

社会保険医療制度の国際比較（収斂と発散）： ISSA Initiative における研究動向を踏まえて

尾形 裕也

■ 要約

ISSA（国際社会保障協会）は、フランス、ドイツ、日本、オランダという、代表的な社会保険方式の医療制度を採用している4か国について、研究者および実務家による国際比較研究プロジェクトを展開してきたが、その研究成果がようやくまとまりつつある。本稿においては、このISSAの研究成果に基づき、4か国の医療制度の現状および改革の動向について概観するとともに、日本の制度改革への示唆について考察している。4か国は、医療制度の国際比較の観点からは、イギリス（NHS）とアメリカ（メディケア、メディケイドおよび民間保険）を両極とする座標軸において、中間的な位置付けにあると考えられる。そこは、社会保険システムとして「収斂」していこうとする力と、英米両極の影響を受けて「発散」していこうとする力の双方向の力が作用するダイナミックな「場」としてとらえることができる。90年代以降の各国の制度改革についても、こうした「収斂」と「発散」の動きとして考えることができよう。

■ キーワード

社会保険医療制度、ISSA Initiative、収斂と発散、制度分立と調整措置、介護保険

1. はじめに：ISSA ジャパン・プロジェクトについて

ISSA（International Social Security Association：国際社会保障協会）は、スイス・ジュネーヴ市に本部を置く、社会保障に関する専門的な調査研究、情報交換、技術協力等の活動を幅広く実施することを目的とする国際機関である¹⁾。このうち、例えば、調査研究分野については、International Social Security Review 誌（季刊）の編集・発行活動が広く知られている。ISSAのメンバーとしては、各国の社会保障・社会保険に関する機関・団体が加盟しており、現在、145か国から374の機関・団体が正会員または準会員となっている。日本からは、社会保険庁、健康保険組合連合会、国民健康保険中央会等の6機関・団体が正会員として加盟している。ISSAは、国連の専門機関ではないが、ILO（国際労働機関）との密接な提携関係の下に活動

を展開しており、本部はジュネーヴのILOビルの中に置かれている。

20世紀末の1999年以降、ISSAは、ISSA Initiative（Strengthening the Security in Social Security：社会保障における保障の強化）と称する総合的な調査研究プロジェクトを発足させ、社会保障全般についての検討を行ってきた。その中心的な問題関心としては、①社会保障は、人々の期待にどの程度応えているか、また、②社会保障が提供する保障はどのようにして強化されうるか、という2点であるとされている。このISSA Initiativeの一環として、日本の提唱により、社会保険方式の医療制度をとっている代表的な先進4か国（フランス、ドイツ、日本およびオランダ）について、「持続可能な医療制度を求めて：仏、独、日、蘭における医療保険制度の戦略」と題する国際比較研究プロジェクト（ジャパン・プロジェクト）が展開されてきた。この

プロジェクトは、先ごろ(2003年11月)日本において、専門家会合および公開シンポジウムを開催し、その2年余にわたる活動成果の取りまとめに入ろうとしているところである。本稿においては、このプロジェクトにおける最近の研究成果を踏まえつつ、上述の4か国の医療保険制度改革の動向について、考察することとしたい²⁾。

このプロジェクトの国際比較研究としての「比較優位性」は、次の諸点に求めることができるものと思われる。

まず第1に、対象となった4か国は、いずれも社会保険方式の医療制度を採用しており、当面しているさまざまな政策課題や問題点の相違等はあるものの、医療政策に関しては、総じてほぼ共通の問題意識に立っていると考えられることである。これらの4か国は、イギリスのような国民保健サービス(National Health Service: NHS)方式とも異なり、また、アメリカのような民間保険優位の国とも異なるシステムを採用している。後述するように、私見では、これらの4か国は、国際的な医療制度の座標軸のスペクトラムにおいてちょうど中央に連続して位置しているものと考えられる。これらの国においては、中長期的な医療政策に関する問題関心や政策の優先順位がかなりの程度収斂する可能性が高い。このことは、種々の有益な観察や考察をもたらすことにつながり、国際比較研究を行う上で有利な点であると考えられる。

第2に、ISSAという国際機関の特性を反映して、このプロジェクトも、実務家および研究者の協働作業という形で展開されてきていることが挙げられる(ISSAは、上述のように、各国の社会保障の実務を担っている機関・団体がその主要メンバーを構成しており、一般に、実際的な政策問題への関心が強い傾向があると言える)。例えば、日本の検討チームには、大学の研究者のほか、保険者団体等の実務家が参加して、報告書の作成に当たってきている。このことは、医療保険制度のように、純

粋理論的な整理、分析に加えて、特に医療サービスの需給両面にわたる制度的な諸前提や実際の運用実態を考慮する必要がある分野における調査研究においては、明らかな強みとなろう。

第3に、調整役としてのISSA事務局の存在が挙げられる。ISSA事務局からは、「テクニカル・ディレクター」という形で、プロジェクト全体の整合性や一貫性に目配りをする専門家(Henkeベルリン工科大学教授)が配置され、各国レポートの調整に当たってきた。その結果、常に全体のフレームワークを意識しつつ、共通の問題意識および用語法を維持するよう適切なアドバイスが提供されてきている。こうした調整プロセスを経て、ジュネーブおよび東京における2回の専門家会合において、具体的な意見および情報交換が行われ、相互に整合性のとれた形で各国レポートが作成されてきている。

第4に、時期的な適切性ということが挙げられる。後述するように、これらの国においては、1990年代においてかなり思い切った医療制度改革が実施に移されてきている。その中には、従来の伝統的な社会保険医療の観点からは、想像できなかったような大胆な改革も含まれている。現在は、ちょうどそれらの改革の成果を検証し、さらに次の段階へと移行しようとする時期に当たっている。そういった意味では、国際比較研究の時期としては、このプロジェクトはまさに「時宜にかなったものである」と言えるだろう。

第5に、各国レポートがそれぞれの国の専門家の手になる英語の文献として作成、公表されている点である。このことは、特に、途上国を含む4か国以外の国々が、4か国の経験を参照し、自国の制度改革等に活用していく上で、きわめて有益な素材を提供しているものと考えられる。ISSA事務局は、できる限り早く本プロジェクトの成果を取りまとめ、世界にdisseminateする意向を表明している。また、2004年9月に北京での開催が予定されているISSAの総会においても、本プロジェクトの成果を何らか

の形で取り上げることが検討されている。途上国の経済発展に伴い、社会保障分野における国際協力や技術支援が、ますますその重要性を増している中で、こうした非英語圏先進諸国の医療保険制度の比較研究が世界の共通語である英語で公表されることの意義は大きいものと思われる。

2. 4か国の医療制度の比較と改革の動向³⁾

(1) 4か国の医療制度の位置付け: 概観

はじめに、全体的な見取り図を描くために、4か国の医療制度の相対的な位置付けについて整理してみよう⁴⁾。図1は、左から右へ、公的な医療の適用人口(100%~)、財政方式(税方式→社会保険方式→民間保険中心)、医療サービスの供給方式(完全国営→公私ミックス)、政府の関与の度合いの強さ(強→弱)という基準で、主要国の医療制度を並べてみたものである。つまり、左へ行くほど「公」的色彩が強くなり、逆に右へ行くほど「私」ないしは「民間」的色彩が強くなることになる⁵⁾。

この試案的な座標軸において、4か国の医療制度は、ちょうど各国のスペクトラムの中央に位置していることになる。これらの国は、基本的に、イギリスのような一般税源による国営医療(NHS方式)でも、アメリカのような民間保険を中心とした方式でもない、「社会保険方式」を採用していることが最大の特徴である⁶⁾。全住民に占める公的医療保険の適用人口の割合は、原則100%であるNHS

方式ほどではないものの、かなりの高率となっている(日本およびフランスは基本的に皆保険、ドイツは一部高所得者を除き89%、オランダは通常の医療保険は69%、長期介護保険(AWBZ)は100%の適用となっている)。また、政府(中央および地方政府)の関与の度合いの強さについては、税方式をとっているイギリスやカナダが強いのは当然であるが、同じ社会保険方式といっても、税財源の投入割合が高い日本、および疾病金庫は周辺的な業務管理的な役割にとどまり、政府が中心的な役割を担っているとされるフランスと、疾病金庫の自律性の強いドイツ、オランダとではかなり事情は異なっている。

これらの4か国は、大局的に見れば1つのグループを形成しているにしても、保険者の自律性や政府の関与、公私の役割といった点については、かなりの濃淡があると言えるだろう。図1に示したスペクトラムについて考えてみると、右端のアメリカ型の市場原理・競争促進的な方向および左端の(伝統的な)NHS型の普遍主義的な方向へと、常に制度を「発散」させようとする力が作用している一方で、同時に、「社会保険システム」として中央に「収斂」しようとする力も働いており、4か国の医療保険制度は、まさにこの双方向の力のせめぎあいの只中にあるといえよう⁷⁾。こうした「収斂」と「発散」というダイナミックな力の働く「場」として、社会保険システムのあり方やその改革についての論議

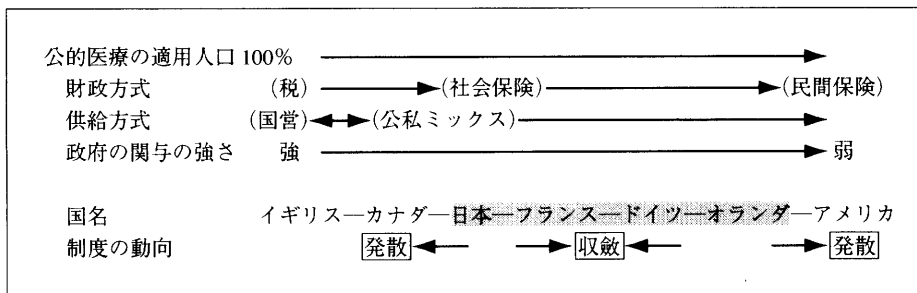


図1 医療制度の国際比較のための座標軸(試案)

をとらえていく必要があるように思われる。

(2) 医療保険制度の基本設計

4か国の医療保険制度の基本的な設計についても、共通した面と同時に、かなりの相違点が見出される。まず、共通した面としては、第1に、各国の制度は、それぞれの沿革的な理由等から、一本化されず分立した諸制度ないしは保険者から構成されていること、しかしながら、基本的な給付内容については一国内ではほぼ統一が図られていることが挙げられる。日本の場合は、大別すれば職域保険たる被用者保険と地域保険としての国民健康保険ということになるが、フランスでも、基本的に被用者保険たる一般制度がほぼ80%の人口をカバーしているのに加えて、農業者制度が9%、独立自営業のための制度が6%、国鉄等の公社を対象とした特別制度が5%をカバーしているといった具合である。ドイツおよびオランダの通常の医療保険については、90年代の制度改革により、被保険者による保険者選択の自由が導入されたことにより、急激な保険者の再編・統合が進行中であるが、複数の保険者が分立している状況には変わらない(ドイツの場合、1990年代の初めには1,200以上あった保険者が2003年には319に減少している。また、オランダの場合も、疾病金庫数は1990年の37から2002年には25へと減少している)。

第2に、こうした制度分立の結果でもあるが、各国は、一定の相互「連帯」の精神に立って、何らかの形の制度間リスク調整措置を採用している。ドイツやオランダの場合には、かなり精緻なリスク構造調整という形を取っているが、フランスおよび日本については、公費の投入とあわせ、一定の年齢に着目した調整措置が採用されている。このことは、制度が分立していても、同じ公的医療保険制度という枠組みの下における「連帯」の精神が脈々と生きていたことを表している。

第3に、少なくともこれまでのところ、各国は、

職域等に着目した保険者の編成は行っているものの、リスク選別的な制度設計は採っておらず、基本的に普遍主義的なリスク・プーリングの構成をとっている(より正確に言えば、そのような方向へ制度が発展してきたと言える)。年齢で制度を区切ったり、所得水準で加入する制度が違うということは原則としてない(ただし、ドイツおよびオランダにおいては、高所得者については、強制加入から免除する措置がとられており、社会保険としての「連帯」の範囲を限定していると言える)。この点は、年齢、障害、(低)所得といったリスク要因に着目したアメリカの公的医療制度(メディケアおよびメディケイド)とは大きく異なっている点であると考えられる。

次に、各国制度の基本設計上の相違点としては、第1に、民間保険のウェイトの大きさおよび役割の相違が挙げられる。特に、オランダは、最も民間保険のウェイトが大きく、通常の医療保険については、人口の31%(一定以上の所得のある者)が公的医療保険のカバーから外れ、民間保険の適用を受けている。ただし、その場合であっても、標準的な給付内容を保証する医療保険アクセス法(WTZ)の適用を受けるとされている。ドイツにおいては、公的保険の適用から外れた高所得者等、人口の約9%が民間保険の適用を受けるとともに、アメニティ関連の上乗せ給付のための補足的民間保険に加入する者も増大している(1997年において約700万人と推計されている)。また、フランスにおいては、相対的に高率の患者一部負担を補足的にカバーする任意加入の民間保険が発達しており、人口の85%が加入している。日本においても同様の趣旨の民間保険が拡大しつつあるが、他の3か国に比べれば、相対的にその役割は限られたものとなっている⁸⁾。

第2に、保険者選択の自由に関しては、上述のように、1990年代の改革を通じて、ドイツおよびオランダにおいては、被保険者が自由に保険者を選択できるようになった(ドイツは1996年、オランダは

1992年以降)。これは、伝統的な社会保険医療における固定的かつ一方向的な保険者・被保険者関係に、一定の選択と競争を導入したものと考えられる⁹⁾。フランスおよび日本においては、これまでのところこうした競争促進的な改革は採用されおらず、この点に関しては、4か国は、大きく2つのグループに分けられることになる。

第3の相違点として、公費投入の程度の相違が挙げられる。この点に関しては、日本が最も多く(総医療費の32.4%)、次いでフランス(9.9%)となっている。ドイツおよびオランダにおいては、公費投入はきわめて限られたものとなっている。このことは、各国制度における「皆保険」の徹底の程度、保険者間のリスク構造調整の程度、保険者の自立性の強さなどと密接に関連していると考えられる。日本においては、市町村国保や老人保健制度への高率の国庫補助が象徴的であるが、公費投入は、一種の所得リスク調整機能を担っているものと考えられる。

(3) 医療費の問題

医療費の増高は、各国医療制度共通の問題であると言える。総医療費の対GDP比率は、2001年現在で、高い順に、ドイツ(10.7%)、フランス(9.5%)、オランダ(8.9%)、日本(8.0%)となっている(OECD[2003])。いずれも、アメリカ(13.9%)よりは低い、イギリス(7.6%)よりも高い水準にあり、このグループの「中間的性格」を表していると言える。

1990年時点においては、この比率は、フランス(8.6%)、ドイツ(8.5%)、オランダ(8.0%)、日本(5.9%)という順であり、この10年間では、ドイツおよび日本の伸び率の高さが目立っている。医療費増大の要因としては、各国とも、人口の高齢化とともに、医療における技術進歩および所得水準の向上が重要であるとされている¹⁰⁾。

医療費の将来予測については、不確実な要素が多く、正確な予測は困難な面が多いが(ドイツ・

カントリーレポート)、オランダにおいては、総医療費の対GDP比率は、2040年において13%以上の水準にまで増大することが見込まれている。また、フランスにおいては、2000年から2020年の間における人口構成の変化は、総医療費の対GDP比率を1.1%~1.4%程度押し上げる効果を有するものと予測されている。日本の国民医療費については、2025年には、81兆円に達し、対国民所得比も2000年の7.5%から12.5%に増大するものと見込まれている。

こうした医療費の増大に対しては、各国とも、さまざまな医療費をコントロールする措置が取られてきたが、これまでのところ、これといった「決め手」を持っているようには見えない。例えば、ドイツにおいては、部門別予算管理、薬剤処方適正化、価格引き下げ、ダウンサイジング等のさまざまな費用抑制策がとられてきているが、医療保険財政は好転せず、結局、保険料率の引き上げを余儀なくされている(1991年の平均保険料率12.4%が、2003年には14.3%へ上昇)。フランスおよびオランダにおいては、目標予算の設定が行われてきたが、十分な成果を挙げているとは言い難い。オランダにおいては、90年代に入ってから、すでに公的保険給付の範囲の見直しが行われてきているが、フランスにおいても、現在、2003年10月に任命された「医療保険の将来に関する高等評議会」において、強制加入の公的医療保険から償還される部分と任意加入の保険から償還される部分の分離の問題が検討されているという。日本においては、伝統的に、患者一部負担の引上げおよび診療報酬単価の抑制を通じて、全体の医療費をコントロールしようとしてきた。しかしながら、前者については、その効果が比較的短期的なものにとどまること、また、後者については、(需要の価格弾力性が相対的に大きいと考えられる)高齢者医療費の増大に伴い、その機能および効果が低下してきているという問題があるものと考えられる¹¹⁾。

(4) 介護問題

長期ケアないしは介護の問題は、いずれの国においても重要な政策課題であるとされているが、その対応は国によって異なっている。

この問題に対して最も早くから社会的なアプローチによって対処してきたのはオランダである。「例外的医療費法」(AWBZ)は1968年以降段階的に適用が拡大され、今日ではオランダに居住する全住民を対象とする強制皆保険制度となっている。AWBZは、一般病院への1年を超える長期入院のほか、ナーシングホーム・ケア、障害者ケア、在宅ケア、リハビリテーション、精神科医療、予防的医療等を幅広くカバーしており、通常のいわゆる「介護保険」より、かなり広範囲のサービスを対象とする制度である。表1に、オランダの医療・介護費用の構成を示したが、1年以下の入院や外来医療をカバーする一般の医療保険(ZFW)よりもAWBZの方が支出額が大きく、総医療・介護費用の4割以上のシェアを占めていることがわかる。

ドイツおよび日本は、ともに1990年代後半以降、医療保険制度からは独立した介護保険制度を創設している(ドイツ1995年、日本2000年)。ドイツの

医療・介護費用の構成を表2に示しているが、介護保険の費用は、全体のほぼ10%程度を占めていることがわかる。なお、ドイツの介護保険受給者のうち、77%は現金給付を選択しているのが(現物給付主義の日本の介護保険制度と比べ)特徴的である。また、10%が現物給付として在宅もしくはナーシングホームでの専門家によるケアを選択し、12%は専門家と非専門家による支援の組み合わせを選択しているという。

フランスにおいては、介護は、伝統的な医療および社会福祉双方からのサービス提供が行われているが、その境界が不鮮明で、サービス提供が非効率かつ弾力的でないこと、また、全般的なサービス供給不足の問題等が指摘されている。介護問題は、フランスの近年の政策論議の中でも重要な位置を占めており、2003年11月には、社会保険における第5のリスク(要介護および障害)として、新たな制度を創設する提案が公表されているという。仮にこの提案が実現すれば、4か国は、介護分野においても社会保険方式による対応ということで足並みをそろえることになるわけであり、これも社会保険システムとしての「収斂」への動きの1つと見ることができよう。

表1 オランダの医療・介護費用の構成(2002年)

| | | |
|---------------|--------------|-------|
| 例外的医療費法(AWBZ) | 16702.5百万ユーロ | 41.1% |
| 健康保険法(ZFW) | 15324.4 | 37.7 |
| 民間保険 | 6172.4 | 15.2 |
| 患者一部負担 | 2459.1 | 6.0 |
| 総計 | 40658.5 | 100.0 |

表2 ドイツの医療・介護費用の構成(2001年)

| | | |
|--------|------------------|-------|
| 病院医療費 | 620 億ユーロ | 27.4% |
| 診療所医療費 | 307 | 13.6 |
| 歯科医療費 | 148 | 6.6 |
| 薬局医療費 | 309 | 13.7 |
| その他 | 291 | 12.9 |
| 介護保険 | 220 (入所159、通所61) | 9.7 |
| 総計 | 2259 | 100.0 |

3. 日本の制度改革への示唆

以上、ISSAのジャパン・プロジェクトの研究成果を中心に、4か国の医療保険制度の現状および改革の動向を概観してきた。4か国の制度は、「社会保険システム」ということで一括りにされることが多いが、そこにはかなりの多様性が見られるとともに、制度を「収斂」させる方向と、逆に「発散」させる方向双方に力が働いているように見える。この章では、以上のような記述を踏まえて、日本の今後の医療制度改革への示唆という問題について一定の考察を試みてみよう¹²⁾。

第1に、4か国の医療保険制度は、基本的に、多くの点で共通の問題に直面していると考えられる。人口の高齢化や医療技術の進歩等に伴って増大する医療費のコントロールの問題、それをどのようにして賄っていくかという全般的な資金調達の問題、また、世代内、世代間でこれをどのように公平に負担していくかという問題、さらには、ますます高度化、多様化する人々のニーズに即応しうる質の高い医療サービスの提供の問題等は、いずれの国にも共通の課題である。これらは、第2次大戦後の医療保険制度の拡大期とは異なって、国民的なコンセンサスを形成することがますますむづかしくなっている問題ばかりである。しかしながら、各国が置かれている政治的経済的状況は異なるものの、いずれの国も早晚これらの課題に取り組まざるを得ないものと考えられる。例えば、ドイツのカントリー・レポートにおいては、制度改革案が与える年齢階層ごとの経済的影響を試算し、国民に提示する試みが紹介されているが、年金制度と同様に、世代間の所得移転という性格がますます強まってきている医療保険制度においても、こうした世代会計的な分析と情報開示を通じた合意形成が必要になってきていると言えよう。また、こうした状況の下では、ある国の成功(失敗)体験は他の国にとっても大いに参考になるだろう。そういった意味で、今回のジャパン・プロジェクトの

ような試みの意義はますます大きくなっていくものと考えられる。

第2に、4か国の中では、きわめてラフに概括するならば、1990年代以降、ドイツおよびオランダが疾病金庫の自立性を重視し、被保険者による保険者選択の自由等、社会保険システムに一定の競争メカニズムを導入する方向をとっているのに対し、日本およびフランスは、依然として、政府の関与が強い、基本的に「命令・管理(command-and-control)型」¹³⁾の制度を維持しようとしているように見える。そこには、同じ社会保険システムと言っても、かなり大きなアプローチの違いが見られる。従来、日本の医療保険制度は、歴史的、沿革的に、ドイツの制度に倣ったものとされてきたが、90年代における改革を経た現在では、むしろフランスの制度により近い側面を有してきているように思われる。これは、図1において、ドイツおよびオランダがどちらかといえば、アメリカの制度(特にマネジド・ケア的な制度)からの影響を受けているのに対し、日本およびフランスはイギリス、カナダ的な普遍的制度からの影響を受けていると見ることができよう¹⁴⁾。4か国は図1の座標軸の中央に位置しているため、上述のように、社会保険システムとして収斂していく側面と、それぞれの両極からの引力を受け、発散していく側面の両面があり、まさにその2つの力の「綱引き」の中で、一定のバランスを保っているものと考えられる(図1下段を参照)。日本の医療制度改革の方向を検討していくに当たっても、こうした社会保険システムの「収斂」と「発散」という大きな構図の中での位置付けを大局的に考えていくことは有意義であろう。

第3に、保険給付の範囲をめぐることは、基本的に2つのアプローチがあると考えられる。1つは、日本(あるいはフランス)のように、給付範囲は比較的広くとりつつ、高率の患者一部負担を設定するという方向である。もう1つは、逆に、ドイツやオランダのように、給付範囲はある程度制限しつつ、患者一

部負担は低く設定するという方向である¹⁵⁾。前者のアプローチは、保険における価格の機能を重視している(コスト意識や「適正な」受診の強調)のに対し、後者は公的保険の役割を限定しつつ、限定された給付に対するアクセスの公平性を重視しているとも言えるだろう。しかしながら、実は、この両者のアプローチの実質的な相違は見かけほど大きなものではない。前者は患者負担率が見かけ上高率となる(日本30%、フランス25%等)が、給付範囲が広いので、それ以上の負担は少ないのに対し、後者は一見患者負担率は低く見えるが、実は、給付範囲外のサービスが多く、それらについては高い患者負担率(完全に給付外の場合は100%)が課せられているのと同様であるからである。そして、日本などは(高齢者を除いて)これ以上の患者負担の引き上げは限界に近づいており、今後は給付範囲の見直しを考えざるを得ないのに対し、ドイツなどは逆に、近年、患者負担の引き上げが図られてきており、両者の政策の方向は、次第に収斂しつつあるとも言える。その場合、保険給付の範囲の見直しに当たっては、オランダ等が設定しているような明確で透明性のある規程が必要であり、それとあわせて医療技術的的確な評価を行いうる体制の整備が必要であると考えられる。また、公的保険給付外のサービスについては、他の3か国の経験に鑑みれば、民間保険の役割が重要であり、その拡充に向けた方策の検討が今後の課題の1つであろう。

注

- 1) ISSAについては、そのHP (<http://www.issa.int/>)に、沿革を含む活動状況の詳しい説明が掲載されている。また、邦文のコンパクトな説明としては、健康保険組合連合会編[2002]を参照。
- 2) 筆者自身は、ISSA Initiativeについては、全体のAdvisory Boardのメンバーであるとともに、「ジャパン・プロジェクト」における4か国専門家会合メンバー、さらに日本における公開シンポジウムのmoderatorをつとめている。しかしながら、本稿は、全体として、あくまでも筆者の個人的責任の下に執筆したものであり、これらの委員会や他の参加メンバー

等の見解を代表するものではない。

- 3) 以下の記述および引用している統計データは、特に断らない限り、基本的に「ISSA イニシアティブ日本プロジェクト国際シンポジウム」(2003年11月17日)に提出された各国レポート(参考文献参照)に基づくものである。
- 4) 本節の記述は、尾形[2002]を一部手直したものである。
- 5) この図は、もともと、Esping-Andersen[1990]の有名な福祉国家の3類型論(リベラル型、コーポラティズム型、社会民主主義型)に対する(医療制度についての)批判という形で提案したものである。この図についての詳しい説明は、尾形[2002]を参照。なお、この図では、医療の供給方式については、イギリスと、カナダを含むそれ以外の諸国との間には、「国営医療」対「公私ミックス」ということで明らかに一線を画すことができるが、「公私ミックス」グループの中における公と私の割合の相違については考慮していない。また、イギリスのNHSも、サッチャー政権以来の改革を通じ、制度がかなり変容しつつあるが、ここでは、税財源による「国営医療」という基本性格は変わっていないものとみなしている。
- 6) OECD[2003]によれば、総医療費に占める公的医療費の比率(2001年)は、図1の国々の中では、イギリスが82.2%と最も高く、逆にアメリカが44.4%と最も低くなっている。その他の5か国はすべて70%台となっている。
- 7) 図1における「発散」の事例としては、90年代のドイツやオランダの制度改革における保険者および医療機関の間の競争の促進(被保険者による保険者選択、医療機関との選択的保険契約の導入等)が挙げられる。また、「収斂」の事例としては、オランダにおけるAWBZの拡大による皆保険体制の確立提案(実現していない)や近年の各国におけるDRG/PPS等何らかの形の診療報酬の事前的包括支払制度の拡大等が挙げられよう。
- 8) OECD[2003]によれば、民間保険医療費の総医療費に占めるシェア(2001年)は、オランダ15.5%、フランス12.7%、ドイツ12.6%、日本0.3%(2000年)となっている。
- 9) オランダの改革に関しては、1987年のいわゆるデッカー委員会報告書が1つの重要な契機となっている。同報告書においては、AWBZの拡大による全国民共通の基礎医療保険の設立とあわせ、医療保険および医療サービス市場における「規制された競争」(regulated competition)の導入が提唱されていた。こうした提案は、明らかに Enthoven 流の managed competition という発想の影響下にあったと言われている(OECD[2000])。90年代以降のオランダの実際の改革においては、前者の提言は実現していないが、

後者については、一定の成果を上げていると言える。

- 10) 医療費の所得弾力性については、1 国内データと各国集計データの間には差違があることが指摘されており、集計値の問題から、一般に後者の方が前者より高く出る傾向がある(Folland 他 [2003])。また、Mahieu [2000]によれば、医療費の増加要因として、ドイツおよびオランダについては、医師当たりの医療機器数が重要であるのに対し、フランスについては、患者当たりの医師数が重要であるという。
- 11) 日本の診療報酬政策と医療費の関係については、尾形 [2003]を参照。
- 12) 以下の記述は、基本的に、ISSA ジャパン・プロジェクトのシンポジウム(2003年11月)における moderator としての筆者の concluding remarks に基づく。
- 13) 「命令管理型」モデルおよび「契約」モデル (contracting model)については、Saltman 他 [1998]を参照。
- 14) そうした意味では、フランスのカントリーレポートが、自国の制度を社会保険でありながら、多くの点で hybrid であり、むしろベヴァリッジ型に近い面を有しているとしていることも故なしとしない。一方、そうした中では、日本が、2003年3月の閣議決定(いわゆる「基本方針」)において、高齢者医療制度を、前期高齢者(65～74歳)および後期高齢者(75歳以上)に二分して、前者については年齢リスク構造調整的な制度(つまり、ドイツ、オランダ型の「連帯」を基礎とした調整)を、後者については独立型の制度(つまり、アメリカのメディケア的なハイリスクグループ分離型の制度)を導入することを提案していることは、基本的な制度設計の思想が混乱ないしは分裂していると言わざるを得ない。日本の全体的な改革の方向が、大胆な競争導入というよりは、むしろ普遍主義的な発想に立ちながら、後期高齢者の部分だけが突出してアメリカ型の制度に倣おうとしていることは奇異な印象を免れない。前述のシンポジウムにおいても、フランス代表の Grignon 氏が、フロアーからの質問に対する回答の中で、「基本方針」の年齢区分提案を「奇妙なスプリット」と評したことは、きわめて象徴的であった。
- 15) 例えば、オランダの「ダニング委員会」報告(1991年)においては、公的医療保険の給付範囲について、一定の規準の下に、規準を満たさないサービスの保険給付からの除外 (de-listing) が提言され、その後、実際に、医薬品の一部、成人の歯科医療等が保険給付から外されてきている。なお、OECD [2003]によれば、2001年における国民1人当たりの自己負担支出額 (per capita out-of-pocket payments) は、フランス 262ドル、ドイツ 299ドル、オランダ 232ドルに対し、日本は 334ドル(2000年)となっている(米国ドル PPP 表示)。

参考文献

- 尾形裕也 2002「OECD 諸国における医療制度改革の動向」『医療と社会』Vol.12 No.2 (2002.10) 所収
- 尾形裕也 2003「わが国の診療報酬体系の見直しに関する考察」『診療報酬体系に関する調査研究報告書』所収(平成14年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業：松田晋哉主任研究者)
- 健康保険組合連合会編 2002『社会保障年鑑2002年版』東洋経済新報社
- 田中耕太郎 2003「日本カントリー・レポート報告要旨」
- 古瀬徹・塩野谷祐一編 1999『先進諸国の社会保障4：ドイツ』東京大学出版会
- 藤井良治・塩野谷祐一編 1999『先進諸国の社会保障6：フランス』東京大学出版会
- 松本勝明 2003『ドイツ社会保障論I：医療保険』信山社
- Busse. R, Weinbrenner. S, Riesberg. A, Burger. S. 2003. *Toward Sustainable Health Care Systems : Germany*, ISSA Initiative Country Report
- Esping-Andersen. G. 1990. *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, Polity Press
- Folland. S, Goodman. A. C, Stano. M. 2003. *The Economics of Health and Health Care, fourth edition*, Pearson Prentice-Hall
- Grignon. M, Legos. M-E J, Legos. P L. 2003. *Toward Sustainable Health Care Systems : French Case*, ISSA Initiative Country Report
- Hamilton. G. J, Bekker. P. 2003. *Toward Sustainable Health Care Systems : The Case of the Netherlands*, ISSA Initiative Country Report
- Mahieu. R. 2000. *Les Déterminants des Dépenses de Santé : Une Approche Macroéconomique*, INSEE
- Ministry of Health, Welfare and Sport. 2002a. *Health Insurance in the Netherlands*
- Ministry of Health, Welfare and Sport. 2002b. *A Question of Demand : Outlines of the Reforms of the Health Care System in the Netherlands*
- Mossialos, E, Le Grand, J. 1999. *Health Care and Cost Containment in the European Union*, Ashgate
- OECD. 2000. *OECD Economic Surveys : Netherlands*, OECD, Paris
- OECD. 2003. *OECD Health Data 2003*, OECD, Paris
- Powell. F.D, Wessen. A. F. 1999. *Health Care Systems in Transition : An International Perspective*, SAGE Publications
- Saltman. R. B, Figueras. J, Sakellarides. C. 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)