

「医療保険制度に関する国際共同研究」(概要)

本調査研究は、本会が加盟する国際社会保障協会（ISSA）の研究プロジェクト「ISSA イニシアティブ」の一環として、ISSA の会員で社会保険方式を採用するドイツ、フランス、オランダ、日本の4カ国の医療保険関係者・団体が、持続可能な医療保険制度を構築するにはどのような対策が必要かをテーマに共同研究したものである。各国から提出されたレポートを受けて、2004年に専門家会議ならびに国際シンポジウムを開催し、それらをもとに、ベルリン工科大学のクラウス＝ディルク・ヘンケ教授がプロジェクトの成果を総括レポートとしてまとめた。以下、総括レポートの要旨を紹介する。

フランス、ドイツ、日本およびオランダにおける医療保険制度に関する戦略

1. 序論

4カ国すべてで医療費は増加しているが、収入は同レベルにとどまるか、多くの場合減少している。さらに様々な要因により、このギャップは拡大している。財源調達に関しては、保険料率引上げはもはや限界に直面している。また、医療のように複雑さが増し、非常に実際的な分野では、大掛かりな改革は難しく、政治的にも処理しにくいいため、その場限りの手直しが行われているのが世界の現実である。

こうした状況の一般的解決策は比較的簡単で、3つのアプローチ（ 予算または保険給付、あるいはその両方の縮小による支出の削減、 保険料率の引上げまたは課税ベースの拡大、もしくは、自己負担と保険外負担の引上げ、あるいはその両方による収入増、 大規模な構造改革）に分かれている。これらのアプローチは4カ国で同時に行われており、各国の状況を簡潔にまとめることができる。解決策は一様ではないが、各国の状況を比較することで互いに学びあうことができるだろう。

2. 医療制度に影響を与えるもの

(1) 医療費における諸傾向

1992年から2001年までの間、医療費総額は年間平均で日本3.48%、ドイツ3.75%、フランス3.98%、オランダ6.18%と、どの国でも大幅に増加し、対GDP医療費率も同じく4カ国すべてで増加している。

(2) 医療費増加傾向の原因

医療費増加の大きな理由のひとつとして、人口構造の変化があり、ほとんどの先進国で、平均寿命の伸びと出生率の低下により、高齢者が増加している。人口構造の変化と連動した疾病構造の変化も、医療費に影響を与える。近年、慢性疾患へのシフトが進み、アレルギー、喘息、糖尿病、高血圧、がん、肥満が増え続けているため、骨、筋肉および循環器系疾患と関連のある病気が増えると予想される。

さらに、重要な要因として経済成長の減速が挙げられる。保険料収入を主財源とするビスマルク型の医療制度の財政状況は、保険料のベースとなる給与と連動することが多く、経済成長の減速やそれに伴う失業率の増加により厳しくなっている。そのほか、技術進歩、患者の要望の変化による新たな需要、

制度の弱点を原因とする損失なども医療費増加の要因として考えられる。

3. 日本、ドイツ、フランスおよびオランダの医療保険制度の比較

(1) 制度の枠組みと組織体系

4カ国すべてが公的医療保険制度を採用し、保険者が制度の基礎となっている。医療保険への加入は国民の義務となっているが、ドイツとオランダでは一部がこの強制加入を免除されている。各国の医療保険者は様々で、日本では健康保険組合、社会保険庁、市町村、ドイツおよびオランダでは疾病金庫、フランスでは医療保険金庫が保険者として活動している。また、医療保険者間の財務リスクを拡散させ、公正な競争をさせるために、日本では国庫負担と高齢者の偏在に着目した調整制度、他の3カ国ではリスク構造調整制度が導入されている。

提供されるサービスの範囲は国によって異なっている。日本とフランスは皆保険であるが、提供されるサービスは日本の方が包括的である。このため、フランスは国民のほぼ90%が民間の医療保険に補足的に加入しているが、日本は民間医療保険の市場占有率が低い。ドイツは皆保険ではなく、公的医療保険への加入割合は89%である。オランダは特別医療費保険(AWBZ)に全国民が、短期医療保険(ZFW)に国民の63%が加入している。ZFWの代わりに民間の包括的医療保険に加入している人は国民の30.2%である。

(2) 資金調達

各国とも雇用者と被用者が支払う保険料が主財源となっているが、年金受給者の保険料については、各国とも介護需要の増加への対応もあわせて、独自の取組みを行っている。保険料収入のほか、どの国も国から一部補助金も受けている。また、どの国も自己負担を導入しているが、その比率は4カ国で著しく異なり、オランダが最も小さく、日本が最も大きい。

保険料収入が総医療費に占める割合は国により異なる。フランスでは保険料と一般社会拠出金(CSG)をあわせた料率は18.8%で、その収入が総医療費の76%を上っている。保険料算定上限もなく、フランス国民は4カ国中で最も多く保険料を支払っていると言える。一方、保険料算定上限があり、料率がフランスよりも低めのドイツと日本では、総医療費比に占める保険料収入の割合はそれぞれ57%と53%しかない。日本は総医療費のかなりの部分を公費で賄っている。オランダの場合、保険料率は20.75%、保険料収入が総医療費に占める割合は79%である。ただし、フランスと違って算定上限を設けている。

(3) 医療サービスの供給と購入

1) サービスタイプ別医療費

各種サービスの支出は、それぞれの国の医療制度のあり方によって異なってくる。したがって、外来治療と入院治療の支出の総医療費比を比較し、制度の特徴に原因を求めるのは難しいが、一部の数字を説明することは可能である。また、ある国では需要が高く、総医療費に占める割合も高い給付サービスが、他の国では給付に含まれていない、ということも特筆すべき事実である。

2) 病院診療

病院運営組織は、オランダは民間もしくは非営利団体が中心で、ドイツは営利目的の民間病院や非営利の民間病院の病床数の割合が徐々に増えている。日本はオランダよりは少ないものの、医療法人と呼ばれる民間非営利病院の病床がフランスやドイツと比べると高い比率を占める。フランスは、公立病院の病床数の割合が他の国々と比べると極めて高い。病院計画は、日本とドイツは地方政府、オランダは中央政府、フランスは地方病院庁が立てている。また、ドイツ、オランダ、フランスの病院計画に入っている病院は、通常、疾病金庫との間で支払いに関する契約を結んでいる。一方、日本では、保険者は直接医療機関と契約は結んでいない。各国とも公的医療保険に加入している患者は、一般的にどのタイプの病院でも利用できるが、病院の外来診療において紹介システムを確立し、アクセスを規制しているところもある。

利用者の自己負担が4カ国中最も高いのは日本で、70歳未満の国民は診療費の30%、70歳以上は20%を負担する。フランスでは入院の最初の31日間について、200ユーロを上限とした診療費の20%と1日当たり10.67ユーロの自己負担が課される。ドイツでは、年間28日を上限として、1日当たり10ユーロの支払いが義務付けられている。オランダは、4カ国のなかで、病院治療に関する限り自己負担が一切ない唯一の国である。病院診療の支払いに関しては、ほとんどの国でDRG(診断群別分類)が今後、優勢になってくるように思われる。ドイツはDRGによるシステムを2004年に導入し、フランスとオランダは計画段階である。日本は診断群別包括評価(DPC)に基づく人頭料金システムを、高度な医療等を提供する特定機能病院を対象に2003年に導入した。

3) 外来診療

外来診療を担当する医師は、ドイツとフランスの場合、大半が単独で開業する自営業者である。オランダでは一般医の半数が自営の個人開業医で、残りの半分はグループ診療もしくは健康センターで働いている。専門医は通常、病院の外来診療部門の勤務医である。日本の医師は個人開業医、勤務医など様々な形で働いている。外来診療に対する人員計画に関しては、医大の入学者数を定めて医師数をコントロールしていることが4カ国で共通している。診療報酬について、出来高払い方式がサービスの過剰供給をもたらすという考え方は広く受け入れられているが、この方法はいずれの国でも、少なくとも部分的にはまだ使用されている。医師の診療報酬請求方法は、日本では社会保険診療報酬支払基金に請求する。ドイツでは保険医協会が地域ベースでの診療報酬請求の審査および支払いを行い、疾病金庫は保険医協会に対して、被保険者数に応じた協定料金を支払う。オランダには診療報酬請求を処理する管理団体はなく、AWBZ、ZFW、任意加入の保険者に対して直接、診療報酬を請求する。フランスの医師は直接患者に対して診療報酬全額を請求し、患者は後で保険者から払戻しを受けることになっている。

4) 介護

日本とドイツでは公的介護保険で、オランダの場合はAWBZでサービスが支給されている。フランスには独立した介護保険はなく、社会扶助である個人化自立手当(APA)などにより保障されている。

4. 持続可能な医療保険制度を確保するための教訓と将来の展開

(1) 持続可能な医療保険につながる教訓

1) 医療保険者の競争 vs. 規制

数年前から医療保険者間の競争を強化するような動きが、オランダとドイツで確認されるようになった。しかし、この2カ国で導入された競争の影響を評価することは難しく、したがって疾病金庫間の競争が有益かどうかはまだわかっていない。

2) 介護と高額医療の分離

高齢化や介護に対する需要の高まりの結果として生じる社会保険制度に関する諸問題を考慮して、どの国でも介護の資金調達に関する様々な方策への関心が高まっている。フランス以外は、強制加入の介護保険を導入することで、医療と介護を分離してきた。ドイツと日本は主として高齢者に対する介護サービスを介護保険だけで支給し、オランダはより包括的なアプローチを取り、高額医療、介護も含む、包括的な長期医療保険である AWBZ のおかげで、入院治療から介護への移行がスムーズに行われ、その結果、入院期間の短縮ができるようになっている。高額医療および介護と通常の医療とを分離する新しい動向を示しており、今後の社会保険の仕組みの一例として役に立つであろう。

3) 民間医療保険

日本以外は民間医療保険への依存度が高まり、それが公的医療保険制度に統合されつつある。民間医療保険は、社会保険に含まれていない特定のサービスをカバーするための補足的なものとして、あるいは社会保険の代わりとなる補完的なものとして利用されている。これにより社会保険の方は、国民が金銭的リスクにさらされないように、リスクプールを提供するという主要な仕事に専念することができるようになる。

4) 利用者負担

各国ではっきりした違いがあり、日本は病院診療でも外来診療でも利用者負担に依存する度合いが強いが、オランダは基本的に利用者負担がない。また、日本では一定以上の所得者に対し、通常より高い自己負担限度額を設定している。利用者負担をインセンティブ的なものとして受診回数などにより設定すれば、経済的誘因としての機能を果たし、サービスの乱用を防ぐことができる。

5) 病院診療の DRG に基づく支払い

特にオランダは、入院治療および外来治療の両方を盛り込んだ最も包括的な DRG システムを計画しており、実現すればこの2つの分割された部門を制度的のみならず、財務的見地からも統合することができるであろう。通常、こうした制度を導入すると入院治療から外来治療への移行がより簡単になり、ある程度のコスト削減になることは確かである。その結果、総合的な治療とりわけ疾病管理プログラムの導入が促されることになるが、この疾病管理プログラムは急速な高齢化という見地から、ますます重要度が増している。

(2) 今後の展開

4カ国の比較から得られた教訓とは別に、医療保険制度の将来的な展開をいくつか挙げる事ができ

る。まず、ほとんどの国が総合的な医療制度の導入を望んでいる。一方、医療における優先順位の設定も、限られた資源で医療を提供しなければいけない状況では、ますます重要となってくる。しかし、各国で日常的に調整が行われていることをみても、優先順位の設定は永遠の課題だろう。今後、医療サービスの資金調達については、こうした永続的な調整と総合的医療ネットワークのアイデアを考慮しつつ、おそらくこれまでとは違ったやり方で行わなければならないだろう。それらは4カ国のそれぞれの特性、慣習および過去の経験に基づいて発展していくことだろう。

また、自国に最適なシステムを選ぶことができる日本とは異なり、ヨーロッパは将来的には個々の国が自国の制度を完全に管理することはできなくなるだろう。共同市場内の統一欧州福祉国家の将来については、ヨーロッパ諸国およびヨーロッパ全体の経済・政治政策にとっても重要度が増しており、考慮する必要がある。このような展開は、日本およびアジア全体にとっても興味深いものになるだろう。