

JBpress>日本再生>国民の健康を考える [国民の健康を考える]

20年かけて医療保険制度を作り変えたオランダ

『蘭学事始』再び～オランダ医療保険制度のいま（1）

2013年09月27日（Fri） 乗竹 亮治

黒川清・日本医療政策機構代表理事 監修

1. 200年後の「蘭学事始（らんがくことはじめ）」

83歳になった杉田玄白が、蘭学初期の苦心を回想し、『蘭学事始（らんがくことはじめ）』を綴ったのが1815年。ほぼ200年前のことである。その後、福沢諭吉らにより1869年に「再発見」され、今に至るまで版を重ねている。

西洋への窓口と言えば、出島のオランダ商館であり、ヨーロッパ言語と言えばオランダ語であった時代から、歴史は流転し、日蘭関係も様々に変容してきた。それでも、医療の世界を見てみると、「メス」「ピンセット」といったオランダ語がいまだに息づいているように、その歴史の芳香をまだ感じることができそうだ。

では、医療保険制度、医療政策はどうだろう。実は、この国から我々が学べることは、まだまだたくさんあり、「オランダに学ぼう」という風潮は近年特に高まっている。

それはなぜか。

「オランダ・モデル」が、常に最先端を行き、常に成功してきたからではない。その逆に、オランダは、低成長経済、高齢社会、慢性疾患の増加といった先進国の多くが共通に抱える課題に対して、ここ20年近く、試行錯誤し、国民的議論を重ね、少しずつ、一歩ずつ、妥協を重ねながらも改革を進めてきたからにはほかならないように思える。

本シリーズでは、計2回にわたり、オランダの医療保険制度改革の経緯と現状を追う。1回目の今回は、医療保険制度の概要を解説し、第2回目では、そのなかで特に日本に示唆するところがある高齢化対策と、医療ITの活用について紹介する。

2. 「オランダ病」からの脱却

さて、オランダの社会保障制度が常に成功してきたわけではない、と述べた。19世紀の福祉国家の成立、そして第2次大戦以降、オランダは協調主義に基づく社会保障制度を作ってきたものの、1980年代に1つのつまずきを迎えることとなる。経済分野でよく言われるところの「オランダ病」の因果だ。簡単に振り返ってみよう。

1960年代後半、オランダは目前の北海に眠る豊富な天然ガスの採掘に乗り出す。第1次石油危機を経て、この天然ガスは高騰し、思わぬ売却収入を得ることとなる。この原資をもとにオランダは手厚い社会保障制度を作り上げ、一気に福祉国家の色が高まった。

ところが、貿易黒字の進行は、当時の通貨ギルダの高騰を呼びこみ、工業製品の競争力が急激に悪化。1980年代前半の失業率は14%に達し、充実し過ぎた社会保障制度がもたらす財政負担のみが残ることとなった。

この「オランダ病」から脱却すべく、その後のオランダは、社会保障制度のみならず労働政策など様々な分野で、少しずつ改革を進めていくこととなった。社会保障制度改革においては、1987年に発表されたデッカー・プランと呼ばれる指針が柱となった。

まずは、その結果としての「オランダ医療保険制度の今」を見てみたい。

3. オランダ医療保険制度の概要

オランダが、国民皆保険を制度上達成したのは、2006年である。日本が制度上達成したのは1961年であると言われるので、やや遅れていると思われるかもしれない。しかしオランダは、実際に効率的な運営システムを構築した上で、その達成を見ている。

例えば日本では、大まかに言えば、自営業者は国民健康保険、ある程度の規模の企業に勤める会社員であれば、その企業が持つ保険組合、中小企業の場合は協会けんぽ、と言ったように、国民皆保険の制度の傘の下とはいえ、保険の運営主体が異なったり、保険料率に若干の差があったりする。

2006年以前のオランダも同じような状況で運営主体は幾つかに分かれていた。そして、自営業者などの健康保険加入が一部で任意であったため、制度上、国民皆保険とは呼べなかっただけだ。

この加入義務の例外の問題を併せて解決しつつ、保険の運営主体を国を挙げて統一したのが、2006年の改革だった。

では、実際にオランダの保険制度を見てみよう。まず、オランダの医療保険制度は、3つの層（コンパートメント）に分類される。

日本の公的介護保険にあたるコンパートメント1（特別医療費保険）、医療保険に相当するコンパートメント2（短期医療保険）、そして上記2つでは給付対象外とされるサービスを扱うコンパートメント3（補完保険）だ。

特に、この中でもコンパートメント2の改革が注目されている。まずは、それぞれを見ていきたい。

4. コンパートメント1（日本で言う介護保険）

コンパートメント1（特別医療費保険）は1968年に始まった、日本における公的介護保険にあたる。端的に言えば日本とは2つの点で異なっている。

まず、日本の場合、被保険者（保険料を支払う義務がある人）は、40歳以上の国民であるが、オランダの場合は、加入条件（所得など）を満たした国民すべてである。

2つ目の違いは、介護のみならず、1年以上の治療やリハビリテーション、予防接種などもこのコンパートメント1の適用範囲になっていることだ。

保険者（保険の管理者）は国であるが、実際の給付事務は民間が代行しているのも注目にするだろう。

もう1つ注目できる点は、「個別ケア予算」として現金給付が認められていることだ。これはどういうことかと言うと、家族・知人が介護に当たる場合、この保険制度によって支払いを受けられるということだ。

これは「インフォーマルケア」や「マントルケア」（マントをかぶせてあげるような温かいケア）と言われ、2006年時点では、実際に予算の4割弱が家族・知人などへの支払いに当てられてい

る。

しかし、次回に述べるが、この予算を少しでも削減しようというのが、最近の政策の流れでもある。

5. コンパートメント 2と3 （日本で言う医療保険と民間の医療保険）

日本の医療保険に当たるのがコンパートメント2（短期医療保険）であり、2006年の改革の柱でもあった。

2006年以前は、日本で言う健保組合に当たる疾病金庫と民間保険とに保険者が分かれていて、疾病金庫への加入が認められない一定所得以上の個人は、民間保険の加入が任意であったため、国民皆保険制度とは言えなかった。

これを国民皆保険に変えたのが、2006年の健康保険法制定だった。では、この保険、国による運営なのだろうか。答えは、イエスでありノーでもある。このバランス感覚がオランダ的なものかもしれないが、「規制された競争」「管理競争」と呼ばれるこの制度をおさらいしてみよう。

まず、保険者は私的な健康保険会社である。営利・非営利を問わず参入することができるようになった。このような保険会社は Care insurer と呼ばれ、私企業である一方、公的な規制を受ける。

例えば、加入を求める者の拒否や、性別・年齢・身体状況などによる差別化、すなわちリスクセレクトションは禁止されている。また、被保険者数が85万人以上の保険者は、全国に営業展開することが義務づけられている。国民は、いずれかの保険者を選び、加入しなければならない。

給付するサービスは、主に治療サービスであり、かかりつけ医や専門医などの診察、検査、医薬品、365日以内の入院などが含まれる。国民は、原則として、保険者を自由に選び、毎年変更することができ、医療サービスの内容や価格、品質を比較して保険者と契約する。

このような制度改革は、「規制された競争・管理競争（Regulated Competition）」と呼ばれ、医療サービスの公平性を保ちながらも、保険者間の競争を促し、効率的な事業経営・医療サービスの提供を実現させようとしたものだった。

財源の持続可能性を実現させるためには、医療技術の進歩や高齢化によって増大する医療費を抑制する必要がある。オランダでも、非効率的な医療資源の利用が問題となっており、こうした無駄なコストを削減するため、競争原理を導入し、保険者機能を強化したのだった。

これに加えて、18歳以上の歯科、高度先進医療などが含まれるのがコンパートメント3だ。保険者は民間保険会社であり、前述の1、2では対象外となるサービスを扱うので、補完保険と呼ばれる。加入は任意だが、上述の1、2の被保険者のうち約9割が加入している。

6. 平坦ではなかった20年の道のりと教訓

2006年の医療保険制度改革の結果、達成されたオランダの医療保険制度の現状を見てきた。こゝは、昨日今日で達成されたものではない。1987年に発表された指針、デッカー・プランから、約20年の歳月がかかっている。

1987年のそれは、医療保険を一元化した上で、上述のような「規制された競争・管理競争」によって医療サービスの向上と効率化を図り、当初は、コンパートメント1と2を含めて統合しようとするものだった。紆余曲折、幾度もの政権交代、政治的妥協を経て、今の形に落ち着いた。

天然ガスの高騰から始まった手厚い社会保障制度の構築、そして訪れた「オランダ病」。一度与

えられた手厚い制度を返上するのは、国民から政治的理解を取りつけるのも、それを支える職能集団の納得を得るのもなかなか難しい。

だからと言ってない袖は振れないし、空約束をし続けるわけにもいかない。振り返って日本の現状を考えると、どうやら、むこう20年、試行錯誤する時間的余裕はなさそうだ。だからこそ、いま再びの「蘭学事始」である。



©2008-2014 Japan Business Press Co.,Ltd. All Rights Reserved.