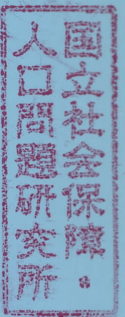
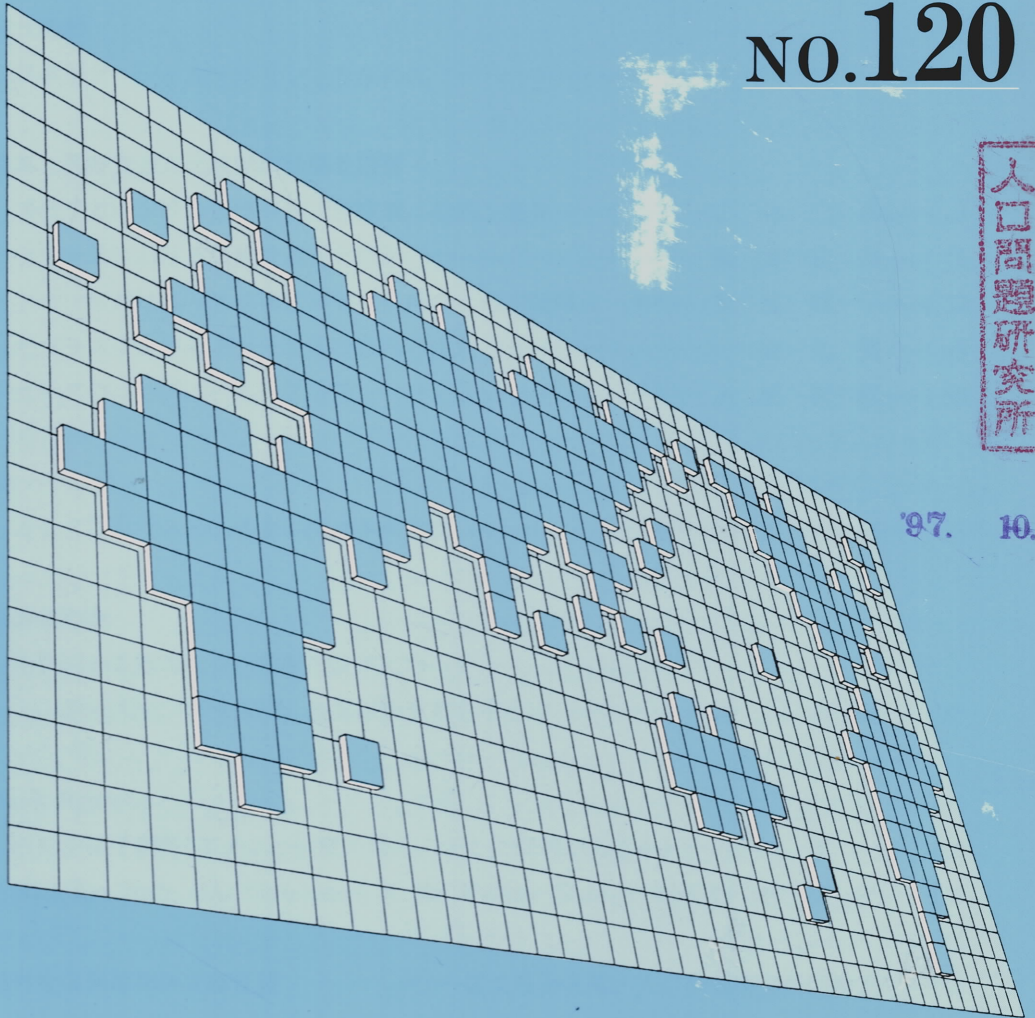


海外社会保障情報

Overseas Social Security News

Autumn 1997

No.120



'97. 10. 24

国立社会保障・人口問題研究所

National Institute of Population and Social Security Research

時代の眼

日本型ソーシャル・ポリシーを求めて

藤 田 伍 一

日本は今や成熟社会に向けての大きな転換期に差しかかっている。そして21世紀に向けて成熟社会に相応しい福祉国家体制を構築することが課題となっている。福祉国家体制が整うためには民主政治が確立し、経済的公平性のために労使関係が安定化し、完全雇用政策が継続していることが要件となろう。また第二次分配機能として社会保障制度をビルト・インし、整備することも重要な点である。わが国の福祉国家への歩みは国民皆年金、皆保険体制が採られた1960年代に始まったが、1970年代に入ると、早くもオイル・ショックを契機にスタグフレーションに見舞われ、福祉国家への道に大きな障害が生じることになった。

世界共通のオイル・ショックに対して、イギリスやアメリカではネオ・コンサーヴァティズムが抬頭してケインズ型福祉国家の後退と縮小が進んでいった。だが他方で、「コーポラティズム型福祉国家 (Corporatist Welfare State)」と呼ばれるスウェーデン、オーストリア、そしてオーストラリアなどの国々では、一時的な後退や足踏みはあったものの、結局は福祉国家の路線を再建することに成功している。

これらの国々では、重要な政策決定において「使用者」、「労働者」、「政府」の三者間の調整が絶えず行われ、合意形成が図られている。すなわち「産業」と「福祉」の間の政策調整が定式化しているのである。これが「ネオ・コーポラティズム」と呼ばれる政策決定方式である。つまり全国的な労働団体と使用者団体がそれぞれの内部で強力な統制力をもって意見を集約し、三者間の協議を通じて政策を調整・決定していくのである。そして重要な点は三者間のコンセンサスがなった場合に、それを実行できる能力と条件を有していることである。

わが国の場合は、幸いなことに「ミニ・コーポラティズム」と呼べる集団主義的な組織決定原理を有している。たとえば年功型賃金や終身雇用を柱とする「日本の経営」はその典型例といえることができよう。春闘もこの枠組みを生かした日本型の賃上げ方式であったのである。しかしこの輝か

しい実績を持つ「日本的経営」もグローバル化の波に洗われて見直しが入り、一部に離脱が始まっている。

日本的経営が崩れ始めたのは供給能力の点で十分な経済成長が期待できないことが背景にあると見られる。人口高齢化による就業人口の伸び悩みや経済のサービス化による生産性の停滞など、日本経済の成熟化が進み、わが国の大量生産と大量消費に支えられた経済構造は平成不況を境に抜本的な改革を迫られることになった。加えて、環境や資源などのグローバル化の視点からも反省を余儀なくされている。そして21世紀には、ゼロ成長をベースとして資源循環的な経済構造に進まざるをえなくなろう。

だが問題は量的な側面にとどまらないと思われる。経済構造の中身はドラスティックに変化しているのである。すでに市場構造の変化を受けて産業構造が急速に転換している。これまでの製造業中心の第2次産業からサービス産業を中心に第3次産業へとシフトしており、就業人口比率ではすでに第3次産業が6割を占めるに至っている。産業構造の転換に呼応して、労働力類型も定型的なフルタイムから非定型的なパートタイムに移りつつある。そして非定型的な短期雇用が増大すれば、長期雇用慣行に支えられた「日本的経営」は内部から解体していくものと思われる。

21世紀のわが国は産業面だけでなく、広く社会構造面で大きく変化することはまちがいないのであって、その影響を強く受ける社会保障もまた構造的な転換を余儀なくされることになるだろう。現在は、財政構造の見直しが進み、改革への追い風が吹いている。この時機を逃さず改革すべき点を早急に煮詰め、思い切った再構築を図ることが肝要である。とりわけわが国の社会保障は職域中心に制度化されていることからできるだけ企業に開放し、市場競争に委ねるべきであろう。

もとより、社会保障の構造改革を行うためには、21世紀日本の福祉国家ビジョンを策定することが前提となる。構造改革をなし遂げるためにはそのための政策体系を用意しなければならないのである。その意味では日本型福祉国家に相応しい日本型のソーシャル・ポリシーを持つことが求められよう。日本の土壌に根ざす経済と社会の調和的発展があってこそ日本は豊かな社会となりうるのである。

(ふじた・ごいち 一橋大学教授)

アメリカにおける医療費適正化政策：効果と限界

小林 均

はじめに

アメリカの医療システムの特徴は、供給 (delivery) と資金調達 (finance) において、私的部門を中心に構築されていることである。市場中心、自己責任の国では、一部の弱者のみ、すなわち、高齢者と低所得者を救済すればよいという思想が背景にあると思われる。そうしたアメリカでの医療問題は、医療費の高騰と無保険者の存在の二語に尽きる。無保険者の存在は、国民皆保険を採用していないので、それ自体よりはその中身が問題と言えよう。医療費の増大とその抑制・適正化は、アメリカのみならず、そして公私を問わず、各国共通の直面する課題である。本稿では、他の国と制度の異なるアメリカにおける医療費の適正化問題に焦点を絞り、適正化政策の効果と限界について明らかにしたいと思う。

I アメリカの医療制度

民間保険を中心とするアメリカでは、雇用主加入健康保険と呼ばれる保険でほとんどの労働者がカバーされている。この保険によって1990年で65歳未満人口の70%がカバーされている。残る15%が公的・私的の組み合わせによってカバーされている。おおよそ14% (3,300万人) が

無保険者である。1940年には人口の10%だけが何等かの保険に入っていたのに比べ、かなりの変化である。

1 雇用主加入保険

この雇用主加入健康保険は雇用主が保険を購入しその費用のすべてか一部を保険会社に支払うものである。この保険料は雇用主の課税所得にならず、また従業員の課税所得にもならない。1977年と1987年では、雇用主が支払った実質平均保険料は1,111ドルから1,656ドル (1987年価格) と49%上昇している。それに対して実質家計所得のメディアンは8%しか上昇していない。

こうした制度が存続する理由の一つに、会社全体で加入することで1人当たりの保険料が低減できることがあげられる。より重要な理由は、雇用主の保険料負担が連邦所得税、州所得税や社会保障税の課税対象とされないし、従業員レベルでも課税されないことである。これは、労働者にとってのネットの保険料価格を税率分だけ低下させる効果を持つ。したがって高い税率が適用される高額所得者は多額の補助を手にし、過剰なカバレッジを購入しようとするインセンティブを持つことになる。それが過剰医療をもたらす医療費の高騰の一因となっていると言われる。また実際には費用負担の転嫁がなされていることが指摘されている。極端な場合

1,000ドルの保険を購入した雇用主は1,000ドル低く賃金を支払う。

2 公的医療

アメリカの公的医療は、メディケアとメディケイドからなる。メディケアは65歳以上の老齢年金受給者、障害年金受給者、慢性腎臓病患者を対象とした社会保障法に基づく公的医療保険制度で、1965年に創設された（施行は1966年）。メディケアは、パート A（入院費用等をカバーする入院保険）とパート B（外来診療などの費用をカバーする補足的医療保険）から構成される。

パート A は、65歳以上の老齢年金受給者、65歳未満の障害年金受給者および慢性腎臓病患者が給付の対象で強制加入である。パート A は、125,000ドルの所得まで2.9%の社会保障税（雇用主と従業員の折半）で賄われ、オン・バジェットである。一方パート B は、任意加入で、65歳以上ならば誰でも加入できる。パート B は、加入者の保険料（1993年は月額36.60ドル）と、一般財源とで賄われている。1996年で保険料はパート B 収入の25%を占めるに過ぎない。

パート A では受給対象者が病院への支払いの一部を自己負担している。それは定額負担（deductible）で、1989年では560ドルであった。さらに定額の自己負担を超える部分の一部を負担するのが共同保険率（coinsurance rate）や定率負担（copayment）で、61～90日の入院に伴う費用の25%になっている¹⁾。

メディケア受給者の多くは、メディケアでは支払われない定額負担あるいはそれを超える医療費の一定割合を負担する定率負担の一部あるいは全部を民間医療保険に加入して補っている。このような民間医療保険は、通常「メディ

ギャップ(medigap)」保険と呼ばれている。1990年でメディケア受給者の77%の人が加入していた。

メディケアと同様に1965年に社会保障法に基づき創設されたのが、メディケイドである。これは、保険制度ではなく、一部の低所得者を対象とする医療扶助制度である。州政府および連邦政府が共同で管理しているメディケイドは、州の財源と連邦からの補助金からなる。メディケイドの受給対象者は、カテゴリカリー・ニーディーと「医療困窮者（medically needy）」にわかれる。メディケイドの適用資格要件は州によって異なるが、低所得ではないが医療や長期ケアに多額の支出をしている多くのアメリカ人は、メディケイドの「スPENDダウN（spend down, 医療や介護支出などで所得や資産が貧困水準以下に落ち込むこと）条項」によって「医療困窮者」となり、メディケイド給付を受けられるようになっている。

II アメリカの医療の現状

よく知られているアメリカの医療費の上昇も、それは市場中心のアメリカ医療制度の固有の問題であるという認識がなされることがある。しかし多くの国にとって医療費の高騰に対する医療費の適正化は、共通の今日の問題である。アメリカの医療支出の特徴は、次のように要約される。

①アメリカの医療支出は1970年代中葉から爆発的に増大し始める。総医療支出の国内総支出に対する比率は、つねに高水準であり、1992年では世界一である。特筆すべきことは1980年代総医療支出の国内総支出弾力性が世界一であり、1970年代に比べ増加しているのは、アメリ

カの他にはカナダとイタリアぐらいのものである(表1.1参照)。これは他の国が低成長下でヘルスケア支出の圧縮に乗り出したのにアメリカはそうでなかったことに起因する²⁾。その原因がまさに重要で、医療技術の発展とその普及にあったことは多くの論者の指摘するところである。②市場中心のシステムをとっているにもかかわらず、政府支出の伸びがとりわけ大きいのもその特徴である。連邦政府のヘルスケア支出は、70～81年の対GDP比の平均1.3%から93～94年の平均3.4%に増大した。特に1989年からの上昇が際立つ³⁾。メディケアへの連邦支出は、1967年(プログラム最初の年度)では34億ドル(176億ドル、1989年価格)でGNPの0.4%であったものが、1990年では1,066億ドルでGNPの2.0%にまで増大している。その結果、総医療支出に占める公的支出は、増大の一途を辿り1992年で45%を超えている(表1.2参照)。

公的部門における医療支出の増大の背景として、医療支出増大の共通の原因である、①高齢化、②第三者支払い、③医療技術の発展、④償

還システムがあげられる。これらの中で②、③、④は保険におけるいわゆるモラルハザード問題と関連するとともに相互に関連し、アメリカの医療制度改革論議の最も中心的課題と位置づけられている⁴⁾。政府支出の増大の制度的要因として、①と関連するが、連邦政府がメディケア患者の受ける医療の75%を負担していることである。特に重要なのはメディケア受給者の90%が、「出来高払い(fee-for-services, FFS)」の医療を受けているという現実である⁵⁾。またメディケイドの支出は、1967年には76億ドル(1989年価格)であったものが、1989年には593億ドルで連邦政府はその57%を負担している。最近の特徴として、ナーシングホーム・ケアに対するメディケイドの支出が増大しており、高齢者の長期ケアに対する支出が1989年でメディケイドの支出の25%に上り、高齢者を対象にしたプログラムになりつつあることである。一部低所得者を対象とするメディケイドは、1995年で支出の三分の一は高齢者向けであり、残りの三分の二は障害者と困窮者に平等に支出されているの

表1.1 主要国の健康総支出の変化

	健康総支出/国内総支出 %					健康総支出の国内総支出弾力性		
	1960	1970	1980	1990	1991	1960-70	1970-80	1980-90
Australia	4.80	5.60	7.10	8.30	8.60	1.08	1.21	1.11
Canada	5.30	7.20	7.50	9.50	9.90	1.28	1.01	1.21
France	4.30	5.90	7.50	8.80	9.10	1.31	1.20	1.19
Germany	4.90	6.00	8.40	8.80	9.10	1.32	1.44	1.11
Italy	3.60	5.20	6.60	8.10	8.30	1.48	1.07	1.16
Japan	3.00	4.60	6.50	6.70	6.80	1.30	1.27	1.03
New Zealand	4.20	5.10	7.20	7.10	7.70	1.16	1.26	1.06
Sweden	4.70	7.10	9.20	8.60	8.80	1.54	1.22	0.87
Switzerland	3.30	5.10	7.00	7.90	8.00	1.70	1.63	1.13
United Kingdom	3.90	4.60	5.90	6.00	6.60	1.23	1.15	0.96
United States	5.30	7.40	9.20	12.20	13.30	1.41	1.21	1.30
OECD TOTAL	3.90	5.10	7.00	7.80	8.10	1.41	1.24	1.09

出所：OECD (1993) p 18.

表1.2 主要国の公的健康支出の総健康支出に占める割合 1970-92

	1970	1975	1980	1985	1990	1991	1992
Australia	56.70	72.80	62.90	71.50	68.10	67.50	67.60
Canada	70.20	76.40	74.70	74.70	73.10	73.40	72.70
France	74.70	77.20	78.80	76.80	74.50	74.80	74.80
Germany	69.60	77.20	75.00	73.60	71.50	71.40	71.50
Italy	86.40	86.10	81.10	77.10	77.80	78.30	75.20
Japan	69.80	72.00	70.80	72.70	70.80	71.60	71.20
New Zealand	80.30	83.90	83.60	85.20	82.20	78.90	79.00
Sweden	86.00	90.20	92.50	90.30	89.70	88.60	85.60
Switzerland	63.90	68.90	67.50	66.10	68.40	68.60	67.90
United Kingdom	87.00	91.10	89.60	86.30	84.40	84.30	84.40
United States	37.20	41.50	42.00	41.40	42.20	43.90	45.70

出所：OECD (1996) p 33.

が現実である⁶⁾。1995年でメディケイドはナーシング・ホーム支出の約半分を支払っている。

メディケア（パート A）は、1981年以降在宅ヘルスケアに支出を行っている。この支出の急速な増加が、パート A の財政状態の悪化の大きな要因となっている。パート A の信託基金への払込みは支出の増加に見合っていないので、財政上の崩壊に向かっている状態である。1996年に単年度53億ドルの赤字となり、2001年には、債務超過の恐れがある⁷⁾。また2010年にはベビーブーマー世代の高齢化に伴い医療・年金支出が急増し財政赤字が危機的状況になるという危機が存在する。それゆえにメディケアの改革が財政改革の中心的課題となっている。

IV 公における適正化政策

公的部門の医療支出において適正化政策が論じられる最大の要因は、高水準な総医療支出とその急速な増加への危機もさることながら、財政赤字の解消という課題との関連である。公的部門の医療支出の圧縮が緊急の課題と受け止め

られているのである。特にパート B の支出の増加は統合赤字に直接はねかえるので、その抑制は緊急な課題である。

医療費の適正化を論ずる際に、ここでは適正化を適切さ (appropriateness) の追求と解釈する。それは二つの効率性を意味し、供給費用がリーズナブルなレベルの資源利用を超えてはならないマクロ効率性と、一定の質を最小の費用で達成するミクロ効率性である⁸⁾。

1 メディケア（パート A）における PPS の導入と効果

アメリカの医療支出の増大の要因のうち、1980年代の医療価格インフレーションは、公私における医療費抑制のきっかけとなった。1983年以前は、メディケアにおける病院への支払いは適正とみなされる費用に基づく方式で、開業医へは FFS で償還されていた。1980年代に入り費用コントロールは規制・計画から競争へとパラダイムの変化を経験した。1981年に誕生したレーガン政権は、健康保険プランがシェアと参加者を求めて価格とサービスをコントロール

するシステムの導入を図った。しかし、1983年レーガン政権は、それまでの事後的・出来高払いのシステムに変わって、事前的・均等償還の「予測支払いシステム (Prospective Payment System, PPS)」と呼ばれる一律の政府公定価格制度をメディケア (パート A) に導入した。これは処置が行われる前に、病院にどれだけ支払うかを決定するものである。支払いは患者の病気の診断に依存する。各患者は約470の「診断関連群 (diagnosis-related groups, DRGs)」に分類され、医療問題のタイプ別にリーズナブルとみなされるものに基づいて支払いが行われる。虫垂炎が2,000ドルとされると、病院は費用にかかわらず2,000ドル、メディケアから支払いを受けることになる。

実際 PPS の導入による抑制効果が確認されている⁹⁾。一方一日当たり9.8%、入院当たり14.1%費用低減があり、平均入院日数が6.5%短期化した。11.7%の入院率の上昇の結果、ネットの削減効果は最大2.4%に過ぎないという報告もある¹⁰⁾。

PPS の下では、病院側に医療費を低くさせようとするインセンティブが起こる。なぜならば治療費が少なれば儲けが増えるか、他の用途に資源を回すことが可能になるからである。メディケア (パート A) における PPS の導入に対する批判・問題点として、①病院は、入院の短期化を行い、入院率を高めるといった対応をとる。②設定支払い価格が費用より低い場合、治療の質を下げるのが予想される。③メディケア患者を赤字で治療して、その赤字分を民間保険の人から余計に取る。いわゆる費用転嫁の問題である。また極端な場合治療を拒否する。かくして、予算上費用が削減されても、隠れた費用が治療の量あるいは質の低下という形で発生する

というのである。

①に関して実際起きたことは、入院の短期化であり、入院率の低下であった。入院率低下の原因は医療技術の発展で診断された病気が外来や在宅医療が可能になったことに加え、外来や在宅医療が規制のない異なる支払手段つまりFFSで治療がなされるからである。最も大きな問題は、急性治療指定病院からFFSで償還される高度医療施設や長期療養病院への転院が促進されたことである。これは費用転嫁の一つと言える。②の批判に関連して、実際これを防止するために、政府は「凝視検査機構 (Peer Review Organizations), PROs」を制度化して適切な治療がなされるようにモニターした。しかし PPS の悪影響を確認するまでに至っていない。PPS の定額制と治療の質との関連では、質の低下はなかったとされている¹¹⁾。③では、民間への費用転嫁の試みが実際なされたが、成功に至らなかったと言われる。なぜなら民間の保険者や大規模な雇用主は購買力を生かし対抗したため。

2 メディケア (パート B) における RBRVS の導入と効果

1992年のはじめ以前は、メディケア (パート B) における開業医への支払いは FFS ベースで償還していた。この制度によって、メディケアの開業医への支払いは急激に増加した。1970年16億ドルであったものが1988年には242億ドルになった。この急激な増加に対抗して、1992年1月よりメディケアは開業医への支払いを、「資源ベース相対価値尺度 (a resource-based relative value scale, RBRVS)」という全国一律の料金システム、診療報酬点数表 (a fee schedule) を採用し料金規制を図った。

このRBRVSは、医師が供給する各サービスで使用される資源に基づいて償還を行い、各サービスは事前相対価値を持っていることをその特徴とする。事前相対価値は①供給における時間と密度(intensity)、②間接費を反映する治療支出、③供給関連の誤診支出に依存する。RBRVSの特徴は、①新診療表は専門医と総合医との所得格差の是正を目的とし、専門治療よりプライマリケアへの償還を引き上げている。②医師サービスへのメディケア支出の増加の抑制を目的とし、全体の支出の伸びが急激であると、個々のサービス支払率を引き下げる。

このRBRVSに対して、開業医と病院は管理価格に抵抗する姿勢を示した。それは①高い支払率を受ける治療に請求書を送る(upcoding)、②一つの治療をコストのかかる二つ、三つの部分に分割して請求書を書く(unbundling)ことである。

RBRVSの導入側の初期の予測は、開業医は価格の低下に伴う収入の潜在的な減少の半分を、サービスの増加で相殺するであろうというものであった。そこで医師の減収相殺行動を防止するために量的パフォーマンス基準(volume performance standard)が設定された。

RBRVS導入の効果を最終的に判定することは困難な仕事である。管理医療やRBRVSは専門治療、高度診療、健康維持(therapeutic)サービスより、時間集約的診療、プライマリケアに有利になる償還をもたらした。これは専門化する誘因を弱める。HMOにおいても門番(gatekeeper)としてプライマリケアの医師が行動している現実がある。既にこのRBRVSによってプライマリケアの医師の力が増していると言われている。

実際、専門医の不足あるいは超過が問題点と

してあげられている¹²⁾。また既に同様な制度をとっていてメディケアより償還率の低いメディケイドの経験が指摘されている。医師の75%だけがメディケイドの患者を進んで治療し、極端な場合は55%しか治療しなかったとも言われる。しかし*Economic Report* (1997)によると、導入後の1996年までパートBの支出は著しく増加した。その原因として、ある程度の量的拡大と新技術の発展があげられている。

3 まとめ

メディケアにおける上述の二つの抑制政策は、当該の入院コストと医師コストの双方の抑制に役立ったが、メディケア総支出の抑制につながらなかった¹³⁾。*Economic Report* (1997)はその原因として、①医療サービスの中でその量と密度が政策の影響を受けなかったものがある、②供給されるサービスの種類の急速な変化、③改革対象でない外来サービス、高度医療施設、在宅ヘルスケアへの支出の急速な上昇、をあげている。そしてさらにその理由として①在宅ヘルスケアは、需要、供給両サイドで過剰要因を持っている、②技術の向上による、外来治療の容易化、③二つの抑制策に対して医療供給者における他のサービスで代替することで収入を維持しようとするインセンティブの存在、を指摘している。

一つの対策として、DRGの外来治療への拡張があげられる。しかしサービスの種類が広くなれば適切な償還率の設定が難しくなる。治療コストの幅が大きく、病院に安い治療を選択させる誘因を与える。さらには病院の財政状態に気を遣う医師に所得の最大化を図るような圧力を与えかねないという¹⁴⁾。治療に必要なものより高価なDRGに割り当てられ、病院がより大き

な償還を得る、いわゆる DRG クリープが発生する可能性が存在する。

IV 民における適正化政策

医療の質を維持しながら増加する医療費に対抗するために民間で考案されたのが、統一的医療 (coordinated care)、管理医療 (managed care) と呼ばれるものである¹⁵⁾。患者の医療の過剰消費、供給者による過剰供給を、抑える手段としての管理医療が注目され出したのである。

1 利用コントロール(Utilization Control)の重要性と可能性

医療費の適正化にとって最も重要と考えられるのが、治療の適切度の判定と思われる。技術の普及と気前のよい償還システムとが統合して、高水準の不必要かつ不適切な治療がなされているのではないかというのが多くの人の指摘するところである。

保険会社が急増する支払いに対する手段として最初に採用したのが、監視、事例管理 (case management)、外科手術における三者意見 (second opinion) である。そして1970年代以降の医療支出の増加に対抗すべく考案されたのが、均等償還と医療サービスの直接監視が可能な統一的医療、管理医療のシステムであった。

1980年代に、ランド (RAND) とその他の研究が高水準の不必要な治療を推計し、それが、医療サービスの適切さと効率性を評価する利用検査 (utilization review) の成長に寄与したと言われる。利用検査の発展により、ランドによれば実際不必要な治療はほとんどないと言われている¹⁶⁾。これは不必要な治療を減らすことで医療費の削減を目指す努力に重要な含意を持

つ。

この利用コントロールの利点は、第三者支払者を従来の受身的立場から診断・処置過程の積極的参加者としてその役割を変えたことにあるとされる。実際1990年で80%のグループ保険が費用のかかる事例管理を行い、慢性病をモニターする事例管理者 (case manager) を使用し、約45%が入院前証明 (pre-admission certification) と同時病院検査 (concurrent hospital review) を必要とした¹⁷⁾。

Feldstein 他 (1988) は病院に関して患者に義務づけられた利用検査の費用抑制効果を調べた。それによると利用検査が入院を12.3%、入院日数を8%、病院支出を11.9%それぞれ減少させ、医療費全体で8.3%減少させたとしている。

事前承認と同時検査を持った利用検査制度を通じての医療供給がもたらす国民医療費1%減少効果、また1年間の利用検査の試行で主として入院日数の減少による4.4%の医療支出、8.1%の入院支出の減少結果が報告されている¹⁸⁾。

利用検査の問題点としては、①医師への運営上の負担が増える。②検査への一定のアプローチがないために利用検査産業の基準と規制の欠如は、患者に負担をかける。

しかし利用検査システムが不完全なものであっても、医療費の適正化にとって重要な要素であることは否定されるべきものでない。なぜならば患者と供給者とがともに監視されるので。しかし最も困難なのは、何をもちいて適切、必要とするかの判定上の問題である。つまり医療の質をいかに判断するかの問題である。

2 HMOs の特徴と効果

民間保険では費用に基づく支払い方式がなさ

れ、それが技術革新や医療研究の発展、質の向上に寄与したと言われる¹⁹⁾。1960年代に入り経済成長が鈍化して、費用削減策がとられるようになった。それが1930年代、40年代に既に発展されていた「健康維持組織、Health Maintenance Organization, HMO」の新たな展開である。1973年議会はHMOの成長を促進するためにHMO法を施行し、連邦資金が投入された。雇用主はHMOを選択肢として従業員に与えることを求められた。HMOの会員は、1980年の910万人から、1987年の2,860万人に拡大している。1995年で6,450万人に上る。

HMOの一般的特徴は、決められた包括的な健康サービスを自発的に会員になった人に供給する管理医療供給組織グループであることである。さらに定額制で医療供給者と保険者との一体化がその特徴としてあげられる。その形態は多様で、グループモデル(HMOの保険者が単一の総合専門医療グループと独占契約を結び、時にはそのグループが病院を所有)、ネットワークモデル(HMOの保険者が二つ以上の独立医療グループと契約を結ぶ)、スタッフモデル(供給と資金調達が一体化し病院を所有)、IPA (independent physician association) モデル(独立開業医協会が独立の開業医や彼等の緩やかな組織と直接契約を結ぶもの)がある²⁰⁾。

HMOにおける医療供給の最大の特徴は、門番と呼ばれる、プライマリケアの医師の存在である。彼等は専門医療、入院、在宅医療への患者のアクセスをチェックする。それによって、利用をコントロールするのである。

また多くのHMOは医療供給者・医師への支払いを定額(capitation)あるいは給与ベースで行う。このシステムの下では、医師は患者への医療供給のコストと効果(利益)の双方を考慮

する立場に置かれる。つまり、医師が患者のエージェントだけでなく、保険者のそれであることを意味する、いわゆる二重エージェント(double agent)の問題が発生する²¹⁾。

さまざまな医療供給形態をとるHMOの中で、最近増えているのが、サービス別(point of service)、高度(hybrid)、自由(open-ended)選択を持つHMOである。これは会員に医師の選択の幅を拡大するもので、会員に未契約医療供給者の診療を認めている。但しこの選択をした会員は、付加的定額負担、共同保険という新たな負担をすることになる。1991年1月現在で100万人以上の人がこの選択を持った116のHMOと契約している。

この管理治療、HMOが医療支出に与える効果に注目が集まるのは当然のことである。ランド研究所の研究によると、HMOの会員は伝統的保険のFFSグループに比べ、1人当たり年間支出が25%少なく、入院が40%少なく、入院しても40%日数が少ないことがわかっている。質の面では、HMO参加者の健康状態の変化はとりたててないと言われている。CBOの研究によると、スタッフ型あるいはグループ型HMOによる供給がなされるならば、国民医療費が10%ぐらい減少すると推計されている²²⁾。

3 PPOsの特徴と効果

HMOと並んでもう一つの費用封じ込め手段が「優先供給者組織(preferred provider organization, PPOs)」である。FFSの損害保険とHMOの性格を持ったもので、HMOよりは緩やかな組織である。PPOsは医療における自由選択というアメリカ文化を背景に、従業員給付の主要な基準となった。非PPO供給者より料金を安くするという割引制度に同意した医療供

給者のネットワークと契約を行う。

PPOsはHMOsより柔軟的でプロバイダーの選択に自由度を与えている。非会員プロバイダーの選択を、付加的負担を課し認めている。PPOsも多様な形態を持ち、HMOsとの線引きをするのが困難な場合もある。

PPOsの方が、伝統的な保険より費用増加が小さいという証拠が増えている。しかしHMOsとの比較では、PPOsの方が、傾向的に6~8%平均年間の医療費が多いという研究があり、また入院日数でも多いという研究がある²³⁾。PPOsの成功の成否は、医療サービスの適切さと経済性を評価する利用検査を継続的に進んで行う供給者と契約できる能力にあるとされている。

結びにかえて

アメリカにおける適正化政策を論ずるにあたっては、文化的特性である自由選択、その具体的表現である市場メカニズムへの信頼を抜きに考えられない。アメリカで考案された管理医療は第三者支払者による患者、医師双方のモラルハザードをコントロールして効率的医療供給を約束するものの一つと考えられている。HMOのうち特にスタッフ型HMOsあるいはグループ型HMOsは、最も効率的な供給者として期待されている。

管理医療が費用抑制手段として期待され、消費者が容易に利用できたとしてもその発展には限界があると言われている。その理由としてかなりの消費者は管理医療における均等払いにおける二重エージェントに危惧を持つ。アメリカ国民にとって医者を選択する、それを可能にするFFSの要素は不可欠なのである。つまり、価格・保険料によってのみ消費者はそのサ

ービスの質を判断できるという市場システムへの信頼を無視しえない。

現在アメリカでは費用抑制の要請からメディケア、メディケイドのHMOへの加入が進み²⁴⁾、一方HMOはその行き過ぎた効率性を是正するために、患者が治療に関して幅広い選択肢や決定権を持つようにシステムの変更をするものが現れている²⁵⁾。アメリカ国民にとって最大の価値は自由な選択であり、それと高水準の医療、費用削減、アクセスの容易さをいかにバランスさせるかは非常に困難な問題である。

医療費の適正化を語る時、財としての医療の特殊な性格を無視することはできない。医療システムは、サービスの供給者(provider)と保険会社(支払者)と患者(消費者)の三つの主体から構成され、利害関係者が多いことである。そして何よりも重要なのは、医療行為の適切さ、すなわち質の判定の問題がある。特にマイクロ効率性の意味での適正化において、質そのものの判定は不可欠である。それには、まず医療資源の投入とその結果の情報が得られ、その情報が公開され多くの関係者が判断できるようにしなくてはならない。そしてさらに厄介な問題は、質そのものが技術革新と深く関連し、技術革新が費用増加的であるところにある。アメリカにおける医療費高騰の最大の要因は医療技術の発展とその普及にあり、それを可能にしたのがFFSの保険制度である。費用コントロールを容易にする中央集権的方法を嫌うアメリカにおいて²⁶⁾、事前的・定額支払要因が費用抑制を可能にしたとしても、絶えざる医学の発展、医療の質の改善をいかに取り扱うかという医療供給固有の課題と対峙し続けねばならない。これこそが医療問題の解決を永遠のテーマにするゆえんである²⁷⁾。

注

- 1) 1992 (1993) 年で、各病気について (spell of illness) 最初の60日入院に定額控除652 (676) ドル、61~90間は一日につき163 (169) ドル。
- 2) Aaron (1996) は、アメリカとその他先進諸国との医療費の相違の要因を GDP 成長の低迷とそれに対する医療費への政策的対応の相違に求める。p 53 参照。広井 (1994) は、1980年代以降の医療費の経済全体における動きについて、アメリカの伸びは価格の上昇によると分析、日本の伸びの鈍化は政策的対応と自然増そのものの鈍化と分析。22頁参照。
- 3) Economic Report (1995), p 72.
- 4) クリントン提案を含め、アメリカの医療改革については、小林 (1995) を参照。
- 5) Economic Report (1997), p 118.
- 6) Economic Report (1997), p 134.
- 7) 「日本経済新聞」1997年4月26日7面。
- 8) マクロ効率性、ミクロ効率性は、OECD (1996), p 126.
- 9) 広井 (1994), 173頁。
- 10) Culyer (1990), p 38.
- 11) Economic Report (1997), p 124.
- 12) Economic Report (1993), p 131.
- 13) Economic Report (1997), p 120.
- 14) Culyer (1990), p 38.
- 15) 1980年代中期にメディケアも HMO と契約を始めた。
- 16) Wall Street Journal (1993) では、ランドの研究の限界に言及している。患者に選好とか実際の結果について聞いていない。データベースの必要性を指摘する。さらに不必要、不適切の定義が困難であることを力説している。
- 17) Hoffmeyer 他 (ed.) (1995), p 1238.
- 18) Hoffmeyer 他 (ed.) (1995), p 1239.
- 19) Baumol (1989), Newhouse (1992) は医療技術の発展が医療費高騰の原因であり、Weisbrod (1991) は資源利用が供給者によって決定されることを指摘した。
- 20) Hoffmeyer 他 (1995), p 1186-1187. Luft (1994) は、IPA (independent practice association) が FFS の開業医グループと主として契約するものを、独立の開業医のネットワークとの契約なので、「ネットワークモデル」と呼ぶ。p 46 参照。
- 21) Blomqvist (1991).
- 22) Hoffmeyer 他 (ed.) (1995), p 1237.
- 23) Hoffmeyer 他 (ed.) (1995), p 1237.
- 24) メディケアにおける管理医療への依存がむしろコストをあげていると言われている。Economic Report (1997), p 125-26.
- 25) 「日本経済新聞」1997年3月31日付参照。また行き過ぎた効率性の例として、一人当たり診療時間15分、決められた処方薬、門番の存在。また「日本経済新聞」1996年10月19日付では、薬剤給付管理会社による調剤医療費のチェック、「日本経済新聞」1996年10月20日付では、管理医療は普及段階から、中身を問われる時代に入ったことが報道されている。
- 26) 費用抑制は中央集権的方法によるのが容易である。Culyer (1990), p 36, Aaron (1996), p 57.
- 27) いわゆる日本の医療技術のただ乗り論について、広井 (1994) を参照。Aaron (1996) は最近の医学の発展が病気になりやすい体質を同定し、それを抑え込む能力の発展の段階である。その医学の発展と医療費の適正化との問題の困難さを指摘している。p 57 参照。

参考文献

- Aaron, Henry (1996), "Thinking About Health Care Finance: Some Propositions" in *Health Care Reform, The Will to Change*, OECD.
- Baumol, William J. (1989), "Containing Medical Costs: Why Price Controls Won't Work," *Public Interest* 93: 37-53.
- Blomqvist, A. (1991) "The Doctor as Double Agent Information Asymmetry Health Insurance and Medical Care". *Journal of Health Economics*. No. 10. pp. 411-32.
- Culyer, A.J. (1996) Cost containment in Europe," in *Health Care Systems in Transition*, OECD.
- Economic Report of the President* 1993. (1993) Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office.
- Economic Report of the President* 1995. (1995) Washington, D.C.: U.S. Government Print-

- ing Office.
- Economic Report of the President* 1997. (1997)
Washington, D.C. : U.S. Government Printing Office.
- Feldstein, P. et al (1988) "Private Cost Containment The Effects of Utilization Review Programs on Health Care Use and Expenditures". *The New England Journal of Medicine*. (May). pp.1310-4.
- Hoffmeyer, Ullrich K. and McCarthy, Thomas R. (ed.) (1995), *Financing Health Care* Vol. II, Kluwer Academic Publishers.
- Newhouse, J.P. (1992), "Medical Care Costs: How Much Welfare Loss?" *Journal of Economic Perspective*, 6: 3-21.
- Luft, Harold S. (1994), "Health Maintenance Organizations: Is The United States Experience Applicable Elsewhere?" in *Health: quality and choice*, OECD.
- OECD (1990), *Health Care Systems in Transition*.
- OECD (1993), *OECD Health Systems: Facts and Trends, 1960-1991*, vol 1.
- OECD (1994), *Health: quality and choice*.
- OECD (1996), *Health Care Reform, The Will to Change*.
- The Wall Street Journal*. March 1, 1993, P. A14
- Weisbrod, B.A. (1991), "The Health Care Quadrilemma: An Essay on Technological Change, Insurance, Quality of Care, and Cost Containment," *Journal of Economic Literature*, 29: 523-552.
- 小林均 (1995), 「アメリカの医療改革と政府の役割」『流通経済大学論集』vol. 30, no. 2.
- 広井良典 (1994), 『医療の経済学』, 日本経済新聞社。
- (こばやし・ひとし 流通経済大学教授)

フランスにおける医療費適正化政策

藤井良治

はじめに

1980年代から1990年代のヨーロッパ諸国は、ポスト福祉国家とも言うべき新たな福祉の枠組みを模索している。そのきっかけとなったのは、高度経済成長の終焉であり、経済発展によって達成した福祉と新たな福祉の枠組みとのギャップであった。医療保障においては、受療機会に平等が進んだこと、医療技術の進歩・高度化、疾病構造の変化、人口高齢化など医療の需要および供給に関する要因が変化し、質、量ともに医療費を増大させることになったということを変更して言うまでもないだろう。

医療を取りまく一般的状況は、当然フランスにもあてはまり、オイルショック以降医療費抑制策が進められてきたにもかかわらず、1970年代から1980年代前半までの医療費は年率平均2桁の伸び率で増加した。しかし、1980年代に入って、医療費抑制策は医療供給側に対しても行われるようになり、とくに1983年の病院における総枠予算方式の導入によって医療費増加率は1桁台に落ち、1994年度3.0%、1995年度4.6%と低い水準となっている。しかし、それにもかかわらず、医療保険財政は、1990年代に入って急速に悪化し、たんに赤字を計上しているというだけでなく（一般制度では1995年度で約350億フラン、収入総額の6.6%に相当）、医療費支払

基金の運転資金が底をついて医療機関に対する毎月の支払いを借入金によって賄うといった事態が続いている。

医療費の伸びが鈍化しているにもかかわらず、医療保険財政が悪化する最大の原因として、支出の伸びに対して収入の伸びが伴わないからであり、とりわけ1980年代以降、失業率は2桁の高い水準のまま止まっていることが上げられる。1970年代後半以降、医療費抑制は患者の受療抑制にウェイトがおかれてきたが、患者に対する抑制だけでは目的が達成されないことから、1980年代に入ると医療供給に対する抑制にウェイトが移り、さらに1990年代に入って、医療保険の新規財源調達創出へと政策のウェイトが移っている。

以下、フランスの医療保険がおかれている状況について見ながら、医療費を中心とした医療保険政策について概観する。

I 医療費から見た医療費抑制の効果

対国内総生産比で見たフランスの医療費は、ヨーロッパ諸国のなかでもっとも高い水準にあり、1994年現在で9.4%で、オーストリアと並んでいる。フランスと同じく医療保険方式を採用するドイツは9.5%であるから、フランスが際だって高いとも言えない。これに対して保健サービス方式が中心となっているイギリス、スウェ

一デンは、それぞれ6.9%、7.7%であるから、独仏2か国で見ると限り医療保険方式に特有の問題があることがうかがえる。

冒頭に述べたように、1970年代以降1980年代前半に至るまで、医療費は名目2桁の伸びを示してきた(表1)。とくに1970年代の入院医療費の伸びが著しい。これは、医療技術革新が病院での医療に反映していることのほか、人々の病院志向が外来診療よりも患者負担が軽いことなどによって助長されていることなどに起因している。入院医療費の伸びが大きいだけでなく、医療費全体に占めるウェイトも高く、医療費全体のほぼ50%が入院医療費である(表2)。ちなみに、1960年当時の入院医療費の医療費に占める割合は40%を下回っていた。

こうした医療の「病院化」ないしは「病院志

向」に何らかの歯止めを掛ける必要のあることが指摘され、1980年代に入って病院医療に対する抑制策が具体化した。

1984年に、それまで日額方式を採用していた公立病院(当初は地区病院)に総枠予算方式(budget global, dotation globale)を導入し、1985年から全面的に実施した。これにより入院医療費の伸びは1985年以降急速に低下した。外来診療も入院の場合と同様の傾向が見られる。1980年代後半においても入院の場合ほどの低下は見られなかったが、1990年代に入ると急速に伸び率は低下している。1990年代に入ってから顕著な伸び率の低下は、1990年に締結された医師協約を始めとする各医療職種の医療費伸び率に関する目標値設定の効果が現れていることによる。

表1 医療費の年平均伸び率

診療および医療材料	1970-1975	1975-1980	1980-1985	1985-1990	1990-1995
	%	%	%	%	%
1 病院およびその他の入院施設での診療	20.1	18.6	13.0	6.3	2.4
入院	20.1	18.5	12.8	6.2	2.3
公立病院	20.6	19.6	12.6	6.0	2.4
私立病院	18.5	14.8	13.6	6.9	2.2
その他の施設	—	—	49.1	13.4	5.2
2 外来診療	16.1	14.8	14.5	9.3	1.8
医師	15.0	13.7	14.6	9.2	2.0
医療補助者	19.7	14.3	18.0	11.4	2.2
歯科医師	15.6	17.1	11.9	8.1	1.6
検査	19.8	14.9	16.2	9.9	0.6
温泉治療	16.2	14.2	14.3	7.7	1.0
3 患者の移動	21.5	21.2	19.0	9.5	2.9
4 薬剤	13.6	10.7	13.8	8.4	2.4
5 補装具	16.3	14.1	15.1	12.0	2.9
医療費計(1から5まで)	17.3	15.9	13.7	7.7	2.2
6 予防医療	18.5	15.6	9.5	4.8	2.1
総医療費	17.3	15.9	13.6	7.6	2.2

出所：INSEE, *Méthodes N° 2, Compte de la Santé, 1989* et SESI, *Comptes Nationaux de la Santé, 1996*

表2 医療費の給付別構成比

	1970	1975	1980	1985	1990	1995
	%	%	%	%	%	%
病院およびその他の入院施設での診療	42.2	47.5	53.2	51.8	48.5	49.5
入院	42.2	47.5	53.0	51.0	47.6	48.2
公立病院	30.6	35.3	41.3	39.4	36.4	36.9
私立病院	11.6	12.2	11.7	11.6	11.2	11.3
その他の施設	—	—	0.2	0.8	0.9	1.3
外来診療	29.0	27.6	26.4	27.3	29.4	27.8
医師	15.0	13.6	12.4	12.9	13.8	13.5
医療補助者	3.0	3.3	3.1	3.7	4.4	4.4
歯科医師	7.3	6.8	7.2	6.6	6.8	6.3
検査	2.5	2.8	2.7	3.0	3.3	2.7
温泉治療	1.2	1.1	1.0	1.1	1.1	0.9
患者の移動	0.7	0.8	1.0	1.3	1.4	1.5
薬剤	25.9	22.0	17.5	17.6	18.2	18.5
補装具	2.2	2.1	1.9	2.0	2.5	2.7
計	100	100	100	100	100	100

出所：INSEE, *Méthodes N° 2, Compte de la Santé*, 1989 et SESI, *Comptes Nationaux de la Santé*, 1996

入院以外では、外来診療が入院医療のウェイトが高まったのとは反対にそのウェイトは低下している。薬剤費は1970年では医療費の4分の1を占め、25.9%と高い水準であったが、薬剤費抑制策によって1995年では18.5%となっている。これら入院以外の医療費も1970年代から1980年代前半において入院費と同じように2桁の伸び率で増加しているが、患者の移動の費用を除き入院費よりは低い伸び率である。

1980年代後半になると医療費の伸びは1桁に落ち、1990年代になるとほとんどが2%台の伸び率にまで低下している。こうした医療費の伸び率の低下は、1970年代後半から繰り返されてきた医療費抑制策の総仕上げとも言うべき医療費伸び率目標値の設定、遵守などの措置がとられたことによっていることは明らかである。

II 医療費支払いの仕組み

医療費抑制策について触れるまえに、フランスの医療費支払いの仕組みについて簡単に見ておこう。

フランスの医療費支払いは、医療保険制度を中心として行われている。医療保険は、第2次大戦後、当初の統一的制度制定計画は挫折し、今日では国民の70%程度をカバーするにとどまっている。一般制度以外の制度は、旧来からある制度や一般制度に加入することを拒んだ職種（農業、商工業自営業者）などが別個の制度として併存している。1970年代に入って、医療保険制度の給付格差や財政格差を是正し、未適用者の医療保険加入を実現する目的で財政調整法や社会保障一般化法が制定され、フランス版皆保険への途を歩むことになった。

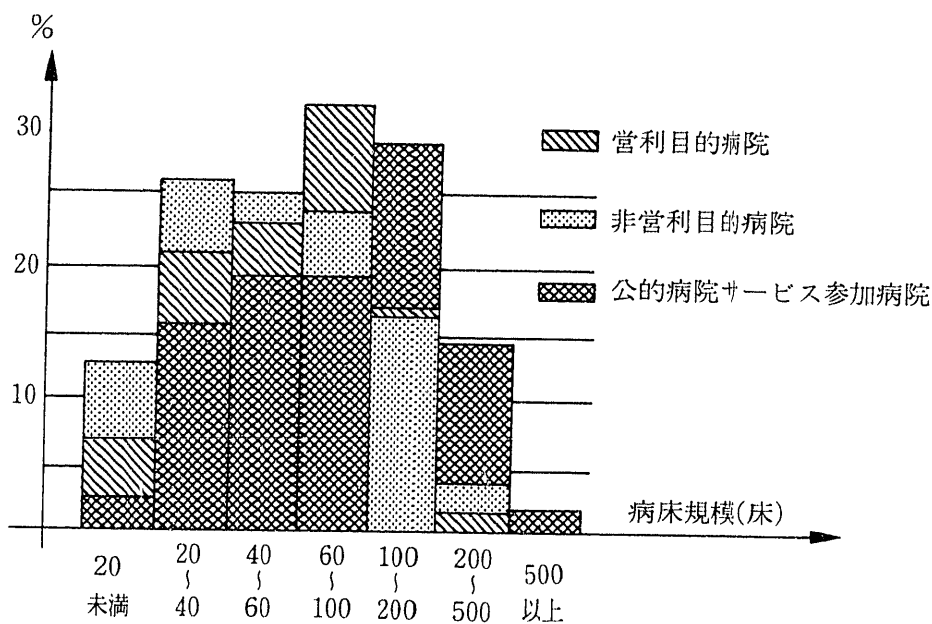
医療保険の給付は、入院診療、外来診療を中

心とする医療行為のほとんどをカバーし、わが国の医療保険の給付とほぼ同じである。

公立病院の医療費の支払いは、入院と外来とで異なり、入院の場合は、1985年までは、入院料日額方式が採用され、病院の総経費を入院延日数で割った1日あたり金額を適用する、言わば定額料金方式を採用していた。しかし、日額方式では診療部門ごとの医療費の違いや病院の経営努力などを反映しないことなどから、入院医療費の抑制を行うためには病院の経営努力を反映させるような方式に改めるべきであるとして、1985年に公立病院に総額予算方式を導入し、入院医療費の抑制に着手した。総額予算の実施とともに入院医療費の伸び率ガイドライン(taux directeur)が設定されたが、公立病院入院医療費の伸びはガイドラインを上回って増加しているが(入院医療費の伸び率とガイドラインの差は、1986年1.4%、1987年1.8%、1988年2.4%、1989年4.0%)、1990年になって両者はほぼ同じになっている。

私立病院の医療費は、通常は日額方式であるが、公的病院サービス(service public hospitalier)と呼ばれる公立病院の基準を採用する私立病院においては公立病院に導入された総額予算方式が採用されている。私立病院の医療費の伸びは主として手術に関連する費用で、私立病院入院者の半数以上が外科手術を受けている。と言うのは、フランスの病院の大半は公立病院で、私立病院は外科や産科など専門分野に特定しているからである。なお、私立病院は規模の小さなものが多く、平均70床前後である(図1)。

外来医療は、開業医や医療補助者の診療に関するものであり(私立病院の医師の診療報酬や一部公立病院の外来診療が含まれる)、医療費の支払いはいわゆる出来高払い方式である。開業医を始めとする医療関係職種の報酬は、職種ごとに医療保険とのあいだで療報酬料金に関する協約を締結し、その料金にしたがって医療費を医療保険に請求する。料金は、診療行為の相対



出所：SESI

図1 私立病院の病床規模別分布

価値(係数)を定めた医療行為集の行為分類(キー)ごとに決められ、ある医療行為の係数とそれが属する行為分類に割り当てられた料金とによって算定される。この医療行為集方式は、わが国の診療行為点数表方式に類似しているが、わが国の点数表は医療行為の価値と価格を一本化した料金表であるのに対して、フランスの医療行為集は価値のみを表し、価格と分離しているという点で異なる。

出来高払い方式を採用するフランスの開業医療費のかかえる問題点はわが国の医療費問題と共通している。すなわち、診療行為の増加に対する歯止めがないことである。わが国の医療保険もフランスの医療保険も原則として診療制限を行わず、医師の自由裁量権を尊重していることから、診療行為の増加に歯止めを掛けることが医療費抑制の大きな課題となる。

III 1970年代から1980年代の 医療費抑制策

財政対策を中心に、開業医療に関する医療費抑制策が相次いで打ち出されてきたが、それらは歴代の保健・社会保障担当大臣の名を冠して呼ばれている。以下、1970年代以降の医療保険に関する財政対策および医療費抑制策を列挙する。

ヴェイユ・プラン(1978年～1979年)：「健康薬」と言われる薬剤の償還率を70%から40%に引き下げる。医療保険の保険料を総報酬制とする。

バロー・プラン(1979年)：医療保険支出の伸びを国内総生産の範囲内とする。被用者の保険料1%ポイント引き上げる(のちに社会党政権により廃止される)。年金受給者からも保険料を

徴収する。公立病院予算を凍結する。診療報酬に対する総枠方式を設定する(1980年の全国協約では拒否された)。

ケスチョー・プラン(1981年)：事業主負担保険料3.5%ポイント分だけ総報酬制とする。被保険者保険料を1%ポイント引き上げる。医療保険財源とする自動車保険料税を2倍に引き上げる。

ベレゴヴォワ・プラン(1982年)：医療保険財源としてタバコ・アルコール税を創設。製薬企業の広告に対する広告税創設。患者負担を免除される入院患者に対する1日あたり20フランの定額負担創設。1,258品目の償還対象特許薬剤の償還率を70%から40%に引き下げる。

ベレゴヴォワ・プラン(1983年)：薬価引き上げの延期。薬局に値引きを義務づける。銀価格(銀を使用するX線撮影用フィルムの製造価格)の低下に対応してX線関連診療行為の係数見直し。歯科矯正器具および眼鏡の償還率引き上げの延期。医療福祉施設に対する低利貸付金の減額。病院医療費の削減。

デュフォワ・プラン(1985年)：特許薬剤379品目の償還率を70%から40%に引き下げる。

セガン・プラン(1986年)：乱用されている長期疾病の一部負担免除を特定疾病の場合に限るように改める(たとえば、糖尿病患者であっても風邪の場合は一部負担免除とならない)。同様に、薬剤についても、保健薬の100%償還については特定疾病の場合に限る(これらの措置は、1988年に社会党政権によって廃止される)。

バルザック保健相による赤字補填策(1987年)：被保険者保険料率を1年間に限り0.4%ポイント引き上げる。薬剤の付加価値税を7%から5.5%に引き下げる。タバコ税を2%ポイント引き上げる。精神病部門の費用を漸次国の負担

に移しかえる。

エヴァン社会問題相による財政削減策（1989年）：検査報酬を35%引き下げることにより、検査センターの売上高を18%削減する。手術室料を凍結する。すべて償還対象とされてきた薬局で調剤される薬の一部を償還対象から外す。

エヴァン・プラン（1990年）：製薬会社の広告税を5%引き上げる。

薬効のはっきりしない薬を償還対象から外す。

デュリュール保健担当相による薬効のない薬を償還対象外とする措置（1991年）

病院改革（1991年）：直接医療費抑制を目的としていないが、総枠予算運用の規制緩和、高額医療機器の抑制などを含んでいる。

ビアンコ・プラン（1991年）：被保険者保険料を0.9%ポイント引き上げる。患者負担免除対象者の定額入院料を33フランから50フランに引き上げる。製薬企業に対して特許薬剤売上高の2.5%を自主的に削減することを求める。薬卸業者は売上げの0.6%を医療保険に拠出する。痕跡性元素やマグネシウムなどの基礎薬剤は償還対象から外す。放射線行為の係数を見直す。

デュリュール・プラン（1991年～1992年）：現行の薬価決定制度を改めて新たに薬務庁を創設する。薬価は薬剤ごとにではなく製薬企業ごとに決定し、監督庁は製薬企業の製品価格の伸びに上限を設定する。伸び率は各企業の研究開発費と投資額にもとづいて算定する。設定された価格目標を超えた場合、薬価の引き下げないしは償還対象から外すという罰則が適用される。

ヴェイユ財政再建案（1993年）：1990年全国協約が参事院(Conseil d'Etat)によって破棄され、新たな全国協約の早期締結を余儀なくされたことから、1990年全国協約に代わる医療費抑制を

めざした協約の締結を促すとともに、次のような当面の医療費抑制策を発表した。開業医の診療に関する償還率を5ポイント引き下げる（労災年金、軍人障害年金の受給者、長期疾病患者、妊娠5か月以降の妊産婦などは除く）。患者負担免除者に対する入院定額負担を50フランから55フランに引き上げる。1990年協約にもとづく付属文書第3号が破棄されたことを受けて、医療費の計画的配分を行うための新たな医師協約の締結を求めている。入院医療費抑制のため、病院総枠予算目標率を1%ポイント引き下げる。6万床と見込まれる余剰病床の閉鎖、薬剤卸業者に対する税の見直し、一部高額薬剤の処方指針の見直しなど。しかし、これらの医療費抑制策に対して、各労組は猛反発した。全国医療保険金庫理事会も、金庫に諮ることもせずに断行された財政対策は失敗するであろうと非難した。

医療費抑制策をさらに入院医療と外来医療とに分けて見てみよう。

1 入院医療

フランスの病院制度は、1958年の病院改革以来、数次の病院改革法による改革の対象となり、近代化が図られてきた。1970年の病院改革は、「公的病院サービス (service public hospitalier)」という概念を導入するとともに、伝統的な病院医療の無料原則、非宗教性および公的運営という原則を確認した。また、医療費膨張に対する抑制メカニズムとして導入した地域医療計画「保健地図」は十分に機能せず、入院医療費は膨張し続けた。1970年代終わりまで続く病院拡張政策であった。1981年末において病院数は公私合わせて3,500（公立病院1,000、私立病院2,500）を超えており、病床数は60万1

千床を数えた。1980年代に入って、こうした爆発的な膨張に対して、地域医療計画による病床規制や公的病院に総枠予算方式を導入する病院改革法が1983年に制定され、1985年に公的病院（公立病院および公的病院サービスに参加する私立病院）すべてに適用されることになった。総枠予算の導入によって徐々に爆発的膨張は沈静化した。さらに保健地区の強化や病院財政の合理化とともに21世紀へ向けた病院近代化をめざすべきであるとするホフマン委員会の『病院改革報告』（1983年）を受けて、新たな病院改革への作業が進められた。この病院改革法の提案理由として上げられたのは、21世紀の病院システムをつくるのが最優先課題とされたからであるが、そのために公立病院、私立病院間に公正なバランスをつくること、国民のニーズに合うように保健医療制度の枠組みを強化すること、病院経営の自立性を強化することなどであった。1991年に、私立病院に対する総枠予算方式の導入や総枠予算方式のもとでの新たな入院料金設定などを含む病院改革法が制定された。こうした改革の効果は、10年間に病床は4万2,000床減少して、1990年初めにおいて病床数は55万8,700床（公立病院36万3,100床、私立病院19万5,600床）となるという形で現われた。

ところで、1983年の総枠予算方式では、前年度予算額を基礎に、ガイドラインないしは基準率と呼ばれる伸び率を適用して予算額を算出し、この予算額にもとづいて医療保険金庫は予算額の12分の1相当額を毎月病院に支払う。ここで、総枠予算というのは、医療保険が負担する入院医療費に対応するもので、病院の計上支出額から総枠予算以外の収入を差し引いたものと医療保険が負担する入院時定額患者負担分の合計を指す。しかし、患者が病院に支払う患者

負担額や第3者責任請求などは、入院種別および診療部門（専門診療部門、高額診療部門、長期滞在部門、中期滞在部門、デイ・ホスピタル、ナイト・ホスピタル、在宅入院）ごとに設定されている「給付日額²⁾」にもとづいて算定される。1983年から1990年までの入院医療費ないしは総枠予算のガイドラインは表3のようになっている。

2 開業医療

(1) 1971年全国協約と医療費抑制策

医師を始めとする医療開業者が開業医療の対象となる。医師については、1960年の標準協約方式の採用により、医療保険と医師の協約によって診療報酬および保険診療に関する諸条件が決められることになった。協約は、原則として5年ごとに改定される。1971年には地域ごとにしか拘束力をもたない標準協約方式から労働協約と同じく全医師に対して拘束力をもつ（個人的な協約非加入は認められる）全国協約方式に改められた。診療報酬は原則として毎年改定され、協約による協約料金が適用されるが、協約に加入しない医師に対しては職権料金と呼ばれる制裁的な低額の料金を適用する。この全国協約において、医療費の適正化を図るために、「診療プロフィール (profils médicaux)」と呼ばれる医師ごとの診療状況（診療行為回数、医療費など）に関する統計が作成され、医師の診療の適否を判断する材料とされることになった。

全国協約施行後、石油危機による経済停滞の影響から医療保険財政が悪化したことを受けて、医療費抑制を効果的なものとするため、バロー・プランによって医療費総枠方式 (enveloppe globale annuelle) が導入され、医療費の伸びを国内総生産の枠内に収めるという

表3 公私病院の医療費引き上げ

年度	公立病院	私立病院
1983年	ガイドライン9.0%引き上げ	入院日額8.5%引き上げ
1984年	ガイドライン6.6%引き上げ 1984年1月より地域病院センターに総枠予算方式の適用	料金項目すべてについて5.3%引き上げ
1985年	ガイドライン5.7%引き上げ 1985年1月より公立病院等に総枠予算方式適用	入院日額4%引き上げに加えて、医療保険支出総額の0.5%を私立病院に配分
1986年	ガイドライン3.4%引き上げ(うち0.1%は自由裁量分)	料金項目すべてについて1.8%引き上げ(地域差について別途最高0.32%)に加えて、医療保険支出総額の0.52%を私立病院に配分
1987年	ガイドライン1.9%引き上げ(うち0.4%は自由裁量分)	料金項目すべてについて1.8%引き上げ(地域差について別途最高0.32%)に加えて、医療保険支出総額の0.2%を私立病院に配分
1988年	ガイドライン2.7%引き上げ(うち0.8%は自由裁量分)	料金項目すべてについて2.7%引き上げ(うち0.56ポイントは病院間の調整分) 付加価値税引き下げに合わせて医療費の伸び率ガイドライン引き上げは営利病院0.26%、非営利病院2.14%
1989年	ガイドライン3.55%引き上げ(うち0.8%は自由裁量分)	料金項目すべてについて2.16%引き上げに加えて、医療保険支出総額の0.3%を私立病院に配分
1990年	ガイドライン4.2%引き上げ	医療費ガイドライン3.3%引き上げ

出所：CNAMTS, *Carnet Statistique*

方針が採用された。

(2) 1980年全国協約と医療費抑制策

1980年の第3回全国協約においては、医療費総枠方式の代わりに市場原理を重視した診療報酬法方式を採用した。それまで特定の医師以外には認められなかった料金超過を協約加入医にも認めて、協約料金による償還対象とするように改めた。ただし、料金超過医(通常の協約加入医がセクター1と呼ばれるのに対してセクター2と呼ばれる)については、医療保険は料金超過医の社会保険料負担を行わない。セクター2の創設の裏には、医師過剰による医師間の競争が活発化して患者に高い料金を請求する医師

は増えないだろうという期待があったが、その読みとは裏腹にパリを始めとする都市部では多くの医師がセクター2を選択し、協約料金で診療する医師を探すのが困難になるという事態が生じた。

1985年の第4回全国協約では、医療費総枠方式をめざす条文は削除され、医療費抑制策は後退したかに見えたが、その背後では、セクター2をめぐる一般医と専門医の間の対立や医療費抑制策をめぐる政府内の政策上の対立が進行していた。

(3) 1990年全国協約と医療費抑制策

後退したかに見えた医療費抑制策が1990年の

全国協約締結時に再び表面に現れ、医師過剰問題に対する医学部定員削減を含む医師削減策や高齢保険医の引退奨励策が出てきた。さらにセクター2の新規許可を認めず、セクター2の廃止の方向を打ち出すとともに協約料金によって診療する医師の割合を地域ごとに指定することや自由料金によって診療する医師についても一定割合を協約料金で診療することを協約当事者に求めた。この要請をめぐって、医師内部も医療保険内部も分裂して混乱し、11か月に及ぶ空白の末、一部医師のセクター2への参加を認めるほかはセクター2を凍結すること、すでにセクター2による診療を行っている医師はその診療の4分の1を協約料金で診療することなどの条件によって協約が締結されることになった。協約締結に至った背景には、「協約に応じる姿勢を見せる一般医とだけ協約を締結し、セクター2を認める代わりに厳しい枠を設ける」か、「一般医と専門医に対して個別に協約を締結する」か、「協約方式を廃止して、国営医療保障方式とする」という3つのシナリオを政府が示したことから、医師、労組双方は少なくとも第3の医療国営化案を回避しなくてはならないという危機感をもったことが上げられる³⁾。

(4) 1993年全国協約と医療費抑制策

1992年になって、1990年全国協約の付属第3号文書『医療費抑制と協約の適用に関する1990年3月の協約の付属文書』が調印された。付属第3号文書の第1章は「医療費抑制」において医療費の伸びに対する全国目標値を医療担当者と医療保険のあいだで決定することを定めている。

全国目標値は診療行為の種別ごとに設定され、全国目標値をもとにして地域レベルでの目標値を設定し、さらにもう一度フィードバック

して全国目標値を最終調整するというプロセスが踏まれる。地域レベルですでに機能している医師ごとの診療情報システムTSAPおよびSNIRにより目標値と実績値のチェックが行われ、医師に対して情報のフィードバックを行う。同時に、その情報は地域の医師の所属する組合組織に伝達され、正当と認められないような診療が行われた場合には医療保険が負担する社会保険料負担を停止する措置がとられる。目標値を超過したものについては翌年度の診療報酬引き上げに反映される。

自由料金セクター（セクター2）については、協約料金セクター（セクター1）の割合の低い地域において高額医療行為の35%を協約料金によって診療すべきことを定めている。また新たに昇格セクターを設けて、一般医、専門医を問わず5,000人程度にその資格を認め、協約料金を上回って設定される料金で診療することができるとしている。昇格セクターの意義は、セクター1の医師にとっては協約料金より高い料金で診療することができること、患者にとっては通常の協約料金で受診できるので、償還率はいままでと変わらないというメリットがある。

しかし、上記の医療費抑制に関する協約付属第3号文書は、医師組合等からの提訴を受けた参事院によって効力無効の判決が1992年7月に下されたため協約そのものも宙に浮いてしまった。ヴェイユ社会問題相は、当面の医療保険財政再建案を作成するとともに、医療費抑制は医師に不利益になるのではなく、むしろ報酬の引き上げにつながるとして当事者に対して早急に新たな協約を締結するよう促し、新協約には、地域ごとに医療費抑制に関する契約を結び、設定される医療基準や医療費抑制目標に関する義務事項が守られない場合の制裁措置などを含む

よう求めた。1993年9月によく開業医療について107億フランの節減を含む全国協約が調印された。新協約締結に伴って、特定の疾病に関する医療基準が設定されることになった。また7%を上回っている医療費の増加率を1994年度には3.4%に引き下げ、セクター2を凍結して選択セクター（協約料金超過分も含めて償還対象となる）を新設することなどに合意した。1990年全国協約の第3号付属文書は廃棄されたものの、昇格セクターが選択セクターに代わり、医療費予測増加率、医療費目標地域契約などは、1993年協約において医療費増加予測目標値 (taux nationaux de croissance prévisionnels)、拘束力をもつ医療基準ないしは医学的指針 (références médicales opposables) などとなったが、ほぼ医療費抑制策の実質は受け継がれた。

医療費増加目標値は、協約加入医に診療報酬を対象とし、その増加を一定の範囲に抑えるための目標値を毎年12月15日までに定めるもので、医療基準、地域特性、人口高齢化、疾病構造、感染性疾患、医師の構成、医療技術の進歩、他の医療職種とのあいだで交わされる規制協定などを考慮して決められる。医療費増加目標値は強制力をもたないが、拘束力をもつ医療基準の適用による効果が期待されている。医療基準は、病理学医療技術、治療法などの観点から専門委員会を選んだ65の疾患・治療に関して定められ、すべての医師に拘束力をもっている。医療基準が守られない場合には、その度合いに応じて決められている指数を用いて算出した額を医療保険が負担する社会保険料の対象から外すという金銭的罰則の適用を受ける⁹⁾。罰金は、医療費抑制のための広報活動や地域協約評議会に配賦される。

さらに、医学的継続管理の目的から健康手帳が新設されたが、これは複数受診による重複検査などをなくすこともめざしている。しかし、医師も患者も健康手帳に対して関心が薄く、罰則もないことから大きな無駄遣いであるという批判が噴出している。健康手帳は、いずれ医療行為のコード化と合わせてICカードに移行することが決まっている。

3 薬剤費抑制策

1970年代以降、卸業者や薬局のマークアップ率の引き下げ、償還率の引き下げ、償還対象薬の見直しなどの薬剤費抑制策が繰り返されてきた。EC諸国のなかでも薬剤消費がもっとも高いことが薬剤消費抑制の主な理由である。薬剤の消費量が多い反面（1993年時点で、医療費に占める薬剤費の比率はドイツの14.3%に対して、17.3%である）、薬剤価格は低い。SNIP（全国製薬工業会）のデータによるとフランスの保険薬生産価格指数は、スペイン、イタリアに次いで低く、ドイツはフランスの100に対して150である。薬剤費の伸び率は医療費の伸び率とほぼ同じように1980年代以降減少傾向を示しているが、全体的に薬剤費の伸びは医療費の伸びを上回っている。

1993年6月に、医療費財政再建案の名でヴェイユ・プランが提出されたが、そのなかで薬価決定についての見直しを求めた。これを受けて1994年1月に製薬業界団体SNIPと政府の薬価抑制に関する合意が成立した。合意は、国は医療保険における薬剤費に関する支出目標値を設定すること（94年度目標値0.7%）、関係者間の情報交換、医家向け医薬品情報・広告の是正、適正な医薬品使用を促進し、短期間内に販売促進費を削減すること、医療基準を遵守すること、

薬価算定方法の見直し、国と製薬企業間の個別目標値に関して協定を結ぶこと、薬価算定期間を短縮することなど、8つの項目にわたっている。1995年末までに製薬企業の92%に相当する115社がこの合意を受け入れて、医学的に妥当とされる適正な薬剤使用量や販売促進費、医学的効果、医療費節減効果などの医療経済に関する検討を基本とする協定を医薬品経済委員会(Comité économique du médicament)とのあいだで結んだ。1995年9月に、製薬企業と国とのあいだの個別協定の数量設定を超えた28品目に対する薬価引き下げが行われた。

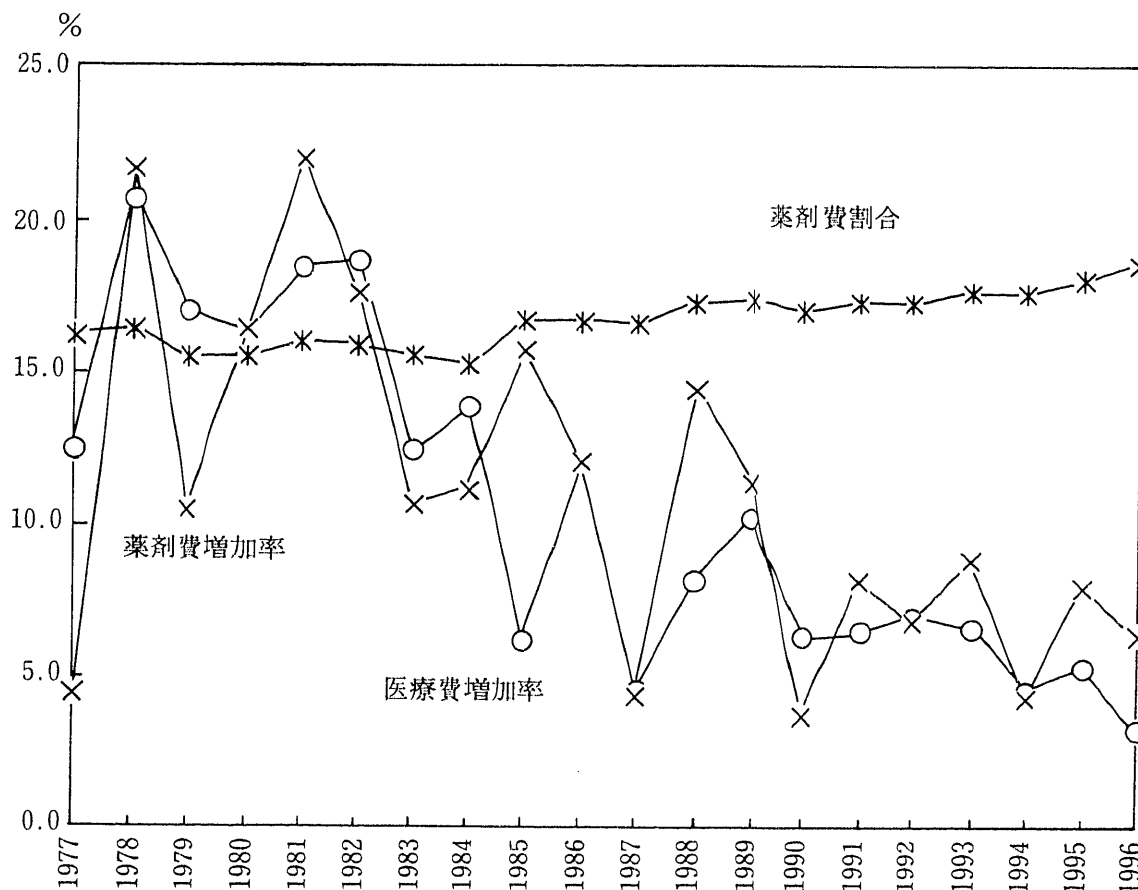
また薬剤の償還率引き下げが行われ、一般薬剤は70%から65%に5ポイント引き下げられ、

軽症疾患の治療に用いられる薬剤については40%から22%に引き下げた。同時に開業医の診療報酬の償還率も75%から70%に引き下げられた。

抑制策の効果は少なくとも1994年度については0.7%とされた薬剤費割合の伸び率目標値を下回り、実績値は-0.3%であった。薬剤費の伸びが減少した背景には心理的効果とともに、医療基準の導入による罰則適用やインフルエンザの影響が少なかったことなどがあることが指摘されている。

4 医療費抑制および薬剤費抑制の影響

医療費および薬剤費の増加は、1980年前後を



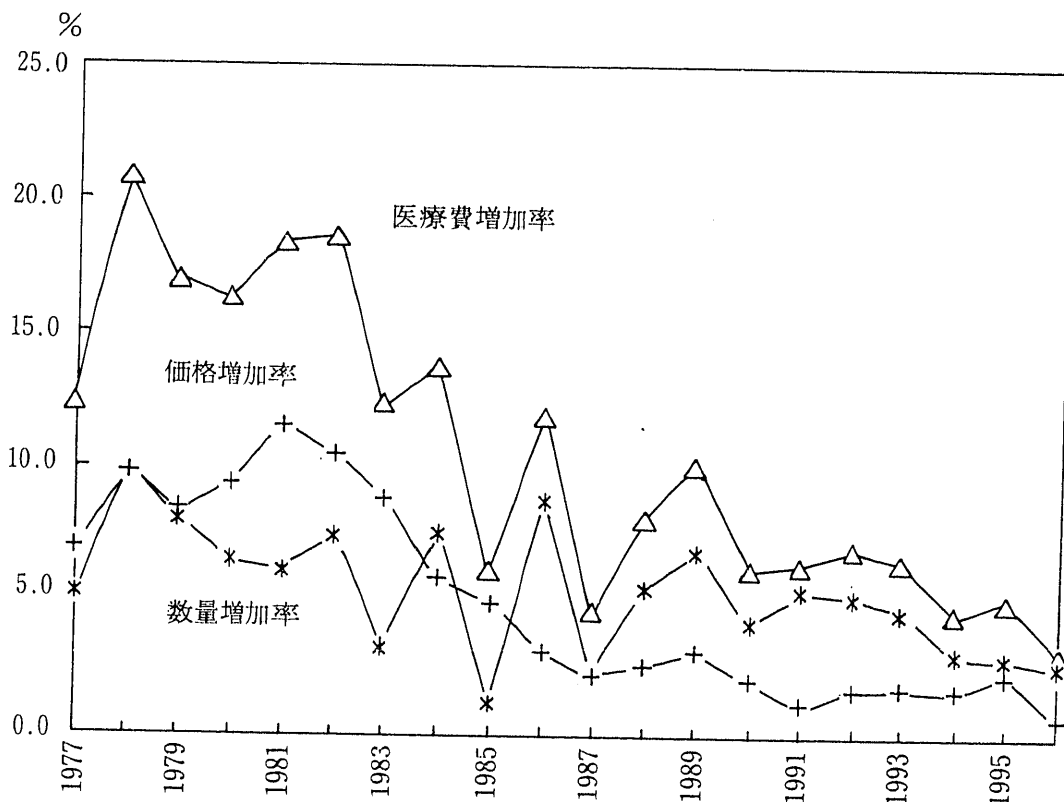
出所：Commission des Comptes de la Sécurité Sociale, *Les Comptes de la Sécurité Sociale, Rapport Octobre 1996*, La Documentation Française.

図2 医療費増加率、薬剤費増加率および薬剤費割合の推移

ピークにして、以降、減少傾向を示しており、全体的には医療費抑制策の効果が浸透しつつあると考えることができる(図2)。医療費の伸びも薬剤費の伸びもほぼ同じような動きを示しているのは当然と言えるが、薬剤費の伸びは全体的に医療費の伸びを上回っている。その結果、医療費の占める薬剤費の割合は僅かながら上昇している。1985年の薬剤費増加率は、医療費増加率が前年に比べて低下したにもかかわらず増加している。しかし、1986年、1987年と薬剤費増加率は低下しており、デュフォワ・プランによる償還率引き下げの影響が遅れて現れたと見ることができる。

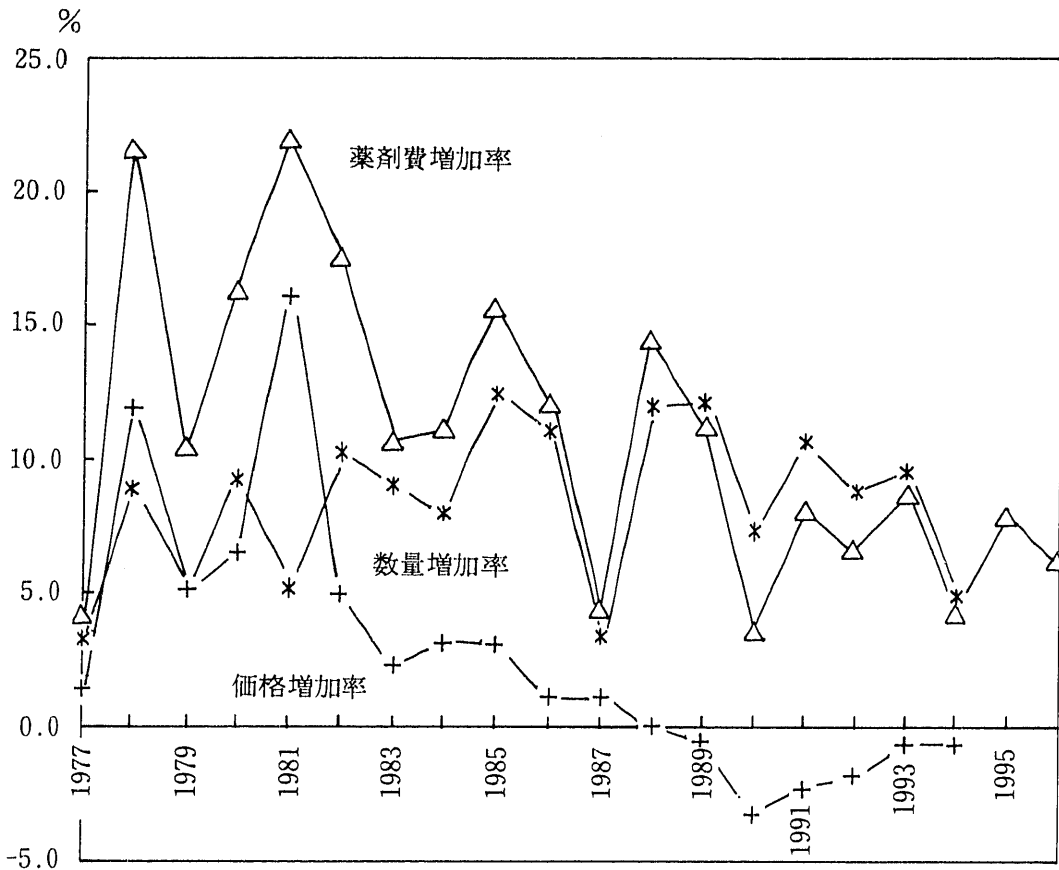
医療費と薬剤費の増加率を価格増加率と数量増加率に分けて見てみよう。医療費増加率も薬剤費増加率も数量増加率と同じような動きをし

ているが、薬剤費増加率に対する数量増加率のウェイトは医療費増加率に比べてきわめて高い(図3および図4)。とくに1990年代に入ると薬剤価格の伸びはマイナスであるから、薬剤費の増加はもっぱら数量増加によっていることになる。したがって、仮に価格が1980年代半ばの水準のままであったとすれば、薬剤費増加率の水準もほぼそのままに止まっていることになるから、薬剤費の増加を抑制するには数量の増加を抑制するのが有効な手段であるということになる。これまで数量抑制のためにとられてきた施策は償還率の引き下げと薬剤を償還対象から外すという患者の需要抑制を目的としたものであり、効果としては限界がある。今後の課題はいかに数量抑制を行うかということになるが、これは医師に対する薬剤処方抑制につながるの



出所：Commission des Comptes de la Sécurité Sociale, *Les Comptes de la Sécurité Sociale*, Rapport Octobre 1996, La Documentation Française.

図3 医療費増加率とその内訳(数量増加率および価格増加率)



出所：Commission des Comptes de la Sécurité Sociale, *Les Comptes de la Sécurité Sociale*, Rapport Octobre 1996, La Documentation Française.

図4 薬剤費増加率とその内訳（数量増加率および価格増加率）

で抵抗が大きいであろう。

薬剤費も含めた医療費全体について見れば、1990年代に入ってから価格は増加率も数量増加率もきわめて低い水準に止まっており医療費抑制効果は浸透していると考えられる。

一方、開業医を始めとして各医療職種および私立病院については1990年と1993年の全国協約によって医療費増加に対する全国数量目標（Objets Quotifiés Nationaux）が設定されている（表4）。たとえば、医療開業者に関して、1995年度は表5のように設定されている。一部実績をもとにした予測では、1995年度の数量目標は開業医とマッサージ師・運動療法士については達成されないと見られ、この結果は診療報酬引き上げに反映されることになる。

IV 社会保障改革（ジュペ・プラン）と医療費抑制策

第1次オイルショックまでのフランスの失業率は3%前後で推移していたが、石油危機以後、失業率は直線的に増加し1990年代に入って12%前後まで上昇している。高失業率と経済停滞によって税金や社会保険料の伸びは低下し、1990年代に入って一般財政赤字とともに社会保障財政の赤字が増大した。こうしたなか、欧州通貨統合への参加条件である単年度財政赤字が国内総生産の3%以内であることという条件が満たされないという危機感から、社会保障財政の縮小が最重要課題となった。1995年11月に、ジュペ首相は社会保障改革の断行を表明して国民

表4 医療関係職種ごとの医療費抑制措置

職種	実施年	協定当事者	対象	内容
私立病院	1992年	国, 医療保険金庫および私立病院	償還対象医療費	半年ごとに目標が設定される。目標値を超えた場合(または下回った場合), 翌年の対応する期にそれぞれに見合った調整(減額または増額)が行われる。
看護婦	1992年	医療保険金庫と看護職種	償還対象医療費	目標値を超えたり達成できない場合, 翌年の引き上げ時に反映される。個人に定められているAMIまたはAIS行為23,000回を超える場合, 所属する金庫に対して返還することが求められる。
検査センター	1992年	国, 医療保険金庫および検査センター	償還対象医療費	償還対象検査費用の伸び率が毎年設定される。超過した場合, 返還しなければならないが, 逆の場合には差額分の支払いを受ける。
開業医	1994年	医療保険金庫と開業医	償還対象医療費	毎年, 報酬と処方についての目標値が設定される。原則として, 目標値が遵守される場合にのみ診療報酬の引き上げが行われる。診療基準を守らない医師に対しては, 金銭的な制裁が行われる。
マッサージ師, 運動療法士	1994年	医療保険金庫とマッサージ師・運動療法士	償還対象医療費	毎年当該費用の伸び率が設定される。料金引き上げは, 目標が達成された場合に行われる。AMC または AMK 行為の上限を47,000回とする。超過した場合, 協約の停止または金庫による社会保険料負担を中止する。
製薬企業	1994年	国と製薬産業代表	償還対象医療費	国が毎年薬剤費伸び率の全国目標値を設定する。製薬産業を代表する企業は, その目標達成の責務を負う。
歯科医師	1994年	医療保険金庫と歯科医師	償還対象医療費	毎年歯科医療費の伸び率を設定。全国歯科診療基準を設定する。
視能訓練士・発音矯正士	1995年	医療保険金庫と関係職種	償還対象医療費	それぞれの職種について当該費用に関する全国目標値が毎年設定される。また, 関係職種の診療基準を設定する。
助産婦	1995年	医療保険金庫と助産婦	償還対象医療費	毎年助産婦関連費用の目標値が設定される。助産婦診療基準を設定する。

出所: Commission des Comptes de la Sécurité Sociale, Rapport Octobre 1995

に大きな衝撃を与えたが, 1996年2月に社会保障財政計画法を国会の審議事項とするように憲法の改正を行ったのを手始めに, 4月には「社会保障組織」「医療費抑制」「病院改革」に関するオルドナンスが公布された⁵⁾。

「医療費抑制法」の提案理由において, 医療費抑制はフランスの福祉水準の切り下げと国民のさらなる負担増とを回避する唯一の道であるとして, 次のような施策を実施するとしている。

①全国保険会議および地域保険会議を創設

表5 全国数量目標値 (O.Q.N.)

	目標値	予測値	1996年 予測値
開業医	3	5.5	3.6
検査	4.5	4.8	2.5
看護婦	3.3	2.7	3.1
マッサージ・運動療法士	3.3	4	1.2
発音矯正士	5.9	5.5	3.7
視能矯正士	7	6.8	3.7
歯科医師	4.8	1.5	0.3

出所：C.C.S.S., *Les Comptes de la Sécurité Sociale*, Rapport Octobre 1995

し、医療の需要と供給についての分析を行い、地域医療計画に反映させる。

②開業医の情報システムを促進するための近代化基金を創設する。

③医療保険の情報化に関し、西暦2000年のICカードの使用をめざして1998年までに診療報酬書類のコンピュータ化と電送化を実施する。医療情報を電送しない医師には事務費を自己負担とさせるというペナルティを課す。

④医師等の医療職種と医療保険とで締結する協定に関して、医療費の伸びを決める医療費目標値、診療報酬の改定、医療費の抑制方法などについて定め、毎年定められる医療費目標が守られるときは診療報酬改定のための準備金が医師に配分され、目標が守られない場合には目標超過の度合いに応じて医療費改定額は減額されるか、診療報酬支払いが停止される。

⑤医療職種別に診療行為と薬剤に関する医療基準が設定され、基準が守られない場合には金銭的な罰が適用される。

⑥医師削減を目的とする医師の早期退職に対する優遇措置（対象年齢を60歳から56歳まで

引き下げる）を講じる。

⑦住宅医療ネットワークに関するテストの実施。目的は、専門医志向を改めて一般医の役割を強化することである⁶⁾。

⑧健康手帳の交付と受診時の提示を義務づける。

⑨医療管理の効率化と強化。薬剤、患者の移動、傷病手当金などの処方が規則に反する場合、医療保険は地域医療協議会を介して不当と認められる金額の返還を求めることができる。

⑩医療費目標値決定と診療報酬改定に関する規則を定める。目標値は協約の付属文書により毎年定められる。目標値が守られる場合には、一定の範囲内で医師の活動に応じて医療費改定準備金から支払われる⁷⁾。目標値を超えた場合、医師に返還を求めるが、その条件は協約により定める。

⑪薬剤に関して、特許薬剤の類似薬品などの医療保険の給付対象となる薬剤リストへの登載条件や製薬企業に対する1996年度の特別分担金の賦課条件を定める。

こうした医療費抑制法に対する評価は、保険者、被保険者、医療担当者など立場によって、分かれるが、保険者はおおむね好意的である。しかし、医療保険全国金庫の金庫長を経験したクドゥローはもっぱら開業医を対象としており、製薬企業、検査機関などを対象としていないことから改革は即効力をもたないだろうと指摘している。もう一人の全国金庫の金庫長経験者ジョアネは国営化への途をめざすものだと評しているが、国営化というより民営化と表裏一体の試みであるように思われる。

おわりに

1997年5月の総選挙によって、社会保障改革を推進したジュペ首相の保守政権から社会党政権に政権が転換したことにより、社会保障改革のあり方、進め方が見直されることは必至である。医療保険改革に反対する病院勤務医や医学生、長期ストや国鉄年金改革に反対する国鉄ストなど、医療保険改革や社会保障改革に対する根強い反対があることを考えると、医療保険改革に少なからぬ変更が加えられることは避けられないだろう。少なくとも、被保険者に対する抑制策より病院や製薬産業に対する抑制策がとられることが予想されるが、医療供給側に対する抑制策を強めればそこに働く労働者の反発を覚悟しなくてはならない。経済停滞下における医療費抑制は、一方で国民により多くの経済的負担を課し、他方で医療関連産業の活力をそぐことになるという側面をもっている。どちらにも力点をおくことができないとなると、社会党政権下での医療費抑制策は後退せざるを得ない。社会党政権がどのような医療保険政策をとるのか、まだ明確にされていない。

注

- 1) 私立病院派の多くは医師個人の所有による家族経営である。近年、高額医療機器の装備が盛んになり、経営が悪化しているものも少なくなく、吸収合併による集中化が進んでいる。
- 2) 経常支出総額を総入院日数で除したものとされており、基本的には従来の入院日額と変わらない。
- 3) フランスの社会保障運営の当事者参加原則についてはよく知られている。自主管理という点で民主的であるこの運営方式は医療費抑制や財政負担増などの場合に利害対立によって

機能しなくなる。一般医と専門医のあいだの医療費配分をめぐる対立、薬価引き下げや薬剤患者負担増などは製薬産業労働者の経済的問題につながり、労使それぞれの内部対立につながる。

- 4) 当初、医療基準の対象は非ステロイド抗炎症剤の処方、通常の抗生物質の処方、関節炎および脊椎疼痛の画像診断など23テーマが選ばれた。それぞれのテーマには何通りかの基準が決められ、基準ごとに0.5から1.5までの医学的重要度による指数 (indice de gravité médicale) と1から1.5までの費用指数 (indice financière) が割り当てられている。医学的重要度に応じて決められた違反回数を超えた場合に医学的重要度指数と費用指数を乗じて罰金の額が算出される。たとえば、医学的重要度1の医療基準を守らない回数が多い場合 (指数1.5)、罰金の額は 1.5×1 すなわち社会保険料1.5か月分となる。
- 5) Ordonnance n° 66-344 du 24 avril 1996 portant mesures relatives à l'organisation de la sécurité sociale, Ordonnance n° 66-3454 du 24 avril 1996 portant mesures relatives à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins et Ordonnance n° 66-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.
- 6) たとえば、患者の数が100人の一般医の場合、医療費目標値2.1%を守れば、患者1人あたり220フランすなわち年間22,000フランの割増金が支払われる。
- 7) 目標値の伸び率と別に行われる診療報酬では、たとえば年間の医療行為回数が6,000回であれば、3フランの改定の場合 $3 \times 6,000 = 18,000$ フランが支払われる。

参考文献

- Commission des Comptes de la Sécurité Sociale *Les Comptes de la Sécurité Sociale*, La Documentation Française.
- Convention Nationale de Médecins, 1971, 1975, 1980, 1985, 1990, 1993.
- SESI, Ministère du Travail et des Affaires Sociales 1996 *Comptes Nationaux de la*

- Santé*, La Documentation Française. Dr Francis Peigné 1991 *Notre Système Hospitalier et Son Avenir*, édition ENSP.
- Jean-Baptiste de Foucauld 1995, Le financement de la protection sociale, La Documentation Française.
- Michel Lépinay 1991 *SÉCU, Faillite dur ordonnance*, Clamin Lévy.
- Béatrice Majnoni d'Intignano 1987 *Santé mon cher souci*, Economica.
- Didier Tabuteau 1991, "Les nouveaux mécanismes de maîtrise de l'évolution des dépenses de santé", *Droit Social* N° 4.
- Le Plan Juppé, *Droit Social*, N° 3 Mars 1996.
- Le Plan Juppé II, *Droit Social*, N°s 9/10 Septembre-Octobre 1996.
- (ふじい・りょうじ 千葉大学教授)

ドイツにおけるリスク構造調整の仕組みとその問題点

菌 部 順 一

I はじめに

現在、わが国で医療保険制度の構造改革が進められようとしているが、89年から2次にわたる医療保険制度の構造改革が実施されているドイツでは既に第3次構造改革のための法案が議会を通過し、実施に移されている。経済の低成長のもとでの保険料収入の伸び悩みおよび高齢化に伴う医療費の上昇が医療保険財政を圧迫しており、その目的が医療保険財政の安定化にあることは改めて言うまでもない。さらに、年金保険を始めとする社会保険料の上昇に伴う労務費の上昇がドイツ経済の国際競争力を低下させており、生産拠点の海外への移転に伴う失業率の上昇、働く場の確保といった問題の解決が重要な政治課題となっている。

こうした中で、96年1月1日から加入する医療保険制度を自由に選択できる権利が被保険者に認められるようになった。93年に行われた社会法典第V編（疾病保険法）の改正（正式には「法定疾病保険の構造改善および安定確保のための法律（GRG）」という。89年に実施された保健医療制度の第1次構造改革に次ぐ第2次構造改革と位置づけられている）により導入されたもので、保険者間における被保険者をめぐる獲得競争を活発化させ、保険者の経営効率を向上させることがその狙いである。しかし、公平な

競争の前提条件として、個々の保険者の経営努力とは無関係に生じる財政格差を是正し、各保険者を同じスタートラインに立たせる必要がある。このため、保険料の算定基礎となる所得や扶養率（被保険者1人当たりの家族数）、加入者（被保険者+家族）の年齢構成および男女構成の違いから生じる保険者間の財政格差を是正する「リスク構造調整」と呼ばれる財政調整の仕組みが94年から導入されている。本稿の目的は、リスク構造調整の仕組みを解明し、その問題点を明らかにすることである。

II ドイツ医療保険制度の概要 （わが国の医療保険制度との違いを中心に）

ドイツの公的医療保険制度は、職種別、職域別および地域別に分けられた地区疾病金庫、企業疾病金庫、同業疾病金庫、職員補充金庫、労働者補充金庫、海員疾病金庫、連邦鉱山従業員組合および農業疾病金庫の計8種類の「疾病金庫」と呼ばれる健保組合方式により運営されている。一定所得以下の被用者、船員、失業者、年金受給者、自営農民、障害者、学生および芸術家・ジャーナリストはこれらの公的医療保険制度への加入を義務づけられているが、一定所得を超える被用者、自営業者、公務員、聖職者などは加入を義務づけられていない。国民の約

90%は公的医療保険に加入しているが、残りは民間保険に加入しており、わが国のような国民皆保険体制とはなっていない。なお、家族として医療保険制度に加入できるのは、配偶者および子のみである。

医療（出産を含む）は原則として現物給付方式により提供されており、①1日当たり17マルク（：西ドイツ地域。東ドイツ地域：14マルク）の入院時自己負担（年に14日間を限度）や薬剤、各種療法および義歯などの場合を除き、被保険者本人、家族、年金受給者（高齢者）の別なく10割給付となっていること、②ガン検診や成人病検診および歯科検診などの予防給付も法定給付となっていること、③救急車等による救命救急サービスも第三者行為によるものを除き医療保険の給付となっていること、④病気の子どもを看病するために休業した場合も傷病手当金が支給されること、⑤傷病により労務不能となった場合、労務不能となった日から6週間は使用者に給与支払い義務があり、傷病手当金の支給は7週目からとなっていること一などが給付における主な違いである。

疾病金庫の財政は所得に疾病金庫毎に異なる保険料率を掛けて算出される保険料によって主に賄われており、出産手当金1件当たり400マルクの国庫負担を除き、わが国のような公費負担は殆どないに等しい。なお、保険料の算定対象となる所得の上限がわが国より低く設定されていることも大きな違いと言える。また、疾病金庫の財政は年金受給者とその家族を対象とした年金受給者疾病保険財政と年金受給者以外の一般被保険者とその家族を対象とした一般疾病保険財政とに分けて運営されている。このうち、年金受給者疾病保険財政においては農業疾病金庫を除く全疾病金庫間で財政調整（その仕組み

はわが国の退職者医療制度のモデルとなったもの）が行われていたが、95年からは一般疾病保険財政において導入されたリスク構造調整に吸収されている。このほか、高額医療費を対象とした州連合会内および補充金庫連合会内の財政調整と、特に財政が窮迫している疾病金庫に対する同一種類の疾病金庫間の全国レベルでの財政調整が任意で実施されている。

医療費支払い方式は、開業医に対しては州の保険医協会による総額請負方式（個々の保険医への配分は点数出来高払い方式により州の保険医協会が行っている）、病院に対しては、一定の手術については病院における全てのサービスを対象とした1件当たりの包括払い報酬、一定の手術のみを対象とした包括払い報酬（これらの報酬については連邦レベルで点数が定められ、州レベルで点数単価が決められている）、それ以外の入院については各科毎の医師および看護サービスに対する1日当たり定額報酬が病院毎に決められ、室料および給食費などを対象とする1日当たり定額報酬が州毎に決められている。

なお、東西ドイツの統一に伴い、旧東ドイツ地域にも旧西ドイツ地域の医療保険制度が91年より導入されているが、所得格差などを考慮して経過規定が設けられているほか、連邦全域を管轄地域とする疾病金庫の財政運営およびリスク構造調整についても東西別々に実施されている。

III 財政調整の歴史

年金受給者が疾病保険の強制加入者となったのは、ナチス政権下の1941年における年金受給者疾病保険制度の導入による。これ以後、年金受給者は地区疾病金庫（地域住民を対象とした

健保組合)への加入が義務づけられるとともに、年金受給者にかかる医療費は年金保険からの繰り入れ保険料により賄われることになった。その後、1956年から退職前に加入していた疾病金庫に継続加入できるようになり、1968年からは年金受給者にかかる医療費の20%は同じ疾病金庫に加入している一般被保険者の保険料で賄われることになった。

さらに、1977年からは年金保険者からの繰り入れ保険料で賄えない医療費について、94年まで行われていた財政調整の仕組みが導入されたが、この仕組みはわが国の退職者医療制度のモデルとなったものである。その後、1983年からは年金受給者自身にも段階的に保険料支払い義務が導入されるようになり、1987年より保険料率の半分を年金受給者が、残りの半分を年金保険者が負担することとなった。

89年に実施された第1次構造改革では、財政調整の対象となる給付が限定されるようになるとともに、年金受給者の保険料は所得（主に年金）に全疾病金庫の一般被保険者の平均保険料率を掛けて算出されるようになった。また、91年からは各金庫の年金受給者の医療費のうち5%から30%を財政調整の対象外とすることが予定されていたが、東西ドイツの統合により棚上げされたまま、結局実施されなかった。

これらの改正は、高齢化に伴う年金受給者の医療費の増大に対処するためのものであることは言うまでもない。医療費全体に占める年金受給者の医療費の割合は1978年の38.8%から1988年には41.3%へと上昇しているが、保険料収入全体に占める年金受給者の保険料の割合は1978年の18.2%から1988年には16.4%へと低下している。このため、年金受給者疾病保険財政における一般被保険者からの保険料の占める割合

は、1978年の約45%から1988年には59%へと増大している。また、年金受給者疾病保険の給付総額に対する保険料収入の割合は76年の約75%から88年には41%まで低下しているが、逆に一般被保険者の保険料から年金受給者疾病保険財政へ支払われる財政移転額は、一般被保険者の保険料率にして1.9ポイントから3.58ポイントまで上昇している。こうした現役被保険者と年金受給者の負担のアンバランスを是正するために行われたのが89年の改正であった。

こうした改革により、89年および90年における年金受給者疾病保険の給付総額に対する保険料収入の割合は約48%まで上昇したものの、92年には43%まで低下した。また、一般被保険者の保険料から年金受給者疾病保険財政へ支払われる財政移転額も、89年には一般被保険者の保険料率にして2.85ポイントまで低下したものの、91年には3.43ポイント、92年には3.77ポイントと再び上昇に転じた。

一方、高額医療費にかかる財政調整および同一州内、同一種類の疾病金庫間の財政窮迫金庫に対する財政調整は1977年に導入されたが、任意規定であったため、実施したのは企業疾病金庫および同業疾病金庫の一部の州連合会だけであった。その後、1989年より財政窮迫金庫に対する州レベルでの財政調整の実施が義務づけられるとともに、連邦レベルでの財政窮迫金庫に対する財政調整も任意で実施できるようになった。

しかし、こうした疾病金庫間の財政調整にもかかわらず、各疾病金庫の保険料率の格差（93年1月1日現在の最低保険料率は8.5%、最高保険料率は16.8%）は依然として是正されなかったことから、同一州内、同一種類の疾病金庫間における財政窮迫金庫に対する財政調整に代え

て、一般疾病保険財政においても全疾病金庫間（農業疾病金庫を除く）の財政調整が導入されることになったのである。

IV 疾病金庫選択の自由

既に述べたように、ドイツの医療保険制度は8種類の疾病金庫と呼ばれる健保組合方式によって運営されている。一定所得以下の一般の被用者は補充金庫と呼ばれる疾病金庫への加入が認められる場合を除き、勤めている企業に企業疾病金庫（わが国の単一健保に相当）または同業疾病金庫（わが国の地域総合健保に相当）が設立されていないならば、地区疾病金庫（地域住民を対象とした健保組合）に加入しなければならないというように、わが国と同様、これまで原則として加入する疾病金庫が法律によって決められていた。しかも、補充金庫への加入は誰にでも認められていたわけではなく、加入できる者の範囲は補充金庫の規約に決められており、こうした権利を有する被用者は全体の約50%に過ぎなかった。

こうした制限があったため、これまで疾病金庫間の被保険者をめぐる獲得競争は殆ど行われなかったと言ってよい。競争のないところに進歩はないと言われるが、医療保険財政の安定化を図るためには給付提供者間の競争が必要だけでなく、保険者間にも競争原理を導入する必要がある。このため、第2次構造改革により96年（新規就業者の場合）から導入されたのが被保険者による疾病金庫選択の自由である。選択できる疾病金庫の範囲をこれまでより大幅に拡大することにより、疾病金庫間の被保険者をめぐる獲得競争を活発化させ、疾病金庫の経営効率化へ向けた努力を活発化させることがその狙

いである。

選択できる疾病金庫としては、地区疾病金庫、企業疾病金庫および同業疾病金庫ならびに補充金庫が対象となる。例えば、勤めている企業に企業疾病金庫または同業疾病金庫が設立されていても、住所地または勤務地の地区疾病金庫へ加入できるようになった。これをわが国に当てはめてみれば、健保組合の被保険者にも政府管掌健康保険または国民健康保険への加入が認められることを意味する。

なお、連邦鉱山従業員組合、海員疾病金庫および農業疾病金庫は法律に定められた特定の被保険者を対象とした特殊な金庫で、96年以降も選択の対象とはならず、これらの疾病金庫に強制加入となっている被用者はこれまでどおり他の疾病金庫への加入は認められていない。

V リスク構造調整の仕組み

リスク構造調整の原則は社会法典第V編（疾病保険法）第266条第1項に規定されている。具体的な調整交付金および調整拠出金の額は、所要保険料と財政力を比較して算出される。財政力が所要保険料を上回る場合は上回った額の拠出金を支払うことになり、所要保険料が財政力を上回る場合は上回った額の交付金を受け取ることになる。

所要保険料の定義は社会法典第V編第266条第2項に定められているが、いわばあるべき給付費の合計である。それぞれの年齢階級別・性別毎の被保険者および被扶養者の1人当たりの基準給付費（その殆どは医療費であるため、以下、「基準医療費」という）が算出され、それに年齢階級別・性別毎の被保険者数および被扶養者数を掛けた値の合計が各疾病金庫の所要保険

料となる。また、財政力とは、保険料の算定基礎となる被保険者の所得の合計と調整所要財源率の積である。

ここでいう調整所要財源率とは、全疾病金庫の保険料の算定基礎となる所得の合計に対する所要保険料の合計の割合で、各金庫の実際の保険料率や法定給付所要保険料率とは関係なく、疾病金庫全体の財政調整の対象となる給付費（その殆どは医療費であるため、以下、「医療費」という）を賄うために必要な一種の保険料率と言える。

(例)

財政調整の対象となる医療費総額

$$= 14億8,850万 DM$$

基礎賃金総額 = 114億5,000万 DM

調整所要財源率

$$= 14億8,850万 DM \div 114億5,000万 DM$$

$$= 0.13$$

1 収入面と支出面における調整

リスク構造調整は、基礎賃金調整という収入面における財政格差の調整と罹患率調整という支出面における財政格差の調整との2つに分けて考えることができる。

2 基礎賃金調整

リスク構造調整では、まず加入者(被保険者+家族) 1人当たりの保険料の算定対象となる所得(基礎賃金)の疾病金庫間の格差の調整(基礎賃金調整)が行われると考えることができる。被保険者1人当たりの基礎賃金が同じでも、扶養率が高いほど加入者1人当たりの基礎賃金は低くなり、その疾病金庫の財政は苦しくなる。基礎賃金調整においては、各疾病金庫は疾病金庫全体の加入者1人当たりの平均基礎賃金を得ているものと見なされることになる。

例えば、表1のような4つの疾病金庫があったとする。加入者1人当たりの年間平均基礎賃金は24,466マルクとなる。加入者数にこの値を掛けて得られた値を仮定基礎賃金総額と名付ける。実際の基礎賃金総額と扶養率を考慮に入れた仮定基礎賃金総額との差額が、基礎賃金調整において調整されると考えることができる。

調整額は調整所要財源率をその差額に掛けて得られる(表2の④)が、基礎賃金総額に占める割合(表2の⑤)、つまり保険料率におけるポイントでも表わすことができる。

この例で最高額の調整交付金を受けるのは、被保険者1人当たりの基礎賃金が30,000マルク(年間)で最も低く、しかも扶養率が高いA疾病金庫である。最高額の調整拠出金を支払わな

表1 疾病金庫の適用状況

金庫名	被保険者数	加入者数	基礎賃金総額 (百万マルク)	被保険者1人当たり 基礎賃金(マルク)	加入者1人当たり 基礎賃金(マルク)
A疾病金庫	10万人	15万人	3,000	30,000	20,000
B疾病金庫	16万人	20万人	5,600	35,000	28,000
C疾病金庫	6万人	10万人	2,400	40,000	24,000
D疾病金庫	1万人	1万8千人	450	45,000	25,000
全体	33万人	46万8千人	11,450	34,697	24,466

表2 基礎賃金調整

金庫名	実際の基礎賃金総額(百万マルク)①	仮定基礎賃金総額(百万マルク)②	①-②=③	③×0.13=④	④÷①=⑤(%)
A疾病金庫	3,000	3,670	-670	-87.1	-2.90
B疾病金庫	5,600	4,893	707	91.9	1.64
C疾病金庫	2,400	2,447	-47	-6.1	-0.25
D疾病金庫	450	440	10	1.3	0.29
全体	11,450	11,450	0	0	

表3 調整前の財政力と調整後の財政力

金庫名	実際の基礎賃金総額①	仮定基礎賃金総額②	調整前の財政力 (①×0.13)=③	調整後の財政力 (②×0.13)=④
A疾病金庫	3,000	3,670	390	477.1
B疾病金庫	5,600	4,893	728	636.1
C疾病金庫	2,400	2,447	312	318.1
D疾病金庫	450	440	58.5	57.2
全体	11,450	11,450	1,488.5	1,488.5

ければならないのは、被保険者1人当たりの基礎賃金が高く、しかも扶養率が最も低いB疾病金庫である。

表3は基礎賃金調整前の財政力と調整後の財政力を対比したものである。差額は表2の④の財政移転額に相当する。

3 罹患率調整

次に、支出面の調整(罹患率調整)が加入者1人当たりの基準医療費の合計である所要保険料をもとに行われると考えることができる。年齢階級別・性別毎の加入者1人当たりの基準医療費は、原則的には年齢階級別・性別毎の全疾病金庫の加入者1人当たりの平均医療費に相当する。これにより、各疾病金庫のリスク構造の特徴が明らかとなる。年齢階級別・性別毎のそれぞれの平均医療費は、疾病金庫の種類には関

係なく、連邦レベルで調査される。年齢および性別ならびに被保険者か被扶養者(家族)かによって平均医療費は異なることから、これらの要素のそれぞれの組み合わせ毎に平均医療費は算出される。つまり、被保険者と同じように、家族も年齢階級別・性別毎に平均医療費が算出される。

抽出調査により得られた加入者の年齢階級別の格差指数および例にあげた4つの疾病金庫の年齢階級別構成割合を表4のとおりとする。年齢階級別格差指数とは、ある年齢階級の加入者1人当たりの平均医療費を調査対象となった全加入者の1人当たり平均医療費で除して得た値、つまりある年齢階級の加入者1人当たりの平均医療費が全加入者の平均医療費とどれだけの格差があるかを指数で表わしたものである。表4によると、25歳から34歳の加入者の平均医

表4 年齢階級別格差指数と年齢階級別構成割合

年齢階級	年齢階級別格差指数	A疾病金庫	B疾病金庫	C疾病金庫	D疾病金庫
0—14歳	47	5%	10%	5%	5%
15—24歳	39	5%	10%	10%	5%
25—34歳	60	5%	15%	10%	10%
35—44歳	73	15%	10%	10%	20%
45—54歳	93	20%	20%	15%	20%
55—64歳	131	30%	20%	15%	20%
65—74歳	202	10%	10%	20%	10%
75歳以上	244	10%	5%	15%	10%

療費は、全加入者の平均医療費の60%に相当する。つまり、その年齢階級の加入者の平均医療費は全加入者の平均医療費より40%少ないということである。65歳から74歳までの年齢階級の加入者の平均医療費は全加入者の平均医療費の202%、つまり約2倍の医療費を必要とするということである。表4を見ると、例にあげた疾病金庫のうち、A疾病金庫とC疾病金庫が特に加入者の年齢構成が高年齢層に片寄っているのが分かる。

所要保険料の計算方法を簡単に説明すると、まず、予め計算された各年齢階級別の被保険者・被扶養者（家族）別の加入者1人当たりの基準医療費（実際にはこれを男女別に算出する）にそれぞれの加入者数を掛ける。その合計額が疾病金庫の所要保険料、つまり、それぞれの罹患率により決まる各年齢階級別の加入者毎の調整対象となる医療費の合計額となる。

しかし、異なる年齢構成をリスク要素として考慮に入れた調整額（罹患率調整）を算出するためには、年齢構成の違いによる各疾病金庫の加入者1人当たりの平均基準医療費と全疾病金庫の加入者1人当たりの平均医療費との格差を表わす指数（以下、「年齢構成格差指数」という）

を算出しなければならない。そのためには、まず、各年齢階級別の加入者数の加入者総数に占める割合にそれぞれの年齢階級別格差指数を掛け（例えば、A疾病金庫の15歳未満の加入者の割合は5%、つまり0.05で、15歳未満の年齢階級別格差指数は47だから、 $0.05 \times 47 = 2.35$ ）、合計しなければならない（表5）。

4つの疾病金庫の合計を足すと400にならないことから、例にあげた4つの疾病金庫は、全体としては年齢階級別格差指数を算出する際に抽出調査の対象となった疾病金庫とは年齢構成が異なることが分かる。そのため、4つの疾病金庫の平均の年齢構成格差指数を100とした場合に、各疾病金庫の年齢構成格差指数がいくつになるかを求めなければならない。それにはまず、4つの疾病金庫の年齢構成格差指数の合計を求める。

$$120.75 + 102.10 + 130.15 + 114.30 = 467.30$$

年齢構成格差指数の平均を100とするためには、この合計を400としなければならない。そのため、一定の係数（ $400 \div 467.30 = 0.85598$ ）を掛けなければならない。これにより、4つの疾病金庫の年齢構成格差指数の平均を100とし

表5 年齢構成格差指数

年齢階級	年齢階級別格差指数	A疾病金庫	B疾病金庫	C疾病金庫	D疾病金庫
0—14歳	47	2.35	4.70	2.35	2.35
15—24歳	39	1.95	3.90	3.90	1.95
25—34歳	60	3.00	9.00	6.00	6.00
35—44歳	73	10.95	7.30	7.30	14.60
45—54歳	93	18.60	18.60	13.95	18.60
55—64歳	131	39.30	26.20	19.65	26.20
65—74歳	202	20.20	20.20	40.40	20.20
75歳以上	244	24.40	12.20	36.60	24.40
合計		120.75	102.10	130.15	114.30

た場合の各金庫の年齢構成格差指数が求められる。この作業は、抽出調査により得られた年齢階級別格差指数から全疾病金庫の年齢構成格差指数を求める際に必要となる。

A疾病金庫： $120.75 \times 0.85598 = 103.4$

B疾病金庫： $102.10 \times 0.85598 = 87.4$

C疾病金庫： $130.15 \times 0.85598 = 111.4$

D疾病金庫： $114.30 \times 0.85598 = 97.8$

4つの疾病金庫の年齢構成格差指数からは、C疾病金庫の加入者の平均年齢が最も高く、以下、A疾病金庫、D疾病金庫、B疾病金庫の順に平均年齢が高いことが分かる。つまり、これらの疾病金庫の各年齢階級別の加入者1人当たりの医療費が平均的な医療費であれば、C疾病

金庫およびA疾病金庫は平均より多くの保険料収入を必要とするが、D疾病金庫およびB疾病金庫は平均より少ない保険料収入で済むことが分かる。

次に、4つの疾病金庫の年齢構成格差指数にそれぞれの加入者数を掛ける(表6)。その結果は加入者数を加味した年齢構成格差指数となる。各疾病金庫の加入者数を加味した年齢構成格差指数の全体に占める割合は表6の④のとおりである。この割合に応じて所要保険料の合計(=財政力の合計)を配分した額が各疾病金庫の所要保険料となる。

4 調整額

最終段階として財政力(表3の③)から所要

表6 各疾病金庫の所要保険料

	A疾病金庫	B疾病金庫	C疾病金庫	D疾病金庫	合計
年齢構成格差指数①	103.4	87.4	111.4	97.8	
加入者数②	150,000	200,000	100,000	18,000	468,000
①×②=③	1,551万	1,748万	1,114万	176万	4,589万
③の合計に占める割合④	33.8%	38.1%	24.3%	3.8%	100%
所要保険料の合計×④=⑤	503.1	567.1	361.7	56.6	1,488.5

保険料（表6の⑤）を差し引いたものが調整額となり、それから基礎賃金調整における調整額を引いたものが罹患率調整における調整額となる。

財政力が所要保険料を上回る疾病金庫（BとD）は調整拠出金を支払わねばならず、反対に所要保険料が財政力を上回る疾病金庫（AとC）は調整交付金を受け取ることができる。

5 リスク構造調整に必要なデータの調査

リスク構造調整に必要な給付費、保険料収入および保険料の算定基礎となる所得の調査については、社会法典第V編第267条第1項に規定されている。特に新たに規定されたのは年金受給者の所得の把握についてである。これまで年金受給者の保険料は直接年金保険者から年金受給者疾病保険の財政調整へ繰り入れられていたため、疾病金庫は年金受給者の保険料の算定対象となる所得（年金）を把握できなかったが、疾病金庫と年金保険の保険者間においてこのための統一手続き規程が定められた。

また、社会法典第V編第267条第2項により、疾病金庫は毎年10月1日現在の年齢別・性別毎

の被保険者数および被扶養者数に加え、職業不能年金の受給者数および稼働不能年金の受給者数を把握しなければならないことになったが、これらの年金受給者の罹患率が特に高いためである。

さらに、疾病金庫は少なくとも3年毎に、年齢階級別・性別毎の給付費の抽出調査（加入者の10%を限度）を実施しなければならないことになっている（社会法典第V編第267条第3項）。

6 リスク構造調整の実施機関

リスク構造調整の実施は、既に長年にわたり年金受給者疾病保険における財政調整を実施してきた連邦社会保険庁に委託されている。そして、年金受給者疾病保険における財政調整と同じように、1994年からは毎月、必要な財源の拠出が暫定拠出率により実施されている。なお、財政調整の仕組みの詳細についてはリスク構造調整令（Risikostuktur - Ausgleichsverordnung）に定められている。

7 疾病金庫財政への影響

94年（見込み）および95年（概算拠出率）の

表7 疾病金庫の種類毎の調整額

（単位：百万マルク。-は拠出）

金庫の種類	94年（見込み）			95年（概算拠出）		
	西ドイツ	東ドイツ	全 体	西ドイツ	東ドイツ	全 体
地区疾病金庫	3,370	618	3,988	9,901	3,519	13,419
企業疾病金庫	-868	-112	-980	-392	-169	-561
同業疾病金庫	99	-120	-21	-641	-724	-1,365
海員疾病金庫	0	-8	-8	0	-19	-19
鉱山従業員組合	45	-42	3	1,718	313	2,032
労働者補充金庫	-313	-14	-328	-999	-81	-1,080
職員補充金庫	-2,332	-325	-2,657	-9,613	-2,845	-12,458

財政移転額を疾病金庫の種類別に見ると、94年のリスク構造調整では被保険者1人当たりの基礎賃金が低い地区疾病金庫および扶養率（被保険者1人当たりの家族数）が高い連邦鉱山従業員組合（いずれの場合も加入者1人当たりの基礎賃金は低い）が調整交付金を受けており、これらの疾病金庫はこれまでより負担減となっているが、被保険者1人当たりの基礎賃金が高い企業疾病金庫および補充金庫が調整拠出金を支払っており、これらの疾病金庫はこれまでより負担増となっている（表7）。95年も同様であるが、企業疾病金庫の95年の調整拠出額が94年に比べて減少しているのは、95年からリスク構造調整の対象となった年金受給者の割合が高いためであり、逆に、同業疾病金庫および補充金庫の95年の調整拠出額が94年に比べて大幅に増加しているのはこれらの疾病金庫の年金受給者の割合が低いためである。

VI リスク構造調整の問題点

1 一般被保険者の所得の伸びを下回る年金受給額の伸び

ドイツにおいても、医療保険制度改革の狙いが医療費の上昇を如何に抑えるかに向けられていることはもちろんである。このため、第1次構造改革では医療費の伸びを保険料収入の伸びの範囲内とするという政策目標（これを「保険料率安定の原則」という）が法律上に明記され、第2次構造改革では93年から95年までの3年間の医療費の伸びを保険料の算定対象となる所得の伸びの範囲内とすることが法律に規定されたが、96年からは社会法典第V編第71条に基づく保険料率の安定という一般原則が再び医療機関側と疾病金庫間の診療契約の締結において中心

的な役割を担っている。

保険料率安定の原則とは、保険料率の引き上げを回避するよう診療報酬契約の当事者に求める指針である。被保険者1人当たりの保険料収入は基礎賃金に保険料率を掛けて求められることから、そのためには被保険者1人当たりの医療費も被保険者1人当たりの基礎賃金の伸びの範囲内とすることが必要となる。

第2次構造改革で導入された93年から95年までの3年間における医療費の伸びの上限を基礎賃金の伸びの範囲内とするという規定もこれに沿ったものと言える。しかし、この規定は診療報酬の契約当事者に対する保険料率の安定に対する注意義務にふさわしいものとなっていない。何故ならば、この場合の基礎賃金には年金受給者以外の一般被保険者の保険料の算定対象となる所得だけが含まれており、年金受給者本人の所得は対象から除外されているからである。

実際に、年金受給者を除く一般被保険者のみを対象とする医療保険財政における保険料の算定対象となる所得の伸びは医療保険全体における保険料の算定対象となる所得の伸びを上回っている。92年から実施されている年金改革により、それまでの税・社会保険料控除前の給与（保険料の算定対象となる所得）の伸びではなく手取り給与の伸びに合わせて年金のスライド制が実施されるようになったため、年金受給者の保険料の算定対象となる所得の伸びが一般被保険者の保険料の算定対象となる所得の伸びを下回るようになったからである。しかも、90年の東西ドイツ統一以後、給与所得者の税・社会保険料負担が急激に上昇していることから、手取り給与および年金の伸びは税・社会保険料控除前の給与の伸びをかなり下回るようになってい

る。この結果、一般被保険者の基礎賃金の伸び率だけを診療報酬引き上げの際の基準とすることは保険料率安定の原則を損なう原因となっている。

2 保険料率に与える影響

次にリスク構造調整が各疾病金庫の実際の保険料率にどのような影響を与えるかを見てみることにする。表8は、計算を簡単にするために、被保険者数は10人（年齢構成および男女構成は同じとする）、1人当たりの給付費（その殆どは医療費であるため、以下、「医療費」という）は同額で、被保険者1人当たりの基礎賃金だけが異なる3つの疾病金庫を想定し、リスク構造調整の影響が保険料率にどのように表れるかを示したものである。

各疾病金庫が自らの医療費を自らの保険料で賄う場合、基礎賃金総額に応じて保険料率は算出される。その場合、被保険者1人当たりの基礎賃金が高いA疾病金庫の保険料率は6.7%、

被保険者1人当たりの基礎賃金が高いC疾病金庫の保険料率は20%となる。しかし、リスク構造調整が行われる場合は、各疾病金庫の基礎賃金総額に調整所要財源率（この例では調整前の平均保険料率と同じ）を掛けて得られた財政力と、全疾病金庫の被保険者1人当たりの医療費を各疾病金庫の被保険者数に掛けて得られる所要保険料（この例では各疾病金庫の被保険者1人当たりの医療費と被保険者数は同じであるため、所要保険料は3つの疾病金庫全てにおいて同額となる）とを比べて調整額が算出されるため、財政力が所要保険料を上回るA疾病金庫からその差額が拠出され、所要保険料が財政力を上回るC疾病金庫に交付される。1人当たり基礎賃金および1人当たり医療費が平均的なB疾病金庫は調整の影響を受けない。

リスク構造調整の仕組みは基礎賃金の伸び率の違いも調整する。この例でA疾病金庫の基礎賃金の伸び率を10%、B疾病金庫の基礎賃金の伸び率を5%、C疾病金庫の基礎賃金の伸び率

表8

(DMはマルク)

	A疾病金庫	B疾病金庫	C疾病金庫	合計(平均)
被保険者数	10人	10人	10人	30人
基礎賃金総額	300 DM	200 DM	100 DM	600 DM
1人当たり基礎賃金	30 DM	20 DM	10 DM	20 DM
医療費総額	20 DM	20 DM	20 DM	60 DM
1人当たり医療費	2 DM	2 DM	2 DM	2 DM
調整前の保険料率	6.7%	10%	20%	10%
財政力	30 DM	20 DM	10 DM	60 DM
所要保険料	20 DM	20 DM	20 DM	60 DM
+は拠出,-は交付	+10 DM	0	-10 DM	0
調整後の支出額	30 DM	20 DM	10 DM	60 DM
調整後の保険料率	10%	10%	10%	10%

を0%とする。リスク構造調整によって、財政力に優れたA疾病金庫は基礎賃金の伸びによって得られるはずの追加財源を利用できないことになり、A疾病金庫の基礎賃金の伸びによって得られる追加財源は全疾病金庫に配分される(表9)。基礎賃金総額が伸びたにもかかわらず、医療費が一定であったため、疾病金庫全体の平均保険料率は低下している。

次に、医療機関が基礎賃金の伸びを理由に各疾病金庫の基礎賃金の伸び率に合わせて医療費の引き上げを要求したとする。各疾病金庫の医療費は基礎賃金の伸びと同じように増加する。しかし、平均を上回る引き上げを行った疾病金庫はリスク構造調整により制裁を受けることになり、財政力に優れたA疾病金庫は保険料率を0.1ポイント引き上げなければならなくなる。リスク構造調整においては、財政力を算出する際に基礎賃金はそのまま計算に入れるが、所要保険料を算出する際に医療費は基準医療費までしか計算に入れないからである。A疾病金庫にお

ける平均を上回る医療費の伸びの恩恵に浴するのがB疾病金庫とC疾病金庫である。これらの疾病金庫の医療費の伸びは平均以下であるが、疾病金庫全体の平均医療費、つまり基準医療費は上昇していることから、これらの疾病金庫の所要保険料は上昇する。これに対し、これらの疾病金庫の基礎賃金は平均以下の伸び率であることから、これらの疾病金庫の財政力の伸びは所要保険料の伸び以下となる。この結果、B疾病金庫およびC疾病金庫に対する交付額が上昇し、財政力に劣るC疾病金庫は保険料率を平均保険料率以下の8.8%に引き下げることが可能となる(表10)。

これらの結果から、保険料率の安定を維持するためには、全疾病金庫が支払う医療費の伸びを基礎賃金の伸び率の平均以下にする必要があることは明らかである。各疾病金庫の医療費の伸びを保険料の算定対象となる所得の伸び率の平均以下にできれば、各疾病金庫の保険料率および平均保険料率は一定のまま推移する(表

表9

	A疾病金庫	B疾病金庫	C疾病金庫	合計(平均)
被保険者数	10人	10人	10人	30人
基礎賃金総額	330 DM	210 DM	100 DM	640 DM
1人当たり基礎賃金	33 DM	21 DM	10 DM	21.33 DM
基礎賃金の伸び率	10%	5%	0%	6.7%
医療費総額	20 DM	20 DM	20 DM	60 DM
1人当たり医療費	2 DM	2 DM	2 DM	2 DM
調整前の保険料率	6.1%	9.5%	20%	9.4%
財政力	30.94 DM	19.69 DM	9.38 DM	60 DM
所要保険料	20 DM	20 DM	20 DM	60 DM
+は拠出,-は交付	+10.94 DM	-0.31 DM	-10.63 DM	0
調整後の支出額	30.94 DM	19.69 DM	9.38 DM	60 DM
調整後の保険料率	9.4%	9.4%	9.4%	9.4%

表10

	A 疾病金庫	B 疾病金庫	C 疾病金庫	合計 (平均)
被保険者数	10人	10人	10人	30人
基礎賃金総額	330 DM	210 DM	100 DM	640 DM
1人当たり基礎賃金	33 DM	21 DM	10 DM	21.33 DM
基礎賃金の伸び率	10%	5%	0%	6.7%
医療費総額	22 DM	21 DM	20 DM	63 DM
1人当たり医療費	2.2 DM	2.1 DM	2 DM	2.1 DM
医療費の伸び率	10%	5%	0%	5%
調整前の保険料率	6.7%	10%	20%	9.8%
財政力	32.48 DM	20.67 DM	9.84 DM	63 DM
所要保険料	21 DM	21 DM	21 DM	63 DM
+は拠出, -は交付	+11.48 DM	-0.33 DM	-11.16 DM	0
調整後の支出額	33.48 DM	20.67 DM	8.84 DM	63 DM
調整後の保険料率	10.1%	9.8%	8.8%	9.8%

表11

	A 疾病金庫	B 疾病金庫	C 疾病金庫	合計 (平均)
被保険者数	10人	10人	10人	30人
基礎賃金総額	330 DM	210 DM	100 DM	640 DM
1人当たり基礎賃金	33 DM	21 DM	10 DM	21.33 DM
基礎賃金の伸び率	10%	5%	0%	6.7%
医療費総額	21.33 DM	21.33 DM	21.33 DM	64 DM
1人当たり医療費	2.13 DM	2.13 DM	2.13 DM	2.13 DM
医療費の伸び率	6.7%	6.7%	6.7%	6.7%
調整前の保険料率	6.5%	10.2%	21.3%	10%
財政力	33 DM	21 DM	10 DM	64 DM
所要保険料	21.33 DM	21.33 DM	21.33 DM	64 DM
+は拠出, -は交付	+11.67 DM	-0.33 DM	-11.33 DM	0
調整後の支出額	33 DM	21 DM	10 DM	64 DM
調整後の保険料率	10%	10%	10%	10%

11)。

次に、表8をもとに疾病金庫全体の平均を上回る医療費がどのような影響を与えるかを見て

みよう。財政力に劣るC疾病金庫の医療費が表8より50%上回っていたとする。リスク構造調整が行われていなければ医療費全てを自ら賄わ

なければならないことから、本来ならば10ポイント保険料率を引き上げなければならないはずである。しかし、リスク構造調整によって医療費の一部を財政力に優れた疾病金庫に転嫁することができるため、8.3ポイント保険料率を引き上げるだけで済む（表12）。

財政力に劣る疾病金庫の医療費の上昇に伴う調整所要財源率の上昇から生じる追加負担額の一部を財政力に優れた疾病金庫が負担することになることから、それが可能となる。財政力に劣る疾病金庫が経営努力を怠ると、財政力に優れた疾病金庫の被保険者は何らの利益を受けないにもかかわらず、負担だけを被ることになる。しかし、財政力に劣る疾病金庫も追加負担の殆どを自ら賄う必要があることから、経営努力を怠るインセンティブは働かない。

逆に、リスク構造調整においては、財政力に優れた疾病金庫の平均を上回る医療費は特に厳しく制裁を受けることになる。A疾病金庫の医療費が平均を上回る場合、A疾病金庫は平均を上回る医療費分を自ら賄わなければならないの

と同時に、調整所要財源率の上昇から生じる拠出金の上昇分も負担しなければならないからである。これによって有利となるのは、追加交付金を受ける財政力に劣るC疾病金庫である（表13）。

平均を上回る医療費が各疾病金庫の保険料率にどのような影響を与えるかを見ると、財政力に優れた疾病金庫の方が財政力に劣る疾病金庫より不利益を被ることが明らかとなる。財政力に劣る疾病金庫は平均を上回る医療費の一部を交付金によって賄ってもらえるばかりでなく、財政力に優れた疾病金庫の平均を上回る医療費によっても交付金の上昇という形で利益を受け、財政力に優れた疾病金庫は平均を上回る医療費を自ら負担しなければならないだけでなく、財政力に劣る疾病金庫への自らの拠出金も引き上げる結果になるからである。

保険料率安定の原則は全疾病金庫の平均保険料率および各疾病金庫の保険料率の上昇を回避するという診療報酬の契約当事者に対する指針であるが、これまでに見てきたように疾病金庫

表12

	A疾病金庫	B疾病金庫	C疾病金庫	合計（平均）
被保険者数	10人	10人	10人	30人
基礎賃金総額	300 DM	200 DM	100 DM	600 DM
1人当たり基礎賃金	30 DM	20 DM	10 DM	20 DM
医療費総額	20 DM	20 DM	30 DM	70 DM
1人当たり医療費	2 DM	2 DM	3 DM	2.33 DM
調整前の保険料率	6.7%	10.0%	30%	11.67%
財政力	35 DM	23.33 DM	11.67 DM	70 DM
所要保険料	23.33 DM	23.33 DM	23.33 DM	70 DM
+は拠出、-は交付	+11.67 DM	0	-11.67 DM	0
調整後の支出額	31.67 DM	20 DM	18.33 DM	70 DM
調整後の保険料率	10.6%	10%	18.3%	11.67%

表13

	A 疾病金庫	B 疾病金庫	C 疾病金庫	合計 (平均)
被保険者数	10人	10人	10人	30人
基礎賃金総額	300 DM	200 DM	100 DM	600 DM
1人当たり基礎賃金	30 DM	20 DM	10 DM	20 DM
医療費総額	30 DM	20 DM	20 DM	70 DM
1人当たり医療費	3 DM	2 DM	2 DM	2.33 DM
調整前の保険料率	10.0%	10.0%	20%	11.67%
財政力	35 DM	23.33 DM	11.67 DM	70 DM
所要保険料	23.33 DM	23.33 DM	23.33 DM	70 DM
+は拠出, -は交付	+11.67 DM	0	-11.67 DM	0
調整後の支出額	41.67 DM	20 DM	8.33 DM	70 DM
調整後の保険料率	13.9%	10%	8.3%	11.67%

間の医療費の格差も各疾病金庫の保険料率の安定を妨げることは明らかである。それ故、財政力に優れた疾病金庫に対する医療機関側の診療報酬引き上げの要求は、特に厳しく批判されなくてはならないと言える。それは、財政力に優れた疾病金庫の保険料率の安定を妨げるだけでなく、交付金を受ける側にある財政力に劣る疾病金庫はそれによって得られる追加財源を保険料率の引き下げではなく、少なくとも部分的には給付提供の拡大にも利用する可能性があるため、疾病金庫全体の保険料率の安定も妨げるからである。さらに、財政力に優れた疾病金庫に対する医療機関側の診療報酬の引き上げは、医療機関側にとって収入を増加させる絶好の機会となる。財政力に優れた疾病金庫の診療報酬交渉の結果が財政力に劣る疾病金庫の診療報酬交渉に影響を与えるからであり、法律によって守られた保険医（保険歯科医）の団体である保険医協会（保険歯科医協会）の給付提供の独占がこれを可能にするからである。

VII おわりに

年金受給者疾病保険財政における財政調整にしろ、同一州内、同一種類の疾病金庫間の財政調整にしろ、これまでドイツで行われていた保険者（疾病金庫）間の財政調整の基準とされていたのは実際の医療費であったことから、各疾病金庫の医療費削減に対する経営努力が反映されない仕組みとなっていた。このため、医療費の上昇傾向と結び付けられ、改善すべき点であると以前から指摘されていた。

リスク構造調整ではこの点が改善され、各疾病金庫毎の実際の医療費ではなく、年齢構成や男女構成で決まる基準医療費が支出面の調整の基準とされたことから、各疾病金庫の医療費適正化へ向けた経営努力が求められる仕組みとなっている。つまり、ある疾病金庫がその医療費を基準医療費以下に抑えることができれば、それだけその疾病金庫の財政運営は楽になるが、医療費が基準医療費を上回った場合は、上回っ

た医療費の分だけその疾病金庫の財政運営は苦しくなるからである。

また、実際の給付にかかる所要保険料率ではなく、被保険者の基礎賃金総額と全疾病金庫の平均所要保険料率である調整所要財源率により保険料負担がほぼ決まることから、被保険者の所得格差から生じる疾病金庫間の収入面の財政格差も是正される仕組みとなっている。

しかし、リスク構造調整のもとにおいては、保険料率の引き上げを回避するという保険料率安定の原則の狙いは、診療報酬の引き上げの上限を年金受給者を含む全疾病金庫の被保険者の保険料の算定対象となる所得の伸びとした場合においてのみ可能となることは明らかである。

さらに、リスク構造調整の影響を分析すると、財政力に優れた疾病金庫の医療費が上昇すれば、財政力に劣る疾病金庫が財政上有利になることが分かる。これは社会的連帯のもとでの競争原理の導入というリスク構造調整の目的から見て問題であり、保険料率の安定も妨げる。現在の形でのリスク構造調整が保険者間の財政調整の方法としてふさわしいかどうかを再考する必要があると言える。

わが国の医療保険制度改革における給付と負担の一元化問題を考える場合、医療保険制度間の財政調整方式の見直しは避けて通れない問題

である。どのような財政調整の方法がわが国の医療保険制度における財政調整としてふさわしいかを考える場合、ドイツのリスク構造調整はひとつのモデルとして考えられる可能性があるが、これまでに見てきたようにリスク構造調整にも欠点があることは明らかである。財政基盤のしっかりした保険者のみが特に不利となることのない、わが国独自の財政調整方式を考える必要があると言える。

主要参考文献

- ① Theo Gieler/Wolfgang König: Risikostrukturausgleich nach dem GSG. Die Betriebskrankenkasse (/2/93).
- ② Dieter Cassel: Organisationsreform der GKV. Arbeit und Sozialpolitik (11-12/92).
- ③ Jürgen Wasem: Wahlfreiheit und Risikostrukturausgleich-eine neue Organisationsstruktur. Krv/April 1993.
- ④ Andreas Hustadt: Beitragssatzstabilität-zur Operationalisierung des Begriffs unter den Bedingungen des Risikostrukturausgleichs. Die Ersk. (6 /96).
- ⑤ Krankenkassenwahl 96: Theo von Stiphout. Die Betriebskrankenkasse 5-6/96.
- ⑥ Risikostruktur-Ausgleichsverordnung.
(そのべ・じゅんいち
健康保険組合連合会調査課課長補佐)

イギリスにおける NHS 改革の意義と成果

一 圓 光 彌

I はじめに

現代の医療保障の課題は、誰もが必要な医療を必要な時に適度の負担で受けられるようにすることと、医療資源の有効利用を図りつつ総医療費を適当な規模にコントロールすることにある。各国はまず第一の課題に取り組んで、国民が医療費の心配なく医療が受けられる需要側の社会化を進めてきたが、その結果、医療供給体制も整備され、医科学の発展もあって医療は高度化し高額化し、国民所得にしめる医療費もますます増加するようになった。

こうして、1970年代には増大する医療費をどうコントロールするかが先進各国の主要課題になったが、その頃には、医療保障の保障水準を引き下げることによる医療費抑制効果はそれほど期待できなくなっていた。医療の供給体制や医科学の水準、あるいは国民の所得水準や医療への期待などを過去の状態にもどすことはできないし、そもそも医療の需要は、患者が自由に控えたり増やしたりできるものではなく、また医療需要は供給サイドによって作り出される側面も大きいからであった。各国は、患者負担を通して適切な医療供給を誘導する工夫をこらすとともに、供給サイドに作用する医療費適正化政策に取り組むことになった。

医療費適正化政策は、大きく分けるとマクロ

のアプローチとミクロのそれとに分けられるであろう。前者には、予算の枠を設けてその範囲で医療提供を請け負わせる方法や、病床数や医師数を制限する方法などが含まれ、また後者に関しては、特定の診療行為や薬価等に関して医療機関等に支払う単価を操作して効率的な医療を誘導する方法や、特定の診断に対する診療報酬を定額にして医療機関の側に節約効果を期待する DRG のような方法が含まれる。

こうした先進諸国の医療費適正化政策の一般的な動向の中で、イギリスの NHS (国民保健サービス) の適正化対策は特異な地位をしめていた。それは、1948年に公共サービスとして NHS が実施されて以来、国の予算を通して医療費は効果的に抑制されており、最近では国民所得等にしめる医療費の規模は他の先進諸国と比べて低位を維持し¹⁾、むしろ予算の小ささの方が問題にされる事情にあったからである。そうした中で、100万人もの従事者を抱える医療事業の管理運営上の非効率や患者の持つ多様な要求に柔軟に対応できない制度の硬直性など、「国営事業」の抱える課題に 대응することが必要となっていた。

Jeremy Hurst は、OECD などの一般的な医療政策の目標を、①医療機会の適切性と公平性、②医療費の保障、③総医療費の適正化、④個別医療費の適正化、⑤消費者の選択の自由の確保、⑥提供者の自由裁量の確保、にあると整理した

上で、1990年の NHS 改革の課題があとの3点にあったことを指摘している。そして、アメリカのように十分な医療保障制度がないところは新たに導入を検討し、医療保険を活用してきた国々は予算制度等を取りいれて総医療費の抑制を試みるようになり、イギリスのような公共サービス方式の国々はその医療制度の中に市場メカニズムを取り入れつつ医療サービスの効率化を達成しようとし、総じて世界の医療保障制度は互いに接近しつつあると説明している²⁾。

イギリスの1990年代の医療保障改革は、このように、肥大化した公共サービス部門の活性化のための改革であり、それは1948年以来さまざまな努力を積み重ねて改善を図ってきた公共サービス方式による医療の提供を、大幅に修正して、公費による医療の保障を維持しながら、より効率的で、患者の要望に応えられるような医療提供を達成するために実施されたものであった。

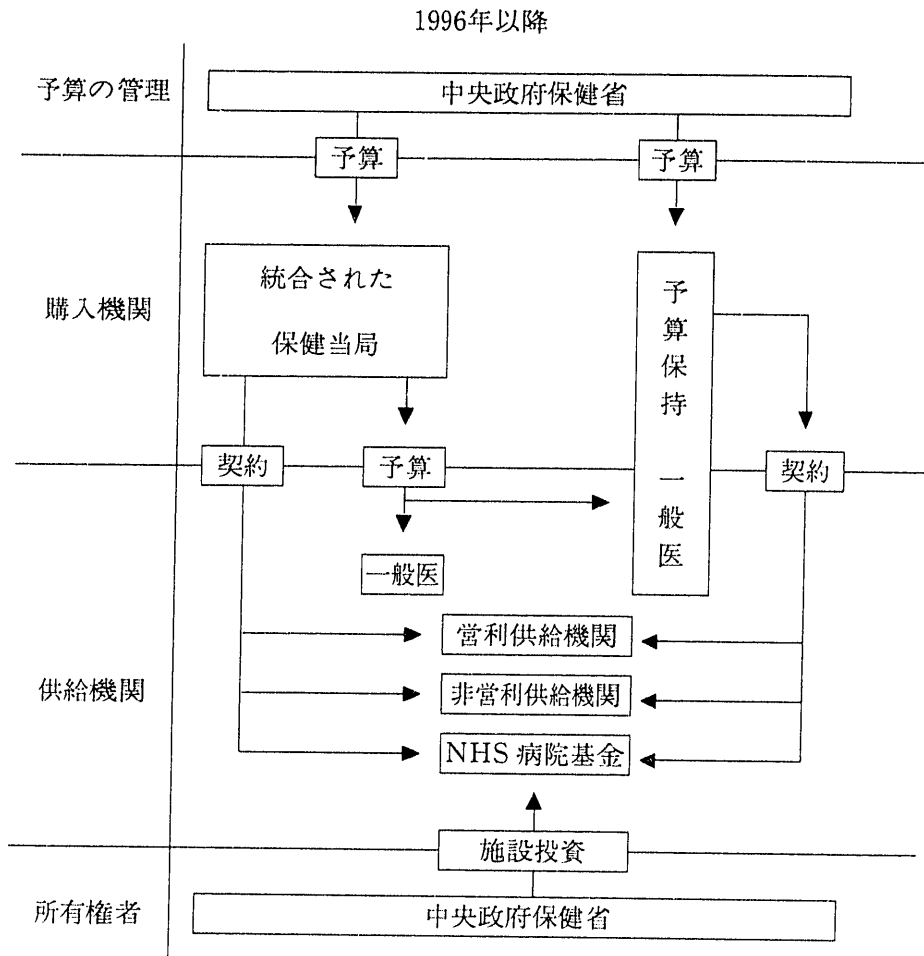
II 1990年の NHS 改革の意義

NHS は、1948年に実施されて以来、幾多の改革を経てきたが、とりわけ1974年の機構改革とこれに続く計画化の動きは重要であろう。それまで、歴史的な経緯もあって、病院サービスと開業医（一般医）サービスと地域保健サービスは、バラバラに管理されていたが、1974年の改革で、開業医サービス部門を除いて全体は統合され、それが契機となって、優先順位を明記した予算編成指針に基づいて地域の保健医療ニーズに基づく地域ごとの保健医療計画が実施されることになった。この新しい計画システムは、100万人もの従事者を抱える NHS を効果的に

運営制御し、望ましいサービスの在り方を導いていこうとする、精緻な行政システムであった。

しかしこの計画手法は、行政コストがかかる割にはうまく機能しなかった。中央が、プライマリケア重視や老人医療重視といった計画策定のための指針を提示しても、末端にまでその趣旨を貫徹することは容易ではなかった。1982年以降実施された計画化に代わる新しい方法は、行政機構の簡素化と分権化と管理部門の強化であった。政府は全体の予算を地域の保健医療需要に応じて配分し、その予算の執行はできるだけ地域に委ねるとともに、効率的な予算運営と節約を要求するようになった。そうした過程で病院がさまざまなサービスを外注するなど、民間活力の導入も進められ、NHS 病院と民間病院とのサービスの売買契約も実施されるようになっていた。こうした動きを一挙に加速したのが、内部市場を活用する1990年の国民保健サービス・コミュニティー・ケア法であった³⁾。換言すれば、1974年改革後の計画手法の失敗が、これに代わる新しい手法としての内部市場の活用を導いたといえることができる。

ここで、改革前と改革後の NHS の違いを整理しておこう。1990年以前は、中央の保健省の下に地方保健当局、地区保健当局という行政機関が配置され、後者が該当地区の病院サービスと地域保健活動全体を計画しかつ直接実施する責任を負っていた。またこれとは別に家庭保健サービス当局が設置され、一般医等のサービス管理に責任を負っていた。これに対して改革後は、図に示したように、全体として医療サービスの購入機能と供給機能が分離されることになり、住民の医療ニーズに応じた予算を受ける購入機関（保健当局と予算保持一般医）と、医療サービスを提供する供給機関（一般医や病院基



資料：A. Mason and K. Morgan, "Purchaser-provider: the international dimension," *British Medical Journal*, Vol. 310, 28 Jan. 1995.

図 国民保健サービスの機構図（イングランド）

金、営利、非営利の病院等）とが、相互に独立しつつ競争し合って契約を取り交わし、医療サービスの購入と供給を行う体制になった。

国民の医療に要する費用を国がその予算を通して配分することはこれまでとまったく変わらないが、保健当局が国から予算を得て管轄地区の医療を直接提供するのではなく、保健当局には管轄地区住民の数や年齢や健康状態に応じた予算が与えられ、その予算をもって住民の保健ニーズを査定し、必要な保健医療サービスを別の機関から購入し、そうすることで住民の健康を維持する責任を負うことになった。1996年からは、イングランドで100を数える新しい保健当

局が、かつての地区保健当局と家庭保健サービス当局の機能を統合するようになっている。

保健医療サービスの管理についても、かつては病院等の活動を管理する行政機構が幾重にも設けられていたが、改革後は、病院等に自ら医療サービスを管理する権限が付与され、サービスの提供者たちが決定権を持つようになった。また病院の大多数は独立した NHS 基金を設立し、NHS の中にありながら、地区保健当局から独立することになった。

一般医の役割にも大きな変化があった。改革前は、一般医が病院をベースとする専門医の仕事に影響を及ぼす可能性はほとんどなく、地域

住民のニーズや要望が病院のサービスに反映することは少なかった。これに対して改革後は、地区保健当局は、病院のサービス提供に関して病院と契約を取り交わす際に、一般医の意見を取りいれたり、住民の意見を調査するようになった。また多くの一般医は予算保持一般医となり（1997年4月の段階で、一般医の56%、対象人口にして58%の普及率）、自分の受け持ち患者の入院医療費等の予算を与えられ、一般医が患者のために病院を選ぶことができるようになった。病院の立場からすると、収入を確保するためには、サービスの向上に努めて買い手である保健当局や一般医の評価を得なければならなくなった⁴⁾。

以上のような NHS 改革がどのような効果をもたらしたかを評価することは必ずしも容易ではない。この間の NHS の変化の広がりを見ると、個別の制度的な変化の効果を抽出することが難しい上に、購入機関と供給機関の分割などのように改革が全域に及んだケースについては、改革の効果を改革のない場合と比較することができない。また、基金を設立した病院とそうでない病院との比較にしても、改革の前からある程度有利な条件を備えた病院から順次病院基金が普及したこともあって、基金制度の効果を明らかにすることは容易でない。

改革がどのような効果をもたらしたかを、改革の主要テーマごとに調査した King's Fund Institute の報告書の終章で、Le Grand は、以上のような評価の困難性を認めた上で、なおかつ調査を通して次のような改革後の変化を明らかにすることができた⁵⁾とまとめている⁵⁾。

すなわち、多くの病院は、互いに競争し合わなければならなくなった。病院基金の管理者たちは、効率性を高める努力をするようになった。

予算保持一般医たちは、それが予算保持という制度に起因するかどうかは見極め難いが、受け持ち患者のために質の高いサービスを求めようとしている。医療審査は、臨床医たちの診療に変化をもたらそうとしている。平等性が損なわれていないか心配されているが、具体的に問題がおこっているという証拠はみあたらない、などである。

ここでは、NHS 改革の中でも特に注目されている以下の3つの点について、King's Fund Institute の報告書などをもとに、その成果を検証してみたい。

III 保健医療サービスの購入と供給との分離

1 保健当局の総括管理者たちのみた成果

1989年から1992年にかけての、Appleby たちによる保健当局の管理者等を対象とする調査では、改革の当事者である保健当局の管理者たちが、改革をどのように理解し、これにどう対処していったかが明らかにされている⁶⁾。

改革前の1989年の調査結果では、総括管理者たちが、改革に高い支持を与えていたことが明らかで、彼らの88%が、NHS は改革によって企業経営の要素を強めるようになると考え、かつそれは良いことであると考えていた。具体的な改革事項の中では、NHS における購入と供給の分離について支持が高く、総括管理者の87%が支持を表明していた。

同時に、改革によって、財源不足や入院待機リストの問題が解決すると考えるものは少なく、86%の総括管理者は NHS の主な問題は財源不足にあると考え、彼らの多くが改革のスピードの早さに問題を感じていた。病院の総括管

理者も、ほぼ同じ意見であったが、とりわけ改革の早いペースにより強い懸念を示していた。

保健当局の総括管理者も病院の総括管理者も、総じて、患者に金が回ること、購入と供給の分離、医療審査、契約によるサービスの提供・確保などの改革の内容については支持し、病院基金については意見が分かれ、もっとも支持が少なかったのは一般医の予算保持制度であった。

改革を実施に移すには多くの問題がともなったが、改革を利用して成果を引き出そうとする積極的な保健当局も少なくなかった。住民のニーズや消費者の意向を調べ、住民の立場にたつて必要な地域医療を確保するという立場から、消費者調査を工夫したり、恒常的な相談機構を作ったりする当局が生まれるようになった。また改革後、購入者としての立場を利用して、供給者、とりわけ当該保健当局所属の病院に、サービスの改善を強く求める保健当局も少なくなかった。さらにより一般的に、保健当局は住民のためのサービスを購入する際の契約を通して、サービスの質を改善するよう働きかけるようになり、81%の保健当局総括責任者たちが、改革後、サービスの改善がみられたと回答している。こうした管理責任者たちの回答は、実証されているわけではないが、改革に対するプラスの評価を導く材料にはなるであろう。

2 契約の内容と成果

保健当局や病院は、これまでも契約による関連事業の外注や医療サービスの外部委託を行ってきたが、それは全体としてのNHSの活動の中ではごく一部にすぎず、サービスの売買を一般化するには、NHS内に専門家も少なく情報も少なく、与えられた期間内に改革を実行に

移すには問題も少なくなかった。したがって当初は、個別のサービスごとに支払をする契約は少なく、一括してサービスを請け負わせる契約が一般的であった。1992年度のある地域の調査によると、費用の上限と下限を付した一括請け負い契約が60.8%、上限下限なしの一括請け負い契約が28.1%をしめ、サービスの費用と量に基づく支払は10%、件数払いが1.1%の順であった。また契約を結ぶにあたって何が考慮されたかの調査でも、現状維持という回答が圧倒的で、改革が実施されたからといって、直ちにサービスの購入先を変更しにくい事情がうかがえる。

そうした中で、Applebyたちが注目するのは、地区保健当局が購入者としての機能を高めるための努力を開始している点である。すなわちほとんどすべての地区保健当局は、地域の保健医療ニーズを検討するために一般医たちと会合を持つようになっており、また3分の1の地区保健当局は地域住民の声を聞くために郵便等による調査を実施している。さらに約3分の2の地区保健当局は、何らかの調査結果に基づいて、その後の購入計画を変更させる意向を示している。

改革後の初期の調査ではあるが、当事者たちが契約内容を改善していこうとする姿勢は明らかで、それが実際にどのように実を結ぶかは、今後の調査結果に待たなければならないが、とりあえずは市場メカニズムの導入が、良い方向に機能する兆しととらえることができる。

IV 独立した基金の設立

改革の大きな論点になっていた基金設立の成果について、BartlettとLe Grandは、初期の調査結果を次のようにまとめている⁷⁾。

基金の設立は、改革の重要な柱と位置づけられ、1993年の4月には NHS 病院の半分にあたる330の病院で基金が設立され、1994年4月には基金の普及は NHS 病院の95%に達している。基金は、形式的には独立した非政府機関であるが、保健大臣の管轄下に置かれ、職員の給与を決定できるなどある程度の自由裁量権は認められるものの、特に資本支出などに関しては厳しく規制を受けている。

保健省は、基金に対して3つの財政上の義務を課しているが、その第1は、資産の約半分に相当する国からの借入れに関して、6%の利子を支払うことである。そのため基金は、購入機関と契約を結ぶ場合に、この利子分を上乗せして請求しなくてはならない。第2は、単年度ごとに収支を均衡させることで、これを達成するために、契約を締結するにあたっては平均的な費用計算に基づかななくてはならない。つまりある部分の余剰で他の部分の不足を補うといったことは認められない。第3は、政府が課す資本支出に関する条件を守ることで、長期的な資本支出に関する戦略をたてたりすることは認められていない。

1 直接的な調査

このような基金設立がもたらした成果について、Bartlett と Le Grand は、基金に関する調査を直接的な調査と、間接的な調査に分け、それぞれについて成果を検証している。直接的な調査とは、財政実績などいくつかの指標に基づいて、基金の成果を調べる調査である。1年目の57の基金の成果を調べた Newchurch の調査では、6%のミニマムの収益率を達成できなかった基金は調査対象57基金中8基金にすぎず、収支均衡させられなかった基金は2基金にとど

まっていたことが明らかにされ、その限りでは政府が定めた財政基準はクリアされていた。Newchurch の調査報告は、以上から、基金設立を脅威的な成果であると評価しているが、Bartlett たちは、厳しい規制と管理下に置かれた基金の収益率が平均して9%を達成したからといって、それほど評価できるかどうか疑問を呈している。

NHS Management Executive による1991年の調査は、改革後に、入院件数ならびに外来件数の伸びは、年平均に置き換えて3.7%に達し、心臓バイパス手術、白内障の手術、股関節手術の件数は、半年でそれぞれ5.9%、5.5%、7.6%の伸びを示し、長期の待機患者の減少が多くの地域でおこっていることを明らかにしている。この点についても Bartlett たちは、この調査が基金とそうでない病院とを区別していないこと、長期的な傾向としてパフォーマンスが改善してきた面があるので、具体的に基金設立による効果を明らかにしたことはないとして述べている。

NHS Management Executive による1992年の調査は、基金とそうでない病院との間で、入院件数や外来件数の伸びにどの程度の違いがあったかを示している。入院件数では、基金の伸びが5.4%なのに対し、基金でない病院のそれは3.8%であった。しかしこの点についても Bartlett たちは、そもそもサービスの改善に自信のある病院が自ら名乗り出て基金を設立したのであって、これをそのまま基金の成果とすることは難しいと指摘している。

Bartlett たち自身による病院の個別費用の調査によると、1991年の最初の基金に関する調査では、調査された35の項目のうち25に関して、基金の方が基金でない病院よりも低い単価を達

成していた。また1992年の第2次の基金設立に関しても、基金の方がそうでない病院よりも個別費用の平均単価は低かったが、最初の基金ほどの開きはみられなくなっていた。こうした調査結果から、Bartlett たちは、第1次の57の基金の低コストは、もともと低コストを達成していた病院が基金を設立したためにおこったもので、基金という経営形態が効率を高めたと判断するのは難しいし、第2次の基金についてはそうでない病院との単価の差も小さく、これを経営効率の改善に結びつけることは難しいと結論づけている。

2 間接的な調査

Bartlett たちは、基金のマクロ的な成果を評価する指標として、生産性の向上、利用者の選択の拡大、利用者の需要やニードへの対応能力、ニードに応じた公平性の4点をあげ、前の3つの指標を満たすためには、①市場は購入サイド供給サイドとも競争条件が確保されていること、②購入サイド供給サイドともサービスの費用と質について十分な情報を持っていること、③取引費用が低いこと、④購入サイド供給サイドとも市場の動向に対応するインセンティブを備えていること、の4条件が重要であると指摘する。また公平性を確保するための条件としては、購入サイド供給サイドともクリーム・スキミングの余地がないことがあげられている。

著者たちは、以上のような基準で市場の条件を分析し、改革の成果を次のように評価している。基金の方は、多くが競争条件下に置かれているが、購入サイドの保健当局は、地区保健当局の統合や家庭保健サービス当局との統合が進められ、競争条件は一層損なわれつつある。情報に関しても、基金の方はますます改善が図ら

れているが、購入サイドでは、予算保持一般医を除いて、サービスに関する情報は改善されていない。基金の取引費用に関しては、予算保持一般医との取引に関して高くなる傾向がある。それは数も多いし、個別契約になることが多いからである。これに対して、一括契約が多い保健当局との取引は、それほど費用がかからない。総じて Bartlett たちは、基金には quasi-market (疑似市場) の機能を導くような、経済的な誘因が働いているとまとめている。そして、公平性に関しては、保健当局との間で一括契約が利用されることが、基金に対してクリーム・スキミングのインセンティブと可能性を与えていると指摘している。

Bartlett たちは、以上のように、直接的な調査結果には疑問を呈したものの、この段階でむしろ重視すべきは間接的な調査結果であるとし、基金に関しては、公平の基準に照らして問題が残るものの、疑似市場の導入によって、効率性は高まり、選択の幅は広がり、消費者の要望にも応えられるようになりつつあると結論づけている。

V 予算保持一般医制度

予算保持制度の案は、NHSの改革案が形成される過程では後の方で出てきた考えであったが²⁾、その後の展開の中では、供給側の基金の設立にならぶ、購入側の柱となる改革として注目されるようになり、改革に関する調査の中でも、この部分についてのものは少なくない。

Dixon と Glennerster によると、予算保持制度は、病院基金制度に比べると普及は遅れているが、それでも1995年で人口の4割をカバーする程度にまで発展し、病院と地域保健サービス

の予算全体の 8%程度を購入するほどになっている⁹⁾。始めは単独の一般医による予算保持制度からはじまったが、複数の一般医による予算保持制度も増えつつある。すなわち、もっとも一般的な標準型は、5,000人以上の登録患者を持つ一般医やそのグループに、特定の病院医療、薬剤、診療所の職員、地域保健サービスのための予算を与えるものである。これに対して、地域保健サービス型とは、3,000人以上の登録患者を持つ一般医に、地域保健サービスと病院の外來診療の予算を与えるものである。またこのほかに、NHSのあらゆるサービスのための予算を受ける包括型もあり、この場合には、複数の予算保持制度を統合して管理費を共有することもできる。最後のタイプは1995年でもまだ16を数えるのみであるが、1996年には50を超えるようになっている¹⁰⁾。

Dixon と Glennerster は、予算保持制度に関するそれまでの研究を概観し、おおよそ次のようなまとめを行っている。

1) 薬剤費の抑制

オックスフォードでは、予算保持制度採用者の薬剤処方費は低下したのに対し、予算保持者でない者の薬剤処方費は増加している。スコットランドでは、予算保持者もそうでない者も、総処方量は同じように減少したが、一件当たりの処方薬剤費用は予算保持者の方が低く、また処方内容の質も維持されていた。その他の地域でも、予算保持者の方が、ジェネリックの薬の利用が多く、薬剤費はそうでない場合より低くなっていた。

2) 病院への紹介率

オックスフォードの10の予算保持者と6の非保持者についての調査では、予算保持かどうかは病院への患者の紹介率に違いがなかった。し

かし、スコットランドの調査では、予算保持者になることで、病院への紹介率が大幅に低下していた。ただし、紹介率の低下が医療の質や適切さとの関係でどのような影響を持つかは明らかでない。

3) 第2次医療から第1次医療（プライマリケア）への転換

予算保持者の方が、自分の診療所で、専門医による出張診療、理学療法、カウンセリング、栄養相談、足のケアなど、より多くの診療を行うようになっていることが、多くの調査で明らかになっている。専門医による診療所への出張診療は、予算保持者かどうにかかわらず増加する傾向にあり、患者にとっては便利になっているが、それが適切かつ効果のあることかどうかは明らかでない。

4) 患者の満足と選択権

ある調査では、予算保持者の方が、患者をより遠方の病院にまで紹介したり、紹介にあたっていくつかの病院を考慮する傾向があることが明らかとなっているが、患者は必ずしも早く診療を受けるために遠くの病院にいきたいとは思っていなかった。スコットランドの調査では、患者の満足は、予算保持者の方がはっきりと高くなっていた。

5) 医療の質

予算保持制度の導入で、一般医の医療の質がどう変化したか、あるいは病院の医療の質にどう影響したかは明らかになっていない。

以上を踏まえて著者たちは、予算保持制度の導入により、増加傾向にあった薬剤費は抑制されることになったが、病院に対する紹介率という点では、費用節約効果は明らかでないともまとめている。また、予算保持者は、病院のコンサルタントと、これまでとは異なる関係を築くよ

うになったと指摘し、病院サービスを改善する効果に期待を寄せている。これに対して、主な問題として、予算保持者の方が経費がかかっている点をあげている。

予算保持制度に関しては、会計検査委員会も調査を行い、その結果が報告書として発表されている。Stewart-Brown は、その報告書を紹介しつつ、予算保持制度の成果として、患者が病院で診療を受けるまでの待機期間を短縮したこと、退院患者について一般医が的確な情報を得るようになったこと、病理学検査やレントゲン検査がプライマリケアを配慮してなされるようになったこと、診療所で提供される理学療法や栄養指導や足のケアや精神看護などのサービスが増えたこと、などをあげている。また、成功しなかった点として、予算保持一般医が診療を改善するための指針などを十分活用していないこと、医療サービスを購入する場合に実際に患者の意見を聞く例が少ないこと、予算保持一般医も保健当局も供給機関のサービス供給の展開に影響を与えるような戦略を何も持ち合わせていないこと、などを指摘している¹¹⁾。

また Stewart-Brown は、予算保持者がもたらした予算の節約分の6割が診療所の改善に使われていることにふれ、公的な資金の使われ方としてよいのかどうか疑問を呈するとともに、予算保持制度に費用がかかることにもふれ、最初の5年間で、総額2.32億ポンドがその職員や施設やコンピューターのために支払われ（予算保持一般医の予算全体の4%に相当）、保健当局も、1予算保持者当たり年6,000ポンドの追加的な支出を行い、病院基金も予算保持の契約管理のために2～3人の職員を雇用していると指摘している。もっとも、上の会計検査委員会の報告書は、こうした管理部門への投資を詳しく検

討した結果、変化を生むために必要な投資で、それが成果を上げていると結論づけている。

VI むすび

以上、いくつかの資料から、NHS改革の主要テーマについて、それがどのような成果を上げつつあるかを紹介した。国民の健康にとって改革が良い効果を上げるのか、悪い影響を与えるのかは、簡単に実証できるものではない。また、費用効果の点や患者の選択という点でも、はっきりとした成果は出ていないように思われる。それにもかかわらず、購入機能と供給機能の分離が何らかの競争を導きつつあること、病院のコンサルタントと一般医の関係などに改善の兆しがみえることなど、改革のメリットも評価され、NHSを改革前にもどすべきだという意見は次第に弱まっている。

労働党は、当初は改革に真っ向から反対し、政権につけばNHSを元にもどす方針であったが、その後スタンスを改め、より柔軟に対応するように変わっていった。たとえば予算保持制度についても、廃止すると主張していたのを集団による契約方式とするなど、現行の予算保持制度を修正する考えに変わっている。1997年5月の総選挙前の労働党の選挙綱領によると、一般医は、地域ごとに協力して病院と交渉するようにする、管理機構については、内部市場は廃止するが、計画とサービス供給（これまでの購入と供給に対応する）とは区別する、病院についても、理事会の地域代表としての性格は強めるものの、独立した経営主体としての地位は維持する、などとなっている¹²⁾。

故 Abel-Smith と Glennerster は、1995年6月の論評で、次の総選挙で労働党政権が誕生し

でも、保守党の NHS 改革を反故にすべきではなく、改革の良い点は維持し、良くない点を正していくという、現実的な対応の道を選ぶべきだと述べ、労働党内で物議をかもしたことがあった。予算保持一般医の制度は、権限を病院の専門医からより患者に近い一般医に移す効果があったし、病院を独立させ契約を勝ち取るために競争させることによって、病院はこれまで以上に患者本位のサービスに努めるようになっているのであり、こうした保守党による NHS 改革の成果を利用するのが、賢明な政策ではないかというのが、その主張であった¹³⁾。当時においては、労働党内でこうした意見は容易に受け入れられなかったが、今では、彼等の現実的な姿勢が、労働党政府の NHS 政策の主流になりつつあるように思われる。

注

- 1) 1995年の各国の国民医療費の対国内総生産比は、OECD 平均で10.4%、EU 諸国平均で8.1%、アメリカ合衆国15.7%、カナダ9.9%、フランス9.2%、スイス9.1%、オーストリア8.8%、ドイツ8.5%、イタリア8.5%、オランダ8.4%、フィンランド8.3%、オーストラリア8.2%、スウェーデン8.2%、ベルギー8.1%、などに対してイギリス（連合王国）は6.8%であった（OHE 1995 Table 2.5）。
- 2) Hurst, 1996 pp. 15-34.
- 3) この点については、バトラー著・中西範幸訳『イギリスの医療改革』勁草書房、1994年を参照いただきたい。同書の巻末の、中西氏による詳しい解説も参考になる。
- 4) Robinson 1994 pp. 4-5.
- 5) Le Grand 1994 p. 250.
- 6) 以下については、Appleby たちの論文を参照のこと（Appleby et al 1994 pp. 24-53）。
- 7) 以下については、Bartlett と Le Grand の論文を参照のこと（Bartlett and Le Grand 1994 pp. 54-73）。
- 8) バトラー著・中西範幸訳 1994年 49-53ページ。
- 9) 以下については、Dixon と Glennerster による論文を参照のこと（Dixon and Glennerster 1995 pp. 727-729）。
- 10) Maynard, Alan and Karen Bloor 1996 p. 607.
- 11) Stewart-Brown 1996 pp. 1311-1312.
- 12) Warden 1997 pp. 1068-1069.
- 13) Abel-Smith and Glennerster 1995 pp. 1-4.

参考文献

- バトラー著・中西範幸訳 1994 『イギリスの医療改革』勁草書房。
- Abel-Smith, Brian and Howard Glennerster 1995 "Labour and the Tory Health Reforms" *Fabian Review*, Vol. 107 No. 3, June 1995.
- Appleby, John, Paula Smith, Wendy Ranade, Val Little and Ray Robinson 1994 "Monitoring managed competition," in Ray Robinson and Julian Le Grand eds., *Evaluating the NHS Reforms*, King's Fund Institute.
- Bartlett, Will and Julian Le Grand 1994 "The Performance of Trusts," in Ray Robinson and Julian Le Grand eds., *Evaluating the NHS Reforms*, King's Fund Institute.
- Dixon, J. and H. Glennerster 1995 "What do we know about fundholding in general practice?" *BMJ*, 16 September 1995.
- Hurst, Jeremy 1996 "The NHS Reforms in an International Context," in A.J. Culyer and Adam Wagstaff eds., *Reforming Health Care Systems, Experiments with the NHS*, Edward Elgar.
- Le Grand, Julian 1994 "Evaluating the NHS Reforms," in Ray Robinson and Julian Le Grand eds., *Evaluating the NHS Reforms*, King's Fund Institute.
- Maynard, Alan and Karen Bloor 1996 "Introducing a Market to the United Kingdom's National Health Service," *The New England Journal of Medicine*, Feb. 29,

1996.

OHE 1996 *Compendium of Health Statistics, 9th edition 1995*, OHE.

Robinson, Ray 1994 "Introduction," in Ray Robinson and Julian Le Grand eds., *Evaluating the NHS Reforms*, King's Fund

Institute.

Stewart-Brown, Sarah 1996 "The problems of fundholding," *BMJ*, 25 May 1996

Warden, John 1997 "Spot the difference?" *BMJ*, 12 April 1997

(いちえん・みつや 関西大学教授)

カナダのロングタームケア政策

高橋 淑郎

I. はじめに

カナダは多民族国家であり、現在でも移民を受け入れており、刻々と民族間の関係が変化している国でもある。これまでカナダは、「人種のモザイク」の国と呼ばれ、各民族の歴史、文化、習慣を大切にし、先住のイヌイト (Inuit) およびネイティブ・カナディアン (Native Canadian) を含めて、無理に共通の価値観を共有させることはしないで、色や形の異なる小さな破片が集まって、美しいモザイク絵画を描くことを目指してきた。したがって、アメリカのように「人種のるつぼ」、すなわち、各人種がメルティング・ポットで溶け合い、共通の理想、共通の価値観に向かって進んでいくという国には、その国家形成過程でのアメリカとの関係もあり、比較的冷ややかな見方をする国でもあった。つまり、ある意味では、アメリカ人になろうと思えばなれたのに、アメリカ人になることを否定してきたのがカナダ人なのである。

現在のカナダは、おおよその比率で見ると、英国系が40%、フランス系が30%、その他が30%といった比率であるが、最近では香港返還も加わり、中国系が急激に増加している。特に、西部の中心であるバンクーバー市、東部の中心であるトロント市では、その人口比率を上げている。例えば、トロント市では、すでに見かけ上

の人口の約15%が中国人になったとの新聞報道もあった。

地理的にはカナダは、南北はアメリカ国境から北極圏まで、東西は太平洋から大西洋まで広がっており、最大の国内時差は4時間ある。国の面積をみると、ロシアに次いで世界第2位の国土(997万6,000平方キロ)をもつ国でもある。日本と比較すると約27倍の国土をもつのがカナダである。しかしながら、人口は約2,960万人(1995年)で、日本と比較すれば日本の約1/5である。したがって、カナダの人口密度は、机上の計算では1平方キロメートルに約3人しか住んでいない計算になる。これは北極圏のような人の住めない所まで入った計算である。実際は、カナダの国民はアメリカとの国境沿いに、幅約100マイルの帯状に住んでおり、カナダの人口の約75%がその範囲に住んでいる。したがって、人口密度も大都市ではかなり密度の高い地域もある。このような状態であるので現在では、アメリカとの結びつきが大きい状況にある。

そのような状況のなかで、カナディアン・アイデンティティの確立は、難しいものがある。つまり、国境を越えて、車(カナダは自国の企業が車を生産していない。アメリカの自動車産業の工場はある)、電化製品、家庭用品、衣料、食料、書籍などがアメリカから安く供給され、テレビ、雑誌などマスメディアもかなり濃くカナダ社会に浸透していることは事実である。こ

のようにアメリカの資本や社会に影響されている現実をみると、カナダの理想と現実とはまだ開きがあるが、そのなかで、カナディアン・アイデンティティを求めて、多様な人種が活動しているのがカナダといえる。

さらに、州と準州から構成されているが、国土が広いために、州の面積も広く、カナダの中心であるオンタリオ州の面積は、カナダの州のなかでも特に広く、日本の約3倍ある。したがって、医療政策を立案するにも、国土の広さから由来する様々な問題点（例えば、同じ州のなかでの南北問題、人種間の貧富の格差、人種あるいは言語による医療へのアクセスの不平等など）が指摘されている。また、連邦政府あるいは州政府の赤字財政から由来する問題点として、医療システムの改革、病院、長期療養施設、老人施設、リハビリテーション施設等の機能別統廃合などが、ドラスティックに行われているのも現状として重要な問題である。

本稿の目的は、カナダの高齢者ケアあるいは長期療養ケアの政策の問題点を浮き彫りにすることを通じて、カナダの高齢者医療政策全般を分析するものである。

II. カナダの医療制度の概略

カナダは1867年のイギリス領北アメリカ法 (British North America Act, 通称BNA Act)によって、医療サービスの供給責任が連邦政府から各州政府に委譲された。その後、各州ごとに病院の入院費用を補償する病院保険や医師の診察費用を補償する医療保険が導入されてきた^{1),6)}。そのような状況下で、各州政府が、連邦政府の指定した4条件をクリアすることで、連邦政府は各州に財政的援助を行い、各州ごと

に一定水準の医療サービスを提供してきたのである。これが連邦政府から州政府への助成方法、すなわち、一定額助成方法からコスト・シェアリングの方法へと変化したこととも関係する。すなわち連邦政府により、病院保険法(Hospital Insurance and Diagnostic Service Act 1957年)が実施されたことがまさに、コスト・シェアリングへの変化が完成したことになる。その後、1966年に医療保険法(Medical care Act)が施行され、カナダ全国で実質的な国民皆保険が達成されたといえる。その後、これらの別々の法律を統合したのがCanada Health Act 1984年であり、その連邦政府による財政的援助の条件、すなわち、カナダ保健法(Canada Health Act 1984年)が示した条件とは、

- ①公的な管理がされていること
- ②包括的であること
- ③州の住民全員が加入すること
- ④州を移動しても継続性をもつこと
- ⑤アクセスビリティの確保

の5つである。ここでいう公的管理とは、州の医療保険は、州政府によって与えられた公的権威により、非営利に経営されることを意味する。包括的であることとは、医療関係のすべての職種による必要なサービスが提供されることを指す。継続性とは、州を移動しても3か月以内であれば、前に住んでいた州の医療保険の内容が給付されること。アクセスビリティとは、直接的にも間接的にも料金など金銭的な意味で医療サービスの需要を妨げないこと。医師に対しては、すべて保険から報酬が支払われること。そして、病院に対しては、保険から適切な費用に見合った支払がされることが基本になっている。

しかしながら、カナダのロングタームケアは、

まだ、医療の枠組のなかに統合されていないのである。その代わりとして、ロングタームケアの部門は、連邦と州の協定によって財政が支えられており、その結果、急性期医療のように Canada Health Act (カナダ保健法) の5基準によって、連邦政府から規制されることはないのである。したがって、ロングタームケアの領域では、医療界特に医学を中心とする領域とこれまで必要な関係以外あまり積極的に接触してはこなかったのである。つまり、ロングタームケアは、政策策定過程で財政的にも、政策的にも急性期医療とは明確に区別されてきた経緯がある。

III. 医療政策変換の背景

カナダ保健法により、すべてのカナダ国民が、外来、入院ともほとんど自己負担のない(1987年に一度は全州で廃止された自己負担が、最近の医療費の高騰から、若干の州では、少額の自己負担をする場合もあるようになってきた)医療サービスを受けることになった。これは高齢者を含む急性期の医療であることに注意すべきである。特に医療費に注目すべきである。すなわち、カナダはすべて税金でその医療費用をまかなっているので、州の年間予算に占める医療関係の予算額は多くの州で30%を越えている。例えばカナダで最も大きな州で人口も930万人以上住み、カナダの全人口の約38%を占めるオンタリオ州では、州内総生産は、1980年に医療費が4.3%を占め、1990年には5.4%を占めるようになってきているほど伸びているのである。

過去10年以上、カナダの各州は、独自の医療政策を検討してきた。より厳密には、急性期医療施設および長期療養施設における医療政策を

再検討してきているといえる。すなわち、カナダも他の先進諸国同様、医療関連の支出をも含めた医療費が急増しているという現実に由来するからである。1960年のカナダ国民1人当たりの医療費は、120ドル(1990年の価値換算で604ドル)であったのが、1992年には約2,500ドルに達している(この数値はトロント大学医学部ヘルスアドミニストレーションのPeter Coyte 準教授の推計による)。したがって、カナダも他の先進諸国同様の問題として医療システム、高齢者ケアシステムと費用との問題の解決に向けて努力しているといえる。

さらに、カナダも日本と同様の問題を抱えている。それは、医療サービス供給に関する財源は、一般州税および連邦から州への税の移転およびいくつかの州では保険の掛け金と所得税の組み合わせによってつくられている。そのため、患者は、自分の財布から一切自己負担をしなくてよいようになっている。すなわち、公的な資金で社会化された医療サービスが提供されながら、一方では、医師の大多数が自営業で、出来高払いをもとにした州の保険によって、費用の償還がなされているのである。最近では、経済の低迷のために、税収が伸びないのに、医療費が高騰していく問題、医師の技術差と出来高払いの医療費の問題など、出来高払いの問題点がクローズアップされてきているのである。この点がわが国と非常に似ている。

そして、現在の世界の医療の潮流である医療の質という問題も絡み、適切な量と質の医療を効率的に、社会有効的に提供するにはどうしたらよいか大きな問題点として取り上げられてきているのである。以上をまとめると、現在のカナダの医療政策の最大の関心事は医療費であるといえる。

IV. カナダのロングタームケア政策の 開発の変遷

フルトン (Fulton) の分類によれば、次のような3期に分類される。

フルトンによるロングタームケアサービス開発の 発展分類

第1期

- ・社会的無関心
- ・家族および慈善による援助
- ・開拓時代から1960年代まで

第2期

- ・優しい父性的温情主義
- ・施設的および専門的な焦点/意思決定のコントロール
- ・多様な意味での生命の保護およびQOLの改善
- ・1960年代から現在まで先細り傾向

第3期

- ・子供としてよりもむしろ大人として扱われる独立した大人
- ・このフェイズの実行の程度以上の不確実性
- ・つい最近から現在まで

出所: Jane Fulton, *Canada's Health System: Bording on the Possible*, pp. 171-172, Faulkner and Gray, 1993

フルトンは、社会的なアプローチで、高齢者ケアサービスの分析をしたことがわかる。つまり社会的無関心から、優しい父性的温情主義、そして、子供としてよりもむしろ大人として扱われる独立した大人といった高齢者の見方は、社会的な分析としては表現が的を得ている。これをみると、世の中の関心あるいは社会システムの留意点が、人間の尊厳や自立に対するものになってきたことを示している。

第1期は、カナダがイギリスやフランスの影響を受けていた時代にさかのぼる。つまりその

起源は、1500年代後半から1600年代初頭のことである。年齢、財産および虚弱な人々のような、自分で自分をサポートできない人々に援助を提供したイギリスの地方教区にその起源を有するのである。当時のカナダでは、まだ、ヨーロッパで生じていたような、都市型高齢者問題は少なく、それに気づく人が少なかった時代といえる。例えば、1931年当時は、男性43歳、女性45歳の平均余命であったことからそれは理解できる。

第2期は1945年ごろから1977年のEPF法制定までの期間である。すなわち病院保険および医師の費用をまかなう医療保険が各州で制定されたころである。しかしながら、この当時、老人医療を行える医師は全体の約1%しかおらず、それらの医師のうち、オンタリオ州に54%、ケベック州に18%おり、老人を専門とする医師がいない州もあった時代である。当時の施策としては、老人の公的住居などが改善され、州の法律でレスト・ホーム、フォスター・ホーム、ナーシング・ホームを規定し規制した時代でもある。さらに慢性疾患病院およびナーシング・ホームの標準化も進み、最低所得保証制度を通じて所得の保証がなされてきた時代でもある。

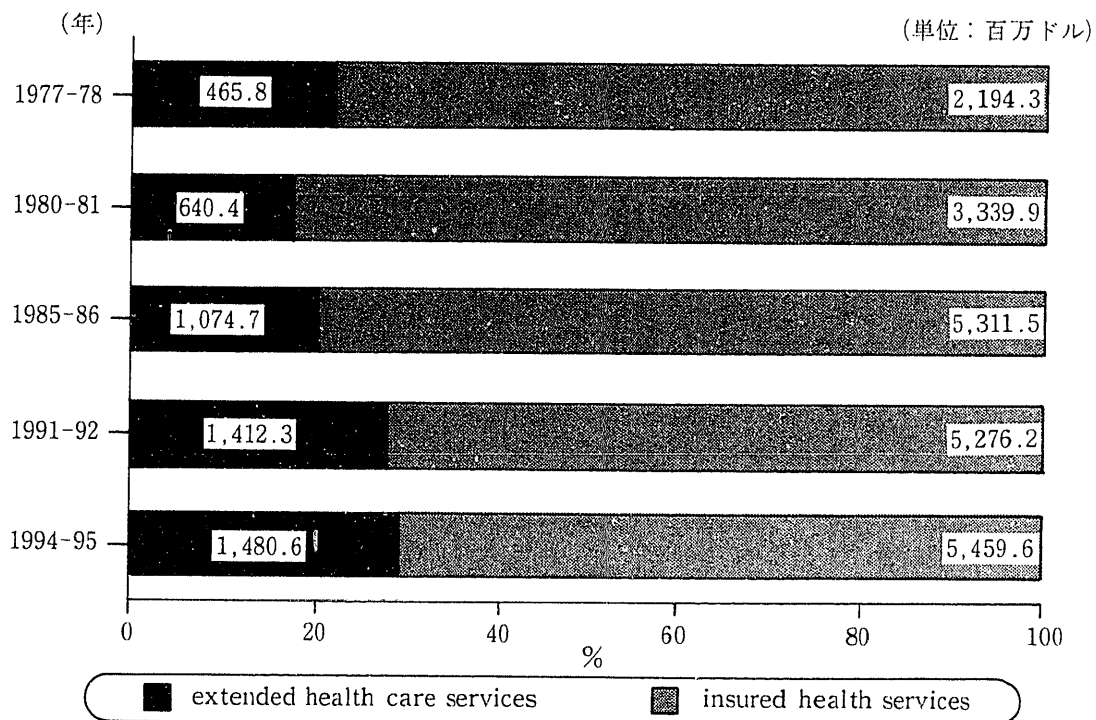
1966年にCAP (Canada Assistance Plan) が制定された。それは、Guest (1985年) の言葉を借りれば、方法の吟味あるいはひとつの必要性、給付の包括的プログラムが、原因の如何を問わず財務的な必要性に合致しているかという基準ですべての連邦と州のプログラムを整理統廃合することであった。これらにより、連邦政府は、貧しく自立していない個人を援助し、州の福祉の向上に寄与することをねらって、費用の半分を負担することでそれを実行しようとしたのであった。伝統的に、CAPの支出の約4%

は、高齢者の援助に使用されてきたが、最近では移民してあまり年月のたたない人々が、他の社会保障を十分に受けられない（例えば、Canada Pension Plan など）ことを、補うようなことも行われている。

第3期は、高齢者医療政策では、EPF法（Federal-Provincial Fiscal Arrangements and Established Programs Financing Act）を通して、連邦政府が現金をロングタームケアに入れ込んだ時代ともいえる。EPF法が制定される以前は、それに類似した法律によって、連邦政府から州政府へ補助があったのであるが、連邦政府としては自動的に州への援助を行い、州に有効な影響力を行使しながら、各州の医療費の急激な上昇を、コントロールしようという意味があったのである。しかし、各州は、連邦政府のそのような関与の仕方は、各州の法的な問

題にも連邦が踏み込み、さらに、独自のやり方を妨害するものであるというようなこととして理解していたのである。それはすなわち、州への連邦政府の助成金はロングタームケアに使用できないことになっていたからである。そこで、現金と税金の組み合わせによる新しい助成の方向が決まり、州のある程度の自由が確保されたのである。それがEPF法のなかで認められたExtended Health Care Services（EHCS）として知られているプログラムである。

1977年度は、当初EHCSは州の人口1人当たり20ドルであったのが、1992年度には51.51ドルになった。これは、継続的ケアという概念が導入され、ロングタームケア施設、ホームケアプログラムが大きなウエイトを占めるようになってきたからである。実際の利用は、ナーシング・ホーム、ホームケア、精神病院への移送、外来、



Note: Totals have been rounded off by the author to facilitate presentation.

Source: Health Canada, Health Insurance Directorate, Policy and Consultation Branch, July 1994.

図1 プログラム別のEPF合計の割合

デイケアなどを含むものである。

この図1からもわかるように、1977年度の EFP での、EHCS への現金の移転は、4億6,600万ドルであったものが、1994年度には14億8,100万ドルにまで上昇した。

連邦の助成金に関してのタイプ別にまとめたものが表1である。これをみると、EPF での Extended Health Care の比率が上昇している。1977年には7.5%であったものが、1993年には9.3%にまで上昇している。それに対して、CAP での Extended Health Care は1977年の2.9%から1993年には1.3%に減少している。

EPF での Extended Health Care の比率が上昇しているのは、1人当たりの金額が決まっても、州の人口が増加しているため、合計の金額も増加すると考えられる。また、Insured Health Services の財源は、現金と税金の平行税移転からなるので、連邦の税収の変化によって、その助成額も変化するのである。

その後、各州で基本的に医師の行為として禁止されている、患者個人から一部自己負担金を医師が要求していたことが、社会問題となり、それを契機にして先に述べた、1984年にカナダ

保健法が施行されたのである。これは1957年に施行された病院保険法 (Hospital Insurance and Diagnostic Services Act) と1966年に施行された医療保険法 (Medical Care Act) を統合したものである。この施行に当たっては、前述した連邦政府の5基準を満たすことが各州に求められている。そしてさらに、医師が保険診療する部分、EHCS の部分での患者の医師の利用に当たってのユーザー・チャージ (1回の診察ごとに払う料金) や診療費用の一部自己負担であるエキストラ・チャージはこの法律で禁止された。その後、この禁止範囲は拡大され、ナーシング・ホームでのインターメディエイトケア、成人の施設ケア、ホーム・ケアなどもその対象となった。

このような推移の結果、現在、カナダのロングタームケアの政策では、医療費に加えて、適切な量と質のサービスを患者に公正に提供するための評価の実行、適正な医療資源の利用と患者のアクセシビリティの改善、施設ケアに代わるホームケアあるいはコミュニティ・ケア・サービスを開発すること、長期療養施設のコスト・コントロールに不可欠な要素としての脆弱

表1 連邦の医療にかかわる助成金のタイプ別一覧

Year	Established Program Financing		Canada Assistance Plan		Health Resource Funds for Capital Expenditures	Health Payments to Territories made by Indian and Northern Affairs Canada	Total
	Insured Health Services	Extended Health Care	Extended Health Care	Other Health Care			
1975	92.7	0.0	5.7	0.7	0.7	0.1	100.0
1977	88.3	7.5	2.9	0.7	0.5	0.1	100.0
1980	88.2	9.2	1.5	0.7	0.3	0.1	100.0
1985	87.9	9.3	1.2	1.3	0.0	0.2	100.0
1990	87.4	9.2	1.3	1.9	—	0.1	100.0
1993	86.5	9.3	1.3	2.7	—	0.1	100.0

出所: Statistics Canada: *National Health Expenditure in Canada 1975-1993, 1994.*

老人への非公式組織によるサポートなどが重要な問題となってきている。

これらはすべての州で意識し、実現しようとしているのであるが、問題が複雑で、個別対応的要素もあるので、単純明快で、統一的な政策として広げられないというジレンマがある。

ロングタームケア・サービスへのアクセスは、機能的能力に基づいた評価技術を適用するという前提がある。しかしながら、長期療養サービスへのアクセスは、いくつかの政策提言のなかで、医学的な状況ともリンクするということが指摘されている。したがって、この両者を効率的に結びつけることが現在模索されているといえる。

言い換えると、カナダでは、機能的に作用しない医療サービスと社会組織と財政的問題を同時に解決すべく医療政策をリフォームしているところである。ここ数年、カナダでは州および連邦政府の保健・福祉・医療の各部門を巻き込んだ大改革を社会制度改革と同時にやってきた。最近では、いくつかの州では、長期療養施設あるいはそのシステムを見直し、実行している。その時の問題として、その基本的な政策のスタンスをどこに置くのかということが重要になる。主として医学的に考えるのか、あるいは、主として社会的に考えるのか、施設主体なのかあるいはコミュニティ主体なのか、その視点が問題となるのである。カナダ政府のスタンスは、カナダ保健法をより改善して推し進めるなかで、社会的な立場で、コミュニティベースで、いかにしてロングタームケアのプログラムを開発していくかということにある。

特に、次第に、連邦政府からの助成金が各州とも減少しているなかで、サービス内容だけが充実され、各州とも自己の財源負担が大きくな

ってきている。そこで、ロングタームケアの要求の増大によって、州政府の財政的圧迫は増大し、1977年に施行された EPF (Federal-Provincial Arrangements and Established Programs Financing, 連邦と州の財源措置および認められたプログラムに対する財源調達) 法あるいは CAP (Canada Assistance Plan) の修正の必要性が政府で認識されてきたのであった。1977年以前は、CAP は住宅施設からコミュニティサービスへの資金移動は州で禁止されていた。EPF では、医療および施設的な活動に代わって、コミュニティ志向および社会志向のプログラムに州が意図的にロングタームケアの資金を投資することを認めてきたのである。

先にも述べたように、ロングタームケアの医療サービスに関する財政は、1977年度に EPF に適応された。同時に、連邦政府のロングタームケアに対する助成はその割合が変化し、その額は増大していった。1966年度に連邦政府の CAP を通しての助成は 2 億 8,100 万ドルであった。1977年度には、連邦政府の助成は増大し、5 億 5,300 万ドルに達したが、CAP に行ったのは 8,800 万ドルに過ぎなかったのである。

V. カナダのロングタームケアの区分と概要

1973年に施設でのケアのレベルが5つに分類され、それをもとにして各州で独自のケアレベルを設定した施設をつくっている。その5つの施設レベルとは次のようになる²⁾。

Personal Care: 食住に関して、非専門職の医療関係従事者による監視が必要である身体的な機能障害をもった人々に対して、社会的、レクリエーション的な活動を計画し、日常生活を

補助する個人的ケアのレベル

Intermediate Care: Personal Careに加えて、日常的に専門的な看護が必要なケアのレベル

Extended Care: 24時間体制で、訓練された技術と知識と経験をもった看護サービスがなされ、継続的な医学的管理が求められるレベル

Rehabilitation: 活動性に関しては、計画され集中的な機能回復のためのリハビリテーションが必要な、すべての年齢の身体的に不自由な人々に対して求められる日常生活および職業上の活動に関しての活性化およびリハビリテーションのレベル

Acute care, Inpatient care and Outpatient care: 急性期の外来と入院のレベル

例えば、オンタリオ州では、ロングタームケアの施設の区分として、Homes for the Aged, Nursing Homes, Retirement/Rest Homes, Homes for Special Careの4施設を区分している。

Homes for the Agedとは、市町村あるいは非営利組織によって、経営されている施設で、患者に食、住、看護、医療、地域との交流などを含む生活の場を、一時的あるいは長期的に提供する施設である。一人で生活できなくなった場合に入所することが多い。

Nursing Homesとは、営利、非営利双方の経営主体がある。個人で単独で独立した生活をおくれなくなった人々に、長期間の食、住、看護、医療、社会との交流を提供する施設である。入所者はHomes for the Agedの患者とあまり異なっていないことが多いが、比較的、高齢者で看護の専門的補助が必要な場合が多い。

Retirement/Rest Homesとは、私的な開設主体が多い。規模も大小あり、大きいものは200

床を越えるものもある。退職後の人生を充実しておくための施設といえる。

Homes for Special Careとは、州立の精神病院を退院した患者に対して、地域で看護あるいは管理された宿泊を提供する施設であるといえる。

これとは別に、病院とホームケアとナーシング・ホームをうまく連携しているホームケアプログラムがオンタリオ州トロントにある。

VI. カナダのロングタームケア政策の概観

ロングタームケアを受ける人々(主に高齢者)は、様々な要求をもっている。そして幅広いケアのレンジを求めている。したがって、サービスの提供側は、広いサービスの幅と技術をもつことが求められており、それらのサービスの提供に当たって、家族や地域の非公式組織のサポートとしての役割が重要になってくるのである。

基本的にはショートタームケアとロングタームケアとは性格が違うのであるが、患者が疾病にかかったり、機能が低下したり、身体障害をもったりした場合には、その個別の状況で対応が必要になることは事実である。

患者の機能低下では、ロングタームケアを受ける優先順位が高くなる。それはロングタームケアの目的が、機能低下に応じて定義されなければならないからである。すなわち、患者の機能を維持し改善していかなければならないからである。さらにまた、患者の日常生活を援助することを目的としてロングタームケアを供給しなければならないからである。さらに、複合的な専門職チームの一員としてのケアとサービス

における医師の役割を再検討しなければならない時期に来ている。

カナダでも他の西洋先進国同様に、高齢化社会の進展、家族構造および家族関係の変化、女性の社会での役割の変化、財政的危機などによって生じる様々な問題を抱えている。そのような社会的要求に加えて、ロングタームケアが求めるヘルスケアへの新たな視点および社会的なサービスの仕組みなどを再度考慮すると、前述した医療側面と社会的側面との相互浸透、施設とコミュニティとのバランス、様々な領域での施設の主から個人へのコーディネーション、ボランティア組織と私的企業、医療の質、有効な研究、効率と利用者の参加、意思決定におけるスタッフの役割、地域特性の尊重、非中央化と中央政府の役割などがキーワードとなって、新しいシステムを模索しているといえる。いずれにしてもカナダは、それらの新しい社会の要求と正面から取り組もうとしているのである。

カナダも州によって、その考え方、実行の方法など異なるので医療政策を一概にはいえないが、基本原理は同じなのである。換言すれば、ロングタームケア政策は固定されたイデオロギーによってつくられるシステムではなく、基本的な原理から導かれた論理によって、環境主体である社会の変化に対応していくこととして考えることができるのである。

これまで、ロングタームケアはその焦点を疾病に当ててきた。現在でも実際に、多くの資金と人的資源が慢性疾患の患者に割り振られてきた。しかし、カナダの医療政策担当者は、それを脱却し、ロングタームケアの焦点を疾病から機能低下（喪失）した患者のケアに変えようとしている。つまり疾病の状況の治療とモニターではなく、機能低下の患者の環境適応をみな

ら、患者の環境適応を援助しようというものである。つまり、ここにホームケア推進の本質がある。しかしながら、ロングタームケアの実際をみると、多くはまだ、老人の肉体的、心理的および社会的自立を増進し、しかも機能を回復させることはいまだなされていない。したがって、個々の高齢者の機能を回復させることにカナダが焦点を当て始めているのである。

VII. 各州の動き

さて、カナダでは様々な州で独自にロングタームケアのシステムを見直している。例えば、オンタリオ州では、医療政策やロングタームケアの書籍や報告書が多く出されている。ケベックでは、1987年に Rochon 委員会で州内のすべての医療施設の成果を見直した。ブリティッシュ・コロンビア州およびアルバータ州では、1991年にケベックと同じようなレビューを行った。サチュカッチュワン州とオンタリオ州では、健康ということの定義をそれぞれ行い、それに合致した医療システムを再構築しようとしている。ニュー・ブランズウィック州などでも同様のことが行われている。

その結果として、トロント大学ヘルスアドミニストレーションのデーバー教授によれば「各州とも同じ方向で収斂している」ことが明らかになってきている。具体的には8つのキーワードで的確に示されている³⁾。

- ①健康の幅広い定義
- ②健康の増進と疾病の予防
- ③コミュニティケアへ焦点をあてること
- ④政策決定に関しての市民参加
- ⑤コミュニティの尊重
- ⑥人的資源計画

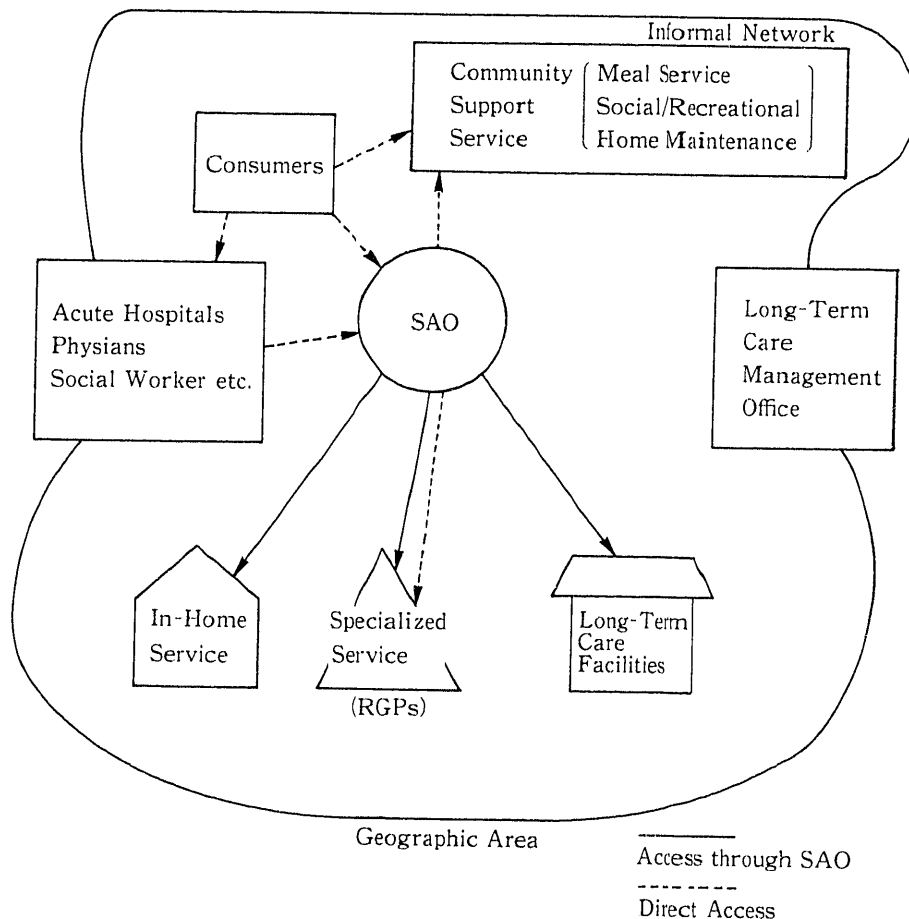
- ⑦医師数の削減と出来高払いの見直し
- ⑧情報システムの開発とテクノロジー・アセスメントおよび医療保健に関する研究である。

VIII. オンタリオ州のロングタームケアの政策

オンタリオ州の場合、New Democratic Party が州政府の政治を担当していた時から継続して医療改革は続いてきた。今のところ、報告書類だけが出て、ロングタームケアでは実際の政策の大きな変化はない（急性期の政策は大胆に変化している）。しかし、しだいにではある

が、デーバーが先に述べたような、継続的ケアのためのコミュニティ志向、健康の増進、施設の統廃合などが行われている。しかし、オンタリオ州の病院の統廃合のようなドラスティックなものは起こっていない。さて、オンタリオ州の報告書類のなかには、一か所からの進入から広がる個別のシステム、勤勉な個人の尊重と自立、ロングタームケアの調整とコミュニティでのケアの強調などは盛り込まれている。

オンタリオ州の改革案によれば、SAO (Service Access Organization) の積極的利用を主張している。それはロングタームケアへの一つの進入経路を意味し、地域を基本として、コミュニティのなかでの高齢者への援助の継続・維



出所：Ministry of Health: *Strategies for Change Comprehensive Reform of Ontario's Long-Term Care Services* p. 26, 1991

図2 改革されたロングタームケアシステムの概念図

持を意味するのである。具体的には、コミュニティへの啓蒙および正確なケースマネジメントがそこには求められるのである。これらの組織は、個々の必要性の評価およびサービスの供給方法あるいはサービスの購入に関して責任をもつものである。

ここでSAOについて考察しよう(図2)。患者は直接SAOにアクセスしてくるのである。その後SAOがその患者を、ホーム・ケア・サービスにするのか、ロングタームケア施設にするのか、RGP (Regional Geriatric Program) でみるのか割り振る役目を効率的に果たすことを期待しているのである。このRGPとは、トロント市の急性期病院、慢性疾患病院などが地域ごとに一つの傘をつくり、その傘の下に開業の医師を初めとして様々な専門職を配置し、傘のな

かで、地域で高齢者の急性期から慢性期まで治療し、その後、患者の特性に合わせて、地域のホームケアプログラムや施設におくことを考えている地域志向型の医療体制のことをいう。

さて、オンタリオ州のロングタームケアの基本原理は、高齢者個人の尊厳、安全、自己決定にあると州政府から1990年に公表されている。それが実際に機能しているのか、主として、現在のトロント市の高齢者ケアについてみてみよう。ロングタームケアについて考える基本は、老後は健康で幸せな生活ということの実行である。すなわち、地域のなかで、在宅で出来るだけ生活し、その後は地域内のグループで生活するという意識が高まってきている。トロントの在宅ケアをみると実際は、次のような関係になることが多い(図3)。

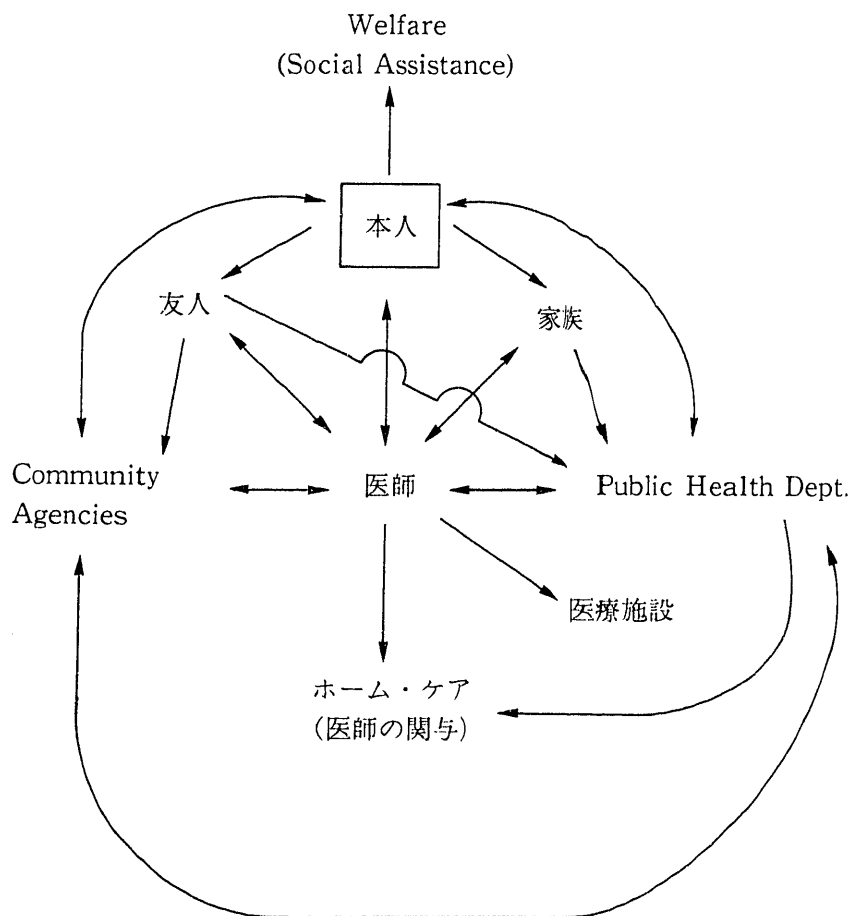


図3 トロントの在宅ケア

これをみると地域の医師が重要な役割を果たしていることがわかる。医師が各重要な部署と連携を取って患者本人をサポートするのであるが、それを家族、友人がフォローしていることがわかる。つまり、高齢者が尊厳をもって意思決定を自らできるシステムを構築しようとしている。具体的な患者に対する評価方法の基本は、①各専門職種で組まれるアセスメントチームによる家庭訪問による評価、②病院での自立生活の実際の体験と評価、③家庭での患者の行動観察を看護婦と理学療法士が行う評価とがある。

一方、病院からの退院を考えた場合、退院アセスメントを医師、看護婦、理学療法士、作業療法士、言語療法士、ソーシャル・ワーカーが複合的に評価することが一般的である。その時に、患者ごとに退院計画立案者(discharge planner)が、調整者(coordinator)になるのである。これが RGP に所属するソーシャル・ワーカー

なのである。そこで、急性期病院からの患者の退院プロセスは次のような図4になる。

このように在宅への方向付けがなされているのである。そこで在宅の重要性が出てくるのである。カナダの在宅ケアの歴史は古く100年以上の歴史をもつものである。その起源をさかのぼれば、ビクトリア看護団にたどり着く。その後、都市、市町村の保健婦による訪問看護が行われるようになった。そのような経緯があって、Metropolitan TorontoのHome Care Programが実施されるようになり、全州に拡大していった経緯がある。オンタリオ州のホームケアプログラムの目的は、「疾病あるいは身体に障害のある住民」に専門的な保健・医療と生活サポートを行うものである。したがって、トロント市の場合も、市民に健康で質の高い生活をおくれるようなプログラムを組んでいる。

オンタリオ州のホームケアプログラムは、現

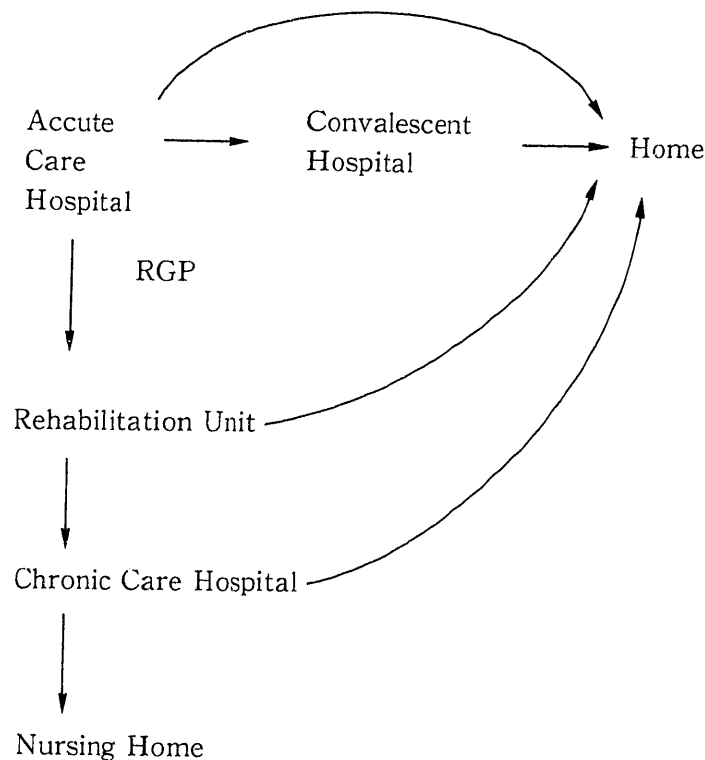


図4 病院からの退院プロセス

在38プログラムあり、利用者の自己負担は一切ない。一般に、ホームケアプログラムを分類すると Medical entry model すなわち医療サービスを含むものと Social entry model すなわちホーム・サポート中心のものに分けられるのである。カナダのなかでも、オンタリオ州、ニュー・ブランズウィック州などは、前者であり、ブリティッシュ・コロンビア州、マニトバ州、ケベック州などは後者であるといえる。

トロント市では医療を急性期と慢性期に分離し、さらに RGP で医療を担当し、その他は、日常生活の介助、食事の配達、みんなで集合しての食事 (congregate dining)、ショート・ステイ (respite care)、ホームセキュリティなどを効率的に質および量ともに満たすことをねらっているといえる。

オンタリオ州の高齢者ケアを振り返ってみると、1970年代は施設の時代、1980年代は、地域社会での生活の継続 (return to community) というように、できるだけ住み慣れた地域で生活できるようにと願い、1990年代は、80年代の方針を継続し、地域社会での医療および生活支援サービスの推進時期といえる。ただ、90年代は、経済後退および財政逼迫により、本当に必要なサービス、効率的なサービスの提供に重点を置いていたと考えられる。1992年に公表されたオンタリオ州の医療のねらいは、以前 NDP が発表したものと変わっていないのであり、担当政権が変わっても変化していないことがわかる。

最近の潮流をみると2つの流れがみえる。第1が、Integrated Delivery System であり、急性期医療の流れがロングタームケアにも迫っている感じを受ける。第2が利益を目的とした Clinic や Health Center の開業やホームメイキ

ングなどのサービスを自己負担できる消費者を対象に市場としてねらっている可能性もあるといえるのである。

IX. まとめ

ロングタームケアのカナダの政策策定方針として、Anne Lemay 他 (1994年) によれば、解決しなければならないポイントが4つある。第1が医療と社会の両面の関係である。第2が施設でのケアとコミュニティ・サービスでのケアのバランスの問題である。第3がサービス提供者としての公私の問題である。第4が非公式な組織と公式組織によって提供されるケアへの責任である。本稿では、特に第1と第2の問題を検討してきた。カナダといっても広く、一定の基準を満たしながら、州ごとに独特の異なる医療政策、ロングタームケア政策が実行されている。カナダも世界の趨勢のように、施設収容型からコミュニティ志向に変化し、大規模施設から小規模施設へと変化してきている。そのなかで、文化、歴史、習慣が異なる人種の集まりで、高齢者の生活の質を高め、その質を守ることを税金でほとんどまかないながら、財政赤字を脱却しようとしていることは、日本でも十分参考になろう。

このカナダのロングタームケアを支えているのは、基本は国民皆保険による、急性期疾患および慢性期疾患への対応であると考えられる。それに州政府が社会的、医学的接近によって、複合的に評価を加えていることであろう。オンタリオ州の場合は、政府の主導のもとで、高齢者の自己決定を重視し、尊厳を尊重し、安全な生活をおくれるように徐々にではあるが、変化しているように考えられるのである。

注

- 1) 医療保険および病院保険の成立およびカナダ保健法に関する詳細は拙稿の参考文献(6)を参照されたい。
- 2) カナダの長期ケアの分類や施設に関する詳細は、拙稿の参考文献(5)を参照されたい。
- 3) この8つの指摘を最初に聞いたのは、トロント大学でのデーバー教授との議論のなかでの示唆であった。

参考文献

- (1) Francois Beland and Evelyn Shapiro 1994 "Ten Provinces in Search of Long Term Care Policy" in *AGING CANADIAN PERSPECTIVE* edited by Victor W. Marshall and Barry D. McPherson, Broadview Press, pp. 245-255
 - (2) Taylor Alexander 1995 "The History and Finance of the Long-Term Care Systems" in *Continuing the Care The issues and Challenges for Long-Term Care* edited by Eleanor Sawyer and Marion Stephenson, Canadian Hospital Association Press, pp. 1-43
 - (3) Francois Beland and Anne Lemay 1994 "The Issues in Long-Term Care Policy" in *AGING CANADIAN PERSPECTIVE* edited by Victor W. Marshall and Barry D. McPherson, Broadview Press, pp. 45-75
 - (4) Raisa Deber and Eugene Vayda 1995 "The Political and Health Care Systems of Canada and Ontario", in *Casc Studies in Canadian Health Policy and Management* edited by Raisa B. Deber, Canadian Hospital Association Press, pp. 1-15
 - (5) 高橋淑郎 1992「カナダの老人ケアの現状と問題点」『海外社会保障情報』No. 99, pp. 33-45
 - (6) 高橋淑郎他 1991「カナダの医療制度の現状と課題」『社会保険旬報』No. 1728, 1729, 1730, 1731
 - (7) Eugene Vayda 1991 "Canada's system a model?" in *International Year Book Supplement to Collien's Encyclopedia*, pp. 88-89
 - (8) Ontario Ministry of Health 1991 *Strategies for Change Comprehensive Reform of Ontario's Long-Term Care Services*
 - (9) 高橋淑郎 1997『変革期の病院経営』中央経済社
 - (10) Guest Dennis 1985 *The Emergence of Social Security in Canada*. 2nd Ed., University of British Columbia Press, p. 155
- (たかはし・としろう 国際医療福祉大学教授)

カナダにおける公的年金制度改革の動向

丸 山 桂

I. はじめに

人口の高齢化と出生率の低下を背景に、いまや公的年金制度改革は、先進諸国共通の重要な政策課題になっている。これまで移民の流入や比較的高い出生率によって、年金財政を維持してきたカナダでも、近年の急速な高齢化、経済状況の変化によって、大規模な公的年金制度改革を実行に移そうとしている。

カナダは、1980年代後半より、GDPの対5.9%という多額の財政赤字と約10%を推移し続ける失業率が社会問題化し、1993年より政権をとった自由党(liberal)のクレティエン(Chrétien)政権は、大幅な歳出削減をもちこんだ行政改革を実施してきた¹⁾。社会保障制度改革は、行政改革の主要項目の1つとされ、各種歳出削減策がとられている。公的年金制度では、保険料率の急上昇にともなう世代間の格差、積立金の運用の問題などが顕在化し、基礎年金部分、所得比例部分ともに大規模な年金改革が、実施されることになった。

II. カナダの公的年金制度のしくみ

カナダの高齢者に対する所得保障制度は、一般税収を財源とするユニバーサルな給付形態をとる基礎年金部分と、社会保険料収入を財源と

する所得比例の2層部分、そして税制優遇措置が設けられた企業年金、個人年金部分の3層で構成されている。

第1層部分の老齢所得保障(Old Age Security: 以下、OASと略す)は、連邦政府の一般税収を財源とし、居住要件を満たせば支給される給付である。OASの受給資格は、65歳以上の高齢者で、18歳以後のカナダ居住期間が最低10年以上(国外で受給する場合は20年以上)あり、満額受給には40年必要とされる。繰り上げ受給(60歳より)や居住期間が不足する場合は、1年につき満額受給額の40分の1が減額される。OASは毎月支給され、生活費の上昇にあわせて四半期ごとに改訂される。しかし、満額受給でも1ヶ月405.12カナダドル(以下、単にドルと略す。1カナダドル=88円換算で、35,650円程度:1997年7-9月期)と給付水準はかなり低く、OASだけで老後の生活を送るのは、かなり厳しいものとなっている。

そこでOASだけで生活できない低所得者に対しては、所得審査の上で補足所得保障(Guaranteed Income Supplement: GIS)、配偶者手当(Spouse Allowance: SA)が支給される。OASが個人単位で支給されるのに対し、GISとSAは世帯状況と所得を勘案して、世帯単位で支給される。GISはOASの受給資格がある高齢者で、単身者の場合、1ヶ月481.45ドル支給されるが、年金以外の所得が11,568ドルを超え

ると、所得が2ドル増加するごとに給付が1ドルカットされる。SAはOAS受給者の60—64歳の配偶者で、かつ18歳以後のカナダ居住期間が10年以上ある者に対して支給される。夫婦双方が65歳に達すると支給は停止される。OAS受給者の配偶者の場合は、満額月718.72ドルが支給されるが、年金以外の所得が21,600ドルを超えると、所得が4ドル増加するごとに給付は3ドルカットされる。OASは課税対象となるが、GISとSAは非課税である。

この基礎年金部分の支給額はきわめて低く、OASにGISの支給額を加えても、カナダ統計局が定める貧困線を下回る場合もあり、所得審査のあるGISやSAを受給できない中間所得層はかなり生活水準を落とさざるをえない(Banting 1985 p. 51)²⁾。

第2層の所得比例部分の年金は、ケベック州を除く全州と準2州が運営するカナダ年金制度(Canada Pension Plan: CPP)とケベック州が独自で運営するケベック年金制度(Quebec Pension Plan: QPP)がある。両者は年金通算を行っており、遺族年金等一部の支給額を除けば、全く同じ支給額になっている。本稿ではCPPの改正を取り上げる。CPPは、1966年の制度発足当初より、賦課方式で運営されている。18歳から70歳までの被用者と自営業者、パートタイム労働者に適用され、老齢年金、遺族年金、障害年金がある。

保険料率は現在5.85%で、被用者は労使折半、自営業者は全額自己負担で納める。保険料算定の対象となるのは、年間最高年金所得(Year's Maximum Pensionable Earnings: YMBE 35,400ドル)と年間基礎控除(Year's Basic Exemption: YBE, 3,500ドル)³⁾の間の所得で、年間所得からYBEを引いた額に保険料率をか

けたものを納める。支給開始年齢は65歳であるが、繰り上げ受給(60歳)や繰り下げ受給(70歳まで)も可能である。給付水準は労働者の平均所得の25%程度とかなり低く、1997年現在、老齢年金は1ヶ月最高736.81ドル(約64,800円)、平均401.74ドル(約35,300円)である。これは、制度発足時にすでに存在していた個人年金市場を脅かさないために、給付水準を抑えたこと、個人年金制度の加入率が伸びることを期待し、OASとCPP、個人年金の3者でほぼ現役時代の所得を代替することを予期したためである。しかし実際には、個人年金制度の加入者は生活に余裕のある高所得者に集中し、公的年金制度の従前所得に対する代替率はかなり低いままで現在に至っている。

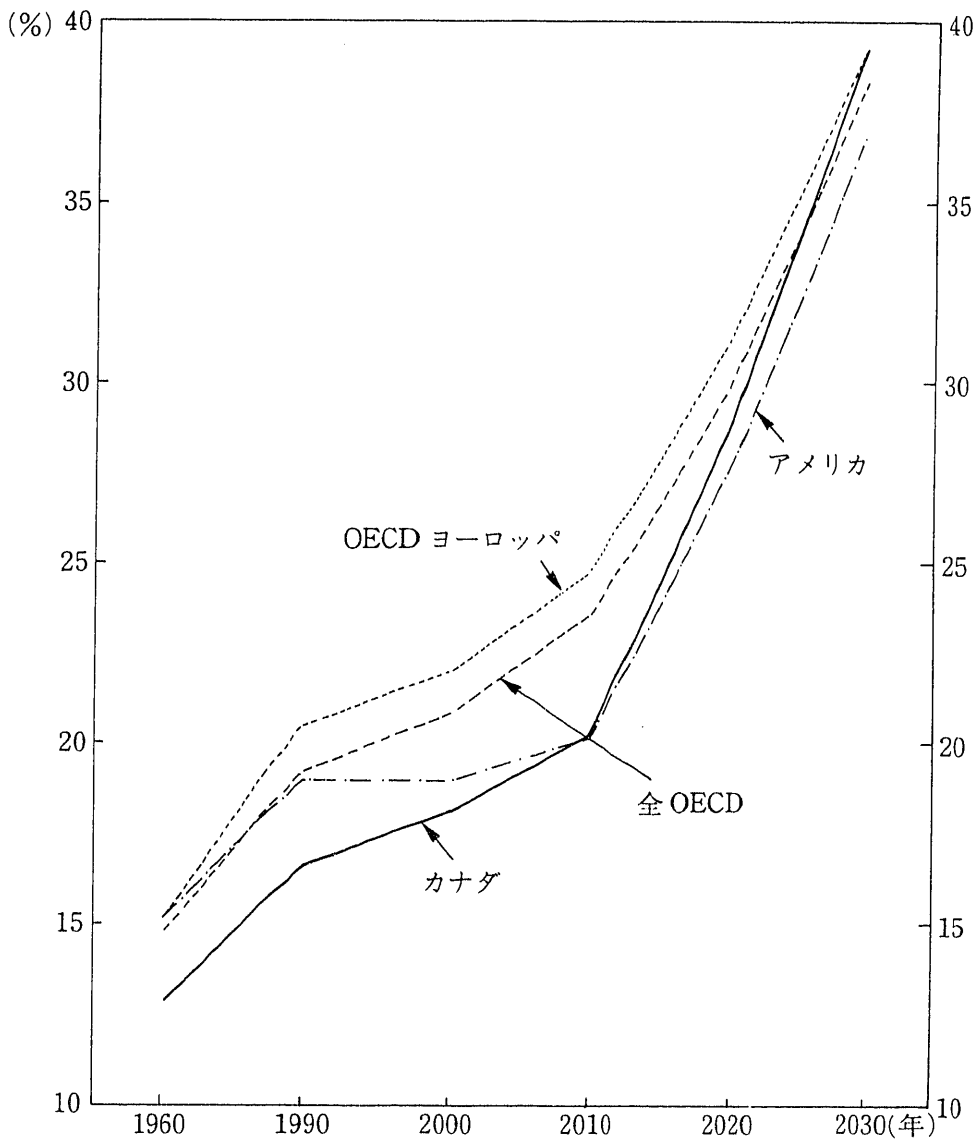
また、日本にはない珍しい制度に、離婚時や老齢年金受給時に夫婦間で年金権を分割する制度がある。夫婦(同棲も含む)の一方の年金権は、もう一方の貢献があったからこそととらえ、離婚もしくは老齢年金受給時に夫婦の年金権を分割する制度である。離婚の場合は、Credit-Splittingといい、1年以上の婚姻期間がある夫婦で離婚が正式に認められた時、自動的に婚姻期間の夫婦双方の年金権を足して二分する制度である。老齢年金の場合はassignmentもしくはPension Sharingといい、婚姻期間に応じて、一方の年金の一部を他の配偶者の所得に移し替える制度である。全加入期間に占める婚姻期間相当分を夫婦で分割するもので、分割後も夫婦合計の受給額は変わらない。一方の配偶者から停止の申し出があった場合、配偶者と12ヶ月間の別居、離婚、死亡の際には分割は停止される。

先述したように、カナダの公的年金制度の給付水準は低く、個人年金所得は中高所得層にとって、老後の重要な収入源である。税制上の優

遇措置が設けられた個人年金の支払額は、第1層の基礎年金部分と第2層の所得比例部分の公的年金支出よりも多い350億ドルにも達し、全年金制度支出の43.8%を占めている (Government of Canada 1997, p. 6)。

第3層は、税制上の優遇措置が設けられた個人年金制度である、登録退職貯蓄制度 (Registered Retirement Savings Plan : RRSP) と登録年金制度 (Registered Pension Plans : RPP) がある。保険料は税控除の対象とされ、運用益

も非課税である。しかし、適用者の分布には、公民、男女間格差が大きく、1993年現在、RPP加入者は521万人で賃金労働者の44.6%であるが、公務員、教員、看護婦などの公的部門の労働者は85%が加入しているにもかかわらず、民間部門の労働者の加入率はわずか31%にすぎない (Statistics Canada 1993)。



注：労働力人口に対する65歳以上人口の占める割合

出所：OECD 1996 "OECD ECONOMIC SURVEYS CANADA 1996"

図1 高齢化率の推移 (%)

II. 年金財政悪化の背景

カナダの年金財政が悪化した背景には、①急速な人口高齢化、②経済状況の変化、③給付水準の引き上げの3つの要因があるといわれている。

1. 急速な人口高齢化

カナダでは、これまで移民の流入や出生率の安定によって、65歳以上人口の全人口に対する割合は1996年現在で12.3%と先進諸国の中では比較的低い水準を保ってきたが、ベビーブーム世代が老齢期に達する21世紀には急速に高齢者が増加し、2030年では22.9%とほぼ現在の2倍の水準に達し、老齢人口に対する労働力人口の割合は1:3になると見込まれている。高齢化の速度は、図1のようにアメリカや他のOECD諸国に比べても著しく速く、2030年にはOECDヨーロッパ諸国の高齢化率に匹敵するほどになると予測されており、年金の支出額もそれに伴って急速に増大することが見込まれている。

2. 経済状況の変化

CPPの保険料率は、1997年現在5.85%であるが、1993年のアクチュアリーレポートで、このままの給付水準を維持し続ければ、2016年には10.1%、2030年には14.2%に急上昇することが報告された。こうした急激な保険料率引き上げには、経済情勢の様変わりが深く影響している。CPPが創設された1966年当時の実質賃金上昇率と実質金利の関係を比較すると、1955—1965年の10年間の平均は、それぞれ5.5%、3.3%であったのに対し、1985—1995年ではそれぞれ1.4%、7.6%と逆転している(OECD 1996)。今後

もこの傾向は続くと予測されており、トロント大学の政策分析研究所(The Institute for Policy Analysis at the University of Toronto)の中位予測によれば、2002年から2020年間の実質賃金上昇率はわずか2%、政府長期国債の実質金利は4.5%と予測している(Policy and Economic Analysis Program, Institute for Policy Analysis, University of Toronto 1996)。

このように、実質賃金上昇率と実質金利の関係は、創設当時の思惑がはずれ、逆転している。CPPが賦課方式でスタートした背景には、①高い実質賃金上昇率が継続することで、拠出保険料は大幅な保険料引き上げを行わずとも、順調に増加し、将来の給付の増大をある程度カバーできる、②低い実質金利では、積立保険料から得られる運用収益も限られると考えられていたからであった。しかし、実際には低い賃金上昇率が拠出保険料の伸び悩みを招くとともに、積立金の十分な運用を行わなかったために、運用益も不十分であった。その結果、CPPの未積立債務(unfunded liability)は1995年末で5,560億ドルにまで膨れ上がることになった。加えて、現在および将来予測も、賦課方式よりもむしろ積立方式に有利な経済状況にある。実質金利は高く、失業率の高さを反映し、実質賃金率も伸び悩みの状況にある。後述するような積立方式の移行案が出たのもうなずける。

3. 給付水準の引き上げ

OAS, CPPとも数度にわたる改正を重ね、給付内容の充実を図ってきた。OASは1965年に支給開始年齢を70歳から65歳に引き下げ、1967年にGISを導入、1973年に四半期ごとの物価スライドを導入、1975年にはSAを導入、1989年には

所得審査を廃止するなど、わずか40年あまりの間に大きな改正を行ってきた。CPPは、完全物価スライドの導入、遺族年金支給要件の緩和、65—69歳の所得審査の廃止、除外規定、障害年金の給付水準引き上げなどを行ってきた。特に、障害年金は、制度創設時の2倍の水準になったとされ、CPP財政悪化の最大要因と批判されている。

III. 基礎年金部分の改革

一 高齢者給付の創設

連邦政府は1996年の予算案でOAS、GISを統合し、新たに高齢者給付 (Senior Benefit : SB) を創設し、2001年1月1日より給付を開始することを発表した。新制度SBの創設の背景には、「クローバック」と呼ばれる高所得者の年金給付の大半が税金として国庫に戻るという給付と徴税コストの効率化、所得再分配機能を強化し、低所得者に対する給付を充実化させるねらいがあった。

主な改正点は、①すべての給付の計算方法を、個人単位から世帯単位へ移行する。規模の経済を考慮し、夫婦の生計費は単身者2人分より少ないとし、夫婦の支給額は単身者2人分より減額する。②低所得者に対する最高給付額は、現行のOASとGISの合計額より年額120ドル増加させる。単身者は年額120ドル増加し、夫婦は120ドルをシェアすることになる。③SBは、年金以外の所得額に応じて給付がカットされる。減額支給開始額、そしてカット率は現行制度より急激になり、その結果、中間所得層と高所得層は支給額が大幅に減額する。④OASは課税対象であったが、SBは非課税とする。⑤消費者物価の上昇にあわせて給付額は改訂するという

ものである。

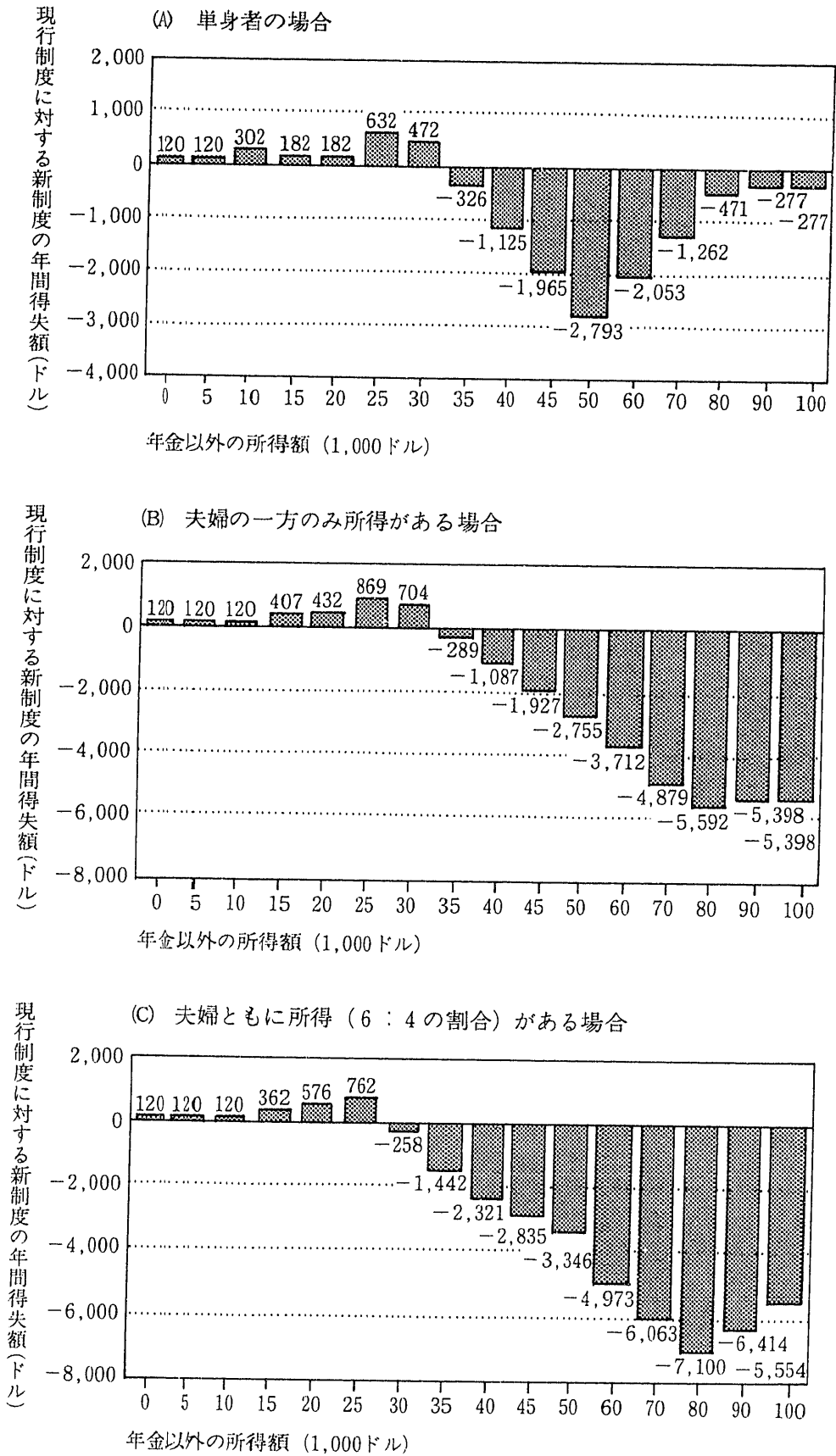
1. 給付水準

1989年からOASは高所得者に対する給付を制限するために、クローバックと呼ばれる払い戻しシステムを採用しはじめた。1995年では、可処分所得が53,215ドルを超えると、所得税申告の際に、可処分所得が1ドル増加するごとに15セントを払い戻さなければならなかった。そして、可処分所得が84,484ドルを超えると、OASを全額払い戻ししなければならなかった。

このクローバックは、連邦所得税制度が個人単位であるために、夫婦で所得を分割している者には有利であり、夫婦の場合は合計所得が106,430ドルあっても、払い戻しの必要がないという公平性の問題があった。しかし、新制度では家族の可処分所得が25,921ドルを超えると、1ドル増加するごとに20セント給付がカットされることになった。そのため、単身者の場合は年金以外の所得が51,721ドルで、夫婦は77,521ドルで給付額がなくなることになる。減額支給の開始額が大幅に下げられたのに加え、給付のカット率が急激になったため、中・高所得層は大幅に年金が減額されることになった。

連邦政府の発表によれば、75%の高齢者、特に単身女性の9割は現行制度より給付額が増加するという。そして、16%の高齢者は給付が減額し、9%の高所得者層は給付がゼロになるという。そのため、特別税控除を設けて職域年金部分の1,000ドルまでを無税にするという緩和策が打ち出された。

これまでのSAはそのまま続行される。また、2000年12月31日までに65歳以上に達した者は、現行制度と新制度の選択が認められる。しかし、職域年金の収入に対する新たな税控除の適用は



出所：National Council of Welfare (1996a) "A Guide to the Proposed Seniors Benefit"

図2 現行制度と新制度の高齢者給付（連邦政府）の比較（2001年）

受けられない。

2. 新制度の影響

それでは、世帯類型や所得額によって、給付額にどのような影響が現れるのか、政府の諮問機関である国立福祉協会（National Council of Welfare 1996a）による2001年時点での新制度と現行制度の年金受給額の比較試算を用いながら、検討しよう。

(1) 単身者の場合

図2は、単身者、夫婦の一方のみ所得がある場合、夫婦ともに所得がある場合の、年金以外の所得額別に、現行制度と新制度の年間給付額の差を表している。プラスは新制度の方が給付額が多い、マイナスは給付が減少したことを表している。

まず、(A)単身者の場合を見よう。新制度では、年金以外の所得が全くない場合、年額120ドル給付額が増加する。新制度では、年金以外の所得が3万ドルに達するまでは、ほぼネットベースの給付額は増加する。年齢や年金の所得税控除を適用した後の収入より、新制度の給付が非課税になることの便益が大きいからである。

しかし、年金以外の所得が5,000ドルを超えると、新制度移行後は給付が減額される。もっとも減額幅が大きいのが、年間5万ドルの収入があった者で、給付額が2,793ドルも少なくなる。その後は減額幅は小さくなり、9万ドルや10万ドルといった高所得者になると、わずか277ドルの減額にとどまる。もともとこのような高所得者層はOASはクローバックで全額返していたため、影響は少なく、所得税の年間控除額が若干少なくなったことによる影響である。

(2) 夫婦の一方にのみ収入がある場合

次に、(B)夫婦の一方にのみ収入がある場合を

見よう。単身者と同じように、年金以外の所得がない場合には、夫婦合計の給付額は120ドル増加する。もっとも影響が大きいのは、年金以外の所得が8万ドルの場合で、5,592ドルも減額になる。これは、現行制度では個人単位で給付額が決定されるため、夫婦の一方の収入が、他の配偶者のOAS支給額に影響を及ぼすことはない。しかし、新制度では夫婦単位で計算されるため、双方の年金が減額されることになってしまうからである。

(3) 夫婦ともに収入がある場合

最後に、(C)夫婦ともに収入がある場合を見よう。前提条件として、夫婦の収入は6:4の比率であるとする。低所得者の場合は、先述したように、年額120ドル給付額が増加するが、年金以外の所得が3万ドルを超えた時点で、給付額は減少しはじめ、夫婦合計所得が8万ドル（48,000ドルと32,000ドル）付近で、7,100ドルも給付額が減少する。これは、現行制度では、夫婦のどちらもクローバックの対象にならずにいたのが、新制度では夫婦単位で計算されるために、双方のSBとも全く支給されないことになるからである。

(4) 財政面の影響

それでは、新制度の財政面に与える影響はどの程度であろうか。連邦政府は、導入時の2001年で年額2億ドルの支出削減ができ、10年後の2011年には21億ドル、2030年には820億ドルにも削減額が増加すると予測している（National Council of Welfare 1996a）。

IV. カナダ年金制度（CPP）の改正

カナダ年金制度（CPP）は、5年に1度保険料率の見直し等をするために財政再計算を行っ

ている。1993年のアクチュアリーレポートで、CPPの積立金は2015年には枯渇し、保険料率は2030年には現在の2倍以上の14%に引き上げざるを得ないというショッキングな内容が示された。その要因は、表1を見るように人口、経済、給付水準、障害者年金給付の4つであり、これらの状況変化に対応するため、連邦政府と州政府は、CPP改正の会議を重ね、1997年2月にCPP改正の同意案を提出した⁴⁾。その内容は、①現行の賦課方式から完全積立方式への移行、②運用基準の見直し、③給付および事業費の節減の3点である。以下、各改正点について見ていこう。

1. 賦課方式から完全積立方式への移行

賦課方式で運営されるCPP財政は、現在2年分相当の積立金しかもたない。また、現在未積立債務がGDPの70%相当分あり、年率6%の上昇率で拡大していくことが予測されている(OECD 1996 p. 131)。この負担を後の世代が負うことに対して、世代間の公平性を確保できるのか、保険料率の引き上げがどこまで妥当であ

表1 2030年のCPP保険料率(賦課方式)

	保険料率(%)
制度創設時(1966年)の予想保険料率	5.5
上昇要因	
人口要因	2.6
経済要因	2.2
給付水準の上昇	2.4
障害者年金給付の上昇	1.5
予想保険料率(1995年)	14.2

出所: Federal, Provincial and Territorial Governments of Canada (1996)

"An Information Paper for Consultations on the Canada Pension Plan"

るのか問題になっていた。

そこで、より大きな基金をつくり、賦課方式から積立方式へ移行し、運用益を大きくすることによって、将来の急激な支出増加に対応しようという案が提示された。世代間の公平性を達成するために、CPPの保険料率を現在より急速に引き上げる方法がとられた。保険料率は6年間かけて、現行の5.85%から9.9%にまで引き上げ、現在の2年分相当の基金を6年分にまで引き上げる。この9.9%を安定料率(steady-rate)と呼び、以後10%を超える保険料率は設定しないという。これによって、表2に見るように、現行制度のままでは2016年には10.1%になる保険料率を9.9%に抑え、2030年には14.2%と予測された保険料率を4.3%も引き下げることができるといふ⁵⁾。この安定料率は、基金の運用率と給付金の水準に依存する。

2. 年間基礎控除の凍結

CPPの保険料は、賃金から年間基礎控除(YBE)を除いた額に保険料率をかけて計算される。また、年間最高所得(YMPE)という上限もあり、この額を超える分については保険料の算定基準から除外される。逆に、年金給付額は、保険料算定の基礎になった標準報酬額の平均値の25%相当が支払われる。一般的な個人年金制度では、全所得に保険料率がかけられて算定されるため、連邦政府は年間基礎控除によって、保険料率が15%引き上げられていると試算している。

この年間基礎控除見直しの第1案は、年間基礎控除の廃止、もしくは製造業労働者賃金の10%水準であったのを5%にまで引き下げ、保険料収入の増加をねらったものである。しかし、実際の同意案は、年間基礎控除は維持し、賃金

スライドを廃止するという内容であった。低所得者にとっては、負担が重くなるが、政府はパートタイム労働者や年間契約労働者にも CPP に加入できる道を与え、将来の年金額も増加すると見ている。具体的な負担増加額は、保険料率上昇による影響もあるため、1997年で24ドル、2003年時点で450ドルも負担が増加する。しかし、2030年には保険料率が現行制度維持の場合より引き下げられるため、負担は565ドル少なくなるという。

3. 運用規程の見直し

現行の CPP の基金運用は、非市場性の20年物州政府債権によって行われており、利回りは連邦長期国債の利率と同じ設定で行われてい

表2 CPPの保険料率の推移(現行制度と新制度)

年	現行制度	新制度	保険料率の差
1997	5.85(%)	6.0(%)	0.15(%)
1998	6.1	6.4	0.30
1999	6.35	7.0	0.65
2000	6.6	7.8	1.20
2001	6.85	8.6	1.75
2002	7.1	9.4	2.30
2003	7.35	9.9	2.55
2004	7.6	9.9	2.30
2005	7.85	9.9	2.05
2006	8.1	9.9	1.80
⋮			
2016	10.1	9.9	-0.20
2030	14.2	9.9	-4.30

注：現行制度における予測保険料率は、25年間に限られ、2016年を超える数値はない。CPPの主任アクチュアリーは、給付支出の伸びを補うためには、CPP保険料率は上昇し続け、2030年には14.2%に達すると予測した。

出所：Human Development Canada 1996 "Securing The Canada Pension Plan—Agreement on Proposed Changes to the CPP"

る。これまでは80年代の高い利回り時に投資した州政府債権のおかげで安定を保ってきたが、90年代の利回りの低下で、運用規程の見直し案が浮上してきた。

賦課方式から積立方式に移行し、積立金を現在の2年分相当から20年後には約5年分にまで引き上げる場合、その運用益の最大化は保険料率安定のための重要な施策であり、運用益が増加すれば、保険料率の引き上げ幅も抑制可能になる。

そこで連邦政府は、以下の2案を提案した。

①投資する州政府債権の期間を弾力化し、金利は市場実勢とすることで、引き続き州政府債権に投資するという運用方針を継続する。②投資対象を多様な市場性証券とし、収益の向上をめざすというものである。1997年2月の合意案は、もっとも利回りのよいと思われる債権に投資すべきということになった。この実質利回りは3.8%程度になるという。また、州政府がCPP基金を借り受けることも可能で、この場合は市場金利と同一利回りで借り受けることになる。

4. 給付額および事業費の削減

政府案は、CPPの事業費削減と、各給付の見直しを提案した。特に、給付の大幅削減を内容とするのは、CPP改正の大きな柱であり、大きな議論を呼んだ。各給付削減策について見ていこう。

(1) 老齢年金(Retirement Pension)

老齢年金改正の第1案は、①給付額の削減、②満額受給要件の厳格化、③支給開始年齢を現行の65歳から70歳に引き上げる、④物価スライドの部分スライドへの移行という4案であった。

①給付額の削減

高齢化の進展は、老齢年金の給付期間の長期化を意味し、CPP 財政逼迫の最大要因になっている。2030年における65歳の平均余命は、制度発足時の1966年より4.5年長くなると予測されている。連邦・州政府の第1案は、もし平均寿命の伸張をそのまま給付に反映させれば、現在の給付水準を平均標準報酬の25%から22.5%に引き下げ、つまり給付水準を10%削減せざるを得ないという内容であった。つまり、現行の最高給付月額を737ドルから662ドルにすることで、CPPのコストを8.8%削減し、保険料率を14.2%から12.95% (1.25%ダウン) にすることができるという。

しかし、この給付削減策は合意に至らず、所得比例部分算定の際の計算方法が見直されることになった。現行制度では、直近3年間のYMBEの平均額を給付算定の基礎として計算を行っていたが、これを直近5年間のYMBEの平均額をもとに計算するというものである。民間で売り出されている個人年金の大半がこの方法を採用しており、2年間の猶予期間を経て実行されることになった。1998年には、直近4年間のYMBEを、1999年には完全に5年間のYMBEの平均値を使用する。この制度変更によって、CPPの満額受給額は、1997年価格で、1ヶ月あたり737ドルから724ドル、つまり12ドル削減される。1997年時点で65歳以上の者、障害年金や遺族年金を受給している者には適用されない。

②満額受給要件の厳格化

現行制度では、CPPの保険料は、18歳から65歳までの期間納めることが可能である。また、給付算定の基礎になる平均報酬算定の際に、失業や低所得の期間を全加入期間の15%まで除外することができる規定(drop-out provision)が

ある。この期間を現行の15%から10%に削減することが提案された。すると、満額受給要件を満たすためには2.3年間よけいに働かなければならなくなり、低所得の期間も給付算定の対象になるため、給付抑制効果があると提案された。連邦政府発表によれば、この方法でCPPのコストを2.2%削減でき、将来的には保険料率を0.31%引き下げることができるという。

また、現行制度の除外規定には年数制限がなかったが、これに15年という上限を設定する案も提示された。

③支給開始年齢の引き上げ

支給開始年齢を現行の65歳から70歳に引き上げ、それに伴い、繰り上げ受給開始年齢を60歳から61歳または62歳に1、2年引き上げる案も提示された。支給開始年齢をアメリカ並みに67歳に引き上げたとすれば、CPPコストは4.2%削減でき、長期的には0.63%保険料率を引き下げることができるという。繰り上げ受給を勘案せずに、純粋に支給開始年齢を2歳引き上げることが可能であれば、支出額は10%削減可能になるが、65歳から66歳の障害年金受給者が増加するため、実質的な歳出削減の効果は4.2%程度と予測された。

しかし、失業率が10%を推移し続けるカナダでは、高齢者の雇用継続はかなり難しく、また一般的に早期退職志向が強いため、これらの提案は合意に達せず、支給開始年齢は現行通り65歳になった。

④物価スライドの部分スライドへの移行

4番目の方法は、CPP給付の物価スライドを一部抑制するというものである。例えば、1%物価スライドを削減すると、2030年までに9.0%給付を削減できるという。この計算方法では、長寿の者ほど不利に扱われるため、支給開始後

10年間に限定するという案であったが、制度変更は行われず、完全物価スライドが維持された。

(2) 障害年金

障害年金は、CPP 発足後何度も給付の充実化が図られ、その結果、CPP 財政悪化の要因と批判されている。今改正では、特に重複受給の調整が中心に行われた。

①州の労災保険との重複受給を適正化

いくつかの州では、障害者は CPP の障害年金と労災保険の両方を受給することができ⁶⁾。そこで、州の労災保険の受給状況に応じて、CPP の障害年金を減額し、給付の抑制を図るという方法が提示された。労働時の事故による障害の責任は、年金が保障するのではなく、労災に一義的な責任があるとし、また重複受給によって、復帰インセンティブが阻害され、障害年金の受給期間の長期化につながると批判されている (OECD 1996)。

連邦政府の試算によれば、CPP の障害年金から25%相当の労災分の支給をカットすれば、2030年までに0.6%支出を抑えることが可能という。しかし、この方法は、合意には達しなかった。

②支給要件の厳格化

1987年以前は、CPP の障害年金の受給資格は、最低5年以上の就労(保険料納付)期間もしくは全労働期間の3分の1の期間、CPP に加入していることが要件であった。現在は、障害になる以前の3年間のうちの2年、もしくは10年のうちの5年間の期間、CPP に加入していたことが受給要件となっている。近年、CPP の障害年金受給者は急速に増加しており、1986年度と1995年度での労働力人口は12%しか増加していないにもかかわらず、障害年金受給者は93%も増加したという (Government of Canada

1997 pp. 15-16)。こうした受給者増加に対応するため、最近は障害年金受給要件も厳格化の方向にある⁷⁾。

今改正では、受給要件を障害になる以前の3年間のうちの2年という規定を6年間のうちの4年間の保険料納付歴と変更する案が出され、同意された。これによって、CPP の歳出は2030年までに約1.2%カットでき、0.17%保険料を引き下げることが可能と予測されている (Government of Canada 1997)。

③退職年金移行時の年金額の適正化

現行の CPP の障害年金は、四半期ごとに物価改定が繰り返され、65歳に老齢年金にきりかわるシステムになっている。この老齢年金は、受給者が障害年金受給開始の時点ではなく、65歳になった時点での平均賃金をもとに算定される。

CPP の給付は、原則的に給付開始直前の期間の平均賃金に応じて決定される。ところが、障害年金から老齢年金にきりかわる時には、実際には就労していない期間があるにもかかわらず、老齢受給年金直前の YMBE をもとに算定され、有利な計算が行われる。すると、障害者の老齢年金受給額が平均的なカナダ人の老齢年金を上回るというケースもあり、問題になっていた。これは、カナダ人の平均的な老齢年金受給開始年齢が62.5歳であり、こうした繰り上げ受給は65歳の満額受給の85%に減額されるのに対し、障害者は満額受給できるためであった。

この問題を解決するため、障害年金受給者の老齢年金の計算方法が改正された。現行制度では、65歳受給時の最高年金所得 (YMBE) をもとに老齢年金を計算していたが、これを障害になった時点での YMBE を物価スライドさせた額によって計算するというものである。この規

定は、すでに65歳以上になっている者には適用されず、障害年金受給者は、カナダ人の老齢年金受給額の平均額より高額を受給できるということはなくなった。

(3) 遺族給付の見直し

CPPの遺族給付は、女性が外で働くことが少なかった時代につくられたもので、一家の働き

手である男性が亡くなった時に、寡婦に最低生活の保障をするということを意図した制度である。今日では、カナダの女性の労働力率は68%にも達しており、家族のニーズに応じて遺族給付の形態を見直す時期にきている。

まず、遺族年金と障害年金、遺族年金と老齢年金というような併給の際の給付額の見直しが

表3 カナダ年金制度(CPP) 現行制度と改正案の比較

	現行制度	改正案
基金残高	現在2年分の給付額相当分、その後減少	5年分の給付額相当分に引き上げ
保険料率	2016年までに10.1%にまで上昇 2030年には、14.2%にまで上昇	2003年までに9.9%に引き上げ、 その後は引き上げなし
基礎控除	現在3,500ドル。賃金上昇率に スライドして引き上げ	3,500ドルに凍結
保険料算定最高所得 (YMBE)	賃金上昇率にスライド	スライドなし
資産運用機関	州の基金運用	運用の多様化
州への貸付金利	連邦政府の長期国債金利	各州の市場利率
標準受給開始年齢	65歳	変更なし
繰り上げ受給開始年齢	60歳より	変更なし
繰り下げ受給年齢	70歳まで	変更なし
所得比例部分の算定	受給開始直前の3年間のYMBEの平均 値をもとに算定。その後、物価スライド	受給開始直前の5年間のYMBEの平均 値をもとに算定。その後、物価スライド
被保険者年齢	18歳-70歳	変更なし
障害年金受給要件	直近3年のうち2年間または10年のうち の5年間の就労と保険料納付	直近6年のうち4年間の就労と 保険料納付
障害年金受給者の退 職年金受給要件	受給者が65歳になった時点のYMBEを もとに算定。その後物価スライド	障害発生時点のYMBEをもとに算定。 その後物価スライド
遺族年金と障害年金 の併給要件	老齢年金の最高限度額プラス2つの年金 の定率部分の大きい方の和	障害年金の最高限度額まで
遺族年金と退職年金 の併給要件	老齢年金の最高限度額まで	変更なし
給付の物価スライド	完全物価スライド	変更なし
死亡給付	老齢年金の6ヶ月相当分。最高限度額 3,580ドル。賃金上昇率にスライド	老齢年金の6ヶ月相当分。最高限度額 2,500ドル。以後、凍結。

出所：Department of Finance (1997) "Securing the Canada Pension Plan--Agreement on Proposed changes to the CPP" pp.6-7

実施されることになった。現行制度では、65歳以上の者で、遺族年金と老齢年金の受給対象者の場合、当該年の老齢年金の最高限度額（1997年現在月額736.81ドル）まで併給することができた。将来的には、2つの年金のうちの高額の方の年金と少額の方の60%相当分までを受給することになる。シーリングは現在と同様、老齢年金の最高限度額までとなる。

障害年金と遺族年金の併給の場合は、現行制度では双方の給付の所得比例部分プラス2つの給付の定率部分の大きい方を受給するという方法であった。そして、老齢年金の最高限度額と2つの定率部分の大きい方の合計額まで受給できた。しかし、今回の改正で、将来的には、定率部分の大きい方と所得比例部分の大きい方、そして所得比例部分の小さい方の60%の合計額を受給することになった。このシーリングは現行通り、障害年金の最高限度額まで受給できる。この方法で、2030年にはCPPの支出を1.2%カット可能で、保険料率を0.17%引き下げることができるといふ。

また、これまでの遺族年金には、葬祭費用の補助を目的とした死亡給付（Death Benefit）という一時金（1997年でYMPEの10%相当分、最高3,580ドル）が支払われていた。しかし、現在では多くの高齢者は少なからず資産をもち、葬祭費用の補助は本来の目的を果たさなくなっている。そのため、死亡給付を廃止する案が出された。その効果は、2030年には1.5%支出をカットでき、保険料率を0.21%引き下げることが可能とされた。

しかし、合意案では、死亡給付は老齢年金の6ヶ月相当分とし、最高限度額を2,500ドルにすることになった。

V. 運営機構の見直しと残された課題

CPPの現行制度と改正案は、表3に整理する通りである。賦課方式から積立方式への移行、運用基準の見直し、給付の削減が大きな柱であったが、給付の見直しではもっとも多くの国民に影響を与える老齢年金の給付変更（支給開始年齢の引き上げ等）は現行通りとなった。また、こうした変更のほかに、運営機構の見直しとして、財政再計算の時期を5年に1度から3年に1度に改正する。より早急に経済状況の変化に対応するためという。

一時は、民営化、個人年金制度への統合といったCPP存続問題、そして大幅な給付削減案が出された公的年金制度改革であるが、併給の調整や上限額の設定におちついたようである⁹⁾。しかし、これで問題が解決したわけではなく、いくつかの残された課題もある。

部分年金および遺族年金そのものの見直し、夫婦間の年金分割制度の存続問題⁹⁾、年金と雇用保険給付の併給問題、ケベック年金制度が提示したような基礎控除額（YBE）を所得に応じて引き下げるといふ方法の検討などがある。

税制上の優遇措置が設けられた個人年金制度も、CPP改正を受け、見直しが予測される。今後の行く末に注視したい。

注

- 1) カナダの行財政改革については、岩崎（1996）が詳しい。カナダ連邦政府は増税なき財政再建をめざし、各年予算で赤字削減の具体的ターゲットを示し、順調に達成している。1997年度は、財政赤字を170億ドルにまで減らし、対GDP比3.0%にするという（Department of Finance, 1997）。

- 2) カナダの公的年金支出の対 GDP に占める割合は、5.2% (1995年現在) と OECD 諸国の中でもかなり低く、所得代替率も低い。後述する CPP の保険料率も先進諸国の中ではきわめて低いが、これは制度発足時にすでにあった民間の企業年金、個人年金市場を脅かさないように、制度設計されたためである。OAS 受給者に対する GIS 受給者の割合は、地域間格差が大きく、もっとも高いノースウエスト準州では72%、もっとも低いのがオンタリオ州で30%である。1995年現在、単身者の OAS, GIS の満額受給の合計額10,264ドルは、全国平均の貧困線10,769ドル、人口50万人以上の大都市の貧困線15,819ドルを大幅に下回る。夫婦の場合でも、合計16,642ドルと、全国の貧困線14,600ドル、大都市貧困線21,442ドルを下回っている。
- 3) 年間最高年金所得 (YMBE) は、カナダの平均賃金に等しく、YBE はその10%相当額である。賃金上昇率にあわせてこの額はスライドされている。連邦政府の CPP の報告書には、CPP は所得再分配機能はなく、その役割は OAS, GIS, SA そして、累進課税が担うものとされているが、保険料率算定方法だけ見れば、YBE によって低所得者の所得に占める保険料算定対象額は小さくなる。また、低所得者に対する優遇措置として、Drop-out Provision という除外規定がある。この制度は、保険料納付期間の平均標準報酬月額を求める際に、失業等で低所得になった期間を15%除外して計算することができる。別に、7歳以下の子供を養育するために低所得になった期間 (家族手当を受給した者もしくは児童扶養控除の適用者を対象とする) を除外できる Child-rearing Drop-out Provision という制度もある。
- 4) 州政府の力が強いカナダでは、CPP 改正には連邦政府のみならず、州政府の同意が必要とされる。①連邦政府は、承認できない事項に対しての拒否権をもつ。②3分の2の州政府 (4州) の同意が必要とされる。③カナダの人口は、ほとんどがアメリカ国境周辺に居住し、州間の人口格差が大きい。そのため、人口の3分の2が居住する州 (オンタリオ州) は、拒否権をもつ。また、ケベック州は、ケベック年金制度を独自に運営しているが、CPP 改正の会議に参加する権利をもつ。拒否権はないが、CPP の改正によって、QPP の給付水準も影響を受けるためである (Banting 1985 p. 56)。
- また、議論の過程で、連邦政府・州政府は公聴会やインフォメーションペーパーを通じて、国民に4つの問題を問いかけている。①受け入れ可能な公平な CPP の保険料引き上げはどこまでか。②保険料率の引き上げと給付の変更とバランスはどの程度が適切か。③政府案の提示案でもっとも実現可能性のあるものはなにか。④ CPP の積立金運用は利益極大化をめざすべきか。その方法はなにか、である。
- 5) 1997年の保険料率の差0.15%分は、1997年の納税申告時に徴収される。労働者1人あたりの保険料負担増加分は、最高で24ドル程度と予測されている。
- 6) カナダでは、労災保険は州の管轄であり、受給基準などは州によって異なる。
- 7) 増え続ける障害年金受給者への歯止めを設けるために、カナダ政府は1994年に認定の適正化を実施し、1995年頃より受給件数の増加傾向はゆるやかになった。その見直しは、①障害認定時の非医学的要因考慮の廃止、②給付後の受給者の障害状態の継続の確認、③受給者への就労促進である。
- 8) 保険料率の引き上げと、年間基礎控除の凍結に対しては、低所得者の負担増、景気回復への影響、事業主負担の増加による雇用創出への悪影響を懸念する声が出された (Globe and Mail 1997. 2. 15, Toronto Star 1997. 3. 4 など)。
- 9) カナダでは離婚時に、夫婦間の年金分割が認められている。離婚が正式に認められた時点で自動的に2人の年金権が分割され、サチュカチュワン州、ケベック州、プリティッシュ・コロンビア州をのぞき、夫婦は権利を放棄することはできない。しかし、実際は州法の家族法が優先され、1993年でも利用者は全離婚者のわずか5.8%にすぎない。そこで、年金分割見直し案が出されたが、今回は合意に至らず、次回への課題として残された。

引用・参考文献

- 岩崎美紀子 1996 「カナダにおける行財政改革」『地方自治』地方自治制度研究会 No. 589 1996年12月号
- 社会保障研究所 1989 『カナダの社会保障』東京大学出版会
- 新川敏光 1994 「カナダ福祉国家の発展と構造—年金制度を中心的事例として」國武輝久編著『カナダの憲法と現代政治』同文館
- 平石長久 1983 「カナダの年金制度と女性の立場」『海外社会保障情報』No. 61
- 村上清 1989 「年金制度」社会保障研究所編『カナダの社会保障』東京大学出版会
- 村上雅子 1984 「カナダの老齡年金制度について」『季刊・社会保障研究』1984. 6
- 清水敬 1997 「カナダの公的年金制度見直しの動きについて」『調査月報』ニッセイ基礎研究所1997. 2
- Banting, G. Keith 1985 "Institutional Conservatism: Federalism and Pension Reform" Jacqueline S. Ismael ed. "Canadian Social Welfare Policy" McGill-Queen's University Press"
- Department of Finance 1997 "Budget in Brief" Federal/Provincial/Territorial CPP Consultations Secretariat 1996 "Report on the Canada Pension Plan Consultations" 1996. 6
- Federal, Provincial and Territorial Governments of Canada 1996 "An Information Paper for Consultations on the Canada Pension Plan" 1996. 2
- Government of Canada 1997 "Securing Canada's Retirement Income System" Human Resources Development Canada 1996 "Income Security Programs" Human Resources Development Canada 1997 "Securing the Canada Pension Plan-Agreement on Proposed Changes to the CPP" Leonard Shifrin 1985 "Income Security: The Rise and Stall of the Federal Role" Jacqueline S. Ismael ed. "Canadian Social Welfare Policy" McGill-Queen's University Press" National Council of Welfare 1996a "A Guide to the Proposed Seniors Benefit" National Council of Welfare 1996b "A Pension Primer" OECD 1996 "OECD ECONOMIC SURVEYS CANADA" OECD 1995 "Private Pensions in OECD Countries CANADA" Pesando, J.E. and Reajr, S.A. 1977 "Public and Private Pensions in Canada: an economic analysis" Ontario Economic Council by University of Toronto Press Policy and Economic Analysis Program, Institute for Policy Analysis, University of Toronto 1996 "Outlook for the Canadian Economy: National Projection through 2020" Statistics Canada 1993 "Canada's Retirement Income Programs: A Statistical Overview" (まるやま・かつら 国立社会保障・人口問題研究所研究員)

中国国有企業の社会保険制度改革について

：養老保険，医療保険，失業保険改革を中心に

許 海 珠

はじめに

社会保障の内容は国や時代によって様々であるが、1950年代の初めに制度化された中国の社会保障制度には、社会保険，社会福祉，社会救済，優待扶恤（軍人及びその家族，革命殉死者の遺族への補償・優遇）という内容が盛り込まれ，図1のようにまとめられる。この制度の最大の特徴は，年金や医療費などの社会保障費用を全額国と企業が負担する点にある。だが，年金や医療費の国と企業の全額負担は，国と企業の経済的負担を一層増加させ，国家財政と企業経営を圧迫した。また，国有企業改革によって発生する企業の整理・統合，余剰人員の削減，企業破産によって，失業者の受け皿としての失業保険の確立が求められ，社会保障制度の更なる拡充が迫られている。こうしたことを背景に，政府は1984年に，社会保障制度改革を本格的に始めた。本稿では，社会保障の大きな柱となっている社会保険¹⁾の実態を国有企業の養老保険，医療保険，失業保険制度改革の現状の検討を通じて明らかにする。

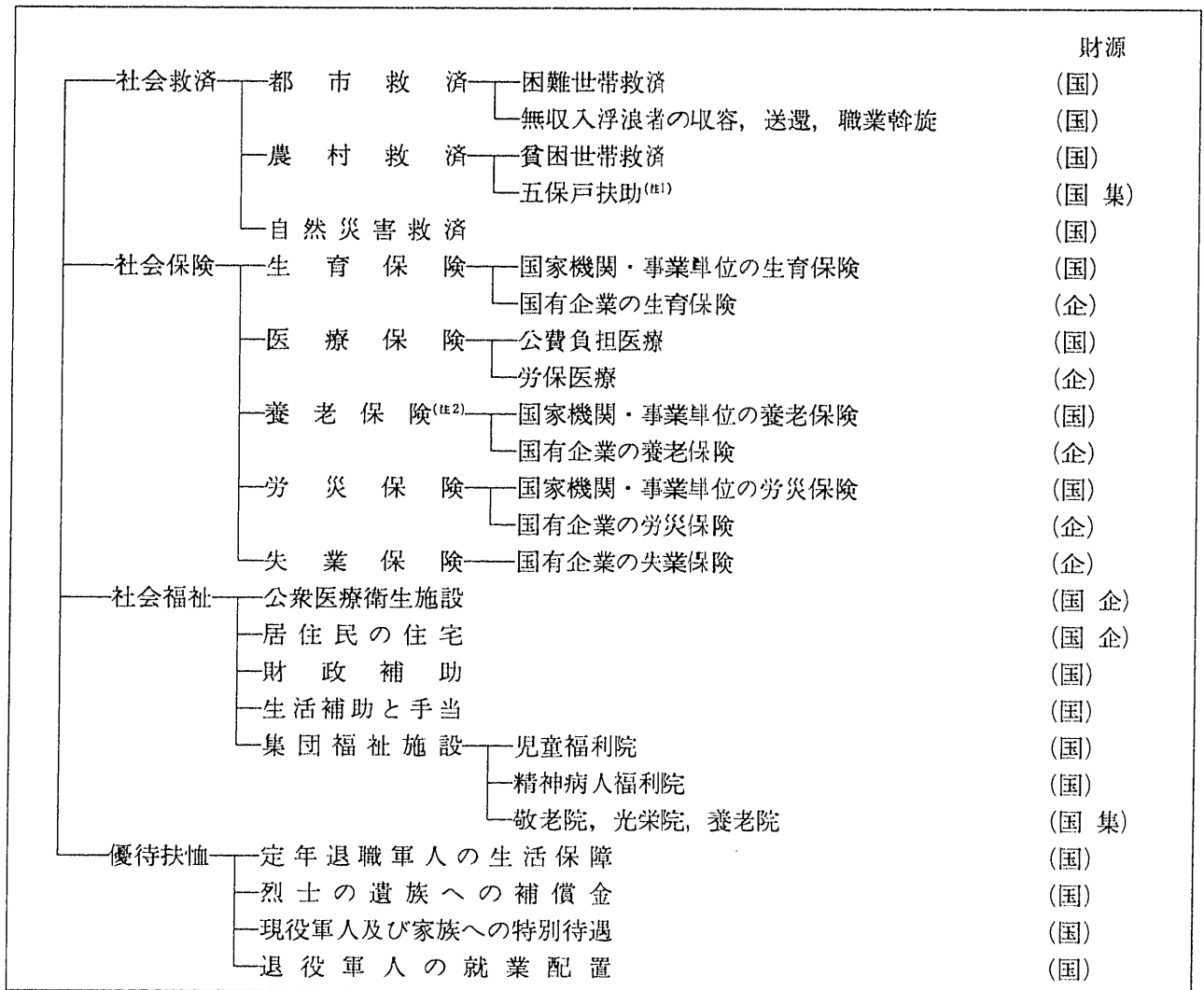
I 養老保険制度改革

養老保険制度改革は，まず養老年金の社会統

合，すなわち，社会保険機構による保険料の統一徴収，保険金の統一支出から始められ，徐々に個人負担の導入や年金の給付算定方式の改定などの改革が施行された。1996年の上半期までに，28の省，直轄市，自治区が養老保険制度改革の実施案を打ち出し，1億人余りの従業員が養老年金の社会保険に加入した²⁾。では，養老保険制度改革は，どのようにおこなわれているのか，その改革の内容を以下で見てみよう。

1. 養老年金の「社会化」

1978年，全国の在職者数は9,499万人，定年退職者数は314万人（両者の比率は30.3：1）であったが，それに関わる社会福祉支出は78億1,000万元で，同年のGNPの2.2%，全国賃金総額の13.7%であった。そのうち，養老年金支出は17億3,000万元で，社会福祉支出の22%を占めた。だが，1992年には，在職者数1億4,792万人に対し，定年退職者数は2,598万人（両者の比率は5.7：1）にも増え，それに伴う社会福祉支出も大幅に増大した。同年の社会福祉支出は1,309億5,400万元と同年のGNPの5.5%，全国賃金総額の33.24%に達した。そのうち，養老年金支出は614億7,000万元と社会福祉支出の46.9%を占めた³⁾。なお，「一人っ子政策」の実施や急ピッチで進む人口高齢化に伴い，養老年金の支出額はこれから更に増加することが予想される。表



出所：労働部課題組『中国社会保障体系的建立与完善』中国经济出版社，1994年，20ページ。

蔣蔚欣「中国における社会福祉の現状—中国民政部をめぐる社会福祉政策を中心に—」『社会福祉研究』第52号（1991年10月），24ページ。

注1：五保戸とは、農村に在住する、「五保制度」（五項目保障制）によって保障される世帯を指す。「五保制度」は、働く力がなく、寄る辺のない人に対して衣（衣服）、食、燃料、教育、葬儀の5つを保障する制度をいう。この制度は1956年に設けられ、今日まで引き続き実施されている。

注2：1950年代の初めに制度化された養老保険は国家機関・事業単位と国有企業のみを実施されたが、最近では個人養老保険、農村社会養老保険、三資企業の養老保険も大きな発展を遂げている。（国）は国家、（企）は国有企業、（集）は集団企業を指す。

図1 中国の社会保障体系

1は、都市部就業者数と定年退職者数の推計であるが、2000年には退職者数が3,654万人（5人の在職者が1人の退職者を養う）、2030年には更に9,127万人（2.4人の在職者が1人の退職者を養う）に達すると予測され、それに伴う年金支出額も膨大な額に達する。明らかに、これまで

通りに年金を全額企業が負担することは不合理かつ不可能である。現状を見ても赤字企業では、すでに従業員への年金支払ができなくなっている。こうしたことを背景に、養老年金改革は、まず養老年金の「社会化」に重点が置かれ、養老年金の社会統合が試みられた。

表1 都市部就業者数と定年退職者数の推計

年	就業者(A) (万人)	退職者(B) (万人)	(B)/(A) (%)	年	就業者(A) (万人)	退職者(B) (万人)	(B)/(A) (%)
1992	14,730	2,568	17.43	2025	21,496	8,127	37.81
1995	16,018	2,955	18.45	2030	21,878	9,127	41.72
2000	17,901	3,654	20.41	2035	22,129	9,977	45.09
2005	18,858	4,342	23.02	2040	22,206	10,247	46.15
2010	19,664	5,147	26.17	2045	22,206	10,245	46.14
2015	20,380	6,049	29.68	2050	22,206	10,303	46.40
2020	20,995	7,067	33.66				

出所：労働部課題組『中国社会保障体系的建立与完善』中国经济出版社，1994年，58ページ。

1984年、政府はまず広東の東莞、江蘇の泰州、遼寧の黒山の国営企業を選んで養老年金の社会統合、すなわち、社会保険機構による保険料の統一徴収、保険金の統一支出を実験的におこない、その後、1987年から全国に推し進めた。その結果、1988年の時点で、すでに、90%以上の県、市が養老年金の社会統合を実施し、従来の養老年金の企業からの給付体制を改めた⁴⁾。1994年には、全国すべての国有企業が市、県レベルでの社会統合を実現し、北京、上海、天津、福建、江西、吉林、山西、河北、四川、陝西、海南、寧夏、広東の13の省、自治区、直轄市では更に、省レベルでの社会統合を実現した⁵⁾。1996年上半期までに、全国で、8,738万人の在職者（全国都市企業従業員数の76.9%）と2,241万人の定年退職者（都市退職者総数の94.7%）が養老年金の社会統合に加入した⁶⁾。社会統合基金へ納付する保険料率は、国务院と地方政府の関係規定により、国有企業は従業員の賃金総額の16%～27%（平均19%）、業種保険を実施している鉄道、郵便部門は従業員の賃金総額の17%、退職者の多い大集団企業は従業員の賃金総額の27%と定められた⁷⁾。社会統合に加入した企業の養老年金は、退職者に対して社会保険機構か

ら給付されることとなり、すでに、1,014に達する県、市（1993年の時点）が年金給付を企業から社会保険機構（または銀行）へ移行した⁸⁾。

2. 個人負担の導入

1984年に実施した養老年金の社会統合への改革は、年金給付を制度的に企業から基金へ移行させ、年金の「社会化」の実現過程で重要な役割を果たした。だが、養老年金の社会統合への改革は、社会統合基金への保険料納付義務を企業のみになおせ、個人には保険料納付を義務づけられなかった。そのため、企業の年金負担は依然重く、当初の年金改革の最大の目標であった企業負担の軽減にはならなかった。そこで、1986年に初めて、保険料の個人納付制を導入した。

保険料の個人納付制は、まず、契約制労働者に導入された。1986年、国务院は「国営企業に労働契約制を実施することに関する暫定規定」を公布して、個人に保険料納付を義務づけた。すなわち、企業が契約制従業員賃金総額の15%、契約制従業員が本人標準賃金の3%を越えない額を養老年金の社会統合基金へ納付することが同「規定」で定められた⁹⁾。企業及び個人が拠出

する保険料は、毎月労働行政主管部門に所属する社会保険専門機構が開設した「退職養老基金」の専門口座に納付される¹⁰⁾。定年退職後はこの基金から月ごとに年金が支払われ、支払われる額は保険料を支払った期間、納付額及び本人の在職中の賃金水準などに基づいて決められる¹¹⁾。現在、1,600万人近くの契約制従業員がこの養老年金保険に加入している¹²⁾。そして、1991年から国有企業の固定制従業員にも保険料の個人納付が義務づけられた。現在、すでに、広東、江西、吉林、四川、山西、河北などの20余りの省、自治区、直轄市で、固定制従業員の保険料の個人納付が実現されている¹³⁾。固定制従業員の個人納付率は、一般的に、本人賃金総額の2%～3%であるが、地域によって、4%、5%を負担させる地域もある。例えば、天津市は4%、北京市は5%である¹⁴⁾。

3. 「上海モデル」の普及

これまで、個人が拠出した保険料は、基本的に、労働部が実施する養老年金の社会統合基金へ納められた。だが、労働部が実施する養老年金の社会統合では、保険料の徴収と年金給付とのアンバランス、すなわち、多額納付者への給付額と少額納付者への給付額があまり変わらないといった問題点が指摘されている¹⁵⁾。この構

造的問題は直接養老保険料の徴収に影響を与えた。近年、養老保険料の徴収率は年々低下している。1992年の養老保険料の徴収率96.3%に対し、1993年のそれは93.3%、1994年のそれは92.3%に下がっている¹⁶⁾。表2は1993年の基本養老保険基金の収支状況を表したものであるが、同年の国有企業の固定制従業員の基本養老年金の支出額は収入額を上回り、積立金を使い始めた。更に、集団企業の固定制従業員の養老年金会計はすでに8.3億元の赤字となっている。そこで、上海市は、1993年2月5日に「上海市・町の職員・労働者の養老保険制度改革の実施方案」を公布し、養老年金の社会統合と個人年金口座の積立制を結合させるテストをおこない、「上海モデル」を作った。「上海モデル」は、これまでの個人が拠出する保険料を全額社会統合基金へ納付する方式を改め、個人年金口座を導入する方法で個人が拠出する保険料を全額個人年金口座に入れるようにした。

「上海モデル」は、具体的には、企業が従業員の前年度賃金総額の25.5%、従業員が本人の前年度月平均賃金の3%（国有、集団企業及び国家機関・事業単位の従業員は3%、非国有企業の従業員は3%以上）の保険料を拠出する。企業が拠出する保険料（賃金総額の25.5%）のうち、従業員本人の前年度月平均賃金の8%に

表2 1993年の基本養老保険基金の収支状況

単位：億元

	収 入	支 出	収入－支出	累積積立額
総 額	439.6	408.4	31.2	245.0
国 有 企 業	360.6	330.8	29.8	223.7
そのうち：固定制従業員	298.8	304.4	－5.6	54.60
都市集団企業	73.80	76.10	－2.3	13.20
そのうち：固定制従業員	54.90	63.80	－8.9	－8.30

出所：丁煜「我国社会養老保険基金保值增值研究」『華東師範大学学報』（哲社版）1996年5月号、50ページ。

相当する額は個人年金口座に入れられ、残りは全額社会統合基金に入れられる。個人が拠出する保険料は全額個人年金口座に入れられる。個人年金口座の内訳は、個人が拠出する保険料(3%~8%)と、企業が拠出する保険料から控除される一定額(従業員本人の前年度月平均賃金の8%)と、社会統合基金(社会口座)が均等に従業員の個人年金口座に振り込む保険料(従業員の前年度社会月平均賃金の5%)と、保険金の貯蓄による銀行利息という4つの部分からなる¹⁷⁾。

個人年金口座制は、個人の保険料の納付意欲を引き出し、個人納付率を徐々に引き上げる際にも、抵抗を小さくする有効的な方法であると高く評価され、寧波、深圳、福建、天津、北京、吉林、江西などの地域でも実施されている¹⁸⁾。しかし、地域によって企業及び個人の保険料率や実施方法は異なる。例えば、保険料率は、天津市では企業が20%、個人が4%、北京市では企業が18%、個人が5%、上海市では企業が25.5%、個人が3%、吉林省では企業が21.5%、個人が2%など様々である(表3を参照)。このように、地域によって、保険料率や実施方法が異なっているため、個人年金口座の地域間の自由移転は困難であり、労働力の地域間の移動が制約されている。こうした問題に鑑み、政府は養老年金の徴収率を全国で統一することに動き出した。1996年、国務院の副秘書長張左己氏は朱鎔基副首相の「養老保険を早く統一せよ」との指示に従い、国家経済体制改革委員会、労働部、国家計画委員会、国家経済貿易委員会、財政部、人事部、中国人民銀行の7つの部門による連合調査チームを編成し、基本養老年金の統一問題をめぐる調査、研究をおこない、基本養老年金徴収率の「統一案」をまとめた。この「統一案」

の内容は次の通りである。企業は従業員平均賃金の25%、個人は本人賃金の8%を拠出する。個人が拠出した保険料は全額個人年金口座に入れられる。個人年金口座には、個人が拠出した保険料8%と企業が拠出した保険料から控除される本人賃金総額の3%が入れられる¹⁹⁾。この「統一案」は現在まだ実施されていないが、経済発展が多様化しており、地域間の経済格差も顕在化している現状下で、このような全国を統一した案が実施される可能性は薄いと考えられる。

表3 養老年金の地域別企業と個人の保険料率

単位：%

地 域	国有企業の保険料率	個人の保険料率
上 海①	25.50	3.0
天 津②	20.00	4.0
寧 波③	20.00	3.0
北 京④	18.00	5.0
河 北⑤	10.00	/
吉 林⑥	21.50	2.0
江 西⑦	21.00	1.0
煙台市⑧	18.50	/

出所：①胡俊凱「国有企業改革に伴う社会保障制度の変化」『中国経済』(JETRO)1996年11月号、32ページ。②③李樹満「深化養老保険制度改革の思考」『財經問題研究』1995年10月号、47~48ページ。④⑤徐滇慶 文貫中主編『中国国有企業改革』中国経済出版社、1996年、474ページ。中国経済年鑑編集委員会編集『中国経済年鑑1995』51ページ。⑥『吉林省城鎮企業職工養老保険制度实施方案』1995年3月、3~5ページ。⑦⑧前田比呂子「中国の社会保険制度改革」『アジア経済』1996年7・8号、162ページ。

注：上海、天津、寧波、北京、河北、煙台市(山東省)の国有企業の保険料率は従業員賃金総額に占める比率を指し、個人の保険料率は本人標準賃金総額に占める比率を指す。吉林と江西の国有企業の保険料率は従業員の月平均賃金総額と退職費総額の和に占める比率を指し、個人の保険料率はそれぞれ前年度月平均賃金に占める比率と標準賃金に占める比率を指す。

る。

以上で検討してきた基本養老保険（仕事を持つ者に対し、強制的に実施する法定の養老保険、すなわち公的年金のこと）のほか、企業の補充養老保険（余裕のある企業が従業員のために設ける保険）、個人の貯蓄型養老保険（民間の老齢保険、すなわち私的保険のこと）も大きな発展を遂げている。また、一部の地域では年金給付算定方法における改革もおこなわれている。これらの地域では、過去の単なる標準賃金に基づいて年金給付額を算定する方法を改め、物価変動や当該地域の従業員の平均賃金上昇率、勤続年数、保険の加入年数などとスライドさせて年金給付額を算定する方法を取り入れている。

以上の改革を通じて、養老保険制度改革は大きな成果を収めた。だが、養老保険管理体制の分散化問題、養老年金徴収率の低下と支出の拡大との矛盾、養老年金管理の弱化による基金の大量流出などの問題点もまだ多く残されている。

II 医療保険制度改革

1. 医療保険制度改革の背景

中国の現行医療保険制度には、公費負担医療²⁰⁾、劳保医療と農村合作医療が盛り込まれているが、その内容から、公費負担医療と劳保医療は社会医療保険に分類され、農村合作医療は、農民が自由意思に基づいて組織した相互援助の救済制度である。

国有企業の劳保医療制度は、1951年、政務院の「中華人民共和国労働保険条例」（以下、「労働保険条例」と略称する）の公布・実施に伴い制度化された。劳保医療は、国有企業の従業員を対象とする医療保険で、従業員の疾病や公傷

による診察費、入院費、薬剤費（通院の交通費、入院中の食事費は個人が負担）を全額企業が負担する個人無料の医療制度である。劳保医療は公費負担医療とは異なり、従業員が扶養する直系親族にも一部の項目（手術費、薬剤費）において、医療費の半額免除待遇が与えられている²¹⁾。劳保医療の財源は、企業の福利基金及び営業外支出からなるが、従業員及び直系親族の医療費は企業の福利基金から支払われ、退職者の医療費は営業外支出から支払われる。企業の福利基金は賃金総額の11%に決められ²²⁾、そのうち、2.5%が福利費とされ、3%が奨励金とされ、5.5%が劳保医療の保険金とされている。劳保医療の保険金として福利基金から控除される5.5%はコストに算入される。劳保医療の保険金が不足した場合は、企業利潤から繰り入れることができる。だが、利潤から繰り入れた部分はコストに算入されない²³⁾。

劳保医療における個人無料は、医療サービスや個人の過剰消費による医療費支出の急増をもたらした。公費医療の支出額は、1978年には28.3億元であったが、1985年には、64.4億元、1991年には267.5億元、1992年には318.2億元へと増加した²⁴⁾。インフレの影響を取り除いて実質支出額で見ても、1985年の48億元に対し、1992年には125.4億元となった²⁵⁾。上海市の場合、劳保医療による医療費支出の年平均増加率は1952～1983年には5.59%であったが、1983～1990年には24.2%に達した²⁶⁾。もちろん、医療費支出が急増する背景には、医療費の個人無料による個人の過剰消費だけではなく、従業員の年齢構造の高齢化に伴う医療費享受者の増加、物価の上昇による医薬品価格の上昇²⁷⁾、医療機関の利潤動機による意図的な薬剤の大量投与²⁸⁾、新医療技術の使用による医療費の向上²⁹⁾なども重要な要

困として挙げられる。

また、労保医療は基本的には企業の福利基金で支える「単位保険」であるため、従業員の医療保障は企業の景気変動に大きく左右されている。企業の経営状況がよいときには問題がないが、企業の経営状況が悪化した場合は、企業からの医療費支出は困難となり、従業員の医療保障が確保されがたい。ある炭鉱の事例であるが、同企業に勤務していたある従業員は長年病に侵されたが、企業が経営不振に陥ったため、同従業員への医療費支出ができなくなった。自己負担で治療を続ける経済力もなかった同従業員は、結局は治療を遅らせ亡くなったという³⁰⁾。河北省の15の軍事企業における調査でも、企業の経営不振による従業員への医療費の未払が目立っている。同調査では、3分の2に上る(10社)企業が、9,596人の従業員への医療費(総額98万余元余り)が未払となっていった³¹⁾。このように従業員へ医療費を支出できなくなった企業は他にも多く存在する。明らかに、「単位保険」の労保医療体制は、企業にとっては大きな負担であり、従業員にとっては保障が確保されない空洞化された医療保障制度に過ぎない。

こういった労保医療の問題に鑑み、国務院は1992年5月に正式に医療制度改革小組(委員会)を設立し、現行医療制度改革を本格的に始めた。現在では、すでに57の医療制度改革の実験都市が設けられている³²⁾。では、医療制度改革はどのようにおこなわれているのか、以下でその改革の実態を見てみよう。

2. 労保医療制度改革の内容

(1) 医療費支出に個人負担導入

労保医療制度改革はまず、これまでの医療費を企業が全額負担し、個人は負担しなかった

体制を企業と個人が共同で負担する体制作りから始められた。

医療費支出の個人負担の必要性を一番最初に提起したのは、1988年3月、衛生部により組織された医療制度改革の検討グループが起草した「全国職員・労働者の医療保険制度改革についての構想(草案)」である。同グループは「構想」の中で、「個人は外来診察及び入院医療費の15%~20%、入院ベッド代の2%~5%を負担する。個人負担の年間総額は当該単位(企業)の平均賃金の5%を越えないものとする」といった内容を書き入れた³³⁾。それから一年後(1989年3月)、同グループは、国務院の認可を経て、丹東、四平、黄石、株州で、医療保険制度改革のテストをおこない、深圳、海南で、社会保険総合改革のテスト(養老保険、失業保険、労災保険、医療保険の4項目が含まれる)をおこなった。その後更に、医療改革のテストを北京、天津、河北、河南、福建、広東、四川、湖北などの省、市へ広めた³⁴⁾。

また、医療費の個人負担の導入において、個人の過重負担を避けるため、次の条件を満たすことが求められた。①賃金を引き上げた上で個人負担を導入すること、②個人の負担額に上限を定めること(一般的に、個人の年間負担額は、個人の年間総収入の5%を越えないものとする)、③低い収入層の個人に補助(社会医療保険機構または企業がおこなう)または減免措置を講じること、④法定の病気(例えば、伝染病、精神病など)と断定した個人に個人負担を免除すること³⁵⁾。

個人負担の具体的方法は地域によって異なるが、多くの地域では、「個人定額包容制」を導入している。「個人定額包容制」とは、企業が年齢や勤続年数に応じて、一定金額の「個人医療費

定額」を予め従業員に支給し、従業員は受診する際、まずそこから医療費を支払い、年末清算で、「個人医療費定額」に残額が生じれば、それを全額従業員本人が受領し、不足が生じれば、事情に応じてその不足額を企業が負担するか、または、企業と従業員が共同で負担する制度である。「個人定額包容制」は小額の軽病医療（中国では「小病医療」と呼ぶ）を対象としたものである。

また、地域によって個人の「医療費定額」や個人の負担額は異なる。例えば、上海市の場合、予め個人に支給する年間の「個人医療費定額」は、35歳未満は、一人当たり8元、36歳～50歳は10元、51歳以上は12元となっている。個人は薬剤費の10%を負担するが、医療費はまず「個人医療費定額」から支払う。年末清算で、個人が負担した薬剤費が年間20元以内であれば、全額個人が負担し、20元以上であれば、企業に実費請求する³⁶⁾。だが、深圳市は上海市とは違って、年間の「個人医療費定額」は、年齢及び前年度の平均賃金総額に応じて定められている。例えば、30歳未満の「個人医療費定額」は賃金の6%、30～39歳は賃金の7%、40～49歳は賃金の8%、50歳以上は賃金の10%である。なお、「定額」は個人に予め支給されるのではなく、医療保険基金に納める。「定額」内の医療費は医療保険基金が支払い、「定額」外の医療費は、個人が10%、医療保険基金が90%を負担する。年末清算で、年間の「個人医療費定額」に、残額が生じれば、残額の20%を次年度へ繰り越す。また、医療費の個人負担額が当該単位（企業）の前年度平均賃金総額の8%を越えた場合は、超過した部分を医療保険基金が負担する。更に、医療費の個人負担が困難である場合は、個人負担の減免を申請することができる。また、従業

員には「職工医療保険証」が発布される³⁷⁾。青島市は上海市と同様、年齢に応じて「個人医療費定額」が定められているが、その額は上海の2倍以上である。例えば、個人に支給する「個人医療費定額」は、年間35歳未満は20元、36～45歳は22元、46～55歳は24元、56歳以上は26元となっている。個人は医療費の10%を負担するが、個人が負担した額が年間50元以内であれば、全額個人が負担し、50元以上であれば、「公費医療定額」から支払う³⁸⁾。こうした「個人定額包容制」方式をとっている企業は現在全国で70%に達する³⁹⁾。

(2) 重病医療の社会統合の実施

「個人定額包容制」は個人の医療費の過剰消費を抑制し、企業の医療費負担を軽減するための一措置として導入され、一定の効果を収めた⁴⁰⁾。だが、「個人定額包容制」は軽病医療を対象としているため、重病医療の問題解決にはならない。そこで、1992年3月19日、労働部は「重病医療費の社会統合を試行することに関する意見」をとりまとめ、重病医療の社会統合を実施する方針を明らかにした⁴¹⁾。

重病医療の社会統合は、重病を患った場合の医療費補填を目的とした基金制度である。加入主体は、主に、国有企業、県以上の集団所有制企業（固定工、契約工を含む）の在職者と離職、退職者である。重病医療の社会統合基金は、以下の内臓疾病、悪性腫瘍、嚴重外傷及び計画内出産による合併症、応急手当、また継続或いは1回の医療費支出が300元（入院治療は500元）を越える病症に限って医療費を支払う。重病医療の社会統合基金の財源は、主に、企業が毎月在職者一人当たり2～4元（福利基金から支出）、退職者一人当たり5～10元（企業の「営業外支出」から支出）という基準で重病医療の社

会統合基金へ納付する保険料からなる⁴²⁾。保険料の納付において、業種を単位として社会統合をおこなう場合は、当該業種に属する各独立採算単位（企業）が在職者と退職者の人数に応じて保険料全額を一括して重病医療の社会統合基金へ納付する。県という地域を単位として社会統合をおこなう場合は、銀行が直接各企業の企業口座から必要額の保険料を控除し、それを重病医療の社会統合基金へ納める。保険料を1日滞納した場合は、1%の滞納金を納め、連続3ヶ月滞納した場合は、重病医療の社会統合基金からの医療費支払を停止する。重病医療の社会統合基金は以下の基準で医療費の支払をおこなう。医療費が300元（入院治療は500元）以上～1,000元の場合は、社会統合基金が80%、1,000～1,500元の場合は85%、1,500～2,000元の場合は90%負担する。社会統合基金が負担する以外の医療費については、本人が所属する企業と個人が共同で負担する（一般的に、企業が90%、個人が10%負担する）。医療費が2,000元以上の場合は、社会統合基金が100%負担する。だが、将来は、1,000～2,000元の医療費に対し社会統合基金が85%、2,000元以上の医療費に対し90%を負担する方針である⁴³⁾。

以下で青島市の重病医療における社会統合の実施状況を見てみよう。同市では、急病による応急措置、各種内臓疾病、嚴重外傷、悪性腫瘍、また出産難による合併症などの治療費が300元を越えた場合を重病医療と認定している。重病医療による医療費の大部分は重病医療の社会統合基金が支払う。重病医療の社会統合基金は、301～1,000元の医療費に対し80%、1,001～2,000元の医療費に対し90%、2,001～3,000元の医療費に対し95%、3,000元以上の医療費に対し98%を負担する。重病医療の社会統合基金が負

担する以外の医療費については、企業と個人が折半で負担する。器官移植手術などの医療費支出が1万元以上の場合は、重病医療の社会統合基金が50%、企業が45%、個人が5%負担することになっている⁴⁴⁾。

現在、重病医療の社会統合を実施している省、直轄市、自治区は、四川、河南、北京を始め23の省、市、自治区に達しており、すでに、420の市、県の702万6,000人の従業員が重病医療の社会統合に加入している⁴⁵⁾。

(3) 個人医療口座制の実施

1995年1月1日、国務院は江西の九江と江蘇の鎮江に地域を基本単位とする医療保険の社会統合と個人の医療口座制を結合させるテストを試行した。具体的には、企業が従業員賃金総額の10%、個人が本人賃金総額の1%を拠出する。企業が拠出した保険料は、一部は医療保険の社会統合基金に納入され、一部は個人の医療口座に入れられる。個人の医療口座の内訳は、個人が拠出した保険料（本人賃金総額の1%）と、企業が拠出した保険料から一定の比率で控除した保険料（例えば、45歳未満の場合は本人賃金の4～4.5%、45歳以上の場合は同5.5%～6%、退職者の場合は同5.5%の金額を企業が拠出した保険料から控除した金額）の2つの部分からなる。個人の医療口座は個人が所有し、医療費は、まず個人の医療口座から支払う。個人の医療口座の保険金がなくなった場合は、個人と医療保険の社会統合基金が以下の基準で負担する。①個人が支払った医療費が本人賃金の5%未満であれば、全額個人が負担する。②個人が支払った医療費が本人賃金の5%以上、5,000元未満であれば、個人が10%負担する。③個人が支払った医療費額が5,000元以上、10,000元未満であれば、個人が8%負担する。④個人が支払

った医療費が10,000元以上であれば、個人が2%負担する。退職者は在職者負担額の半分を負担する⁴⁶⁾。

(4) 企業と病院との「医療費定額管理」の実施

「個人定額包容制」は個人の医療費の過剰消費を抑制するために講じた措置であるとすれば、企業と病院との「医療費定額管理」(中国では「廠院定額管理」と呼ぶ)は、医療部門の過剰サービスを抑制するために講じた措置であるといえよう。企業と病院との「医療費定額管理」は、次のような方法で実施されている。企業は毎年労働者の人数に応じて算定した「医療費定額」を全額病院に支給する形で、医療費管理を病院に任せる。すなわち、医療費管理を過去の企業管理から病院管理へ移行したのがこの管理方式の特徴である。上海市では、すでに1990年から「医療費定額」(一人当たり平均184元の基準で算定)を全額病院(それぞれの契約病院)へ支給する方式を取り始めた。「医療費定額」は全額病院に支給されるので、病院の企業への医療費請求はできなくなっており、病院は支給された「医療費定額」で病院運営を維持しなければならない。言い換えれば、「医療費定額」に不足が生じれば、それを全額病院側が補填しなければならない。これまで通りに過剰サービスをしづらい状況になった。上海市の「医療費定額管理」が実施されている病院では「医療費定額」を次のように配分している。すなわち、「医療費定額」の72%(一人当たり132元に相当)を従業員の診察費と薬剤費に、21%(一人当たり40元に相当)を従業員の転診医療費(他の病院に転診する場合の費用)に、7%(一人当たり12元に相当)を労働者への医療手当に回している⁴⁷⁾。

北京市も企業と病院との「医療費定額管理」の実施を通じて、医療費の企業管理から病院管

理への移行を実現した。だが、北京市は上海市とは違って、「医療費定額」に不足が生じた場合、それを全額病院側が補填するのではなく、病院側は不足する医療費の15%~20%のみ負担し、残った80%~85%は財政が負担することになっている⁴⁸⁾。青島市も、企業と病院との「医療費定額管理」を実施しているが、実施方法は上海市や北京市とは異なる。同市の「医療費定額」は全額病院に支給されるのではなく、「医療費定額」の85%(15%は公費医療弁公室が留保して調剤費、超過支出の補填費に使用する。ちなみに、同市の「医療費定額」は一人当たり352元である)が病院に支給される。年末清算で、「医療費定額」に残額が生じれば、「医療費定額」の10%を越えない基準で、残額を病院が留保し、不足が生じれば、それが不合理な支出であったと判明されれば、全額病院側が負担する⁴⁹⁾。このような企業と病院との「医療費定額管理」を実施している企業は、現在、全国で30%に達しているという⁵⁰⁾。

以上で検討してきた国有企業の労保医療改革は、主に、企業の医療費負担の軽減や医療費の過剰消費の抑制、医療保険の「社会化」を中心に、医療費支出に個人負担を導入すると同時に医療保険の社会統合を実施する方向で進められてきた。だが、医療保険制度改革は養老保険制度改革に比べると進展が遅いことから改革の難しさが一段と感じられる。

3. 医療保険制度改革における問題点

(1) 「個人定額包容制」の問題点

「個人定額包容制」の導入は、個人の自己負担意識を高め、個人の医療費の過剰消費を抑制するのに一定の効果を収めたとされている。だが、「個人定額包容制」はあくまでも企業内部で

の改良措置に過ぎず、従来の劳保医療の問題点である従業員が企業へ完全に依存している関係を根本的には解決していない。企業は依然劳保医療の「単位保険」体制から離脱していない。なお、「個人定額包容制」下で個人に課させる負担率は極めて少なく、個人に自己負担の圧力をほとんど与えていない。しかし、これは個人に自己負担の圧力を感じさせることによって、個人の過剰消費を抑制するという本来の主旨とは矛盾し、制度自身の限界が指摘される。

(2) 個人の医療口座制の問題点

サンプル調査では、公費医療（公費負担医療と劳保医療）の享受対象のうち、25%の被保険者が医療費支出が発生しないのに対し、20%の被保険者（主には退職者と中年在職者）が全体医療費の80%も使っていることが判明した⁵¹⁾。この調査結果に基づいて、個人の医療口座制を考える場合、個人の医療口座制が実施されれば、医療費支出の発生しない25%の被保険者の医療保険金が個人の医療口座で寝てしまうことになる。すなわち、医療費支出の発生しない被保険者が多ければ多いほど、個人の医療口座で寝てしまう医療保険料が多くなる。だが、医療保険料が大幅に不足している現在、たとえ少額であってもそれを個人の医療口座に放置しておくことは、医療保険料の有効的活用という視点から考えれば、決してよい状況とはいえない。個人の医療口座の設置には慎重に検討を重ねるべきであろう。

(3) 「特殊層」における医療費の個人負担問題

ここでいう「特殊層」とは、医療費の優遇対象、すなわち、離職幹部（1949年以前に革命に参加した人の定年退職）、二等乙級以上の身体障害軍人、高級幹部及び特殊病種に属するものを指すが、この層に対する公費医療問題をうまく

処理できるか否かは医療制度改革の成否に関わる重要な問題である。この「特殊層」の医療費用は、およそ、一般幹部の10倍前後である。河北省の直属の行政事業単位の職員はのべ3万5,389人、そのうち、医療費の優遇対象は4,680人、全体の13%であるが、医療費支出は全体の54%を占めている。また、1990年、同省秦皇島市直属機関の一般幹部の一人当たりの公費医療費額は192元であったが、老幹部の一人当たりの医療費額は2,235.25元にも達し、一般幹部の11.6倍となった。北京市の場合も医療費の優遇対象は全体の3.3%に過ぎないにもかかわらず、それらの人の医療費支出額は全体の27%にも達している。同市の一般幹部の一人当たりの医療費額185.98元に対し、医療費優遇対象の一人当たりの医療費額は2,018.06元と一般幹部の10.85倍となっている⁵²⁾。

ここで見られるように、医療費の優遇対象者は少ないものの、医療費の支出額は相当大きい。だが、これまでの改革で実施してきた医療費の個人負担は、一般労働者、退職者と一般幹部が対象となっており、離職幹部らの「特殊層」には個人負担が課させられていない。だが、医療費の大きな支出がこの「特殊層」によるものであることを考えれば、この「特殊層」に対する改革なしでは、医療費の過剰消費を有効かつ全面的に抑制することは困難であろう。江西省の事例からもその問題が鋭く指摘されている⁵³⁾。今後、この「特殊層」における医療制度改革がどのように進められるのかは、医療制度改革全体の成否に関わる重要な課題であるといえよう。

III 失業保険制度改革

1. 失業保険制度の確立背景

中国の社会保険制度は、1950年代の初めに制度化された。だが、当時の社会保険体系には、養老保険、医療保険、育児保険、労災保険のみが含まれ、失業保険は含まれなかった。失業保険は1986年に「国营企業の職員・労働者の失業（待業）保険暫定規定」が公布されて初めて確立された。失業保険制度が確立した背景には、主に、次の2点が挙げられる。

(1) 都市就業圧力の一層強化

これまでに、中国は厳しい戸籍制度⁵⁴⁾の実施や都市知識青年の上山下郷運動（学生や幹部などが農山村に長期間定住し、思想改造をはかると共に農山村の社会主義建設に協力すること）を通じて、都市の就業圧力を緩和してきた。

知識青年の上山下郷は、中国の誤った人口政策（多産奨励、出産制限の否定）、所有制政策（非公有制経済を否定）、産業政策（重工業優先、軽工業、農業、第三次産業の軽視）の産物である。誤った人口政策、所有制政策、産業政策により、国は毎年新たに増加する大量の新規労働力を企業内ですべて手配することができなくなった。そこで、1950年代末から1960年代の初めに、やむを得ず、都市の知識青年を動員して農村に配分し、農業生産に参加させるという就業政策を提起した⁵⁵⁾。この時期に配分された知識青年の規模はまだ小さく、累計約130万人（1962年～1966年）で、しかも大部分は国营農場に配分された。だが、1966年に始まった「文化大革命」は、経済を大きく破壊させ、都市部の就業問題は更に深刻になった。都市知識青年は国营農場のみならず、農業生産にも配分され、その数は

膨大な規模に達した。1969年～1976年までに、全国で農村に下放された知識青年は累計1,202万人に達した。これは、その当時の新規従業員総数の40.6%に相当するものであった⁵⁶⁾。

しかし、こうした知識青年の農村への下放は、一時的には都市失業を緩和させたものの、中国の就業問題を根本から解決することはできず、都市や農村にもともと存在していた大量の潜在的失業を更に激化させ、低効率の運営を強めた。文化大革命の終結によって、こうした「左」の就業政策は批判され、知識青年は農村から都市に戻り始めた。だが、それはまた、知識青年の就業問題を解決するための就業先の創出を必要とした。そこで、1978年、政府は経済体制改革を打ち出し、非公有制経済の発展を奨励し、自営就業と求職を結びつける方針を打ち出した。この政策は、就業問題を解決するにあたって重要な役割を果たした⁵⁷⁾。だが、この政策にも限界が見られ、知識青年や新規労働者の就業問題を完全に解決することはできず、失業を認めざるを得なくなった。

(2) 「高就業、低賃金」制度の崩壊

国有企業では、1950年代の半ば以降、終身雇用制が定着し、労働者は国家の労働部門によって、統一的に管理、分配されてきた。国家の統一分配制度は、根本からいえば、国家機関・事業単位及び企業の必要に応じて労働力を配分するために作られたのではなく、「高就業」を維持するために作られたものであった。そのため、企業は必要とする人材を公募によって選択的に採用することも、また不必要な労働者を解雇することもできなかった。その結果、余剰人員が多く蓄積し、「2人分の仕事を3人でやり、2人分の飯を3人で食う」という体制が構築され、生産性が著しく阻害されていた⁵⁸⁾。「高就業、低

賃金」体制は、新中国成立後の一定の期間において、社会の安定を速やかに実現し、国の重点建設を保証するなどの面で、重要な役割を果たしてきた。しかし、それは計画経済体制全体と同様に初めから低効率運営の体制であり、しかも、経済改革の深化に伴い、その弊害はますます深刻となり、根本的改革が必要となった⁶⁰⁾。そこで、終身雇用制の撤廃が重要な課題となり、労働契約制が導入された。労働契約制の導入により、国有企業は法的に自らの必要に基づいて従業員を公募採用または解雇できるようになった。また、中国経済の市場経済体制への移行は同時に余剰人員の削減、企業破産を可能にさせ、失業者の受け皿とする失業保険制度の確立が急務となった。

こうしたことを背景に、1986年、国務院は「国营企業の職員・労働者の失業（待業）保険暫定規定」（以下「暫定規定」と略称する）を公布し、失業保険制度を設けた。その後、1993年4月に、「国有企業の職員・労働者の失業（待業）保険規定」（以下「規定」と略称する）を公布して、失業保険を更に整備した⁶⁰⁾。1994年末まで、全国で失業保険に加入した職員・労働者数は9,500万人（そのうち、国有企業が47万社、従業員が7,400万人である）で、1993年の7,924万人に比べて20%も増加した⁶¹⁾。また、同年には、180万人の失業者を救済し、106万人の再就職を実現し、360万人余の特別困難企業の従業員に生活補助金を支払った⁶²⁾。1995年には、全国で35億3,000万元の失業保険料が徴収され、18億9,000万元（そのうち、失業救済、再就職促進に15億1,000万元が充てられたという）が必要に応じて支出された⁶³⁾。

2. 政府の失業対策

失業問題に対応して、政府は様々な措置をとってきた。1993年4月、政府は「国有企業の余剰職員・労働者の再就職に関する規定」を公布して、余剰人員の再就職を目的に設立した第三次産業の独立採算制企業に対して、開業から2年間は所得税を免除し、3年目は半額にするなど、第三次産業の発展を奨励する政策を打ち出した。更に、労働力市場の科学的管理を実現するために、1994年には、失業登録制度とモニター制度を確立することを決め、100の企業と10の都市を実験地を選び、失業率、長期失業率、不完全失業率とその他の経済指標をモニターで分析することにした⁶⁴⁾。それに続いて、失業コントロールの新しい政策も打ち出した。失業コントロール政策の内容は次の通りである。①失業率、長期失業率、人員整理の規模及び関連の社会、経済指標に基づいて、国、省、地域の失業受容能力を測定し、それに基づいて警戒ラインを定め、失業を監視する。②労働部門を中心に、各部門に専門機構を設立して、失業を減らすための諸活動を進め、全国的な失業コントロール体制を徐々に作り上げていく。③関連法規、法律の制定によって、企業の人員整理を規範化し、人員整理に申し込み制度を設ける。違法的な人員整理については、労働部門が監督・検査をおこなった上で、法に基づいて処理する。④集中的かつ大規模な人員整理については、政府の関係部門が当該企業に再就職費の支払を義務づけ、それを失業者の再就職に充てる。また国は、行政手段や法律の公布を通じて、企業が高齢者を対象とした人員整理を禁止する。⑤すでに多くの債務を抱えているものの、救済可能な企業については、関係部門が厳格な審査をした上で、元利支払を一時猶予し、企業の更生をはかり、

大量の破産と失業を回避する。⑥失業率の上昇を抑制するために、農村からの労働者募集を規制する。また、企業が人員を補充する際には、まず失業者の中から募集するよう誘導する。⑦失業保険金の中に、中央と省クラスの調整金を設ける。特定の地域の失業が警戒ラインを超えているにもかかわらず、保険金不足で失業給付ができなくなった場合には、中央や省クラスの調整金で調整できるようにする。⑧破産、倒産企業に対しては、査定資産の中からまず就業援助経費を控除し、それを失業者の再就職に優先的に充てる⁶⁵⁾。その後、1995年に、労働部は「再就職工程」を全面的に打ち出した。この「工程」を通じて、1995年からの5年間で、1,000万人の長期失業者及び余剰人員のうち、800万人を再就職させる方針を決めた⁶⁶⁾。また、「中華人民共和国国民経済と社会発展の第9次5カ年計画及び2010年の長期目標綱要」の中にも、「5年間で4,000万人の都市就業を新たに増加し、4,000万人の農業労働力を非農業産業に移転し、都市失業率を4%前後に抑える」といった具体的な目標数値を提起した⁶⁷⁾。そして、1997年第8期全国人民代表大会第5回会議では、再就職促進の一環として、地方財政、企業及び社会保障基金がそれぞれ一定額を拠出し、「再就職基金」を設置し、再就職を促進することを明確に打ち出した⁶⁸⁾。1986年に失業保険が制度化されて以来、各級労働部門によって設けられた失業保険機構は2,100余り、職業紹介サービス機構は15,000、就業訓練センターは2,500に達している⁶⁹⁾。こうして、失業者の再就職の道は徐々に開かれつつある。

だが、失業保険制度には、まだ改善すべき点が多くある。以下、3点にしばって問題点を挙げることにする。

3. 失業保険制度の問題点

(1) 「暫定規定」と「規定」における問題点

「暫定規定」では、失業保険救済の対象範囲を破産企業の従業員、破産に瀕した企業の法定整頓期間中に削減された従業員、労働契約が停止または解約された契約制従業員、解雇された従業員の4種類に限定した。失業保険基金の財源は、国有企業が従業員の標準賃金総額の1%を税引き前に拠出する保険料と地方財政の補助金からなる。失業救済金は、勤続年数が5年以上のものに最長24ヶ月分を支給する。1年目(1ヶ月~12ヶ月の間)は、本人の月標準賃金の60%~75%、2年目(13ヶ月~24ヶ月の間)は、本人の月標準賃金の50%を支給する。勤続年数が5年に満たないものには、月標準賃金の60%~75%を最長1年間(12ヶ月分)支給する。失業保険は各級労働部門が統一的に管理する。失業保険の給付項目には、失業救済金、失業者の医療費、退職金、職業訓練費、失業保険管理費が含まれている⁷⁰⁾。

1986年の「暫定規定」に基づく約7年間の試行後、1993年4月に、改訂された「国有企業の職員・労働者の失業(待業)保険規定」が公布された。同「規定」ではまず、保険料の納付基準を従来の従業員標準賃金総額の1%から賃金総額の0.6%~1%に改めた。失業救済金の給付においても、従来の月標準賃金の60%~75%または50%という給付基準を当該地域の民政部門が定める社会救済金の120%~150%に改めた(第13条)⁷¹⁾。また、失業保険救済の対象範囲も更に拡大させた。「暫定規定」では、失業保険救済の対象範囲を破産企業の従業員、破産に瀕した企業の整頓期間中に削減された従業員、解雇された従業員、労働契約が停止または解約された従業員という4種類に限定したが、「規定」では、

「国家の規定により解散する企業及び生産の停止で整理される企業の従業員」、また「国家の法律、法規または省、市、自治区（地方一級行政区）政府の規定に基づいて保険の給付を受けられるその他の従業員」（第2条）が新たに付け加えられた。しかし、「暫定規定」にしる、「規定」にしる、失業保険救済の対象はあくまでも国有企業の固定制従業員（終身雇用）、契約制従業員に限定され、国有企業が雇用する農民契約労働者（農民合同制工人）、他の経済セクターの従業員には失業保険が設けられなかった。

また、両規定では、失業保険金の納付を企業のみ義務づけ、個人には義務づけていない。だが、企業負担を軽減させるためには、個人納付が不可欠である。失業保険の国、企業、個人の三者の共同負担について、現在様々な案が提案されているが、大体次の3つにまとめられる。
 ①個人は賃金総額の1%、企業は賃金総額の4%～5%を失業保険基金へ納付する。保険基金が不足した場合、国の財政が補填する。
 ②個人は当該地域の年平均賃金の一定比率（0.5%を越えないものとする）、企業は当該地域従業員の年平均賃金の一定比率（1%を越えないものとする）を失業保険基金へ納付する。保険基金が不足した場合、国の財政が補填する。
 ③個人は賃金総額の1%以下、企業は従業員賃金総額の1～2%を失業保険基金へ納付する。保険基金が不足した場合、国の財政が補填する⁷²⁾。

現在、失業保険料の個人納付はほとんど実施されていないが、一部実施している地域においても個人の納付額は非常に少ない。例えば、黒龍江省のチチハル市では、失業保険料として企業が標準賃金の1%、従業員が毎月1元（同市国有企業の31万人の従業員が失業保険に加入）を納付し⁷³⁾、營口市では、従業員が毎月0.5元を

納付する⁷⁴⁾。

(2) 失業救済金の算定における問題点

「暫定規定」では、失業救済金を月標準賃金の60%～70%または50%という基準で給付すると規定した。だが、標準賃金が収入全体に占める割合が過去の90%以上から現在の53.4%（ボーナス、手当が47%前後を占める）までに落ち込んでいる状況下で、依然月標準賃金を基数に失業救済金を算定する方法には大きな問題点がある。これまで通りに、月標準賃金の60%～70%という基準で、失業救済金を計算すれば、給付される失業救済金は実際の賃金収入の32%～37%にしか達していない。公表された数字によれば、1988年の失業救済金は、一人当たり平均40元前後で、国が規定した最低限生活標準救済金の63元を下回っており⁷⁵⁾、1993年の失業救済金は社会平均賃金の30%にしか達していない⁷⁶⁾。

このような「暫定規定」での問題をふまえ、93年の「規定」では、失業救済額を「暫定規定」で定められた月標準賃金の60%～70%（または50%）から民政部門が定める社会救済金の120%～150%に改めた。だが、この新しい算定方法も失業救済金の低給付率という問題を根本から解決することはできなかった。「規定」での新しい算定方式に基づいて、93年の江西省の失業救済金を計算した場合、同省の失業救済金は54～67.5元（同省の社会救済金は45元）となり、同省の最低生活水準月收入78.36元の69%～86.5%で、依然低い水準に止まっている⁷⁷⁾。世界労連（IWW）が公布した168号公約では、失業者の失業救済金は従来の労働者収入の50%を下回ってはならないと規定しているが、中国はその基準を大きく下回り、給付基準における算定方法の改定が迫られている⁷⁸⁾。

(3) 失業者の「廠内待業」の問題点

失業保険制度は、失業者の受け皿として確立されたものの、まだ完備されていないため、余剰人員を抱え込む企業が多い。また、社会の安定を最優先する政府も、余剰人員をできるだけ社会に出さず、企業内で吸収、配転するような政策をとっているため、失業者の増加は政策面からも抑制されている。現在、失業保険が適用されている失業者は僅か全体の1.5%にしか達しておらず、98%以上の失業者が「廠内待業」(在職失業)となっている⁷⁹⁾。失業者(廠内待業)は企業の経済的負担を一層増加させ、企業経営を圧迫している。このように、失業保険はまだ本来の果たすべき役割を十分に果たしていない。「廠内待業」者がどれだけ社会に分離されるかは、失業保険金の規模がどれだけ失業率に耐えられるかにかかり、失業保険基金の充足が不可欠である。だが、いまのように失業保険を国有企業のみ限定しては、失業保険基金の財源が狭く、失業保険基金の大量蓄積が困難となる。したがって、失業保険基金をより多く蓄積するためには、失業保険を国有企業のみならず、すべての経済セクターに拡大しなければならないであろう。

「廠内待業」による経済的負担に耐えられなくなった一部の企業では、独自の解決方法で、「廠内待業」者問題の解決に踏み切っている。国有企業である広州無線電廠は、「一次性買断工龄」(一度で勤続年数を買取る)方式で、「廠内待業」者を企業から切り離した。同廠は過去従業員を3,000人抱えていたが、現在は1,800人に削減された。削減された1,200人のうち、330人が「一次性買断工龄」方式で企業からの離脱を実現した。「一次性買断工龄」の方式を選択した従業員には勤続年数に応じた補償金が一括し

て全額支払われる。ただし、その時点で、企業と彼らとの契約関係は完全になくなり、彼らは企業からのすべての福利待遇を受けられず、老後の養老や医療など、すべて自ら解決しなければならない。勤続年数が一番長かった従業員は「一次性買断工龄」の補償金として4万元をもらったという⁸⁰⁾。だが、すべての企業がこのような相当額の補償金を出せるものではなく、この方式の一般的な普及は困難である。明らかに、根本的な解決方法は、依然として失業保険制度そのものの整備にほかならないと考えられる。

おわりに

社会保険制度改革は、国、企業、個人の三者の共同負担の新しい体制作りを中心に進められてきたが、三者の負担率をどう適切に定めるかは重要な問題である。これまでの改革で、失業保険を除いて、養老保険と医療保険には個人納付が義務づけられた。だが、個人の納付率は低く、企業の社会保険負担は改革前とほとんど変わらず依然重い。しかし、個人の賃金水準や心理的要素などを考慮すれば、それ以上の個人納付は困難であり、従業員の反発も招きかねない。当面、企業負担を軽減させるには、政府が社会保険改革に必要な起動基金を用意するほかないと考えられる。起動基金は、一部の固定資産或いは財産所有権の売却による資金や国有企業の土地使用権の有償譲渡による資金、または社会保障債権の発行による資金で解決すればよいであろう⁸¹⁾。

また、社会保険改革において、養老保険にしても、医療保険にしても、失業保険にしても、給付基準の不合理性(給付基準の低さ)が指摘され、基準の改定が迫られている。だが、基準

の改定にあたって、保障基準を高く設定しないことをつねに忘れてはならない。西側諸国では、近年来社会保障基準を引き下げる政策を何度も打ち出しているが、被受益権者の反対で、政策の実行が難航しており、社会保障費の赤字額はますます増大する傾向にある⁸²⁾。イギリスのケンブリッジ大学管理学院のベガリンド(H. Berglind)教授が指摘したように、中国は発展途上国であり、しかも、人口、余剰労働力(潜在的失業)が多いので、社会保障水準を生産力の発展水準に合致したものにすることは特に重要である⁸³⁾。中国の年金制度は、近年の改革を通じて徐々に賦課方式(現在の勤労者が支払う社会保険料を現在の年金受給者が受け取る方式)と基金方式(個人が支払う社会保険料を国が積み立て、それを退職後に受け取る方式)へ移行しつつある。「賦課方式の場合、年金制度への新規加入者が増加している間は年金会計は次第に大きくなるが、逆に新規加入者の数が減少し年金受給者の数が増大すると赤字化し制度が破綻する」⁸⁴⁾。中国は「一人っ子政策」の実施によって、人口の高齢化が急速に進むのに対し、年金制度への新規加入者数はますます減少することが予想され、年金会計は厳しい状況に直面する。年金会計が赤字になった場合は、一般会計から補填されるが、その額が多ければ多いほど財政は圧迫され、更には危機に陥る。これらの問題をふまえ、基準の改定には慎重に対応しなければならない。

もちろん、西側諸国の社会保障支出額が急増している背景には、経済成長率を上回る高福祉政策だけではなく、失業率の上昇による失業救済金の増加、人口高齢化に伴う養老年金及び医療費支出の増加も指摘されている⁸⁵⁾。中国もこれからは西側諸国と同様、高齢化社会に伴う養

老年金支出の増加や激しい市場競争による失業者の増大に直面する。したがって、社会保障会計赤字を克服するためには、社会保障基準の適切な設定だけではなく、失業対策や高齢化社会に対応できるシステム作りも重要であろう。

最後になるが、社会保険制度改革において、法整備の重要性も指摘しておかなければならない。中国の社会保険制度は、50年代の初めに制度化されたものの、制度そのものは立法によって制度化されたのではなく、「条例」、「暫定規定」などの政策的文献によって制度化され、いまだに関連の法律が設けられていない。そのため、制度そのものに随意性や不徹底さが露呈されている。

注

- 1) 中国の社会保険制度は、基本的には、国有企業の従業員を対象とする労働保険と国家機関・事業単位(主に各級政府機関、党派、人民団体及び文化、教育、科学研究、衛生部門を指す)を対象とする社会保険の二本立てである。労働保険と社会保険には、生育保険、医療保険、養老保険、労災保険、失業保険という内容が盛り込まれている。国有企業の労働保険は、1951年の「中華人民共和国労働保険条例」の公布に伴い制度化され、国家機関・事業単位の社会保険は、1950年の「革命工作人員の死傷補償金に関する暫定条例」(労災保険の確立)、1952年の「人民政府、党派、団体及び所属部門の国家機関の職員に公費負担医療の予防措置を実施することに関する指示」(医療保険の確立)、1955年4月の「女性職員の育児休暇に関する通知」(育児保険の確立)、1955年12月の「国家機関職員の定年退職処理に関する暫定方法」(養老保険の確立)という「単行条例」の公布によって制度化された。社会保険制度が国有企業と国家機関・事業単位だけに導入されたのは、恐らく当時の国家財力の脆弱により、広範囲での普及が不可能であったことが背景にあったと考えられよう(労働部課題組『中国社会保障

- 体系的建立与完善』中国经济出版社，1994年，237～241ページを参照)。
- 2) 『中国通信』1996年8月7日，10ページ。
 - 3) 胡俊凱「国有企業改革に伴う社会保障制度の変化」『中国経済』(JETRO)1996年11月号，29～30ページ。
 - 4) 朱勇 潘屹『社会福利の変奏—中国社会保障問題—』中共中央党校出版社，1995年，71ページ。
 - 5) 労働部課題組『中国社会保障体系的建立与完善』254ページ，朱勇 潘屹『社会福利の変奏—中国社会保障問題—』71ページ。
 - 6) 『中国通信』1996年8月7日，10～11ページ。
 - 7) 黄弘明「从日本保險業看中国保險業的改革」『同济大学学报』(人文·社会科学版)，第5卷，第2号(1994年12月)，55ページ。
 - 8) 『人民日報』1993年7月19日。
 - 9) 1986年の「国有企業に労働契約制を実施することに関する暫定規定」は1992年の5月に一部修正され，企業の納付する養老年金の保険料率は15%から15%前後に改定された(小林熙直「雇用・社会保障制度の改革」，藤本昭編著『中国市場経済への転換』日本貿易振興会，1994年，128ページ)。
 - 10) 横山宏「中国の社会保障への道」『社會科學討究』第38卷，第3号(1993年)，865ページ，劉慶唐主編『労働合同制手冊』科学出版社，1987年，27ページ。
 - 11) 木崎翠『現代中国の国有企業—内部構造からの試論』アジア政経学会，1995年，158ページ。
 - 12) 労働部課題組『中国社会保障体系的建立与完善』69ページ。
 - 13) 労働部課題組『中国社会保障体系的建立与完善』70ページ。
 - 14) 国務院發展研究センター主催，中国经济年鑑編集委員会編集『中国经济年鑑1995』，51ページ。
 - 15) 胡俊凱「国有企業改革に伴う社会保障制度の変化」31ページ。
 - 16) 馬繼庚「我国城鎮養老保險制度改革中的矛盾及創新」『經濟科学』1996年4月号，23ページ。
 - 17) 1996年10月23日，大阪市立大学経済学部第4会議室で，上海老齡学会会長張開敏先生の講演録「上海市の人口高齡化」に基づいて整理したものである。
 - 18) 李樹滿「深化養老保險制度改革的思考」『財經問題研究』，1995年10月号，総第143号，47ページ。
 - 19) 湯曉莉「補充養老保險的前景如何」『中国改革』1997年1月号，45ページ。
 - 20) 公費負担医療は，各級政府機関，党派，人民団体及び文化，教育，科学研究，衛生などの事業単位の職員，農村に在住している2等乙級以上の革命身体障害軍人，大学の在學生を対象に実施する社会医療保險のことである。
 - 21) 尹伯成 徐文虎 曹恒春編著『中国社会保障制度改革』復旦大学出版社1993年，139ページ。
 - 22) 1992年以降，企業の福利基金は過去の賃金総額の11%から14%に引き上げられた(労働部課題組『中国社会保障体系的建立与完善』106ページ)。
 - 23) 郭士征 埋橋孝文「現代中国の社会保障—現状と改革の方向—」『Int = Lecowk』834巻，1993年11月，28ページ，尹伯成 徐文虎 曹恒春編著『中国社会保障制度改革』139ページ。
 - 24) 楊徳志「在社会主义市場經濟体制下医療保險制度改革刍議」『經濟経緯』1994年3月号，100ページ，『中国労働統計年鑑1993』505ページ，陳朝先「国有企業の社会保険負担和歴史包袱」『中国工業經濟』1995年2月号』44ページ。
 - 25) 前田比呂子「中国の社会保険制度改革」『アジア經濟』1996年7-8月号，150ページ。
 - 26) 郭士征 埋橋孝文「現代中国の社会保障—現状と改革の方向—」28ページ。
 - 27) 88種類の西薬(西洋医学で用いる薬剤)，82種類の漢方薬の価格変動状況を調べたところ，1989年の西薬の価格は1979年より215.9%、漢方薬は399%値上がりした(国務院研究室課題組編著，主編鄒平『中国職工医療保健制度改革』華文出版社，1993年，122ページ)。また，北京地区の三級病院を対象に実施した調査結果にも，医療費の暴騰が目立つ。1984年に胆囊手術をした場合，患者負担は200～300元であったが，1992年のそれは2,000～3,000元に達した。また，簡単な心臓体外循環手術においても，1984年の患者負担額700～800元に対し，1992年のそれはなんと7,000～8,000元にも膨らんだ(常文虎「関与我国医療体制改革的調査

- 与思考』『求是内部文稿』1994年10月号、24ページ)。
- 28) 病院側の意図的な大量の薬剤投与は、1985年の病院改革から始まった。政府の医療部門(医療系統)への財政支出は、主に、医療部門の職員の賃金と設備投資に充てられるが、近年の政府の財政支出(絶対額は増加)の医療費総支出に占める割合はますます減少しており、医療部門の職員の賃金調整が困難となった。政府の財政支出が医療費総支出に占める割合は1980年には30%、1985年には27%、1987年には更に低下して19%となった(徐滇慶 文貫中主編『中国国有企業改革』中国経済出版社、1996年6月、440ページ)。政府の財政投入の不足は医療部門の職員の賃金調整に困難をもたらし、同部門職員の賃金水準は社会平均収入水準を下回るに至った。そこで、病院は、病院の収入と個人の賃金収入を結びつける改革を始めた。病院長は各科室と、各科室主任はそれぞれの個人との形で上から下へ次々と請負契約指標を定めた。その結果、すべての職員にとって、請負指標を達成することが何よりも重要なこととなった。大量の薬剤投与はこうした背景下で生じた。公表された数字によれば、薬剤費支出は医療費総支出額の67%にも達している(徐滇慶 文貫中主編『中国国有企業改革』438~440ページ)。
- 29) 北京市では、80台のCT、30台のMRI新技術を有しているとされている。ちなみに、イギリスのロンドンではCTは5台、MRIは1台との数字である(國務院研究室課題組編著、主編鄧平『中国職工医療保健制度改革』3ページ)。これらの新技術の導入にかかったコストを早く回収するため、病院側は必要性を問わず、CT(1回検査で200~400元がかかる)或いはMRI(1回検査で800元がかかる)の検査を一律患者に進めているという(朱勇 潘屹『社会福利的変奏—中国社会保障問題—』90ページ)。その結果、1993年の調査で、衛生部所属病院のCT検査の陽性率は50.2%、MRI検査の陽性率は34%という結果が得られた(徐滇慶 文貫中主編『中国国有企業改革』444ページ)。こうした新技術の濫用による医療費向上を防止するため、北京市では、CT及びMRIなどの医療費が100元以上かかる種目に、審査・認可制を設けた(國務院研究室課題組編著、主編鄧平『中国職工医療保健制度改革』131ページ)。
- 30) 楊徳志「在社会主义市場経済体制下医療保険制度改革刍議」100ページ。
- 31) 國務院研究室課題組編著、主編鄧平『中国職工医療保健制度改革』4ページ。
- 32) 『中国通信』1996年8月7日、11ページ。
- 33) 國務院研究室課題組編著、主編鄧平『中国職工医療保健制度改革』95ページ。
- 34) 國務院研究室課題組編著、主編鄧平『中国職工医療保健制度改革』96ページ。
- 35) 労働部課題組『中国社会保障体系的建立与完善』108~109ページ。
- 36) 朱勇 潘屹『社会福利的変奏—中国社会保障問題—』95ページ。
- 37) 國務院研究室課題組編著、主編鄧平『中国職工医療保健制度改革』106~107ページ。
- 38) 青島市はいまの個人負担率を将来は以下のように改定するという。すなわち、個人は外来診察費の10%、入院費の5%、ただし、入院費が2,000元を越えた場合は2%を負担する。個人負担の限度額は、100~150元とする。それを越えた場合は、「公費医療定額」から支出する(國務院研究室課題組編著、主編鄧平『中国職工医療保健制度改革』161ページ、164ページを参照)。
- 39) 郭士征 埋橋孝文「現代中国の社会保障—現状と改革の方向—」30ページ。
- 40) 「個人定額包容制」の導入により、江蘇省、北京市、江西省、広東省、青島市などの地域では、程度の差はあるものの、医療費の個人の過剰消費が改革前よりはかなり抑制されたという(國務院研究室課題組編著、主編鄧平『中国職工医療保健制度改革』142ページ、125ページ、152ページ、158ページ、162ページ、168ページを参照)。
- 41) 朱勇 潘屹『社会福利的変奏—中国社会保障問題—』96~97ページ。
- 42) 國務院研究室課題組編著、主編鄧平『中国職工医療保健制度改革』96ページ。
- 43) 國務院研究室課題組編著、主編鄧平『中国職工医療保健制度改革』20~22ページ。

- 44) 国務院研究室課題組編著, 主編鄧平『中国職工医療保健制度改革』165~166ページ。
- 45) 『人民日報』1993年7月19日, 『中国通信』1996年6月21日, 6ページ。
- 46) 徐滇慶 文貫中主編『中国国有企業改革』446~447ページ。
- 47) 郭士征 埋橋孝文「現代中国の社会保障—現状と改革の方向—」30ページ。
- 48) 国務院研究室課題組編著, 主編鄧平『中国職工医療保健制度改革』124~125ページ。
- 49) 国務院研究室課題組編著, 主編鄧平『中国職工医療保健制度改革』160~161ページ。
- 50) 郭士征 埋橋孝文「現代中国の社会保障—現状と改革の方向—」30ページ。
- 51) 蔡仁華「我国職工医療保険制度改革探討」『理論月刊』1994年, 29ページ。
- 52) 国務院研究室課題組編著, 主編鄧平『中国職工医療保健制度改革』38~39ページ。
- 53) 江西省では, 一般従業員, 退職者には医療費の個人負担を義務づけたものの, 離職幹部らの「特殊層」には個人負担を義務づけなかった。その結果, 「特殊層」における医療費支出は依然多く, 医療費全体の過剰消費問題は依然解決されていないという(国務院研究室課題組編著, 主編鄧平『中国職工医療保健制度改革』153ページを参照)。
- 54) 中国では, 戸籍を農村戸籍と都市戸籍の2つに分けているが, この戸籍管理制度の実施によって, 農村人口の都市への流入が厳しく制限された。1950年代に確立されたこの戸籍管理制度は, 農村人口の都市への大量流入による政府の社会経済的コスト負担を抑制し, 都市の就業圧力を緩和させるために設けられた。中国の戸籍管理制度については, 前田比呂子「中国における戸籍移転政策」『アジア経済』第37巻5号(1996年5月)を参照。
- 55) 総合研究開発機構編『中国経済改革の新展開—日中経済学術シンポジウム報告—』NTT出版, 1996年, 215ページ。小島麗逸教授は, 都市知識青年を農村に送った背景には単なる都市における就業機会を十分に創出できなかっただけでなく, 農業生産の停滞から都市人口を養う十分な食糧調整ができなかったこと, 更に都市住宅建設資金が不足し, 居住住宅を供給できなかったことも挙げられると指摘している(石原享一編『中国経済の多重構造』アジア経済研究所, 1991年, 157ページを参照)。
- 56) 総合研究開発機構編『中国経済改革の新展開—日中経済学術シンポジウム報告—』215ページ。
- 57) 総合研究開発機構編『中国経済改革の新展開—日中経済学術シンポジウム報告—』215~217ページ。
- 58) 藤本昭編著『中国市場経済への転換』日本貿易振興会, 1994年, 125ページ, 尹伯成 徐文虎 曹恒春編著『中国社会保険制度改革』109ページ。
- 59) 総合研究開発機構編『中国経済改革の新展開—日中経済学術シンポジウム報告—』214ページ。
- 60) 「暫定規定」と「規定」では, 失業保険の対象範囲を国有企業のみ限定したが, 多くの地方では, 地方独自の政策に基づいて, 失業保険範囲を更に拡大している。1994年までに, 27の省, 自治区, 直轄市が失業保険に関連する地方法規を公布した。そのうち, 26の省が失業保険の範囲を国有企業から非国有企業までに拡大した。その結果, 1994年の失業保険への新規加入者のうち90%以上が非国有企業の従業員が占めた(『中国統計年鑑』1995年, 52ページ)。
- 61) 総合研究開発機構編『中国経済改革の新展開—日中経済学術シンポジウム報告—』219ページ。国有企業の従業員, 政府機関・事業単位の契約制労働者は, 基本的には1992年の段階で, すでに失業保険への加入を完了したという(『工人日報』1993年4月21日)。
- 62) 国務院発展研究センター主催, 中国経済年鑑委員会『中国経済年鑑1995』52ページ。
- 63) 『中国通信』1996年6月21日, 5ページ。
- 64) 『中国通信』1994年4月7日, 1ページ。
- 65) 『中国通信』1994年4月28日, 4~5ページ。
- 66) 労働部就業司 張昕「深化失業保険制度的改革」『宏観経済管理』1995年4月号, 11ページ。
- 67) 馮藍瑞「中国第三次失業高峰的状況及対策」『新華文摘』1996年12月号, 50ページ。
- 68) 『人民日報』(海外版)1997年3月2日。
- 69) 労働部就業司 張昕「深化失業保険制度的改革」10ページ。

- 70) 陳宗勝「失業、失業保障及労働市場」『天津社会科学』1994年6月号, 13ページ, 藤本昭編著『中国市場経済への転換』142ページ。
- 71) 張茂松「社会主義市場経済体制条件下的失業社会保険」『経済経緯』1994年3月号, 97ページ。
- 72) 労働部就業司 張昕「深化失業保険制度的改革」11ページ。
- 73) 衛興華「我国社会主義保障制度的功能与作用」『社会科学戦線』1993年1月号, 45ページ。
- 74) 藤本昭編著『中国市場経済への転換』146ページ。
- 75) 尹伯成 徐文彪 曹恒春編著『中国社会保険制度改革』128ページ。
- 76) 労働部就業司 張昕「深化失業保険制度的改革」10~11ページ。
- 77) 最近, 江西省の民政部は社会救済金を45元から70元に引き上げた。それに伴い失業救済給付額も従来の54~67.5元から84~105元に引き上げられた(林加奇 蔡汝平「建立社会失業保険制度的難点与对策」『南昌大学学报』(社会科学版)第26卷, 1号(1995年3月), 61ページ)。
- 78) 林加奇 蔡汝平「建立社会失業保険制度的難点与对策」61ページ。
- 79) 十国社会保障改革課題組「中国社会保障制度改革的基本設想」『経済学動態』1994年12月号, 60ページ。
- 80) 陳朝先「国有企業の社会保険負担和歴史包袱」45ページ。
- 81) 十国社会保障改革課題組「中国社会保障制度改革的基本設想」61ページ。
- 82) 十国社会保障改革課題組「社会保障制度的国際比較」『経済学動態』1994年8月号, 76ページ。
- 83) 李培林「建立社会保障体制应当借鑑的經驗和注意的問題—中国社会科学院代表团赴德, 英, 瑞考察報告—」『経済学動態』1994年4月号, 40ページ。
- 84) 北野浩一「ブラジルの社会保障改革—先送りにされた抜本的見直し」『アジア研ワールドトレンド』NO 13 (1996年6月) 26ページ。
- 85) 十国社会保障改革課題組「社会保障制度的国際比較」75~76ページ。
(Xu Hai Zhu
大阪市立大学大学院博士課程)

西村由美子編著『アメリカ医療の悩み：どこに問題があるのか』
(サイマル出版会)

川 渕 孝 一

クリントン大統領は1993年9月22日夜（日本時間23日午前）、米上下両院合同会議での演説において、1930年代のF. ルーズベルト大統領による社会保障制度の導入以来の、歴史的な社会制度改革と言われる医療保障（ヘルスケア）制度の改革案を発表した。米国史上初の国民皆保険と、財政赤字削減のための医療費コスト抑制が二大目標で、①医療保障（国民皆保険）、②簡素化、③経費節減、④選択の自由、⑤医療の質の向上、⑥責任、の6つの原則を打ち出し、94年末までの立法化を呼びかけ、先進国の中では最も遅れている医療保険制度の改革が「最優先課題」と強調した。

しかし、1994年10月、クリントン大統領の唱えた医療制度改革は失敗に終わった。米国議会は会期内に医療制度改革法案を成立させることを断念したからである。

本書を読むと、①クリントンの医療制度改革がどうして失敗したのか、②問題点の所在は明らかになったのに、何故、米国で医療制度改革が困難なのかが非常によく分かる。

本書によれば、「医療改革が成功しなかったのは、クリントン大統領の政治的な力量と経験の不足に起因する見通しの甘さと、戦略的な失敗とによる」としている。

具体的には、まず第一に、「クリントン政権が国政経験に欠けていたこと」を挙げている。つ

まり、米国の議会における政策策定過程に十分に精通したスタッフがクリントン陣営にいなかったと言うのである。

第二に、「基本的な戦略にもいくつかの重大な誤り」を犯したことである。ここで言う重大な誤りとは、①「ファースト・レディ」のヒラリーの登用によって本音の議論が封じられた、②医療界を取り巻く数多くの利害関係者への十分な働きかけがなかった、③クリントン陣営に十分な妥協の姿勢が見られなかった、さらには、④メディア対策が十分でなかったことなどの一連の失敗を言う。

そして第三に、クリントン法案そのものが内容的に難解で、誰も全体像が把握できなかったことを挙げている。その結果、「政府統制の強い医療改革になるのではないか」という恐れを国民に植えつけ、国民のクリントン離れ現象が生まれたと言うのである。

こうした簡潔・明瞭な指摘が、本書のプロローグの中でなされているので、読者は勞せずしてアメリカの医療制度が有する矛盾を理解することができる。つまり、序章の部分を読めば米国で医療制度改革を断行することがいかに難しいかを読者はある程度把握することができるのである。

実際、本書は、3部構成からなるが、これらはすべてプロローグで指摘された内容をより詳

しく説明する構造となっている。具体的には、まず第I部「米国の医療制度—しくみと問題点」は4章から成り、①米国の医療界がいかに巨大な市場になっているか、②国民皆保険が達成されているわが国と異なり、米国には、いかに多種多様な保険者・被保険者が存在するか、③米国の高齢者医療・介護政策がいかに、貧弱なものであるか、④米国の医療界は、コストシフティングによってこれまで無保険者の医療費負担を解決してきたことなどが述べられている。

次に、第II部「制度改革—そのダイナミズム」は、3章から成り、①米国議会における立法過程がいかに複雑怪奇で専門的な運営能力を要するか、②メディアを巻き込んだロビイストの活動がいかに多岐にわたり無視できないものであるか、③連邦制を採用している米国では、わが国と異なり連邦政府（国）と州政府の関係が、決して中央集権的ではなく、州の自治権が極めて強いことが述べられている。

そして第III部「新しい医療制度—どう作るか」は3章から成り、①クリントン法案が他の対案と比べて、いかに膨大で、難解なものだったか、②本書の編者の一人でもあるアラン・エントーベン氏が提唱する「マネージド・コンペティション」という概念と照らし合わせて、医療制度改革法案（クリントン法案を含む）がいかなる得失を有していたか、③米国の医療制度改革には保険へのアクセスの拡大、給付内容の拡大、そして多様性への対応といった指標を同時に解決する策が求められるが、その実現は難しいことなどが指摘されている。

以上、本書の概要について述べたが、このほか、本書を読めば、とかく分かりにくいとされる米国の医療制度の全貌も理解できるので、米国の医療制度を網羅的に知りたいという読者に

は必読の書と言える。本書は、米国在住の医療専門家によって書かれたという点で、米国の医療制度を断片的に紹介したこれまでの書物とは趣を異にするわけである。まさに、本書は、スタンフォード大学のアジア太平洋研究センターで、1990年1月に発足した医療政策比較研究プロジェクトの活動成果の産物と言えよう。

しかし、本書に対して、一言クレームをつけるならば、確かに本書を読むことによって米国で医療制度改革を実行することがいかに困難かはよく分かったが、こうした問題点を解決するための具体的な処方せんが示されていない。なるほど、第III部の中で、アラン・エントーベン氏が唱える「マネージド・コンペティション」の考え方が示されているが、①この考え方が他の対案に比べていかに優れているのか、②これをどのようにして制度化するのか、はっきり見えてこない。

願わくば、多くの困難を克服するための将来に向けた「処方せん」が示されていれば、もう少し実践的な書になるのではないだろうか。わが国でもヘルスケア・リフォーム（医療保険改革）という言葉が最近いろいろな場で使われるようになったが、その力点は問題点を羅列する段階から、これをいかに解決するかという具体的な「処方せん」を提示する段階に移っている。確かに本書は「急激な高齢社会が進んでいる日本にとっても、有効な示唆に富んでいる」部分はあったが、大胆な処方せんの提示がなかったことは、非常に残念である。

しかしながら、本書は最近の厚生行政のあり方を再検討し、今後わが国が進むべき方向を見極める上で、極めて有用な書であることは疑いのない所である。ぜひ一読することを勧めるものである。

西村由美子編著『アメリカ医療の悩み：どこに問題があるのか』

(かわぶち・こういち

国立医療・病院管理研究所主任研究官)

Nicholas Barr

The Economics of the Welfare State

(Stanford University Press, 1993)

駒村康平

I

本書の著者の Nicholas Barr 氏はロンドン大学 (LSE) 経済学部上級講師であり、税制、所得保障、社会保障に関する業績も多い。また世界銀行の中欧、東欧といった旧共産主義国における社会保障制度整備に関するプログラムにも参加しており、国際的な活躍をしている経済学者である。

1995年1月から3月まで、私は社会保障研究所 (現国立社会保障・人口問題研究所) から、イギリスへ海外調査研究に行った際に、関西大学の一圓光彌先生のご紹介をいただき、Nicholas Barr 氏の大学院講義を傍聴させていただく機会を得た。この時の講義は、東欧における国営企業の民営化が中心であった。Nicholas Barr 氏は大変気さくな方で、直接、Journal of Economic Literature の抜き刷り (*Economic Theory and the Welfare State: A Survey and Interpretation* 後述) をいただくことができた。

II

本書は日本で言う社会保障制度に関する経済

分析である。ただし、日本とイギリスでは、当然、社会保障制度の領域は異なっている。また、本書は *Economic Theory and the Welfare State: A Survey and Interpretation*, Journal of Economic Literature Vol. XXX (June 1992), pp. 741-803 にも要約されているが、こちらの論文のほうは各国社会保障の改革の評価が中心になっている。本書を読む前にこちらの論文を読むと、大づかみできると思う。対象はイギリスが中心であるが米国他先進国の社会保障にも目を配っている。

本書は15章から構成されており、大きく、第1部 概論、第2部 現金給付、第3部 現物給付、第4部 要約の4部によって構成されている。各章とも制度の紹介、制度の経済分析、研究蓄積の紹介、制度の評価と展望といった構成になっている。いきなり理論分析、実証分析に入らずに、価値基準、政策評価基準、制度、歴史を前半にきちんと示しており、その後、社会保障制度に対する理論的、実証的分析、政策評価を展開しており、規範的、実証的分析双方に目を配ったバランスがとれた構成になっている。この本では①経済理論から導かれる制度の中で福祉政策の目的に合致するのはどれか、②これまでの実証研究から支持される理論的な帰結があるかということが分析されている。日本

においても、このような体系的でバランスのとれた社会保障制度の経済分析のテキスト刊行が期待される。

本書はあくまでも教科書であり、これまでの社会保障に関する経済分析の研究蓄積をあますことなくサーベイしており、そういった点で大変参考になった。ただし、あくまでも教科書であり、特に目新しい分析手法、理論的なモデルが提示されているわけではない。以下、各部について紹介する。

III

第1部概論部分は6章構成になっており、効率性と所得再分配といった福祉国家の目的、社会正義の定義、測定の問題を中心に、政府介入の根拠、保険の理論、不平等の基本理論を取り扱っている。

第1章において、福祉国家の定義と分析対象が行われている。福祉国家とは現金給付、医療保障、教育、食料、住宅、その他社会サービスといった領域における政府の役割である。

日本の社会保障制度が念頭にある読者は社会保障制度の構成が異なる点に注意する必要がある。図はイギリスの社会保障の体系である。福祉国家の目的は、効率性（マクロ、ミクロ、インセンティブに対する中立性）、生活レベルの維持（救貧、現在の生活水準の維持、生涯にわたる所得の平準化、垂直的平等、水平的な平等）、社会的な統合、行政的適当さ（制度の明解性、濫用や不正使用のないこと）である。

第2章は福祉国家の歴史的背景をサーベイしており、救貧法以降の福祉国家前史、英国における戦間期の動向、アメリカにおける救貧政策、第二次世界大戦とその直後、英国とアメリカに

おける最近の発展などが整理されている。

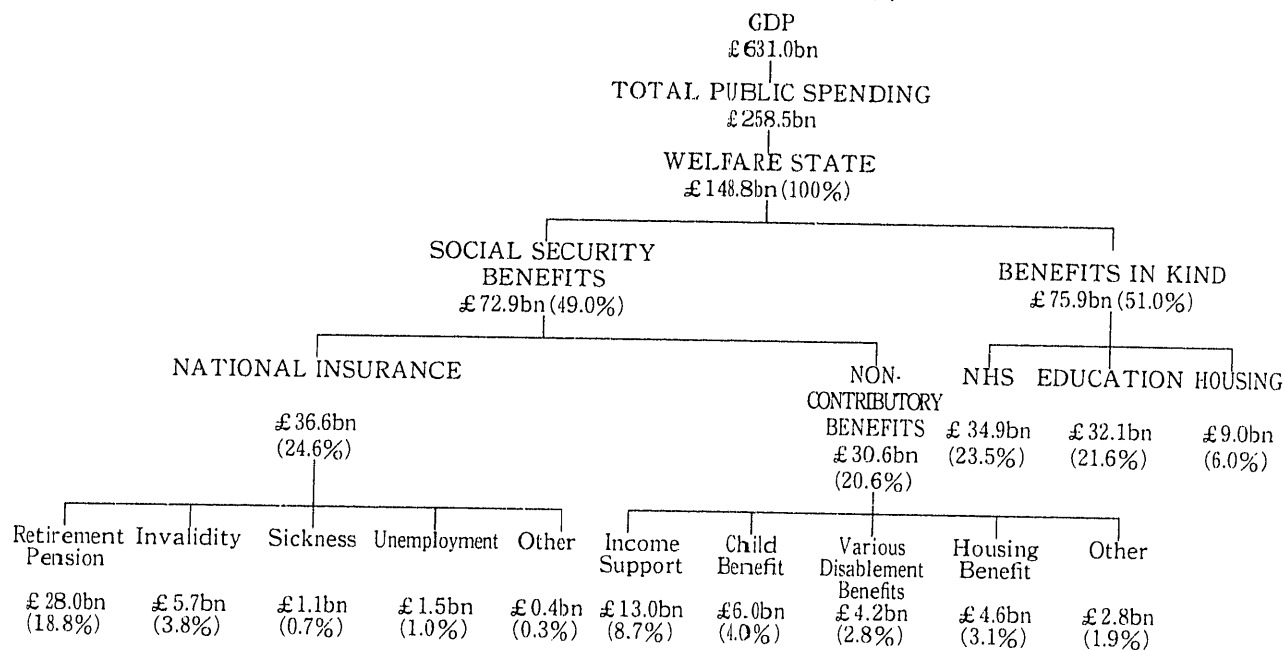
第3章は政策理論として、社会正義と国家の役割について、功利主義、マルクスからロールズまでの社会正義の概念と国家の役割がまとめられ、配分におけるパレート改善、ロールズ改善、社会主義改善の比較もわかり易く説明されている。

第4章は政府の介入が正当化される根拠と政策評価基準、政府の限界が整理され、不完全競争や様々な市場の失敗、不完全情報、所得分配の外部性、価値財、近視眼的行動が効率性、社会正義のための介入の根拠にあげられている。政府の介入方法には①質と量と価格に対する直接的な規制、②補助金、課徴金、税など価格操作による介入、③公的にサービスを供給する方法、④所得の再分配などがある。この他、再分配の方法として現金給付と現物給付の比較や公共選択と政府の失敗が取り上げられている。

第5章は保険について取り上げている。Nicholas Barrは先に紹介した論文でも社会保険、私的保険について情報の非対称性をめぐる保険需要者、供給者の行動について、逆選択やモラルハザードの点から詳しく分析しており、様々な政府の介入が効率性という点で正当化されるためには、「情報の完全性(消費者が情報を持っている、効率的にアクセスできる、理解できる、誤った選択のコストが小さい)」に対する検討が欠かせないと考えている。逆選択が強制加入の社会保険を正当化する議論は第2部、第3部で所得保障、現物保障における社会保険システムの議論で応用され、モラルハザードを防止する様々な工夫が議論されている。

ただ、逆選択とモラルハザードが別々に議論されているが、リスクから分離した保険料での強制加入の社会保険は、逆選択の防止をするも

図 イギリスの社会保障の体系 (1992年)



Nicholas Barr "The Economics of the Welfare State" (1993)より抜粋

の、保険料がリスクから分離するがためにかえて民間保険よりも社会保険のほうがモラルハザードが発生する可能性が高くなる。こうしたモラルハザードと逆選択の相互関係については分析されていない。

第6章は再分配政策を行う際の不平等と貧困の定義と測定の問題を取り上げている。再分配政策を議論する場合は必ず、不平等と貧困の定義と尺度を明確にする必要がある。異なる家族規模の世帯で、一人あたりの効用が等しくなる所得の大きさの問題などや不平等の尺度などが紹介されている。

IV

第2部以降では社会保障に関連する具体的な制度、政策について、効率性、公平性の評価という視点から評価を行っている。現金給付は政府介入に関する効率性の議論、所得移転に関するインセンティブ効果、再分配効果の三つから検

討される必要がある。

第7章の「福祉国家の財政」では、英国政府の財政収支構造、現金給付・現物給付の概観が行われている。

第8章は失業・疾病・障害に関する社会保険の分析が行われ、制度の紹介、政府の介入に対する理論的議論、国民保険制度の評価が行われている。

第9章は退職年金に関する社会保険の分析が行われている。制度、保険の運営の方法、政府の介入に対する効率性の議論、評価がなされている。ここでは積立方式と賦課方式の公的年金、私的年金と公的年金の比較が行われており、積立方式が成長に寄与するのは、積立金が適切に投資された場合であり、人口構造が変動する状況下でのインフレヘッジや再分配機能を持った賦課方式のメリットを強調している。

第10章は公的扶助について制度、政府介入の理論的議論、評価が行われている。第11章の改革への戦略では負の所得税など様々な所得保障

へのアプローチが示されている。

V

第3部は医療、住宅、教育といった現物給付の分析である。

第12章では医療保障とNHSについて、第13章は教育、英国教育システム、第14章では住宅政策、英国住宅公社の評価、改革の方向性が示されている。英国のNHSはそのアクセスという点や健康資源に与えた効果という点からみて、まだまだ効率性の改善の余地はあるものの、公平性という点から評価できるとしている。また、医療は情報の不完全性が典型的に現れる分野であり、逆選択やモラルハザードの発生という点から、民間市場では充分対応できないと、各国の実状を比較しながら指摘している。

VI

第4部は要約である。本書の立場は明快である。今日、理論経済学において年金、医療といった社会保障制度は資源配分を歪めるという理由で、極めて評判が悪く、市場原理導入への改革が主張されている。これに対して、本書は生涯における様々なリスクから個人の生活を保障するためには市場には限界があり、様々なリスクに対する情報の非対称性という点から社会保険という形態で福祉国家は依然として福祉セーフティネット以上の役割を持つべきであると考えている。この点について先に紹介した論文で

はNicholas Barrの興味深い福祉国家への見方を示している。それは、社会保険は一見、保険料と個人の短期リスクの間に関連がないために、数理的には保険でないように思える。しかし、解釈を変えれば、福祉国家とはロールズのいう無知のベールの向こうにいるリスク回避的な人々が自発的に加入する保険契約システムであるとも理解できる。無知のベールの向こうでは、個人間のリスクに差が発生していないため、福祉国家も保険的な要素を持つことになる。こうした見方にたてば、社会保険だけでなく社会手当や公的扶助も一種の保険になる。生まれる前にリスクをカバーする契約をするという見方によると福祉国家は長期視野を持った保険と同じような機能を持つ。このように考えるとしたら福祉国家の性格は時間視野の長短の選択に依存することになる。長い時間視野を持てば、福祉国家の守備範囲は広くなるし、短く持てば狭くなる。

最後に、本書ではモラルハザード、逆選択について多くの議論がなされている。しかしながら、実証研究において個人が合理的に、長期視野にたって行動し、実際に各社会保険制度においてどの程度のモラルハザードや逆選択が発生しているか十分に確認されていない。理論的には存在するであろうと考えられるこうした現象に対する実証研究の蓄積によって、社会保障制度と市場原理の適切な組み合わせという形での具体的な改革の方向性が示されるであろう。

(こまむら・こうへい 駿河台大学専任講師)

海外社会保障関係文献目録

1997年4月～1997年6月 国立社会保障・人口問題研究所図書室受入分

社会保障・社会政策一般

Pinch, S.P.
Worlds of Welfare: Understanding the Changing Geographies for Social Welfare Provision
London, UK, Routledge, 1997
181 pp., 25 cm.

Shalev, M. (ed.)
The Privatization of Social Policy? Occupational Welfare and the Welfare State in America, Scandinavia and Japan
Basingstoke, UK, Macmillan Press Ltd., 1996
397 pp., 23 cm.

社会保険

Field, J., & Prior, G.
Women and Pensions
London, UK, HMSO, 1996
285 pp., 30 cm, (Department of Social Security Research Report, No. 49)

Valdes-Prieto, S. (ed.)
The Economics of Pensions: Principles, Policies, and International Experience
Cambridge, UK, Cambridge University Press, 1997
394 pp., 24 cm.

高齢者問題

OECD

Caring for Frail Elderly People 1996: Policies Evolution
Paris, OECD, 1996
305 pp., 27 cm, (Social Policy Studies No. 19)

保健・医療

Flynn, R., & Williams, G. (eds.)
Contracting for Health: Quasi-Markets and the National Health Service
New York, Oxford University Press, 1997
188 pp., 24 cm.

Lassey, M.L., Lassey, W.R., & Jinks, M.J.
Health Care Systems Around the World: Characteristics, Issues, Reforms
Upper Saddle River, N.J., Prentice Hall, 1997
xiii, 370 pp., 24 cm.

雇用と失業

OECD (Organization for Economic Co-operation and Development)
Pay Reform in the Public Service: Initial Impact on Pay Dispersion in Australia, Sweden and the United Kingdom
Paris, France, OECD (Organization for

- Economic Co-operation and Development),
1996
60 pp., 27 cm, (Occasional Papers No. 10)
- 貧 困**
- Nunez, R. da C.
The New Poverty : Homeless Families in America
New York, Insight Books, Plenum Press,
1996
xxv, 254 pp., 21 cm.
- 統 計**
- Communications Division of Statistics
Canada
Canada Yearbook 1997
Ottawa, Canada, Statistics Canada, 1997
517 pp., 24 cm.
- OECD, Statistics Directorate
National Accounts : Main Aggregates, Volume 1 : 1960-1995 : 1997 Edition
Paris, OECD, 1997
165 pp., 32 cm.
- OECD
Trade, Employment and Labour Standards : A Study of Core Worker's Rights and International Trade
Paris, OECD, 1996
248 pp., 23 cm.
- Republique Francaise, Ministere de l' Economie et des Finances, INSEE
Annuaire Statistique de la France : edition 1997, 100e
Paris, Statistique Publique, & INSEE, 1997
1061 pp., 31 cm, (Nouvelle serie no 42, Resultas de 1995)
- [United Kingdom], Central Office of Information
Britain 1997 : An Official Handbook,
London, UK, HMSO, 1996
575 pp., 25 cm.
- [United Kingdom], Office for National Statistics (Wisniewski, D. (ed.))
Annual Abstract of Statistics : 1997 edition
London, UK, HMSO, 1997
427 pp., 30 cm.
- [United Kingdom], Office for Statistics
Social trends 27 : 1997 edition
London, UK, HMSO, 1997
428 pp., 30 cm, (HMSO)
- UN, Department for Economic and Social Information and Policalysis Statistics Division
National Accounts Statistics : Statistics : Main Aggregates and Detailed Tables, 1993 : Part I
New York, UN, 1996
809 pp., 29 cm, (ST/ESA/STAT/SER. X/22, Part I)
- UN, Department for Economic and Social Information and Policy Analysis Statistics Division
National Accounts : Statistics : Main Aggregates and Detailed Tables, 1993 : Part II
New York, UN, 1996
751 (xxxiii, 777-1495) pp., 29 cm, (ST/ESA/

海外社会保障情報 No. 120

STAT/SER. X/22, Part II)
UNESCO (United Nations Educational,
Scientific and Cultural Organization)
UNESCO Statistical Yearbook 1996

Paris, UNESCO Publishing & Bernan
Press, 1997
947 pp., 29 cm.

編集委員長

塩野谷祐一(国立社会保障・人口問題研究所長)

編集委員

井堀利宏(東京大学教授)

岩村正彦(東京大学教授)

漆博雄(上智大学教授)

貝塚啓明(中央大学教授)

佐野陽子(東京国際大学教授)

高木安雄(仙台白百合女子大学教授)

栃本一三郎(上智大学助教授)

平岡公一(お茶の水女子大学助教授)

広井良典(千葉大学助教授)

宮澤健一(社会保障制度審議会会長)

宮島洋(東京大学教授)

山崎泰彦(上智大学教授)

阿藤誠(国立社会保障・人口問題研究所副所長)

小島宏(同研究所・国際関係部長)

府川哲夫(同研究所・社会保障基礎理論研究部長)

姫野孝雄(同研究所・社会保障応用分析研究部長)

編集幹事

後藤玲子(同研究所・総合企画部第2室長)

小田泰宏(同研究所・国際関係部第2室長)

西村万里子(同研究所・社会保障基礎理論研究部第3室長)

山田篤裕(同研究所・総合企画部研究員)

磯崎修夫(同研究所・総合企画部客員研究員)

海外社会保障情報 No. 120

平成9年9月25日発行

定価 1,890円 本体1,800円

(送料240円)

編 集 **国立社会保障・人口問題研究所**

〒100 東京都千代田区霞が関1丁目2番3号

中央合同庁舎第5号館別館8F

電話 03(3595)2984

製作・発売 **第一法規出版株式会社**

〒107 東京都港区南青山2丁目11番17号

電話 03(3404)2251(大代表)
