

日本とドイツの医療システムの違い

南 和友

(日本大学医学部心臓血管外科教授、
ドイツ・ポッフム大学永代教授)



はじめに

現在、日本の医療を取り巻く環境は多くの問題を抱えている。第一の問題は医療費の直接的・間接的増大と保険医療制度の混迷。第二は地方の病院の医師不足と医師の偏在、研修医・専門医の教育。そして第三は医療情報の開示の遅れと医療ミスが多発である。これらの問題の本質は、いったいどこにあるのだろうか。

現在、日本の医療制度とドイツの医療制度は随分異なっているが、実は日本の医療制度は、明治の初めにドイツ医療制度を模範として作られた。その後、合理的国家を自称するドイツではかなりの改良が行われている。具体的にはホームドクター制度、プライベート保険、公的機関による医療のクオリティ・チェック、医療財源の有効な利用などがあげられる。

私は大学卒業後、交換留学研修医としてドイツに渡った。そして胸部外科(心臓、血管、肺外科)を学び、今日に至るまで30年あまりドイツ医療に携わってきた。今回のシンポジウムでは現在の日本医療の問題点と、よりよい日本医療へと進むべき道を見極めるためにドイツ医療の現状を紹介するとともに、現在の日本医療には何が必要かを提案したい。

日本の医療制度の問題点

最近医療問題をテーマにした記事が新聞を賑わせているが、まず、私が考える日本の医療制度の具体的な問題点をあげ、それに対し世界の医療制度の特徴を述べる(表1)。

第一の問題点は、病院が特殊化・集約化されていないことである。例えば、新しい機器の導入にしても、日本全国の大学病院が一斉に導入するため、各医療機関でのその機器を

使った手術の回数が少なくなってしまう。よって高額な機器では、原価は回収されず、機器を使う者の医療技術も向上しない。これは、患者主体の治療を進めていくうえで大きな問題である。

第二の問題点は多くの大学病院は年間10億円以上の膨大な赤字を抱えていることである。病院経営は税金からの助成金に支えられているのが現状であり、利益水準は低い。結果として先進的な機器を購入するタイミングが遅れるなど、病院の経営管理の立ち遅れから、イノベーションの欠如を招いている。

第三の問題は診療行為の費用計算に定額支払い制度がまだ不徹底なため、患者が早く退院できる機器や手法を積極的に導入しようという体制が整わず、機器の開発にも悪影響を与えていることである。これには、厚生労働省の早期関与が必要となる。

第四の問題は大学にある。医局を頂点とし、主任教授が人事権を握り、そこから関連病院に医師を派遣する縦割り人事が行われ、他大学病院などの横とのつながりが無い。また心臓外科、脳外科、内科など臨床診療科の長はまず、臨床に習熟しているのが大前提であるが、日本では臨床医としての力量より、例えば論文数とその引用件数の多さが教授の地位を決定する際の優位点となる場合もある。このような環境ではよい臨床医は育たない。また、患者はそのような大病院や大学病院のプ

表1 世界の医療制度の特徴

- 大学は教育、研究に重点を置き、臨床も行う
- 患者の治療の大部分は大学以外の医療機関で行う
- 大学主任教授と関連病院の人事的つながりは無い
- 大学の学閥がない
- 専門病院の集約化

ランドを信用しすぎる。風邪や生活習慣病など一般疾患の治療にも、有名な主任教授の在席する病院を選ぼうとする患者側にも問題がある。さらに、このような問題点を厚生労働省や医療行政を行っている人たちが把握しきれていないことも問題を厄介にしている。

2005年の日本の医療費は31兆円である。これが毎年1兆円強ずつ増え、2025年には69兆円に膨らむと予想される。それを抑制するため、診療報酬を3.16%削減することになった。しかし実際、世界と比較すると日本の医療費は少ないといえる(表2)。また、少ないとはいえ日本の場合、健康保険の加入率は100%(国民皆保険)である。アメリカでの健康保険加入率は60%で、40%の人は医療を受けられない現実がある。アメリカには、高度医療が進み、すべての人が医療を受けられるイメージがあるが、実際はそうではない。アメリカの医療費は世界1位であるにもかかわらず、国民全員がよい医療を受けているとは限らないのである。つまり国の医療費が多いからといって、よい医療になるというわけではない。医療費だけでなく医療そのものを国の制度が支え、そうした制度に対する国民の理解が得られてこそ、よい医療が生まれるのである。

改革を重ね国民の信用を獲得したドイツの医療制度

ドイツ医療は明治維新後に正式に日本に導入され、日本医療の原本となり普及した。しかし、第二次世界大戦後の1960年代には、ドイツ医療は学問中心、かたやアメリカ医療は臨床中心という風潮が生まれ、アメリカの医療政策への国民の関心が高まった。その間、ドイツでも臨床医学に力を注ぎ、現在、ヨーロッパで優れていると評価される医療制度にまで成長している。そのドイツ医療にいまの日本が再び学ぶべきことがあると感じ、紹介する。

まず、現在のドイツ医療にたどり着くまでにどのような改革があったかという点、①1960年代後半から医局制度を廃止し、②臨床教授制の導入を行った。臨床教授制とは地方の大学病院以外で臨床に優れた医師が教授となり、大学教授と変わりなく、目の前の患者

表2 世界の医療の比較

	日本	アメリカ	ドイツ
健康保険加入率	100%	60%	100%
医療費 (対GDP)	17位 (7.9%)	1位 (13%)	2位 (11.7%)
一般医療	良	不良	良
高度医療	不良	良	良

表3 ドイツの医療保険制度の改革

・ 治療費定額制導入	1984年
・ 開業医総医療制導入	1992年
・ 病院総医療制導入	1998年
・ DRG (diagnosis related groups) 導入	2005年

を救う臨床の教育に携わる制度である。さらに、③臨床治験の簡易化を図り、最新の機器・医薬品の早期使用が可能になった(日本での普及はドイツでの試験段階から10年後といわれる)。そして、④保険制度においては、1980年代に保険治療費定額制度が導入され、それを順次改正して、今日では完全に浸透している(表3)。

ドイツの医療制度を説明するのに医療保険制度の現状は非常に重要である。以下、ドイツ医療保険制度について詳しく述べる。

1. 治療費定額制の導入

まず、1980年代に保険治療費定額制度を導入後、1990年代にドイツ厚生労働省は治療費の総医療制を開業医(ホームドクター)に導入した。その後、1990年代後半にはすべての医療機関にこの総医療制が導入された。これによって医療機関は同じ効果が期待できる薬であれば少しでも安い薬を選択するようになった。また、医療機器、心臓弁、ペースメーカーなどの器具や注射器、手袋、ドレーンなどの消耗品の購入に関しても綿密な検討がなされるようになった。

2. DRGの導入

病院総医療制による改革にもかかわらず少子高齢化が進み、介護保険制度設備に伴う経費の増加によって今世紀に入っても医療経済が改善する兆しがないため、2004年に疾患別

日本 (DPC)		ドイツ (DRG)	
包括評価 (70%)	入院基本料 検査 画像診断 投薬 処置	包括評価	入院基本料 検査 画像診断 投薬 処置 手術・麻酔
	+		リハビリ 画像診断
出来高評価 (30%)	手術・麻酔 リハビリ 画像診断		(高リスク患者に対する 治療費加算検討)

図1 医科診療報酬の仕組み

関連群 (diagnosis related groups ; DRG) が導入された。DRGとは日本ではDPC (diagnosis procedure combination : 出来高支払い制と定額支払い制の混合) と呼ばれるものに相当する (図1)。つまり、疾患別の患者分類に応じて保険の支払い額を決める定額支払い制度である。医療費の削減を第一目的としつつも、それまでの治療費定額制において病院側に経済的な不利をきたしていた難病や高額な治療費を要する疾患、そしてリスクの高い患者に対する治療の是正も視野に入れたものである。

3. 国民皆保険制度とプライベート保険の二階建て制度

そして重要なのが、ドイツの医療保険制度はあくまで国民皆保険制度を基本としながらも、個人が収入に応じて加入する「プライベート保険」を備えていることである。すべてのドイツ国民は国民健康保険、組合連合保険といった一般義務健康保険に加入しているが、さらに必要とする人はプライベート保険に加入できる。一般義務健康保険に入ったまま部分的に加入する場合もあれば、完全に離脱してプライベート保険だけに加入する人もいる。後者の場合、保険掛け金は約20%高くなる。また、プライベート保険加入者は国民の15%ほどである。

注目すべき点はプライベート保険適用治療はすべて一般義務健康保険で認められている治療であることだ。違いは治療してもらう医師を選択できる点にある。病院でプライベート保険患者が多いということは、その施設の信頼性が高く、よい臨床医に治療を受けられるという証明になり、そこに患者が集まってくる。そうすれば病院経営状態が向上し、優秀な人材の確保が可能になり、医療の質と技術の向上、さらには病院の質の向上にもつながる。この国民皆保険

制度の中にプライベート保険が存在することがドイツ医療の大きな特徴である。

このようにドイツでは医療保険制度に改革を重ねることで、医療は国民の信用を得てきたのである。

日本とドイツの医療の違い

1. 保険制度について

日本とドイツの医療制度の大きく異なる点は前述した保険制度にある。例えば現在、出来高支払い制度が大半を占めている日本でDRG (日本ではDPC) が徹底化された場合、経営の悪い病院はすぐに潰れてしまう。治療成績を上げないと、患者は減っていく。患者が来ても、医療費が高くつく患者を診ることができないため患者が遠ざかっていく。合併症が多くて患者が長く入院していると医療費がかさむ。いままでの出来高支払い制度下であれば患者の入院が長ければ病院の経営は楽になったが、DRG導入下では逆に病院の自然淘汰につながっていくのである。

また、ドイツの保険制度では、保険者は患者のエージェントである。診断の相談も受け、セカンドオピニオン、医師の紹介も保険会社が行い、医療機関の治療レベルに関する情報も患者に提供する。日本のように治療レベルを計るためのデータも自己申告ではない。

病院の質、つまり医療技術の評価は、構造・過程・成果によって評価されるが、成果を判定するときに、自己申告からデータを提示するのではなく、第三者機関の導入によってデータが提示されなければならない。ドイツの場合はすでに14~15年前から、医師会を中心とした団体 (医師会、厚生労働省、保険会社、病院連合会、四者から成る) が病院に入り込み、データをすべて整理しチェックしている。もし、患者のデータを第三者機関に提出しないと、患者1人当たり1,000ユーロ (日本円で約15万円) の罰金を支払うことになっている。そのデータは毎年、まずそれぞれの病院に発表され、ホームドクター、保険会社、製薬会社などに配られるため、どの病院が本当によいか悪いか一目瞭然となる。

私がドイツで所属していた施設でのデータ

を図2に示す。バード・ユーンハウゼン心臓病センターには心臓手術室が6室あり、その6室の時間の経過と稼働状況を示したものである。午前7時になると一斉に全室、手術執刀開始になり、いかに有効に手術室を使っているかがわかる。手術室は人事的経費や機器使用費が費やされる現場で、効率よく使わなければ多額の医療費つまり税金の無駄遣いになる。日本でも手術室の稼働率調査などを外部組織である第三者機関が行う必要があると思う。

2. 専門医の育成と病院の集約化

2002年の統計では日本は年間4万件の手術を533カ所の心臓外科標榜医療機関で行い、一方のドイツでは12万件(日本の3倍)の手術を82カ所で行っている。図3のように、年間の手術回数によって施設を割りつけた場合、その回数がドイツと日本ではまさしく1桁異なるのである。

欧米では人口比に対して必要な施設数は、100万人に対して1施設といわれているが、日本では3.6施設である。外科医1人が行う手術は、日本では年間平均34例、ドイツでは281例である。私がドイツで所属していたバード・ユーンハウゼン心臓病センターでは年間300例以上であった。

専門医の育成には十分な臨床症例を経験させることが必要である。例えばドイツの心臓血管外科専門医だと、年間執刀手術数は1人当たり約500例で、日本の25倍の数である(図4)。病院施設の集約化が進んでいない日本では、施設数が多すぎて症例が1施設に集まらず、十分な症例を経験できない若い医師たちがたくさんいるのである。

また、専門医認定については、ドイツの専門医認定試験は医師会専門医の委員会で行なわれるが、日本では専門医の称号は学会が承認する。私は、学問をとりまとめる学会が、「この人は臨床もできる専門医ですよ」と決定することに疑問を感じる。学問と手術の技量は同じとは限らない。例えば、日本の心臓血管外科では、6年間かけて50例の手術を行えば専門医と認められるが、ドイツでは500例執刀数をあげなければ、専門医と承認されない(表4)。今後は日本でも患者が腕のよい医師をしっかり選べるような認定法を導入し、その情報を国民に開示していかななくてはならない。

3. 専門医とホームドクターの役割分担

高度先端医療を発展させ、専門医を育成し治療ができる病院にすることは、医師のすべてがスペシャリストでなければならないということにはならない。プライマリケアを行うホームドクターの存在も重要である。日本人の中には少しでも体調が悪くなるとすぐ大学病院を訪れる人がいるが、ドイツ人のホームドクターに対する信頼は厚い。ドイツではホ

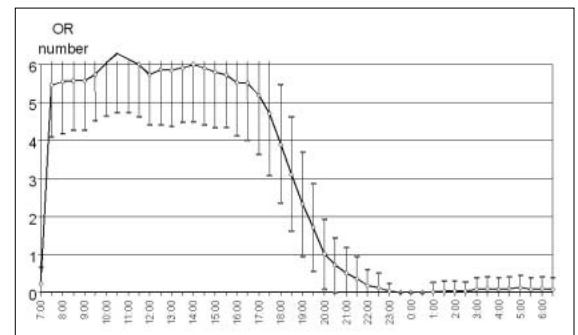


図2 バード・ユーンハウゼン心臓病センター手術室稼働状況

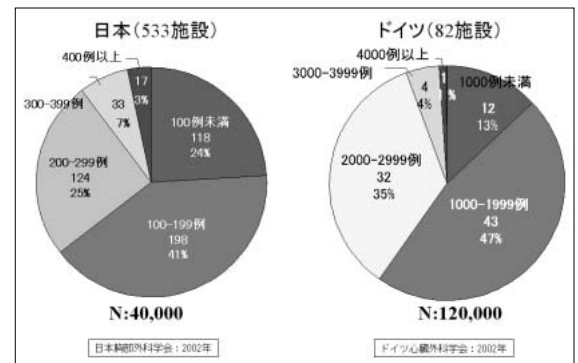


図3 心臓外科施設

	アメリカ (胸部外科)	ドイツ (心臓血管外科)	日本 (心臓血管外科)
先天性疾患	20	200	20(▶50)
後天性疾患	75		
血管外科	100	100	
肺切除	50	(40)	
その他	150	200	
合計	395	500	20(▶50)

図4 胸部・心臓血管外科専門医の年間執刀手術数(1人当たり)

表4 ドイツの心臓外科専門医

1. 医学部卒業後最低研修: 6年
2. 手術執刀: 500例
(開心術150例、非開心術100例、血管手術50例、ペースメーカー70例、その他)
3. 医療事故、訴訟問題鑑定書類作成: 5回
4. 専門医試験(医師会の専門医委員会: 教授、開業医代表、医師会の三者構成)

ームドクターの教育を重要視して、実際、治療レベルは非常に高い。患者が専門的な手術を受ける場合は、第三者機関から治療レベルの情報を得たうえで、ホームドクターと相談し、専門病院や大学病院を紹介してもらうシステムとなっている。このメリットはホームドクターをもち、そこに登録されていれば、何か病気になって通院したときに、「ああ、あなたは10年前からこういう病気がありますね。ですからこうじゃないですか」という判断ができるところにある。これは社会と病院との連携、病診連携といってもよい。患者とホームドクター、そして専門病院や大学病院との連携、これがあってはじめて、きちんとした医療ができるのだと考える。それが実行されているのがドイツなのである。

高度先端医療導入をはばむもの

高度先端医療の進退は、脳の動脈瘤や癌の初期診断を行える機器(3D-CT、PET、MR、内視鏡など)の使用が可能であるかどうか、またそれを使用する癌・心臓病・脳血管疾患などの治療が世界レベルにあるかということで判断される。

日本では健康人、未知識の多くの国民が「日本は世界に稀にみる長寿国だ」「どこへ行っても病院があり医者がいる」と考え、日本の高度先端医療は決して遅れていないと判断する。しかし一方で、現実に自分や家族が何らかの病気に悩んでいる人や、今回のシンポジストを含めた医療従事者の見解は「遅れている」である。

確かに診断面に関しては遅れてはいない。また、内科的治療面に関しては高度の先端医療を駆使しないとできない治療ばかりではないので遅れているとはいいい切れない。しかし、外科的治療を行う場合は別である。例えば、世界ではいろいろな人工心臓が使われているが、1970～1980年代にかけて人工心臓の開発は進み、第二～四世代と進化をとげ、世界の医療現場では第二世代のものはすでに使われていない。ところが日本で唯一保険適用で使用できる人工心臓は、日本企業が1970年代に開発した第一世代の製品である。現在、日本で治験が行われている人工心臓は、第二世代

のもので世界的には1980年代の半ばから1990年代にかけて使われたものである。海外諸国ではすでに売れなくなったものを日本は買うとしている。医薬品においても海外で使用が認可されているものが日本では使えないのが現状で、これは高度先端医療を遅らせている大きな原因となっている。

また治療技術が遅れている原因として、日本の医療は学問先行型の志向にあることがあげられる(図5)。高度先端医療の機械のほとんどはまず大学病院、あるいは大きな病院に導入される。そこで機器の使用目的は学問および研究である。機械が導入される施設が患者治療のレベルを高めるという臨床医療的思考に欠けているのである。

さらに、医療費の無駄遣いによって高度先端医療導入の資金が不足していることも原因としてあげられる。学問先行型の医療志向も手伝って、機器導入施設を厚生労働省ではなくほとんどを学会が決定をしているため、この大学病院に新しいものを入れればあそのこの大学病院にも必要だと多くの施設に導入を決め、導入施設の集約化がされていない。そのため莫大な医療費や税金が無駄遣いされている。高度先端医療を導入するにはもちろんお金がかかる。このような医療制度と医療費の無駄遣いがある現状のままでは、高度先端医療を推進し、国民が満足しうる医療の提供は困難であると考えられる。

医療費の適正使用をめぐる

医療費削減が推進される日本だが、削減を実行する前に、現在の医療費の使い方は本当に正しいか、把握すべきである。

特に医療機器の使用にあたって問題がある。心臓血管外科領域で使われる医療材料の価格

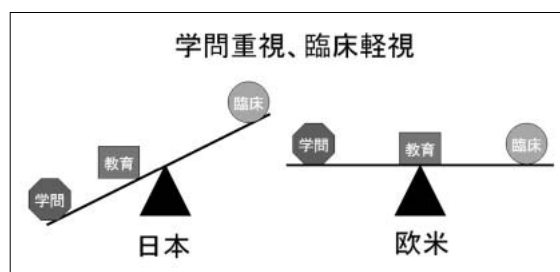


図5 日本医療制度の問題点

規準をみると、ドイツでは35万円が一番ベーシックなペースメーカーが日本では104万円もする(表5)。なぜ高額であるかは施設の数が多過ぎるということに起因する。まず販売に人件費がかかる。販売者は1カ所ごとに年間に3つ4つ買ってもらうために多くの施設に足を運ぶ。そのための人件費や在庫管理費、さらに機器の輸入税など、国内販売網に無駄が多い。

また、日本で認可され使用されている医療材料が一代前のものであると、やはりその機能に不具合が生じる。例えば1970年代に開発された人工心臓は、中の弁も1970年代製のため詰まりやすい。しかし、使用認可されたものは部品を変えることができない。不具合が生じれば、その都度人工心臓を取り替えなければならない。1つ500万円する人工心臓のその費用は保険でまかなわれているのである。

さらに、日本ではステント、バルーンを使って行う冠動脈の内科的治療(percutaneous coronary intervention ; PCI)を多く行う。確かに外科的治療(coronary artery bypass grafting ; CABG)よりも簡便で、患者にとっても身体的侵襲が少ないというメリットはある。しかし、薬剤抽出型ステント(drug-eluting stent ; DES)は1つ40万円という高額な機器である。現在日本ではこれが年間14万7,600本消費されていると推定され、その総額は619億円にのぼる。世界ではPCI施行数がCABG施行数の3~4倍であることが常識だが、日本は実に11倍である。

このような現状では医療費がいくらあっても足りないのは当然である。学会だけが医療機材の導入を決定するのではなく、国が関与した第三者機関の介入が必要である。

余談であるが、日本は学会がたくさんあり、年間開催総数はドイツよりも多い。したがって、その開催運営費も相当な額にのぼると思われる。その運営の補助が医療機器会社や製薬会社から出ている。この点についても再考の余地があるのではないだろうか。

■ よりよい医療を作っていくために

日本でよりよい医療を作るためには、まず臨床研修にもっと力を入れるべきだ。そして専

	日 本 万円	ドイツ (後継) 万円
ペースメーカー		
シグナルチャンバー	104	35
デュアルチャンバー	126	42
トリプルチャンバー	185	52
植え込み型除細動機	330	150
カテーテル電極	100	40
人工弁		
傾斜ディスク弁(二葉弁)	94	30
異種大動脈弁	96	29
IABPカテーテル	29	15
補助人工心臓セット		
体外型	316	200
植込み型	1,390	520
人工血管		
ストレート	17	12
2分岐以上	62	27

表5 材料価格基準(心・血管系)

門医教育を充実させなくてはならない。専門医の数を制限し、教育病院の数を限定することによって、医療の質の向上を図ることができる。

そして医師の偏在を防ぐため、大学病院とその関連病院との人事を切り離す必要がある。医師の数が少ないのは事実であるが、人材が適材適所に使われていないことがさらなる悪循環を呼んでいる。日本が臨床の優位性を認めたら、若い医師たちは大学にとどまらず、臨床医としての経験を重ねられる医療機関に自然に移動していくと思われる。

また、保険支払いの定額支払い制度を徹底導入することで医療費を適切に使っていけば、高度先端医療の導入も可能になり、日本国民が納得するレベルの高い医療が行われるのではないかと考える。

そのためにまず医療行政の改革が望まれる。ドイツでは専門医の認定規定(何人必要でそのレベルはどれくらいなのか)、医療器具や薬の使用認可などは現場からの声に左右される。なぜならドイツは医療現場から起こった事実を厚生労働省、保険組合などが正確に把握し、それに対し学会、医師会が意見をいい、1つの行政をつくっていくからである。一方、日本の場合は学会や大学病院が主体となり、厚生労働省はそこに関与しきれていないため、医療現場の状況の把握ができず、よい医療に向かう方向性を掴めないでいるのではないか。

よい医療をつくっていくには、臨床現場、政治・行政、病院経営、産業界、それぞれが腕を組んで連携を強くしていかなければならないと考える。