

## 経済協力開発機構 (OECD) における医療 (介護) 政策分析： これまでの成果と展望

阿萬 哲也

### ■ 要約

OECD は、経済状況や生活水準等が比較的類似した国々の集まりであることもあり、制度的・経済的な観点を中心として医療 (介護) に関する政策研究を進めてきた。「ヘルスプロジェクト」は、これまで蓄積されてきた研究をさらに進めるとともに、新たに生じている問題に対処することをも視野に入れたプロジェクトで、その成果が2004年5月にOECD保健担当大臣会合にて公表された。

本稿では、報告書“Towards High-Performing Health Systems”の基礎となったこれまでのOECDにおける医療 (介護) 政策分析の主要な成果を、過去3回開催されている社会保障に関する閣僚級会合の報告書を中心として概観し、さらに、今回の保健担当大臣会合においてとりまとめられたコミュニケを紹介しつつ、今後のOECD諸国における同分野での取り組みの展望について触れる。

### ■ キーワード

経済協力開発機構 (OECD)、Health Project、医療政策、介護政策、閣僚級会合

### I はじめに

経済協力開発機構 (Organisation for Economic Co-operation and Development, OECD) は、1948年4月に発足した欧州経済協力機構 (Organisation for European Economic Co-operation, OEEC) が母体となって、1960年12月にOEEC加盟18カ国にアメリカとカナダを加えた20カ国がOECD条約に署名し、翌年9月、国際経済全般について協議することを目的として設立された国際機関である (我が国も1964年に加盟)。これまでは主として先進諸国に共通の経済問題に対処するための枠組みとして機能してきたが、最近では経済以外の分野にも活動を拡大してきており、社会保障の分野においても数々の成果を残している。<sup>1)</sup>

医療 (介護) に関する政策分野における業績としては、世界保健機関 (World Health Organization,

WHO) とは異なって経済状況や生活水準等が比較的類似した国々の集まりであることもあり、医学的な観点というよりは制度的・経済的な観点を中心として研究が進められてきた。その中でも特に各国の政府機関や政策研究者等に知られているのは、加盟国の医療制度に関連するデータを簡単に比較することができるソフトウェアプログラムのOECD Health Data (直近は2004年版) であるが、これ以外にも、OECDの雇用労働社会局 (Directorate for Employment, Labour and Social Affairs) を中心にして数々の医療 (介護) 政策に関する分析が行われてきている。

今般、これまで蓄積されてきた研究成果をさらに進めるとともに、新たに生じている問題にも対処することを視野に入れて、2001年に「ヘルス・プロジェクト」が立ち上げられ、同プロジェクトにおける3年間の研究成果が、本年5月にパリで開催された

OECD 保健担当大臣会合において公表されたところである。そこで、本稿においては、同会合に提出された報告書 “Towards High-Performing Health Systems” の基礎となったこれまでの OECD における医療 (介護) 政策分析の主要な成果を、過去3回開催されている社会保障に関する閣僚級会合の報告書を中心として概観し、さらに、今回の保健担当大臣会合においてとりまとめられたコミュニケを紹介しつつ、今後の OECD 諸国における同分野での取り組みの展望について触れることとする。<sup>2)</sup>

## II これまで行われてきた社会保障全体に関する政策分析：OECD の社会保障に関する閣僚級会合における議論を中心として

### 1. 閣僚級会合が開催される以前の状況

OECD において社会保障がテーマとして大きく取り上げられたのは、1980年に開催された「1980年代の社会政策に関する会議」が最初である。この会議の報告書は、“The Welfare State in Crisis” という表題で出版され(「福祉国家の危機」として日本語版も刊行)、それ以降の社会保障制度に対する考え方の流れに大きな影響を与えた。この会議は、西ヨーロッパ諸国においては1950年代～1960年代には経済も社会保障制度もおおむね順調に発展していたが、70年代に入ってからインフレや失業が深刻になっていく中で、経済とのかかわりの中で社会保障についてどのように考えていくべきであるのかについて議論を行う場として開催されたが、その中で、経済学的な観点と社会的な観点对立という図式が明確化され、詳細に論じられている点は、基本的に現在にも当てはまる重要な視点を提供しているものと言えるであろう(山田(1982))。

その後、社会保障支出や保健医療、年金等について議論を行う場として OECD に「社会政策部会」が設置され(1983年)、また、日本と OECD の共同

開催により東京で行われた「保健医療及び年金政策に関する日本・OECD 合同ハイレベル専門家会議」(1985年)等を経て、社会保障について高いレベルでの国際的な意見交換を行う必要性に対する共通認識が高まった。これらを経て、1988年に第1回の社会保障に関する閣僚級会合が開催されることとなったものである。

### 2. 第1回および第2回の閣僚級会合

#### (1) 第1回会合(1988年7月)

先進諸国における社会経済状況が急速に変化していく中、1990年代の社会保障はそれまでとは大きく異なってくるであろうという認識が共有され、上述のようなハイレベル専門家会議等を経て、第1回の社会保障担当の閣僚級会合が開催された。その中では、特に年金および医療・介護について議論が行われており、同会合への提出資料は The Future of Social Protection (OECD (1988)) として刊行されている。

本報告書においては、乳幼児死亡率、平均寿命等は1960年と比較して大きく改善されており、多くの感染症も制圧され、また、医療サービスへのアクセスも基本的な部分については OECD 諸国の中ではすべて全国民が利用可能 (universal) なものになっている状況が指摘されているが、医療費全体の伸び率を見ると、OECD 加盟国の平均値では1960年是对 GDP 比4%強であったものが1986年にはほとんど7.5%になっている状況が指摘されている。その上で、そのような費用の増大の原因となっている医療サービス提供における管理上の問題を指摘し、その解決策として患者自己負担の引き上げ、保険償還システムの改善、健康維持組織 (HMO) の活用、予防重視型への政策転換等が上げられている。また、介護制度については、高齢者の増加等を通じた国民全体としてのニーズの拡大を指摘した上で、ニーズの評価の困難性、リソースの最適な活用の必要性、インフォーマルな

ケアの重要性等が指摘されている。<sup>3)</sup>

これらのように、当時においても、基本的には現在と同様の問題意識による議論が行われてきたことが確認できるが、全体としての報告書の分量が少ない(報告書全体で55ページ、医療・介護部分は図表を含めて11ページ)こともあり、あまり深い議論は行われていない。また、後述のように、現在と比べても制度的な観点からの議論が多く、患者の視点があまり重視されていない。この時期は、まずは各国の閣僚級による議論が行われたということが画期的であるものの、具体的な医療・介護の在り方について詳細な議論に踏み込むことまではできていなかったのではないかと考えられる。

## (2) 第2回会合(1992年12月)

第2回の閣僚級会合が開催されたのは、第1回会合の4年後である。その際の提出資料New Orientations for Social Policy (OECD (1994))を見ると、特に医療に関して「質」と「コスト」の関係を論じるとともに、さらに介護について1つの章を充てて第1回会合と比較しても重点的に論じる形式となっており、医療・介護に関する分析が深化してきていることが分かる。

本報告書においては、1980年代の医療費支出抑制政策を通じて、各国の医療政策は費用対効果・効率性という観点からは全体として改善されてきていると評価しているが、さらに人口構造の変化、経済の国際化等の外部からの圧力要因に対処するために医療制度自体の構造改革をさらに進めていく必要性を指摘しており、各国においてその時点で進められていた構造改革の傾向として主に次の5つを挙げている。

① 従来のマクロレベルでの(ある意味では政治的な決断による)医療費抑制・削減ということだけではなく、よりミクロレベルで医療費抑制・削減を図っていく手法として、サービス提供側のアウトプットを基礎とした費用償還システムの構

築(いわゆる「内部市場」「管理競争」等の概念に沿った制度設計)が行われるようになってきていること

- ② 医療費支出を抑えるのというよりはむしろ、コスト支払いの責任を別の主体に移管する手法がとられてきていること、特に、地方政府へのサービス提供に関する行政責任・権限の移譲に加えて財政的権限も移譲する傾向があること、さらに、民間医療保険の活用等を通じて利用者がより多くのコストに対する責任を持つ形態への移行が進められてきていること
- ③ 医療提供者に対する費用償還について、契約を基礎としたアプローチ(特徴的なところとしては、目的指向型であり、一時的で、費用支払者の監査が可能であり、必ずしも一定期間後の再契約が保障されない形態)が採られるようになってきており、それによって、特に提供者において効率性を高めるインセンティブが働くようになってきていること
- ④ 医師に対する費用償還について、単なる出来高払いや給与制ではなく、その治療実績等に基づいた支払いを行う手法(特に医療提供者に医療提供に関する計画の作成や監査を受けることを義務づけるもの)がとられるようになってきていること
- ⑤ その他、医療の評価等を的確に行うために、全国ベースでの医療サービスに関する統計制度が整備されるようになってきていること

また、本報告書においては、それらの治療のためのアプローチのみではなく、疾病の原因となるさまざまな要素に着目した上で、予防重視型の政策立案手法に転換する必要性を強調しており、その中で、正しい生活習慣の重要性や、政策として教育に力を入れていく必要性等についても指摘している。それらを通じて、1990年代の課題としては、医療の質のさらなる向上および国民全体の健康状況の改善という目的とリソースが限られている

という現状のバランスをいかにとるかということが最も重要であると結んでいる。

さらに、本報告書においては、介護についてもかなり大きな部分を割いて論じており、その中でも、“Ageing in Place” という概念の下で在宅ケアをどのように進めていくかということを重点的に扱い、そのためにはリソースをどのように確保するかということ、さらに地域においてそのような責任を担うことができる体制を構築することができるのかということが中心的な課題であると指摘している。その上で、施設サービス以外の選択肢として要介護高齢者が在宅で生活できるようなサービスの提供形態について論じ、さらには家族等の行うインフォーマルなケアの重要性についても指摘した上で、それらの家族介護者等に対する支援が重要であるとしている。さらに、在宅ケアの拡充には、サービス全体の調整・統括を行う仕組みが必要であることまで指摘し、全体的に統一性を保った政策が必要であること、そのためにはそれらの政策を行うレベルを地方に移譲していくことが必要であることまで主張している。また、介護に関する新たな財源についての議論が既にこの時点で行われており、社会保険制度による対応が検討され始めている状況も既に紹介されているところも興味深い。<sup>4)</sup>

これらのように、本報告書においては、明らかに OECD (1988) よりも医療・介護分野について分析が深まり、その後の政策の流れに大きな影響を与え、基本的に現在の各国における制度の大きな枠組みはこの段階でかなり詳細に検討されているということが分かるであろう。これらの成果を基礎として、後述のように、さらに分析が進められた上で、より実務的な観点からの議論が行われているようになってきているのである。

### 3. その他の OECD における医療 (介護) 分野での政策分析の成果について：第3回閣僚級会合の前に行われた取り組みの例

第2回と第3回会合の間では6年の期間が空いているが、この間においても、医療・介護分野において精力的な研究活動が進められ、閣僚も含めた政府高官レベルでの会合も何回か開催されている。例えば、1994年11月には、12カ国の保健担当閣僚、およびその他の国々の政府高官と研究者が同席して、各国のさまざまな経験から教訓を抽出した上で、財政面での公平性を強化しながら医療部門に市場経済を導入することについての政策的優先度合いやその長所・短所等について議論が行われた。その際に提出された論文は OECD (1996d) にまとめられており、医療分野に加えて介護分野についても突っ込んだ議論が行われている。また、議長役のオーストラリア人的サービス・保健省のローレンス大臣 (当時) は、総括コメントの中で、さまざまな国の経験について共有することが非常に重要であること、各国において実際に改革を実行する上でその結果については誰も明確には分からないのであり、制度設立時にその制度を評価する仕組みをあらかじめ組み込んでおく必要があること等をコメントしており、政策担当者の観点として非常に重要であると考えられる。

さらに、介護分野においては、1996年に *Caring for Frail Elderly People: Policies in evolution* が刊行された (OECD (1996a))。これは OECD としては初めて介護分野のみの研究を1冊の本にまとめたものであり、個別論点ごとの分析と、日本を含む各国の状況分析の両方をとりまとめ、その段階の OECD 諸国における介護分野の政策の全体像について網羅的に分析する形となっている。また、最終章においては、今後の政策の方向性として、病院、介護施設、在宅というケアの継続性の確保が重要であること、そのためにもサービス提供量を確保する取り組みに力を入れなければならない

こと、そして最後に、介護サービスの財源についてさらに議論を進めなければならないことが指摘されている。

#### 4. 第3回会合(1998年6月):「世界福祉構想」との関係で

OECDにおける社会保障に関する政策分析は、最近、日本の関与によってさらに深められ、その範囲も拡大してきている状況にある。特に、1996年6月にフランスのリヨンで開催された主要国首脳会議(サミット)において橋本元総理により提唱された「世界福祉構想」(Initiative for a Caring World)を進めるために、日本の主導によって、加盟国における社会保障制度に関するこれまでの(成功例・失敗例を含めた)経験、制度の現状および今後の展望等について詳細にまとめた2つの報告書(“The Caring World: National Achievements”および“The Caring World: An Analysis”)が第3回会合(1998年6月)に提出されている。<sup>5) 6)</sup>

それらの内容については既に本誌において紹介されているので(尾形(1999)および増淵(1999))、詳細については割愛するが、特筆すべきものとしては、後者の報告書の中で医療政策について分析している第6章において、21世紀における医療政策に関する課題として、

- ① 特定の人口グループ間における健康状況の不均衡の縮小(equity)
- ② 患者等による選択の幅の拡大や権利・影響力の増大(empowerment)
- ③ リソースの活用に関する効率性の達成(efficiency)
- ④ 健康結果(health outcome)を向上とより有効な治療の開発(effectiveness)

の4点が取り上げられており、医療制度をマクロレベルで分析するだけでなく、治療結果としての健康状態の改善や、患者の権利・影響力、サービスに関する選択肢の拡大など、マイクロレベルでの

制度の改善がさらに大きなテーマとして意識されるようになってきていることが見てとれる。分析の枠組みとしても、患者の満足度、治療結果等を主眼に置いた制度の評価、治療における「証拠に基づいた医療」の重視のように、サービス提供側というよりもサービス利用側の論理に沿った分析が多くを占めるようになってきていることが、OECD(1994)と比べても大きく異なる点である。さらに、OECD(1994)に続いて予防重視型への転換の必要性を指摘し、予防を重視する上でのpopulation-based approachの重要性に関する指摘、医療制度の範疇としてとらえることができる要素のみではなくより根本的な原因としての広範囲な社会状況の格差等を解決していくことの必要性等に関する指摘等が行われていることが注目される。

また、本会合では、米国のシャレーラ保健・人的サービス省長官(当時)が議長、日本の小泉厚生大臣(当時:現総理大臣)他が副議長となり、これらの報告書を下敷きとして、参加した各国の閣僚の間で精力的な議論が行われ、今後の社会保障制度の在り方に関して、構造改革の必要性等について一定の認識が共有されたが、その中で医療に関する部分としては、予防重視型への政策の転換、健康状況を改善するためのより広範囲の要素の重視等について合意された。また、介護については、医療サービスと社会的サービスの提供を調整していく必要性に関する認識が共有されている(藤原、小野(1999))。

なお、OECDにおいては、同じタイミングで「高齢化研究プロジェクト」も進められていた。同プロジェクトは、1995年のOECD閣僚理事会において合意され、経済、財政、金融、社会政策、労働等さまざまな分野において高齢化に関連した政策課題の分析・研究を行ったものである。そのフェーズ1の成果『OECD加盟国における高齢化(OECD(1996b)および(1996c))』が1996年に、フェーズ2の成果『高齢化社会における繁栄の維持(OECD

(1998)』が1998年の(第3回閣僚級会合の直前に開催された)OECD閣僚理事会に報告されている。この中では、高齢化に特化した医療・介護の在り方について論じられており、特に他の分野との連携という観点から大きなインプリケーションを得ることができるものとなっている。

フェーズ2では、高齢化に対応するための改革指針として有名な、包括的7原則を提示している(OECD, 1998, pp.18-19)。医療・介護については、7原則中の5番目に掲げられており、「費用対効果の点に焦点が当てられるべき」として、効率性の側面がここでも強調されている。

この7原則に基づき各国がどのように改革を進めているかについて、OECD加盟国とG7閣僚達は報告を要求し、これに基づき近年の改革にかんする質問票が1999年にOECDより加盟国に送られることになった。この質問票を回収・分析して刊行されたのが『高齢化社会のための改革(OECD(2000))』である。その第5章で、医療・介護の改革動向がまとめられている。その動向は、主に5つにまとめられる。第1はコミュニティもしくは居宅介護への流れ、第2は医療・介護の協働、第3は介護サービスにたいする加盟国間で多様な財源確保の動き、第4は効果的な改革のためのデータ収集や研究の実施、そして第5が長期的に費用対効果を高めるために必要となるパフォーマンス評価の強化および健康増進のための予防策の重要性の強調である(OECD, 2000, pp.63-72)。ただし、この報告書は、各国の個別事例が豊富に紹介されており(紙幅の都合上、ここでは紹介しない)、まさにOECDの「加盟国間で経験を共有する」という観点からは、こうした大まかな改革の流れについての記述よりは、個別事例の方が興味深い。

なお、医療・介護とは直接関係ないが、OECD(2000)の後、さらに日本を含む9カ国のデータに基づく引退期所得に関する報告書が『高齢化と所得(OECD(2001))』として刊行され、「高齢化研究プ

ロジェクト」は一区切りをつける。その後、社会政策部会は、OECD内の人的資源を医療・介護に振り向けるようになった。<sup>7)</sup>

### III 第1回保健担当大臣会合(2004.5.13-14)に向けて:“Towards High-Performing Health Systems”の刊行

上述のような成果を踏まえ、医療分野でさらに一段進んだ対策に向けてのインプリケーションを得るために、OECDにおいてヘルス・プロジェクト(Health Project)が2001年に立ち上げられ、これまでの3年間、各国の医療制度における実績の定量的把握やそれら実績の各国間格差に影響を与える要素の分析、高齢者介護制度の比較分析、それらを含めた制度全体の評価等に関して調査研究が進められてきた。特に、本プロジェクトは水平的連携(horizontal)アプローチに基づき進められ、OECD内の複数の部局(経済、金融、社会政策等)の協力の下で全体のとりまとめが行われ、さらに、進行中の研究内容について、専門家や各国の代表によるグループでの議論等に基づき内容の修正が行われている。そして、本プロジェクトにおける分析・検討の成果の全体像が“Towards High-Performing Health Systems”にまとめられている。<sup>8)</sup>

この報告書は5章構成となっており、その内容について詳しくは本特集の中で他の掲載論文に譲るが、これまでの研究成果と比較して、さらに医療(介護)の質を含めたサービス利用者のニーズへの対応に力点を置いたものとなっていることが興味深い。順に主として医療の質(第1章)、医療のアクセス(第2章)、ニーズへの対応(第3章)、医療費および医療財政(第4章)、制度全体の効率性の向上(第5章)をテーマとして扱っている。

- 第1章(Better health through better care: the quest for quality)では、医学的観点および医療現場における実態等を踏まえた医療の質の向上に関

する取り組みについて分析が行われており、特に、客観的なデータの収集・分析やそのための記録の電算化の重要性をはじめ、直接の制度的な義務づけ等によるのみではなく診療報酬によるインセンティブによって間接的に誘導していく手法の重要性等が強調されている。

- 第2章 (Access to care: the quest to improve and maintain) では、医療サービスの提供の在り方そのものから視点を移して、医療サービスに対するアクセスを国民に対してどのように保障していくのかという観点から、各国において採用された政策の紹介や基本的考え方等について論じている。特に、医療提供体制の整備という観点から、医療関係職種の新規雇用、養成訓練、離職防止等にまで踏み込んで論じている。また、最新の医療技術へのアクセスという観定の必要性についても指摘し、そのための手続きについても論じている。
- 第3章 (Satisfied patients and consumers: the quest for greater responsiveness) では、選択的手術のための待機期間および介護サービスの改善の問題を中心として、より主観的な要素である患者の満足度を向上させるための取り組みについて論じている。特にこの中で、患者等のニーズに対する制度の「反応性」(responsiveness)の重要性について論じており、その内容についても、これまでのOECDにおける医療政策研究の中であまり論じられていなかった分野に大胆に踏み込んだものとなっている。また、医療・介護サービスに対して利用者が持つ選択の幅の拡大という観点から保険者間の競争の重要性についても指摘している。
- 第4章 (Health care spending: the quest for affordable costs and sustainable financing) および第5章 (Increasing value for money in health systems: the quest for efficiency) では、利用者側から見た医療(介護)制度の在り方について分析している

第1章から第3章とは観点を逆にして、第4章においては医療制度にかかるコストの分析を行ってOECD諸国における現状を示し、その上で第5章においてはそれらのコストとも勘案した上でいかに効率性の高い医療制度を作っていくことが重要であるかについて論じる形をとっている。最終的に、第5章において、本報告書の全体のテーマでもある「バリュー・フォー・マネー(費用に見合った価値)」という目標の重要性に加えて、それを達成することは非常に困難であること、その困難性を克服するためにも、国内外における客観的な関連情報の収集、それらに基づくベンチマーキングおよび情報共有が役に立ち得ると論じている。

#### IV 会合における議論、コミュニケおよび今後の展望

この報告書を議論の下敷きとして、医療を担当する大臣の会合としては初めて、「OECD保健担当大臣会合」(Meeting of OECD Health Ministers)が本年5月13日および14日に開催された(日本からは大塚厚生労働省事務次官(当時)等が出席)。同会合においては、メキシコのフレック保健大臣が議長、ハンガリーのコケニー保健・社会・家族問題大臣および米国のトンプソン保健・人的サービス省長官が副議長となり、2日間にわたって各国の閣僚クラス等による議論が精力的に行われた。また、医療財政に関して、経済・財政担当大臣と議論する機会も設けられたほか、OECDの経済産業諮問委員会(BIAC)および労働組合諮問委員会(TUAC)との協議も行われた。それらの議論を経てとりまとめられたコミュニケの内容はおおむね下記のとおりである。

- OECD加盟各国は医療に関して飛躍的な改善を遂げてきたが、すべての国が制度の持続可能性や効率性、また、国民全体に対していかに

質の高い医療を提供するかといった課題に直面しているという認識が参加国において共有された。また、OECDヘルスプロジェクトで国際比較を行うことによって各国の成功例や失敗例から多くを学ぶことができたことが評価された。

○ それぞれの社会における社会的な価値観や制度的な背景が異なることから、解決策は一つではないことに留意する必要があることを前提として、各国において以下の方策を実施すべきとされた。

- a. 費用対効果の高い医療の質の向上策による現在の寿命・健康水準の改善状況のさらなる進展
- b. 肥満、タバコ、薬物乱用等の脅威の拡大を踏まえた疾病予防・健康増進への優先順位付け
- c. 依然として OECD 諸国に存在する健康水準や医療アクセスに係る格差の解消
- d. 医療制度の財政的持続可能性の確保・民間医療保険を活用する場合の規制枠組みの整備
- e. 財政的持続可能性や医療の質の向上に必要な生産性の改善に向けた努力
- f. 利用可能な費用水準で医療ニーズに対応するための技術革新のさらなる促進
- g. 介護サービスに係る質、選択の幅および利用可能な費用水準の確保
- h. 将来の需要に対応するための人的資源・専門的能力開発に対する十分な投資

これらのコミュニケの内容は、基本的には Towards High-Performing Health Systems の内容に基づくものと考えられるが、その基本的流れについては、これまでの社会保障全体をテーマとした過去3回の大臣会合におけるコミュニケと基本的な枠組みとしてはあまり変わりが無いものに映るものの、医療制度に特化して論点が深化されているという点に特徴を見いだすことが可能である。例

えば、特に患者・要介護者のニーズへの対応という観点についてより突っ込んだ議論を行っている点、医療関連技術に関する政策について大きな部分を割いている点、さらには医療関係職種の教育訓練等にまで踏み込んで言及しているのは、これまでの OECD の研究において体系的には行われていなかった分野である。

なお、同じく今回の会合において取りまとめられたコミュニケの中で、今後の OECD における医療に係るプロジェクトの方向性についても合意がなされている。その概要は次のとおりである。

○ OECD においては、今後、医療に関して次のような調査研究を実施すべきとされた。

- i) 毎年情報収集・公表が行われている「OECDヘルスデータ」の継続的な改良
- ii) 他の国際機関の事業との調和を目指した医療会計 (health account) 基準施行のための各国政府との協力
- iii) 各国の専門家との協力に基づく医療の質に関する指標、制度の実績指標等の開発
- iv) 病院の効率性、費用対効果の高い1次医療、高齢者に係る介護費用、疾病予防の経済効果、医療関連技術の開発等、OECD 諸国において重要と考えられる政策課題の分析

○ OECD の閣僚理事会に対して上記政策的優先事項について検討を深め、理事会に適切なプライオリティを助言する組織の創設について提言された。

今後は、これらの事情について具体的にどのように OECD 内における事業が行われるかにもよるが、さらに来年3月には4回目の社会保障担当大臣会合が予定されており、これらの会合を通じて、さらに OECD において各国の医療 (介護) 政策に関する分析が進められるものと考えられる。特に、単なる医療・介護制度に内在する観点からのみではなく、経済、財政、または科学技術などの多角的観点から制度の分析を行うことが比較的容易に



できることが、OECDのような組織において医療・介護政策の分析を行うことの大きな利点であり、OECDにおいてこれら学際的な観点に立った各国の制度分析を引き続き行い、各国が政策判断を行う場合の指針となるべき考え方を今後とも提示し続けることを期待する。

注

- 1) 日本が加盟した時点では21カ国であり、その後1973年のニュージーランドの加盟以降しばらくは24カ国であったが、1994年のメキシコの加盟以降東欧諸国を中心に加盟が相次ぎ(韓国も1996年に加盟)、現在の加盟国数は30カ国である。また、このように、社会経済の状況がかなり異なる国も1990年代後半以降に加盟してきている状況下において、共通した観点から社会保障に関する政策分析を行うことが容易ではなくなってきている面も指摘されている。
- 2) これらの作業は、直接的にはOECDにおける研究成果や刊行物のレビューを行うことにとどまるが、OECDにおける研究成果は、加盟国の代表が出席する作業部会等において議論され、必要に応じて内容の修正等が行われる(なお、山田(2001)を参照)ことが通例であるため、これによって、間接的には、国の政府機関が医療制度に関して持つ問題意識の移り変わり等がある程度は把握することが可能と考えられる。
- 3) その他、OECD(1988)においては、当時エイズが世界的な問題となってきたばかりであることを受けて、特にエイズ対策についても言及し、エイズの予防、ワクチン等の開発、発生动向の把握、正しい知識の普及等が重要な課題であると指摘している。
- 4) なお、既にこの時点においてドイツでは介護保険制度導入について議論が戦わされており、1995年4月に制度が導入されている。また、日本では、介護保険制度導入の契機となった「高齢者介護・自立支援システム研究会」報告書は1994年12月に取りまとめられている。
- 5) 前者はKalish他(1998)として、後者はOECD(1999)として刊行されている。
- 6) 筆者は、厚生省(当時)からOECDに派遣され、これらの報告書の作成に関与した。
- 7) 「高齢化研究プロジェクト」に関する情報は、本特集の執筆者の1人である山田篤裕氏に提供していただいた。
- 8) なお、本報告書の基礎となった各種論文が、“Towards High-Performing Health Systems: Policy Studies”としてOECDから2004年8月に刊行されている。

参考文献

- 尾形裕也 1999「OECD加盟各国の社会保障政策の動向」『海外社会保障研究』第127号：89-93
- 藤原，小野 1999「OECD社会保障大臣会議の概要」『海外社会保障研究』第127号：83-88
- 増淵勝彦 1999「OECD加盟各国の社会保障政策の分析」『海外社会保障研究』第127号：94-102
- 山田篤裕 2001「経済協力開発機構(OECD)における年金改革論」『海外社会保障研究』第137号：36-47
- 山田雄三 1982「OECD, the Welfare State in Crisis, Paris 1981—An Account of the Conference on Social Policies in the 1980's—」『季刊社会保障研究』第18号：No.1：129-132
- Kalisch, Aman, Buchele. 1998. Social and Health Policies in OECD Countries: A survey of current programmes and recent developments. Paris. OECD. 162p.
- OECD. 1981. The Welfare State in Crisis. Paris, OECD. 274p. (邦訳：厚生省政策課調査室他監訳。1983.福祉国家の危機～経済・社会・労働の活路を求めて～。東京，ぎょうせい。446p.)
- OECD. 1988. The Future of Social Protection. Paris, OECD. 55p.
- OECD. 1994. New Orientations for Social Policy. Paris, OECD. 129p.
- OECD. 1996a. Caring for Frail Elderly People: Policies in evolution. Social Policy Studies No. 19, Paris, OECD. 305p.
- OECD. 1996b. Ageing in OECD countries : a critical policy challenge. Social Policy Studies No. 20, Paris, OECD.
- OECD. 1996c. Ageing in OECD countries : a status report, Paris, OECD.
- OECD. 1996d. Health Care Reform: The Will to Change. Health Policy Studies No. 8, Paris, OECD. 136p.
- OECD. 1998. Maintaining Prosperity in an Ageing Society. Paris, OECD. 141p.
- OECD. 1999. A Caring World: The new social policy agenda. Paris, OECD. 156p.
- OECD. 2000. Reforms for an Ageing Society, Paris, OECD.
- OECD. 2001. Ageing and Income : Financial Resources and Retirement in 9 OECD Countries, Paris, OECD.
- OECD. 2004. Towards High-Performing Health Systems. Paris, OECD. 129p. (邦訳：阿萬哲也訳。近刊。世界の医療制度改革。東京，明石書店)
- (あまん・てつや 厚生労働省健康局総務課)