

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

平成12年10月

2015年

医療のグランドデザイン

日医総研

日本医師会総合政策研究機構

はじめに

医療制度の抜本改革の必要性が叫ばれて久しい。

しかし、政府審議会等は従来の行政主導による議論の域を脱しきれず、改革の方向性を明確に打ち出すまでに至っていない。

このような閉塞状況を打破するためには将来ビジョンの提示が必要と考え、日医総研は、医療の中期的な将来展望を示す「2015 年医療のグランドデザイン」の概要を本年 3 月に公表した。本書は、これを文章化し報告書としてまとめたものである。

この本報告書が呼び水となり、さまざまな意見、政策案が各方面から提起され、国民に対して幅広い選択肢が示されることを期待する。

医療の中期的ビジョンは、社会経済の動向の変化や技術進歩等により、常に前向きに書き換えられなければならないことは十分認識している。報告書の質の向上を目指して更なる研鑽を積む所存であるので、関係各位からの幅広いご意見をいただければ幸甚である。

2000 年 10 月

日 医 総 研

所 長	糸 氏 英吉
研究部長	青 柳 俊

目次

全体設計のスキーム	P 1
第1章 後期高齢者対策を中心とした ポリシーダイナミックス	P 3
1. 人口減と後期高齢者の激増	P 3
2. ポリシーダイナミックスと高齢者医療制度	P 5
第2章 国民医療費の現状と国際比較	P 7
第3章 現行制度に基づいた需要予測	P10
1. 2015年における入院者数の予測	P10
2. 2015年における外来患者数（医科） の予測	P13
3. 2015年における要支援・要介護者数 と所在地分布予測	P16
第4章 提供体制	P21
1. 2015年における入院／外来／要介護者数 の予測まとめ	P21
2. 入院／入所病床数の将来予測	P23
3. 医療・介護常勤従事者数の将来予測	P25
第5章 医療／介護サービス費用の将来推計	P37
1. 国民医療・介護費の将来予測の必要性	P37
2. 高齢者医療制度の概要	P37
3. 推計の前提	P39
4. 推計の手法と結果	P40
第6章 財源負担構成 ～公費・事業主・家計～	P42
1. 主体を明確にした財源負担区分の設定	P42
2. 2000年度介護保険費用について	P42
3. 2000年度老人医療費について	P42
4. 2000年度一般医療費について	P43
5. 連結後の負担構成割合	P43

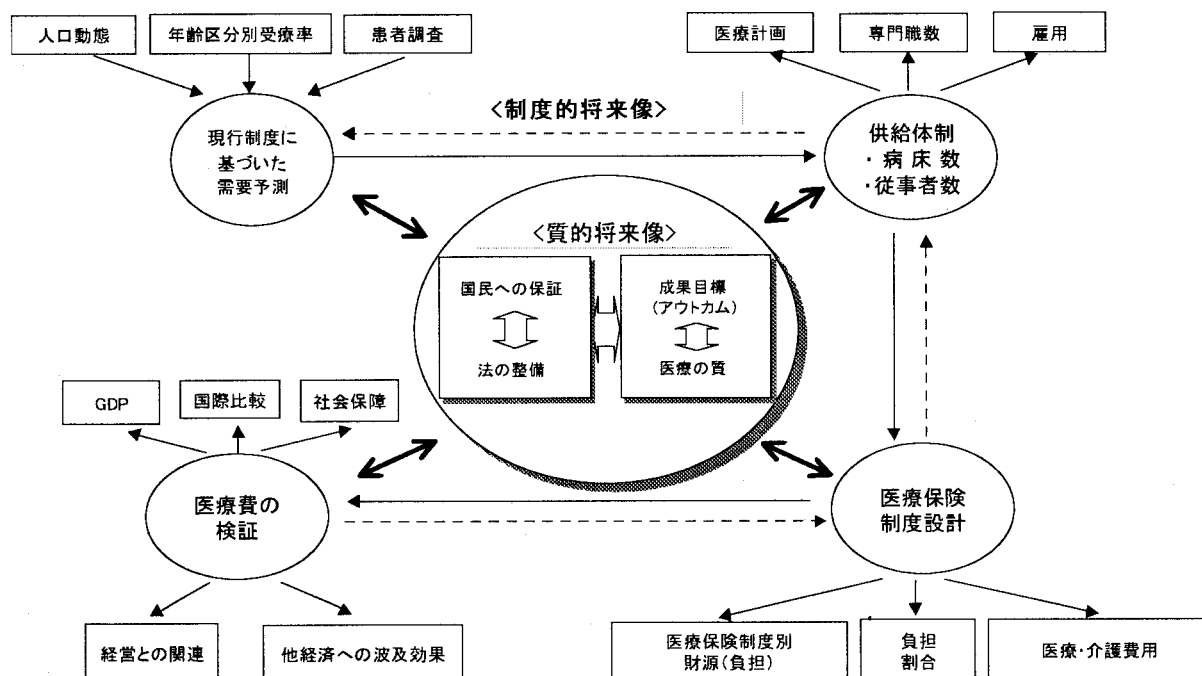
6. 2015年国民医療・介護費の負担割合 －選択肢の提示	P46
第7章 公的医療保険の役割と自立投資概念の導入	P49
1. 公的医療保険の役割	P49
2. 自立投資概念導入の背景	P49
3. 自立投資と公的医療保険	P50
4. 自立投資医療の対象	P50
5. 想定される自立投資ファンド	P51
第8章 産業／経済としての医療の検証	P53
1. 経済波及効果について	P53
2. 国民経済及び経営面からの検証	P60
第9章 医療アウトカム（成果）の目標	P65
1. 医療の成果目標	P65
第10章 医療の質とその評価	P69
1. 脳卒中を例とした医療の質の変化	P69
2. 文献上の評価の具体例	P71
3. 医療の質を向上させる方策	P76
第11章 国民への保証	P78
1. 2000年の改革論争	P78
2. 2002年の改革に向けて	P78
3. 4つの改革の内容	P79
4. 法体系の整備	P80
2015年医療のグランドデザイン関連データ集	P82

<全体設計のスキーム>

1. グランドデザインの骨格

このグランドデザインの骨格は、制度的将来像（図の周辺部分）と質的将来像（図の中央部分）に分けられる。制度的将来像は、現行制度に基づいた需要予測に始まり、それに基づいた供給体制を予測している。需要予測は人口動態の変化と年齢区分別受療率の傾向、患者調査等に基づいて行った。供給体制は、病床数などのハード的なものと、従業者数の2つの面からアプローチした。

全体の設計スキーム



次に医療保険制度を高齢者医療制度と一般医療保険制度に分けて、医療・介護費用の将来推計を行った。その上で財源構成を3つのケースを想定して設計した。更に新しい財源として、自立投資という概念の導入を提唱している。

制度的将来像の最後に、産業／経済としての医療の検証を行っている。検証は、医療費の投資効果という面と国民経済における位置づけ及び経営面から行った。

質的将来像は、まず生存率、自立率、就業者率の3項目について成果目標を設定するよう提案している。更には、医療の介入方法を改善するための数値目標を設定するよう求めるとともに、医療の質について技術開発、技術の普遍化、提供システムのレベルアップという項目ごとに具体的に方向づけを行うよう提案している。

終わりに、医療の質を国民に担保するために、構造改革の具体的なスケジュールを示すとともに、法の整備の方向づけを行っている。

2. 設計の思想

このグランドデザインは、次の3つの原理を基本的な考え方として設計した。

- ・ 予測の原理
- ・ フィードバックの原理
- ・ バージョンアップの原理

(1) 予測の原理

予測の原理は、現行制度に基づいた需要予測、病床数・従業者数等の供給体制の予測、医療保険の制度設計（費用・財源）、医療費の検証を行った際に活用した。

予測原理のうち活用した原則は以下のとおりである。

- ・ 現状の維持
- ・ 傾向の維持
- ・ 相関の活用

医療需要や医療費及び GDP 等は長期的・全体的に見ると、激変せず、なだらかに変化するという意味で現状維持されることを前提とした。しかし、全体として現状は維持されとしても、例えば入院・外来の受療率のように年齢階層別に経年的に異なった傾向を示すものについては、その傾向が維持されるものとした。また、医師数と他の医療従事者数のように相関関係が認められるものは、その関係を推計に活用した。今後、周期性や先行指標の活用等の手法を取り入れて、予測能力と精度向上を図っていく必要があるとも認識している。

(2) フィードバックの原理

医療技術の開発や普及、介入方法の改善等の医療の質的な変化が、医療需要、供給体制、医療費等の量的な変化に大きく影響を与えていると考えている。逆に、量的な変化が質的な変化をもたらすこともあるだろう。図で言えば、中心の大きな卵と周辺の小さな卵は各々相手の変化に応じて調整されるというフィードバックの原理をこのグランドデザインの設計思想として持たせている。

(3) バージョンアップの原理

予測能力の向上やフィードバックの考え方を踏まえて、このグランドデザインは常にバージョンアップして前向きに書き直されるということを設計思想としている。従って、このグランドデザインには終わりがなく、未来にわたって書き続けられることになる。

第1章 後期高齢者対策を中心としたポリシーダイナミックス

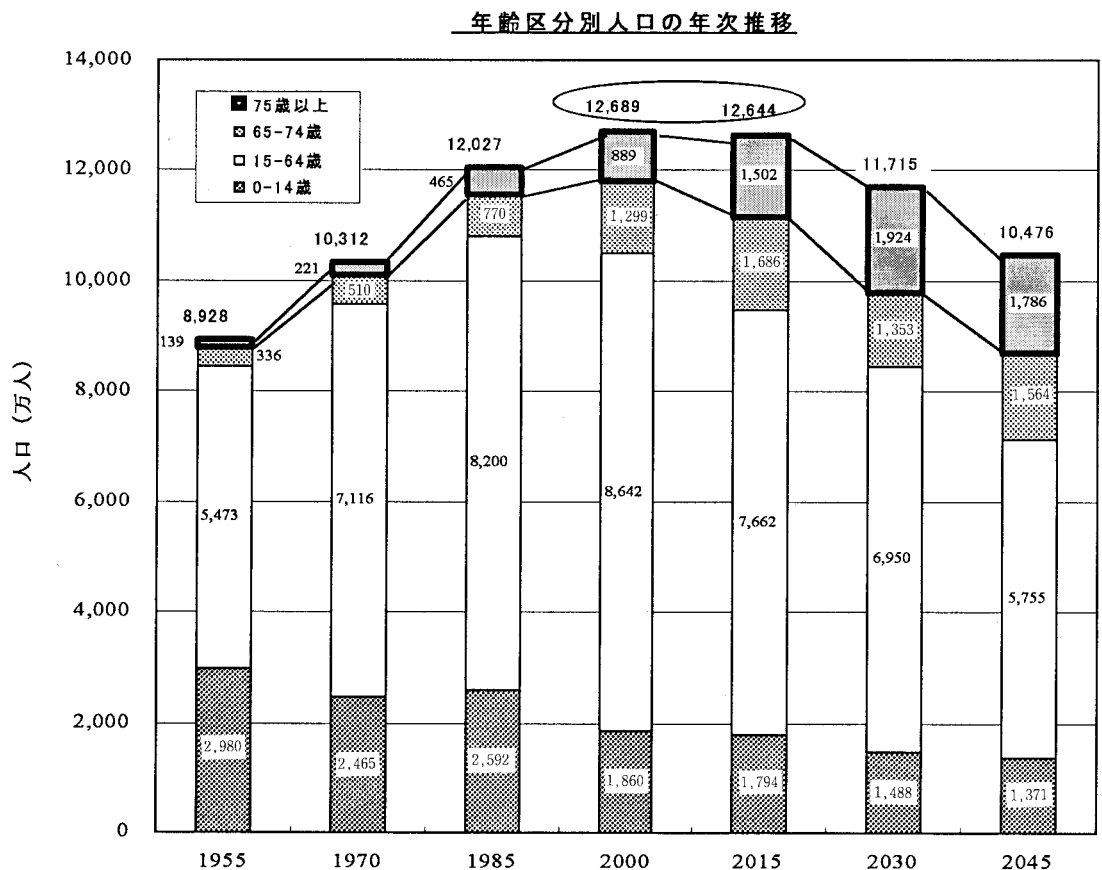
1. 人口減と後期高齢者の激増

わが国の医療保険改革のみならず社会保障改革が迷走を続けている。その理由は、あと1年足らずで21世紀に入り、超少子・高齢社会がやってくるのは誰の目にも明らかなのに、日本の将来ビジョンを示すことができないからである。

まず、わが国の高齢化について確認しておく、2010年あたりから日本の高齢化は一気に加速する。第二次世界大戦後に生まれた団塊の世代が続々と65歳以上に達するためである。

国の年齢別人口予測によると、現在、65歳以上人口は約2,200万人（2000年）であるが、2015年にはこれが約3,200万人に増えるという。15年で1000万人増える計算になる。さらに驚くべきことに、65歳以上人口が総人口に占める割合が7%から14%に達するのに、フランスで114年、スウェーデンは82年、イギリスは46年かかったのに対し、わが国は24年で到達した。つまり、他の先進諸国はゆっくりと高齢化しているのに対して、わが国は急スピードで高齢化しているのである（図表1-1）。

図表1-1



（出典）国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口・平成9年1月推計」、総務庁「国勢調査」

厚生省の試算によれば、2000年には痴呆・寝たきり・虚弱などの要介護老人は280万人になり、2010年には390万人、そして2025年には520万人に達するという。そこで、2000年4月から介護保険が施行されたが、政治的混乱もあって順調に滑り出したとは言えない状況である。

一方、わが国の少子化だが、これも深刻な状況になっている。1950年に3.65人だった日本の合計特殊出生率は99年に1.34人にまで減少した。つまり、夫婦に子どもは1.4人しかいないのである。この数値は、アメリカ2.0人、スウェーデンやフランスの1.7人に比べてかなり低い。

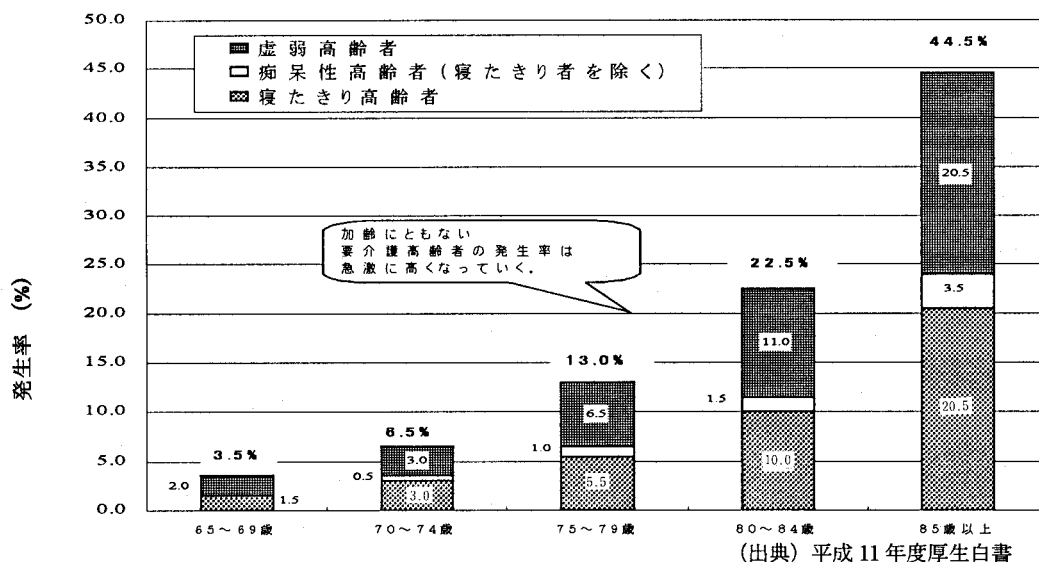
少子化がもたらす結果は、確実に人口を減少させるということである。人口推計によれば、1995年現在の日本の人口は1億2,429万人だが、これが2007年に1億2,778万人でピークを迎え、それ以降は加速度的に減少していく。この傾向が続くことを前提とすれば、2051年には1億人を割り、2100年には現在の約半分の6,736万人になるという。つまり、21世紀の日本は、「老人は死なず、子どもは生まれない」という社会になるのである。

特にここで留意すべきは、2016年までは65～74歳人口も75歳以上人口もともに増えるが、2017年になると、65～74歳（以下、前期高齢者と呼ぶ）人口が減少に転じる一方、75歳以上（以下、後期高齢者と呼ぶ）人口は2028年まで増加するという推計である。さらに、2022年以降は、後期高齢者の数が前期高齢者の数を上回るといふ。後期高齢者の急増はわが国の医療界のみならず社会全体に重大な影響を及ぼすと考えられる。その理由は、75歳をすぎると、加齢に伴ない要介護高齢者の発生率が急激に高くなるからである。

図表1-2は、虚弱・痴呆・寝たきり老人の年齢階層別人口に占める割合を示したもののだが、75～79歳になると、70～74歳に比べて要介護高齢者の発生率が2倍になることがわかる。80歳以上になると発生率は更に急速に上昇する。事実、長期入院・入所者の構成割合をみても、後期高齢者は、大きなシェアを占めている。具体的には、6ヶ月を超える長期入院の高齢者患者のうち、約7割は後期高齢者となっている。

図表 1 - 2

1-2 要介護高齢者の発生率

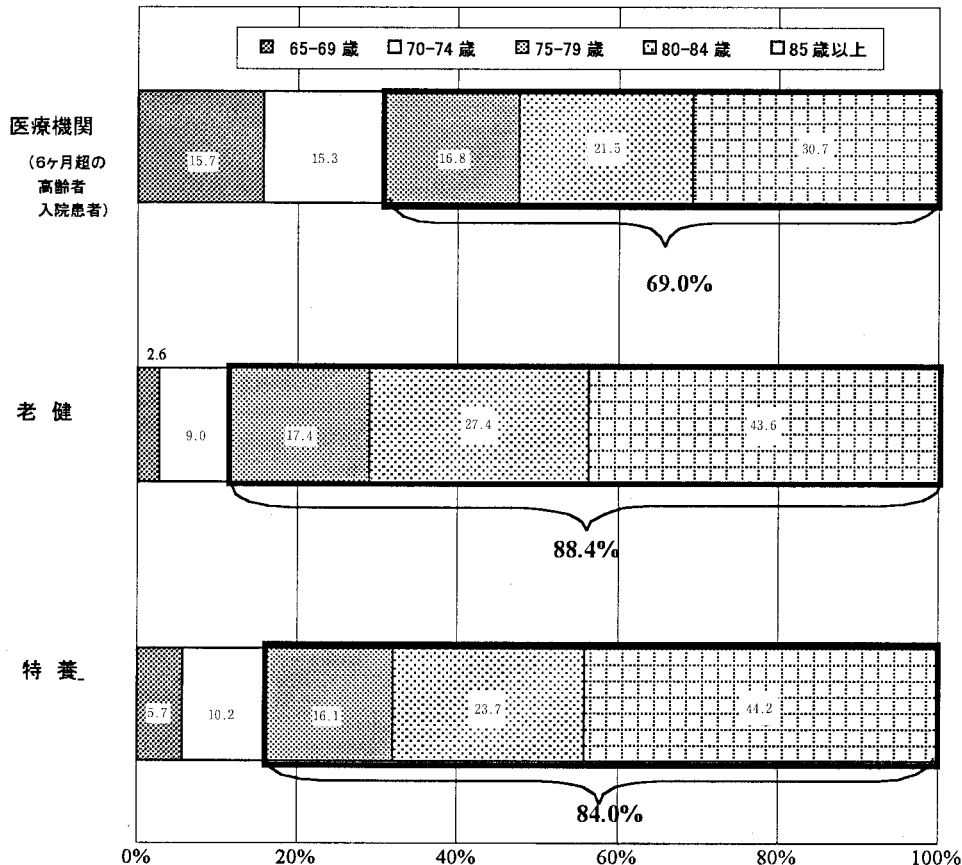


また、老健や特養といった介護施設になると、その比率はより一層高く、老健入所者の88%、特養入所者の84%は75歳以上の後期高齢者となっている(図表1-3)。

したがって、高齢者、特に75歳以上の後期高齢者の医療費をどう適正化するかが、今後の国民的課題になると考える。

図表 1 - 3

高齢者の年齢階級別にみた入院・入所者の構成割合



(出典) 平成8年患者調査、平成9年老人保健施設調査、平成9年社会福祉施設等調査報告
注1. 病院のデータは、6ヶ月超入院している高齢者患者の年齢区分別の構成割合。年齢不詳は除く。

2. ポリシーダイナミックスと高齢者医療制度

いま、わが国においては戦後半世紀にわたり稼動してきた種々の制度が社会状況の変化に対応しきれなくなり、それぞれが抜本的な見直しを迫られている。もちろん、医療も例外ではない。しかし、厚生省の前例主義や縦割り行政を相手に医療構造改革を実現するためには、思い切った政策実現手法の転換が必要である。

そこで必要となるのがポリシーダイナミックスという考え方である。ポリシーダイナミックスとは、原動力を持つ政策を重点的に推進することによって、全体の改革の実現を図るという考え方である。ここで核となる政策が、前項で述べた理由により「高齢者医療制度の創設」と位置づけられる。

「高齢者医療制度」は後期高齢者を対象とし、医療と介護をドッキングした、保障的色彩を強めた独立した保険制度である。保障的色彩が強いことから、財源は公費

が中心となる。この制度を創設するためには、当然、医療提供体制、診療報酬体系、薬価制度、保健事業、財源等諸々の政策課題の論議が不可欠である。「高齢者医療制度」をポリシーダイナミックスの核となる政策とする所以である。

第2章 国民医療費の現状と国際比較

わが国の医療費は、諸外国と比べてどの程度の水準にあるのかを検証してみる。

図表2-1はOECD29ヶ国一人当たりのGDP（Gross Domestic Product：国内総生産）とGDPに占める総医療費の割合を示したものである。ここで留意すべきはGDP（各国が1年間に稼ぎ出した生産物の合計）は世界共通の尺度であるのに対し、医療費の定義は国によって異なるということである。具体的には、わが国では、「国民医療費」という概念が広く用いられているが、この中には、自由診療費や国公立病院に対する補助金が含まれていない。それらを含めて、OECDは「総医療費」という広い概念の医療費を使用している。しかしながら、総医療費の概念が必ずしも各国で統一されている訳ではないので注意を要する。

1995年から97年のGDPに占める総医療費の割合を調べると、それ程大きな変化は見られない。アメリカは、GDPに比して最も多くの総医療費を費やしており、しかもその多大な支出が恒常的に続いているという点で際立っている。アメリカに次いで高いのはドイツで、東西統一を受けて総医療費のGDP比およびその伸び率がともに高くなっている。

図表2-1 -OECD諸国の1人当たりGDPと65歳以上人口比-

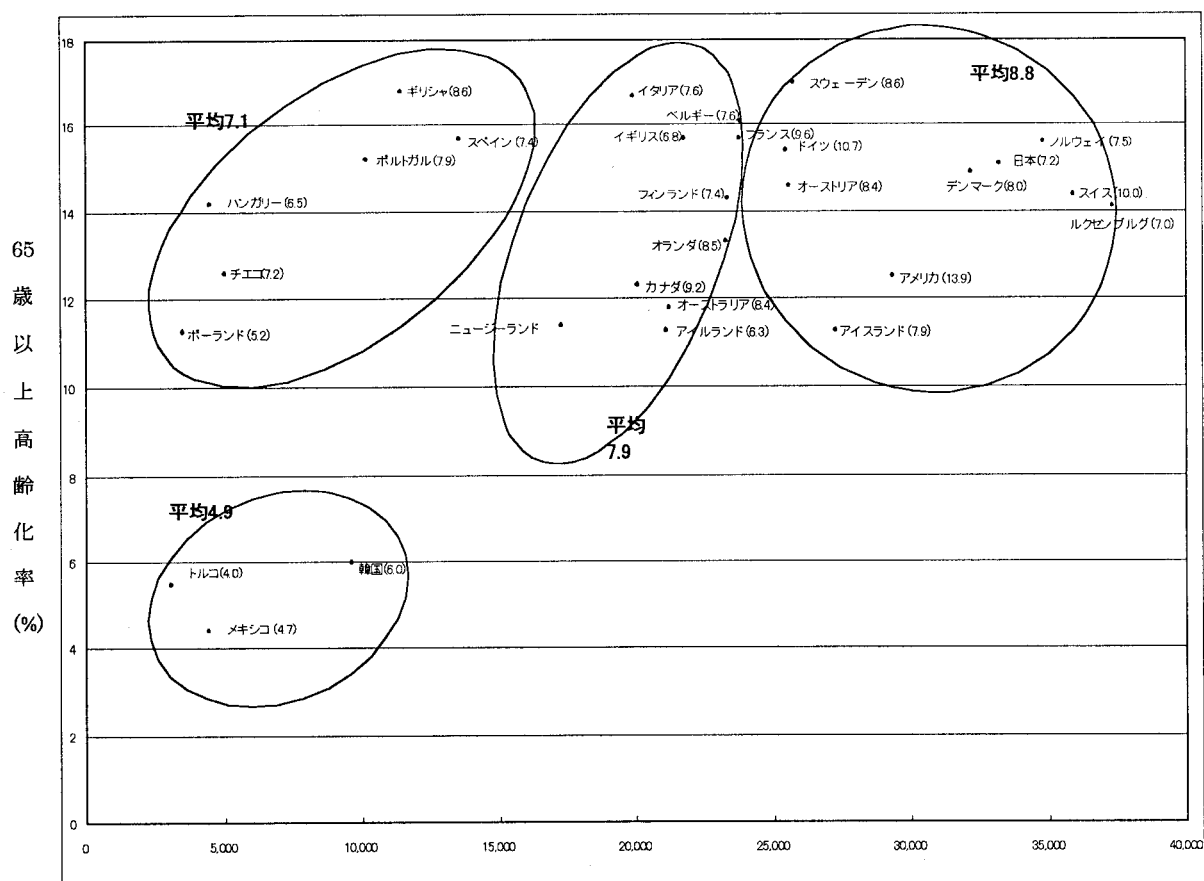
国	一人当たりGDP		対GDP比総医療費						65歳以上人口比	
	1997年 順位	(米\$)	1995年 順位	(%)	1996年 順位	(%)	1997年 順位	(%)	1997年 順位	(%)
ルクセンブルグ	1	37,346	25	6.7	23	6.8	22	7.0	17	14.1
スイス	2	35,897	4	9.6	3	10.1	3	10.0	14	14.4
ノルウェー	3	34,815	13	8.0	14	7.8	17	7.5	8	15.6
日本	4	33,212	21	7.2	21	7.1	20	7.2	11	15.1
デンマーク	5	32,179	12	8.1	12	8.1	11	8.0	12	14.9
アメリカ	6	29,326	1	14.1	1	14.1	1	13.9	20	12.5
アイスランド	7	27,292	11	8.2	11	8.2	12	7.9	24	11.3
スウェーデン	8	25,746	7	8.5	7	8.6	6	8.6	1	17
オーストリア	9	25,549	8	8.0	7	8.6	9	8.4	13	14.6
ドイツ	10	25,470	2	10.4	2	10.8	2	10.7	9	15.4
ベルギー	11	23,820	14	7.9	14	7.8	14	7.6	4	16.1
フランス	12	23,789	3	9.8	4	9.8	4	9.6	6	15.7
フィンランド	13	23,314	16	7.7	14	7.8	18	7.4	15	14.3
オランダ	14	23,280	6	8.8	6	8.7	8	8.5	18	13.3
イギリス	15	21,740	24	6.9	22	6.9	23	6.8	5	15.8
オーストラリア	16	21,202	8	8.4	7	8.6	9	8.4	22	11.8
アイルランド	17	21,104	22	7.0	25	6.4	25	6.3	25	11.3
カナダ	18	20,064	5	9.4	5	9.3	5	9.2	21	12.3
イタリア	19	19,913	16	7.7	14	7.8	14	7.6	3	16.7
ニュージーランド	20	17,272	19	7.3	19	7.3	14	7.6	23	11.4
スペイン	21	13,530	19	7.3	18	7.4	18	7.4	7	15.7
ギリシャ	22	11,438	8	8.4	10	8.4	6	8.6	2	16.8
ポルトガル	23	10,184	15	7.8	13	7.9	12	7.9	10	15.2
韓国	24	9,622	26	5.4	26	5.9	26	6.0	27	6
チェコ	25	5,050	18	7.5	20	7.2	20	7.2	19	12.6
ハンガリー	26	4,461	22	7.0	24	6.6	24	6.5	16	14.2
メキシコ	27	4,298	27	4.9	28	4.6	28	4.7	29	4.4
ポーランド	28	3,509	28	4.5	27	4.9	27	5.2	26	11.3
トルコ	29	2,979	29	3.3	29	3.8	29	4.0	28	5.5

*日本は1人当たりGDP、65歳以上人口比が高いにもかかわらず、対GDP比医療費は極めて低い水準にある。(29か国中20位)

資料：OECD HEALTH DATA '99

これに対して、日本は医療費適正化という観点からは「優等生」に属し、OECD29ヶ国の中では下から10番目と低い部類に入っている。しかし、こうした比較だけでは公平性に欠ける。というのは、国によって高齢化の度合いが異なるからである。先にも述べたように、高齢者の割合が高ければ高いほど、医療費の割合は大きくなる。そこで、公平性を期するために、一人当たりGDPと65歳以上の人口比、そしてGDPに占める総医療費の割合といった3つの指標をプロットしてみたところ、わが国はアメリカおよびドイツ等と同じグループに位置づけられた(図表2-2)。試みに同グループに属する先進10ヶ国のGDPに占める総医療費の割合の平均値(1997年)を求めると8.8%となる。これは、国際標準からみて、わが国の医療費の対GDP比が約1.6%も低いことを示唆するものである。すなわち、高齢化という要素を考慮しても、わが国の医療費は国際比較上高いとはいえず、むしろ低値安定の状況にあると位置づけられる。

図表2-2 - 1人当たりGDP・高齢比率と対GDP比総医療費の関係 -



1人当たりGDP(\$)

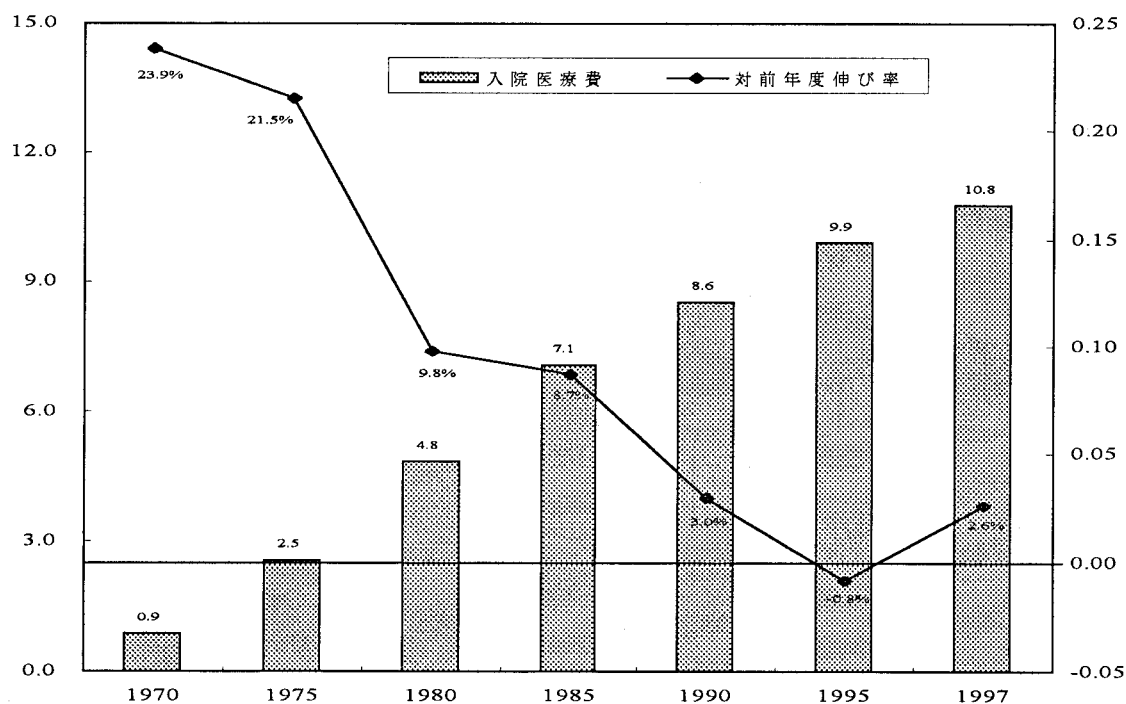
資料: OECD HEALTH DATA '99

()内は対GDP比較医療費

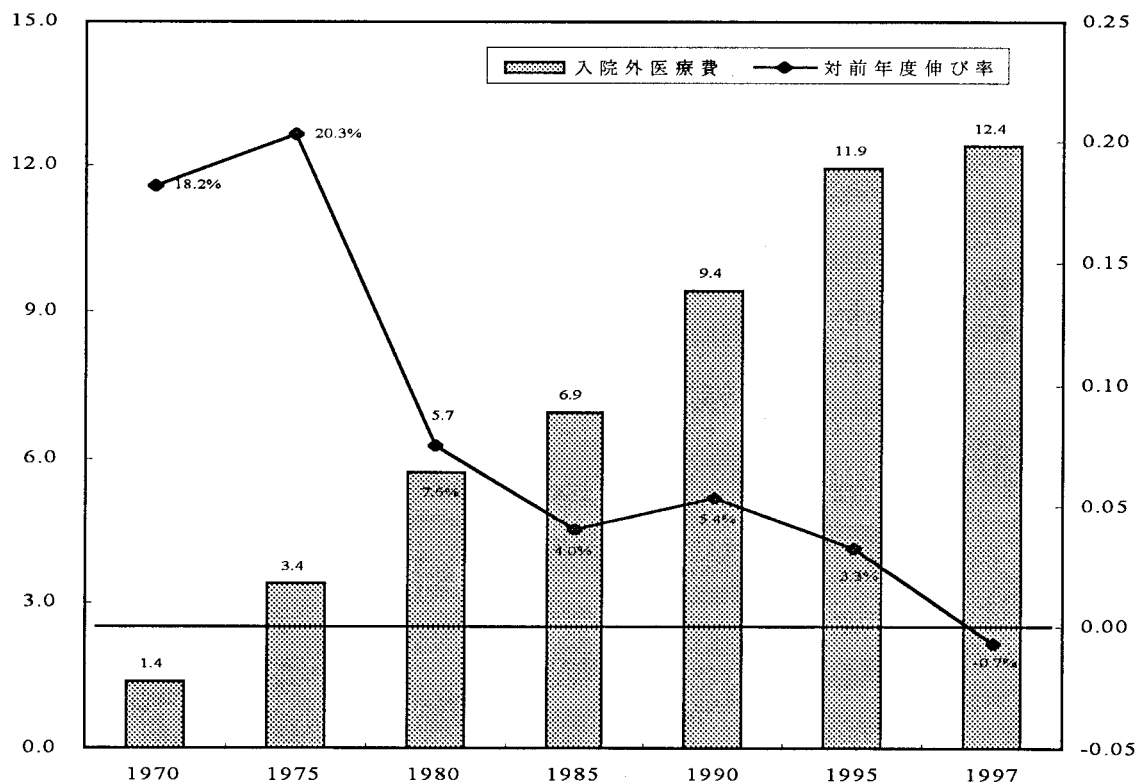
日本における対GDP比較医療費の妥当な水準は、国際水準から見て'97年時点で8.8%程度と思われる。(実際は7.2%)

特に最近は、図表2-3や図表2-4に見られるように、入院医療費や入院外医療費の対前年度伸び率は、減少傾向を示しており、国の医療費適正化政策が他の国々にも比して功を奏していることがわかる。

(兆円) 図表2-3 入院医療費と対前年比伸び率の年次推移



(兆円) 図表2-4 入院外医療費と対前年比伸び率の年次推移



第3章 現行制度に基づいた需要予測

前章まで、後期高齢者を中心としたポリシーダイナミクス構築の必要性について言及してきた。本章以降、2015 年をターゲットとした政策提言の内容について解説していくが、ここでは、まず 2015 年における医療・介護サービスに対する需要、すなわち入院患者数、外来患者数、要支援・要介護者数の予測を行う。

1. 2015 年における入院患者数の予測

(1) 施設別、年齢階級別にみた入院患者数の年次推移

まず、病院・有床診療所別にみた入院患者数の年次推移を図表 3-1 に示す。病院の入院患者数は、病床数の増加にともない、1975 年の 92 万人が 1990 年には 141 万人まで増加している。それ以降は、病床数の漸減により入院患者数も漸減し、1996 年現在、140 万人となっている。一方、有床診療所の入院患者数は、1980 年の 15 万人をピークに減少傾向となっており、1996 年には 8 万人となっている。

図表 3-1 病院、有床診療所別にみた入院患者数の年次推移

		1975 年	1980 年	1984 年	1990 年	1996 年
入院患者数		104 万人	125 万人	134 万人	150 万人	148 万人
(内訳)						
病院	入院患者数	92 万人	110 万人	121 万人	141 万人	140 万人
	病床数(参考)	116 万床	132 万床	147 万床	168 万床	166 万床
有床診療所	入院患者数	12 万人	15 万人	14 万人	9 万人	8 万人
	病床数(参考)	26 万床	29 万床	28 万床	27 万床	25 万床

注) 四捨五入の関係で一部合計と一致しない点あり。

(資料:厚生省「患者調査」、「医療施設調査・病院報告」)

次に、年齢階級別にみた入院患者数の年次推移を図表 3-2 に示す。

まず、0～14 歳をみると、入院患者数は、病床数が増加していた 1975～1984 年は 7～8 万人で推移してきたが、病床数がほぼ一定となった 1990 年以降、約 5 万人となっている。一方、全入院患者に占める割合は、病床数の伸びに比べて入院患者数が伸びなかったことから、1975 年以降漸減してきたが、1990 年以降は 3.3～3.4%でほぼ一定となっている。

次に、15～64 歳をみると、1980～1990 年は 75 万人とほぼ一定で推移してきたが、1996 年には 66 万人に減少している。一方、全入院患者に占める割合は、1975 年の 68.3%から 1996 年の 44.6%へと年々減少している。

次に、65～74歳の前期高齢者をみると、入院患者数は1975年の16万人から1996年の30万人へと増加している。また、全入院患者に占める割合も年々増加傾向にあり、1996年現在で20.3%となっている。

最後に、75歳以上の後期高齢者をみると、入院患者数および全入院患者に占める割合ともに、急激に増加しており、1975年の10万人（9.6%）から1996年の47万人（31.8%）へと変化している。

図表 3 - 2

年齢階級別にみた入院患者数および構成割合の年次推移(括弧内は構成割合)

	1975 年	1980 年	1984 年	1990 年	1996 年
入院患者数	104 万人	125 万人	134 万人	150 万人	148 万人
(内訳)					
0～14歳	7万人 (6.7%)	8万人 (6.4%)	7万人 (5.2%)	5万人 (3.3%)	5万人 (3.4%)
15～64歳	71万人 (68.3%)	75万人 (60.0%)	75万人 (56.0%)	75万人 (50.0%)	66万人 (44.6%)
65～74歳	16万人 (15.4%)	22万人 (17.6%)	23万人 (17.2%)	27万人 (18.0%)	30万人 (20.3%)
75歳以上	10万人 (9.6%)	21万人 (16.8%)	29万人 (21.6%)	43万人 (28.7%)	47万人 (31.8%)

注)四捨五入の関係で一部合計と一致しない点あり。

(資料:厚生省「患者調査」)

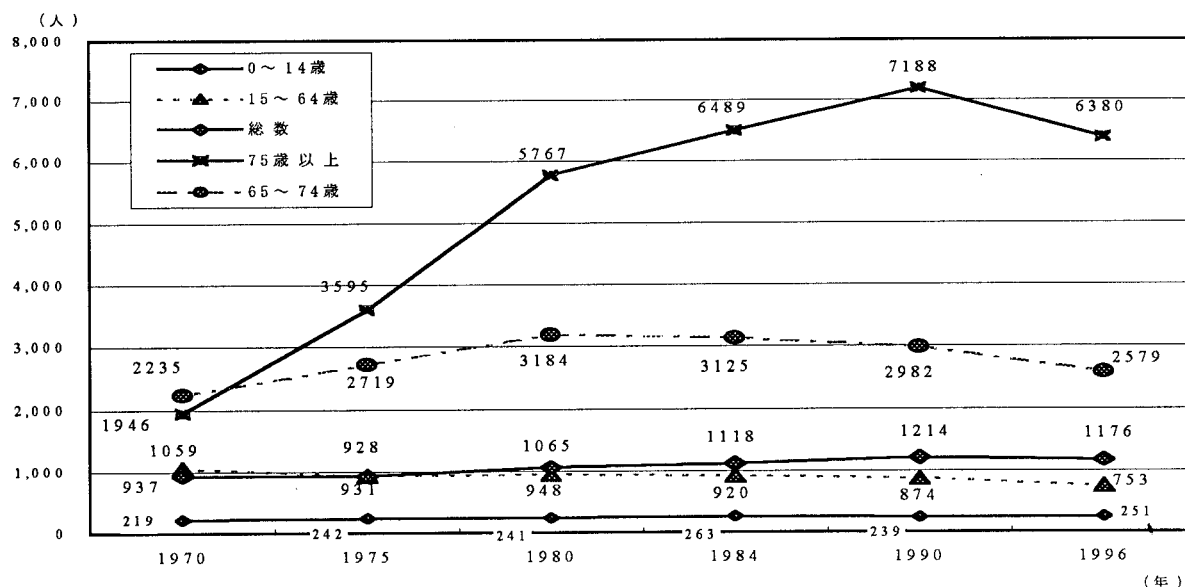
(2) 入院受療率の推移

図表 3 - 3 に、年齢階級別にみた入院受療率(人口 10 万対)の年次推移を示す。

0～14歳の人口 10 万対入院受療率をみると、1970年の219人から1996年の251人まで、ほぼ一定で推移している。次に、15～64歳をみると、1970年の1,059人から1996年の753人まで、年々減少傾向にある。次に、65～74歳をみると、1970年から1980年までは、2,235人から3,184人へと増加しているが、その後は1996年の2,579人まで年々減少傾向にある。最後に、75歳以上をみると、1970年から1980年は、1,946人から5,767人へと急激に増加してきたが、1980～1990年は緩やかな増加傾向となった後、1996年には6,380人へと減少している。ただし、この現象は、ゴールドプランによる老人保健施設や特別養護老人ホームなどの施設整備の進展により、病院入院患者の一部がこれらの施設へ入所したことに起因していると推定され、今後とも要入院患者が減少するとは考えられない。

図表 3 - 3

入院受療率(人口 10 万対)の年次推移



(3) 2015 年における入院患者数の予測

ここでは、2015 年における年齢階級別入院受療率（人口 10 万対）を、過去のデータ推移から推定し、それに年齢階級別人口を掛けることにより、2015 年における入院患者数を推計した。

まず、2015 年における年齢階級別入院受療率であるが、0～14 歳においては、ほぼ一定で推移していることから、1996 年と同じ 250 人とした。次に 15～64 歳と 65～74 歳であるが、過去データの減少傾向を考慮し、それぞれ 660 人、2,330 人とした。また 75 歳以上は、1990～1996 年は減少傾向にあるものの、これはゴールドプランに基づく施設整備の影響であること、ゴールドプラン前の 1984 年と 1996 年の入院受療率がほぼ同じ水準であることから、1996 年と同じ 6,380 人とした。

そして、2015 年の入院患者数は、2015 年の年齢階級別人口に、年齢階級別入院受療率を掛けることにより、0～14 歳が 4 万人、15～64 歳が 51 万人、65～74 歳が 39 万人、75 歳以上が 96 万人の合計 190 万人と推計した（図表 3 - 4）。

図表 3 - 4 2015 年における年齢階級別入院患者数の予測

	2015年の人口 (万人)	年齢階級別受療率 (人口10万対)	入院患者数 (万人)
0～14歳	1,794	250	4
15～64歳	7,662	660	51
65～74歳	1,686	2330	39
75歳以上	1,502	6380	96
合計	12,644	—	190

注) 四捨五入の関係で一部合計と一致しない点あり。

(資料: 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成9年1月推計)」)

次に、2015 年における入院患者総数 190 万人の病院と有床診療所の内訳を検討した。

図表 3 - 5 入院患者数の予測

		1996 年	2015 年	増減
入院患者数		148 万人	190 万人	42 万人
(内訳)				
施設別	病 院	140 万人	182 万人	42 万人
	有床診療所	8 万人	8 万人	0 万人
年齢 階級別	一般	71 万人	55 万人	-16 万人
	0～14 歳	5 万人	4 万人	-1 万人
	15～64 歳	66 万人	51 万人	-15 万人
	老人	77 万人	135 人	58 万人
	65～74 歳	30 万人	39 万人	9 万人
	75 歳以上	47 万人	96 万人	49 万人

注) 四捨五入の関係で一部合計と一致しない点あり。

まず、図表 3 - 1 を見ると、有床診療所の入院患者数は減少傾向にあるが、介護保険導入により、長期療養施設としての入院ニーズが高まることが予測される。そこで 2015 年における有床診療所の入院患者数は、1996 年と同水準で移行すると考え 8 万人とした。そして残り 182 万人を病院の入院患者とした。

以上の結果を上記図表 3 - 5 にまとめる。

2. 2015 年における外来患者数（医科）の予測

(1) 施設別にみた外来患者数（医科）の年次推移

病院・有床・無床診療所別にみた外来患者数（医科）の年次推移を図表 3 - 6 に示す。

病院の外来患者数は、1975 年の 124 万人から年々増加しており、1996 年現在で 226 万人となっている。また、全外来患者数に占める割合も年々増加しており、1996 年現在で 37.5%となっている。ただし、構成割合の伸び率は鈍化傾向にある。

次に無床診療所であるが、1975～1990 年までは、200～220 万人程度で推移してきたが、1996 年には 253 万人と増加している。また、全外来患者数に占める割合も年々増加傾向にあり、1996 年現在で 42.0%となっている。

一方、有床診療所は、1975 年以降、年々外来患者数が減少しており、1975 年の 243 万人から 1996 年現在で 123 万人となっている。また、全外来患者数に占める割合も年々減少傾向にあり、1996 年現在で 20.4%となっている。

図表 3 - 6 外来患者数(医科)の年次推移(括弧内は構成割合)

	1975 年	1980 年	1984 年	1990 年	1996 年
外来患者数/日	573 万人	556 万人	525 万人	562 万人	603 万人
(内訳)					
病 院	124 万人 (21.6%)	131 万人 (23.6%)	156 万人 (29.7%)	198 万人 (35.2%)	226 万人 (37.5%)
無床診療所	206 万人 (36.0%)	212 万人 (38.1%)	204 万人 (38.9%)	217 万人 (38.6%)	253 万人 (42.0%)
有床診療所	243 万人 (42.4%)	213 万人 (38.3%)	165 万人 (31.4%)	147 万人 (26.2%)	123 万人 (20.4%)

注)四捨五入の関係で一部合計と一致しない点あり。

(資料:厚生省「患者調査」)

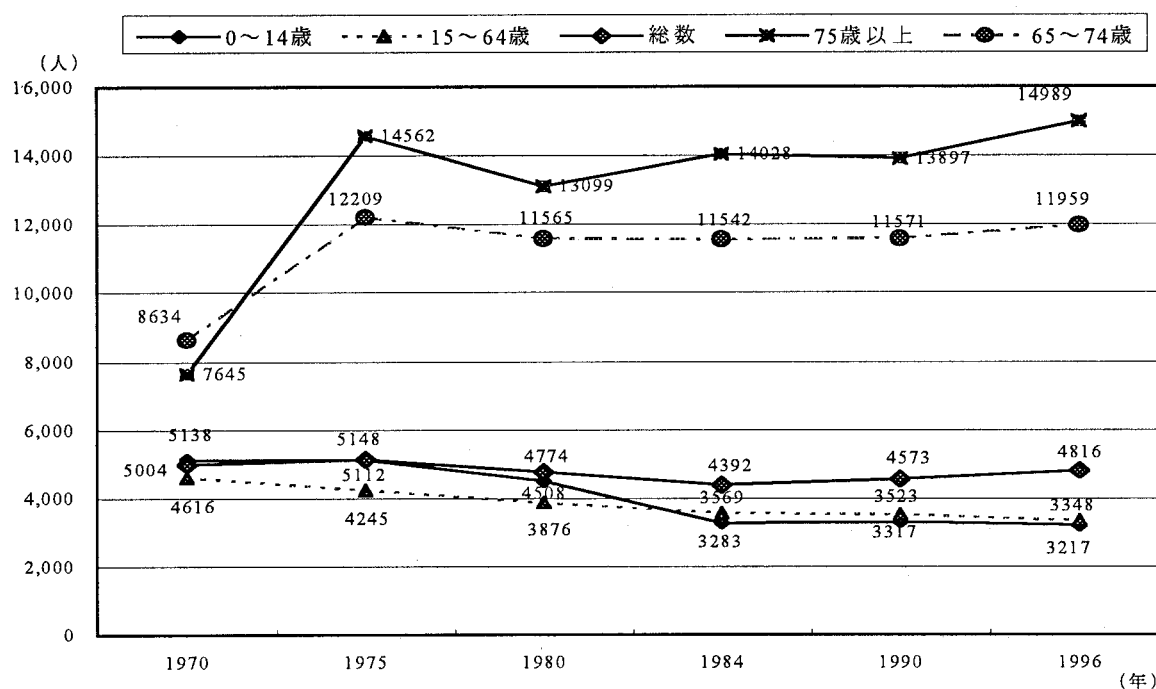
(2) 外来受療率の年次推移

図表 3 - 7 に、年齢階級別の外来受療率(人口 10 万対)の年次推移を示す。

まず、0～14 歳の人口 10 万対外来受療率をみると、1970 年の 5,138 人から 1984 年の 3,283 人まで減少し、その後は 1996 年の 3,217 人までほぼ一定で推移している。次に、15～64 歳をみると、1970 年の 4,616 人から 1984 年の 3,569 人まで減少傾向にあったが、その後は 1996 年の 3,348 人までほぼ一定で推移している。次に、65～74 歳をみると、1970～1975 年の間で、8,634 人から 12,209 人まで急激に増加したが、その後は 1996 年の 11,959 人までほぼ一定で推移している。75 歳以上も 65～74 歳と同様、1970～1975 年の間で、7,645 人から 14,562 人まで急激に増加したが、その後は増減を繰り返しつつ、全体的には増加傾向を示しながら、1996 年現在 14,989 人となっている。

図表 3 - 7

外来受療率の年次推移(除く歯科)



(3) 2015 年における外来患者数

外来患者数についても入院の場合と同様、2015 年の年齢階級別外来受療率（人口 10 万対）を、過去のデータ推移から推定し、それに年齢階級別人口を掛けることにより、2015 年における外来患者数を推計した。

まず、2015 年における年齢階級別外来受療率であるが、いずれの年齢階級においても、ほぼ一定で推移していることから、1996 年と同じと仮定し、0～14 歳で 3,200 人、15～64 歳で 3,300 人、65～74 歳で 12,000 人、75 歳以上で 15,000 人とした。

そして、2015 年の外来患者数は、2015 年の年齢階級別人口に、年齢階級別外来受療率を掛けることにより、0～14 歳が 57 万人、15～64 歳が 253 万人、65～74 歳が 202 万人、75 歳以上が 225 万人の合計 738 万人と推計した（図表 3－8）。

図表 3－8 2015 年における年齢階級外来患者数の予測

	2015 年の人口 (万人)	外来受療率 (人口 10 万対)	外来患者数 (万人)
0～14 歳	1,794	3,200	57
15～64 歳	7,662	3,300	253
65～74 歳	1,686	12,000	202
75 歳以上	1,502	15,000	225
合計	12,644	—	738

注) 四捨五入の関係で一部合計と一致しない点あり。

(資料: 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成 9 年 1 月推計)」)

次に、2015 年における外来患者総数 738 万人の病院、無床診療所、有床診療所の内訳を検討した。まず、2015 年における病院と診療所の外来患者数比率を、過去のデータ推移から推計する。図表 3－6 に示す通り、全外来患者数に占める病院外来患者数の比率は年々増加しており、1996 年現在で 37.5%となっている。ただし、その伸び率は鈍化していること、今後診療所と病院の機能分化がより明確になり、診療所の外来の比重、病院の入院の比重が高まる可能性が高いことから、2015 年の外来患者数の比率を、病院 40%、診療所 60%とした。したがって、病院の外来患者数は 295 万人(=738 万人×40%)、診療所の外来患者数は 443 万人(=738 万人×60%)と推計した。

次に、無床診療所と有床診療所の各外来患者数を検討した。有床診療所の外来患者数は、図表 3－6 に示すように、年々減少傾向にあることから、外来患者総数は 1996 年の 603 万人から 2015 年には 738 万人に増えるものの、2015 年においても 1996 年と同じ 123 万人の外来患者数と仮定した。診療所の外来患者数 443 万人から、有床診療所の外来患者数 123 万人を引いた 320 万人を、無床診療所の外来患者数とした。

以上をまとめたものを図表 3-9 に示す。

図表 3-9 外来患者数の将来予測(所在別)

		1996 年	2015 年	増減
外来患者数／日		603 万人	738 万人	135 万人
(内訳)	病 院			
	外来患者数	226 万人	295 万人	69 万人
	構成割合	37.5%	40.0%	2.5%
無床 診療所	外来患者数	253 万人	320 万人	67 万人
	構成割合	42.0%	43.4%	1.4%
有床 診療所	外来患者数	123 万人	123 万人	0 万人
	構成割合	20.4%	16.7%	-3.7%

注) 四捨五入の関係で一部合計と一致しない点あり。

(資料: 厚生省「平成8年患者調査」)

3. 2015 年における要支援・要介護者数と所在地分布予測

(1) 2015 年における要支援・要介護者数の予測

2015 年の要介護・要支援者数については、厚生省が公表している年齢階級別要介護者等発生率が 2015 年においても変わらないと仮定し、それに年齢階級別人口を掛けることにより、460 万人と推計した (図表 3-10)。

図表 3-10 2015 年における要支援・要介護者数の将来予測(年齢階級別)

	2015 年の人口 (万人)	発生率 (%)	要支援・要介護者数 (万人)
65～69歳	943	3.5	33
70～74歳	743	6.5	48
75～79歳	595	13.0	77
80～84歳	461	22.5	104
85歳以上	445	44.5	198
合計	3,188	—	460

(資料: 平成 11 年度厚生白書, 日本の将来推計人口)

(2) 2015 年における要支援・要介護者数の所在地分布

ここでは、2015 年における要支援・要介護者 460 万人の施設・在宅別内訳を検討する。

①施設

a 老人保健施設

図表 3-11 に、老人保健施設（以下、老健）における入所者数等のデータの年次推移を示す。施設整備の進展により、1997 年現在で、入所定員 16.2 万人、入所者数 13.8 万人、入所率 84.92%となっている。また、入所者に占める 75 歳以上の割合は 88.05%である。

図表 3-11 老人保健施設の入所に関するデータの年次推移

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
入所定員	29,455	42,071	54,380	68,547	85,635	103,017	132,446	162,180
入所者数	24,216	36,072	47,138	59,842	76,103	92,220	114,468	137,721
入所率	82.21%	85.74%	86.68%	87.30%	88.87%	89.52%	86.43%	84.92%
入所者数(～74歳)	4,196	5,677	6,935	8,475	10,716	11,601	14,378	16,454
入所者数(75歳～)	19,987	30,341	40,159	51,299	65,274	80,619	100,057	121,267
入所者(年齢不詳)	33	54	44	68	113	-	33	-
75歳以上の入所者比率	82.54%	84.11%	85.19%	85.72%	85.77%	87.42%	87.41%	88.05%
人口対入所率(65～74歳)	0.05%	0.06%	0.07%	0.08%	0.10%	0.11%	0.12%	0.14%
人口対入所率(75歳以上)	0.33%	0.49%	0.62%	0.77%	0.95%	1.13%	1.34%	1.56%

(資料:厚生省「老人保健施設調査」)

要支援・要介護者数については、現在 2000 年の最新予測データが公表されていることから、1996 年ベースではなく、2000 年ベースの推計値をもとに、2015 年における老健施設入所者数を推計する。

まず、2000 年における老健施設入所者数を最新データから推計する。ここで、2000 年における入所率が、1997 年と同じ 84.92%と仮定し、厚生省が提示した 2000 年における定員数 24.4 万人を掛けて、2000 年の総入所者数を 20.7 万人とした。

次に、年齢区分別にみた入所者数を検討するが、この際、2000 年における 75 歳以上の入所者比率が 1997 年と同じ 88.05%と仮定し、75 歳以上の入所者数を 18.2 万人(=20.7 万人×88.05%)、残りの 2.5 万人を 65～74 歳の入所者数とした。これより、2000 年の 65～74 歳人口の 0.19%、75 歳以上人口の 2.05%が、老健施設に入所していることになる。

次に、2015 年における老健施設入所者数を推計する。まず、各階級人口対入所率は 2000 年と同じく 65～74 歳の 0.19%、75 歳以上の 2.05%と仮定し、これに 2015 年における該当人口(前期高齢者人口および後期高齢者人口)を掛け合わせることで、2015 年の老健入所者を 34.0 万人とした(図表 3-12)。

図表 3 - 12

老人保健施設の入所者数の将来予測

	2000 年			2015 年		
	階級別人口	階級人口 対入所率	入所者数	階級別人口	階級人口 対入所率	入所者数
65～74 歳	1,299 万人	0.19%	2.5 万人	1686 万人	0.19%	3.2 万人
75 歳以上	889 万人	2.05%	18.2 万人	1502 万人	2.05%	30.8 万人
合計	2188 万人	—	20.7 万人	3188 万人	—	34.0 万人

b 特別養護老人ホーム

特別養護老人ホーム（以下、特養）も老健と同様の方法により推計した。図表 3 - 13 に、特養における入所者数等のデータの年次推移を示すが、2000 年における入所率を、同表の 1997 年と同じ 99.44%と仮定し、2000 年における定員予定数 30.5 万人を掛けて、2000 年の総入所者数を 30.3 万人とした。

次に、年齢区分別にみた入所者数であるが、ここで、2000 年における 75 歳以上の入所者比率が 1997 年と同じ 82.40%と仮定し、75 歳以上の入所者数を 25.0 万人（＝30.3 万人×82.40%）、残りの 5.3 万人を 65～74 歳の入所者数とした。これより、2000 年の 65～74 歳人口の 0.41%、75 歳以上人口の 2.81%が、特養に入所していることになる。

次に、2015 年における特養入所者数を推計する。まず、各階級別人口対入所率は 2000 年と同じく 65～74 歳の 0.41%、75 歳以上の 2.81%と仮定し、これに 2015 年における該当人口（前期高齢者人口および後期高齢者人口）を掛け合わせるにより、2015 年の特養入所者を 49.2 万人とした（図表 3 - 14 参照）。

図表 3 - 13

特養の入所に関するデータの年次推移

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
入所定員	161,612	171,267	182,280	194,091	206,611	220,916	235,992	251,893
入所者数	160,476	170,132	181,083	192,719	205,729	218,769	234,946	250,482
入所率	99.30%	99.34%	99.34%	99.29%	99.57%	99.03%	99.56%	99.44%
入所者（～74歳）	35,651	36,351	37,408	39,112	40,694	41,867	43,061	44,090
入所者（75歳～）	124,825	133,781	143,675	153,607	165,035	176,902	191,885	206,392
75歳以上の入所者比率	77.78%	78.63%	79.34%	79.71%	80.22%	80.86%	81.67%	82.40%
人口対入所率（65～74歳）	0.40%	0.39%	0.38%	0.38%	0.38%	0.38%	0.37%	0.37%
人口対入所率（75歳以上）	2.09%	2.15%	2.23%	2.31%	2.41%	2.48%	2.58%	2.66%

（資料：厚生省「社会福祉施設等調査報告」）

図表 3 - 14

特別養護老人ホームの入所者数の将来予測

	2000 年			2015 年		
	階級別人口	階級人口 対入所率	入所者数	階級別人口	階級人口 対入所率	入所者数
65～74 歳 (前期高齢者)	1299 万人	0.41%	5.3 万人	1686 万人	0.41%	6.9 万人
75 歳以上 (後期高齢者)	889 万人	2.81%	25.0 万人	1502 万人	2.81%	42.2 万人
合計	2188 万人	—	30.3 万人	3188 万人	—	49.2 万人

c 療養型病床群（介護保険適用部分）

厚生省は 2000 年における特養と療養型病床群（介護対応）の入所／入院者数の比率を 8：5 と試算している。2015 年においても、その比率で整備されていくと仮定すると、2015 年における療養型病床群入院患者数は 31 万人（＝49 万人×（5/8））となる（図表 3 - 15）。

図表 3 - 15

療養型病床群の入院者数の将来予測

	特別養護老人ホーム	療養型病床群	比率
2000 年	30.3 万人	19 万人	8:5
2015 年	49.2 万人	31 万人	8:5

d 施設合計

したがって、2015 年の施設入院／入所者数は、老健 34 万人、特養 49 万人、療養型病床群 31 万人（介護保険適用部分）の合計 114 万人となる。

②在宅

2015 年における要支援・要介護者数は 460 万人と推計されたことから、これから施設系入院・入所者合計の 114 万人を引いた残りの 346 万人を在宅療養者とした。

以上をまとめたものを図表 3-16 に示す。

図表 3-16 2015 年における在宅／施設別にみた要介護・要支援者数

	2000 年	2015 年	増減
要介護・要支援者総数	270 万人	460 万人	190 万人
(内訳)			
在宅	200 万人	346 万人	146 万人
施設	70 万人	114 万人	44 万人
－特別養護老人ホーム	30 万人	49 万人	19 万人
－老人保健施設	21 万人	34 万人	13 万人
－療養型(介護対応)	19 万人	31 万人	12 万人

注. 四捨五入の関係で、合計が合わない部分あり。

(資料:「要介護認定結果に関する厚生省資料(平成 11 年 10 月 31 日)」)

第4章 提供体制

前章では、入院／外来受療率の予測値などにもとづき、医療・介護サービスに対する需要の予測を行った。本章では、これらのサービス需要に対する医療・介護サービスの提供体制（必要病床数、医療・介護従事者数）について言及する。

1. 2015年における入院／外来／要介護者数の予測まとめ

提供体制について言及する前に、前章の結果を簡単に整理しておく。

(1) 入院患者数

2015年の入院患者数については、2015年における年齢階級別入院受療率を過去のデータ推移から推定し、それに年齢階級別人口を掛けることにより、190万人と推計した。なお、その内訳は、有床診療所の入院患者数は1996年と同じとし、病院182万人、有床診療所8万人としている（図表4－1）。

図表4－1 入院患者数／必要病床数の将来予測

	1996年	2015年	増減
入院患者数／日	148万人	190万人	42万人
(内訳)			
病 院	140万人	182万人	42万人
有床診療所	8万人	8万人	0万人

（資料：厚生省「平成8年患者調査」、「平成8年医療施設調査・病院報告」）

(2) 外来患者数

2015年の外来患者数についても、入院の場合と同様、2015年における年齢階級別外来受療率を過去のデータ推移から推定し、それに年齢階級別人口を掛けることにより、738万人と推計した。なお、その内訳は、まず有床診療所の外来患者数は1996年と同じとし、次に外来患者数の病院／診療所比率を、過去のデータ推移から病院40%、診療所60%と仮定し、病院295万人、無床診療所320万人、有床診療所123万人としている。（図表4－2）

図表 4 - 2

外来患者数の将来予測

		1996 年	2015 年	増減
外来患者数／日		603 万人	738 万人	135 万人
(内訳)	病 院			
	外来患者数	226 万人	295 万人	69 万人
	構成割合	37.5%	40.0%	2.5%
無床 診療所	外来患者数	253 万人	320 万人	67 万人
	構成割合	42.0%	43.4%	1.4%
有床 診療所	外来患者数	123 万人	123 万人	0 万人
	構成割合	20.4%	16.7%	-3.7%

注. 四捨五入の関係で、合計が合わない部分あり。

(資料:厚生省「平成8年患者調査」)

(3) 要介護・要支援者数／必要病床数

2015 年の要介護・要支援者数については、厚生省が公表している年齢階級別要介護者等発生率が 2015 年においても変わらないと仮定し、それに年齢階級別人口を掛けることにより、460 万人と推計した。

次に、その内訳であるが、施設入院・入所者数を算出した上で、残りを在宅療養者とした。まず、特別養護老人ホーム（以下、特養）であるが、その前期／後期高齢者別の該当人口対入所率は 2000 年と同じとし、それに該当人口（前期高齢者人口および後期高齢者人口）を掛け合わせるにより、2015 年の特養入所者を 49 万人とした。また、老人保健施設（以下、老健）も特養と同様の方法により、2015 年の老健入所者を 34 万人とした。療養型病床群（介護対応）入院者については、特養入所者数との比率が、2000 年における 8 : 5 と同じと仮定し、31 万人とした。したがって、2015 年の施設入院／入所者数は合計 114 万人、残り 346 万人を在宅とした（図表 4 - 3）。

図表 4 - 3

在宅／施設別にみた要介護・要支援者総数の将来予測

		2000 年	2015 年	増減
要介護・要支援者総数		270 万人	460 万人	190 万人
(内訳)				
在 宅		200 万人	346 万人	146 万人
施 設		70 万人	114 万人	44 万人
－特別養護老人ホーム		30 万人	49 万人	19 万人
－老人保健施設		21 万人	34 万人	13 万人
－療養型(介護対応)		19 万人	31 万人	12 万人

注. 四捨五入の関係で、合計が合わない部分あり。

(資料:「要介護認定結果に関する厚生省資料(平成 11 年 10 月 31 日)」)

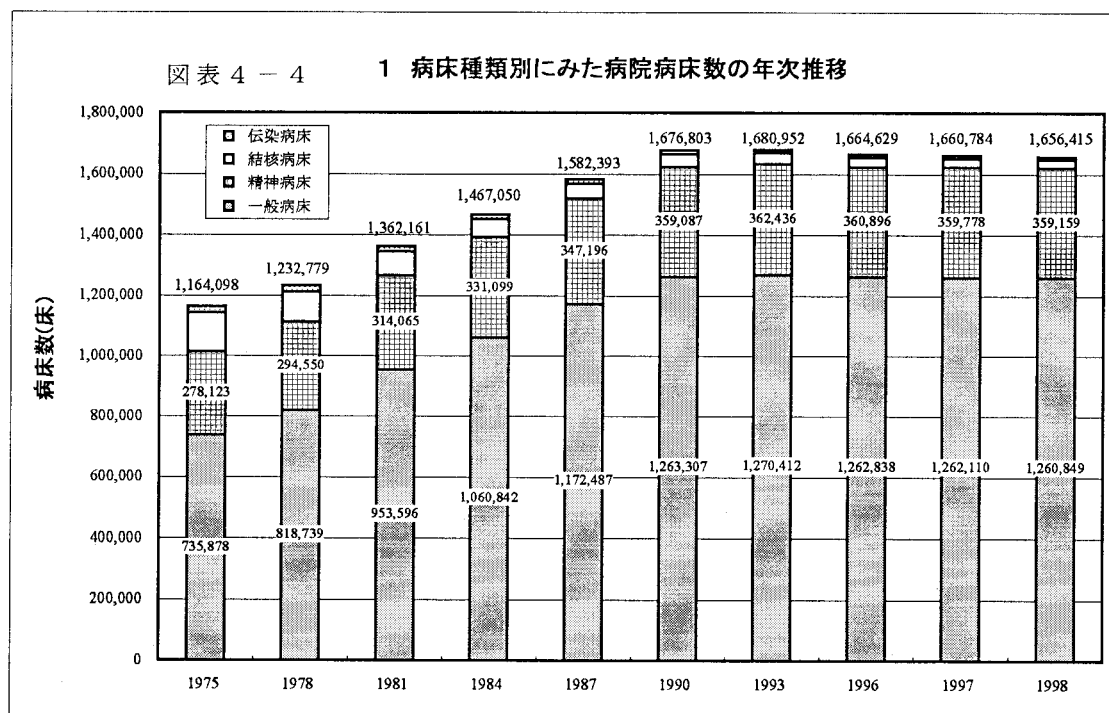
2. 入院／入所病床数の将来予測

前節では、2015 年における入院／入所者数、外来患者数、在宅／施設別にみた要介護・要支援者数を整理した。ここでは、2015 年の施設種類別にみた入院／入所の必要病床数について言及する。

(1) 病院における必要病床数

① 病院病床数の現状

図表 4－4 に、1975～1998 年における病床種類別にみた病院病床数の年次推移を示す。1975～1990 年までは、一般病床数および精神病床数が着実に増加し、15 年間で約 51 万床増加しているが、その後は頭打ち状態になり、1996 年時点で一般病床が約 126 万床、精神病床が約 36 万床、伝染・結核病床が約 4 万床の合計 166 万床となっている。なお、厚生省の「平成 8 年度患者調査」によると、調査日における病院の入院患者数は約 140 万人であり、病床の 84.3% が利用されていることになる。



(出典:厚生省「医療施設調査・病院報告」、各年 10 月調査)

次に、一般病床に、療養型病床群や介護力強化病床が占めている割合の年次推移を図表 4－5 に示す。一般病床数は、1993 年以降約 126 万床とほぼ水準で移行しているのに対し、療養型病床群と介護力強化病床の合計病床数は、1994 年 6 月末の 112,514 床から 2000 年 4 月 1 日には 306,227 床(一般病床の 24.3%)へと急増している。

図表 4 - 5 一般病床数に占める療養型+介護力強化病床の構成割合の年次推移

年 月	一般病床 (床)	療養型+介護力強化 合計 (床)	(構成割合)	(内 訳)	
				療養型(床)	介護力(床)
1993.6 末	1,262,457	—	—	—	82,080
1994.6 末	1,260,757	112,514	8.9%	8,594	103,920
1995.6 末	1,256,844	152,317	12.1%	18,397	133,920
1996.6 末	1,262,745	177,658	14.1%	30,557	147,101
1997.6 末	1,263,446	195,750	15.4%	51,400	144,350
1998.6 末	1,261,955	218,095	17.3%	83,678	134,417
2000.4 初	1,261,867	306,227	24.3%	229,081	77,146

注.1993～1998 年の介護力強化病床数は、各年度 7 月 1 日のデータ。

(出典:厚生省「医療施設動態調査」、厚生省調査)

② 2015 年における病床種類別病院病床数の予測

2015 年における病院入院患者数 190 万人に対し、必要な総病床数と病床種類別内訳について予測する。

まず、必要な総病床数であるが、病床利用率が高い療養型病床群 (1996 年 91.7%) の病床数が急速に増加していること、在宅医療の推進等に伴う利用率の向上が図られることなどに鑑み、2015 年における病床利用率は 84.3% (1996 年) から 90% に上がると仮定し、病院の必要病床数を 202 万床 (=182 万人/0.9) とした。

病床種類別内訳については、まず精神病床、結核病床等は 1996 年と同程度で推移すると仮定し、精神病床 36 万床、結核病床等 4 万床とした。次に、療養病床について、介護保険対応の療養型病床群病床数は前章で 31 万床と推定したが、医療保険対応の病床も同程度必要と仮定し、2015 年には合計 62 万床の療養病床が必要とした。残り 100 万床が一般病床となる (図表 4 - 6)。

図表 4 - 6 病床種類別にみた病院病床数の予測

	1996 年	2015 年	増減
入院患者数/日	140 万人	182 万人	42 万人
病床稼働率	84.3%	90.0%	5.7%
病床数	166 万床	202 万床	36 万床
(内訳)			
一般病床	126 万床	100 万床	36 万床
療養病床	(療養+介護力 18 万床)	62 万床	
精神病床	36 万床	36 万床	0 万床
結核等	4 万床	4 万床	0 万床

(資料:厚生省「平成8年患者調査」、「平成8年医療施設調査・病院報告」)

(2) 有床診療所における必要病床数

有床診療所においては、入院患者数は 1996 年と同水準と考え、病床数は 25 万床とした。

(3) 老健施設における必要病床数

厚生省「老人保健施設調査」によると、1996年の入所定員は132,446人、月末入所者数は114,468人（利用率86.4%）、1997年の入所定員は162,180人、月末入所者数は137,721人（利用率84.9%）である。

2015年における老健施設入所者数は34.0万人であるから、利用率を1997年と同じと仮定すると、入所定員数は40.0万人分となる。

(4) 特別養護老人ホームにおける必要病床数

厚生省「社会福祉施設等調査」によると、1996年の入所定員は235,992人、月末入所者数は234,946人（利用率99.6%）、1997年の入所定員は251,893人、月末入所者数は250,482人（利用率99.4%）である。

2015年における特養施設入所者数は49.2万人であるから、利用率を1997年と同じと仮定すると、入所定員数は49.5万人分となる。

3. 医療・介護常勤従事者数の将来予測

前節では、2015年における施設種類別にみた入院／入所の必要病床数について検討した。本節では、まず、医療機関の従事者数の予測を行い、次いで老健施設、特養などの施設サービス従事者、最後に訪問看護ステーションなどの在宅サービス従事者数について予測する。

(1) 医療機関（歯科診療所除く）における常勤従事者数の現状と将来予測

①常勤医師数の現状と将来予測

ア) 常勤医師数の現状

図表4-7に、医療施設別にみた常勤医師数の年次推移を示す。厚生省「医療施設調査・病院報告」によると、常勤医師数は、1990年で病院118,881人、診療所82,389人の合計201,270人、1996年で病院132,446人、診療所91,229人の合計223,675人となっている。6年間での常勤医師の増加数は22,405人で、これを年平均に換算すると3,734人の増加となる。

ところで、厚生省健康政策局医事課によると、医師国家試験の合格者数は、1998年7,806人、1999年7,309人で、年間7千人強が新規に医師となっているが、常勤医師はその半数程度しか増加していないことになる。

図表 4 - 7

常勤医師数の年次推移

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
1.病院							
常勤医師数(人)	118,881	121,690	123,890	126,284	128,812	131,308	132,446
対前年度増加数(人)	2,947	2,809	2,200	2,394	2,528	2,496	1,138
病床数(千床)	1,676.8	1,685.6	1,686.7	1,681.0	1,677.0	1,670.0	1,664.6
100 床当たり 常勤医師数(人)	7.1	7.2	7.3	7.5	7.7	7.9	8.0
2.無床診療所							
常勤医師数(人)	55,856	—	—	60,185	—	—	66,886
1年平均増加数(人)	—	—	—	1,443	—	—	2,234
外来患者数(万人)	217	—	—	223	—	—	253
1常勤医師当たり 外来患者数(人)	38.9	—	—	37.0	—	—	37.8
3.有床診療所							
常勤医師数(人)	26,533	—	—	25,721	—	—	24,343
1年平均増加数(人)	—	—	—	-271	—	—	-459
常勤医師総数(人)	201,270	—	—	212,190	—	—	223,675
1年平均増加数(人)	—	—	—	3,640	—	—	3,862

(出典：厚生省「医療施設調査・病院報告」)

イ) 常勤医師数の将来予測

ここでは、2015 年における入院／外来患者数をもとに、医療機関別にみた常勤医師数の将来予測を行う(図表 4 - 8)。

a. 病院の場合

100 床当たり常勤医師数の年次推移を見ると、1991 年の 7.1 人から年々微増し、1996 年で 8.0 人となっている。2015 年の 100 床当たり常勤医師数については、今後、医師数が緩和された療養病棟が増加することで、増加傾向が相殺されると考え、2015 年における 100 床当たり常勤医師数は 1996 年と同じ水準の 8.0 人とした。

ところで、病院の病床数は、1996 年の 166 万床から、2015 年には 202 万床となる。したがって、2015 年において必要とされる病院常勤医師数は、1996 年の 13.2 万人から 3 万人増の 16.2 万人(=202 万床×8.0 人／100 床)と推計した。なお、外来患者数増に対しては、これら純増医師で対応するものとしている。

b. 無床診療所の場合

1996 年における外来患者数は 253 万人、1 医師当たり 1 日平均外来患者数は 37.8 人である。ここで、2015 年における 1 医師当たり 1 日平均外来患者数を、患者 1 人当たり診療時間の延長と、在宅医療の増加に伴う外来時間の縮小に鑑みて 15%ダウンの 32.2 人(=253 万人／66,886 人×0.85)と仮定する。

ところで、2015 年における外来患者数は 320 万人と推計されたことから、常勤医師数は、1996 年の 6.7 万人から 3.2 万人増の 9.9 万人（＝320 万人／32.2 人）と推計した。

c. 有床診療所の場合

1996 年における外来患者数、入院患者数は、2015 年でも同水準と仮定し、常勤医師数は 1996 年と同じ 2.4 万人とした。

図表 4 - 8 2015 年における常勤医師数の予測

	1996	2015	増減
1. 病院			
①入院患者数	140 万人	182 万人	42 万人
②必要病床数	166 万床	202 万床	36 万床
③100 床当たり常勤医師数	8.0 人	8.0 人	0.0 人
④常勤医師数(②×③/100)	13.2 万人	16.2 万人	3.0 万人
2. 無床診療所			
①外来患者数	253 万人	320 万人	67 万人
②1 常勤医師当たり外来患者数	37.8 人	32.2 人	-5.6 人
③常勤医師数	6.7 万人	9.9 万人	3.2 万人
3. 有床診療所			
①常勤医師数	2.4 万人	2.4 万人	0.0 万人
常勤医師総数	22.4 万人	28.5 万人	6.2 万人

注. 四捨五入の関係で、合計が合わない部分あり。

(出典:厚生省「平成8年医療施設調査・病院報告」)

② コ・メディカル数の現状と将来予測

ア) 1 常勤医師当たりコ・メディカル数の現状

a. 病院の場合

図表 4 - 9 に、病院における職種別コ・メディカル数、および 1 常勤医師当たりの職種別コ・メディカル数の年次推移を示す。1 常勤医師当たりの職種別コ・メディカル数をみると、薬剤師は 0.3 人および技師等職員数は 1.0 人で年度に関係なく一定で、事務職員は 2.3 人とほぼ一定で推移していることがわかる。一方、1 常勤医師当たり看護職員は、年々微増しており、1996 年で 6.9 人となっている。

図表 4 - 9

1 常勤医師当たり職種別コ・メディカル数および総数の年次推移(病院)

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
1. 職種別コ・メディカル数(人)							
看護職員	724,558	739,554	769,299	804,130	843,709	880,913	910,033
薬剤師	34,937	35,971	36,850	37,932	38,894	39,971	41,105
技師等職員	114,023	116,737	119,837	123,971	127,229	130,153	133,166
事務職員	293,876	296,561	301,053	304,642	302,529	301,989	299,849
小 計	1,167,394	1,188,823	1,227,039	1,270,675	1,312,361	1,353,026	1,384,153
2. 1 常勤医師当たり職種別コ・メディカル数(人)							
看護職員	6.1	6.1	6.2	6.4	6.5	6.7	6.9
薬剤師	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3
技師等職員	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
事務職員	2.5	2.4	2.4	2.4	2.3	2.3	2.3
小 計	9.8	9.8	9.9	10.0	10.2	10.3	10.5
常勤医師数	118,881	121,690	123,890	126,284	128,812	131,308	132,446

(出典：厚生省「医療施設調査・病院報告」)

注) 技師等職員は「医科」のみの人数で、「歯科衛生士」「歯科技工士」は含まれていない。

b. 無床診療所の場合

図表 4 - 10 に、無床診療所における職種別コ・メディカル数、および 1 常勤医師当たりの職種別コ・メディカル数の年次推移を示す。1 常勤医師当たりの職種別コ・メディカル数をみると、薬剤師は 0.1 人および技師等職員数は 0.3 人で年度に関係なく一定で、看護職員は 2.2 人とほぼ一定で推移していることがわかる。一方、1 常勤医師当たり事務職員は、年々微増しており、1996 年で 2.7 人となっている。

図表 4 - 10 1 常勤医師当たり職種別コ・メディカル数および総数の年次推移(無床診療所)

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
1. 職種別コ・メディカル数(人)							
看護職員	112,545	—	—	131,289	—	—	147,070
薬剤師	5,894	—	—	7,471	—	—	7,024
技師等職員	15,533	—	—	19,662	—	—	23,150
事務職員	123,541	—	—	146,948	—	—	177,316
小 計	257,513	—	—	305,370	—	—	354,560
2. 1 常勤医師当たり職種別コ・メディカル数(人)							
看護職員	2.0	—	—	2.2	—	—	2.2
薬剤師	0.1	—	—	0.1	—	—	0.1
技師等職員	0.3	—	—	0.3	—	—	0.3
事務職員	2.2	—	—	2.4	—	—	2.7
小 計	4.6	—	—	5.1	—	—	5.3
常勤医師数	55,856	—	—	60,185	—	—	66,886

(出典：厚生省「医療施設調査・病院報告」)

注) 技師等職員は「医科」のみの人数で、「歯科衛生士」「歯科技工士」は含まれていない。

c. 有床診療所の場合

図表 4-11 に、有床診療所における職種別コ・メディカル数、および1 常勤医師当たりの職種別コ・メディカル数の年次推移を示す。1 常勤医師当たりの職種別コ・メディカル数をみると、薬剤師は 0.1 人で年度に関係なく一定で、技師等職員数は 0.5 人および事務職員は 3.6 人とほぼ一定で推移していることがわかる。一方、1 常勤医師当たり看護職員は、年々微増しており、1996 年で 5.0 人となっている。

図表 4-11 1 常勤医師当たり職種別コ・メディカル数および総数の年次推移(有床診療所)

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
1. 職種別コ・メディカル数(人)							
看護職員	120,305	—	—	120,703	—	—	120,724
薬剤師	2,597	—	—	2,617	—	—	2,486
技師等職員	9,998	—	—	11,335	—	—	12,965
事務職員	90,841	—	—	91,312	—	—	88,673
小 計	223,741	—	—	225,967	—	—	224,848
2. 1 常勤医師当たり職種別コ・メディカル数(人)							
看護職員	4.5	—	—	4.7	—	—	5.0
薬剤師	0.1	—	—	0.1	—	—	0.1
技師等職員	0.4	—	—	0.4	—	—	0.5
事務職員	3.4	—	—	3.6	—	—	3.6
小 計	8.4	—	—	8.8	—	—	9.2
常勤医師数	26,533	—	—	25,721	—	—	24,343

(出典：厚生省「医療施設調査・病院報告」)

注) 技師等職員は「医科」のみの人数で、「歯科衛生士」「歯科技工士」は含まれていない。

イ) 職種別コ・メディカル数の将来予測

ここでは、2015 年における常勤医師数をもとに、職種別にみたコ・メディカル数の将来予測を行う。

a. 病院の場合

1 常勤医師当たり看護職員については、増加傾向にあることから、2015 年は 7.5 人と仮定した。また、一定の傾向にある薬剤師、技師等職員、事務等職員は、1996 年と同水準と仮定し、それぞれ 0.3 人、1.0 人、2.3 人とした。これに、2015 年の常勤医師数 (16.2 万人) を掛けることにより、看護職員 121.5 万人、薬剤師 4.9 万人、技師等職員 (医科のみ) 16.2 万人、事務等職員 37.3 万人と推計した。なお、病院に勤務する歯科医師、歯科衛生士・技工士については、1990～1996 年の間ほぼ同数で推移していることから、それぞれ 1996 年と同じく 0.7 万人、0.4 万人とした。したがって、病院における技師等職員数は、医科・歯科合計で 16.6 万人とした。

b. 無床診療所の場合

1 常勤医師当たり事務職員については、増加傾向にあることから、2015 年は 3.0 人と仮定した。また、一定の傾向にある看護職員、薬剤師、技師等職員は、1996 年と同水準と仮定し、それぞれ 2.2 人、0.1 人、0.3 人とした。これに、2015 年の常勤医師数（9.9 万人）を掛けることにより、看護職員 21.8 万人、薬剤師 1.0 万人、技師等職員（医科のみ）3.0 万人、事務等職員 29.7 万人と推計した。なお、無床診療所に勤務する歯科医師、歯科衛生士・技工士については、1990～1996 年の間ほぼ同数で推移していることから、それぞれ 1996 年と同じく 0.1 万人、0.1 万人とした。したがって、無床診療所における技師等職員数は、医科・歯科合計で 3.1 万人とした。

c. 有床診療所の場合

有床診療所の職員は、1996 年と同じく、看護職員 12.1 万人、薬剤師 0.2 万人、技師等職員 1.3 万人、事務等職員 8.9 万人と推計した。

(2) 歯科診療所における常勤従事者数の現状と将来予測

① 歯科診療所における常勤従事者数の現状

図表 4-12 に、歯科診療所における職種別常勤従事者数、診療所数の年次推移を示す。1996 年時点で、常勤歯科医師 7.5 万人、看護婦 0.1 万人、薬剤師 0.1 万人、技師職員（歯科衛生士・技工士）18.5 万人、事務職員 4.1 万人の合計 30.3 万人が従事している。

歯科診療所数については、1990 年の 52,216 ケ所から 1996 年の 59,357 ケ所へと微増しているが、診療所数の伸び率は鈍化の傾向にある。

図表 4-12 歯科診療所における常勤従事者数、診療所数の年次推移

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
1. 職種別常勤従事者数(人)							
歯科医師	65,175	—	—	70,439	—	—	74,700
看護職員	1,328			1,327			1,173
薬剤師	697	—	—	902	—	—	940
技師等職員	158,001	—	—	177,105	—	—	184,726
事務職員	36,664	—	—	40,548	—	—	41,380
小 計	261,865	—	—	290,321	—	—	302,919
2. 歯科診療所数(ヶ所)							
歯科診療所数	52,216	53,633	55,002	55,906	57,213	58,407	59,357
伸び率	—	2.7%	2.6%	1.6%	2.3%	2.1%	1.6%

(出典：厚生省「医療施設調査・病院報告」)

②歯科診療所における常勤従事者数の予測

歯科診療所数は、今後伸び率が鈍化すると考え、1996年から年平均0.5%の伸びにとどまると仮定し、2015年の歯科診療所数を65,257ヶ所と推定した。

1診療所当たりの職種別職員数は、1996年と同じと仮定し、歯科医師8.2万人(=7.5万人×65,257/59,357)、看護職員0.1万人、技師等職員20.3万人、薬剤師0.1万人、事務職員4.5万人の合計33.3万人と推定した。

以上の結果に基づき、2015年における医療機関別の職種別常勤従事者数を図表4-13にまとめる。

図表4-13 2015年における職種別常勤従事者数の予測

	1996	2015	増減
1.病院	152.8万人	197.2万人	44.4万人
医師	13.2万人	16.2万人	3.0万人
歯科医師	0.7万人	0.7万人	0.0万人
看護職員	91.0万人	121.5万人	30.5万人
薬剤師	4.1万人	4.9万人	0.8万人
技師等職員	13.7万人	16.6万人	2.9万人
事務職員	30.0万人	37.3万人	7.3万人
2.無床診療所	42.4万人	65.6万人	23.2万人
医師	6.7万人	9.9万人	3.2万人
歯科医師	0.1万人	0.1万人	0.0万人
看護職員	14.7万人	21.8万人	7.1万人
薬剤師	0.7万人	1.0万人	0.3万人
技師等職員	2.5万人	3.1万人	0.6万人
事務職員	17.7万人	29.7万人	12.0万人
3.有床診療所	25.0万人	25.0万人	0.0万人
医師	2.4万人	2.4万人	0.0万人
歯科医師	0.0万人	0.0万人	0.0万人
看護職員	12.1万人	12.1万人	0.0万人
薬剤師	0.2万人	0.2万人	0.0万人
技師等職員	1.3万人	1.3万人	0.0万人
事務職員	8.9万人	8.9万人	0.0万人
医科合計	220.2万人	287.7万人	67.5万人
医師	22.4万人	28.5万人	6.2万人
歯科医師	0.8万人	0.8万人	0.0万人
看護職員	117.8万人	155.4万人	37.6万人
薬剤師	5.0万人	6.1万人	1.1万人
技師等職員	17.5万人	21.0万人	3.5万人
事務職員	56.6万人	75.9万人	19.3万人
4.歯科診療所	30.3万人	33.3万人	3.0万人
歯科医師	7.5万人	8.2万人	0.7万人
看護職員	0.1万人	0.1万人	0.0万人
薬剤師	0.1万人	0.1万人	0.0万人
技師等職員	18.5万人	20.3万人	1.8万人
事務職員	4.1万人	4.5万人	0.4万人

医科・歯科合計	250.5 万人	321.0 万人	70.5 万人
医師	22.4 万人	28.5 万人	6.2 万人
歯科医師	8.3 万人	9.0 万人	0.7 万人
看護職員	117.9 万人	155.5 万人	37.6 万人
薬剤師	5.1 万人	6.2 万人	1.1 万人
技師等職員	36.0 万人	41.3 万人	5.3 万人
事務職員	60.7 万人	80.4 万人	19.7 万人

注. 四捨五入の関係で、合計が合わない部分あり。

(出典:厚生省「平成8年医療施設調査・病院報告」)

(3) 老健・特養・その他福祉施設における常勤従事者数の現状と将来予測

①老健施設従事者の現状と将来予測

厚生省「平成8年老人保健施設調査」によると、1996年における入所定員数は13.2万人、常勤(専任)職員数は6.7万人となっている。これを入所定員100人当たりの職種別常勤職員数でみると、医師0.93人、看護・介護等職員40.35人、薬剤師0.02人、技師等職員4.74人、事務職員4.22人となる。

老健施設の場合、入所定員100人当たり常勤者数は年々微増していることから、1996年以降も年率0.5%で増加していくと仮定すると、入所定員100人当たり職員数は、医師1.03人、看護・介護等職員44.38人、薬剤師0.03人、技師等職員5.21人、事務職員4.64人となる。

2015年における入所定員は40.0万人と推定されていることから、これに各職種別の入所定員100人当たり常勤職員数を掛けることにより、医師0.4万人、看護・介護等職員17.8万人、薬剤師0.0万人、技師等職員2.1万人、事務職員1.9万人の合計22.1万人となる(四捨五入の関係で、合計が合わない部分あり)。したがって、老健施設での医師増加数は0.3万人となる。

②特養施設従事者の現状と将来予測

厚生省「平成9年社会福祉施設等調査報告」によると、1996年における入所定員数は23.6万人、常勤(専任)職員数は12.0万人、1997年における入所定員数は25.2万人、常勤(専任)職員数は12.9万人となっている。これを入所定員100人当たりの職種別常勤職員数でみると、医師0.11人、看護・介護等職員35.48人、技師等職員9.60人、事務職員6.14人となる。

特養の場合、入所定員100人当たり常勤者数はほぼ一定となっていることから、これを1997年と同じと仮定し、これに2015年における入所定員数49.5万人を掛けることにより、医師0.1万人、看護・介護等職員17.6万人、技師等職員4.8万人、事務職員3.0万人の合計25.4万人となる。

②その他福祉施設従事者の現状と将来予測

ア) 養護老人ホーム、軽費老人ホームA型・B型

厚生省「平成9年社会福祉施設等調査報告」によると、1997年における養護老人ホームの定員数は6.7万人、常勤従事者1.8万人（内訳は看護・介護職員0.9万人、技師等職員0.6万人、事務職員0.3万人）、軽費老人ホームA型の定員数は1.5万人、常勤従事者0.4万人（内訳は看護・介護職員0.13万人、技師等職員0.15万人、事務職員0.08万人）、軽費老人ホームB型の定員数は0.2万人、常勤従事者0.0万人（内訳は看護・介護職員0.005万人、事務職員0.005万人）となっている。この数字はほぼ一定で推移していることから、2015年における常勤従事者も1997年と同じく、養護老人ホーム1.8万人、軽費A型0.4万人、軽費B型0.0万人（それぞれの職種内訳も同様）とした。

イ) ケアハウス

厚生省「平成9年社会福祉施設等調査報告」によると、1996年における入所定員数は1.8万人、常勤従事者数は0.2万人、1997年における入所定員数は2.4万人、常勤従事者0.3万人となっている。これを入所定員100人当たりの職種別常勤職員数でみると、医師0.01人、看護・介護等職員4.04人、技師等職員6.61人、事務職員2.66人となる。ケアハウスは今後整備が進められる予定であり、厚生省は「ゴールドプラン21」で、2004年で入所定員10.5万人を目標としている。

ここで、2015年における入所定員数を16.5万人、定員100人当たり常勤従事者数は1997年と同じと仮定すると、2015年の常勤職員数は、看護・介護等職員0.7万人、技師等職員1.1万人、事務職員0.4万人の合計2.2万人となる。

ウ) 有料老人ホーム

厚生省「平成9年社会福祉施設等調査報告」によると、1996年における入所定員数は2.9万人、常勤従事者数は0.6万人、1997年における入所定員数は3.0万人、常勤従事者0.7万人となっている。これを入所定員100人当たりの職種別常勤従事者数でみると看護・介護等職員11.13人、技師等4.87人、事務職員6.24人となる。

ここで入所者数の伸び率は1995年～1996年が4.2%、1996年～1997年が3.3%と鈍化していることにより1997年～2015年の伸びを年率2.0%と仮定し2015年の入所者数を30,494人と推計した。また、入所率は1996年、1997年とも約71%であるが、今後介護保険制度の導入に伴い上昇することを見込み80%と仮定し、2015年における入所定員数を3.8万人と推計した。また、定員100人当たり常勤従事者数は1997年と同じと仮定すると、2015年の常勤職員数は看護・介護等職員0.4万人、技師等0.2万人、事務職員0.2万人、合計0.8万人となる。

エ) グループホーム

グループホームも、ケアハウスと同様、今後整備が進められる予定であり、厚生省は「ゴールドプラン 21」で、2004 年で事業所数 3,200 ヶ所を目標としている。ここで、2015 年における事業所数を 9,000 ヶ所、1 事業所当たり常勤従事者数は人員基準から 3 人と仮定すると、2015 年の常勤職員数は 2.7 万人となる。

以上の結果を図表 4-14 にまとめる。

図表 4-14 老健、特養、その他福祉施設における常勤従事者数の将来予測

	1996	2015	増減
① 老人保健施設	6.7 万人	22.1 万人	15.4 万人
② 特別養護老人ホーム	12.0 万人	25.4 万人	13.4 万人
③ 養護老人ホーム	1.8 万人	1.8 万人	0.0 万人
④ 軽費老人ホームA型・B型	0.4 万人	0.4 万人	0.0 万人
⑤ ケアハウス	0.2 万人	2.2 万人	2.0 万人
⑥ 有料老人ホーム	0.6 万人	0.8 万人	0.2 万人
⑦ グループホーム	0.0 万人	2.7 万人	2.7 万人
合 計	21.7 万人	55.4 万人	33.7 万人

(4) 在宅サービスにおける常勤従事者数の現状と将来予測

厚生省の平成 12 年度概算要求に関する資料をみると、在宅サービスの基盤整備率は 32.73%となっている。これは、各要介護度別の支給限度額限界までサービスを利用する場合に必要なサービス供給量に対し、実際に提供できるのはその 32.73%に過ぎないことを意味している。

ここでは、2015 年には基盤整備率を 100%達成するとした上で、各種在宅サービス別の常勤従事者数を予測する。

①ホームヘルパーの現状と将来予測

まず、2000 年における常勤のホームヘルパー数を推定する。「平成 11 年版厚生白書」によると、1999 年度におけるホームヘルパー養成予定数は 178,500 人となっている。ここで、2000 年におけるホームヘルパー数を 18 万人、総ホームヘルパー数に占める常勤者の割合を 40%と仮定し、2000 年における常勤のホームヘルパーは 7.2 万人 ($=18 \text{ 万人} \times 0.4$) と推定した。(1996 年の常勤ホームヘルパー数も同様の方法で 4.7 万人 ($=11.8 \text{ 万人} \times 0.4$) と推定した)

次に、2015 年における常勤ホームヘルパー数であるが、これは在宅の要介護・要支援者総数に比例するとした。2000 年および 2015 年における在宅の要支援・要介護者は、それぞれ 200 万人、346 万人と推定されることから、2015 年における常勤ホームヘルパー数を 38.1 万人 ($=7.2 \text{ 万人} \div 0.3273 \times 346 \text{ 万人} / 200 \text{ 万人}$) と推定した。

②訪問看護ステーションにおける看護等職員の現状と将来予測

厚生省「平成8年訪問看護統計調査」によると、1996年における訪問看護ステーション数は1,374ヶ所、常勤従事者数（PT、OTも含む）は4,119人で、1事業所当たり常勤従事者は3.0人となっている。

2015年において、訪問看護ステーションは8,000ヶ所（2000年における事業所数の約2倍）、1事業所当たり常勤従事者は3.5人と仮定し、常勤従事者数は2.8万人（＝8,000事業所×3.5人）と推定した。

③デイサービスセンターにおける常勤職員の現状と将来予測

厚生省「平成8年社会福祉施設等調査報告」によると、1996年におけるデイサービスセンター数の事業所数は4,793ヶ所、常勤従事者数は3.1万人、1事業所当たり常勤者数は6.48人（職種別に見た内訳は、看護・介護等職員3.61人、技師等職員1.54人、事務職員1.33人）となっている。

2015年において、デイサービスセンターは12,000ヶ所（2000年における事業所数の約2倍強）、1事業所当たり常勤者数は年率0.5%増の看護・介護等職員4.0人、技師等職員1.7人、事務職員1.4人、合計7.1人と仮定し、それぞれに事業所数（＝12,000）を掛けて、常勤従事者数は看護・介護等職員4.8万人、技師等職員2.0万人、事務職員1.7万人、合計8.5万人と推定した。

④保険薬局における常勤職員の現状と将来予測

「国民衛生の動向」や厚生省からのヒアリングによると、1996年および1998年における保険薬局数はそれぞれ36,353ヶ所、39,436ヶ所となっている。年率に直すと約4%の伸びであるが、これは、院外処方の推進による部分が多いが、今後急激な増大を続ける薬局調剤医療費の伸びに制限がかけられる可能性は高いことから、保険薬局数は今後年率1%程度の伸びにとどまると仮定し、2015年における保険薬局数を43,918ヶ所とした。

次に、保険薬局における常勤従事者数であるが、1996年は薬局数に1事業所当たり常勤職員数（「平成9年厚生省医療経済実態調査」より薬剤師2.4人、事務職員等2.0人、合計4.4人）を掛けて16.0万人（＝36,353ヶ所×4.4人）と推計した。1事業所当たり常勤職員数は2015年でも変わらないと仮定し、2015年の常勤従事者数を薬剤師10.5万人（＝43,918ヶ所×2.4人）、事務職員等8.8万人（＝43,918ヶ所×2.0人）、合計19.3万人と推計した。

以上の結果を図表4-15にまとめる。

図表 4 - 15 在宅サービスにおける常勤従事者数の将来予測

	1996	2015	増減
① ホームヘルパー	4.7 万人	38.1 万人	33.4 万人
② 訪問看護ステーション職員	0.4 万人	2.8 万人	2.4 万人
③ デイサービスセンター職員	3.1 万人	8.5 万人	5.4 万人
④ 保険薬局職員	16.0 万人	19.3 万人	3.3 万人
合 計	24.2 万人	68.7 万人	44.5 万人

以上の結果を施設別にまとめたものを図表 4 - 16 に、職種別にまとめたものを図表 4 - 17 に示す。

常勤従事者は 1996 年の 296.4 万人から 2015 年の 445.2 万人へと、148.8 万人増加すると推計した。

図表 4 - 16 施設別にみた常勤従事者数の将来予測

	1996	2015	増減
① 病院	152.8 万人	197.2 万人	44.4 万人
② 無床診療所	42.4 万人	65.6 万人	23.2 万人
③ 有床診療所	25.0 万人	25.0 万人	0.0 万人
医 科 合 計	220.2 万人	287.7 万人	67.5 万人
④ 歯科診療所	30.3 万人	33.3 万人	3.0 万人
医科・歯科 小計	250.5 万人	321.0 万人	70.5 万人
① 老人保健施設	6.7 万人	22.1 万人	15.4 万人
② 特別養護老人ホーム	12.0 万人	25.4 万人	13.4 万人
③ 養護老人ホーム	1.8 万人	1.8 万人	0.0 万人
④ 軽費老人ホームA型・B型	0.4 万人	0.4 万人	0.0 万人
⑤ ケアハウス	0.2 万人	2.2 万人	2.0 万人
⑥ 有料老人ホーム	0.6 万人	0.8 万人	0.2 万人
⑦ グループホーム	0.0 万人	2.7 万人	2.7 万人
施設系 小計	21.7 万人	55.4 万人	33.7 万人
① ホームヘルパー	4.7 万人	38.1 万人	33.4 万人
② 訪問看護ステーション職員	0.4 万人	2.8 万人	2.4 万人
③ デイサービスセンター職員	3.1 万人	8.5 万人	5.4 万人
④ 保険薬局職員	16.0 万人	19.3 万人	3.3 万人
在宅系 小計	24.2 万人	68.7 万人	44.5 万人
総 計	296.4 万人	445.1 万人	148.7 万人

図表 4 - 17 職種別にみた常勤従事者数の将来予測

	1996	2015	増減
① 医師	22.5 万人	29.0 万人	6.5 万人
② 歯科医師	8.3 万人	9.0 万人	0.7 万人
③ 看護・介護職員等	139.5 万人	241.4 万人	101.9 万人
④ 技師等	40.7 万人	52.1 万人	11.4 万人
⑤ 薬剤師	13.9 万人	16.8 万人	2.9 万人
⑥ 事務員等	71.5 万人	96.8 万人	25.3 万人
合 計	296.4 万人	445.1 万人	148.7 万人

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のが適切と判断する。

(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る。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

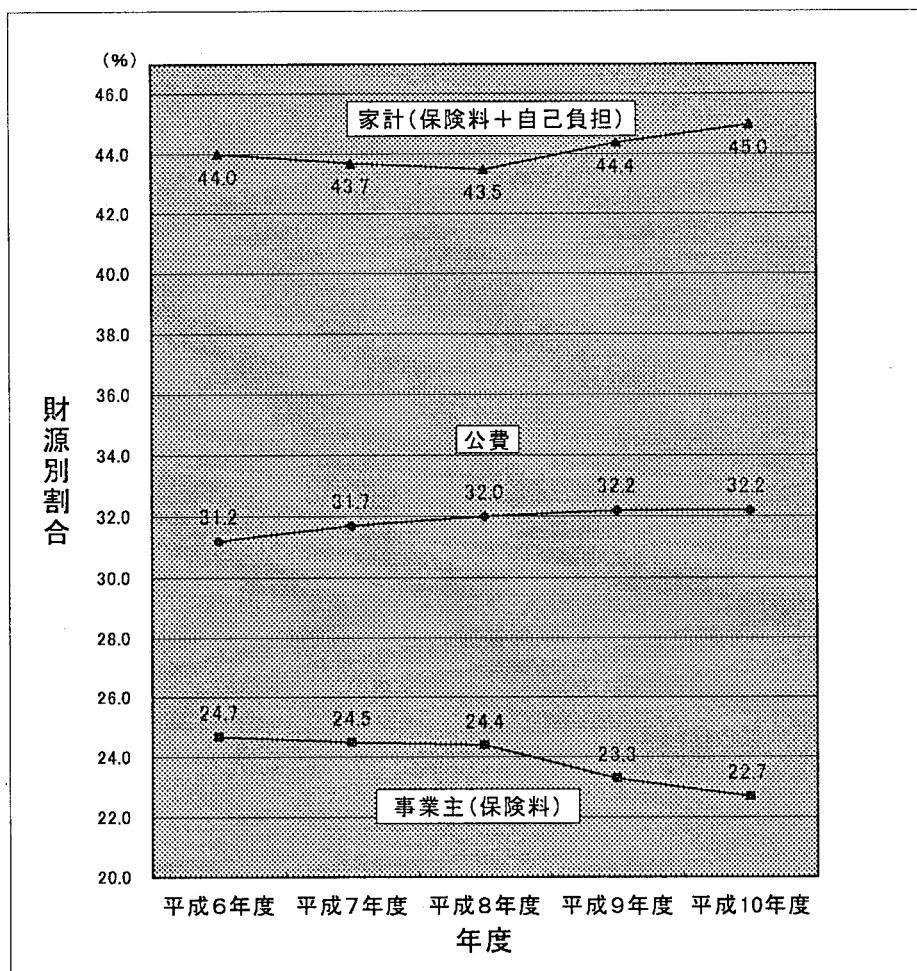
これらの結果から、国民1人当りの年間家計負担は12万2,000円となる。

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、試算するに当たり、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。

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。

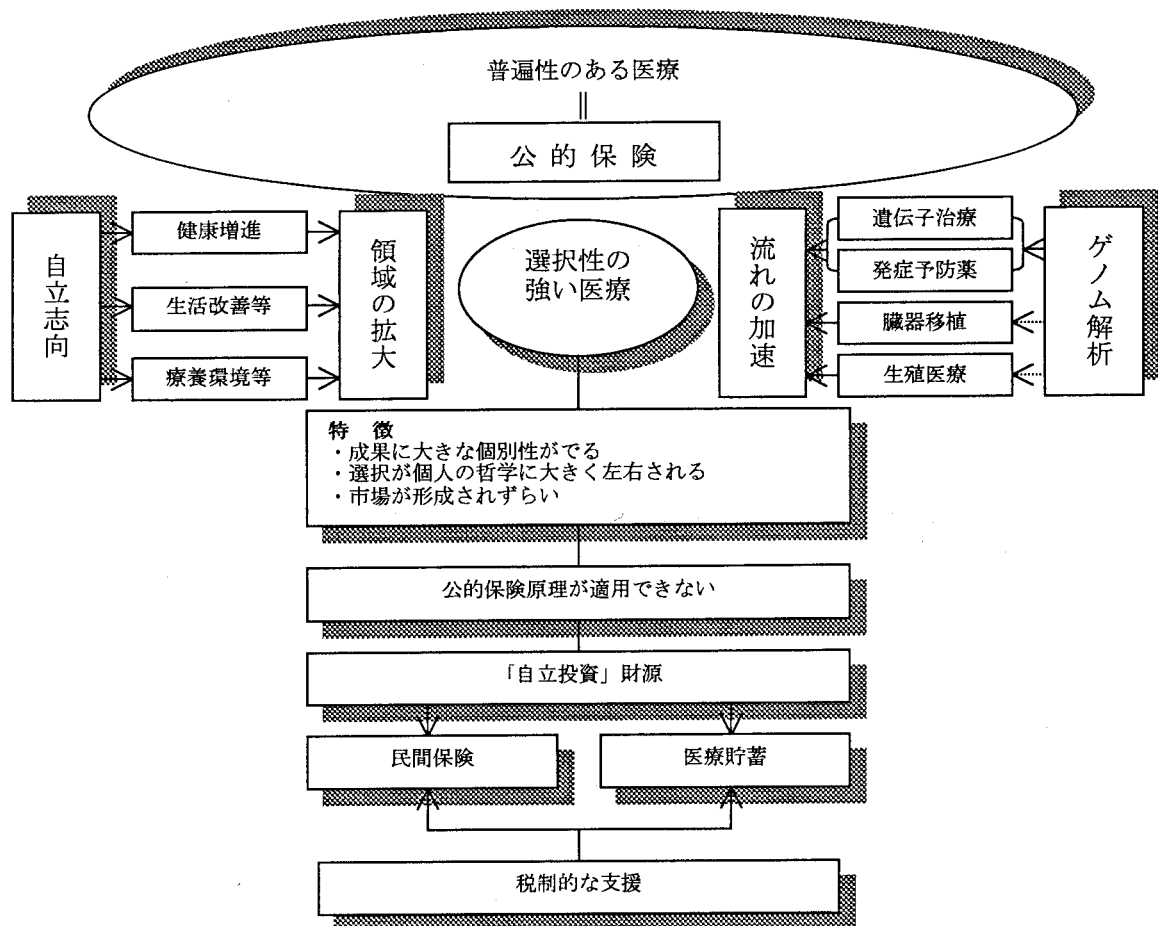
②更に個々の選択と責任のもとでの生活の質の向上を求める患者ニーズの多様化が進行している。

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、他産業に比べ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。

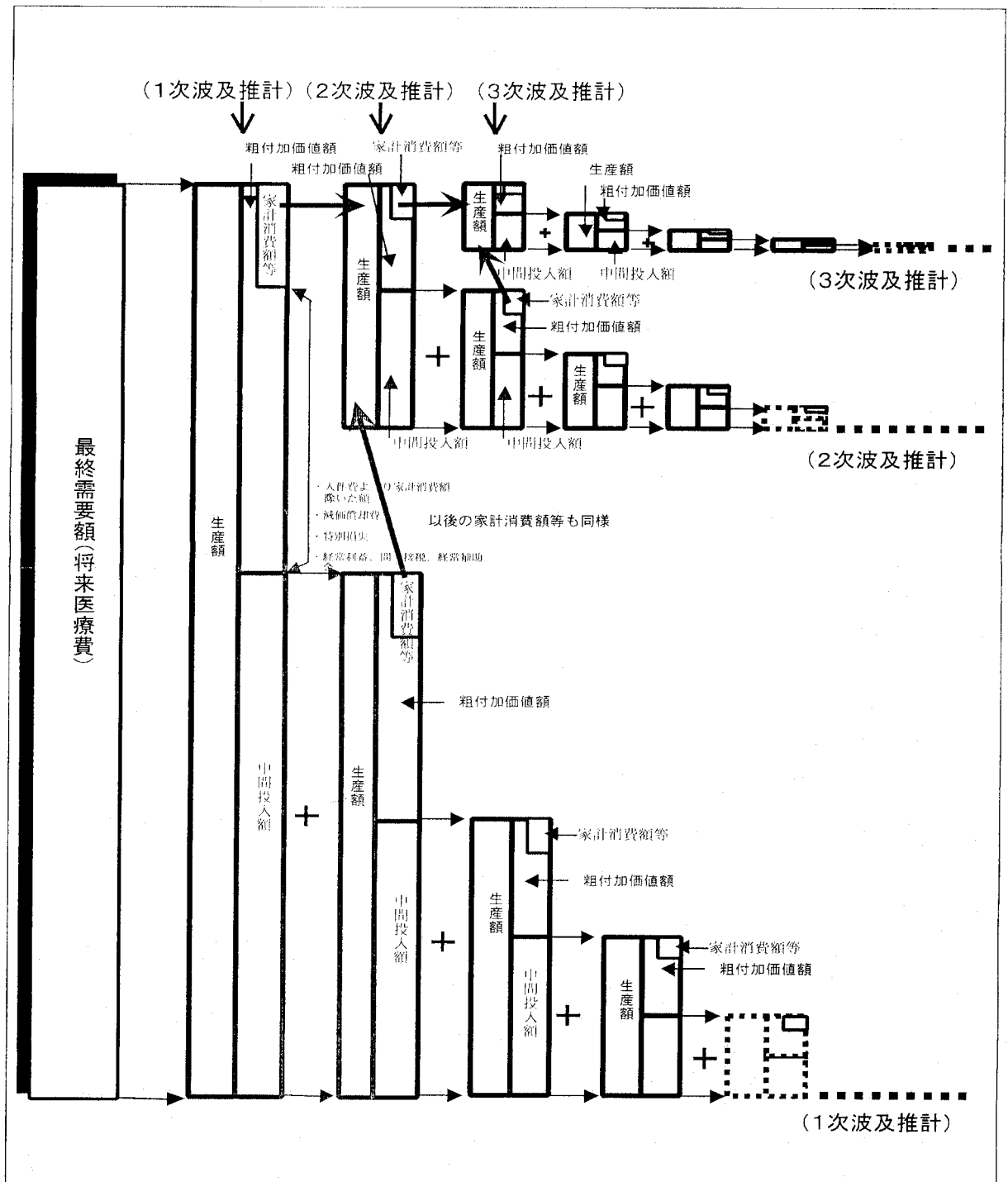
特に、「国内総固定資本形成」に大きく依存する建設よりも高い値であるということは、付加価値レベル (GDP レベル) では、公共投資に比して医療費等の消費の拡大の方が効果的であることを示している (図表 8-3)。

(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

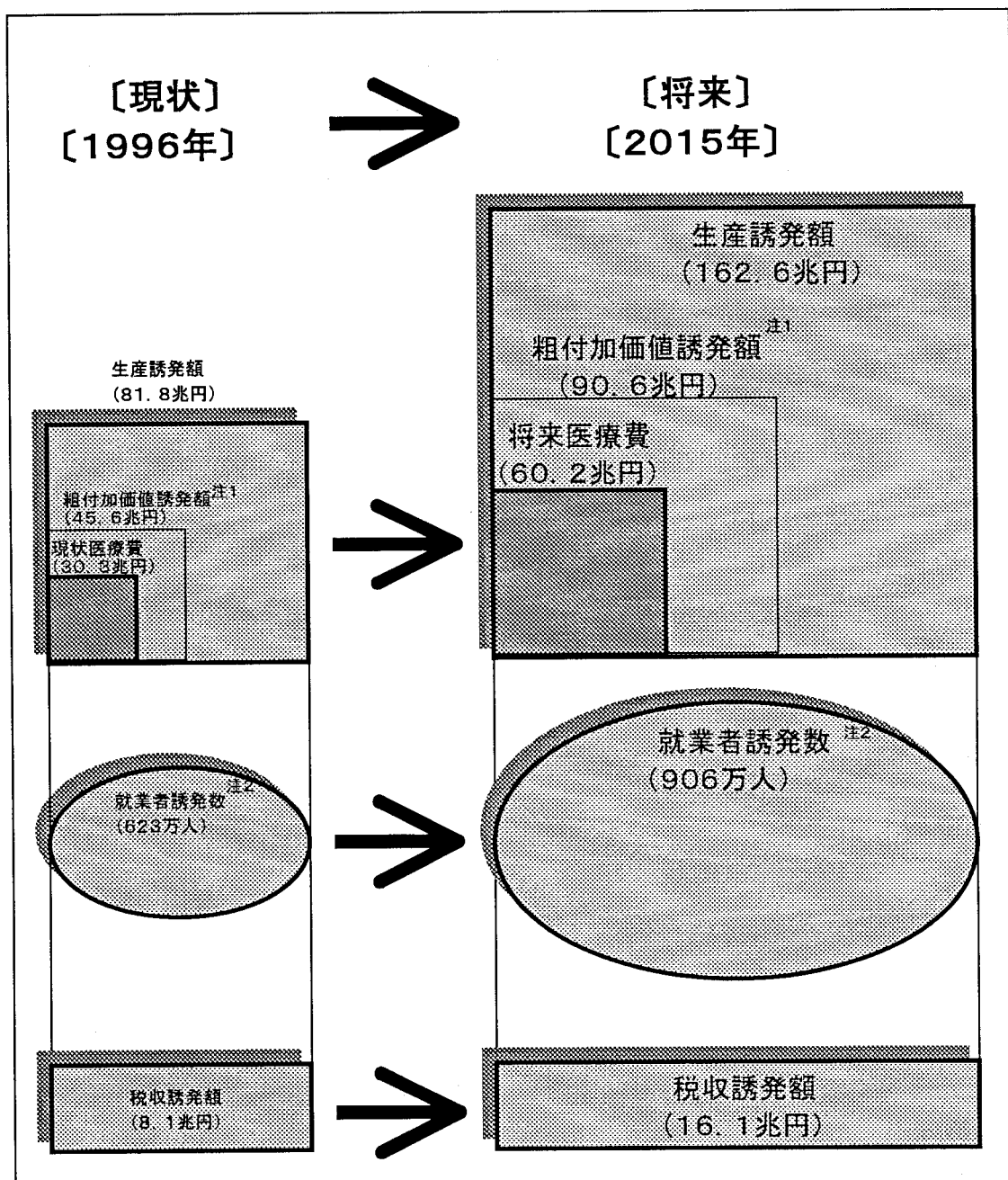
注2 「労働力調査」による「就業者数」で、雇用者(有給役員を含む)、自営業者、家族従業者の合計
なお、将来(2015年)の全国就業者数は、将来の年齢階級別人口の予測値(中位推計)に、現状における年齢階級別人口に対する各就業者の比率を掛けて求めた

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

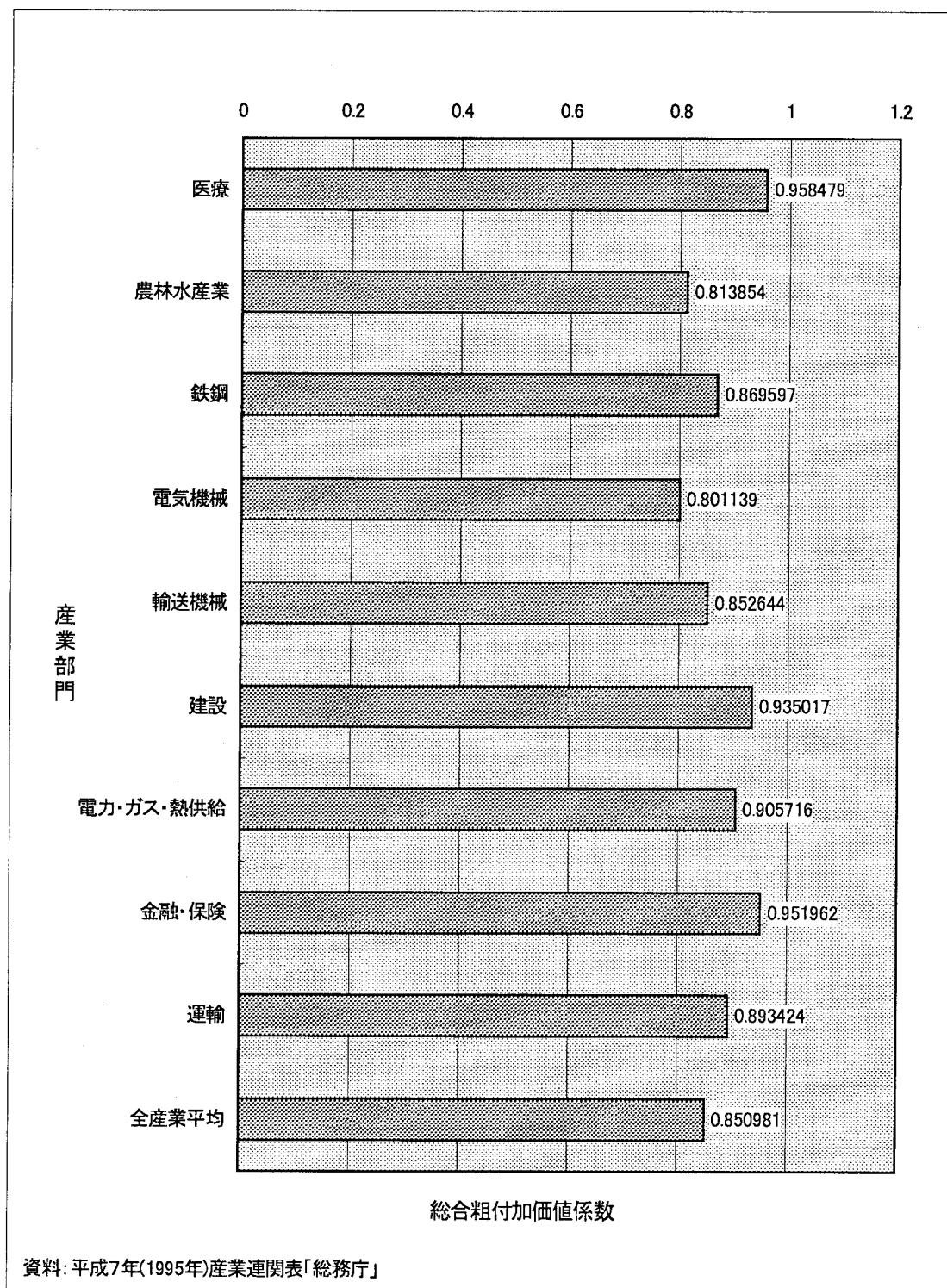


注1 家計外消費支出を含む金額

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

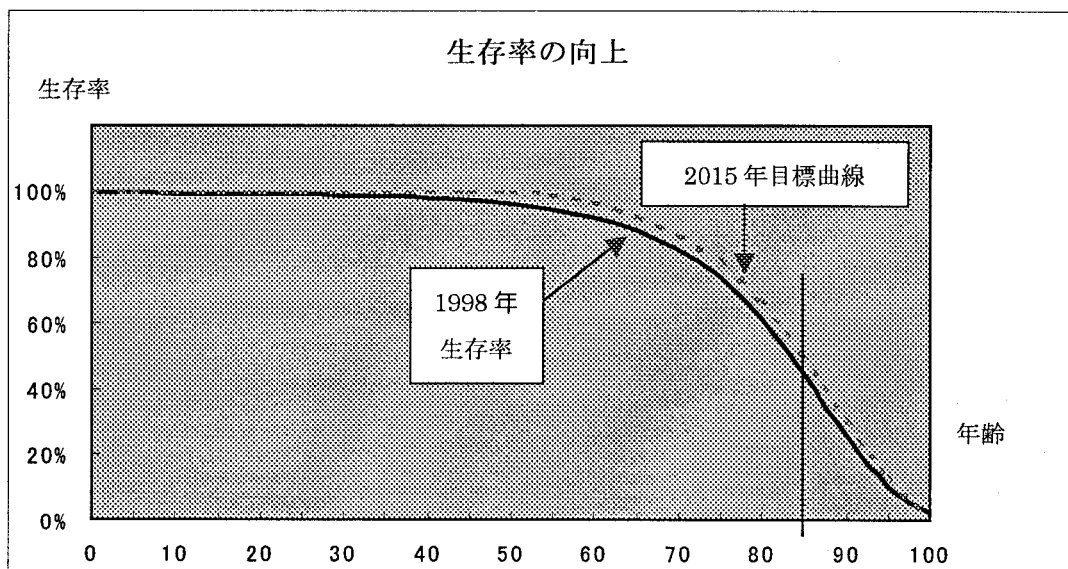
戦後の廃虚の中から、公衆衛生活動普及のための地道な努力、国民皆保険の達成、生活環境の改善等によって、わが国は世界一の長寿国になるに至った。ここでは、まず国民の生存率をさらに引き上げるという視点から目標値を設定した。

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。

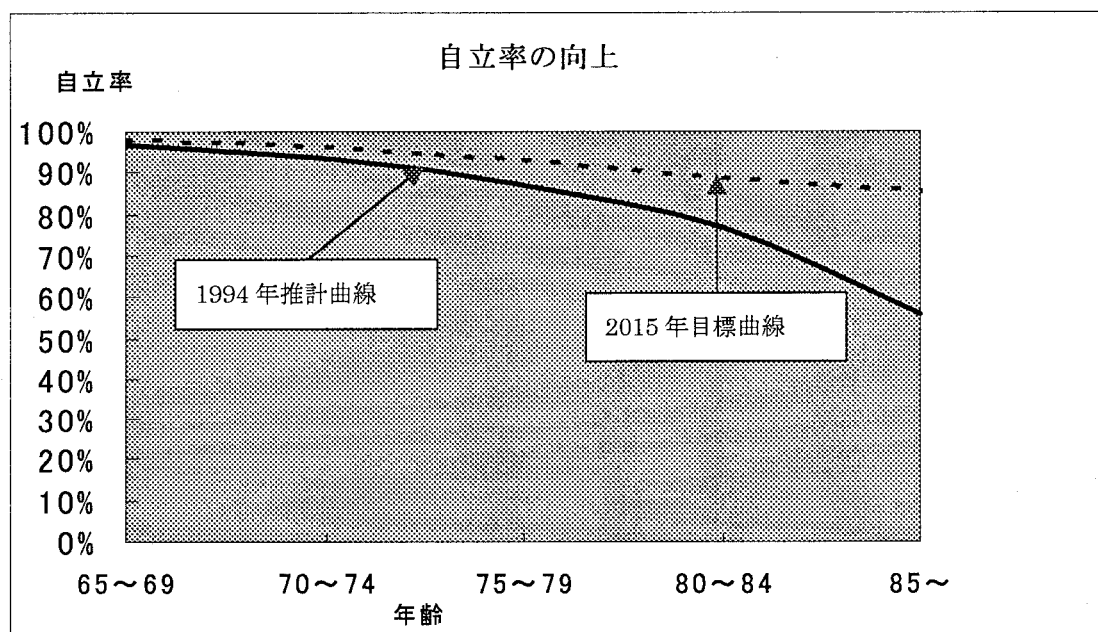
具体的には、まず現在（1994年時点、厚生省推計）の非自立者の発生率を年齢階級別に追って、各年齢階級の非自立者数を求めた。当該非自立者数が2015年の年齢階級別人口に占める割合を計算することによって、自立率の目標値を設定した。

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。

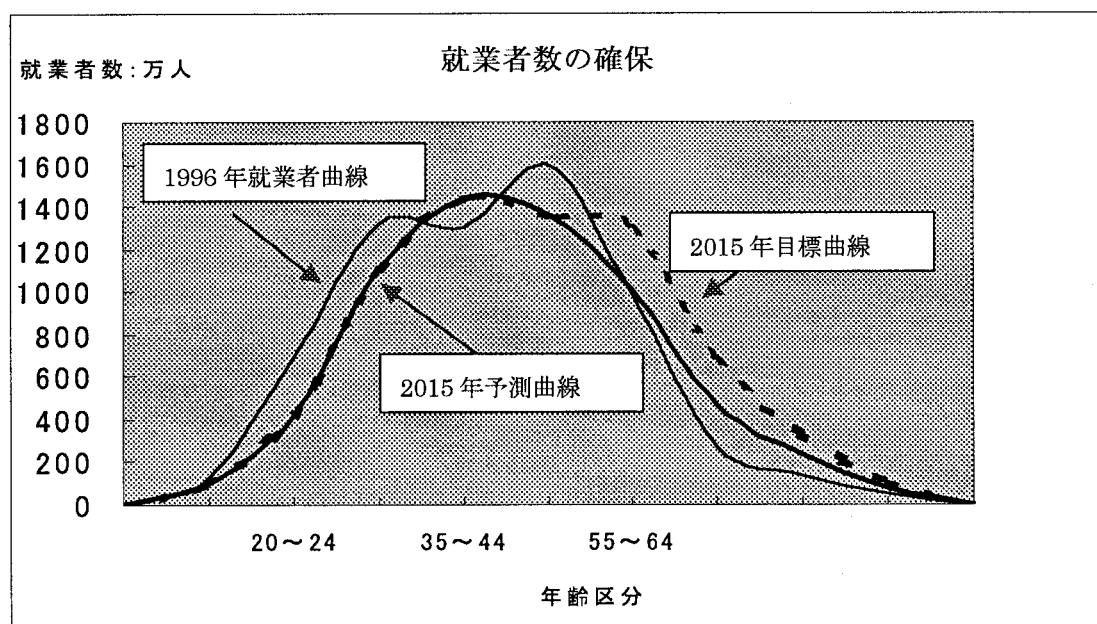
- ④上記②と③の差 590 万人を確保するために必要な就業者率は、以下のとおりとなる。（若年世代は現在でもすでに高い就業者率にあるため、いわゆる壮年世代の就業者率の引上げにより労働力を求めざるを得ない）

○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



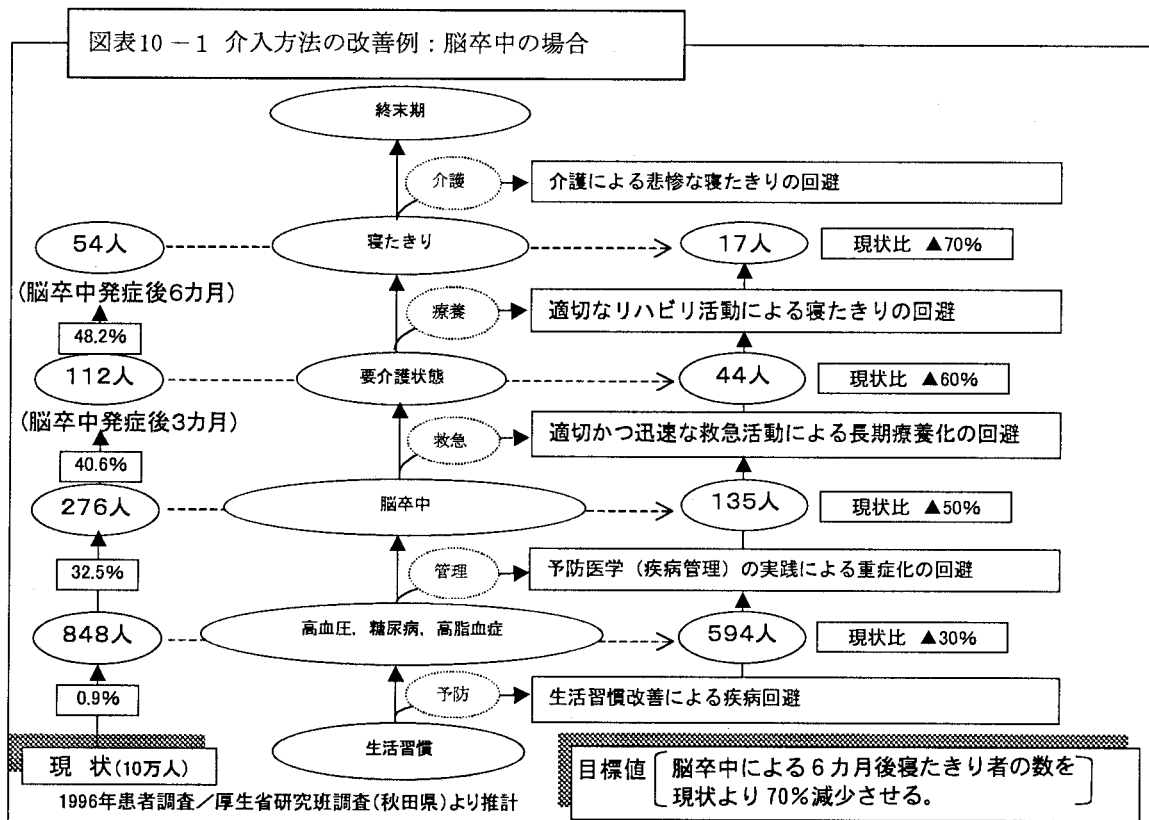
第10章 医療の質とその評価

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。

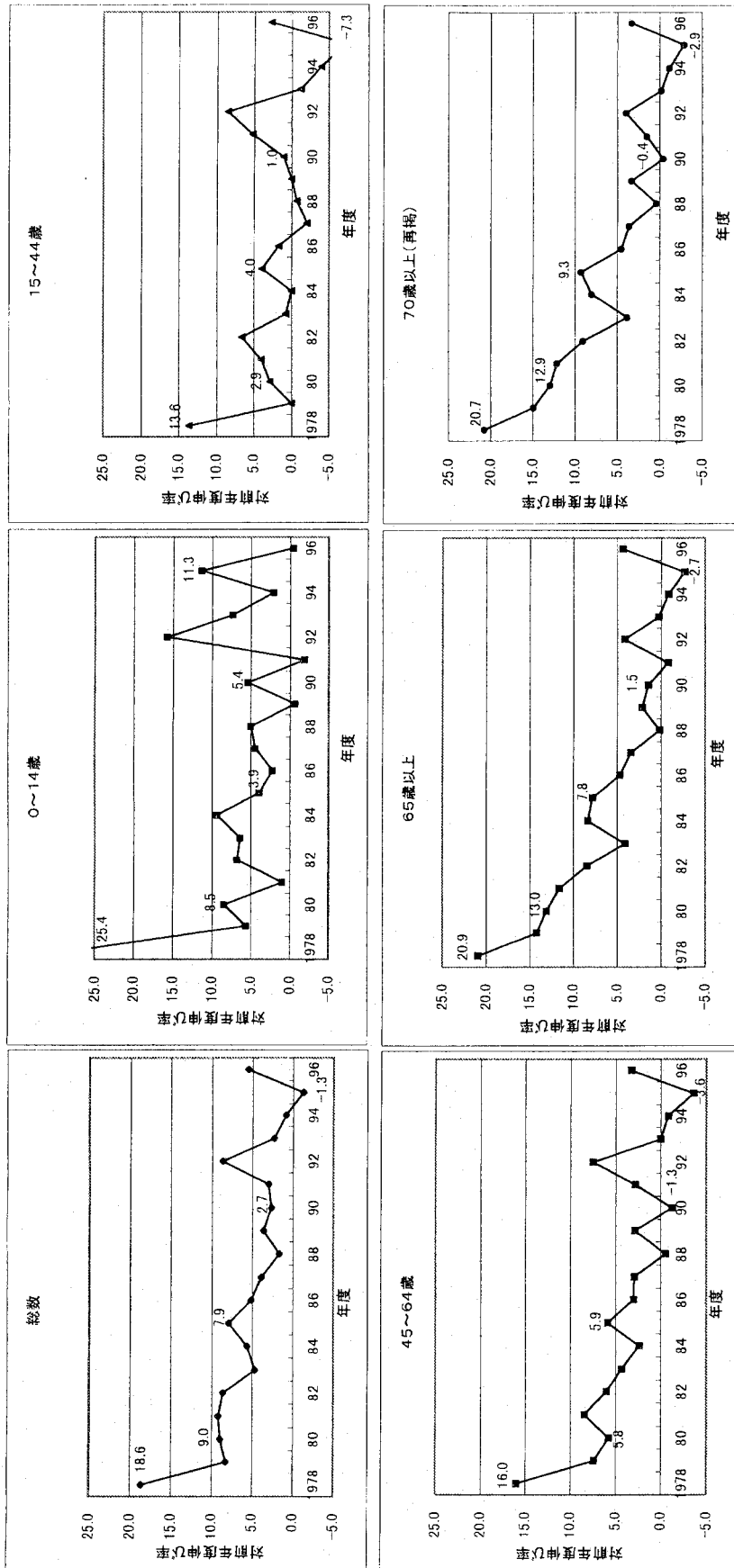
2015年 医療のグランドデザイン 関連データ集

第5章 医療・介護サービス費用の

将来推計 関連データ

第6章 財源負担構成 関連データ

一年齢階級別一人当たり一般診療医療費の対前年度伸び率年次推移(入院)ー

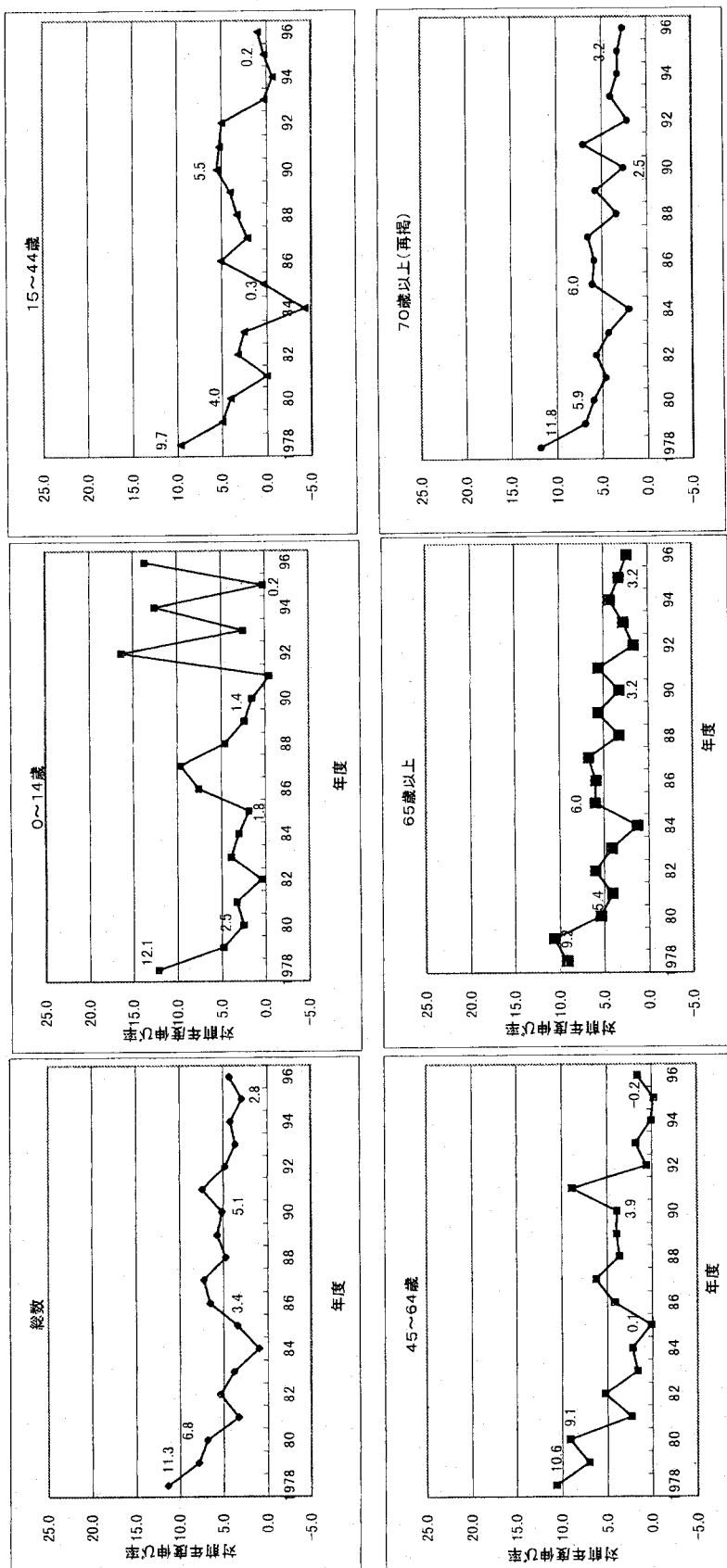


(出典:厚生省「国民医療費」)

一年齢階級別一人当たり一般診療医療費(入院)の対前年度伸び率の年次推移(%)ー

	1978	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96
総数	18.6	8.3	9.0	9.2	8.6	4.7	5.7	7.9	5.1	3.9	1.7	3.7	2.7	3.0	8.7	2.3	0.9	-1.3	5.6
0~14歳	25.4	5.6	8.5	1.0	6.8	6.4	9.4	3.9	2.3	4.4	4.9	-0.7	5.4	-1.9	15.7	7.3	2.1	11.3	-0.5
15~44歳	13.6	0.0	2.9	4.0	6.6	0.7	0.0	4.0	1.7	-2.0	-0.7	0.0	1.0	5.2	8.6	-1.2	-4.0	-7.3	2.8
45~64歳	16.0	7.4	5.8	8.5	6.0	4.3	2.3	5.9	3.0	2.9	-0.5	2.8	-1.3	2.8	7.5	0.0	-0.8	-3.6	3.2
65歳以上	20.9	14.2	13.0	11.6	8.5	4.1	8.4	7.8	4.7	3.4	0.2	2.1	1.5	-0.8	4.2	0.2	-0.8	-2.7	4.3
70歳以上(再掲)	20.7	14.9	12.9	12.1	9.0	3.8	8.0	9.3	4.5	3.5	0.3	3.3	-0.4	1.5	3.9	-0.2	-1.2	-2.9	3.3

— 年齢階級別一人当たり一般診療医療費の対前年度伸び率年次推移（入院外） —



(出典:厚生省「国民医療費」)

— 年齢階級別一人当たり一般診療医療費(入院外)の対前年度伸び率の年次推移(%) —

	1978	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96
総数	11.3	7.8	6.8	3.3	5.4	3.8	0.9	3.4	6.4	7.2	4.7	5.7	5.1	7.3	4.8	3.6	4.2	2.8	4.3
0~14歳	12.1	4.8	2.5	3.2	0.4	3.9	3.0	1.8	7.5	9.6	4.5	2.3	1.4	-0.6	16.3	2.4	12.5	0.2	13.6
15~44歳	9.7	4.9	4.0	0.0	3.2	2.5	4.3	0.3	5.1	2.1	3.3	4.0	5.5	5.2	5.0	0.2	-0.7	0.2	1.0
45~64	10.6	7.1	9.1	2.3	5.2	1.7	2.3	0.1	4.2	6.2	3.7	3.9	3.9	8.9	0.6	1.8	0.1	-0.2	1.6
65歳以上	9.2	10.6	5.4	4.1	6.0	4.1	1.2	6.0	5.9	6.7	3.2	5.6	3.2	5.6	1.6	2.8	4.3	3.2	2.3
70歳以上(再掲)	11.8	6.9	5.9	4.6	5.6	4.2	1.9	6.0	5.8	6.5	3.3	5.6	2.5	7.0	2.1	4.0	3.2	3.2	2.5

－入院・外来1日当りの年齢階級別点数－

年齢階級	入院				入院外			
	入院点数	構成割合	診療実日数	1日当たり点数	入院外点数	構成割合	診療実日数	1日当たり点数
0－4歳	1,016,073,918	1.9%	388,661	2,614	2,199,242,367	3.3%	5,118,585	430
5－9歳	331,530,813	0.6%	144,932	2,287	1,368,606,057	2.0%	3,296,842	415
10－14歳	324,993,459	0.6%	153,837	2,113	1,200,293,999	1.8%	2,408,465	498
小計	1,672,598,190	3.1%	687,430	2,433	4,768,142,423	7.1%	10,823,892	441
15－19歳	499,460,360	0.9%	275,890	1,810	1,168,028,577	1.7%	1,974,633	592
20－24歳	809,680,997	1.5%	463,283	1,748	1,349,783,831	2.0%	2,406,286	561
25－29歳	1,026,503,587	1.9%	621,156	1,653	1,464,670,160	2.2%	2,685,304	545
30－34歳	1,041,601,590	1.9%	648,960	1,605	1,606,453,980	2.4%	2,744,942	585
35－39歳	1,192,337,923	2.2%	781,319	1,526	1,765,348,599	2.6%	2,676,653	660
40－44歳	1,603,942,252	3.0%	1,177,758	1,362	2,303,770,332	3.4%	3,426,118	672
45－49歳	2,860,437,840	5.3%	1,903,108	1,503	3,869,467,294	5.7%	5,619,478	689
50－54歳	2,506,504,144	4.7%	1,629,027	1,539	4,066,364,761	6.0%	5,916,164	687
55－59歳	3,599,290,679	6.7%	2,240,228	1,607	5,218,436,269	7.7%	7,901,677	660
60－64歳	5,325,391,174	9.9%	2,850,821	1,868	7,472,775,795	11.1%	11,370,442	657
小計	20,465,150,546	38.2%	12,591,550	1,625	30,285,099,598	44.9%	46,721,697	648
65－69歳	6,820,873,554	12.7%	3,479,277	1,960	9,253,115,081	13.7%	14,634,703	632
70－74歳	6,536,835,835	12.2%	3,478,442	1,879	8,800,732,839	13.0%	13,647,281	645
小計	13,357,709,389	24.9%	6,957,719	1,920	18,053,847,920	26.7%	28,281,984	638
75－79歳	6,351,406,057	11.8%	3,672,235	1,730	6,854,262,198	10.2%	10,617,313	646
80－84歳	5,990,376,858	11.2%	3,949,963	1,517	4,600,418,552	6.8%	7,186,785	640
85歳以上	5,770,482,523	10.8%	4,219,243	1,368	2,933,411,542	4.3%	4,345,498	675
小計	18,112,265,438	33.8%	11,841,441	1,530	14,388,092,292	21.3%	22,149,596	650
合計	53,607,723,563	100.0%	32,078,140	1,671	67,495,182,233	100.0%	107,977,169	625
不詳	6,300,607		5,186	1,215	9,532,283		22,948	415
総計	53,614,024,170		32,083,326	1,671	67,504,714,516		108,000,117	625

(出典:平成8年社会医療診療行為別調査報告)

－ 1996年における入院・外来1日当りの病院／診療所別単価計算－

[入院]

	患者数			患者数×1日当たり点数×365日		1日当たり点数		
	病院(千人)	診療所(千人)	患者小計	病院	診療所	全体	病院	診療所
0－14歳	44.7	4.7	49.4	396,956,115	41,738,115	2,433	2,858	2,161
15－64歳	619	37	656	3,671,443,750	219,456,250	1,625	1,909	1,444
65－74歳	283.6	13.2	296.8	1,987,468,800	92,505,600	1,920	2,256	1,706
75歳以上	445.7	29.1	474.8	2,489,011,650	162,508,950	1,530	1,798	1,359
小計	1,393	84	1,477	8,544,880,315	516,208,915			
国民医療費(千円)				10,038,900,000	458,600,000			
補正係数				1.1748	0.8884			

※1 病院の1日当たり点数補正係数 = 病院における入院費用(国民医療費より) / ((入院患者数×1日当たり全体点数×365日)の年齢階級別合計)

[外来]

	患者数			患者数×1日当たり点数×365日		1日当たり点数		
	病院(千人)	診療所(千人)	患者合計	病院	診療所	単価全体(1日)	病院単価(1日)	診療所単価(1日)
0－14歳	173.7	454.6	628.3	279,596,205	731,746,890	441	476	357
15－64歳	1158.6	1727.9	2886.5	2,740,320,720	4,086,829,080	648	700	525
65－74歳	529.8	845.9	1375.7	1,233,745,260	1,969,847,330	638	689	516
75歳以上	393.3	722.6	1115.9	933,104,250	1,714,368,500	650	702	526
小計	2255.4	3751.0	6006.4	5,186,766,435	8,502,791,800			
国民医療費(千円)				5,599,100,000	6,882,400,000			
補正係数				1.0795	0.8094			

※1 病院の1日当たり点数補正係数 = 病院における外来費用(国民医療費より) / ((外来患者数×1日当たり全体点数×365日)の年齢階級別合計)

(出典:平成8年社会医療診療行為別調査報告、国民医療費)

－1日当たり点数－

1996年

[入院]

	1日当たり点数	
	病院単価(1日)	診療所単価(1日)
0－14歳	2,858	2,161
15－64歳	1,909	1,444
65－74歳	2,256	1,706
75歳以上	1,798	1,359

2015年

[入院]

	1日当たり点数	
	病院単価(1日)	診療所単価(1日)
0－14歳	4,570	3,455
15－64歳	3,052	2,308
65－74歳	3,606	2,727
75歳以上	1,976	1,494

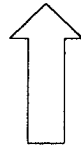
注：1日当たり点数の伸び率は74歳以下を年率2.5%、75歳以上を年率0.5%と仮定した。

[外来]

	1日当たり点数	
	病院単価(1日)	診療所単価(1日)
0－14歳	476	357
15－64歳	700	525
65－74歳	689	516
75歳以上	702	526

[外来]

	1日当たり点数	
	病院単価(1日)	診療所単価(1日)
0－14歳	761	571
15－64歳	1,118	839
65－74歳	1,101	826
75歳以上	771	578



－2015年における入院費用・外来費用の推計－

[入院]

	1日当り点数		1日当り平均入院患者数		年間医療費	
	病院	診療所	病院	診療所	病院	診療所
0－14歳	4,570点	3,455点	40千人	5千人	6,688億円	593億円
15－64歳	3,052点	2,308点	469千人	37千人	52,213億円	3,117億円
65－74歳	3,606点	2,727点	380千人	13千人	49,977億円	1,314億円
小計	-	-	889千人	55千人	108,878億円	5,023億円
75歳以上	1,976点	1,494点	929千人	29千人	67,016億円	1,587億円
合計	-	-	1,818千人	84千人	175,894億円	6,611億円

[外来]

	1日当り点数		1日当り平均外来患者数		年間医療費	
	病院	診療所	病院	診療所	病院	診療所
0－14歳	761点	571点	230千人	344千人	6,379億円	7,173億円
15－64歳	1,118点	839点	1,011千人	1,517千人	41,280億円	46,418億円
65－74歳	1,101点	826点	810千人	1,214千人	32,540億円	36,590億円
小計	-	-	2,051千人	3,075千人	80,199億円	90,181億円
75歳以上	771点	578点	901千人	1,352千人	25,378億円	28,537億円
合計	-	-	2,952千人	4,427千人	105,577億円	118,719億円

注：1日当たり点数の伸び率は74歳以下を年率2.5%、75歳以上を年率0.5%と仮定した。

－2015年における歯科診療医療費の推計－

[歯科(1996年)]

年齢区分	人口	1日当り平均患者数	受療率	年間医療費	1日当たり医療費
0－14歳	19,540千人	117千人	0.60%	20,411億円	5,423円
15－64歳	86,217千人	915千人	1.06%		
65－74歳	11,505千人	189千人	1.64%	3,541億円	5,141円
小計	117,262千人	1,220千人	1.04%	23,952億円	5,379円
75歳以上	7,444千人	79千人	1.06%	1,479億円	5,142円
合計	124,706千人	1,299千人	1.04%	25,431億円	5,365円

[歯科(2015年)]

年齢区分	人口	受療率	1日当り平均患者数	1日当たり医療費	年間医療費
0－14歳	17,938千人	0.60%	107千人	8,669円	31,999億円
15－64歳	76,620千人	1.06%	813千人		
65－74歳	16,863千人	1.64%	277千人	8,219円	9,122億円
小計	111,421千人	1.04%	1,159千人	8,600円	41,122億円
75歳以上	15,020千人	1.06%	159千人	5,653円	3,607億円
合計	126,441千人	1.04%	1,317千人	8,577円	44,729億円

注1: 歯科の平均単価は、74歳以下を年率2.5%、75歳以上を年率0.5%、施設数は年率0.5%で増加すると仮定した。

注2: 65～74歳と75歳以上の1996年度の医療費は各々の1日当り平均患者数の比率で按分した。

－2015年における薬局調剤医療費の推計－

[薬局(1996年)]

年齢区分	1日当り平均外来患者数	外来患者比率	年間医療費	外来患者1人当り医療費
0－14歳	628千人	10.45%	1,511億円	659円
15－64歳	2,887千人	48.06%	6,944億円	659円
65－74歳	1,376千人	22.91%	3,310億円	659円
小計	4,891千人	81.42%	11,765億円	-
75歳以上	1,116千人	18.58%	2,684億円	659円
合計	6,007千人	100.00%	14,449億円	-

[薬局(2015年)]

年齢区分	1日当り平均外来患者数	外来患者比率	外来患者1人当り医療費	年間医療費
0－14歳	574千人	7.78%	725円	1,518億円
15－64歳	2,528千人	34.26%	725円	6,685億円
65－74歳	2,024千人	27.43%	725円	5,352億円
小計	5,126千人	69.47%	-	13,555億円
75歳以上	2,253千人	30.53%	725円	5,958億円
合計	7,379千人	100.00%	-	19,513億円

注1: 薬局の1人当り医療費は年齢に関わらず年率0.5%で増加すると仮定した。

注2: 年齢区分別の薬局調剤医療費は各々の1日当り外来患者数の比率で按分した。

－2015年における入院時食事療養費の推計－

[食事(1996年)]

年齢区分	1日当り平均入院患者数	入院患者率	年間医療費	入院患者1日当り食事療養費
0－14歳	49千人	3.32%	358億円	1,999円
15－64歳	656千人	44.41%	4,787億円	1,999円
65－74歳	297千人	20.11%	2,167億円	1,999円
小計	1,002千人	67.84%	7,312億円	-
75歳以上	475千人	32.16%	3,467億円	1,999円
合計	1,477千人	100.00%	10,779億円	-

[食事(2015年)]

年齢区分	1日当り平均入院患者数	入院患者率	入院患者1日当り食事療養費	年間医療費
0－14歳	45千人	2.37%	2,198円	361億円
15－64歳	506千人	26.60%	2,198円	4,060億円
65－74歳	393千人	20.66%	2,198円	3,153億円
小計	944千人	49.63%	-	7,574億円
75歳以上	958千人	50.37%	2,198円	7,686億円
合計	1,902千人	100.00%	-	15,260億円

注1:入院食事療養費の平均単価は年率0.5%で増加すると仮定した。

－2015年における在宅系サービス費用の推計－

項目	年齢区分	年間医療費(1996)	施設数(1996)	老人利用者数(1996)	施設数(2015)	老人利用者数(2015)	年間医療費(2015)
訪問看護	0-64歳	51億円	1,374事業所	54,312人	8,000事業所	316,227人	326億円
	65-74歳	76億円					486億円
	75歳以上	271億円					1,735億円
	合計	398億円					2,548億円

項目	年齢区分	老人医療費(1996)	デイケア施設数(1996)	デイケア定員(1996)	デイケア施設数(2015)	デイケア定員(2015)	年間福祉費(2015)
老人保健施設 デイケア	0-64歳	-	1,504事業所	3.4万人	5,182事業所	11.7万人	-
	65-74歳	69億円					261億円
	75歳以上	479億円					1,814億円
	合計	548億円					2,076億円

項目	年齢区分	福祉費用(1996)	施設数(1996)	利用者延べ数(1996)	施設数(2015)	利用者延べ数(2015)	年間福祉費(2015)
デイサービス	0-64歳	-	5,625事業所	5353.3万人	12,000事業所	11420.4万人	-
	65-74歳	448億円					1,051億円
	75歳以上	1,483億円					3,478億円
	合計	1,931億円					4,529億円

項目	年齢区分	在宅要介護者数(2000)	福祉費用推定(2000)	在宅要介護者1人 当り月間利用時間(2000)	在宅要介護者数(2015)	在宅要介護者1人 当り月間利用時間(2015)	年間福祉費(2015)
ホームヘルプ	0-64歳	-	-	-	-	-	-
	65-74歳	434千人	563億円	5時間	764千人	15時間	3,272億円
	75歳以上	1,546千人	2,007億円	5時間	2,726千人	15時間	11,668億円
	合計	1,980千人	2,570億円	-	3,490千人	-	14,941億円

項目	年齢区分	福祉費用(1996)	特養入所者数(1996)	特養入所者数(2015)	年間福祉費(2015)
ショートステイ	0-64歳	-	23.5万人	48.4万人	-
	65-74歳	57億円			129億円
	75歳以上	255億円			577億円
	合計	312億円			706億円
	小計		74歳まで	5,527億円	75歳以上 小計

注1:各サービスの単価伸び率は年率0.5%と仮定した。注2:2000年におけるスケーリング数は約4千ヶ所と推定される。2015年はその倍の8,000事業所となると仮定した。

注3:2015年のデイケア施設数は、1996年の1デイケア施設当り入所定員が同じと仮定し、5,182事業所とした。1事業所当りデイケア定員は同じと仮定した。

注4:デイサービスの年齢区分別の福祉費用は、要介護者数の比率で按分した。注5:ホームヘルプサービスの年齢区分別対象者数は、訪問看護サービス受給者の年齢割合と同じと仮定。

注6:2000年のホームヘルプサービスの費用は、過去データのトレンドに基づき推計値。在宅要介護者数は、厚生省データ。

注7:ショートステイ費用は、特養入所者数に比例すると仮定した。

－2015年における在宅系サービス費用の推計(続き)－

施設名	年齢区分	1日当り平均単価	1日当り平均入所者数	年間医療費
軽費(ケアハウス)	65－74歳	6,840円	47千人	1,299億円
	75歳以上	6,840円	93千人	2,544億円
軽費(A型)	65－74歳	6,840円	3千人	81億円
	75歳以上	6,840円	11千人	304億円
軽費(B型)	65－74歳	6,840円	0千人	14億円
	75歳以上	6,840円	1千人	25億円
有料老人ホーム	65－74歳	6,840円	12千人	319億円
	75歳以上	6,840円	21千人	577億円
グループホーム	65－74歳	7,940円	2千人	72億円
	75歳以上	7,940円	14千人	438億円
小計	65－74歳	-	65千人	1,784億円
	75歳以上	-	139千人	3,887億円
合計	65－74歳	-	-	7,311億円
	75歳以上	-	-	23,160億円

－2015年におけるその他施設の入所費用の推計－

施設名	年齢区分	1日当り平均単価	1日当り平均入所者数	年間医療費
老健	65－74歳	11,736円	37千人	1,737億円
	75歳以上	11,736円	354千人	16,668億円
特養	65－74歳	11,035円	68千人	3,020億円
	75歳以上	11,035円	416千人	18,401億円
合計	65－74歳	-	105千人	4,757億円
	75歳以上	-	769千人	35,070億円

注1:軽費(ケアハウス、A型、B型)、有料老人ホーム、グループホームにおける「1日当り平均単価」については、要介護3の方に対する仮単価を用いた。

注2:年間医療費は年齢区分にかかわらず年率0.5%で増加すると仮定した。

注3:グループホーム入所者の前期・後期高齢者比率は、特養と同じ割合と仮定した。

第6章 財源負担構成 関連データ

介護保険財源負担補正推計根拠(自己負担・公費・保険料の割合)2000年度ベース

【補正前】

内訳	金額：億円	比率
自己負担	5,952	12.7%
公費	20,477	43.7%
保険料	20,476	43.7%
第1号	6,758	14.4%
第2号	13,718	29.2%
合計	46,905	100.0%

【第2号保険料中公費の推計】

内訳	金額	比率	公費比率
第2号保険料	13,718	100.0%	
公費	3,098	22.6%	22.6%
保険料	10,620	77.4%	
国保	4,801	35.0%	
公費	2,401	17.5%	50.0%
保険料	2,401	17.5%	
政管	4,253	31.0%	
公費	697	5.1%	16.4%
保険料	3,555	25.9%	
組合	3,430	25.0%	
公費	0	0.0%	0.0%
保険料	3,430	25.0%	
共済・船員	1,235	9.0%	
公費	0	0.0%	0.0%
保険料	1,235	9.0%	



【補正後】

内訳	金額：億円	比率
自己負担	5,952	12.7%
公費	23,575	50.3%
保険料	17,378	37.0%
第1号	6,758	14.4%
第2号	10,620	22.6%
合計	46,905	100.0%

内訳	金額	比率	事業主負担割合
第2号実質保険料	10,620	100.0%	
事業主	4,329	40.8%	40.8%
被保険者	6,291	59.2%	
国保	2,401	22.6%	
事業主	0	0.0%	0.0%
被保険者	2,401	22.6%	
政管	3,555	33.5%	
事業主	1,778	16.7%	50.0%
被保険者	1,778	16.7%	
組合	3,430	32.3%	
事業主	1,934	18.2%	56.4%
被保険者	1,495	14.1%	
共済・船員	1,235	11.6%	
事業主	617	5.8%	50.0%
被保険者	617	5.8%	

【実質負担内訳】

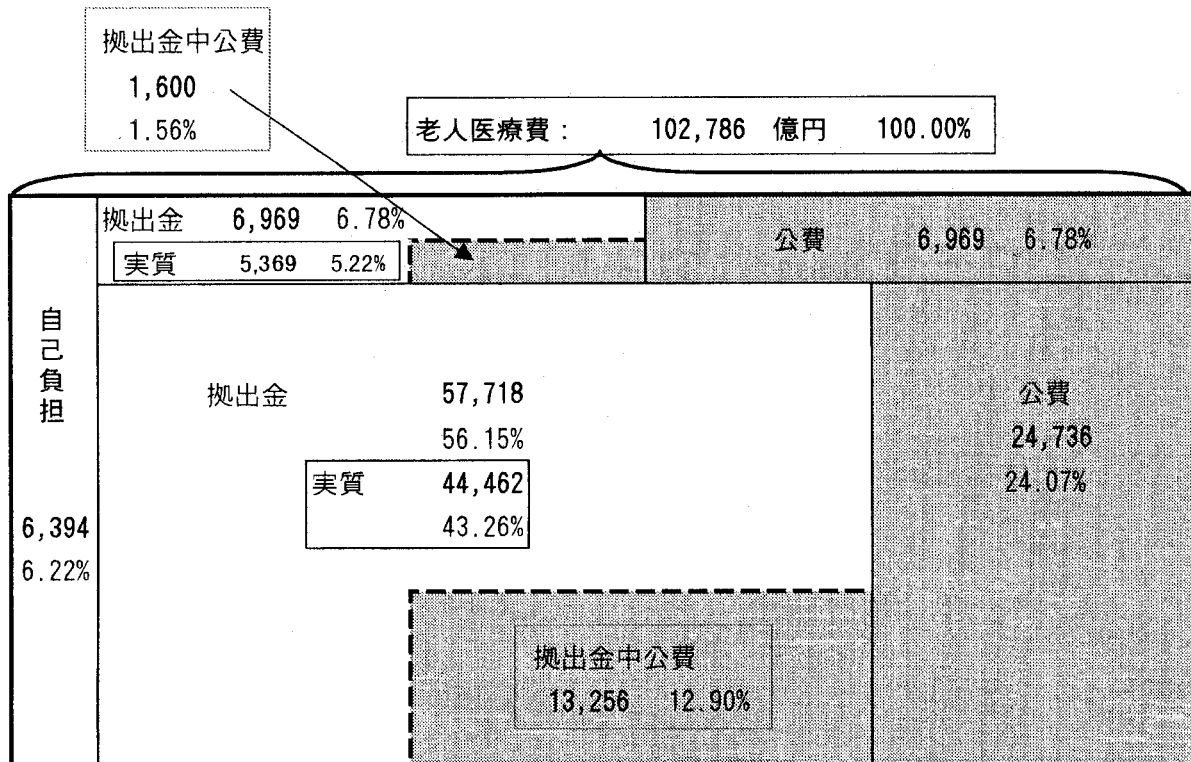
介護費用	46,905	100.0%	
公費	23,575	50.3%	
保険料	17,378	37.0%	
1号保険料	6,758	14.4%	
2号保険料	10,620	22.6%	
事業主	4,329	9.2%	家計負担
被保険者	6,291	13.4%	
自己負担	5,952	12.7%	

介護費用	46,905	100.0%
------	--------	--------

財源負担内訳

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

老人医療費の財源構成推計(1997年度ベース)



注1： 基本的なデータは老人医療事業年報（97年度）：厚生省老人保健福祉局による

注2： 上段は給付費に占める公費と拠出金の割合＝5：5，下段は3：7

注3： [] は、拠出金の中に含まれる公費を示す

老人医療費 102,786 億円 100.00%		
○ 公費	46,561 億円	45.30%
	公費 31,705 億円 拠出金中公費 14,856 億円	
○ 拠出金	49,831 億円	48.48%
	64,687億円 (拠出金)	
	14,856億円 (拠出金中公費)	
○ 自己負担	6,394 億円	6.22%

<推計方法> 拠出金に含まれる公費補助分の推計

単位：億円

	被用者保険					国保		合計
	政管	組合	日雇	船員	共済	市町村	組合	
医療費	16,828	7,686	26	182	3,275	72,390	2,400	102,786
	16.37%	7.48%	0.03%	0.18%	3.19%	70.43%	2.33%	100.00%
一部負担	1,066	487	2	12	207	4,474	146	6,394
	1.04%	0.47%	0.00%	0.01%	0.20%	4.35%	0.14%	6.22%
拠出金①	19,761	16,297	26	157	5,087	21,053	2,307	64,687
	19.23%	15.86%	0.03%	0.15%	4.95%	20.48%	2.24%	62.93%
給付費②	15,762	7,200	24	169	3,067	67,916	2,254	96,392
	15.33%	7.00%	0.02%	0.16%	2.98%	66.08%	2.19%	93.78%
公費③（②－①）	-3,999	-9,097	-2	12	-2,020	46,863	-53	31,705
	-3.89%	-8.85%	0.00%	0.01%	-1.97%	45.59%	-0.05%	30.85%
拠出金に占める公費の割合	16.4%	0%	16.4%	0%	0%	50.0%	47.0%	23.0%
拠出金中公費④	3,241	0	4	0	0	10,527	1,084	14,856
	3.15%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	10.24%	1.05%	14.45%
実質公費⑤（③＋④）	-758	-9,097	2	12	-2,020	57,390	1,031	46,561
	-0.74%	-8.85%	0.00%	0.01%	-1.97%	55.83%	1.00%	45.30%
公費控除後の拠出金（①－④）	16,520	16,297	22	157	5,087	10,527	1,223	49,831
	16.07%	15.86%	0.02%	0.15%	4.95%	10.24%	1.19%	48.48%
事業主負担	8,260	9,192	11	79	2,544	—	—	20,084
被保険者負担	8,260	7,105	11	79	2,544	10,527	1,223	29,748



公 費	46,561	45.3%
事業主	20,084	19.5%
家 計	36,142	35.2% *家計負担＝保険料中被保険者負担＋自己負担

注1： 拠出金に占める公費補助の割合中、国保組合については：個々の組合によって32%～52%までの間でバラツキがあるが、ここでは国保組合全体で47%とした。（厚生省保険局国保課に確認）

注2： 表中の公費③については、老人医療の財源〔公費、拠出金、自己負担〕構成の関係で、給付費から拠出金を減じて求めた。このため、合計欄の数値は実態を反映しているが、保険者種別毎の数値は実態とは異なっている。

補正前	医療費	拠出金	公費	自己負担
	102,786	64,687	31,705	6,394
	100.00%	62.93%	30.85%	6.22%
↓				
補正後	医療費	拠出金	公費	自己負担
	102,786	49,831	46,561	6,394
	100.00%	48.48%	45.30%	6.22%

一般医療保険の財源構成推計(1997年度ベース)

一般医療保険医療費 168,534 億円 100.00%

自 己 負 担 31,105 18.46%	保険料 104,828 62.20% (事業主 40,613 24.10%) (被保険者 64,215 38.10%)	公費 32,601 19.34%
--	---	------------------

*金額の単位はすべて億円

<推計方法>

単位：億円

	被用者保険					国保	退職者	合計
	政管	組合	船員	共済	小計			
医療費	50,736	36,371	415	11,688	99,210	52,658	16,666	168,534
給付費	41,086	31,147	342	10,005	82,580	41,663	13,186	137,429
給付率	80.98%	85.64%	82.41%	85.60%	83.24%	79.12%	79.12%	81.54%
公費補助率	13.00%	—	—	—	—	49.70%	4.28%	19.36%
公費額	5,341	—	—	—	5,341	20,707	564	26,612
保険料額	35,745	31,147	342	10,005	77,239	20,956	12,622	110,817
事業主	17,872	17,567	171	5,003	40,613	—	4,483	45,096
被保険者	17,872	13,580	171	5,003	36,626	20,956	8,139	65,721
自己負担額	9,650	5,224	73	1,683	16,630	10,995	3,480	31,105

公 費	26,612	15.8%
事業主	45,096	26.8%
家 計	96,826	57.5% *家計負担＝保険料中被保険者負担＋自己負担

注1： 基本的なデータは、「事業年報」（97年：社会保険庁）による。

注2： 保険料の負担割合については、「厚生指標一保険と年金の動向」（1998年：（財）厚生統計協会）のデータから、以下の割合とした。

	政管	組合	船員	共済	国保
事業主	50.0%	56.4%	50.0%	50.0%	—
被保険者	50.0%	43.6%	50.0%	50.0%	100.0%

注3： 国保については、事業年報の数値から下記（注4）に示す退職者分を除外して推計した。

注4： 退職者医療内訳は、以下の表から推計した。

○国民健康保険の実態（98年版）より、97会計年度の収支決算における退職者医療分の市町村国保保険料収入と市町村国保以外の各保険者からの療養給付費交付金収入を使用。

○各保険者からの拠出金割合は、支払基金事業報告書より退職者医療の拠出金割合の明細を用いて推計した。

○自己負担は、給付割合が国保と同様なので国保の給付率79.12%を用いて推計した。

	政管	組合	船員	共済	国組	拠出計	市町村	計
拠出金	3,959	3,712	26	1,310	105	9,111	4,075	13,186
公費	515	—	—	—	49	564	—	564
保険料	3,444	3,712	26	1,310	56	8,547	4,075	12,622
事業主	1,722	2,094	13	655	—	4,483	—	4,483
被保険者	1,722	1,618	13	655	56	4,064	4,075	8,139
自己負担	—	—	—	—	—	—	—	3,480
医療費	—	—	—	—	—	—	—	16,666

○拠出金割合（支払基金）

	拠出金	比率
政管	395,535,204,570	43.4%
組合	370,896,914,539	40.7%
船員	2,553,794,153	0.3%
共済	130,850,117,974	14.4%
国組	10,510,596,225	1.2%
合計	910,346,627,461	100.0%

老人医療費及び一般医療保険医療費合算後の負担割合(1997年度ベース)

単位：億円

老人医療費	102,786	100.0%		
公費	46,561	45.3%	公費	46,561 45.3%
拠出金	49,831	48.5%	事業主	20,084 19.5%
事業主	20,084	19.5%	家計	36,142 35.2%
被保険者	29,748	28.9% ①		
自己負担	6,394	6.2% ②		
			* 家計 = ① + ②	

+

一般医療医療費				
	168,534	100.0%		
公費	26,612	15.8%	公費	26,612 15.8%
保険料	110,817	65.8%	事業主	45,096 26.8%
事業主	45,096	26.8%	家計	96,826 57.5%
被保険者	65,721	39.0% ③		
自己負担	31,105	18.5% ④		
			* 家計 = ③ + ④	

連結後

医療費	271,320	100.0%		
公費	73,173	27.0%	公費	73,173 27.0%
保険料	160,648	59.2%	事業主	65,180 24.0%
事業主	65,180	24.0%	家計	132,968 49.0%
被保険者	95,469	35.2% ⑤		
自己負担	37,499	13.8% ⑥		
			* 家計 = ⑤ + ⑥	

前頁連結後負担割合の調整

- 公費負担医療の公費給付分を加える必要がある。
- 国民医療費に含まれる労災医療費等を加える必要がある。
- 国民医療費に含まれる全額自費分を加える必要がある。

公費医療 14,008 →前頁表の公費に加える。
 労災等 3,334 →労災や公務員災害、公害等の医療費がこれに
 該当するため、事業主負担に加える。
 全自費 3,792 →自己負担に加える。
 (データ：国民医療費(97年：厚生省))

加算後

国民医療費 292,454 100.0%

公 費	87,181	29.8%
保険料	163,982	56.1%
事業主	68,514	23.4%
被保険者	95,469	32.6% ⑦
自己負担	41,291	14.1% ⑧

公費	87,181	29.8%
事業主	68,514	23.4%
家計	136,760	46.8%

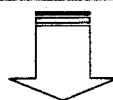
*家計=⑦+⑧

2000年国民医療・介護費

2000年

単位：億円

老人医療費	114,000	100.0%	(負担割合は97年度ベースを引用)	
公費	51,641	45.3%	公費	51,641 45.3%
拠出金	55,268	48.5%	事業主	22,275 19.5%
事業主	22,275	19.5%	家計	40,085 35.2%
被保険者	32,993	28.9% a		
自己負担	7,092	6.2% b		
			*家計 = a + b	



老人医療費から、21,000億円が介護保険に移行

2000年

介護移行後の老人医療費	93,000	100.0%	(負担割合は97年度ベースを引用)	
公費	42,128	45.3%	公費	42,128 45.3%
拠出金	45,087	48.5%	事業主	18,172 19.5%
事業主	18,172	19.5%	家計	32,701 35.2%
被保険者	26,915	28.9% c		
自己負担	5,786	6.2% d		
			*家計 = c + d	

+

2000年

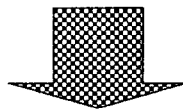
単位：億円

介護保険費用	46,905	100.0%		
公費	23,575	50.3%	公費	23,575 50.3%
保険料	17,378	37.0%	事業主	4,329 9.2%
事業主	4,329	9.2%	家計	19,001 40.5%
被保険者	13,049	27.8% e		
自己負担	5,952	12.7% f		
			*家計 = e + f	

+

2000年

一般医療費	195,000	100.0%	(負担割合は97年度ベースを引用)		
			* 公費負担医療, 労災等, 全額 自費を含む		
公 費	41,762	21.4%	公費	41,762	21.4%
保険料	117,360	60.2%	事業主	49,791	25.5%
事業主	49,791	25.5%	家計	103,447	53.0%
被保険者	67,569	34.7% g	* 家計 = g + h		
自己負担	35,878	18.4% h			



2000年 国民医療・介護費

334,905 億円

	金 額	比率
公 費	107,465	32.1%
保険料・拠出金	179,825	53.7%
事業主	72,292	21.6%
被保険者	107,533	32.1%
自己負担	47,616	14.2%

	金額	比率
公費	107,465	32.1%
事業主	72,292	21.6%
家計	155,149	46.3%

執筆，データ解析担当者

糸氏 英吉	(総括)
青柳 俊	(総括)
中村 十念	(総括、全体設計のスキーム、第7章)
川渕 孝一	(第1章、第2章、第11章)
川越 雅弘	(第1章、第2章、第3章、第4章、第5章)
石原 謙	(第9章、第10章)
星 北斗	(第9章、第10章)
岡田 武夫	(第9章、第10章)
上野 智明	(第3章、第4章)
畑仲 卓司	(第8章)
前田 由美子	(第8章)
平岩 正樹	(第9章、第10章)
桑間 雄一郎	(第9章、第10章)
天瀬 文彦	(第5章、第6章、第7章、第9章)
増田 威	(第5章、第6章、第9章)
阿部 崇	(第6章)
大江 美和	(第2章)
高野 深晴	(第1章、第2章、第3章、第4章、第5章)

日医総研

日本医師会総合政策研究機構 報告書 第23号

2015年

医療のグランドデザイン

〔非売品〕

発行 日本医師会総合政策研究機構

〒113-8621 東京都文京区本駒込2-28-16

日本医師会館内 TEL.03-3942-7215

平成12年10月 発行(T)