

# 海外社会保障研究

AUTUMN 2001

No. 136

## 特集：保険者機能から見た欧米諸国の医療制度改革と国際比較

特集の趣旨 .....	山崎 泰彦	2
米国マネジドケアの試みから医療保険における保険者機能を考える .....	西田 在賢	3
米国メディケアにおける保険者機能 .....	住吉 英樹・清野 仁子	17
イギリスの医療制度から学ぶ保険者機能 .....	府川 哲夫・泉田 信行	30
フランスにおける保険者機能の動向 —— 薬剤費抑制策を中心に —— .....	奥田 七峰子・池田 俊也	39
ドイツ医療保険の保険者機能 .....	船橋 光俊	50
オランダの医療制度改革と「保険者機能」 .....	大森 正博	59
「保険者機能」論の位置付け：わが国の医療制度改革に対する示唆 .....	尾形 裕也	72

## 書 評

都留民子著『フランスの貧困と社会保護』 .....	岡 伸一	82
---------------------------	------	----

---

## 特集：保険者機能から見た欧米諸国の医療制度改革と国際比較 趣 旨

---

本号の特集は、厚生科学研究費補助金を受けた平成11～12年度の研究所プロジェクト「保険者機能に関する研究プロジェクト」(主任研究者：山崎泰彦)の成果の一部であり、プロジェクトの主題であるわが国の医療制度改革における保険者機能のあり方を探る上で実施した欧米諸国の実情調査をもとにとりまとめたものである。なお、報告書の全体部分については単行本として別途出版する予定である。

尾形論文にもあるように、「保険者機能」という用語なり概念は、少なくとも現段階では国際的な普遍性を持つものではなく、特殊日本的なものである。そのわが国においても、ごく最近になって使用されるようになったもので、決して定着しているとは言いがたい。ちなみに、日本病院管理学会編「医療・病院管理用語事典(改訂版)」(2001.7)においても用語として取り上げられていない。

わが国において保険者機能という用語が使用されるようになったのは、医療保険制度の抜本改革論が登場するようになった平成8年ごろからで、薬価制度、診療報酬制度、医療提供体制、高齢者医療制度とならぶ改革のテーマとして「保険者機能の強化」が叫ばれるようになった。そのように極めて実践的な政策論として登場した保険者機能論なのであるが、本研究プロジェクト報告書では保険者機能を「医療制度における契約主体の1人としての責任と権限の範囲内で活動できる能力」として定義し、保険者機能の発揮とは「保険者が自立し、医療制度における他のプレーヤー(サービスの受け手・プロバイダー)と直接かつ対等に十分な対話ができること」としている。

わが国の保健医療をマクロ的にみると、国際的にも注目されているように、比較的低い保健医療費支出で高い保健医療水準を実現してきた。その限りでは、「行政主導の護送船団方式による中央集権的な画一管理システム」(本研究プロジェクト報告書)のもとで、すべての国民に平等に医療の機会と保障を与えることを目指した戦後のわが国の医療体制にも高い評価が与えられよう。

しかし、良質な医療をより効率的に提供するという、今日の豊かな成熟社会における医療政策のより高次の目標を達成するとなると、これまでの体制には明らかに限界がある。保険者に、より積極的な役割を期待できないだろうかというのが本研究プロジェクトの問題意識であり、その手掛かりのひとつを欧米諸国に求めた。もとより、歴史的経緯から文化に至るまで医療を取り巻く環境には大きな違いがあり、例えばアメリカのマネジドケアをそのまま直輸入するわけにはいかない。しかし、わが国が世界に誇ることでできる国民皆保険体制の基本を維持することを前提にした上でも、欧米諸国から学ぶことができるものも少なくなかった。

例えば、欧米諸国の経験に照らしても、①被保険者に対する情報提供、②医療機関との選択的契約の導入と拡大、③適切な受診行動への関与、④医療供給体制への関与、⑤苦情・相談対応機能の創設、⑥健康保持・増進機能の強化、などについて保険者の積極的な役割が期待される、というのがメンバーの多くの共通認識であった。しかし、これらの期待に十分にこたえられる保険者たり得るには、さらに踏み込んで、保険者規模の適正化を含む医療保険制度の枠組みの大胆な再編成が不可避ではないか、保険者の自律性を高める上で公費財源への依存を断ち切るべきではないか、さらには被保険者による保険者選択制を導入すべきではないか、などの議論もあった。いずれも深めるべき今後の研究課題であろう。

(山崎泰彦 上智大学教授)

## 米国マネジドケアの試みから 医療保険における保険者機能を考える

西田 在賢

### ■ 要約

機能とは「機関がそれぞれ有する権限内で活動できる能力」と説明される。そこで保険者機能とは、保険機関が有する権限内で活動できる能力と解され、保険者が有する権限と保険事業活動の能力という2つの要点がある。

米国マネジドケアの概念とは、加入者・保険者・医療提供者の三者間の経済的リスク分担を明らかにすることでもある。マネジドケア保険を考察して分かるのは、米国の医療保険機関の権限と、保険事業活動の基本的能力ともいべき加入者から集めた医療費資金の科学的管理の実態である。そのマネジドケア保険の試みから敷延できる医療費資金管理の原理は興味深い。

多くの先進国の医療保障は社会保険方式や税方式に拠っており、国民の医療費資金管理は公営であるため、マネジドケア保険の導入については疑問視されている。しかし米国では社会保険医療メディケアの改革で、民間保険であるマネジドケア保険を積極的に活用している。

### ■ キーワード

マネジドケア保険、メディケア改革、医療費資金管理、医療費予算制約、医療給付機会集合

## I はじめに

今、世界各国で行われている医療改革（ヘルスリフォーム）の中身は、医療保障制度の改革であり、実態は医療財政の改革にはかならない。

医療保障については、国によってシステムが異なるとはいえ、多くの先進国では社会保険方式や税方式に拠っており、要するに国民の医療費資金の管理を公営で行っている。その意味では、国民の半数以上が民間保険に加入する、すなわち医療費資金の管理を民営で行う米国は、ほかとは違ったシステムをとっているといえよう。

その米国であっても、医療保障の問題は、公営部分のメディケアやメディケイドに限らず、民間保険に加入する国民やそれらの人たちを雇用する企業、産業側においても重要であり、医療改革への

関心は高い。

米国がかつて深刻な不況期にあった80年代後半から90年代初頭の頃、例えば、自動車1台当たりのコストの内訳をみたら鉄板の費用よりも、人件費中の医療保険負担費のほうが大きいという実情が喧伝され、基幹産業の国際競争力減退の危機を訴えるほどに企業の従業員医療保障、医療費資金の問題がクローズアップされたものである。

ちょうどそのような頃に現れた「マネジドケア（managed care）」なる言葉は、ほどなく米国の医療改革を推進する象徴のようになった。マネジドケアは、あるときは合理的な医療費資金の管理方式だと賞賛され、あるときは患者生命を軽視する医療方式だと非難されて、大きな社会問題となって、今日現在も評価は確定しない。

ところで、「マネジドケア」は、勿論、古くから

あった言葉ではなく、80年代末に現れた造語である。しかし、作者は不明である。同じような時期に、スタンフォード大学教授のエンソーベン(Alain C. Enthoven)が著書“Theory and Practice of Managed Competition in Health Care Finance”を発表しているが、その中には“managed care”という言葉は出てこない。余談だが、マネジドケアに深く関係するHMO(Health Maintenance Organization)という言葉は、HMO法を成立させた1973年当時のニクソン大統領の医療政策ブレイン、エルウッド(Paul Ellwood)博士が造った新語である。

おそらく「マネジドケア」という言葉は、エンソーベンの唱える医療における管理された競争(managed competition)の経済理論に触発されて誕生した新語であろうことは想像に難くないが、あくまでも憶測でしかない。

そして、米国に実在するマネジドケアは、わずかここ10年余りの間にも、社会の要請や批判の中でアメーバのように変容を重ねている。そのため、マネジドケアの考察には年次を明らかにすることが重要であろう。

さて、最近ではわが国でも米国のマネジドケアについて紹介する雑誌や書籍が数多く出ているので、本稿では考察点を絞って次の3つの点についてまとめてみた。

まず、民間医療保険であるマネジドケア保険についての私の考察結果にはじまり、続いて、マネジドケア保険の方式が社会保険でも有効か否かをみるために公的保険メディケアの改革で検討される民間マネジドケア保険導入案についての動向を説明する。最後に、それまでの考察を念頭に置いて米国マネジドケア保険の試みから敷衍できる医療費資金の管理と保険者の機能について結論的整理を行うという3点である。

## II 米国マネジドケア保険の考察整理

### 1. マネジドケアの動向整理

1997年7月から99年6月までの2年間、ハーバード大学公衆衛生大学院にリサーチフェローとして籍を置き、マネジドケアについて集中的に調べてみたが、結局のところ、「マネジドケア」そのものについては発祥の地、米国にあっても研究者の間で合意された定義も理論も存在しないことが分かった。

その理由を理解するためには、マネジドケア組織(managed care organization)の中核的存在であるマネジドケア保険の実態をみることが重要であった。

まず、当時でもマネジドケア保険の普及は、米国では州によってさまざまであったから、研究者が身を置く州によって問題意識に差があったようである。

また、例えば全米マネジドケア保険のディレクトリHMO/PPO Directory1997(MEDICAL ECONOMICS社刊)に登録されるHMOの加入者は、多いところでは数百万人以上を数え、最も小さいところは100人にも満たない。つまりここに登録された1,000社以上のHMOについてざっと眺めたときに、その規模が実にさまざまであることが分かった。このことから、一概にマネジドケア保険HMOといっても、社会的なインパクトがずいぶん違うことが容易に察せられた。

ちなみに、近年の米国では、ある程度まとまった数の加入者を有するHMOの組織機構をみると、一般的な保険会社とほとんど変わらず、また、このようなマネジドケア保険を扱う保険会社を指してHMOと呼んでいる。その意味では、HMO法が施行された70年代前半から80年代にかけてのHMOと昨今のHMOとでは組織形態は違っている。特に昨今のHMOの組織機構で特徴的なのは、医師や看護婦といった医療プロフェッショナルが主だった経営管理の職に就くという医療管理部門が



備えられていて、ここが保険契約する医療機関の評価や管理の点で重要な役割を果たしていることであった。

こうした状況下であったため、私が米国に滞在した間には、とうとうマネジドケアの統一された定義を見ることができなかった。しかし、マネジドケア保険という巨大な産業が生まれていることと、マネジドケア保険が引き起こしている大きな社会問題がある、という2つの事実については、米国の研究者の間で共通に認知されていた。

マネジドケア保険業の規模は、97年時点でも優に20兆円は超えたものと考えられる。このような巨大な産業の成長過程では、図1に描く因果関係図で説明するような、多くの米国民を巻き込んだ社会問題が生じていた。その背景には、74年に成立した、事業主が被用者に提供する福利厚生プラン規制連邦法 (Employee Retirement Income Security Act) 以来、医療保険者であるHMOは、不十分な医療のため健康を損なった患者に対する法的責任を免れてきたことが挙げられる。というのも、この法律では、保険給付の拒否や制限によって患者の治療・生命に問題が発生した場合には、拒否・制限された保険給付の履行を求めて訴訟を起こすことは認められているが、保険会社に対して医療過誤責任を問うことは認められず、医療過誤責任はあくまでも医療提供者が問われるべきだとしているからである。そのため、裁判所は従業員福利厚生給付プランの下での医療過誤に関係する訴訟をことごとく退けてきた。

しかしながら、最近になって審判は医療の質の不適切を争点にして、マネジドケア保険会社HMOによる患者ダメージを調査する訴訟を受け容れるようになってきた。そして、米国の中間選挙が98年にあり、この年にマネジドケア保険は一気に政治問題化した。その流れは、99年になって、上院では7月に、下院では10月に相次いで「患者の権

利法案」が通過することにつながっている。

ところが、上院案はわずか4800万人の国民にしか適用されないが、下院案は1億6100万人に適用され、また、上院の法案には患者がHMOを訴える権利がないといったように、患者の権利法は両院で内容がそろっておらず、摺り合わせや合意がなされていない。

2000年3月末に米国に赴いてマネジドケア保険の実態を再度、点検調査する機会を得たが、結論からいうと患者の権利法案の擦り合わせも含めて、特に目新しい変化や発見はなかった。

その大きな理由のひとつとして、2000年秋が米国大統領選挙の年であるため、新しい政策判断はすべて2001年以降になるということがある。そのため、マネジドケア保険の規制に関わる本格的な政策及び政治的活動は、これから現れるものと予想される。

ところで、「患者の権利法案」の通過に対して、マネジドケア保険会社HMOの側ではさっそく反応があった。例えば99年11月上旬にユナイテッド・ヘルスケア (United Health Care Group) が、長らくマネジドケア保険に対する医療機関側の不満の根源であった、保険会社が患者と医師との間に入って治療方針に干渉するというギャグ・ルール (さるぐつわ条項) を撤廃すると発表した。これによりユナイテッド・ヘルスケアの保険に加入する患者の医師は、ここからの干渉なしに加入者の入院や治療を決められるようになった。もともと、ユナイテッド・ヘルスケアは医療費管理をやめたわけではなく、引き続き実際にかかった医療費を精査して、平均値を超える医療費を使っている医師には注意を促すという。そして、それでも結果が変わらないときには、その医師を自分達の医療ネットワークの登録から外し、患者を他の登録医に移すことを考えているとのことである。なお、ユナイテッド・ヘルスケアが引き受けるマネジドケア保険の加入者数はこの当方で約870万人であり、エトナ社に次い

で全米で第2位であることから、業界の動向に与えた影響は少なくないはずである。

## 2. マネジドケア保険という社会実験の

### 意義を考える

このように、米国のマネジドケア保険業界は今後とも大きく変化、成長していくものと思われる。しかしながら、私が観察するところでは、マネジドケアの存在意義は図2に描くように、医療保険という事業における関係三者間の妥当な経済分担を探るメカニズムにあると考える。

このことは、煩雑となったマネジドケア保険のタイプを整理すれば分かる。例えば、典型的なものとしてHMO型、POS型(point of service type)、PPO型(preferred provider organization type)、MI型(managed care indemnity type)の4つについて取り上げて整理してみる。

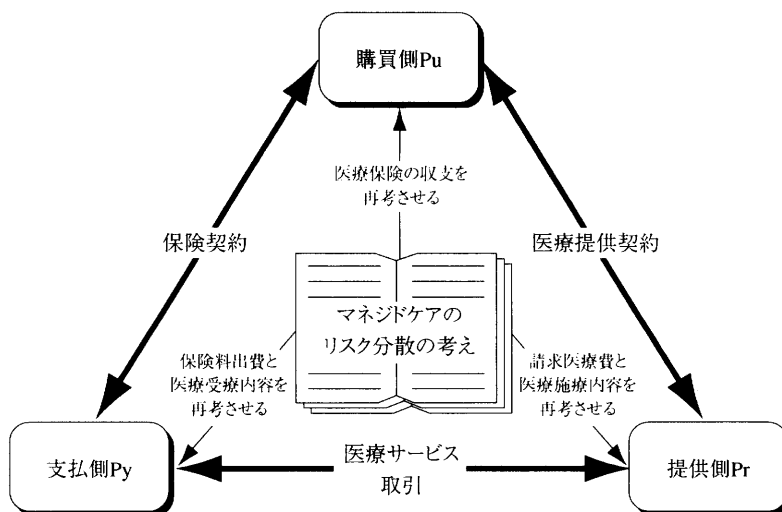
まず、HMO型は、加入者が契約時に選択した医師の合意がなければ病院にかかることが認められない、つまり、医療費が給付されないといった医療

アクセスの制限を受ける。また、医師や病院などの医療提供者にとっても、HMO型の加入者を診たときの報酬は人頭払い(キャピテーション)といった一人完結型包括払いとなり、施しうる医療の費用すべてを賄えない恐れがある。だからまた、医療サービスが抑制気味になる恐れがある。その代わりに、このタイプの保険料は安くなる。すなわち、保険者側でも応分の経済リスクを分担することになる。

一方、PPO型になると契約医師以外でも条件付きで診てもらうことが可能となって、加入者の医療アクセス条件はずっと柔軟になるし、また、加入者が医療機関にかかったときの支払いも出来高払い部分が増えるので、プロバイダ側のサービス提供の抑制も少なくなる。ただし、保険者は自分達の経済リスクを補うべく、加入者が支払う保険料を高くする。

さらにMI型では、従来からの医療保険、すなわち、裕福な人しか医療を受けられなかった時代から続く、「フリーアクセス、かつ、出来高払い」の医療保険を踏襲するもので、もちろん、保険料はたいへん高いものになる。

マネジドケアによる医療費抑制はリスク分散への期待に基づいている?



出典：西田在賢 1999『マネジドケア医療革命』日本経済新聞社

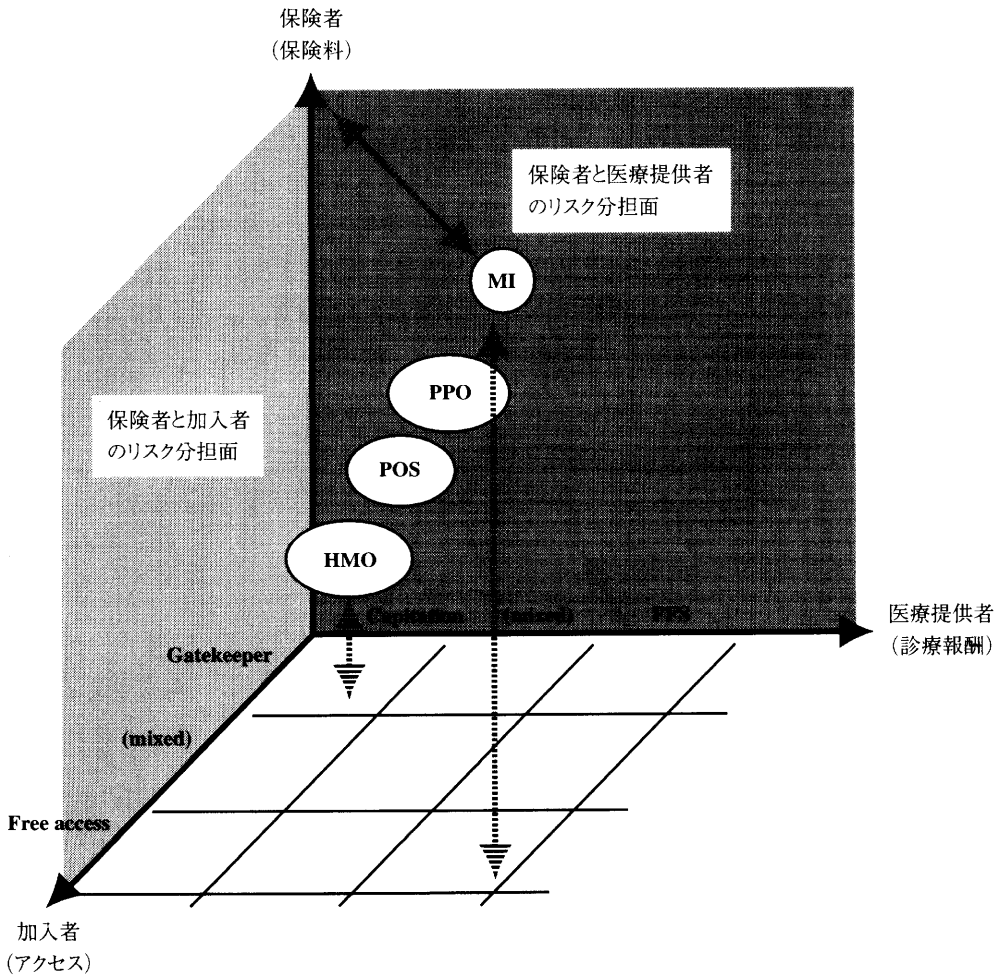
図2 マネジドケアの存在意義

なお、POS型は、融通の利かないHMO型には不満だが、PPO型の保険料は高くて手が出ないという人達に向けて、その中間条件の保険商品として出現している。

以上の事柄を視覚的に表すと図3のようになる。つまり、マネジドケアはこのようにして「関係者間での医療保険リスクの共同管理」をするためのロジックを教えるのである。

実際には、保険タイプ間で図3に描くほどの極端な保険料差にはならないようである。私が知るところでは、99年秋頃で、あるマネジドケア保険会社の場合、おおよその保険料月額はHMO型で3万5千円、PPO型で4万円、従来型(MI型)で5万5千円であった。もちろん、各種マネジドケア保険の契約内容については、保険会社ごとにさまざまであるから、この数字はあくまでも一事例にすぎ

マネジドケア保険の種類を医療サービス取引における三者間のリスク分担の大小で整理すると…



出典：西田在賢「米国マネジドケアと保険者機能の強化」保険者機能に関する研究プロジェクト中間報告書、平成11年度厚生省厚生科学研究費補助金政策科学推進研究事業研究報告書

図3 マネジドケア保険にみる三者間の経済リスクの分担



ないことはいうまでもない。

しかし、冒頭に述べたように、公営によって国民の医療費資金の管理を行っている先進各国では、今もって一体いくらの医療費資金を用意すれば足るのかについて論理的説明ができずにいる。それに対して、巨大な社会実験ともいえる米国の民営マネジドケア保険は、給付条件次第で加入者の医療費資金を管理して妥当な保険料を決めうることを見出したことは注目に値すると考える。

### III 米国の公的医療保険メディケアの改革とマネジドケア保険への期待

#### 1. メディケアにマネジドケア保険を利用する試み

社会保険方式を採っている米国の高齢者医療保険メディケアは、ずいぶん以前からマネジドケア保険を取り込んでいる。

メディケアでは財政改革の一環として、既にレーガン政権時代の82年からメディケア・パートB(外来医療のための保険)加入者がHMOを利用する「リスク契約プログラム(Risk-contracting Program)」を導入していた。いわゆるメディケアHMOである。ただし、この当時にはマネジドケアという概念が、米国にもまだ存在していなかったことに留意する必要がある。そして、保険者の機能を兼ね備えた医療機関ともいべき初期のHMOでは、事業がなかなか軌道に乗らず、メディケアHMOも余り普及しなかった。

ところが、90年代になってマネジドケアという新奇な概念らしきものが生まれ、HMOの保険者機能が整備されて医療保険サービスのリスクマネジメントに自信が生まれると、HMOはより企業的な活動をするようになり、加入者獲得のためのサービス競争も本格化した。先にも触れたように、このような変身を遂げた現在のHMOを、それ以前と区別する意味で、本稿ではマネジドケア保険会社HMO

と呼ぶようにしている。

そして、メディケア受給者にとっても、メディケアHMOだと薬剤給付がある等、保険カバーの内容が増えるのでこれを歓迎した。そのため、この頃からメディケアHMOの受給者の数がみるみる増えていった。その数は、低迷後期の90年頃までには100万人程度でしかなかったものが、96年に350万人、97年に460万人、98年に700万人と急増している。

リスク契約プログラムは、97年に制定された財政均衡法(Balance Budget Act)の中で、HMO型以外のPPO型などのマネジドケア保険も選択が可能となり、メディケア・プラス・チョイス(Medicare+Choice)と改められた。このことは、メディケアによる本格的なマネジドケア保険の取り込みであるといえる。

米国議会予算局では、メディケアは1997年の2080億ドル(約25兆円)から2008年には4480億ドル(約54兆円)に倍増するとみていた。そこで、その増嵩抑制を期待してマネジドケア医療保険への委託を進めていたわけである。そして、1997年にはメディケア受給者3800万人のうち12%がマネジドケア医療保険に委託されたが、その割合は2002年には25%、2008年には38%に、そして、2030年には50%にすることを目論んでいた。

ところが、98年夏頃からマネジドケア保険会社のメディケアHMOからの撤退が相次ぐようになっている。そして、99年1月、ニューヨークタイムズ紙はHMOのメディケアマネジドケア保険からの撤退危機を報道し、「98年だけで、米国の30の州でHMO会社がメディケアマネジドケア保険事業から撤退し、そのため44万人のメディケア加入者達が慌てて他の医療保険を捜し回る事態に陥った」と報じている。

伝えるところでは、マネジドケア保険会社が、政府が行う高齢者医療保険メディケアの制度の下で、高齢者の医療にどれほどの費用がかかるかを

読み誤ったのが原因とのことであった。要するに、これら保険会社では、メディケアから提示される保険料では採算が合わないから、この事業を打ち切ったということであった。

## 2. 超党派によるメディケア構造改革の

### 新たなる提案

メディケア HMO の撤退問題がクローズアップされた 99 年 1 月末に、メディケアの抜本的改革案の予告があった。実は、97 年の財政均衡法が成立した際に、併せて「メディケアの将来改革のための全米超党派委員会 (National Bipartisan Commission on the Future of Medicare)」が設立されていた。その委員会は 17 人の委員で構成されていたが、そのうちの 11 人の賛成をもって改革案がまとまりそうだということで、委員長のプロウ上院議員 (Mr. John Breaux、民主党) による「3 月の発表を目指して報告書作成作業を進めている」という内容の短い説明が新聞で報道された。その後、3 月下旬に最終案、プロウ・トーマス提案 (Breaux-Thomas Proposal) が発表された。

そこにはメディケアが抱える問題として、改革なしでは、①メディケアパート A の基金が 2008 年には破綻しそうだということ、②昨 98 年の 2070 億ドル (約 25 兆円) から、2030 年には 2.2～3.0 兆ドル (約 260～360 兆円) に膨れ上がるものと予想されること、③今日、メディケアの受給者は医療費の約 30% を自己負担しているが将来はもっと高い費用負担に直面すること、④2011 年から 7700 万人のベビーブーマー達 (1946 年から 1964 年までの間に生まれた人たちが) メディケアの受給対象者に加わり始めること、⑤高齢退職者 1 人当たりのメディケア基金を支える労働者数割合がかなりの勢いで減ることの 5 点について前置きされている。

そして、この事態に備えるべく、プロウ・トーマス提案では、政府の役割を従来のように高齢者のための社会保険医療とその財政の管理ではなく、

高齢者医療保険の市場監視と保険料サポートに切り替えるという。つまり、医療ではなく、医療保険を監視することで政府の役割を効率よく果たすことを提案している。

これを実施に移すにあたり、メディケアの制度を根本的に見直すことが必要であるが、その鍵となるのがプレミアム・サポート・システム (Premium Support System) だという。これは、その説明の大意を取って「保険料支援制度」と訳せるであろう。

さて、この新システムのもとでは、メディケア受給者は、従来の政府管理出来高払い保険 (Government-run Fee-For-Service Plan、以下、政府管理保険) と民間医療保険 (Private Plans、マネジドケア保険とは特にっていない) のいずれかを選択することになる。そして、新設されるメディケア・ボード (Medicare Board) が、調査した結果にもとづいて判明した全国加重平均の保険料について、政府はその 85% を支援する。そこで、メディケア受給者はならずと全国加重平均保険料の 12% を負担することとなる (現在あるメディケア支出データを参考にして全国平均を超える場合について上限と下限を調べたところ、この数字を得たという)。

なお、政府管理保険以外に選択肢がない地域では、受給者の義務は保険料の 12% を超えることがないように取り計らうという。

法律によって明記される標準的な保険給付内容は、現行のメディケアの法規の下でカバーされるすべての医療サービスから成るものとし、この費用のみが全国加重平均保険料の計算に用いられる。

すべての保険は、給付内容と保険料についてメディケア・ボードの承認を受けなければならない一方で、メディケア・ボードでは、彼らが提示する保険料すべてについて、保険事業運営上、現実的に十分であるか否かについて厳密な審査を行い、内部留保の適切性や保険サービスの遂行能力を監視することによって、承認したすべての保険につい

て財政的に保険者自らの力で給付を継続できることを確かめる。

政府管理保険、民間保険とも、基本的な給付内容のほかに追加的な給付を行うことが認められるが、それと同時に、特に外来患者のための処方箋薬剤給付や患者負担を制限する加入者保護を考慮した、多くの保険選択肢を提示することが求められる。但し、余分な付加給付を多く持つ保険は、民間保険であろうと政府管理保険であろうと、別途、標準内容を超える給付コストの増分としてメディケア・ボードに資料を提出する。そして、メディケア・ボードの承認下で、これらの保険は患者自己負担分や控除額の点で費用分担のバラエティを設定することができる。

このように、メディケア・ボードの管理により、すべての保険が等しく扱われ、この制度の中で政府管理保険と民間保険とがサービス競争することを促される。だから、政府管理保険であっても、提示保険料が現実の運営上十分であるか否かの厳密な検査と内部留保の適切性や保険のサービス実施能力を含めて、民間保険と同じ基準にもとづいて、財政的自立と保険経営持続を果たさねばならない。そのため、政府管理保険でも医療費抑制手段は必要であるので、97年の財政均衡法が適用されるべきであり、それ相当の節約が達成されるべきである、としている。

また、雇用者側やその他の医療サービス購買側に提供される一般的な民間保険の標準や手続きといったものとの間で統一がとれるように、政府管理保険は医療給付サービスを確約するルールや手続きを作ることになる。ちなみに、政府管理保険の保険料は特別助成金分を除いて計算される。現行のメディケア中のすべての非保険的機能や特別支払い分は、政府管理保険や民間保険の保険料計算に含まれることはない。

提案書では、政府管理保険の出来高払いの支出に増大があれば、議会と連邦医療保険財政庁

(Health Care Financing Administration: HCFA)の努力によって事態を収めるとしている。そして、もしも、そのような継続的な節約努力がなければ、政府管理保険は徐々に民間の医療保険に太刀打ちできなくなるだろうと、暗に民間の経営努力により政府管理保険が民間保険に置きかえられていくであろうことを示唆している。

あるいはまた、公営・民営の多選択肢の医療保険におけるHCFAの保険料支出は、単純に標準保険分のみであり、HCFAは地域ごとに利用可能なさまざまな保険選択肢を持つことによって、政府管理の出来高払い医療保険から、全般的にもっと民間の医療保険へと移行させることができるはずであるという。

こうしてプレミアム・サポート・システム(保険料支援制度)を導入することで、高齢者医療のための社会保険制度における政府の役割が医療の管理から医療保険の管理へと変わる。もっと具体的には、「医療費の管理」から「保険料の管理」へと変わると説明するのである。

ところで、ブロー・トーマス提案はその後、棚上げとなった。クリントン大統領の薬剤給付の改善意向と逆行していたことや、彼らのメディケア改革案には、支給開始年齢の引き上げ、HCFAと対抗するようなメディケア・ボードの創設などが盛り込まれており、多くの利害関係者が現れたことが直接の原因であるといえる。

その結果、99年6月29日にクリントン大統領によってメディケアの基本的な構造改革案が提示されたが、それはベビーブーマーたちが年を取ったときにもメディケアが維持されるように、メディケアの運営をもっと民間の医療保険のようになるとともに、以前から求められていた薬剤給付をカバーするなどといった内容となった。勿論、それはブロー・トーマス提案のような革新的なものではなかったし、また、ブロー・トーマス提案の核であっ

たプレミアム・サポート・システムについても言及されていなかった。しかし、ブロー委員長の全米超党派委員会の検討を踏まえていたのは確かだった。現在のところ、この提案は修正されてブロー・フリースト提案となっている。

ところで、もうひとつ、ブロー・トーマス提案が棚上げとなった外部環境の変化が思い当たる。実は、99年暮れに、1999年度(98年10月から99年9月まで)のメディケアの支出が前年度比で1%ほど減るようであるという米国政府統計の報道があった。1965年のメディケア制度実施以来、このような財政好転は初めてのことであるという。そして、この成果の背景にはブロー上院議員たちの「メディケアの将来改革のための全米超党派委員会」が97年に提案、成立させた財政均衡法が大きな役割を果たしたとのことであった。つまり、この委員会のメディケア財政緊縮政策が成果をあげたにもかかわらず、これに悲鳴をあげる医療機関や被保険者たちの不人気を考え、また、翌2000年の大統領選への配慮から大統領府ではブロー・トーマス提案を取り上げることをためらったものと憶測できるのである。

これら一連の事柄については、後日に Health Politics (医療政治学) の領域で米国の研究者たちが取り上げるかもしれない。

### 3. プレミアム・サポート・システムを発想できた背景とは

このようなプレミアム・サポート・システムが、なぜ、米国では可能なのかを考えると、82年から実施しているリスク契約プログラムの経験が大きいといえよう。

このプログラムに参加したHMOは、メディケアの給付内容のすべてをカバーする(加入者が入院関連のパートAにも入っているときにはその給付も含む)ことが義務づけられていた。そして、HMOでは毎年、メディケアからの加入者1人当たりの給

付コストを概算し、これに自分達の管理コストと利益とを加えた収支計算書をHCFAに提出しなければならなかった。

一方、メディケアからHMOへの支払いは、原則として月極め人頭払いで、HCFAがその額を決めることになっている。そのため、HCFAは毎年、全米で郡別に出来高払い医療費データをもとに加入者の給付コストを推計し、これに一定の支払率を掛けて人頭払い額を決めていた。また、HCFAではその人頭払い額に、全国のメディケア受給者全体の平均自己負担額を加えた金額、すなわち、メディケア受給者1人当たりについてのHMOの収入見込額と、HMOが提出してきた支出見込額(給付コスト予想額)とを比べて、そこに余剰があればその分だけ給付を加えるよう指導していた。

このような経験の積み重ねが既にあったため、プレミアム・サポート・システムに唱えるような「保険料の管理と支援」が可能だと発想されたものと思う。またさらには、マネジドケア保険が普及して、民間の保険会社側に医療保険リスクを管理するための体制が整ったことも、重要な前提条件であろう。すなわち、マネジドケア保険の経営技術や、それを手がける人材層の厚さといったマネジドケアのインフラが整備されていたことである。

## IV 米国マネジドケア保険考察からの敷衍

### 1. 保険者機能の第一義は医療費資金の管理

私が米国のマネジドケア保険を考察するのは、一国の医療保険財政の均衡策を考える上で役に立つと信じてのことだが、その意味では、医療財政が逼迫している環境でこそ真剣なソリューションが探索されるわけで、昨今の米国の好況はマネジドケア保険の進歩を足踏みさせたかも知れない。しかし、これまでに説明したように、米国のマネジドケア保険のように大規模な社会実験を経て医療保険の経済リスクを具体的な数値で把握し始めている

ことは、注目に値すると考える。他の先進国では、医療サービスの準市場管理や医療保険のリスク構造調整等の試みを行ってはいるものの、要素が複雑に絡み合っていて、見通しが悪いものになっている。それに対して、米国のマネジドケア保険では関係者間のリスク分担ということで保険加入者の医療費資金の管理について見通しを与えてくれそうに思われる。その見通しについて、次にまとめてみた。

## 2. 医療費資金管理の原則

### (1) 医療費予算制約と給付機会集合の関係

米国では給付内容次第で高い保険料を支払ってもよいと考える社会の合意があり、実際に支払うことができる者に保険商品を供給するという民間医療保険市場がずいぶん以前から成立していた。ただし、医療保険という性格上、そのリスク計算が難しいために、保険会社も従来は損害賠償方式のMI型商品しかなく、保険料もたいへん高いものであった。そのため、個人や、法律によって被用者保険を用意しなければならない企業にとって、利用可能な医療保険の選択肢は限られていた。

ところが、新しい発想による医療と保険の複合サービス組織HMOが法制化された70年代前半以降、医療提供者側の経営内容が保険会社でも共有できるようになり、保険会社はそれを参考にして保険者のリスク計算ができるようになった。私はこれが80年代末のマネジドケア誕生につながる。とみる。

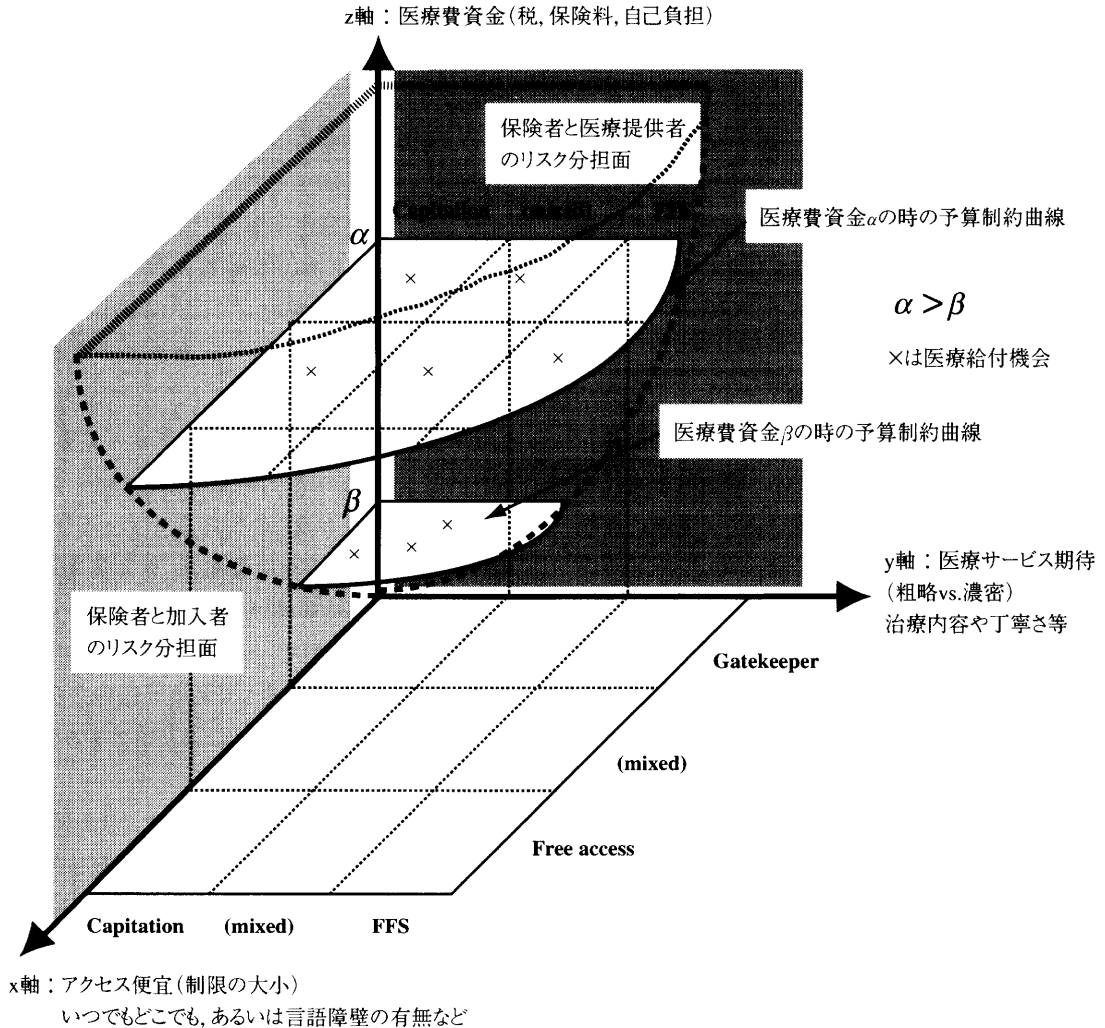
このことは医療保険商品のバラエティを増やし、個人や企業の医療保険の選択肢を増やした。つまり、医療給付の「機会集合」を増大させたわけである。

もしも、このことが米国でしか成立しないのであるならば、他の国々がマネジドケア保険に注目することはなかったはずである。ところが、いろいろな国でマネジドケアの要素を取り入れた医療財政改革が行われていることは周知の通りである。すなわち、米国のマネジドケア保険が提示した医

療給付の機会集合の枠組みが米国以外の国々にとっても参考になることが分かってきたのである。それはけっして医療提供者と保険会社の対立といった構図に終始するものではない。私の米国マネジドケア考察結果もそこにある。

例えば、私が米国マネジドケアを整理した図3のy軸やz軸を、医療保険を購入する個人や企業、つまり支払者側の立場に立てば、図4のようにそれぞれ「医療サービス期待」、「医療費資金」の軸と言い換えることができる。このとき、xy平面は保険加入者にとっての医療給付の機会集合平面を表す。もちろん、本来ならばこの機会集合はもっと多次元で説明されるべきものである。しかしながら、現行の米国マネジドケア保険が、アクセス便宜と医療サービス期待(=診療報酬支払い方法によるプロバイダの経済的インセンティブ誘発の大小)の大きく2つの軸で単純化して保険商品の差別化を図れたところをみると、この単純化はあながち無理のない仮定だと考える。

さて、米国マネジドケア保険にあるようなHMO型やPPO型やMI型といったものが保険料の大小で決まることは先にも述べた。このことは、いまい医療給付の機会集合平面xy上で保険のタイプごとに予算制約線を引くことを意味する。実際のところ、マネジドケア保険のそれぞれのタイプの中で、保険給付の中身は一義的には決まるものではない。例えば、Aという保険会社とBという保険会社とでは、同じくHMO型マネジドケア保険を売っており、その保険料が同じであったとしても、給付内容が異なっていることがしばしばある。このことは、医療費資金に制限があるということで予算制約曲線によって医療給付の機会集合の限界を規定するものの、その中にある給付機会の選び方がさまざまであることを意味している。そして、PPO型やMI型といったように保険料が上がると医療費資金は増えて予算制約曲線は広がっていき、内包する機会集合が多くなることになる。



出典：西田在賢 2000「米国マネジドケアから医療保険改革へのメッセージを考える」『社会保険旬報』No.2077

図4 医療費資金管理の形態の説明

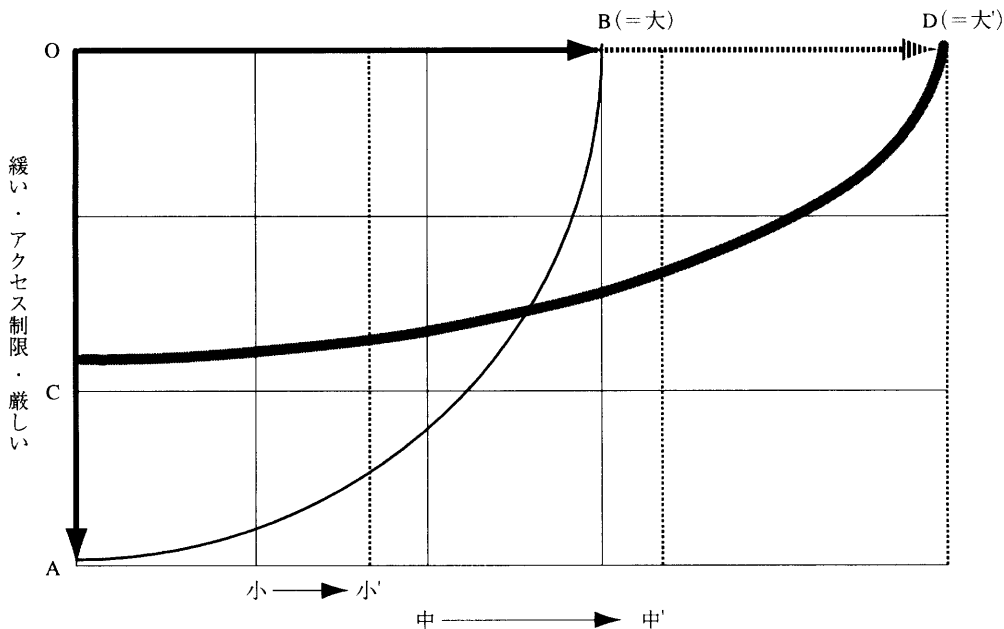
話を図4の三次元形態図に戻すと、ここでは保険料の大小等の医療費資金の大小に応じて医療給付の機会集合が増減することを示す。そして、zの値が大きくなるほど予算制約曲線で囲まれた医療給付の機会集合の面積が大きくなることが予想されるのである。

ちなみに、この形態図を用いれば、医療保障に税金を投じる意味は、z軸方向への嵩上げを意味

し、これによって医療給付の機会集合を拡げていることにほかならない。だから、例えば英国の医療保障制度にみるように、税の投入だけでは給付機会集合が小さくて十分な医療給付ができずにいる国では、経済的余裕のある国民たちは、もしもに備えて保険料を払い、別途に民間医療保険にも加入することで医療給付の機会集合を増やそうとするのである。

医療サービスへの期待が、医学や医療の発達によってランクの大中小から大'中'小'へと伸びると、医療費資金が限られているときには、サービス期待の大きい方の給付機会を選択するためにアクセスの制限を受け入れるというトレード・オフにより財政管理が行われるはずである。(図中で面積OAB = 面積OCD)

粗・薄(小)・期待医療サービス・(大)密・濃



出典：西田在賢 2000「米国マネジドケアから医療保険改革へのメッセージを考える」『社会保険旬報』No.2077

図5 医療費資金が一定であるときのアクセスとサービスのトレード・オフ概念図

## (2) アクセスとサービスのトレード・オフ関係

医療費資金管理の難しさのひとつに、医学の進歩によって医療技術が日進月歩で発達することで、医療サービスへの期待上限がどんどん伸びていくことがある。

ちなみに、医療の生産性曲線とx軸、y軸で囲まれた領域は、そのとき投入できる医療費資金で可能な医療給付の機会が集まっており、その面積は医療費資金に比例するはずである。そのため、医療の進歩が医療サービスへの期待上限を伸ばすとき、さらに投ずるべき医療費資金に余裕がなければ、図5のように医療給付の機会集合ABOをCDOのように変じることによって、医療アクセスの便宜を犠牲にして新サービスの給付を得るトレード・オフを成立させるであろうことが示唆される。

## V おわりに

ヨーロッパ主要国の医療改革を眺めると、このような合理的なトレード・オフを繰り返し行っているように見える。それでもなお増大する医療費への対応に苦慮しているのが現状であろう。そのため、彼らは米国のマネジドケア保険会社が手掛ける医療保険の商品開発の仕方に注目しているのであって、けっしてそれらの国々が医療提供者の管理手法だけを学ぶ、あるいは取り入れようとしているのではないと思う。詰まるところ、医療改革の重要なテーマである保険者機能について、その基本的な役割は医療費資金の管理であって、医療そのものの管理ではないことに注目し始めているのではないかと考える。

翻って、わが国はというと、深刻な医療費財源難に直面しながらも、政治的判断を先行させてきた。つまり、予算制約線を無視し、合理的なトレード・オフを中途半端にしたまま、税金の投入や保険料率引き上げの猶予といった一時しのぎの施策によって、拡がる一方の医療給付集合に追隨していき、根本的な改革が手付かずのままである。

このことはバブル経済破綻以降の金融機関やゼネコン、百貨店の破綻を先送りしてきた政府施策と同一パターンである。しかし、それら先送り策のいずれもが膨大な国債発行による国費投入に頼るものであり、その結果がもたらす将来の生活に対して多くの国民が不安を抱いていることを考えれば、わが国の医療改革も「医療保険という事業」の本質に迫った改革が求められてしかるべきである。

私は、米国マネジドケアの考察から抽出した一連の図式が、わが国医療改革の複雑さを一挙に単純化して説明するのに使えないものかと考えている。もちろん、ここに示せたのはまだまだ序段の形態図にしかすぎない。

しかし、今後、この形態図をもとにして、医療や経済・経営、そして保険の専門家が一同に集って検討することで、例えば被保険者集団の違いによって経済効率の良い医療給付の機会集合を論じることができるかも知れないと考えている。

あるいはまた、生産可能性曲線上の点でありさえすれば、それより内側のどの点よりも望ましいというわけではないという経済学の研究に従えば、医療保険を選択する加入者側には好みがあり、これ

が国の単位の話になれば「文化」や「歴史的背景」という理由になって、敢えて多少の非効率を甘受した医療保険制度を選び取ることがあることを教えてくれる。このことは、米国のマネジドケア保険のコピーではなく、国それぞれで米国マネジドケア保険に学んだ独自の医療保険システムを構築する必要性があることを示唆するものと考えている。

#### 参考文献

- 1) 西田在賢 2001「米国マネジドケアと保険者機能の強化」『保険者機能に関する研究プロジェクト』平成12年度厚生省厚生科学研究費補助金政策科学推進研究事業研究報告書 pp.209-227
- 2) 西田在賢、橋本英樹 2001「国民皆保険制度の戦略的運営—ポートフォリオ・マネジメントの視点から見た医療保険改革の在り方を考える」『社会保険旬報』No.2084 pp.16-24
- 3) 西田在賢 2000「米国マネジドケアから医療保険改革へのメッセージを考える」『社会保険旬報』No.2077 pp.12-17
- 4) 伊原和人、小野太一 2000「米国のマネジドケア—強まる反発と新しい展開(上・中・下)」『社会保険旬報』No.2075 pp.26-31, No.2076 pp.10-16, No.2077 pp.28-34
- 5) 西田在賢 2000「米国非営利マネジドケア保険会社の経営破綻を考察する」『社会保険旬報』No.2052 pp.9-15
- 6) 西田在賢 1999「マネジドケアは社会保険医療体制にも有効か?(上・中・下)」『社会保険旬報』No.2035 pp.16-21, No.2038 pp.22-28, No.2040 pp.28-32
- 7) 西田在賢 1999『マネジドケア医療革命』日本経済新聞社
- 8) Anthony Giddens (佐和隆光訳) 1999『第三の道』日本経済新聞社
- 9) Litman, Theodor J., Leonard S. Robins. 1997. *Health Politics and Policy*. Delmar Publishers.  
(にしだ・ざいけん 川崎医療福祉大学大学院教授  
岡山大学大学院客員教授)



## 米国メディケアにおける保険者機能

住吉 英樹  
清野 仁子

### ■ 要約

メディケアは、主に高齢者を対象とした米国の公的医療保険制度である。1965年の創設以来度重なる改革が導入されてきたが、特に1997年財政均衡法を機に、30年以上維持してきた古い体質の制度から脱却するための抜本的改革を、保険者であるHCFAが主導し積極的に進めている。そこで本稿では、こうしたメディケアの制度改革のプロセスにおいて、いかにHCFAが保険者機能を発揮してきたかに焦点を当てた。今日、日本の構造改革で喫緊の課題の1つとして位置付けられている高齢者医療制度改革を考えるにあたり、米国のメディケアは参考となる先駆的モデルと言え、そこから日本における保険者機能のあり方に対するインプリケーションを導き出すことを目的とした。

HCFAは、「質の高い医療を効率的に提供する」ために保険者として、「保険者による医師などの専門家集団の活用」、「情報化の推進と情報活用」、「被保険者による保険プラン選択の実施」に積極的に取り組み、「保険者としての多面的な活動」を実現していると言える。日本の医療制度改革を考える際、情報化の推進と情報公開は、すべての保険者機能を発揮する上での基盤となるものであり、そこに専門家の活用や被保険者に対する選択肢の拡大やサービスの充実を図ることにより、保険者の多面的な活動が実現可能となる。まずは現行で可能な範囲での保険者努力や環境整備に着手していくことから始めなければならない。そして、それを必要条件とし、制度の修正や法改正などを要する長期的な課題へと段階的に進めていくことが必要であろう。

### ■ キーワード

保険者機能、メディケア、情報化、多面的活動、業務委託

## I はじめに

米国は、先進国の中で唯一、民間保険を中心に医療システムが構築されている国である。日本でも、その特異な医療システムに対して、主に民間医療保険（例えばマネジドケア等）を中心に調査・研究が蓄積されてきた。一方公的医療保険に関しては、その制度概要や制度改革に関する情報収集・提供にとどまっていたと言える。

その米国の公的医療保険制度として代表的な1つであるメディケア(65歳以上の高齢者などを対象)は、1965年の創設当初から大幅赤字という問題を抱え、度重なる制度改革を行ってきた。その過程

では、既に日本に紹介されているDRG/PPSやRBRVS<sup>1)</sup>など、非常に革新的な手法が導入されてきた。特に1997年の財政均衡法(Balanced Budget Act of 1997)施行後は、30年以上維持してきた古い体質の制度から脱却するための抜本的改革案が数多く出され、それらを軸にした改革が現在も徐々に進められている。こうした改革は、斬新であるが故に乗り越えるべき障害やもたらされる弊害も少なくないはずである。しかし米国では、メディケアの保険者であるHCFA(Health Care Financing Administration: 米国医療財政庁)が主導となり、改革を成功に導くため、さまざまな施策を積極的に打ち出している。

そこで本稿では、メディケアの制度や改革の内容より、むしろそのプロセスにおいてどのようにHCFAが保険者機能を発揮してきたのかに焦点を当てて考察することを目的とする。そして、そこから日本における保険者機能のあり方に対するインプリケーションを探っていきたい。

前述のとおり、メディケアにおける保険者は、厚生省 (Department of Health and Human Services: DHHS) 管轄のHCFAであるが、実際の医療保険プランの提供は、HCFA自らが行っているだけでなく、民間保険会社にプラン提供を委託し「メディケア・マネジドケア保険」として提供されているものもある。その意味では、委託先である個々の民間保険会社が、メディケアにおける保険者機能の一部を担っているとも言える。しかしながら、委託先の保険プランの運営はHCFAが厳重に管理・統制を行っているのが実態であり、メディケアの保険者機能をHCFAが掌握していると言える。こうした現状を踏まえ、以下では原則としてHCFAが担っている保険者機能についてまとめることとする。そして、必要に応じ、メディケア・マネジドケア保険において民間保険会社が担っている保険者機能についても触れることとする。

本稿の構成は次のようになっている。まずIIでは、HCFAの内部組織について簡単に触れるとともに、外部組織の活用により実現している多面的な活動について述べる。IIIでは、保険者機能の要となる情報化の推進について、HCFAがとった対策の特徴と情報活用の実態について整理する。IVでは、保険者とプロバイダー間の相対的な情報・知識格差を埋めるための手段として、HCFAが取り組んでいる医師などの専門家集団の活用について述べる。Vでは、メディケアで導入されている被保険者(受給者)<sup>2)</sup>による保険プラン選択を取り上げ、それにより発生した問題に対しHCFAがどのように保険者機能を発揮して対応してきたかを考察する。そして最後に、日本の医療制度改革にお

ける保険者機能のあり方に対し、メディケアの保険者機能から得られるインプリケーションをまとめる。

## II 保険者としての多面的な活動

### 1. 多面的な活動をするための組織体制

HCFA (Health Care Financing Administration) は、米国厚生省 (DHHS) の中で厚生長官 (Secretary of DHHS) 直轄の連邦組織であり、7500万人をカバーする公的高齢者医療保険制度メディケアおよび公的医療扶助制度メディケイドを運営している。HCFAはその本部をメリーランド州ボルチモアに構え、全米で10の地方事務所を抱えている。本部は全米規模でのプログラムの統括と指示を行い、地域事務所は地域の保険サービス向上努力とそのための取り締まりを行っている。

メディケアの運営におけるHCFAの責任の範囲としては、メディケア受給者に対する医療保障を提供することであり、具体的には次の任務が規定されている。

- ① 受給資格の決定 (SSA<sup>3)</sup> と協力)
- ② 受給者にとって支払対象となる給付サービスの種類と期間の決定
- ③ 州の担当官、プロバイダー、各種契約委託先との協定の締結・維持管理
- ④ Public Health Service との協力の下、(Skilled Nursing Facility を除く) プロバイダーとの協力関係を踏まえた主要な政策の策定
- ⑤ 統計研究、保険数理プログラムの開発・管理
- ⑥ 財政管理
- ⑦ 政府との直接契約先として選ばれたプロバイダーに対して支払われる合理的なコスト・量の決定

HCFAは、上記の任務を担いメディケア全体を運営する唯一最大の保険者であり、また行政組織(レフリー)と保険者(プレイヤー)とを兼ね備えた組織と言える。日本においてこの行政組織と保険者とを兼ね備えた組織は社会保険庁であるが、

HCFAと比較してみると、医療保険のみならず年金制度についても所掌しているため、米国でのHCFAとSSAを併せたような存在であると考えられる。その中で医療保険のみに焦点を絞り、表1のように、年金部分を除いた社会保険庁の組織をHCFA組織と比較してみると、HCFAにおいては、医療の標準と質に関する部局 (Office of Clinical Standards and Quality) などの社会保険庁には見られない部門が存在しており、内部組織だけを比較しただけでもHCFAが幅広い権限を持ち活動していることがよく分かる。

## 2. 業務委託の活用による多面的活動

HCFAは外部組織への委託や提携を図ることによって、さらに多面的な役割を果たしている。例えば、被保険者の保険プランの選択肢を拡大するために民間保険会社に保険プランの提供を委託している。また、支払請求書(レセプト)の審査・支払業務は、インターメディアリーやキャリアと呼ばれる民間保険会社に対して委託を行っている<sup>4)</sup>。さらに、メディケアに参加している医療機関のモニタリングや医療の質の確保・向上を図るために、各州ごとにPRO (Peer Review Organization: 同僚審査機構)<sup>5)</sup>

表1 HCFAの組織概要と社会保険庁組織との比較

HCFAの部局名	主な担当業務内容	社会保険庁の該当部局
Press Office	広報	
Office of Legislation	立法手続き運営・企画	
Office of Strategic Planning	長期計画の企画・立案, そのための情報・分析支援の提供	運営部企画課
Office of Actuary	医療保険財政のマクロ経済分析の開発	(総務部経理課, 運営部医療保険課)
Office of Equal Opportunity and Civil Rights	HCFA 職員の雇用・労働環境の総合的調整	総務部総務課・職員課
Center for Beneficiary Services	受給者などとの相互対話, メディケア政策全般の開発(資格・加入権・保険料賦課徴収・給付調整・権利保護・苦情処理手続き・マネジドケア保険加入解約等)	(運営部医療保険課)
Center for Health Plans and Providers	保険会社・医療サービス提供者との相互対話, 保険会社の資格認定・競争政策等の管理運営, 医療サービス提供者の質の審査, 診療データに基づく支払方法の開発	(地方社会保険事務局, 社会保険事務所)
Center for Medicaid and State Operations	州・地方政府との相互対話, メディケア付加給付保険の運営に関する支援	総務部総務課, 地方課
Office of Internal Customer Support	HCFA 内部の人事関連業務運営	総務部総務課・職員課
Office of Information Services	Information Resource Management (IRM) のシステム管理・開発, 情報収集・分析, メディケア・メディケイド関連情報の一般への情報提供	社会保険業務センター
Office of Financial Management	HCFA 予算管理・公表, メディケア財政システムの運営 (PRO 等委託先への支払管理)	(総務部経理課)
Office of Clinical Standards and Quality	臨床医学の質に関するあらゆる政策の調整・運営, HCQIPをはじめとする質の向上政策の推進, 質の測定・インディケータの開発等におけるPROとの連携	
Office of Communications and Operations Support	HCFA 内部組織間の中立的な調整, 監査	総務部総務課, 地方課

出所: HCFA ホームページ・社会保険庁ホームページより作成

と委託契約を結んでいる。これらの委託契約の他に、保険プラン(会社)についてはNCQA (National Committee for Quality Assurance)<sup>6)</sup>、医療機関についてはJCAHO (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization)<sup>7)</sup>などと連携をとり、より専門的で詳細な情報収集を行っている。

このように、HCFA 内部だけでは果たしきれない役割を、さまざまな外部組織との委託・連携によって補完しているのである。これには、HCFA が保険者であると同時に行政組織であるという立場によるところが大きい。つまり、本来保険者として行うべき業務だけでなく、行政組織として公的保障を確保するための業務も担っているため、その両方の役割が重なる財政運営や基本となる保険プランの設計などの根幹業務は、HCFA 自身が抱えている。HCFA はそうした役割に特化する一方、必ずしもHCFA 自身が直接行う必要性の高くない、情報収集や経常業務については、より比較優位のある外部組織に委託している。そうすることで、HCFA がすべての業務を抱え込むことによる非効率を排除しようとしているのである。いわば、内部組織で抱えるべき業務と外部の専門組織の能力を積極的に活用すべき業務を明確に切り分けることによって、より効率的かつ効果的にメディケアを運営しようという工夫がなされているのである。

ただし、メディケアでのこうした業務委託は、必ずしも現状では十分に円滑に機能していない部分もある。例えば、近年HCFA から支払われる業務委託料が低すぎるという理由で、撤退する外部組織が相次いだ。あるいは、委託先に対するHCFA からの管理・規制が厳しすぎるといった不満も多い。しかしながらHCFA は、こうした問題点が発生してもそれを解消する方法を模索しながら、保険者としての役割・機能を実践し、メディケアの改善に向けて前進してきたと言える。それは近年の改革のみならず、メディケアの長い歴史の中でHCFA を評価できる点と言えよう。

日本でも、平成13年3月30日閣議決定「規制緩和推進3カ年計画」における保険者機能の強化の内容として、「保険者と民間企業が契約し、民間企業に健康保険組合の事務処理を委託できるようにすることについては13年度に検討する」ことが盛り込まれた。つまり、これは「保険者が果たすべき機能を拡大していくとともに、保険者から外部組織への業務委託が徐々に進められる」という、HCFA と同じ方向に日本が向かっていくことを示唆したものと言えよう。故に、これまでのHCFA の経験や工夫から見習うべき点が多いのはもちろんのこと、今後その重要性はさらに高まると考えられ、HCFA の動向に注視していく必要がある。

### III 情報化の推進と情報の活用

#### 1. 米国の情報化の現状

米国では民間保険が主流であり、情報化が進んだ組織がそもそも発達してきたという土壌を背景として、国家政策の下、HCFA 自らが情報化に積極的に取り組んできた。具体的には、メディケアの情報化の推進について、タイムスケジュールを織り込んで法制化することで、HCFA はそれを後ろ盾に各業務委託先に情報化推進のための協力を求めることができる。つまり、HCFA 内部と同時に各委託先の情報化を促し、そのための費用を各委託先が自ら負担せざるを得ないようにすることで、HCFA が必要とする情報を吸い上げる周辺環境を整えてきた。

例えば、オリジナル・メディケア保険における審査支払業務を委託するインターメディアリーに対しては、委託契約条件の中に「高度の情報処理能力を有する」という条件を盛り込み、実質的に情報システム開発費用は自前で賄うことを強制している。またプロバイダーに対しては、メディケアにおける支払請求の電子化の推進にあたり、紙ベースよりも電子化による請求に対する支払日数を短く

設定したり、HCFAが伝送用請求ソフトウェアを無償で提供したりするなど、インセンティブが働く工夫を盛り込んできた。同時にプロバイダーに対して、標準化された電子支払請求書を用いることによるコスト削減と業務の効率化のメリットをHCFAが全面的にPRし、その結果、表2のように高い電子化率を達成してきた<sup>8)</sup>。具体的には、1996年の医療保険の携帯と責任に関する法律（Health Insurance Portability and Accountability Act: HIPAA）により、医療制度の生産性向上のために、データ通信（Electronic Data Interchange: EDI）を活用した運営・財政に関する標準的情報システムの構築が目標とされ、その一環として、厚生長官はIT化されたヘルスケア取引標準を採用することが求められた。これに関連してHCFAは、プライバシー基準などの関連を除いて、計画の調整・実行のリーダーに任命され、メディケアでEDIを推進することとなった。

EDIを使うことによるプロバイダーのメリットとしては、第一にコスト的にも事務的にも効率化されることである。メディケア支払請求において無料

で伝送用請求ソフトウェアを導入し、そのサポートが受けられるだけでなく、すべてのメディケア契約先に受け入れられる標準化されたフォーマットを活用することによって、さらなるコスト削減にもつながる。第二に、紙の支払請求が最低27日間で支払われるのに対し、電子請求（Electronic Medical Claims: EMC）は最短13日後には支払われる。電子送金（Electronic Funds Transfer: EFT）についても、紙ベースでは手続きに1週間ほど要するのに対し、支払いが2営業日後に可能となり、さまざまな面において迅速な処理が可能となる。

パートAの保険請求処理システムは、「シアール・プロセスイン・アレンジメント」と呼ばれており、インターメディアリーのうち一部の機関（現時点では4つ）が集中データセンターとなって、複数のインターメディアリーのデータを一括処理しており、各インターメディアリーは支払請求1件当たりの処理費を負担している。HCFAは、システムの信頼性、安全性、効率性の観点から、このような集中データセンターを設置し、データの集中管理を行うように決定したのである。

表2 メディケアのEMC (Electronic Media Claims: 電子請求) 処理率 (2000年3月)

パートA

支払請求処理総数	EMC支払請求処理総数
13,958,089	13,598,563
タイプ	EMC処理率
All Bills	97.4 %
Inpatient Hospital Bills	99.4 %
Outpatient Hospital Bills	98.8 %
Skilled Nursing Facility Bills	98.5 %
Home Health Agency Bills	96.6 %
Hospice Bills	97.1 %
CORF Bills	87.4 %
ESRD Bills	98.1 %
Outpatient Lab Bills	99.6 %
Other Bills	83.9 %

パートB

支払請求処理総数	EMC支払請求処理総数
64,715,512	52,233,398
タイプ	EMC処理率
All Claims	82.3 %
Physician Claims (Assigned)	81.7 %
DME Claims (Assigned)	92.2 %
Lab Claims (Assigned)	93.1 %
Ambulance Claims (Assigned)	83.6 %
Other Claims (Assigned)	63.4 %
Unassigned Claims	55.0 %
Participating Physician Claims	82.6 %

注：CORF: Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility

ESRD: End-Stage Renal Disease

HCFA ホームページより作成

インターメディアリー以外の委託先における情報化推進の事例として、メディケア・マネジドケア保険では、「Impatient Encounter Reporting」というコンピュータシステムによりHCFAに履歴情報の提供を行っている。このシステムは入院患者受診情報を作成するシステムであり、メディケアの入院の請求情報を抽出して、UB-92<sup>9)</sup>と呼ばれる形式でデータを転送する。HCFAはこのデータで支払請求処理を行っている。それと同時に、リスク調整保険料を2001年より段階的に導入するにあたり、これらの被保険者の診療履歴情報を保険料算出の基礎データとして活用している<sup>10)</sup>。

また、1997年の財政均衡法により、マネジドケア保険のネットワーク内からプロバイダーが脱退した場合に加入者に対して通知することが義務づけられた。例えば、エトナ(Aetna U.S. Health Care)においては「Provider Termination Notices」というプロバイダーの脱退通知システムを開発している。このシステムは、プロバイダーの脱退に関する加入者への通知履歴情報を登録しており、HCFAによって通知実施状況の確認を求められた場合に対応が可能である。

これらのシステムは、インターメディアリーと同様に、メディケアでの委託契約を受ける際の規定の中に「受給者の異動・支払請求等の情報化の推進」という条件が盛り込まれており、自主財源により情報システムを整備せざるを得ない状況となっている。

## 2. 日本における情報化推進のための環境整備

日本においても、情報化による被保険者サービスの強化や情報公開の推進は、喫緊の課題として取り上げられている。情報化が遅れてきた背景には、つい最近まで情報化に対する必要性や関心が低かったこと、その結果、情報化を推進するインセンティブが働かなかったこと、同時にそれを実行できるだけの能力を兼ね備えた受け皿がなかったことなどの要因があげられる。また、実行にあつ

て必要となる情報化投資財源をいかに確保するかという障壁も主要要因の1つと言える。

米国での情報化推進のプロセスを参考とすると、日本ではまず、保険者が被保険者のニーズにこたえるために情報収集できる環境を整備することから始めなければならないだろう。日本の被保険者証やレセプトの情報は紙ベースの情報が主体であり情報収集の点多大な労力がかかる。したがってまず、個別の保険者が自らのニーズや被保険者のニーズに応えるために情報収集できる環境の整備が必要であろう。レセプトフォーマットの改訂、被保険者証のICカード化、情報公開などの地道な努力に加え、全国的レベルでのシステム構築のための機器購入やソフトウェア開発費用については、IT予算の活用、必要な法制化など電子政府構築の一環として推進していくことが必要であろう。この情報インフラが整備されれば、被保険者情報およびレセプト情報をデータベースに蓄積することによりさまざまな分析が可能となり、それらの分析情報を活用することによって、HCFAが行っているような、より進んだ苦情・相談対応やプロバイダーおよび保険商品に関する情報提供等の被保険者サービスが可能となる。

## IV 保険者による医師などの専門家集団の活用

### 1. HCFAの医師専門家集団の活用方法

日本の保険者と比較すると、HCFAはプロバイダーの提供するサービス内容・質に対する大きな役割を具備していることも1つの特徴であると言える。メディケアにおいてプロバイダーによる不正・乱用を撲滅するために、HCFA自らが指揮をとって具体的な活動を展開している。その手足となって実際にプロバイダーに働きかけているのが、医師などによる専門家集団であるPRO (Peer Review Organization)である。PROは、そもそも1983年のDRG/PPS導入の際、不正請求のチェックを行うた

めにHCFAによって作られた組織であったが、メディケア・マネジドケア保険の普及とその苦情件数の増大に伴い、HCFAはPROに対してさまざまな役割を担わせていった。具体的には、患者の相談窓口機能、プロバイダーのサービス提供能力の審査、診療内容の質の審査、メディケア受給者に対する予防・保健活動の推進などである。つまり、不正請求のチェックという当初の目的に加え、そこから発展して、特に保険者が医療という専門領域に介入していく際の手段として、専門家集団であるPROを活用してきたのである。

## 2. PRO

PROとは、1983年のDRG/PPS導入後、医療の質を確保する目的で設立された、医師による同僚審査機関である。HCFAはPROに対して、メディケア受給者に対するケアの利用と質を監視し、質を向上させることを委託している。HCFAが作成した「PROマニュアル」では、メディケア受給者に対して提供された財やサービスに関して、医療サービスの適切性と医学的必要性、医療施設の妥当性、医療施設から提供される診療情報、支払請求情報の適切性・合理性・正当性、医療の質と効率性を審査し判断することがPROの使命であると定義づけている。

PROはこれらの活動によって、メディケアで請求されたサービスに対して支払いを行うかどうかを決定し、必要な場合には適切な改善活動を計画・実行する権限を持っている。具体的な任務としては、過誤支払予防プログラム(Payment Error Prevention Program: PEPP)とヘルスケアの質向上プログラム(Health Care Quality Improvement Program: HCQIP)の大きく2つに分けることができる。PROプログラムの創設当初は過誤支払防止プログラムがPROの主要な任務とされていたが、最近ではむしろヘルスケアの質改善プログラムに対する業務割合が高まってきていることが特徴的である。例

えば第5次契約(1996～1998年)における委託業務の割合は、ヘルスケアの質向上プログラムが全体の60%、過誤支払防止プログラムが30%を占め、残り10%で、病院の退院計画と支払いに対する個別のケースレビューや、特定のPROのみに委託される特別プロジェクトが行われた。

これらの契約は、3年ごとに競争によってHCFAから各州に1つ選定され、全国53のPROが締結している。契約報酬は、協定に基づき各プロジェクトごとに支払われ、契約上の成果が達成できなかった場合には契約金が削減される(あるいは支払われない)こともある。現在は第6次契約(1999～2001年)期間であり、この契約に対するHCFAからの評価は、2001年11月に行われる予定となっている。

全米規模で見ると、第5次契約における総額費用は5億5000万ドル(3年間)であり、年平均受給者数を約3800万人とすると、1年間に1受給者当たり約5ドルのコスト負担となる。メディケア全体の保険給付が年間2110億ドル、1加入者当たり5,000ドル超ということを見ると、PROプログラムの年間予算はその0.1%以下にすぎない。

また、PROはメディケアの委託業務のみではなくメディケイドおよび大手民間マネジドケア保険の委託業務、さらに場合によっては州の民間マネジドケア保険を監督する委員会の業務の委託を受けている。しかし、その中でもメディケアの業務の占める割合は最も大きく、他の業務関係を確保するためにもHCFAとの契約は重要であり、しかも採算は通常5%程度の利益を得ることが可能である。ただし、HCFAとの契約内容が頻繁に変更になる、質の改善プログラムの管理に対するHCFAから異議申し出が多い、PROの業務に対するHCFAからの管理が細かいなどのデメリットもある。

## 3. 過誤支払予防プログラム

過誤支払予防プログラム(Payment Error

Prevention Program: PEPP)がHCFAからPROに委託された経緯は、メディケア全体として不正・乱用撲滅活動が大々的に行われており、特に1997年のHCFA財政状況報告に関する監査院(Office of Inspector general: OIG)の監査結果によって、DRG/PPSでの入院サービスに関する過誤支払総額は4億ドルにも上ることが指摘されたことによる。HCFAは、個別の州ごとに過誤支払率(州の入院サービスのDRG/PPS支払総額に対する過誤支払額)の見積もりを算出し、同時に監視システムも提供し、その見積りに対する過誤支払抑制の成果に応じてPROのパフォーマンスを評価することとした。PROは、HCFAやインターメディアリー、その他メディケア関連委託先、メディケア受給者からの照会を受け、それぞれの事例に対して医学的に必要なケアであったかどうか、個別調査・遡及審査する。その結果改善の余地がある場合には、その対象機関や医師に対する改善行動計画を実施する。これは、HCFAから委託されているという権限に基づき行うことができる。それと同時に、治療・サービス提供の適切性、サービスへのアクセス・支払いの適切性、早期支払いの達成をプロバイダーに呼びかけることによって、メディケア受給者に提供されるサービスの監視を行う。またこうした作業過程から、潜在的な不正・乱用・無駄のパターンを特定化し、HCFAに潜在的な事例を撲滅するための情報を提供することも期待されている。

#### 4. ヘルスケアの質向上プログラム

ヘルス事業としては、個人属性・地域・施設にかかわらず全メディケア受給者の健康を向上させるために、HCFAがPROに対する委託契約の一環として、「ヘルスケアの質向上プログラム(Health Care Quality Improvement Program; HCQIP)」を計画した。この契約でHCFAは、全国的に健康増進を優先すべき質の指標を設定したが、必ずしも各州独自の状況を完全に反映していないため、PRO

に対して次のことを主導するよう依頼している。

- ① 州のメディケア受給者に対して、次の6つの臨床項目それぞれにおいて設定された標準的な質の指標に基づき、質向上計画を実践する：急性心筋梗塞、肺炎、糖尿病、乳癌、一過性脳虚血発作/心房細動、およびうつ病・虚血性心不全
- ② 次の3つの領域における州独自のプロジェクトを指揮する：医療代替施設における質向上計画、受給者間のケアの不一致削減計画、その他地域の関心・必要性に基づく計画
- ③ 州のマネジドケア保険に対して、技術的サービス支援を行い、健康向上計画(特に糖尿病とインフルエンザの予防プロジェクト)に協力するよう働きかける

具体的には、質向上活動として実際に病院や医師の元へ行き、文献・資料を提供したり、臨床ガイドラインを示したり、その他さまざまな働きかけによって質の向上を図る。そのような指導の6カ月～1年後に、質改善の成果を測定する。このように、PROがプロバイダーと協力しながらプロジェクトを進めることは契約上の義務である一方、プロバイダーの参加は自主的であり、強制ではない。プロバイダー側から見れば、診療報酬の支払方式によって、PROプロジェクトに協力するインセンティブが異なる。例えば虚血性心不全の再入院率を減らすことや予防接種率を高くして肺炎の入院率を減らすという改善目標によって、患者の健康がより早く改善し在院日数が短縮された場合、DRGによる支払制度では財政的インセンティブが働くが、1日当たり定額支払いの場合は逆にインセンティブは損なわれるからである。

また、前述のとおり、その他のPROの使命として、健康増進・疾病予防に関するメディケア受給者の教育と保護という役割が任されており、その一環で各PROは電話ホットラインを設置し、受給者への一般的な情報提供を行っている。



5. 支払基金、国保連合会の機能拡充による  
日本版 PRO の組織化

現在のメディケアで、保険者である HCFA を代行して PRO が果たしている役割は非常に大きい。こうした組織の活用は、日本において保険者主導による医療の質の向上を実践する上で非常に参考となるが、日本にはその機能を担えるだけの組織は存在しないため、まずは同種の機能を一部保有する機関において体制整備・機能強化を図り、いずれ新組織の設立をも視野において、官民一体となって積極的に推進すべきではないだろうか。PRO が不正請求のチェックを行う機関から発展した組織であるということから考えると、PRO の担っている役割を果たすための組織として、日本の現状で最も近いレベルにあるのは、社会保険診療報酬支払基金や国保連合会等の専門的な医療情報処理・活用技術を持った既存組織であろう。これらの組織を核とし、まずは医療関連専門知識の蓄積を図り、いずれ専門職集団を拡充していけば、将来的には日本でも PRO のような機能を持つ組織が実現できるのではないであろうか。しかしながら、その際米国の先行事例の経験を踏まえ、漸進的に、また、プロバイダーの意見を十分踏まえつつ推進していく必要がある。

また米国では、PRO のみならず、医療の質の評価にかかわる専門家集団組織が、表3のようにさ

まざまな切り口で複数存在する。日本においても同様の機能の重要性が認識され始め、一部類似機関が活動しつつあるが、これらの組織による保険者ひいては被保険者への貢献も非常に大きいことを考えると、できるだけ早く整備されることが必要であると言えよう。

V 被保険者による保険プラン選択の実施

1. メディケアにおける被保険者による保険プラン選択の概要

メディケアでは、公的保険給付としての範囲を HCFA が規定している。それを上回る保障に追加保険料を支払って加入するかどうかは、メディケアの被保険者自身の選択に委ねられている。被保険者には、支払能力と希望保障内容に応じた複数の保険プランが選択肢として提供され、毎年1回見直しすることが可能となっている。HCFA が提供するオリジナル・メディケア保険では、入院時の費用を一部保障する「パートA」と呼ばれるプランが最低保障となっており、それに加え毎月50ドル(2001年現在)の保険料を追加負担すれば、通院時の費用を保障する「パートB」に加入することができる。また、オリジナル・メディケア保険(パートA+B)でカバーされていない一部の免責額や薬剤費を保証するためのオプション・プランとして、

表3 米国の医療関連評価・認定機関

名称	創立	業務内容
JCAHO(Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization, 医療機関認定評合同委員会)	1951年	医療の質の向上を図るため、医療機関(病院およびその他医療施設)の機能評価と認定を行う非営利組織。
ACHPR (Agency for Health Care Policy and Research, 医療政策・研究機関)	1989年	米国厚生省(DHHS)の下部組織。医療技術査定を軸とした医療政策研究を行う。
NCQA(National Committee for Quality Assurance, 全米品質保証委員会)	1990年	全米レベルでのマネジドケア・プランの提供する医療の質についての審査・認定を行う非営利組織。
URAC (American Accreditation Healthcare Commission, 診療内容審査認定委員会)	1990年	診療内容審査会社の認定を行う非営利組織。

各種資料より筆者作成

民間保険会社が提供する11種類のメディギャップ保険がある。パートBと同じく、追加保険料を支払えば上乗せ加入することが可能である。さらに、オリジナル・メディケア保険に並列する選択肢としてメディケア・マネジドケア保険がある。これは、HCFAが民間保険会社に対して保険プランの提供を委託し、最低限オリジナル・メディケア保険と同じ保険料負担で同じ保険給付内容が提供されるものである。

## 2. メディケア・マネジドケア保険における問題とHCFAの対応

HCFAは、被保険者に複数の保険プラン選択肢を提供することで、特にメディケア・マネジドケア保険という民間保険会社の競争原理の導入により、医療保険財政の効率化を目的としていた。また、民間保険会社間の競争の結果として、より少ない保険料負担でより充実した給付内容が提供されることを期待していた。しかし実際には、民間保険会社による収益最大化やコスト削減が最優先され、クリームスキミングの発生や、患者が受ける医

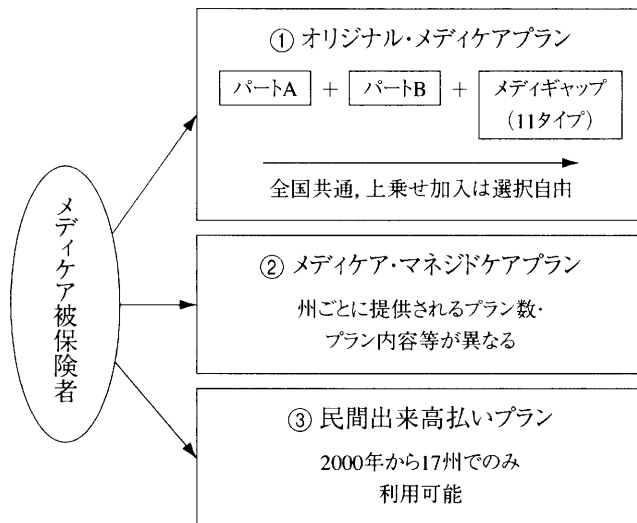
療サービスの量や質の低下がもたらされてしまったのである。

こうした問題に対し、HCFAは自らが被保険者のエージェントとしての機能を発揮することにより、委託先の各保険会社間の適正な競争が働くよう、次のような環境整備に取り組んだ。

### (1) 被保険者が保険プラン(会社)を評価・選択するための環境整備

被保険者が保険プラン(会社)を実質的に評価・選択できるような環境の確保である。これは、メディケアのみならず米国の医療保険市場全体で、保険プラン(会社)や医療機関、医療の質に関する情報・評価結果の公開が、1990年代に入り急速に進められてきたことも背景にある。こうした過程で設立されたNCQAやJCAHOをはじめとする専門的な情報収集・評価期間と連携しながら、HCFAは各種の情報を積極的に被保険者に提供している。

まず、メディケアの概要、オリジナル・メディケア保険の給付内容、およびメディギャップ保険の給



各種資料より筆者作成

図1 メディケアにおける保険プラン選択の概念図

付内容については、「Medicare & you」や「to Health Insurance for People with Medicare」などの小冊子を作成し、インターネット・電話・郵送などによって情報提供する体制を取っている。また、メディケア・マネジドケア保険に関する情報提供としては、HCFAが民間保険会社と契約締結する際に審査・承認を行った各保険商品の情報を公表し、そのサマリーを小冊子としてメディケアの全被保険者に郵送している。同時に、インターネット上に「Medicare Health Plan Comparison Database」と呼ばれるデータベースを構築し、各地域で提供されている保険商品をメディケア被保険者が比較できるよう、包括的な情報を開示している。

一方プロバイダーに関する最も基本的な情報として、「Participating Physician Directory」でメディケアに参加している医師（一般・専門医）の名前と住所を公開している。また、メディケア受給者がプロバイダーを選択する際のガイドラインとして、「choosing a doctor」「choosing a hospital」「choosing treatments」という参考書のようなものを作成し、提供している。あるいは、「Nursing Home Compare」では、全国17,000のメディケアおよびメディケイドで承認されているナースングホームについて、各施設の特徴や州の監査結果、スタッフに関する情報等を提供し、比較可能なデータベースをホームページ上で公開している。

また、これらのHCFA本体からの情報提供のみならず、業務委託先である各州のPROやインターメディアリーにも、メディケア受給者のサービス対応窓口としての役割を發揮させ、より専門的な情報提供を推進している(IV参照)。

## (2) 被保険者のエンパワーメントのための環境整備

保険会社の行き過ぎた行動によって、被保険者に被害が及ばないための環境整備である。いわば受給者のエンパワーメントであり、これもメディケ

アに限らず、米国医療保険全般で取り組まれたことである。具体的には、患者の権利を保護するための「患者の権利法」という法規制が作られたことが挙げられる。あるいは、メディケア受給者が民間プランに加入する際のクリームスキミングを排除するために、リスク調整支払保険料の導入にも着手し始めている。

こうしたHCFAの取り組みによるここ数年の環境変化を受け、収益だけを優先した保険会社がメディケア・マネジドケア保険市場から姿を消し始めた。このようなメディケア・マネジドケア保険会社の撤退は、その加入者であるメディケア被保険者の混乱を招く結果とはなったが、適正な市場インセンティブが機能し始めた結果ととらえることができよう。

## 3. 日本へのインプリケーション

日本の医療保険制度では、原則的に本人の属性（職業、居住地等）によって加入する保険制度と保険者が規定され、被保険者には保険者選択の権利が実質的に無い。これはおそらく、今日まで公的国民皆保険制度が比較的安定的に維持されてきたことにより、どの被保険者もほぼ同レベルの医療サービスを受けることが可能であったため、それほど問題とされなかったと言えよう。しかしながら、今後の日本の医療保険制度を考えた場合、高齢化等による財政の窮状化を背景に、保険者間の（保険者機能の發揮を含めた）提供サービス格差の拡大、保険給付内容のさらなる充実や予防医療に対するニーズの高まりが徐々に進むことが予測される。その結果、日本においても将来的に、被保険者による保険者選択が議論されることになるかと予想できる。そこで、現行制度を前提に被保険者による保険者選択の段階的な導入を考える場合、当面は公的保険者が提供すべき給付内容は維持したままで、オプションとして被保険者が選択できる余地を作っていくという手法が考えられる。

その際、上述したHCFAによるメディケアの制度改革は、先駆的なモデルとして非常に多くのインプリケーションを含んでいる。

日本ではまず、保険者が被保険者のニーズに応えるために情報収集できる環境を整備することから始めなければならないだろう。この点は、IIIで詳しく述べたとおりである。また、クリームスキミングの問題への対応は、被保険者による保険者選択に内在する難しい課題であり、HCFAが行ったリスク調整保険料の設計方法やそのために必要となる被保険者情報の収集・分析方法なども、HCFAの経験を活用できる点が多い。あるいは、保険会社の行動が行き過ぎていないかどうか、外部からチェックする仕組みを作ることも必要であろう。

こうした環境整備が整った上で、より実務レベルのスキルも参考となる。例えば、オプション・プランの内容審査・承認方法、被保険者がプラン選択する際の情報の内容や提供方法、被保険者の加

入・変更手続き方法、民間保険会社との委託契約方法等、HCFAから学べることは多い。

被保険者による保険者選択の導入により、保険者には被保険者から選ばれるプランやサービスを提供するための努力が求められる環境となる。その結果、より強靱な保険者機能の発揮を促し、被保険者にとってより望ましい医療保険、ひいては医療サービスの提供の促進につながるのである。

## VI おわりに

医療保険財政が逼迫する中で、党派的な駆け引きにより抜本的な改革が進まないという状況は、米国も日本も同じであるといえる。しかしながら日本の公的保険者に比べHCFAは、「質の高い医療を効率的に提供する」ことに対して保険者として可能な範囲で積極的に取り組み、多面的に活動している点で評価できると言えよう。

表 4 日本の医療制度改革に対するメディケアからのインプリケーションのまとめ

	← 当面着手可能な課題			→ 長期的な課題		
保険者としての多面的な活動	共同事業による効率化	一部業務委託	業務委託の自由化			
情報化の推進と情報活用	医療関連専門情報機関の整備	日本版PRO組織化のための体制整備	保険者による医療機関の推薦			
保険者による医師等専門家集団の活用	医療関連専門知識の蓄積	医療情報収集・解析	医師との直接交渉			
被保険者による保険プラン選択の実施	被保険者との対話(情報公開・提供)	保険内容選択範囲の段階的拡大	複数保険プランの提供			

特に今日、日本の構造改革で喫緊の課題の1つとして位置付けられている高齢者医療制度改革を考えるにあたり、米国のメディケアは参考となる1つの先駆的モデルと言える。また、保険者機能を考える上で保険者の組織構成の見直しも並列的な課題である。その際、1つ1つの保険者機能をどのように強化していくかということはもちろんだが、同時に保険者機能をうまく発揮するための保険者組織をいかに構成すべきかということを考える上でも、HCFAの取り組みから得られる示唆は多い。

最後に、これまでの考察結果を、日本の医療保険制度改革のタイムスケジュールを横軸にとって整理すると、表4ようになる。情報化の推進と情報公開は、すべての保険者機能を発揮する上での基盤となるものであり、その上で専門家の活用、被保険者に対するさまざまな選択肢の拡大、サービス内容の充実等を図ることにより、保険者としての多面的な活動が実現可能となる。そのために、まずは現行で可能な範囲での環境整備に着手していくことから始めなければならない。そして、それを必要条件とし、制度の修正や法改正等を要する長期的な課題へと段階的に進めていくことが必要であろう。

注

- 1) DRG/PPS (診断群別包括支払方式)はメディケア(パートA)のホスピタルフィーの支払方式に、RBRVSはメディケア(パートB)のドクターフィーの支払方法に導入されている。
- 2) メディケアでの受給資格が認められた者は、受給資格の無い他の被保険者と区別するために、「受給者(beneficiary)」と呼ばれている。本稿では、特にメディケアの受給者のみに限定する必要がある場合には「受給者」と表すが、その他の場合は「保険者」に対応するものとして「被保険者」という言葉を用いる。
- 3) Social Security Administration (SSA)は、全米の主要

な所得保障機関であり、高齢・遺族・障害者年金保険制度と高齢・盲目・障害者に対する補足的保障所得制度を管轄している。1935年フランクリン・ルーズベルト大統領による社会保障法(Social Security Act)調印の際に創設された独立機関Social Security Board (SSB)を前身とし、1953年にDepartment of Health, Education and Welfare (HEW, 後のDepartment of Health and Human Service)が作られた際にその下部組織となったが、1995年3月から再び独立行政機関となった。

- 4) インターメディアリーとは、パートA・B両方の下で、病院等に対するメディケア支払請求処理を行うために、HCFAからの委託契約を締結した民間組織である。キャリアーとは、パートBにおける診療所等の医師に対する支払請求処理を行うために、HCFAから委託契約を締結した民間組織である。
- 5) 詳細はIVを参照。
- 6) 詳細はIVの表3を参照。
- 7) 詳細はIVの表3を参照。
- 8) パートBの審査支払機関であるキャリアーもインターメディアリーと同様に請求書の電子化率が高い。
- 9) インターメディアリーで使用しているパートAの請求フォーマット。
- 10) メディケア・マネジドケアにおける民間保険への支払いは、1997年の財政均衡法以前は、人口動態的な情報(年齢、性別等)に基づいていたが、法施行後はサービス利用の履歴情報をもとに受給者ごとの将来支出を推計して支払いを行っている。

参考文献

- 西田在賢 1999『マネジドケア医療革命』日本経済新聞社  
週刊社会保障編集部編 2000『欧米諸国の医療保障』法研  
広井良典著編 1999『マネジドケア医療改革』東洋経済  
新報社  
川渕孝一 1998『DRG/PPS導入の条件と環境』じほう  
財団法人医療経済研究機構編 1998『米国のヘルスケア  
ビジネス』法研  
財団法人医療経済研究機構報告書 1997「技術料評価に  
関する研究」  
<http://www.hcfa.gov> (HCFA ホームページ)  
<http://www.sia.go.jp> (社会保険庁 ホームページ)  
(すみよし・ひでき 富士総合研究所主事研究員)  
(きよの・きみこ 第一生命経済研究所副主任研究員)

## イギリスの医療制度から学ぶ保険者機能<sup>1)</sup>

府川 哲夫  
泉田 信行

### ■ 要約

イギリスの医療制度を保険者機能の観点から検討すると、保険者機能(に該当するもの)は非常に強く、その結果として医療費の抑制は非常に強力に行われている。その代価は国民の医療へのフリーアクセスの放棄である。日本の保険者が全く行っていない診療ガイドラインの作成や疾病予防および疾病管理などについてもNICEを設立するなど積極的に取り組んでいる。医療の情報公開については日本よりもはるかに進んでいる。これは長いウェイティング・リストを国民に許容させるために必要なためとも考えられるが、情報公開自体が有意義であり、日本にとって特に参考になる点である。

### ■ キーワード

保険者機能、NHS、NICE、PCG、サービスアグリーメント、パフォーマンス

### 1. はじめに

NHS(National Health Service:国民保健サービス)はイギリス国民に広く支持されている制度であり、医療費の対GDP比も他の先進国より低い。NHSの特徴は税財源・患者負担ゼロ・公正な財源配分であったが、1990年代の改革で「供給側に市場原理導入」という4番目の特徴が加わった(Glennister, 2000)。市場原理をどのように導入するかはそれぞれの国の制度的・思想的背景に大きく依存するが、イギリスでは医療サービスは必要に応じて提供されるべきだという考え方が国民の中に定着している。

イギリスの医療制度は日本のそれとは外見上大きく異なる。しかし、両国はともに医療費の対GDP比が主要国の中で最も低いグループに属し、医療サービスに対する考え方は日本とイギリスで大差がないように思われる。このため両国の制度比較を行うことは非常に有意義である。しかしイギリスの税方式に対して日本は社会保険方式であることか

ら、日本の制度に則した保険者機能の分析に対して何の意義があるかとの疑問が呈されるかも知れない。これに対する筆者らの解答は否である。実際の医療提供体制を管理するための技法を比較することは税方式であれ、社会保険方式であれ医療費調達方式に依存するものではないからである。

イギリスでは積極的に医療供給システムを改革し<sup>2)</sup>、より国民の満足度が高いものにしようとする努力が続けられている。他国の改革の成果に学ぶことは自国での改革の帰結を占う上で必要な情報を与えてくれる。この意味からもイギリスの「実験」に学ぶことは日本の医療制度改革に対して含意が大きいものと考えられる。

筆者らは「保険者機能に関する研究」プロジェクトの海外調査の一環で2000年9月にイギリス・ヨーク地方を訪問する機会を得た。その際見聞した情報と事前に日本で収集・調査した資料、イギリスにて収集した資料をもとに、NHSシステムから日本の保険者機能のあり方について検討するものである。

イギリスの医療制度を保険者機能の観点から検討すると、次のような含意が得られると思われる。まず保険者機能(に該当するもの)は非常に強く、その結果として医療費の抑制は非常に強力に行われている。その代価は国民の医療へのフリーアクセスの放棄である。日本の保険者が全く行っていない診療ガイドラインの作成や疾病予防および疾病管理などについてもNICE(後述)を設立するなど積極的に取り組んでいる。医療の情報公開については日本よりもはるかに進んでいる。これは長いウェイトニング・リストを国民に許容させるために必要なためとも考えられるが、情報公開自体が有意義であり、日本が見習わなければならないものである。

本稿の構成は次の通りである。2節においてヨーク地方での訪問調査結果を利用してイギリスの医療制度の実情を述べた。3節でイギリス医療制度を保険者機能の観点から検討した。4節では日本の保険者機能への含意を議論した。

## 2. イギリスの医療制度

### (1) 概要

イギリスにおいては医療政策の管轄はDepartment of Health (DoH; 以下、保健省と訳す)が行い、実際の医療給付はNHSシステム<sup>3)</sup>の下で行われている。NHSの予算は、主に税によって調達されている。1998年度について見ると、病院サービス・地域ケアサービスに対して3/4程度が支出され、残りを家庭医療サービスが占めている。つまり、病院医療費がNHSの太宗を占め、保健省の管理経費はその規模が非常に小さい。

病院や地域サービスの予算はNHS Executives<sup>4)</sup>によって決められる。NHS Executivesは人頭割の原理に従い、HA (Health Authority)に固定予算の形で財政資金を分配している<sup>5)</sup>。現在は病院サービスなどの医療費調達手段は政府を通じたものだけではない。固定資本投資についてはPrivate Finance Initiative (PFI)も利用可能である。PFIは

1992年に導入された民間投資資金の導入方法の一形態である。1993年以降、NHSはPFIを通じて資本支出計画のための資金調達をしている。NHS Trustsに対しては公的資金要請の前に私的資金調達を試みることを求めている<sup>6)</sup>。

### (2) HA

HAは供給されるべきサービスの特定化とそのNHS Trustsへの委託について法制上の責任を持つ。よって、医療機関への支払いの管理もHAが行っていることになる。HAの下位にPractitionerがおかれているが、これはPractitioner(日本での診療所医師に近い存在である)がHAの完全なコントロール下にあることを意味しない。PractitionerはNHSからは独立した存在であり、契約によってNHSとの関係が発生する。

NHS Executiveのうちの1つNHS Executive Northern and Yorkshireは12のHAを管轄し、今回訪問したNorth Yorkshire HAはその1つである。HAの数はイングランド100、ウェールズ4、スコットランド15、北アイルランド4で、合計123である。

North Yorkshire HA管内には6 PCGs、4 NHS Trustsがある。HAの予算の90%はPCG(後述)に配分され、10%が直接病院に行く(図1)。

HAの第1の優先課題はHimP(Health Improvement Program: 詳細は「保険者機能報告書」参照)の策定・モニターやhealth inequalityの是正であり、cost effectivenessは現在のところ優先順位が下がっている。(以下で説明するPCTが地域での広範な医療供給責任をとる予定であり、)HAは今後strategic planningがより重要な機能となる。

HAとNHS Trustとの関係は協調が基本である。病院ごとの実際の予算には実績値によるBaselineと理論値であるTargetの間に乖離があるが、予算の増加分でBaselineとTargetの差を減少させる方向に調整している。医療サービスに関してはHimPの実行が重要である。病院が提供する医療サービ

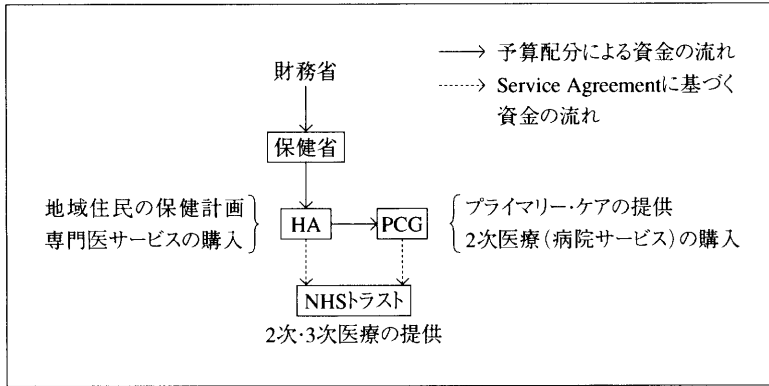


図1 組織と資金の流れ

スの取り決めも Contract から Service Agreement に変わった。HA と NHS Trust や PCG はパートナーである。しかしながら、Agreement の各項目について達成度をモニターするシステムの採用が進みつつある。Performance Indicators に関しては、次の6分野について具体的な指標でモニターされている(カッコ内は指標数)。

- 健康水準の向上 Health Improvement (7)
- 公正なアクセス Fair Access to Services (8)
- 適切な医療の効果的提供
  - Effective Delivery of
  - Appropriate Healthcare (8)
- 効率性 Efficiency (5)
- 患者の体験 Patient and Care Experience of the NHS (7)
- 成果 Health Outcome of NHS Healthcare (14)

2000年7月現在で North Yorkshire HA のパフォーマンスは6分野すべてでおおむね良好であったが、49の指標のうち10指標はイングランド平均より悪く、そのうち4指標では悪化している。入院待ちリストの短縮については、常に選挙の争点となり各HAが政府から強いプレッシャーを受けている。私的医療は存在しているが、ロンドンや南部で比重が相対的に大きいものの、北部では比重が小さい

ため、当該HAでは重要性の低い問題である。HAが適正に医療を購入することを確保するために予算配分方式を工夫するほか、Community Health Council (CHC) をHAに対応させて配置している。CHCは保健大臣によって設立される。医療サービスの供給はしないが、消費者のために医療購入の監視人としての役割を持つ<sup>7)</sup>。

### (3) PCG (Primary Care Group)

イギリス政府はプライマリー・ケア重視の政策を打ち出しているが、政策の根拠は1997年の“The new NHS; Modern and Dependable”という報告書である。プライマリー・ケアの中心となるPCGはGP、地域看護婦、社会サービスの代表、lay member およびHAの非常任理事から構成されるHAの委員会である。

GP ファンドホルダーによってもたらされた不公平をなくすためにPCGが作られた。PCG Boardには社会サービスの代表が入り、重視される価値も競争や短期的利益から協調に変わった。PCGにとってもパートナーシップが重要となっているが、病院サービスを効率的に購入する機能の重要性は将来高まると考えられる。PCGは予算をプライマリー・ケア、2次医療、3次医療に配分しているが、疾病ごとにこの配分を変えようとしている。

PCGは平均的に人口10万人に1つであるが、



実際の人口規模は5万人から25万人までバラツキがある(GPは人口2千人に1人が目安)。PCGは発展段階によって次の4つのレベルに区分され、レベル4はPrimary Care Trust (PCT)と名付けられている。

レベル1：HAの病院サービス購入を助言する。

レベル2：HAの一部として活動するが、予算管理機能をもつ。

レベル3：HAから独立して、病院サービス購入の予算を管理する。HAへの報告義務はある。

レベル4：レベル3の機能に加えて、コミュニティ・ヘルス・サービスの提供にも責任をもつ。

2000年4月にPCTの設立が始まり、2004年まではすべてのPCGをPCTにすることが政策目標となっている。PCGレベル1やレベル2はHAの中の組織と位置付けられているが、PCTはHAから独立した組織となり、これまで病院にあったcommunity nursing services部門も吸収する。

PCTはその運営について、中央政府に対して国家的な政策体系の下で、国家的な政策優先度に基づいて活動する責任がある。HAに対しては地域HimPを実行し、説明する責任がある。住民に対しては開かれた理事会を開催することおよびPCTの計画書と報告書を公表する責任を負っている。

#### (4) Trust病院との契約による医療

NHS Trust病院の運営において最も重要な問題は資金調達である。NHS TrustはHAおよびPCGと病院医療サービス供給に関する合意文書(agreement)<sup>8)</sup>を取り交わし、それに沿ってサービス供給を行う。2000年度におけるYork Health Service NHS TrustとNorth York Health AuthorityおよびYork/Selby PCGとの間の供給契約金額は1億59万5900ポンドである。ヨーク地区での病院医療サービスの提供に対して一括して上記の金額を支払う契約である。ただし、この金額の中には① ケースごと

表1 ケースごとおよび利用ベースでの請求分

(単位：1000ポンド)

血友病治療	400
ベータインターフェロン	200
腎透析ユニット運営費用	1100
法精神医学用病床 (above 8 beds)	180
母子ユニット (above 15 beds)	30

表2 別途契約分

(単位：ポンド)

診療管理	125
コンサルタント特別報酬	260
医療過誤関係	600

および利用ベースでの請求分(表1)、② 別途契約分(通常の病院サービス供給契約にはなじまない項目に対する費用負担契約;表2)は含まれていない。

この合意では病院医療サービス供給について2001年3月末までの数値目標を次のように与えている：①入院待機患者の数を6067人以下とし、年間を通じて18カ月以上入院待機している患者が発生しないものとする；②13週以上の外来受診待機患者が2001年3月末までに、1117人以下になるものとし、12カ月以上外来受診待機している患者が発生しないものとする。ブレア政権はNHSシステムにおける待機患者の削減を至上命題に掲げており、政権の政策目標が「合意」文書に反映されているものと考えられる。待機患者の削減以外にも「合意」の中には新規発生患者についての数値目標がある。

サービス供給水準の未達成に際して契約額の削減・返還などのプレッシャーは存在しない。逆に計画水準の達成に対してperformance fundが付加される。これはサービス供給計画が未達成な場合には資金が十分でないことが考えられ、計画未達成に対して資金供給を減少させれば必要なサービス提供水準を下回る可能性があるためである。

病院医療サービス供給計画達成のためには病院内部での診療管理が重要となる。York Health

表3 週間パフォーマンスモニタリングの結果

		8月第1週	8月第2週	8月第3週	8月第4週
入院ケース数 (選択的分)	目標	4096	4345	4544	4793
	実数	3556	3778	4012	4215
	差	-540	-567	-532	-578
入院ケース数 (選択的・非選択的分合算)	目標	13435	14202	14920	15688
	実数	13527	14296	15074	15845
	差	92	94	154	157
入院待機患者数	目標	6625	6604	6587	6566
	実数	6799	6654	6481	6365
	差	174	50	-106	-201
入院キャンセル		4	14	11	50

Service NHS Trust においては週ごとに診療科ごとの診療パフォーマンスのモニタリングが行われていた(表3)。

Trust 病院と HA・PCG との関係は次のようにまとめられる。①「合意」に基づく協調的なものである。② 総枠予算制は基本的な治療サービス部分に限られ、1件当たりの医療費が高額になるものや総枠予算になじまないものは別枠の契約として、病院が負う財政的リスクを軽減している。③ 病院の経営努力へのインセンティブを引き出すため契約となっている。しかしそれは医療の質の低下をもたらさないように工夫されたものである。

### (5) NICE<sup>9)</sup>

NICE (National Institute of Clinical Excellence) はイングランドとウェールズの Special Health Authority として 1999 年 4 月 1 日に設立された。その主たる目的は信頼性の高い最良の治療指針の作成を通じて、医療内容の地域差をなくすことである。指針は個々の医療技術(薬剤・医療用具・診断技術・手技を含む)のみならず、特定の状況における臨床管理も含んでいる。NICE は専門家集団が NHS と患者のために薬剤・医療器具・診療手順のガイドラインを作成し、医療者が現代医療において必要とされる、個々の患者に対する複雑な意思決定を

行うことを支援する。

NICE は保健大臣とウェールズ議会に対して、その資源、業務内容の提供、NHS に対して作成するガイダンスについて責任を負っている。NICE の組織は相対的に小さく、約 20～30 人である。NICE 委員会は診療専門家、患者と利用者団体、NHS マネージャーの専門的知識を反映している。ほとんどの業務は学術・専門家・利用者団体のコミュニティを結ぶネットワークを構築してなされている。

NICE のユニークな特徴の 1 つは Partners Council である。そのメンバーは事業において特殊な利益をもっている重要団体から選ばれている。それらは患者団体、医療専門家、NHS 管理部門、質の評価団体、産業・労働組合を含んでいる。メンバーは保健大臣とウェールズ議会によって任命される。

NICE は年間 30 から 50 程度の医療介入(新規であれ既存のものであれ)を評価し、NHS に対して臨床効果および費用対効果についてアドバイスする。実際にどのような医療技術の評価するかについては、DoH とウェールズ議会が選定している。

### 3. 保険者機能の観点から見たイギリスの医療制度

イギリスの医療制度について保険者機能の観点からまとめたものが表 4 である。保険者機能の項

表 4 NHSにおける保険者機能

- 特徴 1. 医療サービスは公共サービス。  
 2. GPが強い gate keeper の役割を果たしている。  
 3. 保険者はいない。

	項目	目的				備考
		効率	質	患者	誘因	
0	保険者またはその機能を果たしている者	HA, PCG/PCT				
I	保険者と被保険者の関係					
	医療機関情報の提供	○ 医療機関自身が情報提供		○		
	アクセスの制限	○ 診療の制限 (効果が少ない, 予算がない)	○		○	ウェイトイング・リスト, 病院には必ずGP経由
	疾病予防と疾病管理	○ HA が地域単位でHimPを作成 個人単位にはGPの役割が大きい				
	満足度調査	○ 医療機関が苦情件数を公表		○		
	被保険者による保険者の選択	×				
II	保険者と医療機関の関係					
	医療機関の評価・選択	×	病院の評価はあるが選択は例外的 国民はGPを選択できる			
	医療機関との契約・価格交渉	○ HA または PCG/PCT と Trust 病院との間の Agreement (合意書)			○	
	診療ガイドライン (受診時)	○ NICE	○			N. I. of Clinical Excellence
	診療内容の事後審査	○ Accounting Audit による会計監査	○			
III	保険者自らが提供する医療サービス					
	薬剤管理・給付	×				
	保険者直営病院	×				
IV	保険者と政府の関係					
	事業運営の規制	×				
	診療報酬支払制度	×				
	医療サービスの標準化	○ CHI		○		Commi. for Health Improvement
V	保険者による事業の効率化					
	保険者規模	○ HA の統廃合, PCT への移行	○			
	システムの情報化 (被保険者カード等)	×				
VI	医療機関					
	診療ガイドライン	○ 病院のパフォーマンス・モニター NICE				
	EBM					

注：効率＝医療サービスの効率化, 質＝医療サービスの質の向上, 患者＝患者の立場の強化, 誘因＝正しいインセンティブ

目についてはIからIVまでに分類されている。「III 保険者自らが提供するサービス」、「IV 保険者と政府の関係」については、医療サービスの標準化を除いて記入がないが、これはイギリスでは社会保険制度ではないため保険者が存在しないことによる。しかしこの差異を除くとイギリスの医療制度における保険者機能は日本と比較して非常に強いものであることが理解される。

イギリスの保険者機能の特に強い点は、医療費の適正化に表れている。イギリスの医療費の対GDP比は日本よりも低く、6%程度である。これはGP制度によるフリーアクセスの制限と病院に対する総枠予算制による部分が大きいと思われる。GP制度により住民による多受診・頻回受診などの医療費の効率性を低下させる要素が抑制されていると考えられる。これらの受診形態をGPが許容する誘因がないためである。

病院に対する総枠予算制はいわゆる「社会的入院」の発生頻度を減少させると考えられる。医療ニーズの低い長期入院者を入院させておくことは、HA・PCGとのagreementで要請される量的目標を達成することを難しくするためである。Trust病院ではパフォーマンスモニタリングによる数値的目標の管理を行うことにより、これを確実なものとしている。

しかしながら、イギリスでの保険者機能の発揮の仕方は、医療提供者と「対立的」なものではなく、極めて「協調的」なものであるといえる。HA・PCGとTrust病院との関係でも見たように支払側としてのHA・PCGは病院に対して緩やかな契約形態をとっている。重要なのは医療提供者を数値目標に縛り付けるのではなく、自発的にそれを達成しようとするインセンティブを引き出す関係になっていることである。

フリーアクセスの制限と病院に対する総枠予算制は医療の質を低下させる。これはウェイティング・リストの問題を解決するためにイギリス政府が躍起になっていることから明らかである。国民

のウェイティング・リストや医療の質への不満に対処するために医療に対する情報公開が非常に積極的に行われている。NHSダイレクトと呼ばれる電話相談やHA、PCG、Trust病院の運営情報の公開がこれに当たる。

イギリスでは保守党・労働党双方ともに医療制度改革に積極的である。そして実際に改革を実施してきた。これは国民の間にある医療制度に対する不満に迅速に対応している結果である。この点で保険者としてのイギリス政府は効果的な機能を果たしているといえよう。

#### 4. 保険者機能：日本への含意

医療サービス全体をマクロで見ればイギリス、日本とも少ない医療サービス(対GDP比)で高い健康水準を維持しているように見える。イギリスでは病床利用率が高く(85~95%)、これが片やウェイティング・リストの問題を引き起こしているが、一方で医療費を低く抑えることに貢献している(府川、2000)。日本では診療報酬点数表による価格コントロールを中心にして医療費増加を抑制してきたが、これまでの方法では不十分な点も多く、医療保険における構造改革が求められている。医療サービスの質を向上させ、医療サービス提供を効率的に行うために、日本でもイギリスの例にならって戦略的なアプローチをとることが必要である。イギリスで医療費増加の抑制が他の先進国よりうまくいっている理由は、医療サービスの大部分が政府が支払うNHSによっているため支出をコントロールしやすいからである。しかし、イギリス政府は2000年7月のThe NHS PlanでNHSがunderfundedであることを初めて認め、今後NHSの予算を増加させる一方で、医療サービスの質と効率性を高め、患者を中心に据えた医療制度の構築を宣言した。NHSの仕組みがこれまでも、また、これからもイギリス国民にとって最適のシステムであるとした上で、国営医療の弊害を克服する試み

として、NHS改革は大変興味深い事例である。

ヨーク地方におけるNHSの現状はイギリスにおける医療の一般的な状況といえる。HAの管轄している地域は人口規模において大きなバラツキがあるが、病院は人口25万人に1つの割合で設置されており、病院間で競争するというような状況ではない。PCGは平均的には人口10万人をカバーし、住民から見れば地域のPCGはただ1つしかない。したがって、HAはPCGやNHS Trustのパフォーマンスはモニターしても、その結果、基本的には彼らと協調してやっていく以外に選択肢はない。このような独占的で中央集権的な医療サービス・システムにおいては、効率向上のためのインセンティブが極めて重要である。そのための方策としてマイクロレベルではクリニカル・ガバナンスによる効率および質の向上、マクロレベルでは保険者機能を活用した効率および質の向上を目指すアプローチをとっていると総括される。被保険者の疾病管理や情報化による事務の効率化および被保険者サービスは保険者機能として一般的に行われているものであるが、イギリスの「実験」で次のような点が特に日本の参考になると考えられる。

- ① 医療サービスの質と効率を高めるためのNICEの活動
- ② 患者を中心においた医療を実現するための諸施策
- ③ 病院情報の開示

最も重要な点はイギリスではすべてのNHS Trust病院の経営データが公開されているということである。これは医療システムの財源が税によって調達されていることと密接に関連している。日本においては社会保険制度によって医療費が調達されているが、公費負担割合が高い。それ故、税金の用途を明らかにするためにも、イギリス同様に医療機関の経営状態について透明性を高めることが重要である。

日英の医療システムは大きく相違しているが、両

国はともに医療費の対GDP比が主要国の中で最も低いグループに属している。しかし、国民の医療サービスに対する要求が強いために、イギリス政府はNHS予算を持続的に増加して、医療費の対GDP比をヨーロッパ大陸諸国並みに引き上げることを決めた。また、介護に関するRoyal Commissionの主要な提言を受け入れ、ナーシングホームの費用をNHSから支払う方針を明確にした。NHS予算の増加分の中に介護的要素もかなり含まれていることを勘案すると、医療・介護のトータル・コストにおいて日英は将来においても類似した水準に位置する可能性がある。

注

- 1) 本稿は平成11・12年度厚生省厚生科学研究費補助金政策科学推進研究事業「保険者機能に関する研究プロジェクト」報告書所収論文(第3部第2章「イギリス訪問調査」)を加筆・修正したものである。
- 2) イギリスにおける改革の経緯は府川・泉田(2001b)を参照のこと。
- 3) NHSを統括するのはNHS Chief Executiveである。Chief Executiveの下位にNHSの各セクションを統括する官僚が配置されている。これらの官僚と8つのNHS地方事務局長がNHS management boardを構成している。
- 4) 地方レベルでは、NHSEの地方事務局長が、① 地域医療戦略の策定、② 内部医療市場の規制、③ 医療購入戦略の展開、④ NHS Trusts ビジネスの検討、⑤ HAの購入戦略の検討とそれとのNHS Trustsのビジネス戦略との調整、⑥ 量・質・効率性と医療費財源調達の点からNHS組織のパフォーマンスのモニタリング、などを行っている。
- 5) 以下の記述はRice and Smith(1999)によっている。詳細は府川・泉田(2001c)も参照のこと。
- 6) 後述するNorth York Health Services NHS Trustを訪問した際にもPFIが話題に上った。彼らはPFIを利用して検査機器を導入したとのことである。その際の審査は非常に厳格であり、(病院予算が全体として抑えられていることもあり)過剰な投資が発生しないようになっているとのことであった。
- 7) ただし病院医療サービスについては監視するだけであり、家庭医療サービスについては監視しない。HAは付随するCHCを1つ持つ。CHCの支出はNHSの中央から賄われる。CHCは特定の権限をもつわけではないが、患者の意見を生かすための機能を果たすた

めの権利をもっている。医療内容に関する質問権、Health Authorityの会議録を閲覧する権利である。しかし、CHCの意義には常に疑問符が付けられており、存在意義が再検討され続けている。その理由はHealth Authorityの会議から排除されてしまったことや、CHCの設立と維持を任されていたRegional Health Authorityが廃止されてしまったためである。

- 8) 保守党政権下で行われた改革では契約と呼ばれていたが、労働党政権下では契約ではなく、合意文書(agreement)と呼んでいた。政府部門同士の資金のやりとりであることも考慮に入れば、「合意文書」という呼び方が当てはまりがよいように思われる。
- 9) この節はNICEのホームページ(<http://www.nice.gov.uk>)の内容をまとめたものである。

#### 参考文献

- Baggott, R. 1998. *Health and Health Care in Britain*.
- European Observatory on Health Care System. 1999. *Health Care Systems in Transition: United Kingdom*.
- Glennerster, H. 2000. *The United Kingdom's New Health and Welfare Policy: A Changed Role for Markets*.
- North Yorkshire Health Authority. 1999. *Annual Report 98/99*.
- Robinson, R. 2000. "Primary Health Care in the UK: Policy, Practice and Performance." 『海外社会保障研究』 No. 131, pp.83-96.
- The Secretary of State for Health. 1997. *The New NHS: Modern and Dependable*.
- The Secretary of State for Health. 2000. *The NHS Plan: A Plan for Investment A Plan for Reform*.
- York Health Services NHS Trust. 1999. *Annual Report 1999/2000*.
- York Health Services NHS Trust. 2000. *Service & Financial Framework 2000/01 with the York/Selby PCG's & North Yorkshire Health Authority*.
- 武村真治 2000 「イギリス」日本公衆衛生協会編『世界の公衆衛生体系』
- 府川哲夫 2000 『NHS改革の論点。高齢者の医療・介護に関する日英比較研究』IPSS STUDY SERIES 2000.2.
- 府川哲夫・泉田信行 2001a 「NHSの現状—ヨーク地方の訪問調査から—」『社会保険旬報』2087号, 2088号 (2001年2月)
- 府川哲夫・泉田信行 2001b 「イギリス訪問調査」『厚生省厚生科学研究費補助金政策科学推進研究事業「保険者機能に関する研究プロジェクト」報告書』(2001年3月)
- 府川哲夫・泉田信行 2001c 「経済的視点でみるクリニカル・ガバナンスとNHS改革」『インターナショナル・ナーシング・レビュー』2001年5月号
- (ふかわ・てつお 国立社会保障・人口問題研究所 社会保障基礎理論研究部長)
- (いずみだ・のぶゆき 国立社会保障・人口問題研究所 社会保障応用分析研究部研究員)

## フランスにおける保険者機能の動向

— 薬剤費抑制策を中心に —

奥田 七峰子  
池田 俊也

### ■ 要約

フランスにおける薬剤消費量は欧州で最大であり、疾病金庫部門の赤字の主要因となっている。薬剤費抑制を目的として、政府は、RMO (Références Médicales Opposables、参照医療指標)、薬剤師のジェネリック品代替調剤権、参照医指定登録制度、医療情報の電子化 VITALE カードの国民および医療機関への配布などを導入してきた。本稿では、フランスにおける薬剤消費の現状について考察するとともに、薬剤費抑制策や薬剤使用審査に関する最近の動向について述べた。

### ■ キーワード

フランス、保険者機能、薬剤消費

### I フランスにおける薬剤消費

フランス社会保障全体の収支均衡が改善され、2年連続黒字となった2001年現在も、疾病金庫部門に関しては、未だ赤字のままである。そしてこの赤字収支となった主犯格とみられているのが、総枠予算制度をとるようになって以来、伸びつづけていた病院予算ではなく、開業医部門と薬剤費の著しい伸びによるものとみられている。このため、政府は特にこの薬剤費の抑制に、医療費削減政策の焦点を定めた。

医薬完全分業のフランスでは、医療機関が外来患者に薬剤を販売することは禁止されている。全ての薬剤は薬剤師の管理下にあり、患者は医療機関(医院、病院、診療所)に受診後、医師から処方箋をもらう。これには薬剤商品名、分量、期間(6ヶ月を越えることはできない)が記され、これを持って患者は市中の薬局で薬剤を入手する。

被用者保険加入者の場合には、まず患者が一旦

全額を負担し、その後各所属の社会保険疾病金庫 CNAM (Caisse Nationale d'Assurance Maladie) に、薬剤費償還の申請書類を送る。書類を受け取った CNAM では審査後、患者の指定口座に患者自己負担額を差し引いた償還額を入金する。薬剤の自己負担率と償還率は、製薬業界代表委員会と政府間協議で公定される。

従来のシステムでは、患者が一旦、全額自己負担するため、償還を受けるまでは患者の財布が痛むことになる。これに対し、各種民間共済保険会社は、患者の自己負担分を直接薬局に支払うサービスを開始した。このため、「加入している保険が直払いしてくれるので、薬剤費のために自腹は痛まない」と多くのフランス人は感じている。

実際、なぜフランスの薬剤消費はヨーロッパで第1位なのか(表1)、ジェネリック品の売上が3%に過ぎないのかなどの理由について、筆者(奥田)が個人的に複数の専門家(調剤薬局薬剤師、医師)に行ったインタビューでも、期待した科学的な回答

表1 薬効分類別人口千人当たりの一投与量  
ヨーロッパ四カ国比較

(単位DDD\*, 1992年)

薬効分類/国	ドイツ	フランス	イタリア	イギリス
抗潰瘍剤	9.0	13.7	15.8	17.1
降圧剤	139.0	166.1	103.8	118.9
昇圧剤	10.6	20.3	4.9	2.6
利尿剤	47.6	46.9	24.1	62.0
$\beta$ ブロッカー	22.2	29.8	11.3	24.3
骨代謝改善剤	40.3	33.9	32.4	20.9
アンジオテンシン変換酵素阻害剤	18.2	35.3	31.1	9.1
血管拡張剤	30.3	56.4	22.8	2.9
抗高脂血症剤	13.0	31.8	8.1	2.1
抗生物質	10.6	26.2	14.0	13.3
非ステロイド抗炎症剤	23.3	30.4	31.0	32.6
鎮痛剤	24.1	55.1	15.0	50.5
抗痙攣剤	4.6	5.8	2.7	5.6
抑躁剤	36.3	128.5	51.2	33.2
向精神剤	11.8	27.3	11.2	13.8

\* DDD (Defined Daily Dose) 体重75kgの人の一日常用量

出典：Consommation de pharmacie en Europe, 1992. CREDES, 1994.

はなく、このコスト感の希薄が一番の原因であるという回答が返ってきた。ユーザーフレンドリーな支払いシステムの強さとその改革の難しさに全ては集約されるといったところである。

事実、社会保障疾病金庫の薬剤部責任者であるピエール・ジャン・ランクリーは次の様に述べている。「1998年度の疾病金庫支出中薬剤費の占める割合が前年比8.1%増と出たが、残念ながらこの増長がどこから来るかというはっきりとした原因がいまだに掴めていない。薬剤師の80%が電子ネットワークで金庫とつながれているにも関わらず、現在わかっていることは、販売数と償還額との相対比例である」、「現在の薬剤消費に関しては、不明確な点が多い」。つまり明らかな理由が誰にも不明なまま、習慣的に大量薬剤消費が続けられているのである。

左右両政党とも医療改革をすすめてはいるが、強硬な政策を出すと、医療者によるストを含む国民

からの猛反発を受け(例：アラン・ジュッペ首相失脚)、一方穏やかな政策では、遅々として進まず効果が得られない(例：VITALEカード、RMO)、このフランス人の国民性も無視することはできない。

医療経済研究情報センターCREDES (Centre de Recherche d'Etude et Documentation en Economie de la Santé) 発表の統計によると、薬剤消費量の43%は、患者の自己負担を経ず、キャッシュレス・サービスで購入されている。このサービスが広く普及したことにより、薬剤消費量増加を許す環境をつくった事実は否めない。しかしこのシステムのみが消費量欧州1位の唯一の原因とは言えないと考えられる。

現在社会保障疾病金庫の監督権を委任されている中道右派系労組CFDT (Confédération Française Démocratique du Travail)が機関紙に発表した文が、フランスの薬剤消費問題に対する保険者機能を実に適確に表している。(以下抜粋翻訳)



現在5,500種の薬剤が保険償還対象リストにあるが、これら薬品のうち、医師の慣行によって処方されるが効果のあまりない薬品群を再評価すべきである。従来医師に対する薬剤処方教育が正しく行われておらず、医師たちは製薬会社の営業担当者であるヴィジター・メディカル(MR)から受ける薬剤教育と呼ぶにはほど遠い、「売らせる」ための情報が唯一の新薬の学習機会であった。疾病金庫は盲目に請求額を支払うのではなく、正しく薬剤が償還をされるべくコントロールする役割も果たす委員会を設置した。これにより処方者である医師に対して、疾病別投薬指標、ジェネリック品をテーマとした教育を推奨する。

## II フランスが薬剤消費量ヨーロッパ第1位となった理由

まず考えられる最大の原因は、医師を含めた国民が既得した、恵まれた医療環境にある。医療機関へのアクセスがヨーロッパの他国と比べて大きく自由に開かれているフランスでは、日本同様、ドクター・ショッピングと呼ばれる現象への現実的制裁がなく回数制限なく受診できる。受診無制限、指定医師登録制度なし、紹介を経ずとも大学専門医へのアクセス可能等、フランス人の医療機関へのアクセスは実に自由である。英国とイタリアでは1年間同じ一般内科医師のもとでの登録が義務付けられ、ドイツでは患者は同じ一般内科医師に最低3カ月間かかることが義務付けられ、その間は医師をかえることはできない。

この30年間でフランスの薬剤消費量が増加の一途を辿った背景には、医師の診療回数頻度との密接な比例関係があると言われており、医師が患者とコンタクトを取る機会(診察、往診、電話連絡等)が増えるほど、医師の薬剤処方回数は増え、処方箋の増えた分だけ薬剤消費量も増えている。

次に考えられる原因は、国民が薬剤を入手する

表2 薬局数と人口比(人口千人あたりの薬局数密度)

	ドイツ	フランス	イタリア	英国
全国薬局数	18682	22231	15809	12264
人口千人あたりの薬局数	29	39	28	21

出典：Consumption de pharmacie en Europe, 1992.  
CREDES, 1994.

ルートを持つのが、薬剤師薬局に限定されている点と、人口当たりの薬局数の多さにあろう。英国、ドイツで、消費者が直接スーパーマーケット、雑貨屋等で、医師の処方なしに薬剤(OTC薬)を入手することができる。しかしフランスでは、消費者の薬剤購買ルートが薬局により完全に独占されているため、薬剤を入手するためにまず医師に受診し、保険償還が可能な医療用医薬品として薬剤を入手する傾向が見られる。医師受診は購入薬剤数を増やす傾向もある。

人口に対する薬局数の密度では、1,000人あたりの薬局の数がフランス39軒に対して、英国21軒、ドイツ29軒、イタリア28軒である(表2)。供給者の数だけ消費者がつくられる現象は、薬剤にも当てはまるのであろうか。

3つ目に、薬剤を処方する側の習慣である、医師の処方のあり方にも原因があろう。年間平均でフランス人の入手する処方箋の数は6枚、ドイツ8.2枚、イタリア9.1枚、英国3.2枚ではあるが、1枚当たりの処方箋上に書かれる薬剤の数が、フランス3.2品、ドイツ1.7品、イタリア1.6品、英国2.5品であり、患者1人当たり年間処方薬品数がフランスは20品、ドイツ14品、イタリア15品、英国8.5品となっている。なお、イタリアでは1枚の処方箋上に2薬品以上書くことが禁止されているが、フランスではそのような制限はない。

一方、この薬剤を処方する医師達を育成する過程である大学・卒後教育での、フランス医学部教育の特異性があげられる。ドイツの医学生は自然療法を必須履修し、英国では、プライマリ・ケアと

医療経済学を必須履修するのに対し、フランスの医学部では、「医は仁術」的高貴な考えのためか、学問として医療経済教育を教えることはない。また最新医療に重点をおいた教育で、新診断学、新薬、新検査を学び、専門も複雑化し、プライマリ・ケア、予防医学、自然療法への軽視傾向がある。最近に来てようやく一般内科医の専門性、プライマリ・ケアの重要性が議論されるようになってきた。

また政府の定める、薬剤の保険償還幅の広さを比較すると、例えばドイツでは償還率0%の薬剤リストがあり、患者は自己負担でこれらの薬品を入手する。そこには18才以下、業務上事故因性疾患、失業者、低所得者を除いた者には、鎮痛剤、咳止め、去痰剤、口腔炎剤、潤喉剤、下剤、乗り物酔い止めがあり、更に1989年以降は「非経済的」薬品もこのリスト上に加えられた。フランスではこれら無償還の薬剤は、売り上げ全体の8%を占めるのみである。

上述の医療環境に、医者も患者もあわせて国民全体が、今迄の習慣になれきってしまった心理的要素は見逃せない。一例を挙げると、患者は、「風邪をひいてわざわざ医者に診てもらったのに、抗生物質がもらえない」等の物足りなさを訴えることがあり、この患者側の要望に医師もウイルスへの抗生物質の無用性を説明しつつも、取りあえず要望に応じて処方する現象をよく目にする。

年齢・性別・薬効別に見ると、乳幼児の消費量は多いが、その後は、40才頃まで比較的安く、更に40才以上からは再び増加傾向にある。性別では一般的に女性の消費量が男性より多く、またその他の社会的要因（未婚・既婚、失業・就業、ブルーカラー・ホワイトカラー等）も消費量の多少に関係すると言う統計もあるが、浮動的性格を持ちかつ非科学的なものが多いのでここでは割愛する。

この30年間を通して顕著に見られる現象は、(a) 全体消費量の増加、(b) 男性よりも女性の消費量が多い、(c) 年齢では60才以上の消費量が極めて高くなる、この3点が指摘できよう。

表3 100,000人当たりの心臓・循環器疾患による死亡数

	ドイツ	フランス	イタリア	英国
男性	492.5	288.0	387.5	491.7
女性	642.2	326.8	425.7	510.0

出典：Consumption de pharmacie en Europe, 1992.  
CREDES, 1994.

最も消費量の多い薬品群を見ると、薬剤消費量の上位50%を占める主な薬品は以下の通りである。

- ・心臓循環器系 20%
- ・抗炎症・鎮痛剤、抗リウマチ系 13%
- ・呼吸器系 9%
- ・抗生物質、抗菌-抗寄生虫剤 8%

これを薬剤費支出額で見ると、心臓・循環器系薬がその30%を占め、平均薬価は56フラン/箱で、平均薬剤価格の55%近く上回る比較的高価な薬剤と言えよう。消費量では8%の抗生物質、抗菌-抗寄生虫薬の価格は全体支出の11%を占め、平均価格は51フラン/箱である。呼吸器系薬剤については、消費量では第3位であるが、比較的安価であるため、歳出額では全体の5.8%に過ぎず、その平均価格は24フラン/箱である。このように低く抑えられた薬価の薬剤でも消費量の多くなる特徴が見られる。

ここで特筆すべき興味深い関連比較は、フランスの消費量の最も多い心臓・循環器系薬品と、他欧国と比べて、フランス人の心臓病因性死亡率が極めて低いという統計結果である(表3)。同薬のフランスの薬剤費に占める割合は21-26%と第1位で、他のヨーロッパ国のそれを上回る。

### III これまでに試みられた薬剤費抑制策

#### 1. RMO(Références Médicales Opposables、参照医療指標)

表1の統計発表後、政府は、1993年社会保険法で患者自己負担率の増加をすすめ、患者の超過消費、医師の超過処方にブレーキをかけようと試みた。これにより従来の償還率100%、70%、40%、

0%から、93年8月以降は、100%、65%、35%、0%に改正され、2001年6月現在もこのままである。

更に1993年10月、全国自由開業医師と疾病金庫間協定によりフランス版EBM (Evidence-based Medicine、根拠に基づく診療)であるRMO (Références Médicales Opposables、参照医療指標)が討議され、1994年3月発表された(表4)。ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé、国立医療機関評価機構)が243の診断学と77の薬剤処方指標による、穏やかな強制力を持つ医学的参考例の編纂を担当した。

RMOを実施した対象モデルに関しては、1994年3月以前までは上昇の一途をたどり続けていた薬剤費が、この月を境にあきらかな下降線に変わる。94年に劇的な低下を示し、さらに翌年以降も下降をつづけ、1年で実に30%の低下を記録する。翌1995年3月に第2回目のRMOを更新発表するが、これは初回程の劇的な下降は示さないまでも、その低くなった数値を安定させ、その後さらに1997年に3度目のRMOが発表された。総じて、RMOの薬剤処方抑制の効果が、明確なものとなった。

問題は、この強制力を持たぬRMOが適応される対象医療機関数が、全体の2.6%に過ぎぬ極少数派であるため、政策の大きな効果を得ることは

不可能であった点にある。また全ての疾患に適応されたわけではなく、賛同した自由開業医のみを対象とし、大学・公立病院の勤務医にはこの適応は求められなかった。

一般的にフランス人の自由を尊重する国民性はこの分野にも見られ、全体統制、強制をことに忌み嫌うため、政策は任意的なものが多く政策が効果を上げられるまでに到らない場合が多い。また反対に政策が強制力を色濃く出すと、医師を含める国民がストライキをすると言う、如何ともし難い皮肉な問題を抱えている。

## 2. ジェネリック品代替調剤権

従来フランス製薬業界は、「安価を大量で補う」商戦法により、低価格でありながらも、その研究開発コストと国際競争力を支えてきた。1994年の政府と製薬業界代表との協定により、今後新開発の薬品の値段を高めに設定することを条件に従来の戦法を徐々に変更する方向に移行することが期待された。この直後、右派から左派への政転を経て、再び保険財政などの内政が社会党連・緑の党・共産党の左派連合政権に戻ったが、「イデオロギーはあっても無い袖は振れない」政府は、1998年戦法を変え、後発品ジェネリック代替調剤の法制化

表4 RMOの例：合併症のない軽度本態性高血圧の成人(妊婦以外)の管理

- 二次性高血圧を示す臨床的・生物学的兆候がなく、合併症のない成人の軽度高血圧症(収縮期血圧が140-180mmHg 拡張期血圧が90-105mmHg)を扱う場合、放射線、超音波、内分泌、アイトーブ検査により初回の病院検索を行うのは適切でない。
- 2カ月間以上の間隔で少なくとも3回の診察により、合併症のない軽度高血圧症が存続していることを確認しない限り、降圧剤による治療を開始するのは適切でない。
- 合併症のない軽度高血圧症患者に、利尿剤との組み合わせや、初期治療として国立医薬品局が認めている他の設定された組み合わせを除き、二種類以上の降圧剤を用いて治療を始めるのは適切でない。
- 合併症のない軽度高血圧症患者に、高血圧の管理が満足な状態である際に、年一回以上の心電図検査を繰り返すのは適切でない。ただし新規の症状がある場合を除く。
- 高血圧の管理が満足な状態であり、明らかな左心室肥大や関連する心異常がない場合に、心エコーを行うのは適切でない。

を段階的に進めた。商標を得た先発開発ブランド薬品の特許権は、商標認可日から20年、市場発売開始日から17年間守られる。10-15年以上かけて実験開発されたブランド品に対し、1-3年で臨床実験なく開発されるジェネリック品は30-50%低価格で販売され、しかも先発品の35%が、ジェネリックにより代替可能であり、年間40億フランの薬剤費がカットされることが可能となる。1995年の発表によると、フランスのジェネリック品の市場消費率は5%に過ぎず、対して、ドイツ38%、英国42%、オランダ22%であった。

翌1996年は、フランス2%、ドイツ30%、英国15%、オランダ13%となった。(消費率の低下の理由は、この間先発ブランド品が価格を落としたためと想定される。)

1998年7月7日発刊の官報によると、雇用連帯省、経済財務省、厚生省、保険省は、社会保険財政法で77分類、合計459種のジェネリック薬品名を掲載した。これより医師は処方箋を書く際、薬品名を書かずに国際共通化学名DCI (Dénomination Commune Internationale)と、用量で表記することが推奨された。これにより患者は、薬局で先発ブランド品購入よりその価格で30-50%安い薬品を購入することが期待された。まず手始めに、処方者である医師に向けて発せられたのがこの法案だが、慣れ親しんだ表記法を変更する労の割には経済的メリットが明確でなかったため、大きな効果は得られずにいた。そこで政府は指導方向を変えて、今度は薬剤師に向けてその職業上拡大権を与え、1998年12月27日、薬剤師に医師の処方に対する代替調剤権を与えた。

1999年4月政府と製薬業界との話し合いがもたれ、1999年6月11日発刊の官報によると、1999年6月11日制定省令と99-186政令法では、L162-16、L162-17、L162-38の改定によって、薬剤師に医師の処方にある先発有名薬品と同じ化学成分の後発ジェネリック品代替を優先すべき(穏やかな義

務)権限を与えた。つまりこの法により薬剤に関しては、薬剤師の権限が医師のそれを上回ることになる。医薬完全分業の環境があつてこそ実施可能な法案であると言えよう。但し、処方した医師あるいは患者からの代替薬品への反対が明示された場合は、薬剤師はそれに従う義務がある。

薬剤師がこの代替権を行使する場合は、以下の事項を処方箋に記入することが義務付けられている。

- a) 実際に渡された薬剤の商品名
- b) 薬剤形態に違いがある場合は(例:液剤、錠剤、粉末状)、渡された形態
- c) 分量に違いがある場合は、実際の投与量

またこれに対して異議のある場合、医師はその処方箋上、薬品名に並べて「代替不可能」と記入することにより、薬剤師は代替権を失う。このような場合、この医師が、管轄の監督官より、代替不可とした理由の聴取を、医療守秘義務を尊重した上で、受ける等のコントロールも有り得るとした。

目的は薬剤費を抑制することにあるため、実際に渡されるジェネリック商品の価格は、医師の処方にあつたもとの薬品より、50サンチーム以上(約10円)上回ることはできない。また疾病金庫は、製薬会社に対して、政府による薬剤償還率を基にした値段設定ではなく、ジェネリック品の価格を標準価格とした公定薬価に変更すべきである、と薬剤政策案を発表した。2001年6月現在、筆者(奥田)が独自に行つたインタビューでは、多くの薬剤師は、経済的インセンティブがあるにもかかわらず、この代替調剤権を積極的に行使することはない、その理由に処方者である医師との関係悪化への恐れ、患者の誤解、無理解への恐れ等、一度書かれた薬品名の不可侵聖域化を述べた。

### 3. 参照医指定登録制度

その他、1997-99年の3年間に、2つの大きな政策が取られた。まず一つは、各自任意で選択する指定参照医師の登録制度(非強制)、そしてもう

一つが、医療情報の電子化VITALEカードの国民および医療機関への配布である。これらが完全に機能するようになれば、医療情報が保険者のもとに集まり、重複処方などのコントロールが可能になることが期待される。

指定参照医登録の「Médecin Référant：参照医師」とは、もともと1997年に全国開業医師団－健康保険組合間協定で決められた任意の制度である。居住地区で個人の自由意思によって選ばれた1人の一般内科医師を指定参照医として決めさせることにより、ドクター・ショッピングによりかさむ医療費の抑制指導を目的とするこの政策は、1997年2月28日、全国一般内科医師団(M. G. France)と3つの社会保険組合－被雇用就労者保険組合、非被雇用者・非農業就労者保険組合、農業就労者保険組合間で締結されたオプション・コンベンション(任意協定)で、省令3月28日法で法制化され、翌日官報で公布された。

しかし政府の諮問機関である国務院は、1998年6月28日、「一般内科医師がその専門能力以上の行為をした」ことを理由にこの任意協定を無効とし、改正法である1998年12月4日法では、当初の「個人の自由選択による指定」の中心よりプライマリ・ケアの主役としての一般内科医の確立(フランスではいまだ一般的ではなく、むしろ一般医を軽視する傾向すらある)、ドクター・ショッピングの抑制、治療・薬剤過剰消費の抑制の3つの柱を中心とするものとなった。しかしながらこの改正法にも、前回同様の理由で国務院は難色を示したのだが、1999年4月14日制定の社会保険財政法により、かろうじて本協定の存続が守られた。

この協定を軌道に乗せ政策を成功させるためには、本協定に参加することに対するメリットを、国家財政上観点のみならず、患者・医師側にも当てねばならない、と考えた政府は、参照医憲章(全5章)第IV章の中で、彼らへの経済的メリットを盛り込ませた。まず、医師に対しては、この協

定により参照医師となった場合、患者1人につき150フランの契約料が患者所属の保険金庫より支払われることが決められた(1999年6月1日)。

患者側のメリットに関しては、参照医にかかる際の医師への報酬は、患者自己負担額のみとなり全額支払わずに済む点にある。またこの報酬額は協定料金となり、可超過報酬は請求されないとした。一般には医師への報酬は、一旦は患者が全額負担し還付手続きをとる。またフランスは、可超過協定料金報酬の医師が多く存在するため、利用者には便益性を感じさせる。

#### 4. VITALE カード

従来フランスでは、地域により決められた管轄医療機関にかかる制度はなく、患者の完全な自由な意思によって医療機関の選択ができ、このため、同じ疾病のために、何度でも何人でも別の医療機関にかかることも可能で、その度に同じ検査や治療が重複処方されたとしても、これらを未然に防ぐこと、あるいは最近の医療状況を把握することは、患者側からの申し出がない限り、不可能であった。また、支払う側である患者は小規模の開業診療所で医師にかかり、そこでの診察料を支払い、処方されたレントゲンを撮りに行く検査所では、やはりその費用を支払い、同じく処方された薬を買いに薬局へ行き、そこで薬代を支払う。これら一旦負担した費用を、レシートを添えて、各々の地区の健康保険金庫宛てに還付申請書を送付し還付を待つ。金庫がこの受けとった膨大な紙を処理し、各自に還付するまでに当然ながらかなりの時間がかかる。また医療機関側からも患者が負担しなかった費用に関する申請の膨大な量の紙を受け取る。これらをコンピューター処理するのが、フランス医療社会保険の目標であった。クレジットカード大のこのVITALEカードは、15桁の番号を持ち、この数字の中に全ての個人の医療記録コードが電子化され入っている。

これより患者は医療機関に行く時はこれを持参

し、同じく医療従事者1人1人に与えられた医療者専用カードと同時に端末処理機に入れ、必要な情報を出し入れする。患者にとってのメリットは、支払いから還付請求手続きまでの手間がカットされ、場合によっては、自己負担なく治療を受け、また自己負担がある場合にも自動的に償還を受けることになる。医療経済的には、医療記録がコード化され入っているため、最近の治療内容が確認でき、処方重複がなくなる。医療機関側にも、保険点数計算、報酬申請手続き等の事務処理のかなりの部分がカットされる。辛辣な皮肉を言う開業医師組合メンバーは、VITALEカードのメリットは、事務作業に携わる疾病金庫下級職員のための人件費カットと医師がインターネットを楽しめるようになったことだ、と言ったのを筆者(奥田)は聞いた経験がある(医療費削減効果はゼロと言いたかったのか。)

情報漏出の危険は否めないが、このカードから情報を出入しようとする者にも、彼専用の医療従事者個人カードを入れる必要があり、すなわち、誰が扱ったかがすぐにわかるため、リスクはかなり低いと言えよう。

問題は、以上の4政策のいずれも医療の現場であまり機能していないことにある。

参照医制度は、その参加する医療機関数のあまりの少なさ、薬剤師は新しく与えられた代替権の様子を見つつも大多数は処方箋通りの薬剤を販売し、VITALEカードに至っては、国民にカードは配布したものの、肝腎の利用先である医療機関、薬局への、カードを扱うための端末読み取り機の普及が遅れをとり、全国的な実施には程遠い。

政策が成功する迄にはもう暫くの時間を要するようである。

## 5. 薬剤の再評価：その効果、価格

1999年7月21日、現ジョスパン左派連合内閣の中で一番の改革実行人物、時のマルティヌ・オブリー雇用連帯相が、全国製薬業組合との話し合

いで以下の4項目についての合意を得た。

- a) 毎年、薬効別分類で保険償還総額の上限を設定する。
- b) 政府と製薬業界が必要な情報を交換する。特に業界は開業医の処方する薬の売り上げ報告を開示する。
- c) 政府と製薬業界双方の代表者から成る委員会で、医療費支出の調査を行う。またここでは、薬剤の効果と価格についても再検討する。
- d) ジェネリック品の普及の促進と価格公定化。

2000年度社会保障予算案の国会審議を前に、医療費支出最大の原因と見られる薬剤費の抑制に関する話し合いでの合意で、オブリー雇用連帯相は既に1,100品の薬剤の再評価を終え、9月には薬の有効性に応じて払い戻し率を変更すると発表した。オブリー相の要請を受けた厚生安全局では、現在保険償還が認められている医薬品リストのうち、全体の約25%にあたる薬品群の効力に疑いがあると発表した。ここで効力に疑問ありと指摘された製薬会社は、来る9月上旬までに、その効力を新たに証明する資料の提出が義務付けられた。

ギグー相前任のオブリー相が当初発表していた次三カ年で、薬剤全体の20パーセントにあたる1,100種の薬品の、無効あるいは効果寡少のもの、価格引き下げと保険償還取り消しあるいは減率の政策路線は、今回、多少軟化された形ではあるが引き継がれ、フランス保健商品衛生安全協会AFSSAPS (Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé)と共同作業で、835品が指摘された。(その表現も「無効化薬品」から、「貢献度不十分」に改良された。)これにより、10パーセントにあたる10億フランの削減が見込まれる。

また本年中に特許商標のなくなる薬剤とそのジェネリック品商品化(価格にして約30~0パーセント安)による経済効果として、12億フランが見込まれている。(2001年現在のフランスでのジェネリック薬品市場は、約3%に過ぎない。)

当然ながら政府のこの政策に真っ向から反論を唱えているのが、全国製薬産業組合SNIP (Syndicat National de l'Industrie Pharmaceutique)である。ベルナル・ルモワヌ同組合副会長は、薬品発売認可後の経過フォローの必要性、ジェネリック商品の推奨に関しては、政府に同意したものの、薬品価格の引き下げ、および償還減率に関しては、態度を硬化させた。(償還減率の計算法に関しては、政府と上記AFSSAPSと、フランス共済保険連盟間の同意でマイナス10%の減率が決められた。これは、穏やかな数字であるとしている。)[「国民の高齢化を考えればフランスの医療費、薬剤費の上昇率は妥当である。」「薬品の開発研究費用を削られるこの政策により、フランスの新薬開発は、実に世界第2位から7位に転落した。」「新薬発売認可が約8ヶ月遅れる結果となった。」とコメントした。

昨年、フランスの302製薬企業は、1760億フランの売上であった(このうち、輸出による売上630億フラン)。また新薬開発のための予算は、180億フラン、売上全体の11パーセント(米国約18%)とも言われ、その多くの割合がヴィジター・メディカルのための経費に費やされていることもわかっている。

社会党ギグー現雇用連帯相は、ここへ来て国民の負担となる償還率の引き下げについては、今回は見送る可能性もあることを示唆した。尚、この効果に疑い有りと言われた薬品名は、2001年9月に公表される予定である。

#### IV 疾病金庫審査医によるコントロールと根拠法

では、実際にどのように重複処方や、RMOとあまりにもかけ離れた薬剤投与がされているかを監視しているのか、また事前申請の必要な治療の許可を決定しているのか。

一般的には、書類審査程度であるが、治療内容に疑いありと見られたケースのみ、疾病金庫の審

査医師・歯科医師・薬剤師が、患者を招集し、診察・検査を含めた聞き取りが行われる。また、医療者側には、全ての関係情報を提出させる。ここで、過剰処方、治療が確証された場合は、罰則がある。(但し、聴聞審査はしばしばあるが、制裁措置まで至るケースは極稀である。)以下に根拠法とそれら法文テキストを抜粋翻訳する。

(社会保障法L第162-29条)国公立病院および公的活動参加私立医療機関は、疾病金庫が、その被保険者の治療に関するコントロールを行う際、これを許可する義務がある。疾病金庫コントロール医務局が求めた情報の提出期限を厳守する。

(同162-30条)国公立病院および公的活動参加私立医療機関は、患者の入院滞在期間が20日間より延長する場合、これを初級疾病金庫コントロール医務局に、その必要性をコントロールできる期間内に知らせる義務がある。(例外措置あり。)上記欠如の場合、疾病金庫は、その医療費支払い償還を拒否することができる。

またこの期間外に発生する、入院費用自己負担分を患者に請求することは、これを禁ずる。この場合の滞在費用は、病院側の負担とする。

(同162-30-1条)公衆衛生法L第710-2条に則り保健所視察医、公衆衛生医、疾病金庫コントロール医は、医師倫理法を遵守する限り、彼らの職務執行に必要な全ての医療情報に対してアクセス権を有する。

(社会保障法L第315-1条)医療コントロールは、全ての(廃疾障害、マタニティ、疾病)給付に関して、その詳細医療事項をコントロールする。コントロール医務局は、治療、就労停止証明書処方、治療報酬に過剰、濫用、異見を申し立てる権利を有する。

(同315-2条)コントロール医務局が下した医療決断に、疾病金庫はこれに従う。事前申請許可を出した後に、その給付が医学的に不必要で

あったとコントロール医務局が判断した場合、被保険者にこの旨を知らせ、給付を中止する。

(同 315-2-1 条) 医療費償還額について、コントロール医務局が、その治療効果を評価する必要を認めた場合、コントロール医務局は、この患者に出頭命令を発することができる。この場合、患者により指名された医師 1 人と共に、その治療内容を再検し、最も適した医療指針を確認することができる。その結果を、患者によって指名された医師(これがない場合は、コントロール医務局)から患者に知らせる。同条項の執行条件については、国務院政令に定める。

(同 315-3 条) 治療票発行、処方発行、投薬処方、搬送費用請求、(病欠、産休、労災)手当て給付、が適正でない判断された場合、コントロール医務局は、問題渦中の医師が所属する組合または連盟の代表医師 2 名、管轄地域のコントロール医師 2 名と、議長を務める地方保健所視察医または保健所代表者、によって構成される委員会に提訴する。本委員会は、規則違反性を認めた場合、その治療、処方を行った医師に対する処罰を国務院省令に則り決定する。処罰として経済措置が決定された場合、この金額は、その違反処方・治療のために疾病金庫が支払った費用まで昇る。この措置は、315-2 条に取って代わるものではない。(患者への給付中止措置も同時にあり得る。) 本条項執行に際しては、社会保障係争裁判所にて行われる。

(社会保障法 国務院政令 R. 第 166-1 条) 医療コントロールを行う目的で、コントロール医務官は、被保険者が患者として利用した全ての医療機関、科、研究所、ナーシング・ホーム、施設への自由なアクセス権を有する。医療倫理法中の守秘義務を遵守しつつ、担当主治医は、全ての医療情報、書類を開示しなければならない。コントロール医務官は、患者である被保険者およびその扶養者をいつでも検査することができ

る。担当主治医は、患者またはコントロール医務官の要望があれば、これに臨席する。

(同 166-2 条) コントロール医務官は、担当主治医からの意見聞き取りを行った後、被保険者およびその扶養者への治療内容が、医学的に適正でないことを認めた場合、金庫は給付を拒否することができる。

コントロール医務官は、担当主治医からの意見聞き取りを行った後、被保険者およびその扶養者が外来受診、入院滞在する医療機関・科が、患者の症状にふさわしくないと認めた場合、患者の自宅より最も近い医療機関で、患者の症状に適した治療が受けられるであろう医療機関の料金までの償還を上限額とする。

(同 166-8 条) 本章条項執行のための、コントロール医務官とは、審査医、審査歯科外科医師、審査薬剤師を含めるメンバーとする。

(同 315-1 条) コントロール医務局が、医療機関の活動について審査・調査を行う際、この結果を当該医療機関長(病院長、CEO 等)および、管轄地域病院計画機構に知らせる。

## V フランス疾病金庫構成員と労組 — 過去から未来

フランスの公的保険機関構造の大きな特徴として、労使協調管理というとてもユニークな体制原理をあげねばならない。この理由は歴史的に、フランスの社会保障制度が労働者同盟のために創られたものであることに発端を見る。社会保険のその原始的なものは、実に既に 17 世紀初頭に鉦夫のために生まれ、さらに産業革命の後には、各労働者別の制度が結成された。階級社会の中において、労働者とその雇用主からの拠出金によって財政基盤をつくり、有事の際には、貧しき者も十分な助けを受けることを保障とする、この相互扶助の精神は、21 世紀の今も受け継がれている。被用者を



代表するフランス全国主要労組と MEDEF (Mouvement des Entreprises de France、日本の経団連にあたる)を中心とする雇用主側両者がお互いの利益を守るべく、その拠出金の使われ方を管理する。これは労働者の給与と経営者から引かれる掛け金によって成る社会保障事業財政は、政府に全てを任せるのは危険であり、労働者組合代表半数と経営者側代表半数からなる労使代表会に財政監督を委任するべきであると言う論理のもと国民の代表である各組合機関に参加させることとなったからである。(根拠法：社会保障法1967年8月21日法)

政府と医療機関だけにその金庫運営を任せるのではなく、雇・被用者が政治的に大きく関与するその姿勢は大変民主的であるともいえよう。しかし問題点は、時の内閣政党と合わない労組あるいは経営者代表が、常にこの金庫運営の構成員の中にいるため、フランスの医療機関によるストが多い理由も決してこれと無関係ではない点にある。(野党寄りの医療系労組が反政策色濃い姿勢をとることとなる。)

## VI おわりに

過去半世紀以上に渡り、全世界にいろいろなタイプの医療制度が現われ、先進国の中でも、医療を国家先導型の仕事と考える福祉国家、労働者の権利と考える職域社会保障制度国家、民間企業先導型のビジネス・マネージド・ケア国家とさまざまな形態が試みられた。度重なる医療改革を経て、それぞれに良い点、反省点が見られてきた。

今日のフランスにおける医療機関の患者による自由選択や、行政指導型のコントロールを嫌う柔軟とはいえない医師の姿は、歴史的に見て医療の行われる場が、フランスでは各家庭に医師が往診して個々に行われたものに原型があるためという説もある。

しかし、同時に、貧民・孤児・障害者救済として、

尼僧による教会併設収容所での看護が病院の原型であることも史実である。とすれば、セクター1医師の病院部門とセクター2、3医師による開業医部門の混合診療がある現在のこの姿は、幾たびもの革命を経ても尚、歴史は繰り返されている訳で、皮肉なものがある。大きな違いは、医療費の基本的な出所が一元化されたことであろうか。

今後この自由な形態が存続するとすれば、保険者機能の強化と同時に、もう1つの医療財政基盤が必要となることは必至であり、そしてそのために、民間共済保険の役割が大きく期待される。一般に民間共済保険は、競争原理を背景としたマネージド・ケアを推進する方向にある。しかしフランスの民間共済保険は、社会的不公平を生むアメリカ型の国民皆健康保険制度なしでの私的保険市場オンリーではなく、充実した公的社会保障制度があった上で、その不足分を補足する私的二次保険である。目的にあわせて、疾病のため、介護のために、共済保険、重複保険、補完保険、代替保険と種類を多くして消費者に選択肢を与えることにより、補足度も一般的なものから高度なものまで対応可能とする。また、慢性疾患者、身体障害者、先天性疾患者も除外なく加入できる非営利部門の商品開発も考慮されている。(公的社会保障制度が確実に機能している場合、これらの方々を対象としても民間保険会社の負うリスクは軽減される。)

フランスの公的保険者機能の改革不全に残された将来への解決策として、今この医療財政多元化論(広義の民営化)が、賛否両論、大いに語られている。

### 参考文献

- Lecomte Th, Paris V: Consommation de pharmacie en Europe, 1992.  
 CREDES, 1994.  
 (おくだ・なおこ アメリカン・ホスピタル・オヴ・パリ)  
 (いけだ・しゅんや  
 慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教室)

## ドイツ医療保険の保険者機能

船橋 光俊

### ■ 要約

ドイツ医療保険の保険者である疾病金庫は、独立の公法人であり、自主管理を基本とする。医療保険制度の実施にあたり、基本的事項を法律で定めるとともに、実施内容の詳細を疾病金庫(団体)に委ねることが多く、保険者の機能ないし活動の自由度は日本より広範である。また、1989年以来、医療保険の財政対策を念頭に数次の改革立法が施行される中で、疾病金庫の管理体制の整備、合併による経営規模の拡大が進められている。さらに、疾病金庫実務における専門能力を高めるため、各州単位に州内の疾病金庫の共同負担で医学的鑑定を行うMDK(常勤医師中心の構成)が設置されている(現在は介護金庫のために要介護認定の鑑定等も担当。業務量の半分を占める)。また、調査研究機関WIdOがAOKにより1976年に創設され、実績を上げている。疾病金庫の機能発揮の具体例として、診療報酬体系への関与が大きく、各疾病金庫団体が連携して活動している。

### ■ キーワード

疾病金庫、介護金庫、保険者選択、リスク構造調整

ドイツの疾病金庫について、業務の実態を整理し、保険者としての疾病金庫の機能の体系的な分析を試みる<sup>1)</sup>。

### 1. 医療保険制度の概要

#### (1) 保険者

ドイツの法定医療保険は社会法典(SGB)第5編に規定され、法制上単一の制度である。保険者は疾病金庫(Krankenkasse)であり、疾病金庫は地区疾病金庫(AOK)、職員代替金庫(EAN)、労働者代替金庫(EAR)、企業疾病金庫(BKK)、同業者疾病金庫(IKK)、海員金庫(SeeK=全国に1つ)、連邦鉱山従業員共済組合(BKn=全国に1つ)、農業金庫(LKK=各州に1金庫)の8種類(グループ)に大別される。制度の対象者は、主として被用者と(年金受給者と)その家族であり、自営業者は一定の従前加入期間要件のもとに任意加入の対象で

ある。ドイツは皆保険ではないが、法的医療保険が人口の約90%をカバーしている。加入する疾病金庫は、沿革的には、居住地域の地区疾病金庫、勤務先企業の企業疾病金庫などと法定されていたが、法改正により被保険者の疾病金庫選択の自由の拡大が1997年から実施された結果、流動化している。現在、各疾病金庫グループ内での合併が進行中である。旧西ドイツ地域の疾病金庫数は保険財政が大きな問題となる前の1970年の1815から1998年に439に減少した(AOK399→12、BKK1119→366、IKK178→28、EAR7→6、なお、EAN7→7)。また、1998年に旧東ドイツ地域の疾病金庫数は37である(VdAK)。

疾病金庫の給付内容は基本的な部分(大部分)が法定されており、各疾病金庫グループとも同一である。保険料賦課の対象所得については、その所得の範囲(給与、年金、利子、賃貸収入などの

それぞれの扱い)と上限収入の額が法定されている。保険料賦課の上限収入は年金保険の賦課対象収入上限の75%とされ、1999年は月額6375マルクであった。

疾病金庫は独立の法的権利義務をもつ公法人であり、管理運営は加入者が自ら行う(自主管理)。「管理委員会」は被用者、経営者(事業主)同数の代表により構成され、疾病金庫運営の基本的事項を定め、理事を選任する。理事は疾病金庫の日常業務を処理する常勤の役員であり、その任期は6年(再任可)である。この意志決定の仕組みは1993年の医療保障構造法GSGによるもので、業務管理の責任体制が強化されている。AOKの場合、理事は3人以内(加入者50万人以上)であり、理事2人制をとるAOKもある。

疾病金庫は各グループごとに、AOK連邦連合会(所在地ボン)、VdAK(職員代替金庫連合会・所在地ジークブルク)、BKK連合会(所在地エッセン)などを組織している。さらに、これらの団体が連合して、中央連合会Spitzverbandを構成している。中央連合会は保険者(団体)間の情報交換、業務分担、合意形成などに寄与しているほか、保険者共通の利害を代表し、保険医団体との診療報酬決定交渉や医療保険制度改革に対する発言、政府との交渉に重要な役割を果たしている。

## (2) 医療保険制度における保険者(疾病金庫)の位置付け

法的医療保険制度の枠組みはSGBにより基本的には法定されている。医療保険の具体的運用に関しては、連邦政府(保健省)の政令(法規命令)や連邦保険庁BVAの諸指針のほか、当事者(団体)に委ねている(法律による授権)事項が多い。個々の疾病金庫が個別の運用について、定款で定めることのできる場合がある。例えば保険料率の設定や任意加入者の保険料賦課の等級の設定がある。また、BKKやIKKにおいては加入選択の自

由の制限規定を定款で定めることが可能である。疾病金庫の監督は、全国レベルの疾病金庫は連邦政府(BVA)が、州レベルの活動範囲の疾病金庫は州政府が行うが、その内容は自主運営とのバランスをとっている。

## 2. 保険給付

### (1) 保険給付費管理

診療報酬体系は、統一的枠組みについての連邦レベルでの団体間の取決めと、具体的内容についての州レベルでの契約とにより、設定される。診療報酬の体系について、外来(2)、薬剤(3)、入院(4)別に記述するが、開業医の「外来診療」の請求は保険医協会、調剤薬局の「薬剤費」(開業医の処方による)の請求は疾病金庫、病院の「入院診療費」の請求は疾病金庫に対して行われる。各給付額の疾病金庫支出総額2026.8億DM(旧西ドイツ地域1997年)に占める割合は、外来16.9%、歯科9.5%、薬剤12.7%、病院33.7%であった。従って、以下の記述は給付費全体の4分の3以上の支出額の管理方式の説明になる。そのほかに、治療材料7.3%、傷病手当金5.8%などがある。また、事務費は5.0%である(VdAK)。

予防給付は2000年実施法で規定が再整備された。この具体化を、疾病金庫団体と保険医団体が協議して定める(SGB第5編第20条)。病院のドイツ版DRGは2000年改革法で規定が導入された。この具体化は、疾病金庫団体と医療提供団体の今後の協議の進展次第である。

保険医数の限定に関しては、保険医登録において医師会と疾病金庫が同数と中立委員とによる委員会(SGB第5編第90条)が機能している。病院の投資的経費は、2000年改革法では疾病金庫が新たに負担する案が盛り込まれていたが、疾病金庫の意図する医療供給分野への発言権拡大を警戒する病院関係者の意向もあり実現しなかった。

## (2) 開業医の診療報酬

被保険者は開業医（一般医と専門医がある）にフリーアクセスできる。これはSGBに規定されている。開業医は、外来診療のみを行う。診療行為を体系化し、個別の診療行為ごとに点数Punktwertを設定した統一評価基準EBM (Einnheitlicher Bewertungsmaßstab) が作成されている。なお、疾病金庫のうち代替金庫グループの診療報酬は、独自の沿革があり、別の体系であるが、内容は現在ではEBMと類似している。EBMの決定/改定は連邦レベルで保険者団体と保険医協会の合意により行われる。両当事者代表各9名と中立3名による委員会が組織され、委員会の事務局は連邦保険医協会（所在地ケルン）、保険者側窓口はAOK連邦連合会である。

外来診療の診療報酬は州レベルで、保険者（個別種類の疾病金庫グループの団体ごとに）と保険医協会とが総額請負契約を結ぶ。契約交渉では外来報酬の総額予算を決定する。この際、改定額は前年比の伸び率等のデータをもとに議論される。契約では、当該疾病金庫の「加入者（被保険者本人）1人当たりの単価（マルク）」を定める。契約は、疾病金庫が四半期ごとに保険医協会に支払うべき金額も定める。

開業医は診療した実績に基づき診療報酬を州保険医協会に請求する。請求明細は被保険者単位で、定められた様式でEBMのコードを記して請求する（診療行為の点数を記す必要はない）。磁気請求（FD）用の請求ソフトを保険医協会が指定し、統一的な電算事務処理の促進を図っている。磁気情報による請求は磁気媒体によるもので、回線利用の伝送は今後の課題である。州保険医協会は医師の請求内容について審査する。問題があると判断する場合は、請求した医師に連絡の上、査定することがある。連絡を受けた医師は請求内容について説明をすることができる。審査では10～30%の医師について問題になり、ケルン地区では平日の夜、毎日4、5人の請求側医師と面談している、

という。また、請求の診療行為を内容により分類し、統計的に分析して、平均値との乖離の大きい請求を査定する方法が行われている（経済性の審査）。このために請求内容を磁気情報として（紙による請求明細については磁気化した上で）処理する。保険医協会は、一定の審査事務費を、開業医への支払い決定額から差し引いて徴収するが、紙の明細書による請求については、磁気化作業のために、この事務費の賦課率を高く設定する（例：磁気化請求2.4%、紙請求2.6%）。現在、70%の請求は磁気媒体で提出されている。

保険医協会は、各保険医の請求額（支払決定額）の診療報酬点数を総計し、この総点数で、疾病金庫と契約済の請負総予算額を除いて（逆算による）点数の基準単価を決定する。各開業医への支払額は、その請求（決定）点数にこの単価を乗じたものである。つまり、疾病金庫の支出は開業医への総額であるが、保険医間では出来高で按分した額が支払われる。診療報酬の請求は、四半期ごとに行われる。開業医は、診療実績に基づき、毎四半期の翌月10日までに請求し、診療報酬は翌々月末までに支払われる。保険医協会は、各四半期の配分額を予め定め、審査決定後、上記の方法で各保険医への支払額が計算される。州保険医協会は、疾病金庫の求めに応じてすべての請求資料を提供する。AOKベルリンの例では、98年までは紙ベースの請求の全資料を受領していたが、活用できていなかったもので、99年から中断している。

歯科医師については同様に歯科保険医団体の契約と審査による。

2000年改革で導入された新方式による報酬体系について、疾病金庫と保険医の全国段階での枠組み契約を、現在、協議中である（総額請負方式とは別に、別報酬体系での給付を志向した97年改革の構造契約条項の理念を発展させたものという。2000年の年内に1次案を予定し、実施は早くても2003年の見込み）。

### (3) 薬剤費

ドイツでは医薬分業であり、外来（開業医）処方に基づき、調剤薬局が医薬品を被保険者に給付する。保険給付の額は、患者一部負担を除き、いわゆる「参照価格」の定められた上限固定額制のものはその上限額までの実費額、その他のものは購入（販売）価格となる。州レベルでの保険医協会と疾病金庫団体との契約交渉で、薬剤・材料費総額予算を決定する。この場合、前年比の伸び率等が議論される。その年度の実績において予算額を超過した場合、翌年度の契約において、「前年予算の超過分を差し引く」契約をする。つまり、過剰処方についてのペナルティを開業医が共同で負担する。ただし、この仕組みに対する批判があり、現実には運用されていないようである。

薬局は、医師の処方により給付した薬剤費を疾病金庫に請求する。疾病金庫は、薬局に対して、請求額を支払う。疾病金庫は、請求情報をもとに個別処方の妥当性について審査する。問題のあると思われる処方については、通常は、処方した医師に一般的注意を喚起し、今後は行わないように指導する（当該疾病への有効性および適正価格の医薬品の視点）。特に問題の事例については、疾病金庫から州保険医協会に通報する。州保険医協会はその判断によりその医薬品給付額を減額することができる。減額した場合は、開業医からその額分を回収し、疾病金庫に償還する。薬剤請求情報は疾病金庫に提出される。疾病金庫は、処方した開業医名を把握できる。ただし、処方権は医師にあり、疾病金庫が処方内容に直接に関与することはない。

### (4) 病院（入院診療）

病院は入院医療のみを行い、外来診療はしない。したがって、診療報酬体系は入院医療分である。なお、病院勤務医が保険医として外来診療をすることは可能である。診療報酬の体系は、①入

院療養費日額 Pflegesatz、② 包括払い Fallpauschal、③ 特別報酬 Sonderentgelt の組み合わせである。① は入院日数に応じて算出される日額単価として定められる。② と ③ については、ICD-10 分類をもとに各診療行為による点数を設定している。診療報酬体系の内容について、全国レベルで保険者団体と病院団体が協議し決定する。保険者団体の窓口は、VdAK である。契約は、各州の疾病金庫団体全体が、各病院と個別に結ぶ。①、②、③ につきそれぞれ予算額を設定する。②、③ については予算額を上回った給付分の扱いを契約で設定する。超過分については、基本予算額に対して単価に段階的に低減した率を乗じた額が支払われる。

病院は、診療実績に基づき、疾病金庫に報酬を請求する。疾病金庫は、契約に基づき、予算額内分と超過分の通減（出来高）請求額分を支払う。予算超過分の取り扱いは、契約に従い、減額される。ただし、実際の運用では、予算の契約時の予測から極端に差が生じることはあまりないようである。疾病金庫は、個別患者の診療内容をチェックできる。このために、入院被保険者についてのあらゆる情報提供を病院に求めることができる。入院給付には、入院が必要な場合にのみとの制約（SGB 第5編第73条）がある。このため、入院期間については以下の手続きがある。

- 病院は患者入院時に疾病金庫に通報し、疾病金庫は予定入院日数を決定し通知する（通常の期間は、疾病ごとにあらかじめ想定された日数を基本とする）。
- 病院がその患者についてさらに長期の入院が必要と考える場合は、同様に疾病金庫の延長決定を必要とする。
- 疾病金庫は、上記の判断にあたり個々の患者の症状について病院からの説明を求めることができる。具体的には、疾病金庫の依頼により、MDK の医師が、一般的には説明聴取により行

う。なお、権限としては、あらゆる情報の提供を求め、また、患者を自ら診断する権限をもつ。

### 3. 保険者としての機能の事例

疾病金庫は保険者としてさまざまな役割を果たしている。以下はいくつかの具体例である。

#### (1) 疾病金庫の定款・運用での対応事例

保険料は疾病金庫ごとに定款で定める。このため、財政状況に応じて毎年改定されるのが通例であり、場合により年2回の改定もあり得る。実際の保険料率も格差があり、1995年のリスク構造調整の本格実施以降は保険料率の格差は縮小傾向にあるとはいえ、1998年1月現在で、最高15.4%、最低9.0%となっている(VdAK)。任意加入者の保険料等級は定款で定める。保険者選択の自由が拡大されたが、BKKやIKKは、定款で、例えば加入資格を従業員、関連企業所属、同業者などに制限できる。ただし、脱退の制限はできない。被保険者の保険者選択の自由のもとで疾病金庫は被保険者の勧誘宣伝を行うことができるが、その経費は、加入者1人当たり7マルク以下と設定されている。任意加入者は保険料を2カ月滞納すると被保険者資格喪失と法定されているが、運用では疾病金庫により弾力的取り扱いの差がある。

#### (2) 疾病金庫(団体)間の運営協力事例

加入者は、疾病金庫加入者選択の自由に基づき、年1回、疾病金庫を変更できるが、手続きでは、新たな疾病金庫加入情報(の証明書)が提出された上でその者の従前加入の疾病金庫の資格喪失手続きが行われることにより、疾病金庫が連携した運用をしている。1995年から全面実施されたリスク構造調整RSAでは、約5%の被保険者の医療費の状況をもとに、リスク構想調整は最終的に精算される。その基礎データは各疾病金庫からその団体を經由して収集し、連邦保険庁BVAが確定する。

リスク構造調整の実施における上記のデータ収集には、被保険者カードの磁気情報中に抽出調査対象被保険者を特定する情報を埋め込んである。この被保険者カードの導入時にその利用のために、保険医療機関に被保険者カードの読み取り機器を設置する必要があったが、そのために疾病金庫全体が1医療機関につき700マルクを助成し、磁気化を促進した。

社会保険料は、医療保険、介護保険、年金保険および失業保険の保険料を疾病金庫が一括徴収する(事業主は、各被保険者が加入する疾病金庫に、その者にかかる保険料を事業主負担分も含め、毎月、一括納付する)。なお、事業主に対する保険料の申告納付に関する保険者の調査権限は、従来、疾病金庫にあったが、1999年からは、年金保険者が行うことに改められた。これは、医療保険の保険者選択の自由拡大により1事業主の保険料納付先の疾病金庫数が増えたことによる事業主の事務的負担の軽減を図ったものである。

### 4. 保険者機能の強化策の展開

疾病金庫が保険者として機能を発揮し適切に事業運営をするために、専門家集団を中心とする組織を構築している。まず、保健医療に関する調査研究を行うWiDoが、医療費の抑制が政策課題として重視され始めた時期である1976年に最大の疾病金庫であるAOKグループにより設立された。WiDoの調査研究は現在、医療保険をめぐる広範な分野に及んでいる。さらに、医学的鑑定を主業務とするMDKは、今日まで続く一連のドイツ医療保険制度改革立法の第1段階で1989年の法改正により導入され、各州に州内の全疾病金庫によって設置された。いずれも医療保険財政問題を念頭に、保険者機能強化のために保険者の財政負担のもとに設置されたものと考えられる。両機関の機能と活動状況は、日本の医療保険制度において保険者の在り方を考える際、保険者の機能を有

効に発揮するための実質的な仕組みないし条件づくりとして、注目に値する。

#### (1) MDK(医療保険メディカルサービス)

MDK(Medizinische Dienst der Krankenversicherung)は、疾病金庫および介護金庫のために医学的相談および鑑定を業務とする公法人である。各州ごとに州内のすべての疾病金庫(AOK、BKK、IKK、VdAK、AEV、LKK)が共同して出資し設立している。全国に17のMDKがある。その業務および組織の設立・監督については、SGB第5編医療保険第9章(第275条ないし第283条)、これを準用する農業者医療保険法KVLG第56条およびSGB第11編介護保険第18条(要介護認定)、第80条2項(施設の質の審査)に規定されている。MDKは1989年の医療保障改革法GRGにより先ず医療保険分野のために導入され、1995年の介護保険制度創設に伴い、要介護認定の鑑定等介護保険の業務が追加された。以下はヘッセン州MDKの説明(実績は1999年の概件数)であるが、他のMDKの業務も基本的には同じである<sup>2)</sup>。

疾病金庫が、医療保険分野での各給付の審査をするにあたり必要と判断した場合にMDKに依頼する。具体的には①就業不能の鑑定(傷病手当給付の審査のため)47000件(事業主の依頼5000件を含む)、②リハビリテーション給付、ケア給付の必要性の鑑定17000件、③入院の必要性和在院期間の鑑定18000件、④その他、薬剤費等の審査、精神科の鑑定などである。なお、現実には薬剤費の審査は、事後でかつ例外的な品目すなわち希少医薬品(成長ホルモン)や国内未認可薬の使用の適否を評価し、今後の投与に関して注意喚起する事後指導用である。また、疾病金庫がテーマを決めて重点的な鑑定を依頼することがある(例として、非常に高額な酸素吸入器や補助具の使用)。MDK側からそのような提案をすることもできる。また、MDKは介護保険分野での鑑定(介護

金庫からの依頼事項)も行っている。要介護の鑑定件数は在宅90000件、施設22000件であった。その他、組織の特性を生かしての研究業務等を行っている。例えばMDK全国連合会(MDS)が疾病金庫連合会の委託により、「ドイツにおけるマネジドケア具体化の可能性」について報告書にまとめている(2000年;米国型を直ちには採用できない、と指摘するもの)。

州内の各疾病金庫グループAOK、BKK、IKK、VdAK、AEV(職員代替金庫連合会)、LKK一代表により構成する管理委員会が事業計画と予算を決定し、理事長の選任等の権限をもつ。管理委員会は年2回程度開催され、理事長が通常業務執行の責任者である。職員数は500人(うち医師160、介護専門士24、技術員2、心理学者2)、医師は常勤で、実務経験10年以上が採用条件である。精神科、歯科医療について嘱託医師等を置く。州内に28の支所を配置し、各地の疾病金庫(支所)と連携して業務を行う。一般的事例は支所限りで、難しい事例を本部で処理する。鑑定医25名を置く大きな支所がある。鑑定業務にあたり、MDK(職員)は、医療機関に資料提供や説明を求められることができる。また、必要があれば自ら医療機関で患者を診察することもできる(実例は少ない)。これは、保険者である疾病金庫からの委託業務であり、保険者の権限をいわば代行するものと理解される。予算額は7000～8000万DMで、疾病金庫は被保険者1人当たり22DM(2000年)を拠出する。この拠出収入額を医療保険と介護保険の関係業務に各50%ずつ配分し事業を執行している。なお、各業務について1件当たり手数料をとらない。

#### (2) WIdO(地区疾病金庫立科学研究所)

WIdO(Wissenschaftliches Institut der AOK)は、1976年に設立された。実際的な必要性の視点に立ち、公的医療保険の諸問題およびその関連分野を調査研究の対象とする。目的は、疾病金庫の高

い質を維持し、人々への医療費保障を支えることであり、WidOは自らを科学と実務との仲介者と位置付けている。

AOK連邦連合会内にあるが、専任の所長を置き、独自に立案し業務を行う。また、大学での研究との関係を継続的に確保するために顧問を置いている。このような独立性と独自性により、WidOはAOKの立場を離れて分析結果を提示することができ、また、他の保健医療の研究機関との意見交換でも信頼関係を保つことができる。所員数約35名のうち半数が研究者で、社会学、経済学、心理学、数学、情報工学等の専門家である。なお、医師はいないが、医学的知識を提供できる者はAOK連邦連合会に常にいる。また、研究プロジェクトに従事する専門職員、プログラマー、秘書、薬剤および技術の補助員がいる。研究には、薬剤給付、病院(入院)給付、外来給付の部門や協力研究がある。また、医療経済分野での重要課題は、医療政策上講じられた対策に対する政策評価である。このような基礎的研究はAOKの個別利益のためにとどまらず公的医療保険全体のために役立ち、ドイツの医療制度の関係者への重要な基本情報となっている。研究は実証的なもので、具体的な活用に留意し、政策的助言やAOKの意見も参考にして行われる。研究所の強みは統計データの加工と分析であり、その一部は独占的なデータとして特に評価されている。研究所の運営は、弾力的なプロジェクト管理ができるように現代的な実効ある運営を目指し、境界領域のテーマや相互交流、水平的組織、自主的な体制づくりに配慮している。

研究内容は、現状分析、アンケート調査、将来予測、ワークショップ、ソフトウェア開発、効果評価、提案または学術的勧告の形でまとめられる。例えば、薬剤給付費の動向を分析する「薬剤レポート」や病院医療に関する重要課題を論ずる「病院レポート」が定期的に公表・刊行され高い評価を受けている。医師用の薬剤処方アドバイスのソフト

ウェアを開発した実績もある。開業医による薬剤支出額の変遷に関する情報提供のプログラムを開発中という。医師会系の中央研究所と共同でICカードに関し調査研究したこともある。運営費はAOKが大部分を賄っているが、他の関係者からの依頼での調査研究も多く、約3分の1の経費は他の関係機関からの収入である。提携機関および調査研究受託機関には、公的医療保険の保険者団体、医療サービス提供団体、連邦保健省、個別の疾病金庫、学術的研究機関、市場調査機関、企業がある。

## 5. ドイツ保険者機能の特色

ドイツの医療保険制度において、制度設計上、疾病金庫が保険者機能を発揮できるように仕組みを工夫していることを、3点に要約して示す。また、疾病金庫が主体的に保険者機能を発揮している業務は多いが、その中でも特に保険財政運営の基本的枠組みにかかわる機能として、保険給付費管理および保険料収入の管理の機能について特色をまとめた<sup>3)</sup>。

### (1) 制度設計

第1に基本的ルールの明確化である。医療保険の基本思想を法律で提示し、それを仕組みに具体化している。特に、SGB第5編第1条は「加入者の連帯の原則」を定めている。この具体的な仕組みとして、公費の投入や患者の受診時一部負担ではなく加入者全体の保険料を主体にした疾病金庫の財政運営、保険者間の負担の公平を目指すRSAの実施、基本的には保険料負担能力を加入の前提条件とする(低得者の保険料負担問題は福祉の領域の対応として整理している)ことなどを挙げることができる。また、基本的な実務手続きを法定して示すことが多い。例えば、疾病金庫設立手続きおよび運営体制、被保険者の加入選択権行使手続きとその制限方法、適用賦課対象所得の金



額および関係する他の額の連動ルール、RSAの基礎情報収集と精算計算処理手続きなどである。さらに、保険給付に関連する事項の指針を示すものとして、開業医へのフリーアクセスの保障、入院給付への制約条件、医療費請求の経済性審査実施などがある。

第2に役割分担であり、SGBでは、事項により行政庁あるいは疾病金庫が担当するものを区分し、それぞれの実施基準、実施細目などを、位置付けている。疾病金庫の役割は広い範囲で設定されており、最近拡大の傾向にある(表1)。そして、現在さらにその役割拡大を志向しているとみられる。例えば、2000年改革法での給付関係の改革規定において、具体化を疾病金庫側と医療提供側の協議に待つものがある。また、司法が医療保険制度の在り方に対し役割を果たすことがある。すなわち、医療保険法制に関する裁判において制度の問題点に対する司法の判断が示された場合に、その判決内容を尊重する方向での制度改革が課題となることがある。例えば加入選択の自由の拡

大、賦課対象所得の範囲の見直し(強制加入と任意加入での所得種別の違い)である。いずれも制度改正の検討が、憲法上の「法の下での平等」(ボン基本法第3条)の観点での司法の判断を契機とするものである。

第3に疾病金庫は自主的管理運営を基本とする公法人として医療保険制度運営上の役割を分担しているが、その機能発揮のために環境整備も進められている(表2)。管理運営の体制については93年の改革で制度的に強化された。また、疾病金庫の連合団体が協調・連携して行動する事項も多い。さらに疾病金庫の業務運営の実質的な強化支援策として、疾病金庫の専門的技術的能力の発揮のために専門家集団の確保が進んでいる(MDKおよびWIdO)。

## (2) 保険財政運営の基本的枠組みにかかわる 疾病金庫機能

診療報酬体系の設定から審査支払いまで、疾病金庫の機能として、保険給付費の管理にかかわる

表1 制度の枠組みと疾病金庫の役割

枠組み		被保険者	保険財政	給付
A	連邦 連邦議会 連邦保健省 連邦保険庁 各州政府	疾病金庫の設立要件 被保険者の加入要件 金庫選択権	適用賦課対象所得 基本的考え 毎年の金額 RSAの体系 RSAの精算実施	給付の種類  薬価体系 入院診療報酬体系
	疾病金庫連合会 同 中央連合会 各 疾病金庫	加入制限の定款 (適用実務)	RSAデータの収集  所得等級の定款 [=任意加入者] 保険料率の設定**	外来診療報酬体系 基本契約 〔審査は保険医協会〕 薬局調剤基本契約 同 審査支払* 入院診療個別契約 同 審査支払*

注：Bに掲げる事項は、日本と比べてドイツの保険者(疾病金庫)に特徴的な保険者の機能の例である。なお、\*は日独共通である。\*\*は、一定条件下での日本の保険者の機能である。

表2 疾病金庫の機能発揮の仕組み

機能	仕組みと目標/内容	経緯	
1. 経営管理	管理委員会 理事の責任と権限 同グループ内合併促進手続き整備	執行体制の強化 (自主運営が疾病金庫の原則) 合併による規模拡大	93年法改正
2. 相互協力 団体活動 業務運営	連合会間連携 金庫間の連携	対診療側団体/国 統一方針/提案 RSA(データ収集、拠出) 加入選択(適用手続き情報交換)	94年実施 97年実施
3. 専門能力	各州MDK WIdO(AOK)	医学的鑑定能力 調査研究能力	89年法改正 76年設立

範囲が広い。具体的には、医療費管理の方法として、開業医の外来診療の総額請負契約、入院医療における疾患に対する包括払いの部分的導入や、入院期間の管理への関与などが注目される。

保険料賦課基準や徴収手続きが明確化され、保険料収入の確保に役立っている。具体的には、保険料率(額)は各疾病金庫が定めるが、支出見込み次第で毎年変更されるのが当然のこととされており、必要があれば年途中で改定する事例もある。また、毎年、適用賦課上限所得額と平均給与額が告示されると、それらと連動して任意加入者の賦課最低所得(一般および自営業者)、扶養家族限度所得などの金額が確定する。保険料納付では、年金受給者の保険料は年金保険者が源泉徴収し2分の1の年金保険者負担分とあわせて一括納付する、失業者の保険料は連邦雇用庁が、生活保護受給者の保険料は福祉事務所が納付する、任意加入

者の滞納2か月で被保険者資格喪失とする、などの運用ルールがある。

注

- 1) 本稿は船橋・泉田(2001)を改訂したものである。
- 2) ヘッセンHessenn州はドイツ中部に位置し、フランクフルト、ヴィースバーデン等の都市がある。人口603万人、被保険者本人365万人(1997年)。
- 3) 国民健康保険中央会(1998)および国民健康保険中央会(2000)の内容も踏まえた要約である。

参考文献

医療経済研究機構 2001ドイツ医療関連データ集 2000年版  
 国民健康保険中央会 1998 ドイツ医療保険制度調査(1997年12月)報告書  
 国民健康保険中央会 2000 ドイツ医療保険制度(第2次)調査(1999年10月)報告書  
 船橋光俊, 泉田信行 2001 ドイツ医療保険の保険者機能「保険者機能に関する研究プロジェクト」報告書  
 VdAK. Ausgewählte Basisdaten des Gesundheitswesens 1998.  
 (ふなばし・みつとし 国民健康保険中央会常勤監事)

## オランダの医療制度改革と「保険者機能」

大森 正博

### ■ 要約

本稿では、オランダの今日の医療・介護制度を概観し、その制度改革、制度設計を「保険者機能」の視点から分析することを試みている。

効率的な資源配分を実現し、衡平な医療を提供するために、オランダは、1980年代後半以降、デッカー・プラン、シモンズ・プランに始まる「規制された競争」の考え方に基づく、医療・介護制度改革を推し進めてきたが、1995年にその制度改革の方向性を修正し、今日に至っている。そこで、最も興味深いことは、オランダは、医療・介護制度へ、一般的に「規制された競争」を導入する代わりに、サービスを3つに分類し、それぞれに異なった制度を準備するという政策的選択を行ったことである。医療・介護サービスを、サービス料金、保険料などについて公的に介入を行わない自由診療の部分(“Compartment 3”)と公的に介入を行う部分に分けた。そして、後者については、短期に治療の行われる医療サービス(“Compartment 2”)には「規制された競争」を導入し、長期療養サービス(“Compartment 3”)については、「規制された競争」を導入せず、入札制など別の形で資源配分の効率性を実現しようとしている。そして、それぞれの“Compartment”に応じ、「保険者」の役割にも違いを持たせている。

### ■ キーワード

特別医療費保険、疾病基金保険、規制された競争、「保険者機能」

### I はじめに<sup>1)</sup>

今日、先進諸国を中心として、世界の多くの国々では、高齢化の進展といった社会環境の変化に直面し、医療・介護制度をどのように整備していくかが重要な政策課題になりつつある。わが国もその例外ではなく、20世紀最後の年に介護保険制度が施行され、さらに医療保険制度改革について真剣な議論と改革が行われつつある。

本稿で対象とするオランダは、人口約1575万4000人(1999年)(65歳以上人口割合は、1997年で13.3%)、国土面積も41526平方キロメートルと日本の8分の1から9分の1のサイズの国であるが、さかのぼれば、オランダ船の日本漂着以来、日

本と最も交流期間の長い西欧諸国の一つである。

そのオランダにおいて、1968年より介護保険(「特別医療費保険」)が実施され、1980年代後半の「デッカー・プラン(Plan-Dekker)」「シモンズ・プラン(Plan-Simmons)」の構想に始まり、「1995年の改革」を経て今日に至るまで、医療・介護制度改革が紆余曲折を経ながら行われている。その改革の考え方の一つの柱になっているのが、「保険者」を核にした競争原理の導入である。近年、日本の医療制度改革の構想において、保険者の役割に焦点をあてた、いわゆる「保険者機能」の議論があるが、オランダの試みは、それと軌を一にするものといえる<sup>2)</sup>。本稿の目的は、オランダの医療・介護制度における、「保険者機能」の姿を概観し、考察することにある。

本稿の構成は以下の通りである。IIでは、オランダの今日の医療・介護制度について、医療・介護保険制度を中心に概観する。そして、IIIでは、「保険者機能」を中心に、オランダの医療・介護制度改革の根底にある考え方について、若干の検討をしてみたい。そして、IVにおいて、結語が述べられる。

## II オランダの医療・介護制度

### 1. オランダの医療・介護保険制度

今日のオランダの医療・介護保険には、3つの“Compartment”が存在している。“Compartment”は、オランダの医療行政関係者の間で使われている用語である。大きく分けると、公的保険と私的保険である。そして、前者については、カバーされるサービスの種類に応じて2つの制度が存在している。治療、療養に比較的長期間を必要とする疾患を中心としてカバーする保険と短期の医療費をカバーする保険である。前者が、特別医療費保険であり、後者が、短期医療保険である。「1995年の改革」の後、最近では、前者を“Compartment 1”、後者を“Compartment 2”と呼んでいる。また、私的保険は、公的保険でカバーされないサービスをカバーしており、“Compartment 3”と呼ばれている。以下ではこの3者について、説明したい。

#### (1) 特別医療費保険…“Compartment 1”

まず、長期化した疾患をカバーする保険について解説しよう。この保険は特別医療費保険と呼ばれ、根拠法は特別医療費補償法(The Exceptional Medical Expenses Act, AWBZ (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten))である。これが、日本で注目されている公的介護保険にあたる。特別医療費保険は、1968年より施行され、改変を経て今日に至っている<sup>3)</sup>。

保険加入については、オランダの在住者であれ

ば、国籍、所得の多寡、雇用されているかいないかにかかわらず強制的に加入させられる。また、非居住者であっても、オランダで雇用され、賃金の支払いを受け、所得税を納めている場合は、強制加入である。

保険料は加入者の所得に比例して課される(10.25%、2000年)が、課される所得には上限(48994ギルダ)がある。保険料は、被用者の場合には雇用者が給与天引きで徴税当局に納めることになっているが、非被用者の場合には、非被用者自身が徴税当局に納付しなければならない。

また、カバーされるサービスは、病院での365日を超えた診療・入院、ナーシングホーム、精神障害ホームでの診療、ホームナーシング組織による在宅サービスなどであり、表1にまとめてあるので参照されたい。ここで注目されるのは、病院での長期療養サービスに加えて、ナーシングホーム、精神障害ホームといった介護に該当するサービスがこの保険でカバーされていることである。現物給付が基本であるが、1996年1月より、一部、現金給付も導入されている。月額200ギルダ(1998年現在)が被保険者に直接給付され、在宅サービスなどに利用されている<sup>4)</sup>。

この保険の保険者は国であるが、短期医療保険の保険者である疾病基金保険会社、私的保険会社、公務員保険が国を代行して、事務をつかさどっている。この事務代行者は、“Care Office”と呼ばれており、地域(Region)ごとに一つだけ存在している。“Care Office”は、毎年度、疾病基金保険会社等の保険会社の中から、各地域ごとに入札によって決定される。したがって、“Care Office”を落札した疾病基金保険会社は、後述の“Compartment 2”にあたる保険サービスを提供するかたわら、特別医療費保険のサービスの事務代行も行うことになる。“Care Office”は、被保険者に対する医療サービスの内容を、医師、病院などのサービス供給者と契約する。ここで、保険者(および事務代行

者)とサービス供給者の間の契約について少し詳しくふれておく必要がある。オランダでは、保険者(事務代行者)とサービス供給者の契約が明示的な

表 1 特別医療費保険制度

制度	特別医療費保険
保険者	政府
運営者	“Care Office”
被保険者	オランダの居住者(国籍, 所得額, 収入に依存しない, 強制加入) オランダで雇用され, 所得税を納めている者
保険料	所得比例保険料(保険料賦課上限所得あり)
給付内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. 栄養指導</li> <li>b. 入院サービス</li> <li>c. ナーシングホームおよび身体障害施設でのケア</li> <li>d. Arnhem の HetDorp における障害者ケア</li> <li>e. 身体障害者ホステルへの入所</li> <li>f. 身体障害者デイサービスセンターへの通所</li> <li>g. ナーシングホームにおける外来ケア</li> <li>h. 在宅ケア</li> <li>i. リハビリテーション</li> <li>j. 精神病院における精神医療</li> <li>k. 一般・大学病院の精神科における精神医療</li> <li>l. 精神科外来の地方施設 (RIAGG) によるサービス</li> <li>m. 地方組織による Sheltered accommodation におけるサービス</li> <li>n. 非診療所精神科ケア</li> <li>o. 精神科外来</li> <li>p. パートタイムの精神科治療</li> <li>q. 視覚障害者のケア</li> <li>r. 聴覚障害者のケア</li> <li>s. 精神薄弱者のケア</li> <li>t. 精神薄弱者のデイセンターの通所</li> <li>u. 精神薄弱者のホステルへの入所</li> <li>v. 妊娠中の B 型肝炎の検査</li> <li>w. 親子に対するサービス</li> <li>x. 先天性代謝異常の検査</li> <li>y. ワクチン(児童に対して)</li> </ul>

出典: Ministry of Health, *Welfare and Sport* (2000)より作成

プロセスの下で行われる。まず、保険者(事務代行者)の全国組織(特別医療費保険の場合は、政府)とサービス供給者の全国組織の間で、契約の内容について「諮問(Consultation)」が行われ、「諮問結果(Consultation Result)」といわれる契約内容についての合意書を作成する。「諮問結果」が無事作成された場合には、健康保険審議会(Health Care Insurance Board, CVZ)に承認を求める。もしも「諮問結果」が作成できなかった場合には、健康保険審議会が「モデル契約(Model Contract)」を作成する。「諮問結果」ないし「モデル契約」は、契約のフォーマットないしひな形であり、サービス内容等については書いてあるが、サービス価格については記入されていない。個々の保険者(事務代行者)とサービス供給者の間の契約は、この「諮問結果」ないし「モデル契約」から出発し、サービス内容についても、個々の事情ないし企業努力によって、改変することができる。また、サービスの価格については、医療料金法によって CTG (National Tariff Agency) において決められた診療報酬点数を上限として、交渉によって決定することができる。いわゆる上限価格規制(Price Cap Regulation)である。ただし、個々のレベルの契約は最終的に健康保険審議会の承認を得る必要がある。

また、“Care Office”は、病院についてはすべての病院と契約を締結しなければならないが、ナーシングホーム等の病院以外の施設、医師等の医療サービス供給者すべてと契約を締結する義務はない。

特別医療費保険の運営を具体的に見てみよう。保険料は国民保険(National Insurance)の一部として所得税と一緒に徴税当局によって徴収される。この保険料は政府の補助金と一緒に特別医療費保険基金(Exceptional Medical Expenses Fund)に集められ、健康保険審議会(CVZ)が、その中から中央支払い機関を通じて、各保険会社にかかった費用を償還する。結局、特別医療費保険の財源は、人々の所得に比例して徴収される保険料および一

般財源であり、それらを一括して一つのファンドにプールして、“Care Office”に事後的に費用を償還するというのが基本的なメカニズムになる。また、消費者には、サービスによって、一定の自己負担が存在していることも付け加えておこう。

(2) 短期医療保険…“Compartment 2”

次に短期の医療費をカバーする保険について解説しよう。この保険は、加入者の年収、身分によって3つの制度が分立している。疾病基金保険(Sickness Fund Insurance, ZFW)は、全人口の約3分の2と最も加入者数の多い保険である。加入条件はやや複雑であるが、以下の通りである。課税所得が64600ギルダーより低い65歳未満の被用者とその家族、65歳になった時点で疾病基金保険に加入している被用者とその家族、課税所得が41200ギルダー未満の65歳未満の自営業者、65歳になったときに疾病基金保険に加入していなくても、課税所得が一定水準未満の場合などである。(2000年)

公務員とその家族は、公務員保険(Health Insurance for civil servants)に加入することになる。

私的保険には、上記の疾病基金保険、公務員保

険に加入資格がない者が加入する。具体的には、年収が64600ギルダー以上の65歳未満の被用者とその家族、課税所得が41200ギルダー以上の自営業者、および疾病基金保険、公務員保険への加入資格のない退職者等である<sup>5)</sup>。表2に短期医療保険についてまとめてあるので参照されたい。

疾病基金保険の根拠法は、健康保険法(The Health Insurance Act)であり、カバーされる国民の数は約996万1708人で全人口の約63%である(2000年)。人々は非営利の疾病基金保険会社に加入し、保険料を支払うことに対して、一定のサービスを現物支給で受ける。人々は、1年に1回、加入する保険会社を選択することができる。カバーされるサービスの内容は一般医(GP)による診療サービス、精神科医を除く専門医の診療サービス、歯科治療の一部、病院における最初の365日の医療サービス・看護である。特別医療費保険と比較して、短期医療・療養に必要なサービスがカバーされているのが特徴である。これらの政府によって定められた範囲のサービス以外も必要とする場合には、疾病基金保険会社(Sickness Fund)の提供する追加的なカバー(supplementary cover)を購入することができる。

表2 短期医療保険制度

制度	疾病基金保険(ZFW)	私的保険	公務員保険
保険者	疾病基金保険会社	私的保険会社	公務員保険共済組合
運営者	同上	同上	疾病基金保険会社
被保険者	被用者と家族 自営業者 両者とも所得による 加入制限あり	疾病基金保険、 公務員保険の非対象者	公務員と家族
保険料	所得比例保険料 定額保険料	定額保険料 割り当て保険料	所得比例保険料 定額保険料
給付内容	a. GPによる医療 b. 助産サービス c. 歯科治療 d. 薬剤サービス e. 専門医による治療 f. 人口補綴物 g. 移送 h. マタニティケア i. 聴覚センターによるサービス j. 遺伝子検査センター k. 診療所以外の血液検査 l. 慢性呼吸器障害 m. リハビリテーション n. 血栓症予防サービス		

出典：Ministry of Health, Welfare and Sport (2000)より作成

保険者は疾病基金保険会社であり、保険会社は、被保険者のために、サービス供給者とサービスの内容について、毎年、契約を締結する。やり方は、特別医療費保険の場合と同様である。

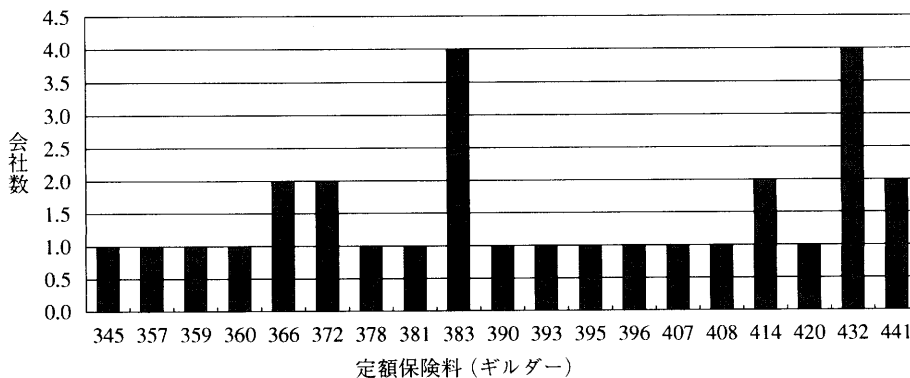
保険料は、所得比例保険料 (Percentage contribution) と定額保険料 (Nominal contribution) の2つから構成される。所得比例保険料は、8.1% (2000年) であり、雇用者と被用者がそれぞれ負担する。雇用者が6.35%、被用者が1.75%を負担しているが、保険料が課される上限の所得は56376ギルダである。自営業者、65歳未満の早期退職者、65歳以上の退職者等で引き続き疾病基金保険に加入している人々は、保険料を全額自分で払わなければならないが、特別な制度が準備されている。すなわち、所得を、退職年金 (the State Retirement Pension, AOW) による所得とそれ以外の所得に分離して、保険料を徴収するということである。65歳未満の早期退職者は、この2つのカテゴリーの所得の合計の8.1%を納める。65歳以上の退職者は、退職年金による所得に対しては8.1%、それ以外の所得については6.1%を納めることになる。(また、低所得者等の被保険者の一部については、所得比例ではなく、定額で保険料を徴収している。)

このほか、被保険者は、定額保険料を、自分の加入している保険会社に対して支払う。定額保険料は、被用者も家族も差別なく、月払いで、子供を除いたすべての加入者が個々に支払う。図1は、1999年度の定額保険料の保険会社間の分布を示しているが、保険会社によって、ばらつきがあることが見て取れる。

このままでは、定額保険料と所得比例保険料の関係が分かりにくいと考えられるので、以下で疾病基金保険のファイナンスについて説明する。

疾病基金保険の財源は、所得比例保険料、定額保険料、国庫補助金、MOOZ 割り当て保険料 (MOOZ Apportionment contribution) の4つから成っている。最後のMOOZ 割り当て保険料は、疾病基金保険の加入者に私的保険よりも高齢者が多いことから、私的保険から疾病基金保険に対して、財源の移転を行うものである。

所得比例保険料、MOOZ 割り当て保険料、国庫補助金は、一度、強制保険一般基金 (General Treasury of the Health Insurance Fund Scheme) に集められる。この基金に集められた資金のことを、マクロ医療予算 (The Macro Health Care Budget) と呼ぶ。健康保険審議会は、厚生大臣の監督の下でこの強制保険一般基金を管理し、それぞれの疾



注: CVZの資料による

図1 ZFWの定額保険料の分布(1999年度)

病基金保険会社に費用を償還する。費用償還方式は、表3の通りである。保険でカバーするサービスを4つに分類して、それぞれに対して、予算を設定する。

- ① 病院における医療サービスの固定費用 (Fixed costs of hospital health care)
- ② 病院における医療サービスの可変費用 (Variable costs of hospital health care)
- ③ 専門医の医療サービスの費用 (Costs of specialists health care)
- ④ 他の医療サービスの費用 (Costs of other services) (GPのサービスなどが入る)

それぞれの予算の設定の仕方は、過去の実績に基づいて決められる部分 (historical basis) と保険加入者のリスクに応じて決められる部分 (normative basis) に大きく分けることができる。

「病院における医療サービスの固定費用」は、過去の実績に基づいて決められる。「病院における医療サービスの可変費用」「他の医療サービス」は、30%が過去の実績に基づいて決められ、残り70%は、加入者の年齢、性別、居住地域、雇用・社会保険の状況という被保険者のリスク要素によって、

決められる。「専門医のサービス」については、加入者の年齢、性別、居住地域、雇用・社会保険の状況という加入者のリスク要素によって、決定される。この結果、全体としては表4のような予算配分状況になる。年々、被保険者の持つリスクによる償還部分が増加してきていることが見て取れる。

なお、疾病基金保険会社の事務費用は、医療サービスの予算と同様に予算として与えられる。現在(2000年)は、予算の3分の2が、被保険者の数による部分、3分の1が、被保険者の数の加重平均による。新規参入した疾病基金保険会社や規模の小さな疾病基金保険会社(加入者数が6万人未満)は、4段階の追加的な予算を受け取っている(1999年から2002年で、最高は10万ギルダーである)。

このようにして決められる疾病基金保険会社の医療サービスの予算は、現実にかかると考えられる費用と大きく乖離することがあるので、3つの予算補正措置が準備されている。1つが、“Generic Settlement”である。これは、疾病基金保険会社間での補正で、予算が平均よりも大きい疾病基金保険会社から平均よりも小さい疾病基金保険会社に

表3 疾病基金保険(ZFW)の予算プロセス

	1997	1998	1999	2000
病院の固定費用	過去の実績	過去の実績	過去の実績	過去の実績
病院の可変費用	年齢、性別、 居住地域、障害の状態	年齢、性別、 居住地域、障害の状態	年齢、性別、 居住地域、 雇用・社会保険の状況	年齢、性別、 居住地域、 雇用・社会保険の状況 (70%) 過去の実績(30%)
他のサービス	年齢、性別、 居住地域、障害の状態	年齢、性別、 居住地域、障害の状態	年齢、性別、 居住地域、 雇用・社会保険の状況	年齢、性別、 居住地域、社会保険の 状況(70%) 過去の実績(30%)
専門医のサービス		年齢、性別、 居住地域、障害の状態	年齢、性別、 居住地域、 雇用・社会保険の状況	年齢、性別、 居住地域、 雇用・社会保険の状況

出典：Ministry of Health, *Welfare and Sport* (2000)



表 4 疾病基金保険の費用償還方式

年度	— 1992	1993 — 1995	1996	1997	1998	1999	2000
事後的費用償還方式 (%)	100	97	85	73	71	65	n.a.
リスク調整型費用償還方式 (%)	0	3	15	27	29	35	n.a.
リスク調整指標	なし	年齢, 性別	年齢, 性別, 居住地域, 障害の状態	年齢, 性別, 居住地域, 障害の状態	年齢, 性別, 居住地域, 障害の状態	年齢, 性別, 居住地域, 雇用・社会保険の状況	年齢, 性別, 居住地域, 雇用・社会保険の状況

F.T. Schut et al. (1999), Ministry of Health, *Welfare and Sport* (2000)より作成

予算を一定の割合 (Settlement Percentage) だけ移転させるものである。

2つ目が、年度末の強制保険一般基金による財政調整である。これは、疾病基金保険会社の財政上の危機に対応するために導入されている。

3つ目が、高額療養費の補正措置 (HKV) である。高額療養費の負担を疾病基金保険会社間で負担し合うための政策装置である。すべての疾病基金保険会社は、自らの「病院における医療サービスの可変費用」と「他の医療サービス」の費用に対して与えられた予算の中から一定の割合を、すべての疾病基金保険会社共通の基金にプールする。そして、被保険者の医療費が1万ギルダーを超えた場合には、費用の90%がその共通の基金から償還される。

予算の決定は以上の通りであるが、予算よりも、現実にかかると予想される費用が上回ると考えるときには、疾病基金保険は、保険加入者に対して定額保険料を科す。なお、消費者の自己負担は基本的にゼロである。図1は、1999年の定額保険料の保険会社間での分布を示したものである。保険会社によって、定額保険料に差が出てきていることが分かる。

公務員保険は、公務員向けで、保険の仕組みは疾病基金保険と同様である。

私的保険は、疾病基金保険、公務員保険いずれでもカバーされなかった人々が任意加入する。加入しているのは、具体的には、疾病基金保険の加入基準の一定所得以上の人々、および自営業者、退職者等である。カバーされている国民の数は、約480万人で全人口の約34%であり、任意保険ではあるが、実際には全く保険に加入していない人はまれである。供給をつかさどるのは私的保険会社であり、その組織は営利・非営利両方の形態がある。私的保険会社は、政府によって規定された基本的な医療サービスをカバーする保険 (Standard Cover) を提供することを義務づけられている。保険料は、(1人当たり) 定額保険料である。定額保険料で費用をまかなえない場合、割り当て保険料 (The apportionment contribution) を65歳未満の被保険者に対して1人当たり定額で請求する。

これらの制度的措置では、保険者が、消費者のために医療サービスを購入する役割を演じることを期待されている。保険者は、診療報酬の上限価格規制等の制約下で、医師、医療機関等とサービス価格、サービスの質について、交渉し、契約することができる立場にある。保険者は、被保険者から毎年1回選ばれるので、消費者にとってよりよいサービスを医師、医療機関等から供給してもらえようように努力するインセンティブを与えられ、結

果として、被保険者に最も望ましい医療が提供されるというのがその筋骨きである。このメカニズムは「規制された競争 (Regulated Competition)」と呼ばれている。

### (3) 民間保険…“Compartment 3”

ダニング委員会 (Dunning Commission) によって提示された、すべての人々にとって経済的に利用不可能なほど高価でなく (non-affordable)、また医療上の必要性 (Medical necessity)、効果 (Effectiveness)、効率性 (Efficiency) といった基準から見て、一定の条件を満たさないサービスは、完全に自由な私的保険制度の中で供給されることとなった<sup>6)</sup>。実際には、私的保険会社のみならず疾病基金保険会社も “Compartment 2” に対する公的保険の追加的保険として、この保険を販売することになる。“Compartment 3” のカテゴリーに対しては、医療費全体の約 3% が支出されている<sup>7)</sup>。

具体的には、政府はかつて成人歯科と理学療法サービスの一部を、“Compartment 3” に分類した。これらのサービスは、それほど高価ではなく、効果の観点からも “Compartment 2” に入れるべきサービスではないと、政府によって判定された。しかし、この措置を行ってから、歯科補綴について、追加的な保険を購入できない人々が出てきたことが明らかになり、再び、“Compartment 2” でカバーされることになった。

“Compartment 3” は、人体に対する医療・介護上の危険が大きくなく、緊急性に欠けていて、所得分配上の影響が小さいことから、自由診療に任せるべきであるという政策判断をオランダ政府が行ったと考えられる。

## 2. 供給サイド

次に供給サイドについて説明しよう。オランダでは、GP (一般医) システムがとられており、人々は病気になったときには、最初に GP を訪問し、その

表 5 GP に対するリスク調整型支払い方式 (2000 年)

カテゴリー	支払い (年/ギルダー)
65 歳未満	139.91
65 歳以上	165.10
65 歳未満 (問題カテゴリー)	153.91
65 歳以上 (問題カテゴリー)	179.08

Landelijke Huisartsen Vereniging

紹介状がないと病院を訪問することができない。また、人々が利用できるのは、自らが登録している保険会社が契約している GP のみである。GP は、契約に基づいてリスク調整型人頭払い方式 (Risk-adjusted capitation payment) を中心とする支払い方式で各保険会社から支払いを受け、開業費用などの費用の償還をも保険会社から拠出された基金から受ける<sup>8)</sup>。表 5 は、疾病基金保険に加入している被保険者が登録した場合の 2000 年の支払い額を示したものである。65 歳を境とした年齢および問題カテゴリー等のリスクが指標として入っていることが分かる。

一方、専門医 (Specialist) は、病院等の施設で診療を行っている者がほとんどであり、病院に雇用されている者と病院とパートナーシップの契約関係を結んでいる者の 2 種類に大別される。どちらについても、支払いは、出来高払い方式 (Fee for Service) で行われている。一方、病院、ナースホーム等の施設サービスを提供する機関については、病院施設法によって定義が行われており、法的には、非営利組織であることを義務づけられている。専門医個人に対する支払いとは別に、病院は、予算を疾病保険基金 (Health Insurance Funds)、特別医療費支払い基金 (Exceptional Medical Expenses Funds)、私的・公務員保険機構 (Private and Civil Servants Health Insurance Schemes)、中央・地方政府の補助金 (individual payments by insured Grants from central government and local authorities) がそれぞれ拠出した基金の中

から配分を受けている。病院の支出の予算化は、1983年のグローバル・バジェットティング・システム(Global Budgeting System)から始まった。これは1988年に機能的予算システム(Functional Budgeting System)に改良され、今日に至っている。後者の内容は、次の通りである。まず、病院の予算を、① 固定的部分(fixed part)、② 準可変的部分(semi-variable part)、③ 可変的部分(variable part)の3つに分ける。固定的部分は、来院した患者の数に比例して与えられる予算である。第二の準可変的部分は、病院の機能によってつく予算である。つまり、専門医の配置、診療科の種類を含めた病院の機能に応じて、予算がついてくるのである。第三の可変的部分は、病院が保険者との交渉で自由に獲得できる予算部分である。そして、これらの料金、病院等の施設に対する予算はすべて、CTG(National Tariff Agency)において交渉、認可される<sup>9)</sup>。

また、オランダでは病院等の医療機関の建設について、病院施設法(Hospital Facilities Act)によって厳格に計画を作って規制している。病院施設委員会(Hospital Facilities Board)が、人口当たりのベッド、専門医の種類別(一般病院、精神病院など。医師の場合は内科、外科などの診療科別)の数、新規に医療機関を作る場合のベッド数について、ニーズ、各医療機関の機能、相互関係などについて各地域の特徴をも考慮に入れて、最初のガイドラインを作る。地方レベル(Provincial Council)においても、病院施設委員会の作ったものを参考に、同じ項目について計画を作成させ、提出させ、必要に応じて修正をするというプロセスを経て、最終的な計画が作成される。計画は厚生大臣による認可を必要とする。このような形で、各地域の種類別の病院のベッド数、専門医の数などについて中央政府の厳格なコントロールが行われているのである<sup>10)</sup>。

### III オランダの医療・介護制度改革の考え方

本節では、オランダの医療・介護制度改革の考え方について「保険者機能」を中心に考察する。オランダにおける、今日の「保険者機能」についての基本的なアイディアは、デッカー・プラン、シモンズ・プランにさかのぼる<sup>11)</sup>。

保険者の役割は、理論的には以下のようにまとめることができる。

- ① (リスク分散としての)保険サービスの提供
- ② 消費者の医療サービス購入のエージェント  
サービス供給者(医師、医療機関etc)との価格などの契約交渉および選別
- ③ 保健(予防を含めた)サービスの供給、住民の健康相談

こうした「保険者機能」により、以下のような成果が期待された。

- ① サービス供給者の提供する医療・介護サービスが、価格、質について、消費者に望ましい水準に設定される。
- ② サービス供給者の生産の効率性が実現する。

しかし、今日のオランダの医療・介護制度は、デッカー・プラン、シモンズ・プランの構想がそのまま実現されているわけではなく、その考え方の一部が実現されたものである。

#### 1. 今日のオランダの医療・介護制度と「保険者機能」

今日のオランダの医療・介護制度は、基本的に「1995年の改革」の路線を踏襲していると言ってよい<sup>12)</sup>。

「1995年の改革」では、医療・介護サービスを、“Compartment 1” “Compartment 2” “Compartment 3”に分類し、それぞれに応じて、異なった需給システムを対応させるのが基本的な考え方である。以下では、“Compartment 1” “Compartment 2” “Compartment 3”それぞれにおける保険者の役割を検討する。

(1) “Compartment 1”

“Compartment 1”における「保険者機能」は、比較的限定されている。

“Compartment 1”における文字通りの保険者は、国であるが、「保険者機能」を主として発揮するのは、地域に唯一の“Care Office”である。リスク分散については、国レベルの保険であることによる程度達成されているとみることができるが、消費者のエージェントという意味では、“Care Office”が役割を担っている。

“Care Office”は、特別医療費保険の事務の代行をするわけだが、重要な役割が、その地域の消費者のために“Compartment 1”にあたるサービスについて、サービス供給者(医師その他のヘルスマンパワー、医療機関 etc)と契約を行うことである。“Care Office”は、すべて、事後的費用償還を行われているので、デッカー・プラン、シモンズ・プランが想定したような効率性へのインセンティブ・メカニズムを持たない。また、消費者は、地域に1つしかない“Care Office”に対して事務手続きを行うという形になっているので、“Care Office”を選ぶことはできない。したがって、“Care Office”が消費者との契約を求めて競争を行うメカニズムは働かない。これらを考え合わせると、「規制された競争」のメカニズムが機能する前提条件が満たされていないとみることが妥当である。しかし、“Care Office”が消費者のために働かないと決めつけるのは早計である。なぜならば、業務成績の良し悪しが、“Care Office”の落札の成否に影響を与えると意味で効率化を促し、入札のメカニズムが機能すると理論的には考えられるからである。しかし、入札については、落札・更新の基準について明確なルールが必ずしも確立されているわけではないことに注意する必要がある<sup>13)</sup>。

(2) “Compartment 2”

“Compartment 2”については、デッカー・プラン、

シモンズ・プランの考え方と一致して、「規制された競争」を導入する方向性が明確になっている。つまり、消費者のエージェントとしての「保険者機能」が広範に発揮される条件づくりが行われつつある。

第一に、保険会社への費用償還を予算方式にする方向性が強化された。1995年時点で、3年のうちに病院の資本費用を除いた費用すべてについて、リスク調整型費用償還方式が導入されることが宣言された。表4は、疾病基金保険会社に対する費用償還で、事後的費用償還が行われる部分のシェアと、リスク調整型費用償還方式が行われる部分のシェアの年次推移を見たものであるが、1992年には100%が事後的費用償還されていたものが、年々、事後的費用償還方式をとる割合が減少し、リスク調整型費用償還をする割合が増加していることが分かる。1999年には事後的費用償還する割合が65%まで縮小され、35%がリスク調整型費用償還方式に基づくようになった。

第二に、費用償還方式に改良がなされた。表4を見ると、1993年から1995年までは、リスク調整指標(Risk adjusters)として、年齢、性別を利用してしたが、1996年には、さらに居住地域(Region of residence)、障害の状態(Disability status)が追加されている。また、1999年には、従来利用されていたリスク調整指標の中から、障害の状態を外し、雇用・社会保険の状況(Employment/social security status)が追加され、費用償還方式の精緻化が行われた。表3を見ると、2000年には、病院の可変費用、他のサービスについて、過去の実績によって決める部分を設定するなど、費用償還方式の改良が着実に進められている様子が分かる。

第三に、保険会社間の競争条件である。2000年時点で、疾病基金保険会社は26存在している。合併による規模の増大、会社数の減少と新規参入が併存している状況である<sup>14)</sup>。競争状況は、必ずしも会社数が多いから激しいとはいえない。また、

新規参入が生じているのは、競争が生じている証拠だという見方もあるが、現状の競争状況がどうなっているかについては、実証分析の結果を待つ必要がある。

第四に、政府は、「規制された競争」が機能することを援助するために、価格規制、医療計画などの数量規制を緩和する方向性をはっきり打ち出している。医療サービスの価格設定、病院等の行う巨額の投資を除いた医療施設の建設等を、保険者と医療機関が交渉して行うこととした。また、病院の経常経費の費用償還は予算方式をとっていたのを、将来的には、産出価格制度(output-pricing)方式に変更していく方針を政府はとっている<sup>15)</sup>。

これらの政策措置に対する評価はいろいろである。

第一に、図1に示したように、定額保険料にも保険会社間で差が出てきている。これは、保険会社が競争を行い、効率化への努力を行ったことが一部反映されていると考えることもできる。もっとも、このことが実証的に確かめられたわけではなく、保険会社に対して、加入している人々のリスクを十分に反映した費用償還が行われていないことが原因になっている可能性も残されている。

また、保険会社に対する費用償還の事前的リスク調整の割合が高まってはいるものの、いまだに、少なからず事後的費用償還の部分が残されており、規制された競争が十分に徹底されていない可能性も指摘しておかなければならない。もっとも、理論的には、一定の仮定の下で、事前的費用償還と事後的費用償還のミックスが最適な費用償還方式であるという議論もあるので、事の真偽は慎重に検討されなければならない。

第二に、クリームスキミングの問題を回避しようとする政策的努力が行われている。「規制された競争」は、保険会社に費用抑制のインセンティブを与えると同時に、クリームスキミングの問題も引き起こす可能性がある。しかし、保険会社に加入した消費者のリスクに応じて与える予算の決定方式

を、表4で見られるように、消費者の属性をより多く加えて精緻化することによって、この問題を回避しようとしている。また、近年、リスク調整方式の改良について、さまざまな研究が出てきており、例えば、L. Lamers (1998)は、オランダの疾病基金保険のデータを利用して、診療歴の情報をリスク調整指標に加えることによって、費用の予測をよりよくすることができることを指摘している。また、疾病基金保険会社による費用償還方式の研究が進んでいることも注目しなければならない<sup>16)</sup>。

「保険者機能」において、予防サービスも重要である。予防を含めた保健サービスについては、短期医療保険において、「血栓症予防サービス(Thrombosis service)」「遺伝子検査センターのサービス(Service of a genetic testing centre)」がカバーされ、特別医療費保険において、「栄養指導(Dietary advice)」「妊婦のB型肝炎の検査」「先天性代謝疾患の検査」(フェニルケトン尿症-PKU、先天性甲状腺機能低下-CHT、甲状腺の機能の先天性異常など。生後2カ月未満の乳児が受診)、「予防接種」(ジフテリア、百日咳、破傷風、小児麻痺、おたふく風邪、風疹、B型インフルエンザ、はしか)がカバーされている<sup>17)</sup>。

### (3) “Compartment 3”

IIにおいて検討したように、すべての人々にとって経済的に利用不可能なほど高価でなく、医療上の必要性、効果、効率性といったダニング委員会(Dunning Commission)による基準から見て、一定の条件を満たさないサービスは、完全に自由な私的保険制度の中で供給されることとなった。“Compartment 3”については、「保険者機能」が十分に発揮される制度的条件が満たされている。

## IV 結論

本稿では、オランダの今日の医療・介護制度を

概観し、その制度改革、制度設計を「保険者機能」の視点から分析することを試みた。

効率的な資源配分を実現し、衡平な医療を提供するために、オランダは、1980年代後半以降、デッカー、シモンズ・プランに始まる「規制された競争」の考え方に基づく、医療・介護制度改革を推し進めてきたが、1995年にその制度改革の方向性を修正し、今日に至っている。そこで、最も興味深いことは、オランダは、医療・介護制度へ、一般的に「規制された競争」を導入する代わりに、サービスを3つに分類し、それぞれに異なった制度を準備するという政策的選択を行ったことである。医療・介護サービスを、サービス料金、保険料などについて公的に介入を行わない自由診療の部分(“Compartment 3”)と公的に介入を行う部分に分けた。そして、後者については、「規制された競争」を導入した“Compartment 2”と、導入しない“Compartment 1”に分類し、それぞれの“Compartment”に応じ、「保険者」の役割にも違いを持たせている。この考え方は今日も変わることなく、改良を重ねながら、脈々と受け継がれてきているように思われる。

注

- 1) 本稿は、国立社会保障人口問題研究所「保険者機能に関する研究プロジェクト」報告書(1999年4月より2001年3月まで)に多くを負っている。詳しくは本報告書を参照されたい。本稿をまとめるにあたって、多くの方々にお世話になった。中でもオランダにおける現地調査に援助の労を借しむことのなかった斎藤健一郎氏(山之内製薬株式会社)、Mrs. Francis Hoogenboom (Yamanouchi Europe)には記して感謝の意を表したい。
- 2) 「保険者機能」については、山崎泰彦(2001)を参照されたい。
- 3) 本小節の制度の記述については、Ministry of Health, Welfare and Sport (2000)、堀勝洋(1997)、大森正博(1998)、F.T. Schut et al. (1997)を参考にした。
- 4) F.T. Schut et al. (1997)、廣瀬真理子(2000)を参照のこと。
- 5) 2000年の数字である。Ministry of Health, Welfare and Sport (2000)を参照のこと。
- 6) Government Committee on Choices in Health Care (1992)を参照。
- 7) Ministry of Health, Welfare and Sport (1999)。
- 8) リスク調整型人頭払い方式を中心としながら、fee for serviceによる支払いも行われている。Landelijke Huisartsen Vereniging (2000)を参照。
- 9) National Hospital Association of the Netherlands (1989)、Maarse J.A.M. (1989)を参照。
- 10) National Hospital Association of the Netherlands (1989)を参照。
- 11) デッカー・プラン、シモンズ・プランについては、大森(2000)を参照されたい。
- 12) 「1995年の改革」については、大森(2001)を参照されたい。
- 13) F.T. Schut et al. (1999) p. 53.
- 14) F.T. Schut et al. (1999) p. 57. VEKTIS (2000)。
- 15) F.T. Schut et al. (1999) p. 57.
- 16) AGISにおけるヒアリングによる。
- 17) 表2およびHealth Insurance in the Netherlands (2000)を参照。

参考文献

[論文]

- Maarse, J.A.M. 1989. “Hospital Budgeting in Holland: Aspects, trends and Effects.” *Health policy* Vol. 11.
- Schut, F.T. 1996. “Health Care Systems in Transition: the Netherlands.” *Journal of Public Health Medicine* Vol. 18.
- Schut, F.T., and H.E.G.M. Hermans. 1997. “Managed Competition Reforms in The Netherlands and its Lessons for Canada.” mimeo.
- Schut, F.T., E.K.A. van Doorslaer. 1999. “Towards a Reinforced Agency Role of Health Insurers in Belgium and the Netherlands.” *Health Policy* Vol. 48 pp. 47-67.
- van de Ven, W.P.M.M., and F.T. Schut. 1994. “Should Catastrophic Risks be Included in a Regulated Competitive Health Insurance Market?” *Social Science and Medicine* Vol. 39 No. 10.
- 大森正博 1998 「オランダの医療・介護制度改革」『海外社会保障情報』第124号 pp. 28-44
- 大森正博 2000 「医療・介護制度改革」仲村優一、一番ヶ瀬康子編『世界の社会福祉 ドイツ・オランダ』旬報社 pp. 334-P. 362
- 大森正博、湯澤-Grace-敦子 2001 「オランダ訪問調査」国立社会保障・人口問題研究所(主任研究員:山崎泰彦 上智大学教授)『保険者機能に関する研究プロジェクト報告書』所収
- 大森正博 2001 「オランダの医療保険制度改革の現状」『国民健康保険』5月号 pp. 2-9
- 廣瀬真理子 2000 「オランダの長期医療・介護保障制度」

- 『海外社会保障研究』No. 131 pp. 47-55
- 堀勝洋 1997 「オランダの介護保険」堀勝洋『現代社会保障・社会福祉の基本問題』ミネルヴァ書房
- 山崎泰彦 2001 「保険者機能に注目した医療制度改革論」国立社会保障・人口問題研究所（主任研究員：山崎泰彦 上智大学教授）『保険者機能に関する研究プロジェクト報告書』所収
- [書籍・資料]
- CVZ. 2000. "Exceptional Medical Expenses Act (AWBZ)." (Hand-out)
- Government Committee on Choices in Health Care. 1992. "Choices in Health Care."

- Landelijke Huisartesen Vereniging. 2000. "Ziekenfonds Tarieven Juli 2000."
- Ministry of Health, Welfare and Sport. 1999. *Jaaroverzicht zorg*.
- Ministry of Health, Welfare and Sport. 2000. *Health Insurance in the Netherlands*.
- Ministry of Health, Welfare and Sport. 2000. *Zorgnota 2000*.
- National Hospital Association of the Netherlands. 1989. "Dutch Health Care System."
- VEKTIS. 2000. *Financiering Van De Zorg In 1999*.
- Zweifel, P., and F. Breyer. 1997. *Health Economics*. Oxford University Press.
- (おおもり・まさひろ 城西大学経済学部助教授)

## 「保険者機能」論の位置付け：わが国の医療制度改革に対する示唆

尾形 裕也

### ■ 要約

わが国の医療制度改革をめぐる議論されている「保険者機能」論は、国際的に広く認知され、通用している議論ではない。国際的には、先進各国の90年代の医療制度改革は、「擬似的市場メカニズム」の導入ないしは「命令・管理モデル」から「契約モデル」への転換という動きとしてとらえられている。わが国の保険者機能強化論も、こうした文脈の一部としてとらえなおすことが可能であり、そうすることによってはじめて医療システム全体に関わる改革案を構成することができるものと考えられる。

### ■ キーワード

保険者機能、擬似的市場メカニズム、命令・管理モデル、契約モデル、プリンシパル・エージェント関係、2002年度改革

### 1. 問題の所在

いわゆる「保険者機能」をめぐる議論は、近年、さまざまな観点からさまざまな議論が展開されてきている。たとえば、2001年7月24日に公表された政府の総合規制改革会議の基本方針（「重点6分野に関する中間とりまとめ」）においては、医療分野における5つの規制改革の柱のひとつとして「保険者機能の強化」が取り上げられている<sup>1)</sup>。同「中間とりまとめ」においては、レセプトの審査・支払を保険者が直接行えるようにすること等について、平成13年度に検討し、結論を得ることとされている。また、これまで、健保連、経団連、日経連、生命保険協会等の各種団体がそれぞれの立場から保険者機能の強化に関する提言を発表してきているほか、研究者による研究についても一定の蓄積が見られる状況となっている<sup>2)</sup>。さらに、2002年度に予定されている医療制度の抜本改革をめぐる議論においても、「保険者機能」は、ひとつの改

革の視点として取り上げられ、議論が行われてきている<sup>3)</sup>。

以上概観してきたように、「保険者機能」については、今やわが国の医療制度改革を論ずるにあたって不可欠の重要な論点となってきている感がある。今回、『海外社会保障研究』誌において、「保険者機能から見た欧米諸国の医療制度改革と国際比較」という特集が組まれたことも、そうした動向の一環であると考えられることもできよう。

こうした動向について、筆者は何ら反対するものではない。むしろ、後述するような理由によって、今後のわが国の医療制度改革を考察するにあたって、「保険者機能」論はひとつの（きわめて）重要な視点を提供する可能性があるものであると考えている。しかしながら、これまでの「保険者機能」論については、いくつかの疑問と若干の危惧を感じていることもまた事実である。本稿においては、まず、そうした疑問点を指摘することから始めて、「保険者機能」論の（国際的な）位置付けという問



題について検討し、併せてわが国の医療制度改革に対するインプリケーションについても考えてみることにしたい。

第1に、「保険者機能」という用語法である。「保険者機能」の定義については、論者によって微妙に異なる範囲と内容を包含しつつも、わが国においては、一応の共通の理解が成立しているように見える(そうでなければ、用語法については本来保守的であるはずの政府の公文書において「保険者機能」という言葉が説明なしに使われたりはしないだろう)。しかしながら、「保険者機能」という用語ないしは概念は、決して国際的に広く認知され、通用するものとはなっていないということに留意する必要がある。そもそも「保険者機能」という言葉を外国語にどう翻訳すべきであろうか。また、仮に翻訳したとしても、おそらく何の説明もなしに、その意味内容が相手に伝わるといえることにはならないものと思われる。このことは単なる言葉の翻訳という技術的(?)な問題ではない。たとえば、「保険者自治」という言葉であれば、少なくともドイツやフランスのような社会保険方式をとっている国々においては直ちにその意味するところは了解されるであろう。これに対して、「保険者機能」には、そうした「国際性」は今のところ存在していない。「保険者機能」という概念、あるいはものごとのえ方は、さわめて「特殊日本」的なものであるという点について留意しておく必要がある。

第2に、第1の点とも関連するが、わが国においては、これまでのところ「保険者機能」論は、規制緩和ないしは規制改革論と密接に結びついて展開してきているという特徴がある。先にあげた総合規制改革会議の「中間とりまとめ」が典型的な事例であるが、その他の提言や研究も、その多くが、程度の違いはあれ、総じてこうした傾きを持っているように思われる。そこでは、「保険者機能」強化の中心的な課題は、支払基金等が事実上独占しているレセプトの審査支払権限を保険者の手元に取り戻す

ことであつたり<sup>4)</sup>、医療機関との保険契約締結権限や診療報酬の交渉権限を個別の保険者が持つようにすることであつたりする。これらは、いずれも現在の法制度におけるさまざまなレベルの規制から派生してくる問題であり、規制緩和・規制改革によって、これらの規制を撤廃ないしは緩和することが「保険者機能」の強化につながるとされる<sup>5)</sup>。こうした議論が「保険者機能」を考えるにあたっての重要なポイントのひとつであることは否定できない。しかしながら、「保険者機能」というのは、本来もつと根源的な、医療制度の基本に関わる大きな問題なのではないだろうか。サービスの受け手—プロバイダー—保険者という医療サービスの需給関係における基本的なプレイヤー3者の関係において「保険者機能」をとらえるとすれば、それはもはや単なる規制緩和論や規制改革論のレベルではなく、保険者の編成のあり方まで含めた真に抜本的な医療制度改革につながっていく議論たりうるであろう。後述するように、1990年代以降の諸外国の医療制度改革については、こうした視点から、「擬似的市場メカニズム」論や「契約モデル」論が提唱されている。誤解を恐れずにあえてきつい言い方をすれば、これらの議論に比べ、わが国の「保険者機能」論は、多分に「つまみ食い」的であり、医療制度全体の改革における位置付けという視点が弱いように思われる。そして、そのことは、単に「保険者機能」論に国際性がないということにとどまらず、その本来持っていたはずの「革新性」ないしは改革の「起爆剤」としての力をかえって弱いものにしてしまっているという印象がある<sup>6)</sup>。

第3に、より根本的な問題意識として、「保険者機能」論が、ア・プリオリに「医療保険」における保険者の問題としてとらえられていることについては、疑問なしとしない。ひとつは、社会保険制度のもうひとつの重要な柱である年金制度の存在である。年金制度について「保険者機能」が大きな問題になっているということは、筆者は寡聞にして

聞いたことがない。「保険者機能」といえば、医療保険における問題であるということが、すべての議論の自明の前提になっているようである。しかし、それは一体なぜなのだろうか。従来の「保険者機能」論は、こうした疑問に十分答えるものとはなっていないように思われる<sup>7)</sup>。また、もうひとつの疑問は、それが医療「保険」制度固有の問題であるのだろうかという問題である。たとえば、通常は「保険」制度には属さないと考えられる英国流のNHS (National Health Service) などにはこの議論は適用できないのだろうか。保険者をもっと広く「購入者」(Purchaser)としてとらえれば、この問題は解決するようにも思えるが、その場合は、もはや「保険者機能」論よりは、「擬似的市場メカニズム」論や「契約モデル」論の方がより適切な分析のフレームワークを提供することになるだろう。

以上述べてきた諸点を踏まえれば、「保険者機能」論という枠組みに固執することについては、筆者は懐疑的である。医療制度改革との関連性という観点からは、むしろ積極的にこれを拡張し、より射程の長い基本的な議論に変えていくことが必要なのではないかと考えている。以下では、そうした観点に立って、2つの(相互に関連するが)一応別個の国際的なアプローチについて検討することとしたい。

## 2. 擬似的市場メカニズム論

OECD [1999]によれば、最近10年間の加盟各国における医療制度改革の多くは、医療における競争の促進を目指した「擬似的市場メカニズム」(Quasi-market mechanism)導入の動きとしてとらえることができるという。ここで、「擬似的市場メカニズム」と呼んでいるのは、「市場メカニズム」すなわち「価格メカニズム」そのものではないが、あたかも市場における参加者のように、対等な関係における交渉、契約等を通じ、競争を促進することに

よって、一種の「均衡」を見出し、全体のシステムを効率的に動かしていこうという発想であると考えることができる。

医療においては、「総合規制改革会議中間とりまとめ」も指摘しているように、情報の非対称性をはじめとするさまざまな医療サービスに伴う特殊性が存在する<sup>8)</sup>。このうち、情報の非対称性については、対等な市場参加者という「市場メカニズム」の基本的な前提を突き崩す問題であり、これを補う何らかの措置が必要となる。この問題については、プロバイダーと患者の間におけるインフォームド・コンセントの推進という個人レベルの措置に加え、被保険者と保険者の間における情報提供という集団レベルでの対応が考えられよう。また、(公的)保険の下では、需要サイドが直面する価格とプロバイダーに提示される価格との間には大きな差違があるのが通常であり、「価格メカニズム」は十分に機能しないことになる。一般に「価格」は、取引される財・サービスの需給を量的に調節するだけでなく、その財・サービスについての情報を伝達する機能を果たしていると考えられる。価格が高ければ、その財・サービスは、低い価格のものよりも質の高いもの、あるいはより好ましいものとして受け取られる。「価格」は、こうした財・サービスについての基本的な情報をきわめて圧縮した形で、効率的に消費者に伝達しているのである。「価格メカニズム」が十分に機能しない医療サービスについては、需給の量的な調節への介入のみならず、こうした価格の情報伝達機能を補完する措置が必要となる。情報の非対称性の場合と同様に、ここでも情報に関する補完的措置の担い手としての保険者の役割というものが重要になってくると考えられる。

OECDの報告書においては、「擬似的市場メカニズム」導入の具体的な医療制度改革の事例として、3つのケースを提示している。これらについては、図1のような基本的なフレームワークで考えるとわかりやすいと思われる。

図1は、医療サービスの需給関係における基本的なプレイヤーを簡略化して図示したものである。「消費者」は患者もしくは被保険者であり、医療サービスを最終的に消費する主体を表わしている。「供給者」は、病院、診療所等の実際の医療サービスの提供者であるが、供給主体としては、公・民、営利・非営利いずれの形態も考えられる。また、購入者(Purchaser)というのは、消費者(被保険者)の「代理人」として医療サービスを購入する主体のことであり、わが国の場合でいえば、医療サービスの代価を支払い、現物給付としてこれを被保険者に給付している保険者が相当することになる。すでに述べたように、英国のNHSのような制度においては、伝統的にはこの購入者と供給者が融合した形態となっていたと考えられる。

OECD[1999]によれば、加盟各国の最近の「擬似的市場メカニズム」導入の動きとして、①医療サービスの購入者と供給者との分離、②消費者をめぐる購入者間の競争の導入、③購入者との契約をめぐる供給者間の競争の導入の3つがあげられている。図1においては、それぞれ対応する位置に、この番号で各改革の位置付けを示している。

①については、英国におけるNHS改革がその代表的な改革であるとされている。伝統的なNHSシステムにおいては、医療供給と医療需要(購入)が国営医療において一体化されていたわけであ

るが、サッチャー政権の下での改革以来、さまざまな紆余曲折を経て、その分離が図られてきている。わが国の場合、基本的に供給者と購入者は分離しているが、保険者が運営する医療機関(組合健保病院、共済病院、国保直営医療機関等)については、一部両者が融合している部分もあると考えられる。

②については、いわゆる被保険者による保険者選択の自由の問題である。90年代の改革を通じ、ドイツ、オランダ<sup>9)</sup>等においてこうした措置が導入され、実際に機能していることはよく知られている。公的医療保険制度の下で保険給付の内容が差別化できない場合には、保険料水準の差によって被保険者を獲得しようとする競争が保険者間で行われることになる。これらの国では、同時に保険者の合併、再編により、保険者数の急速な減少が見られている。

③については、購入者(保険者)が医療機関と診療契約を(個別に)締結することによって、医療機関どうしの(保険者獲得)競争を促進しようというものである。具体的には、オランダ(1992年)やドイツ(2000年)の改革等があげられる。

以上のような「擬似的市場メカニズム」論において特徴的なのは、図1を見てもわかるように、基本的プレイヤー3者の関係の中で、購入者(保険者)が常に関わる改革となっているという点である。

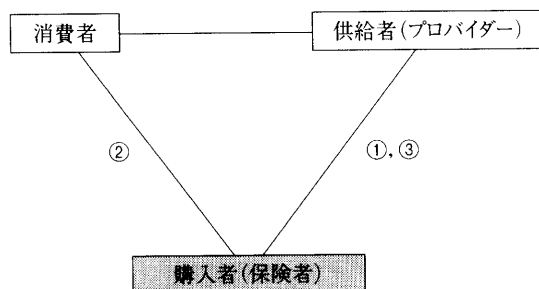


図1 擬似的市場メカニズムの参加者(概念図)

このことは、現代の医療システムにおいて、購入者（保険者）の占める位置と役割の重要性を示している。もともとは医療サービスにおいても、消費者と供給者との間の単純な需要供給関係が基本であった（図1の水平線関係）。しかしながら、公平性を重んじるとともに、高度化・高額化した医療サービスを効率的に提供することを目指す現代の医療システムにおいては、購入者（保険者）の存在は、もはや不可欠のものとなっている。これを無視しては、適切な医療システムの設計はおぼつかないだろう。そうした意味で、「擬似的市場メカニズム」論に基づく改革においても、購入者（保険者）はひとつの基軸となる存在になっているといえる。わが国における「保険者機能」論は、こうした「擬似的市場メカニズム」論の一部としてあらためてとらえ直すことができるように思われる<sup>10)</sup>。

### 3. 契約モデル論

近年の欧州諸国における医療制度改革の方向については、Saltman 他 [1998]によるもうひとつの定式化がある。すなわち、多くの国における従来の伝統的な医療モデルは、中央集権的な政府が大幅に介入する「命令・管理モデル」(command-and-control models)であった。これに対し、近年の改革を通じ、これを、より分権的な相互の契約関係

を中心とする「契約モデル」(contracting models)へ変えていこうという基本的な潮流が見られるというものである。

こうした「契約モデル」論は、わが国における規制改革・規制緩和論に通じる面があることは事実である。政府の「命令」や「管理」を排除し、医療システムに参加する主体の自主性、自立性をできる限り尊重していこうという姿勢は、おそらく両者に共通しているものと思われる。ただ、「契約モデル」においては、そうした規制改革や規制緩和にとどまらず、医療システムへの参加者相互の関係を、新たに対等な「契約」関係として規定し直そうとしている点が特徴的である。そういった意味では、むしろ「契約モデル」論は、前述の「擬似的市場メカニズム」論により近いものとも考えることもできる。「擬似的市場メカニズム」論において、擬似的な市場参加者の相互関係の性格を「契約」としてとらえれば、それがすなわち「契約モデル」であるということになる。

「契約モデル」については、図2に示したような簡単な概念図で考えることができる。患者と供給者の関係は、いわゆる「エージェンシーの理論」でいうプリンシパル・エージェント関係の契約としてとらえることができるだろう<sup>11)</sup>。供給者には、患者の利益を第一に考えて行動する「エージェント(代理人)」としての役割が期待されることになる。一

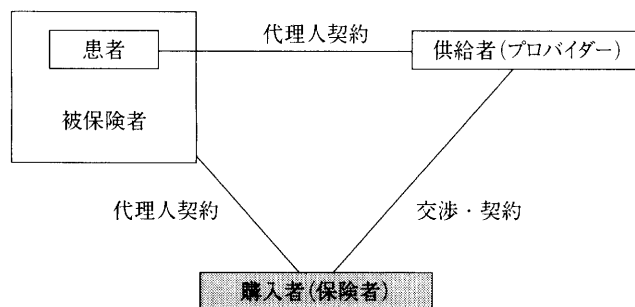


図2 契約モデルの概念図

方、被保険者については、保険者がその「代理人」ということになろう。保険者はなによりもまず、顧客（依頼人）たる被保険者の利害を考えて行動することが求められる。そして、それぞれの「プリンシパル・エージェント」関係については、それを実効性あるものとするための「インセンティブ・スキーム」を設定することが必要になる。これは、患者と供給者との関係については、診療報酬の設定の問題であり、被保険者と保険者との関係については、被保険者による保険者選択等の問題である。図2に示したように、一般に患者は被保険者の部分集合ではあるが、その利害は必ずしも一致せず（むしろしばしば対立し）、そこに双方の「代理人」間の交渉、契約関係が成立することになるわけである。

こうした「契約モデル」においては、従来の医師・患者関係において想定されていた「エージェント」論が、被保険者・保険者関係にまで拡大されていると考えることができる。わが国の「保険者機能」

論においても、問題をこうした「エージェント」論としてとらえようとする考え方が多いように思われる<sup>12)</sup>。そうした意味では、「保険者機能」論と「契約モデル」論は共通の発想に立っているといえる。ただ、図2に見られるように、「契約モデル」の方が、より一般的な「契約」という概念によって、全体の医療システムを包括するフレームワークを提供しているものと考えられる。

#### 4. わが国の医療制度改革との関連

以上、「保険者機能」に関連する国際的な医療制度改革のアプローチについて検討してきた。ここで、これらの議論がわが国の医療制度改革に対してどのようなインプリケーションを有するのかという問題について考えてみよう。

わが国の医療制度の現状については、さまざまな評価がありうる。山崎他[2001]では、図3に示したような概念図によって、日本の医療システムの

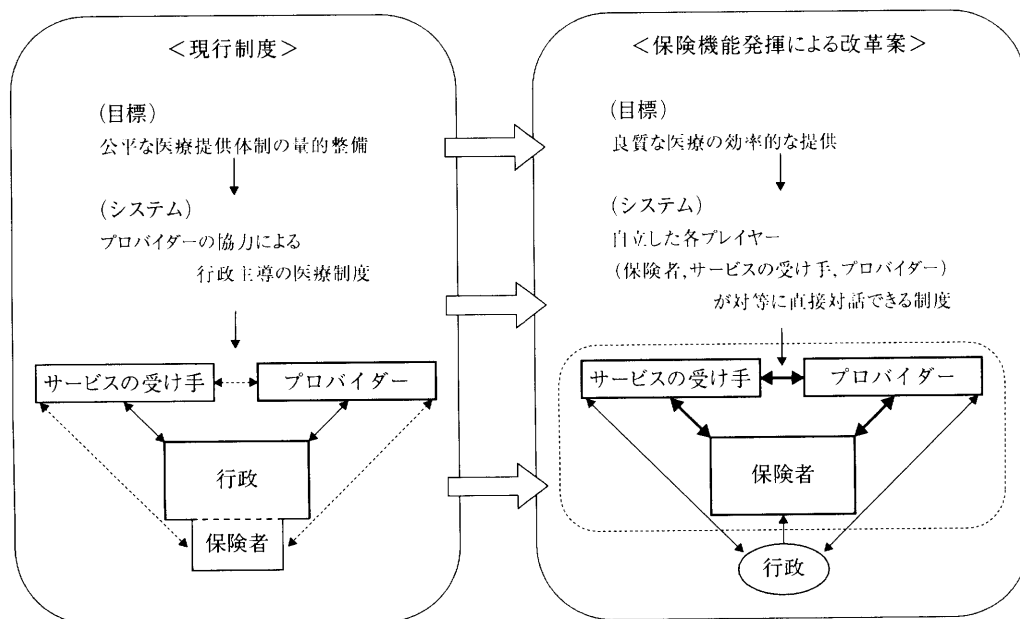


図3 保険者機能に関する概念図

現状と、それが「保険者機能」を発揮することによって、どのように変わりうるかを示している。

図3の左側半分は、わが国の現行制度を表わしている。基本的な政策目標としては「公平な医療提供体制の量的な整備」に主眼が置かれてきた。そして、こうした政策目標を達成するためのシステムとしては、「プロバイダーの協力による行政主導の医療体制」がとられてきたとされている。そこでは、図3に示されているように、サービスの受け手及びプロバイダーに対して、(保険者ではなく)行政が巨大なプレイヤーとして登場しているのが特徴的である。本来、一方の重要なプレイヤーであるはずの保険者は行政の後ろへ引き下がり、影の薄い存在となってしまっている。

これを右側半分の図のように改めていく必要があるのではないかというのが、山崎他[2001]の基本的な発想である。基本的な政策目標としては「良質な医療の効率的な提供」という、1987年に発表された「国民医療総合対策本部」中間報告以来の目標が改めて掲げられている。そして、それを実現するためのシステムとしては、自立した各プレイヤーが対等の立場に立って直接対話をし、交渉をするという基本的な仕組みが考えられている。そこでは、図に示したように、行政に代わり、保険者がそのあるべき位置に立っている。行政はもはや直接ゲームに参加するプレイヤーではなく、レフェリーないしはアンパイヤーとして一歩後ろへ下がり、全体のシステムがうまく機能するよう、監視や審判の役割をつとめることになる。

以上のような議論は、「保険者機能」の強化ないしは発揮論として展開されているわけであるが、上述の「擬似的市場メカニズム」論や「契約モデル」論ときわめて類似した内容のものになっていることがわかる。図3に示されているように、従来のわが国の医療制度は、行政主導の典型的な「命令・管理モデル」であった。こうしたモデルは、公平性やサービス供給の量的な確保を図る上ではきわめて効率的

で有効なモデルであったといえる。しかしながら、提供されるサービスの質や効率的なサービス供給、さらには患者や被保険者のエンパワーメントといった今日医療サービスに求められている諸問題<sup>13)</sup>を考えると、もはやこうしたモデルでは十分に対応できない事態に立ち至っているものと思われる。

わが国の医療システムは、ある意味では「命令・管理モデル」が最も成功した事例のひとつであるといえるかもしれない。わが国においては、国民皆保険を1961年という戦後の比較的早い時期に達成し、その後も着実にこれを維持・発展させてきている。また、累次の制度改正により、保険給付の公平化は相当程度達成されている。平均寿命や乳幼児死亡率といった伝統的な量的な指標で見ると、医療サービスのEffectiveness(有効性)は世界でも最高水準にあると考えられる。さらに、マクロ的な医療費については、少なくとも現時点においては、わが国の経済に比べた医療費の水準は、諸外国に比べ相対的にコントロールされている状況にあるといえる<sup>14)</sup>。

しかしながら、こうした「成功」が「失敗」につながっているという面がある。全国民をカバーするきわめて公平な公的医療保険制度の下で提供される医療サービスについては、劣悪な療養環境、短い診療時間、長い在院日数、マンパワー配置の手薄さ、診療水準のばらつき、インフォームド・コンセントや情報開示の不十分さ等々の問題点がつとに指摘されている。そして、これらは、伝統的な「命令・管理モデル」の下ではなかなか十分な対応ができてこなかった問題である。

こうした医療サービスのあり方をめぐる今日的な諸問題に対応する上で、「擬似的市場メカニズム」の導入や「契約モデル」への転換は、一定の効果を有するものと考えられる。特に「保険者」に権限と責任が与えられておらず、その存在感が稀薄であったわが国の医療制度において、当面「保険者機能」の強化を打ち出すことは、医療制度改革

の論議において「戦術的」な意義を有するという面があるように思われる<sup>15)</sup>。

一般的な「擬似的市場メカニズム」論や「契約モデル」論では、消費者、供給者、購入者といった参加主体の取り扱いは本来無差別平等である(図1ないしは図2)。参加主体が対等な立場で相互に牽制しあい、一種の「拮抗力」として作用しあうことによって望ましい均衡が達成されるというのが、その想定する基本的な姿である。しかしながら、わが国の現実を考えてみると、図3に示されているように、本来の購入者である「保険者」は行政の背後へ後退しており、きわめて弱体である。まずはこれを前面に引っ張り出し、有効な「拮抗力」に育て上げることこそが、わが国の現実を踏まえた「戦術的」な提案たりうるであろう。これが、国際的に見ればきわめて「特殊日本」的な形で、近年わが国の医療制度改革論議において「保険者機能」論が大きく取り上げられてきている背景であると考えられる。

## 5. 今後の展望(2002年度改革をめぐって)

ここで、現実のわが国における医療制度改革をめぐる議論について考察を進めよう。2002年度に予定されている改革をめぐっては、高齢者医療制度のあり方についての検討が中心的な課題となっている。周知のように、これまで基本的に4つの異なる改革案が提案され、議論されてきている。そのそれぞれについて詳細な検討・評価を加えることは本稿の目的ではない。ここでは、ただ、これまで展開してきた「保険者機能」論という観点から見ると、それぞれの案がどのように位置付けられるかについて簡単にスケッチするにとどめたい。

まず、いわゆる「独立保険方式」案であるが、被保険者の対象年齢、具体的な制度の財源構成、さらには保険者をどのように設定するか等については論者によって構想が異なっており、一般化して論

ずることはむづかしい。しかしながら、いずれにせよ、もっぱら高齢者から成る独立制度を別建てで構成しようとしている点は、この案に共通の考え方であろう。そうだとすれば、財源的には高齢被保険者の保険料だけでこれをまかなうことは不可能であり、公費あるいは他制度からの何らかの拠出金にその大きな部分を依存することになる。このことは、保険者によほど厳格なインセンティブ・スキーム(この場合は医療費のコントロールが他財源からの「補助金」の水準を左右するような仕組み)を設定しない限り、保険者には「財政的規律」を維持するモチベーションはきわめて乏しいということになる。しかしながら、高齢被保険者の保険料をそれほど高水準に設定できないとすれば、こうしたインセンティブ・スキームの役割は限られたものにならざるをえない。下世話な(しかしわかりやすい)表現を使えば、しよせん「他人の禪で相撲を取る」ことには限界があるというべきであろう。

第2に、いわゆる「突き抜け方式」案である<sup>16)</sup>。被用者OBを対象とする新たな保険者を創設し、高齢被保険者の保険料のほかは基本的に現役の被用者保険各制度からの拠出金によってまかなおうというのがこの案の主眼であろう。この場合も「独立保険方式」の場合と同様に、保険者自身の当事者意識はきわめて稀薄なものとなるおそれが強い。現行の老人保健制度については種々の批判があるところであるが、曲がりなりにも現在の保険者については、拠出金の単価として自らの制度の老人医療費実績を使うことを通じて、当事者としての自己努力が働く余地が残されている。「突き抜け方式」を採用するとした場合においても、どのような形で保険者の「財政的規律」を働かせうるのかは、この案を考えていく際のひとつのポイントとなろう。

第3に、「年齢リスク構造調整方式」案である。ドイツ流のリスク構造調整<sup>17)</sup>のうち、わが国においては所得捕捉に問題がある所得リスク調整はひ

とまずにおいて、比較的人々の合意が得られやすいと考えられる年齢構成の相違について調整しようというアイデアである。基本的に現行の保険者を前提とし、保険者の責によらないリスクの調整を図るという意味では、保険者の自立性に対しては影響を与えないように見える。しかしながら、現行の5,000を超える保険者の分立状態を温存しつつ、「保険者機能」を発揮するといっても限界がある。すでに述べた通り、ドイツやオランダの改革を通じて保険者の再編・統合が急速に進んだように、リスク構造調整と併せて、保険者の再編を促進するような措置が別途必要であると思われる。

第4に、いわゆる「一本化方式」案である。この案については、新たな「一本化」された保険の保険者をどのように設定するかが最大のポイントであるように思われる。仮に全国一本の巨大な保険者を想定するとすれば、その効率的運営ということが大きな問題となろう。逆に、現行制度を「一本化」しつつ、地域ごとに複数の（一本化された）保険者が並列し、競争するような形態を考えるとすれば、「擬似的市場メカニズム」論が想定するような姿に近いものとなる<sup>18)</sup>。ただし、その場合は、リスク構造調整等の調整措置の併用が必要となり、単純な「一本化」案とは異なったものとなろう。

以上、2002年度の制度改革に関して提案されている4つの案について、もっぱら「保険者機能」という観点からコメントを加えた。はじめに断わっておいたように、これは各案についての包括的な分析、評価ではない。また、「保険者機能」論自体にも、すでに述べてきたような種々の限界があるところである。今後、諸外国（特にわが国が基本的に範としてきた社会保険方式を採用している諸国）の改革の経験や動向を十分踏まえながら、制度の舵取りに誤りないことを願ってやまない。

注

1) 内閣府総合規制改革会議「重点6分野に関する中間

とりまとめ」。なお、重点6分野とは、医療、福祉・保育等、人材（労働）、教育、環境、都市再生の6つである。このうち医療については、6つの各論の冒頭において最も多くのページ数を割いて記述されている。なお、医療分野における他の4つの柱とは、医療に関する徹底的な情報公開とIT化の推進、診療報酬体系の見直し、医療分野における競争の導入と効率化、その他（医療分野の労働者派遣等）とされている。

- 2) 代表的なものとして、たとえば、広井[1997]、八代[1999][2000]、広井編著[1999]、尾形[2000②]、山崎他[2001]等を参照。
- 3) 医療制度改革論議との関係については、旧医療保険福祉審議会における論議のほか、厚生労働省編[2001]を参照。
- 4) 言うまでもないが、審査支払権限が保険者に属することは、現行法令上も明らかである（健康保険法第43条第4項等）。
- 5) 実際には、規制のレベルはさまざまであり、必ずしも実際の効果と法令上のレベルとは対応していない。たとえば、常に最も問題となる診療報酬の審査支払事務の支払基金等への委託は、実は局長通知によって規制されているにすぎない。
- 6) わが国の「保険者機能」強化論は、結局のところ、規制緩和等を通じ、保険者に権限を与えることによって医療費のコントロールを強めることを目指したものであり、基本的に従来の「支払い側」という発想から抜け出していないものが多いように思われる。
- 7) この問題についてのひとつの答えは、医療保険制度が医療サービスという実物的なサービスを伴っている（年金制度は通常それを伴わない）点に求めることができるかもしれない（こうした考え方については、尾形[2000②]を参照されたい）。
- 8) 同「中間とりまとめ」は、医療サービスの特殊性として、①情報の非対称性、②需要構造の特殊性、③医療における平等原則、④一般の経済原則だけでは処理できない問題の存在の4点をあげている。
- 9) オランダの最近の医療制度改革動向については、OECD[2000]が参考になる。
- 10) わが国の実際の「保険者機能」論の多くは、主として図1の③の前段階としてのレセプトの審査支払権限をカバーしているが、③自体についての詰めは必ずしも十分とはいえない。また、②については全く考慮されていないし、①についての問題意識も薄いように思われる。
- 11) 患者・医師関係にプリンシパル・エージェント関係を想定するのは、医療経済学における標準的な議論となっている。この点については、たとえば、Folland他[2001]等を参照。
- 12) たとえば、広井編著[1999]中、遠藤久夫、滝口進両氏



の論文や広井[1997]等を参照。

- 13) OECD [1999]は、医療政策が追求すべき目標として、Equity, Efficiency, Effectiveness, Empowermentの4つを掲げている。これらの政策目標と、わが国の医療の現状及び保険者機能論との関係については、尾形[2000②]を参照。
- 14) OECD Health Data 99によれば、1997年現在、日本のマクロの医療費の対GDP比率は7.1%であり、これはOECD平均の7.6%を若干下回る水準となっている。また、同じ年における他の主要国の数字は、米国13.2%、ドイツ10.6%、フランス9.5%等となっている。なお、医療費の国際比較に伴う諸問題については、Mossialos and Le Grand編[1999]を参照。
- 15) ただし、すでに本文中で述べてきたように、これまでの「保険者機能」強化論は、それだけでは「戦術的」な改革提案たりえても、結局医療費コントロール論のレベルにとどまり、「戦略的」な改革提案にはなかなか発展していかないものと思われる。
- 16) この案を「突き抜け方式」と呼ぶことにはやや問題があるように思われる。本来の「突き抜け」というのは、ドイツやフランス等多くの社会保険方式を採用している諸国の制度のように、基本的に現役時代に所属していた制度に退職引退後もそのまま継続して加入する仕組みを指すものである。この案については、被用者OBは現役時代の制度に継続加入するわけではなく、被用者OBグループとしてまとまって別の制度に加入することとなっており、厳密な意味での「突き抜け」とはいえないように思われる。
- 17) 各国のリスク構造調整については、Rice, Smith[1999]を参照。
- 18) このようなイメージに近い保険者再編構想については、尾形[2000①]を参照。

#### 参考文献

- 尾形裕也[2000①]『21世紀の医療改革と病院経営』日本医療企画
- 尾形裕也[2000②]『「保険者機能」に関する考察』『季刊社会保障研究』Vol. 36 No. 1 所収
- 厚生労働省高齢者医療制度改革推進本部事務局編[2001]『医療制度改革の課題と視点：解説・資料編』ぎょうせい
- 広井良典[1997]『医療保険改革の構想』日本経済新聞社
- 広井良典編著[1999]『医療改革とマネジドケア』東洋経済新報社
- 八代尚宏[1999]『少子・高齢化の経済学』東洋経済新報社
- 八代尚宏[2000]『医療の規制改革』八代編『社会的規制の経済分析』所収、日本経済新聞社
- 山崎泰彦他[2001]『保険者機能に関する研究プロジェクト報告書』厚生科学研究費補助金平成12年度研究報告書
- Folland, Goodman, Stano [2001], *The Economics of Health and Health Care, Third edition*, Prentice Hall
- Mossialos and Le Grand ed [1999], *Health Care and Cost Containment in the European Union*, Ashgate
- OECD [1999], *A Caring World: The New Social Policy Agenda*, OECD, Paris
- OECD [2000], *OECD Economic Surveys: Netherlands*, OECD, Paris
- Rice, Smith [1999], *Approaches to Capitation and Risk Adjustment in Health Care: An International Survey*, The University of York, Centre for Health Economics
- Saltman, Figueras and Sakellariades ed [1998], *Critical Challenges for Health Care Reform in Europe*, Open University Press
- (おがた・ひろや 九州大学大学院医学研究院教授)

都留民子著  
『フランスの貧困と社会保護』

(法律文化社 2000年)

岡 伸一

はじめに

2年間に、フランス社会保障に関する研究が続けて3冊出版された。林信明氏『フランス社会事業史研究』、伊奈川秀和氏『フランスに学ぶ社会保障改革』、都留民子氏『フランスの貧困と社会保護』である。フランス社会保障の研究はこれまでイギリスやドイツ等の研究に比べ蓄積が少なかつただけに、歓迎の意を表したい。三つの著作は関心事、テーマ、方法論もそれぞれ異なり、フランス研究にそれぞれ大きく貢献していると言えるだろう。

ここではフランスの貧困研究の経緯と貧困対策に関して著された都留民子氏の著作に関して私なりの評を記したい。非常に興味深い研究課題でもあり、細部にわたって個人的には多くの疑問や理解できない箇所、異なる見解の箇所もあるが、公刊物の場でもあり、より広い視点に立って一般的な評としたい。

### 1. 本書の貢献

本書はフランスにおける貧困の実態とその対策として現れた参入最低限所得制度(RMI)を取り扱っている。これまでのフランス社会保障の研究が社会保険を中心に展開されてきたと思われるため、このテーマに関してまとまった研究を展開された本書の貢献は大きいと言えよう。RMIについては、国際的に見ても非常にユニークな制度であり、その実際の運用には多くの研究者からも関心が寄せられていたが、その紹介は決して多くはなかつ

た。戦後のフランス社会における貧困問題の深刻化の実態が明らかにされ、その対応として社会保障が最終的にどのような対応策を講じてきたか、日本では初めての本格的な紹介となる。

社会保障研究の多くが制度論の域に落ち着いて、社会そのものの分析や社会保障制度の社会的意義や機能についてはあまり展開されてこなかった傾向があった。本書は、フランス社会の貧困自体の検討を前提として、制度導入の経緯を社会的背景に沿って論じており、非常に野心的な試みとも言えよう。

### 2. 本書の構成

本書は二部構成であり、第I部は「フランスの貧困」、第II部が「貧困に抗する社会保護」と題している。第I部は第二次世界大戦後のフランスの貧困の経緯を「栄光の30年(戦後30年間)」「貧困の発見(1974～1980年)」「新しい貧困(1980年代)」「排除(1990年代以降)」の4つの時期に分けて4つの章立てで論じている。これに対して第II部は「RMI以前の社会保護制度」を第1章で、RMI制度を第2章で紹介している。

「参入最低限所得(RMI)への途とその経験」というサブタイトルからしても、本書の中心がRMI制度にあることは容易に理解できる。だが、第I部が4章構成で56頁から成り立っているのに対して、第II部が2章で151頁であり、一冊の書物としてはアンバランスであるような感じがする。しかも、第I

部と第II部はそれぞれ歴史的経緯に従って展開されているため、重複する部分がかなりある。第I部が貧困の実態に、第II部が保護制度の状況に焦点を当てているのだが、それならば、貧困問題の分析をもっと充実させてもらいたい。

序章は「問題意識」と題しているが、本論の要約のような部分もあり、いまひとつ本書の課題が不鮮明に思える。「わが国の公的扶助の現状を変えるべく、そして失業者への社会施策の方向性を模索するために、一つの参考事例を得ること」が本研究の「直接の動機」と記している。評者のように、フランスを皮切りに国際比較研究に転進していった者にしてみれば、なぜフランスか、という問いが自然に出てくる。日本に比べれば、欧州のどこの国の制度でも先進となる場合が多い。では、イギリスやドイツや他の先進諸国と比べてフランスはどのような特徴を持つのか。最低生活保障は他の欧州諸国でもかなり進んでいるはずである。

日本の国際的な研究が、良きにせよ悪きにせよ国別の分業体制に陥っている。多くの研究者が特定国のみを縄張りにして、他を省みない。そして、その国は優れており、日本は遅れているので見習え、という論調である。私がいつも思うのは、どの国も良いところも悪いところもあり、その国の価値観によって均衡するところに落ち着いている。また、特定の制度は多くの他の制度と相互に関連しあっている。その制度だけ良し悪しを云々しても、正しい総合的な評価は下せない。

終章では、「フランスの貧困および排除との闘いから学ぶもの」と題しているが、わずか4～5ページのこの部分には期待された結論のようなものが不鮮明であり、結局何が言いたいのかわからない。やはり、日本の最低生活保障の実態を憂い、フランスを賛美するということなのか。

### 3. フランスの貧困

第I部は「フランスの貧困」と題して、内容的には

貧困問題の歴史を時系列に論じている。全体的には、非常によくまとめられていると思う。だが、ここでの紹介は文献サーベイの形で展開されている。最大の疑問は都留氏の位置である。その文献も経済学者あり、社会学者あり、行政官ありで、方法も見方も別々である。しかも、引用した文献の要約を並べているが、それぞれに関する都留氏の評価がなかったり、はつきりしなかったりである。それぞれを高く評価して引用しているようであるが、趣旨の異なる貧困研究を並べても焦点がぼけている。

第1章では終戦後30年間を「栄光の30年」とし、「貧困とは特殊な人々の、残余的な状況」とみなされてきたと述べている。第2章は1974年を「貧困の発見」というルノワール氏(行政官)の著作を敷衍している。第3章では、1980年代を「新しい貧困」と称し、社会学者ブランカール氏の研究、さらに、政府側からのオーエックス氏の報告書を紹介している。最後に1990年代以降を「排除」の時代として、社会学者ポーガム氏やカステル氏の立論に触れている。

ここで紹介された貧困研究の論者たちは、共通する認識や研究手法に従っているわけでもないし、その違いは社会のとらえ方に起因することもある。そうならば、著者はある特定の尺度から引用文献を自分なりに評価する必要がある。多くの論者の研究成果を借りて組み立てただけでは面白くない。

### 4. 貧困に抗する社会保護

第II部はいよいよ参入最低所得制度について論じている。まず、最初の疑問は、その基本的な構造にある。第1章が「RMI以前の社会保護制度と現代的貧困」と題しているのに対して、第2章は「参入最低限所得制度」となっている。RMIも一つの社会保護制度にすぎなく、この制度以外にも貧困問題に貢献する社会保護制度がたくさんある。RMI以後のRMIとその他の社会保護制度の相互関係については、もう少し詳しく論じられるべきではないだろうか。

これでは、あまりにRMIを強調しすぎており、RMIの導入によってその他のすべての貧困対策が一本化されてしまったかのように思われる。私もRMIは非常に重要な制度として認識しているが、とりわけ以前の各制度とどのように有機的に組織化されたかに関心を抱く。第1章で紹介された関係各制度の機能が、RMIにどのように継承されていったか、あるいは、されなかったかが問題となる。

第1章では、フランス社会保障制度の基本的な構造が紹介されている。その際、給付制度別に成立の経緯に言及している。他の著者においてもこのような展開は時々見られる。だが、社会保護制度は現在では多様化しており、しかも、相互に補完し、関連する場合も多く、制度を超えた関係を時系列にフォローした方が不必要な重複が避けられ好ましいように思われる。

さて、本書の核心をなすRMI制度についてであるが、比較的詳細な制度の解説が加えられているが、ここでも著者がこの制度をどのように評価しているのかははっきりしない。わざわざ補論を設けて「最低限所得あるいは所得保障のあり方についての議論」を論じているが、ここでもほとんどがフランスでの議論に終始し、著者なりの評価が展開されていないのは残念である。

日本と比べれば、RMI以前も以後も高く評価できるものであろう。でも、本書がRMIの導入の経緯に焦点を当てているのであるから、制度の変更そのものだけでなく、その意義や評価について論じなければ自分の著書とはならないのではないか。

## 5. 総評

細かな点まで含めると、本書に関する疑問は多いが、紙面に限りがあるので割愛せざるを得ない。全体を通して特に強調したいことのみを記したい。第1に、著者の立場が弱い点である。外国研究であれば、ある程度文献サーベイのようにならざるを得ないことはやむをえないことであるが、それで

も著者の位置を明確にして、引用した文献に関しても著者の評価が示されるべきであろう。本書全体を通じて、引用した文献に対する著者の異論はかなり少なく、ほとんど全面的に支持しているような感がある。

第2に、ここでいう「貧困との闘い」とは、誰の闘いなのであろうか。その主体がいまひとつ不鮮明である。フランス社会全体の闘いであるのか。あるいは、引用が多かった行政の政策実行者の闘いなのか。あるいは、著者が意図的に触れていないと言っている労働組合やその他の社会運動の闘いなのか、二者構成を基本とするフランスであるから労使の闘いなのか。フランス社会を動かしている主体がもっと論じられるべきではなからうか。

第3の疑問は第I部と第II部との関係についてである。第I部の貧困の経緯は、戦後30年間、1974年～80年まで、1980年代、1990年代の4つの時期に区分している。各時期ごとに貧困問題の内容が変化してきたと言われる。ならば、第II部の貧困者への保護政策は各時期ごとにどのような影響を受け具体化されていったのか。第II部では、各制度ごとに歴史を概観しており、戦前からの記述もあり、第I部の4つの時期区分は意識されていないように思われる。

第4の疑問は、フランスの経験から何を学ぶかという点である。都留氏はことあるごとにフランス賛美のようであるが、私などは決してフランスの政策が良いものばかりと思っていない。一例をあげるならば、他国に先駆けて展開していった早期年金制度について、都留氏は「どれほど安心で、羨ましい制度であるか」と述べ、日本での導入を示唆している。「年金年齢」＝「退職年齢」であるフランスと「定年制」が企業慣行として年金より早く強制される日本との相違は大きい。この制度は高齢者を「失業者」から「高齢者」に封じ込めてしまう制度であり、統計上の「失業率」を引き下げるので政治家が好んだといわれる。勤労意欲の高い日

本においては労働権の侵害と意識されるかもしれない。フランスでは本来の失業給付の支給額が年金額より高いため、早期年金は支給水準の低下を意味した。多くの国々が年金年齢を引き上げている最中に、フランスでは65歳から60歳への引き下げと早期年金を進展させた。また、最近の社会保障拠出の一部免除や減額等を利用しての企業の雇用創出援助等々、私はフランスから学んでもらいたくないことも多い。

#### おわりに

最後に、気になった点をいくつか指摘したい。本書は必要以上に難しく書かれているような気がする。恐らく文献の要約のような部分が多いせいもあると思われるが、日本語として不自然なところも見られた。特定文献に沿って解説している箇所もあるが、その際も具体的にどこからどこまでが引用であり、どこからが都留氏の文章なのか明らかにしてもらいたい。そうでないと、本文への疑問が引用された文献への疑問なのか、都留氏への疑問なのかわからなくなる。もちろん、引用を明記している部分もあるが、恐らく実際にはこれよりかなり多いはずである。

用語の表記についても、若干の疑問がある。日本語を付して括弧内で仏語を明示するまでは良いが、再掲の場合は日本語でなく、フランス語のフルネームでもなくいきなり略語となってしまう箇所が多く、たくさん略号が登場してくると、私でも「これは何だったか」ということになってしまう。公刊することの意味は同業の専門家だけでなく広く一般の人への情報の提供であり、読みやすさを考慮すべきであろう。再掲後は日本語で表記されてはいいかがか。また、日本語訳についても、これまでの同学者のものと異なるものも少なくないし、専門用語以外にも適切でない訳も散見された。意図的な主張があれば別であろうが、議論の余地のないような場合には先行文献の成果をフォローすることが、読者にとっては不要な混乱を避けるために好ましいと考える。

書評に関しては、最近「馴れ合い的すぎる」とか「賞賛ばかりで甘すぎる」というコメントが寄せられている。だからと言うわけではないが、ここでは意図的に辛めの書評とした。思ったことを遠慮なく述べるのが、大変な労作を完成させた著者への本当の礼儀と心得るからである。厳しい批評は私を含め、多くの研究者にも当てはまることである。

(おか・しんいち 東洋英和女学院大学教授)

#### 編集委員長

阿藤 誠 (国立社会保障・人口問題研究所長)

#### 編集委員

イト・ペング (関西学院大学助教授)

埋橋 孝文 (日本女子大学教授)

岡 伸一 (東洋英和女学院大学教授)

尾形 裕也 (九州大学教授)

北川 博一 (厚生労働省大臣官房国際課課長補佐)

沙 銀華 (ニッセイ基礎研究所副主任研究員)

武川 正吾 (東京大学助教授)

土田 武史 (早稲田大学教授)

植村 尚史 (国立社会保障・人口問題研究所副所長)

須田 康幸 (国立社会保障・人口問題研究所総合企画部長)

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)

松本 勝明 (同研究所・社会保障応用分析研究部長)

#### 編集幹事

阿部 彩 (同研究所・国際関係部第2室長)

金子 能宏 (同研究所・社会保障応用分析研究部第1室長)

白波瀬 佐和子 (同研究所・社会保障応用分析研究部第2室長)

山本 克也 (同研究所・社会保障基礎理論研究部研究員)

山田 篤裕 (同研究所・社会保障応用分析研究部研究員)

小林 信彦 (同研究所・客員研究員)

上枝 朱美 (同研究所・客員研究員)

## 海外社会保障研究 No. 136

---

平成13年9月25日発行

ISBN 4-900849-53-7

編集 国立社会保障・人口問題研究所

〒100-0011 東京都千代田区内幸町2丁目2番3号

日比谷国際ビル6階

Tel: 03-3595-2984

homepage: <http://www.ipss.go.jp>

製作 株式会社アーバン・コネクションズ

〒150-0011 東京都渋谷区東2丁目16番10号

東京日産渋谷ビル8階

Tel: 03-5467-4721 Fax: 03-5467-4722

e-mail: [books@infoasia.co.jp](mailto:books@infoasia.co.jp)

homepage: <http://www.infoasia.co.jp>

ISSN 1344-3062

---