

医療制度改革について

大 坪 宏 至

はじめに

I、試 案

1. 基本的な方向
2. 予防重視
3. 医療費適正化
4. 新たな高齢者医療制度
5. 総括

II、大 綱

1. 安心、信頼の医療確保と予防の重視
2. 医療費適正化の推進及び医療保険制度

おわりに

はじめに

2006年6月14日、参議院本会議で、自民・公明党の賛成多数により、医療制度改革関連法案が可決、成立した¹⁾。医療制度改革の内容について、厚生労働省の考え方が明らかにされたのは、2005年10月19日公表の「医療制度構造改革試案」(以下、試案)においてである。試案の内容は、社会保障審議会・医療保険部会で説明され²⁾、経済財政諮問会議でも議論された³⁾。その後、さらに検討が進められ、試案をたたき台として政府・与党医療改革協議会が2005年12月1日に決定したのが「医療制度改革大綱」(以下大綱)である。2006年度からの医療制度改革は大綱に基づいて始まった。

これまでのわが国医療政策は、自民党の厚生労働族議員や日本医師会の影響が強く関わってきたが、今回の改革については官邸主導で進められたといえる。その背景には、郵政選挙といわれた先の衆議院選挙で、小泉自民党が圧勝したことが大きな要因となっている。そのため、医療機関にとっても、同時に利用者である患者にとっても痛みを強いる内容になったといえよう。しかし、すでに改革は始まってしまった。そこで、改革のスタートとなった試案の内容を振り返ることから始め、大綱で示された内容の要点を整理し、今後の改革の方向性を明らかにしたい。さらに、改革メニューに盛り込まれた施策が、医療機関や患者にどのような影響を及ぼし、また、どう対応していくべきなのかといったことも含めて、若干の考察を加えることとする。

I、試案

1. 基本的な方向

試案を見て始めに気になったのは、「医療制度構造改革試案」という呼称である。なぜなら、従来は医療制度改革というのが普通であったが、「構造改革」としているからである。試案の中においても「制度の改革」ではなく、「制度の構造改革」という表現が多々見受けられる。先の衆議院選挙での自民圧勝の流れの中で、構造改革といえば国民の支持が得られるとするならば、それは勘違いである。この時期にあえて「構造改革」と呼ばずとも、従来どおりに「制度改革」としておくべきではなかったか。

試案では始めに基本的な方向が示されている。そこでは、構造改革の基本方針として次の3つを挙げている。①国民皆保険制度の堅持、②医療費の抑制、③給付と負担の関係を公平で透明にすること、である。これら3点は基本方針としては重要なものであり、特に国民皆保険の堅持を第1にしていることは適切である。

医療の動向として糖尿病等の生活習慣病が増大し⁴⁾、平均在院日数が長期にわたっていることを指摘している⁵⁾。そこで、医療費適正化の進め方として、中期的な方策と短期的な方策の組み合わせが必要であるとした。こうした基本的な方向に沿って、具体的にどのような取組が提示されたのか、次に述べていきたい。

2. 予防重視

生活習慣病を中心とした疾病予防を重視するとともに、医療計画の見直し等による総治療期間（在院日数を含む）の短縮等により、地域ごとに患者本位の医療提供体制を確立するとしている。

生活習慣病予防のための取組として、糖尿病、高血圧症、高脂血症（以下、糖尿病等）の予防のための健診及び保健指導を充実することとしている。また、都道府県健康増進計画において、糖尿病等の患者・予備軍の減少率の目標や、健診及び保健指導の実施率の目標ならびに、運動、食生活、喫煙等に関する目標を設定し、市町村を中心とした普及啓発を展開するとしている。生活習慣病予防のための健診や保健指導は確かに重要であり、実施すべきであると考えるが、国民がそれらを実際に受けるかどうか、あるいは、個人の嗜好や価値観を変えて、生活習慣を改められるかどうかは疑問もある。また、費用対効果の側面からも、現時点で明確な見通しを示すことは難しいといえる。

患者本位の医療提供体制の実現に関しては、次の6つを示している。①医療計画制度の見直しや地域における高齢者の生活機能の重視、②医療に関する積極的な情報提供、③根拠に基づく医療（EBM）の推進、④医療法人制度改革、⑤医療安全対策の総合的推進及び医療従事者の資質向上、⑥地域・診療科による医師偏在問題への対応である。

①について脳卒中、糖尿病、がん等の年間総入院日数、年間外来受診回数、在宅等での看取り率や在宅復帰率等の数値目標を導入するとしている⁶⁾。②は患者、国民にとってはとても重要なことであり、そこでは2つのことが示された。1つは、医療機関に関する情報提供の制度化、2つめは領収証の発行である。領収証の発行に関しては、「義務付けることを検討する」とした。④については、公益性の高い医療法人類型の創設を挙げ、⑥については、とりわけ小児科・産科を中心とした医療資源の集約化・重点化等の推進を掲げている。

3. 医療費適正化

医療費適正化に向けた対策としては、中期的なもの、短期的なものに分けて示された。

中期的な対策として、国が示す参酌標準（全国標準）の下で、都道府県が医療費適正化計画（仮称）を策定し、一定期間後に計画推進効果を検証しつつ、医療費適正化に取り組む仕組み（都道府県医療費適正化計画制度）を導入することとした。ここで、2012年度（2008年度からの5年間を第1期とした終了年度）における全国目標を、糖尿病等の患者・予備軍を25%減少（2008年度と比べて）することと、平均在院日数を全国平均（36日）と最短の長野県（27日）との差を半分に縮小することの2つを示した。都道府県はこれらの全国目標を勘案し、政府目標を定め、2010年度（計画策定から3年目）において計画の進捗状況を検証することになる。老人医療費の高い地方には、平均在院日数が長いという特徴があり⁷⁾、逆に、低い地方では在院日数が短いという特徴がある⁸⁾。

また、人口当たりの病床数が多く⁹⁾、高齢者単独世帯比率の高い地方で老人医療費が高いともいえる¹⁰⁾。しかし、各地方が政策目標を達成するのはけっして容易なことではなかろう。そこで、実績評価措置として、都道府県ごとの特例的な診療報酬の設定も可能としている¹¹⁾。

都道府県の医療費適正化計画とともに、中長期的な対策としてはもうひとつ、医療保険者による保健事業の本格実施を挙げている。つまり、40歳以上の被保険者及び被扶養者を対象に、糖尿病等の予防に着目した健診及び保健指導事業を計画的に行うことを義務付けた。なお、40歳未満の者に対しては事業実施に努めるものとしている。

短期的な対策として、主に4つを挙げている。1つめは高齢者の患者負担の見直しである。75歳以上の後期高齢者の患者負担は従来どおり1割だが、現役並みの所得者は2割から3割に増える（2006年10月から実施）。70歳から74歳は1割から2割へ（2008年度から）、現役並み所得者は2割から3割へ増える（2006年度10月から実施）。65歳から69歳は3割から2割へ減り（2008年度から）、現役並み所得者は3割のままである。ただし、試案では別案も提示した¹²⁾。

2つめは、入院時の食費・居住費の負担見直しである。療養病床に入院する70歳以上の食費・居住費の負担見直しを図るとした（2006年10月実施。65歳以上の者については2008年度から）¹³⁾。

3つめは、高額医療費の自己負担限度額を月収の25%から、賞与を含む総報酬を基礎とした月額25%とし、限度額を超える部分は医療費の1%を2%の負担に引き上げるとした(2006年10月実施)¹⁴⁾。

4つめは、埋葬料を定額10万円とし、出産育児一時金の水準を検討する等の現金給付の見直しを示した。

また、保険運営効率化の取組として、ITを活用した医療保険事務の効率化を図るとしている。

4. 新たな高齢者医療制度

試案では、都道府県単位を軸とする医療保険者の再編統合も提言しているため、ここでそれらの要点のみ示しておきたい。国民健康保険では、都道府県単位での保険運営を推進し、保険者支援制度等の国保財政基盤強化策について、公費負担のあり方も含めて見直し、国保組合の国庫補助について、財政力に応じて見直すとしている(2006年度より実施)。なお、保険料収納率の向上のため、クレジットカードや携帯電話を活用した収納方法の導入も検討するとしている。政府管掌健康保険については、2008年10月をめどに国とは切り離れた全国単位の公法人を保険者として設立する¹⁵⁾。健康保険組合については、同一都道府県内における健保組合の再編・統合の受け皿として、企業・業種を超えて健保組合同士が合併して形成する地域型健保組合の設立を認めるとした(2006年10月実施)。

試案の中でも特に注目したいのは、新たな高齢者保険制度の創設である。その内容をみると、75歳以上の後期高齢者医療制度では、後期高齢者の保険料(1割)、国保・被用者保険からの支援(4割、公費(5割))を財源とする。運営主体を市町村にし、都道府県が市町村に対する指導権限を有することとした。保険運営は2年を単位とした財政運営を導入し、低所得者には保険料軽減制度を設け、軽減分を公費で支援する。なお、保険料は年金からの特別徴収(年金天引き)とし、保険料水準は年間7万円程度にする。医療給付費の1割という保険料総額の負担割合は、施行後5年をめどに改定するとした。各保険者は加入者数に応じた支援金を負担することになる¹⁶⁾。

前期高齢者については、国保・被用者保険といった従来の制度に加入することとし、給付費は各保険者からの加入者数に応じて負担する財政調整を行うとしている。また、現行制度における費用負担から新制度への円滑な移行を図るため、2014年度までの間における65歳未満の退職被保険者等を対象として、当該被保険者等が65歳に達するまでの間、経過的に現行の退職者医療制度を存続させるとしている。

ここで、新たな高齢者医療制度が、各医療保険にどのような影響を及ぼすのか、厚生労働省の試算をみてみたい¹⁷⁾。新制度に移行した場合と、現行制度のままだった場合とを比べると、政管健保

で約2,300億円、国保で約2,200億円、公費で2,200億円の負担減になり、健保組合のみ約2,200億円の年間保険料の負担増となる。試算で示された窓口負担をさらに高く設定すれば、年間保険料もより削減することができるが¹⁸⁾、それでも健保組合だけは負担が増えてしまう。なぜならば、支援額は各保険の加入者数（0歳から74歳までの加入者数、つまり、組合員+扶養家族）に応じて割り振るため、家族を含めた加入者数が多く、75歳未満の人の割合が最も高い健保組合だけが負担増になってしまう¹⁹⁾。また、64歳以下の会社員OBへの財政支援となる退職者医療制度を継続することも、負担増の原因となる。そのため、経団連と健保連は独自の案を提唱したが、それらについても厚生労働省は試算をまとめた²⁰⁾。

高齢者医療制度については、運営主体を市町村と明確にしたが、市長・知事等の協力がなければ実施は難しくなる。2008年度に向けてさらに検討が必要である。

5. 総括

試算では、診療報酬体系の在り方の見直し等と題して、診療報酬決定プロセスの透明化を図るとし、中央社会保険医療協議会（以下中医協）の見直しを示した。改定率は内閣が決定するということを前提に、点数の設定に係る審議を行うことを中医協の役割とし、委員構成も見直すとした（2006年10月実施）。

2004年5月の「社会保障の給付と見直し」に即した現行制度のベースでいけば、2015年度の医療給付費は40兆円、2025年度は56兆円、対国民所得比（対GDP比）は各々、8.7%（6.4%）、10.5%（7.7%）となる。試算による方策を実施した場合、2015年度の医療給付費は37兆円（中長期方策で2兆円、短期方策で6千億円の削減）、2025年度は49兆円（中長期方策で6兆円、短期方策で1兆円の削減）、対国民所得比（対GDP比）は各8.1%（6.0%）、9.1%（6.7%）となる。一方、経済財政諮問会議の提案では、より低い水準まで医療給付費を抑制すべきとしたため、両者には開きがあった²¹⁾。なぜならば、経済財政諮問会議では、保険免責制度の導入もすべきとしたからである²²⁾。

試算では経済財政諮問会議の提案を単なる参考として示すに止め、試算本体では提示していないため、免責制度の導入をしなかった点は評価したい。免責制度が導入されると、自己負担率が低い人ほど、また、受診回数が多いほど、負担が増大することになる。そのため、症状の軽い人は受診を控えるようになり²³⁾、低所得者にとっても深刻な問題となる²⁴⁾。医療費抑制の効果は認めるが、免責制度のマイナス面の方がより大きいといえる。

中長期的な方策として、糖尿病等の患者・予備軍を2008年度に比べて25%減少するという全国目標を掲げた。そのため、都道府県健康増進計画において、健診及び保健指導等の実施率の目標を設

定し、保健事業の実施を義務付けた。中高年の男性を中心に、肥満者の割合は増加傾向にあり、糖尿病等の危険因子を複数併せ持ち、危険因子が重なるほど、心疾患や脳血管疾患を発症する危険は増大する。生活習慣病の患者が増大する可能性は十分にある²⁵⁾。生活習慣病の医療費は国民医療費全体の4分の1に相当する²⁶⁾。糖尿病の場合、悪化するにつれて医療費は大きくなる²⁷⁾。したがって、健診及び保健指導による予防の対策は重要である。しかし、課題も残されている。

健診費用対効果の分析は難しい。健診費用は1人当たり約5000円はかかる。健診受診率を高めるため²⁸⁾、仮に1千万人の受診増をする場合に、500億円の費用を追加しなければならない。さらに、保健指導の追加費用もかかることになるが、健診で要注意項目のあった人のうち、どれだけの人が指導を受けるかもわからない²⁹⁾。

費用対効果の分析は難しいが、食事や運動により、発症の確率は低下する³⁰⁾。とはいえ、生活習慣を改めるところまで結びつくかどうかは疑わしいし、効果が現れるまでには長期の時間がかかることは確かである³¹⁾。

健診及び保健指導には、こうした課題が残されているものの、効果が上がる方に期待したい。医療制度改革というと、どうしても医療費の抑制が目標となってしまうが、健康に対する安心の確保が重要なのであって、その結果、医療費の抑制に結びつくという考え方が必要である。肥満者の増大傾向は他国にも見られるが、そうしたモデルとして参考にされるようになればよい。また、医療技術が進歩すればするほど、医療費も増大するという側面も見逃せない³²⁾。

短期的な方策については、結果として、財政の負担を患者側に求めたことにもなった。したがって、国民が納得できるよう十分な説明が必要である。試案の公表直後の調査によれば、国民の支持は得られていない³³⁾。医療費の問題は、自己負担・保険料・公費のバランスの問題であり、患者・医療保険・都道府県(市町村)それぞれの理解が欠かせない。既に始まった改革もあるが、今後進められるものも、本試案に基づいた大綱に沿って行われていくことになる。医療機関も含めて、多くの理解が得られるよう、十分な説明と検討を継続していかなければならない。試案に対しては、日本医師会や健康保険組合連合会からは異議が唱えられたが、たたき台としては、一定の評価ができよう。

II、大綱

2005年10月19日公表の試案をたたき台として、政府・与党は2005年12月1日に「医療制度改革大綱」(以下、大綱)を決定した。試案公表以後の議論も、官邸主導で進み、自民党の厚生労働族議員の動きは控えめであった。そのため、患者の負担は増し、医療機関の痛みを強いる結果となった。医療制度改革はこの大綱によって始められた。ここではその内容について要点を整理したい。

1、安心、信頼の医療の確保と予防の重視

まず、治療重点の医療から、疾病の予防を重視した保健医療体系へと転換を図っていくこととしている。そして、医療費適正化の推進として、糖尿病患者・予備軍の減少と、平均在院日数の短縮の2つに絞った。このことは、試案でも示されていた特徴である。

生活習慣病の予防のため、都道府県の健康増進計画において、健診及び保健指導実施等の目標を設定し、被保険者・被扶養者の健診・保健指導を義務付け、予防を国民運動として展開していくとしている。

安心・信頼の医療の確保のためとして、①医師不足問題への対応、②地域医療の連携体制の構築、③患者に対する情報提供の推進、④遠隔医療の推進等、⑤信頼できる医療の確保、⑥医療法人制度改革、を示している。

①については、地域ごとの医師の偏在³⁴⁾、特定の診療科における医師の不足に対し³⁵⁾、都道府県ごとに医療対策協議会を設置し、地域の実情に応じた医師確保策を総合的に講じていくとした³⁶⁾。しかし、医師数については、供給が需要を上回っていくものと推測しているようだ³⁷⁾。医学部入学定員の地域枠の拡大が、試案に追加された点である。

②については、試案同様、脳卒中対策等事業別の医療連携体制の構築を示している。③についても試案どおりだが、異なるのは、領収証の発行を明確に義務付けるとしている³⁸⁾。④は試案には示されていなかった。⑤の内容は、一部試案に示されたものもあるが、表現を変えたり、追加されたものもある³⁹⁾。

⑥については、試案にも示された公益性の高い法人類型の創設が提示されたが、これに沿ってその後、具体的な改革案が明らかになったため、ここで言及しておきたい。現行制度における医療法人には、社団法人（出資者の持分あり）と財団法人からなる一般医療法人⁴⁰⁾、特別医療法人⁴¹⁾、特定医療法人⁴²⁾からなる。医療法人制度改革により、2つの医療法人が創設される。基金拋出型法人（仮）（以下拋出型）と社会医療法人である。

拋出型では、社員の持分の定めはなく、社員退社時の返還額は拋出額を上限とし⁴³⁾、解散時の残余財産は類似の医療法人か、国・地方自治体に帰属されるとし、法人役員等と関連の深い営利企業から資金援助を受けている場合には、当該法人の名称等を開示しなければならない。2007年4月以降は、現行の社団医療法人の新設はできず、拋出型として新設することになる。ただし、現行の法人については当分の間は存続することとなる。

次に社会医療法人であるが、これは小児救急、災害、へき地等の医療を実施していて、出資者には持分はなく、解散時の残余財産は国・地方自治体に帰属させ、役員のうち理事長の親族が占める割合は3分の1以下でなければならない。また、法人監査を受け、財務諸表等を一般患者にも開示

しなければならない。メリットとしては、公募債の発行が認められ、収益事業も認められることである。そのため、公募を経て指定管理者となった民間事業者が公的施設の運営ができる指定管理者制度により、民間への運営委託や事業拡大がすすむ可能性はある。この法人は、特定・特別医療法人からの移行を想定しているものと思われる⁴⁴⁾。

医療法人の行える業務としては、本来業務・附帯業務・附随業務があるが（特別医療法人のみ収益事業も認められる）⁴⁵⁾、2007年4月からこのうちの附帯業務として、有料老人ホームの設置が可能になる。設置では、市町村による参酌標準も考慮することになるが⁴⁶⁾、資金の苦しい法人は、特別目的会社（SPC：Special Purpose Company）を利用することも考えられる⁴⁷⁾。

2、医療適正化の推進及び医療保険制度

大綱では、目安となる指標として、5年程度の医療給付費の見直しを示すこととした⁴⁸⁾。医療費適正化計画の策定・措置・検証の流れは試案に示されたものと変わらない。

給付の内容見直しでは、試案と若干の相違がみられ、現金給付における出産一時金を30万円から35万円に上げ（試案では具体的水準は示していない）、埋葬料を5万円とした（試案では10万円）。また、レセプトIT化については、2006年度からオンライン化を進め、2011年度当初からすべてオンラインにするという具体的スケジュールを示した。

新たな高齢者医療制度は2008年度に創設することを明記した。その財源構成は試案と同様であるが、運営主体は異なっている。試案では運営主体を市町村としていたが、大綱では都道府県単位で全市町村が加入する広域連合とした。この点に関しては、個々の市町村の財政責任があいまいになり、みんなで責任を持つということで、責任の所在が不透明になるとの指摘もある。本制度発足の際の経過措置として、試案と同様2014年までの退職者医療制度を存続させるとした。

高齢者の患者負担に関する試案との相違点は、試案では65歳から74歳までを2割としていたが、大綱では70歳から74歳までを2割とし、70歳未満は現行同様の3割とした点である。

おわりに

2005年12月21日、厚生労働省は介護型療養病床を2012年度に全廃する方針を決定した。現在、長期入院患者のための療養病床は、医療保険適用の医療型が25万床、介護保険適用の介護型が13万床の合わせて38万床ある。厚生労働省はこの38万床を15万床に削減する改革案を2006年2月1日に提示した。介護型は全廃されるため、15万床は医療型ということだが、そこには医療依存度の高い患者が入ることになる⁴⁹⁾。この方針は、試案と大綱で示された平均在院日数の短縮による医療費抑制の一貫といえる⁵⁰⁾。ただし、介護保険の給付費は増えることとなり、医療機関にとっては課題も多

い。すでに2006年診療報酬改定では、医療区分1の点数引き下げ等の誘導が始まったが、そうした医療依存度の低い患者の受け皿となる施設をどうするのか、同時に空き病床をどうするのかを考えなければならない。老健施設へ転換するにも、入所者1人当たり居室面積8.0平方メートル以上の基準をクリアできるのかどうか、介護療養型に転換してもそれは一時的対処にしかならない。そこで前述した有料老人ホームの新設の案が提示されたものと思われる。介護型についても転換せざるをえない。医療機関にとってはまさに痛みを強いられる⁵¹⁾。

患者とくに高齢者にとっても負担は増す。2006年10月から現役並み所得者70歳以上の窓口負担が2割から3割へ、療養病床入院患者70歳以上の食費・居住費の負担増⁵²⁾、高額療養費と高所得者の人工透析患者の自己負担限度額引き上げ等が開始⁵³⁾。2008年4月から70歳から74歳の窓口負担が1割から2割へ、療養病床入院患者65歳から69歳の食費・居住費の負担増が開始。目白押しの負担増となる。

医療費抑制を主眼とするため、医療機関と患者に痛みを強いる改革となったが、国民が求めるのは健康に対する安心であり、医療に対する安心信頼であることを忘れず、国民の理解と納得が得られる形で進めていかなければならない。領収証の発行⁵⁴⁾や、地域医療の連携といった情報提供はひとつの有効な手段となりえよう⁵⁵⁾。

本稿では試案と大綱を取り挙げ、要点を整理するとともに若干の考察を加えた。そこでは診療報酬の見直しにも言及していたが、紙幅の都合で触れなかった。2006年度診療報酬改定については別の機会に検討したい。

<注>

- 1)、同法案は医療費適正化を柱とし、療養病床の再編等も含まれていたため、野党側の反対もあり、最後まで調整が続いた。可決、成立の前日、6月13日の参院厚生労働委員会では21項目の付帯決議を盛り込むことで、最後の調整を行っている。付帯決議には療養病床の円滑な転換や、食費・居住費負担における低所得者への十分な配慮等が示された。
- 2)、2005年10月27日、社会保障審議会・医療保険部会において、厚生労働省は試案の内容説明を行った。ここでは各委員からの反論も多く出された。
- 3)、2005年10月27日の経済財政諮問会議においても、試案について議論され、民間議員から追加施策を求める発言が出された。竹中平蔵経済財政政策・郵政民営化担当大臣は、さらに検討を進める旨の会見を行った。
- 4)、生活習慣病が加齢とともに増悪し、心臓や脳の病気を発症することが多く、日本人の死因の上位となっている。厚生労働省の研究班（秋田県立脳血管研究センター疫学研究部長の鈴木一夫氏が主任研究者）の推計によれば、脳卒中（脳の血管が詰まったり、破れて出血したりする病気の総称）の患者は、2005年で272万7千人だが、2020年には288万人に達するとしている。そのため、介護に必要な人は2005年で160万

7千人だが、2025年には177万5千人になるものと予測している（本統計については、『朝日新聞』朝刊、2006年8月19日、2面でも紹介されている。）。

5)、試案では、我が国の医療の動向として、次の4点を指摘している。

- ①生活習慣病の患者の増大
- ②生活習慣病を原因とした入院の増加
- ③平均在院日数が長期であり、地域による格差があること
- ④生活習慣病がもととなって、都道府県ごとの医療費に格差を生じていること

6)、この点に関して試案では次のように述べている。

「脳卒中対策、糖尿病対策、がん対策等の主要事業ごとに、地域における医療連携体制を構築し、その地域内では、各医療機関が患者に対し治療開始から終了までの全体的な治療計画（地域連携クリティカルパス）を共有するとともに、患者の尊厳を重視する在宅医療を推進する。」

7)、国民健康保険中央会によれば、2004年度の1人当たり老人医療費が高い上位5地方は次のようである。

福岡県960,813円、北海道949,458円、高知県903,207円、長崎県900,611円、広島県900,176円となっている。これら5地方の平均在院日数の平均は46.1日で、全国平均の36.3日を大きく上回っている（厚生労働省『04年医療施設（動態）調査・病院報告の概況』）。

逆に、1人当たり老人医療費の低い下位5地方は、長野県636,801円、新潟県669,005円、山形県667,687円、静岡県670,632円、千葉県677,333円となっている。

8)、注7の下位5地方の平均在院日数の平均は31.8日と全国（36.3日）を大きく下回っていることがわかる（厚生労働省『04年医療施設（動態）調査・病院報告の概況』）。

9)、厚生労働省、同上によれば、人口10万人当たり病床数の全国平均は1,277.8床であるのに対し、注7の上位5地方の平均は1,879.6床、注8の下位5地方の平均は1,121.7床とかなりの差がある。

老人医療費と平均在院日数・病床数の関連については、『朝日新聞』朝刊、2006年1月22日、7面でも紹介されているので参照されたい。

10)、2000年の国勢調査によれば、高齢者単独世帯比率の全国平均は6.4%である。注7の上位5地方の同比率の平均は8.5%、下位5地方の平均は5.2%となる。同上を参照されたい。

11)、試案に示された全国目標の平均在院日数は、全国平均（36.3日）と長野県（27.1日）との差を半分に縮小することなので、37.1日が目標となる。2004年の平均在院日数で31.7日を下回るのは8地方だけである（宮城、山形、東京、神奈川、長野、岐阜、愛知、滋賀）。

12)、別案では前期・後期高齢者とも一般は2割負担、現役並みの所得者は3割負担とし、後期高齢者の低所得者のみ1割としている。つまり、本案に比べ、75歳以上の一般を1割ではなく2割としている点が異なり、より厳しい負担増となっている。

また、注として他の案も示した。それは、65歳から69歳までは3割のままとし、70歳以上は一般を2割、現役並み所得者を3割、低所得者を1割とするもので、上記案よりもさらに負担増となっている。

別案や注を示すことによって、本案を少しでもゆるやかに印象付けようとの意図があったのかもしれない。

13)、厚生労働省のモデルケースによれば、食費の自己負担は材料費の月2万4千円から、新たに調理コストが上乗せされ4万6千円になる。さらに、居住費が新たに1万円かかるため、3万2千円の負担増になる。

14)、厚生労働省の試算モデルケースによれば、70歳未満で一般所得者の平均的入院（16日間の入院で医療費総額39万円）は月額82,560円となり、8,770円の負担増になる。また、胃がんで30日入院し、医療費総額

150万円の場合、19,870円増の104,760円になる。

- 15)、公法人の組織については、意思決定機関として、関係事業主、被保険者、学識経験者から構成される運営委員会を設置するとともに、都道府県単位での財政運営、保険事業について意見を聴くため、被保険者等で構成する評議会を設置する。
- 16)、試案では、後期高齢者の保険料総額を高めていくことで、現役世代の負担となる支援金の軽減が図れるとし、今後、支援金は低くなる仕組みであると強調している。各保険者の理解を得たいとする姿勢の現われと解することができる。
- 17)、厚生労働省の試算では、保険料総額を加入者数（組合員と扶養家族の合計）で割ったため、1人当たりの負担は実際の保険料と異なる。給付を賄うために必要な保険料総額を組合員数で割ると、1人当たりの負担は違ってくる。
- 18)、例えば、65歳以上の窓口負担をすべて2割にすれば、政管健保で2,900億円、国保で2,500億円、公費で5,600億円の負担減、健保組合で1,600億円の負担増となる。あるいは、69歳以下を3割、70歳以上を2割負担とすれば、政管健保で3,300億円、国保で2,800億円、公費で6,000億円の負担減、健保組合で1,300億円の負担増となる（厚生労働省が試算）。
- 19)、加入者の範囲が0歳からということなので、健保組合が負担増となる。そのため、健康保険連合会は加入者を20歳からにするように求めたが受け入れられなかった。
- 20)、経団連と健保連の案は75歳以上の窓口負担を2割に高め、新高齢者保険の対象を65歳以上まで広げ、給付費全体を試案よりも5000億円減らし、国保と公費の負担を増やそうとするものである。厚生労働省は経団連案の試算を、政管健保で17,200億円、健保組合で9,700億円の負担減、国保で1,600億円、公費で11,100億円の負担増としてまとめた。健保連の案についても、政管健保で13,900億円、健保組合で5,600億円の負担減、国保で2,000億円、公費で12,300億円の負担増と試算した。また、会社OBだけの新保険をつくり、現役世代の窓口負担を2割に下げるという連合案についても試算した。これらは2005年10月27日の社会保障審議会医療保険部会で報告された。
- 21)、経済財政諮問会議の提案によれば、2015年の医療給付費を35兆円、2025年度を42兆円、対国民所得比（対GDP比）を各々7.7%（5.7%）、7.8%（5.8%）、としており、試算との開きがあった。
- 22)、保険免責制度とは、通院の際、一定額までは患者本人の負担とし、それを超えた分について例えば3割負担するという考え方。3割の患者負担の場合、医療費が5,000円であれば、その3割の1,500円が患者の窓口負担というのが、現行制度である。これが1,000円の免責制度の場合、まず1,000円を支払い、残り4,000円の3割（1,200円）をさらに支払うことになり、合計2,200円の窓口負担になる。
- 23)、この点に関して近藤正明ジェームス（東京大学特任助教授）氏は次のように述べている。「免責制度が導入されれば、病状が軽いうちに医師にかかる人が減り、糖尿病や高血圧等慢性疾患の発見が遅れる。そのため、医療費全体はかえって増える可能性もある。」（『朝日新聞』朝刊、2005年10月23日、23面）
- 24)、池上直己教授（慶応義塾大学）は、「免責枠を作ると低所得者への打撃が大きい。将来、枠拡大の道が開かれると民間保険をかける人が増えて、皆保険体制が空洞化する可能性もある。」（『朝日新聞』朝刊、2005年10月20日、15面）としている。同様の指摘は、近藤克則教授（日本福祉大学）もされている。「免責制度等で自己負担を増やすと、特に所得の低い人達が受診をしなくなり、健康状態が悪化する。免責制があるフランスでも額はわずか140円だ。また、自分で支払う額が多くなりすぎると、民間の医療保険の需要が増える。」（注23に同じ）

- 25)、厚生労働省によれば、現在、糖尿病の患者は740万人、その予備軍は880万人。高血圧は患者3,100万人、予備軍2,100万人といわれている。
- 26)、2003年度における生活習慣病の医療費は7.5兆円（悪性新生物を除いて）で、国民医療費の4分の1を占めている。
- 27)、遺伝や感染を原因とする1型糖尿病と生活習慣を原因とする2型糖尿病がある。
後者の場合、3ヶ月に1度の定期検査だけの場合、年間3万円程度の医療費がかかり、窓口負担は3割で約9,000円で済む。薬を服用するようになればその3倍はかかるようになる。また、インシュリン注射をするようになると、さらにその2倍以上はかかり、人工透析まで必要になれば、医療費は大きく増大してしまう。このように悪化するにつれて医療費も大きくなってしまう。
- 28)、2004年度における20歳以上の健診受診率は約6割である。企業は従業員への実施義務があるにもかかわらず、実際は会社員で75%の受診率である。しかし、専業主婦は半分以下であり、家族の受診率は低い。また、自営業者の受診率は51%となっている。
- 29)、政府管掌健康保険組合によれば、要注意項目のあった組合員が保健師等の保健指導を受けるのは3割程度といわれている。
- 30)、2型糖尿病の場合、食事や運動による生活改善で、発症の確率が5割以上は減少するといわれている。
- 31)、池上直己（慶應義塾大学教授）氏は、生活習慣病の予防に関して、次のような否定的な見解を示している。
「個人の嗜好や価値観にまで介入することの実現性には疑問があります。（中略）諸外国と比べて日本人の生活習慣は健全だと思うんですね。例えば、米国では3人に1人が肥満です。（中略）その予防活動と医療費の適正化というのは、仮に非常にうまくいったとしてもタイムラグがあるわけです。」（『日経ヘルスケア21』日経BP社、2005年12月、63頁。）
- 32)、健康保険組合連合会の調査によると、全国の健保組合で1ヵ月に500万円以上の医療費を使った事例は、2004年度（2003年11月～2004年10月）に2,462件と過去最高だった。技術の進歩で新たな治療法が普及してきたことが背景にあり、医療保険の財政を圧迫する一因になっている。部分生体肝移植や補助人工心臓等、数年前に医療保険が適用された先端技術が普及した影響が大きい。部分生体肝移植は1998年に医療保険が適用され、普及が進んだ。高額医療が増えるほど、医療保険財政は厳しくなるという側面もある（『日本経済新聞』朝刊、2005年10月24日、3面を参照）。
- 33)、朝日新聞社では、2005年10月22日、23日の両日、全国の有権者を対象に「朝日 RDD」方式で調査を実施した。対象者は無作為3段抽出法により、有効回答数は1,998人、回答率は62%となっている。その調査の質問と回答（%、小数点以下は四捨五入）は次のようである。
「高齢者の窓口負担を増やしたり、長期入院の際の食費を徴収したりする等、高齢者を中心に負担を増やす方針です。あなたは、この方針に賛成ですか。反対ですか。」
賛成—28%、反対—59%
「厚生労働省の案では、75歳以上の人すべてが加入する新たな医療保険制度をつくり保険料負担を求めることも目指しています。あなたはこうした制度をつくることに賛成ですか。反対ですか。」
賛成—30%、反対—54%
「医療費の増加を抑えるためには、どうするのが最もよいと思いますか。（選択肢から1つ選ぶ）」
患者の窓口負担を上げる—4%

医療機関が受け取る診療報酬を下げる—36%

軽い病気を保険からはずす—10%

社会全体で病気の予防を進める—42%

34)、厚生労働省『医師・歯科医師・薬剤師調査』によれば、2004年の医師数は256,668人で人口10万人当たり201人の全国平均となっている。『朝日新聞』朝刊、2005年12月11日、7面では、青森県の医師数や他国との比較を紹介しているの、参照されたい。

2004年における人口10万人当たり医師数が多い地方は、東京が264.2人で第1位、以下、徳島262.4人、高知261.4人、京都258.3人、鳥取258.3人と続く。

逆に最も少ないのは埼玉で129.4人、以下順に、茨城142.3人、千葉146.0人、青森164.0人、岐阜165.0人となっている。東京は埼玉県の約2倍である。

地域ごとの医師の偏在で注意しなければならないのは、都道府県内における格差である。

朝日新聞でも紹介されているが、青森県の弘前市は、人口10万人当たりの医師数は、2004年で379.1人もいる。つまり、都市部に医師が集中しているということである。

35)、医師不足が目立つのは、小児科と産婦人科である。どちらの科とも医師数は減少傾向にある。そのため、2006年4月診療報酬改定では、両科を手厚くした。

36)、例えば、2006年度中に厚生労働省に「地域医療集中会議（仮称）」を設置し、医師数に余裕のある地域から不足している地域への人事異動の斡旋等、都道府県に具体的に助言することを検討するとしている。（『朝日新聞』朝刊、2006年8月22日、4面）。

また、厚生労働省は2007年度、公的病院を中心とした特定の中核病院に医師を集約化し、医師の足りない地域の病院が入院患者を中核病院に委ねることを条件に、高齢者医療等他の分野に転換するための費用を国が一部負担することも検討している（『朝日新聞』夕刊、2006年8月25日、1面）。

37)、厚生労働省は2006年7月19日「医師の需給に関する検討会」に最終報告書を示し、了承された。そこでは、「供給の伸びが需要の伸びを上回り、マクロ的には必要な医師は供給される」としたうえで、入院医療の需要に比べ病院勤務医の増加は少ないと予測している。

38)、試案では、領収証の発効については、経過措置を講じたうえで、義務付けることを検討するとしていた。

39)、これに関しては次の4点を示している。

- ・ 根拠に基づく医療（EBM）の推進（試案でも示された）
- ・ 第三者評価の推進（試案にはなかったが追加された）
- ・ 医療安全制度の充実（試案にも示されていた）
- ・ 医療従事者の質的傾向（試案では行政処分を受けた医師等に対する再教育を義務付ける制度の創設としていたが、そこまで具体的には示さず、抽象的表現に止めている）
- ・ 終末期医療の患者に対する在宅医療の充実（試案にはなく、追加されている）

40)、全国医療法人の98%を占めている。約4万法人ある。

41)、現在、47法人ある。医療法人の中では唯一、収益事業を行える法人で、同族役員は50%以下であることの制限があり、法人税率は30%で、出資者の持ち分はない。

42)、現在、374法人ある。出資者の持ち分はなく、同族役員は40%以下に制限され、法人税率は22%。収益事業は行えない。

43)、従来の出資という概念はなく、抛出している。

- 44)、特定医療法人は存続するが、特別医療法人は2012年3月までの存続で、それ以降は廃止される。
- 45)、医療サービス提供行為を本来業務といい、それに附帯する訪問看護ステーション等の運営を附帯業務といい、附帯業務に附随する病院の売店や駐車場の経営を附随業務といて区分している。
- 46)、例えば、介護老人福祉施設等の各施設は、市区町村の65歳以上の3.5%を超えて設置することができない等の参酌標準がある。
- 47)、機関投資家等から資金を集めた特別目的会社 (SPC) が、医療機関の既存の土地・建物を購入し、それを法人にリースするといった手法のことである。2006年4月に野村ホールディングス㈱が、野村ヘルスケア・サポート&アドバイザー㈱を設立している。(野村ヘルスケア・サポート&アドバイザー㈱代表取締役社長吉田啓氏のインタビュー、『日経ヘルスケア21』日経 BP 社、2006年7月、52-54頁は参考になる。)
- 48)、厚生労働省が2006年1月18日に経済財政諮問会議で提示した医療給付金の将来見通しは、2001年度が31.2兆円、2015年度が37兆円、2025年度が48兆円である。
- 49)、診療報酬における慢性期入院患者分類の医療区分3と区分2の一部に属する患者ということになる。
- 50)、厚生労働省試算によれば、年間医療費は医療型で1兆3千億円、介護型で6千億円となり、利用者1人当たり月額医療型で約49万円、介護型で44万円となる(2005年時点)。
療養病床削減による介護保険への影響が明らかになったのは2006年8月である(『日本経済新聞』朝刊、2006年8月27日、3面)。厚生労働省は、2012年度で介護保険の給付費が年間1千億円増え、医療保険の給付費は4千億円減ると試算している。
- 51)、入院患者の移動や在宅療養が、そもそも可能なかどうかとも課題である。厚生労働省「2005年度受療行動調査」(2005年10月、全国488病院の患者約17万3千人、うち入院患者約6万人を対象)によれば、長期療養を必要とする入院患者向け病院123に限ると、「在宅療養できない」(47.9%)は「できる」(30.5%)より多く、全体でも「できる」は42.9%と半分に満たない。入院患者は今後も「入院していきたい」(53.8%)が「通院にしたい」(17.4%)よりも多い。(『朝日新聞』朝刊、2006年9月1日、3面を参照。)
- 52)、70歳以上の現役並み所得者及び一般は現行2万4千円から5万2千円に、低所得者Ⅱは2万円から3万円に、低所得者Ⅰ②は1万円から2万2千円に、低所得者Ⅰ①はそのまま。同様に、2008年4月からは、65歳から69歳について、上位所得者及び一般で2万4千円から5万2千円に、低所得者で2万円から3万円になる。所得区分については、上位所得者は月収53万円以上、現役並み所得者は夫婦2人世帯で年収620万円以上(2008年8月からは年収520万円以上)、低所得者Ⅱは住民税非課税世帯、低所得者Ⅰ②は年金受給額80万円以下等、Ⅰ①は老齢福祉年金受給者をいう。
- 53)、2007年10月から、月収53万円以上の人工透析患者の自己負担限度額は月1万円から2万円になる。
- 54)、大綱では、医療費の内容のわかる領収証の発行を義務付けたが、診療報酬明細書(レセプト)ベースの領収証は患者が希望した場合だけ、渡す努力義務に止め、簡易版の領収証発行を2006年10月から義務付けた。診療報酬改定では、初診料に電子化加算(3点)が新設され、その必須条件3つの中の1つに簡易版領収証の無償発行があり、選択要件の1つにレセプトベースの交付体制整備を入れている。したがって、今後は領収証の発行は拡大することになり、2006年4月から公立病院においても枚方市民病院(大阪府枚方市)でレセプトベースを初めて発行している。(『日本経済新聞』朝刊、2006年2月3日、38面参照)。
- 55)、都道府県は2008年度から、地域の連携体制に関する情報を提供することになる。具体的には、病期ごと

に（救急・回復・療養等）医療機関をグループ化して示すリスト方式と、患者所在地を中心とした医療機関を地図上で示す所在地方式が想定される。

医療機関の広告については、厚生労働省が認めた項目だけ広告する従来のポジティブリスト方式から、2007年4月以降、厚生労働省が認めた項目群に該当するもので、客観性の担保を条件に自由に広告できる包括規定方式になり、若干の自由度は広がる。また、医療機関は一定の情報を都道府県に届け出ることが義務付けられ、それらはすべて国民にインターネットを通じて提供される。

（2006年9月22日受理）