介護と医療の実質的連携と医療費効率化のための提言―オランダの制度を参考として―

第2章　オランダの短期医療と長期ケアの対象区分の基準とわが国における長期ケアの総合化のための提言

●NPO法人　福祉未来研究所

【まとめ】

まず、オランダの長期ケア（AWBZ）と日本の介護保険の違いを明確にしておく。

1　負担については、保険料率が大きく違う。オランダは12・65％だが、これは若年者への障害給付も含むので、それを差引くと約8・4％分が高齢者給付と考えられる。しかもこれは、すべて被保険者負担で使用者負担はない。オランダの場合、給付費の4分の3が保険料で、残りがサービス利用者の一部負担と国の負担である。

全体としてオランダのAWBZと比べると、日本の介護保険料負担は若年層では10分の1程度と考えられる。したがって、後述するように負担の格段に大きいオランダがAWBZのサービスの一部をWMOに移したからといって、それがそのまま日本に妥当するとは言えない。

2　給付については、オランダのAWBZが1年以上の医療、施設給付及び在宅の看護・介護サービスを提供しているが、施設給付には医師1人を擁するナーシングホームを含んでおり、在宅の医療そのものは家庭医を介して一般医療（ZVW）から給付される。このようなシステムを日本に引き直せば、医師1人が必置の老人保健施設に長期入所させる（医療保険で回復期病院やリハビリ病院を置くなら老人保健施設の短期性は失われるため長期化が妥当）、又は特養に医師を置いた場合は報酬を増やして介護保険から給付し、その代り、さらに医療療養病床を含め最低医師3人を必要とする療養病床を新しい医師1人の介護施設に転換していくのが適当と考えられる。

3　日本の政策への反映

医療・介護サービス提供におけるオランダ方式のメリットは、一般医療保険が短期対応に限られること（ただし、医療費の対GDP比は家庭医への配分は多くないにも関わらず9・2％と高い）、一般医療以外は、一年以上の長期の医療を提供する施設ケアを含め長期ケア保険から支出していることである。これを日本に反映させるとすれば、わが国の規定路線である介護療養病床の廃止だけでなく、医療療養病床も廃止し、その代り現在の療養病床より大幅に費用抑制型の医師1人の施設で長期入所できる介護施設類型を新たに作り、療養病床をそれに転換させていくべきである。

家事援助を市町村事業である地域支援事業に委ねるのは、わが国においても介護保険導入以前の形に近くなることを意味するが、オランダのWMOのように社会保険によるサービス提供を断念してはいない。地域支援事業はあくまでも介護保険事業のひとつであり、ただし保険給付本体と異なり事業に使ってよい費用には上限（現在は総介護事業費の3％）が設けられているので、これを適切に引き上げることによって、国民の支持を得つつ費用抑制を図っていくことが適切であろう。

第一節　オランダとわが国の長期ケアの状況の比較

Ⅰ　長期ケアにおける医療介護提供体制

1　オランダの医療介護提供体制

施設ケアは、2009年では479のナーシングホーム、1131のケアホーム（residential homes）及び双方を兼ねる290の施設に、約17万人が生活している[4]。ナーシングホームには必ず医師がおり、一方ケアホームに施設入居者の6割が住んでいてナーシングホームの入居者ほどの医療の必要度がない者とされている[5]。ただし、ケアホームにおけるケアが近年複雑化してきており、両者の区別はあいまいになりつつあるとする意見もある。人口に占める施設入所者の割合は80～84歳10％、85～89歳20％、90～94歳35％、95歳以上52％、と年齢の上昇とともに急激に高まり、80歳以上全体では19・8％であった[6]（2006年）。

在宅ケアは、248の在宅ケア組織（事業者）と255のナーシングホーム／ケアホームによって提供され、在宅ケア利用者は61万人（総人口の4・8％）にのぼっている[7]（2007年）。80歳以上の在宅ケア利用率は男31％、女56％である。

オランダと日本における施設の種類別最低配置医師数は**表1**のとおりである。家庭医診療所（GPのいる所）には、実際のサービス提供者としては、医師の他に多様な機能を持つ医療助手、ナースプラクティショナーがいる場合も多い。特徴的なのは、オランダのナーシングホームには必ず1人の医師が専属配置されており、ナーシングホーム医が専門医の地位を得ていることである[8]。これは、わが国はもちろん他の欧米諸国にはない制度となっている。ただし、夜間に医師が常駐しているわけではないので、わが国で言えば、老健施設と同じ医師配置、ということになる。退院調整は移行支援看護師（transfer nurse）という専門職が担うなど、医療から介護への連携が行いやすいのも、オランダの特長となっている。

オランダでの退院後の患者の流れについては、病院が退院後についても責任を有するため、病院に所属する老年学の専門医である医師が決定することとなっているが、決定までに時間を要する。その間、病院の移行支援看護師がコーディネーターとして一定の役割を担っている。また、施設入所を適切に管理する上では、ケアニーズを判断する地方自治体に所属する地域看護師（neighborhood nurse）が一定の役割を担っている。ただし、AWBZの介護施設に入所しようとする場合には、わが国ほどではないが長期にわたって待つことになるのは、わが国と同様である。

なお、長期ケアが病院で行われているか否か、についてのOECDの調査では[9]、

▽オランダは、なし

▽カナダ、イタリア、韓国、アメリカはあるとするが、平均の入院期間は不明（アメリカは25日以上のケアとしている）

▽オーストラリア、ドイツ及びイギリスはデータが得られない、とされ、

▽フランスは、従来病院の長期ベッドとされていたものが、法令の見直しで、ナーシングホーム及びケア施設ベッドに変更された。

▽スウェーデンでは、エーデル改革によって、3万1000の医療ベッドがナーシングホーム及びケア施設ベッドへと変更された。

こうした状況を見ると、日本のように3人以上の多くの医師を擁して1年以上入院できる病院がある国が減少しつつある中で、これから回復期と慢性期機能という分類を新たに設けようとするのは、

表1　施設の種類と最低配置医師数

オランダ			日本		
ケアホーム	―		特養	契約医師	1
ナーシングホーム	専属医師	1	老健	医師	1
家庭医診療所	GP	1	介護療養病床	医師	3
病院	専属医師	複数	診療所	医師	1
			医療療養病床	医師	3
			病院	医師	3

（注）日本の特養の医師は常駐でなくて良い。

こうした流れに逆行していると言えよう。回復期機能はわが国の場合、帰宅までの回復期を担う目的で設立された老健施設の機能と重複することになるし、医師3人を擁する慢性期機能の病院を維持する必要があるのか見直されていくべきであろう。

2　日本の医療介護提供体制

病院の基本的考え方は、夜間にも医師による治療があり得ることから医師3人が最低配置数とされ、3人で24時間をカバーすることとなっている（表1）。その分、診療報酬も高い。すなわち、オランダのように、入院日数と医療行為を行った日数に差がないのが入院治療の通常であり、日本のように入院期間中の1週間に1回とか、1か月に1回しか医師による医療行為がない患者というのは、医師を最低3人を擁する病院への入院の必要がほとんどない証左というべきであろう。すなわち、1週間に1回とか、1か月に1回しか医師による医療行為がない患者の医療ニーズは、在宅患者の場合とほとんど変わらないと考えられ、老健施設のように、昼間1人の医師がいれば対応できると考えられる。

胃ろう等で看護や医療的介護を要する者が療養病床に入院しているが、これらも老健施設並みの看護介護職員（必要であれば配置の見直し）で、対処できよう。

3　以上から、日本の療養病床は、オランダのナーシングホームと同様に位置づけ、医師1人の介護施設としてもよいとするのがオランダのシステムからの教訓と考えられる。また、特養に常駐の医師が配置された場合には介護報酬上老健施設並みの評価をするのも適当な措置であり、結果的には高齢者医療費の縮減にも役立つと考えられる。

Ⅱ　費用負担

1　オランダの費用負担

（1）ZVW（2012）公費6%、自己負担5%、定額保険料36%、所得比例保険料53%

（2）AWBZ（2013）公費16%、自己負担9%、保険料75%

保険料率は12・65%（うち、高齢者分は8・4%）で、全額被保険者負担（使用者負担はない）

施設ケアの7割給付、在宅ケアの利用者の70%カバー

（3）WMO　自己負担、市町村民税及び国からの基金による。

したがって、AWBZの保険料は使用者の保険料負担がなく被保険者だけの負担であることもあって、非常に大きな負担となっている（障害者分を除いてオランダの保険料率は8・4%、日本の協会けんぽの介護保険料率は1・7%）。

また、各制度の支出額はZVW（2012）369億ユーロ、AWBZ（2013）276億ユーロ、WMO（2011）42億ユーロとなっている。

2　日本の費用負担

（1）国民健康保険　公費50%、自己負担30%、保険料月7166円（協会けんぽ10%）

（2）後期高齢者医療保険　公費50%、自己負担10～30%、保険料月5275円、

（3）介護保険　公費は給付費の50%、自己負担10%、保険料は給付費の50%（1号保険料は月4972円、2号保険料率1・7%）

日本の介護保険では、40歳から65歳までは2号被保険者で、保険者によって料率が異なるが、協会けんぽを例に取ると1・72%（被保険者負担0・86%）である。65歳以上の1号被保険者の保険料は全国平均で4972円、65歳以上の平均収入の3・03%の負担である。日本の場合、給付費の半分が保険料で、残りの半分は地方と国で半々に負担しており、この他に一部負担が一割ある。地方分は住民税、固定資産税を含む地方収入全体のうち介護保険負担分は2・46%と考えられ、国分は国債や法人税を含む国の収入全体のうち介護保険負担分は1・82%に過ぎない。

また、全体の額としては、2011年度で医療保険（国保等と後期高齢者医療保険の合計額）30・3兆円、介護保険7・6兆円、障害者支援事業（社会福祉費）5・3兆円となっている。

さらに、仮に、日本の介護保険の給付を対GDP比で2011年のオランダ並み（ただし、AWBZから障害給付を除く）に拡大すると、それは現在の日本の介護保険の規模を1・6倍にすることを意味し[10]、現在の財源構成を変えないと仮定すると、現時点で1号被保険者の平均保険料は月約50

００円から８０００円に、２号被保険者の保険料率は１・７％から２・７％に上昇する。

オランダでは長期ケアの利用者が在宅・施設ともに日本よりはるかに高い割合である（65歳以上人口のＬＴＣ受給者割合は日本の12・６％に対してオランダは19・４％、65歳以上人口千人当たりＬＴＣベッド数は日本の37・４に対してオランダは68・５）が、現在そのコスト削減に熱心に取り組んでいる。施設の定員も３分の１を削減する計画である。

オランダでは費用のおよそ４分の３を被保険者が負担することもあり、被保険者負担だけで12・65％の保険料では高すぎるということで、オランダは改革を始めたわけだが、日本は被保険者が保険料として負担するのは費用の半分で前述のような負担になる。この負担では無理だと言う人が多数なら、これまでのオランダのような給付は難しいし、サービスが良ければその額を払っても良いと言う人が多数なら、これまでのオランダ並みの給付を目指すべきであろう。

どの程度の給付を良しとするかの決定方法は難しい。ただし、日本はオランダに比べると若年層は８・４％に対し０・86％、高齢者は８・４％に対し３・３％と低い負担の保険料率によって[11]、オランダと比較しても相当の給付を行っていると考えられ、オランダが全体として高い保険料の故に家事援助をＷＭＯに移すからといって、直ちに模倣する必要はないと考えられる。

第二節　オランダの一般医療（ＺＶＷ）と長期ケア（ＡＷＢＺ）の対象区分の基準

１　保険による給付の基本的基準

ＺＶＷは一年未満の入院並びにケアホーム入所者及び在宅者への医療を、ＡＷＢＺはナーシングホームでの医療、ケアホーム及びナーシングホームでの看護・介護、在宅での看護・介護並びに１年以上継続する入院を、地域支援（ＷＭＯ）は、順次ＡＷＢＺから移行されつつある家事援助や精神病予防を、給付している。

入院医療が引続き１年以上になると、自動的にＺＶＷの保険者からＡＷＢＺの保険者に変換される。ただし、１年を超す入院というのは、合併症を起こしたような極めて特殊な場合とされている。

また、ＷＭＯは保険システムではなく公費（税）負担に依るシステムであり、さらに、ＡＷＢＺの対象には、高齢者向けサービスだけでなく、障害者向けサービスが含まれている点は注意を要する。

２　精神疾患についての基準[12]

２００８年までは、精神医療は１年未満のものも含めＡＷＢＺにより給付されていたが、２００８年以降、他の疾病と同じように１年を基準とする上記の基準へと変更された。ただし、他の疾病で１年を超す入院というのは、合併症を起こしたような極めて特殊な場合とされており、ＡＷＢＺから支払われる１年を超す入院としては精神疾患が大宗である。

オランダでは、約９万人が認知症、うつ病などの高齢者（全高齢者の約４％）であり、２００９年の統計では、ナーシングホームなど高齢者施設入所者の17万人に対して、精神保健施設入所者は１・６万人と約10分の１であった。若年層を含めると約10万人が３つの精神病院を含む約１００の精神保健施設に入所している。

第三節　わが国における長期ケアの総合化のための提言

１

オランダのＡＷＢＺの歴史を見ると、１９６８年に制度ができたときの給付対象は、精神障害などの施設入所者の看護、介護、食事及び宿泊費に限られていた。その後１９８０年に在宅看護・介護に拡大され、地方自治体が供給していた家事援助が１９９２年に、ケアホームの費用が２０００年に、それぞれＡＷＢＺに移管された。そして、施設における精神科医、リハビリテーション医及びナーシングホーム医による医療費もＡＷＢＺが負担することとなった。

負担は、保険料０・41％から12・65％にまで増え、かつ、労使折半から労働者単独負担に変更されてきている[13]。

最近になって、逆方向に動き出し、１年未満の精神科医療は２００８年からＺＶＷに戻され、家事援助も２００８年から地方自治体に移されている。

さらに、オランダにおいては低レベルの施設外サービスが廃止さ

れ（２０１３年）、２０１４年からＡＷＢＺ給付のうちのデイケアサービスや個人サービスの一部が廃止され、２０１５年からはさらに広くＷＭＯに移管され、保険業務を行っていたケアオフィスが長期的には廃止される予定とされている[14]。

２　こうしたオランダの流れを見ると、わが国においても介護保険の範囲を拡大して大きな保険料負担となると、逆方向に縮小せざるを得ない可能性があることを示唆しているように見えるが、【まとめ】に述べたように、若年被保険者の保険料負担に限って言えば、オランダでは我が国の約10倍の負担率である。

ただし、オランダのナーシングホームも平均１年の待機があるとされており[15]、この点には留意を要する。さらに、オランダでは退院後のケアについては病院に責任があるとされている点も参考に値しよう[16]。

３　支払われる費用

我が国における１人１月当たり費用（以下、「単価」と略称）を比較すると、２０１２年度で、特養28・０万円、老健29・５万円、介護療養施設39・２万円となっている（**表３**）。

一方、入所者１００人当たりの最低配置人員基準は、**表２**のようになっている。

これを見ると、特養と老健は必要看護師数が６人違って費用の単価の差が１・５万円であるのに対して、老健と介護療養は医師数が２人及び看護師数が８人違って費用の単価の差が９・５万円あり、看護師の数によって費用を修正すると、９・５万円のうち７・５万円分は医師が２名多いためと考えられる。

したがって、介護療養病床をオ

表２　入所者１００人当たりの最低配置人員基準

職　種	特養	老健	介護療養
医　師	１名 (非常駐)	１名	３名
看護職員	３名	９名	１７名
介護職員	３１名	２５名	１７名

表３　療養病床に関する実態と試算

	2012 病院報告 患者数 (万月人) ①	患者数 (万人) ②＝①/12	単価 (万円/月) ③	2011 医療費 (兆円) ④＝①x③	2011 国民医療費 の入院 (兆円)
総数	1,514		95.1	14.40	14.4
一般病床	791	65.9	146.0	11.55	
療養病床	357	29.8	47.6		
医療療養	277	23.1	50.0	1.39	
介護療養	80	6.7	39.2		
精神病床等	366	30.5	40.0	1.46	
参考	入所者数 (万月人)	(万人)	単価 (万円/月)	年費用 (兆円)	
特養	567	47.3	28.0	1.59	
老健	412	34.3	29.5	1.22	
介護療養	90	7.5	39.2	0.35	

(注1) 参考は2012年度介護給付費実態調査の施設サービスの数値である。
(注2) 療養病床及び精神病床等の「単価」は推測値であり、一般病床の単価は計算結果である。

試算

	（兆円） 医療費	介護費
(1) 介護療養施設の単価が老健の単価まで下がった場合の施設介護費の低下		0.09
(2) 全療養病床の単価が老健の単価まで下がった場合の医療・介護費の低下	0.57	0.09
(3) 一般病床の10%の単価が医療療養→老健に下がった場合の医療費の低下	0.16	
(4) (2)+(3)	0.73	0.09
(5) 一般病床の25%の単価が70万円→老健に下がった場合の医療費の低下	0.80	
(6) (2)+(5)	1.37	0.09

ランダのナーシングホームのように必要医師数を1人とすれば、その費用は月31・5万円に低下する。介護療養病床の単価が老健の単価まで下がったと仮定すると、介護費は約900億円低下する（表3）。医療療養病床の単価も同様に老健の単価まで下がったと仮定すると、医療費は約5700億円低下する。

さらに、印南教授の指摘する「一般病床の中にも社会的入院継続が16・5万人いる[17]」点を参考に、次の2つの試算を行った（表3）。

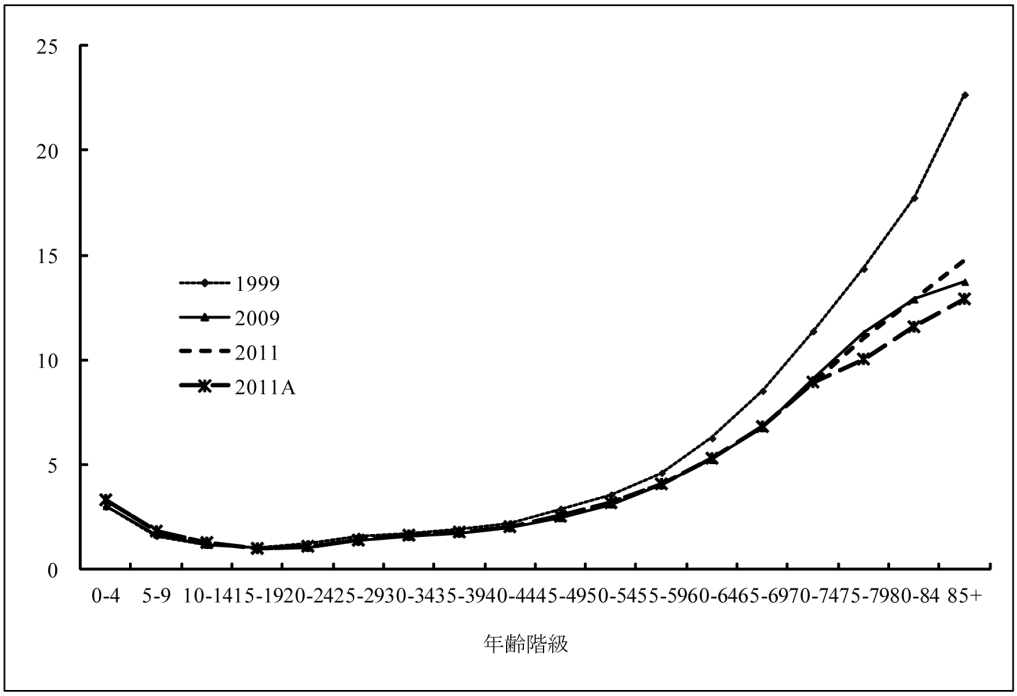
（a）一般病床の10％において社会的入院が存在し、その単価（医療療養の単価と仮定）が老健の単価まで下がったと仮定すると、医療費は約1600億円低下する。

（b）一般病床の25％において社会的入院が存在し、その単価（70万円と仮定）が老健の単価まで下がったと仮定すると、医療費は約8000億円低下する。

全ての療養病床の単価が老健の単価まで下がり、さらに（b）のケースまで想定すると節約される医療費は1兆3700億円、節約される介護費は900億円と推計される。そして、重要なことは、これらの医療費・介護費低下によってもほとんどの場合これまでと同様な必要なサービスは確保されると考えられることである。

図1は国民医療費の人口1人当たり医療費を、医療費の最も少ない15～19歳を1・0としたときの各年齢階級の医療費の大きさである。介護保険導入前の1999年度には医療費の最も高い年齢層である85歳以上は15～19歳の約23倍であったが、2000年度からの介護保険導入による介護療養病床等への移行により2011年度には約15倍にまで減っている。更に、表3の試算（6）のケースで医療費1・37兆円の低下が75歳以上の各年齢層の入院費で比例的に起きたと仮定すると、2011Aのように75歳以上の1人当たり医療費は2011年度より大きく低下し、85歳以上は15～19歳の約13倍になる。このように、医療療養病床等を老健並みの費用に転換し介護保険負担にすると、欧米と比較して高いとされるわが国の高齢者の医療費を大きく下げる効果を有することがわかる。

図1　年齢階級別人口1人当たり国民医療費（15～19歳＝1.0）：1999,2009,2011年度



資料　厚生労働省「国民医療費」

4　医療と介護の総合化のための提言

（1）総合化の論点としては、以下の点である。

①療養病床を老健並みの医師1人、必要に応じて看護介護者の上乗せをして胃ろうなどの医療ニーズが高い長期療養者のための施設へと変換し、新しい介護施設とするか。
②その療養施設の給付を医療保険で行うか、介護保険で行うか。
③75歳以上の医療・介護サービスを1つの制度で提供するのが合理的か否か。

（2）問題点としては、
①現行療養病床は、1人当たりの床面積が狭いので、現行老健並みの広さを要件とするために、猶予期間を設けて転換を促す必要がある。
②運用責任者と施設許可者は同じであるべきか、それとも現行特養のように、入所者決定などの運用責任者は市町村で、施設許可者は都道府県というような分かれ方でよいのか。
③75歳以上の医療・介護サービスを1つの制度にした場合の保険者を誰にするか。

（3）本稿での結論として、次のような日本の制度改正を提言する。
① 6年間の猶予期間を設けて療養病床を老健並みの医師設置数、及び広さにし、新しい介護施設とする。
② 新しい介護施設の費用負担は、高齢化に伴い高齢者の負担割合が増えていく介護保険方式を維持した上で、介護保険が負担する。
③ 新しい長期入所施設としての介護施設の施設許可者は、これまでのように都道府県の許可というのではなく、10万人以上の人口規模を前提に市に移管する。すなわち特例市の基準を人口10万人に下げ、それ以上の人口の市は市の許可でよいこととする。

なお、本稿は、平成23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」（H23―政策―一般―009）を基礎にしたものである。

【注】

4　2011年度報告書「オランダにおける医療・介護サービスの調整」p33―34
　ただし、平成25年度「高齢者の健康長寿を支える社会の仕組みや高齢者の暮らしの国際比較研究」国際長寿センターp44によれば、施設入居者数は急激に減少しており、2013年には約12万人とされる。
5　Rolden によれば、ZZP（要介護度）のレベル1―4がケアホーム入居者、5―8がナーシングホーム入居者の基準であるとする。2011年度本研究報告書「オランダにおける医療・介護サービスの調整」p31―32参照
6　注4に同じ
7　注4に同じ
8　J Am Med Dir Assoc.2004May-June;5(3):207-12 Nursing home and nursing home physician: the Dutch experience
9　OECD Health Data 2013 Definitions, Sources and Methods Long term care beds in hospitals(excluding psychiatric beds)
10　日本の2012年度の介護総費用はGDPの1・7％である。一方、オランダの2011年の高齢者介護費（障害者に対する給付を除く）はGDPの2・7％と見込まれる。
11　日本の若年層は、協会けんぽの1・72％の半分を被保険者分とし、高齢者は2012国民生活基礎調査の高齢者世帯の1人当たり平均収入に対する平均介護保険料12か月分の比率で算出した。
12　WHO Health Systems in Transition Vol.12No.1 2010 The Netherlands Health system review
13　〝Social health insurance systems in western Europe〟p290 European Observatory on Health Systems and Policies Series 2004,WHO。ただし、この当初の労使折半というのは、前身のZVWのことを言っている可能性もある。
14　2012年度報告書「オランダの医療・介護保険制度」p43
15　Marieke 〝Basic features of the Dutch health care system〟Summary4
16 Rolden 〝Coordination issues in patient transferal〟
17 印南一路「社会的入院の研究」東洋経済新聞社2009、p148。16・5万床は一般病床の約25％に当たる。