

# 福祉再建の比較制度論的研究 —イタリア・日本・イギリス・アメリカの医療改革—



早稲田大学 政治経済学部 教授 眞柄 秀子

今回はファイザーヘルスリサーチ振興財団にこのような機会をいただきまして、どうもありがとうございます。

## 【OHP-1】

私の研究は政治学からのものですので、本日まで発表の今までのご研究と少しアプローチが違うかも知れないのですが、「福祉再建の比較制度論的研究」ということで、イタリアと日本、イギリス、アメリカを中心に先進国を出来るだけ広く対象として、各国で福祉改革がどのように失敗し、あるいは成功してきたのかを、実証的にそして理論的に考えるとといったプロジェクトです。

## OHP1

福祉再建の比較制度論的研究：イタリア・日本・イギリス・アメリカの医療改革  
Reconstructing the Welfare State: Health Care Reforms in Italy, Japan, the UK, and the USA.

眞柄秀子（早稲田大学政治経済学部教授）

## 【OHP-2】

福祉を削減し、医療費支出を削減することは、ほぼ全ての先進国で試みられているわけですが、これは、それまで得られていた便益やサービスがカットされるという意味で、明らかに国民にとっては人気の無い政策です。この不人気政策が先進各国で試みられているのですが、ある国々では成功し、他の国々では失敗しているという違いは、何によってもたらされるのかということが基本的な問題意識でした。

## OHP2

### 問題意識

- ・ ほぼ全ての先進諸国における医療費支出削減という「不人気政策」遂行の試み。
- ・ ある国々における改革の成功、他の国々における失敗。
- ・ この違いは何によってもたらされるのか。

### 私達の基本的スタンス

「医療改革における展開の相違は、それぞれの国の制度と利益の相互作用によって説明される。」

私たちの研究は国際的なジョイント・プロジェクトですが、基本的なスタンスとして、この医療改革における展開に見られる違いは、恐らくそれぞれの国の制度と利益の相互作用によって説明することができるのではないかと考えました。

## 【OHP-3】

このプロジェクトの研究組織は、日本とヨーロッパとアメリカの国際共同研究になっており、私が研究代表を務めました。

共同研究者はUCLAのマーク・ピーターソン教授。彼にはアメリカの医療改革について研究していただきました。イギリスからはブリストル大学のフィオナ・ロス助教授。イタリアからはパヴィア大学のフランカ・マイノ博士。やはりイタリアから、EUに関して政策的な提言をしていらっしゃいますボッコニ大学のマウリツィオ・フェレーラ教授。ニューヨーク大学のアダム・プシェヴォスキ教授にはグローバルな視点から、民主主義と福祉の重要性ということについてご検討いただきました。それから、ミシガン大学のロバート・フランツェ助教授には福祉国家に関する先進各国の統計的な分析をしていただきました。

日本からの参加者は、早稲田大学の同僚の飯島昇蔵先生、駒澤大学の井戸正伸先生、早稲田大学の川岸令和先生、東京医科歯科大学の田中智彦先生、早稲田大学の谷澤正嗣先生です。

それぞれの具体的な内容は、海外の研究者が比較政治学を主体に研究しているのに対して、日本は分野ごとに違い、思想的なことを重点的にやっている人や、哲学的なことをやっている人などです。医療改革に関しては、そういった分野が重要だと思いましたので、一緒に共同して研究を進めてまいりました。

#### 【OHP-4】

この研究は12名が参加し、現在出来上がっている論文が10本ほどあります。

まず各国研究で、先ほど申しあげましたように、イタリア、日本、イギリス、アメリカに関して分析しました。

クロスナショナルな研究は、憲法と福祉権を国際的に比較して検討するということと、社会保険や公共財あるいは公共サービスの供給が政策とどのように関係していたのかということの統計分析です。更にOECD各国医療改革における、そのときの政権党のいわゆるウェルフェア・エフォート（福祉努力）を計量的に分析してみました。

それから、先ほど申し上げたように、医療改革には倫理的な側面が非常に重要だと思われるので、道徳的な基礎や生命倫理、社会的正義の問題についても検討しました。また、EUおよびグローバルなレベルで、福祉改革のときにはやはりデモクラティックなアイデアが重要であるということの特に研究しました。

#### OHP3

##### 本プロジェクトの研究組織（日米欧の国際共同研究）

研究代表： 眞柄秀子（早稲田大学）： 全般および日本  
 共同研究者： マーク・ピーターソン（UCLA）： アメリカの医療改革  
 フィオナ・ロス（ブリストル大学）： イギリスの医療改革  
 フランカ・マイノ（パヴィア大学）： イタリアの医療改革  
 マウリツィオ・フェレーラ（ボッコニ大学）： EU  
 アダム・プシェヴォスキ（NYU）： デモクラシーと福祉  
 ロバート・フランツェ（ミシガン大学）： 先進諸国  
 飯島昇蔵（早稲田大学）： 福祉国家の道徳的基礎  
 井戸正伸（駒澤大学）： 日本およびクロスナショナル分析  
 川岸令和（早稲田大学）： 憲法における福祉権の比較研究  
 田中智彦（東京医科歯科大学）： 日本における生命倫理  
 谷澤正嗣（早稲田大学）： 福祉国家の哲学的基礎

#### OHP4

##### 研究の構成

- (1) 比較政治学の専門家が医療改革の事例を分析（スモールN研究）
  - ・ イタリア
  - ・ 日本
  - ・ イギリス
  - ・ アメリカ合衆国
- (2) 国家交差的研究
  - ・ 憲法と福祉権の比較研究
  - ・ ケインズ型福祉国家における社会保険・公共財／サービスの供給
  - ・ OECD各国医療改革における政権党の「福祉努力」
- (3) 倫理的考察
  - ・ 福祉改革における社会的正義と道徳的基礎／生命倫理
  - ・ 福祉改革におけるデモクラシーの意義（EUおよび全世界）

【OHP-5】

まず事例研究です。

アメリカの事例はUCLAのマーク・ピーターソン教授が分析しました。

アメリカではクリントン政権のときに、医療改革が試みられて挫折しました。クリントンのリーダーシップの下に、制度的な要因が医療改革の法制化の機会をもたらしたかに思われたのですが、ピーターソン教授が分析するには、そのときの党内基盤の弱さ、あるいは、アメリカは他の先進国と違い大統領制をとっていますが、その大統領制の場合においても議会における数々の拒否権 (veto) ポイントとか拒否権プレーヤーの存在が非常に大きく作用して、政策刷新に至ることが無かったということを強調されました。

アメリカにおける医療改革の挫折というのは、強い利益集団や改革に対する反対者が、連邦議会・州議会の双方で非常に数の多いヴィト・ポイントにアクセスすることによって、改革が不可能になっていると分析されています。

【OHP-6】

具体的なピーターソン教授の考え方は、政党と議会に関し、政党のサイズ、それから政党のまとまり、議会の制度の一貫性が全て大きい、あるいは強いときに、改革がうまくいくというものです。

【OHP-7】

しかしアメリカの場合は、政党だけを見てもみますと、サイズが大きく結束が強いという、グレーの四角形分野が非常に稀であって、改革がうまく進まないといった結論に到達しています。

【OHP-8】

イタリアの事例に移ります。イタリアはフランカ・マイノ博士が分析しました。

イタリアでは、医療に関する分野は、政府の介入の必要性和、政府に介入して欲しくないという非常に強い批判がぶつかり合う典型的な分野だと言われています。けれども、90年代に入ってから州の役割を重視するという大きな展開がなされ、州を中心にした、いわゆる管理された競争のモデルというものが提出されました。

OHP5

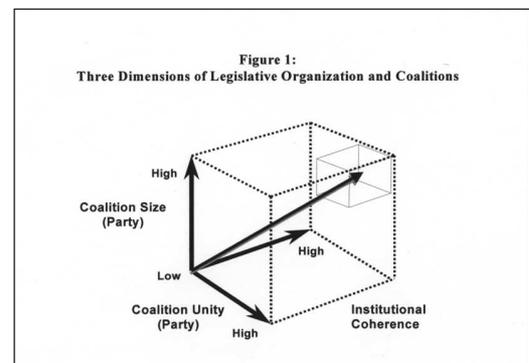
事例研究

I アメリカ合衆国 (ピーターソン論文)  
Mark Peterson (University of California Los Angeles, USA) "Health Care Reform in the US: The Challenge of Legislative Coalition Building."

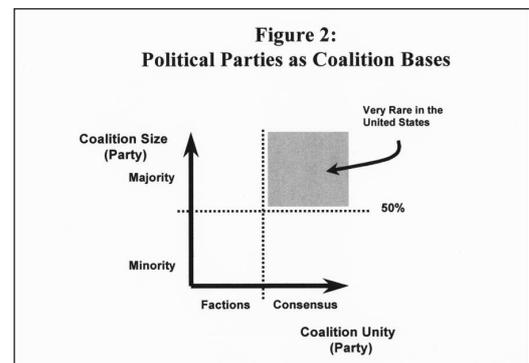
クリントン政権下、制度的要因が包括的医療改革法制化の機会をもたらしながらも、党内基盤の弱さや議会における拒否権プレーヤーの抵抗によって政策刷新に至らなかった。

アメリカにおける医療改革の挫折:  
強力な利益集団や改革反対者が、連邦議会・州議会の極めて多数のヴィト・ポイントにアクセスするため

OHP6



OHP7



顧みますと、1978年のSSN (Servizio Sanitario Nazionale) が普遍的な医療政策の転換でした。医療サービスを普遍化して、誰でも簡単に公共のサービスにアクセスすることができると。これは良かったのですが、その反面、財政負担を生み、効率の悪いものになり、サービスもその後停滞したりして、これを変革していかなければいけないということで、この10年近くの間、非常に大きな流れとして医療改革が叫ばれてきました。

2つの医療改革があります。

92-93年の改革。いわゆる管理された競争の為の州の財政の強化、あるいは州の制度の強化です。これによって、それまで国家が受け持っていた負担を、ある程度分散して効率を良くしようという試みが見られました。ところが1999年に改革がありまして、これはビンディ改革と言われています。従来の「管理された競争」から少し変わり、ここでは「管理された協調」ということが強調されました。あまりにも州の権限を強化するのではなく、ある程度それを生かしながら、けれどもやはり従来のように過剰ではない程度に中央政府の役割も必要なのではないかという最近の流れになってきているようです。

そこで、マイノ博士は、何故この10年という短期間で2つの改革がイタリアで可能になったのか、それから、州政府は自分達の負担が重くなるというのにもかかわらず、何故医療の責任を受け持つようになったのかということを検討しました。

### 【OHP-9】

これはマイノ博士の基本的な考え方です。

外的な要因と内的な要因と、歴史上の非常に重大な出来事というものがここで確認され、こういったことが医療改革の重要な転換にとっては決定的になるのではないかと考えています。つまり、現状維持が崩れるということ。ここでは、国家のSSNという医療サービスシステムが非常に不人気になって、あまり効率的ではなく、誰もがこれを改革しなければいけないと思っていたこと。更に、政府の方を見てみますと、新しいアイデアを出す能力があるか、あるいはそれを政策的に押し進めていく力があるかどうかということ。それから、先ほどアメリカでも出てきたのですが、拒否権を持った人たちが弱くなり、改革を進めていく人達に対する議会内のサポートがある程度強くなって、連立が形成されやすくなるということなどがあります。また、地方と州の関係が変化するという。地方における政府を再建するというものもありますが、こういうことが全て総合されて、イタリアの福祉改革がある程度成功したのではないかとマイノ博士は考えています。

### OHP8

#### II イタリア (マイノ論文)

Franca Maino (University of Pavia) "The Politics of Health Reforms: The Case of Italy."

イタリアでは医療が政府介入と政府批判がぶつかる典型的分野  
90年代後半に州が医療改革を遂行 (「管理された競争」の州モデル)

1978年: SSN(Servizio Sanitario Nazionale): 医療サービスの普遍化  
イタリアにおける二つの医療改革

- ・ 1992-93年改革 (管理された競争のための州財政・制度の強化)
  - ・ 1999年改革 (「管理された協調」: 州の強化過剰の抑制、中央政府の役割)
- なぜ短期間で二つの改革が起こったのか  
なぜ州は税負担の増加にもかかわらず医療責任を受け容れたのか

### OHP9

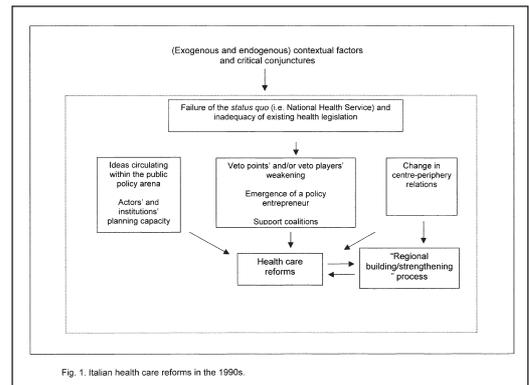


Fig. 1. Italian health care reforms in the 1990s.

【OHP-10、11】

いろいろ細かいことはあるのですが、説明を省略いたします。

【OHP-12】

イギリスに関しては、ブリストル大学のフィオナ・ロス助教授が分析しました。

ご承知のように、ブレア政権後の医療改革が世界を驚かせました。97年の選挙の後に、労働党は従来の保守党よりも大胆な民営化（民間部門の活力の利用）に乗り出し、NHSの役割をぐっと削減したわけです。これは何故なのか。何故保守党よりも労働党がこのように出来たのかということです。そしてまた、国民は医療の民営化を基本的には歓迎していないのですが、それでは何故、選挙のときに労働党は勝つのかということ、フィオナ・ロス博士は検討しました。

ロス博士はまず政策上の必要性を指摘しています。これは、この国の医療機関が破綻しそうな状態なので必要だということ。また、それに対する不人気が非常に大きく、国民はもっと質の高い医療サービスを求めているので、どうしても改革せざるを得なかったという必要性もあります。

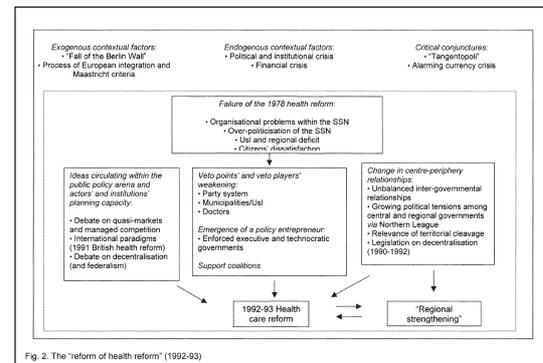
更には、労働党の選挙戦略が非常に大きかったのではないかと。つまり、医療サービスに対する国民の期待が高く、選挙のときにこれをうまく利用すると勝てるのではないかと労働党が考えたということです。そのときにサードウェイと盛んに言われているのですが、このサードとは、大胆な政策転換をすることによって、労働党が自ら大きく変わったということ、これを明確化することですが、このために医療改革をうまく使って、国民の支持を得たのではないかとロス博士は考えています。

【OHP-13】

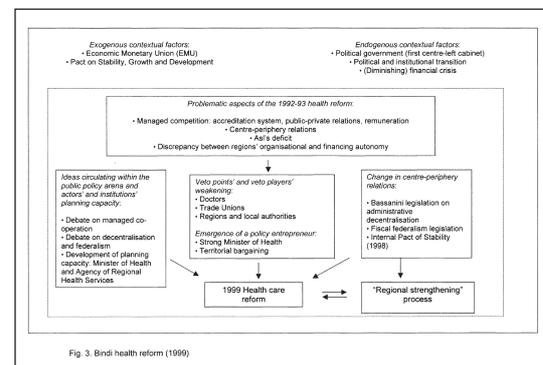
日本とOECDの比較研究は、井戸正伸助教授と私がいたしました。

ヨーロッパ及び先進国の福祉の拡大というものは、中道左派政権の方が非常に積極的に行ってきたという、これまでの仮説があったのですが、それだけではなく、私達は、それを縮小する局面（いわゆるウェルフェア・リトレンチメントの局面）においても、中道左派政

OHP10



OHP11



OHP12

III イギリス（ロス論文）  
 Fiona Ross (University of Bristol) "New Labour and the NHS: Path Dependency, Programmatic Imperatives and Political Choices."  
 1997年選挙後、労働党はなぜ保守党よりも大胆な改革（民間部門の役割重視、NHSの役割軽減）を試みたのか。  
 国民は医療の民営化を歓迎しないのに、なぜ労働党は選挙で勝つのか。  
 政策上の必要性と選挙戦略に着目  
 （医療サービスへの国民の期待の高さ、「サードウェイ」による変化の明確化）

権の方が保守政権よりも積極的なのではないかという仮説を出して、OECD及び日本に関して福祉努力を分析しました。

そして更に日本に関しては、(日本は中道左派政権ではなく非左派政権ということになります) 自民党の政権は、選挙で弱くなる時のみ、福祉支出を拡大してきたのではないかと考えました。

### 【OHP-14、15、16】

具体的に過去の様々な局面があります。

### OHP13

IV 日本およびOECD (井戸・眞柄論文)

Masanobu Ido (Komazawa U) and Hideko Magara (Waseda U) "Political Parties, Aging, and Healthcare Regimes: Japan in Comparative Perspective."

医療支出の拡大局面と縮小局面のロジックを検討

仮説1: 中道左派政権は拡大局面でも縮小局面でもより積極的  
OECD 諸国および日本に関して、政府の医療分野における「福祉努力」を分析

仮説2: 非左派政権は、選挙で弱くなる時のみ医療支出を拡大 (日本の事例)

- ・ 1961年改革
- ・ 1973年改革
- ・ 80年代の削減政策
- ・ 90年代の政策曖昧化

### OHP14

Table3. Shares of Persons of 65 Years and Over in the Total Population (%)

	AVERAGES			Changes
	60-73(1)	74-78(2)	79-95(3)	(3)-(1)
Australia	8.5	8.9	10.6	2.1
Austria	13.4	15.1	14.8	1.4
Belgium	12.9	14.0	14.7	1.8
Canada	7.7	8.6	10.6	2.9
Finland	8.4	10.9	12.9	4.5
France	12.4	13.6	13.9	1.5
Germany	12.9	15.1	15.0	2.1
Ireland	11.2	11.0	11.0	-0.2
Italy	10.3	12.3	13.9	3.6
Japan	6.5	8.1	11.1	4.6
New Zealand	8.4	9.0	10.7	2.4
Norway	12.3	13.9	15.7	3.5
Sweden	13.1	15.4	17.4	4.4
Switzerland	10.9	12.9	14.2	3.3
U.K.	12.4	14.2	15.4	3.0
<b>Averages</b>	<b>10.7</b>	<b>12.2</b>	<b>13.5</b>	<b>2.7</b>

Source: OECD Health Data 2000.

### OHP15

Table 2. States' "Welfare Efforts" in Total Health Care

Country	Averages (%)		
	60-73	74-78	79-95
Australia	52.4	65.6	66.7
Austria	85.0	84.6	84.0
Belgium	72.0	88.4	88.4
Canada	52.0	79.6	78.5
Finland	67.6	83.4	81.8
France	66.7	73.7	74.8
Germany	90.5	95.0	93.6
Ireland	75.0	85.0	91.4
Italy	80.0	80.8	77.4
Japan	77.2	87.6	88.3
New Zealand	NA	NA	NA
Norway	80.0	90.0	90.0
Sweden	80.0	94.4	92.2
Switzerland	85.0	NA	91.3
U.K.	93.0	93.0	93.0

Source: OECD, OECD Health Data 2000.

### OHP16

Table1. Total Expenditures on Health as % of GDP

Country	AVERAGES		
	60-69	70-78	79-95
Australia	4.8	6.4	7.6
Austria	4.8	6.3	7.3
Belgium	3.7	5.3	7.4
Canada	6.0	7.1	8.7
Finland	4.8	6.2	7.4
France	5.1	6.5	8.5
Germany	NA	7.8	9.2
Ireland	4.3	6.9	7.7
Italy	4.2	5.8	7.5
Japan	4.1	5.2	6.6
New Zealand	4.8	6.0	6.5
Norway	3.5	5.6	7.4
Sweden	5.6	7.9	9.0
Switzerland	3.9	6.0	8.1
U.K.	4.2	5.1	6.2

Source: OECD, OECD Health Data 2000.

### 【OHP-17】

OECDの分析と日本の分析を簡単にご説明したいと思います。

まず、従属変数を政府支出シェア (Welfare EFFORT) として、独立変数を高齢者の全人口におけるシェア、中道左派政党の閣僚占有率、それから、先ほど出てきた拒否権プレイヤーの数とします。それぞれ、OLD、LEFT、VETOとして、OHPに示した3つの時期に関して、OECD14カ国についての回帰分析を行いました。

### OHP17

OECD14カ国の医療改革における「福祉努力」OLS 回帰分析

従属変数: 医療部門における政府支出のシェア (EFFORT)

独立変数: 総人口における高齢者のシェア (OLD)

左派政党の閣僚占有率 (LEFT)

「拒否権プレイヤー」の数 (VETO)

三つの時期に関して: 1960-73, 1974-78, 1979-95

14OECD 諸国: オーストラリア、オーストリア、ベルギー、カナダ、フィンランド、フランス、ドイツ、アイルランド、イタリア、日本、ノルウェー、スウェーデン、スイス、イギリス

(For the period 1960-73, the share of the aged population in the total population and left cabinet share only.)

### 【OHP-18】

これがその結果です。

左派政党の拡大局面へのポジティブな影響と縮小局面でのネガティブな影響が出ていま

す。数字は政府部門の大きさということですから、ネガティブになっていると縮小していることを意味しています。左派政党の方が非常に福祉を縮小していることが、これで実証されていると考えています。

尚、この数字はあまり良くないので、現在これをもう少し良くするように試みている最中です。

**[OHP-19]**

日本の方は、各年の長い右側の棒が選挙のときの自民党の得票率です。真ん中の棒が政府の福祉努力で、医療支出中の政府部門の割合です。それから左側の棒は高齢者の占めるシェアです。このように非常に関連しており、回帰分析をしますと、政府の支出（いわゆる Welfare EFFORT）は、高齢化に非常に強い影響を受けていること、それから自民党が強いときには政府は支出を控えている、つまり自民党の選挙の強さがネガティブな影響を与えているということがはっきりしています。

R square = 0.81 は政治学では非常に高い値となっています。

**[OHP-20]**

制度や利益に関することを十分に検討したわけですが、しかし、医療改革の場では倫理とか道徳とか社会的な正義の問題がやはり非常に重要ですので、他の論文で、「必要性」や「能力」といった言葉を強調しながら道徳的基礎についても考えていくことにしました。

**[OHP-21]**

このようにいろいろな角度から共同研究をして、私達のプロジェクトは、医療改革を行うための倫理的あるいは実践的でもある方法として、持続可能な医療システムに向けた「交渉

**OHP18**

**Table 4. Econometric Estimates**

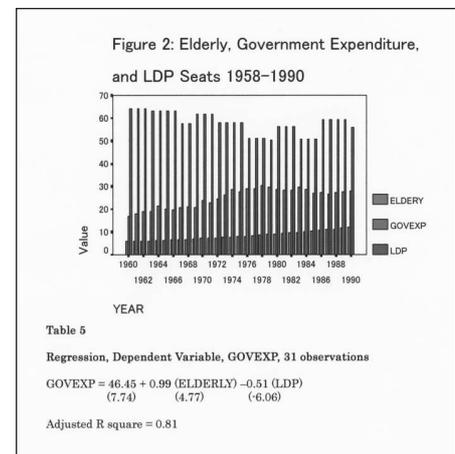
(1) The "Golden Age of Capitalism" period (1960-73)  
 $EFFORT60 = 56.68 + 12.83 (LEFT60) + 1.72 (OLD60)$   
 (4.30) (1.21) (1.29)  
 Adjusted R sq. = 0.31

(2) 1974-78  
 $EFFORT74 = 64.96 + 1.60 (OLD74) + 2.80 (LEFT74) - 0.56 (VETO74)$   
 (5.10) (1.15) (0.29) (-0.26)  
 Adjusted R sq. = 0.13

(3) 1979-95  
 $EFFORT79 = 56.28 + 2.27 (OLD79) - 17.82 (LEFT79) - 0.39 (VETO79)$   
 (5.14) (3.33) (-2.88) (-0.30)  
 Adjusted R sq. = 0.48

Variable legend.  
 EFFORT60: government's share of expenditure in health (1960-73)  
 OLD60: share of aged population in the total population (1960-73)  
 LEFT60: left parties' cabinet share (1960-73)  
 EFFORT74: government's share of expenditure in health (1974-78)  
 OLD74: share of aged population in the total population (1974-78)  
 LEFT74: left parties' cabinet share (1974-78)  
 VETO74: number of "veto players" (1974-78)  
 EFFORT79: government's share of expenditure in health (1979-95)  
 OLD79: share of aged population in the total population (1979-95)  
 LEFT79: left parties' cabinet share (1979-95)  
 VETO79: number of "veto players" (1979-95)

**OHP19**



**OHP20**

しかし、医療改革の分野では、制度や利益に基づく説明は不十分。  
 国民の正義や権利の感覚が政治指導者の行動を抑制  
 倫理的考察の側面が重要

谷澤・飯島論文：「必要性」や「能力」といったことを特に強調しつつ福祉国家の道徳的基礎を検討

多くの先進諸国は拡大し続ける医療予算を削減せざるをえないものの、社会的正義を考慮して、大胆な予算カットに敢えて踏み切ることができない。

むしろ、1990年代以降、各国政府は、医療予算をカットする一方で市民に公正で平等な医療サービスを提供し民主社会の基本的価値を守るといふ、二重の目標を達成するための困難な作業に取り掛かっている。

**OHP21**

このようにさまざまな研究方法および洞察から、我々のプロジェクトは、医療改革を行うための倫理的であると同時に現実的でもある方法として、「持続可能な」医療システムに向けた民主的交渉を通じた改革というものを提案

フェレーラ論文：先進各国にとって望ましくもあり実践的でもある方法とは、現在の「恒久的窮乏」時代に「持続可能な」医療普遍主義を構築し擁護してゆくこと

プシエヴォスキ論文：民主政の下で生きている市民は独裁政権下で生きる人々に比べ、より良い物質的福祉を享受

プロジェクトの結論  
 先進諸国は、医療改革においても自らの民主的政治システムをさらに強化すべき

---

を通じた改革」というものが重要なのではないかという結論に到達したわけです。EUレベルでもそうですし、グローバルに見ても、やはり民主主義を重んじた交渉といったことが、非常に重要なのではないかと考えます。

## 質疑応答

**Q：** 政策形成において医療改革という問題を考える場合に、その改革を起こすエネルギーをどういう点に持っていくのが、政治の方向として良いのかというのが一つ。

もう一点は、政策的な判断をする時期と医療改革が進められる時期にタイムラグがあるのかどうかです。選挙というのは、どちらかというところ、ある程度瞬間的にそのときのエネルギーが沸くわけですが、改革の場合には、時間的な流れというものも考えながら積み上げていくというところもあると思うのです。

**A：** まず、何が医療改革を最も推進するのかということは、やはり非常に難しい問題だと思ひまして、私ども色々検討しました。先ほどマイノ博士のチャートをご紹介しました【OHP-9、10、11】が、やはり色々な要因が重なり合っていて、タイミングの問題もあると思います。例えばイタリアの場合は、ベルリンの壁が崩壊して政権交代があり、それで医療改革がある程度進むようになったという側面もありました。このエネルギーがどこから生まれるのかというのは、まずその背景要因として、先行する医療制度に対する不満とか不信感とか効率性の悪さを国民全体が痛感していることがあります。それを変えうる新しい枠組みを、政権にある人達がどういうふうに国民に提示するか。私達はそれを“交渉型の”とか“対話による”と申し上げているのですが、そういったことが非常に重要だと思ひます。

それから、いつこれを始めなければいけないのかということについては、ご指摘のようにタイムラグがあります。しかし、回帰分析をしてみますと1、2年くらいのラグでして、過去かなり落ち込んだその次くらいの選挙で大幅に福祉支出を拡大してしまし、最近の小泉政権の改革でも、今非常に選挙で強いときに改革を進めているということを見ましても、かなり選挙的な要因は大きいのではないかと思ひます。

**Q：** 2つほど質問させていただきます。

最後の方で、民主的な政治システムと福祉の再建が関連があるということをおっしゃっていましたが、民主的政治システムというものを定量化して、再建と相関があるということなのかどうかということが一つ。もう一つは、OECDで14カ国だけ相関を見ていましたけれども、確かOECDには30いくつかあるはずなのですが、何故半分以上抜けたのかということですか。

**A：** 民主的政治システムの方については、計量的にどういうシステムかということ、まだ私達はやっておりませんが、先進国に関しては共同研究者のロバート・フランツェーゼ博士が研究しました。ただし、福祉一般についての研究で、ずばり医療改革に

関して、というわけではありませんが。彼は今、医療改革に焦点を当てた論文をリバイズしていますので、計量分析に関しては少し時間がかかってから出てくると思います。

OECDの国数に関しては、残念ながら、やはりデータが無く、実際のところ14カ国しかできなかったということです。