ＳＯＭＰＯ福祉財団叢書 No.９７

「健康保険・介護保険システム研究会」報告書

カナダ・オランダの健康保険と介護保障・介護保険
ドイツ・フランスの健康保険

主　　査　田中　滋
（公立大学法人埼玉県立大学理事長　慶應義塾大学名誉教授）

研究主幹　小林　篤
（元損保ジャパン日本興亜総合研究所ファカルティフェロー）

編集　久司敏史
（ＳＯＭＰＯインスティチュート･プラス主席研究員）

2024年3月

公益財団法人ＳＯＭＰＯ福祉財団

目　　次

主査緒言…… 2

健康保険・介護保険システム研究会の概要と叢書の作成要領…… 4

健康保険システムの成り立ち・現状を理解する比較の視点…… 6

健康保険・介護保険システム研究会名簿…… 8

図表一覧…… 9

第 1 部　カナダの健康保険と介護保障・介護保険……10

第 2 部　オランダの健康保険と介護保障・介護保険……33

第 3 部　ドイツの健康保険……58

第 4 部　フランスの健康保険……76

主　査　緒　言

SOMPO 福祉財団の支援により設けられた「健康保険・介護保険システム研究会」では、研究会構成メンバーに加え、必要に応じて検討対象国における医療・介護保障制度等に詳しいゲスト研究者を招いて討議を行ってきた。すでに、SOMPO 福祉財団叢書 No.96『米国・英国の健康保険・医療保障と 介護保険・介護保障』が2023年に発刊されている。この度は叢書 No.97として『カナダ・オランダ・ドイツ・フランス編』を公表する。

報告の狙いと特徴は、対象国の医療と介護にかかわる公的保障（社会保険や公費等による受療保障）と民間保険について、基本的な構造とその構造に至る成り立ち、さらに構造が変革していく過程と課題を理解するために役立つ情報を整理して提示している点である。よって、本書発刊時の最新状況に焦点をあてた近況報告は主目的ではない。

本報告の記述が可能な限り確かな情報となるように、章節項ごとに典拠とした情報源を注記で示した。それとは別に、国ごとにまとめられた「参考文献・インターネットサイト」に、今後の調査研究の際の参照先として役に立つ情報源を掲載している。

住民の大部分をカバーする社会保険制度（“国民皆保険制度”）が特徴と言える日本の健康保険システムと、各国の仕組みの比較を行いやすいよう、以下の 6 つの分析視点を冒頭に掲げた。それらは、①システムを支える正義観、②システムの対象者と医療サービスへのアクセス保障、③医療サービスに対する支払い方式、④財源確保とコストコントロール、⑤平等性、⑥民間保険との関係、とまとめられる。

本稿は、上記の狙いと特徴を持つ叢書の第二分冊にあたる。

第 1 部『カナダの健康保険と介護保障・介護保険』の主な内容は次のとおり。第 1 章「カナダの公的健康保険と民間健康保険の概要」：州・準州は居住者に対して、一次医療を担当する主にかかりつけ医によるサービス、および二次医療を担当する専門医と病院サービスを無料で提供している。その費用は、州・準州がそれぞれ独自に定める健康保険制度からサービス提供者に償還される。なお病院は私的非営利主体である。第 2 章「カナダの公的健康保険の沿革」：1947年にサスカチュワン州が創設した公的保険制度に始まり、現在の公的保険システムの基本構造を定めた1984年のカナダ保健法、その後の度重なる変革が紹介されている。第 3 章「民間健康保険の役割と市場」：上述のように、医師サービスと病院サービスが無料で提供されているため、民間健康保険の役割は処方箋薬、歯科、プライベートな病室利用、さらに私的クリニック（法的には容認も禁止もされていない）の費用の一部に限られる。生命保険・健康保険の団体市場は寡占市場となっている。第 4 章「待機問題の状況と二重医療への賛否」：英国同様、カナダでもかかりつけ医から専門医への紹介に何と25週間以上を要する問題がある。一部の患者が私的支払により専門医療サービスに優先的にアクセスできる体制については論争がある。第 5 章「討議の主要論点」：前章で示された問題に対する対応の例として、ケベック州の取り組みがとりあげられている。第 6 章「カナダの健康保険システムの課題と対応策」：冒頭に示した 6 つの視点を用いた分析が示される。第 7 章「カナダの介護保障・介護保険」：カナダには介護を対象とした公的保険制度は無い。しかし、連邦政府からの補助を含めた州・準州により、独自の“地域包括的アプローチ”が試みられており、事例としてはオンタリオ州が紹介される。最後にカナダにおける介護をめぐる課題が示されている。

第 2 部オランダ編の主な内容は次のとおり。第 1 章「オランダの概要と特徴」：オランダ社会における伝統的合意方法の背景は国土の特質に起因することが指摘されている。第 2 章「2006年ヘルスケアサービス（医療介護）改革の沿革」：オランダ編の過半を占め、オランダにおける制

度の背景を考えるためには最重要と言える章である。第二次大戦後の社会保険制度成立からリスク調整の導入・改良を経て、2006年に行われた管理競争の開始が詳細に描写される。さらにオランダヘルスケアシステムの特徴となってきた三層構造、個人の選択、公私保健の合成による全体構成の3点が論じられている。第3章「2015年ヘルスケアサービス（医療介護）改革」：医療分野のみならず介護分野の双方に関わる包括的改革が取り上げられ、導入された四つの新法の紹介と、その成果及び評価も論じられている。第4章「討議の主要論点」：歴史的視点と、家族間・文化の関係が要約される。第5章「オランダのヘルスケアサービス（医療介護）の課題と対応策」：冒頭に示した6つの視点を用いた分析が示される。

第3部『ドイツの健康保険』の主な内容は次のとおり。第1章「ドイツの特徴と健康保険システムの概要」：公的健康保険への加入義務と、公的健康保険機能を代替する民間保険の併存が歴史を踏まえて描写される。第2章「ドイツ健康保険システムの沿革」：①健康保険システムの構造と沿革を取り上げる着目点、②世界史的にも日本の制度を考える上でも極めて重要なビスマルク期の制度成立の背景、③第二次大戦前・大戦中のシステムの簡単な紹介に続き、④戦後のシステムの詳細な紹介が行われている。第3章「民間健康保険の概要」：公的保険を代替する完全保険と、公的保険給付外サービスのみを扱う付加保険が存在する。民間保険の保険料は平準保険料方式である。民間保険利用者には、高額所得の被用者、公務員、自営業者の三つのセグメントがある。第4章「討議の主要論点」：公的健康保険の加入先が選択可能となったために起きた問題点が指摘される。保険者間の競争促進を図りつつ、必然的に生ずる欠陥を補填するためのリスク構造調整も分かりやすく解説されている。第5章「ドイツ健康保険システムの課題と対応策」：冒頭に示した6つの分析視点からの分析が示される。

第4部『フランスの健康保険』の主な内容は次のとおり。第1章「フランスの特徴と健康保険システムの概要」：公的健康保険と、補足的疾病保険と呼ばれる民間健康が相互依存的に一体化している特徴が指摘されている。第2章「フランス健康保険システムの沿革」：フランスの健康保険システムは、労災・年金等を包含した社会保険システムの一部である点が日本と大きく異なる。続いて、健康保険システム変化の大きな方向性が18世紀末の革命期から説き起こされ、有名なジュペ・プランに至るまでの展開、さらにその後が紹介されている。第3章「民間健康保険市場の概要」：フランスの公的健康保険制度の給付形態から、実際に住民が医療サービスを受けるためには、民間健康保険給付を組み合わせることが必要不可欠である理由が説明される。合わせて、民間健康保険の種類と提供組織が論じられる。医療分野のみならず介護分野の双方に関わる包括的改革が取り上げられ、導入された四つの新法の紹介と、その成果及び評価も論じられている。第4章「討議の主要論点」：英国的システムおよび日本との違いなどが取り上げられている、第5章「フランス健康保険システムの課題と対応策」：冒頭に示した6つの視点を用いた分析が示される。

健康保険・介護保険システム研究会の概要と叢書の作成要領

1　健康保険・介護保険システム研究会の目的

健康保険・介護保険システム研究会は、先進諸国の健康保険・介護保険システムについて、公的保険・民間保険、さらに公費による保障制度を含めて包括的に把握・理解し、各国の抱える課題について検討を進めることを目的とした。

2　研究会の観点・態度

①健康保険・介護保険システムという観点

研究会で取り上げた先進諸国の健康保険・介護保険・公費保障制度は、多くの国に共通する要素・特性を有する部分（例えば、予防への取り組みや入院医療費用算出の根拠となる疾病群別の考え方）が見られる一方、その運営・成り立ちの相違（例えば、主たる財源が公費か保険料か、サービス提供者に対する支払いが個別サービスごとか、１日当たりや１件当たりの包括払いか、人頭払いか、予算制か）などによって、全体としては大きなバラエティが存在する。

システムは、一般的には部分が結合して全体が構成されているものと理解されている。本叢書では、各国の仕組みがシステムとして構成されているとの観点から調査分析を行った。これにより、先進諸国の健康保険・介護保険の共通性と相違の把握が容易になると考えられる。

②運用面・実態の把握

公的な健康保険・医療保障や介護保険・介護保障制度および民間健康保険・介護保険について、制度に関する理解に留まらず、運用面など実態を見据えた把握・理解を行うことに留意した。

③公的保険・民間保険の一体的把握

先進諸国では、公的健康保険・公費保障制度と民間保険とが併存していることが多い。公的健康保険・公費医療保障制度と民間保険の関係は、区々様々である。その両者を一体として把握するように努めた。

④変革過程への注目

どの先進諸国でも、健康保険・介護保険システムは絶えず改革（結果としての改悪も）・革新がなされている。現在のシステムは経路依存的に形成されたものであるので、沿革を把握することは理解に不可欠である。

3　研究会開催実績と対象国

2018年から2022年にかけて、以下の合計10回開催した。

2018年　米国２回（含む介護保険・介護保障）
2019年　英国２回（含む介護保障）
2020年　カナダ２回（含む介護保障）
　　オランダ２回（含む介護保険）
2021年　ドイツ１回
2022年　フランス１回

対象とした国は、米国、英国、カナダ、オランダ、ドイツおよびフランスの６カ国である。

4　研究会の進め方

①最初に研究主幹から当該国に関する健康保険・介護保険システムについて報告を行い

②当該国に関する健康保険・介護保険システムに関して専門的知見を有する研究者をゲスト研究員としてお招きし、研究主幹報告の不足・誤認について補足していただき、その後研究会の参加者（損保ジャパン日本興亜社の参加者も含む）による自由な討議を行った。

お招きしたゲスト研究員は以下のとおり。

カナダについては、産業医科大学公衆衛生学教室松田晋哉教授と生協総合研究所山崎由希子研究員

オランダについては、お茶の水女子大学大森正博教授と慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科堀田聰子教授

ドイツについては、早稲田大学商学学術院土田武史名誉教授

フランスについては、産業医科大学公衆衛生学教室松田晋哉教授

5　健康保険・介護保険システム研究会の叢書の内容と着目点

叢書の内容は、研究会活動で、何が解ったかを整理し、当該国の健康保険・介護保険システムの特徴、日本との対比を考える際に有益となりうる情報を纏めている。また、それぞれの国の健康保険・介護保険システムは経路依存的であるので、沿革の解説も示した。また、改革は、その時期・その国での課題の解決策であるとの点に着目している。なお、対象国の制度などは原則として対象国に関する研究会開催時点のものとなっている。

6　本叢書が想定する読者と参考文献・インターネットサイト

先進諸国の健康保険・介護保険システムについて調査する読者。

調査する際の利便のため、役立つと考えられる参考文献（主に英語）およびインターネットサイトに関する案内を、「参考文献・インターネットサイト」として掲げてある。

7　叢書の作成要領と叢書で取り上げた国

研究会で提供された報告・コメント・討論および自由討議記録を下敷きにしつつ、当該国の基本的な姿が把握できるように、必要と考えられる情報を加えた本文草稿を研究主幹が作成した。更に、その本文草稿について主査とゲスト研究員が検討して必要な修正を行って、本叢書の本文とした。

本叢書は、6カ国のうち、カナダ、オランダ、ドイツとフランスを取り上げている。なお、ドイツ、フランスについては健康保険のみを対象にしている。

健康保険システムの成り立ち・現状を理解する比較の視点

国民皆保険制度下で各種公的保険が分立している日本の健康保険システムの成り立ち・現状を踏まえ、日本と違う特徴を把握するとの観点から、比較の視点を以下のとおり整理した。

①システムを支える正義観

例えば、米国では、市場原理尊重の正義観と社会正義を考慮する正義観、さらにはトランプ支持者が信奉するいわゆる「アメリカ第一」原理主義的な正義観などが互いに対立し、ときに妥協して、システムが変化していく事態が起きてきた。さらに、住民の異なる正義観を反映した州ごとの違いも大きい。なお、このような地域によるシステムの顕著な差異は日本には存在しない。正義観は、システムを支える重要な要素の一つである。

②対象者と医療サービスへのアクセス保障

現代では、多くの経済的先進国において、医療サービス利用の際の経済的バリアを軽減するために、健康保険や公費保障制度を設けている。こうした仕組みは、医療サービスへのアクセスを容易にすることが目的である。

健康保険や公費保障制度の対象者を誰とするかは、国と時期により異なる。例えば、日本では1961年に住民のほとんど全てを対象とする公的健康保険が成立した。英国の医療保障制度は、国民保健サービスによって全住民、さらには一時的滞在者までをも対象としている。

受療を支援するシステムの対象が、住民全てか、特定の年齢層だけか、特定地域の住民だけか、職域だけかなどは、国・時期により様々である。

③医療サービスに対する支払方式

保険方式の場合、医療サービス利用者が、医療サービス提供者にそのサービスの料金の大部分を事後に償還されるにしても一時的には直接支払う方式と、健康保険者がその健康保険に加入している者が受けた医療サービスの料金（そこから事前に定められた患者自己負担分を引いた額）を支払う方式とがある。多くの国では、公的保険制度については後者が一般的である。また、サービス利用量とは短期的には直接関係しない予算制度をとる仕組みも見られる。

④財源確保とコストコントロール

健康保険システムは、ヘルスケアシステムにおけるファイナンスを受け持つシステムであり、財源確保が必要不可欠である。財源としては、公費（税金・公債）と保険料に分けられる。医療提供者の収入源としては、その他にサービス利用者の自己負担や（米国の非営利病院に多い）寄付金などが考えられる。公費は何処まで確保出来るか、患者に自己負担をどこまで求めるかなどは、常に大きな政策課題となってきた。

また、サービス提供後の支払いシステムをとる場合に絞っても、医師・病院等のヘルスケアプロバイダーからの診療内容に応じた支払請求に対し、そのまま支払うか、保険者も同意した価格表が存在するか、個々に価格交渉を行うかなど様々な支払方式がありうる。米国では、世界に類を見ない医療費の高さの下、コストコントロールを目指して、ヘルスケアプロバイダーに対する支払方式の改革・実験が続けられ、知見が蓄積されているものの、成功しているとは言い難い。

⑤平等性

健康保険システムは、医療サービスへのアクセスに対する経済的バリアを軽減させることが

主目的であろう。言わば、住民が医療サービスを受けやすいかどうかに関わる重要なシステムである。健康保険システムの対象者の受療にあたり、所得・社会階層等による格差が大きければ、上述の正義観によっては、平等性に疑問が生じる可能性が高い。受療の平等と経済・社会格差の関係は、健康保険システムをめぐる大きな問題になってきた。

⑥ 公的健康保険・医療保障制度と民間保険との関係

民間健康保険と公的健康保険・公費医療保障制度は併存しうるが、その在り方は国によって大きな相違がある。民間保険は、国によっては、公的健康保険・公費医療保障制度の単なる補完に留まらず、多様な役割を担っている。

健康保険・介護保険システム研究会名簿

（所属・役職は就任時、敬称略）

主査：田中　滋（公立大学法人埼玉県立大学理事長、慶應義塾大学名誉教授）

米山　高生（東京経済大学教授）

満武　巨裕（医療経済研究機構副部長）

姜　英英（中央大学助教）

研究主幹：小林　篤（損保ジャパン日本興亜総合研究所ファカルティフェロー）

久司　敏史（損保ジャパン日本興亜総合研究所主任研員）

図　表　一　覧

（図表１）カナダの州・準州

（図表２）カナダの人口密度

（図表３）人口10万人あたり家庭医数の推移

（図表４）オンタリオ州のローカルコミュニティ区分

（図表５）オランダの州

（図表６）疾病保険基金 Ziekensfonds の基本的資金フロー

（図表７）2006年ヘルスケア市場と当事者

（図表８）三層構造の内容

（図表９）2006年ヘルスケアサービス（医療介護）の資金フロー

（図表10）第２ compartment の資金フロー

（図表11）2017年 OECD 加盟国介護サービスに要する費用の対 GDP 比率

（図表12）2015年介護サービス包括的改革の旧法と新法

（図表13）2015年ヘルスケアサービス（医療介護）改革後の資金フロー

（図表14）平準保険料方式の概念図

（図表15）フランスの地域

第１部　カナダの健康保険と介護保障・介護保険

第１章　カナダの公的健康保険と民間健康保険の概要

１．広大な面積と連邦制

カナダでは、日本の約27倍の面積に人口は約3,789万人（2020年１月カナダ統計局推計）が居住している。人口は均等に分布しているのではなく、人口密度が高い地域である都市部が少数存在し、その他の地域は人口密度が低い。カナダは、現在10州（province）と３準州（territory）で構成する連邦制となっている。

連邦制のカナダの憲法は、連邦と州の権限を規定している。ヘルスケアに関する州の権限と連邦政府の支出権限は、次のとおりである。1867年憲法第92条では、州議会の専属的権限として「州内にある州のための病院、救護院、慈善施設及び慈善機関。ただし、海上病院を除く」と規定されている[1]。連邦政府には、連邦法に基づく連邦政府の支出権限（spending power）がある。州がヘルスケアサービスを提供するための財源は全てを州の財源で賄うのではなく、実際には連邦政府からの補助金に部分的に依存している。

（図表１）カナダの州・準州



（出典）ウィキメディア・コモンズ（Wikimedia Commons）
<https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Political_map_of_Canada.png>

[1] 国立国会図書館調査及び立法考査局「カナダ憲法」（2012年３月）pp.46-47。

（図表２）カナダの人口密度



（出典）Wayne C.Thompson,“Canada 2018-2019”, 34th Edition, 2018, p.25.

２．無料の公的健康保険制度と運営・財源

カナダの州・準州はそれぞれ独自に、「健康保険制度（Health Insurance Plan）」を運営している。この健康保険制度は自己負担がない無料の公的健康保険である。公的健康保険はメディケアと呼称されている。

カナダの場合には、患者が最初に診てもらう、かかりつけ医が患者に提供する医療サービスと病院・専門医が提供する医療サービスは、医療サービスのコアの領域であり、このコアの領域は公的健康保険システムのみが提供している。

カナダの公的健康保険システムにおいて、州政府・準州政府が州・準州の居住者に対して医師サービスおよび病院サービスを無料で提供している。提供方式は、州政府・準州政府が医師および病院と契約し、サービス提供に要した費用を償還する方式が一般的である。運営主体の州政府・準州と病院、医師等とは、医療サービスの費用の償還方法・基準等を予め交渉して決めておく方法が採用されている。交渉方法は、病院または医師の職能団体と交渉することが一般的である。病院は、非営利の（non-profit）組織であっても、慈善団体（charity）であっても、公的（public）ではなく、私的な（private）ヘルスケアプロバイダーである[2]。医師は、独立自営業であり、私的な（private）ヘルスケアプロバイダーである。カナダの公的健康保険システムは、私的な（private）ヘルスケアプロバイダーに対して公的な（public）資金を投入する“public contracting”モデルを採用していると指摘されている[3]。

州政府・準州政府の健康保険制度の財源は公的資金であるが[4]、州政府の財源だけでなく連邦政府から州政府・準州政府に補助金として供与された資金も財源になっている。

---

[2] ただし、直営の公立病院も存在している州がある。

[3] Raisa Oeber,“Health care: What should we be paying for?”, The Globe and Mail, Jun. 14, 2017.

[4] ただし、保険料を徴収する州もある。

3. カナダのヘルスケアシステムの基本構造

⑴英国に類似したヘルスケア提供システム

カナダのヘルスケアシステムは、カナダがイギリス連邦に属する国であることもあって、英国の公的医療保障サービスを提供する National Health Service（以下 NHS という）と類似している点がある。英国の公的医療保障サービスを提供する NHS は、1948年創設以降全ての英国在住市民に対して医療保障サービスを原則無償で提供してきた。

医療保障サービスには区分があり、分業体制になっている。①一次医療（primary care）と観念される基本的一般的な医療・保健サービスと、②専門医・病院による医療・保健サービスとは別のヘルスケアサービスであると一般的に理解され、別々のサービスを別々に担当する仕組みである。すなわち、基本的一般的な医療・保健サービスは、かかりつけ医・家庭医とも称される General practitioner（以下 GP という）などによって提供される。GP は、自分で診療治療する以外に、必要に応じて患者を専門医（specialist、consultant とも呼ばれる）または病院に紹介（referral）する。カナダのヘルスケアシステムも、同様の分業体制になっており、NHS と類似している。

⑵家庭医の役割と実態

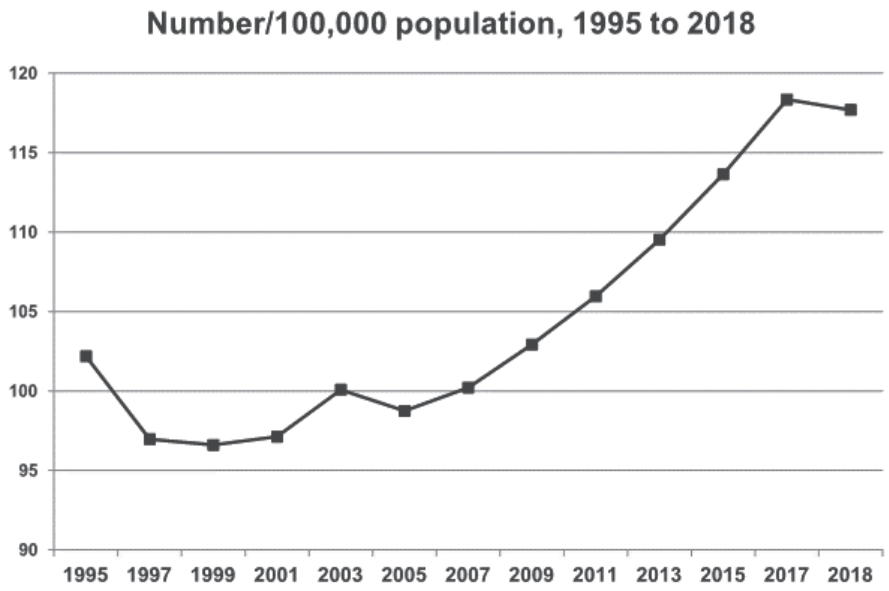
①カナダの家庭医の役割[5]

GP または family physician と呼ばれる、カナダの家庭医の役割は、広範囲にわたっている。患者の検査・診断・病気怪我の治療、処方箋交付、ワクチン接種を行い、加えて患者家族の健康・生活様式に関するカウンセリング・支援も継続的に行う。

②家庭医の実態[6]

開業形態の割合は、単独が15%、グループが39%、多職種連携（Interprofessional Practice）が25%、病院ベースが19% となっている。

（図表３）人口10万人あたり家庭医数の推移



[5] カナダ連邦政府雇用・社会開発省 (Employment and Social Development) のホームページ、jobbank、(visited Oct.30, 2022）＜ https://www.jobbank.gc.ca/marketreport/occupation/24431/ca.＞に拠る。

[6] Canadian Medical Association, “Family Medicine Profile,” Aug.,2018.

４．関与の余地がほとんど無い民間健康保険

民間健康保険は公的健康保険を補足する役割を担っているが、このコアの領域については、民間健康保険にはほとんど関与の余地がない。民間健康保険者は、概ね歯科・視力関係の領域および処方箋薬のみを対象とする補足的（supplementary）保険を販売しているだけである。

第２章　カナダの公的健康保険の沿革[7]

カナダでは、連邦制を定める憲法に基づき、歴史的に連邦政府と州政府の両方がヘルスケアシステムを担ってきた。

1. サスカチュワン州政府の先導

第二次大戦以前は、カナダではヘルスケアに関する費用負担のほとんどは、個人負担であった。1947年にサスカチュワン州政府は、州内の居住者を対象として病院ケア補償プランである「公的病院保険制度（public hospital insurance plan）」を創設した。1950年になるとブリティッシュコロンビア州とアルバータ州が類似の公的病院保険制度を導入した。その後、1957年に連邦政府は、「病院保険・診断サービス法（Hospital Insurance and Diagnostic Services Act）」に基づき、特定の病院・診断サービスに関して州・準州が負担する額の半額負担を開始した。

1962年にサスカチュワン州は、居住者を対象に医師サービスを補償する公的医療保険を創設した。1966年連邦政府は、「医療ケア法（Medical Care Act）」に基づき、病院外で医師が提供する医療サービスに関して州・準州が負担する額の半額負担を開始した。

1997年に成立した「連邦・州財政協定および既存プログラム資金提供法（Federal-Provincial Fiscal Arrangements and Established Programs Financing Act）」に基づいて、現金の支払いと課税時期の組合せに替えて、block fund が採用された。block fund は、課税時期を移転し連邦政府は税率を引き下げ同時に州・準州政府は同額となるように税率を引き上げる方法で、特定の目的のために政府間で移転される金額である。連邦政府と州・準州政府の税率を調整する財政調整は、州・準州政府に資金需要と優先順位付けに従って、ヘルスケア部門へ支出できる柔軟性を与えるという意義があるとされている。

２．1984年立法のカナダ保健法

現在の公的健康保険システムの基本構造の法制的基礎となるのは、1984年立法の Canadian Health Act（R.S.C. 1985, c. C-6）（以下「カナダ保健法」という）である。カナダ保健法の内容は、その長い名称である「カナダ連邦による資金供与ならびに保険対象であるヘルスサービスおよび派生的なヘルスケアサービス（extended health care services）についての基準と要件に関する法律」に示されている。すなわち、①カナダ連邦政府が州政府・準州政府に対して交付する資金の交付条件と、②州政府・準州政府が運営する健康保険制度（Health Insurance Plan）の対象になるヘルスケアサービスの範囲の二つのことを定めているのである。

カナダ保健法には、州・準州政府が健康保険制度を運営する上で従うべき、原理原則の規定がある。この原理原則は、連邦政府が州・準州政府に補助金を提供する基準・条件を定めているが、州政府の健康保険制度を運営する基準を直接的に定めたものではない。

憲法法典では、ヘルスケアに関しては基本的に州に権限があるとしている。州政府は、保険対象となるヘルスケアサービスの提供方法・提供体制を独自に決めることができる。

ただし、実務的には州・準州政府の首相（first minister）および連邦政府保健担当相が協議する合議体での協議を経て、州・準州の保険対象となるヘルスケアサービスの提供方法・提供体制に関する基本的な条件が形成される。その基本的な条件は州・準州政府の裁量を認めるので、各州・準州はそれぞれ独自に公的健康保険システムを設計運営することになる。

連邦政府が州政府に補助金を提供する基準・条件の主要なものとして、①連邦政府から州政府

---

[7] 本章の記述は、カナダ連邦政府保健省のホームページ、Canada's Health Care System, Evolution of Our Health Care System (visited Oct. 12, 2022)< https://www.canada.ca/en/health-canada/services/health-care-system/reports-publications/health-care-system/canada.html#a3 > に拠る。

に交付される補助金プログラムである「カナダ保健医療移転」（Canada Health Transfer）に関する五つのプログラム基準（program criteria）および②二つの条件（condition）がある。
五つのプログラム基準と二つの条件は、概略以下のとおりである。
①五つのプログラム基準
　カナダ保健医療移転（Canada Health Transfer）に関する五つのプログラム基準は、メディケア五原則と呼ばれている。
　メディケア五原則は、以下のとおりである。
1）公的管理（Public Administration）：州・準州の健康保険制度は、政府機関（public authority）によって非営利的に管理運営する。ただし、運営に必要なサービスを外部委託することを妨げない。
2）包括性（Comprehensiveness）：州・準州の健康保険制度においては、病院、医師および歯科医師（ただし、病院施設で提供される外科的歯科サービスに限る）による、保険対象のヘルスサービスは、一部ではなく全て提供しなければならない。
3）普遍性（Universality）：どの州・準州の居住者であっても、登録をすれば州・準州の健康保険制度から同一条件でサービスの提供を受ける権利が与えられる。
4）携行性 (Portability)：他の州・準州に移住する居住者は、移住先の健康保険制度が設定している、新規居住者に対する待機期間（最大三ヶ月）の間は、サービスの提供を受けた本拠地となる（home）州・準州のサービスを継続することができる。
5）ヘルスケア利用アクセス（Accessibility）：病院、医師および歯科医師（ただし、病院施設で提供される外科的歯科サービスに限る）による、保険対象のヘルスサービスへの妥当な（reasonable）アクセスが、追加費用請求（extra-billing）と利用者負担（user charges）または年齢、健康状態あるいは経済状態に基づく差別などの障害によって、直接・間接に妨げられることが起きないように保障されなければならない。
　追加費用請求（extra-billing）も利用者負担もヘルスケア利用アクセスの障害または妨害になるとされている。追加費用請求とは、医師が州・準州の健康保険制度から支払われるまたは支払われることになっている金額以外に、保険対象の医療サービスを受けた患者に請求することをいう[8]。利用者負担とは、追加費用請求以外の追加請求で、例えば病院等でのサービスに関して病院等が追加料金を請求することをいう。
②二つの条件
　二つの条件とは以下のとおりである。
1）情報の提供（Information）：州政府・準州政府は、連邦保健担当相に対し自州・自準州の健康保険制度に関する必要な情報を提供しなければならない。
2）連邦政府の補助金交付の周知徹底（Recognition）：連邦政府が州健康保険制度に補助金を交付していることを適切に明示し、利用者等に周知徹底しなければならない。

　五つのプログラム基準と二つの条件を満たさなければ、州政府・準州政府は、カナダ保健医療移転を満額受領することができない。五つのプログラム基準と二つの条件は、連邦政府の支出権限と運営基準・要件が、州・準州が独自に決定し運営できるヘルスケア関係事業に強い影響を与え、州政府・準州政府の権限行使と活動を制約している一例である。

[8] Health Canada,“Canada Health Act Annual Report 2015-2016”, Feb. 2017, pp.7-10.

３．1995年以降の改革

⑴1995年の改革

1995年に連邦と州・準州の財政調整を行う協定が再編され、ヘルスケアに加えてsocial service[9]も含む「Canada Health and Social Transfer（CHST）」が成立した。

⑵2003年ヘルスケア刷新に関する合意

「2003年ヘルスケア刷新に関する合意（Accord on Health Care Renewal）」が、州・準州首相会議で決議され、連邦政府がその実現のために資金拠出等の支援をすることになった[10]。2003年２月州・準州政府の首相会議が開催され、「2003年ヘルスケア刷新に関する合意（Accord on Health Care Renewal）」が、州・準州首相会議で決議された。この合意は、待機すること無しに高品質の医療サービスが受けられるよう改善する実行計画であった。これに対して、連邦政府は、368億ドルを向こう５年間にわたって拠出する支援を行うことになった。具体的には、電子カルテ（Electronic Health Record）の導入、ヘルケアに関するイノベーション促進・調査分析を行うHealth Council of Canadaや患者安全に関する教育・システムイノベーション・コミュニケーション・調査研究を行うCanadian Patient Safety Instituteの設立などが実施された。

⑶2004年 Canada Health and Social Transfer（CHST）の分割

2003年ヘルスケア刷新に関する合意では、Canada Health and Social Transfer（CHST）が、2004年から分割することになった。すなわち、ヘルスケアの支援（従来より増額された）を担当するCanada Health Transfer（CHT）と大学等の高等教育・social servicesを担当するCanada Social Transferに分割された。

⑷2004年「ヘルスケア強化の10年計画」の発表

2004年州・準州政府による「ヘルスケア強化の10年計画（A 10-Year Plan to Strengthen Health Care）」が公表され、連邦政府と州・準州政府とがこの計画実現に取り組むことになった。計画の主要な事項は、患者が治療等を受けるまでの待機期間を改善する待機期間管理（wait times management）、ヘルスケア人材対策、ホームケア・プライマリーケア強化などである。連邦政府は、2006年からCanada Health Transfer（CHT）を増額した。

⑸2007年 Patient Wait Times Guaranteeの開始と2010年全国実施

2007年には特定地域でPatient Wait Times Guaranteeが実施された。Patient Wait Times Guaranteeは、医学的にヘルスケアサービスを提供すべき場合に予め定められた時間枠を超過するときには、別の医師等の代替的選択肢を提供する仕組みである。2010年には全国で導入された。

連邦政府は、Wait Times Reduction Fundに資金を拠出し、州・準州政府は、その資金を利用して、優先すべき事項の改善に取り組んだ。優先すべき事項としては、ヘルスケア人材の追加雇用、治療待機患者の減少、待機期間管理ツールの改善などがあった。州・準州政府は、エビデンス・ベースの共通ベンチマークを設定し、優先分野については改善状況を公表した。

---

[9] social serviceとは、地方政府または中央政府が高齢者、疾病患者または日常生活の支援を必要とする者に対して救援をすることである (Cambridge Advanced Learner's Dictionary - 3 rd Edition)。

[10] 本項の記述は、カナダ連邦政府のHealth Canada Servicesの記述 (visited Oct. 14, 2022) https://www.canada.ca/en/health-canada/services/health-care-system/health-care-system-delivery/federal-provincial-territorial-collaboration/first-ministers-meeting-year-plan-2004/2003-accord-health-care-renewal-progress.html ＞に拠る。

第３章　民間健康保険の役割と市場

１．民間健康保険の対象範囲と民間健康保険に対する需要

⑴民間健康保険の補償内容[11]

①概要

民間健康保険者は、州政府・準州政府の健康保険制度の対象とならない処方箋薬、歯科、プライベートな病室利用などを補足的に補償している。団体加入は90％、個人加入は10％となっている。保険料収入は、511億カナダドルである。

②病室の種類と州・準州の健康保険制度および民間健康保険からの給付内容

カナダの病院には、三種類の病室がある。標準的な病棟（Standard Ward）は、四人部屋、セミプライベート（Semi-Private）は、二人部屋、プライベート（private）は、一人部屋である。標準的な病棟に入れば無料であるが、セミプライベートとプライベートを選択すると追加料金が発生する。追加料金は、自費負担または民間健康保険の利用となる。

⑵民間健康保険市場の概況

①団体加入が主流

カナダの民間健康保険は、団体加入方式が主流である。職域の場合には、雇用主による全額また一部の保険料負担があるが、その他では加入者が保険料全額を支払うことになる[12]。団体加入の保険料が90％、個人加入の保険料は10％であると推計されている[13]。

②生命保険・健康保険の団体市場における寡占体制

生命保険・健康保険の団体市場においては、上位10社が９割以上を占める寡占市場となっている[14]。業界情報を収集している Fraser Group が、2021年の Employee Benefit Group Life and Health plan について調査した公表結果によれば、当該団体保険市場の規模は推計500億カナダドルの規模である。2021年現在、上位10社は、Sun Life、Canada Life、Manulife Financial、Desjardins Financial、Blue Cross（カナダ全土での総計）、Beneva、Green Shield、Industrial Alliance、Empire Life、Equitable Life であり、この上位10社で97.2% を占めている[15]。

⑶民間健康保険の販売・募集チャネル

民間健康保険の販売・募集チャネルは、一般的には大手の全国展開をしているブローカー（national broker）または福利厚生コンサルタント（employee benefits consulting）が団体保険を扱い、専業代理店・ブローカーが個人保険を扱っている。しかし、グループ保険に上乗せして個人保険に加入することも多く、大手ブローカー・福利厚生コンサルタントでも個人保険販売・募集の免許を取得していることも多々存在している。

⑷民間健康保険のバリエーションと自家保険

民間保険会社が販売する健康保険には、企業を契約者とし、職域の従業員とその家族を保険

---

11 Canadian Life and Health Insurance Association (CLHIA),“Canadian Life and Health Insurance Facts”, 2022 Edition. pp.15-16.

12 Canadian Life and Health Insurance Association (CLHIA),“A Guide to Supplementary Health Insurance”, 2020, p.6.

13 Canadian Life and Health Insurance Association (CLHIA),“Canadian Life and Health Insurance Facts”, 2022Edition. p.15.

14 Fraser Group,“GROUP UNIVERSE REPORT: 2018 Data Year – Canada”, 2019.

15 Fraser Group,“Market Share Group Life and Health in Canada 2021Data Year”, 2022.

の対象者とする団体保険がある。保険会社は、団体契約をすることによって、従業員の健康リスクを引き受けている。

従業員の福利厚生の一環として健康保険の補償を提供している大企業のなかには、大企業自体が保険会社と同じように保険会社の引き受ける従業員の健康リスクを引き受ける例もある。具体的には、民間健康保険が対象とする診断治療等に要した費用を保険給付として自己の資産から支弁するなどの方法である。しかし、大企業が保険事業の全ての事業プロセス・活動を実施するのは、非効率である。そこで、保険給付の事務処理、ヘルスケアプロバイダーとの交渉を第三者に委託することが一般的に行われている。このような大企業の福利厚生実現の方法は、自家保険と呼称される。自家保険は、カナダの隣国のアメリカ合衆国で発展してきた。カナダにおける公的健康保険を補足する民間健康保険の団体保険でも、保険会社と団体契約をする方法も自家保険の方法も実施されている。

2．公的健康保険と民間健康保険との関係

⑴私的クリニックという用語の意味と必要とされる背景

①私的クリニックという用語の意味[16]

私的クリニック (private clinic）という用語は、州・準州の健康保険制度の外で、患者がクリニックの医師に対して治療費を直接支払う仕組みのクリニックを指している（ただし、州・準州が定める治療費を、クリニックで受診した患者に対して支払う州もある)。私的クリニックという用語は、州・準州の健康保険制度の内で、州・準州の健康保険制度に州・準州が定める治療費を請求するのと同時に患者に対しても追加の報酬を請求するクリニックも指すことがある。

②私的クリニックが存在する背景

公的健康保険制度の根拠法であるカナダ保健法は、メディケアが提供するヘルスサービスについて明確にその要件を明示している。しかし、そのヘルスケアサービスの提供方法について言及していない。すなわち、同法は、私的部門（private sector）がメディケアの保険対象とするヘルスサービスを提供することを、容認も禁止もしていないのである。

他方、同法は公的部門自体が公的資金に基づくヘルスケアサービスを提供することを、奨励も反対もしていない。つまり、同法には、ヘルスケアサービスの提供方法・提供体制に関する条文が設けられていない。従って、私的部門のヘルスケアプロバイダー（個人であれ法人であれ）と公的部門のヘルスケアプロバイダーを混在（mix）させて、公的な健康保険システムの資金を使ったヘルスケアサービスを提供する州・準州を同法に違反しているとは言えない。なお、医療従事者は、当然ながらメディケアのシステムから自由に離脱する（opt-out）ことができる。

⑵民間健康保険に関する需要と役割

一般的な補足的民間健康保険は、州政府・準州政府の健康保険制度の対象外のニーズを対象にしている。カナダ連邦保健省のホームページでは、メディケアの給付対象にならない補足的な給付は、自己負担か民間健康保険を使うかのいずれかの方法で入手する仕組みであると説明されている[17]。メディケアの対象にならない外来の処方箋薬剤には患者負担があり、一般的な

---

[16] Library of Parliament,“THE CANADA HEALTH ACT:AN OVERVIEW,”Background Paper, p.8, Dec.17, 2019.

[17] カナダ連邦保健省のホームページ Canada's health care system (visited Feb. 20, 2020) <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/canada-health-care-system.html> .

歯科治療は私費による診療となっている。補足的な民間健康保険は、これらのメディケアにある無料提供のコアの医療サービスでは、充足できない需要が対象になっている。

また、公的健康保険システムの枠外で私的クリニックを利用するためには、自己負担か民間健康保険を使うかという選択がある。民間健康保険の広いバリエーションは、早く診断・診療・手術をしてほしいと言うニーズと特別の医療サービスが欲しいというニーズに対応することができる。ただし、このような私的クリニックは、拡大したといっても規模は大きくなく、その保険ニーズもさほど大きくないといわれている。

民間健康保険の役割は、医師サービスというコアのサービスで提供されないサービスの購入を実現することおよび限定的に存在する私的なクリニックのサービスの購入を実現することである。

3．公的健康保険と私的クリニック存在の容認に関わる規制の実施[18]

1990年代に公的健康保険が提供する医学的に必要な医療サービスと同じ医療サービスを、公的健康保険の枠外で全面的にあるいは大部分を提供する私的クリニックが拡大しつつあった。

1994年公的健康保険と同じ医療サービスを提供する私的クリニックに関する連邦政府、州政府および準州政府による一連の協議が行われた。協議の関心は、公的健康保険の枠外で全面的にあるいは大部分を提供する私的クリニックの拡大が、公的健康保険に与える衝撃・影響であった。私的クリニックに関する規制に合意し、私的クリニックの進展を規制する必要な措置を執ることになった。

1995年マルロー連邦政府保健担当相は、私的クリニックに関する連邦政府の政策方針（Federal Policy on Private Clinics）を公表した。その政策方針では、州・準州の健康保険制度が、公的健康保険の枠外診療をする私的クリニックの医師に医療サービス提供の報酬を支払う場合には、連邦からの資金移転の減額を受けいれなければならないとした。

[18] Minister of Health,“Canada Health Act – Annual Report 2017–2018”, 2016 p. 13.

第４章　待機問題の状況と二重医療への賛否

１．待機問題の状況[19]

従業員福利厚生給付 (Employee Benefit）に関する調査機関である Fraser Group は、待機問題の状況に関する報告を長期間公表している。2021年版では、以下のように報告している。

カナダ全体では、かかりつけ医 (general practitioner）から専門医 (specialist physician）へ紹介 (referral）されるまで25.6週間要した。以前と比較すると、2020年は、22.6週間、1993年は9.3週間だった。

待機期間は、州・準州毎に差違がある。

２．二重医療への賛否

⑴待機期間問題と私的クリニックの利用容認

①待機期間への不満

州・準州政府は、ヘルスケア更新の取組強化の一環として患者が治療等を受けるまでの待機期間を改善する待機期間管理（wait times management）の推進および医学的にヘルスケアサービスを提供すべき場合に予め定められた時間枠を超過するときには別の医師等の代替的選択肢を提供する Patient Wait Times Guarantee の導入等の取組を継続してきた。しかし、国民の不満はかなり強く、改善を求める圧力は継続している。

②私的クリニックの利用容認

このように、待機期間問題もあって、私的クリニックの容認を志向する動向が存在する。公的健康保険制度は、主として公的資金を財源として、コアとなる医師・病院サービス費用を原則自己負担なしで保険給付対象とする制度である。その給付対象外は、概ね歯科・視力関係の領域および処方箋薬であり、その給付対象外を補償する補足的な民間健康保険に加入することができる。従って、公的健康保険の枠外で公的健康保険と同様の医療サービスを提供する私的クリニック（private clinic）も私的クリニックに掛かる費用を補償する民間健康保険も不要となるはずである。しかし、現実には私的クリニックが存在し、容認されている現実がある。

③私的クリニック利用容認の根拠

その容認根拠は、第３章２（１）②において述べたとおりである。すなわち、カナダ保健法には、ヘルスケアサービスの提供方法・提供体制に関する条文が設けられておらず、私的部門のヘルスケアプロバイダー（個人であれ法人であれ）と公的部門のヘルスケアプロバイダーを混在（mix）させて、公的な健康保険システムの資金を使ったヘルスケアサービスを提供する州・準州が同法に違反しているとは言えない点にある[20]。

④二重医療制度

州政府・準州政府が運営する健康保険制度が給付対象としている医学的に必要な医療サービスを制度の枠外で私的な医療機関が提供し、一部の患者だけが私的に支払をして医療サービスに優先的にアクセスできることを容認する、二つの医療サービスが並行的に存在している仕組みは、二重医療制度（two-tiered health care）とカナダでは呼ばれることが多い。二重医療制度については、多くの論争がある。ただし、二重医療制度（two-tiered health care）という用語は、政府部門が公式に定義していないので、曖昧に使用されていることに注意が必要である。

---

[19] Mackenzie Moir and Bacchus Barua,“Waiting Your Turn: Wait Times for Health Care in Canada, 2021 Report,”Fraser Institute <http://www.fraserinstitute.org>.

[20] Library of Parliament-Parliamentary Information and Research Service,“The Canadian Health Act: Overview and Options”, Revised, May 2005, p.8.

第５章　討議の主要論点

１．待機期間問題

日本では、どの地域でも患者を長期間待機させたら別の病院に行くことになる。待機期間問題は、英国でも起きている。カナダの公的健康保険は英国の NHS に類似する制度となっている。英国の NHS に類似する制度では、多く発生するのではないか。

カナダでは、待機期間問題の対策に長期間取り組んでいるのに、待機期間問題に関する統計では改善の傾向が見られないのは何故なのか。

２．「二重医療」に関する意見の対立の意味合い

曖昧に使用されている二重医療制度に関して、賛成する意見と反対する意見の両方が存在している。もともと収入とは関係なしに（つまり原則無料で）医療サービスが提供されるのが本筋であり、ユニバーサルサービスにとどめるべきだという意見と、対価を払える人は自由に選択すべきであり、払えない人だけに政府が免除・補助を与えればいいという意見がある。

カナダには、自己負担がない無料の公的健康保険という素晴らしい制度がある。他方で、私的クリニック利用の容認を認めようとする動向や二重医療に関する意見の対立は、カナダの公的健康保健制度の問題点を示すものではないか。

３．家庭医の役割とケベック州の取組

⑴家庭医の役割

前述のとおり、カナダの家庭医の役割は、患者の検査・診断・病気怪我の治療の他に、患者家族の健康・生活様式に関するカウンセリング・支援も継続的に行うなど、広範囲にわたっている。

家庭医の役割として、10代の頃、家庭医にかかっていると、その家庭医に身体だけでなく、精神的なことをいろいろ相談することもあり、随分成長を助けられ、家庭医がメンター的役割を果たしている事例がある。

⑵ケベック州の取組[21]

①グループ化した家庭医

ケベックの家庭医は、１週間に概ね40～50時間働くとされている。モントリオールでは、概算2,400人程度医師がいるが、常勤換算では1,800人になる。実臨床の医師は概ね1,600人程度である。医師の配置には地域ごとの制限があり、それ以上医師の登録はできない。

家庭医は、単独開業も可能であるが、グループでの開業も多い。ケベック州の家庭医グループ（groupes de médecine de famille,GMF）は、2000年に制度化された仕組みで、ケベック州政府は、家庭医のグループ化を推奨している。

グループ化した家庭医は、診療範囲が広く、総合内科的な医療サービスを提供している。

現在のケベックでは、大体70% 以上の患者が家庭医によって管理され、60% の家庭医が家庭医グループに参加している。

②病院とのネットワーク

家庭医グループは、病院組織とネットワークされている。モントリオールでは、マギル大学を中心としたグループやモントリオール大学の付属病院を中心としたグループなどがあり、概

[21] この部分の記述は、主として松田晋哉「カナダ・ケベック州の Jewish General Hospital における家庭医の活動」(病院 , 79巻10号 , 2020年10月）に拠る。

ね行政単位となっている。家庭医グループ、病院も交えたネットワーク化は、Clinique-réseau、CR と称されている。

③地域共通の電子カルテ

ケベック州には、地域共通の電子カルテがあり、ケベック州の政府が仕様を指定している。電子カルテは、医療機関間の情報共有だけではなく、患者も、自分のデータが見ることができるパーソナルヘルスレコード（personal health record）としても利用できる。

④家庭医の特別医療活動

家庭医は、特別医療活動 (Activités médicales particulières, AMP）が義務づけられている。特別医療活動とは、家庭医は、通常の診療活動に加えて、休日・夜間診療所、救急センター、保健センターおよび高齢者施設などで診療等を行う活動である。家庭医は、週に何日かこのような活動を行う義務が契約上あり、その義務を果たさないと診療報酬上のペナルティーがある。ケベック州では、家庭医にただ単に診療を行うだけではなく、公衆衛生的な活動にも取り組む仕組みが入っている。

第 6 章 カナダの健康保険システムの課題と対応策

本章では、健康保険システムの成り立ち・現状を理解する比較の視点から、カナダの健康保険システムの課題と対応策を検討する。

①システムを支える正義観

正義観は、システムを支える重要な要素の一つである。収入に拘わらず、全てのカナダ居住者が医療サービスを受けることを可能にすることが正義であると考えた州政府関係者が、公的健康保険制度を創設し継続してきた。しかし、対価を支払える人は、自由に選択できるようにすべきであり、医療サービスに対価を支払えない人にだけ政府の補助または医療サービスの給付が与えられるべきであると考える人々も存在している。両者の間に激しい論争があり、意見の分裂が存在している。

②対象者と医療サービスへのアクセス保障

医療サービスへのアクセスを容易にすることを目的として、多くの経済的先進国において、医療サービス利用の際の経済的バリアを軽減する仕組みがある。受療を支援するシステムの対象が、住民全てか、特定の年齢層だけか、特定地域の住民だけか、職域だけかなどは、国・時期により様々である。

カナダにおいては、州政府・準州政府が運営する公的健康保険制度が、全住民に対して医療サービスを提供している。ただし、ここでいう住民は、原則として公民権（citizenship）に限られる。

③医療サービスに対する支払方式

日本の公的健康保険制度は、健康保険者がその健康保険に加入している者が受けた医療サービスの料金（そこから事前に定められた患者自己負担分を引いた額）を支払う方式となっている。カナダでは、無償原則なので支払は生じないが、自己負担がある州・準州もある。

④財源確保とコストコントロール

健康保険システムは、ヘルスケアシステムにおけるファイナンスを受け持つシステムであり、財源確保が必要不可欠である。財源としては、公費（税金・公債）と保険料に分けられる。医療提供者の収入源としては、その他にサービス利用者の自己負担や（米国の非営利病院に多い）寄付金などが考えられる。

カナダの公的健康保険システムは、基本的に保険料を財源とするが、その保険料の殆どを公費負担としている（ただし、州・準州により差違がある）。

コストコントロールに関する連邦政府の公式文書は、管見の限りでは入手できなかった。ただ、コストの増加要因分析はマクロレベルでは次のように行われている。政府関係の調査機関である Canadian institution for health information（略称 CIHI）は、ヘルスケア関係活動のパフォーマンスに関する比較評価できる情報を提供している。CIHI は、1998年から 2008年までの期間における医療サービス等のコスト増加要因（Cost Driver）について分析した報告書[22]を公表している。同報告書は、主に人口増加・高齢化、インフレーションによる価格高騰および技術進歩・利用が主たるコスト増加要因であると指摘してる。

[22] Canadian institution for health information,“Health Care Cost Drivers: The Facts,”2011.

⑤平等性

受療の平等と経済・社会格差の関係は、健康保険システムをめぐる大きな問題になってきた。カナダの公的健康保険制度では、州政府・準州政府が運営する公的健康保険制度が、全住民に対して医療サービスを提供しているので、基本的には所得・社会階層等による格差の問題はない。

⑥公的健康保険・医療保障制度と民間保険との関係

民間健康保険と公的健康保険・公費医療保障制度は併存しうるが、その在り方は国によって大きな相違がある。カナダでは、民間健康保険の役割は、医師サービスというコアのサービスで提供されないサービスの購入を実現することおよび限定的に存在する私的なクリニックのサービスの購入を実現することに限定されている。

第７章　カナダの介護保障・介護保険

１．州・準州による介護保障システムと財源

介護保障サービスの主体は州・準州である。

カナダには、医療サービスに関して公的健康保険制度がある。介護に関しては、同様の公的保険制度はない。

州・準州による介護保障の財源は、州・準州政府だけでなく連邦政府からの財源も投じられている。1995年に連邦と州・準州の財政調整を行う協定が再編され、ヘルスケアに加えて、政府が高齢者、疾病患者または日常生活の支援を必要とする者に対して救援をする social service も含む「Canada Health and Social Transfer（CHST)）」が成立したので、連邦政府からの移転によって得られる財源も含まれる。

２．カナダの人口動態と介護者・介護受給者の状況[23]

①カナダの高齢者人口割合

直近の国勢調査（2016年）によると、カナダの人口は3,515万1,730人。このうち65才以上の高齢者は593万5,635人で総人口の16.9％にあたる。2006年の国勢調査（総人口3,161万2,900人、65才以上の高齢者433万5,255人）と比較すると、総人口は約11% の増加であるのに対し、65才以上の高齢者人口は約37% の増加となっている[24]。

②人口増加要因

2016年の国勢調査によると全人口3,515万1,730人のうち754万830人（総人口の21.5%）が移民（他国からの移住者、永住権を持つ人を含む）とされている。カナダの近年の出生率は1.5前後であり、年間あたり38万人前後の新生児が誕生しているが、人口増加の要因として最も重要視されているのは移民である。2001年以降、毎年20～25万人の移民を受け入れている[25]。

③介護者の状況

カナダ統計局の調査（2018年）によると、15才以上のカナダ人の４人に１人（780万人）が家族あるいは友人の介護をしている（無償労働)。介護をしている人の64％は１週あたり10時間以下を介護に費やしているが、15% の人は１週あたり10~19時間、21% の人は20時間以上を費やしている。介護の対象は親・義理の親が61% と最も多く、次いで配偶者（13%）となっている。

④介護受給者の状況

介護を受けている人は、300万人（人口あたり約8.1%）である。介護を受けている人の39% が65才以上の高齢者であり、13% が15才から34才の若年層である。

介護を受ける理由で最も多いのはメンタルヘルスの問題（18%)、次いで加齢による衰え

---

[23] 本項の記述は、主に公益財団法人生協総合研究所研究員山崎由希子氏から研究会に対し提供された資料に拠る。

[24] 2016年、2006年の国勢調査に関するデータは、Statistics Canada デー（https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/dp-pd/hlt-fst/as/Table.cfm?Lang=E&T=11）

[25] Statistics Canada ,“Crude birth rate, age-specific fertility rates and total fertility rate (live births)”（Table 13-10-0418-01 age-specific fertility rates and total fertility rate (live births)”（Table 13-10-0418-01 Crude birth rate, age-specific fertility rates and total fertility Crude birth rate, age-specific fertility rates and total fertility rate (live births))

（９％）、心血管疾患（７％）、神経系疾患（７％）等である[26]。

３．地域包括的アプローチ[27]

カナダにおいては、高齢者が、住み慣れた地域で自立した日常生活を営むことができるよう、“Home and community care”を連邦政府が推進している。

連邦保健省のホームページでは、次のように説明されている。人々が病院または介護施設よりも自宅でケアを受け、地域（community）でできる限り自立して生活することを支援するケアであり、看護師などのヘルスケア専門職、ケアワーカー、ボランティア、友人および家族によって提供されるケアである。Home and community care は、州・準州で提供されるものであり、連邦政府は、財政的支援を行う。

Home and community care の目標は、①ケアを行う家族の支援、②自宅での治療・リハビリテーション・苦痛緩和ケア、③インフォーマル介護者・家族への必要な支援である。
また、次のことも含まれる。①看護、②体に触れて介助する personal care である入浴・身支度・食事介助、③理学療法・作業療法、④レスパイトなど。

４．介護サービスの提供体制：オンタリオ州の事例[28]

⑴“Home and community care”と称する介護保障

オンタリオ州政府は、介護保障を Home and community care と称して以下のように説明している。

基本は高齢者および複雑な障害を有する者は、支援があれば、自宅で生活することが可能である。もし、政府が定める資格要件を満たせば、政府が home and community care で提供されるケアに関する支出を行うので無料でサービスを受けることができる。支出を行う条件を満たさない場合には、利用者負担をすることでサービスを受けることができる。勿論、全て自己負担で私企業からサービスを購入することもできる。

---

[26] Statistics Canada,“Care receivers in Canada, 2018”<https://healthyagingcore.ca/sites/default/files/2020-01/Care%20Receivers%20in%20Canada.pdf>

[27] 本項の記述は、カナダ連邦政府保健省のホームページ、Home and community health care (visited Nov.12, 2022)<https://www.canada.ca/en/health-canada/services/home-continuing-care/home-community-care.html > に拠る。

[28] 本章の記述は、主としてオンタリオ州政府保健省のホームページ、Home and Community (visited Feb. 20, 2020) <https://www.ontario.ca/page/home-and-community> に拠る。

《BOX》研究会における家族介護と専門的介護サービスに関する議論

1．専門家による介護サービスと家族介護

カナダ（イギリスも）では、家族が介護するのが基本という考え方が根強い。日本では、公的介護保険制度で発展した介護施設で専門的な職員によって介護サービスが提供されるようになり、基本的にプロの仕事であるとの認識が広がってきた。

2．日本での昔の介護と今の介護の違い

昔の介護では、寝たきり老人のお世話が象徴的だった。今は、寝たきり老人にしないようにするのが当然で、もっと尊厳ある生活ができるようにしようとの思想が普及してきた。

その背景には、要介護になってから10年、20年生きられるようになったから、要介護者・重度の要介護者が増えたが、その介護は、家族ではできない。だから、家族だけの対処ではなく、介護サービスの需要が増大した。勿論、家族介護が基本であり、家族で介護する人々もいる。介護に対する理解の深まりによって、家族介護と専門家による介護サービスの併存のあり方が決まる。

3．高齢者介護と障害者サービス

カナダでは、介護を受けている人に関する政府の統計において高齢者が4割であると報告されている。高齢者と介護の必要性が必ずしも結び付けられていない印象がある。

支援・援助が必要な者は、高齢者に限らない。若年者でも障害を有する者もいる。例えば、薬物依存症の若者や小さい子どもを育てている、ドメスティックバイオレンスを受けている女性なども、高齢者と並列されている。

4．多民族出身の国における家族介護

例えば、中華系の家族だったら親の面倒は絶対に見るとか、イスラム系だったら家族がみんなで集まって世話するなど、家族介護が行われている。

⑵ Local Health Integration Network（LHIN）の組成とサービス提供

オンタリオ州政府は、自州内に14あるローカルコミュニティ毎に Local Health Integration Network（LHIN）を組成して、政府支出のサービスを提供している。

オンタリオ州のローカルコミュニティは、次の14のコミュニティに区分されている。すなわち、Erie St. Clair、South West、Waterloo Wellington、Hamilton Niagara Haldimand Brant、Central West、Mississauga Halton、Toronto Central、Central 、Central East、South East、Champlain、North Simcoe Muskoka、North East および North West である（図表4参照）。

（図表４）オンタリオ州のローカルコミュニティ区分



（出典）オンタリオ州政府のホームページ、
Home and community care（visited Feb. 21, 2020）<http://healthcareathome.ca/>

LHIN は、非営利組織で、当該地区における統合的で優先順位を考慮したヘルスケアサービスの企画・提供・購入を行っている。提供されるヘルスケアサービスには、プライマリーケア、ホーム・コミュニティケア（home and community care）、介護サービスおよびメンタルケア等があり、提供組織にはコミュニティヘルスセンターおよび病院等がある。

⑶サービス利用の流れ

政府によるサービスを利用しようとする者は、LHIN に連絡すると、ケースマネージャーまたはケアコーディネーター（以下「ケアマネジャー等」という。）を紹介される。ケアマネジャー等は受給する資格があるか否かを決定する。受給資格があるとの決定を受けた利用者は、担当地区の LHIN と LHIN に所属するヘルスケア専門職・ソーシャルワーカーを伝えられる。ケアマネジャー等は自宅を訪問し、健康状態の把握と要望に基づくケアプランの作成を行う。利用者がサービス利用の申込を行ったあとに、LHIN からサービスプロバイダーについて連絡が来る。自己負担のケアを希望する場合には、利用者から直接サービスプロバイダーに連絡する。

⑷在宅で提供されるサービス

在宅で提供されるサービスは、以下のとおりである。

①ヘルスケア専門職によるサービス

看護師によるサービス（服薬支援を含む）、理学療法士によるサービス、作業療法士によるサービス、言語療法士によるサービス、ソーシャルワーカーによるサービス

②身体介護

入浴サービス、ヘアケア、スキンケア、食事介助、トイレ介助などのサービス

③家事援助

ハウスキーピング、洗濯、買物、金融機関利用・請求書支払、子供の世話

⑸在宅でのターミナルケア（End-of -life care at home）

看護・身体介護、検査、疼痛援助その他。必要と判断される場合にはホスピス等への移送がな

される。

5．介護保障の課題

① sustainability

介護保障の課題として sustainability がある。2014年にオタワの政策研究機関である The Conference Board of Canada が公表した報告書[29] では、sustainability に関する脅威となる事項として、増加し続けるヘルスケアコスト、人的資源（human resource）の不足、不公正、サービスの安全性、低い生産性などを指摘している。

②サービス提供能力の限界

オンタリオ介護事業者協会 (Ontario Long-Term Care Association）が州政府に対して出した要望書によると、現在のサービス提供に関し、以下のような問題がある。

1）介護施設入所を待機している高齢者が36,000人以上（現在のベッド数は79,000）。

2）人手不足（80% 以上の施設が人員不足）、介護施設で働く看護師のおよそ50% が退職年齢に近づいている。

③州・準州の介護サービス財源の確保と州間の財政格差

各州・準州の介護サービスは、各州・準州の財源に加えて連邦政府の財源も投入されている。介護サービスに関するカナダ全体の水準は、連邦政府の社会保障政策の中で高齢者の介護サービスをどう位置付けるか、その財源調達方法をどうするかによって定まる側面がある。州政府・準州政府への連邦補助金についてはカナダの経済格差（豊かな州とそうでない州）の扱いをめぐって対立が起こってきた過去がある。連邦政府に対して対立することの多いケベック州、アルバータ州、オンタリオ州等の豊かな州と豊かでない州・準州との間の財政格差も大きな問題になる。

カナダの全国民をカバーする普遍的医療制度は、歴史的に常に米国からの圧力（かつては物理的、20世紀以後は経済的・文化的圧力）にさらされてきた、また国内においても様々な分断要因（地域的・言語・民族・移民・経済階層）の存在するカナダにおいて、国民統合の象徴という側面も持っている。果たして、高齢者介護が医療と同じような国民的同意を得られるかどうか必ずしも明確になっていない。

④政府部門の認識

カナダの政府部門には、連邦・州・準州の担当大臣が高齢者に関わる課題を議論する Federal/Provincial/Territorial Ministers Responsible for Seniors Forum[30]がある。

2019年５月22日、連邦・州・準州の担当大臣が高齢者に関わる課題を議論し、鍵となる問題に対して共同で取り組むため一堂に会した[31]。この会議で同意の得られた報告は高齢者住宅問題、コミュニティ内の支援の重要性、政策や政府プログラムが高齢の労働者に与えるインパクトに関するものであった。

---

[29] The Conference Board of Canada,“Defining Health and Health Care Sustainability”, 2014.

[30] <https://www.canada.ca/en/employment-social-development/corporate/seniors/forum.html>

[31] <https://www.canada.ca/en/employment-social-development/corporate/seniors/forum/labour-market-decisions-older-workers.html. >

６．民間介護保険の状況

⑴民間介護保険の内容

カナダの殆どの生命保険事業者と健康保険事業者が加盟する事業者団体である、Canadian Life and Health Insurance Association（略称 CLHIA）が、介護保険に関する小冊子[32]を発行している。その小冊子では、民間介護保険は次のように説明されている。要介護状態になった場合に介護施設に入所する費用または在宅での介護サービスを受ける費用を支弁する保険であり、一時金で支払うタイプと分割払い（月払い・週払い）タイプの二つのタイプがある。

⑵民間介護保険の市場・役割

民間介護保険は余り売れていないという認識が一般的である。

2019 年10月に公表された報告書[33]は、理論的には民間介護保険は家族介護が得られないときまたは公的な介護サービスが不足するときに対処する有効な手段であるが、実際には民間介護保険は長く販売不振が続いてきたと指摘している[34]。

---

[32] Canadian Life and Health Insurance Association (CLHIA),“A Guide to long-term care insurance,”2020.

[33] B. J. MacDonald et al,“The Future Cost of Long-Term Care in Canada,”National Institute on Ageing, Ryerson University, October 2019.

[34] 任意加入の民間介護保険は、保険料負担と保険給付との関係をみると、少額の保険料と高額の保険金という保険の効用が少ないと考えられることが多い。また、民間介護保険の競合は、家屋や預貯金であるとの米国での民間介護保険業界団体関係者の見方がある。

参考文献・インターネットサイト

1　連邦の議会・行政府

⑴議会図書館（Library of Parliament ）

<https://lop.parl.ca/sites/PublicWebsite/default/en_CA/>

政策課題に関する調査分析を行う Background Paper を作成公表している。例えば、2020年12月に、連邦政府が行う Canadian Health Transfer に関する憲法問題・経緯・内容等を分析した FEDERAL FUNDING FOR HEALTH CARE を公表している。

⑵行政府

①保健省 (Health Canada）

<https://www.canada.ca/en/health-canada.html>

保健省のホームページの Health care system”に、ヘルスケアシステムに関する情報が掲出されている。公的健康保険システムは、“medicare”と公称されているので、“medicare”の部分を閲覧する。

②カナダ統計局（Statistics Canada）

< https://www.statcan.gc.ca/en/start >

カナダ統計局は、国勢調査等の人口動態、経済、社会など広範な統計を公表するほか分析調査も行っている。ヘルスケアに関して Health Report と題する調査報告を定期的に公表している。また、カナダ統計局以外が作成した統計に関する情報を紹介している。例えば、オンタリオ州の Ontario Ministry of Health and Long Term Care（MOHLTC）の給付関係歴史統計情報を紹介している。

2　有力州の政府

⑴オンタリオ州政府 (Government of Ontario）

<https://www.ontario.ca/page/government-ontario>

オンタリオ州の公的健康保険は、“Ontario’s health care plan”(略称 OHIP）と公称されているので、その項を参照する。介護関係は“Home and Community Care”の項を参照する。

⑵ケベック州政府（Gouvernement du Québec）

<https://www.quebec.ca/>

公的健康保険は、Régie de l'assurance maladie du Québec（略称 RAMQ）と公称されている（なお、英語表記はない）。

介護関係は、ケベック州政府が刊行する小冊子“PROGRAMS AND SERVICES FOR SENIORS”が参考になる。2022年版は <https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/services_quebec/Guide-ProgServSENIORS2022-ANG_2022-03-01.pdf?1646410842/> から入手できる。

3　保険業界団体

Canadian Life and Health Insurance Association（略称 CLHIA）

< https://www.clhia.ca/ >

カナダの殆どの生命保険と健康保険の事業者が加盟している事業者団体。

生命保険と健康保険の事業概要・統計を収集したファクトブック“Canadian Life and Health Insurance Facts”を毎年刊行している。< https://www.clhia.ca/facts > から入手できる。

4　調査研究機関

⑴ Canadian Institute for Health Information（略称 CIHI）

<https://www.cihi.ca/en>

Canadian Institute for Health Information（CIHI）は、ヘルスケアサービス、ヘルスシステムパフォーマンスおよび公衆衛生の改善に資するために、比較可能な実践的データの収集・提供を行っている。また、エビデンスベースの分析および報告を提供している。

⑵ Fraser Institute

<https://www.fraserinstitute.org/>

Fraser Institute は、ヘルスケアを含む各種調査分析を行っている。特に待機期間問題に関する調査を長期間継続している。毎年“Waiting Your Turn: Wait Times for Health Care in Canada”を刊行している。

⑶ The Commonwealth Fund

<https://www.commonwealthfund.org/>

各国のヘルスケア政策に関する調査を行っている米国の研究機関。Commonwealth Fund（CMWF）International Health Policy Survey を公表している。2020年にカナダに関するヘルスケア政策と実施状況は、International Health Care System Profiles Canada として公表している <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/canada >。

5　European Observatory on Health Systems and Policies

<https://eurohealthobservatory.who.int/>

各国のヘルスケアシステムとその政策に関する調査研究書を、“Health Systems in Transition”（HiT と略称される）として刊行している。カナダ編は、2005年版と2013年版がある。

第２部　オランダの健康保険と介護保障・介護保険

第２部では、医療介護全般のヘルスケアに関するサービスについて「ヘルスケアサービス（医療介護）」という用語を用いる。

オランダのヘルスケアサービスは、「実験的」とも評される改革の過程として特徴づけられる。そこで、その他の５か国とは異なり、第１章にはヘルスケアサービスの概要を記述せず、改革の過程を２章に分けて詳述する構成とした。

第１章　オランダの概要と特徴

１．一般事情[1]

オランダ王国 (Kingdom of the Netherlands)[2]の面積は、41,864平方キロメートル（九州とほぼ同じ）であり、人口は、1,755万人（2021年９月　オランダ中央統計局）首都は、アムステルダム（政治機能所在地はハーグ）。宗教は、キリスト教（カトリック20.1％、プロテスタント14.8％）、イスラム教（5.0％）、無宗教（54.1％）、その他（5.9%）（2019年　オランダ中央統計局）である。

略史は、以下のとおりである。1568年対スペイン独立戦争、1648年オランダ連邦共和国独立。1810年フランスによる併合後、1815年オランダ王国独立。1839年ベルギー独立を承認、1890年ルクセンブルクとの同君連合解消。1940年ドイツによる占領と1945年解放。1949年植民地インドネシアの独立、1975年中南米の植民地であるスリナムの独立。

政治体制は、立憲君主制で元首はウィレム・アレキサンダー国王陛下。議会は二院制（第２院（下院）150議席、第１院（上院）75議席）。第２院に法案、条約の先議権がある。

２．オランダ的合意形成方法：Poldermodel

オランダの国土は、その25% は海面下となっており、60% は高度５m 以下の低地だった[3]。低湿地を堤防で囲み水を排水し干拓地を造成する干拓事業も多く行われた。干拓地はオランダ語でポルダー（polder）と呼ばれる。

オランダにおける多種・多様な利害関係者が交渉し合意形成に至る伝統的合意方法は、ポルダーモデル（Poldermodel）と呼ばれている。ヘルスケアの領域においても、ヘルスケア業界団体・雇用者団体・消費者団体・患者団体などの利害関係団体が参加して Social and Economic Committee（SER）などの助言機関を利用し、交渉と妥協を重ね合意に至ることが行われている。その結果、ときには大変複雑な決着になることもある[4]。この合意形成のやり方はオランダ独特のものだと、欧州においても理解されている[5]。

1　本項の記述は、外務省のホームページ　国・地域 > 欧州 > オランダ王国（Kingdom of the Netherlands）基礎データ（visited, Nov. 19, 2022）< https://www.mofa.go.jp/mofaj/area/netherlands/data.html#section 1 > に拠る。

2　Netherlands と複数で表記されるのは、カリブ海のサバ島などの欧州外を含む場合であって、欧州だけの場合は単数を使用すると説明されることがある。以下で対象とするのは、欧州だけである。

3　世界大百科事典 「干拓」 平凡社　2014年。

4　英国のシンクタンク Civitas が2002年に公表した報告 CIVITAS,“TOWARDS A SOUND SYSTEM OF MEDICAL INSURANCE?” (visited Feb 2, 2021) <http://www.civitas.org.uk/pdf/dutch.pdf>.

5　Fabian Dekker,“Challenges for the Dutch polder model,” ESPN Flash Report 2017/40, European Commission, 2017.

（図表５）オランダの州



（注）ゴシック体の文字は州を示す。
（出典）eurostat, Netherlands.(visited Jan.26, 2020) <https://ec.europa.eu/eurostat/guip/countryAction.do>.

第２章　2006年ヘルスケアサービス（医療介護）改革までの沿革

本章では、オランダにおけるヘルスケアサービス（医療介護）に関する課題解決のために実施された、2006年以前の状況、2006年に実施された改革に関する特徴と概要および2006年ヘルスケアシステムの当事者と資金フローを取り上げる。

１．2006年までの略史[6]

⑴19世紀共済的基金の設立とドイツ占領下の社会保険の導入

1800年代前半には、慈善団体、薬局その他の慈善家によって共済的な基金が設立された。工業社会となる1800年代後半になると、労働者を対象とする労働組合が失業、疾病による医療費に対する給付を行う共済的な基金が設立されるようになった。

1900年代になると、それまで健康保険に消極的だった政府が社会保険の導入を目指すように変化した。その第一歩は、1901年に成立した労働者災害保険法（Accident Act, On-gevallenwet）[7]である。1913年には、疾病法（Sickness Act, Ziektewet）が成立するが、第二次大戦まで本格的な社会保険制度の樹立はできなかった。

⑵ドイツ占領下の社会保険の導入

1940年５月にオランダはドイツに占領された。

翌1941年11月に、1941年疾病基金令（1941 Sickness Fund Decree, 1941: Ziekenfondsenbesluit van de Duitse bezetter）が施行された。1941年疾病基金令は、一定水準以下の賃金の被用者を対象とする強制加入の社会保険を創設することを定めた。疾病基金は、地域毎に設立された。疾病基金の保険給付は、共通した一定の規準に基づく医師・歯科医師の診断治療および病院での専門医による外来診療・入院治療であった。疾病基金に対する拠出は、雇用主と被用者が同額を負担した。疾病基金には、国民の45% から60%が対象になったと考えられている[8]。

一定水準以上の賃金の被用者や公務員は、疾病基金に任意に加入することができた（「任意保険（Voluntary Insurance）」と呼ばれていた）。また、私的な健康保険に加入する者もいた。

ドイツ占領下の1941年疾病基金令は、オランダの健康保険システムを強制的な社会保険スキーム、任意加入の社会保険スキーム、私的健康保険の３部門構成に導いた。

⑶ドイツ占領下のイギリス亡命政権と英国ベヴァリッジ報告の影響[9]

占領下の時期には、英国ロンドンにウィルヘルミナ女王のもと亡命政権を樹立した。

亡命政権の時期に、戦後の社会保障に関する検討がなされた。その際、大きな影響を及ぼしたのが、1942年に公表された、ベヴァリッジ報告書（Beveridge Report ）と呼称される、「社会保険と関連サービス」（Social Insurance and Allied Services ）である。ナショナルミニマム（national minimum）の設定を提唱したベヴァリッジ報告書の影響を受け、戦後の社会保障制度

6　本節の記述は、主に Willemijn Schäfer et al,“The Netherlands: Health system review,”Health Systems in Transition, Vol.12 No.1, 2010 および Madelon Kroneman et al,“The Netherlands: Health system review,” Health Systems in Transition, Vol.18 No.2, 2016に拠る。

7　以下の記述では、オランダの法律、制度、機関の表記は、最初に原則として邦語の後に、括弧書きで英語、オランダ語（略語がある場合は併記）を併用した表記を行う。

8　Huygens Institute for the History of the Netherlands のホームページ、1941: Ziekenfondsenbesluit van de Duitse bezetter (visited Dec 12, 2022)<http://www.kenniscentrumhistoriezorgverzekeraars.nl/bronarchief/canon/1941.html ＞

9　本項の記述は、主として R.M. Bertens et al,“Small steps, big change. Forging a public-private health insurance system in the Netherlands,”Social Science & Medicine, Vol.266, Dec. 2020. pp.3-5. に拠る。

では社会正義 (social justice）が堅固な基礎となるべきとする考え方が浸透した。

1943年、オランダの今後の社会保障に関する体制に関する検討を行う委員会が設置された。ファンレイン (Aart van Rhijn）が委員長となった。同委員会は、1945年から1946年にかけて、ファンレイン報告 (Van Rhijn Report）と呼ばれる報告書を公表した。ヘルスケアと社会保険に関する主張は、全ての国民は、ゆりかごから墓場までの間全てのリスクを保障する強制加入の社会保険の対象となるべきとするものであった。

しかし、この野心的なヴィジョンは、国家社会主義 (State socialism）的との印象を与え、国家社会主義を標榜したナチス占領経験とも相まって、政治的な支持が得られなかった。しかし、ファンレイン報告に示された社会正義 (social justice）は、社会福祉国家に徐々に歩を進めてきたオランダにおいて今なお底流となるイデオロギーとなっている。

⑷1966年疾病保険基金法の施行

1966年に社会保険制度の疾病保険基金法（Health Insurance fund Act, Ziekensfonds Wet: ZfW）が施行された。しかし、全員加入の皆保険制度とはならず、疾病保険基金への任意加入は残った。

その結果、オランダの健康保険システムは、1941年から続く強制的な社会保険スキーム、任意加入の社会保険スキーム、私的健康保険の３部門構成のままになった。

⑸1987年ヘルスケアサービス（医療介護）改革の方向を示した Dekker Committee 報告書の公表と1988年政府政策文書公表[10]

政府が設置した Dekker 委員会は、ヘルスケアサービス（医療介護）改革に関する報告書「変革への強い意志（Willingness to change, Bereidheid tot Veranderen)」を公表した。同報告書は、ヘルスケアサービス（医療介護）のコスト増加の制御とシステムの改革を実施する方策に関するものであった。

翌1988年政府は、政策文書「変革の保障（Verandering Verzekerd. Stapsgewijs op weg naar een nieuw stelsel van zorg, Change Insured. Step by step towards a new healthcare system）を公表し、その実行を宣言した。なかでも、健康保険システムの改革を重視する姿勢を示した。想定していた改革の姿は、疾病保険基金法（Health Insurance fund Act, Ziekensfonds Wet: ZfW）の適用者、民間健康保険の加入者および公務員対象の健康保険スキームに分断されていた仕組みを統合し一つの健康保険システムとすることであった。

⑹1991年・1992年疾病保険基金が競争する制度の導入とリスク調整の導入・改良

上述した1966年社会保険制度の疾病保険基金法の施行の後、1991年から1992年にかけて、社会保険制度の担い手である疾病保険基金制度に大きな変更がなされた。一つは、疾病保険基金が競争する制度の導入であり、もう一つは予算制とリスク調整の導入である[11]。

①疾病保険基金が競争する制度の導入

疾病保険基金は地域で事業展開をしていたのが、1992年に全国レベルでの事業展開が可能になった。この変化は、疾病保険基金が地域単位の保険加入だけでなく、全国的な集団加入も実施する道を開いた。このため、疾病保険基金同士が競争する関係になった。

---

[10] 本節の記述は、主に Exter A et al,“Health care systems in transition:Netherlands,”Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004,pp113-114. に拠る。

[11] Karel-Peter Companje et al,“Two centuries of solidarity: German, Belgian and Dutch social health care insurance 1770-2008”, 2009, pp.334-335.

雇用主を契約者とする集団契約（Collective contract）も一般化し、基礎的な補償内容に追加的な補償を付加する契約も行われるようになった。そして、疾病保険基金の M&A、民間健康保険者の取り込み・グループ化も活発になった。

②疾病保険基金間の資金移転スキームの導入[12]

疾病保険基金の間に資金の移転があるスキームが、1991年に導入された。

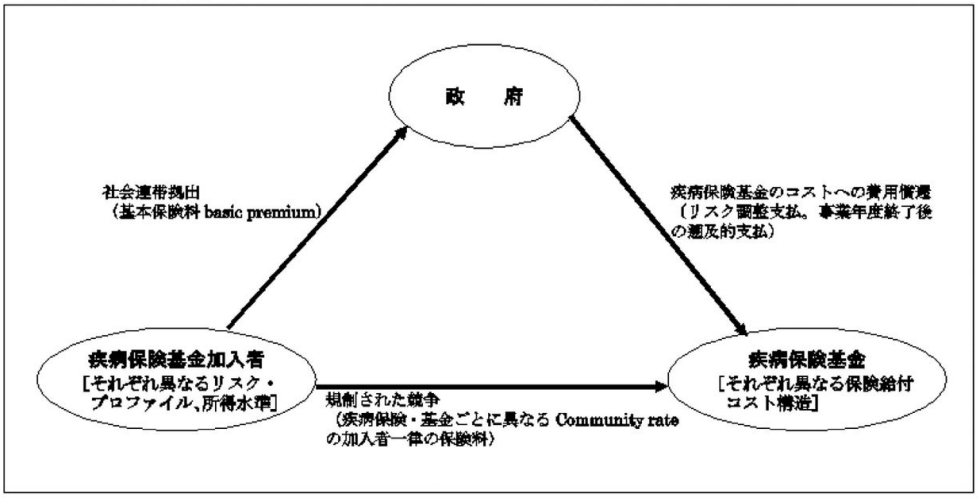
疾病保険基金の加入者のリスク・プロファイル（リスク特性）および所得水準はそれぞれ異なるので、リスクに応じた保険料とすると支払うべき保険料に差違が生じる。しかし、疾病保険基金は、加入者のリスク・プロファイル（リスク特性）等に拘わらず一律の保険料率を適用する community rating 方式を採用しなければならないと定められていた。

社会保険の保険者である疾病保険基金は加入申込者のリスクの程度に関係なく加入させなければならないので、当初保険給付に予定した予算額で保険給付を行うと赤字決算になる疾病保険基金も生じる。疾病保険基金加入者の相違に基づく差違を調整するメカニズムがないと制度の維持は困難になる。政府が、疾病保険基金間の異なるコストに関する調整を行うスキームが求められた。

政府が疾病保険基金間の異なるコストを調整するスキームは、疾病保険基金加入者は、保険者である疾病保険基金に保険料を支払うだけでなく、他の疾病保険基金加入者に関する社会連帯のために政府に対して拠出をするスキームであった[13]。

図表 6 は、その資金移転スキームを示している。

（図表 6 ）疾病保険基金 Ziekensfonds の基本的資金フロー



（出典）Rudy Douven,“Risk adjustment in the Netherlands: An analysis of insurers' health care expend-itures”, CPB Discussion Paper No 39, October 2004.

[12] Willemijn Schäfer et al,“The Netherlands: Health system review”, Health Systems in Transition, Vol.12 No.1, 2010, pp.16-18.

[13] Willemijn Schäfer et al,“The Netherlands: Health system review”, Health Systems in Transition, Vol.12 No.1, 2010, pp.16-18.

２．2006年ヘルスケアサービス（医療介護）改革の内容

⑴健康保険システムの分断（fragmentation）終了と私法ベースのシステム

前述のように、オランダの健康保険システムは、疾病保険基金法（Health Insurance fund Act, Ziekensfonds Wet: ZfW）の適用者、民間健康保険の加入者および公務員対象の健康保険スキームに分断されていた。

2006年の健康保険システムの改革について、オランダ政府は分断（fragmentation）が終了し、私法ベースの新しいシステムになったと以下のように説明している[14]。

「2006年以前、オランダの健康保険システムは、公的健康保険の適用対象者、民間健康保険の加入者および公務員対象の健康保険スキーム対象者に分断されていた。2006年にオランダの全ての住民を対象とする健康保険法（Health Insurance Act, Zorgverzekeringswet, Zvw）が導入されて、この分断は終了した。健康保険システムは、強固な私法に基づく健康保険者の存在によって保険加入者に良好な医療アクセスを保障する仕組みと変わった。」

また、ヘルスケアの品質等を分析・助言する政府機関であるオランダヘルスケア研究機構(National Health Care Institute, Zorginstituut Nederland）は、2006年に施行された健康保険法(Health Insurance Act, Zorgverzekeringswet, Zvw）は、全ての国民は包括的な健康保険を入手できる一方、私的な（private）健康保険者が競争的環境で競争し、より低廉な保険料を実現させたと評価している[15]。

⑵管理競争の基本的な考え方

2006年ヘルスケアサービス（医療介護）改革は、競争を重視したものであり、管理競争（managed competition）が導入された実例として知られている。管理競争(managed competition）を最初に提唱し、発展させたのは、米国の経済学者エントーベン（Alain C. Enthoven）とされている。同じく、オランダにおいても、ラスムス大学ヘルスシステム・保険の研究者のバンドゥーバン（Wynand van de Ven）教授も管理競争を提唱している。

エント－ベンは、1993年の HEALTH AFFAIRS 誌で、管理競争は、競争と規制のブレンドであり、政府は健康保険者が競争する市場を組織化・調整し、公正な（equitable）ルールを定め、価格弾力的需要を創出し、健康保険者が行うべきでない危険選択をしても報酬がえられないようにする役割を担うと述べている[16]。

⑶オランダにおける管理競争の実行方法

①競争が実際に機能するための所要の対策

オランダ政府は、単に健康保険市場を自由化し競争促進をするだけでは機能しないことを理解し、競争が実際に機能するための所要の対策を実行した。所要の対策は、市場監視機構など多岐にわたるが、ここでは管理競争、リスク調整（risk adjustment）および市場監視機構について取り上げる。

オランダの民間健康保険者には、加入申込みがあれば、全て引き受ける保険引受義務があ

---

[14] オランダ政府が成立経緯について国外からの照会に応えるために作成した資料（The Ministry of Health, Welfare and Sport (VWS),“Health insurance in the Netherlands,”2011）p.7.

[15] National Health Care Institute のホームページ、The Dutch health care system (visited Dec 4, 2022) < https://english.zorginstituutnederland.nl/about-us/healthcare-in-the-netherlands >

[16] Alain C. Enthoven,“The History and Principles of Managed Competition,”HEALTH AFFAIRS, VOL. 12, NO. SUPPL 1, 1993, presented at“Rethinking Competition in the Health Care System: Emerging New Models,”a workshop sponsored by The Robert Wood Johnson Foundation under its Changes in Health Care Financing Initiative. The workshop was conducted by the Alpha Center, 7 - 8 January 1993, in Washington, D.C.

る。このような健康状態を理由に引受拒否はできない仕組みは、民間健康保険市場では通常ありえない。その理由については、《BOX》民間保険市場・民間健康保険事業の特徴と社会保険との相違を参照。

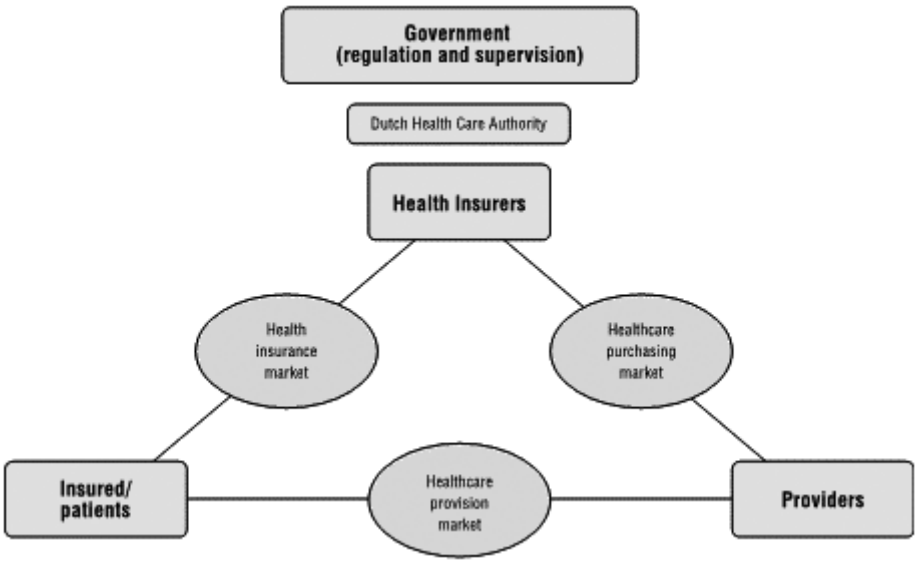
②管理競争の実施方法：三つの市場・当事者と政府部門[17]

オランダでは、健康保険法（Health Insurance Act,Zorgverzekeringswet: Zvw）およびヘルスケア市場規制法（Healthcare Market Regulation Act,Wet marktordening gezondheidszorg:Wmg）の施行によって、ヘルスケア市場に管理競争が導入された。

ヘルスケア市場には、３当事者（健康保険者、ヘルスケア提供者およびヘルスケア購入者）が取引する３市場（健康保険市場、ヘルスケア購入市場およびヘルスケア提供市場）がある。ヘルスケア購入市場では、健康保険者がヘルスケア提供者とヘルスケアの価格・数量・品質について交渉する。ヘルスケア提供市場では、ヘルスケア提供者が患者によって選択されたケアを提供する。ただし、患者が選択できるヘルスケア提供者の範囲が狭ければ保険料は安くなる。健康保険市場で健康保険者が販売するのは、全ての国民に加入義務がある基本的な保険商品である。なお、健康保険者は、補足的な任意加入保険 (complementary voluntary health insurance（VHI)）も併せて販売できる。

管理競争下の市場は、単なる自由競争市場ではなく、政府部門による規制・監視も行われる市場である。図表７は、当事者・市場と政府部門を示している。

（図表７）2006年ヘルスケア市場と当事者



（出典）Madelon Kroneman et al,“The Netherlands: health system review,”Health Systems in Transition, Vol.18 No.2, 2016.p.24.

③選択の自由と市場整備

選択の自由は、このシステムの欠くべからざる要諦である。その実現のためには、このシステムでは、政府が健康保険者、ヘルスケア提供者およびヘルスケア購入者の３者が、取引に関する信頼できる情報（例えば、待機期間問題、ケアの品質価格など）が入手できるように市場環境を整備する必要がある。そのため、オランダ医療サービス庁 (The Dutch Health Care Authority, Nederlands Zorgauto-riteit：NZa）が設置され、同庁は、ヘルスケア市場を監督し市場が機能する責務を負っている。

[17] 本項および次項は、Madelon Kroneman et al,“The Netherlands: health system review,”Health Systems in Transition, Vol.18 No.2, 2016.pp.23-25を参照している。

④政府による規制制度：リスク調整（risk adjustment）[18]

政府による規制制度として、リスク調整（risk adjustment）が実施される。リスク調整とは、政府が、加入申込者を全て引き受けることにより、危険選択が出来ずに好ましくないリスクを引き受けた健康保険者に対して、政府が調整金を給付する制度である。調整金は、リスク調整拠出金（risk adjusted contribution）と名付けられている。

リスク調整拠出金を給付する目的は、健康保険者が優良な加入者を優先的に引き受ける危険選択を防止するためである。

⑤事前事後のリスク調整[19]

毎年、全ての健康保険者は、疾病保険基金 (Health insurance fund, Het Zorgverzekeringsfonds:Zvf)[20]から、リスク調整済みのリスク調整拠出金を加入者数に応じて均等割で受け取る。

リスク調整は、一年の事前と事後に行われる。

a. 事前のリスク調整

健康保険者が受け取るリスク調整済みのリスク調整拠出金の算定は、次の手順で行われる。すなわち、支出見込み額（健康保険者の総加入者の年齢、性別、収入種類などのリスク・プロファイルに基づく）から収入見込み額（算定保険料 (calculation premium,rekenpremie）と患者の支払義務がある自己負担額を合算する）を差し引いて決定する。

この算定保険料は、保健・福祉・スポーツ省（Ministry of Health, Welfare and Sport, Rijksbegroting Volksgezondheid）の国家予算を決める際に使用される。

健康保険者がこの算定保険料よりも低い保険料で個人加入者を実際に引き受けていれば、健康保険者は、疾病保険基金から受け取るリスク調整拠出金は増加する。この仕組みは、健康保険者に低い保険料設定を行おうとするインセンティブを健康保険者に与える。

b. 事後のリスク調整

事後のリスク調整は、数理モデルを用いた予測に基づいている。一年間経過した後に、事後的にリスク調整が事後補償（ex post compensation）として行われる。

⑷保険市場の監視・支援

保険市場の当事者は、契約者・保険加入者、保険募集（販売）者、保険者および規制者になるのが一般的である。しかし、オランダの健康保険市場には、市場競争を機能させるために独自の支援・監督・規制の組織が設けられた。健康保険審議会 CVZ（Health Care Insurance Board, College voor Zorgverzekeringen: CVZ)、オランダ医療サービス庁 NZa（Netherlands Health Care Authority, Nederlands Zorgautoriteit:NZa)、オランダ中央銀行 DNB（Dutch Central Bank, De Nederlandsche Bank:DNB)、オランダ金融市場庁 AFM（Netherlands Authority for the Financial Markets, Autoriteit Financiële Markten: AFM)、オランダ競争庁 NMa（The Netherlands Competition Authority, Nederlandse Mededingingsautoriteit:NMa）等である。

---

[18] 本項は、Ministry of Health, Welfare and Sport,“Risk adjustment under the Health Insurance Act in the Netherlands,” June 2008. を参照している。

[19] 本項は、Madelon Kroneman et al,“The Netherlands: health system review,”Health Systems in Transition, Vol.18 No.2, 2016.pp.79-80を参照している。

[20] 疾病保険基金法 ZfW (Health Insurance fund Act, Ziekensfonds Wet: ZfW) に基づいて設立された、社会保険制度における保険者。

《BOX》民間保険市場・民間健康保険事業の特徴と社会保険との相違

任意保険市場では、保険加入者は自分が負担できる保険料水準で、その保険料水準に見合った保障・補償内容の保険に任意に加入する。保険取引においても他の財と同じく、Value for Money が事業成立の条件になる。保険料算出の原則のひとつに、給付・反対給付均等の原則がある。この原則は、保険加入者のリスクに見合った保険料にしなければならないという意味である。もし、保険加入者のリスク水準より低い水準の保険料で保険引受を継続すれば、その保険事業は赤字となり継続できない。逆に保険加入者のリスク水準より高い水準の保険料で保険引受を継続しようとすれば、保険加入者を獲得・維持することは困難になる。保険需要からみて高すぎる保険料水準は保険需要を阻害消滅させ、リスクより低すぎる保険料水準は保険事業の継続を不可能にする。このため、保険者は、販売する保険料水準が許容できる保険加入者のみと契約し、許容できないリスクの者とは契約しないことにする必要がある。

保険申込者のリスクをもとに、保険引受の可否、条件を決めることを、保険者の危険選択 (risk selection) という。保険者が危険選択を行うと、保険申込みの引受拒絶が生じることが起きる。保険へ全員加入を実現するには、保険加入者に加入義務を課し、かつ保険者に全ての申込みに対する保険引受を義務付ける必要がある。これは保険事業継続のために必要不可欠な、保険者の危険選択と衝突する。

さらに、任意保険市場では、保険加入申込者・保険契約者と保険者の間に深刻な情報の非対称性の問題がある。リスクが高すぎる保険加入者による逆選択の問題および保険加入後の保険加入に伴い発生するモラル・ハザード（保険加入の結果、当初想定していたリスクを高くする行動を保険加入者が行うという心理的な状況が出現する）の問題がある。前者は、保険加入契約時に生じる問題である。保険者が健康保険の加入申込者の健康状態を、外部からの観察で把握することは困難である。保険加入者は、自分が経験した病歴をよく知っているが、保険者は保険加入者から自己のリスクに関する情報の提供を受けなければ、その病歴を知ることは困難である。また、保険加入者が意図的に自己のリスクに関する情報を歪めて、自己に有利な申告をしているかどうかも判断することは難しい。保険者がリスクの高すぎる者を判断する危険選択ができないばかりか、あたかも保険加入者に保険加入者のリスクを逆に選択されてしまうことが起きる。これは、逆選択と呼ばれている。これが生じると、保険者は、低すぎる保険料水準の保険引受を余儀なくされ、事業収支を悪化させることにもなる。保険料は、個々の加入者のリスクを判断して決定するが、実務的には効率性の観点から料率区分 (classification) と呼ばれる範囲の被保険者に同一の保険料を適用している。例えば、生命保険では年齢・性別で保険料を区分しているなどが、これに当たる。同一の料率区分に多くの逆選択の者が混入したら、事業収支が悪化し、結果的に保険料水準の引き上げに繋がる可能性もある。後者は、保険加入後に生じる。例えば、自動車保険に加入した被保険者が保険加入によって安心して乱暴な運転を行う、あるいは保険加入者が、保険がないときには受診しない軽い症状などでも受診してしまうなどである。

保険加入後に、被保険者の心理的な状態（モラル）が保険加入時に想定していたリスクの程度より高い程度で、実際の事故・保険給付を引き起こすことがある問題を、保険実務ではモラル・ハザード（注）と呼んでいる。保険者が、保険加入者のモラル・ハザードの状況を把握することは、非常に難しい。保険者は、保険契約後被保険者を継続して観察することができないからである。

（注）情報の非対称性に由来して当事者に生じる心理的道徳的な問題群を、モラル・ハザードと呼ぶことが一般に多いが、保険分野では保険加入後に保険加入時に想定していたリスクに変化が起きてしまうことを問題にしている。

⑸三層構造のヘルスケアシステムの特徴[21]

大規模な改革によって2006年に成立したヘルスケアシステムの特徴は、次の三点である。第一に、三つの compartment によって構成される三層構造になっていることである。第一層の compartment は、特別医療費補償法（Exceptional Medical Expenses Act, Algemene Wet Bijzondere: AWBZ）に基づく公的介護保険である。第二層の compartment は、健康保険法（Health Insurance Act, Zorgverzekeringswet: Zvw）に基づく治癒を目指した基本的な医療的ケアの公的健康保険である。第三層の compartment は、必須とはみなされないケアで、補完的な私的保険が対象とする。

第二に、ケアは、公的な判断に基づいて受給されるのでなく、個人の選択に基づき受給者個人に帰属する。

第三に、①公法に基づく全国民を対象にする公的介護保険、②私法に基づく保険でありかつ公法に基づくシステムの一部となる強制加入の「私的かつ公的健康保険」[22]および③補完的私的保険の三つの部分によって全体が構成されている。

以上の説明に基づいて、三層構造の仕組みを、表にしたのが、図表８である。

（図表８）三層構造の内容

Compartment	医療・介護保険	主たる保障内容	根拠法令	保険の性質	対象者
第１Compartment	公的介護保険	主として介護サービス	特別医療費保障法 AWBZ	公的（public）保険	全ての合法的な住民に加入義務
第２Compartment	公的健康保険	緊急治療・病院、外来、薬剤、出産など主として急性期の治療	健康保険法 Zvw	疑似私的（Quasi-private）保険または私的社会保険（Private social insurance）	全ての合法的な住民に加入義務
第３Compartment	民間保険	第１、第２Compartment の補完	通常の契約法	私的（Private）保険	任意加入

（出典）SOMPO 未来研究所作成

⑹社会保険健康保険者と私的健康保険者の統合

2006年の改革は、社会保険の保険者であった疾病保険基金と私的健康保険者を、共に民間健康保険者とするものであった。オランダの公的健康保険は、加入義務を課し皆保険を実現する社会保険制度であるが、同時に私的でもあるので「私的」社会保険（Private social insurance）または疑似私的（Quasi-private）と表現されることがある。

⑺第一層の compartment；1968年導入の公的介護保険制度

2006年成立した第１ compartment の公的介護保険は、介護サービスおよびナーシングホーム等を給付対象にしている。この強制加入の公的介護保険は、特別医療費補償法によって、1968年に既に導入されていた。その草分けとなるのが、全国民に対する深刻な医療リスクを対象にする医療保険法（Medical insurance Act, Algemene Wet Zware Geneeskundige Risico’s: AWZ）である。医療保険法は、1966年社会保険制度の疾病保険基金法の施行と同時に成立した。1967年に医療保険法は改正されたが、補償範囲は狭かった。その補償範囲を拡大して、1968年に特別医療費補償法（Exceptional Medical Expenses Act, Algemene Wet Bijzondere: AWBZ）が立法されるに至った。

この法律は、英文表記である The Exceptional Medical Expenses Act が示すように、長期的な身体障害、精神障害の医療リスクに関して個人では対処できないほど例外的で高額な

[21] オランダ政府が成立経緯について国外からの照会に応えるために作成した資料、The Ministry of Health, Welfare and Sport (VWS),“Health insurance in the Netherlands,”,p.8,2011.

[22] 「私的かつ公的健康保険」は一見矛盾した表現であるが、参照した政府発行資料の英文の直訳である。

（catastrophic）医療費の大きな部分を負担する制度として発足し、長期ケアの介護、慢性的疾患に関するリスクを対象にしている[23]。

この保険が必要とされたのは、施設入所が一般化し、その負担が大きくなったという背景がある[24]。第二次大戦後、荒廃した都市で住宅不足が深刻化した。そこで、ケアホーム（care home、verzorginghuizen）という新しい観念に基づく高齢者住宅を新たに建設し、子どもがいる世帯の住居を確保する住宅政策が実施された。施設に入所する高齢者はその後年々増加したが、施設に入所し慢性疾患を患う患者にかかる治療費負担が大きくなるにつれ、その負担が増大したので、高額な医療費の大きな部分を負担する制度として公的介護保険制度が発足した経緯がある。

⑻第二層の compartment；治癒を目指した基本的な医療的ケアの公的健康保険

第二層の compartment は、健康保険法に基づく治癒を目指した基本的な医療的ケアの公的健康保険である。この公的健康保険は、急性期を中心とする治療ケア（curative care）に関する保険である。

オランダでは、日常的な健康問題（腰痛等の急性的問題、高血圧等の生活習慣病、予防接種等の予防）を対象にするプライマリーケア（一次医療）と専門医と病院による二次医療・三次医療がはっきり区分されているが、健康保険の給付内容は、プライマリーケア、二次医療・三次医療も含んだ、基本的な医療保障が確保される内容となるように法定されている。基本的な医療保障としては、かかりつけ医、専門医等による医学ケア、失語症ケア、理学療法士等のパラメディカルケア、限定的な口腔ケア、薬剤、医療機器、入院・施設入所（入院期間は365日まで。それを超える場合は特別医療費補償法の対象になる）、妊娠ケアおよび患者の搬送がある。

第二層の compartment の健康保険は、私的な民間健康保険者が引き受けている。民間健康保険者には、加入申込みがあれば、全て引き受ける保険引受義務がある。健康状態を理由に引受拒否はできない仕組みは、民間健康保険市場では通常ありえない。

⑼第三層の compartment；私的民間保険

第三層の compartment は、第一層の compartment と第二層の compartment では対象とされない補償を行う、全くの私的な民間保険であり、任意加入である。

多くの場合、同一の民間健康保険者が、第二層の compartment の強制保険と第三層の compartment の任意加入の私的民間保険とをセットで引き受けている。

3．2006年ヘルスケアシステムの当事者と資金フロー

⑴2006年ヘルスケアシステムの当事者と全体資金フロー

2006年に成立したヘルスケアファイナンスシステム全体に関する資金フローの流れは、図表9のとおりである。

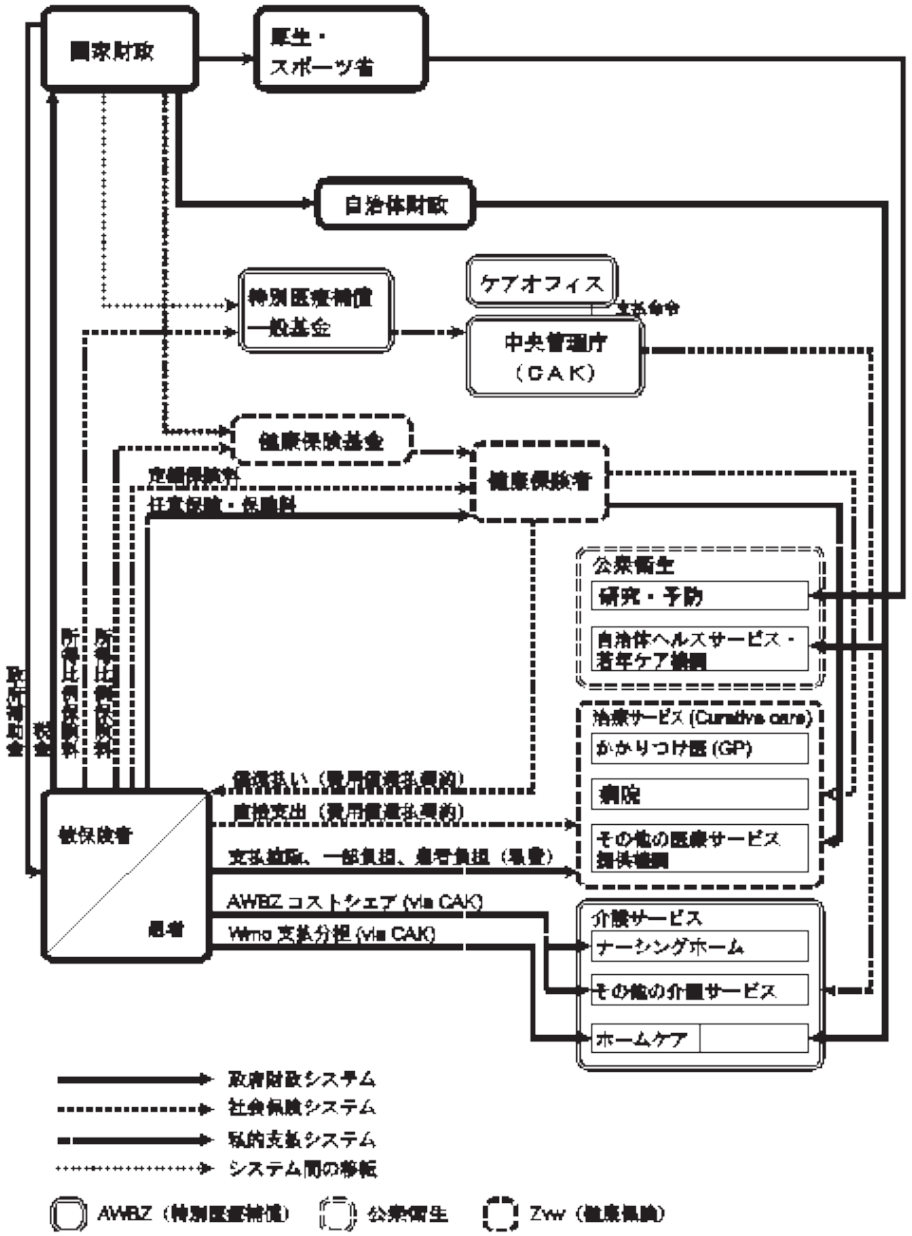
図表9では、介護サービス（long-term care）と急性期を中心とする治療サービス（curative care）とに分けられている。この2つは、概ね三層構造の第1 compartment と第2 compartment に対応する。ここでの特徴は、健康保険者の近くにリスクを均一化するための組織である健康保険基金（health insurance fund, Zorgverzekeringsfonds）があり、また政府から補助金等が支出されていることである。

---

[23] Nicole Tapay and Francesca Colombo,“Private Health Insurance in the Netherlands: A Case Study”, 2004, OECD Heath Working Papers DELSA/ELSA/WD/HEA (2004)9, p.17, Ministry of Health, Welfare and Sport,“Health insurance in the Netherlands”, 2012, p.58.

[24] Barbra Da Roit,“Strategies of Care,”Amsterdam University Press, 2010, pp.22-23.

（図表９）2006年ヘルスケアサービス（医療介護）の資金フロー



（注）図表中の Wmo は、社会支援法（Social Support Act, Wet maatschappelijke ondersteuning: Wmo）のことである。詳細は、第３章2015年ヘルスケアサービス（医療介護）改革を参照

（出典）Willemijn Schäfer et al, “The Netherlands: Health system review”, Health Systems in Transition, Vol.12 No.1, 2010.

⑵2006年ヘルスケアシステムの第二層の compartment の当事者と資金フロー

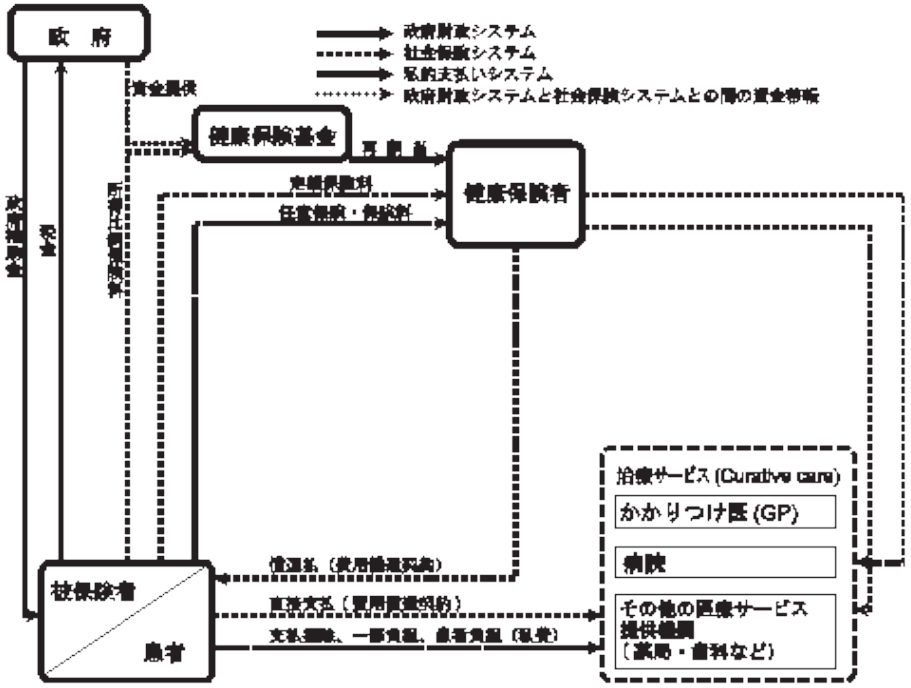
第二層の compartment 健康保険の主要な当事者は、被保険者・患者、健康保険者、治療サービス提供者である。治療サービス提供者には、プライマリーケアの中心であるかかりつけ医（GP）、二次医療・三次医療の担い手である専門医・病院、その他のヘルスケアサービス提供者（薬局、歯科）などが含まれる。図表９の2006年ヘルスケアサービス（医療介護）の資金フローから、第２ Compartment の健康保険部分を抜き出したのが、図表10である。

この図表には、政府、健康保険基金も資金フローの当事者として登場している。通常の保険では、保険加入者は保険者に保険料を支払うが、第２ compartment の健康保険では、被保険者は健康保険者に保険料を支払う以外に、健康保険基金にも保険料を支払う。すなわち、被保険者は定額保険料を健康保険者に支払い、所得比例保険料を健康保険基金に支払う。

健康保険基金は、保険者間のリスク調整のために、健康保険者ごとに異なる、リスク調整に必要な額を提供する。健康保険者は、保険料収入を被保険者と健康保険基金の両方から受け取る。さらに、健康保険基金に対しては、政府からの資金提供がある。例えば、18歳未満の子供の健康保険料は政府の財源で負担している。被保険者は政府に税金を支払うが、他方で政府から補助金を受け取ることがある。保険料負担が困難な被保険者に対しては、医療サービス手当法（Health Care Allowance Act, Wet op de Zorgtoeslag :WZT）に基づき、政府が補助金を提供する。また、所得比例保険料について、雇用主が補助する支援が措置されている。

被保険者・患者は、支払控除、医療費の一部負担等による私費負担も生じる。そして、現物給付方式の保険では、健康保険者は治療サービス提供者と事前に支払内容・方法を詳細に交渉して決めておくことになる。図表10は、システム間（この場合、社会保険システムと政府財政システム）での資金フローが生じている。第２ compartment には、被保険者・患者、健康保険者、治療サービス提供者の主要な三者による、社会保険システムの資金フローのメカニズム以外に、政府と雇用主から財政的支援および健康保険基金を用いた健康保険者間の財政調整メカニズムが存在している。

（図表10）第２ compartment の資金フロー



（出典）Willemijn Schäfer et al,“The Netherlands: Health system review”, Health Systems in Transition, Vol.12 No.1, 2010.

４．2006年ヘルスケアサービス（医療介護）改革による変化・成果

⑴健康保険市場の変化

①団体加入中心の市場

健康保険の契約形態には、個人加入（Individual contract）の形態と集団加入（Collective contract）の形態の２つがある。集団加入の場合には、保険料の割引が適用になるので、その利用率が高い。集団加入の形態と割合は以下のとおり[25]。

・雇用主が従業員のために集団を組成した職域団体…54.6%
・患者団体が患者のために集団を組成した患者団体…0.4%
・その他の団体…45%

[25] Nederlandse Zorgautoriteit (NZa),“Marktscan Zorgverzekeringsmarkt 2016,” September 2016, p.29.

その他の団体には、高齢者団体、消費者団体、自営業者の団体、地方公務員の団体およびインターネットで組成された団体などがある。

②セット販売

強制加入健康保険と任意健康保険は制度的には別々であるが、実体的に両者がセットで販売されている。強制加入保険と任意加入保険をセットで販売するセット商品が主体の市場になっている。

③寡占市場

オランダの健康保険市場は、かなり寡占的である。少数のグループを形成して概ねグループに複数の健康保険者が属する寡占的構造となっている。2006年グループ数が16、健康保険者数が33あったが、年々減少し2012年にはグループ数が９、健康保険者数が26になった[26]。2016年には、グループ数が９、健康保険者数が25である[27]。一般に競争的な市場では市場参加者は競争減殺のために合併・統合に進んでいくとされる。2006年以降の推移をみると、オランダの特異な健康保険市場でもこの現象がみられた。

⑵コスト抑制の効果

2006年改革は、ヘルスケアサービスのコスト抑制の観点からは、成功したとは言いがたいと評価されている[28]。2007年以降2012年までの期間で、かかりつけ医によるケア、専門医によるケアおよび入院によるケアのどの部門でも当初の目録とする目標に達しなかった（目標未達の要因について様々な見方がある）。

---

[26] Nederlands Zorgautoriteit (Netherlands Health Care Authority, Nza),“Marktscan Zorgverze-keringsmarkt: Weergave van de markt 2008-2012,”2012.

[27] Nederlandse Zorgautoriteit (NZa),“Marktscan Zorgverzekeringsmarkt 2016,”September 2016,p.5.

[28] Madelon Kroneman et al,“The Netherlands: Health system review,”Health Systems in Transition, Vol.18 No.2, 2016, p. 71.

第３章　2015年ヘルスケアサービス（医療介護）改革

ヘルスケアサービス（医療介護）の改革は継続的に進められてきたが、分水嶺となる大規模な改革が、2006年と2015年に行われた。2015年介護サービスの改革は、介護分野と医療分野の両方に関わる点で、包括的改革であった。本章では、2015年介護サービスの包括的改革を中心に取り上げる。

また、2015年ヘルスケアサービス（医療介護）改革では、地方自治体が重要な役割を担う分権化の進展および様々な手法を駆使したコスト抑制策の推進もみられた。特にコスト抑制策の推進が、改革の根本原則であると言われている。

本章では、以下の７節で改革の内容を概説する。

１）今回の改革を進める危機感の要因となった財政問題（第１節2015年介護サービス分野改革の背景）

２）支出抑制の取組手段（第２節 支出抑制の取組手段）

３）地方自治体への分権化への整備（第３節2007年社会支援法と分権的介護サービスの開始

４）2015年の介護サービスの包括的改革の概要（第４節2015年介護サービスの包括的改革の概要と四つの新法）

５）2015年ヘルスケアサービス（医療介護）改革実施後の資金フローの姿（第５節2015年ヘルスケアサービス（医療介護）の資金フロー）

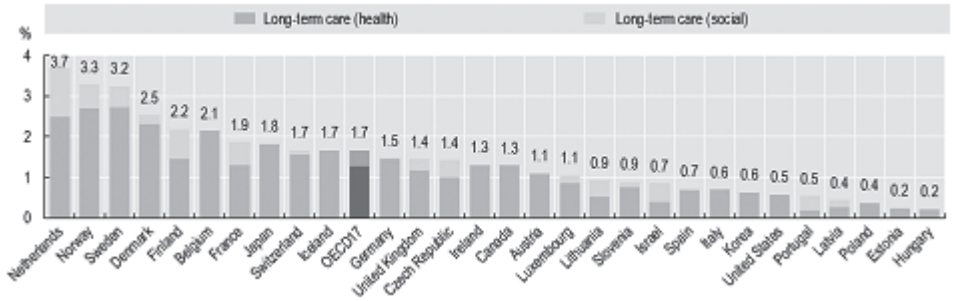
６）2014年から進められているメンタルヘルス改革（第６節　メンタルヘルスに関する改革）

７）2015年ヘルスケアサービス（医療介護）改革の成果と評価

１．2015年介護サービス分野改革の背景

オランダが介護サービスの費用抑制に懸命に取り組んでいる背景は、OECD（経済協力開発機構）加盟国で最も高い介護関係費用支出を行っていることがある。2017年 OECD 加盟国の介護サービスに要する費用の対 GDP は平均1.7% だったが、オランダは3.7％と最も高かった。図表11は、2017年 OECD 加盟国介護サービスに要する費用の対 GDP 比率を示している。

図表11　2017年 OECD 加盟国介護サービスに要する費用の対 GDP 比率



（出典）OECD のホームページ、Health policies and data>Ageing and Long-term Care（visited Feb. 1, 2021）
<https://www.oecd.org/els/health-systems/long-term-care.htm>

２．支出抑制の取組手段[29]

ユーロ圏にあるオランダは、財政赤字が GDP 比３％以下との財政規律を遵守することが義務づけられているため、2009年の金融危機の結果、ヘルスケア関連の支出抑制は喫緊の課題となった。

[29] 本項の記述は、主に Madelon Kroneman et al,“The Netherlands: Health system review,”Health Systems in Transition, Vol.18 No.2, 2016, pp.59-65に拠る。

2009年以降支出抑制のために取られた手段は、概ね以下の四つのカテゴリーに分けられる。

①コストを公的財源から民間・私的財源にシフトする。

②法定された財源間で入れ替える（入れ替えに際して削減することもある）。

③施設のケアをホームケアに代替し、二次医療をプライマリーケアに代替する。

④効率性を改善し詐欺を排除する。

更に、公的健康保険に関しても支出抑制が実施された。例えば、自己負担の拡大、基本的医療給付の見直しなどである。

3．2007年社会支援法と分権的介護サービスの開始

2007年に社会支援法（Social Support Act, Wet maatschappelijke ondersteuning: Wmo）が立法された。日常生活援助と心理社会的支援の業務は、地方自治体に移された。心理社会的支援とは、介護サービス利用者等の心理・情動に関するコミュニケーションを行い、必要な情報を提供する支援である。

本法の立法の意義について、次のように説明されている[30]。この立法は、「市民へ受動的にケアサービスを受ける資格を与える」から、「市民が居住する自分の自宅において、社会に参加し家事・仕事ができるように、地方自治体が必要な費用を補償する責務を負う」というパラダイムシフトを促進することを企図している。地方自治体は、ハンディキャップがある人には移動の手段を提供し社会参加を支援する義務を負うことになる。ただし、この新方式に地方自治体が十分準備ができているかどうかについて論争があった。

4．2015年介護サービスの包括的改革の概要と四つの新法[31]

2015年にオランダは、介護サービスに関する包括的改革を実施した。

介護サービスは分権化して地方自治体が担い、家事に関するケア（Domestic care）およびソーシャル・サポート[32]を提供することになった。

また、健康保険者も介護サービスに関する担い手の一翼となった。

2015年介護サービスの包括的改革は、介護分野と医療分野の両方に関わっている。

この包括的改革の目標は、①コストの節約によって介護サービスが利用可能な状態を維持すること、具体的には2018年に年間3.5兆ユーロの節約を実現する、②オランダでは従来から施設入所率が高かったが、今後は自宅で充足してもらう、③ケアの品質とコーディネーションを改善するの三点である。

包括的改革に踏み切らせたのは、前述したようにOECD諸国で最も高い対GDP比率の費用支出を伴う介護サービスはもう続けられないという、持続可能性に関する危機感があったと言われ

---

[30] Kim Putters et al,“Governance of local care & social service: An evaluation of the implementation of the Wmo,”Institute of Health, Policy & Management, Erasmus University Rotterdam, July 2010, p.5.

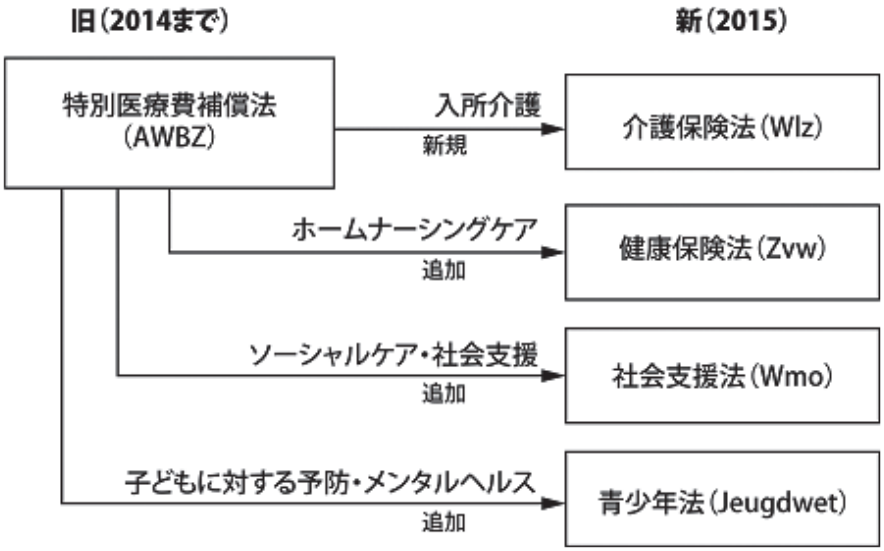
[31] 本項の記述は、主にEwout van Ginneken and Madelon Kroneman,“LONG-TERM CARE REFORM IN THE NETHERLANDS: TOO LARGE TO HANDLE?,”EuroHealth, Vo. 21 No.3, 2015 (visited Feb.3, 2021) <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332759/Eurohealth-21-3-47-50-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y> に拠る。

[32] ソーシャル・サポートは、社会的関係の中で得られる物的・心的支援のこと。具体的には、家族や友人、隣人など個人を取り巻く、様々な人々からの有形・無形の支援を指す。ソーシャル・サポートには励ましなどの『情緒的サポート』、情報提供などの『情報的サポート』、実際に手伝う、提供するなどの『道具的サポート』、善しあしについてフィードバックするなどの『評価的サポート』などがある。実際にストレスを受け心的苦痛が生じているときに『実行されたサポート』は、無気力感を低減する。一方、助けてもらえそうだという予期を示す『知覚されたサポート』のみでも無気力感を低減することができるとの説明がある（用語事典「情報・知識 imidas 2018」）。

ている。実施された改革は、利用者にも様々な負担を強いる思い切った改革となり、いくつもの摩擦が生じることは避けられなかった。

1968年立法の特別医療費補償法は、四つの新法に組み替えられた（図表12参照）。

（図表12）2015年介護サービス包括的改革の旧法と新法



（出典）Ewout van Ginneken and Madelon Kroneman, “LONG-TERM CARE REFORM IN THE NETHERLANDS: TOO LARGE TO HANDLE?,” EuroHealth, Vo. 21 No.3, 2015 (visited Feb.3, 2021) <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332759/Eurohealth-21- 3 -47-50-eng.pdf?sequence= 1 &isAllowed=y>

第一は、介護保険法（The Long Term Care Act, Wet langdurige zorg: Wlz）である。第二は、健康保険法（Health Insurance Act, Zorgverzekeringswet: Zvw）に新たに付け加えられたホームナーシング（日常生活支援を含む）である。第三は、居宅サービスに該当しないケアで、社会支援法に追加された。第四は、子どもに関する予防・メンタルヘルスは、全面的に改正され青少年法（Youth Act, Jeugdwet）に追加された。

①介護保険法

新たな介護保険法は、旧法である特別医療費補償法が給付していた内容をスリム化した。旧法が標榜していた「非常に大きなリスク」をカバーする保険としての役割を明確化していることが特徴である[33]。受給者の施設入所は、身体機能または精神的な条件のため毎日24時間見守りが必要な重篤な障害を有する者に限定された。サービスを受給するためには、ケア判定センター（Care Assessment Centre, Centrum indicatiestellingzorg: CIZ）のケアアセスメントを受ける必要がある。希望すれば、自己が保有する個別ケア予算（personal budget, Persoonsgebonden budget: PGB)[34]を利用して、自宅でのケアを受けることができるが、施設によるサービスの費用を上回らないことが条件になる。

中央政府が責任主体だが、業務運営は健康保険者になっている。通常複数の地方自治体で構成される圏域で規模が大きい健康保険者が、業務運営を担うケアオフィス（care office, zorgkantoor）となる。ケアオフィスは、ケア判定センターの指示に従って、個別ケア予算の範囲内でサービス提供をアレンジする。なお、ケアオフィスは青少年法関係の業務、地域看護

[33] 大森 正博「オランダの長期療養・介護制度改革」（健保連海外医療保障 No.107 2015年 9 月）p.24.

[34] 受給者毎の予算である個別ケア予算（personal budget, Persoonsgebonden budget:PGB）は、1995年に導入されたが、詐欺行為が生じたため、政府機関である社会保険銀行（Social Insurance Bank, Sociale Verzekerings Bank: SVB）が保有者に代わって管理している。

師の業務には関与しない[35]。

上述のとおり、介護保険法の受給者は旧法より限定されたので、介護関連のサービスを必要とする場合には、健康保険法または社会支援法の給付を受けることになる。

②健康保険法：ホームナーシング（含む日常生活ケア）

改正された健康保険法は、ホームナーシングまで対象にすることになった。健康保険者が対象にする範囲は、ホームナーシングからプライマリーケア、病院専門医による治癒まで非常に広く拡大した。

ホームナーシングでは、地域看護師（district nurse）が利用者の自宅を訪問し、利用者自身がもっとできることがありそうか評価するという重要な役割を担う。地域看護師の業務は予防・ケア・福利（wellbeing）・住居と広範囲に及んでいるため、統合したサービスを提供できることになる。

③社会支援法

社会支援法の改正では、市民が居住する自分の自宅において、社会に参加し家事・仕事をできるようにすることを目標としている。

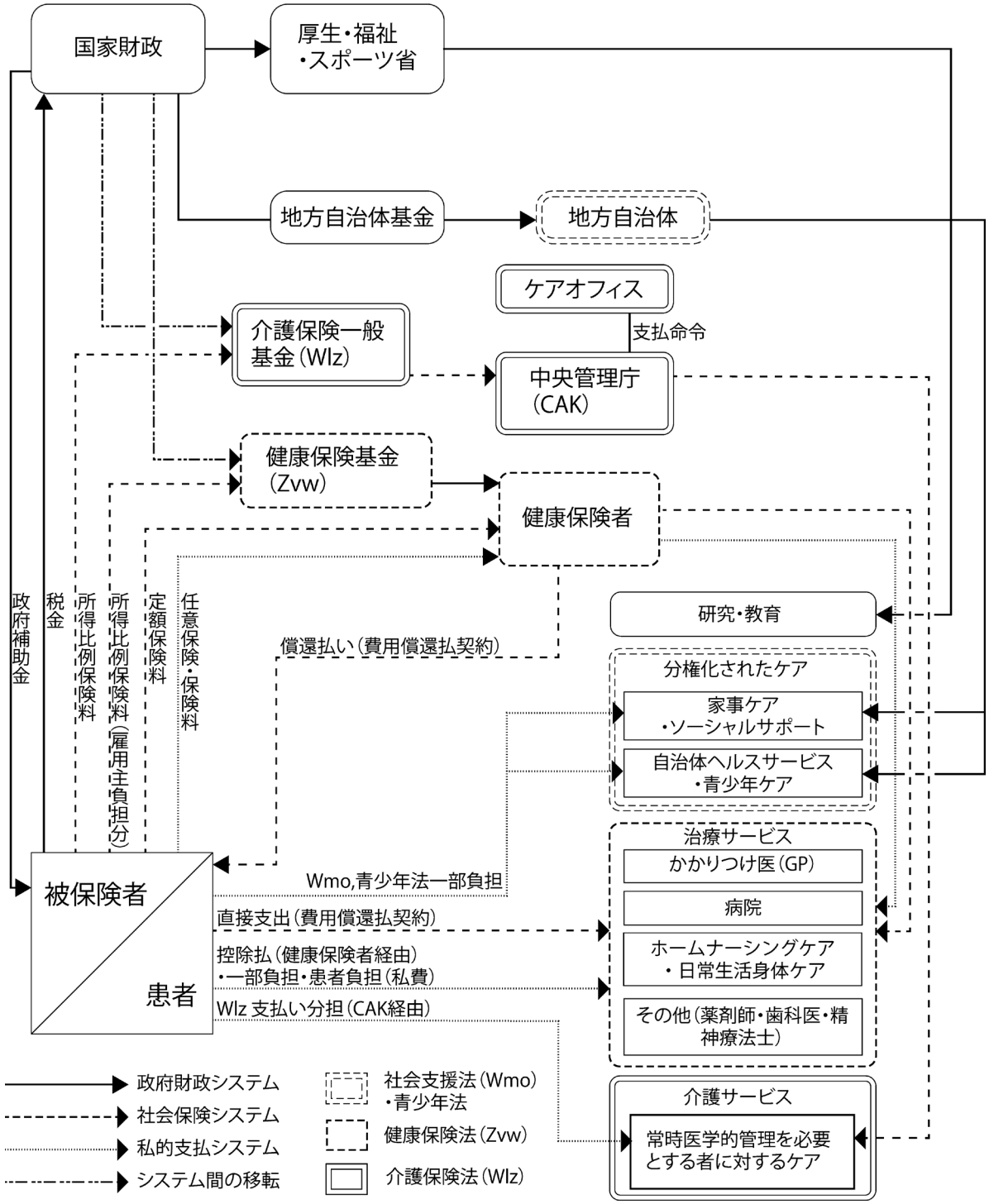
地方自治体が、専門家によるケアを他のケアによるソリューションに代替しようとすると、中央政府・州政府などよりも近隣者・ボランティアなどの社会的な繋がりなどについて情報を有している利点を生かした、テーラーメイドの解決策を見つけ出し、組織化することができるとされている。

5．2015年ヘルスケアサービス（医療介護）の資金フロー

2006年と2015年とを比較すると、資金フローの基本的な構造は同じである。しかし2015年の改正を反映して、サービスの括り方に変化が見られる。2006年では特別医療費補償法による介護サービスとされていたものが、地方自治体が担当する分権化されたケアに移動している（図表13参照）。

[35] 政府機関 Zorginstituut Nederland のホームページ　Wlz-kompas (visited Feb. 2, 2021)
<https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/wlz-algemeen-hoe-werkt-de-wet-langdurige-zorg>

（図表13）2015年ヘルスケアサービス（医療介護）改革後の資金フロー



（出典）Madelon Kroneman et al,“The Netherlands: Health system review,” Health Systems in Transi-tion, Vol.18 No.2, 2016, p.70.

6．メンタルヘルスに関する改革[36]

2014年１月からメンタルヘルスケアは、かかりつけ医（GP）ベースのメンタルケア、一般医による基本的なメンタルヘルスケア（Generalist Basic Mental Health Care, Generalistische Basis GGZ）および専門医によるメンタルヘルスケア（Specialist Mental Health Care, Gespecialiseerde GGZ）の三つのレベルに分けられた。かかりつけ医（GP）ベースは、レベル１、一般医による基本的なメンタルヘルスケアはレベル２、専門医によるメンタルヘルスケアはレベル３である。

[36] Madelon Kroneman et al,“The Netherlands: Health system review,” Health Systems in Transition, Vol.18 No.2, 2016, pp.156-158.

メンタルヘルスの問題を有する患者は、最初にかかりつけ医（GP）を訪問する。かかりつけ医（GP）は、メンタルヘルス専門の看護師（POH-GGZ）と連携して診察を行う。DSM-IV[37]の精神障害の疑いがある場合には、一般医に紹介をする。より複雑な精神障害の問題がある場合には、専門医に紹介をする。専門医に紹介された患者は必要な場合には入院となる（2020年メンタルヘルス用病床は、2008年比で３割削減されている）。

2009年以降支出抑制のために取られた手段の一つは、より低位のケアで代替する手段である。メンタルヘルスでは、レベル２の外来で、一般医による基本的なメンタルヘルスケアが心理学者や精神療法士によって担われることがある。

７．2015年ヘルスケアサービス（医療介護）改革の成果と評価

オランダでは、政府の政策に関して調査分析する政府機関として国立社会調査研究機関（The Netherlands Institute for Social Research, ResearchHet Sociaal en Cultureel Planbureau:SCP）が設置されている。

国立社会調査研究機関は、2018年１月に2016年介護保険制度改革について報告書“De Wmo 2015 in praktijk,De lokale uitvoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning”[38]を公表している。その報告書は、介護サービス関係の支出増加は横ばいになったとして、介護保険制度の持続可能性について次のとおり指摘している。介護サービス関係の支出は、2010年から2017年を見ると、名目支出の対前年比は、2013年同額、2015年は0.8％減少した。

更に同報告書は、次のように指摘している。

①社会支援法の立法によって日常生活援助と心理社会的支援の業務は、地方自治体に移された。今回地方自治体の実態調査を行ったところ、2015年包括的改革で示された、自立、参加、援助要請に対する広範な支援提供、カスタマイズされた援助および過剰に渉らない形での支援などの原則は、地方自治体では広く支持されている。しかし、その実現方法についてはまだ模索過程にある。

②また、境界画定の問題がある。法制上は新法のそれぞれの境界が明確に定められているが、新制度移行過程で経過措置が実施される際には、法制上の境界画定が実務上運営に支障が生じる事態になることがある。例えば、介護保険法が対象とする毎日24時間見守りが必要な重篤な障害か健康保険法が対象とする病院専門医による治癒に該当するかなどの線引きは、実務的には難しいことがある。

欧州委員会（European Commission）が2019年６月に公表した報告書“Joint Report on Health Care and Long-Term Care Systems & Fiscal Sustainability”[39]では、オランダについて長年にわたる広範囲の改革は、病院利用の低下などかなりの程度成功していると評価できる。今後の課題としては、今後これらの改革を継続することであるとしている。

---

[37] アメリカ精神医学会作成の精神障害に関する国際的な診断基準の１つである「精神疾患の診断・統計マニュアル（Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders）」のⅣ版。

[38] オランダ政府の政府政策に関して調査分析する国立社会調査研究機関のホームページ、Publications (visited Feb. 2, 2021) <https://english.scp.nl/publications/publications/2018/01/31/the-social-support-act-2015-in-practice#:~:text=The%202015% 20Social%20Support%20Act,receive%20from%20family%20or%20friends.&text=All%20these%20people%20are%20involved%20in%20the%20implementation%20of%20the%20Wmo.>

[39] 欧州委員会（European Commission）のホームページ　Publications>“the Joint Report on Health Care and Long-Term Care Systems & Fiscal Sustainability,”as Institutional Paper 105 Country Documents - 2019 Update (visited Feb. 3, 2021) <https://ec.europa.eu/info/publications/joint-report-health-care-and-long-term-care-systems-and-fiscal-sustainability-country-documents-2019-update_en>

第 4 章　討議の主要論点

1. ドイツ占領下に導入された社会保険における特徴

1941年疾病基金令は、一定水準以下の賃金の被用者を対象とする強制加入の社会保険を創設した。一定所得水準以下の者に限定したのは、何故か。また、任意加入を認めているのは、何故か。

ドイツ占領下で、ドイツと同様の仕組みを導入しようとしたからではないか。
19世紀ドイツのビスマルク社会保険立法では、強制加入の疾病金庫、任意加入の疾病金庫の両方が存在し、金庫の任意設立や金庫選択の自由を認められていた。強制加入の社会保険に所得制限があるのは、経済史で言う、経路依存性（Path dependence）が効いてたのではないか。

2．規制された競争を維持している理由

オランダの歴史を考えると、16世紀・17世紀のオランダの黄金時代に、世界の商業の中心地になった。商業では競争は当然視され、競争は富をもたらすとの考え方が、連綿と伝えられてきたということではないか。

3．2015年介護関係改革の特徴：包括性

2015年改革は、驚くほど包括的だったと考えられる。医療・介護・福祉を包括し、さらに健康保険者・自治体などの多くの主体がマネジメントに関わっている。この包括性を実現するためには、多くの関係者との合意形成に向けた努力が必要だったのではないか。

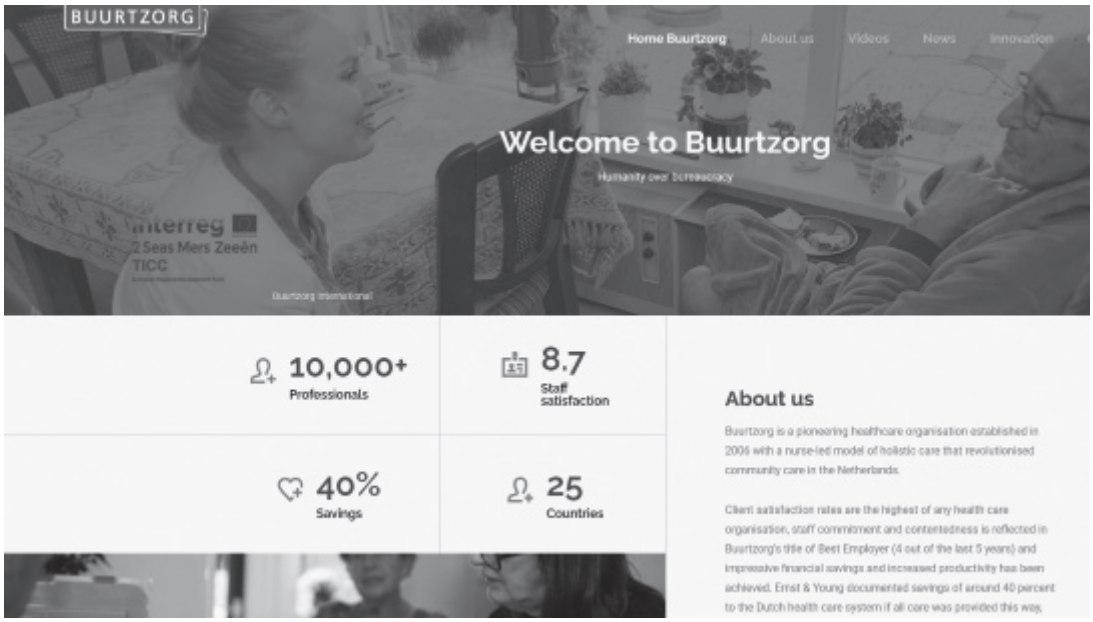
4．介護と家族観・文化の関係

介護は、その国の文化や家族観が反映している。医療は、特に国境なく、手術の方法・薬剤利用は共通になりえるが、介護サービスの提供については、生活のどの部分まで外部が支えるかは、国によって違いが出る。日本では、子どもが親の介護をするべきあるいはしたいと考えることがあるが、オランダでは、子どもは18歳で自立し親の家を出るべきとの考えが普通であり、子どもが親の介護をすべきであるとの規範意識がない。介護サービスの提供形態の設計・実施に、文化・家族観の違いが国による違いとなるのではないか。

《BOX》先進的取組の事例 Buurtzorg

Buurtzorg は、ご近所・隣人たちのケアという意味のオランダ語。
Buurtzorg は、2006年に看護師主導のコミュニティケアとして開始されたヘルスケア組織である。発足以来高い顧客満足を獲得している。現在は、日本も含め各国で展開されている。2012年堀田聰子氏によって、在宅ケアのルネサンスとして、紹介されている（医学界新聞 https://www.igaku-shoin.co.jp/paper/archive/y2012/PA02986_04）。
要旨は以下のとおり。

「Buurtzorg の看護師は、専門性が高く、利用者に対する最善の解決策を提供すべく)、ニーズアセスメント・ケアプラン作成，インフォーマルネットワークのマッピングと活性化、専門職ネットワークのマッピング（家庭医・パラメディカル・福祉・病院等）と連携・調整、QOL向上に向けたケア提供（看護・介護・ガイダンス，家事援助は関連組織 Buurtdiensten との連携も)、共感的・社会関係支援の提供、セルフケアの支援を行っている。各利用者について，窓口となる「パーソナルカウンセラー」役を決めているものの，ケースマネジメントとケア・サポート提供の分業はしない。ケア・サポートについても細切れの機能別分業を廃し，地域看護師がジェネラリストとして全プロセスに責任を持ち，包括的な支援を展開する。」



Buurtzorg のホームページ ,The Dutch health care system (visited Dec24, 2022)
< https://www.buurtzorg.com/ >

第５章　オランダのヘルスケアサービス（医療介護）の課題と対応策

本章では、健康保険システムの成り立ち・現状を理解する比較の視点から、ヘルスケアサービス（医療介護）の課題と対応策を検討する。

①システムを支える正義観

正義観は、システムを支える重要な要素の一つである。ナショナルミニマム（national minimum）の設定を提唱したベヴァリッジ報告書の影響を受け、戦後の社会保障制度では社会正義 (social justice）が堅固な基礎となるべきとする考え方が浸透した。

②対象者と医療サービスへのアクセス保障

医療サービスへのアクセスを容易にすることが目的として、多くの経済的先進国において、医療サービス利用の際の経済的バリアを軽減する仕組みがある。受療を支援するシステムの対象が、住民全てか、特定の年齢層だけか、特定地域の住民だけか、職域だけかなどは、国・時期により様々である。

オランダの健康保険システムは、公的健康保険の適用対象者、民間健康保険の加入者および公務員対象の健康保険スキーム対象者に分断されていた。この分断は2006年にオランダの全ての住民を対象とする健康保険法 (Health Insurance Act, Zorgverzekeringswet, Zvw）が導入され終了した。健康保険システムは、強固な私法に基づく健康保険者の存在によって保険加入者に良好な医療アクセスを保障する仕組みと変わった。

③医療サービスに対する支払方式

日本の公的健康保険制度は、健康保険者がその健康保険に加入している者が受けた医療サービスの料金（そこから事前に定められた患者自己負担分を引いた額）を支払う方式となっている。オランダの公的健康保険は、加入義務を課し皆保険を実現する社会保険制度となっており。医療サービスに対する支払に際して、自己負担がある。

④財源確保とコストコントロール

健康保険システムは、ヘルスケアシステムにおけるファイナンスを受け持つシステムであり、財源確保が必要不可欠である。財源としては、公費（税金・公債）と保険料に分けられる。医療提供者の収入源としては、その他にサービス利用者の自己負担や（米国の非営利病院に多い）寄付金などが考えられる。

オランダでは、医療介護関係で様々な支出抑制の取組がなされてきた。その手段は、①コストを公的財源から民間・私的財源にシフトする、②法定された財源間で入れ替える（入れ替えに際して削減することもある)、施設のケアをホームケアに代替し、二次医療をプライマリーケアに代替する、効率性を改善し詐欺を排除するなどである。この他、自己負担の拡大、基本的医療給付の見直しなどが実施された。

⑤平等性

受療の平等と経済・社会格差の関係は、健康保険システムをめぐる大きな問題になってきた。オランダの公的健康保険は、加入義務を課し皆保険を実現する社会保険制度であるので、基本的には所得・社会階層等による格差の問題はない。

⑥公的健康保険・医療保障制度と民間保険との関係

民間健康保険と公的健康保険・公費医療保障制度は併存しうるが、その在り方は国によって大きな相違がある。

オランダでは、「私的かつ公的健康保険」である強制加入の公的健康保険と補完的私的保険とがある。補完的私的保険は、全くの私的な民間保険であり、任意加入である。多くの場合、同一の民間健康保険者が、強制加入の「私的かつ公的健康保険」と任意加入の私的民間保険とをセットで引き受けている。

参考文献・インターネットサイト

1　行政府

厚生・スポーツ省 (Ministry of Health, Welfare and Sport)
<https://www.government.nl/ministries/ministry-of-health-welfare-and-sport, https://www.rijksoverheid.nl/>
厚生・スポーツ省が健康保険システム等を所管している。現行健康保険システムの紹介は、ホームページの Topics ＞ Health insurance にある。

2　保険業界団体

オランダ健康保険者協会 Netherlands Health Insurers, Zorgverzekeraars Nederland)
(略称 ZN)
<https://www.zn.nl/ >
オランダ健康保険者協会は、1995年設立された業界団体。従来の疾病保険基金 Ziekensfonds と私的民間健康保険者の全社が加盟している協会。
介護サービスに関する地域毎の状況（75歳超の人口、待機状況など）をホームページに掲載している（<https://www.zn.nl/zorgkantoren/regionale-capaciteitsplannen-2022-verpleegzorg>)。

3　研究機関

⑴国立ヘルスケア研究機関 National Health Care Institute, Zorginstituut Nederland（略称 ZIN）
<https://english.zorginstituutnederland.nl/>
公的健康保険の基本的給付内容と介護保険法・健康保険法の資金配分に関する助言の他ヘルスケアに関する品質問題の研究など広範な業務を担当している。

⑵ The Commonwealth Fund
米国のヘルスケアシステムに関する研究を行っている。海外調査も行っている。
<https://www.commonwealthfund.org/>
International Health Care System Profiles でオランダを取り上げている
(< https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/netherlands>)。

4　European Observatory on Health Systems and Policies
<https://eurohealthobservatory.who.int/>
各国のヘルスケアシステムとその政策に関する調査研究書を、“Health Systems in Transition”（HiT と略称される）として刊行している。オランダ編は、2004年版、2010年版、2016年版がある。

第３部　ドイツの健康保険

第１章　ドイツの特徴と健康保険システムの概要

１．一般事情[1]

⑴人口・面積

人口は、約8,319万人（2020年９月、独連邦統計庁）、面積は35.7万平方キロメートル（日本の約94%）。

⑵略史

378年	ゲルマン民族、ローマ帝国領内に侵入
911年	選挙王政による初代ドイツ国王コンラート一世即位
962年	神聖ローマ帝国成立（～1806年）
1701年	プロイセン王国成立（～1871年）
1871年	ドイツ帝国成立（いわゆる「ビスマルク憲法」制定）
1918年	ドイツ革命、ワイマール共和国成立
1933年	ヒトラー首相に就任、ナチ党の一党独裁制確立（～1945年）
1949年	西独基本法の成立、西独、東独の成立
1955年	パリ条約発効、西独主権を取得。西独、NATO に加盟。 東独ワルシャワ条約機構に加盟
1961年	「ベルリンの壁」構築
1972年	東西両独、基本条約を締結、関係正常化
1973年	東西両独、国連加盟
1989年	「ベルリンの壁」崩壊
1990年	東西統一

⑶政治体制

連邦共和制

（16州：旧西独10州、旧東独５州及びベルリン州。1990年10月３日に東西両独統一）

2. ドイツの特徴[2]

⑴州の権能

ドイツの連邦は、自治権を持つ、16の州によって構成されている。各州は独自の憲法を有する。州は、各州が学校制度・大学制度の分野において独自の法律を定める「文化高権」を行使する。他にも各州は自治権及び公安管轄権を有する。各州はそれぞれの財源を持ち、そのうち主なものは財産税、自動車税、相続税、土地所得税で、所得税、法人税、付加価値税の一部が州の財源となる。

---

[1] 本項の記述は、外務省のホームページ　国・地域＞欧州＞ドイツ連邦共和国（Federal Republic of Germany）基礎データ（visited, Jan. 7, 2023）< https://www.mofa.go.jp/mofaj/area/netherlands/data.html#section 1 > に拠る。

[2] 本項の記述は、ドイツ連邦共和国大使館のホームページ、ドイツ連邦共和国概略（visited, Jan. 7, 2023）< https://japan.diplo.de/ja-ja/themen/willkommen/bundesrepublik/972330 > を参照した。

⑵州の代議制

連邦参議院は州政府議員により構成される。各州は最低３票、最高６票の投票権を有し、総票数は69。各州は連邦参議院を通して、連邦の立法と行政に関与する。

⑶国家元首としての連邦大統領

連邦大統領は連邦会議によって選出され、ドイツ連邦共和国を代表する。任期は５年である。

⑷社会市場経済

ドイツでは、社会市場経済という観念がある。すなわち、社会市場経済では、経済プロセスは原則として市場によって非一元的に運営され、国は競争が機能するための条件を整える役割を担う。消費の自由、営業の自由、職業・職場選択の自由および私有財産権が社会市場経済を構成する基本的要素となる。

社会市場経済を構成する社会的要素として、年金保険、恩給、健康保険、失業保険、児童手当、その他重要な社会福祉給付からなる包括的な社会保障制度がある。

３．職員・労働者・官吏・自営業者・農業者の職業身分による区分

ドイツでは労働者（Arbeiter），職員（Angestellte），官吏（Beamte），自営業者（Selbstständige），農業者（Landwirte）という職業身分の区分が行われ、被用者の大半を占める労働者と職員は社会保険上の取り扱いも区分されてきた[3]。

職業身分による区分は、ドイツの健康保険システムにおいて健康保険者が分立または並立することに大きな影響を与えた。

4．ドイツの健康保険システムの概要

⑴公的健康保険への加入義務と公的健康保険を代替する民間保険の併存[4]

ドイツでは、公的健康保険の加入義務がある。おおよそ人口の86% が公的健康保険に加入している。公的健康保険は、外来、入院、メンタルヘルスおよび処方箋薬の給付を行う。公的健康保険の保険者は、疾病金庫である。疾病金庫の保険料は雇用主と被用者の両方が負担している。保険料率は、平均で賃金の14.6% および特定目的の補足保険料率１％から構成されている。患者には、入院・処方箋薬に関して自己負担の仕組みがある。所得が一定水準以上の者は、公的健康保険の加入義務に拘わらず、公的保険を代替し追加給付がある民間健康保険に加入し、公的健康保険に加入しないことができる。

⑵公的健康保険者である疾病金庫の種類[5]

公的健康保険者は、疾病金庫（Krankenkasse）と称されている。疾病金庫は、地区疾病金庫、企業疾病金庫、同業者疾病金庫、農業者疾病金庫、鉱員・鉄道・船員疾病金庫および代替疾病金庫の６種類がある。

①地区疾病金庫（Allgemeine Ortskrankenkasse, 略称 AOK）

対象は、地域住民である。健康保険加入義務者が加入する。

---

[3] 土田武史「ドイツの医療保険における「連帯と自己責任」の変容」早稲田商学428号、2011年３

[4] 本項の記述は、米国 Commonwealth Fund のホームページ、International Health Care System Profiles, Germany（visited Feb. 6, 2023) <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/germany> を参照している。

[5] 本項は、藤本健太郎「ドイツの医療保険者機能について」（JRI レビュー , Vol.4, No.55, 2018年 ）および渡辺 富久子「ドイツにおける医療保険と教育」健保連海外医療保障 , No.127, 2021年３ 月) による。

なお、AOK の Allgemeinh は英語の general に相当する。AOK は、職域原則を厳格に貫徹した地区疾病金庫と区別するために、一般地区疾病金庫と訳されることがある[6]。

②企業疾病金庫（Betriebskrankenkasse , 略称 BKK）
企業を単位として設立される疾病金庫。単独の大企業または複数の企業の被用者が対象である。設立主体の企業の被用者以外の者も加入できる開放型の企業疾病金庫もある。

③同業者疾病金庫（Innungskrankenkasse, 略称 IKK）
手工業者等の同業者組合ごとに設立される。少なくとも1,000人以上の保険加入義務者が常時いるなどの要件を充たし、職人委員会（Gesellenausschuss）の同意を得た場合、単独の同業者組合または複数の同業者組合が共同して設立することができる。

④農業者疾病金庫（Landwirtschaftlichekrankenkasse, 略称 LKK）
自営農民とその家族従業員が対象になる。他の疾病金庫と異なり、例外的に補助金も財源として運営されてきた。

⑤鉱業・鉄道・船員疾病金庫（Knappschaft-Bahn-See-ein Verbundsystem, 略称 KBS）
鉱山労働者、鉄道労働者、船員を対象とする。健康保険以外に年金保険、介護保険も含む社会保険。

⑥代替金庫（Ersatzkassen：vdek）
ホワイトカラーの労働者を主たる対象としてきた職員代替金庫（Deutsche Angestellten-Krankenkasse, 略称 DAK）、技術職を主たる対象としてきた技術者疾病金庫（Techniker Krankenkasse）など複数の代替金庫が並立してきた。1996年の制度改革において公平性の観点からホワイトカラーとブルーカラーの区別なく代替金庫に加入できることになった。

⑶法定健康保険を代替する民間保険と補足的民間保険
被用者のうち、報酬が高い者には法定健康保険に代替する民間健康保険に加入する選択肢もある。法定健康保険の加入者は、法定健康保険を補完する民間健康保険を利用することもできる。

⑷当事者自治の原則に基づく法定健康保険と任意加入
法定健康保険は、当事者自治の原則に基づき被用者と雇用主が保険料を負担する方式で運営されてきたが、度重なる制度改革によって当事者自治原則は後退してきた。
法定健康保険には、被用者等が加入する義務がある一方、被用者以外の者も一定の条件の下で任意に加入することができる。

⑸健康保険者のリスクプールの違い
法定健康保険と民間健康保険とは、リスクをプールする集団として法定健康保険と民間健康保険にはリスクの差違があり、保険料水準等に差違がある。一般的には、民間健康保険は、リスクが良好な（good risks）集団であり、法的健康保険はリスクが良くない（bad risks）と考えられている[7]。

---

6 倉田聡「医療保険の基本構造　ドイツ疾病保険制度史研究」（北海道大学図書刊行会、1997年01月）p.148.

7 Reinhard Busse et al,“Germany: Health system review”, Health Systems in Transition, Vol.16 No.2, 2014, p. 282.

第２章　ドイツ健康保険システムの沿革

本章では、以下の四つの節に分けて沿革を取り上げる。

１．ドイツ健康保険システムの構造と沿革を取り上げる着目点
２．中世以降の健康保険者と健康保険システム
３．第二次大戦前・第二次大戦中の健康保険者と健康保険システム
４．第二次大戦後の健康保険者と健康保険システム

１．ドイツ健康保険システムの構造と沿革を取り上げる着目点

多くの国では、民間健康保険は公的健康保険を補完・補足する。しかし、ドイツの健康保険システムでは、公的健康保険者を代替する民間健康保険が存在する。公的健康保険を代替する民間健康保険があることは、ドイツ健康保険システムの際立つ特徴である。

健康保険システムは、連帯（Solidarität）を基盤とする社会保険システムの一部である。ドイツ健康保険システムでは、職員区分の存在などの経緯を反映して、「仕切られた連帯」と言われることがある。

また、大きな制度改革に際しては、関係者が糾合し協議する協議体が重要な役割を果たす。ヘルスケア提供側と支払い側の健康保険者との協議体が、連邦および州のレベルで重要な役割を果たしている。

以上、公的健康保険を代替する民間健康保険、仕切られた連帯および協議体の役割に注目して、ドイツの健康保険システムの基本的な構造に関連する沿革を取り上げる。

２．中世以降の健康保険者と健康保険システム

⑴中世の時代に遡る健康保険者と健康保険システム[8]

現在のドイツにおける健康保険者および健康保険システムは中世の時代に遡る。

中世以降、互助的な共済組合組織である共済金庫（Unterstützungskasse）が、同業組合、職業別に組織され発展していった。商人、手工業者、職人、鉱夫、工場労働者などによって作られた様々な共済金庫が、疾病、障害、老齢、貧困、死亡などに対して幅広い救済活動を行ってきた。

⑵ビスマルク期の健康保険者と健康保険システム

ドイツでは19世紀に社会保険制度の原型的な立法がなされ、その成立に深く関与し主導したオットー・フォン・ビスマルクの名前を取ってビスマルク社会保険立法と呼ばれることがある。

1871年プロイセンの指揮下に25の諸国を包括する世襲君主国としてドイツ帝国が成立し、ビスマルクは、連邦諸国中最大のプロイセンの首相兼ドイツ帝国宰相に就任した。

①鞭に対するアメとしての社会保険

1883年に帝国議会は「労働者の医療保険に関する法律（Gesetz betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter）」を可決し、労働者が強制加入する保険制度が導入された。この健康保険法、1884年の災害保険法（Unfallversicherungsgesetz）および廃疾・老齢保険法（Gesetz,betr. Die Invaliditats-und Altersversicheung）は、1878年の社会主義者鎮圧法（Sozialstengesetz）に対応するアメ（Zucherbrot）であった[9]。

8　松本勝明「ドイツ社会保障論－医療保険－」（2003年）p.16. を参照している。

9　藤田伍一「ビスマルク社会保険の社会的必然論」1970年 , 一橋研究第20号 ,p.36.

②疾病金庫の当事者自治

保険者は、それまで活動していた共済組合組織である共済金庫を疾病金庫（Krankenkasse）という公的法人とし社会保険制度に組み込んだ。ビスマルク社会保険立法で、当事者自治（Selbstverwaltung）の原理が導入された。健康保険事業は、疾病金庫が自己の責任において実施するものとされ、国家は適法性審査に限定された監督を行う体制であった[10]。従って、財源は、国家からの支出はなく保険料だった。保険料は、労働者と雇用主が負担した。

③強制加入と任意加入の併存と疾病金庫設立の任意性

1883年の労働者の医療保険に関する法律で、保険者とされた疾病金庫には、

①地区疾病金庫（特定の地域を対象とする。ただし、特定の地域には、同じ産業部門・事業で働いている労働者が居住していた。）、

②企業疾病金庫（50名以上の強制加入者を雇用する企業が設立する疾病金庫）、

③同業組合疾病金庫（同業組合を母体とした疾病金庫。同業組合には強制的な加入と任意の加入とがあった。）、

④建設疾病金庫（建設作業のために多数の労働者を雇用する雇用主が設立しなければならない疾病金庫）

⑤扶助金庫（Hilfskasse）

などがあった。

このように、地区を基盤とする疾病金庫と企業・同業を基盤とする疾病金庫の両方が存在した。

強制加入の保険加入者でも扶助金庫に加入すれば他の種類の疾病金庫に加入する義務はないとされた。また、強制加入の保険加入者が自分の疾病金庫の給付を補足する目的をもって、追加の給付を受けるために加入することもあり、さらには扶助金庫には公務員や自営業者のような強制加入者でない者が任意加入することもあった。そのため、扶助金庫は、任意加入の受皿的な疾病金庫の役割を果たしたのである。扶助金庫は、後に代替金庫（Ersatzkasse）に改組された。

強制加入の疾病金庫、任意加入の疾病金庫の両方が存在し、金庫の任意設立や金庫選択の自由を認められていた。加入強制の方法も、決まった疾病金庫に加入することを強制するか、疾病金庫に加入することを強制するかのいずれもあった。また、保険加入義務を課された労働者は、加入すべき疾病金庫に不満があれば、自分たちの仲間を募って疾病金庫を設立し、そこに加入することができた。

ビスマルク期には、小規模金庫が乱立し、安定した保険給付が実現できないことが懸念される事態になった。このため、財政安定化のための介入がなされた。ただし、当事者自治の原則が一方に存在していた。このため、その範囲を逸脱しないように制度改革は実施された。

⑶公的健康保険者と民間健康保険者の起源と区分

①中世に遡る公的健康保険者と民間健康保険者[11]

ドイツにおける公的健康保険者と民間健康保険者の歴史的起源は共に中世に遡り、公的健康保険者と民間健康保険者の区分は明確になっておらず、共に相互扶助的な相互会社組織に拠って運営されていた。

---

10 倉田聡「医療保険の基本構造ードイツ疾病保険制度史研究」1997年 , p.306.

11 Michael Simon, “Das Gesundheitssystem in Deutschland: Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise,” 4., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage, p.219.

②民間健康保険という用語と中間的な扶助金庫[12]

1883年の「労働者の医療保険に関する法律（Gesetz betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter）」は、互助組織の多くを法律に基づく疾病金庫として公的健康保険者に衣替えした。一方、当時の農業者を対象とした互助組織および連邦、州、市町村などの官吏を対象とした互助組織などは、そのまま民間健康保険者として残った。当時は民間健康保険者も一般に疾病金庫と呼ばれていた。

その後、1911年の帝国保険令（RVO）は疾病金庫の整理を行ったが、その際、扶助金庫（Hilfskasse）は代替金庫（Ersatzkasse）[13]と相互会社に分かれたが、いずれの監督も連邦民間医療保険監督庁が所管していた。このように代替金庫は公的医療保険と民間医療保険の中間的な存在であって、これが明確に公的医療保険の保険者として位置づけられたのは近年になってからのことである。また、このような経緯もあって、現在でもなお民間医療保険会社では相互会社（Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit:VVaG）という法人形態が有力である。

⑷ワイマール共和国 (1883–1933）における全国統一の社会保険

1923年鉱夫を対象とした全国統一的な障害・老齢・疾病保険である社会保険が、110の鉱夫疾病金庫連合に代わって創設された[14]。

3．第二次大戦前・第二次大戦中の健康保険者と健康保険システム

⑴ナチス政権下の健康保険システム

ナチス政権下では、社会保険への抑圧と人気取りのための給付拡大策という制度改革がなされ、社会保険の当事者自治的制度は撤廃されたが、他方で1941年からは、医療保険が完治までの費用をカバーするようになった[15]。

ナチス政権は、社会保険加入者および社会保険診療を行う医療関係者に対して、社会保険の原理と反するユダヤ人排斥を行った。ユダヤ人は社会保険利用から排除され、1933年には、ナチス政権は疾病金庫に雇用されている、多数のユダヤ人等をその職から追放した[16]。

4．第二次大戦後の健康保険者と健康保険システム

本節では、その後の改革の方向性を示した改革を中心に取り上げる。

⑴第二次世界大戦の終了と東西ドイツの分裂・異なる展開

1939年から始まった第二次世界大戦は、1945年に終了した。1945年５月８日ドイツが降伏し、ドイツは、西側（Western Allies）が占領した西ドイツとソヴィエト社会主義共和国連邦が占領した東ドイツに分かれ、それぞれ異なった経路を辿った。すなわち、東ドイツでは、社会主義はナチズムに勝利したとの考えに立って、医療・年金・労災の各保険を統合した社会保険が地域別の国民保険として実施された。西ドイツでは、疾病金庫の当事者自治が復活した。政府からの疾病金庫へ補助はなかった。疾病金庫は、労使同数の運営機関、労働組合の関与の体制で運営され

---

12 田中耕太郎「ドイツの民間医療保険」（健保連海外医療保障 .No.98, 2013年６月), pp.1-2.

13 代替金庫とは、任意設立で任意加入の一定水準以上の給付を行う疾病金庫で、例えば特定の企業疾病金庫しか加入できない場合、代替金庫に加入すれば特定の企業疾病金庫への強制加入を免除される。

14 ハインツ・ランペルト著ドイツ社会政策史（Ⅲ）臼井英之訳 pp.94-95.

15 ドイツ連邦共和国労働社会省「図像と記録資料で綴るドイツ社会保障史」2014年 p.43. (visited Sep.1, 2015) <http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/a202-in-die-zukunft-gedacht-japanisch.pdf?__blob=publicationFile ＞.

16 Reinhard Busse et al,“Germany: Health system review”, Health Systems in Transition, Vol.16 No.2, 2014, pp. 30-31.

た。州単位で、疾病金庫と保険医協会が協議する当事者自治的運営が行われた。

⑵西ドイツにおける社会保険制度の継続[17]

地区疾病金庫、労働組合およびドイツ社会民主党（Sozialdemokratische Partei Deutschlands、略称：SPD、以下 SPD という。）は、健康保険・老齢年金・失業保険を統合した社会保険創設のキャンペーンを行った。しかし、1949年最初の選挙で、保守政党であるドイツキリスト教民主同盟（Christlich-Demokratische Union Deutschlands、略称：CDU、以下 CDU という。）が勝利し、1955年の選挙でも勝利したことに伴い、従来の社会保険制度が継続することになった。

⑶西ドイツ1977年費用抑制策の開始[18]

①1977年健康保険費用抑制法の可決成立

1973年の石油危機のあと、1975年から国民医療費用は継続的に増加し、批判が高まった。このため、公的健康保険に関する費用抑制の対策が実施されることになった。1977年健康保険費用抑制法（Health Insurance Cost-containment Act, Krankenversicherungskostendämpfungsgesetz）が可決成立した。医療費、特に病院関係費用の急速な増加が抑制された。

②1980年代協議組織の組成

医療費用抑制を確実なものとするため、関係者を糾合した協議組織である Concerted Action in Health Care,(Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen が組成された。関係者は拡大し75を超えたが、利害調整に困難をきたして1997年が最終会合になった。

③ドイツ独特 (German-style）の費用抑制策

重視されたのは、安定的で増減が少ない拠出率維持が政策目標とされた。これは、健康保険費用負担がドイツ経済の国際競争力を低下させないようにすることに眼目があった。

⑷西ドイツ1988年ヘルスケア改革法による改革[19]

1988年ヘルスケア改革法（Health Care Reform Act（of 1989）Gesundheitsreformgesetz：GRG）が可決成立して、1989年から実施された。

その大要は、以下のとおり。

①職業区分の廃止

労働者、職員、官吏、自営業者、農業者の職業身分の区分が廃止された。

②疾病金庫選択の拡大

疾病金庫の加入・脱退が、一定金額以上の所得がある労働者に認められた（労働者と職員が同一待遇になった)。

③介護に関する給付の開始（1994年介護保険制度創設に伴い廃止された）

---

[17] 本項の記述は、主として Reinhard Busse et al,“Health care systems in transition: Germany,”WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004, pp. 23-25に拠る。

[18] 本項は、主として Reinhard Busse et al,“Germany: Health system review”, Health Systems in Transition, Vol.16 No.2, 2014,pp.34-35. による。

[19] 本項は、主として World Health Organization. Regional Office for Europe & European Observatory on Health Systems and Policies,“Health care systems in transition: Germany,”World Health Organization. Regional Office for Europe, 2000,pp.110-111. に拠る。

④健康増進・疾病予防の給付の開始
⑤医薬品に関する定額の参照価格制度等の導入
⑥医療サービスの品質保証（疾病金庫の審査会による審査を病院へ拡大）

⑸東西ドイツの統一と西ドイツ制度の東ドイツへの拡大[20]

1989年「ベルリンの壁」が崩壊した。

1990年経済・通貨・社会同盟条約と東西ドイツの統一条約が調印され、1990年東西ドイツが統一された[21]。

ヘルスケアシステムについては、東西ドイツ統一のヘルスケアシステムを新たに組成するのではなく、西ドイツとは異なる経緯を経たシステムにあった東ドイツ1,700万人は素早く完全に西ドイツのヘルスケアサービスに統合された。しかし、例えば東ドイツの民間健康保険の加入率は、西ドイツにおける民間保険加入率と同じ水準にならなかった。1993年時点で、西ドイツ10%に対し東ドイツ２％であった。

⑹1992年医療保険構造法（GSG）による競争政策の導入[22]

①1992年ラーンシュタインの合意

バイエルン州選出のゼーホーファー連邦保健大臣（CSU= キリスト教社会同盟）が与野党の医療政策担当者と各州の代表者を集めて交渉し、疾病金庫間による競争政策の促進を合意した。この合意は、“Lahnstein Compromise”と呼ばれている。この合意に基づき、ヘルスケア構造法が立法された。

②ヘルスケア構造法 (Health Care Structure Act（of 1993, Gesundheitsstrukturgesetz, 略称 GSG）

ヘルスケア構造法は、明確な費用抑制策および疾病金庫間の競争促進を実現し、効率性向上を目指していた。具体的には、次の点が主要な事項である。

・1996年から公的健康保険加入者が疾病金庫を選択できるようにし、疾病金庫間の競争を促進する。疾病金庫の合併要件を緩和する。
・1994年から疾病金庫間で所得・年齢・性別・家族被保険者数による疾病金庫間のリスク構造調整を導入する
・病院サービスの出来高払い給付を廃止し、１件当たり包括払い方式の導入する
・薬剤価格の引き下げ

③ヘルスケア構造法による変化

疾病金庫間の競争促進は、加入者の金庫間移動を拡大させた。保険料率が高い疾病金庫は合併・解散し、疾病金庫の数は減少した。

競争促進に伴い、疾病金庫は保険料率の引き上げが困難になった。しかし、疾病金庫間の格差は、固定化した。地区疾病金庫（Allgemeine Ortskrankenkasse, 略称 AOK、以下 AOK とい

---

[20] 本項は、Reinhard Busse et al, " Health care systems in transition:Germany," Copenhagen,WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004,pp.25-26. に拠る。

[21] ドイツ連邦共和国大使館ホームページ、ドイツ統一までの道のり（visited Jan. 30,2023）＜ https://japan.diplo.de/ja-ja/themen/willkommen/schritte-mauerfall/983892?openAccordionId=item-923414- 1 -panel ＞

[22] 本項は、主に Reinhard Busse et al,“Health care systems in transition: Germany,”Copenhagen,WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004,pp.192-193. に拠る。

う）は、疾病リスクが高い加入者が滞留した。

⑺2003年公的医療保険現代化法 (SHI Modernization Act, GKV-Modernisierungsgesetz）による費用節減策とヘルスケアの品質改善[23]

公的健康保険の保険料率が平均で対総賃金13.5%（2001年）から14.3%（2003年）に上昇したことおよびヘルスケアの品質に関する欠陥があるとの認識があったので、法定健康保険に関する改革機運が高まった。

公的医療保険現代化法の成立の背景として、欧州内におけるドイツ企業の雇用創出活動の阻害要因とならないように保険料率を安定化させる必要があったことがある。そのために、費用節減策が以下の事項等が実施された。

①給付削減

非処方箋薬、眼鏡を対象から外す。死亡一時金、分娩手当、眼鏡・コンタクトへの給付廃止など

②患者自己負担

新たな患者自己負担として外来診療にクリニック・歯科医の外来診療に四半期ごとに10ユーロの自己負担など

また、ヘルスケアの品質改善に関する取り組みとして、政策決定に関与する部門の調整を円滑にするために連邦合同委員会 (Federal Joint Committee, Gemeinsamer Bundesausschuss）が設置され、併せて Institute for Quality and Efficiency in Health Care, Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen l, 略称 IQWiG）も設立され、便益とリスクを評価する体制が構築された。

⑻2007年公的医療保険競争強化法 (Strengthen Competition in SHI, 略称 GKV-WSG）による国民皆保険実現と法定統一保険料率の導入[24]

2005年の総選挙の結果、異なる原則・原理を主張する、二つの政党 CDU と SPD とが大連立を組んだ。大連立２党は、2007年に公的医療保険競争強化法（Strengthen Competition in SHI, Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung, 略称 GKV-WSG）を議会で可決成立させた。

1992年医療保険構造法（GSG）と2003年公的医療保険現代化法が、コスト削減に焦点を当てたのに対し、2007年公的医療保険競争強化法は、疾病金庫の、収入が減少してしまう事態を回避するために自ら対応策を考え実施させる政策を導入している。

①国民皆保険実現

2009年から、何らかの健康保険との加入が義務づけられた。疾病金庫加入資格が無い者は、公的健康保険者を代替する民間健康保険との契約が義務づけられた。

②法定統一保険料率の導入

2009年から疾病金庫は、独自に保険料率を決定できなくなった。疾病金庫の保険料率は、統一された。

2009年１月から15.5%（14.6% を被保険者と使用者が折半負担、0.9% を強制加入の被保険者が負担する。なお、2008年の世界同時不況に対応して労使折半負担分が６％引き下げられ14.9% となった。

③医療基金による疾病金庫への交付金の改革とリスク構造調整

---

[23] 本項は、主に Reinhard Busse et al,“Germany: Health system review”, Health Systems in Transition, Vol.16 No.2, 2014, p. 282, pp.239-241を参照している。

[24] 本項は、主に Reinhard Busse et al,“Germany: Health system review”, Health Systems in Transition, Vol.16 No.2, 2014, pp.247-250. を参照している。

医療基金 (Central Reallocation Pool, Gesundheitsfonds< 英語に直訳すると Health Fund>）が、疾病金庫に法定給付に関する交付金と事務費に関する交付金を支給する。これは、批判が高かった疾病金庫の事務費を低下させるべく、透明性を向上させると共に疾病金庫間の競争を促進するためとされた。

法定給付に関する交付金は、基礎低額交付金（被保険者の「年齢・性別・リスク調整金」を算定した金額（被保険者１人当たりの平均給付額に相当）に、「年齢・性別調整金」「罹病率による調整金」「稼得能力の減退・喪失による調整金」を加算・減算して算定するリスク構造調整を実施することになった。

④追加保険料の導入

疾病金庫は、財源が不足する場合には月額８ユーロまで追加保険料を徴収できる。ただし、当該疾病金庫の加入者は解約告知権が与えられる。解約告知後、２か月後に別の疾病金庫に異動できる。

⑤選択タリフの導入

加入者が自由に選択できる給付プログラムが導入された。すなわち、必ず提供する選択タリフとして、統合的医療、家庭医主導の医療、自営業者等への傷病手当金などの給付プログラムと、任意に提供する選択タリフとして、保険料償還タリフ、保険外給付タリフ、患者負担補填タリフなど給付プログラムの２種類から選択できることになった。

⑥民間健康保険の完全保険への基本タリフ（Basistarif）の導入

2009年から民間健康保険の完全保険は、基本料金で、公的健康保険と同一の給付範囲と給付メニューを提供しなければならないとされた。

⑦民間健康保険の完全保険において責任準備金移転が可能に

民間健康保険の完全保険の加入者は、異なる民間健康保険者の完全保険に加入しなおしても、前の民間健康保険が積み立てた責任準備金を移転できるようにした。これは、民間健康保険者間の競争促進を目的としている。

第３章　民間健康保険市場の概要[25]

１．民間健康保険の種類

ドイツにおける民間健康保険は、２種類ある。公的健康保険の給付を代替する完全保険（Comprehensive healthcare insurance, Krankheitsvollversicherung）と、公的健康保険の給付対象でない給付を付け加える付加保険（Additional insurances, Zusatzver sicherungen）の２種類である。以下、前者を「完全医療保険」、後者を「部分医療保険」と表記する。

２．民間健康保険の市場規模と市場当事者

通常、保険市場は生命保険と損害保険の二つの市場に区分される。しかし、ドイツの保険市場では、生命保険・損害保険とは別に独自の健康保険市場がある。2013年で、健康保険事業は、元受営業保険料全体の約19％を占めていた。

ドイツでは民間健康保険者と公的健康保険の保険者である疾病金庫との競合がある。このため、公的保険者である疾病金庫が実質上民間健康保険市場のプレーヤーとなっている点が特徴的である。疾病金庫の中には代替金庫のように民間健康保険加入者の受け皿となる疾病金庫もあり、また疾病金庫は、民間健康保険が販売している部分医療保険を販売することもできるようになったので保険加入者に対する商品提供面でも競合することになっている。

ただし、競合とは単に競争相手になるというのではない。大手民間健康保険会社が大規模疾病金庫に部分医療保険を提供している。この場合、大手民間健康保険会社は、大規模疾病金庫を保険販売チャネルにしている。このような提携は、多くの保険市場で見られる。

なお、保険市場は、個人が加入する個人市場と、主として企業・職域において団体単位で加入する団体市場とに分かれる。前者の市場では、民間健康保険者は、主に保険会社に専属する代理店によって保険を募集するほか、インターネットサイトで加入を直接受け付けることもある。後者の市場では、健康保険以外の保険も含めて、ブローカーが保険募集の企画運営を行っている。

３．民間健康保険利用者のセグメント

民間健康保険利用者には、三つのセグメントがある。一つは、民間の被用者では法定健康保険システムの加入を免除された比較的高額な労働報酬の被用者である。これらの法定健康保険システムの加入を免除された者は、雇用主から法定健康保険システムの加入の際に雇用主が負担する負担金相当を受け取ることができる。もう一つは、連邦官吏法に基づく医療援助が受けられる公務員。そのほとんどが民間健康保険に加入している。三番目のセグメントは、自営業者である。ただし、芸術家等については、SHI システムの加入が義務づけられている。

４．疾病金庫との競合と移動者の問題

選択肢の拡大による疾病金庫間の競争が存在し、さらに疾病金庫と民間健康保険者が競合関係になっている状況は、保険加入者の移動の問題を引き起こしている。

公的健康保険システムの加入免除は、民間の被用者の場合、年間労働報酬限度によって決まるので、この額が SHI システム加入義務の有無を区分する基準になっている。この額が引き上げられると、民間健康保険加入者は減少する。被用者に関してはこの年間労働報酬限度が存在することによって公的健康保険システムと民間健康保険システムとの共存が可能となっている。年間労働報酬限度は、和平境界線（Friedensgrenze）とも呼ばれている。かつては、公的健康保険シ

[25] 本章は、小林篤「民間保険から見たドイツの健康保険システムの特徴―公的保険者が競争し民間保険が公的保険を補完し代替するシステム」（損保ジャパン日本興亜総研レポート，Vol.67,2015年９月）を参照している。

ステム加入義務の基準となる年間労働報酬限度は、一人当たりグロス賃金の上昇率に応じて毎年引き上げることとされている公的年金保険の保険料算定限度に準拠して決定されていたが、2003年特例的に嵩上げされた。その理由は、若くて収入の多い加入義務者が公的健康保険システムから民間健康保険の代替医療保険へと移動していく傾向に歯止めをかけることを狙いとするものとみなされた。

このほか、疾病金庫の一つである代替金庫の財政状況の悪化によって保険料率が上昇する状況になると、保険加入者が、民間健康保険に移動する現象も生じる。

5．民間健康保険利用者の利用実態と加入動機

民間健康保険利用の加入動機に関して、民間健康保険利用の主要な利点は次の4点であるのと解説している実務書がある[26]。

①より良い治療をしてくれる大学教授クラスの医長の診察が受けられる（普通は病院で診療してくれる専門医は毎回代わる）
②国外でも加入した健康保険を使える。
③加入者個人毎に、広い選択があり、柔軟な給付が受けられる。例えば歯科の補償など。
④収入に応じた保険料負担とならない（収入が高いと負担額が大きくなる）。

以上の4点のうち、最も保険加入者に訴求するのは①であると複数の業界関係者が語っていた。公的健康保険システムでは、診療所はフリーアクセスであり、最初に診療を受けた保険医の紹介があれば病院の特別な専門医にもフリーアクセスが保障されているという制度上の建前があるが、実態は違うようである。民間健康保険においては、公的健康保険システムより専門医に高い報酬を支払うことが可能であるといわれている。民間健康保険に加入していると、待機期間も経ずに病院の特別な専門医の診察が可能になるという[27]。医療サービスへのアクセスと保険利用方法に関して、建前と実態の乖離が見られる事例がある。

6．販売チャネルの役割

多様な選択がある民間健康保険は、それぞれの当事者のニーズに合った商品設計が可能である一方、商品内容が複雑多岐にわたり理解するのにも利用するのにも困難を感じることがある。そのような保険加入者の問題を解決あるいは軽減するのが、販売チャネルの役割の一つである。販売チャネルは、保険者と保険加入者の間にある情報の非対称性に由来する問題に対処するコンサルティングサービスの担い手と理解することができる。

個人保険市場では、販売チャネルである代理店等は個別のニーズと問題に対応する役割を果たし、団体保険市場では、ブローカーが職域などの団体に所属する加入者のニーズと問題に対応する商品設計と助言を行う役割を果たしている。現地聞き取り調査では、加入保険の切り替えを希望する加入者に既往症があると保険料が上がる可能性が高いなどの助言や保険請求時の書類作成に関わる情報提供を行う顧客対応の事例を紹介された。

7．公的保険を代替する民間保険者の特徴ある事業形態

法定健康保険は社会保険である。社会保険は、原則として加入強制であり、加入したら加入者が脱退しない限り終身補償が続く。民間健康保険で同様のことをするならば、民間保険会社は、加入したら死亡するまで、すなわち終身補償を提供しなければならない。

また、疾病リスクは、年齢が進むと高くなる、死亡率と同様の傾向がある。もし、年齢別にそ

---

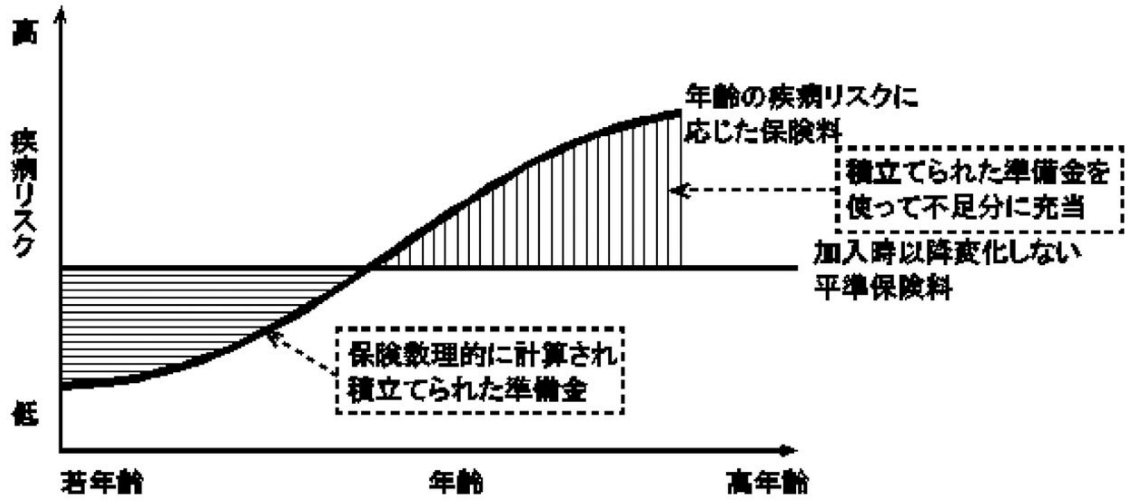
[26] International Business Publication,“Germany: Healthcare Sector Management Payment Handbook”, Vol.1, p.33, p.35.

[27] 永井潤子「放送記者、ドイツに生きる」（未来社、2013年8月）p.46.

の年齢に応じた健康保険料を支払うとすると、高齢期には非常に高い保険料を支払うことになり実際的な保険料水準を超える恐れがある。このため、死亡リスクを終身引き受ける生命保険の終身保険と類似した平準保険料方式が採用されている。

平準保険料方式は、年齢が高くなると疾病リスクが高くなり、高齢期には保険料が支払えない事態を回避するために、加入した年齢時に保険料を固定する方式である。この方式では、若年期にそのときに保険数理的に計算された準備金を用意し、高齢期にその準備金を取り崩して不足する分に充当する。準備金は、後の使用に備えて積み立てる保険料積立金と考えることもできる（図表14）。

（図表14）平準保険料方式の概念図



（出典）損保ジャパン日本興亜総合研究所作成。

8．完全医療保険事業の事業リスクとリスクマネジメント

民間健康保険者は、保険監督法に基づき連邦金融監督庁（BaFin）の監督に服している。保険監督法は、平準保険料方式を採用する際には、民間健康保険者は「老齢化引当金」を計算し積み立てなければならないと定めている。老齢化引当金は、概ね上記の保険料積立金に相当する。この老齢化引当金の基本思想は、保険給付の対象となる全期間において、保険加入者グループ毎に、年齢の上昇に左右されることなく、疾病費用の経過に関する他のすべての要因が変化しないという仮定の下で、平準保険料を終身保障することである。この考えでは、例えば罹患率の上昇、技術革新による医療費の高騰などの要素は考慮されておらず、この変動リスクに民間健康保険者は対処する必要がある。

完全保険事業には、特有の事業リスクがあり、その特性に応じたリスクマネジメントが求められる。その特性とは、終身の疾病リスクを対象にしているため、将来における医療技術の進展による予想以上の保険給付・長寿化および金利の変動である（準備金の算出には、将来の金利水準の予測が必要になる）。

完全医療保険事業が対象にしているリスクは、生命保険事業が対象としているリスクである死亡とは異なっており、疾病の発現による費用支払いという疾病リスクである。完全医療保険事業は、終身補償を提供するために死亡リスクを終身引き受ける生命保険の終身保険と類似した平準保険料方式を採用しているが、対象となるリスクが異なるため、事業リスクへの対策は老齢化引当金の積立など生命保険に類似しているものの異なっている。この問題は、Similar to Life Techniques（SLT）の問題といわれる。

現行の対策としては、次のものが導入されている。保険給付内容と保険料は、事故発生率等が

変化しない限り現行内容は維持されるが、保険給付に掛かる費用と事故発生率が予想値より悪化したら保険料を調整する（引上げる）ことを契約条件とする。ただし、独立した第三者機関が承認した場合に限る。調整対象となった保険加入者は、調整（保険料引上げ）を受けいれるか、解約するか、給付内容条件を変更（免責額、給付上限額の変更等）するかいずれかになる。このような保険加入者による事業リスクの一部負担以外に、準備金の運用により生じた剰余金は保険加入者に配当せず留保しておくこと、および保険数理技術を精緻化（判別分析等）して、不確実性が高い疾病リスクに対応することなどが実施されている。

第 4 章　討議の主要論点

１．当事者自治と国家補助金

ドイツの健康保険システムにおける当事者自治は、どう変化してきたか。

ナチス体制では全てが国家管理になったのに伴い、疾病金庫の財政も国家統制で当事者自治は失われた。第二次大戦後には、当事者自治が復活した。疾病金庫の財政が非常に困難になっても、国家から支援を絶対受けない、支援を受けると自分たちで決めることができないからだという話は、疾病金庫の当事者自治の考えをよく表しているのではないか。日本では、国庫からの支援を求めることが多いのと比べると、当事者自治の特性を表しているのではないか。

ただし、実際には国家補助は実質的に行われている。保険になじまない給付として補助が行われた。母性給付、出産手当金、子どもが病気の休業手当などは、疾病のリスクではないとして、国から補助金を支給した。

２．疾病金庫間の移動の自由と連帯の瓦解

移動の自由は、社会保険の連帯を瓦解させたのではないか。ラーンシュタインの合意では、保険加入者自身が疾病金庫を容易に選べるように変えた。１年間加入していれば、どこの疾病金庫へも移動できることになった。その結果、移動する際のメルクマールは保険料率になった。連帯・団結を旨とした疾病金庫において、特に若年で給料が高い人は保険料の低い疾病金庫に移った。固いと思われていた連帯があっという間に瓦解してしまった。

３．健康保険者のリスクプールの違い

何故、健康保険者のリスクプールの違いが生まれたのか、

疾病金庫は、リスクの高い人が入ってくると保険料率を上げざるを得ない。高リスク者を忌避するため、１階にあった事務所を４階に上げて、階段が困難な人の加入を実質的に制限することも行われた。そのため、リスクの高い人、年金受給者、障害者および低賃金の人は、AOK に残ってしまった。その結果、リスクプールの違いが生まれた

４．2007年改革の意義

2007年改革は、決定的にそれ以降の健康保険システムの構造・在り方を全面的に変えたといわれるのは、何故か。

一つは、初めてドイツで国民皆保険が成立したことである。

もう一つは、保険料率を国家が決定し疾病金庫は統一の保険料率の導入を使用することになったことである。疾病金庫間の保険料率の競争ができなくなった。国は、各疾病金庫のリスクに応じた金額を支給する。それで間に合わない場合は、疾病金庫は加入者から追加保険料を徴収することができるが、追加保険料を導入した疾病金庫からは被保険者は自由に脱退できる仕組みとした。

５．1992年医療保険構造法（GSG）による競争政策の導入

疾病金庫間の選択を拡大し競争促進を図る政策では、後戻りできない自由化に終わることになるのではないか。1992年医療保険構造法（GSG）による競争政策の導入は、後戻りできない自由化の一例ではないか。

疾病金庫間の競争促進をすると、効率性が向上し利用者便益が拡大する結果が必ずついてくることにはならない。健康保険に関する取引は、利用者が熟知した物品とは異なり、難しいサービス財の取引となるので、慎重によく考え抜かれた改革にしなければならないが、そのような改革

を実現するのは極めて難しい。

6．1992年リスク構造調整の背景

何故リスク構造調整が必要とされるのか、その背景は何か。

1992年ラーンシュタインの合意に基づくヘルスケア構造法によるリスク構造調整の背景として注目すべき点は二つあるのではないか。

一つは、疾病金庫間の保険料率の大きな差がある。16% の高い保険料率の疾病金庫と８% の低い保険料率の疾病金庫があった。前者の疾病金庫は、リスクの高い加入者や高齢者・低所得者などが集まる地区疾病金庫であり、後者の疾病金庫は非常に若い人が多い疾病金庫だった。自由主義的な思潮のなかで、競争の結果非効率な疾病金庫は退出しその差が縮まってくると期待されていたが、そうはならなかった。

もう一つは、東西ドイツ統一後東側に西側のシステムを導入したが、８% から16% の格差をそのまま導入すれば、東側は当然高くならざるを得ないという見通しとなった。そこに疾病金庫間での加入者の移動を促進すると、確かに保険料格差は縮小した。しかし、高い保険料率の集団と低い保険料率の集団が固定化してしまうという問題が生じた。

7．リスク構造調整の違い

リスク構造調整は、2007年公的医療保険競争強化法によるリスク構造調整と1992年ラーンシュタインの合意に基づくヘルスケア構造法によるリスク構造調整との二つがあるが、同じくリスク構造調整と称していても、その内容の違いに留意する必要があるのではないか。

1992年ラーンシュタインの合意に基づくヘルスケア構造法によるリスク構造調整のときは、保険料率をめぐる競争が行われて加入者が移動し破綻する疾病金庫が出てしまった。

2007年公的医療保険競争強化法によるリスク構造調整のときは、法定統一保険料率が導入され、給付内容も同一になった。疾病金庫間の差は、サービスの差になった。例えば、小さい怪我などでは対象とされない給付傷病手当金を給付するなどのサービス面で差をつけることが始まった。入院時には通常の保険給付以外のサービスやフィットネスを提供することも行われた。

8．同じ皆保険制度における日本との違い

ドイツと日本は、同じ皆保険制度となっているが、どのような違いがあるのか。

ドイツでは、公的健康保険に誰でも任意に加入できるが、日本では職域・地域で自動的に決まった健康保険に加入しなければならない強制適用になっている。

ドイツの公的健康保険の保険給付率は原則ほぼ100% だが、日本では30% の患者負担があるなど、給付率に差異がある。

第５章　ドイツ健康保険システムの課題と対応策

本章では、健康保険システムの成り立ち・現状を理解する比較の視点から、ドイツの健康保険システムの課題と対応策を検討する。

①システムを支える正義観

正義観は、システムを支える重要な要素の一つである。ドイツの健康保険は、連帯を基本とする社会保険システムが採用されており、すべての国民が良質の医療サービスを受けられる皆保険システムとなっている。

②対象者と医療サービスへのアクセス保障

医療サービスへのアクセスを容易にすることを目的として、多くの経済的先進国において、医療サービス利用の際の経済的バリアを軽減する仕組みがある。受療を支援するシステムの対象が、住民全てか、特定の年齢層だけか、特定地域の住民だけか、職域だけかなどは、国・時期により様々である。

ドイツは、多様で多数の疾病金庫が存在するが、公的健康保険か完全保険といわれる民間健康保険のいずれかに国民は加入している。

③医療サービスに対する支払方式

日本の公的健康保険制度は、健康保険者がその健康保険に加入している者が受けた医療サービスの料金（そこから事前に定められた患者自己負担分を引いた額）を支払う方式となっている。ドイツの公的健康保険は、加入義務を課し皆保険を実現する社会保険制度となっている。医療サービスに対する支払に際して、自己負担はほとんど無い。

④財源確保とコストコントロール

健康保険システムは、ヘルスケアシステムにおけるファイナンスを受け持つシステムであり、財源確保が必要不可欠である。財源としては、公費（税金・公債）と保険料に分けられる。医療提供者の収入源としては、その他にサービス利用者の自己負担や（米国の非営利病院に多い）寄付金などが考えられる。

ドイツでは、公的健康保険者である疾病金庫と民間健康保険者が収受する保険料と政府からの補助金が財源となっている。

⑤平等性

受療の平等と経済・社会格差の関係は、健康保険システムをめぐる大きな問題になってきた。ドイツの健康保険システムでは、公的健康保険と加入義務を課し皆保険を実現する社会保険制度であるので、基本的には所得・社会階層等による格差の問題はない。

⑥公的健康保険・医療保障制度と民間保険との関係

民間健康保険と公的健康保険・公費医療保障制度は併存しうるが、その在り方は国によって大きな相違がある。

ドイツでは、公的健康保険を代替する民間健康保険が存在することが大きな特徴である。

参考文献・インターネットサイト

1　行政府

連邦保険省 Das Bundesministerium für Gesundheit（BMG）

< https://www.government.nl/ministries/ministry-of-health-welfare-and-sport, https://www.rijksoverheid.nl/>

2　保険業界団体

3　研究機関

The Commonwealth Fund

米国のヘルスケアシステムに関する研究を行っている。海外調査も行っている。

<https://www.commonwealthfund.org/>

International Health Care System Profiles でドイツを取り上げている。

4　European Observatory on Health Systems and Policies

<https://eurohealthobservatory.who.int/>

各国のヘルスケアシステムとその政策に関する調査研究書を、“Health Systems in Transition”（HiT と略称される）として刊行している。ドイツ編は、2000年版、2004年版、2014年版がある。

第４部　フランスの健康保険

第１章　フランスの特徴と健康保険システムの概要

１．一般事情[1]

⑴人口・面積

人口は、約6,790万人（2022年７月、フランス国立統計経済研究所）

面積は、54万4,000平方キロメートル（本土、フランス国立統計経済研究所）

⑵戦後略史と政治体制

1946年　10月　第四共和制成立

1958年　10月　第五共和制成立

2017年　５月　マクロン大統領就任、2022年５月マクロン大統領再任（第２期）

⑶議会

国民議会：議席定数577（欠員なし）（2022年７月現在）、任期５年

上院：任期６年（３年毎に半数改選）　国会議員、地方議会議員等による間接選挙

（図表15）フランスの地域



（出典）wikipedia france
<https://fr.wikipedia.org/wiki/Fichier:D%C 3 %A 9 partements% 2 Br%C 3 %A 9 gions_%28France%29.svg>

1　本項の記述は、外務省のホームページ　国・地域 > 欧州 > フランス共和国（French Republic））基礎データ（visited, Feb. 15, 2023）< https://www.mofa.go.jp/mofaj/area/france/data.html#section 1 > および　日本貿易振興機構（ジェトロ）に拠る。

２．健康保険システムの概要

フランス健康保険システムでは、公的健康保険と民間健康保険（補足的疾病保険と呼ばれる）とが相互依存的に一体化している。そのシステムは、二階建て構造になっており、１階は強制加入の基礎医療保険制度（régime de base）の公的健康保険で、２階は、民間健康保険である。１階の基礎医療保険制度は、金庫（caisse）と呼ばれる健康保険者が、同業・同職種ごとに分立しており、モザイク状と評されることがある。

公的健康保険システムの資金フローは、公的健康保険システムで完結せず、年金を含む社会保険制度全体のなかで決定され実施される。

フランスでは、保険加入者が医師に医療サービスの費用を支払い、健康保険者に対して自己が支払った金額を予め定めた方式で返還してもらう方式が、伝統的に採用され一般化していた（日本を含む先進国諸国の公的健康保険では、健康保険者が医療サービスの費用を医療サービス提供者に支払う第三者払いの方式が一般的に採用されている）。近年、第三者払いが普及している。

第２章　フランス健康保険システムの沿革

１．健康保険システムの沿革を取り上げる着目点

⑴労災・年金等を包括した社会保険制度の１部門

健康保険システムの沿革を取り上げる場合には、単体の独立した健康保険システムとして議論されることが多い。しかし、フランスでは、健康保険システムは、単体の独立したシステムではなく、日本における労災・年金等を包含した社会保険システムの一部門のシステムとして扱われる。このため、以下の記述には年金制度改革に関する記述も含まれる。

⑵大きな変化の方向性

フランスでは時系列の縦糸に沿った記述とそれぞれの重要な当事者の関係を示す横糸が複雑に絡んだ展開となっているため、その細目に立ち入ることを避けて、変化の大きな方向性が示された、以下の四つの期間に分けてその期間の概要を辿ることとする。

①18世紀から19世紀：フランス革命時代の共済組織と国家による支援・保護・介入、
②1930年代：労使による法定社会保険制度の導入と疾病・障害・老齢年金・死亡の保障制度、
③第二次大戦後（1945年）：分立した強制加入・労使関係ベースの社会保険制度の成立と展開
④1990年代以降：財政赤字問題と労使ベースからの離脱・皆保険化

２．18世紀から19世紀：フランス革命時代の共済組織と国家による支援・保護・介入

フランスの健康保険システムで極めて重要な役割を果たしてきた共済組合には、フランス革命時代に遡る）の観念がある。

連帯は同業者間で観念され、同業組合における共済組織は、同業者とその家族の疾病または障害に関する給付を行った[2]。

1791年ル＝シャプリエ法[3]は、労働者の団結権を否定し、労働者による組合も禁止されることになった。しかし、同業・職域を基盤とする相互扶助機能を有する共済組織は隠れて存在しており、黙認されたとも言われる。

18世紀のナポレオン３世の時代になると、労働者階級の統治・公衆衛生の実現のために有益な組織であるとの認識から、共済組織は、国家から支援・保護を受けると共に積極的な介入を受けることになった。

３．1930年代：労使による法定社会保険制度の導入と疾病・障害・老齢年金・死亡の保障制度[4]

19世紀、共済組織による給付を求める運動は、政治活動でもあり活発であった。1900年になると、共済組織数は、約13,000に達し、加入者数は約2,500,000人に達した。共済組織数と加入者は、その後も引き続き増加した。

1930年に、社会保険に関する法令が可決成立した。同法は、一定水準未満の賃金の労働者が働く産業を対象に、加入義務がある公的な社会保険制度を導入する立法だった。

この法定社会保険制度は、疾病、妊娠出産、障害、老齢および死亡を対象にするものだった。1939年には、この法定社会保険制度に国民の約３分の２が加入していた。

---

[2] 法定健康保険博物館（Musée National de l'Assurance Maladie）のホームページ (visited Feb. 24, 2023) <https://www.musee-assurance-maladie.fr/reperes-chronologiques >.

[3] La loi Le Chapelier, promulguée en France le 14 juin 1791.

[4] 本項の記述は、主として Chevreul K, Durand-Zaleski I, Bahrami S, Hernandez-Quevedo C and Mladovsky P., “France: Health system review. Health Systems in Transition,” 2010, p.20. による。

4．第二次大戦後（1945年）：分立した強制加入・労使関係ベースの社会保険制度の成立と展開[5]

①労使による社会保険制度の継続

前述のように、労使による法定社会保険制度が導入され、疾病・障害・老齢年金・死亡の保障制度が実施されていた。これらの制度は、第二次大戦後の改革でも基本的には維持された。

②英国のベヴァリッジ報告の影響

全国レジスタンス評議会が主導して、社会保険理事長ピエール・ラロックを中心に社会保険制度の検討が進められた。社会保険制度創設に関与した多くの者は、英国のベヴァリッジ報告に大きな影響を受け、全ての者に統一的で包括的な給付を保障するシステムを目指した。しかし、公務員・船員・炭鉱夫・鉄道労働者、国営銀行職員は、既に給付を受けていた既存システムの方が新しいシステムよりも良い条件となっていたので新しいシステム創設に統合されることに強く反対した。

このため、結局これらの職業団体ごとに、職業団体独自の強制加入社会保険度がそれぞれ創設されることになった。

現在に続く、職域連帯に基礎を置く、職域別の社会保険制度がこのような経緯を経て誕生した。この分立状況は、モザイク状の共存と言われることがある。

5．1990年代以降：財政赤字問題と労使ベースからの離脱・皆保険化

⑴財政均衡化の取り組みと一般社会拠出金（CSG）導入[6]

EU のマーストリヒト条約では、通貨ユーロ圏への参加条件として財政赤字が対 GDP 比で３％を超えないとの基準が定められた結果、社会保障制度に関する財政赤字が問題になっていった。このため、「健康はかけがえのないものだが、コストが掛かる」（La santé n' a pas de prix, mais elle a un coût ）として、コスト負担の財源を確保する改革が行われた。1991年に、一般社会拠出金 (General social contribution, Contribution Sociale Généralisée)[7]が創設され、課税ベース[8]がすべての勤労所得、代替所得、相続およびギャンブルに拡大された。

⑵1995年・1996年公表のジュペ・プランに基づく諸改革[9]

①ジュペ・プランの背景

1995年第15代首相に就任したアラン・ジュペ (Alain Marie Juppé）は、年金・健康保険にわたる社会保険制度改革を公表した。EU の通貨統合への参加の条件となる財政赤字を GDP 比３％としなければならない条件が、社会保険制度改革の背景としてあった。

---

[5] 本項の記述は、主として Sandier S, Paris V, Polton D.,“Health care systems in transition: France,”Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004, pp.5-11. および林雅彦「フランスの社会保障制度の概要Ⅰ－年金制度および年金改革の動向を中心に－」（海外労働時報，2003年２月号，NO.334）による。

[6] 本項は、法定健康保険博物館（Musée National de l'Assurance Maladie）のホームページ (visited Mar. 3, 2023) <https://www.musee-assurance-maladie.fr/reperes-chronologiques >. による。

[7] 英語・フランス語の同義語を表記する場合は、英語：フランス語の順で記載する。

[8] 一般社会拠出金（CSG）は、制度上は税金ではないが、一般的には税金と捉えられている。

[9] 本項の記述は、主として、稲森公嘉「フランスの医療制度改革」（海外社会保障研究　Winter 2003 No.145 pp.26-35.）、Sandier S, Paris V, Polton D.,“ Health care systems in transition: France,”Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004., p.125. および Chevreul K, Durand-Zaleski I, Bahrami S, Hernandez-Quevedo C and Mladovsky P.,“France: Health system review. Health Systems in Transition,”2010, p.19,p.22. による。

②ジュペ・プランの公表

1995年11月15日、ジュペ首相は、ジュペ・プランと呼ばれる社会保険制度改革を公表した。ジュペ・プランと呼ばれる社会保険制度改革は、一連の制度改革であって、法的根拠をオルドナンス[10]よって与えられた。根拠となるオルドナンスは、1996年と2004年のオルドナンスである[11]。

③ジュペ・プランの概要[12]

ジュペ・プランは、社会保障制度改革全般にわたっている。健康保険改革はその一部である。その理念には、社会的正義の実現、責任の明確化、緊急性という三つの柱がある。

社会保障財政法（Act on Social Security Funding, loi de financement de la sécurité sociale）の導入は、健康保険を含む社会保障制度全般について議会が責任を負うことを明確にした。同法は、議会によって、健康保険政策を含む社会保険改革の方向性と社会保障財政の均衡に関する条件を定める目標の承認、法定健康保険の収入額の推計、法定基礎制度に関する費用の目標額および財源不足が生じた緊急事態の際に他の非常財源利用の条件を定めるとしている。また、議会が医療費の支出目標額を定める制度も導入された。支出目標額は、ONDAM（National ceiling for SHI expenditure：Objectif National des Dépenses d’ Assurance Maladie）と略称されている。

⑶1999年 CMU システムの導入から始まった国民皆保険化[13]

1999年普遍的疾病給付 CMU（Universal health coverage：Couverture Maladie Universelle）制度が創設され、2000年から低所得者向け健康保険制度として施行された。CMU の仕組みが導入された目的は、国民連帯の仕組みで自己負担分に関する国民の平等性を保証するためであった。

普遍的疾病給付 CMU には、二つある。一つは、普遍的疾病給付（CMU-base）である。普遍的疾病給付（CMU-base）は、三ヶ月以上安定的にフランスに在住する者に強制加入法定健康保険と同等の保障を与えるものである。所得が一定水準以下の者は拠出金負担なしで、所得が一定水準を超える者は拠出金の一定率を負担して、保障が受けられる。もう一つは、普遍的疾病給付 CMU-C（Complementary universal health coverage: Couverture maladie universelle complémentaire）である。普遍的疾病給付（CMU-C）は、補足的疾病保険を利用した低所得者向け医療保障スキームである。普遍的疾病給付（CMU-C）は、収入が一定額以下の者を対象に、政府が民間健康保険を買い上げる方法による保険料免除によって、民間健康保険である補足的疾病保険を提供するスキームである。2012年には、人口の約 7％がこのスキームの対象になっていた。

2016年には、普遍的疾病保護 PUMA（universal health protection, Protection Universelle Maladie）制度が導入された。普遍的疾病給付（CMU-base）の制度を改革したものである。改革の目的の一つに、例えば専門的職業から退職した者や離婚し被用者の配偶者でなくなった者など

---

10 オルドナンス（Ordonnance）とは、政府が、議会の承認を得て発する政令のうち、通常は法律の領域に属する措置を定めた政令（ブリタニカ国際大百科事典小項目事典）。

11 Ordinances no. 96-344, no. 96-345, no. 96-346 of 24 April 1996および2004 Health Insurance Reform Act (Act 2004-810 of 13 August 2004に基づく Ordinances。

12 本項の記述は、主として稲森公嘉「フランスの医療制度改革」（海外社会保障研究 ,Winter 2003, No.145, pp.26-35）に拠る。

13 本項の記述は、主として伊奈川秀和「フランスの医療制度および改革の動向」（健康保険組合連合会「独仏の医療保険制度に関する調査研究＜フランス報告書＞」2018年 7 月）pp.36-38. に拠る。

の職業変更・家族関係の変更があっても、特段の手続きなしに医療サービスの給付を継続することを保障することがある。これによって、普遍的疾病保護 PUMA の対象者が強制加入法定健康保険の加入者と同様の医療サービスへアクセスすることが可能になった。

1999年に CMU システムおよび2016年に PUMA が導入された結果、強制加入法定健康保険制度は、労使ベースのみに依存し無保険者が存在していたシステムから離脱し、国民皆保険化が実現することになった。

第３章　民間健康保険市場の概要[14]

１．公的健康保険の給付内容と補足的疾病保険（民間健康保険）の必要性

⑴公的健康保険の給付内容

主要な給付内容は、被保険者と被扶養者に対する医療給付（医療費として支払う費用を償還する）と被保険者に対する現金給付（疾病による就業不能に関する日額手当金（daily sickness benefits for temporary incapacity for work））である。

対象となる主要な医療費は、医師・病院外来、処方箋薬（後発薬が先発薬より安価の場合は、後発薬の価格を基準に償還される）および入院である。入院関係は、入院中の診療・手術の費用、処方箋薬、検査および病室の費用が対象になる。この他、出産関係の費用も対象になる。

なお、歯科は基本的なものは給付対象であり、償還率は60％である。

⑵強制加入法定健康保険制度の自己負担と補足的疾病保険（民間健康保険）の必要性

フランスの強制加入法定健康保険制度は、給付対象はかなり広範であると評価されているが、大部分の給付対象は100% の額を給付しない[15]。患者には様々な自己負担（co-payment: ticket modérateur）がある。例えば、医師の診察・検査のときに負担する自己負担、薬剤・病院外施設での診療などで負担する自己負担もある。外来の診療費用の平均70％までは給付されるが、残る平均30％は自己負担となる。また、入院費用は80％までは給付されるが、残る20％は自己負担となり、さらに €120を限度として、一日 €18の自己負担が課されることもある[16]。

このような様々な自己負担は、患者が診療を受け、治療を続ける際に大きな障害になる。この自己負担の多さは、補足的疾病保険（民間健康保険）なしには、医療サービスが困難になってしまう状況を生み出している。

実際に医療サービスを受けるためには、補足的疾病保険は必要不可欠な存在であり、補足的疾病保険なしに公的健康保険の円滑な運営は期待しにくい。両者が在って健康保険システムが機能するという状況は、民間健康保険が公的健康保険の単純な補完というレベルを超える機能を果たしていることを意味すると言って良いだろう。

２．民間保険市場と多様な商品・サービス

⑴民間保険市場の概況

ここでいう民間保険市場は、保険会社が補足的疾病保険を引き受けている市場のことである。2016年の健康保険・傷害保険合計の市場規模は、2,150億ユーロで、対前年比3.6% 増となった。契約方式は、個人契約と団体契約とがあるが、前者は対前年比0.9% 増に留まったのに対して、後者は対前年比6.4% 増（2015年は対前年比3.1% 増）となった。その要因は、2016年から雇用主に対して従業員への補足的疾病保険提供が義務づけられたからと見られている[17]。

なお、歯科は強制加入法定健康保険では全額が対象とならないため、民間保険では重要な保障内容となっている。民間健康保険の保険会社の業界団体である、フランス保険協会（Fédération Française de l'Assurance（FFA））は、歯科医師団体と協議をし、歯科に関する全国レベルでの品質保証と支払上限に関する協約を締結している。

---

[14] 本章は、小林篤「フランスの健康保険システムの特徴～公的保険と民間保険の相互依存・一体化～」（損保ジャパン日本興亜総研レポート , Vol.73, 2018年 9 月）を参照している。

[15] Chevreul K, Berg Brigham K, Durand-Zaleski I, Hernandez-Quevedo C.,“France: Health system review. Health Systems in Transition,”2015, p.74.

[16] ただし、各種の自己負担は、条件次第で免除または減額されることもある。

[17] Fédération Française de l'Assurance（FFA）,“2016 ANNUAL REPORT,”2017, p.73.

⑵保険商品の多様な保障内容・サービス

大手保険会社であるAXAの事例を紹介する[18]。

同社は、自社の補足的疾病保険を、顧客のニーズに合わせて選択できる柔軟なモジュールタイプの保険であると説明している。モジュールタイプの保険は、Essential Pack、Comfort PackおよびOptimal Packと三種類があるが、それぞれ基本となる保険料水準が異なっている。Essential Pack、Comfort Pack、Optimal Packの順に保障内容が充実し、基本保険料水準が高くなる。

保障範囲は、入院・外来・医師費用が基本で、歯科・メガネがオプションとなっている。

⑶民間健康保険を扱える組織

フランスでは、補足的疾病保険の提供は、三つの組織類型に限定されている。すなわち、①共済組合、②労使共済制度（institutions de prevoyance）[19]、③保険会社（entreprise d'assurance）である。共済組合が伝統的に強い力を持っていることや労使共済制度というユニークな組織があることが、フランスの特性である。

①共済組合

共済組合は、共済法典を根拠法とする私法上の非営利法人であって、組合員（membres）によって運営される自治的な組織とされている。共済組合には、①企業の被用者または企業内の一部門の職種の被用者ごとに組織される単一の共済組合および職種を超えて組織される職際共済組合がある民間被用者の共済組合、②公務員の共済組合および③スポーツや学校教育など限定されたリスクを対象とした共済組合などがある。

②労使共済制度（institutions de prevoyance）

労使共済制度は、社会保障法典を根拠法とする私法上の非営利法人であって、労働者と使用者によって運営される労働者の生活保障のためのスキームである。その業務は，①婚姻・出産時の金銭給付の支払、②健康保険を含む身体に関わる様々な保険の提供および③失業保険である。労使共済制度は，労働協約、集団協定または企業主（chef d'entreprise）により提案され当事者の過半数により承認された合意計画などに基づき設立される。

③保険会社（entreprise d'assurance）

保険会社（entreprise d'assurance）は、保険法典（Code des assurances）によって規律される私法上の営利法人であり，株式会社（societe anonyme）の保険会社と共済型保険会社（societe d'assurance mutuelle）の2種類が存在する。保険会社の場合は、各社各様に多様なニーズに対応する保障内容・サービスを提供している。

これら三種類の組織は、いずれも健康保険以外の保険事業者と同様の保険事業規制（例えば、資本要件規制や破綻時の加入者保護措置など）に服している。

⑷民間健康保険を扱える組織の棲み分けと販売方式

保険会社とその他の組織は、同じ補足的疾病保険であっても考え方・保障内容が異なる事業を行っており、加入者層が異なるので同一市場での競合は少ないと言われる。

---

18 AXA社の補足的疾病保険のホームページ (visited Aug. 12, 2018) <http://www.axa-in-france.fr/en/healthcare/complementary-health/>。

19 労使共済制度（institutions de prevoyance）は、福利厚生と訳される場合もある。なお、関係者は、単にprevoyanceと呼ぶことが多い。

民間医療保険である補足的疾病保険の加入方法は、職域での団体加入が多い。販売チャネルは、直販社員、代理店・ブローカーなどである。

第 4 章　討議の主要論点

１．イギリス的システムへの志向と皆保険達成

フランスにおけるイギリス的システムへの志向と皆保険とをどう理解すべきか。

自己負担が払えないために医療を受けることができない人たちがいるので、社会的不平等とならないように、無保険者も保障しようとしたのが、CMU の仕組みだと考えられる。そこまで進めて、ようやくフランスが国民皆保険を達成したとの見方がある。その国民皆保険実現を図る基本的な考え方は、イギリスの仕組を目指していると言わざるを得ない。

２．イギリスとフランスの違い：税金に基づく医療保障制度の創設

フランスには、イギリスの税金に基づいて全ての国民を対象とした社会保障制度を創設したいとの意識があった。元々フランスでは、医師の自由がかなり認められていた。診療報酬を自分たちで決める自由、どの診療科を選ぶかを選択する自由および開業する場所を選ぶ自由という、いわゆる医療者の三つの自由があった。これは、イギリスと違うところで、イギリス的な仕組みにはできなかった理由の一つになっている。

３．皆保険に向かった先進国共通の流れ

米国を除く先進国は皆保険を達成したことをどう理解すべきか。

日本の場合には、皆保険を早期に実現するという目標が最初からあったが、米国は一つの例外として、先進国は、皆保険に向かう、共通の大きな流れがあるのではないか。

４．民間健康保険におけるフランスと日本との違い

フランスの民間健康保険は、日本の民間健康保険とは何処が違うのか。

フランスでいう補足的疾病保険は日本の民間健康保険とは全く異なっている。日本の民間健康保険は、例えば差額ベッド料を払うなど基本的にアメニティーのための保険になっている。別になくてもそんなに困らない。フランスの場合には、補足的な保険がないと困ることがある。民間健康保険の役割が基本的に異なっている。

５．欧州における北欧・アングロサクソン・ラテンヨーロッパの違い

欧州における北欧・アングロサクソン・ラテンヨーロッパは、どう違うのか。

アングロサクソンのイギリスでは、一般的なヘルスケアサービスは NHS（国民保健サービス）から給付されるが、富裕層は BUPA などの民間健康保険を利用し、NHS は利用しない。ドイツも、富裕層は民間健康保険に入って自由に診療を受けることができる。欧州では、そういう枠組みを許す国と許さない国があるが、フランスは、日本に近く、自由診療を許さない。しかし、セクトゥドゥと呼ばれる特別な費用を要する医師を利用できる。その医師は、公定の診療費を超えて患者に請求する仕組みがある。

セクトゥドゥの特別な費用が要する医師にかかれる国民とかかれない国民がいたら不公平だから、平等に反するという考えが広く共有されているのではないか。だから、CMU の仕組みを作ることになる。この発想は、イギリスなどのアングロサクソン系では出てこない発想だ。ラテンヨーロッパとアングロサクソン系と北欧は、それぞれ全然違うのではないか。歴史的な経緯を踏まえて比較研究し対比することには、意義がある。

第５章　フランス健康保険システムの課題と対応策

本章では、健康保険システムの成り立ち・現状を理解する比較の視点から、フランスの健康保険システムの課題と対応策を検討する。

①システムを支える正義観

正義観は、システムを支える重要な要素の一つである。

フランスの健康保険システムは、職域連帯に基礎を置く職域別の社会保険制度の一部門として誕生し、今日に至っている。連帯（solidarity, solidarité）は、システムの基底となる重要な観念になっている。

②対象者と医療サービスへのアクセス保障

医療サービスへのアクセスを容易にすることを目的として、多くの経済的先進国において、医療サービス利用の際の経済的バリアを軽減する仕組みがある。受療を支援するシステムの対象が、住民全てか、特定の年齢層だけか、特定地域の住民だけか、職域だけかなどは、国・時期により様々である。

フランスの健康保険は、国民皆保険システムが採用されており、すべての国民が必要な医療サービスを受けられるシステムとなっている。

③医療サービスに対する支払方式

日本の公的健康保険制度は、健康保険者がその健康保険に加入している者が受けた医療サービスの料金（そこから事前に定められた患者自己負担分を引いた額）を支払う方式となっている。

フランスでは、保険加入者が医師に医療サービスの費用を支払い、健康保険者に対して自己が支払った金額を予め定めた方式で返還してもらう方式が、伝統的に採用され一般化していた。近年、第三者払いが普及している。

④財源確保とコストコントロール

健康保険システムは、ヘルスケアシステムにおけるファイナンスを受け持つシステムであり、財源確保が必要不可欠である。財源としては、公費（税金・公債）と保険料に分けられる。医療提供者の収入源としては、その他にサービス利用者の自己負担や（米国の非営利病院に多い）寄付金などが考えられる。

フランスでは、社会保障財政法で、健康保険を含む社会保障制度全般について議会が責任を負う。議会は、ONDAM（National ceiling for SHI expenditure：Objectif National des Dépenses d' Assurance Maladie）と略称される、医療費支出目標額を定める他、目標達成のため、健康保険政策を含む社会保険改革の方向性と社会保障財政の均衡に関する条件を定める目標の承認、法定健康保険の収入額の推計、法定基礎制度に関する費用の目標額および財源不足が生じた緊急事態の際に他の非常財源利用の条件を定める権能を有している。

⑤平等性

受療の平等と経済・社会格差の関係は、健康保険システムをめぐる大きな問題になってきた。フランスの健康保険システムでは、国民皆保険システムが実現しており、基本的には所得・社会階層等による格差の問題はない。

⑥公的健康保険・医療保障制度と民間保険との関係

民間健康保険と公的健康保険・公費医療保障制度は併存しうるが、その在り方は国によって大きな相違がある。

フランスの強制加入法定健康保険制度は、給付対象はかなり広範であると評価されているが、患者には様々な自己負担（co-payment: ticket modérateur）がある。このため、実際に医療サービスを受けるためには、民間健康保険（補足的疾病保険）は必要不可欠な存在であり、補足的疾病保険なしに公的健康保険の円滑な運営は期待しにくい。両者が在って健康保険システムが機能している。フランスでは、民間健康保険が公的健康保険の単純な補完というレベルを超える機能を果たしている。

参考文献・インターネットサイト

1　行政府

保健省 Ministère de la Santé et la Prévention

< https://sante.gouv.fr/ >

民間健康保険に関する情報も入手出来ることがある（例　Couverture des risques sociaux par les organismes privés d’ assurance : des nouvelles données enrichies disponibles, < https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/communique-de-presse-jeux-de-donnees/couverture-des-risques-sociaux-par-les-organismes-prives > ）

2　保険業界団体

フランス保険会社連盟 Fédération Française de l’ Assurance

<http://www.ffa-assurance.fr>

フランスの保険会社約280社の殆どが加盟している。

3　研究機関

⑴法定健康保険博物館

<https://www.musee-assurance-maladie.fr/reperes-chronologiques>

法定健康保険博物館のホームページ にある <https://www.musee-assurance-maladie.fr/reperes-chronologiques > では、法定健康保険の沿革を閲覧できる。

⑵ The Commonwealth Fund

<https://www.commonwealthfund.org/>

米国のヘルスケアシステムに関する研究を行っている。海外調査も行っている。

International Health Care System Profiles でフランスを取り上げている（< https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/france>）

4　European Observatory on Health Systems and Policies

< https://eurohealthobservatory.who.int/publications/health-systems-reviews>

各国のヘルスケアシステムとその政策に関する調査研究書を、“Health Systems in Transition”（HiTと略称される）として刊行している。フランス編は、2004年版、2010年版、2015年版がある。

ＳＯＭＰＯ福祉財団叢書 No.９７

「健康保険・介護保険システム研究会」報告書
――カナダ・オランダ・ドイツ・フランス編――

発行日　2024年3月31日
発行者　公益財団法人ＳＯＭＰＯ福祉財団
〒160-8338　東京都新宿区西新宿1-26-1
電　話　03-3349-9570　　FAX　03-5322-5257
ＵＲＬ　https://www.sompo-wf.org/