

<資料> 6か国対照表



## 医療制度国際比較（1）－1

	ドイツ	フランス	オランダ	イギリス
医療保険制度の概要	一般労働者、職員、年金受給者、学生などを対象とした一般制度、自営業者を対象とした農業者疾患保険に大別される。その運営は地区、企業などを単位として設置されている。疾病金庫（2006年9月：375箇所）を保険者として、当事者自治の原則の下で運営されている（いわゆる組合管掌方式）。一般制度では、一定所得以上の者や公務員などは強制適用ではなく、皆保険政策はどうらいが、実際に公的医療保険に加入する者は、全国の約85%（2004年）に達している。疾病金庫保険に加入していない場合、通常民間保険会社が提供する代替保険に入っている。	職域ごとの強制加入の多数の制度があり、各職域保険の管理運営機構としては、被用者制度（一般制度）、被用者制度（船員、聖職者等）、非被用者制度（自営業者、船員、聖職者等）等のさまざまな制度があるが、これら一般制度に国民の80%が加入している。これら一般制度の対象とならないフランスでは、皆保険制度の各制度が適用されているが、実際に住在するフランス人及び外国人人は、2000年1月から実施された普遍的医療カバー制度の対象となる。現在、国民の99%が保険料でカバーされる。	公的医療保険制度は、長期医療をカバーする特別医療費保険（Compartment1、AWBZ）と、短期治療を対象とする短期医療保険（Compartment2）がある。これらは強制保険である。2006年にはCompartment2を対象に「医療保険法」が施行され、国民皆保険制度が整った。保険者は医療保険会社で、被保険者の受け入れ義務があり、これにより保険者間のリスク負担の不均衡をリスク構造調整システムによって調整している。公的医療保険は、保険者が被保険者から直接徴収する定期保険料と、医療保険基金によつてリスク調整される所得比例保険料と公的補助金、一部の自己負担で賄われている。	医療は国民医療制度NHSによって原則住民で提供されている。現在、実際の地域住民に対する医療サービス供給は、NHSから一定の独立性を持つプライマリ・ケア・トラスト（PCT）が負っている。医療制度は、地域に密着したGPsにアクセスすることで受診することができる、ニーズ医療（GP等からの紹介によりNHSトラスト等にアクセスすること）で受診することができる。
医療保険料率	医療保険料率は各疾病金庫ごと定められているが、取扱は均便折半で全疾病金庫の平均で14.2%（被用者7.55%、使用者6.65%）となっている。	給与に対して被用者が0.75%、使用者が13.1%の保険料。被用者負担の一般社会報酬（CSG）、国庫補助、タバコや酒の目的税の税収等も財源となっている。	公費負担と民間負担が50%ずつという構造が基本になつており、被保険者から直接保険料に支払われる定期保険料（50%）と、医療保険基金によってリスク調整される所得比例保険料（45%）と公的補助金（5%）、一部の自己負担（1%程度）によって賄われている。	財源は8割程度が税金であり、残りの2割程度の部分は国民保険や受益者負担、トラストの利息等で賄われている。
医療支出／GDP	10.6%	11.1%	9.3%	8.4%
人口一人当たりの医療支出	3,371 USD	3,449 USD	3,391 USD	2,760 USD
公的医療支出の割合	76.9%	79.7%	62.5%	87.3%
民間医療支出の割合	23.1%	20.3%	37.5%	12.7%
医療支出のうち企業負担の割合	4.1%	約2分の1	約2分の1	—
人口1,000人当たりの医師数	3.5	3.4	3.8	3.0
人口1,000人当たりの救急病床数	6.2	3.7	2.5	2.2

（出所）世界の厚生労働（厚生労働省）、OECD Health Data 2008、医療経済論（大森正博）（岩波書店）、医療保険制度競争：オランダの経験に学ぶ（佐藤主光）、及び各国調査の結果（3/4も同じ）により作成

医療制度国際比較（1）－2

	デンマーク	アメリカ	(参考) 日本
【医療保険制度の概要】	<p>1973年の法改正により、從前のいわゆる保険料負担を基礎とする保険方式である疾病保険方式から、現行方式である健康保険制度が導入された。</p> <p>健康保険制度は全国民を対象としているものであり、15歳以上の住民は、医療制度のうち、グループ1又はグループ2のいずれかに属さなければならぬ。15歳未満の住民は父親ないし、母親の属するグループ1に属する。なお、グループ1に属している割合は全人口の95%以上を占めている。</p>	<p>公的医療保険制度としては、高齢者及び障害者に対するメイケイドがあり、被扶養者に対する公的扶助であるメイケイドがある。現役世代の医療保障は民間医療保険を中心に行なわれる。アメリカの医療費を支出主体別にみると、民間医療保険が36%と最大の割合、次いでメイケイド支出手が19%、メイケイド支出が17%、患者負担が16%などになっている。</p>	<p>公的医療保険は、社会保険の仕組みを採つておらず、国民皆保険が実現していない。全ての地域住民は原則として市町村が運営する国民健康保険に加入する。その上で被扶養者保険（職域保険）に加入することができる。被扶養者保険（職域保険）には健康保険（政府管掌健康保険、組合管掌健康保険等）、船員管掌健康保険、各種共済（公務員、私学教職員）がある。</p>
医療保険における公的保険料率と財源	<p>税方式による公営サービスであり、保険料は徴収していない。</p>	<p>メディケア・パートA（入院サービス）は給与の2.9%、社会保障的税に付属；被用者と使用者で折半の保険料、パートB（外来サービス）は毎月88.5ドルの保険料（2006年）と連邦政府の一般財源</p>	<p>保険料収入（2005年度）は、国民医療費の49.2%を占めているにすぎない、残りは租税を財源とする一般財源が36.0%、患者負担が14.4%を占めている。一般的に保険料率は給与額に応じて決定される。</p>
医療支出／GDP	<p>OECD30ヶ国の中では第9位、OECD平均値8.9%よりやや高い。</p>	<p>OECD30ヶ国の中で圧倒的な第1位、OECD平均値8.9%より6%ポイント以上も上回る。</p>	<p>OECD30ヶ国の中で第21位、OECD平均値8.9%を下回る。</p>
人口一人当たりの医療支出	<p>OECD30ヶ国の中では第11位、OECD平均値2,824USドル大きく上回る。</p>	<p>OECD30ヶ国の中では第1位、OECD平均値2,824USドルの2倍以上。</p>	<p>OECD30ヶ国の中で第20位、OECD平均値2,824USドルを下回る。</p>
公的医療支出の割合	<p>83.0%</p>	<p>45.8%</p>	<p>82.7%</p>
民間医療支出の割合	<p>17.0%</p>	<p>54.2%</p>	<p>17.3%</p>
医療支出のうち企業負担の割合	<p>—</p>	<p>25.2%</p>	<p>20.2%</p>
人口1,000人当たりの医師数	<p>3.6</p>	<p>2.4</p>	<p>2.1</p>
人口1,000人当たりの救急病床数	<p>3.1</p>	<p>2.7</p>	<p>8.2</p>

## 医療制度比較（2）－1

	ドイツ	フランス	オランダ	イギリス								
OECDの政策評価	<p>ヘルスケア財源について改革を行ない、雇用や成長に負のインパクトを与えないようにすべきである。医療保険に財政資金からの支出が増えれば、非賃資金の労働コストが低下、一般税収による財政資金のワエイトが、労働者所得に比例した保険料への財政支出についても増大するべきである。政府は医療保険への高水準形成に努めるべきである。</p> <p>現行の医療保険制度における組合分野別セグメンテーションは維持されるべきであるが、公平性や効率性の懸念が生じる。組合分野では保険リスクのブルームに非効率的であり、保険料が高くなり雇用や成長に負のインパクトをもたらす。</p> <p>また政府は保険者に医療サービス提供者や製薬会社との契約に対して選択肢を与える、保険市場、医療サービス市場、製薬市場に競争を強化してきた。競争力強化を通じてコスト効率性改善をめざすのは、政府の合理的な行動である。しかしながら、医療保険制度に競争原理を持ち込むことは市場の失敗、公平性と効率性のトレードオフ、保険料を払えない契約者の存在を考えれば課題が多い、（Challenging）改革である。政府は競争が強化された結果が望ましいかをモニター、必要があればゲームのルールを訂正すべきである。（2008年OECD対独経済審査より）</p>	<p>2007年までに財政収支を持続可能な過程に引き戻す必要があり、その計画は十分に実行されなければならない。一般政府の財政収支は急激に悪化しており、2000年にGDP比1.5%の黒字から、2003年に3.2%の赤字となり、4.7%の悪化のうち2.7%は循環要因であった。これはヘルスケアと教育の歳出が大きく増えたためである。ヘルスケアに対する給付と負担は労働市場への意欲を阻害するが、それが効率性に改善が見られると、その効率化は通常税率でファイナンスされなければならぬ。政府は2002年7月以来、4つの歳出合算プログラムに取り組んでおり、2007年に理化プログラムに取り組んでおり、2007年に財政赤字はGDP比で0.8%まで低下する計画である。不確実な要因として、①第2年基金の収益率が過大評価されていること、②障害者給付の見込みが最近の改正を踏まえたものがどうなることである。次回の改定見込みは2007年から始まる歳出合理化計画に反映されることが必要とされる。（2004年OECD対蘭審査より）</p>	<p>政府歳出のGDP比は1990年代後半の40%から2004年に44%まで上昇している。これはヘルスケアと教育の歳出が大幅に増えたためである。ヘルスケアに対する給付と負担は労働市場への意欲を阻害するが、それが効率性に改善が見られると、その効率化は通常税率でファイナンスされなければならない。政府は2002年7月以来、4つの歳出合算プログラムに取り組んでおり、2007年に財政赤字はGDP比で0.8%まで低下する計画である。不確実な要因として、①第2年基金の収益率が過大評価されていること、②障害者給付の見込みが最近の改正を踏まえたものがどうなることである。次回の改定見込みは2007年から始まる歳出合理化計画に反映されることが必要とされる。（2005年OECD対英経済審査より）</p>	<p>OECDが加盟国の Health Policy に対して行なう政策評価は、経済政策の審査（経済審査）の1つとして行なわれているが、Health Policy について毎年コメントされているわけはない。</p>								
WHOの評価	<table border="1"> <tr> <td>世界191ヶ国中第14位</td> <td>世界191ヶ国中第6位</td> <td>世界191ヶ国中第8位</td> <td>世界191ヶ国中第9位</td> </tr> </table>	世界191ヶ国中第14位	世界191ヶ国中第6位	世界191ヶ国中第8位	世界191ヶ国中第9位	<table border="1"> <tr> <td>世界191ヶ国中第25位</td> <td>世界191ヶ国中第1位</td> <td>世界191ヶ国中第17位</td> <td>世界191ヶ国中第18位</td> </tr> </table>	世界191ヶ国中第25位	世界191ヶ国中第1位	世界191ヶ国中第17位	世界191ヶ国中第18位	<p>総合的な医療システム達成度（Overall Health System Attainment）でみたランキング。5つの基準、①健康水準、②健康の普及度、③治療にかかる対応水準、④治療の普及度、⑤負担の公平性により指標化。（①に25%、②に25%、③に12.5%、④に12.5%、⑤に25%のウェイトづけを行い総合評価。（WHO World Health Report 2000 より）</p>	<p>医療システムの効率性（Health System Performance）でみたランキング。どれだけ効率的に医療システムが医療費を活用しているか。医療の成果は障害者を調整した平均寿命（DALE）で測定する。投下された医療費で最大可能な平均寿命（DALE）と実際に測定された平均寿命（DALE）との差異により医療費の効率性をはかる。（WHO World Health Report 2000 より）</p>
世界191ヶ国中第14位	世界191ヶ国中第6位	世界191ヶ国中第8位	世界191ヶ国中第9位									
世界191ヶ国中第25位	世界191ヶ国中第1位	世界191ヶ国中第17位	世界191ヶ国中第18位									

(出所) OECDホームページ、World Health Report 2000 年より作成

## 医療制度国際比較（2）－2

	デンマーク	アメリカ	(参考)日本
OECDの政策評価	<p>デンマークでは平均寿命が延びており、他の北欧諸国との差(2005年：男性)は2年程度にまで縮まっている。しかし、他国に比べて、がん患者の多くが平均寿命前に亡くなっている。この点はヘルスケアの問題点である。それゆえにがん患者に対する事前検診と予防が求められる。禁煙者は減少しているが、肥満者、特に若年のアルコール中毒者者が問題となっている。</p> <p>平均寿命から判断するとアメリカの医療政策の成績は乏しいものとなる。OECD諸国によるヘルスケアシステムは他の税方式によるヘルスケアシステムはよく機能している。共同負担方式(处方箋や歯科などにも適用)によるシステムは理にかなっていない。最近においては民間部門の負担が減る。少ないので、負担の検討が必要である。雇用主が提供する民間医療保険が広がっているか、租税待遇をめぐらしくとも非効率である。ヘルスケアの資金が多様化するのは好ましいが、財政面からは租税收入のロスが重視されるべきである。</p> <p>1990年代に医学部定員を倍にした結果、OECD諸国の平均よりも高くなっている。偏在看護士は不足しているが、60%がパートタイムである。これをフルタイムにすることで不足に対応できる。</p> <p>労働市場において広範な雇用を創出することができ、財政の持続可能と高品質のヘルスケアには必要であると考える。(2008年OECD対デンマーク審査より)</p>	<p>日本人の健康状態は世界有数の水準である。日本のヘルスケアシステムが間違いかないように貢献していると考えられてきた。しかし、最近の医療経済研究ではそのような結論にならない。社会保険方式による日本のシステムは利用可能な価格で全ての国民に基盤的な治療と医者の選択の自由を提供してきた。しかししながら、日本のシステムは需要パターンの変化、経済的公平、適切な資源配分に失敗するようになってきている。政策勧告として、①医療保険基金を統合、規模を拡大する、②医療保険基金からの給付にあたって医者による審査を強化する、③入院や高額な薬に対する現行の公定価格のバイアスを解除消し、④ヘルスサービスに対する規制緩和:参入規制の緩和、ヘルスサービスに対する規制緩和、情報公開、病院経営の第三者評議会による情報公開、皆保険の第三者的評議会、⑤保険対象サービスを徐々に拡大するなどが指摘されている。(2002年OECDワーキングペーパーにより)</p>	
WHOの評価	<p>OECDが加盟国の Health Policy に対して行なう政策評価は、経済政策の審査(経済審査)の1つとして行なわれているが、Health Policy について毎年メントされているわけではない。</p>	<p>世界191ヶ国中第20位</p> <p>世界191ヶ国中第15位</p> <p>世界191ヶ国中第1位</p> <p>総合的な医療システム達成度(Oversight Health System Attainment) でみたランキング。5つの基準、②健康の普及度、③治療における対応水準、④治療の普及度、⑤負担の公平性により指標化。①に25%、②に25%、③に12.5%、④に12.5%、⑤に25%のウェイトづけを行い総合評価。(WHO World Health Report 2000 より)</p>	<p>世界191ヶ国中第34位</p> <p>世界191ヶ国中第37位</p> <p>世界191ヶ国中第10位</p> <p>医療システムの効率性(Health System Performance) でみたランキング。どれだけ効率的に医療システムが医療費を活用しているか。医療の成果は障害者を調整した平均寿命(DALE)で測定する。投下された医療費で最大可能な平均寿命(DALE)と実際に測定された平均寿命(DALE)との差異により医療費の効率性をわかる。(WHO World Health Report 2000 より)</p>

## 医療制度国際比較（3）－1

問題点	ドイツ	フランス	オランダ	イギリス
医療費負担	<ul style="list-style-type: none"> <li>公的部門と民間部門の間に壁があり、競争が一部阻害されている。民間同士の競争が十分でない。</li> <li>高齢化の進展や医療技術の進歩により医療費の増大が続いていることから、社会保険料率が高くなつており、一部税財源を投へせざる得ない状況になつている。今後、継続的な改革が必要な状況。</li> <li>民間保険において高齢時に保険料が上昇し、被保険者が払えないといふ問題があつたが、スタンダード化導入・普及により解決が図られる方向に進展中。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>医療の水準は高いが、国民の医療費負担も国際比較で見て極めに高く、適切な医療水準を維持しつつ医療費重要な課題になつている。このため、家計に過度な負担を与える、企業負担を増加させ支えられない形で、社会保険料率を投へざる得ない状況になつている。</li> <li>一方で、社会保険料率が高くなつておらず、医療費及び高齢者向けの福祉に強い医療費支出増加圧力が繼續するが予想され、地域医療の問題や医療と介護の連携強化の問題に適切に対応していく必要が指摘されている。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>保険者間の強力な価格競争により、保険料収入は2年連続で赤字。制度を持続させるには定額保険料を上げる必要がある。</li> <li>国民の約2／3が保険料負担の増加に再分配が行われている現状がある。</li> <li>保険者の医療機関に対する影響力が強くなりすぎることが懸念されている。また、保険者のグローバル化が進むと競争原理が働くくなる恐れがある。</li> <li>無保険者と保険料未納者の数が増加傾向にあり、皆保険制度の下で運営上大きな問題となつている。</li> <li>リスク構造調整がうまく機能することができ不可欠であるが、完璧とはいえない。</li> <li>監督機関が複数存在するが、それぞれの役割分担が明確でない。</li> <li>専門医を受診するための待機時間の短縮は長年の課題。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>10年計画のNHSプランも最終段階に入りしており、中心的な課題である。待機時間の長期化は改善している。しかし、待機時間と並んで長年問題としてきた院内感染の問題等、依然多く多くの課題を抱えている。</li> <li>医療費支出は2008年からの3年間で年4%ずつ増加させるとし、大幅な支出増から増加率の抑制へ転換した形となる。医療費支出の増加を抑える中で、今後予想される需要増に対する医療サービスの質と財政面での効率化のバランスを取ることが課題となる。</li> <li>労働党政権下では民間事業者の活用を進めながら、サービスの質の低下やコスト増を招いていたとの批判もあり、地域によってはNHSの民营化として国民の心理的反発もみられる。</li> <li>地域医療の課題としては、地域格差の改善があげられ、プライマリ・ケア・トラストは地域間での運営能力の差やそれを担う人材の不足等の問題を抱えている。</li> </ul>
医療計画				<p>2000年7月に、今後10年の計画として白書「NHSプラン」が発表された。このプランで、新たに投入する医療費をどのように使うのかが、数値目標とともに示された。毎年の予算計画については、保健省から出されるビジネス・プランによつて、その年度にどのようにして具体的な財源と財源を活用していくかについて具体的な計画構想と目標が2年おきに策定される。</p>
医師の偏在			<p>大枠は、毎年の社会保障財政法の中医療保険支出全国目標(ONDAM)等が示され、医療保険部門の赤字抑制等が試みられている。その枠組みの下で地域医療計画が策定され、医療供給体制の改善等も図られる仕組みになつている。</p>	<p>国が地域や診療科ごとに必要な医師数を調査し、各病院の研修医の数を決めている。但し研修後は病院を自由に選べるため、地理的な偏在は避けられない。</p> <p>各専門医の数は専門医協会が定めている。</p>

## 医療制度国際比較（3）－2

	デンマーク	アメリカ	(参考)日本
問題点	<p>・80年代より、病院における待機リストの問題が依然として生じている。</p> <p>・待機リストの問題を回避するため、全額自己負担の民間病院における費用のうち2/3は大企業等が従業員への福利厚生の一環として保険料を負担している民間保険によつて賄われており、平等で無料の医療の原則に反するとの批判がある。</p> <p>・今後、見込まれている医療費の増大への対応が必要であるが、高い国民負担率の現状では増税は困難であり、自己負担の増大や民間保険の活用も考慮すべきである。</p>	<p>医療費のGDP比、人口一人当たりの医療費とともにOFCD30ヶ国の中でも第1位で、他国よりも飛びぬけて高く、医療費は非常に高額である。全人口の約16%が医療保険の無保険者であり、その原因は保険料が払えない(貧困者)と不法滞在者による。医療費は世代の医療保険は民間医療保険が中心であり、企業主が高負担で団体医療保険の加入プランを提供する例もあり、現役世代の医療保険料を負担する企業が福利厚生の一貫として事業主が高負担で団体医療保険の加入プランを提供するためにマネジメントの医療費抑制のためには広がつていているが、医療機関の選択や専門医受診が制限され、過小医療で必要な医療が受けられない、保険外の治療オプションが通知されない(規制緩和条例)などの問題点が指摘されている。</p>	<p>医療費のGDP比の増加のスピードが速く、医療費の中で高齢者医療費の占める割合も増加している。医療費の約50%を保険料、約3分の1を税財源、約14%を患者負担で賄っているため、医療費の負担者の問題が生じる。また少子高齢化の進行する中で、支えられる高齢者人口の割合が増加、支える若生人口の割合が低下しており、現行の費用負担構造を維持することが困難になつている。</p>
医療計画		<p>各レギオナにおいて、開業医の認可・運営を行つており、医師数をどの程度とするかはレギオナの判断に委ねられている。</p>	<p>州政府レベルで医療機器の導入に対する規制が存在する。連邦政府の保健医療施策として、「Healthy People 2010」を策定した。アメリカ国民に対し500以上にわたる健康に関する目標値を示し、健康の高い生活を継続し、健康を害する行為を減少させることを目的に策定された。</p>
医師の偏在			<p>州別の医師数をみると、人口10,000人当たりの医師数は高い州と低い州ではかなりの格差があり、医師が偏在している。結して、大西洋に面した州では医師数が多く、中部や山岳部には医師数が少ない。</p>

## 医療制度国際比較（4）－1

高額医療費の負担	事前申請・登録を受けた医師(大都市に多い)は、国の定める診療報酬を超過する請求が認められており、この金額は自己負担となる。薬剤費は効率還率(65%～15%)で公的保険に応じた賞与(65%～15%)で公的保険がカバーし、残りが自己負担となる。なお、自己負担をカバーする民間保険(補足的保険)は普及率が8割を超える。	医療保険法下では自己負担の上限(は€155(2009年))。但し特定の腎臓手術、歯科医療は3種類の定額負担。高齢者、低所得者、妊婦には免除があり、薬剤については免除者が多い。	オランダ	イギリス
ドイツ	高額な医療材料(インプラント、カテーテル)が包括評価の中にも含まれており、ケース間のばらつきにつながるとの批判もある。高度医療・新薬について公的保険がカバーしている場合もある。	介護等は、特別医療費保険(AWBZ)によってカバーされている。保険者は国だが、民間保険会社が代行している。導入以来、AWBZ支出額は増加し続けている。費用全額が事後的に償還されるため、効率性へのインセンティブが働かず、競争原理も働かない仕組みとなっている。2002年に、「保健福祉の面サービスを統合する新しい機関としてケアトラストが設置された。労働党政権の改革の流れを受けており、窓口としてGPや看護職が含まれ、そこを起点に保健医療から福祉サービスまで広範囲のサービスを受けるための複数の専門職によるアセスメントが実施される。	1994年から介護保険制度がスタートした。すべての被保険者が介護保険加入義務あり。保険者と介護保険基金を運営し、税金負担の必要ない制度運営としている。今後高齢化の進展とともに、世代間の適正負担配分のため制度改革の必要が出てくる。	医療と介護の関係

## 医療制度国際比較（4）－2

	デンマーク	アメリカ	(参考)日本
高額医療費の負担	9割以上の国民が属している1グループに属している限りは医療の自己負担は発生せず、2グループに属している場合には一定額の負担が発生する。	公的医療保険では高額な医療費の部分は自己負担となるが、民間保険には高額の医療費に対して高額医療費保険が存在している。高額医療費保険では患者負担の上限額があらかじめ決められている。	医療保険により一定の金額(自己負担限度額)を超えた部分が払い戻される高額療養費制度がある。70歳未満の一般人の場合 80,100円+（総医療費 - 267,000円）× 1% の自己負担限度額(1か月あたり)となる。
医療と介護の問題	医療サービス(はしぎオナ)により提供されているが、高齢者介護を含む社会サービスは、コムーネが担っている。 財源は税金であり、一部利用者負担がある。現在、(ほと)全てのコムーネにおいて24時間在宅ケア体制が実現しており、各コムーネは、「日中」「夜間」「深夜」の3つの時間帯に分けて在宅サービスを提供している。 レギオナとその地域内のコムーネ間で定められた「合意事項」に基いて要介護者への治療等の際の連携がなされる。	公的介護保険制度が存在しないため、医療の範疇に入る一部の介護サービスが公的メディケアでカバーされることは過ぎない。しかし、長期介護は公的メディケアでカバーされない。長期介護は貧困者向けの公的メティケイドでカバーされるため、個人資産を一括して初めて公的メティケイドが適用されることになる。したがって高齢者介護サービスは、民間部門が果たしている役割が大きいのが特徴となる。	2000年4月より介護保険法が施行された。基本的には老人福祉制度で提供されてきた施設サービス、在宅サービスの大部分と老人保健制度で提供されてきた主要なサービスが公的介護保険で提供されるようになつた。介護の性質の強いサービスを一定程度で公的介護保険でカバーすることで医療と介護の連携を、医療保険と介護保険の間の連携として単純化することを図っているとの分析などがある。