

(2) 改革の内容

① 競争の促進

これらの目的を達成するための手段としては、従来のコール政権⁷下と同様に、医療保険の実施にかかわる当事者間での競争の役割が重視された。ただし、この競争は、あくまでも連帯原則(Solidaritätsprinzip)に基づく医療保険の枠組みの中で行われるものである。この場合の連帯原則とは、所得に応じて徴収される保険料を財源に医療上の必要性に応じた給付を行うことにより、高所得者と低所得者、高齢者と若年者、健康な者と病気がちな者との間の社会的調整(再分配)を通じた社会連帯の実現を図るという考え方を意味している⁸。

ア. 疾病金庫間の競争の導入

医療保険における競争は、これまでのところ、特に保険者である疾病金庫間において大きな進展がみられる。ドイツにおいては、コール政権時代の1996年から被保険者が自ら加入する疾病金庫を選択する権利が大幅に拡大された。ドイツでは、従来、各被保険者は、基本的に、それぞれの職業、勤務事業所及び居住地に応じて加入する疾病金庫が定められていたが、この拡大により、各被保険者は基本的に複数の疾病金庫から自分が加入する金庫を選択することが可能となった。これにより、各疾病金庫は被保険者の獲得を巡って互いに競争する立場に立たされた。この競争は、各疾病金庫に保険料率引下げなどの経営努力を促す効果を持つと期待される。

しかし、各疾病金庫間には、被保険者の年齢構成や所得水準などのリスク構造において大きな違いが存在し、それが各疾病金庫の保険料率にも大きな較差をもたらしていた。したがって、そのままの状態では、公平な競争は実現せず、有利なリスク構造を持った疾病金庫が競争上も優位に立つだけになってしまう。これでは、各疾病金庫に対して、本来の経営努力を促すことにはならず、むしろ、有利なリスクを持った被保険者(例えば、より若く、より所得の高い被保険者)の選別を行う誘引を与える恐れがあった。このため、公平な競争の前提条件を整えることを目的としてリスク構造調整(Risikostrukturausgleich)が導入された。これにより、各疾病金庫における被保険者の所得水準、年齢及び性別並びに家族被保険者数の違いが競争上の有利・不利をもたらさないよう、財政的な調整が行われることになった⁹。

⁷ 1982年以降シュレーダー政権が誕生するまでの16年間は、キリスト教民主・社会同盟及び自由民主党がキリスト教民主同盟のコール氏を首班とする連立政権を構成していた。

⁸ Ebsen I./Knieps F., a.a.O., S. 14.

⁹ 例えば、より若く、より所得の高い被保険者を集めることは、それに相応した拠出金の増加又は交付金の減少をもたらすだけで、競争上の有利にはつながらない。

イ. 競争導入の影響と問題点

リスク構造調整を伴った疾病金庫間の競争は、各疾病金庫の保険料率に応じた被保険者の大幅な金庫間移動をもたらした。疾病金庫への競争圧力が高めるなかで、競争力の向上を狙いとした疾病金庫の合併が促進され、金庫数は大幅に減少した。また、リスク構造調整を通じた財政移転は、金庫間での保険料率の平準化にも効果を発揮した¹⁰。

一方、給付の質を高める観点からは、この競争には問題点が存在した。例えば、疾病金庫が慢性病患者に対する適切な医療の確保に努力することは、給付費の増加や他の疾病金庫からの慢性病患者の流入を誘発することにより、競争上の不利をもたらす恐れがあった。また、リスク構造調整においては、年齢及び性別が同じであれば、健康な者も、慢性病患者も同等の医療給付費がかかるものとして取り扱われるため、より健康な被保険者を獲得しようとしてリスク選別が行われる余地が存在した。このような歪みを抱えたままでは、疾病金庫間の競争が本来期待される効果を十分に発揮することはできないと考えられた。

ウ. 改善策

このため、シュレーダー政権の下では、疾病金庫間のより公平な競争を実現するために、リスク構造調整制度の改善が図られた。2002年からは、疾病管理プログラム(Disease-Management-Programm)¹¹の制度が導入され、慢性病患者に対して適切な治療を促進するためのプログラムに基づき行われる給付のために通常よりも多くの費用がかかることがリスク構造調整において配慮されるようになった。さらに、2007年からは、現在のような年齢、性別などの間接的な指標ではなく、被保険者の疾病罹患状況を直接考慮することによりリスク構造調整を行う方法を導入することが予定されている。

¹⁰ 疾病金庫の種類別で見ると、リスク構造調整導入前の保険料率が最高及び最低であった地区疾病金庫(AOK)及び企業疾病金庫(BKK)では、被保険者数はAOKで519万人の減少、BKKで680万人の増加、金庫数はAOKが271から17に、BKKが741から222に、両者の保険料率格差は1.97パーセントポイントから0.49パーセントポイントに変化した。(データは、いずれもBundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, Statistisches Taschenbuch Gesundheit, Ausgabe 2005, Bonn 2005による。なお、被保険者数の変化は疾病金庫選択権拡大前の1995年、金庫数の変化は合併要件緩和前の1992年、保険料率の変化はリスク構造調整実施前の1993年の状況をそれぞれ基準として2004年の状況と比較した。)

¹¹ 疾病管理プログラムの詳細については、松本勝明「慢性病患者に対する医療の改善のための取組み - ドイツにおける疾病管理」『個票データを利用した医療・介護サービスの需給に関する研究』厚生労働科学研究費政策科学推進事業平成15年度研究報告書591頁以下を参照されたい。

エ. 質を巡る競争

疾病金庫間の競争は、これまでのところ、保険料率及び被保険者サービスを巡るものにとどまっており、給付の質を巡るものにはなっていない。競争の対象を給付の質にまで広げるためには、各疾病金庫が個々の給付供与者(Leistungserbringer, 保険医、病院など)と共に新しい診療プロセスや給付形態を開発することなどを通じて、被保険者のニーズや要望により適合した給付を確保することが可能となる必要がある。しかしながら、例えば、外来診療においては、疾病金庫の連合会と全保険医の利益を代表する保険医協会との間の統一的な契約締結が原則となっている。このため、2000年医療保障改革法により導入された家庭医、専門医、病院の連携による「統合された医療供給」(Integrierte Versorgung)方式では、疾病金庫と個々の給付供与者との間の契約締結が可能とされた。このことは、給付供与者間の競争を促進することにもつながるものと期待される。

② 医療供給の質と効率性の向上

医療供給の質と効率性を高める観点からは、競争を促進することだけでなく、次のような多様な取組みが行われた。

ア. 分野間の連携強化

外来診療を担当する家庭医及び専門医並びに入院療養を担当する病院との連携のもとで、患者の状況に応じた適切な医療供給を可能にするため、前述の「統合された医療供給」方式及び疾病管理プログラムが導入された。また、医療の水先案内人としての家庭医の機能強化が図られるとともに、家庭医を中心とした診療の確保に資するため、家庭医の指示なしには専門医の診療を受けないことを誓約した被保険者に対する一部負担金、保険料の割引が可能とされた。ドイツにおいて、病院は、基本的に入院療養のみを担当してきたが、疾病管理プログラムに基づく場合などには、入院療養以外に外来での専門医療を行うことが認められた。さらに、専門分野の異なる複数の医師、更には医師以外の医療職が協力して外来診療を行う医療供給センター(Medizinisches Versorgungszentrum)を設けることが認められた。

イ. 質の確保

給付供与者全般に対して、自らが提供する給付の質の確保・改善に関する法律上の責務が課された。この責務を具体化するため、給付供与者に対して、疾病金庫側と給付供与者側による共同連邦委員会(Gemeinsamer Bundesausschuss)が定めた指針に従い、質の確保のための措置に参加すること及び自ら質のマネジメントを実施することが義務づけられた。また、保険医による診療の質の確保に関する保険医協会の責務が強化され、同協会に対して、

そのために行った活動を毎年公表することが義務づけられた。

ウ. 継続教育

保険医に対して、その職務遂行に必要な専門知識の維持・向上のため最新の科学的知見に対応した内容の継続教育を受講することが義務づけられた。

エ. 医療の質と経済性に関する研究所

共同連邦委員会により、「医療における質と経済性に関する研究所」(Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen)が中立的な専門研究機関として設置されることになった。この研究所は、重要疾病の治療指針の評価、疾病管理プログラムに関する勧告、薬剤有用性の評価など、医療保険により提供される給付の質と経済性に関する重要問題を担当する。

オ. 患者の権利強化

患者の権利を強化するため、診療内容及び診療費などに関する情報提供の改善が図られるとともに、疾病金庫側と給付供与者側が診療指針などを協議・決定する共同連邦委員会の審議への患者団体代表の参加が認められた。また、連邦政府に患者の利益を代表する役職がおかれた。

カ. 診療報酬制度の見直し

病院運営の効率性の向上を目的として、診断群(DRG)に応じて包括的な入院診療報酬が支払われる制度が導入されることになった。外来診療報酬についても、患者の需要に応じたものとするため、州レベルの疾病金庫の連合会と保険医協会との間で合意される標準給付量(Regelleistungsvolumina)の範囲内では固定された一点当たり単価により支払われる新たな制度が導入されることになった¹²。なお、標準給付量を超える部分の給付については、合意された一点当たり単価の10%で計算した報酬が支払われる。

③ 事業主負担の軽減

保険料負担、特に事業主負担分の軽減を図るため、歯科補綴及び傷病手当金のための費用が被保険者だけで負担される保険料により賄われることになった。また、「保険になじまない給付」(versicherungsfremde Leistung)¹³のための疾

¹² 従来の制度では、州レベルの疾病金庫の連合会と保険医協会との間で外来診療報酬の総額が取り決められ、保険医協会がその総額を各保険医の行った給付に基づき算定される報酬点数に応じて配分を行う。このため、保険医の行った給付量(総点数)に応じて、一点当たりの単価が変動する。

¹³ 法律上は、具体的にいずれの給付が「保険になじまない給付」に該当するのかは明確にされていないが、出産手当金などがこれに該当するものと考えられる。(Hänlein A., V. Beitrags- und Finanzierungsrecht, in : Kruse J. / Hänlein A., Das neue

病金庫の支出に対して、連邦がタバコ税の引上げによる増収を財源とした財政補填を行うことになった。

(3) 評価

以上のように、保険料率の安定及び医療供給の質と効率性の向上を改革の目的とし、かつ、そのための手段として、連帯を基礎とする医療保険にあっても競争を重視する点において、シュレーダー政権の政策には従来からの政策との共通性が見出せる。また、シュレーダー政権により行われたリスク構造調整の改革や疾病金庫と給付供与者との関係の弾力化は、疾病金庫選択権の拡大により作り出された医療保険の競争的な枠組みをさらに発展させるためのものであり、その意味では従来からの政策の延長線上にあると考えられる。

一方、シュレーダー政権の政策に特徴的な点は、医療供給の質と効率性の向上を図るため、医療供給の構造的な問題を解決し、資源の効率的な利用を図るとともに、患者の権利を強化するための多角的な取組みが可能となる手段を整備した点にある。もちろん、それらの手段が期待どおりに機能し、中長期的に効果を発揮するかどうかは、実際にそれらを活用して医療供給の質と効率性を高めるための具体的な取組みを行うことになる関係者(疾病金庫及び給付供与者)の対応にも依存している。したがって、その効果については今後の動向を見守る必要があるが、少なくとも、そのような取組みを可能とする多様な手段を整備した点において、シュレーダー政権の政策は従来からの政策を大きく前進させたものと評価できる。

2. 新政権の政策合意

(1) 選挙公約

2003年制定された直近の改革法である医療保険近代化法については、当時の与党であった社会民主党と野党であったキリスト教民主・社会同盟との合意に基づく法案が提出され、可決成立したものである。したがって、少なくともこの法律に示された政策の方向性について、両党の間での大きな相違が存在するわけではなかった。

しかしながら、昨年秋の連邦議会選挙に際し選挙公約¹⁴として発表された今後の基本政策において、社会民主党は国民保険(Bürgerversicherung)、一方、キリスト教民主・社会同盟は人頭保険料(Gesundheitsprämie)¹⁵の導入を公約し、両

Krankenversicherungsrecht, Baden-Baden 2004, S. 171.)

¹⁴ 社会民主党の選挙公約は「社会民主党選挙マニフェスト」(Das Wahlmanifest der SPD (<http://www.spd.de>))、キリスト教民主・社会同盟の選挙公約は「施政方針 2005-2009」(Regierungsprogramm 2005-2009 (<http://www.cdu.de>))として発表された。

¹⁵ これを直訳すれば「健康保険料」となるが、その内容に合わせて、「人頭保険料」と

党の考え方は大きく対立した。

①国民保険

社会連帯を重視する社会民主党は、医療保険における負担の公平の実現を目的として、国民保険の案を提案した¹⁶。

前述のとおり、現行の医療保険は、連帯原則に基づく制度となっており、高所得者と低所得者との間などでの所得再分配を行う機能を有している。ドイツの医療保険の被保険者は主として被用者であり、我が国のように医療保険が全ての国民を対象としているわけではない。また、被用者であってもその所得が一定限度¹⁷を超える高額所得者は医療保険への加入義務が免除されている。したがって、高額所得者、自営業者、官吏などはこの再分配に参加していない。

医療保険の保険料額は、各被保険者の賃金・給与及び年金収入の額に応じて算定されるため、資産収入の多寡は保険料額に影響を及ぼさない。したがって、総収入額が同じ被保険者であっても、それに占める資産収入の割合が違えば、それぞれの被保険者が負担しなければならない保険料額は異なるものとなる。

現行制度にはこのような問題が存在するため、医療保険における負担の公平を実現し、連帯の強化を図ることを目的とした改革が必要であると考えられた。このため、全ての国民を被保険者とし、かつ、より広範な収入を保険料の賦課対象に含めることを柱とする国民保険の導入が提案された。

国民保険では、高額所得者、自営業者及び官吏を含む全ての国民に加入義務が課せられる。国民保険は、現在の医療保険の保険者である疾病金庫と民間医療保険の保険者(保険会社)により運営される¹⁸。ただし、この場合の民間医療保険には、通常の民間保険とは異なる考え方が適用される。すなわち、国民保険の保険者に対しては、対象者のリスクを考慮することなく、たとえ病気や障害を有する者であっても、被保険者として受け入れる義務が課せられる。また、現在の医療保険と同じ給付が維持されるため、支払った保険料の額にかかわらず、医療上の必要性に応じた給付が現物給付として行われる。一方、保険料は、たとえ民間医療保険であっても各被保険者の経済的な負担能力に応じて賦課される。保険料を負担せず保険の対象となる家族被保険者の制度も維持され

いう。

¹⁶ 以下に述べる国民保険の案の内容等は、社会民主党選挙マニフェスト及び SPD, Die Bürgerversicherung : Solidrität nutzt allen, Berlin, 29. August 2004 による。

¹⁷ この額は、2006年では、年 47,250 ユーロと定められている。

¹⁸ 現在、民間保険会社は医療保険の加入者を対象に医療保険では負担されない費用をカバーする付加的な民間医療保険だけでなく、医療保険に加入していない者を対象とした医療保険に代替する民間医療保険を提供している。国民保険においても保険会社が保険者として位置づけられることにより、保険会社は引き続き両方の種類の保険を販売することが可能となる。これは、国民保険が保険会社の活動領域を奪うことになるとの批判に配慮したものと考えられる。

る。以上の結果、国民保険においては、民間医療保険も現行の医療保険と同様の連帯に基づく制度となる¹⁹。国民は、いずれの保険者に加入するかを自ら選択することができる。これにより、国民保険の保険者としての疾病金庫と保険会社は、同等の競争条件の下で、互いに競争する立場に立つことになる。

国民保険における保険料は、当面は従来どおり賃金・給与及び年金収入に基づき算定されるが、将来的には利子などの資本収入もこれに含まれる²⁰。この場合、賃金・給与に賦課される保険料は、引き続き、労使折半により負担される。この保険料賦課対象の拡大は、賃金・給与に賦課される保険料の軽減を通じて、賃金付随コストの削減にも寄与するものと期待されている。

②人頭保険料

使用者が負担する賃金付随コストの軽減を通じた雇用の拡大を重視するキリスト教民主・社会同盟は、保険料と賃金・給与との関係を断ち切ることを目的として、人頭保険料の案を打ち出した²¹。

賃金・給与を基に算定される保険料による収入は、勤労世代の減少や失業者増加の影響を受ける。一方、医療保険の支出は高齢化の進展や医療技術の進歩などにより増加を続けるため、保険料率の引上げなしにはそれを賄えなくなることが予想される。しかし、保険料率の引上げは、賃金付随コストを更に上昇させ、雇用拡大と経済成長の妨げになることが危惧される。

このような問題を解決するため、人頭保険料の導入が提案された。この案では、従来の賃金・給与に応じた保険料に代えて、家族被保険者を含む全ての成人の被保険者に対して、必要な費用を賄うことができる定額の人頭保険料が賦課される。この人頭保険料の額は、それぞれの疾病金庫の被保険者一人当たり平均支出に相当したものになる。人頭保険料は、被保険者がその賃金・給与の額などにかかわりなく負担する定額の個人保険料 (persönliche Gesundheitsprämie) と使用者の拠出により賄われる定額の使用人保険料 (Arbeitgeberprämie) から構成される。各使用者は使用者保険料のために賃金・

¹⁹ 民間保険の給付や保険料に関して一定の制約を加える例は既に介護保険に見られる。介護保険の場合には、民間医療保険の加入者に対して民間介護保険への加入義務が課されている。この民間介護保険に関しては、保険契約の締結義務、(公的)介護保険と同等の給付の実施、保険料額に関する制限などが、介護保険について規定する社会法典第11編において定められている。

²⁰ 資本収入に対する賦課される保険料は、国民保険の保険者が税務署のデータを基に保険料を賦課することや、資本収入に応じて課税される税金に付加して徴収し、それを国民保険の保険者の財源として用いることが考えられている。(SPD, Die Bürgerversicherung : Solidarität nutzt allen, Berlin, 29. August 2004, 4. Solidarität auf breiter Basis.)

²¹ 以下に述べる定額保険料の案の内容等は、キリスト教民主・社会同盟の「施政方針 2005-2009」及び CDU/CSU, Reform der gesetzlichen Krankenversicherung – Solidarisches Gesundheitsprämien-Modell vom 15.11.2004 による。

給与の一定割合に相当する金額を拠出する(使用者拠出金)²²。2004年にまとめられたキリスト教民主・社会同盟の合意モデル²³によると、人頭保険料の額は平均で月額169ユーロ(そのうち個人保険料は109ユーロ、使用者保険料は60ユーロ)となっている²⁴。また、使用者拠出金の賃金・給与に対する割合は6.5%となっている。この割合は固定されるため、高齢化の進展や医療技術の進歩などにより医療保険支出が増加しても、使用者の負担はそれ以上増加しない。

所得の低い被保険者に対しては、保険料の補填が行われる。すなわち、前述の合意モデルによると、被保険者の収入の7%が個人保険料の額を下回る場合には、当該被保険者は収入の7%に相当する額を負担し、その額と個人保険料額の差額は使用者拠出金を財源として補填される。また、成人に達しない子に対しては保険料負担が免除される。この免除のために必要な費用は税財源により賄われる。

なお、この案の場合には、国民保険の案のような被保険者の範囲や民間医療保険との関係の見直しは含まれていない。

③問題点

この双方の案については、それぞれ反対の側からの批判が行われた。国民保険の案に対しては、この案が保険料と賃金・給与との関係を断ち切ることはつながらず、医療保険支出の増加が今後とも賃金付随コストの上昇を通じて国内雇用が悪影響を及ぼすことになるとの批判がある。また、国民保険の案には、既に民間保険に加入している者の扱いや賃金・給与以外の収入の補足などに問題がある。

一方、人頭保険料の案に対しては、高所得者の負担を軽減する案であり、医療保険における連帯を損なうことになるとの批判がある。また、人頭保険料の案の場合には、低所得者や未成年の子の保険料に対する補助のために必要な多額の財源をいかにして確保するかが問題となる。

(2) 連立協定

連邦議会選挙の結果を受け、大連立政権を組織することになったキリスト教民主・社会同盟と社会民主党は、昨年11月、新政権による今後4年間の政策を連立協定²⁵として取りまとめた。

²² 年金受給者の場合には、年金保険者が使用者分の拠出を行う。

²³ CDU/CSU, Reform der gesetzlichen Krankenversicherung – Solidarisches Gesundheitsprämien-Modell vom 15.11.2004.

²⁴ キリスト教民主・社会同盟の選挙公約においては、「いずれの被保険者にも、人頭保険料の導入時点では、従来よりも重い負担は発生しない。」とされているだけで、人頭保険料の金額並びに保険料補助の財源及び金額は明示されていない。

²⁵ „Gemeinsam für Deutschland · mit Mut und Menschlichkeit“, Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD vom 11.11.2005.(<http://www.cdu.de>)

医療保険に関しては、選挙前から続いている国民保険と人頭保険料を巡る両党間の対立が連立協議にも持ち込まれた。この点に関しては、協議の最後まで両党の間での合意は成立しなかった。このため、問題の解決が先延ばしされ、連立協定上は2006年中に両党が合意しうる案を見出すこととされた。

それ以外の点では、基本的に、従来と同様の考え方に基づく政策が更に推進される。すなわち、競争的な誘因を与えることにより、構造的な改革を進め、医療の質と経済性の向上、患者の権利の拡大を図ることが政策の目的となる。このため、外来診療、入院療養などの各分野において、質の高い医療を確保するための診療報酬制度の改善、外来・入院の垣根を越えた活動を可能とするための制度の弾力化を進めることなどが合意された。また、開業医、病院などの連携による適切な医療を確保するための新たな供給方式や疾病管理プログラムを更に推進するための方策が講じられる。保険者である疾病金庫に関しては、金庫組織の効率性を高める観点から、金庫の種類を超えた合併を可能にするとともに²⁶、金庫間の公平な競争の前提となるリスク構造調整制度の改善が図られる。

これらと併せて、最近、著しい伸びを示している薬剤支出²⁷を抑制するため、後発医薬品について5%の価格引下げを行うとともに、すべて医薬品の価格を2年間凍結することとされた。

3. 今後の展望

選挙公約を見る限り、今回の連立政権を構成する両党の政策には、その考え方が大きく異なるものが含まれていた。しかし、連立政権としての政策は、当然のことながら両党による合意の成立が可能な範囲内のものにとどまることになる。医療保険に関しても、医療保険近代化法が両党の合意に基づき成立したことが示すように、競争的な誘引を与えることにより医療供給の質と効率性の向上を図ろうとする点においては二大政党の政策は共通性を有していた。このため、実際に連立協定に盛り込まれた政策は、従来の改革を更に発展させることを目的としたものが中心となっている。連邦議会及び連邦参議院において与党勢力が多数を占めている大連立政権の下では、少なくともこの合意に基づく政策は確実に実施されていくものと考えられる²⁸。

²⁶ これにより、例えば、地域単位で設立されている地区疾病金庫と我が国の健保組合のように企業単位で設立されている企業疾病金庫との合併が可能となる。

²⁷ 2005年上半期の医療保険における被保険者一人当たり薬剤支出は、前年同期比で20.5%の増加となった。(Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, Finanzentwicklung der GKV, Pressestelle – Berlin, den 02.09.2005)

²⁸ 連立協定で定められた後発医薬品の価格引下げ、医薬品価格の凍結などを実施するための「医薬品供給の経済性の改善に関する法律案」(Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit in der Arzneimittelversorgung)

一方、両党が主張する国民保険及び人頭保険料の案については、連立協議ではその対立が解けず、その解決が先送りされた。また、連立政権成立後の協議においても調整が難航している。その理由は、双方の案の基本的な考え方が、ドイツ医療保険の基本原則である連帯原則を巡って真っ向から対立していることにあると考えられる。すなわち、国民保険の案の目的は、負担の公平を達成するために、すべての国民を医療保険の対象に取り込むとともに、保険料の賦課対象を拡大することにより、医療保険の再分配機能を強化・発展させることにある。これに対して、人頭保険料の案は、医療保険支出の増加が賃金付随コストの増加に結びつくことを避けるために、賃金・給与と保険料との関係を切り離そうとするものである。これにより、賃金・給与に応じて保険料を賦課することに基づく医療保険の再分配機能は廃止される。

このような基本的対立を含んだ国民保険及び人頭保険料の案について、双方の主張を取り入れた形での抜本的な改革案を見出すことは容易ではない。また、現在の大連立政権の下で、いずれか一方の考え方に立った改革が実施されることも考え難い。

おわりに

以上のように、医療保険財政の安定と患者本位の質の高い医療の確保を両立する上で、医療供給の質と効率性の向上を図ることは極めて重要な意味を持っている。ドイツの例が示していることは、このような目的は、疾病金庫間の競争の導入のような方策だけで達成可能なわけではなく、医療供給に存在する構造的な問題を解決するためのきめ細かな取組みが必要となることである。

こうした動向把握を踏まえ、来年度は、具体的な取組みの実施状況やその効果についての分析を進めることとする。

(Bundestagdrucksache 16/194)は、連立政権発足3週間後の2005年12月13日に連邦議会に提出された。

厚生労働科学研究費補助金（政策科学推進研究事業）

「医療等の供給体制の総合化・効率化等に関する研究」

研究報告書

⑬スウェーデンの医療制度改革の現状と課題

主任研究者 島崎謙治 国立社会保障・人口問題研究所政策研究調整官

スウェーデンでは、高齢化の急速な進展に加え 1990 年代前半の 3 か年にわたる経済のマイナス成長を背景に、エーデル改革のほか、家庭医制度導入、疑似市場モデル改革など様々な改革が試みられた。

このうち、エーデル改革はベッド・ブロッカー（一種の「社会的入院」）の縮減等には大きな効果を挙げ“成功”と評価されているが、訪問看護の権限については県と市との間で中途半端な状態にあり、医療と介護の連携をいかに行うべきかという問題が生じている。また、家庭医制度導入は社会民主党の政権復帰とともに廃止の憂き目にあったが、プライマリケアが不十分であることはスウェーデンの医療制度の弱点の一つであり、これを医療制度上適切に位置づけるべきであるという議論は伏在している。また、疑似市場モデル改革については、当初の過大な期待は醒め、効率化のインセンティブをいかに図るべきかという現実的な対応が図られている。さらに、スウェーデンの医療制度の最大の弱点である慢性患者の待機期間が長いという問題に関しケア・ギャランティ（一定期間内の診察・治療の保証）の導入、医療の高度化等への対応として県の再編・広域化の議論があるなど、スウェーデンでは現実的・実証的な取組が行われている。

日本は、デリバリーは民間主体中心、ファイナンスは国民皆保険制度を採っているのに対し、スウェーデンの医療制度は、デリバリーは公的主体中心、ファイナンスは税方式を採っているという相違がある。しかし、医療と介護の連携やプライマリケアの議論などスウェーデンにおける様々な改革の取組とそのプロセスは、わが国の医療政策を論議する上で重要な示唆を与える。

A. 研究目的

日本とは異なる医療システムを採っているスウェーデンにおける医療制度改革の現状と課題について分析・考察を行うこと。

B. 研究方法

文献調査および実地ヒアリングによる。
(倫理面への配慮)
個人情報等に関係しないため不要。

C. 研究結果

スウェーデンでは、1990年代前半に、エーデル改革、家庭医改革、疑似市場モデル改革など様々な革新的な改革が行われた。これらのうちエーデル改革は概ね成功という評価であるが、医療と介護の連携の欠如という問題を惹起している。家庭医改革は政権交代により挫折、疑似市場モデル改革も変容を余儀なくされているが、これらは完全に消滅したわけではなく、漸進的な改革あるいは次の改革に繋がる意味を有している。

D. 考察および E. 結論

日本は、デリバリーは民間主体中心、ファイナンスは国民皆保険制度を採っているのに対し、スウェーデンの医療制度は、デリバリーは公的主体中心、ファイナンスは税方式を採っているという相違がある。しかし、制度の相違はあっても、医療と介護の連携やプライマリケアの議論などスウェーデンにおける様々な改革の取組とそのプロセスは、わが国の医療政策を論議する上で、重要な示唆を与える。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1.論文発表

『社会保険旬報』平成18年5月号に投稿予定。

2.学会発表

当面予定しない。

H. 知的所有権の取得状況の出願・登録状況

1.特許取得

なし

2.実用新案登録

なし

3.その他

なし

第 13 章 スウェーデンの医療制度改革の現状と課題

島崎謙治(国立社会保障・人口問題研究所)

1. はじめに

本稿は、スウェーデンの 1990 年代から今日に至る医療制度改革の現状と課題について概観し、わが国の医療政策へのインプリケーションを考察することを目的とする。

スウェーデンの医療制度の建て方・仕組みや国民の受診行動等はわが国とは大きく異なっている。しかし、スウェーデンでは特に 1990 年代前半に医療政策に関し様々なチャレンジングな取組みが行われた。これらは医療政策の普遍的性格を考察する上で非常に興味深いだけでなく、わが国の医療政策上も一定のインプリケーションを有していると考えられる。

本稿では、スウェーデンの医療制度の特徴等を述べた後、特に、①経済基調や人口構造の変化と医療政策のハンドリング、②公的に統制された医療制度に市場原理を採り入れる改革（擬似的市場改革：quasi-market reform）の意義と限界、③構造改革と漸進的改革のバランスの取り方、といった観点に立って、考察を行うこととする。

なお、平成 18 年 3 月に行ったスウェーデンの現地ヒアリング調査直後の 3 月 22 日に公表された「高齢者医療・高齢者ケア十か年国家戦略」（注：非常に重要な政策である）をはじめ資料の分析等は未了であり、その意味で本稿は暫定稿であることを断っておく。

2. スウェーデンの医療制度・行政制度の特徴－わが国との相違－

（1）スウェーデンの医療制度の特徴

まず、本論に入る前に、スウェーデンの医療制度の特徴について、日本との相違に主眼を置き箇条書き風に整理しておく、次のとおりである。

第 1 は、医療供給（デリバリー）・医療財政（ファイナンス）両面にわたって公的部門が主たる役割を担っていることである。すなわち、①医療費用の財源の大半は税によって賄われており、②医療機関の圧倒的多数は公立であり、医師等の身分も多くは公務員であって、公的部門が直接医療供給や財政を担っている。この点で、スウェーデンの医療保障制度は、米国の医療保障制度と対極的な位置にある。また、日本の医療保障制度と比べると、わが国の場合、医療法等による公的な規制は強いものの医療供給自体は民間部門のシェアが圧倒的に大きい（公的医療機関の病床数は日本では 3 割弱）という点で大きな相違が

ある¹。

第2は、分権型の医療制度だということである。すなわち、医療供給の責任は、全国に20の県（正確にはこの場合県議会〔スウェーデン語:landsting／英語:county council〕と言うべきであるが便宜的に県という。なお、歴史的理由によりゴットランドは医療供給に関し県と同等の権限を有する）が負っている。また、県は課税徴収権限を有しており、各県によって多少税率が異なるが平均で約10%（賦課ベースは所得）である。県の支出の9割近くが保健医療費に充てられる。日本が医療保険制度の企画・立案等を国が一元的に行う中央集権型のシステムを採用しているのと大きく異なる点である。また、英国とスウェーデンは共に社会保険方式ではなく税方式の医療保障制度を採用しているなど類似点が多いが、英国は国営の中央集権型システム（英国の地方保健当局は国の機関）を採用しており、両国の制度を分かち最も重要な相違点となっている。

ただし、スウェーデンはその人口規模に比して、医療政策に関与する機関は多く、政策決定過程も輻輳している。スウェーデンにおいて果たして二層制の地方自治制度が必要か（つまり県不要論）といった議論が生ずる所以である。また、医療という特定部門の課税権を地方自治体に与えておくことが妥当かという議論もある。特に、経済状況が深刻となり、「税制の歪み」を是正する必要性が高まると、国税制度の改革（例：1991年の大規模な税制改革による、限界所得税率の大幅引下げや課税ベースの拡大）だけでは完結しなくなる。実際、1991年から93年の3か年にわたって県税の引上げを認めないという法律が制定された（ただし1994年に解除）。これは国の地方自治体への干渉を排除するという伝統的かつ法制的枠組みからすれば、相当な越権行為と言うべきであるが、逆に言えば、経済危機下にあつて国全体の課税水準が上昇することを避けるためにはやむを得ない措置であったとも言える。

第3は、医療供給の主たる財源は県税によっているが、それのみによって賄われているわけではなく、年金保険や労働災害保険等を包括する社会保険の一部門を構成する国民健康保険（英語：National Health Insurance）から一部財源が移転されていることである。つまり、税方式を中心としつつも社会保険からの繰り入れがある。なお、便宜的に国民健康保険という訳語を用いたが、スウェーデンの国民健康保険はわが国の国民健康保険とは全く意味が異なっている。すなわち、スウェーデンの国民健康保険は、①国民（16歳以上の住民）全員が加入する社会保険の医療保険給付部門を指すものであり、②医療保険給付といっても、実質的には、疾病や育児休業に伴う所得減損を補填する傷病手当金及び両親手当の二つの現金給付が中心となっている。

¹ ただし、スウェーデンでも自由診療や民間保険が存在しないわけではない。特にストックホルム等の大都市では増大している。このことは家庭医制度が提案された意義や社会民主党及び県の反発を理解する上で重要な点である。

(2) スウェーデンの行政制度

以上がスウェーデンの医療保障制度の特徴であるが、これまで述べたことを補足し医療保障制度改革の意義を正確に捉えるために、スウェーデンの行政制度についても必要最小限の範囲で述べる。

第1は、県の地方自治制度における位置づけである。日本もスウェーデンも国・県・市町村の三層制の行政組織制度を採用しているとはいえ、わが国の場合には、都道府県が広範な分野にわたって多大な行政権限（市町村に対する調整指導権限を含む）を有している。これに対し、スウェーデンの行政制度はしばしば砂時計に譬えられるように、国（state）と基礎的自治体であるコミュン（スウェーデン語：kommun／英語：municipality。以下「市」という）の間に位置する広域自治体である県の役割が小さく、また、法制的にも実態的にも県はコミュンを指導監督する権限を有していない。これを沿革的にみると、県は1862年の地方自治令（後に法律に昇格）により広域行政を担う自治体として創設された組織であり、以降病院の管轄権限が漸次国から移譲され医療供給に関する権限は拡大してきたという経緯がある。この結果、県の歳入・歳出額の医療の占める割合からみても明らかなおり、今日では地方自治体としての県の役割の大半は、医療の供給とそのための財源徴収であると言って差し支えない。

第2は、地方自治における意思決定が、純然たる「議会－委員会制」によっているということである。すなわち、公選制の県知事・市長は存在せず（通常は議長が対外的な代表者となる）、議会（国政選挙と同時に選挙される議員によって構成される）は単なる議決機関ではなく執行機関でもあり（業務は委員会が分掌する）、法的にも議会が法人格を有している。先に医療供給の責任は正確には県議会が有していると述べたのはそのような意味である。この結果、医療保障制度については、国政レベルで政権交代があり政策変更が行われても県レベルで「政権交代」が行われなければ、政策変更は浸透することにはならない。この点において、国が一元的に制度を管轄している年金制度など社会保険との異同がある。つまり、社会保険については、中央レベルで合意に達し法律が改正されれば実施に移されるのに対し、医療保障についてはそうならない。たとえば、1991年の総選挙で9年ぶりに中道保守政権が誕生したが、半数の県では社会民主党が引き続き議席の過半数を確保していた。後述するストックホルムのほかダラーナ（Dalarna）県やボ－ヒューズ（Bohus）県で行われた医療保障制度改革は、独占的な医療供給にマーケットメカニズムを導入するなど思い切った試みであるが、他の県が一斉に同じような改革を指向したわけではない。むしろ、多くの県は基本的に保守的傾向を有している。スウェーデンの改革がラディカルな側面を有しながらも漸進的にならざるを得ない所以である。

第3は、地方分権の進展である。たとえば、フリー・コミュンの実験を経て、1991年の地方自治法の改正により、市の行政機構の編成が自由になった

(例：建築委員会と環境委員会を建築・環境委員会としたり、介護サービスの認定・決定部門と実施を行う部門を分離するなど) ことや後述するエーデル改革などはその典型例である。

3. スウェーデンの医療制度の「評価」－長所と短所

(1) スウェーデンの医療制度のパフォーマンスの評価

スウェーデンの医療制度を、①医療の質、②患者の医療へのアクセス、③医療費の水準（コストの抑制）という3つの観点から評価すると、スウェーデンの医療保障のパフォーマンスは全体としてみれば高い（Swedish Association of Local Authorities and Regions, 2005, pp6-9）。

まず第1に、医療の質については、スウェーデンの乳児死亡率（生後1年内の千人当たり死亡数は3.4程度）や平均寿命（女82.11歳、男77.53歳）は日本と並んで世界のトップクラスに位置し、医療技術や研究水準自体も世界的に高く評価されている。また、国民が医療保障について実際にどのような評価を行っているか（満足度）ということも医療の質や問題点を評価する重要な材料になるが、国民の医師や医療機関に対する信頼は概して高い。

第2に、患者の医療へのアクセスについては、スウェーデンの社会保障は極めて平等指向が強く、患者自己負担額も少額にとどまり経済的理由によって受診が妨げられるということはまずない。ただし、緊急性の低い医療については待機期間があるということは、かねてよりスウェーデンの医療保障の問題点の象徴として指摘されてきた。しかし、1991年から12の指定を受けた医療行為（冠状動脈関係の診断・手術、白内障手術の手術等）については待機解消保証制度（maximum waiting time guarantee）が設けられ、医師が手術等の必要性を認めてから3か月を超えた場合には、県は病院に対して当該費用の支払いを行わないとする措置が採られ、この結果、手術件数は大幅に増え待機期間も短縮された。また、2005年11月からは、すべての医療行為について3か月以内の診療を行うこととし、それを超えた場合には患者は他の医療提供者（私的を含む）を選択できることとされている。こうした措置を通じ、待機期間の問題は改善が図られている。

第3に、医療費の範囲は国によって異なること（例：ナーシングホームの費用や出産費用を医療費に含めるか）等から厳密な比較は困難である。したがって、以下はあくまで一つの目安にしか過ぎないが、スウェーデンの医療費の水準（対GDP）は、OECD Health Data 2004によれば、2002年で9.2%であり、ドイツ（10.9%）、フランス（9.7%）より低く、英国（7.7%）、日本（7.8%：2001年）よりは高い水準にあるものの、諸外国に比べて決して高い水準にあるわけではない。

(2) スウェーデンの医療保障制度の問題点

しかし、スウェーデンの医療保障に問題がないわけではない。一般にスウェーデンの医療保障の問題点として指摘されている事項を箇条書きで列挙すると次のとおりである。

- ①. 医療とその隣接領域が全体として統合されたシステムとなっていない。つまり、医療は保健医療法（英語：The Health and Medical Services Act / スウェーデン語：Hälso-och sjukvårdslagen）に基づき県が所管し、福祉は社会サービス法（英語：The Social Services Act / スウェーデン語：Socialtjänstlagen）に基づきコミューンが所管しており権限が分かれており、連携がうまくとられていない（特に都市部において問題が多い）。これは、後述するように、エーデル改革の背景であるが、この改革により以上の権限の「仕切り」が変わったわけではなく問題は残っている。
- ②. 病院医療（外来を含む）が家庭医（GP）の紹介を介在せずに行われること（例：患者が家庭医の紹介なしに病院の救急外来で受診する）が少なくない。この意味で、スウェーデンのGPは、入院の可否や専門医への振り分け機能（これを「ゲートキーパー」機能という）を有する英国の家庭医とは性格が異なる。また、病院・診療所間の相互連携（病診連携）も十分ではない。
- ③. 医療資源の分布や医療ケアの利用消費（utilization）の分布の地域偏在が存在する。たとえば、ラップランド（Lapland）地方（スウェーデン北西部）などではGP確保に支障を来している。また、スウェーデンの医療供給体制は計画的に整備されている旨述べたが、県間で締結された協定に基づき、県境を超えて患者が移動する実態もある。これは、実際には県ごとの医療資源の分布や技術水準等に大きな差があることを示している。

なお、従来、医療の必要性が乏しくなったにもかかわらず入院している者が存在するなど医療資源配分の効率性が損なわれているという大きな問題が存在したが、治療が終了しながら退院しないベッドロッカー（英語：bed blocker / スウェーデン語：medicinskt färdig patient〔治療が終わった患者〕）は、エーデル改革により大幅に減少している。

4. 1990年代前半のスウェーデンの医療保障改革とその後

医療保障制度改革の評価を制度論の観点から行うに当たっては、①いずれの問題点をどのような理念の下に改革しようとするものなのか、②基本的な制度の枠組みを維持したままで部分的に修正するのか、それとも医療供給・財政における責任・権限の変更や再分配を意図しているのか、③全国的に実施されるのか、一部の県の実験的な試みなのか、④改革の効果はあがっているのか、といったことを考察することが重要である。スウェーデンでは、1990年代前半に重要かつ特徴的な改革が試みられており、そのうちの3つを取り上げ、このような観点から、その意義、効果、問題点等について述べることにする。

(1) エーデル改革

エーデル改革 (Ädel Reform) とは、一口で言えば、医療部門と福祉部門の管轄が県とコミューンに分かれているために非効率となっている高齢者のサービス体系を基本的に市へ一元化しようとする改革である (傍点を付した意味は後述する)。なお、エーデル改革は 1992 年 1 月から全国的に実施された改革である、一部の県の試行的改革ではない。

具体的な内容を箇条書きで述べれば次のとおりである。

①. 責任と権限の移管

社会サービス法の改正 (第 20 条) により、特別に援助を必要とする高齢者のために提供されるべき施設が「サービス及び介護のための住宅」(以下単に「介護がついた住宅」という) に改められ、この「介護がついた住宅」には、サービスハウス (ケア付き住宅のようなもの。英語: service houses / スウェーデン語: servicehus)、老人ホーム (英語: old-age homes / スウェーデン語: alderdomshem)、グループホーム (英語: group dwellings / スウェーデン語: gruppboende) のほかナーシングホーム (英語: nursing home / スウェーデン語: sjukhem) も含まれることになった。これに伴い、県の所管であった長期療養病院及び地域療養ホームがナーシングホームとして市に運営が移管された。また、保健医療法の改正により、県が運営していたデイケアも市に移管された。

②. ベッドブロッカー対策 (財政責任区分の徹底)

病院での治療が終わり市 (の福祉事務所) に退院の連絡があつてから 5 日たつても市が対応しない場合には、当該「患者」の費用は市が負担することとされた (いわゆる「5 日間ルール」)。これは、市にナーシングホームなど「介護がついた住宅」整備のインセンティブを与えることを意味する。なぜなら、入院費用は「介護がついた住宅」費用より割高であるため、市がベッドブロッカーを引き取れないと市の財政負担が増大するためである。

③. 職員の身分と財源の移管

以上の権限の移管に伴い、財源についても県から市へ約 200 億クローネの財

源（国の交付金の配分変更分を含む）が移されるとともに、グループホームの建設促進及びナースィングホームの個室化促進を図るため国は5年間に30億クローネの補助を行うこととされた。また、看護婦や看護助手、OT、PT等の県の職員（総計約5万5千人）が市の職員に身分が移管された。ただし、医師については身分の移管は行われなかった（後述）。

エーデル改革は非常に大規模な改革であり影響は広範囲にわたる。特に、ベッド・ブロッカーは激減した。ただし、2004年6月エーデル改革の評価委員会の「エーデル改革10年のレビュー」によれば、課題も少なからず残っているとされる。例えば、複数の慢性病を有し状態の変化が激しい高齢者の場合、病院からすぐに退院させられるが、プライマリ・ケアと社会サービスの間の調整が不十分なために、すぐに病院に戻されてくる。また、在宅看護とリハビリテーションの提供に関する責任が県と市に分断されており、両者の間でサービスに関わるスタッフの間にも軋轢が生じている。具体的にいえば、医師は在宅看護を受けている者のところにはほとんど訪問診療を行わない。また、訪問看護については、県と市は契約により市に移管可能できるが、市に権限を移管しているのは半分強にとどまっている。

エーデル改革を医療政策という観点から総括すると次のとおりである。

エーデル改革のねらいは、①医療とその隣接領域が全体として統合されたシステムとなっていないという問題点、②ベッドブロッカーの存在により資源配分が非効率となっているという二つの問題点の解消を図るものであったと言ってよい。このうち、②のねらいは概ね達成された（既述したような問題があるのも事実であるが）にしても、①の問題点は本質的には解消されていない。なぜならば、第1に、医療は県、福祉は市という権限の「仕切り」自体は、エーデル改革後も基本的には変更されていないからである。つまり、例えばナースィングホームはエーデル改革によって「医療施設」から「介護がついた住宅」として施設の位置づけが変更されたのであって、医療を市が受け持つこととされたわけではない。第2に、既述したとおり、医師の身分は移管されず県にとどまっているからである。これは、エーデル改革の議論の過程で、県はナースィングホームの市への移行等には賛成したがプライマリ・ケアの移行には反対であり、医師も反対した結果である。なお、市は権限の移行には賛成したが、財政負担の増大を危惧し「5日間ルール」には反対した。エーデル改革は、多分に妥協の産物たる面を有しているのである。いずれにせよ、エーデル改革により高齢者の医療と福祉が統合されたと紹介されることが少なくないが、必ずしも医療と福祉の統合や一元化が行われたわけではない。冷めた見方をすれば、エーデル改革は大規模かつチャレンジングな改革であるとはいえ、医療制度改革という観点からは、制度の基本的枠組みを変更しない「制度内改革」であると言うこともできるのである。

(2) 家庭医制度および自由開業医制度の改革

家庭医制度は、「選択の自由」を標榜するビルト (Carl Bildt) 政権 (1991 年に発足した保守・中道四党の連立政権) において、社会保障制度改革の目玉の一つとして登場したものである。

この制度は、住民が自分の家庭医を自由に選択・登録することを通じ、①住民の医師を選択できる権利の拡大、②プライマリーケアの充実、③民間開業医の増大による競争の喚起をねらいとするものである。なお、計画目標では、1993 年に人口 1 万人当たり 4.0 人の家庭医を 1994 年中に 4.7 人に増大する (17.5% 増) こととされていたから、相当大幅な拡充を意図したものであったと言える。

この改革で重要な点は、県と契約関係にない民間開業医 (家庭医) であっても公的に費用の支払いが行われる道を開くことにある。つまり、実質的に①家庭医に必要な資格 (原則として GP としての専門資格) があり、②千人以上の登録者を得るという 2 つの条件さえ満たせば、県の公務員であるか民間開業医であるかを問わず、登録された人数に応じて (つまり人頭払い) 県から民間医師に対して報酬が支払われるのである。これは、県にとって影響甚大な制度改革にあたる。なぜなら、従来も、民間医師であっても県と契約すれば診療報酬の支払いは受けられたが、契約するか否かは県にイニシアティブがあった。しかし、この家庭医制度では、2 つの要件をみたす限り民間開業医 (家庭医) は県に事前通告するだけで足りることとされ、また、県には「住民が家庭医を選択する機会を持つ責任」まで課せられたからである。つまり、家庭医制度は、医療供給に関する県の独占的ないしは主導的地位を揺るがすものに他ならない。また、同時にそれは保守・中道政党の狙いとするところでもあった。だからこそ、県 (の職員) 及びこれを有力な支持基盤とする社会民主党の強い反発を招き、政治的に大きな争点となったのである。

自由開業医制度は、家庭医について認められた民間医師の開業の自由 (正確には開業に伴う診療報酬の公的支払い) を家庭医以外の専門医についても拡大するものであり、いわば家庭医制度と対をなす改革である。その内容は、①フルタイムの医師であること、②県に対する事前通告や活動報告の義務づけがあること、③診療報酬の支払いは専門医としての活動に限定されること、④診療報酬の支払いにはシーリングが設定されていることなどの要件をみたせば、県の同意を要せずに、診療報酬の支払いを受けることができるということである。家庭医の場合、必要な登録人数 (千人) を集めることは必ずしも容易ではないが、自由開業医制度には登録人数要件はないため、民間開業医を増大させる要素は家庭医制度に比べより大きいと考えられる。

この両法案はそれぞれ 1993 年春、93 年秋に議会を通過し、いずれも 94 年 1 月から施行された (ただし 95 年末までの猶予期間が設けられた)。ところが、その当時から社会民主党は政権に復帰すれば両法案を廃止することを言明しており、実際、社会民主党が政権に返り咲いた後の 1995 年に両法律は廃止の運命