

わが国医療制度のあり方について

大 坪 宏 至

はじめに

I. 医療制度改革試案

II. 医療制度関連法案

1. 法案成立と概要

2. 負担増の影響と課題

おわりに

はじめに

わが国の医療制度の基本となっているのは国民皆保険体制である。それによって、すべての国民はいつでもどこでも医療サービスを受けることができる。世界最高水準の平均寿命の実現と、世界第1位の保険医療システムという評価を得る¹⁾のは、このような背景があるためである。

一方では急速な少子高齢化の進行により、医療制度に関する多くの問題点も指摘されており、これからの医療提供体制のあり方が問われている。そして現在、医療制度改革が進められつつある。その基本となっているのが、「医療制度改革試案」であるといっていよう。

本稿ではまず、この試案で何が示されているのか、今後わが国の医療制度がどのような方向に向かおうとしているのかを明らかにするため、試案の要点を整理しながら若干の考察を加えていくものとする。さらに、試案で示された内容の一部が具体化された、医療制度関連法案にも言及し、高齢者も含めた患者の視点から、その影響と課題について指摘していきたい。

東洋大学では、平成14年度に「中高齢期研究プロジェクト」がスタートした。この研究プロジェクトの中で、高齢問題の研究に際しては、わが国の医療制度の動向を把握しておくことが必要であるとの指摘があった。本稿はこの指摘を受けてまとめたものであり、研究プロジェクトの成果の一部であることをここで述べておく。

I. 医療制度改革試案

2001年6月に経済財政諮問会議が「今後の経済財政運営及び経済社会の構造改革に関する基本方針」を公表し²⁾、2001年7月には総合規制改革会議が「重点6分野に関する中間とりまとめ」を発表している³⁾。これらの内容を受けて、「医療制度改革試案」が、厚生労働省から2001年9月25日

に公表された。その後、この試案をベースにした議論が進められ、医療関連法案の成立に至ったことを考えると、極めて重要な意味を持つものであった。そこでここでは、この試案で示された内容を吟味し、指摘された要点を整理しておきたい。

医療制度改革試案（以下、試案）には、副題として「少子高齢化に対応した医療制度の構築」が掲げられており、保健医療システムから医療保険制度まで、医療全体に関する幅広い改革の姿を示している。試案は大きく4つのパートに分かれており、順を追ってポイントを整理していきたい。

第1のパートでは、医療制度改革の基本方向を示している。そこでは、急速な少子高齢化、低迷する経済状況、医療技術の進歩、国民の意識の変化等の環境変化に対応するため、保健医療システム、診療報酬体系、医療保険制度といった各システムの転換が求められている。

保健医療システムについては、「情報の開示、患者の選択の拡大、医療提供体制における機能分化・集約化等を進めることにより、国民が安心・信頼できる質の高い医療サービスが効率的に提供される仕組み」へと見直すとしている。

診療報酬体系については、「医療技術や医療機関の運営コストが適切に反映される」ようなものにしていくとしている。

医療保険制度については、「各制度・世代を通じた給付と負担の公平化を図るとともに、保険者の統合・再編成や規模の拡大等運営基盤を強化しつつ、持続可能で安定的な制度」を構築するとし、高齢者医療制度については、「後期高齢者への施策の重点化・公費負担の拡充を図ることにより、保険者にとって重圧になっている拠出金を縮減する。」としている。

基本方向としては、主に以上の3つの点が述べられている。

第2のパートでは、保健医療システムの改革が示されている。そこでは、生活習慣を見直し、健康づくりに取り組もうとする個人を支援し、健康教育の推進、情報提供の徹底等を図り、疾病予防の取り組みを推進することが挙げられている。続いて、当面進めるべき施策として7項目が示された。1つは、EBM（Evidence-based Medicine 根拠に基づく医療）の推進である。これは、EBMに基づいた医療ガイドラインについて、優先順位に基づき、学会による作成を支援するというものである。

2つめは医療のIT化の推進である。そのためにグランドデザインを策定することとしているが、医療のIT化を進めるには用語・コード・様式等の標準化が必要であり、電子認証システム（患者情報にアクセスする資格を認証するシステム）の検討も欠かせない。こうした点については、平成15年度を目途に進めていくようである⁴⁾。また、患者個人情報保護対策も考えていかななくてはならない。

保健医療分野の情報化は4つの段階に分けて検討すべきである。第1段階は、病院施設や部門内

の業務支援である。これは、医事業務や検査業務といった部門業務の効率化のための情報化といえる。第2段階は、部門間の連携を図るための情報化である。これはオーダーリングシステム等により、病院内全体をネットワーク化し、部門間業務の効率化を図るための情報化といえる。第3段階は、異なる医療機関の連携を図るための情報化である。第4段階は、異なる医療機関の連携と患者の連携を図るための情報化である。セキュリティの確保は、第3段階及び第4段階の情報化において特に重要となってくる。

医療機関にとって、IT化最大の課題は、初期投資の大きさ⁵⁾と維持費の負担をどうするかといった費用負担の問題である。病院で初期投資の大きいものといえば、MRI等の医療診断機器があるが、それらは医業収益と対応した費用として把握することができる。しかし、情報システム導入の費用は医業収益との対応がないため、公的補助金⁶⁾や診療報酬での対応等の検討もしていかなければならないであろう。

このような種々の課題については十分な検討が望まれるが、一方では医療のIT化事業にはベンチャー企業も乗り出してきており⁷⁾、医療の安全性を高める効果も期待できることから⁸⁾、医療のIT化の動きは今後一層加速していくものと思われる。

試案では、医療のIT化以外に当面進めるべき施策として、「医療を担う適切な人材の育成・確保」⁹⁾、「広告規制の緩和」、「医業経営の近代化・効率化」、「医療安全対策の総合的推進」、「小児救急医療対策の推進」¹⁰⁾を挙げている。

試案の第3のパートでは、医療保険制度について述べられている。そこでは、現行制度の課題として次のような点が指摘されている。

健康保険組合については、個々の組合の財政状況や規模に大きな格差が生じているのと同時に、企業の経営形態の多様化等も進んでおり、保健運営の安定化を図るためには、組合の統合・再編も必要であるということ。

政府管掌健康保険については、被保険者数や平均賃金が減少し、保険料収入が伸び悩んでいる等、厳しい財政状況にあるということ。

国民健康保険については、負担能力の低い高齢者や無職者が急速に増加していることにより、市町村一般会計からの繰入が多額に上っている他、保険者間で、医療費や保険料の水準に大きな格差があるということ。

こうした課題を克服するには、保険者間の統合は避けて通れないものとしている。そこで、医療保険制度改革として打ち出しているのが、給付の見直し（給付率の一元化¹¹⁾、高額医療費に係わる自己負担制度の見直し¹²⁾、薬剤一部負担金制度の廃止¹³⁾）、保険料の見直し（総報酬制の導入¹⁴⁾、政府管掌健康保険の保険料率の引上げ¹⁵⁾）、国民健康保険制度の財政基盤の強化¹⁶⁾である。

高齢者医療制度の改革としては、老人医療費の伸び率管理制度の導入¹⁷⁾、対象年齢の見直し¹⁸⁾、患者一部負担の見直し¹⁹⁾、自己負担限度額の見直し²⁰⁾、公費負担の重点化²¹⁾といったことが挙げられている。

試案の第4のパートは、前述した3つのパートとは切り離された形で、「21世紀の医療提供の姿」としてまとめられ、大きく3つに分かれた構成は、かなりの分量の内容になっている。1つめは現状と課題、2つめは将来目指すべき方向、3つめは当面何をすべきかが示されている。

現状と課題のところでは、主に4つの点が指摘されている。

第1は医療提供体制の効率性である。わが国の病院は諸外国に比べ、人口当たり病床数は多いが、病床当たりの医療従事者が少なく、平均在院日数が長いという現状にあり、全体として重点化・効率化を進めることが課題であるとして、参考資料を提示している²²⁾。参考資料によれば、わが国の人口千人当たり病床数は13.1で、アメリカの3.7床の3.5倍と多いため、100床当たりの医療従事者が極めて少なくなっているが、人口千人当たりの医療従事者の割合でいえば、それ程の格差ではないという点にも注意しておきたい²³⁾。確かに病床数の多さと在院日数の長さは認めるにしても、そのことだけで効率性が低いということではできないし、より効率性を高めるためにどうすべきかを検討していくべきである。

第2の課題として、競争が働きにくい医療提供体制であることを挙げている。従来の広告規制や客観的情報の不足から、患者も医療機関を選択しにくい状況にあるため、医療機関相互の競争が働きにくくなっているともいえよう。

第3の課題として、国民の安心できる医療の確保を挙げている。この点については、国民の要請が最も強いところであり、最も重要な課題として掲げるべきものである。

第4は、情報基盤等の近代化・効率化である。これはIT化や種々の標準化の遅れ、また、関連制度の検討といったことを指している。

将来のイメージとしては、患者の選択の尊重と情報提供、質の高い効率的な医療提供体制、国民の安心のための基盤づくりの3点を挙げている。

患者の選択の尊重と情報提供のイメージは、患者への治療方針や治療方法の選択肢の説明が適切に行われ、患者の選択を尊重した医療が提供され、患者においても自覚と責任をもって医療に参画するというものである。また、患者の選択肢の幅を広げるため、急性期医療を担う病院を中心として、医療機関の専門性、診療実績等や機能について適切に情報提供がなされ、広告に関する規制も逐次見直し、医療の情報開示のルールが定着するとしている。

第2の質の高い効率的な医療提供体制のイメージとして、外来では他の病院・診療所との連携が進み、入院では早期退院が可能となって急性期に必要な病床数は集約化されるとしている。これに

については参考資料として将来の病床数の試算を示している²⁴⁾。また、適切な研修制度が確立され、病院の第三者評価結果も開示されるようになるとしている。都道府県では1985年に医療計画が導入され、医療計画作成のため個別医療機関のデータを集めているが、それらの情報の公開については現在のところ、まだバラツキがある²⁵⁾。しかし、日本医療機能評価機構²⁶⁾では、病院の審査結果の公開を進めており、将来この種の情報は何らかの形で公開されることになると思われる。

第3の国民の安心のための基盤作りについては、例えば地域医療計画に基づき定められた二次医療圏内で、機能分担と連携が図られることによって、通常の医療需要の充足が図られるようになるといったイメージが示されている。

これらのイメージは国民、もしくは患者の立場からも望まれることであり、試算でイメージが示されたことは評価されよう。

当面の進めるべき施策としては、主に4つの点が挙げられている。第1は、医療の質の向上と効率化である。その内容は、病院病床の機能の明確化²⁷⁾、地域医療計画の策定・見直しといったことである。

第2は、情報提供の推進と医療機関相互の競争促進である。前者についてはIT化の推進をその内容として挙げ、後者については広告規制の緩和²⁸⁾や医療機関の評価結果の公表を挙げている。

第3は、信頼される医療提供体制の確立である。そのためには、臨床研修のあり方の検討²⁹⁾、EBMの推進、医療安全対策の推進³⁰⁾、救急医療の充実等を図るとしている。

第4は、情報化基盤等医療基盤の近代化・効率化で、その内容としては電子カルテの導入、レセプト電算処理システム等の推進を挙げている。

以上が試案に述べられている主な点である。

これらのうち、検討されたとして既の実施されているものもあれば、現在検討中のものも、これから検討がなされるものもある。施策の実施を急ぐあまり、十分な検討がなされず、医療関係者や患者の納得が得られないという状況にならぬよう、多くの異なる立場からの意見が反映される形で推進されていくことを望むものである。

Ⅱ．医療制度関連法案成立と概要

1．法案成立と概要

医療制度関連法案をめぐる与党側の具体的な動きは、2002年6月13日にみられた。同日夜、衆院厚生労働委員会理事懇談会が野党欠席のまま開かれ、翌6月14日同委での単独採決の段取りを決めている。これを受けて、同法案が衆院を通過したのは、6月21日のことである。衆院審議では、自己負担をこれ以上引き上げないための担保を差出せとの要求に対して、確かな担保は示されなかつ

た³¹⁾。

医療制度関連法案はその後、6月24日に参院本会議で趣旨説明と質疑が行われ、審議に入った。参院本会議採決では、民主党が徹底抗戦の構えをみせていたこともあり³²⁾最後まで与野党の攻防があると予想されたが、土壇場になって野党4党間の調整が難航し、足並みをそろえるのに苦慮したため³³⁾、7月26日の採決はわずか5分で終わり、与党内の対立も目立つことなく、法案は成立した³⁴⁾。

医療制度関連法案の成立は、国民に幅広い負担を求めることになった。ここでは、70歳未満の現役世代と70歳以上の高齢者世代に分け、制度改革の要点を整理しておく。

(1) 70歳未満の現役世代

医療費自己負担割合、いわゆる窓口負担が大きく変わる。現役世代のうち、国民健康保険加入者の窓口負担は現行3割である。これは改定後も3割と変わらない。

変わるのはサラリーマン世帯である。サラリーマン世帯の窓口負担は現行では、本人は、入院・外来ともに2割、家族は外来が3割、入院は2割である。これらがすべて3割負担に引き上げられる。つまり、本人は入院・外来とも、家族は入院での窓口負担が1.5倍になる³⁵⁾。なお、外来で薬を受け取る時に払っている外来薬剤費一部負担は、国民健康保険加入者及びサラリーマン世帯ともに廃止される。これらは、2003年4月からの実施となる。また、3歳未満の乳幼児については、2002年10月から2割負担になる³⁶⁾。

高度療養費制度³⁷⁾の自己負担限度額も2002年10月から引き上げられる。自己負担限度額(月額)は所得に応じて3段階に設定されている。現行では高所得者³⁸⁾が121,100円に限度額を超えた分の1%を加えた額、一般が63,600円に限度額を超えた分の1%を加えた額、低所得者³⁹⁾が35,400円となっている。これらのうち、高所得者は139,800円に限度額を超えた分の1%を加えた額に、一般は72,300円に限度額を超えた分の1%を加えた額にそれぞれ引き上げられる。低所得者については現行と同額に据え置かれる。これらの変更は2002年10月からである。

サラリーマン世帯の負担額は窓口負担だけでなく、保険料負担も重くなる。現行では、月収の一定比率で保険料を計算していたが、2003年4月からは、ボーナスを含めた年収ベースで保険料を徴収する「総報酬制」に変わる。保険料の計算を月収の一定割合から総報酬制に切り替えるだけなら、月収ベースが年収ベースになることで保険料率が下がることになる。ところが、組合健保の保険財政が悪化しているため、総報酬制の導入と同時に、保険料を引き上げる医療保険が多い。中小企業のサラリーマンが加入する政府管掌健康保険では2003年4月から8.2%に引き上げるとしている⁴⁰⁾。これにより、月給30万円、ボーナス1.9ヶ月分、年収417万円の平均的加入者の場合、現行で155,000円の保険料負担が171,100円と約1割増える計算になる。

制度の改定は、現役世代の負担の増大を求める内容になっていることがわかる。

(2) 70歳以上の高齢者世代

70歳以上の高齢者の窓口負担は、現役世代と同様に重くなる。現行での窓口負担は原則1割となっているものの、診療所の外来では定額負担制が残っており⁴¹⁾、外来負担の月額上限制もあった⁴²⁾。しかし、これらの方式はすべて廃止され、完全定率1割となる。さらに、一定所得以上の高齢者については2割負担となる⁴³⁾。実施は2002年10月からで、現役世代の改定よりも早い。これに伴い、これまでは一定額以上の窓口負担の必要のなかった高齢者でも、医療費の1割を自己負担で支払わなければならない。

自己負担限度額については⁴⁴⁾、外来と入院に分け、4段階の所得階層に応じた設定となる。4段階の所得階層とは、一定所得以上の高所得者⁴⁵⁾、一般、低所得者Ⅱ⁴⁶⁾、低所得者Ⅰ⁴⁷⁾、の4つである。まず、外来の自己負担限度額はというと、高所得者で月額40,200円、一般で月額12,000円、低所得者ⅡとⅠで月額8,000円となる。従来の外来での自己負担限度額は1医療機関当たりにおける適用であったが、制度変更により、高額療養費制度として位置づけられることになる。したがって、現役世代と同様に「償還払い方式」が導入されることになる⁴⁸⁾。

一方、入院の自己負担額はというと、一定所得以上の高所得者が月額72,300円に限度額を超えた分の1%を加えた額、一般所得者が現行月額37,200円から月額40,200円になる。低所得者Ⅱは月額24,600円、低所得者Ⅰは月額15,000円となる。

高齢者の自己負担限度額は、制度変更後も存続することになったが、患者にとっての負担の軽減にはほとんど影響せず、負担上限の恩恵を受けられるのは限られた高額検査を受けた者等の一部の人達だけである。したがって、実質的には完全定率1割で、高所得者では外来・入院とも2割負担といえよう。とはいえ、年金収入の高齢者の中には高額医療が必要な患者もいるので、自己負担限度額が存続したことについては評価したい。

2. 負担増の影響と課題

医療関連法案の成立により、サラリーマン世帯と高齢者の負担は確実に重くなった。厚生労働省の試算によれば、医療機関に全くかからない人を含めてサラリーマンとその家族では、1人当たり4,000円、高齢者では8,000円の自己負担額の増加としている。

患者の負担増については既に整理したが、これらの変更は医療サービス利用者及び提供者に種々の影響を及ぼすことになる。まず、医療サービス利用者である患者は受診頻度を減らす傾向を示すであろう。このことは過去の例からも明らかで、1997年9月に被用者保険本人の自己負担を1割から2割に引き上げた際、受診抑制のため多くの医療機関がダメージを受けた⁴⁹⁾。1997年9月には高齢者の定額負担が1,020円から1回500円で4回までに変更され、薬剤一部負担金も引き上げられた。

そのため高齢者の受診頻度は下がっている⁵⁰⁾。高齢者の場合、介護保険料の徴収及び介護サービス利用料の1割負担もあることから、医療サービスを受ける意欲は減退するであろう。特に医療依存度の高い高齢者の場合、負担の増大のために診療回数を減らさざるを得ないといった状況も十分に考えられることである。

70歳以上の高齢者の外来診療でも償還払い制度が導入されることになったが、これについても課題は多い。1つめは、限度額を上回った分についても高齢者が1度立て替えて窓口で支払わなければならないということである。限度額を超える分が大きい程高齢者の経済的負担は大きくなる。また、完全定率1割負担と重なって、窓口での待ち時間は今まで以上に長くなるかもしれない。

2つめは、自己負担限度額を超えた分の立て替えは、市町村等に還付申請の手続きをしなければ払い戻されないということである。つまり、患者本人か家族が役所まで出向かなければならないのである。元気な家族が同居している場合にはそれ程の負担にはならないかもしれないが、ひとり暮らしや夫婦2人世帯ではかなりの身体的負担となる。また、役所の近隣に住んでいる人の数は限られているであろうし、そもそも、限度額を上回って医療費を払うような患者は、医療依存度の高い高齢患者であろう。そのような高齢者が、何らかの交通手段を用いて、時間をかけ役所まで行くことは、かなりの負担となることは想像するに難くない。

3つめは、払い戻しの請求手続きをしても、払い戻しが始まるまでに早くても2～3ヶ月はかかるということである。時にはこのタイムラグはさらに長くなる。高齢者世帯では、立て替えがかさむことにより負担は一層重く感じられることであろう。

4つめは償還払い方式で請求手続きをするのは、元気高齢者ではなくパッシブエイジであるということである。わが国高齢者の世帯状況では、ひとり暮らしと夫婦2人世帯の割合が高く、その割合は今後も高くなっていくことから、手続き申請はパッシブエイジにとっては煩雑な作業となってしまう。また、重症患者にとっては手続きをする事自体が不可能になってしまうこともあり得る⁵¹⁾。

これらの課題解決のためには、何らかの措置を早急に講じなければならない。例えば、申請手続きが可能な人を本人と家族に限定せずに、代理申請を認めることも考えられる。その場合、介護サービス利用者であればケアマネジャーの委任受理を可能にする、郵送による手続き申請を受ける等の申請受理方法の緩和も考えられよう。払い戻し金の返済も振込み可能にするといった工夫も必要であろう。いずれにしても、高齢者の負担を軽減し煩雑な手続きを簡素にしていくような努力が大切である。

制度改定に影響を受けるのは患者だけではない。先にも述べたように医療機関も大きな影響を受けることになる。受診抑制は医療機関の経営に大きなダメージを与えるであろう。

特に、在宅患者を多く抱えている診療所、リハビリテーション患者の通院回数の多い整形外科、

比較的医療単価の高い内科等では、受診抑制によって収入は減少することが予測される。診療報酬のマイナス改定による減収も加わり⁵²⁾、経営が深刻な状況に追い込まれる医療機関も出てくるであろう。

また、これまではどの医療機関に通っても同額払い（定額払い方式）だった高齢者は、完全定率1割になることで、医療機関によって負担額も異なってくるため、高齢患者自身がコスト意識を持つようになり、医療機関を選ぶ目も厳しくなってくるであろう。

患者の負担を増やすと同時に、医療機関の減収も受け入れてもらうという制度改革は、現段階ではやむを得ない選択肢かもしれない。高齢者医療費は年々増加しており、それらは患者を除き3割が公費、残りは各健保が加入者から集めた保険料からの拠出金でまかなわれている。この拠出金が健保財政を圧迫しており、拠出金に代わる財源として公費投入を増やすか、そうでなければ消費税率を引き上げるか、保険料を上げるか、患者の負担率を増やすかといった議論になる。また、老人保健制度についても「独立方式」⁵³⁾にするのか、「突き抜け方式」⁵⁴⁾にするのか、「年齢・所得の負担調整方式」⁵⁵⁾にするのかといった議論が十分なされる必要がある。1997年の改正でも国民に負担増を求めたが、結局は利害調整に失敗し、財政赤字に至るという従来のサイクルに陥ってしまった。当時の厚生大臣小泉純一郎が、今回は首相として国民に再度負担増を求めることになったが、これを納得してもらえようような具体的な改革を進められなければ、医療制度自体の信頼がなくなってしまうであろう。したがって、国民に痛みを押しつける以上は、負担増であっても国民に納得のいくような、具体的改革案の検討を着実に進めていかななくてはならないであろう。

おわりに

本稿では、医療制度改革試案を取り上げ、わが国医療制度の将来像を探った。現在、この試案に沿って改革が進められつつある。例えば、優先10疾患の診療ガイドラインの作成（2001年度）、広告規制の緩和（2002年4月）、保健医療分野の情報化に向けてのグランドデザインの公表（2001年12月）、電子カルテシステム・レセプト電算処理システムの普及目標設定（2001年12月）、カルテの外部保存を認め得る規制緩和の実施（2002年3月）、医療安全推進総合対策の公表（2002年4月）等である。

また、医療制度改革関連法案については、その影響と課題についても言及したが、重要なことは患者の視点を最も重視した医療制度の展開である。

2001年12月の規制改革の推進に関する第一次答申⁵⁶⁾でも、問題意識として、「医療サービスに対してより良いもの、より快適なものを求める意識は高まっている」としている。しかし、国民は「より良いもの、より快適なもの」を求めているが、それ以前に、「より安全なもの、より安心

なもの」を求めているということを忘れてはならない。患者の視点の尊重ということからすれば、医療制度改革推進本部⁵⁷⁾が医療に関する相談窓口の整備を検討するとしているが、そうした検討は是非とも進めてもらいたい。

一方、医療機関については経営管理機能を高めるためには何をすべきかといった検討が今後進められるべきである。その場合、設置主体に共通する課題と、設置主体に個別に発生する課題に整理・区分し、十分な検討がなさなければならない。この点についての検討は別の機会に譲ることとし、ここでは検討の必要性を指摘するに止めておく。

【注】

- 1) *World Health Report 2000*, WHO.
- 2) 経済財政諮問会議は首相の諮問機関として、財政政策及び予算編成等の基本方針を担当した。2001年8月10日の臨時閣議で了承された2002年度概算要求基準（医療費削減分を含めた）はここで作成されている。
- 3) 総合規制改革会議も首相の諮問機関であり、規制緩和の検討をしてきた。そこでは株式会社による医療機関経営等、市場原理の導入が話題になった。
- 4) グランドデザインについては、厚生労働省の保健医療情報システム検討会が、2001年12月に具体的な目標を示すことになる。そこで示された2004年度の目標は、全国の二次医療圏ごとに1施設以上電子カルテを導入し、病院レセプトの5割以上を電算化するというものであった。さらに、2006年度までに400床以上の病院の6割以上、全診療所の6割以上に電子カルテを導入し、病院レセプトの7割以上を電算化するという目標が示された。
- 5) 例えば、国立国際医療センター（東京都新宿区、925床）で導入された情報システムは約40億円といわれている。電子カルテの導入だけであれば、億単位の初期投資は必要ないかもしれないが、医療機関にとってはこの導入費の大きさが重要な要因の1つになっている。
- 6) 2001年度の二次補正予算で、約260億円の電子カルテ導入の補正事業が行われた。対象となったのは地域の中核病院（200床以上）に限られ、公的補助金として1年間のみの補助であった。
- 7) 企業に比べて病院のITは遅れていることから、有望な市場と判断したベンチャー企業がこの種の事業に進出してきている。例えば『日本経済新聞』、2002年5月27日、朝刊、19面等を参照されたい。
- 8) 携帯用端末にバーコード読みとり機能を備えておけば、患者の取り違いや投薬・点滴等のミスも防ぐことが可能になる（看護師のIDカード、患者の名札、投薬・点滴バッグ等にバーコードを付けておくことで）。この種の試みは、国立国際医療センターで始められている。使われている携帯用端末は長さ15センチ、300グラムのポケットサイズで、入力データは院内通信網を通じて医師のパソコンに送られる。
- 9) この点について試案では、「臨床研修の必修化に向け、研修目的や研修プログラム等臨床研修の具体的なあり方について検討するとともに、研修医と研修病院の広域マッチング方式等について検討し、平成15年度までに結論を得る」としている。

文部科学省によると、医学部在籍中の臨床実習は平均34週間で、アメリカの77週間の半分以下である。2002年4月から専門医資格の広告規制が緩和されたこともあり、人材の育成に関しては、専門医の質の向上も考えていくべきではなかろうか。

なお、『日本経済新聞』朝刊の医療再生欄において、「良医を育てる」という特集記事が掲載されているので参照されたい。2002年6月13日、14日、16日、18日付の各1面。

- 10) この点に関して試案では、「小児救急医療拠点病院」を新たに整備し、在宅当番医制における小児の初期救急対応のモデル的取組みを推進するとしている。小児救急病院の整備は是非とも進めてもらいたい。というのは、国立保健医療科学院生涯保健部長の田中哲朗氏らの調査（2001年6月から7月にかけて2,818の救急病院から回答を得ている）によれば、救急病院は名乗っていても中学生以下の小児救急医療を実施している病院は53.7%にすぎないのである。この調査の概要については『朝日新聞』朝刊、2002年6月10日、3面でも紹介されているので参照されたい。
- 11) 給付率の一元化とは以下の3点である。

1 つめは被用者保険及び国民健康保険の給付率を7割に統一するという。2 つめは高齢者に係わる給付率の見直しで、75歳以上の給付率は9割（一定以上の所得の者は8割）、70歳以上75歳未満の給付率は8割とするということ。3 つめは3歳未満の乳幼児の給付率を8割とすること。これらの一元化は医療関連法案にそのまま踏襲されることになる。
- 12) 自己負担限度額を政府管掌健康保険の平均的標準報酬月額25%程度の水準（現行22%）に引き上げ、低所得者については現行の限度額を据え置くということ。
- 13) 平成12年健康保険法改正法附則に基づき、一般制度に係わる外来薬剤一部負担金制度を廃止するという。
- 14) 平成15年度より、被用者保険の保険料に総報酬制を導入するとしている。
- 15) 平成15年度の総報酬制の導入にあわせて、保険収支の均衡に必要な保険料率を設定するとしている。
- 16) これについては、高額医療費共同事業の拡充等、財政安定化支援事業の見直し、保険料算定法の見直しの3点を主張している。
- 17) この制度は3つのプロセスに分かれる。

第1は目標値の設定で、高齢者数の伸び率に1人当たり国内総生産の伸び率を乗じて、老人医療費の伸び率の目標値を設定する。第2に目標値を踏まえた医療の効率化を推進する。第3に目標値を超過した場合、超過相当分を基礎として算定した調整率を次々年度の診療報酬支払額に乗ずるというものである。

第1のプロセスで一定の目標値を設定することは、伸び率の抑制の目安になろうが、第2のプロセスでどれだけ具体的な取り組みが提示できるのか、また、伸び率によって次々年度の診療報酬を決めるというのは、医療機関の抵抗を受けることになるのではなかろうか。以上の点を十分に検討してから本制度のあり方を再考すべきであろう。
- 18) 老人保険制度の医療の対象者を現行の70歳以上から75歳以上の者に引き上げるということ。なお、65歳以上の寝たきりの者については、引き続き対象とする。
- 19) 老人保険制度の医療の対象者の患者一部負担を、定率1割負担とし、一定以上の所得の者は定率2割負担としている。
- 20) 自己負担限度額の見直しでは、一定所得以上の者の限度額を一般の者の場合と同額にし、負担軽減措置の対象者の範囲を拡大し、外来の月額上限及び診療所の定額負担選択制の廃止という考えを示している。
- 21) 老人医療に係る公費負担の割合を現行の3割から5割に引き上げるとしている。

22) 試算で示された参考資料は次のようである。

(参考1) 医療提供体制の各国比較 (1998)

国 名	人口千人当たり 病床数	病床百床当たり の医師数	病床百床当たり の看護職員数	平均在院日数
日 本	13.1	12.5	43.5	31.8
ド イ ツ	9.3	37.6	99.8	12.0
フランス	8.5	35.2	69.7(1997)	10.8(1997)
イギリス	4.2	40.7	120	9.8(1996)
アメリカ	3.7	71.6	221	7.5(1996)

(日本は厚生労働省調べ、諸外国は OECD Health Data 2000)

23) 注22の参考資料で日本とアメリカを比べた場合、100床当たりの医師数は、わが国では12.5人とアメリカの71.6人の17.5% (アメリカは日本の5.7倍) に過ぎないが、人口千人当たりの医師数はわが国が1.6人とアメリカの2.6人の61.5% (アメリカは日本の1.6倍) に相当する。看護職員数についても、100床当たりでは、わが国の43.5人はアメリカの221人の19.7% (アメリカは日本の5.1倍) に過ぎないが、人口千人当たりでは、わが国で5.7人とアメリカの8.2人の69.5% (アメリカは日本の1.4倍) に相当する。仮に、医療従事者が現在と同じ数で、日本の病床数がアメリカ並みになったとすれば、100床当たりの医師数は43.2人、看護職員で154人とイギリスと同程度になることもわかる。

24) 急性期病床の将来数について、5つの試算を示している。平均在院日数が短縮化されれば病床数は少なくなる。以下を参照。

(参考2) 我が国の急性期病床の将来数試算

	試算A	試算B	試算C	試算D	試算E
試算の考え方	現状の入院受療率を基礎とした受療率見込み及び将来人口により試算	先進諸国における全病床数に占める急性期病床数の割合により試算	先進諸国における人口当たりの病床数により試算	現状の入院回数を基礎とし、平均在院日数を15日として試算	現在の入院回数を基礎として、平均在院日数を10日として試算
病床数 (年度)	100万床 (2015年度)	60万床 (1997年度)	50-60万床 (2015年度)	63万床 (2010年度)	42万床 (2010年度)

試算A：「日本の将来人口推計（平成9年1月推計）」による2015年の年齢階級別人口及び同年の年齢階級別受療率推計（1996年の受療率に基づき後期高齢者（75歳以上）の受療率を現状と同一と推計する等）から試算。

試算B：全病床数における急性期病床の割合及び医療施設の病床数（介護老人保健施設及び特別養護老人ホームの入所定員を含む）により試算

試算C：OECD先進諸国の人口1000人当たりの急性期病床が4～5床であることから、それに2015年の日本の人口をかけあわせて試算

試算D：療養型病床群等を除いた一般病床における3か月以内の入院患者から算出した性年齢別人口当たり入院回数、及び2010年の将来人口を基に、平均在院日数を15日として試算

試算E：試算Dで、平均在院日数を10日として試算

25) 1998年6月、厚生労働省は症例数や専門職員数等医療機関の基礎データを医療計画に記載するよう作成指針を改めている。この調査の実施状況と情報提供の有無について朝日新聞社が2002年4月、各都道府県の

担当者に対して電話による問い合わせをしている。それによると、情報提供しているのは7府県に止まっている。7府県のうち、手術件数や治療法別の患者数等を医療計画に載せ、住民も自由に閲覧できるように公開しているのは、新潟、静岡、大阪の3府県しかなく、残る4件の岩手、埼玉、石川、岡山は医療機関や医師向けに情報提供している。（『朝日新聞』朝刊、2002年6月24日、11面を参照）

- 26) 日本医療機能評価機構とは、1995年に厚生省（当時）、日本医師会、日本病院会、健康保険連合会等が出資して設立された財団法人である。1997年度から病院の評価事業を本格化し、500床以上の病院に対しては7人が3日かけて審査している。ここではその審査結果をホームページで公開することになっている。（<http://jcghc.or.jp/>）
- 27) 急性期病床以外の病床が担うべき機能・役割について、例えば以下のような3つの方向を示している。
- ①医療ニーズの高い回復期のリハビリテーションを専門に行う病床（回復期リハビリテーション病床）。
 - ②専門特化・医療の重点化を図り専門領域の医療を提供（専門病床）。
 - ③生活の質に配慮した質の高い療養サービスを提供（療養病床）。
- 28) 広告規制の緩和により、専門医の有無は対外的にも情報として公開されるようになった。ただし、医療法施行令に記された標榜科目（医療で27科目、歯科で4科目）で示されても、患者にとっては選択に困る場合が多い。患者は症状が出てから医療機関を訪れるのであり、自分の病名すらわからないことがある。したがって、症状と科目の関連が理解されるような情報公開の仕方を工夫していく等、広告規制の緩和と同時に患者の視点からの検討を進めることが重要である。
- 29) 医療を担う適切な人材の育成・確保のため、臨床研修の具体的あり方について、研修医と研修施設のマッチング方式等を導入することや、研修終了認定の基準明示等を医道審議会医師分科会医師臨床研修部会において検討するとしている。
- 30) 2001年5月に厚生労働省に設置された「医療安全対策検討会議」において、医療安全に関する中期的なブランドデザインを作成し、これに合わせ、人的・組織的要因、医薬品・医療用具等物的要因の両面から、医療安全の推進のための具体的な方策を検討することになっている。
- 31) 坂口力厚生労働相は「私の体が担保」との答弁に止まり、小泉純一郎首相も6月21日の衆院厚生労働委で「首相、大臣発言が担保」と述べるに止まった。
- 32) 民主党内では、本会議に出席して阿部正俊厚生労働委員長の解任決議案や議院運営委員長の解任決議案等を提出し、本会議を引き延ばしながらの徹底抗戦の姿勢が示されていた。
- 33) 民主党の角田義一参院議員会長は6月26日午前の記者会見で、強行路線を主張したが、その後の野党4党の会談では、他の3党が欠席を主張したため、結局、民主党は野党共闘を乱すのは得策でないと判断し、欠席戦術に転換することになった。
- 34) 与党内には、日本医師会との関連の強い医療関係議員もいる。例えば、7月25日の参院厚生労働委員会での採決で、法案反対側の田浦直氏を交代している。また、本会議採決では、田浦直、大島慶久、武見敬三、宮崎秀樹氏等が欠席している。
- 35) 例えば虫垂炎の手術で病院に7日間入院すると、サラリーマン本人・家族の窓口負担は、現行の52,820円が79,220円になる。
- 36) 3歳未満の2割負担について、厚生労働省は、現役世代の負担増に配慮し、少子化対策の一環であると説明している。しかし、市町村によっては、すでに乳幼児の減免措置を設けているところもあり、サラリーマン世帯が負担の軽減を感じる程度のものではないといえよう。

- 37) 長期入院等により、医療費の負担が重くなる人のために、1ヶ月の自己負担が一定限度を超える場合に超過分を払い戻す制度のことで、一定限度を示したものが自己負担限度額である。
- 38) 高所得者とは、月収が56万円以上をいう。
- 39) 低所得者とは、住民税非課税の者を指す。
- 40) 政府管掌健康保険の保険料は、現行では月給の8.5%であるが、総報酬制では本来7.5%に下がる計算になる。しかし、0.7%引き上げて8.2%にすることを決めた。保険料の引き上げ幅としては過去最大の上げ幅である。
- 41) 定額負担制もしくは定額払い方式とは、70歳以上の高齢者が診療所に来た場合、1回につき850円を支払い、月4回までを上限としていたものをいう。これは高齢者の所得に関係なく適用され、5回目以降の外来は無料ということになっていた。
- 42) 70歳以上の高齢者の外来については、所得に関係なく200床以上の病院外来では1ヶ月5,300円(2001年3月までは5,000円)、200床未満の病院及び診療所の外来では1ヶ月3,200円(2001年3月までは3,000円)であった。これらはいずれも1医療機関当たりの上限としてである。
- 43) 一定所得以上の目安としては、夫婦2人世帯の場合は年収637万円以上、ひとり暮らしの場合は年収450万円以上である。厚生労働省ではこの2割負担の高齢者の割合を全高齢者の10%程度と見通している。
- 44) 高齢者の自己負担限度額について、2001年9月の試案では、厚生労働省は撤廃の方針を示していたし、政府・与党社会保障改革協議会の医療制度改革大綱においても完全1割負担としており、一時は廃止されるものと思われた。
- 45) 注13を参照。
- 46) 低所得者Ⅰ以外住民税非課税世帯をいう。
- 47) 低所得者Ⅰとは、世帯全員が住民税非課税であって、ひとり暮らしで年収65万円以下、夫婦2人世帯で年収130万円以下の場合をいう。
- 48) 高齢者であっても外来診療では、窓口で医療費の1割を自己負担で支払わなければならない。ただし、70歳以上の高齢者は外来での個人ごとの自己負担限度額(世帯単位ではない)が設けられているため、限度額を超えた場合には、市町村等に還付申請の手続きをすれば差額は払い戻される。
- 49) 被用者保険本人のレセプト1件当たりの日数の推移をみると、1997年度の対前年比は入院で1人当たり-1.9%、1998年度は-3.0%と短縮傾向がみられる(厚生労働省 MEDIAS を参照されたい)。
- 50) 老人保健のレセプト1件当たりの日数の推移によれば、1997年度の対前年比は入院1人当たり-1.1%、1998年度は-2.3%と短縮されている(同上)。
- 51) 償還には2年の時効があるため、それを過ぎてから請求しても払い戻されない。
- 52) 日本医師会は、2002年6月21日に診療報酬のマイナス改定が実施された4月分の医療費の実態調査の速報結果を発表している。それによると、2001年4月に比べて、診療所では1日当たり3.4%、病院では0.8%の減収となったとしている。特に整形外科では、1日当たり6.9%の減収としている。この調査は全国3,480の病院・診療所について集計している。
- 53) 現行の老人保健制度では、サラリーマンも定年退職すれば国保に移り、国保の加入者は多く的高齢者で占められている。高齢者の医療費は一般より多いにもかかわらず、保険料負担能力は低いいため、被用者保険の財政支援に頼っている格好になっている。そこで、高齢者だけを対象にした保険制度をつくって、75歳以上は被用者保険や国保から脱けて、この高齢者保健に加入してもらおうというのが独立方式の考え方で、

日本医師会や経済団体が主張している。

厚生労働省の試算によれば、独立方式を導入した場合、2007年度の1人当たりの年間保険料負担は現行の制度に比べて、共済組合で47,000円減、健保組合で47,000円減、政管健保で38,000円減、国保で1,000円増、税金投入による公的負担が3兆9千億円増となる。高齢化のピークといわれる2025年度では、共済組合で149,000円減、健保組合で146,000円減、政管健保では116,000円減、国保で7,000円減、公的負担は10兆8千億円増となる。

つまりこの方式は、各団体の負担が減るというメリットと、税的投入額が増大するというデメリットを併せ持っている。

- 54) 突き抜け方式とは、労働組合の連合や大企業サラリーマン健保の健康保険組合連合会が主張している考えで、会社員が退職後に加入する保険を新設し、その財政は被用者保険で支援しようとするものである。つまり、OBサラリーマンを現役サラリーマンが支えようとする考え方である。厚生労働省の試算によれば、この方式を導入した場合、2007年度の1人当たりの年間保険料負担は現行制度に比べ、共済組合で4,000円増、健保組合で9,000円減、政管健保は増減なし、国保は20,000円増、公的負担は2千億円増となる。2025年では、共済組合で43,000円増、健保組合で1,000円減、政管健保で28,000円増、国保で41,000円増、公費で1兆円減となる。

この方式は健保組合と公費の負担が減るというメリットと、国保の負担が重くなるというデメリットを併せ持っている。

- 55) この方式は、2002年9月に坂口力厚生労働相が示したものである。その内容は、現行の老人保健制度を廃止したうえで、高齢者の多い団体を少ない団体で支え、所得の低い団体を高い団体が支えるというものである。具体的には、共済組合や健保組合が政管健保を支援する形になろう。この方式を導入した場合の厚生労働省の試算は、2007年度の1人当たりの年間保険料負担は現行制度に比べ、共済組合で43,000円増、健保組合で12,000円増、政管健保で26,000円減、国保で増減なし、公費負担で2千億円増しとなる。2025年では、共済組合で64,000円増、健保組合で3,000円増、政管健保で66,000円減、国保で11,000円増、公費負担で1兆円増となる。

この方式は国保と政管健保の負担が減り、税金投入増の幅が押さえられるというメリットと、健保組合と共済組合の負担が増すというデメリットを併せ持っている。また、各団体の年齢構成は把握しやすいが、所得格差の調整では、国保の所得把握は容易にはできないのではなかろうか。ただし、他の方式に比べ、各団体の利害調整は進み易いといえよう。

- 56) 総合規正改革会議「規正改革の推進に関する第1次答申」、2001年12月11日。

- 57) 厚生労働大臣を本部長とする医療制度改革推進本部が2002年3月8日に設置された。

推進本部内には、4つの検討チームが置かれた。各検討チームは関係部局の部局長及び課長等から構成されている。そのうちのひとつである「医療提供体制の改革に関する検討チーム」の主査である医政局長の篠崎英夫氏は、「患者に身近な二次医療圏や都道府県等において、医療に関し専門的に相談を受け適切な対応を行う窓口体制の整備を検討する」と延べている（日本医業経営コンサルタント協会第6回研究発表大会特別講演、2002年9月12日、ホテルイースト21東京に於いて）。

（補注）

2002年12月17日、厚生労働省は医療保険制度の抜本改革試案を公表した。そこでは高齢者医療に関して、

本稿でも述べた「独立方式」及び「年齢・所得の負担調整方式」が両論併記となっている。今後2005年の通常国会に関連法案を提出し、2007年の実現を目指すことになる。

(2003年1月7日受理)