

国際フォーラム「諸外国の経験に学ぶ医療制度改革」
議事録

本議事録は、フォーラム事務局の責任において作成したものであり、ありうべき誤りはフォーラム出席者に属するものではありません。

1. 日時：平成18年2月13日（月） 14:00－16:30
2. 会場：六本木アカデミーヒルズ 49 タワーホール A
3. 出席者：当フォーラム概要ページ参照（司会は大脇広樹内閣府経済社会総合研究所総務部長）
4. 議事録：以下の通り

開会・挨拶

（司会） そろそろ予定の時間になりましたので、国際フォーラム「諸外国の経験に学ぶ医療制度改革」を始めさせていただきます。本日はお忙しいところをお越しいただきまして、まことにありがとうございます。本日の出席者並びにプログラムにつきましては、お手元に事前に配布しております資料をごらんください。それから、本日は同時通訳が入っておりますので、受付でお渡ししましたレシーバーはチャンネル1が日本語、チャンネル2が英語となっておりますので、お使いいただければと思います。

それでは最初に、内閣府経済社会総合研究所を代表いたしまして黒田昌裕所長よりごあいさつを申し上げます。

（黒田） ただいまご紹介いただきました、内閣府経済社会総合研究所の所長をしております黒田です。本日は大変ご多用の中、私どものフォーラム、「諸外国の経験に学ぶ医療制度改革」においていただきまして、本当にありがとうございます。私ども研究所では、国際共同研究という形で幾つかの課題に取り組んでおります。本日このフォーラムで研究報告会をやらせていただきます、社会保障制度に関する問題もその一つです。それ以外に、ITを含めた技術革新が生産性と国際競争力にいかなる影響を及ぼすかとか、環境の問題と技術のかかわり合いの問題、アジアを中心にした経済統合・連携の問題とか、そういったいろいろな共同研究のプロジェクトを、今進行させております。適宜その成果をこういう形のフォーラムで皆様方に議論をしていただく機会を持ちたいと考えております。ご案内のように、今日取り上げます医療改革のテーマは、日本にとって高齢化社会を迎えた現在、非常に大きな課題です。内閣府として、また政府として、この課題にいかに取り組むか、鋭意議論を重ねているところです。

本日は、何人かのご専門の先生方をお招きして、基調講演並びにパネルディスカッション

ンという形で進めてまいります。まず、海外からわざわざおいでいただきましたブルッキングス研究所上席研究員のアーロン博士、一橋大学大学院の国際・公共政策大学院教授でいらっしゃいます井伊先生、東京大学大学院経済学研究科教授の岩本先生、国立保健医療科学院福祉サービス部長の松本先生の4名の先生方による基調講演並びにパネルディスカッションをやらせていただきます。特に、井伊先生と岩本先生にはお手元の資料の中に多分含まれていると思いますが、内閣府が先般出しました構造改革評価報告書のまとめにもご参加いただきまして、いろいろな形で、現在の医療の問題に取り組んでいただいているところです。

ご案内の通り、医療の問題につきましては政府の関与をどうするか、民間の質的な医療サービスの向上をどうするか、いろいろな問題を抱えておりまして、まだまだ改革、そして動かしていかなければならない部分が多くあります。恐らく日本だけではなく、各国がいろいろな形で医療制度については大きな問題を抱えております。

本日は、特にアジア、韓国や台湾、そしてアメリカ、ヨーロッパのドイツの専門家をお招きしておりますので、それぞれの国が取り組んでいる医療制度改革をご紹介いただきながら、私どもの改革に資するような、何らかの議論ができればと考えております。限られた時間ではありますが、フロアからのご意見もいただく時間を用意していると思いますので、本日は時間の許す限り、いろいろなご議論をいただきますよう重ねてお願いして、私のご挨拶に代えさせていただきます。本日は、本当にありがとうございました。

(司会) ありがとうございました。本日のフォーラムは、最初に3名の講師の方に基調講演をお願いいたしまして、その後基調講演を踏まえたパネルディスカッションを行うということで進めてまいります。会場の皆さまからの質問につきましては、最後にまとめてお受けしたいと考えております。

基調講演

(司会) それでは早速、基調講演に入らせていただきます。最初に一橋大学国際・公共政策大学院の井伊雅子教授に基調講演をお願いいたします。井伊先生は医療経済学、公共経済学などをご専門とされております。それでは、井伊先生よろしくをお願いいたします。

(井伊) ただいまご紹介いただきました一橋大学国際・公共政策大学院の井伊と申します。今日は、東アジアの医療制度改革の経験、特に韓国と台湾の医療制度改革の経験をご紹介したいと思います。アジアでは、シンガポールも非常にユニークな医療保険制度を持っている国ですが、医療制度を考えた場合、歴史や文化、人々の生活様式などに非常に依存すると思います。韓国や台湾は、日本の医療保険制度を参考に公的な保険制度、皆保険制度を導入した国で、ここ数年非常に改革が進んでいます。日本に先んじて、いろいろな

実験、改革をしている国ですので、特に参考になると思ひまして、韓国と台湾の例をご紹介したいと思ひます。

今日はアーロン先生もいらっしゃっていますし、私たち日本人にとって、外国で一番なじみ深いのはアメリカです。日本の医療制度の特徴を、まずアメリカと比較をして見ていきたいと思ひます。特に病院数、病床数が非常に多いというのが日本の医療制度の特徴です。アメリカの国土は日本の大体 25 倍、人口は 2 倍ですが、病院数は日本では 9,000 以上、一方アメリカは約 5,000 です。非常に病院数が多いのが、日本の医療制度の特徴です。

日本の病院は、よく知られているように、社会的入院が多く、医療目的ではなく介護目的で病院を利用する患者が非常に多いです。このスライドではアメリカ人やヨーロッパ人のような人がいますが、アジアの人から見ても日本の病院は病院と介護施設が入り交じった施設のように見えます。一方、日本から見ると、米国のような国の病院は、ICUと急性期治療だけで構成されているような施設です。つまり、日本の医療制度は機能分化が不明確であり、入院日数が長く、1 ベッド当たりの医師や看護師数が少ないというのが、よく言われている特徴です。

こうした現在の特徴ですが、過去 40 年ぐらいの歴史的な変遷を見ていきます。ここでは、日本とドイツ、フランス、イギリス、アメリカの 5 カ国について OECD のデータを取っています。日本とアメリカは 1965 年あたりは同じような病床数だったのが、時を経てこのような格差が出てきています。日本の人口当たりの病床数は 1990 年まで増え続けています。一方、他の OECD の国々はこの 40 年ぐらい減少傾向にあります。

平均在院日数の国際比較を同じ国で見比べてみると、1965 年あたりですと、日本はそれほど特徴だって長かったわけではないのですが、他の国が徐々に減少している中で日本は在院日数も 1985 年まで伸び続けました。それ以後多少減少はしていますが、現在これだけの差ができています。

次に、国民医療費の年次推移です。非常に特徴的なのは、1973 年に老人医療費の無料化をきっかけに急速に医療費が伸びていることです。これが日本の医療制度の特徴です。

国民皆保険制度というのは、低価格で平等な医療へのアクセスを実現するという一方で、日本では 1961 年に導入されましたが、韓国では 1989 年、台湾では 1995 年に導入されました。先ほど申し上げましたように、日本の制度を参考にして導入した、非常に日本と似ている制度となっています。

具体的な共通点として、診療報酬制度は基本的には出来高払いです。それと、**gate keeper system** がありません。つまり、患者は自由に病院なり診療所なりを選ぶことができます。待ち時間が比較的長いですが、これはイギリスのように治療を受けるまでに何カ月待つという意味ではなく、病院に行ったら確実にその日に診てもらえるけれども、病院での待ち時間が長いという意味です。それと、**closed system** で病院が運営されており、病院と医師への支払いが分割されていません。ドクターフィーとホスピタルフィーに分かれています。医師は病院で勤務医として給与を病院から得るというシステムになっています。

ます。また、民間病院が圧倒的に多いというのも特徴です。医薬分業に関しては、韓国や台湾はここ数年でほぼ完全に分離されましたので、ここではかっこにしていますが、皆保険制度が導入された当時は医薬分業が日本と同様の形で進んでいませんでした。しかし、韓国と台湾では、今は完全に分業されています。それと、医療支出に占める薬剤費が比較的高いことも特徴です。

こうした類似点がありますが、疾病別の平均在院日数を見ますと、台湾のデータが疾病分類別に入りませんでしたので、一番在院日数が短い米国との比較をします。白内障、盲腸、胆石などの疾病別平均在院日数を見ますと、日本の場合は、社会的入院が多いために在院日数が長くなると先ほど申し上げましたが、妊娠・自然分娩や胆石、盲腸炎といったあまり社会的入院と関係ないような急性期の疾病に関しても、韓国と比較しても在院日数が長いと言えると思います。

次に、医療提供体制の比較です。韓国や台湾と比較しても日本の 1,000 人当たりの病床数は群を抜いて多いです。医師数や看護師数は、人口 1,000 人単位に関してはそれほど遜色もなく、看護師に関しては日本はかなり多いのですが、ベッド数が多いので1ベッド当たりの医師数・看護師数となると、日本は韓国や台湾よりも少ない人数になります。平均在院日数も韓国や台湾に比べて2倍以上です。

日本は基本的には出来高払い制度ですから、検査をすればするほど収入が高くなるので、CTやMRIなどの高度な医療機器が多いのが特徴です。同じような制度の下の韓国や台湾と比べても、多くなっています。医薬品が医療費に占める割合は同じぐらいです。日本は、外来の受診率が非常に高いのが特徴です。しかし、フリーアクセスの下でどのような病院でも自由に選べるので、韓国や台湾、特に台湾も外来受診率が非常に高いのが医療制度の大きな問題点になっています。

GDPに占める医療支出を、ここ10年ぐらいの推移で見ると、まだ5.5～6%ですが、徐々に増えてきています。また、高齢化が韓国や台湾でも徐々に進んでいますので、医療支出をどのように抑えるかが、韓国や台湾でも共通の関心事になっています。

医療費の流れは、日本と非常に似ています。私たちが医療機関にかかるときに自己負担を支払います。医療機関が医療サービスの提供を行います。一方で医療費は家計、雇用者、政府が保険料や税を保険者に支払って、保険者が医療機関に自己負担以外の残りの部分を支払うという同じような医療費の流れになっています。

韓国の医療改革が、どのようにこの数年間行われてきたかといいますと、2000年に日本と同じように健保組合、国保組合などの350ぐらいの保険者がいましたが、単一の保険システムに統合しました。先ほど申しましたように、医薬分業が完全に行われるようになりました。それと、定額支払制度(DRG/PPS)に関しましては、ここでは5疾病に関して出ていますが、確か全部で7～8疾病、比較的質をコントロールしやすいものに関して、定額の支払制度を導入しています。レセプト請求の電子化はほぼ100%達成されています。この点に関しては、どのようなインセンティブを付けたのかを後ほど詳しくご説明い

たします。ドクターフィーは支払相対価格（RBRVS）も導入しています。何と云っても、レセプトの電子化を100%達成したことと関連して、医療評価までを目指した健康保険審査評価院の活動が、非常に大きく評価されると思います。日本の支払基金とは全く異なる活動をしていまして、審査だけではなくて、評価まで行うことを目的とした組織です。健康保険審査評価院（HIRA）の活動が、レセプトの電子化100%や、韓国の医療改革において非常に大きな影響を及ぼしています。

一方、台湾の医療改革ですが、台湾は1995年に皆保険を導入した時点で単一の医療保険システムを導入しました。50疾病に関して定額支払制度を導入しています。あと特徴的なこととしては、包括予算制（global budget）として予算を決めています。台湾の場合は日本の医療制度と似ていて、1点1元（1台湾ドル）という点数制ですが、年度末になって予算が少なくなってくると、1点が0.9元になったり0.95元になったりという形で、包括予算制を守っています。それと、非常に特徴的なこととして、治療成果に応じた支払いを子宮頸がん、結核、乳がん、ぜんそく、糖尿病に関して導入しています。

具体的にどのような治療成果に応じた支払いをしているか、結核の場合を例とします。質的な評価を三つに分けて見ていて、構造（ストラクチャー）と治療過程（プロセス）、成果（アウトカム）の三つそれぞれに関して、こうしたガイドラインを設けています。例えば、構造は病院に認定医が何人いるか、医師がどういう認定要件を満たしているか。治療過程もそのガイドラインに応じたものがあります。成果は結核の治癒率です。こうした評価水準に達していると、インセンティブとして、病院には1回の結核の治療に対して4,800台湾ドル、医師には950台湾ドルの追加的な報酬が付きまします。こういった治療成果に応じた支払いが、五つの疾病に関しては導入されています。

先ほど挙げましたように、台湾でも日本と同じように、不必要な外来がどうしても多くなってしまったため、合理量（Reasonable Patient Volume Standard）を導入しています。これは、患者数に応じて外来の診察料が変わってくるものです。1点が1台湾ドル（3.7円）で、患者数が30人以下だと1患者数に対して300点ですが、1日150人の患者を診るといのはどういう状況なのか想像が難しいですが、そうなると外来の診察料が50点になります。人数に応じて外来の点数を変えるという形で、高い外来受診率を抑えようという制度です。ただし、この場合の患者のメリットがどうなるのかは明らかではありません。例えば、150人診ているお医者さんと30人診ているお医者さんでは、患者が5倍の時間を費やしてもらえるのかということそれは明らかではありませんので、この制度がどのくらい効いているか、きちんとした研究が必要になってくるかだと思います。しかし、制度としては既にこういうものが導入されています。

レセプトの電子化は100%台湾でも達成されていて、データに基づいて医療制度の改革が分析されています。

65歳以上の人口の割合は日本が断トツに高いのですが、韓国や台湾でも徐々に高齢化が

進んできています。

これは先ほどお見せした図です。日本でなぜ高齢者医療費が問題になるのか、日本の高齢者数が多いということもありますが、日本人の高齢者が特に弱いとか病気になりやすいわけではありません。制度的な問題が非常に大きくなってきていると思います。

1973年に老人医療費が無料化されましたが、人口10万人当たりの受療率を外来と入院で見比べてみます。1973年を境に0歳から64歳は受療率は大きく変化していませんが、65歳以上、70歳以上は1973年を境に急増しています。確かにこの30年余り、老人数が増えたということはありますが、やはり老人医療を無料化したという制度の影響が非常にあらわれていると思います。これは入院に関する受療率ですが、同じような傾向を示しています。

日本の老人医療費の特徴は、1973年以降高齢者の受診率が急増したことです。それと、老人世代と現役世代の一人当たりの年間医療費の格差の国際比較をしますと、日本は5倍ぐらい、韓国は3倍、台湾はこのデータには出していませんが2倍ぐらいのようです。アメリカが4.6倍、イギリス、ドイツ、フランスと比べても日本は非常に高くなっています。アメリカがかなり日本と近い数字が出ているのは、これは後でアーロン先生にお伺いしたいところなのですが、多分高齢者の入院率が高いということと、入院したときの単価がアメリカは高いので、それが要因ではないかと思っています。いずれにしても、日本は老人世代と現役世代の一人当たり年間医療費の格差が5倍近くあるのが特徴です。

もう一つの日本の医療の特徴として、在院日数が長いという問題を考えたときに、非常に注意しなくてはならないのが、病床区分の問題だと思います。日本にはベッドが160万床ぐらいあり、医療法の下で運営されています。その他に、黄色い部分が介護保険でカバーされているところですが、特別養護老人ホーム、老人保健施設などがあります。一つ注目されることとして、病院の中で医療法の下で運営されている療養病床の中に、介護保険でカバーされている部分があります。今、療養病床を38万床から15万床に減らし、それによって行き場のなくなった人たちの受け皿をどうするかが大きな議論になっていますが、療養病床の中に医療保険でカバーされる25万床と、介護保険でカバーされる10万床があります。介護保険に関しては、医療法でカバーされている療養の介護の部分、社福事業法でカバーされている特別養護老人ホーム、老健法でカバーされている老人保健施設の三つがあり、はっきりした区別ができていようかどうか、介護保険の中での議論になってきています。一方で、医療保険では、同じ療養病床の中で医療保険でカバーされている25万床と、介護保険でカバーされている13万床の境がはっきりしているのか、医療が必要な人は医療保険でカバーされ、社会的入院の人が介護保険のもとにいるという、はっきりした区別がされていないのではないかとというのが、一つの大きな議論になってきています。

在院日数は、90万床の一般病床に関しては、確かに15年ぐらい前までは平均28日ぐらいありましたが、DPCを導入することによって、最近はかなり減ってきています。ただし、先ほどお見せしたようなOECDなどのデータでは、すべてこの病院の中での平均在院日数になります。療養病床の医療保険でカバーされているところは約600日の平均在院

日数があります。介護保険でカバーされている 10 万床は、約 700 日の平均在院日数がありますので、そういう平均を取ることによって在院日数が長くなってきています。日本でも急性期に特化した病院は、D P C（日本の定額支払制度）に参加しているような病院では、O E C D 諸国の中でも、アメリカに比べると長いのですが、それほど遜色のない在院日数になってきています。

次に、日本の医療制度改革として、この数年で何と言っても大きいものは、D P C（Diagnosis Procedure Combination）という D R G / P P S の日本版です。1 日当たりの定額制を導入したということが、非常に大きな改革になってきています。D R G / P P S は普通、定額支払制度と言いますと 1 入院当たりですが、日本の定額支払制度は 1 日当たりであることが大きな特徴です。また、1995 年には、日本医療機能評価機構が導入されました。アウトカムを評価するものではありませんが、機能を評価する認定制度が、日本でも 1995 年に導入されました。かなり多くの病院が評価を受けるようになってきています。

日本の定額支払制度の支払額の決定方法は、1 日当たりの定額支払制度なので、在院日数を短くするインセンティブは余りないと言われています。しかし、このように入院期間が長くなるに従って支払額が低くなるようになってきていますので、在院日数を短くするインセンティブにかなりなっています。特に、こうしたデータが公表されるようになったこと、比較をすることだけでもかなり在院日数を減らすインセンティブになってきているようです。

D P C のデータを使って分析したのですが、2003 年に定額支払制度が導入されたのは特定医療機能病院 82 病院です。2004 年には、民間病院にも D P C の支払いが広がりまして、参加病院が 55 病院あります。その中で試行的な適用病院として、すべてのデータがそろっていた 18 病院が分析の対象になっています。その中で 16 病院が白内障の手術をしている病院でしたので、そのデータを分析した結果がこの表です。この 18 病院は D P C に参加する病院なので、民間病院の中でも質などに非常に興味のある、レベルの高い方だと思いますが、それでもこれだけの差が出てきています。例えば、A 7 と A 8 の病院では標準偏差 0 で、3 日間と入院期間がはっきり決まっています。A 9 や A 12 の病院は、日帰り手術もかなり行われていますが、長くて 3 日間の入院です。一方、A 13 の病院は短くて 5 日間、長いと 11 日、平均 7 日ぐらいです。それ以外は、2～3 日から 10 日までと正規分布のような形で散らばっています。これだけの差が D P C に参加している病院でもありますが、こうしたデータが出るだけで、かなり在院日数を短くするインセンティブにはなっているようです。ですから、こういうレセプトの電子化をする、データを提出して分析することが非常に重要になってくると思います。

韓国の場合、日本のレセプトの電算処理と比べても、1997 年ぐらいにはそれほど変わっていませんでしたが、こういう形で年々差がついてきて、今はほとんど 100% の医療機関がレセプトの電子化を進めています。お医者さんの反対はなかったのでしょうかと韓国の研究者に聞きましたら、やはり最初はかなり反対があったようです。しかし、導入されてみると

なかなかこれはいいものだというので、導入されたあと、今は特に反対はないということです。

韓国はインセンティブとして、入院期日を40日から15日に短縮しました。現在の日本のように金利が低いと余り感じませんが、金利が高い場合には、これだけ短縮するのは非常にメリットがあります。週単位でも受け付けます。審査結果は全部電子ベースでやり取りをしますが、何か問題があるときには、電子メールで問い合わせが来るようなシステムになっており、非常に透明化されています。優良請求の場合は、これは診療所と薬局に限ってですが、2年間審査が免除されるグリーンカード制なども導入されています。また、標準請求のプラスマイナス10%以内は無審査です。それと、医療保険の収支がリアルタイムでホームページに掲載されるとか、例えば帝王切開の分娩が韓国の場合は非常に高いので、あるレベル以下だとその病院名を公表するとか、自然分娩の場合には本人の負担が全くなくなるようにするといったデータを用いた議論が国会などでもなされて、医療政策が決められてきています。

他に、韓国は保険点数制なども診療所よりも病院、病院よりも総合病院と高度になるほど加算率が高くなるような保険点数になっています。

外来と入院の役割分担をするために外来は診療所に行きやすいように、病院は入院にできるだけ特化できるようにといった負担率の違いもインセンティブになってきています。

最後に、こうした韓国や台湾などの経験から日本の医療制度改革への提言としては、情報を開示すること、データベースの構築が何よりも大切です。今はレセプトの電子化、オンライン化が医療改革の中でも大きなテーマの一つになっています。しかし、ただ電子化するだけではなく、メンテナンスして分析して、その結果を政策に反映するといったシステムが必要だと思います。今の日本の支払基金や国保連合会の在り方を見た場合、それが全くできていないのではないかと思います。韓国の健康保険審査評価院のように、審査だけではなくて、評価まで行うことを目的とした組織が必要になってくると思います。それに応じて医療の質の評価、機能評価だけではなくて、治療結果の評価もできてくると思います。以上で発表を終わります。

(司会) 井伊先生ありがとうございました。続きまして、アメリカのブルッキングス研究所のアーロン上席研究員に基調講演をお願いしたいと思います。アーロン先生は財政、医療、社会保障、税制などをご専門として研究されており、私どもの国際共同研究プロジェクトにも参加いただいております。それではアーロン先生、よろしく願いいたします。

(アーロン) ありがとうございます。私の本日のコメントのベースになっておりますのは、あるペーパーです。それは明日の会議のために書いたペーパーで、ジェームス近藤先生と一緒に書いたものです。この方は東京大学の助教授をしておられる方で、日本医療政策機構(Healthcare Policy Institute, Japan)の副代表理事をしておられます。

前もっておわび申し上げておきますが、私が言うことと井伊先生のコメントの間に重複があったら申し訳ありません。それから、一つ気付いたことがあるのですが、ほとんどのアメリカ人は、日本人の聴衆に対して医療政策について語る際には、謙遜の気持ちを持って語らなければならないと思っております。我々は、医療費では一人当たり2倍のお金を使っています。そして、治療結果はよりひどいものになっています。そうでありながら、皆さんの前で医療政策についてお話をするのは、本当に僭越なことだと思い、謙遜の気持ちを持ってお話ししたいと思えます。

最初に、医療費のコントロールは、すべての先進国で問題になっていることだと申し上げたいと思えます。理由は、医療費の問題は決して解決することができない問題だからです。どの先進国であっても、すべての国民、あるいはほとんどの国民に保険をかけようと思う国では、決してコスト問題は解決しません。なぜならば、保険をかけるということは、医療がほぼただであるということを示します。そうすると、病気になった人は、よく認識されたインセンティブがありまして、とにかくメリットになることならば何でもかけてほしい、自分たちが実際に健康保険を使うときに直面するコストぎりぎりまでかかりたいと思うのです。先進国におきましては、プライスシステムではなく、それ以外のコントロールの方法論が必要です。こういった管理手法はすべて次善策であって、副作用があるのです。エコノミストに言わせると、次善策という、副作用を持った抑制方法しかないのです。

幾つかの事実を申し上げます。主要国の一人当たりの医療支出を、公式為替レートを使ってドルで出したもので、6カ国の比較をしております。私の国際的な表は、すべて同じ6カ国で比較しております。この数字を見ていただきますと、私が前に言ったことがよくお分かりいただけます。アメリカは相当お金を掛けております。医療に関しては随分支出をしていることが分かります。支出の数字は残りの5カ国ではいろいろ違っておりますが、どちらかと言うと同じ一般的な母集団の一部になっています。大体一人当たり2000ドル、あるいはそれ以下のところに分布しています。

アメリカの支出と比較して出したものもあります。この表を見ていただきますと、相対的な支出ではありますが、50%ぐらいのところドイツ、低いところでは英国は38%です。こういう比較をしてまいりますと、本当のリソースはどのくらいあるのか、患者がどのくらいリソースを使えるかということの格差は、誇張して表れてしまいます。なぜなら、医療サービスへのインプットの価格は、アメリカの場合、相対的に高いからです。特に医者に対する支払いに関しては、高く出てまいります。他の国よりも、スイスは例外だと思えますが、アメリカの医者は平均的な所得を得ている人よりも高い報酬を得ています。

これは、結果としての健康状態、平均寿命と乳児死亡率を比較したものです。日本をハイライトしておりますが、両方のカテゴリーとも世界でベストになっております。他の国々が目指そうと思って頑張る数字です。覚えておいていただきたいのですが、日本は相対的に医療支出を抑え気味にしながら、これだけの数字を達成しています。この事実から、多

くの医療経済学者が観測していることは正しいと分かります。要するに医療サービスは健康状態に貢献する一つの要因であって、それだけが最も重要ではないのです。

それ以外にも幾つか申し上げたいことがあります。医療経済学の要点について話を続けます。近藤先生と私に、明日の会議のための論文を書くようにと言われました。なぜなら、医療費が増えているからで、それが相当目立ってきているし、緊急を帯びた課題として日本社会で認識されるようになったからだということでありました。

これは確かにアメリカでも問題になっています。アメリカでは日本と同じように、多くの人の方が何か方法を探して、医療費を抑えようと考えています。近藤先生と私が強調したいと考えている結論の一つは、このように所得に占める医療支出の割合が増えることは止めようがありません。アメリカでも日本でも、どこであっても、医療支出は増えざるを得ません。その理由は二つあります。まず人口が高齢化しているということです。高齢化すると、人口規模が一定であったならば、一人当たりの平均的な医療費が増えます。

もう一つは技術の進歩です。技術の進歩があるということは、医療的な介入をするためのメニューに、メリットの高いものが増えるということです。豊かな国であれば、このような医療の手段のメニューがどんどん広がります。ですから、国民も国民に代わって行動する政府も、より多くの数のサービスを国民が利用できるように提供します。それは当然コストアップにつながります。

医療支出のレベルは、この二つの要素があるためにどのぐらい伸びるのでしょうか。これは割と機械的に出した数字ですが、まず人口高齢化の影響を外挿して出したものです。技術についてもまた後ほどお話しいたします。ここ（人口高齢化の影響）にも二つの要素があるように思われます。最初の要素は、高齢者は若い人に比べ医療により多く支出するということです。平均年齢が上がりますと医療支出も増加するという関係にあるようです。まず、0から34.9まで推移している欄がありますが、これは日本の人口高齢化による医療支出の増加を示しております。純粹に人口が高齢化したから増えた分です。すなわち、年齢特有の医療支出は、将来でも過去と同じだと想定しております。この問題に皆さんがご興味があるときには、質疑応答のときにでも戻ってお話をいたします。

人口が高齢化していきますと、活動的な労働力人口の比率は低下してまいります。日本の場合、定年退職者の数が増えていきます。その伸び率は若い人々が増えていくよりもっと高い率で増えていきます。ですから、ある特定の人口集団内で、労働力が減少していき、労働生産性は同じだと見ておきますと、国民所得も下がっていきます。

この二つの要素がかみ合わさって、国民所得がどれだけ変化するか、そして医療支出はどのぐらい増えるかを見てみます。GDP比に対して出てくる影響に関する表です。21世紀中ごろには、医療支出の国民所得に対する比率の増分は2/3より大きくなります。例えば、実際より少し高めを取っておりますが、今が8%であるとしますと、こうした一つ一つの要素があるだけで、医療支出のGDP比は12~13%になります。

次の表は、主要国においての所得の伸び率を上回る医療支出の伸び率は歴史的にどうで

あったか、6カ国で見えております。所得の伸び率がどの程度であったにせよ、医療支出の伸び率がそれをどのくらい超えているか、二つの成長率の違いを見えています。これは1960年から2003年までかけて見えています。

私は、この表を作ったときにどういう結果が出るかは余り考えておらず、アメリカは、他の国よりも随分大きく出るだろうと予想していました。そして日本の比率を見て、ちょっとびっくりいたしました。これは日本の超過伸び率ですが、所得の伸びをアメリカと同じぐらい上回っているという結果が出てきました。もちろん時期によりましては、所得の伸び率が医療支出の伸び率を超えた時代もありますが、平均してみますと全体の期間を通して、この6カ国におきまして、すべて医療支出の伸び率が所得の伸び率を上回っています。近藤先生と私が書きましたペーパーは、明日発表いたしますが、その前提としては、このような超過伸び率は今後とも続くということを信じるに足る根拠があると、我々は思っています。

もしそうならば、これも非常に機械的に出した数字であることをお断りしておきますが、これを見ていただきますと、さまざまな超過伸び率による医療支出が、人口高齢化と技術進歩の影響を考慮した後どうなるかということを示しております。まず一番上を見ていただきますと、これはインパクトといたしまして、前の数字でお見せした人口高齢化の影響を取っております。それに加えて、技術が、一人当たりの医療支出を増やしていくということをお断りしております。しかも所得より年0.5ポイントの超過伸び率であることを前提としております。この0.5ポイントとは、前の表よりも随分小さな数字で取って出したものです。これを前提といたしますと、医療支出のGDPに対する比率は、大体21世紀中ごろになりますと2ぐらいの係数で増えることになります。GDPの8%弱から16%強まで行きます。もし一人当たりの医療支出が、それよりも早い1%ポイントの超過伸び率になりますと、GDPに対する医療支出の比率は、2050年ごろにはすべてのアウトプットの5分の1ぐらいになります。

この二つの前提のうちのどちらになるのか、そしてどちらの方がより現実的な予測なのかは分かりません。医療支出がトレンドとして、どちらの方がより現実的かは分かりませんが、一つ確信を持てることがあります。例えば、希望的に考えて、医療支出の成長を抑制することができる、そしてGDPに対する医療支出の比率を上昇させないようにしようと考えることは余りにも非現実的だと思います。人口高齢化があること、メリットのある医療メニューが増えることは、どのような先進国であったとしても、非常に多くのお金をアウトプットの中から医療支出に向けなければならないわけであって、全体として見れば、これはある意味で望ましくもあり、そして必要なことだと思っております。これがこの表について一つ目のポイントであります。

一つ目もそうですが、二つ目のポイントも非常に重要です。もし、若干の経済成長が日本である程度可能だと前提をするなら、例えば、労働者一人当たりの成長率が、1990年代ぐらいの低いものであったとしても、総医療支出が極めて急速かつ持続的に伸びていった

としても、他の使途に当てる十分な財源を確保しつつ総医療支出を賄えるだけの財源は、確保できるだろうということです。ですから、私のメッセージといたしましては、最も重要な医療政策で日本が探求できる政策は、全体的な経済成長をすべきだということです。経済成長がなければ、結局は国民が高齢化するプレッシャーが、本当に壊滅的な力を持つでしょう。そして、持続的な経済成長によって、ささやかな成長率であってもそのような負担は、簡単ではないかもしれませんが、管理可能な負担になると私は思っております。

それ以外に、いろいろな改革が医療制度に関していろいろ考慮されております。近藤先生と私がいろいろ探求してみました。

最初に出てまいりますのは、皆さんが既にお聞きになった、そして私が繰り返して申し上げますが、前のスピーカーもおっしゃいましたが、日本におきましては医薬品の利用が非常に高いレベルで行われております。この統計を見ていただきますと、医薬品が使われる診療日数は、日本の数字が他の4カ国よりも高くなっております。ここでも、アメリカは十分それぞれの消費の単位にお金さえ払えば、全体として多くを消費することにつながるということになっておりますが、我が国におきましては、これがこれまで以上に大きな問題となりつつあります。

次は、総医療支出に占める医薬品の支出の比率を見ると、医薬品に関する相当の進化が見られます。統計によりますと、シェアは1970年には5分の2ぐらいでしたが、これが2003年に5分の1以下になりました。しかし、医療費全体の18%を使うということは、国際的な比較で見ても相当高いのではないかと思います。少なくとも、アメリカと比べても半分ぐらいあります。

近藤先生と私は、幾つかの真剣に検討すべき改革項目を出してみました。私は、謙虚でなければいけないということは意識しながら申し上げます。自分の国もちゃんとできていないのに人の国に提言できるかと思われるかもしれませんが、僭越だと思いつつも、あえてさせていただく項目です。

日本政府は、医師が医薬品を処方することに関するインセンティブは、少なくするような方向に持っていつております。医師が医薬品を処方することの問題は50年以上にわたって認識されてきました。一つの勧告は、日本政府は、引き続き、医師が所得の源泉として医薬品の処方に金銭的に依存することのないようにさせる政策を採るべきです。50年以上にわたってそうではない政策を採っていましたが、今方向としてはそういった政策を採り始めるようになったわけですので、ぜひそれは探求しなければならないと思っております。

次は入院診療日数です。これは既にお話が出ておりますので申し上げますが、OECDから出た数字です。ここで強調されておりますのは、井伊先生もおっしゃったことをまさにこの数字も物語っていると思います。入院日数が非常に長く、しかもなかなかそれが他の国ほど減少していないという問題があると思います。

これを見ることで、近藤先生と私の意見として、ぜひお勧めしたい努力があります。そ

これは、定額の支払いを、日本でも導入するべきではないかということです。診断群DRGはお聞きになったかもしれませんが、この論文を書きましたときに、アメリカの保険数理をやっているお医者さんに聞きました。DRGをアメリカで設計した責任者のウィリアム・シャオという方です。彼は、DRGを導入することは可能だと言っていました。まず、医療的な条件（medical condition）が、例えば40ぐらいの診断カテゴリーをカバーし、それで病院収入の60%を占めるようなDRGを導入することは可能だと言っていました。ですから、ぜひそのアプローチを日本にも取っていただきたいと思っております。そして、報酬は、最初は相当高めに設定しておくべきだと思います。そして、どれだけ増やしていくかはその後追加的な情報を集めるに連れて、ちゃんと管理するようにしたらよい、という診断カテゴリーなら定額で払うかを段々増やしていけばよいと思います。情報が改善されてきたらカテゴリー数はおいおい増やしていけばよいと思います。

三つ目の勧告は、日本に真剣に考慮していただきたい点です。それは、病院と医師の、定期的な資格更新制度を導入することです。特に専門医と言われる人に対してはルーチンでこれをやる必要があると思います。アメリカでは、これまで以上に、医師で自分は専門医だと言っているような人は、例えば8年ごと、10年ごとに試験を受け、自分はちゃんと有能な専門医であることを示さなければいけません。テストに受からなければ専門医であるという指定を外されることとなります。病院も資格更新制度を定期的にする必要があります。もし、どうしても資格更新を得られないということになったときには、支払を政府のプログラムで受けることができないようにする、あるいは民間の支払い団体からも受けられなくなります。私はこれと同じような、あるいは類似したシステムをぜひ日本で真剣に考慮していただけたらと思います。

次に、日本の医療行為では、開業医が、非常に訓練を受けた特別な勤務医よりも収入が高くなるようなシステムになっており、自分で入院ベッドを持って収入を補完することができます。これは問題だと感じております。よく訓練された最もスキルのある専門医の勤務医のほうが所得が少なく、開業医がそんなにトレーニングが高度ではないのに収入が高いというのはインセンティブとしても良くないし、患者に対するケアにとっても良いことではないと考えております。

次のポイントですが、患者さんに対してもっと多くを要求するかどうかにかかわらず、とにかく患者の中で支払い能力を持っている人たちは公的なセクターから出ていくでしょう。そして増税に対するプレッシャーにもなりますし、それ以外の支出はもっとカットしなければいけないというプレッシャーがかかるようになるでしょう。ここに一つの例を出しております。非常に良く分かる例だと思いますが、受益者負担の引き上げをあるグループで行うとします。相対的に所得のレベルが高い高齢者がいたとします。低・中所得の高齢者より裕福な高齢者の受益者負担を、ちょっとでも引き上げることによって、公的医療支出の抑制に役立つし、納税者負担の軽減にもなると思います。

サマリーを申し上げて、私の話は終わりです。日本の医療制度が直面している一番大き

な問題は、第一義的には組織の問題であり、クオリティ・コントロール（品質管理）の問題でありまして、コストの問題ではないという結論です。コスト増はほぼ避けられません。しかし、コストが増えるということは、結局のところ相対的には望ましくもあるのです。そこで、医療のためのリソースを、できるだけ効果的に使うことが大事です。そのために、医療サービスのコストを公的部門から支払能力のある受益者へとシフトすることは、日本の大変重い財政赤字の抑制に資するものであると思っております。

結論として、私は井伊先生のコメントに賛成いたします。井伊先生はアメリカと日本の病院の比較をなさいました。私が聞いたところによりますと、アメリカの病院管理者たちは、アメリカの病院は、基本的には外来患者の施設とICUがつながっているようなものであるというコメントをしております。それ以外のことに関しましては、質疑応答のときにぜひカバーいたしましょう。ありがとうございました。

（司会） アーロン先生、ありがとうございました。それでは最後に、国立保健医療科学院の松本勝明福祉サービス部長に基調講演をお願いしたいと思います。松本部長は社会保障法、社会保障論をご専門とされておられて、ドイツの制度にお詳しいということです。それでは松本部長、よろしくお願いいたします。

（松本） 皆さんこんにちは。私は今ご紹介がありましたように、比較社会法といわれる方法で、日本とドイツの社会保障に関する比較研究を行っています。本日はこのフォーラムで、特にドイツの医療制度改革について、皆さまにお話できることを大変うれしく思っております。

本日は、まずドイツにおける医療制度改革の動向、医療制度の構造改革、その手段としての保険者間の競争の問題についてお話をいたします。そして最後に、日本の医療制度改革を考えるポイントについて触れてみたいと思います。

最初に、ドイツの医療制度改革の動向についてお話をしたいと思います。私は、ここにありますように1970年以降のドイツの改革を、大きく三つの時期に区分して考えております。一つめが1970年からの拡張期、二つめが1977年からの費用抑制期、三つめが1989年からの構造改革期です。

最初に拡張期ですが、拡張期におきましては医療保険における被保険者の範囲拡大、給付の大幅な拡充が行われました。また、この時期には、医療技術の進歩や被保険者による積極的な医療給付の受給が進みましたので、そういうものが相まって、医療保険の支出が大幅に増加しました。若干数字を挙げてみますと、1970年から1976年までの間に、保険料算定の基礎となる被保険者一人当たりの収入の伸びは、年平均10.9%でした。これに対して給付費支出の伸びは17.5%でした。この結果、平均保険料率は1970年の8.2%から1976年には11.3%と急激に上昇しました。一見すると1976年の数字が間違っているのではないかとと思われるほど大幅に増加しました。

このような状況に対処するため、1977年に医療保険費用抑制法が制定されました。これによりまして、ドイツの医療政策は、それまでの拡張政策から費用抑制政策へと大きく政策転換をしました。その後、この法律に引き続きまして、一連の費用抑制立法が行われました。この費用抑制立法の内容は、第一義的には、一部負担の引き上げや給付の縮減を行うなど、いわば医療の需要側への対応が中心となっていました。そのような対策の効果は、残念ながら、短期的にしか持続せず、そのために数年後、場合によっては翌年に、次の対応に迫られることになりました。そのために、1977年以降の10年間は費用抑制立法が繰り返し行われました。

このような10年間の経験を通じまして、制度の長期的な安定を確保するためには、こういう需要側の対策だけではなく、費用増加の根幹にある問題、すなわち医療供給構造の問題にまで踏み込んで、改革を行わなければならない必要性が明らかになっていきました。

このため、ドイツでは1989年に医療保障改革法が施行され、これを皮切りとして、構造改革のための立法が順次行われてきました。その流れが現在まで続いてきているという状況にあります。

次に、構造改革の目的及び手段についてお話をいたします。この構造改革は、現在の公的医療保険を中心としたシステムを抜本的に変えてしまおうということではなく、このシステムを状況の変化に応じて再構築しようとするものです。現在のシステムを維持するというのは、現行のドイツ医療保険制度の基礎になっている基本原理を維持することが前提になっているという意味です。

基本原理としてここに三つ挙げてみました。「連帯原則」と「自主管理原則」と「分立した保険者」という考え方です。ここに挙げました連帯原則とは、民間保険とは異なり、公的医療保険では所得に応じて徴収される保険料を財源に、医療上の必要性に応じた給付を行い、それによって高所得者と低所得者、高齢者と若年者、健康な者と病気がちな者との間の再分配を行うという考え方です。2番目の自主管理原則ですが、これはドイツの場合は疾病金庫が保険者になっており、この疾病金庫が、政府とは独立した公法人として、労使によって自主的に管理運営されることを意味しています。さらに、分立した保険者という考え方は、医療保険がさまざまな種類の保険者によって運営されることを意味しています。

このことをまとめてみますと、この改革は、結局アメリカのような民間保険を中心とした市場経済的なシステムを取るわけでもなく、イギリスのような租税を財源とした公的医療供給システムを取るわけでもありません。さらに言えば、最後にありますように、単一の保険者によって運営されるような統一医療保険を目指すわけでもないことを意味しています。

ドイツではこうした基本原理を廃止することは、医療保険に対する信頼性を損ね、不安定さをもたらすことが心配され、また、負担の公平という観点から、このような基本原理を変更することは容認しがたい結果をもたらすと考えられたことが、こういう前提を取っ

ている理由です。ここから申し上げることが重要なことですが、しかしながら、このような前提を取るということは、医療保険の中に、今以上に競争の要素を取り入れることを、決して否定するものではありません。そのことを心にとめておいていただきたいと思います。

次に、構造改革の目的についてお話しします。皆さまもご承知の通り、近年ドイツでは、大量の失業が発生しております。その原因の一つは、ドイツの高い賃金コストが、産業の立地場所としてのドイツの魅力を損なわせていることにあると言われております。この考え方によれば、例えば国内雇用確保のためには社会保険料などの賃金付随コストの引き下げが必要だということになります。このような状況の中で保険料負担の増大を避けることは、この医療保険の構造改革においても、重要な目的となっています。そのために、医療供給の質と経済性の向上を図ることが目指されています。当然のことですが、質の低い医療を安価で供給することがこの改革の目的になっているわけではありません。質の高い医療の確保と給付の経済性の向上という二つの目的ですが、これらは一見対立的に見えますが、医療供給の無駄を省いて効率性を高めることができれば、両立可能な目的であるという考え方に立って改革が進められています。

構造改革の手段ですが、給付の質と経済性を高める手段としては、当事者間の競争の役割を大変重視しております。ただ、注意する必要があることは、そういう競争だけではなく、例えば総額予算制のような公的な介入政策も並行して行われているということです。当事者間の競争の中でも、これまでのところでは特に保険者である疾病金庫間の競争に関して大きな進展が見られました。

そこで、次に疾病金庫間の競争についてお話を進めていきます。1996年以降、被保険者による疾病金庫の選択権は大幅に拡大いたしました。ドイツでは、従来は我が国と同じように医療保険の被保険者は、それぞれ自分の職業や勤務している事業所、あるいは居住地に応じて加入する疾病金庫が決められていました。しかし、選択権の拡大が行われた結果、ドイツの被保険者は、基本的に複数の金庫の中から自分が加入する金庫を選べる状態になりました。これによって、疾病金庫は、被保険者の獲得をめぐる、相互に競争する立場に立たされました。この競争は、各金庫の経営努力を促す効果を持つものと期待されました。

ただ、その際に問題になることがありました。それは、各疾病金庫に加入している被保険者の所得水準、あるいは年齢構成といったリスク構造に関しては、疾病金庫間で大きな違いが存在したということです。そのような違いを反映いたしまして、各疾病金庫間の保険料率にも大きな格差がありました。従いまして、そのままの状態では競争を始めると、当然有利なリスク構造を持った金庫が、競争上も優位に立つという当たり前のことが起きます。これでは、本来の経営努力を促すことにはならず、むしろ有利なリスク構造とするために、より若くて高所得の被保険者を集めるためのリスク選別を行う誘因を与えてしまうという問題がありました。こうした問題を解決するために、リスク構造調整という仕組み

が導入されました。

リスク構造調整により、各金庫の被保険者の所得水準、性別、年齢、家族被保険者数が競争上の有利・不利をもたらさないように、財政的な調整が行われることとなりました。この結果、より高所得でより若い被保険者を集めることは、競争上意味がないことになりました。そのことを通じて、各金庫の経営努力を、リスクを選別するという方向ではなく、給付の効率性を高めて保険料率を引き下げる方向に向かわせることが可能になりました。

次に、この競争の効果について見ていきます。リスク構造調整を前提とした金庫の競争の結果、一つは、各金庫の保険料率の高さに応じて、被保険者の金庫間での移動が大幅に生じています。そのことは、金庫間の競争圧力を高める結果となりました。また、リスク構造調整による金庫間の財政移転は、保険料率の金庫間での平準化にも寄与いたしました。また、金庫間の競争圧力が高まる中で、競争力の向上をねらいとした金庫の合併が進んでいます。この結果、金庫数は大幅に減少しておりまして、この競争が始まる前には、ドイツ全体で 1200 程度の金庫が存在しましたが、2004 年で見ますとその数が 280 に激減しております。

このような効果を上げた競争ですが、一方、給付の質を高めるという観点から見ると、競争は必ずしも満足できるような成果を上げていません。それどころか、例えばある金庫が被保険者である慢性病患者のために、より適切な医療が受けられるように努力いたしますと、まずそのことによって金庫の給付費が上がっていくという問題があります。それから、良い医療供給システムを作り上げていくと、他の金庫からの慢性病患者の流入を誘発します。従って、皮肉なことに、給付の改善がその金庫にとっては競争上の不利をもたらすことにつながりました。このために、2002 年から、疾病管理プログラムが導入されました。これは、慢性病患者に対して適切な治療を促進するためのプログラム、いわゆる疾病管理プログラムに基づいて行われた給付の費用については、より高い医療費がかかっても、その部分は、競争上不利にならないようにリスク構造調整の中で配慮することになりました。

さらに、現在行われているような年齢や性別などの間接的な指標ではなく、被保険者の疾病罹患状況を直接考慮した指標によってリスク構造調整を行うことが予定されております。なぜこういうことが議論されるかという点、現在のシステムでは、例えば 48 歳の男性であれば、健康な人も糖尿病患者もリスク構造調整では同じだけの医療費がかかると見なされるという問題があるからです。

次に、競争の対象についてお話しいたします。金庫間の競争は、今のところ保険料率の高い低い、被保険者に対するサービスが良い悪いといったことを中心に行われています。すなわち、給付の質をめぐる競争が行われていないのです。給付の質をめぐる競争が行われるためには、各金庫が医療機関と共に新しい診療プロセスや給付形態を開発し、それを通じて、被保険者のニーズや要望により適合した給付を確保することが可能にならなければなりません。しかし、現状では金庫側と医療機関側との契約は統一的に行われておりま

す。

従いまして、質をめぐる競争を促進していこうと思いますと、疾病金庫と医療機関との間の契約について、個々の当事者が自ら決定できる範囲を拡大していくことが必要になってきます。このことは、医療機関相互の競争を促進することにもつながるものと考えられます。医療供給の質と経済性を高めるための取り組みは、今までお話をいたしました疾病金庫間の競争に限られることではありません。ここにありますように、ドイツにおいては近年、多様な取り組みが行われておりまして、この分野で大幅な前進があったと私は見ております。

私が今日これまでのところお話ししましたのは、主に医療保険の支出面にかかわる問題ですが、ドイツでは今申し上げたような支出面の対策だけではなく、収入面の対策が、現在の政治的なレベルでの大きな議論になっていることを、若干補足しておきたいと思えます。どういう議論かといいますと、労働組合などを支持基盤とするSPD（社会民主党）は、負担の公平性を今まで以上に高めるという観点から、高額所得者を含めたすべての国民を対象に、それから、賃金以外を含めたすべての所得を対象とした国民保険の案を提言しております。これに対して保守政党であるCDU/CSU（キリスト教民主社会同盟）は、保険料率の増加が国内雇用に悪影響を及ぼさないように、現在のような賃金に基づいて算定される保険料ではなく、賃金の額に依存しない一律の保険料、いわゆる人頭保険料の導入を提案しております。皆さまご案内のように、ドイツでは今年の秋に連邦議会の選挙が行われまして、今申し上げました2大政党による大連立政権が成立しました。新しい政権が成立した後も、今申し上げた問題をめぐる両党の対立は続いておりまして、そういう意味で今後の推移が大変注目されます。

最後に、以上述べましたことから日本の医療制度改革を考えるポイントについて何点か指摘をしてみたいと思えます。まず、ドイツの経験が示していることですが、一部負担の引き上げなど、需要側に影響を及ぼす対策だけでは、持続的な効果は期待できません。従って、制度の中長期的な安定を確保するためには、根幹にあります医療供給構造にまで踏み込んだ構造的な改革が必要です。また、その改革の目的ですが、単なる費用抑制ではなく、医療供給の効率性を高めることにより、質の高い医療の確保と同時に、財政的な安定を確保することになると考えられます。ただ、その場合に問題となるのは、それをどのような手段によって達成するかということです。ドイツでは、疾病金庫間の競争がその鍵を握るものとして位置付けられております。

しかしながら、我が国の場合に、このことをそのまま当てはめるには無理があります。我が国の制度は、患者が所属する保険制度や保険者にかかわらず、同等の医療が受けられることに大きな価値を置いています。このため、中央集権的な決定が大きな役割を担っているというのが、我が国の制度の特徴です。ドイツでは、医療保険による医療の内容や診療報酬の基準は、全国及び州レベルで保険者側と医療機関側が交渉合意することによって決定されておりますが、日本については皆さんご存じの通り、いずれも厚生労働大臣の決

定によることになっています。ドイツの保険者は、医療保険に関して、今申し上げましたような重要な権限を有しております。また、その役割にふさわしい人員や組織を備えております。こういうことを考えてみますと、近い将来、我が国の保険者がドイツの保険者と同様の役割を担うことになるというのは、想定しがたいのではないかと私は考えております。従って、我が国の場合には、例えば診療報酬制度の改革とか、医療計画の見直しなどを通じて、医療供給の質と効率性の向上を促していくことが、現実的な手段ではないかと思えます。もちろん、我が国の保険者に関しましても、例えば慢性病の予防や早期発見に関して、これまで以上に効果的な役割を果たすことが期待されます。

留意していただきたいことは、ドイツにおいても、単に競争を促進することだけではなく、先ほどのページに掲げましたように医療の質と効率を高めるためにさまざまな取り組みが行われてきております。これらの取り組みは我が国にとっても、間違いなく、大いに参考になるものだと私は思っております。

最後に付け加えておきたいことがあります。医療費の適正化に成功したとしても、医療費は先ほど来の話にありますように、高齢化などに伴って増加し続けていきます。従いまして、増加する医療費をどのように公平に負担していくかは、大変重要な問題になるかと思えます。ドイツの医療保険は、先ほど触れましたように、連帯に基づく制度です。もともとこの連帯は、一つの金庫に加入する被保険者間の連帯を意味していましたが、リスク構造調整が行われている今日では、この連帯が各金庫の垣根を越えまして、公的医療保険に加入する被保険者全体での連帯を意味するようになってきています。一方、我が国では新たな高齢者医療制度の創設が現在議論されているところです。私はこの改革の成否は、保険者の範囲を超えた国民全体の連帯、特に現役世代と高齢者世代の連帯という考え方が、我が国でも受け入れられるかどうかにかかっているのではないかと思っております。どうもご清聴ありがとうございました。

(司会) 松本部長、ありがとうございました。それではこれよりパネルディスカッションに移らせていただきます。パネリスト、モデレータの方、ステージにお上がりいただくようお願いいたします。少々お時間をいただきます。

パネルディスカッション

(司会) お待たせいたしました。それでは、これより進行は上野有子内閣府政策統括官付参事官補佐をお願いいたします。よろしく申し上げます。

(上野) それでは、パネルディスカッションの部を開始いたします。最初にパネリストの方々をご紹介します。まずこちらが、東京大学大学院経済学研究科の岩本康志教授です。岩本先生のご専門は社会保障政策、公共経済で、国際共同研究プロジェクトにもご

参加いただいております。それから、先ほど基調講演をしていただきました一橋大学大学院の井伊雅子教授です。そのお隣が、同じく基調講演をしていただきましたブルッキングス研究所のアロン上席研究員です。さらに隣が、同じく基調講演をしていただきました国立保健医療科学院の松本勝明福祉サービス部長です。私はモデレータを務めさせていただきます内閣府の上野と申します。どうぞよろしくお願いいたします。

それでは、パネルディスカッションの流れをご説明いたします。最初に岩本先生から我が国の医療制度改革に関するお考えを10分ほどお話しいただきます。その後モデレータより4名の方々のご講演内容の総括と、我が国の医療制度に関して内閣府で行いました実証分析の結果を簡単にご説明し、合わせて論点の提起をさせていただきます。それらを踏まえまして、残り30分ほどで全員参加の討論を予定しております。それでは、岩本先生よりよろしくお願いいたします。

(岩本) 岩本です。よろしくお願いいたします。諸外国の経験をこれまでの基調講演で学びました。ちょうどこれからの国会に法案が出てまいります、これから日本の医療制度改革の問題を考えていきたいと思っております。医療制度改革は非常に多岐に渡りますので、限られた時間ではすべてを取り上げることができません。ですので、私は1点に絞ります。今回の改革で高齢者の患者負担が引き上げられるという項目がありますが、このことについてどう考えるのかを中心に、主に財政面からお話をしていきたいと思っております。

まず、社会保障改革がこここのところ連続して行われてまいりましたので、財政支出に与える影響を整理したいと思います。2004年には年金改革がありました。将来の給付費は、2025年度を見ますとGDP比で約2.1%ポイントの削減になりました。右側に、小さく見にくくなって申し訳ありませんが、厚生労働省が将来の社会保障給付費を推計しており、その数字を書いております。この年金改革の前の2002年5月に、社会保障給付費全体が2002年から2025年にかけてGDP比で6%ポイント以上伸びるという推計がされておりました。各項目が非常に大きく伸びるはずでしたが、年金は2004年の改革で、対GDP比の伸び率としてはあまり伸びないという形に抑えることができました。昨年は介護保険の改革がありました。2025年の数字は厚生労働省が推計されておられませんので、私が独自に推計したところ、GDP比で0.5%ポイントの削減がされるだろうという見込みです。これは予防に力を入れることによって、介護の費用を削減していくことで実現する予定です。今回の医療制度改革につきましては、先月厚生労働省が試算を出しまして、2025年の医療給付費は対GDP比6.47%になるという推計を出しております。これは前回の推計に比べて1.7%ポイントの削減になりますので、数値としては2割強の削減になっております。ただし、このうちの約3分の2は分母の所得が膨らんだ要因でして、実際に医療給付費の削減ということで見ますと、1.7%ポイントの3分の1ぐらいだろうということです。

立て続けに将来の給付費を抑制するという制度改革が行われました。2025年までどれだけ伸びるかについては、厚生労働省はまだ推計されておませんが、私の予想では対GDP

比で2%前後の伸びになるだろうと思います。ですから、2002年では6%ポイント以上の伸びでしたが、4%ポイント程度、給付を抑えるという改革が立て続けに行われたと言えます。今回の医療給付費の削減では、基調講演で井伊先生からもお話がありましたように、平均在院日数を下げること織り込んで推計されております。もう一つ大きな医療給付費手段としては、生活習慣病を抑制することが含まれております。それと同時に、短期的に給付費を下げるための政策として、保険の給付を抑えることが同時に組み合わせられてきております。将来の推計は、机上の計算のような部分もありますので、現在の差し迫った課題であります社会保障給付にかかわることから整理していきたいと思っております。

医療費を削減する努力はこれからも必要だと思いますが、アーロン先生のお話にもありましたように、高齢化は進行いたしますので、総費用の対所得比は、これから増加すると予想されます。しかも、その増加は私の計算では2060年まで続きます。アーロン先生もずっと継続するとおっしゃっています。しかし、これを抑えることは、生命を危険にさらす質の低下につながりますから、これは受け入れられません。そうすると、財政支出を増やさないようするためには、社会保険の給付範囲を縮小させることです。具体的には患者負担の引き上げという改革が、最近立て続けに行われてきて、今回の医療保険改革でも、高齢者の負担増につながります。そうしますと、財政負担は確かに減りますが、患者負担は増えます。医療保険は、保険ですから、リスク分散をしています。保険によってカバーされないリスクが増加します。これをどう考えるかという問題になります。

日本の医療保険制度は皆保険、フリーアクセスなどの点で、非常に高い評価を国際的に得ておりますが、患者負担は諸外国に比べて高いほうに属しております。すなわち、医療保険のリスク分散機能が諸外国に比べて弱いというところが短所の一つとして挙げられるかと思っております。例えば、免責制の導入をしましたドイツやフランスでは、患者負担の医療費に占める割合は10%程度ですが、日本はOECDの調査によりますと17%です。アメリカは、公的医療保険の範囲は高齢者に限られますが、私的医療保険がありますので、私的医療保険と公的医療保険を合わせたカバーは大きく、患者自己負担の割合は14%という数字が、OECDの調査で出ております。そういう形で、既に高い水準にある患者負担をこれから引き上げていくということになりますと、慎重な検討が必要であろうと言えます。

従いまして、給付抑制と保険機能のトレードオフの中で、賛成か反対かを考えなければならぬ非常に難しい判断になると言えます。免責制の導入は今回は見送られましたが、今後導入などを図るかどうかにつきましても、慎重な検討が必要だろうと思います。この際には、高齢者がこういう形で負担をすることが、リスクとしてどれだけ深刻なものになるか、基本的にはマイクロデータを使った実証研究を積み上げなければならないと思いますが、現在のところそういった研究が、まだ日本では十分にされておられません。よく分からないという状態ですので、これは研究課題としても、急いで研究すべきものだろうと思います。

給付範囲を縮小しているのですが、一体それは社会に対してどのようなインパクトを与

えているのかを考えたいと思います。年金は年金保険料を固定して、給付の総額を抑制する改革を成し遂げました。ただ、これから現実に一人当たり給付が削減されていきますが、その削減が実際に行われるときに、問題が大きくなるには限りません。医療、介護で同じように、負担を固定して給付抑制していったらどうかという意見を出す人もいます。しかしながら、こういうことをやりますと、基本的には将来の負担を減らすことは将来世代の負担を引き下げて、世代間の不公平を解消しようという意図があります。しかし、実際には将来負担と将来給付を削減しても、世代間の不公平は根本的には解消されません。結局、将来世代に対する社会保障の役割が小さくなるのです。医療や介護に関するリスクに変化がなければ、将来世代は、自分の責任で自分の老後に対応しなければなりません。これが小泉首相の言うように「民間にできることは民間に」ということになればいいのですが、老後に備えない人もいますから、そういう人にとっては、深刻な問題が生じることになります。

この社会的なインパクトを考える際に、私の一つの提案ですが、積立方式の社会保険をオルタナティブな政策の選択肢に置いておきますと、給付範囲の縮小が何を意味するかが分かると思います。すなわち、積立方式は強制貯蓄をするわけですから、それは国民が自分で老後のリスクに備えるということ、政府が確実にを行うようにすることです。しかしながら、現在の改革の方向性は、老後のリスクへの備えを、政府の責任ではなく、個人の責任とするということであると理解されます。私からの一つの問題提起は、積立方式を導入していったらどうかということですが、積立方式についてはいろいろ批判もあります。すなわち、積立方式では、資金運用のリスクもあるし、医療・介護費用が将来いくらかかるか分からないというリスクもあります。ですので、すべての問題を考える万能の政策ではないということは確かです。しかし、一方で、現在は賦課方式が毎年均衡で運営されておりますが、このような方式では人口リスクがあります。まさに少子化が進展する中で、日本の人口リスクは深刻な問題として表れてきていると言えます。従って、このような違った種類のリスクがある場合の一つのアイデアですが、積立方式と賦課方式を併用することが考えられます。現在は全て賦課方式ですから、積立方式の要素をどこかに導入していくことを考えてはどうかと思います。

一つの具体的なプランとしましては、高齢期の医療・介護保険料の全部ないし一部を支払う積み立て型の年金の導入です。この積み立て型の年金は政府で運営するのか、日本版401Kのような形で民間で運営するのかという選択肢はあります。その部分の詳しい議論はしませんが、こういった積み立て型年金で将来増加します医療・介護保険料を支払うことで、社会保険の機能をこれ以上縮小させないような形で確保することが、選択肢として考えられると思います。なおかつ、このような積立方式は、世代間の負担の不公平を軽減する役割も果たします。

今日のお話はもう少し厳密な計算を入れて、明日の報告会で報告する予定ですが、そこで使われている一つのグラフを持ってまいりました。これは、これから将来にかけて、今

のようにバランスドバジェットで医療保険を運営する場合と、積立方式を導入する場合の、各世代の生涯所得に対する負担の比率を示したものです。横軸に各世代の生まれ年、縦軸に生涯所得に対する負担率を取っています。そうすると、傾きが急な線が均衡財政で運営した場合で、将来医療費を使う高齢者が増えることとなりますので、将来世代の負担が非常に大きくなります。積立方式を導入しますと、今の世代は自分の老後に備える分だけさらに保険料をたくさん払って積み立てなければいけません、それでも将来世代はもっと負担しなければいけないということになります。全体で見ますと、急なカーブを緩やかにすることができます。すなわち、世代間の不公平の軽減につながると言えます。アーロン先生もおっしゃいましたように、将来の医療費は、そのときにあるリソースを回せばマネジャブルだというお話が出ましたが、マネジャブルにする一つの手段としてこういう方式が考えられないかということ、問題提起させていただきたいと思います。以上です。

(上野) 岩本先生、大変興味深いご発表をありがとうございました。ここで、パネリストの方がたのご発表を総括しながら、私から内閣府で行われたわが国の医療制度に関する実証分析結果、構造改革評価報告書5の一部に言及させていただきます。お手元の配布資料の封筒の中に、この報告書に関連する2種類のドキュメントが入っております。冊子になった本文と、その冒頭に概要があります。英語版は2枚紙の表形式になっておりまして、別刷りです。これらはミクロのレセプトデータなどを用いました、過去の医療制度改革の効果や制度の現状分析結果です。

先ほどのご発表の中で、現在の日本の医療制度に関しまして、特に供給面での効率性改善のための具体策を幾つかご提案いただきました。例えばDPCの拡張や、医師や病院の資格の定期的な見直し、治療成果の評価、診療データの電子化や情報開示の推進などです。この構造改革評価報告書では、診療行為の地域間格差の問題、具体的には投薬や検査、画像診断などの診療行為内容で、国内の地域間格差が顕著であることや、供給者の誘発行為、例えば、薬価の引き下げに応じて、供給側が投薬単位を増やすなどといった問題の存在を指摘しております。我々の試算結果によれば、最も診療コストが低い地域を基準に診療行為内容の格差を50%削減しますと、2003年時点で約3.6兆円もの医療費削減が期待できます。こうした格差の平準化のためにも、ご提案いただいた施策は具体策として非常に有効であると考えられます。他方、我が国では従来、需要抑制の観点から、需要者の自己負担率の引き上げという改革が繰り返されてきました。しかし、今後もそうした改革を続けることは、保険機能を損なう可能性があるため、慎重であるべきだというご指摘がありました。我々の報告書でも、過去の負担率引き上げ時、需要の価格弾力性が非常に小さかったという結果が得られております。今後の追加的な引き下げには、さらに反応が小さい可能性も考えられます。先ほど、岩本先生からご指摘がありました保険免責制につきましても、報告書で外来1回当たり1000円を上限とする免責の効果を試算しておりますが、その結果約1兆円の医療給付費削減効果が得られるという結果を得ております。しかし、この推計

については価格弾性値を仮置きしているという制約がありますので、ご指摘がありましたように、今後一層ミクロレベルでの分析が重要になるかと思われます。

以上をベースにしまして、これからの残り 30 分ほどで大きな問題意識としては、今後高齢化が一層進展する中での、持続可能な医療保険制度の在り方について、パネルディスカッションで考えていきたいと思います。私からパネリストの方々にご議論いただきたい具体的な論点の候補を二つ挙げさせていただきます。1 点めは医療保険のカバレッジを今後どのように設計していくべきか。2 点めは保険者機能を今後どのように発揮させていくべきかです。この問題について、供給側の効率性と質の確保などとの関連でお話をいただければと思います。これ以外にも、「持続可能な医療保険制度に向けた改革」というテーマにつきましては重要な論点がたくさんありますので、違ったこととお話しいただいてももちろん結構です。また、基調講演でお話しいただいた他の方へのご質問等もウェルカムでございます。

では、最初に基調講演でお話しいただきました順に、3 分ずつご発言をいただきまして、その後自由討議という形にさせていただきます。井伊先生からよろしく願いいたします。

(井伊) 私は 2 点、特にアロン先生の発表に関連してコメントがあります。アロン先生のお話の中で、アメリカはとても恥ずかしいことに、日本の 2 倍ぐらいの医療費を使って、平均寿命や乳幼児死亡率は日本よりかなり高いというデータを示されてお話しされました。こういう議論をよくされるのですが、私は平均値で議論することに、どの程度意味があるのかと思っております。特に、アメリカのように非常に分散が多い、地域的にも人種的にもバラエティに富んでいる国で平均値で議論するのは、あまり意味がないのではないかと思います。これはいろいろな意味で難しい分析なのかもしれませんが、人種別に、例えば使用されている医療費や平均寿命、乳幼児死亡率を比べてくると、かなり変わった結果になってくるのではないかと思います。そうしますと、最近日本で言われているように、お金持ちしかいい医療が受けられないのかといった、健康と社会階層のような違った問題点などが出てくるとは思います。平均値で議論することの問題点を指摘したいと思います。平均寿命に関しても、平均寿命は乳幼児死亡率が低くなれば高くなる数字ですので、例えば 5 歳時、80 歳時における平均余命といったデータのほうが、高齢者の医療制度を考えるときには適切なデータではないかと思います。あと、寝たきりで長く生きていてもあまり適切な指標ではありませんから、健康寿命のような比較も高齢者の医療制度を議論するときには重要ではないかと思います。

もう 1 点は、アロン先生のハンドアウトの中で、改革すべきポイントとして、4 点めでしたか、日本の医療行為は医師の総報酬が平等ではないということをご指摘されていますが、やはり一物一価になっていないというのが非常に大きな問題点だと思います。ここで 200 床以上の病院と診療所で、全く同じ高血圧症で、月 2 回受診した場合にどのぐらい点数が変わってくるか。病院の場合は医療費は自己負担額が 1389 円、診療所では 3327 円とい

うデータをここで出してあります。600点以上の点数格差があります。手元にお配りしたハンドアウトで、格差の推移を示したものがあるかと思いますが、ここ30年ぐらいで格差が広がってきています。やはり、こうした診療報酬が、一物一価になっていないことも大きな問題点になっていると思います。そこでは韓国のように、診療報酬で診療所と病院の差をつけるのではなく、自己負担率が病院と診療所で異なるような設定をするほうが適切ではないかと思います。

(上野) ありがとうございます。では、アーロンさんお願いいたします。

(アーロン) 聞いておりました、本当にいろいろな勉強ができました。二つだけ、短くコメントをさせていただきます。1点目は、地域的格差に関する情報、どういう治療法が執られているかに関する情報です。これは本当に情報になるものであって、はっとするようなことがあります。アメリカでもそういうデータはありまして、例えばメディケアプログラムで治療を受けた人の場合、高齢者及び身体障害者の場合ですが、それぞれのカウンティ(郡)という50州のサブユニットでそういった情報が出ております。本当に隣り合っているようなカウンティで比べてみますと、医療的な介入の方法の仕様の違いが出てまいります。例えば、5、6、8対1というような違いが出てきます。どういう医療技術を使うかで大きな格差が出たりするというデータがあります。サービスが高利用されている地域では使いすぎなのか、あるいは低利用のところでは使われなさ過ぎなのか、両方なのかがよく分かりません。しかし、20年ぐらいこの格差の状況は同じです。皆がこれは問題だと認識しているのにこの格差は変わっていません。

理由は、どうやって変えたらよいか、実際にお医者さんがどのように医療行為を行っているのか、誰も分からないからです。学者は数字を分析することはできます。しかし、どうやって本当に変化を来すことができるのか、医者に実際に自分たちの仕事のやり方を変えさせるにはどうすればよいか、誰も分かっていないからなのです。

これをなぜ申し上げるかといいますと、皆さま方の方にも同じようなデータがあるのかは分かりませんが、例えばCTスキャンが心疾患の外科手術に、どれぐらいの頻度で使われているのか、CADでどう使われているのか、あるいは他の県ではどう違っているのかというデータがおありになるかは分かりませんが、そういうデータがあったらものすごく面白いだろうと思います。ただし、それはデータに過ぎません。だれがやりすぎているのか、だれがやらなさすぎているのか、どうやってそういった格差を変えさせればよいか、そこが大事なところですよ。これは非常に重要な問いでして、我々もアメリカで対処しなければいけない問題だと思っております。皆さま方、どうやったらよいか分かったら、日本に戻ってきますから、私にも教えてください。

二点目は、コメントに対するお答えです。平均で議論することに意味があるのかという点でした。例えば、平均余命や乳児死亡率の平均値を取って意味があるのかということ

したが、コメントをおっしゃった先生に、私も本当にそう思います。平均で議論いたしますと、大変大きなバリエーションが隠されてしまうことがあると思います。アメリカにおきましては、日本にあるのと同じようなバリエーションが地域的にもあるのかどうか分かりません。しかし、違いは本当に驚くほどです。一番よい状況であったとしても、乳児死亡率は、最も高いサービスがあるところ、そして医療結果がよいところに、それも皆さん方の最善のものよりもちょっと低いのですが、そこにちゃんと関係しているということが分かります。

治療結果に関しても、地域によって、他よりひどいところがあったりします。場合によってはびっくりするようなことがあります。アメリカにおきましては、アフリカ系アメリカ人は治療結果が悪いのです。ヒスパニックのアメリカ人は、アウトカム（医療結果）がいいです。アジア系アメリカ人は、ヘルスアウトカムは大体白人と同じような数字が出ています。ですから、相当の違いがあると言えるのではないかと思います。少なくとも、そのうちの一つ、非常に平均寿命が高いヒスパニックのアメリカ人は健康状態が非常によいです。これはちょっとびっくりします。なぜなら、彼らの所得レベル、平均的な教育レベルはそう高くはないからです。白人あるいはアジア系アメリカ人に比べて高くはないのに、健康状態が良いというのにはちょっとびっくりしました。

こうした数字は疑わしいとも言えると思います。私は前にも強調いたしましたし、今回も強調しておきますが、医療サービスというのは、たくさんのファクターの中の一つにしかすぎない。健康であるかどうかの一つの条件に過ぎないのです。例えばどういう食習慣を持っているかということは、ものすごく大事なことだと思います。アメリカ人には、肥満が大変はびこっております。この問題は、日本においても昔に比べるとシリアスになっていることを伺っておりますけれども、この分野は、我々もこれまで以上に注目するようになっていきます。アメリカでも注意を払うようになってきております。ですから、皆さま方も、問題がアメリカほどシリアスになる前に、注目していただきたい、手を打っていただきたいと思います。以上です。

（上野） ありがとうございます。では松本部長、お願いいたします。

（松本） 先ほどモデレータの方から具体的な論点として提示されました2点のうち、保険者の機能につきましては先ほどの講演の中でだいぶお話をしましたので、もう1点の医療保険のカバレッジに関して参考になるお話をしたいと思います。ドイツの公的医療保険の対象者、いわゆる被保険者の範囲は、もともと日本のようにすべての国民を対象とするという考え方に立って作られたものではありません。ドイツの医療保険は皆さんもご案内の通り、今から100年以上前に成立したものです。基本的には、自らの労働力を提供する対価としてでしか、生活の糧を得ることができない人に対して、そういう社会的な保護が必要な人に対して、公的医療保険を提供していくという考え方で始まったものです。従っ

て、基本的には労働者を対象とした制度になっていました。

ただし、その後の医療保険の発展の中で、対象となる被保険者の範囲が順次拡大され、自営業者でも一定の者は、被保険者の範囲に取り込まれました。さらに、形式的には自営業者ですが実質的には被用者と同様に従属的な就労関係に基づき生活の糧を得ている方については、「見かけ上の自営業者」として適用する形で、被保険者の範囲が拡大されてきています。しかしながら、今日の公的医療保険のカバレッジを見てみますと、なお 90%に満たない状況にあり、残りの大半が民間保険に入っていますが、いずれの医療保険にも入っていない方も、なお存在しています。

このような現状について、幾つか議論があります。この公的医療保険の適用対象になっていない者の中には、高額所得者がおります。被用者であっても、その所得が一定限度を超えますと、社会的な保護の必要がないということから公的医療保険のカバレッジから外れます。先ほどの講演でも触れましたように、公的医療保険の重要な機能の一つとして、所得の再分配がありますが、高額所得者がこの所得の再分配に参加していないのは、不公平ではないかという議論があります。

ドイツでも医療機関にまいりますと、まず、あなたは民間保険ですか、それとも公的医療保険ですかと聞かれます。民間保険であれば、主任医師と呼ばれる大学病院でいうと教授クラスの方の診療を受け易いという状況があります。そういう民間保険と公的保険の被保険者の間での違いについて、それで良いのかという議論があります。

先ほど社会民主党で国民保険という考え方を出していると言いましたが、これらの問題がそういう議論につながってきています。もちろん、公的保険のカバレッジをどのように考えるのかは、どういうやり方が正しいという問題ではなく、それぞれの国でどういう選択をしていくかだと思います。ドイツの経験から見ると、果たして日本で、一定の者だけを所得の再分配の対象から外すとか、一定の者だけを、特に医療供給において優遇されるような状況に置くことが、本当に国民に受け入れられていくのか、私としては疑問に思っているということをコメントしておきたいと思います。

(上野) ありがとうございます。では、岩本先生お願いいたします。

(岩本) それでは、保険のカバレッジの問題ですが、先ほどの私の話から、ある程度推測がつくかと思いますが、私は、これから医療費が増加しましても、皆さんがそれを負担する意志があれば、今のカバレッジを維持して、公的医療保険は現状と同じような役割を維持してはどうかと考えております。今回の高齢者負担の引き下げの評価は若干微妙で、私もいろいろと考えた末にやむなく賛成という立場であります。

これは、一つは、現役世代と高齢者の負担の差が非常に大きいので、その分の不公平があると言えるかと思います。その場合、これからの負担増への理解が得られればということになりますから、どのようにして理解を得ていくかが恐らく大事だろうと思います。そ

のためには、まず一つには、無駄遣いをしないということです。これは井伊先生の話にもありましたが、療養病床のところで、本来は医療にかかるべきではない人たちが入っているということです。これは厚生労働省がこれから取り組むと言っておりますので、その転換ができるだけスムーズに行われるように、最終的には国民の利益になりますので、国民も十分その推移を監視していかなければいけないと思います。病院側にとってみますと、自分たちの収入の機会を失うことになりますので、それなりの抵抗もありますし、それから転換した先の受け皿の確保もかなり大きな課題になり、これから一つの焦点になろうかと思えます。

もう一つは、先ほど言いましたように、積み立て型は、自分の老後の部分を自分で積み立てるといいますから、今の所得の再分配では自分の払った保険料が自分に来ないということになっていますので、それに比べれば負担に対する理解はもっと得られるのではないかと思います。

もう一つの保険者の機能の論点も、それにつながるところがあります。医療の効率化を進めるといふ点では、非常に保険者の機能が非常に大事になってくるだろうと思います。その役割を高めるためには、松本先生のお話にも出ましたが、ドイツでは患者が保険を選んで競争するということがありました。これが日本でやってみようかどうかということについては、私は患者の選択には賛成できません。一つはリスクセレクションの問題がありますが、そういう問題が出てきて、日本の皆保険にも深刻な影響が及ぶのではないかと考えます。

ではどうすればいいかというと、私の一つの考え方ですが、現在保険の単位は、健康保険組合があり、市町村国保があります。それぞれの保険者は、具体的に保険をする民間の事業者が業務をアウトソースし、民間の事業者の間で競争が行われる。要するに、選択が患者個人単位ではなく、保険のグループ単位で選択をするという形を取ってはどうかと提言しております。こういう形で、保険事業者が、それぞれ創意工夫を発揮することで競争を起し、さらにリスクセレクションの問題は、グループとして選択することで避けるという取り方が、日本の現状からの変更という点では、比較的リーズナブルな改革ではないかと思っております。

もう一つは、負担が増えていくときには、公平感が確保されることが非常に大事だと思います。世代間の不公平の話をしました。もう一つ大事なことは、現在の医療制度のもとでは、被用者保険と国保の間で非常に財政の格差があるという問題です。ドイツのようにリスク構造調整を導入しますと、この部分はルールも共通化されてきて、公平感が確保されると私は考えておりますが、そういうことをしますと、基本的に被用者保険から国保にかなり巨額の所得移転が起こります。それに対して、被用者保険側に非常に強い抵抗があります。彼らは根拠の一つに財産権の侵害をおっしゃいます。もしそういう制度が導入されますと、彼らが財産権の侵害を理由に裁判を起こす可能性もあります。国がその裁判に勝てるかどうかというと、私は勝てると思います。勝てるだけの理論的武装もできると思

っております。これは、さかのぼりますと日本の憲法では財産権のことはしっかり明記されておりますが、社会連帯については具体的な記述がないということもあります。ですので、松本先生もおっしゃいましたように、社会連帯についての国民の意識を高めることが、ひいては、公平感の確保につながると考えております。以上です。

(上野) ありがとうございます。これまでパネリストの方々から、諸外国の医療制度改革の経験や現状について、お話をいただきました。我が国の医療の現状や特徴を踏まえながら、今後の制度設計につきましても合理的な選択肢を考えていくことが重要になるかと思われまます。ちょっと時間が押しておりますので、最後に、パネリストの方から、我が国の今後の医療制度の在り方等につきまして、まとめのご発言を一言ずついただきまして、その後フロアからの質問に移らせていただきます。では、井伊先生からお願いいたします。

(井伊) 医療制度改革を考えると、先ほど、他のパネリストの方からもご意見がありました。日本では国民がほとんど選択をできません。先ほど岩本先生は、免責制度は非常に慎重な思考が大切であるご指摘されましたが、確かに皆保険を維持しながら、どのように免責制度を導入していくかは、慎重な議論が必要です。今、医療費が増大する中で、消費税を上げようという意見がありますが、そのときに、例えば1カ月なり1回の受診に500円なり1000円の免責が導入されることによって、消費税が10%上がるところが8%で済むとか、きちんとした財政的試算をもって国民に選択肢が示され、そこで消費税がいいとなるのか免責制度がいいとなるのか、そういった国民が参加できる議論がほとんどない中でどんどん医療制度が決まっています。保険者を選ぶといった選択だけでなく、もっと国民が政策の選択にも参加できるような場が必要ではないかと思えます。

(上野) ありがとうございます。では、アーロンさんお願いいたします。

(アーロン) ありがとうございます。日本に来るアメリカ人が、いつもはっとすることがあります。それは国の統一感が、非常に日本は強いと感じることです。アメリカは大きいだけではなく多種多様な国で、いろいろな意見の違いがそのまま解決されておられません。それが日本には、あまりありません。平等感、連帯感を日本人が皆持っていることは本当にびっくりするほどで、賞賛すべき資質だと思います。それを前置きの申し上げた上で、岩本先生がおっしゃったことについて、私も発言をしてみたいと思います。

保険者の選択の幅があるかどうかについて、外国人が見ておまして一つ気が付きますのは、日本の保険会社は一体何をしているのだろうかということです。日本の保険会社の機能とは何でしょうか。一人の手から別の人の手にお金を移す事務処理をしているだけの会社なのではないでしょうか。こういう質問をするのは、私としては、さらに考えていただきたい点があるからです。保険会社がもっと積極的な、建設的な役割を果たせるのではないかと

思うのです。もし、彼らがクライアントを求めて競争しなければいけないのであれば、もっとうまくできるようになると思います。

岩本先生が強調なさったリスクは本当にその通りです。そして、最も安い患者のところ、つまりいちばん請求書が少なく出るようなところに流れていくことはありますが、リスク調整というテクニックがあるのですから、それは政府の取るべき行動であります。保険料率を平準化し、被保険者のポピュレーションのリスクに応じて再配分をするのです。このように、リスク調整は可能だと思います。それで、抜本的にどのぐらいの利益が上がるか、競争でもって上がりすぎた利益を下げることは可能だと思います。結局は、安い患者のところだけに流れることは、是正できると思うのです。

もしそれができれば、保険会社は、より良いお客様を得るために、より良いサービスを提供するという役割を担い、プロセスは早く進みます。患者の代理店のような形で、例えば病院や医者といろいろ折衝してくれます。そして、どの病院ならよいか、どのお医者さんならよいか、ベストなサービスはどの人が与えられるかという情報を提供してくれたりします。もしそういうことを保険会社がすれば、病院や医師はサービスを改善しようというプレッシャーを感じるでしょう。私は、このような可能性をぜひ日本人の方々に検討していただきたいのです。それができれば大きな前進になると思うからです。保険会社が、お金を一人の手からもう一人の手に渡すだけの事務屋だけにならないで、本当に意味を持つ存在になると思うのです。そして、本当にケアの質を改善するエージェントになってもらえると思います。

(上野) 松本部長、お願いいたします。

(松本) 先ほどの講演の中でも触れましたが、保険者については、例えば疾病の予防や健康作りといった面で、これから従来に増して、いろいろな機能を発揮していくことが期待されると思っております。ただし、今議論になっているような保険者の選択やリスク構造調整の、日本での適用可能性を考えてみますと、先ほどの岩本先生のお話にもありましたように、リスク選別が本当に防ぎきれぬかという問題があります。また、先ほどドイツの話をしました。競争する保険者の間には差があるということです。現在日本では受けられる医療に差がありませんが、いくら選択が可能になったからといって、自分がどこの保険者に入っているかによって差があるという状況を皆さんが受け入れられるかどうか、一つ重要なポイントになるのではないかと思います。

これまでの日本の改革には、手段において、ドイツとの間で大きな違いがあります。しかし、医療の内容や質、あるいは効率性に重点が置かれ、そういう対策が深められようとしているという点では、共通する部分があると思います。特に、今日のこのフォーラムにも関連しますが、ドイツを含むヨーロッパでは、社会保険といっても、それぞれの国に大変特徴がありまして、必ずしも「社会保険の国」と一口に言えるわけではありません。し

かし、それらの国々の間で相互にいろいろな改革の取り組みを比較し、検証し、それを自分の国でやっていけるかどうかを検討する比較研究は、大変盛んに行われています。そのような意味で、今日のようなフォーラムを通じて議論が深まっていくというのは、ヨーロッパの経験から見ても、有意義なことなのではないかと思います。以上です。

(上野) ありがとうございます。では、最後に岩本先生、お願いいたします。

(岩本) 私からは、最後に、医療政策を考えるにあたって、平等と格差という二つのキーワードを慎重に考慮して政策設計をしなければいけないということを指摘させていただきます。そもそも医療に対して政府が介入している根拠は、国民が平等に医療サービスにアクセスできることを確保するためです。その意味で、平等というのは非常に大事なことです。しかし一方でこれから大事なことは、効率化を図るためにインセンティブを付けることです。インセンティブを付けるということは格差を付けるということです。今回の医療保険制度の改革の中で、政府管掌健康保険は、都道府県単位で運営することになり、都道府県の医療費水準に応じて、保険料に格差を付けることを導入することになっております。これまでは全国一律でしたが、都道府県で違うという形に転換します。これは国民の生活に、じかに影響がある形で違いが出てきます。その背景は、各都道府県の運営者が医療費の効率化を図れば、その分が加入者の保険料の低下という便益になる、インセンティブを付けるという意図です。同時に、これは地域間格差になりますので、これをどう評価するかは、国民の皆さんにしっかり理解していただいて、保険者の努力を測られることになります。これからの保険の運営を変えていくことが大事だろうと最後に指摘いたします。以上です。

質疑応答

(上野) ありがとうございます。では、残り時間も少なくなってまいりましたが、ここで会場の皆さまからご質問をお受けしたいと思います。ご質問のある方は手を挙げていただければ、こちらから指名させていただきます。では、そちらの方。差し支えなければお名前と所属と、どなたにご質問されたいかおっしゃっていただければと思います。

(質問者 A) 病院の管理者をやっている者です。井伊先生にお尋ねしたいことがあります。一つは、先生にお示しいただいた 13 ページの病床区分の中で、一般病床と療養病床があり、それを全部含めたものが、OECDなどで言われている日本の平均在院日数とか病床数だと考えてよろしいのでしょうか。

(井伊) いいです。

(質問者 A) それでよろしいですか。そうすると、アーロン先生にお話しいただきたいのですが、アメリカの場合、ホスピタルは療養病床が入っていないのではないかと思います。恐らく、ナーシングホームがそれに相当するのではないかと思います、その辺についてお尋ねしたいのですが。

(アーロン) ご質問ありがとうございます。共著者の近藤先生に聞いてみたら、彼の答えは、日本の統計からいわゆる療養ベッドと呼ばれているものを除去しますと、入院日数は相当下がってくるということです。しかしながら、それでも我々の比較対象にするところ、アメリカや他の先進国よりもそれでも高いです。平均として 24 日ぐらいですが、入院件数当たり 30 日という数字です。アメリカの数字の場合、ナーシングホームは入っておりません。

井伊先生からアメリカの病院についてのコメントで、アメリカの病院というのは **Intensive Care Facility** であるということをおっしゃいましたが、まさにその通りになりつつあります。アメリカの病院の 5 分の 1 は、明示的に ICU ベッドと特定されており、ナーシングレイシオはとても高いです。他の入院患者用のベッドであったとしても、非常に高いレベルのサービスが受けられるようになっております。できるだけ早く病院の外に出ていってもらいたいので、レベルの高いサービスを集中するのです。

二つの理由があります。病院は高いところで、危険なところだからです。病院で人が死ぬというのは、大変重篤な病を持っているからだけではなく、院内感染を防ぐことが非常に難しくなりつつある環境だからです。それから、危険な医療過誤があるかもしれないからです。これはもちろん是正するように努力していますが、道遠しというところがあります。イアトロジェニック（病院が原因になっている疾病）は今でもがっかりするほど数字が高いです。ですから、できるだけ早く病院の外に出てもらうために、そういう努力がなされています。

(井伊) 12 ページめに、日本と韓国と米国について、急性期の疾病に関して出していますが、日本は患者調査、韓国とアメリカは OECD のデータを用いております。急性期に関してもこれだけ在院日数が長いです。ただ、先ほどアメリカとの比較で、平均値で議論することの問題点を指摘しましたが、日本の平均在院日数に関しても同様です。最後に私が、ハンドアウトの 30 ページめにある白内障の分析のところで、平均在院日数は 2 日あたりのものから 7 日、8 日あたりまであり、比較的レベルの高い病院の中でもこれだけ分散があります。ですから、平均で議論するのは非常に誤解を招くと思います。ただ、OECD が発表しているのは平均値ですので、どうしても平均値の議論になってしまいますが、データの解釈には大変注意が必要だと思います。

(上野) ありがとうございます。他にご質問のある方、いらっしゃいますでしょうか。いかがでしょうか。お願いいたします。

(質問者 B) 回復期のリハビリテーション病院の管理者をしております。先ほどからお話がありましたように、こういう医療改革の議論のときに、患者さんを抱えている家族や、患者さんの視点がいつも抜けているなど感じて、今日も聞かせていただきました。システムが変わるときに犠牲になるのは、現場にいる患者さん、あるいは患者さんを支えている家族なのです。私どものリハビリテーション病院は回復期ということで、急性期を超えて、在宅を目的に来ておられる患者さんが使用される施設なのですが、結局、行き場所の問題でいつも大変な苦勞をいたします。

今一番問題になっているのは、医療と介護をくっきり分けようと政策的にしてしまったおかげで、医療も介護も必要な患者さんの行き場がないという現実です。そうすると、やむを得ず急性期病院の中でも、そういうベッドを用意して長期に収容しなければならないという現実があるので、どうしても三十数日から縮まらないのです。大学病院や地域の本当に中核的な病院は、ある意味で 14 日や 10 日を実現することは、周辺の病院と連帯することで可能です。しかし、それを受け入れた病院では次に行く場所がありません。これが現実ですので、それをよく見極めた上で施策の立案を綿密にやっていただかないと、現場では悲鳴が上がっています。確かに経済的な問題も非常に大事だと思いますが、現実の問題をどう解決するかという具体的ところで、本当に、患者さんあるいは患者さんの家族の意見をどう生かすかという仕組みも、非常に大事なのではないかと痛切に感じています。

私も最近まで大学病院にいて、そういう現実を知らないで過ごしてきましたが、現場に足を置いてみますと、そういうところが一番問題なのではないかと思います。今日のような政策論の中では、とにかく現場の実情が忘れがちになってしまうのではないかと思いますので、ぜひもう一步踏み込んだ分析をしていただいて政策立案に生かしていただければありがたいと思います。

(上野) 大変貴重なコメントをありがとうございます。それでは、予定の時間を過ぎしておりますので、ご質問はこれまでとさせていただきます。

本日は、大変充実したご議論をいただきました。本日のご議論を、今後の私どもの政策立案、分析、研究に生かしてまいりたいと思います。それでは、これをもちまして、国際フォーラム「諸外国の経験に学ぶ医療制度改革」を終了させていただきます。長い間ご拝聴いただきまして、まことにありがとうございます。皆さま、最後にパネリストの方々に拍手をお願いいたします。(拍手)

(司会) どうもありがとうございます。これからご退出いただきますが、2点お願いいたします。一つは通訳レシーバーは、お席に置いたままでお願いいたします。もう1点

は、アンケート用紙が入っていたと思いますが、ぜひご記入いただきまして、受付で回収
していますのでお渡しいただければと思います。それから、忘れ物をなさいませんよう
にご退出ください。どうもありがとうございました。

(以上)