

一般財団法人 医療関連サービス振興会  
第240回 月例セミナー

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）

講師：放送大学 客員教授

田中 耕太郎 氏

## <講師ご略歴>

田中 耕太郎 氏

放送大学 客員教授

### ■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）

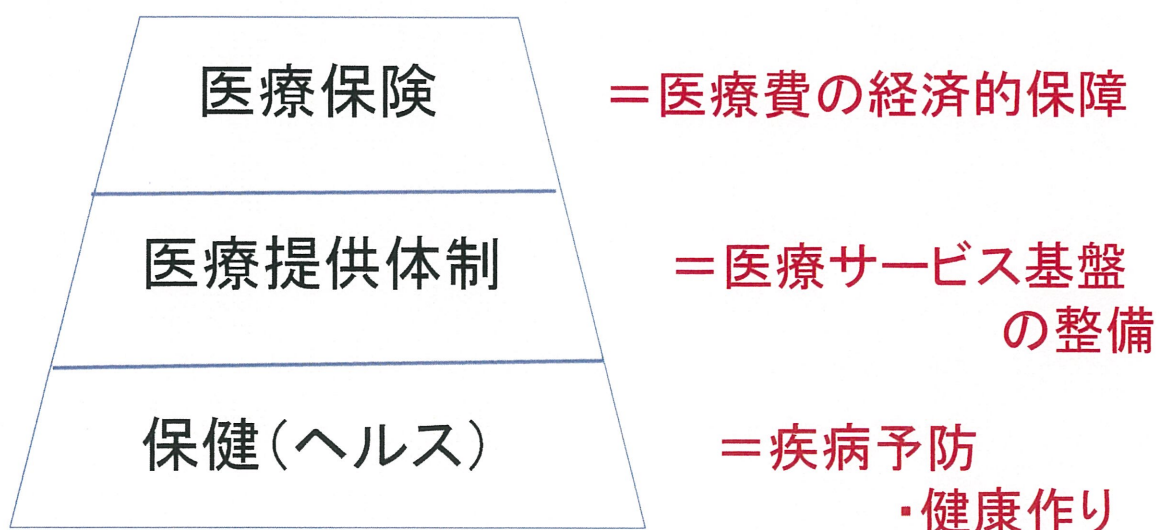
『はじめての社会保障第14版』（共著）（有斐閣アルマ）

『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

# 医療保険と医療提供体制の 改革の方向性 ードイツとの比較を交えてー

(一般財団法人)医療関連サービス振興会  
平成29年9月月例セミナー講演  
放送大学客員教授 田中耕太郎

図1 医療(健康)を考える3つの次元

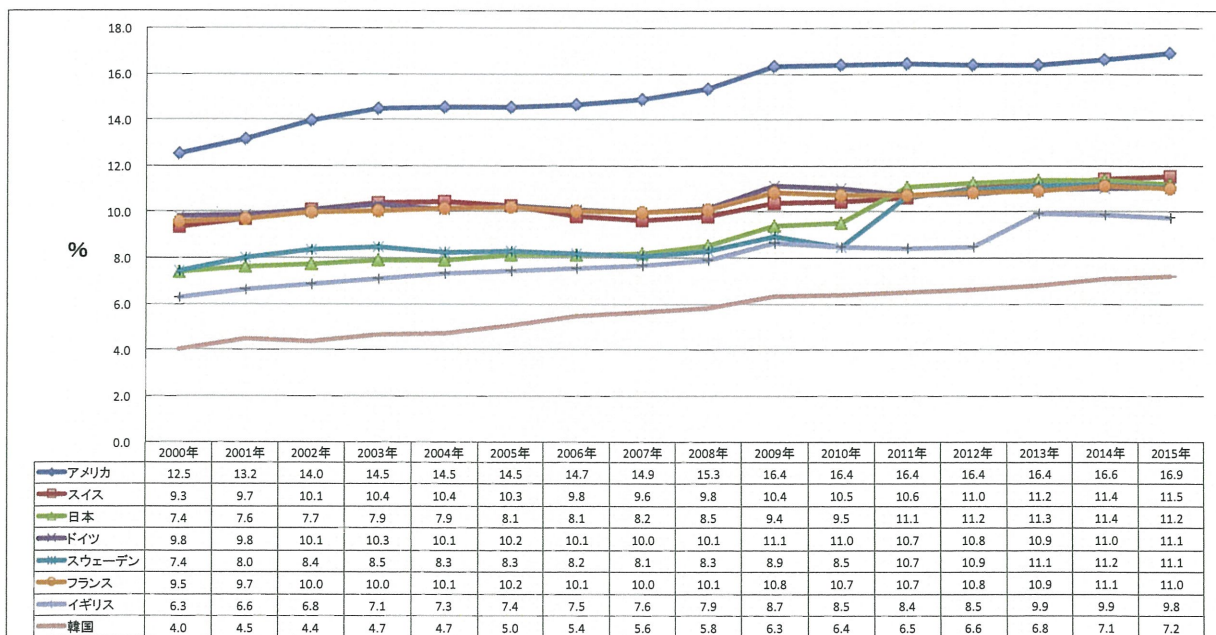


# 医療サービスの特徴

- ・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

2

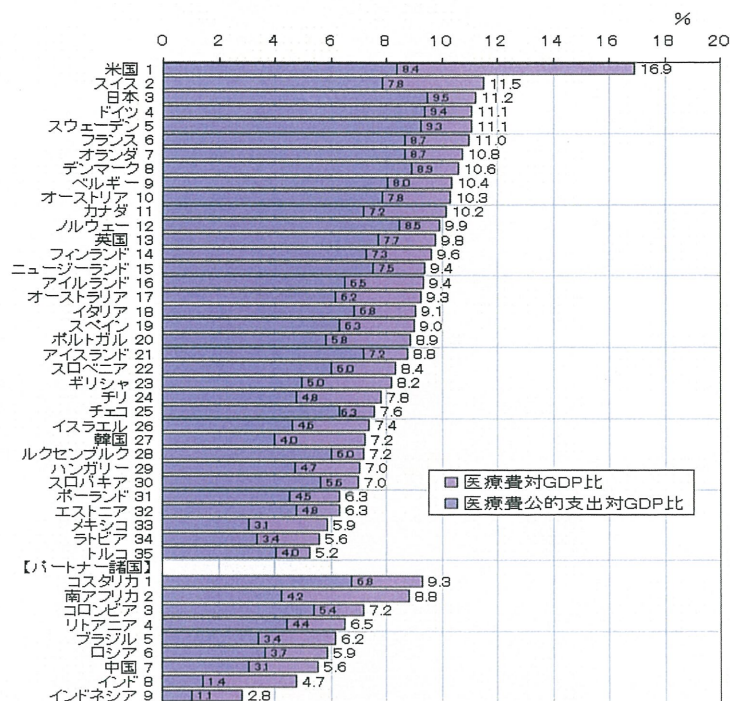
図2 主要国の保健医療費対GDP比率の推移



出所 : OECD Health Statistics 2016 (JUNE 2016)

3

# 図3 各国の保健医療費対GDP比率(2015)



出所: OECD Health Statistics 2016 (JUNE 2016)

4

## 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
  - 有病率の増大
  - 慢性疾患、複数疾患患者の増加

### ◆供給側の要因:

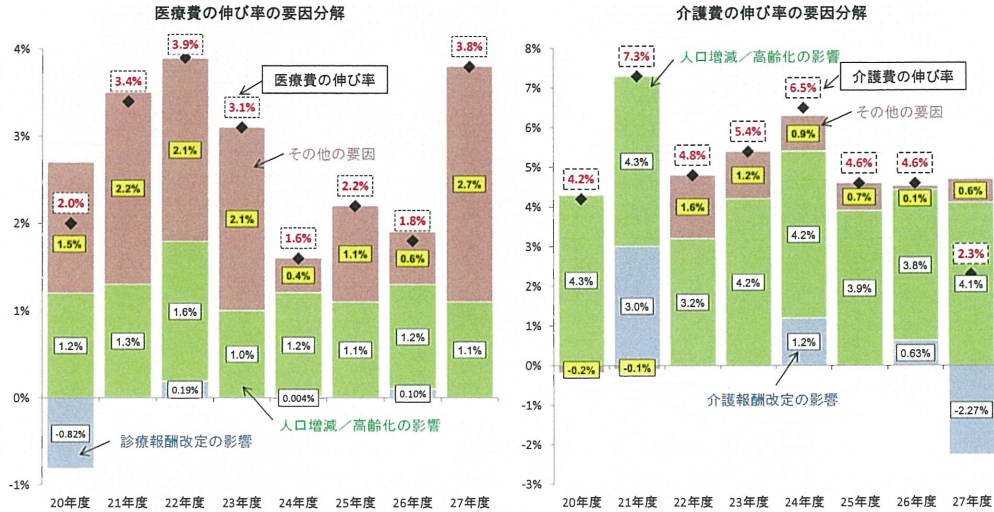
- ・医師、看護師、病床等の増加(医師誘発需要)
- ・高額な新技術、新薬の開発など

5

# 図4 医療・介護費用の要因別増加率

医療費・介護費の伸び率の要因分解

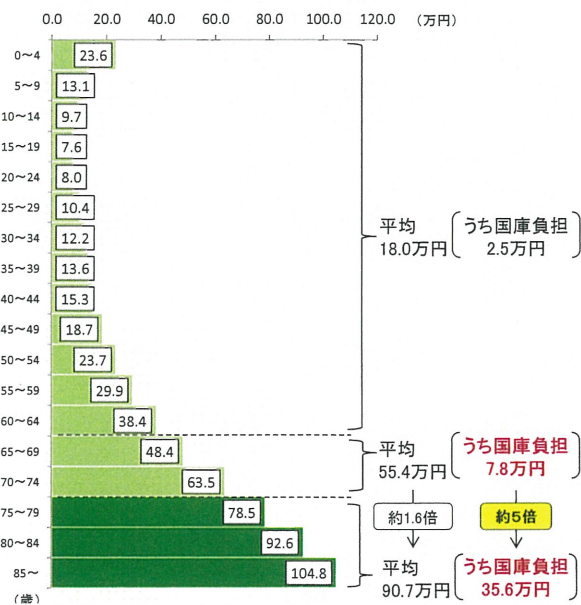
○ 医療・介護費の伸びを要因分解すると、高齢化などの人口動態による影響のほか、**その他要因（医療の高度化等）による1人当たり医療費・介護費の増加による影響**がある。  
 → 近年では、医療・介護費の伸びのうちその他要因は、幅はあるものの、**医療では2%程度、介護では1%程度**となっている。（なお、27年度の医療費の伸びは+4%程度と、高い水準となっている。）



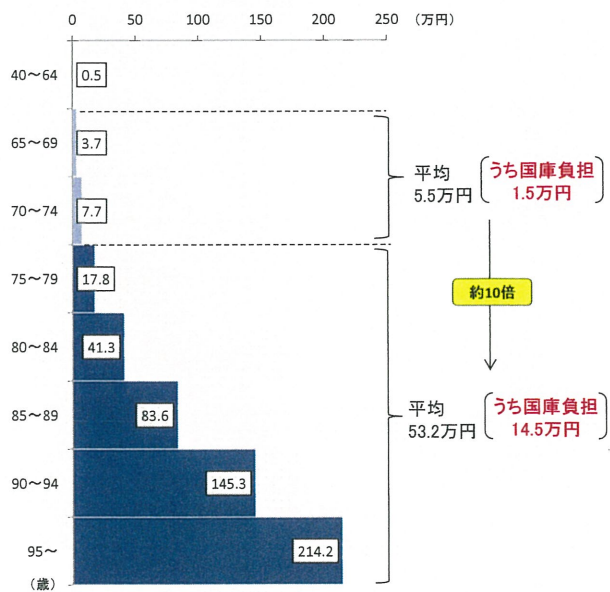
出所:財務省資料

# 図5 年齢階級別1人当たり医療費・介護費

年齢階級別1人当たり国民医療費 (2014年)



年齢階級別1人当たり介護費 (2014年)

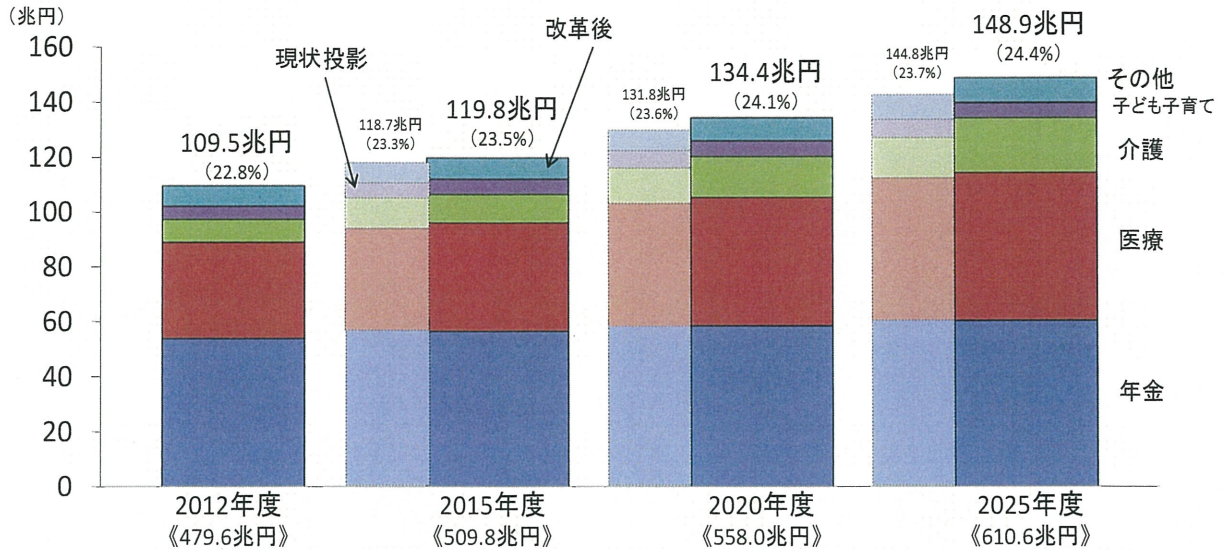


出所:財務省資料

# 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)

## ○給付費に関する見通し

給付費は2012年度の109.5兆円(GDP比22.8%)から2025年度の148.9兆円(GDP比24.4%)へ増加。

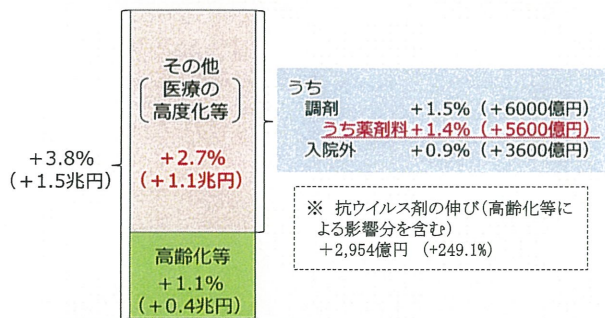


8

# 図7 超高額薬剤の出現と財政影響

- 医療技術の進歩により、昨今、一人あたり年間最大数千円、売上げ全体で数千億円規模と見込まれる非常に高価な新薬が生まれており、今後もこうした新薬が生まれていくことが見込まれる。
- 国民医療費は、近年、高齢化以外の要因（高度化）による伸び率は比較的低かったが、昨年度（27年度）は、高額薬剤の影響もあり、高度化等要因の伸び率は高いものとなった。

平成27年度における医療費の伸び（対前年度比）の要因



### 【改革の方向性】(案)

今後、高額薬剤が次々生まれる状況にあっても、公的医療保険が、重要な疾患リスクを適切にカバーしつつ、制度の持続可能性を維持していかなければならない。改革工程表等に基づく歳出改革の検討にあたっては、こうした観点を中心に踏まえていく必要。

### (検討項目の例)

- ① 薬剤の保険収載、薬価算定・改定のあり方の見直し、適正使用の推進
- ② 自分で対応できる軽微なリスクに係る保険償還のあり方
- ③ 薬剤に係る自己負担のあり方
- ④ 高額療養費の見直し

高額薬剤の例

販売名	オブジーボ 点滴静注	ソバルディ錠	ハーボニー 配合錠
薬効	その他の腫瘍用薬 (注射薬)	抗ウイルス剤 (内用薬)	抗ウイルス剤 (内用薬)
収載	①26年9月 ②27年12月 ③28年8月	27年5月	27年8月
適応	①根治切除不能な悪性黒色腫 ②切除不能な進行・再発の非小細胞肺がん ③根治切除不能または転移性の腎細胞がん	C型肝炎 (ジェノタイプ2)	C型肝炎 (ジェノタイプ1)
費用	約3,500万円/人 (体重60kg, 1年間の場合)	約355万円/人 (12週間)	約460万円/人 (12週間)

※財政制度等審議会(平成28年4月4日)における日本赤十字社医療センター化学療法科部長 國頭英夫氏作成資料に基づき財務省作成

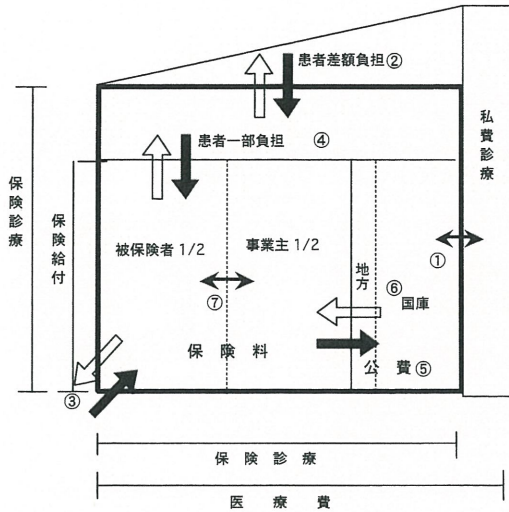
医療費の1月あたり負担額

	自己負担額	定率給付+高額療養費
現役(40歳)	約6万円	約290万円
高齢者(80歳)	1.2万円	約300万円

※ いずれも夫の収入400万円、妻の収入100万円(給与または年金)として機械的に試算。現役の自己負担額は、3か月目まで約10.6万円、4か月目以降約4.4万円(多数回該当)の平均

26

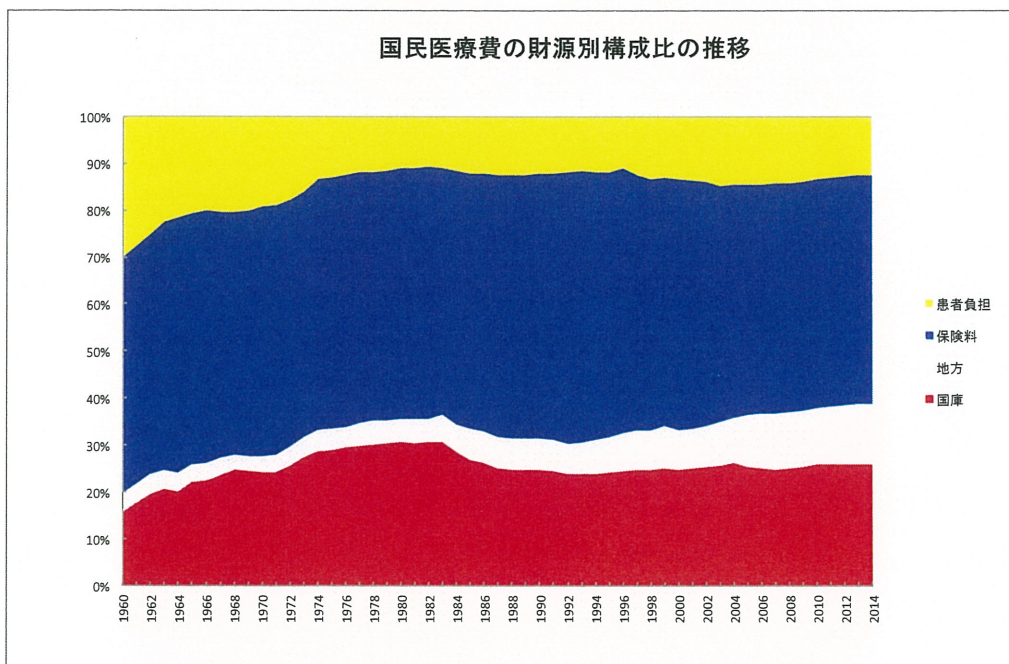
## 図8 医療費負担の選択肢と方向性



- ① 保険診療に取り入れるか、私費診療に委ねるか？
- ② 基礎部分を保険診療に取り入れて、プラスアルファの差額負担を認めるか？—混合診療
- ③ 保険診療の費用をどう抑制(拡大)するか？
- ④ 保険診療の費用の一部について、患者の受診時の自己負担をどうするか？
- ⑤ 保険給付の費用について、公費(税金)の助成をどうするか？
- ⑥ 公費の中で、国庫負担と地方負担をどう配分するか？
- ⑦ 保険料の労使折半負担原則をどうするか？

10

## 図9 国民医療費の財源別構成比の推移



(出所)厚生労働省「国民医療費」各年

11



# 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

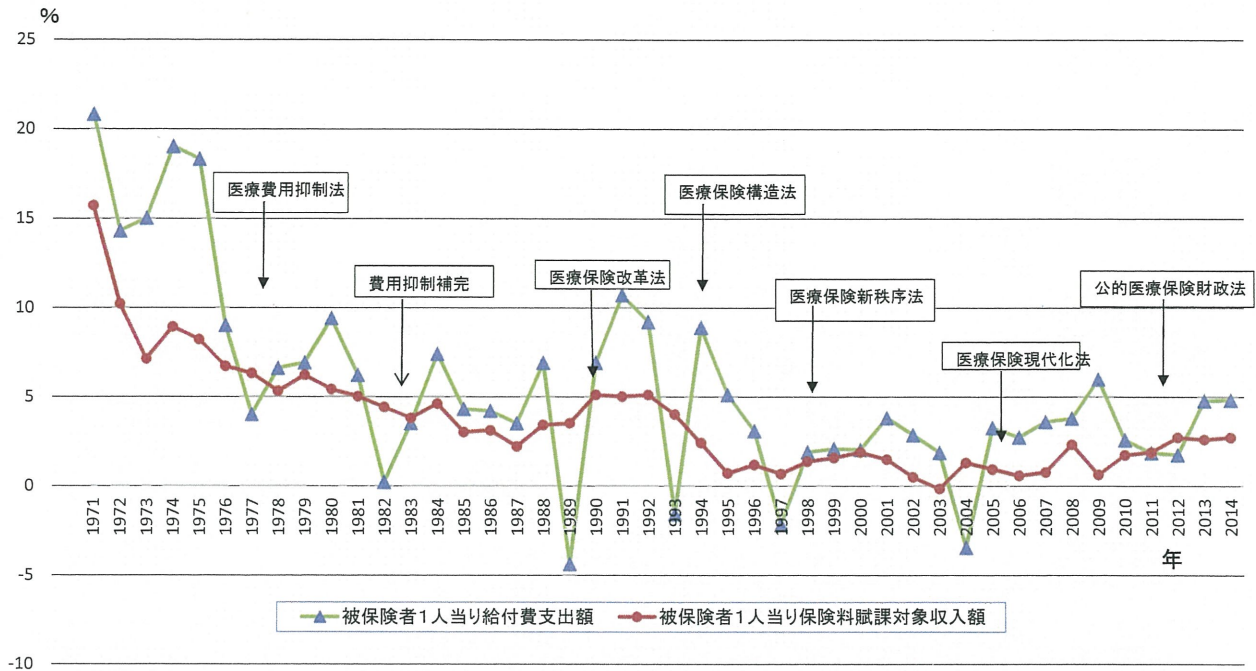
12

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)」
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 (KHSG)」

13

# 図10 医療給付費と保険料賦課対象賃金の対前年比の推移



14

## ドイツの医療保険の特徴と変化

- ・公的医療保険と代替的民間医療保険の併存 ➡維持
- ・性格の異なる各種の保険者＝疾病金庫(KK)の併存 ➡リスク構造調整と被保険者による保険者の自由選択制
- ・疾病金庫の労使による当事者自治 ➡国の関与の拡大
- ・疾病金庫と保険医協会・病院協会による当事者自治 ➡維持、ただし法律による枠組み強制、仲裁機関あり
- ・公費負担によらず保険料による財政運営 ➡連邦補助の導入・拡大(2004年～)
- ・保険料の労使折半原則 ➡事業主負担の固定

15

## 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、
  - ・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
  - ・統合型医療(IV)の推進
  - ・家庭医主導医療の推進
  - ・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

16

## 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

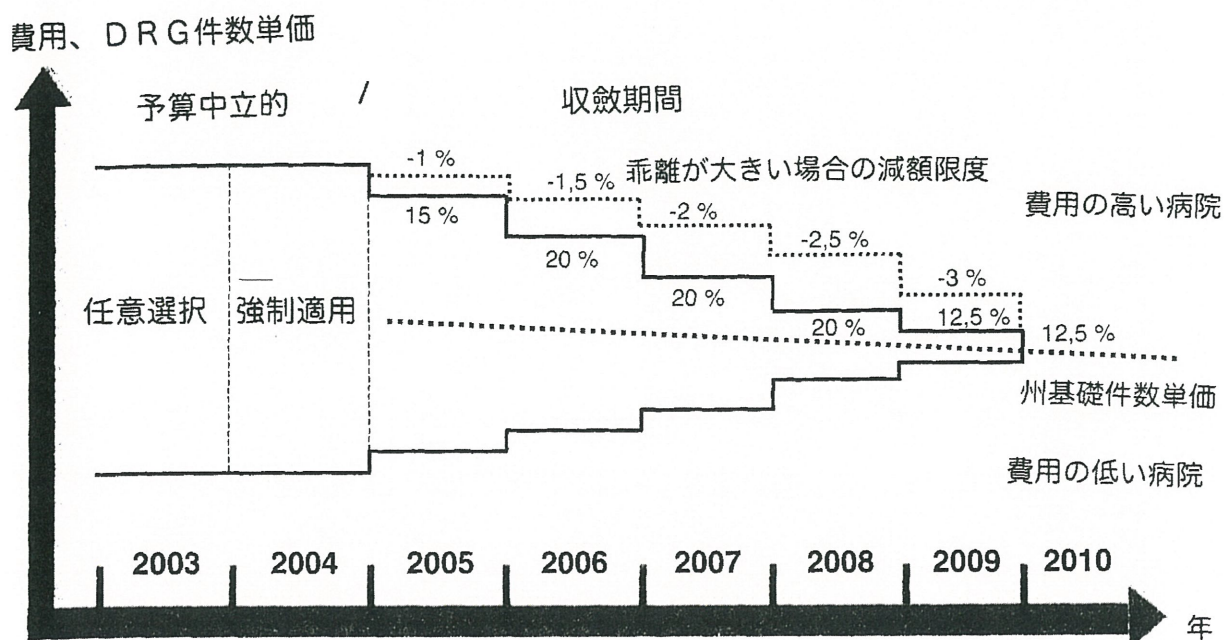
17

# 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

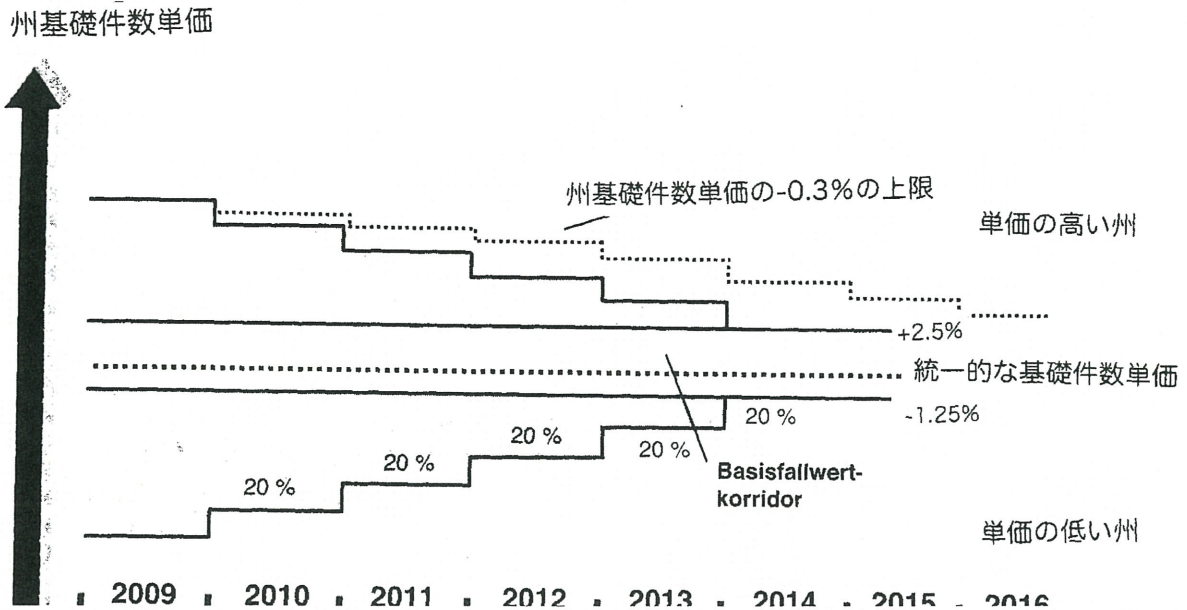
18

図11 DRG制度導入から収斂期  
(2003-2009年)



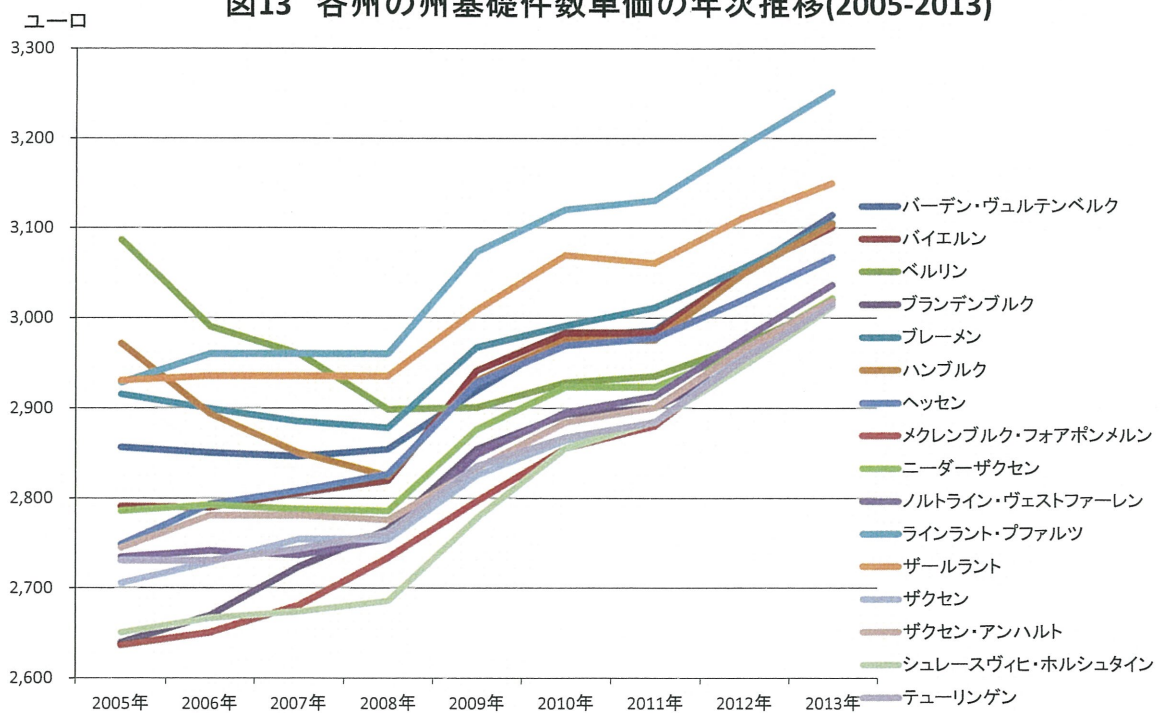
19

# 図12 州基礎件数単価の統一プロセス (2010年～)



20

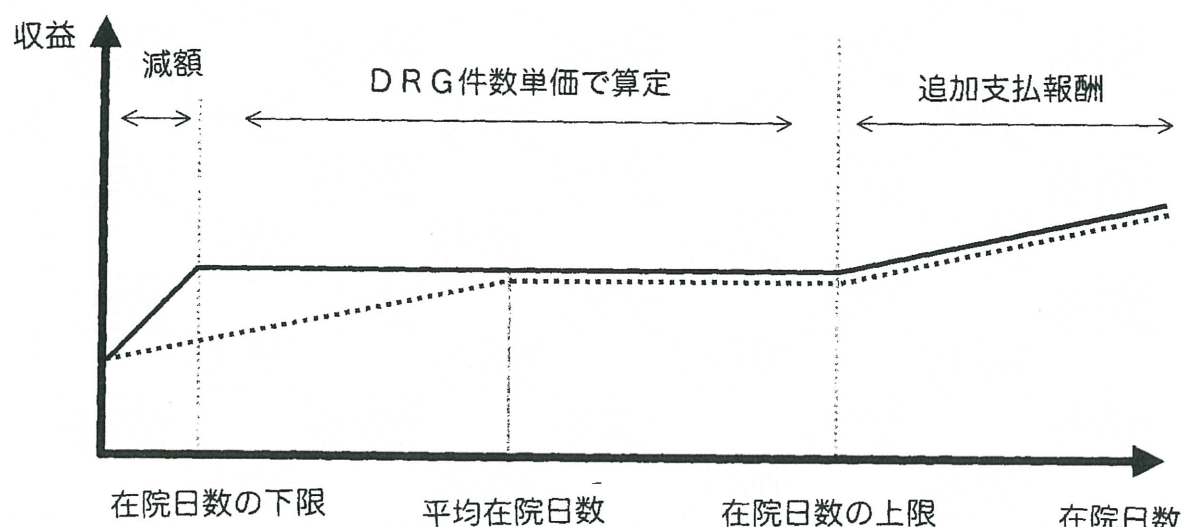
## 図13 各州の州基礎件数単価の年次推移(2005-2013)



(出所) RWI(2013)より作成

21

図14 DRGによる報酬算定と在院日数



22

## 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)

23

# 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)

24

## 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)
  - 一 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)
  - 一 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)
  - 一 すでに3割負担まできている、これ以上?
  - 一 高齢者の一部負担や高額療養費の優遇の是正

25

## 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

26

## 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

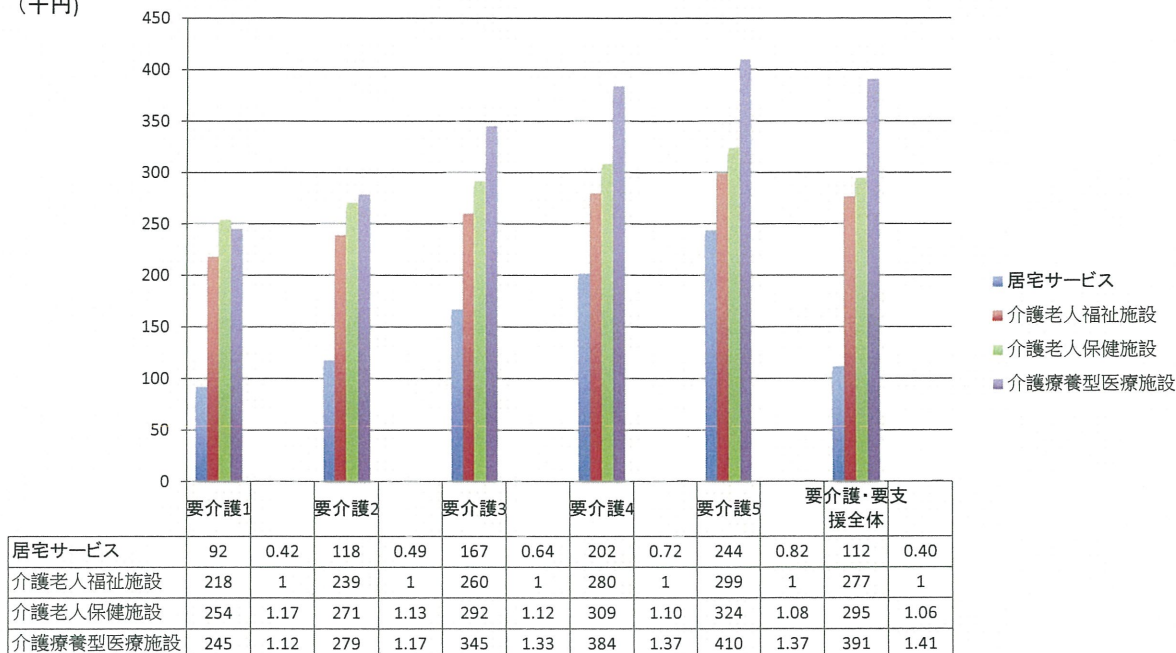
- ☞ 病院と診療所、病院間の機能分化と連携、在宅医療の推進、介護との連携
  - ➡ 地域医療構想の策定と実行(都道府県)
  - ➡ 地域包括ケアの実現
- ☞ 医師、看護師等の養成数の見直し
- ☞ 医師と看護師等のコ・メディカル職との役割分担の見直し
- ☞ 疾病管理プログラム、統合医療、家庭主導医療など新たな医療提供システムの開発と普及

27



## 図15 要介護度別の居宅・施設種類別 介護費用の比較

受給者1人当たり月額  
(千円)



出所:平成26年度介護保険事業状況報告(年報)より作成

28

## 「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

29

## 医療保障改革の選択肢(4)

### ◆医療のあり方・受け方の意識改革

- ☞ すべての人に平等に最高の医療を保障し続けられるか？無理だとすれば、どのような基準で選択するか？
- ☞ 終末期医療のあり方
  - 私たちの生き方・死に方そして覚悟が問われる—
  - ・ 延命治療をどう考えるか？
  - ・ 尊厳死
  - ・ 財政再建団体(破産)の北海道夕張市の経験