

「グランドデザイン 2009」

—国民の幸せを支える医療であるために—

2009年2月

社団法人 日本医師会

はじめに

日本医師会は、2007年3月「グランドデザイン 2007－国民が安心できる最善の医療を目指して－総論」を公表いたしました。

その背景には、近年の財政一辺倒の医療政策により、国民が「いつでも」「どこでも」平等に医療を受けられる日本の優れた医療保険制度が失われてしまうという強い危機感がありました。その後の状況も、私たちの懸念をより強くしています。

米国のサブプライムローン問題に端を発した世界的規模の金融危機は、日本にも大きな打撃を与えています。深刻化する不況、拡大する雇用不安など、日本経済は極めて不安定な状態にあります。

一方、医療を取り巻く環境も厳しさを増しています。医師の不足と偏在によって、地域医療提供体制の崩壊が現実化しています。2009年度の医学部定員は、過去最大規模を超えて増員されましたが、その効果が現れるのには約10年かかると言われています。

また、2006年7月に閣議決定された「経済財政運営と構造改革に関する基本方針2006」に示された、社会保障費の伸びを2007年度から2011年度までの5年間で1.1兆円（国庫負担ベース）削減するという方針が、医療崩壊という現実を前にしても撤回されていないのが実情です。

いま、国民は将来に大きな不安を抱いています。このようなときこそ、国民の生命と生活を守る社会保障に対して、国は明確な理念を示し、国民の安心を保障する責務があります。

社会経済情勢の先行きが見えない今こそ、医療を中心とした社会保障への積極的な投資によって、国民が安心できる社会を再構築しなければなりません。

本書「グランドデザイン 2009」は、2007年に「グランドデザイン 2007」を公表した後、状況の変化等を踏まえて、必要と思われる部分を新たに書き加えたものです。「グランドデザイン 2007」同様、多くの方々の目に触れ、幅広い議論に供することを期待します。

2009年2月

日本医師会
会長 唐澤 祥人

本書「グランドデザイン 2009」は、2007年に発表した「グランドデザイン 2007－国民が安心できる最善の医療を目指して－」を補完する目的で作成しました。

「グランドデザイン 2007」は「総論」（2007年3月）と「各論」（2007年8月）から構成されています。

「グランドデザイン 2007－国民が安心できる最善の医療を目指して－」

<http://www.med.or.jp/nichikara/gd2007/>

グランドデザイン 2007「総論」目次

第1章 あるべき医療の実現に向けて

1. 国民が望む医療
2. 医療の質のマネジメント
3. 経済力と医療資源のバランス

第2章 国民のニーズにこたえる医療提供体制

1. 医療を取り巻く環境
2. 病床整備の必要性

第3章 医療保険制度のあり方

1. 医療・介護費の将来推計
2. 公的医療保険制度のあり方

第4章 社会保障財源の可能性について

1. 社会保障の意味合い
2. 国家財政の実態
3. 財源の創出へ

グランドデザイン 2007「各論」目次

第1章 医療の質向上と安全のために

1. 医療従事者の偏在と不足
2. 医師の教育・研修
3. 医療の安全性の確保

第2章 医療提供体制と地域医療連携

1. 高齢者を支える医療提供体制
2. 地域医療提供体制とその連携
3. 健康および予防医療

第3章 社会の変化に対応して

1. 終末期医療のあり方
2. 危機管理の必要性
3. 医療におけるIT化
4. 医療における財源と税制の課題

Grand Design 2007

Chapter 1

Toward Realization of Most Appropriate Healthcare

JMAJ 50 (4) : 280-299, 2007

<http://www.med.or.jp/english/pdf/jmaj/v50no04.pdf>

Chapter 2

A Healthcare Delivery System that Meets the Needs of the People

JMAJ 50 (5) : 355-366, 2007

<http://www.med.or.jp/english/pdf/jmaj/v50no05.pdf>

Chapter 3

Financial Aspects of the Health Insurance System

JMAJ 50 (5) : 367-388, 2007

<http://www.med.or.jp/english/pdf/jmaj/v50no05.pdf>

Chapter 4

The Possibility to Secure Fiscal Resources for Social Security

JMAJ 50 (6) : 431-442, 2007

<http://www.med.or.jp/english/pdf/jmaj/v50no06.pdf>

目 次

用語の説明.....	用語 1-4
第1部 安心と幸せのための医療.....	1
1. 国民の求める医療－第3回 日本の医療に関する意識調査より	1
(1) 満足度と重点課題.....	1
(2) 医療に関する不安と国民の求める医療.....	5
(3) 医師の現状.....	15
(4) 今後の課題.....	19
2. 医師不足対策と医療従事者の確保	20
(1) 医師の偏在と不足の実態	20
(2) 医師数増加に向けての日本医師会の考え	25
(3) 初期臨床研修制度の改革案.....	30
(4) 医師確保対策	37
(5) 看護職員、コ・メディカル等について.....	39
3. 地域を守る医療提供体制	41
(1) 平均在院日数短縮化の問題点	41
(2) 高齢社会における医療提供体制.....	44
(3) 医療資源重点化の問題点	45
(4) 日本医師会が考えるあるべき病床数と現実.....	46
第2部 国民を守る医療制度とその財源	48
1. 医療費の現状と将来推計	48
(1) 医療費の国際比較.....	48
(2) 現状の医療費の伸びから推計される医療費.....	50
(3) 中長期の医療費の粗い推計.....	52
2. 医療制度のあり方について.....	58
(1) 現在の後期高齢者医療制度.....	58
(2) 日本医師会の「高齢者のための医療制度」	62

(3) 看取りの医療「終末期医療のガイドライン 2009」	67
3. 公的医療保険を支える財源	71
(1) 消費税などの新たな財源の検討	72
(2) 特別会計などの支出の見直しの継続	75
(3) 公的医療保険の保険料の見直し	79
索引	索引 1-3

用語の説明

【医療費】

$\text{総医療費} = \text{国民医療費} + \text{介護サービス費} + \text{予防・公衆衛生の費用} + \text{管理コスト等}$

$\text{国民医療費} = \text{医療保険医療費} + \text{公費負担等医療費}$

$\text{医療保険医療費} = \text{医療保険給付費} + \text{医療保険における患者一部負担}$

医療保険給付費

公的保険（被用者保険、国民健康保険、後期高齢者医療制度）からの給付費。給付費とは医療費から患者一部負担分を除いた部分。

国民医療費（本書では単に医療費ともいう）

医療保険医療費に公費負担等医療費を加えたもの。正常分娩の費用、健康診断や予防接種などの予防に関わる費用、入院時室料差額などのアメニティに関わる費用は、国民医療費には含まれない。

公費負担等医療費

本書では、生活保護法、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律等から給付される公費負担医療費に、全額自費、労災保険を加えたものを指す。公費負担医療は保険に加入していれば、保険からの給付が優先されるので、ここでは、公費のみで支給される部分が対象である。

【医療制度ほか】

新医師臨床研修制度

2004年4月に施行された改正医師法等により、それまで努力義務であった医学部卒業後2年間の臨床研修を必須化させた制度。

幅広い分野における基本的臨床能力を習得することを目的として、内科、外科、救急部門、小児科など、多くの臨床分野での研修を必修化した。また、同制度により、研修医の定員、指導医の条件など、臨床研修病院の指定基準を明確化し、研修医の処遇の確保等も行われた。

一方、同制度の導入により、研修医の大学離れが加速し、医師の偏在、不足の一因となったとも指摘されている。

ALS

Advanced Life Support の略で、心肺停止患者に対して一次救命処置（救急医療システムへの通報、心肺蘇生、AEDによる除細動、気道異物除去など）につづいて行われる二次救命処置（マニュアル除細動器を用いた除細動、心肺停止の原因の検索と解除、静脈路の確保と薬剤投与、高度な気道確保（気管挿管など）など）をいう。

かかりつけの医師

日本医師会は、2007年9月19日に公表した「後期高齢者の診療報酬体系のあり方について」¹において、「かかりつけの医師」を次のように定義した。

「なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要な時には専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる『地域医療、保健、福祉を担う幅広い能力を有する医師』」。

DPC

Diagnosis Procedure Combination の略。そもそもは診断群分類の手法のひとつであり、この分類に基づき診療報酬の一部が包括化されており、これを「DPC（診断群分類）による包括評価」という。ただし、最近では支払い方法自体も含めて「DPC」と呼ばれることが多い。本書でも後者の意味で「DPC」という。

DPCは、2003年4月に特定機能病院を対象に導入され、その後、民間病院にも拡大され、2008年度には、対象病院、準備病院を合わせて1,428施設に及んでいる。

療養病床

1992年7月の第2次医療法改正で「療養型病床群」が規定された。2000年4月の介護保険制度の導入により、医療療養型と介護療養型に分離され、さらに2001

¹ （社）日本医師会「後期高齢者の診療報酬体系のあり方について」2007年9月19日、定例記者会見、http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20070919_6.pdf

年の第4次医療法改正で「療養病床」に改められた。

2006年6月に医療制度改革関連法案が成立し、医療療養病床は2005年の25万床から2012年には15万床に削減されることになった。しかし2008年9月、厚生労働省は、各都道府県が提出した目標病床数を積算し、回復期リハビリテーション病棟である療養病床を除く目標数は21万床（目標数未提出の3県分を除く）であると修正した。

介護療養型医療施設（介護療養病床）は2005年には13万床あったが、2006年4月に介護保険法が改正され、2012年3月末をもって廃止されることになった。

医療区分

中央社会保険医療協議会・診療報酬調査専門組織・慢性期入院医療の包括評価調査分科会「慢性期入院医療の包括評価に関する調査」（2004年、2005年）をもとに作成された患者分類。この結果をもとに2006年の診療報酬改定（7月実施）により、医療療養病棟入院基本料に医療区分による評価が導入された。

厚生労働省は、医療区分1（医療の必要性が低い）の入院患者に加え、「医療区分2」の入院患者の3割を「社会的入院」とみなした^{2,3}が、日本医師会が2006年7月に実施した「療養病床の再編に関する緊急調査」によると、医療区分1の入院患者の約2割は医学的管理・処置が必要な患者であった。

【経済および財政】

GDP（国内総生産, Gross Domestic Product）

国内で生産された付加価値の総額。GDP成長率は経済成長を示す。GNP（国民総生産）は、同一国民による海外での生産分を含む。

消費税

消費税法、地方消費税法に定める間接税。日本では1989年4月に税率3%で施

² 中央社会保険医療協議会・慢性期入院医療の包括評価調査分科会「平成18年度慢性期入院医療の包括評価に関する調査」中間報告書, 2007年3月28日, <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/05/dl/s0530-7b.pdf>

³ 社会保障審議会医療保険部会資料「医療費適正化に関する施策についての基本的な方針（案）について」, 2007年4月12日, <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/04/dl/s0412-4d.pdf>

行され、1997年4月に5%に引き上げられた。

消費税収（地方交付税交付金を除く国分）は、国の一般会計の予算総則で、基礎年金、老人医療（後期高齢者医療）、介護に充てることとされている。

予算総則

国の歳入歳出のほか、毎年度の国の財政運営に必要な事項を規定するもので、一般会計、特別会計それぞれにある。予算と同様国会の議決事項。

スキマ

消費税収（国分）と、一般会計の予算総則で消費税を充てるべきとされている経費（基礎年金、後期高齢者医療、介護の国庫負担分）との差。財務省の消費税の使途に関する資料⁴において、「スキマ」と呼ばれている。

特別会計

国の会計は、財政法第13条の規定に基づき、一般会計と特別会計に分かれる。

同条第2項の規定により、国が特定の事業を行う場合、特定の資金を保有してその運用を行う場合等に限り、特別会計を設置するとしている。

特別会計には、交付税及び譲与税配付金特別会計、国債整理基金特別会計、外国為替資金特別会計、財政投融资特別会計、年金特別会計、労働保険特別会計、社会資本事業特別会計等がある。

独立行政法人

行政改革の一環として、「国の行政の役割を見直す基本的な視点は『官から民へ』にある」との行政改革会議の最終報告（1997年12月）の提案を受け、1999年7月に成立した独立行政法人通則法に基づき設置された法人。

2001年4月に57法人が設立され、その後、法人数は増加していたが、2006年に成立した「簡素で効率的な政府を実現するための行政改革の推進に関する法律」に基づき、国の歳出の縮減を図る見地から見直しが図られることになった。

⁴ 財務省「消費税の福祉目的化」, <http://www.mof.go.jp/jouhou/syuzei/siryou/121.htm>

第1部 安心と幸せのための医療

1. 国民の求める医療－第3回 日本の医療に関する意識調査より

高齢社会の進展に加え、年金問題を含む政治経済の混乱に見舞われ、国民の不安が高まっている⁵。医療においても、医療費抑制を目的とした制度改革に伴う問題や医師不足が顕在化し、医療崩壊を現実化させた。

日本医師会では2002年から国民、患者、医師を対象に「医療に関する意識調査」を実施してきた。2006年に実施した第2回調査では、第1回調査（2002年）に比較して、国民の医療に対する全般的な満足度や医師患者関係について、やや向上がみられ、患者と医師の相互理解が深まっている可能性が示唆された。

しかし、昨今の医療を取り巻く環境変化により、国民、患者、そして提供側についても意識の変化が予想される。療養病床の削減や平均在院日数の短縮化、医療費負担増、医師不足などが国民の不安を増大させ、医療に対する不満を高めているのではないだろうか。

以下、「第3回日本の医療に関する意識調査」⁶（2008年7月）をもとに、国民や患者の求める医療のあり方を検討する。

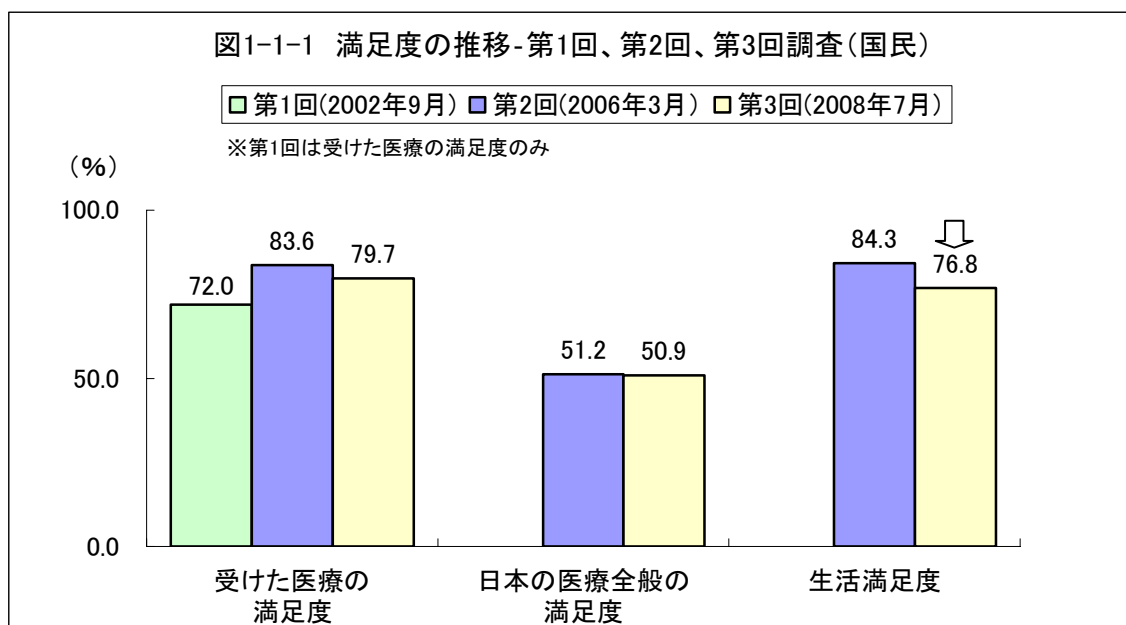
（1）満足度と重点課題

2008年7月時点で、国民（n=1,313）の79.7%が受けた医療に対して満足（やや満足＋満足）と回答した。日本の医療全般に対しては50.9%が満足と回答した。前回（第2回）調査との比較では、受けた医療への満足度は微減したものの、日本の医療全般への満足度とともに、大きな変化はみられなかった。自身が受けた医療への満足度と比べて、医療全般への満足度が約30ポイント低い傾向も前回と同様であった。

⁵ 内閣府「国民生活に関する世論調査」では、日常生活での悩みや不安を持つ人が2005年6月の66.4%から2008年6月には70.8%と3年間に4.4ポイント増加している。<http://www8.cao.go.jp/survey/h17/h17-life/2-1.html>, <http://www8.cao.go.jp/survey/h20/h20-life/2-1.html>

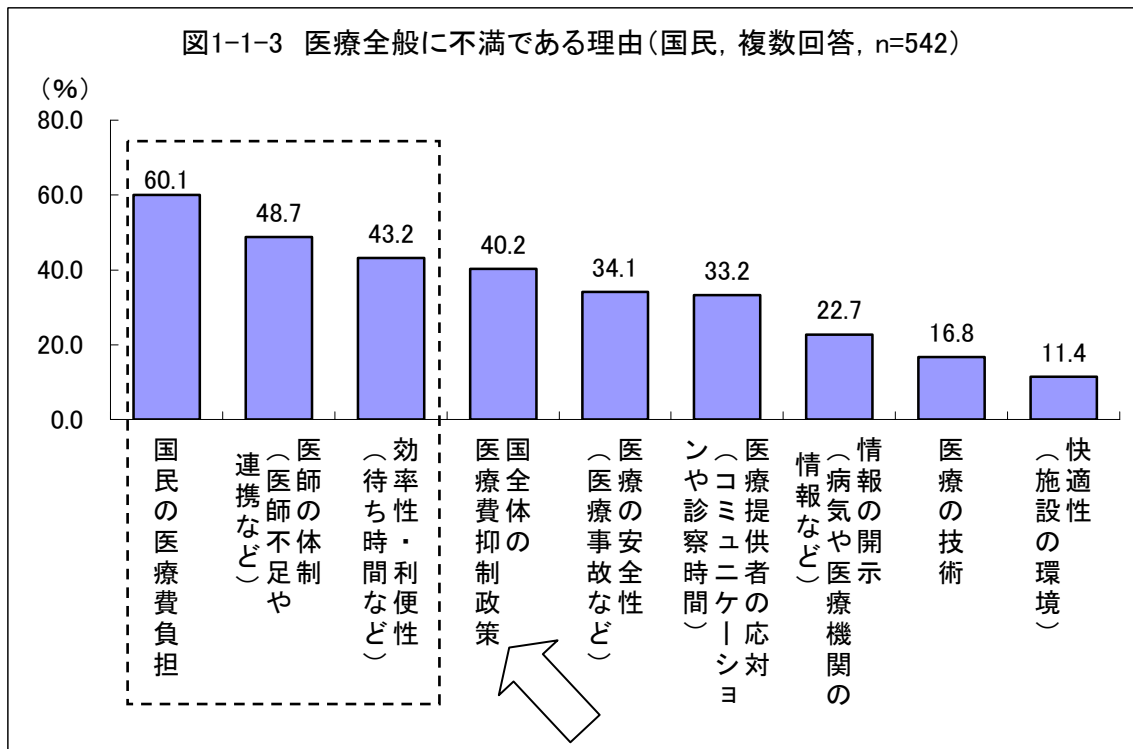
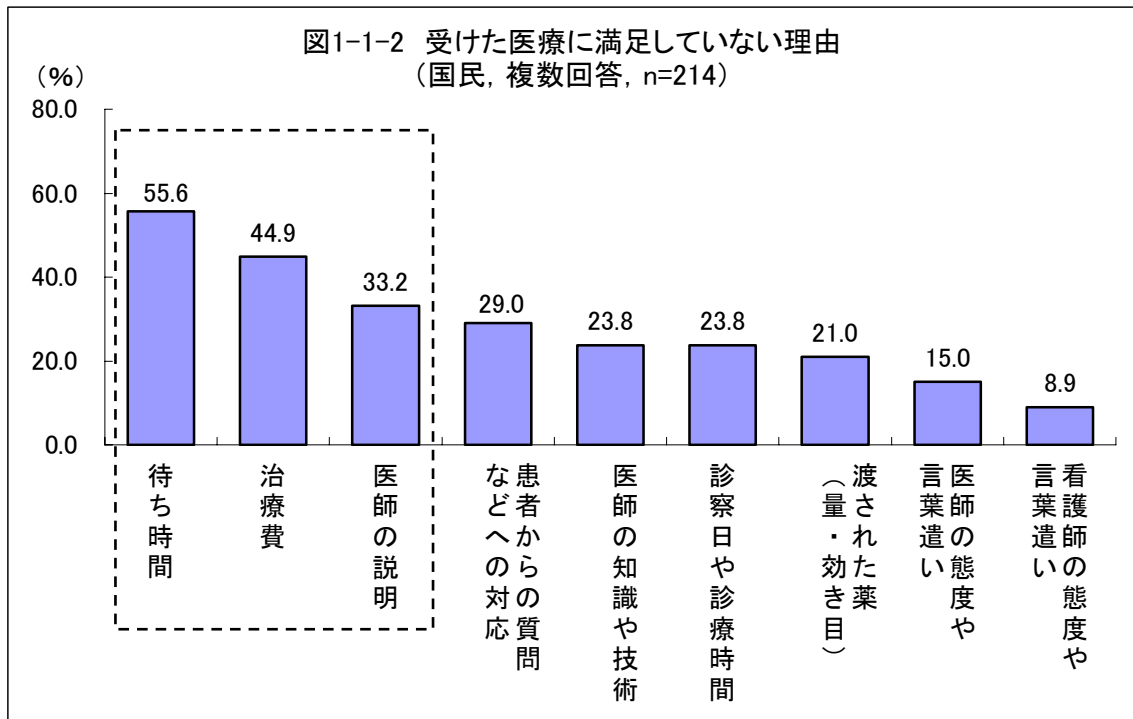
⁶ 国民、患者、医師の3者を対象に2008年7月に実施。国民は全国の20歳以上の男女2,000人、個別面接聴取法で有効回答数（率）1,313（65.6%）。患者は全国の病院（n=25）と診療所（n=25）の外来患者1,078人、聞き取り法で有効回収数1,078。医師は全国2,000人、郵送調査法で有効回答数（率）772（38.6%）、日医総研「第3回 日本の医療に関する意識調査」日医総研ワーキングペーパーNo.180, 2008年12月, <http://www.jmari.med.or.jp/research/dl.php?no=389>

満足度を相対的にみるために生活満足度も尋ねたところ、「満足」との回答は、前回から約 8 ポイント低下して 76.8%であった（図 1-1-1）。生活満足度が低下している中で、医療全般、受けた医療への満足度はほぼ維持されている。

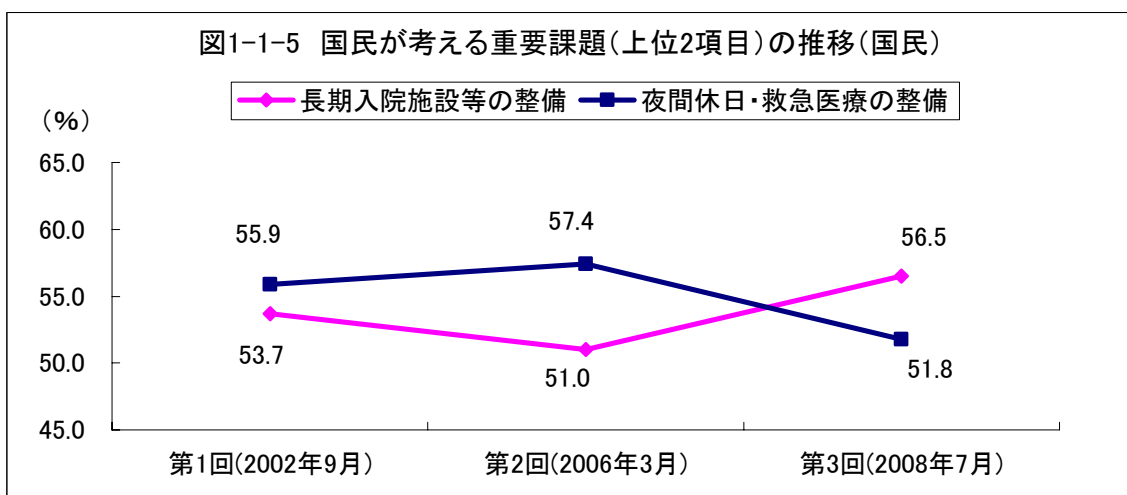
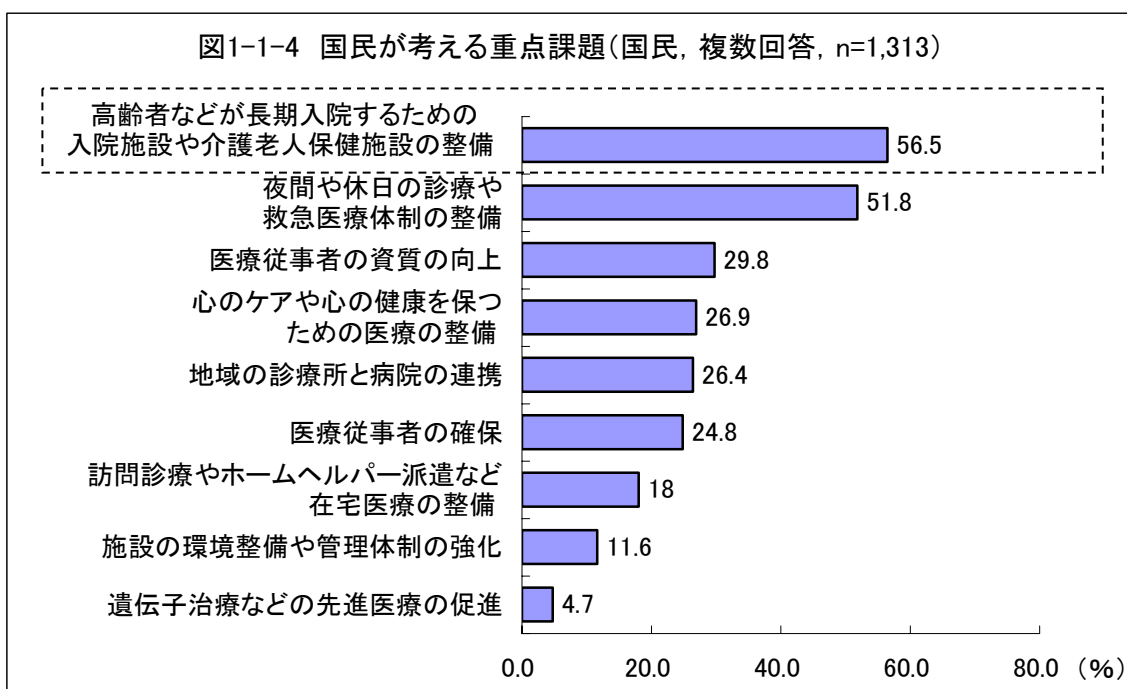


「受けた医療」に満足していない（満足していない+あまり満足していない）と回答した人は全体の 16.7%であり、その理由の上位 3 項目は、待ち時間、治療費、医師の説明であった（図 1-1-2）。

一方、「日本の医療全般」に不満（不満である+やや不満である）と回答した人は全体の 41.3%で、その理由の上位 3 項目は、国民の医療費負担、医師不足や連携などの医師の体制、効率性・利便性（待ち時間など）であった（図 1-1-3）。4 番目は国全体の医療費抑制政策への不満であり、国民の間でも、国の医療費抑制政策に対する意識が高まっていることが示された。



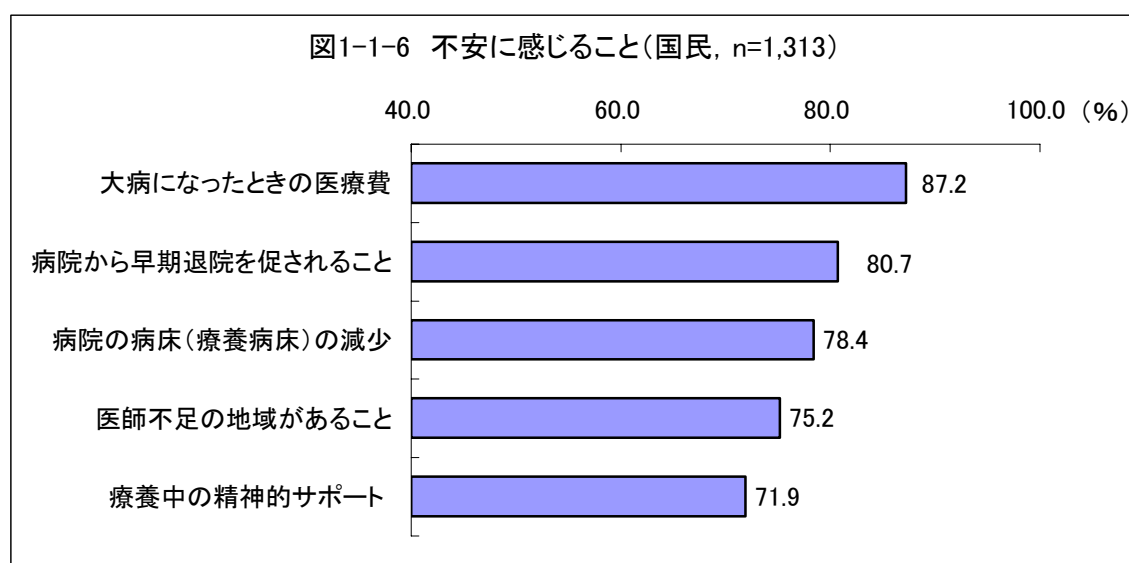
国民が考える重点課題で回答が最も多かった項目は、第1回、第2回調査では「夜間や休日の診療や救急医療体制の整備」であったが、今回の調査では「高齢者などが長期入院するための入院施設や介護老人保健施設の整備」で56.5%であった(図1-1-4、図1-1-5)。療養病床削減計画や平均在院日数の短縮化により病院から早期退院を促されることが、入院施設等に対する国民や患者の問題意識を高めていると推察される。



(2) 医療に関する不安と国民の求める医療

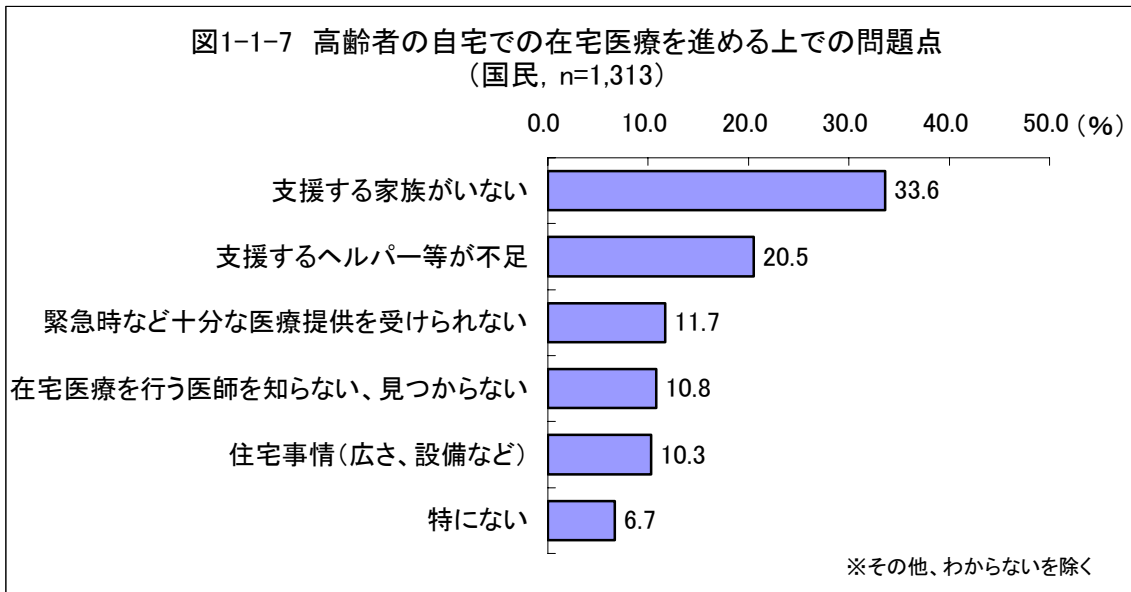
1) 医療に関する不安

国民が最も高い不安（とても不安+やや不安）を示したのは、「大病になったときの医療費」であり 87.2%の国民が不安と回答した。ついで「病院から早期退院を促されること」が 80.7%、「病院の病床（療養病床）の減少」が 78.4%であった（図 1-1-6）。



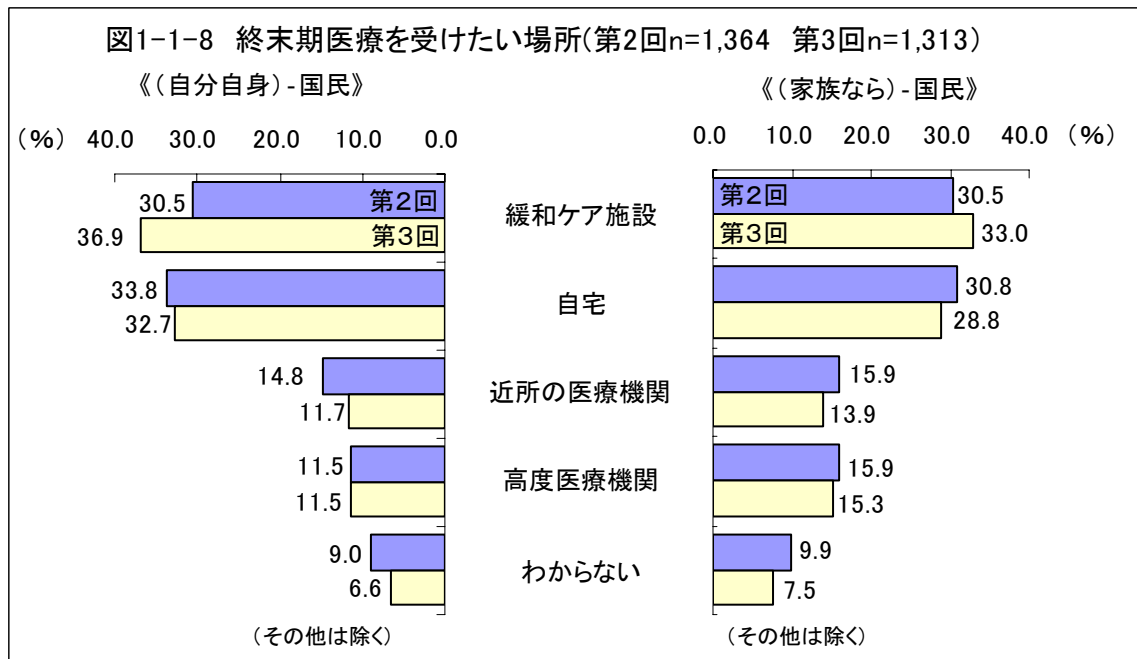
2) 在宅医療

国の在宅医療推進の流れのなか、在宅医療のためのインフラ整備が課題となっている。高齢者の自宅での在宅医療を進める上で、国民が最も問題に感じている点は、「支援する家族がいないこと」であり 33.6%と 3分の1を超えていた。ついで「支援するヘルパー等が不足」で 20.5%であった（図 1-1-7）。在宅医療については、住宅事情などのハード面よりも、人的資源に対しての不安や問題意識が高いことが判明した。

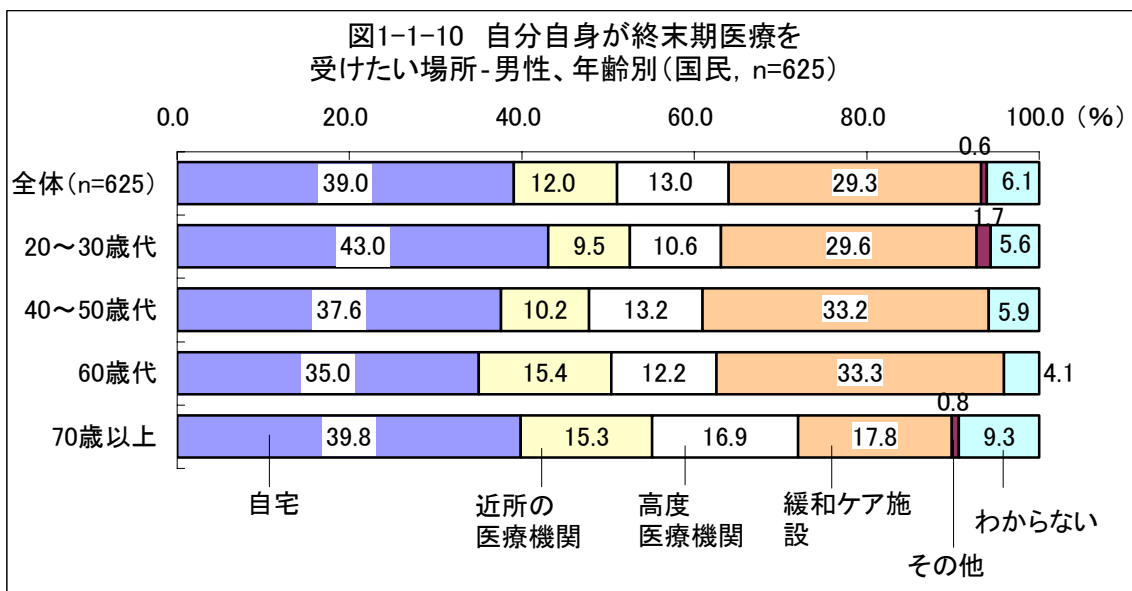
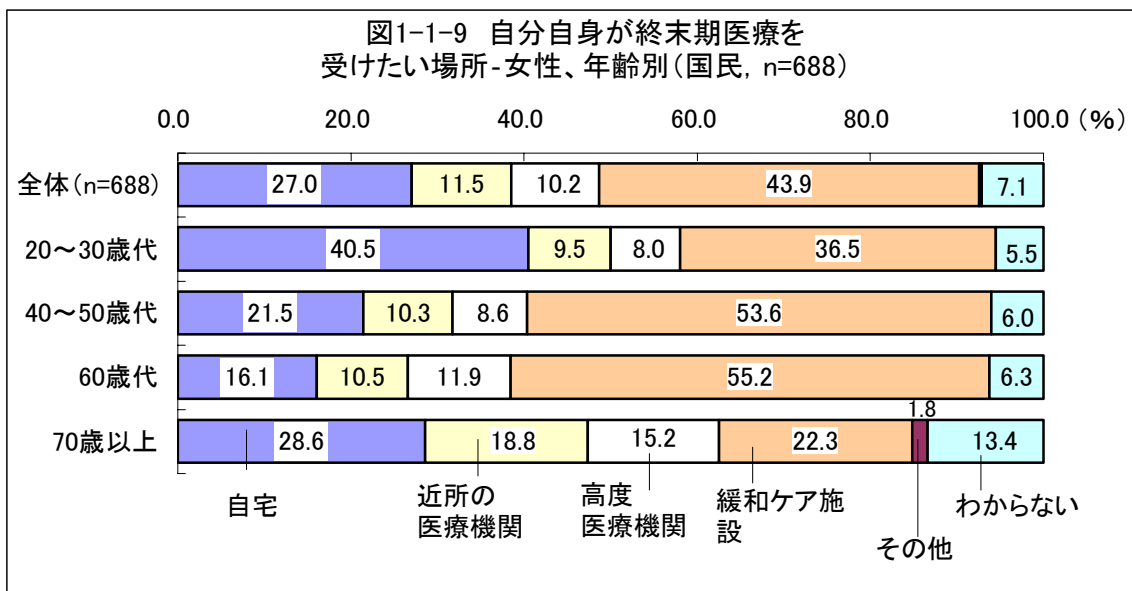


3) 終末期医療

自分自身が終末期医療を受けたい場所は、国民の 36.9%が「ホスピスなどの緩和ケア施設」と回答し、前回調査でもっとも多かった「自宅」(前回 33.8%、今回 32.7%)を上回った(図 1-1-8)。家族の終末期医療についても同様の傾向が示された。

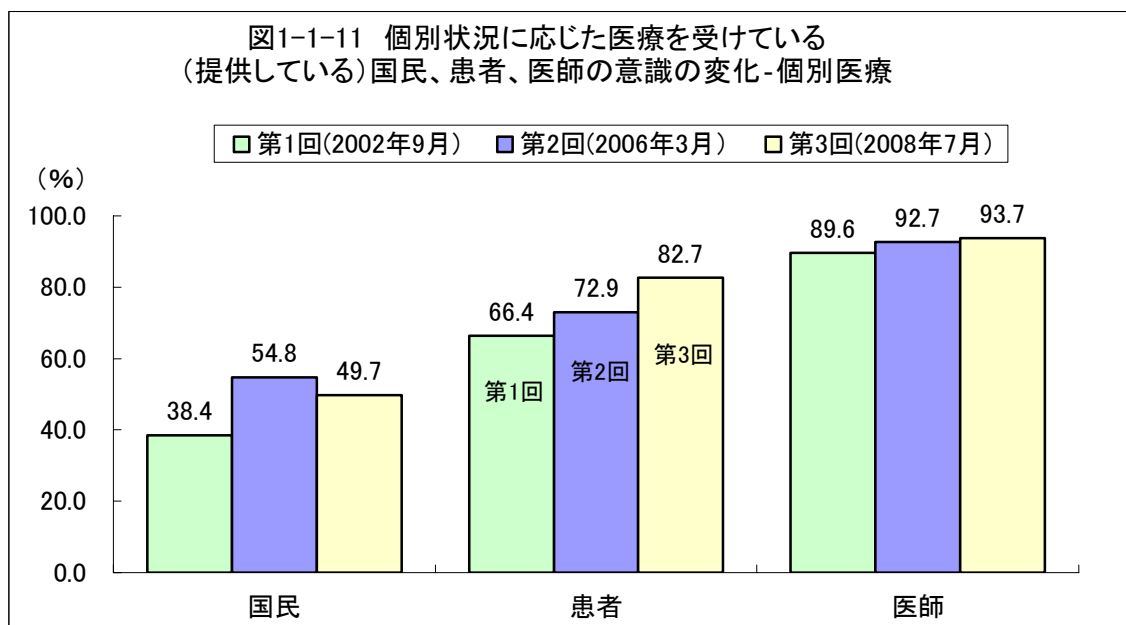


終末期医療を受けたい場所については、性別および年齢階層別による違いが顕著に示された。60歳代の女性の55.2%が緩和ケア施設での終末期医療を望んでいたが、同世代の男性では33.3%であった（図1-1-9、1-1-10）。



4) 医師患者関係

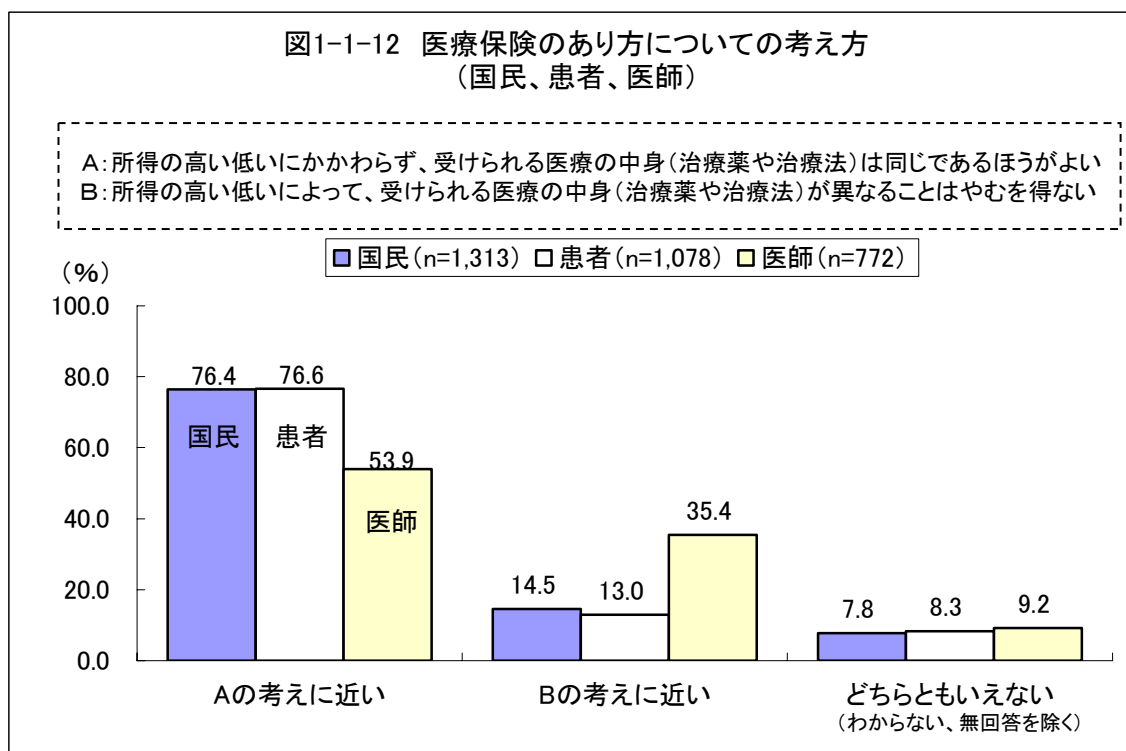
患者一人ひとりの性格や立場、本人の希望といった個別状況に応じた医療を受けているかという問いに対して、「受けている」という回答は、国民 49.7%、患者 82.7% であり、これまでと同様、国民よりも患者の方が高い傾向にあった。また、医師の回答は「行っている」が 93.7% であり、患者より高いものの、医師と患者との差は縮小しつつある（図 1-1-11）。



5) 医療保険のあり方について

所得によって受けられる医療の中身が異なることについて、国民や患者の意識に変化が生じているであろうか。「所得の高い低いにかかわらず、受けられる医療の中身（治療薬や治療法）が同じであるほうがよい」という回答は、国民の76.4%、患者の76.6%であった。この結果には、第1回、第2回調査から大きな変化はみられず⁷、大半の国民・患者が現在の制度を支持していることが示された（図1-1-12）。

一方、医師は、「受けられる医療が同じ」であることを望む割合が53.9%であった。医師では「所得の高い低いによって、受けられる医療の中身が異なることはやむを得ない」も35.4%、特に病院医師の間では43.6%あり、医療現場での苦悩もうかがえた。

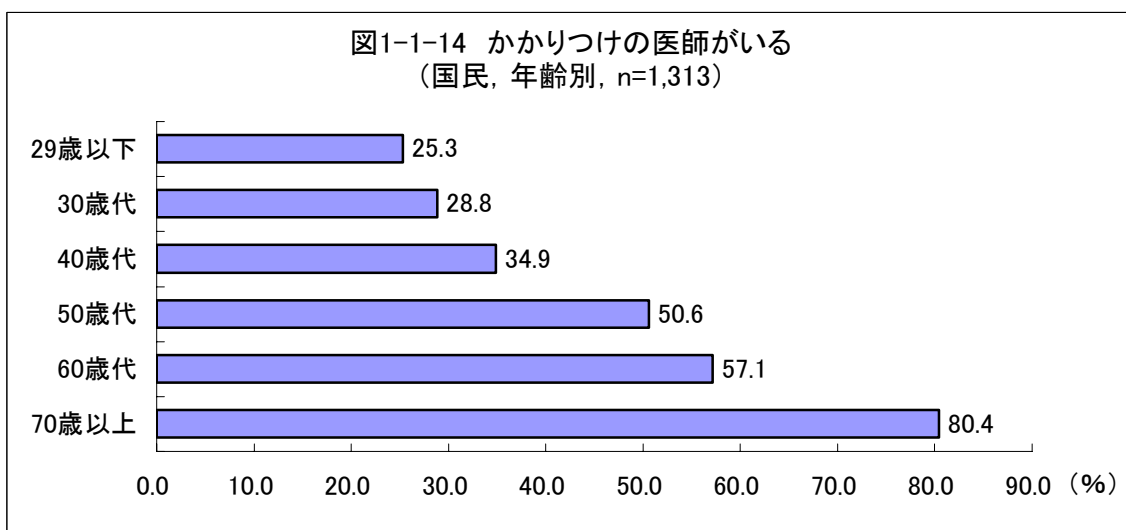
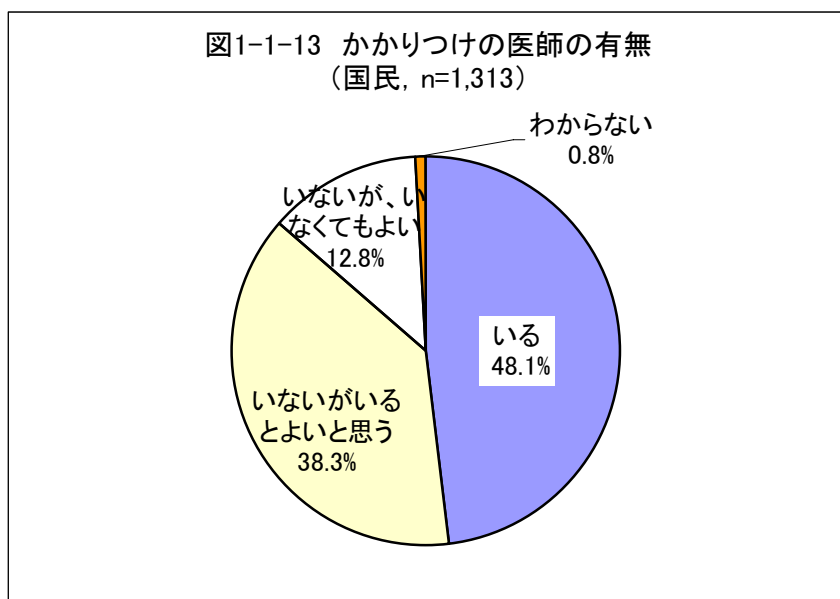


⁷ 「現在のように所得の高い低いに関係なく、国民みんなが同じレベルの医療を受けられる仕組みがよい」に賛成もしくは、どちらかといえば賛成と回答した人の割合は、第1回調査では国民71.4%、患者74.0%、第2回調査では国民72.1%、患者76.8%。<http://www.jmari.med.or.jp/research/dl.php?no=336>

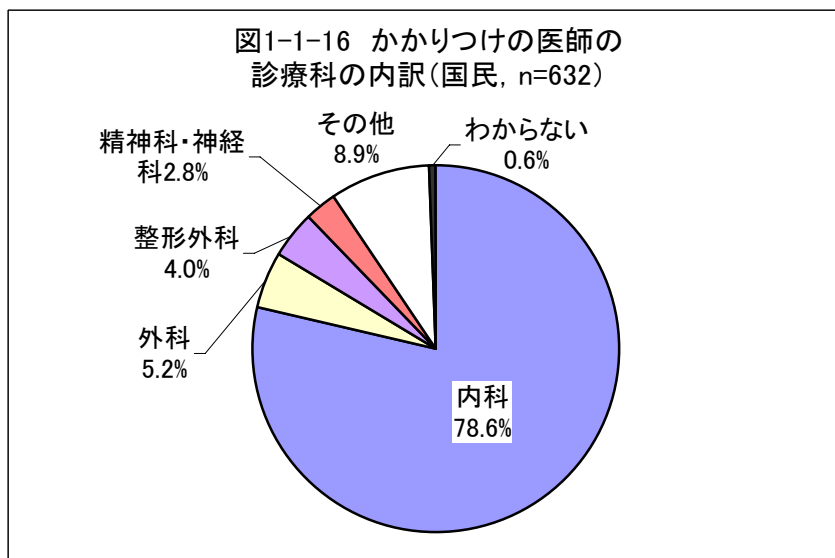
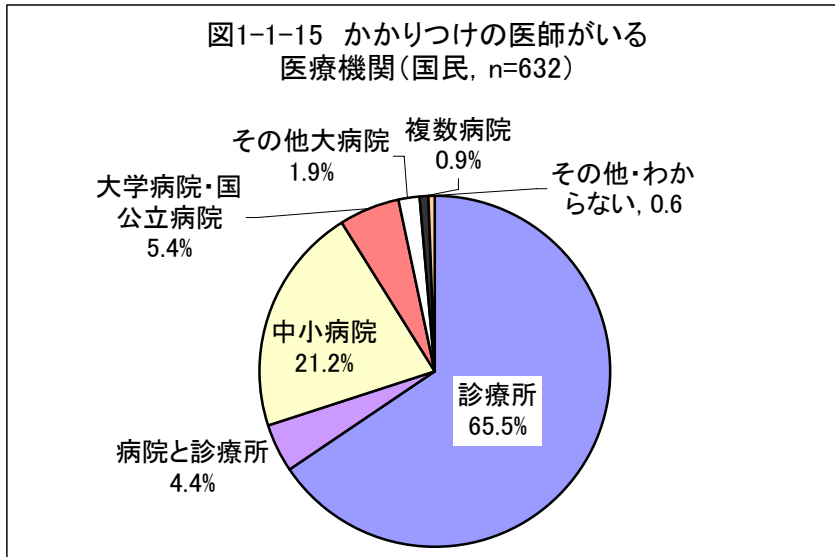
6) かかりつけの医師

「病気や健康度を総合的に診療する身近なかかりつけの医師」（以下、かかりつけの医師）がいる国民は48.1%であった（図1-1-13）。

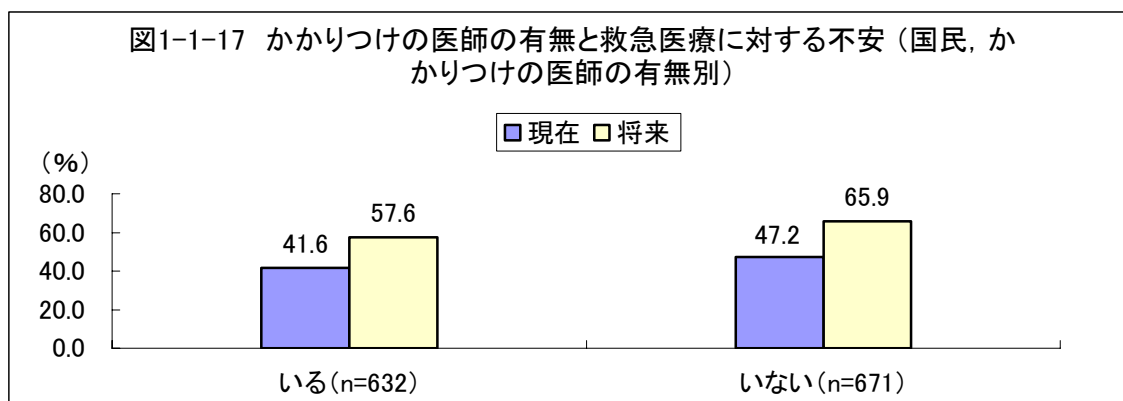
またかかりつけの医師がいる人の割合は、年齢とともに増加しており、50歳代で半数を超え、70歳以上では約8割であった（図1-1-14）。



医療機関別にみると、かかりつけの医師は診療所医師が 69.9%（診療所 65.5%+病院と診療所 4.4%）を占めた（図 1-1-15）。診療科別では内科が 78.6%と全体の 4 分の 3 を占め、つづいて外科が 5.2%であった（図 1-1-16）。

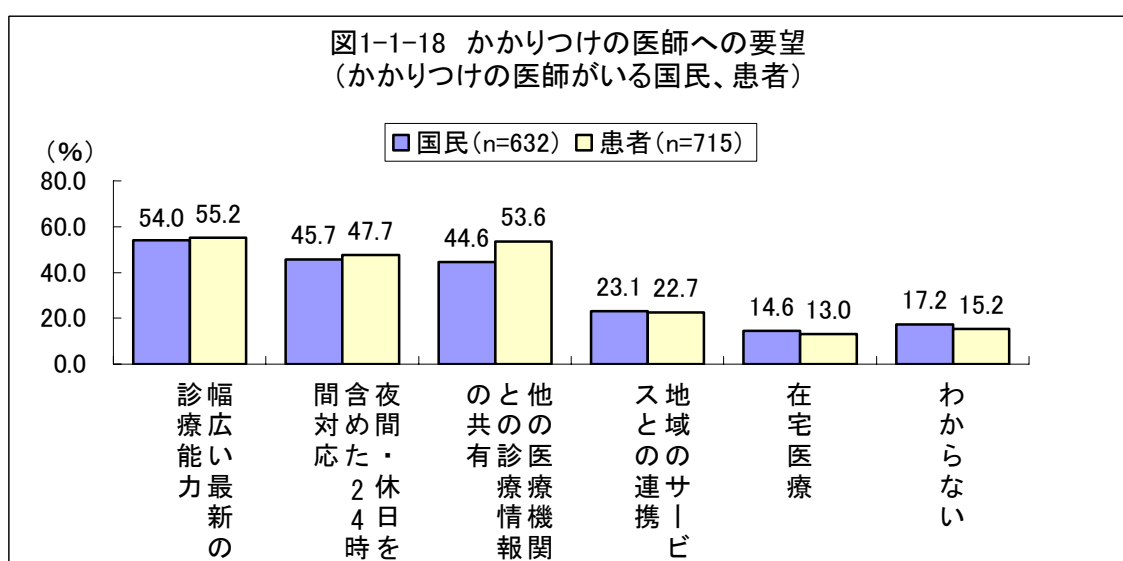


かかりつけの医師がいる人は、いない人に比べて不安が低い傾向がみられた。たとえば地域の救急医療については、かかりつけの医師が「いる」国民は「いない」国民に比べて、現在、将来ともに不安を感じている人の割合が低かった（図 1-1-17）。



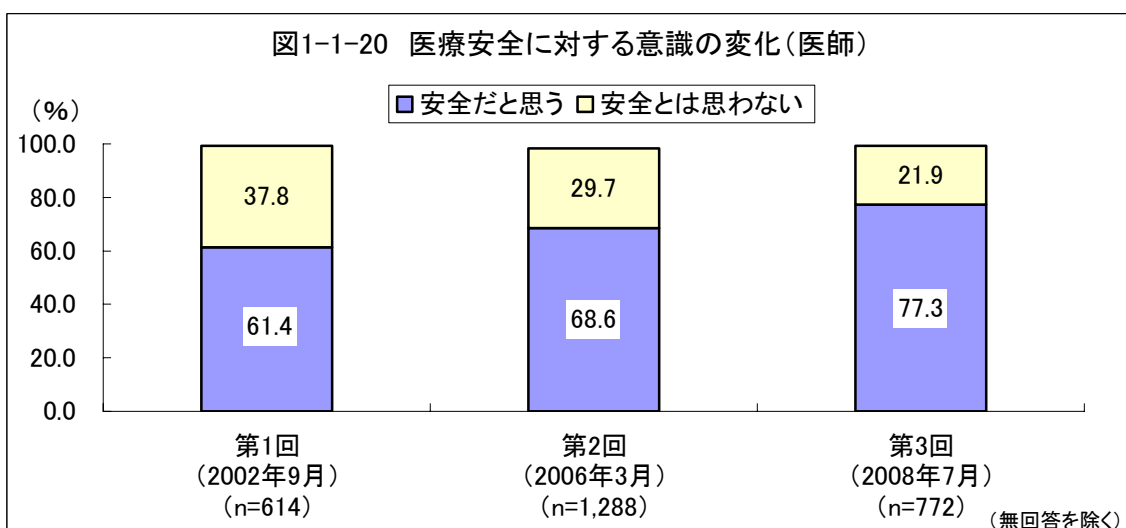
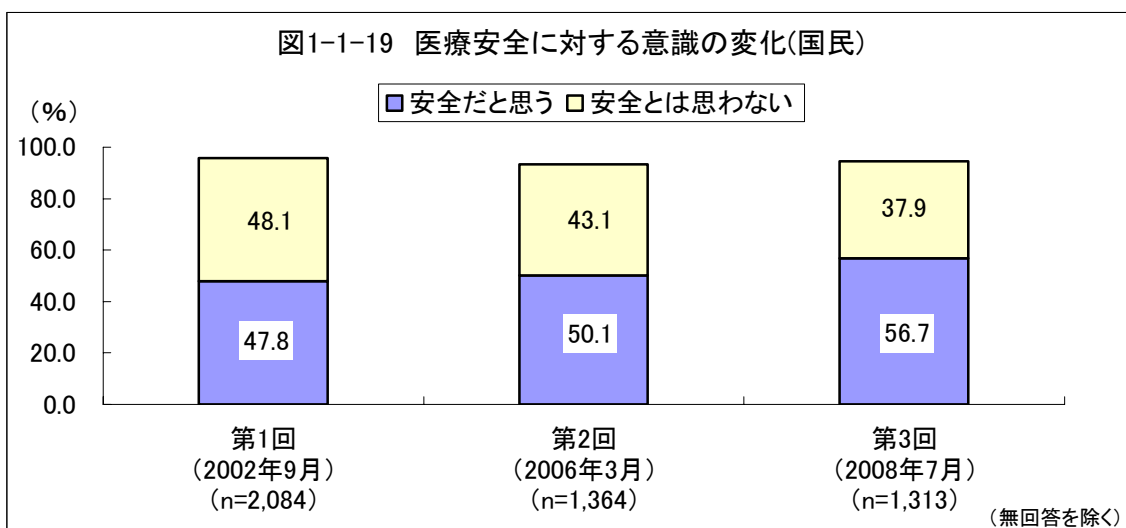
かかりつけの医師がいる国民が、医師に期待する項目（専門医への紹介以外）では、「総合的に診るための幅広い最新の診療能力」が 54.0%でもっとも高く、つづいて、「夜間・休日を含めた 24 時間対応」が 45.7%、「他の医療機関と検査結果などの診療情報を共有できること」が 44.6%であった（図 1-1-18）。

かかりつけの医師がいる患者については「他の医療機関と検査結果などの診療情報を共有できること」が 53.6%であり、「総合的に診るための幅広い最新の診療能力」（55.2%）に近い比率であった。



7) 医療安全

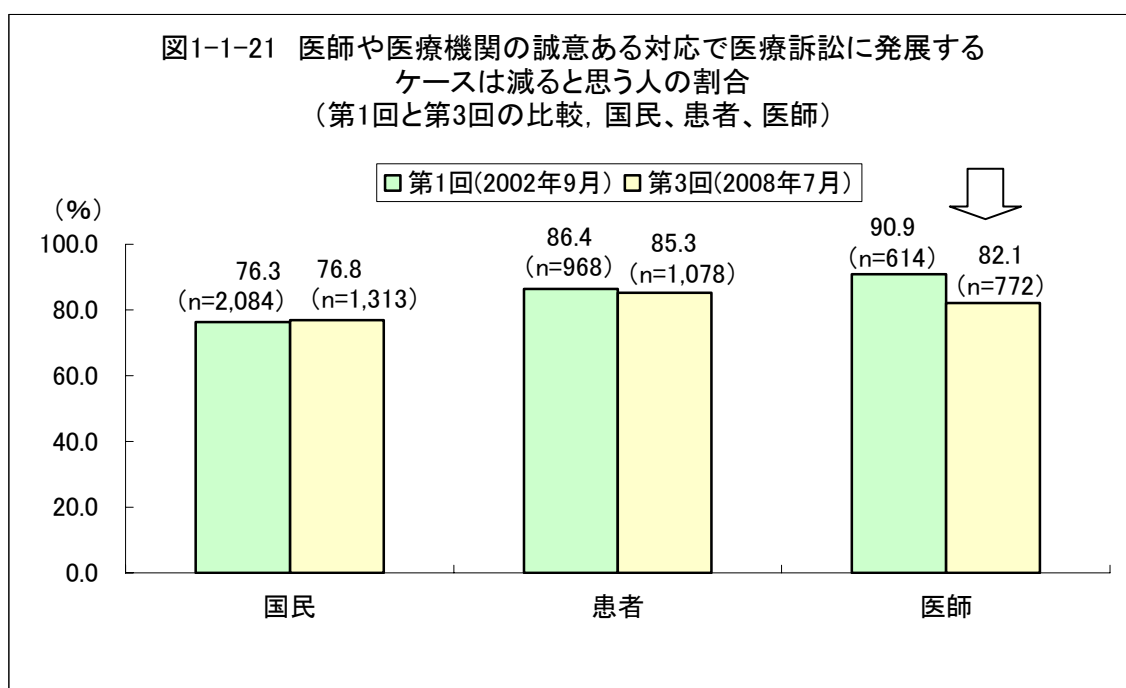
医療安全の問題が社会問題としてしばしば取り上げられ、医療機関や国民・患者の間で意識が高まってから久しい。医療機関が安全であると思う国民は、第1回調査47.8%、第2回調査50.1%、第3回調査56.7%と年々増加している(図1-1-19)。医師についても「安全」と思う医師が77.3%で、第2回調査の68.6%から大幅に増加した。医療機関が医療安全への対応を進めつつある現状を示していると推測される(図1-1-20)。



8) 医療訴訟と誠意ある対応

今回の調査では「医師や医療機関の誠意ある対応で医療訴訟に発展するケースは減る」と思う国民は76.8%、患者は85.3%であり、第1回調査と同様、多くの国民が誠意ある対応を望んでいた。

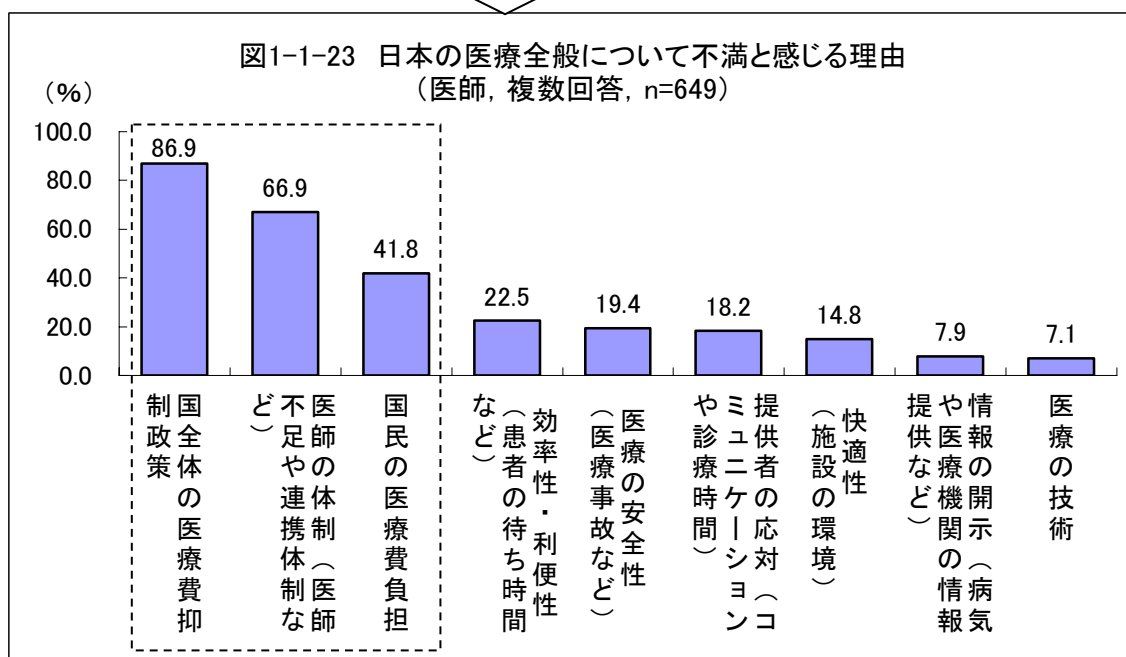
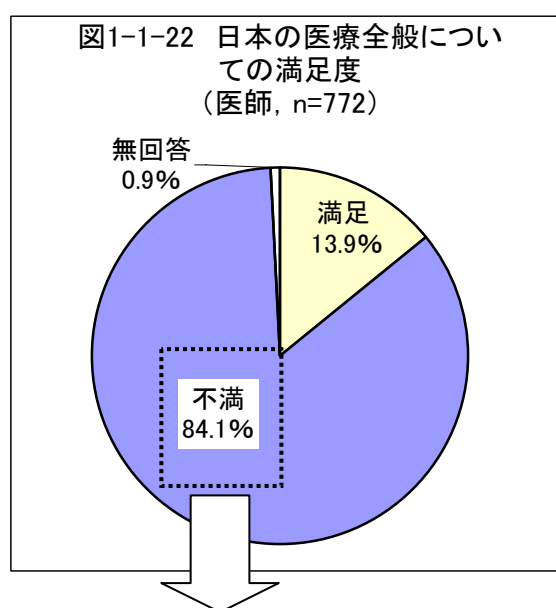
一方、医師については第1回調査の90.9%から約9ポイント減少して82.1%であった(図1-1-21)。特に産婦人科の医師は全体より10ポイント低く70.2%であった。誠意ある対応だけでは訴訟を防げないという医師の不安を示しているものと思われる。



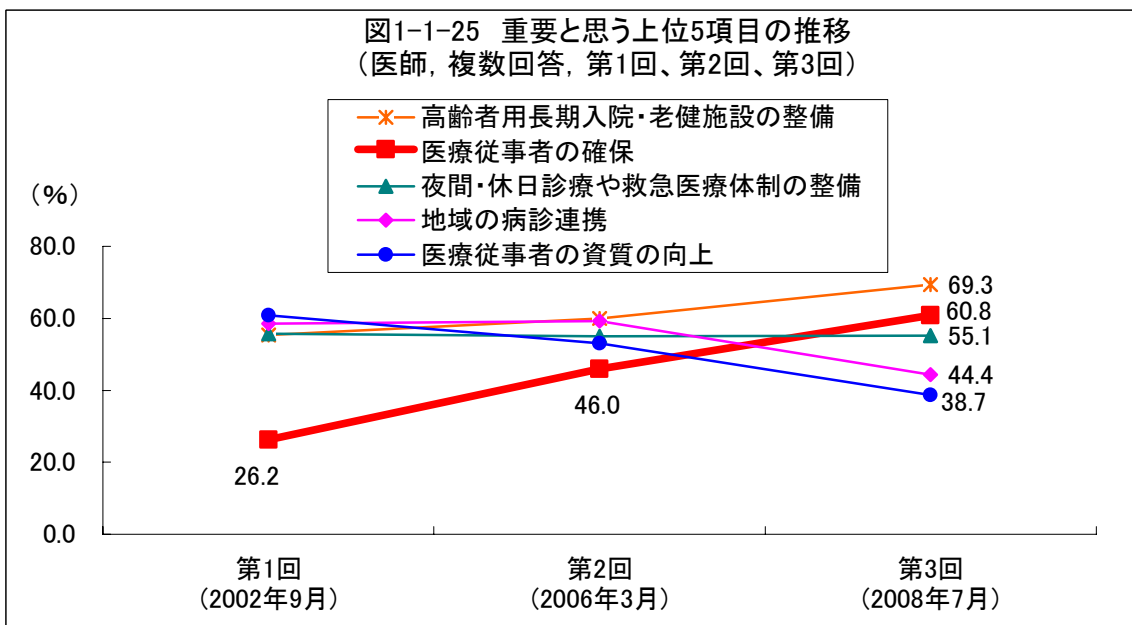
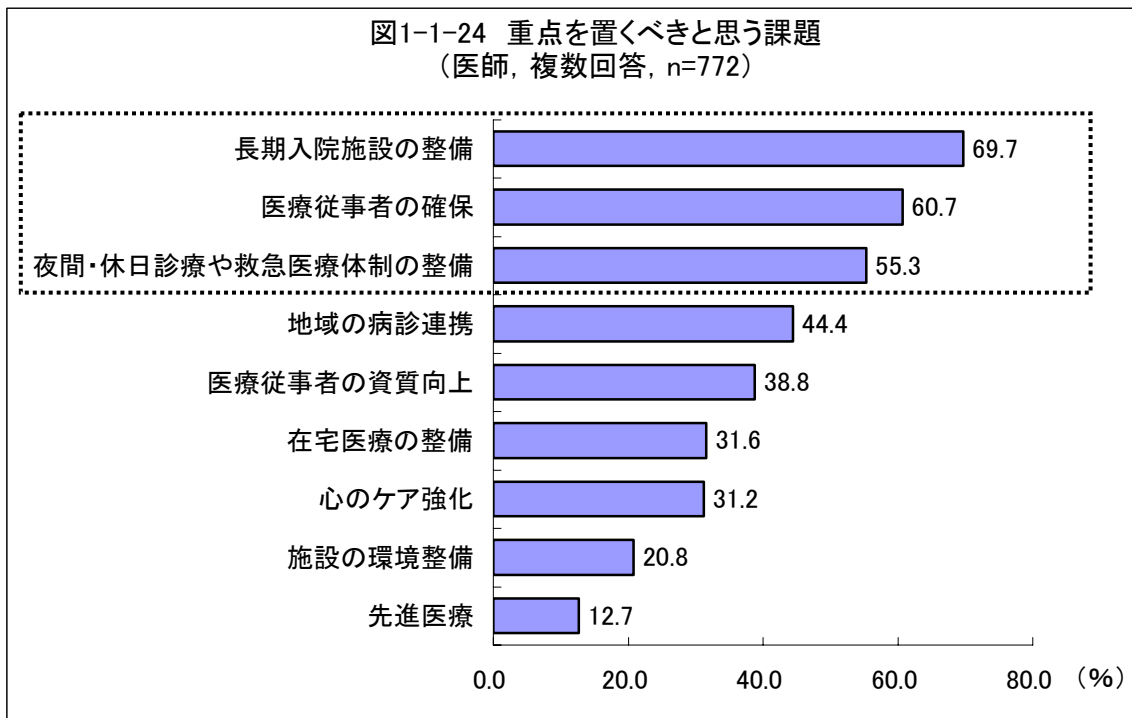
(3) 医師の現状

1) 医師の満足度と重点課題

日本の医療全般について「満足」と回答した医師は13.9%、「不満」と回答した医師は84.1%であった(図1-1-22)。不満と感じる理由として最も多かったのは、「国全体の医療費抑制政策」であり86.9%であった。ついで「医師不足や連携体制などの医師の体制」が66.9%、「国民の医療費負担」が41.8%であった(図1-1-23)。

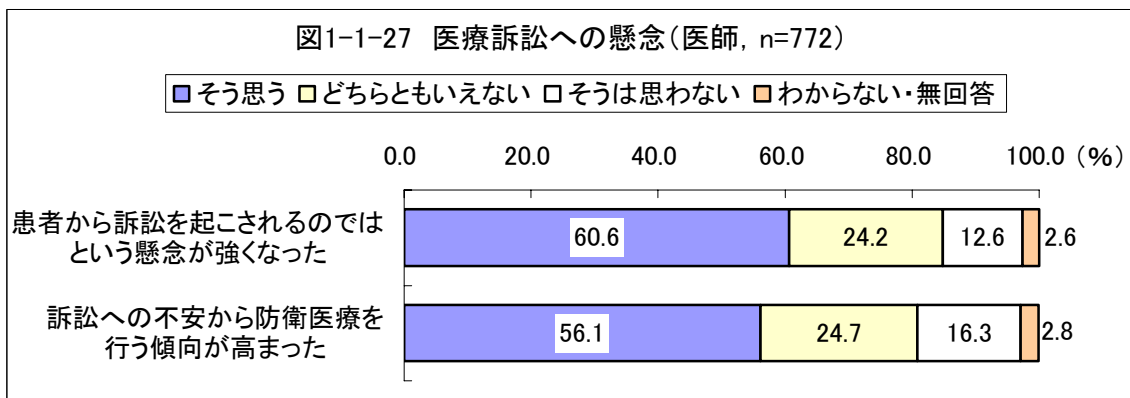
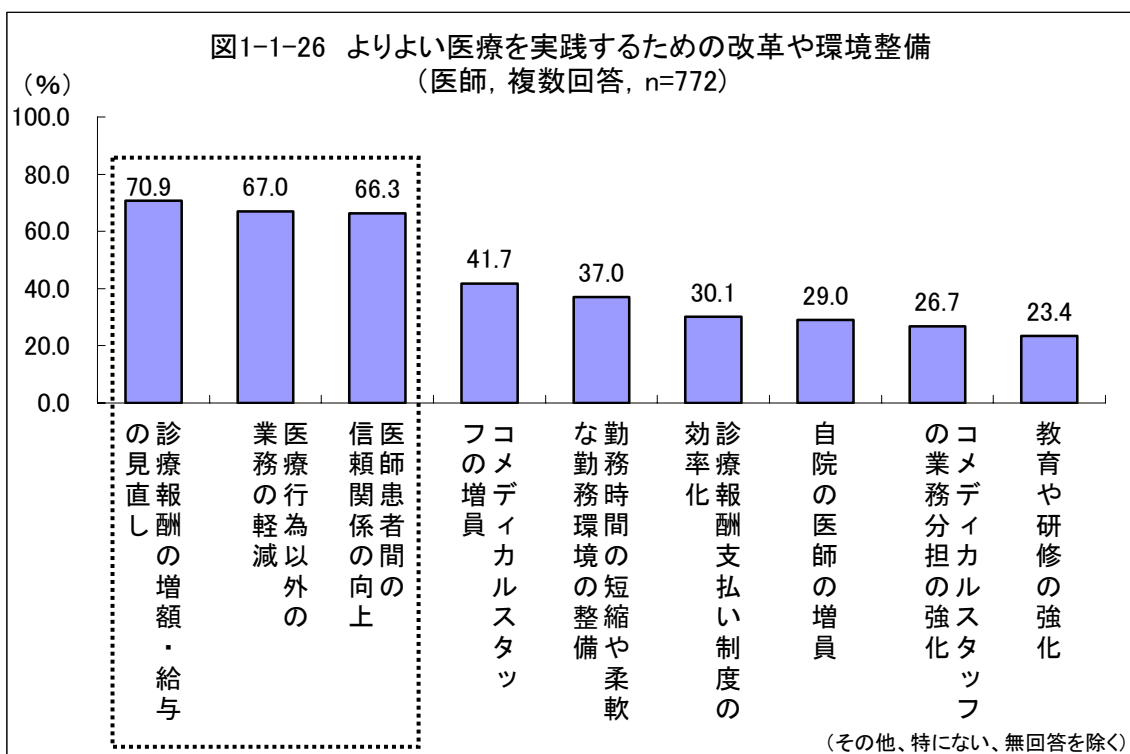


また、医師が考える重点を置くべきと思う課題の上位3項目は、「長期入院施設の整備」(69.7%)、「医療従事者の確保」(60.7%)、「夜間・休日診療や救急医療体制の整備」(55.3%)であった(図1-1-24)。特に医療従事者の確保は、第1回調査26.2%、第2回調査46.0%、第3回調査60.8%と急速に増加しており、医療現場における医師、医療従事者不足の実態を示していると推察される(図1-1-25)。



2) よりよい医療のための改革や環境整備

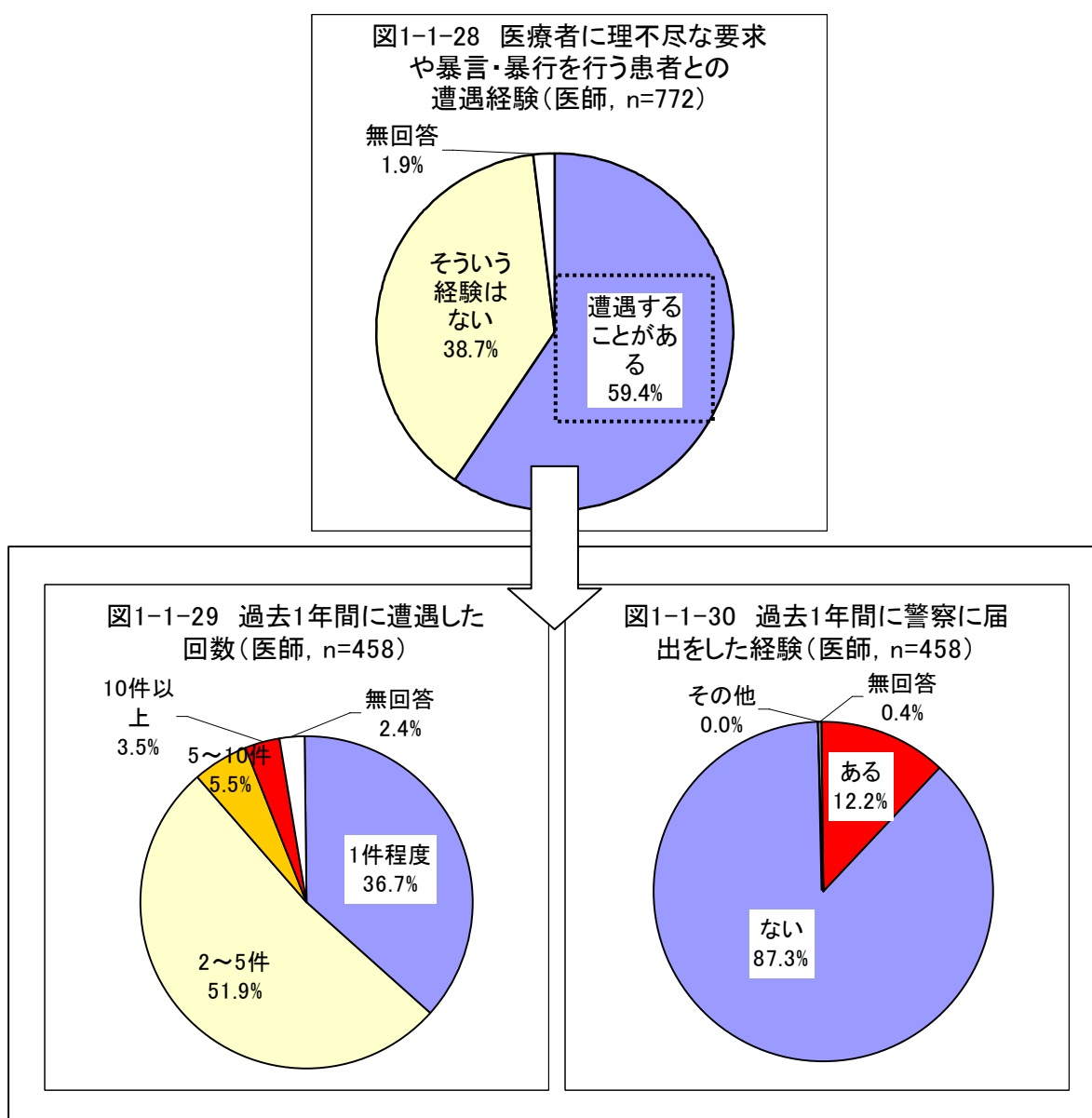
医師が考えるよりよい医療のための改革や環境整備については、「診療報酬の増額・給与の見直し」が70.9%、「医療行為以外の業務の軽減」が67.0%であった（図1-1-26）。「医師患者間の信頼関係の向上」は今回66.3%であったが、この項目は前回調査（62.7%）よりも3.6ポイント上昇した。この背景として、医師の間で訴訟に対する懸念が強くなっていることがあげられる（図1-1-27）。



3) 患者の問題行動

ここでいう「患者の問題行動」とは、患者の医療者に対する暴言、理不尽な要求、暴力行為や器物破損等を指す。

このような問題を起こす患者に遭遇することがあると回答した医師は 59.4%に上っていた (図 1-1-28)。そのうち、過去 1 年間に遭遇した回数が 1 件程度は 36.7%であり、約 6 割の医師が複数回遭遇していた (図 1-1-29)。遭遇した医師のなかで警察に届出をした人は 12.2%であり (図 1-1-30)、病院・診療所別では、病院医師の 14.2%、診療所医師の 8.8%が、過去 1 年間に警察への届出をした経験があった。



(4) 今後の課題

国民、患者が考える重要課題は、これまでと同様「夜間休日・救急医療の整備」、
「長期入院施設等の整備」であった。特に今回は「長期入院施設等の整備」という回
答が多く、療養病床削減などに対する国民や患者の不安が大きいことが示唆された。

一方、在宅医療については、国民の間では家族やヘルパー等の人的資源が不足して
いるとの回答が多かった。

かかりつけの医師がいる人は国民の約半数で、医師の幅広い能力や 24 時間体制の
ほか、他の医療機関との情報共有がニーズとして挙げられた。

また、国民の約 8 割は医療に格差が生じることに反対であり、所得の高低にかかわ
らず同じ医療を期待することについては、過去 2 回の調査と大きな変化がなかった。

日本の医療全般に満足しない理由のトップは、国民の医療費負担であった。また国
の医療費抑制政策に対する国民の意識も高まっていることも判明した。厳しい経済環
境の中、国民が今後、社会保障への不安や不満を一層強める可能性がある。

一方、医師の間でも、医療全般に対する不満が極めて高かった。医療従事者の確保
ができず、医師不足の問題を抱え、個別医療への努力を行いながらも、患者との信頼
関係に不安を持ち、患者からの訴訟を危惧している実態が浮かび上がった。多様な患
者への対応に苦慮しており、患者の問題行動にも約 6 割の医師が遭遇している。

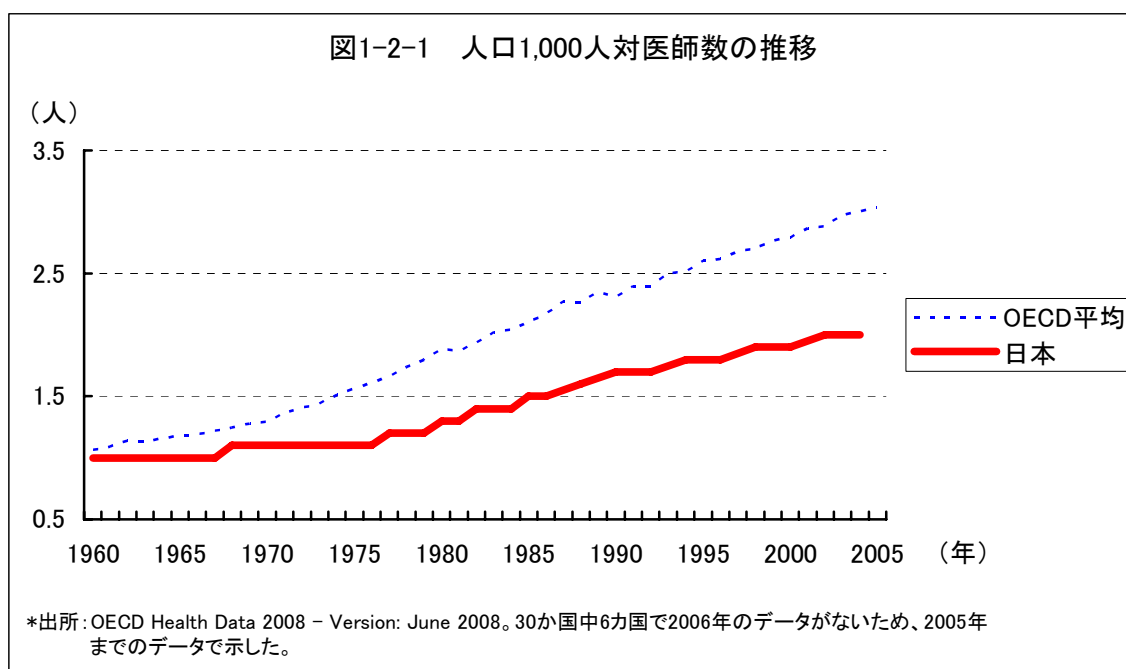
今後の検討においては、調査から明らかになった国民、患者のニーズに応えるのと
ともに、医師のニーズにも応えていくことが必要である。

2. 医師不足対策と医療従事者の確保

(1) 医師の偏在と不足の実態

日本の医師数は、1960年代まではOECD平均をやや下回る程度であった(図1-2-1)。しかし、1982年に「医師及び歯科医師については、全体として過剰を招かないように配置し、適正な水準となるよう合理的な養成計画の確立について政府部内において検討を進める」⁸ことが決定され、医師数が抑制されることになった。さらに1997年にも、引き続き医学部定員の削減に取り組むことが確認された⁹。

この間、OECD諸国と日本の人口1,000人当たり医師数の格差は広がりつづけ、現在OECD平均3.0人(2005年)に対し、日本は2.1人¹⁰(2006年)である。



⁸ 「今後における行政改革の具体化方策について」1982年9月閣議決定、http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/029/siryu/05062701/010.htm

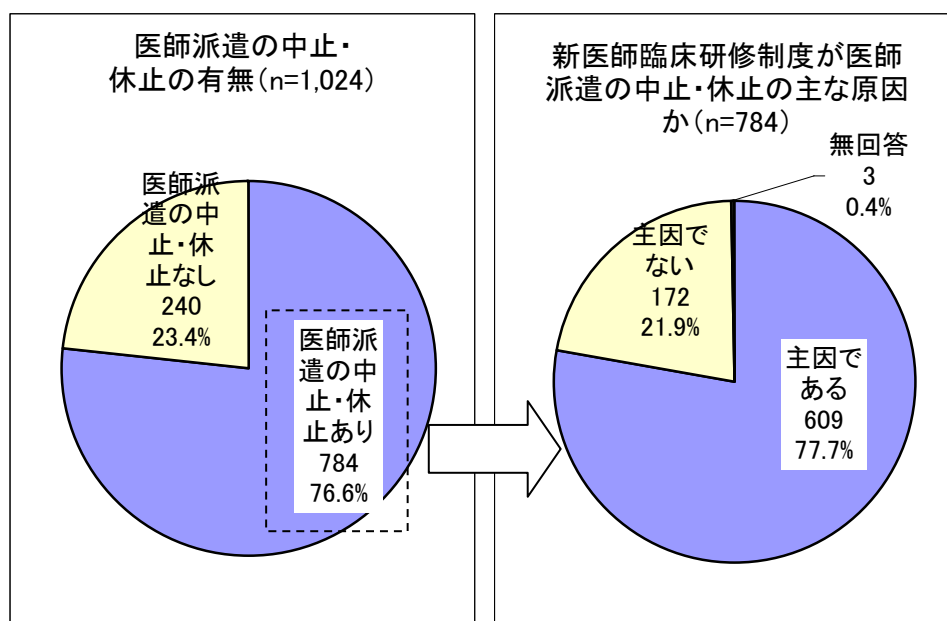
⁹ 「財政構造改革の推進について」1997年6月3日閣議決定「医療提供体制について、大学医学部の整理・合理化も視野に入れつつ、引き続き、医学部定員の削減に取り組む」、<http://www.kantei.go.jp/jp/kakugikettei/1997/0604zaisei-kaku.html>

¹⁰ OECDデータは、病院、診療所、介護老人保健施設の医師のみを対象としている。医師数全体(医育機関の臨床系以外、行政機関等に勤務の医師および無職の医師を含む)では、人口1,000人対医師数は2.2人。

2004年4月、医師のプライマリ・ケア能力を充実させることを目的として新医師臨床研修制度が導入され、初期研修医が大学病院以外の病院を選ぶケースが多くなった。このため、大学医学部の教室（医局）の医師供給システムが事実上崩壊し、医師配置の偏在化を通じて、医師不足が顕在化した。

日本医師会が2008年4月に行ったアンケート調査¹¹によると、新医師臨床研修制度の導入以降、関連医療機関への医師の派遣を中止・休止したことがある教室（医局）は76.6%に達していた（図1-2-2）。さらにこのうち、新制度の導入が主な原因であると回答した教室（医局）が77.7%あり、新制度の導入を主因として、約6割の教室（医局）が医師の派遣を中止・休止したことが明らかになった。

図1-2-2 医師派遣の中止・休止の有無と新医師臨床研修制度の関係



¹¹ 日医総研「新医師臨床研修制度と医師偏在化・医師不足に関する調査：新医師臨床研修制度は医師不足を顕在化させたか」日医総研ワーキングペーパーNo.166,2008年6月。新医師臨床研修制度導入に伴う医師の動向等を把握するために、大学医学部と大学の臨床系の各教室（医局）を対象に行った調査。有効回答数は、大学医学部65、大学の臨床系の各教室1,024。http://www.jmari.med.or.jp/research/dl.php?no=376

2008年6月、従来の閣議決定に代えて医師数を増加させる方針が打ち出され¹²、「基本方針2008」では、医学部定員を過去最大程度まで増員することとされた¹³。

2008年9月には、「『安心と希望の医療確保ビジョン』具体化に関する検討会」において、「OECDの平均医師数が我が国のその約1.5倍であることも考慮し」「将来的には50%程度医師養成数を増加させることを目指すべき」¹⁴との報告書がまとめられた。

これらを受けて、2008年11月、文部科学省は2009年度の医学部定員を、過去最大規模を上回る8,486人にすると発表した¹⁵。

医師数増加は重要な課題であるが、そのためには、医師不足の実態を把握する必要がある。そのため日本医師会では、2008年10月、「医師確保のための実態調査」¹⁶を実施した。

その結果、おおむね5年前と比較して、医師数が減少（大幅減少・減少・やや減少）した病院が39.6%あった。診療科別で見ると、減少（いなくなった・大幅減少・減少・やや減少）した病院の割合がもっとも大きいのは産科・産婦人科（39.9%）であり、つづいて内科（38.0%）であった（図1-2-3）。

¹² 「安心と希望の医療確保ビジョン」2008年6月18日、<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/06/s0618-8.html>

¹³ 「経済財政改革の基本方針2008」2008年6月27日、閣議決定、
<http://www.keizai-shimon.go.jp/minutes/2008/0627/item1.pdf>

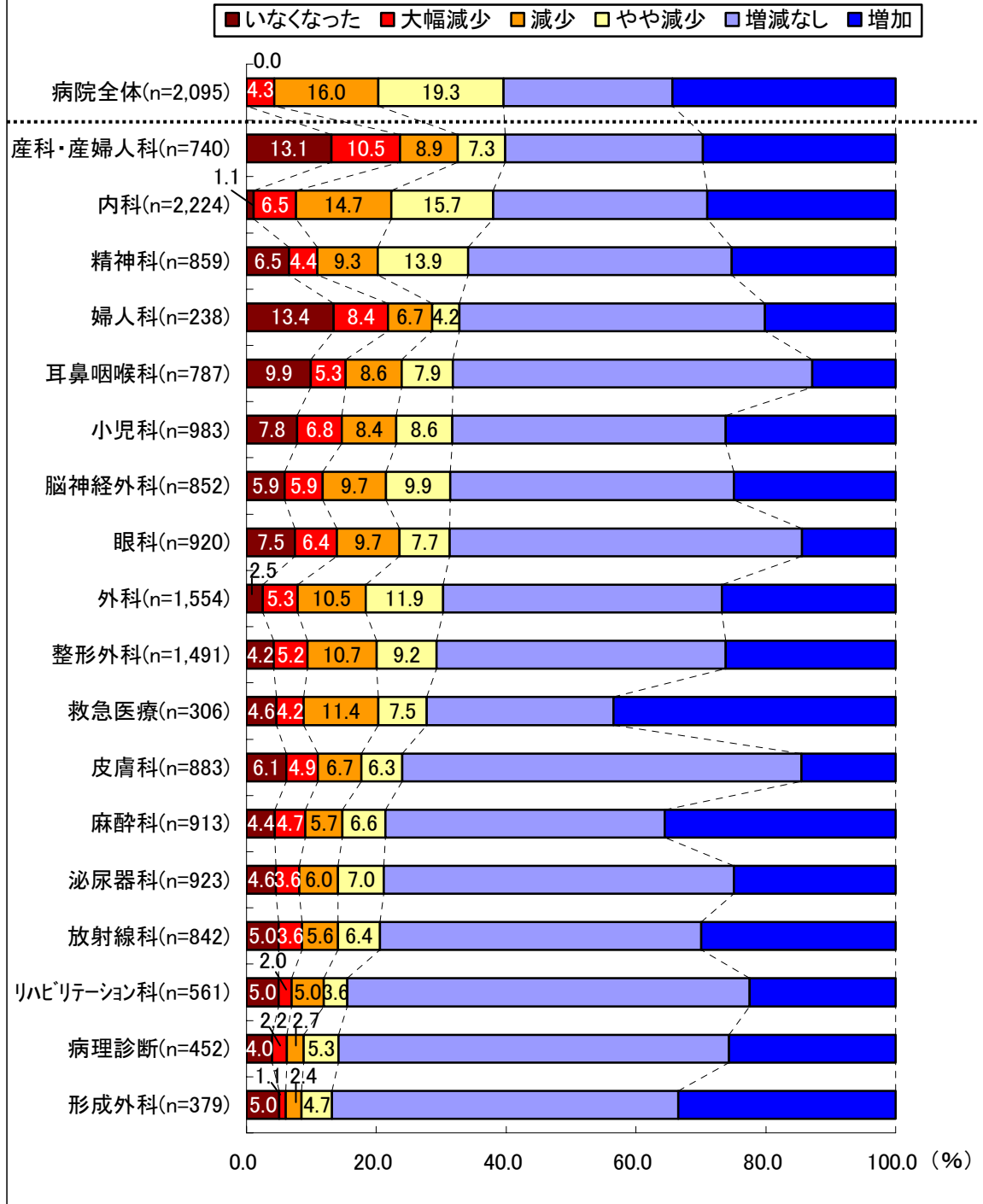
¹⁴ 「『安心と希望の医療確保ビジョン』具体化に関する検討会中間とりまとめ」2008年9月22日、
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/09/dl/s0922-6a.pdf>

¹⁵ 「平成21年度医学部入学定員の増員計画について」文部科学省、2008年11月4日、過去最大は1981年から1984年の8,280人。20-03年から2007年は7,793人、2008年は7,625人。

http://www.mext.go.jp/b_menu/houdou/20/11/08110604.htm

¹⁶ 日医総研「医師確保のための実態調査」日医総研ワーキングペーパーNo.178、2008年12月、病院の有効回答は2,668。
<http://www.jmari.med.or.jp/research/dl.php?no=388>

図1-2-3 病院医師数の増減



また医師不足を理由として「外来の閉鎖・休止・縮小」が18.3%、「病棟閉鎖・病床縮小」が9.5%、「夜間等の救急対応休止」が7.1%の病院で起きていた(図1-2-4)。特に、内科で「外来の閉鎖・休止・縮小」が多く、産科・産婦人科は「病棟閉鎖・病床縮小」、小児科は「夜間等の救急対応休止」が目立った(図1-2-5)。

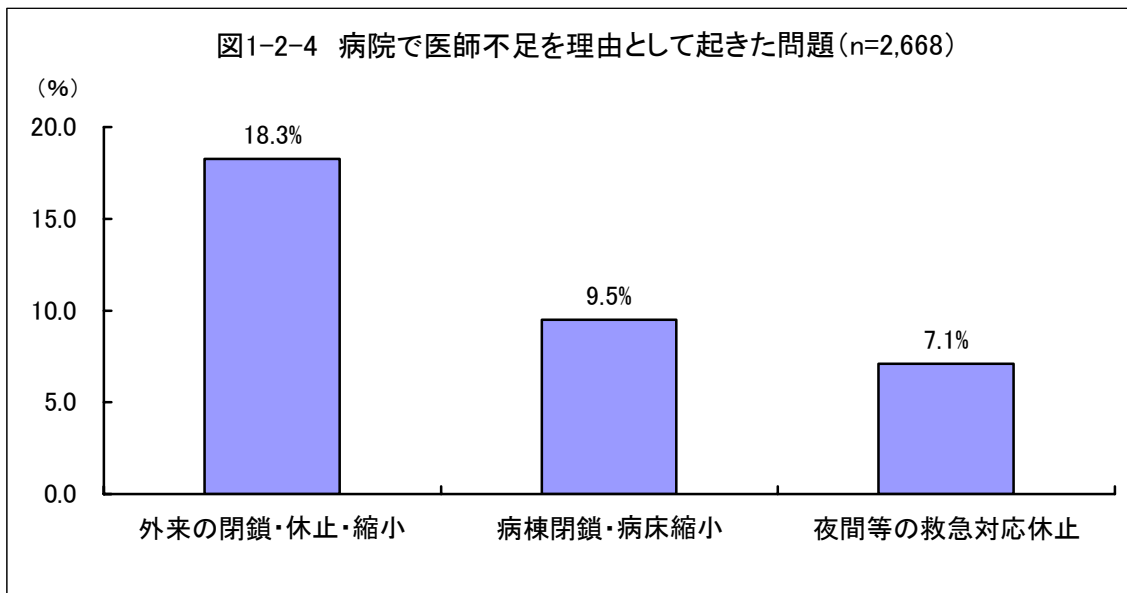
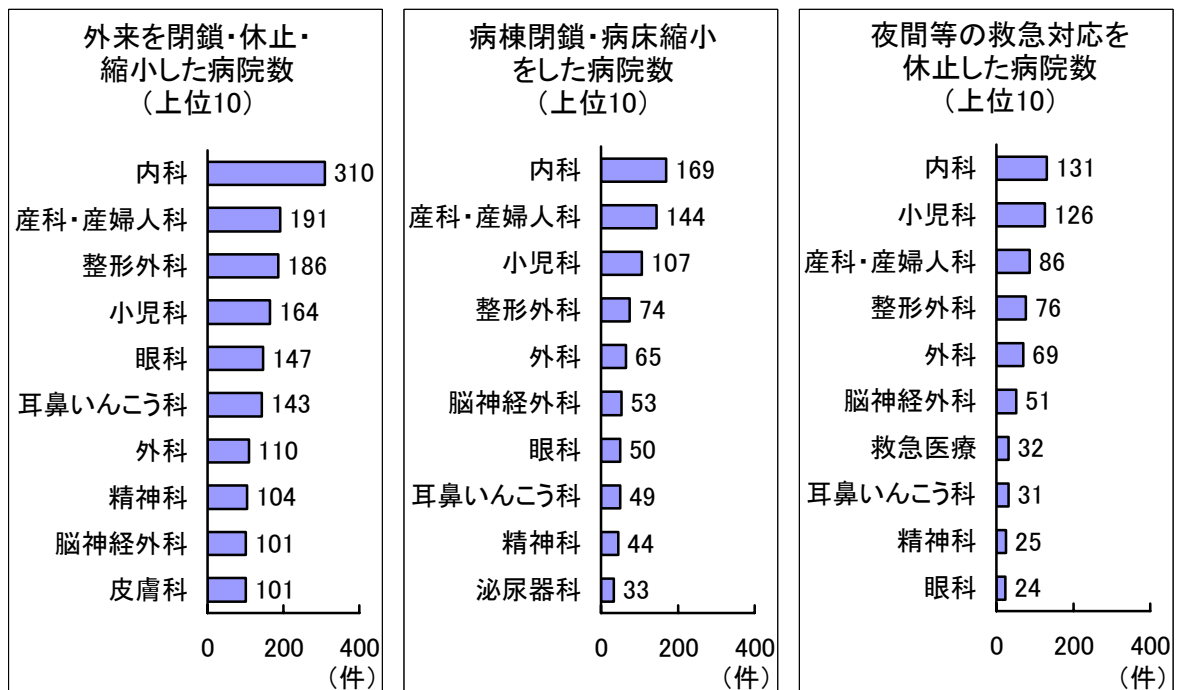


図1-2-5 病院で医師不足を理由として起きた問題(診療科別)



(2) 医師数増加に向けての日本医師会の考え

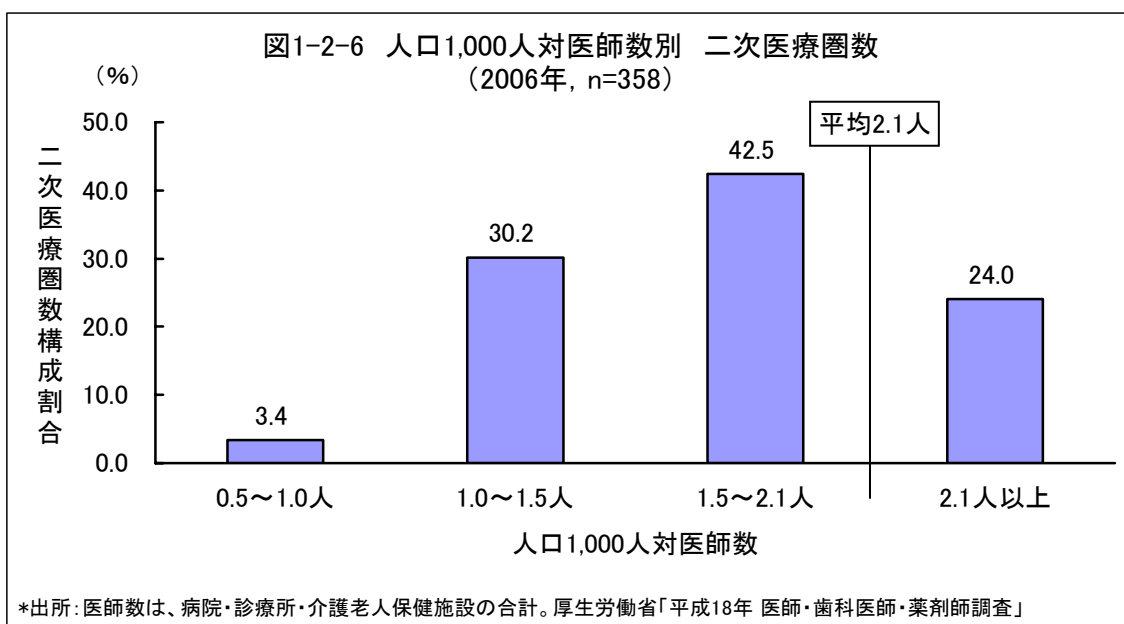
日本医師会は、国が医師数増加に転じたことを評価するが、医師数の増加は、財源の確保を絶対の前提条件として進めるべきである。そのことを強く主張した上で、医師数増加の考え方についていくつか示す。

1) 人口1,000人当たり医師数をOECD平均水準にした場合

人口1,000人当たり医師数は、OECD平均3.0人(2005年)、日本2.1人(2006年)である。仮にOECD平均を目標とする場合、日本の医師数を約1.5倍にしなければならない。

2) 医師不足地域の底上げを図るとした場合

日本の人口1,000人当たり医師数は平均2.1人であるが、二次医療圏別に見ると2.1人未満の二次医療圏が76.0%ある(図1-2-6)。そこで、仮に、人口1,000人当たり医師数が2.1人以上の二次医療圏では医師数を据え置き、平均未満の二次医療圏では、一律2.1人に引上げるとする。このとき必要な医師数は307.7千人で、現状(2008年)266.4千人の1.15倍である。



本来、必要な医師数は、地域住民の疾病構造や年齢構成、医療機関へのアクセス等によって異なる。ここでは、単純化して平均値 2.1 人を基準に概算したが、地域別の必要医師数について、より具体的な実態把握、検討が必要である。

3) 病院長から見たときの必要な病院医師数－「医師確保のための実態調査」より

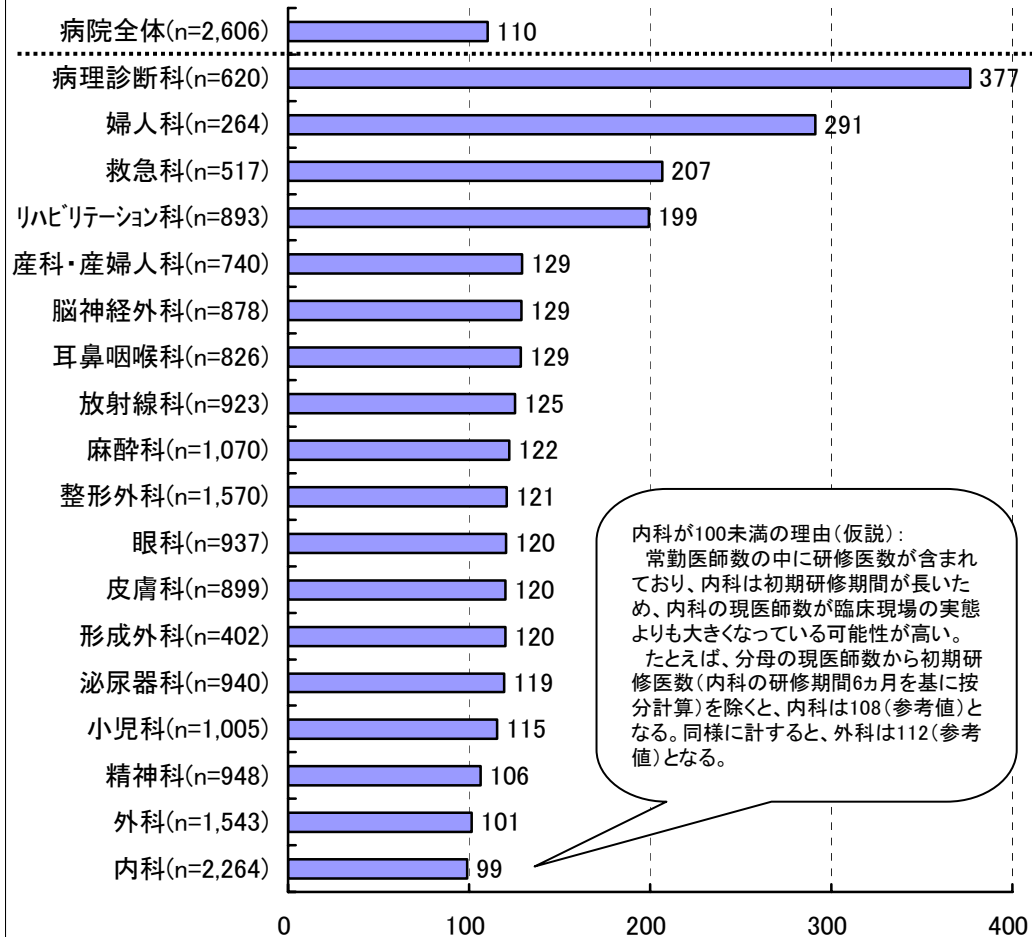
日本医師会は前述した「医師確保のための実態調査」（2008年10月実施）において、医師不足の実態を調査するとともに、病院長に、病院の役割や機能から見て必要な医師数を質問した。

調査では、現在は標榜していない診療科、または現在は医師がいない診療科でも、地域医療のために必要だと判断できる場合には、必要医師数を回答してもらった。そして必要医師数と、別途記載してもらった現状の医師数（常勤医師数＋非常勤医師の常勤換算数）とを比較した。

その結果、病院長は、現状の約 1.1 倍の医師数を必要としていると推計された（図 1-2-7）。ただし、必要な医師数の考え方は、病院によって到達目標が異なるなど、必ずしも定義を一定にできないため、結果の取り扱いには注意が必要である。また、単に医師数を増加させても、現場の医師不足は解消されず、前提として、偏在の解消、病院勤務医の負担軽減のための施策が必要である。

ところで、内科は現状の医師数に比べて、必要な医師数が 1 倍未満であった。同調査では、病院の 38.0%が内科の医師数が減少（いなくなった・大幅減少・減少・やや減少）したと回答しており（23 頁、図 1-2-3）、この結果とは乖離が見られた。この要因として、分母の現状の医師数の中には研修医が含まれているが、内科は初期研修期間が長いため、内科の現状の医師数が臨床現場の実態よりも大きくなっている可能性が考えられる。仮に、分母の現状の医師数から初期研修医数を除くと（内科の研修期間 6 カ月をもとに按分計算による算出）、内科の場合も 1 倍超になる。

図1-2-7 病院長から見たときの必要な病院医師数(現状=100)
日本医師会「医師確保のための実態調査」より



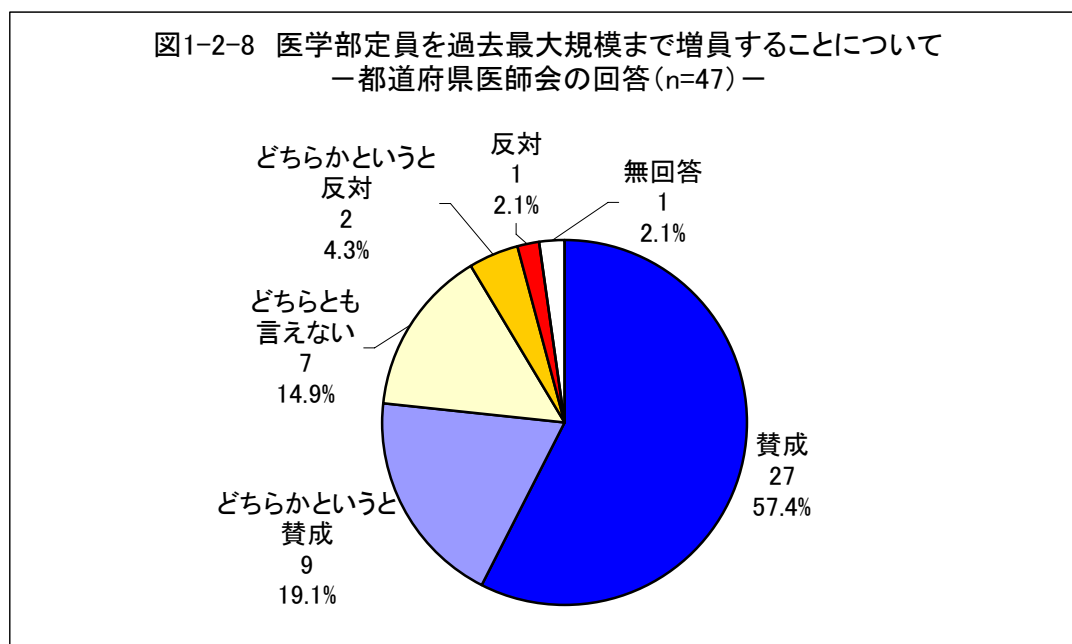
*常勤医師数の中には、研修医数が含まれていることに注意。
*美容外科はn数が29と非常に小さいため、グラフから除外。

4) 医師養成数を過去最大規模まで増員することに対する都道府県医師会の考え

医学部定員を過去最大規模まで増員することについて、日本医師会が2008年10月に47都道府県医師会にアンケートを行ったところ¹⁷、「賛成」27、「どちらかという」と賛成」9であり、合計36（76.6%）が賛成意見であった（図1-2-8）。

ただし賛成意見の中にも、医師数増加に対応するための医療費財源の確保、診療科・地域の偏在の解消、女性医師の離職の問題の解決などを求める声があった。

どちらとも言えない、反対という意見の中には、偏在の解消につながらない、医学教育の充実が図れない、将来の医師過剰の懸念がある、ビジョンなき定員増になっている危険性がある、医師不足の検証が不十分である、などの指摘があった。



以上のデータや考え方を踏まえ、日本医師会は現時点で、医師数を中長期的に現状の1.1倍～1.2倍にすることが妥当と考える。仮に医師養成数を現状の1.1倍にした場合、医師数が1.1倍になるのは約10年後、1.2倍になるのは約20年後である（図1-2-9）。

2009年度には、医学部養成定員が過去最大規模を超えて増員された（2009年度は

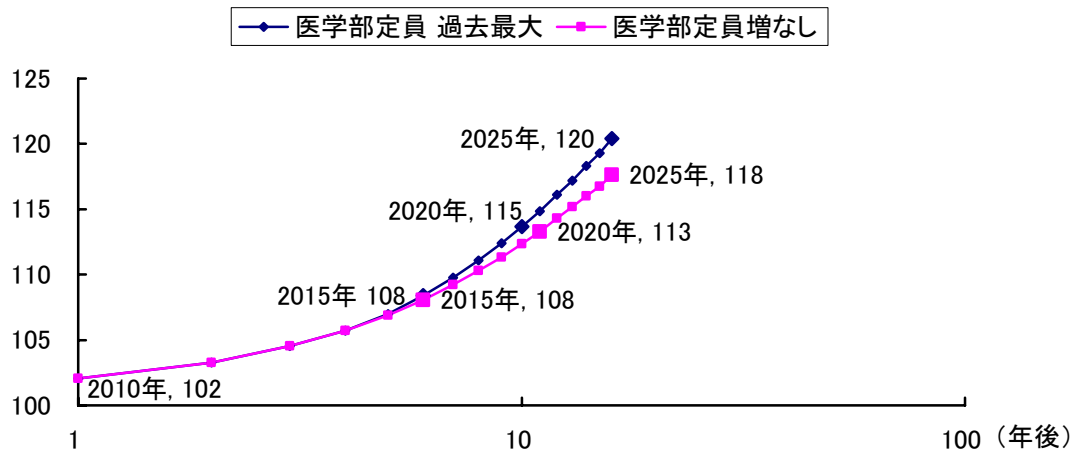
¹⁷ 日医総研「医師確保のための実態調査」日医総研ワーキングペーパーNo.178,2008年12月。本アンケートは前述したように病院のほか、都道府県医師会にも行っており（調査項目は異なる）、都道府県医師会の回答数は47。 <http://www.jmari.med.or.jp/research/dl.php?no=388>

8,486人で、2008年度7,625人の1.11倍。過去最大は1982年の8,280人）。日本医師会はこのことを支持するが、財源の確保が最優先であることは言うまでもない。同時に医学部教育および臨床研修制度までの一貫した改革が必要である。また、環境変化を踏まえて医師養成数を継続的に見直していく。

医師数増加に向けての前提条件

1. 財源の確保
2. 医学部教育から臨床研修制度までの一貫した教育制度の確立
3. 医師養成数の継続的な見直し（遅くとも医師数が現状の1.1倍になる以前に抜本的な見直し）

図1-2-9 医学部定員増と医師数との関係
—2008年を100とする—



*出所：厚生労働省「医師需要に関する機械的試算」2008年8月

(3) 初期臨床研修制度改革案

1) 制度改革の背景

医学の専門化・細分化によって、医療が高度化した反面、専門化・細分化の反動から、プライマリ・ケアの充実が求められるようになった。そして、2004年4月に、プライマリ・ケアの充実を目的として、新医師臨床研修制度が導入された。新制度は、卒後2年間、専門科を決めずに、臨床研修指定病院（大学病院に限らない）で臨床研修を行うものである。

新医師臨床研修制度の教育的意味や効果は、医師が育っていくプロセスを見て評価すべきであり、評価には10年程度のタイムスパンが必要である。しかしすでに、新医師臨床研修制度の導入によって、医師偏在化を通じた「医師不足の顕在化」という問題が発生している。

新医師臨床研修制度導入以前は、医学部卒業生の約7割¹⁸が専門科を決めた上で大学病院に勤務していたが、新医師臨床研修制度によって、初期研修医が専門科を決めないまま大学病院以外の病院を選択するケースが増えた。このため、大学医学部の教室（医局）が十分な数の医師を確保できなくなり、医師供給機能が働きにくくなった。その結果、大学からの医師供給に依存していた地域では、医師確保が困難になり、医師不足が深刻化した。この問題には緊急に対応しなければならない。そのため、新医師臨床研修制度の教育的意味や効果を、時間をかけて十分に評価・検討すべきであることは認識しつつ、緊急的な医師確保対策として臨床研修制度改革案を提示する。

2) 制度改革の方向性

日本医師会の制度改革の方向性を以下に示す。

第一に、医師偏在化・医師不足の問題の緩和あるいは解消を目指す。

第二に、医学部教育から切れ目のない初期研修制度を確立する。

臨床研修制度について議論される際は、初期研修だけに注目されがちであるが、医師の育成には長い期間が必要である。医学部教育から始まり、初期研修、いわゆる後

¹⁸ 厚生労働省「臨床研修医在籍状況の推移（平成20年度）」医政局医事課調べ。新医師臨床研修制度導入前（2003年度）の臨床研修医の在籍状況は大学病院72.5%、臨床研修病院27.5%。

<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/rinsyo/zaiseki/index.html>

期研修、専門医資格の取得、博士号の取得というプロセスを経るからである。

第三に、初期研修を十分な臨床対応能力のある医師の育成と位置づける。

現在の新医師臨床研修制度は、プライマリ・ケアの充実という目的で運用されている。専門科に進む前に、短期間でさまざまな診療科を経験するが、そのことに積極的な意味が感じられないとの声もある。そこで、初期研修は、基本的診療能力の獲得、例えば ALS (Advanced Life Support: 二次救命処置) 研修会の受講等に重点を置く。

制度改革の3つの方向性

1. 医師偏在化・医師不足問題の緩和あるいは解消
2. 医学部教育から切れ目のない初期研修制度の確立
3. 十分な臨床対応能力のある医師の育成という視点に立った初期研修の位置づけ

3) 改革案の概要

改革案の各論に入る前に、現在の新医師臨床研修制度と比較しながら、改革案の概要を示す(表 1-2-1)。

表1-2-1 改革案と現行制度の比較

項目	改革案	現行制度
医学部教育と初期研修	医学部6年間+初期研修1年間 医学部5年生、6年生は臨床実習を行う ・5年生は大学病院で内科を中心の実習 ・6年生は大学病院以外の病院でも実習	医学部6年間+初期研修2年間 医学部5年生、6年生は事実上、見学実習
専門科の選択	初期研修前に決定	初期研修後に決定
研修内容	侵襲性を伴う診療行為を中心とした部門の基本的診療能力の獲得を目的としたプログラム。各診療科の研修期間は自由設定。	1年目に、内科6カ月、外科3カ月、救急・麻酔科3カ月。 2年目に、小児科、産婦人科、精神科、地域保健・医療を各1カ月。残りは選択科目。
研修体制	大学病院と大学病院以外の研修病院が連携して、地域内でローテーション	各病院単位
研修医の配置	都道府県地域医療研修ネットワーク*注1が初期研修医の希望を踏まえて研修病院を決定	臨床研修病院を単位として、マッチングを実施

*注1) 地域医療研修ネットワークは、都道府県単位で設置。都道府県医師会、大学、臨床研修病院、行政、住民代表で構成。

① 現在の新医師臨床研修制度

現在の新医師臨床研修制度では、初期研修期間は2年間であり、初期研修後に専門科を決定する。初期研修1年目に、内科6カ月、外科3カ月、救急・麻酔科3カ月の研修を行う。2年目に、小児科、産婦人科、精神科、地域保健・医療を各1カ月研修し、残りの期間は選択した科で研修する。研修は各臨床研修病院単位であり、マッチングは初期研修医と各臨床研修病院の間で行われる。現状、卒業生数に対して、過大な募集定員数となっていることもあり、症例数の多いところや相対的に条件の良い病院など大学病院以外の病院を選択するケースが増加している。

② 改革案

改革案では、初期研修期間を1年間とし、初期研修前に専門科を決定する。研修内容は、侵襲性を伴う診療行為を中心とした部門の基本的診療能力を獲得できるものとする。具体的には、ALS研修会の受講などである。この要件を満たすことが求められるため、各診療科の研修期間は自由に設定できる。研修は都道府県単位で設置される地域医療研修ネットワークが指定した医療機関で行われる。

4) 改革案の各論

① 初期研修期間

現行制度では初期研修期間は2年間であるが、改革案では1年間とする。同時に、医学部における臨床実習の充実を図る。医学部5年生は、大学病院において内科を中心とした各専門領域の臨床実習を行う。医学部6年生は、大学病院および大学病院以外の病院でも臨床実習を行う。

医学部教育からトータルで考えれば、初期研修としては1年間で十分にプライマリ・ケアの充実に対応できると考えられる。後述するように、どの診療科をどれぐらいの期間研修するかは各初期研修医の判断となるが、2年間で1年間に短縮するためには、例えば現在内科の研修は6カ月間であるが、これを短縮化する。特に、内科のプライマリ・ケア部分は医学部5年生、6年生の臨床実習で十分に対応可能である。

しかし、現状、医師免許を持たない医学部5年生、6年生の臨床実習が事実上、見学実習になっていることが問題である。この背景には、「医師でなければ、医業をなしてはならない」という医師法第17条の規定がある。この法律を厳格に適用すると、

医学部教育における臨床実習は破綻してしまう。日本の医療の質向上という視点から、国民の理解を得ながら柔軟に解釈し、運用していく必要がある。

ところで、医学部 5 年生、6 年生が見学実習ではなく、臨床実習を実施できるという根拠はすでにある。現在、医学部では臨床実習に先立ち、4 年生または 5 年生の時に、二つの試験が課されている。一つは、CBT（Computer Based Testing）である。これは、臨床実習開始前までに修得しておくべき必要不可欠な医学的知識を、総合的に理解しているかどうかを評価するものである。もう一つは、OSCE（Objective Structured Clinical Examination：客観的臨床能力試験、通称オスキー）である。これは、医学生の実臨床能力（臨床実技）を客観的に評価するために開発された評価方法であり、症例への具体的な対応が求められる。

これら 2 つの試験は医学生が臨床実習を行うことの正当性を担保するものと考えられて作成されている。したがって、これらのテストに合格していることは医学生の実臨床実習の仮免許交付に相当するが、厚生労働省の狭義の「医業」の解釈が障壁となつて、実際は機能していない。

他方、仮に医学生に明確に仮免許を交付しても、患者に、医師免許を持っていない医学生に診療されることを不安視する傾向があるとの指摘もある。さらに、不測の事態が生じた場合の責任の所在が明確ではない。したがって、国は国民の理解を得た上で、より具体的な制度を設計すべきである。

初期研修を 1 年間にすることは、医師偏在化・医師不足問題の緩和につながるという意味もある。新医師臨床研修制度は、専門科を決めない 2 年間の初期研修を義務化した。この結果、約 1 万 5 千人の実質的な臨床医が減少した。初期研修期間を 1 年間にすれば、約 7,500 人の供給減に止まることになる。

② 専門科の決定

現行制度では初期研修後に専門科の決定を行うが、改革案では初期研修前に自分自身が専門科としたい診療科の決定を行う。

現行制度は、専門科の決定を先延ばしにしているに過ぎないとの指摘もある。たとえば、自分自身では専門科が決まっているにもかかわらず、専門科を決定しないまま希望以外の診療科を短期間ずつ回るとするのは、その教育的効果も薄いと言われている。

る。また、専門科が決まっていな人は、最初に研修した診療科や、2年目にローテーションする診療科、あるいは研修期間が長い診療科の影響を強く受けたり、激務である診療科を敬遠したりする傾向があるとの意見もある。その結果、選択する専門科の偏り、診療科における医師の偏在を促進しているとも考えられる。

さらに現行制度では、専門科が決まっていなため、研修医は明確な動機付けができにくく、指導医側も短期間で何をどこまで教えるのか判断しにくい。改革案では、専門科が決定済みであるので、研修医は自分の位置づけを明確にしながら初期研修に取り組むことができる。他方、指導医側も研修医の専門科の位置づけを考えながら必要性や重要度に応じて、指導内容を決めていくことができる。このことから、教育における効率・効果の両面で望ましい結果が期待できる。

なお新人医師が、初期研修を実施する前に専門科を決定できるのかどうかについては議論があるが、従来そうであったように、一般的には多くの新人医師が専門科を決定できると考える。なお、改革案では研修を実施する過程において、当初選択した専門科を変更することができることとする。

③ 研修内容

現行制度では、内科（6カ月）、外科（3カ月）、救急・麻酔科（3カ月）、小児科、産婦人科、精神科、地域保健・医療（各1カ月）、選択科目（残り期間）となっているが、改革案では各診療科の研修期間は自由に決定できる。また、専門科を選択済みであるので、その専門科の指導医に相談して、各研修医は自分の研修プログラムを策定する。

改革案での研修内容（研修で達成しなければならない内容）は、救急蘇生、全身管理等、侵襲性を伴う診療行為を中心とした部門に限定した基本的診療能力の獲得である。十分な臨床対応能力のある医師を育成するためには、こうした基本的診療能力の獲得が初期研修として重要である。

ここで問題になるのは、各診療科の研修期間が規定されていない以上、研修期間を消化するだけでは初期研修修了を認定するわけにはいかないということである。何らかの形で獲得スキルを評価・認定し、修了資格を与えなければならない。具体的には例えば、ALS研修会の受講などを利用する方法がある。ただし、研修で目的が達成されたか否かの判定方法や認定方法は別途、具体案の作成が必要である。

④ 研修体制

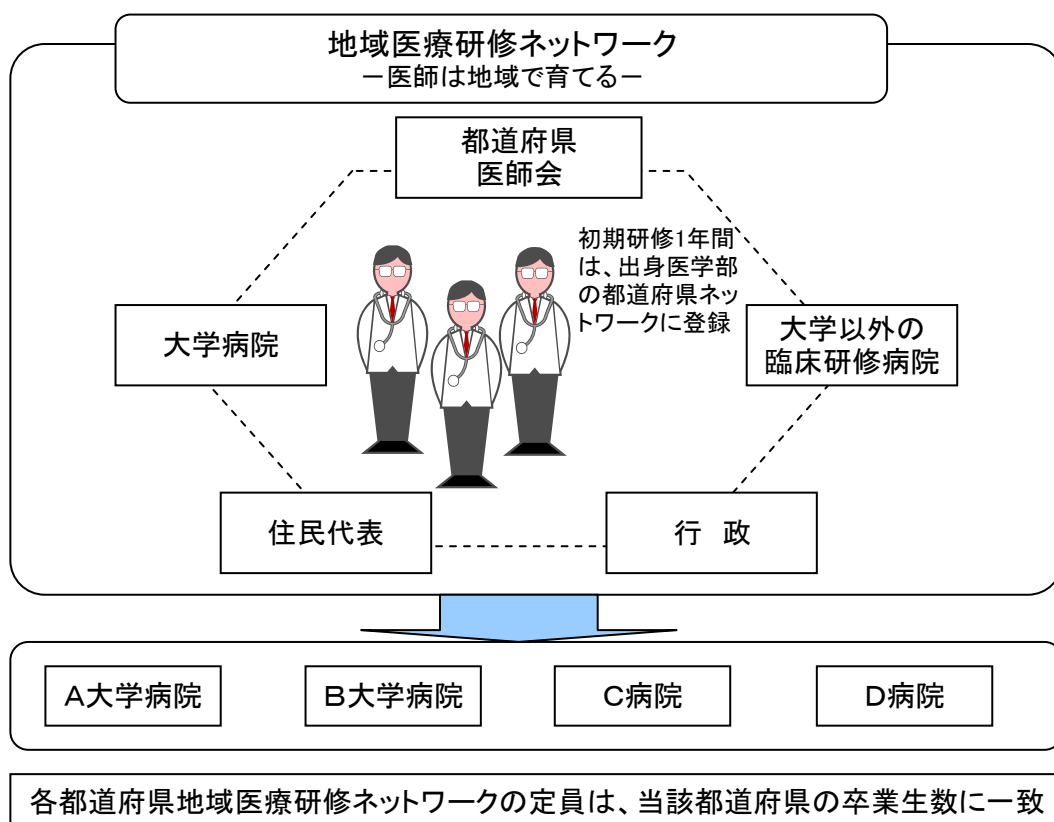
改革案は「地域で医師を育てる」という発想に基づく。

現行制度では各臨床研修病院が研修単位になっているが、改革案では地域医療研修ネットワークを研修単位とする。研修医は初期研修の1年間、出身大学が所在する都道府県の地域医療研修ネットワークに所属し、都道府県内で施設間をローテーションして、地域医療の全体像を経験する。

地域医療研修ネットワークは都道府県単位で設置し、都道府県医師会、大学、臨床研修病院、行政、住民代表で構成される（図1-2-10）。医師を育成していくためには、医学教育的な見地だけではなく、地域社会の理解と合意も重要であるからである。

現状、地方病院における指導体制が、都市部の病院に比べて、脆弱であることが背景にあることからローテーションは研修医だけではなく、指導医も対象とする。また、研修医の具体的なローテーションは、大学病院と大学病院以外の病院での研修とを必ずセットで行う。

図1-2-10 地域医療研修ネットワークのイメージ図



⑤ 研修医の配置

現行制度では初期研修医と大学病院および臨床研修病院との間でマッチングが行われるが、改革案では、都道府県地域医療研修ネットワークが初期研修医の希望を踏まえて研修病院を決定する。

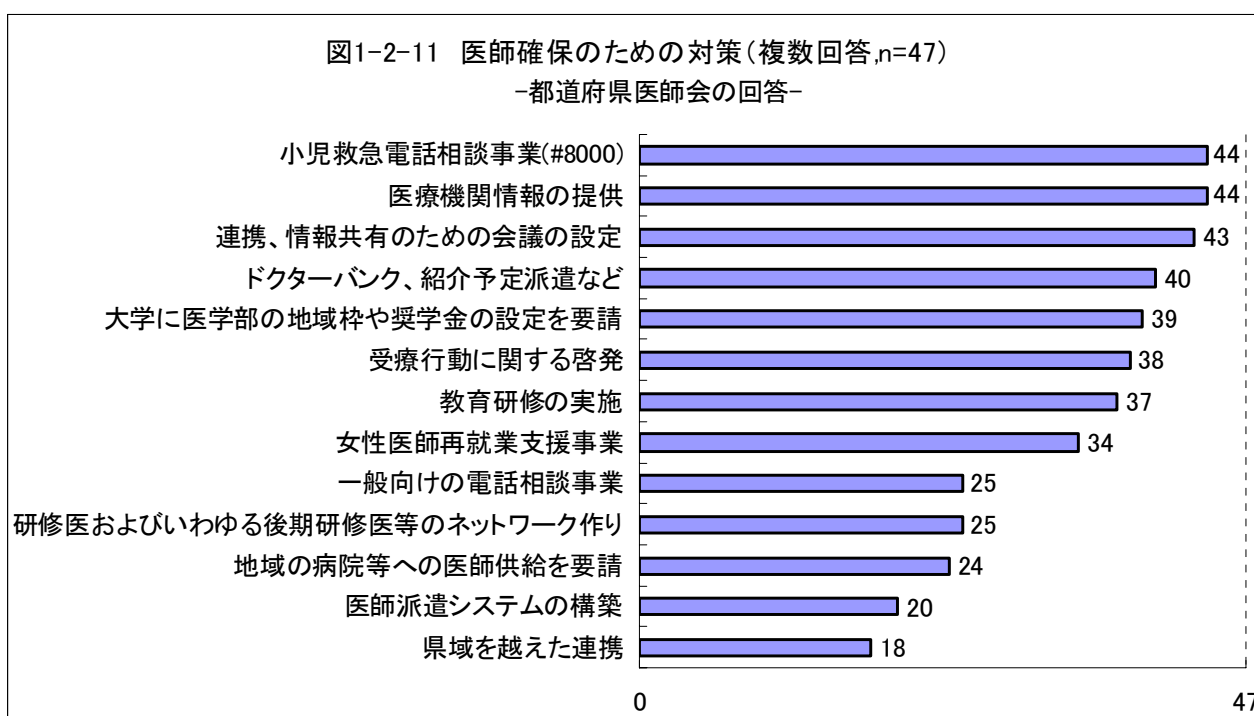
現行制度では、卒業生数に対して過大な募集定員数となっており、各病院の症例数や条件の差などにより、病院間や地域間で医師の偏在を加速させている面がある。そこで改革案では、都道府県地域医療研修ネットワークの定員は卒業生数に一致するように調整配分される。

都道府県地域医療研修ネットワークは、都道府県ごとに医師需給、就労状況を考慮して、初期研修医の適正配置を追求する。したがって、都道府県単位で、大学病院と大学病院以外の研修病院の間で連携して、初期研修医の調整配分を行い、初期研修医の病院間のローテーションを支援する。

(4) 医師確保対策

日本医師会は、前述した「医師確保のための実態調査」において、都道府県における医師確保のための具体的施策とその効果についても調査した。

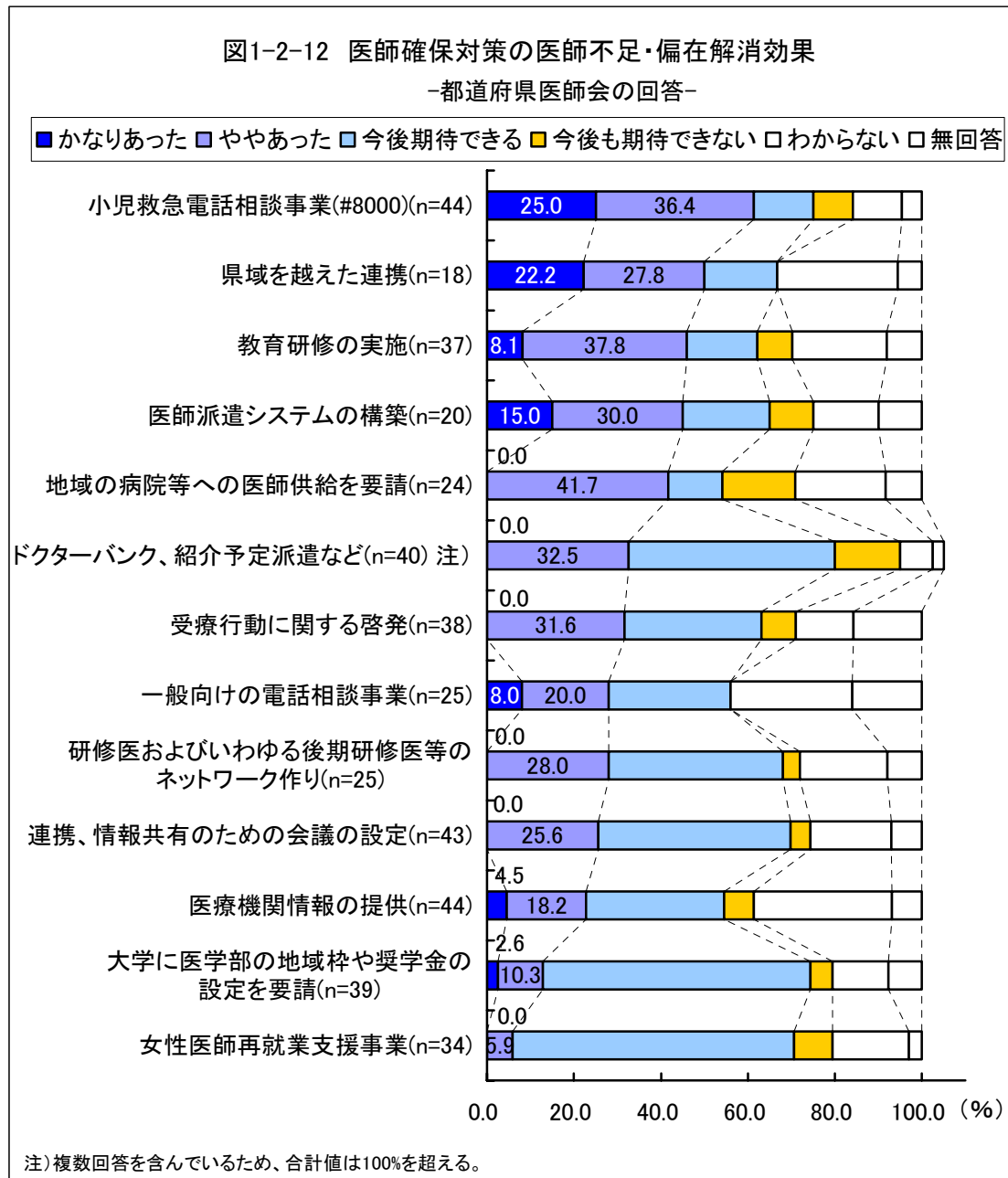
「小児救急電話相談事業（#8000）」、「医療機関情報の提供（ホームページでの診療情報の提供など）」、「連携、情報共有のための会議の設定（医療機関の連携、医療関係職種との連携）」はほとんどの都道府県で実施されていた（図 1-2-11）。



医師不足・偏在解消効果があった（かなりあった・ややあった）との回答は、「小児救急電話相談事業（#8000）」、「県域を越えた連携」、「教育研修の実施」の順に多かった（図 1-2-12）。

「県域を超えた連携」、「医師派遣システムの構築」は実施している県は少ないが、効果が「かなりあった」との回答が比較的多く、特に行政等が単独で行うよりも、医

師会・行政等が共同で実施している県での評価が高かった¹⁹。また、女性医師再就業支援事業は今後への期待度が高いという点で注目される。



¹⁹ 県域を超えた連携について、効果がかかなりあったという回答は、行政等が単独で実施 (n=10) した場合 20.0%、医師会・行政等が共同 (n=2) した場合 100%。医師派遣システムの構築について、効果がかかなりあったという回答は、行政等が単独で実施 (n=11) した場合 18.2%、医師会・行政等が共同 (n=3) 33.3%。

(5) 看護職員、コ・メディカル等について

1) 看護職員の養成数について

人口 1,000 人当たり看護職員数は OECD 平均 9.7 人²⁰に対し、日本は 9.3 人 (2006 年) である。日本では准看護師の寄与もあり、看護職員数はほぼ先進国水準に近いが、今後も引き続き看護職員の養成数については、現状の確保に努める。

2) 潜在看護職員の活用について

日本医師会が潜在看護職員再就業支援モデル事業の一環として実施した調査²¹結果によれば、潜在看護職員の多くが看護職員としての復職を希望している。

回答者の 96.3%が女性で、77.5%が「子供あり」であった。このうち 12 歳以下の児童・乳幼児が「あり」と回答した人は 73.5%で、育児から手が離せない状況がうかがえる。

現在就業していない人は回答者の 78.0%であった。看護職員として「再就業したい」が 27.1%、「条件次第で再就業したい」が 43.0%であり、合計 70.2%が看護職員への復職を希望していた。このうち、再就業先として希望する施設・職場は、複数回答で診療所が 87.5%、病院が 70.8%であった。

本調査結果から、いわゆる「潜在看護職員」のうち、12 歳以下の児童・乳幼児がいる女性が約半数にのぼることがわかった。「潜在看護職員」の多くは看護職員として再就業したいという希望、意欲が十分あり、仕事と育児および家庭の両立を希望している。とりわけ、再就業に際して、休暇が取りやすいことや院内保育所・学童保育あるいは育児に対するその他の配慮などを望んでいる。

再就業に当たっては、看護職種を離職してからのブランクを埋めるための研修が希望されており、希望する研修内容は看護技術（実技研修）73.8%、電子カルテなど IT 関連知識 54.5%、医療安全 54.4%、高度医療技術・知識 53.2%の順に高い（複数回答）。

²⁰ オーストラリア、ベルギー、ギリシャ、ポルトガル、スウェーデン、スイスは 2005 年、スロバキアは 2004 年データ、その他は 2006 年データの平均値。

²¹ (社) 日本医師会「潜在看護職員再就業支援モデル事業報告書」2008 年 4 月実施。モデル事業に参加している 15 県医師会が看護師等学校養成所の卒業生を対象に行った調査。有効回答数 1,367 人 (2008 年 4 月 1 日現在)。
http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20090114_1.pdf

また、本調査の自由記載欄の記述からは、医療現場への復帰を希望する一方で、再就業に関するさまざまな情報が十分でない状況がうかがえた。

これらの結果から、看護職員への再就業支援対策として、①情報交換・収集の場（窓口）の設置、②多様な勤務形態とコーディネート部門の設置、③研修の実施、が必要であるといえる。

再就業のための環境さえ整えば、看護職員確保対策として、潜在看護職員の活用は十分に進むと考えられる。

3) 医療従事者間の業務分担について

業務分担については、医療に係る事務業務と医療行為そのものを分けて考えるべきである。

近年、書類作成等の事務業務が増加、煩雑化し、勤務医の負担増の一因となるとともに、本来の診療業務への集中を阻害している。したがって、医師の事務作業そのものを見直しとともに、これを軽減するための業務分担は必要である。

しかし、医療行為の分担については、慎重に検討しなければならない。経済財政諮問会議²²、規制改革会議²³は医師の業務を他の従事者に分担させることを提案している。しかし、役割分担が先行すれば、責任の所在があいまいになりかねず、患者を危険にさらすおそれがある。また医療は不確実性が高く、軽度ないし安定期であっても、常に重症化や急変のリスクを内包する。したがって、診察、治療、処方等の医療行為は、高度な医学的判断及び技術を担保する資格の保有者(医師)に限定されるべきである。

このような観点から、日本医師会は、医療従事者間の業務分担については、医療の安全や質の向上を最優先に検討していく。

²² 経済財政諮問会議「経済財政改革の基本方針 2008」2008年6月27日閣議決定、「関係職種間の役割分担の見直し、メディカルクラークの配置等を進める」、<http://www.keizai-shimon.go.jp/cabinet/2008/decision080627.pdf>

²³ 規制改革会議「第3次答申に向けた規制改革会議の重点分野と課題」2000年10月24日、「医師及び他の医療従事者の役割分担の見直し、医師不足対応として、看護師・介護福祉士・助産師等医療従事者の業務の高度化」、http://www8.cao.go.jp/kisei-kaikaku/minutes/meeting/2008/4/item08_04_02.pdf

3. 地域を守る医療提供体制

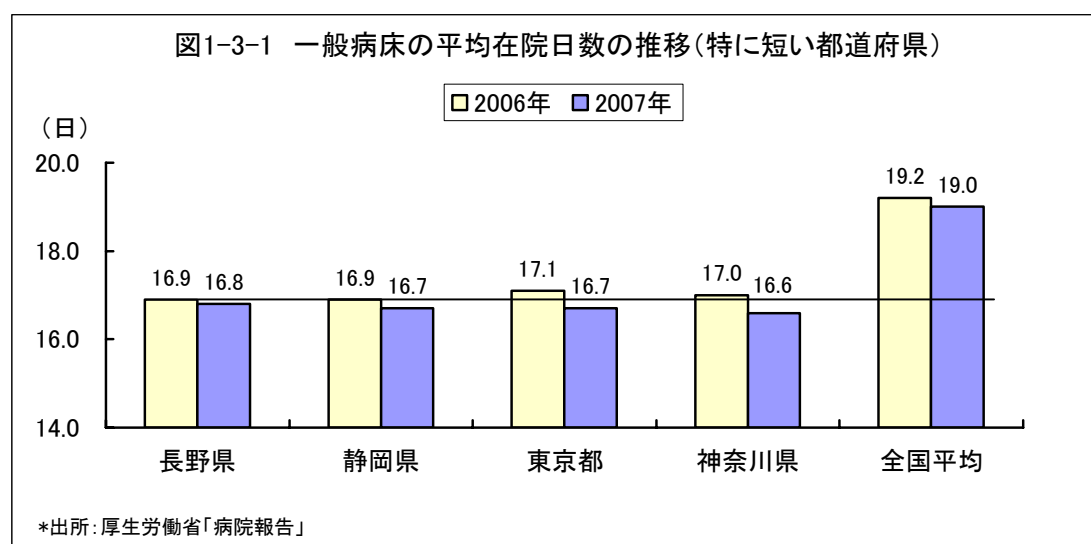
(1) 平均在院日数短縮化の問題点

2006年の医療制度改革は、医療費適正化という名の医療費抑制を強いるものであり、その一環として平均在院日数の短縮化が進んでいる。全国医療費適正化計画（2008年）²⁴では、「平成24年の病院報告（平成25年12月頃公表の見込み）における平均在院日数の全国平均を29.8日にする」とされた。

ここでいう平均在院日数は、一般病床、療養病床、精神病床等をまとめて計算されたものである。日本医師会はこの計算方法を問題視するとともに、療養病床、精神病床が多い地域など、地域特性を無視した一律の短縮化は認められないとしてきた。

一般病床のみに着目すると、医療制度改革スタート時の2006年には、長野県が最短であった。しかし2007年には、東京都、神奈川県といった首都圏で平均在院日数が低くなっており、無理な短縮化が図られているのではないかと懸念される(図1-3-1)。

日本医師会は、かねてより平均在院日数の短縮は限界に来てしていると主張しており、受け皿がないままに在宅医療や通院を強いられる患者が少なくないのではないかと危惧している。



²⁴ 「高齢者の医療の確保に関する法律第8条第1項の規定に基づき定める計画」2008年9月8日、厚生労働省告示第442号、http://www.hourei.mhlw.go.jp/cgi-bin/t_docframe.cgi?MODE=horei&DMODE=CONTENTS&SMODE=NORMAL&KEYWORD=&EFSNO=2110

DPC²⁵の拡大も平均在院日数の短縮化に拍車をかけた。

DPC は、2003 年度に特定機能病院を対象に導入され、2008 年度初めには、対象病院 718、準備病院 710、計 1,428 病院になっている。厚生労働省は、2012 年度までに DPC 対象病院を 1,000 にする目標を掲げているが²⁶、現在の準備病院が対象病院になれば、目標を大きく、しかも前倒しで達成することになる。

DPC は、入院基本料、検査、画像診断、投薬、注射、医学管理料などが、1 日当たり包括評価（包括払い）によって一定の点数となっており、点数は在院日数が長くなるほど段階的に引き下げられる。個々の患者の在院日数が平均在院日数と同じであれば、平均点数しか得られない。そこで病院経営者は、平均在院日数の短縮化を目指す。ところが他の病院経営者も同じ方向を目指すため、ますます在院日数の短縮化が進む。そしてこれに付随して、さまざまな問題点が浮かびあがっている。

第一に DPC 病院では、退院時の治癒率の割合が低下し、再入院の割合が増加している（図 1-3-2）。中央社会保険医療協議会（以下、中医協）・診療報酬調査専門組織・DPC 評価分科会は、治癒率の低下について「治癒の割合は減少傾向であることについては、急性期としてある程度病態が安定した時点までの入院医療を反映しているものと考えられ、急性期として適切な医療が提供されている²⁷」との見解を示している。しかし、仮に急性期で治癒率が高いことが求められないとしても、DPC 導入後に、治癒率が一貫して低下傾向にあることは問題である。

第二に、医療現場から「医療サービスの質が低下した」という声があがっている。厚生労働省の「医療の達成度、患者満足度に係る調査」²⁸によれば、「医療サービスの質が低下した」が 5.9%、「医療サービスの質が向上した」が 2.0%である（図 1-3-3）。年齢別では、経営者に近い年齢層である 60 歳代以上を除くすべての年齢で、医療の

²⁵ DPC (Diagnosis Procedure Combination) は診断群分類を指す。この分類に基づき診療報酬の一部が包括化されており、これを「DPC (診断群分類) による包括評価」という。ただし、最近では支払い方法自体も含めて「DPC」と呼ばれることが多い。本稿でも後者の意味で「DPC」という表現を用いる。

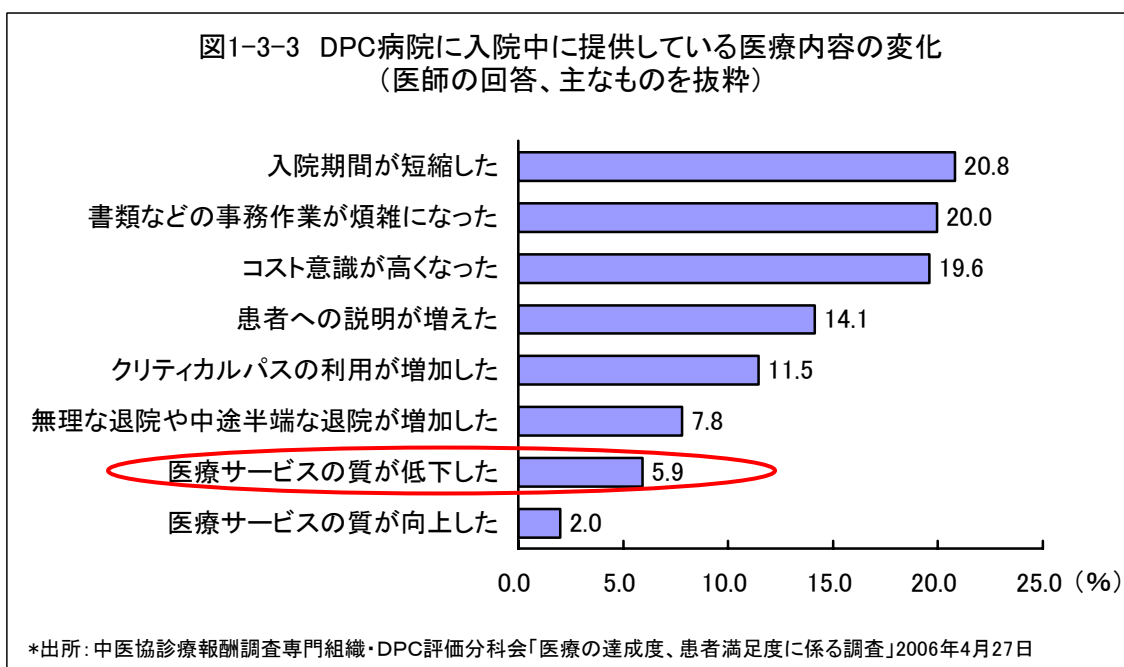
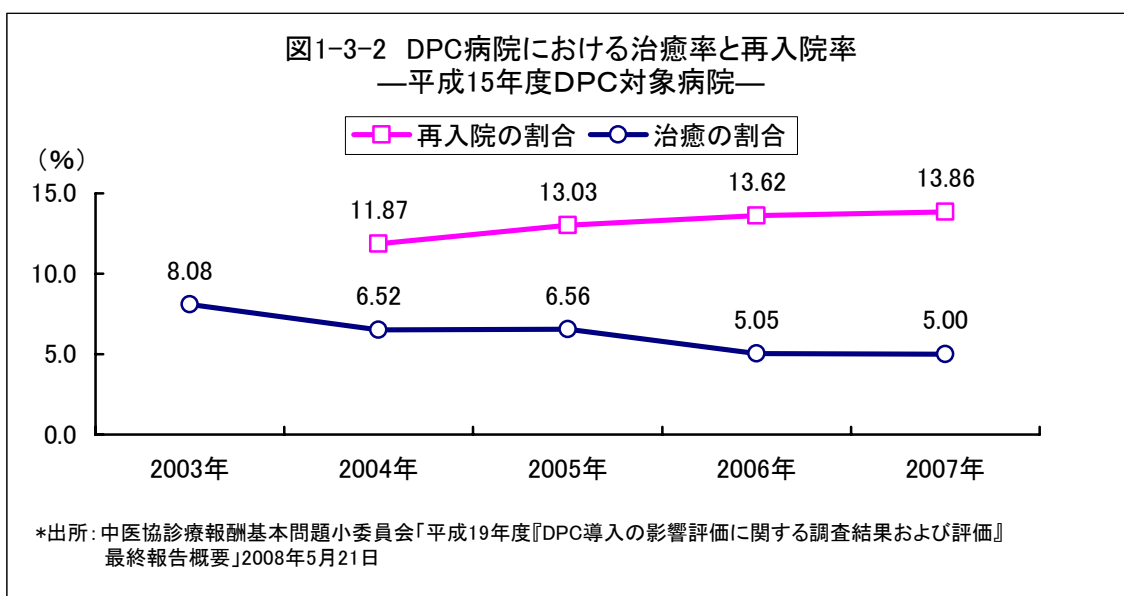
²⁶ 厚生労働省「医療・介護サービスの質向上・効率化プログラムについて」経済財政諮問会議提出資料, 2007 年 5 月 15 日, <http://www.keizai-shimon.go.jp/minutes/2007/0515/item1.pdf>

²⁷ 中医協診療報酬基本問題小委員会「平成 19 年度『DPC 導入の影響評価に関する調査結果および評価』最終報告概要」, 2008 年 5 月 21 日, <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/05/dl/s0521-6a.pdf>

²⁸ 中医協診療報酬調査専門組織・DPC 評価分科会資料, 2006 年 4 月 27 日, <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/04/dl/s0427-3h.pdf>

質が「低下した」が「向上した」を上回っていた²⁹。比率としては小さいが、「低下した」が「向上した」を上回っていることは重く受け止めるべきである。

また同調査によれば、中堅層の40歳代の医師で「無理な退院や中途半端な退院が増加した」との回答も1割近く（9.3%）に達していた。

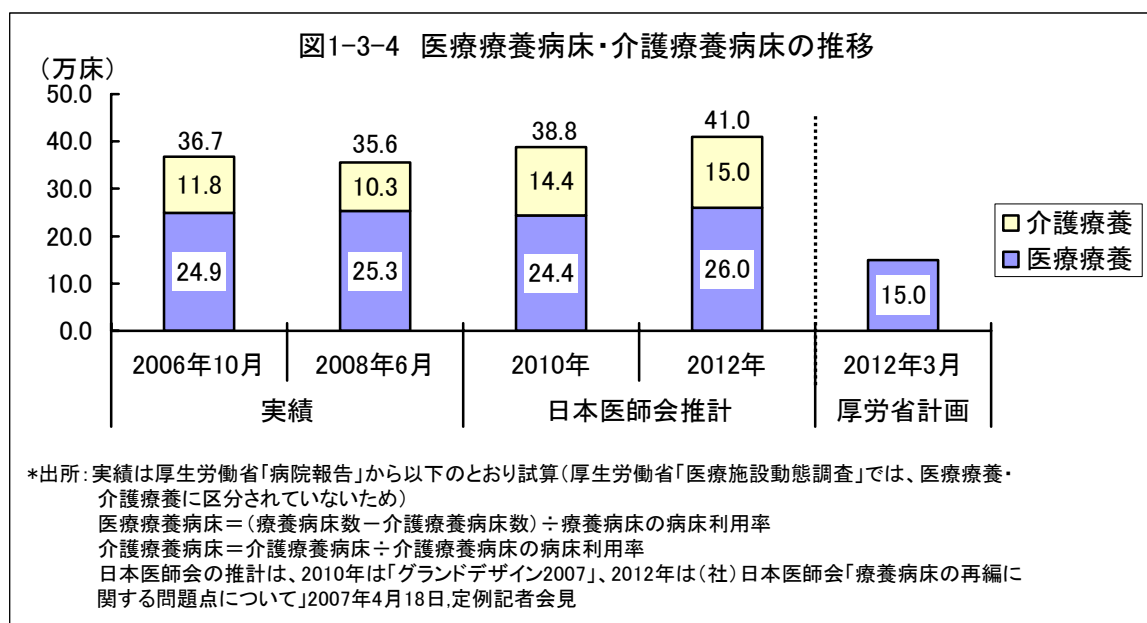


²⁹ 医療サービスの質が低下した：20歳代3.5%、30歳代6.1%、40歳代6.9%、50歳代5.6%、60歳代以上3.4%、医療サービスの質が向上した：20歳代0.9%、30歳代1.6%、40歳代1.9%、50歳代4.0%、60歳代以上11.0%。

(2) 高齢社会における医療提供体制

国は医療費抑制のため、医療療養病床の「医療区分 1」に加え、「医療区分 2」の入院患者の 3 割を「社会的入院」とみなし^{30,31}、医療療養病床の削減（2005 年 25 万床、2012 年 15 万床）と介護療養病床の廃止（2005 年 13 万床、2012 年廃止）を決定した。しかし、日本医師会の実態調査³²によれば、「医療区分 1」の患者の 2 割は、医療療養病床を必要としており、決して「社会的入院」ではなかった。

日本医師会は、「グランドデザイン 2007」で、実態調査を踏まえ、2010 年には医療療養病床が 24.4 万床必要であると試算した（図 1-3-4）。厚生労働省も、医療療養病床について、44 都道府県の目標病床数を集計すると 2012 年に約 21 万床（2008 年 6 月時点確定分、回復期リハビリテーション病棟である療養病床を除く）となることから、必要な取組を推進するとしている³³。国は、このことを踏まえ、明確に方向転換を図るべきである。



³⁰ 中医協・慢性期入院医療の包括評価調査分科会「平成 18 年度慢性期入院医療の包括評価に関する調査」中間報告書 2007 年 3 月 28 日, <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/05/dl/s0530-7b.pdf>

³¹ 社会保障審議会医療保険部会資料「医療費適正化に関する施策についての基本的な方針(案)について」, 2007 年 4 月 12 日, <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/04/dl/s0412-4d.pdf>

³² (社)日本医師会「『療養病床の再編に関する緊急調査』報告」2006 年 10 月(調査実施月は 2006 年 7 月), http://www.med.or.jp/nichikara/kaigo/20061025_1.pdf

³³ 「高齢者の医療の確保に関する法律第 8 条第 1 項の規定に基づき定める計画」2008 年 9 月 8 日, 厚生労働省告示第 442 号, http://www.hourei.mhlw.go.jp/cgi-bin/t_docframe.cgi?MODE=horei&DMODE=CONTENTS&SMODE=NORMAL&KEYWORD=&EFSNO=2110

(3) 医療資源重点化の問題点

2008年10月、社会保障国民会議が「医療・介護費用のシミュレーション」³⁴を発表した。そこでは、高度急性期、一般急性期など機能分化を進め、在宅介護等を強化した場合には、2025年の医療・介護費用は92～94兆円程度（B3シナリオ）になるとの推計結果が示された（表1-3-1）。

日本医師会は、社会保障国民会議が、これまでの社会保障費抑制から「社会保障の機能強化」に転換したことは評価する。しかし、医療・介護費用のシミュレーションは、平均在院日数の大幅な短縮化、急性期医療への医療資源の集中投入、在宅医療の拡大を前提としており、地域や家族の事情によっては、「医療難民」や「介護難民」を生じさせるおそれがある点で問題である。

また、社会保障国民会議の中間報告³⁵には「専門的医療提供を行う中核的病院（特に急性期病院）を中心とした人員配置の思い切った拡充・機器装備の充実」とある。しかし現在、厳しい医療費抑制の結果、身近に、通院先、入院先がなくなっている地域もある。あるべき医療機能の分化を果たしていくためには、急性期病院だけでなく、その連携先および受け皿も整備拡充させなければならない。日本医師会は、社会保障国民会議においても、「日本の地域医療を守るため、医療費水準を高め、医療全体に対し資源を強化する方向」を主張してきたところである³⁶。

表1-3-1 社会保障国民会議 医療・介護のシミュレーションの概要

【平均在院日数の前提】		B1シナリオ	B2シナリオ	B3シナリオ
急性期	高度	15.5日→12日	15.5日→10日	20.1日→16日
	一般			13.4日→9日
亜急性期・回復期		維持	75日→60日	75日→60日
長期療養(医療療養)		記載なし		
2025年の医療・介護費用		91～93兆円程度	91～93兆円程度	92～94兆円程度

*出所：社会保障国民会議・サービス保障(医療・介護・福祉)分科会(2008年10月23日)「社会保障国民会議における検討に資するために行う医療・介護費用のシミュレーション(本体資料)」経済前提Ⅱ-1の場合

³⁴ <http://www.kantei.go.jp/jp/singi/syakaihosyokokuminkaigi/iryou.html>

³⁵ http://www.kantei.go.jp/jp/singi/syakaihosyokokuminkaigi/chukan/siryou_1.pdf

³⁶ (社)日本医師会「社会保障国民会議の最終報告とりまとめに向けての要望」2007年10月15日、定例記者会見, http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20081015_22.pdf

(4) 日本医師会が考えるあるべき病床数と現実

日本医師会は「グランドデザイン 2007」において、以下の前提条件を置き、病床数の将来推計を行った。

その結果、一般病床数は 2020 年過ぎには 2008 年と同水準の規模が必要になると推計された（図 1-3-5）。したがって、一般病床については、無理な平均在院日数の短縮化、病床数削減を進めるのではなく、現状の病床数を最低限維持すべきである。また、医療療養病床の必要数は、2015 年には現状の病床数を上回り 27.1 万床になる見通しであり、今後の拡充が求められる。

【「グランドデザイン 2007」における病床数の将来推計の前提条件】

一般病床：長野県（当時 17.5 日）なみに平均在院日数が短縮化する可能性があるものの、それが限界であるとする。病床利用率は、急性期の特性として、必ずしも計画的な入退院の見通しが立てられないことから 80%とする。

療養病床：日本医師会の調査³⁷に基づき、医療療養病床の入院患者の 66.8%が引き続き医療療養病床を必要としているとする。病床利用率は 95.0%とする。

ところで 2007 年の第 5 次医療法改正で、有床診療所の一般病床も医療計画上の基準病床に算入され、病床規制の対象にされることになった。しかしそれ以前から、有床診療所の病床数は大幅な減少傾向にある（図 1-3-6）。経営が困難な診療報酬改定がつづいてきたこと、さらに療養病床の削減も決まったことなどのためである。

有床診療所の一般病床は、急性期病院からの退院患者の受け皿としての役割だけでなく、専門性の高い医療も担ってきた。今後、病院が集約化される方向にある中で、有床診療所の一般病床は、地域に密着した急性期病床として、よりそのニーズが高まると推察される。特に周産期医療においては、有床診療所の活用も喫緊の課題であり、その機能強化が求められる。

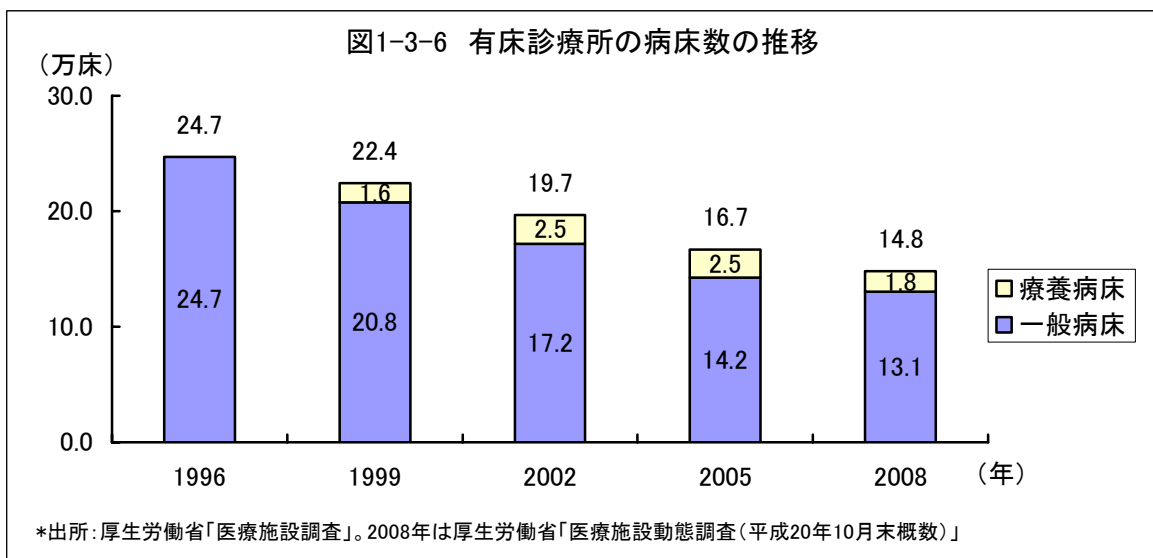
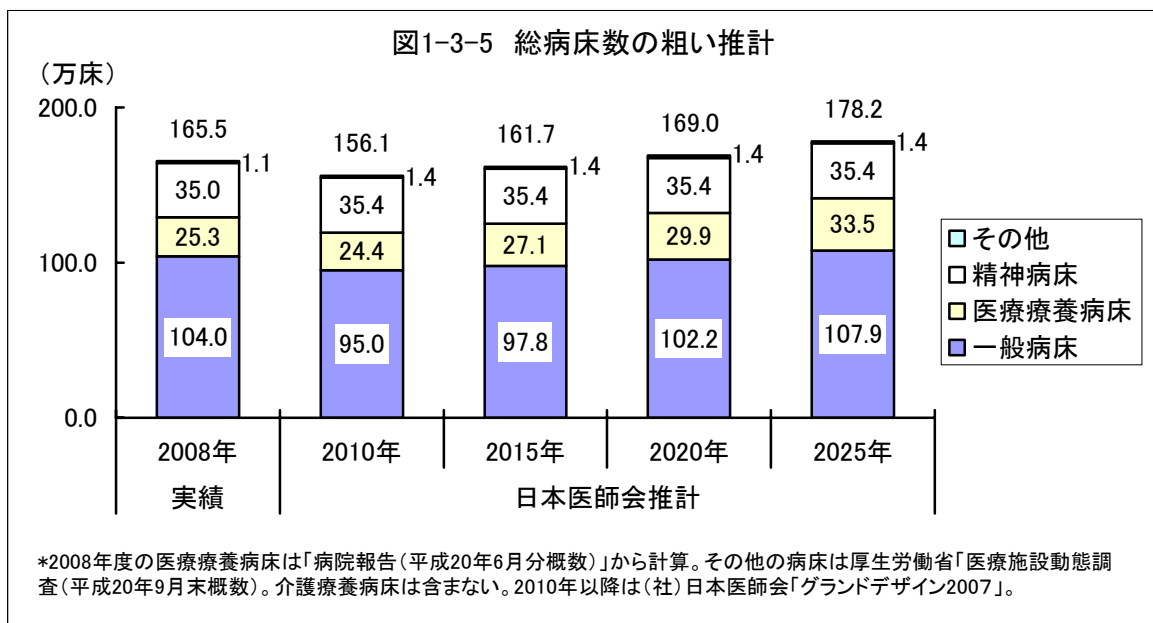
また有床診療所の 34.1%は在宅療養支援診療所の届出をしており³⁸、さらなる高齢

³⁷ (社)日本医師会「『療養病床の再編に関する緊急調査』報告」2006年10月(調査実施月は2006年7月)、http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20061025_2.pdf

³⁸ 日医総研「平成20年有床診療所の現状把握のための調査」日医総研ワーキングペーパーNo.177,2008年11月18日,<http://www.jmari.med.or.jp/research/dl.php?no=384>

化、国の在宅医療推進政策の中にあつて、有床診療所には、これまで以上に在宅医療を支える機能が期待される。有床診療所は、病院が存在しない地域や病院が閉鎖に追い込まれた地域、特に過疎地やへき地において、病院に代わる役割も担っている。

すなわち有床診療所は、病院を補完するだけのものではなく、その固有の機能で地域医療を支えているとの認識に立つべきである。そして、有床診療所の機能を維持、向上させるため、病床の活用についての柔軟な施策と財源的手当てが必要である。



第2部 国民を守る医療制度とその財源

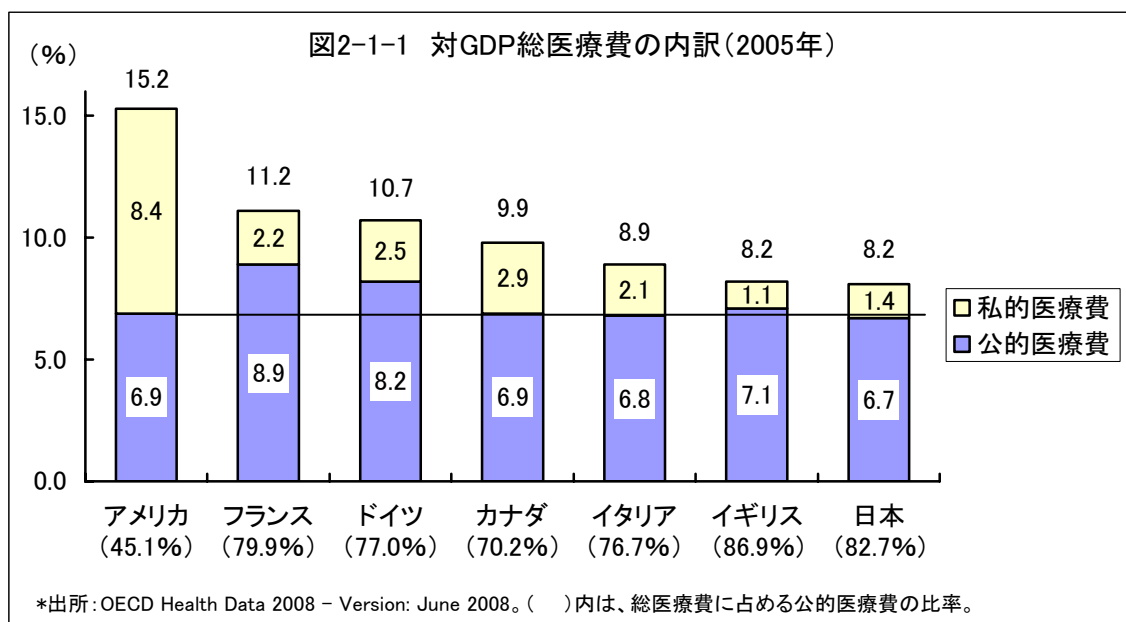
1. 医療費の現状と将来推計

(1) 医療費の国際比較

2005年³⁹の対GDP総医療費は、OECD平均8.9%で、日本8.2%であり、日本はOECD加盟30カ国中21位である(図2-1-2)。総医療費には、日本の国民医療費に相当する費用のほか、介護サービス費、予防・公衆衛生サービス費、医療管理・医療保険のコスト等を含む。

民間保険中心のアメリカでは対GDP総医療費が15.2%と高いが、G7⁴⁰からアメリカを除いた場合の対GDP総医療費も平均9.5%であり、日本より1.3ポイント高い。

日本の総医療費に占める公的医療費⁴¹の割合は82.7%であり、イギリスの86.9%に次いで高い。しかし日本では総医療費の絶対額が小さいので、日本の対GDP公的医療費は6.7%とアメリカよりも低くなっている(図2-1-1)。

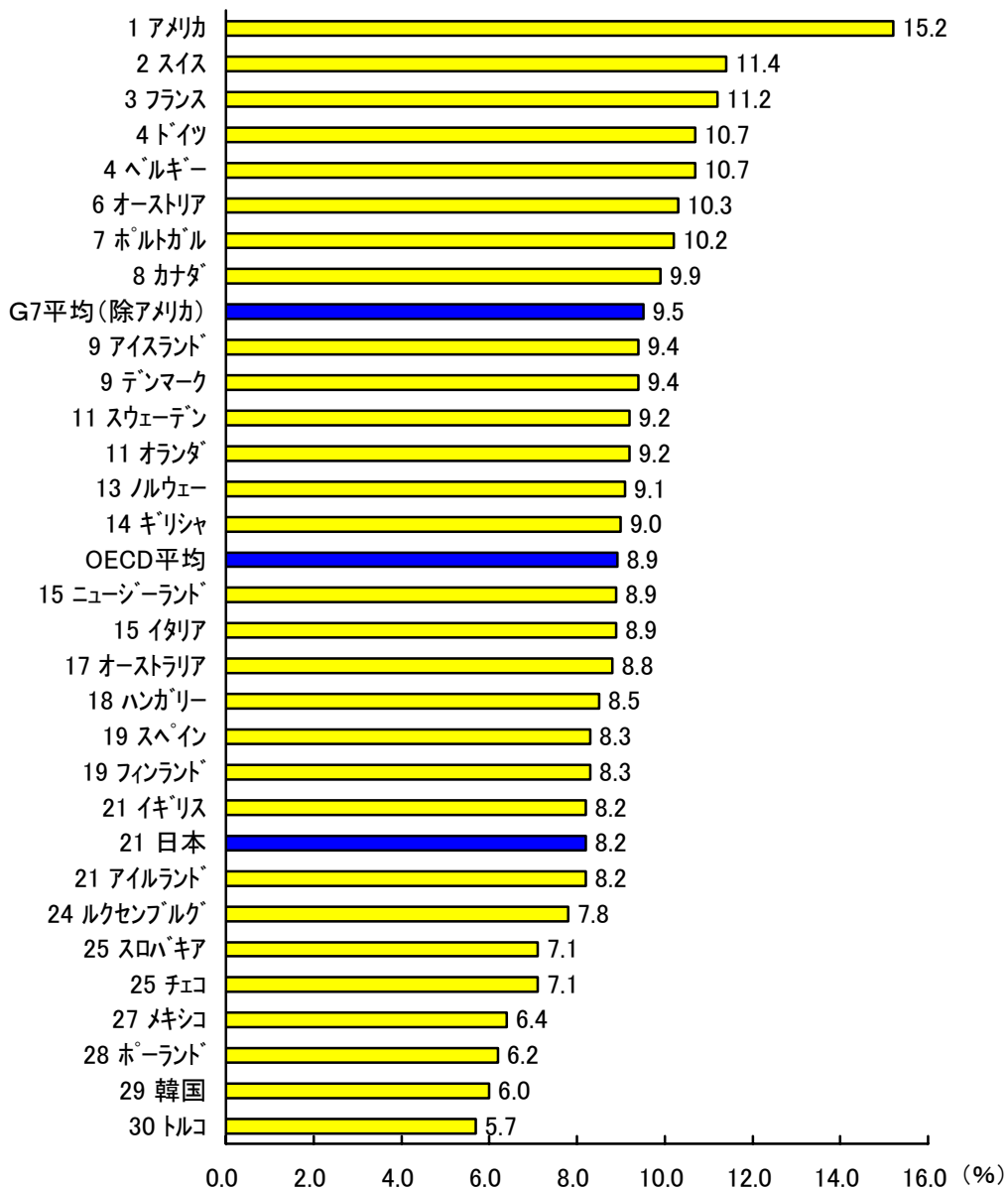


³⁹ 2006年データも公開されているが、30カ国揃わないため、2005年データで示した。

⁴⁰ 日本、ドイツ、アメリカ、フランス、イタリア、カナダ、イギリス

⁴¹ 社会保障制度のもとで、国や地方の公的資金が負担する医療費。

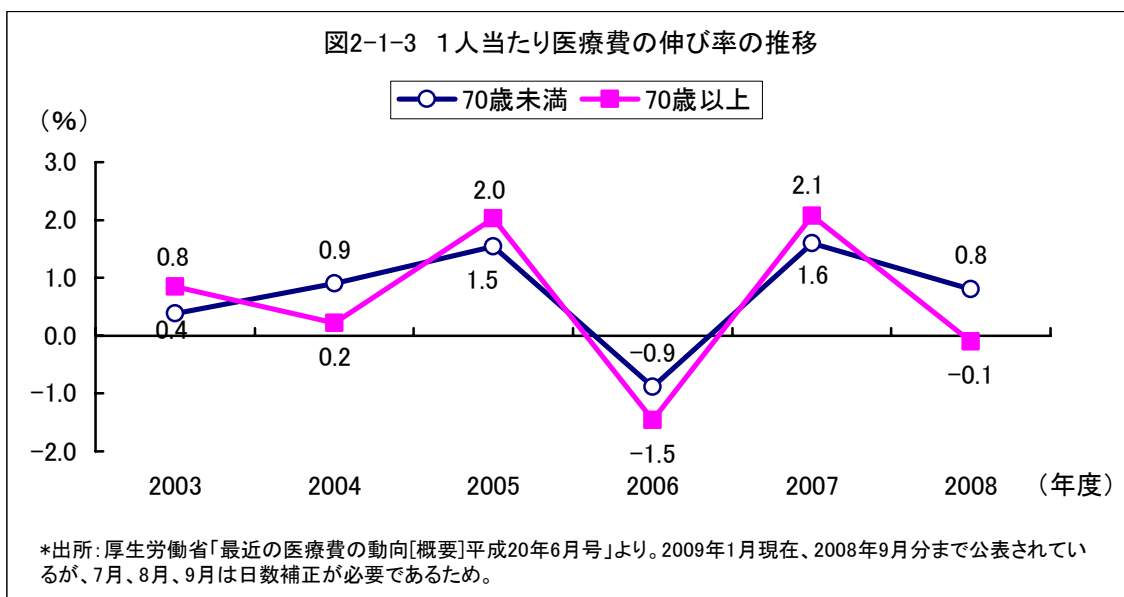
図2-1-2 対GDP総医療費(2005年)



*出所: OECD Health Data 2008 - Version: June 2008。国名の前の数字は順位。2006年データも公開されているが、30カ国揃わないため、2005年データで示した。

(2) 現状の医療費の伸びから推計される医療費

2006年度の医療制度改革に際して、国は1人当たり医療費の伸びを一般2.1%、高齢者3.2%として医療費の将来推計を行い、医療費を厳しく抑制してきた。その結果、現在では特に高齢者の1人当たり医療費の伸びが頭打ちになっており、診療報酬改定のなかった2007年度の伸び率は2.1%に止まった(図2-1-3)。



本稿では、まず直近の医療費の伸びを延伸して医療費の将来推計を行うが、厚生労働省「最近の医療費の動向」(以下、メディアス)では、75歳⁴²ではなく70歳区分のデータしかなく、公費単独医療費が含まれていない。一方、国民医療費は75歳区分でのデータがあるが、2006年度分までしか公表されていない。

ここでは直近のデータであることを優先し、メディアスのデータを用いて推計する。このため、やむを得ずメディアスの70歳未満の1人当たり医療費の伸び率を用いて一般(0~74歳)の医療費を推計し、同様に70歳以上の1人当たり医療費の伸び率

⁴² 2007年度は老人保健制度、2008年度は後期高齢者医療制度である。この比較は可能に思われるかもしれないが、老人保健において対象年齢の引き上げ途上であったため、2007年度の平均年齢はおおむね74.5歳、2008年度は75歳である。このため両者を比較できず、伸び率を計算できない。

を用いて高齢者（75歳以上）の医療費を推計する⁴³。

2003年以降の診療報酬改定年を除く平均伸び率は、一般1.2%、高齢者1.6%である。また、2008年4～6月の1人当たり医療保険医療費（除公費負担等医療費）は、一般178.1千円、高齢者849.7千円⁴⁴である。

これを毎年、一般1.2%、高齢者1.6%で延伸し、人口を乗じると、医療保険医療費は2015年には36.7兆円、2025年には45.5兆円になると推計される。

公費負担等医療費⁴⁵は、2006年度は国民医療費の8.7%である。今後もこの比率が変わらないとして計算し、医療保険医療費に加算する。その結果、国民医療費は2015年には40.3兆円、2025年には49.9兆円になると推計された（表2-1-1）。

表2-1-1 医療費の将来推計－現状の医療費の伸びから推計した場合－

1人当たり医療費の伸びの前提 ^{*1)}	一般	1.2%	高齢者	1.6%
-------------------------------	----	------	-----	------

		2008年	2015年	2020年	2025年
1人当たり医療保険医療費(千円) ^{*2)}	一般	178.1	193.4	205.0	217.4
	高齢者	849.7	952.8	1,034.0	1,122.0
人口(百万人) ^{*3)}	一般	114.9	109.0	104.0	97.6
	高齢者	13.1	16.5	18.7	21.7

*1)70歳未満を一般(0～74歳)、70歳以上を高齢者(75歳以上)とみなす。

*2)足下の1人当たり医療保険医療費は、厚生労働省「メディアス」の2008年4～6月累計を年換算した。

*3)2008年度の人口は、メディアスのデータから逆算した。2010年度以降の人口は、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－」より

医療費の将来推計

(兆円)

		2008年	2015年	2020年	2025年
医療保険医療費	一般	20.5	21.1	21.3	21.2
	高齢者	11.1	15.7	19.4	24.3
	計	31.6	36.7	40.7	45.5
公費負担等医療費		3.0	3.5	3.9	4.4
国民医療費		34.6	40.3	44.6	49.9

(参考)「グランドデザイン2007」での推計

	2008年	2015年	2020年	2025年
国民医療費	30.7	34.8	37.7	41.3

※2006年を起点に推計。また当時の伸び率は、一般0.9%、高齢者1.0%であった。

⁴³ 「グランドデザイン2007」も同じ方法で対処した。2003年、2004年、2005年のデータを対象としており、1人当たり医療費の伸びを一般0.9%、高齢者1.0%として、医療費の将来推計を行なった。

⁴⁴ 1人当たり費用は、伸び率のように前年データが必要ないので、一般は2008年の一般（除後期高齢者医療制度対象者）、高齢者は2008年の後期高齢者医療制度対象者の費用を用いている。

⁴⁵ 公費負担医療給付分（生活保護法、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律、障害者自立支援法、結核予防法等）、労働者災害補償保険、全額自費、その他。

(3) 中長期の医療費の粗い推計

1) 現状の医療費に追加すべきコスト

① 医療安全に係るコスト

中医協で報告された医療安全に関するコスト調査結果⁴⁶によると、患者1人1日当たりコストは、病院（入院）406.3円、有床診療所（入院）618.9円、有床診療所（外来）247.6円、無床診療所89.6円であった。病院の外来データはないので、有床診療所の外来と同等と仮定する。そして、1年間の延べ患者数をかけると、現在、医療安全のためにかかっているコストは、全国で4,995億円と推計された（表2-1-2）。

一方、医療安全に係る診療報酬として医療安全対策加算（入院初日のみ50点）があるが、これによる診療報酬額は年17.9億円⁴⁷に過ぎない。医療安全のコスト4,995億円は、あくまで現在捕捉できる範囲のコストに過ぎず、十分なものとは言えないが、ここでは最低限必要な追加コストとして足下の医療費に4,995億円を加算する。

表2-1-2 1年間にかかる医療安全コスト(推計)

		患者1人1日当たり コスト(円) ^{*1)}	延べ患者数 (千人) ^{*2)}	費用 (億円)
		①	②	①×②
病院	入院	406.3	504,499	2,050
	外来	247.6	576,568	1,427
有床診療所	入院	618.9	27,067	168
	外来	247.6	229,110	567
無床診療所		89.6	875,035	784
合計		—	—	4,995

*1) 厚生労働省「平成18年度医療安全に関するコスト調査業務報告書(案)」中医協・医療機関のコスト調査分科会資料(2007年6月18日)

*2) 病院は厚生労働省「病院報告」、診療所は同「医療施設調査」(いずれも2005年)

② 医療機関の再生産のためのコスト

電気料金、ガス料金は、原燃料価格の変動を料金に反映できる。さらに、料金には原価（人件費、燃料費、減価償却費、諸税等）だけでなく、「適正利潤」として資産に一定の報酬率を乗じた事業報酬が含まれる。これにより、再生産と安定供給が保障

⁴⁶ 中医協診療報酬調査専門組織・医療機関のコスト調査分科会「平成18年度医療安全に関するコスト調査業務報告書(案)」2006年6月18日、<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/06/dl/s0618-8b.pdf>

⁴⁷ 厚生労働省「社会医療診療行為別調査(平成19年6月審査分)」より、1.49億円×12カ月分。
http://www.dbtk.mhlw.go.jp/toukei/data/650/2007/toukeihyou/0006639/t0145733/E0005_006.html

される上、コスト削減を行なっても報酬が減額されないため、効率化インセンティブも働くとされている⁴⁸。報酬率は、電気料金においては事業資産の3%強である⁴⁹。

診療報酬には再生産費用に係る明確な項目は規定されていない。しかし、安定供給は電力、ガスと同等かそれ以上に重要である。電力会社等の資産は、固定資産、運転資本、繰延資産等である。医療機関もそれらの資産を維持、強化しなければならず、最低でも、固定資産の維持は必須である。そこで、固定資産に3%を乗じた金額を足下の医療費に加算する。病院の場合、固定資産の3%は医業収入の2.9%に相当するので⁵⁰、現時点で医療費を2.9%引き上げることとする。

2) 将来にむけて現状の医療費に追加すべきコスト

2006年の国民医療費33.1兆円に、医療安全、再生産のためのコストを加算すると34.6兆円である。この医療費に、①医師数増加に係るコストを加え、②賃金上昇率・物価上昇率を乗じていく。このため、中医協「医療経済実態調査」の収支内訳をもとに、医療費を人件費と物件費（人件費以外）に按分しておく（表2-1-3）。

表2-1-3 現状の必要医療費および従事者数

		医師	医師以外	計	備考
医療費 (2006年, 兆円)	人件費	5.0	12.0	17.0	(国民医療費33.1兆円+医療安全のためのコスト0.5兆円)×再生産のためのコスト(医療費の2.9%)
	物件費	5.2	12.4	17.6	
	計	10.2	24.3	34.6	
従事者数(2007年, 万人)		27.5	232.1	259.6	社会保障国民会議シミュレーションほか ^{*1)}
従事者1人当たり医療費 (百万円)	人件費	18.3	5.2	6.6	
	物件費	18.9	5.3	6.8	
	計	37.2	10.5	13.3	

*1) 社会保障国民会議・サービス保障(医療・介護・福祉)分科会(2008年10月23日)「社会保障国民会議における検討に資するために行う医療・介護費用のシミュレーション(本体資料)」, 厚生労働省「平成18年医師・歯科医師・薬剤師調査」, 同省「平成18年衛生行政報告例」
*人件費・物件費は、中央社会保険医療協議会「第16回医療経済実態調査の報告(平成19年6月実施)」から計算。物件費の医師・医師以外は、人件費の比率で按分。
※注) 医師以外には歯科医師を含む。本来歯科医師は、医師に含めるべきであるが、医師数増加の推計を医師のみで行ったため、ここでは医師以外に含めた。

さらに、将来は病床数が不足すると推計されるので(図1-3-5)、③病床数を確保

⁴⁸ 総合資源エネルギー調査会電気事業分科会「今後の望ましい電気事業制度の詳細設計について」2008年7月, <http://www.meti.go.jp/report/downloadfiles/g80707a03j.pdf>

⁴⁹ 日医総研「電気料金・ガス料金の動向―診療報酬と比較して―」日医総研リサーチエッセイ No.50, 2006年4月, <http://www.jmari.med.or.jp/research/dl.php?no=303>

⁵⁰ 中医協「第16回医療経済実態調査の報告(平成19年6月実施)」より、法人・その他の病院の年間医業収入は1施設当たり26.0億円、固定資産は25.4億円。 <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/06/s0601-5.html>

するためのコストも追加する。

① 医師数増加に係るコスト

当面、医師養成数を過去最大化とする。2025年までの医師数増加の過程は、図1-2-9（29頁）に示したとおりである。2008年の医師数を100としたとき、2015年には108、2025年には120になると推計される。

② 賃金上昇率・物価上昇率

厚生労働省の年金財政試算の経済前提を用いた（表2-1-4）。現状の従事者1人当たり医療費に対し、人件費は賃金上昇率、物件費は物価上昇率をそれぞれかけて延伸した。

表2-1-4 経済前提

	2009年	2010年	2011年	2012年以降
賃金上昇率	3.5%	3.8%	4.1%	2.5%
物価上昇率	1.7%	1.9%	1.9%	1.0%

*出所：厚生労働省「人口の変化等を踏まえた年金財政への影響（暫定試算）」2007年2月6日

③ 病床数を確保するためのコスト

日本医師会は「グランドデザイン2007」で、必要な病床数を2015年161.7万床、2025年178.2万床と推計した（図1-3-5）。病床数（介護療養病床を除く）は現状（2008年9月）には推計165.5万床である。このままであれば、全体として2020年までには病床が不足する。

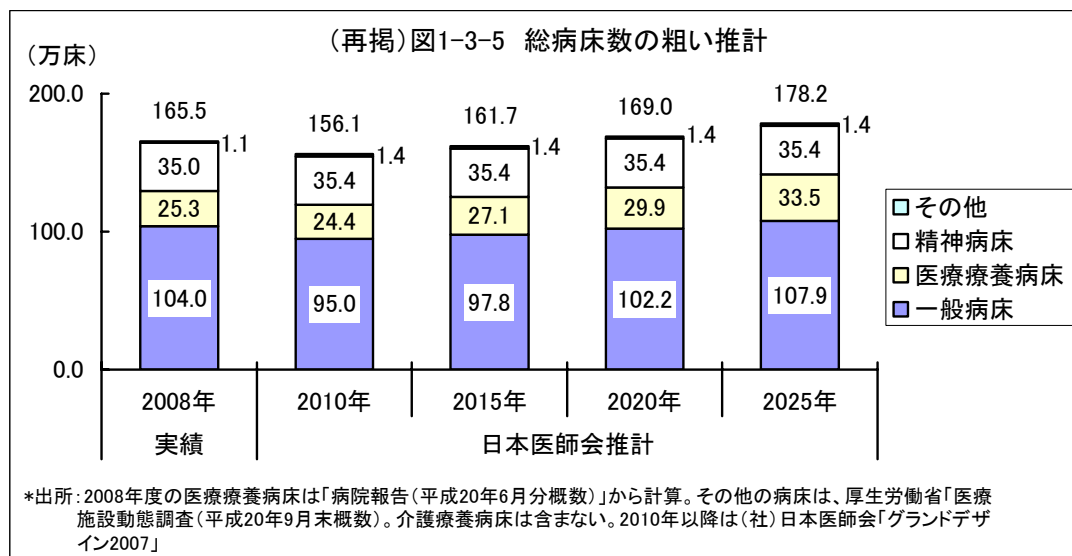
そこで、まず、社会保障国民会議が示した一般病床の1床当たり単価88.0万円/月、医療療養病床の1床当たり単価47.5万円/月⁵¹を、前述した賃金上昇率、物価上昇率でそれぞれ延伸する。そして、医療療養病床を例に示すと、現状（25.3万床）に比べて2020年（29.9万床）には4.6万床の追加が必要であるので、これに単価を乗じた

⁵¹ 社会保障国民会議「社会保障国民会議における検討に資するために行う医療・介護費用のシミュレーション（本体資料）」31頁、2008年10月より、患者1人当たり単価は一般病床約110万円/月、療養病床約50万円/月。

「グランドデザイン2007」で病床推計を行なった際、病床利用率を一般病床80%、療養病床95%としたので、1病床当たり単価は一般病床88万円（110万円×80%）、療養病床47.5万円（50万円×95%）とした。

http://www.kantei.go.jp/jp/singi/syakaihosyokokuminkaigi/iryousu/siryousu_1.pdf

分を加算した。



④ 医療の高度化のためのコスト

厚生労働省は、国民医療費の伸びの内訳を、人口増減・高齢化等の影響、制度改革の影響、診療報酬改定の影響、医療技術の進歩・高度化等に区分してきた(表 2-1-5)。しかし、昨今では厳しい医療費抑制によって、医療の高度化分の診療報酬は手当てされていないのが実態である。そこで、医療費に医療の高度化分を別途加算したケースについても試算しておく。加算分は、2006年度の医療制度改革以前の医療の高度化による医療費の伸び率 2.2%を用いる。

表2-1-5 医療費の伸びの要因分析(厚生労働省資料)

	1990年	1990～1994年度	1995年	1995～1999年度	2000年	2000～2003年度
国民医療費	20.6兆円		27.0兆円		30.1兆円	
国民医療費の伸び(①+②+③+④)		5.5%		3.6%		0.7%
人口増減・高齢化等の影響 ①		1.8%		1.9%		1.8%
高齢化等の影響を除いた1人当たり医療費の伸び(②+③+④)		3.7%		1.6%		▲1.1%
制度改革の影響 ②		0.0%		▲0.9%		▲2.7% ※
診療報酬改定の影響 ③		1.1%		0.1%		▲0.6%
医療技術の進歩・高度化等 ④		2.6%		2.4%		2.2%

(※)平成12年～15年度の制度改革の影響は、精度の低い方法により計算したごく粗い数値

*出所: 社会保障国民会議・サービス保障(医療・介護・福祉)分科会(2008年9月9日)「社会保障国民会議における検討に資するために行う医療・介護費用のシミュレーションの前提について」

3) 中長期の医療費の推計結果（粗い試算）

2015年の医療費は42.4兆円、2025年の医療費は59.2兆円と推計された(図2-1-4)。これまで医療費が厳しく抑制された結果、医療費の伸びが頭打ちになっているので、最低限必要なコストを加味しても2025年には60兆円を下回る。

また、昨今では厳しい医療費抑制によって、医療の高度化分の診療報酬は手当てされていないのが実態である。そこで、2006年度の医療制度改革以前の医療の高度化による医療費の伸び率2.2%分を別途加算したところ、2025年の医療費は72.8兆円と推計された。

社会保障国民会議のシミュレーション（B2シナリオ）によると、2025年の医療費は67～69兆円であるが、そのアプローチは、次に示すように日本医師会とはまったく異なる。

【日本医師会の考え方】

一般病床の平均在院日数は、長野県（17.5日）の水準まで短縮化される可能性があるが、それ以上、無理な短縮化を進めるべきではない。医療療養病床については、患者の7割が引き続き医療療養病床を必要としており、むしろ拡大に転じるべきである。

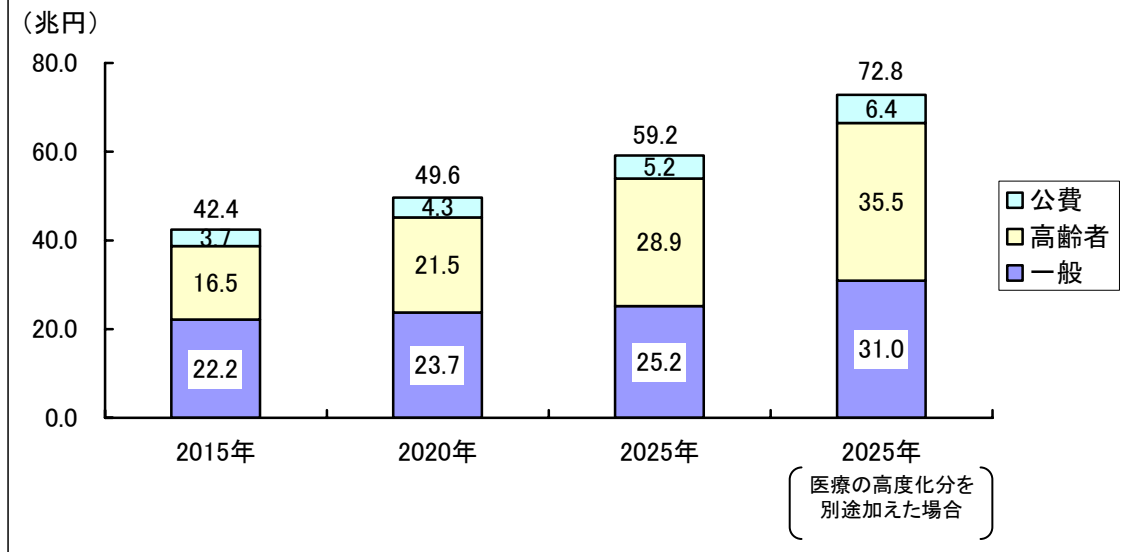
【社会保障国民会議の考え方（B2シナリオの要約）】

急性期：平均在院日数を15.5日から10日に短縮するため、医療資源（1病床当たりの職員数、医療機器など）を現在の一般平均病床の2倍投入する。

亜急性期・回復期等：平均在院日数を75日から60日に短縮するため、1病床当たりの職員数を1.3倍にする。

長期療養（医療療養）：現状より医療必要度の高い者を中心に入院させ、介護施設等との役割分担を推進する。

図2-1-4 中長期の医療費の粗い推計



2. 医療制度のあり方について

(1) 現在の後期高齢者医療制度

1) 高齢者医療制度改革の経緯

1997年、医療制度抜本改革議論の過程で、厚生省（当時）が高齢者医療制度について独立型、財政調整型の二案を提示した⁵²。その後、1998年には、厚生省（当時）の医療保険福祉審議会制度企画部会で、独立保険方式、突き抜け型などについて議論が行なわれ⁵³、同部会の意見書で「独立した仕組みとする考え方とこうした独立した仕組みは適切ではないという2つの考え方がある」⁵⁴とまとめられた。

さらに、2001年3月、厚生労働省は「医療制度改革の課題と視点」⁵⁵をとりまとめ、老人医療費拠出金の増大が保険者財政を圧迫していること、世代間の負担が均衡を失っていること⁵⁶から、高齢者医療制度改革が必要であるとし、4つの類型を示した（表2-2-1）。

健保連は当時「突き抜け型」を支持していたが、2005年に「健保OBの面倒だけを見る⁵⁷」という方針を転換し、高齢被保険者（65歳以上）からも保険料を徴収し、拠出金制度を廃止する「独立型」を提案した⁵⁸。なお連合は、「突き抜け方式」による「退職者健康保険制度（仮称）」⁵⁹を提案している。

厚生労働省は、年齢構成に応じた財政支援を軸に新制度を検討していたが、2002年11月、自民党の医療基本問題調査会が、75歳以上を対象とする独立型の医療保険

⁵² 厚生省「21世紀の医療保険制度（厚生省案）－医療保険及び医療提供体制の抜本的改革の方向－」1997年8月7日、<http://www1.mhlw.go.jp/houdou/0908/h0807-1.html>

⁵³ 厚生省（当時）の医療保険福祉審議会制度企画部会資料「高齢者医療制度に関する参考資料（その4）」1998年7月10日。8月26日、日本医師会は同部会に「日医医療構造改革構想に基づく独立した高齢者医療保険制度の提案」を提出し、75歳以上の独立型保険を主張している。

⁵⁴ 厚生労働省医療保険福祉審議会制度企画部会「高齢者に関する保健医療制度のあり方について」1998年11月9日、http://www1.mhlw.go.jp/shingi/s9811/s1109-4_17.html

⁵⁵ 厚生労働省高齢者医療制度改革推進本部事務局「医療制度改革の課題と視点」2001年3月5日（厚生労働省ホームページへの掲載は6月12日）、<http://www.mhlw.go.jp/houdou/0103/h0306-1/h0306-1.html>

⁵⁶ 厚生労働省高齢者医療制度改革推進本部事務局「医療制度改革の課題と視点～解説・資料編～」2001年3月5日

⁵⁷ 2005年3月28日、産経新聞大阪朝刊5面

⁵⁸ 健康保険組合連合会「新たな高齢者医療制度の創設を含む医療制度改革に向けての提言」2005年7月、<http://www.kenporen.com/press/pdf/20050722182201-0.pdf>

⁵⁹ 被用者保険の被保険者が、定年退職後、そのまま被用者保険OBとして健康保険法において医療給付が受けられる仕組み。<http://www.jtuc-rengo.or.jp/kurashi/gutaizou.html>

を示し、2003年3月に高齢者の独立型保険を織り込んだ「医療制度改革の基本方針」⁶⁰が閣議決定された。

さらに2005年10月には、厚生労働省が「医療制度構造改革試案」⁶¹を公表し、運営主体や費用負担のあり方、保険料の年金天引きが示された。

翌2006年6月14日には「高齢者の医療の確保に関する法律」を含む医療制度改革関連法案が成立し、2008年4月に後期高齢者医療制度（同法第4章）が創設された。

表2-2-1 高齢者医療制度の類型と支持団体

類型	内容	支持団体
① 独立保険方式	すべての高齢者を対象とする、各医療保険制度から独立した高齢者医療保険制度	日本医師会 経団連 経済同友会 健保連
② 突き抜け方式	被用者OBを対象とする新たな保険者を創設し、被用者保険グループ全体で支援	健保連 連合
③ 年齢リスク構造調整方式	現行の保険者を前提とし、加入者の年齢構成の違いによって生じる医療費支出の相違を調整	
④ 一本化方式	現行の医療保険制度を一本化し、すべての者を対象とする新たな医療保険制度	国保中央会、全国市長会、全国町村会

*出所：内容は、厚生労働省「医療制度改革の課題と視点」(2001年3月)から要約
支持団体は、主に1998年11月6日、朝日新聞朝刊4面等より。経団連の主張は、「一定所得以下の高齢者を対象に新制度をつくる。一定所得以上は、それぞれ被用者保険や国保に残る」

従来、75歳以上の高齢者は、国民健康保険または被用者保険に加入していた。保険料は国民健康保険では世帯単位で課され、被用者保険では被用者本人が支払い、被扶養者は直接支払ってはいなかった。2008年4月以降、75歳以上の高齢者は、独立した医療保険の下で被保険者として保険料を支払うことになった⁶²。

⁶⁰ 「健康保険法等の一部を改正する法律附則第2条第2項の規定に基づく基本方針（医療保険制度体系及び診療報酬体系に関する基本方針について）」2003年3月28日閣議決定、
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2003/04/s0421-7d.html>

⁶¹ 厚生労働省「医療制度構造改革試案」2005年10月19日、<http://www.mhlw.go.jp/topics/2005/10/tp1019-1c.html>

⁶² 保険料は均等割（1人当たりいくら）、所得割（所得に対していくら）で計算される。被用者保険の被扶養者であった場合、2008年4月～9月は均等割・所得割とも負担なし。2008年10月～2010年3月は、均等割額の9割を軽減、所得割の負担はなしの予定。

政府は、新制度においては平均的には保険料が下がるという見解を示していたが⁶³、制度施行後の実態調査により、「保険料額が減少する世帯割合は全国で69%」⁶⁴と下方修正を行った。

さらに新制度では保険料の年金からの天引きも始まり、いわゆる「年金記録問題」と相俟って後期高齢者の不安を強めた。

2) 後期高齢者の診療報酬上の論点

2008年4月の診療報酬改定では、「後期高齢者終末期相談支援料」「後期高齢者診療料」が新設された。これらは、仮に後期高齢者医療制度が施行されていなくても、「老人保健終末期相談支援料」「老人保健診療料」として新設された可能性がある。しかし後期高齢者医療制度と同時期の診療報酬改定であったことから、制度と診療報酬が混同して議論されることも多い。

ここでは、あらためて後期高齢者の診療報酬項目の論点を整理しておく。

① 後期高齢者終末期相談支援料

2008年4月、診療報酬に「後期高齢者終末期相談支援料」が創設された。しかし、診療報酬の算定が後期高齢者に限定されていることもあり、高齢者の終末期医療の切り捨てにつながるとの声があがった。これを踏まえ、2008年6月25日、中医協総会で「後期高齢者終末期相談支援料」の凍結が決定され⁶⁵、2008年7月1日から適用された⁶⁶。

日本医師会は、終末期を迎えた患者や家族の尊厳および意思を尊重し、真摯に全人的な医療を行うことは当然のことであると考えている。そして、これは診療報酬によって左右されるものではなく、後期高齢者に限ったものでもない。終末期医療については、診療報酬だけではなく、医療のあり方も含めて広く議論を喚起し、あらためて国民の

⁶³ 「基礎年金受給者や平均的な厚生年金受給者においては負担減となる傾向にある」2008年4月4日「衆議院議員平野博文君提出後期高齢者医療制度の呼称等に関する質問に対する答弁書」,
http://www.shugiin.go.jp/itdb_shitsumon.nsf/html/shitsumon/b169221.htm

⁶⁴ 厚生労働省「長寿医療制度(後期高齢者医療制度)の創設に伴う保険料額の変化に関する調査—結果速報—」2008年6月4日(厚生労働省ホームページへの掲載は6月12日), <http://www.mhlw.go.jp/topics/2008/06/tp0612-1.html>

⁶⁵ 「答申書(後期高齢者終末期相談支援料の凍結について)」中医協会長 遠藤久夫, 2008年6月25日,
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/06/dl/s0625-5k.pdf>

⁶⁶ 「後期高齢者終末期相談支援料等の凍結について」厚生労働省保険局医療課長, 2008年6月30日,
<http://www.mhlw.go.jp/topics/2008/03/dl/tp0305-1dn.pdf>

合意形成を図ることが必要である。また、そのために日本医師会は、「終末期医療のガイドライン 2009」を示す（67 頁）。

② 後期高齢者診療料

2008 年 4 月に創設された「後期高齢者診療料」は、慢性疾患等に対する継続的な管理を行うこと、具体的には定期的に診療計画を作成すること等で算定できる項目である。

2007 年 10 月、社会保障審議会「後期高齢者医療の在り方に関する特別部会」において、「後期高齢者を総合的に診る取組の推進」⁶⁷が必要であるとされ、中医協で診療報酬改定にむけての議論が始まった。

当初、医学管理等、検査、画像診断、処置を包括し、総合的に診る取組を行う医師は 1 人であると規定する厚生労働省案が示された⁶⁸。これに対し医療提供者側は、必要な医療が行なわれなくなり後期高齢者の医療が制限されること、患者の囲い込み、さらにはフリーアクセスの制限につながる可能性があることを厳しく指摘してきた。

一方、一般（0～74 歳）には、従来「生活習慣病管理料」が設けられていた。「生活習慣病管理料」は、脂質異常症（高脂血症）、高血圧症、糖尿病について、治療計画を策定し、総合的な治療管理を行った場合に算定でき、医学管理等、検査、投薬、注射、病理診断を包括している。

このことを踏まえ、「後期高齢者診療料」は、新たな枠組みとするのではなく、一般（0～74 歳）にしかなかった「生活習慣病管理料」の後期高齢者版としてのみの位置付けとされるにいたった。

しかし、フリーアクセスの制限への突破口になりかねないという問題は残っている。そうならないよう注視するとともに、患者の受診抑制につながるような動きがあれば即時見直しを求めていく。

⁶⁷ 社会保障審議会後期高齢者医療の在り方に関する特別部会「後期高齢者医療の診療報酬体系の骨子」2007 年 10 月 10 日、<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/10/dl/s1010-7a.pdf>

⁶⁸ 中医協診療報酬基本問題小委員会「後期高齢者医療について（薬歴管理、外来医療②）」2007 年 11 月 28 日、<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/11/dl/s1128-14e.pdf>

(2) 日本医師会の「高齢者のための医療制度」

1) 基本的な枠組み

高齢者は疾病が発症するリスクが高く、保険原理が働きにくい上、保険料、患者一部負担は、高齢者にとって大きな負担になる。したがって、高齢者が所得格差の不安なく過ごせるよう、国は「保障」の理念の下で支えるべきである。

日本医師会は、「グランドデザイン 2007」で後期高齢者医療制度(案)を示したが、2008年4月に施行された国の制度の問題点も踏まえて再検討し、あらためて次のとおり「高齢者のための医療制度」を提案する。対象は75歳以上であるが、後期高齢者とは呼ばず「高齢者」とする。

日本医師会「高齢者のための医療制度」 基本的スキーム

1. 保障の理念の下、75歳以上を手厚く支える。
2. 若者から高齢者まで、急性期から慢性期まで切れ目のない医療を提供する。
3. 医療費の9割は公費(主として国)負担とする。
4. 保険料と患者一部負担をあわせて医療費の1割とし、患者一部負担は所得によらず一律とする。
5. 運営主体は都道府県とする。

2) 実現に向けての論点

① なぜ高齢者を独立させるのか

若者から高齢者まで、医療は切れ目なく、公平に提供されなければならない。これは大原則である。さらに高齢者は、疾病発症リスク等がそれまでの年齢とは異なってくるので、より手厚い医療が必要である。

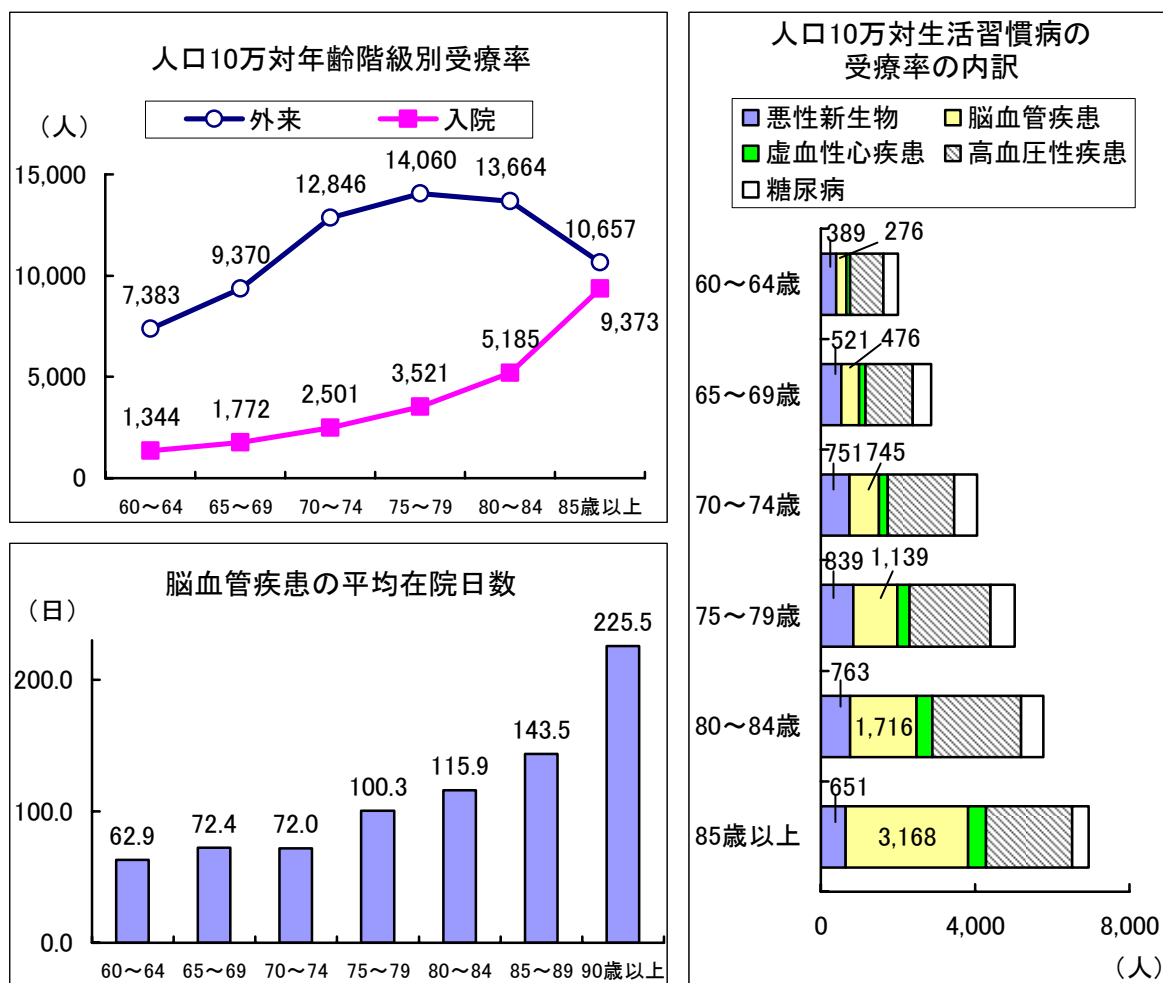
高齢者の特性を見てみると、第一に受療率の高さがあげられる。入院受療率は75

歳以上で年齢とともに急速に上昇する。外来受療率は75～79歳がピークである（図2-2-1）。

第二に疾病構造の違いである。生活習慣病の受療率は75歳未満では悪性新生物がもっとも高いが、75歳以上では脳血管疾患が悪性新生物を上回る。高齢者では疾病が長期化しやすいためであり、脳血管疾患の場合、75歳以上では平均在院日数が100日を超えている。

このように75歳以上の高齢者は疾病が発症するリスクが高まり、長期療養が必要になるので、そのためのより十分な医療が提供されなければならない。さらに受診抑制を生じさせないように、患者の経済的負担にも配慮し、特に手厚く支える必要がある。

図2-2-1 高齢者の受療率および平均在院日数(2005年)



*出所:厚生労働省「平成17年患者調査」,総務省「国勢調査」

② 生涯、同じ医療の提供

2008年4月の診療報酬改定で創設された「後期高齢者診療料」は、医学管理等、検査、画像診断、処置が包括されていることから、必要な医療が行なわれなくなるとの指摘がある。これについては前述したように、一般（0～74歳）の「生活習慣病管理料」の延長線上にあるものとしてのみ位置づける。

また、高齢者の診療報酬は原則出来高払いとし、医療の制限につながるような運用は行なわない。

③ 公費9割の財源

2002年7月に「健康保険法等の一部を改正する法律」が成立し、老人保健の公費負担割合が3割から5割に、対象年齢が70歳以上から75歳以上に5年間で段階的に引き上げられることになった⁶⁹。

その後、2003年3月の「医療制度改革の基本方針」⁷⁰に、「後期高齢者に公費を重点化するという改正法の考え方を維持する」と明記され、2008年4月の後期高齢者医療制度が給付費に対し公費5割でスタートした。

日本医師会は高齢者の医療費に対して（給付費に対してではない）、公費（主として国庫負担）9割を投入することを主張する。

2008年度の75歳以上の医療費（現行の後期高齢者医療制度の医療費）は11.9兆円⁷¹、給付費は10.8兆円であり、公費は給付費の約5割（5.1兆円）である。日本医師会案では、公費は医療費11.9兆円の9割であり、10.7兆円が必要になる。2008年度当初予算⁷²では、公費は後期高齢者に5.1兆円、一般医療保険に4.8兆円が投入されており、公費は合計9.9兆円であり、これらの公費すべてを高齢者に投入する（図2-2-2）。日本医師会案で必要とする10.7兆円に対してはやや不足するが、不足分は、消費税などの新たな財源の検討等で対応する（詳しくは後述）。

一般医療保険の公費4.8兆円の内訳は、国民健康保険で約4.0兆円（給付費の5割

⁶⁹ 2002年10月から毎年公費負担割合を4%ずつ、対象年齢を1歳ずつ引き上げ。

⁷⁰ 「健康保険法等の一部を改正する法律附則第2条第2項の規定に基づく基本方針（医療保険制度体系及び診療報酬体系に関する基本方針について）」2003年3月28日閣議決定、
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2003/04/s0421-7d.html>

⁷¹ 厚生労働省「全国老人医療・国民健康保険主管課（部）長及び後期高齢者医療広域連合事務局長会議資料」保険局総務課老人医療企画室説明資料，80頁，2008年2月6日，
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihosho/iryouseido01/pdf/080206a.pdf>

⁷² 金額はすべて満年度ベースに換算している。

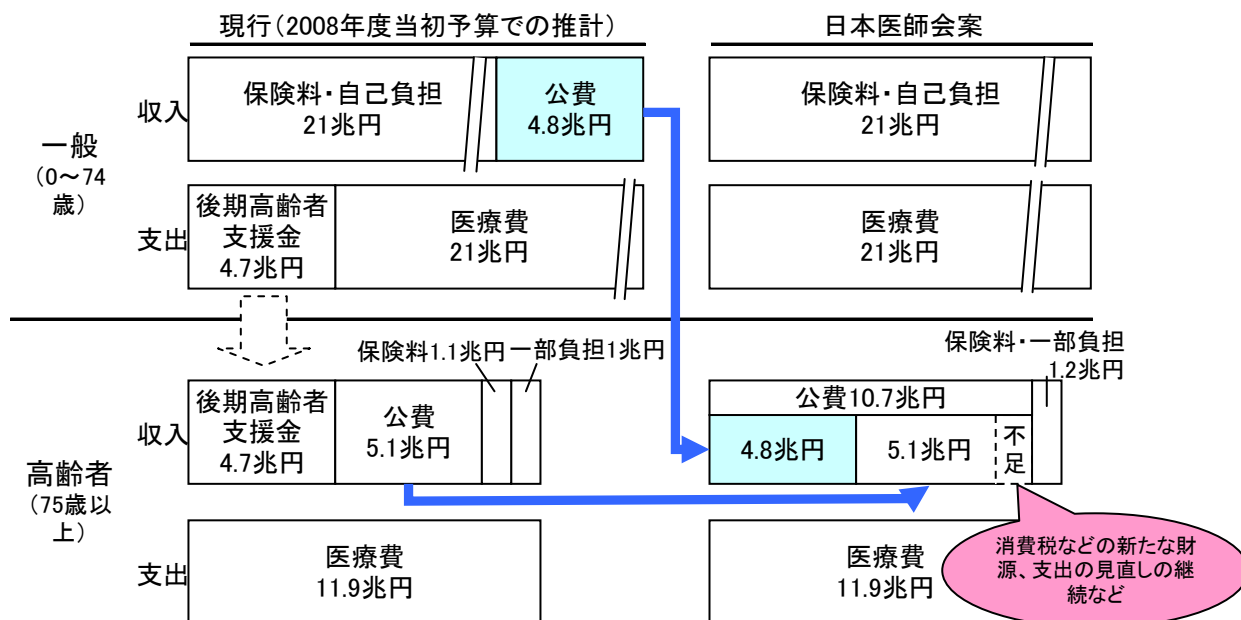
強)、全国健康保険協会(旧政管健保、以下協会けんぽ)で約0.8兆円(給付費の13.0%、後期高齢者支援金の16.4%)である。

日本医師会案では、公費を高齢者に集中することで、一般医療保険への公費の投入がなくなるが、同時に一般医療保険では後期高齢者支援金の負担もなくなる。2008年度当初予算をもとにした試算では、公費の投入がなくても後期高齢者支援金がなくなれば、収支はほぼ均衡する。しかし今後は一般医療保険の中でも高齢化が進むので、財政が悪化すると予測される。その際には保険料率の見直し等で対応する(詳しくは後述)。

また、一般医療保険で給付費に対して公費が投入されているのは、国保、協会けんぽのみであり⁷³、ここへの公費がなくなるので、組合健保、共済組合との財政調整が不可欠になる。

なお現在は、国保の給付費に対する公費5割強の1割弱は地方公費である。日本医師会は、公費は主として国が負担することを提案するが、この場合、国と地方の財源(特に消費税)配分の見直しも必要になる。

図2-2-2 医療費財源の概要



*生活保護、精神保健福祉等の公費負担医療を除いて图示。一般の医療費は最近の医療費動向からの推計。それ以外は、当初予算ベース。
四捨五入差があるため内訳と合計が合わないところがある。紙面の都合で縮尺は合っていない。

⁷³ 組合健保にも事務費に対する国庫負担(2008年度当初予算49億円)、給付費に対する臨時補助(同53億円)がある。

公費負担割合の拡大は、国による医療費の総枠管理につながるおそれがあるとの指摘がある。過去にも老人保健において公費負担割合が引き上げられてきたが、医療費抑制は公費負担割合に比例して強化されてきたわけではない。

また、後期高齢者医療制度、国民健康保険、協会けんぽに対しては公費負担があり、組合健保、共済組合には給付費に対する公費負担はないが、保険者ごとに医療費の締め付けに濃淡があったわけではなく、一律に医療費抑制が強いられてきた。

根源的な問題は公費負担割合にあるのではなく、医療費抑制政策そのものにあるのであり、日本医師会は、医療費抑制政策の撤回を最重要課題として取り組んでいく。

④ 保険料と患者一部負担をあわせて 1 割

現行制度では、患者一部負担は医療費の 1 割、さらに給付費の 1 割が保険料負担である。法律には、後期高齢者の保険料の負担割合を、若人減少率の 2 分の 1 の割合で引き上げると明記されている⁷⁴。将来的に若人人口の減少が見込まれる中で、保険料の上昇に対する高齢者の不安が増大しており、保険料を賦課しない方式を求める声もある。一方で、保険料を徴収しない仕組みにすれば、高齢者が被保険者として制度運営に積極的に関与、発言できる機会が失われるとの指摘もある。

日本医師会は、保険料負担を限りなく小さくすることも視野に入れ、日本医師会の現時点でのスタンスを「保険料と患者一部負担をあわせて 1 割」とする。保険料については状況に応じて、柔軟に減免の対応をとる。免除の場合には保険料未払いではなくなるので、現在の資格証明書による窓口全額負担のような問題も回避することができる。

患者一部負担については、所得によらず一律にする。高齢者は疾病が長期化しやすい傾向にあり、高所得者であっても、高負担は先行きに対する不安を増大させるからである。

⑤ 都道府県主体の運営に

現在、後期高齢者医療制度の運営主体は、都道府県内のすべての市町村が加入する広域連合である。広域連合は各市町村に対し、保険料の徴収、各種申請書の受付、被

⁷⁴ 「高齢者の医療の確保に関する法律」第 100 条第 3 項、第 104 条第 3 項。
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihoshoho/iryouseido01/pdf/hoken83b.pdf>

保険者証の引渡しなどの窓口業務を委託している。高齢者や住民の立場に立てば、広域連合と市町村の役割がわかりにくく、責任の所在も不明確である。

日本医師会は、一定の規模のメリットがある都道府県単位での運営を提案する。都道府県は、地域の医療計画の策定主体でもあり、地域の需給バランスも把握しやすいと考えられる。ただし、公費の財源は主として国庫負担とし、地域間格差を生じさせない仕組みにする。

(3) 看取りの医療「終末期医療のガイドライン 2009」

2007年5月、厚生労働省の終末期医療の決定プロセスのあり方に関する検討会は、「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」を公表した。

日本医師会は、医療現場での実践により即したガイドライン策定が必要との判断から、生命倫理懇談会において検討を重ねるとともに、2007年8月、「グランドデザイン 2007—各論」において、「終末期医療のガイドライン」を提示した。

このガイドラインおよび2008年2月に公表した第X次生命倫理懇談会答申「終末期医療に関するガイドラインについて」を踏まえ、あらためて日本医師会としての「終末期医療のガイドライン 2009」を提示する。

日本医師会「終末期医療のガイドライン 2009」

1. 終末期とは

(1) 広義の「終末期」（単に「終末期」と表現するときは、これを指す）

担当医を含む複数の医療関係者⁷⁵が、最善の医療を尽くしても、病状が進行性に悪化⁷⁶することを食い止められずに死期を迎えると判断し、患者もしくは患者が意思決定できない場合には患者の意思を推定できる家族等⁷⁷が「終末期」であること

⁷⁵ 担当医、担当医以外の1名以上の医師、看護師、准看護師又はソーシャルワーカーその他の医療関係者をいう（以下、「複数の医療関係者」については同様）。

⁷⁶ 数カ月後に死亡することが予見されていても、担当医が、病状が安定的に推移していると判断する場合には、この限りではない。

⁷⁷ 患者本人の身近にあつて、患者本人の意思を推定し尊重できる家族等。法的な意味での親族だけでなく、患者が信頼を寄せている代理人を含む。

を十分に理解⁷⁸したものと担当医が判断した時点から死亡まで。

(2) 狭義の終末期（臨死状態）

臨死の状態で、死期が切迫している時期。

2. 終末期医療の基本的あり方

- (1) 患者本人・家族等 との十分な話し合いの上で行う。
- (2) 患者本人の個別状況に配慮して行う。
- (3) 可能な限り、疼痛やその他不快な症状を緩和し、患者本人・家族等の精神的ケア、社会生活に関する援助を総合的に行う。
- (4) いかなる場合においても、治療の中止以上に死期を早める処置（積極的安楽死や自殺幫助など）は行わない。

3. 終末期における治療方針の決定手続き

患者本人・家族等の意思は、①患者の意思、②家族等が推定する患者の意思、③家族等の意思、の順に優位とする。

(1) 終末期と判断されてから、死亡までにある程度の時間が見込める場合

- 1) 担当医が医学的見地から、患者本人および家族等が病状について十分に理解できるよう説明し、今後の治療について多様な選択肢を示す。この時点での「病名告知」・「予後告知」の問題は、患者本人・家族等の意思を踏まえて担当医が総合的に判断する。
- 2) 今後の治療内容について、患者本人・家族等の意思を確認し、文書に記録する。
- 3) 担当医を含む複数の医療関係者が、患者本人・家族等の意思を踏まえて総合的に治療を決定し、文書で、患者本人・家族等の承諾を得る。
- 4) 病状に変化があったときにはあらためて説明を行い、従前の患者本人・家族等の意思やいったん決定した方針にこだわらず柔軟に対応する。

(2) 一定の終末期を経て臨死状態に入った場合

- 1) 患者本人に意識がある場合には、基本的に上記3－(1)に準ずる。
- 2) 臨死状態に入って、患者本人の意識がなくなった場合には次のとおりとする。

⁷⁸ 患者もしくは家族等が十分に理解したことを文書に残すことが望ましい。

①担当医は、複数の医療関係者の中で、家族等に対し、患者本人の従前の意思が記録された文書を示し、患者本人の意思を伝える。その上で、家族等の意思を確認する。

②家族等が患者本人の従前の意思を覆す意思を示した場合には、再度、患者本人の従前の意思を伝えるよう努める。

③患者本人が従前、臨死状態に入った場合に治療を中止することを要望していても、治療の中止には家族等の同意⁷⁹が必要である。

④患者本人が従前、臨死状態での治療の中止について明確な意思表示をしていない場合には、家族等の要望があれば治療を中止できる。

(3) 急性期治療中で臨死状態に入った場合

1) 患者本人に意識がある場合には、基本的に上記3-(1)に準ずる。

2) 臨死状態に入って、患者本人の意識がなくなった場合には、基本的に上記3-(2)に準ずる。

3) 患者本人・家族等が意思をまとめる時間的余裕がない場合、または意思をまとめることが困難な場合で、かつ患者本人・家族等から「担当医の判断にゆだねたい」という意思表示⁸⁰がある場合には、担当医を含む複数の医療関係者が方針を決定し、患者本人・家族等の承諾を得る。

付帯事項

1. 「終末期」ではない場合の対応

担当医を含む複数の医療関係者が「終末期」と判断していないにもかかわらず、患者本人・家族等から治療の縮小・中止を求められる場合がある。この場合も患者本人・家族等の意思を尊重するが、終末期に入っておらず治療の可能性が残されていることの説明を繰り返し行うなどの慎重な対応が望まれる。

⁷⁹ 家族等の同意は文書上で行うことを基本とする（以下、同じ）。

⁸⁰ 原則として文書で患者本人・家族等の承諾を得るべきである。その時間的余裕もない場合には、できるだけ、担当医が複数の医療関係者の立会いの下に家族等に口頭で方針を伝え、口頭で承諾を得る。

2. PVS (Persistent Vegetative State : 遷延性植物状態) 患者について

PVS は、しばしば脳死患者と混同されるが、栄養補給、感染症予防などの医学的な全身管理によって長期の生存が可能であるため、本ガイドラインの終末期の定義「最善の医療を尽くしても、病状が進行性に悪化することを食い止められずに死期を迎える」に該当せず、本ガイドラインでは治療を中止することはできない。ただし、PVS 患者が前述したような経過で本ガイドラインの定義に該当するようになった場合は、その対象となる。

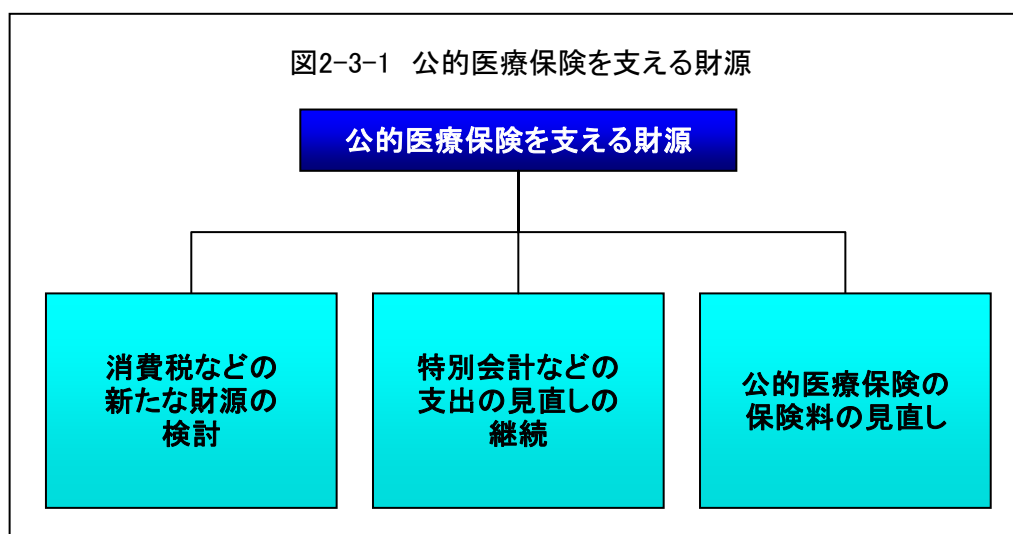
3. ALS (Amyotrophic Lateral Sclerosis : 筋萎縮性側索硬化症) 患者について

ALS 患者が予め、救急事態が生じた場合の呼吸器装着を明確に拒否していたにもかかわらず、急変した際に運び込まれた救急センターで、呼吸器を装着されたため、意識を取り戻した患者がその抜管を求めた、あるいは呼吸困難な状態で本人の同意により呼吸器等が装着されたが、後日、患者がその取り外しを求めたというような場合がある。本ガイドラインの終末期の定義「最善の医療を尽くしても、病状が進行性に悪化することを食い止められずに死期を迎える」に該当せず、本ガイドラインでは治療を中止することはできない。

3. 公的医療保険を支える財源

日本医師会は、「高齢者のための医療制度」の創設に伴い、一般医療保険（0～74歳が加入する医療保険）に公費を投入せず、保険原則で運営することを提案する。図2-2-2（65頁）に示したように、一般医療保険について2008年度を例に試算すると、公費の投入がなくなる代わりに、後期高齢者支援金の支出もなくなるので収支はほぼ均衡する。しかし今後は一般医療保険の中でも高齢化が進むため、保険料収入が減少し、給付費支出が増加すると予測される。またさらなる高齢化に伴い、高齢者のための公費の確保も重要になる。

そこで、日本医師会は、①消費税などの新たな財源の検討、②特別会計などの支出の見直しの継続、③公的医療保険の保険料の見直し、の3つを同時並行で進め、財源を確保することを提案する（図2-3-1）。



(1) 消費税などの新たな財源の検討

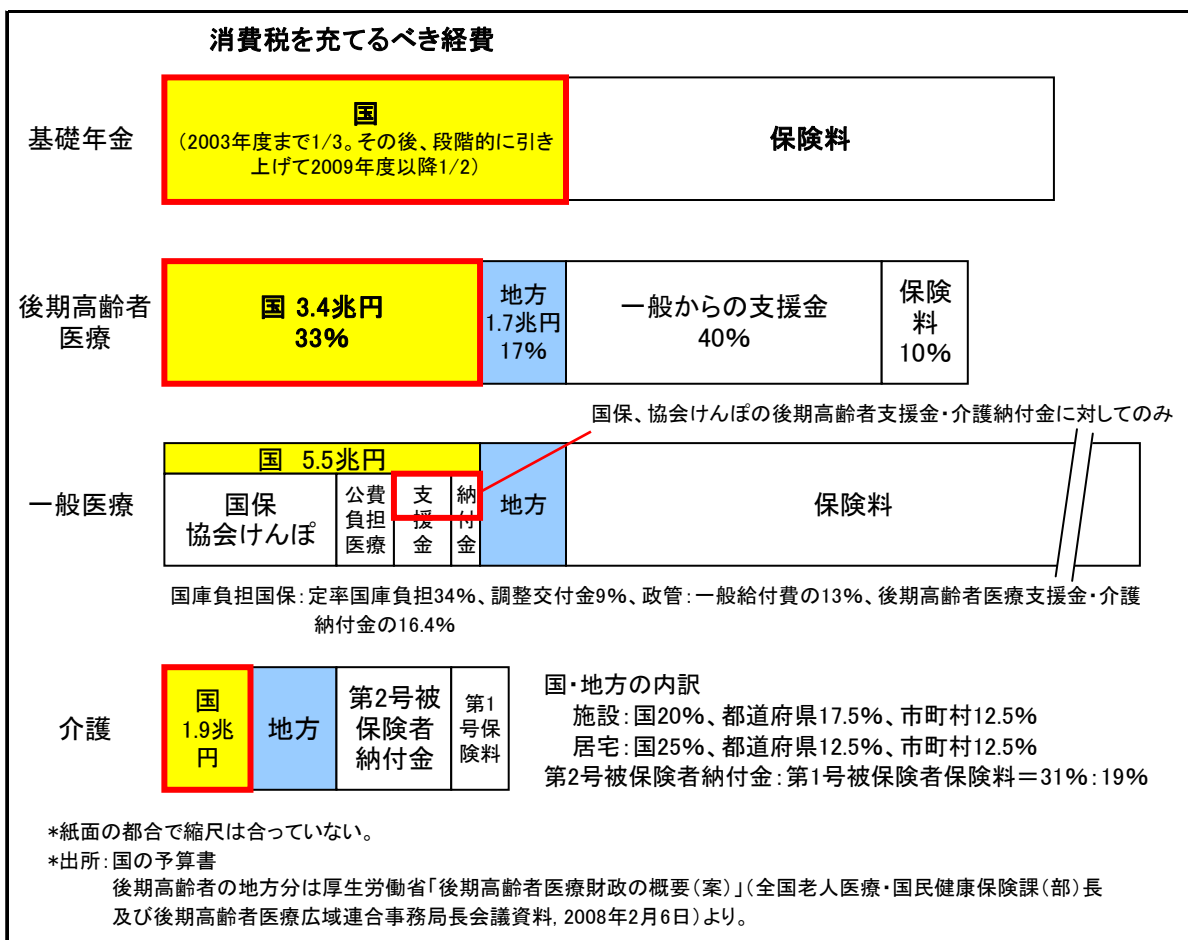
現在、消費税は一般会計の予算総則で、基礎年金、後期高齢者医療、介護の国庫負担に充てることが定められている。一般医療保険にも国庫負担はあるが、財源は消費税以外の一般財源である。

基礎年金の国庫負担は2003年度まで給付費の1/3であったが、2009年度から、給付費の1/2である。

後期高齢者医療制度の給付費の構成は大まかに、公費50%（国庫33%）、一般医療保険からの支援金40%、保険料10%である。

介護給付費は、公費50%（国庫は施設20%、居宅は25%）、保険料50%で構成されている（図2-3-2）。

図2-3-2 社会保障給付費の構成と消費税を充てるべき国庫負担(2008年度)

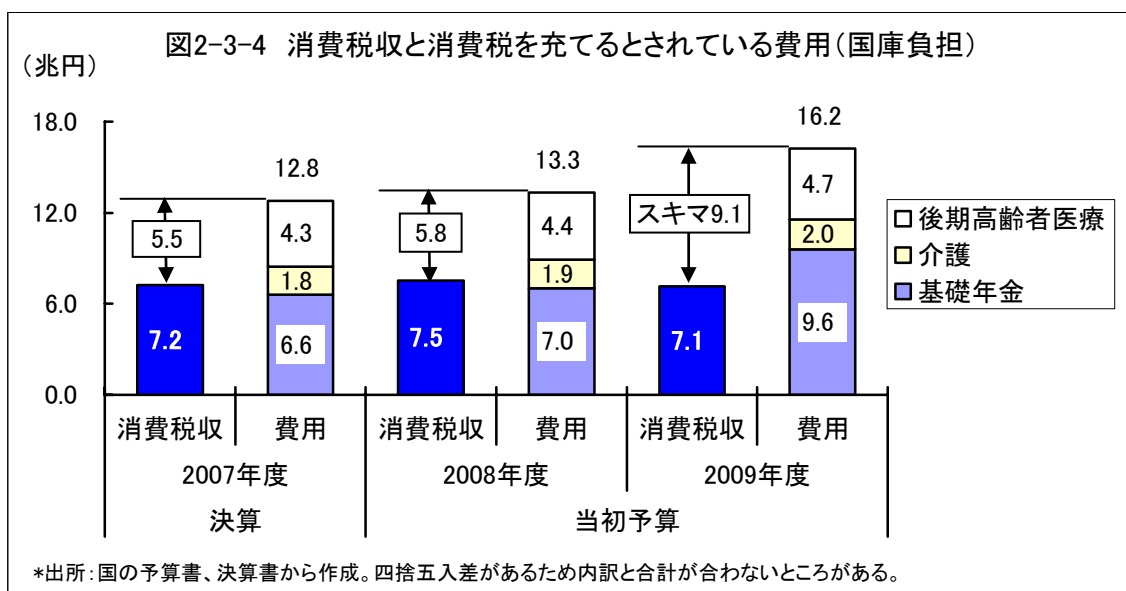


消費税率5%は、国税4%、地方消費税1%に分けられる。さらに国税4%のうち29.5%は、地方交付税として地方に交付される。2009年度予算では国税10.1兆円のうち、国分は7.1兆円である（図2-3-3）。

図2-3-3 消費税の構成(2009年度)

消費税率 5%		
地方消費税 (地方税) 1%	消費税(国税) 4% (10.1兆円)	
	地方交付税 4% × 29.5%	国分(7.1兆円) 4% × 70.5% (全体の56.4%)

消費税を充てる経費の合計額は、消費税込(国分)よりも多い(図2-3-4)。この差は「スキマ」と呼ばれ、消費税以外の財源でまかなわれる。基礎年金国庫負担割合が1/2に引き上げられる2009年度には、基礎年金国庫負担だけで消費税込を上回る。基礎年金は、2009年度、2010年度には、財政投融资特別会計から一般会計への繰り入れによって財源を手当てするが、その後の財源確保は喫緊の課題である。



社会保障国民会議の「最終報告」⁸¹では、基礎年金を全額税方式とした場合の消費税率も試算されている。消費税の用途として基礎年金が優先されてしまえば、後期高齢者医療、介護には他の一般財源の税収を充てるか、保険料や一部負担を引き上げるしかなく、医療費、介護費のさらなる抑制が懸念される。

日本医師会は、これまで歳出改革等が徹底されるよう、新たな財源（消費税）については「最終手段」であるとしてきた。しかし、社会保障の中で年金の財源確保を優先するかのような議論が進んでいることから、2008年5月に方針転換を図り、公的医療保険の再構築、特別会計の見直し、独立行政法人の見直し等と「同時並行で」、消費税について検討すべきとした。

消費税の議論を行なう際には、同じ社会保障として年金、高齢者医療、介護に対する国庫負担のあり方を同じ土俵にあげなければならない。日本医師会は、そのためにも、高齢者医療については、公費（主として国庫負担）割合を9割にし、消費税の受け皿にすることを主張する。

また社会保障が平時の国家安全保障であるという認識に立てば、消費税に限定せず、累進性の高いといわれる所得税⁸²など、幅広く財源のあり方を検討すべきである。また国民医療費における事業主負担は、1992年度には25.1%であったが、2006年度には20.2%にまで低下しており、医療費負担のあり方も検討課題である。

なお、たばこ税については、日本医師会は健康面からの増税を主張している。

⁸¹ 社会保障国民会議「最終報告」2008年11月4日、
<http://www.kantei.go.jp/jp/singi/syakaihosyoukokuminkaigi/saishu.html>

⁸² 所得税は最高税率が引き下げられてきた経緯がある。所得税の最高税率：1984年70%、1988年60%、1989年50%、1999年37%、2007年40%

(2) 特別会計などの支出の見直しの継続

特別会計には2007年度末で204.9兆円の積立金がある(図2-3-5)。このうち年金積立金136.1兆円(厚生年金127.1兆円、国民年金9.0兆円)は、将来の国民に対する債務であるが、年金積立金以外にも68.9兆円の積立金がある。

一方で、負債をかかえる特別会計もあるため、貸借対照表の資産から負債を除いた正味財産にも着目した。貸借対照表では、年金積立金は「公的年金預り金」として負債に計上されている。2007年度末には、特別会計全体で資産635.0兆円、負債534.3兆円、正味財産(資産-負債)は100.8兆円であった(図2-3-6)。積立金(年金を除く68.9兆円)以外の正味財産も少なくないことを示している。

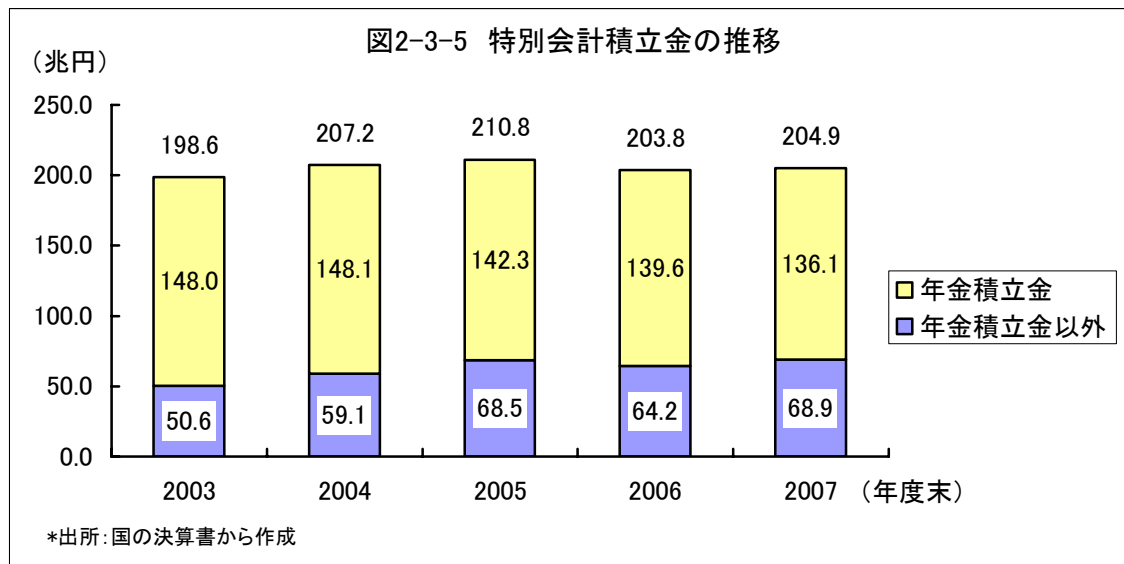


図2-3-6 特別会計の貸借対照表(2007年度決算)

資産 635.0兆円	負債 534.3兆円
現金・預金 有価証券 貸付金 運用寄託金(年金) 有形固定資産 (土地・建物等) 出資金など	政府短期証券 公債 借入金 預託金 公的年金預り金 など
	正味財産 100.8兆円

*出所: 財務省『平成19年度特別会計財務書類の主要計数一覧表』
四捨五入差があるため左右バランスしない

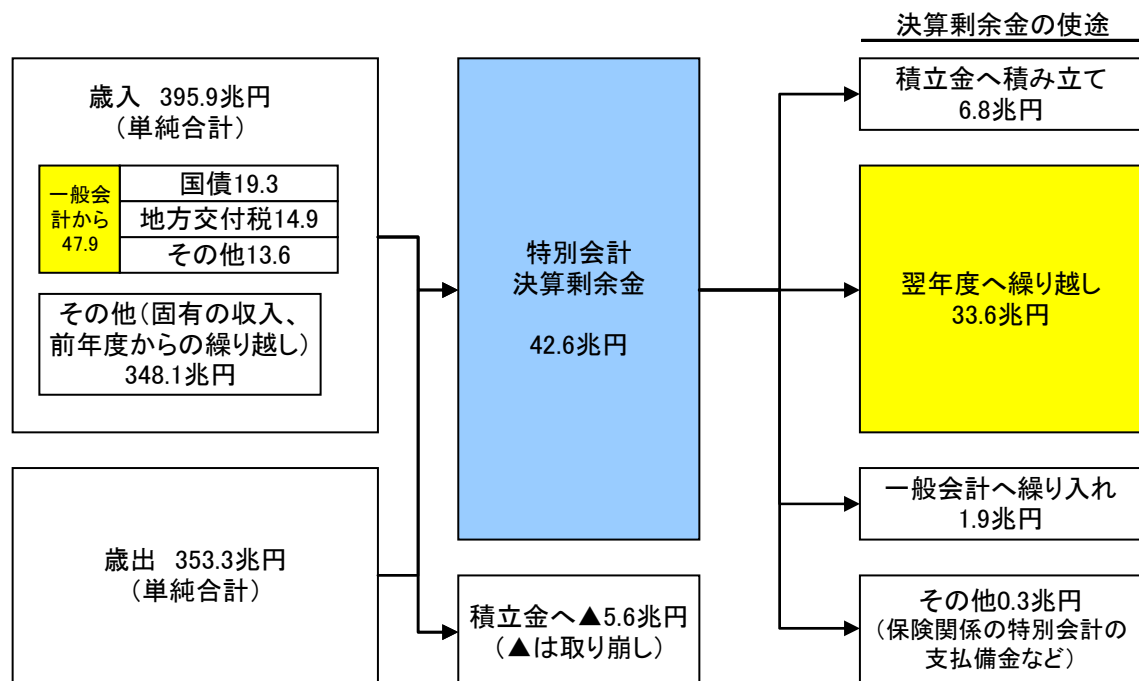
特別会計には、一般会計からの繰り入れもあり、2007年度の繰入額は47.9兆円であった（図2-3-7）。

特別会計では剰余金も発生している。2007年度決算では、特別会計の歳入は395.9兆円（会計間の重複控除前の単純合計）、歳出は353.3兆円（同じく単純合計）であり、剰余金は42.6兆円であった（図2-3-8）。一般会計からの繰入額に相当する大きさである。また毎年の決算では、予算を大きく上回る剰余金が出ている。

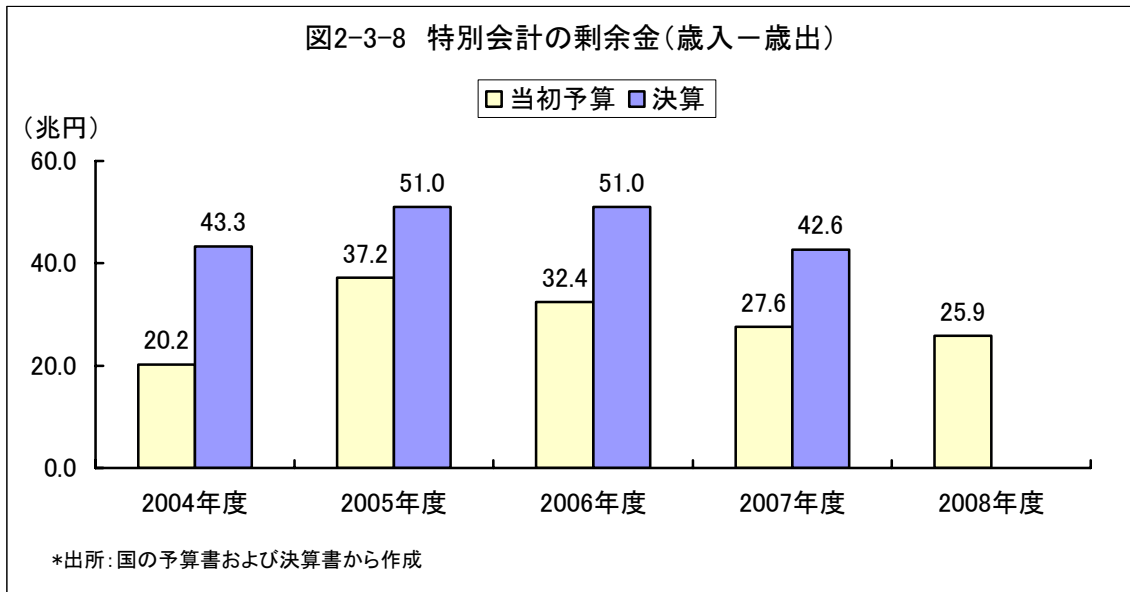
2007年度決算では、剰余金のうち、6.8兆円が積立金に積み立てられ、33.6兆円が会計内で翌年度に繰り越され、1.9兆円が一般会計に繰り入れられる。剰余金が出ない仕組みにしなければ、積立金は今後も増加する。

社会保障費をはじめ一般会計の歳出は厳しく抑制されている。特別会計については、2009年度当初予算等で、積立金が活用されることになったが、さらに会計の透明性を高めること、決算を重視して剰余金が発生しづらい仕組みにすること、そして、剰余金が出た場合には、原則一般会計等へ繰り戻すといった見直しが求められる。

図2-3-7 特別会計のお金の流れ－2007年度決算（推計）－



※注)歳入・歳出は、会計間・勘定間の合計を含む単純合計。四捨五入差のため内訳と合計が合わない箇所がある。
*出所: 国の決算書から作成



独立行政法人は2006年度には104法人⁸³あり、国から3.4兆円の財政支援⁸⁴が行なわれた(図2-3-9)。2005年度の4.6兆円に比べて、2006年度は減少しているように見えるが、2005年度には年金資金運用基金に1.1兆円が支援された⁸⁵。この要因を除けば、2005年度3.4兆円、2006年度3.4兆円と、法人数が減少しつつあるにもかかわらず、まったく減っていない。2007年度以降も、ほぼ横ばいである。

独立行政法人は、事業を「効率的かつ効果的に行わせることを目的として」(独立行政法人通則法)設置されている。効率的、効果的とは、自立的な運営が期待されているということでもあるが、国からの財政支援のうち運営費交付金(経常的な運営のための補助金)だけで2006年度は1.7兆円に達している。また、独立行政法人の約2割では、経常収益⁸⁶に占める運営費交付金の割合が90%以上である。

また、国は独立行政法人に対して出資もしており、政府出資金残高は、2006年度末で17.7兆円である。出資金を元に、利益を上げていけば問題はないが、赤字が累積し、出資金が目減りしている法人が半数以上ある。

⁸³ 医療分野でいえば、(独)国立病院機構は含まれるが、国立大学は国立大学法人でありこの外数。

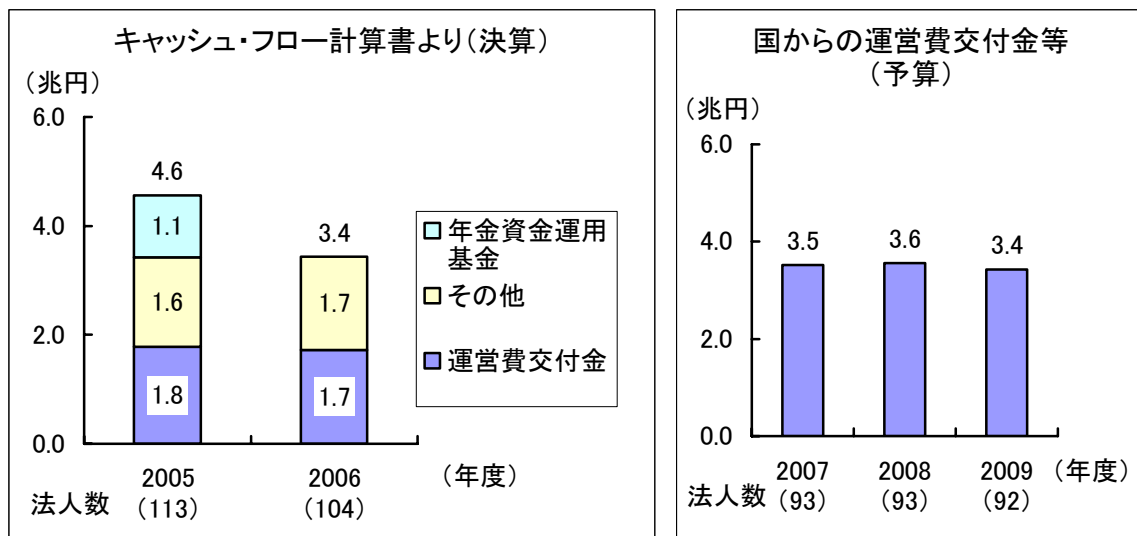
⁸⁴ 各独立行政法人キャッシュフロー計算書の、運営費交付金、補給金、補助金、受託収入、施設費補助金等の合計。

⁸⁵ 年金資金運用基金の承継一般勘定は、解散した年金福祉事業団から住宅資金の貸付金、保養所資産を承継した。2005年度に得た政府交付金により、資産を圧縮し、保養所資産も整理して累積赤字を解消した。2006年度からは年金積立金管理運用独立行政法人。

⁸⁶ 造幣局、国立印刷局については、売上高と営業外収益の合計を経常収益とした。

出資金が目減りした法人や、債務償還能力がない法人では新たに借入れをするか、国から追加の財政支援を仰がざるを得ない。しかし、国からの支援は、一般会計、特別会計からの支出であり、社会保障費などにも大きな影響を与える。現在進められている「独立行政法人整理合理化計画」⁸⁷の徹底および強化を求めたい。

図2-3-9 独立行政法人に対する国の財政支援



*出所: 2005年度の年金資金運用基金は、2008年12月民間企業仮定損益計算書。
2007年度以降は、財務省「独立行政法人向け財政支出等について(政府案)」から作成。国からの財政支出がある法人のみ。

⁸⁷ 「独立行政法人整理合理化計画」2007年12月24日閣議決定。独立行政法人の統廃合、民営化、非公務員化などが織り込まれている。 <http://www.kantei.go.jp/jp/singi/gyokaku/kettei/071224honbun2.pdf>

(3) 公的医療保険の保険料の見直し

1) 保険料の上限の見直し

被用者保険、国民健康保険ともに、保険料には上限がある。そこで、保険料は原則として所得（または年収）に比例させることとする。

① 被用者保険において保険料を年収に比例させた場合

被用者保険の保険料は「(標準報酬月額+標準賞与額)×保険料率」で計算される。報酬月額が117.5万円以上の場合、標準報酬月額は一律121.0万円、標準賞与の上限は540万円である。つまり、保険料は年収1,950万円(117.5万円×12カ月+540万円)までしか比例せず、年収1,950万円超の人はすべて年収1,950万円(以下、約2,000万円として計算⁸⁸)で計算されている。

年収2,000万円を超える給与所得者は2007年には22万人で、給与所得者の0.4%である。仮に全員年収2,000万円として計算すると、給与合計は4.5兆円であり、年収2,000万円以下の人の給与も含めた給与総額は203.1兆円になる。しかし、実際の給与総額は205.8兆円(1.03倍)である。このことは、仮に保険料を完全に年収に比例させれば、保険料収入が1.03倍になることを意味している。現状の保険料は14.3兆円であるので、1.03倍になれば、保険料収入は14.5兆円になり、被用者保険で保険料を年収比例させた場合には、約0.2兆円の保険料増収効果が得られると試算される(表2-3-1、図2-3-10)。

⁸⁸ 国税庁「平成19年分民間給与実態統計調査」には1,950万円の区切りがないため、2,000万円で区切って計算した。<http://www.nta.go.jp/kohyo/tokei/kokuzeicho/minkan2007/pdf/000.pdf>

表2-3-1 保険料を年収に完全に比例させた場合

給与階級	給与所得者 (万人)	保険料が課せられて いる給与 ^{*1)} (兆円)	給与総額 (兆円)
2,000万円以下	5,310	198.6	198.6
2,000万円超	22	4.5	7.2
合計	5,333	203.1	205.8

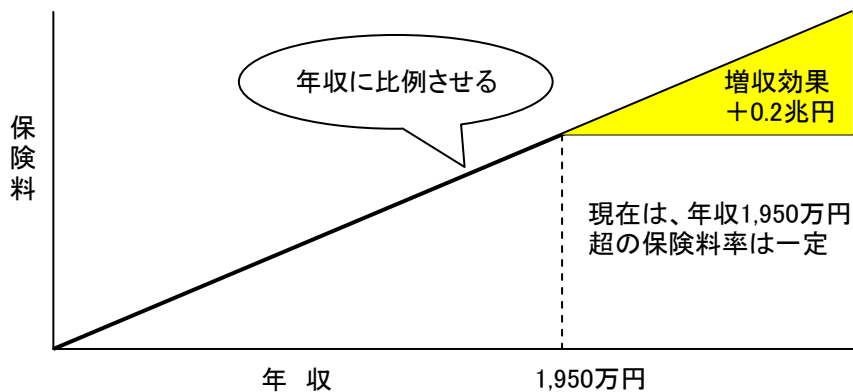
*出所：給与所得者：国税庁「平成19年分民間給与実態調査」

*1) 上限2,000万円で計算

保険料を年収に完全に比例させた場合		(兆円)	
	現状	年収比例の場合	
保険料	14.3	14.5	

*現状の保険料は表2-3-4参照

図2-3-10 被用者保険における保険料のあり方のイメージ



② 国民健康保険において保険料を所得に比例させた場合

国民健康保険についても、基本的に、保険料を所得に比例させる。ただし国民健康保険については、現在の後期高齢者分を含んだ2006年度以前のデータしかない。したがって、一定の条件を仮置きした粗い試算と位置づけ、2008年4月の後期高齢者医療制度施行後のデータが公開され次第、あらためて検討を行なうこととする。

国民健康保険料(税)の計算方法は保険者によって異なるが、世帯単位で、所得割、資産割、均等割(世帯人数分)、平等割(1世帯当たりいくら)が課される。

$$\boxed{\text{所得} \times \text{所得割率}} + \boxed{\text{資産割 (固定資産税}^{*1}) \times \text{資産割率}} + \boxed{\text{均等割} \times \text{世帯人数}} + \boxed{\text{平等割}}$$

*1) 固定資産税または固定資産税額のうち土地および家屋に係る部分

ここでは、県庁所在地を例に、所得を「前年所得－基礎控除 33 万円」で計算し、資産割を課さない市について、算定式の平均を求めた（表 2-3-2）。

2008 年度の賦課限度額は、一般医療保険分がほとんどの市で 47 万円、後期高齢者支援金分が 12 万円である。

平均世帯人数は、2006 年度末で 1.88 人、うち老人医療受給対象者数 0.40 人⁸⁹である。2008 年度から後期高齢者医療制度が始まっているので、平均世帯人数から老人医療受給対象者を除いて 1.48 人で計算した。

平均世帯人員 1.48 人を保険料算定式に当てはめて逆算すると、一般医療保険分は所得 575 万円、後期高齢者支援金分は所得 519 万円で、それぞれ賦課限度額に達すると計算された（表 2-3-2）。

表2-3-2 国民健康保険料(税)の平均

・所得割の算定基礎が「前年所得－基礎控除33万円」で、資産割を課さない県庁所在地
 ・平均世帯人員は1.48人

	所得	所得割率 (%)	均等割 (円)	世帯 人数 (人)	平等割 (円)	賦 課 限度額 (万円)	賦課限度額に 達する推計所得 (万円)
一般医療 保険分	前年所得 －基礎控 除33万円	7.64	21,088	1.48	22,233	47	575
後期高齢者 支援金分		2.15	6,289		6,091	12	519

* 出所：国民健康保険中央会・都道府県国民健康保険団体連合会「平成19年度版 国民健康保険の実態」

国民健康保険については、所得階級別に所得総額が捕捉できるデータがないので、所得 1,000 万円超の世帯の保険料を一律 100 万円（所得の 10%）にするとして、その部分の増収額を試算する。所得 500 万円台の世帯も、賦課限度額の 59 万円（一般と後期高齢者支援金分の賦課限度額の合計）あるいはそれに近い保険料を支払っており、これは所得の 10%以上になるからである。

国民健康保険全体の世帯数は、2005 年度には 2,701 万世帯⁹⁰であるが、国勢調査と同じ比率で後期高齢者世帯がいるとして、後期高齢者のみの世帯を除いた世帯数を

⁸⁹ 国民健康保険中央会・都道府県国民健康保険団体連合会「平成 19 年度版 国民健康保険の実態」（収載されているデータは 2006 年度のもの）2008 年 3 月

⁹⁰ 国民健康保険中央会・都道府県国民健康保険団体連合会「平成 19 年度版 国民健康保険の実態」より 2005 年度の数字を使用。

2,473 万世帯と仮定する⁹¹。このうち所得 1,000 万円超の世帯比率は 1.5%⁹²であり、世帯数は推計 37 万世帯である。

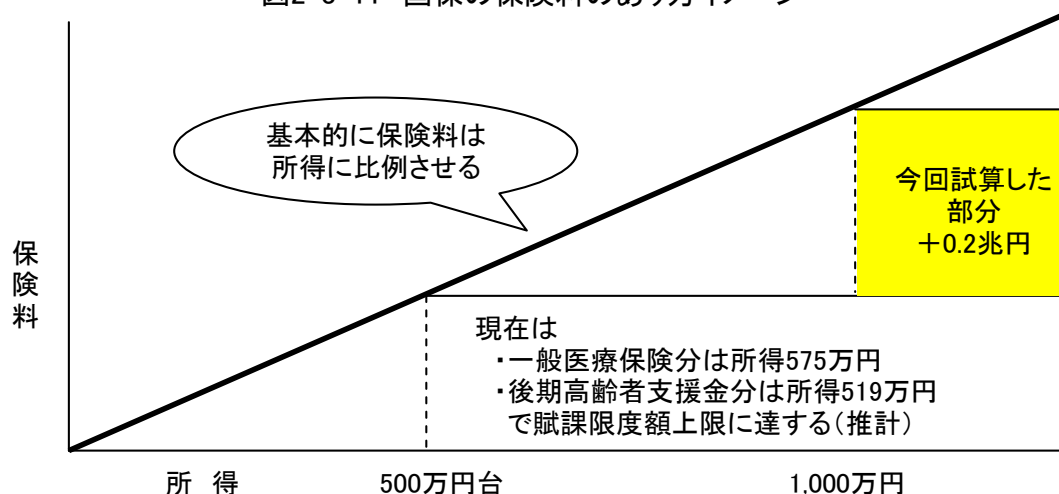
これらの世帯の保険料を 41.2 万円引き上げ 100 万円にするとした場合、その保険料増収効果は 0.2 兆円と推計された（表 2-3-3、図 2-3-11）。

今回は、所得 1,000 万円超の世帯の保険料を一律 100 万円にした部分の増収効果だけを試算したが、所得突き抜けて保険料を所得に比例させると、0.2 兆円を大きく上回る効果が得られると見込まれる。

表2-3-3 国民健康保険の賦課限度額を引き上げた場合の粗い試算
－所得1,000万円超の世帯の保険料を100万円にした場合－

① 国保世帯(後期高齢者のみの世帯を除く推計)	2,473 万世帯
② 所得1,000万円以上の世帯比率	1.5 %
③ 所得1,000万円以上の世帯(①×②)	37 万世帯
④ 賦課限度額の引き上げ分(100万円-(46.8万円+12万円))	41.2 万円
⑤ 保険料増収効果(③×④)	0.2 兆円

図2-3-11 国保の保険料のあり方イメージ



⁹¹ 総務省「平成 17 年 国勢調査」によると、75 歳以上人口は 11,602 千人、75 歳以上のみの世帯数は 2,912 千世帯である。国民健康保険では、75 歳以上の被保険者数は 9,089 千人。

<http://www.stat.go.jp/data/kokusei/2005/index.htm>

⁹² 厚生労働省「平成 17 年 国民健康保険実態調査」。この時点では、75 歳以上（2008 年度以降、後期高齢者医療制度に移行）を含むが、75 歳以上を除いた場合も、所得 1,000 万円以上の世帯の比率は同じとして計算した。

http://www.dbtk.mhlw.go.jp/toukei/kouhyo/indexkk_15_8.html

2) 保険料率の公平化

被用者保険の保険料は、標準報酬月額および標準賞与に保険料率（共済組合では掛金率）を乗じて決まる。

政管健保（現在は協会けんぽ）の2007年度の平均標準報酬月額は284.9千円ともっとも低い、保険料率は82.00（‰）ともっとも高い。

政管健保は、2008年10月1日に協会けんぽに移行しており、1年以内に都道府県ごとの保険料率が設定される⁹³。厚生労働省の試算⁹⁴によると、最高は北海道の87.00（‰）、最低が長野県の76.00（‰）であり、11.00（‰）の差が開く。日本医師会は保険料率を一定にし、協会けんぽ内での財政調整を行なうことを提案する⁹⁵。

組合健保の保険料率の平均は2007年度73.08（‰）、2008年度73.90（‰）である。共済組合は、医療保険のほか年金等も扱っており、単純に比較はできないが、医療給付に相当する「短期給付」を取り上げると、国家公務員では2006年度平均標準報酬額は415.4千円であるが、保険料率（公務員共済の場合は掛金率と負担金率の合計）64.34（‰）であり、被用者保険中もっとも低い（図2-3-12）。

日本医師会は、被用者保険の保険料率を協会けんぽ（旧政管健保、都道府県別保険料ではなく全国一律）と同じ82.00（‰）にすることを提案する。その場合の保険料増収効果は約1兆円と試算される⁹⁶（表2-3-4）。

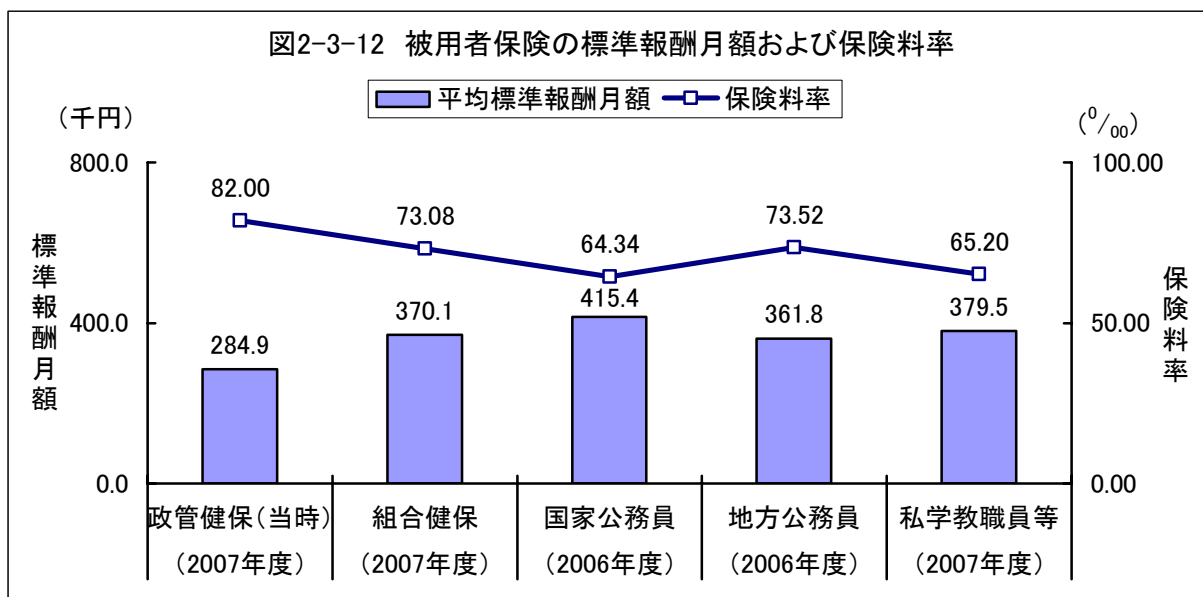
⁹³ 健康保険法第160条。<http://law.e-gov.go.jp/htmldata/T11/T11HO070.html>

⁹⁴ 「都道府県単位保険料率の機械的試算（平成15年度）」、医療制度改革関連法に関する都道府県説明会配付資料 保険課説明資料、2006年7月10日、

<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihoshho/iryouseido01/pdf/tdfk02-03-03.pdf>

⁹⁵ 現行制度でも、年齢調整、所得調整の仕組みはある。

⁹⁶ 後期高齢者医療制度施行後の2008年度のデータで試算すべきであるが、国家公務員および地方公務員の共済組合のディスクロージャーが遅れているため、2006年度の数字を用いており2008年度以降の後期高齢者の保険料収入が含まれている。このため、「粗い試算」との位置づけである。なお、被保険者に占める75歳以上の比率は、2006年度の政管健保（当時）のデータ（社会保険庁「事業年報」）によれば1.1%であった。



*出所: 社会保険庁「政府管掌健康保険の平成19年度単年度収支決算の概要」2008年8月8日
 健康保険組合連合会「平成19年度健保組合決算見込みの概要」2008年9月10日
 財務省「平成18年度国家公務員共済組合事業統計年報」2008年2月
 地方公務員共済組合協議会「平成18年度地方公務員共済組合等事業年報」2008年3月
 日本私立学校振興・共済事業団「平成19年度 私学共済制度事業統計」2008年8月29日
 ※共済組合は介護分を含む

表2-3-4 保険料率を公平化した場合の効果の粗い試算

(兆円)

	現 状		保険料率の公平化		保険料 増収効果 (B) - (A)
	保険料率 (‰)	保険料収入 (A)	保険料率 (‰)	保険料収入 (B)	
協会けんぽ(2008年度見込み)	82.00	6.3		6.3	0.0
組合健保(2008年度見込み)	73.90	6.1		6.8	0.7
国家公務員共済組合(2006年度)	64.34	0.5	82.00	0.6	0.1
地方公務員共済組合(2006年度)	73.52	1.3		1.4	0.1
私学教職員等共済組合(2007年度)	65.20	0.2		0.2	0.0
合計	—	14.3	—	15.3	1.0

*出所: 社会保険庁「政府管掌健康保険及び全国健康保険管掌健康保険の単年度収支イメージ(医療分)」2008年9月3日
 健康保険組合連合会「平成20年度健保組合予算早期集計結果の概要」2008年4月21日
 共済組合は介護分を控含む。保険料収入は、中医協「医療経済実態調査(保険者調査) - 平成19年6月実施 -」。

3) 保険者間の財政調整

2008年度の見込みでは、一般医療保険の保険料および公費合計は約22兆円、ここから後期高齢者支援金として4.8兆円が支出され、残りが一般医療保険の給付費等に充てられる。

日本医師会案は、高齢者に公費を集中投入するため、一般医療保険に公費を投入しないというものである。したがって、一般医療保険の財源すべてを、保険料でまかなわなければならない。

一般医療保険の保険料と給付に必要な費用は、現在はほぼ均衡している(65頁、図2-2-2)。今後も、保険料上限の見直し、保険料率の公平化により、当面の財政は維持できると考えられる。しかし、財政の厳しい国民健康保険、協会けんぽの公費がなくなってしまうことになり、特に国民健康保険では収入が大幅に減少する。高齢者のための医療制度において公費9割を実現するためには、一般医療保険における保険者間の財政調整が不可欠である。

索引

【英字】

ALS（二次救命処置） …… 31,32,34
ALS（筋萎縮性側索硬化症） …… 70
CBT …… 33
DPC …… 42,43
GDP …… 48,49
OECD …… 20,22,25,39,48,49
OSCE …… 33

【あ】

医学部 …… 20-22,28-33,35,37,38
医業収入 …… 53
医師確保 …… 22,26,27,28,30,37,38
医師患者関係 …… 1,8
医師数 …… 20,22,23,25,26-29,53,54
医師派遣 …… 21,37,38
医師不足 …… 1-3,5,15,19,20,21,22,24
 ,25,26,28,30,31,33,37,38,40
医師法第17条 …… 32
一般会計 …… 72,73,76,78
一般病床 …… 41,46,47,54-56
医療安全 …… 13,39,52,53
医療区分 …… 44
医療費 …… 1,2,3,5,15,19,28,41,44
 ,45,48,50-59,62,64-66,74
医療保険 …… 9,44,48,58,59,64,65
 ,71,72,81-83,85

医療保険医療費 …… 51
医療保険制度 …… 58,59,64
医療療養病床 …… 44,46,47,54-56

【か】

介護費 …… 45,53-55,74
介護療養病床 …… 44,47,54,55
介護老人保健施設 …… 4,20,25
外来受療率 …… 63
かかりつけの医師 …… 10,11,12,19
患者一部負担 …… 62,66
緩和ケア …… 6,7
基礎年金 …… 60,72,73,74
救急医療 …… 4,12,19,23,24
救急医療体制 …… 4,16
給与 …… 17,79,80
協会けんぽ …… 65,66,72,83-85
共済組合 …… 65,66,83,84
組合健保 …… 65,66,83,84
クリティカルパス …… 43
研修医 …… 21,26,27,30-32,34-38
後期高齢者 …… 60-62,64,66
 ,72-74,80-83
後期高齢者医療制度 …… 50,51,58-60
 ,62,64,66,72,80,81-83
後期高齢者支援金 …… 65,71,72,81,82,85
公的医療保険 …… 71,74,79
公費 …… 50,51,57,62,64-67,71,72,74,85

