

ようだが、社会保険システムへの切り換えはないと考えてよいか。

○リリーホワイト——NHSの財源確保のための選択肢について検討を進め、アメリカ、ドイツ、スウェーデン等の研究をしてきた。その結果、研究に基づいて現在の方式を変えるべきでないという秘密報告がされた。

ファウラー大臣は、本年6月に、「もうひとつのやり方（社会保険方式）について各大臣より考慮を求められたが、我々は現在の財政方式を守り続けることに決定した」と述べた。

我々の方式を続けようというのは、社会保険方式に比べ管理費用が安いのが主な理由だと思う。つまり、キャッシュ・リミットにより管理しやすく、また、無料の制度から請求書を送ったりする必要がないからである。

（薬剤の規制）

○金田——処方する薬剤に制限はあるか。

○リリーホワイト——保健社会保障省では、安価な薬剤を処方するよう指導しているが、

「診療の自由」（clinical freedom）により高価なものが処方できる。診療の自由とは、患者にベストを尽くすことと理解されている。大臣がとやかく言っても医師会は聞き入れようとせず、そこが費用のかかる点である。そこに問題がある。

○金田——日本ではビタミン剤とかを保険からはずそうとしているが、イギリスではどうなっているか。

○リリーホワイト——イギリスでは、ビタミン剤をほしいといっても処方してくれない。高価な薬剤ばかり処方しているGPには保健社会保障省から勧告を行うが、GPがそれを無視しても罰則はない。

○金田——アメリカでは医療がGNPの10%をこえている。そうした世界的傾向の中でイギリスの医療費についてどう考えているか。

○リリーホワイト——OECDの平均は7.1%であり、イギリスも1979年に4.7%であったものが現在は5.7%に上がってきている。GNP比率をもっと上げてよいという声もあるが、財源のある範囲内でしかあげるわけにはいかない。

第4章 西ドイツ

10月6日 ドイツ連邦地域疾病金庫連合会
(Bunderversband der
Ortskrankenkassen)
オルディゲス(Oldiges)事務局長

ドイツ連邦労働社会省
(Bundesministerium für Arbeit
und Sozialordnung)
フィッシュバッサー
(Fischwasser) 局長

第4章 西ドイツ

ツィペラー (Zipperer) 健康保険課長

西ドイツでは、1960年代に医療保険の給付内容、対象範囲の拡大がされてきたが、1970年代に至り、長期的な経済不況の下で医療支出が急増した。そこで、1977年に疾病保険費用抑制法が制定された。

この法律は、当時の政治的状況を反映してきわめて妥協的な性格のものであり、法的枠組みによる患者負担の強化とともに、疾病金庫と保険医との協調による診療報酬の抑制をねらいとし、併せて疾病金庫間の財政調整を行うこととした。

診療報酬の抑制は、疾病金庫、保険医、病院、労働組合、使用者、州等の代表により構成される協調行動 (Konzertierte Aktion) がその引き上げ率を勧告し、それにより疾病金庫と保険医とが契約する仕組みをとるが、これが効を奏し、医療費の伸びを賃金上昇率の伸びの範囲内に押さえることができた。しかし、その後再び医療費が増嵩し、第二次抑制法により患者負担の強化等の補完がされた。また、同時に病院についても費用の抑制のための措置がとられた。なお、病院についての規制は一連の対策を通じて十分とはいえず、問題が残されているといえよう。

最近においても経済情勢は悪く、保険料収入の伸びは期待出来ず、医療費支出を収入の伸びの範囲に抑えていくための方策が引き続きとられ、薬剤の一部負担の強化、入院時一部負担の新設等がなされ、また来年においても保険料の増収策 (一時金への賦課の強化) 等が予定されている。

I. ドイツ連邦地域疾病金庫連合会 オルディゲス事務局長

ドイツ連邦地域疾病金庫連合会は、一般制度としての地域金庫の連合会である。オルディゲス事務局長はいかにもドイツ人的な論理をもって、制度の発展、現状、問題について語った。事務所はボンの中心をはずれた閑静な場所で、会談は極めてなごやかに行われた。

(日本とドイツの状況)

○金田 — 日本では、来年度、医療保険の大きな改革をしようとしている。日独両国は制度的に似かよっており、林厚生大臣もドイツの制度を参考にしてくるよう指示された。

日本の医療費は現在GNPの5%である。1970年代には各国同様にその伸びは20%に達したこともあったが、最近は落ち着いてきており、今後8%程度の伸びで推移すると見込まれている。一方、GNPは今後6~7%の伸びが見込まれ、このギャップが将来の問題となる。日本では人口の高齢化が急速に進んでおり、また、医学、医術の進歩もあり、医療費は今後確実に増加していく。これに対してどう対応するかが課題となっている。

日本の特色として、医療費に対する国庫負担が大きい。国の予算のうち19%が厚生省の予算であるが、その3分の1が医療費に対する国庫補助である。これは過去の経済成長によりそうなったと思うが、現在の財政はピンチにおちいっており、医療費に

対する国庫補助は難かしくなっている。

こうしたことから、来年度には医療保険の大幅な改正を予定しており、診療報酬の合理化等医療費の適正化、本人給付率現行10割から8割への引下げ、退職者医療制度の創設などを考えている。

日本ではすべて強制的に医療保険に加入することになっている。被用者のための健康保険には16%の国庫補助があり、自営業者・農民のための国民健康保険では45%を国が負担している。

ドイツでは、日本と同じような制度があると思うので意見をうかがいたい。

○オルディゲス — 外国の人々ところこういう機会をとらえて情報を交換することを大いに歓迎する。長官の話で、日本の制度、問題点がよく分かった。我々も医療保険の舵取りには様々な問題をかかえている。

まずドイツの制度の説明をしたい。

ドイツも医療保険は強制保険である。その実際の運営は公法上の法人（注：疾病金庫）が行っており、政府の役割は間接的な監督に止まる。政府では労働社会省が担当しており、法的な枠組みを作るのが役割である。

公法上の法人の運営は、管理者、役員会、労使代表により行われており、その財政はすべて保険料でまかなわれ、国からは、全く補助を受けていない。公法上の法人は単一の団体（企業）で作るのではなく、様々な団体により作られる。すなわち、地域、企業グループ、農民である。なお、補完金庫もある。

地域疾病金庫はドイツ国民の50%（家族

を含め2,600万人）がカバーしている。なお、船員のための特別な金庫があるが、その業務は船員金庫の委託をうけて地域金庫が行う。

ドイツでは、労働者・職員（一定の給与水準まで）は、法律に基づき保険に加入しなければならない。なお、任意加入もある。国民のうち法的な強制保険で9割がカバーされており、私的保険に入っているのは7%である。残りの3%は連邦国防軍、国境警備隊である。

ドイツの医療保険制度の運用の原則は「solidarity principle」である。何にsolidarityを維持するかであるが、「対象者がどのような状況にあっても医療保険の保護が維持される」ことであり、これは労働者だけでなく、家族にも及ぶ。また、失業者についても、失業すれば失業保険制度から保険料が納付され、リハビリテーションをうけるときは、その費用を支払う者から保険料が納付される。年金生活者は年金から保険料が支払われる。

このように、それぞれ疾病金庫に保険料が入ってくるが、保険料は所得の高い者には高く、低い者には低くなっている。国からの補助は一切ない。ただし、例外的に国庫から補助を受けている金庫があり、これは農民と鉱山労働者の金庫である。これらは経済の動静により不安定で、景気が悪くなると金庫も苦しくなる。そのときは国から補助金が支払われる。

○金田 — 失業などの場合の保険料はどのように支払われるのか。

○オルディゲス — 労働者が失業した場合

を考えると、就業中2,500マルクの月収であれば、保険料10%として、労働者125マルク、事業主125マルク、計250マルクを疾病金庫に払うが、失業すると、250マルクすべてが連邦雇用庁から金庫に支払われ、失業者もすべて医療保険に強制加入となる。また、社会扶助を受けている者も、任意に地域金庫に加入する。

○金田 — 失業者は失業保険金から支払うことになるのか、又は失業保険制度から疾病金庫へ直接支払われるのか。

○オルディゲス — ニュルンベルグにある連邦雇用庁からこちらの疾病金庫に直接支払われる。雇用庁自体も失業保険料で運営されている。

失業すると自動的に雇用庁が保険料を支払うことになっており、「保険がかかるという保険がかかっている」ことがsolidarityである。

(医療費の動向と抑制策)

○オルディゲス — 次に、ドイツの医療費の動向について説明する。

おおまかに言って、二つの段階に分けることができる。1965年までがひとつの段階で、それまでは医療保険の給付、対象も拡大された。障害者、学生も医療保険の受益者として対象とされた。

医療保険の内容、対象が広がった結果、1970年代の初めの頃から医療費は爆発的に伸び、GNPや国民所得に比べ伸びが大きくなり、(医療費の伸び) - (保険料の伸び)が10%を超えた。その結果、収入分の給付しかできないから、保険料収入に見合っ

た給付にしようという動きが出てきた。その政策は、具体的には、疾病金庫からの支出水準と基本賃金の伸び率との間の適正化を図ることである。すなわち、基本賃金の伸びが3~4%とすると、疾病金庫からの支出の伸びをその範囲内に押込めるわけである。支出抑制は、一部は法的枠組みを通じて行われ、一部は疾病金庫と医療を行う主体(保険医)との交渉を通じて効果をあげてきた。1970~75年には支出の伸びは15~20%であったが、その後支出抑制策がうまくいって4~5%になった。本年上半期は1.7%に止まっており、同期の基本賃金の伸びは3%である。

一部は法律により、一部は疾病金庫の政策により行われてきた抑制策により、かつての15~20%の支出の伸びは変動しながらも低下した。ところが1979~80年にはドイツの経済が旨くいった年で、経済成長に伴い医療費は顕著に伸びた。すなわち、基本賃金の伸びよりも高くなった。この反省から、第二次抑制法が制定された。

法的枠組みと疾病金庫の努力で支出を抑制してきた結果、本年の支出の伸びは1.7%となっているが、この努力は法律に基づかないものとして注目すべき事項である。1981年半ばから82年(83年にも少しかかる)にかけて、診療報酬の伸びを保険医があきらめた。また薬剤価格の凍結もおこなわれた。

(一部負担制度)

○オルディゲス — 第二次抑制法の目指したものは、一部負担制度をうまく機能させ

ることである。

一部負担は全体の5%で、個々にみると、義歯20%（1982年前は処置と義歯の20%、これを二つに分けた。）、薬剤1剤2マルク（注：1983年から）、補聴器、メガネ4マルク、入院時1日5マルク（注：1983年から新設）、保養1日10マルク、である。なお、子供については一部負担は適用されない。一部負担をあまり厳格にやると困るので、低所得者については疾病金庫が証明書を出し免除している。こうした一部負担制度がうまく働き、医療費の伸びが抑えられた。

（今後の動向）

○オルディゲス — 経済がうまくいくと、被保険者は保養に長く行くとか権利の要求をしてくるが、今日、経済は悪いのでそんなことはできないから、医療費はそんなに伸びないという議論がある。

○金田 — 今後の見通しについて、医療費の伸びとの関連で何か特別な計画はあるか。

○オルディゲス — 今後の医療費に関連して、二つの点が重点である。

ひとつは、収入の範囲内で支出を行っていくこと、ふたつは、医学的に必要な措置に限って支出を行っていくことである。後者については、医師（歯科医師を含め）がぜいたくなことをして疾病金庫に請求してくることがあり、一定の基準を設ける必要があると考えている。薬剤については、3～4種を保険の対象外にする。義歯については一定のガイド・ラインを設けている（例えば高価な材料は前の部分だけとする）。

これまでは金歯が多かったが、貴金属の使用を減らし、セラミックなどを使うことを考えている。一部負担についても、給付は必要な医師の措置だけに限るという考え方から、この必要な措置が検討事項であり、コスト抑制との関連で関連で一部負担を増やすことは最後の手段と考えている。患者の立場を別にしてみれば、一部負担を増やせば疾病金庫の財政は助かり、疾病金庫としてのフリーハンドは増えるが、それは、結局医師のフリーハンドを増やすことになる。これとは別に、一般的に医療制度の合理化を考えている。まず、心理的な処置をどう定義し、どこまでカバーしていくかの問題である。

次に、病院について、病院の建設投資は国の補助金でまかなっている。法律的には病院財政について枠組みがあるが、国が介入せず病院間で競争的な概念を取り入れていく必要がある。

（病院財政の負担）

○金田 — 病院について、私立病院はどうか。

○オルディゲス — 病院については各州の担当である。各州は必要な病院について病院需給計画を作り、この必要な病院については、教会立、私立の区別なく、建設投資については国が負担する。

○金田 — 国の負担は全額補助か。

○オルディゲス — そのとおり。建築、改築はすべて国の負担である。設備についても公の会計によりカバーされる。フローの部分については、人件費1日200マルクに

対し、公的補助は30～40マルクになる。

(抑制策と医師)

○金田——抑制策は病院の医療費に対してどう効果があったか。また、診療報酬の凍結に対する医師側の抵抗はなかったか。

○オルディゲス——第一点については、入院の一部負担1日5マルクは全く効果がなかった。入院患者数は減らず、5マルクを徴収する事務負担が増えただけだ。

第二点については、ドイツ医師会は協力的である。医療保険について政府は監督するが介入せず、制度を動かしている疾病金庫、医師、歯科医師の行動の自由は高い。例えば保険医と疾病金庫間の協定には一定の期間(例えば2年)があるのでなく、3月とか6月とか言う契約もできる。

医師の所得は医師に有利に働いているわけではない。医師数が増えているので、1人当たりでは増えてはいない。医師側が疾病金庫に強くあたることはない。医師は政治的にもキリスト教民主同盟で、これは、ブルジョア階級を代表しており、医師もブルジョアである。医師としては政治的な反対ができない。

II. ドイツ連邦労働社会省 フィッシュバ ツサー局長 ツィペラー健康保険課長

フィッシュバツサー局長、ツィペラー健康保険課長ともに日本を訪問した経験があり日本の事情についても理解をしてもらえたようである。ドイツにおける政治情勢等

についての話はやはり役人ならではの印象がした。

○フィッシュバツサー——連邦大臣の名において長官の訪問を歓迎したい。

次官(3人いる)との面会を予定していたが、組合折衝のためニュルンベルグへいっており、会えずに申し訳ない。

日独は社会保険についてこれまで協力してきており、今後とも協力していきたい。

私も1973年に3週間程日本へ行ったが、当時、胃カメラなど健康管理に提供される高度の技術を日本が有しているのが驚いた。それから10年たっているのに、さらに進歩しているのではないかと思う。したがって、何かその後に開発された技術などについて、こちらからも質問したいが、今日のテーマとはちがうので、そちらからの質問にまずお答えしたい。

(日本の現況とドイツの事情)

○金田——次官にもよろしくお伝えいただきたい。

日独は社会保険でいろいろと協力してきているが、日本の医療保険制度はドイツの制度と似ている点が多く、参考になると考えている。日本の事情はご存知だと思いが、来年度には医療保険について大きな改革をしようとしている。その参考にするため、林厚生大臣から、ドイツをはじめフランス、イギリスの事情を聞いてくるよう指示された。

まず、日本の事情を説明したい。日本の医療費は1981年でGNPの5%となってい

るが、各国同様、1970年代には年率20%も伸びた。最近では伸び率は落ち着いており、今後8%の伸びが見込まれる。一方、GNPは6~7%の伸びと見込まれる。そこに医療費と保険料収入とのギャップがあり、医療保険の将来はたいへん難かしい。GNP比は未だ低いが、21世紀には65歳以上の人口が20%を超え、また、今後の医学の進歩もあり、医療費は確実に増えていく。

○フィッシュバッサー——医療費の伸びはドイツでも議論されているが、ドイツではGNPとの比較では議論されていない。医療費とGNPと比べるのもひとつの方法であり、一般に先進国では医療費の伸びの方がGNPの伸びよりも大きい。ドイツでは、疾病金庫からの支出の伸びと基本賃金の伸びとを比べるのが普通である。

○金田——日本では賃金の伸びの将来予測が困難だという事情がある。

日本ではドイツに比べ、医療費に対する国庫補助が大きい。3兆円が、毎年、国庫から医療費のために支払われている。医療保険の給付、負担については法律事項で、一部負担や保険料の引上げのための法案を国会に出すと、修正されて国庫負担に振り替えられてしまう傾向がある。これは、高度成長で国庫が豊かだったからできたことであるが、今は財政がピンチでそんな余裕はない。この事情も制度改革のひとつの大きな理由になっている。

○フィッシュバッサー——ドイツの医療保険は大蔵省には全く依存しておらず、我々はこのシステムを評価している。支出は疾病金庫からなされるが、この収入はすべて

保険料で、国庫には全く依存していない。疾病金庫に会計上余剰が出ると、それは国庫に入ることになっているが、国の財政がそれに依存しているわけでもない。ドイツの医療保険は100年の歴史があるが、経済の良い時には財政が悪化し、経済のわるい時は赤字になるという経験法則が確立している。

○金田——1982年に老人保健法を制定した。それまでは70歳以上の老人は医療費が無料であったものを一部有料にした。来年度には大きな改革をしようとしており、診療報酬の合理化等による医療費適正化、被保険者本人の10割給付を8割給付への引下げ、入院給食費の保険給付からの除外、一部薬剤の保険給付からの除外、退職者に対する特別な制度の創設、などを考えている。なお、日本では被用者のための健康保険と自営業者・農民のための国民健康保険、その他船員保険、日雇労働者健康保険があり、それを社会保険庁で運営している。

ドイツの医療保険制度については研究もし、また、地域疾病金庫連合会からも聞いてきたので、いくつかの点について聞きたい。

まず、ドイツでは1977年疾病保険費用抑制法をはじめとする各種対策を講じてきており、さらに二次抑制法と次々に対策を進めてきているが、その効果はどうか。抑制法は日本では大変高く評価されている。日本では困難な問題があって未だそうしたことはできないでいる。

(医療費抑制の効果)

○フィッシュバッサー——1977年の第一次抑制法と1981年の第二次抑制法の効果を見る場合には、双方合わせてみるのが適当であると思う。

1977年法の背景としては、1970～75年まで料率がどんどん上がり、8%、13%、15%と高くなり、実質賃金が低下し、何とかしなければならぬこととなった。

法制定の基本的なラインは、次のとおりである。

①一部負担制の導入

②医師のサービス提供に関し、むやみに疾病金庫から支払いを行うのではなく、支出すべきものと、すべきでないものについて医療サービスのチェックを行う。

全体としては医療保険の財政の舵取りをコントロールしていくことが基本にある。そのため、疾病金庫からの支出を名目賃金の伸び以下に抑えていくことになった。

○ツィペラー——保険料率や医療支出の推移をみると、1977年以降伸びが小さくなっている。1977年からスタグネイト（停滞）効果が始まった。ただし、その前からその傾向はあったが、1976年については抑制法が作られることが医師の間に伝わり、その効果もあった。保険料率の平均の動きはそうようになっているが、さらにブレイクダウンして各公法上の法人についても同じ傾向がある。この傾向から、1983年には平均保険料率は11.8～9%になると試算している。このように料率がスタグネイトしてきたのは、法的枠組みができたことと、経済がうまくいっていないことの二重効果である。経済が悪いと、医療保険を利用

(claim) する人員が減る。

(政治的背景)

○金田——法律の制定過程ではどんな議論があったか。また、政治的事情はどうか。イギリスではNHSを無料にするかどうかで労働党と保守党が対立しているが、ドイツでは政党間の対立はあるか。

○ツィペラー——1977年当時はSPD（社会民主党）とFDP（自由党）の連立であった。与党としては費用抑制を考えなければならない立場にあり、一方、野党のCUD（キリスト教民主同盟）は自由の保持を主張した。与党間では、FDPは一部負担の原則を主張し、SPDは医師のサービスのコントロールを主張した。この三者の妥協により、交渉に基づいた協調行動を通じてグローバルな費用抑制を行うことになり、結果としてはうまくいっている。政府が当時考えていたことで成功しなかったことは、病院を規制の中にも含めることができなかったことである。また、薬剤の価格上昇の抑制は、期待した以上の効果はあげられなかった。

病院をプログラムの一環として抑制しようとする、病院の規制は州の権限が強く、連邦が何かやろうとすると連邦議会に州の代表が出ていることもありネガティブな反応が強かったので、十分できなかった。

(医師側の反応)

○金田——日本では医師会が強く一部負担は受診抑制になるといって反対する。ドイツでは医師会はどうか。また、病院につい

て第二次抑制法でどこまで規制できたか、効果を教えてほしい。

○ツィペラー——第一点について、当時の法案は医師に不人気であった。ところがFDPの内部には医師がおり、FDPは医師により支持されていた政党であった。そこで、SPDにはFDPを通じて医師の声が伝えられたが、SPDは、それならば一部負担の導入はしないことにした。しかし、先に述べたような形の妥協となった。

1960年代には、政府が医療保険を改革しようとした時に、医師側にはそれを葬るエネルギーがあったが、1977年にはそのエネルギーがなかった。所得が高まって好戦的でなくなったと思う。また、医師の主張が国民の支持を受けなくなった。

第二点については、1980年代に入り病院の費用抑制法ができたが、我々の考えている本質的な問題「病院の支出を名目賃金の伸びの範囲内に抑える」からは、微々たる若干の規定がされたにとどまり、我々としては不満足である。

（病院費用の支出抑制）

○金田——病院に対する医療費の支出はどのように行われるのか。

○ツィペラー——病院料金は一定であり、骨折も心臓病も同じで、（患者1日単価）×（入院日数）である。

この料金は病院により異なり、例えば大学病院は高い。

○金田——病院料金はどう決められるか。

○フィッシュバッサー——病院により異なる。

どういう項目でどういう計算方式によるかの一般的な規則はあるが、人件費、給食費、ヘルパーの経費、清掃費等を合計して、これを病院のオープンしている日数で除する。これを個々の病院ごとにおこなうわけで平均に比べ高くなってはいけないという規制はない。

（協調行動）

○金田——開業医の報酬を名目賃金以下の伸びに抑えているのは抑制法によっているのか。病院についてはそうした規制はできないのは法律で定められていないからなのか。

○フィッシュバッサー——開業医の報酬の抑制は協調行動の枠内で行われる。これにより疾病金庫の全体の支払いの伸びを名目賃金の伸び以下にしている。法律で協調行動について規定し、その勧告に基づいて保険医と疾病金庫が協調する。

1980年代には、1977年法にもかかわらず医療費が伸びた。政府では協調行動を通じて勧告が守られることを期待しているが、それ以上のことは新しい方法が必要である。政府が新しい方法を採用と言うと、次の年から関係者の行動が慎重になる。

協調行動は開業医の報酬を決めているが、病院については、これとは別で運営コストの問題である。協調行動は法律に基づき年2回開催され、その内容が疾病金庫と保険医の契約に反映される。協調行動の勧告を守らなければならないわけではないが、関係者の間にはそれを守るという協調(harmony)がある。しかし、病院の費用との

関連では、病院側も協調行動に参加はするが、勧告は守らない。

(医師数の規制)

○金田 — 医療費を抑えるには医師数の規制も考えられるが、医師の需要計画のようなものはあるか。

○フィッシュバッサー — 教育との関連でシステムを考えている。ここ数年来、教育改革が叫ばれ、誰でも好きな学科を勉強できるようになった。その関係で高等教育が開放され、学生数が増えた。しかも好きな学科が選べるので、学生数の学科間のバラツキが大きくなった。

医学部については、医師が所得ピラミッドの頂点であることから、医学部で研究したい者が増えた。そこで、成績の良い者（高等学校での点数）を学部の収容人員しか受け入れないという規制を行っているが、それでも医師、歯科医師、薬剤師は増えている。

同時に医師の質が低下している。金庫と契約する医師は、一定のインターンを経てからでないといけないよう、質の維持に特に努めている。

いずれにしても、ここ数年は医師数は増えざるをえない。

(薬剤の規制)

○金田 — カゼ薬などは保険給付の対象外となっているが、どのような考え方によるのか。日本でもそのようにしたいが、ジャーナリズムあたりで話題になっている。

○ツィペラー — 今年の4月1日からおこ

なっている。4種グループの薬剤を給付対象から除外したが、その基本的な発想は、これらの薬は体にはそれ程障害のない時に飲まれるもので、それは個人の責任の範囲であり、医療保険でカバーする必要はないということである。これらの薬剤はあまりに容易に用いられたというデータもあり、4月以降消費が75%も低下し、それまでの過剰消費が顕著にみられたものもある。

(疾病金庫間の財政調整)

○金田 — 疾病金庫の財政調整を全国に拡大する計画はあるか。

○ツィペラー — 年金生活者についての医療保険の財政調整は連邦レベルで行われているが、その他は州のレベルでad-hocに財政調整しても良いことになっている（法律に基づくものではない）。これを連邦レベルに拡大していく考えはない。

なお、昨年の疾病金庫の支出は1,000億マルクであるがその3分の1が財政調整で動いた。これはもっぱら年金生活者のためである。

(高額所得者の適用問題)

○金田 — 高額所得者は医療保険に任意加入となっているが、強制加入を原則とする社会保険の考え方と矛盾しないか。国民はこれをどう考えているか。

○ツィペラー — 基本的には今の体制で保険は十分かかっているという発想である。ブルー・カラー、月収3,750マルク以下の職員、農民、学生は強制加入であり、1965年以降SPD政権の下で対象範囲の拡大が

図られ、1970年以来強制保険の枠内に入れてきた。現在、その枠外にある高額所得者、役人は任意加入できるし、又は私的保険に

加入する。これ以上強制保険の対象を拡げる考えはない。

第 5 章 O E C D

9月29日 O E C D事務総局
ルメルル (Lemerle) 事務次長
O E C D労働力・社会問題・教育局
ガス (Gass) 局長

O E C D (経済開発協機構) は、欧米諸国を中心とする加盟国の経済成長、開発途上国援助及び貿易の拡大を主要目的とし、世界的視野に立って国際経済全般について協議するための国際機関である。最近では、環境問題、資源エネルギー問題、労働・社会政策などの分野でも積極的な活動を行っている。

O E C Dでは、労働力・社会問題委員会 (Manpower and Social Affairs Committee) において、従来、労働力問題を重点に検討がされてきたが、1980年以降は社会問題についても各種プロジェクトが生まれ検討作業が進んでいる。その中で保健医療については専門家会議が開催され、そのレポートの刊行が期待されている。

なお、「社会支出の増大と抑制に関する研究プロジェクト」が本年10月に専門家会議を開催予定しており、社会支出増大の最近の動向と80年代の見通し、社会支出の抑制の課題と対策等について討議されることとなっている。

I. O E C D事務総局 ルメルル事務次長

ルメルル次長はフランス人で、フランス社会保障関係に長くたずさわった経歴を有し、医療費の問題について造詣が深い。

(日本の医療費の動向)

○金田 — 各国の医療費の動向について、林厚生大臣の命により、いろいろと話をうかがいにきた。

現在、日本では医療費の問題が大きな政治問題になっている。医療費は、かつては年率20%も伸びたが、最近ではかなり落ちついている。しかし、長期的には年々8%程度は増加すると予測されるが、国民所得の伸びは年6~7%にとどまるものと予測され、医療費の伸びに追いつかない。

○ルメルル — 医療費の伸びとG N Pの伸びとの乖離は、日本の場合、フランスなどに比べ小さい。

○金田 — しかし、21世紀には日本は超高齢化社会になる。

老人の医療費は大きく、今のうちからどう抑制していくかを考える必要がある。医療費のG N P比は、現在の日本では5%強であるが、人口の高齢化・医学医術の進歩により確実に増加していく。昨年、老人保