

第1章 医療制度の日蘭比較

大森正博（お茶の水女子大学）

I はじめに¹

先進諸国は、高齢化、経済成長の鈍化等の社会経済的条件の変化の下で、社会保障制度改革を迫られている。我が国でも「税と社会保障の一体改革」の名の下に課題が提示され、具体的な政策処方箋の策定が試みられている。高齢化等の社会の変化に対応した社会保障サービスのあり方、国、地方の財政状況の健全化という経済的課題の中で、社会保障の費用負担のあり方も課題になっている。本稿で対象とする医療は、高齢化および医療技術の高度化等を背景として、その費用は、増加を続けており、『平成22年度国民医療費』によれば、2010年の国民医療費は、37兆4202億円にのぼり、国民一人あたりで29万2200円となっている。

医療は、人々の生命と健康を守るサービスであることを考慮すると、人々の年齢、性別、職業等の属性、所得の多寡にかかわらず、需給の公平性に対する要求は強い。その一方でその需給において、無駄がないこと、すなわち効率性も求められる。これらの条件は、国を問わず、普遍的に医療に求められる条件と考えられる。医療サービスは、Arrow(1963)でも指摘しているように、情報の非対称性をはじめ、市場が機能するために必要な「完全情報の条件」を満たしていないことから、介入なしに市場にその取引を委ねては、効率性を実現することは困難であると考えられている。そこで、各国は、医療サービスの取引において、政府による介入を行い、医療制度(Health System)を構築している。そして、その多くが、1942年にイギリスの第二次世界大戦後の社会保障のあり方についての報告書である『ベヴァリッジ報告』に影響を強く受けているといわれている。本稿で取り上げるオランダと日本もその例外ではなく、国が医療保険制度を、「社会保険(Social Insurance)」として構築し、今日に至っている。

オランダも日本も前述のように、同様に高齢化等の社会経済的変化の下で、医療制度改革を行ってきた。その中核にあるのは、公的医療保険制度の改革であるが、その方法は大きく異なっている。それは、オランダにおいて、1980年代終わりより始まったデッカー改革(Plan-Dekker)による。オランダは、その後、紆余曲折を経ながらも医療制度改革を行い、日本では主として健康保険制度によってカバーしている短期医療にあたる部分において、「規制された競争(Regulated Competition)」が導入されている。「規制された競争」は、医療サービス市場で生じることが予想される「市場の失敗」を補正しながら、医療サービス市場に擬似的な市場メカニズムを導入する試みである。我が国の公的医療保険制度においても、「保険者機能の強化」が叫

¹ 本稿は、平成25年度厚生労働科学研究費補助金（政策科学推進 研究事業）医療・介護連携において共有すべき情報に関する研究（課題番号23010801）（主任研究者：福祉未来研究所）の成果に多くを負っている。また、科学研究費補助金（新学術領域研究（研究領域提案型））「保健・医療・福祉サービスへのアクセスと健康格差（課題番号21119006）」（主任研究者：小林廉毅東京大学教授）の成果を一部使用している。記して感謝の意を示したい。

ばれ、保険者間のリスク構造調整が行われるなど、「規制された競争」の制度的枠組みの一部が既に導入されている。「規制された競争」の効果については限定的な実証分析しか残されていないが、今後の我が国の公的医療保険制度改革を考える上で、参考になる点は多いと考えられる。

本稿では、日本とオランダの医療制度の比較を行うことを通じて、日本の医療制度改革のあり方について考える。以下、第 II 節で簡単な費用・便益分析を行うことによって、費用＝便益の観点から、日本とオランダの医療制度の比較を行う。第 III 節では、日本とオランダの医療制度について、効率性、公平性の観点から比較を行う。第 IV 節では結語が述べられる。

II 日本とオランダの医療制度の費用・便益分析

制度の比較を行うにあたって、その制度の機能について、費用・便益の観点から見ておくことは、しばしば重要な洞察を与えてくれることがある。本節では、日本とオランダの医療制度について、簡単な費用・便益分析を行い、この後の医療制度比較の参考としたい。

制度は、その目的のためにどの程度の費用を費やし、どの程度の便益を得たかを検証することを通じて、その機能の評価を行うことができる。医療制度を機能させるための費用について、ここでは、医療費の対 GDP 比を使う。医療費の大きさは、人口によって左右されるので、医療に費やすことのできる所得の中で医療費に振り向ける割合によって、費用を測ることにする。医療制度の便益は、国民の健康・生命の保持であり、とるべき指標は多岐に亘るが、ここではやや単純化して、平均寿命を指標として見てみよう。² この指標をとる根拠は、医療制度が、国民の健康・生命を保持することに成功していれば、国民が平均して長い寿命を実現できるという考え方による。

1. 平均寿命

2011 年の日本の平均寿命は、男性 79.4 歳、女性 85.1 歳であり、オランダは、男性 79.4 歳、女性は 83.1 歳であった。両国共に男性女性共に長寿を享受しており、平均寿命で測った両国の医療制度の便益は、優劣付けがたく、優れていることが分かる。

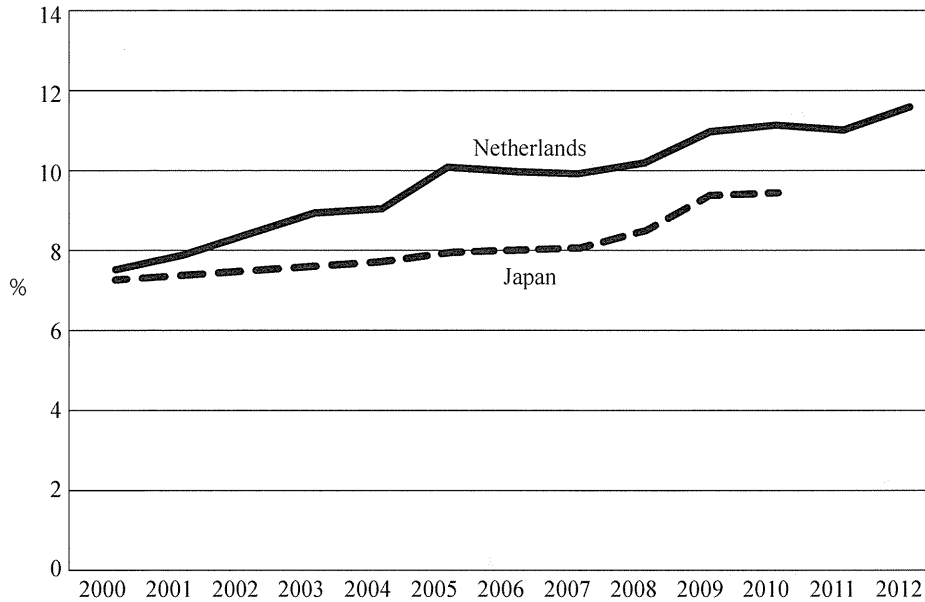
2. 医療費の対 GDP 比

便益が高いとしても、便益を享受するのにどの程度の費用をかけているかの情報が必要である。費用の絶対値は、人口規模にも影響を受けると考えられるので、ここでは OECD Health Statistics の総医療費 (Total Health Expenditure) の対 GDP 比を利用することにしよう。図 1 は、日本とオランダの総医療費の対 GDP 比の年次推移を見たものである。2000 年から 2010 年まで日本がオランダよりも低くなっていることが分かる。

1、2 の観察から費用・便益の観点から、日本の医療制度の方がオランダのそれよりも低い費用で高い便益を得ているという結論になり、優れていると考えられる。しかし、この費用・便益分析はきわめて原始的であり、費用、便益に影響を与える多くの要素が抜け落ちている。例えば、両国の人口動態である。特に高齢者は若者よりも医療機関を受診する頻度が高く、高齢者の割合の多寡は医療費に影響を与える可能性が高い。日本では、2011 年に国民医療費の

² 後均寿命とは、0 歳児における平均余命をいう。

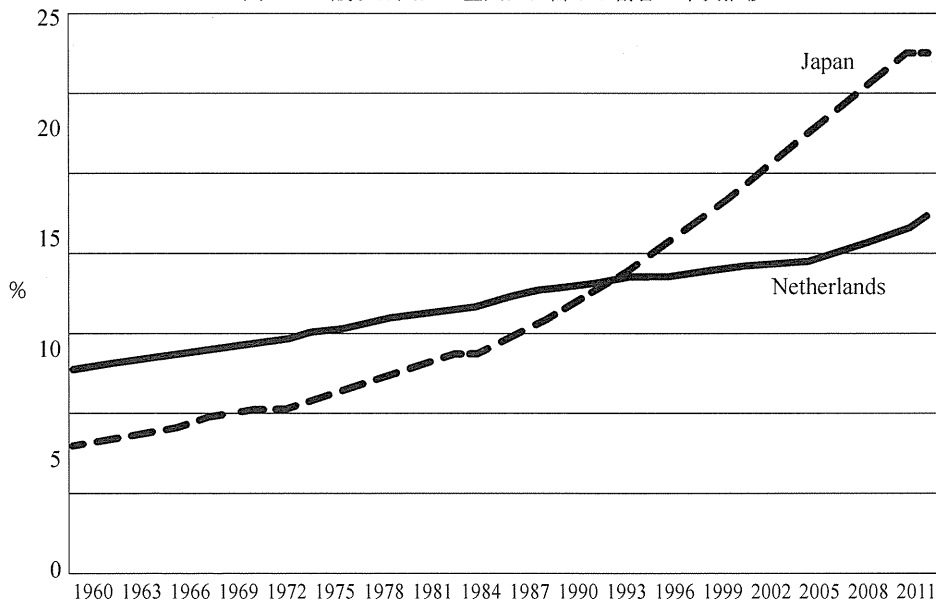
図1 総医療費の対 GDP 比の年次推移



50%超を65歳以上の高齢者が使っている。³

図2は、の日本とオランダの65歳以上人口の全人口に占める割合の年次推移を見たものである。1960年から1991年にかけて、オランダの方が日本よりも65歳以上人口割合は高いが、1992年から2011年までは逆転して日本の方がオランダよりも高くなっている。このことから高齢化がより急速に進行しているにも関わらず、同等の平均寿命を総医療費の対GDP比を相対的に低く抑えて実現しているという意味において、日本の医療制度はオランダの医療制度よりも優れているとみることもできる。しかし、便益を考える上で医療の質も重要であるが、入手可能性から、この分析では取り入れていないので、費用・便益の優劣について確定的な結論を出すことはできない。

図2 65歳以上人口の全人口に占める割合の年次推移



² 後均寿命とは、0歳児における平均余命をいう。

III 日本とオランダの医療制度の比較

本節では、日本の医療制度とオランダの医療制度の比較を行い、効率性と公平性の観点から評価を試みる。

1. 公的医療保険制度

日本、オランダ共に、ベヴァリッジ報告の影響を受けて、公的医療保険制度を社会保険の枠組みの中で構成している。日本、オランダ共に、国民は公的医療保険に強制加入である。

1-1 公的医療保険制度の体系

日本の公的医療保険制度の特徴は、年齢、職業等の社会的属性によって制度が分立していることである。

まず、75歳という年齢を境に、公的医療保険制度が分かれている。75歳以上の高齢者は後期高齢者医療制度に加入し、75歳未満の人々は、被用者保険、国民健康保険に加入している。すなわち、健康保険(全国健康保険協会管掌健康保険(「協会けんぽ」)、組合管掌健康保険、日雇い労働者向け健康保険)、船員保険、各種共済(国家公務員共済、地方公務員等共済、私学教職員共済)のような被用者とその家族のための被用者保険と自営業者、退職者等の被用者ではない人々のための国民健康保険から成っている。

年齢、社会的属性の相違による保険制度の分立の実態は、以下の事例を見るとよく分かる。働いている現役の時期に、サラリーパーソン(被用者)として、健康保険、船員保険、各種共済に加入している人々は、退職すると国民健康保険に加入し、75歳以上になると国保を脱退し、後期高齢者医療制度の被保険者になる。

このような公的医療保険制度設計は、以下のような問題をもたらす。第一に被保険者のリスクが特定の保険に偏る可能性があり、リスクに見合った保険料が徴収できなければ、保険財政を不安定化する可能性がある。例えば、後期高齢者医療制度は75歳以上の高齢者のみが被保険者であり、国民健康保険は被用者保険の退職者が、75歳で後期高齢者医療制度に移行するまでは加入することもあって、高齢者の加入割合が高くなる。一般的に高齢者は病気をしやすく、リスクの偏りが大きいので、これらの保険はそれに見合った保険料を含めた収入を確保できなければ財政は不安定化する。

第二に、保険制度が分立する結果、被保険者の数が少ない保険者も出てきて、保険財政が不安定化する。例えば、国民健康保険は、市町村が保険者になるため、住民の少ない市町村は被保険者数が小さくなり、事務費用等について規模の経済性が働かず、大数の法則が働きにくくなるため、保険財政が不安定化する。

第三に、被保険者に保険の選択の自由がないことである。人々は職業等の社会的属性に応じて、入る保険が決まっているため、加入する保険を選ぶことが出来ない。このことを別の側面から見ると、保険者は黙っていても保険に加入する被保険者が存在し、保険商品も差別化することができないため、保険者が被保険者に対して、よりよい保険商品、品質が高く、価格を抑えた保険商品を提供するインセンティブが損なわれる可能性がある。

一方、日本の公的医療保険制度にあたるオランダの公的医療保険制度は、“Compartment 2”

と呼ばれている。この制度は、2006年の医療制度改革の中で制度が統合され、健康保険法（ZVW, zorgverzekeringswet, Health Insurance Act）の下で保険者が一本化されている。したがって、オランダ国民は、年齢、職業その他の属性にかかわらず、Compartment 2の保険者である複数の“Care Insurer”の中から保険者を選ぶことができる。逆に、保険者は加入を求めてきた被保険者の加入を拒否することはできない。大人の歯科治療、一定回数以上のリハビリテーションサービス等は、Compartment 2には含まれず、自由診療であり、これらのサービスをカバーする“Compartment 3”が存在する。Compartment 3は、任意加入の保険であり、Compartment 2の保険者である Care Insurer が提供し、オランダの国民の91%（2009年）が加入している。⁴

オランダの公的医療保険制度の日本のそれとの相違は、年齢、職業等の属性によって、制度を分断していないこと、日本では強制加入の保険でカバーしているサービスを自由診療にし、それらのサービスを任意保険でカバーさせている点である。

1-2 保険者

保険者は、医療保険制度の機能を考える上で重要な存在である。日本とオランダの医療制度において、保険者はどのような位置づけにあるのであろうか。本小節では、日本とオランダの保険者の組織、現状、医療制度における役割について比較を行う。

日本では、公的医療保険制度の保険者は以下の通りである。協会けんぽ、日雇い労働者保険、船員保険の保険者は、全国健康保険協会、組合健康保険の保険者は、各健康保険組合、国家公務員共済組合、地方公務員等共済組合の保険者は各共済組合、私学教職員共済組合の保険者は日本私立学校振興・共済事業団、国民健康保険の保険者は市町村、国民健康保険組合の場合は各国民健康保険組合になる。また、後期高齢者医療制度における保険者は各都道府県に設置された後期高齢者医療広域連合である。

日本の公的医療保険制度は、被保険者の年齢、職業などの社会的属性により、分立しているため、保険者の数も多く、被保険者数で測った保険者の規模は小規模なものも多い。また、設立形態も原則的には非営利組織と行政組織（市町村）である。

また、保険者は、社会保険を適用した医療サービスの供給を望む診療所、病院をはじめとする医療サービス供給者と保険契約を結ばなければならず、社会保険診療報酬制度、薬価基準制度により価格規制が行われていることも相まって、保険者と医療サービス供給者の間の契約は一律にならざるを得ない。被保険者は、年齢および職業等の社会的属性によって加入する保険が決定されるため、保険者を選択することはできない。したがって、保険者は、保険料を徴収し、医療サービス供給者に支払いを行うことが主たる業務になり、効率化を行うインセンティブは強くない。

それに対して、オランダの Compartment 2の保険者は Care Insurer であり、非営利組織の比率が高いが、営利組織も参入をすることができ、現在、32の Care Insurer が存在している。⁵ 被保険者は、年齢および職業等の社会的属性にかかわらず、全ての Care Insurer の中から保険者を選ぶことができ、保険者の変更も原則として1年間に1回行うことが出来る。医

⁴ Wilemijn Schafer et al (2010) を参照。

⁵ VEKTIS.

療サービスの価格は、医療サービス市場規制法(Wet Marktordening Gezondheidszorg, WMG, Health Care Market Regulation Act)により規制されており、医療サービス庁(Nederlandse Zorgautoriteit, Nza, Health Care Authority)が価格規制を担当しており、原則、上限価格規制になっている。その一方で、病院サービスに適用されている包括払い価格のDBC(Diagnose Behandeling Combinatie, Diagnosis Treatment Combination)を含めて、上限価格規制をさらに緩めて、保険者と医療サービス供給者の間の交渉で自由に決めることが許されている医療サービスも存在する。⁶ したがって、保険者は被保険者から選択されるように、より品質の良い価格を抑えた医療サービスを含んだ保険商品を提供するための制度的準備は整っていると考えられる。

また、Care Insurer は、公的医療保険でカバーされない自由診療のサービスに対する民間保険つまり Compartment 3 のサービスを提供していることも特徴である。

1-3 公的医療保険の財政

本小節では、公的医療保険の財政について考える。(表1)は、2010年の日本の国民医療費の財源の状況を表している。収入の48.5%は保険料、13.4%は一部負担から成っており、38.1%は公費によっている。公費は、国からの補助が25.9%、都道府県からの補助が12.2%を占めている。これらの公費負担は、後期高齢者医療制度に対する国・都道府県・市町村の補助金、国民健康保険の保険(医療)給付費に対する国の補助等から成っている。

一方、オランダのCompartment 2の医療保険財政は、2009年で、医療支出の51%が所得比例保険料(Income-related contribution)によって徴収され、38%が定額保険料(Flat-rate Premium)によっている。⁷ 2種類の保険料収入の合計が、医療費の89%という高い割合を占めていることが分かる。この中で、定額保険料が医療支出に占める割合は増加傾向にある。その一方で、事後的な政府からの補助金はほとんど無いことと、被保険者の一部負担が5%前後と小さいことが特徴的である。

日本とオランダの公的医療保険財政を比較して、特徴的なことは、医療支出に占める保険料収入の割合の差異と医療支出に占める租税財源の割合の差異である。

表1 財源別国民医療費

財 源	平成 22 年度	
	推計額 (億円)	構成割合 (%)
国民医療費	374,202	100.0
公費	142,562	38.1
国庫	97,037	25.9
地方	45,525	12.2
保険料	181,319	48.5
事業主	75,380	20.1
被保険者	105,939	28.3
その他	50,322	13.4
患者負担(再掲) ⁽³⁾	47,573	12.7

⁶ DBCの中で交渉により自由に価格設定ができるサービスをDBC-Bと呼ぶ。

⁷ CVZ.

所得比例保険料の医療支出に占める割合は、日本とオランダではほぼ同じ割合である。その一方で、オランダは定額保険料が38%を占めている反面、日本は、一部負担13.4%に加えて、公費による補助が38.1%を占めている。⁸ オランダの定額保険料は、保険者である Care Insurer が医療給付にかかった費用と政府から与えられた予算の差額を被保険者に求める負担の性格を持っている。ここで、オランダにおける Compartment 2 の所得比例保険料、定額保険料の決定プロセスを確認しておこう。国は、医療費の予測を行い、所得比例保険料、定額保険料収入の水準を予想、決定し、補助金を投入して、マクロ医療予算(“Macro Budget”)を設定する。⁹ 被保険者の納付した所得比例保険料は、一度国によって一つの保険基金に集められる。この時、所得比例保険料を保険者である Care Insurer が直接徴収しないところに注意されたい。所得比例保険料と補助金を合わせて、加入した被保険者の年齢、性別、前年度の薬剤費等のリスク属性に応じて、Care Insurer に予算が与えられる。いわゆる、リスク構造調整方式の予算支払いである。Care Insurer は、与えられた予算と実際に被保険者にかかる医療費の予測額との差額を、定額保険料として加入している被保険者に請求する。定額保険料は、被保険者にとって、選択した Care Insurer の保険を利用して医療サービスを受けることに対する負担であり、Care Insurer によって定額保険料は異なる。

日本とオランダの公的医療保険財政のあり方から、保険料と補助金の役割の相違を見て取ることができる。日本とオランダの両国の社会保障制度がベヴァリッジ報告の影響を受けて、国が最低限度の生活(“National Minimum”)を保障する考え方を反映していること、医療が人の生命・健康を保持することに関わっていることから、公的医療保険制度の公平性(Equity, Fairness)に対する人々の要求は強い。財・サービスの消費に対して、その効用に応じた金銭的対価を支払うことが原則であるが、医療サービスの場合には、この原則が必ずしも支持されず、何らかの所得分配が必要になってくる。

日本の公的医療保険制度では、公費によって様々な経路を通じて所得分配を行っている。第一に、後期高齢者医療制度において、一部負担を除いた医療費の約50%を国・都道府県・市町村が4:1:1の割合で補助している。租税は主として若年世代が就労等を通じて負担していると考えられるので、若年世代から75歳以上の高齢者に対する所得分配が生じていると考えられる。第二に、国民健康保険は、保険給付費の3分の1程度しか保険料収入で賄えていないのが現状であり、医療サービスの給付費の43%を国庫補助で賄うことになっている。¹⁰ 国民健康保険は、被用者保険の退職者が加入してくることも考えると、国庫補助を行うのも無理からぬ側面があるが、いずれにせよ若年世代から高齢世代への所得分配の側面を強く持っている。第三に、生活保護における医療扶助をはじめとして、特定の高いリスクを持った人々に医療サービスを提供する公費負担医療に対する補助がある。

租税財源による公費によって所得分配を行う一方で、保険者間においても所得分配が行われていることに注意したい。第一に、後期高齢者医療制度では、一部負担を除く費用の約40%を、後期高齢者支援金として組合健康保険、協会けんぽ等の現役世代が加入する保険者から受

⁸ 定額保険料について理解するためには、オランダの“Compartment 2”に導入されている「規制された競争(Regulated Competition)」の理解が不可欠である。「規制された競争」については、後述。

⁹ 国の補助金の多くは、18歳未満の被保険者の保険料の補助である。Wilemijn Schafer et al (2010) P.72, 79を参照。

¹⁰ 厚生労働省保険局(2013b)を参照。

け取っている。これは、若年世代から75歳以上の高齢世代への所得分配の側面を持っている。第二に、65歳以上75歳未満の医療費について、前期高齢者給付費に対する財政調整制度により、被用者保険、国民健康保険の保険者間で(65歳以上75歳未満の)高齢者の加入割合に応じた、財政調整を行っている。これも、若年世代から65歳以上75歳未満の高齢者に対する所得分配の要素を持っている。

第三に、公的医療保険における一部負担率は、義務教育就学前児童は2割負担、義務教育就学後から70歳未満は3割負担、70歳以上75歳未満は、現役並み所得者は3割負担、そうでない人々は2割負担、75歳以上の高齢者(後期高齢者医療制度の被保険者)は、現役並み所得者は3割負担、そうでない人々は1割負担となっている。ここでも年齢による一部負担率を通じて、所得分配が行われている。¹¹

この様に日本の公的医療保険制度では、租税財源による様々な補助金、保険者間の様々な資金移転、一部負担等の多くの経路を通じて所得分配が行われていることが特徴的である。

一方、オランダの租税財源による補助金投入の主たる経路は、年度初めのマクロ医療予算を組む時の補助金投入である。組まれたマクロ医療予算は、被保険者の性別、年齢、過去の薬剤費等のリスク指標によるリスク構造調整支払いを通じて、保険者であるCare Insurerに予算として与えられる。この時に、年齢を含め、リスクの高い者から低い者に対して所得分配が行われていると考えられる。そして、Care Insurerが、実際に使う医療費に対する予算の不足分を被保険者ひとりあたり人頭割で徴収する定額保険料は、所得による減免制度があり、18歳未満の被保険者の定額保険料は政府が補助金を出すという措置はあるものの、逆進的な側面を持っている。オランダの公的医療保険の所得分配の経路は日本と比べて比較的単純である。

経済成長が低位安定して、大きな税収増が期待できない状況の下で、公的医療保険制度は、公費による補助に大幅には頼れない状況にある。公費による補助は、そこに一定の割合、金額を超えないという規律が働かないと、際限なく拡大していく側面がある。オランダの公費による補助は、補助を与える部分が限られていること、補助の出し方に一定のルールがあることから、公費の投入に一定の規律が働きやすいように思われる。日本の公的医療保険の公費の出し方、および、所得分配のあり方は検討するべき時に来ているように思われる。

2. 医療サービス需給の効率性、公平性

医療サービスは、情報の非対称性の性質等、市場の失敗を起こす要素を持っているために、価格メカニズムが十分に機能しない。医療サービス市場の効率性を実現する方策の一つに公的介入がある。

公的医療保険制度では、オランダはすでに述べたように、Compartment 2に「規制された競争」を導入し、医療保険市場、医療サービス市場における効率性実現を図っている。2で説明したように、オランダのCompartment 2の保険者であるCare Insurerは、リスク構造調整方式で被保険者の医療費を予算として受け取っており、実際にかかる予想される医療費との差額を定額保険料として被保険者から徴収しなければならない。リスク構造調整方式が完全に機能していれば、定額保険料は、Care Insurerの費用効率化の努力を反映することになる。費

¹¹ 義務教育就学前児童の一部負担は、乳幼児医療費助成制度により、市町村が補助を行っており、同制度の対象は、義務教育就学後の児童にまで広がっている。

用効率化の努力の対象は、保険者の事務費用のみならず、被保険者に提供する医療サービスにかかる費用も含まれる。Compartment 2 では、保険者は医療サービス供給者と、価格も含めて、医療サービスの品質についても交渉することができるため、契約において努力をすることによって費用節減をする余地がある。被保険者は Care Insurer を選択する時、設定された定額保険料は基準の一つとなるので、Care Insurer は被保険者を引きつけるために事務費用を節減し、医療サービス供給者との契約交渉によって費用節減を行い、定額保険料を低くする努力を行うインセンティブを持つ。定額保険料をめぐる保険者間の競争を通じて、より品質が高く、より低い価格の医療サービスが被保険者に提供されることが期待される。¹² 表2は、Care Insurer の被保険者数で見た規模の分布の年次推移を示している。2006年以降、Care Insurer の規模が大きくなり、合併の結果、数も減少していることが分かる。Care Insurer 同士の競争の過程で、規模の経済性を追求し、大数の法則を働きやすくする努力の結果であるが、同時に競争抑制的になる危険性もはらんでいるように思われる。

また、オランダの医療制度では、医療サービス市場にもう一つの効率化を促すメカニズムが取り入れられている。GP システム (GP System) である。GP システムとは、患者(被保険者)が、医療サービスを受診する時に、最初に GP (General Practitioner) のもとを訪れることをルール化したものをいう。患者が、病院に行く必要がある時には、GP の紹介状をもらって、はじめて病院で受診することができる。検査機器、治療機器、入院設備も整っているために、病院における医療サービスは、品質が高く、固定費用がかかっていることから、サービス1単位あたりの費用(平均費用)も高く付く。医療技術に関する情報の非対称性の下で、患者は症状とそれに対応した医療サービスを明確にすることができないので、難しい病気であっても治療することができる確率が高く、より品質が高い病院のサービスを選好する傾向にあると考えられる。その結果、病院のサービスの過剰受診が生じて、医療費が過大にかかる危険性があるが、GP システムにより、病院に行くべき患者が選別され、医療サービスの需給の効率化が可能に

表2 Care Insurer の規模別分布の年次推移

	ZVW						
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Number of the insured							
1000000-	5	5	5	5	5	5	5
500000-1000000	5	3	6	6	4	4	4
400000-500000	3	4	1	1	1	2	2
300000-400000	4	5	4	4	5	4	3
200000-300000	1	0	1	1	0	2	2
100000-200000	6	7	7	7	9	7	7
50000-100000	5	5	3	3	2	2	2
-50000	4	3	3	3	2	1	1
Total	33	32	30	30	28	27	26

VEKTIS (2007) p. 22, VEKTIS (2008) p. 20, Jaarcijfer 2011, Jaarcijfer 2011.

¹² 「規制された競争」が機能するための重要な点は、リスク構造調整支払い方式が完全に機能すること、被保険者が保健サービスの内容を完全に理解できることである。前者については、統計的分析を行うことを通じて、リスク指標の精緻化が試みられており、後者については、保険者の提供するサービスに関する情報を集約したウェブサイトを開設するなどの努力が払われている。

なる。¹³

一方、日本の医療制度では、選定療養費による初診料加算の制度がある。これは、200床以上の病院で、紹介状を持たないで受診すると初診料が加算されるという制度であるが、逆に初診料さえ支払えば、(200床以上の)病院サービスを受診できるわけであり、医療サービス供給の効率性の観点から問題があり、さらに初診料加算を払えるだけの所得の高い者が病院サービスを受診するという公平性に関わる問題も惹起することになる。

人口が日本の約8分の1程度のオランダで、100あまりしか病院が存在しないのに対して、日本では9000近い病院が存在していることは、日本では病院と診療所が効率的分業を行えていない可能性が高いことを物語っている。¹⁴

IV 日本の医療制度改革への示唆

本節では、第III節までの議論を前提にしながら、オランダの医療制度から日本の医療制度改革の示唆を得ることを試み、結びに代えることにしたい。

本稿では、日本とオランダの医療制度の簡単な費用・便益分析を行い、GDP比を費用、平均寿命を便益の指標としたところ、日本はオランダと遜色ないどころか低い費用で高い便益を享受していることが分かった。しかし、これは、医療サービスの品質等の指標を欠いた状態での、暫定的な考察である。

日本の医療制度から見て、オランダの医療制度の優れている点は、サービスの需給を考える上で不可欠な、効率性、公平性の視点を明確に持っているところにある。効率性の実現にあたって、重要なのが、「規制された競争」の導入とGPシステムの導入である。単純に「規制された競争」を日本の医療制度に持ち込むことは容易ではないが、保険者が財政的に自立して、保険者としての経営を行う仕組みとして、参考にする点は多いように思われる。

そして、公平性については、医療保険財政におけるリスク構造調整方式の活用が参考になる。公的医療保険の費用を予算化し、リスク構造調整方式の保険者への予算配分を通じて、主たる所得分配を行い、逆進性を持つ定額保険料については、低所得者には減免措置を設け、18歳未満の被保険者には保険料に対する補助金を与えるという配慮を行っている。所得分配の経路を限定し、単純化していることが制度の透明性を高め、補助金の投入に自律性を与えることを可能にしているように思われる。経済成長の低位安定の下で、公費による医療費補助の拡大が困難になっている状況下で、オランダの公的医療保険財政のあり方は、日本の今後の医療制度改革に対して示唆することは多いように思われる。

参考文献

大森正博「オランダの介護保障制度」『リファレンス』No.725. pp.51-73 2011年6月 国立国会図書館
大森正博「オランダにおける公的医療保険制度の適用範囲を巡る政策動向」『健保連海外医療保障』No.95 pp.17-28 2012年9月

¹³ GPが病院への医療サービスを受診する患者を選別する役割を「門番の役割 (Gate keeper role)」という。

¹⁴ ただし、オランダでは、病院のウェイティングリスト問題が生じていることも事実である。2011年には、ほぼ全ての手術について、待ち時間が5週間以下になった。オランダでは許容できる待ち時間を6-7週間としており、その基準は満たしている。OECD (2013b) を参照。

大森正博「医療制度の日蘭比較」『月刊統計』2013年12月 pp.1-8.
厚生労働省大臣官房統計情報部『平成22年度 国民医療費』2013年
厚生労働省保険局『平成24年度 国民健康保険実態調査報告』2013年a
厚生労働省保険局『平成23年度国民健康保険（市町村）の財政状況』2013年b
Erik Schut,Stephane Sorbe and Jens Hoj. 2013. "Health Care Reform and Long-term Care In the
Netherlands." Economics Department Working Paper No.1010. OECD.
Wilemijn Schafer et al. 2010. "The Netherlands-Health system review", Nivel.
OECD. 2013a. *Waiting Time Policies in the Health Sector*. OECD.
OECD. 2013b. *OECD Health Data 2013*. OECD.

第2章 オランダの医療・介護費

府川哲夫（福祉未来研究所）

1 医療・介護分野におけるオランダと日本の基礎的事項の比較

- ・オランダ 415 市、日本 1,719 市町村
- ・オランダの人口構成は 65 歳以上が 15.3%、80 歳以上が 3.9%（日本は 24.1%、7.0%）。今後の総人口の動向は、日本では大幅減少、オランダでは微増。2050 年における高齢化率は、オランダの 26% に対して日本は 39%。
- ・オランダ人の平均寿命は日本人より 1 年半短い（オランダ 81.3 年、日本 82.7 年）。
- ・オランダはフランス・ドイツより医師数も病床数も少ない。
- ・オランダの医療費：2011 年で 519.3 億ユーロ、GDP の 8.7%
（OECD Health Data では 11.9%、うち GDP の 3.5% が介護費）
- ・オランダは 1968 年に世界で最初に社会保険で Long-term care (LTC) 制度を導入した。また、1994 年には個人勘定（現金給付）を導入した数少ない国の 1 つである。
- ・オランダの 65 歳以上人口の 7% が施設介護、21% が在宅介護を受けている。
- ・オランダの高齢者介護費（障害高齢者を除く）：2011 年で 163.9 億ユーロ、GDP の 2.7%（日本は 1.6%）。
- ・オランダでは私的仕組みの活用が進み、年金や医療において公的制度による社会支出の GDP 比が日本より低い。一方で、LTC や social support においては、国民は公的制度（AWBZ や Wmo）に頼る度が高く、これが国の財政を圧迫している。
- ・この事態を打開するため、オランダは国民の福祉依存体質を改める改革を進めている。

2 オランダの ZVW・AWBZ・Wmo の概要：制度・財政・改革の方向^(注1)

(1) ZVW

ZVW は短期医療保険で、100% 民間保険で運営されている。加入者の保険料には所得比例保険料と定額保険料の 2 種類がある。所得比例保険料には 2 種類の料率があり、被用者の給料、公的年金給付、65 歳未満の社会給付に対する料率は 7.1%、自営業者やフリーランスの所得、私的年金給付、65 歳以上の社会給付に対する料率は 5.0% である。被用者の給料に対する所得比例保険料は事業主が負担しなければならないことになっている。一方、定額保険料は 18 歳以上の市民が支払う。給付の基本パッケージは国によって定められているが、定額保険料の額は保険会社によって異なる。定額保険料の全国平均値は年 1,100 ユーロである。この他、18 歳未満の加入者の定額保険料の肩代わりとして、国が財源の 6% を拠出している。

18 歳以上の加入者に対しては一定額（2012 年で年 220 ユーロ）の免責額（compulsory

deductible)が課されている^(注2)。年間の医療費が免責額までの場合は、医療費の全額を患者が負担することになる。2012年の compulsory deductible の平均値は135ユーロと推計されている。この強制免責額以上に年100～500ユーロの範囲で任意に免責額を引き上げることができ(voluntary deductible)、その場合は定額保険料が減免される。

表1はZVWの収入・支出を示したものである。2012年のZVWの収入は389.1億ユーロで、その財源構成は所得比例保険料53.0%、定額保険料35.8%、政府拠出6.1%、免責額(強制+任意:患者負担)4.6%であった。2012年のZVWの支出は369.1億ユーロ(2011年で医療費全体の72%に相当)で、その内訳は専門医53.3%、医薬品12.4%、GP6.2%などであった。

(2) AWBZ

AWBZは1年以上の長期入院、障害者ケア、慢性的精神保健、介護に関する保険で、全ての市民が強制適用される公的保険である。その主要な財源は課税所得の12.65%の保険料である(2013年に12.15%から12.65%に引き上げられた)。赤字の場合は不足分を国が補填する。給付はニーズに基づいてなされ、子ども以外の受給者には所得比例の一部負担が課されている。ケア認定はCIZ(Centre for Indication Care)の規定する全国基準に従って、機能や必要なケア時間を基に決められる。ただし、ドイツや日本と異なり、オランダのケア認定では家族や近隣・友人などによるインフォーマル・ケアの存在が勘案されている。AWBZの保険者は地域で最大の保険会社がその役割(care office と呼ばれている)を果たしているが、2013年以降は全ての保険会社がcare office 機能を果たすことになり、何年か後にcare office 制は廃止される(これによってZVWとAWBZの間のサービス利用者情報の共有がより容易になる)。

AWBZの給付はpersonal care, nursing care, counseling, treatment, long-term residence, short-term residenceの6種類があり、long-term residenceとshort-term residenceの給付は施設入所者に限定される。AWBZの給付には現物給付と現金給付(個人勘定=PGBなど)があり、現物給付を選んだ場合に比べて現金給付の額は低い。現物給付・現金給付のいずれでも、受給者は年齢・所得・ケア認定・世帯状況に応じて一部負担を支払わなければならない。

高齢者介護の施設はcare homeとnursing home(nursing homeの方がcare homeより入居者の障害・要介護度は重い)に大別され、nursing homeで提供されるサービス(医療サービスを含む)は全てAWBZから給付されるが、nursing home以外の施設では一概には言えない。

表1 ZVWの収支

	(単位: 100万ユーロ)							
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
収入計	28,360.0	30,120.1	32,860.7	32,591.7	34,050.3	37,902.8	38,908.3	
所得比例保険料	14,107.6	14,726.4	16,917.6	16,651.5	17,381.9	19,408.8	20,616.3	
定額保険料	8,991.2	10,110.1	12,432.0	12,237.6	12,804.3	14,295.6	13,914.2	
政府拠出	1,863.9	1,857.5	2,072.0	2,080.7	2,132.6	2,318.5	2,379.0	
免責額(強制+任意)	3,206.7	3,204.8	1,385.5	1,450.6	1,557.1	1,651.3	1,789.0	
その他	190.6	221.3	53.6	171.3	174.4	228.6	209.8	
支出計	28,269.9	29,128.0	33,153.2	34,474.0	35,702.7	36,546.1	36,908.9	
GP	1,927.3	2,006.0	2,056.8	2,130.9	2,144.6	2,363.6	2,297.8	2,372.0
医薬品	4,558.9	4,979.0	5,063.2	5,074.5	5,191.0	5,155.6	4,573.1	4,329.0
専門医	17,467.1	17,313.4	16,808.7	18,120.9	18,194.5	18,883.5	19,673.5	20,706.7
医療機器	1,121.2	1,232.5	1,279.2	1,320.8	1,387.4	1,436.1	1,493.0	1,456.9

注: 収入の政府拠出は18歳未満の保険料免除分。

Source: CVZ (2014.2.17)

施設入所者に対する AWBZ の給付パッケージの中には医療費に該当するものも含まれているが、その額は大きくない^(注3)。在宅高齢者に対する介護サービスでは、AWBZ、Wmo のいずれも現物給付と現金給付(PGB)を選択できる。自宅で暮らしているものの ADL 障害があり、インフォーマル・ケアを十分うけられない人のためにデイケア・センターやショートステイ・センターが介護サービスを提供している。2011 年における PGB の給付総額は 22 億ユーロであった。Wmo の給付額(42 億ユーロ)は AWBZ の給付額(246 億ユーロ)に比べればまだ小さいが、AWBZ は効率性の向上、受給者の意向の重視、サービスの重点化、などが求められており、今後 AWBZ を効率化する過程で Wmo への移管がさらに進められる見込みである。

表 2 は AWBZ の収入・支出を示したものである。2013 年の AWBZ の収入は 235.7 億ユーロで、その財源構成は保険料 75.2%、政府拠出 15.8%、利用者負担 8.8% であった(2012 年までと比べて政府拠出が大幅に減少)。2013 年の AWBZ の支出は 275.8 億ユーロで、その内訳は、現物給付 89.2%、現金給付 9.7% であった。現金給付は personal budget (個人勘定)が大部分を占め、personal budget は AWBZ 支出の 9.0% であった。なお、AWBZ の支出の多くは高齢者向けであるが、受給者が非高齢者の障害者ケアや精神保健ケア、並びに保育ケアは高齢者に対する給付ではない。

表 3 はオランダのケア費用のトレンドを示したものである。ケア費用は医療費 (Health care) と Social care (LTC + social support) の合計で、ZVW、AWBZ、政府支出などで構成されている。2000 年に比べて 2011 年は医療費も Social care 費もともにおよそ 1.9 倍に増加している。

2011 年のケア費用は 897 億ユーロ(GDP の 15.0%、以下同様)で、医療費は 519 億ユーロ(8.7%)、Social care 費は 346 億ユーロ(5.8%)であった。医療費の内訳では病院・専門医が 228.1 億ユーロ(3.8%)で最も多く、薬剤費 64.2 億ユーロ(1.1%)、精神保健 56.7 億ユーロ(1.0%)と続いている。Social care 費の内訳では高齢者介護が 163.9 億ユーロ(2.7%)、障害者ケアが 82.9 億ユーロ(1.4%)、などであった。2011 年のケア費用データから次のようなことがわかる。

- ・ AWBZ は医療において大きな役割を果たしていない。
- ・ 医療費には比較的大きな家計負担がある。
- ・ LTC の財源の 8 割は AWBZ である。
- ・ Social care 費の中で LTC と social support の大きさを比べると、前者が後者のおよそ 5 倍である。

表2 AWBZの収支

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
収入計	23,126.9	23,341.9	20,600.6	20,075.5	21,792.5	23,333.2	23,231.3	23,570.8
保険料	14,045.7	14,398.4	14,213.7	13,555.2	15,190.4	16,246.0	16,077.4	17,729.5
利用者負担	1,794.6	1,617.6	1,580.2	1,581.9	1,668.6	1,801.3	1,832.9	2,085.2
政府拠出(赤字補填)	4,745.6	4,495.4	4,774.3	4,896.4	4,891.6	5,248.3	5,275.7	3,719.4
その他	2,541.0	2,830.5	32.4	42.0	41.9	37.6	45.3	36.7
支出計	22,968.9	22,928.5	21,938.1	23,364.0	24,471.6	25,479.1	28,032.0	27,578.1
現物給付	21,212.8	21,123.0	19,794.0	20,848.2	21,669.2	22,475.5	25,022.0	24,593.0
現金給付	1,519.3	1,559.4	1,831.8	2,177.6	2,423.8	2,524.2	2,671.0	2,668.4
うちpersonal buget	1,103.5	1,305.7	1,567.6	1,917.3	2,159.9	2,255.5	2,458.7	2,476.9
その他	236.8	246.1	312.3	338.2	378.6	479.4	339.0	316.6

Source: CVZ (2014.2.17)

表3 オランダのケア費用のトレンド

(単位: 10億ユーロ)

	1990	1995	2000	2005	2010	2011
総額	26.7	35.1	47.0	67.8	87.3	89.7
対GDP比 (%)		11.5	11.2	13.2	14.8	15.0
分野別						
Health care	15.6	20.6	26.9	39.2	50.7	51.9
Social care	9.9	13.1	18.4	26.3	33.5	34.6
管理費	1.1	1.5	1.7	2.3	3.0	3.2
財源別						
政府	5.0	6.7	6.5	7.7	12.7	13.1
ZVW	6.9	12.0	12.7	17.6	35.6	36.4
AWBZ	7.2	7.6	14.5	22.0	24.4	25.1
その他	7.5	8.8	13.3	20.4	14.5	15.0
VHI	5.7	9.0		
利用者負担	4.2	7.0		

出典: 2005年まではHealth system in transition

2010・11年はRolden and van der Waal (2013)

(3) Wmo

Wmoによる給付は2007年から導入され、前述のように2008年から domiciliary care は AWBZ から Wmo に移管された。さらに、2015年から domiciliary care は低所得者のみ利用可能となる(2014年には新規申請者のみに適用、2015年には全受給者に適用)。Wmoによる給付は自治体の財政力の範囲内で提供されるもので、財政難を理由に給付が行われないことも可能である(この点は AWBZ による給付と全く異なる)。2011年における Wmo の給付総額は42億ユーロで、その内訳は domiciliary care 17億ユーロ、assistance to the handicapped 9億ユーロ、social counseling & advice 7億ユーロ、social & cultural work 7億ユーロ、other social support services 2億ユーロである。利用者負担もあり、2011年における Wmo の利用者負担総額は3億ユーロである。

表4は各サービスの制度間区分を示したものである。Wmoが導入された2007年にホームヘルプは AWBZ から Wmo に移管された。現在、AWBZ の給付カタログの縮小が進められ、最終的には AWBZ は施設における LTC に特化し、非 LTC サービス及び在宅の LTC サービスは AWBZ から切り離すことが目指されている。

3 AWBZ の現状と展望

表5は2007年末における AWBZ の受給者数の内訳を示したものである。総人口の3.6%が在宅又は施設サービスを受けた。受給者のおよそ7割が高齢者で、高齢者の中では42%が施設入所者、58%が在宅サービス受給者であった。高齢サービス受給者の18%が認知症によるものであった。

2007年末において65歳以上の高齢者の27.7%が AWBZ のサービスを受けていた。その施設・在宅別内訳は6.6%が施設サービス、21.1%が在宅サービス受給者であった。これをさらに年齢階級別に見ると図1のとおりである。85歳以上では80%以上が AWBZ のサービスを受けており、日本の介護保険の受給率より明らかに高い。

表4 各サービスの制度間区分

	AWBZ	Wmo	ZVW
LTC	アシスタンス、personal care, nursing care, トリートメント、施設介護	ホームヘルプ	一部の医療用具
LTC関連の社会サービス		食事宅配 Home adjustment トランスポート	
非LTC	Maternity care ナーシングホームや自宅でのリハビリ temporary care	多くの社会サービス	医療サービス

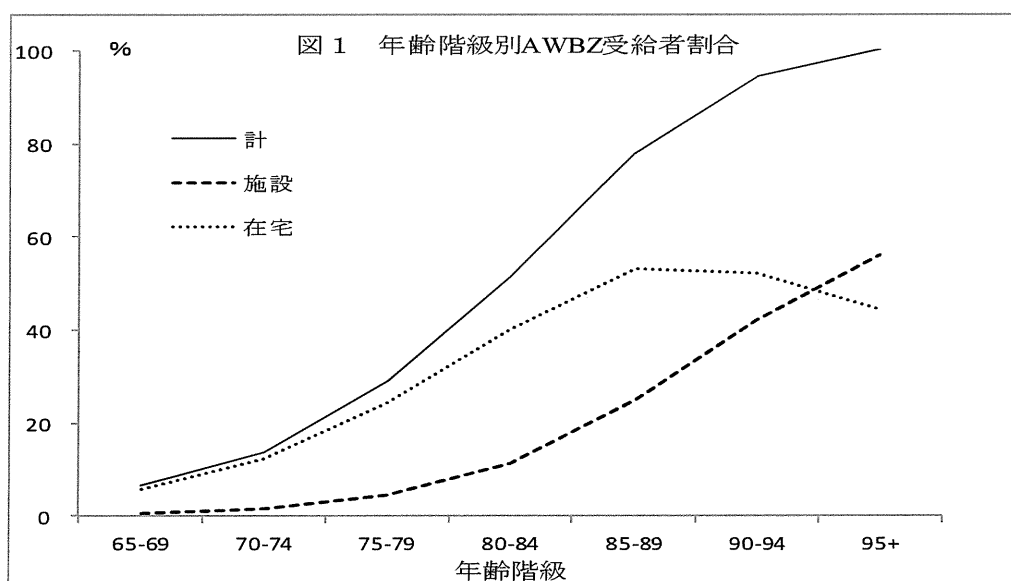
出典：Esther Mot(2010). The Dutch system of long-term care. CPB Document No. 204.

表5 AWBZ の受給者数（2007年末）

	(単位：千人)		
	在宅	施設	計
高齢者	227	164	391
身体	210	109	319
認知性	17	55	72
障害者	47	66	113
精神病患者	61	23	84
合計	335	253	588

(総人口の3.6%)

出典：Esther Mot(2010). The Dutch system of long-term care. CPB Document No. 204.



出典：表5と同じ

表6はAWBZの給付縮小プロセス(過去～将来)を示したものである。2008年からIADLに関するサポート(domiciliary care)はAWBZから切り離されてWmoに移管された。また、2009年には軽い要介護の人にはcounselingが給付されなくなった。リハビリテーションはZVWに移管され、2013年の新規認定者から軽度(ZZPレベル1又は2)の施設介護受給者は在宅介護しか受けられなくなる。さらに、2014～2015年にかけてZZPレベル3と4に同様のルールが適用される。

2015年に在宅のnursing careはAWBZからZVWに移管される。その理由はnursing careがLTCやsocial support部門より治療部門にふさわしいからである。また、2015年には在宅のpersonal careとcounselingは完全にWmoに移管される。この措置によってAWBZの支出が25%削減されることが期待されている。

表6 AWBZの給付縮小プロセス

LTC種類	在宅サービス	施設サービス
Home help	AWBZ→Wmo, 2007	
Personal care	AWBZ→Wmo, 2015 (注1)	
Nursing care	Mental health care→ZVW, 2008 AWBZ→ZVW, 2015	1年未満のMental health care→ZVW, 2008
Counselling	Restricted, 2009 & 2014 AWBZ→Wmo, 2015 (注1)	
Treatment	Mental health care→ZVW, 2008	1年未満のMental health care→ZVW, 2008
入院後の Rehabilitation		AWBZ(ZZP9)→ZVW, 2013 ZZP1・2は利用不可,2013 ZZP3・4は利用不可,2014/15

注1：在宅サービスのPersonal careとCounsellingをAWBZからWmoに移管することで、AWBZコストの1/4が削減される。

4 医療と介護の連携とまとめ

(1)日本の議論

日本では介護施設整備が不十分な中で、在宅介護の拡充によって施設介護を代替するアプローチがとられている。その際、要介護者やその家族が介護施設入所に傾かないよう、夜間のサービス提供などを含む充実した在宅介護サービスの展開が求められている。日本の介護保険制度では施設介護は特養・老健・介護療養病床の3種類に限定されているが、実際には多くの要介護者が民間の有料老人ホームやサービス付き高齢者住宅に入居している。

在宅要介護者が安心して地域に住み続けるためにも、介護施設入所者にとっても、医療サービスと介護サービスが適切に連携された形で提供されるシステムの構築が重要である。しかし、それは介護サービスの中に医療サービスを混入させることではない。

胃瘻や看取りの問題も近年では深刻になりつつある。今後の介護給付の増加に対応した財源確保の議論の中で、公的介護保険の適切な給付カタログの範囲に関して遠からず結論を出さなければならない状況である。

(2) オランダの議論・今後の方向

短期医療(ZVW)は完全に民営化され、高齢者介護を含む AWBZ は公的制度で運営されている。ZVW には管理競争という効率化への incentive が働いているが、それでもオランダの医療費は低くはない。一方、AWBZ には効率化への incentive が組み込まれていない。給付カタログの拡大などにより AWBZ の費用が大幅に増加したため、2007 年以降は一転して AWBZ の給付カタログが縮小されてきている。

サービス受給者の情報を活用して医療・介護・福祉に亘る横断的なシステムの効率化を図る試みは、まだこれからである。サービス利用者の賢明な選択によるシステムの効率化では不十分なため、さらに踏み込んで 1) サービス利用者の責任をより強調して(例えば、ホテル・コストの徴収、利用できるインフォーマル・ケアの活用、など)フォーマル・ケアへの依存度を減らす、2) 権利として受け取れる給付の範囲をより厳格にする(例えば、健康を維持するためのサービスは権利だが、ホテル・コストは自己責任)、という方向性が示されている。その行き着く先は AWBZ の極小化である(AWBZ の給付のうち nursing care や treatment は ZVW に、social support は Wmo に振り分ける)。

(3) まとめ

オランダ人の平均寿命は日本人より 1 年半短い。65 歳の平均余命も日本人より同程度短い。65 歳以上で LTC サービスを受けている人の割合は日本が 12.6% (2011 年)、オランダが 27.7% (2007 年) と大きな差がある。

オランダはフランスやドイツよりも人口千人当たりの医師数・病床数は少ない。2011 年におけるオランダの医療費、高齢者介護費はそれぞれ GDP の 8.7%、3% 台で日本より大きい。オランダは高齢者介護のために日本の 2 倍の費用を使っていることになる。

施設 LTC は AWBZ (entitlement 給付) で、social support は専ら Wmo (任意給付) でという整理が進む中で、AWBZ の極小化という方向は、日本の公的介護保険の持続可能性に対する大きな挑戦状でもある。

医療サービス利用の効率化(例えば deductible の導入)や医療と介護の連携(例えば nursing home におけるサービス提供)において、オランダは様々な工夫をしている。これらはオランダ人の合理的な国民性に基づいた制度設計となっている。サービス利用者情報の活用がサービス提供の効率化に必要であることは日本でもオランダでも変わらない。オランダで強調されている「サービス利用者の選択によるシステムの効率化」は明らかに日本にとっても重要である。

(注 1) Rolden and van der Waal (2013) に依拠している。

(注 2) 2007 年までは、前年に医療費を使わなかった人に対して一定額を返す no-claim rebate rule があったが、この制度は 2008 年から強制免責制に置き換わった。免責額の年額は 2008 年 150 ユーロ、2009 年 155 ユーロ、2010 年、165 ユーロ、2011 年 170 ユーロ、2012 年 220 ユーロ、2013 年 350 ユーロと引き上げられている。なお、この制度は compulsory excess とも言われている。

(注 3) 2011 年に AWBZ から long-term mental health care 費として支払われた医療費は 17 億ユーロである (Rolden and van der Waal, 2013)。

参考文献

Fukawa T. (2013). Financing long-term care for the elderly in the Netherlands and Japan, IFW Discussion Paper series.
Mot E. (2010). The Dutch system of long-term care. CPB Document No. 204.

OECD (2013). Health Data 2013.

Rolden H. & van der Waal M. (2013). Coordination of health care services in the Netherlands. Report by Layden Academy on Vitality and Ageing.

Schut F.T. & Van den Berg B. (2010). Sustainability of comprehensive universal LTC insurance in the Netherlands, OECD Social Policy and Administration Vol.44.

van Ginneken E. and Busse R. (2010). Health Systems in Transition: The Netherlands. European Observatory on Health Systems and Policies.

第3章

医療・介護の連携の議論に必要な 実証研究に関する一考察

井深陽子（東北大学大学院経済学研究科）

庄司啓史（衆議院憲法審査会事務局）

はじめに

介護保険と医療保険の利用は高齢化の進展及び高度な技術の発展に伴い将来的に増加することが予想される。これからの社会保障制度において公的負担の面で議論の中心となるのは、医療・介護それぞれの役割に基づいてより効率的に利用するという点、また可能な限り健康や厚生に影響を与えることなく医療費・介護費の増加の幅を限定することである。このためには、必要な利用を妨げることなく資源の有効利用という面が無駄のある利用を最小限にし、かつ、医療と介護の間で必要に応じた連携を行うことが必要となる。この点をさらに噛み砕くと、1) 医療費の伸びの幅を抑えること、2) 介護費の伸びの幅を抑えること、3) 医療と介護の間でそれぞれの用途に応じて連携を行うこと——という三点に分類される。

本稿では、医療費と介護費の伸びに関係する前述の三つの点について、関連施策とこれまでの研究から得られた知見との関係を整理した上で、厚生労働省科学研究費補助金「医療・介護において共有すべき情報に関する研究」(代表：磯部文雄)の助成を受けた我々の研究の成果¹の位置付けを行うとともに、今後の同分野実証研究の方向性と医療・介護費の公的負担の伸びを押さえるための方策を考える上で、実証研究の重要性を議論する。

医療費

医療費は経済成長とともに増大していくが、実際には医療費支出伸び幅は国家の所得水準が上昇する以上の割合で増加している。このことは、医療サービスの需要に対する所得弾力性は1以上であることを示しており、医療サービスは国家にとって、いわば「奢侈品」であることが知られている (Getzen 2000)。また、マクロの医療費支出の増加は、これまでの実証研究によって、高齢化の進展よりもむしろ医療技術の進展がより大きな要因であるということが明らかになっている。例えば、1960年から2007年の米国における医療費支出の伸びのうち最大48.3%は、技術の進歩に伴う伸びであると算出される一方で、人口構造の変化が与える影響は7.2%にとどまっている (Smith, Newhouse, and Freeland 2009)。

医療費の伸びを抑える方策を考える際に重要な視点として、1)「医療技術の選択」というマクロ的な政策、2) 個人の受診行動や病院などに対して医療費抑制につながるような誘因の設

¹ 実証研究の成果は、月刊誌『統計』2013年12月号に「中高年の受診行動と身体機能との関係から」として刊行された。