

# －医療制度を如何にすべきか－

林田 雅博

## はじめに

「医療制度を如何にすべきか」という課題は「医療サービスを全ての国民に保障するにはどうすべきか」という課題である。この課題はさらに、医療費をファイナンスする医療保険制度すなわち医療財政に関するものと、医療サービスの提供体制に関するものと、両面に分解して検討しなければならない。年金制度の課題が、保障すべき給付水準の財源調達を如何に行うかというファイナンス面だけであることと比べ、大きな相違がある<sup>1</sup>。

わが国の医療保険は、国民皆保険制度であり、現役世代の患者自己負担は被保険者・家族とも3割（70歳以上は1割、義務教育就学前は2割）で、それに加えて、高額療養費制度により、重い病気で入院しても一定限度内の負担で済むようになっている。医療機関へのアクセスも健康保険証さえあれば原則自由であり、他の先進国比優れた制度であると言われている<sup>2</sup>。ただし、日本の産業構造・就業構造・人口構成の変化に伴い、国保・組合健保・協会けんぽ（08年10月政管健保から改称）に大別される我が国医療保険の保険者は、いずれも財政状態が著しく悪化しつつあり、抜本的対処が必要な状況に直面している。

2006年度の国民医療費33.1兆円の財源を国全体で見ると、患者負担14.4%、保険料49.0%、公費負担36.6%（うち国庫24.7%、地方11.9%）で<sup>3</sup>、「保険」と言っても税金が三分の一強投入されている。医療問題は即ち、国・地方の財政問題でもあり、医療費増加が国・地方の財政悪化の原因の一つとなっている。

1961年に国民皆保険が確立し、以後1970年代まで続いた給付拡充と高齢化進行によって医療費は増加し続けたが、1980年代半ばから国の方針は一転して、患者自己負担の増加、医師数の増加抑制、診療報酬のマイナス改定等の医療費抑制政策が進められてきた。これらの政策が医療提供体制にマイナスの影響を与え、医師数の不足と偏在問題、医師不足を主因とする救急患者の受け入れ拒否・たらい回し問題、地方病院の存立危機、医療過誤・

---

1 遠藤・池上『医療保険・診療報酬制度』勁草書房 2008年 P1

2 平成19年版「厚生労働白書」第1章第2節1. コラム「国民皆保険制度の意義」

3 厚労省「平成18年度国民医療費の概況」

国民医療費：当該年度内の医療機関等における傷病の治療に要する費用を推計したもの。正常な妊娠や分娩等の費用、健康診断・予防接種等の費用、固定した身体障害のために必要な義眼や義肢等の費用は含んでいない。患者が負担する入院時室料差額分、歯科差額分等の費用は計上していない。

医療紛争増加、勤務医の疲弊等の諸問題が発生していると言われて<sup>4</sup>。これら医療提供体制をめぐる様々な問題の対処策は、医療サービスの質と量、ひいては国民のQOL (quality of life) を左右する。

日本の医療は、医療提供体制の課題を克服しつつ、国民の健康を守り必要な医療を提供していく中で、医療費のファイナンスを医療保険と公費によって確保していかねばならないが、そのためには、高齢者医療費を中心に増加が見込まれる医療費の抑制策を今後も継続すべきなのか、抑制策を転換して国民負担の増加を受容するのか、その選択を迫られていると言える。

このような状況に対処するため2006年6月に成立した医療制度改革関連法に基づき、医療提供体制、医療保険制度に関する改革が実施されつつある。厚生労働省は、2006年医療制度改革は「国民皆保険制度創設以来の大改革」であると標榜しているが、改革の内容が周知徹底されない間に、「後期高齢者医療制度」に対して激しい反発と批判が起きるなど、改革の前途は多難である。

2008年度の研究報告では、1. これまでの医療保険制度の歩みを概観し、2. 高齢化など医療環境の変化と医療費の動向を整理、3. 医療機関や医療従事者など、医療提供体制の現状と課題を確認、4. これらの環境変化と課題のなかで医療保険制度が抱える課題について述べ、5. 2006年「医療制度改革」の概要と問題点、6. 読売新聞が提言した「医療改革」の要旨、7. 医療制度改革の今後の方向性について、可能な範囲でまとめることとしたい。

## 1. わが国の医療保険制度の歩み

本章では、医療保険制度の歴史を(1)国民皆保険制度確立の時代(1922～1961年まで)(2)保険給付等の拡充の時代(1961～1973年まで)(3)医療費の増大に対応するための給付と負担の見直しの時代(1973年以降)の3つの時代区分に沿って概観する。

### (1) 国民皆保険制度確立の時代…1922～1961年

日本の医療保険制度の出発点は、1922年の健康保険法制定(1927年施行)である。1914に始まった第1次世界大戦を契機として、日本の工業は飛躍的に発展、労働者人口が増加したが、労働条件は劣悪で労働争議も頻発する状況にあった。こうした事情のもと、労働政

---

<sup>4</sup> 「医療無残」『週刊エコノミスト』2008年8月26日号 P18～31、宇沢「市場原理主義と官僚統制が医療を崩壊に追い込んだ」『週刊東洋経済』2008年11月1日号 P106～107

策立法として健保法が制定されたものである<sup>5</sup>。さらに1938年には、都市労働者以外の自営業者および農民を対象とする国民健康保険法が制定（同年施行）された。この旧国保法の制定は、農業恐慌と凶作で窮乏した農民の救済を主たる目的とするものである<sup>6</sup>。

1922年の健保法制定の意義は、現在に至る社会保険方式による医療保障への道筋を開いたことである。その基本的性格は、適用事業所労働者の強制加入・賃金比例型保険料設定・保険者が政府と健保の二本建て・保険料負担は労使折半・国庫補助が入っていること等であり、現在の被用者健保制度の原型と言える。ただし1938年の旧国保法は現行国保と大きく異なり、市町村公営ではなく組合が運営主体で、組合設立も加入も任意であった。

その後、国保組合は全国に普及したが、第2次大戦後の混乱のなか、休止組合が続出し国保制度が崩壊寸前の状況に立ち至った。このため1948年に国保再建のため旧国保法を改正し、原則として市町村公営、強制加入になった。ただしこの改正では、市町村の事業運営が義務化されておらず、また強制加入にも適用除外者が設けられ、制度的に国民皆保険が達成されたわけではない。

1950年代に入り、国民皆保険の実施が社会政治課題として浮上したが、その背景としては、多数の保険未加入国民が存在したこと（1956年時点で約3千万人）、および1956年の経済白書に言う「もはや戦後ではない」時代に入ったことがあげられる。1958年、国民健康保険法が全面改正され（施行は1959年）、市町村の国保事業運営を義務化し、被用者保険加入者以外は強制加入となった。改正法に基づき市町村は1961年4月までに国保事業を実施することとされ、ここに国民皆保険制度が確立することになる。

## （2） 保険給付等の拡充の時代…1961～1973年

国民皆保険の確立は受診機会の拡大に大きく寄与したが、医療費支出の増大を促進することになる。それに加えて、給付内容の改善や、医療機関の整備が急速に進んだこと（皆保険後10年間で病床数は1.5倍に増加）等から、医療費は急速に膨張し医療保険財政を圧迫することとなった。給付内容の改善例としては、国保世帯主への7割給付実現と（1963年）、世帯員へも7割給付が実施されたこと（1968年）があげられる。

さらに1973年には、被用者保険の被用者家族についても7割給付を実現（それ以前は5割）するとともに、高額療養費支給制度（一定の自己負担限度額を超える医療費を支給）が創設された。また、同年には、国の制度として老人医療費支給制度が実施され、老人医

<sup>5</sup> 遠藤・池上『医療保険・診療報酬制度』勁草書房 2008年 P3～6

<sup>6</sup> 遠藤・池上『医療保険・診療報酬制度』勁草書房 2008年 P6～8

療費が無料となった。老人医療費無料は83年に一部定額負担が導入されるまで続き、1割定率負担が完全実施されるのは、無料化されてから実に29年後の2002年である。老人医療費支給制度実施にともない老人医療費は急増し、その後の保険財政悪化の主因となったと言える。

### (3) 医療費増大、給付と負担の見直しの時代…1973年以降

国民皆保険確立と給付内容改善により医療費は急増していくが、これに加えて人口の高齢化と産業構造の変化が急速に進行したことが、医療保険制度の実態を大きく変えることとなっていった。

日本の高齢化率、すなわち65歳以上人口の比率は1950年代前半までは5%程度であったが、50年代後半から上昇し始め、63年には6%、70年には7%、76年に8%を突破、85年には10%を超えるに至った。人口の高齢化の影響を最も強く受けたのは、無職高齢者など被用者保険に属さない人全てを被保険者として受け入れている国保で、老人(70歳以上)の加入率は他健保に比べ群を抜いて高い<sup>7</sup>。

さらに産業構造の変化について見れば、第一次産業就業人口が旧国保法制定時の1940年当時は44%、国民皆保険成立時の1960年では32.7%を占めていたが、その後第二次、三次産業へのシフトが急速に進み、第一次産業割合は1970年に19.3%、1980年には10.9%まで低下した。国保はもともと農民のための保険であったが、こうした産業構造の変化に伴い、国保加入者に占める農林水産業者の割合が急速に減少して無職者の割合が急増し、農民のための保険とはいえない実態になっている<sup>8</sup>。

以上の構造変化に加え、1973年から実施された老人医療費無料化は老人医療費の急増を招き、国保はじめ医療保険財政に大きな影響を与えることとなった。

こうした事情を背景に、増大する高齢者医療費を、国・地方公共団体・各医療保険者で公平に負担することを目指し、1983年に老人保健法が制定され老人保健制度が発足した。この制度により、国保以外の各健保は、加入被保険者数に応じて老人医療費への拠出金を負担する仕組みが導入された。また、老人医療費の一定額を、患者が自己負担することになった。

---

<sup>7</sup> 老人保健制度制定前の1981年の老人加入率は国保9.8%、組合健保の2.7%、政管健保4.0%であったが、2007年3月末には国保22.5%、組合健保1.8%、政管健保3.9%と、国保の老人加入率の高さが飛び抜けている。

<sup>8</sup> 遠藤・池上『医療保険・診療報酬制度』勁草書房2008年p19～20、国保加入世帯主に占める無職者の比率は1965年6.4%、1983年18.8%、2002年51%に増加した。

さらに、1984年には、「増税なき財政再建」が至上命題とされるなか、健保法の大改正が行われ、医療費の増加抑制に正面から取り組むこととなった。この健保法改正により、被用者保険本人の患者自己負担が、定額から定率1割負担に引き上げられたが、それ以外の重要な改正点は、①退職者医療制度の創設と、②国保に対する国庫補助の合理化である。このうち、①の退職者医療制度とは、国保に加入した退職者のなかで一定期間以上被用者保険の対象であった者の医療費のうち、自ら払った保険料を除いた部分を、各被用者保険から拠出金を出し負担する仕組みである。②の国保への国庫補助の合理化（＝削減）は、退職者医療制度創設やその他の医療費適正化策により負担が軽くなった国保への国庫補助の比率を削減し、合わせて各国保間の財政調整機能を強化するものである。

1990年代に入ると、バブル崩壊後の経済低迷のなかで医療費の伸びと経済成長率の間には大きなギャップが生じ<sup>9</sup>、さらなる医療費抑制策が行われた。1997年の健保法改正では、被用者保険本人の患者負担の1割から2割への引き上げ、薬剤費一部負担金の導入、政管健保の保険料率引き上げなどが行われた。

以上の抑制策にも関わらず、医療保険財政の悪化に歯止めがかからず、2000年度には、薬価と診療報酬改定に際して薬価差の縮小と診療報酬包括化の拡大が行われ、老人の患者負担を定額から定率1割・月額上限付きに引き上げる健保法改正が行われた。さらに2002年度の健保法改正により、被用者保険本人の患者負担を2割から3割に引き上げ、老人の患者負担を定率1割・月額上限なしに、また現役世代と同等以上の所得がある老人の患者負担を2割に改定した（表1）。薬価と診療報酬改定については、2002年度以降も2年に一度の改定時にマイナス改定を繰り返している（図1）。

2002年の健保法改正案を国会に提出するに際しては、被用者本人への3割負担導入に関し、政府・与党内で「3割負担を求める前にまず医療保険制度の抜本改革をおこなうべきである」との議論があり、こうした経緯から、2003年3月に「医療保険制度および診療報酬体系に関する基本方針」が閣議決定された。その要点は次のとおりである。

- ① 保険者の再編統合。被用者保険、国保それぞれについて都道府県を軸に再編統合を図っていく。
- ② 新しい高齢者医療制度の創設。75歳以上の後期高齢者については、加入者保険料と、国保および被用者保険からの支援および公費により賄う新たな制度を作り加入してもらう。65歳以上75歳未満の前期高齢者については、引き続き国保および被用者

---

<sup>9</sup> 1990年代の国民医療費の年平均伸び率7.8%、GDP年平均伸び率2.1%

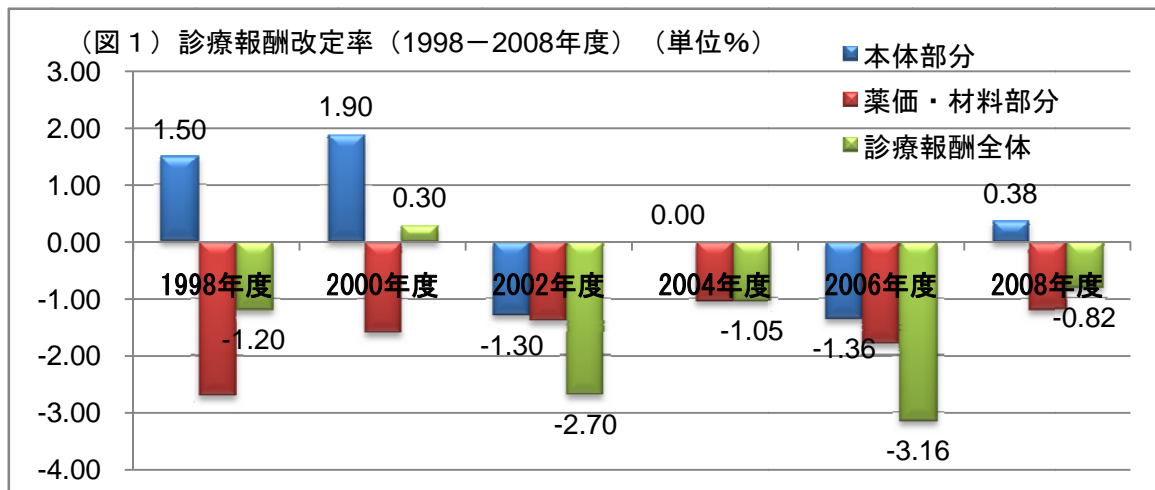
保険に加入してもらおうが、制度間の高齢者の偏在による医療費負担の不均衡を調整する。

2003年3月の「基本方針」は、後述する2006年医療制度改革に受け継がれ、具体化されることになる。

(表1) 患者自己負担の推移

年/月	老人の医療制度	老人		若人		
				国保	被用者本人	被用者家族
～72/12	制度なし	-		3割	定額	5割
73/1～	老人医療費支給制度	患者負担なし			定額 高額療養費創設	3割 高額療養費創設
83/2～		(83年～) 1日あたり 入院300円 外来400円		3割 高額療養費創設	(84年～) 1割	(78年～) 入院2割 外来3割
97/9～	老人保健制度	1日あたり 入院1000円 外来500円 (月4回まで) + 薬剤一部負担		入院3割 外来3割 + 薬剤一部負担	入院2割 外来2割 + 薬剤一部負担	入院2割 外来3割 + 薬剤一部負担
01/1～		定率1割 (月額上限付) 薬剤一部負担廃止 高額医療費創設				
02/10～		定率1割 (現役並所得者2割)		(02/10～ 3歳未満2割)		
06/10～		定率1割 (現役並所得者3割)		(03/4～) 3割	薬剤一部負担廃止	
08/4～	後期高齢者医療制度	75歳以上	70～74歳	70歳未満		
		定率1割 (現役並所得者3割)	1割 →2割 (未実施)	3割(義務教育就学前は2割)		

出所: 平成19年版「厚生労働白書」P. 19



## 2. 高齢化など医療環境の変化と医療費の動向

### (1) 高齢化進行と医療費の増大

前述のごとく<sup>10</sup>、日本の高齢化率、すなわち65歳以上人口の比率は1950年代前半までは5%程度であったが、50年代後半から上昇し始め、85年には10%を突破、2005年には20%強に達している。今後さらに上昇を続け、2020年に29%、2030年には32%、3,667万人になると予測されている。また、75歳以上の後期高齢者は、2030年には、現在の2倍近い2,266万人に増加する見込みである<sup>11</sup>。年齢階級別の1人あたり医療費は、年齢が高くなるに従い飛躍的に増加し、1人あたり老人医療費は老人以外の約5倍で、高齢者の増加に伴い、何らの対策も講じなければ、今後医療費の大幅増大が確実であるとみられている<sup>12</sup>。

### (2) 生活習慣病対策の重要性の増大

ガン、心臓病、脳血管疾患、糖尿病のような、食生活や運動習慣、喫煙、飲酒などの生活習慣によって引き起こされる疾病を生活習慣病と総称するが、これら生活習慣病は、死亡原因で疾病全体の6割、医療費で3割を占めている。我が国の死因別死亡率の上位3位は、1958(昭和33)年以降、悪性新生物、心疾患、脳血管疾患で、いずれも生活習慣に起因する疾病である。特に循環器系の生活習慣病は、高齢になると受療率が上昇し、75歳以上の後期高齢期は入院に転化しているので、医療費増大を抑止するには、生活習慣病対策が重要であると厚労省は考えており<sup>13</sup>、後述する2006年「医療制度改革」の重要課題になっている。

### (3) 入院患者の在院日数が長い

入院患者の平均在院日数は、我が国はOECD加盟の先進30か国中最長である。2006年のデータでは、独10.1日、仏13.2日、英8.7日、米6.4日に対し、日本は34.7日<sup>14</sup>と突出

<sup>10</sup> P4 1.(3)

<sup>11</sup> 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成18年12月推計)」

<sup>12</sup> 平成19年版「厚生労働白書」第2章1節1.(1)

<sup>13</sup> 平成19年版「厚生労働白書」第2章1節1.(2)

<sup>14</sup> OECD Health Data 2008

している。日本がこれほど長い理由は、①介護サービスが必要な高齢者の支援を病院が担う療養病床の平均在院日数が長いこと、②病床あたり医療従事者数が少なく非効率な体制になっていること等が主因であると考えられ、医療費増大の原因の一つになっている。介護を要する高齢者の支援を如何にしていくかは、医療制度および2000年度に発足した介護保険制度の大きな課題である。平均在院日数の短縮も、生活習慣病対策と同じく2006年「医療制度改革」の重要課題になっている。

#### (4) 高齢化進行と医療費増大について回帰分析

高齢化の進行が医療費をどれだけ増加させるかについて、回帰分析を試みたのでその結果を報告する。回帰分析の詳細については、本報告末尾の[補論]「総医療費の決定因子は何か」を参照されたい。

分析により推定した回帰モデルは、日本の総医療費<sup>15</sup>の対 GDP 比率を被説明変数 (Y) とし、日本の 65 歳以上人口比率を説明変数 (X) とする線形回帰式である。総医療費の対 GDP 比率および 65 歳以上人口比率の過去 41 年間の実績値 (P54 補論・表 6) をデータとして用いた。(図 2) の散布図に見る通り、高齢化率が 10%を超えた時点即ち 1980 年代後半以降、前述のような医療費抑制策が実行されたことにより大きな構造変化が起きている。よって、1988~2005 年に係数ダミーと定数項ダミーを導入した。推定した重回帰式は(表 2)の通りである。

回帰モデルの決定係数  $R^2$  は 0.9559 と極めて高く、推定した回帰係数は全て 1%水準で有意である。X の回帰係数は、構造変化前の 0.6374 から構造変化後は 0.2641 へ低下、高齢化進行に伴う医療費の増加速度が緩やかになっている。

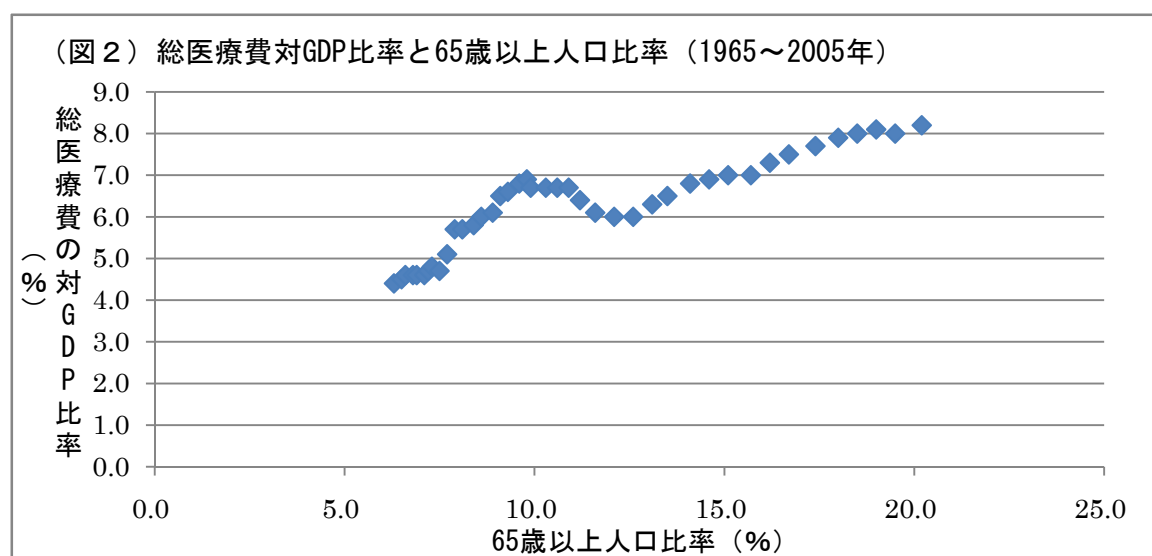
本回帰モデル推定により、日本の総医療費の対 GDP 比率は高齢化進行に伴い過去 40 年間ほぼ一貫して上昇しており、高齢化率が、対 GDP 比率を 95%強決定していることが判明した。回帰モデルを使って、高齢人口比率の将来予測<sup>16</sup>をもとに、将来の医療費の対 GDP 比率を予測すると(表 3)のとおりとなる。この予測は、1980 年代後半から開始された医療費抑制策が今後も続くと仮定した場合の予測値であり、医療費抑制策が緩和方向で見直された場合には、これよりも高い率になる。医療費抑制策を見直して医療給付の充実を図った場合、今世紀半ばあるいはもっと早い時期に、現在

<sup>15</sup> この「総医療費」は OECD ベースの保健医療支出であり、国民医療費に加え介護費用の一部、予防・公衆衛生、運営コスト、正常分娩費及び一般薬の費用等を含む。

<sup>16</sup> 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成 18 年 12 月推計)」使用



の米国の対 GDP 比率（15.3%、2006 年）と同程度あるいはそれを超える水準に到達すると考えられる。



(表 2) 回帰モデルの推定結果

重回帰式	$Y=0.3292+0.6374X-0.3733DX+2.6715D$
ダミー変数	D=0 : 1965~1987 年, D=1 : 1988~2005 年
t値	(1.089) (17.777)*** (9.068)*** (6.081)***
自由度修正済決定係数 R <sup>2</sup>	0.9559

(表 3) 総医療費の対 GDP 比率予測

(単位 : %)

年	2005	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
	実績	予測	予測	予測	予測	予測	予測	予測	予測
65歳以上人口比率	20.2	26.9	29.2	30.5	31.8	33.7	36.5	38.2	39.6
総医療費の対GDP比率	8.2	10.1	10.7	11.1	11.4	11.9	12.6	13.1	13.5

(出所) 65歳以上人口比率は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成18年12月推計）」、総医療費の対GDP比率は（表 3）の回帰モデルにより予測

### 3. 医療提供体制の現状と課題

#### (1) 医療提供体制の歴史

日本の医療提供体制の基本は、「自由開業医制度」であり、江戸時代に形成された、身

分を問わず自由に医師の開業ができる体制が継承されたものである。明治15年に医師免許交付が制度化された際、免許交付を西洋医学教育習得者に限定せず、すでに医業を営んでいた者とその後継者にも交付し、江戸時代の体制が温存されることとなった<sup>17</sup>。こうした「自由開業医制度」の上に、明治期以降の医学教育が確立し、医療提供施設としての病院が開設されていくこととなった。教育については財源の制約から東京大学に資金を集中し、同大学の卒業生を教官として派遣して地方の大学を開設し、その不足は医学専門学校によって補完していった。その結果として東大を頂点とするヒエラルキーが形成され現在に至っているとされている<sup>18</sup>。江戸時代までは、病院は日本に存在しなかったが、明治に入り①医学教育のための大学病院、②傷痍軍人の治療のための陸海軍病院、③伝染病患者隔離のための公立病院、④医師が開業した診療所が発展した民間病院が開設されていった。このうち、②の陸海軍病院は戦後国立病院に衣替えしている。これらの施策により、医師と病院はとりあえず量的には確保されたが、質的には不十分で、専門技能の高い医師を病院に供給する「大学医局制度」が形成された。

こうして形成された「医局」のネットワークは系列の病院内での医師の人事を握ることとなっていく。「自由開業医制度」の基盤、「医局」のネットワーク、医師と病院のヒエラルキーが存在していることから、医療計画に従って日本の医療機関を整備していくことが難しい環境にあると言えるが、政府は次のとおり何度かその整備を試みている。

まず1942年に、戦時下の健民健兵策の下で大学病院以外の病院の統合と結核療養所の建設を行った。戦後の1950年には、地方分権的に公的病院の整備を目指す医療機関整備計画を開始した。1962年には医療法の1部を改正し、医療圏ごとに公立病院の病床数の上限を設定して、地域間格差の是正を行うこととした。ただしここまでの国の政策は1942年を除くと公立病院に留まっており、この間も医師が自由に診療所を開設し病院へ発展させる動きは続いていた。

1985年の医療法改正により、医療計画の策定が義務付けられ、民間病院の開設と増床が初めて規制対象となっている。ただし、規制の主目的は医療費の抑制であり、実質的内容は「医療圏」設定と圏域ごとの病床数の上限である「必要病床数」<sup>19</sup>の設定のみであった。増加が続いた病床数は1992年以降漸減傾向をたどる。1992年の医療法改正では、特定機能病院と療養型病床群の設置が決まった。特定機能病院は、高度先端医療を受け持つ病院と

---

17 田中・二木『保健・医療提供制度』勁草書房 2006年 P29

18 田中・二木『保健・医療提供制度』勁草書房 2006年 P29

19 2000年医療法改正により、名称が「基準病床数」に改められた。

して厚労省の承認を得た病院であり、大学病院と国立がんセンターおよび国立循環器センターに限定され、医療圏をこえて全国から患者が集まることを想定している。療養型病床群は老人病院等の療養環境の整備が目的であった。1997年改正では、他医療機関からの紹介による患者を受け入れ、地域内の一般病院・診療所を後方支援する役割を負う地域医療支援病院の設置が決定した。このようにして、病院の役割を法的にも明らかにする方針がとられていくが、このような役割分担に基づく機能の発揮と、これらの医療機関を軸とする連携体制構築は、まだこれからの課題である。

## (2) 医療従事者の課題

1960年代後半から、政府は日本の医師数をOECD加盟国の平均並みの人口10万人あたり150人に近づける方針を掲げ、医師数の増強を進めていった。1973年に1県1医大構想が打ち出され、1982年には医学部定員が最高の8,280人に達している。一方、1980年代に入ると医師数の過剰が懸念され始め、これ以上の医師数の増加は不必要な医療需要（医師誘発需要）を生みだし医療費増大につながる懸念があるとの議論が起こり、1986年、厚労省に設置された「将来の医師需給に関する検討委員会」が、“2025年には医師の10%が過剰になる”との推計に基づき“医師の新規参入の削減”を提言した。この提言に基づき医学部定員が削減され、国公立合合わせた医学部入学定員は、2004年には、ピーク比7.9%少ない7,625人まで減少した。この入学定員削減方針は98年、2006年の「医師の需給に関する検討委員会」でも受け継がれ、最近時点の2008年度の入学定員も7800人程度にとどまっている<sup>20</sup>。

平成19年版「厚生労働白書」に記載された厚労省の認識は、①医師数は全国的には毎年3,500～4,000人程度増加し不足していない、②都道府県間および同一都道府県内の地域格差があり、産婦人科・小児科等一部診療科に医師不足が顕著である、という二点に要約される<sup>21</sup>。白書では、産婦人科・小児科の医師不足が地域医療に悪影響を及ぼしている例があること、病院の診療科閉鎖等が社会問題になっていることを指摘し、さらに、病院の勤務医全体に労働環境が厳しく、病院と診療所の機能の分化・連携の推進、病院勤務医の働き方見直しが必要であることを指摘している。ただし、医師の総数を増やす考えは平成19年（2007年）の段階では示されておらず、2008年度に入って国政レベルの問題になり、初めて認識が変わったことになる。対応が後手に回っていることは否めない。

また、2004年度に始まった「臨床医研修制度（義務研修）」を契機に医師の偏在、地

<sup>20</sup> 『週刊エコノミスト』8月26日特大号 P30

<sup>21</sup> 平成19年版「厚生労働白書」第2章2節1.（3）

方病院の医師不足が顕在化したとの指摘がある<sup>22</sup>。それまでは新人研修医の7割が大学に残っていたが、義務化後は、研修先に都市部有力病院を選択する者が増加する一方大学医局に残る者が大幅に減少し、人手不足になった大学医局は、系列病院に派遣していた医師を引き上げた。この結果、大学病院の医師不足が玉突き的に系列病院の医師不足を招いたのである。

医師数を国際的に比較すると、人口千人あたりでみてもOECD主要6カ国のなかでは最も少なく（図3）、さらに病床10床あたりでは極端に少ない（表4）。看護職数も人口あたりでは遜色ないが、病床数あたりでは少数である。病床数は多いが（図4）患者の平均在院日数が長く、治療に当たる医療従事者が極端に少ないという非効率な医療提供体制になっている。

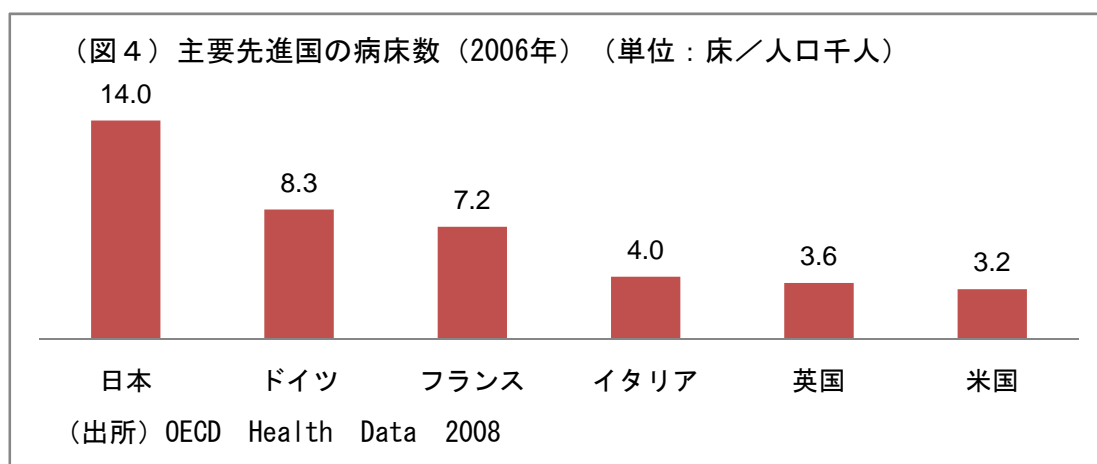
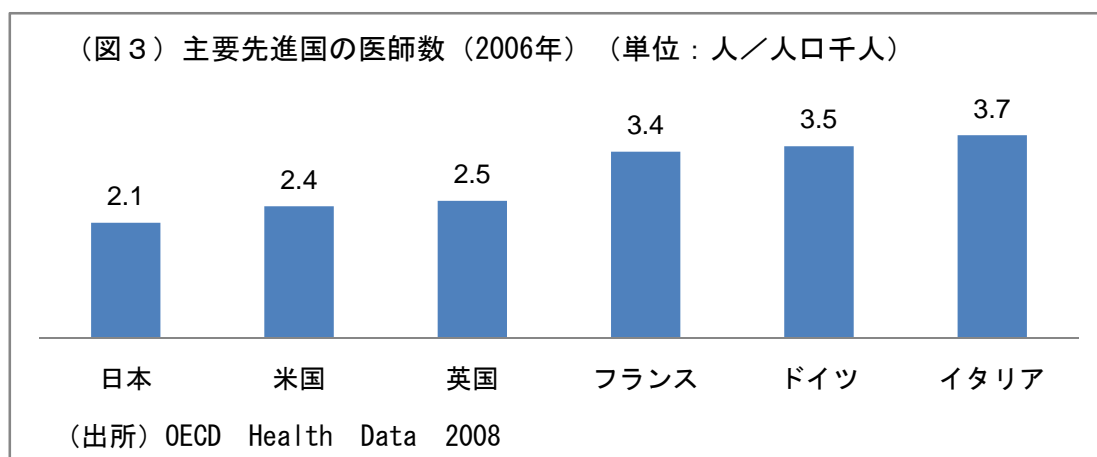
医療従事者の育成は時間を要するので、医師不足問題の対処には、短期的な偏在是正と適正配置対策、および長期的な医師数増強対策の双方が必要になるろう。

（表4）主要国の病床数と医師数、看護職数、平均在院日数（2006年）

国名	人口千人あたり				平均在院 日数/急性 病治療 (日)	病床10床あたり	
	医師数 (人)	看護職 数(人)	病床数 (床)	うち急性 病床数 (床)		医師数 (人)	看護職 数(人)
日本	2.1	9.3	14.0	8.2	19.2	1.5	6.6
米国	2.4	10.5	3.2	2.7	5.6	7.5	32.8
英国	2.5	11.9	3.6	2.2	7.5	6.9	33.1
フランス	3.4	7.6	7.2	3.7	5.4	4.7	10.6
ドイツ	3.5	9.8	8.3	6.2	8.5	4.2	11.8
イタリア	3.7	7.1	4.0	3.3	—	9.3	17.8

（出所）OECD Health Data 2008より作成

<sup>22</sup> 『週刊エコノミスト』8月26日特大号P19、読売新聞2008年10月16日朝刊



### (3) 医療機関の課題

特定機能病院を初めとする大病院は、入院機能および高度先端医療等の専門外来を受け入れる役割を期待されている。これに対し、診療所は一次的な地域医療を担う役割を期待されている。実態は、大病院と診療所等との役割分担が徹底されず不明確になっており、保険証さえあれば大病院でも直接受診が可能のため、大病院外来に診療所で受診すべき患者までもが集中しているのが実情である。これが、大病院に、さらにはその勤務医に過度の負担をかけ、前述した医師不足・偏在問題と相まって、勤務医の疲弊など医療を巡る諸問題発生背景になっている。

医師不足・偏在問題は、地方病院の存立を脅かす問題になりつつある。「臨床医研修制度」の義務化が引き金となった大学医局の系列病院からの医師引き上げは、系列病院の診療科縮小と閉鎖を招来し、さらにはそれに伴う患者減少によって存続が困難となって閉鎖される地方病院も出てきている。一方、地方だけでなく大都市においても、医師不足と偏在が背景となって、救急患者の受け入れ拒否・たらい回し等の問題が発生している。これ

らの問題にどう対処解決するかは喫緊の課題である。

また、約37万床の療養病床は、日本の平均在院日数が国際的にみて長い、大きな要因の一つである。療養病床患者の約半分が医師の指示の変更がほとんど必要ない、医療の必要性が高くない方であると言われており<sup>23</sup>、介護制度との連携をとりながら、最も公平で効率的な方向へ改善することが求められている。

#### 4. これらの環境変化と課題のなかで医療保険制度が抱える課題

医療保険制度について、保険給付、高齢者の医療制度、保険者の財政・事業運営に分けて現状と課題を整理する。

##### (1) 公的医療保険の概要と保険給付

現在、我が国の公的医療保険は、被用者保険と国民健康保険に大別される。

被用者保険は、適用事業所の被用者とその被扶養者が対象であり、中小企業の被用者を中心に加入する全国健康保険協会管掌健康保険（協会けんぽ）<sup>24</sup>（2007年3月末の加入者数約3,600万人）、大企業の被用者を中心に加入する組合管掌健康保険（組合健保）（同約3,000万人）、公務員等が加入する共済組合（同約1,000万人）、船員が加入する船員保険（同約19万人）に分かれる。

国民健康保険は、自営業者や農業者などの被用者保険に加入していない者が対象で、医師、弁護士等といった職種別に組合を組織する国民健康保険組合（国保組合）（同約400万人）、被用者保険・国保組合に非加入の者すべてを対象とする市町村国民健康保険（市町村国保）（同約4,700万人）に分かれる。市町村国保の加入者に占める老人（70歳以上）割合は22.5%と他健保に比べ格段に多く、平均年齢も55歳を超えている。

（表5）協会けんぽ、組合健保及び市町村国保の比較

	協会けんぽ	組合健保	市町村国保
保険者数 (07年3月末)	1保険者〔全国健康保険協会が運営〕	1,541保険者 〔健保組合が運営〕	1,818保険者 〔市町村が運営〕
患者自己負担	70歳未満 3割（義務教育就学前 2割） 70歳以上 1割（現役並所得者 3割）		

<sup>23</sup> 平成19年版「厚生労働白書」第2章2節1.(2)

<sup>24</sup> 2008年10月、政府管掌健康保険（政管健保）から改称。

加入者数 (07年3月末)	3,594万人 本人 1,950万人 家族 1,644 万人	3,047万人 本人 1,546万人 家族 1,502 万人	4,738 万人
加入者平均年齢 (06 年度)	37.4 歳	34.3 歳	55.2 歳
老人加入割合 (07 年 3 月末)	3.9%	1.8%	22.5%
平均標準報酬月額 (06 年度)	28.3 万円	37.0 万円	
国庫負担（医療分）	給付費の13.0%	定額	給付費等の 43%
国庫負担08年度予算	8,254億円	53億円	2兆8,096 億円

(出所) 厚労省「我が国の医療制度の概要」より作成

<http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryouhoken/iryouhoken01/01.html>

保険給付の内容としては、まず現物給付である療養給付があり、一定の自己負担割合（70歳未満3割（義務教育就学前2割）、70歳以上1割（現役並所得者3割））で全国どこの医療機関でも受診ができ、さらに1か月当り自己負担限度額（一般所得者は80,100円＋医療費1%）が設定され、その超過額が給付される（高額療養費制度）。この他、被用者保険には、現金給付として、出産育児一時金（35万円）支給、休業補償傷病手当金・出産手当金の支給がある。

医療費の負担と給付の構造について見ると、2006年度の国民医療費33.1兆円の財源別負担内訳は、次のとおりである。保険とは言いながら、公費が3分の1強投入され、保険料の負担割合は半分弱である<sup>25</sup>。

患者負担 14.4%

保険料 49.0%（被保険者負担28.8%、事業主負担20.2%）、

公費負担 36.6%（国庫負担24.7%、地方負担11.9%）

## (2) 高齢者の医療制度をめぐる現状と課題

「後期高齢者医療制度」導入以前（2008年3月まで）の高齢者の医療制度は、「老人保健制度」と「退職者医療制度」であった。

<sup>25</sup> 厚労省「平成18年度国民医療費の概況」

1983年に発足した「老人保健制度」は、70歳以上の高齢者等の医療制度であり、老人医療費を保険者からの拠出金、公費、老人の患者自己負担で賄う制度である。「老人保健制度」発足後、老人医療費増大に伴い保険者からの拠出金の増加が続き、被用者保険など各保険者の財政を圧迫することとなった。こうしたことが背景となり「老人保健制度」について被用者保険側から、①拠出金の中で現役世代保険料と高齢者保険料が区分されておらず費用負担関係が不明確である、②老人への医療給付を市町村が行い、かかった医療費をそのまま保険者へ請求する仕組みであり財政運営の責任が不明確である、との問題点が提起されるに至った。

1984年に制度化された「退職者医療制度」は、被用者年金の加入期間が原則20年以上の退職者が対象となる。退職者が市町村国保に移った後も、老人保健制度適用開始までの間、自ら支払う保険料と被用者保険からの拠出金により医療費を賄う制度である。高齢の無職者を多く抱える市町村国保の救済制度であるが、産業構造や雇用形態等が変化する中で、この制度では、高齢者の医療費の制度間の負担不均衡を是正するには不十分であるとの指摘がなされた。

### (3) 保険者の財政・事業運営をめぐる現状と課題

市町村国保、組合健保を合わせて3,500近くの保険者が分立しており、また、各健保が抱える被保険者数や年齢構成、所得にも格差があることから、財政・事業運営に様々な課題が生じている。

協会けんぽ（旧政管健保）は、被保険者の所得水準が相対的に低く保険料収入も少なく、したがって財政基盤が弱い。高齢者医療への拠出金（支援金）等の増額が財政に大きく影響し、厳しい財政状況が続いている。

健保組合は、母体企業が衰退すれば健全な運営基盤を喪失することになる。雇用の抑制・リストラ等により被保険者数が減少すれば、保険料収入が減少し、財政は悪化する。高齢者医療への拠出金（支援金）増加が財政を圧迫し、赤字組合が増加している<sup>26</sup>。解散に追い込まれる健保組合も出ている<sup>27</sup>。

市町村国保は、農業者や自営業者の他、サラリーマン退職後の無業者や非正規雇用者が

<sup>26</sup> 日本経済新聞 2008年4月22日朝刊：高齢者医療費への拠出金増加に伴い2008年度は健保組合の9割が赤字に陥る見込み。

<sup>27</sup> 日本経済新聞 2008年12月15日夕刊：2008年度14組合が解散、2000年度以降約200組合が解散。



加入し高齢者・低所得者を多く抱える構造的問題を抱えている。近年の経済情勢を背景に、被保険者の所得水準低下、保険料収納率低下から保険料収入が減少し、厳しい財政運営状態にある。医療給付には多額の公費投入が必要である。

以上協会けんぽ、組合健保、市町村国保いずれも多くの課題を抱えており、各保険者の財政基盤の安定を図り保険者機能を発揮しやすくするために、保険者の再編・統合を推進する必要性が高まったことも、2006年医療制度改革を実施する大きな背景となったものである。

## 5. 2006年医療制度改革の概要と問題点

### (1) 医療制度改革の経緯と基本的考え方

前述の通り<sup>28</sup>、2002年の健保法改正で被用者保険本人の自己負担を3割へ引き上げるに際して、抜本的な医療制度改革を行うべきであるとの議論があり、その旨が改正法の付則に付記された。これを踏まえ2003年3月に「医療保険制度および診療報酬体系に関する基本方針」が閣議決定され、新たな高齢者医療制度の創設および保険者の再編・統合を2009年度に向けて実現を図ることとなった。2005年6月の閣議決定「骨太の方針2005」においては、「医療費適正化の実質的な成果を目指す政策目標を設定し、達成のための必要な措置を講ずる」ことが決まっている。これらを受けて社保審・医療保険部会は、2005年10月に「医療制度構造改革試案」を、2005年11月には「医療保険制度改革について（意見書）」を取りまとめた。

ここに至るまでの間、医療問題は経済財政諮問会議でも重要な検討課題として取り上げられ、国民負担の観点から、国全体の医療給付費の伸びについて議論がなされた。経済財政諮問会議の民間委員は、医療給付費の伸びの管理について、名目GDP成長率に高齢化の進行分を加味したマクロ数値目標を指標として採用するよう求めたが、厚生労働省は、GDPのようなマクロ的数値目標を基に管理することは不适当であり、個々の政策の積み上げにより都道府県単位で医療費適正化に取り組むことが適切であると主張し、2005年10月の「医療制度構造改革試案」には、2025年の医療給付費予想56兆円（国民所得の10.5%、GDPの7.7%）を、政策積み上げにより49兆円（同9.1%、6.7%）に抑える見通しを提示した。結論的には、両者の妥協点として「目安となる指標」を設定し、それを実績と突き

---

<sup>28</sup> P5 1.(3) 参照

合わせることにより、施策の見直しを行うことになった<sup>29</sup>。

以上の過程を経て、2005年12月には政府・与党医療改革協議会で「医療制度改革大綱」が取りまとめられ、これを受けて、政府は2006年の通常国会に「医療制度改革関連法案」を提出、同法案が同年6月に可決成立して、医療制度改革が実行されることとなったものである。この改革は従来の政府の改革路線を継承するものであるが、これまで案に留まっていた「後期高齢者医療制度」を実現したこと、医療費抑制策を強化するために予防健診を義務化し、療養病床の再編成等により平均在院日数の短縮を図ること、医療保険の保険者が都道府県単位で再編されることなど、これまでの改革と比べ画期的であると言われている<sup>30</sup>。

以上のような経緯から分かるように、この改革は一面では画期的であるが財政主導で決まったものであり、医療費抑制の要請には応えても、医療提供体制をどうするかと言うような医療の一番の問題点には、必ずしも応えていないと言える。

この改革の基本的考え方は、「医療制度改革大綱」の記述に従えば「安心・信頼の医療の確保と予防の重視」「医療費適正化の総合的な推進」「超高齢社会を展望した新たな医療保険制度体系の実現」の三点になるが<sup>31</sup>、施策実施の時期等から以下(2)～(6)の順で改革の概要を整理記述し、改革の課題を(7)に整理したい。

- (2) 公的医療保険給付の見直し…患者負担の増加
- (3) 新たな高齢者医療制度の創設
- (4) 保険者の再編
- (5) 医療費適正化計画
- (6) 医療提供体制の整備
- (7) 「医療制度改革」の残された課題

## (2) 公的医療保険給付の見直し…患者負担の増加

「医療費適正化の総合的な推進」の短期的対策として“公的医療保険給付の内容・範囲の見直し等”が実施された。高齢者の患者負担見直しが主体であり、まず、2006年10月に現役並みの所得がある70歳以上高齢者の患者負担(従来は75歳以上1割、70～74歳2割)を、3割へ引き上げ済である。「現役並み所得」となる世帯収入も、高齢者夫婦二人世帯で620万円以上から520万円以上へ、高齢者単身世帯で480万円以上から380万円以上へそれぞれ下がり、3割負担の対象者が拡大した。さらに、それ以外の高齢者についても、70歳以上75歳未満の患者自己負担を2008年4月に1割から2割へ引上げるようになっていたが、高齢者

<sup>29</sup> 平成19年版「厚生労働白書」第4章1節2. 池上『医療問題』日経文庫2008年P115

<sup>30</sup> 池上『医療問題』日経文庫2008年P114

<sup>31</sup> 政府・与党医療改革協議会「医療制度改革大綱」平成17年12月1日

の医療制度改革への反発が強いことから2009年4月まで実施が延期され、さらに2010年3月まで実施凍結措置が継続されることになっている。また、2006年10月から医療保険適用の療養病床に入院している70歳以上高齢者の食費・居住費の負担上げが実施された。これは、介護保険との負担の均衡をはかるためのものである。

次に「高額療養費制度」の自己負担限度額（1か月あたり）も引き上げが行われ、2006年10月から70歳未満の一般所得者は7万2300円+医療費×1%から8万100円+1%に、月収53万円以上の上位所得者は13万9800円+1%から15万円+1%になった。ただし住民税非課税の低所得者は3万5400円に据え置かれている。また、70歳以上高齢者の一般の自己負担限度額は、引き上げ後も入院は4万4400円に、外来は1万2000円に抑えられており、現役並み所得がある高齢者も入院は70歳未満の一般所得者と同額に、外来は4万4000円に抑えられている。患者負担の引き上げが行われる中で、低所得者と高齢者にはきめ細かい対応がなされていると言える。

患者負担が増加すると患者のコスト意識から受診率が下がり医療費を抑制できるとの認識のもとに、1980年代以降、累次にわたり患者負担が引き上げられてきたが（P6表1参照）、内閣府のタスクフォースで行った調査によると、全体として医療費の抑制効果はなかったと推測されている<sup>32</sup>。この推測に従うならば、患者負担増加は、公費と医療保険からの医療給付費は抑制できても、医療費全体を抑える効果は期待できないことになる。また、患者負担が増加すれば、低所得者の中には受診を控えて症状が悪化するような人が増えて、その結果かえって医療費の増加につながる恐れも有り得る。

なお、給付見直しの中で一部給付充実も行われた。傷病手当金・出産手当金・出産育児一時金などの現金給付見直しが実施され、出産育児一時金は30万円から35万円に引き上げられている。

### (3) 新たな高齢者医療制度の創設

75歳以上の後期高齢者については、現行制度を継承した“独立制度”を創設することになった。高齢者の保険料と現役世代の負担の明確化を図ること、および、都道府県単位の広域連合を運営主体とすることにより財政運営の責任を明確化することが主眼である。また、65～74歳の前期高齢者については、サラリーマン退職者が市町村国保に大量に加入し、保険者間での医療費負担の不均衡が生じているので、これを調整する制度を創設すること

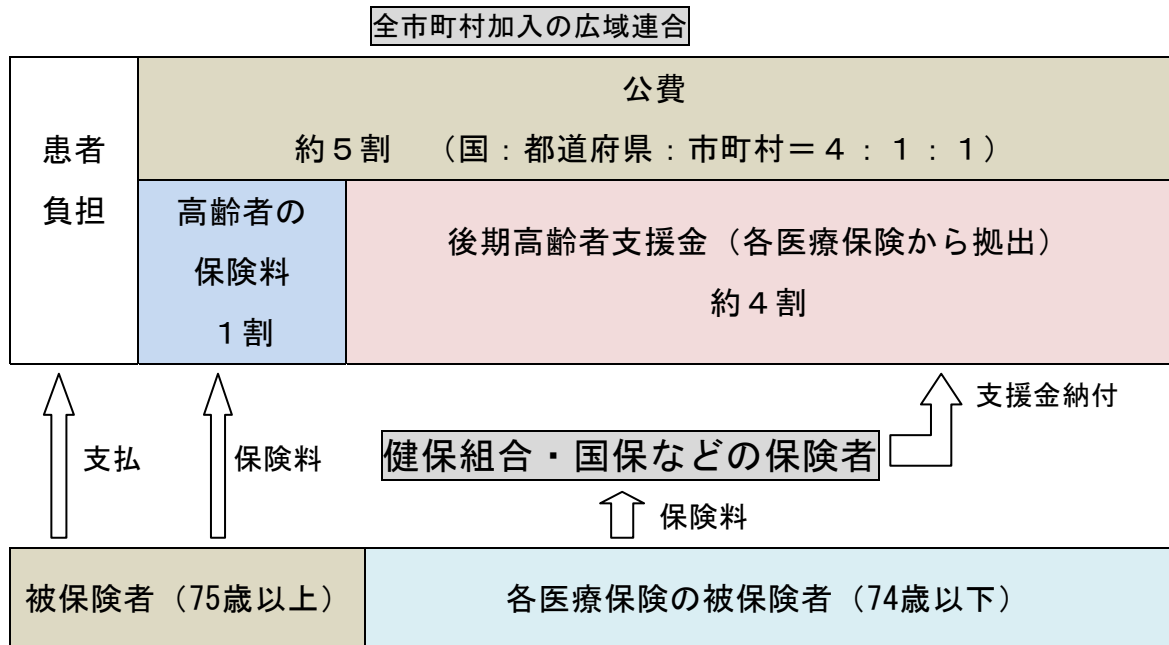
---

<sup>32</sup> 池上『医療問題』日経文庫 2008年 P106

になった。

(図5) 後期高齢者医療制度の運営の仕組み

患者負担 1.1 兆円 + 給付 10.3 兆円 = 後期高齢者医療費 11.4 兆円



後期高齢者 約1300万人      国保 約4200万人、被用者保険 約7100万人

(出所) 厚労省「健康保険法等の一部を改正する法律について」より作成

75歳以上を対象に創設する“後期高齢者医療制度”の仕組みは(図5)のとおりである。運営開始は2008年4月、その運営主体は、全市町村が参加する都道府県単位の「広域連合」であり、都道府県単位で保険料を決定し市町村が保険料を徴収する。「広域連合」が後期高齢者医療の保険者の位置づけになり、後期高齢者を被保険者として保険料徴収と医療給付を行う、独立した医療保険制度である。この制度発足により、75歳以上の高齢者の全員から保険料を徴収することになり、従来は所得が低いので被扶養者として保険料を免除されていた高齢者も、保険料の支払いが必要になる。また、同一県内で相対的に保険料の安い市町村国保へ加入していた高齢者の保険料は増えることになる。ただし、2014年までは調整期間が設定され、広域連合の判断で最大50%まで保険料の増加を減額することが可能である。また、本制度発足前から被用者保険の被扶養者であった人については、2008年9月までは保険料を徴収せず、10月から2009年3月までは均等割保険料が9割軽減されているが、制度発足後の見直しにより2009年度も引き続き9割軽減措置を継続することになった。

保険料の賦課は個人単位であり、夫婦世帯の場合、夫と妻それぞれに保険料が賦課される。保険料は、応益分[被保険者均等割り]+応能分[所得割]の合計であり、2008年4月時点

の各広域連合の平均保険料（応益分と応能分合計）は年額7万2千円である。うち応益分は年額4万1500円（月額3500円）で、世帯所得に応じて2割、5割、7割、9割<sup>33</sup>が軽減され、7割軽減の場合月額1000円に、9割軽減の場合は月額350円になる。応能分について、年金収入のみで年収153万円以下の人々の応能分は零であるが、さらに制度発足後の見直しによって年金収入153～211万円の人々については50%程度軽減されることになった。以上のごとく、保険料を後期高齢者全員から徴収するという原則にこだわったため低所得高齢者に新たな負担が発生し、制度発足後に、更なる保険料軽減措置を追加あるいは拡大せざるを得なくなっている。制度設計時の詰めに甘さがあったとも言える。

2008年4月の全国平均保険料が年額7万2千円であるのに対し、75歳以上の一人あたり医療費は約82万円（2005年度）である。平均保険料年額は患者負担を除いた医療費の1割に過ぎず、残り9割に対して公費と他健保の支援がなければ賄えない仕組みになっている。医療給付の財源構成は、患者自己負担を除き、公費約5割（国：都道府県：市町村＝4：1：1）、現役世代の支援約4割、高齢者から徴収する保険料1割である。現役世代からの支援は、国保（約4,200万人）、被用者保険（約7,100万人）の加入者数に応じた支援となる。なお、今後後期高齢者人口が増加し、現役世代人口が減少するので、後期高齢者1割と現役世代4割の負担率を変更しない場合、後期高齢者一人あたりの負担増加割合に比べ現役世代（以下、若人と表記）一人あたり負担は大きな割合で増加することになる。このため、「若人人口減少」による若人一人あたり負担の増加は、後期高齢者と若人で折半負担するよう、後期高齢者の保険料負担率を若人減少率の2分の1の割合で引き上げ、現役世代の支援金の負担率を引き下げることになっている（下表）。人口推計に基づき厚労省が試算した2015年度の後期高齢者負担率は10.8%に上昇する<sup>34</sup>。さらに2015年度以降も人口構成の変化に伴い、じりじりと上昇していくことになる。

①2008、2009年度の後期高齢者負担率：10%

②2010年度以降、2年ごとに以下の通り改定

$10\% + 2008\text{年度若人負担割合}(\text{約}4\text{割}) \times 2008\text{年度から改定年度迄の若人減少率} \times 1/2$

$\text{若人減少率} = (2008\text{年度若人人口} - \text{改定年度若人人口}) / 2008\text{年度若人人口}$

保険料の徴収方法については、年金からの特別徴収（天引き）制度が導入されたが、こ

<sup>33</sup> 制度発足当初は2割・5割・7割減額の3段階のみであったが、発足後の見直しにより2008年度に8.5割軽減（9月まで保険料を支払った7割軽減世帯は10～3月徴収しない）、2009年度から9割軽減（被保険者全員の年金収入が80万円以下の世帯）を追加。

<sup>34</sup> 厚労省「健保法等の一部を改正する法律について」

の保険料天引き制度については強い批判があり、後期高齢者医療制度の廃止を求める野党の攻撃材料になった<sup>35</sup>。制度発足当初は、災害その他の特別事情があるか、年金天引きが著しく困難である人、その他政令で定める人（年金額が18万円未満など）以外は年金天引き制度が義務付けられていたが、批判が強いことから、6月の政府与党の制度見直しにより、2年間国保保険料の未納が無いなど一定の要件を満たす人は口座振替が選択できることになり、さらに11月の見直しにより、2009年4月以降は要件を撤廃し、すべての人が口座振替を選択できることになった。

本制度創設にあたり、後期高齢者の心身特性等にふさわしい医療が提供できるよう、新たな診療報酬体系を構築することとなった。ただし、構築された診療報酬体系については医療関係者からの批判があり、特に終末期医療に係る「終末期相談支援料」および、地域主治医による在宅患者の「担当医制」に対して、強い批判がある<sup>36</sup>。また、厚労省は否定するが、後期高齢者のための独自の診療報酬体系が作られると、今まで受けていた医療サービスが受けられなくなるのではないか、という不安の声が上がっている<sup>37</sup>。なお「終末期相談支援料」は2008年7月から当面凍結されることになった。

(図6) 前期高齢者医療費に関する財政調整

前期高齢者（65歳～74歳）約1400万人

患者負担1.1兆円＋給付5兆円＝前期高齢者医療費6.1兆円

患者負担 1.1兆円	市町村国保 4.2兆円			協会 けんぽ 0.6兆円	組合 健保 0.2	共 済 0.0

↓ 制度間不均衡調整のため、  
75歳未満の加入者数に応じて負担

患者負担 1.1兆円	市町村国保 2.1兆円	協会けんぽ 1.5兆円	組合健保 1.1兆円	共済 0.3兆円
---------------	----------------	----------------	---------------	-------------

(出所) 厚労省「健康保険法等の一部を改正する法律について」より作成

<sup>35</sup> 阿部・保坂『どうなる？高齢者の医療制度』ジャパンマニスト社 2008年、P46

<sup>36</sup> 阿部・保坂『どうなる？高齢者の医療制度』ジャパンマニスト社 2008年、P56,67

<sup>37</sup> 阿部・保坂『どうなる？高齢者の医療制度』ジャパンマニスト社 2008年、P36,44,56～60。  
池上『医療問題』日経文庫 2008年、p 119

65～74歳の前期高齢者については、「国保・被用者保険の従来制度に加入したまま、前期高齢者の偏在による保険者間の負担の不均衡を…調整する仕組みを創設する」<sup>38</sup>こととなった。この財政調整制度は、前期高齢者の医療費を国民全体で支えるという趣旨により、前期高齢者の医療給付費を、被用者保険及び国民健康保険の各保険者の75歳未満の加入者数に応じて負担するものである（図6）。この制度創設に伴い、退職者医療制度は、経過措置を経て廃止される。この制度導入によって前期高齢者の医療費6.1兆円の負担割合は次のとおり変化する。患者負担1.1兆円は不変だが、市町村国保の負担が4.2兆円から2.1兆円に半減し、政管健保（組合けんぽ）の負担は0.6兆円から1.5兆円へ+0.9兆円増加、組合健保の負担は0.2兆円から1.1兆円へ+0.9兆円増加、共済の負担は0.0兆円から0.3兆円へ増加する。このような増減の動きから見る限り、財政調整制度は、市町村国保の財政負担を被用者保険へ付け替えることが目的であると言える。特に組合健保の負担が顕著に増えており、公費の支援が不要なところに負担を転嫁することによって公費を抑制しようとする意図が見える。

#### （4） 保険者の再編

保険者の規模適正化や財政安定を確保し、保険料が地域の医療水準に見合ったものとなるよう、都道府県を軸として保険者の再編・統合を行うこととなった。改正の基本的な方向は以下の通りである。

まず、政管健保については、2008年10月に、全国単位の公法人・全国健康保険協会を新たな保険者として設立し、都道府県単位の財政運営を基本とすることになった。保険料率は、都道府県単位で、地域の医療費の違いを適切に反映して設定することとした。この改革案に基づき2008年10月、予定通り全国健康保険協会が設立され（都道府県にはそれぞれ支部が置かれた）、政管健保は「協会けんぽ」に名称を変更している。厚労省は、2009年10月から保険料率を新料率に切り替える方針で準備中であるが、各都道府県の医療費水準を反映させて地域格差を作ることには反対論が多く、狙い通りの料率設定が早期にできるかどうか不透明である<sup>39</sup>。

健保組合については、財政が窮迫し保険運営が困難な健保組合があることから、再編・

<sup>38</sup> 「医療制度改革大綱」IV 1.（2）

<sup>39</sup> 日本経済新聞 2009年1月29日朝刊「新健保移行での料率／厚労省が提示」  
同紙 2009年3月7日朝刊「協会けんぽの保険料率／激変緩和措置を決定」

統合の受け皿として、企業や業種を超えた都道府県を単位とした地域型健保組合の設立が可能になった。ただ、組合健保が地域型健保に参加する際、保険料引き上げが必要になれば、スムーズに参加が進まない恐れがある。また、ほとんどの組合健保の事業所の所在地は複数の都道府県に跨っていると考えられ、各都道府県に分割参加することが必要になるかもしれない、これも参加の障害になる恐れがある。

市町村国保の中には、加入者の高齢化、無職者や低所得者の増加等から財政基盤が脆弱なところが多数存在している。こうした実情を踏まえ、都道府県単位での保険運営を推進し市町村国保間の保険料平準化と財政安定化を図るため、都道府県内の市町村の拠出により医療費を賄う共同事業の拡充を図ることになった。都道府県単位での運営を推進するための助成事業は、70万円以上の高額医療費を再保険する共同事業や、低所得者を多く抱える国保の財政支援事業などが従来から存在していたが、これらに加えて、再保険の対象となる医療費を1件30万円超にまで拡大することになった。この拡大によって国保の医療費の4割が再保険でカバーされる見込みであり<sup>40</sup>、結果として保険料の平準化と財政安定化が可能になり、県単位での国保の再編統合が進めやすくなると思われる。ただし、それが実現するまでには時間が必要であろう。

以上に加えて、後期高齢者医療制度についても都道府県を単位とした広域連合が運営することから、厚生労働白書では「先般の医療構造改革により、都道府県、保険者を始めとした関係者が、都道府県単位の医療費適正化という共通の目標に力を結集する仕組みが構築された」と自賛している<sup>41</sup>。但し、都道府県はこれまで医療行政にほとんど参加しておらず、人材もノウハウも蓄積されていないので<sup>42</sup>、このような都道府県単位の“仕組み”で医療費の適正化と保険者の財政改善を期待通りに進めるためには、人材不足とノウハウ不足という都道府県の弱点を補うことが必要である。

#### (5) 医療費適正化計画

医療費の伸びを中長期的に抑制していくために、各都道府県は2008年度を初年度とする5年間の「医療費適正化計画」を作成することが義務付けられた。「医療費適正化計画」には生活習慣病予防と平均在院日数短縮の「政策目標」を掲げ、その目標達成により医療費の伸びの適正化（抑制）を実現することになっている。中長期的な基本方針および「政

<sup>40</sup> 厚労省「医療制度改革大綱による改革の基本的考え方」

<sup>41</sup> 平成19年版「厚生労働白書」第4章4節3.

<sup>42</sup> 池上『医療問題』日経文庫2008年 p127



策目標」の全国標準の策定は国が行い、都道府県は国の基本方針に従って各県の「医療費適正化計画」と「政策目標」を策定する。目標を達成するための保険者事業の指導・啓発事業の指導・病床転換支援・在宅医療の推進・医療機能の分化連携推進は各都道府県が行い、国は都道府県の事業実施支援および、平均在院日数短縮を促す診療報酬見直し・医療提供体制整備・病床転換に関わる財政支援等を行う。

政策目標の全国標準としては、①生活習慣病有病者・予備軍を2015年までに2008年比25%減少させること、②平均在院日数の全国平均（36日）と最短の長野県（27日）の差を2015年までに半分に縮小することが決まっている。

各都道府県の「医療費適正化計画」は、生活習慣病対策を推進する「健康増進計画」、平均在院日数の短縮化を目指す「医療計画」、介護保険との整合性を持たせるために「介護保険事業支援計画」、以上の3計画と連動して目標達成を目指すことになっている。

生活習慣病対策としては、国保・被用者保険の保険者に対して、2008年4月から40歳以上の被保険者と被扶養者を対象に、内臓脂肪型肥満（メタボリック・シンドローム）に着目した健診と保健指導を「健康増進計画」に基づいて実施することが義務付けられた。健診と保健指導にも目標値が設定され、2012年目標値の標準（参酌標準）は特定健診実施率70%、特定保健指導実施率45%である。ただ、予防は治療に勝り、食生活改善や運動によりQOLが高まる可能性はあるが、保健指導が行われても被保険者各々がどこまで生活を改善するかは十分検証されておらず<sup>43</sup>、また、健診と生活指導が膨大な潜在医療需要を喚起して医療費を増やす懸念もあることなどから、これら対策が期待通り医療費抑制につながるか否かは疑問もある。

「医療計画」において平均在院日数短縮の数値目標を設定し、全国平均36日と最短の長野県の27日との差を半分にすることを目指すのは、都道府県間の一人あたり医療費の格差の主因が、人口あたり入院率ではなく、入院後の在院日数にある、という分析に基づいている<sup>44</sup>。さらに、在院日数の短縮方法として、①在宅療養の推進＝在宅での診取りまでを含めた在宅医療の地域支援体制構築、②医療機能の分化連携＝急性期から回復期、療養、介護に関係する各機関の連携強化による切れ目のない医療の実現、③療養病床の転換支援＝高齢者療養病床の老人保健施設等への転換を支援し、療養病床を38万床（うち医療保険適用25万床、介護保険適用13万床）から15万床（医療保険適用のみ）に減らす<sup>45</sup>、以上

<sup>43</sup> 池上『医療問題』日経文庫2008年、P122

<sup>44</sup> 池上『医療問題』日経文庫2008年、P124

<sup>45</sup> 病床数は、厚労省「健康保険法等の一部を改正する法律について」記載の数値。厚労

の3点が提示された。

③の療養病床については、「医療費適正化計画」（第1期、2008～2012年度）において、医療の必要性に応じた「療養病床の再編成」を進めていくことが決まっている。療養病床の入院患者のうち医師の対応がほとんど必要ない人が概ね5割であるという調査結果<sup>46</sup>に基づくものであり、療養病床は医療の必要度が高い患者の受け入れに限定し医療保険で対応することに、医療の必要性が低い患者については、病院ではなくケアハウス等の居住系サービスまたは老人保健施設で受け入れ、介護保険で対応することになる。介護保険適用の介護療養病床は2012年3月までに廃止される。医療保険適用の医療療養病床は15万床<sup>47</sup>に削減される案が当初提示されたが、ここまで削減するかどうか、その後方針がぐらついている模様である<sup>48</sup>。再編成に伴い老人保健施設・ケアハウス等の施設が大量に必要となるが、医療療養病床および介護療養病床から老人保健施設等への転換・整備が進むよう支援策を講ずることになっている。転換支援策としては、移行促進措置の設定や経過的施設基準の緩和などの促進策に加えて、医療保険財源および市町村交付金による転換費用の助成が行われる。

「療養病床の再編成」については、医療療養病床が削減されること、介護療養病床が廃止されること、医療の必要性が低い長期入院高齢者の診療報酬が引き下げられること等から、高齢者は強制退院を迫られる、との批判が上がっている<sup>49</sup>。これらの批判に対し厚労省は、この“再編成”は「ベッドの削減」ではなく患者を入院させたままでの「適切な施設への転換」である、入院患者を病院から放り出すものでは決してない、と強調している<sup>50</sup>。また、2008年7月の新聞報道<sup>51</sup>によると、厚労省は、「療養病床約35万床を2012年度末に約18万床まで削減する計画を緩和し、約22万床にとどめる方針を決めた」模様である。各都道府県の療養病床削減計画を積み上げた結果、国の目標を大きく下回ったため、その背景として、療養病床から移る受け皿となる施設が不足していること、および療養病床を持つ医療機関が病床の介護施設への転換に消極的なことが挙げられている。

---

省「平成18年度医療制度改革関連資料」の数値は2006年10月現在医療療養病床23万床、介護療養病床12万床、計35万床で、医療療養病床を何床にするか明記していない。

<sup>46</sup> 中医協「慢性期入院医療実態調査」（2005年11月）

<sup>47</sup> 厚労省「平成18年度医療制度改革関連資料」では、医療療養病床23万床と介護療養病床12万床の合計35万床を、医療療養病床（病床数明記せず）と老健施設等を合わせた35万床に転換すると記載し、ベッド数の削減はしないことを強調している。

<sup>48</sup> 方針のぐらつきは読売新聞2008年7月26日「療養病床22万床存続」等から伺える。

<sup>49</sup> 阿部・保坂『どうなる？高齢者の医療制度』ジャンプニスト社2008年、p44,64

<sup>50</sup> 厚労省「医療制度改革関連資料－療養病床の再構成に関する概要と基本的Q&A」

<sup>51</sup> 読売新聞2008年7月26日「療養病床22万床存続」

この「療養病床の再編成」により、医療保険適用の療養病床が5年間で10万床以上も減ることになれば、平均在院日数の圧縮とそれによる入院医療費の抑制に大きな効果が上がることになる。ただ、削減される医療療養病床が、厚労省が強調するように介護保険適用の老健施設等へ大部分が移行するのであれば、医療費が減少する一方で介護費用が増加するので、医療費用・介護費用合算で増減を確認しないと真の費用削減効果は把握できない。また、廃止した介護保険適用療養病床の老健施設等への移行が進まない場合、それをカバーする施設の供給が行われない限り、受け皿施設が不足することになる。その場合、在宅療養となる高齢者が増加することになるので、それに見合う在宅療養の地域支援体制を確保することが大きな課題になる。

#### (6) 医療提供体制の整備

「医療費適正化計画」の柱である平均在院日数の短縮化を達成するために、病床規制に留まっていた「医療計画」が拡充された。これまでも病院と診療所の連携、急性期と慢性期の連携について記載することが求められていたが、本改革による新「医療計画」では、脳卒中・がん・小児救急等の事業別に、医療提供体制の具体的構想と数値目標（在宅診取り率や在宅復帰率の向上・地域連携クリティカルパス<sup>52</sup>の普及など）を明示し、実施状況を事後評価できる仕組みを用意することが義務化された。

また、住民が地域の医療情報を十分得られるよう、各医療機関はそれぞれの機能を都道府県に届け出て、都道府県はその情報を集約し、地域医療機関の医療機能や連携状況をわかりやすく住民に提供し相談に応じる仕組みを、制度化しなければならなくなった。広告規制も緩和される。

ただ、医療機能の連携体制構築や医療情報提供の制度化などの改革は、推進すべき課題ではあるが、医療保険制度等とは異なり法改正により簡単に進む事柄とは言えない。医療機関の連携体制構築は、地域内の医療機関それぞれが機能分化し競合していないことが前提になるが、国公立病院も私立病院も診療所もそれぞれ固有の使命と生い立ちのもとに“無計画に”整備されてきたので、医療制度改革が描くような連携体制の構築は難しいという意見がある<sup>53</sup>。この意見によれば、各病院が診療所・介護保険施設との間にすでに形成しているネットワークを活用し支援する方が有効であり、現実的選択肢であるとしている。

<sup>52</sup> 地域連携クリティカルパス：急性期病院から慢性期病院を経て早期に在宅復帰できるような診療計画を作成し、治療に当たる医療機関すべてが共有し使用するものを言う。

<sup>53</sup> 池上『医療問題』日経文庫 2008年、p 129

「医療制度改革」では、急性期病院→慢性期病院→在宅・診療所への流れを描いているが、現実には逆の流れも中途の滞留もあるので緊密なネットワークが必要になるし、医療機関にとっても患者の確保がこのネットワークによって担保されることになる。

医療提供体制に関しては、今大きな問題になっている医師不足について「偏在はあるが総数は不足していない」という当時の厚生労働省の認識を背景にした2006年「医療制度改革」には、抜本的政策が見当たらない。

まず、医師の質の確保については、医療事故が相次いでいる状況に対応して、行政処分を受けた医師等の「再教育制度」の設置、および各都道府県における「医療安全支援センター」の設置が義務化されたことに留まっており、「医療安全支援センター」は病院対応に疑問を持つ患者の相談窓口が主業務である。医師の質を高めるためには、専門医資格の整備・治療指針の確立と治療記録の整備・治療実績のデータベース整備などを進め、これらにより医師と医療機関のレベルアップと標準化をすることが必要である、とされている<sup>54</sup>。医療においては、情報の非対称性の故に市場原理によって質と価格で医療サービスを差別化するのは困難であり、質を担保するインフラを整備して、質の標準化と底上げをしないといけないからである。データの質の標準化がされないまま情報の開示が進めば、風評等による患者の偏りと一部大病院への集中がさらに進む懸念がある。

次に、医師の数の確保について「医療制度改革」では、地域や診療科の医師不足に対応するため、「医療対策協議会」を各都道府県に設けて偏在を是正することになった。しかしながら、都道府県内で融通してもその効果には限界があり、全国レベルで医師の総数、専門医の数、専門医とプライマリーケアの医師の役割分担を決めて育成していかないと根本解決にならない、との意見がある<sup>55</sup>。医師不足は、2008年に入って地方病院の閉鎖・縮小、救急患者の受け入れ拒否・たらい回し等の形で社会問題化し、国政レベルの問題になったことから、厚生労働省はこれまでの医師数抑制策を転換し医師養成数を増やす方針を決めている<sup>56</sup>。また、2004年度に始まった「臨床医研修制度（義務研修）」を契機に医師の偏在、地方病院の医師不足に拍車がかかったとの指摘があり、厚労省は、その見直しも不可欠であるとの方針を既に打ち出している。2009年2月には、厚生労働、文部科学両省により見直し案がまとめられ、2年の研修期間は変えないが必修科

<sup>54</sup> 池上『医療問題』日経文庫 2008年、P131

<sup>55</sup> 池上『医療問題』日経文庫 2008年、P133

<sup>56</sup> 日本経済新聞 2008年6月19日朝刊1面・5面「厚労省、医師数抑制を転換」、同紙8月25日朝刊「10年後医学部定員1.5倍」

目を内科・救急・地域医療の3つに絞る、都道府県ごとに研修医の募集定員を設ける、医師派遣機能を持つ大学病院は定員枠を優遇する、という案が大筋で了承された模様である<sup>57</sup>。厚生労働、文部科学両省のこの見直しにより、専門的診察能力を持つ医師の早期育成と、研修医の大都市集中防止を目指すことになるが、関係者からは賛否両論があり、狙い通りの効果が出るかどうか疑問視する向きもある。

#### (7) 2006年「医療制度改革」の残された課題

この改革は前述のごとく「後期高齢者医療制度」を実現したこと、医療費抑制策を強化するために予防健診を義務化し、療養病床の再編成等により平均在院日数の短縮を進めていくこと、医療保険の保険者が都道府県単位で再編されることなど、これまでの改革と比べ画期的であるとの評価もできなくはない。ただ、医療費抑制による医療財政再建が主目的になっているため、“医療崩壊”と言われるような医療提供体制の現状をどうするかと言う、国民の福祉にとって最も大事な課題への取り組みには消極的であり、不十分であると言わざるを得ない。

「後期高齢者医療制度」については、高齢者の負担を増やす一方で従来提供されていた医療サービスを削るような改定が目立つことから強い批判が上がり、負担軽減策の追加などの手直しを続ける事態になっている。さらに2008年9月には、舛添厚労相が制度堅持方針を転換、厚労省直属の「高齢者医療制度に関する検討会」を設置し、現行制度見直しについて1年程度で結論を出すことになった<sup>58</sup>。世代間の負担の公平化は図らねばならないが、被保険者の納得を得るのが困難な負担と給付の急激な変化は修正しなくてはならない。

「医療費適正化計画」は、生活習慣病予防と平均在院日数短縮が柱になっており、それぞれ数値目標を立て、その達成状況を検証することになっている。生活習慣病の予防も平均在院日数の短縮も、国民全体の健康水準の向上とQOLの改善が本来の目的であるべきであるが、国・都道府県の取り組みが医療費抑制だけを目的とするものになって、生活習慣病予防の数値目標である健診受診率・保健指導実施率が独り歩きしたり、平均在院日数の目標達成のために数字づくりが行われる懸念もある。特に平均在院日数短縮のための政策として「療養病床の再編成」が、2012年度末の数値目標を立てて行われることになっているが、受け皿施設を確保しつつ進めないと、高齢の入院患者を病床から放り出す事態にもなりかねない。

<sup>57</sup> 日本経済新聞 2009年2月19日朝刊「臨床研修医／大都市集中解消目指す」

<sup>58</sup> 日本経済新聞 2008年9月26日朝刊「高齢者医療見直し不透明」

医療機能の分化連携と在宅医療の推進は、2006年「医療制度改革」の考え方では、在院日数短縮を図る「医療計画」の手段の一つとしての位置づけに留まっている観がある。医療機能の分化連携は、地方・大都市を問わず、医療サービスを必要な人が必要な時に受けられるための体制作りであるべきであり、特に、へき地医療、救急医療、小児医療、産科医療などの適時適切な提供を確保するものでなければならない。在宅医療の推進もまた然りである。

医師数の確保については、本「医療制度改革」は有効な策を何ら示していない。医師の養成には時間がかかるので、短期的対策と中長期的養成策の双方を早急に決め、実行に移す必要がある。

## 6. 読売新聞提言「医療改革」の要旨

「医師不足などによる医療の崩壊を防ぎ、信頼できる医療体制を確立する」ことを目指して、読売新聞社は「医療改革への提言」をまとめ、公表した（2008年10月16日読売新聞朝刊掲載）。内容は、直ちに実施すべき「緊急対策5項目」と、中長期的にわたる「構造改革5本の柱」からなっている。

### 「緊急対策5項目」

- ① 医師不足解消－若手医師を計画配置しよう
- ② たらい回し防止－開業医も病院救急に積極参加
- ③ 病院勤務医－激務に見合う給与引き上げ
- ④ 高齢者ケア－介護の職員・施設に手厚い支援を
- ⑤ 社会保障費－抑制一本やりを転換せよ

### 「構造改革5本の柱」

- ⑥ 医師を増やし偏在をなくそう
- ⑦ 医療機関の役割分担と連携強化
- ⑧ 医療の質を高め、安全性を確保
- ⑨ 高齢者医療を介護と一体で充実
- ⑩ 給付と負担の新ルールをつくれ

「緊急対策5項目」の要点は以下（1）～（5）の通りである。

- (1) 医師不足解消－若手医師を計画配置しよう

小児科・産科・救急や地方病院で深刻な医師不足が起きている原因の一つは、医師が勤務する診療科や地域を自由に選択できるため、激務や地方勤務が敬遠されがちなことである。従って診療科の偏りと地域の偏りの二つの偏在解消が必要であり、そのためには、専門医を目指す若手医師の計画的配置が必要である。現行の医師の研修制度では、医師国家試験合格後、義務研修である初期研修（内科・外科・小児科・産婦人科・麻酔科・精神科をローテートし基本技能を習得）を2年間受ける。さらに専門医を目指す場合は3～5年間の専門医研修を受けることになる<sup>59</sup>。

読売提言では、後期研修（専門医研修）を受ける若手医師の研修先について、自由選択ではなく、地域・診療科ごとの定員を定め計画的に配置すべきである、そのために、国が早急に各地の医師不足状況を調査し、学会・大学・基幹病院・自治体と協議、都道府県・診療科ごとに後期研修の定員枠を定めるべきである、と提言している。若手医師個々の進路決定にあたっては、本人希望を聴取し、地域診療科の定員枠を超えた場合は第2希望以降へと、計画的に配置する。配置後の若手医師は各県の基幹病院に勤務、長期研修を受ける。これにより、地域中核病院医師数が充足され、中堅以上の医師の過疎地域への派遣も可能になる、としている。

また、2年間の初期研修（義務研修）の配置についても、現在約8,000人（2007年度の国家試験合格者7,733人）の新人医師に対して、研修病院が1,000施設、募集定員は11,500人にのぼっており、地方大学病院等は大幅定員割れとなっているので、読売提言では、都市部の定員を減らし、地方の定員割れを解消すべきであると提言している。なおこの件について厚労省は、2010年度に始まる研修の募集定員総数を9,900人に減らし、都道府県別では、東京・神奈川・京都・大阪・福岡の募集定員を採用実績比削減、逆に地方県の定員を増やす案を公表した<sup>60</sup>。2009年4月に正式決定し、2010年度採用の研修医から適用する予定である。

## (2) たらい回し防止－開業医も救急病院に積極参加

救急患者が、「担当医不在」「満床」などを理由に、何か所もの病院から受け入れを拒否される「たらい回し」が問題になっている。読売提言では、解決策として、開業

<sup>59</sup> 「日本専門医制評価・認定機構」は、加盟している各学会と協調し、5年間以上の専門研修を受け、資格審査ならびに専門医試験に合格して、学会等によって認定された医師を専門医と定義している (<http://www.japan-senmon-i.jp/>)。

<sup>60</sup> 日本経済新聞 2009年3月3日「研修医 都市から地方へ」

医が地域基幹病院に交替で詰めて救急医療に参加することを挙げ、その実例として、東邦大医療センター大森病院・小児科と大田区医師会の協力を挙げている。同病院小児科と区医師会が協議し、地元開業医が交代で同病院に詰めて、時間外の急患のうち軽症者を診察しているので、病院勤務医が重症者の治療に集中できるようになっている。同様の体制を取っている地域は他にもあり、地区医師会と基幹病院は協力し、開業医が病院救急に参加する体制作りを早急に進めるべきである、と提言している。

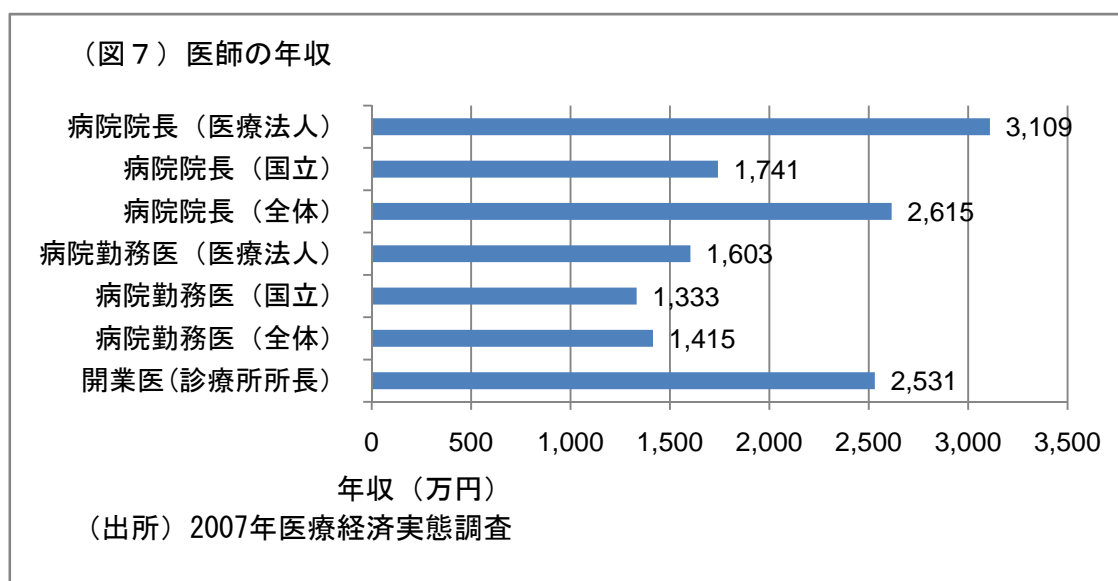
さらに、不要不急の救急搬送・受診を減らすことも必要で、その例として、横浜市が 119 番通報内容を緊急度・重症度に応じて振り分けるシステムを導入し稼働させたこと、子ども救急について、夜間休日の電話相談事業が 4 年前から開始され 44 都道府県で実施されていること、等を挙げている。

### (3) 病院勤務医－激務に見合う給与引き上げ

産科・小児科などの勤務医は“当直明け＋日勤”の 36 時間連続勤務が常態化するほどの厳しい労働実態にある。勤務医が疲弊し退職、開業医に転ずる動きが医師不足の一因になっており、医療の質を低下させ安全をも損なう恐れがある。また、激務の割に給与は開業医比低水準で、厚労省の医療経済実態調査（2007 年）によれば、開業医の平均年収は 2,531 万円、勤務医の平均年収は 1,415 万円である（図 7）。勤務医のなかでも大学病院医師の給与が低く、国立大学医学部長・付属病院長会議の調査によれば、大学病院一般医員の平均月給は国立大で約 30 万円、公私立大で約 35 万円、一般病院の同年齢医師の 85 万円の 3 分の 1 余りであり、他病院での診察や当直アルバイトで収入を補っている。

この件に対する読売提言は次のとおりである。抜本策としては医師を増員すること、医師の業務を看護師等の他の職種が分担し負担を軽減することが必要だが、それには時間がかかるので、当面の対策として、職務に見合った報酬へ給与を引き上げるべきである。2002 年以降の診療報酬の切り下げに伴い、病院経営が悪化したことが人件費抑制につながっており、次回診療報酬改定（2010 年度）を待たず、緊急に引き上げて待遇改善の第一歩にする。引上げにあたり、病院の産科・小児科・救急等の激務に重点を置き、診療報酬増加分を医師報酬改善に充当するよう指導する。大学病院勤務医の半数近くは日給制の非常勤で年収が 300 万円程度にとどまるとの報告もあり、正規職員への切り替えも必要である。





#### (4) 高齢者ケアー介護の職員・施設に手厚い支援を

超高齢化社会を迎え、介護を要する高齢者が増加し、病院で最期を迎える人が 8 割に達する。より多くの人々が自宅で過ごせるようにするには、在宅医療、訪問看護、訪問介護等の医療・介護サービス充実が不可欠である。しかし、介護人材の不足は深刻である。仕事は重労働であるのに、2003 年度、06 年度の介護報酬<sup>61</sup>引き下げで介護職員の給与水準は全労働者平均の 7 割程度に抑えられている。離職率は 21.6%と全産業平均比 6 ポイント高い。介護施設・介護サービス事業所も収入減で経営が悪化し、介護現場の崩壊が危惧される。

この件に関する読売提言は次の通りである。2009 年 4 月改定で介護報酬をアップし<sup>62</sup>、介護職員給与を一般労働者並みへ引き上げるべきである。人員配置を多くし、個別ケアを実施する介護施設の報酬も手厚くして介護施設の経営安定を図る必要がある。介護給付費の公費負担割合（現行 2 分の 1）の引き上げも不可避である。介護報酬引き上げが職員給与の給与改善に反映されていることをチェックするため、賃金水準等の情報公開を義務付けることも必要である。認知症ケア等、質の高い介護職員養成も急務で、高い技能を有する職員には報酬を加算すべきである。

<sup>61</sup> 介護報酬：介護保険制度で提供される介護サービスの公定価格。訪問介護、通所介護など、サービス種類ごとに決められ「単位」（1 単位原則 10 円、地域差あり）で表示。3 年に一度見直す。

<sup>62</sup> 日本経済新聞 2008 年 12 月 27 日朝刊「介護報酬初の増額決定」12 月 26 日の社会保障審議会で、来春 2009 年 4 月の介護報酬改定は 3%アップが決定した。

#### (5) 社会保障費－抑制から転換

2001年以降の構造改革路線に基づき「聖域なき改革」として社会保障分野にも厳しい歳出削減が求められた。2006年の「経済財政運営と構造改革に関する基本方針」（骨太の方針）には、2011年度までの5年間“社会保障費の自然増分年間8千億円を毎年2200億円、計1兆1千億円抑制する”方針が明記され、この方針に基づく診療報酬と介護報酬の削減によって医療と福祉の現場にゆがみが生じた。ただし、2009年度政府予算案においては、社会保障費自然増2200億円抑制という方針は既に事実上頓挫している<sup>63</sup>。

読売提言では、財政再建に取り組み社会保障費が野放図に膨張しないよう不必要歳出は削減する一方、必要な分野には財源投入すべきで、2200億円抑制が目的化する現状は本末転倒であり、路線転換が必要である、と主張している。

「構造改革5本の柱」の要点は以下（6）～（10）の通りである。

#### (6) 医師を増やし偏在をなくそう

医師養成数増加に関する、読売提言は次の通りである。医師不足が様々な医療問題の背景になっていることから、政府は、2008年度に入って医師養成数抑制方針を転換し、2009年度から医学部定員（現行7,873人）を増やす方針を打ち出した。2009年度入学定員は8,486人と過去最高になる見通しであるが<sup>64</sup>、日本の人口千人あたり医師数は2.1人とOECD加盟国平均2.9人と大差があり<sup>65</sup>、平均並みに引き上げるには大幅増が必要になる。提言では、OECD平均並みまで短期間で増員するには、指導教員が足りず、質の低下懸念があるので、当面英米並みの医師数の人口千人あたり2.4～2.5人を実現するため、医学部定員を2割増の1万人とすることが妥当であるとしている。また、地域医療に携わる医師を確保するため地方医大の入学定員の地元枠を拡充すべきである、とも指摘している。この増員が実現すれば2025年の医師数は現在より2割増の34万人になると見込む。

読売提言では、医師偏在を是正するため、医師配置機関を創設すべきであると主張している。医師総数を増やしても、勤務する診療科・地域を自由に選択できる現行制度では、医師不足・偏在は解消されない。医師配置は従来大学医局が握っていたが、

<sup>63</sup> 日本経済新聞 2008年12月25日朝刊「09年度政府予算ポイント解説」：表向き「自然増の2200億円抑制」という旗印は下ろしていないが、特定道路財源と年金特別会計の“埋蔵金”で大部分を穴埋めし、実際の抑制は後発医薬品使用促進の▲230億円のみ。

<sup>64</sup> 日本経済新聞 2008年12月19日朝刊「医学部定員増認める」

<sup>65</sup> OECD Health Data 2008

2004 年度に始まった新・臨床研修制度により、医局による配置システムが崩壊した。2006 年医療制度改革および 2007 年医療法改正により、各都道府県には大学・地域基幹病院・自治体・医師会などを構成員とする「地域医療対策協議会」を設置することが義務付けられたが、これを母体に県内の医療機関に医師を計画的に配置する「第三者機関」を設置すべきであるとの提言である。この「第三者機関」は、地域・診療科ごとに医師必要数を定め配置する。保険医として働く医師はいずれかの都道府県の「第三者機関」に登録することとする。読売新聞のアンケート調査（08 年 8 月）によると、地域医療対策協議会のうち、医師の派遣調整を行った実績のあるところはまだ少ないが、広島県のように新たな動きが始まっているところがある模様である。広島県では、設置された協議会が、産科・小児科危機に対応して病院と医師の集約化方針を決め、それが実現し始めた。また、大学側にも「京都大学外科交流センター」のように医局に代わる組織として、開かれた人事の仕組みを作る動きがあるようである。

女性医師・看護師の働く環境作りに関する読売提言は次の通りである。女性医師は医師の 17%を占め、国家試験合格者の 3 分の 1 強を占めるが、結婚・出産で離職する女性医師が多い。残った医師の負担増につながり、医師不足の要因になっている。女性医師・看護師が働き続けられるよう、保育所拡充・時差出勤・複数の医師が勤務を調整するジョブシェアなどを進めるべきである、と提言する。

麻酔科医の不足対応について、次のように提言している。麻酔科医は全国に約 6 千人いるが、高齢化で高齢者の手術が急増し、全身麻酔件数が過去 10 年で 5 割増えたことなどから、麻酔科医不足が表面化した。歯科医師約 9 万 7 千人のうち、全身麻酔を行なう「歯科麻酔医」が約 1000 人おり、一定の研修を経て基幹病院で手術麻酔に従事できるようにして麻酔医不足に対応すべきである、としている。

#### (7) 医療機関の役割分担と連携強化

日本は、人口千人あたり病床数が 14 床と極めて多く（P12・表 4 参照）、一方で人口あたり医師数が少ないことから、一人の医師が診る患者数が多く過酷な勤務にならざるを得ない状況がある。類似診療科・同規模病院が地域内で競合するなど、病床が過剰になっているところでは病院を集約し医師を拠点病院に集める必要がある。先端医療技術を研究する大学や国立の基幹病院、ガン・心臓病など高度医療を行う専門病院、一般の病気を診察する一般病院、かかりつけ医として軽度の病気を診る診療所、

慢性病で長期入院が必要な患者を受け入れる病院などに、役割分担を明確にして、患者の症状に応じた医療機関で診療を受けるよう医療機関の連携を強化する必要があると提言する。

この読売提言に関しては、1992年医療法改正により、高度先端医療を担う病院として特定機能病院の設置が制度化され、1997年医療法改正で、地域医療支援病院の設置が決定している<sup>66</sup>。このような役割分担に基づく機能の発揮と、これらの医療機関を軸とする連携体制構築は、まだこれからの課題ではあるが、読売提言につながる制度そのものは既にスタートしていることになる。また、2006年「医療制度改革」では、平均在院日数の短縮の手段としてではあるが、「医療機能の分化連携の推進」が主要テーマになっている。

救急たらい回し解消について、読売提言は、24時間受診拒否をしない北米型の救急病院「ER」（Emergency room 救急治療室）の整備を提言する。日本救急医学会調査ではERはすでに国内に150か所あるが常勤救急医が1～3人と手薄なところが半数、24時間体制のところは82か所に留まっている。最重症患者を専門に治療する救急救命センターが現在全国に200か所あり、ここに医師を増員し最重症患者以外も診るERとして拡充すべきである、またER整備が難しい地域では複数病院が交代で救急を受け持つ体制をとるべきである、としている。

#### (8) 医療の質を高め、安全性を確保

「専門医」についての読売提言は次の通りである。「専門医」の認定基準は分野ごとに各学会が認定しているが、認定基準がばらばらで、必ずしも技量を伴わなくとも資格を取得できる場合も少なくない。技量を厳しく審査する専門医認定制度に改めるべきである。「日本専門医制評価・認定機構」を公的機関として再編し、各学会に代わって専門医認定をする制度にしてはどうかと、提案している。

一方では、開業医の信頼を高め、子どもから高齢者まで様々な病気を幅広く診察でき、必要なら専門医に紹介する能力を持つ「家庭医」の育成が急務であるとも提言している。開業医の信頼が高まれば、患者の過度の病院志向修正が可能にもなるからである。「家庭医」については、日本医師会が関係3学会と協力し「認定制度」を作る作業を進めているが、早急に家庭医研修プログラムを作り、新規に開業する医師には研修を義務付けるべきである、としている。

---

<sup>66</sup> 本報告3.(1) P10、11 参照

医療事故に関しては、安全確立へ向け第三者機関「医療事故調査委員会」を各都道府県に設置すべきである、と提言している。事故が発生した場合、医療機関は、チームを組み事故原因を調査分析、関係者への対応、再発防止策を立てるが、医療機関が十分なチームを組成できないか、患者からの申し立てがあった場合、第三者機関である「事故調」が調査や対応支援を行う。過失が重大で刑事責任があると認めた事例については刑事告発する。患者対応も医療機関がチームで行い、話し合いでの解決（裁判外紛争解決＝ADR、Alternative dispute resolution）を目指す。ADRの支援のための第三者機関も整備すべきである、としている。

#### (9) 高齢者医療を介護と一体で充実

国の「療養病床の再編成」策により、2012年までに療養病床が大幅に削減されることになるが、その受け皿が不足したままでは「介護難民」が大量に発生する恐れがある。日本全国には、特養老人ホームなどの介護施設が約85万人分、有料老人ホーム・グループホーム・ケアハウスなどのケア付き住宅が約50万人分、合計135万人分があるが（表6）、65歳以上人口に対する比率は約5%と少なく、特にケア付き住宅が不足しており、ケア付き住宅でも暮らせるような高齢者までもが介護施設への入居を希望するため、特養などへの入所待機者が30万人以上も存在する。読売提言では、このような状況を解消し、介護難民を出さないためには、ケア付き住宅を2020年までに倍増させ、100万人分以上を確保する必要がある、と提言している。さらに、これだけの施設を新築するのは難しいので、都市再生機構の77万戸の集合住宅や、都道府県・市町村の公営住宅219万戸などを改装・改築し、介護事業所・介護ステーションを誘致してケア付き集合住宅にすること、その費用は国が負担することを提案している。また、ケア付き住宅などの整備は、都道府県が必要戸数の計画を立て司令塔となるべきである、としている。

この問題について国の「療養病床の再編成」策においては、削減する療養病床を老人保健施設・ケアハウス等へ転換させていくこと、そのための支援策を講ずることになっている<sup>67</sup>。読売提言では、このような国の政策については全く触れていないが、国の「療養病床の再編成」では必要施設を増やすことにはならないので、提言のようなケア付き住宅整備を推進することは必要かつ有効であろう。

---

<sup>67</sup> 本報告5.(5) P26 参照

以上の介護施設、ケア付き住宅での療養、および在宅での療養を支える訪問診療や訪問看護などの医療サービスも不足しており、在宅療養の高齢者を往診する「在宅支援診療所」制度が2006年に開始され全国で1万件の届け出があるが、夜間往診も行うところはまだ3割程度とされている。在宅介護サービスを受けている高齢者270万人のうち訪問看護を受けて人は1割程度にとどまるし、訪問看護ステーションは全国に約5500箇所があるが、小規模で看護師確保も難しい状況にある。看護師資格を有するが就業していない55万人の潜在看護師を活用すること、そのためにも訪問看護の報酬引き上げなど待遇改善が必要である、と提言している。

(表6) 介護施設、ケア付き住宅の現状

	施設の形態	定員	課題
病院	医療型療養病床	25万人	2012年度末までに削減
介護施設	介護型療養病床	11万人	2012年度末までに廃止
85万人分	老人保健施設	32万人	入所長期化
	特別養護老人ホーム	42万人	30万人超の待機者
主なケア付き住宅 約50万人分	有料老人ホーム	17万人	需要に対して大幅に不足しており、2020年までに倍増させる必要がある。
	グループホーム	13万人	
	ケアハウス	8万人	
	高齢者専用賃貸住宅	2万人	
	高齢者向け優良賃貸住宅	1万人	
	シルバーハウジング	3万人	

(出所) 読売新聞 2008年10月16日朝刊「医療改革の提言」に基づき作成

#### (10) 給付と負担の新ルールをつくれ

給付と負担についての読売提言は次の通りである。

日本の65歳以上人口比率＝高齢化率は先進国中最も高く、今後も高齢化が一層加速していくなかで、年金・医療・介護など社会保障の充実・維持のためには財源が必要であり、「負担は少なく、社会保障給付は十分受けて」というのは無理である。超高齢化社会を支えるために、真に必要な施策には財源投入を惜しんではならない。国民の理解を得ながら負担増も視野に入れて財源を確保し、社会保障では「大きな政府」を目指すべきである。

消費税を目的税化して、その役割が社会保障の財源であることを明確にし、税率を引き上げる（読売案は2011年度までに10%へ）。これにより医療・介護サービスを充実させ、女性医師・看護師・介護職員も働きやすい職場を作れば、新しい雇用とビジネスチャンスを創出することができる。国民合意のもとで、社会保障の「給付」と消費税の「負担」の新しいルールを確立する必要がある、と提案している。

医療費の無駄をなくすための提言として、社会保障番号を導入し、年金・医療・介護などの社会保障の給付と負担を一体で把握できるようにした社会保障カードを導入すること、その活用により医療機関が患者情報を共有できるようにして、重複受診・医薬品の重複投与を防止できるようにすることを提言している。また、医療機関が医療費を保険者に請求するレセプトの電子化、および後発医薬品の使用促進も提言している。ただし、レセプトの電子化と後発医薬品の使用促進は新たな提案ではなく、2006年「医療制度改革」の政策として既に上がっているものの再確認にすぎない。「医療制度改革」では2011年度当初から全レセプトをオンライン化する目標を掲げている。

診療報酬の改定について、読売提言は次のように主張している。

保険者が医療機関に支払う医療費の公定価格である診療報酬は、2年に一度「中央社会保険医療協議会」の決定により改定される。「中央社会保険医療協議会」では開業医の代表としての色彩の濃い日本医師会の発言力が強かったため、開業医に手厚く病院に薄い歪な形が長年続き、医療技術の高度化にも対応が鈍かったことから、病院経営が圧迫され勤務医の待遇も相対的に低く抑えられることとなった。このような体系を改めるべきであると、提言している。

読売提言には以上の他、“健康保険財政を破綻させるな” “国民も医療にコスト意識を持とう” という提言が挙げられているが、具体性がなく、掛声の域にとどまっている。

## 7. 医療制度改革の今後の方向性

1980年代以降、日本においては医療費抑制策が続けられ、医師数の抑制、診療報酬改定の抑制ないしマイナス改定、患者の窓口負担増加、介護保険制度創設、などが手段として用いられてきた。

2006年には「医療制度改革」が決まり、紆余曲折はあるものの改革が進行しつつあるが、この改革は医療財政の再建を目的として財政主導で決まったもので、全ての策が医療費をいかにして抑制するかで終始している。まず「医療費適正化」（＝医療費抑制）の短期的対

策として、低所得者に配慮しつつではあるが、高齢者を中心とする患者負担増加が実施された。また、新たな高齢者医療制度が創設され、“世代間の負担明確化・財政運営責任の明確化”など表向きの創設理由が上がってはいるが、突き詰めれば、その目的は市町村国保の財政救済であり、公費の負担を軽くするために、救済負担の相当部分が被用者保険に付け回されている（P20図5、P22図6参照）。さらに「医療費適正化」の長期的対策として、「生活習慣病予防」と「平均在院日数の短縮」が政策目標数値とともに掲げられている。「平均在院日数の短縮」の手段としては「療養病床の再編成」が掲げられ、厚労省は“適切な施設への転換”と称しているが、療養病床の大幅削減が目標数値を持って実施されることになっている。

導入された「後期高齢者医療制度」対しては激しい批判と反発が起り、「療養病床の再編成」についても“介護難民”が生じるとの批判の声が上がっている。さらに、この改革が国会で可決された2006年当時にはまだ顕在化していなかった医師不足問題が、救急患者たらい回しや地方病院の縮小・閉鎖という形で大きな社会問題化にするに至っており、医療をめぐる課題は山積していると言える。

これに対し、読売新聞の提言「医療改革」は、問題提起のみに終わった部分も多いが、日本の医療が直面する課題に正面から取り組んでおり傾聴に値するものである。このような提言が国民的議論に発展し、国民が合意した改革が進展するようにならねばならない。ただし、読売提言にも政府施策への理解不十分と思われる点も伺えるので、更なる研究と論議が必要であろう。以下、医療制度改革に関し今後特に論議を深めるべき点を5点列挙した。

#### (1) 医療費抑制策は続けるべきか

「平成18年医療制度改革ベース」の厚労省の医療給付費の予測は（表7）の通りである。医療制度改革が行われない場合、2025年度の医療給付費は56兆円と2006年度のほぼ2倍に増えるが、改革実施により8兆円圧縮され48兆円となる見通しとなっている。2025年度の国民医療費も65兆円が9兆円圧縮され56兆円に納まる見通しである。OECDベースの総医療費は国民医療費の約1.3倍であるので、改革がない場合は65兆円×1.3＝84.5兆円（GDP比11.4～12.4%）に達し、改革が実施されれば72.8兆円（9.8～10.6%）程度に納まることになる。本報告10ページ（表3）の回帰モデル（1980年代半ばに始まった医療費抑制策の継続を前提にしている）により予測した2025年総医療費（OECDベース）の対GDP比率は



11.1%で、厚労省見通しをもとに算出した改革無し予測値と改革後予測値の中間に位置していることになり、それぞれの予測値に整合性はあると見てよいであろう。今後、医療制度改革がめざした医療費抑制が実現しなければ、日本の医療費水準（総医療費の対GDP比率）は欧州の先進国の水準（10%程度）を超えて米国水準（15%強）に近づくことになり国民負担は大きく増える。国民負担の増加を抑えるには、医療費抑制策が必須になる。

ただ、日本の医療をめぐるのは早急に対処すべき数々の課題があり、これら課題の解決に取り組むために医療費抑制策の継続が困難になることも予想される。医師数不足が“医療崩壊”と称される事態の主因となっており、医師の養成数を増加させなければならないが、これは医療費の増加要因になりうる。診療報酬の改定についても、マイナス改定を続けることはできないし、勤務医の待遇改善、地方病院の経営改善と存続のためにはプラス改定が必要になろう。これは明らかに医療費の増加要因である。医療費適正化の主役である「平均在院日数の圧縮」の中心になる「療養病床の再編成」については、病床転換が計画通り進まず医療費抑制にそれほど貢献しない可能性があり、逆に病床転換を強力に進めると介護難民が発生する恐れがある。「生活習慣病予防」の健診と保健指導がどれだけ医療費抑制につながるかその効果は不明である。

以上の状況を考えあわせると、（1）少子高齢化が進行するなかで負担増を回避するために医療費抑制策の継続と医療サービスの低下を受容するのか、（2）抑制策を緩和してそのための負担増を受容するのか、（1）と（2）のいずれを選択するのかを政府は国民に問いかけ、国民環視のなかで立法府において国民的議論を早急に行うべきである。

私見では、直面する課題を解決するためには抑制策の見直しが不可避であり、それに伴う負担増を国民は受容すべきであると考え。国民の負担増は、①患者窓口負担増、②保険料引き上げ、③増税、④公債発行による将来世代負担増、この中のいずれかになるが、①はほとんど限界であり、④は現在の財政状態から言って論外である。従って②か③になるが、大部分は増税に、特に消費税を目的税化して税率を上げることが最良の選択であろう。消費税であれば高齢者も含めた全国民が広く負担することになり、生活必需品を低税率にすれば逆進性も低くなるからである。

（表7）医療給付費・国民医療費の将来見通し

	2006年度 (予算ベース)	2015年度	2025年度

		兆円	対 GDP 比	兆円	対 GDP 比	兆円	対 GDP 比
改革後	医療給付費	27.5	5.4%	37	5.8～6.1%	48	6.4～7.0%
	国民医療費	33.0	6.4%	44	6.9～7.3%	56	7.5～8.2%
改革実施前	医療給付費	28.5	5.5%	40	6.3～6.6%	56	7.5～8.2%
	国民医療費	34.0	6.6%	47	7.4～7.8%	65	8.8～9.5%
GDP		513.9兆円		601～634兆円		684～742兆円	

(注) 1. 「改革実施前」は、平成18年度の診療報酬改定及び健康保険法等改正を実施しなかった場合を起算点とし、1人あたり医療費の伸びについては、70歳未満2.1%、70歳以上3.2%と設定して試算している。

2. 「改革後」は、平成18年度予算を起算点とし、平成18年度の診療報酬改定及び健康保険法等改正の効果を織り込んで試算したもの。

3. GDP比の算出に用いた名目経済成長率は、2011年度までは「改革と展望2005」参考試算、2012年度以降は平成16年年金財政再計算の前提を用いて、「基本ケース」及び「リスクケース」の2つのケースを設定している。

(出所) 厚労省「健保法等の一部を改正する法律について」参考資料等により作成

## (2) マンパワーの増強が必須

医療提供体制に関わる諸問題の大半は、医師を始めとする医療従事者のマンパワーの不足に起因していると思われる。医師不足を背景として引き起こされた救急患者受け入れ拒否・たらい回し、地方病院の縮小・閉鎖といった事態は大きな社会問題になっている。また日本の平均在院日数が国際的に見て異常に長い原因は、37～38万床に上る療養病床の存在であると言われているが、急性病の病床数（人口千人あたり8.2床、2006年）も他の先進国に比べ格段に多いこと、急性病床の平均在院日数（19.2日、2006年）も突出して長いことも平均在院日数が長い大きな原因になっている（P12・表4参照）。医師数は逆に少ないので、少ない医師が多数の入院患者を診なくてはならない、手が十分に回らずに在院日数が長くなる非効率があると推測できる。看護師数についても医師ほどではないが同様の傾向がある。これらの問題を解決するには、医療機関の再編成も必要だが、必須条件として医師を始め看護師など医療マンパワーの増強があげられる。

政府はすでに医学部定員を増やす方向に方針転換をしているが、医師養成数を増加させ

ながら質が低下しないようにしなくてはならない。また、増やした医師が必要な診療科と必要な地域に配置されるような体制を構築せねばならない。読売提言では、専門医の研修を地域・診療科ごとの定員を定めて計画的に行う案、医師の配置を第三者機関で計画的に行う案を提言しているが、これらを全国各地で行うには更なる具体策検討が必要であろう。2年の初期研修についても、医師の偏在をなくすための改革が政府により行われようとしているが、真に実効あるものにしなければならない。

### (3) 診療報酬の改定は適正に行われているか

診療報酬改定は、これまで医療費抑制の有力な手段であった。特に2000年代に入りマイナス改定が続き（P6・図1参照）、それにより医療費抑制はできたが、医療現場には大きなひずみが生じている。地方公立病院を中心に経営が悪化する病院が目立ち（P45・表8参照）、その原因のひとつは医師不足による診療科の縮小・閉鎖とそれに伴う患者減少であるが、それに加えて診療報酬の改定も経営悪化に拍車をかけている。診療報酬のマイナス改定、開業医に手厚く病院に薄い改定が続いたことが病院経営を圧迫し、その結果病院勤務医の報酬も低位におかれ（P33・図7参照）、勤務医の病院離れの原因になっている。読売提言では、このような診療報酬体系は早急に改めるべきであると、提言している。マンパワーの増強と病院経営の安定のために必要な診療報酬アップは速やかに行うべきであり、またその目的に沿った診療報酬体系の見直しも必要であると考えます。

### (4) 高齢者医療制度の見直しをすべきか

2008年度から開始された新たな後期高齢者医療制度は、批判の嵐にさらされ、厚労相自身が「見直し」を表明する事態になっている。この制度の最大の問題点は、財政サイドと保険者サイドの要請にこたえるために、75歳以上の後期高齢者を市町村国保から切り離して独立の保険制度を作ったところにある。患者負担を除く医療費総額が、被保険者が払う保険料の10倍にも達する制度は、もはや保険とはいえない。患者負担除きの医療費の9割が調達不足になるので、そのうち5割は公費負担で残り4割を被用者保険が負担することになっている。被用者保険にはすでに相当重い負担がかかっているが、後期高齢者人口の増加に伴い、今後も継続的に負担が増加していくことになる。このような状態を放置すれば被用者保険の破たんが続出することになり、国民皆保険制度が危機に瀕することになりかねず、それを回避するためには後期高齢者医療制度の見直しが不可避である。見直し

案として下記二案を提示したい。

(1案) 後期高齢者医療制度は存置するが、被用者保険からの拠出金を縮小し、縮小分を公費で賄う。

(2案) 後期高齢者医療制度の枠組みを見直して、後期高齢者医療制度と国保を一体化し県単位の新国保として運営する。被用者は年齢に関わらず被用者保険に留まる。被用者保険から新国保への財政支援を縮小し、公費負担を増やす(この案は、2008年10月に提示された舛添私案に類似)。

公費で賄う部分を多くすれば、社会保障費の自然増抑制方針は明らかに維持できなくなるので、早期にその旨を宣言し、国民負担増加の理解を求めるべきである。

#### (5) 医療提供体制について

「医療機能の分化連携」や「在宅医療」などの医療提供体制改革を進めていくには、国の方針と法律によるのではなく、都道府県が主導権を取り、地域固有の事情を踏まえた上で、地域に必要な施設の整備と医療施設のネットワークづくりを、地域「医療計画」として推進することが有効である<sup>68</sup>。それらに対し、過去の実績と今後の発展性を評価するシステムを導入して推進事業に対する助成を行うことが必要になる。

このような改革を進める基になるのは個々の医療機関であり、その経営が健全でなければならないが、診療報酬のマイナス改定、医師不足などにより個別医療機関の経営は厳しさを増している。医療経済実態調査(2007年6月)によれば一般病院の医業収支は平均で赤字であり、特に公立病院が極めて厳しい状況にある(表8)。医業収入に対する給与費の比率は一般病院(全体)の平均で55.1%、公立の一般病院平均では59.7%に達している。2005年の同調査によれば医療法人立の一般病院の損益分岐点比率(損益分岐点/医業収入)は98.2%である。これは収入が2%減れば赤字に転落することを意味しており、病院の経営が需要減少あるいは単価下落にきわめて脆弱であることを示している<sup>69</sup>。

医療サービスには、労働投入比率が高く損益分岐点比率が高いことに加え、医療ニーズが多様で標準化が困難なため規模の経済性が働きにくいという供給特性がある。医療の質の向上と安全確保の必要性からコスト削減にも限界がある。

このような諸制約のなかで医療機関の経営効率をいかにして高めていくかは重要な課題であるが、医療サービスの供給特性を考慮すれば、診療報酬体系の見直しおよび改定方針

<sup>68</sup> 池上『医療問題』日経文庫 2008年、p 132、133

<sup>69</sup> 西村・田中・遠藤『医療経済学の基礎理論と論点』勁草書房 2007年 p 50

の変更が必須であると考えられる。

(表 8) 一般病院の収支状況 (2007 年 6 月・1 か月の収支)

	1 施設あたり 医療収入 (百万円)	医療収入に対する比率 (%)			
		医療費用	うち 給与費	医療収支 差額	総収支 差額
医療法人	125	97.5	53.1	2.5	2.2
国立	447	99.7	52.9	0.3	▲ 1.6
公立	413	117.4	59.7	▲ 17.4	▲ 7.6
公的	423	105.5	53.5	▲ 5.5	▲ 3.8
社会保険関係法人	556	101.5	52.0	▲ 1.5	0.2
その他法人	312	101.8	53.1	▲ 1.8	▲ 0.7
個人	75	94.3	48.6	5.7	5.6
全体	237	105.6	55.1	▲ 5.6	▲ 2.3

- (注) 1. 介護保険事業未実施の一般病院 (516) が対象で、特定機能病院は含んでいない。  
 2. 「公的」とは、日赤、済生会、厚生連などである。  
 3. 「社会保険関係法人」とは、健保組合、共済組合、国民保険組合などである。  
 4. 「その他法人」とは、公益法人、社会福祉法人、医療生協などである。

(出所) 中央社会保険医療協議会「第 16 回医療経済実態調査結果速報」2007 年 6 月

## おわりに

以上、医療保険制度の歩み、医療環境の変化と医療費の動向、医療提供体制の現状と課題、医療保険制度が抱える課題、2006年「医療制度改革」の概要と問題点、読売新聞「医療改革」提言について概観し、医療制度改革の今後の方向性を整理してみた。

日本の医療制度は、国民皆保険制度のもと、保険証さえあれば全国どこの医療機関でも自己負担 3 割（老人は 1 割、義務教育就学前は 2 割）で受診可能であり、国際的にも高い評価を受けている。2000年6月、WHOは日本の医療保険制度を世界最高と評価し、05年のOECDの調査でもトップの総合評価を得た。平均余命の長さ・周産期死亡率<sup>70</sup>の低さでも

<sup>70</sup> 出産 1000 件に対する妊娠満 22 週以後の死産と生後 1 週未満の新生児死亡数が占める割合

世界最高であり、国民の健康水準も優れている<sup>71</sup>。

それにも関わらず、日本の医療は「崩壊」「破壊」に瀕しているとの声が上がっている。その理由としては、第一に、世界に類を見ない速さで高齢化が進行し際限のない医療費増加が見込まれること、第二に、医療費抑制策を背景とする医師不足と診療報酬改定により医療提供体制に大きなひずみが生じ、救急患者受け入れ拒否や病院縮小・閉鎖などの社会問題が起きていること、第三に、医療保険のうち被用者保険も国保も、増大する高齢者の医療費負担により財政的に危機に直面していること、第四に、2006年に決定した「医療制度改革」に対する批判、特に高齢者医療制度に対する批判が巻き起こっていること等が考えられ、その詳細は既に本報告のなかで述べてきた通りである。

これら課題のうち、医師不足・偏在問題に対しては政府の対応策が既に動き出しており、高齢者医療制度も厚労相自ら先頭に立ち見直しに着手している。医療保険制度の財政危機および診療報酬の見直しも、社会保障費の増加額抑制方針を撤回し公費の投入を拡大すれば解決できない問題ではない。いずれの問題も、日本の経済力など総力をあげて取り組めば対処可能であると考えられる。

ただ、医療費増加抑制方針を緩和して医療給付を充実させるためには、国民負担の増加が必須であり、抑制策緩和と負担増を受容するのか、負担増を回避するために抑制策継続と医療サービスの低下を受容するのか、いずれを選択するのか国民的議論を要する。合意形成に長々と時間をかけることは許されず早急に行うべきである。

なお、「7. 医療制度改革の今後の方向性」に提起した5つの課題については、次年度以降の研究課題として取り組みたい。

## **【補論】 総医療費の決定因子は何か（回帰分析）**

### 1. 分析の目的

本分析の目的は、一国の総医療費の水準を決定する因子は何であるのか、高齢化に伴い医療費は増大するのか、日本の総医療費は他の先進諸国比多いのか少ないのかを検証し、総医療費抑制政策の是非を考える糸口にすることにある。

### 2. 既存文献のサーベイ

「平成19年版厚生労働白書」には次のような記述があり<sup>72</sup>、人口高齢化進行により医療

---

<sup>71</sup> 「医療無残」『週刊エコノミスト』8月26日特大号 p19

費が将来大幅に増加する、との考え方を採っている。

(高齢化の進行) 我が国の高齢化は今後ますます進んでいくことが予想されている。国立社会保障・人口問題研究所によれば、2030(平成42)年には、75歳以上の後期高齢者が、現在の2倍近い2,266万人に増加すると推計されている。

(医療費の増大) また、年齢階級別の一人あたり医療費について見ると、年齢が高くなるに従って飛躍的に医療費が増加していることが分かる。医療費を、老人医療費とそれ以外で分けると、一人あたりの老人医療費は、老人の受診率の高さから、老人以外の一人あたり医療費の約5倍になっている。

今後、後期高齢者が増加することから、何らの対策も講じなければ、医療技術の進歩とも相まって、将来の医療費は大幅に増大していくことが確実である。

一方、西村周三・田中滋・遠藤久夫『医療経済学の基礎理論と論点』2007年において、次のような論旨の記述がある<sup>73</sup>。

- ① 総医療費の国際比較分析では、各国の一人あたり医療費水準は一人あたり所得によって90%程度が説明され、高齢化のような医療ニーズを表す指標は医療費の決定因子としては無視できる。
- ② OECD諸国の一人あたり医療費を一人あたりGDPに回帰させた標準医療費回帰方程式を推計し、日本の実際の医療費が回帰線の上下いずれにあるかを判断基準として、日本の医療費水準が高いか低いかを評価すると、日本の医療費は構造的に10%程度少ない。

### 3. 仮説と検証方法

仮説として次の三点を挙げる。

- (1) 日本をはじめ先進諸国の一人あたり医療費は、一人あたりGDPに応じて決定される。
- (2) 高齢化要因は、先進諸国の医療費の決定因子にはならない。
- (3) 日本の一人あたり医療費は、他の先進諸国に比べ低水準にある。

検証方法は次のとおりとする。

- ① OECD加盟国について、一人あたり医療費と一人あたりGDPの相関関係を検証し、前者を被説明変数(Y)、後者を説明変数( $X_1$ )とする回帰式の推定を行う。推定

<sup>72</sup> 平成19年版「厚生労働白書」第2章1節1.(1)

<sup>73</sup> 西村・田中・遠藤『医療経済学の基礎理論と論点』勁草書房2007年p153~177

した回帰式の有意性を検証し、有意であればそれを使って各国の一人あたり医療費の理論値を算出し、実績値（観測値）との差（残差）を算出する。

- ② OECD 加盟国の高齢化比率（高齢人口／総人口）を、65 歳以上と 75 歳以上について計算し、一人あたり医療費との相関関係を検証する。
- ③ 一人あたり医療費（Y）を被説明変数とし、一人あたり GDP（ $X_1$ ）と 65 歳以上人口比率（ $X_2$ ）または 75 歳以上人口比率（ $X_3$ ）を説明変数とする重回帰式を推定し、その有意性を検証する。

#### 4. データ

次のデータを使用する。

- ① OECD 加盟国の購買力平価による米ドル建一人あたり医療費（2006 年）  
出所：OECD Health Data 2008
- ② OECD 加盟国の購買力平価による米ドル建一人あたり GDP<sup>74</sup>（2006 年）  
出所：総務省統計局 HP>世界の統計>国民経済計算
- ③ OECD 加盟国の総人口、年齢 5 歳階級別人口  
出所：総務省統計局 HP>世界の統計>人口>男女、年齢 5 歳階級別人口

#### 5. 検証方法①の結果

OECD 加盟国の購買力平価による米ドル建一人あたり医療費、および購買力平価による米ドル建一人あたり GDP は（表 1）の通り、その散布図は（図 1）の通りであり、相関係数と決定係数、推定した回帰式は（表 2）の通りである。

一人あたり医療費（Y）と一人あたり GDP（ $X_1$ ）の相関係数  $R=0.93112$  で、強い相関関係がある。決定係数  $R^2=0.86698$  であることから、一人あたり GDP（ $X_1$ ）により一人あたり医療費（Y）の 9 割近くが説明できることになる。また、推定回帰式の説明変数  $X_1$  の係数の t 値は 11.974 であり、1%水準で有意である。

推定回帰式により Y 理論値を求め、観測値との残差を算出した。残差の額は（表 1）記載の通りである。日本の医療費実績値（2006 年）は理論値を 305 米ドル下回っている。

---

<sup>74</sup> OECD 加盟各国の「一人あたり GDP」について、購買力平価を用いて OECD が換算したもの。購買力平価とは、GDP を実質比較するために、国家間の物価水準における差を除去することによって異なる通貨の購買力を等しくする通貨換算率。



(表1) OECD加盟国の一人あたり医療費 (Y) と一人あたり GDP (X<sub>1</sub>) (2006年)

国名 (24カ国)	X <sub>1</sub> 観測値 一人あたり GDP (購買力平価 US\$)	Y 観測値 一人あたり医療費 (購買力平価 US\$)	Y/X <sub>1</sub>	Y 理論値 (US\$)	残差 Y 観測値-理論値 (US\$)
ノルウェー	50,052	4,520	9.0%	4,816	-296
スイス	37,523	4,311	11.5%	3,480	831
カナダ	36,715	3,678	10.0%	3,394	284
オーストリア	36,130	3,606	10.0%	3,332	274
ベルギー	33,796	3,462	10.2%	3,083	379
フランス	31,001	3,449	11.1%	2,785	664
ドイツ	32,397	3,371	10.4%	2,934	437
アイスランド	36,603	3,340	9.1%	3,382	-42
スウェーデン	34,192	3,202	9.4%	3,125	77
オーストラリア	35,453	3,141	8.9%	3,259	-118
アイルランド	40,406	3,082	7.6%	3,788	-706
英国	33,329	2,760	8.3%	3,033	-273
フィンランド	32,869	2,668	8.1%	2,984	-316
イタリア	29,033	2,614	9.0%	2,575	39
日本	31,919	2,578	8.1%	2,883	-305
ギリシャ	31,433	2,483	7.9%	2,831	-348
スペイン	28,771	2,458	8.5%	2,547	-89
ポルトガル	20,773	2,120	10.2%	1,694	426
チェコ	22,180	1,509	6.8%	1,844	-335
ハンガリー	18,259	1,504	8.2%	1,426	78
韓国	23,038	1,464	6.4%	1,936	-472
スロヴァキア	17,723	1,308	7.4%	1,369	-61
ポーランド	14,870	910	6.1%	1,065	-155
メキシコ	12,104	794	6.6%	770	24
平均	30,024	2,681	8.9%	2,681	

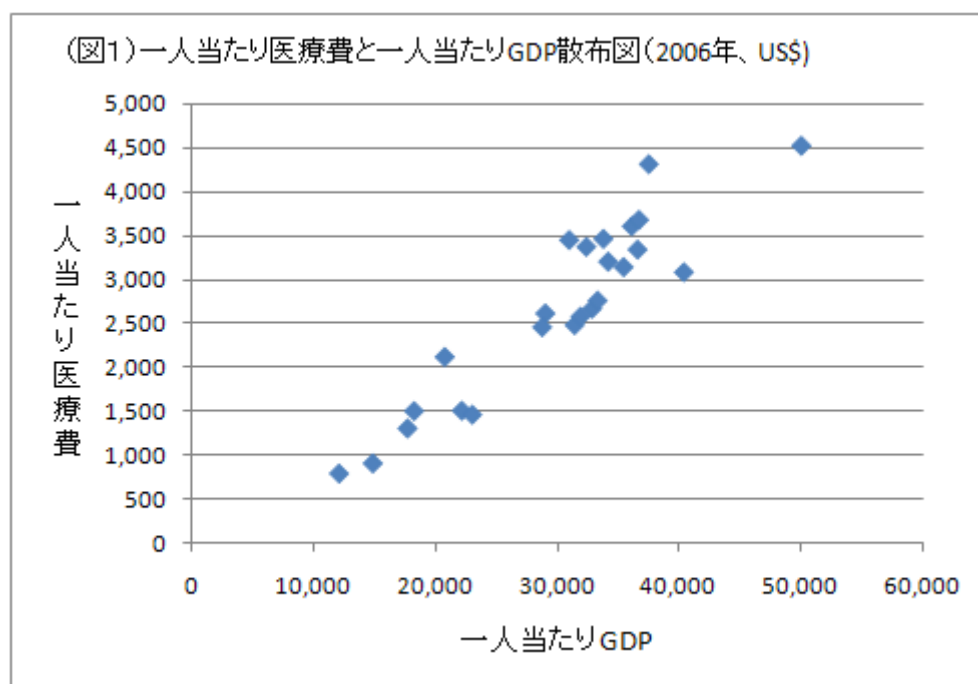
(注) 1. 一人あたり医療費、一人あたり GDP とともに購買力平価による米ドル建である。

2. 対象国 24 カ国：OECD 加盟 30 カ国のうち、2006 年データのないデンマーク・オランダ・ニュージーランド・トルコの 4 カ国、一人あたり GDP が異常に高いルクセンブルグ、一人あたり医療費が群を抜く米国の計 6 カ国を除外した。

(出所) OECD Health Data 2008、総務省統計局 HP > 世界の統計 > 国民経済計算

(表 2) 検証方法①の結果一覧表

対象国数	24 カ国(t検定自由度 22)	
相関係数 R	0.93112	
決定係数 R <sup>2</sup>	0.86698	
線形回帰式の推定	X <sub>1</sub> の係数	0.10663
	(標準誤差)	0.00890
	(t値)	11.974(有意水準 1%の臨界値 2.819)
	回帰式	Y=-520.9+0.10663X <sub>1</sub>



## 6. 検証方法②の結果

検証①の対象国 24 カ国のうち、人口データがそろそろ 20 カ国の数値は (表 3) の通りである。(表 3) のデータに基づき、一人あたり医療費 Y と高齢人口比率 X<sub>2</sub>および X<sub>3</sub>との相関係数は (表 4) の通り、散布図は (図 2) (図 3) の通りで、弱い相関関係があると言

える。

(表3) OECD加盟20カ国の高齢化比率

国名	2006年 一人あたり 医療費 Y (US\$)	65歳以上 人口比率 X <sub>2</sub> (%)	75歳以上 人口比率 X <sub>3</sub> (%)	国名	2006年 一人あたり 医療費 Y (US\$)	65歳以上 人口比率 X <sub>2</sub> (%)	75歳以上 人口比率 X <sub>3</sub> (%)
スイス	4,311	15.78	7.56	イタリア	2,614	19.35	8.92
カナダ	3,678	12.96	6.04	日本	2,578	20.09	9.08
オーストリア	3,606	15.74	7.60	ギリシャ	2,483	17.53	6.73
ベルギー	3,462	17.12	7.82	スペイン	2,458	16.83	7.81
フランス	3,449	16.30	7.80	ポルトガル	2,120	16.91	7.25
ドイツ	3,371	18.31	7.85	チェコ	1,509	14.04	6.14
スウェーデン	3,202	17.21	8.85	ハンガリー	1,504	15.55	6.62
オーストラリア	3,141	12.95	6.14	韓国	1,464	8.70	2.82
英国	2,760	15.96	7.56	ポランド	910	13.05	5.24
フィンランド	2,668	15.72	7.15	メキシコ	794	5.02	1.88
20カ国平均					2,604	15.26	6.84

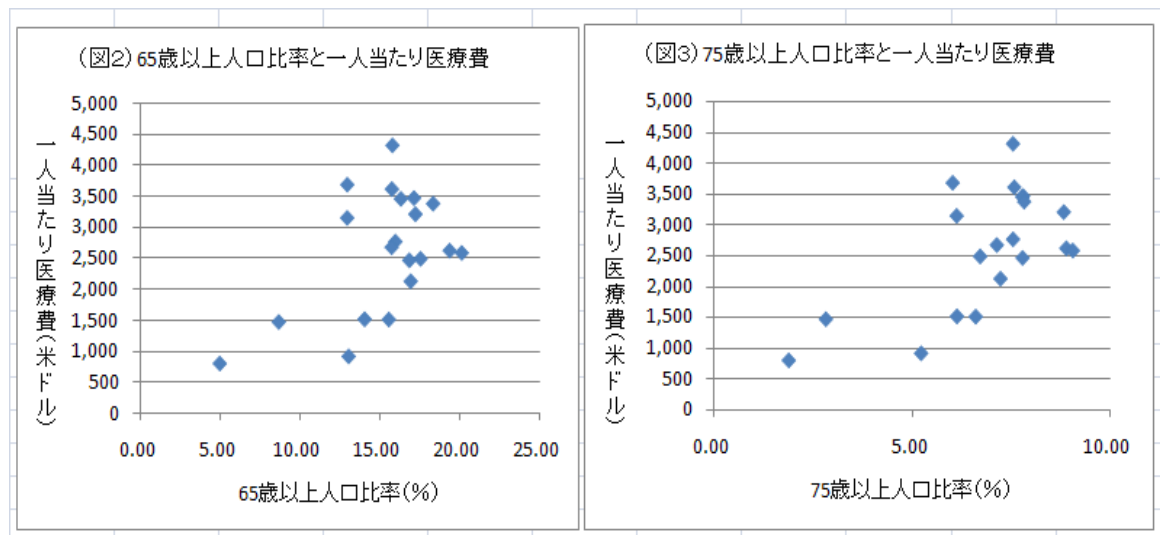
(注) 1. 人口データの調査年：日本は2005年センサス、フランス・ギリシャ・メキシコは2003年推計、その他は2004年推計

2. 対象国20カ国：(表2)の24カ国のうち、人口データの取れない4カ国を除外

(出所) 総務省統計局 HP>世界の統計>人口>男女、年齢5歳階級別人口

(表4) OECD加盟国の一人あたり医療費 (Y) と高齢人口比率 (X<sub>2</sub> X<sub>3</sub>) の相関関係

対象国数n=20	一人あたり 医療費との 相関係数	自由度n-2=18の臨界値		
		有意水準10%	有意水準5%	有意水準1%
		0.378	0.444	0.561
65歳以上人口比率 X <sub>2</sub>	0.51227	○	○	×
75歳以上人口比率 X <sub>3</sub>	0.63245	○	○	○



## 7. 検証方法③の結果

一人あたり医療費 (Y) を被説明変数とし、一人あたり GDP ( $X_1$ ) と 65 歳以上人口比率 ( $X_2$ ) または 75 歳以上人口比率 ( $X_3$ ) を説明変数とする重回帰式を推定した結果は、次の (表 5) の通りである。係数  $\beta_1$  の t 値は自由度 17 の臨界値 (2.898/有意水準 1%) を上回り、1%水準で有意であるが、係数  $\beta_2$ 、 $\beta_3$  の t 値は、臨界値 (2.110/有意水準 5%) に達せず、5%水準でも有意ではない。

(表 5) 重回帰式推定結果

説明変数	一人あたり GDP ( $X_1$ ) と 65 歳以上比率 ( $X_2$ )	一人あたり GDP ( $X_1$ ) と 75 歳以上比率 ( $X_3$ )	
重回帰式	$Y = \alpha + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2$	$Y = \alpha + \beta_1 X_1 + \beta_3 X_3$	
重相関係数	0.9327	0.9342	
重決定係数	0.8698	0.8728	
修正済決定係数	0.8545	0.8578	
切片 $\alpha$	-906.2	-939.5	
$X_1$	係数 $\beta_1$	0.118	0.113
	t 値	8.907	7.949
$X_2$	係数 $\beta_2$ $\beta_3$	8.038	40.570
$X_3$	t 値	0.282	0.690

## 8. 以上の結果に基づく考察

得られた結果から、三つの仮説に関し次の結論を得る。

- ① 検証方法①の回帰式において、一人あたり GDP により一人あたり医療費の水準を 90% 近く説明できる。
- ② 検証方法③の重回帰式において、高齢化要因は一人あたり医療費水準の説明変数としては有意ではない。
- ③ 検証方法①の回帰式から、日本の 2006 年時点の一人あたり医療費の理論値を求めると 2,883 米ドルとなり、実績値 2,578 米ドルは理論値を 1 割以上下回る。

以上の検証と結論①②は、同一時点の国際横断的な医療費水準の回帰モデルに基づくもので、一国の医療費水準が GDP によってほぼ決定されること、すなわち家計と同じく経済力の範囲でしか医療費は支出できないことを示しているに過ぎないとも言える。

高齢化率のような医療ニーズの指標については、それがどの程度医療費の決定に関わっているか、各国の医療提供体制・医療保険制度・介護制度等の相違により区々であると思われる。高齢化要因が一人あたり医療費の増加因子であるか否かについては、国単位の時系列アプローチが必要であり、さらなる検証と考察を行う。

## 9. 時系列アプローチ

前出文献、西村・田中・遠藤『医療経済学の基礎理論と論点』2007 年の記述は、国際横断的な医療費水準の決定因子に関わるもので、時系列分析ではない。一方、「平成 19 年版厚生労働白書」の記述は、高齢化進行を要因とする日本の医療費の将来見通しに関わるものである。日本における一人あたり老人医療費（70 歳以上）が老人以外の一人あたり医療費の約 5 倍であることは厳然たる事実であり、高齢者比率が上昇すれば一人あたり医療費も当然増加すると見ることに納得性がある。よって次のような仮説を立てて、検証したい。

- (1) 仮説：高齢化の進行は日本の医療費の増加要因である。
- (2) 検証方法：日本の総医療費の対 GDP 比率を被説明変数 (Y) とし、日本の 65 歳以上人口比率を説明変数 (X) とする回帰モデルを推定する。
- (3) 追加データ  
国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成 18 年 12 月推計）」
- (4) 検証結果

日本の総医療費の対 GDP 比率と、65 歳以上人口比率の 1965～2005 年の推移は（表

6) の通り、散布図は (図 4) の通りである。これらのデータを用いて線形回帰式を推定する。散布図に見る通り、高齢化率が 10% を超えた時点即ち 1980 年代後半に、大きな構造変化が起きていることがうかがえる。よって、1988~2005 年に係数ダミーと定数項ダミーを導入した。推定した重回帰式は (表 7) の通りである。なお「1980 年代後半以降の構造変化」については後述する。

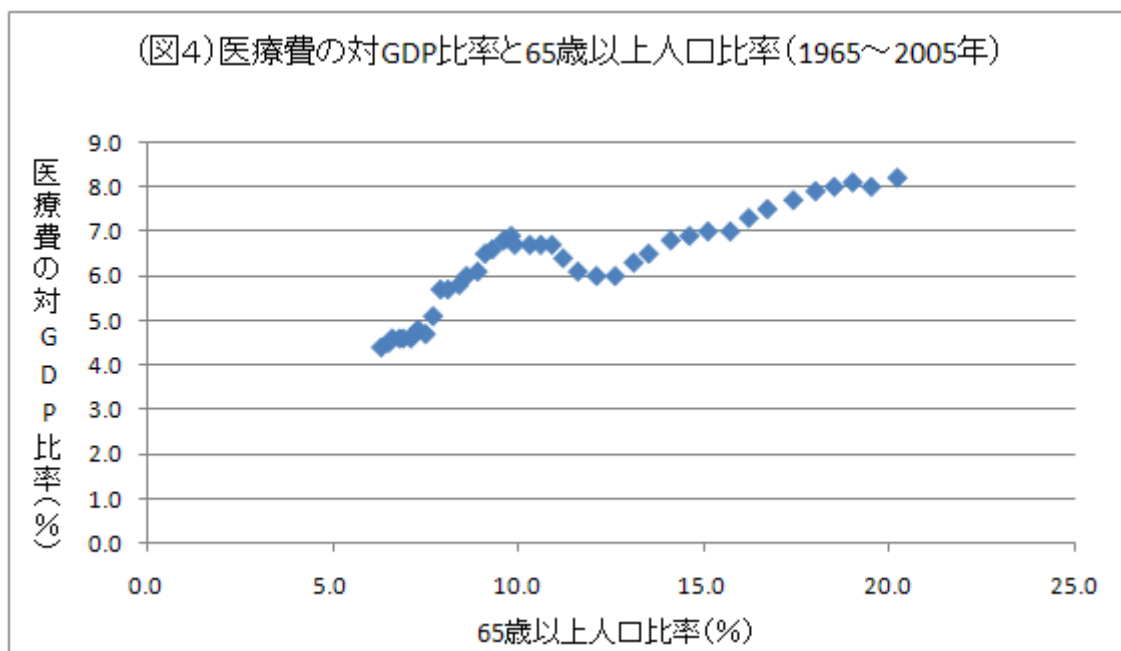
回帰モデルの決定係数  $R^2$  は 0.9559 と極めて高く、推定した回帰係数は全て 1% 水準で有意である。X の回帰係数は、構造変化前の 0.6374 から構造変化後は 0.2641 へ低下、高齢化進行に伴う医療費の増加速度が緩やかになっていることが分かる。

(表 6) 日本の総医療費の対 GDP 比率と 65 歳以上人口比率 (1965~2005 年) (単位: %)

年	総医療費 の対 GDP 比率(Y)	65 歳以 上人口 比率(X)	年	総医療費 の対 GDP 比率(Y)	65 歳以 上人口 比率(X)	年	総医療費 の対 GDP 比率(Y)	65 歳以 上人口 比率(X)
1965	4.4	6.3	1979	6.1	8.9	1993	6.5	13.5
1966	4.5	6.5	1980	6.5	9.1	1994	6.8	14.1
1967	4.6	6.6	1981	6.6	9.3	1995	6.9	14.6
1968	4.6	6.8	1982	6.8	9.6	1996	7.0	15.1
1969	4.6	6.9	1983	6.9	9.8	1997	7.0	15.7
1970	4.6	7.1	1984	6.7	9.9	1998	7.3	16.2
1971	4.7	7.2	1985	6.7	10.3	1999	7.5	16.7
1972	4.8	7.3	1986	6.7	10.6	2000	7.7	17.4
1973	4.7	7.5	1987	6.7	10.9	2001	7.9	18.0
1974	5.1	7.7	1988	6.4	11.2	2002	8.0	18.5
1975	5.7	7.9	1989	6.1	11.6	2003	8.1	19.0
1976	5.7	8.1	1990	6.0	12.1	2004	8.0	19.5
1977	5.8	8.4	1991	6.0	12.6	2005	8.2	20.2
1978	6.0	8.6	1992	6.3	13.1			

(出所) 総医療費の対 GDP 比率 : OECD Health Data 2008

65 歳以上人口比率 : 国立社会保障人口問題研究所「日本の将来推計人口」(平成 18 年 12 月)



(表7) 回帰モデルの推定結果

重回帰式	Y=0.3292+0.6374X-0.3733DX+2.6715D	
ダミー変数	D=0:1965～1987年 D=1:1988～2005年	
t値	(1.089) (17.777)*** (9.068)*** (6.081)***	
決定係数 R <sup>2</sup>	0.9592	
自由度修正済決定係数 R <sup>2</sup>	0.9559	

(5) 1980年代後半以降の構造変化

高齢化進行に伴う医療費の増大に危機感を持った政府は、1980年代に総医療費抑制政策を開始した。まず1983年に老人保健制度を導入、無料であった老人医療費の一部自己負担制を開始、84年には被用者本人の自己負担を1割へ引き上げた。その後も累次にわたり患者自己負担を引き上げ、現在は70歳未満の自己負担が3割に、70歳以上の自己負担が1割（現役並み所得者3割）になっている。80年代に開始した医師数の増加抑制策は、つい最近まで継続されてきた<sup>75</sup>。2000年代に入ると2年に一度の診療報酬改定時にマイナス改定を繰り返してきた（本文P6・図1参照）。また2000年には介護保険制度を開始し、老人医療のうち介護的色彩の強いものを介護保険に移行している。これらの

<sup>75</sup> 平成19年版「厚生労働白書」第1章第1節2. (2)

国公立合わせた医学部入学定員は、2004年現在、入学定員最高であった1984年に比べ7.9%削減（8,280人から7,625人）されている。

政策により、医療費の伸びは低く抑えられ、現在に至っているものである。

#### (6) 時系列アプローチを加えた考察

以上の検証により次の結論を得た。

- ① 先進諸国の総医療費を決定する因子の国際比較分析を行うと、総医療費水準は GDP によって 9 割近く決定される。
- ② 先進諸国の総医療費の国際比較分析では、高齢化は決定因子として有意ではない。ただし時系列的には、一国の総医療費の対 GDP 比率を引き上げる主要因子となる。日本の総医療費の対 GDP 比率は、高齢化進行に伴い過去 40 年間、80 年代後半を除いて一貫して上昇しており、高齢化率が対 GDP 比率を 95% 強決定している。
- ③ 日本の総医療費は、国際的にみて 1 割程度低い水準にある。1980 年代後半から開始された医療費抑制策により、80 年代後半を境として、医療費の対 GDP 比率の上昇は緩やかになっている。このような構造変化の結果、日本の一人あたり医療費は国際的にみて 1 割程度低い水準に抑えられている。

推定された回帰モデルと高齢人口比率の将来予測<sup>76</sup>をもとに、医療費の対 GDP 比率を予測すると（本文 P9 表 3）のとおりとなる。この予測は、1980 年代後半から開始された医療費抑制政策が今後も続くと仮定した場合の予測値であり、医療費抑制政策が緩和方向で見直された場合にはこれよりも高い値になると思われる。

#### 10. 終わりに

日本の 1980 年代以降の医療費抑制策は、総医療費の増加を抑えただけでなく、他の主要国に比べて、病床数のみ突出して多いのに病床あたり医療スタッフが際立って少数で平均在院日数は 2 倍から 3 倍以上長いという、非常に非効率な医療提供が行われる結果を招来した（本文 P12・表 4）との指摘がある<sup>77</sup>。国際的に見て低水準の医療費を、対 GDP 比で G7 各国の平均レベル（10%）まで早急に引き上げて、医療の質の低下と供給不足を解消すべきであるとの意見も強い<sup>78</sup>。

医療費抑制政策を見直して医療給付の充実をはかり、日本の医療費を、OECD24 カ国の回帰分析で得られた理論値の水準まで引き上げた場合、医療費の対 GDP 比率は、今世紀

<sup>76</sup> 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成 18 年 12 月）」を使用

<sup>77</sup> 遠藤・池上『医療保険・診療報酬制度』勁草書房 2008 年 p 121

<sup>78</sup> 「医療無残」『週刊エコノミスト』2008 年 8 月 26 日 p23,28,29



半ばあるいはもっと早い時期に、現在の米国の医療費の対 GDP 比率（15.3%、2006 年）と同程度あるいはそれを超える水準に到達すると考えられる。

このような医療費の増大に見合う負担増を国民が受け入れるか、あるいは医療費増加抑制策継続を受け入れるか、国民的議論が必要である。

## 参考文献

阿部とも子・保坂展人『どうなる？高齢者の医療制度』ジャパンマニスト社 2008 年 6 月

池上直己『医療問題』日本経済新聞社・日経文庫ベーシック 2008 年 4 月

遠藤久夫・池上直己『医療保険・診療報酬制度』勁草書房 2008 年 5 月

田中滋・二木立『保健・医療提供制度』勁草書房 2006 年 9 月

西村周三・田中滋・遠藤久夫『医療経済学の基礎理論と論点』勁草書房 2007 年 11 月

「医療無残」『週刊エコノミスト』8 月 26 日特大号

「医療破壊」『週刊東洋経済』2008 年 11 月 1 日号

OECD Health Data 2008 ; [http://www.oecd.org/document/46/0,3343,en\\_2649\\_33929\\_34971438\\_1\\_1\\_1\\_37407,00.html](http://www.oecd.org/document/46/0,3343,en_2649_33929_34971438_1_1_1_37407,00.html)

国立社会保障人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成 18 年 12 月推計）」

<http://www.ipss.go.jp/syoushika/tohkei/suikai07/suikai.html>

平成 19 年版「厚生労働白書」<http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/07/index.html>

厚生労働省「我が国の医療制度の概要」

<http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryohoken/iryohoken01/01.html>

厚生労働省「平成 18 年度国民医療費の概況」

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-iryohi/06/index.html>

厚生労働省「平成 18 年度医療制度改革関連資料」

<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihoshoh/iryouseido01/index.html>

厚生労働省「健康保険法等の一部を改正する法律について」

<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihoshoh/iryouseido01/pdf/hoken83a.pdf>

政府・与党医療改革協議会「医療制度改革大綱」平成 17 年 12 月 1 日

<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihoshoh/iryouseido01/pdf/taikou.pdf>

中央社会保険医療協議会「第 16 回医療経済実態調査結果速報」2007 年 6 月

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/10/s1031-3.html>

総務省統計局 HP > 世界の統計 > 国民経済計算

<http://www.stat.go.jp/data/sekai/03.htm>

総務省統計局 HP > 世界の統計 > 人口

<http://www.stat.go.jp/data/sekai/02.htm>

読売新聞 2008 年 10 月 16 日朝刊「医療改革の提言」