週刊 社会保障「時事評論」

掲載論考集

二〇一五年五月～二〇二二年十一月

田中 耕太郎

序

この小冊子は、週刊社会保障誌の時事評論に2015年5月から2022年11月までに掲載された2ページ完結の論考39編に、その間に掲載した社会保障読本の4編の論考をまとめたものである。

執筆のそもそもの発端は、2001年の刊行以来、本年で第20版となる『はじめての社会保障』（有斐閣アルマ）を共同執筆した椋野美智子さんからの依頼で、急きょピンチヒッターとして引き受けたものだった。

私は、かつては行政官として政策立案・執行に携わってきて、大学に転じてからは主にドイツを中心とした社会保障制度・政策の国際比較研究を行ってきた。こうした背景もあり、膨大な実務や現場の情報、財政の裏付けなどを必要とする個々の日本の社会保障政策については、あまりに限られた裏付け情報しかない立場でのコミットメントや評論は控えるようにしてきた。

それが行きがかり上時事評論を引き受けることになり、主な読者層を念頭に、どういうテーマでどんな内容をわずか14字×202行にまとめるか、年数回の執筆とはいえ、毎回、苦心した。今回掲載を終了するに当たり、改めて全体を振り返り、テーマ別に編纂してみると、その時々の日本やドイツ、あるいはオーストリアの新たな政策や調査を通じて得られた私なりの政策への示唆や問題提起となっているように思う。

草稿は、必ず妻の康子に読んでもらって読みやすく推敲し、編集担当の石田裕子さんには、毎回、的確な指摘と励ましをいただいた。また、執筆の過程では、記事をきっかけに思いがけないご連絡を頂き、新たな出会いや再会もあり、嬉しいことだった。

そんな7年半の思い出深い執筆なので、思い切って小冊子にまとめ、行政官から学者の時代を通じてお世話になった方々に感謝の気持ちを込めてお届けすることとした。お時間の許すときにでもご笑覧いただき、また日本の社会保障の将来のあるべき方向について、しばしお考えを巡らせるきっかけにでもしていただければ、幸いである。

2023年2月

田中耕太郎

Email:ktanaka@kcd.biglobe.ne.jp

時事評論 { テーマ一覧 }

テーマ	発刊年月日	巻	頁
社会保障			
■ **総 論**			
「医療・介護一体改革への懸念」	2015/5/18	No.2825	1
「子どもの医療費無料化はよいことか?」	2016/8/8	No.2886	3
「感染防止措置と基本的人権・倫理」	2021/3/1	No.3110	5
「社会保険制度の基本原理への立ち還り」	2021/5/3	No.3119	7
「公的医療保険における公費のあり方検討会報告に寄せて」	2021/11/29	No.3147	9
「財政の持続可能性と社会保障改革」(社会保障読本)	2018/8/13	No.2985	11
■ **家族政策**			
「社会保障における家族の評価」	2016/1/4	No.2856	17
「社会保険・税制における家族扶養の保護」	2017/1/16	No.2907	19
「子育て支援の政策選択と理念」	2017/11/13	No.2948	21
医　療			
■ **医療保険**			
「良質な医療の提供と保険者の責務」	2018/1/22	No.2957	23
「医療保険料上限設定ルールへの疑問」	2019/2/11	No.3009	25
「健康保険組合の原点－労働と健康－への回帰」	2019/4/15	No.3018	27
「オーストリアの医療保険の挑戦」	2020/1/20	No.3055	29
「医療保険制度の課題と将来」(社会保障読本)	2017/8/14	No.2936	31
■ **医療提供体制**			
「奈良県の医療改革へのエール」	2018/6/18	No.2977	37
「疾病管理プログラムの導入を急げ」	2019/9/9	No.3037	39
「医師の働き方の変化と診療所の機能強化」	2020/3/23	No.3064	41
「ドイツの医療提供体制と新型コロナ対応」	2020/12/21	No.3101	43
「ドイツのコロナ感染状況の推移と対策の評価」	2021/7/12	No.3128	45
「医療提供体制の課題と将来」(社会保障読本)	2016/8/15	No.2887	47
■ **病 院**			
「DPC と日本の病院医療の変革」	2015/7/27	No.2835	51
「病院を現代の姥捨て山にするな」	2016/3/14	No.2866	53
「病院収容列島は地域ケアに転換できるか」	2017/3/27	No.2917	55
「精神科病院への包括払い制の導入」	2017/9/4	No.2938	57

テーマ	発刊年月日	巻	頁
■ 在宅医療			
「多死時代に向け在宅医療を主流に」	2017/6/12	No.2927	59
「家で看取って考えたこと」	2018/4/2	No.2967	61
「コロナ禍で示された在宅医療の底力と次の展開」	2022/2/7	No.3156	63
■ 薬 剤			
「薬剤定額給付制の速やかな導入を」	2015/10/19	No.2846	65
「保険薬剤の合理的な選択環境の整備」	2016/10/31	No.2897	67
■ デジタル化と個人番号カード			
「デジタル化社会実現に向けた政策選択の本末転倒」	2019/6/24	No.3027	69
「保険診療への個人番号カード導入の再考を」	2020/8/3	No.3082	71
「ドイツの医療デジタル化と患者データ保護」	2020/10/19	No.3092	73
「被保険者証の廃止という無理筋」	2022/6/20	No.3174	75
「被保険者証の廃止による混乱の回避を」	2022/11/7	No.3193	77
介　護			
「オーストリアの介護手当と介護サービス」	2019/11/11	No.3046	79
「介護職不足への対応と新たな財政支援策－ドイツでの展開」	2021/9/27	No.3138	81
「ドイツ介護保険の「要介護」概念の転換と残る課題	2022/4/11	No.3165	83
「介護保険制度の課題と将来」（社会保障読本）	2015/9/21	No.2843	85
年　金			
「公的年金税制の改正」	2016/5/30	No.2876	89
「独・墺の比較から年金制度を考える」	2020/6/1	No.3073	91
「オーストリアの年金政策が問いかける選択」	2022/9/5	No.3184	93
福　祉			
「公的扶助立法の発展」	2018/9/10	No.2988	95
「司法と福祉の垣根を越えて」	2018/11/19	No.2998	97

時事評論

医療・介護一体改革への懸念

山口県立大学教授　田中　耕太郎

医療も介護も国民所得の伸びを超えて費用の増加が止まらない。それを反映して保険料負担も増加の一途で、3月16日付けの中国新聞は、一面トップで「介護保険料『1万円時代』」という見出しのもと、わずか10年後の2025年の中国地方5県の介護保険料が現在のほぼ倍近くの1万円前後に至るとの自治体の推計値を報じ、大きな衝撃を与えた。

このような待ったなしの医療・介護の改革に向けて、2015年度にはいよいよ地域医療構想(ビジョン)の具体化や、改正介護保険法の施行が自治体レベルで正念場を迎える。

このような重要な時期に当たり、若干の基本的な問題提起をしておきたい。

チームケアは指揮者のいないオーケストラ

地域包括ケアをめぐっては、すでに全国規模で医師会が主導権を握ろうとする動きなどが伝えられている。

たしかに、在宅での医療や介護を継続し、できるならば家で最期を看取れるようにするためには、訪問介護や看護と並んで、病態の急変時にいつでも必要な医療を支える献身的な在宅診療医の存在が不可欠だ。

しかし、多職種の保健医療福祉専門職からなるチームによる支援において、どの職種がチームリーダーになるのが適切かは流動的で、患者・利用者の状況やニーズの優先度の変化に応じて変わってくる。生命に関わり一刻の猶予も許されないような緊急時においては、他のニーズは脇に置いてもまずは医師の判断の下で対処する必要がある。しかし、長期のケアや在宅生活の中でこのような危機的状況はごく限られた一時的なものである。医療依存度が高くても比較的安定した病状下で在宅療養を送っている場合には、訪問看護を担う看護師が中心になってメンバーが動く。さらに、医療依存度がそれほど高くなく食事や排泄など日常生活上の介護が主たる支援ニーズの段階では、本人・家族から信頼される介護職が中心になるだろうし、家族間の葛藤や経済問題などが深刻なケースでは社会福祉士が中心的に対応するなど、利用者の状況、ニーズにより、チームメンバーもそのまとめ役も常に変動する。

このような本来のチームアプローチの目標の姿を、仙台で超人的な活動により最重度の人たちの在宅を支えてきた仙台往診クリニック代表の川島孝一郎医師は、実在のオーケストラになぞらえて「指揮者のいないオーケストラ」と表現した。至言であろう。

こうしてみると、医師が中心になって地域包括ケアを、とか、介護保険を医療保険に吸収すべし、などの主張が見当外れであることは明らかだろう。いわんや、医師が中心になって医療・介護の最終調整を担い、これに対して診療報酬をという主張に至っては、余計な口だけ出して上前をはねるがごとき行為で、まさに語るに落ちる、というべきであろう。

ドイツと日本の介護保険が明暗を分けた原因

ドイツでは日本よりも5年早く制度が導入されたが、そのときの保険料率は1・7%(公費負担なし)だった。その後は日

本と同様に高齢化の進展により受給者は急増したものの、財政は安定的に推移した。そして現在の大連立政権は、この会期中に介護保険の大幅な改善を図ることを合意しており、すでにその第一段として2014年の介護保険第一次強化法により保険料率を2・35％に引き上げて給付水準の大幅な改善を図った（本誌No．2814の土田武史氏の時事評論を参照）。

これに対して、日本の介護保険は、制度導入直後から急激な給付費の増加とそれに伴う保険料の引上げに追われ、保険料を引き上げる一方で給付削減を繰り返してきた。このようにドイツと日本では導入後の短期間の間に、かくも明暗を分ける結果になってしまった。

両者の間には制度上の重要な相違点もあり、精緻な分析には多くの視点からの言及が必要だが、端的に言えば、ドイツでは先行したオランダの轍を踏まないように、制度設計過程において、徹頭徹尾、施設介護に対する在宅介護の優先を貫き、どんなに介護が必要になっても、住み慣れたわが家でできるだけ長く生活ができるように本人と家族を支援する、という視点と具体策にブレがなかった、という点に尽きよう。このため、在宅介護の多くが家族を中心としたインフォーマル・ケアによって支えられている以上、要介護状態になって受給権が発生すれば、当然のこととして、本人の選択により、現物給付か金銭給付か、あるいは両者の組み合わせかを選択できる仕組みになっている。

そして金銭給付は対応する要介護度に応じて現物給付のほぼ半分の水準に設定されている。このため、給付開始時には一時的に相当額が支出されるが、在宅ではなお家族介護を選択する人が多いため、給付額はこの間に緩やかに増加したものの、当初の余裕のある支払準備金の取り崩しなどで対応でき、最近の保険料率の引上げはむしろ積極的な給付改善の費用に充てるために実施されたものだった。

ケアプランは本人家族の傍らに寄り添うもの

これに対して日本のしくみの下では、強制的に保険料を払わされてきて要介護認定を受けたのに、何の給付も受けられない家族介護を選択するのは不合理な選択で、介護サービスを利用しなければ損だ、ということを制度自体が言っているに等しい。こういう制度設計の下で給付費が急増しないわけがない。

かくして、ドイツとは対照的に、日本では、制度創設からわずか12年間で給付費は2・5倍に急増し、保険料負担も最初からデッドラインだと言われていた高齢者1人5000円の壁もあっという間に突破してしまった。しかも現在でもなお在宅給付の要介護度別の給付限度額に対する実際の給付利用率は、半分前後にとどまっていてのこの状況である。

こうしてみると、保険料負担の上昇を抑制するために、給付の削減や重点化を必死で図ろうとしていること自体は当然だし、理解できる。しかし、ここでも選択の優先順位と手法を間違うと、制度全体に対する国民の信頼を失う。これに関連してとくに指摘しておきたいのは、ケアマネジメントの位置づけである。

この間の法律改正や運用の見直しの内容をみると、国は一貫してケアプランの内容に介入することを通じて給付抑制を図ろうとする意図が見られる。

しかし、日本の介護保険法の核心を成すこのしくみは、あくまでも多種多様なサービスの中から、本人の状態やニーズ、家族の実態や希望などを聞いて、給付限度額の範囲内で本人の選択により最適のサービス・パッケージを提供するツールである。

決してサービス事業者が自社のサービスを売り込むための商売道具でもなければ、保険者がサービス利用を抑制するための手段でもない。

関係者はもう一度この原点を見失っていないか、確かめてほしい。

時事評論

子どもの医療費無料化はよいことか？

放送大学客員教授
田中　耕太郎

乳幼児等の医療費助成を巡っては、無料化による医療費への波及増に対する国民健康保険の公費負担の減額調整措置のあり方が議論になっている。最近の検討会のとりまとめでは、少子化対策を推進するうえで自治体の取組みを支援する観点からこれを早急に見直すべきとの意見が大勢を占め、「ニッポン一億総活躍プラン」では年末までに結論を得ることとされた。

子育て支援が求められる今日、それ自体は一見よいことではないか、と思われるこの選択について、ここで一度立ち止まってその是非を考えてみたい。併せて、近年急速に拡大している高額療養費等の現物給付化の是非についても考えてみたい。

老人医療費無料化の誤りと是正の困難さ

すでに忘れた人やそもそも知らない人も多いかも知れないが、子どもの医療費無料化を求める今日の動向は、日本の医療政策史上最大の誤りだった、1973年の老人医療費無料化が政治的に迫られた当時の状況を彷彿とさせる。対象が高齢者か子どもかという違いだけ、錦の御旗が「老人福祉」から「少子化対策」「子育て支援」に変わっただけで、事の本質は同じである。

かつて秋田県、東京都など全国の自治体が少しずつ運動体の要求に抗しきれずに、ドミノ倒しのように無料化が全国の自治体に拡大し、最終的に国が老人福祉の制度として、税で医療保険の自己負担分を肩代わりして無料化が行われた。

その結果生じた医療の荒廃と負の遺産は、今日では明らかであろう。患者負担がないのをよいことに、不必要な医療が横行した。医療機関は高齢者のサロンと化し、不足する老人ホームの需要を裏口から吸収する形で数多くの老人病院が作られ、劣悪な処遇が大きな社会問題となった。その後、現在の療養病床に至るまで、何度も看板を掛け替えながら存続し続け、現在なおその既成事実の後始末に四苦八苦している。

さすがに無料化直後から始まった老人医療費の急騰と過剰診療の弊害はすぐにその過ちに気づかせたが、いったん無料にしたものを再度有料化することは政治的に容易ではなかった。

老人保健法の創設による有料化復活までには結局10年もの歳月を要した。しかも、有料化といっても当初はわずかな定額から始め、毎年のように少しずつこれを引き上げ、ようやく一律に1割定率負担まで戻せたのは2002年で、20年近くもの歳月が流れた。

それでもなお、高齢者の自己負担はずっと軽く押さえられたままで、世代間の負担の格差是正は40年以上経った現在でもできていない。そして老人医療費を中心に医療費はそれを支える国民所得の伸びを超えた増加を続け、制度の持続可能性に赤信号が灯っている。

私たちは、高齢者の受診時負担の過度の優遇を作り出した元凶である無料化政策の誤りから何も学んでいないのだろうか。

タダより高いものはない

公的医療保険制度を有している国では、対象となる医療費の

範囲や水準は異なるものの、多くの国で患者一部負担を設けている。その根拠としては、一般に次の3点が指摘される。

①同じ被保険者の間でサービスを利用する人と利用しない人との間の公平の確保

②患者と医療機関双方におけるコスト意識の喚起とそれを通じた医療サービスの効率化

③保険料と公費以外の財源の確保

とりわけ②の観点が重要である。受診率などの受診行動は患者サイドのイニシアティブが大きく、また診療内容については医療サイドの影響力が大きいが、いずれにせよ両者とも直接の費用負担がないか少ない場合には、コスト意識が働かないため、無駄や非効率、過剰診療を誘発しやすい。しかしそうして生じた医療費の増大は、結局は被保険者の負担する保険料や国民の税負担として跳ね返る。「タダより高いものはない」とはすべてに通じる真理であろう。

高齢者でも子育て世帯でも、貧困世帯もあれば十分な収入のある世帯もある。勤労者世帯でも元気で高収入の人もいれば病気がちであったり職場に恵まれず貧しい人もいる。そもそも公的医療保険制度では、子どもなどの被扶養者は保険料を負担しておらず、働く世代全体が連帯して支えている。

もうそろそろ受診時の一部負担を年齢で差別するようなことはやめたいものだ。

高額療養費等の現物給付化への疑問

これと問題の所在は異なるものの、患者の受診時の負担の軽減という点で共通するのが、高額療養費等の金銭給付の現物給付化の動きだ。

本来は償還払いである高額療養費については、2007年4月から入院医療費について、さらに2012年4月からは外来医療費についてまで、現物給付化されることになった。

たしかに医療費が高額になった場合、一時的に支払わなければならない患者負担の額は相当な額に上り、費用の調達が困難な場合も想定できないわけではない。しかし、だからこそ保険者等による貸付制度が設けられており、3か月程度で確実に支払われる費用だから、運用の難しい制度ではない。

もちろん患者にとっては、そうはいっても貸付を受ける手続きは面倒だし、どうせ戻ってくるものなら最初から払わずに済むに越したことはない。しかし、現物給付化の重大な問題点は、これによって、毎月の重い保険料負担にもかかわらずやはり医療保険制度があって本当に助かった、という制度の有り難さ、必要性を実感してもらい保険料負担への理解を深める絶好の機会を失ってしまった、という点にある。制度への幅広い層からの支持や受容という点からは大きなマイナスであろう。

もう一つ、現物給付から除外されている正常分娩に対する定額の金銭給付である出産育児一時金についても、少子化対策という名目で2009年10月から現物給付化された。分娩費用の一時的な用立てのために出産を控える夫婦が実際にどれだけいるのか疑問だが、高額療養費以上にこれが問題なのは、前提としている産科医療費が自由診療のままで、現物給付化した点だ。分娩費用それ自体は医療機関側が自由に設定できるため、現物給付化により、一種の差額診療の仕組みが制度化されてしまった。このため、患者負担を軽減するために一時金の額を引き上げても、それ以上に慣行料金を引き上げられれば、いつまでたっても患者負担は軽減せず、産婦人科病院に貢献するだけだ。出産を望む経済力の低い若い夫婦の負担を軽減することに本気で取り組むなら、まずは正常分娩を保険適用とし、診療報酬全体を適正な水準に設定することが先決だろう。

子育て支援等に名を借りた安易な患者負担の軽減は、制度全体にさまざまな弊害をもたらすことに気づきたい。

時事評論

感染防止措置と基本的人権・倫理

放送大学客員教授　田中耕太郎

ドイツの医療提供体制と新型コロナ対応については、昨年末の本誌№3101号で扱ったが、本稿では、法律による具体的な行動制限の内容と基本的人権の保障との関係、さらにはワクチン接種に伴う倫理問題など、日本での議論の参考になりそうな点を中心に述べてみたい。

感染症予防法による詳細な行動制限と基本的人権

ドイツでは、春先および秋以降のロックダウンに伴い、広範囲な国民の行動制限や営業停止が行われたが、従来の感染症予防法の包括的な根拠規定に基づく連邦や各州の規則による規制措置に対しては、かつてのナチスによる授権法になぞらえて基本法80条による法律の留保と白紙委任の禁止に違反するとの批判が行われるようになった。

このため、連立与党は第3次住民保護法を11月18日に連邦議会および連邦参議院で成立させ、翌19日から施行した。

これにより、感染症予防法が改正され、感染防止のための従来の包括的な規制措置を定めた28条に続けて、新型コロナの感染拡大防止のための特別規定28a条を新設し、連邦議会による全土に及ぶ感染拡大状況の宣言の期間中、次のような保護措置を講じることができることを明確化した。

①公共の空間における距離の確保の指示
②マスク着用の義務づけ
③私的および公共の空間における外出または接触の制限
④営業、施設または公共交通の提供に対する衛生措置の設定および適用の義務づけ
⑤余暇行事および類似行事の停止ないし制限
⑥余暇行事に付随する施設の運営の停止ないし制限
⑦文化行事または文化施設の運営の停止ないし制限
⑧スポーツ行事およびスポーツの実施の停止ないし制限
⑨包括的または特定の時間を指定したアルコール販売の禁止または特定の公共の場所もしくは特定の開かれた公共の施設におけるアルコール摂取の禁止
⑩行事、参加、行進、集会ないしは宗教上または世界観に基づく会合の停止ないし条件の付与
⑪旅行、とりわけ観光旅行の停止ないし制限
⑫宿泊の提供の停止ないし制限
⑬飲食店営業の停止ないし制限
⑭営業、事業、小売―卸売店の閉鎖ないし制限
⑮医療または福祉施設への立入りまたは訪問の停止ないし制限
⑯33条に規定する社会施設（学校、保育施設等）、大学、成人教育のための学校以外の施設または類似の施設の閉鎖ないし運営を継続するための条件の付与
⑰感染が生じた場合の感染経路の追跡と遮断を可能にするための利用者、客、参加者の接触データ処理の指示

このように規制措置の内容は、住民に対する行動制限から人の集まる各種の店舗や事業、催事の閉鎖・停止ないし制限にまで広範囲に及ぶが、こうした各種の基本法上の基本的人権の制限のなかでも、とりわけ③外出制限と⑮施設や病院等への訪問の禁止など個人の尊厳に関わるものや、⑩集会、行進、宗教・世界観に基づく会合など民主政治の基本となる活動の禁止ないし制限に対しては、他の営業の自由の制限などと比較してより慎重な取り扱いを求め、他の行動制限によってもなお感染拡大

を防止できない場合に限って認められるとしている。また、⑮の訪問制限については、入所者の完全な孤立を招いてはならず、最低限度の社会的接触は保障されなければならない、としていることも注目に値する。

また、こうした規制措置の実効性を担保するため、故意または過失により違反した場合には秩序違反として2万5000ユーロ以下の過料を課すほか、故意に違反してこれにより感染拡大を引き起こした者は、5年以下の自由刑または罰金刑に処することとしている（73条、74条）。

ワクチン接種に伴う倫理問題とドイツ倫理評議会の勧告

ドイツでは2020年12月27日から新型コロナに対するワクチン接種を開始し、2月20日現在、1回目の接種を受けた人が318万人（国民の3・8％）まで接種が進んでいる。それに伴い、接種を受けた人への特別な扱いを巡って様々な意見が錯綜するようになった。このため、2月4日、ドイツ倫理評議会（Ethikrat）が「ワクチン接種を受けた人に対する特別なルール？」というテーマで臨時の勧告を出した。

この評議会は、近年、とりわけ生命科学の領域とそのヒトへの応用に関する分野での研究・開発に関連して、倫理的、社会的、自然科学的、医学的および法律的な問題とその個人および社会に対して予測される結果について審議するために、2007年7月16日の法律に基づき設置された。その任務は、こうしたテーマに関し広く情報を公開し社会における議論を促進することや、社会的・立法的な取扱いに対して政府や議会に対して勧告を出すことなどとされる。

評議会は自然科学、医学、神学、哲学、倫理学、社会学、経済学、法学などの分野を代表する学者26名で構成され、その半数ずつが連邦議会と連邦政府の推薦により任命される。独自の事務局を有し、4年間の任期で、1回の再任が可能である。

今回の勧告の概要は、次のとおり。

・現在までに判明している科学的知見によれば、ワクチン接種を受けた者が他者に対してさらにウイルスを感染させる可能性が十分に排除できないため、国が行っている各種の自由の制限を個人的に解除することは禁止される。

・職業上あるいは公共的な業務に従事している者に対する特別な義務づけは、任意接種に対する動機付けを損なうため、国によるものも雇用主によるものも課すべきではない。

・民間の事業者がその商品やサービスを提供する対象を、接種を受けた者に限定することについては、契約の自由を考慮する必要があり、原則として民間の事業者において自由に決められる。ただし、基本的に、社会生活への同等で基礎的な参加に欠かせないサービス提供に対しては、契約の自由に対する制限が正当化される。

・このように任意のワクチン接種を受けた者に特別な扱いを認めることについては、全体として批判的に判断されるが、介護や障害などの施設の入居者については外出の禁止・制限や訪問の制限は、接種を受けた場合には解除されるべきである。これらの人たちが経験してきた著しい負担に照らし合わせると、こうした取扱いは倫理的に正当化される。

日本でも、今後、ワクチン接種の普及に伴い、こうした機微な問題が社会の様々な局面で顕在化し、接種への動機付けと差別的取扱いを巡る深刻な軋轢が増加することが予想される。

この問題は政府の審議会でも検討されるだろうが、ワクチンの効果に関する医学的・自然科学的な最新の知見に基づく判断を必要とすると同時に、すぐれて倫理的・法的・社会的な総合判断が不可欠である。

こうした高度に学際的であると同時に独立性、中立性が求められる専門的な判断こそ、日本学術会議が幅広い分野の専門家から成る倫理委員会を設け、積極的に取り組むことを期待したい。

時事評論

社会保険制度の基本原理への立ち還り

比較社会保障研究者　田中　耕太郎

社会保障制度を支える財政負担が重くなるなかで、これに対する国民、とりわけこれから支え手の中心となる若い世代に対する社会保障教育の重要性が増し、政府も検討会を開催し、教材の開発などに向けて力を入れている。

筆者も長年、大学などで社会保障制度の基本的な仕組みを教えてきて、その重要性を理解すると同時に、受講者に知的興味を持って制度を理解してもらうことの難しさも痛感してきた。

なぜ、自分の国の制度なのにここまで一般の人たちに理解してもらうことが難しいのか、制度づくりにあたってどういうことに配慮すべきなのか、論点を絞って考えてみたい。

骨組みと理念の簡明な制度構築

社会保障制度について話をしてまず最初に出てくるのが「複雑だ」、「分かりにくい」、「面白くない」といった反応だろう。確かに、1億人を対象として、必要なときにそれぞれの生活を支える社会制度である以上、一定程度の仕組みの細かさは避けられない面があることは否定できない。しかし、その点を割り引いても今の日本の社会保障の最大の欠陥は、あまりにも複雑すぎ、専門家ですら正確な全容の把握と理論的な説明が困難な点にある。

制度が複雑な構成になった一因は、本来は被用者を対象とし、賃金を基礎として、明確な負担と給付の関係と互助の理念の下で構築されていた社会保険の仕組みを、国民皆保険・皆年金の下で、自営業、低所得者などにまで広げ、そこに福祉的な仕組みを取り込んだことにある。

しかし、それだけならば、被用者以外のさまざまに異なる就業や所得形態の職業グループを対象とする国民健康保険や国民年金について、制度の枠組みや財政構造の特徴を合理的に説明することは難しくなかった。社会保険における被保険者の保険料負担と保険給付の牽連性も、それなりに保たれていた。

それが、現在の複雑な制度構築と入り組んだ財政の姿になってしまったのは、ひとえに、国の一般会計の予算制約の下、本来の各保険集団の枠を越えた保険料財源の拠出を通じた安易な財政調整が、この40年間繰り返し行われてきた結果である。

こうした小手先の延命策がもはや限界に達した今日、負担と給付の関係が納得でき、負担への合意が得やすい簡明な制度構築が求められている。

医療保険における無原則な財政調整への歯止め

医療保険においては、被用者保険の対象外の国民を対象とした国民健康保険を国の責任で創設し、これにより皆保険を実現した。そのために、制度間の医療費と所得水準の格差を是正する目的で、国民健康保険に重点的に国庫負担を投入し、制度間のバランスを図りつつ給付改善を行ってきた。

それが国の財政悪化と増税なき財政再建の文脈で、退職した被用者が国保に移っている事情も考慮し、慎重に各保険者の自立性や効率性を損なわないように配慮しつつ、1983年の老人保健法により初めて大規模な財政調整が導入された。

それ以来、すでに40年の長きにわたり、その時々の一般会計の収支の帳尻合わせのため、無

田中耕太郎　ktanaka@kcd.biglobe.ne.jp

原則な財政調整の拡大が繰り返されてきた。こうした問題を解決するために創設されたはずの新たな高齢者医療制度においても、問題を解決するどころかさらに傷口を広げてきた。

こうして、本来は税収増により措置されるべき財源確保が政治の壁で思うように進まないなか、財政調整による税の社会保険料への安易な付け替えが毎年のように繰り返されてきた。その結果は明白で、今や医療保険制度における社会保険料と税は複雑怪奇なまでに入り組み、本来は自己の属する保険集団内での給付に充てられるべき保険料が、他制度への拠出金として流出する額が年々増大してきた。とりわけ健康保険組合においては流出する費用が保険料収入の過半を超えるものも続出し、存在意義を見いだせない健康保険組合の解散も相次ぐ事態に立ち到っている。

このため、拠出金の増大に伴う財政窮迫組合に対して国庫補助が行われているが、国への依存的体質を助長する方式は採るべきではない。本来自立できるはずの保険者に求める財政調整の負担は、医療保険の本質に照らし、最大でも保険料収入の50%を限度とすることを法律で明確に画定する必要がある。もしも、それにより拠出を受け入れている高齢者医療などに財源不足が生じるようであれば、そこに直接財政支援を行う方式にすべきである。

歴史的な創設の経緯からみても、また現実に果たしている機能役割からみても、労使一体となった帰属意識に支えられた自律的な互助の仕組みとして、もっとも明確な理念と堅牢な保険構造を有する健康保険組合の存立の危機は、医療保険という制度自体の存立を脅かさずにはおかない。早急に立法的対応を期待したい。

社会保険における社会福祉的要素の切り離し

日本の社会保険は、医療保険に止まらず、公的年金においても、さらには近年創設された介護保険においても、改正のたびにひどくなる制度の複雑化や負担と給付関係の不透明さという共通の難点を抱えている。これらを含め、今後の社会保障改革は、どういう方向を目指すべきだろうか。

筆者は、経済や雇用、生活様式の多様化などの変化は認めつつ、社会保障の中核を成している「自助の共助化」としての社会保険の再構築が不可避と考えている。具体的には、日本の国民皆保険・皆年金政策の下で拡大を続けてきた、社会保険における社会福祉的要素の切り離しである。

社会保険のようなほぼ全国民が参加して保険料を負担し給付を受ける巨大な仕組みにおいては、給付と負担の牽連性など、基本的な権利と義務がシンプルで明確であることが、とりわけ保険料負担が増大していく時代にあっては、何よりも重要である。そのためには、保険料負担や利用者負担などにおける高齢者や低所得者、無職者などへの配慮は、別の仕組みに切り離す必要がある。

そのうえで、現在、社会保険への国庫負担・補助として投入されている多額の税財源は、地方と国との税財源と財政責任の配分を整理したうえで、各自治体の福祉施策として、生活保護や生活困窮者支援制度、さらには各種の社会福祉制度と統廃合を行い、個別の必要に応じた支援をきめ細かく行う。

すでに迷路に迷い込んでいる日本の社会保険と社会保障のわずかな再生の道筋は、こうした先にしか見いだすことができないのではないか。非力にして、新たな制度設計の青写真を財政の具体的裏付けを持って示すことはできないが、少なくともベーシック・インカムの導入などよりは、はるかに現実的な選択肢だろう。

今や政治行政も経済社会も後進国となってしまった日本だが（4月9日付日本経済新聞「大機小機」欄）、如何に貧すれども鈍することなく、常に基本原理に立ち還って、誤りなき方向に向けての歩みを進めていきたいものだ。

時事評論

公的医療保険における公費のあり方検討会報告に寄せて

比較社会保障研究者　田中　耕太郎

筆者も委員として参画した健康保険組合連合会の「公的医療保険の持続可能性に対応した公費のあり方に関する調査研究報告書」(https://www.kenporen.com/study/research/)が、このほど取りまとめられ、公表された。そのなかでは、公的医療保険の財源構造の分析、過去の審議会等における公費負担や保険者間の財政調整のあり方などを巡る議論の歴史的な経緯の検証などを行い、そのうえで、現行制度の課題を明らかにし、望ましい制度設計に向けた提言を行っている。本稿では、こうした議論を振り返り、中心的な論点について論じてみたい。

公的医療保険における公費投入の根拠と機能

日本の公的医療保険は、成立の経緯から、就業形態の違いと勤務先に応じて、順次、保険集団が形成され、分立しつつ、皆保険を実現してきた。すなわち、まず大企業など勤務先単位で保険者を構成できる健康保険組合ができ、続いてそれ以外の主に中小・零細企業を対象として政管健保が作られ、最後にそれ以外のすべての国民を対象に国民健康保険ができた。こうして分立した医療保険のグループ間では、加入者の所得水準や年齢、有病率など、収支両面で構造的な格差を抱えている。

こうした枠組みの下で、国の政策として皆保険を導入したことから、被用者保険との格差を是正し給付改善を図るために、国民健康保険に対して重点的に国費が投入されてきた。さらに政管健保についても、医療費の増加に伴って財政赤字の累積が深刻化してきた1960年代から70年代にかけて、赤字の棚上げや国庫補助、財政調整などが繰り返し議論され、最終的に73年の定率10％国庫補助の導入に至った。

このように、その時々の各保険財政と国の財政状況に応じて国庫負担(補助)が拡充されてきたが、その最大の役割は、皆保険体制の下、分立した保険集団間の財政力格差に応じて傾斜配分を行うことにより、どの保険集団に属していても、同等の保険料負担の下で、同水準の保険給付を行うことを可能にした、という点にある。

また、議論の過程では、保険者一本化や被用者保険内の財政調整により格差を調整するという選択肢も検討されたが、安易な財政調整はかえって保険者としての経営努力を妨げ、非効率な制度運営をもたらすとして慎重な対応が図られてきた。

老人保健法と退職者医療以降の財政調整の本格化

こうした戦後長年にわたり構築されてきた保険者ごとの財源構造に根本的な変容をもたらしたのが、老人保健法と健保法改正による退職者医療制度の創設だった。これ以降、日本の高齢化の急速な進展に歩調を合わせ、年々増大する老人医療費の負担と、一方で深刻の度を増す国の財政危機の下、国庫負担の抑制のため、高齢者に着目した保険者間の財政調整が大規模に開始され、拡大されてきた。これによる被用者保険からの老人保健拠出金負担が限界に達したため、新たな高齢者医療制度が創設されたが、その下でも、被用者保険の拠出金負担は増加の一途を辿った。

こうした本来、保険集団内の

給付に充てるための保険料が公費負担削減の穴埋めのために保険集団外に流出する構造をさらに加速させたのが、2013年の社会保障制度改革国民会議報告である。同報告は、医療提供体制の改革に向けて、病床機能報告制度や地域医療構想を打ち出した点では高く評価できるが、医療保険における保険料と公費のあり方に関する提言については問題が多い。そこでは、共助の仕組みである社会保険を基本とし、公的扶助による公助は共助を補完するものと位置づけた。このこと自体は、生活保護法4条の補足性の原理としても明言され、広く受け入れられている理念と言ってよい。

しかし、自助の共同化としての社会保険について、保険料負担と給付との牽連性や負担への理解を得られやすい利点を指摘する一方で、社会保険における公費負担の役割について、あたかも社会保険と公的扶助の優先順位をなぞるかのように、さしたる根拠を示すことなく、保険制度内の財政調整を優先し、公費投入はやむを得ない場合に限るべきとした点は、長年にわたる議論と政策の蓄積を無視した暴論と言わざるを得ない。社会保険とはいえ保険制度である以上、加入者が負担する保険料は、あくまでもその保険集団が共同で備えるリスクに対する保険給付の財源に充てるものであり、これがその保険集団外に流出するのは、特別な事情と正当な根拠がある場合の例外的なものに限られるべきである。

この乱暴な理屈づけの下で、後期高齢者支援金の被用者保険間の総報酬割による分担が打ち出され、これにより浮く協会けんぽの国庫補助の削減分を国民健康保険の支援に充当するという、税負担の保険料への付け替えがさらに進められた。

こうした公費の位置づけは、国の責任で制度化された皆保険下における医療保険内の公費の役割を矮小化するものである。そして、保険集団の枠を超えた保険料財源の歯止めのない流出は、報告書自らが評価している社会保険の核心を成す保険料負担と給付の牽連性による負担の受け入れやすさや、保険者機能の発揮による効率的な運営といった利点を著しく削ぐ。

現に、この路線の上に立った歯止めのない税の保険料への転嫁は、その後、介護納付金の総報酬割にまで拡大され、本来は労使共同の管理下で自立的に運営され、もっとも堅牢な構造を持ち、医療保険の原型であった健康保険組合の存立をも危うくする事態に立ち至っており、早急な対応が求められる。

早急に求められる是正措置

今回の報告のポイントは、報告書の第6章まとめに簡潔に総括してあるのでそちらを参照頂くこととし、本稿では、とくに2点について強調しておきたい。

第一は、制度の簡素化、透明化の必要性である。40年近くに及ぶ保険集団間の広範囲な財政調整とその時々の公費の断片的な投入の結果、公的医療保険の全体の財政構造は複雑怪奇なまでに入り組み、保険料と公費の役割分担や公費投入の根拠なども不明確になってしまっている。今後とも増す保険料負担への合意・受入れを促すためには、国民に理解可能な制度設計が不可欠である。

第二は、本来の保険の機能を維持し、保険料を負担している現役世代の制度への支持をこれ以上損なわないため、保険料財源の保険集団外への流出に立法措置による明確な歯止めをかける必要性である。その際には、拠出により困窮した組合に対する国庫補助という形を取るのではなく、あくまでも法律により50%を超えた拠出を禁じ、これにより拠出先の高齢者医療や国保財政に不足が生じる場合には、そこに公費を投入する形を取るべきである。本来、労使共同の保険料負担の下で自立して経営責任を担い、保険者機能を発揮し、保険者を代表して医療提供側と対等に渡り合うべき健康保険組合が、国の助成に依存するような事態は、医療保険の自滅行為だと考えるからである。関係者の奮起を期待したい。

田中耕太郎：ktanaka@kcd.biglobe.ne.jp

社会保障読本２０１８年版　結び

財政の持続可能性と社会保障改革

放送大学客員教授　田中（たなか）　耕太郎（こうたろう）

はじめに

人類史上経験のない超少子高齢化が予測通り確実に進行しつつある現在、２０１２年の「社会保障・税の一体改革」も最後の消費税率10％への引上げがようやく19年10月から実施される見通しがたつ段階にきた。こうした状況下で、政府は２０４０年を見据えた社会保障の将来見通しや社会保障改革の課題などの資料を公表し、「ポスト一体改革」の環境整備に向けた議論が始まっている。

これらの将来見通しにおいては、急速な人口転換に伴って、将来の社会保障給付費がＧＤＰに占める比率は増加するものの、必要な財政措置によって対応できる程度の穏健な結果を示すものとなっている。

他方で、国の一般歳出に占める社会保障関係費の比重が半分を超え、しかも高齢化に伴う自然増の多くをこれが占めるとはいえ、日本の財政の問題は社会保障の改革にとどまらない深刻な構造的課題を抱えており、それ自体のあり方に立ち入った検証と構造改革が不可欠である。

さらに、今の日本社会が直面しつつある超少子高齢化による地域社会の崩壊や人々の暮らしの課題は、公的資金による社会保障の給付や補助金などの助成措置、あるいは公共の福祉の実現のための規制行政といった、これまで効果的に用いられてきた行政手法によっては解決困難なものが多い。こうした新たな諸課題を抱える地域社会の再構築に向けて、私たちが何をすべきか、何ができるのか、についても、併せて考えてみたい。

一、超少子高齢社会の将来像

⑴２０４０年の人口構成から見えるもの

２０１７年の国立社会保障・人口問題研究所の将来推計人口によれば、日本の高齢化が一つのピークを迎える２０４０年の人口構成は、前回推計よりもわずかに出生率の回復が見られるものの、急速で厳しい超少子高齢化と人口減少社会の到来を予測している。

具体的には、総人口は２０１５年の１億２７０９万人から１億１０９２万人へと、87％にまで縮小する。しかも65歳以上の高齢者比率は35％、そのなかでもとりわけ医療や介護ニーズが大幅に増加する75歳以上の後期高齢者比率は20％に増大する一方、将来の日本社会を担う15歳未満の年少人口比率は11％へと減少を続ける。

さらに注目すべきは、これら超少子高齢社会を支える生産年齢人口が現在の７７２８万人から５９７８万人へと、じつに人数にして１７５０万人、率にして23％も減少するとの予測である。超少子高齢化の一方の側面であり当然といえば当然ではあるが、経済社会を支える勤労世代のこの急激な縮減を数字で確かめるとやはり衝撃的である。

こうした人口転換の予測を踏

まえ、政府はそれを補うために、働き方改革による生産性の向上や、高齢者や女性など、働く能力と意欲を持っている人たちができるだけ幅広く長く働けるような環境整備、あるいはＩＣＴ技術やＡＩ技術の発達や応用による働き手の減少をカバーする施策などを強力に推進する必要性を指摘している。

これらは、各論的にはそれぞれ課題はあるものの、基本的な方向性に異論はないだろう。

⑵外国人労働者の移入は慎重に

これに対して、外国人労働者の移入の問題は、人手不足による経済成長の制約を外そうという、現政権の経済成長至上主義の発想で、極めて問題が多い。ドイツでは、１９５０年代の完全雇用下での人材不足を南欧やトルコなどからの移民によって乗り越えようとしたが、「労働力を入れようとしたが、実際に入ってきたのは労働者だった」といわれるように、労働者はあくまでもまず人間であり家族を持つ、それ自体尊重されるべき存在であり、決して使い捨てが許される「労働力」ではない。

もちろん、一方で現実の労働者不足のなか、「研修生」名目でなし崩し的な外国人労働者の移入が進んでいる現実もある。しかし、だからこそ、正面からその解禁という国家や社会にとって基本的構成に関わる政策変更は、受入れ後のその家族を含めた社会への統合策とその実現性を真剣かつ広範囲に議論し、合意形成と覚悟の上で慎重に進められるべきである。

日本は、戦後70年以上を経た現在でも、なお在日の人々への差別の問題を克服できていない。また、人道主義の母国であるヨーロッパにおいてすら、外国人労働者や移民の問題は、今なお社会の分断を引き起こす火薬庫になっている問題の根深さに思いを致すべきであろう。

また東アジア諸国は、いずれもすでに日本を上回るスピードと水準の少子高齢化が進んでおり、早晩、各国でも労働力不足が深刻化すると見込まれる。中長期的に、海外の労働力に安易に依存することは許されなくなることも、念頭に置くべきであろう。

⑶２０４０年の社会保障給付費の予測

政府は２０１８年５月、将来の社会保障の給付と負担の姿を幅広く共有するための議論の素材を提供するためとして、「２０４０年を見据えた社会保障の将来見通し（議論の素材）」を公表した。これは、人口については国立社会保障・人口問題研究所の17年推計の中位推計、経済については内閣府の18年の中長期の経済財政に関する試算を用い、すでに策定済みの地域医療構想などの各種計画を基礎とした計画ベースと、現在の年齢別受療率などを基に機械的に計算した現状投影の二つの見通しを作成したものである。

二つの見通しにより若干の推計値の変動はあるものの、２０４０年時点の社会保障給付費は、ＧＤＰの24％前後で、18年の21・５％から２・５ポイントほど増加する見通しとなっている。

この政府の公表に先立って18年３月に総合研究開発機構（ＮＩＲＡ）が「人口変動が突きつける日本の将来」という報告書を公表したが、社会保障の現行制度や現在進められている改革、政府の将来推計人口を用いていることもあり、２０４１年の社会保障給付費の対ＧＤＰ比は24・５％と、16年から３ポイントの増加となると予測し、政府の見通しに近い推計結果となっている。

この報告書で示された結果について紹介した小塩隆士（「社会保障給付費の将来像」本誌２９７３号）は、「意外と落ち着いている」という印象を述べているが、同感である。同報告書によれば、社会保障給付費の３ポイントの増加は、消費税率に換算すると約６％の引上げに相当するとしており、今後の社会保障改革によるさらなる効率化を進めつつ、必要な税収確保に向けた合意形成が進めば、ＥＵ加盟各国の現在の付加価値税率の水準を考えても、十分に対応できるレベルだろう。

また、両報告書では、経済のベースラインと併せて政府の成長実現ケースの推計も行っているが、その結果に大きな差はなく、社会保障給付費の増加は経

済成長によっては吸収されず、租税と社会保険料の負担増が不可避であることを示している。

二、財政の負担増の余力と増税の可能性

⑴国際比較から見た財政の負担増の余力

２０１８年度政府当初予算において、社会保障のための国庫負担・補助等の金額の合計である社会保障関係費は33兆円に上り、一般会計予算98兆円から国債の元利償還費用である国債費を除いた基礎的財政収支対象経費74兆円の44％、さらにここから地方交付税交付金等を除いた国の一般歳出59兆円のじつに56％を占める。しかも少子高齢化の進行に伴い、毎年の自然増経費の多くをこれが占めている。

他方で、国の毎年の財政赤字は深刻であり、毎年不足する税収による財源不足を国債発行によって賄ってきた結果、累積国債残高はＧＤＰの２００％を超えると推計され、ＯＥＣＤ加盟各国のなかで最悪の状況にある。またその結果、毎年の一般歳出のほぼ４分の１が国債費に充てられ、財政の硬直化は著しい。

こうした現状を考えると、財政の健全化に向けた歳出抑制の主力が社会保障費に向けられるのも当然のようにも思われる。

こうした現在の政策方針に対して、磯部・府川は、ＯＥＣＤ各国間の比較分析を通じて、日本の社会支出はむしろ最低であり、現在の赤字財政の原因は社会保障支出ではなく、必要な税収確保を怠ってきた結果であり、税収は主要国で最低水準になっていると指摘している（「社会保障費は抑制すべきではない―主要国との比較から―」本誌２９７３号）。その分析結果はいずれも支持できるものであり、日本の社会保障と財政の持続可能性を論じるときに忘れてはならない視点だろう。

⑵消費税増税への激しい政治的アレルギー

磯部らが指摘するように、近年の所得税制改正によって、所得税の累進性が緩和されてきたのは事実であり、これが結果的に所得格差と不平等度の拡大の要因の一つと考えられ、その見直しによる税収の増加と格差是正が求められることもその通りだと思う。

しかし、平成初期のバブル崩壊以降、雇用者所得の低下や停滞が長期にわたって続いている経済状況や、各国の所得税軽減の動向等も考えると、所得税増税のみによる大幅な税収増を期待することは困難であろう。やはり国民生活に均てんされる巨額の財源としては、消費税率の引上げ以外考えられまい。社会保障の水準がほぼ日本と同レベルにあるＥＵ加盟主要国の消費税率が19％から25％の間に収斂していることからも、10％の税率でも必要な財源を賄うことは到底無理であることは、容易に理解できる。

しかし、最大の問題は、１９８９年の消費税導入からすでに30年近く経過しようとする今日においても、なお、国民と政治家の間で消費増税に対する強い拒絶反応が収まらないことにある。

そもそも導入までにも何度となく挫折を味わい、悲願の導入も、当時の竹下首相の退陣と引き替えに誕生したといってもよく、その年の夏の参院選では自民党が惨敗した。さらに国民福祉税という名で３％から７％への引上げを突如打ち上げた細川首相は直後の撤回と辞任に追い込まれ、その事後処理で５％への引上げを実施した橋本首相も結局は辞任に追い込まれた。

そして極めつけは野田首相で、社会保障と税の一体改革を打ち出し、８％さらには10％への引上げの道筋をつけたものの、これにより政権交代の受け皿として国民の期待を集めた民主党を吹き飛ばした。

ここまで悉く（ことごとく）国民に支持されず、財政の惨状を改革しようとして増税を断行した歴代内閣が辿ってきた末路を見るにつけ、わが国で10％から先の消費税率の引上げを実現する政治的可能性は、限りなくゼロに近い、と言わざるを得ない。これでは、どんな政策を採ろうとも、悉く財源難の壁に阻まれざるを得ず、財政自体の持続可能性にすでに赤信号が灯っている。結局、この国は、国債の暴落など、破綻まで行き着かないと自ら改革する能力がないのだろうか。

三、主要領域の社会保障改革の方向性

すでに述べたように、現在の財政赤字の主犯は必要な税収増を行わずに歳出を拡大してきたことにあり、租税と社会保険料負担は先進諸国のなかでも低いことも事実である。とはいえ、現実に大幅な税収増が期待できない以上、少なくともムダや効率化の余地がある政策分野について、支出の抑制や削減が求められることも避けられない。

社会保障の領域で重点的な効率化が求められるのは、大筋次のような分野だと考えている。

⑴医療と介護

①地域医療構想の確実な履行

改革課題は山積しているが、まず当面の最重要事項は、医療提供体制の再編であり、そのための地域医療構想の確実な履行である。

できてしまった病院や入所施設の廃止・転換がいかに困難であるかは、過去10年以上にも及ぶ療養病床や精神病床の廃止・転換政策の敗北からも明らかであろう。しかし、患者・利用者の真の支援ニーズを無視した収容は、単に無意味に巨額の費用を食いつぶしているのみならず、本質的に人権侵害だという認識を私たちは明確に共有する必要があろう。過剰な不要病床や入所施設への安易な収容の道の遮断なくして、地域包括ケアや在宅医療の普及などいくら国が理念を唱えても絵に描いた餅に終わるだろう。

②病院診療報酬の抜本改革

医療では、提供体制の改革と平行して、診療報酬体系、とりわけ国民医療費の50％を投入している病院診療報酬の改革が急務である。わが国のＤＰＣは本来のＤＲＧとは全く異なるものであり、単に一般病院の既存の秩序と既得権を保護するだけのものである（「ＤＰＣと日本の病院医療の変革」本誌２８３５号）。いかにわが国の病院で行われている診療内容がバラツキが大きく、在院日数の偏りが著しいとはいえ、だからそれを放置しておいてよいものではあるまい。同じ病名・重症度・治療法に対しては、どの病院で行われても同じ報酬を支払い、それを通じて病院医療の透明化、標準化を進め、在院日数の短縮化と入院診療の効率化を図るという、ＤＲＧの本来の機能を日本でも導入すべきである。

⑵年金

①現状は安定的に推移

年金については、２００４年の年金改正により導入された保険料水準固定方式とマクロ経済スライドの仕組みの下で、毎年の着実な保険料率の引上げも円滑に実施され、高齢化の進行にもかかわらず、年金財政は安定的に推移してきている。この間のデフレ経済基調と物価スライド特例もあって、マクロ経済スライド自体は長らく発動されなかったが、懸案だったキャリーオーバーの仕組みやデフレ経済下のスライド方式の修正も導入され、支給開始年齢の段階的な引上げも着実に進んでいる。

②支給開始年齢の引上げ問題

今後の大きな課題としては、先進諸国の動向を見ても、支給開始年齢の67歳ないしは68歳へのさらなる引上げ、あるいは財政中立的な支給開始年齢の弾力的な選択制の導入などが挙げられる。しかしながら、これまでの支給開始年齢の引上げがそうであったように、この問題は高齢期の雇用の確保対策と不可分であり、労働力需給が逼迫するなかで、できるだけ高齢者雇用にマイナスの影響を与えないよう、早晩、検討を開始すべき課題となろう。

③給付水準の見直し問題

また、現在の厚生年金と基礎年金との入り組んだ二元制度の下で、マクロ経済スライドの終了時期とも関連して、とりわけ基礎年金の給付水準のあり方が議論の俎上に上るだろう。その際には、厚生年金においては、基礎年金導入時に、報酬比例保険料の下で定額の基礎年金と報酬比例の厚生年金に再編された経緯から、すでに強い所得再分配が効いており、さらなる基礎年金への配分のシフトは、重い保険料負担への正当性と支持を揺るがす恐れがあることに考慮を払うべきである。

④高所得者の基礎年金減額問題

関連して、高所得者に対する基礎年金の国庫負担分の削減が

財政サイドから提案されているが、これは制度再編時の経緯に照らしても、拠出制年金の根幹を傷つける愚挙である。このような改正は、重い保険料負担を通して基礎年金も含めた年金財政を中心的に担っている被保険者の拠出意欲を削ぐもので、到底容認できるものではない。目先のわずかな財政効果と制度の仕組みを知らない世論向けの安易な選択により、制度の根幹を揺るがせてはならない。

いうまでもなく、高所得の年金受給者に対する相応の公的負担は当然で、これに対する所得課税により実現すべきである。

⑶少子化対策と子育て支援

現政権下でも、主に女性労働者の確保という経済政策的発想から、入所希望待機者の多い保育所の増設や規制緩和が進められており、財源の曖昧さや規制緩和による保育の質の低下など、課題も少なくないが、基本的には必要な方向に政策が進められているといえよう。

しかし、子育て支援のあり方は、外国人労働者の移入問題と似たところがあり、少子化で不足する労働力を増やすという単純な経済政策的視点からのみ論ずるのは危険である。子を持ちながら就労を希望する女性の支援という側面、子の健全な成長にとって望ましい育児のあり方、夫婦間での役割の適切な分担、企業・職場の育児を担う従業者への寛容な制度や文化など、多様な側面がある。

またこれを支援する手法についても、児童手当などの所得保障、育児休業などの時間政策、保育所などの公的サービスなど、効果や狙いを異にする手法がある（「子育て支援の政策選択と理念」本誌２９４８号）。女性に働いてもらうという単純な経済政策的視点を超えて、多様な価値観や置かれた状況に応じて選択肢を広げ、しっかりした財源措置を講じることが必要であろう。

四、地域社会の持続性の限界と新たな行政手法

⑴地域社会の崩壊の危機

日本が世界一の高齢社会になってすでに久しく、地域によっては高齢化率が50％を超える自治体もあり、存続が不可能とされる限界集落も軒並み出現している。

筆者が暮らす山口県もご多分に漏れずそうした地域の一つで、かつて日本一の高齢化の町を抱えていた。それでも当時は、高齢者もまだまだ元気で、高齢者同士が支え合う日本の将来の地域社会のモデルとして、多くの研究者が調査に訪れるなど、それほどの危機意識はなかった。

しかし、今日、こうした楽観論は見られない。20年前には、若者が出ていって高齢者だけが残された村や町でも、高齢者は元気で畑を耕し、自立して暮らしていた。だが、同じ高齢者が70代から80代以降へと移ってくると、風景は一変する。80代以降の老夫婦が多い集落では、年々、老老介護が増え、さらに夫婦の一方が欠け、やがては施設に入ったり、子の元に引き取られ、空き家と耕作放棄地がどんどん増加している。

⑵行政の伝統的手法と限界

こうした地域社会の崩壊に向かう社会変化が確実に進む一方で、国も自治体も財政難のなかで、住民の生活を支える公的支出の増大に悩み、住民同士の助け合いなど、地域社会の再構築を進めようとしている。

しかし、行政が得意な伝統的な手法は、公費による給付や補助金の支給を通して個人や地域を支援する給付行政と、公共の福祉を実現するための規制行政の２種類しかない。このため、近年多用される行政計画も、投資計画や施設整備計画など、行政自身ができる領域では効果的だが、住民の自主的な行動や意識改革を促すようなものは、効果がゼロとは言わないまでも、自分の日々の暮らしで精一杯の多くの住民の耳には届かない。

国では、地域包括ケアや地域支援事業を進めようとしているが、単なる公的給付の削減を住民の自主的な相互の支え合いに切り替えようと考えているなら、あまりに人々の暮らしや地域の現実を知らない観念論だと言わざるを得ない。地域福祉の新しい姿として「我が事・丸ごと」などと言ってみたところで、いったい行政として何をしたい

のか、できると考えているのか、理解に苦しむものが多い。

もちろん、公的サービスが地域のすべての必要を賄いきれなくなってきている現実は無視できない。というよりも、そもそも本来的に私たちの豊かな地域生活は、住民同士の交流と助け合いによって支えられており、失われてきた絆を再生する必要があることは明らかだ。しかし、肝心なのは、どうすればそれが実現できるか、そのために行政にできることは何なのか、ということである。

⑶新たなサービス形態の開発・展開の可能性

筆者自身、この大きな課題に対して明快な解を有しているわけではない。ただ、必要なことは、行政がその責任を放棄するのではなく、新たな形で、地域を再生するための地域での活動を支援することではないか、と考えている。具体的には次の2点を提案してみたい。

①地域の社会資源をつなぐコーディネーターの重点的投入

現在でもすでに地域包括支援センター、各種の相談支援機関、ケアマネジメントの給付、判断能力の不十分な人の支援のための地域福祉権利擁護事業、触法障害者等の支援のための地域定着支援センターへの助成など、様々な地域のニーズをくみ取る相談支援やサービスの調整のための事業が増えている。こうした地域住民とサービス事業者や各種の社会資源をつなぎ、地域に埋もれている大きな潜在的な支援力をコーディネイトし構築する力量を備えた専門職や専門機関の存在は、地域社会のなかで確実に重要性を増している。

しかし、現実には、こうしたソフトな事業への支援は往々にして軽視されがちで、病院や入所施設の運営費や生活保護費などへの多額で受益者が限られる経費には手が着けられない一方で、緊縮財政下では真っ先に削減の対象に挙げられる。

財政が厳しいからこそ、こうした費用対効果が大きな事業を守り拡充すべきである。さらに広くまちづくりを含めて、こうした領域にしっかりした財政基盤の上で公費を重点的に投入することは、投資した費用の何倍もの地域の支援力を生み出す効果があり、それが弱体化した地域を再生、再構築する大きな力になるものと思う。

②地域や保険者、各種事業者による多様なモデル事業の展開

医療も介護も福祉も、日本の公的制度のサービスは全国的に均等に発展しているものの、多くが旧態依然とした、事業者任せのものが多く、サービス間の組織的な連携や新たなサービス形態の展開の動きに乏しい。

これは中央官庁主導で、全国均一に日本的緻密さで施策が展開されてきた成果で、もちろんそのメリットも大きかったが、これだけ社会環境が変化し、国民のニーズも地域の事情も多様化してきた今日、国が一律にサービス内容やサービス形態をコントロールすることは、結果的に効率の悪い古いサービスの温存につながり、各地域や保険者などのイニシアティブによる革新的なサービス形態の創出や普及を阻害する結果になる。

公的財源も限られるなか、インフォーマルを含めた様々な社会資源の開発、創出、普及を促すためには、法律に各種の実施主体によるモデル事業の根拠規定を設け、開発を促す仕組みが有効である。

とりわけ、健康保険組合や市町村などの保険者の主導による新しい医療や介護サービスの開発とモデル実施が期待される。例えばかかりつけ医の仕組みや疾病管理プログラムなど、保険者として推奨したいサービスに任意で参加する被保険者に対し、一定の限度において自己負担の軽減や保険料の還付などのインセンティブを設けることを認めるなどにより、緩やかな形で新たなサービス形態の開発や普及を促すことが可能になろう。また診療報酬や介護報酬の設定において、新たなサービスのスタートアップを促すような仕組みも有効だろう。

医療関係団体も、現在の硬直して旧態依然とした医療サービスを、将来ともに維持し続けることはできないことを認識し、プロフェッションとして、持続可能で質が高く効率的なサービスへの脱皮に向けて、ともに議論に参加していって欲しい。

時事評論

社会保障における家族の評価

山口県立大学教授
田中　耕太郎

社会保険は、もともと賃金労働者世帯の貧困リスクへの防貧施策として出発しており、その対象者の生活が世帯単位で営まれていることから、社会保険制度も基本は世帯単位で構成される。さらに社会福祉は、もともと家族機能の代替という性格を持つことから、家族をどう位置づけるかが常に問題となる。

これは日本でも同様だが、とりわけドイツでは、基本法（憲法）6条1項で婚姻および家族に対する憲法上の制度的保障が規定され、社会保障制度における家族の位置づけや家族への配慮のあり方をめぐって、多くの興味深い判例が蓄積され、立法に影響を及ぼしている。

2015年にはこの領域で重要な二つの判決が出されたため、これらを通じて、社会保障における家族の評価のあり方について考えてみたい。

社会保険における家族の位置づけ

ドイツの社会保険のうち、まず医療保険における家族への配慮の最も重要な内容が、配偶者、子などの被扶養家族に対する保険料負担を伴わない医療給付の保障であり、これは日本の被用者保険も同様である。

次に年金保険における家族への配慮の中核は、給付面での育児期間の年金算入で、1986年の導入以降、段階的に対象年齢とみなし所得が引き上げられ、現在では、子1人につき3年間、全労働者の平均賃金で働いていたとみなして年金受給権の発生や増額に結びつけ、子育てをした女性の老後保障の改善に大きな効果を生んでいる。

また介護保険では、医療保険と同様に被扶養家族は保険料負担なく介護給付を受給できるほか、家族介護を選択した場合には、介護手当（金銭給付）が支給される。給付面ではこのほか、介護にあたる家族の年金保険料を要介護度に応じて介護保険財政から年金財政に拠出するほか、家族介護に労災保険を適用し、腰痛などの介護起因事故に備えている。

さらにこれら給付面にとどまらず、子育てを通じた介護保険制度への貢献を保険料負担面でも考慮すべきとした2001年の連邦憲法裁判所の違憲判決を受け、23歳以上の子のない被保険者に対しては、2005年以降、0・25％の追加保険料が課されている。

子育て費用の控除をめぐる連邦社会裁判所判決

本件事案は、3人の子を育てている両親が、子育ての費用が年金・医療保険の保険料算定に際して考慮されないのは、2001年の介護保険料に関する連邦憲法裁判所の違憲判決に照らして基本法に抵触するとして提訴したものである。

これについて、連邦社会裁判所は2015年9月30日の判決（B12KR15/12R）で、年金および医療保険はそれぞれ介護保険とは構造が異なり、年金においてはとくに育児期間の年金算入を通じて給付面で十分な配慮が行われていること、医療保険ではとりわけ被扶養家族への保険料負担を伴わない給付が用意されていることなど家族への配慮は十分に払われているとして、訴えを棄却した。

今回の判決は、社会的にも妥当なものとして冷静に受け止め

られている。介護保険の保険料負担面での子育てへの配慮まで求めた違憲判決は、社会保険料負担における子育て負担の考慮をめぐって多くの議論や関心を呼び起こしたが、その影響は介護保険にとどまり、今回の判決で、年金や医療保険への余波はほぼ収まったものと考えられる。

「カラスの母さん」VS「かまど奨励金」

ドイツでは、戦後2度目の大連立政権下で、保育所の整備を急速に促進するため、2008年の児童助成法により2013年から1歳以上3歳未満児に対しても法律上の保育請求権が与えられることとなった。これに伴い、保育所による社会的保育を望まず家庭で育児を選択した親に対しては、これに代わる保育手当(Betreuungsgeld)を導入する旨の規定が設けられた。

この背景には、SPD(社会民主党)や緑の党などが、女性の家庭からの解放と就労自立を重視する立場から、低年齢児についても保育所による社会化を進めようとするのに対し、とりわけキリスト教の影響の強い地域や保守層の間では、少なくとも3歳までの育児は家庭内で行うのが子の成長にとって望ましいという考えが根強く、家族の公平な選択を保障すべきだという考え方がある。

実際にも3歳未満児の保育所利用率は、かつて社会主義体制だった旧東独領の52%に対して旧西独領は28%、各州間でも26%から58%と大きな格差が存在している(2015年)。

こうした対立を背景に、家庭保育派が社会保育推進派に対して、産みっぱなしで世話をしないという意味で「カラスの母さん(Rabenmutter)」と罵倒するのに対し、家庭保育派に対して「かまど奨励金(Herdprämie)」などと揶揄する言葉が投げかけられるなど、激しい意見対立を引き起こした。

その結果、大連立政権下ではCDU(キリスト教民主同盟)のメルケル首相の下でもSPDとの間で具体化について調整がつかず、2009年の連邦議会総選挙で成立したCDU/CSU(バイエルン・キリスト教社会同盟)とFDP(自由民主党)の連立政権下で、親手当および親休業法が改正され、保育手当が創設された。これに対して野党となったSPDや緑の党が廃止法案を議会に提出するなど徹底抗戦を試みたが、否決され、2012年末に法律が可決、成立した。

連邦憲法裁判所の違憲判決

このように成立前からいわく付きの保育手当だったが、子1人につき、15か月目から36か月目までの22か月間、月額で150ユーロが支給され、2015年には約9億ユーロの連邦予算が計上された。

2013年に行われた連邦議会選挙の結果、戦後3度目の大連立政権が誕生したが、双方ともこの問題は意識的に回避して触れなかった。しかし、SPDが政権与党のハンブルク市が連邦憲法裁判所に対して抽象的規範統制訴訟を提起し、これに対する連邦憲法裁判所の判決が2015年7月21日に下された(1BvF2/13)。

この判決は、激しい意見対立のあった保育手当の是非に関する憲法判断は避け、育児手当については連邦に競合的管轄権が認められるための要件を欠くため、各州の管轄に属し連邦には管轄権はないとして、基本法に抵触して無効だと判示した。

これを受けて連邦の保育手当は廃止されたが、当初からその創設を強く求めてきたバイエルン州は、ゼーホーファー首相が州独自で従来通りの保育手当の支給を継続すると明言しており、廃止で浮く連邦予算を巡ってもなおバトルが続いている。

この政策論争の帰趨は別にして、そろそろ日本でも、社会保障における家族の評価などの基本理念について、オープンな論争と政治を通じた意見集約のプロセスが必要ではないだろうか。

時事評論

社会保険・税制における家族扶養の保護

放送大学客員教授　田中耕太郎

年金機能強化法によるパート勤務に対する厚生年金・健康保険の適用拡大が2016年10月から施行されたが、その意図に反してパート主婦層の働き控えを引き起こし、現場に困惑・混乱が広がっている。

さらに2017年度税制改正では、配偶者控除の廃止とそれに代わる夫婦控除の導入が、最終局面であっけなく頓挫し、逆に配偶者控除の収入限度額の引上げという結果に終わった。

本稿では、これらの迷走の原因と議論の基本的な方向性について、ドイツでの議論も参考にしながら考えてみたい。

パート勤務への社会保険適用拡大が生み出した混乱

パート勤務に対する厚生年金と健康保険の一部適用拡大では、法律に要件が明記され、労働時間または労働日数が一般の従業員の4分の3未満の短時間労働者のうち、週の労働時間が20時間以上で、給与が月額8・8万円以上、学生でないこと、従業員501人以上の事業所等の要件をすべて満たす場合には被保険者とされることとなった。

これは本来雇用形態に着目した被保険者適用の規定だが、対象を絞るために収入要件や身分要件を加えたため、これと家族被扶養者の要件である年収130万円未満との関係が報道にも見られるように混乱している。

この改正によって、これまでは130万円の限度額まで働いていた主婦パート層の間で、106万円の適用限度額を超えないように就労時間を短縮する動きが出て、事業主もパート従業員の確保策を迫られるという、本末転倒の事態が生じている。

それでは、この問題は基本的にどの方向で整理すべきものであろうか。まず、パート勤務などの非正規雇用が増加している状況で、これにできるだけ厚生年金や健康保険を保障する必要性は高い。その意味で、今回の週20時間以上のパート勤務への適用拡大は支持される。

他方で、収入要件や学生でないことなど、本来の就労形態と無関係な要件は、被保険者の要件に加えるべきではなかった。しかし、単純にこれらの要件を外すと多くの主婦層や学生など、本来の優先する家事、育児、介護、学業などとの両立の範囲内で従としてパート勤務をしている人たちが被保険者とされることになり、今回生じたような事態に陥る。それを避けるためには、家族被扶養者は労働時間等の要件に該当しても被保険者から除外するという調整規定を厚生年金保険法と健康保険法に明記することが考えられる。

この提案は一見突飛に見えるかもしれないが、非正規雇用への保障の拡大と家族被扶養者の保護という、本来別の性格を持つ政策目的の間での合理的な調整方法として一考に値するのではないだろうか。

所得税の配偶者控除をめぐる議論の迷走

所得税法においては、合計所得金額が38万円以下、つまり年収103万円までの配偶者（多くは妻）がある場合には、38万円の配偶者控除が認められている。このため、主婦層がそのパート収入をこの限度額以下に抑えるため就労を抑制するとして、

社会保険の130万円と並ぶ、女性の就労を阻害する壁として批判があった。財務省は2017年度税制改正でこのような批判に乗じて配偶者控除を廃止する方向で議論を進めてきた。しかし、これでは専業主婦世帯やパート主婦世帯の税負担が増大するとして反発が強く、抜本改正はあっけなく見送られた。

それに代わって、パート主婦の就労時間の拡大に向けて、これまでの限度額103万円を世帯主(夫)の年収が1120万円以下の場合には150万円まで引き上げ、さらにパート収入がこの額を超えた場合にも201万円までは逓減する配偶者控除が受けられることとした。

他方で、税収中立を図るため、これまで世帯主の収入には関係なく認められてきた配偶者控除が、世帯主の年収がこれを超えると段階的に減額、廃止された。

ドイツにおける世帯への所得課税原則

ドイツの所得税制では、まず配偶者世帯の所得に対しては、1957年の連邦憲法裁判所第一法廷決定に基づき、累進税率の下で夫婦間の収入状況によって世帯間の税負担の不平等が生じないように、いわゆる二分二乗(配偶者分割)と呼ばれる課税方式が採用され、夫婦の収入は合計した上で折半されたものがそれぞれの所得として課税され、単身者とは別のより累進度の高い税率表が設けられている。

さらに、児童扶養をめぐる1990年の連邦憲法裁判所第一法廷決定では、基本法20条1項(社会国家原則)と結びついた1条1項(人の尊厳の不可侵)の要請として、「人に値する生存のための最低条件を調達するために必要な範囲で、国は納税義務者の所得を非課税のままにしておかなければならない」という原則が確認された。さらにこれらの原則と6条1項(婚姻と家族の制度的保障)から、家族に対する課税では、家族の全構成員の最低限度の生活費が非課税とされなければならないという、「最低生活費非課税の原則」を憲法上の要請として初めて明示した。

さらにこの決定では、「最低限度の生活」の水準は、連邦社会扶助法に基づく社会扶助基準額に依拠すべきことと、その水準は、統計的な調査に基づいて決定すべきことも示された。

日本への示唆

ドイツで採用されている制度のうち、憲法上の基本原則に関する立法に対する裁判所の規範的統制や、所得税非課税水準の設定に関する社会扶助基準への依拠などは、大いに学ぶべき点があるものの、彼我の基本システムの相違を考えると、直ちに日本への導入は困難だろう。

これに対し、本稿の主題である社会保険と所得税における家族扶養の保護については、日本でも十分に実現可能であろう。とりわけ所得税の課税原則においては、日本でも憲法25条の生存権の自由権的側面として、国民がその獲得した収入により家族の最低限度の生活を営む権利は憲法上保障されており、民法上の扶養義務や生活保護法上の補足性の原理などはこの内容を具現化するものである。

こうしてみると、被扶養配偶者の最低生活に必要な費用にまで所得税を課すことは、いかに高所得者であれ許されないと考えられる。また、児童扶養控除か児童手当かをめぐる「控除から手当へ」という議論においても同様だが、所得控除は高所得者ほど利する、という一見もっともらしい批判は的外れである。受益が大きく見えるのは、そもそも所得課税が累進税率を採用しているため高所得者ほど税負担が重くなっていることの裏返しの結果にすぎない。

いずれにせよ、今回の改正はあまりに場当たり的であり、国民の権利と義務に直結し、国の根幹を成す税制と社会保険の基本原則の構築に向けて、さらに議論を整理し深めてほしい。

時事評論

子育て支援の政策選択と理念

放送大学客員教授　田中　耕太郎

今回の衆議院総選挙を通じて、安倍首相は社会保障の重点を子育て支援に置くことを訴え、また小泉議員を中心に、こども保険構想が打ち上げられ、これに専門家も賛否の意見を寄せるなど、関心を集めている。

こうした主張の個々の内容に立ち入って論ずるのは本稿の目的ではないが、少なくともこども「保険」というからには、保険料拠出の対価として被保険者の偶発的な経済的損失のリスクに対して個別的な保険給付を行うものという、最低限度の要件は満たすべきであることだけは付言しておきたい。

以下では、ドイツと日本の子育て支援策とその基底にある理念を整理しつつ、これからの選択肢について考えてみたい。

1　経済的保障

(1)　児童手当と所得課税の児童扶養控除

子育ては、乳幼児期から高校、大学まで、多額の費用がかかるが、雇用労働が中心となり、加えて老後の扶養が私的扶養から年金を通じた社会的扶養に切り替わった現代社会では、多額の費用の割に直接の経済的見返りのない営みとなっている。

しかし、いうまでもなく、社会全体にとっては、経済社会のあらゆる面で次世代の育成は重要な課題である。このため、子育てへの経済的支援として、児童手当と所得課税における児童扶養控除がある。

この両者は、その性格と算定ルールの違いに由来して、対象となる子育て世帯の経済力に応じて異なる働きをする。

児童手当は、財源は異なっても、社会保障給付として子どもの数に応じて定額の手当が支給される。したがって、機能的には低所得世帯に効果が高く逆に高所得世帯にはそれほど効果的ではなく、所得制限を導入する場合も少なくない。

これに対して所得課税の児童扶養控除は、課税所得を縮小させるため、累進税率の下では、高所得世帯ほど軽減額が大きくその恩恵を受ける。逆に低所得世帯ではまったく効果がないか、あるいは適用されても税率が低いため軽減額が少ない。

こうした両者の機能の相違から、ドイツでは1975年に社会民主党政権下で、所得税の児童扶養控除が全廃され、これによる巨額の増税分の財源を使って児童手当が抜本的に拡充された。これに対して、1982年に政権復帰した保守のキリスト教民主／社会同盟政権の下で、児童扶養控除が復活した。さらに、子育てのための最低生活費に対する課税が基本法に抵触するとする連邦憲法裁判所の判決を受け、1999年の法律改正により、児童手当は所得税法上の制度を基本とし、その恩恵を受けない低所得世帯に対する給付により補完するハイブリッドな形態へと変わった。わが国でも民主党政権下で「控除から手当へ」というスローガンの下、児童扶養控除の縮小が進んできたが、ドイツほどきちんとした議論の蓄積は見受けられない。

(2)　育児手当と育児休業給付

主に3歳未満時の養育については、家庭での養育を望ましいと考える伝統的な子育て感が根強い一方で、女性の就労が増加

した今日では、子育てと就労の両立が課題となっている。

ドイツでは、家庭内で主に女性により担われてきた子育てを雇用労働と同等の経済的評価を通して社会的に認知しようという動きがでた。その一環として、年金算定で子育て期間を雇用労働とみなして女性の年金改善が図られたが、これと並んで、1986年の育児手当及び育児休業法により、出産前の雇用労働への従事の有無に関係なく、家庭で育児に携わる親に対して育児手当が支給されることとなった。そのうえで、それまで働いていた人については、育児休業制度が併せて導入された。

ドイツの育児手当はこうした理念に基づき、日本の雇用継続給付の一つとして雇用労働者のみを対象に賃金代替給付を行う育児休業給付とはまったく異なる理念に基づき導入された。

しかしドイツにおいても女性の就労が増加し、その人たちが育児休業を取得した際の所得保障としては、従来の定額の育児手当では不十分だという認識が広まった。こうした若い世代の就労と育児との両立に関する意識の変化を反映し、大連立政権下の2006年の法律改正により、名称も「親手当および親時間法」に変更され、親手当はこれまでの定額給付はすべての子育て世帯に保障しつつ、育児休業を取得した人に対しては従前賃金の原則67%を給付する仕組みに変更された。

2 時間政策：育児休業制度

家庭での子育てと就労の継続とを両立させる重要な環境整備が育児休業制度である。育児休業期間中の所得保障とセットになることが多いが、財政的に困難な場合は育児休業が先行することもある。

雇用労働者への育児休業期間は、ドイツが原則3年、日本は1年6か月（保育所入所できない場合は最長2年）となっている。ただし、日本では女性の取得率は8割台に上昇したが、男性の取得率が3%程度と利用が進んでいない。

3 保育の社会化：保育所整備

ドイツでは、社会主義体制だった旧東独では保育所による社会保育が広く普及していたのに対し、キリスト教の家族観が支配的な旧西独では、少なくとも3歳未満児は家族の下で養育されることが望ましいという考え方が根強く、学齢前教育施設としての幼稚園は普及していたが、保育施設は必ずしも十分整備が進まず、働く母親のニーズに対応できていなかった。

このため、この20年間、保育施設の拡充が進められ、連邦と各州、市町村との間の財政支援の枠組みも整い、各地域での保育施設整備計画に基づく整備が積極的に進められている。併せて住民に対して1歳以上児については保育施設利用請求権を認めるなど、新たな社会のニーズに応えるべく、枠組みの転換が急速に進みつつある。一方で、家庭での育児を重視する保守的な立場から、平等な選択を保障するため家庭内育児を選択した場合に保育手当を給付することとしたが、連邦憲法裁判所が連邦の立法権限を否定する判断を示すなど、育児を巡る社会的な支援のあり方についてはなお論争が続いている。

おわりに

子育て支援策は、以上概観してきたように、その根底にある子育てのあり方や多様な家族のニーズ、社会の歴史的・宗教的・文化的な規範とその変化が深く関わっており、支援のタイプごとのターゲットとニーズ、財政需要などを総合的に判断して、その優先順位を明確にしていくことが不可欠である。

また、ドイツでは長らく出生率は1・3から1・4と低く、子育て支援策の充実は必ずしも出生率の上昇とは結びつかない点も踏まえておく必要があろう。

時事評論

良質な医療の提供と保険者の責務

放送大学客員教授　田中　耕太郎

いよいよ本年4月から、都道府県が国保運営に中心的な役割を担う画期的な改正が施行される。地域医療計画に加えて地域保険の権限と責任を任され、地域の実情に即した効率的で良質な医療サービスが展開されることが期待されるが、どれだけ期待に応えられるかは未知数である。また、健保組合なども保険者機能の強化を主張するが、掛け声ばかりで、責任を持って加入者に良質な医療の提供を保障するという意識は極めて弱い。

これに対して、ドイツでは1993年の医療保険構造改革法（GSG）により、保険者（疾病金庫）間のリスク構造調整と被保険者による保険者選択制が導入されて以降、保険者の主導により新たな診療形態が創出・展開されている。

そこで、この機会に改めてこうした保険者機能のあり方について考えてみたい。

リスク構造調整と保険者選択制の目的

ドイツでも、わが国と構造は少し異なるものの、企業疾病金庫、代替金庫、地区疾病金庫といった保険者ごとに、加入する被保険者の性、年齢、有病率、扶養率、所得水準などの相違がある。このため、疾病金庫間に財政格差が存在し、それは保険料率の格差となっていた。

こうした状況で、リスク構造調整が1994年から95年にかけて導入され、これによる公平な競争条件の下で、96年からは被保険者による保険者選択制という革新的な枠組みが導入された。

その狙いの一つは格差の是正にあったが、それに止まらず、このパラダイムの核心は、強制加入と報酬比例保険料の原則を採用する公的医療保険において、被保険者のリスク選択という非生産的な保険者間競争を防ぎつつ、被保険者に対する効率的で良質な医療サービスの提供を競う、真の保険者間競争を促すことにあった。

保険者主導の新たな医療サービス形態の展開

新たな枠組みが導入されて20年以上が経過するが、ドイツにおいてもこの間の歩みは決して平坦ではなかった。世界で最も精緻といわれたリスク構造調整を行ってもなお、困難な医療機関との交渉よりも、リスクの高い病人などを避けて健康な人を獲得しようとする安易なリスク選択に走るという弊害が目立った。そこでこれをできるだけ防ぐべく、2009年からは、直接的な有病率指標のリスク構造調整が導入された。

他方で、2000年以降、数次の医療保険改革法を通じて、さまざまな政策上の支援が行われ、地域間の温度差や時の政権の姿勢に影響を受けつつも、以下のような保険者主導の新たな診療形態が創出され、各地で展開されてきた。

(1) 疾病管理プログラム（DMP）

疾病管理プログラムとは、医師、患者に対するエビデンスに基づく疾病の治療指針、自己管理を含む患者教育、医師と患者の間の情報システム、個別の患者への治療計画、医師相互の専門教育、全参加者のデータバンクなどの要素で構成される治療

計画をいう。ドイツでは1997年に、新たな医療形態として疾病金庫連合会と保険医協会が締結する構造協定により導入する道が開かれた。

しかし、これは保険医協会の集団協定制度の枠組みに阻まれて、限られた地域での診療ネットワークとの間の協定に止まった。このため、このプログラムを保険医協会への包括的な診療報酬から切り離し、別途に設定する道を開いた。さらに保険者に対してもその開発や被保険者の参加を促すため、リスク構造調整の算定上、特別な加算を行うなどの措置を講じた。

こうした政策上の後押しとその治療上の有効性から、DMPは次第に普及し、現在では、糖尿病Ⅰ・Ⅱ型、冠状動脈性心疾患、慢性閉塞性肺疾患（COPD）、喘息および乳がんの6疾病が対象とされ、参加者は600万人にまで拡大している。

⑵ 統合型医療（ⅠV）

保険者が直接に開業医、病院という形態を超えた横断的な診療ネットワークと契約する仕組みで、2000年に導入されたが、保険医協会の抵抗にあって普及が阻まれた。このため、手続きや形態が弾力化され、さらに保険医協会と病院に支払われる診療報酬の1%をこの統合型医療に振り向けるなどの財政支援策が講じられた。

さらに、保険者が提供する必須の選択的な付加給付とされ、加入者に対する一部負担の軽減等の優遇措置が講じられた。

その結果、2008年末までに約6400件の統合型医療契約が疾病金庫と医療提供機関グループとの間で締結され、約400万人の被保険者が参加している。

⑶ 家庭医中心医療

外来診療を担う保険医は、従来から家庭医と専門医に分かれていたが、いずれも保険医協会を一元的な窓口とし、診療報酬の配分もその内部で行われ、被保険者も自由に医師を選択することができた。

このような仕組みによる医療の非効率や質の改善を図るため、家庭医中心医療が導入された。そして外来診療報酬については、家庭医と専門医とが区分された。また、各疾病金庫も、家庭医モデルに参加する被保険者向けに、経済的なメリットとして、一部負担の軽減などを盛り込んだ付加給付を提供することが義務づけられた。

普及の実績は、各州や地域で大きな差があり、1000人単位の小規模なものからバイエルン州地区疾病金庫のように州域全体を対象とするもの、さらには全国レベルで協定しているバルマー代替金庫に至るまで、多様である。連邦政府の連邦議会への報告によれば、2007年末で約3100万人の被保険者に対して提供され、そのうち約590万人が参加している。

医療サービス保障こそ保険者機能の中核

わが国でも、近年、保険者機能の強化が叫ばれているが、多くの場合、健診・保健指導への参加率の向上であったり、診療データの分析や活用といった間接的な活動に止まっている。

しかし、ドイツとは制度や事情が異なるとはいえ、国民に加入を義務づけている公的医療保険の保険者の本質的な使命は、単なる費用の支払者には止まるまい。最終的に提携先の医療機関やその診療ネットワークを通じて、効率的で質の高い医療を保障することこそが、被保険者の求めるところであろう。

わが国においても、国保の直営診療所が保険者としての市町村と連携して、地域の実情に根ざした優れた地域医療を実現してきた先進事例も少なくない。

各保険者は、加入者に効率的で良質な医療を提供する責務について改めて考えてみてほしい。

また、国も、各保険者の創意工夫を支援し、地域の実情に応じた多様な診療形態の展開が可能となるよう、画一性を排した柔軟な制度設計と財政支援を進めてほしい。

時事評論

医療保険料上限設定ルールへの疑問

放送大学客員教授　田中耕太郎

健康保険も厚生年金も保険料賦課は報酬比例だが、その賦課対象となる標準報酬には一定の上限額が設けられ、保険給付との見合いで不相当に重い保険料負担と高すぎる保険給付を避ける措置が講じられている。

しかし、健康保険料を対象に、最近では「負担の公平」の名の下で、賃金水準の上昇率などとはかけ離れた上限額の引上げが行われ、さらにこれとのバランスを根拠に、国民健康保険や後期高齢者医療の保険料賦課限度額についても、頻繁に大幅な額の引上げが行われている。

本稿では、ドイツとの比較も交えて、日本におけるそのあり方について考えてみたい。

健康保険料の標準報酬月額上限額の決め方

被用者を対象とした医療保険制度の創設当時は、ドイツでも日本でも提供できる医療水準が低かったこともあり、医療サービスと並んで傷病時の所得保障を行う傷病手当金の役割が大きかった。そうした事情もあって、被保険者の保険料は報酬比例とされる一方で、傷病手当金は年金と同様に保険料負担の基礎となる報酬を反映したものとされた。また、そのような公的所得保障の必要性からも、保険料賦課対象となる賃金には一定の上限が設けられていた。

しかし、近年では、医学薬学等の発達に伴い、医療保険の給付の中心は医療サービスに移り、傷病手当金などの金銭給付の役割は著しく縮小した。医療サービスは負担した保険料とは関係なく、被保険者の医療の必要性に応じて給付されるため、年金とは異なり、社会保険本来の保険料負担と保険給付との関連性が断ち切られている。

こうした現在の医療保険における保険料負担のあり方については、本来はきちんとした合理的なルールが設定されるべきであるが、日本ではそうした議論もなく、「負担の公平」があたかも上限なく報酬に応じた保険料負担を意味するかの如く、機械的な引上げが続いてきている。

健康保険の保険料賦課の対象となる標準報酬月額の上限については、１９７７年までは厚生年金と同じ水準で32万円に設定されていた。それが78年からは厚生年金を上回る38万円に引き上げられ、さらに80年の健康保険法改正により、財源対策として、標準報酬月額の上限額に該当する被保険者が被保険者総数の３％を超えた場合には、１％を下回らない範囲内で、政令で上限額を追加することができることとされた。

この３％という数字自体に何ら理論的根拠はなく、その後２００７年度からはこれが１％に引き下げられ、さらに16年度からは下限が０・５％に引き下げられ、実質的に上限額はあって無きに等しく、ほぼ無制限に負担が求められることとなった。

そして実際の上限額も、厚生年金では２０００年以来62万円に据え置かれているのに対して、健康保険では大幅な引上げが続き、16年度からは１３９万円と、厚生年金の２・２倍もの高い水準に設定されている。

国民健康保険の保険料賦課限度額の激しい引上げ

さらに看過できないのが国民健康保険や後期高齢者医療の保険料の賦課限度額の引上げの動

向である。健康保険とのバランスを根拠に、限度額に溜まった被保険者数の比率に応じて、最近では、平均賃金などの経済指標の変動とは無関係に、2、3年に一度の頻度で大幅な引上げを繰り返している。その結果、例えば国民健康保険においては、2009年度には59万円だった賦課限度額が19年度には80万円と、わずか10年間に36%もの負担増となっている。

年金とは違って本来保険料負担が保険給付に反映しない現代の医療保険において、経済指標を無視した強引な負担増は、いかに対象者の数が限られているとはいえ、到底本人の納得を得られるものではあるまい。そもそも限度額に溜まった被保険者数の比率など、何ら合理的な根拠はない。ここまで給付と負担の関連性を無視した著しい負担を求められるなら、ドイツのように民間保険に入って自分で自分のリスクには備えるので、強制加入から外して欲しい、という思いを強くするのではないだろうか。

本来、社会保険においては、民間保険の鉄則である「給付・反対給付均等の原則＝リスク見合いの保険料」を強制加入によって修正すれば、例えば定額保険料であっても社会連帯の表明としては十分であり、報酬比例の保険料負担には相応の節度があって然るべきである。

ドイツでは医療保険は年金の上限額の約7割

ドイツの医療保険においては、官吏、自営業などと並んで一定所得以上の被用者についても、自ら傷病時のリスクに備えることができるとして、公的医療保険の強制加入の対象から除外されている。この加入義務限度額が同時に保険料算定上限額となっていて、かつてはそのつど法律改正により政治的に決まり、不規則だった。

しかし、この限度額の設定に関する合理的なルールが必要であるとされ、1971年に年金の保険料算定上限額の4分の3とするルールが確立され、それ以降、毎年の平均賃金の変動率にあわせてそれぞれの保険料算定上限額が改定されてきた。

2003年には、財政危機に対応するため、法律により年金の保険料算定上限額が賃金上昇率を超えて引き上げられ、これに伴って医療保険の加入義務限度額も引き上げられたが、医療保険料算定上限額はこれと切り離され、従来通り賃金変動率に応じて改正されて現在に至っている。その結果、保険料負担がほぼそのまま年金給付額に反映される年金保険料は平均賃金の約2・1倍、医療給付との関連性が弱い医療保険では約1・4倍と、経済指標の変動に応じて安定的に推移しており、極めて合理的かつ妥当な考え方であると評価できる。

ポスト一体改革の青写真を急げ

日本におけるこうした社会保険の基本的な給付と負担のバランスを崩す改正の背景には、言うまでもなく悪化の一途を辿る国の財政危機の下で、租税の調整機能が麻痺している現実がある。分立した社会保険集団の間の構造的なリスク格差を埋めたり、被保険者間の公平を保つための財政支援は本来租税の役割だが、この10月からの消費税率10%への引上げでは到底財源的に対応できず、次の段階の税制改革の構想が不可欠である。

消費税の導入から税率引上げまでの経過を振り返ると、平成の時代を通して、日本ではすでに消費税は政治的な鬼門となった感すらあるが、政治は、消費税率10%後の日本の社会保障と危機的な財政基盤の再建に向けて、具体的な青写真を示し、国民に説明し、信を問う責任がある。

社会保険においては、「給付と負担の関連性とバランス」こそが制度への信頼の根幹で、これを毀損し、取りやすい中高所得者に安易に財源を求める現在の手法は社会保険の邪道であり、中止すべきである。

時事評論

健康保険組合の原点
―労働と健康―への回帰

放送大学客員教授　田中　耕太郎

本年3月7日、ドイツ企業疾病金庫連邦連盟のクニープス理事長とシュレーダー健康増進局長を迎え、健保連主催の日独医療保険セミナー「ドイツに見る保険者のあり方」が開催された。

筆者もその企画段階から参加し、ドイツの企業疾病金庫の近年の積極的な取組みから、改めて今後の健康保険組合のあり方について強い刺激を受けた。以下で印象的だった点を中心に報告したい。

企業疾病金庫が置かれた状況

ドイツでは1992年の医療保険構造法（GSG）により、各種疾病金庫の加入者の性別・年齢別・障害の有無・所得水準などの構造的なリスク格差を調整して公平な競争条件を整えたうえで、96年から被保険者が保険者を自由に選択できるしくみが導入され、各疾病金庫は加入者獲得を巡って厳しい競争環境に置かれることとなった。

こうした条件下で企業疾病金庫は、当初はその規模の小さい機動力を生かして、健康で所得の高い高学歴層など保険料負担に敏感な層を積極的に勧誘し、またこうした層を中心に、より低い保険料率を求めて大量の加入者の移動現象もあったため、2000年代初頭までは最大の勝ち組になり、その加入者数を倍増させた。

しかし、その後、疾病金庫間の相次ぐ合併により保険料率の平準化が生じたのに加え、2009年から直接的な罹病率を加味したリスク構造調整が導入されると、州単位の地区疾病金庫や全国単位の代替金庫などの巨大金庫が、医薬品などの共同購入割引や付加給付の内容などにおいて規模のメリットを生かすようになり、次第に加入者数を減らしてきた。

その一方で、加入対象者を母体企業の従業員以外にも開放した多くの開放型企業疾病金庫においては、かつてのように事務費や人員などについて母体企業から援助を受けることもできなくなり、また新たな加入者の獲得競争に走るあまり、肝心の母体企業との結びつきが希薄になり、そもそもの存立のアイデンティティーが失われるという状況に追い込まれていった。

企業疾病金庫ルネッサンス

こうした逆風下で、2013年に新たに設立された連盟の理事長に就任したクニープス氏が話のなかで強調したのが、「企業疾病金庫ルネッサンス」という言葉である。それはすなわち、「企業疾病金庫はそもそも何のために作られ、誰のために存在するのか」という問いかけである。

ドイツで最初の企業疾病金庫は、1717年に設立された青色顔料製造のPfannenstiel社の疾病金庫だった。この企業が当時行っていたコバルト精製は、危険性が非常に高く人体にも有害で、従業員の健康被害を引き起こしたことから、従業員と家族の生活と健康を護るために金庫が創設された。2017年に創設300周年を迎えた企業疾病金庫の歴史は、ドイツ国家の成立よりも古く、ビスマルクの社会保険立法よりもはるかに遡る。それは法律や国家の委託に

基づいて創設されたものではなく、企業によりそこで働く従業員と家族の生活と健康のために自主的に創設されたものである。

そこで、稀薄化してしまった企業との結びつきを再度強化し、「労働と健康」という、企業疾病金庫ならではの存在基盤に立ち返った取組みを強化しているとの基調が報告された。

そのために、理事長就任後、加盟各金庫を訪問する際には、疾病金庫だけではなく必ず母体企業の本社、工場などを訪問し、経営トップや労使の幹部と直接に面会し、従業員の健康問題や職場環境、さらには企業にとっての疾病金庫の意味や役割などを話し合ってきたという。

また、企業と疾病金庫を結びつけるため、各種の大会や催し物などは連盟の会館やホテルなどで行わず、企業の自動車工場のスペースを使ったり、鉄道金庫の縁で駅ホールで行うなどを通じて、企業疾病金庫があくまでも各企業とともにあることを相互に認識を深め合ってきたとの報告も印象的であった。

こうした対外的なアピールと並行して、従業員の健康増進や予防活動について、企業の労働安全衛生担当者や産業医、労働監督行政とも同じテーブルについて、具体的な健診や医療データの系統的な分析を通じて職場環境の改善や、従業員の健康増進に向けた実地での相談指導などの取組みについても、興味深い多くの実践事例がシュレーダー氏より報告された。

健康保険組合の自律と自立

日本では、国民健康保険、協会けんぽ、健康保険組合に分立する保険集団間の財政力格差を調整するのは税の役割だったが、国の財政難を背景に、1983年の老人保健法以来、繰り返し保険者間での財政調整による国庫負担の肩代わりが拡大強化されてきた。

その結果、唯一公費の援助を受けないで自立して運営され、診療報酬の交渉の場でも保険者を代表して診療側と渡り合い、制度運営を牽引してきた健康保険組合が、今ではその数もこの20年間で4分の3に減少し、保険料率も上昇を続けて協会けんぽに迫る勢いで、経済的なメリットを失った企業による解散も相次ぐ窮状に陥っている。

今回のセミナーでは、環境は異なるものの、同じく厳しさを増す運営環境のなかでも企業とその従業員の労働と健康に根ざした保険者としての原点に立ち返ったリバイバルに向けて、精力的な活動を展開しつつあるドイツの企業疾病金庫から多くのエールと示唆が送られた。

加入者と母体企業に必要とされる存在に

両国間での制度の相違はあれ、日本においても、低い保険料率という経済的な優位はほぼ失われつつある。そうしたなか、保険料が高い・低いの損得を超えて、母体企業とその従業員・家族から本当に必要とされる保険者になるために、加入者が健康保険組合に何を求めているのかを必死に探る必要がある。

日常的な予防や健康増進にどう貢献できるか、さらには病気になったときの医療の受け方や医療機関の選択、あるいは病気を抱えながらの仕事との両立支援、自助グループの紹介など、現在の制度の下でも、健康保険組合が独自で、あるいは共同して取り組める課題は数多くある。

ドイツの企業疾病金庫と同様に、日本でも健康保険組合こそが、経営や効率的な事業運営といった「企業家DNA」を企業と共有し、医療保険に先駆的な革新をもたらせる存在だろう。この創業の原点に立ち返り、存亡の危機をバネに労使と強力なスクラムを組んで、デジタル化を中心に激変する労働環境にあって、加入者の健康の護り手として企業になくてはならないと認められる存在になってほしい。

そのためにも、自立した運営を毀損する各種の拠出金負担に対し、早急に法律で上限比率を画定することが不可欠である。

時事評論

オーストリアの医療保険の挑戦

放送大学客員教授　田中　耕太郎

今回、現地調査への参加をきっかけに、初めてオーストリアの医療と介護について調べる機会を得た。ドイツ語圏に属し経済力の高い隣国同士で、同じく社会保険方式を採用する連邦国家ながら、ドイツとはまた異なる工夫をしていて、とても興味深かった。前回の介護保障に続き、本稿ではその医療保険について、示唆に富む点を中心に述べる。

健康指標と医療提供体制の特徴

オーストリアは人口８８０万人で、２０１７年の平均寿命は男79歳、女84歳と長寿国ながら、高齢化率は18・５％と日独と比較しても低い。１人当たり国内総生産（ＧＤＰ）は４万３６６０ユーロと経済力は高い。

ＥＵの各種の調査では、肥満、喫煙といった生活習慣病のリスク軽減に向けての対策は不十分で、保健医療費のうち予防対策に費やされる費用もＥＵ平均よりも低いなどの問題点が指摘される。一方で、必要な医療が受けられなかった人の比率の所得階層間格差では、ＥＵ加盟国中で最も小さく、総医療費に占める家計負担が相対的に重いなかにあって、医療へのアクセスでは高いパフォーマンスを示している。

医療提供体制は、病院医療と外来診療とで財政システムが異なり、連邦、州、疾病金庫などの関わりも複雑で、システムが分権化、細分化されている。そして、プライマリケアが弱く、その分、病院医療のウェイトが高くて医療費支出も多く、協調と連携が大きな課題とされる。

現に業務に従事している医師総数は２０１８年末で４・６万人、人口千人当たり医師数は５・２人と、ＥＵ内ではギリシャに次いで多い。他方で看護師は人口千人当たり８・４人で、ＥＵの平均水準にとどまる。

２０１７年末現在で病院数２７１、病床数は６万４８０５床、人口千人当たり７・35床で、ＥＵの中でドイツに次いで二番目に病床数が多い。

開業医については、保険外来診療を担当し保険医需要計画に従って配置される保険医と、保険契約をせずに自由診療を行う選択医（Wahlarzt）という独特の形態の開業医が併存している。そして、被保険者が選択医の診療を受けた場合にも、公的医療保険からその診療報酬で算定した額の８割が償還され、残りの２割と保険の診療報酬の対象外の差額部分が患者の負担になる。また、０・７万人の医師が病院勤務の傍ら開業医として外来診療に従事している点も独特で、その多くが選択医として開業している。

医療保険の特徴

オーストリアでは、ドイツで強制適用から除外されている官吏や自営業者、高所得の被用者なども公的医療保険の強制加入の対象とされ、国民の99・９％が公的医療保険に加入し、ほぼ国民皆保険となっている。

公的医療保険の保険者は、州ごとに設立された九つの地区疾病金庫と大企業を中心に設立された五つの企業疾病金庫、それに特別分野として、商業従事者、鉄道・鉱山労働者、農業者と公務員を対象とした四つの社会保険機構があった。しかし、２０１８年に成立した右派政権は、社会民主党の支持基盤だった社

会保険の組織改革に乗り出し、2020年1月からは九つあった地区疾病金庫が全国で一つのオーストリア医療金庫に集約されるなど、大幅な統合が進められている。

被保険者は、その職業や勤務先などに応じて、法律によりその加入先の保険者が一義的に決められており、ドイツのような被保険者による保険者の自由選択制は採用していない。

医療保険で注目されるのはその保険料率の低さで、7・65%とドイツの半分以下で、日本と比較しても遙かに低い水準にとどまっている。これを被保険者本人と事業主がほぼ折半負担する。

このように保険料率が低い理由としては、皆保険により高所得の被用者や官吏なども対象としていること、これと関連して保険料賦課対象報酬の上限額が年金保険と同水準に設定され、ドイツよりも高いこと、公費負担が大きいこと、家計負担が相対的に大きく給付率を抑制していることなどが挙げられる。

医療保険財政の構造

オーストリアの医療保険の診療報酬は、病院と外来でまったく異なった複雑なシステムを採用している。病院については、2005年に各州に州医療基金（LGF）が設立され、ここに連邦租税財源と医療保険者からの保険料財源が配分され、これに州の租税財源が拠出されたうえで、ここから公立と公益の各病院に対し、オーストリアDRGに基づき支払われる。

一方で、保険外来診療については、保険医が加入している医師会と医療保険者の交渉によって決まるが、伸び率の設定については、2013年及び2017年の法律に基づき、上限が設定される。

2017年の保健医療費支出によれば、総支出額は対GDP比11・2%とドイツとほぼ同水準で、EU加盟国の中では医療費水準が高い。その内訳を見ると、社会保険料と公費による公的支出の占める割合は全体の73%、そのうち両者の比率はほぼ6対4で、ドイツとは異なり、病院医療を中心に公費負担の割合が高い。

他方で、民間保険を含む家計支出は27%と、EU内では家計負担が重い。ただし、注目すべきは、家計支出から民間保険を除いた患者負担のうち、法定一部負担は12%に過ぎず、それ以外の88%は、外来で選択医にかかった場合の保険外負担などの直接支払いが占めている点である。つまり、保険医を通じた保険外来診療における患者負担は低く抑えつつ、患者の選択医への受診やOTC薬の購入などの保険外負担の比率が高い。こうした組み合わせを通じて、基礎的な保険診療へのアクセスを保障しつつ、相対的に高い患者負担は低い保険料負担に貢献している。

外来診療を巡る今後の課題

こうしたドイツとも異なる巧みな組み合わせによる保険給付範囲の抑制は、今後の日本での選択肢を考えるうえで筆者には新鮮で興味深いものだった。

ただし、この仕組みについても、保険医と選択医のバランスの変化という大きな課題が指摘される。保険医のさまざまな制約を考えると、若い専門医や腕に自信のある医師たちには、選択医のほうが魅力的である。このため、2000年には開業医のうち保険医と選択医の比率は63対36だったものが、18年では39対61と短期間に逆転している。加えて、保険医の高齢化が深刻で、その60%が55歳以上であり、今後10年から15年で退職が見込まれている。

病院医療への過度の依存を是正し、プライマリケア充実の必要が叫ばれるなかで、基盤となる保険外来診療の強化が急務となっている。このため、2017年の医療改革で2021年までに2億ユーロを投じて全国に75か所のプライマリケアセンターを創設することとされた。

こうした独特の外来診療システムの長所と課題、その今後の動向を引き続き注視したい。

社会保障読本２０１７年版　医療保険 理論編

医療保険制度の課題と将来

放送大学客員教授　田中（たなか） 耕太郎（こうたろう）

はじめに

２０１８年度は、わが国の国民皆保険の基盤を成す国民健康保険にとって、１９４８年の市町村公営原則の採用以来の大改革となる都道府県保険者化がいよいよ施行される。また、医療提供体制の再編にとって１９８５年の医療法改正で導入された医療計画による病床規制に次ぐ地殻変動をもたらす地域医療構想が、いよいよ調整区域ごとの具体的な病床機能の再編・統合に向けて本格的に動き出す。

さらに経済面では、６年ぶりの診療報酬と介護報酬の同時改定が実施される。

こうした大きな節目となる時期にあたり、日本の医療保険導入時のモデルともなり、近年大胆な改革を重ねているドイツとの比較分析を通じ、日本の医療保険制度の特質とその改革の方向について、考えてみたい。

一、医療費負担の選択肢

医療保険が国民に対して質の高い医療サービスを経済的に保障する仕組みである以上、当然のことながらその提供する医療サービスの質、アクセス、水準、地域的バランスなど、様々な点からの評価が重要であることは論を俟たない。しかし、現在、世界各国で共通して直面し様々な改革を迫られている最大の問題は、経済成長のペースを超えて増大する医療費を誰がどう負担するか、そしてそれが近い将来にまで持続可能か、ということである。

公的医療保険制度を有する各国における医療サービスに係る費用負担の選択肢は、基本的に図の概念で把握することができる。

①保険診療に取り込むか

この選択肢は、およそ医学的に有効性・安全性が確認された医療をそもそも公的医療保険の給付対象とするかどうかという、いわゆる給付カタログの問題である。これについては、ドイツも日本もほとんどの国民を対象として公的医療保険による医療サービスを保障しているため、美容整形など一部の審美的なものを除いて給付除外することは難しい。

②混合診療の範囲

そうなると、保険診療の範囲を限定する手法としては、混合診療の範囲を拡大するという選択肢が残る。

わが国では、長らく差額ベッドと歯科補綴の材料差額を除いて混合診療を禁止してきたが、１９８４年の改正以降、徐々に拡大してきている。それでも、確立された医療の本質的な部分にまでは踏み込まず、抑制的に運用している。ドイツでも、ＩＧｅＬと呼ばれる特殊な治療法などを対象とした保険外診療はあるが、基本的には混合診療には抑制的である。ただし、注目すべきは、薬剤給付について、１９８８年改革により製薬業界の強い反対を押し切って薬剤定額給付制（いわゆる参照価格制）

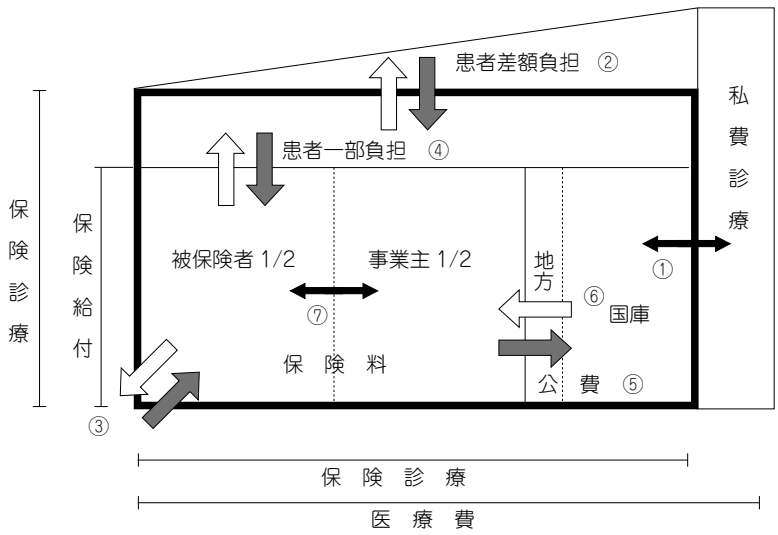
を導入し、現在までその範囲を拡大して医療費の効率化を進めている点であろう。

③保険診療総体の合理化

以上二つの選択肢の内容が決定すれば、その時点で保険給付の対象となる診療、すなわち保険診療の範囲が確定する。そうなると、まずはこの保険診療全体の質をどう確保し、効率化するかという、医療保険でもっとも難しい課題が待っている。医療提供体制の改革、診療報酬改革、薬価基準の見直し、医療技術の質や費用対効果の評価など、あとでいくつか触れるが、ドイツでも日本でも、いまや医療保険改革の本丸はこの領域に集中している。

他方で、この内容を効率化、縮小するということは、医療機関の収入総額の縮小に直結し、また介入の過程で不可避的に医師のプロフェッショナル・フリーダムにも法律や手続きが介入することになるため、医療提供サイドの反発や抵抗がもっとも激しく、改革の難しい領域である。

図　医療費負担の選択肢と方向性



④患者一部負担の範囲

こうして決まる保険診療の費用の分担は、図の④のとおり、受診する患者と被保険者なり納税者がどう分担するか、患者一部負担の問題である。ドイツでは伝統的に患者負担による医療費適正化の効果に懐疑的で抑制的だったのに対して、日本ではかつて医療保険制度拡充期には老人医療費無料化を頂点として一部負担の縮小を進め、その後一転して財政再建の時代に入ると、1982年の老人保健法や84年の健康保険法改正以降、現在に至るまで、一貫して患者負担の増加を中心的な政策ツールとして常用してきた。

⑤公費負担の範囲

次に、保険診療費から患者負担を除いたものが保険給付費になるが、大きく分けるとこれを公費と保険料でどう分担するか、という課題がある。

ここでもドイツと日本は対照的で、日本が皆保険を背景に、とりわけ財政基盤が脆弱な国民健康保険や高齢者医療を中心に多額の公費を投入してきたのに対し、ドイツでは19世紀末の制度創設以来、一貫して、国の介入を嫌って労使による自治的管理を重視するため、給付費はおろか事務費も含め、すべて保険料で賄ってきた。

ただ、さすがに保険料負担が14％を超えるに至って、2004年からは連邦補助を導入し、逐次拡大を図ってきた。とはいえ、現在でもその比率は給付費の1割にも満たず、保険料中心主義は基本的に貫かれている。

なお、公費については、中央政府と自治体の負担割合も重要な選択テーマになる。

二、国民健康保険の都道府県保険者化

以上のような全体像についての把握を前提に、わが国の改革課題について論じる前に、国民健康保険の都道府県保険者化について、若干の私見を述べる。

いよいよ2018年度からは、国民健康保険の保険者について、これまでの市町村保険者に加えて都道府県が保険者とし

て、国民健康保険の財政運営の中心的な役割を担うことになり、このこと自体は画期的といえよう。しかし、今後とも市町村は保険料率の決定から徴収まで行い、療養の給付を始めとする保険給付も市町村がその住民に対して行うこととなっており、都道府県はある意味形式的な財政運営の責任を負うだけで、国民健康保険が抱える基本的な問題の解決にはならないとの批判も残る。

ただ、今回の都道府県保険者化がもつ最大の意味は、ある種形式的であれ国保財政が都道府県財政として明確に位置づけられ、管轄下のすべての市町村の国保財政の状況が一覧され透明化されることに加え、都道府県が保険者として財政運営に責任を負うことが明確化された点であろう。そしてこのことは、従来から都道府県の権限と責任とされてきた、医療提供体制の再編や医療費適正化計画が、いよいよ具体的な財政責任を伴う次元に入ることを意味する。

医療の質の向上と医療費の効率化を図るためには、病床再編を中心とした医療提供体制の抜本的な見直しを抜きにしてはあり得ない。政治的には国や市町村以上に医療団体の圧力に弱い都道府県が、決意を持って交渉に臨まざるを得なくするためにも、今後、都道府県の公費負担割合を増やし、安易な国の財政調整の道を閉ざすことが、今回の都道府県保険者化のパフォーマンスを最大化するカギを握ることになろう。

三、医療保険改革の二つのアプローチ

―泥船に乗り続けるか、アップダウンのリスクを取るか―

ドイツでは、1988年の医療保険改革法（GRG）を鏑矢（かぶらや）として、この四半世紀の間に大きな改革だけで7本もの法律改正を重ねてきた。そのいずれもが従来にない理念や手法を導入する、挑戦的なものである。とりわけ1992年の医療保険構造改革法（GSG）は、単なる財政対策を大きく超え、公的医療保険の世界に新たな理念と手法を持ち込み、パラダイムの転換を行った。これにより、19世紀末のビスマルクによる制度創設以来、連綿として一世紀続いてきた、雇用関係、職業、勤務先によって加入先の保険者が決まるという枠組みを取り払い、保険者間のリスク構造調整を行ったうえで被保険者が加入先の保険者を自由に選択する、という疾病金庫選択制を導入した。

さらに2000年改革では、病院（＝入院）医療に対するDRGの全面導入や各種医療機関が連携した統合型医療や疾病管理計画（DMP）の導入などを行い、その後も改革の重点を医療提供体制の改革と診療報酬改革に移しつつ、改革を断行してきている。

これらの改革の動向を見ると、まず大きな改革を前に駆け込み申請で医療費が急増し、改正法の施行によりこれが激減し、2、3年もすると現場で新たな対応が現れて再び医療費の上昇が始まり、次の大きな改正が行われる。こうしたことを繰り返してきた四半世紀であった、ともいえる。

こうしたアップダウンを繰り返す改革手法は、そのつど現代的な新たな医療保険の姿に変貌を遂げ、新たな手法も次々と生み出されているが、それが結果として医療の質の向上をもたらしたかについては判然としないし、効率化の面でも、少なくとも単純に保険料率の推移で評価する限り、日本よりも経済が堅調で雇用者報酬も伸びているなかで医療費負担の抑制は達成できていない。

これに対してわが国では、1982年の老人保健法以降、何度かの医療保険改正を行ってきたが、基本的にその手法はほぼ一貫して、①患者負担の増加による給付費の抑制と効率化（と称する、いわゆる長瀬効果）、②保険者間の財政調整を通じた優良保険者からグループ外への拠出負担の増大による弱小保険者の救済と国庫負担の抑制、③医療費全体に対しては診療報酬と薬価基準の改正による新技術導入や新たな診療形態への経済誘導、という三つの手法を繰り

返してきた。

これは、対立や変革を好まない国民性、主要政党が政策をリードできない政治システム、医療関係団体の政治力の強さ、相対的に弱い保険者団体や労働組合・消費者団体といった力学に対応し、行政的調整への収斂という、いかにも日本的対応ということもできよう。

しかし、こうしたみんな道連れで根本解決を放置して、取りやすい所からとりあえず取ってほころびを繕うというやり方では、今後いよいよ急速に進行する超高齢・多死社会に適合し、財政的にも持続可能な医療保険制度を構築することは不可能である。沈みゆくのを見ながら旧来の泥船を漕ぐに似る。

四、具体的に取り組むべき改革課題

ドイツと日本の制度や取り巻く環境の相違などを踏まえたうえで、一の概念図に沿って、日本が取り組むべき医療保険改革の項目について私見を述べてみたい。

(1) 薬剤定額給付制の導入 ―混合診療の選択肢―

わが国では1984年の健康保険法等の改正により特定療養費制度が創設されて以降、逐次、混合診療の範囲が拡大されてきたが、選定療養については伝統的な差額ベッドと歯科材料差額以外には細々としたものに止まり、1994年の入院時給食材料費が少し目を引く程度に止まっている。

混合診療は、基礎的な給付は公的保険でしっかりと保障しつつ、それを超える選択的・追加的な医療サービスは患者と医療機関の契約を通じた選択に委ねる、というコンセプトで、それ自体については幅広い理解が得られるものの、実際の線引きの困難さ、情報の非対称性や患者の弱い立場などから、濫用の危険性が高く、その対象として適切な領域の選定が重要である。

こうして考えると、やはり無形の技術には適用し難く、価格が理解しやすい物が対象として適している。また一定規模の財政効果が見込まれるものが望ましく、さらにドイツですでに四半世紀以上の経験を通して肯定的な評価が定着していることも考え合わせると、薬剤定額給付制の導入に向けた具体的な検討作業に入るべきだと思う。

両国の薬価基準制度の相違はあっても、日本の制度に取り込むことは法技術的にも入院時給食と同様の仕組みを用いることで何ら問題なく対応可能である。また医療現場に選択の余地を残しつつ、先発薬のメリットを選択するのであればその費用は自分で負担するというソフトな経済的アプローチが事柄の性質にも適合すると考えられる。

さらにドイツでも制度導入時の製薬業界の強い反対の根拠として新薬開発力の阻害が挙げられたが、それが単なる危惧あるいはフェイクであったことは、この間の事実が証明している。

(2) 保険診療総体の合理化

ドイツも日本も、医療保険改革の本丸はこの領域に集中しつつあり、基礎にある医療提供体制の改革を含めて、急がれる重要な課題について述べる。

最初に、ドイツで1996年から導入された、リスク構造調整を伴う保険者選択制という新たなスキームについて考えたい。この仕組みは、オランダやスイスでも導入されており、公的医療保険の現代化の一つの姿として理論的にも実務的にも魅力的で刺激に満ちている。また、保険者の顧客サービスの向上、保険料率格差の是正、保険者間の合併再編を通じた保険者数の激減と運営基盤の強化など、具体的な成果も見えてきている。

しかしながら、この理論フレームが目指す、保険者間競争を通じた医療の質の向上と経済性の達成、連帯と競争の両立という目標は、20年余りの経験を重ねた現在でも、なお達成されたとは言い難い。逆に、被保険者リスクと保険者運営の効率性を巡って、保険者間の対立は深刻化している。このため、その思い切った構造改革への挑戦の姿勢は高く評価しつつも、筆者

も日本での導入を提唱するにはなお躊躇せざるを得ない。

このようなかで、日本での政策採用が可能であり効果的だと考えられる改革の方向について、以下に述べる。

①地域医療構想の実現に向けた診療・介護報酬による誘導

地域医療構想の具体化については、本誌でも他の論文で取り上げられるものと思われるので、ここでは、各調整区域における具体的な病床機能の転換・廃止と在宅医療への切替えなどの再編を実効あるものとするため、基金の積極的な活用と合わせて診療報酬の具体的な内容を通じて、強力な後押しが不可欠であることを述べるに止める。

②入院医療への本格的なＤＲＧの導入と強制適用への移行

ＤＲＧの具体的なアルゴリズムや体系などは、国により基礎となる医療保障制度の違いもありバリエーションがあるが、そもそもこうした診断名・重症度等に応じた件数包括払いの狙いは、次のような点にある。

・給付と費用についての透明性の向上
・入院治療の標準化と質の向上
・投入費用ではなく給付ニーズに応じた報酬の原則
・病院の構造転換の推進
・病院間競争の促進
・公的医療保険の支出の安定化
・入院患者の在院日数の短縮化

しかし、わが国のＤＰＣは１日包括払いで、しかも病院の種別に応じた個別の基礎係数や機能係数などに応じて、いわば個別の病院ごとに既存の収入を保障する仕組みで、これでは包括払い本来の狙いはほとんど達成できない。

ドイツと同じ２００３年に制度の導入に取りかかってすでに14年になるが、ドイツで病院医療が大きく変貌を遂げてきているのに対して、わが国では旧態依然とした過剰な病床、非効率な入院医療、異常値ともいえる長い平均在院日数、不祥事が後を絶たない大学病院など、国民医療費の50％もの比率を占める病院は一向に改革が進んでいない。ある調査結果によれば、２０１３年で調査対象病院の77％がＤＰＣ採用の理由として「経営（財務）にとって有利だから」と回答している。任意の採用とする限り、調査結果を待つまでもなく当然の理だろう。

もちろんわが国の入院医療が一般病床といえども多様な患者を収容していること、同一疾病でも病院間の格差が大きいこと、在院日数のバラツキも大きいことなどは前提として慎重に進める必要がある。しかし、これらの非科学的な現実は放置しておいてよいものではない。世界で診断名や重症度、合併症の有無などに応じて、治療内容と費用の標準化が進んでいるなか、不合理な格差や不透明な個別事情を解消していくためにも、本来の１件当たりＤＲＧに切り換え、任意適用から強制適用へ、そして個別病院の単価差を数年かけて段階的に統一水準に収斂させていくという、ドイツが時間をかけて進んできたレベルの出発点にわが国も立つべき時期ではないかと思う。

③療養病床の廃止・転換と介護医療院の適正な運用

医療保険の立場から見たとき、急性期病院の改革と並んで、療養病床の扱いがわが国では大きな問題領域を構成する。これは介護保険とも深く関係する。

介護療養病床については２００６年の法律改正により廃止され、老人保健施設などに転換されるべきであった。また医療保険適用の療養病床についても人員配置特例が廃止され、大幅に縮小される予定であった。しかしながら、病院団体の圧力で二度にわたり経過措置が延長され、また新たに介護医療院という名で老人病院が復活した。

加えて、この新類型には、既存の療養病床はもちろん、法律上は新規の病床からの転換まで認められることになった。これは、地域医療構想で病院病床として過剰で不要とされた病床の受け皿が用意されたものと考えざるを得ない。

本来廃止・縮小されるべきものが正規に位置づけられ、拡大すらしかねない。しかし、本来は入院治療が必要ない、地域でケアできる人を収容する施設の

増殖を放置して、すでに財政的にレッド・ゾーンに入っている介護保険も、医療保険も、これからの超高齢・多死社会に持続できるわけがあるまい。また国の目指す地域包括ケアや在宅医療が普及するはずもない。

法律ができてしまった現在、これが現状維持はおろか増殖することがないよう、2018年度の診療報酬・介護報酬同時改定では厳しい姿勢で臨んでほしい。

④精神病床の縮小と地域移行・質の改善

老人病院と並んで日本の医療の暗部が精神科病院である。世界の人口の2%しかない日本に世界の精神病床の20%が存在している。その精神病床の多さと在院日数の長さで、世界のなかでも突出した異様な姿を示すわが国の精神医療は、多くの改革課題を抱えている。

すでに国は2004年の精神保健医療福祉の改革ビジョンにおいて、「2015年までの10年間で、約35万床ある精神病床のうち少なくとも社会的入院で退院可能な7万床を削減する」としながら、2017年の現在、依然として約34万床の精神病床が存在し、10年以上の貴重な年月を空費してきた。犠牲者は患者であり、これは人権侵害だという認識すら医療界は持ち合わせていない。

入院自体が問題だが、加えてそこで行われている医療には、これまでもたびたび深刻な問題が明らかになった。つい最近も、ニュージーランド生まれの青年が神奈川の精神科病院で、暴れてもいないのに、暴れる可能性があるという理由で、家族の反対を押し切って身体拘束され、死亡するという事件が発生し、外国特派員協会で記者会見が行われて、日本の精神医療の惨状がまた世界に発信された。

厚生労働省の調査では、物理的な身体拘束だけでもこの10年間で2倍になったと報じられている。

国もさすがに本腰を入れて精神医療についての地域包括ケア体制の構築に向けて体系的な取組みを始めたが、これまでの経緯を踏まえると、療養病床廃止と同様、どこまで実効性ある強制措置で結果を出せるか、最後のチャンスに覚悟を持って施策を進めてほしい。

(3) 患者一部負担の引上げはもう限界

前項で指摘したように、わが国ではこの30年以上にわたって、医療保険改革の主要な手法として、患者一部負担の引上げを継続的に行ってきた。その結果、現在では学齢前の子と高齢者を除き、制度の別に関係なく3割負担にまで増加している。

わが国の患者一部負担の比率は先進国のなかでは突出して高くなっており、傷病時の医療保障制度として、これ以上の引上げはもはや限界で、採用すべきではない。ただし、高齢者の1割ないし2割負担の優遇は、かつての老人医療費無料化の残滓であり、所得に関係なく年齢により負担率の差を設けることには何ら合理性はない。国民の負担についての理解を得ながら、早急に是正すべきであろう。

(4) 公費負担のあり方

このようにして保険給付の範囲が決まってくれば、あとは公費負担の範囲に応じて保険料でカバーする範囲が決まる。

今後、経済的な負担能力は低い一方で、複数の慢性疾患を有する高齢者がなお急増することを考えれば、本来は、消費税率のさらなる引上げにより国の財政基盤を強化しつつ、保険で対応が困難な状況に対しては公費負担を引き上げるべきである。

しかし、消費税増税に対する国民の今なお強い反発と惨憺たる国家財政の現実を直視するならば、言うは易いが無い袖は振れないという議論になり、公費負担のさらなる大幅な引上げを期待することは無理だろう。

引き続き消費税増税の必要性を愚直に訴えつつ、当面は医療費総体の合理化、効率化、資源の適正な再配置など、ともかく泥船が喫水線を越えないよう、医療関係者の理解と協力を求めながら全力を尽くすほかないものと思われる。

時事評論

奈良県の医療改革へのエール

放送大学客員教授　田中　耕太郎

長年の懸案だった国民健康保険（国保）の改革がいよいよこの4月から実施に移され、都道府県が国保の財政や事業運営に中心的な役割を果たす体制がスタートした。しかし、都道府県の多くが当面の市町村間の保険料水準の格差を統一化する具体的な計画を打ち出せないなか、近い将来の保険料水準の統一方針を明示し、県主導の積極的な医療費適正化対策や地域別診療報酬の活用まで打ち出した奈良県の取組みが注目を集めている。

国主導の医療政策からの脱却

奈良県は2018年度からの国保の保険料水準統一に向けた具体的な方針とスケジュール、第3期医療費適正化計画、そして地域医療構想の内容を公表しているが、いずれも地域の医療提供体制と医療費負担の課題に正面から向き合い、県の主体的な分析と政策選択を明快に示したものとして高く評価できる。

正直なところ、これまで長きにわたって、医療や医療保険政策は国が主導して展開し、都道府県は国が示した基準やガイドラインなどに従って、地域の医療関係団体との軋轢をできるだけ生じないように気を遣いつつ、実施に移す作業を担ってきた。

それには無論理由があり、医療保険の財政には巨額の国庫負担が投じられ、県庁内には医療政策の企画立案経験のある専門官僚がほとんどおらず、知事や地方議会議員は選挙の応援を受けて国政以上に医療関係団体の圧力に弱い。このため、全般的に都道府県では受け身の姿勢が強く、国の示した算定式をそのまま機械的に地域のデータに当てはめているような、医療改革に向けた危機感や本気度が感じられない計画が多く見られた。

しかし、こうしたこれまでの状況は、今、大きく変わることを迫られている。そのもっとも大きな要因は、国保の財政など事業運営の中心が都道府県の責任に委ねられたことだ。むろん、国保の給付費の41％は国庫負担が投入されているし、それ以外の国の補助金もある。また診療報酬や各種の基準など、多くの財政的、技術的、専門的な事項について国の役割が大きいことに変わりはないが、都道府県はいよいよわが事として医療と医療費の問題に取り組まざるを得なくなっている。

そうしたなかで、奈良県の医療提供体制や国保運営に向けての説明資料からは、県当局が困難な問題から逃げず、自らの課題として正面から向き合い、住民に提案・説明しようとする姿勢がうかがわれ、文章からもその意気込みが率直に伝わってきて、頼もしい。

その特徴は、まず、国保保険料について、2024年までに段階的に市町村間の水準の格差をならしていって県内で統一する方針と理由を明確に示していることだ。その際に興味深いのは、国のガイドラインで示されている市町村間の医療費水準の格差は反映させず、住民の人口構成と所得水準の差だけを反映させるとしている点だ。

医療サービス基盤の構築への県の責任の自覚

次に、保険料水準と医療費の地域格差を切り離すことと関連して、県内の医療提供体制を過不足なく均てんし、居住場所に

かかわらず住民に等しく質の高い医療サービスを保障するのは、県の責務だと言い切っている点が注目される。こうした理念のもと、保険料負担の水準の統一にあわせて、県当局が医療提供体制の再編を主導する意思を明確に示している。現実には、同じ県下でも地域構造には大きな格差があるため、その実現は容易ではなかろうが、その姿勢は高く評価されてよい。

さらに目を引くのは、将来の住民の保険料負担の予測において、国の示している医療費増加の予測が診療報酬の抑制や制度改正による給付費抑制の実績値よりも高すぎるとして、近年の実績値をもとに抑制的な医療費の増加見込みを立て、これを前提に現実的な保険料負担水準の見込みを立てている点である。そして、負担と給付の関係を透明化するため、一般財源からの法定外繰入れは2018年度に解消することとしている。

加えて、医療費適正化を実現するための具体的な方策を示すとともに、これを介護も含めて一体的に実現するため、行政部局の再編強化も盛り込んでいる。また、こうした医療費適正化に向けた種々の政策努力にもかかわらず医療費が予測を超えて増加し、保険料負担の見通しを超えた場合には、住民の負担と給付のバランスを図るため、高齢者医療確保法14条の地域別診療報酬の活用も検討すると踏み込んでいる。

この最後の点に関しては、県医師会や地区医師会などが猛反発しており、実際にこの手段が講じられる事態に立ち至るかどうかは予断を許さないが、医療費の半分は医師など従事者の所得であり、保険料負担と給付のバランスの選択を住民がどう判断するか、医療関係者も真剣に受け止めるべきだろう。

地域や保険者の創意工夫の促進と支援

ドイツの医療保険改革の重点は、2000年代に入ってからはそれまでの財政対策から医療提供体制の改革に重点が移ってきている。そのために、家庭医と専門医、病院など複数の医療機関がネットワークを作り一貫した治療方針の下で役割分担して医療を提供する統合型医療、糖尿病などの慢性疾患を対象として本人参加や研修も含めた疾病管理プログラム、家庭医主導医療など、旧来のバラバラの開業医と病院の枠組みを超えた新たな医療サービス形態が開発され、各地域で展開している。

これらの新たなサービス形態の展開を推し進めた要因として、法律上にモデル事業や新規事業の展開を容認する条項を設けて積極的に開放・支援したこと、法律上診療報酬の1%をこうした新形態のスタートアップに振り向けたこと、そして各保険者の付加給付として、新たなサービスに参加する被保険者に対する保険料の一部還付、患者負担の減額などの経済的なインセンティブを用意することを義務づけたことなどが挙げられる。こうした取組みと先進的な医療機関や保険者の実績と社会的評価を通じて、時代のニーズに応える新たなサービスが定着してきた。

日本の国民健康保険法にも健康保険法にも、保険者の任意給付や付加給付に関する規定が設けられているが、こうした視点からの具体化の例は聞かないし、モデル事業に関する要件や手続きなどを設けた規定も存在しない。

国がすべての医療サービスのあり方や医療保険の仕組みを細部に至るまで統制するやり方では、世界の医療システムの新たな展開に取り残される一方である。国民皆保険という大きな傘の下で、各地域や保険者の創意工夫による新たな取組みを促し、支援する仕組みを整えることが急務である。そうしないと、個別の医療技術だけは発達しても、肝心の医療提供システムの進化・発展が半世紀以上にわたって古色蒼然としたままで固まってしまっている日本の医療に、明日はない。

時事評論

疾病管理プログラムの導入を急げ

放送大学客員教授　田中耕太郎

本誌№2957（2018年1月22日号）で、ドイツでの近年の取組みのうちとくに注目すべきものとして、保険者主導による新たな医療形態の発展について述べた。そのうちの重要な枠組みの一つである疾病管理プログラムについて、今般、健保連の『保険者等による慢性疾患の発症・重症化予防に関する国際比較調査報告書』ができ、仕組みの詳細な分析とその評価に関する学術論文を渉猟した貴重な成果が取りまとめられた。

そこで、本稿ではこの新たな仕組みの概要を示し、日本での早急な導入の検討を促したい。

「疾病管理」の概念

報告書では、疾病管理プログラムの手法が開発され、民間医療保険などで広く普及しているアメリカと、日本と同様に公的医療保険制度を有し、2002年以来、法律に根拠を据えて全国の医療現場にしっかりと根付いているドイツを中心に、詳細な運用状況の分析や評価が行われている。

このうち、アメリカでの取組みは、民間保険会社が主導的に開発・普及を図り、民間の疾病管理プログラムの受託企業も多く展開するなど興味深い点も多いが、日本ではこうした民間企業がほとんど育っていないことや、背景となる制度の根本的な相違などもあるため、ここでは主にドイツでの取組みを中心に整理してみたい。

まず、「疾病管理（Disease Management）」という概念であるが、報告書では、「自己管理の努力が重要となる慢性疾患（糖尿病等）を有する集団に対する、協調的な介入およびコミュニケーションの取組みを指す」とし、「疾病管理に重要な要素は、一つまたは複数の慢性的な症状に対してリスクを有する集団を特定・階層化していること、プロセス指標とアウトカム指標を測定し、評価および管理を実施していること、専門分野横断的な介入を行っていること等が含まれる」とし、この仕組みの核心的な特徴を指摘している。

対象疾病の選定

ドイツでは、疾病管理プログラム（DMP）は、正式には「慢性疾患における構造化治療プログラム」と呼ばれ、その基本的な枠組みは、社会法典第5編（公的医療保険）137f条に詳細に規定されている。同条では対象疾病として、次の六つの要件を規定している：①その疾病に罹患している被保険者の数、②治療の質の向上の余地、③エビデンスに基づく診療ガイドラインの存在、④分野横断的な治療の必要性、⑤被保険者自身の積極的な関与が治療に影響しうること、⑥高額な医療費支出。

この要件を満たす疾病を医療提供者と疾病金庫の代表からなる共同連邦委員会（G-BA）が審議、決定する。

その結果、2002年以降現在までに、2型糖尿病、乳がん、冠状動脈性心疾患、1型糖尿病、気管支ぜんそく、慢性閉塞性肺疾患（COPD）の六つの疾病が対象に指定され、プログラムの登録者数は2017年末現在687万人、なかでも2型糖尿病の登録者数は418万人に上

り、最大規模となっている。

各民間保険会社が中心に開発・提供しているアメリカでは、被用者が500人以上の事業主が提供する医療保険プランのうち80％のプランに疾病管理プログラムが含まれており、その対象となる慢性疾患は、ドイツにおける対象疾病のうち、乳がんを除く同じ範囲の疾病が含まれているとされる。

なお、ドイツではその他うつ病、骨粗鬆症、関節リウマチ、腰痛について、対象疾病に追加する作業が進められている。

プログラムの基本的な仕組み

ドイツの仕組みでは、こうして法律で定める基準に基づいて対象疾病が選定されると、共同連邦委員会は、医療品質・効率性研究所の調査報告書の内容と臨床現場の実践などを総合的に評価して、疾病管理プログラムに求められる要求内容に関するガイドラインを策定する。

各疾病金庫はその内容に従ったプログラムを作成し、連邦保険庁に申請して認可を受け、保険医協会や病院との間でプログラムの実施に関する契約を締結し、被保険者に提供する体制を整備する。

疾病管理プログラムへの登録を希望する患者は、疾病金庫とプログラム実施について契約を締結している医療機関に参加を申し出て、対象疾患の確定診断を受け、主担当医師と登録に関する契約を締結して登録する、という流れになる。

プログラムへの参加や実施に対しては各種のインセンティブが設けられている。参加する被保険者に対しては奨励金や薬剤一部負担の軽減などの経済措置もあるが、最大のメリットは定期的な検査や処置、自己管理支援などの介入を通じて、最新のエビデンスに基づく標準化された良質な医療が継続的に保障されることであろう。

また医療提供者に対しては、個別の医療行為への診療報酬はもちろん、定められた定期的な検査や指導、報告などに対する報酬も設定されている。

保険者である疾病金庫については、良質で効率的な医療を加入する被保険者に提供できるほか、財政的には、プログラムの実施のための追加的な費用について、リスク構造調整の対象とされて補填される。

共同連邦委員会の策定するガイドラインの内容は、最新の医学的エビデンスに基づき定期的に見直され、プログラムに基づき、それぞれの治療経過について、プロセス評価とアウトカム評価が行われる。その結果は疾病金庫に報告され、それらの結果をまとめた質に関する報告書が定期的に各疾病金庫から公表されるほか、各医療提供者に対してもフィードバックされる。

導入に向けたシステム設計を急げ

保険者と医療提供者とは、費用負担を巡って何かと対立関係で捉えられる局面が多いが、本来は、加入者の健康を護り、傷病時には最新のエビデンスに基づく良質で効率的な医療を保障するという点では、目標を共通にできるパートナーである。各種の専門職の診療チームと保険者が、それぞれの役割を分担しつつ協力して加入者の発症や重症化の予防に努めることは、生活習慣との関わりが深い慢性疾患が主流の時代にあって、必須の取組みといえよう。

すでに日本でも糖尿病の重症化予防の必要性は認識され、対策も打ち出されているが、現場任せに終わっており、ほとんど実効性のある取組みの展開は見られていない。その強力な構造化された取組み手法の開発と普及の推進は、喫緊の課題といってよい。

諸外国に劣後することなく、優れた日本の皆保険の仕組みと医療提供体制の特長を生かし、日本型の疾病管理プログラムの導入と展開に向けて、行政、保険者、医療提供者がぜひ力を合わせて早急に具体化に向けた取組みを開始してほしい。

時事評論

医師の働き方の変化と診療所の機能強化

放送大学客員教授　田中耕太郎

近年の女性医師の著しい増加傾向は、その選択する診療科の偏在の問題もさることながら、家庭や子育てなど個人生活と仕事との両立指向から勤務形態の面でも大きな変化を生み出しつつある。さらにこうした傾向は、世界的にも女性医師に限らず、若い世代において強くなりつつある。本稿では、こうした近年の動向とも関連して、在宅医療の普及の視点を交え、今後の診療所の機能強化について考えてみたい。

女性医師の増加と働き方の意識の変化

近年の女性医師の絶対数および医師数に占める割合の増加は、日本のみならず世界的に顕著に見られる傾向である。OECDのHealth Statistics 2019によれば、主要国の女性医師の占める割合は、アメリカ36％、ドイツ47％、フランス45％、イギリス48％と、いずれも日本の21％をさらに大きく上回り、ほぼ半数近くに達している。

他方で、女性医師は家事や育児と就業との両立への配慮やその選好などから、選択する診療科が極端に偏っている。日本の2018年の医師・歯科医師・薬剤師統計で見ると、病院勤務医のうち、女性医師の比率が高い診療科では皮膚科55％、産婦人科45％、眼科42％、麻酔科41％とほぼ半数前後を占めているのに対し、救急科15％、外科7％、心臓血管外科と整形外科では6％と、極端に偏っている。

このような女性医師の診療科の著しい偏りは、将来の医療ニーズに対応した適切な医師養成計画の策定に難しい課題を突きつけているが、個人生活と仕事とのバランスを重視する傾向は女性に限らず、若い世代に共通する傾向でもある。そしてこうした価値観の変化は、就業形態の選好にも影響を及ぼし、開業資金の工面と返済などのリスクを背負って開業することは徐々に敬遠され、勤務医指向が強まる傾向にある。

ドイツにみる診療所の勤務医増加と機能強化

医師総数に占める女性医師の比率がすでに半数近くに達しているドイツでは、最近、保険外来診療に従事する医師のうち、開業する保険医の数が減少傾向をみせるのに対して、診療所勤務医が急増する傾向にある。具体的には、2013年末に11・1万人いた開業保険医が18年末には10・4万人へと6％ほど減少したのに対し、診療所勤務医は同じ期間中に2・2万人から3・4万人へと、わずか5年間で59％ほどの急激な増加をみせている。その結果、保険外来診療に従事する医師のうち勤務医の占める割合は、この期間中に15％から23％へと大幅に拡大し、またその54％を女性医師が占めている。

診療所勤務医は、その半数が開業医の開設する診療所に勤務し、あとの半数は外来診療センター（MVZ）等の施設に勤務している。このセンターは、もともと旧東ドイツで一般的だったポリクリニックを経過的に認めたものを、2004年に外来診療の機能強化のために、新たに外来診療センターとして位置づけて普及を図ってきたものである。その数は年々増加を続け、17年末には2821か所を数えるに至っており、1施設当たりの平均医師数は6・4人と規模が大きく、地域の外来診療の核

となっている。

こうした機能強化型の診療所の設置の促進は、オーストリアでもみられる。病院診療への依存が強く、外来診療を担う保険医の数の減少と高齢化に悩む同国では、２０１７年の医療改革の主要課題とされたプライマリーケアの強化のため、21年までに全国で75か所のプライマリーケアセンターを設置し、そのために2億ユーロの資金を投入することとした。昨年ウィーンで訪問したセンターでは、常時医師が4～5人勤務し、一般の診療所よりも長い時間、通年開業しており、平均５００人／日程度の患者が来院していた。

遅々として進まぬ日本の病床転換・廃止

２０１４年に導入された病床機能報告制度と地域医療構想では、国の示す指針と算定方式、データを踏まえ、再編計画は各都道府県が医療計画に定め、さらに調整区域ごとの具体的な再編内容は関係者の協議に委ねられた。このため、各地の医師会や病院などの強い抵抗と自治体の消極的な姿勢により、具体的な病床転換や廃止は遅々として進んでいない。

こうした状況に危機感を強めた国は、独自に個別病院の診療実績データを下に、全国で４２４の公立・公的病院を直接公表する強硬手段に打って出た。これに対して名指しされた病院や自治体は、個別の地域の実情を無視して住民や地域の不安をあおるとして猛反発し、また、民間病院も併せて地域医療の全体のあり方を考えるべきだと主張した。このため、国はリストの精査を行い、関係する民間病院のデータと併せて自治体に提供して議論を促した。

こうして国の思惑通り、受け身の姿勢に終始していた自治体もようやく本気で個別の病院を俎上に載せて具体的な病床転換・廃止に向けた再編の動きが加速しつつある。

こうした動き自体はむろん歓迎すべきことだが、制度創設当初から危惧されていたように、これが手を着けやすい公立・公的病院の再編に終わってしまっては、先進国でも群を抜いて過剰な日本の病床の多くを占める民間病院の療養機能を担う病床と精神病床の削減、居住・介護的施設や在宅への転換という本丸の政策課題は手つかずに終わってしまう。

病床削減と診療所機能の強化をパラレルに

２０１３年の社会保障制度改革国民会議報告書が改めて示した「病院完結型から地域完結型へ」という医療の構造転換を実現するためには、病床の削減・転換と、外来・訪問診療機能の強化とを同時並行的に進める必要がある。そのためには、病院へのＤＲＧの強制適用などを通じた入院医療の合理化・効率化と平行して、保険外来診療を担う診療所の規模の拡大と機能強化を推進する必要がある。

日本では未だ実践例は限られているが、それでも１９８０年から在宅医療を継続して実践してきたライフケア・システムや、最近では首都圏を中心に在宅医療専門の診療所を12か所運営する悠翔会などの実践が示すように、在宅医療を長期に継続するためには、複数医師の勤務が不可欠である。

国においては、こうした複数医師による勤務体制を有する機能強化型の診療所に対し、24時間３６５日の訪問診療の実施を必須要件として、診療報酬上の体制加算はもとより、開設費用やＩＣＴ基盤整備の費用への助成や税制面での優遇などを通じて、全国的な普及に向けた措置を講じることが望まれる。

また、既存の開業医も、こうした新たな形態の診療所に対して、患者を取られると身構えるのではなく、通院による日常的な外来診療と、通院が困難になったときや看取り期の訪問診療との役割分担と連携のあり方を模索し、協力して地域での暮らしが最期まで継続できるように支援してほしい。

時事評論

ドイツの医療提供体制と新型コロナ対応

放送大学客員教授　田中耕太郎

先日、医療経済研究機構のシンポジウムで、アメリカ、スウェーデン、ドイツ3か国の医療提供体制と新型コロナへの対応状況の比較討論に参加した。日本の状況を念頭に、医療保障の類型が異なる国の間での比較はとても興味深かったが、ドイツの医療についても今回、新型コロナという緊急事態下での対応という切り口で改めて見直して、新たな発見もあった。以下、若干気づきを述べてみたい。

医療提供体制の特徴

ドイツの医療提供体制を大きく特徴づけるのは、入院医療を担う病院と、外来医療を担う保険医（開業医）の役割が明確に分かれている点である。

保険外来診療を担当する開業医は、ほぼ州単位で組織化されている公法人である保険医協会への加入が義務づけられ、保険医協会が地域の保険外来診療を確保する責務を負っている。

これに対して、病院医療の確保の責務は、住民の生存確保義務の一環として各州が負っている。このため、各州は、病院計画を立て、これに位置づけられた病院については投資費用を州が支出し、運営費用は公的医療保険により各疾病金庫が支払うという二元財政方式が採用されている。

こうした財政方式は、ともすれば運営費用を考慮せず政治的な配慮で病院設立や配置が決まる、あるいは州の財政難により十分な投資助成が行われないために、病院が診療報酬からの補填を目指して非効率な運営に走る、といった批判も根強い。また病院医療費は、公的医療保険の給付費全体の約3分の1を占める最大の領域でもあり、過去に何度も改革が試みられたが、州はその権限に固執し、病院改革は何度も挫折を重ねてきた。

最近の改革のなかで最も成功したのは、2000年医療改革法に基づき導入された診断群別件数包括払い制（DRG）で、日本のDPC導入と同じ2003年から導入された。DRGの導入に対して病院側は激しく抵抗したが、当時の社民党と連帯90／緑の党連立政権の下で法律により制度の詳細が決められ、押し切られた。そして、最初の1年間のオプション期間を経て、すべての一般病院に強制適用され、5年間の段階的な収斂期間を経て、州統一単価へ、さらに一定の許容幅を持って連邦統一単価に収斂させた。

この本格的なDRGの導入はドイツの病院界に大きな変革を引き起こし、運営効率の悪い公立病院の民間への身売りが相次ぎ、より効率的な運営を目指して合併が相次ぐなど、様変わりしてきた。

こうした変化の結果、病院数、病床数とも減少を続け、2018年末現在で、病院総数は1925、総病床数は49万8192床、平均在院日数も短縮し一般病院では6・6日となっている。病院数は公立、共益（赤十字、カリタス等の宗教系など）と私立がほぼ3分しているが、病床規模が異なるため、病床数で見ると公立48％、共益33％、私立19％と、依然として前二者のウェイトが高い。

近年の改革では、こうした強力な病院医療への依存と外来診療を担う保険医との連携の悪さがつとに指摘され、家庭医、専門医、病院医療の統合的な連携と家庭医機能の重視に向けた新

たな診療形態の開発と普及のための施策が重ねられてきた。

新型コロナ感染状況と医療体制の確保

ドイツでは、1月27日に最初の患者が確認されて以降、徐々に感染者が増加してきたため、3月12日には社会的接触回避のためのガイドラインを示し、15日には隣国との国境閉鎖、さらに20日にはロックダウンに踏み切った。これと併行して、27日に第一次の緊急立法と補正予算措置を講じ、医療体制については、コロナ治療病床の確保のために計画的治療が可能な手術等の延期や後方医療機関への搬送を決め、空床保障のための1日当たり560ユーロの助成金を9月末まで措置した。また、すでに2万8000床と先進国のなかでも最多の集中治療病床を有していたが、さらに1万床を確保することとし、1床当たり5万ユーロの助成を決めた。

こうした一連の迅速な対応とメルケル首相自らメディアを通じて誠実に国民に困難の克服に向けた協力を要請したことなどから、感染拡大は短期間で収束し、5月半ばにはほぼ通常の社会生活と経済活動を回復した。

しかし、その後は夏のバカンスの時期を迎え、若い人の重症化のリスクが低いことなどが伝えられるなかで緊張感が弛緩し、ヨーロッパ全土で人の移動と交流が拡大した。その結果、懸念されていたように、これらの人々が帰国し、感染が家庭や地域内まで広く深く拡大し、9月以降、本格的な冬に向かうなかで急激な感染拡大が生じ、再び医療の逼迫や重症者、死亡者の増加が加速した。

このため、連邦と16州の首相協議が頻繁に開催され、第三次緊急立法が制定されて、11月2日から月末までに限定して、会合の10人までの制限、不要不急の旅行と宿泊の禁止、飲食店・劇場・スポーツジム等の閉鎖など、部分的ロックダウンに踏み切った。

しかし、すでに市中に広く拡大してしまった感染は、若い人からリスクの高い高齢者層に急速に拡大し、新規感染者の増加は1日当たり2万人前後の高止まり状態が続き、入院病床の逼迫、死亡者数過去最高の連日の更新など切迫した事態が続いた。

このため、さらに厳しい行動制限措置をクリスマス・年始を挟んで1月10日まで継続する苦渋の決断をせざるを得ないところまで追い込まれている。本稿最終校正段階でも、医療崩壊を回避できるか、予断を許さない状況が続く。

感染収束後の医療体制の姿

こうして厳しい状況が続くものの、この20年以上に及ぶ医療(保険)改革の主要な対象とされてきた病院医療が、感染拡大の緊急事態下では、一転してその強みの側面を発揮したことは間違いない。病院運営に対する州当局の強い関与、救命救急センターから下位の救急病院、さらには一般病院までの体系化された分厚い病院病床群の存在、そして緊急度の高い重症者治療受入れ病院の病床確保のための法律および規則に基づく強制的な予備床・空床の確保と後方病院への患者の移送体制、さらには詳細な感染状況やすべての集中治療病床を有する個々の病院の病床利用状況に関する日々の情報提供と病院間の見事なオペレーションは高く評価できる。

しかしながら他方で、収束後を見据えたとき、慢性疾患中心の時代にあって、どう質が高く効率的な医療体制を築いていくのか、これまで目指してきた改革の方向性がどう変化するのか、今回の深刻な影響の先は見通せない。

一方で、慢性期医療に軸足を置いた日本の病院医療は、一般病床数で見ればドイツを上回るにもかかわらず、これより一桁少ない感染状況にあって、すでに医療逼迫の危機に瀕し、こうした急速な感染症拡大に対応した急性期医療の脆弱性という弱点を露呈した。いずれも、今回の危機を乗り越えて、どう医療体制を再構築していくのか、残された課題は重い。

時事評論

ドイツのコロナ感染状況の推移と対策の評価

比較社会保障研究者　田中　耕太郎

新型コロナウイルス感染症（以下「コロナ」という）が世界中で猛威を振るい始めてからもう1年半になる。幸い、ワクチン開発と供給が信じられない短期間で軌道に乗り始め、ゲーム・チェンジャーになることがほぼ確実視されつつあるが、今回の非常時の行動を通し、いずれの国においても、平常時には見えなかったものが露わになったように思う。その意味で、ドイツの今回の対応について、振り返ってみたい。

昨秋からの第2波の感染拡大とピークアウト

ドイツの感染状況の推移をロベルト・コッホ研究所の日報をもとに図にまとめてみた。ここから明らかなように、2020年3月からの第1波については、短期間での封じ込めに成功し、夏の間も新規感染はごく低水準に止まった。しかし、秋以降感染が再拡大したため、11月から12月までロックダウンを行い、感染症予防法を改正して広範囲の行動制限措置を法律上明確に位置づけるとともに、各種の財政支援も再導入して、封じ込めに全力を挙げた。

しかし、それでも感染拡大が続いたため、クリスマスや年末年始、さらには4月初めの復活節まで、年が明けても措置の延長を繰り返し、厳しい行動規制を貫いた。こうして、2020年末には1日当たり3万人を超えた新規感染者数も、ようやく2021年の年明けとともに、次第に減少に向かった。また、これを反映して、感染のピーク時には集中治療病床の利用もギリギリの6000床に迫る勢いとなったが、これも徐々に減少してきた。

3月の第3波の感染再拡大と対策

こうした減少傾向は、残念ながら3月半ばに7日間感染率60を上回る辺りで下げ止まり、再び増勢に転じた。4月初めには1日当たり新規感染者が2万人を大きく超え、第3波の感染拡大が鮮明になったが、その最大の原因はイギリス型（アルファ株）の急速なまん延であった。このため、規制の強化と延長を繰り返したが、感染拡大に歯止めがかからず、医療の逼迫の度も増してきた。

一方で、この時期になると、長引く厳しい行動制限となかなか効果の上がらない感染対策に対する国民の不満も増し、各州や自治体の対応も足並みが乱れ、独自に緩和策を採る地域も出てきた。

こうした事態に業を煮やしたメルケル首相は、4月13日の閣議で第4次住民保護法による感染症予防法の改正案を決定し、人口10万人対7日間感染率が100を超える日が連続して3日間を超える非常事態下では、「緊急ブレーキ措置」を州から連邦の権限に移管することとした。法案は、与党提案の形で、野党の反対を押し切り、最速で4月21日の連邦議会で可決され、23日から施行された。

こうした一貫した感染抑止のための規制措置の強化と並んで、急速なワクチン接種の拡大により、5月下旬から6月に入ると急速に感染は収束に向かっている。直近の6月30日現在では、1日新規感染者は808人、7日間感染率は5にまで下がっている。

ドイツのコロナ対策の評価

(1) 感染状況の評価と対策の一貫性と明確性

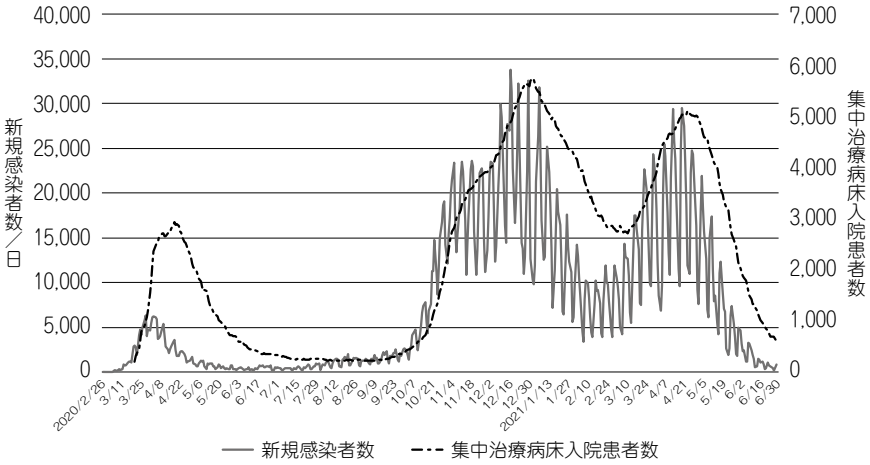
ドイツは連邦国家であり、医療も感染症対策も16ある各州の権限とされ、また各州により政治状況が異なるという難しさがある。

こうした制約下で、コロナ対策はこの間、一貫してメルケル連邦首相とシュパーン連邦保健相の強いリーダーシップの下で、各州首相との協議を重ね、意見の相違を根気よく調整し、統一的な方針の下に運用してきた。

また、基本的人権を制限する規制措置については、法律で具体的に禁止行為を列挙し、違反に対しては重い過料などの制裁措置で実効性を担保している。

こうした規制は、発動の要件と手続きを客観的、一義的に法律上明示する必要があり、人口10万人対7日間感染者数という明確な指標の下で、医療の逼迫を回避するという視点を重視して運用されてきた。そのため、ロベルト・コッホ研究所が全国412の郡・市ごとに、毎日、感染状況に関する基本指標をHPで公開している。

図　1日当たり新規感染者数と集中治療病床入院患者数の推移



(2) ワクチン接種の強力な推進

連邦政府は、2020年晩秋から各州との協議を進め、接種センターの設置、施設などへの派遣接種チームの編成など、総力で体制整備を進めた。

当初はEUを通じたワクチンの必要量の確保が困難になり批判されたが、その後、生産量の急拡大が進んできたことから、ワクチン接種は急速に進展した。また、接種の実施にあたっては、感染や重症化リスクを考慮し、全国統一的に4段階の詳細な優先順位づけを行い、体系的な接種の拡大を進めてきた。

その結果、6月30日現在、総人口のうち、1回目接種者は55%、2回目接種完了者は37%と、すでに人口の3分の1を超える人たちが接種を完了している。

(3) 検査体制の拡充

ドイツのコロナ対策のもう一つの重要な柱が検査戦略である。ドイツでも、一時期は死亡者のうちほぼ半数を介護施設等の高齢入居者が占めたため、入居者や職員、訪問者への検査体制の確立を強力に支援した。

また、学校、保育所などでの対面授業の維持と感染防止の両立を図るため、早い段階から子どもと教師に対する最低週2回の検査が実施されている。

さらに第3波の感染拡大を受けて、4月20日以降は、リモート勤務が困難で出社勤務させる従業員に対しては、労働安全規則を改正し、事業主に対し検査の提供を義務づけている。

こうした総合的な戦略の結果、この夏に向けてはほぼ収束に向かうものと見込まれる。しかし、一方で第3波の苦い経験からも、すでに変異ウイルスの37%と、1週間で倍増のペースで急拡大しつつあるインド型（デルタ株）に対して、強く警戒を呼びかけている。この夏の対応とワクチン接種の進展が勝負のカギを握ることになろう。

田中耕太郎：ktanaka@kcd.biglobe.ne.jp

社会保障読本２０１６年版

医療制度等 理論編

医療提供体制の課題と将来

放送大学客員教授 田中耕太郎（たなかこうたろう）

はじめに

この10年あまりの間、日本の医療提供体制の変革は大きな政策課題となり、立法措置や国の政策方針も明確に打ち出された。しかしながら、現実には、目指された改革はほとんど進展を見せずに、少子高齢化と財政危機が一層深刻化し、将来に備えるべき貴重な年月が失われた。

一方で、この時期に急速に進んだ診療報酬情報の電子化とＤＰＣの適用拡大に伴う患者・病院情報の飛躍的な蓄積を背景に、新たな改革手法が打ち出され、現在、各都道府県において具体的な地域医療構想の策定作業が佳境に入っている。

本稿では、このような重要な時期にある医療提供体制の課題と将来について、関連する診療報酬制度による促進措置も含めて論じることとする。

一、地域医療構想の策定状況と改革の実効性

国は２０１６年度中の地域医療構想策定を求めており、すでに２０１５年度中に策定済みが12府県で、その後も次々と策定済みの自治体が増えている。

２０１５年度中に策定を終えた府県の地域医療構想の内容を見ると、地域の医療事情や行政・医療関係者の姿勢などを反映して、内容の具体性や病床転換に向けての問題意識や姿勢にはかなりの格差が見られる。

青森県の構想では、病床機能の現状と将来の必要病床数の予測を踏まえ、調整区域ごとに個別の病院名も掲げて具体的な今後の病床再編の姿が窺われる内容に仕上がっている。このような具体的な取組みを可能にした背景としては、県当局の取組み姿勢もさることながら、県内の病院に占める公立病院の比率が約25％と全国平均の３倍以上を占め、もともとこれらの公立病院において利用率の低下や医師不足など、大幅な再編を余儀なくされているという事情がある。

隣県の岩手県でも、公立病院の占める比重が大きいという同様の事情があるが、ここでは東日本大震災の被害を受けた公立病院の再建などの特別な事情があるため、その進展を踏まえた再編成の必要性が記述されるなど、地域の事情を反映したものとなっている。ただし、それは当然としても、構想内に「今ある病床を必要病床数まで直ちに減らすものではありません」とわざわざ明記し、医療機関に遠慮して最初からやや腰が引けているのは気になるところである。

さらに全国的にも過剰な療養病床が指摘されている四国のうち愛媛県においては、そもそも構想の本文中に調整区域ごとの必要病床数と病床報告に基づく病床機能ごとの病床数の具体的な増減の数字すら明記されていない。加えて、「必要病床数は、……一定の仮定を元に算出した推計値であり、将来の医療提供体制をいかに構築していくかを検討するためのものであり、現に稼働している病床に変更を強いるものではありません」とまで明記している。そして各医療機関の自主的な取組みに委ねるものであることや、不足する医

療機能の創出をうたうなど、そもそもなぜ病床機能報告や構想が制度化されたのか、過剰病床の廃止転換による再編成が強く迫られているという問題意識が感じ取れない内容となっている。

これらに対し、大都市の大阪府の構想では、多くの地方都市の計画とは様相を異にし、慢性期で必要病床数が若干のマイナスになるほかは、各病床機能いずれにおいても増加の見通しとなっている。とはいえ、大都市圏のなかでも屈指の急速な後期高齢者数の増加に伴い、在宅の必要サービス量も1・74倍を見込むなど、在宅医療・介護サービスの大幅な拡充が必要となると見込んでいる。

大学医学部が二つあり、地方都市としては高度急性期病床が占める比率が全国平均より高い岡山県では、岡山大学を中心として新たに法制化された地域医療連携推進法人の活用による実効性のある医療提供体制の再編が期待されていることを反映し、関連した具体的な記述が掲載されるなど、特色のある構想となっている。

以上、15年度中に策定されたもののうち、いくつか特徴的な地域医療構想を見てきたが、各自治体の病院医療の現状等を反映して、病床再編に取り組む姿勢と覚悟の違いが映し出された記述内容となっている。

国がここまで膨大なデータを提供し、策定ツールなどによる技術的支援を行っても、都道府県レベルではまだまだ本気で医療提供サイドと相まみえ交渉に臨む姿勢が確立しているとは言い難い。これではこれから始まる調整区域ごとの病床の廃止転換による病床再編の具体的な成果を期待することは難しいのではないか、と今から危惧される。

二、公立病院の再編でお茶を濁すな

すでに青森県の構想に関連して触れたが、公立病院の関係者の間では、民間病院が収入の減る病床削減や転換を受け入れることは期待できず、結局は行政も手がつけやすい公立病院の統合再編でお茶を濁す結末に終わるのではないか、と語られるのを耳にする機会が増えた。この間の医師会や病院団体や行政の対応を見ていると、宜なるかな、と思わされる。

しかし、日本の病床の6割は民間病院であり、療養病床に至ってはそのほとんどを民間病院が占めている。病床再編と効率化の実現のためには、民間病院の再編統合こそが本丸である。

「データによる制御」や「提供者と行政との信頼」など、都道府県行政を中心とした関係者間の協議と自主的な変革に期待する今回の手法について、筆者はその実効性に懐疑的だが、国がここまで自己抑制的に自主的な取組みを促している以上、これでもダメなら、その後に残された改革の選択肢は、もはやドラスティックで大きな痛みを伴うものとならざるを得ないことを関係者は銘記する必要があろう。

三、マクロからミクロの調整へのツールの欠如

今回の構想策定に向けて国が収集、蓄積、分析して都道府県に提供している患者・病院情報は詳細で膨大な量に上る。医療情報の電子化とコンピュータの処理能力の飛躍的な向上を反映し、客観的なデータが医療再編に向けて大きな説得力を持つツールとなっていることは間違いない。

しかしながら、その限界はこれが現実の調整区域ごとの個別の病院病床の削減、転換、役割分担を決めるツールとはなり得ないという点にある。こうしたいわば地域のマクロの医療需要を個別の病院の転換を迫るところまで結びつけるには、病院報告の機能分類の手法の精緻化や構想とのマッチングだけでは決定的に不足しているのではないかと思われる。この核心の部分のツールが欠けたままでは、結局は、税金を使っている公立病院がまず率先垂範して再編を、という民間病院側の牽制に対して、そこから先に切り込んで行けないのではないだろうか。

このような現在の手法の限界や課題をわきまえたうえで、都道府県当局と医療関係者、保険

者等が真剣に協議に臨み、調整区域ごとの再編の姿を自らの痛みを引き受けつつ調整を進めて形を実現していかない限り、いよいよ逃げ場のない10年後には悲惨な事態に立ち至ることになろう。

四、実効性ある手法の追加的な検討

こうして新しい制度が動き出した以上、まずは具体的な各調整区域での協議の成果を見守りたい。

しかし、いかにPDCAサイクルで回していくとはいえ、過去の深い反省を踏まえると、今後遅くとも3年以内に各調整区域において具体的な病床転換の結果が出てこない限り、徒に10年もの期間を座視して待つわけにはいかない。その場合には、間接的でありながら直ちに効果が上がる診療報酬の抜本的な改革手法などの導入を検討しておくことが望ましい。

現在の病床機能の評価がそこで必要とされる医療資源投入量に対応しない根本的な原因は、現在の診療報酬が医師・看護師の人的配置など、もっぱらそこで行われる医療行為や医療資源の投入量と切り離された、施設基準などの構造要因に着目して設定されていることによる。これを根本的に改め、疾患の種類、重篤度、合併症の有無、治療法など、病院の別を超えた客観的な医療資源投入量に応じて同等の診療報酬を支払う、というのがDRGの仕組みである。

しかし日本では、この包括化がきわめて不徹底なまま、導入されてすでに10年以上経過しているにもかかわらず、依然として1日単位の包括評価にとどまっている。しかも大学病院本院、その他の高度機能病院など、個別の病院ごとに調整係数を設けるなど、およそ包括評価の基本的な出発点である、同様の疾病の治療はどこの病院で行われても同じ診療報酬を支払い、それを通じて診療行為の透明化と標準化、病院間の比較を可能にし、医療資源の適正で効率的な配分を実現するという姿とはほど遠いままに止まっている。そしてひたすら微調整を重ね、病院の既得権益の保護の仕組みと化している。加えて、現在に至ってもなお採用は病院の任意に委ねられ、適用病床は約49万床と、全一般病床の6割にも満たない。

今回の病床機能報告により報告された結果によれば、一般病床のうち高度急性期17万床と急性期59万床を合わせると約76万床にも及ぶ。少なくともこれらの病床については、第一段階としてDPCの強制適用、そして第二段階として件数包括払いのDRGへの早期移行を法律上の実効ある経過措置とともに義務づければ、病床機能にふさわしいレベルの患者に医療資源を投入していない病院は、調整会議の場での困難な個別病院ごとの交渉を行わずとも経済的に立ちゆかなくなり、自ずからその提供している医療機能に応じた姿に収斂していくものと思われる。

五、療養病床廃止後の新たな長期ケアの姿

療養病床の問題については、すでに本誌№2866の時事評論で論じたところであり、本稿では検討会報告の内容を中心にポイントを絞って、問題点とあるべき方向性について指摘するにとどめるが、この問題は地域医療構想とも深く関わり、議論の推移を注視する必要がある。

(1) 再々延長論など論外

まず、法律で方針が確立されて以降も、様子見を決め込んで10年以上のかけがえのない年月を空費した責任を関係者全員が自覚してほしい。その反省の上に立てば再々延長など端から論外であり、既得権や入院している患者・家族を人質にしての解決の先送りはもうやめてほしい。

(2) 3類型の是非について

まず、案の2の医療外付け型は、そもそも外に付ける必要があるか、近隣の在宅医療で十分かどうかはしっかりと検証する必要があるが、基本的に居住の場に切り替えていこうとする方向であり、これが受け皿の主流となるべきは当然であろう。

案の1の医療内包型については、二つの分類のうち容態急変のリスクの高い患者についても、痰の吸引や経管栄養を受けながら在宅医療で対応している人が

いくらでもいることを考えれば、医療を内包する必然性があるとは思えない。仮に百歩譲ってこの形態だけはやむを得ないとしても、容態が比較的安定している人まで内包型とする提案に至っては、結局はまたしても看板の掛け換えだけで病院の延命を図ろうとするものだと言わざるを得ない。管見の限り、国際的に例をみない、長期ケア施設が病院とされている日本の特異な姿を今回こそ正常化してほしい。

(3) 「在宅」とは何か

「在宅」という概念について、国も地域医療構想においても、自宅のほか老人保健施設、特別養護老人ホーム、サービス付き高齢者住宅などを幅広く含む旨が注記されている。それ自体は間違いではないが、容易な同列視には注意が必要だ。最近、各地で医療関係者による高齢者住宅の建設が相次いでおり、うたい文句は「医療の安心付き」である。しかし、すでに日本では総人口が減少を始め、地方ではあちこちに空き家が目立ち始めているなかで、高齢者住宅の建設を進めることが健全な投資なのか、首を傾げざるを得ない。何よりも、高齢期になって初めて住む住宅が、本当に在宅の真価である、高齢者の自立を支える「家の力」を生み出すのだろうか。あくまでも、高齢者の暮らしを中心に、その住み慣れた自宅での生活の継続を基本として、それに必要な介護や医療サービスの方をそこに届けることを基本にサービス基盤を再構築すべきではないだろうか。

おわりに

(1) 精神病床の大幅な削減と地域移行の促進

地域医療構想の対象からは、精神病床は除外され、別途に2013年の改正精神保健福祉法と、これに基づく国の指針や方策に委ねられている。しかし、岡山県などの地域医療構想で明確に課題が指摘されているように、今後の高齢化に伴う認知症患者の急増を考えれば、一般病院医療は精神医療との密接な連携が不可欠であり、同じ医療計画の一部を構成する両者の間での役割分担と連携、協力関係の構築は重要な課題であり、全都道府県においてこの両者の全体像の整合性と役割分担を明確にしたうえで、適切な将来の地域医療の姿を描く必要がある。

(2) 夕張市の経験が示す日本の医療介護再生への道

私たちは、痛みを伴う改革に正面から向き合うことが苦手だが、その日本でも、否応なしに地域のシステムの基盤から変革を迫られた自治体がある。2007年に財政破綻して財政再建団体の指定を受けた北海道夕張市である。そこで生じた医療崩壊といわれる事態と、その結果8年間に生じた変化は、今後の日本社会全体の医療と介護のあり方について示唆的である。当時の夕張市立診療所長であった森田洋之氏の報告によれば、財政破綻により病床数は171床から19床まで一気に減り、医師も減って地域の医療を支える体制が大幅に縮小するという事態が起きた。一方で、肺炎球菌ワクチンの予防接種の励行、介護サービスの拡充等により、医療費は減少したものの、標準化死亡率は変化せず、肺炎死が大幅に減少する一方で老衰死が増え、救急車の出動回数は急減し、特別養護老人ホームでの看取り率は100%になった。

もちろん、一つの自治体の特別な事情下で生じた現象を乱暴に一般化するつもりはない。住民の側の不安や困惑も少なくなかったであろうし、関係者の苦労も大変なものであったことは想像に難くない。

しかし、絶対的に甘えが許されない状況下に置かれ、関係者が過度の医療への依存をやめ、住民も一つの覚悟を決めたとき、医療も暮らしも、生き方も最期の迎え方も、人間らしい本来の姿に戻った実際の経験が示唆するものは大きい。そのためにも、私たちは、医療関係者に注文を付けるばかりでなく、医療に依存することなく、暮らしを組み立てる私たちの「覚悟」が求められているのだろう。

大胆な変革に残された限られた期間、こうした貴重な体験を地域医療の改革に反映させていきたいものだ。

時事評論

DPCと日本の病院医療の変革

山口県立大学教授　田中耕太郎

この度、久しぶりに機会を得て、ドイツの病院診療報酬改革について調査を行ったが、そのきちんとした法律に基づく計画的な変革の進め方と、その結果としての激しい病院界の変貌に圧倒される思いだった。そして、同じ時期にDPCを導入してきた日本の歩みと比較して、改めてDPCと日本の病院医療について考えさせられた。

ドイツのDRG導入と全面施行までの歩み

ドイツでは、2000年の医療保険改革法により本格的な診断群別件数包括払いの導入が決定された。

その後、2002年には具体的な内容や手続きを定める「件数包括払い法」が制定され、2003年1月からの導入やその後の日程、手続きなどが決まった。同時に、この法律に基づき「病院診療報酬法」が制定され、DRGの算定に関する詳細な規定が整備された。

これらの法律に基づき、2003年からは病院の任意の選択により導入が始まり、翌2004年から精神科病院を除くすべての一般病院に強制的に適用することが決まった。そして2004年は予算中立的に設定されたが、2005年から2009年まで5年間かけて個別病院ごとの単価が毎年削減されて、2010年からは州統一単価に収斂された。

さらに翌年から5年間かけて、段階的に州基礎件数単価を連邦基礎件数単価の＋2・5％から△1・5％までの幅に収斂させていくプロセスが開始された。

こうしてドイツでは、2003年から10年余りかけてDRGが全面導入され、今ではすべての一般病院を対象に、手術も含めた病院での診療行為全般について、合理的な診断群別の件数包括払いとして定着してきた。

さらにその実績を踏まえ、精神科病院についても、2012年に法律が制定され、2013年から一般病院と同様の段階的な導入が開始された。

病院の民営化と激しい病院合併の動き

総人口約8000万人のドイツにおいて、直近の2013年末現在で病院数は1996、総病床数は50万671床となっている。ドイツの病院は、伝統的に公立病院と教会系や赤十字などの公益病院が中心で、私立病院は認められているものの、従来は小規模のものが中心で、大きな役割は果たしていなかった。それがDRGによる病院経営の効率化が求められる過程で、著しい変貌を遂げつつある。

具体的に病床数で見ると、2002年には公立29・8万床（54％）、公益20・0万床（37％）に対し私立4・9万床（9％）に過ぎなかったものが、2013年にはそれぞれ24・1万床（48％）、17・0万床（34％）、9・0万床（18％）と、公立、公益が軒並み病床数を減らすなかで、私立の病床数は倍近くに増加し、急速にその存在感を増している。

また、現在でもなお最も多くの病床数を有する公立病院でも、その6割近くが有限会社など私法上の法人形態をとってグループ化を進め、効率的な経営

を目指している。

さらに私立病院では、病院グループ間での吸収合併が進み、巨大コンツェルンが誕生するなど、この10年余りで病院界は急激に変貌を遂げつつある。

日本のDPCへの基本的な疑問

翻って日本に目を転ずると、DPCは同じ時期に導入されながら、日本の病院医療が大きく変革されたようには見受けられない。そこで、現在の日本のDPCについて、いくつか基本的な疑問を提起しておきたい。

第一は、そもそも社会保険における診療報酬支払制度とは、個々の診療行為に対する対価という基本的な性格を有し、国立病院などにおける施設ごとの予算配分基準ではない、という点である。

とりわけ診断群別包括払いという概念は、診断名、合併症、重症度、手術の有無、医療資源の投入量などの点から同質なグループをカテゴリー化し、個々の病院における医療資源の投入量に関係なく同じ報酬を支払うというものである。そして、そのような標準化を通じて、病院間での医療内容の比較を可能にし、透明性を高めて医療の質を確保すると同時に、在院日数の短縮などの医療費の効率化の達成を目指すものだ。

現在のDPCは、このような基本的な性格が著しく弱められ、旧態依然とした施設としての病院のランキングとそれに応じた各種係数を通じた予算配分を保証する保護手段となっている。

第二に、何故に全国の大学病院の本院80病院が病院Ⅰ群として高い基礎係数を与えられて優遇されているのか、理解に苦しむ。先般来、あまりに杜撰で重大な医療事故を連続して引き起こした群馬大学や東京女子医大の附属病院の例を引くまでもなく、80の大学病院本院の医療技術や医療の質が一律にその他の高度機能病院の医療水準を上回ると評価している人はいまい。

そもそも、診療報酬において、医学教育や研修の機能や費用を算定するのは筋違いで、それは昔から文科省の教育予算や厚労省の医療政策予算で措置するのがルールだったのではないか。臨床研修受入れ、診療録管理、医療事務作業補助、データ提供、医療指導官の派遣、へき地医療や救急医療など、診療行為と直接の関係のない不採算医療や政策目的のための各種の機能評価係数についても同様で、診療行為への対価としての報酬に馴染むのか疑問である。

第三は、DPCの適用範囲と強制適用の問題である。DPCが導入されてすでに10年を超える期間が経過したにもかかわらず、未だにDPCは任意適用で、病院の選択に委ねられている。これでは病院医療改革は期待できまい。DPC適用病床は、現在でも一般病床の半数程度にとどまる。少なくともまず一般病床については、全て強制適用に移行すべきだ。手術を除外する根拠も乏しい。

法律で基本的枠組みの明確化を

中医協でも、DPCの検証が丁寧に行われているが、その議論は、Ⅰ群に大学病院本院の機能を満たさないものがあるのではないか、院内のDPC会議の開催頻度を増やすべきだなど、失礼な言い方だが重箱の隅をつつくような議論に終始しているように見える。

そんな議論の前に、病院医療とその診療報酬のあり方を一度きちんと議論し直してほしい。

そして、基本的な枠組みを法律で明確に示すことが重要であろう。そのなかではドイツのように、具体的な診療報酬の設定に必要な膨大な医療情報を専門的に収集分析し、病院、保険者、行政などに提供する専門の研究所の設立も、検討に値しよう。

日本の病院医療は、過剰病床や在院日数に象徴されるように多くの問題を抱えている。心ある関係者は、勇気を持って改革に向け英知を絞ってほしい。

時事評論

病院を現代の姥捨て山にするな

山口県立大学教授　田中耕太郎

療養病床については、すでに10年も前の法律により廃止・大幅削減が決定したにもかかわらず、この間、徒に無策と延命が続いてきた。さすがに二度目の経過期間の終わりが近づき、この1月にそのあり方に関する検討会の方向性が明らかになった。そこでは、入院患者の実態に応じて、医療内包型と医療機関併設型居住施設の新たな形態の受け皿を用意すること等が提案された。しかし、この間の対応を見るならば、これが単なる療養病床の看板の掛け替えによる延命手段になりかねない危惧を抱かざるを得ない。改めてこの機会に老人病院と療養病床について考えてみたい。

療養病床を巡る経緯

老人病院は、昭和40年代、とりわけ1973年の老人医療費無料化を受けて、各地で乱立し、医療費の問題もさることながらその提供する医療・介護サービスの質の悪さで多くの社会的批判を浴びてきた。このような状況を受けて、82年の老人保健法制定の際に医療法上「特例許可老人病院」が制度化された。

これがさらに93年の医療法改正で「療養型病床群」となり、2000年の介護保険法施行によりその一部が介護保険適用に移行した。これに続いて01年の医療法改正で療養型病床群と特例許可老人病院を再編一本化して「療養病床」とされた。

このように、行政においても常に療養病床を何とかしなければならない、という問題意識は持ち続けてきたものの、現実の入居者の存在や医療関係者の反対もあり、その廃止にまでは踏み切れないできた。

その意味で、06年の医療保険制度改革で介護保険法を改正し、法律上明確に介護療養型医療施設を廃止したことの意義は大きい。ようやくここに、療養病床の老人保健施設や居住施設などへの転換を法律レベルで明確に打ち立てた。

しかし、残念ながら、法律の附則で11年度まで経過的にその存続を認めたのはやむを得ないとして、6年間かけて計画的に転換を迫る実効ある措置を欠いた。断固として実現を目指すなら、ドイツがDRGの全一般病院への強制適用に向けてとったように、毎年段階的に診療報酬を引き下げていき、経過措置が切れる時期には老人保健施設なり特別養護老人ホームの水準に合わせる措置を法律上明記すべきであった。病院経営者も職員も、自治体と家族も、そこまで迫られなければ、多くのエネルギーを必要とする病床の廃止・転換に必死に取り組むはずがない。結果は明らかで、ほとんどの病院は様子見を決め込み、転換が進んでいないとして、法律を改正してさらに6年間も無為に延長し、取り返しのつかない貴重な時間を浪費した。加えて、このプロセスを通じて、医療界はもちろん自治体も国民の間でも、国の政策決定に対する敬意も信頼も失ってしまった。

療養病床をなぜ廃止・転換できないのか

04年の国の改革ビジョンで精神病床7万床削減が決定された

にもかかわらず無視され続けているのに続き、立法措置で示された方針すら無視されたことの悪影響は深刻である。

では、なぜこれほどまでも改革が進まないのか。理由は簡単である。まず、そのほとんどが民間病院である老人病院において、経営者にとってはそれがもはや「家業」になっており、利益の源泉になっている。収容患者は家に帰りたくても家族に拒否されたり、家族への負担や心遣いから自分では言い出せない。家族も在宅に比べると、経済的にも身体的にも介護負担から解放される。多くの医師や看護師、介護職などにとっては、病院は貴重な雇用の場であり収入を得る場になっている。自治体にとっては、閉鎖するから後はそっちで引き受け先を斡旋しろと言われても、受け皿づくりは大変で面倒だし、打つ手がなく、住民から批判される。

結果的に、投入効果の薄い高額の費用が療養病床に投入し続けられ、高齢者医療・介護費用は国民所得の伸び率を上回る増加を続け、少子化と雇用の非正規化のなかで伸びない所得に苦しむ若者や勤労世代、人を雇用する企業の負担ばかり増えていく。

私たちは方向転換の瀬戸際に立たされた今、もう一度人の「暮らし」とは何か、「病院」、「医療」の役割とは何かについて考え直すべきではないか。

病院は、いかなる意味においても人の住まいではない。わが家は自分が主であり自分の歴史が詰まった住居である。だからこそ、たとえ這いずってでも自立に向けて全力を尽くすし、それを通じて残存能力も最大限発揮される。

治療のために24時間の管理下に置かざるを得ない人以外を、病院の経営や家族の事情で長期にわたり入院させておくのは、老人病院であれ精神科病院であれ、本質において「人権問題」だということを私たちはもっと真剣に考えるべきではないだろうか。

日本では、医療に限らず公共事業などあらゆる分野で、いったん既得権益が発生すると、相対立する利害関係を丁寧に説き解して本来の姿や方向に向けて断固として変革していく力が余りにも弱い。その一番の被害者は、いつももっとも弱い立場にある病人や障害者だ。欧米でできる大胆な改革がなぜ日本ではできないのか。このままでは、日本社会は自己改革できないまま無為無策のうちに泥船に乗る如く沈んでいくしかあるまい。

尊厳ある生と死を

個人的なわずかな経験と価値観に基づいて偉そうなことを言うつもりはないし、ましてや、いろいろな事情のなかで苦悩の末の選択として病院に預けざるを得なかった家族を責めるつもりなど毛頭ない。そこで一生懸命にお世話をしている医師や看護師、介護職などの皆さんの仕事を貶める意図もない。

しかし、喜んで自宅を捨てて入院した人も、それが本人にとって幸せだと考えている家族も多いとはどうしても思えない。家族の負担を考え、足りない家族介護者支援のなかで、泣く泣く選択した人も多いと思う。しかし、そうであるならば、多額の公的資金を費消しながら不本意な人生の終幕を送らざるを得ない人を一人でも減らすために、どうすればよいか、私たちは真剣に考え行動しなければならないのではないか。

安易な入院の選択肢を放置したままで、在宅医療や地域ケアなど普及するはずがないだろう。今回の検討会の結論と、それを具体化する今後の法律や施策が、療養病床の生き残りのための看板の掛け替えに終わるなら、三度目の正直で、国の政策に対する現場の敬意も信頼も完全に失われるだろう。それは、地域医療構想や地域包括ケアが机上の言葉遊びに終わることを意味する。ここは不退転の決意を持って、政治も行政も現場も、あるべき方向に向かって進んでほしい。

時事評論

病院収容列島は地域ケアに転換できるか

放送大学客員教授　田中　耕太郎

法律に基づく二度目の介護療養病床の廃止・転換期限を間近に控え、介護保険法等の改正法案が閣議決定を経て国会に提出された。今回の結末は当初から予想してはいたが、案の定、6年間の経過措置も含め行政の完敗とも言うべき内容に終わっている。「地域包括ケアシステムの強化のための」と銘打っているのも、皮肉にしか聞こえない。これから本格的に国会論戦が始まるにあたり、基本的な問題をいくつか指摘しておきたい。

市町村の保険者機能の強化？

高齢者が地域のなかで自立した生活をできる限り長く継続できるように、その暮らしを地域社会が支えることの必要性と政策の方向性の正しさは、論を俟たない。しかし、問題は、それがどうすれば実現できるか、だ。どれほど理念を謳ってみても、多職種連携だ、ケア会議だと机の上できれいなポンチ絵を描いてみても、自分や家族の生活だけで汲々としている生身の人間の暮らす地域社会を全国の自治体行政が変えられるなど、幻想に近いと思う。

具体的な行政手法がないこの領域だからこそ、国が「先進的」な取組みを行っている地域事例を紹介し、その普及を促進しようとする気持ちは分かる。しかし、地域というものが結局はそこに暮らす人の集合体である限り、気候、文化、伝統、核となるリーダーたちの個性などの影響が大きく、いくらその要因を抽出しても、他の地域での再現性はない。行政の思惑で住民の意識や行動を変えてやろうなど、善意ではあれ、現実の社会というものへの生活実感が不足しているのではないだろうか。

国は、先進地域では要介護認定率が低下し、保険料の上昇が抑制されたと紹介するが、裁量の余地の広い要介護認定において認定率を下げることなど、訪問調査員の姿勢や認定審査会委員への行政の指示などによって、ある程度操作は可能である。ただ、それが本当に自立度が上がった結果なのかは、学問的に厳密な検証が必要であろう。認定率の低下といった荒っぽい尺度や、地域ケア会議の実施回数などの外形的な指標で効果測定が行われ、それに基づいて財政的な賞罰が決まることになれば、自治体はそれのみを追求し、およそ地域ケアの実現とは逆の結果をもたらすことは明らかであろう。

国はそもそも全国で認定率が上がっていることを問題視しているが、同じ65歳以上のなかでも、要介護度の高い超高齢者の絶対数および相対的な比率が増加すれば、認定率が上がることは自然なことで、制度の濫用でもあるまい。老人病院の入院費用や福祉用具の価格差など、給付内容の点検を行うこと、そしてできるだけ長く在宅での生活の継続を支援するサービスにしっかりと費用を投入し、介護を支える家族等への支援を強化することが、結局は生活の質と財政の健全性を維持することにつながろう。

地域共生社会の理念はよいが、方法論は？

保険者機能の強化と並んで、今回の改正では地域福祉の理念の構築や地域福祉計画の充実が柱となっている。これらが冒頭

に述べた「地域包括ケアシステムの強化」の美辞麗句を支えているのだろう。

理念に何ら異存はない。またそうなってほしいと願う。しかし、政策は願いや理念を謳うことでもなければ国民への説教でもない。行政が行政にできる手法で、具体的に実現できることを実施することだ。そして、具体的な目標を掲げたら、それを実現し、できなければ責任をとることだ。

行政にできることは、これまでの各種計画行政で蓄積してきたように、行政資源つまり財政資金と規制手段を用いて、できることをやることに尽きる。「我が事・丸ごと」など、気の利いたキャッチフレーズで行政の守備範囲を超えた理念を並べてみても、地域包括ケアシステムと同様、言葉だけで現実は何も変わらないだろう。

地域福祉計画を他の計画の上位計画に位置づけるのもいいが、財政資源の投入計画である他の福祉計画と異なり、地域福祉計画にどんな実効性があるのか、残念ながら現時点では懐疑的にならざるを得ない。

療養病床の廃止・転換はまたしても看板の掛け替えか？

今回の法律改正の実質的な中心は、この介護療養病床の二度目の経過措置の期限切れを前にした、生き残りのための看板の掛け替えと、さらなる6年間に及ぶ経過措置の延長だろう。地域ケアの方向性と真正面から逆行する今回の措置については、残念だが当初から結末は見えていた。それでも、地域包括ケアへの移行や地域医療構想による病院中心医療の大転換を総理直属の国民会議で打ち出し、国家意思として法律まで制定した以上、その重要な具体化の第一歩となる今回の改正には一抹の期待は抱いていた。

しかし、今回も各論になった途端、易々と個別利害団体の政治力に屈する様を見るにつけ、地域医療構想も病床削減も医療再編も、2025年に向けて早くも実現は絶望的な見通しになってきたと、失望しているのはひとり筆者だけではあるまい。

せめて具体的な基準づくりや診療報酬の適正化など、今後の具体化の過程で、わずかでも官僚の意地を見せて欲しいと願うばかりだ。

私事にわたるが、筆者も要介護度2の97歳になる老母と共に暮らしているが、衰えても残った力を振り絞って穏やかに暮らしているその姿から、改めて暮らしの尊厳、「家の力」というものを実感している。いろいろな暮らしの姿があり生き方があるなかで、限られた経験を一般化する気はないが、国も明確に病院から地域へ、在宅へ、と確固とした方向性を打ち立てている。そうであるならば、病気を治して退院させるのが仕事の病院に、介護や生活目的で安易な入院の逃げ道を作っている療養病床は廃止し、生活施設への転換を進めることは当然であろう。

高齢者であろうと障害があろうと、医療はあくまでも必要な限度で生活の場に届けるべきもので、「医学的管理」の名の下で暮らしを支配する存在であるべきではない。これは施設の名称の問題ではなく、本質的な機能、役割の問題である。

2006年に国の法律で廃止・転換の方針が決定されて、一体何年を徒過したのか。ここまで軽視されて、政府も国会も、保険者や学識経験者も、本気で怒るべきではないか。こんな体たらくで、さらに急性期病院まで含めた病院医療の全面的な再編など、到底期待できまい。

国のこのような姿勢を見せられて、自治体がこれから必死で地域医療構想の実現に向けた病床削減・転換に取り組むわけがあるまい。

最新のOECD統計の2016年版では、日本の医療費負担はドイツやフランスを抜いて、アメリカ、スイスに次ぐ世界第3位にまで上昇している。もはや痛みを伴う改革を躊躇している時間はない。

時事評論

精神科病院への包括払い制の導入

放送大学客員教授　田中　耕太郎

これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会の報告書がこの2月に取りまとめられた。その内容は、いくつか項目が混在しているが、核心は、精神障害者を地域で支える医療のあり方に関する部分であろう。

これについては、すでに2004年の「精神保健医療福祉の改革ビジョン」で基本的な分析と改革の方向性が明確に示され、10年間で約7万床の削減が促されるとした。しかし、現実にはこの間に1・8万床が減少しただけで、わが国の入院偏重の精神科医療は、変化の兆しさえ見えない。

今回の報告書では、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けての入院需要および基盤整備量の目標値を示し、国が示す推計式を用いて各都道府県で、2025年度末の入院患者数の目標を設定することなどを打ち出している。

しかし、この間の精神科病院の対応をみると、このようなマクロの目標値や都道府県における各種計画を通じた指導だけで、経営の根幹に関わる病床削減と地域移行に踏み切るとは考え難い。

こうしたわが国の状況に対し、ドイツではDRGの適用から除外されていた精神科病院への疾病別の日額包括払い制の導入に踏み切った。そこで本稿では、その概要を紹介し、わが国の精神科医療の実効性ある改革に向けた問題提起をしたい。

ドイツの病院医療

まず、ドイツの病院について概要をみておこう。病院は病院財政法により定義され、各州が策定する病院計画に基づき、その投資費用は各州が負担し、運営費用は医療保険の診療報酬により賄うという財政二元方式である。

連邦統計庁の「病院基礎データ」2015年版によれば、次のような概況である。

総人口が日本のちょうど3分の2の約8200万人のドイツで、総病院数は1956、総病床数は49万9351床で、いずれも減少傾向を示し、それぞれ1991年に対して81％、75％となっている。また平均在院日数は継続的に短縮化が進み、同じ期間に14・0日から7・3日へと、ほぼ半減している。

開設者別にみると、公立・公的・私立に分けられ、ドイツの病院医療は伝統的には前二者が中心で、1991年には46：39：15だったが、本格的なDRGの導入の影響もあって近年私立が増加し、30：35：36とほぼ三分するまでになっている。ただし、一般に私立は病床規模が小さいため、病床数でみると48：34：18と、なお前二者の占める比率が大きい。

病院は一般病院とその他病院に分けられ、その他病院の中心が精神科病院である。その数は274病院、病床数にして4万5509床となっている。病床規模別でみると精神科病院の半数近くが99床以下だが、病床数で見ると200床以上499床以下が2万4985床と、全体の55％を占めている。

一般病院に対するDRGの導入

ドイツでも病院は最大の医療費支出分野であり、病院財政の改革には様々な取組みが行われてきたが、病院計画を始め病院医療行政は各州の権限とされて

いることもあり、なかなか改革が進まなかった。２０００年医療改革法により初めて診断群別件数包括払いの診療報酬の導入が決まり、２００２年の件数包括払い法と病院診療報酬法により具体的な骨格が固まり、疾病金庫連合会とドイツ病院協会という両当事者間の交渉・協議を通じて具体化されてきた。

２００３年からＤＲＧが導入されたが、この年は採用が各病院の任意とされた。翌年からは精神科病院を除くすべての病院に強制適用されたが、この２年間は財政中立的、つまり従来の病院収入が保障された。

その後、２００５年から09年にかけてはいわゆる収斂期間とされ、それまでの個別病院ごとの予算が毎年段階的に各州の統一単価に切り換えられてきた。そうして、２０１０年からは、すべての病院は「同一医療必要量には同一価格」というＤＲＧの目標が達成された。そのうえで、さらに16の州ごとに基礎件数単価にバラツキがあったものが、一定の許容幅を設けつつ連邦統一単価へと収斂させる作業が進められてきた。

そして年々データの蓄積が進み、保険者団体と病院団体の間の毎年のＤＲＧカタログと報酬単価交渉も円滑に進み、制度の成熟化と精緻化が進んできた。２０１７年のカタログでは１２５５の包括件数と、主に超高額薬剤などを対象とした１９１の追加報酬が設定されている。

こうして導入開始後13年かけて、病院の実態にも配慮しつつ、当初のＤＲＧへの切り換え目標を達成した。その結果、病院医療の透明化が進み、在院日数の大幅な短縮も図られ、病院運営の効率化と医療の質の向上に貢献したとして、ドイツでは病院団体を含め、これに対する肯定的な評価が定着している。

精神科包括払い制（ＰＥＰＰ）の導入

一般病院への全面的なＤＲＧの導入の成果と経験を踏まえ、残された精神科病院への包括払い制（ＰＥＰＰ）の導入に向けた議論が進められ、２０１２年の精神科診療報酬法により、２０１３年から精神科病院に日額単位の包括払い制を段階的に導入することが決定された。

具体的には、２０１３年と14年はオプション期間でその採用は病院の任意に委ねられることとされたが、病院協会の要請等を背景に、２０１４年の公的医療保険の財政構造および質の発展法によりオプション期間がさらに２年間延長された。

その後、２０１６年末に制定された精神科医療および診療報酬の発展に関する法律により、強制適用の開始時期がさらに１年間延期されて２０１８年からとされるとともに、州統一単価への収斂期間が廃止され、今後とも報酬単価は病院ごとに決定されるなど、一般病院へのＤＲＧ導入時以上に病院側への配慮がみられている。

とはいえ、２０１８年からはすべての病院に対する強制適用が始まり、診療報酬カタログも２０１３年以降、毎年保険者団体と病院団体の交渉を通じて改善が図られてきており、精神科病院でも医療必要度に応じた診療報酬という基本理念は確実に浸透しつつある。２０１７年報酬カタログでは、77の包括報酬と99の追加報酬、４つの補足的な日額報酬が規定されている。

おわりに

日本では、ドイツと同じく２００３年に包括払い制度が導入されたが、未だに日額単位から本来の件数当たり包括払いへの切換えができず、またすべての急性期病院への強制適用にも至っていない。

このような日本の病院医療を巡る現状を考えるとき、一般病院以上に病院間の治療内容や在院日数などにバラツキの大きい精神科病院への包括払い制の導入など、現実的ではないとの批判もあろう。しかし、一般病院以上に患者の人権問題をはらむ領域であるからこそ、そのあるべき医療の姿や標準化、それを踏まえた透明で実効性の高い診療報酬支払い方式の改革を検討すべき時期ではないだろうか。

時事評論

多死時代に向け 在宅医療を主流に

放送大学客員教授 田中 耕太郎

会員制の在宅医療組織ライフケアシステム（ＬＣＳ）を創設・運営してこられた元・日本在宅医学会会長の佐藤智医師が昨年11月に92歳で自宅にて逝去された。もう十数年前になるが、筆者は当時の厚生労働省保険局審議官の依頼で、このＬＣＳが長年にわたって質の高い在宅医療を継続してきた要因を調査するための検討会を設け、報告書をとりまとめた。さらにこれを契機に、その後、東京と大阪で先進的に在宅医療に取り組んでいる医師たちと、在宅医療の推進方策を語り合ってきた。

在宅医療の普及が喫緊の課題となっている今、改めて佐藤医師を偲びつつその実績を振り返り、今後の展開を考えてみたい。

ライフケアシステムの概要

ＬＣＳは、佐藤医師が、信州の村医の生活と南インドの農村の病院での1年間の経験を踏まえ、１９８０年10月に創設した会員組織である。「病気は家庭で治すものである」、「自分たちの健康は自分たちで守る」のモットーの下、今日まで24時間３６５日の相談・診療体制を継続している。

調査当時の２０００年には３５０世帯、１０５０名の会員により安定的に運営されていた。最近になって代表理事が佐藤医師から辻彼南雄医師に交代し、会員世帯の高齢化などもあって規模は若干縮小したものの、創設時からの理念や24時間ケアなどはこの37年間一貫して変わることなく今に至っている。

当時の体制は、常勤医師３名を中心に、看護師４名のほか、多くのボランティアの参加があった。この組織は医師を中心とした縦型の組織ではなく、あくまでも会員が自分の健康は自分で守るという意識に支えられ、会員と医療職が対等に協同で維持運営するという基本構成になっている点に大きな特色がある。

会員は東京都を中心に広く分布しているため、各地域に最寄り会を組織し、相互に交流し支援し合うという、コミュニティとしての性格を有している。

会費は当時で月額７０００円（ただし申告制で増減あり）で、これにより未だ制度化されていなかった時期の訪問看護や訪問診療、24時間ケアのための費用を捻出していた。しかし、これら訪問看護や訪問診療などの新たなサービスは、その実践への高い評価を背景に、その後きわめて短いタイムラグで相次いで公的に制度化されてきた。

在宅ケアが長期に継続できた要因

ＬＣＳの24時間ケアという挑戦的なシステムが長期にわたって継続できたのは、佐藤智氏という医師としてもキリスト者としても卓越した力量、見識を持った個性を抜きにしては語れないが、それに止まらず、他の在宅医療にも普遍性を持つと考えられるいくつかの要因を見出すことができる。

ア　複数医師によるチーム医療

24時間ケアは、在宅医療にとって重要な要素である安心を提供する柱となるサービスだが、1名の医師が長期にわたって担うには負担が重く、せっかく志高く始めたが頓挫した例は

少なくない。ＬＣＳでは3名の医師が輪番で担う体制を作ったことは、無理なく継続できた重要な要素である。これからの在宅医療を考えるとき、多様な形態でのグループ診療とそれを支える環境整備が求められよう。

イ　病院との連携

在宅医療は、患者・家族を中心に、その病状や環境に応じて質の高い医療と暮らしの実現を目指すが、治せる疾患について治療機会を逃すことがあってはならない。そのためには信頼できる病院との連携が必須であり、ＬＣＳはいくつかの病院との連携を構築していたが、とりわけ河北総合病院と契約を締結していつでも優先的に入院できる病床を1床確保していた。

また、会員が入院した場合には必ず医師が病床に訪問して担当医と情報交換し、適切な入院医療と退院後のフォローに向けた協議を行っていた点も、かかりつけ医にとって見習うべき点であろう。

ウ　必須の訪問看護

ＬＣＳ発足当時は、まだ訪問看護という制度はなく、会費により賄っていたが、看護師にもまだ十分な経験がなかったため、訪問看護師の教育訓練にも力を入れて養成している。質の高い訪問看護との連携の重要性は、各地で在宅医療を実践している医師たちが口を揃えて強調する点である。

これら以外にも、夜間など緊急時の対応のための常備薬の配置、検査機器等をほとんど置かない軽装備、在宅死の場合の剖検実施率の高さと科学性の重視など、優れた実践上の工夫も多く見られる。

調査結果は「ライフケア研究会報告書」として、在宅医療助成勇美記念財団のＨＰに全文掲載されているので、興味のある方はご覧頂きたい。

看護師常駐の短期入所専用施設の普及を

これに関連して、医師とともに在宅医療を担う看護職の活躍が期待される新たなサービスについて紹介したい。

在宅を支える3本柱の訪問、通所、短期入所のうち、前二者はすでに広く普及しているが、短期入所については、若くして地域ケアの構築に生涯を捧げて駆け抜けた故・小山剛氏が長岡市で創設した高齢者短期入所専用施設などは例外的で、現在でもなお病院や施設の空床利用という形のものが多い。

また、障害児や要介護高齢者など、医療的ケアを要する対象者を積極的に受け入れてくれる病院や施設は、公的病院等でも現実には少ない。

こうした現状で、筆者が暮らす山口では利用者の切実な要望を受けて、原田訪問看護ステーションが２０１２年に20床の短期入所専用施設「コミュニティプレイス生きいき」を開設した。

ここでは障害のある赤ん坊からＡＬＳ患者、要介護高齢者まで、年齢を問わず短期に受け入れ、看護師が交代で24時間常駐し、痰の吸引はもちろん人工呼吸器管理などの医療的ケアを提供している。さらに自宅ではどうしても看取りができない事情があれば、家族も立ち会ってここでの看取りも行っている。

このサービスは、医療や介護が必要な人でも最期まで自宅で暮らせるように支える大きな役割を果たしているが、最大の問題は介護保険や障害者総合支援制度など公的制度の中に見合った位置づけがなく、財政的に単独での運営が困難な点にある。24時間の医療的ケアをしても長時間の通所介護費よりも安い介護報酬しか支払われない。このため経営的には大幅な赤字が常態化し、資金繰りに四苦八苦しているのが実情だ。

待ったなしの多死社会の到来に向けて、地域ケア、在宅医療を強力に施策展開しようとしている現在、２０１８年度の診療報酬・介護報酬の同時改定に向けて議論が進められているが、こうした在宅ケアを支える質の高い新たなサービスをぜひとも制度に取り入れて全国的な展開を支援してもらいたい。

時事評論

家で看取って考えたこと

放送大学客員教授　田中　耕太郎

本年2月20日午後12時59分、母が自宅で妻と私に看取られて天に召された。98歳と9か月の生涯だった。私は社会保障の制度・政策を考えることを生業としてきた人間だが、個人として、介護や医療という、人と人との関わりのなかにあって感じたこと、考えたことは、一つの事例としてお伝えすることも無意味ではないだろうと考え、この誌面を使わせて頂くことにした。お許し頂きたいと思う。

看取りまでの緩やかな道のり

1995年に当時の厚生省を退官して郷里で大学の教員として勤務を始めたが、あたかも私の帰郷を待っていたかのように、病気知らずで寝たのを見たことのなかった母が眼振により入院加療し、これが後の難聴の原因となった。それでも当時はまだ70代半ばで、市内遠くへも歩いたりバスで動いたりする健脚の人だった。

2000年に家を建てる際には、実家を取り壊して三世代住宅に建て替えるか、別棟を建てるか考えたが、実家はそのままにして隣に新たに建てた。長く住んできた自分の家はそのままで、気ままに自由に使える方がよいと考えた。この選択は、今振り返ってみても、母にとっても妻にとっても無理のない賢明な選択だったと思う。

こうして隣居の形でそれぞれ自立し、食事など分担しながらの穏やかな生活が続いたが、母が80代半ばの時に、たまたま血液検査で特発性血小板減少症が見つかり、日赤病院に入院した。胃のピロリ除菌を優先して経過を見ることになり、これで徐々に血小板が増加したため、退院して経過を見ることになった。しかし、これを機に、その後様々なイベントごとに踝や膝、そして肋骨などにリウマチ様の腫れや痛みが起きることになり、最後の10年あまりは、病気を抱えながら在宅での暮らしを組み立てることとなった。

在宅専門医と訪問リハ、デイサービスによる支援

山口市ではまだ訪問診療を中心に担う医師は2人しかいないが、そのうちの1人が開業されたのを機に、母の訪問診療をお願いし、2週間に一度の訪問が続いた。数年に及ぶ関わりのなかで、通院と待たされる時間の負担が減り、また、体調の変化などに応じて、夜中でもいつでも相談し、必要な場合の入院の手配もお願いできたのは家族にとって心強かった。

しかしとりわけ助けられたのは、やはり最後の4か月間、肋骨部の激痛のために寝たきり状態になってからの、最期の看取りの時期だった。この時期の状態の変化と予後の予測などは、経験のない家族にとって判断に迷うことが少なくなかったため、医師との意見の交換や助言は有益だった。

寝たきり状態になるまでは、排泄の管理を中心に日常の世話は先に退職していた私が主に担い、それを妻が全面的に支えてくれた。

リウマチ以外に拡張性心筋症を患っていたため、ADLの低下を最小限にするために、週1回の訪問リハビリと週2回のデイサービスを利用した。いずれもできるだけ長く在宅で自立した快適な生活を継続するために

効果的だった。とりわけデイサービスでは、家族のレスパイトと併せて、家では困難になってきた入浴の効果が大きかった。

寝たきり状態の最期の3か月は、週1回、訪問入浴を利用したが、本人もとても心地よいありがたいサービスだと実感した。

リハビリで軽減するという幻想

国はかねてから介護予防を重視し、今回の介護報酬改定でも介護予防や介護度の軽減に向けて成功報酬を用意するなど力を入れている。その理念が誤りだとは思わないが、体力のある中年の脳卒中後などと超高齢者では、事情は全く異なることを今回実際に介護してみて確信した。

たしかに90代になってからもリハビリでADLの低下を最小限度に止めることはできると思う。実際、何度か体調を崩した後にも、専門職や家族の支援、そして何よりも本人のよりよく生きようとする意志によって、一定程度回復を見せた。

しかし、この数年の経過を見ると、いったんはある程度回復するが、決して前のレベルには戻らず、こうして徐々に、しかし確実に、動ける範囲、できることのレベルは一歩ずつ低下して、最期を迎える。少しでもその移行を遅らせ、快適な生活レベルを長く維持できれば、すばらしいケアだと思う。過度のリハビリへの期待とそれを前提にした介護報酬の設計は、質の高い良質なケアを提供している施設の運営を毀損するおそれがあることを危惧している。

排泄のケアの難しさ

母がまだ出かけたり室内の移動ができた当時から、排泄、とりわけ排便の管理は何よりも本人にとって悩みだった。もともと便秘がちだったため、腸の働きが弱ってくると、下剤の助けを借りないと排便できなくなった。しかし、体調如何で効き過ぎるとトイレが間に合わず失敗する。寝たきりになった後は、よけいに排便が困難になり、私も初めて訪問看護師による摘便を手伝ったが、訪問看護師のベッド上でのこうしたスキルはとても勉強になると同時に、食事と排泄のケアが介護のなかで大きな比重を占めていることを実感した。

寝たきりになった後、なぜか原因が分からずに半日苦しむことがあり、病院での検査の結果、何と尿閉で、膀胱がパンパンに膨れて1リットル以上導尿された。あと1日遅れていたらどうなっていたかとヒヤッとした。

また、帰宅後の対応に関し、訪問看護師からは家族の負担も考えるとバルーン・カテーテル留置という選択肢もある旨告げられた。しかし、回復の可能性を信じて、最初にカテーテル導尿のやり方を教えてもらい、その後は私が日に2、3回ほど行った。感染には気をつけたが、さして難しくなく継続することができ、1週間で自力排尿が回復し、亡くなる直前まで二度と導尿は必要なかった。

密度の濃い「しあわせな経験」

看取ってからまだ4週間で、いろいろな場面や思いが交錯して整理しきれないままだが、今思うのは、本人の希望に添って、家で妻と二人で最期まで看取ることができ、人が生きるということと死ぬということを生身で経験させてもらって、本当にしあわせだったということである。

最期の4か月間の寝たきり状態は、何よりも本人が辛かったと思うし、とりわけ夜間の混乱は、難聴と認知症が重なって対応に苦慮し、介護者としてもっとできなかったかと反省も多い。それでも、食べるのが好きで何でも家族と一緒の物をおいしく口から食べられ、亡くなる4日前までは、おかゆと刻んだおかずを誤嚥もなくしっかり食べられたことは、家族にとって大きな救いと慰めだった。

長い間、みんなにありがとう、そしてお疲れさまでした。

時事評論

コロナ禍で示された在宅医療の底力と次の展開

比較社会保障研究者　田中　耕太郎

昨年の11月23日、東京ビッグサイトの国際会議場で第17回在宅医療推進フォーラムが開かれた。入場者を限定してオンライン配信併用で開催されたが、１２００名を超える盛況だった。勤労感謝の日のフォーラム開催はすっかり定着してきたが、筆者は久しぶりに参加し、この間の在宅医療の進展に強い感銘を受けた。入院・収容中心の医療や福祉から地域・在宅への転換は、かつて行政官として、その後は政策研究者として追求してきた筆者の一貫した目標であり、この機に振り返って気づきを述べてみたい。

勇美記念財団と佐藤智医師

在宅医療推進フォーラムは、国立長寿医療研究センターと在宅医療助成　勇美記念財団の主催で、（一社）日本在宅ケアアライアンスとこれに加盟する19の在宅ケアの専門職・学術団体等が一体となって運営されている。筆者との関わりはもう20年あまり前、設立されたばかりの勇美記念財団の当初の事業に関わったことに始まる。もともとこの財団は、オートバックスセブン社の創業者の一人である（故）住野勇氏が、その所有する株式を社会に還元するために財団設立を計画され、それが当時の辻哲夫・厚生省保険局審議官の引き合わせで（故）佐藤智医師との出会いに繋がり、在宅医療の普及に向けた助成を行う財団として２０００年７月に設立されたものである。

その創設直後に、辻氏からの依頼を受け、佐藤医師を中心とするライフケアシステム（ＬＣＳ）が20年にわたり24時間３６５日対応の会員制在宅医療を継続できた要因を分析し、全国に在宅医療を普及させるための普遍的な要因を明らかにするため、同財団に事務局を引き受けて頂き、「ライフケアシステムに関する研究会」を立ち上げて、２００１年10月に報告書をとりまとめた。

そしてこれに引き続き、東京と大阪で、すでに在宅医療を積極的に実践している医師たちと「在宅医療を推進する会」を設け、在宅医療をどうすれば大きな流れにすることができるのか、毎回、意見交換を重ねるとともに、そのネットワーク化を進めてきた。

その後は、遠方であることや大学での用務多忙も重なり、直接の関わりからは離れたが、年々充実していく活動内容に遠くからエールを送ってきた。今回のコロナ禍、とりわけ第５波では、入院できずに自宅療養を余儀なくされた患者に対し、感染と容態急変のリスクを伴う困難な状況下にあって、必死の支援にあたる在宅医たちの活躍がテレビ等で報じられ、医師の原点と底力を見る思いだった。

急性期の在宅医療という選択肢

こうして今回のコロナ禍は、期せずして在宅医療や訪問看護の重要性と存在感を遺憾なく社会に示し、行政や医師会等にも連携すべき重要なパートナーとして認知されるところとなった。他方で、筆者のなかではどこかで、病床不足で入院できなくなった急変リスクの高い感染症患者を自宅で看るのは、本来の在宅医療の姿ではないのではないか、という違和感も拭えな

かった。

しかしながら、同じく今回のコロナ禍にあって積極的に訪問診療に取り組んだ悠翔会の佐々木淳理事長のインタビュー記事を読んで、まったく新たな視点を得た。それは、これまでの在宅医療は、通常は月に2回定期的に訪問診療を行い、患者の緩やかな変化を見守っていく慢性期支援だったが、今回の経験のなかから、在宅の急性期医療の可能性を見出したとの指摘である。慢性期の在宅療養を支えるためには、医師の定期的な関与と緊急時の支援は不可欠だが、本質的には、これは高齢者「医療」というよりも高齢者「ケア」であり、訪問看護を中心に医師がサポートすれば対応可能であるという。

考えてみると、自宅で母を看取った経験からも、病状変化時の対応や病院との調整など、いつでも医師に相談できる安心感は本当にありがたかったが、基本的に日常的な支援は訪問看護やデイケアに支えられていた。急性期の医療であっても、どうしても入院が必要な場面は、手術やICU収容あるいは高度機器を必要とする検査などに限られ、その部分での連携が確保されていれば、基本的には入院しないで在宅での暮らしを継続した方が、高齢者のQOLは守られると考えられる。その意味で、高齢者の急性期医療は、本来、在宅で対応すべきではないのか、という問題提起は、まさしく佐藤医師が掲げた「病気は家庭でなおすもの」という理念であり、新たな在宅医療のステージに目を開かれた。

外来診療センターの提案

悠翔会がこうした新たなレベルに対応できた要因の一つは、ちょっとした中規模の病院並みの96名もの医師を抱えている（同会HPのデータ）ことにもあると思われる。

そもそも、LCSの分析から明らかになった継続要因の一つが、佐藤医師を含めた3名の常勤医師によるチームでの対応という点である。こうした開業形態は当時まだ珍しく、ましてや今日のような大規模な医師団を抱えた在宅医療の誕生は予測していなかった。しかし、今回のコロナ禍での訪問診療を引き受けられた診療所は、ここまで大規模ではなくとも、複数医師と訪問看護師などで運営するところが多い。

国により背景の相違はあるものの、ドイツでは近年、診療所の領域で形態の変化が生じている。一つは、再統一の際に経過的に存続させた旧東独のポリクリニックの機能が再評価され、2003年の医療現代化法で外来診療センター（MVZ）として正式に位置づけられた。これが年々増加し、すでに全国で3846か所（2020年末）設置され、1か所当たり平均医師数は6・1名と規模が大きく、外来での対応能力が高い。

またこれとも関連し、女性医師の増加（保険医総数の44％）や、性別を問わずワーク・ライフ・バランスを重視し、開業投資のリスクを好まない若い医師たちの増加を背景に、開業保険医の減少と診療所勤務医の増加傾向が顕著になっている。

外来診療機能の強化を目指しているのは隣国オーストリアも同様で、保険医の高齢化と弱体化を補うため、数名程度の医師が常時勤務する多機能プライマリーケアセンターを全国で75か所設置することとし、そのために2億ユーロを投入する。

日本の圧倒的に多い個人開業の診療所が、専門性の高さや地域での連携などの面で脆弱であることは、今回のコロナ禍で明らかになったように思う。国では現在、「医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関」として一定の要件を満たす病院を指定する方向のようだが、レベルの高い外来・訪問診療は、本来、地域の診療所が備えるべき機能であり、この方向での機能強化も模索すべきではないだろうか。そして、地域の実情に合わせた望ましい地域医療の改革に向け、先駆的な実践の成果をいち早く評価し、診療報酬や政策融資等による後押しを望みたい。

田中耕太郎：ktanaka@kcd.biglobe.ne.jp

時事評論

薬剤定額給付制の速やかな導入を

山口県立大学教授　田中耕太郎

国民医療費の増加と保険財政の窮迫、保険料負担の上昇を背景として、日本でも後発医薬品の使用促進を巡る議論が活発になっている。約40兆円の国民医療費の2割強、金額にして8兆円から9兆円が薬剤費に費やされている以上、その合理化、効率化が求められるのは必然であろう。

しかし、これまでのところ、その目標を実現するための方策の提案はいずれも実効性に乏しく、かけ声倒れに終わるおそれが強い。

そこで、ドイツで開発され、その後、欧州各国で採用されている薬剤定額給付制（「参照価格制」とも呼ばれる）の普及状況を示し、日本での速やかな導入を提案したい。

薬剤定額給付制の経緯としくみ

ドイツでは、公的医療保険の財政窮迫を背景に制度の大幅なオーバーホールを行った医療保険改革法（GRG）により、薬剤定額給付制が導入され、1989年から実施された。したがって、このしくみはすでに四半世紀を超える実績を有しているが、その歴史は製薬企業と保険者団体、さらには連邦保健省とのせめぎ合いの歴史だったといえる。製薬企業はこの制度の導入と拡大を阻止しようとして、さまざまな抵抗を試みた。ロビー活動を通じた政治的な圧力はいうまでもなく、独占禁止法や基本法（憲法）、さらにはEU条約などを根拠とした法廷闘争も国内にとどまらず、EU裁判所への提訴も行われた。しかし、最終的に連邦憲法裁判所、さらにはEU裁判所において、制度の合憲性や適法性が支持され、法的にも完全に決着して、安定的なしくみとしてすっかり定着している。

また、薬剤の給付について定額給付制を導入したのはドイツがパイオニアだが、その後、オランダ、デンマークとスウェーデン、スペイン、ベルギーとイタリア、さらにはカナダやニュージーランドでも採用されるに至っている（2014年医薬品処方レポート）。

ドイツの薬剤定額給付制では、まず対象となる医薬品群は、次の3群に分類される。

①同一の有効成分を有する医薬品
②薬理学的・治療上、同等の有効成分を有する医薬品
③治療上同等な作用を有する医薬品

定額給付の設定は二つの段階に分かれる。まず、上記の要件を満たす医薬品のグループについて医学薬学の専門家で構成される合同連邦委員会（GBA）がグループ化可能な医薬品群を設定する。この設定に際しては、予め製造業者および専門家の意見を聴かなければならない。その決定は連邦保健省に報告され、異議がなければその医薬品群を連邦官報に公布する。

第二段階の手続きは、公的医療保険者最上級団体による具体的な薬価設定である。この定額の設定は、法律に基づき、機械的に算定される。

まず、同一グループに属する各医薬品について、当該有効成分の成分量、剤型、包装単位のうちもっとも処方の頻度の高いものが標準包装単位として選定

される。この標準包装単位に対する価格は、同一グループ内の全標準包装の価格の下位3分の1に設定される。ただし、その価格は、当該グループの医薬品の全処方件数の少なくとも5分の1と、全包装の少なくとも5分の1が購入できる価格でなければならない。これにより、医師が当該グループのなかで治療上必要な医薬品を十分に選択できるようにするためである。この標準包装単位の価格を基準に、他のすべての包装単位の薬価が機械的に算定される。

こうして設定された定額給付の薬価は、定期的に、原則として毎年、市場の価格動向に合わせて改定される。現在では、定額給付が設定されている医薬品群は430グループ、公的医療保険における全処方件数の約80%、全薬剤費の約40%を占めるに至っている。

迅速な導入の手法

医薬品の有効性・安全性・品質に関する基準や認可行政はすでにずっと以前から国際化され、多くの点で共通化されている。また製薬企業も多くは新薬開発から医薬品の許認可、販売を国際的な市場で展開している。

こうした状況を考えると、わが国でもドイツ政府と協定を結んでドイツにおける薬剤定額給付制の具体的内容やノウハウを早急に移入し、日本の薬価基準や保険外併用療養費制度のしくみに合わせて導入すれば、四半世紀に及ぶ膨大な経験とエビデンスの蓄積を一気に活用することができ、速やかな制度化を図ることが可能である。

製薬業界が薬剤定額給付制の導入に強く反対するもっとも有力な根拠が、その導入により新薬開発の多額のコストが回収できなくなる、という点である。これはドイツで制度が導入された当時から一貫して製薬企業から主張された反対の根拠だった。

しかし、この20年あまりの経験は、この主張が全く根拠がなかったことを示している。むしろ、ドイツでは、定額給付制により特許保護期間が切れて後発品が出てくると薬価が下がるため、製薬企業はそれまで以上に新薬開発競争に進み、毎年多くの新薬が承認されて保険市場に登場した。そして、定額給付制が設定された薬剤費が顕著な価格低下を示す一方で、これが設定されていない新薬の価格上昇とこれによる医療保険からの薬剤費の支出が増加してきた。

このような背景のもと、ドイツの薬剤費対策の重点は、今や定額給付制からさらに進んで新薬の効用評価と合理的な価格設定に移ってきている。そのために、わが国を含め各国から注目されている「医薬品市場新秩序法（AMNOG）」が2011年から施行され、新薬については厳密な効用評価が導入されている。

わが国でも、新薬の合理的な価格設定のルールの明確化と透明化が強く求められている。後発品の使用促進と平行して、高額な新薬の価格の合理的な設定ルールの見直しも急務である。

国際的なロビー活動や政治的圧力への対抗

新薬開発を巡っては、難航したTPP交渉の最後までアメリカが長期の特許保護期間の合意を主張し、これに反対するオーストラリアや新興国との間で鋭く対立した経緯からも明らかなように、製薬企業やその業界保護を求める国と広く国民への普及と受益を求める立場との間で、国際的にも鋭く対立している。薬剤定額給付制の導入や新薬の薬価設定の合理化に対しては、日米の製薬企業が政治的・外交的圧力はもとより、法的手段も通じてさまざまな阻止行動を取ることが予測される。

公的医療保険において、有効で安全な医薬品が合理的な価格で利用できるように、何よりも患者・被保険者の利益の実現を第一に、財政運営に責任を持つ保険者と医師会などの医療関係団体が協力して、薬剤費の適正化に取り組んでもらいたい。

時事評論

保険薬剤の合理的な選択環境の整備

放送大学客員教授　田中　耕太郎

今年は抗がん剤オプジーボに代表される超高額薬剤の薬価収載と医療保険財政破綻の危機が大きな社会的関心を呼んだが、これ以外にも、薬価算定を巡る話題には事欠かなかった。とりわけ8月31日に薬価収載予定だった日本イーライリリー社の乾癬治療薬「トルツ皮下注」が直前になって収載申請を取り下げられたことは、薬価算定と保険薬剤使用のあり方を巡って波紋を呼んだ。

本稿ではこの問題を契機として、合理的な保険薬剤の選択と医療保険財政の安定を両立させる有力な選択肢として、薬剤定額給付制の導入について、改めて論じてみたい。

問題の所在と合理的解決策

今回の「トルツ皮下注」を巡る問題の経緯は、報道によれば次の通りである。この薬剤は、8月24日の中医協で薬価収載が了承されたが、その薬価は類似薬効比較方式の外国価格調整の結果、類似薬よりも高く設定された。このため、厚生労働省は、薬価収載するとともに、類似薬でこれよりも価格の低いルミセフやコセンティクスを優先して使用するようにという留意事項を付して通知する方針を示した。このような対応を踏まえ、同社は薬価収載予定日の前日までに収載希望を取り下げるという前代未聞の対応に踏み切り、改めて再収載に向けた交渉を行う方針だという。

こうした対応は、会社としては当然であろう。他の類似薬の優先使用を国に通知されれば、実質的に保険診療の現場で使用される可能性はほぼ閉ざされるため、いくら高い薬価を獲得しても意味がない。

たしかに、保険診療では治療上の効果と保険財政への影響を比較考量して、合理的な治療方針や治療の選択肢の優先順位を指示することはありうる。しかし、今回の使用規制は、申請者との価格交渉を経て国が自ら算定した薬価の妥当性の問題であり、薬価を決定した国の責任転嫁ともいえる。このような類似薬間での薬剤の価格差の問題は、薬剤選択の自由と保険財政への影響の調整の手法として、直接的な使用規制よりも、次に述べる定額給付制による経済的な使用選択に委ねる間接的な手法の方がはるかに合理的であり、問題解決に適している。

薬剤定額給付制の意義

ドイツでは、医療保険改革法によって1989年1月から薬剤定額給付制（参照価格制）が導入された。この制度の導入を巡っては、当初、製薬業界は新薬開発力を阻害するなどとして強く反対したが、2002年の連邦憲法裁判所判決および2004年のEU裁判所判決により、制度の合憲性とEU規約適合性が判示され、安定的な制度として完全に定着している。

そして現在では、約440のグループが設定され、公的医療保険で処方される薬剤の約80％をカバーし、これによる医療費の削減額は約69億ユーロ（2013年）に上るとされる。

具体的なドイツの制度の内容、対象薬剤、価格設定手続きなどについては、本誌№2284

6を参照されたいが、本件との関連では、対象薬剤群は有効成分が同一のものに限らず、化学的な類縁物質を含むものなど臨床上の同等性があるものも含まれ、また特許期間中のものも対象とすることができる。

薬価基準制度に関する独日の制度の相違はあるものの、日本においても混合診療の範囲は1984年の特定療養費制度の創設以降、現在に至るまで徐々に拡大されてきている。しかも、歯科補綴における材料差額が歴史的にも差額ベッドと並んでもっとも古くから混合診療の対象とされてきたように、患者にとって目に見える物の価格は、技術料などの診療報酬本体と比べて混合診療の対象とした場合の弊害がもっとも少なく、診療内容の選択を保障しつつ経済的に実効性のある効率化を促し、保険財政の改善に寄与できる有力なツールである。ましてや、薬剤については類似薬の間で大きな価格差がある一方で効能効果の同等性が保障されている。しかもドイツで長年に及ぶ実践を通じて具体的な運用のノウハウや評価が確立しており、導入しない理由はあるまい。

ジェネリックに対する批判の妥当性

日本では国もジェネリックの使用促進を進めているが、もっぱら保険者による医療費通知や医師や患者に対する啓発、処方せん記載様式の変更など、実効性の低い施策を講じるのみで、他の先進諸国と比較してジェネリックへの切り替えは遅れている。その主な要因が、診療を担当する医師たちによる否定的な評価であるが、その科学的な根拠は乏しい。

第一に、ジェネリックは先発品と比べて臨床試験などの蓄積は乏しいが、あくまでも同一有効成分を含み、先発品との吸収・分布・代謝・排泄に関する生物学的同等性を示すデータと品質に関する資料などに基づき、国がその同等性を確認し責任をもって薬事法令に基づき承認をした医薬品である。

価格差の最大の要因は、動物実験から第Ⅲ相試験に及ぶ多額の費用と時間のかかる臨床試験の費用がかかっていないことが主因である。先発メーカーのこの費用は、特許権と先発品保護により回収が保障されており、その後に初めてジェネリックの市場投入が承認される。

臨床医が先発品と比べてジェネリックの使い勝手が違うとか、効き方や品質に違和感をもつことがあるとの指摘がよく見受けられるが、薬剤の有効性と安全性は、患者と医師双方のプラシーボ(偽薬)効果を排除する必要がある。このため、国の薬事承認においては、原則として二重盲験法により医師にも患者にも被験薬と基準薬とが分からないように伏せて数百例にも及ぶ臨床試験を行い、その結果を厳密な統計的分析を行って初めて有効性も安全性も確認している。もしもジェネリックの方が有効性あるいは安全性、品質において劣ると主張するのであれば、それだけの科学的な反証を挙げることが求められる。

第二に、より分かりやすい例を用いると、DPC適用病院では、包括払いに伴って価格の安いジェネリックへの切り替えが急速に進んでいる。各分野の専門医が多く勤務しているこれら大病院において、効き目が低い、あるいは品質の劣るジェネリックを病院の経営上の都合から採用していると、その治療を受けている患者に説明できるのだろうか。使い勝手は少し異なっても、ジェネリックへの切り替えは治療上問題がないことを知っているからこそ切り替えられているのだろう。

病院経営のために専門医ができることが、なぜ、国民みんなが重い負担をして支え合っている医療保険制度の効率化のために実施できないのだろう。医師たちも、これだけ制度の財政的な持続可能性に赤信号が灯り始めているとき、少なくとも薬剤費に無駄な費用をかける愚は避けるべきではないだろうか。

時事評論

デジタル化社会実現に向けた政策選択の本末転倒

放送大学客員教授　田中　耕太郎

最近は、役所の縦割り行政の弊害を是正し、官邸を中心とした政治主導の旗印として、「政策の総動員」といった表現が用いられることが多い。たしかにそこには一定の必要性や合理性が見られる場合もあるが、逆に明らかに目的と手段をはき違えた濫用や、本来の政策目的の本末転倒も見受けられる。

本稿では、とくにデジタル決裁や個人番号カードの普及など、デジタル化に邁進するために動員される様々な施策のうち、不合理・不公平あるいは深刻な悪影響の懸念がある施策を取り上げて考えてみたい。

増税に伴う景気対策としてのポイント還元

2019年10月からの消費税率引上げに伴う景気対策の一環として、中小の小売店などでデジタル決済した場合、価格の5%をポイント還元することとされ、そのための国の予算として、2019年度予算に約2800億円もの費用が計上された。

そもそも国の財政危機対策としての消費税率引上げの実現のために、この費目以外も含め増収分を帳消しするに近い巨額の予算を計上すること自体、いったい何のための税制改正なのかと疑問視する声が多い。ここではそれは措いておくとして、問題はその内容である。

デジタル化の推進と消費増税に伴う経済対策は、本来別物である。そもそも日本が中国や韓国、北欧諸国と比べてデジタル化が進んでいないことが、あたかも悪いことのように言われるが、本当にそうだろうか？　日本やドイツで現金決済比率が高いのは、むしろその堅実・健全な国民の経済感覚にあるのではないだろうか。

クレジットカードを利用しての決済は、いわば借金による消費を国が奨励しているようなものである。多重債務問題が一時期と比べると少し落ち着いたとはいえ、とりわけ若者層を中心に依然として問題は多い。QRコードによるスマホ決済は与信に伴う利息の問題はないにせよ、手元資金がないままに安易な消費を助長する点は同様であり、スマホや決済の利用料の問題も生じうる。

もちろん、利便性を重視して利用する人はいるだろうし、それはその人の選択だが、国民が等しく負担している税金を用いて誘導すべきものではないし、そもそも現金決済をする人を不利に扱うような施策がどうして支持できるのだろうか？

何のための個人番号カードによる被保険者資格の確認か

個人番号カード普及に焦る政府の政策のうち、本末転倒が甚だしく疑問なのが、健康保険の受診の際の資格確認を個人番号カードで行うことを誘導する法律である。このための健康保険法等の改正法が去る5月22日に公布され、公布の日から2年以内で政令で定める日から施行することとされた。

これが施行されれば、受診の際の窓口での被保険者資格の確認は、原則として個人番号カードにより行われることになり、例外的に省令で被保険者証による確認が認められる（これとても早晩容易に削除されよう）。

資格確認のために各保険者が

被保険者証を発行しているのに、これで何が困るのか。なぜここに個人番号カード利用を持ち込む必要があるのか。理由として考えられるのは、現在の制度や実務運用では、例えば会社を辞めた人が保険証を返還せずに受診した場合、保険者と医療機関や本人との間で医療費の返還に伴う債権管理の事務が生じるということがある。医療保険の被保険者資格の得喪を各保険者のサーバーと個人番号のネットワークをつなぎ、さらにこれと各医療機関との間をオンラインでつなげば、国民皆保険のわが国ではすべての国民の被保険者資格が医療機関の窓口で瞬時にチェックできることになる。

しかし、そもそも資格喪失後受診に伴う返還事務がどの程度の件数や金額生じているのだろうか？　協会けんぽの事業報告書では、資格喪失後受診に伴う返納金の保険給付費に占める比率は0・07％に過ぎず、しかもそのうちの59％は回収されている。近年では被保険者や事業所、医療機関への広報や債権管理の徹底、さらには保険者間調整による事務の合理化などで、回収率も向上している。

一方で、医療機関から支払基金へのレセプトのオンライン請求は、機関数で見ると全医療機関でも60％に止まり、歯科診療所に至っては17％に過ぎない。このレベルでは個人番号カード導入の実効性には疑問がある。医療機関における電子化の普及のために基金を設けて助成措置を講じるというが、今回の資格確認という政策目的に限っていえば、巨額の税金を使って、いわば大砲で小鳥を撃つが如き非効率な無駄使いと言わざるを得ない。国民皆保険下での医療という不可欠なサービスの利用を人質にとって、一気に個人番号カードの普及を狙う企てとしか考えられない。

そもそもなぜ個人番号カードが国民に受け入れられず利用が1割に止まっているか、という現実を基本から考え直す必要がある。それは、行政による個人情報の効率的な収集という官の動機が中心で、国民は必要性を感じていないこと、そして、個人情報の漏洩や、これが行政によりデジタル化されてひも付けされる結果、プライバシーが侵害されることへの不信感が国民にあるからではないだろうか。

医療情報の電子化と個人情報保護の徹底に向けた議論を

筆者も、医療情報の電子化による患者への侵襲的な検査の重複回避やポリファーマシーの改善、健診データの治療への効果的な活用など、医療の質の向上や効率化に向けての課題や必要性を十分理解しているつもりである。

しかし、ヨーロッパ諸国と同様に、わが国でも、個人の医療や健康情報というもっとも秘匿性の高い重要な個人情報については、情報の漏洩・濫用防止対策や侵入に対する堅牢性はもとより、個人の情報管理主権が確立されなくてはならない。このため、情報基盤が整備されたとしても、①その利用から脱退するopt-outの権利、②自分の医療情報に対する自由なアクセスとすべてのアクセス記録のログのチェック、③掲載された情報の抹消請求権などが保障される必要がある。

そして何よりも、どれだけの費用をかけて、どういうシステムを組むのか、誰が、どのような根拠と必要性に基づいて、どの範囲の医療情報にアクセスが許されるのかなど、幅広い国民的な議論を経て、枠組みの詳細が法律で定められるべきである。

私は個人番号カードは作成していないし、カード決済もよほど他に選択肢がない場合を除いて利用せず、「いつもニコニコ現金払い」にしている。パソコンは使うがスマホは使わない。それで何の不便も感じない。

この国では、こんな絶滅危惧種は、経済的不利益はおろか、保険料を払っていて被保険者証で資格を証明しても、必要な医療さえ受けさせてもらえない日が来るのだろうか…？

時事評論

保険診療への個人番号カード導入の再考を

放送大学客員教授　田中耕太郎

新型コロナ対応で終始した前国会で、地域共生社会の実現のための社会福祉法等の一部改正法が成立した。この法律には、「地域共生社会の実現」という抽象的な目的の下で括られて、いくつもの性格の異なる法律改正が盛り込まれている。

近年、法律の国会審議の時間を省くためにこうした手法の濫用が目立ち、それ自体大きな問題だが、加えて、そのなかでも、保険診療のオンライン資格確認に必要な機器の調達・提供の業務を社会保険診療報酬支払基金に付与する内容については、極めて疑問が多い。改めてこの問題について考えてみたい。

個人番号カードを資格確認に用いる無理筋

個人番号カードによる医療保険の被保険者資格の確認が本末転倒であること及びその危険性については、すでに本誌3027号（2019年6月24日）で指摘したところだが、政府はその後もこの構想の実現に向けて公費の投入を続け、現下のコロナ禍に乗じてさらにデジタル化を加速しようとしている。

前にも指摘したとおり、巨額の公費を投入して基盤整備をしたにもかかわらず個人番号カードの取得が1割程度に止まり利用が広がらないのは、国民にとっての必要性も薄く、逆に、役所による個人情報の過剰な収集やひも付けによるプライバシーの侵害、さらには情報の漏洩への危惧などが広く共有されているからだ。それにもかかわらず、カード取得と利用を一気に拡大するために、国民皆保険下で誰もが治療のために利用を避けられない保険診療を人質にとって普及を意図すること自体が筋違いで、やってはいけない禁じ手だ。加えて、もっともらしい資格喪失後受診の防止の効果についても、その実態を踏まえれば、費用対効果は極度に低く、あたかも大砲で小鳥を撃つが如きで、合理的な根拠とはなりえないことはすでに述べた。

診療窓口で顔認証まで求める無神経さ

今回の法律改正は、必要な機器等を支払基金を通じて医療機関に提供するためのもので、こうした流れを受けて、厚生労働省と支払基金は、すでに医療機関・薬局に対して、顔認証付きカードリーダーの無償配布などの広報を開始している。

しかし、オンライン資格確認による資格喪失後受診の防止というわずかな根拠に照らしてさえ、巨額の公費を使って医療機関の窓口で顔認証まで要求する理由と合理性がどこにあるのだろうか？　推察するに、個人番号カードという制度の性格上、セキュリティ上の必要から本人確認が厳格に求められ、かといってそんな必要性を感じていない高齢の患者などにPINコードの入力を求めても、失念や誤入力などによる受付窓口の混乱が予測されるため、簡単な顔認証を用いようとしたのだろう。

そもそも、オンライン資格確認のためにそこまで厳密な本人確認の必要がどこにあるのか？　これまで他人の保険証を利用しての医療保険の偽装受診が本当にあったのか。おそらくそのような事例はあっても数えるほどしかないものと思われ、そのために巨額の公費でカードリーダーを窓口に設置させる必要はあるまい。医療窓口に求められるのは、まず何よりもスムーズ

に受診できることであり、不正のチェックのためのバリアではないだろう。

将来的には健診記録や薬剤履歴も記録するから、と言うかもしれないが、そういう機微な個人情報をカード制度に載せること自体の是非がまず先に議論されるべきだろう。また、実際に入力されても、これを閲覧する国民や医療関係者がどれだけいるだろう？

顔認証や指紋認証などに用いる生体情報は、医師等に対して業務上知り得た秘密に関し、刑法上の重い守秘義務と罰則が課されていることからも明らかなように、最も秘匿性の高い重大な個人情報であり、本人の意に反しての取得が容認されないのはもちろん、経済的利益による誘導や生活に必須のサービスの利用に伴う事実上の提供の強要も許されるべきではない。

医療・健康情報への患者主権の確立を

筆者も、医療情報のデジタル化は、侵襲的な検査の重複回避やポリファーマシーの防止、遠隔治療など、有益な効果は多くあり進めるべきだと考えている。しかし、それは、あくまでも患者や診療担当者にとっての医療上の利点という視点から制度設計を進めるべきである。所得や資産などの経済情報と較べても格段に秘匿性・個人性が高い医療・健康情報については、個人情報保護への強い配慮が求められ、本人の情報管理主権の観点からのルールが法律で明確にされる必要がある。

医療情報の電子化が進んでいるオーストリアのELGAシステムにおいても、法律できちんとルールが確立され、それに基づき、例えば、どの医療職にはどの範囲で医療情報へのアクセスを認めるかに関する規定、自分の情報にいつ誰がアクセスしたかのログ記録を本人がいつでも閲覧する権利、掲載を希望しない記録の削除要求、全部または一部（例えば投薬記録のみ）の利用をやめるオプトアウトの権利などが定められ、個人の情報管理主権が確立されている。日本でも、国民が信頼して利用するためにはこうしたルールが不可欠である。

いかにコロナ禍で感染封じ込めに一時的に効果を発揮したとはいえ、位置情報から行動履歴、電子決済を通じた購買履歴まで、すべての個人情報が瞬時に丸裸にされるデジタル監視社会がすでに中国や韓国では現実のものになっており、改めて恐怖を感じた人も少なくないだろう。

医療関係団体などは早急に制度の再検証を

現政権は、デジタル化での国際競争の遅れを挽回するために強引な政策展開を進めてきた。しかし、そうした国民のニーズや生活感覚からかけ離れ、責任を取らないスローガン政治では、真に国民の理解と支持が必要な政策を実現することは不可能である。曰く、英語や記述式などの大学共通入試改革の頓挫、原発や石炭火力発電などのエネルギー政策の定見のなさ、そして極めつけはこの半年間の一連のコロナ対策の惨状など、具体例の枚挙には暇がない。

保険診療への個人番号カードの導入についても、コロナ禍に乗じて闇雲にデジタル化に突き進むのではなく、一度立ち止まって、現場の医療関係者や個人情報保護に詳しい法曹関係者などの意見に耳を傾けて、再考してほしい。

また、医療関係者も、安易に機器の無償提供や補助金などに釣られて導入を急ぐのではなく、患者と現場にとって本当に必要かどうか、実際に窓口で顔認証まで求めたときの混乱などについて慎重に判断してほしい。医療関係団体も、コロナ禍により大きく毀損した経営基盤の再建や医療のあり方が大きく変わる変革期にあって、改めてこの制度を検証し、しかるべく声を上げてもらいたい。さらに国会や報道も、巨額の端末機器の一括購入が、透明な入札手続きを経て妥当な価格で購入されるか、導入を巡って現場で混乱しないかなど、しっかりと監督してほしい。

時事評論

ドイツの医療デジタル化と患者データ保護

放送大学客員教授　田中耕太郎

日本と同様に、ドイツでもシュパーン保健相の下で医療のデジタル化が加速しているが、そこでは行政の効率化という視点を超えて、患者への医療サービスの向上と国民からのシステムへの信頼を確保するため、患者主権が根底に据えられている。こうした視点に立脚した制度設計は、わが国の今後の展開に対しても重要な示唆を与えるものと考えられる。

電子健康カードの導入

ドイツでは、2015年1月からICチップ搭載の電子健康カード（eGK）が導入され、加入する疾病金庫が発行するこのカードが公的医療保険で受診する際の唯一の証明方法とされ、保険医の診療報酬請求もこれに基づいて行われる。さらに、2019年1月からは、もっぱら第2世代の電子健康カード（G2あるいはG2・1）が被保険者資格確認の手段として用いられることとなり、オンライン資格確認や患者医療情報へのアクセスのキーにもなる。また、この第2世代のカードは、救急医療時の情報管理や電子調剤記録などの新たな情報を直接カードに保存する機能も有する。

カードには、被保険者の氏名、性別、生年月日、被保険者番号、加入する疾病金庫の名称と保険者番号といった基本的な被保険者情報が記録されるほか、濫用を防ぐために被保険者の写真も掲載される。さらに裏面はEU共通の医療保険被保険者証となっていて、EU加盟27か国すべてに加え、スイスやノルウェーなどでも利用できる。

デジタル情報通信基盤の整備拡張に伴い、この電子健康カードをキーとして、オンラインで被保険者資格確認ができるほか、2021年1月から、各疾病金庫は被保険者に対して電子患者書類（ePA）の提供が義務づけられ、医療に関する個人情報の電子的利用が進む。その際に重要なのは、被保険者資格の確認と、被保険者の電子患者書類へのアクセスとは、完全に切り離されていることである。

受診時の被保険者資格確認の際には、カードを提出して医療機関や薬局の窓口に設けられたカードリーダーで読み取れば足り、顔認証はおろか、PINコードによる確認すら不要である。手続きが簡素化・効率化されただけで、従来と変わらない。

これに対して、被保険者がデジタル化を希望して電子化した患者情報にアクセスするためには、必ず被保険者の同意が必要で、加入する疾病金庫が被保険者に発行するPINコードの入力が必須である。医師であっても、これにアクセスするには、本人の同意を得たうえで、電子署名による登録が必要とされ、本人はいつでも誰がアクセスしたか、ログを確認できる。こうした基本設計は、デジタル化の利便性や医療の質の向上と患者データ保護との両立を図り、制度への国民の信頼と安全を図ろうとするもので、極めて合理的でバランスが取れている。

最近の展開―共通の電子患者書類の提供と活用

電子健康カードの導入以降、医療情報の電子化により、医療機関の枠を超えて治療の質の向上を図り、医療技術の革新の成果を導入し、医療体制の脆弱な地域の医療水準を向上するため、その活用の拡大深化が進め

られてきた。

２０１９年５月に施行された患者予約サービスおよび供給改善法では、疾病金庫は、２０２１年１月までに被保険者に対して、電子患者書類の提供が義務づけられ、将来的には、被保険者は自分の記録をスマートフォンやタブレットから閲覧することができるようになる。

さらに２０１９年12月に施行されたデジタルサービス供給法では、現在すでに保険医はすべて利用している医療情報通信基盤に対して、薬局は２０２０年８月末、病院は２０２１年１月までにすべて接続することとされた。また、こうしたデジタル化をさらに推進するため、２０１６年に創設されたイノベーション基金に、２０２０年から24年までの間、毎年２億ユーロを投入することとされた。

患者データ保護法と患者主権の確立

２０２０年７月には、本格的な医療のデジタル化に向けて被保険者の受容と信頼を確保するため、患者主権の理念に立脚して、詳細なルールを規定する患者データ保護法が連邦議会で可決、成立した。その内容は多岐にわたるが、主要点は、次のとおりである。

①患者は、２０２１年から、電子患者書類に医師が記載することを求める権利を取得し、医師や薬局などは、記載に対して報酬を支払われる。

②電子患者書類の利用は、任意である。被保険者は、どのデータを収載しあるいは消去するか、個別のケースごとに誰がこれにアクセスすることを認めるかを、自由に決定できる。

③電子患者書類には、所見、医師レポート、レントゲン写真のほか、２０２２年からは予防接種証明、母子手帳の内容なども記録できるようになる。

④２０２２年からは、被保険者はさらにそのスマートフォンなどを通じて、記録内容のどの部分に対して、誰がアクセスできるかを決めることができる。例えば、医師にアクセスを認める場合に、特定の所見についてはこれを表示しないように設定することも可能である。

⑤２０２３年から、被保険者は記録されたデータを任意で、データ保護に適う形で研究のために提供することができるようになる。

日本への示唆

各国の医療のデジタル化には、それぞれの背景目的があり、情報通信基盤の整備状況も異なるので一律の比較は難しいが、それでもドイツでの取組みからは、いくつか重要な示唆が得られる。

まず基本的な枠組みとして、オンライン資格確認と医療記録へのアクセスの分離と、前者における簡便なカード読み取り、後者についての厳重な本人確認の手続きと本人による情報管理の徹底が重要である。日本では、個人番号カードという基本システムの制約から無理だったのかもしれないが、資格確認と患者医療情報へのアクセスという、認証管理に求められる厳格性と利便性、個人情報保護とのバランスの相違を再考し、ドイツのような合理的な手続きに改めるべきだろう。

また、医療のデジタル化の本来の目的は、医療情報通信基盤の共通化と、それを通じた患者治療の質の向上にある。そのためには、何よりも、共用を可能とする電子カルテをはじめとする医療記録のフォーマットの全国的な統一と、ベンダーごとにバラバラの病院内情報処理システムの共通化のための医療の情報通信基盤の整備が重要である。こうした基礎作業こそ、国が率先して幅広い関係者の声を集約し、最優先で進めるべき課題であろう。

さらに、新しいシステムが広く国民に受け入れられ、活用されて医療の向上に役立つためにも、利用の有無、記録情報の選択、消去、行政や医師を含めてすべてのアクセスに対する患者の同意とアクセスのチェックなど、必要な患者主権が法律によって明確に確立されることが求められる。

時事評論

被保険者証の廃止という無理筋

比較社会保障研究者　田中　耕太郎

医療保険の被保険者証を個人番号カードで代替する政策の不適切さについては、すでに本欄でも再三指摘してきた。しかし、国はこうした問題点に答えることもなく、また、諸外国における医療情報に対する患者の情報管理主権を法律で確立するなどの国民の理解を得る努力をすることもなく、個人番号カードの取得やその被保険者証としての利用申請に対して、ポイント還元などのバラマキや医療機関への顔認証付き端末の無償配布など、巨額の税金を使っての経済誘導に邁進してきた。

しかし、それでも現在なお、個人番号カード自体の取得率も国民の44％、被保険者証としての利用申請に至ってはわずか7％に止まり、行政が当初目標とした導入目標には遠く及ばない。このため、ついに当初から筆者が懸念し指摘していたように、被保険者証の廃止という禁じ手を打ち出した。

そもそもの政策選択の誤り

被保険者証の廃止の方針に対しては、社会保障審議会医療保険部会において、医療機関の関係者を中心に、「個人番号カードを利用しない医療機関や患者は保険診療を受けるなということか」、「制度導入時に被保険者証は廃止しないと明確に回答したではないか」などの批判が相次ぎ、審議が紛糾したという。

当然だろう。

この政策を決めた2019年の健康保険法等の改正法は、当時の安倍・菅政権にあって、とりわけ権勢を振るった菅官房長官が総務大臣当時に導入した個人番号制度の利用が進捗しないため、各省庁のもつサービスのうち、多くの国民に必須のインフラサービスを人質に実質的にカード利用を強制し、一気に普及させようとしたことが端緒だ。その対象に選ばれた筆頭が医療保険で、国民皆保険の下ですべての国民が利用せざるを得ないためだ。

優秀な厚生官僚が、こうした政策の目的と手段の濫用、あるいはそれにより引き起こされる混乱などに気がつかなかったとは思えないが、時の権力者の意向に逆らえなかったのか、あるいはその大きな流れに乗ることで面倒な医療関係者への説得や調整の労が省けると考えたのか、背景は知るよしもない。しかし、行政が徴税などの行政目的のために国民の所得などの個人情報を幅広く収集することを目的とした個人番号制度と、秘匿性が高い機微な個人情報を扱い、患者の治療を目的とした医療保険では、制度の目的も違うし、当然、配慮すべき事情も大きく異なる。国は個人番号カードを利用したメリットを様々にPRしているが、こうした出発点の無理が医療機関の受付窓口での顔認証などという、無駄で巨額の費用のかかる非常識な運用を引き起こしてしまった。

任意取得の個人番号カードの利用を全国民に強要する無理筋

健康保険法では、その63条3項で、「第一項の給付を受けようとする者は、厚生労働省令で定めるところにより、次に掲げる病院若しくは診療所又は薬局のうち、自己の選定するものから、電子資格確認その他厚生労働省令で定める方法（以下「電子資格確認等」という。）により、

被保険者であることの確認を受け、同項の給付を受けるものとする」と定める。そして、この委任を受け、健康保険法施行規則53条では、ここにいう方法として、電子的確認を受けることができる場合を除き、被保険者証（保険薬局等の場合にはまたは処方せん）によるものと規定している。

このように法律上は、将来いつでも省令改正で被保険者証による資格確認の規定を廃止すれば、法律改正しなくとも対応できるように周到に用意してあるように見える。しかし、法律でその他厚生労働省令で定める方法によると規定しているのは、当時の政府の説明にあるように個人番号カードによる以外に被保険者証の利用を念頭に置いたものである。被保険者証を廃止するという、国民の保険診療の受診の権利を事実上拒否する重大な政策変更を省令レベルで対応するのはあまりにも姑息であり、到底是認できない。

そもそも、こうした立法技術的な是非以前に、基本となる個人番号法において、個人番号カードの取得は国民の任意に委ねている。にもかかわらず、取得していない、あるいは取得を望まない国民に対して、保険診療という、生命健康に関わる基幹サービスの利用を拒否することは、法律上も明らかに矛盾する。どうしても個人番号カードを全国民に取得させたければ、個人番号法を改正して、カード取得を義務づけることを国民に説明し、納得させることが先決である。それを回避して保険診療を利用して事実上強要することになれば、まずは被保険者証の発行を巡って保険者と被保険者の間で、さらには受診の医療機関の現場で、大きな混乱が生じることは必至である。厚生労働省がそこまでの行政的政治的責任を負いきれるのだろうか。

法律で患者の情報管理主権の確立を

仮に個人番号法の改正と併せて医療保険各法の法律改正を行う場合には、国民が個人番号カードによる保険診療受診を信頼し、広く受け入れられていくために、医療の電子化が進んでいるオーストリアのＥＬＧＡ法やドイツの患者データ保護法などを参考に、わが国でも次のような内容を法律で規定すべきである。

①事務的な被保険者資格確認と電子化した個人の疾病・医療情報へのアクセスの手続きは明確に区別する。前者の簡潔な手続きには写真付きのカードで十分であり、ＰＩＮコード入力や重大な生体認証である顔認証などは求めない。

②疾病・医療情報の電子媒体への搭載およびアクセスは、本人の同意を必須の条件とし、その全部または一部を搭載しないオプトアウトの権利を保障する。

③いったん同意して搭載された情報も、いつでも自由に本人の請求により削除できる。

④被保険者は、いつでも、自分の搭載された記録の内容を確認することができる。

⑤自分の記録に対するアクセス記録のログを確認することができ、いつ、だれが、どこから記録にアクセスしたかをチェックし、必要な場合には当該者に対して理由と根拠の説明を求めることができる。

まずは丁寧にカード利用者の活用状況の検証を

現在までのところ、行政が立てた数値目標に比べて保険診療での利用が進んでいないからこそ、その要因を明らかにするのが先決である。そのために、すでに申請した人たちの利用状況やメリット・デメリットの調査を行うなどを通じて、必要性と効果を国民に納得してもらい、受け入れを広げていくのが筋である。

国民の不可欠なサービス分野において、カネや太鼓でも普及しないものを、法律で強制すれば行政が立てた普及の数値目標を達成できる、という考えは、あまりに乱暴で稚拙な無理筋と言わざるを得ない。

田中耕太郎：ktanaka@kcd.biglobe.ne.jp

時事評論

被保険者証の廃止による混乱の回避を

比較社会保障研究者　田中　耕太郎

医療保険の被保険者証と個人番号カードの一体化の政策の問題点については、新たな政策のつど、「デジタル化社会実現に向けた政策選択の本末転倒」（2019年6月24日）、「保険診療への個人番号カード導入の再考を」（20年8月3日）、「ドイツの医療デジタル化と患者データ保護」（同年10月19日）、「被保険者証の廃止という無理筋」（22年6月20日）として本欄で私見をのべてきた。

この間、こうした問題意識について医療保障関係者や一般の国民の反応は鈍かったが、10月13日の河野担当大臣の唐突な被保険者証廃止の前倒し方針に至って、SNSを中心に批判が殺到し政府不信が表面化している。

本稿では、改めて関係者がどう対応すべきか考えてみたい。

日弁連会長名の反対声明

この問題については、日本弁護士連合会も重大な関心を持ち、2021年5月7日の「個人番号カード普及策の抜本的な見直しを求める意見書」に続き、この9月27日に「『マイナ保険証』取得の事実上の強制に反対する会長声明」を公表した。その概略は次の通り。

「個人番号制度は、あらゆる個人情報の国家による一元管理を可能とする制度となり、監視社会化をもたらすおそれがある。同カードの取得は、本人が利便性と危険性を利益衡量して決めるという番号法第17条第1項の申請主義（任意取得の原則）の趣旨に鑑みて、①同カードに健康保険証機能など、一体化する必要性の低い他制度機能を組み込んだり、②同カードの取得者に高率ポイントを付与するという制度目的と関係のない利益誘導を行ったりすることなどの普及策は、全国民が現行の個人番号カードを使用せざるを得ない状況に追い込むものであり、任意取得の原則に反するものであるから、速やかに中止ないし抜本的な見直しをするよう」求めている。

また、「診療報酬の見直しや高額のポイント付与は、同カードを取得しない者に経済的不利益を与えるなどして、マイナ保険証に誘導し、その原則化を図るものと言える。その先には、従来型保険証の原則廃止が想定されているのであり、『国民皆保険制度』を採用する我が国では、全国民に対してマイナンバーカードの取得を事実上強制しようとするものにほかならない」、「同時に、マイナ保険証については、その利用時に顔認証システムの利用を事実上強制することになり、2021年9月16日の意見書の趣旨にも反する」として、一連の政策に反対するとともに、速やかな見直しを求めている。

円滑な保険診療を護るため関係者に求められる対応

デジタル化の推進は、時代の流れである。しかし、デジタル化には恩恵と危険が混在しており、単に産業政策的な視点から闇雲に進めるのは誤りだ。今後の国民の保険診療を護るため、これに関わる関係者は毅然とした対応が求められる。

(1) 政府の関係省庁

デジタル庁や総務省は、デジタル社会の実現を至上命題とする官庁であるから、医療保険の

現場で深刻なトラブルが生じても、デジタル化さえ普及すればよしとし、責任は回避しよう。

国民医療の確保は、厚生行政が全面的に責任を負う。医療現場の実際が分からない無責任な机上の指揮官が何と言おうと、あくまでも中核任務は円滑な保険診療の確保にある。被保険者証の発行を求める被保険者と保険者との間で、あるいは高齢者を始めデジタル化になじめない、あるいはカード利用を希望しない被保険者などの医療現場での深刻なトラブルは、何としても避けなければならず、被保険者証発行の選択肢は、省の威信を賭けて守って欲しい。

⑵ 保険者

保険者は、国に許認可権限や補助金を握られており、国の方針に抗ってまで筋を通すのは期待できまい。しかし、カード取得を希望しない被保険者が被保険者証の発行を求めてきたとき、批判され、突き上げられるのは、まず保険者である。

被保険者証であれ個人番号カードであれ、受診時の被保険者資格の証明手段に過ぎない。法律に基づき被保険者資格を有し、保険料を適正に負担している被保険者に対し、生命健康に関わる重大な保険診療の受診が事実上拒まれるようなことは、許されない。

万が一にもこうした事態が起きるならば、医療保険制度に対する国民の信頼は失われ、保険料の不払い運動や裁判の場を通じた争訟が頻発する可能性もある。あるいはいったん全額自費で受診し、療養費払いでの償還を求める手段に訴えることも考えられよう。その行き着く先には、保険料負担は重くなる一方で給付時の負担まで増える公的医療保険からは適用除外を求める運動まで考えられよう。

保険者にとって基盤となる被保険者との間の信頼関係が崩壊しないよう、国に対しても被保険者を代表して言うべきことを堂々と主張していただきたい。

⑶ 医療関係者

現場で保険診療を担う医療機関などの医療関係者にとっては、より深刻な事態であろう。被保険者証の廃止の前に、まずはカードリーダーと新たなシステムの導入、変更が２０２３年３月までに義務化されるという。この機会に診療所を廃止する高齢の開業医も出てこよう。現在の案では、療養担当規則の改正により、これを義務づける方針のようだ。しかし、医療機関といえども私人であり、その事業が事実上廃止させられるような義務づけは、いかに公的医療保険の世界とはいえ、たかだか厚生労働省令に過ぎない規則でこれを義務づけることは、法治国家にあって著しく不当である。

どうしてもすべての医療機関に義務づけるのであれば、当然、法律で明確にこれを規定し、その是非が国民注視の下で立法府において判断されるべきであろう。個人番号カードの普及に向けてなりふり構わず突進する政府に対し、国民医療を守るために、今こそ医療関係者は社会に向けて声を上げて欲しい。

作戦の根本の誤りを正す〈道徳的勇気〉を

ポイント還元による誘導手法について、河野大臣は〈邪道〉だと喝破されたと伝えられる。さすがにこの天下の愚策に対し、正鵠を射るご指摘だと思う。しかしそれを言うならば、カード利用を希望しない国民に対して医療の受診を拒むことは〈非道〉である。これを強行した場合、少し考えただけでも数々の深刻なトラブルが想起される。

一体化推進論者が主張するように、個人番号カードの利用によって従来の被保険者証に較べて「受診の際の利便性の向上」や「医療サービスの質の向上」が図れるという自信があるならば、国民に選ばせればよい。

現場が混乱して国民の信頼が失墜する前に、今一度再考する〈道徳的勇気〉が求められる。

＊執筆者の交代に伴い、今回が最後の執筆となります。長い間のご愛読有難うございました。

田中耕太郎：ktanaka@kcd.biglobe.ne.jp

時事評論

オーストリアの介護手当と介護サービス

放送大学客員教授　田中　耕太郎

オーストリアは、人口約880万人と規模の小さな国ながら、ウィーン特別市を含む9つの州から成る連邦国家である。このため、介護保障など多くの分野で必要な連邦と各州との間の協力の枠組みは、両者の間で締結される憲法15a条に基づく合意という形式で決定される。

この国の経済は、観光以外にも工業や農林業などの産業も盛んで、2018年の1人当たりGDPは4万3660ユーロと、ドイツをも凌ぐ高水準の豊かな国である。失業率も全国では4・9％（ウィーン特別市は10％）と、EU諸国の中でも低い。付加価値税率は20％（軽減税率10％）で、所得税率も25～55％と高負担の国でもある。

東欧などからの移民や、音楽などを学ぶ学生や若者が多いため、高齢化率は18・5％と、日本よりも10ポイントも低い。

介護保障の二本柱は、連邦の一般財源（税財源）による介護手当と、本人や扶養義務者が必要な介護サービスの費用を支払えない場合に、州と自治体が財政を担う社会扶助制度から提供される介護サービスによる支援である。

介護手当

オーストリアでは、ドイツの介護保険法制定の前年の1993年に連邦介護手当法が制定され、7月1日から施行された。その大きな特色は、ドイツが社会保険方式による現物給付と介護手当（金銭給付）の選択制を採用したのに対し、社会保険方式を採用せず、連邦の一般財源による普遍的な介護手当を創設した点である。

その目的は、法律の目的にあるように、介護に伴う追加支出を包括的に金銭給付の形態で支弁することにより、介護が必要な人ができる限り必要な介護と支援を確保し、自己決定による、ニーズに応じた生活を営むことを可能にする、ということにある。

申請に基づき、その要介護度が法律およびこれに基づく規則に定められる7段階の要介護度に該当すれば、所得や資産には関係なく介護手当が支給される。

要介護度1から7までの要件、それぞれの手当額、受給者数の内訳は表の通りで、2017年末の受給者総数は約46万人、国民の5・2％が受給し、その支給総額は約25・51億ユーロに上る。

申請は、加入する年金保険者に申請書類を提出し、医学・介護の視点から鑑定され、要件に該当すれば年金保険者から毎月介護手当が支払われ、その費用は全額、連邦政府から年金保険者に補填される。

介護サービス

多くの要介護者は在宅で家族等により介護されているが、こうしたインフォーマル・ケアでは対応できない場合も少なくない。その場合には、専門職による介護サービスが必要になり、その費用は要介護者やその家族が受け取る介護手当や年金その他の所得や資産により、支弁することになる。

しかし、とりわけ施設入所の場合など、こうした資金によっては必要な介護サービスのすべての費用を賄えない場合も少なくない。その場合には、各自治

体と州が所管し費用も負担する社会扶助がサービスを提供する。

しかし、その給付水準は州ごとにもばらついていたため、1993年の介護手当の導入の際に、連邦と州の合意に基づき、需要の高まる介護サービスについて、各州は全国的な最低水準を保障すべく、2010年までにサービスを拡充することとされた。

こうした動きの延長で、2011年の介護基金法により、さらに全国的に介護サービス基盤を拡充するために、連邦2対州1の比率で出資する介護基金が設立された。

さらにこの法律に基づき、全国的な介護サービスの状況を統一的に把握するため、2011年から介護サービス統計が整備され、公表されてきている。

最新の2017年の介護サービス統計によれば、利用者数は訪問介護15万人、入所施設8・2万人、通所介護0・8万人、ケースマネジメント10万人、総支出額は35・3億ユーロ、ここから本人が負担した費用を控除した純支出額は19・9億ユーロとなっている。

連邦の介護手当と各州の介護サービスの費用に加え、両者で分担する介護基金からの支出と次の24時間ケアのための支出を合計すると、約50億ユーロが年間で社会的に支出されており、人口規模に高齢化率も加味して比較すると、全体としてドイツや日本に比肩すべき手厚い介護保障が行われているということができよう。

表　要介護度別の介護手当の額と受給者数

要介護度	介護ニーズ/月	追加要件	手当額	受給者数
1	65時間以上		157.30	123,312
2	95時間以上		290.00	105,191
3	120時間以上		451.80	83,469
4	160時間以上		677.60	66,358
5	180時間以上	著しい介護費用支出	920.30	51,167
6	180時間以上	昼夜を問わず時間的に区切られない介護が必要、あるいは自傷他害のため常時見守りが必要	1,285.20	19,906
7	180時間以上	目的に沿った四肢の動きが不可能な状態、あるいはこれと同様の状態	1,688.90	9,380
合　計				458,783

㈱　手当額は2019年のもので単位はユーロ/月、受給者数(人)は2017年末現在。

24時間ケア(住込み介護)

さらに興味深いのは、これら以外に、2007年の住込み介護法によりルールを明確化したうえで、個人の居宅への住込みでの24時間ケアを制度化している点である。

住込み介護が認められる要件としては、要介護者が介護手当の要介護度3以上であること、あるいは要介護度は1または2であるが認知症のために常時の見守りが必要な場合である。

介護に従事する期間は最長で14日間で、これに続く同じ期間以上の継続した休業が必要である。従って、多くの場合、2人ペアで2週間ごとに勤務するという形態が一般的である。介護者の多くは、スロバキア、ルーマニアなど近隣の東欧圏から来ている。

勤務時間と休憩については介護者の保護のために細かく規制され、専用の居室の提供も義務づけられている。

こうした住込み介護法の勤務条件等を満たし、介護者が一定の理論研修あるいは6か月以上の実務経験など一定の資格要件を満たし、要介護者の手取り所得が2500ユーロ／月以下であれば、障害者支援基金から介護者1人につき275ユーロ／月が追加的に支給される。2017年には約7・5万人がこの助成を受け、総額約1・6億ユーロが支給されている。

こうした住込みによる介護や世話には、長所の一方で様々な課題もあり、近い将来に日本で普及するとは考えにくい。しかし、ヨーロッパに限らず、近くは台湾でもこうした形態での介護・世話の仕組みが一定の広がりを見せており、将来の選択肢の一つとしてその動向には注目していきたい。

時事評論

介護職不足への対応と新たな財政支援策

―ドイツでの展開

比較社会保障研究者
田中　耕太郎

ドイツで世界初の独立した介護保険制度が1995年に導入されて四半世紀が経過した。この間、制度は安定的に推移し、高齢化の進展に伴う介護需要の増加に対応して、何度か法律改正を重ねてきた。それでも介護需要の増大を背景に、とりわけ入所施設の介護職不足は深刻の度を増し、介護施設における介護職不足は、大きな社会問題となり、対策が迫られている。最近のコロナ禍はこうした事態をさらに悪化させ、対応した施策が相次いで講じられており、その内容と目指す方向について考察する。

介護保険と介護サービスの現状

ドイツでは、医療保険に従って介護保険も公的と民間が並立し、被保険者数は2020年末で公的7347万人、民間922万人(19年末)となっている。

受給権者は、日本と異なり全年齢が対象で、2017年からは新たな5段階の要介護度が導入され、公的機関であるメディカル・サービスによる要介護認定を受ける必要がある。受給者数は全体で457万人、うち在宅は368万人、施設入所(障害者施設を含む)は90万人となっている。

公的介護保険については、入所施設介護が満年度で始まった1997年末と比較すると、受給者数で在宅は2・9倍、入所は1・5倍に増加している。受給者増や給付改善等に対応して、給付額は同年の143億ユーロから2020年には456億ユーロへと3・2倍に増加している。内訳は、在宅290億ユーロ、入所165億ユーロ。

財源はこれまで連邦補助は行われず保険料のみで賄ってきているため、給付増に伴って、発足当初の積立金の取り崩しに加え、保険料率も1・7%から3・05%(23歳以上の子のない被保険者は+0・25%)に引き上げられている。

在宅の受給者については、日本とは異なり、現物給付のほぼ半額の水準の金銭給付あるいは両者の併用が選択できる。金銭給付の比率は徐々に低下傾向にあるものの、2020年においても、なお金額にして在宅全体の71%、受給者数にして84%と高い比率を占めている。

介護施設の看護介護職員の増員

介護施設においては、その労働条件の悪さや低賃金、社会的評価の低さなどから、介護専門職の確保が年々困難になってきていた。連邦労働エージェンシーの調査によれば、2009年には求人100人に対して老人介護専門職の求職は68人だったのが、19年にはわずか19人に止まっていた。

こうした老人介護施設の職員のうち、まず、医療的ケアを担う看護職員の確保に向けて、2018年の看護介護職員強化法により、施設規模に応じて、1施設当たり0・5人から2人まで、合計で1・3万人の増員を図ることとされた。そのための追加報酬として、毎年、公的医療保険から6・4億ユーロ、民間医療保険から4400万ユーロを介護保険の調整基金に支払うこととされ、19年1月から施行された。

さらに、2016年の第2次介護強化法に基づき、介護施設

における質および量両面からの必要職員配置基準の検討が専門家に委託され、その結果が19年6月に報告された。それによれば、同年で、フルタイム換算で約32万人の実際の職員配置に対して、その36％に当たる約12万人の職員が不足しているとされたが、そのうちでも介護補助職、とりわけ各州が認定した1年から2年間の介護補助職養成課程修了者の不足が約9万人と、著しいことが明らかになった。

こうした流れを受け、2020年の医療介護改善法（GPVG）により、21年1月より、介護補助職員を2万人ほど増員することとされた。具体的には、各介護施設入居者の要介護度に応じ、1人当たり、要介護度1／2で0・016人から要介護度5で0・036人まで（最低限1施設当たり0・5人）の費用が雇用実績に応じて、追加報酬として介護保険から支払われる。所要額は約6・8億ユーロで、この追加費用は施設が契約する介護費用に算入することは許されず、したがって利用者に負担させることはない。

新たなステージに入った介護支援の強化と財政支援策

さらにコロナ禍での医療保険の財政支援が中心だった2021年の医療提供発展法案（GVWG）の連邦議会での審議過程において、介護施設の人材確保難と入所者の自己負担の増大の改善が求められ、議会修正で社会法典第Ⅺ編（公的介護保険）が改正され、重要な内容が盛り込まれた。

第一に、介護施設での賃金引上げを図るため、介護／世話職員に対し、労働協定または教会労働法規で定める水準以上の労働条件と賃金を支払わない施設は、2022年9月以降、介護保険サービス提供施設として承認しないこととされた。

第二に、増加を続けてきた施設入所者の介護費用の自己負担を軽減するため、入所期間に応じて、その一部を介護保険から加算して給付することとされた。介護費用の増加とそれに追いつかない介護保険給付との狭間で、介護費用に係る利用者負担は、2021年には連邦平均で毎月900ユーロ（入居費および食費などを合わせると約2100ユーロ）にまで増加している。こうした過大な負担を解消し介護扶助への依存を大幅に減少させるため、入所後1年間は自己負担の5％、2年目は25％、3年目は45％、そしてそれ以降は70％を介護保険で負担することとされた。

第三は、専門家会議で報告された連邦統一的な資格別の介護／世話職員の必要配置基準の達成に向けて、実際の配置水準との格差のうち、まずは40％を埋めることを目指した指標が示された。無資格者、有資格介護補助者、介護専門職に分けて、それぞれ要介護度1から5までに応じた配置基準の2023年7月からの参照値を法律で定めた（113c条）。これにより今後の介護職の養成と確保に向けた目標が明らかにされた。

そして第四は、こうした介護施設職員の処遇改善と配置の強化を図りつつ、入所者の過大な自己負担の解消を図るため、財政支援策として、2022年から介護保険に初めて毎年10億ユーロの連邦補助が投入されることとなった。

ドイツの介護保険は部分保険で、利用者が残る費用を賄えなくなれば介護扶助が支援するため、介護費用の増大にもかかわらず、長らく給付水準と保険料率を据え置くことができ、財政的には安定的に推移してきた。

しかし、その反面で、利用者の自己負担は増加し、介護扶助に依存する者も増加してきた。また、介護施設の職員の低賃金や労働条件の悪さなどは、介護専門職の著しい人材難をもたらした。

今回の一連の対応は、こうした事態への一つの回答であるが、今後なお介護需要が急増する一方で、それを支える財政面では、保険料負担にも国の財政にも一定の限界がある。そのバランスをどう取っていくのか、制度の再構築に向けた新たな段階に入ったと言えよう。今後の政策選択の行方に注目したい。

田中耕太郎：ktanaka@kcd.biglobe.ne.jp

時事評論

ドイツ介護保険の「要介護」概念の転換と残る課題

比較社会保障研究者　田中　耕太郎

ドイツで1994年に介護保険法が制定されてすでに四半世紀以上経つ。その導入後の前半の期間は、日本とは対照的に、給付額も保険料率も据え置かれ、財政的には極めて安定的に推移してきた。しかし、この時期に給付水準が介護費用の増加に対応してこなかったツケが2010年代に入ると深刻な社会問題として顕在化し、抜本的な対応を迫られた。

こうして2014年以降、大幅な給付額の引上げに止まらず、要介護の定義と認定基準の抜本的な転換を図った。さらにその後も、介護職の確保難や介護の質の低下など「介護緊急事態」に対応するための施策が相次いで講じられている。本稿では、こうしたドイツの介護保険の近況について概観する。

「要介護」概念の転換と新たな認定基準

当初の介護保険法では、要介護の定義を「身体的、知的または精神の疾患または障害により、毎日の生活において日常的かつ定期的に繰り返される動作について、少なくとも6か月以上の長期にわたり、著しくまたは高度に援助を必要とする状態」と、日本の介護保険法とほぼ同じ定義を設けていた。

このように、原因となる疾患または障害については身体的なものに限らず、認知症など精神の疾患、障害によるものも含まれている。しかし、その対象は日常生活動作の障害が中心となっている。これを受けた3段階の要介護認定基準においても、身体ケア、栄養摂取、移動の3領域に加え、家事領域を対象に、支援に必要な時間を基準として認定する仕組みで、認知症や知的、精神疾患や障害による日常生活能力の障害に伴う世話や見守りの支援の必要度は反映しにくかった。

このため、2015年末に成立した第2次介護強化法では、要介護状態の定義を「健康状態により、自立または能力が阻害され、他者の援助を必要とする状態」とした。そしてその阻害の程度を測定するために六つのモジュールに分け、それぞれについて詳細な評価項目を設けて点数化し、さらに各モジュールにウェイト付けを行って、総合評価点数を算定する仕組みを導入した（表1）。

こうして得られた総合評価点数に応じて、要介護度1から5までの5段階に認定され（表2）、それぞれに対応した給付を受ける。この新たな認定基準は1年間の準備を経て2017年1月から施行されたが、16年末段階で従来の3段階の要介護段階に認定されていた受給者は、改めて認定申請を行う必要はなく、法律上、自動的に1段階（認知症など日常生活能力の制約を伴う場合には2段階）上の要介護度に認定替えされる。

この要介護認定基準の改正に伴い、受給者数は294万人から355万人へ、公的介護保険からの給付総額は283億ユーロから355億ユーロへと大幅に増加した。

介護人材確保難と引き続く財政負担増とのディレンマ

こうして要介護概念と認定基準の転換は断行されたが、介護を巡る深刻な状況はなお残った。とりわけ入所介護施設では、介護職員の低賃金、労働条件の悪さなどから離職の増加、人材確保難が深刻化し、介護の質の

低下をもたらした。このため政府は、2018年に「介護協調行動」を立ち上げ、幅広い関係団体が参画し、具体的な改善方策を協議した。

その合意内容を下に、まず2018年の看護介護職員強化法では、老人介護施設の看護師を全体で1・3万人増員し、その費用6・8億ユーロを医療保険で負担することとした。

続いて、2020年の医療サービスおよび介護改善法では、介護施設でとりわけ不足が著しいとされた介護補助職を2万人ほど増員することとし、必要な費用7・3億ユーロを介護保険で負担することとした。

さらに2021年の保健サービス供給発展法では、労働協約等に基づく賃金を支払わない施設については、22年9月以降、介護保険施設の承認を行わないこととした。また、入所施設について、入居者の要介護度別人数および介護職の種別（専門職、有資格補助職、無資格者）に応じた人員配置基準を定め、23年7月から適用することとした。

さらに、施設入居者の自己負担が増加し、これを支払えず介護扶助に依存する人が増加しており、介護職員の賃金引上げや増員は、こうした状況をさらに悪化させるため、これらの措置と並行して、入所期間に応じて自己負担額を減額するための追加給付が導入された。

それらの財政負担増に対応するため、2022年から、子のない被保険者の保険料を0・1％引き上げたほか、制度創設以来初めて、連邦補助10億ユーロを投入することとした。しかし、この両者を合わせても財政効果は14億ユーロ程度で、給付費の大幅な増加には大きく不足するものと見込まれるほか、今後さらに費用の増加をもたらす改善が予定されている。

他方で、近年の相次ぐ給付改善に伴い、介護保険料は3・05％に上昇し、医療、年金、失業と合わせた社会保険料はすでに39・95％と、レッドラインとされる40％ギリギリまで来ている。また、連邦財政も、2020年、21年と続く新型コロナ対応で巨額の赤字を抱え、さらなる負担増は極めて厳しい。

こうして、2022年以降も介護を巡る環境改善の社会的要請と改革立法の施行を控え、困難度を格段に増す財政状況との間でのディレンマが新政権に引き継がれることとなる。

表1　新たな介護認定基準のモジュール配点

	モジュール	評価項目	ウェイト	0 なし	1 わずか	2 著しい	3 重度	4 最重度	
1	運動能力	寝返り、座位保持、移動等5項目	10%	0－1	2－3	4－5	6－9	10－15	1の合計点数
				0	2.5	5	7.5	10	ウェイト後の点数
2	認知およびコミュニケーション能力	見当識、記憶、日常管理、理解、危険認識等11項目	15%	0－1	2－5	6－10	11－16	17－33	2の合計点数
3	行動および心理的問題状況	奇異行動、夜間不穏、自傷行為、妄想、不安等13項目		0	1－2	3－4	5－6	7－65	3の合計点数
	2と3のいずれか高い方			0	3.75	7.5	11.25	15	2または3のウェイト後の点数
4	日常生活動作	入浴、着脱、食事、排泄等12項目	40%	0－2	3－7	8－18	19－36	37－54	4の合計点数
				0	10	20	30	40	ウェイト後の点数
5	病気または治療への対処	服薬、受診、注射、経管栄養等7項目	20%	0	1	2－3	4－5	6－15	5の合計点数
				0	5	10	15	20	ウェイト後の点数
6	日常生活および社会的接触	変化対応、休息睡眠、交流等6項目	15%	0	1－3	4－6	7－11	12－18	6の合計点数
				0	3.75	7.5	11.25	15	ウェイト後の点数

表2　新たな5段階の要介護度の判定基準と該当人数

要介護度	該当する総合点数	自立または能力の障害の程度	分布 2020年末
要介護度1	総合点数12.5以上27未満	自立または能力のわずかな障害	541,353人（12.5%）
要介護度2	総合点数27以上47.5未満	自立または能力の著しい障害	1,754,968人（40.6%）
要介護度3	総合点数47.5以上70未満	自立または能力の重度の障害	1,224,074人（28.3%）
要介護度4	総合点数70以上90未満	自立または能力の最重度の障害	564,731人（13.1%）
要介護度5	総合点数90以上100以下	介護に当たって特別な配慮の必要な自立または能力の最重度の障害	237,646人（5.5%）

合計：4,322,772人

（参考）田中耕太郎（2022）「ドイツ介護保険の四半世紀の軌跡と直面する課題への挑戦」山口老年総合研究所『年報33』1－18.（www.tjp.ne.jp/rounenkenkyu/nenpou/）

田中耕太郎：ktanaka@kcd.biglobe.ne.jp

社会保障読本２０１５年版

介護保険・少子化　理論編

介護保険制度の課題と将来

山口県立大学教授　田中耕太郎（たなかこうたろう）

一、介護保険の現状の評価

２０００年に介護保険制度が施行されて、今年でちょうど15年が経過する節目の時を迎えている。この間に社会的な介護サービスは広く普及し、介護の社会化と当初謳われた狙いは相当程度達成されたと評価してよいものと思われる。

２０１３年度介護保険事業状況報告（年報）によれば、要介護（要支援）認定者数は５８４万人、サービス受給者数は４８２万人、給付費は８・５兆円と、それぞれ制度発足の２０００年度と比較すると、２・３倍、２・６倍ないし２・６倍と、この間一貫して社会的な介護サービスは拡大を続けてきた。

こうした当初の見込みを上回るサービス利用量と給付費の増加に伴い、この間の制度改正の努力にもかかわらず、保険料負担も増加の一途を辿っている。第１号被保険者の保険料は、２０００年度の平均２９１１円から２０１５年度の５５１４円へと、１・９倍に増加している。このように、今後、団塊の世代が後期高齢者の仲間に加わり本格的に要介護者が増加し始める前に、すでに当初、保険料負担の限界と言われていた、１人５０００円、老夫婦世帯で１万円の水準を突破している。さらに、わずか10年後の２０２５年にはこれが全国平均で８１６５円へと急激な高騰が予測され、高齢化の進む地域ではいよいよ介護保険料１万円時代が到来し、今後の財政的な持続可能性に黄信号が灯り始めている。

このような推移と現状を踏まえ、本稿では、今後の改革課題と制度の将来のうち、とくに財政課題を中心に検討する。

二、当面の課題

(1) 医療介護総合確保推進法の円滑な実施

国ももちろんこれまでの制度の運用実績、とりわけ財政の厳しい現状と将来見通しを踏まえ、２００５年に続き２０１４年には医療介護総合確保推進法（以下「総合確保法」という）を成立させ、対策を講じた。これによる介護保険法の改正内容では、一定以上の所得者の利用者負担を２割に引き上げたり、特別養護老人ホームの利用を要介護度３以上に制限する内容など、それぞれに利用者や家族にとっては大きな影響がある内容に踏み込んでいる。しかし何といっても今回の改正の成否を占うのは、軽度の要支援者に対する介護予防訪問・通所介護というコアのサービスを給付から削除し、被保険者の法的請求権のない市町村の地域支援事業に移行させた点である。２０１５年度から施行したが、２年間の猶予を設け、市町村が条例で定めれば２０１７年４月まで延期できることとされている。市町村の戸惑いも大きく、２０１５年度から予定通り実施した市町村は１割にも満たず、他の自治体の対応の様子見をしているところも多い。

この両サービスが予防給付の中ではウェイトも大きく伸び率も高いことから、財政対策として目を付けられたことは理解できないわけではないし、軽度者から給付削減する方が一見容易であることも否定しない。

しかし、今回の政策選択については、筆者は大きな疑問と危惧を抱いている。とりわけ、類似のサービスのうちコストの高い医療系だけは残して福祉系だけを予防給付から削除したこと、要支援認定の請求という介護保険法上の基本的な権利を簡便なチェックリストの利用への誘導を通して事実上ブロックしようとする意図が透けて見えること、ボランティアやNPOなどで現在の介護職の専門的なサービスに代わるサービスが確保できるとは到底思えないことなど、率直に疑問に思う。

とはいえ、現実に法律が制定された以上、そして市町村にそのサービスの受け皿づくりが委ねられた以上、まずは国が考えているようなサービスで代替できるか、地域の総力を挙げて応えて見せるしかあるまい。市町村の意地にかけても、軽度の支援が必要な人が早期に在宅介護を諦めて施設や病院に送り込まれるような愚だけは、何としても避けなければならない。

そのためにも、国は、いくら国庫負担など他の財源が入っているとはいえ、通知等で示しているような、観念的で机上のプランに基づく事細かな枠組みは思い切って撤廃し、市町村独自財源の投入も含めて、各市町村の創意工夫や独自の取り組みを大らかに許容すべきである。そうせずして、地域により大きく事情が異なっている社会資源の掘り起こしや活用など、できるはずがあるまい。

(2) 介護療養型医療施設の転換・廃止

よく知られているように、介護保険適用の療養病床は、2006年の法律改正により介護保険の施設サービスから削除され、その附則により、2012年3月末まで経過的に存続が認められた。しかし、その転換が進んでいないとしてさらにこの期限が2018年3月まで延長された。未だに療養病床の転換・削減は遅々として進んでいない。当然であろう。いたずらに6年間経過期間を設けるだけでは、大きな影響を受ける関係者が施設の転換・廃止に必死に取り組むわけがない。国が断固とした姿勢と具体的な措置を講じない限り、今日の事態に至ることは当初から自明の理ではなかったか。6年間で老人保健施設への転換を促すならば、少なくとも毎年、両者の介護報酬の差を20%ずつ削減し、早期の転換をしなければ施設を維持できなくなるような実効ある経過措置を講じるべきであった。ドイツのDRG導入に際しては、こうした計画的な経過措置を通じて病院経営の改革を強力に推し進めている。経過措置とは本来そういうものだ。いよいよ待ったなしの二度目の経過期間もまもなく終了する。そのあり方を巡っては検討会がスタートし議論が始まっているが、くれぐれも国の政策への信頼を失わせ将来に大きな禍根を残すようなみっともない幕引きだけは避け、本物の地域包括ケアの実現に向けて、確たる揺るぎない姿勢を示してほしい。その達成に失敗すれば、さらに困難な地域医療構想（ビジョン）の実現など、絵に描いた餅に終わり、世界の中でも特異な姿をした日本の病院医療の改革など望むべくもないだろう。間違っても、病院を現代の姥捨て山にしてはならない。

三、今後の改革課題

(1) ドイツの介護保険との比較

国民の大多数を対象とした公的介護保険を持つ国は、現在でも数少なく、日本が制度導入に際してモデルにしたドイツとの比較は、今日でもなお多くの点で参考になる。今後の改革の選択肢を考えるのに参考となる基本的なポイントを比較してみた（152頁表）。

(2) 財政基盤の確立に向けた選択肢

日本の介護保険制度の最大の課題が、今後の財政的な持続可能性の確立にあることは、異論のないところだと思う。2014年の総合確保法もまさにその苦衷の第一歩だったといえよう。保険料負担の上昇を抑える

表　日本とドイツの介護保険制度の比較

	日　本	ドイツ
加入者	40歳以上の人	すべての人（年齢制限なし）
給付対象者	軽度も対象として広い（要支援２段階、要介護５段階）	中重度が対象（要介護３段階）
保険者	市町村	医療保険の疾病金庫に対応する介護金庫
家族介護に対する金銭給付	なし	あり（現物給付との組み合わせも可）
ケアマネジメント	あり	あり（当初はなかったが2008年改正で導入）
公費負担	給付費の50％	なし
財政状況の推移	給付費急増により保険料負担急増	安定的に推移
改革の方向性	保険料負担の引上げと給付の削減	保険料負担の引上げによる給付の拡大

には、介護報酬の抑制・引下げ、利用者の一部負担の引上げ、公費投入の拡大などがあり、まさしくこの法律改正と２０１５年度の介護報酬改定により、具体的な措置が講じられた。

しかし、利用者負担の引上げは、低所得の年金生活者が多い介護保険制度では、対象者がそれほど多くなく、また、そもそも支給限度額が設けられ、高額介護サービス費も医療保険と比べると格段に低い額に設定されているため、医療保険ほどには財政効果は期待できない。

また、今回の改正で、初めて給付費に対する50％の公費負担とは別に低所得者の所得段階別定額保険料の負担軽減に公費が投入されたことも注目に値するが、これも消費税率の引上げ対策の一貫として導入されたものであり、今後、継続的な公費投入の拡大は期待できまい。

さらに、今回の介護報酬改定は、全体として引き下げる一方、とりわけ介護人材の確保のための処遇改善に向けた取り組みに手当てするなど、工夫されたものだが、医師などと比較してあまりに低い介護職員の給与水準を考えると、継続的な介護報酬の引下げは、人材確保や資質向上の深刻な阻害要因となるため、限界があると考えられる。

⑶　被保険者の対象年齢の引下げ

こうしてみると、やはり制度の基本的なあり方という点からも、また、国民が互いに支え合う介護を実現し、同時に財政基盤を確固たるものにするためにも、被保険者の対象年齢の拡大に再度挑戦するのが王道だろう。

65歳と40歳とで国民が三分され、同じく介護が必要になった場合の取り扱いが異なるのは、別にドイツの例と比較するまでもなく、論理的に整合性もとれないし、合理的な説明も困難である。その意味では、第２号被保険者の受給要件を、要介護（要支援）状態の発生に加えて特定疾病によるものに限定したことは、中堅層への介護保険の給付の実績を積み重ね、そのうえで加入年齢を引き下げて対象者を拡大する選択肢への理解を広げるうえでは、逆効果だったように思う。このような制限がなければ、現在の第２号被保険者の「貢ぐ君」のような扱いと意識ももっと肯定的に変わっていた可能性がある。第２号被保険者は、保険料負担総額約２・５兆円に対して受け取っている給付費総額は約１８００億円と、拠出額のわずか７％しか受益していないが、このバランスはもっと改善されたであろうし、それを通じて、若い世代に事故などによる介護を世代を通じて支え合うことを訴えることができたのではないか、と惜しまれる。

この関連で、介護保険との一体化を目指した障害者自立支援法が議員立法で修正された経緯を考えると、この本来の方向に向けた歩みが一歩後退してしまったことは事実であるが、それでもまだ取り返せないほどの致命傷を負ったとは思えない。もう一度、誠意を持って、改善策とともに世論や関係者への説得にあたることが、財政基盤の確立の面からも求められる。

⑷　介護保険と生活保護との関係の見直し

被保険者の対象年齢の引下げに対するとりわけ若年障害者の批判や危惧については、イデオロギーは別にして、現実の問題としては、保険料負担の問題と給付の支給限度額の問題だと考

えられる。前者については、生活保護受給者の場合には生活保護の生活扶助から保険料は支出されるし、それ以外の対象者の場合も、今回の措置で手当されたような低所得者の保険料負担に対する公費の投入により、相当程度解決できよう。

また、支給限度額の問題については、社会保険と生活保護とは定型的な給付と必要即応の原則（ドイツ流に表現すると個別性の原則）というように、両者の基本原理は異なっているのであるから、介護保険の支給限度額を超えた給付を必要とする生活保護受給者の場合には、追加的に必要となるサービスを介護扶助から支給することは可能ではないだろうか。それはそもそも介護保険の給付が償還払い方式を採用した理由として、支給限度額を超えた介護サービスを必要とする人はこれを全額自費で組み合わせて利用することを想定していたことからも、想起できよう。この個別ニーズの部分を低所得者について介護扶助でカバーする道を拓くことができれば、被保険者の対象年齢の引下げの際の有力な説得材料となるのではないか。

(5) インフォーマル・ケアへの金銭給付の可能性

家族介護などのインフォーマル・ケアに対する金銭給付の導入の問題は、制度創設時にも議論になり、家族イデオロギーの対立と財政負担の問題もあってうやむやなままにとりあえず見送った形でスタートした。この点は、ドイツとは正反対の選択をしている。その後の社会サービス利用量の急増とこれによる給付費の増加、財政の逼迫は、いわばその選択の当然の帰結といえよう。とはいえ、財政事情がこれだけ悪化した状況下で、金銭給付の選択肢を導入することが非現実的であることは筆者も重々承知している。

にもかかわらず、敢えてこの議論を提示するのは、現在でもなお介護サービスの利用率は、法律で権利として認められた要介護度別の支給限度額の半分程度にとどまっているという現実がある。当然ながら、その利用率は増加傾向にあり、これは権利と義務としての社会保険方式を採用した核心部分であり、その利用をケアプランで抑制するなど本末転倒であり、ケアマネジメント自体を貶め、利用者や家族からの信頼を失わせるものである。

欧州各国では、近年、障害者への支援にあたって、専門職のお仕着せのサービスを当事者が拒み、自らが主体性を持って雇い主として介護者を雇用するという、パーソナル・バジェット（個人予算）という名の金銭給付が主流となりつつある。

このため、被保険者の対象年齢の拡大が現実の政策の選択肢に上る段階になれば、高齢者も若者も含め、インフォーマル・ケアを選択した場合の金銭給付を現物給付との選択肢あるいはその組み合わせとして議論の俎上に載せることができるのではないだろうか。そうして初めて、ドイツのような安定的な財政運営が可能になろう。

おわりに

当初の制度設計時に、負担の覚悟もないままに「介護の社会化」が喧伝され、家族介護を支え、できるだけ住み慣れた家で暮らし続けることを支援するという明確な政策意図が不徹底だった以上、社会サービスへの急速なシフトとそれに伴う財政窮迫の事態は当然に予想されたことである。これに対応すべく、とりわけ福祉サービスの利用抑制や削減を余儀なくされた結果、当初、介護保険の導入を熱心に支持した人たちの間で制度に対する失望の声が上がるのもやむを得ないであろう。

しかし、この新しい制度が日本の介護の姿を変えた積極的に評価できる点も少なくない。ここまで来た以上、まずは総合確保法で目指す新たな地域創出に向けて市町村を中心に全力を挙げて取り組み、その現実の成果を踏まえて、次に向けたさらなる取り組みへと踏み出すことが現実的な対応だろう。医療改革同様、容易な途ではないが、本格的な超高齢社会を目前に控え、実体を伴った本物の地域ケアの実現に向けて、介護、医療が連携して自らを変える時期に来ている。

時事評論

公的年金税制の改正

放送大学客員教授
田中　耕太郎

政府が２０１５年６月に閣議決定した「骨太方針２０１５」では、年金制度について、「高所得者の年金給付の在り方を含めた年金制度の所得再分配機能の在り方及び公的年金等控除を含めた年金課税の在り方の見直し等について、引き続き検討を行う」とされた。

年金税制は他国でも問題とされ、ドイツでは年金税制に対する連邦憲法裁判所の違憲判決を受けて、２００５年から抜本的な税制改正が施行された。本稿ではその内容を概観しつつ、わが国の公的年金税制のあり方を中心に考えてみたい。

ドイツの年金税制の抜本改革

ドイツの公的年金制度は、国民皆年金ではなく被用者年金という基本的性格を今も残している。しかも一般の被用者が拠出制の公的年金であるのに対して、官吏には無拠出の恩給制度が適用されている。そして税制面では、公的年金が基本的に拠出時課税、給付時非課税とされているのに対して、恩給は給付時課税とされ、両者で全く異なった課税原則が適用されてきた。

これに対して、２００２年３月６日の連邦憲法裁判所判決(BVerfGE 105, 73)は、「所得税法19条に基づく官吏恩給に対する課税と同法22条１号３文ａに基づく公的年金保険の年金に対する課税は基本法３条１項の平等原則に抵触し憲法違反である」旨を判示し、立法者は遅くとも２００５年１月１日までに憲法に適合する新たな規定を制定するよう義務づけた。

これを受けて、連邦政府は専門委員会を設置して検討を進め、ここから２００３年３月11日に詳細な最終報告書が提出された。この内容に沿って具体的な立法化の作業が進められ、老齢収入法(AltEinkG)が２００４年５月28日に連邦議会で可決、６月11日に連邦参議院の同意を得て成立し、２００５年１月１日から施行された。

その基本的な考え方は、恩給課税と同様に公的年金についても拠出時非課税、給付時課税に転換するものである。この切替えにより、恩給との扱いが統一されるとともに、一般に年金受給時よりも現役時の方が所得税率が高いため現役世代の負担軽減に資することとなり、世代間バランスにも適う。

しかし、既裁定年金はもとより切替え前の被保険者についてもすでに年金保険料に対する課税が行われているため、判決は明示で「二重課税の回避」を求めた。このため、改正法では年金受給開始年のコーホート別に35年間という長期に及ぶ移行措置を講じ、毎年、保険料負担の非課税範囲の拡大と年金給付の課税範囲の拡大を逐次実施し２０４０年に切替えが完了する。

わが国の年金税制における二重の優遇措置の是正

わが国の公的年金税制は、社会保険料の全額が所得控除の対象とされ非課税とされる拠出時非課税の原則が採用される一方で、給付についても老齢年金について大幅な税の優遇措置が講じられていた。

しかしこれは、公的年金や高齢者に対する過度の優遇であり勤労世代の給与所得との公平も

著しく欠くため、２００４年度税制改正で見直しが行われた。その結果、老年者控除は廃止され、また雑所得の公的年金等控除の額も見直しが行われ、ある程度の是正が図られた。

それでも、本来は給付時には全額課税とすべきところ、現在でも公的年金等控除として、65歳未満は70万円、65歳以上は１２０万円の特別な控除が認められている。その結果、３３０万円前後よりも金額が増える層では給与所得と公的年金所得でほぼ課税対象に差はないが、それ未満、とりわけ低所得の層において両者の間には著しい差がなお存在している。

例えば、夫婦とも満額の老齢基礎年金のみの世帯に相当する年収１５６万円前後で見ると、65歳以上の年金受給世帯は給与所得世帯の半分以下の所得しか課税対象とされていないし、標準的な厚生年金受給世帯２６６万円で見てもなお課税対象所得は１割以上少なくなっている。

公的年金は保険料拠出以外に必要な経費はゼロであり、本来は全額が課税対象とされるのが筋であるし、少なくとも所得を得るための経費がかかっている給与所得よりも控除が過大に認められているのは不公正であり、早急に是正すべきであろう。

また、障害年金と遺族年金については、現在もなお全額が非課税とされているが、これについても代替所得の一種であるという点では老齢年金と区別する理由は乏しく、本来はこれも全額課税対象とするのが適切であろう。

これらの年金給付に対する課税の強化に際しては、言うまでもなく低所得の高齢者や障害者、寡婦などに対する過酷な負担を避けるべきであることは当然である。しかし、それは給与所得者についても同様であり、その実現は、給与か公的年金かという所得の違いによって異なる所得控除を用いるのではなく、課税最低限を規定する基礎控除の水準や、人的な事情による生活困難への配慮としての障害者控除、寡婦控除などの人的控除によることがより公平であろう。

さらに、少額の所得課税のあり方については、言うまでもなく膨大な実務処理を伴う租税制度にあっては徴税費用との費用対効果や簡略化、合理化も考慮すべきであろう。

高所得者への基礎年金の国庫負担分の削減は禁じ手

年金財政や国の一般会計が厳しさを増していくなかで、財政制度等審議会では、現役世代と遜色ない一定程度の高所得高齢者に対しては基礎年金の国庫負担分の給付削減を提案している。しかし、このような安易なアプローチは、報酬比例の重い保険料負担を担ってきた勤労者層に対する背信行為であり、拠出制年金制度の根幹を揺るがせ、これに対する信頼を失わせるもので、到底採用すべきではない。

そもそも日本の厚生年金は、報酬比例年金を採用するドイツとは異なり、報酬比例の保険料負担の下で報酬比例の厚生年金プラス定額の基礎年金という算定方式を通じて、強い所得再分配が働いている。

例えば、現役時代の平均給与が20万円の者と40万円、60万円の者で比較すると、保険料はそれぞれ2倍、3倍負担しているにもかかわらず、受け取る年金額は夫婦の基礎年金を含めてそれぞれ1・3倍、1・6倍にとどまる。これだけの重い負担を担って連帯の保険財政を支えた層に対してさらに年金額の削減をすることなど、到底その納得を得ることはできない。

ちなみに、ドイツにおいても公的年金財政に対しては総給付費の27％もの連邦補助が投入されているが、筆者の知る限り受給者の一部の層に対する恣意的な給付削減などという乱暴な議論は聞いたことがない。

負担余力のある高齢者に応分の負担を求めていくことは当然必要だが、それは年金だけに着目するのではなく、あくまでも年金税制も含めた総所得課税の改革により実現すべきである。

時事評論

独・墺の比較から年金制度を考える

放送大学客員教授　田中耕太郎

オーストリアの社会保障が面白い。隣国ドイツとも異なる独自の医療保険と介護保障には大いに刺激を受けたが、今回はさらに年金制度について、その特徴的な点を中心に、粗い考察を加え問題提起してみたい。

就業者皆年金と共通年金制度の導入

1906年の制度創設以来、一世紀を超える長い歴史を持つオーストリアの年金制度は、何度か大きな変革を経験してきたが、近年の改正のなかでは、とりわけ2003／04年の右派中道政権下の改革が画期的である。それ以前から自営業者もほぼすべての業種について所得比例の公的年金制度が導入されていたが、制度によって要件がバラバラだった。そこで、被用者年金を含め公的年金全体について03年の改正で大幅な給付削減を講じたうえで、翌04年には、年金調和法を制定し、すべての公的年金被保険者を対象とする共通年金法を制定するとともに関連各法を改正し、1955年以降に生まれた者はすべてこの新たな制度の対象とした。

ドイツでは、現在でもなお官吏は無拠出の恩給が給付され、各制度が分立していることを考えると、この一連の改革は、日本の1985年の基礎年金導入時の年金改正に匹敵する画期的なものと評価できる。ただし、日本とは異なり、オーストリアでは自営業者の年金も、もともと所得比例の構造だったため、保険料水準の統一や給付水準の大幅な引下げに伴う長期間の経過措置などの配慮は行っているものの、制度としてはシンプルでわかりやすいものになっている。

年金保険料率22・8％の衝撃

ドイツと日本は、いずれも2000年代初頭の改革で、将来の人口高齢化と年金保険料負担増を見通して、とりわけ若い世代の将来負担増への不安を解消するため、将来の年金保険料の上限を設定するとともに、持続可能係数ないしマクロ経済スライドと呼ばれる給付抑制の手法を導入した。

その際に設定された上限は、ドイツでは2020年に20％、30年には22％を超えないものとされたが、近年、移民による被保険者の増加や経済成長と賃金上昇が順調なことなどを背景に、20年で18・6％に止まっている。一方、日本では、17年の18・3％を上限にセットされ、すでにこの水準に達して以後、この料率が継続している。

これに対し、オーストリアでは、2019年の高齢化率が18・8％と、日独両国と比較して低い水準にもかかわらず、年金保険料率は1998年以来、20年以上にわたって22・8％（本人10・25％、事業主12・55％）と高い水準で固定されてきた。そしてこれで支出に不足する部分は、連邦が不足責任に基づき一般財源で拠出することとされている。それでもこの拠出額は、年金支出総額の16％程度に止まっており、日独いずれの公費負担比率よりも低い。

これだけの重い保険料負担の下でも、オーストリア経済は比較的堅調に推移しており、国民1人当たりGDPは日本を上回るドイツよりもさらに高く、失業率も低い。こうした隣国の状況にはドイツでも関心が寄せられ、保険料負担の限界が論じら

れた当時の議論が本当なのか、比較研究や連邦議会での調査報告も行われている。

日本でも、ドイツを大きく上回る水準とスピードで超高齢化が進むなか、高齢期の基礎的所得保障を実現するために、本当に18・3％という保険料水準で足りるのか、どこまでなら負担と給付のバランスが取れるのか、早晩、議論と検討が必要になってくるのではないか。

年金算定ルールと年金水準

オーストリアの年金算定は、ドイツと同様に、報酬比例保険料の賦課対象賃金・所得の一定比率をそのまま年金額に反映するルールで、保険料負担との等価性が高い。ただし、ドイツでは毎年の全被保険者の平均賃金に対する各被保険者のポジションを点数化してその累計ポイントをもとに毎年の年金現在価値（ＡＲＷ）に乗じて年金額が決まるのに対し、オーストリアでは獲得額を金額で示し、よりわかりやすく工夫されている。具体的には、各被保険者ごとに年金口座が設けられ、毎年納付した保険料の額とともに、1年間の保険料賦課対象賃金・所得の1・78％が獲得年金額として記録されていく。この額は、毎年、賃金水準の変動に応じて再評価され、その総額が将来の年金額となる。口座の内容は、本人の請求により開示されるほか、インターネット等を通じていつでも確認でき、将来の法律改正による減額から保護されている。

この算定式の下では、例えば45年加入した場合には、グロス賃金再評価後の生涯賃金・所得の平均額の1・78％×45年＝80・1％の高い水準の年金を受け取ることができる。これはドイツと比較しても格段に高い水準で、男女間の格差はあるものの、いずれについても平均額でドイツよりも5割ほど高い水準にある。

こうした保険料負担との等価性が貫かれた年金給付は、日本の基礎年金などを通じた所得階層間の再分配機能は弱いが、低年金者には最低所得との差額が税財源による補填加算として上乗せして給付されるほか、ドイツと同様に子育てについては、子1人につき4年間の育児期間が年金口座に蓄積される。

こうした負担と給付の関連性の高い透明な制度設計は、保険料負担が重くなっていく社会にあっては、これを引き受ける合意と納得を得やすいという大きな長所があるものと思われる。

揺るがぬ賦課方式の公的年金中心路線

１９９０年代から２０００年代にかけては、経済の低迷と高齢化の急速な進展を背景に、世界的に賦課方式による公的年金の財政的持続可能性に対する批判と積立て方式の優位性の主張がみられるようになった。

こうした潮流に乗って、ドイツでは２００１年の年金改正で、賦課方式の公的年金の一部を連邦の助成付きの任意の積立て方式の年金、いわゆるリースター年金で代替する改正が行われた。日本では、こうした積立て方式の私的年金による公的年金の一部代替化は採用されなかったが、公的年金の抑制と企業年金・私的年金の拡大による補完の方向性が採用された。

こうした動きに対し、オーストリアでは、すでに当時22・8％という極めて高い保険料率に達していたものの、給付と負担の水準の見直しは断行しつつ、賦課方式による公的年金中心の所得保障の基本路線はブレることなく堅持している。リースター年金が金利低迷で苦戦しているなか、改めて、堅調な経済や雇用・賃金とともに、高い保険料と高い給付水準の独自路線は注目される。

これら以外にも、障害年金の給付設計と介護手当との関係や、高齢者との「歳の差婚」の場合の遺族年金の有期化など、興味深い仕組みが随所にみられ、その年金政策は、刺激的な示唆に富む。その詳細については、『年金と経済』夏号（２０２０年7月刊行予定）に掲載予定なので、医療・福祉に関する調査団報告書（医療法人博仁会）と併せて参照願いたい。

時事評論

オーストリアの年金政策が問いかける選択

比較社会保障研究者
田中　耕太郎

現在のオーストリアは、人口約898万人と、同じゲルマン民族でドイツ語圏の隣国ドイツと較べても、比較的小規模な国である。また、1887年に創設された労働者災害保険法を嚆矢とし、医療保険や年金保険など、社会保険を中核とする福祉国家を形成し、ドイツとも多くの共通点を有する。と同時に、重要な点で独自のインパクトのある選択を行い、示唆に富む。本稿では、ドイツの社会経済研究所（WSI）の比較研究レポートや、連邦議会の調査報告書が公表されるなど、ドイツでも関心を呼んでいるその年金政策について考察してみたい。

基本的な制度設計

歴史的には、1906年に創設された当初の年金制度は、ドイツや日本とは異なり、職員（ホワイトカラー）を対象として発足し、その後、1938年のドイツによる併合に伴い、労働者へと拡大された。戦後は、1955年の一般社会保険法が一般の労働者と職員を対象とし、その後、自営業者、農業者などにも独自の法律により適用拡大され、ほぼすべての就業者を対象とした〈就業者皆年金〉を実現している。

保険料率は、1988年以来、22・80％（被用者10・25％、事業主12・55％）の高い水準で固定されている。なお、自営業者は18・5％、農業者は17％などとされ、その差額はパートナー拠出として連邦が負担している。

年金額は、ドイツと同様に保険料負担を反映する等価性の原則に基づく報酬比例年金で、毎年、保険料算定上限額の範囲内で、給与・所得の1・78％が被保険者の年金口座に記帳される。その額は、毎年の総賃金の上昇率に応じて賃金スライドされ、その被保険者期間中の総額が年金額となる。受給開始後は、物価スライド。

最低保障については、年金額がその他の収入を合わせても最低所得の基準額に満たない場合には、その差額が連邦財源による補填加算として年金制度内で上乗せして給付される。

老齢年金の基本年金の支給開始年齢は、男性65歳、女性60歳。ただし、女性についてはすでに2023年から2028年までに段階的に65歳に引き上げる法律が施行されている。

支払いは、毎月支払いのほか、給与と同様に4月と10月に特別支給があり、年14回に分けて支払われる。

連邦一般財源による負担は、22・80％の保険料で支出に不足する額が連邦の不足責任として一般財源から年金財政に繰り入れられる。その額は2021年予算では総収入額の17・9％を占めている。そのほか、低額年金に対する補填加算の費用として総収入の2・2％が連邦財政から拠出されている。

高い保険料率と高い給付水準は持続可能

オーストリアの年金制度が、隣国ドイツにおいても強い関心を持たれているのは、何といっても賦課方式の公的年金を中心とし、高い保険料率の下で高い年金水準を維持している点にある。1990年代から2000年代にかけて、経済の低迷、少子高齢化の進行を背景として年

金財政が厳しさを増した時期、ドイツでは相次ぐ給付水準の引下げと税による助成付きの任意の積立方式の年金（リースター年金）による公的年金の一部の代替化に踏み切った。しかしその後の金融市場の低迷に伴い、その利益率の低下と加入者の頭打ちが課題となっている。

同じくこうした時期に、オーストリアでも企業年金や私的年金の促進が図られたが、これによる公的年金の一部代替化は行われず、あくまでも老後の所得保障の主要な部分は強制加入の賦課方式による公的年金によることとしている。国民の老後の収入の78％を公的年金が占め、企業年金や私的年金の役割は小さい。

２０００年から政権についた右派・中道保守連立政権は、年金の持続可能性を確保するため、大胆な改革に取り組み、給付水準の引き下げなどの厳しい改革を断行した。しかし、同時に、２００４年の年金調和法により、職種などにより異なっていた保険料と年金給付水準を統一し、個人ごとの年金口座を設けて毎年の年金蓄積額が記帳され、いつでも本人が確認できる仕組みを設けた。さらに従来は無拠出の恩給の対象とされていた官吏についても、若い世代から段階的に公的年金に移行させるなど、大胆な改善策も講じた。

改革後の新たな年金算定方式は、一般に45－65－80と呼ばれ、45年間加入すれば、65歳から、生涯平均賃金の80％（1.78％×45年＝80.1％）の年金を受け取ることができる。具体的には、二国間部分年金を除いた老齢年金の平均額は、男性２１６４ユーロ／月、女性１２６４ユーロ／月（２０２１年12月）となっており、ドイツ連邦議会の調査報告書（２０１７年）の比較では、ドイツの年金水準のいずれも１・５倍前後と格段に高い。

経済成長と雇用・賃金上昇は最良の年金政策

１９９０年代から２０００年代の経済社会環境が厳しい時代に、世界的な賦課方式への批判と積立方式への転換が主張されるなかで、ドイツや日本では、保険料水準固定方式を採用し、ドイツでは２０２０年で20％、２０３０年で22％、日本では18・３％を上限とすることとした。これとセットのマクロ経済スライドにより、日本では、デフレ経済が続き少子高齢化が進むなかで、公的年金の水準低下が徐々に進み、深刻の度を増しつつある。

一方ドイツでは、１９９７年には早くも年金保険料率が20・３％に達するなど、改革に苦闘する年月が続いたが、２０１０年代に入ると、経済の好調と賃金の上昇、難民などの人口流入による就業人口の増加などの環境改善に恵まれ、かつての年金改革を巡る困難な選択は何だったのだろうかと思わせるほどに、年金財政は自然に年々改善し、２０１８年以降は18・６％の保険料率で推移している。

さらにオーストリアでは、１９８８年以来、すでに30年以上も22・80％という先進国の中でも極めて高い保険料率の下で、将来に備えて給付の切下げを行った後においても、45年加入で総生涯平均賃金の80％という極めて高い年金水準を維持し続けている。しかも、経済や雇用も順調で、一人当たりＧＤＰは、日本は言うまでもなくドイツよりも高い水準を維持している。

こうしてみると、年金保険料は経済や雇用への悪影響を考慮すると18％、あるいは20％が限界だ、という議論は客観的な根拠があったとは言い難い。とりわけ高齢化の程度とスピードが速い日本にあって、将来的に現在の保険料上限18・３％で基礎的な老後所得が保障できるか、各国の経験や経済社会環境の変化のなかで、改めて、公的年金の負担と給付の水準について、条件にとらわれずに議論し直す時期ではないだろうか。

なお、詳細については、拙稿「オーストリアの年金制度」『年金と経済 Vol.41』（２０２２年７月号）を参照されたい。

田中耕太郎：ktanaka@kcd.biglobe.ne.jp

時事評論

公的扶助立法の発展

放送大学客員教授　田中　耕太郎

日本の生活保護法は、原理と原則に関する諸規定を設け、格調高い立派な法律であるが、その枠組み自体は戦後間もない1950年に創設されて以降、激しい経済社会の変化にもかかわらず、1997年に介護扶助が新設された程度で、ほぼ当初の規定のまま現在に至っている。そして、時代の変化に合わせた実質的な内容は、すべて厚生（労働）大臣が定める保護基準によって対応されてきた。

これに対してドイツでは、ここ十数年の間に社会扶助法の対象者の類型に応じた大胆な再編・体系化が進み、新たな次元と呼べるほどの変化が見られる。本稿では、こうした動向の内容と背景を概観するとともに、その日本の公的扶助法制への示唆について考えてみたい。

連邦社会扶助法の特徴

ドイツの公的扶助の戦後の出発点となったのは1961年の連邦社会扶助法である。その枠組みの下、各州の社会扶助実施法により各州の実施体制や扶助基準などが具体化されてきた。

この連邦社会扶助法は、日本の生活保護法と比較して、公的扶助としての性格上多くの共通点を有する一方で、基本的な点での相違も見られた。共通する規定の代表的なものは、基本法1条の人としての尊厳の保護という制度の目的、最低生活保障、個別性の原則、需要充足の原則、補足性の原則、自立助長などである。一方で重要な相違点として、国家責任の原理は採用されず、その事務も費用負担ももっぱら自治体と州の責任とされ、連邦政府の費用負担がないことや、申請主義ではなく職権主義であることなどが挙げられる。

また、連邦社会扶助法は、生計扶助と並んで「特別な生活状態への扶助」として、介護扶助、障害者統合扶助など、日本では措置制度としてすでに公的扶助から分離独立していた領域も、生計扶助よりも緩やかな所得・資産要件の下で同じ制度内に抱えていた。

近年の社会扶助法制の展開

(1) 最後の受け皿から普遍的リスク対応への切替え

ドイツでは、社会扶助はすべての生活リスクに対応して、その困窮に陥った原因を問わず、人間の尊厳にふさわしい最低生活を保障する最後の受け皿として位置づけられているが、あくまでも一時的・暫定的なセーフティ・ネットとする意識が強い。それはまた、財政的にもその費用が自治体と州の負担となるため、増大する貧困ニーズをすべて抱えきれないという現実的な制約でもある。このため、19世紀末には、病気やけが、高齢や障害、死亡など、雇用労働者の貧困をもたらす共通の生活リスクに対応して、医療保険や年金制度が創設された。

こうした思想の延長で、最近では要介護者が急増し、介護扶助の受給者数と給付費が増大して自治体財政を圧迫するなかで、1994年に介護保険法が創設され、介護給付費の多くの部分が介護扶助から介護保険にシフトした。

さらに2016年には障害のある人の参加と自己決定を強化するための法律（連邦参加法）が成立し、社会扶助の障害者統合

扶助の多くは、2020年からは障害者への専門的な支援サービスとして社会法典第Ⅸ編（障害者のリハビリテーションおよび参加）第2部に編入される。

(2) 生計扶助対象者の類型に応じた分離と体系化

こうした動きと平行して、最低生活保障を担う狭義の社会扶助である生計扶助についても、その受給者のカテゴリーに応じた類型化と分離・体系化が大胆に進められてきた。

その第一段として、一般の生計扶助よりも要件や給付内容が限定された亡命申請者給付法が1993年に制定され、その対象者は社会扶助法から除外されることとなった。

次いで、2001年の年金制度改正の一環で、高齢期および障害時の基礎保障法が制定され、65歳以上の年金受給開始年齢に該当する高齢者と18歳以上の恒常的に完全な労働不能の障害者は、生活扶助ではなくこの基礎保障の対象とされた。

基礎保障の内容は、ニーズ調査付きの最低生活保障で、その水準も基本的に生計扶助と同一であったが、高齢者などが民法上の扶養義務のある子への求償を忌避するために生じる「恥ずべき老後の貧困」を防ぐために導入され、民法上の扶養義務者への求償を年収10万ユーロ以上の親または子に限定した。

さらに重要な改革が2003年のいわゆるハルツⅣ法で、これにより、労働能力のある対象者については、雇用促進法に基づく失業扶助が社会扶助の生計扶助と統合され、新たに社会法典第Ⅱ編に求職者基礎保障が創設された。そして連邦社会扶助法は廃止され、社会法典第Ⅻ編に社会扶助として編入され、高齢期および障害時の基礎保障はその第4章に編入された。

新しい制度体系下での適用状況と日本への示唆

このような生計扶助受給者の類型に応じた分離・体系化が相次いで行われた結果、資力調査を伴う社会扶助体系に属する各制度の受給者数と構成割合は、次のようになっている（2016年末現在）。

社会法典第Ⅻ編（社会扶助）第3章生計扶助：13万人（2％）

第4章高齢期および障害時の基礎保障：103万人（13％）

社会法典第Ⅱ編求職者基礎保障：597万人（76％）

亡命申請者給付法：73万人（9％）

こうして、各類型に応じた制度分化の結果、最後の受け皿としての社会扶助の生計扶助の対象者は2％へと大幅に減少し、ある意味では例外的・一時的な最後の受け皿としての本来の性格が純化されたということもできるであろう。他方で、制度が次々と分化し、各制度・実施機関の間の役割分担や調整規定が複雑化し見通しが悪くなったというマイナス面も指摘される。

こうしたドイツにおける近年の公的扶助のカテゴリー別の分化・体系化という立法の動きの背景には、労働能力のない高齢者や障害者については民法上の扶養義務と社会扶助との調整に関する社会の意識変化がある。

また、労働能力のある人を対象とした求職者基礎保障の創設の背景には、原則1年間の失業保険金の失権後もなお失業による生活困窮が続いた場合に、全額連邦一般財源により支給されていた失業扶助の存在があり、またその受給の長期化と労働市場への統合の困難さ、改善を見せない高い失業率など、日本とは異なる事情も存在する。

しかしながら、他方で、日本の生活保護法が戦後70年近くにわたりほとんど改正されず、行政運用だけで対応されてきたことも、立法的統制という意味で問題である。生活困窮対策が喫緊の課題となっている現在、受給者の生活実態や困窮要因などに関し詳細な分析を行い、対象者の特性に応じた効果的な支援方法、保護の種類と水準、保護基準算定方式や依拠すべき調査統計など、法律の基本的枠組みについて全面的な見直しを行うべきであろう。

時事評論

司法と福祉の垣根を越えて

放送大学客員教授　田中　耕太郎

介護保険制度の創設により、介護サービスの利用を巡る法律構成が行政による措置から利用者とサービス提供者との間の契約の仕組みに転換したことを契機として、新しい成年後見制度が作られ、民事の分野での司法と福祉の協働が始まった。

さらに刑事司法の分野でも、ここ10年余りの間、刑務所などの矯正施設に収容されている人のうちに少なからぬ数の高齢者や障害者がいることが明らかになり、この人たちへの本来の福祉的支援と再犯の防止に向けて、司法と福祉との連携が始まっている。

しかし、いずれも新たな次元の施策であり、長い間全く切り離されてきた行政と司法、またそれぞれの実践現場の関わり方を変革しようとする試みは、関係者はもちろん地域住民の意識の壁もあり、容易には進んでいない。

権利擁護は地域福祉の必須のパーツ

判断能力に欠ける精神障害の人たちなどへの判断の支援・代行の必要性は、契約自由の原則が確立された近代市民社会の誕生以来、常に意識され、禁治産など行為能力制度は民事法の基礎として制度化されてきた。

しかし、ドイツ、イギリスなど主要先進国にやや遅れて日本でも新たな制度の構築に向けた動きが出た背景には、認知症高齢者の急増など高齢化による社会の変化と契約型への福祉制度の転換があるが、それ以上に、1980年代から90年代にかけてのノーマライゼーション意識の定着、70年代までの施設や病院への収容・隔離から地域での普通の暮らしの実現へ、という理念と政策の大きな転換がある。

判断能力が不十分な認知症高齢者、知的障害者、精神障害者などが地域で安心して暮らしを続けるためには、その権利侵害を防ぎ、本人の望む質の高い暮らしを実現するための身近な所での見守り、相談・援助の仕組みが不可欠だからである。

こうした取組みは、民法改正に先立って、まず、東京都が実施していた、知的障害者など本人と社会福祉協議会との契約に基づく権利擁護の仕組みをモデルとし、1999年10月から地域福祉権利擁護事業として全国展開された。

筆者も、山口県でのこの事業の中核となる契約締結審査会で毎月すべての個別案件の審査と助言に携わり、こうした権利擁護の相談支援が課題を抱えながら頑張って生きている人々の地域での暮らしを支える必須の社会基盤であることを痛感した。同時に、費用対効果も高く地域を支える不可欠なサービスであるにもかかわらず、こうしたソフトな事業への理解と予算の確保が自治体においてはいかに容易でないかも実感した。この事業による支援を必要とする人はまだまだ多く、大幅なてこ入れが求められる。

新しい成年後見制度の創設と活用の停滞

1990年代初には想像もつかなかった成年後見制度の改革が急きょ具体的な政策課題となり、新しい制度が2000年4月から施行された。裁判所の運用の工夫や改善、専門職団体の積極的な取り組み、行政の支援制度などにより、毎年の申し立て件数は3万件を超え、利用者の総数も2017年末で約21万

人に達するなど、一定程度の着実な普及が見られる。

しかし、認知症、知的障害、精神障害の母数が数百万人を優に超えること、ドイツでこの制度に相当する世話法の被世話人が128万人(人口の1・55%、2015年末)に上ることなどからも、本来のニーズには遠く及ばない状況に止まっていることが分かる。

その原因は多岐にわたるが、主な制約は後見人確保の困難と、それと深く関わる後見報酬の支払能力のない人の問題だ。このため、国でも成年後見制度利用支援事業を予算化し、市町村に費用助成を行っているが、伝統的に取り扱ってこなかった民事領域への支援であることや、累積していく費用への懸念などから、市町村の腰は重い。

こうした状況を打開するため、2016年に成年後見制度利用促進法が制定され、国の基本計画も策定されて、いよいよ市町村の計画策定や事業化を待つ段階になっている。しかし、ごく例外的な自治体を除き、各自治体は様子見を決め込み、対応はきわめて消極的で動きが鈍い。

本格的な評価はこれからの取組みに懸かるが、現場が動かないようであれば、都道府県と市町村の計画策定の義務化、資力要件に該当する人からの助成申請に対する受給権の保障、さらに生活保護受給者については申立費用と後見報酬の費用を保護費の支給対象とすることなども、濫用を防ぐ手だてを講じつつ、検討すべきではないだろうか。

刑事司法と福祉の新たな連携

こうした民事分野での司法と福祉の連携が始まったのに続き、ここ10年余りの間、新たに刑事司法と福祉、医療の連携を求める動きが活発化してきた。きっかけは、元・衆院議員の山本譲司氏が2003年刊行の『獄窓記』の中で、刑務所に本来は福祉施設や福祉的支援の対象であるはずの多くの高齢者や障害者が収容されていることを明らかにしたことだった。その後、こうした矯正施設の実態が明らかになるにつれ、出所後も地域で福祉の支援を受けられず、刑務所などの矯正施設が最後の福祉施設と化している現実を抜本的に改革すべく、刑事司法を担う法務・検察と厚生労働省の連携に向けた協議が進み、新たな取組みも始まっている。

2009年から厚生労働省の補助事業として地域生活定着支援センターが各都道府県に設置されている。満期や仮釈放が近づいても帰住先の受入れの見通しのない人などを対象とした特別調整の仕組みが導入され、矯正施設在所中からセンターの社会福祉士が面会し、退所後の受け入れ先との調整を進め、必要な人への社会復帰のための福祉や医療の支援体制が組まれるようになっている。また、2016年には再犯防止法が制定され、初めて刑事司法の領域に自治体の役割が規定され、両者の連携も進もうとしている。

こうした出口での連携をさらに進めて、入口、つまり起訴段階から福祉的支援の可能性を探るため、主要な検察庁に社会福祉士を配置するなど、検察庁も本気で変わろうとしている。

しかし、福祉の現場では、障害に加えてさらに罪を犯したというレッテルが加わることへのためらいや不安も大きい。長崎県の南高愛隣会の積極的な取組みや、国立のぞみの園が全国の施設職員を対象とした研修会を継続的に実施するなどの取組みも進む。また、自治体では兵庫県明石市が市長の強いリーダーシップの下に熱心に取り組むなど、この新たな課題に懸命に取り組んでいる現場も見られる。

しかし、この新たなチャレンジは、根底に犯罪の実態に関する人々の無知や無関心、さらにはこれに対する嫌悪感や忌避感情などもあり、現場では苦労が続いている。犯罪の多くは社会的孤立や貧困などを背景とし、支援の手が伸びれば防げるものも多い。こうした実態を発信して情報共有し、困難な課題に立ち向かっている人たちを支援する輪をもっともっと広げていきたい。

主 な 文 献

ライフケア研究会 (2001)
『ライフケア研究会報告書(2017/6/12、59頁)
https://www.yuumi.or.jp/wp_yuumi2/wp-content/uploads/
2022/06/2001_zaitakuiryousuisin_report.pdf

田中耕太郎 (2018a)
「ドイツの医療保険制度に関する調査研究報告書」
健康保険組合連合会『独仏の医療保険制度に関する調査研究<ドイツ報告書>』1-133.
(2018/1/22、23頁ほか)
https://www.kenporen.com/include/outline/pdf/chosa29_01-de_kaigai.pdf

健康保険組合連合会 (2018b)
『「日独医療保険セミナー〜ドイツに見る保険者のあり方〜」開催報告書』
(2019/4/15、27頁)
https://www.kenporen.com/include/outline/pdf/kaigai_r01_02.pdf

健康保険組合連合会 (2021a)
『公的医療保険の持続可能性に対応した公費のあり方に関する調査研究報告書』
(2021/11/29、9頁)
https://www.kenporen.com/include/outline/pdf/chosa_r02_02.pdf

田中耕太郎 (2021b)
「ドイツの医療提供体制と新型コロナウイルス感染症への対応」
『山口老年総合研究所年報 32』1-18.(2021/7/12、45頁)
http://www.tip.ne.jp/rounenkenkyu/nenpou/2021-1.pdf.

田中耕太郎 (2022a)
「ドイツ介護保険の四半世紀の軌跡と直面する課題への挑戦」
『山口老年総合研究所年報 33』1-18. (2022/4/11、83頁)
http://www.tip.ne.jp/rounenkenkyu/nenpou/2022-1.pdf.

田中耕太郎 (2022b)
「オーストリアの年金制度」『年金と経済』
2022.7　Vol.41No.2、125-129.　(2022/9/5、93頁)

田中耕太郎 (2023)
「ドイツの医療デジタル化と患者データ保護―患者主権の確立と日本への示唆」
『山口老年総合研究所年報 34』1-15. (2020/10/19、73頁)
http://www.tip.ne.jp/rounenkenkyu/nenpou/2023-1.pdf.

＊各引用・参考文献の後のカッコ内の記載は、関連する時事評論の年月日と
本小冊子のページ数を示す。

時事評論｛テーマ一覧：年代順｝

	テーマ	発刊年月日	巻	頁
1	「医療・介護一体改革への懸念」	2015/5/18	No.2825	1
2	「DPC と日本の病院医療の変革」	2015/7/27	No.2835	51
3	「介護保険制度の課題と将来」（社会保障読本）	2015/9/21	No.2843	85
4	「薬剤定額給付制の速やかな導入を」	2015/10/19	No.2846	65
5	「社会保障における家族の評価」	2016/1/4	No.2856	17
6	「病院を現代の姥捨て山にするな」	2016/3/14	No.2866	53
7	「公的年金税制の改正」	2016/5/30	No.2876	89
8	「子どもの医療費無料化はよいことか?」	2016/8/8	No.2886	3
9	「医療提供体制の課題と将来」（社会保障読本）	2016/8/15	No.2887	47
10	「保険薬剤の合理的な選択環境の整備」	2016/10/31	No.2897	67
11	「社会保険・税制における家族扶養の保護」	2017/1/16	No.2907	19
12	「病院収容列島は地域ケアに転換できるか」	2017/3/27	No.2917	55
13	「多死時代に向け在宅医療を主流に」	2017/6/12	No.2927	59
14	「医療保険制度の課題と将来」（社会保障読本）	2017/8/14	No.2936	31
15	「精神科病院への包括払い制の導入」	2017/9/4	No.2938	57
16	「子育て支援の政策選択と理念」	2017/11/13	No.2948	21
17	「良質な医療の提供と保険者の責務」	2018/1/22	No.2957	23
18	「家で看取って考えたこと」	2018/4/2	No.2967	61
19	「奈良県の医療改革へのエール」	2018/6/18	No.2977	37
20	「財政の持続可能性と社会保障改革」（社会保障読本）	2018/8/13	No.2985	11
21	「公的扶助立法の発展」	2018/9/10	No.2988	95
22	「司法と福祉の垣根を越えて」	2018/11/19	No.2998	97
23	「医療保険料上限設定ルールへの疑問」	2019/2/11	No.3009	25
24	「健康保険組合の原点－労働と健康－への回帰」	2019/4/15	No.3018	27
25	「デジタル化社会実現に向けた政策選択の本末転倒」	2019/6/24	No.3027	69
26	「疾病管理プログラムの導入を急げ」	2019/9/9	No.3037	39
27	「オーストリアの介護手当と介護サービス」	2019/11/11	No.3046	79
28	「オーストリアの医療保険の挑戦」	2020/1/20	No.3055	29
29	「医師の働き方の変化と診療所の機能強化」	2020/3/23	No.3064	41
30	「独・墺の比較から年金制度を考える」	2020/6/1	No.3073	91
31	「保険診療への個人番号カード導入の再考を」	2020/8/3	No.3082	71
32	「ドイツの医療デジタル化と患者データ保護」	2020/10/19	No.3092	73
33	「ドイツの医療提供体制と新型コロナ対応」	2020/12/21	No.3101	43
34	「感染防止措置と基本的人権・倫理」	2021/3/1	No.3110	5
35	「社会保険制度の基本原理への立ち還り」	2021/5/3	No.3119	7
36	「ドイツのコロナ感染状況の推移と対策の評価」	2021/7/12	No.3128	45
37	「介護職不足への対応と新たな財政支援策 －ドイツでの展開」	2021/9/27	No.3138	81
38	「公的医療保険における公費のあり方検討会報告に寄せて」	2021/11/29	No.3147	9
39	「コロナ禍で示された在宅医療の底力と次の展開」	2022/2/7	No.3156	63
40	「ドイツ介護保険の「要介護」概念の転換と残る課題	2022/4/11	No.3165	83
41	「被保険者証の廃止という無理筋」	2022/6/20	No.3174	75
42	「オーストリアの年金政策が問いかける選択」	2022/9/5	No.3184	93
43	「被保険者証の廃止による混乱の回避を」	2022/11/7	No.3193	77

週刊 社会保障「時事評論」掲載論考集　二〇一五年五月～二〇二二年十一月

2023 年 2 月 20日　初版発行
2023 年 6 月 20日　２刷発行

著　　者　田中耕太郎
住　　所　〒753-0071　山口県山口市滝町 5 - 4
電　　話　083-923-8780
E メール　ktanaka@kcd.biglobe.ne.jp
印　　刷　株式会社 マルニ
〒753-0037
山口県山口市道祖町 7-13
TEL.083-925-1111　FAX.083-920-5111