

# 医療保険と医療提供体制の改革の方向性 —ドイツとの比較を交えて—

平成29年9月13日(水) 15:00~17:00

日比谷コンベンションホール

主催：一般財団法人医療関連サービス振興会



## 講師

田中 耕太郎

(たなか こうたろう)

放送大学 客員教授

### 講師略歴

#### ■ 略歴

1974年 京都大学法学部卒業

1974年 厚生省(当時)入省

(年金、薬務、医療保険、国際協力、障害福祉などの仕事に従事)

1995年

}

2015年度

2012年より現職

山口県立大学社会福祉学部教授

#### ■ 専門分野

社会保障論、国際福祉論

#### ■ 主な書籍

『先進諸国の社会保障④ドイツ』(共著)(東京大学出版会)

『はじめての社会保障第14版』(共著)(有斐閣アルマ)

『社会保険のしくみと改革課題』(単著)(放送大学教育振興会) 他

ただ今、ご紹介にあずかりました田中です。ちょうど去年3月で65歳の定年で大学を辞めました。これまで、21年間、厚生省で行政官として仕事をさせていただき、その後、95年から昨年まで21年間、私の故郷なのですが、山口県立大学社会福祉学部というところで、主にソーシャルワーカー、社会福祉の専門職の養成に関わる教育の仕事に携わってきました。現在、辞める少し前から、放送大学からの依頼があり、テレビ、あるいは今はラジオですが、社会保険の仕組み、あるいは運用について、15コマの講義を担当したりしています。

今日は、この月例セミナーにお呼びいただき、どんなテーマでお話をしようかと思っていました。書いてあるとおり、ドイツとの比較を交えながら、これからの日本の医療保険、あるいは医療提供体制について、どういう課題を今、抱えているのか、あるいはどういう方向にこれから行くのだろうか、あるいは行かなければならないのだろうかということを中心にして、私なりに比較研究の中で考えてきたことを中心にお話をさせていただこうと思っています。

事務局からあらかじめ、今日の参加者の皆さまのリストをいただきました。改めて医療、あるいは病院という大きな組織が持っている裾野の広がりというか、関連業種の広さみたいなものを感じていました。私は、今の医療保険、あるいは医療のあり方について、このままで本当にいいのだろうかという問題意識を持っています。

ただ他方で、現実に皆さまの日々のお仕事の関わりがありますように、数多くの人たちがこの世界で仕事をし、ご飯を食べていらっしゃるわけです。しかもその現場で命をかけて患者たちが関わるサービスに従事していらっしゃるわけです。医療保険の改革が難しいというのは、本当に肌をもって感じています。とはいえ、今の日本のこの仕組みが本当にこのままサステイナブルなのだろうか、維持していけるのだろうかということについては、やはりいくつかの問題意識を持っています。必ずしも、今、厚労省、あるいは国がやろうとしている改革の動きとぴったり合うかどうかは分かりません。かなり慎重に、今の改革の動きというのはやっていますので、これも1つの選択肢、現実的な日本の解決の姿かと一方では思っています。

ただ一方で、世界の先進国の中でも飛び抜けて特異、ユニークな姿をしている日本の医療提供体制、老人医療、精神科医療を含めた日本の医療がこのままで本当に世界の中で伍していけるのだろうか、あるいは日本の社会、経済が本当にこの仕組みを維持していけるのだろうかということについては、いくつかの考えなければならぬかなり深刻な問題があるだろうと考えています。

ちょうど、今年、つい先日、介護保険法の改正が行われました。このところ、立て続けに大きな改革がされてきています。ただ残念ながら、世界の中で、あるいは私は直接はドイツを30年来研究してきましたので、その比較の中で言うと、日本の改革の手法とかアプローチというのは、ほとんどイノベティブなものがありません。旧来のやり方をずっと繰り返してきています。なかなかその出口は見えないというのが、私の総括的な評価です。その辺も含めて、今日をご説明をさせていただき、問題提起をさせていただければと思っています。

## 医療(健康)を考える3つの次元

これはもうそれぞれの専門家である皆さまにとっては当たり前ですが、日本は皆保険の仕組みを持っています。そのため、私たちは医療というと、もう医療保険の話と、医療提供体制の話というのがなかなか区別しにくいのですが、ただ問題の本質というか、性質というのはかなり違ってきます。私はいつも最初に医療の話をするときには、大学の学生も含めてこの話をしています。

まず、医療というのは、皆さんが働いていらっしゃる現場もそうですが、基本的には医療サービスを提供するサービス基盤が必要です。これは医師や看護師をはじめとしたさまざまな専門職の養成から始まって、実際に彼らが仕事をする場である病院、あるいは診療所、薬局等の配置に至るまで、サービス基盤がまずあってはじめて医療サービスというのは提供されます。

では、そのための医療法、あるいは医師法、薬剤師法といったような基盤の整備に関わる衛生面での規制をしっかりやっていけば、必要な医療が受けられるかということ、必ずしもそうではありません。医療というのは慈善事業ではなく、基本的には有償のサービスです。しかも非常に高額なサービスです。放っておけば、当然その費用を払える人が、見合う費用を払って、サービスを受け取るという、通常、私たちが自分の費用で購入しているサービスあるいは財と同じような等価交換になるわけです。その意味するところは、お金が払えればその対価に見合うだけの質の高い高度なサービスが受けられるが、お金がなければ受けられないという話になってしまうわけで、医療というのは、どうしてもそれだけではやっていけません。

基本的な私たちの医療に対するニーズというのは、お金がある人も、あるいは経済力がない人でも、やはり命を救い、健康を守るために必要なサービスというのは、みんな平等に受けられるようにしたい、とりわけ日本は非常に平等を重視する国です。全ての国民、全ての人たちが、所得に関係なく、必要な医療サービスを受けられるようにしていきたい。それを経済的に保障する仕組みが、医療保険という仕組みです。

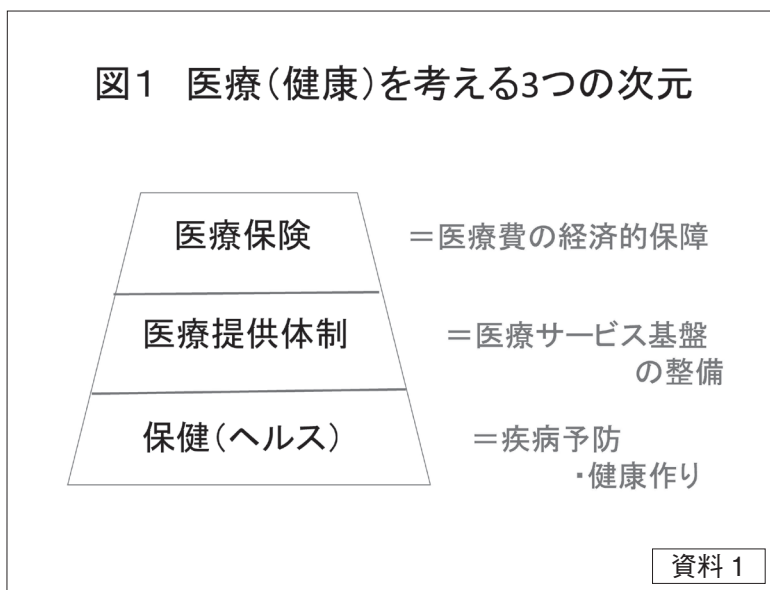
日本は長い間、医療保険が中心になって、医療政策をやってきました。もう戦後すぐから始まって、皆保険を作るとき、つまり国民健康保険制度を受け皿に、それまでにあった健康保険とか、共済組合などに入っていない人たちは全て入りなさいという形で、市町村国保を中心にして、皆保険を作りました。そこに多額の税を投入して行って国民全てがバランスの取れた負担の下で、必要な医療を誰もが受けられるという、ある意味では世界に冠たる皆保険という仕組みを作ってきたわけです。

あのオバマさんがオバマケアを大変苦勞して作って、ぎりぎりの票差で可決されましたが、今のトランプさんの最初の公約の大きな柱というのは、あのオバマケアを廃止するということで、依然としてアメリカではその是非を巡って激しく対立をしています。世界の各国で、この医療の保障というのをどうやるかということについての正解はありません。それぞれの国で大変苦勞していますが、日本はその中で、ドイツをモデルにして、医療保険を作りました。1922(大正11年)に健康保険という制度を作りました。



この公的な医療保険を中心として、いわば医療費や医療サービスを経済的に保障するという仕組みを、全ての国民に保障してきたわけです。

これに対して、医療提供体制というのは、医師法、薬剤師法、最近では理学療法士、作業療法士法という専門職の資格、養成に関わる身分法と、それからその人たちが実際に働く現場である、おそらく今日お出での皆さんの大半の方々が関わる職場である病院、診療所についての、人的物的な基準、衛生基準を決めている医療法を中心とした提供体制についての制度で、これと医療保険とが医療を保障するペアのセットになっています。



当然、医療保険が充実すれば、みんなが医療を受けやすくなりますから、医療提供体制も充実していきます。医療提供体制が充実していけば、当然医療費も増えていくという形で、相互にこの2つというのは関連し合っています。ただ、例えば医療の質の問題ですとか、あるいは今、大きな話題になっている地域医療構想のような地域での病院の再編成だとかというのは、これは医療保険の話ではなくて、基本的にこの医療提供体制の問題です。あるいはインフォームド・コンセントの問題ですとか、終末期医療の問題なども、基本的にはここがリードをして、これに必要なものを医療保険が経済的に支援するというのが基本的な仕組みです。

ただ日本は長い間、医療提供体制の根本を成す医療法というのが、不磨の大典というふうに呼ばれてきました。要するにずっと触らなかつたのです。戦後ずっと長い間、医療法の改革というのは、医師会との利害関係だとか、現場の利害関係が直接的に来るものですから、日本の戦後の大きな医療改革というのは、ほとんど医療保険法の改革、あるいは診療報酬の改革を通じて、提供体制を引っ張っていく、変えていくという形でやってきました。私たちはなかなか両者の手法の関係というのを整理できていません。しかし事柄の性格としては全く違う性質、手法を持っています。だから最初に私たちはそれをしっかり整備しておく必要があります。

もう1つ近年非常に重視されてきているのは、保健、ヘルスと言われるものです。病気になった人を治すための仕組みではなく、そもそも病気にならないような疾病の予防、感染症対策といったようなことを扱うヘルスの分野が基盤にあります。これも当たり前のことですが、どんなに最高の医療、最高の病院があって、最高のお金をかけて、素晴らしい世界のトップレベルの医療を受けられるよりも、食べ物も安全で、食中毒も起きない、しっかりした薬が流通していく、健康を害するような大気汚染や、あるいは土壤の汚染、水の汚染を防いでいくということが大切です。

若い人たちはあまりご存じないかもしれませんが、かつて日本は公害大国でした。今、中国の公害対策のことを非常に厳しい目で見っていますが、日本の昭和40年代というのは、世界のいわば公害大国でした。イタイタイ病、水俣病など、大きな健康被害を日本は作り出してきました。だからこそ、その過程を通じて、そういうことが二度と起こらないようにということで、世界に冠たる厳しい環境規制をして環境

対策をやってきたわけです。

こういう病気を作らないための基礎の部分通常、行政の施策、あるいは規制として行われるので、普通社会保障とか、医療保障の中には含めませんが、非常に重要な要素です。例えば日本の母子保健ですとか、あるいは結核対策といったような、戦前からあるヘルスの保健所を中心とした活動というのは、今の途上国にさまざまな形で提供していますが、当時としては非常に高いレベルのことをやってきていました。このヘルスの問題、保健の問題というのは、これから特に健康作りだとか、疾病管理といったことをやっていく上では、いつもベースとして意識をしておく必要があります。(資料1)

## 医療サービスの特徴

医療サービスは今お話ししたことと関連しますが、なぜこんなに医療というのが、世界の中で大きな課題になりながら、どこの国も困っている、なかなかうまくいかないというのはなぜでしょうか。やはり基本的な人道的でベーシックなサービスであり、極力貧富に関係なく、ニーズに応じて、必要な人が、必要な医療を受けられるようにしていくということがどこの国でも求められます。他方で、医療というのは、今、どんどん高度化しています。今、お出でいただいている方々の分野でもすさまじい勢いで、

新しい医療革命が起こっています。日本でも世界でも、大体1970年代に、いわゆる医療費の爆発を引き起こした新規の技術開発が行われた時代があります。大体先進国で医療費問題が大きな政治課題になってきたのは70年代以降です。それに続き、今、世界的にも超高額な新薬、新技術、あるいはロボット技術、再生医療というものが、続々と誕生しつつあります。どんどん高度化していったら、一種の奢侈財という性格も持っています。従って、経済が豊かになればなるほど、高額な、しかも高いレベルのサービスを人々は求めるようになっていきます。そういう専門性の高いサービスなので、医師をはじめとした高度な専門職が提供しています。

けれども他方で、非常に公的な、公共的な色彩の強いサービスですから、どこの国でも、いろいろな形で公的な規制が入ります。それから国民ができるだけみんな公平に利用できるようにしていこうとすると、イギリスのように税を使うか、ドイツや日本のように社会保険の仕組みを使うかは別として、やはり財政的にも、公的な関与が大きく入ってきます。

アメリカはこれだけ多くの金を使いながら、残念ながら医療について見てみると、おそらく失敗していると言わざるを得ません。マーケットに委ねて、うまくいけば、他のサービスと同じように、あまり国が悩む必要はないのですが、残念ながら、医療という特質を持っている医療サービスについては、マーケットだけではやっていけません。むしろ市場の失敗が起きやすいサービスの分野だと言われています。

それからそこに介入をしようとする、今度は医師を中心としたいわゆるプロフェッショナル・

### 医療サービスの特徴

- ・貧富に関係なく、すべての人に平等に提供が保障されることが望まれる人道的・基盤的なサービス
- ・他方で、豊かになればなるほど高度なサービス需要が発生する奢侈財の性格も有する
- ・医師を始めとする高度の専門職による提供
  - ☞ サービス規制と財政への公的関与が大
  - ☞ 単純な市場経済には委ねられない(混合経済)
  - ☞ プロフェッショナル・フリーダムと社会的介入
  - ☞ 政治・政策の役割が大

資料2

フリーダム、医師の専門裁量にやはりある程度介入していかざるを得なくなりますので、当然医師の反発だとか、そこにどう折り合いを付けるかということになってきます。どこの国でも医療改革というのは、大きな政治問題になってきます。改革が難しい、かといって放っておけばうまくいくかということ、決してうまくいきません。医療というのは、国を問わず、こういう性質を持っています。(資料2)

## ■ 主要国の保健医療費対GDP比率の推移

先進国クラブであるOECDが、医療についてのデータを取り、加盟国に提供し始めました。何故かという、要するに70年代以降、先進国共通の悩みに、経済政策の中で医療をどうするかというのが、非常に大きな課題になってきたということなのです。

元々 OECDというのは、この名前から分かるように、経済協力や途上国開発の先進国クラブですから、本来医療ということは直接的には関係がなかったのです。しかし先進国の中で、やはり医療の問題というのが、経済の中で非常に大きな、重要なファクターになったのです。

そのための改革、あるいは現状についての共通の情報提供をしようということで、OECDがヘルスデータとして、毎年公表することになりました。

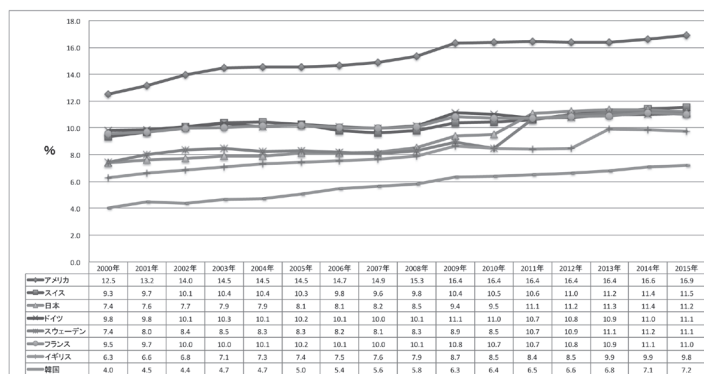
皆さまもよくご存じのとおり、この一番上がアメリカです。先進国の中では、唯一、公的な医療保障の仕組みを持たないアメリカです。マーケットを中心にして、民間の医療保険の商品を購入して医療に備えるという仕組みを、世界の先進国の中では唯一、アメリカが採用しています。そのアメリカですら、65歳以上の高齢者や障害者、あるいは本当の低所得者の層は、こういうやり方ではできないということで、1965年にメディケア、そしてメディケイドという公的な医療保険や医療扶助の仕組みを作りました。トータルで見ると、医療費のコントロールが全くできていません。今やGDPの17%を超えるお金がこの世界最大の経済大国のアメリカで、日本の数倍のお金が使われています。

世界の最高の医療を求める人、研究者、医者は、今でも、たくさんアメリカに来ます。お金があれば、世界最高の医療が受けられますが、その一方で、4,000万人から5,000万人は、金がなければ、病気になれば一卷の終わりという、無保険者の問題というのは、ずっと尾を引いてきているわけです。

オバマ改革ですが、ヒラリーさんが一度チャレンジをして完全に失敗をしました。オバマさんが何とか形を作りましたが、風前のともしびというか、なかなかうまくいっていません。その一方で、もう医療費だけはどんどん膨らんでいくというのがアメリカです。

あとは公的な医療保険制度を持っている日本やドイツや、フランス、それから税金を使った無料の医療、NHS、ナショナル・ヘルス・サービスを持っているイギリスといったような国は、大体GDP、国内総生産の10%から11%ぐらいを医療費に使っているという状況があります。いずれの国も2000年からわずか十数年を見るだけでも、確実に上昇トレンドにあります。

図2 主要国の保健医療費対GDP比率の推移



出所: OECD Health Statistics 2016 (JUNE 2016)

資料3

おそらく皆さんの業界で、これからアジアにということを考えていらっしゃる方もたくさんいらっしゃるだろうと思います。お隣の韓国もまだ公的な医療のカバーが非常に低いです。半分強しか、公的な医療費のカバーがありません。保険外診療とか、あるいは混合診療などが非常に幅広く、プライベートなファイナンスに任せている部分がまだ大きい国です。それでもトータルの医療費で言うと、既存の先進国を上回るペースで、韓国でも医療費が増えてきています。お隣の中華人民共和国も、台湾も、アジア各国は今、共通のこの医療保障のサステナビリティが問われる状況が続いています。

実はこれは2017年6月の統計も出ています。今日、ご覧いただいているのは、2016年の統計です。この統計では、アメリカが17%近くで、だんとつで世界で最大の医療費を使っていますが、実にこれまで日本は皆保険制度の下で、非常に公平で、フリーアクセスを保障しながら、比較的少ない医療費で高いパフォーマンスを示していると言われてきました。日本も言うてきましたし、世界の中でも一応そう言われてきました。

2000年のWHOの世界の百数十カ国の医療パフォーマンスのランキングでは、日本がフランスと並んでナンバー1になりました。パフォーマンスが最も高かったのです。日本では、医療というのはいろいろ問題が多いという感じのほうが強くて、あまり信じられていませんが、国際的に見ると、日本は相対的に少ないコストで、公平で、アクセスがよくて、質の高い、しかもアウトカムとしての乳幼児死亡率だとか、平均寿命を含めて、さまざまな保健指標が優れています。

しかし、こここのところに来て、経済に占める医療費負担が非常に大きくなってきています。ついにアメリカ、スイスに次いで、世界第3位に医療負担が重くなりました。これは実は2011年のアカウントの計算から、OECDが介護の費用を入れるようになっていたのですが、日本はずっと入れていませんでした。しかしもうリミットが来たということで、この年の統計から介護の費用も入れるようになったのです。他の国はもうそれまで入れていたのですが、日本も入れたために、順位が上がり、世界第3位、世界に冠たる医療費大国になったということで関心を呼びました。

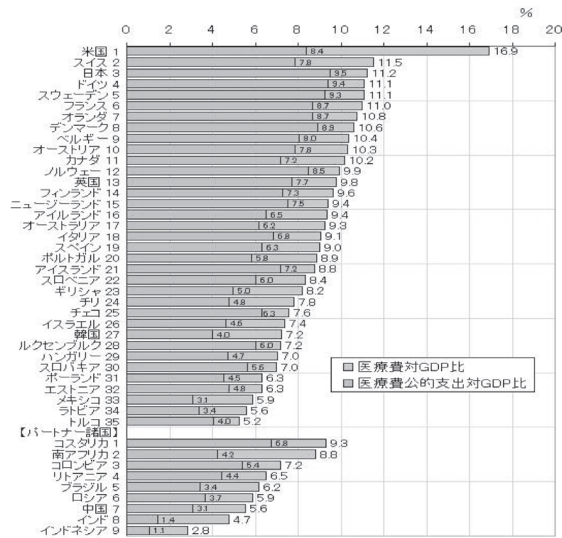
どうも日本医師会も、これはちょっと読み方が違うとか、政府もあまりこの16年版のデータは使いたくないようで、白書のいろいろな国際比較のデータなども古いものが使われたままです。そして今年、発表された2017年版では、日本は10.9%で順位が下がっているのです。他の国は大体増えている中で、日本はむしろやや低めになってきているのです。どう考えても、この間、医療費がそれほど減っているわけではないし、分母の経済もそんなに伸びているとはとても思えないので、どういう整理をしたのか、ちょっと精査しなければいけないと思っています。まだそれをしていないものですから、いろいろな意味で、関係者の間で注目を集めた2016年版のデータを使っています。いずれにしても、細かな数字は別にして、主要国はどこも国内総生産に占める割合は1割を超えるだけの巨大なマーケットを形成してきている、費用がかかる分野になってきているということです。(資料3)



## ■ 各国の保健医療費対GDP比率の比較(2015)

今の国際比較を別の形で見たものですが、だんだんとつにアメリカが高いです。ご覧いただいているように、スイス、日本というように2015年のデータではなりましたが、いずれにしてもこの辺のところですよ。これに占める公的な医療費の割合というのは、大体主要国はほぼ8割から9割ぐらいで、残りはアウト・オブ・ポケットつまりプライベートなファイナンスです。その中ではほぼ半分をプラ

図3 各国の保健医療費対GDP比率(2015)



出所: OECD Health Statistics 2016 (JUNE 2016)

資料 4

イベートでやっているアメリカ、これは民間保険を中心にしてやっていますから当然なのですが、あと先ほど申し上げたように韓国、それから関連国である中国辺りは、やはりまだ民間、プライベート・ファイナンスの部分が半分近く占めています。これらの国でこれから急速に高齢化が進んでいく、医療技術が発達していく、医療サービスがどんどん展開していくという中で、これらの国がどういう形で、国民の医療保障をしていくかということは大変興味のあるところですよ。(資料4)

## ■ 医療・介護費用の増加要因

増加要因についてのコメントです。これもよくいろんな先生からも話がされていると思います。人口の要因、高齢化の要因、有病率、あるいは慢性疾患が増えてきているということがあります。ただ高齢者とその他で1人当たりにかかる医療費を比較すると、日本では75歳以上と未満とでは、ちょうど4.5倍ぐらいの格差があります。ここまで格差がある国は少ないのではないかと思います。厳密な比較をしているわけでもないのですが、大体ドイツとかフランスは2倍から3倍ぐらいです。もちろん高齢者のほう

### 医療・介護費用の増加要因

◆ 需要側の要因:

- ・人口の増加
- ・人口高齢化
  - 一 有病率の増大
  - 一 慢性疾患、複数疾患患者の増加

◆ 供給側の要因:

- ・医師、看護師、病床等の増加(医師誘発需要)
- ・高額な新技術、新薬の開発など

資料 5



が確実に体が弱っていますし、有病率が上がっていますから、若い人よりはもちろんお金はかかります。しかし日本ほどの格差が本当に正当化されるのか、根拠があるのかという辺りは検証が必要なのだらうと思います。

供給側の要因としての、医師や看護師の増加、病床の増加、それから先ほど来の高額な新しい技術や新薬の開発といったようなことがあります。ここでは挙げていませんが、もう1つは政策要因です。診療報酬の改定だとか、あるいは逆に介護報酬を引き下げるといったような、政策的な改定も当然費用の増加、あるいは減少の要因になってきます。(資料5)

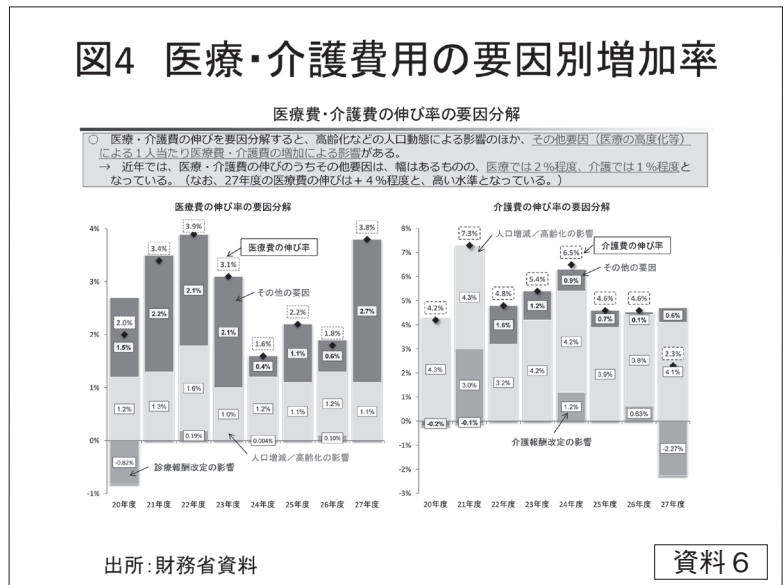
## 医療・介護費用の要因別増加率

これは財務省が作ったものです。元々のデータは厚労省が作っているデータです。これも皆さんもよくご存じのとおりだと思います。人口構造の変化に伴う要因、それから技術要因です。その他の中で、2015年というのは、オプジーボだとか、あるいはソバルディ、ハーボニーといった超高額薬剤が出ました。一体これからこういうものをどうやっていくのだからという薬剤の費用の問題というのは大変大きな関心を呼びました。かなり荒っぽい話ですが、オプジーボについては、もう半額に薬価を下げられたりしています。問題を喚起した意味では、2015年というのは、大変大きな年だったのだらうと思います。

もう1つこの出来事の中で大変興味深いのは、この問題を財政審議会その他で社会的に提起されたのが臨床の医師だったということです。このデータにも書いてありますが、日赤の国頭英夫さんです。がんの消化器の化学療法部長が問題提起をされました。1年間大体3,500万円ぐらいかかるこのオプジーボをもし肺がんの患者さんの半分、5万人に使うだけでも1年間に大体1兆7,500億円ぐらいかかる、これだけでも大変なことになって、国民皆保険を維持できるかどうかという問題を、臨床の現場のドクターが問題提起をしたということが、この数字とか、具体的な薬剤の問題以上に私は重要だと思います。

今日も、直接医療の臨床の関係者の方もいらしてくださっているかもしれません。医療の現場では、やはりお金の話はしたくない、する必要がないという意識が非常に強いです。実際に医師であれ、病院であれ、薬局であれ、臨床の現場で見ている「おかしい」とか、「なぜこれにこんなにお金を使うのか」というのは、おそらく皆さんもたくさん感じていらっしゃると思います。しかし現場から、もっとこれをこういうふうにすれば、逆にこういうところに必要なお金が来ていないではないか、こういうお金をもっと削ってこういうところにきちんと充てるべきだという提案があれば、もっともっと日本の医療の改革、あるいは財源を本当に必要なところに、必要に応じてシフトさせることができるのだらうと思います。国や財政に責任を持っているところから問題提起はされますが、それに対して、臨床現場からは大体反対と

図4 医療・介護費用の要因別増加率



いう話になって、なかなかうまく物事が回っていきません。

今回のオブジーボのように、臨床現場の先生たちから、費用の問題はわれわれ医者も真剣に考えないとこれから日本がせっかく作ってきて、世界に誇るこの皆保険が本当に維持できなくなるのではないかとこの問題意識を、もう少し強く現場が持ってほしいと、私は思います。その中で、しかしこういうふうにしたらもっとよくなるということが、フリーにどんどん議論がされていかないと、なかなか日本の医療というのは、本当の意味でよくなるのではないかと考えています。(資料6)

## ■ 年齢階級別 1 人当たり医療費・介護費

これも厚労省や財務省が作ったりしていますが、非常にきれいな図だったので、財務省の資料を使わせてもらっています。これは国民医療費統計です。厚労省が作っている資料をそのまま数字にただけです。

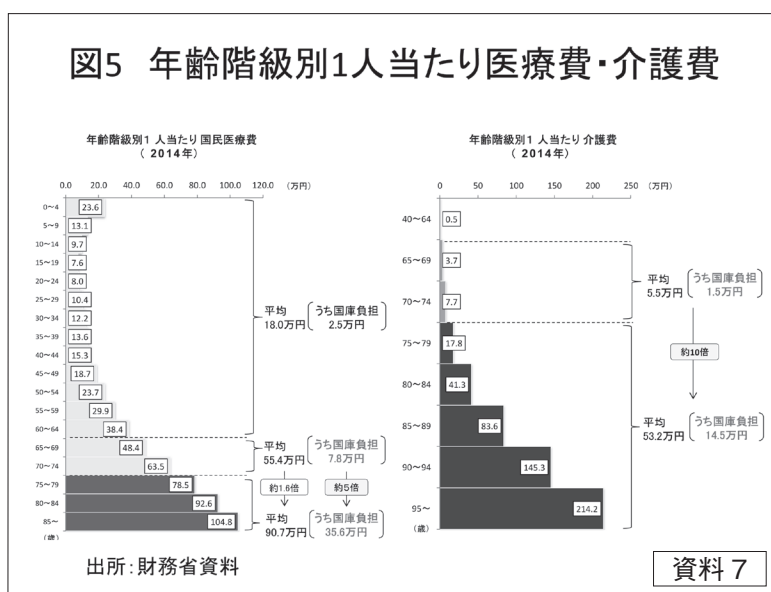
医療も介護も、特徴的なのは、年齢とともに費用がかかっていきます。金額の規模は、関わっている専門職も医療施設も多いですから、医療のほうが、介護の数倍の規模があります。ただし、より早いスピードで、しかも後期高齢期により多く費用がかかるという意味で、重要なのは、これからは介護の費用がもう無視できないレベルになってくるということです。

医療はこれを見ると、85歳以上は最も高くなっていますが、最後のところでまたちょっと落ちるので、その代わり介護は最後の亡くなるまで上がっていきます。いずれにしても、医療と介護を含めると、加齢とともに非常に費用がかかっていくというサービスの大きな特徴を持っています。

日本の社会は超高齢社会に向かって、年々進んでいきます。もうすでに高齢化率は27%で、だんとうに世界の中で高いです。しかもこれから団塊の世代がもう全員が高齢者、65歳になりましたが、これが2025年には全員が75歳に入っていきます。75歳が終わりではなく、それがさらに10年後には85歳に入っていきます。大きな塊で日本を変えてきた世代です。幼稚園に入るときには、幼稚園が足りない、学校に入ったら学校が足りない、就職をするときには、大変な就職競争になり、猛烈社員になってきて、日本の戦後社会をいろんな意味で変えてきたこの大きな塊、1947年から49年生まれの団塊の世代を中心としたところが、いよいよ本格的に、これから10年後、20年後に、一番コストがかかると言われている医療と介護のニーズのところに入ってくるわけです。

そのときに本当にいまのようなやり方で、日本がこの人たちの医療や介護の費用を、どんどん減っている少ない働き手あるいは経済力で本当に支え切れるのだろうか、冷静に見れば、極めて深刻な状況にあると思います。今、国は一応、2025年というのを1つの目標にして、地域医療構想もそうですが、団塊の世代全員が後期高齢期に入ってくるまでとにかく日本の医療の姿を変えていこうとしています。それが2013年の国民会議の提案であり、その後、毎年のように改正されてきている医療介護総合

図5 年齢階級別1人当たり医療費・介護費



確保推進法、国民健康保険法の改正、さらには今年の介護保険法の改正とかいうのは、このラインでやっているわけです。(資料7)

## ■ 社会保障に係る費用の将来推計

社会保障の各分野の中では、人口の高齢化の影響を直接的に受けるという意味では、年金がもろに受けます。日本の年金制度は、すでにほぼ賦課方式になっています。今年働いた人たちが納めた保険料が、今年の高齢者に回っていく、毎年それでやっていくという、賦課方式になっています。

ですから高齢者が増えて、長生きになって、もらう年金の総額が増えていく、それを支える保険料を負担している若い世代は減って行って、しかも経済が低迷して、給料が伸びません。給与総額

は、ゼロないしは、マイナスになっていきます。この両方の要素で、直接的にお金をその間で移転させているわけですから、まず直接に受けるのは年金なのです。

ただ年金制度は、もう10年以上前ですが、2004年にマクロ経済スライドという仕組みを導入しました。高齢者が増えていく、あるいは長生きになっていく分、そして逆にそれを支える働き手が減り総賃金が減っていく分、この両者分を賃金・物価スライド、賃金や物価が3%上がったなら、年金も3%上げるというものから、削らせてくださいということです。これには是非があります。もちろん年金水準が下がっていくわけですから。

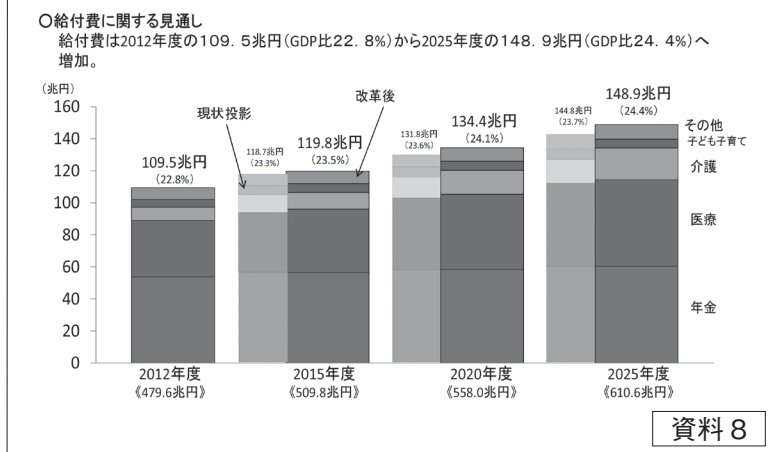
しかし一応、その自動的な仕組みを、2004年にすでに制度の中に組み込ませました。だから年金は今のところ、少子高齢化が進んでいっても、ある程度抑えられる仕組みができています。もちろんその先に、高齢者の年金水準が本当に生活保護世帯の水準以下になっていくとき、あるいは無年金者が出てくるときに、この人たちの所得保障をどうするのかという深刻な問題はあります。

今の若い人たちが、フリーターを続けていく、正規雇用がなく非正規雇用で、厚生年金が適用されない、給与が低い、あと40年後、この人たちが65歳になり、70歳になったときの所得保障はどうするのかという深刻な問題はあります。しかし、当座で言うと、年金はこの仕組みを通じて、ある程度抑えられていくのです。もちろんこれは、経済水準だとか、賃金水準だとか、物価水準がどういうふうになるかという仮定を置いてやっているわけです。

図6をご覧くださいと分かりますように、今、110兆円を超える社会保障の費用のちょうど49%、ほぼ半分が年金なのです。大体年金が5、医療が3.5、介護が1.5ぐらいです。5：3：2ぐらいの割合です。もちろん年金も増えていきます。しかし増える割合がかなり抑えられていきます。2012年から2025年までに、年金は大体54兆円あったものが、60兆円ぐらいです。12%ぐらいしか増えません。

それに対して、サービスの費用である医療、介護の費用は、一見してもう直感的に理解していただける

図6 社会保障に係る費用の将来推計  
(2012年3月、厚生労働省)



ように、相当伸びてきます。これまでのトレンドで、人口構成を置き換えるかなり機械的な推計であってもです。(資料8)

## ■ 超高額薬剤の出現と財政影響

これに先ほどのような超高額な薬剤だとか、医療技術などが入ってきたとき、どうなるかというのはこれには入れてありません。もっと大変なことになるだろうと思いますが、それは別にして、今の機械的な推計だけでも、医療費は35兆円から、54兆円ぐらいまで、わずか13年の間に、大体54%ぐらい増えると見込まれています。

規模はまだ医療よりも介護のほうが小さいです

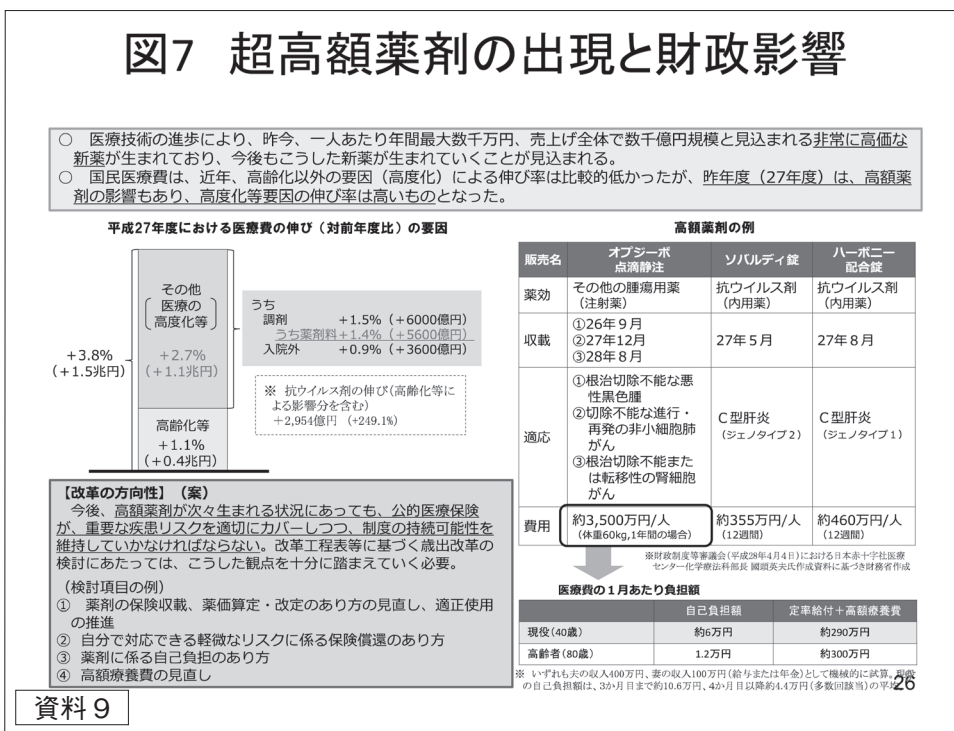
が、ご覧いただいて分かるように、増えるスピードは医療以上に速いスピードで、介護の費用が増えていきます。大体この間、わずか13年ぐらいの間に、主には人口の高齢化の影響が一番ですが、今の介護の費用の水準を見ていくと、大体2.5～2.6倍になるでしょう。2025年の時点で、医療と介護を合わせて、ちょうど50%、完全に今の年金と逆転して、医療と介護の費用が、日本の社会保障の大半を占めるようになります。

この費用をどうコントロールするかというのが、今の最大の問題になってきています。年金というのは、基本的に金銭ですから、極めてクリアなのです。働く世代が給料からどれだけの保険料率で、どれだけ保険料を納めてもらったら高齢者がどれだけいらっやあって、それにどれだけ回っていくと、お金ですから極めてははっきりします。もちろん百何十兆円の積立金をどれぐらいの利率で運用できるかとか、プラスアルファの要因はありますが、本質的には、今働いている世代からお金をもらって高齢者に回すわけです。

しかし医療と介護というのは、サービスなのです。サービスというのはお金を突っ込めば、いいサービスができるかということ、決してそうではないわけです。医療費の半分は人件費です。多くは今日お出でくださっている皆さんの間接的なものも含めて、給与になるわけです。

今の倍の医療費を、医療に注ぎ込んだからといって、今の倍のレベルの質のいいサービスが提供される保証は全くないわけです。医療費を抑えようと思ったら、日本の仕組みだともものすごく簡単です。診療報酬点数の1点10円を、1点9円にすれば、明日からでも医療費は10%減るのです。そのときに、日本の医療が本当に1割悪くなるかどうかということ、全く分かりません。ひょっとしたら全く変わらないかもし

図7 超高額薬剤の出現と財政影響



れません。やる気をなくす人はいらっしゃるでしょうけど。

つまりアウトカムと投入する費用というのが、医療や介護のようなサービス分野というのは、全くではないですが、関連性は非常に少ないのです。しかも先ほど申し上げたように、政策的なものを除いた、いわゆる自然増と言われるような要素は大体このところ、2%から3%、毎年確実に増えているわけです。なかなかコントロールができません。

だからドイツでは、予算の総額で締めようかという話があります。医療費が3%増えたら、単価を3%カットして、全体として費用に収まるような仕組みを入れたらどうかとか、いろんなことをやっているのですが、なかなかうまくいきません。これは日本だけではありません。先ほど言ったように、どこの国でも経済の成長を超えて医療費が伸びてきているのです。

それはやはり専門職による高度のサービスだからです。今行われているサービスの姿を、人口構成等々を置き換えるだけで、将来予測をするとこれぐらいになっていきます。これを本格化した少子高齢社会の中で、あるいは超高齢社会の中で、本当に質のいいものを、必要なところにお金を付け、そうでないプライオリティーの低いところは我慢してもらって、トータルでパフォーマンスのいい医療を日本がこれからどうやって作っていくかということがまさに今、問われているわけです。(資料9)

## 医療費負担の選択肢と方向性

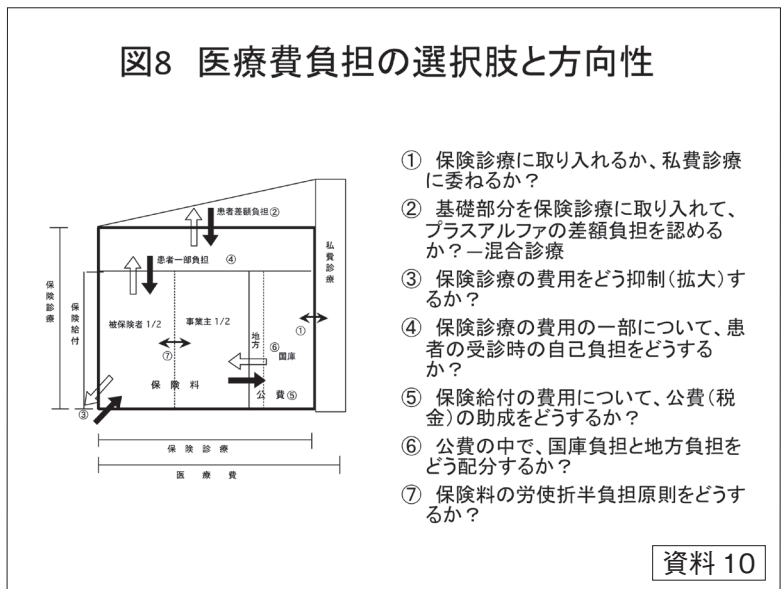
ではこれからどういう選択肢があるのでしょうか。私は前にドイツのマックス・プランク研究所と一緒に、ドイツと日本の医療保険の共同研究をしたことがあります。そのときどういう選択肢があるのかということと比較するために作った概念図です。

一応書いてあるとおりです。後のところでまた少し具体的に考えてみたいと思いますが、基本的には簡単に言うと、今の日本なら日本で、有効性と安全性が確立されている医療技術というものがあるとします。まずそのうちどれぐらいを私費診療、個人の負担に任せておくか、どこまでを公的な医療保険の中に取り込んでいくか、いわゆる給付カタログと言われる問題です。

ではいったん保険診療の中に入れたときに、次の問題として、全く外すことはしないけれども、一部プラスアルファ

を自由に認めるか、患者の差額負担を認めるかどうか、これがいわゆる混合診療の問題です。ベースは保険に取り込むけれども、医療機関と患者の個別の契約に応じて、プラスアルファのサービスを受けることを認めるかどうかです。差額ベッドだとか、歯科の金合金を使った前歯の補つなどです。

後で申し上げますが、皆さまからも強いご異論があるかとは思いますが、私はドイツが1988年の改革で入れたいわゆる薬剤についての混合診療、日本ではいわゆる参照価格制と言われているものですが、



もしこれから日本が本当に保険診療の範囲が厳しくなって、ベーシックなものは全てきちんと国民に保障するけれども、その中でできないものを出していくとか、広げていくかということの中では、おそらく1つの有力な混合診療の対象領域であると思います。

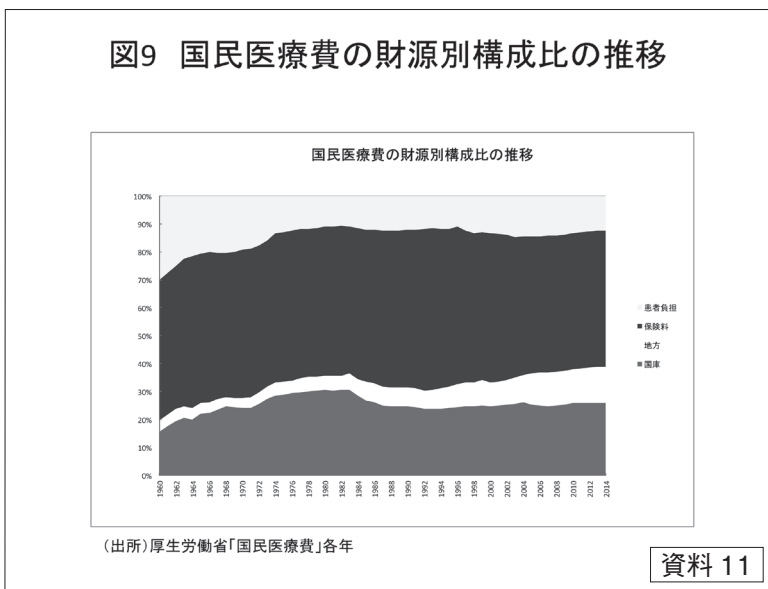
今、認められているのは、いわゆる高度先進医療と言われる治験の段階の薬だとか、実験段階は終えて一応見通しは立ったけれども、まだ日本で有効性、安全性が確立はしていない医療技術について、個別に審査をして、個別に病院を指定して、安全にきちんとやってもらえるのならプラスアルファを取ってもいいという、保険外併用療養費のうちの評価療養と言われるものです。それからもう1つはクラシックな昔からある差額ベッド、あるいは金歯といったような、要するにアメニティーに関わるような選定療養です。病院の給食にも広げましたが、これもそんなに大きな影響力はありません。

おそらく金額的に大きくて、いろんな意味で日本の医療のあり方がある程度変えていく可能性が高いのは、私は薬剤の選択療養だろうと思っています。具体的なことは別にしても、混合診療を認めるかどうかという話、このチャンネルの切り方です。

この太枠が保険診療になっていくわけです。保険で認める保険診療についての後の選択肢というのは、まず患者一部負担をどうするかです。かつて日本では、本人は10割給付でした。初診料800円以外は全部無料でした。それに対して家族や国保は7割給付だとかというように給付率が変わっていました。10割給付ということは、患者負担がゼロということです。1割負担というのは、患者が1割負担する代わりに、保険からは9割給付するということです。要するにこの線引きをどうするかということです。(資料10)

## 国民医療費の財源別構成比の推移

図9は国民医療費の財源構成を絶対額ではなく、パーセントで見たものです。皆保険を日本が1961年に導入して以来、患者負担をずっと減らしてきています。ほぼこれに見合う形で増えてきているのが、国庫負担です。つまり高度経済成長に伴う潤沢な国の財政を使って、主に国民健康保険のような脆弱な保険者に税金を投入して、その分、5割給付だったものを7割給付にし、そして行き付くところは、老人の自己負担を税金を使って無料化したわけです。73年です。患者負担がどんどん減って行って、その分、国庫負担を増やしていきました。



しかし医療費はまだこれから増えていくけれども、国の財政は大幅な赤字で、とてもさらに医療費に使う余地はありません。ではどうすればいいのでしょうか。ということでできたのが、1983年の老人保健法です。

10年前に無料化した老人医療費を有料化していく、患者負担を増やしていくのです。3割負担だったものをゼロにしてあげますといったら、みんな大喜びですが、いったんただと言ったものを、「いや、ごめん

---

なさい。また受診料をもらいます」とするのは大変なことなのです。最初は月1回300円、400円だ、800円だと言って、本当に毎年のように少しずつ増やしていった、2002年からようやく例外なく1割までいったのです。それでもまだ現在も1割です。70歳から75歳の人たちのところは、新しく70歳になる人から、2割に引き上げられます。しかし75歳以上は1割です。

民主党が批判をしていた後期高齢者医療、2009年に政権に就いたときに、もう廃止すると言っていました。結局できませんでした。高齢者を年齢で差別するのはけしからんと言っていたのです。しかしそもそも日本の制度は年齢で区別しているのです。アメリカのメディケアも65歳で区別しています。

ただ高齢者といっても、所得の高い高齢者もいれば、若い世代だって、フリーターなどで、本当に収入の少ない人もいます。年齢だけで自己負担の差別、区別をするというのは、おそらく冷静に考えれば根拠がありません。

私は基本的には3割で統一すべきだと思っています。ところで、なぜ3割負担が原則になっても、国民医療費で見ると約1割、12%ぐらいしか自己負担がないかといったら、高額療養費の制度があるのです。つまり1割負担だろうが、2割負担だろうが、3割負担だろうが、所得に応じて、例えば8万円を超えたところは、全部高額療養費でカバーをします。1割、2割、3割というのは、そのとおりに2倍、3倍とは働かないのです。高額療養費で過重な負担から患者を守っているのです。

その前提ですが、高齢者だけ一律1割、働く世代は3割というのは、いかに高齢者が病気になりやすくて合理性がないだろうと思っています。ただ、1973年の福祉元年の年に、老人医療費を無料化しましたので、それをやはり元の形に戻すというのは大変難しいのです。

それから図9で保険料分が1983年以降に増えているでしょう。これは何かというと、これがいわゆる被用者保険グループの健康保険などから、老人医療のために拠出された老人保健拠出金なのです。要するに国庫負担を抑制して、その分を他の少し豊かな財政力のある健康保険組合や共済組合から拠出させてバランスを取るというのが、この老人保健制度なのです。もう見事に83年から国庫負担が構成比率で見ると、ストーンと落ちていきます。

やはりそうは言っても限度はありますので、その後、国庫負担もそこそこ増えています。さらに、この老人保健拠出金だとか、今の後期高齢者支援金の負担を健康保険組合などがもう勘弁してくれ、無理だということになってきました。その結果、国庫も増えてはいますが、この間一番増えているのは、都道府県と市町村の公費負担です。こういう形で、戦後半世紀の日本は、患者負担を減らす分、国庫を増やした時代から、患者負担を少しずつ増やしつつ、財政調整によって頑張ってもらって、それから自治体の負担を増やしていくという形で、何とかこれまでしのいできたのです。

こうして、この30年間は一貫して、ほぼ改革の都度、自己負担を増やしてきました。そして、財政調整を拡大して、比較的財政余力のある大企業の健康保険組合あるいは公務員の共済組合に持ってもらう部分を増やしていった、その分、高齢化が進んでいく市町村の公保を救ってきました。

それから日本の医療費をコントロールする3つ目の手法が、診療報酬改正です。日本は皆保険ですから、全ての医療について、生活保護も含めて、厚労大臣が告示で示す診療報酬点数表によって、一律に医療費の配分が決まります。この診療報酬の濫用、あるいは効率が悪くなっているところがあれば、その例えれば理学療法や自動分析機器の多項目検査の点数を丸めたりしてカットします。それから国が誘導したい方向、例えば在宅医療を進めたいと思ったら、在総診のような形で、在宅医療のところに点数を手厚く付けていきます。あるいは7対1の高度な看護配置をやっている病院を手厚くしていこうとすれば、7対1のところに高い点数を付けるというような形です。国なりに望ましい方向に診療報酬を組み立て直してい

くことを通じて、総額としての医療費をコントロールしていくというのが、日本の医療政策の3つ目の手法です。

私を見る限り、それ以外の新しい手法はほとんど入っていません。連綿とこの半世紀の間、これをプラス方向とマイナス方向とに繰り返してきています。(資料11)

## ■ ドイツの概要

少し話が変わります。今日はドイツのを中心にお話するわけではないので、ざっと概観します。人口は、東西ドイツが一緒になって、8,100万人です。日本が1億2,700万人ですので、日本の3分の2です。ですからドイツの議論を日本のスケールに当てはめるときには、大体1.5倍です。逆に日本の規模の3分の2がドイツのスケールになります。

世界に冠たる高齢化の国でもありません。ただ日本が今、急激に高齢化が進んでいますので、まだドイツは21%ぐらいで日本よりも低いです。少子化が

1970年代以来、ちょうどピルが発売されている時期に当たっているものですから、ピルだけが原因ではないのですが、いわゆる「ピルの曲がり角」と言われていますが、ずっと落ち続けています。大体1.2から1.3ぐらい、このところちょっと持ち直して、1.4から1.5ぐらいです。日本が今、1.4ぐらいですから、ほぼ同水準で低出生国の仲間です。

日本と1つ違う大きな状況というのは、ドイツはずっと長い間失業に苦しんできたことです。統一ドイツができた1990年、東ドイツが大体20%、西ドイツでも10%という失業率でした。例の1929年の世界大恐慌以降、30年代、戦争に進んでいく大きな背景がやはり失業問題でした。日本でもそうでしたが、幸い日本はこの間ずっと、いろんなことがあっても、それほどひどい5%を超える失業はなく今日まで来ています。ドイツは非常に失業の問題にセンシティブですし悩んできています。しかし幸いここ3～4年は失業率が6%近くまで低下し、経済の調子がよく、失業者数もだいぶ減ってきているという状況になってきています。(資料12)

このような国です。これも細かなところは忘れていただいて結構です。ただ比較して見ていると、うらやましい、面白いと思うのは、やはり政治の仕組みです。医療改革というのは、どこの国でも、今のアメリカもそうですが、大変大きな政治問題になります。それは国民の費用負担の問題もあるし、働く人の負担もあるし、それから会社、事業主の負担もあるし、他方、それを受け取っている側で言うと、病院、あるいは診療所、薬局、そこに関わっている製薬企業だとか、さまざまな関係業種、非常に広い利害関係者がいますので、大体どこでやっても、大もめにもめるのが、医療改革の常です。

### ドイツの概要

- ・連邦国家(16州)
- ・人口 8,120万人(2014年末現在)
  - 旧西ドイツ領 6,522万人
  - 旧東ドイツ領 1,597万人
- ・高齢化率 21.0% ・合計特殊出生率 1.50
- ・失業者数 269万人(失業率6.8%)
- ・1871年ドイツ帝国、1949年東西両ドイツ分断、1990年ドイツ再統一

資料12



ただドイツで面白いのは、政党政治の国なので、今のメルケル首相のキリスト教民主/社会同盟(CDU/CSU)という保守政党、それともう1つは社会民主党(SPD)、ドイツ労働総同盟などをベースにしている労働者の党が歴史的に戦後ずっと、3割から4割ぐらいの得票率です。イギリスの労働党と保守党、あるいはアメリカの民主党、共和党みたいな形で、ドイツでも2大政党です。それに自由民主党(FDP)という、日本の自民党とは違うのですが、経済界を中心とした政党で、大体5%から10%の得票を持って

います。5%を持っていないとドイツでは議会に議席を得られないのです。ワイマール時代に弱小政党が比例代表制の下でたくさんできて、議会が混乱して機能しなくなり、結局ヒットラー・ナチスの台頭を許したという反省から、5%を超える得票率を持たないと議席を獲得できないのです。

この小さな1割の政党がどこにくっ付くかによって、この政治の枠組みが変わってきました。4年に一度の総選挙のたびに枠組みが見直されてきています。ほぼご覧いただいて分かるように、医療については、その都度、大きな改革を重ねてきています。(資料13)

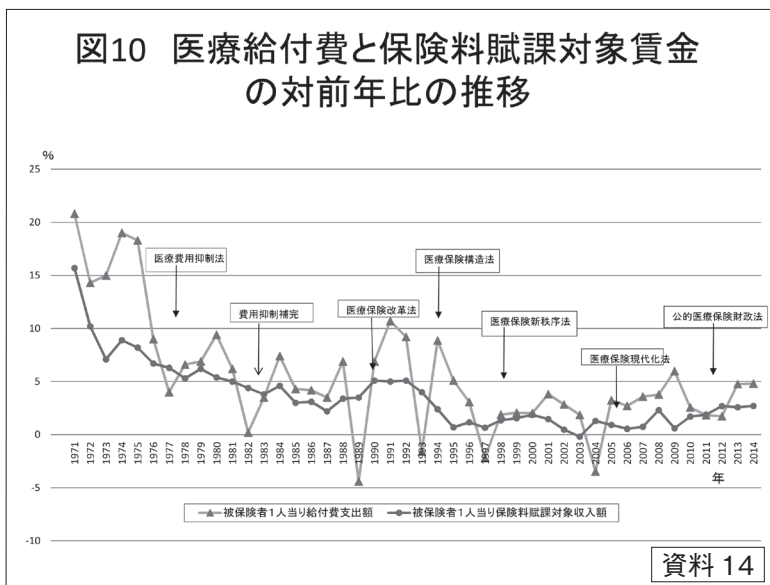
表1 統一ドイツの政権政党と主な医療保険改革

政権政党	首相 連邦保健大臣	年	医療保険改革法
CDU/CSUとFDP (1982-1988)	コール首相 ブリューム大臣 (CDU) (82/10-98/10) ゼーホーファー大臣 (CSU) (92/5-98/10)	1988	「医療保険改革法 (GRG)」
		1992	「医療保険構造改革法 (GGG)」 (与野党合意)
		1997	「第1次および第2次医療保険新秩序法」 (第3次医療保険改革 (1./2. NOG))
SPDと緑の党/連帯90 (1988-2005)	シュレーダー首相 フィッシャー大臣 (緑の党) (98/10-01/1) シュミット大臣 (SPD) (01/1-05/11)	1998	「医療保険連帯強化法」
		1999	「2000年医療保険改革法」
		2003	「公的医療保険現代化法 (GMG)」 (与野党合意)
CDU/CSUとSPDの大連立政権 (2005-2009)	メルケル首相 シュミット大臣 (SPD) (05/11-09/10)	2007	「公的医療保険競争強化法 (GKV-WStG)」
CDU/CSUとFDP (2009-2013)	メルケル首相 レスラー大臣 (FDP) (09/10-11/5) パウル大臣 (FDP) (11/5-13/12)	2010	「公的医療保険財政強化法 (GKV-FinG)」 「医薬品市場新秩序法 (AMNOG)」
		2011	「公的医療保険供給構造法 (GKV-VStG)」
		2014	「公的医療保険の財政構造および質の発展法 (GKV-FQWG)」
CDU/CSUとSPDの大連立政権 (2013- )	メルケル首相 グローエ大臣 (CDU) (2013/12- )	2014	「公的医療保険の財政構造および質の発展法 (GKV-FQWG)」
		2015	「公的医療保険供給強化法 (GKV-VStG)」 「病院供給構造改革法 (KHStG)」

資料13

## 医療給付費と保険料賦課対象賃金の対前年比の推移

その結果どうなるかという、私はアップダウン方式と言っています。70年代に医療費の爆発があって、これは大変だということで、77年に医療費抑制法ができました。これが医療費抑制のスタートになった法律なのですが、それ以降も法律改正をするとガクンと下がります。経済の成長率以下にどんと下がるのですが、長続きせずにまた伸びてきます。これは困ったということで、また法律を作ると、またガクンと下がるのですが、また伸びてきてというのを繰り返してきているのです。



ただその都度、いろいろな手法を導入していった、ある意味では、あくなきチャレンジ、非常にイノベティブな新しい手法を導入したり、いろんなことをやってきて、格闘してきた40年だと思います。

ただ結果的に見ると、残念ながら、医療費の抑制がうまくいっている、あるいはそれを通じて医療の質が抜本的に改善されたということは必ずしも言えないと思っています。医療の質をどう評価するかとい

うのは、大変難しいということをお前提にしていますが、少なくとも医療費の面で見ると、例えば保険料水準がドイツでは公費負担を入れていなかったことでもあります。もう15%になっています。日本の協会けんぽが10%ですので、1.5倍です。その代わり、日本は国民医療費の4割近い税金を投入しています。制度の違いはありますが、なかなか費用の面で見ると、医療費のコントロールなり、効率化に成功したとは言いがたいものがあります。ただ少なくとも法律レベルできちっと各政党の特色を活かしながら、こういった形で改革を重ねてきているというのが大きな特徴になっています。(資料14)

## ■ ドイツの医療保険の特徴と変化

ドイツの医療保険の大きな特徴の1つは、約1割の国民は民間保険がカバーしているということです。強制加入の公的な医療保険は大体9割ぐらいです。労働者、あるいは一定所得以下の雇用労働者を強制適用していて、約1割ぐらいの例えば官吏、軍人、自営業の人、サラリーマンでも高所得の人は、強制加入から外れています。その人は民間保険に根っこから入ってもいいし、あるいは公的医療保険に任意加入してもいいとなっています。要するに比較的恵まれた1割の層が強制加入から外れているのです。

表1 統一ドイツの政権政党と主な医療保険改革

政権政党	首相 連邦保健大臣	年	医療保険改革法
CDU/CSU と FDP (1982-1988)	コール首相 ブリューム大臣 (CDU) (82/10-98/10) ゼーホーファー大臣 (CSU) (92/5-98/10)	1988	「医療保険改革法 (GRG)」
		1992	「医療保険構造改革法 (GSG)」(与野党合意)
		1997	「第1次および第2次医療保険新秩序法」(第3次医療保険改革 (1./2. NOG))
SPD と 緑の党/連帯 90 (1988-2005)	シュレーダー首相 フィッシャー大臣 (緑の党) (98/10-01/1) シュミット大臣 (SPD) (01/1-05/11)	1998	「医療保険連帯強化法」
		1999	「2000年医療保険改革法」
		2003	「公的医療保険現代化法 (GMG)」(与野党合意)
CDU/CSU と SPD の大連立政権 (2005-2009)	メルケル首相 シュミット大臣 (SPD) (05/11-09/10)	2007	「公的医療保険競争強化法 (GKV-WSG)」
CDU/CSU と FDP (2009-2013)	メルケル首相 レスラー大臣 (FDP) (09/10-11/5) パール大臣 (FDP) (11/5-13/12)	2010	「公的医療保険財政強化法 (GKV-FinG)」 「医薬品市場新秩序法 (AMNOG)」
		2011	「公的医療保険供給構造法 (GKV-VStG)」
CDU/CSU と SPD の大連立政権 (2013- )	メルケル首相 グローエ大臣 (CDU) (2013/12- )	2014	「公的医療保険の財政構造および質の発展法 (GKV-FWG)」
		2015	「公的医療保険供給強化法 (GKV-VStG)」 「病院供給構造改革法 (KHSG)」

資料 15

世界の主要国の中ではこういう仕組みを持っているのは、今はもうドイツだけです。オランダが同じような仕組みを持っていたのですが、オランダはもうやめました。もう共通の公的仕組みの中に、選ぶ対象で民間保険も入ってもらって、加入先を選べるようにしました。

比較的恵まれた層を対象とした代替的な民間保険のマーケットがありますので、そのところでは、任意加入を巡って、公的医療保険と民間保険が競争をするわけです。競争条件がフェアでないと公的医療保険の側は怒ります。つまり若くて、健康で、給与が高い人は民間に入って、高齢者や失業者など、病気がちで、収入も低い人が公的医療保険に加入しています。そういうチェリーピッキングとか、リスクセレクションという問題は常にあります。このため社会民主党などは、全て高額所得者とか官吏も、強制保険の適用対象にすべきだと言いますが、それでは民間保険はつぶれ、民間は付加保険だけになってしまいます。こうした両者の境界線を巡って、戦後激しいしのぎ合いをしてきました。ドイツの医療保険の大きな特色の1つです。

日本の健康保険組合、共済組合、協会けんぽ、市町村国保組合にはほぼ相当するような、種類の違う疾病金庫つまり医療保険の保険者が併存しています。また日本と違って、基本的には疾病金庫というのは、労使が折半で保険料を出し合って、自主的にその代表者によって管理をします。日本も形は労使ですが、実質的には国保など行政がやっていますし、日本は公的な関与が大きいのですが、ドイツは当事者自治を非常に重視して運用しています。従って国に関与させ、国から補助金をもらおうと、国は口も出してくるからということで、ずっと1世紀の間、給付費はもちろん、事務費も含めて、一切公的な連邦の補助金をド

イツは入れませんでした。ここは非常に対照的です。

日本がどんどん税金を入れていって皆保険を作ってきたのとは全く対照的に、ドイツは税金を一切入れないで、保険料だけで、労使折半の財源で、自分たちで医療保険を守っていくという非常に自治の伝統が強いのです。面白いところです。

さすがに最近、もう15%の保険料ということになってくると、ちょっと何とかしなければということで、2004年からは連邦の補助金も入れるようになってきています。ただそれでも今はまだ、総医療費の数%ぐらいです。4割近い税金を投入している日本と比べると、やはりかなり保険料中心でやっています。

もう1つ代表的なのは、開業医の団体の保険医協会、病院団体であるドイツ病院協会という診療側の団体と、医療費を集め、支払いをしている保険者団体である疾病金庫と、基本的には医療の問題というのは、この両当事者が協議をし、当然難航するわけですが、自主的に基本は決めていきます。どうしてもまとまらなければ、仲裁裁判所を使ったりだとか、それでも当事者がまとまらなければ、最後は国が規則で決めたりします。基本は全て当事者間で決めていきます。診療報酬もそうです。日本の中医協が一見似た形を持っていますが、日本の場合は、やはり圧倒的に国の関与とリーダーシップが強いです。ドイツは基本的には当事者自治で、診療報酬だとか、医療のあり方などを決めていくという強固な当事者自治の仕組みがあります。(資料15)

## ■ ドイツの医療提供体制の特徴と変化

それからもう1つ、提供体制について話します。日本と比較したとき、日本は本当にいまでこそだいたい病院も機能に応じて少し分化してきましたが、元々と言うと、病院と診療所という区別しかありませんでした。日本は元々病院というのは、民間の開業医が少しお金をためてだんだんベッドを作って広げていってという形でできています。病院と診療所の区別というのは非常にあいまいです。病院も堂々とたくさんの外来、しかも初診の患者を取っています。

しかしドイツというよりも、欧米と言うべきでしょうけれども、基本的には病院というのは入院をやる場所、外来は開業医がやること、この峻別というのは非常にはっきりしています。

むしろ、議論はこれを分け過ぎているのではないか、連携が非常に悪いのではないか、だから病院に入院する前の診療所との連携、病院で治療をした後、スムーズに退院させて、アフターの問題というのを、もっと連携をさせていこうとか、あるいは病院を使って、外来の手術などは病院でもできるようにしていこうという形で、病院と診療所の形をどちらかという崩して連携を強めていくというのが、今のドイツの医療政策の流れです。

日本は逆で、もう全部ごちゃごちゃになっていたものを機能を分けていこう、できるだけ外来は開業

### ドイツの医療提供体制の特徴と変化

- |                      |  |
|----------------------|--|
| ・入院(=病院)と外来(保険医)との峻別 | ➡基本は維持。ただし、<br>・病院による入院前後の外来の拡大                            |
| ・州保険医協会による独占的な外来医療管理 | ➡新たな医療提供体制<br>・統合型医療(IV)の推進<br>・家庭医主導医療の推進<br>・疾病管理計画(DMP) |
| ・州の病院計画と2元的財政方式      | ➡病院医療改革  |

資料 16

医がやる、それもできるだけかかりつけの医者がやる、病院も100床の病院から1,000床の病院まで、高度機能病院、ナショナルセンターから療養病床まで一緒というのはやはりおかしいということで、病院の中の機能をだんだん分けてきました。

しかしそういう経緯で分けてきているから、日本ではまだなかなか截然とした機能の分化と連携の仕組みはできていません。そういう意味では両国は逆方向から接近して来ているのは、大変面白いと思います。

それからもう1つ、開業医については、保険医協会が全部独占的に仕切ります。日本は個別に直接保険者も関わっていますし、支払いも直接支払基金などがやっています。ドイツの保険医の診療報酬というのは、その州の保険医協会という、日本の保険医協会とは全然違う公的な、保険医全員が強制加入の公法上の団体があります。ある意味では、日本の社会保険診療報酬支払基金のような機能も持っています。それが被保険者1人当たりいくらかという形で保険医協会が保険者からお金をもらって、それを出来高払いをベースにした診療報酬基準にしたがって各保険医が請求をし、四半期ごとに審査し、支払いをしていくというそういう大きなまとめ役の機能をこの保険医協会がやっています。

当然これは、逆に言うと、保険者が医療の中身に直接コミットできないのです。保険者たちがいろいろと医療のあり方とか、連携だとか、機能分化などをやろうと思っても、それはもう自分たちの世界だから放っておいてくれということでは入れません。今はできるだけ保険医協会に全部丸投げでなく、保険者がイニシアティブを取って連携した統合型の医療サービスを創ろうとしています。例えば、かかりつけ医と専門医と病院グループが1つのグループを作って、一定の患者を丸ごと引き受けるという形の統合型医療などです。あるいは、主治医を決めてもらって、家庭医主導モデルという形で、基本的には全部まず主治医にコントロールしてもらおうというものです。イギリスのゲートキーパーほどは厳しくはないのですが、こういう新しいモデルもあります。特にこれはバーデン・ヴュルテンベルク州で発達しています。

それからいわゆる疾病管理プログラムです。特に糖尿病などを中心にして、患者教育なども含めて、トータルで保険者が計画を作り、承認を受け、それに従って疾病管理全体にコミットしてくるというような形で、保険者が医療のあり方にコミットするのです。もう保険医協会任せではなく、新しい、病院と診療所、あるいはさまざまな外来と専門医と病院などの組み合わせ、あるいは具体的なプログラムを通じて、医療の質を変えていこうというのが、今のドイツでの大きな関心事です。(資料16)

## G-DRG導入の経緯

これはもう細かくはお話をしません。日本とちょうど同じ2003年にDRGを病院に導入しました。確かに簡単ではありません。病院団体は非常に懸念を示しましたし、それからさまざまな形での抵抗もして、本当に激しくやり取りをしながら、最終的には2000年の法律によって、導入することが決まりました。

モデルとしては、いくつかの国にもうすでにあったモデルを検証した結果、オーストラリアのDRGが、ドイツの診療体系には一番ぴったりくるだろうということ、このオーストラリアDRG

をベースにして導入するということを決めました。2002年に「件数包括払い法」それから、「病院診療報酬法」という法律のレベルできちんと位置付けて、DRGの手続きだとか、内容だとか、データ収集だとかということ全部きちんと法律で決め、2003年から導入しました。

この辺りが日本と違うところです。日本はDPCを作るとき、法律では何もしていません。全部告示で、厚生省と中医協だけでやっています。公的な外部のコントロールが全く働いていませんので、いかがなものかと思っています。(資料17)

### G-DRG導入の経緯

- ・「2000年医療保険改革法」により2003年1月からの導入が決定
- ・2000年6月に疾病金庫と病院団体との間で、オーストラリアDRGをベースとして導入することを決定
- ・2002年の「件数包括払い法」により具体的なDRGの導入に向けた内容が決定
- 同時に、DRG算定のための「病院診療報酬法」制定
- ・当事者間では具体的内容について対立して決定できなかったため、当初は連邦保健省令により決定

資料 17

## DRG制度の目的

DRGというのはそもそもで言うと、要するに給付と費用について透明性を図るということです。どこの病院で受けようが、同じ病気については、基本的には受ける医療の内容の標準化をしていく、透明にしていく、比較ができるようにしていく、情報を提供していくということです。いくらそのために費用を投入したか、どんな注射をしたか、どんな手術をしたか、何日入院させたかという、投入した、インプットした費用ではなく、アウトカムで評価していくということです。基本的に同じ医療必要度の患者については、どこの

病院でどんなことをやろうが、基本的に同じ費用をお支払いする、これが基本的なDRGのポイントです。

これを通じて、入院医療の透明化を高め、病院間で競争をしてもらうのです。それから構造を転換して

### DRG制度の目的

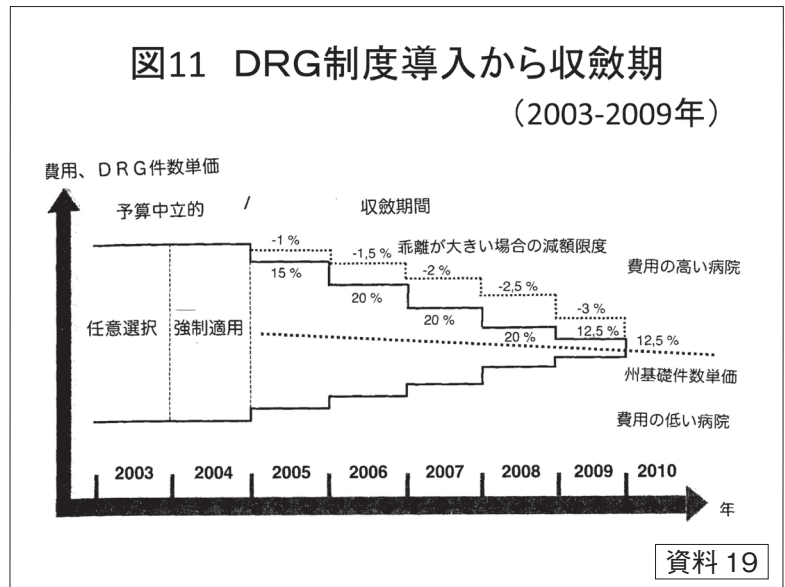
- ・給付と費用についての透明性の向上
- ・費用ではなく給付に応じた報酬の原則
- ・病院間競争の促進
- ・病院の構造転換の推進
- ・公的医療保険の支出の安定化
- ・病院における患者の平均在院日数の短縮化
- ・経済性の余地の開拓

資料 18

いく、効率化をしていく、支出を安定化させていく、そして在院日数を短縮していく、経済性を高めていくというのが、このDRGの基本思想です。(資料18)

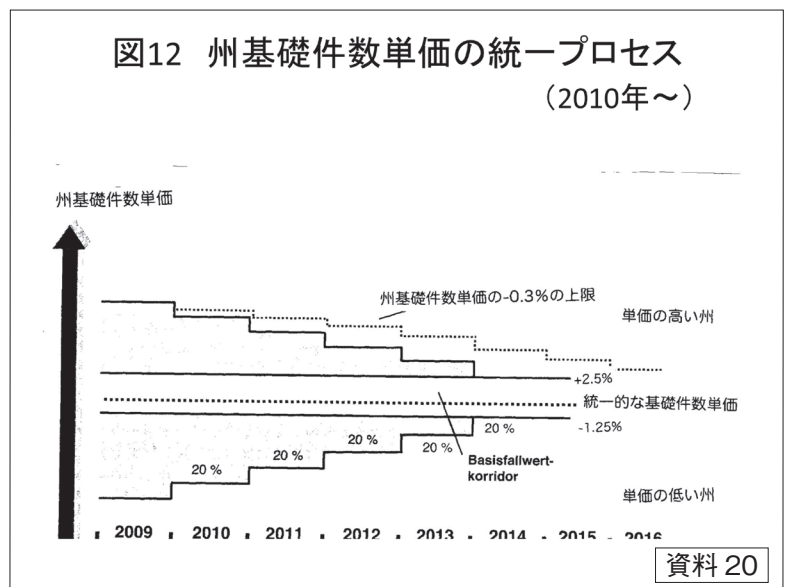
## ■ DRG制度導入から収斂期(しゅうれんき)

この辺がいかにもドイツ的なのですが、いったん法律で導入を決めたら、最初の2003年は病院の任意です。取りたいところはやって、採用しなくてもいいのです。翌年2004年から、精神科病院を除く全病院に強制的に適用します。ただしこの2年間は、従来の収入を保障します。財政的にニュートラルで、収入は保障します。それまでは病院ごとに診療報酬を決めていましたので、翌年からは段階的に州の共通単価、基本的に各州ごとに州共通単価に収斂させていきます。経過措置を設け6年かけて、州の統一単価に収斂をさせていきます。(資料19)

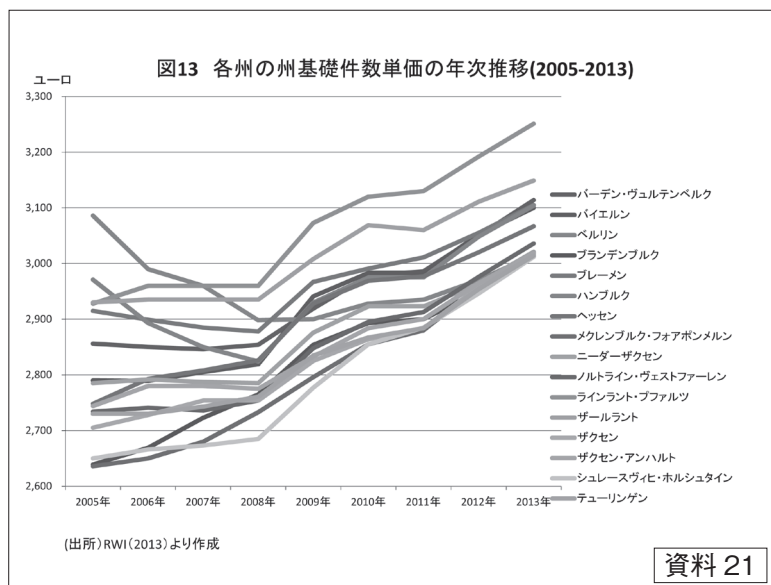


## ■ 州基礎件数単価の統一プロセス

そして州の統一単価に収斂したら、今度は連邦の共通単価に収斂させていきます。ドイツは連邦国家です。それから病院政策というのは州の権限なのです。これがなかなか病院の改革が難しかった大きな要因なのですが、まず州の統一単価まで、DRG単価を6年かけて収斂させ、その後、今度は各州の単価を一定の幅は許容するのですが、連邦の統一単価に収斂をさせていきます。(資料20)



10年あまりかけてこのプロセスをずっと毎年、確実にドイツではやってきています。まだラインランド州とか、1つ2つちょっと外れているところがありますが、基本的にはこの2005年以降、13年までの間に、大体各州で大幅なばらつきがあった単価が、ほぼ収斂をできています。10年あまり、もちろんこの間、かなり激しいやり取りもしていますし、猶予を1年延ばしたりという、交渉、妥協もしてきていますが、確実に法律に基づいて、ゴールに向かって改革をできています。

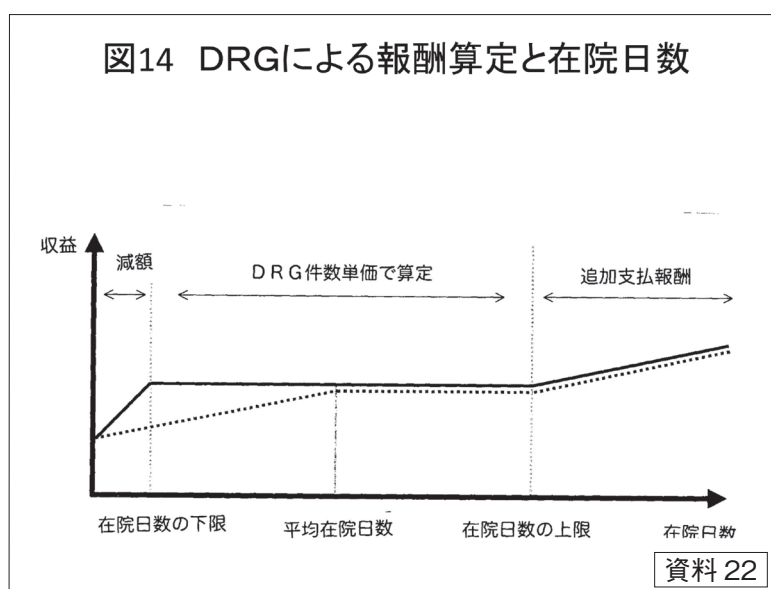


私はこういうところを見ていて、やはりすごいと思います。日本は同じ2003年にDPCを入れましたが、いまだに急性期病院ですら任意でしょう。強制適用していません。私の知人の山口大学経済学部の先生が、病院への経営に関するアンケート調査の項目の1つで、「お宅の病院はなぜDPCを採用しましたか」と聞くと、一番多いのが、経済的に安定しているからということです。当たり前です。不利になるのだったら手を上げなければいけません。そんな仕組みを10年間、放っておいて、効率化が進むはずがありません。私もこの世界を深く専門にしているわけではありませんが、今の日本のDPCを見たら、大学病院を一番トップにおいて、個別の病院ごとの調整係数だとか、基礎係数などを全部決めていって、要は対象病院を丸抱えで、既得権を保護しているような仕組みです。(資料21)

## DRGによる報酬算定と在院日数

日本のDPCは日額だけれども、もちろん在院日数に応じて包括額を落としてはいっています。しかし、本質的にはDRGは件数単価です。同じ医療ニーズを持った患者だったら、どこの病院で何日入院しようが、どんな治療行為をしようが、同じ金額をお支払いしますというのが本来の姿です。

10年以上経ったけれども、日本のDPCは精緻化はしているけれども、大枠は全く変わっていません。だから日本の病院医療の透明化も病院間の競争も全然進まず、病院医療の変化は見られていません。いかななものかと私は非常に危惧を持っています。(資料22)



## DRGの最新の内容

ドイツではこういった形で、ほぼDRGの本来の姿に十数年かけて到達しました。今は、1,255ほどの包括件数と、主に超高額薬剤などを対象にした追加報酬を191設けています。

それからもう1つ、私は先週の週刊社会保障に書かせてもらいましたが、やはり日本の病院医療の大きな課題というのは、急性期病院もあまりに多いし、中身もレベルもばらばらだということもあります。金額的にはここが一番たくさん使っています。ただそれと同時に療養病床と言われるものがあります。基本的に、世界の標準で言えば、病院ではない病院が30万床以上あります。

それからもう1つは、これも世界の精神科病床総数の2割を超えと言われる34万床という巨大な精神科病床が日本にはあります。国ですら、内容を精査し、専門家を集めて、すぐにでも受け皿ができれば、7万床は削減できるというビジョンを10年以上前に作りました。10年以上たった現在でも、ほとんど変わっていません。1万床が減ったぐらいです。歴然と、世界の中で、圧倒的に数多くの老人病床と、精神科病床、入院に偏った治療というのか、ケアというのか、収容というのかをしてきています。

高齢者と若い人との医療費の格差が最も大きいのも入院医療です。7倍から8倍の格差があります。これだけたくさんの病院があるわけですから、それは当たり前です。これを本当にどうするのでしょうか。ドイツでは、精神科病床は5万床ぐらいしかないので。それでもこれでは多過ぎるし、そこにおける医療の中身が不透明だということで、2013年、4年ほど前に法律を作って、精神科病院への包括払い法というものを導入しました。

先ほどの十数年前、2002～2003年の一般病院へのDRG導入と同じように、ほぼ同じようなステップで経過措置を設けながら、交渉をしながら、もちろん病院側は非常に危惧もありますから、いろいろな形で反対も出てきていたり、適用を1年を伸ばしたりと色々な個別の調整はしながら、しかし確実に法律に基づいて導入を進めていきました。当初は任意で適用していく、その後は強制適用の中で、段階的に収斂させていきます。

やはりドイツでも精神科のほうがばらつきが大きいのだと思います。一般病院は件数払いですが、ドイツの場合の精神科のこのPEPPという診療報酬は、日本のDPCと同じように日額払いです。やはり精神科病院のばらつきの大きさをある程度、反映しているのだと思います。それでも精神科医療にも、包括払い制を導入することを通じて、透明化や効率化を進めていくという段階に入ってきています。(資料23)

### DRGの最新の内容

#### <2017年DRGカタログの内容>

- ・1,255の包括件数
- ・191の追加報酬(主に超高額薬剤など)

#### <2013年からの精神科病院への包括払い制の導入(PEPP)>

- ・1日当たりの包括払い
- ・77の包括報酬、99の追加報酬、4の補足的日額報酬(2017年PEPPカタログ)

資料 23



## DRG導入による病院医療の激しい変化

こうした改革の結果、どういうことが起きてきているかと言うと、1つは公立・公的病院が減ってきています。やはり経営効率が悪いということで、逆に私立病院が急速に増えてきています。かつてドイツの医療というのは、基本的には公立病院と、赤十字、カトリック系のカリタス、プロテスタント系のディアコニー、労働組合系といったような公的病院が中心だったのですが、近年は私立病院が急速に増えてきています。病院数でいくと、この三者でほぼ三分するまでに増えてきています。ただ私立病院は病床規模が小さいので、病床数でいくと、まだ前2者が中心ではあります。

それから大規模な病院の合併がどんどん進んできています。また病床削減が進んできています。さらに各種の病院でそれぞれグループ化が進んでおり、公立病院も、自分たちのグループで、大きいところでは20病院、30病院がグループを作り、1つの法人にして、経営の効率化を図っていくというような、ダイナミックな変化が起こっています。それに伴い、いろんな課題も指摘されており、プラス面だけではありません。しかし間違いなく、DRGその他の病院改革を通じて、この間、病院が大きく変貌を遂げようとしています。効率化重視のあまり医療の質などでマイナス面もさまざま指摘されていますから、アウトカムはしっかり見なければいけません。これぐらいの大きなインパクトを与えていますし、また与えるはずなのです。

日本の病院はこの十何年、ほとんど旧態依然のまま、変わっていません。今、ようやく地域医療構想によって、少し議論が始まっていますが、おそらく今のままだと、変わらないでしょう。マクロの医療必要度に応じた点数による必要病床数などというのは、非常に精緻に組み立てて、都道府県に示して、この3月までに、全ての都道府県が作りました。それを適用すると、例えばわずか7年後には、山口県だと30%以上が過剰病床になります。しかし「では、あなたの病院をやめてください」、「あなたの病院はこちらをやってください」という具体的な病院の誘導や転換が、基金のわずかな補助金だとか、話合いの中で、本当に進むのでしょうか。

療養病床を巡る介護医療院みたいなものを作ったりしています。2006年の改正では、国の法律で6年後に、介護療養病床の廃止を明記したのでしょうか。医療療養病床も経過措置の見直しと、病床削減を国が示しているながら、具体的な経過措置を全く作っていませんので、いまだに全く減っていません。しかも今ある病院だけならまだしも、新規にも認めるといって、一体何を考えているのかというのが、私の率直な思いです。おそらくこんなことをやっていたら、現場の人たちや都道府県の人たちなども、国の方針など信用しないでしょう。「国が言ってもどうせ6年間何もしない。周りを見ても患者は抱えているし、医療難民、介護難民といっていればつぶれることはないだろう」と、6年たっても何も変わりませんから、法律でまた6年間延長するということをやってきたわけでしょう。挙句の果てに、また形を変えて延命です。本当にどうするのかというのが、私の率直な危惧です。(資料24)

### DRG導入による病院医療の激しい変化

- ・私立病院の急増と公立病院、公益病院の減少(1,956病院中30:35:36(2015年病院統計))
- ・私立病院間の相次ぐ合併・買収による病院グループの巨大コンツェルン化
- ・公立病院、公的病院におけるグループ化と私法上の法人化
- ・平均在院日数の短縮(一般病院:7.3日)

資料 24

## 医療保障改革の選択肢

ここからは先ほどの図8に照らして、これから日本で何が考えられるのかということ私なりに考えてみたことです。給付カタログを減らすということは、現実にはほとんど難しいだろうと思います。昔から漢方薬は外したらいいとか、風邪薬は要らないとか、軽微な医療を外すとか、いろんな議論はありますが、実際の線引きは大変難しいです。おそらくそんなに大きな財政効果のあるカタログの見直しは難しいだろうと思います。

ではやはり混合診療が有力だとは思いますが、現実には混合診療の拡大で今回導入した患者申出療養なども、ほとんど動いていません。なかなか日本の医療風土や、国民の意識の中で、大きく変えていくのは難しいと思います。おそらく意味のある、財政効果のある対処というのは、ドイツで導入してきたような参照価格制というか、先発品についての差額負担だろうと私は思っています。

あれをドイツでやったときにも、製薬企業は大反対をして、EUを使ったり、裁判所を使ったりして、さまざまな抵抗を試みましたが、結果的には落ち着いてきました。一番批判のあった新薬開発力を阻害するというのも結局はフェイクでした。ドイツの製薬企業は今でもたくさんしっかりした新薬を開発してきていますし、私はやはりそれは違うだろうと思っています。しかし日本はあまりこれをやる気がないようです。

一部負担をどうするかですが、これはまだワンコインを取ったらどうかとか、いろんな議論は出ています。もう法律で書いているかどうかは別にして、やはり3割負担までできていますから、これから4割負担とか、その先はなかなか難しいだろうと思います。(資料25)

## 医療保障改革の選択肢(2)

そうするとやはりドイツも日本も今、中心的にやっていくのは、医療費総体をどう効率化していくかでしょう。医療の質をより高め、より効率化するために、医療費総体をどうやっていくかというのが、間違いなく、最大の力を傾注して取り組むべき課題になっていくだろうと思います。

診療報酬だとか、薬価の改革などは実際にもやられています。

私は先ほどから申し上げているように、DPCについても、確かに現場の混乱もあるでしょうが、現場に配慮しながら、少なくとも、これだけ急性期病院でもばらばらだし、実際には慢性期の患者も入っているとか、いろんな言い訳はあっても、だから放っておいていいという話ではないのです。十何年間、ほとんどそここのところを放ったらかしにして、経過措置すら設けずに、いまだに任意適用にしています。申請したい人は手を上げてというやり方で診断群別包括払いの目的が達成できるはずがないだろうと

### 医療保障改革の選択肢(1)

#### ◆医療保険のカバレッジの見直し

- ☞ 公的医療保険の給付カタログの縮小(①)
  - 軽微な治療用の医薬品、医療用具など
- ☞ 混合診療(保険外負担)の拡大(②)
  - 現に拡大の方向。後発医薬品についても?
- ☞ 法定一部負担の拡大(③)
  - すでに3割負担までできている、これ以上?
  - 高齢者の一部負担や高額療養費の優遇の是正

資料25

私は思っています。やはりもうちょっと考えなければいけないのではないのでしょうか。

今、ドイツは保険者選択制、リスク構造調整をした上で、被保険者が自由に加入先を選べる仕組みを導入しています。1993年から、もう20年近くやっていますが、非常に面白い仕組みです。ただ見ているとやはり副作用もいろんな形で出てきています。私はこれは今の時点では、やったらどうかと言うまでの自信はありません。ただ非常にそういう意味で、イノベティブです。新しい手法がどんどん今やられています。成功ばかりではありませんが、着実にチャレンジされている面白さがあるだろうと思っています。(資料26)

## 医療保障改革の選択肢(2)

### ◆医療費総体の効率化・適正化(③)に向けた医療保険改革

- ☞ 診療報酬の配分の見直しや合理化
- ☞ 薬価基準の価格設定方式の改善や合理化
- ☞ 診療報酬の包括払い(DRG(DPC))の適用病院の拡大や新たな支払方式の開発と導入
- ☞ 保険者間の競争の導入、効率化
- ☞ 保険者機能の強化、医療内容や医療提供体制への保険者の関与の強化

資料 26

## 医療保障改革の選択肢(3)

今、私が一番注目しているのは、やはり先ほど申し上げたのですが、せっかくここまで来て、総理大臣の諮問機関の国民会議を使って2013年に打ち出して、それを元にして法律を作って、大々的に地域医療構想が動こうとしてきています。これが今の一番大きな課題だろうと思っています。私も去年の段階ですが、十数県の構想の中身を全部見てみました。どう見ても、病床再編や削減に決意が感じられるような計画というのはほとんどありませんでした。過剰病床の目標数値すら、おそらく医師会が反対したのだらうと思いますが、全然表に出ていないものも結構ありました。下手したら公立病院の削減ぐらいでお茶を濁す結果になりかねないと思います。調整区域内で、個別に調整するツールがないのです。「あなたのところはこうです」とまでは言えても、「あなたはこうしてください」、「やってくれない場合には、最後はこうなります」というツールがないのです。

それは日本的と言え、日本的なのかもしれませんが、おそらくこれまで療養病床がたどってきた経過、精神病床がたどってきた経過を見れば、十何年かかっても、法律で決めても動かなかった仕組みが、本当に都道府県任せで動くのでしょうか。都道府県知事など最初から腰が引けています。みんな火の粉はかぶりたくありません。それでもやらざるを得ないというものを生み出す枠組みとか、ツールがない

## 医療保障改革の選択肢(3)

### ◆医療提供体制(医療サービス基盤)の見直し

- ☞ 病院と診療所、病院間の機能分化と連携、在宅医療の推進、介護との連携
  - ➡ 地域医療構想の策定と実行(都道府県)
  - ➡ 地域包括ケアの実現
- ☞ 医師、看護師等の養成数の見直し
- ☞ 医師と看護師等のコ・メディカル職との役割分担の見直し
- ☞ 疾病管理プログラム、統合医療、家庭主導医療など新たな医療提供システムの開発と普及

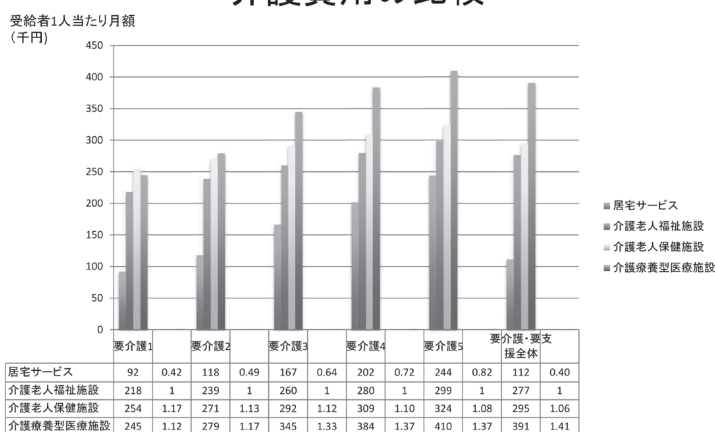
資料 27

のです。おそらく下手すると、ずるずるやって、数年があつという間になってしまうのではないかと悪い予感がしています。またこれに失敗すると、おそらくもう医療費を効果的にコントロールしていく力はなくなるだろうと思います。そういう強い危惧を私は持っています。(資料27)

## ■ 要介護度別の居宅・施設種類別介護費用の比較

これは療養病床について言えば、在宅、特養、老健、介護療養病床とを比較したときに、同じ要介護度の人がどれくらい費用が違うかというものを比較したものです。(資料28)

図15 要介護度別の居宅・施設種類別介護費用の比較



出所:平成26年度介護保険事業状況報告(年報)より作成

資料 28

## ■ 「社会保障改革国民会議」最終報告

当たり前のことですが、やはり可能な限り在宅でできる人たちは在宅に移していく、それを支える訪問看護、介護、訪問診療のような仕組みをどうやって支えていくかです。

他方で、入院できた家族からは「病院様々」などと言っている限りは、みんな辛い決意はしないわけです。やはり在宅や生活支援を強化する一方で、病床の削減、再編をしていかなければいけないでしょう。厳しい中身ではあります。

(資料29)

### 「社会保障改革国民会議」最終報告

(2013年8月6日)

①少子化対策 ②医療 ③介護 ④年金

中心は、医療・介護サービスの提供体制改革(「病院完結型」から「地域完結型」への機能分化と連携、地域包括ケアの推進

→2013年12月「社会保障改革プログラム法」

2025年までのアジェンダと工程表

☞2014年:医療介護確保総合推進法

☞2015年:国保法等の医療保険改革法

☞2017年:介護保険法等の改正

資料 29

## 医療保障改革の選択肢(4)

最後のところで、北海道夕張市の経験に関する論文について一言触れたいと思います。この論文を発表された後、特に医療界から大変バッシングをされたみたいです。森田医師という、夕張の元診療所長が書いたものですが、私は全面的に賛成で、そのとおりだと思います。ネットで「夕張市 医療崩壊」で検索すると、この人の書いた論文が出てきます。

要するに再建団体になって、もう金がないから仕方がないということで、市立の病院を廃止して、診療所だけで予防を中心にし、訪問介護、ケアを中心にして

対応してきたけれども、標準化死亡率で全く死亡率が上がっていない、むしろ在宅、診療所、特養で、100%近い自然死を迎えられるようになってきているということで、これは大変本質的な問題です。医療の根幹に関わる問題なので、もちろん夕張市の例を全国に当てはめることはできないでしょう。

ただ、忘れてならないのは、やはり夕張市民は現実を受け入れる相当な覚悟をなさただろうという点です。今すぐ私たちがこういう状況にいけるとは思いません。しかし日本全体がそういうふうになってしまったら覚悟し直しても大変厳しいだろうと思ったりもしています。私たちが生を閉じるまでの間、病院の役割、医療の役割というのをどういうふうに位置付けるかという意味では大変興味深い経験だったかと思っています。時間があれば、ぜひご覧になってみていただければと思います。(資料30)

私から今日、お話をさせていただきたいことは以上です。長時間に渡って、ご清聴いただき、本当にありがとうございました。いろいろな意見があるだろうと思います。特に現場で働いていらっしゃる、「いや、それは違うだろう」ということはたくさんあるだろうと思います。ですが、つぶれてしまってはどうしようもありません。日本の皆保険は、半世紀かけて作ってきた私たちの共有財産なので、これをこれからの社会の変化の中で、どうすれば本当に私たちが担い続けていけるかというのは、現場の人たちも含めて、自分の利害得失を離れて、本当に考えなければいけないのではないかと思います。

ご清聴をどうもありがとうございました。

### 医療保障改革の選択肢(3)

#### ◆医療提供体制(医療サービス基盤)の見直し

- ☞病院と診療所、病院間の機能分化と連携、在宅医療の推進、介護との連携
  - ➡地域医療構想の策定と実行(都道府県)
  - ➡地域包括ケアの実現
- ☞医師、看護師等の養成数の見直し
- ☞医師と看護師等のコ・メディカル職との役割分担の見直し
- ☞疾病管理プログラム、統合医療、家庭主導医療など新たな医療提供システムの開発と普及

資料 30