

第5章 医療・介護サービス費用の将来推計

～一般医療保険と高齢者医療制度～

1. 国民医療・介護費の将来予測の必要性

2015年の国民医療費と介護費（以下「国民医療・介護費」という）は、いったいどの程度の規模になるのか。

国民医療費の伸びについては、これまでマスコミも国民も厚生省による予測を一方的に信じ込まされてきた感が強い。すなわち、厚生省による「医療費亡国論」という幻影に惑わされてきたと言っても過言ではない。

厚生省は、介護費用を含まない国民医療費の2025年予測を当初141兆円、その後下方修正して約104兆円という数値を公表している。

そこには、単に「医療費が大きく膨張して大変だ。だから医療費を抑えなくてはならない。」というプロパガンダのみが存在し、的確な現状分析はもとより、将来の政策目標などは皆無と言わざるを得ない。

今回、われわれが「2015年医療のグランドデザイン」を描くに当たって推計した国民医療・介護費は、厚生省の極めて無責任な医療費予測に対するアンチテーゼの意味も含んでいる。

すなわち、前述の高齢者医療制度の創設によって医療と介護を統合し、併せてリスクの高い者だけで保険集団を形成することの特色を認識して、保障的要素を強めることから公費の重点的投入を図ること。また、これに伴い医療保険各保険者からの老人医療拠出金制度を廃止し、一般医療保険制度については保険料と自己負担による保険原理で運営するというものである。

高齢者医療制度の概要については以下に述べるが、このような政策を前提として推計を行ったことを付言しておく。

2. 高齢者医療制度の概要

高齢者医療制度は、以下の基本骨格から成り立っている。

- (1) 75歳以上のすべての後期高齢者を被保険者とする独立した医療制度であること。

75歳以上を対象とするのは、すでに述べたとおりわが国の人口構造の変化、とくに2015年頃をピークに総人口自体が減少しながら高齢化率、特に後期高齢化率が猛然と進行するという動態予測、あるいは平均寿命の変化、要介護者の発生率等の客観的データによる。また、これらの状況から、今後の社会保障の重点施策は後期高齢者対策と判断するに至った。

(2) 財源として公費を重点的に投入すること。

後期高齢者という、健康に対するリスクが高い者のみで被保険者集団を形成することは、リスク分散という保険原理が働きにくいことを意味する。

そこで、高齢者医療制度については、保険から保障へと制度の理念を転換させ、公費を重点的（財源の90%程度）に投入する。

また、保険加入者として制度の運営等に関して積極的に発言できる環境をつくるという意味からも、低所得者以外の加入者からは保険料を徴収する。当該保険料と自己負担で財源の10%程度を賄う。

高齢者医療制度の財源構成をこのように設定することに伴い、従来の医療保険各保険者からの老人保健拠出金制度を廃止し、一般医療保険制度は保険料（80%程度）と自己負担（20%程度）のみによる保険原理で運営する。

(3) 独自の診療報酬支払方式を設定すること。

後期高齢者の特徴として、慢性疾患による受療が多いことが挙げられる。

患者により医療行為の質的・量的個人差が大きい急性期医療に対しては、出来高払いによる診療報酬支払方式を採用し、慢性期の患者に対しては、独自の包括支払方式を開発することが合理的であろう。

その際、慢性期といえども個々の病態を考慮しない画一的な支払方式の採用は、必要な医療・介護さえも提供不能にするおそれがある。適切な社会保障の運用を妨げることはないよう、患者特性に対応した説明可能、かつ合理的な支払方式の開発が不可欠である。

このような新たな診療報酬支払方式の開発と併せて、終末期医療に対する国民的合意形成を図りながら高齢者の医療費の増加に歯止めをかける必要がある。

(4) 保険者を都道府県とすること。

小さな政府、中央集権から地方分権への時代の流れからも、地方自治体を保険者とするに強い抵抗はないと思われる。

市町村については、より地域住民に近い立場から、細かい配慮が可能である反面、①3,200以上の膨大な数の保険者間財政調整が困難であり広域化せざるを得ない、②市町村間の規模の格差があまりに大きい、③小規模市町村であればあるほど保険者機能が発揮できない、④介護保険や老人保健の例からも、サービスや給付内容が政治的な面からの影響を受けやすく、格差が生じやすいなど、根本的な課題を多く抱えている。

都道府県については、医療費格差が大きく、財政調整上の工夫が必要であるとの課題は、市町村と同様に抱えているものの、反面、①現在すでに医療関係の申請・届出などをはじめとする多くの権限が委嘱されている、②医療計画の策定主体であり、当該地域の需要と供給のバランスを調整しやすい、③規模のメリットを得やすいなどの多くの利点が考えられることから、都道府県を保険者とすることが適切と判断する。

(5) 段階的実施の提案

前述のとおり、高齢者医療制度は、①公費の重点的投入と高齢者からの保険料徴収、②各保険者の拠出金の廃止など、現行制度を根本的に変化させる。併せて、一般医療保険制度を保険料と自己負担のみによる保険原理での運営を目指すという抜本的な改革内容となっている。

このような改革の遂行には、激変緩和のための経過措置期間を置くことが必要となろう。このため、高齢者医療のための公費負担割合を段階的に引き上げ、拠出金の支出割合を徐々に減少する手法を採用するとともに、対象年齢も現行の70歳から75歳へと1歳刻みで段階的に引き上げていくことが現実的な対応と言える。

3. 推計の前提

推計に当たっては、

- ・ 高齢者医療制度の創設によって医療と介護を統合。
- ・ 介護費用については、2015年段階の需要に対する基盤整備が100%達成されていると仮定。
- ・ 高齢者医療制度の創設によって、老人医療費の出血を止めることが重要政策課題であるとの観点から、単価の伸びを年率0.5%程度と設定。
- ・ 一般医療保険制度の単価の伸びは、医科診療費および歯科診療費は年率2.5%程度、その他は年率0.5%と設定。
- ・ 上記単価の伸びにはインフレ率を除外。

ということを前提とした。

高齢者医療制度分、すなわち75歳以上の後期高齢者の医療費単価の伸びを年率0.5%と設定しているのは、後期高齢者人口増に伴う医療費の伸びを抑制するのは困難であるが、国民の合意を形成しながら終末期医療に対する医療の適正化を推進する、あるいは慢性疾患が中心となる高齢者医療については独自の診療報酬支払制度を構築することによって、一般世代とは別の医療提供のあり方を検討し、医療費単価の伸びを抑制していくという考え方に基づくものである。

一方、一般世代については保健事業の体系化によって「予防」の充実、すなわち健康増進を図りながら、高度医療の普及を中心とした技術革新が反映できる体制を整えることを想定して年率2.5%程度と設定した。

別添の関連データ集に示すとおり、国民医療費（厚生省）から入院・外来別に年齢階級別の1人当り医療費の対前年度伸び率の推移を見ると、70歳以上については、入院外はここ数年2~4%台で推移している。しかし、ウエイトの高い入院については、93年から95年にかけてはマイナスとなっており、費用推計に用いた高齢者医療制度の単価の伸び率0.5%は、決して不可能な設定ではないと考える。

一方、多少のばらつきはあるものの一般世代も大きな伸びを示していない。したがって、一般医療保険の単価の伸び率2.5%という設定は、医療の技術革新等のコスト賄うために最低限必要なものとして概ね理解が得られるものと考ええる。

4. 推計の手法と結果

推計に当たっては、第2部第3章の「現行制度に基づいた需要予測」の項で推計した2015年の患者数を基に試算を行った。すなわち、①病院・診療所別、年齢階級別入院患者数、②病院・診療所別、年齢階級別外来患者数、③年齢階級別要支援・要介護者数、④前項③の結果を勘案した老人保健施設、特別養護老人ホーム、介護適用療養型病床群の年齢階級・施設類型別入院患者（入所者）数、⑤在宅患者数に基づき、これを高齢者医療制度（75歳以上）、一般医療保険制度（74歳以下）に分け、さらに内科診療費、歯科診療費、調剤薬局医療費、入院時食事療養費、老人保健施設等サービス費、在宅系サービス費毎に、それぞれ前述の単価の伸びを乗じて推計した。（詳細は別添関連データ集参照）

その結果は次ページ図表5-1のとおりである。

介護費用を含めて、一般医療保険制度については36兆1,290億円、同じく高齢者医療制度については19兆9,485億円、合計56兆775億円が2015年の国民医療・介護費ということになる。

図表 5 - 1

2015 年 国民医療・介護費推計結果

保険制度	項目	入院(所)費用	入院(所)外費用	その他費用	合計
一般医療 保険制度	病院 (単価の伸び率2.5%)	108,878億円	80,199億円	-	189,076億円
	診療所 (2.5%)	5,023億円	90,181億円	-	95,205億円
	歯科診療所 (2.5%)	-	41,122億円	-	41,122億円
	薬局調剤医療費 (0.5%)	-	13,555億円	-	13,555億円
	入院時食事療養費 (0.5%)	7,574億円	-	-	7,574億円
	その他施設入所費用 (0.5%)	4,757億円	-	-	4,757億円
	在宅系サービス (0.5%)	-	7,311億円	-	7,311億円
	保険者コスト等	-	-	2,690億円	2,690億円
	小計	126,232億円	232,368億円	2,690億円	361,290億円
	高齢者医療 制 度				
高齢者医療 制 度	病院 (単価の伸び率0.5%)	67,016億円	25,378億円	-	92,394億円
	診療所 (0.5%)	1,587億円	28,537億円	-	30,124億円
	歯科診療所 (0.5%)	-	3,607億円	-	3,607億円
	薬局調剤医療費 (0.5%)	-	5,958億円	-	5,958億円
	入院時食事療養費 (0.5%)	7,686億円	-	-	7,686億円
	その他施設入所費用 (0.5%)	35,070億円	-	-	35,070億円
	在宅系サービス (0.5%)	-	23,160億円	-	23,160億円
	保険者コスト等	-	-	1,485億円	1,485億円
小計		111,359億円	86,640億円	1,485億円	199,485億円
合計		237,591億円	319,009億円	4,175億円	560,775億円

注 1 : () 内の数値は、設定した 1 年当りの単価の伸び率である。

2 : 保険者コスト等は、医療費、介護費に占める保険料率を 50%と仮定し、

以下の計算式により算出した。

保険者コスト等＝医療・介護費用×保険料率×保険者コスト率（各保険者の事業年報より 1.5%と設定）

第6章 財源負担構成

～公費・事業主・家計～

1. 主体を明確にした財源負担区分の設定

国民医療費、老人医療費等の財源負担構成については、従来「公費、保険料、自己負担」あるいは「公費、拠出金、自己負担」という区分で論じられてきた。

しかし、より「負担の主体」を明確にすることを目的に、ここでは「公費、事業主（保険料の事業主負担分）、家計（保険料の被保険者負担及び自己負担分）」という区分を用いることとした。

では、実際に国民医療・介護費の財源負担構成がどのようなになっているのか。介護保険分、老人医療費分、一般医療費分についてそれぞれ上記の区分に組み替え、2000年の推計を行い、負担割合を検証した。

ここで注意しなければならないのは、保険料や拠出金に含まれる公費補助を算出し、「公費」として位置づけたことである。

2. 2000年度介護保険費用について

介護保険については、厚生省予算概算要求ベースから総費用を4兆6,905億円と推計し、これを第1号被保険者分、第2号被保険者分に区分して負担構成割合を算出した。（詳細は別添関連データ集参照）

自己負担分については、施設サービスにおける食費の負担分を勘案し、全体で12.7%と推計した。

その結果、介護保険費用4兆6,905億円の内訳は図表6-1のとおりとなる。

図表6-1 <2000年度介護保険費用財源負担構成> 単位：億円

公 費	23,575	50.3%
事業主	4,329	9.2%
家 計	19,001	40.5%
合 計	46,905	100.0%

介護保険費用については、実質的には政治的な影響を強く受け、保険料の徴収等において当初の制度設計が大きく変化しているのが現状ではあるが、ここではこれらの影響を排除して推計した。

3. 2000年度老人医療費について

老人医療費については、まず公表されている直近のデータである97年度の老人

医療費 10 兆 2,786 億円について、老人医療事業年報（厚生省）から、自己負担と公費の額を算出した後、保険者の拠出金を保険料支出分と拠出金に含まれる公費とに分けた。

さらに、その保険料分を各保険者毎に事業主、被保険者負担とに区分した後、負担割合を推計し、この負担割合を 2000 年度の老人医療費に当てはめた。（詳細は別添関連データ集参照）

2000 年度の老人医療費は、従来の推計額 11 兆 4,000 億円から介護保険へ移行する分 2 兆 1,000 億円を差し引いた 9 兆 3,000 億円とした。その結果は、図表 6－2 のとおりである。

図表 6－2 <2000 年度老人医療費財源負担構成> 単位：億円

公 費	42,128	45.3%
事業主	18,172	19.5%
家 計	32,701	35.2%
合 計	93,000	100.0%

4. 2000 年度一般医療費について

一般医療費についても、詳細が公表されている直近のデータである 97 年度の 16 兆 8,534 億円をベースに推計を行った。

具体的には、各保険者の事業年報から、医療費、給付費、自己負担額を算出し、給付費の内訳として、公費補助分、保険料（事業主負担と被保険者負担に区分）を保険者毎に推計した（退職者医療分も保険者毎に推計）。（詳細は別添関連データ集参照）

さらに、厚生省が公表する国民医療費には、これら一般医療保険分に該当しないものが含まれている。これらについては、以下のとおり負担構成割合に加えた。

○公費負担医療→公費に算入

○労災・国家公務員（地方公務員）災害医療等→事業主に算入

○全額自費→家計に算入

上記の修正を加えた負担構成割合を 2000 年度の一般医療費 19 兆 5,000 億円に当てはめた結果は図表 6－3 のとおりである。

図表 6－3 <2000 年度一般医療費財源負担構成> 単位：億円

公 費	41,761	21.4%
事業主	49,791	25.5%
家 計	103,447	53.0%
合 計	195,000	100.0%

5. 連結後の負担構成割合

上記 2～4、すなわち 2000 年度の介護費用、老人医療費、一般医療費を連結した

国民医療・介護費の財源負担構成は、図表6－4のとおりとなる。

図表6－4 <2000年度連結後の国民医療・介護費財源負担構成> 単位：億円

公 費	107,464	32.1%
事業主	72,292	21.6%
家 計	155,149	46.3%
合 計	334,905	100.0%

→

国民1人当り家計負担
12.2万円／年

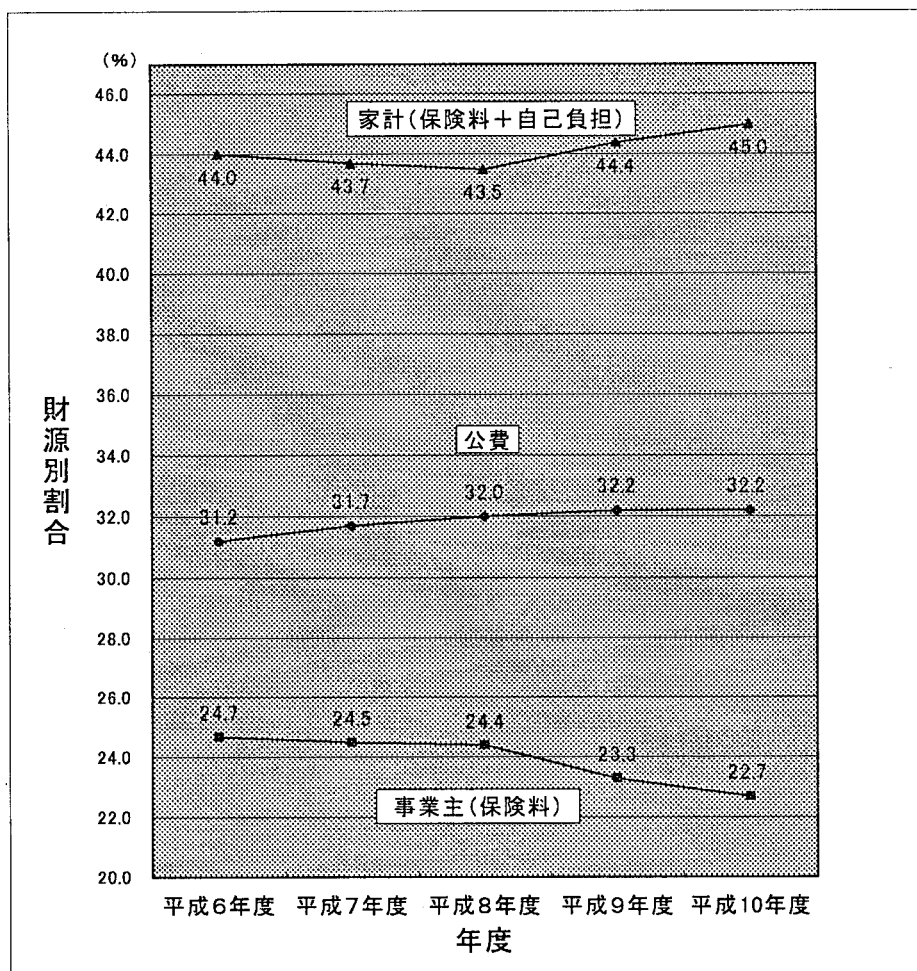
これらの結果から、国民1人当りの年間家計負担は12万2,000円となる。

また、事業主負担の21.6%に対して家計負担が46.3%と、2倍以上となっていることがわかる。

バブル経済崩壊後の長期的な経済不況の影響により、企業経営が極めて不安定な状態にあることは否定しないが、ゼロ金利政策等の影響が追い討ちをかける状態になって家計が逼迫していることも事実である。

国民医療費ベースで負担割合の変化を厚生省大臣官房統計情報部による国民医療費の資料から経年的に追うと、図表6－5のとおり公費負担は微増、家計負担は急増、唯一事業主負担の割合が減っていることがわかる。

図表6－5 国民医療費財源別負担割合の推移



改革という名のもとに行われてきた「自己負担増」は、企業から個人への負担の転嫁を増長させ、結果的に家計負担を50%近くにまで押上げる結果を招いたのである。

事業主負担が家計負担の2分の1程度という現実、社会保障としての公的医療（介護）保険制度として果たして適切と言えるのであろうか。

とくに、政府審議会の意見は、自己負担増に賛同を示す傾向が続いている。家計負担増が事業主負担割合を軽減する結果となっている事実から目をそらすべきではない。

なお、社会保障のもう一つの柱である年金についても負担割合を求めた。これを国民医療・介護費と連結させた結果を図表6-6に示す。

図表6-6

参考：2000年国民医療介護費と公的年金の連結

- 年金の推計に当たっては、公表されている直近のデータである1998年度の特別会計の決算数値を使用
- したがって、1998年度公的年金と2000年度の国民医療・介護費の連結となる。
- 「公的年金」の対象を国民年金（基礎年金）、厚生年金とし同年度のデータが公表されていない基礎年金部分以外の共済年金は除外

【推計の基本的考え方】

- ①1998年度の国民年金特別会計の国民年金勘定及び基礎年金勘定、厚生保険特別会計の年金勘定の損益計算書から、収入分の費用と金額を用いて推計した。
- ②保険料等は、保険料、基礎年金拠出金、JR、JT、NTTの厚生年金移行による制度間調整に係る収入を合算したもの。
- ③その他とは、利子収入、雑収入等、上記①②以外の収入を指す。

公的年金財源負担割合(98年度)

	計	保険料等		公費負担	その他
		事業主	被保険者		
国民年金勘定	44,418 100.0%	0 0.0%	27,717 62.4%	13,280 29.9%	3,420 7.7%
基礎年金勘定	18,760 100.0%	6,868 36.6%	6,868 36.6%	4,579 24.4%	444 2.4%
厚生年金勘定	297,106 100.0%	108,054 36.4%	108,054 36.4%	28,620 9.6%	52,378 17.6%
合計	360,283 100.0%	114,923 31.9%	142,640 39.6%	46,479 12.9%	56,242 15.6%

注1. 各欄とも、上段は金額、下段は構成比を示す。

注2. 基礎年金勘定の保険料等欄は、共済年金からの基礎年金拠出金収入を指し、
同国庫負担は、拠出金額の1/3の額を計上した。

注3. 厚生年金勘定の保険料欄は、厚生年金の保険料収入、からの
受入れ、共済年金からの拠出金収入を合算したものである。

国民医療・介護費と公的年金の連結

区分	金額	比率
公費	153,943	22.1%
事業主	187,215	26.9%
家計	297,789	42.8%
その他	56,242	8.1%
合計	695,189	100.0%

注) ここでいう家計負担とは、保険料の被保険者負担と
医療及び介護の自己負担を合算したものである。

6. 2015年国民医療・介護費の負担割合－選択肢の提示

第2部第5章で推計した2015年国民医療・介護費を基本とし、その財源負担構成を前述の公費・事業主・家計の3区分で考察する。ここでは、それぞれの負担割合の比率を変えた3つの選択肢を提示する。

まず、試算するに当り、高齢者医療制度の創設、すなわち、同制度が保険から保障への転換を図ることを理念とし、財源構成を公費90%、自己負担と被保険者による保険料負担をそれぞれ5%程度とすることを前提とした。

一般医療保険制度については、保険原理による運営とし、負担割合は保険料80%、自己負担20%とする。これを基に2015年の国民医療・介護費560,775億円を如何に負担していくかについて、家計負担に視点を置いて説明する。

<第1案>

本案は、一般医療保険の保険料における事業主負担と被保険者負担割合を現行水準とした場合(高齢者医療制度の創設を前提としており、現行水準とは若干違いが生ずる)であり、その結果は図表6-7のとおりとなる。

図表6-7

2015年 制度別財源負担内訳				金額単位：億円	
	公費	保険料		自己負担	合計
		事業主	被保険者		
一般医療	0 0.0%	122,477 33.9%	166,555 46.1%	72,258 20.0%	361,290 100.0%
高齢者医療	179,537 90.0%	— 0.0%	9,974 5.0%	9,974 5.0%	199,485 100.0%
合 計	179,537 32.0%	122,477 21.8%	176,529 31.5%	82,232 14.7%	560,775 100.0%



区分	金額	構成比	2000年からの 1年当り伸び率
公 費	179,537	32.0%	3.5%
事業主	122,477	21.8%	3.6%
家 計	258,761	46.1%	3.5%



国民1人当り家計負担：20.5万円／年

第1案のメリットは、現行の負担割合を維持するので、軋轢がないことと言えるであろう。しかし、前述のとおり現状でも負荷が大きい家計負担を軽減することができないというデメリットを抱えている。また、一般医療の中に含まれる公費負担医療分の財源を調達できず、合理的でないと言える

<第2案>

本案は、公費・事業主・家計の3者の負担割合をそれぞれ1/3ずつとした場合である。

その結果は図表6-8のとおりとなる。

図表6-8

2015年 制度別財源負担内訳				金額単位：億円	
	公費	保険料		自己負担	合計
		事業主	被保険者		
一般医療	7,388	186,925	94,719	72,258	361,290
	2.0%	51.7%	26.2%	20.0%	100.0%
高齢者医療	179,537	—	9,974	9,974	199,485
	90.0%	0.0%	5.0%	5.0%	100.0%
合 計	186,925	186,925	104,693	82,232	560,775
	33.3%	33.3%	18.7%	14.7%	100.0%



区分	金額	構成比	2000年からの 1年当り伸び率
公 費	186,925	33.3%	3.8%
事業主	186,925	33.3%	6.5%
家 計	186,925	33.3%	1.2%



国民1人当り家計負担：14.8万円／年

第2案は、負担割合を均一にすることにより公平性が保てるということ、負荷の大きい家計負担を大幅に緩和できるというメリットがある一方、現行の負担割合が低い事業主負担の伸びが他と比較して極端に大きくなるという問題がある。

また、第1案と同様、一般医療費の中の公費負担医療分を賄いきれないという面で合理性に欠けると言わざるを得ない。

<第3案>

本案は、公費・事業主・家計の負担割合を3.5：3：3.5とした場合である。

その結果は次頁図表6-9のとおりとなる。

本案の場合、第1案、第2案が抱える基本的課題である一般医療費の中の公費負担医療分も概ね賄うことができ、財源的な一貫性が保持できるというメリットがある。家計負担と比較して公費および事業主負担の伸び率が高くなるという問題はあるが、国民1人当り家計負担の額（2000年12.2万円／年・2015年15.5万円／年）からも、また伸び率からも国民の納得が得られやすいのではないかと考える。

図表 6 - 9

2015年 制度別財源負担内訳

金額単位：億円

	公費	保険料		自己負担	合計
		事業主	被保険者		
一般医療	16,734 4.6%	168,233 46.6%	104,066 28.8%	72,258 20.0%	361,290 100.0%
高齢者医療	179,537 90.0%	— 0.0%	9,974 5.0%	9,974 5.0%	199,485 100.0%
合 計	196,271 35.0%	168,233 30.0%	114,040 20.3%	82,232 14.7%	560,775 100.0%



区分	金額	構成比	2000年からの 1年当り伸び率
公 費	196,271	35.0%	4.1%
事業主	168,233	30.0%	5.8%
家 計	196,271	35.0%	1.6%



国民1人当り家計負担：15.5万円／年

国民医療・介護費の財源負担割合は、上記3案がすべてではない。

適切な財源負担構成というのは、社会保障の将来像を踏まえつつ、各界がさまざまな案を提示して、国民の合意を図りながら決定していくべきものであろう。

第7章 公的医療保険の役割と自立投資概念の導入

1. 公的医療保険の役割

1961年の国民皆保険体制の達成によって、「いつでも、どこでも、だれでも」安心して医療サービスを受けられる、わが国独自の公的医療保険システムが確立された。とくに、幾多の改正を経ながらも、その基本となる「現物給付」制度を堅持してきたことが大きな特徴と言える。

現物給付制度は、一定の自己負担を支払えば普遍的な医療サービスが現物で給付されることから、皆保険体制による受診機会の平等とともに、国民の安心感を醸成することに大きく寄与してきた。しかし、超少子高齢社会の到来を目前にして、医療や年金をはじめとする社会保障制度の将来に対する国民の不安感は徐々に大きくなっている。

医療の成果目標については後述するが、目標を達成するためには、国民の医療へのフリーアクセスを確保することが前提となることは言うまでもない。フリーアクセスの確保には、患者負担に歯止めがかからない償還払い制度の導入を排除し、現物給付制度と国民皆保険体制を維持・発展させていくことが肝要である。

社会保障制度としての公的医療保険の役割は、基本的なサービスに普遍性を持たせ、あらゆる世代の病気やけがによる不安感を払拭することに他ならない。この役割は、将来にわたって維持される必要があることは言うまでもない。

2. 自立投資概念導入の背景

わが国の医療制度、とりわけ医療保険制度は、種々の課題を抱えつつも、互助・自助・公助がうまくかみ合い、概ね安定的に推移してきた。

情報技術（IT）の革新が、わが国の社会構造に大きな影響を与えつつある現在、医療も例外ではない。情報伝達技術の革新は、幅広く、かつ即時的に医療情報の伝播をもたらし、その結果、国民の医療に対する要求は多様性を帯び、個性的な傾向を強めつつある。

情報処理技術の革新はゲノム解析を可能とし、生命科学は新しい段階に達し、臓器移植や遺伝子治療等の新しい治療技術を革新的に進化させる可能性を高めている。

しかし、これまでの歴史が証明しているとおおり、変革は安定を阻害するおそれがある。

安定と変革というパラドックスを克服し統合するための理念が、公的保険の枠組みとしての互助・自助・公助とは別の「自立」、すなわち自分のために積み立てるという本来の意味での「自助」という考え方であり、その理念に基づくファンドが自立投資財源である。

今後とも国民皆保険体制を堅持しつつ、中長期的な変化にも対応していく、すなわち「安定の確保と進歩への対応」、これが自立投資を提案している理念的な背景である。

3. 自立投資と公的医療保険

次に、自立投資と公的医療保険の区分を明確にするために、年金制度の例を用いてその概念の整理を行う。

すべての国民が等しく給付を受ける基礎年金部分は、財源を賦課方式による保険料と公費で運営されている。これは、医療で言えば現在の健康保険や国民健康保険、すなわち公的保険に該当する。

このような基本的な部分とは別に、今や多くの国民が老後のために、自らの選択と負担で個人年金という積立拠出方式による保険商品を購入しており、その保有契約高は1996年ベースで87兆円に達している。この個人年金に相当するものが、民間の医療保険や医療貯蓄であり、これらから構成されるのが「自立投資財源」ということになる。

一方で遺伝子治療や臓器移植、生殖医療等の新しい医療技術が開発されつつあるが、この技術を実際に患者が選択するか否かは、個々人の思想や哲学に大きく左右されるものと考えられる。すなわち、選択性が強く働く分野だと言える。

これらの分野に、賦課方式を基本として財源を調達している公的保険を適用するのは、保険財政をさらに逼迫させるという意味も含めて適切ではなく、個々人が自らの意思によって拠出した、健康的に自立するための「投資」としての財源を充てることが妥当であると考えられる。

つまり、医療は憲法で保証されている国民の健康権、すなわち生命に直接影響する極めて大きな問題であり、普遍性のある診断・治療はあまねく公的保険でカバーし、選択性の強い部分については自立投資財源で賄うという考え方である。

4. 自立投資医療の対象

自立投資医療の対象となる分野は具体的にどのようなものなのか。

まず、前項で示した概念に当てはまるものとして考えられるのは、遺伝子治療や臓器移植等の先端医療技術、不妊治療等における生殖補助医療などである。これらのものについては、選択性が強く、当該治療を受けることに関して個人の哲学・理念が強く影響するということから、自立投資の対象とすることへの理解が比較的得られやすいのではないかと考えられる。

次に、生活改善薬投与や針灸・あんまマッサージ等の施術、治療食を除く入院時の食事費用、差額ベッド、予約診察等も対象とすることが考えられるが、これらについては、「自立投資」の趣旨に沿うものかどうかの検討がさらに必要と思われる。

いずれにしても、新しい概念である自立投資の対象設定には、時間をかけて国民的合意を成立させることが不可欠であることは言うまでもない。また、公的保険から自立投資医療に移行する分の財源を活用することによって、現在保険適用されていない効果的な予防医療、給付外扱いとなっている安全かつ有効な診療行為や薬・材料等を公的保険の給付対象とすることも検討する必要があるだろう。

併せて、現行の高度先進医療などの保険導入ルールなどについても、全面的な見

直しを行い、自立投資医療との整合を図ることが肝要である。

5. 想定される自立投資ファンド

自立投資財源として想定されるのは、個々人の積立を前提とする以上、「公」の介入を排除し、民間の医療保険や医療貯蓄の商品開発に委ねるべきであろう。

このような保険や貯蓄の制度設計が成立し得るか、すなわち当該ファンドがその費用に耐え得るだけの規模に達するか否かについては、保険にしても貯蓄にしても、どれだけ強力な税制的な支援を取り付けられるかということに尽きると考えられる。とくに医療貯蓄については、米国やシンガポールに前例があるので、これらを参考にしながら、わが国の環境においてどのようなものを開発するのが適切か、ファンドとしての適切な規模を含め、さらに詳細な検討が必要である。

一方、例えば治療法が臓器移植しか考えられないにもかかわらず、その患者が経済的な理由から自立投資財源を持っていない場合にどう対処するのか、というような問題も想定される。このような場合については、医療機関への寄付金に対する非課税措置を確立したうえで広く寄付金を募り、これを基金化し、医療機関の財政的対応力を強固にすることによって対処するなどの方策が適当と思われる。

図表 7 - 1

自立投資概念の導入

1. 環境の変化

従来、それほど大きなウエイトを占めることのなかった、公的医療保険でカバーされない医療分野の急速な拡大が予測される。それは、次のような環境の変化に起因する。

①遺伝子が持つ情報の解析（ヒトゲノム計画）により、生命科学の飛躍的な進歩が予測される。生命倫理に対する国民の合意形成のあり方にもよるが、その医学・医療への応用によって、新たな治療方法等が開発されることも期待される。

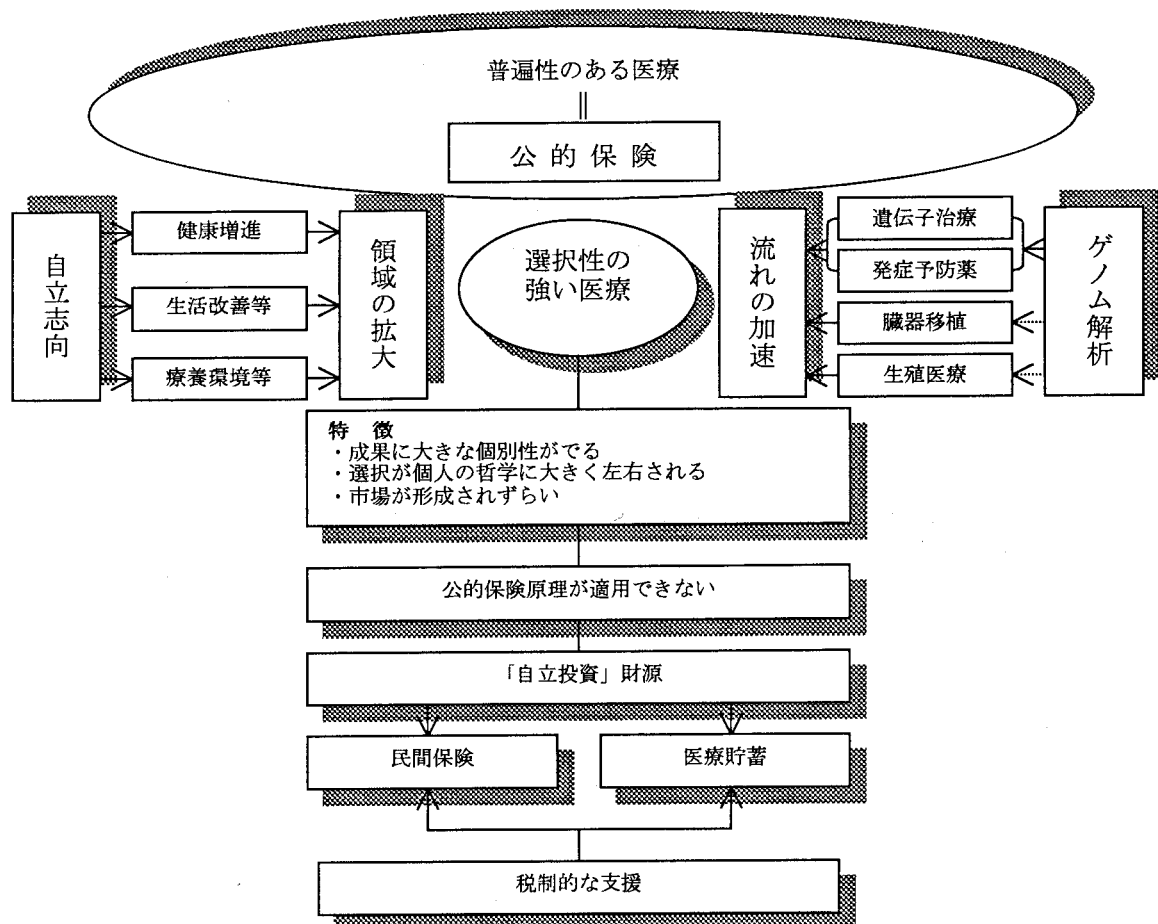
②更に個々の選択と責任のもとでの生活の質の向上を求める患者ニーズの多様化が進行している。

2. 自立投資とは

選択性のある医療については、国民自らが個々の意志で健康的に自立するための「投資」と位置付け、財源としては民間保険や使途を医療に限定した貯蓄を活用することが適当である。また、税制的な支援を行って、これらの普遍化を推進することが必要である。

3. 前 提

自立投資概念が導入されるためには、言うまでもなく、基本となる国民皆保険制度、現物給付制度が堅持される必要がある。また、自立投資分野と公的医療保険給付分野の区分けについては、弾力性を保つために当該医療技術の普及状況等、環境の変化に応じて随時見直すことが必要である。



民間保険／医療貯蓄のイメージ（例）

保 険

○高額医療費用保険

…… 医療費用が高額になった時に機能する、免責金額が大きく保険料が比較的安い医療保険。

貯 蓄

○医療定期預金

…… 使用目的を医療に限定した貯蓄額に上限のある定期預金。

○医療中期国債ファンド

…… 使用目的を医療に限定した積立額に上限のある国債ファンド。

貯蓄＆保険

○積立型医療費用保険

…… 保険機能と貯蓄機能を組み合わせた医療保険。

貯蓄部分は、使用目的を医療に限定。高齢期には介護にも適用。

☆：上記は一部の例に過ぎない。民間の創意工夫により、多様性のある商品の開発が期待される。

税制的な支援のイメージ

保 険

○既存の保険料控除とは別枠の所得控除

○保険金非課税

貯 蓄

○利息非課税

○相続税非課税

☆：上記は一部の例に過ぎない。税制的な工夫によって、民間の商品開発と国民の投資意欲を促進する必要がある。

第8章 産業／経済としての医療の検証

1. 経済波及効果について

医療・介護サービスの制度的将来像に示す「医療費の検証」として、ここでは産業／経済としての医療の検証を、経済波及効果の観点から行った。

(1) 検証の視点

ここで行った検討は、「医療は本当に投資効果の得られない弱い産業なのか」、また「医療への投資は雇用を拡大させるのか」どうか、更には「医療は税金を使うだけの産業か」といった問題意識から行った。

すなわち、これまで「国民医療費」として把握されている費用については、その毎年の費用の大きさや増加額・増加率の高さのみが指摘されていて、それが果たす経済的側面、特に医療・介護と関連の深い産業での生産活動や雇用者の創出といった経済効果は、十分認識されてこなかった。

しかし、医療・介護等に投下される費用が果たす役割は、国民の求めるさまざまな医療・介護サービスを提供するだけでなく、その経済効果も非常に大きなものがある。

そこで、将来（2015年）想定される医療介護費が費やされた場合（これを経済的には「最終需要」と呼ぶ）、これに伴って発生する産業活動（生産誘発額）や雇用（従業員誘発数）・税収（税収誘発額）等の経済効果を、「平成7年（1995年）産業連関表」（総務庁）を用いて予測し、将来の医療費がわが国の経済面で果たす役割の大きさを明らかにしたものである（図表8-1）。

(2) 経済波及効果分析

1) 予測年次

予測年次は、2015年の将来医療費を前提として検討した。

2) 将来医療費

経済波及効果を検討するために、将来の医療介護費を、別途予測されている2015年の国民医療・介護費56.1兆円に、医科自由診療費3.5兆円、歯科自由診療費0.6兆円を加えた合計60.2兆円として検討した。

ちなみに、1996年（現状）の国民医療費は、自由診療を含んで30.3兆円である。

3) 将来の国内総生産（GDP）

医療費の経済効果を相対的に比較するために、将来の国内総生産（以下 GDP という）を予測した。

ここでは2010年までのGDP成長率を年率1.5%程度と想定し、2015年のGDPの額を670兆円と想定した。

4) 予測の方法

① 産業連関表を用いた予測

経済効果は、前述の産業連関表を用いて予測した。

産業連関表とは、日本国内を中心に、一年間にそれぞれの産業が生産した財貨（生産額等）や用役（雇用者数等）が、各産業相互間にどのように配分されたかを統一的につかむために、行列（マトリックス）の形で表示したものである。

そして、これを加工すると、どの産業にどれ程の消費や投資（最終需要）が増えたら、他の産業にどれだけの生産・雇用が最終的に生じるかを予測することができる。

② 推計の基本的構図

いまいし具体的に経済波及効果の構図をみると、まず将来医療費 60.2 兆円に伴って発生する直接的な生産額（販売額とか売上額に相当）を求め、この内「中間投入額」（医薬品・材料等の購入費、諸経費、医業外費用等から構成される）に相当する費目が次の生産額に波及するものとし、こうして次々に繰り返しの予測を行い合計したものが、生産誘発額の予測である。

一方、販売額とか売上額といった生産額の中の「粗付加価値額」（売上から変動費を引いた残りで粗利益に近いイメージで、人件費、交際費、減価償却費、経常利益等から構成される）に相当する額を、同様に繰り返し予測し合計したものが、波及する粗付加価値誘発額である。

そして、将来医療費だけから経済効果を予測するだけでなく、関連する産業に従事する従事者の家計消費も経済効果として重要であることから、従事者所得の中から家計消費支出が更に消費（最終需要）に向けられるものとして、これを 3 次まで推計することによって前記の誘発額を予測した。

また、同時に、予測された従事者所得額の合計から、各産業ごとに年間平均一人当たり所得を用いることにより、関連する各産業ごとの従事者数も合わせて予測した。

(3) 経済波及効果の検討結果

現状の 1996 年における経済波及効果と、将来の 2015 年における経済波及効果の推計結果を併せて、図表 8-2 に示した。

1) 生産誘発額

将来（2015 年）の生産誘発額は、将来医療費 60.2 兆円が、様々な産業に波及した結果、将来医療費の 2.7 倍の 162.6 兆円にも達する。

そして、この将来の生産誘発額は、1996 年の現状医療費 30.3 兆円による生産誘発額 81.8 兆円に対し、約 2 倍に達するものである。

2) 粗付加価値誘発額

粗付加価値誘発額は、これから家計外消費支出（主に企業の交際費等で、全体の 3.4%）を除いたものが、国内総生産（GDP）にほぼ対応する性格のものである。

2015 年の粗付加価値誘発額は、将来医療費 60.2 兆円によって、その 1.5 倍の 90.6 兆円に達する。

この粗付加価値誘発額は、1996 年には 45.6 兆円であったが、2015 年には、生産誘発額同様約 2 倍に達する。

さらに、ほぼ同じ性格の金額である GDP に占める割合をみると、1996 年には GDP 500.3 兆円に対し 9.1%（45.6 兆円）であったものが、2015 年には GDP 670 兆円に対し、13.5%（90.6 兆円）をも占める一層重要な産業として位置づけられるものとなる。

3) 従事者誘発数

医療費による従事者誘発数（個人業主、家族従事者、有給役員、雇用者等を全て合計した数値）は、1996 年に 623 万人であったものが、2015 年には、906 万人にも達する。

これについて、全国の就業者数（「労働力調査」による就業者数で、雇用者（有給役員を含む）、自営業者、家族従事者の合計）に占める割合をみると、1996 年には全国就業者数 6,486 万人に対し 9.6%（623 万人）であったものが、2015 年には全国就業者数 6,162 万人（日医総研推計）に対し 14.7%（906 万人）までをも占めるものとなる。

なお、将来（2015 年）の全国就業者数は、年齢階級別人口の予測値（中位推計値）に、現状における年齢階級別人口に対する各就業者の比率を掛けて求めたもので、政策を加味した値ではない。

4) 税収誘発額

また、医療費が様々な産業活動や従事者等の所得に波及する結果、税収額にも大きな影響を及ぼすこととなる。

医療費によって誘発される税収額は、直接税・間接税併せて、1996 年に 8.1 兆円であったものが、2015 年には、16.1 兆円にも達する。

これについても、全国の税収額に占める割合をみると、1996 年に全国税収額 90.3 兆円に対し 9.0%であったものが、2015 年には全国税収額 122.7 兆円（日医総研推計）に対し、13.1%（16.1 兆円）までをも占めるものとなる。

5) 他産業との総合粗付加価値係数の比較

さらに、我が国産業界全体の中で、他産業に比した医療の果たす役割の大きさをみるために、総合粗付加価値係数を検討した。

総合粗付加価値係数とは、医療費等の単位当たりの消費額（最終需要）によって誘発される、直接・間接の粗付加価値額の合計を各産業ごとにあらわ

したもので、これによって同じ消費額等によって誘発される粗付加価値額の大きさを、産業間で比較することができる。

ここで総合粗付加価値係数を取り上げたのは、通常行われている生産額ベースで波及の大きさを測る生産誘発比率だけでは、売り上げベースの生産額への波及の大きさは分かるものの、粗付加価値すなわち企業という粗利益への波及の大きさは分からないからである。

この総合粗付加価値係数をみると、医療の場合 0.958479 という値で、全産業平均の値 0.850891 より高く、また建設 (0.935017) や、輸送機械 (0.852644)、電気機械 (0.801139) よりも高い値となっており、医療の粗付加価値 (粗利益) ベースでの波及力の大きさが分かる。

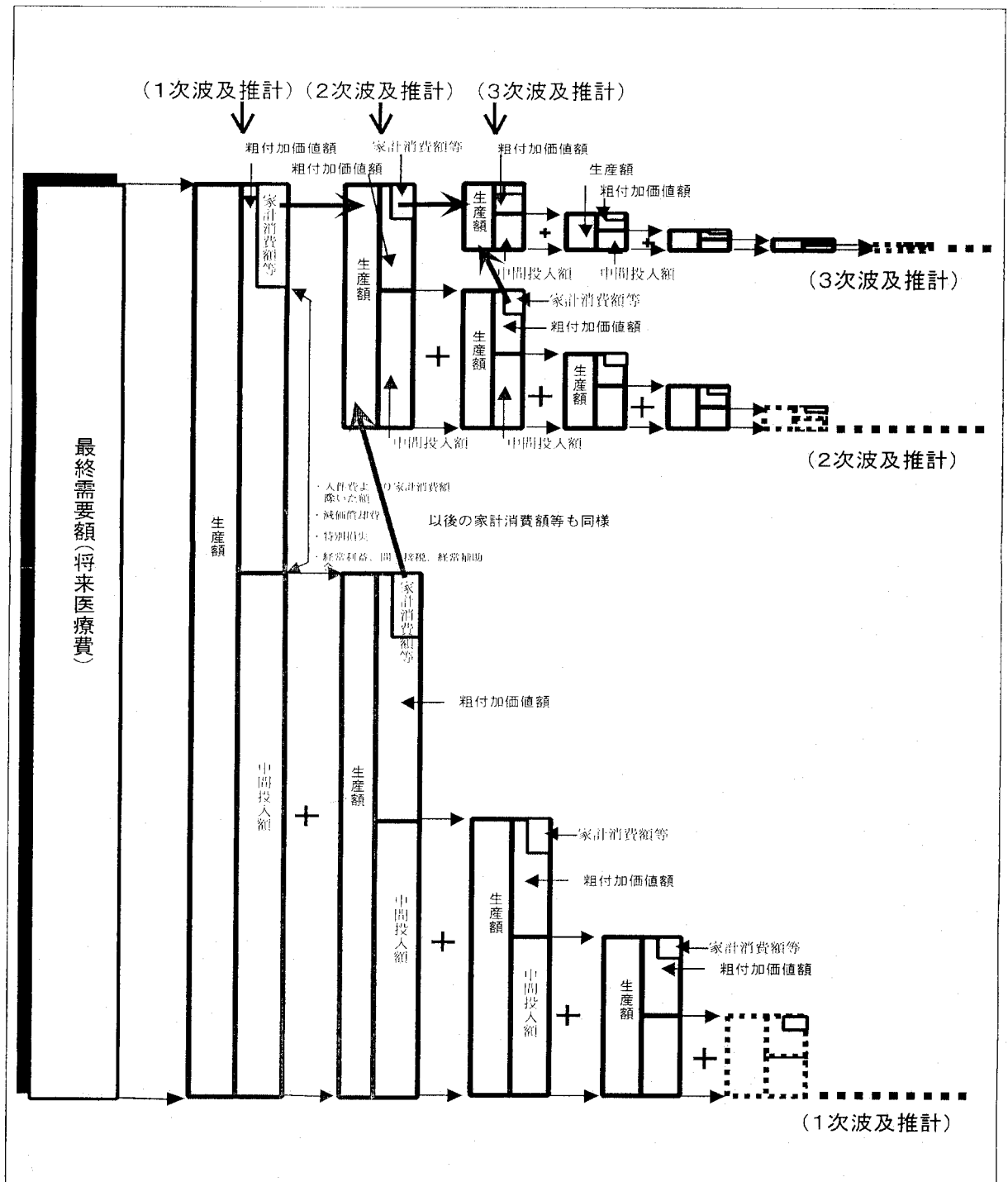
特に、「国内総固定資本形成」に大きく依存する建設よりも高い値であるということは、付加価値レベル (GDP レベル) では、公共投資に比して医療費等の消費の拡大の方が効果的であることを示している (図表 8-3)。

(4) 各種経済波及効果の評価

このように、医療・介護は、国民にとって、「医療・介護サービス機能」として重要であるとともに、21 世紀において、国民経済への波及効果の高い力強い産業として、非常に重要な位置づけがなされるべきものであることが明らかになった。

図表 8 - 1

経済波及効果の構図



注1 家計外消費支出を含む金額

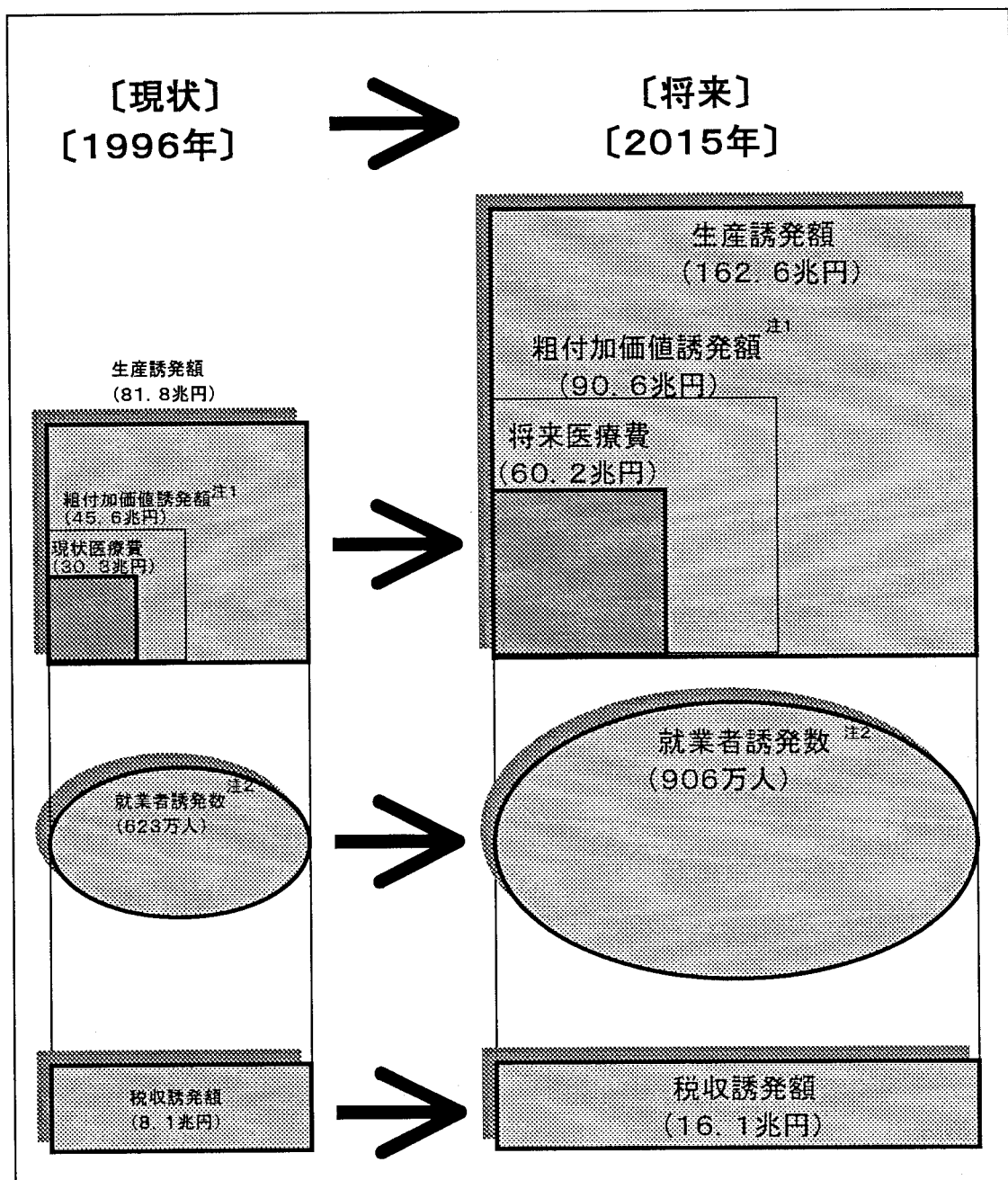
注2 「労働力調査」による「就業者数」で、雇用者(有給役員を含む)、自営業者、家族従業者の合計
なお、将来(2015年)の全国就業者数は、将来の年齢階級別人口の予測値(中位推計)に、現状における年齢階級別人口に対する各就業者の比率を掛けて求めた

注3 従事者の定義は、個人業主、家族従事者、有給役員、雇用者等を全て合計した数値

注4 国内総生産に占める割合を、過去5ヶ年間の平均値を用いて推計

図表 8 - 2

将来医療費に伴う生産波及額等の推計結果

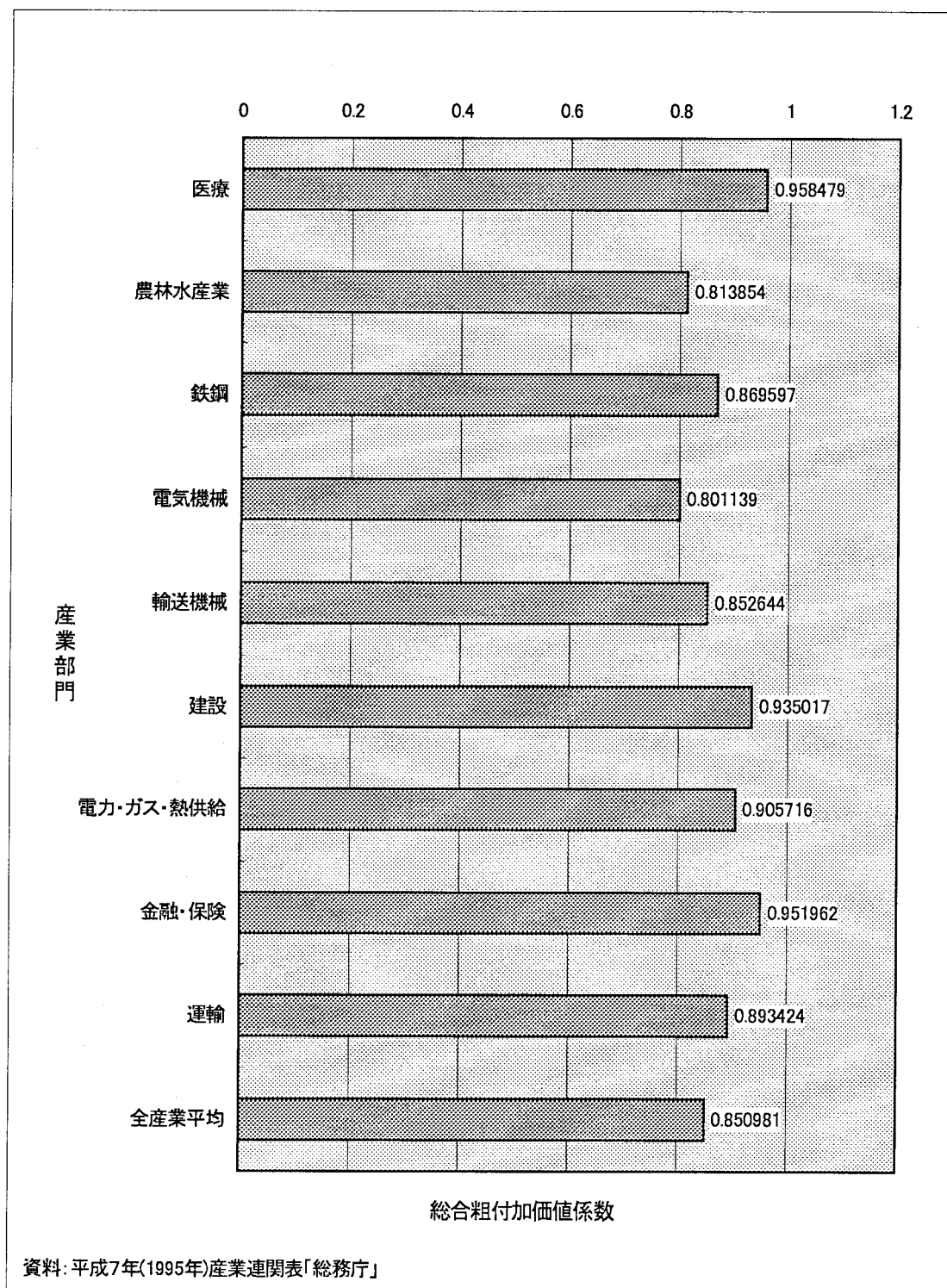


注1 家計外消費支出を含む金額

注2 就業者の定義は、個人業主、家族従業者、有給役員、雇用者等を全て合計した数値

図表 8 - 3

産業別の輸出を除く最終需要に対する総合粗付加価値係数
(粗利益誘発係数)



2. 国民経済及び経営面からの検証

ある産業の将来性を予測するにあたっては、国民経済とのバランスを検証することが重要である。希望的観測のみで右肩上がりの成長を想定したところで、「絵に描いた餅」に過ぎず現実性が乏しい。

また、経営という視点から見ても、楽観値で固められた計画は意味がない。競争力のある人材を確保するためには労働市場での賃金水準を無視できないし、産業全体としての発展を考えると、仕入価格をやみくもに低く設定するわけにもいかない。その一方で、競争力を確保しつつ経営の再生産を担保する必要もある。多様性のある分析が必要な所以である。

これまで述べてきたように、我々が設計する制度に基づくと、国民医療・介護費に自由診療分を加えた「医療介護費」は2015年で60.2兆円となる。この規模は、産業としての医療が市場で健全に成立する大ききなのか、計画値として妥当であり、かつ競争力も確保できるのか。ここでは4つの論点を挙げて検証を行った。

論点(1) 2015年の医療介護費は対GDP比として健全な状況を保てるか

- (2) 医業経営の再生産財源として十分か
- (3) 適正な雇用を保ち得る人件費の配分が可能か
- (4) 医薬品等の関連産業が健全に発展できる財源を維持できるか

(1) 2015年の医療介護費は対GDP比として健全な状況を保てるか

まず、医療介護費は、2015年に予測されるGDP（国内総生産）に対し、どのくらいの比率を占めるのか、それは国際比較においても十分な水準といえるのかを見てみよう。

1996年（暦年）の名目GDPは500.3兆円である。ここでは、GDPの伸びをそれぞれ年率1.5%、2.0%、2.5%として2015年のGDPを試算した。

GDPが年率1.5%で伸びた場合、2015年には670兆円となる。一方、我々が試算した国民医療・介護費は56.1兆円、これに医科自由診療分の3.5兆円、歯科自由診療分の0.6兆円を加えて医療介護費は60.2兆円である。したがって、GDPに占める比率は9.0%と求められる。同様にGDPの伸び率が2.0%の場合には医療介護費比率は8.2%、伸び率2.5%の場合には7.5%である。

翻って、1997年の対GDP総医療費は7.2%であり、29カ国中20位であった。65歳以上人口比が高いにもかかわらず、極めて低い。他の先進国では、対GDP比の総医療費1位の米国が13.9%、2位のドイツが10.7%、3位のスイスが10.0%となっている。

日本では2015年まで、GDPが年率1.5%と低成長に止まった時に、医療介護費の比率が初めて9%に達する。これには介護費が含まれていることを考慮すると、医療介護費60.2兆円は、国際的に見て妥当な水準であり、十分に健全性を保っている規模といえるだろう。

また、GDPが年率2.0%で成長した場合の対GDP医療介護費比率8.4%は、1997

年ベースで見ると、OECD 諸国の中で 9 位に相当、GDP が年率 2.5% で成長した場合の対 GDP 医療介護費の比率は 7.5% であり、これは現状とほとんど変わらない。

(2) 医業経営の再生産財源として十分か

—適正な雇用を保ち得る人件費の配分が可能か
再生産財源の水準を考えるにあたって、費用構造を次の図のように規定した。

④ 医療介護費	⑤ 医業原価	
	⑥ 粗利益	⑦ 総人件費
		⑧ その他管理費
		⑨ 再生産費用

まず、医療介護費④を、薬品や材料等を仕入れるためにかかる医業原価⑤と、④から⑤を差し引いた粗利益⑥に分ける。粗利益は人件費⑦とその他の管理費⑧として使うことができる。そして人件費や管理費に使った残りは、医業再投資に向けることができる財源、すなわち再生産

費用⑨である。(ここでの再生産費用とは、一般の企業でいうと経常利益にあたる。しかし医療の場合は、配当が認められておらず、「経常利益」部分は全て医業に再投資することになっているので、あえて「再生産費用」と呼ぶことにする。)

⑤は④の増減に比例して変動するので、通常これを④の何%という形で表し、この比率を医業原価率と呼ぶ。直近の中医協医療経済実態調査等から、現状の医業原価率は 22~23% と推計される。今後、薬価差の解消による医薬品価格の低下や、材料費等の適正価格化を通じて、技術重視の診療報酬支払方式への転換が進むことから、医業原価率が数%低下するとの見込みで、ここでは 2015 年の医業原価比率を 20% と仮置きした。

また、粗利益⑥のうち、⑦と⑧に合わせていくら使うか、その比率を「損益分岐点比率」という。粗利益⑥を⑦と⑧で全て使い切ってしまった場合、損益はトントンである。この時の損益分岐点比率は 100% になる。また仮に⑦と⑧がゼロの場合は、損益分岐点比率は 0%、⑦と⑧の合計が⑥を上回った時、損益分岐点比率は 100% 以上であり、この状態が「赤字」である。一般に企業経営においては、損益分岐点比率 80% 未満が安泰、80%~90% が普通、90% 以上が危険水域とされている。

今回の案では、損益分岐点比率に 3 つのケース (80%、85%、90%) を想定して、第 1、第 2、第 3 案として提示することとする。

なお、それぞれの案の中では、配分可能な人件費の絶対額についても示し、適正な雇用を保ち得る人件費の配分が可能かどうかの検証も併せて行う。

<第 1 案>

医療介護費 60.2 兆円のうち、医業原価として医療介護費の 20% に当たる 12.04 兆円を使い、粗利益 48.16 兆円から総人件費に 27.09 兆円、減価償却費を含むその他管理費に 12.04 兆円を使って、再生産費用として 9.03 兆円を残すという案で

ある。再生産費用は医療介護費の15%となり、3つのケースの中では最も高いが、その分、当然、総人件費やその他管理費が影響を受ける。

損益分岐点比率80%を維持して、再生産費用15%を確保するためには、従事者1人当たりの年間給与水準は5,246千円（総人件費としては6,085千円。給与の16%を法定福利費等の付帯人件費として計算）に抑えざるを得ない。これは現状の平均給与5,000千円よりわずかに高いが、運輸通信公益事業の平均給与5,410千円（国税庁「税務統計から見た民間給与の実態（1998年）」）よりも低く、労働雇用市場で競争力のある給与水準とは言い難い。

<第2案>

医療介護費60.2兆円のうち、医業原価を12.04兆円とするのは選択肢1と同じである。選択肢1と異なるのは、人件費・管理費と再生産費用の配分である。総人件費として28.34兆円（1人当たり平均給与5,488千円）、その他管理費に12.60兆円を回し、再生産費用として医療介護費の12%に当たる7.22兆円を残している。給与水準は現在の運輸通信公益事業と同等となるが、ここでの試算が15年先の数値であることを考えると、この案でも雇用市場で十分な競争力があるとはいえない。

<第3案>

粗利益までの算定は、選択肢1・2と同じである。選択肢3は、粗利益48.16兆円のうち、総人件費として30.00兆円（1人当たり平均給与5,809千円）、その他管理費として13.34兆円を割り、医療介護費の8%に当たる4.82兆円を再生産費用として残すという案である。この案においては、15年先までのインフレ率や雇用環境の変化等を考慮しても、市場で妥当な給与水準が確保できよう（図表8-4）。

以上の3つのケースでは、再生産費用として最低でも医療介護費の8%、最高で15%の案を示している。現状の再生産費用が2~3%であることから、今回の案は医業への再投資額の面から見て、いずれも現状を大きく上回るものである。

一方、雇用市場での競争力確保という面から見ると、第1案、第2案では不十分、第3案はまずまず妥当である。この水準であれば、医療介護費60.2兆円は、再生産費用と雇用市場での競争力確保の両立を図ることができる健全な状態を保てると考える。

医療介護費60.2兆円は、十分とはいえないまでも人件費も含め、まずまずの医業経営の再生産を担保する額と言えるであろう。

図表 8 - 4

第1案

	シェア	金額	1人当り金額
医療介護費	100 %	60.20 兆円	国民1人当り 476 千円
医業原価	20	12.04	// 95
粗利益	80	48.16	
総人件費	45	27.09	医療機関等従事者1人当り 6,085
給与	39	23.35	(同給与額) 5,246
法定福利費等（人件費の16%）	6	3.74	839
その他管理費 （減価償却・金利を含む）	20	12.04	// 2,704
人件費・管理費計	65	39.13	8,789
再生産費用	15	9.03	// 2,028
損益分岐点比率	約80 %		

第2案

	シェア	金額	1人当り金額
医療介護費	100 %	60.20 兆円	国民1人当り 476 千円
医業原価	20	12.04	// 95
粗利益	80	48.16	
総人件費	47	28.34	医療機関等従事者1人当り 6,366
給与	41	24.43	(同給与額) 5,488
法定福利費等（人件費の16%）	6	3.91	878
その他管理費 （減価償却・金利を含む）	21	12.60	// 2,830
人件費・管理費計	68	40.94	9,196
再生産費用	12	7.22	// 1,623
損益分岐点比率	約85 %		

第3案

	シェア	金額	1人当り金額
医療介護費	100 %	60.20 兆円	国民1人当り 476 千円
医業原価	20	12.04	// 95
粗利益	80	48.16	
総人件費	50	30.00	医療機関等従事者1人当り 6,739
給与	43	25.86	(同給与額) 5,809
法定福利費等(人件費の16%)	7	4.14	929
その他管理費 (減価償却・金利を含む)	22	13.34	// 2,996
人件費・管理費計	72	43.34	9,735
再生産費用	8	4.82	// 1,083
損益分岐点比率	約90 %		

(3) 医薬品等の関連産業が健全に発展できる財源を確保できるか

第1案～第3案では、いずれも医業原価を20%に固定しているのので、医療介護費60.2兆円に占める医業原価は12兆円である。つまり医療用医薬品、医療材料、検査等の外注市場が合わせて約12兆円に達することを示している。現在の医療用医薬品の市場(1997年)規模は約6.0兆円、医療材料市場(1997年)は約1.8兆円、臨床検査市場(1996年)は約0.6兆円、合計で約8.4兆円程度と推計される。(但しこれは各企業の売上高から推計したものであり、厳密に医療介護市場分を抽出したものではない。実際の医業原価関連市場はこれより小さいと思われる。)

2015年の関連産業市場の約12兆円は、現在の市場(実際には8.4兆円よりも少ない)が年率約2%程度で成長したときの規模に値する。医療介護費60.2兆円は、医薬品等の関連産業においても十分な発展が期待できる規模と言ってよいであろう。

第9章 医療アウトカム（成果）の目標

1. 医療の成果目標

2000年6月4日に発表されたWHO（世界保健機関）の健康寿命のランキングで、日本は第1位であった。同じWHOの「The World Health Report 2000」によると、日本のヘルスケアシステムは、フランスに次ぐトップ・グループに属すると評価されている。さらに、ヘルス・システムの使いやすさ、財政上の公正さで優れているという評価を受けている。すなわち、医療費に見合うだけの成果はすでに上がっていると言ってよい。

しかし、ここで止まってはならない。未来に向けて新たな成果目標を設定し、目標達成のための着実な一歩を踏み出さなくてはならない。

日本医師会には、医療を担当する当事者として、国民の健康を維持向上させる責務があると考ええる。憲法で保障される国民の基本的人権としての生存権、健康権を将来に渡り守り続けるため、医療担当者としての真摯な努力が求められていることも理解している。

すなわち、日本国憲法第11条の「国民は、すべての基本的人権の享有を妨げられない。この憲法が国民に保障する基本的人権は、侵すことのできない永久の権利として、現在及び将来の国民に与えられる。」という規定。そして、第25条の「国民の生存権と国の社会的任務」で謳っている「すべての国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する。②国は、すべての生活部面について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に勤めなければならない。」との規定の裏付けを担保する必要性を強く認識しているということである。

戦後半世紀以上が経過し、わが国の社会・経済環境は大きく変化している。これに伴い国民の生活環境も格段に向上している。生活環境の向上に合わせて、憲法に規定する国民の生存権、健康権もより高いレベルで維持していかなければならない。

日本医師会は、このような視点に立って、今後の医療の具体的成果目標として、以下の3点を掲げる。

(1) 生存率の向上

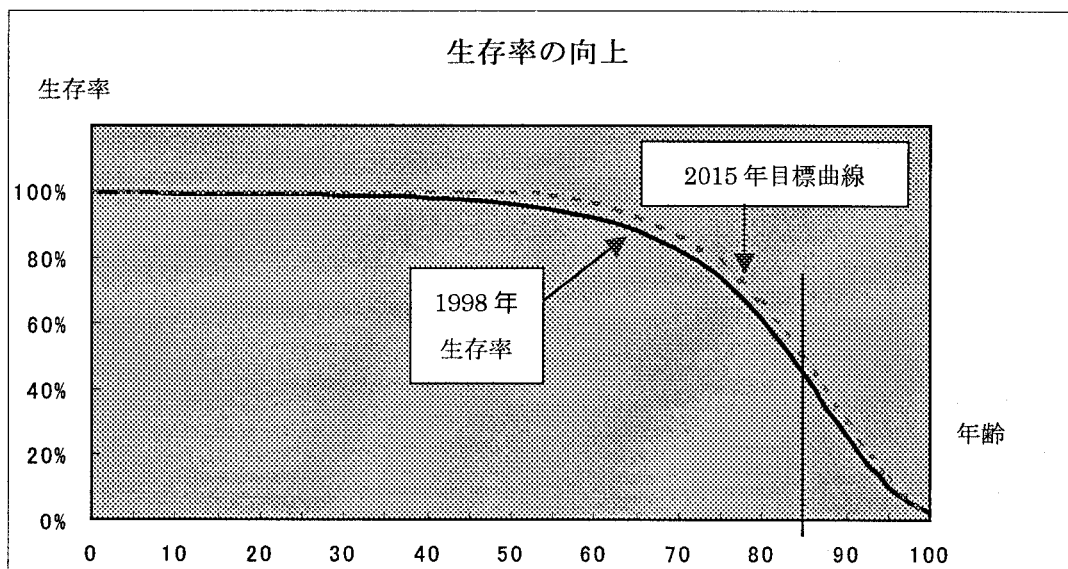
戦後の廃虚の中から、公衆衛生活動普及のための地道な努力、国民皆保険の達成、生活環境の改善等によって、わが国は世界一の長寿国になるに至った。ここでは、まず国民の生存率をさらに引き上げるという視点から目標値を設定した。

具体的には、1998年の簡易生命表から、**85歳の生存率45.1%を2015年には50%に向上させる**、すなわち、2015年に誕生した人間の半数が85歳という年齢を迎えることができることを目標値とした。

推計に当たっては、まず1998年以前の過去5年間の85歳生存率の変化が各年齢の生存率に与える影響を係数化した。当該係数に85歳生存率の変化（50.0－

45.1=4.9%引上げ) を乗じて、生存率の目標曲線を描いた。(図表9－1)

図表 9－1



(2) 自立率の向上

超高齢社会を目前にして、生存率の向上とともに、いかにQOLを向上させていくかが重要な課題となる。そこで、高齢者人口が増加する中で、高齢者の中の非自立者（寝たきり、痴呆、虚弱の状態にある者）の数をこれ以上増加させないという視点から目標値を計算した。

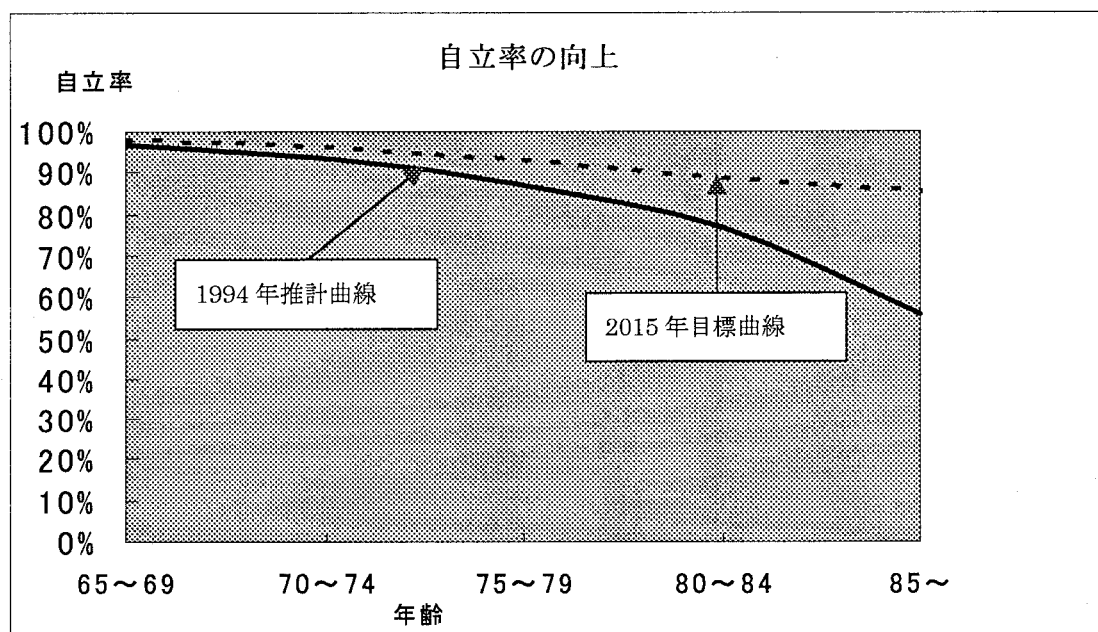
具体的には、まず現在（1994年時点、厚生省推計）の非自立者の発生率を年齢階級別に追って、各年齢階級の非自立者数を求めた。当該非自立者数が2015年の年齢階級別人口に占める割合を計算することによって、自立率の目標値を設定した。

その結果、目標となる自立率曲線は図表9－2のとおりであるが、具体的な数値を下表に示す。

【自立率の目標値】

年齢階級	1994年自立率	2015年自立率目標値
65～69歳	96.5%	97.7%
70～74歳	93.5%	96.1%
75～79歳	87.0%	93.2%
80～84歳	76.5%	88.6%
85歳以上	55.5%	85.3%
65歳以上（計）	88.0%	93.4%

図表 9 - 2



(3) 就業者率の向上

少子化傾向が続く中で、生産世代人口の減少がわが国の将来の社会経済状況に与える影響が危惧されている。わが国のGDPや税収等、経済力を維持発展させるためには、少子化対策とともに、一定の労働力確保が必要なことは言うまでもない。

そこで、上記の生存率及び自立率向上の達成によって、就労可能な高齢者の増加を図ることが期待できる。とくに、公的年金の先行きが不安視される中で、高齢者の就労を促進することは、意義があるものと考えられる。

具体的な推計に当たっては、以下の手法を採用した。

- ①過去 5 年間（1996 年以前）の就業者 1 人当りの GDP の年間伸び率を算出（1.28%）し、この伸び率が 2015 年まで一定と仮定した。

→2015 年就業者 1 人当り GDP = 982 万円

- ②2015 年の GDP 予想額 670 兆円（年率 1.5% で伸びると想定）に対して、就業者 1 人当り GDP が 982 万円とすると、必要就業者数は 6,821 万人となる。
 $(670 \text{ 兆円} / 982 \text{ 万円} \approx 6,821 \text{ 万人})$

- ③1996 年段階の年齢階級別就業者率を、2015 年の年齢階級別人口に当てはめた場合の就業者予測数は 6,232 万人となる。

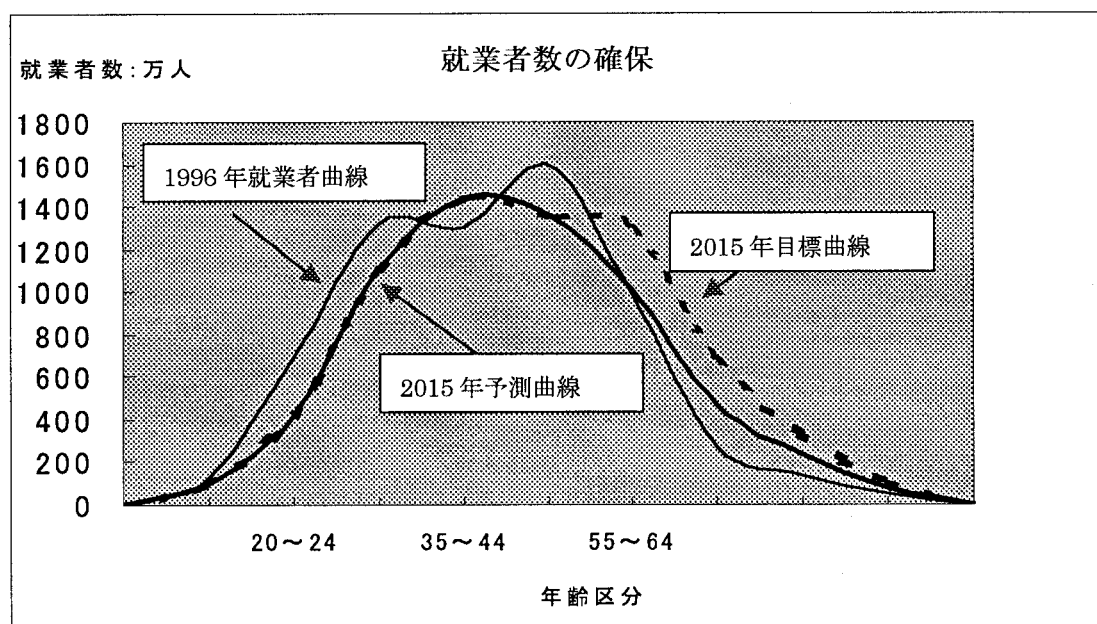
- ④上記②と③の差 590 万人を確保するために必要な就業者率は、以下のとおりとなる。（若年世代は現在でもすでに高い就業者率にあるため、いわゆる壮年世代の就業者率の引上げにより労働力を求めざるを得ない）

○65 歳以上就業者率：1996 年 25% → 2015 年 35%

○55~64 歳の就業者比率：1996 年 65% → 2015 年 82%

これらの結果から推計される就業者曲線は、図表 9 - 3 に示す。

図表 9 - 3



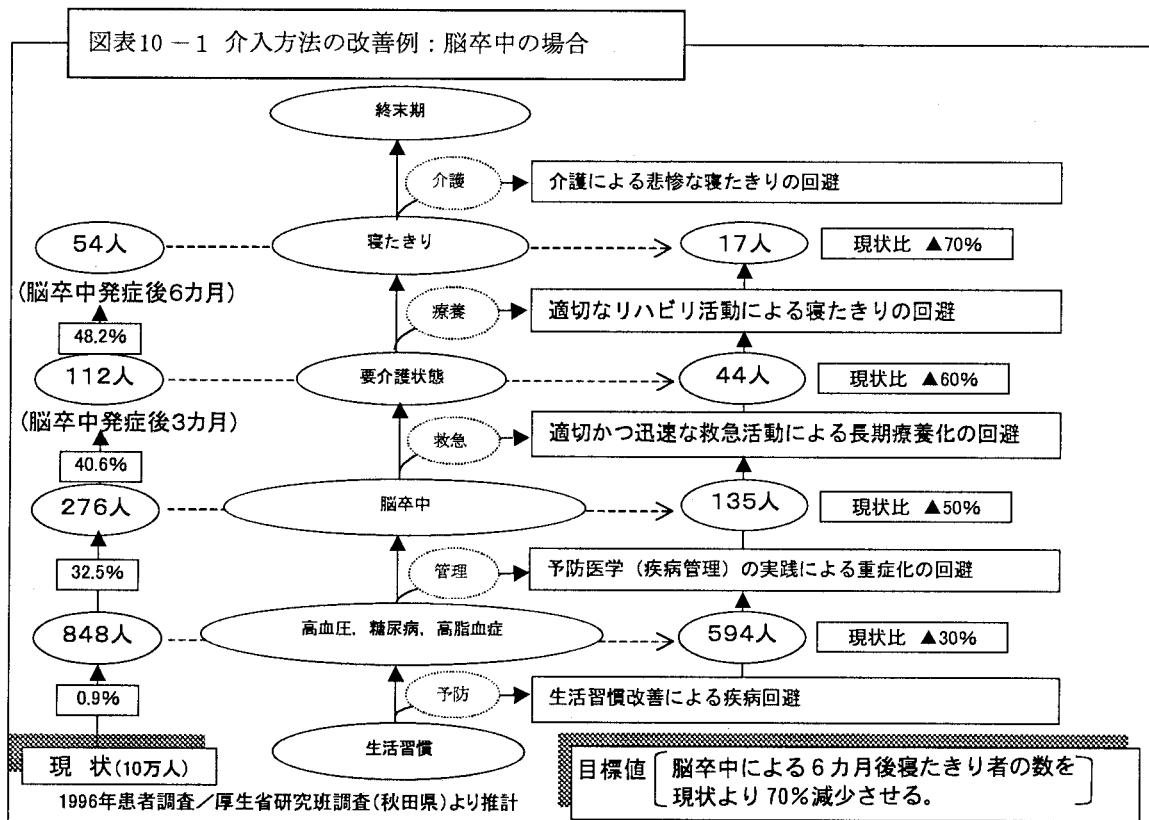
第10章 医療の質とその評価

生存率の延長は、平均寿命の延長につながる。しかし、前述のとおり、QOLを考えると、単に寿命が長いだけでは不十分である。

疾病状態にある期間、すなわち傷病平均年数を平均寿命から差し引いたものが健康平均寿命と呼ばれる。上記の自立率の向上、就業者率の向上を実現するためには、健康平均寿命の延長が必要である。同時に、傷病の状態にある時期のQOLを向上させる努力が必要である。そして、健康平均寿命の延長を実現するために、現在の医療を変化させる必要がある。脳卒中を例に挙げて、どのような変化が求められているかを以下に考察する。

1. 脳卒中を例とした医療の質の変化

脳卒中の原因となる、高血圧、糖尿病、高脂血症は、禁煙指導、運動指導などの一次予防により30%程度は減少させることが出来ると考えられる。さらに、高血圧、糖尿病、高脂血症の患者に対する二次予防を徹底することにより、脳卒中の発生を50%程度減少させることができよう。さらに、不幸にも脳卒中を発症した場合には、適切かつ迅速な救急医療を行うことで、長期療養化を防止することが出来る。さらに、適切なりハビリなどを行うことにより、脳卒中に伴う悲惨な寝たきり患者の発生を、現在よりも70%程度減少させることが可能である。(図表10-1)



このように、適切な治療活動を行うばかりでなく、これまで以上に予防医療に注力することで、前述の目標は十分に達成することができる。現在よりも治療や予防に費やされる医療費は増加するものと思われるが、重症な患者が大幅に減少し、予後が改善することで、全体としての医療費の減少が大いに期待できる。

このような状況下で医師に求められる行動としては、次のことが考えられる。

(1) 予防、特に一次予防への積極的な関与

運動や禁煙の指導は、一次予防、二次予防両方の観点からも重要である。しかし、どのような運動プログラムや禁煙プログラムが最良であるかは個々の人間によって違う。個人の特質に立脚したプログラムの作成と、時宜に応じたプログラムの変更が必要である。

また、喫煙の危険性や運動の有用性に関して、学校教育や地域における教育活動を通じて、認識を広めていく必要がある。この場合も、医師が実際の疾病の例を挙げつつ解説することが、理解と認識を深めることになる。

(2) 検査・治療手段の的確かつ迅速な選択

適切な治療手段の選択のためには、的確な診断が欠かせない。的確な診断をしても、治療の手技が不安定では好ましい結果は得られない。常に的確な診断を行い、的確な治療を行うためには、日頃からの技量の研鑽とともに、様々な症例を見聞する必要がある。広範な知識と豊かな経験とよく錬磨された技術が相まって、初めて検査・治療手段の的確かつ迅速な選択が可能となる。

(3) より新しく患者に優しい治療手段の開発

現在の治療手段は、患者にとって快適とはいえない部分がある。より効果的、快適な治療手段の開発が必要であることはいうまでもない。インスリンの自己注射は、糖尿病治療において欠かせない手段ではあるが、自己注射に変わるインスリンの投与法が開発されれば、糖尿病患者にとって有意義であろう。

(4) 医療における情報の規格化

よりの確な診断や治療指針の伝達、新しい診断手段や治療手段の開発と評価のためには、医師同士、医師と他の医療従事者、医師と患者のコミュニケーションが円滑に行われなければならない。診療の現場で使われる言葉など、情報を標準化することで、患者の理解も得られやすくなり、チーム医療を円滑に進めることができるようになる。さらに、全ての症例を研究対象として捉えることができるようになり、診断や治療技術の評価、新しい技術の開発と評価を十分に行うことができるようになる。

2. 文献上の評価の具体例

前項で述べたことを実現するために、具体的にどのような取り組みが必要とされているかを文献に基づいて概観する。

(1) 一次予防の充実

傷病平均年数の圧縮 (compression of morbidity) が期待できる予防医学の対象として喫煙、肥満、運動不足の3因子が特によく研究されている。以下に述べるような根拠から、医師の適切な指導によってこれらの3因子を取り除く生活習慣改善がなされ、かなりの傷病平均年数の圧縮が期待できる。

1) 喫煙や肥満、運動不足が悪影響をもたらしているという研究

Anthony J. Vita et al, Aging, Health Risks, and Cumulative Disability, N Engl J Med 1998; 338: 1035-1041. は、1962年に1,741人の大学同窓会員の喫煙、肥満、運動不足の3つの生活習慣因子を調査し(当時平均年齢43歳)、1986年から1994年(この年には平均年齢75歳)にかけて毎年の障害程度を調査した研究である。この研究では、喫煙や肥満や運動不足を避けるというリスクが低い生活をする事により、傷病平均年数の圧縮が観察された。

2) 運動が障害を減少させるという研究

次に、カリフォルニアで、ジョギングの会の55歳以上の会員537人とこれに対応する一般人の423人を9年間にわたり追跡調査した結果では、ジョギングの会の会員は障害の増加率が一般人の3分の1以下とのである。死亡者数が少ないので傷病平均年数の圧縮は証明されていないが、様々な他のデータを考慮すれば傷病平均年数の圧縮はほぼ確実とされる。《 James F Fries Physical activity, the compression of morbidity, and the health of the elderly; J R Soc Med, 1996 Feb, 89:, 64-8 》

3) 100歳以上生きた人々の障害程度の調査研究

マサチューセッツの100歳から111歳の老人64人を調査したところ、90%以上が90歳代を健康に過ごしていたことが判明した。調査時点で内服している薬の数は平均で2種類と少なく、医師に診断されている病気の数は平均で2つのみであった。調査期間中に死亡した15人に関しては、平均して死亡前4年の時点までは障害はほとんど認められなかった。

しかし、この事実の解釈には注意が必要である。100歳以上生きるということは健康的な遺伝子をもつなどで特殊な人であるとも考えられる。このような特殊な人だから傷病平均年数の圧縮が観察されたのではないかとも思われる。80歳前後で亡くなる普通の人は、医療の進歩により傷病平均年数の延長 (Expansion of morbidity) となるのではないかとこの論文の著者は危惧している。《 Perls T.T. Centenarians prove the compression of morbidity

hypothesis, but what the rest of us who are genetically less fortunate?;
Med Hypothesis, 1997 Nov, 49:5, 405 》

4) 禁煙指導の有効性

米国予防医療研究班の研究報告第2版には次のようなデータが紹介されており、禁煙指導（カウンセリング）が胸部X線写真による肺ガン検診などよりもはるかに意味あることと位置づけられている。

50歳までに禁煙した人は、その後の15年間の死亡率がなんと半分以上になり、70歳以降に禁煙した人でさえ死亡の危険度は著しく低下する。禁煙して10年間が経過すれば、喫煙を続けた場合と比較して、肺ガン発生リスクは30～50%も減少する。口腔内や食道のガンにおいては、禁煙後5年で発生率が半分まで低下する。また、禁煙1年後には心筋梗塞などに罹ったり死亡したりする率が半分にまで減少する。禁煙2年後からは脳卒中の発生率も低下し始め、5～15年で一般人の発生率に近づく。

ニコチン補充療法の効果を見るランダム化比較試験の効果を紹介すると、コントロール群、つまり禁煙のカウンセリングとその後複数回の経過観察のみの群では4～9%の12ヶ月後の禁煙成功率であったものが、ニコチン補充をしてカウンセリングと複数回の経過観察をした群では9～25%と約2倍の成功率であった。喫煙の社会に与える悪影響が大きいことを考慮すると、10～20%の禁煙成功率の効果は絶大である。ただし、一方で1回のみの医師による簡単な禁煙指導では、1年後の禁煙成功率は2%しかないというデータもあるので、成功率の高い禁煙指導法を医師に教育することも大切な問題となる。

5) 運動不足解消の有効性

1996年米国の調査（Guide to Clinical Preventive Service, Second Edition ; Report of the U. S. Preventive Service Task Force）によれば、全米人口の58%が運動をしない日常生活を送っているという。中等度の運動を取り入れることにより虚血性心疾患による死亡が41%減少し、運動不足の人は35%～52%も高血圧症にかかる危険が高く、その他、肥満、糖尿病、骨粗鬆症、精神疾患の予防に大きな効果があるという。運動を日常生活に取り入れるようにカウンセリングした際の効果は、まだはっきりと示されていないが、カウンセリング技術の向上や、運動できる環境整備といった環境因子と相まった形で今後成果を上げることが期待したい。

6) 予防医療の効果

2015年時に、135万人の老人が入院し、428万人の老人が外来受診、すなわち563万人の老人が医療機関を受診していると推定される。現在の、ともすれば治療に偏りがちな医療を、予防を重視した医療に変化させることで、老人の受診率を10%減少させると、56万3千人×74万円でおおよそ4,200億円の医療費を節約できる。これは医療費推計額約56兆円の0.8%、高齢者医療費の推計

額約 20 兆円の約 2%にあたる。また、受診率を減少させることは、結果として、寿命、特に健康平均寿命の延長と、それに伴う自立率の向上、その結果としての就業者数の確保につながる。おそらく、医療従事者等のゆとりを生み出すことにもなるだろう。

(2) 二次・三次予防が健康平均寿命に与える影響

次に各種の慢性疾患を予防したり治療したりすることで、どの程度の健康平均寿命 (disability free life expectancy) と平均寿命 (life expectancy) の伸びが期待できるか、そして結果として傷病平均年数が伸びるのか短くなるのか (expansion or compression of morbidity) を推定するオランダの研究がある。

Wilma J. Nusselder, et al, The Elimination of Selected Chronic Diseases in a Population: The Compression and Expansion of Morbidity, Am J Public Health. 1996;86:187-194 では生命表、各種病気の有病率、病気と障害度の関係、各種病気による年齢別の死亡率などのデータを統計処理することで、1) 慢性肺疾患、2) 心疾患、3) ガン、4) 糖尿病、5) 関節炎および腰痛、6) 偏頭痛などの頭痛、7) 他の神経疾患を仮に撲滅できた場合に、健康平均寿命と平均寿命それぞれがどの程度伸びるか、そしてその結果として傷病平均年数が伸びるのか短くなるのかを推定している。(図表10-2)

図表10-2

<65 歳の時点での余命>

	余命	健康余命	傷病年数
男 性	14.2年	6.9年	7.3年
慢性肺疾患を撲滅した場合の変化	+0.3	+0.5	-0.2
心疾患 //	+3.1	+1.5	+1.6
ガン //	+2.7	+0.9	+1.8
糖尿病 //	+0.1	+0.0	+0.1
関節炎および腰痛 //	+0.0	+0.7	-0.7
偏頭痛などの頭痛 //	+0.0	+0.1	-0.1
他の神経疾患 //	+0.1	+0.1	±0.0
女 性	18.8年	6.2年	12.6年
慢性肺疾患を撲滅した場合の変化	+0.1	+0.2	-0.1
心疾患 //	+2.7	+0.9	+1.8
ガン //	+1.9	+0.4	+1.5
糖尿病 //	+0.3	+0.3	±0.0
関節炎および腰痛 //	+0.1	+1.0	-1.0
偏頭痛などの頭痛 //	+0.0	+0.1	-0.1
他の神経疾患 //	+0.1	+0.1	±0.0

この結果から、医療が与える影響として2つの重要な推定が得られた。第1に、ガンや心臓病などの致死的な疾患を撲滅することで、致命的でない傷病を有する

高齢者を産み出すことになり、社会的負担につながる可能性がある。第2に、関節炎や腰痛といった障害を産み出しても致命的ではない疾患群の撲滅は傷病平均年数の減少になる。

このように、予防医療により傷病平均年数の圧縮が単純に得られるものではないという現実を示唆するデータがある。傷病平均年数の圧縮のためには、予防医学の中でも特にどの領域に力を注げばよいのか、どのような方法で予防すればよいのかを明らかにするための今後の研究に期待がかかる。

また、単純に傷病平均年数が短くなればそれで良いという問題でもない。治療が患者の自己実現を妨げないものである限り、傷病の状態にあるからQOLが低いとは言えないからである。

(3) 治療

現在の医療は、ともすれば、診察した患者の数や実施した検査や手術の数や、使った薬などの「量」や「モノ」によって評価されがちである。豊富な経験や熟練の技とそれに基づいてなされる的確な判断は評価されない。現在、技術に対する評価が取り入れられつつあるが不十分である。

今後は、患者が置かれている状況に応じた検査方法や治療方法の選択という「判断」やそれに伴う「質の向上」が重要である。医師の側も、的確な判断を行うためには自己研鑽が欠かせない。自己研鑽に励み、的確な判断を下せる医師が高い評価を受ける制度が必要である。

1) 望ましい治療手段の評価方法

評価を的確に行うためには、医師と患者、医師同士、医師と他の医療従事者といった、いろいろな組み合わせにおけるコミュニケーションが円滑に行われる必要がある。したがって、用語や表現方法など、情報の規格化は避けて通れない問題である。その上で、治療方法や検査方法の選択に当たっては、「医療介入による利益の評価」が中心となる必要がある。

すなわち、絶対危険減少 (ARR: Absolute Risk Reduction)・相対危険減少 (RRR: Relative Risk Reduction)・治療必要数 (NNT: Number Needed to Treat) などの指標、「医療介入による損失(副作用など)の評価」すなわち、絶対危険増加 (ARI: Absolute Risk Increase)・相対危険増加 (RRI: Relative Risk Increase)・害を生じるための治療必要数 (NNH: Number Needed to Harm) などの指標、上記の利益と損失の1単位当たりに要する医療費評価、数字に評価できない文化的な要求などまでも含めた患者満足度などを総合的に評価し、医療介入による利益と損失のバランスの検討、などを行う必要がある。異なる複数の医療介入の選択肢がある場合には、これらの指標を用いて比較し、より効果の高い医療行為を奨励していかなければならない。

2) 治療手段の選択の例

早期胃ガンのなかでも早期の部類に分類される粘膜癌に対しては、従来の開

腹手術でのリンパ節郭清手術に加えて、リンパ節郭清をほとんど行わない胃部分切除術、腹腔鏡下胃部分切除術、内視鏡下胃粘膜切除術などが行われるようになり、その選択をめぐってさまざまな議論がなされている。

胃粘膜癌の症例では、1.6%にリンパ節転移がみられたという報告がある。(紀藤 毅ら「早期胃癌に対する縮小手術の適応と限界」手術, 第47巻第10号: 1573-86, 1993)

例えば、内視鏡下胃粘膜切除術の代わりにリンパ節郭清を伴った標準的な胃癌手術を行うことにより、リンパ節転移が1.6%から0.2%に変化すると仮定する。この場合、リンパ節再発の危険が1.6%から0.2%へ1.4%減少すると表現できる。一方、1.6%から0.2%へ減ったのだから $(1.6 - 0.2) / 1.6 \times 100 = 87.5\%$ もリンパ節再発の危険が減少したと表現することも可能である。前者は絶対値の差で表現したので絶対危険減少、後者は危険率の比をくらべる形、つまり相対的な危険度の減少率なので、相対危険減少と呼ばれている。また、リンパ節再発例を1例減らすためには内視鏡下胃粘膜切除術の代わりにリンパ節郭清を伴った標準的な胃癌手術を何例行うことが必要かを計算すると、100例行って1.4%の1.4人のリンパ節再発が減少するのだから、 $100 / 1.4 = 71$ 例となり、内視鏡だけで済む手術を開腹して胃を広汎に切除する手術に切り替えることを71人にして初めて1人のリンパ節再発を救済するという治療効果であることがわかる。この数字が治療必要数 (Number Needed to Treat: NNT) ということになる。相対危険減少の数字でみれば、リンパ節郭清を伴う開腹手術が優位に見える。しかし、治療必要数でみれば、内視鏡下胃粘膜切除術を行い、仮に粘膜癌よりも進行したものであることが後で判明した場合は、その段階で手術を追加する方針の方が優位ととれる。

細かな議論をすれば、内視鏡下胃粘膜切除術では術前に粘膜癌との診断をつけることが難しいといったことも指摘されるであろう。しかし、臨床現場での治療法の選択にあたっては、治療の効果を客観的な数字で表現し、その治療から得られる効果とマイナス面を比較して、最終的には患者の価値観によって選択がなされねばならない。

3) 新しい治療手段 (技術的手段による人体機能の代替)

我が国でも、すでに幾つかの人工臓器が実用化され、定着している。これらの人工臓器は、技術的な制約などから、多くの問題点を抱えていることも事実である。(井街 宏「人工臓器の新しい展開」BME 13:No. 8, 28-32, 1999)

現在の人工臓器の問題点としては、1) 生体機能を完全に再現していない、2) 大きく重い、3) 自立的でない、4) 長期に渡って副作用の危険にさらされる、5) 装着することが不快である、などがあげられよう。これらの問題点を解決することで、疾患によっては人工臓器が治療の主役となることが期待される。

本来の意味での人工臓器ではないが、脊髄損傷や脳卒中による麻痺に対しては、機能的電気刺激 (FES: Functional Electrical Stimulation) によって、機能を再建できる。上下肢の制御や排尿の制御、呼吸の制御などが対象となる。

(星宮 望ら「失われた神経機能の回復：機能的電気刺激」BME, 13:No. 8 11-17)

コンピューター外科には、より安全な手術の実施や、手術による患者の負担の軽減とそれに伴う入院期間の短縮、患者の早期社会復帰が期待される。同時に、医療スタッフにとっても負担の軽減となることが期待される。そして、トータルでの医療費の縮減効果が期待される。

4) 在宅医療・介護

高齢者や障害者に対して質の高い介護を提供しようとする、介護人の数を増やす必要がある。しかし、日本の現状を考えると、介護人の数を増やすことには限界がある。従って、介護の省力化のためにも、自立期間をできるだけ延ばすような技術開発が必要である。

日常生活において、緊急度の高い支援対象は、排泄、入浴および移動となる。そして、排泄や入浴時に問題となるのは、便器や浴槽などへの移動である。つまり、移動作業を効率的に行う手段を開発する必要がある。パワーアシスト技術の開発と応用が待たれる分野である。これらの移動の支援は、介護に当たる人員のアシストばかりではなく、自立しているものの行動に制限がある人にも有用である。

また、自由に動き回れない高齢者・障害者に対する情報提供手段としてのヴァーチャルリアリティ技術も重要である。同時に、在宅医療においてもヴァーチャルリアリティ技術は遠隔医療実現の手段として重要である。

(4) 終末期医療への対応

終末期の患者に対して、酸素吸入程度は行うものの、点滴も含めて積極的な治療を行わないケースが徐々に増えている。このような終末期医療の形態は、現在、国民のコンセンサスを得つつあると言ってよいであろう。たとえ終末期であろうとも、患者の自己実現が可能となるような手厚い介入が行われることは当然である。たとえば、末期の癌患者に対して、鎮痛などの処置を適切に行うものの、原疾患である癌に対しては抗癌剤や手術などの治療を行わない選択が主流となろう。

また、終末期医療ではないが、最近公表された厚生省の班研究の結果でも、より濃厚な処置が行われる病院での出産よりも、助産院での出産のほうが母親の満足度が高いとされている。

このように、疾患を積極的に治療するのではなく、患者の苦痛の除去などに医療の介入を限定することも一つの医療の形態である。

3. 医療の質を向上させる方策

医療の質を向上させるためには、第一に、薬剤をはじめとする様々な治療方法の開発、自立や介護を支援する様々な機器の開発が必要である。新しい手段や技術の開発なしでは、さらなる質の向上はあり得ないか、あっても微々たるものであろう。新しい治療法や治療に当たっての考え方を導入するに当たって、先に述べた絶対危

危険減少・相対危険減少・治療必要数などによる治療効果の評価、絶対危険増加・相対危険増加などによる治療の害の評価など、客観的なデータに基づいた治療法の評価が欠かせないことは言うまでもない。

第二に、新たに開発された医療技術を普遍化させるために、まず、情報の標準化が必要である。その上で、治療の成果を普遍的に論じるための指標を導入し、治療成績のデータ収集とその客観的な評価により、医療技術を評価する必要がある。そして、適切な医療技術をガイドラインとして採用するとともに、治療成績に基づいたガイドラインの絶え間ない改訂が必要である。さらに、このような新しい医療技術を普及させるためには、IT技術を活用した多様な教育・研修の展開が必要である。これらを実現するためには、患者個人のプライバシーを守りつつ、全ての症例が症例検討や研究の対象となるようなデータの蓄積と共有が重要である。

第三に、一次予防の充実による疾病の予防とともに、終末期医療においては患者の自己決定権が重要となる。一次予防や自己決定権の行使を支えるのは、国民一般への教育啓発活動である。医療機関の側も、悲惨な医療事故を予防するために、安全管理を徹底する必要がある。

これらの方策の実行は、医療の質に大きな影響を与えるものと考えられる。その結果、医療需要や医療提供体制、そして医療費の量的な変化に大きな影響を与えることになる。本章では、脳卒中についてのみ、医療の質の変化の影響を論じるに止まっているし、医療費の面では定性的な議論しかなしえていない。今後は、変化を具体的に記述するためのデータの収集が必要である。と、同時に、医療のグランドデザイン自身も質的な変化に応じて、常に前向きに書き換えられなければならない。

第11章 国民への保証

1. 2000年の改革論争

2000年の医療構造改革は空振りに終わった。最大の争点が薬価に関する「参照価格制度」であったので、それに反対した日本医師会が改革潰しの元凶のように言われ、そう信じている人も少なくない。本当のところはどうだったのであろうか。厚生省は「参照価格制度」は患者主体の薬剤選択ができる制度と主張した。それに対して日医は「参照価格制度」の本質は人の命に値段をつけることであり、国民皆保険制度を崩壊させる蟻の一穴となり「貧乏人はゾロを飲め」という結果を招くと指摘した。

当然ながら、財源的に考えれば、家計に負担を押しつけることになる。

患者も医師も負担を押しつけられた上に、人の命に値段をつけたとは思わなかった。結果、参照価格制度は潰れた。日医が反対したから潰れたのではなく、潰れるべくして潰れたのである。

日医はその時、反対だけしていた訳ではない。「医薬品供給機構の設立」という対案を提案していた。保険者が機能強化して、製薬メーカーと直接価格交渉を行うという案である。残念ながら、この案は、「参照価格制度」を退場させるための犠牲とされてしまった。

2. 2002年の改革に向けて

2000年の改革論議が迷走してしまったために、2002年からの改革は待った無しである。そのためには、国会のスケジュール等を考え合わせると、今すぐ検討を開始しなくては間に合わない。しかしながら、厚生省は重い腰をあげそうもない。そして、当事者間の「意見の不統一」を改革ができなかったことの言い訳にするだろう。しかしそれでは、医療の現場をあずかる当事者として国民に責任を果たせない。

そこで、各当事者の方々に、小異を捨て大同について、高齢者医療制度の議論を開始することを呼びかけたい。そして、国民に、高齢者医療制度の創設を通じて診療報酬体系改革、薬剤制度構造改革、医療提供体制改革、生涯保健事業の推進の4つの医療制度改革を成し遂げ、それを通じて世界有数の国民皆保険体制を堅持することを約束する。

3. 4つの改革の内容

高齢者医療制度については前述したので、それ以外の4つの改革について日本医師会の考え方を以下に述べる。

(1) 診療報酬体系改革

診療報酬体系改革は、物と技術の分離を実現し、技術評価重視の体系構築を基本方針とする。

この基本方針に沿って、一般系統の診療報酬体系については「技術報酬系」、「薬・材料報酬系」、「在院報酬系」の3系に明確に区分し、それぞれのコスト構造に応じた診療報酬体系の構築を目指し、支払方式は出来高払いを原則とする。

高齢者医療制度との関係では、高齢者に係る医療費の出血を最小限に食い止めるために、慢性期における支払制度に包括化の導入を提案する。しかし、包括化にあたっては、全く評価体系が異なる「系」をまたぐ包括化を回避しなければならない。さらに、一般系統の医療機関とは経営原資、設置目的等に違いがある国立病院や大学病院に対しては、これを「特定系統」として位置付け、1日当たり包括支払方式の導入を提案する。しかし、その場合でも、コスト構造を反映した点数設定が望まれることは言うまでもない。

世界的に見て、わが国の対GDPに占める医療費の割合が低いのは、人件費率が低いこと、診療報酬上の技術評価が低いことが一因とされるが、診療報酬体系改革の完全実施によって、早急にわが国の医療費を世界標準に近づけることが望まれる。合わせて、適正な診療報酬財源確保のためのルール設定が必要である。

(2) 薬剤制度構造改革

薬剤については、薬価制度に特化した対応ではなく、審査制度、監視制度などを含めた全体的な改革が必要である。

薬価制度については、①薬価差の解消とこれに伴う関連技術評価の確立、②薬価算定に関する公正な組織の設置による薬価設定の透明化、③同効薬間の価格差是正による公平性の担保、④画期的新薬等の適正な評価のための薬剤経済学的評価体系の導入、などが具体策として考えられる。また、薬価の決定にあたって、消費税の取り扱いが不明確なので、中期的（2005年を目途）には、消費税のゼロ税率を実施すべきである。

医薬品の審査・承認については、安全性と迅速性をより一層高める観点から、現行の審査体制を抜本的に見直すとともに、副作用モニタリング制度の確立が急務の課題である。

(3) 医療提供体制改革

医療提供体制改革については、第4次医療法改正案が第147回通常国会で廃案となったのを契機に、いかにすれば良質な医療を効率的に提供できるかを検討すべきである。

そもそも医療法が制定された昭和 23 年度当時は、戦後の大混乱期で医療提供体制の量的確保に重点が置かれたが、今後は質的充実に重点を置くべきではないか。従来のように、人員基準や構造基準といった「有る・無し基準」で医療機関をコントロールすべきではない。

また、地域特性や地域的偏在を考慮に入れながら、第一線の医療担当者が柔軟に運用できるように法体系を見直すべきではないか。医療計画については、中長期的な需要分析に基づく医療計画の見直しが求められる。厚生省の「減床政策」を徒に推し進めることは、医療機関に不安を与えるだけでなく、国民の医療へのアクセスにも支障をきたすおそれがあるので、慎重に対応しなければならない。

診療情報開示については、医師による自主的かつ積極的な実施を旨とし、診療情報の提供に関する指針に沿った全国的な展開が必要である。

(4) 生涯保健事業の推進

「予防に勝る良薬なし」といわれて久しいが、残念ながらわが国では、予防医療はこれまで「治療」に比べ重要視されない傾向にあった。この理由は、予防医療は非常に地味な努力の積み重ねが必要であることと、診療報酬上の手当てがないため、経済的な動機づけが乏しかったことにあると考えられる。

しかし、日本人の生活環境や食生活の変化に伴い、疾病構造が生活習慣病を中心とした慢性疾患にシフトしている中で、「予防医療」の重要性はますます大きくなってきている。

予防の充実という視点に立ったとき、現行制度の大きな問題点は、国民個々人の健康情報の把握・管理が一元化されていないということである。その背景には、乳幼児期、就学期、就労期、老年期と、検診及び健康づくりを中心とした各種保健事業が、縦割り行政の弊害で、まったくばらばらに実施されているという現状がある。

これらの改善のためには、各種保健事業の体系化を図り、「生涯保健事業」として位置付け、生涯を通じた健康情報の一元化をシステムとして確立しなければならない。具体的には健康評価技法を確立するとともに、疾病予防施設の拡充とその財政的支援を急ぐべきである。併せて、WHOが定める「ヘルスプロモーションに関するオタワ憲章」にあるように、健康を個人及び社会の重要な資源と捉え、「健康増進」の理念の普及に努めるべきである。これらの対応によって、健康の確保・増進のための医療は投資であるという「健康投資」概念を確立し、国民や政府の医療・健康に対する意識の変革を促すことも必要であろう。

4. 法体系の整備

国民への保証は、最終的には法の整備を通じて行われる必要がある。これまで述べてきたことや問題意識を法の整備という面から整理すると以下の通りとなる。

(1) 高齢者医療法の制定

老人保健法と介護保険法を統整合理して、高齢者医療制度を担保する法として高齢者医療法を制定する。

(2) 新健康保険法の制定

一般医療保険制度については、負担と給付の一元化を図るための財政調整を強力に行うシステムを作ることが最大の課題である。そのことを織り込むとともに74歳未満の介護給付等について定めた新健康保険法を制定する。

(3) 健康基本法の制定

生涯を通じた保健事業の体系化と一元化を図るために母子保健法、学校保健法、労働安全衛生法、老人保健法に基づく保健事業を統合し、健康基本法を制定する。

(4) 医療情報基本法の制定

医療情報の特殊性に鑑み、個人情報保護と情報公開というパラドックスについて明確な判断基準を示す医療情報基本法を制定する。

(5) 救急基本法の制定

救急医療については、救急業務の対応が下表の通り、その根拠法の枠内の多数の主務官庁にまたがって行われているので「救急基本法」を制定して、救急体制の一元化を図る。

図表11－1

行政項目	根拠法	同目的	主務官庁
医療・医療機関	医療法	医療提供体制の確保、国民の健康保持	厚生省
救急行政	消防法	火災予防、国民の生命・財産の保護	自治省
航空行政	航空法	航行の安全・航空事業の秩序確立	運輸省
道路行政	道路交通法	道路の危険防止、交通安全	警察庁
災害行政	災害対策基本法	国土、国民の生命・財産の保護	国土庁

(6) 医療法の改正

現在、医療法、老人保健法、精神保健法、介護保険法にまたがって定められている医療機関の機能の再編成等を目的として医療法の大改正を行う。