

海外社会保障研究

WINTER 2004

No. 149

特集：OECD 諸国における医療改革の流れと今後の方向性

特集の趣旨	郡司 篤晃	2
ケアの質向上への取り組みとその課題	郡司 篤晃	3
医療サービスへの公平なアクセス		
—OECD 加盟国間の国際比較と残された分析課題—	山田 篤裕	17
患者ニーズへの対応に向けた取り組み		
—OECD 諸国の現状とわが国の可能性—	鈴木 玲子	29
医療の費用抑制と効率性の向上		
—OECD 諸国による取り組みとその課題—	小塩 隆士	38
経済協力開発機構 (OECD) における医療 (介護) 政策分析：		
これまでの成果と展望	阿萬 哲也	50

動 向

OECD 社会支出データベース 2004 年版	国立社会保障・人口問題研究所	59
-------------------------	----------------	----

書 評

渋谷博史・渡瀬義男・樋口均編『アメリカの福祉国家システム』	加藤 久和	68
-------------------------------	-------	----

特集：OECD 諸国における医療改革の流れと今後の方向性 趣 旨

OECDは先進国間の経済協調のために設立されたが、次第に社会政策の領域にも関心を広げ、経済学的、社会学的な視点から、ユニークな研究活動を行っている。今回取り上げた保健・医療の報告書もその1つである。

比較をすることは学問の始まりだが、社会制度は国内では単一結晶的になりがちであり、かつ言語の壁もあるので、個人の研究者が比較できるのは少数の国に限られざるを得ない。しかし、OECDのような国際機関は、それぞれの国から専門家を集め、多数の国を見渡すということができるといえる点できわめて有利である。

医療の質と効率を確保するための制度として、アメリカ型のmanaged competitionが不成功となると、エージェントとインセンティブをいかに設定するかが政策の課題となる。単に規制緩和で解決するわけではない。そうだとすると、この世界は国際比較などによる実証的な研究がますます重要になる。

また、近年OECDの研究活動に、政治的イニシアティブが入ってきたことも特徴をなしている。政治に研究の成果を生かす、あるいは政治的決断の結果から学ぶという双方向のメリットが期待されるであろう。

しかし、その必要性はもっと深いところにあるだろう。医療政策には平等と効率、質と効率、ニーズによる分配と需要による分配といった根本的な相克があり、その間の選択は民主主義の社会においては政治的プロセスで行われるはずだからである。資源制約が厳しくなればなるほど、その選択も厳しくなり、その影響も大きくなる。

OECD加盟国のような先進工業国においても資源制約が厳しくなると、効率を向上させることは急務である。しかし、これまで医療費のGDPに対する比率は一貫して増え続けてきた。それを抑える知恵は積み重ねられてきたが、その真の原因は必ずしも明らかではないし、抑制の結果がどのような結果をもたらすかも明らかではない。

いずれ、その制約の下で、誰がどのように資源を分配していくかを考慮しなければならないであろう。ミクロな分配をも国が行うようなシステムでは、国民の満足は得られないであろう。医療従事者は国民のニーズを根拠に政府に多くの要求を突きつけるであろう。大きな流れは、マクロな配分は政府が行い、ミクロの配分にはケアの提供者も責任的に関与する方向である。

医療・福祉は人々の生き方と死に方の選択にかかわる。個人の選択について親身になって相談に乗ってくれる存在が必要なのである。最も身近な信頼できる相談相手でありケア提供者、それがプライマリー・ケアの役割であろう。それが場合によっては完全な代理人であったり、ゲートキーパーと呼ばれたりする。

イギリスのプライマリーに導かれる医療福祉制度改革におけるPrimary Care Trustはそのような存在がめざされているが、一方予算の管理という点では政府のエージェントでもある点は注目に値する。

我々はどこに行きたいのか、よく考えなければならない。また、どうしたらそこにいけるのか、分析しなければならない。そして、国民を説得しなければならない。

(郡司篤晃 聖学院大学大学院教授)

ケアの質向上への取り組みとその課題

郡司 篤晃

■ 要約

先進工業国では、平均寿命で見ると健康水準は向上してきた。慢性疾患の時代には生活の質の維持と向上が主眼となり、今後は Health Promotion の考え方と政策の推進が重要である。

医療においては消費者による質の評価が不可能であり、かつ平等の要求があることから、政府の介入が必須である。さらにサービス内容が決定するのは医療施設に到達後であり、そこではいわゆる情報の非対称の大きな相対取引であり、政府の介入によっては、種々の非効率や質の低下などの多様な問題が発生する。

出来高払いのインセンティブを逆転し、医療に管理学の合理性を導入する目的で HMO が考案された。これを基礎に管理競争 (managed competition) の考え方が生まれ、世界的に大きな影響を与えた。しかし、各国の歴史的制約や平等に対する価値観の差、政治思想の違いから、各国における現実のシステムは大きく異なり、いまだ医療・福祉における質と効率を確保する一般解は明らかではない。近年は、情報の非対称を埋めるためのエージェントとインセンティブの設計が、基本的な政策手段となりつつある。

医療の質の管理技法は、同僚による評価しかないと言われてきたが、次第に第三者の評価が導入されるようになった。その方法は結果による評価から構造的な評価へと移行し、そして近年また結果による評価に回帰しつつある。しかし、医療の結果による評価は医療の失敗にかかわる指標が多くなるため医療提供者には歓迎されない。そこで、近年はパス法のようにプロセスを重視するようになって来た。パス法はいわば医療のプロセスの標準化であり、また医療の全プロセスに関する Informed consent である。しかし、すべての患者が標準的な診療で完結するわけではなく、その限界も明らかである。

今後は情報システムの発達により、adverse event や治療成績を含む診療情報の処理が容易になること、一方国民の情報の公開に対する要求が高まることから、その圧力が医療の質の向上を促進することになるであろう。

わが国の医療システムはプライマリー・ケアが混乱している。責任を明確にすることによって市民に安心感を与え、シームレスで良質、かつ効率的なケアを提供するためには、プライマリー・システムの構築が重要な課題である。

■ キーワード

医療の質、効率、インセンティブ、代理人

I はじめに

本報告書における第一章の関心は、健康水準は著しく改善されてきたが、ケアの質を向上させることによって、さらに改善がもたらされる可能性があるのではないか、そのためにはいかなる政策的課題に取り組まなければならないかを考察す

ることにある。

その関心は保健¹⁾から医療、福祉にも及ぶ。しかし、同報告書も主として医療を論じているので、紙面の関係もあり、本論では主として医療の質を中心に、またわが国との関連が深い点に重点を置いて論ずることとしたい。

また、何が上質な保健、医療、福祉ケアである

かを、個別の技術について論ずると膨大な議論となり、本特集の趣旨にもそぐわない議論となるだろうから、本論では主として医療の質向上のための政策論に焦点を絞る。

II 健康水準の向上とヘルス・プロモーションの妥当性

1. 健康水準の向上

OECDの報告書に拠れば(OECD, 2004)、近年OECD各国では「健康水準の劇的な向上」があったとしている²⁾。国などの地域人口集団の最も総合的な健康水準の指標はゼロ歳児の平均余命(通称平均寿命)であるとされている。近年、OECD諸国においてはこの指標は一貫して延長してきた。したがって、この指標で見ると、これらの国々においては健康の水準は確実に改善してきた。

しかし、この指標に影響を与える要因は多様であり、必ずしも保健・医療サービスだけが寄与しているのではなく、生活水準の向上による衛生や栄養の改善の方が、その伸長には、大きく寄与している可能性が高い。

感染症の時代には、予防接種などの保健活動の方が、医療サービスの寄与よりはるかに大きかった。多くの人命を奪った天然痘は予防接種によって人類社会から撲滅することに成功したし、ポリオも撲滅寸前まで来た。今後も再興、新興感染症はあるが、人類がこれまで蓄えてきた医学技術を持ってすれば、対処の可能性については悲観的なものはないであろう。

医療と健康水準との関係について、医療費と平均寿命との相関関係を断面的な国際比較で見ると、2者間の相関関係は、きわめて貧困な地域においては見られるものの、先進工業国においてはほとんど無相関である。したがって、その比率を議論することも無意味である。

平均寿命は最も総合的な健康指標であるが、

医療システムの効果を評価するためのoutcomeの指標としてはあまりにも鈍すぎる。医療システム全体の評価のためのoutcome指標にはいまだ適当なものはない。この事実はとりもなおさず、医療、特にその質の平均寿命の延長に対する寄与はかなり限界的であるといわざるを得ない。

医療技術のoutcome評価は、個々の技術ごとに行われなければ、明確な答えは期待できない。その際、実験的な環境下での効能(efficacy)と、実際のフィールドでの効果(effectiveness)は異なることがあるという認識が重要である³⁾。

2. 疾病構造の変化

OECD諸国は、人口転換をほぼ終了している。その必然的な結果が、疾病転換である。すなわち、急性疾患から慢性疾患への疾病構造の変化である。現在のOECD諸国においては死因のほぼ6割以上が悪性新生物と循環器疾患である。このようなdemographicな変化に伴い、保健・医療のあり方や政策も大きく変貌しつつある。

予防も社会防衛的な性格を減じて、個人の障害の予防へと変化した。医療と予防の境界もあいまいになってきたことの問題は、必ずしも議論されてこなかった。

例えば、軽症高血圧に対する降圧剤の投与、抗高脂血剤の投与は、医療の場で行われているが、これは予防である。慢性疾患の管理では予防と医療の境界が不明確になったのである。

しかし、それらの薬剤投与の疾病予防効果は、効能は証明されていても、効果は十分証明されていないものが多い。効果の評価が新薬の開発に追いつかず、その証拠があいまいなまま、多くの「医療費」が「予防」につき込まれている。また、これらの薬剤にも副作用があり、生活の質は低下する。

3. ヘルス・プロモーションの妥当性⁴⁾

1986年にカナダのオタワで開催された国際会議

で採択されたHealth Promotion憲章は、「ヘルス・プロモーションは新たな公衆衛生である」という⁵⁾。その基本的な考え方は、「今や先進工業国においては、生命に対する危険因子はほとんどすべて生活習慣の中にある。したがって、これからの公衆衛生活動は生活習慣を健康なものにすることである」と主張する。

喫煙は極めて有害な生活習慣である。タバコの喫煙で平均余命は数年短縮する⁶⁾。これは喫煙が肺がんをはじめ多くのがんの危険因子ばかりでなく、循環器疾患の危険因子でもあるからである。さらに、一部の降圧剤の脳心事故に対する予防効果を台無しにする⁷⁾。

近年、喫煙対策が進んだOECDの一部の国においては、肥満が喫煙を抜いて最大の危険因子になりつつある⁸⁾。肥満は、アメリカなど喫煙率が低下している国においては、医療費の増加により大きく寄与しているという⁹⁾。

肥満は、エネルギーの摂取と消費の収支バランスの問題である。交通機関の発達、職場の自動化、家庭の電化など、社会や生活の近代化は一貫してエネルギー支出を減少させてきた。したがって、肥満は進行し、循環器疾患の危険因子となる。対策は、意識的にエネルギー摂取を減らすか、生活活動強度を上げることである。生活活動強度を上げることが循環器疾患の予防につながることは既に証明されており、さらに生活の質も向上する¹⁰⁾。

しかし、日本では日本食の伝統が残っているため、かつ喫煙対策においてきわめて遅れをとっているため、いまだにタバコが大きな危険因子である。

慢性疾患の時代にあっては、患者自身が疾病の重要な管理者の一人であることを、患者もケアの提供者も十分認識することが重要である。

“Health Promotion”は「健康増進」と訳すと誤解を生ずる可能性があるため、わが国では「ヘル

ス・プロモーション」と言い習わされている。

重要なのは、以下の諸点である：

- ① 悪い健康習慣を持っている人はその人自身が犠牲者であるので、その人を責めることはvictim blamingであるから、健康に寄与する環境づくりが重要である。
- ② 健康に害を及ぼすような政策を決定した場合には政策決定者の責任であることを明確にしなければならない。
- ③ 健康政策の方向転換が必要である。

そして、具体的な活動は、①健康な政策づくり、②健康な環境づくり、③地域活動の強化、④健康教育、⑤保健活動の方向転換が必要であるとした。

しかし、それらの政策推進は必ずしも容易ではない。同報告書は「公的な介入を行うことには複雑な問題およびトレードオフが避けられず、それが政策立案過程を複雑にしている」と述べているが(OECD, 2004)¹¹⁾、この指摘は重要である。医療提供者の暗黙の反感もある。また、タバコについては、政府機関の重要な税源であり、政府の禁煙推進に対する政府内の態度も分かれる。まさにその解決こそが重要な政策課題であることを、ヘルス・プロモーションは主張するのである。

4. わが国のヘルス・プロモーション

わが国の健康増進行政の歴史は古いですが、2次予防である健康診査が中心であった。また、栄養、運動、休養が三要素と言われていたが、栄養行政のみの取り組みであった。その後、運動、休養の行政¹²⁾が加わり、現在「健康日本21」(21世紀における国民健康づくり運動)が進められている。しかし、保健活動の方向転換の動きは見えるものになっていない。また、同憲章が主張するように政府全体の政策とはなっておらず、一部の行政機関の枠内での取り組みになっている。

III 医療の質と効率の確保

1. 医療の質

医療の質の定義¹³⁾はあるが、質を管理しようとするとき質をどう評価するかが問題となる。Donabedianは医療の質を評価しようとするとき、医療の‘norm’を議論することになる、そして効用とリスクの差が最大となるところが最良質の医療であると述べた。しかし、それらの変量を測定することはきわめて困難である¹⁴⁾。

本報告書では、問題となる医療の質を分類して、医療技術の過剰な適用、過小な適用、そしてadverse eventとしている¹⁵⁾。この分類も極端な事例としては理解できるが、どこまでが過剰、あるいは過小であるかなど具体的な評価は容易ではない。しかし、極端な事例を把握できれば、政策評価の指標としては意味があるであろう。

近年、単純な医療事故が医療の質の問題として社会的に大きな関心を集めている。医療の質の問題ははるかに本質的であり、あらゆる場面に存在するのであり、そのような事故は「量的にはむしろマイナーな問題である」¹⁶⁾という本報告書の認識は重要である。

医学・医療技術が進歩し、医療はますます複雑になり、知るべきこと、なすべきこと、管理すべきことがますます増えているにもかかわらず、医療はその質を向上させるためのシステムの構築が追いつかず、幾多の亀裂を生じているというのである¹⁷⁾。

2. 医療における市場の失敗

消費者が購入するものやサービスの質を判断できれば、その質の向上と社会的厚生を最大化する方法は、市場という比較的簡単な仕組みによって実現することができる。したがって、政策的な介入は必要ないし、むしろ規制がないほうが良いということになる。しかし、医療サービスの質は事前的

にも事後的にも、消費者が知ることは困難である。

また、医療は他の財との比較において、その平等な分配に対する要求が高い。これらの理由から、各国は何らかの形で政府が介入する公的な制度を設けている。ただ、平等にどの程度の価値を置くかは、国によってかなりの開きがあり、それによって制度設計が大きく異なる¹⁸⁾。

多くの国において、政府は費用の補助や公定価格などという形で価格に介入する。そのため、価格はサービスの質に関する情報は含まないので、消費者はそれ以外の代理的な情報により医療施設を選択をせざるを得ない。すなわち、評判や、施設の大きさとか設備の多さなどの外見的な情報で施設を選択することになる。つまり、消費者である患者は、自分で医療の質を判断できないので、施設選択の自由が与えられても、望むサービスを購入するための施設に到達することがきわめて困難なのである。

特にわが国では、法的には医療施設を選択は自由であるが、適切な代理人もいないので、現実にはその選択は困難である。健康に異常を感じたら不安を伴うことは必然だし、状況が許せばできるだけ安心できる施設を選択しようとする。

現在、大病院への患者の集中が問題になっているが、それはきわめて単純な仮定、すなわち「小さな施設に行ったら診断ができないことがあるが、大きな施設に行けば診断ができる」と仮定をすると、その集中は必然的であることが証明される(青木研, 2001)¹⁹⁾。

3. 相対取引

医療に市場モデルがあてはまるとしても、それは患者が医療施設に到達するまでのことである。医療の内容が決まるのは医療施設についてからである。そこで実際にどのようなサービスを購入するかが決定される。それを取引と見るならば、市場的なモデルはあてはまらず、相対取引である。

相対取引のモデルである代理人理論は、PrincipalとAgentの間に情報の非対称がある場合には、Agent側にモラルハザードが起こる可能性があるという²⁰⁾。医療ほど提供者と消費者間の情報の非対称が大きい例は希であるから、医療提供者側にモラルハザードが起こる可能性はきわめて大きいということになる。

現在のわが国のように、項目別出来高払いの支払い方式の下では、サービス項目を増やす方向へインセンティブが働くため、需要が誘発される、あるいはニード論から言えば過剰な診療を引き起こす危険がある。それはとりもなおさず医療の質をあやしくする危険性があるということである。したがって、モラルハザードを防止するのは、医の倫理しかない状況である²¹⁾。

OECDのHealth Dataで見ると、わが国の医療消費量指数が各国と比較して一貫して高いのは、項目別出来高払いの支払いのためである。

また、著者らによるわが国における医療費の地域差の研究によれば、その差はきわめて大きいばかりでなく(府川哲夫, 2001)²²⁾、その大きな要因は、倫理的に許される範囲の需要の誘発であることはほぼ間違いなからう(郡司篤晃, 1998)²³⁾。必要がない医療が行われるとしたら、医療の質の観点からも由々しきことである。

代理人理論は、Agentのモラルハザードを防止する方法は、第三者が評価するか、incentive constraintを設けるしかないという。現在OECD諸国において行われている医療の質を確保するための直接的な対策も、この第三者評価とincentive constraintの設定の2種類に分類される。

医療の提供システムには多様な政府の介入が行われているが、それらは直接関係者のインセンティブに触れることにより、医療の質に影響することになる。したがって、医療の質の問題は医療提供者個人や組織の倫理や責任というだけではなく、政策決定者の責任でもあるという認識が重要である。

項目別出来高払いの下では、ケア提供者が軽症よりも重症の患者を選好する方向へインセンティブが働く。したがって、医療の質向上に対しては逆のインセンティブとなることが項目別出来高払いの大きな問題点の1つである(飯島佐知子, 1998)²⁴⁾。

また、逆に包括払いにすると、やり方によっては、サービスが過小になる方向へインセンティブがかかる。いずれにしても、医療の質に直結する政策であるので、その立案には極めて慎重を要する。残念ながら、「医療提供者に対する経済的なインセンティブは、適正な(appropriate)医療に向けて作用していない」という指摘は正しい²⁵⁾。

医師が被雇用者である場合にはインセンティブは直接かからないかもしれないが、経営努力を督促される場合には、たとえ月給制の医師にも影響は及ぶであろうし、中小の私的医療施設が大多数を占めるわが国ではその影響は大きいであろう。

ケアのシステムは、急性期から慢性期の疾患まで、さらに生活の支援までと、多様な種類や段階があり、包括的であることが必要である。すなわち、それぞれの施設で受けるケアはシームレスであることが理想だが、現実のケアの施設や組織は分断されている。このような状況下では、ケアの受け手は健康状態が変化するに伴い、施設間を移動せざるを得なくなり、そのつど多くの問題やロス²⁶⁾を生ずることになる。このような事態は単に効率の問題だけではなく、質の問題も伴っている。

近年の効率を向上させるための市場あるいは準市場的な競争を促進する政策は、ケアの提供者や組織をますます分断し、それらの間の協調を困難にする方向に作用する。すなわち、効率と質に係わる諸要因との間にtrade-offの関係があることを認識する必要がある。

4. 医療費の抑制と質

OECD各国において医療費のGDPに対する割合は、過去において一貫して伸び続けて来たとし、

現在も伸び続けている。他の経済との関係で、将来ともこのまま推移できるはずはないことは自明である。しかし、いまだに自由主義経済の国で、その高騰の制御に成功したと思われる国はない。

社会主義が崩壊し、いわゆるグローバリゼーションが急速に進行しつつある。それに伴い国際経済競争が激化し、各国は社会の効率化を求められている。医療、福祉などの社会保障も例外ではなく、その後各国に誕生した新自由主義政権は、医療・福祉の領域にも市場化を導入した。

経済成長の鈍化の中で、各国ともこの公的制度の維持がますます困難になっている。そのため近年、各国は医療費の抑制に力を入れている。

医療費の抑制と医療の質の関係は、必ずしもはっきりしない。また、それらの関係を直接議論した文献も多くはない。しかし、医療費の過度の抑制は、直接医療の質を低下させるだけではなく、長期的には医療従事者の質やモラルの低下など、交絡要因が複雑に絡み合って悪い結果をもたらす²⁷⁾。

各国は医療の質を確保するための政策を摸索しているが、交絡する要因が多いということは、その政策が極めて総合的でなければならないことを意味するであろう。

イギリスは、先進工業国の中では例外的に医療費の少ない国であったが、それは医療が国営であり、医療費を厳しく抑制してきたためであり、それにより医療の質が低下したとされている(近藤克則, 2004)²⁸⁾。Blair氏は政権につくや、医療への大規模な投資と、医療の質の向上を政策の重要な柱とする白書を公表した²⁹⁾。

5. 医療技術の評価

医療技術の過剰、あるいは過小な適用を議論する以前に、個々の技術の有効性と安全性の評価が重要である。薬剤など、医療の個別技術の評価は国際的なハーモナイゼーションも進んでいる。世界12箇所にあるCochrane Centerを中心にした活動

もあり、EBMのインフラとして機能しつつある。

医療提供者は、苦悩する患者を目の前にすると、常に何か(something)をしてあげたいと思うが、それがしばしば何でも(anything)してあげることにつながりがちである(Silverman, W. A., 1998)³⁰⁾。そのような事態に対する反省として近年は証拠に基づいて医療を行うべきであると主張がなされるようになった。いわゆるEBM: Evidence Based Medicineという考え方である。

さらに、近年は費用をも重視すべきであるという考えから、Value for moneyという言葉が用いられるようになった。厳密には、医療技術に複数の代替的な技術がある場合には、その費用と効果についての比較を重視すべきである、という考え方である。

費用との対比で技術を評価する手法は、費用分析、費用対効果、費用対便益分析などと呼ばれるものがあり、学術研究として関心を集めている。その進歩と現状については優れた成書³¹⁾があるので、それに譲るとしたい。

費用対効果分析の1つに、費用対効用分析(Cost Utility Analysis)がある。これは患者が感じる効用で医療技術を評価しようとするものであり、原理的に興味深い分析手法ではあるが、その測定方法に難があり、残念ながら実用には程遠い段階である。

6. 第三者による評価

医療の質を第三者が評価しようとする活動はアメリカで始まった(J. S. Roberts et al, 1987)³²⁾。歴史的には1910年のFlexner Reportに触発された外科医E. Codmanが外科診療の質の評価を手術の遠隔成績で行うべきだと主張した。しかし、その主張は医療界に受け入れられず、'End Result System'としてその名前だけが残った。その後も運動は消えることなく、1951年、医療関係団体によって、病院の第三者評価機構であるJCAH (Joint Commission on Accreditation of Hospitals)が組織

された。しかし、その評価は結果ではなく、構造的な評価であった。アメリカの病院は3年に一度、その評価を受けなければならない。したがって、その伝統は既に半世紀を超えている。

連邦政府がMedicareとMedicaidの費用削減のために、その認定を受けられなかった病院には医療費の半額しか支払わないとしたことから、その可否については病院とJCAHの間で厳しく争われることとなった。その結果、JCAHに対しても批判が向けられ(Berwick, D. M, 1985)³³⁾その改革が進められることになった。そして、評価方法は構造的な評価基準を結果による評価へ、また基本的な考え方を「切り捨て」から「Kaizen(改善)」へと変更された。また、その名称も在宅医療などの広がり視野に、1987年JCAHはJCAHO (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations)と改称された。

結果による評価のために‘clinical indicator’(中野夕香里, 1993)³⁴⁾の開発が進められたが、残念ながら医療における結果から医療の質の評価指標は、医療の失敗やadverse eventに関する統計が多いために、必ずしも普及してはいない。

一方、アメリカにおいてDRG導入によって入院期間を短縮する目的で古い工程管理の手法であるCPM: Critical Path Methodが導入された。医療に入って、この方法は独自の発展を遂げ、医療のプロセスを管理する重要な手法となった。わが国では著者らによって研究され³⁵⁾、現在広く普及しつつある。

具体的には、横軸に時間、縦軸にケア項目をとってチャート化し、その実行・評価を行う。Spath (Spath, P. L., 1994)はパス法³⁶⁾は「医療チームが共同で作りに上げた、患者の最良の管理だと信ずるところを示した仮説である」³⁷⁾として、必ずしも客観的に最良の方法でなくともよい、としているが、多くの異なるパスが公表されるようになれば、当然どれが最良であるか、またその根拠が問題と

なる。したがって、パス法は疾病の診療のガイドライン、標準化、そしてEBMへの道である。一般的には標準化の利点は質と効率の向上であり、医療においても例外ではなからう。

医療の質の管理は、このような変化をたどり、構造という間接的な管理から、医療の結果や、ガイドラインによるプロセスの管理など、より医療内容の管理へと進んできたといえる。

さらに、パス法では「患者用のパス」を用いて患者に診療の全過程を説明する。すなわち、患者用パスによる説明は診療の全プロセスの‘informed consent’であり、そのことにより患者の医療への参加が促進される。この側面は医療の本来のあり方として極めて健全なものである。その面に注目した著者らのパス法の定義は「疾病の経過の理解を患者とケアチームが共有することによって協働の体制をつくる医療管理システム。」である³⁸⁾。患者の参加は、医療事故の予防にも大きく寄与することも期待されており、したがって医療の質の改善にも寄与することが期待される³⁹⁾。

パス法にも多くの限界がある。例えば、すべての症例が対象になるわけではない、外科系の急性疾患には適用が広いが、慢性の内科系の疾患には適用しにくい、などである。

パス法はいわばクックブックであるという批判がある。優れた医療技術とは、患者の状態のいかなる変化をも正しく判断し対応できることであるから、その批判は当たっている。しかし、えてして重傷者に関心が集中しがちな医療環境において、医療チームが基本的なことをきちんと実行し管理することもまた重要なことである。

患者も医療チームの一員とする協働の医療にも大きな壁がある。それは、患者の理解には多くの限界があることである。説明をしても「理解できないという壁」がある。そしてすべての患者に満足するまで医療提供者が説明することは、現在の医療供給体制では現実には極めて無理があろう。こ

の問題をアメリカ医師会は“Medical Literacy”の問題として取り組み始めた⁴⁰⁾。

7. Adverse Eventの防止

医療は可能性を求めての挑戦である。だから常に不完全さを伴い、医療が目的としない出来事があるあらゆる場面に発生する。医療が目的としない出来事を総称して‘adverse event’というが、そのうち過失があるものは3割弱で、7割強は過失がない場合である。そして、過失の占める割合は医療の質の指標であるが、adverse eventの発生率は必ずしも医療の質を反映しないという⁴¹⁾。

また、手術症例のadverse eventで最も頻度の高いものは感染である。感染はかなりの程度予防可能であるので、いわば当事者のはっきりしない医療事故である。わが国の医療事故対策の中からは感染がのぞかれているが⁴²⁾、その頻度、失われる人命、資源の消費量から見ると、その対策の重要性はいわゆるincident accidentなどとは比較にならないほど大きい。

8. 情報システムの役割

診療録の電子化が進みつつあり、情報技術が医療を変えようとしている。患者にとって最も重要な情報は治療成績であり、あるいはadverse eventに関する情報である。

消費者の権利意識が高まるにつれて、これらの情報の開示に対する要求はますます高まるであろう。その要求にこたえる説明責任が医療提供者に要求される。

以前はそのような情報を取ることは極めて大変な労力を必要とすることから、そのようなデータを公表することを要求されることはなかった。しかし、いわゆる電子カルテなどの普及によって、そのような統計は容易に集計可能となった。そのような外からの情報に対する要求の力が医療を変える力になるであろう。

IV 医療の質向上のための政策

1. インセンティブ管理と政策の動向：アメリカの事例

HMOは第二次世界大戦後、Henry Kaiserによって創設された。その目的は、治療に失敗すると医療提供者の収入が増える出来高払いのインセンティブを逆転し、管理学の合理性を医療制度に導入することであった。医師は年間の医療費支出が少ないほど収入が増えるので、医師同士がpeer reviewを行い質の向上に努力し、治療より予防に力をいれるようにインセンティブが設定された。また、予防の質と効率を上げるためにAMHTS: Automated Multiphasic Health Testing Serviceが設置された⁴³⁾。HMOは、その後医師たちの妨害にあたりして紆余曲折を経たが、次第に普及していった。

現在、医療制度設計の基本的な考え方になっているManaged competitionという考えは、このHMOを基礎としてアメリカという文脈の中で生まれた。何の規制もない医療の市場は失敗するので、市場が機能するように何とかmanageする、すなわち医師や病院をHMOの下に組織して、その組織間で競争させることによって市場が機能し、ケアの質と効率の確保が可能となる、という考えである⁴⁴⁾。

この考え方は広く世界に受け入れられたが、それぞれの国の歴史的な制約や、基本的な政治思想により、現実の具体的な政策では著しく異なり⁴⁵⁾、いまだいずれの国にもあてはまるような一般解はない。

具体的には、情報の非対称を解消するためにAgentをいかに設定するか、正と負のインセンティブをいかに設定して、サービスの質と効率を向上させるか、ということである。

Clinton政権はManaged competitionの考え方に基づき、新たな健康保険体制を創設しようとしたが失敗した⁴⁶⁾。しかし、その後、医療の市場競争

は激化し、民間保険はHMOに対抗するために、医師の行動にも介入せざるを得なくなった。いわゆる managed care と呼ばれるものである。また、それに対抗して、HMOの営利法人化が進んでおり、アメリカの managed competition は極めて競争的なものになった。

managed care の事業者は、自主的な第三者機関である NCQA: National Committee for Quality Assurance を組織して、各事業者の提供するサービスの質、接近性、満足度などの調査を行い、そのデータを公表している⁴⁷⁾。

競争激化の結果、保険料の伸び率は物価指数を下回るまでになった⁴⁸⁾。しかし、市場競争による効率化と平等は trade-off 関係にあり、アメリカの多くの国民はいまだに健康保険を持っていないか、十分にカバーされていない。すなわち、アメリカの managed competition は極めて競争的であり、そのため平等が犠牲にされている。

医療サービスの質に関しては多くの文献があるが、総じて言えばHMOは、費用は安いがサービスの質についてはかなりの不満があり、一方民間の保険企業が組織するPPOなどのサービスは、費用は高いが満足度は高いようである⁴⁹⁾。

2. イギリスの事例

イギリスのThatcher政権は社会制度全般にわたるラジカルな改革を行い、その改革は福祉、医療にも及んだ。その基本的な思想は新自由主義であった。従来のNHSが専門家に対する全面的な信頼を前提としていたが、その結果は待ち行列に象徴される病院の非効率であり、スキャンダルによる専門医に対する信頼の喪失であった。

Thatcher氏はEnthovenのmanaged competitionを導入すべきとの助言を受けたが、具体的な政策ははるかにドラスティックなものになった。すなわち、病院のTrust化とGP Fund-holder(以下、GPFH)の間にいわゆる内部市場を創設した。

しかし、Thatcher政権が崩壊したために、この改革は明確な評価が得られる前に⁵⁰⁾、第三の道を主張するBlair政権に移行した。Blair政権は、内部市場とGPFHはNHSに不平等を持ち込んだとして批判しており、マニフェストで公約していたとおり、それらを廃止した。しかし、提供者と購入者の分離は残した。さらに、それまで手上げ制度であったGPFHに代えて、強制加入のPrimary Care Trust(以下、PCT)なる組織を創設し、医療と福祉組織の財源を統合し、保健、医療、福祉のシームレスなケアを提供すべく、PCリードの制度改革に取り組んでいる。

具体的には、ケースミックスの診療報酬を公定価格とし、PCTとTrustは価格の交渉はせず、設定された目標を達成するための量的な協議をし、3年間の合意をとり決める。

量的拡大に対処するため、GDPに占める医療費の割合を、ヨーロッパの平均値まで上げることとし、これまでにない飛躍的な投資をしようとしている。また、医療・福祉サービスの質向上を大きな政策の柱として取り組んでいる。その中には医師や看護婦をはじめとして、スタッフの増員と処遇の改善を含んでいる。これはスタッフのモラルを高め、長期的には医療の質の改善に貢献するであろう。

しかし、経済支払い制度には必ずしも直接的な質と効率の向上に対するインセンティブは組み込まれていない。その代わりに、量的目標を定めて、その達成度を評価する。質については主要な疾患についてのガイドラインを定めてその進捗状況を第三者機関が評価するシステムを設けている。そして、平等を貫くために、いまだに医療サービスは無料としている(DOH, 1998)⁵¹⁾。したがって、イギリスの改革はアメリカと反対の極にあるもう一つの典型であろう。

Blair政権はNHSの改革においては質の改善に特別な力を入れている。その骨子は以下の様である(DOH, 1998, 2002, 2002)^{52) 53) 54)}。

- (1) 政府が主なる疾患の診療のガイドラインを整備する。医療技術評価のために NICE (National Institute of Clinical Excellence) を組織して、診療の標準を明確にする。
- (2) 各医療組織には臨床の質の管理責任者を置く。
- (3) NHS Performance Assessment Framework を定めて、それに従って地域の第三者評価機関 (Commission for Health Improvement) を設けて評価を行う。また、国全体の患者調査を行う。
- (4) 前保守政権は GPFH による Trust からのサービス購入に関するモニターを行ってきたが、現政権はそれでは視点が狭すぎるので、おおよそであっても包括的な評価をしようとして、次の6側面をバランスよく評価しようとしている。6側面とは以下のとおりである。

- ・健康水準の改善、(例: Premature death)
- ・公正なアクセス、
- ・有効な医療の提供、
- ・効率 (例: 在院日数、日帰り手術の割合、疾病単価、労働生産性、管理費、資本効率性など)、
- ・患者/提供者の経験、新たな患者調査、新たな NHS 憲章の制定、
- ・健康アウトカム (例: 感染症の発生率のトレンド)。

医療施設と福祉施設、PCT など、それぞれに評価項目が定められているが、多くの項目は、国が定めた計画のフレームにもとづき、それぞれが定めた目標値とその達成率をモニタリングするものである。ただし、地方ごとに推進速度には自由度を認めている。

この評価の計画は 2001 年からはじまり、2003 年 6 月までに、すべての Trust と PCT の評価を一巡した。次は 2003 年から 3 年間の予定だが、さらに次の計画周期は 2004 年の秋から始まり、2005 年～2008 年までをカバーする。

目標の達成状況については、独立の評価機関

である the Commission for Health Improvement が評価を実施してきた。この組織は 2002 年の白書 *Delivering the NHS Plan: next steps on investment; next steps on reform* (Secretary of State for Health, 2002)⁵⁵⁾ にもとづいて設立されたが、NHS だけでなく民間の医療の質をも監視するために、既存の 4 つの監視機構を統一して、2004 年 4 月に、the Commission for Health Audit and Inspection (CHAI) に改変された。法的には、2003 年の the Health and Social Care (Community Health and Standards) Act⁵⁶⁾ で制定され、2004 年の 4 月から活動することになった。

福祉サービスの質に関しては、同法によって、The Commission for Social Care Inspection (CSCI) が標準に照らして、公私にかかわらず、情報を取り公開する。同じく、2004 年から以下のような活動をしている。

- ・福祉サービス提供者の達成度と質の評価
- ・地方自治体の達成度評価
- ・政府によって設定された基準に照らして、介入者と提供者の評価 (appropriateness, responsiveness, equity, efficiency, effectiveness)
- ・福祉事業者の登録、情報公開、改善の指示
- ・政府や政策立案者に対する、政策の効果についての情報のフィードバック

公開性、透明性を重視し、その活動には利用者を含める。政府と議会に対して報告書を提出する。また、CHAI、Modernisation Agency など⁵⁷⁾ と密接に協働する。評価は 4 段階で行われ、各組織の評価結果はインターネット上に公開されている⁵⁸⁾。

PCT と Trust が合議して協働の目標を定め、必要な資源を動員する計画がどれだけ効率的に行われるかの評価については、量的拡大の影響が入ってくるので、まだ明らかになってはいない。

第三の道の制度改革は、市場の力に頼らず、インセンティブを管理して、しかも無料で良質のケアを効率的に提供しようという努力である。そのた

め、政府の介入は多岐にわたり、制度としては複雑にならざるを得ない。インセンティブの設定も、個人の功利的なものよりも、‘blame and shame’といわれる負のインセンティブになりがちであり、そのような監視と管理がどのような結果をもたらすかはまだ明らかにはなっていない。

V 結語：わが国の医療制度改革への含意

薬剤や機器などの医療技術の効能と安全性についての評価は従来から行われてきたが、QOLや費用との関係での評価はまだ十分に行われる体制にはなっていない。

施設におけるサービスの質については、「医療の質に関する研究会」による長年の努力の結果をもとに、1995年、わが国にも医療の質の第三者評価組織ができたが、その評価は構造的な評価にとどまっている。

一方、同研究会のイニシャティブにより、わが国においてもパス法が発展普及し、医療内容の標準化の努力が進みつつあるが、パス法の限界も明らかである。

患者と医療提供者間の市場はそのままでは失敗するので、市場化や規制緩和をすれば医療の質と効率が向上するという単純なものではない。わが国のいわゆるフリーアクセスという医療制度は、その市場が機能して質と効率が向上するという前提でつくられている。その市場は実際には、項目別出来高払い制度の下での非価格競争によって、医療への過剰な投資と医療費の高騰の悪循環を促進してきた⁵⁹⁾。

項目別出来高払いは、医療の質向上に対しては逆のインセンティブとなっており、医療の質を向上させるシステムは、OECD各国と同様に、わが国においても存在しなかった。

さらに、項目別の単価抑制による医療費抑制策は、医療のサービスの消費量を増やし、コストイン

フレーションをもたらし、施設に対して支払った医療費の多くが、資源の購入のために支出されて施設には残らず、人的資源が確保できないという状況をもたらしている。わが国の医療従事者は忙しさに追われ、事故の恐怖につきまとわれている。

情報システムの発達により、診療情報は容易に集計することができるようになり、それらの情報は開示することが要求されるようになるだろう。その圧力が現実には医療を変える力となっていくものと思われる。

わが国のフリーアクセスによる市場においては診療所も大病院も同列で競争状態にある。この施設間の競争は、本来は協調すべき施設間を分断してきたし、その対立は感情的なものにまでなっている。高齢化が進み、疾病構造が慢性疾患化し、施設間の協調が重要になった現在、これは由々しき問題である。

どのようにしたら、人々が健康の状態にふさわしい施設に入って、ふさわしいケアを受けることができるか、そしてその状態が変化した時にも、シームレスなケアが受けられるようにできるのか、十分検討されなければならない。

患者の立場から見ると、人は病めば不安を感じる。いざというときの施設に行ったらよいかかわからない。不安に対処する方法は、信頼できる誰かが責任を持っていてくれることである。わが国の医療には患者側に立って相談ののってくれるエージェントがいない。このエージェント機能はプライマリ・ケアの重要な機能の一つである。わが国はプライマリ・ケアのシステムが混乱している。その意味でUKのPCTの組織は極めて注目に値する⁶⁰⁾。

現在、わが国でPCを提供するための最も適格性⁶¹⁾を持つ存在は民間の中小病院である。このような医療施設が福祉機能を持ち合わせてコングロメリット化する形が考えられ、また現実に進行しているが(二木立, 1998)⁶²⁾、その得失を十分研究する必要がある。

注

- 1) 保健は、わが国では公衆衛生と言いつわされている。しかし、Winslowの古典的な公衆衛生の定義は、健康増進、予防、医療を含んでいる。そして、公衆衛生は行政サービスとして行われるべきものであると考えられてきていることもあり、医療は公衆衛生から分離して考えている。そこで、健康増進と予防を保健と呼ぶ。
- 2) OECD. 2004. *Towards High-Performing Health Systems*, pp.23-4.
- 3) 前者をEfficacy、後者をEffectivenessと呼んでいる。Efficacyは、その技術の普及、ケアの受け手のコンプライアンスなどによって大きく減少する。
- 4) 郡司篤見：我が国における「ヘルス・プロモーション憲章」の妥当性。民族衛生、61(付録)、24-26、1995。
- 5) Ottawa Charter for Health Promotion, 1986.
- 6) 健康づくり事業財団のHRA: Health Risk Appraisalの結果は、喫煙によってどのくらい寿命が短縮するかを、必ずしも厳密に科学的ではないが、「健康年齢」で示すので説得的である。
- 7) 軽症高血圧に対してβ遮断剤を投与しても、喫煙をすれば、脳卒中や虚血性心疾患の予防効果は失われる。
- 8) OECD. 2004. Op. cit., pp.24-25.
- 9) R. Strum. 2002. The Effects of Obesity, Smoking, and Drinking on Medical Problems and Costs, *Health Affairs*, 21(2): 245-253.
- 10) 生活活動と健康の関係については、郡司篤見ら編著(1998)「身体活動・不活動の健康影響」第一出版を参照。
- 11) OECD. 2004. Op. cit., pp.23-24.
- 12) 1987年、Health Promotionの考え方にに基づき、「健康づくりのための運動所要量」が定められ、健康づくりのための運動指導者の養成、健康増進施設認定制度が発足した。その後、健康づくりのための休養指針、健康文化都市推進事業、などが行われている。
- 13) 例えば、Institute of Medicineは「期待する健康状態をもたらす可能性を増大し、最新の専門知識に合致したサービス(quality consists of the “degree to which health services for individuals and populations increase the likelihood of desired health outcomes and are consistent with current professional knowledge.”)」Institute of Medicine. 1990. Medicare: a strategy for quality assurance. Washington, D. C., National Academy Press.
- 14) 効用を実際に測定しようという研究活動が行われている。また、その効用の期待値をもとに合理的な意思決定ができるという研究(Clinical Decision Making)が行われているが、実際の測定が極めて困難なため、技術として普及するにはいたっていない。
- 15) OECD. 2004. Op. cit., pp.27-28.
- 16) OECD. 2004. Op. cit., p.28.
- 17) Institute of Medicine. 2001. *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century* National Academy Press.
- 18) 平等と効率はtrade-offの関係があり、USAは効率を重視し競争的な制度となっており、イギリスは平等を重視し今でも無料の医療サービスを続けようとしている。日本はその間にあるが、自己負担を増やしつつあるのだから、次第にアメリカよりなりつつあるということになる。
- 19) 青木研(2001)「第10章患者の行動による地域差」地域差研究会(2001)『医療費の地域差』東洋経済新報社。
- 20) 加えてrisk averseであることも条件である。
- 21) 項目別出来高払いには、そのほかにも重症指向、患者を他の施設に紹介しない方向へインセンティブが作用するなど、多くの欠点がある。しかし、丸めや包括払いの場合には、サービスの過小になる可能性がある。支払い制度のまとめは、郡司篤見(1998)『医療システム研究ノート』「第13章医療費支払い制度と医療制度改革」丸善プラネット。
- 22) 老人1人当たりの医療費は、平均値で2倍以上、寝たきり者では8倍もの地域差が存在する。疾病ごとの単価に地域差がないとすると、この差はほとんど消えてしまう。府川哲夫(2001)「第5章傷病と医療費の地域差」地域差研究会(2001)前掲書。
- 23) 郡司篤見(1998)前掲書、第5章を参照。
- 24) 消化器がんの手術は現在赤字傾向であるが、術後感染を起こすとその赤字幅が小さくなる。飯島佐知子(1998)「術後感染が病院の収入および原価に与える影響：胃がん・大腸がん症例を対象として」病院管理 35(3): 165-167.
- 25) OECD. 2004. Op. cit., p.28.
- 26) 電気回路でインピーダンスの異なる2つの回路の接点ではエネルギーの損失(いわゆる‘interface loss’)が生ずるが、異なる組織の間でも同様に種々のインターフェイス損失が生ずる。
- 27) OECD. 2004. Op. cit., p.91.
- 28) 近藤克則(2004)『医療費抑制の時代を超えて：イギリスの医療・福祉改革』医学書院。
- 29) Secretary of State for Health. 1997. The New NHS: Modern, dependable (Cm 3807), HMO; Department of Health. 1998. *Working Together: securing a quality workforce for the NHS*, The Stationery Office.
- 30) Silverman, W. A., 1998. *Where's the Evidence?: Debates in Modern Medicine*, Oxford Medical Publications, pp1-7.
- 31) Drummond, M. F., B. O'Brien, G. L. Stoddart and G. W. Torrance 1997. *Methods for the Economic Evaluation of*

- Health Care Programmes* (2nd Edition), Oxford Medical Publications.
- 32) J.S.Roberts, J. G. Coal and R. R. Redman; A history of the Joint Commission on Accreditation of Hospitals, *JAMA*, 258(7):936-940, 1987.
- 33) Berwick, D. M. Continuous Improvement as an Ideal in Health Care, *NEJM* 320: 53-56, 1985.
- 34) 中野夕香里 (1993), Clinical Indicatorの開発に関する研究, 東京大学医学部, 博士論文.
- 35) パス法に関する文献は多数出版されているが, 質研の研究会まとめは, 医療の質に関する研究会, 「パス法の理論と経験の交流」(1997)と医療の質に関する研究会, パス法研究会(代表 郡司篤晃編著), 「パス法: その原理と導入・評価の実際」へるす出版, 2000.
- 36) 英語で 'critical' とはいえ「重症で危ない」という意味があり, 'path' は小道であるので, 'critical path' という名称は印象がよくない. そのため色々な呼び名で呼ばれているが, 著者らは「パス法」と呼ぶことがよいと主張している.
- 37) Spath, P. L. (ed). 1994. *Clinical Paths; Tools for Outcomes Management*, American Hospital Publishing, Inc..
- 38) 医療の質に関する研究会, 前掲書.
- 39) NPO 医療の質に関する研究会 (2004.3.20) 設立記念シンポジウム「患者と協働する医療を築く: 安全の向上を目指して」聖路加看護大学講堂.
- 40) American Medical Association, *Medical Literacy*, Institute of Medicine, 2004.
- 41) 中島和江, 児玉安司 (2000) 「ヘルスケア・リスクマネージメント」医学書院, p.4. は Harvard Study のレビューをよくまとめている.
- 42) 医療安全対策検討会議 (2002.4.17) 「医療安全推進総合対策」(例えば, 医療安全ハンドブック編集委員会 (2002) 「医療安全管理の進め方」メヂカルフレンド社), p.59.
- 43) 人々が進んで予防のために AMHTS を受けることが期待されたが, 現実にはそうならなかった. この施設の部分だけがわが国に輸入されたのが, 人間ドックの始まりである.
- 44) Enthoven, A. C. 1978. Consumer-choice health plan: Inflation and inequity in health care today: Alternatives for cost control and an analysis of proposals or national health insurance. *New England Journal of Medicine* 298(12): 650-658.
- Enthoven, A. C. 1988. *Theory and practice of managed competition in health care financing*. North-Holland. 講演をまとめた小さな冊子だが, よくまとまっている.
- Enthoven, A. C. 1993. The history and principles of managed competition. *Health Affairs* 12: 24-48. 当然のことながら, 平等の記述の部分があいまいである.
- 45) Julian Le Grand. 2003. *Motivation, Agency, and Public Policy: Of Knight & Knaves, Pawns & Queens*, Oxford.
- 46) アメリカの議会には議員によって多くの議案が提出されるが, その案が国家予算にどのような影響があるかは議会の Congressional Budget Office によって審査される. 当該法案がなかった場合の予算をベースラインとして, その法案が予算を増やす可能性がある場合には, その財源を明確にしなければならない. その原則の例外とするためには上院で 60/100 以上の賛成が必要である, というものである. Clinton 案は議会は共和党が多数であったので, その承認は期待できなかった.
- 47) <http://www.ncqa.org/about/about.htm>
- 48) 近年, また伸び率が高まっているという.
- 49) 郡司篤晃 (2001) 前掲書, pp.182-3.
- 50) Julian Le Grand, Nicholas Mays and Jo-Ann Mulligan (ed). 1998. *Learning from the NHS Internal Market: A review of the evidence*. King's Fund Publishing.
- 51) Blair 政権の医療福祉制度改革における最近の動向については, 郡司篤晃「イギリスの医療制度改革における Primary Care Group の意義と課題」社会保険事務研究協会, 2001,02,03 年報告書にまとめてある.
- 52) Department of Health. 1998. green paper *A First Class Service: Quality in the New NHS*.
- 53) Department of Health. 2002. *NHS Performance Ratings and Indicators*.
- 54) Department of Health. July 2002. *NHS Performance Ratings: A-Z Performance Ratings and Indicators*
- 55) The Secretary of State for Health. April 2002. *Delivering the NHS Plan: next steps on investment; next steps on reform*. Cm5503.
- 56) *The Health and Social Care (Community Health and Standards) Act*, 2003.
- 57) The General Social Care Council, *the Social Care Institute for Excellence* がある
- 58) <http://www.performance.doh.gov.uk/nhsperformanceindicators/>
- 59) 郡司篤晃 (2001) 前掲書.
- 60) UK の PCT は住民のエージェントであると同時に, 予算を預かるなど政府のエージェントであることにも注意する必要がある.
- 61) ソロプラクティスの診療所では 24 時間の対応や病床機能が不十分である.
- 62) 二木立 (1998) 「保健・医療・福祉複合体: 全国調査と将来予測」医学書院

文献

American Medical Association, *Medical Literacy*, Institute of Medicine, 2004.

- Berwick, D. M. Continuous Improvement as an Ideal in Health Care, *NEJM* 320:53-56, 1985.
- Department of Health. 1998. green paper, *A First Class Service: Quality in the New NHS*.
- Department of Health. July 2002. *NHS Performance Ratings: A-Z Performance Ratings and Indicators*.
- Drummond, M. F., B. O'Brien, G. L. Stoddart and G. W. Torrance. 1997. *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes* (2nd Edition), Oxford Medical Publications.
- Enthoven, A. C. 1978. Consumer-choice health plan: Inflation and inequity in health care today: Alternatives for cost control and an analysis of proposals or national health insurance. *NEJM* 298(12): 650-658.
- Enthoven, A. C. 1988. *Theory and practice of managed competition in health care financing*. North-Holland.
- Enthoven, A. C. 1993. The history and principles of managed competition. *Health Affairs* 12: 24-48.
- HMO; Department of Health. 1998. Working Together: securing a quality workforce for the NHS, The Stationery Office.
- <http://www.performance.doh.gov.uk/nhsperformanceindicators/>
- Institute of Medicine. 1990. *Medicare: a strategy for quality assurance*. Washington, D. C., National Academy Press.
- Institute of Medicine. 2001. *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century* National Academy Press.
- Le Grand, J. 2003. *Motivation, Agency, and Public Policy: Of Knight & Knaves, Pawns & Queens*, Oxford.
- Le Grand, J., Nicholas Mays and Jo-Ann Mulligan (Ed). 1998. *Learning from the NHS Internal Market: A review of the evidence*, King's Fund Publishing.
- NPO 医療の質に関する研究会 (2004.3.20) 設立記念シンポジウム「患者と協働する医療を築く: 安全の向上を目指して」 聖路加看護大学講堂
- Ottawa Charter for Health Promotion, 1986.
- Roberts, J. S., J. G. Coal and R. R. Redman; A history of the Joint Commission on Accreditation of Hospitals, *JAMA*, 258(7): 936-940, 1987.
- Secretary of State for Health. 1997. *The New NHS: Modern, dependable* (Cm 3807)
- Silverman, W. A. 1998. *Where's the Evidence?: Debates in Modern Medicine*, Oxford Medical Publications, pp1-7.
- Spath, P. L. (ed): *Clinical Paths; Tools for Outcomes Management*, American Hospital Publishing, Inc. 1994.
- Strum, R. 2002. The Effects of Obesity, Smoking, and Drinking o Medical Problems and Costs, *Health Affairs*, 21(2): 245-253.
- The Health and Social Care (Community Health and Standards) Act, 2003.
- The Secretary of State for Health. April 2002. *Delivering the NHS Plan: next steps on investment; next steps on reform*. Cm 5503.
- 医療の質に関する研究会 1997「バス法の理論と経験の交流」
- 医療の質に関する研究会, バス法研究会 (代表 郡司篤見 編著) 2000「バス法: その原理と導入・評価の実際」へるす出版
- 医療安全対策検討会議 2002.4.17「医療安全推進総合対策」(例えば, 医療安全ハンドブック編集委員会 2002 「医療安全管理の進め方」メヂカルフレンド社, p.59)
- 近藤克則 2004 「医療費抑制の時代を超えて: イギリスの医療・福祉改革」医学書院
- 郡司篤見 1995「我が国における『ヘルス・プロモーション憲章』の妥当性」民族衛生, 61(付録), 24-26
- 郡司篤見 1998「医療システム研究ノート」丸善プラネット
- 郡司篤見 2001「医療システム研究ノート」丸善プラネット
- 郡司篤見 2001, 2002, 2003「イギリスの医療制度改革における Primary Care Group の意義と課題」社会保険事務研究協会, 2001, 2002, 2003年報告書
- 郡司篤見ら編著1998 「身体活動・不活動の健康影響」第一出版
- 青木研 2001「第10章患者の行動による地域差」地域差研究会 2001「医療費の地域差」東洋経済新報社
- 中島和江, 児玉安司 2000「ヘルスケア・リスクマネージメント」医学書院
- 中野夕香里 1995, Clinical Indicator の開発に関する研究, 東京大学医学部, 博士論文
- 飯島佐知子 1998「術後感染が病院の収入および原価に与える影響: 胃がん・大腸がん症例を対象として」病院管理 35(3): 165-167
- 府川哲夫 2001「第5章傷病と医療費の地域差」地域差研究会 2001 前掲書

(ぐんじ・あつあき 聖学院大学大学院教授)

医療サービスへの公平なアクセス

—OECD加盟国間の国際比較と残された分析課題—

山田 篤裕

■ 要約

経済協力開発機構(OECD)では、医療サービスのアクセスの公平性は、社会経済的地位にかかわらず、同じ健康状態にある人々が、同じ実際の医療サービス利用を享受している場合に達成されている、と定義され、分析されている。加盟国の経験に拠れば、アクセスの公平性は、保険制度の適用状況、患者の自己負担、所得・教育水準、地域格差により影響を受けるが、特に低所得者層をターゲットにした適切な政策介入手段により、その公平性を改善することは可能である。また新しい医療技術の普及に関しては加盟国間に3類型が見出されているが、普及速度とアクセスの公平性との関係はいまだ明らかでない。また、アクセスの公平性が、健康という結果にかんする公平性にたいし最終的にどのような影響を与えているかについての国際比較はいまだなされていない。日本においては、アクセスの公平性にかんする研究自体が端緒についたばかりであり、混合診療などアクセスの公平性をめぐる政策議論以前に、まず客観的研究蓄積が待たれる。

■ キーワード

医療サービス、アクセスの公平性、医療技術の普及速度

I はじめに

わが国における医療制度の特徴のひとつが、1961年に成立した国民皆保険制度を基盤とした、医療サービスへのフリー・アクセスである。

このフリー・アクセスに将来的に大きな影響を与えかねない、さまざまな改革案が現在、検討されている。例えば、規制改革・民間開放推進会議では、患者（被保険者）の主体的な選択の促進という名目の下、公的保険と保険外診療の併用（いわゆる混合診療）の推進が問題になっているところであり、すでに政府も、混合診療を一部解禁する方針¹⁾を固めている。

そもそも医療サービスにおけるアクセスとは、どのような意味なのか、そしてその公平性とは、どのように定義されるのであろうか。さらに、どのよう

な要因が、このアクセスの公平性に影響しているのだろうか。

経済協力開発機構(OECD)では、その最新報告書『質の良い効率的な医療システムに向けて(OECD(2004)、以下「報告書」とよぶ)』の第2章において、医療サービスのアクセス向上・維持について取り上げている。

すでに報告書の日本語版は近日刊行予定であるので、第2章の内容を満遍なく紹介するというより、本稿では報告書のバックグラウンドとなったいくつかの研究を適宜取り上げ、やや詳しいサーベイを行う(第II節)。さらに、それらの国際比較研究の多くで、日本は分析対象とされていないので、日本の関連文献を紹介することで補完する(第III節)。最後に医療のアクセスの公平性に関して、残されている分析課題について指摘する(第IV節)。

II アクセスを規定する要因

OECDでは、「アクセス」という言葉を「実際の医療サービスの利用」という意味で使用している。

報告書第2章では、アクセスを規定する要因として主に① 保険制度の適用状況、② 所得・教育水準、③ サービス提供者のマンパワー政策に注目している。また、アクセスといっても、その言葉が意味することは、(a) 医療サービスへのアクセス、という大括りの概念から、(b) 一般診療や、入院、専門医、歯科医などの個別サービスへのアクセス、そして(c) 新しい医療技術へのアクセス、というように、さまざまな種類・次元のアクセスを想定している。なお、本稿では紙幅の制約上、③については扱わず(ただし本特集号の他の論稿で扱われている)、①と②の(a)～(c)への影響について、バックグラウンドとなった研究のいくつかを紹介・検討する。

1. アクセスと保険適用

いうまでもなく、アクセスを決める大きな要因の一つが、公的医療制度の適用範囲であるが、むしろそればかりではない。

例えば、メキシコ、トルコなどの新興OECD諸国と、ドイツ、オランダ、アメリカの5カ国を除くと、ほとんどすべての加盟国で、公的制度が、基本的な医療サービスへのアクセスを保障している。ただし、公的制度に適用されていない人々の割合が高い5カ国においても、ドイツやオランダでは、私的医療保険が補完することで、(アメリカ、メキシコ、トルコとは相違し)皆保険の状態を実現している。

私的医療保険制度は、公的医療保険に対して、重複していたり、また、補完・補足する制度であったり、国によってその位置づけがまちまちである。この位置づけと、政府介入の度合いにより、私的医療保険制度がアクセスを悪化させているか、あるいは改善させているかの状況は各国で異なっている。

公的医療制度のサービス供給量が十分でない場合(例えば、手術などの患者待機リストが長いような場合には、私的医療保険に入っている人々へのサービス供給を優先するなどのインセンティブが供給側に生じて、重複している私的保険の存在は、そうした保険をもてない人々へのアクセスに悪影響を及ぼす。オーストラリア、アイルランド、スペイン、イギリスなどがその例として挙げられている。私的医療保険が補完・補足的な役割を果たしている場合には、アクセスは改善する可能性もある。例えば、アメリカのメディケア制度(患者自己負担が高く、処方薬などが償還されない)では、補足的な医療保険(メディケイドのような公的保険あるいは私的保険)が、アクセスを改善していることも報告されている。また、ドイツ、イギリス、スイスのようにアメニティー部分に関する任意の私的保険は、医療サービスの分布について小さな影響しか与えていないことも報告されている。

さらに、私的医療保険制度によって引き起こされる問題は、いくつかの政府の介入手段によって緩和することが可能であることも指摘されている。例えば、私的医療保険に加入している人々へのサービス供給が優先されるような場合には、利害関係のない第三者機関への待機リストの管理委託、公的保険加入者に対する医療提供者の義務の明示とその履行状況の監視、あるいは公的保険・私的保険加入にかかわらず単一の患者待機リストに基づく施療の割り当て、などの介入手段が考えられる。また次節でも述べるように、低所得層に対する適切な制度の適用も重要である。

2. 「客観的」方法によるアクセスの公平性の測定

報告書では、アクセスが「公平」であるとは、社会経済的地位にかかわらず、同じ健康状態(ニード)にある人々が、同じ実際の医療サービスの利用(頻度)を享受している状態と定義している。

Le Grand (1991)は、医療をめぐる公平性の議論の中で、等しいニード²⁾に対する等しい治療・扱い(treatment)という問題と、治療(treatment)に対する公平なアクセスの問題とが、しばしば混同されていることを指摘している。すなわち、前者は需要側と供給側の両方の影響を受けるのに対して、後者は純粋に供給側の影響しか受けない。すなわち、まったく同じ健康状態にある二人に、まったく同じ治療(treatment)を医療機関が申し出たとしても、両人がその治療を受けることを望むとは限らない。その場合、治療に対するアクセスの公平性は確保されているが、等しいニードに対する等しい治療という公平性は満たされていないことになる。したがって、Le Grand (1991)による分け方からすると、報告書で扱っている「アクセスの公平性」は、その定義から、等しいニードをもつ人々が、等しい治療・扱い(treatment)を実際に受けているのか、という前者の観点から議論されていることに留意したい。

さて、いうまでもなく、基本的な医療サービスが、公的・私的医療保険によってすべての人々に対して提供される制度体系になっているからといって、実際のサービス利用に関して公平性を達成しているとは限らない。

報告書において、この公平性についての記述の基となったのが、Van Doorslaer *et al.* (2004)³⁾である。この国際比較研究には、データ制約上⁴⁾、日本は含まれていないが、21カ国についてのアクセスの公平性およびその要因について分析している。ニードは、(a)自分の健康状態についての自己評価と、(b)日常生活の妨げとなる肉体的・精神的問題の有無、という二種類の質問項目から推定され、アクセスの公平性はこのニードを調整した上で検討された。

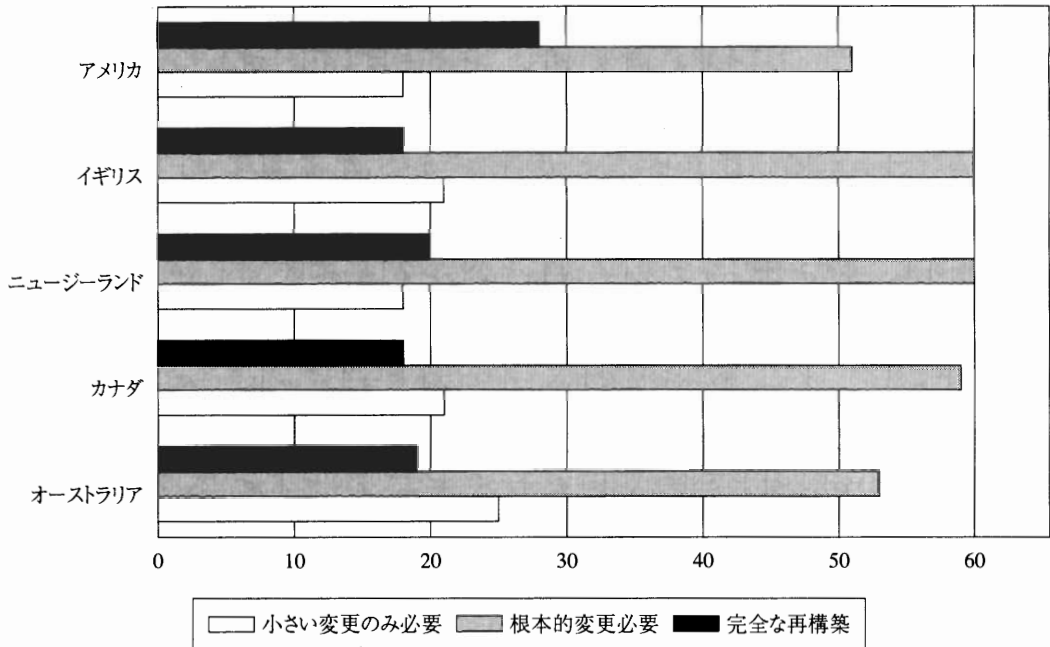
彼らの分析結果は以下の通りである。分析対象国となった国々において、①一般(初期)診療における診察件数(=アクセス)については所得に中立

的か低所得層に有利、②専門医診療については富裕層に有利(=ニード以上にアクセスが富裕層に偏っているという意味での不公平の存在)であり、さらに③入院治療については所得に中立的ではないが、されど各国に共通の明確なパターンはない、という傾向を見出している。④歯科医での診察件数⁵⁾については、分析対象となったすべての国々において、富裕層に有利な分布をしていたと報告している。

こうした公平性の相違が、何に由来しているのかについても、Van Doorslaer *et al.* (2004)は分析している。それによれば、富裕層への偏りには、所得だけではなく、教育水準による影響も大きい⁶⁾。また、就業状態(例えば引退)が、デンマークやハンガリーなどでは、低所得層への偏りの要因となっていることも確認している。

さらに、関連する変数が入手可能である国々については、地域差や保険適用範囲による不公平性への影響についても分析を行っている。彼らの分析では地域差とは、地域における病院ベッド数や医師の人口当たり密度を指すのではなく、単なる地理的な差異(より具体的に言えば都市・地方ダミー)を示すものでしかない。こうした変数で定義された地域差は、多くの国で、専門医診療や入院治療の富裕層に有利な偏りを説明しており、特にメキシコでは、入院治療の富裕層に偏った不公平性の半分以上が、都市・地方間の相違に由来することを見出している。

保険適用範囲が、公平性に与える影響についても彼らは定量的に確認している。例えば、フランスでは、2000年に低所得者に対して資力調査に基づき患者自己負担をすべてまかなう普遍的医療保障(包括的医療給付)制度(Couverture Maladie Universelle: CMU)が導入され、2002年時点において全人口の8%が給付対象となった。この制度により、任意の私的医療保険がもたらした専門医サービス利用の富裕層への偏りは大きく相殺され



出典: Blendon *et al.* (2002)

図1 5カ国における人々の医療制度に対する見解

たという。それ以外にも、アメリカでは、保険未適用(あるいは不完全適用)者の医療機関利用の低さが、富裕層に偏ったアクセスの不公平性の約30%を説明すること、入院治療や専門医診療に私的保険が重要な役割を果たしているアイルランドでは、一般医診療の公的保障制度が、低所得層における専門医の利用を低めてしまう、という公的制度による意図せざる効果も報告している。

ただし、Van Doorslaer *et al.* (2004)の結論部分において、自ら注意深く言及しているように、以上の分析は、(ア)一般医と専門医などの区別がなされているとはいえ、医療サービスの利用は回数等の「量」で計測されており「質」が考慮されているものではないこと、(イ)「ニード」の調整が健康状態の自己評価に基づくなど粗いものであること、(ウ)アクセスの不公平性が、健康状態など結果の不公平にどれほど結びついているかまでは分析していない⁷⁾こと、などの限界をもっている。

3. 「主観的」方法によるアクセスの公平性の測定

一方で、電話調査により、主要な英語圏諸国(オーストラリア、カナダ、ニュージーランド、イギリス、アメリカ)において、各国約1,400人を調査対象として、所得階層⁸⁾別に「主観的なアクセス」を尋ねたBlendon *et al.* (2002)⁹⁾の研究も報告書で紹介されており、似たような傾向を見出している。

この分析は、異なる所得階層における、アクセスの相違ばかりでなく、医療制度全体への評価の相違や過去1年間に受けたケアの「質」の相違まで浮き彫りにしようと試みている点が興味深い。また、各国とも制度上の相違が大きいかかわらず、調査対象者を平均してみると、医療制度改革に対する5カ国の調査対象者の見解は似通っている点も興味深い(図1)。どの国においても、「根本的変更が必要とされている」と回答している者の割合はほぼ半数を超えている。もちろん、その

公的医療制度による適用範囲の突出した小ささから容易に説明がつくように、「完全な再構築」と回答している者の割合は、こうした類似性からすれば、アメリカの高さが際立っている。

ただし、こうした所得階層による見解の相違は、各国によって異なっている。オーストラリア、イギリスを除く3カ国では、「非常に多くの問題があるので根本的に再構築されるべきだ」という意見を持つ人々は、低所得層の間で有意に高くなっている。カナダを除く4カ国の低所得層で、「過去2年間に医療アクセスが悪くなった」との意見をもつ人々の割合が多くなっている。また、オーストラリアを除く4カ国で低所得層の専門医へのアクセスが「極めて困難」あるいは「とても困難」だと回答している人々の割合は有意に高い。カナダやアメリカでは、夜間や週末に医療を受けることが「とても困難」あるいは「やや困難」、と回答している人々の割合は、低所得層において顕著に多いことを見出している。さらに、必要な医療が自分の住んでいる地域では入手可能でないで、「しばしば」あるいは「ときどき」受診ができないと回答している人々の割合が、カナダ、ニュージーランド、アメリカで低所得層では統計的に有意に高いことを見出している。

彼らの研究では、費用（自己負担）のためにアクセス問題が生じているかどうかに関しては、5項目質問している。すなわち、費用の高さゆえに、①処方薬がもらえなかった、②推奨されている検査・治療・追加治療が受けられなかった、③治療が必要なのに歯科医に診てもらえなかった、④医学的問題を抱えているのに医者のところにいけなかった、⑤薬剤費を支払うことに問題あり、である。オーストラリアは③と⑤、カナダは、③、④、⑤、ニュージーランドは①、②、④、⑤、アメリカはすべての項目について、低所得層で問題があるとしている者の割合が有意に高い¹⁰⁾。なお、イギリスはいずれの項目についても低所得層と高所得層の間で有意な差は無かった。

さらに Blendon *et al.* (2002) では、過去1年間に回答者および回答者の家族が受けた医療の「質」についても尋ねている。それによれば、低所得層において「優れている」あるいは「とても良い」と回答した人々の割合が低所得層で有意に低いのは、カナダとアメリカである。イギリスでは逆に低所得層の方が有意に高く、国によって結果はまちまちであることが明らかにされた。

各国のアクセスの公平性に関する相違が何によってもたらされているかについて、Blendon *et al.* (2002) では定量的には分析されていないが、やはり保険の適用範囲や自己負担の相違から来しているのではないかとしている。

4. アクセスと自己負担

アクセスの不公平性には、保険適用の範囲ばかりでなく、患者の自己負担も大きな影響を与えている。

近年、日本以外においても、ベルギー、フィンランド、フランス、アイルランド、ルクセンブルグやスウェーデンなどで、外来診療や病院サービスについて患者自己負担の引き上げ¹¹⁾が行われた。ただし、患者自己負担の引き上げの影響がより大きいのは、薬剤についてであり、償還されない薬剤の種類が増大している¹²⁾ことなどが、報告書では指摘されている。

こうした自己負担の引き上げは、医療アクセスに対して望ましくない影響を与えかねない。Zweifel and Manning (2000) に依拠しつつ、患者自己負担に関するサーベイを行った Docteur and Oxley (2003) は、医療需要に対する自己負担の引き上げの影響が低所得世帯で大きいことを指摘している。同時に、実際の自己負担額は、定額負担、定率負担、自己負担上限、免責額 (deductibles) など、いくつかの方法が組み合わせり決まっている。そのため、自己負担がどれほど医療サービスへのアクセスに影響をはたして与えているのかという定量的把握は、

実際には困難であると述べている。とはいえ、研究によりばらつきはあるにせよ、自己負担引き上げに対する医療需要の弾力性が大きいのは外来診療や薬剤であり、専門医や病院での治療については低い、という傾向では一致している。こうした傾向は、患者は外来診療をまず受けるため、そこでの自己負担額には敏感であるが、病院レベルでの治療となると、医師の決定権が大きくなるので、あまり自己負担額は関係なくなる、と考察されている。

自己負担増によるアクセスへの悪影響を避けるため、各国では自己負担の免除ルールが設けられている。例えば、イタリアのように、所得を基準として自己負担免除を行ったり、自己負担額が大きくなりそうな特定の疾病を持つ人々に自己負担免除を行ったりする。これらは日本でも(そのアクセス改善の定量的把握はあまり行われていないとはいえ)、すでにさまざまな制度によって行われているものであり、目新しいものではない。また報告書では、アクセスを改善するための自己負担免除の仕組みによっては、多大な運営費用がかかりかねないことが指摘されているが、残念ながら具体的にそれがどのような仕組みかについてまで踏み込んで分析されていない。

5. 新しい医療技術へのアクセス(普及速度)

報告書では、医療支出に大きな影響を与える新しい医療技術に対するアクセスについても一節を割いている。すでに、Jacobzone *et al.* (2002)は、OECD加齢関連疾病研究(Ageing-Related Diseases Study: ARD Study)で、虚血性心疾患、乳癌、脳梗塞の各疾患について、特定の医療技術あるいは検査機械の利用・普及率のOECD加盟国間での相違、および、それを受けた人々の死亡率の相違などの国際比較研究の中間報告を行っている。世界保健機構(WHO)もMONICA(Monitoring Trends and Determinants in Cardiovascular Diseases)と呼ばれるプロジェクトの中で、心疾患のリスク要因およ

び急性期治療とその効果について21カ国(日本は含まれていない)の国際比較を行っている。このように特定の医療技術とそれが適用された場合のパフォーマンスを比較する分析が蓄積されつつある一方で、新しい医療技術の普及「速度」自体が先進諸国間で、どのように相違しているのかについての詳しい分析はあまり行われてこなかった。その点について報告書では、TECH Research Network¹³⁾(2001)の国際比較研究が紹介されている。

TECH Research Networkは、各国における技術変化のトレンドをマイクロ・レベルで分析している。研究ネットワークは、各国の臨床医学、経済学、疫学の専門家から構成され、論文では心臓発作に関する17カ国における技術変化を比較対象としている。心臓発作が選ばれた理由は、いくつかある。まず、心臓発作については、各国で臨床状態がはっきりと定義されていること、その患者データは、各国で最も信頼に足るものであり、救急処置に関してのほぼ完璧な情報を提供してくれること、さらに、心臓発作に対する効果的な治療方法は、近年、大きく変化しているからである。したがって、もし各国間で医療技術の普及速度に相違があるのならば、そうした相違は心臓発作に関する集中的医療技術の変化¹⁴⁾において現れてくると考えられるからである。

TECH Research Networkでは、技術変化のパターンにより、各国を3分類できるとしている。アメリカのようにその技術採用が早く、急速に普及していくパターン、そして、カナダやオーストラリアのように、採用は遅いが、その後急速に普及していくパターン(最終的に普及率はアメリカに近づく)、北欧諸国やイギリスのように、採用も遅く、普及も遅いパターンである。日本やフランスも、限られた証拠に基づくものとはいえ、アメリカと同じパターンに分類されている。高価な医薬品の普及についても似たような傾向が(限定されたデータからではあるが)、確認されている。

この研究で特に興味深いのは、心臓発作を起こした高齢者(65歳以上)と非高齢者の間での集中的医療技術の利用格差についても比較分析されている点である。アメリカは、高齢者・非高齢者間で技術利用に差異がない、という特徴を持つ一方、フィンランドやスコットランドでは、高齢者に新しい医療技術が適用される割合は全人口の半分に過ぎない、という差異がある。カナダは、その中間に位置し、州間格差も確認されており、アルバータ州では4分の3、オンタリオ州では3分の2の利用率となっている。

こうした相違が何に由来するのかは、まだTECH Research Networkは最終的な結果を得ていないが、少なくともこれまでのところの分析から、供給側の制約が大きな鍵を握るのではないかと指摘している。すなわち、アメリカのように新技術提供に対する償還に制約がない場合および新技術の採用自体に制約がない場合には普及速度は上がり(したがって高齢者における普及率も上がる)¹⁵⁾、カナダや北欧諸国のように、病院に対する総額予算や集中的医療技術の採用が中央計画されている場合には、普及速度は下がる。

Moïse(2003)でも、例えば患者自己負担などの需要面での規制は、虚血性心疾患、乳癌、脳梗塞に対する特定の医療技術普及にほとんど影響しない一方、供給の規制は影響を与えることを指摘しており、TECH Research Networkの分析を支持している。つまり、これらの研究が意味することは、専門的で高度な医療は、より供給側の制約を受けやすいということであろう。

ただし、これらの医療技術の普及に関する研究において、まだその速度と一国内の(新しい医療技術への)アクセスの公平性との関係を分析するまでは至っていない。すなわち、普及速度が上がると、社会経済的地位が相違するグループにおける新しい医療技術の利用における差異が小さくなる、といったような証拠を見つけるような分析まで

は至っておらず、新たな分析が待たれるところである。

III 日本における関連研究

報告書では、医療サービスのアクセスの公平性に関して、日本については、データ制約上、分析に含まれていないので、国内での近年の研究蓄積のいくつかを紹介することで補完しよう。

1. 日本におけるアクセスの公平性についての研究

本多・大日(2003)は、報告書が基づいたVan Doorslaer *et al.*(2004)の医療アクセスの公平性に関する分析と、ほぼ同じ枠組で、3時点の「国民生活基礎調査(厚生労働省)」を用いて、日本におけるアクセス(=外来受診の有無)の公平性を分析している。彼らの分析によれば、1992年と1995年において高所得者層に有利な外来受診の不公平性が存在したが、1998年には、そうした不公平性が解消されたという。その理由としては、1997年に行われた被用者保険加入者本人への給付率を9割から8割に引き下げたこと¹⁶⁾、および老人保健制度にカバーされる70歳以上人口比率の増加によるものではないか、と考察している。ほかに独自調査も併用し、① 外来受診の有無以外に、② 過去の入院経験の有無、③ 過去1年間における入院経験の有無、④ 現在の入院の有無、⑤ 世帯の医療費支出についても、公平性を検討し、②以外に不公平は存在しない、と報告している。彼らの研究では、Van Doorslaer *et al.*(2002)を引用する形で国際比較も行っているが、定義の相違や有意水準に留意すると、他国と比較した日本の特徴はそれほどはっきりとはしない。

また、遠藤・駒村(1999)は、2時点の「所得再分配調査(厚生労働省)」の個票を用いて、「公的医療保険による医療アクセスの改善(=公的医療保

険の所得再分配効果)」について、医療保険に対する拠出および給付額、所得、ならびにジニ係数の改善度¹⁷⁾から、年齢階層別に検討している。その結果、① 公的医療保険給付額(=医療需要)と(世帯単位の)当初所得は65歳以上では無相関であること、② 15-59歳層では負の相関がある¹⁸⁾こと、③ 所得格差を改善する効果は拠出段階でなく給付段階で生じていること、④ そうした所得再分配効果は高齢者でより大きいこと、⑤ この再分配上の特徴は1981年よりも1993年の方が明確なことを報告している。

遠藤・篠崎(2003)では、公的医療保険の患者自己負担に着目したアプローチから医療アクセスの公平性を論じている。具体的には、1979年から1999年までの『全国消費実態調査(公表集計データ)』の課税前所得を基準に、支出比率(医療費関連の自己負担を課税前所得で除した値)とカクワニ指数¹⁹⁾の両方を用い、外来、入院、薬剤にかかる各費用について公平性を判断している。その結果、入院医療費は逆進性が傾向的に高まっていることを見出し、高齢者の増加や患者自己負担の引き上げがこうした逆進性を高める方向で働いているのではないかと推論している。また、遠藤・篠崎(2003)も国際比較も行っており、低所得者の医療アクセスについて、日本は、イギリスより不利であるが、カナダとほぼ同じ水準にあり、アメリカや韓国よりは不利な状況ではない、との分析結果を得ている。

2. 日本における健康の公平性に関する研究

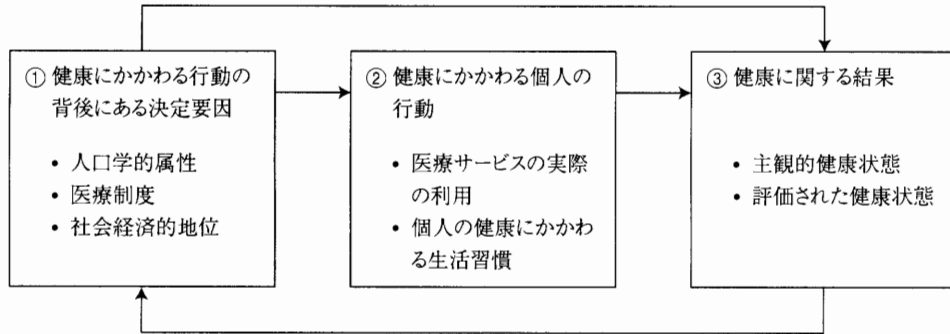
報告書では、日本の状況も含め、社会経済的地位と健康の公平性との関係については、直接は扱っていない²⁰⁾。しかし、こうした関係についての研究は、日本以外の先進国ではかなり蓄積されており、すでに重要な研究領域のひとつとなっている。なぜなら、医療アクセスの公平性を保障したところで、社会経済的地位によりアウトカムとして残

る健康状態の不平等はあるかもしれないからである。なお、健康の不平等の存在は即、不公平であると考えられており、その為、医療の公平性ほどは注目されてこなかったといわれている(Le Grand(1991))。

イギリスにおいては、すでに1980年に、社会階層と健康との関係を明らかにし、保健サービスの利用の相違によって健康の不平等をすべて説明することはできないとして、大きな議論を呼び起こしたブラック報告がある。このブラック報告は、日本でも武川(1983)の紹介によって早くから知られている。

近年、日本においても、徐々に社会経済的地位と健康との関係についての研究が積み重ねられて²¹⁾いる。例えば、深谷(2001)は、健康指標として老研式活動能力指標(客観的指標)と健康度自己評価(主観的指標)の二つを用い、社会経済的説明変数として50歳時点での職業、年金収入、住居の有無、学歴を選択し、65歳以上の男女(1996年実施の東京都在住者対象650人規模の独自調査)の健康規定要因を分析している。さまざまな属性をコントロールして、ロジット分析を行った結果、客観的健康指標には学歴が正の影響を与えており、主観的健康指標には50歳時点での職業が正の影響を与えている、ということを確認している。すなわち、高齢者の健康に社会経済的地位が影響を与えていることを見出している。

同じく65歳以上高齢者を対象(1998年度の人口4万人都市の全高齢者)として、近藤(2000)は、健康指標として「要介護」を被説明変数とし、また社会経済的説明変数として、「給与控除後の総所得(=住民税の課税対象額)」を用いて、年齢や性別をコントロールした上でロジット分析を行っている。その結果、年齢が5歳上がると、要介護リスクは1.8倍、そして所得が100万円下がると1.7倍になり、100万円の所得減少が5歳加齢とほぼ等しい効果を持つことを見出している²²⁾。



出典：Andersen (1995)における図を改変。

図2 医療へのアクセスをめぐる各要素間の連関

日本の後期高齢者を対象としたLiang *et al.* (2002)の研究は、13年間に及ぶパネル・データを用いて、「死亡」および「健康属性(身体機能の状態、主観的健康度、認知障害)」の差異に対する社会経済的地位の影響を分析している。社会経済的地位を示す変数は、教育、所得、住居形態の3変数である。それによれば、最低所得層、最低教育層と比較して、他の所得層、教育層の死亡率は確かに低い、系統的な(つまり所得や教育水準が高いほど死亡率が低いというような)関係はないことなどを見出している。また、高い教育水準は認知障害の低さに影響し、世帯所得や住居形態は健康属性に有意に影響しており、死亡率への間接的効果を持つことなどを確認している。

また、所得格差と健康の不平等の関係を直接計測しようとする研究もある。Shibuya *et al.* (2002)は、1995年度の国民生活基礎調査を用いて県単位のジニ係数が高いと主観的健康度で測定された不健康になるリスクが14%上昇すること、個人所得が所得不平等よりも不健康に対してより強い正の影響を与えていること、さらに在住している県の中位所得が、主観的健康に負の影響を与えていることなどを、さまざまな属性をコントロールした上で見出している。

ただし、これらの日本についての研究において

計測された社会経済的地位と健康の不平等の相関についての発見事実には、一致しない部分もあり、いっそうの研究蓄積が待たれるところである。

IV まとめにかえて

紙幅もつきたので、これまで概観してきた研究で、何が確認され、そして、何がまだ確認されていないかについて最後に確認し、まとめにかえたい。

Andersen (1995)に依拠しつつ、本稿で取り上げた医療へのアクセスをめぐる問題を図式的にまとめると、次のようになるであろう。

①健康にかかわる行動の背後にある決定要因には、人口学的属性のほか、これまで述べてきたように、医療制度(保険適用範囲、私的医療保険の比率、患者自己負担、新しい医療技術の普及速度、医療提供機関の配置など)、および社会経済的地位(所得や教育水準など)があり、これが②健康にかかわる個人の行動に影響している。健康にかかわる個人の行動とは、受診行動や個人の健康にかかわる生活習慣などである。アクセスの公平性にかかわる分析は、実は①と②の二つのボックス間の関連を部分的に実証したに過ぎない。

しかしながら、より重要なのは、アクセスの公平性が健康に関する結果、すなわち、主観的健康状

態や(医学的に)評価された健康状態にどのような影響を及ぼしているかである。いくつかの国別の研究は、報告書でも紹介されていた(本稿注7を参照)とはいえ、まだ、この3つのボックスの相互連関を明らかにするような国際比較分析はない。

もちろん、アクセスの公平性という視点のみで、これら3つのボックス間の連関を統一的に分析するのはかなり困難であろう。しかしながら、年金制度と比較して、はるかに各国間での多様性が大きい医療制度におけるアクセスの公平性について評価するためには、①、②、③の間の連続的な関係についての分析が今後求められよう。もちろん、先述のように、アクセスの公平性ではなく、②と③に関する国際比較研究は、乳癌、脳梗塞、虚血性心疾患などの各疾病について、Jacobzone *et al.*(2002)などに紹介されているように、徐々に出てきてはいる。しかし、慢性疾患についての同様の研究も今後必要であろう。

日本の研究状況を鑑みれば、①と②の関係を明らかにし始めたばかりの段階であり、国際比較研究を引用する形で、ようやくOECD加盟国の中での日本の特徴が浮き彫りにされつつある段階である。まだ、混合診療等、アクセスの公平性にかかわる問題について政策的議論ができるほどの研究蓄積は行われているとはいえない。

また、日本でも徐々に出てきた健康の不平等についての研究は、医療のアクセスの公平性について明示的に取り上げてはいないものの、①と③の連関を明らかにするものとして位置づけられるが、こちらも研究蓄積は少ない。また、高齢者ではなく、若年者など他の人口属性集団における同様の研究も待たれるところである

さらに、これらの研究を後押しするためには、国際比較などの観点から、欧米調査の質問項目との比較可能性を考慮した大規模データの整備・拡充も欠かせないだろう。

謝辞

本稿の執筆にあたっては、慶應義塾大学経商連携21世紀COEプログラムの援助を受けた。ここに記して感謝の意を表したい。

注

- 1) 日本経済新聞2004年10月20日朝刊, 1面。
- 2) 医療の公平性の議論の中では、需要(demand)という言葉より、ニード(need)という言葉の方が使用される。Le Grandは、その理由として、医療における需要(demand)が、個人のコントロールできる範囲外にあるという理解に基づくものであることを指摘している。
- 3) Van Doorslaer *et al.* (2004)はさらに、Van Doorslaer, Koolman and Puffer (2002)に基づいている。
- 4) ただし、Van Doorslaer, Koolman and Puffer (2002)から分析対象国および分析対象年を拡張することで、Van Doorslaer *et al.* (2004)では、データ面での比較可能性はやや落ちた。
- 5) 歯科医に対するニードにかんする質問項目は、分析対象国のほとんどの調査で取れず、年齢をニード調整のための変数として用いている。
- 6) OECD (2004)でも、カナダでは教育水準の低い母親は低体重児出産の危険性が高く出生後1年間に少なくとも1回は入院しなければならない危険性が高いにもかかわらず、普遍的で自己負担のない予防的医療を受けることが相対的に少ないこと、アメリカにおけるメディケイド制度においてアフリカ系の人々は推奨された臨床ケアを受ける可能性が相対的に低いこと、こうした問題はオーストラリア、カナダ、ニュージーランドにおいても先住民の間でみられることが指摘されている。
- 7) 後の節で指摘するように、国際比較分析のレベルで、こうした医療サービスに対するアクセスの公平性が、健康状態という結果の公平性に影響を与えていることを直接に検討した分析ははまだ存在していない。しかし、国別では、証拠は限られているとはいえ、サービス利用における不公平が、実際に健康状態の公平性に影響を与えているかについての研究はある。OECD (2004)で引用されている文献(Alter *et al.* (1999)とAlter *et al.* (2004))では、特定の社会経済的地位にある人々が、特定の治療を受けるかどうかについて相違がある(つまりアクセスの不公平性がある)ことを確認したが、社会経済的地位により治療1年後の死亡率について相違がある(つまり健康状況にかんする結果の不公平性がある)かどうかについては、影響があるという分析結果と、影響がないという分析結果の両方があり、定型化されうるような明確な結論はまだ得ていない。
- 8) 所得階層は、2001年における各国の中位世帯所得

- を参照させた上で、調査対象者の年間所得が、その所得より、「かなり上」あるいは「やや上」であるか、または、「かなり下」あるいは「やや下」であるかを回答してもらうことによって、高所得層および低所得層に分類している。約1,400サンプルの中、高所得層には約4割から5割、低所得層には約3割から4割の人々が分類される。
- 9) この研究成果は、すでに何度か行われている調査の最新版である。過去の研究結果については、Blendon *et al.* (2002)の注1で紹介されている論文を参照のこと。
 - 10) さらに、アメリカについては無保険者の広範な存在が問題であり、この割合の高さは、無保険者の低所得層についてみると一層顕著になることも確認している。
 - 11) OECD諸国が、一般医、専門医、薬剤など、どのようにして患者自己負担を定めているかについては、報告書のpp.47-49の一覧表を参照されたい。
 - 12) 疾病治療を目的とする薬ではなく、生活の質を向上させることを目的とする薬(男性機能障害治療薬や肥満治療薬など)や治療効果が不確実である薬など。
 - 13) TECHは、The Technological Change in Health Careの略。
 - 14) 集中的医療技術とは、具体的には、心臓カテーテル法、冠動脈バイパス・グラフト、経皮経管冠動脈形成術である。
 - 15) その結果、Atella and TECH Investigators (2003)によれば、分析対象国の心臓発作の後の死亡率と技術変化の速度との相関はそれほど大きくはないが、普及速度の速かった国々では、特に高齢者間で心臓発作を再度起こした生存者における余病の併発を抑えており、普及速度は高齢患者の生活の質に影響を及ぼしている。
 - 16) 組合健康保険における1997年の給付率引き下げが与えた影響に関する実証分析のサーベイは、澤野(2004) pp.23-24が簡潔かつ体系的に行っている。
 - 17) 遠藤・駒村(1999)では、「ジニ係数の改善度 = $\frac{\text{再分配所得のGini係数} - \text{当初所得のGini係数}}{\text{当初所得のGini係数}} \times 100$ 」を「医療アクセスの改善度」として定義している。なお、「当初所得」とは、一般に「市場所得」と呼ばれている収入であり、「再分配所得」とは「当初所得 - 税・社会保障料 + 社会保障給付(年金・医療サービス・その他)」である。現物給付である「医療サービス」も含まれている点で、「可処分所得」の定義とは異なる。
 - 18) 遠藤・駒村(1999)注4参照。
 - 19) ここでは、所得順に人口を並べ替えられた所得データからローレンツ曲線(相対累積所得率)を描き45度線で囲まれた領域の面積の2倍を求め(G_a)、同じく所得順に並び替えられた医療費支出データから集中

度曲線(相対累積支出率)を描き同様に45度線で囲まれた領域の面積の2倍を求め(G_b)、そこからカクワニ指数($K = G_a - G_b$)を計算している。

- 20) その理由を報告書執筆者の一人に直接尋ねたところ、国によっては、こうした研究は、政治的に非常にセンシティブに扱われるためではないか、との回答であった。
- 21) この問題についてのより幅広い視点からのサーベイとしては、早坂(2001)を参照されたい。
- 22) ただし、筆者が認めている通り、これらの結果に対しては、要介護状態になったから所得が減少したという関係を逆にとらえているのではないかという批判が有りうる。これに対して、筆者は、①就労者割合が高齢者は低い上、全部年齢層で要介護者高齢者割合は高いこと、②年金受給開始後に要介護状態になっても給付額は減少しないこと、さらに③このような因果関係をもたらす過去の研究蓄積があることを指摘して反論している。なお、近藤(2002)は、近藤(2000)で使用されていない別の図表を用いて、性別、年齢ごとの各所得階級における「要介護出現者頻度」を示しているが、両論文が指摘していない点で、興味深いのは、男性では、どの年齢階級においても、要介護者出現頻度と所得階級は、所得が上がるほど低くなるという関係(つまり単純な右下がりの関係)があるのだが、女性の場合には最高所得階級において、要介護者出現頻度がやや高くなるという関係(つまり左右逆のJ型の関係)がある、ということである。

参考文献

- Alter, D.A., Iron, K., Austin, P. C. and Naylor, C. D. (2004), "Socioeconomic Status, Service Patterns, and Perceptions of Care Among Survivors of Acute Myocardial Infarction in Canada", *Journal of the American Medical Association*, Vol. 291, No. 9, pp. 1100-1107.
- Alter, D.A., C.D. Naylor, P. Austin and J.V. Tu (1999), "Effects of Socioeconomic Status on Access to Invasive Cardiac Procedures and on Mortality after Acute Myocardial Infarction", *New England Journal of Medicine*, Vol. 341, No. 18, pp. 1359-1367.
- Andersen, R. M., (1995), "Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does it Matter?", *Journal of Health and Social Behavior*, vol.36 (1), pp. 1-10.
- Atella, V. and TECH Investigators (2003), "The Relationship between Health Policies, Medical Technology Trends and Outcomes," In *A Disease-based Comparison of Health Systems: What is Best and at What Cost?*, OECD.
- Blendon, R.J., C. Schoen, C.M. DesRoches, R. Osborn, K.L. Scoles and K. Zapert (2002), "Inequities in Health Care: A Five-Country Survey", *Health Affairs*, Vol. 21 (3), pp.

- 182-191, May/June.
- Docteur, E., and H. Oxley (2003) Health-care Systems: Lessons from the Reform Experience, *Economics Department Working Papers*, No.374, OECD.
- 深谷太郎 (2001) 「健康と心身機能」平岡公一編『高齢期と社会的な不平等』東京大学出版会, pp. 51-59.
- 早坂裕子 (2001) 「健康・病気の社会的格差」山崎喜比古編『健康と医療の社会学』pp. 49-71.
- 近藤克則 (2000) 「要介護高齢者は低所得層になぜ多いか—介護予防策への示唆」社会保険研究所編『社会保険旬報』2073, pp. 6-11.
- (2002) 「社会経済的格差による健康の不平等」『経済』, No.82: 27-37
- Le Grand, J., (1991) “Equity, Health and Health Care,” In *Equity and Choice*, Harper Collins.
- Liang, J., J. Bennett, N. Krause, E. Kobayashi, H. Kim, J. W. Brown, H. Akiyama, H. Sugisawa, and A. Jain (2002) “Old Age Mortality in Japan: Does the Socioeconomic Gradient Interact With Gender and Age?” *Journal of Gerontology Series B: SOCIAL SCIENCES*, vol.57, no.5: s294-307.
- 武川正吾 (1983) 「健康の不平等—『ブラック報告』について」『海外社会保障情報』, no.62, pp. 40-49
- 遠藤久夫・駒村康平 (1999) 「公的医療保険と医療アクセスの公平性」『季刊社会保障研究』vol.35:2, pp. 141-148.
- 遠藤久夫・篠崎武久 (2003) 「患者自己負担と医療アクセスの公平性」『季刊社会保障研究』vol.39:2, pp. 144-154.
- 本多智佳・大日康史 (2003) 「健康の公平性」『健康経済学』pp. 267-285, 東洋経済.
- Jacobzone, S., P. Moise and L. Moon (2002) “Opening the Black Box: What can be Learned from a Disease-based Approach?”, In *Measuring Up: Improving Health System Performance in OECD Countries*, pp. 159-195, OECD.
- Moise, P., (2003), “The Heart of the Health Care System: Summary of the Ischaemic Heart Disease Part of the OECD Ageing-related Diseases Study”, In *A Disease-based Comparison of Health Systems: What is Best and at What Cost?*, OECD.
- OECD (2004) *Towards High-Performing Health Systems*, OECD.
- 大日康史 (2003) 「公的介護保険による実際の介護需要の分析—世帯構造別の推定」『季刊社会保障研究』vol.38:1, pp. 67-73.
- 澤野孝一郎 (2004) 「家計における医療費—自己負担率引き上げ政策の効果とその影響」『季刊家計経済研究』no.62: 20-29.
- Shibuya, K., H. Hashimoto, E. Yano (2002) “Individual Income, Income Distribution, and Self Rated Health in Japan: Cross Sectional Analysis of Nationally Representative Sample”, *British Medical Journal*, vol. 324, 5 January 2002, pp. 1-5.
- The Technological Change in Health Care (TECH) Research Network (2001) “Technological Change around the World: Evidence from Heart Attack Care”, *Health Affairs*, Vol. 20 (3), pp. 25-42, May/June.
- Van Doorslaer, X. Koolman and F. Puffer (2002) “Equity in the Use of Physician Visits in OECD Countries: has equal treatment for equal need been achieved?”, In *Measuring Up: Improving Health System Performance in OECD Countries*, pp. 225-248, OECD.
- Van Doorslaer, C. Masseria and the OECD Health Equity Research Group Members (2004) “Income-related Inequality in the Use of Medical Care in 21 OECD countries,” In *Towards High-Performing Health Systems: Policy Studies*, OECD.
- Zweifel, P. and W. G. Manning (2000) “Moral Hazard and Consumer Incentives in Health Care (chap. 8)”, A. J. Culyer and J. P. Newhouse (eds.), *Handbook of Health Economics*, Elsevier.

(やまだ・あつひろ 慶應義塾大学講師)

患者ニーズへの対応に向けた取り組み

—OECD 諸国の現状とわが国の可能性—

鈴木 玲子

■ 要約

本稿では2004年にOECDが発表した報告書『質の良い効率的な医療システムに向けて』を踏まえて患者ニーズへの対応に関するOECD諸国の取り組みを概観するとともに、わが国の現状と今後の可能性について検討する。OECDにおける患者ニーズ向上のための最優先事項は、手術の待機期間の長さや長期介護サービスである。これらの問題に対する日本を含めたOECD諸国の経験や問題点を整理する。また、報告書は公的医療保険と民間医療保険を工夫することによって患者ニーズがより効率的に満たされる可能性を指摘している。ところが報告書では日本の民間医療保険は十分に明らかにされていない。そこで日本の民間医療保険の現状について、普及状況、期待される役割、市場規模、今後の可能性を検討する。

■ キーワード

患者ニーズ、OECD、民間医療保険

I はじめに

わが国では近年医療事故の多発などから医療に対する信頼が揺らぐとともに、医療従事者の患者への対応の悪さや、情報開示の不足などから、医療システム全般に対して国民の不満が高まっている。EUでも医療システムに対する評価として「非常に不満」という回答が13%に上るなど（European Commission 2001）、医療に対する評価はわが国だけでなくOECD諸国で低下していることから、各国政府にとって患者ニーズへの対応が政策上の重要課題となっている。

医療や介護に対する患者の基本的な要求は次のようなものと考えられる。診療技術が高いこと、医療従事者が患者に接する態度が適切であること、病院・保険・治療方法に十分な選択肢があること、価格が高すぎないこと、公正な取り扱いを受けること、身近に頼りになる医療機関があること、

最新の高度医療を受けられること、などである。

患者のニーズはこのように広範に渡るが、OECDではとくに患者のニーズが満たされていない分野として手術の待ち時間の長さや長期介護をとりあげ、これらへの対応が患者の満足度向上のために最重要課題と位置づけている。手術の待ち時間がほとんどゼロの日本からみると、患者が手術までに何ヶ月も待たされることが常態化している国があること自体理解しにくいのが、これがOECD諸国の現実である。長期介護サービスに関しても日本では2000年に公的介護保険が導入されてから急速に充実してきているが、これは国と民間が力を合わせて介護ニーズへ取り組んだ結果といえる。これらに加えて、OECDは多様なニーズへの対応のために民間医療保険の役割が重要であるという立場を明確にしている。民間医療保険を患者が自由に選択できるようにすることによって公的保険だけでは充足できないニーズを満たすことが

期待できるという。OECDが2004年に発表した報告書『質の良い効率的な医療システムに向けて』(“Towards High-Performing Health Systems”)では患者の満足度を向上させるために、手術の待ち時間、長期介護、民間医療保険、の3点を重点課題と位置づけて、各国の現状と政策対応のあり方などを検討している。

本稿ではOECD報告書に即してこれら3点についてOECD諸国の現状を第II節で概観する。はじめの2点に関して日本のパフォーマンスは良好と評価されており、新しい政策的対応の必要性は小さいものと考えられる。しかし3番目の民間医療保険の問題、すなわち公的保険と民間保険のミックスに関する検討はわが国では他のOECD諸国より遅れているとみられることから、第III節でこの問題をやや詳しく検討することとする。

II OECD諸国の現状

1. 手術の待ち時間

OECD諸国のなかには患者が手術をすぐに受けることができず、長い待ち時間があたりまえの国が少なくない。こうした国々では緊急性が低い手術の患者は予約リストに入れられ、手術を受けるまでに何ヶ月も待つことを余儀なくされている。ただし、これによって患者の容体が悪化することはほとんどないということである。しかし具合の悪い状態が長期間継続するので、患者の生活の質(QOL)が著しく低下することから、医療システムが患者ニーズに対応できていない最大の問題点と指摘される。

病気の緊急性にしたがって手術はその優先度から、①『救急手術(Emergency Surgery)』: すぐさま行わなければならない手術、例えば腹部大動脈瘤破裂など、②『緊急手術(Urgent Surgery)』: 手術をしてからでないと退院できない手術、例えば大腸癌による腸閉塞など、③『待機手術(Elective

Surgery)』: 手術は必要だが患者は自宅待機が可能な手術、の3つに分類できる。この中で待ち時間が問題になっているのは待機手術である。待機手術の代表的なものには、白内障、人工股関節、人工膝関節、冠動脈バイパス、経皮経管冠動脈形成、ヘルニア、胆嚢摘出、子宮摘出、前立腺切除、静脈瘤結紮などがある。

この待機手術の待ち時間が深刻な問題となっているのは、OECD加盟国のなかではイギリス、イタリアなどをはじめとした12カ国である。日本、アメリカ、ドイツ、フランスなど8カ国では待ち時間はほとんど発生していない。Blendonほか(2002)による最近の5カ国調査でもこの状況は明らかで、待機手術を過去1年間に必要とした患者のうち4ヶ月以上の待ち時間があつたと答えた患者は、イギリスで最も多く、長い待ち時間が一般的であることがうかがわれる。次いで、オーストラリア、カナダ、ニュージーランドでも待ち患者が多い。一方、アメリカでは手術待ちはほぼ問題となっていない。ここで留意すべきは5カ国すべてで98年から2001年のあいだに待ち時間は増加傾向にあり、事態は改善どころか悪化しているという点である。

Siciliani and Hurst(2003)の計量分析などにより、医師数、病床数が少ないほど、国民医療費が小さいほど、待機時間が長くなることが知られている。したがって、待機期間の短縮化のためには、医師の増員や増床など供給面の政策が有効とみられ

表1 待機手術の待ち患者

	1998	2001
オーストラリア	17	23
カナダ	12	27
ニュージーランド	22	26
イギリス	33	38
アメリカ	1	5

注: 過去1年間に待機手術を必要とした患者のうち4カ月以上待った患者の割合(%)

出所: Blendon, et al. (2002)

る。しかしこれは費用の増加をともなうため、財政上の観点から容易ではない。そこで、代替的な政策手法が試みられている。例えば医師への報酬支払方法を給与方式から出来高払いとするなど、手術件数を増加させるインセンティブ賦与である。また生産性引き上げのための日帰り手術の奨励も有効と考えられる。

日本では手術待機期間の問題は発生していないといってよい。むしろ問題視されているのは、手術ではなく外来患者の診察待ち時間の長さであろう。しかしこれは主に医療保険の自己負担が低かったために発生した過剰な医療需要であり、患者のモラルハザードと理解すべきであろう。比較的軽い疾患の患者のモラルハザードで待合室が込み合うことは、不便ではあるが、症状を悪化させることは少ないので、それ自体の問題性は大きいとはいえない。ただ、混雑によって重篤な患者に十分な診察時間が確保できなくなる懸念がある。とくに本来重篤な患者のための高度医療を提供するはずの大病院に軽い疾患の患者が溢れ、重篤な患者が長い待ち時間を余儀なくされている点は重大な問題である。政府はこの大病院外来の混雑解消のために、大病院の初診料引き上げ、紹介制度、病院の機能分化などの諸策をとっているが、患者の大病院志向を十分に払拭するには至っていない。

2. 長期介護

高齢者への長期介護サービスに対する必要度は国によって異なる。とくに三世帯同居比率が高く家族内で介護をする習慣がある国(日本、イタリア、韓国など)ではそれ以外の国より公的介護サービスの必要度が低かった。ところが近年多くの国で人口の高齢者が進むとともに、三世帯同居比率が低下しており、公的支援の必要性が急速に高まっている。OECD主要国における介護費用を比較すると(表2)、スウェーデンはGDP比2.7%と

表2 高齢者介護費用

	(GDP比, %)	
	公的支出	総費用
日本	1.0 ¹⁾	—
ドイツ	0.8 ²⁾	—
スウェーデン	2.7	2.7
イタリア	—	0.6
イギリス	1.0	1.3
アメリカ	0.7	1.3

注：日本とドイツ以外は Jacobzone (1999)による1992～95年推計値。

- 1) 2003年度公的介護保険総費用予算額4.8兆円をGDP 501.6兆円で除した数値。
- 2) 2003年公的介護保険給付額166億ユーロをGDP 2兆1300億ユーロで除した数値。

高く、イタリアが0.6%で最も低い。日本を含め1%内外の国が多い。またスウェーデンでは公的制度の役割が大きく、反対にアメリカでは公的支出は全費用のほぼ半分でしかないという特徴がある。

長期介護サービスに対する患者本人および介護者からのニーズは非常に高いにもかかわらず、各国でその供給体制は必ずしも万全ではなかった。過去10年間にOECD諸国はこの問題に精力的に取り組んできたものの、多くの国でその成果はいまだ十分とはいえない。強制加入の公的介護保険が整ったドイツと日本以外では、多くの国々が医療制度と社会福祉制度との関連でどのように長期介護を位置づけるかを模索している状態である。

各国の取り組みの成果のひとつとして、画一的な施設ケア一辺倒だったものが、より自宅に近い環境でのケアへ改善されたことがあげられる。大規模老人ホームに代わる居住方式として、グループホームの普及があげられる。患者と家族の居住スタイルの嗜好を反映できるのが特徴で、自宅の生活に近づく工夫がなされている。日本、フランス、スペイン、スウェーデン、アメリカで普及し一般的になりつつある。しかしながらグループホームではコスト増加が問題となっている。これに対して、在宅ケアは高齢者に歓迎される介護方法であるう

えに、比較的低いコストで実施することが可能であることから、在宅ケアの普及は将来の介護費用を低下させる可能性がある。

受けるサービス内容に関して患者の選択の幅が広がった点も重要な成果である。例えば、スウェーデンやオランダでは従来国主体の給付であったものが、民間企業による在宅介護サービスが認められるようになった。また患者や介護者が一定の費用の枠内で購入するサービスを自由に決められる方式が、日本、ドイツ、フランス、ノルウェー、オーストリアなどで採用されている。これによって、利用するサービスを患者自らがコントロールできるようになった。この選択性は高く評価されており患者満足度は大幅に向上したといえる。ドイツではサービス給付か介護手当(現金)給付かの選択が可能である。現金のほうが額が小さいにもかかわらず、2/3が自由に使える現金のほうを選んでいる。この方法では介護にあたる家族の労働に報いることができることから、高コストの外部サービスよりも安上がりな家族介護が促進されるメリットが期待されている。

こうして給付体制が充実する一方で、介護サービスに対する過剰需要の発生を抑える工夫が各方面でなされている。まず、患者の介護度を評価し最適な給付水準を設計する方法で、これは日本、ドイツ、イタリア、オランダ、フィンランドで導入されている。また、給付対象者を絞るためにフランスやアメリカをはじめ多くの国が所得や資産のミーンズテストを行っている。これに対して日本とドイツでは強制加入の公的介護保険を導入し、広く勤労世代から保険料を徴収することによってミーンズテストなしの介護給付を実現した。その場合でも過剰需要を回避するための患者負担が設定されており、日本では10%の、ドイツでは定額の費用負担を課している。

3. 民間医療保険

OECD 諸国の多くは公的医療制度によって国民

に医療を給付している。しかし国民のニーズが多様化し、医療技術の高度化も進む現在では、すべての医療サービスを公的医療制度でカバーすることが難しくなっている。公的医療保険の不足を埋める形で民間医療保険が患者の医療サービス選択の自由度を高めている国々は多い。

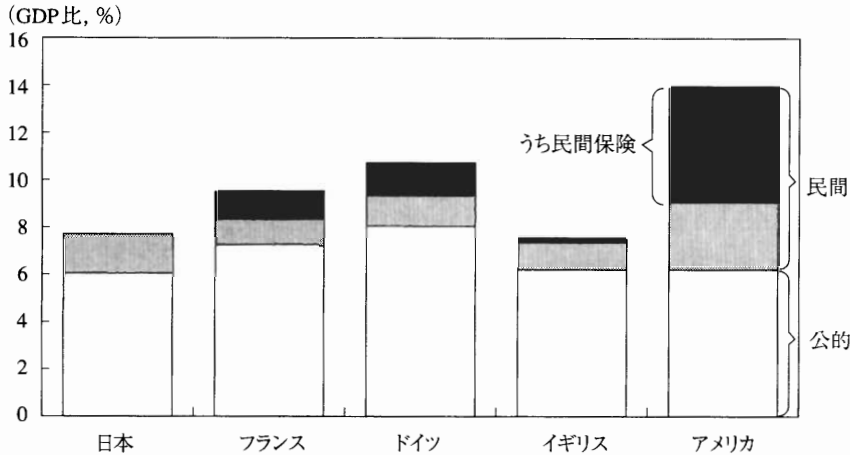
民間医療保険の発達の程度は国による差が非常に大きい。医療費の財源として民間保険が占める大きさを比較すると、アメリカでは民間財源のほぼ2/3が民間保険から支払われており、フランスとドイツでは約1/2、イギリスはずっと少なく1/5程度である。日本は1%程度と推計されている。日本でも民間医療保険の利用が近年急速に進んでいることを考えると、日本の値は過小推計のように感じられるが、これは日本で普及しているタイプの保険がOECDの医療保険の定義に相当しないためとみられる。

各国の民間医療保険の普及状況がこのように大きく異なるのは、民間医療保険の守備範囲がそれぞれの国の公的医療保険のあり方に大きく依存しているためである。すなわち公的医療保険のカバーする範囲が狭く給付が薄い国ほど、民間医療保険が発達しているのである。

そこで公的保険の給付範囲の違いを簡単にみると、国による違いが大きいことがわかる。例えば、日本では当然のようにカバーされている外来の処方薬剤および歯科サービスや眼科サービスも、少なからぬ国で公的保険の対象とはなっていない。また日本ではほぼすべての病院が公的保険の対象だが、公的保険が公的病院に限られ民間病院で受診することはできない国もめずらしくない。さらに診察時の自己負担率の大きさも国によってさまざまで、ほぼゼロから30%程度までの差がある。

このような公的医療保険に対応して民間保険の受け持ち範囲が決まることから、OECD(2004)は民間医療保険を次のように分類している。

①『併用型(Duplicate)』: 公的保険と同じ医療



注：日本は2001年の値、それ以外の国は2002年の値。

出所：OECD Health Data 2004

図1 国民医療費の財源

サービスをカバー(公的保険と重複して加入)

- ②『代替型 (Substitute)』：公的保険と同じ医療サービスをカバー(公的保険を脱退して加入)
- ③『補完型 (Complementary)』：公的保険の自己負担分を給付
- ④『補足型 (Supplementary)』：公的保険が適用されない医療サービスをカバー

①併用型は公的保険加入者が給付内容の向上をめざして加入するもので、代表的な例は、イギリス、オーストラリアの公的保険は公立病院への入院しか認めないが、このタイプの民間医療保険を併用すれば民間病院へ待ち時間なしで入院できる。②代替型は、公的保険か、民間保険か、いずれか1つしか入れないタイプである。例えば、ドイツでは高所得者は公的保険を脱退して民間保険へ移行することができる。また、アメリカでは公的保険の対象とならない勤労世代の多くはこの民間医療保険に加入しているほか、高齢者医療制度(メディケア)でも公的プログラムへ加入するか、民間保険のプランに加入するかを選択が可能である。③補完型は、自己負担を支払ってくれるもので、フランス、ドイツをはじめ多くの国で利用され

ている。とくに自己負担率が日本と同様に比較的高いフランスではこのタイプを中心に国民の8割以上が民間保険に加入している。アメリカではメディケアの自己負担分を支払うためのメディギャップという民間保険が普及している。④補足型は、公的医療保険でカバーされない医療サービスを対象とする保険で、多くの国で利用されている。このタイプでは歯科・眼科の診療や、贅沢な病室などアメニティーを対象としたものが多く、いわゆる「小さなリスク」への対応や補助的なサービスをカバーするための保険である。近年、フランスやドイツでは介護サービスを対象とした保険も一定の市場を形成している。表2に主要国の人口に占める民間医療保険加入者の比率と保険の種類をまとめた。日本の加入率は僅少と報告されているが、これは民間医療保険が近年普及しちるしい日本の現状と乖離があるように思われる。この点を含め日本の民間医療保険の詳細について次節で詳しく検討する。

このようにOECD諸国ではさまざまなタイプの民間医療保険によって患者ニーズへの対応が改善されつつある。とくに民間医療保険によって患者の

選択の幅が広がる必要がある。そのためには、同一の医療サービスの市場で多くの保険者が競争し安価で多様な保険商品が開発されること、消費者が自由に保険者を選択・変更できることが重要である。

III わが国の民間医療保険の現状

わが国の保険市場では民間医療保険は第3分野と呼ばれ、永く外資系生命保険会社や中小国内生命保険会社にしか参入が許されていなかった。2001年に規制緩和の一環で大手生命保険および損害保険会社にも開放されたことから、市場の競争が進み多くの保険商品が販売されるようになった。その結果、規制緩和から間がないものの、急速に加入者が増加しているものとみられる。ところが、OECDの資料にみるかぎり、わが国の民間医療保険の加入率は低く、給付額もわずかである。両者のへだたりは、わが国で普及している民間医療保険が先のOECDによる4分類のいずれにも当てはまらないためとみられる。わが国で中心的な医療保険は実際にかかった医療費負担の大きさにかかわらず入院1日当たり定額を給付するものである。したがって、これは医療費負担リスクの保障というより、所得保障の性格が強い¹⁾。このためOECD統計の医療保険の範疇に入らないものと見なされているようだ。

日本の医療保険は主に入院および手術に対して定額の給付金を支給するものが一般的で、ほとんどすべての生命保険会社や損害保険会社から販売されている。購入方法には2つのタイプがあり、ひとつはそれ自体を主契約とするタイプであり、いまひとつは生命保険および年金保険の主契約としたうえでこれに入院(および手術)保障を特約としてつけるタイプである。さらに主契約には個人加入タイプと団体加入タイプがある。保障内容を見ると、入院給付は5日目から1入院120日(通算700日)を対

表3 民間医療保険の加入率

国名	加入率(%)	保険の種類
オーストラリア	44.9	併用、補完、補足
カナダ	65.0	補足
フランス	86.0	補完、補足
ドイツ	18.2	代替、補足、補完
日本	僅少	n.a.
イギリス	10.0	併用、補足
アメリカ	71.9	代替、補足、補完

出所：Colombo and Tapay (2004)

象とするものが多く、給付額(日額)は5,000円程度が多い。また手術給付金は入院給付金日額の10倍(虫垂切除手術など)、20倍(甲状腺手術など)、40倍(胃切除術)などのように設定されるようだ。

このようにわが国の民間医療保険の内容は所得保障に近いとはいえ、国民からは医療費補償と認識され、広く普及し一定の役割を担っている。そこで以下では、OECD統計では捕捉されていないわが国の民間医療保険の現状を明らかにするとともに、患者ニーズへの対応の観点から今後の展望を考察する。

1. 加入率と給付水準

民間保険会社の収支統計(生命保険文化センター 2003)によれば、2002年度末の医療保険契約数は2億7,600万件にのぼる。保障内容別では、入院が1億9,900万件、入院が7,700万件である。主契約と特約に分けると、主契約が600万件、特約が2億7,000万件と、後者が圧倒的に多い。損害保険会社の取扱い分を合わせればさらに大きくなるとみられるが、損害保険の統計では医療保険の詳細データが公表されていないため、本分析では生命保険会社の販売分だけを対象とした。

このように契約件数は日本人口を大きく上回ることから、複数の医療保険に加入している個人が多いことがわかる。そこで、アンケート調査から民間医療保険への個人の加入状況を調べる²⁾。厚生

労働省(1998)によれば、18歳以上の民間医療保険加入率は57.9%である。30歳代、40歳代での加入率は高く、70%を超える。医療保険加入者がどのような種類の保険に加入しているかについては、入院94.3%、通院³⁾60.5%、がん⁴⁾41.1%などとなっている。一方、生命保険文化センター(2001)では、入院給付金が支払われる生命保険の加入率を調べている。それによれば、18～69歳の入院保険(がん保険などを含む)の加入者比率⁵⁾は73.0%である。これらからみれば、日本の民間医療加入率はフランス(86.0%)を下回るものの、アメリカ(71.9%)やカナダ(65.0%)とほぼ同じくらい高く、イギリス(10.0%)やドイツ(18.2%)を大きく上回るということが出来る(数値は表3より)。

さらに生命保険文化センター(2001)のアンケートでは、入院保険契約の給付金(日額)を尋ねており、それによれば男子平均10,100円、女子平均7,800円となっている(複数の保険に入っている場合には合計額)。また入院経験者は平均で24.7万円、1日当たりでは12,900円の給付を受けている。現在、公的医療保険の自己負担限度額(月額)は約7万円⁶⁾であるが、実際には差額ベッド代や給食費などが加わるので、病院への支払い総額はこれを大きく上回ることになる。保険契約の入院給付金はこの支払い総額の60～80%に相当するとみられることから、加入者は入院費用リスクの大半を医療保険でカバーしているということができよう。

2. 民間医療保険の役割

前出の両アンケートでは民間医療保険に加入している理由を尋ねている。それによれば、①入院が長期化すると入院費がかさむから、②公的医療保険の自己負担分を補うため、③公的保険対象外の医療を受けるかもしれないから、④病気の長期化で収入が途絶えることに備えて、などが上位を占める。ここから加入者が保険に期待する機能がOECDの民間医療保険の4つの分類のいずれに

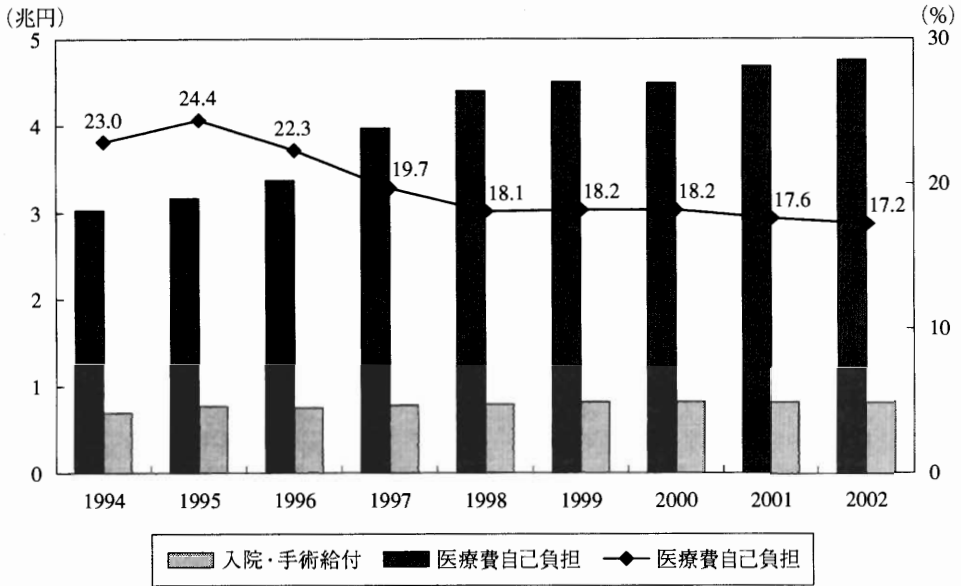
当てはまるかを考えよう。公的保険が全国民に普及している日本ではOECD分類上の併用型と代替型保険を期待する加入者は見当たらないが、①と②の期待は自己負担を補うための補完型保険に類似し、③は公的保険の対象外治療費を支払うための補足型保険に相当するだろう。④がOECDの分類にはない日本的な所得保障にあたる。

日本の民間医療保険は所得保障的で本格的な医療リスクの保障の範疇に入らないといわれるが、購入する国民のニーズからみれば、日本の民間医療保険にOECD諸国の保険と本質的な違いはないといえる。したがって、OECD分類の補完型と補足型に類似した民間医療保険が国民のあいだに広く普及しているということができよう。ただし、OECDの補足型保険が多くの場合には歯科や眼科などリスクの小さい分野を対象としているのに対して、わが国では入院や手術が保障の中心である。これは日本の公的医療保険が重病に対するよりもむしろ軽い疾病に対して厚い給付となっている⁷⁾ことの反映とみることができよう。

3. 民間医療保険の規模

民間保険会社の収支統計(生命保険文化センター2003)によれば、わが国の医療保険の支払件数は、入院給付が約404万件、手術が約174万件にのぼる(2002年度)。厚生労働省「患者調査」2002年から推定される年間入院件数はおよそ1,430万件と見込まれる⁸⁾ことから、民間医療保険の給付件数は全入院件数の約28%に相当する。

次に、民間医療保険(入院+手術)の給付総額をみると、近年は増加傾向にあり、2002年度で約8,200億円に達する。これは国民医療費の自己負担額4兆8千億円の約17%に相当することがわかる。これは民間医療保険が民間負担分のおよそ半分に達するフランスやドイツには及ばないが、19%のイギリスと拮抗する水準である(図1参照)。OECDの国際比較統計にはカウントされないもの



出所：生命保険文化センター「生命保険ファクトブック」

図2 民間医療保険の給付規模（国民医療費自己負担との比較）

の、日本でも民間医療保険は一定の市場を形成しているということができよう。

4. 今後の見込み

OECDの分析によれば、公的医療保険が適用される範囲、すなわち適用される国民、医療機関、医療サービスの種類の範囲、の大きさによって民間医療保険の市場規模が決まるということである。この考え方に従えば、わが国の公的医療保険は全国民に適用され、公的と民間のほぼすべての医療機関に適用され、しかも外来、入院、処方薬剤まで適用される医療サービスの範囲が広いことから、民間医療保険の普及余地は小さいものと考えられる。ところが最近、患者の自己負担率の引き上げや、入院時の食事代や差額ベッド代の自由化などによって、患者負担は急速に増加している⁹⁾。民間医療保険の普及は国民のあいだの負担感の高まりを反映しているものと考えられる。

健康や医療は日本国民の最大の関心事である。高度で快適な医療サービスへのニーズはとどまる

ところを知らない。これらのニーズをすべて公的医療保険で賄うとすれば、医療財政は今後さらに規模を拡大することになる。また将来の高齢化の進行も医療財政の拡大を迫る。制度を支える勤労世代の人口が減少しつつあることを考慮すれば、将来にわたって存続可能な公的医療保険の守備範囲を含めて、医療システムのあり方を見直す必要がある。その際には民間医療保険をどのような分野で活用していくかという公私ミックスのあり方を医療システム全体の中で議論していくことが重要となつてこよう。

民間医療保険をうまく活用すれば、患者の経済的リスクを軽減できるほか、質の高いサービスの選択が可能になるため、患者満足度が向上する可能性が大きい。さらに公的医療保険では新技術の保険への組み入れが遅れがちだが、民間医療保険によって最新医療技術の普及スピードが高まる可能性も大きい。こうしたメリットを最大限に活かしつつ、民間医療保険によって引き起こされる問題に十分に対処する必要がある。最大の問題は

民間医療保険によって医療アクセスの平等性が脅かされる懸念が大きいことである。低所得者や高齢者など高リスク層への配慮が欠かせない。OECD諸国のなかでは民間の保険料に上限を設けるなどの工夫をしている国々の経験が参考になるだろう。また公的保険の肩代わりのために安易に民間保険を活用することは間違いである。OECD諸国のこれまでの経験では、民間医療保険の増加で公的医療保険を縮小することはできない。民間医療保険が多様化した高度な患者ニーズを満たす結果、国民医療費が増加することが予想されるからである。

注

- 1) 牛越(2004)では、日本の民間医療保険市場で大部分を占める定額給付型保険を医療保険と呼び、実際にかかった医療費用を補償する保険を医療費用保険として区別している。定額給付型の保険はドイツで入院1日当たり定額保険(Hospital Daily Allowance Insurance)が販売されているなど、このタイプの医療保険は日本独自のものというわけではない。ただし、Verband der privaten Krankenversicherung(2004)によれば、ドイツの民間医療保険料全体に占める入院定額保険(単体)の比率は3.3%に過ぎない。
- 2) わが国では単体の医療保険への加入は比較的少なく、特約のかたちで生命保険本体へ付加するタイプが多い。ここで医療保険とは単体と特約を合わせたものを指す。
- 3) 退院後の通院に対して給付するもの。半数程度の生命保険会社が販売している。
- 4) 特定の疾病の入院や手術に対して給付するもの。がんのほかに、成人病(がん、心疾患、脳血管疾患、高血圧、糖尿病)、女性疾患(乳がん、子宮筋腫など)などがある。半数程度の生命保険会社が販売している。
- 5) 民間の生命保険会社、郵便局、JA(農協)、盛況、全労済で取り扱う生命保険を含む。
- 6) 医療費の30%の患者負担率が適応されるのは下記の限度額まで。それを上回ると医療費の1%の自己負担が加算される。限度額を上回る医療費の残り99%は「高額療養費」として公的医療保険から償還される。限度額は患者の所得によって3段階にわかれ、1)住民税非課税世帯 35,400円、2)一般 72,300円、3)

(標準報酬額が56万円以上) 139,800円。

- 7) 鶴田(1995)は公的保険が本来の機能である重病にたいして十分でなく、軽い疾病に対して十分すぎたために、待合室の「サロン化」など深刻な事態を招いたと指摘している。
- 8) 厚生労働省「患者調査」によれば2002年9月の退院患者数は119万人である。119万×12カ月=1,428万を年間入院数と見込んだ。
- 9) 実際に国民医療費に占める患者負担の割合は1996年度11.8%から2002年度15.3%へ高まっている。

参考文献

- Blendon, R. J., et al. 2002. "Inequities in health care: a five country survey." *Health Affairs*, vol. 21, No. 3, 182-191.
- European Commission. 2001. Key Figures on Health Pocketbook
- Colombo, Francesca and Nicole Tapay. 2004. Private Health Insurance in OECD Countries: The Benefits and Costs for Individuals and Health Systems, *OECD Health Working Papers No. 15*
- Siciliani, Luigi and Jeremy Hurst. 2003. Explaining Waiting Times Variations for Elective Surgery across OECD Countries, *OECD Health Working Papers No. 7*
- OECD. 2004. Proposal for a Taxonomy of Health Insurance, *OECD Study on Private Health Insurance*
- Jacobzone, S. 1999. Aging and Care for Frail Elderly Persons: An Overview of International Perspectives, *OECD Labour Market and Social Policy Occasional Papers No. 38*
- Verband der privaten Krankenversicherung. 2004. Private Health Insurance; Facts and Figures 2003/2004
- 牛越博文 2004「民間の医療保険をめぐる最近の動向」『医療経済研究機構レター』No.125, pp.23-26
- 厚生省大臣官房政策課調査室 1998「公的・民間サービスの機能基礎調査報告書」
- 砂川知秀, 江頭達政 2003「欧州3ヶ国の医療・介護分野における民間保険市場の最新動向」『損保ジャパン総研クォーターリ』42号
- 生命保険文化センター 2001「生活保障に関する調査」
- 生命保険文化センター 2003「生命保険ファクトブック」
- 鶴田忠彦 1995「日本の医療サービス市場の諸問題」鶴田編『日本の医療経済』東洋経済新報社
- 矢倉尚典, 田中充, 田中健司 2003.「米国における健康保険市場と保険会社のヘルスケア事業」『損保ジャパン総研クォーターリ』42号

(すずき・れいこ (社)日本経済研究センター主任研究員)

医療の費用抑制と効率性の向上

—OECD 諸国による取り組みとその課題—

小塩 隆士

■ 要約

本稿では、2004年にOECDが発表した報告書『質の良い効率的な医療システムに向けて』（“Towards High-Performing Health Systems”）の内容を踏まえ、医療の費用抑制と効率性の向上に必要な政策やその問題点を検討する。そのためまず、医療をめぐるOECD諸国の現状を概観し、医療費増大の簡単な要因分析を行う。次に、OECD諸国が取り組んできた、需要サイドおよび供給サイドでの費用抑制策や効率性向上策を幾つか取り上げ、その効果や問題点を整理する。OECD諸国の経験を振り返ると、医療の費用抑制や効率性向上という政策目標に対して、単独の政策手段に立ち向かうのはかなり困難であることが分かる。それぞれに限界があり、過度に依存すると意図せざるマイナス効果が発生する危険性も高い。需要サイド、供給サイドの両面において、できるだけ多くの政策手段を動員していくことが現実的で効果的な戦略と言える。

■ キーワード

医療費、OECD、医療保険、医療供給体制

I はじめに

医療費の拡大は各国に共通して見られる傾向であり、その抑制が重要な政策課題になっている。2004年にパリで開催されたOECD保健担当大臣会合でも、この問題が活発に議論されたところである。また、同会合で報告された報告書『質の良い効率的な医療システムに向けて』（“Towards High-Performing Health Systems”）においても、第4章「医療費支出：支弁可能なコスト水準と安定的な資金供給を求めて」（“Health-care spending: the quest for affordable costs and sustainable financing”）と第5章「医療制度における「バリュー・フォー・マネー」の向上：効率性を求めて」（“Increasing value for money in health systems: the request for efficiency”）という2つの章で、医療費支出の抑制と効率性の向上に対する各国の取り組みが紹介されている。

本稿では上記報告書の内容を踏まえ、医療の費用抑制と効率性の向上に必要な政策やその問題点を検討する。そのため、まず、次のIIで医療をめぐるOECD諸国の現状を概観し、医療費増大の簡単な要因分析を行う。そして、IIIでは、OECD諸国が取り組んできた、需要サイドにおける費用抑制策や効率性向上策を幾つか取り上げ、その実際の効果や問題点を整理する。一方、IVでは供給サイドにおいて医療の効率性を向上させる取り組みを取り上げ、IIIと同様にこれまでの実例や今後の課題を指摘する。最後のVでは、以上の検討結果から得られる、日本の医療制度改革への政策的含意をまとめる。

II 医療費の拡大と国際比較

1. 医療費拡大とその要因

医療費拡大は国によって程度の差こそあれ、

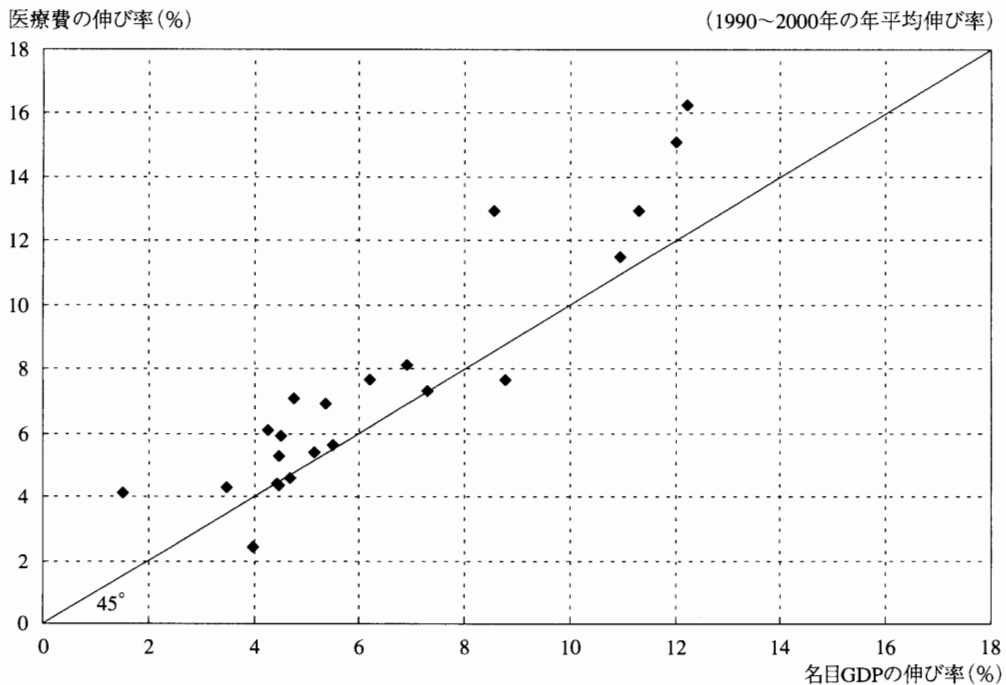
OECD諸国に共通して見られる傾向である。医療費（介護費用を含める）のGDPに占める比率（2001年）を見ると、OECD平均では8.3%となっており、10%を超える国も3つある（米国、スイス、ドイツ）。この医療費は過去10年間、経済全体の成長率を上回るペースで増加してきた。図1は、1990～2000年の10年間における医療費の伸び率と、名目GDP成長率をそれぞれ年率換算して比較したものである。かなりの国において、両者の組み合わせを示した点が45度線の左上に位置していることが分かる。

このような医療費の拡大傾向には、基本的に次の3つの要因が働いていると考えられる。

第1は、費用を引き上げる（cost-increasing）タイプの技術進歩が進んだことである。技術革新は通常の場合、生産性を高め費用を節約する（cost-

reducing）方向に働くが、医療の場合は保険を通じてその対価が支払われることが多く、コスト意識が働きにくい。費用を引き上げる技術進歩が進む可能性も高い。医療機器の高性能化、バイオテクノロジーや製薬技術の高度化などがその背景にある。実際、Newhouse（1992）やJones（2002）は、近年における医療費拡大の半分以上は医療技術の進歩に起因するものと推計している。

第2の要因は、医療というサービスの供給の特殊性である。医療業界はもともと労働集約的であるため、医師や看護師など医療従事者の賃金がほかの業界と同様に变化したとしても、需給調整があまり進まず、経済全体の平均に比べてコスト高になる傾向がある。第1の要素とともに、これが医療サービスの相対価格を高め、医療費のGDPに対する比率の上昇に貢献している。



注：1990年と2000年のデータが揃い、医療費と名目GDPの年平均伸び率がいずれも20%以下にとどまった22カ国のみ。

出所：OECD “Health Data 2004”より作成。

図1 OECD主要加盟国の医療費とGDP

第3は、高齢化の進展である。医療費はどの国の場合でも、人生における最後の約2年間に集中する傾向がある(Moise and Jacobzone(2003)参照)。高齢化は、その時点において、人生の最後の時期を迎えつつある人たちの比率が高まることを意味するから、それ自体が医療費の増加要因となる。

今後についてはどうだろうか。医療費の将来予測を行う場合、ベンチマークとなるのは、各年齢階層の平均的な医療費支出と構成人口を掛け合わせるという作業である。EUについては、Bains(2003)による予測がそうした作業の代表的な例となっている。それによると、医療費のGDP比は2000年から2050年の間に2.2%ポイント上昇することになる(狭義の医療費は1.3%ポイント、介護費は0.9%ポイントの上昇)。OECD全体でも、2%ポイント前後の上昇が予想されるところである。

2. クロスセクション・データによる分析

次に、医療費拡大の要因を国別のクロスセクション・データで簡単に調べておこう。このタイプの実証分析については、1998年までの分についてGerdtham and Jönsson(2000)が詳細なサーベイを行っている(パネル・データによる分析を含む)。彼らによると、次のような点が既存の実証分析の一般的な傾向となっている。

- ・ 1人当たりのGDP(所得)による影響が最も大きくかつ有意であり、医療支出の所得弾力性は1を若干上回る、
- ・ 人口の年齢構成や失業率は有意でない、
- ・ プライマリー・ケアにおける「ゲートキーパー」制度があるほど、支出は低くなる、
- ・ 個人が最初に医療費を支払い、後で払い戻すという制度があると、支出は低くなる、
- ・ 出来高払いより定額払い制度のほうが、支出は低くなる、
- ・ 入院患者数の比率が高いほど、支出は高くなる、
- ・ 医療費に占める公的支出の比率が高いほど、

支出は低くなる、

- ・ 医師総数が多いほど、支出は高くなる。

本稿でも、OECD加盟国の1人当たり医療費(米ドル・ベースの購買力平価に換算したもの)が、どのような要因によって決定されるかを2001年のデータに基づいて調べよう。説明変数としては、所得要因として1人当たりGDP(同上)、人口動態要因として65歳以上人口比率を採用するほか、医療費の支出形態要因として、医療費における公的支出の割合(医療費のうち税や社会保険料など公的財源に依拠する部分の比率)および自己負担比率(医療費のうち自己負担が占める比率)、そして、プライマリー・ケアの方法としてのゲートキーパー方式の有無、以上5つを想定する。このうち、1人当たり医療費と1人当たりGDPは対数値を用いる。さらに、データの制限上、説明変数が揃わない7カ国(ベルギー、ギリシャ、オランダ、ポルトガル、スウェーデン、トルコ、英国)はサンプルから外し、23カ国に限定する。

回帰分析の結果をまとめたのが、表1の左側である。ここから、次のような点が確認できる。まず、1人当たりGDPが上昇すれば1人当たり医療費支出も増加する。所得弾力性は1.1となっており、所得の伸び以上に医療費支出が増加することが分かる¹⁾。次に、65歳以上人口比率の上昇も医療費の引き上げに寄与している。高齢化の進展が医療財政に圧力となることがここでも確認される²⁾。以上の2点は、予想通りの結果である。

それでは、医療制度の運営方法に関する、その他の要因についてはどうだろうか。第1に、医療費支出のうち公的支出がカバーする割合が高いほど、医療費支出は抑制されることがわかる。後述するように、医療費支出の抑制策として民間保険のカバーする範囲の拡大が提唱されることもあるが、クロスセクション・データで見ると、公的支出のウェイトが高いほど医療費は抑制される傾向があることが確認される。第2に、自己負担比率が高

表 1 医療費の決定要因(2001年): OECD 諸国クロスセクション・データによる回帰分析

被説明変数	1人当たり医療費支出(対数値)		医療費/GDP	
	係数	t値	係数	t値
定数項	-1.082	(-2.00)	0.202	(6.55)
1人当たりGDP(対数値)	1.100	(10.54)	—	—
65歳以上人口比率	1.170	(2.06)	0.219	(2.19)
公的支出割合	-0.680	(-3.72)	-0.162	(-5.22)
自己負担比率	-0.591	(-2.30)	-0.160	(-4.09)
ゲートキーパー有り(=1)	-0.012	(-0.41)	-0.003	(-0.63)
自由度修正済 R ²		0.931		0.597
標準偏差		0.067		0.012
観測値数		23		23

注 1: 医療費, GDPは米ドル・ベースの購買力平価に換算したもの。

2: ゲートキーパーの有無については, Jönsson and Eckerlund (2003) の値(1998年)を採用。

出所: OECD “Health Data 2004”より筆者推計。

くなるほど、医療費は全体として低くなる。自己負担の引き上げも、医療費の削減の方策としてしばしば指摘されている。

最後に、ゲートキーパーの存在は医療費支出を引き下げる方向に働くものの、その効果は有意ではない。ゲートキーパーも医療費削減のために提唱されることがあるが、その制度の有無が医療費の水準を大きく左右するとは言えないようだ。

表1の右側は、被説明変数として、1人当たり医療費ではなく、医療費のGDP比率を採用して、1人当たりGDP以外の変数を説明変数として回帰式を計算した結果をまとめたものである。ここでも、上述と整合的な結果が得られている。

なお、以上の分析から医療費拡大の要因について明確な結論を導き出すことは必ずしも容易でない。なぜなら、1人当たり医療費の高さには、医療サービスの量だけでなく、質も反映していると考えられるからである。さらに、医療費のGDP比の違いを見る場合も、GDP成長率の高さや、医療サービスとその他財・サービスの相対価格の違いにも留意する必要がある。例えば、所得水準の高い国ほど、単価の高い医療サービスが購入されるという傾向があるものと考えられる。

III 需要サイドの医療費抑制策

本節と次節では、2節で概観したようなOECD諸国の医療費をめぐる状況を念頭に置いて、医療費の抑制策や効率性向上策を幾つか取り上げ、その意義と解決すべき課題を考える。OECDの報告書『質の良い効率的な医療システムに向けて』が整理しているように、そうした対策は、需要サイドと供給サイドのものと大別される。

まず、需要サイドにおける医療費抑制策としては、①賃金・価格・数量規制、②予算規制、③自己負担の引き上げ、④民間財源へのシフトの4つが代表的な対応といえる。以下、それぞれについて順に見ていくことにしよう。

1. 価格・賃金・数量規制

医療分野は情報の非対称性の度合いが高いため、自由な市場競争に委ねると効率的な資源配分を達成しにくいと一般的に考えられている。そのため、医療サービスの価格や医療報酬については一定の規制がかかっている場合がほとんどである。ただし、その方法は国によって異なる。医療従事者の大部分が公的部門の職員である国では、

彼らは報酬をあらかじめ決められた給与として受け取っている。また、医療従事者が公務員でない場合も、報酬は政府が決定するか、政府と関係者間の交渉で合意されるという国が多い。さらに、薬価についても何らかの規制をかけている国がほとんどである。

こうした賃金・価格規制の効果については、医療サービスの供給者の行動が変化するため、当初の目的が必ずしもうまく達成されないという傾向が見られる(Docteur and Oxley (2003))。例えば、①規制や価格の抑制策の効果を打ち消すために、医療サービスの量を引き上げる、②高コストのサービスを提供したり、患者をよりコストの高いランクに引き上げたりする、③価格規制のかかっていない分野にサービス内容をシフトさせる、といった行動の変化が各国で観察されている。さらに、賃金抑制によって短期的に医療費が削減できたとしても、それが医療従事者の供給不足につながり、長期的にはサービスの維持に支障をきたすという状況に直面している国もある。

一方、病院数やベッド数に対する抑制も各国で行われている。1970年代から1980年代にかけて、医療施設の拡充が加速度的に進んだ。しかし、90年代以降、ベッド数はむしろ減少傾向にあるとともに、大病院での治療重点化による「規模の経済」「範囲の経済」の追求が一般的な趨勢となっている。ただし、Jönsson and Eckerlund (2003)が国別のクロスセクション・データで行った実証分析によると、ベッド数(人口1,000人当たり)と1人当たり医療費との間に有意な関係はない。

このように、価格・賃金・数量規制については、その有効性について必ずしも明確な決意論は得られていないと言える。

2. 予算の上限設定

マクロ面からの医療費抑制策としては、第2に、医療関連予算に上限を設定したり、制約をかけた

りする処置が考えられる。こうした政策が効果をもたらすのは、容易に予想されるように、公的部門が公費(税)中心で医療サービスを提供している国(デンマーク、アイルランド、英国など)である。社会保険で医療サービスを提供している国でも、医療総額の目標や指針を設定している場合が少なくないが、総じて見るとそれらは有効に機能していないようである。

予算面からトップ・ダウン的に総額を制御するというアプローチには、望ましくない副作用も発生することも次第に明らかになってきた。具体的には、次のような問題点が指摘されている。第1に、医療サービスとは無関係に予算が設定され、しかも、サービス供給が増加した際の穴埋め策が講じられていない場合、サービス供給者にはサービス拡充や効率性向上の誘因が働きにくい。第2に、予算が従来の価格に基づいて設定されている場合、非効率性が改善されない。第3に、予算のうち残余の部分が財源の負担者に還元される場合、サービス供給者は予算消化を目指すことになる。第4に、予算削減はしばしば定員削減などと連動するので、医療従事者の労働意欲を阻害する危険性もある。

したがって、政府が予算の上限を設定する場合、その弊害を軽減するために、サービス供給の増加や効率性の向上につながるような措置を併せて実施するという傾向が見られるようになってきている。

3. 自己負担の引き上げ

医療費の負担のあり方は各国によって異なるが、医療サービス利用者の自己負担を引き上げる傾向が一般的に見られるようになってきている(医療費全体に占める自己負担の比率の変化については表2参照)。薬剤費についても、保険の対象外扱いにする薬品の範囲を広げたり、利用者に定額負担を求めたりする例も見られる。

医療サービスは保険という仕組みを通じて供給されるので、利用者から見ると、病気になったとき、

表2 医療費に占める自己負担と民間医療保険の比率

	自己負担／医療費		民間医療保険／医療費	
	1990	2001	1990	2001
Australia	16.6	19.3	11.4	7.6
Austria	—	18.3	9.0	7.4
Belgium	—	—	—	—
Canada	14.4	15.3	8.1	12.4
Czech Republic	2.5	8.7	—	—
Denmark	16.0	15.8	1.3	1.6
Finland	15.6	20.2	2.1	2.5
France	11.4	10.2	11.0	12.9
Germany	11.1	10.6	7.2	8.4
Greece	—	—	—	—
Hungary	—	27.7	—	0.3
Iceland	13.4	16.8	—	—
Ireland	16.6	11.9	9.1	6.3
Italy	15.3	20.2	0.6	0.9
Japan	—	16.5	—	0.3
Korea	54.0	37.3	2.6	2.2
Luxembourg	5.5	7.6	—	1.4
Mexico	58.3	52.5	1.2	2.8
Netherlands	—	10.3	—	16.5
New Zealand	14.5	17.0	2.8	6.3
Norway	14.6	14.3	—	—
Poland	8.4	28.1	—	—
Portugal	—	—	0.8	—
Slovak Republic	—	10.7	—	—
Spain	—	23.7	3.7	4.0
Sweden	—	—	—	—
Switzerland	35.7	31.7	11.0	10.2
Turkey	—	—	—	—
United Kingdom	10.6	—	3.3	—
United States	20.1	14.4	34.2	35.7

出所：OECD “Health Data 2004”。

自分で負担する経費 (out-of-pocket) を大幅に上回る金銭的価値のある医療サービスを受け取ることができる。そのため、必要以上に医療サービスを需要するというモラル・ハザードの問題が起り、それが医療費の増加につながることになる。その問題を解決するために、自己負担の引き上げがしばしば主張される。

自己負担の引き上げが医療費に及ぼす影響は、医療サービス需要の価格弾力性に依存する。通常の財・サービスの場合は、価格弾力性が1を上回るかどうかで、価格調整の支出額に及ぼす影響が左右される。これに対して医療サービスの場合は、自己負担を引き上げても医療の単価そのものは変化しないので、価格弾力性が1を下回ってい

でも医療費支出は削減する。さらに、自己負担を除いた医療費（保険料や公費で賄われる部分）の削減率は、全体の医療費の削減率を上回ることになる³⁾。

医療サービス需要の価格弾力性に関する実証分析は、これまでも盛んに行われてきた。前出・Docteur and Oxleyのサーベイによると、価格弾力性の値は総じて低く、クロスセクション・データによる分析では大体0.2から0.3の範囲に収まっている。したがって、自己負担比率の引き上げは、実際にはそれほど大きな結果をもたらさないかもしれない。

ただし、この点については2つほど注意すべきことがある。第1に、テクニカルな点であるが、自己負担率がもともと低い国では、その引き上げによって医療費の削減効果がかなり大きくなる。例えば、自己負担率が20%というA国と5%というB国があった場合、価格弾力性が同じ0.3であったとしても、自己負担率を1%ポイント引き上げることにより、医療費（自己負担を含む）は、A国では1.5%しか削減されないのに対して、B国では6%も削減される。

第2に、それ以上に重要な点だが、低所得層に対する優遇措置を用意しないかぎり、自己負担の引き上げは逆進的な効果をもたらす。また、自己負担の引き上げによって、とりわけ低所得層が医師の診察を受けることを躊躇したり、処方された薬品の購入を抑制したりすることにより、長期的にはより高コストの治療を受けざるを得なくなることもあろう。そのため、実際には、自己負担に上限を設定したり、低所得者や高齢者向けの軽減・免除措置を設定したりするケースが見られる。ただし、そうした措置を講じないと、行政コストがかかるほか、医療費削減の効果も弱まることになろう。こうした要因が、自己負担引き上げの医療費抑制効果を減殺することになると推察される。

4. 民間医療保険の活用

公的な医療保険の財政悪化を軽減する措置として、民間医療保険の導入が検討される場合もある（民間医療保険のウェイトの推移については前出・表2参照）。しかし、表1でも示したように、国別のクロスセクション・データで調べると、医療費支出にしめる公的財源のウェイトが低いほど、1人あたり医療費が低くなる傾向があり、民間保険のウェイトの引き上げが医療費を全体として節減するわけでは必ずしもない。

医療サービスの提供を民間保険に移行させる場合、幾つかの解決すべき課題がある。まず、税や保険料は所得など負担能力に応じて負担が抛出されるが、民間保険の場合は、むしろ各自の疾病リスクの高低が保険料水準を左右する。これは、民間保険への移行が公平性の観点から見て問題があることを意味する。さらに、民間保険の場合は、慢性症状を持つ者や保険料抛出が滞る可能性の高い低所得者を保険会社が排除する、いわゆる「リスク選択」が起こりやすい。政府がこうした問題に対処するため、低所得者向けの支援策やリスク選択回避の政策を講じようとする、行政コストも含めて財政的な改善効果は限定的なものになってしまう。

IV 供給サイドの医療費抑制策

医療サービスは、年金とは異なり、供給サイドの効率性の程度が全体の支出を大きく左右する。本節では、OECD諸国がこれまで取り組んできた供給サイドでの効率性改善策とその効果を概観することにする。OECDの報告書『質の良い効率的な医療システムに向けて』では、そうした取り組みを医療制度における「バリュー・フォー・マネー」(value for money: 費用に見合った価値)の向上策と解釈している。つまり、効率性の向上は、医療制度のパフォーマンスを改善しながら費用を節約

するための重要な政策として位置づけられている。以下では、供給サイドにおける効率性の向上策として、① 医療報酬の支払い方法の見直し、② 医療サービス供給体制の見直し、③ 医療における市場競争の可能性、④ 医療技術の評価の在り方、の4つに注目し、その意義や問題点を整理する。

1. 医療報酬の見直し

医師に対する報酬の仕方は、各国でかなり異なる。医療を公費(税)中心で賄う場合は給与や人头払いを、社会保険で賄う場合は出来高払いを採用する国が多い。出来高払いは一般的に、医療サービスの供給量に対するコントロールが困難なので、過剰診療、不必要な医療サービスの提供といった問題点が発生すると言われる。一方、給与や人头払いの場合は、出来高払いとは逆に過少診療の問題が起ったり、高リスクの患者の受診を忌避したりする誘因が働きやすいと指摘される。

このように、いずれの方法にも問題があるので、給与や人头払いによる固定部分と、出来高払いの部分とをミックスした方法に移行するという動き(イギリスの一般開業医など)も見られる。さらに、支出の上限設定や報酬水準の抑制、医療サービスの利用状況の検証といった仕組みによって医療費の節減が試みられる場合もある。

一方、これらに対して、とりわけ病院医療の場合は定額払い(包括払い)という方法が採用される場合がある。これは、人件費、医薬品、医療材料などの医療資源の必要度に注目して、疾病を500程度のDRG(diagnosis-related group: 診断群)に整理してその治療コストを客観的なデータの分析に基づいて設定し、診療報酬をあらかじめ決定してしまう方法である。この方法は米国を中心に採用されており、オーストラリアやベルギー、カナダなど多くの国で導入され、あるいは導入が検討されている。

この定額払いは、医療サービスの効率化を供給者側に与えるという点がメリットである。実際、そ

れを示す幾つかの実証分析の結果が報告されている。例えば、Chalkley and Malcomson(2000)は、アメリカの場合、定額払いを採用している病院のほうが、それ以外の報酬制度を採用している病院よりも平均的な入院日数が有意に短くなることを示している。また、Gerdtham *et al.*(1999)は、スウェーデンにおいて、定額払いを実施している郡とそうでない郡との間では、医療費が10%程度異なることを明らかにしている。

しかし、問題がないわけではない。給与や人头払いの場合と同様に、高リスクの患者を排除するというクリーム・スキミング的な行動を排除できない。こうした問題を解決するために、政府が病院の医療経費の一部を援助したり、高リスク者の診療費に公費を一部導入したりするといった措置がとられている。さらに、病院が施設として提供するサービスは定額払い、医師の報酬は出来高払いとする、ベルギーなどで採用されている方法もある。なお、定額払いの導入は、医療費が当初に計画された予算の範囲内に納まることを保証するものではなく、支出抑制を目指した追加的な方策が同時に講じられることもある。

2. 医療供給体制の見直し

第2の対応は、医療サービスの供給体制を見直すことであるが、これにはさまざまなパターンがある。

まず、一般開業医の役割をどのように位置づけるかという問題がある。一般開業医は、一般の国民が医療サービスに接する最初の機会を提供する役割を果たしているため、そのあり方が医療全体の効率性を向上させる可能性がある。実際、限られた医療資源を有効に活用するため、英国やニュージーランドを始めとして一般開業医の役割を強化する国が出てきている。こうした一般開業医の役割がゲートキーパーと呼ばれるものであるが、英国やニュージーランドだけでなく、フランスやノルウェー、米国でもその役割が重視されてい

るところである。ただし、ゲートキーパーの存在が医療サービスの効率化にどこまで貢献するかという点については不透明な部分が多い。前述のように、ゲートキーパーの存在は医療費を引き下げるとというのがこれまでの実証分析の結果であるが、本稿の回帰分析ではその引き下げ効果は有意ではなく、前出・Jönsson and Eckerlundの分析でも同様の結果となっている。

より包括的な改革として、医療サービスの購入者と提供者の役割を峻別し、前者の立場を高めるという方向を目指す国が増えている。医療サービスは、普通の財やサービスとは異なり、需要者と供給者の間で情報の非対称性が高いという性質を持っている。しかも、それぞれの需要者が供給者に医療サービスの報酬を直接支払うのではなく、社会保険または税という形で間接的に支払うウェイトがきわめて高い。そのため、医療サービスの購入者の代表者が、医療サービスの供給者と同等の立場に立って医療サービスや医療費などの交渉に当たる必要が出てくる。こうした動きは、社会保険あるいは税という形で財源が調達され、公的に統合された医療制度を持っている国ほど顕著になっている。その場合、医療サービスの代表購入者は公的機関となるが、予算の制約を念頭においたコスト節減、医療サービスの質やアクセスの向上などが交渉課題となる。

なお、医療供給体制の見直しという面では、OECDの上記報告書の中で、日本の介護保険導入も注目すべき取り組みとして受け止められている。「社会的入院」という非効率な医療費の使い方を是正するために、医療サービスと介護サービスを峻別した上で、介護サービスについては新たな財源を設定し、従来の医療サービスは急性医療に特化するという方針は確かに一定の合理性を持っている。しかし、ドイツの場合と同様に、介護費用が予想以上に増加し、介護サービスの合理性も喫緊の課題となっている。

さらに、病院の経営体質の改善や説明責任体制の強化も最近の傾向として認められる。公立病院の経営の独立性を高め、医療以外のサービスや施設管理などを外部発注(contract-out)することも認められるようになってきている。また、イギリスでは、PFI (Public Finance Initiative)による病院運営も積極的に進められている。ただし、こうした取り組みの効果については、今後の実証分析に委ねられる部分が多い。

3. 医療における市場競争の可能性

医療分野に市場競争を導入するという発想は、もともと民間医療保険の役割が大きい米国を除くとこれまでそれほど一般的ではなかった。しかし、1990年代に入ってから、英国やニュージーランド、スウェーデンなどで医療サービスの供給者(病院)への市場競争の導入が幾つか試みられた。一般的な形は、医療サービスを提供する病院が価格を設定して競争を展開するというものである。しかし、これら競争政策については期待されたような効果が上がっていないというのが、実証分析の結果に見られる一般的な傾向のようである。医療サービスの場合、価格で競争するという誘因が供給者になかなか働きにくく、医療サービスの購入者も、供給者の行動を変化させるのに十分な情報を持っていないというのがその最大の原因だと推察される。仮に市場競争にメリットがあるとしても、その一方で行政コストが大幅に上昇し、メリットが相殺されるという傾向も確認されている(Le Grand (2002))。さらに、市場競争は、低所得者のアクセスを制限するという公平性の観点からみた問題を引き起こす。

1990年代初頭に市場競争を導入した英国やニュージーランド、スウェーデンでは、いずれも1996-97年にかけて市場競争を凍結している。つまり、市場競争の導入という実験はかなりの短命に終わっているが、その背景には幾つかの要因

が考えられる。例えば、①市場競争を実施しようとしても、特定の医療機関が地域で独占的地位を占めていることが多いこと、②もともと医療サービスが供給不足になっており、医療機関の立場が強いこと、③医療サービスの購入者にサービスの価格や質を比較するだけの能力が欠如していること、などが市場競争の効果が期待通りに発揮できなかった要因となっている。

むしろ、市場競争の導入は保険者間において積極的に進められている。この改革は、保険者が被保険者に提示する保険料をめぐって競争するだけでなく、保険者が医療提供者に効率性の向上を求める誘因を生み出すという、2つの経路で医療サービスの需要者にメリットをもたらすものと期待される。

こうした保険者間における市場競争の導入は、医療保険が民間中心でなく、社会保険中心の国でも十分に可能である。実際、ドイツでは、保険者間の競争によって、保険料率が収斂する傾向が観察されている(Greß *et al.* (2002))。米国では、いわゆる managed care 制度の下で、被保険者は保険者が契約した医療機関でしか受診できないが、それによって保険者間の競争の効果が一層高まるという面もある。ただし、こうした保険者間の競争に問題がないわけではない。医療保険市場が分断され、社会全体で医療リスクを分散するという医療保険本来の目的が一部損なわれるだけでなく、保険者側にリスク選択の誘因が働きやすいからである。

医療サービス分野での市場競争の導入は、医薬品分野でも進められている。医薬品は、新薬開発に対する経済的報酬を保証するため、特許による保護の対象とされている。しかし、医薬品支出の総医療費に占める比率は最近上昇傾向にあり(過去10年間で1.6%ポイントの上昇)、その抑制も重要な課題となっている。そのため、特許保護期間が過ぎた製品に対しては、ジェネリック(後発)医薬品市場を整備することにより、市場競争でコストを削減しようとする動きが一般化している。安価

なジェネリック医薬品への代替を促すため、いわゆる「参照価格制度」(reference price system)の導入が進められている。

4. 医療技術評価の推進

より長期的な観点から、医療技術への投資を通じて医療分野における「バリュー・フォー・マネー」を高める取り組みとして、「医療技術評価」(health technology assessment)がある。医療技術評価とは、当該医療技術を適用した場合の効果・影響について、医学的、経済的および社会的な側面から包括的に評価することを意味する。このうち、医学的な側面からの評価とは、その技術の適用が健康改善に有効かどうかについて評価するものである。また、経済的な側面からの評価とは、患者の健康改善のためにその技術を用いることが費用に見合うかどうかを評価するものであり、費用効果分析、費用効用分析、費用便益分析などの方法が用いられる。また社会的な側面からの評価とは、その技術を用いることに伴う社会に及ぼす影響や倫理的側面について評価するものである。

OECD諸国における医療技術評価導入の例をみると、カナダ、オーストラリア等では政府の評価機関が薬剤の評価に関する情報を中央・地方政府機関に提供し、医療保険の償還や政策の判断に反映させるようになっており、限られた資源の中から最大の結果を引き出すという目標の下で一定の成果を得ている。また米国では、医療技術評価の手法は民間においても幅広く活用されており、保険者が行う技術評価によって保険償還を決定し、医療の質を高める手段として重視されている。こうした医療技術評価が、政府の医療政策や人々の健康状態にどのような影響を及ぼしているかという点については、賛否が分かれる面があるが、専門の学術雑誌(*International Journal of Health Technology and Health Care*)も刊行されており、研究成果が蓄積されつつあるところである。

V 結語—日本の医療制度改革への政策的含意

これまで、OECDの報告書『質の良い効率的な医療システムに向けて』に基づきながら、OECD諸国による医療の費用抑制や効率性向上への取り組みを概観してきた。諸外国の経験は、その失敗例も含めて、日本で現在進行中の医療制度改革にも重要な意味合いを持つものである。OECD諸国の経験を振り返ると、医療の費用抑制や効率性向上という政策目標に対して、単独の政策手段に立ち向かうのはかなり困難であることが分かる。それぞれに限界があり、過度に依存すると意図せざるマイナス効果が発生する危険性も高い。需要サイド、供給サイドの両面において、できるだけ多くの政策手段を動員していくことが現実的で効果的な戦略と言えるだろう。

日本の医療制度については、Jeong and Hurst (2001)が指摘するように、その生活水準の高さなどを考慮すると医療費が比較的低い水準に収まっているほか、平均寿命の長さや医療へのアクセスのよさなど、プラスに評価できる面も少なくない。しかし、高齢化が急速に進行する中で、制度の持続可能性を危惧する見方も強まっている。実際、厚生労働省「社会保障の給付と負担の見通し」(2004年5月)によると、2004年度に26兆円であった医療給付費は、2025年度には59兆円に達すると見込まれている。

このように医療費の急速な拡大が予想される中で、日本でも、①保健医療システムの改革、②診療報酬体系の改革、③医療保険制度改革の3つの柱で構成される医療制度改革が進められている(厚生労働省『医療制度改革について』、2002年4月)。この改革のなかには、ほかのOECD諸国で進められてきた一連の医療制度改革とも方向性や狙いを同じくするものが少なくない。例えば、②については、出来高払い方式の短所の是正、医療機

関の機能分担と連携の促進、医療技術の適正などが含まれている。また、③については、自己負担比率の引き上げや、老人医療費の伸びの適正評価、保険者機能の強化などが目指されている。

しかし、①について言うと、日本の取り組みはほかのOECD諸国に比べてかなり遅れている。カルテやレセプトの電子化といった、ほかの先進諸国ではすでにかなり進んでいる環境整備が、これから取り組むべき課題として残っているからである。そのため、供給サイドの費用抑制、効率性向上のペースがどうしても遅めになり、自己負担の引き上げなど需要面の対策に負担が掛かることになる。この点は、ぜひ改善すべきであろう。

さらに、OECD各国の医療制度改革を振り返って気づくのは、政策の効果を公開された統計によって綿密に評価するという作業が一般化されている点である。Santos-Eggimann and Geoffard (2003)がヨーロッパの場合について整理しているように、医療サービスの受給者の健康状態や経済状況、医療サービスの供給者の財務状況など、医療政策の客観的評価を進めるに当たっては、綿密な計量分析に耐えられるような詳細なデータの整備も必要である。

注

- 1) ただし、この点については、国別のクロスセクション・データで見ると、国内のデータで見るとでは結果がやや異なることに注意しておく必要がある。つまり、クロスセクションで見ると医療費の所得弾力性が1を超え、医療はいわゆる「奢侈財」と見なされるが、国内で所得階層別の医療費支出を見ると、低所得層ほどその所得に占めるウェイトが高まる傾向が見られる。
- 2) ただし、高齢化率が有意とならない実証分析も少なくない。この点については、Moïse and Jacobzone (2003)を参照。
- 3) この点は簡単に確認できる。いま、医療サービスの平均費用が p ドルで固定されており、そのうち $\alpha \times 100\%$ が自己負担であるとしよう($0 < \alpha < 1$)。医療サービスの数量を x とすれば、1人当たりの医療費は、自己負担を含む場合は px ドル、含まない場合は

$(1 - \alpha)px$ である。いま、医療サービス需要の価格弾力性を ε (絶対値表示)とすると、自己負担率を $\Delta \alpha$ だけ引き上げた場合、全体の医療費の削減率は $\varepsilon \times (\Delta \alpha / \alpha)$ 、自己負担を除いた医療費の削減率は $[(1 - \alpha)\varepsilon + \alpha] / (1 - \alpha) \times (\Delta \alpha / \alpha)$ となる。後者は、前者を $\alpha / (1 - \alpha) \times (\Delta \alpha / \alpha)$ だけ上回る。

参考文献

- Bains, M. 2003. "Projecting Future Needs: Long-term Projections of Public Expenditure on Health and Long-term Care for EU Member States." In *A Disease-based Comparison of Health Systems: What is Best and at What Cost?* edited by OECD, Ch.9, 145-161.
- Chalkley, M. and J. Malcomson. 2000. "Government Purchasing of Health Services." In *Handbook of Health Economics*, edited by A.J. Culyer and J.P. Newhouse, Vol.1A, Elsevier, 847-890.
- Docteur, E. and H. Oxley. 2003. "Health-care Systems: Lessons from the Reform Experience." *OECD Economics Department Working Papers*, No.374.
- Gerdtham, U. G. and B. Jönsson. 2000. "International Comparisons of Health Expenditure: Theory, Data and Econometric Analysis." In *Handbook of Health Economics*, edited by A.J. Culyer and J.P. Newhouse, Vol.1A, Elsevier, 11-53.
- Gerdtham, U. G., C. Rehnberg, and M. Tanbour. 1999. "The Impact of Internal Markets on Health Care Efficiency: Evidence from Health Care Reforms in Sweden." *Applied Economics*, Vol.31, Issue 8, 935-945.
- Greß, S., P. Groenewegen, J. Kerssens, B. Braun and J. Wasem. 2002. "Free Choice of Sickness Funds in Regulated Competition: Evidence from Germany and the Netherlands." *Health Policy*, Vol. 60, No.3, 235-254.
- Jeong H. and J. Hurst. 2001. "An Assessment of the Performance of the Japanese Health Care System." *Labour Market and Social Policy Occasional Papers*, No.56.
- Jones, C. 2002. "Why Have Health Expenditures as a Share of GDP Risen So Much?" *NBER Working Papers*, No.9325.
- Jönsson, B. and I. Eckerlund. 2003. "Why do Different Countries Spend Different Amounts on Health Care?: Macroeconomic Analysis of Differences in Health Care Expenditure." In *A Disease-based Comparison of Health Systems: What is Best and at What Cost?* edited by OECD, Ch.6, 107-119.
- Le Grand, J. 2002. "Further tales from the British National Health Service." *Health Affairs*, Vol.21, No. 3, 116-128.
- Moise, P. and S. Jacobzone. 2003. "Population Ageing, Health Expenditure and Treatment; An ARD Perspective." In *A Disease-based Comparison of Health Systems: What is Best and at What Cost?* edited by OECD, Ch.10, 163-179.
- Newhouse, J.P. 1992. "Medical Care Costs: How Much Welfare Loss?" *Journal of Economic Perspectives*, Vol.6, No.3, 3-21.
- OECD. 2004. *Towards High-Performing Health Systems*.
- Santos-Eggimann, B. and P.-Y. Geoffard. 2003. "Data Needed for Research and Policy in Ageing Societies: Contribution of the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE Project)." In *A Disease-based Comparison of Health Systems: What is Best and at What Cost?* edited by OECD, Ch.11, 182-191.

(おしお・たかし 神戸大学大学院経済学研究科助教授)

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

阿萬 哲也

■ 要約

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

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

■ キーワード

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

I はじめに

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

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

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

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

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

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

1. 閣僚級会合が開催される以前の状況

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

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

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

2. 第1回および第2回の閣僚級会合

(1) 第1回会合（1988年7月）

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

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

ケアの重要性等が指摘されている。³⁾

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

(2) 第2回会合(1992年12月)

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

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

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

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

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

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

という現状のバランスをいかにとるかということが最も重要であると結んでいる。

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

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

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

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

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

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

4. 第3回会合(1998年6月):「世界福祉構想」との関係で

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

IV 会合における議論、コミュニケおよび今後の展望

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

注

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

参考文献

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

OECD 社会支出データベース 2004 年版

国立社会保障・人口問題研究所

はじめに

平成 14 年度社会保障給付費（平成 16 年 9 月 27 日公表）の資料において初めて OECD 基準による社会支出の国際比較を参考資料として追加した。従来掲載してきた ILO 基準の国際比較データが更新できずにいることを補完する意味で OECD 基準による社会支出を追加掲載したのである。ILO 基準（第 19 次調査）¹⁾は 1996 年が最新であり、それすら報告の無い国例えばイギリスとフランスなど多数の国あるのが実情である。このほど 2001 年に刊行されて以来更新されていなかった OECD 社会支出データベースが 2004 年版として 10 月に公開された。2001 年版では CD で販売されたものが、2004 年版からは、インターネットのウェブ上ダウンロード形式で無料配布されることになった。ここに翻訳して紹介する表はすべてインターネットで OECD のウェブサイトからダウンロードしたものである。²⁾

1. 2004 年版の更新事項

2001 年版では 13 政策分野にわかれていたものを 9 分野に整理統合した。それによって、区分の数は 9 と ILO 基準と同じになったが、2004 年版の OECD は雇用関係の支出を「失業」と「積極的労働市場政策」の 2 つに分けていて、業務災害補償を障害に統合している点で両者は依然として異なっている。OECD の変更点については動向（2003）に詳しくまとめているので参照されたい。

9 区分に整理統合された OECD 基準の社会支出

の項目説明は表 1 のとおりである。OECD 基準と ILO 基準の最大の違いは、前者が支出 (expenditure) であり後者が給付 (benefit) であることで、その違いは前者が施設設備整備費等の個人に直接移転されない費用も含んでいるのに対して、後者は個人へ移転される給付だけに限定している点である。なお、ここには明示していないが、管理費 (administration cost) は OECD の場合も ILO の場合も別掲で、この区分のいずれにも含まれない。

OECD の社会支出の定義は次のとおりである。（翻訳の関係で OECD で給付と呼ばれている内容は上記のように ILO でいう狭義の給付ではなく、施設整備費などを含んだ支出である。）「公的および私的給付で、財政的な拠出の目標を、厚生 の低下をもたらす何らかの状況にある個人または世帯の状況を向上させるためとしている制度。給付や拠出には、特定の財・サービスに対する直接支払も個人契約・個人移転も含まれないものとする。³⁾ 社会給付は現金給付または財やサービスの直接（現物）給付である。社会給付は制度枠組みの中で支給される給付のみを範囲とするため、世帯間やインフォーマルな関係の中で交換される移転は、社会的性質を有するとはいえ、この限りではない。」⁴⁾

ここでキーワードとなっているのは「社会的」という概念である。「何が社会的で何が社会的でないかの判断は、その給付の目的とその制度が個人間の再配分をどの程度行っているかによる。」⁵⁾ 個

人間再配分の機能の有無が社会的とよぶのに必要条件だというのである。

なお、2001年版では各国の詳細表ではワークシートが3枚にわけられPB・PO・PVとタイトルが付けられていたのが、2004年版では、PublicとMandatory Privateの2枚に分けられている。Public = PBで公的社会支出を表し、Mandatory Private = POで義務化されている私的社会支出を表している。2001年版にあったPVすなわち任意の私的社会支出(Voluntary Private)は2004年版では掲載されていない。

公的社会支出とは、一般政府(すなわち中央政府、州政府、地方政府であり、社会保障基金もここに含まれる)が関連して資金の流れを管理している場合に「公的」と位置づけている。この意味において、「私的」は「社会的」と対ではなく、「公的」と対になっている。⁶⁾ 義務化されている私的社会給付(mandatory private social benefits)では、雇用主や個人は、個々人のリスク分布構造や市場価格とは関係なく、その制度を採用することが強制されている。協約あるいは個人ベースで私的なものとしてその制度を採用することを、公的な財政上の介入が奨励しているということは、その制度を採用するかどうかの意思決定が、個々人のリスク分布構造や市場価格に100%基づいて行われているのではないということである。(労使の団体協約により採用された社会給付あるいは協約ベースで雇用主によって契約された社会給付についても同じことが言える。)⁷⁾

2. 日本データの構造について

表2は公的社会支出、表3は義務化されている私的社会支出、の表である。OECDが公開しているものを日本について制度を翻訳したものである。各政策分野の中を現金と現物にわけている構造がわかる。またその下部組織として、社会保険制度名等が並んでいることがわかる。どちらの表も

最後の行で、現金と現物を集計しているが、現金の方が現物より大きくなっていることがわかる。現金給付と現物給付をわけ理由は、いくつかあるが、経済学的に言えば、「現金給付は購買力を再分配していることになるが、そうした現金給付は人々の就労インセンティブや貯蓄インセンティブをゆがませるので、部分的にしか経済資源を消費しない。現金給付とは対照的に、現物給付は経済資源の消費に直結している。」⁸⁾ 現物とは保育サービスや福祉サービスなどの直接行われるサービスを表し、現金とは年金や手当のように、現金が支払われる場合の給付を表している。

3. 諸外国の動向

表4は各国の公的と義務化されている私的社会支出を合計した額の対GDP比率の推移を表している。この中から日本を含む6カ国を抜粋してグラフにしたのが図1である。OECD 21カ国⁸⁾の平均とEU平均のいずれの線よりも下にあるのは日本とアメリカである。当然ながら、社会支出規模が相対的に小さい日本やアメリカを含むOECD 21カ国の平均のほうがEU平均を下回っている。なお、本統計で時系列を見る場合、ドイツについては1991年の東西ドイツの統合を、またEU加盟国については1989年以前と1990年以降で元データであるEUROSTATの統計整備における変更による違いがあることに留意されたい。なお、詳しくはOECD社会支出2004年版の各国の注意書きに詳しく記載されている。

4. まとめ

OECD社会支出2004年版には、私的社会支出が収載されていない。このため、2001年版でより大きく出ていたスウェーデンなどの国が2004年版では小さく出てきている。¹⁰⁾ なお、任意の私的社会支出を含め、税制の影響を加味した「純社会支出」(Net Social Expenditure)の研究がOECDで続

けられている。2001年にOECDが発表した同報告書は翻訳され国立社会保障・人口問題研究所のホームページからPDFファイルで入手することができる。¹¹⁾ この報告書ではアメリカについても任意の私的社會支出を含めた数値が紹介されている。アメリカにおいては医療保険や企業年金のように民間企業が担っている部分が大きく、これを加えると社会支出の規模は1997年対GDP比率で22.9%と日本の同ベースの15.1%を大幅に上回っている。¹²⁾ このように、OECDの社会支出統計を利用するときには、どの範囲で比較しているかが重要になってくる。2001年をベースとした純社会支出の研究がOECDの金融財政企業局のワーキンググループによって継続されているので、今後の動向に注目したい。

本資料に関する問い合わせは以下で受ける。
国立社会保障・人口問題研究所 企画部第3室
(電話03-3595-2985)担当 勝又幸子

注

- 1) ILO第19次調査の詳細については勝又(2002)参照のこと。
- 2) http://www.oecd.org/document/2/0,2340,en_2649_34635_31612994_1_1_1_1,00.html
- 3) 社会給付は労働の対価たる報酬(賃金や俸給)を含まない、というのは市場活動すなわちサービスの価格に応じた受給と同時に支払われる対価ではないから、交通費・有給休暇等、雇用主の費用はこの意

- 味において報酬の一部と考える。ヴィレム・アダマ「純社会支出第2版」(2001)p.4
- 4) ヴィレム・アダマ(2001)p.4. 左の翻訳版は国立社会保障・人口問題研究所のホームページよりダウンロードで入手可能。
 - 5) 同上ヴィレム・アダマ(2001)p.4
 - 6) 同上ヴィレム・アダマ(2001)p.6
 - 7) 同上ヴィレム・アダマ(2001)p.7
 - 8) 同上ヴィレム・アダマ(2001)p.4
 - 9) OECD 21カ国とは、オーストラリア、オーストリア、ベルギー、カナダ、チェコ、デンマーク、ドイツ、フィンランド、アイスランド、スウェーデン、アイルランド、イタリア、日本、韓国、オランダ、ニュージーランド、ノルウェー、スペイン、スロバキア、イギリス、アメリカ。
 - 10) 2001年版の5カ国比較については、国立社会保障・人口問題研究所のホームページで平成13年度社会保障給付費の参考資料として掲載されている。
<http://www.ipss.go.jp/ss-cost/j/kyuhuhi-h13/referenceOECD.pdf>
 - 11) <http://www.ipss.go.jp/s-info/j/shiryu/NetSocx2nd.pdf>
 - 12) 清家篤(2002)p.106

参考文献

- 勝又幸子 2002「動向 社会保障費用の国際比較」海外社会保障研究 No.138 Spring
国立社会保障・人口問題研究所 2003「動向 社会保障費用の国際統計の動向—ILO, OECD, EUROSTATを中心として—」海外社会保障研究 No.146 Spring
国立社会保障・人口問題研究所 2001 経済協力開発機構雇用・労働・社会問題委員会提出 労働市場・社会政策特別報告書第52号「純社会支出第2版」ヴィレム・アダマ著(訳:国立社会保障・人口問題研究所勝又幸子・山田篤裕)
清家篤 2002「実質社会保障支出に関する研究—国際比較の視点から—」厚生科学研究費補助金政策科学推進研究事業 平成13年度総括研究報告書

表 1 政策分野別社会支出の項目説明

	OECD定義 ¹⁾	日本の例
高齢	退職によって労働市場から引退した人及び決められた年齢に達した人に提供される現金給付が対象。給付の形態は年金および一時金を含み、早期退職をした人の給付もここに含めるが、雇用政策として早期退職をした場合の給付は「積極的労働政策」に計上すること。 高齢者および障害者を対象にした在宅および施設の介護サービスを計上する。施設サービスにおいては老人施設の運営に係る費用も計上する。	厚生年金：老齢年金、脱退手当金等 国民年金：老齢年金、老齢福祉年金、外国人脱退一時金等 厚生年金基金、農業者年金基金等：老齢年金等 船員保険：老齢年金 介護保険：介護サービス等諸費、支援サービス等諸費 社会福祉：老人福祉費、在宅福祉事業費等 生活保護：介護扶助 各種共済組合：退職共済年金、退職一時金等 各種恩給
遺族	被扶養者である配偶者やその独立前の子どもに対する制度の支出を計上する。	厚生年金：遺族年金 国民年金：遺族年金、死亡一時金等 船員保険：遺族年金 各種共済組合：遺族年金、死亡一時金等、埋葬料等 戦争犠牲者：遺族等年金等 政管健保、組合健保：埋葬料等 国保：葬祭諸費 船員保険：葬祭料等 (注)遺族に係る年金給付のうち業務災害制度から支給される給付は「業務災害補償」に含む
傷害、業務災害、傷病	業務災害補償制度下で給付されたすべての給付と障害者福祉のサービス給付、障害年金や療養中の所得保障としての傷病手当金などをここに計上する。	厚生年金：障害年金、一時金 国民年金：障害年金 各種共済組合：障害年金、傷害一時金、傷病手当金、休業手当金 社会福祉：特別児童扶養手当等給付金、身体障害者保護費、社会福祉諸費 国家公務員災害補償：休業補償、介護補償 地方公務員等災害補償：休業補償、介護補償 旧公共企業体職員業務災害：休業補償 労働者災害補償保険：休業補償、傷害一時金、施設整備費等 船員保険：業務災害関連給付、傷病手当金 政管健保、組合健保：傷病手当金等 公衆衛生：保健衛生諸費（ハンセン病療養所費補助金、エイズ予防対策事業委託費等）
保健	医療の現物給付をここに計上する。OECD Health data fileの公的医療支出の数値をここに採用する。（治療にかかる費用であって、傷病手当金は含まない。）	(注)国立社会保障・人口問題研究所はこのデータを提供していない。
家族	家族を支援するために支出される現金給付及び家族を支援するために給付される現物給付（サービス）に当てる支出を計上する。	児童手当：給付、児童育成事業費等 社会福祉：特別児童扶養手当給付金、児童扶養手当給付諸費、児童保護費 政管健保、組合健保、国保：出産育児諸費、出産育児一時金等 各種共済組合、船員保険：出産育児諸費、育児休業給付、介護休業給付
積極的労働政策	社会的な支出で労働者の働く機会を提供したり、能力を高めたりする為の支出を計上する。障害を持つ勤労者の雇用促進を含む。 OECD Employment OutlookよりActive measuresの合計を採用する。	(注)国立社会保障・人口問題研究所はこのデータを提供していない。
失業	失業中の所得を保障する現金給付を計上する。なお、年金受給開始年齢であっても失業を理由に給付されるものを含むが、それが労働政策の一部であれば「積極的労働政策」に含まれる。	雇用保険と船員保険の求職者給付等が計上されているが、船員保険の給付のみ社人研が提供
住宅	公的住宅や対個人の住宅費用を減らすために給付を計上する。	(注)国立社会保障・人口問題研究所はこのデータを提供していない。
生活保護 ²⁾	上記に含まれないが社会的給付が行われている場合を計上する。具体的には公的扶助給付や他に分類できない現物給付である。	生活保護：生活扶助、教育扶助、出産扶助、生業扶助、葬祭扶助 社会福祉：災害救助関係給付、婦人保護費 公衆衛生：原爆被害者の給付

注：1) OECD定義とはOECD Social Expenditure database2004edの基準である。

2) OECDの英語表示で最後の政策分野は「他の社会政策分野」となっているが、邦訳では最も代表的な制度として生活保護を代表させた。

表2 日本の公的社會支出

(百万円)

Code		SOCX2000	SOCX2001
392.10.1.0.0	高齢	34,771,145	36,729,939
392.10.1.1.0.0	現金給付	31,233,780	32,318,282
392.10.1.1.1.0	退職年金	31,193,732	32,258,584
392.10.1.1.1.1	国民年金	9,808,044	10,527,942
392.10.1.1.1.2	厚生年金保険	15,832,828	16,154,186
392.10.1.1.1.3	農林漁業共済組合	314,209	318,140
392.10.1.1.1.4	私学共済	165,761	172,542
392.10.1.1.1.5	船員保険	3,139	2,665
392.10.1.1.1.6	国家公務員共済	1,369,539	1,364,282
392.10.1.1.1.7	旧公共企業体	1,109	1,191
392.10.1.1.1.8	地方公務員共済	3,536,121	3,567,255
392.10.1.1.1.9	旧令共済	11,159	11,305
392.10.1.1.1.10	国家公務員恩給	60,725	56,229
392.10.1.1.1.11	地方公務員恩給	91,097	82,847
392.10.1.1.2.0	早期退職年金	a	a
392.10.1.1.3.0	その他の現金給付	40,048	59,699
392.10.1.1.3.1	厚生年金保険	12,833	12,569
392.10.1.1.3.2	国民年金	17	18
392.10.1.1.3.3	農林漁業共済組合	55	46
392.10.1.1.3.4	私学共済	327	295
392.10.1.1.3.5	国家公務員共済	174	221
392.10.1.1.3.6	旧公共企業体	5	3
392.10.1.1.3.7	地方公務員共済	23	27
392.10.1.1.3.8	介護保険	26,614	46,519
392.10.1.2.0.0	現物給付	3,537,365	4,411,656
392.10.1.2.1.0	介護、ホームヘルプサービス	3,537,365	4,411,656
392.10.1.2.1.1	社会福祉	152,445	156,474
392.10.1.2.1.2	社会福祉	0	0
392.10.1.2.1.3	社会福祉	3,283	225
392.10.1.2.1.4	介護保険	3,374,225	4,236,755
392.10.1.2.1.5	生活保護	7,413	18,203
392.10.1.2.2.0	その他の現物給付	a	a
392.10.2.0.0.0	遺族	5,979,949	6,111,568
392.10.2.1.0.0	現金給付	5,872,215	6,003,071
392.10.2.1.1.0	遺族年金	5,757,158	5,886,765
392.10.2.1.1.1	国民年金	143,408	141,351
392.10.2.1.1.2	戦争犠牲者	1,345,420	1,283,457
392.10.2.1.1.3	厚生年金保険	3,210,490	3,359,793
392.10.2.1.1.4	農林漁業共済組合	66,500	69,738
392.10.2.1.1.5	私学共済	26,702	28,017
392.10.2.1.1.6	国家公務員共済	297,147	308,584
392.10.2.1.1.7	旧公共企業体	23,987	27,375
392.10.2.1.1.8	地方公務員共済	634,911	660,301
392.10.2.1.1.9	旧令共済	6,134	5,608
392.10.2.1.1.10	船員保険	2,460	2,542
392.10.2.1.2.0	その他の現金給付	115,057	116,306
392.10.2.1.2.1	戦争犠牲者	107,871	109,506
392.10.2.1.2.2	国民年金	7,120	6,749
392.10.2.1.2.3	農林漁業共済組合	23	18
392.10.2.1.2.4	私学共済	0	6
392.10.2.1.2.5	国家公務員共済	36	21
392.10.2.1.2.6	旧公共企業体	7	5
392.10.2.2.0.0	現物給付	107,734	108,497
392.10.2.2.1.0	埋葬費	107,521	108,310

Code		SOCX2000	SOCX2001
392.10.2.2.1.1	政府管掌健康保険	23,359	21,843
392.10.2.2.1.2	組合管掌健康保険	16,813	16,625
392.10.2.2.1.3	国民健康保険	48,475	51,512
392.10.2.2.1.4	船員保険	807	730
392.10.2.2.1.5	私学共済	2,140	2,000
392.10.2.2.1.6	労災保険	2,156	2,169
392.10.2.2.1.7	国家公務員共済	4,846	4,925
392.10.2.2.1.8	旧公共企業体	0	0
392.10.2.2.1.9	地方公務員共済	8,837	8,437
392.10.2.2.1.10	地方公務員共済	8,838	8,438
392.10.2.2.1.11	地方公務員災害補償	63	53
392.10.2.2.1.12	旧公共企業体業務災害	0	0
392.10.2.2.2.0	その他の現物給付	213	187
392.10.2.2.2.1	戦争犠牲者	213	187
392.10.3.0.0.0	障害、業務災害、傷病	3,303,479	3,345,585
392.10.3.1.0.0	現金給付	2,924,502	2,925,856
392.10.3.1.1.0	障害年金	1,628,005	1,650,304
392.10.3.1.1.1	国民年金	1,270,804	1,294,160
392.10.3.1.1.2	厚生年金保険	295,556	296,653
392.10.3.1.1.3	農林漁業共済組合	5,019	4,964
392.10.3.1.1.4	私学共済	1,794	1,809
392.10.3.1.1.5	国家公務員共済	12,449	12,344
392.10.3.1.1.6	旧公共企業体共済	6,407	6,117
392.10.3.1.1.7	地方公務員共済	35,929	34,211
392.10.3.1.1.8	旧令共済	47	46
392.10.3.1.2.0	年金(業務災害)	474,159	475,872
392.10.3.1.2.1	船員保険	799	829
392.10.3.1.2.2	国家公務員共済	4,077	4,704
392.10.3.1.2.3	地方公務員共済	6,628	6,635
392.10.3.1.2.4	国家公務員災害補償	6,922	6,498
392.10.3.1.2.5	地方公務員災害補償	16,628	17,151
392.10.3.1.2.6	旧公共企業体業務災害	7,032	6,826
392.10.3.1.2.7	労災保険	432,075	433,228
392.10.3.1.3.0	休業給付(業務災害)	130,313	130,113
392.10.3.1.3.1	船員保険	534	472
392.10.3.1.3.2	労災保険	127,647	127,547
392.10.3.1.3.3	国家公務員災害補償	1,551	1,555
392.10.3.1.3.4	地方公務員災害補償	557	514
392.10.3.1.3.5	旧公共企業体業務災害	25	24
392.10.3.1.4.0	休業給付(傷病手当)	270,477	251,921
392.10.3.1.4.1	政府管掌健康保険	168,731	152,897
392.10.3.1.4.2	組合管掌健康保険	83,581	82,045
392.10.3.1.4.3	船員保険	5,316	3,953
392.10.3.1.4.4	私学共済	1,901	1,748
392.10.3.1.4.5	国家公務員共済	1,929	1,973
392.10.3.1.4.6	旧公共企業体	0	0
392.10.3.1.4.7	地方公務員共済	7,306	7,541
392.10.3.1.4.8	旧令共済	1,714	1,764
392.10.3.1.5.0	その他の現金給付	421,547	417,646
392.10.3.1.5.1	厚生年金保険	340	339
392.10.3.1.5.2	戦争犠牲者	660	602
392.10.3.1.5.3	農林漁業共済組合	6	3
392.10.3.1.5.4	私学共済	2	0
392.10.3.1.5.5	労災保険	369,357	365,937

Code		SOCX2000	SOCX2001
392.10.3.1.5.6	国家公務員災害補償	1,208	1,013
392.10.3.1.5.7	地方公務員災害補償	3,451	3,572
392.10.3.1.5.8	社会福祉	46,523	46,179
392.10.3.2.0.0	現物給付	378,977	419,729
392.10.3.2.1.0	介護、ホームヘルプサービス	158,406	191,782
392.10.3.2.1.1	労災保険	7,492	6,797
392.10.3.2.1.2	国家公務員災害補償	13	14
392.10.3.2.1.3	地方公務員災害補償	366	621
392.10.3.2.1.4	旧公共企業体業務災害	0	0
392.10.3.2.1.5	社会福祉	150,534	184,350
392.10.3.2.2.0	復帰支援 (リハビリテーション)	97	83
392.10.3.2.2.1	社会福祉	97	83
392.10.3.2.3.0	その他の現物給付	220,474	227,864
392.10.3.2.3.1	社会福祉	218,628	226,879
392.10.3.2.3.2	公衆衛生	1,846	985
392.10.4.0.0.0	保健	30,710,532	31,603,911
392.10.4.1.0.0	現金給付	a	a
392.10.4.2.0.0	現物給付	30,710,532	31,603,911
392.10.5.0.0.0	家族	2,754,757	3,026,879
392.10.5.1.0.0	現金給付	1,257,343	1,437,850
392.10.5.1.1.0	家族手当	720,359	865,906
392.10.5.1.1.1	児童手当	300,412	414,740
392.10.5.1.1.2	社会福祉	75,639	78,459
392.10.5.1.1.3	社会福祉	344,309	372,707
392.10.5.1.2.0	出産、育児休業	534,340	569,451
392.10.5.1.2.1	政府管掌健康保険	172,718	174,732
392.10.5.1.2.2	組合管掌健康保険	163,825	160,433
392.10.5.1.2.3	国民健康保険	76,865	77,572
392.10.5.1.2.4	船員保険	474	425
392.10.5.1.2.5	私学共済	5,583	5,543
392.10.5.1.2.6	国家公務員共済	16,102	17,780
392.10.5.1.2.7	旧公共企業体	0	0
392.10.5.1.2.8	地方公務員共済	60,899	72,046
392.10.5.1.2.9	雇用保険	37,875	60,920
392.10.5.1.3.0	その他の現金給付	2,643	2,493
392.10.5.1.3.1	地方公務員共済	2,643	2,493
392.10.5.2.0.0	現物給付	1,497,415	1,589,029
392.10.5.2.1.0	デイケア、ホームヘルプ サービス	1,497,415	1,589,029
392.10.5.2.1.1	児童手当	46,282	55,473
392.10.5.2.1.2	社会福祉	1,451,132	1,533,556
392.10.5.2.2.0	その他の現物給付	a	a

Code		SOCX2000	SOCX2001
392.10.6.0.0.0	積極的労働市場政策	1,465,300	1,441,600
392.10.6.1.1.0	雇用対策	866,000	879,400
392.10.6.1.1.1	公的雇用対策	866,000	879,400
392.10.6.1.2.0	職業訓練	160,800	166,500
392.10.6.1.2.1	成人失業者及び 高リスク失業者の再訓練	160,800	166,500
392.10.6.1.3.0	若年者対策	18,300	20,300
392.10.6.1.3.1	若年者対策	18,300	20,300
392.10.6.1.4.0	失業対策補助金	386,100	347,200
392.10.6.1.4.1	補助金付雇用	386,100	347,200
392.10.6.1.5.0	障害者補助金付雇用	34,100	28,200
392.10.6.1.5.1	障害者対策	34,100	28,200
392.10.7.0.0.0	失業	2,817,600	2,313,200
392.10.7.1.0.0	現金給付	2,817,600	2,313,200
392.10.7.1.1.0	失業給付、退職手当	2,817,600	2,313,200
392.10.7.1.1.1	雇用保険	2,817,600	2,313,200
392.10.7.1.1.2	船員保険	x	x
392.10.7.1.2.0	労働市場理由による早期退職	a	a
392.10.7.2.0.0	現物給付	a	a
392.10.8.0.0.0	住宅	a	a
392.10.8.1.0.0	現金給付	a	a
392.10.8.1.1.0	住宅手当	a	a
392.10.8.1.2.0	その他の現金給付	a	a
392.10.8.2.0.0	現物給付	a	a
392.10.8.2.1.0	住宅扶助	a	a
392.10.8.2.2.0	その他の現物給付	a	a
392.10.9.0.0.0	生活保護	781,026	817,859
392.10.9.1.0.0	現金給付	768,203	808,741
392.10.9.1.1.0	所得補助	654,890	695,694
392.10.9.1.1.1	生活保護	654,890	695,694
392.10.9.1.2.0	その他の現金給付	113,313	113,048
392.10.9.1.2.1	社会福祉	1,222	278
392.10.9.1.2.2	公衆衛生	110,601	111,514
392.10.9.1.2.3	地方公務員共済	1,490	1,256
392.10.9.2.0.0	現物給付	12,823	9,117
392.10.9.2.1.0	社会扶助	5,505	182
392.10.9.2.1.1	社会福祉	5,505	182
392.10.9.2.2.0	その他の現物給付	7,317	8,936
392.10.9.2.2.1	公衆衛生	4,111	5,560
392.10.9.2.2.2	社会福祉	3,207	3,376
392.10.9.0.0.0	合計	82,583,787	85,390,540
392.10.9.0.1.0.0	現金給付	44,873,641	45,807,000
392.10.9.0.2.0.0	現物給付	36,244,846	38,141,940

表3 日本の義務化されている私的社會支出

(百万円)

Code		SOCX2000	SOCX2001
392.20.1.0.0.0	高齢	2,581,689	2,953,367
392.20.1.1.0.0	現金給付	2,581,689	2,953,367
392.20.1.1.1.0	退職年金	2,003,870	2,408,870
392.20.1.1.1.1	厚生年金基金等	1,671,507	2,157,707
392.20.1.1.1.2	農業者年金基金等	332,363	251,163
392.20.1.1.2.0	早期退職年金	a	a
392.20.1.1.3.0	その他の現金給付	577,819	544,497
392.20.1.1.3.1	厚生年金基金等	574,225	521,548
392.20.1.1.3.2	農業者年金基金等	3,594	22,949
392.20.1.2.0.0	現物給付	a	a
392.20.1.2.1.0	介護、ホームヘルプサービス	a	a
392.20.1.2.2.0	その他の現物給付	a	a
392.20.2.0.0.0	遺族	1,411	1,293
392.20.2.1.0.0	現金給付	1,411	1,293
392.20.2.1.1.0	遺族年金	a	a
392.20.2.1.2.0	その他の現金給付	1,411	1,293
392.20.2.1.2.1	農業者年金基金等	1,411	1,293

Code		SOCX2000	SOCX2001
392.20.2.2.0.0	現物給付	a	a
392.20.2.2.1.0	埋葬費	a	a
392.20.2.2.2.0	その他の現物給付	a	a
392.20.3.0.0.0	障害、業務災害、傷病	a	a
392.20.4.0.0.0	保健	a	a
392.20.5.0.0.0	家族	a	a
392.20.6.0.0.0	積極的労働市場政策	a	a
392.20.7.0.0.0	失業	a	a
392.20.8.0.0.0	住宅	a	a
392.20.9.0.0.0	他の社会政策分野	a	a
392.20.90.0.0.0	合計	2,583,101	2,954,659
392.20.90.1.0.0	現金給付	2,583,101	2,954,659
392.20.90.2.0.0	現物給付	a	a

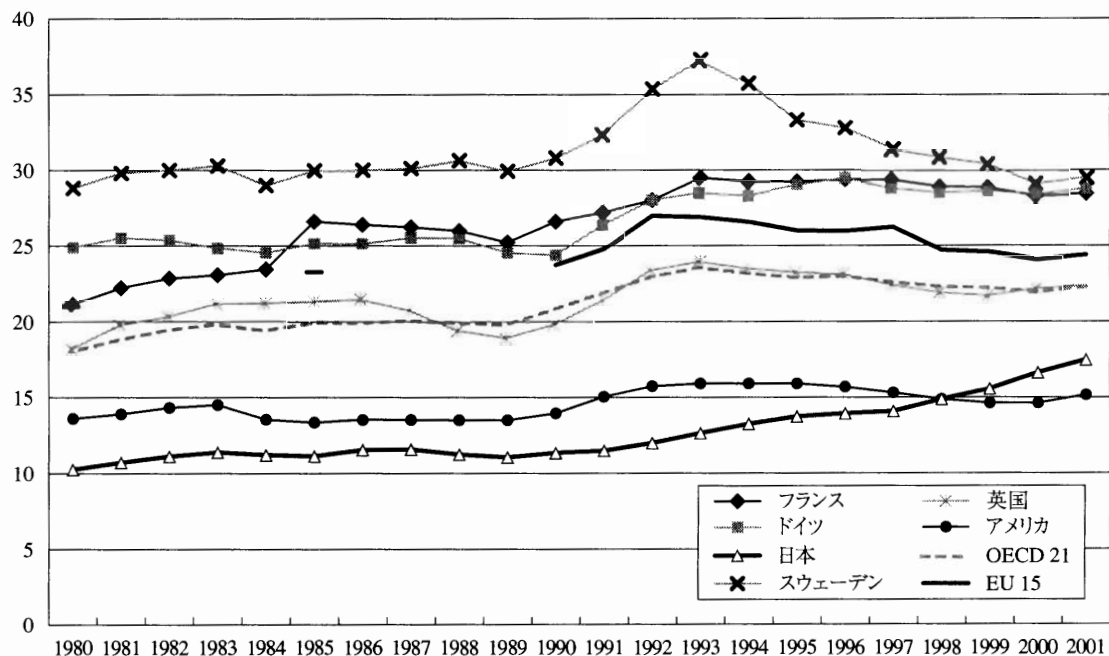


図1 OECD社会支出(公的+義務化されている私的社會支出)の対GDP比率の推移

表 4 OECD社会支出(公的+義務化されている私的社會支出)の対GDP比率の推移

	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
オーストラリア	11.3	11.2	12.3	12.9	13.3	13.5	13.4	13.2	12.4	12.7	14.2	15.4	16.4	16.8	16.5	18.9	19.1	18.9	18.8	18.4	19.5	18.9
オーストリア	23.7	m	m	m	m	25.1	m	m	m	m	25.1	25.4	26.0	27.6	28.2	27.6	27.6	26.8	26.5	27.0	26.8	26.8
ベルギー	25.1	26.7	27.3	27.7	26.7	27.6	27.5	27.2	27.0	26.1	26.9	27.7	28.4	29.9	29.2	28.1	28.6	27.5	27.5	27.2	26.7	27.2
カナダ	14.3	14.7	17.2	17.4	17.2	17.4	17.4	17.1	16.8	17.2	18.6	21.1	21.8	21.6	20.6	19.6	18.8	18.3	18.4	17.4	17.3	18.2
チェコ共和国	m	m	m	m	m	m	m	m	m	m	17.0	18.3	18.7	19.2	19.2	18.9	18.8	19.7	19.5	19.8	20.3	20.1
デンマーク	29.1	29.4	29.6	29.9	28.7	27.9	27.0	27.8	29.2	29.5	29.8	30.6	31.1	32.8	33.4	32.9	32.1	31.0	30.5	30.2	29.2	29.5
フィンランド	18.5	18.9	20.0	21.0	21.9	23.0	23.6	24.1	23.3	23.1	24.8	29.9	33.9	34.1	33.2	31.3	31.1	28.8	26.6	26.2	24.6	24.9
フランス	21.1	22.2	22.9	23.1	23.5	26.6	26.4	26.2	26.0	25.2	26.6	27.2	28.0	29.5	29.3	29.2	29.4	29.4	29.0	28.9	28.3	28.5
ドイツ	24.9	25.5	25.4	24.8	24.5	25.2	25.1	25.5	25.5	24.5	24.4	26.4	28.0	28.5	28.4	29.0	29.5	28.8	28.6	28.7	28.5	28.8
ギリシャ	11.5	13.8	16.2	16.9	17.2	17.9	17.7	17.7	16.4	17.5	20.9	20.1	20.2	21.1	21.2	21.4	22.1	22.1	22.8	23.6	23.6	24.3
ハンガリー	m	m	m	m	m	m	m	m	m	m	m	m	m	m	m	m	m	m	m	m	20.8	20.0
アイスランド	m	m	m	m	m	m	m	m	m	m	17.8	18.6	19.2	19.6	19.7	20.3	20.0	19.8	19.9	20.9	21.1	21.3
アイルランド	17.0	17.1	17.7	17.9	17.3	22.1	22.2	21.4	20.0	18.4	18.6	19.5	20.4	20.3	20.0	19.4	18.2	16.8	15.6	14.2	13.6	13.8
イタリア	19.2	20.7	21.3	22.5	21.9	22.2	22.2	22.6	22.8	23.0	24.8	25.3	26.3	26.5	26.1	24.8	25.1	25.8	25.4	25.6	25.6	25.8
日本	10.3	10.7	11.1	11.4	11.2	11.2	11.6	11.6	11.3	11.1	11.4	11.5	12.0	12.7	13.3	13.8	14.0	14.1	14.9	15.6	16.6	17.5
韓国	m	m	m	m	m	m	m	m	m	m	4.2	4.0	4.4	4.5	4.7	5.0	5.3	6.4	10.8	9.8	9.1	8.7
ルクセンブルク	23.5	25.2	24.4	24.6	23.2	23.0	22.2	23.3	22.4	21.7	21.9	22.4	22.8	23.1	23.0	23.8	23.9	22.6	21.7	21.5	20.0	20.8
メキシコ	m	m	m	m	m	1.8	1.7	1.8	2.0	2.7	3.8	4.3	4.6	4.9	5.4	8.1	8.0	8.8	8.8	9.0	9.9	11.8
オランダ	27.3	28.2	29.9	30.1	28.9	27.6	27.3	27.3	27.0	26.6	28.0	28.1	28.7	28.9	27.7	26.2	25.1	24.8	23.8	23.3	22.5	22.4
ニュージーランド	17.2	17.4	18.3	18.2	17.5	18.1	17.9	18.7	20.2	21.5	21.9	22.3	22.2	20.4	19.4	18.9	18.8	19.8	20.0	19.5	19.2	18.5
ノルウェー	18.1	m	m	m	m	19.5	m	m	24.5	25.6	25.8	26.9	27.9	27.7	27.3	26.9	26.1	25.2	26.9	27.0	24.3	25.2
ポーランド	m	m	m	m	m	m	m	m	m	m	15.5	22.1	26.2	25.6	24.4	23.8	23.9	23.3	22.0	22.2	21.9	23.0
ポルトガル	11.1	12.0	11.3	11.4	11.3	11.4	12.3	12.5	12.7	12.3	14.1	15.1	15.8	17.4	17.7	18.4	19.5	19.2	19.5	20.2	20.9	21.5
スロバキア共和国	m	m	m	m	m	m	m	m	m	m	m	m	m	m	m	m	m	m	19.4	19.4	18.5	18.2
スベイン	15.9	17.0	17.1	17.8	17.6	18.2	17.9	17.8	18.3	18.5	19.5	20.3	21.4	22.5	22.0	21.4	21.6	20.9	20.3	19.9	19.9	19.6
スウェーデン	28.8	29.8	30.0	30.3	29.0	30.0	30.0	30.1	30.6	29.9	30.8	32.4	35.3	37.3	35.7	33.3	32.8	31.4	30.9	30.4	29.2	29.5
スイス	16.1	15.8	16.8	17.6	17.5	17.4	17.7	18.2	18.4	18.2	18.4	19.9	21.9	23.6	23.8	24.5	25.6	26.6	26.5	26.7	26.0	27.0
トルコ	4.3	4.5	4.9	5.2	4.5	4.2	4.4	4.6	5.3	6.4	7.6	8.2	8.5	8.3	7.9	7.5	9.7	10.8	11.1	13.2	13.2	13.2
英国	18.2	19.8	20.3	21.2	21.2	21.3	21.5	20.7	19.4	18.9	19.8	21.4	23.4	24.0	23.5	23.3	23.2	22.4	21.9	21.7	22.2	22.4
アメリカ	13.6	13.9	14.3	14.5	13.6	13.4	13.6	13.5	13.5	13.5	14.0	15.0	15.7	15.9	15.9	15.9	15.7	15.3	14.9	14.6	14.6	15.2
OECD21カ国平均	18.0	18.8	19.4	19.8	19.4	20.0	19.9	20.1	19.9	19.8	20.8	21.9	23.0	23.6	23.2	22.9	23.0	22.6	22.3	22.2	22.0	22.3

出所：OECD SOCX 2004ed
mは数値が無いことを意味する。

参考資料：平成14年度社会保障給付費の参考資料として掲載したOECD基準による社会支出の国際比較で紹介した各国の元データ(各国通貨百万単位)とそこで用いられたGDPの値を以下に掲載する。

参考表1 公的社会支出(PUBLIC EXPENDITURE)

(各国通貨単位 百万)

	1980	1985	1990	1995	2000	2001
フランス	92,879	193,617	268,521	345,490	402,397	419,854
ドイツ	176,198	225,671	290,695	494,568	551,506	568,024
日本	25,303,577	36,470,376	50,270,739	67,794,838	82,583,787	85,390,540
スウェーデン	158,138	269,551	437,549	583,510	627,840	655,394
英国	42,375	76,282	110,343	168,016	208,657	219,627
アメリカ	359,956	531,856	761,866	1,120,744	1,370,237	1,470,967

出所：OECD SOCX 2004ed

参考表2 義務化されている私的社会支出(MANDATORY PRIVATE SOCIAL EXPENDITURE)

(各国通貨単位 百万)

	1980	1985	1990	1995	2000	2001
フランス	a	a	a	a	a	a
ドイツ	14,611	14,597	20,190	28,301	26,758	28,598
日本	193,672	392,772	735,913	1,304,999	2,583,101	2,954,659
スウェーデン	a	a	a	6,100	12,100	13,300
英国	567	864	1,508	2,009	4,844	5,355
アメリカ	9,872	17,164	30,466	33,269	38,134	39,194

出所：OECD SOCX 2004ed

参考表3 各国GDP

(各国通貨単位 百万)

	1980	1985	1990	1995	2000	2001
フランス	439,384	727,369	1,009,345	1,181,849	1,420,138	1,475,584
ドイツ	766,600	955,300	1,274,900	1,801,300	2,030,000	2,073,700
日本	248,225,750	330,580,725	449,039,400	502,140,925	511,896,475	505,588,250
スウェーデン	548,581	899,754	1,421,418	1,770,248	2,194,967	2,266,387
英国	236,271	361,543	564,512	730,205	961,958	1,006,514
アメリカ	2,714,725	4,105,325	5,673,025	7,252,125	9,624,775	9,955,300

OECD (2004), National Accounts of OECD Countries: Main Aggregates, Volume I, 1991-2002

出所：OECD SOCX 2004ed

渋谷博史・渡瀬義男・樋口均編『アメリカの福祉国家システム』

(東京大学出版会、2003)

加藤 久和

I はじめに

社会保障制度改革を巡る議論では、ヨーロッパ諸国における改革動向が注目を浴び、アメリカにおける社会保障制度はそのアンチテーゼとして対比されることが多いように思われる。翻るとわが国では、年金改革にせよ、医療制度の見直しにせよ、その焦点は財政的な裏付けにとどまり、ともすると社会保障と市場経済のあり方など、経済社会における福祉や社会保険の位置づけに関するグランドデザインを描く努力が伝わりにくいように見える。ドイツの社会保険制度を模範としてスタートしたわが国の制度が、近年の市場主義の再確認という潮流の中で、明確な方向性が見えにくい原因のひとつはこのような点にあるのではないだろうか。本書の中でボワイエが述べているように、各国の社会保障制度はその歴史的・文化的背景などに強く依存し(これを経路依存性という、はやりの言葉で表現しているが)、したがって真にモデルとなる事例を見いだすことは困難であり、その国固有の事情を考慮しながら、独自のモデルを構築する努力が何よりも必要とされている。そのような観点から、アメリカ型の社会保障・社会福祉を論じた本書は、社会保障改革の進むべき道を模索するわが国に対して、多くの示唆を与える良書であると考えられる。

本書は二部構成をとっている。第I部「アメリカ型福祉国家の理念と構造」は本書の総論にあたる2本の理論的な論文からなる。いずれも市場経済

と社会保障あるいは福祉国家の関連を熟考させられる刺激的な論文である。第II部「アメリカ型福祉国家の再編」は、いわば各論として5本の論文を掲載している。90年代における財政再建の成功、医療保険制度改革の顛末、確定拠出型年金の台頭、社会福祉政策の根本的改革とその評価などがテーマとなっている。やや残念なことは、アメリカ型福祉国家を共通テーマとしているものの、一部の章において第I部で提供された視点が十分に生かされず、ともすると第II部は独立した論文の集まりという観も生じる。とはいえ、各論文はいずれも力作であり、アメリカ福祉国家の現在を知るには非常に参考となるものである。以下では、各章の概要を紹介する。

II 各章の内容

上述したように、本書は二部構成をとっている。総論にあたる第I部は、渋谷博史「アメリカ型福祉国家の分析視角」とロベール・ボワイエ「福祉国家の多様性と分析のフレームワーク」(樋口均・渋谷博史・佐藤隆行訳)からなる。

第1章「アメリカ型福祉国家の分析視角」(渋谷博史)では、アメリカ型福祉国家に関する総論的な視点と、市場経済と福祉国家の関係性について幅広い議論を展開している。ヨーロッパの福祉国家を念頭に置くと、アメリカには福祉国家そのものが存在しないか、または欠陥だらけであるという見

方については、市場経済と同様に、福祉国家にも多様なモデルが存在してもいいという立場を紹介する。また、市場の論理が貫徹する社会にあっては人間社会そのものが破壊される懸念があり、これを防ぐ手段が福祉国家の諸制度であるとした上で、しかし福祉国家の市場に対する拮抗力が行き過ぎると個人の自由な活動にも影響を与えるとす。アメリカ型福祉国家の特質は、こうした二面性の中で、市場論理をより重視し、福祉国家は自由や市場の「切れ味」を必要以上に阻害してはならない、という立場を表したものであると位置づけ、その結果として、アメリカの社会保障制度では市場経済の稼働能力と関連する医療保障や所得保障に重点を置いているとみる。医療保障は、雇用関係をベースとした仕組みで機能しており、また、年金についても、市場経済における雇用関係に加え、企業活動の成果である利潤や利子の社会的配分メカニズムを活用した資産運用が核となっていると分析する。

さらに続けて、渋谷はこうした考え方の支柱となっているハイエク、フリードマンらの視点を紹介する。ハイエクは、国家による強制力で作り出した経済的平等はかえって社会経済の発展力を損ない、結果として社会全体の幸福を減少させるとし、自由な機会と自由な判断で経済行動の発展過程に参加できることが重要であるとする。フリードマンについては、結果の平等は自由と衝突するものであることや、所得再分配的な制度となっている現行の年金制度の解体を主張するとともに、負の所得税体系を提唱したことを紹介する。渋谷は、これらの保守派の論理を総括して以下のように述べる。人間社会の価値と幸福の追求にとって、市場経済・民主主義の経済社会システムは最高の仕組みである。一方、この仕組みの肥大化はかえって人間の価値と幸福を損なうことになるので、そのための必要最低限の安全装置として福祉国家の諸制度を用意する必要がある。

もちろん、こうした考え方に異を唱える論者も多いだろう。渋谷は、ボワイエの主張をもとに、フランス型福祉国家をアメリカ型福祉国家と対比して議論を進めている。その中で最も興味深い点だが、ボワイエによる、福祉国家の財政赤字は、「豊かな社会」が実現した成功の証、という主張であろう。さらにボワイエは、組織・制度の分立的な状況から、租税を利用した全社会的な方向性への動きがヨーロッパ型福祉国家の流れであり、アメリカ型福祉国家とは異なるモデルに、EU諸国が収斂している途上であると論じている。

第2章「福祉国家の多様性と分析のフレームワーク」(ロベール・ボワイエ、樋口均・渋谷博史・佐藤隆行訳)は、理論的にも刺激的な論文である。ボワイエは冒頭、福祉国家が担うべき社会正義と経済的効率性にあるトレードオフの関係を強調する完全競争モデルでは、技術革新や成長を促進させるような意思決定や投資が行われることを十分に説明できないという問題提起を行う。さらに、社会正義の達成は、必ずしも経済的効率性にとって有害とはならないが、完全競争モデルでは、福祉国家の存在しない社会こそがよりよい社会的厚生を与えるという逆説をもたらす、と経済学者を挑発する。とはいえ、ボワイエは経済学の外堀からこうした問題提起を行うだけでなく、福祉国家は市場活動における保険の一形態を提供し、不利益をもたらす出来事を平準化することでマクロ的な経済パフォーマンスに寄与するという見方や、市場が発する価格シグナルに瞬時に反応する合理的な経済主体よりも、その戦略を滑らかに調整する賢い主体の方が、より高い経済厚生を得られる可能性がある、という研究成果を紹介する。さらに、福祉国家は、内生的成長論のことは借りるなら、短期的には非効率であるが、長期的には動学的な効率性を促進するような内生的技術革新を産み出す、という視点を提供して、経済学の枠組みの中からも福祉国家の役割を再吟味すべきであると強調する。

ボワイエは、1950～70年代における経済成長の「黄金期」に福祉国家が果たした役割を以下のように簡潔に要約する。すなわち、その当時の経済成長において福祉国家が果たした最も重要な役割は、工業化と都市化の進行に伴い、以前は家族の範囲で満たされていた人的連帯を、教育や医療、住宅、年金などの対象に対して集団的に再形成することに寄与した点であり、これによって女性労働力率も上昇し、経済領域と家族領域の構造的な変化が促された、というものである。これに対して、現在では福祉国家の役割に対する疑義が生じており、とりわけ福祉国家が国際競争の圧力を強く受けるという議論や、新古典派分析による福祉国家の論理的正当性への批判などがあることを述べる。さらに、OECD諸国にあっては、不平等が強く、福祉移転が大きい1980年代に成長パフォーマンスは良好であったという研究成果などを紹介している。こうした点からボワイエは、アメリカ型モデルにもそれなりのアピール力はあるようにみえると認めるものの、市場主導型レジームの優位性が本当に検証されたのかどうかと問う。

こうした論点を踏まえた上で、各国の社会福祉制度の多様性にも注目すべきであることを、ボワイエは強調する。アメリカのような主として労働者と企業が社会福祉の負担を行う国や、わが国にみられる企業と家族が重要な役割を担ってきた社会、あるいは社会保障に関して社会全体の組織化に向かうスウェーデン、デンマークなどの国には、現在の制度が形成されてきた文化的・歴史的経路依存性を見逃すことができないという見方を表明する。その上で、アメリカ型福祉国家が目指す「商品化」(あるいは民営化)といった方向だけが選択肢ではないし、また福祉を組織するための唯一の最良な方法がある、と結論することも誇張になると述べている。

本書の各論にあたる第II部「アメリカ型福祉国家の再編」は、5本の論文からなる。いずれも示唆に富む内容を持つが、以下では、第I部で示され

たアメリカ型福祉国家のあり方を中心に、各論文を簡潔に紹介しておこう。

第3章「アメリカの財政再建と福祉国家の関係」(渋谷博史)では、90年代に実現した財政再建と社会保障との関係を整理している。社会保障に関する公的制度(1階部分の年金、メディケア、公的扶助等)は信託基金で管理運営され、非裁量的な性格が強く、制御が難しいものの90年代を通じて黒字基調で推移した。一方、ニューエコノミーの台頭や、株価の上昇に伴うキャピタルゲインの増加による税収増、冷戦終結と軍縮による財政余力の増加が連邦基金の財政を好転させ、その外側にある信託基金の黒字と相まって、連邦政府全体の財政収支を好転させたと分析する。この背景には、社会保障に関する公的制度は市場の論理と明確に区別されたものとして位置づけられたことがキーポイントであると渋谷は強調する。もし、わが国のように中央政府から社会保障制度に財源が繰り込まれるようなシステムであれば、90年代に好転した連邦基金の黒字化は財源繰入を通じて、社会保障制度の肥大化をもたらしたかもしれないとも論じている。すなわち、連邦基金の財源増加分が信託基金における社会保険に移転されないという構造を前提として、さらに政府部門の外側にある民間ベースの社会保障が強化されてきたことが、アメリカ型福祉国家の節度を維持し、これが財政再建を促したと結論づけている。

引き続き、第4章「基軸国アメリカが示す福祉国家モデル」(渋谷博史)において、渋谷は90年代における医療保険と年金保険の動向とアメリカ型福祉国家システムとの関係を論じている。90年代のアメリカの福祉は市場論理を強める方向にあったが、その背景にはニューエコノミーの台頭や経済環境の好転、失業率低下、株価上昇などの条件に恵まれたことがあり、その点を考慮して分析すべきことを強調する。医療保険をみるとメディケア等の公的制度がカバーする範囲は限られており、相当

数の無保険者が存在する一方、アメリカにおける医療費の高水準は国際競争力を低下させるという危惧もあった。クリントン政権が目指した医療改革案はこうした問題を解決する手がかりとなるとみられたが、周知のように挫折した。渋谷はその原因を、社会的な強制化の拡大や政府部門による統制を伴う医療の社会化の流れよりも、市場における自由な活動と、制度やメカニズムについての透明性を維持したいとするアメリカ社会の根本原理があると論じている。年金保険についても、90年代に提案された個人勘定の導入による民営化案は現在に至るまで実現していないが、その理由として、1階の基礎部分と2階の雇用主提供年金との中間にある1.5階部分を個人勘定という形式で創設し、所得再分配的要素を強めるものであると評価し、結局アメリカ社会の理念から受け入れられるものではないとしている。一方、確定拠出型年金へのシフトは、被用者側に一方的にリスクを押しつけるだけでなく、リターンの享受という側面もあり、90年代の株式市場の好調さがこれを後押ししたとみている。これは、まさに市場経済における企業活動成果の分与メカニズムを体現するものであり、アメリカ型福祉国家モデルと整合的であると述べている。

以下の章は、さらに各論的な色彩が濃い。第5章「アメリカの企業年金：確定拠出年金と金融ビジネス」(吉田健三)では、90年代における確定拠出型(DC型)年金の台頭を論じている。DC型の台頭の理由として、吉田はDC型がDB型(確定給付型)に比べ流動化した労働市場や労使関係の変化に適合的であることを挙げる。しかし、DC型のシェアの拡大はこうした点だけでなく、ERISA法との関連からも吟味する必要があるとする。ERISA法は、年金受給権の財産化を決定づけたものであり、DC型はERISAによる年金受給権の考え方により適合したものであり、年金資産運用のリスクを雇用主が負うか、被用者が負うかという点で区別されるに過ぎないと吉田は述べる。また、DC型に

は個人口座の設定が不可避であるが、これを「企業福祉の賃金化」の一種ととらえ、DBの「後払い賃金」を「賃金による貯蓄」に変化させたものと位置づける。そして、DC型の典型的存在である401(k)にとって重要な要素は個人情報管理などのレコードキーピングであり、この業務に精通したミューチャルファンドがシェアを拡大していることを指摘している。

第6章「アメリカ社会福祉政策におけるプライヴァイゼーションーウィスコンシン州福祉改革における委託契約を中心にー」(木下武徳)は、公的扶助の分野における民営化について論じたものである。今まで述べてきたように、アメリカ型福祉国家には競争や生産性、効率性が支配する市場の論理が組み込まれている。そのひとつの例として、近年の社会福祉政策の変更がある。もともと社会福祉の分野でも民間団体、特に非営利団体は非常に大きなシェアを占め、政府は効率的で柔軟に対応できる民間団体に行政サービスを任せ、政府自らは行政サービスの意思決定や民間団体の監視等を行うという役割分担を実行していた。これによって、社会福祉のように市場になじみにくい領域においても、政府との委託契約を通じて官製市場(準市場)が構築されることになる。1996年に成立した「個人責任及び就労機会調整法」は、公的扶助の受給には就労条件を満たさなければならないという「貧困家庭一時扶助(TANF)」を伴ったものである。このことが委託契約の対象を一層拡大させ、参入競争をもたらした。木下は、市場モデルの典型的な例であるウィスコンシン州での事例を取り上げて、福祉改革の効果を丹念に観察している。ウィスコンシン州にあるミルウォーキーでは委託契約がすべて民間団体と交わされ、完全なプライヴァイゼーションの状況となった。その結果、委託契約を受けた民間団体に大きな収益がもたらされたが、その要因として社会福祉サービスの利用者が減少し、“支出”を行わないことによる留保資

金が大きいという理由があった。そこで州は、利用者の就労機会増加等などの成果目標を伴う収益インセンティブ契約を実施したが、これが民間団体に競争をもたらすとともに、収益向上にも寄与したとしている。木下は、このような収益インセンティブは社会福祉分野に市場論理をもたらす一面がある一方で、プライヴァタイゼーションは統治の道具でありそれ自体が目的ではないこと、および貧困削減という目的を委託契約を通じていかに市場論理に持ち込むかが重要であることを指摘している。

第7章「アメリカ福祉改革への疑問：評価の視点と方法の問題点」(マックス・B・ザビッキー、渡瀬義男・木下武徳・岩田由加子・渋谷博史訳)は、前章同様、TANF導入に関する分析を行っている。ザビッキーは、アメリカではTANFが大きな成功を収めたと評価されていることについて疑問を提示する。とりわけTANFの成功に関する調査結果を再検討するとさまざまな疑問が生じると述べている(評者にはその論旨があまり説得的には思えなかったが)。とりわけ、福祉改革の成功は、1990年代後半の労働市場の好条件や最低賃金引き上げなどの諸条件によって支えられたものであり、福祉改革が行われず旧制度のままでもそれなりの効果をもたらされたのではないかと述べている。さらに、TANFの評価に関する報告では、データの有効性、対象者の範囲、調査方法への疑問などを挙げている。こうした事実を列挙し、結論としてTANFを伴う福祉改革の有効性は、一定の評価はあるものの相当に過大視されているとまとめている。

III おわりに

以上、本書の内容を概観してきたが、全体を通じて気になる点は、その内容ではなく構成の仕方

である。編者の渋谷が執筆した論文が3つの章にわたり、翻訳部分を含めるとほぼ半分が渋谷の筆によるものである。そのため、渋谷の単著としての性格と、論文集としての性格が混在し、渋谷の三つの章が体系立てられたものであるだけに、全体としての統一性を維持するという点ではやや残念な点が残る。とはいえ、冒頭にも述べたように収録された論文はいずれも力のこもったものとなっている。

アメリカは福祉国家ではないという視点は、ボワイエが述べているようにヨーロッパ型の福祉国家を念頭に置いたものであることは、本書を通読することで一層明らかになる。多様なタイプの福祉国家像を比較検討することは、ひいてはわが国における社会保障のあり方を探る意味でも非常に参考になる。社会福祉のシステムと市場経済の論理が、たとえトレードオフの関係でなく補完的な関係であったとしても、個人、地域、国によって福祉と市場経済のウエイト付けは異なるであろう。すべての国民が合意するシステムは存在しないとしても、過去の歴史的・制度的経緯を踏まえた、その国独自の社会保障制度を模索するにあたって、アメリカの福祉国家モデルは重要な視点を与えるものであり、本書はそのために重要な役割を担うことになるだろう。

本書は、編者の渋谷が「あとがき」で述べているように、継続的な研究の成果の一つであり、関連する多くの書籍が既に刊行されている。アメリカ型福祉国家を知り、それをわが国の社会保障制度改革論議の参考とするためにも、こうした研究が継続されることを願う。

(かとう・ひさかず 国立社会保障・人口問題研究所
社会保障基礎理論研究部第1室長)

『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)
漆原 克文 (同研究所・政策研究調整官)
本田 達郎 (同研究所・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)

金子 能宏 (同研究所・社会保障応用分析研究部長)

編集幹事

米山 正敏 (同研究所・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)
山本 克也 (同研究所・社会保障基礎理論研究部第4室長)
佐藤 雅代 (同研究所・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)
宮里 尚三 (同研究所・社会保障応用分析研究部研究員)

海外社会保障研究 No. 149

平成16年12月25日発行

ISBN 4-900849-77-4

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

海外社会保障研究

第150号 2005年3月発行予定
特集：成長するアジアの社会保障

バックナンバー（在庫あり）

- 第148号 2004年9月発行……………特集：海外社会保障研究の展望
第147号 2004年6月発行……………特集：ワークフェアの概念と実践
第146号 2004年3月発行……………特集：IMF体制後の韓国の社会政策
第145号 2003年12月発行……………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
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細な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」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.

檜原朗 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

THE REVIEW OF COMPARATIVE SOCIAL SECURITY RESEARCH (KAIGAI SHAKAI HOSHO KENKYU)

Winter 2004 No. 149

Special Issue:

Foreword	Atsuaki Gunji
Struggle for Quality Care in OECD Member Countries	Atsuaki Gunji
Equity of Access to Health Care in OECD Countries: A Literature Survey and Perspective for Comparative Analyses	Atsuhiko Yamada
Towards Responsive Systems that Satisfy Patients and Consumers	Reiko Suzuki
Health Care Expenditures and Efficiency: Evidence from Health Care Reforms in OECD Countries	Takashi Oshio
An Overview of the OECD Health Project	Tetsuya Aman

Report and Statistics

“Social Expenditure Database 2004” by OECD	National Institute of Population and Social Security Research
---	---

Book Review

Hiroshi Shibuya, Yoshio Watarase, and Hitoshi Higuchi (eds.) “ <i>The American Welfare State</i> ”	Hisakazu Kato
---	---------------
