



海外社会保障研究

WINTER 2003

No. 145

特集：社会保険医療制度の国際比較：日、独、仏、蘭、加5カ国の医療保険制度改革の動向

特集の趣旨	尾形 裕也	2
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	5
ドイツの医療保険制度改革	田中 耕太郎	14
フランスの医療保険制度改革	稲森 公嘉	26
オランダの医療・介護保険制度改革	大森 正博	36
カナダの国民医療制度の改革		
— 連邦財政主義のもとでの皆保険の課題と展望 —	金子 能宏	53
日本の医療保険制度改革		
— 国保改革の重要性 —	泉田 信行	68

動 向

中国のWTO加盟と雇用構造の変化および雇用創出の対策	紀 韶	80
自殺の社会経済的要因と自殺予防対策の国際比較	山下 志穂・金子 能宏・反町 吉秀	89

書 評

舟場正富・齋藤香里著 『介護財政の国際的展開 イギリス・ドイツ・日本の現状と課題』	松田 亮三	98
--	-------	----

海外社会保障研究

WINTER 2003 No. 145

国立社会保障・人口問題研究所

特集：社会保険医療制度の国際比較：日、独、仏、蘭、加 5カ国の医療保険制度改革の動向

趣 旨

わが国の社会保障をめぐる議論において、2003年は、全体として「年金の年」であったといえる。例えば、11月に実施された衆議院の総選挙においても、各党が発表した「マニフェスト」における重要な争点の1つとして、2004年に予定されている年金制度改革（およびそれ以降の年金制度の全般的なイメージ）が取り上げられ、議論されてきた。「政権交代」が視野に入ってくる中で（立場の違いは格別）、年金問題は、もはや避けて通ることのできない内政上の重要課題の1つとなってきていることは、疑いのないところであろう。

このことについては、これまでわが国の社会保障に多少なりともかかわってきた者の1人として、感慨なしとしない。かつては、内政上の重要課題は、3K赤字（国鉄、コメ、健保）という言葉が象徴するように、社会保障分野においては、まず何よりも医療（保険）であった。1984年から85年にかけて、わが国の医療保険および年金の歴史に残る大きな制度改革が行われたが、当時の「内閣の命運をかけた」のは、医療保険制度改革の方であって、年金ではなかった¹⁾。しかしながら、その後の急速な少子・高齢化の進展は、年金問題を、医療問題をしのぐ社会保障分野における「トップ・アジェンダ」として、前面に押し出してきているといえる。一方、医療については、2002年に一定の制度改革が実施された後、現在は、ひとまず「小康状態」にあるように見える。

そうした中で、『海外社会保障研究』誌が、今回、「社会保険医療制度の国際比較」という特集を組むのは、時代錯誤なのであろうか。いや、決してそうではない、今回の特集には十分な意義がある、ということを明らかにするのが、本稿の主たる目的である。

まず、第1に、1990年代以降の国際的な医療制度改革の動向は、年金に勝るとも劣らない注目すべき内容を含んでいるということが挙げられる。本号掲載の各論文が具体的に明らかにしているように、そこには、伝統的な社会保険の概念を踏み越える可能性のあるものさえ含まれている（例えば、被保険者による保険者選択の自由の導入等）。年金制度が、割り切って言えば、「給付と負担」というカネの流れ、つづめていえば（世代間および世代内の）所得再分配の問題に単純化できるものであるのに対し、医療は、こうした単なるカネの流れのみならず、現物的なサービスの流れを伴うという点が大きく異なっている²⁾。そして、そうした現物的な医療サービスを適切かつ的確に受益者に提供するということが何よりも重要な点であり、各国は、こうした面においてこれまでさまざまな工夫を行ってきた。これらについての研究は、年金の場合以上に、社会保障理論の研究上、重要な論点を含んでいると考えられる。また、政策的な観点から、こうした医療サービスにおける需要・供給のダイナミックな関係を検討していく上で、近年における各国の経験は大いに参考になるだろう。

第2に、少子・高齢化の影響は、年金制度のみならず、介護を含む医療制度においても大きなものがあるということが挙げられる。確かに、給付費総額や社会保険財政という観点からは、医療よりも年金の方が、こうした人口構成の変化の影響をより強く受けることは事実である。例えば、わが国の社会保障給付費の構

成を見ると、かつては医療の方が年金を上回っていたが、1981年度に逆転してからは、年金はずっと医療を上回るペースで増大しており、2001年度には、社会保障給付費総額に占めるシェアは、「年金」52.3%に対し、「医療」は32.7%となっている³⁾。「医療」は今や給付費総額の三分の一足らずを占めるに過ぎなくなっているのである。しかしながら、このことは、ただちに医療問題の重要性の低下を意味しているわけではない。少子・高齢化の影響は、医療サービスの「総量」のみならず、その「内容」に大きな変化をもたらしているということに留意すべきである。各国は、独立した介護保険制度の創設を含め、何らかの形で、long-term careの問題に取り組まざるをえなくなってきた⁴⁾。また、急性期医療と慢性期医療の適切な区分および対応、あるいは、いわゆる「キュアからケアへ」という動きも大きな問題である。年金制度に比べると、提供する給付の「総量」のみならず、その「内容」自体に大きな変更を余儀なくされてきているというのが、医療の場合の特徴であると考えられる。そして、「内容」の変更については、「総量」のコントロール以上に、多様な政策選択肢の慎重な検討が必要である。そうした観点からは、やはり、近年の各国のさまざまな経験に学ぶことには大きな意義があるといえるだろう。

第3に、日本の医療制度改革は、2002年の改革によって決して終わったわけではないということである。2002年の改革が一定の成果を上げることができたのは、現行の老人保健制度の手直し等、その現実的な改革という性質によるところが大きかったものと思われる⁵⁾。しかしながら、その一方で、「現実的な改革」は、同時に「暫定的な改革」を意味しているということに留意する必要がある。今回の改革の財政効果はせいぜい5年程度のものと思われており、改革法が成立した翌年の2003年3月には、すでに次の改革の「基本方針」が閣議決定されているのである⁶⁾。そして、この「基本方針」においては、基本的に都道府県を単位とする保険者の再編・統合、前期高齢者および後期高齢者に対する制度的対応の区分といった、かなり思い切った(それだけに問題も多い)改革提案がなされている。こうした状況は、例えば、カナダが2002年末に「カナダの医療の将来に関する検討委員会」報告書を公表し、制度改革に着手しようとしていることや、フランスが2003年10月に「医療保険の将来に関する高等評議会」を設置し、制度改革の検討を始めていることなども軌を一にするものである。医療制度については、現在は、各国とも90年代以来の改革が一段落し、次のステップに入ろうとしている時期にあたる可以考虑することができる。そういった時期に、各国の制度改革の動向を比較検討し、将来を展望することには大きな意味があるものと考えられる。

最後に、今回の特集で取り上げた5か国について、一言しておきたい。これらの国のうち、カナダを除く4か国は、いずれも、いわゆる「社会保険方式」の医療制度を採用している国々である。後出論文に見られるように、これらの国々の医療制度は、それぞれの特徴や相違点を有しながら、「社会保険方式」の制度という基本的な点では共通している。これに対し、カナダは、財源的には一般税による制度であり、社会保険料を主たる財源とするという意味での「社会保険方式」ではないことは明らかである。しかしながら、カナダのMedicare制度については、一般にこれをhealth care insurance planと呼び慣らわしており、「保険者」としての州政府、「被保険者」としての地域住民というとらえ方もされていること、また、イギリスのようなNHS方式とも異なり、基本的に医療サービスの供給は公私ミックス型となっていること⁷⁾などを踏まえ、本特集においては、広い意味での「社会保険」グループに属するものとしてとらえることにした。これらの5か国は、イギリス及びアメリカを両極とする医療制度の国際比較の座標軸において、カナダを最左翼とし、オランダを最右翼とする中間的なスペクトラムに位置しているものと考えられる(尾形論文図1参照)⁸⁾。これらの相対的に比較

的よく似た制度の現状、課題および政策的対応を比較検討し、わが国の医療制度の将来展望に対して参考となる資料を提供することができれば、本特集は、その責務を果たしたといえることができるであろう。

注

- 1) このことは、もちろん、当該年度の予算編成に直接響いてくる医療保険の方が、長期的には大きな影響を及ぼすが当面の影響は軽微に留まる年金よりも、政治的に重要視されやすいということの反映でもある。ちなみに、医療保険改正法は通常「予算関連法案」であるのに対し、年金改正法は通常「予算非関連法案」である。結果的に、このときの「健保改革」は、(昭和)「59年改正」と呼ばれているように、1984年に成立したが、一方、基礎年金の導入を含む年金制度の大改正は、1年後の「60年改正」となって実現している。
- 2) わが国における「保険者機能」論が、主として医療(ないしは介護)保険をめぐる議論であって、年金保険をめぐる議論ではない、ということも、こうした「サービスの流れ」の有無の1つの結果であると考えられる。「保険者機能」論については、尾形[2000]を参照。
- 3) 2000年度から2001年度にかけての社会保障給付費の推移で特徴的なのは、「年金」の伸び率が3.3%、「医療」の伸び率が2.4%であるのに対し、「福祉その他」の伸び率は11.6%、中でも「介護対策」の伸び率は27.0%ときわめて高いことである。その結果、医療・介護総計では(医療のシェアが低下しているにもかかわらず)総給付費に占めるシェアは37.5%から37.8%へと増大している。
- 4) そうした意味で、最も象徴的なのは、オランダにおける1年以上の入院等を対象とした長期ケア制度(例外的医療費法AWBZ)であろう。
- 5) 2002年医療制度改革の評価については、尾形[2003]を参照。
- 6) 「基本方針」によれば、医療保険制度の再編等にかかわる部分の改革については、5年後の2008年度を目途に検討を進めることとされている。
- 7) これらの点については、尾形[2002]を参照。
- 8) OECD[2003]によれば、5か国の医療費の対GDP比率(2001年)は、次の通りである。ドイツ10.7%、カナダ9.7%、フランス9.5%、オランダ8.9%、日本8.0%。これらの5か国は、8%~10%台で並んでいるといえる。

参考文献

- 尾形裕也 2000 「「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
尾形裕也 2002 「日本とカナダの医療保険制度改革：共通の課題と多様性」『海外社会保障研究』No.139 所収
尾形裕也 2003 「医療制度改革と中小病院経営」『WAM』2003年11月号所収
OECD, 2003. *OECD Health Data 2003*, OECD, Paris

(尾形裕也 九州大学大学院医学研究院教授)

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ている。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、明らかな強みとなる。

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

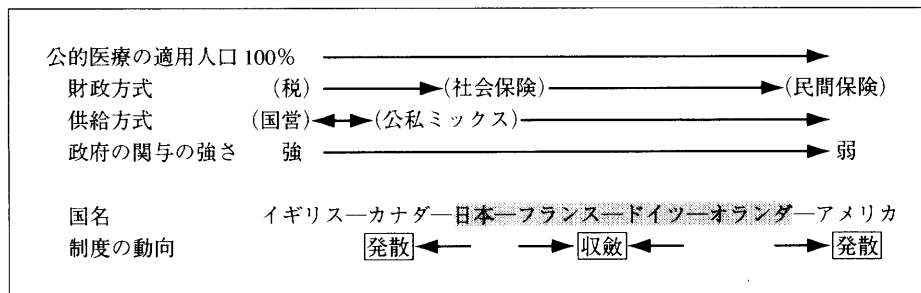


図1 医療制度の国際比較のための座標軸(試案)

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つて、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)の適用を受けることとされている。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一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う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)

ドイツの医療保険制度改革

田中 耕太郎

■ 要約

ドイツの90年代以降の医療保険改革は、与野党が攻守所を変える形で対立と妥協を繰り返しながら数度にわたって行われてきた。この間に、保険者選択制とリスク構造調整の導入など、公的医療保険の基本枠組みを変える画期的な改革も行われてきたが、医療費の増加と保険料率の上昇は止まらず、2002年初にはついに史上初の14%台にまで達した。このため与野党が精力的に交渉した結果、医療保険近代化法が成立して2004年から施行されることとなった。その中では費用負担のあり方をめぐって過去に各党間で意見が鋭く対立してきたものも含め大胆な見直しが行われているが、それを成立させたのは、公的医療保険は今後とも必要な医療水準を確保していくが、高い失業率の下で賃金追加コストとなる事業主の保険料負担の抑制が政策の最優先課題である、という共通認識である。医療の質と効率性を高めつつ必要な費用負担をどう行っていくか、ドイツの取り組み例から検証する。

■ キーワード

ドイツ、医療保険改革、賃金追加コスト、事業主の保険料負担、新たな医療供給モデル

I はじめに

本稿は、社会保険方式で医療保障を行っている代表的な国の一つであるドイツについて、尾形論文で述べられているISSA（国際社会保障協会）イニシアティブで示されたような共通の視点から、90年代以降の医療保険改革の構造分析と評価を行い、日本の医療保険政策への示唆を得ようとするものである。

ドイツでは、1988年末に医療保険改革が行われて以降、東西ドイツ統合を挟んでこの十数年間に数度の大きな改革が行われてきた。しかも、2大政党と少数政党が攻守所を変えて、それぞれの政治理念と現実をふまえ、対立を繰り返しつつ、節目の重要な改正については妥協を図って合意を形成してきた。そして、10年間の対立を経て久しぶりに与野党が合意して成立させた2004年医療保

険近代化法により、この間の改革の流れの大きな収斂の方向性が見えてきたと考えられる。

このため、本稿では、まず90年代の主要な改革の目指す内容と位置付けを明らかにしながらこの間の流れを俯瞰し、それを踏まえて一連の流れの中から明らかになってきた改革の方向性を、いくつかの共通の視点で貫いて分析評価を加えてみることにする。

II 主要な改革の内容と位置付け

1. 1989年医療保険改革法（GRG1989¹⁾）

(1) 経緯・趣旨

80年代を通じて医療費が賃金の伸びを上回って増加し、保険料率が11%台から12%台へ、さらに1988年内にも史上初の13%台が不可避と見られた状況下で、保険料負担の増加がもたらすさま

さまざまな社会経済上の弊害を除去するため、医療保険の経済性を高め、保険料を負担可能な限度内に抑えるため、公的医療保険のオーバーホールを行う、という位置付けで行われた。法案は医療関係団体や野党の激しい反対もあったが、コール首相率いるキリスト教民主/社会同盟(CDU/CSU)と自由民主党(FDP)の連立与党は1988年11月に連邦議会で法案を可決し、連邦参議院の同意も得て1989年1月から施行された。

(2) 主要な改正内容

① 公的医療保険のカバーすべき範囲・水準の見直し

公的医療保険からの給付範囲・水準は、医療上十分であって、かつ、目的に即して経済的で質が確保されている水準までとする観点から給付の見直しが行われた。その結果、医薬品と補助材料について定額給付制(日本でいう参照価格制)が導入された。また、埋葬料については国民経済の発展に伴い今日では予め自分で備えることができるようになっていくことを理由に将来に向けて廃止された。

他方で、この改革の積極的な側面として、全体の削減額の約半分を用いて、社会の新たな課題に対応するために重度の要介護者に対する在宅介護給付を創設した。

② 自己責任の強化

歯科集団健診の拡充や歯科個別健診および定期健診を導入し、健診受診者に対する歯科補綴の給付率を上乘せする措置を講じたほか、歯科補綴、移送費、定額給付が設定されていない医薬品、入院、各種療法に対する患者一部負担を大幅に引き上げた。

(3) 小括

この改革はこのほかにも経済性の強化のためのさまざまな工夫を盛り込み、支出削減規模も年

間約138億マルクと大きく、第1次医療保険改革といわれる。しかし、改革の対象が需要側に偏っていたことなど課題も残し、加えて、直後に起きた東西ドイツの統一という歴史的な出来事とその結果としての社会保険を含めた旧西ドイツの経済財政負担の急増と保険料率の上昇は、さらなる構造面に踏み込んだ改革を必要とした。

2. 1993年医療保険構造法(GSG1993)

(1) 経緯・趣旨

GRG1989によって医療費は一度は減少を示したものの、早くも1990年中頃から賃金の伸びを大幅に上回る増加を始め、1991年は56億マルク、92年は91億マルクもの大幅な赤字基調に転じた。このため、医療費増加に緊急ブレーキをかけるとともに、より踏み込んだ構造改革を行う必要に迫られ、野党との間で妥協点を探るねばり強い交渉を行ってついに合意に至り、これを基にしたGSG1993は短期間で連邦議会で可決され、連邦参議院の同意も得て1993年1月から施行された。

(2) 主要な改正内容²⁾

① 予算制の導入と患者負担の引き上げ

医療費の急増に対して当面緊急にブレーキをかけるため、入院、外来の各分野に対して、1993年から95年までの間、法律に基づき給付総額を1991年の給付費を基礎にその後の保険料賦課対象収入の伸びの範囲に抑える予算制が導入された。また薬剤費についても1993年の給付総額について予算制が設けられ、94年からは基準処方量による経済性のチェックが行われることになったほか、定額給付が設定されていない医薬品については93年から2年間にわたって価格が5%引き下げられた。加えて、薬剤に対する患者一部負担も従来は一律3マルクだったものが1993年からは価格に応じ、94年からは包装単位に応じ、それぞれ3、5、7マルクへと大幅に引き上げられた。

② 医療供給側の見直し

入院医療費について、病院ごとの1日当たり定額の療養費の支払い方式を改め、1件当たり包括払い、特別報酬、診療部門別療養費という新たな診療報酬支払い方式が1996年から全面的に導入されることになった。また、保険医の過剰供給を是正するため、1999年からは保険医需要計画に基づく保険医過剰地域での新たな保険医の承認の基準を厳しくするとともに、保険医の68歳定年制が導入された。

③ 保険者選択制とリスク構造調整の導入

ドイツの医療保険の保険者には歴史的経緯により、義務的(一次)金庫のなかにも地区疾病金庫(AOK)、企業疾病金庫(BKK)、同業者疾病金庫(IKK)などその設立基盤を異にする各種の疾病金庫があり、さらにこれらの義務的金庫との間で選択して加入できる代替金庫があるという具合に保険者が分立していて、しかもその被保険者の性別、年齢、扶養率、所得水準などのリスク像において構造的な格差があり、それがまた8%から16%までの保険料率格差を生じていた。

このため、保険者の選択制を通じて保険者間競争を高め、効率的な運営を実現するためには、競争の土俵を整える必要があった。また、代替金庫がほぼ自由に選択できるホワイトカラーに対して労働者についてはこれが事実上制限されていたため、保険者間の保険料率の大きな格差の存在と合わせて基本法の平等原則との関連でも疑義が出され、この面からも取り扱いの格差の是正が求められていた。

このような背景の下で、医療支出面でのリスク差である性別、年齢、傷病手当金請求権の内容の相違、障害年金受給の有無、そして財政負担力の面でのリスク差である所得(扶養率の差を含む)について財政調整を行うこととされ、まず1994年から一般医療保険を対象に、そして95年からは年金受給者医療保険を対象を拡大して全面的なリスク構造

調整が導入された。さらにその結果を踏まえて96年から保険者選択制が導入され、各年末の3カ月前までに申し出れば翌年初から保険者を移ることができることになり、97年初から移動が始まった。

(3) 小括

GSG1993は長いドイツの医療保険の歴史の中でも基本的な枠組みの変更を行った画期的なものだったが、その効果が医療費の面で出て来るには時間を要し、また仕組み自体が不十分だったこともあり、予算制で強制的に医療費を抑制した1993年から94年にかけては医療費が大幅に減少したものの、95年からは再び保険料収入の伸びを超えた増加基調に転じ、保険料率も上昇したため、さらなる改革を迫られた。

3. 1997年第3次医療保険改革(NOG1997)

(1) 経緯・趣旨

1995年から96年にかけての時期は、戦後最悪の失業率を背景に、失業問題の解決とそのためのドイツへの企業立地の確保が社会経済政策上の最大の政治課題となった。このため、連立与党は96年4月に投資と雇用の確保のための50項目からなる「経済成長と雇用拡大のためのプログラム」を決定し、規制緩和、税制改革、雇用制度改革と並んで、高い賃金追加コストの原因である社会保険料負担の抑制を図ることとした。

しかし、このために連立与党が提出した中核的な法案は、野党社会民主党(SPD)が多数を占める連邦参議院の同意が得られず廃案になったため、急きょ、当初案の中から連邦参議院の同意が不要な内容だけを取り出した形で、第1次及び第2次の「公的医療保険における自治と自己責任の再編に関する法律案—新秩序法(NOG)」が連邦議会に提出されて可決され、連邦参議院は否決したものの、連邦議会で再可決されて成立し、97年7月から実施された。

(2) 主要な改正内容³⁾

① 保険料率の引き上げの抑制と患者一部負担の大幅な引き上げ

保険料率の引き上げを困難にするために、保険料率引き上げと患者一部負担との連動制の導入や保険料引き上げの際の特別な脱退権の保障などの措置が導入された。また、患者一部負担が定額負担については一律5マルク、定率負担については一律5%ほど引き上げられ、この結果、患者負担はこれまでになく高まった。ただし、負担能力を超えた過重な負担を生じないよう、過酷緩和条項の改善を同時に図っている。

② 給付範囲や費用負担の新たなルールと民間保険的要素の導入

歯科補綴の給付について、1996年の保険料負担軽減法により、施行日に18歳未満の者については公的医療保険の保険給付から削除されたのに続いて、この改正により、保険給付についても従来の現物給付・定率補助の仕組みが定額補助、つまり差額負担の仕組みに改められた。

また、病院の大規模修繕に充てるための被保険者のみの負担による特別保険料の徴収や被保険者のみの保険料負担による任意給付を疾病金庫が定款で設けることができること、さらには償還払いの場合の償還免責額の設定と保険料率の割引や、給付を請求しなかった被保険者に対する保険料の還付など、自己責任の考えを強化した民間保険的要素が大幅に導入された。

(3) 小括

NOG1997は各州選挙で躍進して連立与党内で発言力を強めたFDPの影響下で、これまでの医療改革の中では最も市場経済指向を強め、個人主義的な民間保険の手法が取り入れられた改革だった。しかし、翌年の総選挙で政権交代が起き、16年ぶりに与党となったSPDと連帯90/緑の党はその公約通り、この改正内容のほぼすべてを廃止し

て元に戻した。

4. 2000年医療保険改革法(GKV-GR2000)

(1) 背景・趣旨

1998年秋の総選挙で16年ぶりに政権の座にいたシュレーダー首相率いるSPDは連帯90/緑の党との連邦レベルで史上初の連立政権を樹立し、その選挙公約に従って前政権の保険料負担軽減法1996とNOG1997によって改正された内容のほぼすべてを撤回したうえで、改めて新政権の考える医療保険改革法案を提出した。

しかし、その内容は伝統的なSPD的な統制的な手法が中心で、しかも前政権の政策とは対照的に直接に医療供給のあり方に踏み込む内容が中心だったため、医師など医療供給側の激しい反発・抵抗を招き、連邦参議院の多数を占める野党の強い反対もあって、結局はその同意の不要な内容に絞って立法化せざるを得なくなった。

こうして当初の目玉だった総額予算制や病院投資財源の保険財源への一元化と病院設立への疾病金庫の関与の拡大などは法案修正の段階で削除され、医療費抑制の観点からは不十分な内容となった。

(2) 主要な改正内容

① 分野別の予算制の継続

総額予算制は野党の反対等により断念されたが、外来診療、入院、薬剤の分野については引き続き予算制が維持されることとなった。

② 統合サービス(Integrierte Versorgung)の導入

ドイツの医療サービスは外来と入院が峻別され、保険医による外来診療については強制加入の保険医協会を一元的な窓口としてこれに全面的に委託するという形で実施されてきた。統合サービスモデルは、この構造に穴を開け、疾病金庫が個々の開業医、そのグループ、あるいは病院など分野を越えてさまざまな医療サービス供給主体と

直接に契約を結び保険診療を提供することを可能にするもので、保険者選択制と結びついて〈ドイツ型マネジドケア〉を目指すものである。それだけに、医師側はこれに激しく抵抗し、最終的に政府与党はこの法律を押し通したが、実施に移すための当事者間の交渉は難航し、制度が導入されて4年経った現在もこの新たなサービス供給形態はまだほとんど動いていない。

③ 入院医療に対するDRGの全面導入

入院医療費の支払方式については、すでにGSG1993により1件当たり包括払い方式と特別報酬が導入されたが、これが入院医療費全体に占める割合は20～25%程度にとどまり、残りは依然として個別の病院ごとの前年の実績に応じて1日当たり療養費により支払われている。このため、入院医療の質、透明性、経済性の向上を図るため、DRGを導入することとされ、その後、具体的導入手続き等を定める包括払い法が2002年3月に連邦参議院の同意を得て成立した。同年6月には病院協会が疾病金庫連合会との交渉の決裂を宣言したものの連邦保健省が規則により2003年DRGカタログを制定し、2004年からは精神病院を除く全病院がDRGの導入を義務づけられることとなった。

(3) 小括

2000年医療改革は以上見てきたように、左派政権になって初めての医療改革で、従来の主張を貫き、患者や被保険者への負担の転嫁を修正して正面から医療提供体制のあり方や診療報酬支払い方式の改善を通じて医療の質と経済性を向上させようとしたものだった。しかし、その改革内容に対して医療供給側の反発が激しく協調体制がとれなかったことに加え、連邦参議院の同意不要な内容に限らざるを得なかったことから、将来に向けて新たな仕組みの種は仕込まれたものの、中途半端な内容に終わり、医療費の面でも抑制効果は出ずに終わった。

5. 2004年医療保険近代化法(GMG2004)

(1) 背景・趣旨

2001年1月にシュレーダー首相はBSE騒動の処理をめぐる対応の不手際の問題に対処するとともに、医療供給側との激しい対立と相互不信を解消するねらいもあって、連邦保健大臣をSPDのシュミット女史に交代させた。しかし、同大臣が就任直後に医療担当者の不満の強かった薬剤予算制の廃止を明言したのをきっかけに、薬剤費の大幅な増加が始まった。このため、急きょ、薬剤定額給付調整法を制定するなど医療費抑制の姿勢を強めたが増勢は止まらず、2002年初の平均保険料率は史上初の14%台を記録した。さらに2002年に入っても景気後退により保険料収入が伸びない中でこれを越えた医療費の増加が続き、同年で約30億ユーロの赤字が見込まれるにいたった。このため、連立与党は11月に、薬剤費用の削減措置や診療報酬のゼロシーリングなどの緊急措置を内容とする保険料率安定化法を成立させ、2003年1月から施行した。そして、これにより当面の財政が一息つく見通しがついたため、引き続き、医療保険改革に取り組むこととした。

政府は2003年5月28日に医療保険近代化法案(GMG)を閣議決定し、引き続き、与野党合意による改革案作りに向けて精力的に交渉を行った結果、ついに合意にいたり、これに基づく法律案⁴⁾が9月に連邦議会に提出されると9月26日に連邦議会でスピード可決され、引き続き連邦参議院でも10月17日に同意され、2004年1月から施行された。

(2) 主要な内容

① 新たな費用負担のルールの導入一関係者による負担の分かち合い

今回の改正の最大の眼目は、財政負担の新たな枠組みの導入という点にある。一向に改善しない高い失業率を下げ、雇用を創出するために、上昇を続ける社会保険料の事業主負担を何としてでも

軽減することを至上命題とし、そのためにすべての関係者が負担を分かち合う内容となっている。

具体的には、埋葬料と出産一時金等の金銭給付や非処方せん薬、眼鏡、外来の交通費等の給付範囲からの除外、歯科補綴と傷病手当金の被保険者単独での保険料負担、薬剤定額給付対象への特許保護下の一定の新薬の追加および歯科補綴への定額補助制の導入、母性手当等の保険になじまない給付への連邦租税財源の投入、患者一部負担の強化といった内容で、これまで与野党の対立の中で導入と廃止を繰り返してきた各種の手法がついに両者の合意の下で妥協の産物として盛り込まれている。

② 新たな医療供給システムに向けての試み

今回の改正の中には、将来の効率的で質の高い医療サービスの確保に向けて次のようないくつかの意欲的な仕組みも盛り込まれている。

- 保険診療のあり方を審議する委員会等への患者代表の参加など、患者主権の強化
- 償還払い制の選択、予防措置や家庭医モデル・統合サービス・疾病管理プログラムなどの方式に参加する被保険者に対するボーナスの提供、償還限度額に応じた割引保険料率表の提供など、疾病金庫の選択肢の拡大
- 2004年から3年間、診療報酬総額の1%を統合サービスモデルの普及に充当
- 根拠に基づく医療 (EBM) のガイドラインや疾病管理プログラムの推奨、医薬品の有用性の評価等の医療の質の改善のために政府から独立した研究所の設立

(3) 小括

この改革は、何よりもまず、GSG1993を最後として与野党が攻守所を変えつつも、連邦参議院での与野党逆転という状況下で、対立と中途半端な改革を繰り返してきた状況に終止符を打ち、10年ぶりに与野党が妥協を図って一致して改革内容を

取りまとめた点に意義がある。そして、本来のスタンスの違いにもかかわらず、史上初の14%台の保険料率という事態を迎え、雇用創出による失業の改善が今のドイツの経済社会にとって立場を超えた最優先の政策課題であることを改めて確認した。しかし、同時にそれ故に、この改正内容には異なった質や方向性の改革内容が混在しており、それらはやがて整理が進んでいくものと考えられる。

III 共通の視点からみた数次の改革の評価と方向性

以上見てきたように、十数年来の政権交代を含めた歴代政権がとってきた医療改革の方向性を検証してみると、言うまでもなく今後の政治経済の変化や医療費の動向によって変更される余地は留保しなければならないが、現在までの流れを見る限り、政策の選択肢の幅は収斂しつつあり、改革の方向性は相当に明確になってきたと言ってよいのではないかと考えられる。その主な項目について、以下、分析を試みる。

1. 最優先の政策課題の明確化

雇用の創出による失業の改善が経済社会政策上の最重要課題であり、そのためには、企業の賃金追加コストである社会保険料負担の軽減をなすり構わず最優先する、という認識が与野党問わず共有され、労働組合を基礎に持つSPDの現政権においてもこの方針が明確に打ち出されたことの意味は大きい。

そのために、詳しくは4.で分析するが、医療保険については、公的医療保険の給付範囲の縮小、混合診療 (差額負担) の拡大、患者一部負担の引き上げ、連邦租税財源の導入、保険料の労使折半原則の一部修正による被保険者のみの負担による保険料の導入など、要は必要な医療水準は今後とも確保しつつ保険料の事業主負担の引き下げの

ためのあらゆるオプションを駆使したといえることができる。

2. 保険者のあり方(選択制、統廃合、リスク構造調整)

(1) ねらいと効果

ドイツの医療保険はもともと皆保険ではなく高所得層や官吏などについて民間保険との選択・競争という基礎があり、加えて公的医療保険の内部においても地区疾病金庫などの義務的金庫と代替金庫との間でホワイトカラーを中心に疾病金庫間の選択と競争という土壌を有していた。GSG1993はこれを一挙に原則として全疾病金庫間へと拡大するとともに、その間の公平な競争の条件整備として被保険者の性別、年齢、所得などの構造的リスク格差を調整する仕組みを導入したものである。

その結果、制度導入後の数年間に疾病金庫間の保険料率格差は大幅に縮小し、全疾病金庫の平均保険料率の上下1%を超える保険料を負担している加入者数は、1994年には全体の27%にもなっていたのが99年には6.5%にまで減少した。また疾病金庫の種類別の平均保険料率も急速に格差が縮小した。

さらにもう一つのねらいであった、競争的環境を通じて疾病金庫の統廃合を進め規模を適正なものにするという点で見ても、1993年に1,221あった疾病金庫は2003年には319と、この10年間で4分の1近くにまで減少した。また、従来のお役所的な疾病金庫の事務マネジメントを改善し、加入者に対する顧客サービスを向上させるというねらいについても、職員の資質の向上と顧客サービスが改善されたという評価も広く認められている。

(2) リスク選別の激化と枠組みの動揺

このように当初数年間はほぼその目的を達成したかに見えたリスク構造調整と保険者選択制だったが、1998年から99年あたりにかけてリスク構造

調整の限界が露呈し始め、小規模の企業疾病金庫を中心としてリスク選別が活発化し、その結果として保険料率の格差の拡大とさらなる被保険者の金庫間移動が加速した⁵⁾。その結果、かつて社会的ステータスの高かった代替金庫も軒並み競争力を低下させ、1996年から2002年までの6年間で、地区疾病金庫は387万人、職員代替金庫は193万人といずれも大幅に被保険者を失い、他方で企業疾病金庫は489万人もの被保険者を獲得するなど、雪崩を打って被保険者の移動が生じ、制度の基本枠組みが崩壊しかねない状況に至った。

このため政府与党は、2001年にリスク構造調整改革法を成立させ、移動の沈静化を図る一方で、高額医療費に対してリスクプールを導入するとともに、糖尿病などの慢性疾患患者に対する疾病管理プログラムを普及させるためにその医療費をリスク構造調整の対象とするなどの改善を行った。さらにこのようなリスク選別を制度的に封じて意味のないものにするため、これまでの性別や年齢別などの間接的なリスク指標による調整から直接的な有病率を指標とするリスク調整に根本的に改めることとし、2007年からの全面切替を目指すタイムスケジュールを法律で設定した。

(3) 評価と展望

このように、リスク構造調整と結びついた保険者選択制は、10年も経ずして大きな試練に立たされることとなった。この枠組みが今後とも質の高い医療を効率的に供給する切り札となるのかどうかは、今後の新たな有病率指標による調整制度が理論的にも実務的にも実施可能なものとして開発できるかどうかにかかっており、その見通しについては予断を許さない。さらに、保険者間の競争が保険料率だけの競争に終わらず、提供できる医療サービスの質の競争にまで行くには、統合サービスや疾病管理プログラムなど、医療供給側に対する影響力を強める必要があるが、これもアメリカ

のマネジドケアに見るまでもなく医療供給側との激しい軋轢を生む可能性が高い。

このような新たな困難に直面しているにもかかわらず、現在までのところドイツでは、《連帯下の競争》という概念自体には与野党を問わず基本的な疑念や異論を挟む雰囲気はなく、当分は党派を超えて主流の位置を占め続ける勢いである。

私見によれば、リスク選別は競争下に置かれた保険者にとって極めて合理的な経済行動であり、他方、医療リスクをどれだけ精緻に類型化しても7000万人もの対象者についてリスク選別を意味無からしめるような指標の開発は困難であると予測されるため、この制度枠組みは限りなく連帯の解体へと向かうことになるのではないかと危惧しており、今後数年間の展開にはとりわけ注視したい。

3. 医療費適正化と医療の質の向上

(1) 新しい医療供給モデルの推進

ドイツの医療は、かかっている費用がアメリカ、スイスに次いで高いにもかかわらず医療の質はヨーロッパの中でも中程度で、医療サービスには過剰・不足・ミスマッチが存在しているというのが専門委員会の鑑定書で公表されて以来、ほぼ共通の認識になりつつある。

このため、統合サービスや家庭医への診療報酬配分の重視、疾病管理プログラムなど、医療サービスの質の向上のための各種措置が今後とも推進されるものと考えられる。また、病院に対するDRGも2004年から全面实施され、さらに改善が加えられていくであろう。

(2) 質の評価・情報提供の促進

医療の質に関する文献や情報を収集し、科学的根拠に基づいた診断や治療のガイドラインの策定、普及や医薬品の有用性の評価を行うための研究機関がGMG2004により設立されることとなり、このような方向性自体は政権交代があったとしても逆

転することは難しいものと考えられる。しかし、医療の内容に対して国の直接的な関与が強まることにはFDPはもちろん、CDU/CSUも距離を置く可能性は十分あり、現にGSG1993で法律上設けられた医薬品研究所の設置や医薬品のポジティブリストなどは実施に移されないままに条文が削除された経緯もあるため、手法をめぐってはなお綱引きが行われる可能性も否定できない。

(3) 予算制

外来、入院、薬剤費など、各分野ごとの予算制による総額の抑制は、GSG1993で導入されて以降、政権を問わず医療費の急騰に対応する緊急措置として繰り返し用いられてきた。しかし、この手法は、基本的には応急のやむを得ない短期的手段として認識されており、中長期的にはこの手法は効率的な資源配分を歪める副作用も大きく、具体的手法も含めて課題は多く残っている。

4. 給付範囲の見直しと財源負担のあり方

この十数年間の数次に及ぶ改革を通じ、財源負担のあり方については各党が鋭く対立を繰り返してきたが、一方で、この間に現実をふまえて相当の歩み寄りも見られ、GMG2004で、これまでに試みられたさまざまな手法がほぼ出そろった感があり、今後の日本における選択肢を考える上でも示唆に富むものと考えられる。以下では、図1の概念図を参考にしつつ、医療費負担の選択肢別に整理して分析してみたい。

(1) 医療費総体の効率化(図1の①)

このアプローチは、医療費用の分担を論ずる前にまずは何よりも追求されるべき方向であり、そのための政策手段としては上記3.で述べた各施策が該当するであろう。ただし、このアプローチは、医療供給者側にとっては総収入が直接に抑制され、また手法によってはプロフェッショナル・フリーダム

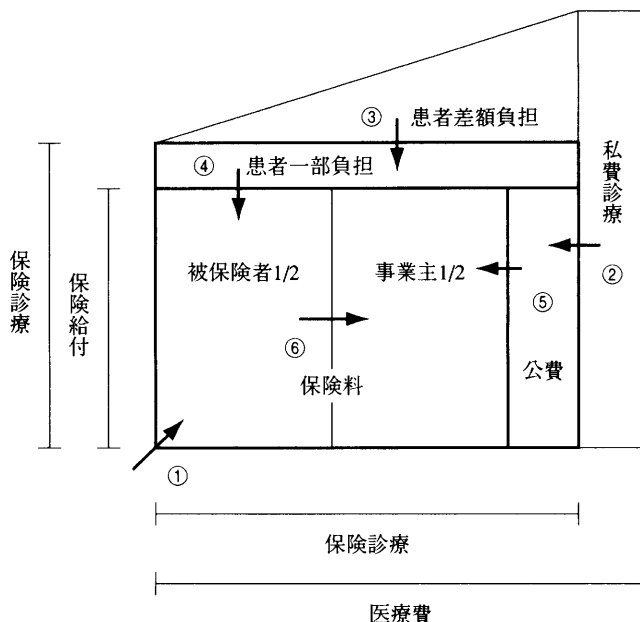


図1 医療費の範囲と費用負担の選択肢(概念図)

が侵されることにもつながるため、医療供給側の反発が最も強く、軋轢を生むアプローチであることも理解しておく必要があり、質が高く効率的な医療の提供に向けて医療供給側をも巻き込めるようなインセンティブを設けるような配慮も必要となる。

(2) 保険給付の範囲からの除外(図1の②)

公的医療保険の給付水準を適正なものに維持しようとする以上は保険給付のカタログから除外できる余地はそれほど大きくはない。それでもこれまでの改革で主に次のような給付が除外ないし給付制限されている。

a) 埋葬料等

GRG1989ですでに将来に向かっては廃止されたが、経過的に当時すでに被保険者であった者についてはなお給付が残されていたものの、その後も金額の減額が行われ、最終的にGMG2004により給付そのものが完全に廃止された。このほか、出産一時金や医療上の必要

がない断種治療も保険給付から除外された。

b) 非処方せん薬や生活改善薬

GMG2004により、12歳以下の子どもなどの例外を除き、要処方せん薬以外の医薬品は原則として保険給付から除外されたほか、勃起不能治療薬、禁煙剤、肥満治療薬など主に個人の生活改善に役立つ医薬品なども除外することが法律上明確化された。

c) 歯科補綴

齲歯の予防は多くの場合可能であり、また個人の責任による部分が大きいため、1996年の改正により施行日に18歳未満の者については公的医療保険の給付から除外されたが、その後の政権交代に伴い1999年の改正により再び給付範囲に含まれることとされた。GMG2004ではこのような各党の見方の相違を反映して、歯科補綴は2005年からは法定給付からは除外され、各疾病金庫の義務的な定款に基づく給付という位置づけになった。そしてその費用は、

被保険者のみの負担で賃金比例ではない保険料により賄われることになり、さらに被保険者はこれによるか民間保険に加入するかを選択できることになった。

d) 眼鏡、通院の交通費

GRG1989により眼鏡については定額給付の対象とされ、また交通費については患者一部負担が大幅に引き上げられたが、これらの給付はGMG2004により原則として給付から除外された。

(3) 混合診療(差額負担)の拡大(図1の③)

GRG1989により薬剤分野で導入された定額給付制は逐次対象範囲を拡大して薬剤費の引き下げに効果を発揮してきたが、新薬開発指向の製薬企業にとっては脅威となった。このためそのロビー活動によって1995年には法律改正が行われて特許期間中の医薬品を対象から除外する規定が盛り込まれた。また、個別の定額設定をめぐって対象となった企業は、定額設定を疾病金庫連合会が行う点を取り上げてEUカルテル法違反で普通裁判所に出訴して一部の裁判所では勝訴するなど、その法的安定性が揺らいできた。このため政府は2001年に薬剤定額給付調整法を成立させて訴訟管轄を社会裁判所に一元化するとともに司法の最終判断が出るまでの間、カルテル法の問題が生じないように定額設定を連邦保健省規則により直接定めることとするなど、対抗措置を講じてきた⁶⁾。このように新薬開発との調和という問題は残すものの、この制度は政権交代の中でも一貫して薬剤の費用抑制の有力な手段として支持されてきている。

もう一つの有力な分野である歯科補綴分野における定額補助制度は、NOG1997でいったんは導入されたものの、導入直後の運用の混乱のうちに政権交代により廃止され、現物給付に戻された。しかし、GMG2004により再度導入され、疾病金庫が定款に基づいて給付する歯科補綴は定額補助の対象とされることとなった。

(4) 患者一部負担の強化(図1の④)

NOG1997は薬剤費を始めとして従来の患者一部負担を大幅に引き上げたが、これは患者に負担を転嫁するものだとその政策を強く非難していたSPDは政権の座につくと公約通り1999年にこれをほぼ撤回した。しかしその同じ政権がGMG2004ではついに患者一部負担の大幅な引き上げを行うこととなった。具体的にはすべての給付について原則10%の定率負担を導入し、1回の給付につき最低5ユーロ、最高10ユーロの一部負担が課されることとなった。医科および歯科外来についても、初めて患者一部負担が導入され、1四半期1治療件数につき10ユーロとされた。また入院についても1日当たり10ユーロを年間28日の限度で課することとされた。ただし、子どもについては原則として免除されるほか、負担が過重にならないように、総年間所得の2%(慢性疾患患者は1%)を限度とする。GMG2004の患者一部負担の強化による財政効果は、2004年の全体の削減額98億ユーロのうち32億ユーロと大きな割合を占めている。

(5) 連邦租税財源の投入(図1の⑤)

ドイツの1世紀を超える長い医療保険の歴史を通じて、農業者疾病金庫を唯一の例外として、給付費はおろか、事務費についても労使による保険料により賄ってきており、このような当事者自治を堅持することは党派を超えて共通の前提となっていたが、この点についてもGMG2004は変更を加えて連邦租税財源を導入した。具体的には、母性手当や病児の世話をする場合の傷病手当金など、保険になじまない給付に充てるためとして、連邦政府は2004年に10億ユーロ、2005年は25億ユーロ、そして2006年以降は毎年42億ユーロの拠出を行い、その財源として2年間に3段階に分けてタバコ税を1箱1ユーロ増税することとされた。

(6) 労使折半負担の修正と被保険者のみが負担する保険料の導入(図1の⑥)

被用者が受益する被用者保険において、事業主がその保険料の半分を強制的に負担される根拠については、ドイツでは一般に事業主の被用者に対する配慮義務を基礎とすると考えられているが、折半負担でなければならない根拠は実は必ずしも明確ではない。しかし、ともかく社会保険においては19世紀末の成立以来、労災保険を除き、保険料は労使の折半負担の原則が貫徹してきた。

しかし、社会保険の給付が労働との関連性を薄めるにつれ、また、雇用の阻害要因としての負担としての側面が重視されるにつれてその見直しを迫る試みは徐々に広がりつつあった。その最初が公的介護保険の導入時である。1994年当時、すでに事業主の賃金追加コストとしての社会保険料負担を抑制することがドイツでの企業立地と雇用創出の観点から必要だという認識が広まっており、そのような環境下で介護保険を創設するに当たっては事業主負担を増やさないことが前提とされた。このためにさまざまな代償措置が検討されたが、最終的には有給休暇である祝日を1日削除することとされ、これを行わない州の住民については第1段階の在宅給付分の保険料率1%の全額を被保険者本人負担とすることが法律上明記された。その結果、宗教的理由から祝日を削減しなかったザクセン州がこの特例の対象とされた。

さらにNOG1997においては、病院の大規模修繕費に充てる費用についてやはり全額被保険者本人負担の特別保険料を徴収することとしたが、99年に新政権により廃止された。

今回のGMG2004ではこれが2種類の給付との関連で新たに導入された。一つは、上述した歯科補綴の費用である。これは単に折半負担を廃止して全額本人負担としたにとどまらず、さらに賃金比例も改めて定額制とし、しかも民間保険との選択を認めるなど、限りなく民間保険に近い姿に変容

させた。

もう一つが傷病手当金で、公的医療保険の給付総額に占める割合は5%程度で、これを給付から除外するとの提案もあったが最終的には給付カタログには残すものの、その費用に見合うものとして被保険者本人のみの負担による0.5%の特別保険料が創設された。

このように事業主の折半負担を伴わず被保険者本人のみの負担による新たなタイプの社会保険料は、事業主に賃金追加コスト負担をもたらさずに増加する医療費を賄うという命題に対する有力な解として今後とも拡大する可能性があるものと考えられる。

IV おわりに—根本的な改革の可能性—

これまで見てきたように、90年代からの各党の医療保険改革の選択肢は与野党合意によるGMG2004により一つの集約を見たことができ、中途半端なものを含めてほぼすべてのメニューが出そろった状況にある。このため、今後は着実に法律に盛り込まれた新たな方向性を具体化し、成果を上げる努力が行われることになろう。

これに対して、制度の基本枠組みを変更する改正はよほどの緊急事態が生じない限りは、少なくとも2006年の次期総選挙の結果により大きな政治状況の変化がない限りは現実味を帯びることはないものと考えられるが、中期的にはこれに向けての諸提案は活発化するものと見込まれる。具体的には、社会保障の安定的な将来構想について検討するリユールップ委員会が2003年9月に提出した最終報告書の中では、医療保険について全く方向が異なる2つの改革の選択肢が提案されている。

その一つはラウターバッハ教授らが主導する案で、公的医療保険ですべての国民をカバーし、その費用については現行制度のように賃金および賃金代替給付である年金等に限らず、利子・家賃等

の財産所得を含むすべての所得を対象とする市民保険 (Bürgerversicherung) の提案である。これについては SPD がすでに党大会で基本的に賛成の態度を決めるなど、現連立与党は細部についてはさまざまな異論を抱えつつも基本的にこの方向を支持する流れにある。

これに対してリユールップ委員長自身は社会保険はリスクの分散に徹するべきで所得再分配は税の機能に純化すべきだとし、また企業の負担を軽減すべしとの立場から、すべての成人が個人で定額の保険料負担をおこなう定額保険料 (Kopfprämien) の導入を提案している。CDU/CSU が元連邦大統領を委員長として独自に設置したヘルツォーク委員会もこの定額保険料方式を打ち出しており、これも内部に異論を抱えつつもこの方向に傾きつつある。この方式はすでにスイスで採用されており、GMG2004によりすでに歯科補綴の費用についてはこの方式が例外的とはいえ導入された。さらに、競争的な枠組みを基本に持つ公的医療保険という面でドイツと類似点が多い隣国オランダではすでに1989年から賃金比例の医療保険料に加えて各疾病金庫ごとに決める定額保険料が導入されており、近い時期に医療保険料収入全体の半分以上をこれによる方針であるとされている状況⁷⁾などを考えると、ドイツにおいてもこの方向での抜本改革の主張も今後勢いを増していく可能性もある。

このような各党の抜本改革に対する基本姿勢には大きな隔たりがあり、現在の制度には一世紀を超える長い経緯もあるため、これが近い時期に現実の政治のタイムスケジュールに載ることは困難だと考えられるが、このような制度の基本枠組みの変更にまで踏み込んだドラステックな改革の提案や論争についても引き続き注視が必要であろう。

注

- 1) 法律としては1988年末に成立しているが、「いつの改革」というような改革の内容を分かりやすく指し示す場合にはドイツでも当該法律の主要部分が施行された年とともに用いる場合が多く、その方が分かりやすいため、以下の他の改革についても同じように表記する。
- 2) 法律の詳細な内容については松本[1998]を、リスク構造調整の仕組みと運用の詳細については船橋[1998]を参照されたい。
- 3) 詳細な経緯や内容の特徴については、田中[1998]を参照されたい。
- 4) BT-Drucksache 15/1525.
- 5) リスク構造調整実施後のリスク選別による新たな問題と対策の詳細については、健康保険組合連合会[2001]第2章(2)ドイツ、田中[2003]等を参照されたい。
- 6) 薬剤定額給付制をめぐる一連の訴訟と判決は、保険者選択制の下で保険者が事業者としての性格を強めていった場合に、これと医療供給者や製薬企業との関係について、伝統的な社会法の適用とカルテル法などの経済法の適用とがどう交錯するかという興味深い法律論を提起している。詳細は田中[2001]を参照されたい。
- 7) 2003年11月17日に東京で開催されたISSA イニシアティブ日本プロジェクト国際シンポジウム「持続可能な医療保険制度を目指して」におけるオランダ保健福祉スポーツ省立法法律部長Hamilton氏の報告による。

参考文献

- 船橋光俊 1998「ドイツ医療保険のリスク構造調整—93年構造改革の原理と課題」『社会保険旬報』No.1994 pp.43-47, No.1995 pp.33-39, No.1996 pp.35-39
- 健康保険組合連合会 2001「医療保険制度に関する国際比較研究報告書」
- 松本勝明 1998「社会保障構造改革—ドイツにおける取組みと政策の方向」信山社
- 松本勝明 2003「ドイツ社会保障論—医療保険—」信山社
- 田中耕太郎 1998「ドイツ第3次医療保険改革に見る医療費負担の方向性」『社会保険旬報』No.1972 pp.10-15, No.1973 pp.28-32, No.1975 pp.26-30
- 田中耕太郎 2001「ドイツにおける薬剤定額給付制に関する特別法の成立とその意義」『社会保険旬報』No.2114 pp.14-19
- 田中耕太郎 2003「特集1ドイツ リスク構造調整をめぐる動きと新たな医療費抑制策」『けんぽれん海外情報 No.58』pp.17-23

(たなか・こうたろう 山口県立大学教授)

フランスの医療保険制度改革

稲森 公嘉

■ 要約

フランスでは近年、医療保険財政が急速に悪化しており、新たな改革が不可避となっている。

1995-96年のジュベ改革では、正義・責任・緊急性の理念の下、社会保障財政法など新たな制度構造の上に従来の医学的抑制策に加え医療費の会計的抑制策を導入し、医療保険財政の持続的な均衡を図ろうとしたが、制裁措置を伴う手法は医療従事者の反発により実際には機能せず、特に開業医療部門では医療費の抑制に完全に失敗した。

病院部門では、公的病院サービス参加病院と公的病院サービス非参加病院とで異なっている財政方式の統一化等内容をとした新たな改革が昨秋から進行中である。

年金改革が8月に終わったのを受けて、来年以降の新たな医療保険制度改革に向けた議論が今秋から本格的に始まっている。

■ キーワード

ジュベプラン、医療費目標、医学的抑制、病院改革

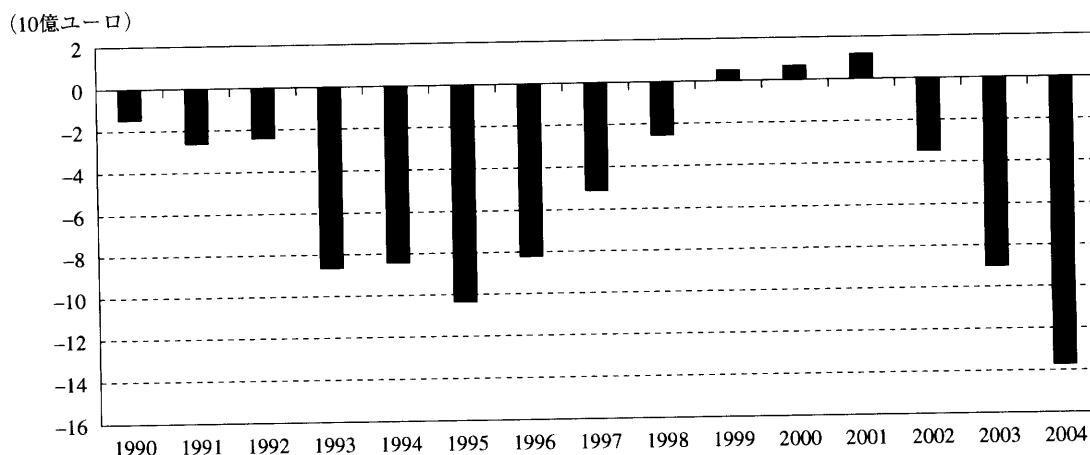
I 医療保険の財政状況

今夏フランスを襲った50年ぶりの記録的な猛暑はイル・ド・フランス地域圏の高齢者を中心に1万人以上の死者をもたらしたが、フランスは医療保険財政の急速な悪化にも直面している。今年9月の社会保障会計委員会の報告書によれば、近年の一般制度の収支状況は図1の通りである。好景気に伴い1995年をピークに赤字幅が年々縮小し、1999年から3年間は黒字を記録したが、2002年には一転して34億ユーロの赤字となった。2003年は89億ユーロの赤字(医療部門は106億ユーロの赤字)が見込まれ、このままだと2004年には赤字は136億ユーロ(医療部門は141億ユーロの赤字)に達すると予測されている。

このような急速な財政悪化の原因については、成長の鈍化による保険料収入の伸びの縮小、高齢

化の進展や医学の進歩による医療費の構造的な増加等、さまざまな要因が指摘されている。実際、好景気による保険料収入の伸びに支えられて財政が持ち直した期間も、その影で医療費は増え続けていた。今年9月の会計院の報告書¹⁾は、今回の財政悪化について、成長の鈍化よりも2000年以降の費用の急上昇に主たる要因があること、医療部門のみに赤字が集中していることを指摘している。実際、2002年の一般制度の部門別収支状況は、年金部門が17億ユーロの黒字、家族給付部門が10億ユーロの黒字であるのに対して、医療部門だけが61億ユーロの赤字であり、ひとり医療部門の赤字だけが突出している。医療部門の費用の伸びは予測をはるかに上回るペースで進んでおり、根本的な改革が必要な状況にある。

フランスの医療保険制度改革は、90年代以降の諸施策、特に1995-96年のジュベ改革においては



注：2003, 2004年は予測値。

出典：参考文献 [2] p.14.

図1 一般制度の収支の変化(1990-2004)

語れない。以下では、ジュベ改革とその後の展開を検証した上で、新たな改革に向けた現在の動向を検討する。

II ジュベ改革とその後の展開

1. ジュベ改革の概要

一般にジュベ改革とは、1995年11月に当時のジュベ首相が国民議会で発表した社会保障改革案(ジュベプラン)で提示され、同年12月の授權法律に基づき1996年に制定された5つのオールドナンス²⁾によって主に具体化された、一連の施策をいう。ジュベプランは、社会的正義の実現、責任の明確化、緊急性という3つの柱の下に、議会権限の強化から、国と社会保障組織との関係、組織、年金、家族給付、CSGの改革まで、多岐にわたる社会保障改革の施策を打ち出したが、ジュベ政権を退陣に追い込むことになった特別制度の対象者や高齢者等による激しい反発に遭い、実現したのは主に医療部門の改革であった。

以下では、医療部門に関するジュベプランの実

施状況について、会計的抑制および医学的抑制という2つの医療費抑制策とそれが立脚する新たな制度構造という3つの側面に分けて検討する。なお、ジュベプランに盛り込まれていたが1996年の時点では実現されなかった提案のうち、普遍的医療保障制度(CMU)は1999年社会保障財政法によって、医師の生涯教育は2002年3月4日法律(患者の権利法)によって、後に実現されている。

2. 新たな制度構造

ジュベ改革の成果の中で最も目立つのは、社会保障財政法³⁾(LFSS)の導入や地方病院庁(ARH)の創設といった制度的側面である。

社会保障財政法の導入は、個々の制度の枠を超えた社会保障制度全体について議会が責任を有することを明確にするものであった。1996年2月22日の憲法的法律により憲法47条の1が新設され、同年7月22日の憲法付属法で具体的な規律が定められた。社会保障財政法は、①保健医療政策ならびに社会保障政策の方向性および社会保障財政の均衡の一般的条件を定める目標を承

認し、② 法定基礎制度全体の収入額を類型ごとに推計し、③ 2万人以上の保険料拠出者または年金受給者を有する法定基礎制度全体の費用の目標額を給付部門ごとに定め、④ 法定基礎制度全体について全国医療保険費用目標(ONDAM)を定め、⑤ 個々の法定基礎制度について財源不足が生じた場合の他の非常財源による補填の上限を定める(CSS LO.111-3条)。このように社会保障財政法が他の法律や命令を枠付けるものであり、また、それにより制度改革が行われることも多いため、法案の内容をめぐる政治的に対立することも多く、2000年社会保障財政法案からは3年連続で合同委員会後の第2読会で元老院が修正案を否決する事態が続いた⁴⁾。また、最初の1997年社会保障財政法以降常に憲法院に付託されており、何らかの規定が違憲と宣言されている⁵⁾。

社会保障財政法については、議論が専門的な内容に偏り、大きな方向性を議論するという当初の目的を十分に達していないとの指摘もあるが、医療保険の問題が毎年定期的に議論されることの意義は大きく、すでに社会保障の領域に定着しているといえる。

また、1996年オールドナンスは、地方の保健医療政策の中心となる機関として、地方の病院政策の決定、公私病院の活動の調整、それらの病院の財源の決定を任務とする、地方病院庁を設置した。地方病院庁には、保健担当大臣が任命する事務局長の下、国の代表者と金庫の代表者が半数ずつで構成される執行委員会が置かれている。地方病院庁は個々の病院と多年度目標管理契約を締結し、活動報告を受けて各病院の予算を決定する。

地方病院庁の設置は、それまで国と疾病金庫とに分かれていた権限を地方単位で統合しようとしたものであり、ジュベ改革の重要な成果である。しかし、なお病院部門と開業医部門との間に区別が残っていることから、最近では地方病院庁を改

編して両部門を包括する地方医療庁(agençes régionales de santé)を設ける提案もなされている。

3. 会計的抑制

(1) 医療費目標制度の概要

社会保障財政法では法定基礎制度が負担する医療部門全体の目標額(ONDAM)が定められるが、これに基づいて、開業医療部門、公的病院サービス部門、公的病院サービス非参加の私的病院部門、社会医療部門のそれぞれについて目標額が定められる。

開業医療部門では、当初は、国と3つの全国金庫との間で締結される目標管理契約の毎年の追加書で開業医療費用推移予測目標を定め⁶⁾、さらに全国金庫と代表的医師組合の間で締結される医療協約の毎年の付属書で医療費推移予測目標を定めるとされていたが、2000年社会保障財政法により変更され、現在では、国と3つの全国金庫との間で締結される目標管理契約の毎年の追加書で、開業医療費用推移予測目標に加え、医療従事者の報酬と移送費を内容とする委託費用目標(ODD)及びその他の医療費用を定めている。

公的病院サービス部門については、総枠予算制施設の費用推移予測目標が保健担当大臣等により定められる(CSS L.174-1-1)。これは地方別に配分され、その額が地方病院庁によって各病院に配分される。

公的病院サービス非参加の私的病院部門では、保健担当大臣等により、基礎制度が負担する入院費用の全国目標額(OQN)が毎年定められる(CSS L.162-22-2)。これらの私的病院に対する医療保険の費用負担は、地方病院庁と各病院が締結する多年度目標管理契約の追加書で定められる料金表に従って行われる。

社会医療部門では、社会保障担当大臣等により年目標額が定められ、次に地方ごとに分けられ、さらに地域圏における国の代表者により県ごとに

分けられ、県における国の代表者によって受給者のカテゴリーごとに分けられる。

(2) 目標の実効性確保

目標が単なる「目標」で終わらず、直接的な会計的抑制の手段として機能するためには、目標の順守を確保する手段が必要である。この点で問題となるのは、料金表方式の部門（特に開業医療）である。実際、ONDAMが順守されたのは最初の年（1997年）だけで、1998年以降常に実績値がONDAMを超過しており、特に開業医療部門で目標額の超過が顕著である。

その主たる原因は、当初予定されていた目標超過時の返還制度の不実施による事実上の拘束力の欠如にある⁷⁾。1996年オールドナンスでは、実際の医療費が目標額を下回った場合には、その差額を協約医に対して活動実績に応じて（上限が設定される場合にはその範囲内で）支払うこととする一方で、実際の医療費が目標額を上回った場合には、協約医はその差額（超過分）を疾病金庫に対して返還するものとされていた。具体的には、付属書が定める診療科目別・地域別の目標の順守状況、医師の活動の伸びと相対的水準、特に処方の特徴、報酬超過の程度、拘束力を有する医療指標（RMO）の順守状況を斟酌して、医療協約で定める基準に従って、返還義務を負う医師とその返還額とが決定されることとされていた。

しかし、このような返還制度にCSMF等の医師組合は反発し、1997年に返還制度を盛り込んだ医療協約が一般医および専門医の各々について締結されると、協約の認可アレテの取消訴訟が提起され、専門医の協約は協約当事者の代表性要件の瑕疵を理由に、一般医の協約は返還のしくみが協約の所掌範囲を超えることなどを理由に、1998年に相次いで認可アレテが取り消された⁸⁾。一般医の協約では、全国目標のほかにも地域ごとに目標が定められ、地域目標が達成されなかった場合に当

該地域単位で返還が行われるとされたが、この点が、目標達成地域の医師はその活動水準の如何にかかわらず返還を免れることになるとして、取消理由とされたのである。

そこで次に1999年社会保障財政法で返還のしくみが規定されたが、今度は憲法院が違憲判決を下した。同法ではONDAM超過時の個々の医師の返還額について、協約当事者が各医師の所得水準や報酬に関する選択に応じて定めることができるとしたが、憲法院は、これらの基準は目的と無関係であり、返還額が個々の医師の活動規模と切斷されているとして平等原則違反としたのである。

コンセイユ・デタ判決および憲法院判決が問題としたのは返還制度自体ではなく、個々の医師の職業活動状況の如何を問うことなく分担金を負担させることになる具体的な制度設計であったが、政府は以後具体的な返還制度の設計を断念し、その代わりに、2000年社会保障財政法で、変動診療報酬キーワード（lettres-clés flottantes）という年度内調整のしくみを設けて、目標の順守を図ろうとした。それは、毎年協約の付属書で、医療行為集に記載された行為の評価の20%を限度とした修正を含む、目標の順守を確保するための措置について予め決めておき、医療費の追跡調査を少なくとも年に2回行い、目標を順守できそうもない場合には補正付属書で所定の措置をとり、料金表を調整するというものである（2003年改正前のCSS L.162-15-2）。このしくみは憲法院で合憲とされたが、これも医師組合側の反対に遭い、実際には全く機能しなかった。結局、変動診療報酬キーワード制は一度も実施されることなく2003年社会保障財政法で廃止された。

ジュベ改革が意図した目標制度による医療費の会計的抑制は、特に開業医療部門に関しては、完全に失敗に終わったといえよう。

4. 医学的抑制

フランスでは1990年代以降、医療の適正化を目

指した諸施策が展開された。それらは医療の質にも着目するが、「不適正な医療を排除することによって、不適正な医療によって生み出される無駄な医療費を削減する」という意図も有していたため、この側面に注目して一般に医学的抑制 (*maîtrise médicalisée*) と呼ばれている。その萌芽はすでに1980年代末のエヴァン改革や1990年の医療協約に見出されるが、法制度上の展開は、拘束力を有する医療指標 (RMO) を制度化した1993年1月4日法律や1993年の医療協約等に始まる。

ジュベプランは従来からの医学的抑制の理念を継承し、改革の重要な柱に位置づけた。ジュベ改革における医学的抑制策には、医療行為の適正化のための手段の強化、医療の情報化の推進、病院の評価・認証、医師の生涯教育等があった。

(1) 医療行為の適正化

医学上不要または危険な治療および処方排除することを目的とするRMOは、医療協約の追加書にはじめて登場して以後、その数を徐々に増やしてきた。ジュベ改革では、これをさらに増やして医師以外の医療従事者にも拡大する一方で、各テーマのRMOに適正行為勧告を付すこととし、新たに設置された全国医療評価認証機構 (ANAES) または医薬品庁がこれらを作成して、協約当事者が各々に拘束力を持たせるか否かを決定する方式に変更された。RMOに違反した医療従事者には、金庫代表と医師組合代表の同数構成で組織される機関の答申を経て、疾病金庫による社会保険料の代替負担額の減額やセクター2の場合には相当額の返還といった優遇措置の取消しに当たる制裁措置が課されることとされた。

しかし、当初から実効性が疑問視されていたように、同数構成機関が機能せず、RMOの不順守に対する制裁措置は実際にはほとんど行われなかった。また、制裁措置にかかわる機関として1996年オールドナンスで設けられた同数構成機関た

る地域圏医療委員会も、2002年社会保障財政法により廃止された。

ジュベ改革はまた、疾病金庫が行う医療監視にも医学的抑制の手段たる性格を持たせ、地域圏医療委員会を経る手続により医療監視に制裁措置を結びつけたが、同様に実際の制裁手続の発動は稀であった⁹⁾。結局、2003年社会保障財政法により制裁手続に関する条文 (CSS 旧L.315-3) は削除され、現在の医療監視は適切な診療に関する勧告をなしうるにとどまる。

このように負のサンクションを伴ったしくみが上手く機能していない一方で、近年では、逆に正のサンクションを伴った個別の協定ないし契約を通じて医療の適正化を図ろうとする方法が増えており、複数の契約類型が現れている。それには集団締結型のものと同数構成協約等で規定する契約に医療従事者が個人加入する型のものがある。

集団型契約としては、2000年社会保障財政法で導入された適正医療行為協定 (AcBUS) がある。全国レベルでは協約の締結当事者間で (協約がない場合にはCNAMTSおよび少なくとも他の1つの全国金庫と少なくとも1つの代表的組合との間で)、地方レベルでは疾病保険金庫地方連合会 (URCAM) と協約に署名した組合が指名する代表者との間で (協約がない場合にはURCAMと全国的な代表的組合の代表者との間で) 締結され、保健担当大臣等により認可される (地方協定の場合はCNAMTSおよび少なくとも他の1つの全国金庫の同意が必要)。これは「行為の伸びの医療化された目標」とそれを達成するための活動について定め、目標が達成された場合に、節約された費用の一部を協定締結医に支払うしくみである (CSS L.162-12-17)。

個人加入型の契約としては、2000年社会保障財政法で導入された適正行為契約 (*contrats de bonne pratique*) がある。その内容は協約で規定され、個人として加入した個々の医療従事者は、行為の伸

びの目標のほかに、行為の評価、生涯教育、医療監視による活動の追跡調査等の義務を負う代わりに、疾病金庫による社会保険料の代替負担額が引き上げられ、セクター2の医師については協約で定められた報酬超過限度額が引き上げられる(CSS L.162-12-18)。これらの協定ないし契約がない場合には、CNAMTS および少なくとも他の1つの全国金庫の提案に基づき、あるいは大臣のイニシアチブにより、大臣が上記の協定ないし契約を定める(CSS L.162-12-19)¹⁰⁾。

以上のほかに、自由開業医地方連合(URML)が2002年末から開業医の職業活動の評価を開始している。ただし、評価を受けることは各開業医の任意であり、実際に評価を受けた医師の数は多くはない。また、URMLは評価結果を制裁措置に結びつけることを拒否している。

ジュベ改革では協約の枠組による制裁措置を伴った医学的抑制策が目指されたが、ジュベ改革以後の展開は、逆に非強制型、個人加入型の方向を向いているように思われる。もっとも、医療従事者の活動内容に踏み込むことはなかなか困難であり、医学的抑制はなお実効性よりも象徴的な意味合いの方が強いのが現状である。

(2) 医療の情報化

医学的抑制策と深い関連を有するものに医療の情報化の推進がある¹¹⁾。その1つは、1996年オルドナンスが規定していた医療保険電子償還請求システムの実現である。数年間の実験を経て患者のVitaleカードおよび医療従事者のCPSカードが実用化され、2000年から電子償還請求が本格的に始まっている。これにより償還手続の迅速化が図られ、償還期間が短縮されている。

このシステムの課題は情報量の乏しさにある。個人情報保護の必要から、現在Vitaleカードには保持者の氏名等の基礎的な情報しか記録されおらず、保持者の受診履歴等の健康情報は記録

されていない。また、診断名に関する情報等も診療の自由に対する干渉であるとする医療従事者側の反対により収集されておらず、償還のための診療行為のコードしか収集されていない。その診療行為のコードもそれほど細かく規定されているわけではない。そのため、電子償還請求による医療情報の蓄積は、患者の医学的管理の可能性や医療の標準化に寄与し得る可能性を秘めているものの、現状では医療費の適正化や医療の質の向上には大して役立っていない。

一方、特に公的病院部門を中心に進められてきたのが医療情報化計画(PMSI)であり、フランス版DRGである同一疾病分類(GHM)の作成に寄与している。後述する病院改革2007において病院部門全体の統一的な規律を可能にするのは、PMSIおよびGHMの発展である。

5. 小括

医療部門のジュベ改革は、従来の諸施策(医学的抑制策、国の役割の重視)を継承し拡大しつつ、目標制度による医療費の会計的抑制をも目指していた。それは初めて国が医療従事者と本格的に相対した改革でもあり¹²⁾、実効性を持たせるために拘束力のある諸施策を導入したが、結果的にはこれがそれまでの流れを壊すものとして、従来の医学的抑制策に協力してきた医療従事者の反発を買うことになった。返還制度や制裁措置といった強制的なしくみが実施困難に陥った結果、ジュベ改革は明らかに医療費の抑制に失敗した。今も医学的抑制に関して多様な契約手法が工夫されているが、ジュベ改革の結果が明らかにしたことは、医療従事者の協力が不可欠という当然の事実であった。

ただ、会計的抑制はジュベ改革の側面の1つであり、社会保障財政法等の新たな制度構造の定着や決定レベルの地方化の方向の継続等を看過して、ジュベ改革がすべて失敗したと断断してはならないだろう。

III 病院改革 2007

2002年11月にマテイ保健相は「Hôpital 2007」という病院改革案を発表した。この病院改革はすべての病院を対象とするもので、①老朽化の進んだ病院への投資計画、②公私病院の財政方式の統一化、③公的病院の購入方法の改革、④地域医療計画(SROS)を中心とした病院供給規制システムの整理、⑤病院間の協力関係の促進、⑥公的病院の内部管理の現代化という6つの柱からなる。以下では、このうち医療保険制度と特に関係する行為払い方式(tarification à l'activité : T2A)への病院部門の財政方式の一本化について述べる。

前述のように、フランスの病院は、総枠予算制の下にある公立病院および公的病院サービス参加病院と、全国目標額(OQN)の下にある公的病院サービス非参加病院とに区別されている。

公的病院サービス部門の財政方式は1984年から総枠予算制が行われているが、ジュベ改革により、各病院への予算配分は新設の地方病院庁が行うことになり、公的病院サービス非参加病院にも総枠予算制を選択する余地が認められた。以後、ONDAMの枠内で公的病院部門の総枠予算総額が定められ、人口、地域医療計画、公衆衛生上の優先事項、各施設の活動状況等に基づき、財源の地域間格差を段階的に減らす方向で、地方別に配分される。地方別予算総額は、前年度の活動実績に基づいて各病院が作成する施設計画および予算計画に基づいて、地方病院庁の事務局長により各病院に配分される。

総枠予算制に服しない病院については、2000年社会保障財政法が、1996年オールドナンスによる国、全国金庫および私的病院の代表組織の三面契約に代えて、国と私的病院の全国的な代表的組織との協定(CSS L.162-22-3)を導入し、この分野の権限を地方病院庁に統一した。毎年、この全国協定が全国単位での料金の平均的な伸び率等を定

め(協定未締結の場合はアレテで定める)、その後さらに地方病院庁と私的病院の地方組織との間で協定が締結される(協定未締結の場合は地方病院庁の事務局長が定める)(CSS L.162-22-4)。このような枠組の中、地方病院庁と各病院の間で締結される多年度目標管理契約の毎年の追加書で、当該病院の入院給付料金および年定額が定められる。目標管理契約を締結していない病院については、アレテが定める責任料金表が適用される(CSS L.162-22-5)。これらの料金表に基づき、実際に行われた病院活動の分について、疾病金庫から各病院に支払われる。

これらの現行の方式に関しては、①総枠予算制については、実際に行われた活動との結びつきが弱いために、活動の乏しい病院では既得権を生じる一方、積極的に活動する病院には予算不足を生じる、②全国目標額の下にある私的病院については、同一の行為に対する料金が病院によって異なるため、同様に既得権等を生じかねないなど、それぞれに問題点が指摘されていた。また、このような財政方式の相違は、部門を超えた病院間の協力関係や病院配置の再構成を阻害する要因になっていた。

そこで、以前から両部門の財政方式の一本化に向けた試みがなされてきた。例えば1997年以降いずれの部門の病院もGHMに基づく病院活動報告を地方病院庁に提出することを義務付けられ、地方病院庁はそれを総枠予算の決定または料金表の交渉において参考資料としてきたし、2000年社会保障財政法では5年を限度として「疾病に対する料金表に基づく新財政方式」(2002年社会保障財政法では「病院活動に基づく新財政方式」)の実験をすることが政府に認められていた。

今回の改革は、このような経緯の上に行われており、2003年に行われた実験(60施設と6地域圏が参加)の結果を踏まえて、2004年から順次、行為払い方式への切り替えが行われることになって

いる。関係規定の改正を含む2004年社会保障財政法案によると、行為払い方式は2004年1月から一部の公立病院を除くすべての医療施設について急性期の内科、外科、産科および歯科のすべての行為に適用される。さしあたり、精神科、リハビリテーション、長期療養、社会医療は行為払い方式の対象外とされた。疾病保険が負担する病院給付の種類やその請求手続、疾病保険が負担しない給付の種類は、コンセイユ・データの議を経たデクレにより決定される。救急医療のように給付料金表のみに基づく報酬が適当ではない一定の活動については、デクレで定めるものにつき、給付料金に加え年定額が支払われる。国はこれらの給付全体について目標額(ODMCO)を定める。

併せて2004年1月1日から、従来の開業医療部門の医療行為集(NGAP)および公私病院部門の医療行為カタログ(CdAM)に代えて、開業医療と公私病院医療に共通の新しい医療行為共通分類(classification commune des actes médicaux)が実施される予定である¹³⁾。

行為払い方式を導入する1つの目的は、医療費の決定方式を単純化することによって、医療従事者に自らの活動の結果に対する責任を自覚してもらうこととされており、関係者の責任の明確化を目指したジュベ改革の延長上に位置づけることができよう。

IV 今後の展望

2002年春の大統領選挙におけるジョスピンの敗北とシラク再選後のラファラン内閣の成立、同年6月の国民議会選挙での右派の勝利により、1997年のジュベ退陣以後約5年に及んだコアビタシオンは解消された。右派政権の下で構想されたジュベプランが左派政権の下でも継続して実施されたことから、社会保障改革の必要性は政府の如何に拘らず否定し難いものとなっていることは確かであるが、コ

アビタシオンの解消により新たな本格的改革に取り組むための環境が整ったとみることもできよう。

ラファラン内閣で就任したマテイ保健相は、2002年9月末、社会保障会計委員会に、それぞれ、①国と医療保険との関係(ロランド・ルエラン元社会保障局長)、②ONDAMの医学的適正化(médicalisation)(アラン・クロム ANAES 事務局長)、③医療保険の分野における基礎制度と補足制度との関係(ジャン＝フランソワ・シャドラー社会保障監察総官)を検討する3つのWG(カッコ内は報告責任者)を設置し、医療保険改革の準備に入った。ルエラン報告は同年12月2日に、クロム報告は2003年3月31日に、シャドラー報告は2003年4月3日にそれぞれ提出されている¹⁴⁾。そして、年金改革がこの8月ようやく決着した¹⁵⁾のを受けて、いよいよ今秋から医療保険改革の議論が本格的に始まった。

まず、9月末に社会保障会計委員会から2003年および2004年の財政予測の報告書が出されたのを受けて、2004年社会保障財政法案が10月9日に議会で提出された。同法案は、医療保険財政の赤字をとりあえず安定化させることを目指し、収入面でタバコ税の引上げなどを予定している(CSGの引上げは行わない)。2004年のONDAMは対前年比4%増の1297億ユーロに、2万人以上の被保険者または年金受給者を有する法定基礎制度全体の医療・出産・障害・死亡部門の目標額は1436億ユーロに設定されている。なお、同法案には病院改革2007の実施に関連して公的病院の設備投資やT2Aの実施に関する規定も含まれている。

次いで10月13日にベルトラン・フラゴナル元CNAMTS事務局長を長とする「医療保険の将来に関する高等評議会」が首相府に設置された。同評議会は労使、国会議員、行政官、保険者(基礎・補足)、医療従事者、利用者のそれぞれの代表者に有識者を加えた53名で構成されており¹⁶⁾、すべての関係者による幅広い対話が意図されている。今

後の作業日程は、まず年内に¹⁸⁾現状に関する報告書をまとめた上で、来年1月から関係者と対話を行い、最終的には、来秋の2005年社会保障財政法案に改革内容を盛り込むために、来年7月までに改革についての結論を出す予定となっている。

シラク大統領は、改革の枠組について、完全な民営化や全面的な国営化という両極端の解決方法を否定し、医療保険制度を堅持する姿勢を示している。そこで、具体的にどのような方向の改革を目指すかが問題となるが、今後の議論ではまずシャドラー報告で扱われた基礎制度と補足制度の役割分担が争点となろう。ラファラン首相は、同評議会の設置の際、基礎制度の負担を軽減して一部の給付を補足制度へ移行させることを念頭に、集団連帯と個人責任との間の正当な均衡をどこに見出すかという論点を提示している。フランスでは基礎制度の償還率が必ずしも高くないため、それを補うものとして共済組合や民間保険による補足制度が発達しており、加入者の自己負担分等をカバーしている。この点については、従来から補足制度の加入者と未加入者の公平性が問題となってきたが、現在ではCMUにより低所得者にも補足疾病保険に加入する途が開かれている。したがって、基礎制度の償還率を引き下げた場合、いずれにせよ差額分が補足制度でカバーされるならば、医療費抑制効果はあまり生じないだろう。また、基礎制度と補足制度の全体で見ればどちらが負担するかというだけの話であり、補足制度への移行によりその分だけ今度は補足制度の保険料負担が増すことになる。他方で、補足制度の比重が増せば、医療政策や医療従事者に対する統制において補足制度の運営主体の重要性も高まるだろうが、このような方向性は、政府にとっては、公的費用の部分を減らすとともに、開業医療の統制という悩ましい問題を補足制度の保険主体に転嫁できるという意味で二重の利益になるとの指摘もある¹⁷⁾。

シラク大統領はまた、2004年社会保障財政法案

の閣議提出の際、「すべてのフランス人は社会保障の権利を有する」が「同時に浪費や濫用の回避に寄与すべき義務を有する」と述べている¹⁹⁾が、患者にも責任を持たせる(responsabiliser)ということが、単なる抽象的な理念にとどまるのか、それとも自己負担の引上げまたはそれ以外の形で制度化されるのか、という点も注目される。

しかし、最大の問題は医療従事者との関係である。医療保険財政の均衡のためには、会計的抑制が失敗した以上、医学的抑制の方向を進めていくほかに、結局は伝統的に強い「自由な医療」に対する実効的な統制の問題に帰着する。そこまで強く踏み込んだ改革が行われるかどうか、今後の議論の展開に注目したい。

注

- 1) 参考文献[3]の概要版8-11頁。
- 2) 1996年1月24日の2つのオールドナンス(社会保障債務の償還に関する50号, 社会保障の財政均衡回復のための緊急措置に関する51号)および4月24日の3つのオールドナンス(社会保障組織に関する344号, 医療費の医学的抑制に関する345号, 公私病院改革に関する346号)。
- 3) 1996年12月27日法律第96-1160号(LFSS1997), 1997年12月19日法律第97-1164号(LFSS1998), 1998年12月23日法律第98-1194号(LFSS1999), 1999年12月29日法律第99-1140号(LFSS2000), 2000年12月23日法律第2000-1257号(LFSS2001), 2001年12月21日法律第2001-1246号(LFSS2002), 2002年12月20日法律第2002-1487号(LFSS2003)。
- 4) 2003年社会保障財政法は、合同委員会で共通の法文が得られ、両議院で承認されている。
- 5) 1996年12月19日判決(LFSS1997), 1997年12月18日判決(LFSS1998), 1998年12月28日判決(LFSS1999), 1999年12月21日判決(LFSS2000), 2000年12月19日判決(LFSS2001), 2001年12月18日判決(LFSS2002), 2002年12月12日判決(LFSS2003)。
- 6) 社会保障財政法の公布の日から15日以内に追加書の合意に至らない場合にはアレテで定められる(CSS L.162-1-8)。
- 7) 以下の経過については、参考文献[12]80頁以下参照。
- 8) 1998年6月26日判決(専門医協約)および1998年

- 7月3日判決(一般医協約)。その後、一般医の協約は1998年に締結されたが、専門医の協約だけはまだ締結されておらず、協約に代わる最低協約規則が定められている(専門医の協約の締結交渉が再度行われたが失敗し、今年の9月25日に専門医の最低協約規則が改正されている)。
- 9) すべての医師を対象とする制裁手続には、ほかに、社会保険診療に関する特殊な懲戒裁判手続である専門的監督争訟があるが、依然として実際に制裁手続が発動されることは稀である。
- 10) 個人加入型の契約には2002年3月6日法律が導入した公衆衛生契約(contrats de santé public)もある。これも協約で規定され、これに加入する医療従事者は、医療ネットワークや予防活動等への参加について義務を負う代わりに定額報酬を受ける(CSS L.162-12-20)。
- 11) 参考文献[17]318頁以下参照。
- 12) 真の改革の必要性は与党のみならず野党の一部も共有していた。参考文献[8]123頁参照。
- 13) 参考文献[7]356頁。
- 14) いずれもLa documentation françaiseのHPで閲覧可能である。
- 15) 2003年8月21日法律。
- 16) 内訳は、労使の代表者15名、国民議会議員および元老院議員各3名、国の代表者5名、法定基礎制度の代表者および補足的疾病保険組織の代表者各3名、医療専門職の全国組織の代表者および医療施設の代表者各5名、利用者の代表者3名、有識者8名。
- 17) 参考文献[8]106頁。
- 18) 11月29日付ル・モンド紙によれば、報告書の提出は来年1月下旬にずれ込みそうとのことである。
- 19) Le Monde, 09/10/03.
- [3] Cour des comptes 2003. *La sécurité sociale. Rapport de septembre 2003*. (La documentation françaiseのHPで閲覧可能)
- [4] de Kervasdoué, J. 2003. “Les orientations en matière de politique de santé.” dans J. de Kervasdoué (dir.), *Carnet de santé de la France 2003*. Dunod.
- [5] Droit social. 1996. *Le Plan Juppé*.- Droit social. 1997. *Le Plan Juppé III*.
- [6] Dupeyroux, J.-J., Borgetto, M., Lafore, R. et Ruellan., R. 2001. *Droit de la sécurité sociale*, 14e éd., Dalloz.
- [7] Dupont, M., Esper, C. et Paire, C. 2003. *Droit hospitalier*, 4e éd., Dalloz.
- [8] Hassenteufel, P. 2003. “Le premier septennat du « plan Juppé » : un non-changement décisif.” dans J. de Kervasdoué (dir.), *Carnet de santé de la France 2003*. Dunod.
- [9] Regards sur l'actualité, 2002. *Finances publiques*. La documentation française.
- [10] Regards sur l'actualité, 2003. *Réformes pour la santé*. La documentation française.
- [11] 伊奈川秀和 2000『フランスに学ぶ社会保障改革』中央法規出版
- [12] 稲森公嘉 2001「フランスにおける開業医の医業遂行への諸規律(5)」『法学論叢』第151巻5号
- [13] 江口隆裕 1999「医療保険制度と医療供給体制」藤井良治・塩野谷祐一編『先進諸国の社会保障⑥フランス』東京大学出版会
- [14] 加藤智章 2000「フランス社会保障における財源と給付の構造」『海外社会保障研究』第130号
- [15] 藤井良治 1999「フランス社会保障における改革」藤井良治・塩野谷祐一編『先進諸国の社会保障⑥フランス』東京大学出版会
- [16] フランス医療保障制度に関する研究会編 2001『フランス医療関連データ集2001年版』医療経済研究機構
- [17] 原田啓一郎 2003「医療情報に関するフランスの医療制度改革の動向」植村尚史編『個票データを利用した医療・介護サービスの需給に関する研究』(いなもり・きみよし 京都大学助教授)

参考文献

- [1] Code de la sécurité sociale. 2003. Dalloz. (本文中CSSと略記)
- [2] Commission des comptes de la sécurité sociale. 2003. *Les comptes de la Sécurité sociale. Résultats 2002 - Prévisions 2003 et 2004. Rapport de septembre 2003*. (La documentation françaiseのHPで閲覧可能)

オランダの医療・介護保険制度改革

大森 正博

■ 要約

本稿では、今日のオランダの医療・介護保険制度を中心に、サービスの供給サイドの制度についても概観しながら、今日まで行われてきた医療・介護保険制度改革の評価を試みる。オランダの医療・介護保険制度の特徴は、医療・介護サービスの性質に応じて、“Compartment 1”（特別医療費保険）、“Compartment 2”（短期医療保険）、“Compartment 3”（民間保険）と異なる保険の制度設計を行っている点にある。また、供給サイドにおいては、一次、二次、三次医療の分業、連携を明確に行い、病院計画、事前支払制度等により、数量のコントロールを行っているように思われる点が注目される。オランダの医療・介護保険制度改革で、「デッカー・プラン」以来今日に至るまで、変わらず中心にあるように考えられるのが、「保険者」を核にした「規制された競争（Regulated Competition）」の考え方である。本稿では、保険制度設計の政策理念、「規制された競争」の効果、ウェイティング・リスト問題、クリーム・スキミングの問題、消費者主権の確立を論点として取り上げて、今日のオランダの医療・介護保険制度改革の評価を試みる。

■ キーワード

医療・介護保険制度改革、「規制された競争（Regulated Competition）」、「Compartment」、特別医療費保険、疾病基金保険

I はじめに¹⁾

今や、世界中の国々で、特に先進諸国を中心として、高齢化の進展といった社会環境の変化に直面し、医療・介護制度改革をせざるを得ない状況になってきている。

本稿で対象とするオランダもその例外ではない。オランダは、人口約1592万6000人（2000年、65歳以上人口割合は、13.7%）、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、この国がたどってきた医療・介護制度改革の歴史は注目に値する。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。オランダも日本同様、

社会保険方式を中心に医療・介護制度が組み立てられており、したがって、制度改革の中心に常に、医療保険に関する制度改革が存在していた。もっとも、オランダの場合、1960年代中盤から、ほぼ同じような時期に医療保険（短期医療保険）、介護保険（「特別医療費保険」）が導入され、両者が密接なかかわりを持って運営され、制度改革のときにも両者が同時に改革の対象としてセットで取り上げられてきたので、「医療保険制度改革」というよりも「医療・介護保険制度改革」といった方が正確かもしれない。そこで、本稿ではあえて、「医療・介護保険制度改革」という用語を使うことにする。

オランダの医療・介護保険制度改革で、「デッカー・プラン」以来今日に至るまで、変わらず中心にあるのが、「保険者」を核にした競争原理の導入の考え方である。「規制された競争（Regulated

Competition)』と呼ばれるこの考え方は、競争原理を利用して、効率的かつ消費者にとって適当な医療サービスを提供するための政策的手法である。近年、日本の医療保険制度改革の構想において、保険者の役割に焦点をあてた「保険者機能」の議論があるが、オランダの試みと共通するものであると考えられる。大森(2001a)では、2000年の時点における、オランダの医療・介護制度を「保険者機能」に着目して、考察した。²⁾ 本稿では、大森(2001a)の議論をふまえ、今日のオランダの医療・介護保険制度の現状について概観し、制度改革についての若干の評価を試みる。

本稿の構成は以下の通りである。IIでは、オランダの現在の医療・介護制度について、医療・介護保険制度を中心に、かつサービスの供給制度も含めて、概観する。そして、IIIでは、今日のオランダの医療・介護保険制度改革に関する若干の評価を試みたい。IVでは、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

オランダの医療・介護保険には、3つの“Compartment”が存在している。表1に、オランダの医療・介護保険制度の概要がまとめられている。“Compartment 1”は、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であり、特別医療費補償法(The Exceptional Medical Expenses Act)に基づいている。“Compartment 2”は、ケアを中心とした短期の医療費をカバーする保険である。ここでは、前者を特別医療費保険と呼び、後者を、短期医療保険と呼ぶことにする。また、“Compartment 3”は、公的保険でカバーされないサービスをカバーしている保険である。以下ではこの3者について、説明したい。³⁾

表1 オランダの医療保険制度(2002年)

Compartment	運営者	保険制度名	被保険者数	保険料
1 Catastrophic risks 長期療養サービス 精神保健 施設・在宅サービス	31 Care Office	AWBZ	約1580万人	(課税)所得比例 10.25%
2 Curative 治療サービス 短期病院サービス	27 健康保険金庫+公務員保険	ZFW WTZ KPZ (公務員保険)	約1010万人 約70万人 約80万人	(賃金)所得比例 7.95% 定額保険料 定額保険料
	50 私的保険会社	私的保険	約410万人	
3 Supplementary Care 追加的サービス		民間保険	人口の約90%	定額保険料

出所：CVZ資料

(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。⁴⁾

保険加入については、法定であり、オランダの居住者⁵⁾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、原則として強制的に加入させられる。加入条件を満たしているにもかかわらず、加入を拒否する場合は、追加的な所得税を課されることになる。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。なお、子どもについては、両親がAWBZに加入しているかどうかは関係なく、その子ども自身が加入条件を満たしているかどうかで加入が認められる。

ただし、国民保険への加入を規制する法令(The Decree regulating Admission to the National Insurance Schemes, KB 746, 1999年施行)により、従来、AWBZへの加入を行ってきたオランダ国外に居住する者に関して、AWBZへの加入が制限されることになった。KB 746は、オランダの強制社会保険(National compulsory insurance)は、オランダの領土内に居住する者を対象とするべきであるというルールを厳密に適用することを目的として制定された。このルールの適用により、AWBZへの加入資格のない者は、原則として、居住している国のAWBZと同じ長期ケアをカバーする保険に加入する道を探すことになっているが、特に高齢者の場合、同様の保険に加入することが困難な場合もあるので、任意の特別医療費補償法(Voluntary AWBZ Insurance Act)が制定された。この法律は、AWBZへの加入資格のない、海外に居住する、オランダに

経済的、社会的つながりを持つ者に対して、任意でAWBZへの加入の道を開くものである。ただし、過去に特別医療費保険に最低1年間加入していた実績を持っていることが加入資格となる。任意の特別医療費補償法への加入資格があるかどうかの審査は、SVB (Social Insurance Bank)が行う。⁶⁾

保険料は加入者の課税所得に比例して課される(10.25%、2002年)が、課される課税所得には上限(27847ユーロ)がある。保険料は、被用者の場合には使用者が給与天引きで徴税当局に納め、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。保険料の納付義務は、15歳未満の者、および15歳以上でも課税所得のない者にはない。

特別医療費保険でカバーされるサービスは、下記の通りである。①看護と一般医療(Nursing and general care)、②精神医療サービス(Mental health care)、③知覚障害者に対するサービス(Care for people with sensory disabilities)、④精神障害者に対するサービス(Care for people with mental disabilities)、⑤組織化された予防サービス(Organized prevention)、⑥他のタイプのサービス(Other types of care)。

注目すべき点はいくつかある。第一に、カバーされるサービスの内容が、実在するサービス名ではなく「機能」として記述してある。「精神医療サービス」を例に取ってみよう。対象者が、精神障害(Mental disorders)を患っているか、心理社会的な機能不全に陥っている(psychosocial dysfunction)患者であることを条件とし、サービスの種類としては、検査、カウンセリング、情報提供、治療と指導、看護と一般医療が含まれるとされている。この定義に当てはまるサービスは、在宅で提供されるものであっても、施設で提供されるものであっても良いわけであり、サービスの代替が促進されることが期待されている。

第二に、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高齢者介護、精神・身体障害者に対する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、一部のサービスで、現金給付も導入されている。月額200ギルダー(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。⁷⁾

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健康保険金庫(Health Insurance Fund)⁸⁾、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、“Health Care Office(Zorgkantoren)”と呼ばれており、“Region”ごとに一つだけ存在している。オランダには、32の“Region”が存在する。⁹⁾ “Health Care Office”は、毎年、健康保険金庫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。実際には、各“Region”の市場シェアの最も大きな健康保険金庫が、5年間の期限での承認の下に、“Health Care Office”をつかさどっている。¹⁰⁾ “Health Care Office”を落札した健康保険金庫は、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。なお、“Health Care Office”は、原則として自らAWBZでカバーされている医療・介護サービスを供給することはできない。“Health 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。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は、以下のようなプロセスを経て行われる。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、契約内容についての合意書、「諮問結果(Consultation Result, UVO: Uitmest van overleg)」を作成する。「諮問結果」が無事に締結された場合には、健康保険審議会

(Health Care Insurance Board, CVZ)に承認を求め、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(The Health Care Charges Act, WTG)による規制があり、CTG(National Health Tariffs Authority)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(ただし、ナーシング・ホーム、精神障害者施設などのように、規制価格がそのまま適用されるケースもある)。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。¹¹⁾

また、“Health Care Office”は、AWBZによってカバーされているサービスを提供することを健康保険審議会(CVZ)によって認可された病院、ナーシングホーム等の病院以外の施設、医師等のサービス供給者すべてと契約を締結しなければならない。¹²⁾

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。被保険者はサービスを必要するときには、多くの場合、サービスに応じて所得に応じた自己負担を支払わなければならない。これらの保険料と被保険者の自己負担分は、政府の補助金と一緒に一般特別医療費保険基金(General Exceptional Medical Expenses Fund, AFBZ)に集められ、CVZが、各“Region”の“Health Care Office”に経営管理費用を支払い、サービス供給者に費用を償還する。¹³⁾

(2) 短期医療保険…“Compartment 2”

“Compartment 2”では、短期の医療費がカバーされる。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。課税所得が年間で30700ユーロより低い65歳未満の被用者とその家族、社会保険給付を受けている65歳未満の者である。また、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、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、本人およびそのパートナー(partner)の課税所得合計が19550ユーロ未満の者などである(2002年)。¹⁴⁾

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。公務員保険への加入者は、オランダの人口の約4.9%を占めている(2001年)。¹⁵⁾

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。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所得以上の人々、および自営業者、退職者等である。私的保険に加入する者は、約466万5000人であり、人口の約29.1%(2001年)である。¹⁶⁾ 疾病基金保険の加入条件に適合しなかった者が、保険未加入になることを避けるために、医療保険アクセス法1998(The Health Insurance Access Act, WTZ)により、保険会社に対して、疾病基金保険がカバーするサービスと同等の内容のサービスをパッケージにした医療保険商品である“Standard Wtz Cover”を、保険加入を求めてくる者に販売することを義務付けた。この“Compartment 2”における私的保険を販売している保険会社は、Private、Public両者があるが、Privateが中心である。¹⁷⁾

以下では、加入者数の多い疾病基金保険と私的保険について、その仕組みを解説する。

① 疾病基金保険(健康保険法(The Health Insurance Act, ZFW: Ziekenfondswet)に基づく医療保険)

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1028万7000人で全人口の約64.1%である(2001年)。¹⁸⁾ 人々は非営利の健康保険金庫に加入し、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GP(General Practitioner)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、健康保険金庫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。

保険者は健康保険金庫であり、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、7.95%(2002年)である。被用者の場合、雇用者が6.25%、被用者が1.70%をそれぞれ負担する。一方、自営業者の場合は、7.95%(2002年)すべてを負担する。被用者の場合、保険料が課される上限の所得は28188ユーロであり、自営業者の場合は、19650ユーロである。特徴的なのは、被用者の場合の被用者と雇用者の負担割合である。1988年までは、労使折半であったが、1989年から負担割合が雇用者の方が被用者よりも大きくなっている。この理由は、1989年

から定額保険料の制度が導入されて、被用者の負担が増加したためだと考えられている。¹⁹⁾

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、子どもを除いたすべての加入者が個々に支払う。表2は、2002年、2003年の各健康保険金庫の定額保険料を示している。

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り、高齢者医療保険法給付 (共同資金) 法 (The Elderly Health Insurance Act Beneficiaries (Joint Financing) Act (MOOZ)) に基づいている。具体的には、私的保険に加入している被保険者のうち、20歳以上65歳未満の者は81.60ユーロ、20歳未満の者は40.80ユーロ、65歳以上の者は65.28ユーロをそれぞれ1年間にMOOZ割り当て保険料として負担することになる。²⁰⁾

所得比例保険料、MOOZ割り当て保険料、国庫補助金は、一度、一般基金 (General Fund, AK: Algemene Kas) に集められる。この基金に集められた資金を、マクロ医療予算 (The Macro Health Care Budget) と呼ぶ。この予算額は、健康・スポーツ省が作成した予算教書である「医療覚え書き (The Health Care Memorandum)」に基づいて決定される。健康保険審議会は、健康・スポーツ大臣の監督の下で、大臣が提示した予算配分の一般的原則に則って、この一般基金を管理し、それぞれの健康保険金庫に予算を配分する。予算配分方式は、表3の通りである。保険でカバーするサービスを以下のように分類して、それぞれに対して、予算を設定する。

③ 病院における医療サービスの固定費用

表2 疾病基金保険の定額保険料

(ユーロ)

金庫名	2002年	2003年
UNIVÉ	215.4	347.4
OZ	178.8	346.8
DSW	155.4	333
ANOZ	194.64	378
SALLAND	192	357
SR	155.4	299.4
ONVZ	214.8	366
HET ANKER	114	239.4
OZB	180	348
NEDERZORG	184.2	300
TRIAS	189	351
NUTS	188.4	342
AVIZO	238.8	390
GEOVÉ	184.2	357
DE FRIESLAND	186	342
ZORG and ZEKERHEID	167.4	378
GROENE LAND	168	354
VGZ	171.6	358.8
ZILVEREN KRUIS	190.56	346.8
CZ GROEP	157.2	333.6
AMICON	178.8	370.8

出所：CVZ資料

(Fixed cost of hospital care)

㊦ 病院における医療サービスの可変費用
(Variable cost of hospital care)

㊧ 専門医の医療サービスの費用 (Costs of
specialists health care)

㊨ 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。具体的には保険加入者一人当たりの過去にかかった費用実績が考慮される。「病院における医療サービスの可変費用」、「専門医の医療サービスの費用」は、加入者の年齢 (Age)、性別 (Sex)、薬剤費グループ (the Pharmacy Cost Group, FKG)、居住地域 (Region)、雇用・社会保険の状況 (the legal grounds for cover) という被保険者のリスク等の要素によって、決められる。「他の医療サービスの費用」については、加入者の年齢 (Age)、性別 (Sex)、薬剤費グループ (the Pharmacy Cost Group, FKG)、居住地域 (Region)、雇用・社会保険の状況 (the legal grounds for cover) という加入者のリスク要素のみならず過去の費用実績も考慮されて決定される。

なお、健康保険金庫の事務費用は、予算として配分される。1999年以來今日まで、予算の3分の2が被保険者の数による部分、3分の1が被保険者の数を補正したのによって決定されている。被保険者数の補正は、上記の「他の医療サービスの費用」と同じ基準で行われる。新規参入した健康保険金庫や規模の小さな健康保険金庫²¹⁾は、1999年から2002年まで追加的な事務費用予算を受け取っていたが、その後、廃止されることになっている。²²⁾

このようにして、決められる健康保険金庫の医療サービスの予算は、現実にかかる費用と大きく乖離する場合があるので、3つの予算補正措置が準備されている。1つが、一般的補正措置 (Generic Equalization) である。これは、健康保険金庫間での補正で、予算が平均よりも多い健康保険金庫から平均よりも小さい健康保険金庫に予算を再配分させるものである。

第二の補正措置が事後的調整メカニズムである。予算年度末に一般基金 (AK) による財政調整である。これは、健康保険金庫が直面する財政上の危機に対応するために導入されている。

第三に、高額療養費の補正措置 (HKV) がある。高額療養費の負担を健康保険金庫間で負担し合うための政策装置である。財源は、すべての健康保険金庫が、「病院における医療サービスの可変費用」、「専門医の医療サービスの費用」、「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プールした中央HKV基金 (The central HKV Fund) である。各健康保険金庫は、被保険者の医療費が年間で7500ユーロを超えた場合に請求をし、費用の90%が基金から償還される。²³⁾

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、健康保険金庫は、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。表2は、2002年、2003年における健康保険金庫各社の定額保険料を示したものであるが、保険会社によって、定額保険料に差があることが分かる。

なお、健康保険金庫は、準備金 (Reserves) を持つことができる。配分された事務費用の予算の中で実際には使用せず、余剰がでた場合、準備金に繰り入れることができる。準備金は、次年度以降、事務費用の予算オーバーが生じた場合に使用することができる。²⁴⁾

② 私的保険（医療保険アクセス法（The Health Insurance Access Act, WTZ: Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen）に基づく医療保険）

私的保険は、疾病基金保険、公務員保険いづれでもカバーされなかった人々が任意加入する。²⁵⁾²⁶⁾ 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466万5千人で全人口の約29.1%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少ない。なお、私的保険は、個人ベースで加入するので、家族がいる場合、それぞれに対して個別に保険契約を行う必要がある。²⁷⁾ 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、医療保険アクセス法（WTZ）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 Wtz cover）を提供することを義務付けられている。

私的保険の財源は、定額保険料（Nominal contribution）、WTZ 割り当て保険料（The Wtz apportionment contribution）から成る。²⁸⁾

保険料は、（1人当たり）定額保険料である。定額保険料の金額は、被保険者の属性によって異なる。例えば、Standard Wtz cover の保険を購入している者は、月額136ユーロであるが、以前に疾病基金保険、公務員保険に加入していた65歳以上の者は、月額108ユーロである。また、18歳未満の子ども、18歳以上27歳未満でフルタイムの教育を受けている者は、親等が保険に加入していれば、その親保険の月額保険料の半額を支払えばよい。²⁹⁾

定額保険料で費用をまかなえない場合、WTZ 割り当て保険料を65歳未満の被保険者に対して一人当たり1年間で定額で請求する。2002年の保険料は、20歳未満の者は117.12ユーロ、20歳以上65歳未満の者は234.24ユーロであった。

（3）民間保険…“Compartment 3”

1992年以来、公的な医療・介護保険制度でカバーするサービスに関して、Dunning 委員会（Dunning Committee）によって4つの基準が設けられることになった。その基準とは、健康の観点から本質的（essential）であること、効果（Effectiveness）が実証されていること、費用—効果的（Cost-effective）であること、患者にとって経済的に利用不可能なほど高価であること、である。これら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。³⁰⁾ 実際には、私的保険会社のみならず健康保険金庫も“Compartment 2”の公的保険の追加的保険（Supplementary cover）として、この保険を販売することになる。疾病保険基金の被保険者の90%以上が、追加的保険に加入している。³¹⁾ “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。³²⁾

サービスとしては、疾病基金保険の追加的保険として、具体的には、大部分の大人の歯科サービス、人工的補欠物（義眼、義足など）、聴覚補助、海外における医療費などが含まれる。また、理学療法サービスの一部、歯科手術、美容整形などもこの“Compartment 3”に含まれる。³³⁾

“Compartment 3”は、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、競争的な環境の中で供給されてもよいという政策判断をオランダ政府が行ったと解釈することもできよう。

2 医療サービス供給サイド

次に医療サービスの供給サイドを見てみよう。供給サイドの特徴は、一次医療、二次医療、三次医療の分業が明確な形で行われるようになっていくことである。

(1) 一次医療

一次医療を主として担うのは、GP (General Practitioner、一般医)である。GPは、人々が病気になったときに最初に訪問する、かかりつけ医の役割を担っている。患者は、病気になったときに最初にGPを訪問し、その紹介状がないと病院を訪問することができない。³⁴⁾ GPは、幅広い項目の病気に対する診断、慢性疾患に対する治療、患者の病気に対する不安および病気に起因する心理的問題に関する専門家として教育を受け、GPの専門医として認定を受けている。疾病基金保険の被保険者は、かかりつけ医としてのGPを選択し、医療機関にかかるときには最初にそのGPを選ばなければならない。GPは、ソロ・プラクティスも多いが、グループ・プラクティス、ヘルスセンターで開業している者も近年増加している。³⁵⁾

このシステムは、結果的に、GPが病院での診療の必要のない患者を自ら診療し、病院および専門医による医療サービス等の二次医療へのアクセスをコントロールする仕組みになっている。つまり、GPが二次医療への門番の役割 (Gate keeping role) を果たすようになってきているのである。現実にオランダでは、GPから病院および専門医への紹介率が非常に低い。患者のGPへの訪問のうち、専門医への紹介率は、6%程度である。もちろん、紹介率がすべて低いわけではない。心筋梗塞、根症状を伴う腰痛、慢性扁桃炎などは紹介率が高い。その一方で、高血圧症、腰痛、上房呼吸器感染症は、紹介率が非常に低い。³⁶⁾

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。³⁷⁾ リスク調整の指標としては、65歳を境とした年齢および問題カテゴリー等が

入っている。³⁸⁾

(2) 二次医療・三次医療

二次医療、三次医療は主として病院の専門医 (Medical specialist) によって提供されている。

専門医は、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ソロ・プラクティスで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、ナーシング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。病院は136 (1999年)あり、教育病院 (Teaching hospital)、一般病院 (General hospital)、専門病院 (Specialist hospital) から成っている。³⁹⁾

専門医個人に対する支払いとは別に、病院は、事前的に向こう1年間の予算を受け取る。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) に始まる。これは1988年に機能的予算システム (Function-directed Budget 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ロケーション費用 (Location cost)、②固定的費用 (fixed cost)、③準固定的費用 (semi-fixed cost)、④可変的費用 (variable cost) の4つに分ける。ロケーション費用は、病院のインフラストラクチャーにかかわる予算である。具体的には、建物、設備などの投資に対する予算で、投資には、病院施設法の認可が必要である。固定的費用は、来院した患者の数に対応して与えられる予算である。準固定的費用部分は、病院の機能によってつく予算である。具体的には、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、予算がつく。可変的費用は、病院のサービスの供給量に対応して決まる予算である。具体的には、受診数、

外来患者数などである。この可変的費用の予算は、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。⁴⁰⁾

病院は、この事前的に与えられた予算を実際にサービスを提供して、保険者ないし患者に請求することによって使用していく。請求に使用する料金は、補助的料金 (Ancillary tariffs) および一日当たり看護料、一日当たり病院料金によって構成されている。補助的料金は、病院における約1600の診断および治療行為に対して設定されている。これらの料金に基づいて、病院は、与えられた予算の限度までサービスを提供するが、もし年度内に予算を使い切らなかった場合、翌年まで持ち越すことはできない。2000年以前には、病院は与えられた予算を残した場合、翌年に持ち越すことができたが、これを廃止したことによって、オランダの医療制度を悩ませているウェイトニングリスト問題の解決が期待された。

また、近年では、病院に対する料金設定において、DBC: Diagnose Behandelingen Combinaties (Diagnosis Treatment Combination) が考案され、一部の病院で試験的に導入されている。⁴¹⁾ これは、DRG (Diagnosis Related Group) と似た考え方であるが、相違点がある。第一にDRGは、治療開始時点につけられるが、DBCは、治療後につけられる。第二に、患者に複数のDBCをつけることが可能である。第三にDBCは、専門医自身をつける。第四に医師に対する費用償還がDBCの中に含まれており、医師にDBCをつけるインセンティブがある。

(3) 病院計画 (Hospital Planning)

オランダでは病院等の医療機関、介護施設の建設について、病院施設法 (The Hospital Facilities Act, Wet Ziekenhuisvoorzieningen: WZV) によって厳格に計画を作って規制している。病院施設法が

施行されたのは1971年であるが、当時の状況は、疾病基金保険 (ZFW)、特別医療費保険 (AWBZ) が施行された後でカバーされるサービスを提供する供給者が参入し、多くの医療・介護施設が次々と設立された時期であった。WZVは、そうした流れの中で、医療・介護施設の量をコントロールし、ひいては医療費を節減することを目指していたとも推測される。⁴²⁾

病院計画は、厚生・スポーツ大臣が、州政府 (Provincial government) に対して「命令 (Instruction)」を發布し、病院計画の作成を求める。州政府は、病院、患者・消費者団体、地方政府、保険会社などから意見を聞きながら、既存の医療施設、医療施設の過剰・不足状況、医療施設の建設・修繕・拡張計画、計画の実施方法・タイムテーブルを含んだ病院計画を作成し、厚生・スポーツ大臣に提出する。大臣は、病院施設建設委員会 (The National Board for Hospital Facilities, CBZ) の意見を聴いて、原案を承認すると「承認 (Acknowledgements)」が發布され、病院計画が実施されることになる。⁴³⁾

WZVによる病院計画は、サービスを提供する施設の量をコントロールすることによって、医療費の抑制に貢献したという評価がある一方で、地域にあったサービスの内容および質を確保するために、計画作成のプロセスの複雑さと柔軟性の欠如が難点になっているということが指摘されてきた。

そこで、いくつかの施策が考えられた。

特定医療サービス法 (Act on Specific Medical Services, WBMZ: Wet op bijzondere medische verrichtingen) が2000年の1月に発効した。

また、最近では、医療施設運営法 (Operations of Care Institutions Act/Bill, (Wetsvoorstel) WEZ: Wet Exploitatie Zorginstellingen) が厚生・スポーツ省から発案された。WZVでは、政府が、施設の建設 (Construction) をコントロールすることを目的にしているのに対して、WEZでは、施設の機能 (Operation) の部分をコントロールすることが特徴で

あるといわれている。⁴⁴⁾つまり、政府は、人々のニーズをくみ取りながら、施設の量をコントロールすることに主眼をおくのではなく、医療サービスの品質、アクセシビリティ、効率性といったパラメーターをコントロールすることを試みるというものである。⁴⁵⁾

III 医療保険制度改革の現状および評価

厚生・スポーツ省は、2002年1月に“Choosing with Care”を、同年3月には、“A Question on Demand”を発表し、今後の医療政策の方向性について議論している。⁴⁶⁾これらの報告書では、現在までのオランダの医療・介護制度に関する評価を行い、今後の医療・介護制度に関する青写真が描かれている。医療における消費者主権の方向性を明らかにし、再びデッカー・プランにおいて提案されていた医療保険制度の統合による基礎保険の構想を打ち出したほか、「規制された競争」をより有効なものにする政策が議論されている点である。

本節では、オランダの医療・介護制度改革の現状について、その政策理念、「規制された競争」に関する評価、消費者主権の推進の方向性に関して議論を行う。

1 政策理念…医療保険制度間の分業関係

“A Question on Demand”において、特別医療費保険、短期医療保険を統合した「基礎保険」の導入の構想が語られていることを除けば、オランダの医療保険制度において、サービスを“Compartment 1”、“Compartment 2”、“Compartment 3”と3つに分類し、それぞれのサービスに適合した需給システムを準備するという考え方は、大森(2001a)において議論されている状況から変化していない。

“Compartment 3”は、自由診療の部分で、サービスの需給は市場メカニズムに任されている。

“Compartment 2”では、「規制された競争

(Regulated Competition)」の導入の方向性が明らかになっている。保険者は、加入している被保険者のリスクに応じて、事前的費用償還を受け、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の価格、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る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書きである。具体的には、保険者は、事前的費用償還の金額よりも実際に医療サービス供給者に支払った費用の方が大きく、赤字が出ると、被保険者に定額保険料として請求しなければならないので、できるだけ定額保険料が低くてすむように、サービス供給者との交渉を行い、費用の効率的使用を試みる。被保険者がサービスの価格、質を評価できるという前提のもとでは、保険者は、定額保険料を低くする努力ばかりでなく、サービスの質を高める努力をしなければならなくなる。

一方、“Compartment 1”では、介護、長期療養サービスに関して、費用の正確な予測が困難であるとの判断を反映し、競争メカニズムが制約された形で導入されている。すなわち、運営者である“Health Care Office”にサービス供給者との契約交渉の余地のみを残して、サービス供給者には事後的費用償還を行っているので、競争のメカニズムが働く余地は小さい。制度的には、“Health Care Office”をつかさどる権利に対する入札が存在するので、運営者のサイドに効率性のインセンティブがあるはずであるが、現実には、“Health Care Office”は、各“Region”のマーケットシェアの最も大きな健康保険基金がつかさどっており、競争的に入札が行われている保証はない。

オランダの医療保険制度の一つの特徴は、医療保険制度を、カバーするサービスの性質によって、

異なる仕組みで設計し、運用していることにある。

2 「規制された競争」の評価… 医療における競争の帰結

オランダの医療・介護保険制度の大きな特徴は、医療サービスの広い部分をカバーする“Compartment 2”において、「規制された競争」を導入する方向性を打ち出している点にある。

この点は、“A Question on Demand”における記述にも見られるし、大森(2001a)で議論しているように、現実には、保険者とサービス供給者の競争的な契約システムが制度的に準備され、また、ZFWに基づく医療保険に関して、健康保険金庫に対する費用償還は、費用償還方式の改正を繰り返しながら、被保険者の属性に応じたりリスク調整型支払いの部分が増加してきていることから確認できる。

それでは、果たして、現実には、“Compartment

2”では、「規制された競争」が想定しているような状況が生じているのだろうか。

表3は、オランダの保険者数の年次推移である。疾病基金保険の保険者は、1990年の37から2001年には25まで減少している。私的保険の保険者数も、1990年の81から2001年の47と減少している。表4は、“Compartment 2”をつかさどる保険者の規模別分布を表している。規模は、被保険者数で計られているが、疾病基金保険、私的保険いずれについても、2000年から2001年にかけて、保険者の規模の拡大が行われていることが分かる。表3も併せて考えると、合併によって保険者数の減少を伴いながら、保険者の規模の拡大が行われていることを類推させる。⁴⁷⁾

また、表2は、健康保険金庫の定額保険料の様子を見たものだが、2003年では、最小値が年額239.4ユーロ、最高値が年額390ユーロで、ばらつきがあることが見て取れる。これは、健康保険金庫が競争を行い、効率化への努力を行ったことが反映されていると考えることもできるが、逆に競争が十分に行われていない結果であると解釈することもできる。

Schut and Hassink(2002)は、「規制された競争」が効いているか、を2つの方法で実証的に検証している。第一の方法は、定額保険料のばらつきの要因分析を行うことである。具体的には、健康保険金庫の定額保険料を「健康保険金庫の被保険者一人当たり内部留保」、「健康保険金庫の被保険者一人当たり医療費の赤字」、各健康保険金庫固有の組織的効率性などを反映した「ダミー変数」で回帰分析を行っている。結果は予想通り、健康保険金庫が、内部留保が大きいほど、被保険者一人当たりの医療費の赤字が小さいほど、定額保険料を低くする傾向にあることが予想されるが、限定条件付きながら、およそ予想通りの結果を得ている。⁴⁸⁾

第二の方法は、健康保険金庫の設定する定額

表3 保険者の数の年次推移

	1990	1995	2000	2001
疾病基金保険	37	27	27	25
私的保険	81	50	50	47
(内訳) Private	68	47	47	44
Public	13	3	3	3
総数	118	77	77	72

出所：VEKTIS(2002) P.11

表4 “Compartment 2”の保険者の規模の分布

被保険者数(人)	疾病基金保険		私的保険	
	2000	2001	2000	2001
500000-	9	9	2	3
400000-500000	2	2	1	0
300000-400000	3	4	3	3
200000-300000	2	2	2	3
100000-200000	2	1	12	9
50000-100000	2	1	5	7
-50000	7	6	25	22
合計	27	25	50	47

出所：VEKTIS(2002) P.12

保険料が、被保険者の選択に影響を与えているかどうかを検証することである。データ利用の制約から、迂回的方法ではあるが、健康保険金庫の市場占有率が定額保険料（および supplementary coverage の保険料）によって影響を受けるかどうかを確認するという方法をとっている。具体的には、各健康保険金庫の“Region”における市場占有率を、「保険料」、「最も一般的な追加的カバーに対する（追加的）保険料」、「健康保険金庫が新規参入者か既存企業かを区別するダミー変数」および健康保険金庫の経営の効率性などを反映した「ダミー変数」で回帰している。また、多くの被保険者が追加的カバーもセットで購入しているという実態を反映させて、上記の推計を、説明変数としての保険料を統合した「保険料+追加的カバーに対する（追加的）保険料」に置き換えて推計することも行っている。市場占有率はいずれの場合も、制約条件付きながら、予想通り、保険料があがると市場占有率が下がるという結果が得られている。⁴⁹⁾

結果は、「規制された競争」が効いていることを確定するまでには至っていないが、その可能性があることを示唆する内容になっている。

その一方で、医療サービスの供給者と保険者との間の契約において、事実上、「モデル契約」がそのまま利用され、かつ、サービスの価格も上限価格のまま設定されている場合が多いことが認識されている。⁵⁰⁾ オランダの医療制度における競争の有無、および結果について結論を出すには、さらなる検証を要すると思われる。

3 ウェイティング・リスト (Waiting List) 問題

また、オランダの医療・介護制度に関して、ウェイティング・リスト (Waiting List) 問題についてふれないわけにはいかない。ウェイティング・リスト問題は、病院等の医療施設が病院予算システムの下で年間の予算を配分されるオランダでは生じうる可能性が高い。⁵¹⁾ オランダでは、1990年代の中盤か

ら医療施設におけるウェイティング・リスト問題が深刻であることが政策当局によって認識され、1997年からは、補助金を投入することによって、ウェイティング・リストを減少させる試みが開始された。さらに1998年には、ウェイティング・リスト委員会 (Waiting list committee) が設置され、施策が講じられた。具体的には、例えば、ウェイティング・リストの長さに関する情報開示、サービスの生産を増加させたことを示したサービス供給者に対して補助金を与えること、経営管理の考え方に従って、医療サービスの提供体制を改善すること、大学医学部の定員の増加、看護師などコ・メディカル・スタッフを増やすキャンペーンを行うことであった。

しかし、2000年の時点でも、例えば、一般病院における治療を待っている患者数は約150000で、その中で1カ月以上待っている患者数は92000と、依然として、ウェイティング・リスト問題は根深い問題として、オランダの医療・介護制度に横たわっている。⁵²⁾

4 クリーム・スキミング問題

「規制された競争」において、保険者が被保険者に対して、リスク・セレクションを行うクリーム・スキミングの問題の発生は不可避である。ポイントは、保険者に対して、より正確な、被保険者のリスクに応じたリスク調整型支払い方式を確立することである。⁵³⁾

大森(2001)でも議論しているように、オランダの疾病基金保険では、リスク調整型支払い方式を、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してきた。⁵⁴⁾ 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、van Barneveld, E. M., Lamers, L. M. van Vilet and van de ven, W. P. M. M. (2001) では、オランダの健康保険金庫のデータを

利用して、不完全なリスク調整型支払い方式の下でも、保険者と被保険者の間でリスク・シェアリングを行うことによって、保険者のリスク選択のインセンティブが抑制され、効率性が志向されることを示している。

5 消費者主権の確立

オランダの医療・介護制度は、患者主体の制度を目指すことが、“Choosing with Care”でも表明されている。⁵⁵⁾ “Choosing with Care”では、患者に医療情報の提供をする仕組みを作ることが提案されているが、まだ、具体的施策は、緒に就いたばかりである。しかし、患者の法的権利を確立する法律は、1995年から2000年にかけて、次々と制定された。⁵⁶⁾

1995年には、「医療・介護部門の患者の権利に関する法律 (The act governing the right of clients of the care sector to complain, Wet klachtrecht cliënten zorgsector: WKCZ)」が制定された。この法律は、患者が自ら需要した医療・介護サービスに関して不服があるときに、異議申し立てをできるように制度の整備を行うことを目的としている。具体的には、各医療・介護施設等が患者からの異議申し立てを受け付ける不服審査委員会 (complaints committee) を備えるということである。

また、同じ年、「医療処置法 (The Medical Treatment Act, Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst: WGBO)」が施行された。これは患者の法的立場を強めることを目的とし、制定された。医療サービス供給者は、患者の権利について十分情報を与えられること、可能なサービスの中で適切な医療サービス (Good practice) についての情報を十分に与えられるようにすることが意図された。

また、「医療・介護施設等への生産要素投入における患者の権利に関する法律 (the act governing the right of input of clients of care institutions, Wet

medezeggenschap cliënten zorginstellingen: WMCZ)」が制定された。この法律は、患者が、施設において医療・介護サービスを必要するときに、治療方法の選択など自らのサービスの選択に関する意志決定に参加できるようにすることを目的としている。

「医療・介護施設品質法 (The health care institutions quality act, Wet kwaliteitswet zorginstellingen: WKZ)」制定の試みも注目に値する。

IV 結論

本稿では、オランダの今日の医療・介護制度を、医療・介護保険制度を中心に、サービスの供給サイドの制度についても、概観した。また、今日のオランダの医療・介護制度に関する評価を、オランダの医療・介護保険制度の設計の政策理念、「規制された競争」の効果、ウェイティング・リスト問題、クリーム・スキミングの問題、消費者主権の確立を論点として取り上げて行った。

オランダの医療・介護制度では、次々と新しい制度改革の提案が出され、一部は実行に移され、残りは頓挫するということが繰り返行われてきており、常に変化が生じている。しかしオランダの制度改革の特徴は、制度に関する政策理念が提示され、政策的議論が行われ、当否が決定されるという論理的な政策的意志決定が行われているように思われ、参考にするべき点は多い。

注

- 1) 本稿は、(財)医療経済研究・社会福祉協会 医療経済研究機構内に設置された「オランダ研究会」による調査・研究に多くを負っている。
- 2) 「保険者機能」については、山崎泰彦(2001)を参照されたい。
- 3) オランダの医療・介護制度およびその歴史の変遷については、Okma.G.H(1997)が詳しい。
- 4) 本小節の制度の記述については、Ministry of Health, Welfare and Sport(2002a), Hermans. A. E. H and

- Dosljak. M (2002), 大森正博(2001a), 堀勝洋(1997)を参考にした。
- 5) 居住者 (Residents)とは、原則として、オランダの領土内に居住している者を指すが、オランダの領土外に居住していても、経済的、社会的な絆がオランダにある場合は、居住者と見なされる。
 - 6) 詳しい加入条件は、Ministry of Health, Welfare and Sport (2002a)を参照のこと。
 - 7) Schut. F. T et al. (1997), 廣瀬真理子(2000)を参照のこと。
 - 8) 従来、オランダの政府刊行物では、被用者向け短期医療保険の保険者を Sickness Fundと英訳しており、筆者の従来論考(大森(2000, 2001a, 2001b)など)では、その組織の性格も踏まえて「疾病基金保険会社」と訳していた。しかし、Ministry of Health, Welfare and Sport (2002a)では、Health Insurance Fundと英語訳を変えており、本稿では、それに対応して、「健康保険金庫」と翻訳を変えてある。
 - 9) Hermans. A. E. H and Dosljak. M (2002) P.34を参照のこと。
 - 10) Hermans. A. E. H and Dosljak. M (2002) P.34を参照のこと。
 - 11) Ministry of Health, Welfare and Sport (2002a) P.23-24 および P.62-63を参照のこと。
 - 12) Ministry of Health, Welfare and Sport (2002a) P.23-24を参照のこと。
 - 13) Ministry of Health, Welfare and Sport (2002a) P.21-21.
 - 14) Hermans. A. E. H and Dosljak. M (2002) P.31-32を参照のこと。
 - 15) VEKTIS (2002) P.13. なお、本稿では、公務員保険の説明は省略した。
 - 16) VEKTIS (2002) P.13.
 - 17) Hermans. A. E. H and Dosljak. M (2002) P.41-43. Ministry of Health, Welfare and Sport (2002a)
 - 18) VEKTIS (2002) P.13.
 - 19) Hermans. A. E. H and Dosljak. M (2002) P.39.
 - 20) Ministry of Health, Welfare and Sport (2002a) P.40.
 - 21) 規模の小さな健康保険金庫とは、被保険者数が60000人未満の健康保険金庫のことである。Ministry of Health, Welfare and Sport (2002a) P.47.
 - 22) Ministry of Health, Welfare and Sport (2002a) P.47.
 - 23) ただし、7500ユーロの中には、「病院サービスの固定費用」として与えられた予算は含まない。Ministry of Health, Welfare and Sport (2002a) P.45.
 - 24) Ministry of Health, Welfare and Sport (2002a) P.46-47.
 - 25) ただし、外国人でオランダの居住者となった者は、Standard Wtz Coverを購入するには、居住者になる前に最低6カ月間病院サービスをカバーする医療保険に加入していた自責が必要である。また、オランダの居住者の場合でも、最低3年間いずれかの医療保険に加入していた実績が、Standard Wtz Coverの購入に当たって必要とされる。
 - 26) WTZに基づく私的保険の加入条件については、Ministry of Health, Welfare and Sport (2002a) および Hermans. A. E. H and Dosljak. M (2002) P.41-42を参照のこと。
 - 27) 加入者の数字等は、VEKTIS (2002) P.13による。
 - 28) 私的保険の被保険者は、MOOZ 割り当て保険料 (The MOOZ apportionment contribution)も負担する。疾病基金保険の項目を参照。
 - 29) 2002年の数字である。詳細は Ministry of Health, Welfare and Sport (2002a) P.52を参照のこと。
 - 30) Government Committee on Choices in Health Care (1992) および Ministry of Health, Welfare and Sport (2002c) P.54-55を参照。4つの基準は、通称“Dunning filter”と呼ばれている。
 - 31) Hermans. A. E. H and Dosljak. M (2002) P.46.
 - 32) Ministry of Health, Welfare and Sport (1999)
 - 33) Hermans. A. E. H and Dosljak. M (2002) P.45-46.
 - 34) 疾病基金保険の被保険者のGPからもらう紹介状を「紹介カード (Referral card), 私的保険の被保険者が受け取る紹介状を「紹介状 (Referral letter)」と呼ぶ。
 - 35) ヘルスセンターは、GP, ソーシャル・ワーカー, 理学療法士, 助産師などが共同で開業している。
 - 36) 紹介率は、高血圧1%, 腰痛2%, 上部呼吸器官感染症3%前後, 心筋梗塞60%, 根症状を伴う腰痛16%, 慢性扁桃炎35%である。Groenewegen, De Bakker and Vander Velden (1992)を参照。Hermans. A. E. H and Dosljak. M (2002) P.70.
 - 37) 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。
 - 38) Landelijke Huisartsen Vereniging (2003)を参照のこと。
 - 39) 教育病院は、8つの大学病院から成り、一般病院は100存在する。Hermans. A. E. H and Dosljak. M (2002) P.73.
 - 40) National Hospital Association of the Netherlands (1989), MaarseJ. A. M (1989), Ministry of Health, Welfare and Sport (2002a), Hermans. A. E. H and Dosljak. M (2002)を参照。
 - 41) 松田(2003) および Hermans. A. E. H and Dosljak. M (2002) P.108-109を参照。
 - 42) Ministry of Health, Welfare and Sport (2002a) P.60にそうした記述がみられる。
 - 43) 病院施設建設委員会は、旧病院施設委員会

- (Hospital Facilities Board)のことである。病院計画については、Hermans. A. E. H and Dosljak. M (2002) P.23-25を参照のこと。
- 44) Ministry of Health, Welfare and Sport (2002a) P.61-62を参照のこと。
- 45) Ministry of Health, Welfare and Sport (2002a) P.61-62を参照のこと。
- 46) Ministry of Health, Welfare and Sport (2002b), Ministry of Health, Welfare and Sport (2002c).
- 47) 数は多くないが、保険者の新規参入が行われていることにも留意せよ。
- 48) 「ダミー変数」が、「健康保険金庫の被保険者一人当たり内部留保」、「健康保険金庫の被保険者一人当たり医療費の赤字」と相関を持っているために、推定結果にバイアスが生じている可能性があることが指摘されている。
- 49) 市場占有率の保険料に関する弾性値が、1を下回っており、保険料を上げることにより利益が上昇するという結果になっていることと、新規参入者が既存企業かというダミー変数の係数が有意でないという制約がある。
- 50) Ministry of Health, Welfare and Sport (2002a) P.63.
- 51) ウェイティング・リスト問題については、Hermans. A. E. H and Dosljak. M (2002) P.76-78を参照のこと。
- 52) Hermans. A. E. H and Dosljak. M (2002) P.78.
- 53) リスク選択に関する理論的な分析は、佐藤(2003)を参照のこと。佐藤(2003)は、「規制された競争」のメカニズムについて、理論的分析を展開している。
- 54) 大森(2001a) (表4)を参照のこと。
- 55) Ministry of Health, Welfare and Sport (2002b) P.4.
- 56) 各法律の概要については、Ministry of Health, Welfare and Sport (2002b)を参照のこと。
- 参考文献
- (論文)
- Hermans. A. E. H. and Dosljak. M. 2002. "Health Care Systems in Transition Netherlands 2002", The European Observatory on Health Care Systems.
- Maarse. J. A. M. 1995. "Hospital Financing in the Netherlands," in U.S.Congress,Office of Technology Assessment (1995) Ch.7.
- Schut. F. T. 1996. "Health Care Systems in Transition: the Netherlands," Journal of Public Health Medicine Vol.18.
- Schut. F. T and Hermans. H. E. G. M. 1997. "Managed Competition Reforms in The Netherlands and its Lessons for Canada," mimeo.
- Schut. F. T, van Doorslaer E. K. A. 1999. "Towards a reinforced agency role of health insurers in Belgium and the Netherlands," Health Policy Vol.48 P47-67.
- Schut. F. T. and Hassink. W. H. J. 2002. "Managed competition and consumer price sensitivity in social health insurance," Journal of Health Economics Vol.21, No.6 P.1009-1032.
- van Barneveld. E. M., Lamers. L. M. van Vilet and van de ven. W. P. M. M. 2001. "Risk sharing as a supplement to imperfect capitation: a tradeoff between selection and efficiency," Journal of Health Economics Vol.20, No.2 P.147-168.
- van de Ven W. P. M. M and Schut. F. T. 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 P.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 P.334-362
- 大森正博 2001a 「オランダの医療制度改革と「保険者機能」」『海外社会保障研究』P.59-71
- 大森正博 2001b 「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 P.2-9
- 佐藤主光「保険者機能と管理競争—オランダの医療保険制度改革を例に—」国立社会保障・人口問題研究所編「選択の時代の社会保障」東京大学出版会 2003所収(第10章)
- 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 P.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
- 松田晋哉 2003「オランダの診断群分類DBCについて(上・下)」『社会保険旬報』No. 2177 P.6-9, No. 2178 P.10-16
- 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)
- Government Committee on Choices in Health Care. 1992 "Choices in health care." Landelijke Huisartesen Vereniging. 2003 "Ziekenfonds Tarieven Per 1 Januari 2003."
- Ministry of Health, Welfare and Sport. 1999 *Jaaroverzicht zorg*.
- Ministry of Health, Welfare and Sport. 2000 *Zorgnota 2000*.
- Ministry of Health, Welfare and Sport, 2002a, *Health Insurance in the Netherlands*.
- Ministry of Health, Welfare and Sport, 2002b, *Choosing*

with Care.
Ministry of Health, Welfare and Sport, 2002c. *A Question of Demand.*
Okma. G. H 1997. *Studies on Dutch Health Politics, Policies and Law.*
U.S. Congress, Office of Technology Assessment (1995)

Hospital Financing in Seven Countries Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
VEKTIS. 1999 *Financiering van de zorg in 1999.*
VEKTIS. 2002 *ZORGMONITOR Jaarboek 2002.*

(おおもり・まさひろ お茶の水女子大学助教授)

カナダの国民医療制度改革

—連邦財政主義のもとでの皆保険の課題と展望—¹⁾

金子能宏

■ 要約

カナダの税財源による皆保険医療制度を、社会保険による皆保険制度の国々に対比することは、医療保険における公費負担や税財源の在り方について考察する上で重要である。カナダでは、2002年10月に上院から「カナダの医療保障制度改革に関する最終報告書」が出され、12月に首相の諮問機関である「カナダの医療の将来に関する委員会」から報告書が出された。カナダの皆保険医療制度では、州ごとの皆保険を各州に普及させカナダ全体の皆保険を実現するため連邦補助金が重要な役割を果たしたが、予算の制約から給付範囲がわが国よりも狭いことや医療の技術進歩への対応が遅れたことが、今日問題となっている。これらの問題に対する2つの報告書が示した改革案を比較することにより、税財源による皆保険医療制度の特徴とその問題点を考察し、公費負担の役割が大きくなると予想されるわが国の医療制度改革において留意すべき点を検討する。

■ キーワード

医療制度、カナダ、皆保険、税財源、補助金、連邦財政主義

1. はじめに

今日、高齢社会における医療費の増加傾向に対処しなければならない先進諸国において、国民の医療へのアクセスを確保しつつ医療財政を安定化させるために、医療保険における国庫負担の増加や医療制度における税財源の活用について検討することは避けられない。これまでわが国では、医療財政の安定化のために保険料水準の引き上げ、制度間の財政調整、および自己負担の引き上げによる医療需要の抑制が主な手段として利用されてきた。しかし、保険料水準の引き上げや制度間の財政調整を伴う拠出金の増加には、もはや企業や健康保険組合からの同意が得られにくい状況にある。また、自己負担の引き上げについては、その効果を推計して引き上げの程度を決める際の方法が合理的かどうかの疑問や、引き上げの効果が短期的であるという指摘があり、3割の自己負担

が一般化した現在、これ以上の自己負担引き上げによる医療費抑制が可能かどうか慎重な検討を要する段階にきている。したがって、医療保険財政の安定化のためには、今日、財政調整や国庫負担とも関連する医療制度における税財源の役割と問題点を検討することが必要であると考えられる。このような観点から見ると、州政府がすべての住民をカバーする医療保険を提供し、この保険財政の一部に税財源に基づく連邦政府からの補助金をあてることによって皆保険を実現しているカナダの医療制度について考察することは重要である。

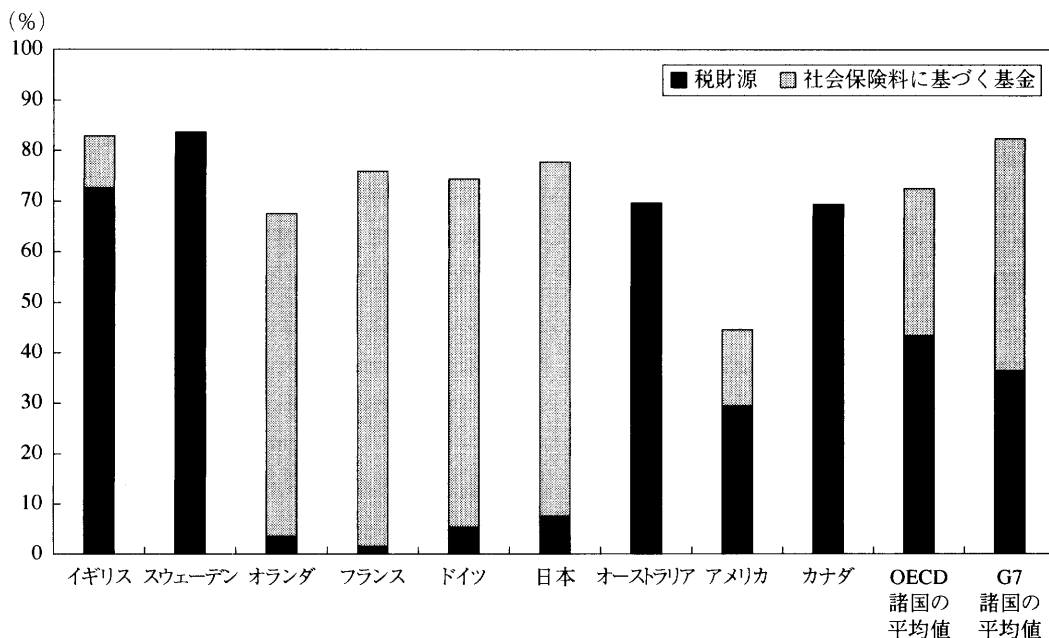
医療制度を財源を視点に比較すると、イギリスやスウェーデンなどのような税財源を主とする医療制度の国々と、ドイツ、フランスおよびわが国のような社会保険料を主たる財源とする国々とに分けられる(図1)。カナダは、税財源を主とする医療制度であり、メディケアと呼ばれることもあるが、

政府が医療供給体制を運営するイギリスの国民保健サービス(National Health Service: NHS)や給付の対象が高齢者と貧困者に限定されるアメリカのメディケア・メディケイドと次の点で異なっている。すなわち、各州が持つすべての住民をカバーする医療保険に対して、所得税、法人税、売上税、付加価値税などからなる連邦政府の歳入から補助金が支給されて、各州の税財源からなる医療保険財政を補完している²⁾。その結果、所得分布と疾病別死亡率との相関がわが国と同様に小さく(金子・小島, 2002)、平均余命もOECD諸国の中で上位に位置するなど、カナダの医療制度のパフォーマンスは国際的にも評価されている。

ただし、国民の医療へのアクセスを保障すれば医療需要が増加するのは当然であり、そのような状況で患者への追加的な負担を求めずに、限られた連邦補助金のもとで皆保険制度を維持するためには、保険給付の内容を限定せざるを得ない。例

えば、「カナダ保健法」(Canada Health Act)に基づく連邦補助金の対象となる州の保険給付には、在宅ケア、長期ケア(介護サービス)が含まれず、また歯科、病院外の処方薬等は医学的に必要なサービス以外のものとされ、保険給付の対象外とされている(尾形, 2002)。その一方、対象となるサービスを受ける場合には、自己負担がないのが原則である。このように州による公的医療保険の給付範囲が基本的に病院および診療所における医療サービスに限定され、わが国より狭いものに対して、保険適用のサービスには自己負担がないことが、わが国とカナダとの相違点である。

こうした医療制度を持つカナダにおいても、高齢化の進展により(表1)、在宅ケアや長期ケアの必要性や高齢者比率の高い地方・遠隔地の医療の是正など、従来の皆保険制度では十分対応できなかった課題が認識されるようになった。さらに、公的医療保険制度という建前にもかかわらず、病院



注：国際比較可能なデータの最新年次が1998年のため、この年のデータを使用した。
出典：WHO 2001

図1 医療支出に占める税財源と社会保険基金の割合

外の処方薬等の適用がないために、国民の私的な薬剤負担の割合が増加しつつあることが、公的医療保険制度の問題として指摘されるようになった。

そこで、カナダでは、国民のニーズと医療の技術進歩に対応した医療サービスの提供を可能としつつ、財政的にも持続可能な医療制度のあり方を検討する必要性が、連邦政府と議会の双方で認識され、三権分立の立場からそれぞれ委員会を設けて改革案を提示することとなった。上院は、ミカエル・カービー(Michael J. L. Kirby)を委員長とする「社会問題・科学・技術に関する上院常設委員会」

を2001年3月に設け、その後課題別の報告を出した後に、2002年に最終報告書を提出した(委員長の名前にちなんでカービー報告と呼ぶ)。これに対して、連邦政府は、2001年4月に首相の諮問機関として、サスカチワン州のロイ・ロマノウ(Roy Romanow)前州首相を委員長とする「カナダの医療の将来に関する委員会」を設け、2002年12月にその報告書を取りまとめた(委員長の名前にちなんでロマノウ報告と呼ぶ)。2003年に入り、これらの改革案を参考にした2003年度の予算措置が提示され、カナダ政府の取り組みが始まった³⁾。

表1 州別にみた人口、医療支出の動向

	(万人)	高齢化率 (%)	総医療費・年齢計 (百万カナダ・ドル)	総医療費・65歳以上 (百万カナダ・ドル)	一人当たり医療費・年齢計 (カナダ・ドル)	一人当たり医療費に占める公的支出の割合・年齢計 (カナダ・ドル)	千人当たり病床数	一人当たり在宅ケアの費用 (カナダ・ドル)	一人当たり (%)	薬剤費に占める公的医療支出の割合 (%)
データの年次	2001	2001	2000	2000	2000	2000	2000	2000	2000	1999
ニューファウンドランド・ラブラドル	534	11.8	1683.3	712.8	3040.54	80.4	3.7	90	37	
プリンスエドワード島	139	13.3	395.8	177	2849.26	70.5	4.6	48	30	
ノヴァスコシア	943	13.4	2764.4	1297.3	2937.72	72.5	3.4	100	32	
ニューブランズウィック	757	13	2349.4	1046.3	3105.24	70.4	3.3	198	29	
ケベック	7411	13	21300.7	8866.6	2889.23	72.5	5.3	49	46	
オンタリオ	11874	12.6	38332.0	16593.7	3284.85	68.1	3	102	42	
マニトバ	1150	13.5	4049.8	1974.9	3528.04	76.9	2.3	145	36	
サスカチュワン	1015	14.6	3213.5	1473	3139.27	75.3	4.1	85	29	
アルバータ	3064	10.2	10101.9	3806.2	3370.39	67.9	3.7	91	38	
ブリティッシュコロンビア	4095	13.2	12965.5	5659	3190.51	72.2	3.5	79	48	
ユーコン準州	30	5.7	123.8	28.8	4037.73	79.8	n.a	75	n.a	
ノースウェスト準州	41	4.2	212.9	52.9	5059.79	91	n.a	102	n.a	
ヌナブート準州	28	2.6	160.2	21.4	5785.39	92.7	n.a	89	n.a	
カナダ全国	31081	12.6	97608.2	41709.8	3174.24	70.7	3.7	88	42	

注：総医療費・総医療費65歳以上・一人当たり医療費・一人当たり医療費に占める公的支出の割合は下記の出典に基づく岩崎(2003)表2に示されているが、基本的な統計なのでここに掲げることとした。

出典：人口と高齢化率：Statistics Canada Census Nation Tables 2001

総医療費・総医療費65歳以上・一人当たり医療費・一人当たり医療費に占める公的支出の割合：Health Canada, Health Expenditure in Canada by Age and Sex, 1980-1981 to 200-2001, Report

1000人当たり病床数：The Health of Canadians—The Federal Roles, Table2.2

一人当たり在宅ケアの費用：The Health of Canadians—The Federal Roles, Figure8.3

薬剤費に占める公的医療支出の割合：Building on Values—The Future of Health Care in Canada, Figure9.1

このように税財源による皆保険制度を実現しているカナダでも改革が模索されていることは、今後、わが国が医療保険財政を安定化させるために税財源を活用するには考慮すべき課題があることを意味している。したがって、本稿では、カナダの皆保険制度の特徴を、財政構造を視点に整理しつつ、上記2つの委員会報告が提出されるに至った諸問題と改革案を展望することによって、わが国の医療保険改革への示唆を導くこととしたい。

2. カナダの皆保険制度の特徴—連邦財政主義のもとでの皆保険の発展—

医療におけるカナダの皆保険の特徴は、連邦政府が補助金を「てこ」として皆保険を実現していることである(新川, 1999)。このようなカナダの皆保険の背後には、連邦財政主義と呼ばれるカナダの財政構造がある。連邦財政主義では、それぞれの州が州議会の議決に基づいて課税と公共サービスの提供を連邦政府からある程度独立に行うことができ、連邦政府は所得税や法人税など課税対象が州の間を移動することにより州にとって徴税が困難になる税についてこれを徴収し、その歳入のうち国防、警察、公衆衛生など公共財の供給や再分配政策に関する部分を連邦政府が支出する。それ以外の歳入は連邦補助金として州政府に配分される。このような連邦財政主義では、病気が治る点では便益が本人に帰属する半面、健康な生活が家庭や地域に外部性をもたらす医療サービスのような価値財 (merit goods) の提供は州政府の領域とされる。カナダの皆保険が、サスカチワン州が連邦補助金を利用しつつ州の住民をカバーする病院保険を導入したことから始まったのは、連邦財政主義のもと州の独自性が生かされていたからである。連邦政府は、サスカチワン州の病院保険を契機に、各州に皆保険の病院保険を普及させるため、1957年に「病院保険および病院での診断のためのサービス法」(Hospital Insurance and Diagnostic Service

Act)を成立させた。この法律で、①包括的であること (comprehensiveness)、②すべてのカナダ市民を対象とする普遍性を持つこと(皆保険であること) (universality)、③公的保険であること (public administration)、④州の間を移動しても使えること (portability) という4つの条件を各州の病院保険に対する連邦補助金の要件としたため、1961年までに、残りのすべての州と準州で皆保険の病院保険が提供されることとなった(高橋, 2000)。

病院以外の医師による診療に対する費用を賄うための医療保険においても、1962年にサスカチワン州で初めて医師の費用を賄う医療保険が税財源により提供されることとなった。このような制度を連邦に拡張するため、1965年から連邦と各州との協議がなされ、1968年に病院以外の医師の費用を賄う医療保険を州ごとに皆保険とするための「医療保険法」(Medical Care Act)が施行され、71年にすべての州がこれに基づく皆保険を実現した。

このようにカナダの皆保険は、州ごとの医療保険を皆保険とすることを通じて国全体の皆保険を達成している。これに対して、わが国の皆保険は、政府管掌健康保険では国が保険者となっており、国民健康保険においても国からの機関委任事務などがあり、集権的分散システムの財政構造⁴⁾に対応する皆保険制度となっている。

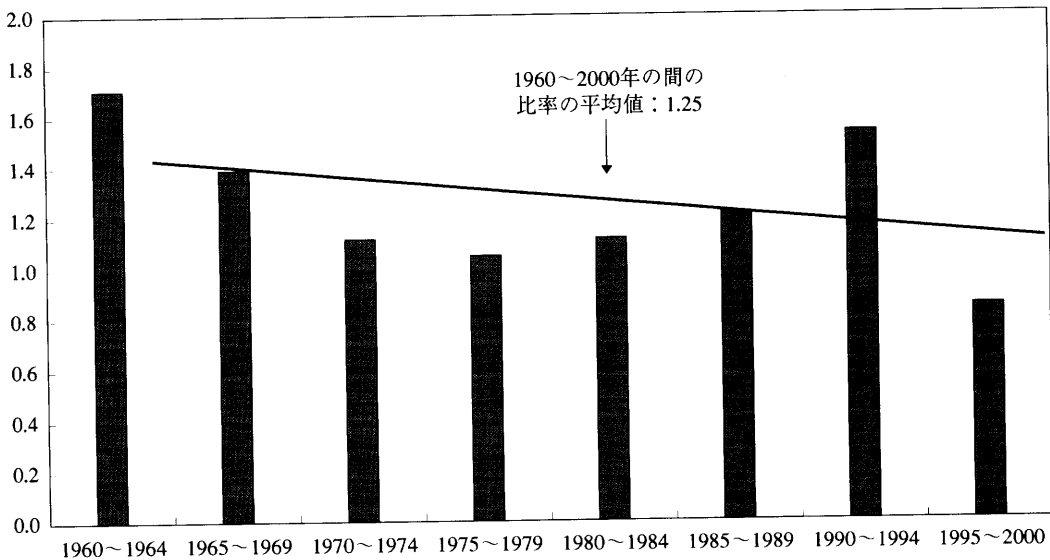
連邦財政主義のもとでは、連邦補助金のあり方が医療費の動向に影響を及ぼす。「病院保険および病院での診断のためのサービス法」では、皆保険普及のため、連邦政府は、使途を州の病院保険支出に特定しその50%を連邦政府が負担する補助金、すなわち上限のない特定定率補助金を用いた結果、医療費の増加につれて連邦支出が増加することとなった。連邦財政主義では、地方政府は住民のニーズをよりよく知りうる公共サービスを自らの財源に基づき供給する一方、所得再分配政策や景気循環と失業を緩和するための財政政策などを連邦政府が担うという地方と連邦政府の間

の役割分担がある。そのため、連邦政府は医療と教育に関連する連邦補助金の見直しを一括して行うこととし、1977年に「連邦と州の財政処置および是認されたプログラムに関する財源調達法」(the Federal-Provincial Fiscal Arrangements Established Programs Financing Act)⁵⁾を成立させた。この法律によって、各州の公的医療保険に対する連邦補助は、特定定率方式ではあるが国内総生産の伸び率と人口変動を加味して調整されることとなった。

これによって、州ごとの医療保険財政は、連邦補助金が抑制された一方で、皆保険が定着したことにより医療需要が伸びたため、患者負担を解消することはできなかった。この傾向が続けば、貧しい人々の医療へのアクセスを断つことにも繋がり、皆保険の原則に反することになる。このような問題に対処するために、連邦政府は、1984年に、患者の追加的な支出があった場合にはその分だけ各

州の医療保険に対する連邦補助金を削減することにより、各州が保険のみで医療給付の経費を賄える条件を整えることを図った「カナダ保健法」(Canada Health Act)を成立させた。これによって、各州が連邦補助金により財政基盤を安定化させて皆保険を実現する四つの条件に、⑤ 経済的なアクセスビリティ(accessibility)を保障することが加わり、現在のカナダの公的医療保険の5原則が確立した。

このように皆保険とはいえその給付内容を限定することと医療保険に対する連邦補助金の変動を国内総生産の変化と連動させる工夫を医療制度に組み入れたにもかかわらず、カナダの一人当たり医療費の伸びは、1980年代後半以降1995年まで国内総生産の伸びを上回るほど増加することとなった。図2は、縦軸に一人当たり医療費増加率の国内総生産の成長率に対する比率をとり横軸に期間をとってこの比率の推移を示したものである。



注：図中の平均弾力性は1960～2000年までの分のみによって算出している。予測した2001～2005年の分は含まれていない。なお、異常値を取った2年が計上されていない。それは1982年と1991年である。

1982年においては弾力性が7.47であるが、その前の年と次の年には1.25と1.34である。

1991年においては弾力性が31.53であったが、その前の年と次の年には2.55と2.73であった。

出典：CIHI 2002e; Statistics Canada 2002c.

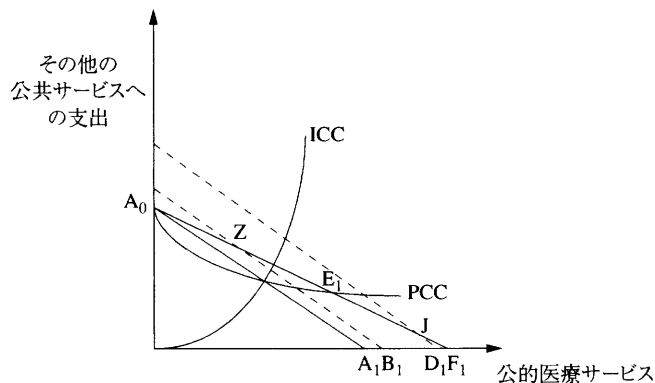
図2 一人当たり医療費増加率の国内総生産の成長率に対する比率

1980年代後半以降1995年まで、この比率が1を上回っていたことは、このような医療費の増加を示している。これは、医療保険に対する連邦補助金が、国内総生産の伸び率と人口変動により調整されるものの基本的には定率で上限がなかったためである。その結果、州政府の予算に占める医療費の割合は1984年の28%から1996年の32%へと増加し、州政府の予算配分が硬直化する虞が生じた。この問題に対処し、医療費の増加に歯止めをかけるために、連邦政府は、1996年に「カナダ保健・社会移転法」(Canada Health and Social Transfer Act)を定めて、上限のある一括補助金で州政府に連邦補助金を移転する方式へと改めた。その結果、図2に見られるように、1996年以降、医療費の増加率は国内総生産の成長率とほぼ同じ水準で推移するようになった。

補助金の種類には、このような一括補助金のほかに、病院保険の50%を負担するような定率補助金がある。また、その用途が限定されているかないかにより、一般補助金と特定(あるいは条件付き)補助金に区別される。これらの中には、幾つかの予算費目に対して総額を決めその中で配分は限定しない一括ブロック補助金がある。カナダにおける医療の連邦補助金は、特定定率補助

金から、1996年の「カナダ保健・社会移転法」により一括ブロック補助金に変わった。一括ブロック補助金は政府支出の抑制に寄与するが、定率補助金と比べると必ずしも人々の経済厚生を改善するとは限らない場合がある。

図3は、横軸に連邦補助金の対象となる州の医療保険が提供する医療サービスを、縦軸に州が提供するその他の公共サービスをとり、州政府の予算制約線と州に住む人々の選好を反映した価格消費曲線(Price Consumption Curve:PCC)⁶⁾と所得消費曲線(Income Consumption Curve: ICC)⁶⁾を描いたものである。連邦補助金のない場合の予算制約線をA0A1とすると、定率補助金は補助されるサービスの価格が低下するのと同じ効果を持っているので、定率補助金の場合の予算制約線は予算線の傾きが緩やかになるA0F1となる。定率補助金が与えられた場合の均衡は、価格消費曲線と補助が与えられたときの予算制約線の交点で示される。これに対して、一括ブロック補助金を与えられた場合には、上限に達するまでは予算にゆとりのある限り定率補助が可能であり、州の予算制約線の傾きは緩やかになるが、一括で配分される上限額に至った後は一括補助金額の分だけ予算制約線が外側にシフトすることになる。このように一括



出典: Jha (1998), Ch. 21.

図3 連邦補助金の効果:定率補助金と一括(ブロック)補助金

ブロック補助金の予算制約線は、一括補助額を境に、傾きが緩やかになる部分と外側にシフトする部分に分かれるので、一括補助の規模によりその位置が変わることになる。したがって、連邦政府の財政事情がよく(悪く)一括補助額が多く(少なく)、定率補助できる部分が大きい(小さい)場合の予算制約線は、屈折した直線A0JD1(A0ZB1)のように描くことができる。予算制約線がA0JD1の場合には、均衡点はE1のままであるが、予算制約線がA0ZB1の場合には均衡点はPCCと予算制約ZB1との交点になる。この点はE1より内側にあるので、人々の経済厚生はE1よりも低下する。

カナダの連邦政府財政は、医療費の伸びが国内総生産の伸びを上回り、連邦補助金が増加したことも影響して、1980年代後半から1993年まで財政赤字が拡大した。そのため、連邦政府は、医療を含む連邦補助金を一括ブロック補助金に改めた。このような連邦補助金の改正は、図3では、州の予算制約線を定率補助のA0F1から予算制約が厳しい一括ブロック補助のA0ZB1に改めたことになり、必ずしも人々の経済厚生を改善したことにはならない結果となっている。

しかし、カナダの連邦政府財政は、1996年に連邦補助金の見直しが行われた後から改善し、1999年以降、財政余剰が生じている。「カナダの医療の将来に関する委員会」報告は、カナダの社会経済の変化に対応しつつ医療サービスの需給両面の諸問題を解決するために、これらの問題の諸要因を検討しつつ具体的改善策とそのための連邦補助金の創設を提言している。同委員会の提言に対して、カービー報告は、改革案の財源が財政余剰に依存していると批判しているが、ロマノウ報告は、連邦政府による上限のない定率補助を復活させることを求めているわけではなく、目的に応じた定額補助金を設けて医療改革を進めることを提言している点で、実行可能性にも配慮した改革案となっている。このような提言が実現すれば、州政府は定

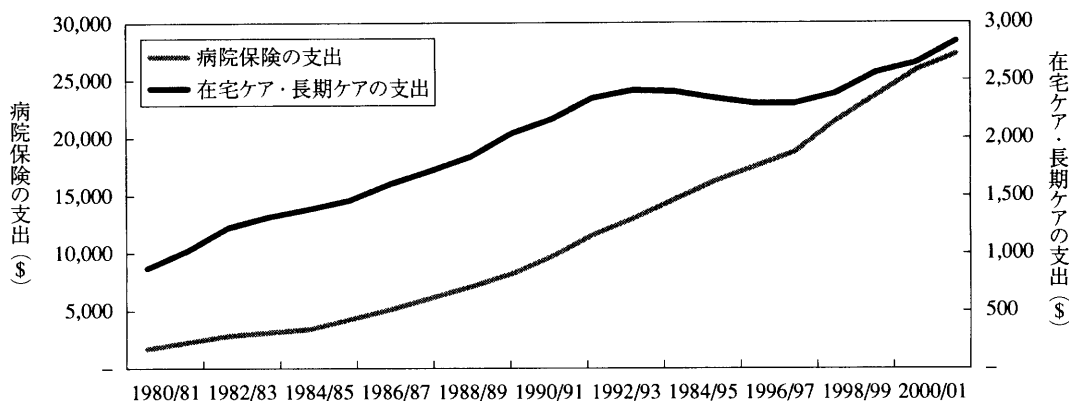
額補助の範囲内で予算制約が緩やかになるので、図3の予算制約線はA0ZB1からA0JF1になり、人々の経済厚生は改善されることになる。

3. カナダの皆保険制度における給付範囲と医療供給体制の問題点

カナダでは、上述のように連邦財政の健全化のために医療に関する連邦補助金が1996年に見直された結果、連邦財政が改善し財政余剰が生じた。これに対して、少子高齢化による医療費の伸びが予測される一方、連邦補助金の削減に伴い病院が統廃合されMRIなど先端検査機器の普及がG7諸国の平均よりも遅れるなどの問題や、公的医療保険制度にもかかわらず給付範囲がわが国よりも狭く、在宅ケア・長期ケア(介護)も病院外の処方薬もその範囲に含まれないことが是正すべき課題として認識されるようになった。

これらの問題を是正するために、ロマノウ報告は、カナダの医療制度の成果が国際的に見て高い水準にあることを確認したうえで、このような医療制度を高齢化が進む将来にわたって持続させるための補助金と医療供給のあり方を探るとともに、従来の制度が十分カバーしていない在宅ケア・長期ケアや少数民族のケアについても検討を行い、47項目の提言を行っている。これに対して、カービー報告は、公的医療制度を持つイギリス、オランダ、ドイツ、デンマーク、オランダの改革動向とカナダの現状を比較しつつ、公的医療供給の担い手である病院の経営組織の在り方にも検討を加えながら、在宅ケアや長期ケアの必要性など改革の課題を提示し、そのために必要な予算の推計額を示している。

以上のような諸問題のうち、2つの報告がともに指摘しているのは、公的な皆保険でありながら、税財源であるが故に連邦財政に補助金を通じて依存せざるを得ないことと保険者として保険料を定める機能が多くの州で発揮されていないために、与えられた財源で皆保険を運営する必要から



出典：Health Canada 2001d.

図4 病院保険と在宅ケア・長期ケアの支出の推移

給付範囲が比較的狭く定められている問題、すなわち在宅ケア・長期ケアの問題、病院外の処方薬が含まれない問題である。

3.1 在宅ケア・長期ケアの問題とその改革案

皆保険に在宅ケア・長期ケアが含まれないことは、これに対する連邦補助金がないことを意味する。そのため、2000年度における在宅ケアと長期ケアの財源構成は、州・準州と民間部門の占める割合はそれぞれ76%と23%であるのに対して、連邦政府の占める割合はわずか1%である。しかし、公的病院保険の支出と比べて、在宅ケア・長期ケアの支出は高齢化の影響もあり近年大きい伸びを示している。

医療費の抑制のためには、入院期間の短縮への努力を続ける必要があるが、そのためには急性期医療の後の予後をできるだけ在宅ケアにつなげていく必要がある。また、高齢化が進むにつれて、高齢者に対する長期ケア(介護)の必要性も増すことも確かである。したがって、ロマノウ報告は、これまでカナダの医療制度でカバーされてこなかった在宅ケアを「カナダ保健法」の対象に含めることと、そのために必要な財源確保のために在宅ケア拡充のための基金を提言している。すなわち、

在宅による心のケア(mental health)と必要とされる治療の実施(\$568百万カナダドル)、在宅による急性疾患の予後の治療とリハビリテーション(\$117.1+\$204.6=322百万カナダドル)、一時的な(palliative)在宅ケア(\$89百万カナダドル)からなる基金を設けるべきであると指摘している(Romanow, 2002 Recommendation34、以下これを提言34のように表記する)⁷⁾。これに対して、カービー報告では、在宅ケア・長期ケアのための連邦補助金を用いることも選択肢に含めつつ、その財源と規模には限りがあるため、これを補う方法として、在宅ケア・長期ケアに携わる家族への所得控除・税額控除と介護保険の創設を指摘している(カービー報告第8章)。

3.2 病院外の処方薬が含まれないことによる問題とその改革案

病院外の処方薬への医療保険適用がないため、処方薬への支出に占める公的負担(医療保険の適用、公的扶助など連邦政府の負担、および企業福利制度からの支出)の割合は、1985年の43.4%から2001年の49.2%へと上昇しているが、5割に満たない水準にある。その一方、処方薬への支出総額は、1985年の38億カナダドルから2001年の155

億カナダドルに増加したため、個人の処方薬の負担は増加し続けている(カービー報告第7章)。このような事情があるため、処方薬への支出を賄うために民間保険の利用も無視できない水準となっている。カービー報告によれば、処方薬への支払いに占める民間保険の割合は、1988年の30.5%から、1999年の33.5%に増加し、2001年でも29.9%となっている。

カナダの皆保険では、自己負担をとらないことを一つの原則としているため、民間保険の保険料支払いが増加することこの原則との乖離を埋める必要から、ロマノウ報告では高額薬剤費の補助のための基金を設けることを(提言36)、カービー報告では高額薬剤医療費のための医療保険に付随する保険の設立を(カービー報告第7章5節)提言している。ロマノウ報告では、州ごとの格差は正についても言及し、保険高額薬剤費の補助のための基金を利用して、州の薬剤費負担を補填することにより州別に見た薬剤費の支出構成の相違(ロマノウ報告の図9.1を参照)を縮小すべきであると述べている(提言36)。これら2つの報告ともに、薬剤費への公的負担を高める際に、医薬品の品質に関する標準をより厳格にかつ技術進歩を反映するように更新していく体制を整えることを指摘している。ロマノウ報告では、高額薬剤費の補助のための基金について、この報告が提言する医療情報ネットワーク(4節参照)との連携が意識されており、新薬の承認、既存の薬剤の評価、薬剤価格の決定・管理を所管し、カナダ市民と医療サービスのプロバイダーに薬剤の適切な情報提供を行う新しいカナダ連邦薬剤局(Canada Drug Agency)を設立すべきこと(提言37)、およびこの部局と連邦政府・州・準州の役割分担が指摘されている(提言38~41)⁸⁾。

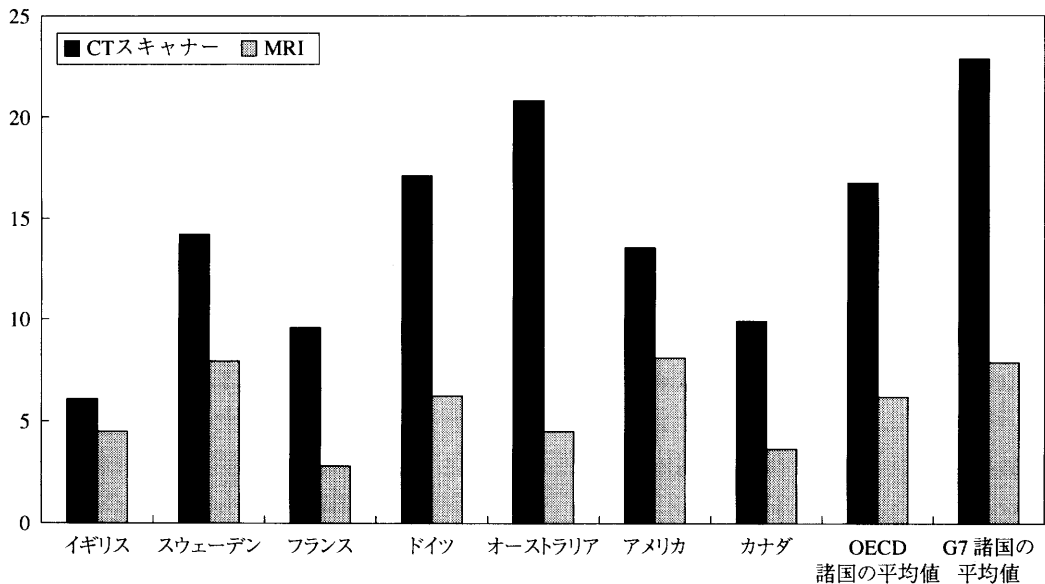
3.3 連邦補助金抑制が医療供給体制にもたらす問題とその改革案

カナダでは、連邦財政の健全化のために医療に

関する連邦補助金が1996年に見直され、その額が削減されたことに伴い、経営効率の低い病院の統廃合が進んだ。カナダの病院は、公的医療制度を原則とするため、公立非営利病院か民間非営利病院は認められるが、民間営利病院は認められていない。カービー報告では、医療財政の安定化のためには連邦補助金の追加や新たな保険の導入により財源を広げることも必要であるが、医療供給の効率性を確保する必要性も認めている。アメリカでは、病院経営の効率化に営利病院が寄与するかどうかについて、営利病院と非営利病院の効率性に関する実証分析に基づく比較を行い、営利病院が非営利病院よりも効率的になる条件を明らかにする努力が続けられている(Cutler, 2000)。カービー報告では、こうした医療経済分析の展開と非営利病院のみを認める現状を踏まえて、非営利病院の財政基盤確立の条件(出来高払いに基づく効率的な医療サービス提供の条件)と非営利病院と同等の質の医療をより効率的に提供できる場合に限って営利病院を認めることを指摘している(カービー報告第2章)。また、こうした効率的な医療サービスの提供が可能となるための医療技術の進歩に迅速に対応する条件整備についても検討を行っている。

ロマノウ報告でも、医療技術の普及に関連する問題を指摘している。連邦補助の見直しにより病院が統廃合されたことが影響して、カナダではMRIなど先端検査機器の普及がG7諸国の平均よりも遅れたため(図5)、検査期間の待ち時間が長くなる問題も生じている。

ロマノウ報告では、これらの問題に対処するため、診断サービス(検査)の待機期間縮小のための基金を設けることを指摘している。すなわち、すべての州・準州は、診断サービス(検査)の待機期間縮小のための基金を活用して、MRIなどの先端検査機器をより普及させることなどにより検査の待機期間短縮に取り組むべきこと、検査の標準を定



注：データの制限によりある程度の在庫数がある国のみ計上されている。日本は、ほかの OECD 国家と比べ画像技術機器の使用数が少ないので、国別から除かれているが、OECD と G7 平均の計算に含まれている。カナダのデータは 2001 年、オーストラリアは 1995 年。

出典：CCOHTA 2002a, b.

図 5 CTスキャナーとMRIの普及率の国際比較

めたり待機の調整を情報ネットワークを用いた中央管理により行うなど具体的改善策を講じることが求められている(提言 25, 26)。

4. 「カナダの医療の将来に関する委員会」報告に示された理念と今後の課題

4.1 カナダの医療改革の方向性—基本理念と条件—

カナダの医療制度は、3節で見たような諸問題を抱えつつも、国際的に見て比較的高いパフォーマンスを示している。カナダの一人当たり医療支出額と国内総生産に占める公的医療支出の割合は G7 の平均とはほぼ一致するのに対して、平均余命(男女計 79 歳)は G7 諸国の平均より長く、障害調整平均余命(Disability Adjusted Life Expectancy)(72 歳)と乳幼児死亡率が G7 諸国平均の平均であり、一般的に OECD 諸国の平均よりよい値を示し

ている。「カナダの医療の将来に関する委員会」報告は、これらの点を確認しつつ、このような成果を達成しているカナダの医療制度改革において継承・発展すべき理念と条件を「カナダ市民のための誓約」(Romanow, 2002)としてまとめ国民に示すとともに、政府もこれを尊重しつつ改革を行うことを求めている(Romanow, 2002, 提言 1)。最初の条件は、カナダ市民の健康に対する責任と医療制度とのバランスによってカナダの医療制度の成功が導かれたのであり、これを発展させていくためにはカナダ市民が責任を負い、改革の行動をとると同時に財源となる納税に寄与することとされている。これに続いて、カナダの医療制度の五つの原則と、倫理的配慮のあるシステムとすべきこと、政府と医療のプロバイダーは説明責任を持つべきこと、医療供給のための資源は質を保ちつつ効率的・効果的に利用すべきことが掲げられている。

今日、わが国の国民年金や国民健康保険では保険料徴収が困難になる場合も見られるが、医療のパフォーマンスを国民に示した上で医療制度の発展のために財源確保の責任を含む市民の責任を明示することは、わが国の社会保険改革の取り組み方に示唆を与えるものである。

このような理念のもとに、上記の条件を満たしつつ改革を進めるために、ロマノウ報告は、すでにあるカナダ医療情報機構 (Canadian Institute for Health Information: CHH) とカナダ医療技術評価オフィス (Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment: CCOHTA) を活用してカナダ医療会議 (Health Council of Canada) を設立して (提言2)、医療システムのパフォーマンスを示す指標の開発と医療の質の動向を示すレポートの実施、および各種の医療パフォーマンス計測を総合することにより異なる医療サービス・プロバイダーの特徴を明らかにすること (提言3)、将来的にはカナダ医療会議がこうした情報をもとに医療改革の方向性を示すべきこと (提言4) を指摘している。

4.2 医療改革における連邦補助金の役割

ロマノウ報告では、上記の理念と比べて現在の医療制度が、適用範囲が狭い問題や医療機器の普及が遅れている問題などを抱えていることを明らかにした上で、これらの問題を改善するための連邦補助金を具体的に示している。まず、在宅ケアと処方箋薬剤費をカバーすることができるように「カナダ保健法」を改め (提言5)、必要な財源を手当てするため連邦補助金を2005年度までに150億ドル増額することを求めている (提言6)。その内訳は、地方と遠隔地のアクセスのための基金、診断サービス (検査) の待機期間縮小のための基金、プライマリーケア改善のための連邦支出金 (岩崎, 2003)、在宅ケア拡充のための基金、高額薬剤費の補助のための基金を設けることである (提言7)。

地方と遠隔地のアクセスのための基金について

は、これを地方と遠隔地に医療サービスのプロバイダーを誘致すること (提言30)、地方と遠隔地で従事する医師や看護婦の生活が過ごしやすくなるための条件整備に利用すべきことが指摘されている (提言31)⁹⁾。

プライマリーケア改善のための連邦支出金 (提言19) については、これを用いて、カナダ医療会議はプライマリーケア国民会議を2年以内に開催し、プライマリーケアの改善を図り (提言20)、その成果を国民に報告すること (提言21)、およびこの基金を用いた国民の健康増進の具体的施策について指摘している (提言22～24)¹⁰⁾。

4.3 情報ネットワークの拡充と医療供給体制の改善

「カナダ市民のための誓約」では、持続可能な医療制度の発展のために連邦政府が負うべき財源問題と、カナダ市民が自らの健康を増進するための責任が述べられている。このような責任を果たすためには、カナダ市民がカナダ医療会議が収集し国民に提供するような医療情報と個人の健康情報を有効に活用する必要がある。その条件を整えるために、現在各州・準州で進められつつある電子媒体の個人健康情報記録をさらに整備すること (提言8)、これらの情報はプライバシー保護のもとにカナダ全体で有効利用される情報ネットワーク (Canada Health Inforway) へ結合され、 (提言9～11)、人々がこれを健康増進に活用すべきであると述べている (提言12)。また、カナダ医療会議は、医療技術の評価を合理化して、州・準州と協力しつつ医療情報を効果的に提供するとともに (提言13, 27)、その医療情報を地方と遠隔地の医療、医療の人的資源、健康増進、薬剤問題などを含むように拡張すべきであると指摘している (提言14)。

医療の人的資源については、カナダは医療報酬が成果主義のアメリカと接しているため、医師の海外流出が問題になっているのに対して、地方と遠

隔地の医療では自国の医科歯科系大学卒業者が定着せず海外からの医師に依存する問題が生じている。2001年では、医師の流出数は600人、流入数は250人、純流出数は350人に上っている。このような問題を、地方と遠隔地の医師不足の問題と関係づけながら解決するために、地方と遠隔地のアクセスのための基金の活用が求められている(提言15)¹¹⁾。

これに対して、グローバリゼーションとともに海外から医療従事者が流入する問題については、連邦政府、州・準州、および医療機関は、発展途上国からの医療従事者に依存して医療サービスを提供することを控えるようにすべきこと(提言47)を求めている。ただし、発展途上国における医療従事者の養成に貢献することはこれを認め、連邦政府は、途上国への対外経済援助や開発プログラムを通じて、特に医療サービスプロバイダーや医療行政・医療制度開発の担当者に対する教育訓練を通じて、医療制度の発展に寄与する国際的なリーダーシップを発揮すべきである(提言46)という立場をとっている。こうした立場は、皆保険制度を持つわが国においても海外からの医療従事者の受け入れについて議論が行われている現状に対して、示唆を与える提言であると言えるだろう。

医療供給の体制を整えるためには、医療従事者に関する諸問題の是正に加えて、これらの人々や医療機関の対応が人々のニーズにあったものとなるように努めることも必要である。これらの課題については、連邦政府、地方の医療行政部局、医療サービスのプロバイダー、病院は、公用語の使用が困難なマイノリティーのニーズを特定化して¹²⁾これに対応できるように協働すべきこと(提言28)、連邦政府、地方の医療行政部局、医療サービスのプロバイダーは、男女の違いによるニーズの違い、心身障害者のニーズに対応した多様な医療サービスの提供に努めること(提言29)、現在、連邦政府、州と準州および先住民民族(アボリジニー)の支援組

織によりまちまちに行われている医療扶助は各州・準州において単一の基金としてまとめ、持続的に適切な資金提供ができる体制を整えること(提言42)、この基金は、各州・準州の先住民民族に対する施策と健康増進を図るアボリジニー健康パートナーシップの基金として利用されるべきこと(提言43)が、指摘されている。

このように、ロマンウ報告は、これまでの医療制度が抱えていた諸問題を改善するために連邦補助金を拡充することと、カナダ市民と医療供給システムをつなぐ医療情報ネットワークの構築と連携しつつさまざまな医療供給改善策を講じることを提言している。しかし、カナダの税財源に基づく皆保険制度自体については、国際化(グローバリゼーション)が進む中で制度のパフォーマンスが問われたり貿易協定などによる海外からの医療・医薬品産業への干渉が起こる可能性があるとしても、これを守り発展させていくべきであるという立場を示している(提言44, 45)¹³⁾。

5. まとめと今後の課題

カナダの皆保険医療制度は、州の独自性を認めつつ連邦政府が補助金を通じて各州・準州の間の公共サービスを保障し調整する連邦財政主義のもとに発展してきた。ただし、連邦財政には、国防、外交、移民への対応を含む教育・人的資源開発など、医療以外にも予算を配分する必要があるため、連邦補助金額を抑制しながら制度を確立するため、カナダの皆保険医療制度はその給付範囲がわが国と比べて狭いという特徴がある。この特徴は、連邦財政に過大な負担をかけずに連邦補助金を通じた皆保険制度を比較的短い間に(1957年から1971年)成立させることを可能にした半面、高齢化や医療技術の進歩に医療制度が十分に対応することができない問題を生じさせている。今日、適用範囲を高齢化の進展や医療技術の進歩に合わせて適切な範囲まで広げ、これを皆保険の公的医療

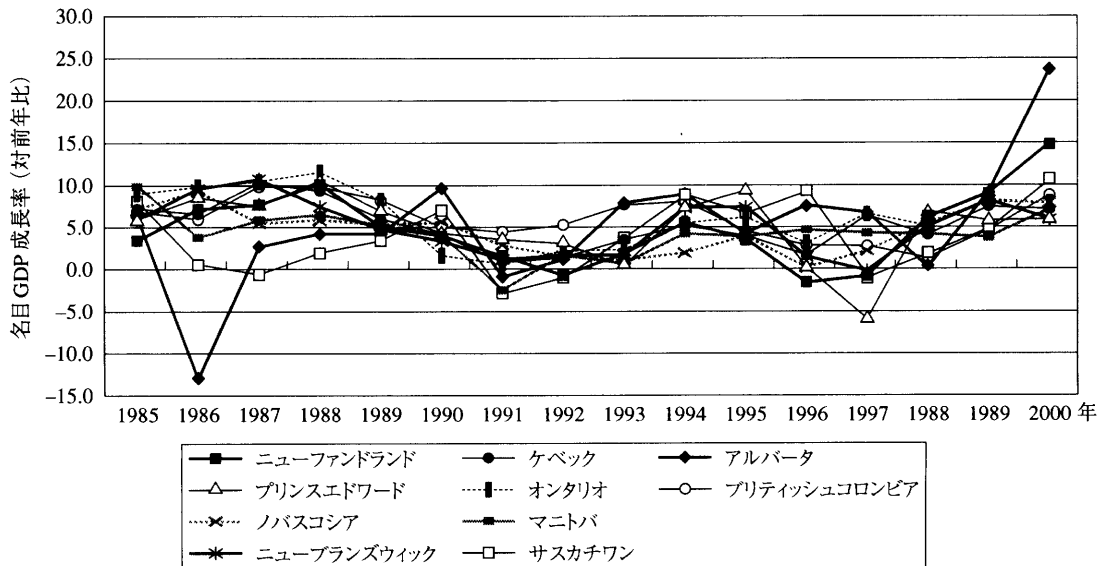
制度で提供するための医療財政の基盤を確立することが、カナダの医療改革の課題となっている。

このような課題に対して、ロマノウ報告とカービー報告は、在宅ケア・長期ケアを公的医療の給付範囲に含めること、プライマリー・ケアや医療検査態勢の後れを取り戻すこと、地方・遠隔地の医療供給を拡充することなどでは共通の認識を示しているが、その財源については意見を異にしている。ロマノウ報告では、1996年の連邦補助金の見直しが一因となり1997年以降生じている財政余剰を医療改革の基金として利用すべきとしているが、カービー報告は財政余剰に依存しすぎることなく改革の項目に対応した財源を新たに創設して、これと連邦財政補助金などを合わせて活用することを提案している。すなわち、カービー報告は、地方・遠隔地の医療拡充には連邦補助金の利用を認めているが、高齢者の長期ケアには介護保険を設けこれを連邦補助金が補完すること、プライマリー・ケア拡充のためにはアメリカで検討されてい

る個人医療勘定を導入することを提案している。

いずれにしても、連邦補助金は、医療改革を導く手段として重要な役割が期待されている。連邦財政主義のもとにおける補助金の役割は、理論的には図3のように説明することができるが、実際に連邦補助金が改革を導く効果を持っているかどうかについては、実証分析による検証が必要である。Panos and Serletisa (2002)は、図6のようにカナダの州・準州の間には経済成長率格差があり、州と州の間の生産要素の移動だけではこの格差が解消しないため(収斂仮説の不成立)、連邦補助金は各州・準州の間の格差是正などに寄与することを、実証分析により示している。

財政余剰も景気変動により変わること留意すれば、長期的にはカービー報告のように介護保険や医療貯蓄勘定の可能性を検討する必要があるが、連邦補助金の有効性が示されていること(Panos and Serletisa, 2002)を考慮すれば、短期的にはロマノウ報告のように連邦補助金をてこにした



出典：Panos and Serletisa (2002) Ch4, Fig.1. を参考に、Gross Domestic Product (GDP) at basic prices, by North American Industry Classification System (NAICS) and province, annual (Dollars), <http://cansim2.statcan.ca/> より筆者作成。

図6 州別にみた名目GDP成長率の推移

改革を開始することが現実的であろう。実際、2003年度のカナダの連邦予算では、今後5年間で348億カナダドルの連邦補助金を増額し、これを改革の項目に対応した基金として利用することが示された(岩崎, 2003)。

わが国の医療改革では、特に高齢者医療保険の在り方と高齢者の割合の多い国民健康保険の改革が課題となっている。高齢者に対する医療保険については、日本医師会・自由民主党による高齢者独立保険方式が提案される一方、厚生労働省からはリスク構造調整方式が提案されている。いずれの案にしても、改革後は公費負担に依存する度合いが高まることが指摘されている(田近・菊池, 2003)。また、国民健康保険と小規模健康保険組合については保険者の規模を拡大して都道府県単位とし、政府管掌健康保険も都道府県単位とすることが改革の基本的方向として示されている。このように、わが国の医療保険改革では、保険者の単位が都道府県単位になる一方、その財政的基礎のための公費負担の役割が増すとすれば、新たに都道府県単位となった保険者に独自性を持たせつつその医療サービスの質については格差が生じることなく国民の健康福祉の増進に寄与するようにするためには、補助金としての公費負担が保険財政の安定化とともに保険者の行動にどのような効果を持ちうるのかについて検討していく必要があるだろう。そのためには、カナダの皆保険医療制度とこれを支える連邦補助金との関係について考察を深め、改革の動向と連邦補助金の効果に関する研究をフォローしていくことが、一つの課題となることは間違いのないであろう。

注

1) 本稿は、平成14年度厚生労働科学研究費補助金(政策科学推進研究事業)「医療負担のあり方が医療需要と健康・福祉の水準に及ぼす影響に関する研究」における分担研究「税財源に基づくカナダの国民医療制度の改革動向」にカービー報告の考察を加えて拡張したものである。この研究事業の一環として、在

日カナダ大使館・カナダ日本社会保障政策研究円卓会議の協力を得て、ロイ・ロマノウ前サスカチワン州首相とお会いしてヒアリングを行う機会を得た。ここに記してお礼を申し上げたい。もちろん、本稿の見解は筆者個人のものであり、もし誤りがあるとすれば筆者が責任を負うこととおことわりしておきたい。

- 2) いくつかの州では保険料も徴収している。カナダの医療制度について、カナダ市民(患者)、診療所、病院、州および連邦政府の間での税財源などの負担と給付との関係を図解したものに、本間(2000)、岩崎(2002)図1がある。
- 3) ロマノウ報告を反映したカナダ政府の医療予算の内容については岩崎(2003)を参照。
- 4) わが国の財政構造のこのような特徴づけは、神野(2002)第21章による。
- 5) これは、その後の改正を経て、現在、「連邦と州の財源措置および高校卒業後の教育と保健に関する連邦の助成法」(Federal-Provincial Arrangements and Federal Post-Secondary Education and Health Contribution Act)と呼ばれている。
- 6) 価格消費曲線と所得消費曲線は、一定の予算制約のもとで、それぞれ異なる価格と所得に対して最も高い効用を達成する無差別曲線と予算制約線との交点を結んで得られる曲線であり、この曲線上の点は、それぞれの価格と所得に対する均衡点を示している。
- 7) ロマノウ報告は、在宅ケア拡充のための基金が効果を発揮するために、カナダ人的資源開発省とカナダ保健省は、共同して急性期にある患者の家族などが職場を休んで患者の看護や介護に対応することを許可され、かつそれが支援される条件整備を求めている(提言35)。
- 8) 局と州とその役割、州と準州は、カナダ連邦薬剤局と共同して、明快でかつ説明責任の果たせる手続きに基づく薬剤使用標準の確立に努めること(提言38)、薬剤の管理はプライマリーケアの拡充と総合的に行われるべきこと(提言39)、カナダ連邦薬剤局は、処方箋薬剤の利用状況とその治療効果のデータの収集と普及に関する標準を開発すべきこと(提言40)、および連邦政府は、医薬品産業の特許申請の動向に迅速に把握して、知的財産権の保護(による産業の発展)と保護されない薬品による薬剤費の軽減との適切なバランスを図ること(提言41)。
- 9) 医療情報ネットワークの拡充と関連して、この基金を遠隔地における電話検診アプローチの拡充のためにも利用すべきが指摘されている(提言32)。
- 10) この基金を用いたプライマリーケアの拡充と、疾病とけがの予防とこれによる健康増進に努める(提言22)、カナダ市民の運動スポーツの振興のためにすべての州・準州はスポーツ・リекреーション・運動担当

大臣が示した指針を実行する(提言23)、子どもの病気を予防するために連邦政府の免疫予防戦略を整え、新しい感染症に対処すべきである(提言24)。

- 11) こうした医師の流出問題に配慮しつつ、適切な医療の人的資源確保のために教育と訓練の総合的な改善を図るようにカナダ医療会議がすべきことが指摘されている(提言16～18)。
- 12) カナダではマイノリティーを対象にした医療経済分析が近年展開していることを反映した提言である。最近の実証分析として、Kobayashi (2003)がある。
- 13) 連邦政府と州・準州は、国際法や貿易協定に含まれる「公的サービス」の定義のもとで改革を求められる問題、多国籍企業が補償を求めるなどカナダの医療制度に対して生じる諸問題に対しては、医療制度を公的システムとして護るように努めること(提言44)。連邦政府は、将来の国際貿易協定や知的財産協定や労働条件の国際基準などが、公的な財源による保険制度のもとで医療サービスが提供される医療制度を維持し拡充することを許容するものとなるように、諸外国特にWTO加盟国との連帯を構築すべきである(提言45)。

参考文献

尾形裕也 2002 「日本とカナダの医療保険制度改革：共通の課題と多様性」『海外社会保障研究』第139号
 金子能宏・小島克久 2002 「地域格差と所得格差を考慮した社会保障研究の展開—日本とカナダの比較—」『海外社会保障研究』第139号
 神野直彦 2002 『財政学』有斐閣
 新川敏光 1999 「医療保険」城戸喜子・塩野谷祐一編『先

進諸国の社会保障③カナダ』東京大学出版会
 高橋淑郎 2000 「カナダの社会福祉 第2部社会福祉の現状 II 医療保障」仲村優一・一番ヶ瀬康子編『世界の社会福祉 アメリカ・カナダ』旬報社
 田近栄治・菊池潤「医療保険改革と個人の選択」国立社会保障・人口問題研究所編『選択の時代の社会保障』東京大学出版会
 堀場勇夫 1999 「地方分権の経済分析」東洋経済新報社
 Cutler, David M. eds. *The Changing Hospital Industry: Comparing Not-for-Profit and For-Profit Institutions*. University of Chicago Press, Chicago
 Jha, Raghbendra, 1998, *Modern Public Economics*. Routledge, London and New York.
 Kirby, M. J. and Marjory LeBreton, 2002, *The Health of Canadians—The Federal Role*, The Final Report on the state of the health care System in Canada, The Senate.
 Kobayashi, K, 2003, “Exploring the determinants of health status and health care utilization among mid-life Chinese and South Asian immigrants in the Lower Main land,” the Proceedings of 6th National Metropolitan Conference, CANADA
 Panos, Afxention and A. Serletis, 2002, *Macroeconomic Policy in the Canadian Economy*. Kluwer Academic Publisher, Boston/Dortrecht/London
 Rommanow, Roy J. and Commission on the Future of Health Care in Canada, 2002, *Building on Values: the Future of Health Care in Canada*. Canada Government.

(かねこ・よしひろ 国立社会保障・人口問題研究所
 社会保障応用分析研究部第1室長)

日本の医療保険制度改革

—国保改革の重要性—

泉田 信行

■ 要約

医療費増加の現象は先進諸国が共通に直面する政治的課題となっている。しかしながら、政治的圧力により非効率と考えられる部分への資源投入を抑制することは難しい。本稿では日本の医療制度改革について保険者の役割の側面から検討するが、日本の医療保険制度改革の課題はほぼ国民健康保険制度の課題であると考えられるため、国民健康保険制度の改革について中心的に述べる。

国民健康保険についてはさまざまな課題が指摘できるが、次の点に絞って議論を展開する。(1) 保険者のマネジメント能力問題、(2) 加入者構造と国保財政、(3) 保険者規模の問題、である。

保険者のマネジメント問題能力が問われている課題として、a) 医療費の地域差、b) 受診行動の適正化、c) 国民健康保険料収納率の低下、をあげた。これらの問題は国保保険者がその役割を十分に果たせないことから発現している可能性がある。そこで、国保保険者がその役割を果たすための条件について議論した。

加入者構造と国保財政に関しては、a) 市町村国民保険加入者の変化、b) 拠出金制度、c) ライフサイクルと国保保険者のかかわり、について議論した。これらの課題は国保保険者や他の保険者が傷病リスクの引受以外の責務を与えられていることによりもたらされるものである。それ故、保険者がどこまでをその責務とするべきか議論されるべきであろう。

保険者の規模の問題についてはa) 保険者規模に関する議論、b) 保険者間の連携について、c) 保険者選択について、議論された。これらの論点は保険者が患者の良き代理人であるための前提条件となる。

これらの点から現行制度現在・今後の社会経済・疾病構造の実態にそぐわない可能性がある。過去の制度を維持する視点ではなく、今後の社会経済・疾病構造を見通した改革論議が行われるべきであると考えられる。

■ キーワード

保険者のマネジメント問題能力、社会経済構造の変化、保険者の責務

I はじめに

医療費増加の現象は先進諸国が共通に直面する政治的課題となっている。医療費の増高は一般的に政府の財政負担を増加させると考えられているため、医療費のコントロール手法を確立することが必要であるもののその手法は確立されたものではない。医療費のコントロール手法には無駄が発生しているのであればそれを削減し、必要な部分があればそこに資源を投入するというバランスが

必要である。しかしながら、政治的圧力により非効率と考えられる部分への資源投入を抑制することは難しい。それ故、日本よりも医療費の対GDP比が高い他の先進各国では医療費をコントロールする制度改革が何度も企画され、何度も失敗してきたと言えよう。これら先進諸国の医療制度改革については本号の他論文にあたって戴くこととして、本稿では日本の医療制度改革について保険者の役割の側面から検討する。

日本の医療保険制度改革の課題はほぼ国民健

康保険制度の課題であると考えて良い。国民健康保険制度は他国には類例を見ない強制加入制度となっている。この制度は国民に対して広く医療保険制度に加入する機会を与えてきたが、その一方で制度維持のために大きな財政投入を必要としてきた。

国民健康保険制度はさまざまな財政的困難を、他の医療保険制度と分かち合うことなく、引き受けてきた。被用者でない者を加入者とするため、制度が本来対象としているところの個人自営業者・農漁業従事者以外にも、所得がない無職の者、相対的に高い医療ニーズを持つ高齢者、を加入者として抱え込んでいる。

他方、職域保険である政府管掌健康保険、組合健康保険等の加入者は被用者とその家族とされているため、少なくとも所得が無い者は加入していない。また、定年制があるために医療ニーズが高まる高齢者は(家族として加入する以外に)職域保険に加入することはない。従って基本的に職域保険の財政は安定的である¹⁾。このため、医療保険制度の財政問題を考えるためには、国民健康保険制度に注目することが必須であり、逆に国民健康保険制度の課題の解決なしには医療保険制度問題は解決し得ないとも言える。そこで、本稿においては国民健康保険制度の改革について中心的に述べる。

日本の医療保険制度は戦前に健康保険法、国民健康保険法(旧法)の制定・施行を見、現行制度の基礎が作られたことは広く知られている。その後、終戦を経て、さまざまな制度改革を経ている。戦前から最近までの医療保険制度の改正点を国民健康保険に関連する点を中心にしてまとめたものが表1である。

この表から国民健康保険は給付対象者の拡大、給付内容の改善、財政の適正化、を行ってきていることがわかる。しかしながら、現在国民健康保険制度が直面している問題は、本質的には制度創

表1 国保制度関連年表

年度	事項
1938	国民健康保険法(旧法)施行 普通国民健康保険組合の設立開始
1942	当該地域で3分の2の住民が加入し、地方長官が指定した場合強制設立となる
1946	事務費及び保険施設費に対する国庫補助制度の創設
1948	市町村公営原則の確立
1951	国民健康保険税の創設
1958	国民健康保険法(新法)の施行
1960	岩手県沢内村で無料化実施
1961	国民皆保険達成 国保は5割給付
1963	老人福祉法施行 国保の世帯主は7割給付となる
1968	横浜市が80歳以上の国保被保険者を9割給付に 国保の世帯員も7割給付となる
1969	秋田県が80歳以上を無料化 東京都が70歳以上を無料化
1973	老人医療無料化実施 東京都65歳以上を無料化 寝たきり状態は65歳以上を無料化する
1975	高額療養費支給制度実施
1983	老人保健制度創設
1984	退職者医療制度創設 療養給付費負担率を保険給付費の50%へ
1987	老健拠出金加入者按分率80%に
1990	老健拠出金加入者按分率100%に
2000	介護保険制度創設

設時から存在するものであり、高度経済成長が持続していたことによって、表だって現れてこなかっただけである。さまざまな課題が指摘できようが、本稿では紙幅の都合もあり、次の点に絞って議論を展開する。(1) 保険者のマネジメント能力問題、(2) 加入者構造と国保財政、(3) 保険者規模の問題、である。

医療保険制度のプレイヤーとしての保険者機能・能力に関わる問題が保険者のマネジメント能力問題である。この側面については、医療費の地

域差、医療機関受診の適正化、保険料徴収のインセンティブ、の3点について述べる。この3点が端的な問題であると考えられるからである。

加入者構造と国保財政は国保保険者に固有の問題となる。国保保険者の問題であるが、国民皆保険制度を維持するための費用を国保保険者のみが負っているという側面もある。

保険者規模の問題は、保険者機能を発揮するための前提条件とも言える。保険数理的な安定と効率的な保険管理体制に関わるからである。保険者のマネジメント能力問題と保険者規模の問題は国保保険者のみならず他の保険者にも共通する課題である。

本論文はこれら3点それぞれについて問題の現状を検討することにより、今後の医療制度改革の方向性に関する示唆を得ようとするものである。本論文は以下において次のように構成される。次節においては保険者のマネジメント問題能力について検討する。第3節においては加入者構造と国保財政について検討する。第4節においては保険者の規模の問題について検討する。第5節においては結語が与えられる。

II 保険者のマネジメント問題能力

日本の医療保険の問題を考える場合に重要な論点は行政官庁と保険者の関係である。規制等の施策を行う行政官庁とは別に保険者が保険給付の管理を行うと位置づけられている一方、保険者が自己の権限によって行えることはほとんどなかった²⁾。情報の非対称性により個別の患者が医療提供者と対等に向き合うことができないため、患者(加入者)の代理人としての保険者の役割は非常に重要である。しかしながら保険者にはその役割を果たすために必要な手段が与えられていなかったのである。本節では保険者が他の医療保険制度のプレイヤー、医療提供者・患者・加入者

と対等に対峙することができなかったことによる帰結を3点に絞って検討する。

1 医療費の地域差

人は性別や年齢階級が同じであれば、居住する地域によって使用する医療費が異なることはないと考えerことは自然である。これが成立しない状況を地域差があると呼ぶ。地域差については Wennberg and Gittelsohn (1973)の研究以来、膨大な研究が蓄積されてきた³⁾。その結果、(1)性別・年齢階級・人種などの人口構造、(2)居住者の所得などの社会経済的構造、(3)医療供給構造、の影響を除去しても医療費に地域的な差異が発生することが明らかにされた。これらの影響が除去された後に残る差異は(4)医師の診療行動の差異によるものと見なされ得る。

保険者の立場からすれば、(1)、(2)の結果として発生する地域差については許容されるかもしれないが、(3)、(4)については明確な合理付けが無い限り受け入れられない。医療経済学では地域差の存在は経済厚生を低下させる要因として認識し、その額が少なくないことを示している⁴⁾。

日本でも医療費の地域差については古くから検討されてきた。特に病床数は入院医療供給の指標としてわかりやすいため、それと入院医療費との関係が活発に検討されてきた。その結果、入院医療費は病床数と非常に高い正の相関があることが明らかにされた。現実の政策としても、昭和63年には病床数をコントロールすることを目的として地域医療計画による病床規制が実施されることとなった⁵⁾。

現在でも地域間で病床数の差異は残存し、かつ入院医療費との高い正の相関が観察され得る。図1は2000年度都道府県別国民健康保険医療費と地域の一般病床数の関係を見たものである。両者の間には正の相関関係があることがみてとれる。

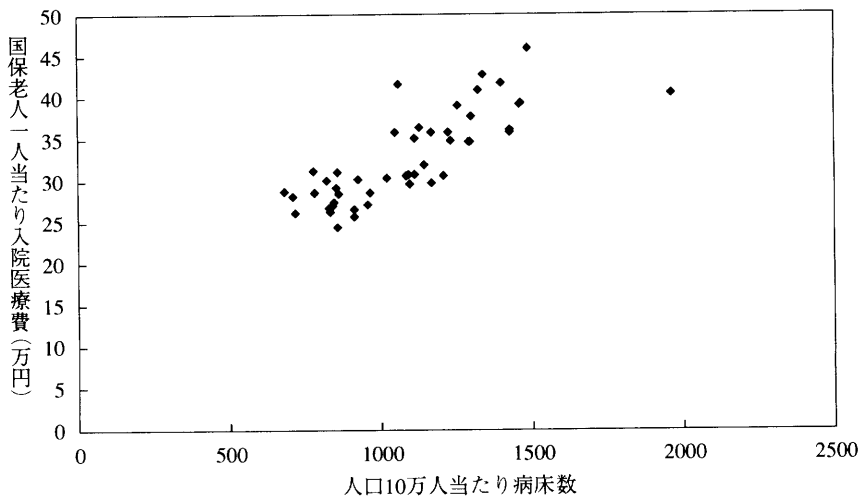


図1 国保老人入院医療費と病床数の相関

供給体制の偏りによる地域差、説明できない地域差の存在は保険者が果たすべき役割を果たしていない可能性を示唆する。市場メカニズムによって需給が決定されていないため、供給が過剰である場合には保険者が患者・加入者の立場に立って供給量をコントロールする必要がある⁶⁾⁷⁾。また、説明されない地域差が存在する場合にはそれが何に起因するかを明らかにし、説明する義務を保険者は保険料を納付している加入者に対して負う必要がある。しかしながら現状ではそのような状況にはない。

地域的にまとまりのある加入者を持つ国民健康保険者は患者の受診動向を把握し、患者の利便性を確保するように地域の医療供給体制を構築することが可能である。そのためには地域の医療機関と協調して必要な施設、設備・機械、人的資源を確保し、非効率な部分があればこれを是正する能力を保険者が持つ必要がある。しかしながら自由開業制の原則により保険者が非効率を是正する能力が事実上削がれている状態であると言える。

2 受診行動の適正化

地域差の解消が保険者と医療機関の関係性の

問題であるとすれば、受診行動の適正化は保険者と患者の関係性の問題である。特に高齢者の受診率の高さについては常々議論がなされている。ただし、受診率が高いこと自体が即問題であるとは言えない。これは高齢者が若人より健康水準が低く、医療機関に受診しがちであると説明されている。

図2は都道府県別のデータを用いて、国保加入者の2000年度一年間における入院受療率、外来受療率を高齢者・若人別に見たものである⁸⁾。この図から明らかに、外来・入院共に高齢者の受療率が高いことがわかる。外来受療率は若人が564、高齢者が1537であるから、平均して高齢者は若人の2.37倍外来受診を行うと言えよう。同様にして入院受療率は若人が23.7、高齢者が81であるから平均して高齢者は若人の3.41倍入院受診を行うと言える。

高齢者の高い受診率については解明されるべき点が残されている。1) 高い受診率が老人の健康・維持回復に貢献しているのか否かを確認する必要がある。低い受診率であっても老人の健康・維持回復に貢献できるのではないか。2) 高い受診率はどのように発生するのかを確認する必要がある。

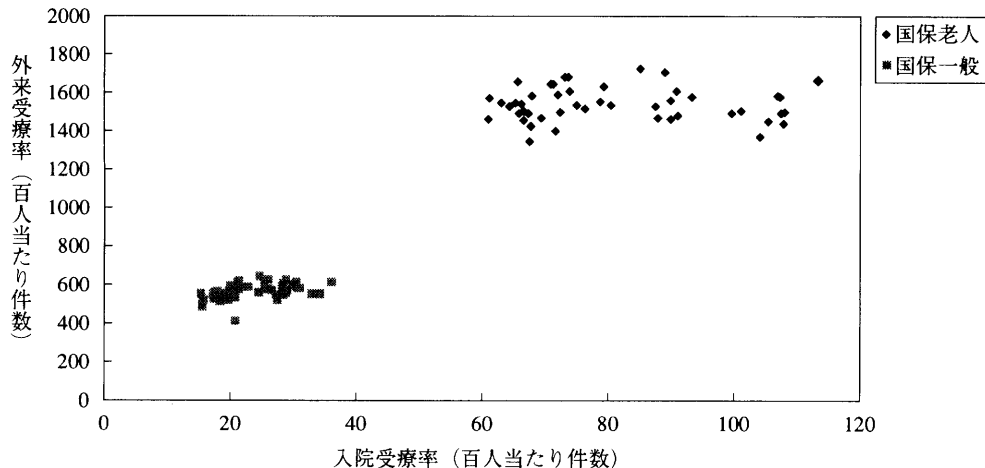


図2 入院受療率と外来受療率

る。高齢者は一律に高い受診率になるのか、それとも高齢者のあるグループが高い受診率となっているのか。3) 受診率は適正化できるのか。不要・不急な受診をしている加入者、受診が必要なのにしていない加入者に対して適正な受診を促すことが可能であるのか。

これらの点を検討するのは保険者の重要な役割のひとつであると考えられる。保険者は患者の受診行動等に関する情報を収集し、医療機関受診の費用対効果をより高めるための分析を行う必要がある。効率的な受診行動を患者に促す際に問題となるのはフリーアクセスである。健康保険法によって患者は自己の選択する医療機関に自由に受診できる。保険者による受診の適正化はフリーアクセスと抵触する可能性もある。

医療費の地域差問題が保険者と医療提供者の間の問題であれば、受診行動の適正化は保険者と患者の間の問題である。受診率が高いこと自体が即問題ではなく、必要性が低い受診、必要なのに未受診である状態があればそれは是正されるべきである。このために必要なことはふたつである。加入者が実際にどのような受診行動をとっているのか、という情報と適正な受診行動とは何か、

という情報である。後者に即して前者を評価し、過剰な医療資源使用は削減し、不足している医療資源使用を増加させねばならない。このように患者の受診行動に保険者が積極的に関与する場合にはフリーアクセスと相反する可能性がある。しかしながら情報のない状態でのフリーアクセスよりも患者の便益を増加させる可能性もある。

3 国民健康保険料収納率の低下

保険料を加入者の自主的な納付に依存する国民健康保険は常に保険料徴収の問題が発生する。徴収すべき保険料に対して何%を徴収できたかを収納率と呼ぶが、この収納率の低下が問題とされている。泉田(2002)ではこの点について若干検討しているが、そこでは収納率に関するふたつの問題点が指摘されている。

ひとつは継続的に収納率の低下が発生している点である。昭和60年から平成2年にかけて収納率は一般分が93.11%から93.48%、退職分が98.36%から98.93%へそれぞれ向上しているが、その後は一転して低下し、平成12年には一般分90.21%、退職分98.08%となっている。これは長引く不況の影響を受けている可能性がある。

もうひとつの問題は地域格差が存在することである。平成12年のデータによれば最も収納率が高いのは鳥根県で96.13%である。他方、収納率が低いのは北海道・埼玉県、東京都、大阪府であり、いずれも88%程度かそれ未満の水準となっている。

収納率の低下は加入者の所得水準の低下と同様に国民健康保険財政に対して大きな影響を与える。泉田(2002)によれば、平成12年について一般分被保険者世帯分が2780億円、退職世帯分が70億円となると指摘されている。

低い収納率はふたつの問題点が存在することを意味する。ひとつは保険料が支払えない低所得世帯が存在することにより収納率が低下する可能性である。これは保険料の免除・減免により解決できる問題である。しかしながら、国保財政の悪化や補助金投入額の増大を意味する。もうひとつの問題は払えるのに保険料を払わない世帯の存在である。このような世帯に対する保険料の徴収の問題は国民健康保険に特徴的に存在する問題であり、かつ国民皆保険を維持するための費用となっている。本質的には加入する便益が無いと認識している個人を国民皆保険制度の中に取り込むための費用と見なされる。国民皆保険制度を形式的に維持するためには、強制的な費用徴収をより厳格に行う必要がある。

他方、皆保険を「実質的に」維持することに専念するのであれば、加入を望む国民に対して常に保険加入の門戸を開いていけば良い。つまり保険料を納付し加入することを希望する国民は常に加入を認める制度であれば良い。それゆえ、強制的な保険料徴収は行わず、保険料を納付しない個人に対しては保険給付を行わないことを厳格に守ることとなる。

もちろんこのような方法が意味を持つのは逆選択の問題(健康である個人が保険から離脱する問題)がどの程度大きいにも依存する。逆選択は健康な高所得層に見られると考えられるので、逆

選択の発生の規模はそのような層が国民健康保険の加入者のうちどの程度の割合を占めるかに依存すると考えられる。費用徴収に対して費用をかけず、より魅力的な保険給付を行うことにより加入者の便益を拡大する「実質的な皆保険」を検討する余地はある。

III 加入者構造と国保財政

1 市町村国民保険加入者の変化

市町村国民健康保険はその本質として財政問題を抱える構造となっている。市町村国民健康保険は国民皆保険制度の根幹として全ての国民を潜在的な加入対象者としている。その強制加入を免除されるのは被用者として政府管掌健康保険等の健康保険に加入しているか生活保護を受給している場合である。このため、市町村国民健康保険は被用者以外のさまざまな形態の職業の国民を包摂することとなる。自営業者・農漁業者を主たる加入者として出発した制度発足当初と現在を比較すると、日本経済の構造の変化を反映して、加入者構造は大幅に変化している。(図3参照。)

制度発足当初1000分の400を超える加入世帯比率であった農林水産業従事世帯は1000分の50を割り込むところまで落ち込んでいる。自営業世帯も1000分の229.2から157.97程度まで多少落ち込んでいる。他方、無職世帯は1000分の88.8の水準から1000分の421.86まで増大している。このため、農林水産業者及び自営業者のための国民健康保険制度が無職世帯のための健康保険制度に変質していると言えよう。

世帯構造の変化が賦課される保険料に対してどのような影響を与えるのかは非常に重要な点である。図4は平成2年と平成12年の無職世帯における世帯主の年齢分布を示したものである。これを見ると、60～69歳階級においても増加しているものの、70歳以上階級において4760人(世帯)から

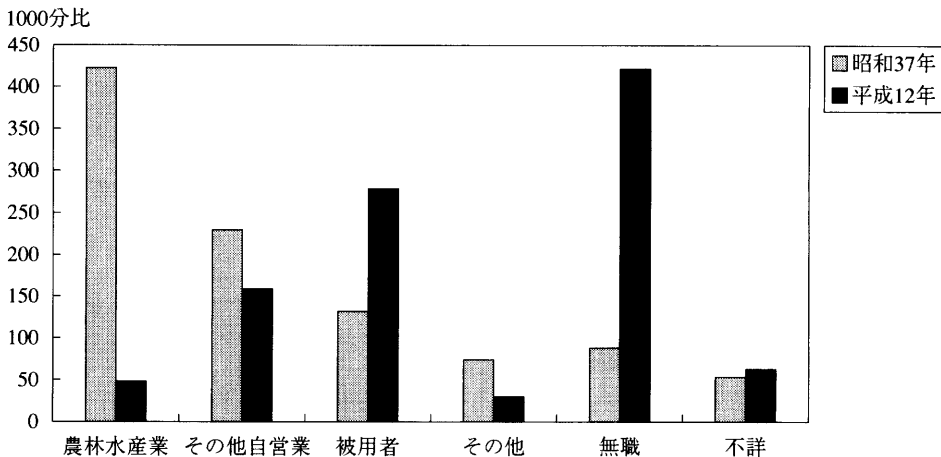


図3 職業別国民健康保険加入世帯比率

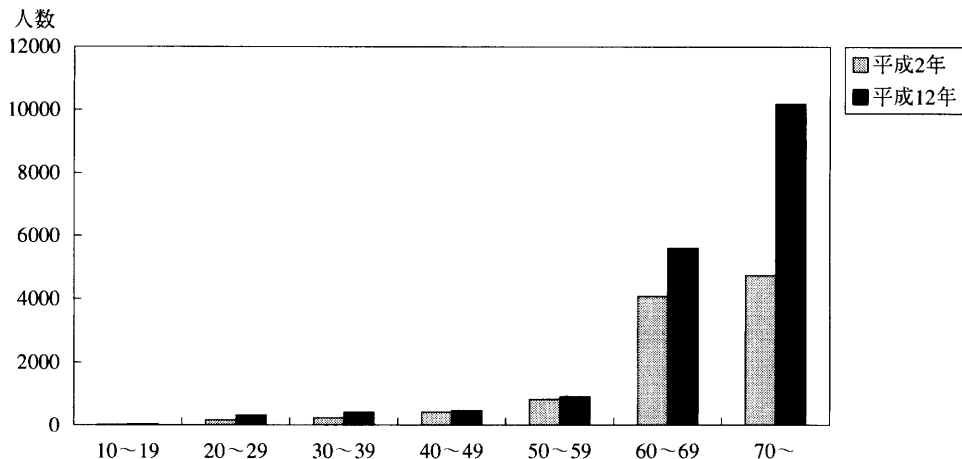


図4 無職世帯の世帯主の年齢構造

10,195人(世帯)と2.5倍になり、平成12年時点では無職世帯の45.2%を占めるに至っている。このため、無職世帯の動向は高齢者が世帯主である世帯の動向と歩調を合わせるものと考えられる。高齢者世帯の場合には無職であっても年金により所得を得ている可能性もある。また、資産を保有している可能性もある。このため、所得のばらつきが大きく、平均所得だけでなく所得・資産の分布を考慮する必要がある。

図5は全世帯、無職世帯、70歳以上世帯それぞれ

れについて所得階級別の世帯数構成比率を示したものである。この図から全世帯と比較して、1)所得が30万円未満の世帯が多い、2)無職世帯・70歳以上世帯は所得が100万円～180万円の階級にある者の比率が高い。ただし、70歳以上世帯はこの階級の比率は無職世帯よりやや小さい。3)70歳以上世帯については450万円以上の所得を得ている者は無職世帯よりも高い比率で存在する。この結果、高齢化の進展は国保加入の無職世帯を増加させ、無職世帯の増加が低所得世帯の増加をもたらす⁹⁾。

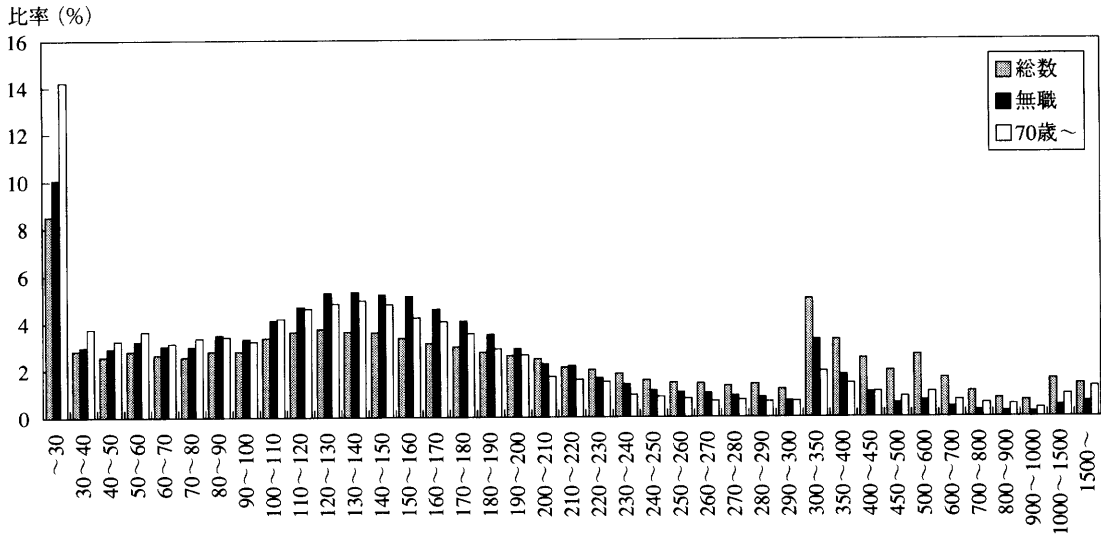


図5 所得階級別世帯数 (総数・無職・70歳以上)

これらの事実は高所得である高齢無職世帯の存在を否定はしないが、国保保険者の経営努力に関わりなく国保財政を悪化させる要因となる。これは被用者とその扶養家族から構成される職域医療保険者の財政構造と際だった違いである。

加入者の経済状態に対応した保険料賦課を行うことは社会保険制度の根幹であるとも言えるかも知れないが、その結果として財政収支がバランスせず、医療供給に影響を与えることは本末転倒かも知れない。「保険」という機能を保険者が担うためには、加入者の経済力の問題から保険者を解放する必要がある。

2 拠出金制度

前節において高齢者の増加による無職世帯の増加により国保の加入者構造が変化していることが示された。高齢加入者の増加は保険料収入の水準だけでなく医療給付の水準にも影響を与える。個人ごとに差異はあるものの、年齢階層が上位である個人は下位である個人よりも疾病罹患リスクが高いと考えられるため、国民健康保険は医

療費支払リスクが構造的に高い。

その部分的な解決策が昭和58年実施の老人保健制度、昭和59年実施の退職者医療給付制度の創設である。老人保健制度は市町村が70歳以上の老人の医療費を管理する事業主体となり、老人が元々加入する医療保険者及び国・都道府県・市町村が拠出金という形で費用を分担するシステムである。国民健康保険は制度全体として2兆5273億円の老人保健医療拠出金を支出している一方、政府管掌健康保険・健康保険組合は合計して1兆7059億円を拠出している。

各医療保険者が負担する拠出金の額はそれぞれの保険者における老人加入者数の加入者総数に対する割合(老人加入率)によって、全保険者の老人加入率の平均値を除いた数値及び各医療保険者それぞれに加入する老人1人当たり老人医療費によって決定される。それぞれの値が高くなると拠出金の額が増える。

各保険者の拠出金を決定する要因のうち加入老人1人当たり老人医療費は保健事業によってコントロールされ得るとみなされ、さまざまな医療費対策

の保健事業が実施されている。しかしながら医療費効率化の効果が存在したとしても老人数の伸びによる医療費増大によってうち消されている。

老人の医療費対策についてはふたつの論点が検討されるべきであろう¹⁰⁾。ひとつは、老人だけを別立ての制度とし、特別に扱うことが是認されるのかということである。年金制度の成熟によって高齢者の所得水準が、ばらつきを持ちつつも向上してきている。そのため、高齢者の医療費負担の抑制を、自己負担率を若年層よりも一律に低い水準に抑制する根拠は薄弱になってきていると思われる¹¹⁾。

いまひとつの点は、高齢者増加は医療保険者が負担すべきリスクであるのか、という点である。現行の医療保険制度では医療費支払リスクを規定する人口要因(高齢者数)と収入要因(賃金率の伸び)の間に全くリンクがない。このリンクを如何に作り上げるかが拠出金問題の本質的な課題であろう。この点を解決するために保険者間の協調、世代間

の助け合いの手段としての老人保健拠出金制度が存在し、一定の成果をあげていると考えられる。しかしながら保険者は加入者の傷病リスクに備えるための存在であり、人口構造の変動リスク・経済変動のリスクに対応する存在ではない。この点を考慮に入れると、人口構造の変動リスク・経済変動のリスクの全てを保険者に負わせることは難しいと思われる。

3 ライフサイクルと国保保険者の関わり

国民健康保険の加入者構造の変化は高齢者の増加、無職者の増加をもたらすことをみた。これは財政的な観点から重要である。しかしながら加入構造の変化は異なった課題をも国民健康保険に対して投げかける可能性もある。

表は平成12年における年齢階級別の国保脱退者の脱退理由である。これを見るとわかるように、脱退の多くは組合・政管などの社会保険への加入

表2 国保加入者の脱退理由(平成12年)

	脱退者計(人)	社保加入	生保開始	死亡	その他
合計	3198	69.26	4.75	12.63	13.35
0～4	264	81.06	7.2	0	11.74
5～9	128	72.66	10.94	1.56	14.84
10～14	107	79.44	3.74	1.87	14.95
15～19	182	86.81	2.2	0.55	10.44
20～24	436	87.84	0.69	0	11.47
25～29	394	82.49	1.52	1.27	14.72
30～34	239	79.92	4.6	0.84	14.64
35～39	156	72.44	4.49	1.28	21.79
40～44	133	76.69	2.26	1.5	19.55
45～49	197	74.62	7.61	3.05	14.72
50～54	160	73.75	5	7.5	13.75
55～59	139	61.15	10.79	6.47	21.58
60～64	142	56.34	8.45	23.94	11.27
65～69	136	33.09	13.97	38.97	13.97
70～74	82	32.93	8.54	52.44	6.1
75～79	88	34.09	3.41	53.41	9.09
80～84	97	16.49	2.06	77.32	4.12
85～	118	2.54	0	92.37	5.08

である。しかしながら年齢階級が60～64歳を超える階級より上では死亡による脱退者が増え、85歳以上階級では92%を超える程となる。15～29歳の階級において就職によるものと見られる社保加入が80%を超え、生保開始による脱退が55～69の階級で10%程度あるが、高齢層では死亡による脱退は非常に大きな割合を占めている。

高齢層の死亡による脱退は今後も増えると考えられる。企業の退職者が国保に加入して来るという現行制度の特徴が変更されない限り、高齢者のほとんどは国保に加入することになる。この結果、高齢死亡者の多くは国保加入者である。

この事実はふたつの意味を持つ。ひとつは死亡者数が増大することは死亡前医療費の負担が増大することを意味する。より以上に重要であることは死亡者の増大に対して医療供給が確保できるのかという問題である。国立社会保障・人口問題研究所による将来人口推計によれば、2035年頃には年間死亡者数は180万人となり、2000年現在の死亡者数96万人から倍増することとなる。このことは医療費の問題よりも、少なくとも現在の水準から質が低下しない死亡者に対する医療を国民健康保険者が確保できるのかという問題を孕んでいる。高齢者を今後ともより多く加入者として抱える国民健康保険者は医療提供者と連携して質の高い終末期の医療サービスをこれまで以上に確保していく必要があるが、現状の保険者の役割を果たすだけでは解決可能な課題でないかも知れない。

IV 規模の問題について

1 保険者規模に関する議論

前節までで見てきたように、保険者のマネジメント能力は現在高いと言えない。しかしながら医療費の効率的な使用を図るためには保険者のマネジメント能力を高める必要がある。そのための前提条件のひとつは保険者の財政的基盤強化である。そのひ

とつの方法は保険者規模の拡大である。

保険者規模の拡大は保険数理の観点からの効果をもたらす。例えば、財政的な安定性を確保するために保険者給付費が平均値から10%乖離する危険率を10%に抑えたいとしよう。この場合、必要な加入者数は、高額医療費に関する再保険が無い場合には7737人、再保険が存在する場合には4968人となる¹²⁾。

また、医療保険の運営・管理費用を効率化する効果ももたらす。国民健康保険の世帯当たり平均保険運営費を最小化するという基準で最適な国民健康保険保険者数を推計すると、最適な保険者数は47となる。この時、国民健康保険加入一世帯当たり4792円の事務費用が節約されることも示されている¹³⁾。

このように、保険者規模の拡大は保険者が保険数理的に安定した財務基盤を持ち、保険管理業務を低コストで行う可能性を与える。これらにもまして重要な点は、一定規模の加入者を持ち、供給者(グループ)と直接交渉できる程の潜在能力を持った保険者が誕生する可能性があるということである。多数の保険者が存在する状況においては、より望ましい医療提供体制を築くためにデータを蓄積し、分析するほどの財政的な余力があるとは考えにくい。しかしながら少数の大規模な保険者が存在する状況へ移行することにより、被保険者当たりの運営費用をそれほど拡大させることなく、医療提供者と対等に建設的な議論ができる保険者が現れるかも知れない。

2 保険者間の連携について

保険者規模にかかる政策議論を概括すると、(1)国民健康保険については都道府県規模に保険者を集約する、(2)政府管掌健康保険についても都道府県単位の業務運営を行う、という方向性が打ち出されている。この時、国保・政管以外の保険についてはどのように考えるべきであろうか。国保・政管以外の保険加入者は、各都道府県で幅があるも

の、1/3の人口規模となる。これらの保険加入者は組合健康保険、各種共済組合等の加入者である。これらの相対的に小規模な保険の加入者はそのままでは保険の大規模化のメリットを享受できない。

大規模化の便益を受けるため直接的な方法が2種類と間接的な方法があり得る。直接的な方法の第一はこれらの加入者が連合して(都道府県単位で)ひとつの保険者を構成することである。第二の方法は都道府県単位化された国保・政管に異動することである。しかしながらこれらの方法は現行法制下では不可能な方法である。

間接的な方法は保険者間の連携を必要とする。公的保険者間で加入者の年齢・所得構造の違いや高額医療費の発生による医療費の偏りを補正する再保険を行うことや、医療機関情報を保険者間で共有することである。これらは加入者の異動を伴わないので現実的な方法であるように思われるが、保険者間で協力する明確な誘因は存在しない。

3 保険者選択について

保険者の大規模化の究極は全国でひとつの保険者という形であろう。しかしながらこの選択肢はとるべきではなく、複数の保険者が存在するべきである。単独の保険者しか存在しない場合にはサービス水準の低下や保険運営費用の高騰が予想されるからである。ただし、現状のように複数の保険者が存在してもサービス水準の向上や管理費用の低下が自動的にもたらされるわけではない。保険者間で競争が必要となろう。保険者間の競争を担保するために加入者による保険者選択が必要となる。

加入者による保険者選択は概念的には簡単である。加入者は一定のサービスであれば費用の安い保険を、費用が一定であればサービスの質の高い保険を選択する。この結果、加入者の公的医療保険者の選択を許容すれば保険者間の加入者獲得競争が発生し、その結果としてサービス水準の向上や保険運営費用の削減が図られるとするもの

である。

日本では国民が加入する公的医療保険者や医療保険制度が「与えられた」形になっており加入者の意向が反映されるチャンネルが存在しない。もしこのようなチャンネルが存在すれば日本の医療保険制度は加入者の意向を反映して異なった形になるかも知れない。保険者選択はこのようなチャンネルを明示的に導入することを意味する。保険者選択制度は日本では未知のものであるが、ドイツでは既の実施されているものである。ドイツでの結果を踏まえてその導入の是非を考えるべきであろう¹⁴⁾。

V 結語

上で検討してきた課題は日本の医療保険制度の根本原則と密接に関係している。フリーアクセスの保障は適正な受診確保の課題を、国民皆保険制度が国民健康保険に対して未納者の問題、加入者の経済力の問題、高齢加入者の偏在、を突き付けている。地域差の問題は自由開業制により保険者の需給調整能力が制約されていることによっている。

制度発足当初の社会経済状態、疾病構造に良く適合した結果、日本の医療制度は高いパフォーマンスを誇ってきた。しかしながら、社会経済状態、疾病構造ともに変化した場合には同様のパフォーマンスを達成するかどうかは確定的ではない。現在の医療保険制度改革の議論は「日本の医療保険制度の良い点を守る」という論調が支配的であるが、上で見てきたとおり現在・今後の社会経済・疾病構造の実態にそぐわない可能性がある。過去の制度を維持する視点ではなく、今後の社会経済・疾病構造を見通した改革論議が行われるべきである。

注

- 1) 近年、政府管掌健康保険、組合健康保険等の赤字が度々問題視されるがこれは後述する老人保健拠出金によるものである。この「拠出金」の影響を除去す

- れば基本的にこれらの保険の財政収支は好転する。
- 2) この点に関しては尾形・山崎編(2002)が詳しい。また、よりラディカルな立場からの議論は泉田(2001b)を参照のこと。
 - 3) 先行研究については泉田(2001a)やFolland, Goodman and Stano(2001)を参照のこと。
 - 4) この点を初めて指摘したのがPhelps and Parente(1990)である。彼らは社会経済的な要因、供給側の要因、疾病構造をコントロールしたという意味で同質な消費者の医療サービスの需要量が異なることは、何らかのコントロールされていない要因によって医療サービスの需要関数がシフトしている結果であると考へた。ニューヨーク州のデータを用いて推定した結果、彼らは米国において地域差が最も大きな厚生損失をもたらしている診療行為は冠状動脈バイパス術であって、その額は(それを全州に拡張した際に)62億ドルにも達するとしている。
- 日本での地域差による厚生損失の推計は泉田(2001a)が行っている。その研究では平成7年度の国民健康保険の22万605件あまりのレセプトデータを用いて入院医療費の地域差による厚生損失と過剰に支払われている国庫負担金の削減額を推計している。推計結果によれば、医療費の地域差は国保制度全体で2823億円ほどの超過負担を国保保険者にもたらしているとのことである。
- 5) その実施にあたって、駆け込み増床と呼ばれる現象が起こった。この結果として病床規制以前に人口10万人当たりの病床数がさらに増大した。この点については福田・長谷川(1999)を参照のこと。
 - 6) 2002年の健康保険法改正により病床過剰地域においては新規開設の病床に対して保険適用を行わなくて良いこととなった。しかしながらこの権限は都道府県知事に対して付与されているものであって、保険者に対して与えられたものではない。
 - 7) 病床規制は既存医療機関の権利を保護し、新規参入を妨げることによって医療機関の新陳代謝を妨げているとの指摘がある。この点は理論的にはもつともであるが、実証的な確認が行われていないことも事実である。例えば、病床過剰でない地域では新規参入が活発に行われることにより医療機関の新陳代謝が行われているという事実を示す必要があろう。
 - 8) 受療率はそれぞれ100人当たりのレセプト件数で定義される。
 - 9) ただし、上記の分析は若年層と同居している高齢層の状況について明らかにしていないという欠点がある。そこで、世帯主が70歳以上の世帯、高齢者を含む世帯、高齢者のみの世帯について所得分布を確認する。
 - 10) この点に関しては泉田(2003b)を参照のこと。

- 11) 事実老人保健受給者の一部負担率は健康保険法の近年の改正によって引き上げられた。
- 12) 健康保険組合(1998)を参照のこと。この研究は分析対象が健康保険組合であったが、分析手法・結果は他の公的医療保険にも適用可能である。
- 13) この点に関しては泉田(2003a)、山田(1997)が詳しい。また、岸田(2002)も参照のこと。
- 14) なお、保険者選択の導入が保険者によるリスク選択(リスクの高い者の加入を受け入れない)をもたらす可能性が危惧されるかも知れない。これを避けるためにはリスク選択の法的禁止とリスク構造調整などの保険者間財政調整が必要であろう。

参考文献

- 泉田信行 2001a「地域差による損失」地域差研究会編『医療費の地域差』第8章 東洋経済新報社
- 泉田信行 2001b「講座 保険者機能と医療制度改革1～20」『週間社会保障』Vol.55, No.2141, pp.59, 法研
- 泉田信行 2003a「国保制度における保険者の規模」山崎泰彦・尾形裕也編『医療制度改革と保険者機能』第7章 東洋経済新報社
- 泉田信行 2003b「国民皆保険制度の戦略的運営の研究⑥・⑦」『社会保険旬報』No2177, 2179
- 尾形裕也・山崎泰彦編著 2003『医療制度改革と保険者機能』東洋経済新報社
- 岸田研作 2002「国民健康保険の事務費と規模の経済—近畿7府県の国保のパネルデータによる分析—」『日本経済研究』第45巻 pp.246-261
- 健康保険組合連合会 1998「健康保険組合の適正規模に関する調査研究事業報告書」平成9年度特別保健福祉事業
- 国民健康保険中央会編『国民健康保険の実態』各年版
- 福田吉治・長谷川敏彦1999「病床数増加の都道府県格差をもたらした要因の分析」『病院管理』第36巻2号 pp.31-35
- 山田武 1998「国民健康保険の総務費と規模の経済の検討」『国民健康保険と地方財政に関する研究』(財)財政経済協会
- Folland, S., Goodman, A. C. and M. Stan. 2001. The Economics of Health and Health Care 3rd ed. Prentice Hall
- Phelps, C. E. and S. T. Parente. 1990. "Priority Setting in Medical Technology and Medical Practice Assessment," Medical Care, 28(8), pp. 703-723.
- Wennberg, J. E. and A. Gittelsohn. 1973. "Small area variations in health care delivery," Science No182, pp.1102-1108.
- (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主任研究官)

中国のWTO加盟と雇用構造の変化および雇用創出の対策

紀 紹

21世紀にはいつ、中国は、経済の国際化により競争の激しい国際市場に直面することとなった。WTO加入後の転換期にある中国は、システム調整作業および産業構造の調整を早い段階において完成させなければならない。経済成長過程が示すとおり、ある国の経済成長は、さまざまな変数によって推進されるが、そのうち、労働者の教育水準は経済成長および労働生産性の成長の決定的要因となっている。グローバル化が進んでいる今日、一国の収入と国内総生産の成長率は世界市場で占める輸出の変化と正比例の関係をなしている。そしてまた、外資の導入、利益を獲得する能力および外国からの直接投資によってもたらされる技術の移転はその国自身の“技術能力”に大きく影響する。WTO加盟後、多国籍企業が中国に大量に流れ込むようになるだろう。急速な技術変化とニーズの変化に直面して、中国はたえず製品と雇用構造の調整を行わなければならない。そのためには、十分に人的資源を利用し、中国の既存の雇用創出能力を発揮させることも不可欠となる¹⁾。したがって、中国の雇用創出に影響する要素を分析することは、中国の雇用構造とりわけ失業問題の長期的解決にとって極めて重要である。

I 中国における雇用創出に影響する原因の分析

中国における雇用創出に影響する原因は主に

以下の3点にまとめることができる。

1 「二元的経済社会構造」²⁾による労働市場の分断

中国の雇用創出を分析するには、中国の経済社会発展史を見ていかなければならない。新中国建国後の計画経済体制の下で、政府は、当時の経済の発展状況にもとづき、厳格な戸籍管理制度を実施した。当時、この制度は「だれでも最低限の生活を保障する」³⁾という就業問題の解決を目的としていた。しかし、現在でも中国経済社会は、都市と農村の「二元的経済社会構造」によって形成されている。この「都市・農村二元的経済社会構造」の完成が、逆に統一した労働市場を有することを不可能にしている。「改革開放」政策の実施以来、この局面は若干変わりつつあるものの、相変わらず都市と農村という二つの労働市場がある。そのために、統一した労務価格、社会保障制度、労働雇用制度および労働力需給関係も存在し得ない⁴⁾。

また、都市部の労働市場はさらに三つの部門に分断されている⁵⁾。一つ目は都市の正式部門、つまりすべての国有部門、大手会社および技術集中部門等である。この種の部門においては、大学、専門学校の学歴を持つ者、そして国有の職員が「下海」(元の職場を止めて、商売を始める)、「跳槽」(他の会社に移る)した者達が競争する職場となっている。これらの部門は、完備した社会保障制度、そして、社会安定性をもっている。二つ目は、

「都市の非正式部門」の中で待遇のわりと良い部門、あるいは労働強度の低い部門である。これらの部門は、国有企業から分離された人員および普通の都市戸籍を持つ人員が競争しあう労働市場となっている。概して、これらの部門においては、社会保障制度が不完備であるものの、相対的に安定性をもっている。そして三つ目は、都市非正式部門の中で待遇が相対的に悪く、もしくは、労働強度の高い領域である⁶⁾。例えば、日本について「3K」と呼ばれる職種につとめている肉体労働者、そして、建築労働者、鉱山労働者、修理工、小商人、飲食業の従業員、家事労働者等がそれである。これらの職種は、出稼ぎ労働者が競争しあう労働市場となっている。それぞれの市場は特有の規定が機能しているため、政府の規定した労働政策が時折、実施の過程において、変形してしまうことになる⁷⁾。

それだけでなく、「二元的経済社会構造」は中国の都市部と農村部をそれぞれ違う発展段階に置いてしまった。遅れている地域において、「工業化」が始まったばかりで、地理的に広い面積を占める農村部において、「工業化」がなされている。これに対して、大都市、とりわけ「伝統的工業基地」⁸⁾と呼ばれる地域においては「ポスト工業社会」の特徴が表れている。つまり、伝統的技術条件の資

源産業および製造業が落ち込む傾向が表れ、大量のリストラ策を取らざるを得ない。一方、金融、保険、旅行、環境保護等の新興サービス、および教育、医療、社会保障などの急速な発展、特に、情報技術やネットワーク技術と密切に関連した産業の発展が急速である。都市化の進展につれて、大量の農村余剰労働力が都市に流れ込んだ。計画経済の背景のもとで形成された「二元的経済社会構造」という現状のもとで、中国の雇用能力の発揮は各国に比べて、大変複雑となっている。政府は雇用政策を制定する際、常に苦しい選択を恐れてきた。

2 「非正規部門」⁹⁾における就職訓練の遅れ

「正規部門」と「非正規部門」の就業とはILOが70年代の調査報告の中で提出された分類である¹⁰⁾。その中で、当時発展途上国において、政府の管理法規で多数存在する小規模な企業を大規模製造業と対比する形で「非正規」ということにしたのである。当時、人々は、非正規型の労働組織は、経済の発展につれ「正規部門」によって取って代わる途をたどると思われていた。そのため、この部門における雇用は「非正規部門雇用」と呼ばれたのである。改革開放以来、中国の「非正規部門」の発展がかなり急速である。都市、鎮のこの部門の

表1 中国国有企業レイオフされた従業員と在職者の教育レベル

(%)

	レイオフされた従業員			在職者		
	総数	男性	女性	総数	男性	女性
教育年数	10.56	10.42	10.67	11.56	11.52	11.82
小学校以下	3.29	4.17	2.63	1.30	2.00	0.56
中学校	35.08	40.48	30.81	22.82	26.32	18.92
高等学校	31.20	23.51	37.11	26.01	22.74	29.17
専門学校	9.43	10.42	8.17	8.44	8.74	8.22
中等専門学校	9.04	9.38	8.82	12.93	11.79	14.30
短期大学	9.04	8.18	9.74	20.23	18.95	21.73
大学	2.90	3.87	2.18	8.27	9.48	7.10

出所：労働と社会保障部、「城市下岡職工状況調査」『2002年中国就業報告』労働と社会保障出版社、80頁。

労働者数をとって見れば、1978年の15万人から2000年の3,404万人まで増加した。これは当年度都市部就業者数の16%を占める¹¹⁾。近年、産業構造の調整のため、国有企業は縮小しつつある。国有企業の「下崗」(一時帰休者)人数も増えつつある。もし、40%の割合で計算すれば、国有企業の余剰人員は4,400万人になる。(2001年6月、現在まで中国国有企業の余剰人員は累計2,811万人)¹²⁾この部門の人員は、基本的に非正規就業に従事する。労働力市場の中の「いい仕事」から排斥された大量の「下崗」労働者達は、手に入った仕事は不安定で、収入も少ない。職場も大体低技能である。労働者に対する訓練の投資の見返りは当該労働者が将来企業で引き続き奉仕する時間の関数であるため、企業は、訓練に投資する動機がない。また、指摘しなければならないのは、2001年出稼ぎの農村労働力が8,961万人前後に上っている¹³⁾ことである。その中で非正規就業の人数も少なくない。伝統的非正規就業人員は通常教育程度が低いため、WTO加盟後、全国の工業系企業は国際市場の影響を受け調整をスピードアップすることになる。

この部分の人は、労働力市場の外に排斥される可能性も大きくなるであろう。そのため、中国の失業率の上昇を引き起こすことになる。「非正規部門」の労働者の就職訓練は、その国の経済発展とかかわっている関連プロジェクトによってもたらされる。近年、中国はこの部分の人たちの就職能力を高めるために、大規模の就職訓練を行ってきた。

しかし、全体の状況から言えば、現在は各地において、訓練成果を評定する基準として、どのぐらい資金を投入したか、どれだけの「センター」、「基地」、を設立したかが用いられる。一部の幹部が行政上の成績を示し、官職を手に入れるために、数字だけ追求する。そのため、数少ない就職訓練班は、目前の利益を求め、コンピューター・美容・クーラー・家電製品修理などの人気のある分野に限定されている。そのため、人員の供給が市場の需要を越え、学んだ知識や技能を發揮できない現象が表れた。また、実質的な内容がなく、料金を騙し取ったり、偽証明書を発行したりする訓練班も少なくない。結果として、「非正規部門」の人たちの就業能力を低下させる現象を作り出したのである。

3 長期失業者は就職能力の低い弱者の集団

2002年、新たな「下崗」労働者は632万人¹⁴⁾にのぼる。そして、都市において、登録済み失業率は上昇する可能性がある。WTOの加盟のための調整を行う「第十次五カ年計画」期間において、第三次出産ピーク期で生まれた人口は、労働年齢に入りつつある。そのため、中国の労働力資源は上昇の傾向が見られる。2002年の労働力は94,419万人となっているが、2005年になると100,963万人に達すると予想される。労働人口が1,191万人増加すると、「第九次五カ年計画」期の平均増加量より、912万人多いことになる¹⁵⁾。WTOの加盟は、中国の雇用に対して、マイナスとプラスの影響を及ぼす。一方、

表2 中国人力資源教育レベル

	大学	高等学校	中学校	小学校	非識字者	教育レベル
市	7.79	22.70	36.67	29.46	12.21	8.05
鎮	4.46	25.14	38.49	29.87	11.71	7.95
農村	0.26	6.34	27.86	47.01	26.28	5.00
全国	2.16	11.18	30.45	42.30	22.27	6.25

出所：教育部『中国教育与人力資源問題報告』中国互聯網2003年2月21日。

表3 雇用ポストの数の変化

(千人)

	農業	食品加工	紡織	服装業	自転車	機械器具	建築	サービス
変化人数	-9662	168	2825	2610	-498	-582	928	2664
増減度	-3.6	2.1	23.6	52.3	-14.5	-2.5	2.2	2.1

出所：教育部『中国教育と人力資源問題報告』中国互聯網2003年2月21日。

新興産業への需要が拡大する。例えば、IT産業およびITに関連するサービス業はそれである。この傾向は、年は低く、学歴が高く、技術が熟練で競争力の強い人材にとっては大きなチャンスになる。

他方において、伝統的な産業にとっては回避できない衝撃となる。例えば、石炭、森林、機械加工、鋼鉄、鉱山および農業などである。雇用ポストの数は大幅に減少することとなる。

表3からわかるように、農業労働力の絶対値は、大幅の下降傾向を見せている。農業部門から離脱した大量の労働力の流動は、非農業部門の雇用に圧力をかけ、競争を起こさせる。これらの人々は、学歴が一般に低く、一部の人は、年齢がわりと高い、競争に弱いと言う特徴がある。そのため、世界的経済の変化につれ、彼らはますます労働市場によって淘汰される危機にさらされることになるであろう。さらに、この集団の失業は長期的なものである。この集団は就職能力が低く、そして、弱者の群れである。失業の期間が長いほど再就職する確率が低い。したがって、この集団は最も再就職しにくい集団である。したがって、社会の安定にも影響を及ぼす集団ともなる。

II 中国の雇用能力を高めるいくつかの意見

1 教育と訓練への投資は、国際的競争力を獲得、維持するために必要

世界の経済発展を縦覧すれば分かるように、もし、一つの国が、生活の水準を改善し、質の高い雇用成長を実現するためには、国際競争力の地

位に対して、真剣に注目していかなければならない、世界的な競争と技術の進歩への適応が遅れたら、その国はますます不利な立場に立つことになる¹⁶⁾。

人的資源の開発に対する投資を拡大することによって、一国の雇用能力の発揮を促進し、それをそこに、その国の失業率を低下させ、同時に労働生産率をかなり成長させるという考え方はアダム・スミス¹⁷⁾以来、すでに定説となっている。そして、60年代に打ち建てられた発展理論の中でさらに重視されるようになった。その後、80年代半ばになると、いわゆる「内的」あるいは、「新しい」成長理論が登場した。この理論は、物と人的資源への投資がもたらす収益に注目している。例えば、Lucas (1958年)が、人的資源の蓄積はインダクション効果をもっていると考えている。したがって、労働者自身の人的資本に対する投入を除けば、社会の平均的人的資源レベルは、労働者の生産能率に対して正の相関がある。Romer (1990年、1993年)は人的資源への投資は、新観念の運用と新観念の生成との二つの面において極めて重要であると指摘している。技術の最先端に立っていない発展途上国にとって、豊富な人的資源の貯蓄は、その国に新観念を取り入れ、そして、技術の能力を獲得することを促す。世界各国の生活レベルの差異は、その根源が主に人的資源の差にある。そのため、政府は労働集約型製品から技術集約型製品とサービスへの移転を含め、教育と訓練に対して、積極的かつ慎重な投資によるところが大きいことを主張する。それによって、急速で、国際的地位を向

上させる成長を成し遂げることが可能である。

世界各国の産業史は、発展途上国が工業化の実現を果たすには三つ段階を経る必要があるということを示している。具体的には以下の通りである。第一段階：資本蓄積と労働力の投入による経済成長の促進、第二段階：技術模倣が資本蓄積に取って代わることによる経済成長の促進、第三段階：技術創造による経済成長の促進。目下の見通しによれば、中国はまさに第二段階のスタート地点に位置している。これに関する分析は以下のとおりである。

(a) もし中国独自の人的資源開発モデルが国際分業の産業構造調整の根拠となるならば、おそらく、失業率低下、雇用構造の効率化、労働者の質的レベルアップという中国経済発展における三大目標を達成することができるであろう。具体的な方法としては、日本の経験に学び、政府による教育投資を充実させる、さまざまなルートを通じて、再就職のための職業訓練を実施し、労働者の技術構造およびその質の改善を図る、労働者の大多数を低級知識型から中級労働型へと大幅にレベルアップさせ、同時に高級知識型労働者の比重を増やす、労働者の大多数を低級技能型から中級技能型へとレベルアップさせ、同時に高級技能型労働者の比重を増やすなどである。

中国教育部は「21世紀教育振興行動計画」において以下のように指摘している。「2010年、大学、専門学校への進学率は青年層の15%に達する見込みであり、これは2010年に中国の大学教育が現行のエリート型教育から大衆教育へと変化を遂げることを意味している。進学者数は年間100万人単位で増加するであろう」。しかしながら、懸念すべき事項として、2020年の段階では中国は依然として工業化第二段階にあり、この時点において限りある政

府財政、非政府的教育予算が拡大し続ける大学教育事業を果たして支えきれぬかという問題がある。もし、学生数増加がもたらす就職難および不安定な経済成長が教育投資動向に何らかの影響を与えるならば、大学教育の過度な規模拡大は社会にマイナスの影響をもたらすであろう。2003年－2010年の中国経済成長率は年平均7%程度を維持するであろうが、同時期の大学レベル教育の発展は現在の10.5%から15%程度まで上昇するであろう。しかし、この数字は先進国の進学率を依然下回っている。

(b) 高等学校教育および専門学校教育を同時に強化することが可能ならば、労働力予備制度と職業資格認証制度をより完全なものにすることができる。1999年に中国は労働力予備制度を導入したが、現段階においてこの両制度の相互関係はそれほど密接なものではない。高い技術レベルを有する労働者を増やすためには、技術資格認証制度と就職とをリンクさせる必要がある。今後の賃金制度改革において、都市部最低賃金制度を職務(ポスト)最低賃金制度へと漸次拡大させていくこと、資格認証制度と職務最低賃金制度をリンクさせ、熟練労働者の賃金レベルを上げることを考えていくことができるかが重要である。また、全国区レベルの専門職人材市場の形成、技術労働者の流動性アップも重要である。

(c) 教育の配置的構造を調整し、これと地区の経済発展とをリンクさせる。中小都市における大学数を適度なレベルにまで増加させる。教育の実施形式を調整し、私立大学に対する支持および科学的管理を強化する。一部分の社会人大学を職業訓練学校へと転換させ、大学の教員および各種施設をそのまま利用し、社会人の職業技術訓練教育と職務訓練の機能を強化する。これと同時に、“遠隔大学教

育”を大いに発展させていく。具体的には、インターネット大学などの新しい教育形式を導入し、その対象を市町村レベルの下部組織、農村にまで広げていく。大学の学部生、大学院生、専門学校生の比率に対する調整を行う。現在のところ、中国では、大学院生3.1%、学部生40%、専門学校生56.9%の比率であるが、今後20年間でこの比率を漸次調整していく。

- (d) 今後農民に対する人材資本の投下および蓄積を増加することができるならば、農村余剰労働力の流動条件が大幅に改善されるであろう。ユネスコが発表した資料によると、各国GDPに占める教育予算の平均比率は1985年の段階で5.7%に達していたが、中国の比率は現在でも3.2%ほどしかなく、世界平均を大きく下回っている。この事実は、農村地区労働者の知識レベルが農村雇用構造の転換、農業生産性向上のための条件に合致しておらず、両者間にギャップが存在していることを示している。この問題解決のためには、正規学校教育の普及、先端技術の訓練、農閑期における職業訓練班の設置などの措置を実施していくことが必要である。

一国の経済の成功はますます新技術の掌握と人的資源に頼らざるを得ない。一国の労働力の資源が高ければ高いほど、雇用能力をより十分に発揮でき、そして、経済の国際化のもとでの発展のチャンス握り、技術革新およびさらなる開放型経済に転じる際の社会的負荷を低減させる可能性が大きくなるのである。万国共通の理想的な訓練制度は存在しない。訓練制度を実行する効率は国によって違い、一国の国内に限っても大きな相違を見せる。

- (1) 雇用能力を十分に発揮するための堅実で、質の高い教育基盤を築き上げること

中国の現行の教育基盤は四つの段階に分けて

いる。最初の段階は、最も基礎的な段階で、すべての国民に対して、読む、書く、話すおよび計算の能力を養成するための段階である。つまり、初等教育を普及し、文盲一掃を実現させる段階である。第二の段階は基本的な技術と能力を養成する段階である。高等学校および専門学校の教育を含むこの段階は、その後知識を習得する基礎段階であり、中国の全体の労働生産率の向上にかかわるとしても重要な段階である。第三の段階は、総合的、特殊的技能を養成する段階で、つまり、大学教育段階である。第四の段階は、教育ピラミッドの最も高い段階で、つまり、大学院教育段階である。どの段階にとっても、如何にして、学習するかを個人に習得させることに着目すべきである。中国政府が制定した教育発展の中心問題の一つは、この4つの段階のそれぞれの役割と中国の人的資源開発という目標との整合を最適化させることである。

- (2) 訓練制度の効果を高めるための促進メカニズムを作ること

中国の訓練制度は、国による供給および誘導型メカニズムが採用されている。つまり、この制度は政府の財政上の支援と政府が定められた訓練計画によって支えられている。訓練の対象は国有企業および国有企業の「下崗」労働者に焦点を合わせたものである。経済体制改革および市場経済への根本的転換につれて、国有企業に勤める人数はだんだん少なくなり、製造業部門での就業人数も減少することとなる。これに代わって雇用機会は中小企業及びマイクロ企業において作り出される。これらの企業の賃金評価方式は弾力性を持ち、賃金も市場によって決定されるようになったため、経済効率が反映される。その結果、賃金の格差の拡大がもたらされる。もし、このセクターの人々の訓練をきちんとやらざらば、強い目的意識を持たなければ、登録済みの失業率は非常に高くなるだろう。

企業の社員訓練メカニズムの発揮を奨励し、訓練基金ローンを実施し、訓練税を作り、さらに、訓練費用を提供している企業に税金の減免制度を実施するなどの方法で、訓練資金の不足を解決すべきである。この方法のメリットは、訓練が企業と市場の需要を反映することができることにある。しかし、企業に対しては、人件費などのコストを増加させるデメリットがある。したがって、個々人がある程度自分で訓練に参加するメカニズムを確立することが重要な課題となっている。そのために、次のような意識を就業者にもたせることは鍵となる。つまり、ニューテクノロジーが世界中で拡散するにつれ、仕事のポストも生まれたり、消えたりする。今後ますます、生涯唯一の仕事のポストで働くことは不可能となる。そのため、より良い訓練あるいは教育を受けた人は、それを受けた経験のない人より、よい仕事を見つけることができる。自分の訓練、教育を重視するか否かは本人の就業のなりゆきを改善できるか否かのキーポイントとなってくる。

(3) 人的資源の開発政策を展開する機構の設立

政府はヒューマンリソースマネジメントなどを統一的に習得させる機構を設立し、訓練計画の実施を一括管理する。また、全国統一的な訓練資格認定制度を実施する。これによって、訓練の適応性、正規性、信頼性、一貫性、そして、公平性を保証し、結果として、有能な労働者群を作り上げる。また、訓練政策を監督し、完備させるための代替手段として「訓練身元保証人市場システム」を試行することも考えられる。

2 都市、農村一体化された労働力市場の実現

都市と農村を一体化した労働力市場を実現させることは、中国の労働力(雇用能力)を十分に発揮させる前提条件である。現代的人的資源の理論によれば、人的資源は量的な規定性と質的な規

定性があるだけでなく、空間配置も含まれている。労働者の流動は人的資源の空間配置を実現する前提条件である。流動は市場の共通性であり、労働力の流動がなければ、労働市場は成り立つことができない。中国の農村人口は全世界人口の1/6、国内総人口の3/4を占める。農村労働人口は約5億人、余剰労働人口は約2億人、年度中労働している人口は8000万人以上に達している。農村における労働の生産性が向上することによって、余剰な農村の労働人口は利益をもとめて、都会で働くようになるだろう。このことは、農村と都会の二元的な経済社会構造を壊し、全国の統一した労働市場づくりにも、農業における現代化実現にも有益であるし、WTO加盟後の世界規模における労働者市場の開放という挑戦に向かって、最終的に農村と都会の間の就業差別を解決することができるだろう。これを実現するため、以下のことはポイントになるだろう。

- (a) できるだけ早く戸籍制度を撤廃し、統一した労働市場を形成し、さらに労働市場の価格、供給、競争および就職・失業メカニズムを働かせることによって、統一した労働力市場を最終的に形成する。これにより、農村の労働力の合理的な流動を積極的に進め、完全な就職情報を与え、正常な交通秩序、生活秩序と社会治安への影響を無くさなければならぬ。都会生まれも、農村生まれも同じように扱い、技能的な研修をさせ、厳格な資格制度を実行することによって、労働時間を適正化するだけでなく、労働者の素質を向上させることができる。
- (b) 農業をより幅広く、深く振興させ、就職弾力性の高い農作物を生産すること。中国の食糧農産物は、品質が割に低い、価格が高いため、国際市場の占有率が低い。環境に良い農産物を生産し、有機肥料を与えることで農産物の品質を上げ、野菜・果物・園芸作物・漢方

業・苗木などの耕作面積を増加させ、輸出品の付加価値を増大させ、多品種の共存や発展を図ると同時に、土地柄に合わせて適切な農産物の耕作や関連加工業を発展させ、農業生産の前、生産途中、後をサービスする第三産業の発展を図り、農村の労働者の就業地矛盾問題を解決し、彼らの就職能力を改善させる。

3 「非正規部門」の雇用者と長期失業者の雇用能力を生かす政策づくり

部門、性別、教育水準によって収入が異なり、学歴と収入の間に相関関係が存在している。非正規部門における低生産効率と低収入の現象は中国にひとつの問題点を提起している。発展することを進めるべきなのか、もしくは制限するべきなのか。答えは就業の成功によって、マクロ経済の成長を促進しているかどうかによるべきである。このような政策を作成することは政府にとって困難な課題である。その裏には、巨大な労働力市場の障害に面しているからである。低い収入、不安定な仕事、しっかりしていない就労関係、低い教育レベルおよび基礎教育を受ける機会の少ないことがその障害である。企業の角度からも、個人の角度からも、研修の報いが低い。中国の中小企業と私営企業の中で、スケール形式の研修制度をもって採用すべきではないかと提案したい。利点としては、(1) 研修投資に対するリターンが大きいこと(2) 企業や個人の研修コストが下げられること(3) 市場需要の情報を素早く把握できること(4) 研修方法が多様であり、絶え間なく変化している労働力の需要に応じて、大胆かつスピーディーに能力向上が図れることがあげられる。失業時間が長ければ長いほど再就職の可能性が少なくなることは研究で分かった。事業者側は彼らを雇用したくない原因として、彼らに素質がないことをあげている。このグループは再就職が最も困難である。長期に

わたって失業している人々に対応する政策は社会安定につながる。彼らの年齢、性別、民族、居住地域など具体的な状況を応じて、モチベーションと手当てを与える政策を採用し、できるだけ彼らの就業能力を向上する改善を実施すべきであると考え。

投稿受理(平成14年3月)
採用決定(平成15年7月)

注

- 1) 中国共産党第十六回代表大会政府報告。
- 2) 遅れている農業と進んでいる工業の分離を指す。二元経済から一元経済への転換は工業化のルートである。『求是』2002年22期8頁。
- 3) 王積業『我国二元結構矛盾与工業化戰略選択』中国計画出版社、1996年、42頁。
- 4) 中国は1958年に配布した『中華人民共和国戸籍登録条例』によって、都市部と農村部の二つの労働力市場が形成された。都市労働者の就職、住宅、医療、年金などすべて国家により厚く保障されている。農村部の労働者は人民公社のサブ組織・生産グループにより、統一的に生産を組織され、各個人の労働点数によって農産物と報酬をもらうことになっていた。農民は大学に入学することと軍隊に入ることによるのみ都市に就職することができる。中国の労働力市場の二種類就業システムとモデルは長期間にわたって都市と農村の労働市場の融合を妨げている。紀韶『中国失業保険問題研究』遼寧人民出版社、1999年、126頁。
- 5) 紀韶『中国失業保険問題研究』遼寧人民出版社、1999年、26頁。
- 6) 同上101頁。
- 7) 曹培炎『新世紀頭二十年經濟建設和改革的主要任務』人民出版社、2002年、72頁。
- 8) 建国後、旧ソ連の応援を得て、165個工業基地を作った。その大部分は東北地方に散在していて、「伝統的工業基地」と言われている。中国新華ネット2003年3月4日。
- 9) 中国労働と社会保障部編『中国労働と社会保障白書』2002年4月29日、9頁。
- 10) 中国労働と社会保障部、中央文献研究室編『新時期中国労働と社会保障重要文献選編』2002年2月、475頁。
- 11) 蔡昉など著『2002年中国人口与労働問題報告』社会科学文献出版社、2002年、169頁。
- 12) 『中国労働統計年鑑(2002)』北京、中国統計出版社、2003年、432頁。
- 13) 中国労働と社会保障部編『中国労働と社会保障白書』2002年4月29日、21頁。

- 14) 『中国労働統計年鑑』中国労働と社会保障出版社、2003年
- 15) 袁志綱『中国就業報告』経済科学出版社、2002年、95頁。
- 16) 2003年2月中国政府は初めて「人力資源発展報告」を発表し、以下のことを強調した。つまり、中国の労働者数は大きい、しかし、レベルは低い；人力資源開

発程度は新型工業化速度を左右する；日本と韓国の人力開発経験を参考にしながら、人力資源開発に力を入れなければならない。

- 17) (イギリス)スミス『国民財富的性質和原因的研究』商務印書館、1997年、97頁。

(Ji Shao 中華人民共和國 首都經濟貿易大学教授)

自殺の社会経済的要因と自殺予防対策の国際比較

山下 志穂・金子 能宏・反町 吉秀

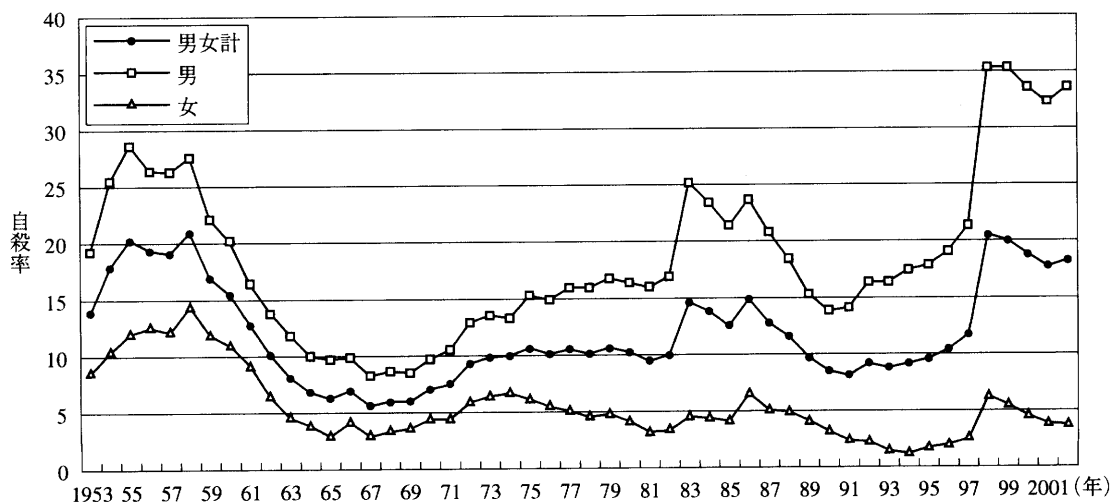
I はじめに

日本における自殺者数は1998年に30%を超える急増をみた。その後もほぼ高止まりの状態であり、現在もなお1年間の自殺者数は3万人を越えている(図1)。

自殺者数の増加が人々に与える影響は非常に大きい。経済的な損失や国民経済に及ぼす影響も懸念されている。自殺による社会的な生涯所得の損失の概算は¹⁾、自殺者数が急増する前の95-97年では年間約1兆7000億円だったが、自殺者数が急増した1998-2000年では年間約2兆

5000億円となることが指摘されている(厚生労働省, 2002)。

このような自殺者数の増加に対して、これまでも自殺予防の臨床的観点からの提言(稲村, 1977)や電話相談などの取り組みがあった。それにもかかわらず、近年自殺者数が急増したことを受けて、厚生労働省は、まず労働者の身体疾患や行動変化の背景に心の状態の変化が関係していることを考慮して、2000年に「事業場における労働者の心の健康づくりのための指針」を公表し、労働者の自殺予防に対する総合的対策を始めた(厚生労働省, 2001)。さらに、2002年2月には「自殺予防対策有



出所：厚生労働省『人口動態統計』各年度版

図1 日本における自殺率(人口10万対)の年次推移(1953-2002年)

識者懇談会」を設けて、自殺の実態や自殺予防対策の現状と今後のあり方について検討を行い、12月に自殺予防対策の理念や早急の取り組み方をまとめ、「自殺予防対策有識者懇談会報告—自殺予防に向けての提言」を公表した。

このように日本でも自殺予防のための取り組みが始まったが、自殺の社会経済的背景の分析と諸外国の取り組みに関する比較研究は必ずしも十分に行われてきていない。本稿では、このような課題に対して自殺率増加の社会経済的要因に関する研究動向を概観するとともに、先進諸国における自殺予防対策の展開について国際比較を行い、今後の日本における自殺予防のさらなる取り組みの進展に、有用な情報を提供することを目的とする。

本稿では、II節で自殺の社会経済的要因に関する諸外国と日本の研究動向を概観する。III節では、Wasserman (2001) が提起する自殺予防対策の類型と、海外諸国の自殺予防対策の実施状況を概観する。IV節では、この枠組みを参照し、先進諸国の中でも早い段階から自殺予防対策に取り組んできたスウェーデン、アメリカ、オーストラリアの予防対策の特徴とその展開をたどり、V節でまとめと今後の課題を述べる。

II 自殺率増加の社会経済的背景

1. 失業率と自殺率との関連性

—日本の先行研究—

日本では、1998年に自殺者数が急増したこと、失業率(男女計)が97年の3.4%から98年の4.1%に急増したことを対比して、自殺率増加の背景として失業率が取り上げられる場合がある。例えば池田・伊藤(1999)は、自殺死亡者数が増加した1950年代後半には57年のなべ底不況が重なること、その後の好況時には自殺が減少したが石油危機後の景気後退期に再び自殺死亡者数が増加したこと、そしてバブル景気(86-91年)時に自殺の減少

が見られたが、バブル経済崩壊後、現在まで再び自殺数が増加していることを指摘している。

また岸田(2001)は、アメリカにおける失業率と自殺率との関係に関する実証分析を概観した上で、警察庁の『自殺の概要』および厚生労働省の『人口動態統計』に示された自殺者数を被説明変数とした実証分析を行っている。岸田(2001)は自殺率における男女差と年齢差に留意し、これらを区別する変数を加えて失業率が自殺率に与える影響を推定した。その結果、男性の場合は年齢に伴って自殺率も上昇するが、年齢をコントロールした場合には失業率が高いほど自殺率も高い傾向が見いだされた。ただし、失業率の上昇の背景にある経済問題には多様な側面があることに留意して、自殺予防のためには失業給付による対応のみならずその他の予防策の必要性が言及されている。

このような自殺率と失業率との関係は、自殺予防対策を社会保障政策の枠組みで行うべきか、あるいは経済政策として対応すべきかという判断をする際の重要な論点となる。それだけに失業率が日本よりも高い水準で推移してきた欧米先進諸国においては、日本よりも早くからこの問題に関する実証分析が取り組まれてきた。

2. 欧米諸国における先行研究

欧米諸国でも、Hamermesh and Soss (1974)をはじめとして失業率と自殺率との関連を支持する研究は多いが、失業率と自殺率との関係は見かけ上のものであり、自殺率は失業率などの経済変数のほかに、社会学の変数による影響を考慮すべきだという見解もある。例えばYang (1992)は、1940-84年のアメリカ合衆国における自殺率を男女別人種グループ別に分けた回帰分析を行って、次のような結果を導いている。つまり、(1)自殺率は経済の急騰や暴落時期には増加せず、個人が属する社会的集団によって異なること、(2)失業率は白人男性のみ影響すること²⁾、(3)女性の就業率は白人・非白

人女性の自殺率に負の影響を及ぼすこと、(4)離婚率はどの社会的集団でも自殺率に正の影響を及ぼすこと、である。

またMorrell, Page and Taylor (2001)は、オーストラリア人を対象とした調査で自殺率の増加は特に男性若年者の失業率の増加とともに生じていることを明らかにしている。ただし、失業率と自殺率との関係に影響する他の要因に配慮するために、自殺と関連する失業率の役割についての事例研究も合わせて行っている。

さらにBrainerd (2001)は、ロシア、ベラルーシ、ウクライナ、バルト三国における男性の自殺率の増加とその高さに注目し、これらの国でのマクロ経済的な不安定さが自殺率に寄与しているか否かについて分析を行っている。22カ国のクロスセク

ション・データを利用することに伴う不均一分散に配慮した固定効果モデルによる回帰分析の結果、男性の自殺率はマクロ経済的状况を示すGDPの減少によって増加すること、および社会心理的要因として、配偶者や友人の喪失や生活への期待感そのものの減少が自殺率の増加に寄与していることが認められた。一方、女性の自殺率はマクロ経済的状况の影響を受けにくい、アルコール摂取と強く関連する結果が得られている。

これらの研究動向から、自殺予防対策には、失業など経済的困難を取り除く経済政策上の対応のみならず、ストレスなどにも配慮した心のケアを含めた総合的な対策が必要であることが理解される。次に、心のケアに配慮した自殺予防対策の枠組みを概観し、これを具体化したWHOの自殺予

表1 自殺予防戦略の分類

	ヘルスケア	公衆衛生
目的/対策	<ul style="list-style-type: none"> ヘルスケアサービスの改善 抑うつ、精神病、アルコール・薬物濫用、依存などの精神疾患診断の改善と心理社会的ストレス要因の理解 自殺予防と心の病に対する態度に関する医療従事者の意識向上 適切な処置、フォローアップ、リハビリテーション 	<ul style="list-style-type: none"> 社会保障、教育、学校、職場、メンタルヘルス、薬物乱用などに関する政策の促進 大衆教育による知識の向上 <ul style="list-style-type: none"> 自殺行動と予防手段 心の病の早期の気づき、予防、治療 貧困、失業、暴力などによる恒常的な心理社会的ストレス 精神衛生のための環境的要因 <ul style="list-style-type: none"> 親とのよい関係 よい対人関係 よい学校、職場環境 よい食習慣、睡眠、明るさ、運動 薬物のない環境など 自殺予防と心の病への偏見の転換 自殺の手段となり得るものの入手規制 メディアの責任方針
対象集団	<ul style="list-style-type: none"> 患者 家族・知人 ヘルスケア従事者 ヘルスケア責任者 政策担当者 	<ul style="list-style-type: none"> 学校 職場、組織 家庭 軍隊 政治

出所：Wassarman, 2001: p213.より翻訳して作成

表 2 国家的自殺予防対策のレベル

対策実施国	公式文書	政府勧告	対策未実施国	公式文書	政府勧告
ベラルーシ	—	—	アンドラ	—	—
ブルガリア a	+	—	オーストリア c	—	—
チェコ	—	—	アゼルバイジャン	—	—
デンマーク a	+	+	ベルギー	+	—
エストニア b	—	—	クロアチア	—	—
フィンランド a	+	—	ドイツ c	+	—
フランス a	+	—	ギリシャ	—	—
グルジア	+	+	アイスランド c	—	—
ハンガリー	—	—	イスラエル	—	—
アイルランド a	+	+	イタリア	—	—
ラトヴィア	—	—	キルギスタン	—	—
リトアニア b	+	+	オランダ	—	—
ノルウェー	+	+	ポーランド c	—	—
ルーマニア	—	—	モルドヴァ	—	—
スロヴェニア b	—	—	ロシア連邦	+	—
スウェーデン a	+	+	スロヴァキア	—	—
トルコ	+	—	スペイン	—	—
イギリス a	+	—	スイス	—	—
			ウクライナ	—	—
			ユーゴスラヴィア	—	—

注： a：包括的な自殺予防プログラムの実施国

b：国家的対策およびプログラムがある国

c：国家的取り組みの計画がある国

出所：WHO, 2002 より翻訳して作成

防対策に関する勧告が諸外国に及ぼした影響について概観する。

III 心のケアに配慮した自殺予防対策の枠組み

1. 自殺予防対策の種類

スウェーデン国立自殺と心の病に関する研究・予防対策センター所長である Wasserman (2001)によれば、自殺予防対策には心の病に悩む患者やその周囲の人々、医療関係者など個人に直接働きかける戦略(ヘルスケアアプローチ)と、学校や職場、組織など社会集団に働きかける戦略(公衆衛生ア

プローチ)があり、効果的な対策となるためには両アプローチが統合されるべきだとされる。

ヘルスケアアプローチでは、心身両面の健康管理や精神的不調を訴える者に対する診断・治療・リハビリ・アフターケアの向上が望まれる。また、周囲の人々が自殺をタブー視せずに自殺念慮者の悩みに適切に応える能力や知識を持つことも必要となる。公衆衛生アプローチでは、自殺予防に向けて社会構造そのものを変えていく努力が望まれる。例えば、学校や職場を通じた自殺に関する正しい知識の普及、銃やアルコール、薬物などを自殺の手段として濫用することへの規制や自殺の頻発する場所の環境改善、自殺予防研究

表3 自殺予防対策実施国における対策テーマ

国	ヘルスケア		公衆衛生		
	サービス	教育	メディア	自殺手段の利用規制	意識啓発
ベラルーシ	+	+	-	-	+
ブルガリア	+	+	+	-	+
チェコ	+	+	-	-	+
デンマーク	+	+	-	-	+
エストニア	+	+	-	-	+
フィンランド	+	+	+	-	+
フランス	+	+	+	+	+
グルジア	+	+	+	-	+
ハンガリー	+	+	-	-	+
アイルランド	+	+	+	+	+
ラトヴィア	+	+	+	+	+
リトアニア	+	+	+	-	+
ノルウェー	+	+	+	+	+
ルーマニア	+	+	-	-	+
スロヴェニア	+	+	+	-	+
スウェーデン	+	+	+	-	+
トルコ	+	+	+	-	+
イギリス	+	+	+	+	+

出所：WHO, 2002 より翻訳して作成

や実践活動のためのネットワーク整備などである(表1)。

2. WHOによる自殺予防対策の勧告と各国の実施状況

WHOは自殺は全世界レベルでの懸案事項でもあるとして、1996年に世界規模での自殺の増加と国家レベルでの自殺予防対策について勧告書を発表し、99年には全世界レベルでの自殺予防対策(SUPRE: Suicide Prevention)を開始した。

また、WHOヨーロッパ加盟国は1980年代からヨーロッパの自殺を問題視しており、自殺予防の共同研究やネットワーク作りを行ってきた。2001年10月から2002年2月にかけては加盟国の自殺予防対策についての実態調査を行い、公式文書の有無および政府による勧告の有無から自殺予防対策の実

施、未実施国を分類している(表2)。

表3は、実施国ではどのような観点から自殺予防対策が実施されているのかについて、ヘルスケアと公衆衛生の2戦略からまとめられたものである。ヘルスケアに基づいた自殺予防対策は各国で行われているが、公衆衛生に基づいた対策、特にメディアと自殺の手段の規制対策は国によって重点の置き方が異なっていることがわかる。

またTaylor, Kingdom and Jenkins (1997)は、公衆衛生の見地から世界15カ国における自殺予防対策の実施の有無や進捗状況について比較を行った。その結果、(1)包括的な対策の実施国：フィンランド、ニュージーランド、ノルウェー、オーストラリア、スウェーデン、(2)特定集団を対象とした対策の実施国：オランダ、イギリス、アメリカ、フランス、エストニア、(3)対策の未実施国：日本、デン

マーク、オーストリア、カナダ、ドイツとなった。ただし、(3)の国々も現在は自殺予防策の実施または計画策定に取り組んでいる。

以下では、早い段階から自殺予防対策を進めてきたスウェーデン、アメリカ、オーストラリアの取り組みとその展開を概観する。

IV スウェーデン、アメリカ、オーストラリアにおける自殺予防対策の取り組み

1. スウェーデンの自殺予防対策

スウェーデンでは国立機関が主体となって自殺予防対策を進めており、医学・心理・生理学などの学際的領域として自殺学を確立し、その研究成果を具体的な自殺予防対策に応用するという体制が取られている。

93年スウェーデン議会の決議により、国立自殺と心の病に関する研究・予防対策センター(以下自殺研究・予防センターと略)が設立された。同センターでは自殺者・自殺未遂者の行動・心理・生理学的反応研究や自殺の危険因子に関する研究、および一次的・二次的自殺予防方法の促進と評価を目的とした各種プロジェクトを実施している。同センターは97年に自殺予防研究と心の病の予防プログラムにおける開発評価に関するWHOとの連携機関として承認され、各種の自殺予防研究と予防プログラムの実施に努めている。94年2月には社会保障省と国立公衆衛生研究所が自殺研究・予防センターと共同で自殺予防評議会を設立し、95年9月に国家的な自殺対策プログラム*The Swedish National Program to Develop Suicide Prevention*が発表された。同プログラムの主な目的は、「自殺および自殺未遂の恒常的減少および自殺しやすい環境の改善」、「自殺リスクが高い集団における自殺および自殺未遂傾向の早期発見と予防」、「自殺未遂者への支援やその周囲にいる人々の自殺予防介入技術の提供を含めた、自殺に対する一般的

知識の向上」にあり、具体的に10の自殺予防戦略が提言されている³⁾。自殺予防対策事業は国家保健福祉委員会の指針のもとに、公衆衛生研究所と自殺研究・予防センターとが共同して自殺予防の進展の監視、教育的教材の考案と出版、自殺予防事業の促進を行っている。

ところで、日常生活において自殺のリスクを同定しこれを予防するためには、コミュニティや学校を基盤とした長期的な自殺介入が必要である。そのため同センターでは、自殺予防対策に関する教育活動と社会的啓蒙活動を行っている。例えば、保健医療・福祉従事者に対しては自殺に関する知識や処置技法の修得を目指す訓練コースが設置されており、医師や医療スタッフに対しては現在の業務との関連性に応じて自殺学に対する知識啓蒙を目的とした二日間の講座から、将来自殺予防に従事する者への二年間の指導訓練などが実施されている。また学生向けには、自殺予防の意識啓蒙を目的としたドキュメンタリー映画が作成されており、中高生を対象とした自殺予防教育に用いられている。

2. アメリカの自殺予防対策の取り組み

アメリカではスウェーデンとは対照的に、民間団体の積極的な働きかけと官民の協力体制により自殺予防対策が進められている。

国家的な自殺予防対策の取り組みは1996年のWHO勧告以降であるが、自殺予防に関する先駆的な役割を果たしたのは、Shneidman, E.S.の提唱により68年に設立されたアメリカ自殺学会である。同学会は自殺予防研究や自殺に関する知識の普及、専門家育成、ボランティア教育を推進している。また、96年に設立された民間団体の自殺予防広報ネットワーク(SPAN USA)の活動も盛んである。SPAN USAは、効果的な国家的自殺予防対策を開発し提供することを目的とし、遺族やサバイバー(自殺未遂経験から立ち直った人など)の支援、自殺予防に関する意識啓発活動、ロビー活動などを

積極的に行っている。

98年10月にはSPAN USAの支援のもと第1回全米自殺予防全国会議が開催され、官民の協力体制が具現化された。保健福祉省(HHS)、公衆衛生総局(OPHS)、保健資源事業局、薬物乱用精神保険業務局、国立精神衛生研究所、国立疾病防疫センター、インディアン衛生局、SPAN USA、サバイバーや地域活動家などのNPO団体や自殺研究の専門家などが参加し、自殺および自殺予防に関する研究・実践活動を精査、議論した。その成果は『自殺予防のための気づき・介入・方法論 *Awareness/Intervention/Methodology: AIM*』として提唱された。これは、自殺とその危険因子に対する人々の自覚向上を目指す「気づき(Awareness)」⁴⁾、ケアサービスおよびプログラムの充実を目指す「介入(Intervention)」⁵⁾、自殺介入の発展を目指す「方法論(Methodology)」⁶⁾の3セクションで構成されている。99年には同会議での決議に基づいた自殺対策宣言書 *The Surgeon General's Call To Action To Prevent Suicide: The Surgeon General's Call* が出版された。

SPAN USAの活動はHHSの行動目標としても発展し、2001年に国立医学研究所が具体的なアクションプラン *National Strategy for Suicide Prevention: Goals and Objectives for Action* を出版した。主な勧告は、「自殺研究の国内ネットワーク機関の設立」、「自殺と自殺傾向に関するモニタリング・システムの整備」「プライマリケア提供者に対する自殺行動教育・訓練の提供」「国・州・地域間の連携および専門組織・NPOとの連携強化」である。

また、OPHSは民間財団と連携して学校カウンセラーなどを援助し、マスコミと協力してうつに対する偏見を打破するキャンペーンを展開するなど、官民協力によるさまざまな自殺対策を行っている。さらに州立のSPAN組織が設立され、州単位でも自殺予防が行われている。

3. オーストラリアにおける自殺予防対策の取り組み

オーストラリアは、早くから包括的な自殺予防対策を実施している国(Taylor, 1997)であるが、その沿革は1989年に西オーストラリア州が若年者の自殺問題諮問委員会を設置し、州政府レベルでの行動計画を策定したことに始まる。92年には国レベルへと移行し、国立保健医療研究委員会が自殺予防のワーキンググループを設立した。94年には自殺予防が健康対策の一つとして認められ、95年以降は具体的プロジェクトの実施や若年者へのカウンセリング・専門家の教育訓練・電話相談サービスの拡大などのために予算が計上された。

97年に策定された *National Youth Suicide Prevention Strategy* (NYSPS)は「若年者の自殺による早過ぎる死亡の予防」「自殺未遂や自殺行為などの自傷行為および流行の減少」「若年者とその家族、コミュニティとのつながり、人間関係の構築」などを目的とした国家的自殺予防対策である。取り組みの対象は国民全体であるが、特に若年者の自殺率や自傷行動の減少が目標とされている。自殺は複合的問題であり多角的アプローチが必要であるという認識に立ち、職場やメディア、学校などのコミュニティ全体に対する教育訓練や情報提供、自殺の危険性がある集団や先住民などの特定集団に限定したアプローチ、自殺の影響を受けた人々に対するサービス向上を目的としたプログラム、インターネットによる情報提供や電話カウンセリングサービスへの資金援助など、70以上のプロジェクトが行われている⁷⁾。これらは、予備プロジェクトでの開発→介入プログラムとして実施→効果についての検証・評価という一連の過程により絶えず改善が加えられ(アクション・リサーチ・アプローチ)、自殺予防対策の結果とその評価についても評価報告書として発表されている。

NYSPSから発展した包括的な自殺予防対策の枠組として、*LIFE: a framework for prevention of*

suicide and self-harm in Australia (LIFE)がある⁸⁾。これは、政府やコミュニティなどすべての集団が協力して多面的に自殺予防に取り組むことを目的としたもので、NYSPSが若年者の自殺予防対策を中心に計画しているのに対し、LIFEは全年齢集団を対象とし自殺予防におけるコミュニティ集団の役割や集団間の連携を重視している。LIFEは自殺予防プログラムを起案しているコミュニティが利用できる情報を提供するために、「自殺予防のための行動分野」「自殺についての基本的知識」「集団間のパートナーシップ」を公表している。

V まとめと今後の課題

はじめに述べたように、日本においては自殺予防のための種々の地道な活動が以前から行われてきたが、健康政策としての自殺予防対策は緒についたばかりである。しかし、自殺の原因が健康・経済・家庭問題から人生観や職場のあり方など多岐に渡っていることを考えると、包括的な取り組みが必要だろう。例えば、うつなどいわゆる心の病に関しては、医師、看護師、保健師、臨床心理士、精神保健福祉士など各種健康医療従事者が関与することになるが、必ずしも自殺の知識や対処方法について十分な専門的訓練を受けているとは限らない。現在、一般医向けの自殺予防マニュアルの作成が進められているが、こうした知識の普及は今後も必要だろう。また、電話相談以外の相談窓口の充実や関係機関が連携した支援体制作り、学校やメディアを通じた自殺予防教育プログラムも必要とされよう。

このように、日本において今後いっそう必要とされるであろう自殺予防対策の方法と手段を適切に選択し、必要とする人々に適切に提供していくためには、自殺予防対策の先進的取り組みを行ってきた諸外国から学ぶことは重要であると考えられる。このような観点からも、より多くの国を対象とした自

殺予防対策の比較研究を今後の課題としたい。

投稿受理(平成15年5月)
採用決定(平成15年10月)

注

- 1) 自殺死亡した年齢以後の、もしも生きていたならば得られたはずの将来所得を、年齢別にみたすべての自殺死亡者について合計した推計値。より詳しくは、厚生労働省(2002)に引用された後の成果も含む金子・篠崎(2003)を参照。
- 2) この点はその後の研究でも追認されており、Yang and Lester(1994)はアメリカの1940-84年の縦断研究から、失業率は特に白人男性の自殺率を増加させる影響があることを指摘している。
- 3) ①自殺行動に関する知識および自殺問題への意識の啓発、②自殺問題を抱えた人に対する社会・医療的支援の提供と支援・処置スタッフの育成、③子どもと若年者への自殺予防教育と訓練、④成人の心理社会的ストレスの軽減と援助、⑤高齢者の心理的援助、⑥アルコール、薬物濫用者、HIV/AIDS感染者、暴力被害者、移民に対する援助、⑦自殺未遂者へのかかわり方に関する訓練、⑧自殺手段(武器、薬物など)の減少、⑨自殺学究の発展と整備、⑩関連する法制度の整備
- 4) 「気づき」に関する項目は次のとおり。①自殺は健康問題であり、予防すべきものという自覚の必要性、および自殺に関する事実と危険因子、回避方法に関する広報、②自殺予防プログラムや精神疾患・薬物依存の対処法や処置法に関する自覚、③精神疾患、薬物依存、自殺行動、援助を求める人々に関する偏見を減らす方法の開発。
- 5) 「介入」に関する項目は次のとおり。①自殺予防の国家的戦略としての官民協力、②抑うつ、薬物依存と自殺に関連する精神疾患に関するプライマリケア提供者の認識と処置法の向上、③精神疾患、薬物依存に対する処置の提供に関する医療保険上の障壁の撤廃と、精神疾患と薬物依存の共存患者の処置への動機付け、④自殺問題の専門家の育成・訓練、⑤自殺の兆候を示す人に対する接し方について家族や援助者の効果的訓練方法の開発、⑥若年者に対する教育現場での安全で効果的なプログラムの開発、⑦精神健康保健サービスの提供元としての学校や職場の活用、⑧メディアの活用による官民の協力の促進。
- 6) 「方法論」に関する項目は次のとおり。①自殺に関連する危険因子と予防因子、その交互作用と自殺および自殺行動への影響の解明、ならびに効果的な自殺予防プログラム、医療処置、介入方法に関する研究

の促進, ② 自殺予防の科学的評価方法の開発, およびすべての自殺予防プログラムに包含される評価要素の検討, ③ 自殺行動監視システムの開発・促進に関する国・州・地方の協力体制の確立, ④ 新しい自殺予防技術とその評価方法の確立.

- 7) 主な取り組みは以下のとおり。① 実証済みの自殺予防/介入アプローチを用いた国家的プログラムの実行, ② 医療, 福祉, 教育, 報道, 矯正施設等で働く専門家や関係者への訓練プログラムの実施, ③ LIFEの出版と普及, ④ 若年者の自殺予防に関する委員会の開催, ⑤ オーストラリア各州/準州での自殺予防対策の実行, ⑥ 自殺予防プログラムの出版, ⑦ インターネットによる情報提供, ⑧ 若年者へのカウンセリングに対する補助金付与, ⑨ 電話カウンセリングへの資金援助。
- 8) オーストラリア保健省ホームページ (<http://www.health.gov.au/>) より入手可能。

参考文献

- Brainerd, Elizabeth. 2001. "Economic reform and mortality in the former Soviet Union: A study of the suicide epidemic in the 1990s." *European Economic Review*, 45 (4-6), 1007-1019.
- Committee on Pathophysiology and Prevention of Adolescent and Adult Suicide Board on Neuroscience and Behavioral Health: Institute of Medicine of the National Academies. 2002. *Reducing Suicide: A National Imperative.* The National Academic Press: Washington, D. C.
- Department of Health and Human Services: U.S. Public Health Service. 1999. *The Surgeon General's Call To Action To Prevent Suicide.*
- Hamermesh, Daniel. S. and Soss, Neal. M. 1974. "An Economic Theory of Suicide". *The Journal of Political Economy*, 82 (1), 83-98.
- Morrell, Stephan., Page, Andrew. and Taylor, Richard. 2001. "Unemployment and youth suicide. *Economic and Labour Relations Review*, 12 (1), 4-17.
- SPAN USA 2001. *Suicide Prevention: Prevention Effectiveness and Evaluation.*
- Taylor, Simon. J., Kingdom, D. and Jenkins, R. 1997. "How are nations trying to prevent suicide? An analysis of national suicide prevention strategies." *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 95, 457-463.
- The Swedish National Council for Suicide Prevention. 1997. "Support in suicidal crises: The Swedish National Program to Develop Suicide Prevention." *Crisis*, 18 (2), 65-72.
- Yang, Bijou. 1992. "The economy and suicide: A time-series study of the U.S.A.." *American Journal of Economics and Sociology*, 51(1), 87-99.
- Yang, Bijou. and Lester, David. 1994. "Crime and unemployment." *Journal of Socio Economics*, 23 (1-2), 215-222.
- Wasserman, Danuta. (ed.) 2001. *Suicide: An unnecessary death.* Martin Dunitz
- World Health Organization 2002. *Suicide Prevention in Europe: The WHO European monitoring survey on national suicide prevention programmes and strategies.*
- 池田一夫・伊藤弘一 1999「日本における自殺の精密分析」『東京都立衛生研究所年報』第50号 pp.337-344
- 稲村博 1977「自殺学—その治療と予防のために」東京大学出版会
- 金子能宏・篠崎武久 2003「自殺による社会的な生涯所得の損失と自殺防止対策の効果」国立社会保障・人口問題研究所「自殺による社会・経済へのマクロ的な影響調査(平成13～15年度)調査研究報告書I」
- 岸田研作 2001「景気循環と自殺の関係」『日本経済学会発表論集』
- 厚生労働省編 2001『職場における自殺の予防と対応』中央労働災害予防協会
- 厚生労働省社会援護局障害保健福祉部 2002『自殺予防対策有識者懇談会』報告書資料篇
- (やました・しほ 国立社会保障・人口問題研究所
社会保障応用分析研究部客員研究員)
- (かねこ・よしひろ 国立社会保障・人口問題研究所
社会保障応用分析研究部第1室長)
- (そりまち・よしひで 京都大学非常勤講師)

舟場正富・齋藤香里著
『介護財政の国際的展開 イギリス・ドイツ・日本の現状と課題』

(ミネルヴァ書房、京都、2003年)

松田 亮三

本書は、イギリス、ドイツを中心とした介護財政の国際的展開を展望することにより、日本の介護制度の特徴と今後の展開を検討しようとしたものである。内容はだまかに4つに分けることができる。介護制度の国際的動向に関する導入部分(1、2章)、イギリス・ドイツを中心とした各国の経験を分析・紹介する部分(3-10章)、これらの経験をふまえた日本の介護財政の分析と今後の展望(11章)、である。執筆は、ドイツの介護保険に関する9、10章のみが齋藤氏により、残りの部分は舟場氏による。

「第1章 高齢化する先進国と介護の社会化への対応」では、後期高齢者の増加、高齢者世帯の増加、インフォーマル・ケアの変容などを背景として、介護制度の構築がOECD加盟国での共通の課題として80年代以降に浮上してきた経緯が述べられている。さらに、日本では主観的健康感の悪い高齢者が多いこと、人口当たりの病院病床数が欧米諸国に比べて多いこと、新規の入院患者の受け入れが出来なくなっていること、などが主張されている。また、家族介護などのインフォーマル・ケアを含んだ分析の重要性、複雑性理論の可能性など、本書の主題に関連する事項が述べられている。「第2章 長期介護財政の国際比較」では、OECDの統計を中心に、国民医療支出、公的医療支出、地方分権による税収の変化が分析され、資産調査の導入、施設介護における利用者負担といった論点を受けて、増大するニーズに応える施策の構築が各国の課題となっていること、が述べられている。

3章以降は、各国の経験の紹介である。3章では、民間保険が医療財政の中心であるアメリカ合衆国と、公共財政が主な医療サービスの財源となっているデンマークについて介護制度の要点が紹介されている。4章から8章まで1990年代を通じたイギリスの介護制度の状況が紹介・分析されている。まず、コミュニティケア法(1993年実施)成立と実施の経緯、特に、何が提案されて何が実現されなかった、が述べられる(4章)。続いて、法実施後に長期介護がどのように変貌していったかを王立委員会の報告書を中心に、各種の研究や新聞の論評なども含めて記述されている(5章)。ここでは、在宅介護事業と低所得者用施設は公営であるが、1980年代には民間部門による施設ケアが、ナーシング・ホーム、レジデンシャル・ホームの両方において増加していったこと、逆に、NHSによる施設ケアの提供や地方自治体立施設が減少していたことが描かれている。さらに、1994年から1997年の間に発生した在宅ケア受給者の減少、介護サービス受給者の重症化、さらに資産に応じた利用者負担のために、持ち家を手放さざるを得なくなる事例の問題などが紹介されている。6章ではイギリスの介護改革と地方財政との関連について、特にコミュニティ・ケア改革前後より地方財政における対人社会サービスの経費が膨張してきていることが、各種資料により示されている。また、地方自治体の抱える困難—中央政府からの交付金算定におけるコミュニティ・ケア単価の低さ、資

産のある利用者からの費用徴収の困難、既存のヘルパー派遣事業の中止に伴う困難—が指摘されている。さらに、中央政府の交付金算定額のあり方についての検討が加えられているが、要するにイギリスの現在の介護システムは多くの課題を抱え、それに対する改革方法は定まっていないと評価されている。

以上のような財政分析からやや転じて、7章では介護者(ケアラー)をめぐる政策的議論と現状が述べられている。イギリスについての最後の章である8章では、日英共通の論点として、ニーズの多様化、公共部門の拡大の限界と家族介護の限界、供給の効率化などを背景として介護システムの市場化が行われたこと、市場メカニズムを組み込んだ介護制度においても多くの問題が生じていること、在宅介護における進展は依然として大きな課題であること、などが指摘されている。今後の方向として、さまざまな課題を達成していくために、複雑系理論を考慮にいれた、それぞれの組織や関係機関が「受け手本位の最適化」をすすめるような構想を描く必要性が主張されている。

続く2章はドイツの介護保険の経験の分析である。9章では、公的介護保険が必要とされた背景、介護保険の形成に向けた政治的議論、成立した介護保険の仕組みが要領よくまとめられ、2002年に施行された「介護の質保証法」(Pflege-Qualitätssicherungsgesets)の概要が述べられている。10章では、在宅介護優先、地方自治体の社会扶助費の削減、介護サービス供給の展開について各種資料を用いておおむね2000年までの経過が分析されている。

「第11章 日本の介護保険の役割と介護の展望」では、これまでの記述をふまえた日本の介護財政の現状と展望に関する検討がなされている。著者の視点は、グローバリゼーション、産業構造の転換、ニーズの多様化の中で、市場の自由化と新たな制度の創造を含む公共行政のリニューアルを中

心とした改革が福祉国家において求められているというものであり、介護制度については「地域の人材や資源を地方自治体やコミュニティの力で、自己組織化して機能させる力量を育てることが最大の課題」という展望を示されている(p.278)。著者によれば、本格的な「市場化システム」として導入された介護保険制度の課題は、「受け手本位の最適化」を実現していく単位の同定、利用者の生活空間の複雑性に関する認識を高める必要性、市場がもたらす負の部分を克服するための基準設定や監視業務を確立する必要性、である。

本書は多岐にわたる内容と論点を含んでおり、ここではそれらについて個々に論評を加えるよりも、評者なりにとらえた本書の特色—幅広い国際動向を念頭においた多様な視点からの記述、複雑性理論の導入への意欲など—を中心に論評を加えたい。

まず、介護財政の動向を国際的な広がりの中で、それぞれの国が課題に取り組んでいる多様なあり方を検討しようとしたことが、本書の特色である。介護が公共政策の共通の課題として20世紀後半に浮上してきたこと、そして実際に各国で政策的対応がなされてきている中で、さまざまな経験が国際的に蓄積されてきている。そうした場合に問題となるのが、介護「市場」のあり方と公共の関わりである。著者がいうように、「福祉や教育、医療といったこれまで公共が深く関わってきた分野において、市場の導入が図られた場合に何が問題となり、どのような社会システムが必要となるかは、ほとんど未開拓な領域であり、実際に生じたことからの帰納による理論化や評価によって構成していくほかない」(p.78)。著者は、イギリスの社会保障や介護制度の実態を複眼的にみていくという視点を述べている(第4章)ことにみられるように、こうした課題の一つの正解や規範的制度を求める¹⁾よりは、各国での議論や実際の経過を辿ることに中心をもたれているようである。それゆえ、租税によ

るコミュニティ・ケアの仕組みの形成を行ってきたイギリスと社会保険を介護財政の中心とするドイツに、地方自治体が基本的な権限と責任をもつデンマークと公的関与が限定的であるアメリカ合衆国を加えて、介護制度のありうる姿を幅広く提示されたのであろう。ただし、イギリスの経験についての記述が分量的には4割以上を占め、いささかバランスを欠いている印象は否めない。

2つ目の特色は、各国の制度を紹介するのにとどまらず、その制度をめぐる多様な論点を紹介していることにある。それらの制度がなぜ必要とされたのか、可能な政策選択にどのようなものがあり、どのような政治的議論がなされた上で、現在の制度が成立しているのか、が述べられるとともに、制度の実態分析に踏み込んだ議論の紹介を行っている。こうした多様な議論の中で制度を理解し、検討する視点は日本における制度の現状分析、今後の改革を考える上でも参考にすべきものであろう。理想像としての制度を提示するのではなく、むしろ共通の課題への多様なしかし共通項をもった対応として扱う中で、国際比較を行うということである。

しかしながら、多様な論点が、さまざまな箇所であふれられており、各国の介護財政を比較分析していくときの視点が明らかに示されていないために、こうした著者の方法が必ずしも明確になっていない感は否めない。中心となるイギリスとドイツにしても、各章の構成も異なり、分析の視角が共有されているかが必ずしも明らかでない。また各国の経験の記述と、導入部・最後の章における日本の介護制度の記述の関連が分かりにくい。各国の紹介の中で断片的に日本の制度との対比が語られるが、各国の制度の差をどのようにとらえるのか、という点が明確には示されていない。結果として、日英独の経験をそれぞれどのように位置づけているかが一少なくとも評者には一必ずしも明確に伝わってこなかった。

複雑系の理論を用いながら新たな政策への視点を打ち出そうとしているのが3つ目の特色である。中央集権的な管理ではなく、地方自治体と現場の関係者・組織の自主性を生かした「受け手本意の最適化」が、著者の提案されている方向のようである。こうした議論には大変興味を覚えたものの、それがどのようにすれば実現可能なのか、そしてそれをどのように実証的に研究していくのか、についての検討があまり論じられていないので、現実には有効な理論かどうか、読んだ限りにおいてはあまり明確でない。例えば、「自己組織化」はどのようなときに「受け手本位」となり、どのようなときに「供給者本位」となるのかといった議論などもあれば、より説得力をましたのではなかろうか。

最後に、本書の記述上の問題について、指摘しておかねばならないことがある。本書における各国の経験は、紙幅の都合上かなり濃縮されており、不明な点については、各国の制度について総括的な²⁾、あるいはより踏み込んだ制度分析³⁾などの関連文献を読むことが求められよう。この点では、もう少し既存研究との関連を示していただければよかったのではなかろうか。おそらく国際的な動向を追われるのに重点を置かれたためだと思われるが、既存研究との関連についてはあまり言及されていない。さらに、著者はさまざまな学術論文やメディア、インタビューなどを通じて研究をすすめられたようであるが、イギリス、デンマーク、アメリカ合衆国の長期介護についての記述については、かなりの部分が英国王立委員会の(研究報告書を含む)報告書⁴⁾によっているように読める。この点だけに注目すれば、評者などは、仮に世界の介護制度というテーマでの参考文献を学生に示す場合に、王立委員会の研究報告書がインターネットを通じて無料で閲覧できることを考えると、本書よりもむしろ同報告書を参考文献としてあげたくなってしまう誘惑に駆られる。

既存研究への言及は、著者の論旨を明確にする上でも重要であろう。例えば、第1章において、病院のベッド数、入院許可人数、平均在院日数のみにより、日本では新規の入院患者の受け入れが出来なくなっているという結論が導かれている。確かに有名病院での入院治療については無視できないとの報告もあるが⁵⁾、日本では、2001年で100万人もの入院待機者がいるイギリスほど待機期間の長期化が問題となっているわけではない⁶⁾。日本の高齢者の健康状態についても、労働市場への参加の多さや平均寿命の長さといった点を考慮にいった場合にどうみなのかという疑問が残る。いろいろな面で意欲的な本書の主張をより明確にするために、先行研究を取り込んだ議論が一特に、イギリスについては一欲しかったところである。

注

- 1) 平岡公一 (2003)を参照。
- 2) 武川正吾・塩野谷祐一編 (1999)、田端光美編 (1999)が、入り口として有用であろう。
- 3) 最近の単著では、例えば、前掲の平岡 (2003)や山本隆 (2003)がある。
- 4) Royal Commission on Long Term Care (1999)を参照。インターネット上のURLは、[[http://www.archive.](http://www.archive.official-documents.co.uk/document/cm41/4192/4192.htm)

- official-documents.co.uk/document/cm41/4192/4192.htm]である (2003年10月1日現在アクセス可能)。
- 5) Naoki Ikegami and Shunya Ikeda (1999)が、一病院における例を分析している。
- 6) 近藤克則 (2002)が手短に紹介している。

参考文献

- 近藤克則 2002「深刻な待機者リスト問題」『公衆衛生』66巻2号, pp.122-123
- 武川正吾・塩野谷祐一編 1999『先進諸国の社会保障I イギリス』東京：東京大学出版会
- 田端光美編 1999『世界の社会福祉4 イギリス』東京：旬報社
- 平岡公一 2003『イギリスの社会福祉と政策研究 イギリスモデルの持続と変化』京都：ミネルヴァ書房, pp.311-317
- 山本隆 2003『イギリスの福祉行財政 政府間関係の視点』京都：法律文化社
- Ikegami, N. and Ikeda, S. 1999. "Waiting lists in Japanese Hospitals." In *Containing Health Care Costs in Japan*, edited by Ikegami, N. and Campbell, J. C. Ann Arbor: The University of Michigan Press, pp.176-183.
- Royal Commission on Long Term Care. 1999. *With Respect to the Old Age: Long Term Care - Rights and Responsibilities*, presented to Parliament by Command of Her Majesty, March 1999. Cm 4192-I. [<http://www.archive.official-documents.co.uk/document/cm41/4192/4192.htm>]

(まつだ・りょうぞう 立命館大学助教授)

『海外社会保障研究』執筆要領

1. 執筆枚数

原稿の字数は以下の限度内とします。

- (1) 論文：16,000字(図表を含む)
本文のほかに要約文(400字以内)およびキーワード(3～5語)を添付。
- (2) 研究ノート：12,000字(図表を含む)
- (3) 動向：8,000字(図表を含む)
- (4) 書評：6,000字

2. 原稿の構成

必要に応じて、I II III…→1 2 3…→(1) (2) (3)…→①②③…→の順に区分し、見出しを付けてください。なお、本文中に語や箇条書の文などを列挙する場合は、見出しと重複しないよう、(a) (b) (c)または・で始めてください。完成原稿は横書きとし、各ページに通し番号をふってください。

3. 引用

本文中の引用の際は、出典(発行所、発行年)を明記してください。

4. 年号

西暦を用いてください。元号が必要なときには、西暦の後に()入りで元号を記してください。ただし、年代の表記については、西暦なしで元号を用いてもかまいません。

5. 図表

図表はそれぞれ通し番号をふり、表題を付けてください。1図、1表ごとに別紙にまとめ、挿入箇所を論文中に指定してください。なお、出所は必ず明記してください。

6. 注

注を付す語の右肩に1) 2) …の注番号を入れ、論文末まで通し番号とし、論文末に注の文を一括して掲げてください。

7. 参考文献

文献リストは、以下の例を参考に論文の最後に付けてください。

(例)

馬場義久 1997 「企業内福祉と課税の中立性—退職金課税について」 藤田至孝・塩野谷祐一編『企業内福祉と社会保障』東京大学出版会

Ashford, Douglas E. 1986. *The Emergence of the Welfare State*. Basil Blackwell.

Heidenheimer, A. 1981. "Education and Social Entitlements in Europe and America." In *The Development of Welfare State*, edited by P. Flora and H. Heidenheimer. Transaction Books.

Beattie, Roger. 1998. "Pension Systems and Prospects in Asia and the Pacific." *International Social Security Review* 58(3): 63–87.

梶原朗 1998 「イギリスにおける就労促進政策と社会保障」『海外社会保障研究』第125号 pp. 56–72

新藤宗幸 1998 「地域保健システムの改革と残されている課題」『季刊社会保障研究』第34巻第3号 pp. 260–267

海外社会保障研究

第146号 2004年3月発行予定

特集：IMF体制後の韓国の社会政策

第147号 2004年6月発行予定

特集：ワークフェアの概念と実践

バックナンバー（在庫あり）

- 第144号 2003年9月発行……………特集：ロシア・東欧における社会保障の動向
- 第143号 2003年6月発行……………特集：第7回厚生政策セミナー「こども、家族、社会—少子社会の政策選択—」
- 第142号 2003年3月発行……………特集：転換期における福祉国家の国際比較研究
- 第141号 2002年12月発行……………特集：社会的排除—概念と各国の動き—
- 第140号 2002年9月発行……………特集：先進諸国の所得保障政策における障害給付の変化とその背景
- 第139号 2002年6月発行……………特集：日本とカナダの社会保障
—加日社会保障政策研究円卓会議の成果—
- 第138号 2002年3月発行……………特集：現代の規範理論と社会保障
- 第137号 2001年12月発行……………特集：国際機関における年金政策論
- 第136号 2001年9月発行……………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
- 第135号 2001年6月発行……………特集：第5回厚生政策セミナー「アジアと社会保障」
- 第134号 2001年3月発行……………特集：グローバル化と社会保障
- 第133号 2000年12月発行……………特集：社会保障と情報化
- 第132号 2000年9月発行……………特集：中国の社会保障改革と企業行動
- 第131号 2000年6月発行……………特集：介護保険の国際的動向
- 第130号 2000年3月発行……………特集：社会保障給付費の国際比較研究
- 第129号 1999年12月発行……………特集：医療サービスの質の確保をめぐる諸問題
- 第128号 1999年9月発行……………特集：EUの社会保障政策の展開
- 第127号 1999年6月発行……………特集1：福祉施策の国際比較
特集2：OECD社会保障大臣会議
- 第126号 1999年3月発行……………特集：各国の年金改革
- 第125号 1998年12月発行……………特集：就労インセンティブと社会保障

※ バックナンバーの詳しい内容をインターネットでご紹介しております。

<http://www.infoasia.co.jp> をご覧ください。

『海外社会保障研究』投稿規程

1. 投稿は、「論文」、「研究ノート」及び「動向」の3種類です。投稿者の学問分野は問いません。どなたでも投稿できます。ただし、本誌に発表する論文等は、いずれも他に未発表のものに限ります。
2. 投稿者は、審査用原稿2部を送付してください。採用の決まったものは、フロッピーディスクも提出していただきます。
3. 投稿原稿のうち、「論文」及び「研究ノート」の掲載の採否については、指名されたレフェリーの意見に基づき編集委員会において決定します。採用するものについては、レフェリーのコメントに基づき、投稿者に一部修正を求めることがあります。
4. 投稿のうち、「動向」の掲載の採否については、編集委員会において決定します。
5. 執筆に当たっては、『海外社会保障研究』執筆要領に従ってください。なお、原稿は採否に関わらず返却いたしません。
6. 原稿の送り先、問い合わせ先 〒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
国立社会保障・人口問題研究所 総務課業務係
Tel: 03-3595-2984 Fax: 03-3591-4816
e-mail: kaigai@ipss.go.jp

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

埋橋 孝文 (日本女子大学教授)

岡 伸一 (明治学院大学教授)

尾形 裕也 (九州大学教授)

沙 銀華 (ニッセイ基礎研究所主任研究員)

武川 正吾 (東京大学助教授)

島崎 謙治 (国立社会保障・人口問題研究所副所長)

中嶋 潤 (同研究所・総合企画部長)

小島 宏 (国立社会保障・人口問題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

阿萬 哲也 (同研究所・総合企画部第1室長)

阿部 彩 (同研究所・国際関係部第2室長)

加藤 久和 (同研究所・社会保障基礎理論研究部第1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)

佐藤 雅代 (同研究所・総合企画部研究員)

菊地 英明 (同研究所・社会保障基礎理論研究部研究員)

海外社会保障研究 No. 145

平成15年12月25日発行

ISBN 4-900849-70-7

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

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

ISSN 1344-3062