068.xls#MRI!A1>
- OECD 9 (30 June (2011), Medical technology, Computed Tomography scanners, total, Per million population. OECD Health Data 2011, Frequently Requested Data, Release version.
[http://www.oecd.org/dataoecd/52/42/48304068.xls#CT Scanners!A1](http://www.oecd.org/dataoecd/52/42/48304068.xls#CT%20Scanners!A1)
- OECD 10 (30 June (2011), Doctors consultations, Number per capita.OECD Health Data 2011, Frequently Requested Data, Release version.
[http://www.oecd.org/dataoecd/52/42/48304068.xls#Doctor consultations!A1](http://www.oecd.org/dataoecd/52/42/48304068.xls#Doctor%20consultations!A1)
- OECD 11 (30 June (2011), Life expectancy, Total population at birth, Years. OECD Health Data 2011,Frequently Requested Data, Release version.
[http://www.oecd.org/dataoecd/52/42/48304068.xls#LE Total population at birth!A1](http://www.oecd.org/dataoecd/52/42/48304068.xls#LE%20Total%20population%20at%20birth!A1)
- OECD 12 (30 June (2011), Annual growth rate of total expenditure on health per capita, in real terms, OECD Health Data 2011 , Frequently Requested Data, Release version,
[http://www.oecd.org/dataoecd/52/42/48304068.xls#Total exp., AAGR per capita!A1](http://www.oecd.org/dataoecd/52/42/48304068.xls#Total%20exp.,%20AGR%20per%20capita!A1)
- OECD 13 (30 June (2011), Annual growth rate of public expenditure on health per capita, in real terms, OECD Health Data 2011, Frequently Requested Data, Release version.
[http://www.oecd.org/dataoecd/52/42/48304068.xls#Public exp.AAGR per capita!A1.](http://www.oecd.org/dataoecd/52/42/48304068.xls#Public%20exp.AAGR%20per%20capita!A1)
- OECD 14 (30 June (2011), Total expenditure on pharmaceuticals and other medical non-durables, % total expenditure on health, TEH, OECD Health Data 2011 - Frequently Requested Data, Release version.
[http://www.oecd.org/dataoecd/52/42/48304068.xls#Pharmaceutical exp.,% total!A1](http://www.oecd.org/dataoecd/52/42/48304068.xls#Pharmaceutical%20exp.,%20total!A1)
- OECD 15 (30 June (2011), Average length of stay: acute care, Days.OECD Health Data 2011 - Frequently Requested Data, Release version.
[http://www.oecd.org/dataoecd/52/42/48304068.xls#ALOS acute care!A1](http://www.oecd.org/dataoecd/52/42/48304068.xls#ALOS%20acute%20care!A1)
- OECD 16 (30 June (2011), Infant mortality, Deaths per 1000 live births. OECD Health Data 2011 - Frequently Requested Data, Release version.
[http://www.oecd.org/dataoecd/52/42/48304068.xls#Infant mortality rate!A1](http://www.oecd.org/dataoecd/52/42/48304068.xls#Infant%20mortality%20rate!A1)
- Rowland,Diane.,(1992,), “A Five-Nation Perspective On The Elderly ,” *Health Affairs*,Vol.11, no.3 , Project HOPE, pp.205-215.
- Schoen,Cathy., Osborn,Robin., Squires,David., Doty,Michelle.M. Pierson,Roz, and Applebaum,Sandra., (2010)“How Health Insurance Design Affects Access To Care And Costs, By Income, In Eleven Countries” *Health Affairs*, Vol.29, no.12 , Project HOPE, pp.2323-2334.

(原稿受理年月日 2014年9月22日)