

2006年医療制度改革

— 効率と平等について —

経済学部商業学科4年
日 高 しほり

《論文要旨》

2006年医療制度改革は、2005年において、774兆円にのぼる債務残高と、少子高齢化が進む社会にあって、経済財政諮問会議の歳出削減の重要な対象として、構造改革の推進と、医療費の歳出において厳しく抑制された。

老人人口の増加は医療費高騰の主要因であり、財政赤字に甚大な影響を与えているのだろうか。また日本の医療制度は抜本的改革が必要なのだろうか。

日本の医療制度を検証し、その際、イギリス、アメリカの医療制度も参考にす。医療費、70歳以上医療費、高額医療費、総人口、65歳以上人口、国民所得の増加率の統計を元に医療費増加の主要因を推察した。

次に、2006年医療制度改革を追うことにより、医療政策の審議の過程を究明した。

その結果、日本では医療が国民の権利として明確に確立しており、また、格差に対する抵抗が強い。日本の医療制度は、1961年に国民皆保険を達成して以来、世界1の医療制度といえるまでにこの理念を実現してきたといえる。

2006年医療制度改革において、患者負担増、歳出削減、診療報酬の大幅な引き下げが行われた。国民医療費増加の主な原因は医療の進歩によるものであると推察する。混合診療が解禁になり、経済財政諮問会議が主導する医療の市場化への道筋は、さらに国民医療費の増加率を上げ、基本的人権を守る医療の削減につながる。

医療改革は、平等な医療、国民皆保険制度と民間非営利の医療機関主体の医療提供制度を維持しつつ、部分改革の積み重ねにより、改革を進めるべきである。

これからの平等な医療、限りある資源の配分について、厚労省、医師、保険者、労働側（患者側）、経営側、公益側が揃う中央社会保険医療審議会（中医協）の場で合意、決定をしていくべきである。



目次

1. はじめに	5. 2006年度医療制度改革
2. 日本の医療制度	(1) 官邸主導の医療制度改革
(1) 健康保険制度	(2) 医療制度改革の内容
(2) 国民健康保険の滞納	6. 診療報酬と混合診療
(3) 医療の提供	(1) 診療報酬の見直し
3. 少子高齢化と老人保健制度	(2) 混合診療
(1) 少子高齢化と老人医療費	7. まとめ
(2) 老人医療費	参考文献リスト
4. 各国の医療制度	
(1) イギリスの医療制度	
(2) アメリカの医療制度	

1. はじめに

2005年度日本の財政状況は、税収が44.0兆円、公債発行額は34.4兆円となり、公債依存度は41.8%となった。一般会計及び特別会計による借入金等を含む長期国債残高は、建設国債が252.7兆円、特例国債が285.7兆円と合計538.4兆円。地方公共団体による借り入れを含めた債務残高は774兆円にのぼる。債務残高の対GDP比は170.0%と他の主要先進国中最悪である[1]。

国庫一般会計予算額82.1兆円の内、国債費は18.4兆円で22.4%である(図1-1)。さらに特別会計歳出411.9兆円の内、国債関係費は192.4兆円である(会計間で重複があり、その重複がどのように使われているかは、わかりにくい)[2]。つまり、国家予算歳出合計のおよそ43%が借金の返済に充てられているのである。政策的な経費として使える金額は6割弱であるという、財政の硬直化をきたしている。

一般会計予算のうち24.8%を占める社会保障費は、少子高齢化が進む社会にあって、経済財政諮問審議会の歳出削減の重要な対象として、2006年度医療改革では、医療費の受給者負担、診療報酬の

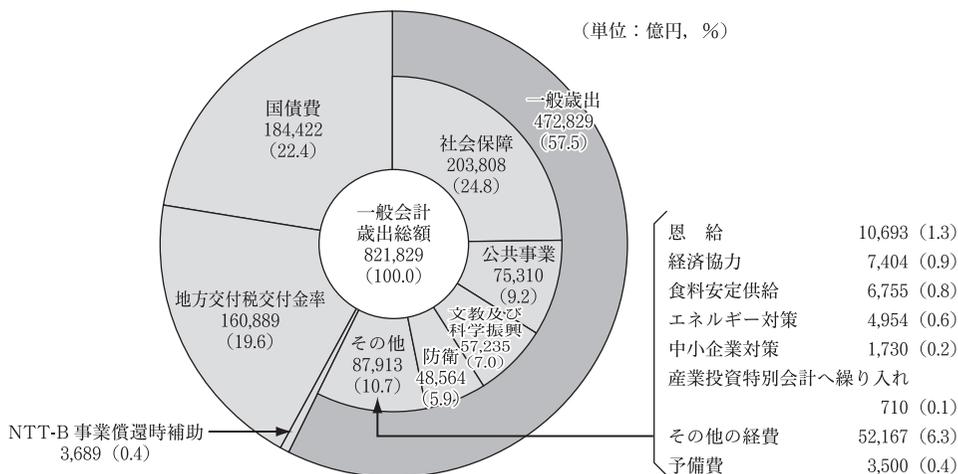
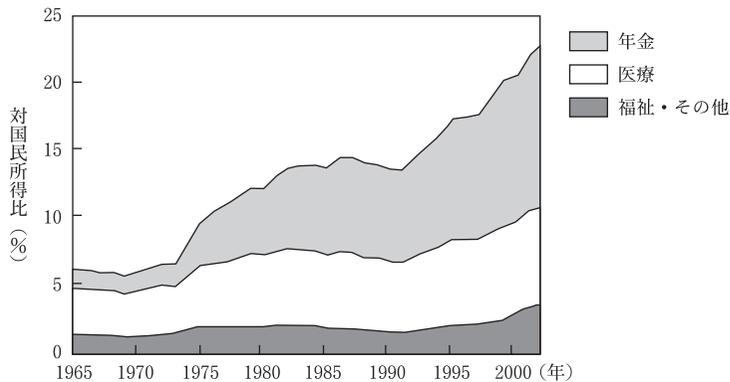


図1-1 財務省ホームページ「日本の財政を考える」2005年9月

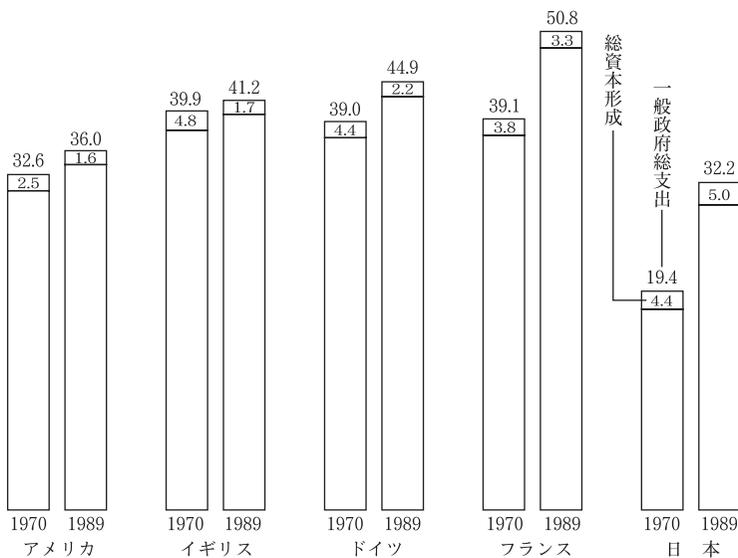
大幅引き下げの方針を決定した。高齢社会において老人医療費の漸増、新しい技術の導入、普及により、医療の支出が増加する場合、それ自体何ら批判されるものではない。社会保障費のうち医療支出は、絶対額、伸び率の両方において年金より低い(図1-2)。また、財政の硬直化をきたしている累積国債は医療費のために作られたものではない。OECDヘルスデータ2003によると、対GDP比でみた総医療支出は7.6%であり、OECD諸国平均8.3%より低いのである。

1970年と89年ないし90年にいたる20年間の一般政府(中央政府と自治体)総資本形成のGNP比をみると日本だけが増加している(図1-3)。1965年から建設国債の発行が常態化し、財政投融资も財源に加え財政法四条⁽¹⁾の定める厳しい均衡財政主義が及ばない特別会計、政府関係機関(特殊法人)予算において、突出した公共事業を行ってきた。また、バブル経済の崩壊の過程で、税収が減少したが、景気回復に向け、減税、補正予算等の財政措置を含めた経済対策を累次に講じてきた。こう



出所：命 柄匡 (2006)「改革」のための医療経済学，メディカ出版，p.59

図1-2 日本の社会保障給付費の変化



注：ドイツの欄の数字は旧西ドイツのもの。

出所：『財政データブック』

新藤宗幸 (1996) 日本の予算を読む，筑摩書房，p.161

図1-3 GNPに占める総資本形成

した度重なる財政出動を原因に、1991年より再び特例公債の発行がなされるようになった [3]。

医療費は公共事業費より国民にとって、優先すべき費目である。高齢社会において安定した医療制度の存続は基本的な生活保障である。また、より効率的で質の高い医療の実現には、医療の市場化の拡大より、公的皆保険制度、公費負担の拡大、実証分析データに基づいた効率的な資源配分が必要である。日本の医療制度の現状を明らかにし、外国の医療制度と比較するとともに、2006年度医療制度改革を検討し、今後のより良い医療制度の存続に向けて、医療費と医療制度について考察したい。

参考文献

- [1] 財務省ホームページ (2005年), 日本の財政を考える
- [2] 木下康司 (2005年) 図説 日本の財政 (平成17年度版), 東洋経済新報社, p.67
- [3] 北川 力 (2004年) 図説 日本の財政 (平成16年度版), 東洋経済新報社

2. 日本の医療制度

(1) 健康保険制度

日本では、国民皆保険制度の下、1961年から、すべての国民が公的医療保険に強制加入している⁽²⁾。被用者（およびその扶養者）であれば職場の被用者保険に、そうでない場合には、居住する市町村の国民健康保険に加入する必要がある、どの保険に加入するかは選択できない。患者は、保険医療機関で医療費の患者負担額だけを支払えば医療サービスを受けられる現物給付制である。

患者自己負担の割合は、2006年9月までは、国民健康保険組合の一部を除き、3歳未満が2割、3～69歳は3割、70歳以上は1割（一定所得以上——年収夫婦で621万円以上、単身で484万円以上は2割）である。

高額医療費制度により、1ヶ月の自己負担限度額は、70歳未満の上位所得者（月収56万円以上）で、13万9,800円+（総医療費-46万6,000円）×1%である。1年間に同じ世帯で高額医療に当たる月が4回目からは、7万7,700円である。総医療費は、1世帯1ヶ月の間に1つの医療機関（総合病院などでは1つの診療科）に支払った金額が2万1,000円以上のもの。同一医療機関でも外来入院は別々に計算され、入院時の食事、差額ベッド代、保険外の医療費は対象外である。

保険料は、加入している保険によって異なる。中小企業で働くサラリーマンが加入（29.3%）している政府管掌健康保険料率の上限は年収の8.2%（労使折半）、国庫負担は給付の13%である。

2005年度の財政状態は約1,494億円の黒字だが、2006年度には584億円の赤字に転落し、更なる保険料の引き上げが必要となる（日本経済新聞朝刊2006/08/04）。

大企業などの組合管掌健康保険（25.2%）は年収の3～9.5%（使用者56%以上、労働者45%未満）、国庫負担は基本的にない。（予算補助）財政状況は、2002年度、4,168億円の赤字である。公務員、教員が加入（7.9%）する共済については公表が進んでいない [1]。

自営業者等が加入（33.1%）している市町村国民健康保険は1番保険料率が高く、市区町村によって保険料には大きな差がある。所得割額、資産割額（課さない自治体も多い）、均等割額、平等割額の算定基準に対し、何%の保険料を徴収するかは市区町村ごとに決められており、そこから大きな格差が生まれる。2001年度の国民健康保険実態調査によれば、加入者1人当たりの保険料は全国平均

で7万9,512円。年間に支払う平均保険料が1番高かったのは北海道羅臼町の11万6,650円、1番低かったのは鹿児島県十島村の1万9,200円で、6.1倍もの格差があった。国庫負担は給付の50%である。2002年度国保の財政は、4,188億円の赤字である〔2〕。

2009年10月より、政管健保、健保組合とも保険料率は年収の3~10%。2007年4月より被用者保険料の上限は121万円、国保は53万円である（日本経済新聞朝刊2006/8/19）。

全国に166ある国民健康保険組合（3.4%）の保険料は組合健保並みである。自己負担割合は医師国保組合などは本人と家族とも2割負担である。また、全国土木建築国保組合の例をとると、月額医療の自己負担分が約1万5,000円以上ならば差額分が戻る。このように国保組合は他の健康保険より有利であるが、国庫負担は、給付の32~52%であり、3,192億円（2003年度）に上る。財政状況は安定している（産経新聞朝刊2005/8/29）。

平成13年度国民医療費は、31兆3,234億円。そのうち「保険料」は16兆4,769億円（56%）、「国庫」は7兆7,399億円（24.7%）、「地方」は2兆3,977億円（7.7%）、「患者負担」は4兆6,841億円（15%）である〔3〕。

（2）国民健康保険の滞納

市町村国保の保険料の滞納世帯は、厚生労働省のまとめでは2003年6月の時点で、過去最高の約455万世帯になった。滞納世帯の割合は19.2%と20%に迫っている。特に問題は保険財政の更なる悪化である。

1997年の国民健康保険法改正で「特別の事情がなく納付期限から1年以上保険料（税）を滞納している者には、保険証を返還させることを求める」と返還を義務づけ（国保法9条3項）、2001年4月から実施している。保険証の代わりに「短期保険証」「資格証明証」を発行する。短期保険証では、自己負担は3割である。市町村の判断で、1ヶ月、2ヶ月の有効期間の内に未納分の支払や納付相談をし、保険証を更新することになっている。

短期保険証が発行され、市町村に納付相談をしなかった場合や、保険料納付期限から1年間を経過しても滞納を続けていると「被保険者資格証」が交付される。窓口負担は10割になる。後日、請求すると、窓口負担分の内7割は返還されるが、保険料の滞納が続いている場合は、保険料を差し引かれることになる。さらに1年6ヶ月以上の滞納者は保険給付を差し止められる。保険料支払が困難なときは、収入、事情に応じて制裁の免除制度がある（病気やけがをした時も世帯主の届出により、被保険者証の交付を受けることができるので「資格証明証」で全額負担をすることはありえない事態である。施行令第1条の4）。

「短期保険証」の発行は、2003年度で94万5,824世帯、「資格証明証」の交付世帯も25万8,332世帯に達している。不動産や給与の差し押さえなどの滞納処分も、2002年度で5万1,512世帯に達している。このように、市町村国保で保険料の滞納が増えている理由は、定年退職した高齢者に加え、リストラなどで健康保険から離脱したサラリーマンの加入が増え、加入者数を押し上げているという構造的な問題がある。2000年度では、無職者が加入世帯の約半数にのぼっている。収入のない無所得世帯の割合は2001年度には25.6%にまで増加した。定職のない若者の納付意識が低いこともまた一因である〔4〕。さらに問題は市町村国保の保険料が年間所得に比べ高いことである。平成10年度の1世帯当たりの保険料調停額は、市町村国保15.4万円、政管健保（本人負担分）15.2万円、組合健保15.9万円とほぼ同じであるが、平均所得は国保世帯では約179万円、政管健保246万円、組合健保

383万円と、国保世帯の保険料負担感が大きい [5]。

保険料は未納を続けると、市町村により2年もしくは5年を過ぎると時効になる。未納のまま時効を迎え徴収できなかった保険料は、2003年度に1,462億円に達し、過去最高を更新した。7年で2倍に増加しており、国保財政の悪化を加速させている [6]。

国民皆保険は基本的なセーフティネットであり、保険料を払えるのに滞納するモラル・ハザードを防止しなければならない。しかし、負担感の大きい国保世帯の保険料は国庫負担の増額によって引き下げるべきである。

(3) 医療の提供

保険医療機関が受け取る診療報酬は、原則として、診療行為等の投入量に応じて決まる出来高払い制である。また、その診療報酬価格は全医療保険制度を通じて基本的に全国同一の価格として公定されている。

診療報酬は、診察料や看護料など、基本的技術労働の対価に相当する部分が低く抑えられ、検査、画像診断、投薬、注射を使ったものの点数が相対的に高い。保険点数の統制価格の偏りは、医師誘発需要を促す一因である。

薬剤費等の材料費や機械の製造コストは競争原理によって下がる傾向にあるので、保険で償還される価格と市場価格との間に乖離が生じやすく、そこから差益を得ることができる。一方人件費の抑制は困難であり、人件費が大きな割合を構成する手術などに要する時間は短縮できない。そのため、コスト削減が難しい。

日本は薬の使用量が多いことが問題となっている。アメリカでは手術が多いことが問題となっており、事実、人口当たりの手術率は日本の3倍にも達している。アメリカでは積極的介入である手術が高く評価され、そのために手術に高い料金が設定されたことが、医療制度の発達の相違とともに、日米の手術率の差をもたらした要因と考えられる [7]。この方が、医療費膨張への影響が大きいと考えられる。

これまでの改定方式によって、日本の薬剤比率は1970年代には、40%近くあったが、2003年には19.6%と低下している [8]。国際標準からしても平均を下回っている。これからは、医療費抑制による医療の質の低下が懸念される。

医療サービスの提供体制の特徴として、(1)非営利法人による自由開業医制であること、(2)患者は自由に医療機関を選択できること、(3)1990年以来地域医療計画に基づく病院病床数の規制が実施されていること、等である。

日本の医療機関は、諸外国に比べて民間の病院が多数を占めていることが特徴的であり、病院についても100床未満が4割強を占めるなど、中小病院が多く、全体としては病院と診療所との区分が不明確な傾向があるといわれている [9]。

人口10万対病床数は地域的に相当に偏在している。四国、中国、九州地方や北海道が多く、関東、東北地方は少ないなど「西高東低」になっており、都道府県の格差も2.7倍となっている。また、年間の1人当たりの医療費にも大きな地域差がある。医療費も「西高東低」の現象を示しており、人口10万対病床数と相関関係にある [10]。

人口規模が小さく、医療供給体制が大きいということは、医療に大きな設備投資がなされており、そのため医療の原価が高くなっている可能性がある。この高い原価をまかなうことが目標収入となり、

かつ日常的な医療において需要が誘発されている可能性が高いことを示唆する [11]。例えば、日本のCTスキャナーの設置数（単位人口当たり）は突出して高い水準にあり、1999年の値と比較すると、米国の6倍以上、英国の13倍以上である [12]。

病院経営上、より多くの投資が行われるとそれが需要を誘発し、利潤を生み出せばその利潤はさらに投資に回るといふ、いわば悪循環がおこりうる。競争はこの悪循環を回すエネルギーになっている可能性がある。医療費の抑制が激しくなればなるほど、医療施設は生き残るための競争が激しくなり、ますますこの悪循環に巻きこまれるため、決して経営にゆとりが生まれることなく、ますます苦しくなる。これが医療の質と効率向上を目的とした医療市場の現実の姿であろう [13]。そして医療施設間の非価格競争と項目別支払方式がその悪循環を加速している。項目の単価の切り下げは医療サービスを増やすことになり、必ずしも効率の向上につながらない。市場における関係から医療の利潤は医療施設には残らず、医薬品をはじめとする資源を提供する産業に偏って配分される [14]。

参考文献

- [1] 亀井秀人（2005）[カラー図鑑] みんなの医療費と制度，PHP研究所（p.10, 11）
- [2] 同（p.24, 25），[4] 同（p.20-23），[8] 同（p.84）
- [3] 厚生労働省大臣官房情報部，平成13年度国民医療費，（厚生統計協会（p.10）
- [5] 厚生労働省高齢者医療制度等改革推進本部事務局編，医療制度改革の課題と視点～解説・資料編～，平成13年3月19日発行，ぎょうせい，p.28
- [6] 川淵孝一（2005）日本の医療が危ない，筑摩書房，p.20
- [7] 池上直己（2002）ベシック・医療問題，日本経済新聞社，p.38, 69
- [9] 地域差研究会（2001）医療費の地域差，東洋経済新報社，p.21, 22
- [11] 同（p.48），[13] 同（p.219），[14] 同（p.223）
- [10] 厚生労働省ホームページ，医療制度改革の課題と視点
- [12] 俞 炳匡（2006）「改革」のための医療経済学，（株）メディカ出版，p.71

3. 少子高齢化と老人保健制度

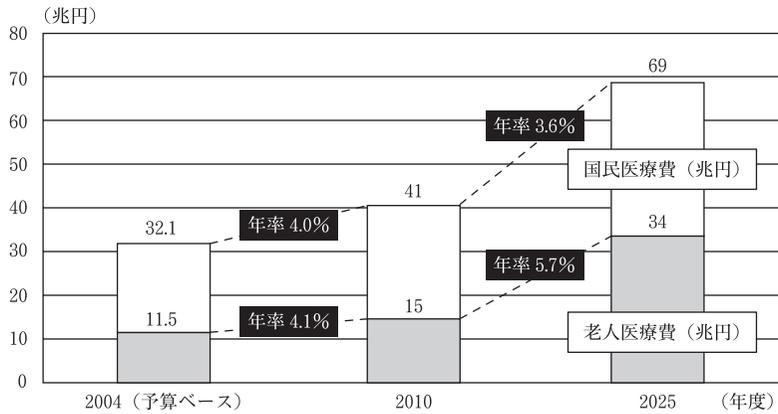
(1) 少子高齢化と老人医療費

厚生労働省統計情報部，平成15年人口動態統計によると，戦後は4を越えていた合計特殊出生率は2004年には1.29となった。高齢化率（65歳以上人口のしめる割合）は，2004年19.5%となり，すでに「高齢社会」である。さらに2050年には35%と予想されている。

老人医療費は国民医療費の約40%を占めており，高齢者1人当たりの医療費は現役世帯の約5倍であり，さらに伸びることが予想される（図3-1）。国民医療費の増加の原因に老人医療費が挙げられている。しかし，わが国の人口の高齢化は無限に続くのではない。合計特殊出生率が1.53（平成3年）に上昇した場合2043年度に24.2%と最高値に達し，2080年頃には22～23%に安定するものと見られる [1]。

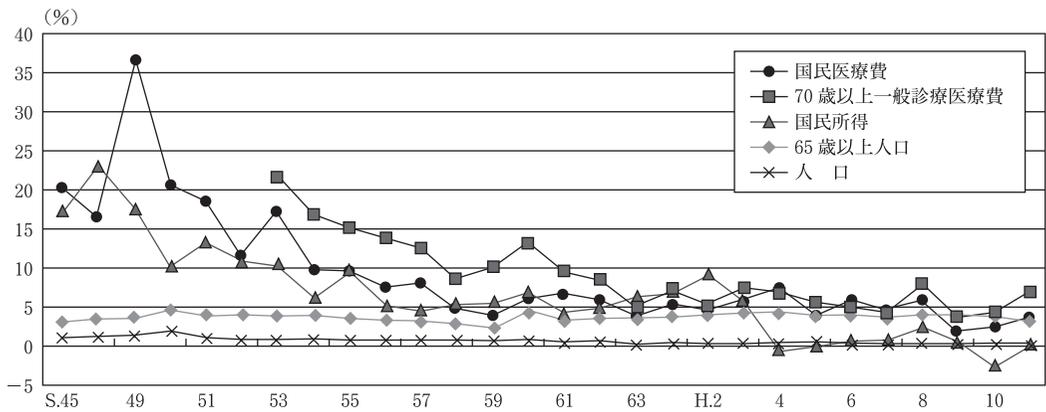
年収400万円未満の世帯において，子供のいない世帯の占める割合が，他の層より高い。また，独身男性には低所得者が多い [2]。近年雇用者単位での所得格差が若年層を中心に拡大している。パートタイム同士の組み合わせの夫婦の年収は20代230万円強，30代280万円強である [3]。合計特殊出生率を上げ，また，高齢独身者の要介護者の増加を防ぐためにも若年層の正規雇用による賃金の嵩

2006年医療制度改革



出所：亀井秀人（2005年）カラー図鑑みんなの医療費と制度，PHP 研究所，p. 60

図3-1 国民医療費の見通し (厚労省推計)



出所：目で見える医療保険白書（平成3年版）医療制度研究会・きょうせい（p. 22），厚生労働省大臣官房統計情報部編・国民医療費（平成5、11年度），総務省統計局ホームページ・人口推計・年齢（5階級及び3区分）男女別人口より作成

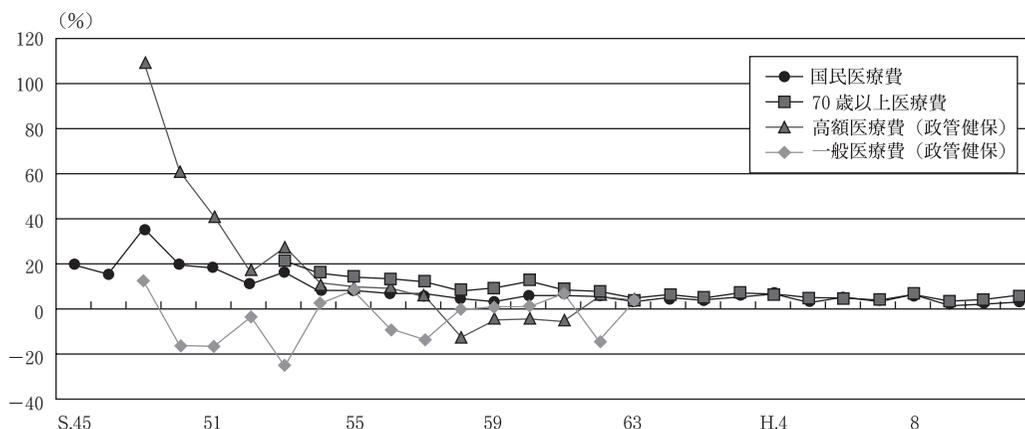
図3-2

上げが必要である。

体力の衰える高齢期に病気になるのは自然なことであり，高齢期にこそ安定した医療制度が必要であるが，高齢者の増加は医療費高騰の要因なのだろうか。

ここで，国民医療費，70歳以上一般診療医療費，国民所得，総人口，65歳以上人口の増加率を表すグラフを作成した（図3-2）。これにより次のことが言える。

- ① 日本の医療制度は，昭和36年に国民皆保険を達成し，昭和47年，特定疾患治療研究事業費開始，昭和48年，70歳以上（65歳以上寝たきり者）老人医療費無料化，健康保険家族給付率5割→7割給付，家族高額療養費新設，昭和50年国保高額療養費法定給付と次々に制度が整ってきた。このため昭和57年までの高い医療費の伸びを示している。
- ② 65歳以上人口，総人口の増加率と医療費の増加率の相関はない。したがって高齢者の増加が医療費の上昇の原因ではない。
- ③ 昭和59年から平成3年までは医療費の増加率は，国民所得とほぼ同じであるが，国民所得の増加率の低下にともない平成4年からは上回っている。医療費の増加率は高齢者とも低下傾向が



出所：目で見える医療保険白書（平成3年版）医療制度改革研究会・ぎょうせい（p.22），厚生労働省大臣官房統計情報部編・国民医療費（平成5，11年度），総務省統計局ホームページ・人口推計・年齢（5階級及び3区分）男女別人口より作成

図3-3

見られる（平成4年肝炎の薬インターフェロン保険適用）。

- ④ 昭和58年の70歳以上医療費増加率の低下は，老人保健法施行により一部負担金として入院1日300円，外来1月400円と，家族高額療養費，患者負担限度額（5.1万円）増額，の法改正が考えられる。また，昭和59年被用者保険本人に1割負担導入。国民医療費の増加率はそれほど低下していない。昭和60年高度先進医療制度実施。

次に，政管健保における高額医療費と一般医療費のグラフ（図3-3）を作成した。

- ⑤ 高額医療費と国民医療費，老人医療費の増加率は相関している。昭和58年老人保健法施行により，70歳以上の医療費は，老人保健給付分となる。昭和58年の政管健保における70歳以上加入者の割合は4% [4] であることから，4%以下の僅かの高齢者の高額医療費が高額医療費の増加率に影響している。
- ⑥ 一般医療費と医療費の増加率の相関はない。

実は医療費の大半は少数の高額医療費の患者によって使われている。患者の1%が医療費の4分の1を使っており，さらに高い方の4分の1を加えれば医療費全体の8割近くにも達している（図3-4）。2005年健康保険組合の1人当たり月1,000万円以上の高額医療は，150件となった。前年より26件多く，過去最高を更新した（日本経済新聞朝刊2006/8/22）。2002年度には血友病治療で月4,000万円を超える治療もあった [5]。

以上のことから医療費上昇の大きな原因は高額医療費の増加である。また，日本の医療費の国際比較（図4-1）からしても，国民医療費，高齢者医療費が財政赤字の付けを積み重ねてきたなどとは言えない。

しかし，生涯医療費は2,300万円に達するとされ，そのうち，70歳以上で見ると49%を使うことになる [6]。現行の老人保健制度では，老人医療費の負担が最も問題となっている。次に，この点をふまえ，老人医療費の問題点について述べたい。

(2) 老人医療費

日本の老人医療では，死亡者1人当たりの死亡前1年間の医療費は，生存者1人当たりの1年間の

医療費の4.3倍と高かったが、この倍率は死亡者の年齢階級の上昇とともに低下し、死亡前に連続して3ヶ月入院した人（死亡者の43%）のうち約20%（つまり、死亡者の8%）の者でのみ、死亡月の2ヶ月前から医療費の高騰が起きていた。病院（または入院）医療費だけを考えれば、高齢者の死亡前医療費は年齢の上昇とともに低下することが高齢者医療制度の違いにかかわらず、普遍的に成り立つ可能性があると考えられる [7]。高齢者のための医療費は平均寿命が異なっても同じである [8]。これからも、医療費の上昇に対する高齢化の影響はゼロである。

1人1年間の老人医療費（入院）の平均値を都道府県間で比較すると、高額医療の上位5%以上を除いた方が医療費の分散がより大きくなることから、これらの地域間の医療費は、例外的な高額医療の部分に依存しているのではなく、むしろ日常的な医療の部分に起因しているのではないかとしている [9]。つまり、老人の社会的入院である。ここで、主要国の具体的な高齢者の施設（病院、老人ホーム）入所率を挙げると、日本の6.0%は、豪州の6.8%、カナダ6.2%、フランス6.5%、ドイツ6.8%よりも低く米国の5.7%よりやや高い。そして、この施設介護の利用日数が急性期の平均入院日数に影響を与えているのは、主要国では日本だけである [10]。

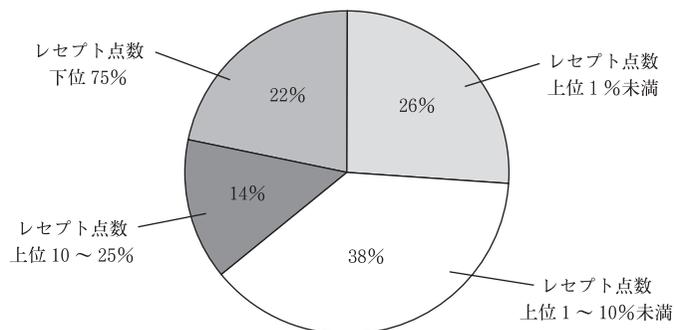
老人医療費の問題の1つは社会的入院であり、国際水準に近づけるために病院の平均の日数を減らすことを目指すことは急性期の医療と、施設介護の質を落とし、本来の医療費削減にはならない。早すぎる退院は、再入院と外来医療で補うことになるからだ。この施設入所が必要な病弱な6.0%の高齢者は介護問題として施設介護を提供すべきである。

高齢者の自己負担額が10%減少すれば、外来で0.14~0.16%ほど平均的な医療費が安くなる。そこから逆算すると、高齢者医療の価格弾力性は、それぞれ1.44~1.61%となり、若人の価格弾力性と比べてもかなり非弾力的であるといえよう [11]。若人の軽医療（典型的には風邪）における価格弾力性が0.2~0.3とされている [12]。

つまり、老人外来において、自己負担が少し高くなっても、一時的には受診を控えるかもしれないが、自己負担率の高低によって受診行動に変化はないことである。無料でない限り事後的モラル・ハザードはない。図3-3から、若人においても同様である。患者負担率は3割であり、先進国中最高値である（図3-5）。一般的医療におけるこれ以上の自己負担は基本的人権の侵害であるといえる。

以上のことから、老人医療費の上昇の主要因は人口の高齢化ではなく、医療技術の進歩による高額

図3-4 医療費のレセプト点数順位別構成割合
(政管健保と国保の合計, 1993年度)



出所：『社会医療診療行為調査』より計算

医療経済研究機構「政府管掌保険の医療費動向に関する調査研究」（1996年）より著者作成
池上直己（2002）ベーシック医療問題，日本経済新聞社，p.130

図 3-5 「国内総医療支出」の対 GDP 比と財源構成の日米独比較

年	日 本		アメリカ	ド イ ツ
	1995	1998	1998	1995
対 GDP 比	6.5	6.8	12.2	9.5
財源構成				
税	29.7	30.3	44.2	13.8
保険料等	50.6	48.0	35.8	76.1
患者負担	19.7	21.7	16.8	10.1

出所：二木 立（2004）医療改革と病院，頤草書房，p. 214

資料：1) 医療経済研究機構「国内総医療支出の国際比較に関する研究」（1999年）

2) 医療経済研究機構「1998年度日米の国内総医療支出」（2001年）

医療の増加によるものと、介護問題である、施設介護が必要な病弱な高齢者の入院であるといえる。

誰にでも重篤な病にかかる可能性があり、高額な医療費は一般の国民が自費で賄うのは不可能である。セーフティネットとして必要な部分はこの高額医療と病弱な高齢者の施設介護である。そして、保険加入者の母体は最大限のほうが良い。また、国が有効な高額医療を選定認可する場合、及び最低限の施設介護が保障される場合において、いずれにしても国家の支出を免れない。今日普及している有効な医療を誰もが低負担で受けることができる上で、高度先進医療をどこまで使えるようにするかが医療費の問題である。

参考文献

- [1] 医療保険制度研究会・目で見える医療保険白書（平成3年度版）ぎょうせい（p.17）[4] 同（p.98）
- [2] 国民生活白書 平成17年度版，内閣府国民生活局，p.82, 83, [3] 同，p.99
- [5] 亀井秀人（2005）カラー図鑑みんなの医療費と制度，PHP 研究所，p.40 [6] 同，p.61
- [7] 地域差研究会（2001）医療費の地域差・東洋経済新報社，p.97, 98
- [9] 同，p.48, [11] 同，p.139, [12] 同，p.137
- [8] OECD（2005）世界の医療制度改革，明石書店，p.96
- [10] 兪 炳匡（2006）「改革」のための医療経済学，メディカ出版（株），p.218

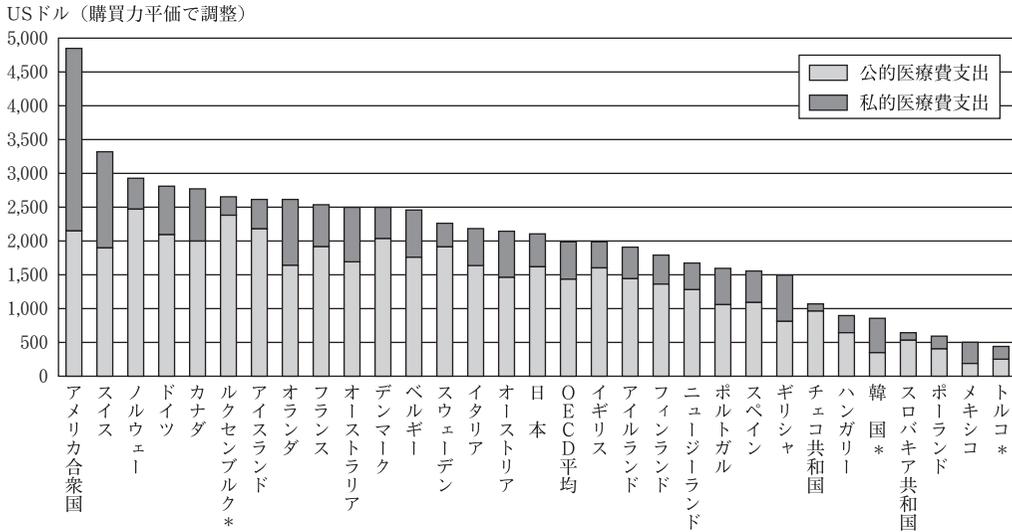
4. 各国の医療制度

(1) イギリスの医療制度

国際比較において、日本の医療はどのように評価されているのだろうか。WHO 発表の「World Health Report 2000」によると、日本は加盟国 191 カ国の中で 1 位と評価された。2 位はスイス，3 位はノルウェー，イギリスは 9 位，アメリカは 15 位である。

判断の基準となったのは、①平均寿命などでみた健康の達成度，②5 歳未満児死亡率でみた健康の地域間の公平性，③人権の尊重や利用者への配慮の到達度，④保健システムを利用する際の平等性，⑤家計規模に応じた費用負担の公平性，の 5 項目である。

また、2003 年 OECD（経済協力開発機構）の統計によると、対 GDP 比でみた総医療支出において 7.6%と、OECD 諸国平均 8.3%より低い値である。また、人口 1 人当たりの医療支出からみても低い（図 4-1）。



注：OECD平均は単純平均値。人口によって重みづけをすると1人当たり2535USドル（購買力平価（PPP）で調整）となる。
 *) 2000年のデータ。

出所：OECD, 世界の医療制度改革, 明石書店, p.97より

図4-1 人口1人当たり医療費支出 (2001年)

では、他の国の医療制度は、どのようになっているのだろうか。まず、GDP比でみた総医療支出が、7.6%と日本と同じイギリスの医療制度について述べたい。

労働党政権下の1946年に公平で無償な医療の供給を基本理念とする国民保健サービス法(National Health Service)が制定され、以後今日にいたるまで、基本的な枠組みは変わっていない。その特徴は、①税(一般財源)方式、②原則無料、③予算による計画的供給、の3点である。

NHSの運営は保健省である。1本化した政府の予算からすべての医療サービスが購入される。県単位の医療購入部門は、県内・県外を問わず最も条件の優れた、独立採算の病院公社と、個別の病院サービスごと(心臓手術はA病院、整形外科手術はB病院等)に契約できる。

プライマリケア医(一般家庭医)は、政府と契約を結び、地区の住民を受け持つ。住民がプライマリケア医を自由に選択し、登録。基本的には登録人数による人頭払い契約(定額)で、1部定額払いである。専門医、病院は、救急以外は、プライマリケア医の紹介のない外来患者は診療しない。差額ベッドなどはあるが、混合診療は禁止されている[1]。

イギリスには、手術の必要があるのに病院がいっぱいで入院できない待機患者がたくさんいる。2002年12月の総数105万6,648人、うち12~17ヶ月待ち1万1,002人、である。こうした事態を解消するために政府は毎年7%ずつ医療予算を増やし、2007年には主要国並の医療水準に立て直す計画を表明した。このように、原則無料で医療を受けることができるが、先進国中最低の医療水準で満足しない人も当然出てくる。

イギリスにおける私的医療保険は2種類である。企業が従業員の福祉として契約することが多いPMIには人口の11.5%が加入し、より安価で個人契約主体である、HCPには人口の11.6%が加入している。いずれも非営利の民間健康保険組合というかたちを取っており、医療費節減に努力しているが、NHSと同じ治療を行っても高くなることを保険者・加入者は問題視している[2]。

(2) アメリカの医療制度

医学においては最高水準にあるアメリカは、対GDP比でみた総医療支出は13.9%と、OECD諸国において最高である。また、人口1人あたりの医療支出は1番高い(図4-1)。

アメリカの医療制度の特徴は、先進国のなかで唯一国民皆保険制度がないことである。2000年、無保険者が人口の15.8%を占め、民間保険には65.9%が加入しているアメリカにおいて、人口1人当たりの公的医療費支出の割合が日本とほぼ同じである(図4-1)。

勤労者は雇用者提供の医療保険に加入するのが一般的である。民間保険は8割がマネジドケア⁽³⁾型プランであり、以下の手法で、事前に登録した家庭医の受診が優先される。

- ① 専門医の受診や入院は登録医の診療後とする手法
- ② 専門医に直接受診した場合には、自己負担割合を高くする手法

消費者は専門医の受診抑制に不満を持っており、抑制策を辞める保険者が増加している。

公的医療制度は高齢者および障害者対象のメディケア、主として貧困者向けのメディケイドがある[3]。

以上の保険者主導の市場調整は、各医療機関が収益をあげながら過不足なく標準のサービスを提供することが必要である。クリニカル・パスは入院患者に対して、提供する標準的な医療サービスをあらかじめセットした経路として用意するものである。しかし、医療費の抑制に主眼を置いて「標準」を進めると弊害がでてくる。例えば、専門医に患者を紹介すると経済的に損をする制度を設けるなどである。

また、保険者は低料金で質の高い医療機関を選別するより、より効率的である方法として、医療費のかかる者の加入を抑制したり、医師に医療費を使わないように圧力をかけたりしている。ガンや心臓病などの既往症があれば、保険料は非常に高くなるか、医療保険に加入できない。

医療保険の内容は複雑で、契約医師・医療機関の名簿、給付内容、給付を受けるための条件、自己負担割合(医療機関によって異なる)、救急時の対応など広範に及び、それぞれ電話帳1冊の大きさになる。多くの消費者は、保険者が自分の普段受診している、かかりつけ医と契約しているか、あるいは病気になった場合に行きたい病院と契約しているかで保険者を選んでいるのが現状である。また、企業によっては、1つの保険者とだけ専属契約しており、勤労者の約半数は保険者を選択できない。実際には企業は必ずしも成績が良い病院を選んでいるわけではなく、質は二の次で、価格をダンピングして契約を取ることに躍起になっている医療機関もみられる。マネジドケアの大原則は崩れている。

医療分野のように、個々の医療サービスが細かく分かれていると、料金体系は非常に複雑になる。また、出来高払いの弊害を除くために包括的な件数払い等を導入すれば、今度は各病院や手術に対応してきめ細かく料金を設定し、標準から外れた例外的な患者に対する費用補償のルールを決めなければならぬ。また、過小な診療にならないようにモニターする必要も生じる。

アメリカでは各保険者と各医療機関の個別の交渉に基本的には任されているため、双方にとって非常に負担となっている。また実際の請求事務についても、患者が加入している保険によってそれぞれ違う規定、書式、審査方法を採用しているため大変複雑な作業となる。

保険者も医療機関もそれぞれMBAを持つような有能なスタッフが多数雇われており、それが管理費をいっそう高騰させる。事務費は医療費全体の2割にも達しているという報告もあり、医療費を高騰させている大きな要因である[4]。

アメリカと異なり、ヨーロッパ諸国では医療が国民の権利として確立しており、競争原理の導入も社会保障の枠を前提に試みられている。その背景には、病気になるのは決して自業自得ではなく、社会全体として連帯して支える必要があるという共通認識がある。そして支払い能力によって医療サービスの内容に格差をつけるべきではない、というコンセンサスが国民の間で定着している [5]。

以上述べてきたことにより、医療の市場化・営利化は企業にとっては新しい市場の拡大を意味する反面、支払い能力による医療サービスの格差を容認し、医療費の増加（公的、私的両方）をもたらす。公的医療費抑制という政策とも矛盾する。

参考文献

- [1] 柿原浩明 (2004) 入門 医療経済学, 日本評論社, p. 150, 151
- [2] 同上, pp. 152-158, [3] 同上, p. 155
- [4] 池上直己 (2002) ベーシック 医療問題, 日本経済新聞社, p. 88, pp. 90-95
- [5] 同上, p. 109

5. 2006 年度医療制度改革

(1) 官邸主導の医療制度改革

これまで医療制度改革といえば「厚生労働省—自民党社労族—日本医師会」のトライアングルで事前に方向性を決め、政府与党協議はセレモニーの色彩が強かった。

今回、協議会は官邸主導で設置され、経済政策諮問会議の閣僚がずらりと並んだ。公明党の坂口力社会保障制度調査会長らに正式な連絡が入ったのは開催日直前。「われわれは最初から外されているということか」とため息も聞かれたほどだ（産経新聞朝刊 2005/11/11）。

2006 年度医療制度改革は、9 月の衆議院選挙自民党圧勝後の、内閣改造を受けた新メンバーによる、政府・与党医療改革協議会で決定していくこととなった。小泉純一郎首相は、来年度の新規国債発行を 30 兆円に近づけるよう指示し、社会保障改革を最優先課題に揚げ社会保障給付費への切り込みを「構造改革の主眼」と位置づけた。その最も象徴的な改革の 1 つは、中央社会保険医療協議会（中医教）の委員選出方法の見直しである。

中医協は、厚生労働大臣の諮問機関である。約 8 千項目に上る個々の医療行為について、2 年に 1 度、健康保険として医療機関や薬局に支払う診療報酬を決定している。単に勧告したり事後承認を与える日本における他の多くの政府の審議会とは異なり、対立する両派が中医協の場において医療費のパイの配分について何らかの合意に達し、決定をしなければならない。20 名の委員は診療側 8 名（医師 5 名、歯科医師 2 名、薬剤師 1 名）、支払側 8 名（保険者 4 名、労働側 2 名、経営側 2 名）、そして公益側 4 名（通常は経済学者やジャーナリスト）で構成されている。公益代表は厚労相が任命し、国会の同意が必要である。他の委員は厚労相が指定した 11 の関係団体（日本医師会、健康保険連合会、日経連など）から推薦を受けて加わっている。支払側は診療報酬点数の引き上げに対する反対、および医師に対する統制の強化という方針であり、厚生省側といえる。

昭和 38 年以来、診療側 8 名のうち、5 名の医師はいずれも日本医師会の推薦で任命されていたが、厚労相は今年 9 月に病院代表（政府側を支援する傾向）を 2 人に増やした。

日本の医療政策は、財源は官主導であるが、中医協の場で、国民全員に平等な医療を提供できるように計画する「公衆衛生の実践」を政策理念とする厚労省と、それぞれの医師の長い臨床経験によって「芸」として高めた医療を、誰にも拘束されることなく、各々の患者のニーズに応じて提供できる体制を目標とする日本医師会によって決定されてきている。このように日本医師会は厚労省とは対立関係にあるが、自民党に対して資金と票を提供している。したがって族議員は官僚とは協力関係にならないところが他の分野の政策決定と異なる [1]。

政府は特定団体の意向が価格決定に反映されやすく弊害が大きいと判断して、中医協の委員選任方法を公益代表6名、診療側7名、支払側7名とし、公益代表は国会の同意が必要とするが、委員は厚労相が直接任命するとした。「地域医療を担う関係者等の意見に配慮する」という文言を押し込み日医の牙城だった中医協からの「締め出し」という最悪の事態の回避だけは成功した（日本経済新聞朝刊2005/12/1）。

公益代表を増やすことで審議を主導する役割を担わせ、都道府県の代表や経済専門家などの幅広い意見を価格決定に反映させるというものであるが、この改正は委員のすべてを厚労省側にすることができることで著しく均衡を欠く。ここで結果的に患者側の代弁者の機能を有していたのが診療側（日本医師会）であるのは否めない（表5-1）。

2004年からは労働側から「患者本位の医療を確立する連絡会」の中から1名を推薦することとした [2]。医療行政において、患者の立場を表明できる場ができたことになる。

政府側である、経済財政諮問会議のメンバーは、小泉純一郎首相、安部晋三官房長官、竹中平蔵総務相、二階俊博経産相、与謝野馨経済財政担当相、谷垣禎一財務相、福井俊彦日銀総裁。民間議員一奥田硯トヨタ自動車取締役・相談役、牛尾治朗ウシオ電機会長、吉川洋東大教授、本間正明阪大教授、である。経済界（日本経団連）が後押しする。

与党自民党側は、武部勤幹事長、久間章生総務会長、中川秀直政調会長、丹羽雄哉社会保険制度調査会長（社労族-日本医師会）である。社労族幹部の一人である長勢甚遠官房副長官は、社会保障関係議員との調整役を期待されている。与党公明党側は、冬柴鉄三幹事長、井上義久政調会長、坂口力社会保障制度調査会長である。

歳出抑制について、谷垣財務相は臨時閣議後記者団に「大きいのは医療と交付税」と指摘した（日本経済新聞朝刊2005/12/7）。

尾辻秀久厚労相は「民間議員は短期策を優先するまず金ありきの考え方。試案（医療制度改革試案）とは根本的な哲学が違う」と反論。ただ小泉首相は「医療は大事だが、経済財政は無視できない。管理目標がなければ保険はもたない」と民間議員を後押しする姿勢を見せた。2025年度で医療給付費を49兆円と想定する厚労省と、42兆円とする経済財政諮問会議との乖離は大きく調整は難航しそうだ（日本経済新聞朝刊2005/10/28）。10月31日、総額管理導入賛成派の強い不満から、社労族の尾辻秀久厚労相にかわり、畑違いの川崎二郎厚労相が就任した。以上は、厚労省と経済財政諮問機関の立場をよく表している。

経済財政政策の重要事項は、本来閣議で審議されるべきである。それを閣僚の一部のみと国民から選ばれているわけではない民間議員が構成する諮問会議で審議するのは正当性の点で問題である。

政府・与党医療改革協議会で医療制度改革大綱として正式決定は、患者負担の引き上げ、診療報酬の引き下げである。総額管理は、「5年程度の医療給付費の規模の見通しを示し、給付費の伸びを検証する目安となる指標にする。一定期間後、指標と実績をつきあわせ、適正化方策を検証施策の見通

表 5-1 医療制度改革の争点

	賛 成	反 対
総 枠 管 理	経済財政諮問会議，財務省，日本経団連	厚労省，自民党社労族，公明党，日本医師会など
	△医療費の伸び率を経済指標（GDPの伸び率に高齢化の進展を加味した「高齢化修正GDP」）と連動させて5年ごとに管理する仕組み	
診 療 報 酬 引 き 下 げ	経済財政諮問会議，財務省	日本医師会など
	△薬価や医療材料だけでなく，医療行為の技術料など「本体部分」を含む大幅引き下げ	
保険免責制度	経済財政諮問会議，財務省，日本経団連	自民党，公明党，日本医師会など
	△外来医療費のうち一定額（1回1,000円）を患者の自己負担とする仕組み	
患 者 負 担 引 き 上 げ	経済財政諮問会議，財務省，厚労省	日本医師会など
	△高齢者の窓口負担率や高齢医療費の限度額の引き上げ	

出所：産経新聞朝刊 2005/12/11

しに反映させる。」となった。財務省は伸びが超過した場合，その分を直後の診療報酬引き下げで調整する手法の導入を目指す，厚労省は「やり方はその時点で検討すべきだ」と先送りを狙う（日本経済新聞朝刊 2005/12/3）。保険免責制度は見送られた。

医療制度改革の争点を示すと表 5-1 のとおりである。

(2) 医療制度改革の内容

医療保険制度の最大の問題は，高齢者の医療費が国民健康保険に集中していることである。保険料の格差も問題である。新たな高齢者医療保険の創設（2008年度）と並行して，医療保険制度の一元化の実現に向けて，一気に改革がはじまった。

75歳以上の後期高齢者については2008年度に独立した医療制度を創設する。保険料徴収は市町村が行い，財政運営は都道府県単位で全市町村が加入する広域連合が行い，保険料率は医療費に応じて都道府県ごとに設定する。広域連合の財政リスク軽減は国・都道府県が共同して責任を果たす。財源構成は患者負担を除き，公費（約5割），現役世帯からの支援（約4割）のほか，高齢者から広く薄く保険料（1割）を徴収する。被用者保険の被扶養者であった高齢者も年間37,000円の保険料を負担する。現役世帯からの支援は国保・被用者保険の加入者数に応じた支援とする。人口構成に占める後期高齢者と現役世帯の比率に応じて負担割合を変えていく仕組みを導入する。高齢者の保険料による負担割合（1割）は高まり，現役世帯は4割を上限として減っていく。支援額は各保険の加入者数に応じて割り振るため，家族を含めた加入者の多い健保組合の負担が重くなる。健保組合全体で2008年度に600億円程度の負担減になり，1人当たりの年間保険料では2,000円程度の安くなる。国保は約2,500億円の負担減，1人当たり7,000円安くなり，平準化される〔日本経済新聞朝刊 2006/06/15〕。老人医療費が増えれば高齢者も現役世帯も負担が増える。

政府管掌保険は2008年10月をめぐりに国とは切り離れた全国単位の公法人を保険者として設立し，都道府県間の年齢格差に起因する医療費格差及び所得格差を調整した上で，都道府県ごとに地域の医療費を反映した保険料を設定するなど都道府県単位の財政運営を基本とする。被用者保険の最後の受け皿であることを踏まえ，準備金の積み立てや保険料の上下限の見直しなど必要な措置を講ずる。

健康保険組合は，規制緩和等を通じて再編・統合を進める。同一都道府県における健保組合の再編・

表5-2 医療制度改革後の患者負担

		現 行			改 革 後 (2008年4月～)			
		3歳 70歳			6歳 70歳		75歳	
窓 口 負 担 率	2 割	3 割	2割 (現役並み所得者)		2 割	3 割	3割 (現役並み所得者)	
			1割 (一般)				1割 (一般)	
			1割 (低所得者)				1割 (低所得者)	

* 改革後現役並み所得者は夫婦で年収520万円以上、低所得者は住民税非課税世帯

その他の見直し	現 行	改 革 後
70歳以上の療養病床入院患者の自己負担 (食住費)	月2万4,000円 (食材料費相当)	月5万2,000円 (入院医療の必要性の高い患者は現行通り)
高額医療費の自己負担限度額 (一般所得者)	(69歳以下) 月7万2,300円+医療費×1%	(69歳以下) 月8万100円+(医療費総額-2万6,700円)×1%
世帯単位 (入院・外来)	(70歳以上) 月4万200円	(70~74歳) 月6万2,100円
個人単位 (外来のみ)	(") 月1万2,000円	(") 月2万4,600円
"		(75歳以上) 月4万4,400円
"		(") 月1万2,000円
人工透析患者の自己負担限度額 (高所得者)	月1万円	月2万円
出産育児一時金	30万円	35万円
埋葬料	本人月収分 (最低10万円), 家族10万円	一律5万円

* 70歳以上の低所得者は現行月額8,000円 (外来) 自己負担限度額の維持 [月刊/保険診療2006/3] より作成

* 直近1年における高額医療費が4回以上発生した場合4回目以降44,400円

統合の受け皿として企業・業種を超えた地域型健保組合の設立を認める。

最後に県内の国保と被用者保険を地域保険として統合できれば、各医療機関に関するデータベースを構築し、保険者機能を発揮するとともに、医療政策に主体的に取り組む、県レベルの一貫した医療体制が出来上がる。

参考文献

- [1] 池上直己, J.C. キャンベル (1998年) 日本の医療, 中央公論社
- [2] 結城康弘 (2006) 医療の値段 — 診療報酬と政治, 岩波新書, p. 154
- [3] 政府・与党医療改革協議会 (2005/11/30) 医療制度改革大綱

6. 診療報酬と混合診療

(1) 診療報酬の見直し

診療報酬は、2006年度から現行比で過去最大の3.16%引き下げることを決めた。介護報酬の2.4%の引き下げによって、06年度の予算の国庫負担の削減効果は2,500億円弱になる見通しとなった。医

師の技術料など本体部分で1.36%下げる。2002年度以来4年ぶり、下げ幅は最大。薬と医療材料の公定価格も医療費換算で1.8%下げる。90年度から10回連続の引き下げである。

医療費のうち6兆円程度の薬剤費については薬価差を圧縮するとともに、後発品のある医薬品の価格を一律に下げ、薬価ベースで6.7%引き下げる。現在、後発医薬品の薬価は新薬の20～70%だが、シェアは12%ほどにすぎない[1]。後発医薬品の使用により医療費を抑制する。

今回の改定では在宅医療や、急性期病院、さらには、小児科、産科、救急医療に重点配分（財源規模にして1,475億円）がなされた。そのため、慢性期入院医療の報酬は大きく引き下げられた一方、在宅患者訪問診療料のターミナルケア加算（I）として1万点等を設定した。

在宅医療を推進促進する中長期的な対策として、年間総入院日数、在宅等での看取り率、病床変換数等の数値目標を導入。平均在院日数に関する政策目標は都道府県が実施主体とし、入院日数が全国で最も短い長野県（27日）と全国平均（36日）の差を半分に縮める目標を掲げた。具体策としては、長期にわたり療養している高齢者が入院する療養型病床への介護保険の適用を2012年度をめぐりやめる方針を決めた。療養病床は「長期にわたり療養が必要な医療必要度の高い患者を受け入れる病床」との位置づけを明確化。包括報酬においては、評価分類の簡素化とともに、患者数の多い分類のコスト割れの引き下げが行われた（従来の2～3割減）。介護保険を適用している14万床については、老人保健施設、有料老人ホームやケアハウスなど居住型の介護施設への転換を促す。そのために介護事業者に対する施設改修費などの助成制度を新設するとした。

中小病院を急性期病院→療養病床→在宅・介護保険施設→老人保健施設や有料老人ホーム、ケアハウスへと転換を促す方策である。

医療法人は非営利を原則としているため、営利施設である有料老人ホームの運営は禁止とされてきたが、有料老人ホームの開設を認めた[2]。

腫瘍用薬と疼痛コントロールのための医療用麻薬が出来高で別に支払われることになり、医療療養病床が終末期医療を提供する場として整備され、施設入所が必要な病弱な高齢者に介護問題として介護施設を提供することが期待できる。しかし、少なくとも必要な医療のコストは保障されなければならない。

医療保険病床は食費・住居費相当分が有料になり、月5.2万円の患者負担増である。医療必要度が高い場合は2.4万円である。有料老人ホームの入居費は医療保険の対象とならず全額自己負担である。いずれも患者にとっては負担増である。また有料老人ホームを運営する選択権は医療機関にある。在宅介護が不可能な介護施設利用者が、求める安価な料金で提供できるように設置基準を緩和し、居住費を払えない利用者に対しては生活保護を支給する体制を確立することが必要である。また在宅医療においては入院先病院の担当医と地域の医療関係者が、退院する患者の病状や注意点などの情報を共有する仕組みを作り、訪問診療を行う医師や看護師、服薬指導する薬剤師、介護保険のケアマネージャーなどが同一の治療計画に基づいて患者に接するようにする等、在宅医療の充実と入院によるホスピスケアの普及は欠かせない。

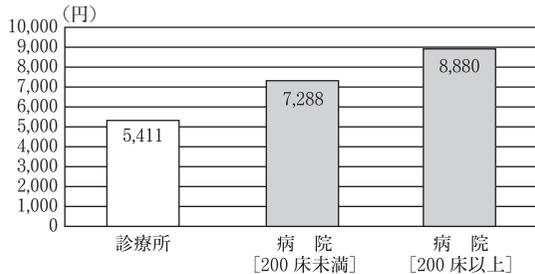
2004年4月から「大学医学部を卒業して国家試験に合格した医師は、2年間、家庭医としての仕事を十分果たすことを目的として、内科、一般外科、小児内科、産科、救急、公衆衛生等の各科をローテーションして訓練を受けなければならない。専門医を目指す場合でも、この家庭医としてのコースを修めたのちに、大学医学部の教室等に入室する」という家庭医制度が実行に移された[3]。信頼できる家庭医が地域に存在することは、より正確な病状の初期判断による効率的な医療を可能にするとともに

に、患者にとっても望ましい。

図6-1は、病床規模ごとに1日当たり外来医療費の全国平均をグラフ化したものである。医療機関、規模が大きいほど医療費が高くなる傾向は、すべての傷病を通じて観察される共通の現象である[4]。近年、大規模医療施設での受診が増加している(図6-2)。

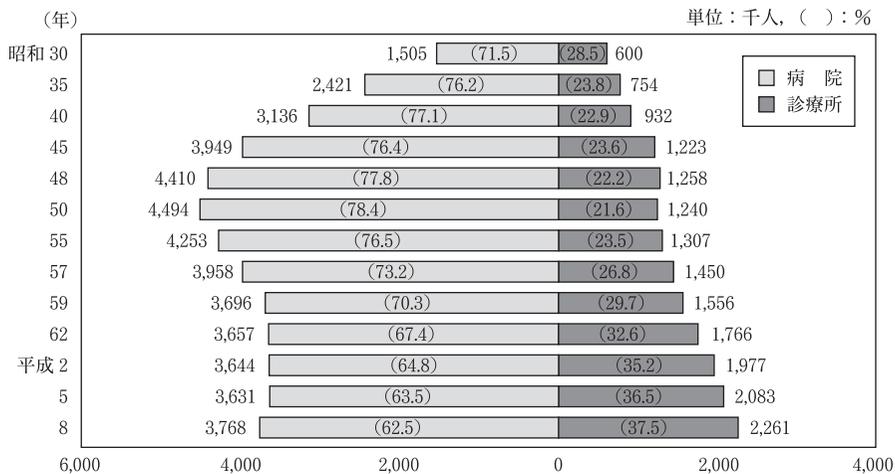
医療の効率化を図るため、家庭医を初めとして、急性期、回復期、慢性期、という高齢者医療の流れを作り、地域における医療機関・介護のネットワークを作る。高次機能病院(地域の一部の中小病院も含む)と連携した、かかりつけ医としての家庭医、高齢者の軽・中等度の急性期や慢性疾患の急性増悪に対応可能な、ホスピスケア等の複合的機能を併せ持つ一般病棟としての地域の中小病院という各病院の機能を位置づける。効率的な医療を行うには、一貫性のある医療体制の構築が必要である。また、慢性入院医療の包括診療報酬は分類を増やし適正に配分すべきである。

改正では医療法人の残余財産が帰属すべき先は、国・地方公共団体・医療法人・その他の医療提供者であって、厚生労働省令で定める者のうちから選定されなければならない、とした[5]。持分のない医療法人の病院に対しては、代償として、原則非課税、個人の寄付限度額撤廃などの措置と、国立



大病院の方が、診療所や中小病院に比べて、外来の医療費が高い傾向にある。

図6-1 外来の1日当たり医療費の比較(平成12年4-9月平均)



診療所の外来患者に比べ、病院の外来患者の割合が近年増加している状況にある。

出所:「平成8年患者調査」(厚生省大臣官房統計情報部)推計患者数

図6-2 病院と診療所の外来患者数の推移

病院と同じ条件で補助金交付の対象とする必要がある [6]。

2001年6月の中医協の「医療経済実態調査」によると、国公立を除いた一般病院の医業収支差額は3.2%にすぎない。報酬請求のオンライン化や看護師の増員には経費がかかる。医療は省力化によるコストダウンが難しいため、医療費抑制→人件費抑制→人員カット→質の低下ということになりやすい [7]。

(2) 混合診療

厚生労働省は、現在の「特定療養費制度」を廃止し06年10月より新たに「保険外併用診療費制度」とし、「評価医療」（保険導入のための評価を行うもの）「選定医療」（保険導入を行わないもの）に再編した。特定療養費制度以外の保険適用のないものが含まれるとその診療全体が保険給付外となっていたが、事実上の混合診療の拡充である。

この改革は、一定のルールの下に、保険診療と保険外診療との併用を認めるものであり、「必要かつ適切な医療は基本的に保険診療により確保する」という国民皆保険制度の理念を基本に据えたものである、と厚労省は伝えている [8]。

評価療養には、現在特定療養費の適用を受けて114の特定承認保険医療機関で行われている321件の高度先進医療に加え、必ずしも高度でない先進医療技術100程度が、約2,000の医療機関で新たな対象になる。そして、治験中の国内未承認薬、医療機器、薬価基準収載前の承認医薬品の投与、保険適用前の承認医療機器の使用、薬価基準に収載されている医薬品の適用外使用が対象である。

新規の医療技術、薬品については届出から3ヶ月以内に厚生大臣設置による専門家会議による科学的評価を踏まえ、①支障なし、②中止または変更、③保留（期間の延長）、のいずれかを通知する [9]。開発された新薬の使用、難易度が中程度の高度医療の混合診療が急速に拡大することになる。

選定療養は16種類あり、特定療養費制度であった「快適性や利便性に係るもの」「医療機関選択に係るもの」に「制限回数を超える医療行為」が加わった。つまり選定療養は療養の給付に付随する医療行為であると認めるものである。これらの医療行為には医師の説明と患者の自発性による同意が必要であるが、情報の非対称性、患者の立場上から、医師の必要であると言う意見は選択において影響が大きい。医療提供側主導になりやすい。選定療養がサービス部分であるならば患者は経済状態に応じ満足を得られる。しかし、選定医療のうちの、200床以上の病院の再診、180日を超える入院、制限回数を超えて受けた診療において、保険適用範囲を縮小することにより、医療機関の選択自由の制限、保険で受けられる基本的医療の質の低下が起こる。

厚生労働省は治験を実施する拠点病院を全国40箇所を設置する。一施設当たり年間2,500万円、5年間で1億円以上を支援。データ管理の雇用やITを使ったネットワークシステム整備などで後押しをする（日本経済新聞朝刊2006/08/28）。

混合診療を容認する条件である治験は1件数億円の費用がかかる。混合診療を進めるため、政府が医師主導の治験に支援したが、このように、先進医療を普及するには多額の財政支出が必要である。より有効な新しい医療を快適に受けることは万人の願いであるが、中程度の先進医療の混合診療解禁は、医療費（公費、患者負担両方）に与える影響が極めて大きいと推測する。医療費の増加を理由に基本的医療の質の低下が起きた場合、患者負担を増し、裕福な患者はより選択が広がるが、一般患者へのしわ寄せが大きい。税の再分配においても不公平である。生命にかかわる医療、質の高い基本的な医療は誰もが低負担で受けられることが国民皆保険の基本である。その上で医療の進歩を享受すべ

く先進医療、特別サービスがあるべきである。

厚労省は、患者要望の把握と科学的な評価を行うために新たに設ける大臣設置にかかる専門家からなる検討会については、年 4 回定期的に開催するとともに、必要に応じて随時開催することで、患者要望のある未承認薬の取り扱いについては、最長でも 3 ヶ月以内に結論を出すものとする、とした [10]。

従来は先進医療技術の問題に関しては医科系の学識経験者もしくは医療経済学者が主となっている中医協の外部組織である高度先進医療専門家会議で意見を収集し、社会保障審議会で審議されてきた。医療費の配分は今まで通り、医療提供側、保険者、公益代表、厚生省がバランスの取れた構成で、患者代表参加の道も開かれている中医協の場においてすべきである。

参考文献

- [1] 亀岡秀人 (2005) カラー図解 みんなの医療費と制度, PHP 研究所, p. 86
- [2] 月刊/保険診療 (2006/3) 医学通信社, p. 18, 19, 206, 207, [5] 同, p. 206
- [3] 水野 肇 (2005) 誰も書かなかった厚生省, 草思社, p. 184
- [4] 地域差研究会 (2001) 医療の地域差, 東洋経済新報社, p. 146
- [6] 二木 立 (2004) 医療改革と病院, 勁草書房, p. 87, [7] 同, p. 182
- [8, 9, 10] 厚生労働省ホームページ, いわゆる「混合診療」問題について
- [11] 政府・与党医療改革協議会 (2005/11/30) 医療制度改革大綱

7. まとめ

平成 18 年度予算案は、構造改革に一応目途をつけるものと位置づけ、同時に加速するための予算であるという基本的な考え方に沿い、医療制度改革は重点項目として、構造改革の推進と、医療費の一般会計歳出において厳しく抑制された。

2006 年度医療制度改革は、官邸主導と、昭和 38 年以来続いた中医協における均衡を破り厚労省の独断場とした。

現行の国民皆保険の基本は維持しつつ、公的給付を厳しく抑制した。社会的入院は介護施設への移行、転換を促した。公的給付を超える部分を自費で賄うことにより、医療保険制度を公費と自費の 2 階建てにする制度改革を前進させ、医療費に数値目安とその検証を導入し、統制を強化した。また、医療保険の一元化、レセプトのオンライン推進と、効率化に向けての改革も具体化した。情報システムの整備とデータベースの構築が進むことにより、都道府県を主体とした一貫した医療体制が整う方向に進むことを期待できる。

しかし、平成 18 年度予算案では、医療費の国庫負担金を 8 兆 1,502 億円、前年度比 +1.0% としている [1]。最近 10 年間の医療費全体の伸び率の平均は 4.3% である [2]。

この伸び率の 3.3% は、診療報酬の引き下げ、及び国民の負担、企業の負担である。医療費の国民負担率は、先進国中最高であるにもかかわらず、更に負担が増加する。また、過去最大の診療報酬の引き下げである。医療費の真の効率化が図れず、総枠が抑制されたままでは、日本の医療は質が悪く、最高に高い自己負担率ということになりかねない。

この改革で医療費の伸びは減少するのだろうか。医療費増加の主要因が医療の進歩であり、混合診

療による中位先進医療の普及は更なる医療費の増加をもたらす。

日本の医療費は、診療報酬、療養費（はり・きゅう等）の総額が医療費であり、ほぼ正確に把握できる。その総額を、国民の負担、企業の負担、公費に分担することで予算は成立する。診療報酬の改定はトップダウン方式である。公共事業費に比べるとはるかにわかりやすい。また、医療費は抑制されてきた。医療制度が一見複雑に見えるのは、医療提供側、厚生省、政府、保険者がバランスを取りながら制度の部分改正を積み重ねた結果である。

患者自己負担の増加と基本的医療の質の低下は、国民の生活に多大な影響を与える。今後、高齢社会の進行と技術の向上による医療費の自然増は避けられまい。国民生活を優先するならば、予算配分において、公共事業費に比べ、社会保障費は過度に抑制すべきではない。医療の効率化を進めるためにも、公費による医療費の総枠拡大が必要である。

医療費の財源は総医療費と負担の仕組みに透明性を持たせるため、負担割合を国民負担、企業の負担、公費と分割し、国民の負担を自己負担と保険料で支払う、社会保険方式が望ましい。保険料の算定には、世代間格差是正のためにも資産を評価すべきである。寄付控除を増やし、相続税の強化も必要である。その上で先進国中最高の自己負担率を引き下げ公費の負担を拡大すべきである。患者負担増、医療の市場化における消費税導入は、消費者から保険業界と、医療産業への所得の移転に他ならない。

日本では、医療が国民の権利として明確に確立しており、また格差に対する抵抗が強い。日本の医療制度は1961年に国民皆保険を達成して以来、世界一の医療制度といえるまでにこの理念を実現してきたといえる。医療の市場化は医療機関、保険会社、医療自体が患者を選別することである。国民は平等な医療を望んでおり、日本において、膨大な情報が消費者に提供され、これを基に自分の経済力に合わせて消費者自身、その質がわかりにくい医療サービスを選択するということは、受け入れがたいはずである。

医療改革は、平等な医療、国民皆保険制度と民間非営利の医療機関主体の医療提供制度を維持しつつ、厚労省、医師会、政府とのバランスを保ちながら、部分改革の積み重ねにより、改革を進めるべきである。

医療の進歩は再生医療、遺伝子医療など個人の選択に係る領域の治療も増えつつある。先進医療の有効性と安全性を保障し普及させると、医療費の高騰は避けられない。国民が医療費の財政負担を容認しない場合、選択の基準が支払い能力になると所得の再配分は富裕者に偏る。基本的な医療の質を

図7-1 公的医療保険のあり方に関する一般国民・患者と意識のズレ

- (A) 現在のように所得の高い低いに関係なく、国民みんなが同じレベルの医療を受けられる仕組みがよい
- (B) お金を払える人は追加料金を払えば、保険で給付される以上の医療やサービスを受けられる仕組み

	回答者数	(A)に賛成	中間	(B)に賛成
一般国民	2084	71.4%	7.4%	17.9%
患者 (P)	968	73.9	11.3	12.2
医師 (D)	614	47.2	12.4	37.9
うち病院勤務医	274	37.2	13.5	48.2
病院の代表者	57	50.9	12.3	33.3
診療所の代表	229	55.9	12.7	27.1
(P-D)		26.7 ポイント	-1.1 ポイント	-25.7 ポイント

出所：二木 立 (2004) 医療改革と病院、勁草書房、p. 214

保障した上で、今後は先進医療の選択基準のコンセンサスを構築していくことが必要である。

前提として、人は常に生きたいと思う存在である。人生の終末のありかたは、自分が決めるべきであり、そして医師は最後まで全力で救命に尽くしてくれると信じている。しかし、一部の医療過誤を繰り返す医療従事者に対しては、強力な懲戒権を持った組織が必要だ。

2006年度の医療制度改革は、保険診療の給付範囲と水準を抑制する方向に向け、一気に推進された。今後の動向が注目される場所である。生命に係わる治療、一般に普及している有効な医療を平等に誰でも受けられることは、基本的人権として守るべきである。われわれは均衡を保つ役割として政治に監視の目を向けなければならない。

参考文献

- [1] 財務省ホームページ (2005) 医療関係予算のポイント
- [2] 厚生労働白書 平成17年度版, ぎょうせい, p.165

参考文献リスト

- [1] 財務省ホームページ (2005) 日本の財政を考える
- [2] 財務省ホームページ (2005) 医療関係予算のポイント
- [3] 北川 力 (2004) 図説 日本の財政 (平成16年度版), 東洋経済新報社
- [4] 木下康司 (2005) 図説 日本の財政 (平成17年度版), 東洋経済新報社
- [5] 命 炳匡 (2006) 「改革」のための医療経済学, メディカ出版(株)
- [6] 新藤宗幸 (1996) 日本の予算を読む, 筑摩書房
- [7] 亀井秀人 (2005) 「カラー図鑑」みんなの医療費と制度, PHP 研究所
- [8] 厚生労働大臣官房情報部, 平成5, 11年度国民医療費, (財)厚生統計協会
- [9] 厚生労働省 高齢者医療制度推進本部事務局編, 医療制度改革の課題と視点～解説・資料編～, 平成13年, ぎょうせい
- [10] 川淵孝一 (2005) 日本の医療が危ない, 筑摩書房
- [11] 池上直己 (2002) ベーシック医療問題, 日本経済新聞社
- [12] 池上直己・J.C. キャンベル (1998) 日本の医療, 中央公論社
- [13] 地域差研究会 (2001) 医療費の地域差, 東洋経済新報社
- [14] 厚生労働省ホームページ, 医療制度改革の課題と視点
- [15] 厚生労働省ホームページ, いわゆる「混合診療」問題について
- [16] 医療保険制度研究会・目で見える医療保険白書 (平成3年度版) ぎょうせい
- [17] 国民生活白書 平成17年度版, 内閣府国民生活局
- [18] 厚生労働白書 平成17年度版, ぎょうせい
- [19] OECD (2005) 世界の医療制度改革, 明石書店
- [20] 柿原浩明 (2004) 入門 医療経済学, 日本評論社
- [21] 結城康博 (2006) 医療の値段 ― 診療報酬と政治 ― 岩波新書
- [22] 月刊/保険診療 (2006/3) 医学通信社
- [23] 水野 肇 (2005) 誰も書かなかった厚生省, 草思社
- [24] 二木 立 (2004) 医療改革と病院, 勁草書房
- [25] 政府・与党医療改革協議会 (2005/11/30), 医療制度改革大綱
- [26] 日本経済新聞朝刊
- [27] 産経新聞朝刊

《注》

- (1) 第4条〔歳出財源の制限〕国の歳出は、公債又は借入金以外の歳入をもってその財源としなければならない。ただし、公共事業費、出資金及び貸付金の財源については、国会の議決を経た金額の範囲内で、公債を発行し又は借入金をなすことができる。
- (2) 1986年からは、外国人登録をし、1年以上の在留資格、期間のある外国人にも保険への加入が認められた。2004年には、不法に滞在する外国人を国保の対象から外す省令を公示している。
- (3) ①保険者による医療機関の選別—保険者は情報を持たない消費者に代わって最も質の高い医療を最も安価に提供できる医師・医療機関を選ぶ。
②消費者が、各保険者が用意した様々な給付のパッケージから、最適な内容のものを選ぶ。