

コングレッションナル・ブリーフィング
オランダの高齢化社会と医療制度改革

2012年1月17日 衆議院第一議員会館

○ 司会の乗竹亮治氏（日本医療政策機構 ディレクター）より開会の挨拶

HGPIは中立的、超党で医療政策を考えていくことを目指しているシンクタンクであり、これまで医療政策の選択肢を提供してきた。今回のようなCBは米国ではよく行われているが、海外の有識者を呼び、諸国の制度の勉強をする機会としており、今回はライニール・J・コペラール氏にお越しいただいた。オランダも高齢化が進みどのような対策を行うか議論が進む中で、2006年に新しい医療保険モデルを構築した。このモデル制定にあたりとても長い時間をかけてやってきたと聞く。オランダ病という言葉もあるが、継続的な議論をしてきた。今回はこの話も含めてぜひお聴きしたい。

○ N. トローステル（オランダ大使館 経済部長/経済・金融担当全権公使）氏より開会の挨拶

このたび年の初めに国会に来ることができ大変光栄である。今回の開催は、衛藤先生、HGPI、そしてオランダ大使館との共同で実現することができた。テーマは高齢化。これは先進諸国にとって重要かつ大きな課題である。OECDの調査によれば、日本が医療の効率と医療費を抑えつつ、長い平均寿命を作ってきたことが明らかであり、なぜこのような成果を挙げることができたのか世界でも関心が高い。オランダも高齢化対策をしてきたが、さらに思い切った改革が必要となり2006年に変革がおきた。国ごとによって文化は異なるが、各国のベストプラクティスを学ぶことは重要と考える。今回、コペラール氏より紹介するオランダの事例を通して皆様の参考になれば幸いである。

○ ライニール・J・コペラール氏の講演

- ・ オランダでも高齢化や非感染症の問題に対して改革を行ってきた。しかし、すぐできたわけではなく、1970年代から改革内容について話しあってきたおり、ここまで進むには容易でなかったこともつけ加えたい。
- ・ 日本、オランダのデータを比較すると日本は平均寿命が世界でも特に長いことは注目すべき。たとえば、医療費の対GDP比(%)は日本が8.5%に対してオランダでは12%。これはオランダの医療のほうがかかりお金がかかっているということ。
- ・ オランダの治療に関するコンパートメントは以下の3つである。
 - (1) 短期医療保険 と補完保険
 - (2) 特別医療費保険
 - (3) 社会支援法
- ・ オランダの医療制度の制度的基盤のポイントとしては以下の通り。
 - (1) マネージド・コンペティション (Managed Competition : 管理された競争)
 - (2) リスク連帯 (risk-solidarity) の最大化による医療費の抑制
 - (3) 小さな急性期医療セクターと大きな長期療養・介護セクター
 - (4) 医療セクターは民間非営利セクターが担当
 - (5) かかりつけ医 (GP) は門番として役割を果たしている。オランダで病気になったら初めにかかりつけ医にかかる。かかりつけ医の紹介が無いと原則二次医療圏には行けない。

(6) ポルダー・モデル さまざまな職業団体が協力してやっていくということを意味する

・ 具体的な改革の内容として、2006年に施行された健康保険法による短期医療保険のポイントは以下の通り。

- (1) 個人強制保険
- (2) 主要な医療サービスについて給付内容を法律で規定
- (3) 被保険者は保険者を選んで年ごとに自由に契約：定額保険料をめぐる競争
- (4) コミュニティ保険料方式（同じ保険商品に対して同じ保険料）を採用。雇用者からも所得に応じた保険料
- (5) リスクセレクションを防止するため、保険者間のリスク格差を調整
- (6) 強制的免責控除金額（deductible）は低額（€ 220）。自主的にこれより高額に設定することも可能
- (7) 医療サービス手当（税額控除）
- (8) 18歳未満の被保険者の保険料は税金により補填

・ 健康保険に関してはまださまざまな課題がある。主なポイントは以下の通り。

- (1) 2010年まで低かった保険料の増加率が、現在加速している（8-10%）
- (2) 保険会社は、被保険者に多額の現金を還元：一般管理費を大幅に削減するが、保険の請求は大幅に増加
- (3) 健康保険会社間の統合が加速：現在トップ5社が市場シェアの95%を占める
- (4) 被保険者が保険者を変更するインセンティブが小さい（2006年：18%、2011年：6%）
- (5) サービス供給者市場：価格は低下するが供給量が増大。選択的契約やネットワーク・ポリシーはほとんどなし

→ マネージド・コンペティションの条件が全て満たされているわけではない。

特に、透明性の追求とリスク共有については不十分。

・ 健康保険を改善のための方向性としては以下の通り。

- (1) 短期的課題：基本的な給付内容を必要最小限にとどめる
- (2) 透明性の追求とガイドライン整備を通じて品質の向上を図る（Quality Institute for Care）
- (3) 契約者としての役割を果たすインセンティブとして保険者のリスクを高めることで、被保険者のために保険者が交渉するようにした。
- (4) 自由に保険会社と交渉できるレートが：34%から70%に引き上げ
- (5) 自動的契約から選択的契約を増やしていく。とネットワーク・ポリシーへ
- (6) 一体型の病院ケアから集中的複合ケアへの転換
- (7) 医療サービス供給者のリスクを高める：資本投資の自由（DRGごとの資本コスト）
- (8) 予算管理から成果に対する価格設定（output pricing）へ
- (9) 専門医の報酬を下げる

・ 2つ目のコンパートメントとして特別医療費保険がある。これは基本的な医療保険とは別のものである。

・ 特別医療費保険に関する課題としては、以下がポイントである。

- (1) コストの増大 / 持続可能性への課題
- (2) 利用者中心ではなく供給者中心へシフトしてきている
- (3) 医師や看護師等の人材不足。看護師が 2040 年には 40 万人必要という試算もある

・ 特別医療費保険に関する改革の方向性としては、以下がポイントである。

- (1) 供給サイド中心から利用者中心の制度へ
- (2) サービスの品質基準順守の推進（Quality Institute の設置など）
- (3) サービス供給者との強制的契約を廃し、自営業者との契約を許可
- (4) 2013 年には特別医療費保険の事務を民間保険者に委ねる

→ 急性期医療と長期療養・介護の連携を強化

・ 3 つ目のコンパートメントである社会支援法の概要は以下の通り。

- (1) 目標として、「全地域住民の自立を支援」「市民の社会参加を推進」「市民社会の活性化と社会の団結を推進」「障害を持つ人々の自立を支援」が挙げられている。
- (2) 地方自治体が裁量と責任を持つ
- (3) 保険ではなく「自治体の義務」
- (4) 4 年ごとに地域計画を策定し、評価する
- (5) 政策決定に市民団体が参加

・ 今回のまとめとして強調したい点は以下の通り。

- (1) 「マネージド・コンペティション」モデルによって競争を生み出すことで、未解決課題への取りくんでいく
- (2) サービスの品質向上への取り組みを強化
- (3) ケアに関する患者のニーズを重視
- (4) 総合的かつ創造的な医療サービスが提供できる余地を残す（IT など）
- (5) 給付と個人負担のバランスを再検討する。将来においては個人所得に注目していく。個人の貯蓄資産をもとに給付内容を考えていくことも重要と考える

○乗竹氏より発表内容のまとめ

- ・ 2006 年に医療保険改革が起こり、規制された競争「マネージド・コンペティション」を取り入れてきた。政府が強烈的な縛りがある中で民間が活躍できる場を作ってきた。なおかつ、政府が全てコントロールするわけではなく、ボランティアや民間団体が裁量を持つことができるようになった。しかし、ボランティア等にも支出をすることで医療費の高騰を招いてしまったという背景もある。
- ・ 2006 年の改革では、30 年近くかかって実現してきたことも言及していた。ボルダーモデルという言葉が出たが、多くのステークホルダーが議論して作ってきたという話もあった。

<Q&A>

Q：以下の 3 つを教えてください。

- (1) 医療の質 標準医療・最適医療を誰が担保しているか
- (2) 医療と介護が民間保険にゆだねられているということだが、一方で社会支援法が自治体となるとこ

の連携がスムーズに進むのか

(3) オランダの尊厳死法の問題を鑑みると、長期ケアも出るがどう動いているか

A :

- (1) 質の標準に関しては専門医により質を担保している、またピアレビューをしてくれている。専門医の認証システム（ある専門資格を得ようと思うと認定組織による認定が必要）が質の管理をしてくれている。また、医師の仕事を看護師に一部まかせていいのか、同様にピアレビューを行っている。有害事象など、成果を測定するための指標を開発するのも重要と考える。
- (2) 自治体と国の連携に関しては、中央政府が医療を提供するわけではなく、保険会社が医療を提供している。彼らは歴史もあり、能力もあるので政府が関わらなくてもうまくまわると思われる。ケースマネージャーが担当する場面が増えてきている。
- (3) 尊厳死に関しては、今回の医療改革とのつながりはあまりないと思っている。別のテーマとして扱われてきたが、医療倫理の問題なので別ではあったほうが良いと考える。尊厳死の考え方は、医師は治療したいがそれが出来ないことに反対はあった。一方、この議論からホスピス医療や緩和医療が発展したのも事実。

Q : コンパートメントの金額の内訳は？総額か、税の投入部分か。

A : 健康保険はすべて保険料。他は保険を支払っていない人が全額送られている。子どもに関しては全て政府が負担。特別医療費保険は、全て所得税。社会支援法は、中央政府から地自体に拠出されるもの。基本は租税収入。

Q : かかりつけ医(GP)の紹介が無いと二次医療圏には行けないと発言があったが本当か？

A : オランダでは GP を通らないと二次医療権にいけないのが原則だが、救急に関しては例外。

Q : 国民が保険者を選ぶときに情報が無いと選択が難しいと思うが、アドバイスできる仕組みはあるのか？

A : 被保険者も透明性のある情報をえなければならない。今は Choose better というインターネットで調べるイニシアティブがある。ここで保険会社の比較が出来る。これから派生して比較できる WEB 媒体が増えてきている。

○ ピーター・テルプストラ氏（オランダ大使館 政策アドバイザー）から閉会の挨拶

大使館からも今回の機会を作っていただきお礼申し上げます。日本の制度改善のために、ぜひ引きつづき情報提供ができればと思います。ありがとうございました。

<了>