

年齢階級別医療費の国際比較

フカワ テツオ
府川 哲夫*

目的 フランス、ドイツ、日本、オランダ、イギリス、アメリカの6か国をとりあげ、各国の医療費のnational dataをもとに65歳以上の人口1人当たり医療費の大きさを比較検討することを目的とした。

方法 医療費の内訳は入院、外来（医科外来）、歯科、薬剤（外来薬剤）、その他とし、年齢階級は0～14歳、15～44歳、45～64歳、65～74歳、75～84歳、85歳以上を基本とした。各国のnational dataをもとにして、医療費に含まれている高齢者の介護費を除く修正も行った。

結果 各国のnational dataで医療費倍率（65歳以上人口1人当たり医療費の65歳未満人口1人当たり医療費に対する倍率）をみると、日本の4.8倍がもっとも高く、ドイツの2.6倍が最も低かった。日本、オランダ、アメリカで4倍を超えており、これらの国では高齢者介護費が医療費に大きな影響を与えていることがうかがわれる。人口1人当たり医療費の1人当たりGDPに対する割合でみると、アメリカが群を抜いて高く、日本は65歳未満でイギリスを除く5か国中最も低かった。

医療費に含まれている高齢者の介護費（ナーシング・ホーム費など）を除くと、医療費倍率は特にオランダやアメリカで大きく低下した。人口1人当たり医療費の1人当たりGDPに対する割合をみると、75歳未満ではフランス、ドイツ、オランダの3か国がほとんど一致し、オランダやアメリカで75歳以上の値の低下が顕著であった。

結論 人口1人当たり医療費の倍率は日本、アメリカ、オランダで高く、医療費の中に含まれている高齢者の介護費を除くという修正を行うと（修正の度合いはデータの制約上、国によって異なる）、オランダやアメリカで倍率の低下が顕著であった。日本の修正は直接的なデータが無いため複数のケースを実施したが、医療費倍率は概ね4倍前後であった。より注目すべき点は、人口1人当たり医療費の1人当たりGDPに対する割合におけるアメリカの高さ及び日本の65歳未満の低さである。

医療費の年齢別パターンには各国の医療システムにかかわる制度の相違も大きな影響を与えている。各国の制度上の特徴を総合すると、日本、オランダ、アメリカなどでは何らかの形で医療制度において高齢者が優遇されており、そのため高齢者の受診率が高いことが医療費倍率が高くなる一因であると考えられる。

キーワード 年齢階級別医療費、人口1人当たり医療費、医療費倍率、高齢者介護費、制度的要因

I はじめに

OECD (2001)¹⁾等によると1990年代における

諸外国での65歳以上人口1人当たり医療費の65歳未満人口1人当たり医療費に対する倍率（以下「医療費倍率」と略す）はドイツの2.7倍、ス

* 国立社会保障・人口問題研究所社会保障基礎理論研究部長

表1 総括表

	フランス	ドイツ	日本	オランダ	イギリス	アメリカ
65歳以上人口の割合(%)						
2000年	15.9	16.4	17.2	13.8	16.0	12.5
医療費データ年次	15.3	15.4	16.2	13.1	15.7	12.5
医療費のGDP比 1998年 (%)	9.6	10.6	7.6	8.6	6.7	13.6
今回のデータの範囲 (GDP比), (%)	8.8 (1996年)	4.7 (1995年)	6.0 (1998年)	7.0 (1994年)	4.8 (1998年)	10.8 (1995年)
人口1人当たり医療費の倍率 (65歳以上/0~64歳)						
OECD ¹⁾	3.0 ³⁾	2.7	4.9	4.4	3.4	3.5
今回のデータ修正前(表2)	3.6	2.6	4.8	4.4	3.2	4.5
今回のデータ修正後 ²⁾	3.5	2.6	4.1	3.1	2.6	3.6

注 1) OECD (2001), OECD Health Data 2001.
OECD (1996), Ageing in OECD Countries
2) 医療費に含まれている高齢者の介護費を除いた場合、具体的に各国で除いた項目は次のとおりである。
フランス：医療機能付老人施設等
ドイツ：なし
日本：65~74歳の入院医療費の20%、75~84歳の入院医療費の40%、85歳以上の入院医療費の50% (1998年で約2兆円に相当)。
オランダ：NHSから支払われている介護費
アメリカ：ナーシング・ホーム費
3) 60歳以上/0~59歳

ウェーデン2.8倍、フランス3.0倍(ただし60歳未満1人当たりに対する60歳以上1人当たりの倍率)、イギリス3.4倍、アメリカ3.5倍、オランダ4.4倍といずれも日本の4.9倍より低い(表1)。人口1人当たり医療費と年齢の間には安定した関係があり、この関係はその国の制度や文化に根ざしたものであると考えられる²⁾。医療費倍率は前述のように国によって異なっていたが、も

し各国の高齢者医療の中に制度的に組み込まれている介護的要素を全て取り除けば、この倍率の国による違いは大幅に縮小することも考えられる。日本の医療費倍率が高い理由としては高齢者の長期入院が多い、高齢者医療が優遇されているため高齢者の受診率が高い、日本人の寿命が長いことの反映、等が考えられる。高齢者医療に関しては、日本やアメリカのように特別な制度がある国もあれば、フランス、ドイツ、イギリスのように年齢による区別がない国もある。アクセスの容易さの他に、診療報酬支払い方式に起因した医療サービス供給側の行動の違いや患者一部負担に起因した需要側の行動の違いなども医療費倍率に影響を与えていると考えられる。

本稿ではフランス、ドイツ、日本、オランダ、イギリス、アメリカの6か国をとりあげ、各国の医療費のnational dataをもとに医療費倍率を計算した。しかしながら、現実には医療費の中に高齢者の介護費の一部が入っており、その割合は国によって異なる。日本、オランダ、フランスでは病院が事実上介護サービスを提供している³⁾し、イギリスのNHSからも long-term careの費用の一部が支払われている。この

ため、医療費に含まれている高齢者の介護費(ナーシング・ホーム費など)を除くという修正をした後の医療費倍率の比較も行った。さらに、医療費倍率のみならず、人口1人当たり医療費を年齢階級に亘って比較した結果も示した。

II データと方法

医療費の内訳は入院、外来(医科外来)、歯科、薬剤(外来薬剤)、その他としたが、ドイツ以外ではデータに何らかの制約があった(例えば日本は薬剤とその他を分離できなかった；フランスやイギリスでは歯科が医科外来と分離されていなかった)。年齢階級は0~14歳、15~44歳、45~64歳、65~74歳、75~84歳、85歳以上を基本としたが、ドイツ、日本、オランダ以外はこれより粗い階級となった。表2では各国のnational dataをそのまま用い、表2をもとにして表1の注2)に述べた修正を行って医療費に含まれている高齢者の介護費を除いた(それ以外の修正は行っていない)。

ドイツでは疾病金庫間の被保険者獲得競争の前提として、リスク構造調整が1995年から実施されている。リスク構造調整を行うために実施されている調査により、性・年齢別の「給付費

日額」が得られる⁴⁾。1995年の旧西ドイツ分の「給付費日額」に被保険者数を乗じて年齢階級別医療費とした⁵⁾。ドイツ連邦統計庁が公表する保健医療費の範囲は予防、治療、リハビリ、教育・研究、等を含む広範囲なものであるが、ここで用いたデータは公的医療保険のリスク構造調整に用いるためのデータであり、治療部分の

みを対象としている（従って、表1で医療費計と今回のデータの範囲との乖離がドイツで大きい）。「給付費日額」は疾病金庫の支払額であり、患者の自己負担額は含まれていない。また、1995年データのため、医療費の中に施設介護費等が含まれているが、それらを分離できないのでドイツの場合は何の修正も行わなかった。

表2-1 各国の年齢階級別医療費及び人口1人当たり医療費

フランス (1996) GDP 7951

	人口 (100万人)	医療費 (単位:10億フラン)				人口1人当たり医療費 (単位:10フラン)			
		合計	入院	外来・歯科	薬剤・その他	合計	入院	外来・歯科	薬剤・その他
合計	58.38	701	348	205	149	1 201	596	351	255
0~44歳	36.50	251	109	94	48	687	298	257	132
45~64 *	12.94	173	75	56	42	1 458	645	458	355
65~74	5.16	125	64	30	31	2 421	1 248	575	597
75~84	2.64	92	57	16	19	3 494	2 171	601	722
85歳以上* (再掲)	1.14	61	43	9	8	5 311	3 790	776	745
0~64歳	49.44	424	183	150	90	857	371	304	182
65歳以上	8.94	278	165	54	58	3 106	1 845	609	653
65歳以上/0~64歳						3.6	5.0	2.0	3.6

注 1) *印の年齢階級の医療費は残差として計算した。
2) GDPの単位は、医療費の単位と同じ。以下各国とも同様。
資料 CREDES

ドイツ (1995) GDP 3523

	人口 (100万人)	医療費 (単位:10億マルク)						人口1人当たり医療費 (単位:10マルク)					
		合計	入院	外来	歯科	薬剤	その他	合計	入院	外来	歯科	薬剤	その他
合計	57.72	165.5	64.8	34.7	17.0	24.8	24.2	287	112	60	29	43	42
0~14歳	9.12	13.1	3.8	3.5	2.3	1.8	1.6	143	42	39	25	20	17
15~44	24.82	48.4	16.8	11.5	7.2	5.5	7.4	195	68	46	29	22	30
45~64	14.34	48.7	20.0	10.1	5.1	7.6	5.9	340	140	70	36	53	41
65~74	5.43	27.7	12.1	5.0	1.6	5.1	3.9	510	222	92	30	94	72
75~84	2.90	19.2	8.6	3.3	0.6	3.4	3.3	662	296	113	21	117	115
85歳以上 (再掲)	1.11	8.3	3.5	1.3	0.1	1.3	2.0	752	319	119	13	115	184
0~64歳	48.28	110.2	40.6	25.1	14.6	15.0	14.9	228	84	52	30	31	31
65歳以上	9.44	55.3	24.2	9.6	2.4	9.8	9.3	586	256	102	25	104	98
65歳以上/0~64歳								2.6	3.0	2.0	0.8	3.4	3.2

日本 (1998) GDP 4952

	人口 (100万人)	医療費 (単位:千億円)					人口1人当たり医療費 (単位:千円)				
		合計	入院	外来	歯科	薬剤・その他	合計	入院	外来	歯科	薬剤・その他
合計	126.5	298.3	111.4	123.4	25.2	38.3	236	88	98	20	30
0~14歳	19.1	19.0	4.5	10.3	2.0	2.2	99	24	54	10	12
15~44	51.1	48.6	15.2	20.8	8.3	4.3	95	30	41	16	8
45~64	35.8	87.5	31.2	37.9	9.3	9.1	244	87	106	26	25
65~74	12.4	66.3	25.1	29.1	3.7	8.4	535	202	235	30	68
75~84	6.2	54.0	23.4	18.6	1.4	10.6	871	377	301	23	171
85歳以上 (再掲)	2.0	22.8	12.0	6.6	0.5	3.7	1 140	602	328	25	186
0~64歳	106.0	155.2	50.9	69.1	19.6	15.6	146	48	65	18	15
65歳以上	20.5	143.1	60.5	54.3	5.6	22.7	698	295	265	27	111
65歳以上/0~64歳							4.8	6.1	4.1	1.5	7.5

注 薬剤・その他=合計-入院-外来-歯科
75歳以上医療費のうち75~84歳医療費の割合は入院66%、入院以外が74%と仮定した。
資料 国民医療費 1998年度

日本のデータは平成10年度国民医療費を用いた。75歳以上医療費を75～84歳と85歳以上に分割する必要がある、次のように推計した。1992年データで75歳以上医療費のうち75～84歳医療費の割合は入院が73%、外来が83%であった⁶⁾。その後の後期高齢者の増加を勘案して、75～84歳のシェアを入院で66%、入院以外で74%と仮

定した(表2)。医療費に含まれている介護相当費としては入院医療費のうち65～74歳で20%、75～84歳で40%、85歳以上で50%を削減した(合計で約2兆円)。

オランダのデータでは年齢階級別医療費の内訳が病院ケア、家庭医ケア、薬剤費、ナーシング・ホーム、その他に区分されていた⁵⁾。「その

表2-2 各国の年齢階級別医療費及び人口1人当たり医療費

オランダ (1994) GDP 6142.7

	人口 (100万人)	医療費 (単位: 億ギルダー)						人口1人当たり医療費 (単位: ギルダー)					
		合計	入院	外来	歯科	薬剤	その他	合計	入院	外来	歯科	薬剤	その他
合計	15.38	428.4	243.9	19.6		52.6	112.3	2 785	1 586	127		342	730
0～14歳	2.83	35.7	19.6	2.2		2.5	11.5	1 264	692	78		88	406
15～44	7.07	124.0	52.3	6.6		14.0	51.0	1 753	740	93		199	721
45～64	3.46	97.9	50.7	4.9		17.2	25.1	2 826	1 464	140		496	726
65～74	1.17	67.0	43.2	2.9		10.1	10.8	5 731	3 701	244		864	922
75～84	0.65	77.7	48.8	2.3		6.6	10.0	11 957	7 500	348		1 018	1 545
85歳以上 (再掲)	0.20	26.2	29.3	0.8		2.2	3.9	13 083	14 652	404		1 080	1 970
0～64歳	13.36	257.6	122.6	13.7		33.7	87.6	1 928	918	102		252	656
65歳以上	2.02	170.8	121.3	5.9		18.9	24.8	8 458	6 005	293		934	1 226
65歳以上/0～64歳								4.4	6.5	2.9		3.7	1.9

注 「その他」には歯科、メンタルヘルス、家庭看護などの他に、ホームヘルプ、障害者ケア、高齢者ホームの費用が含まれていたため、「その他」の金額を各年齢階級とも1/2にした。

資料 Kosten van ziekten in Nederland, 1994.

イギリス (1998) GDP 8474.2

	人口 (100万人)	医療費 (単位: 億ポンド)				人口1人当たり医療費 (単位: ポンド)			
		合計	HC'	HC	F	合計	HC'	HC	F
合計	59.2	407.4	283.6	289.6	117.9	688	479	489	199
0～14歳	11.4		47.8				419		
15～44	24.9		82.2				330		
45～64	13.6		44.9				330		
65～74	5.0		39.3				785		
75歳以上 (再掲)	4.3		69.4				1 615		
0～64歳	49.9	256.5		163.2	93.3	514		327	187
65歳以上	9.3	150.9		126.4	24.6	1 623		1 359	264
65歳以上/0～64歳						3.2		4.2	1.4

注 HC=Hospital and Community Health Services, HC'=外来処方分を除くHCHS, F=Family Health Services

資料 OHD Compendium of Health Statistics, DoH The Governments Expenditure Plans.

アメリカ (1995) GDP 7038.4

	人口 (100万人)	医療費 (単位: 10億ドル)				人口1人当たり医療費 (単位: 10ドル)			
		合計	入院	外来・歯科	薬剤・その他	合計	入院	外来・歯科	薬剤・その他
合計	262.8	757.8	417.9	271.4	68.5	288	159	103	26
0～64歳	229.2	573.1	292.3	227.2	53.7	250	128	99	23
65～74	18.7	116.2	70.5	32.9	12.8	621	377	176	68
75～84	11.2	115.5	79.3	29.1	7.1	1 031	708	260	63
85歳以上 (再掲)	3.7	68.5	55.1	11.3	2.0	1 851	1 489	305	54
0～64歳	229.3	457.6	213.0	198.1	46.6	200	93	86	20
65歳以上	33.6	300.1	204.9	73.3	21.9	893	610	218	65
65歳以上/0～64歳						4.5	6.6	2.5	3.2

資料 Hodgson and Cohen (1999) Medical Expenditures for Major Diseases, 1995. Health Care Financing Review, 21(2).

他」の中には歯科治療、家庭看護、メンタル・ヘルスケアなどの他に、ホームヘルプ、障害者ケア、高齢者ホームの費用など、通常医療費には計上しない項目が含まれ、その費用割合は「その他」のおよそ50%であった。従って、表2ではオランダのオリジナルデータの区分でナーシング・ホームは病院ケアとともに入院に加え、「その他」の1/2を医療費に算入した。

イギリスのデータは他の国々と同様の年齢階級別内訳が必ずしも得られず、65歳以上と65歳未満の2区分が中心である。表2のHCはNHSにおける入院医療、病医外来処方、及び訪問看護等の地域保健サービスである。このうち病院外来処方を除いたHCについて年齢階級別医療

費が得られている。FはNHSにおける外来診療、歯科診療、及び院外処方である。The Royal Commission on Long Term Care (1999) では1995年における介護費用111億ポンドのうちNHSから支出されている金額は在宅ケア、ケア・ホーム、ナーシング・ホーム、長期入院病院をあわせて26億ポンドとしている⁷⁾。これを用いて、修正後のデータでは65歳以上のHCから26億ポンドを削減した。

アメリカのデータはHodgson and Cohen (1999) に基づいている⁸⁾。最新のデータとしては2000年10月に公表されたThe Medical Expenditure Panel Survey (MEPS) 1996があるが、このデータは年齢・人種・収入等の属性

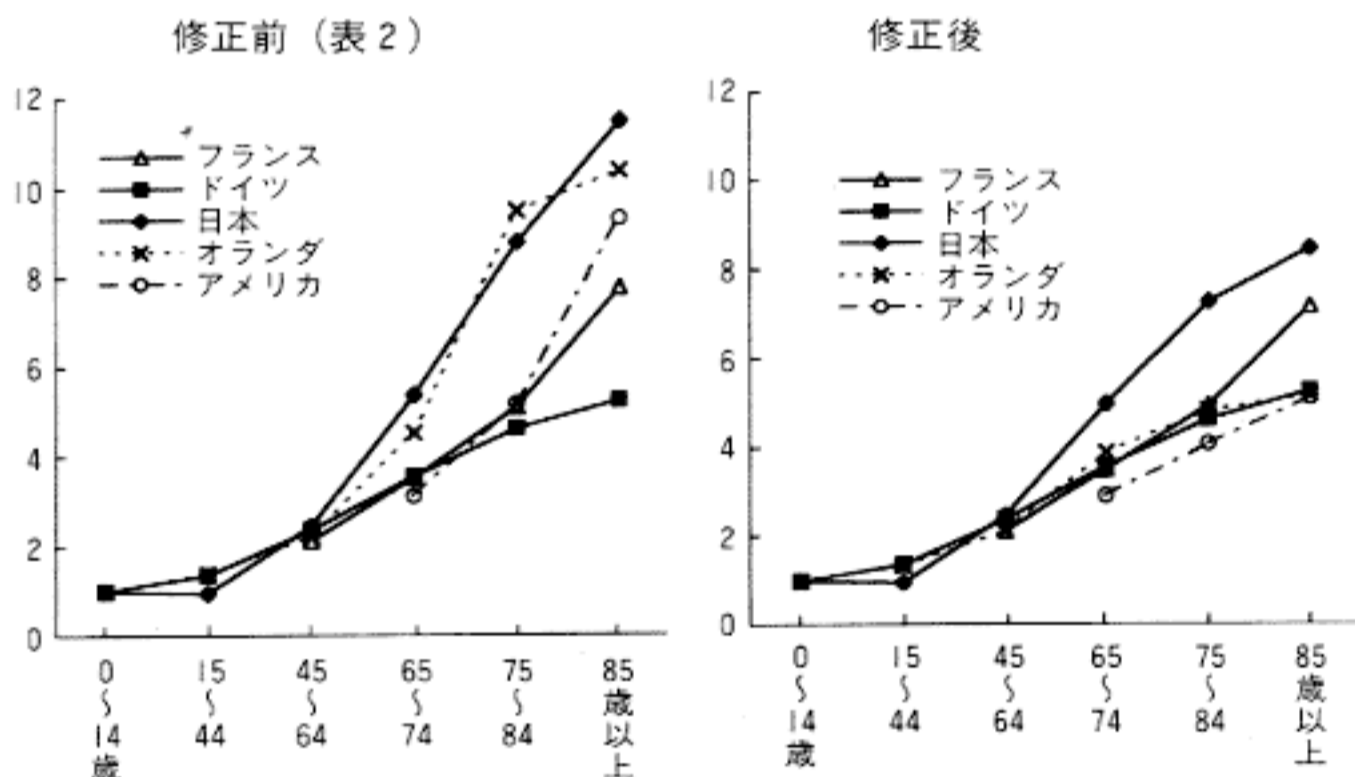
別構成比がアメリカ全体を反映したものになっていないため、抽出率の違いを補正した集計を行わないとアメリカ全体の代表値にはならない。

III 結 果

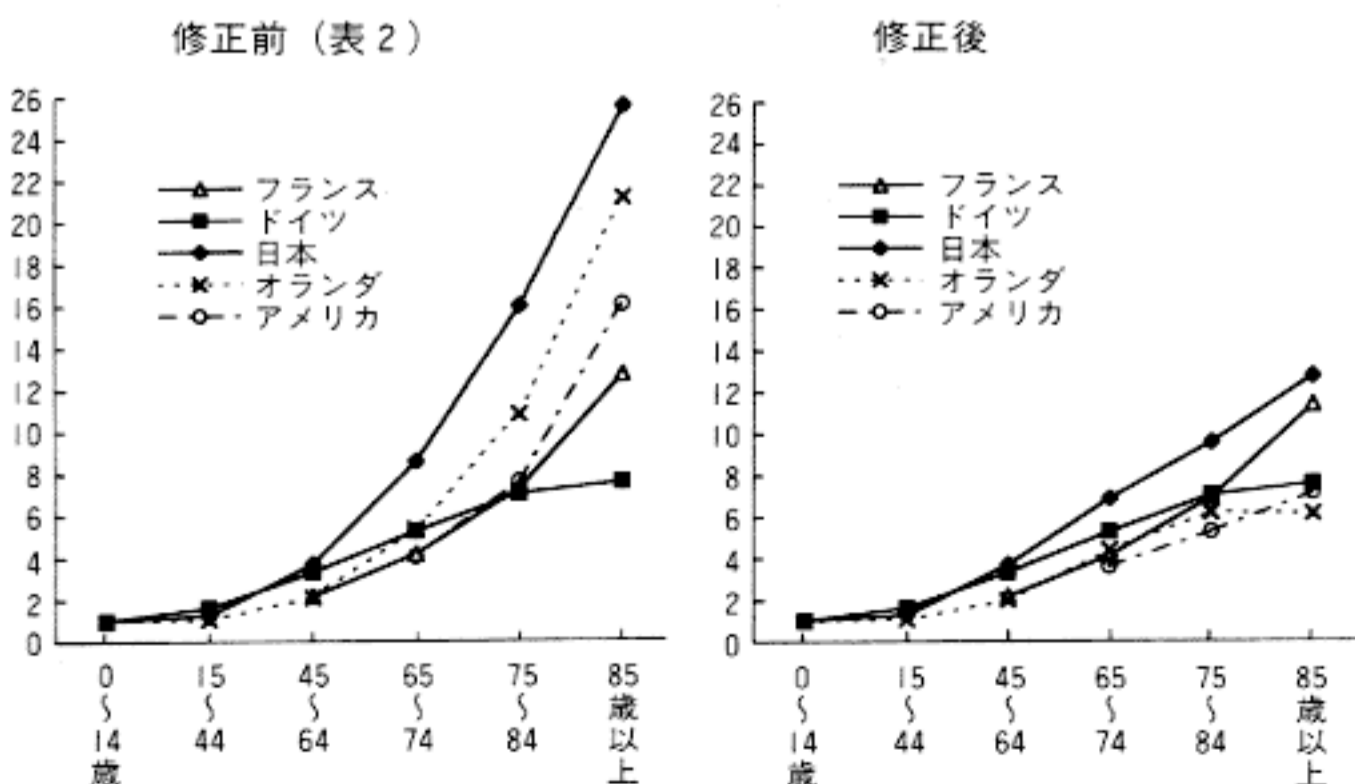
各国の national data で医療費倍率をみると、日本の4.8倍が最も高く、ドイツの2.6倍が最も低かった(表1)。日本、オランダ、アメリカで4倍を超えており、これらの国では高齢者介護費が医療費に大きな影響を与えていることがうかがわれる。人口1人当たり医療費指数(0~14歳=1.0)をみると、75歳以上で日本とオランダの高さが顕著である(図1修正前)。一方、人口1人当たり医療費

図1 人口1人当たり医療費指数(0~14歳=1.0)

(a)合計



(b)入院



の1人当たりGDPに対する割合でみると、アメリカが群を抜いて高く、日本は65歳未満でイギリスを除く5か国中最も低かった(図2修正前)。

医療費に含まれている高齢者の介護費(ナーシング・ホーム費など)を除くと、医療費倍率は特にオランダやアメリカで大きく低下した(フランスやドイツにも社会的入院や不適切な入院が存在するが、データの制約上今回はそれらを除いていない)。

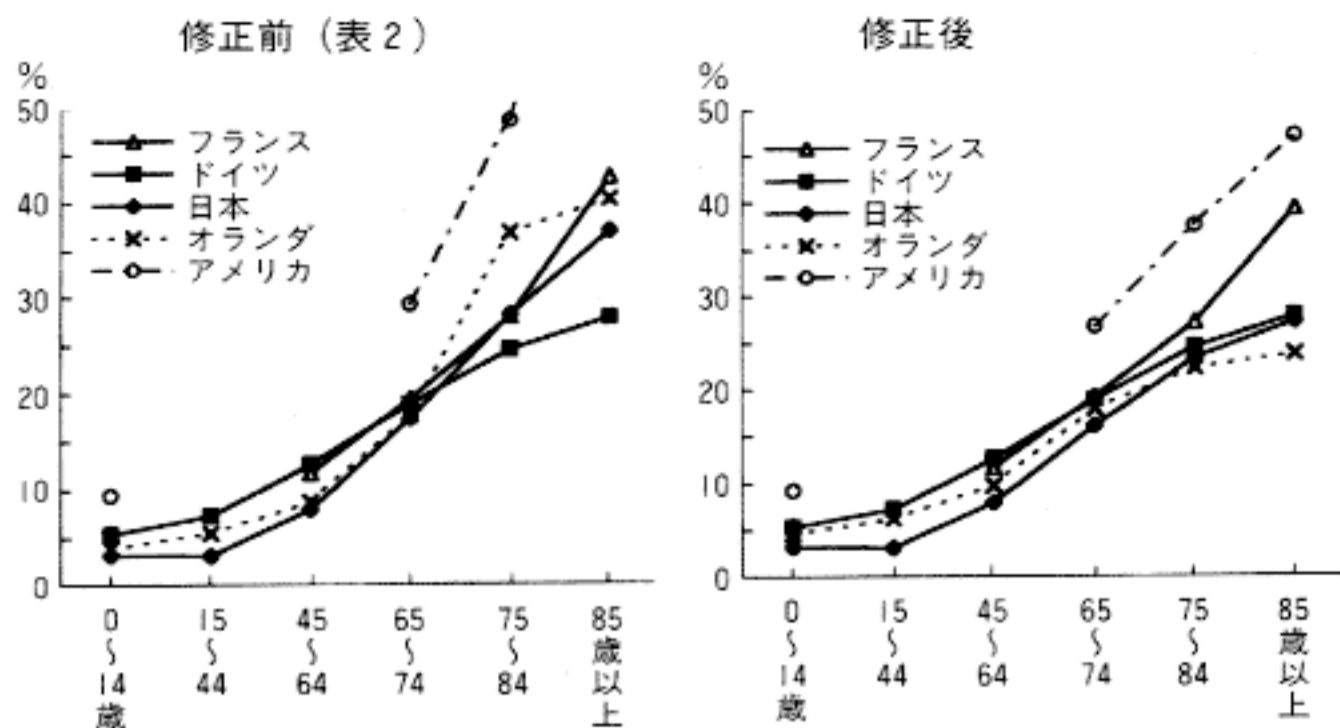
人口1人当たり医療費指数をみると、フランスの85歳以上と日本を例外として、各国のパターンはかなり類似したものになった。(図1修正後)。人口1人当たり医療費の1人当たりGDPに対する割合でみても、75歳未満ではフランス、ドイツ、オランダの3か国がほとんど一致し、オランダやアメリカで75歳以上の値の低下が顕著であった。(図2修正後)。

表3は日本の修正について複数のケースを示したものである(表1には表3のケース2を掲げた)。修正条件を変えると削減される医療費は大きく変化した。医療費倍率はあまり大きく変化しなかった。

IV 考 察

人口1人当たり医療費の倍率は日本、アメリカ、オランダで高く、医療費の中に含まれている高齢者の介護費を除くという修正を行うと(修正の割合はデータの制約上、国によって異なる)、オランダやアメリカで倍率の低下が顕著であった。日本の修正は直接的なデータが無いため複数のケースを実施したが、医療費倍率は概ね4倍前後であった。より注目すべき点は、人口1人当たり医療費の1人当たりGDPに対する割合(図2)におけるアメリカの高さ及び

図2 人口1人当たり医療費の1人当たりGDPに対する割合



注 1) 各国とも今回のデータの範囲が医療費全体より小さいので、表1をもとに補正した。
2) アメリカの修正前(表2)の85歳以上は87%であった(図では省略した)。

表3 日本における修正条件と医療費倍率の関係

ケース	入院医療費の削減率 (%)			削減される医療費 (兆円)	医療費倍率
	65~74歳	75~84歳	85歳以上		
1	20	30	40	1.7	4.2
2	20	40	50	2.0	4.1
3	30	50	60	2.6	3.9

日本の65歳未満の低さである。なお、図2をみる際、ドイツは無修正であり、フランスもほとんど修正の効果がないことに留意する必要がある。

日本の老人医療費は年齢の単調な増加関数ではないことが示されている⁹⁾。人口1人当たり老人医療費は年齢の上昇とともに変化した。この年齢差の主な要因は医療サービスを消費する割合の異なる受診者の構成割合が年齢によって変化するためであった¹⁰⁾。その典型例が長期入院で、長期入院はすでに老人医療費の規模及び若年と老人の間の医療費消費の配分に大きな影響を与えていた。長期入院に要する費用の少なからざる部分は介護的要素と考えられ、この割合は年齢の上昇とともに急激に増加した。人口1人当たり老人医療費は介護的要素を除くと形もピークも大幅に変わり、特に85歳以上の医療費を形づくる上で介護的要素が大きな役割を果たしていた⁹⁾。

日本の特徴として、1)高齢者の要介護率は高くない；2)医療費ベースでも患者数ベースでも、外来の比重が高く、これが医療費を

低くしている要因の1つである¹¹⁾；3) 病院Bedの不適切利用（精神障害以外の長期入院）が多い；といった点が挙げられる。医療費の年齢別パターンには各国の医療システムにかかわる制度の相違も大きな影響を与えている。制度的要因には、a) アクセスの容易さ（病院を自由に選べる、等）、b) 医療制度の中にどの程度介護的要素が含まれているか、c) インセンティブのかかり方（供給側：診療報酬支払制度、診療待ちリスト；需要側：一部負担）、d) 老人の医療費を優遇している度合い、などが考えられ、これらの影響は重要である。

表4は各国の制度上の相違をまとめたものである。フランスでは国民の99%が職域ごとに細分化された公的医療保険制度に適用されている。フランスには地域保険が存在せず、退職後も現役時代に加入していた制度に加入し続ける¹²⁾。フランスの医療保険では入院の場合を除いて、費用の全額を患者が支払い、疾病金庫からその一部または全部が償還される（つまり、償還されない部分が実質的な患者負担）。償還率は医療サービスの種類によって異なるが、長期の疾病や高価な医療を要する疾病、高価で他に代替的効能を有するものがない薬剤、などの償還率は100%となっている¹³⁾。ドイツでは国民の90%が公的医療保険制度に適用され、所得が一定以上の人は公的医療保険の適用除外となっている。

開業医は一般医が40%、専門医が60%で、患者は医師を自由に選択できる¹²⁾。病院への報酬の支払は一日当たりの定額制の他に、1件当たりの包括払いや特別報酬制度がある¹⁴⁾。オランダの医療・介護保険制度は対象とする給付の種類により3部門に分かれている¹⁵⁾¹⁶⁾。1つは長期ケア及び高額医療を賄う部門で、全国民が強制的に加入する。2つ目は短期医療費保障の部門で、1年までの病院ケア、GPサービス、処方薬剤費、などが給付される。3つ目は補足的なサービス（アメニティ及び高価でないケア）を賄う部門で、公的保険・民間保険のいずれに加入するのも自由である。オランダでは患者は救急医療などを除いてGPの紹介状なしに病院サービスを受けられない。病院医療は専門医によって担われている。専門医に対する報酬は出来高払いで保険者より直接支払われるが、病院医療の支払方式は総枠予算制である¹⁷⁾。イギリスの保健・医療システムの特徴は、サービスの供給は国の責任で行われ、原則として全国民に無料のサービス提供が行われていることである¹¹⁾。住民は家庭医(GP)に登録し、最初にGPの診療を受ける。GPが入院治療や専門的医療が必要と判断した場合、患者はGPの紹介を受けて病院に行く。アメリカは先進諸国の中で唯一、全国民を対象とした公的医療保険のない国である。公的医療保険としては65歳以上や身体障害者等を

表4 各国の制度上の相違

	フランス	ドイツ	日本	オランダ	イギリス	アメリカ
アクセス GP/開業医 病院	自由 自由	自由 GP紹介	自由 自由	自由 GP紹介	登録（選択別） GPが決定	
高齢者用制度	無	無	老人保健制度	無（医療と介護 は同一制度で）	無	メディケア
診療報酬支払制度 GP	Ffs	上限付Ffs	Ffs 一部丸め	リスク調整型人 頭払い	人頭払い	Ffs等
病院	公：予算制 私：日額制	1件当たり包括払 特別報酬 診療科別療養費	Ffs 一部丸め	予算制	予算制	A：DRG B：RBRVS
患者の一部負担 入院	最初の1か月 20%	年14日まで1日 17DM	20,30%		なし	
外来 外来薬剤	30% 1剤につき 0,40,70%	なし 1包につき 8,9,10DM	20,30%	20%	なし 有	メディケアでは 100%

注 Ffs：出来高払い

対象としたメディケアと貧困者を対象としたメディケイドがあり、この両方で医療費の約半分が支出されている。メディケアの病院に対する支払（パートA）は従来出来高払いであったが、1983年以降DRG（Diagnosis-related groups）が導入され、医療機関は入院ごとに診断群に基づいた定額の支払いを受ける。医師への支払い（パートB）も従来の出来高払いから1992年にRBRVS（Resource-based relative-value scale）に変更された。これによってこれまで相対的に高かった専門医への支払いが抑えられた。

このような各国の制度上の特徴を総合すると、日本、オランダ、アメリカなどでは何らかの形で医療制度において高齢者が優遇されており、そのため高齢者の受診率が高いことが医療費倍率が高くなる一因であると考えられる。

データの制約から今回は分析できなかったが、国別にも興味深いトピックスがある。フランスでは日本と同様に患者が自由に医療機関を選べるが¹²⁾¹⁸⁾、このフリーアクセスの影響で特に高齢者の受診率は高くなっていないか？ ドイツでは日本と同様に介護施設が少なかったが、1995年の介護保険の導入によって病院ベッドの不当利用は減少したか？ オランダでは制度上医療サービスと介護サービスが一体として提供されているが、「1年以上入院」を除いた1人当たり医療費はどんな姿になっているのか？ 診療待ちはイギリスの医療の特徴であり、費用対効果の観点からは高齢者が不利な立場に置かれやすいが、診療待ちは高齢者に多くないか？ これらは今後の課題としたい。

本稿は医療経済研究機構の平成12年度研究「高齢者と若年者の予防活動及び受療構造の国際比較に関する研究」（主査 濃沼信夫東北大学教授）における成果の一部を改訂したものである。関係者の協力に感謝する。

文 献

- 1) OECD (2001). OECD Health Data 2001.
- 2) OECD (1996). Ageing in OECD Countries-A Critical Policy Challenge.
- 3) OECD (1996). Caring for Frail Elderly People: Policies in Evolution.
- 4) 船橋光俊, 泉田信行 (2001). ドイツ医療保険の保険者機能. 「保険者機能に関する研究プロジェクト」報告書.
- 5) 医療経済研究機構 (2001). 高齢者と若年者の予防活動及び受療構造の国際比較に関する研究報告書.
- 6) 公衆衛生振興会 (1994). 老人医療年齢階級別分析事業 1993年度報告書.
- 7) The Poyal Commission on Long Term Care (1999). With respect to old age.
- 8) Hodgson Thomas A. and Cohen Alan J. Medical Expenditures for Major Diseases, 1995. Health Care Financing Review, Winter 1999, 21 (2).
- 9) 府川哲夫 (1998). 高齢化と老人医療費. 病院管理, 35(2).
- 10) 府川哲夫 (1999). 老人医療における医療サービス消費と年齢. 日本公衛誌, 46(3).
- 11) 府川哲夫, 武村真治 (2001). Healthに関する国際比較. 厚生指標, 48(2).
- 12) Freeman Richard (2000). The politics of health in Europe. Manchester University press.
- 13) 江口隆裕 (1999). 医療保険制度と医療供給体制. 藤井良治・塩野谷祐一編 先進諸国の社会保障 フランス.
- 14) 土田武史, 他 (2000). ドイツ医療保障制度概要. ドイツ医療関連データ集1999年版, 医療経済研究機構.
- 15) Hettie A. Pott-Buter (2000). Dilemmas in Health Care: An Overview of the Health Care System in the Netherlands. 海外社会保障研究第131号
- 16) Polder Johan (2000). Cost of illness in the Netherlands.
- 17) 松田晋哉 (2000). オランダ王国. 世界の公衆衛生体系. 日本公衆衛生協会.
- 18) Mizrahi. Andree and Mizrahi Arie (1997). Evolution de la Consomation Medicale des Personnes Ages. Gerontologie et Societe n81 Juin 1997.