

基礎研 レポート

日本の医療制度 — 一体改革までの最新情報による整理

社会研究部門 主任研究員 阿部 崇
(03)3512-1811 abe@nli-research.co.jp

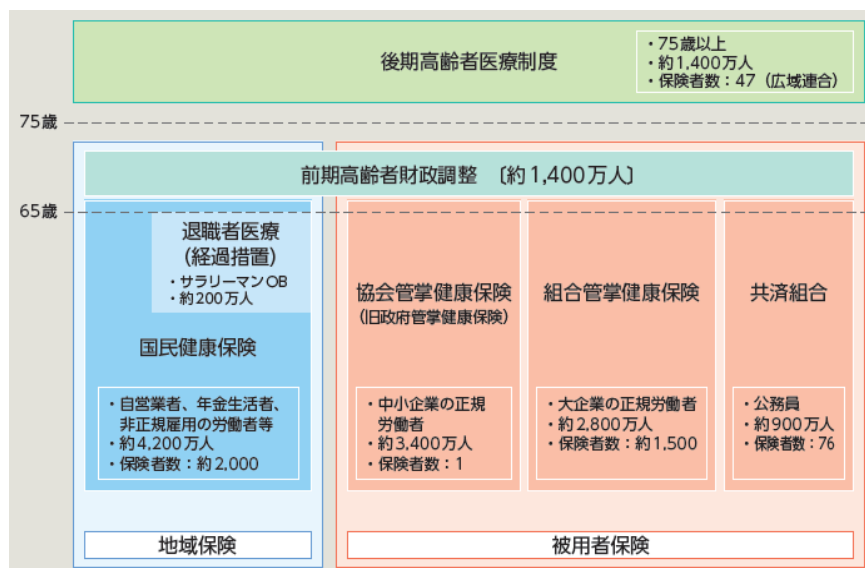
現在、社会保障・税一体改革を引き継いだ「社会保障制度改革国民会議」の議論が進められている。一体改革では、財源の面に止まらない日本の医療制度の窮状が明らかにされ、少子高齢化による制度疲労からの自然回復が難しい公的医療保険制度の実情が一般に知れるようになったといえる。

本稿では、日本の医療制度の現状を俯瞰するとともに、一体改革までの最新情報を用いて、課題と改革の方向性について整理する。

1—— 日本の医療制度

日本の医療制度は、全国民が原則加入する公的医療保険制度（以下、医療保険制度）が基本となっている。年齢や所得に関係なく、“全国民が原則加入”する「国民皆保険」は昭和36年に確立し、現在に至っている。また、原則として“全ての医療を保険給付として”受けられる「保険診療の原則」の下で運営されている。

〔図表-1〕 医療保険制度の基本構造



(資料：平成24年度「厚生労働白書」)

制度は、満75歳を区切りとした「年齢」により2分（上下の区分）、さらに、満75歳未満の層が「就業状況」により被用者保険と地域保険に2分（左右の区分）される（図表-1）。

被用者保険は、一般の正規労働者を対象とする、大企業なら組合健保（健康保険組合）、中小企業ならば協会けんぽ（全国健康保険協会）と、その他公務員・学校教職員等を対象とする共済に、更に分類される。また、地域保険は、自営業者や無職者を主な対象とする市町村単位の国民健康保険である（一部経過措置として退職者医療制度がある）。

図表の通り、年齢や就業状況によって加入制度は異なるが、この分類は主に財源構成の違いに現れるもので、いずれの制度でも、費用の一部（一般3割、高齢者1割等）を負担すれば、医療機関において治療等を受けられ（受療機会）、保険給付の内容（受療内容）に差異はない。

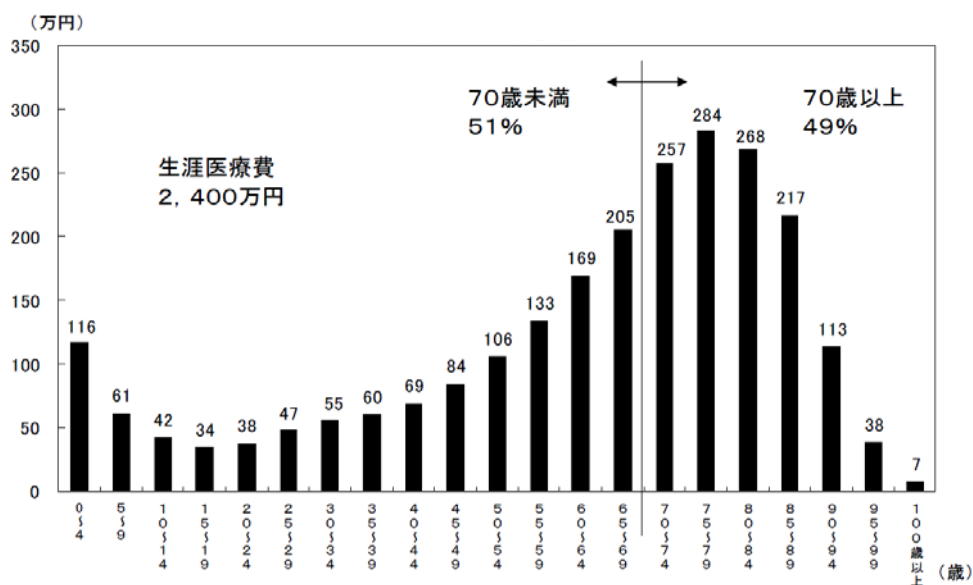
2—— 現状と課題(2つの側面から)

最近の報道では“医師不足”や“医療崩壊”等をキーワードに医療問題が多く取り上げられているが、医療保険制度は現在どのような状況になっているのだろうか。ここでは、「医療費と保険給付」、「医療の供給体制」という2つの側面から現状と課題を整理したい。

1 | 医療費と保険給付

厚生労働省の2010年度の推計によれば、個人の生涯医療費は約2,400万円とされるが（図表-2）、現在は医療保険制度によって、全ての国民が（国民皆保険）、ほぼ全ての医療を原則3割の自己負担で受けることができている（保険診療の原則）。

[図表-2] 生涯医療費（2010年度推計）

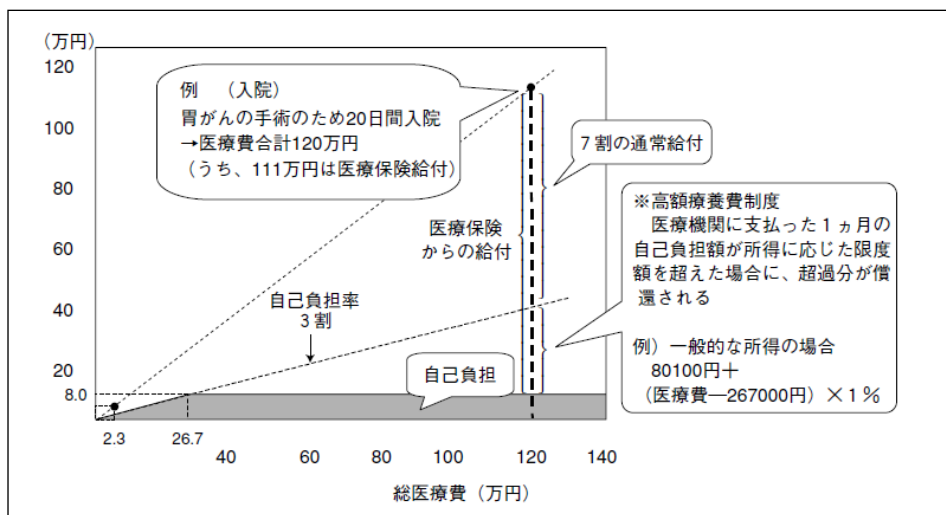


(資料：厚生労働省資料)

ただし、自己負担には一定の上限額が設定されていること（高額療養費制度）、また、生涯医療費の半分を占める満70歳以降は、自己負担率が1割の後期高齢者医療制度の対象者となることもあって、実質的な自己負担率は3割未満（2010年「国民医療費の概況」では約13%）である（図表-3）。

医療費を個人ベースで見れば、現在の医療保険制度は、治療方法や薬の種類を問わず比較的安価に医療を受けられる優れた仕組みとの印象がある。では、数年来言われ続けるように、マクロでみた医療費・保険財政は、どのように逼迫し、どのような課題に直面しているのだろうか。

[図表-3] 個人ベースの医療費負担



(資料：厚生労働資料より作成)

医療費の現状は、医療技術の進歩や人口構造の変化に伴い、一貫して増加基調で推移しており、2010年度には37.4兆円を超えている。そして、社会保障・税一体改革の前身である「社会保障改革に関する集中検討会議」における推計では、国民医療費は2015年に約45兆円、2025年には約61兆円に拡大する見通しとなっている。

一方、総医療費の対GDP比の国際比較をみると、日本は9.5% (2010) であり、米17.6%、英9.6%、独11.6%、仏11.6%に比べ低い水準にあり、OECD34カ国中16位となっている。もっとも、総医療費のうち公的医療費が占める割合については、80.0% (公的医療費(社会保険+公費負担)の対GDP比は7.6%) であり、米48.3%、独76.7%、フランス76.7%に比べ高い水準となっている (図表-4)。

[図表-4] 総医療費・公的医療費の対GDP比の国際比較 (2010)

	総医療費	公的医療費 (占有率)
アメリカ(米)	17.6%	8.5% (48.3%)
ドイツ(独)	11.6%	8.9% (76.7%)
フランス(仏)	11.6%	8.9% (76.7%)
日本	9.5%	7.6% (80.0%)
イギリス(英)	9.6%	8.0% (83.3%)

(資料：OECD Health Data 2012 より作成)

これは、日本の医療保険制度が「国民皆保険」および「保険診療の原則」の仕組みを採り、ほとんどの医療が公的制度によって提供されるためであり、NHS (National Health Service) という同じく皆保険の仕組みで医療を提供する英国 (同83.3%) も同様の傾向にある。対して、米国は極端な数値を示し、総医療費に占める公的医療費の割合は5割未満に止まっている。

もっとも、総医療費のうち「公的」と「それ以外」のバランスは、どれが理想形ということはなく、医療サービスの供給量や水準 (公的給付であることによって医療の水準が担保される面もある) を含

め、「公的」「それ以外」それぞれの課題が存在しているといえる。

このように、日本の医療保険制度では、医療の大きさ（治療や薬剤等の行為や費用の量）と保険給付の大きさがほぼ等しくなるため、これまでの医療費削減の議論の多くは“保険給付を縮減するために医療そのものを縮減する”というアプローチが採られてきた。

医療費は、「受療量（入院日数や通院回数、受療人数）」×「診療報酬（医療の単価）」で表すことができるが、それ（掛け算の答）を削減するために、受療量を減らす施策（自己負担増による受診抑制など）や、診療報酬の引下げ（単価カット）などが繰り返されてきた。原則2年ごとの改定において、2008年まではマイナス改定が続いたが、直近2回で一応の下げ止まりを見せている（図表-5）。

[図表-5] 診療報酬改定率の推移

	改定率 (①+②)	①診療報酬本体			②薬価・材料
		(医科)	(調剤)		
2002.4	▲ 2.70%	▲1.30%	(▲1.3)	(▲1.3)	▲1.40%
2004	▲ 1.05%	0.0%	(0.0)	(0.0)	▲1.05%
2006	▲ 3.16%	▲1.36%	(▲1.5)	(▲0.6)	▲1.80%
2008	▲ 0.82%	0.38%	(0.42)	(0.17)	▲1.20%
2010	0.19%	1.55%	(1.74)	(0.52)	▲1.36%
2012	0.004%	1.379%	(1.55)	(0.46)	▲1.375%

(資料：厚生労働省資料より作成)

しかしながら、受療量が相対的に多い高齢者層（図表2参照）が増加していくこれからは、単価のカットによる効果も期待できない。そこで近年では、医療費と保険給付を切り離し、つまり、国民皆保険・保険診療の原則からの転換ともいえる、“保険給付としてどこまでの医療をみるのか”という、いわゆる公的保険給付の範囲を問題とするアプローチが見られるようになった。

具体的には、保険診療と保険外診療（保険給付の対象にならない医療）の混在利用を認める「混合診療」の解禁、一定額までの費用または一定回数までの受診といった一部の医療について保険対象外とする「保険免責制」の導入、更には、何らかの条件によって公的保険の対象者を限定していく仕組みの導入など、活発な議論が行われている。

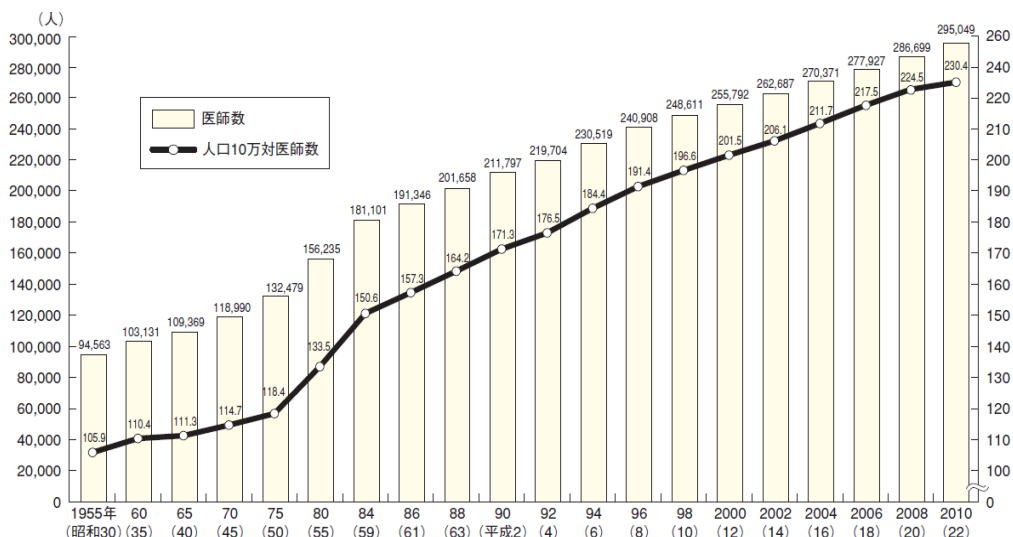
2 | 医療の供給体制

次に供給体制をみると、需要“実態”とのアンバランスが受療の“量的不足感”をもたらしている状況にある。

医師・歯科医師・薬剤師調査（厚生労働省）によれば医師総数は2010年で29.5万人、対人口10万人の推移では増加基調（実数で3,500~4,000人増）となっている（図表-6）。医師総数が増加しているにもかかわらず、量的不足感があるのはなぜか。

その原因は2つのアンバランスにあると考えられる。

[図表-6] 医師数（対人口10万人）の推移



(資料：平成22年度 医師・歯科医師・薬剤師調査)

まず1つは、“患者（医療需要）に対するアンバランス”である。医療需要を示すものさしには、「平均在院日数（1入院の平均日数）」、「外来診療回数（年間の平均通院回数）」、「対人口1,000人病床数」があるが、日本はいずれも非常に高い（図表-7）。しかし、「対人口1,000人医師数」ではむしろ逆の状況であり、医療需要とのバランスで見ると医師不足の状態に陥っている。（もちろん、医師不足なのか、患者（受療）過多なのか、を検討する余地は十分にあるが）

[図表-7] 医療需要3要素の国際比較（2010）

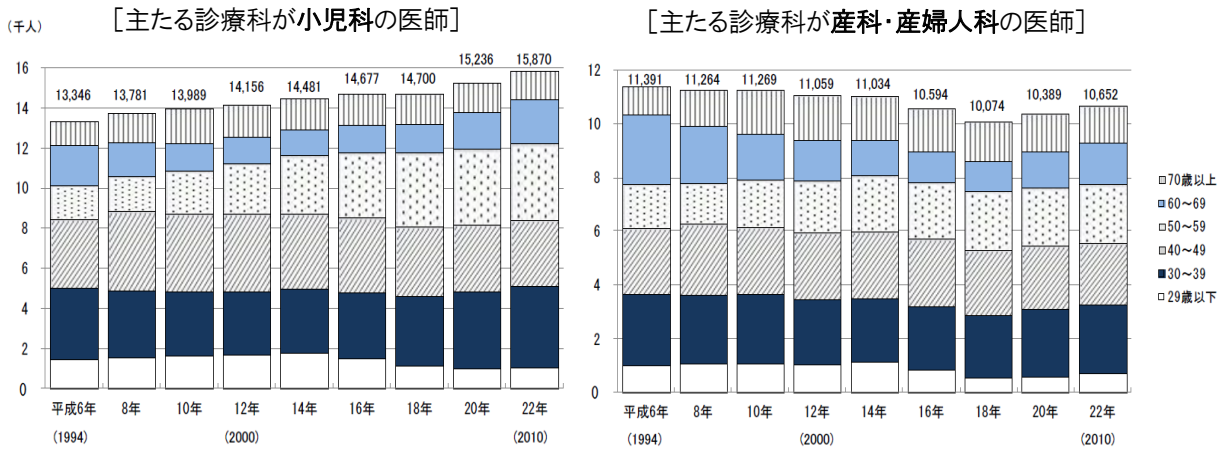
	平均在院日数 (急性期)	外来診療 (通院)回数	対人口1000人 病床数	対人口1000人 医師数
日本	18.2	13.1	13.6	2.2
アメリカ(米)	5.4	3.9	3.1	2.4
イギリス(英)	6.6	5.0	3.0	2.7
ドイツ(独)	7.3	8.9	8.3	3.7
フランス(仏)	5.2	6.7	6.4	3.3

(資料：OECD Health Data 2012 より作成)

2つ目は、“診療科のアンバランス”である。顕著な例として、小児科、産科・産婦人科の不足が挙げられる。診療科ごとの医療の供給量を示すものさしには、「医師数」、「対人口あたり医師数」、「医療機関数」等があるが、医療へのアクセスという観点から捉えた場合、最も端的に過不足感を示すのは地域に存在する診療所の数であろう。

実際、小児科医そのものは増加基調にあり、また、産科・産婦人科医数は一時期の微減傾向を脱し、近年は増加に転じている（図表-8）ことに相反して、両診療科の診療所数は一貫して減少傾向にある（図表-9）。

[図表-8] 小児科医、産科・産婦人科医の推移



(資料：平成 22 年度「医師・歯科医師・薬剤師調査」)

[図表-9] 小児科、産科・産婦人科を標榜する医療機関数の推移

	小児科		産科		産婦人科	
	病院	診療所	病院	診療所	病院	診療所
(2005)	(22,503)		(400)		(3,555)	
2008	2,905	22,097	177	390	1,319	3,506
2009	2,853	---	180	---	1,294	---
2010	2,808	---	180	---	1,252	---
2011	2,745	19,994	156	335	1,239	3,284

(資料：平成23年度「医療施設(静態・動態)調査」)

医療の供給は、“適正量の需要と適切な受療機会の確保”の観点から考えるべき問題であり、単純に人口と医師数・病床数との関係だけで判断することは適切ではない。つまり、患者(医療需要)が適正量であるかどうか(健康の確保、国民意識の醸成)、所在地域や診療科、規模に偏りのない供給体制が確保されているか(政策・制度の誘導)を軸に、いかに需給バランスをとるのが課題であろう。

3— 課題への対応

「医療費と保険給付」、「医療の供給体制」の2つの側面から医療保険制度の現状と課題を確認した。続いて、両側面についての課題への対応について、社会保障・税一体改革の一連の議論も含めて、その経過と今後の方向性を考察する。

1 | 側面 1: 医療費・保険給付の削減に向けて

医療費の増大は、人口構造の変化(高齢者増)、医療技術の進展(設備・薬剤の高額化)、医療の非効率性(ムダ・重複)が主な要因と言われている。

2006年の医療制度構造改革より、「医療費の適正化・給付の効率化」、「高齢者医療制度の再編(後期高齢者医療制度の創設)」、「保険者の再編・統合」を3本柱としつつ、各要因に対する取り組みが

スタートし、短期的な対応から中長期的な対策まで、医療費・保険給付の削減に向けた改革が順次進められている。その流れの延長線上に「社会保障・税一体改革」がある（医療費・保険給付に関するものは、同改革では「セーフティネット機能の強化」として分類された）。

同改革の内容と経過は後述するが、継続かつ不変の留意点としては、自己負担（負担割合、限度額（高額療養費））の見直しは無駄な受診を抑える効果をあげているか、重複検査・受診の是正や後発医薬品の使用促進は効率性を向上させたか、後期高齢者医療制度の創設は高齢者医療費の削減に向かっているのか、といった多面的な効果測定と評価を行いつつ、進められることが重要である。

2 | 側面 2: 医療の供給体制の確保に向けて

行き過ぎた医療費・保険給付の削減は、適正化・効率化の域を超え、特定の診療科の医師・診療所の減少、医療機関の地域偏在、無理な退院による在宅難民化などをもたらした面もある。“地域医療の崩壊”という刺激的な言葉さえ一般的に使われるようになった。

医療制度構造改革が一方で推し進められる中で、医療供給体制の確保に向けた対応が議論されている。2008年の「安心と希望の医療確保ビジョン」、社会保障国民会議「第二分科会（サービス保障）中間とりまとめ」を経て、「社会保障・税一体改革」においては、サービス提供体制の強化・充実というカテゴリで引き継がれている。医師をはじめとする医療従事者の増員、医療機関間の連携による地域単位の体制強化、患者側の医療の受け方・使い方の意識醸成などについて考え方が示されており、施策への具体化が期待される。

側面 1 のように、一定の安定財源の確保をもって、ある程度の見通しが立ち易い課題とは異なり、専門職の養成や施設の適正配置など、多くの時間と調整事項が必要な供給体制の問題は、一朝一夕には進まない。従来からの、①医療法改正を中心とする制度対応、②診療報酬改定による政策（経済誘導）、③適切な予算措置を組み合わせた複合的・重層的な取り組みが必要となる。

3 | 一体改革のプロセスで見る医療制度改革の動向

一体改革において、医療分野では、何が“検討”され、何が“決定”し、何が“持ち越し”となったか。同改革の議論の流れを把握し易い「成案」（2011. 7）、「大綱」（2012. 2）、「3 党合意」（2012. 6）をたどりながら整理する（図表-10）。

①成案から大綱まで（“検討”されたもの）

政府・与党社会保障改革検討本部で作成された「成案」では、制度のセーフティネット機能（財源面）、サービス提供体制（体制面）それぞれに、充実させる領域と重点化・効率化させる領域に分けて改革の項目が整理された。ここでは、消費増税分を財源と見込み、幅広い検討項目が示された。ただし、具体的な項目は従来からの課題を再掲するものがほとんどであり、一体改革だからこそ、というものは見られなかった。

続く「大綱」は、幅広く示された項目を、医療現場への影響や実現可能性などの観点から、社会保障審議会等が絞り込みを行ったものと言える。多くの項目が一体改革から外されたことは、新たな財源の確保だけではクリアできない医療制度改革の難しさを示している。

②3党合意から国民会議へ（“決定”したもの、“持ち越し”されたもの）

消費税関連法案の事情もあって、民主・自民・公明3党の実務者会合による「3党合意」がまとめられた。医療分野については、更に項目がカットされ、結局は、既に決着していた国保の財政基盤の強化、短時間労働者に対する被用者保険の適用拡大の2つが残った（法案提出に至った）。

そして、高齢者医療制度の見直しや提供体制に関する重要項目は、2013年8月までの「社会保障制度改革国民会議」に“持ち越し”となった。

[図表-10] 一体改革のプロセス（検討項目の推移）

検討 (項目)		決定		持ち越し	
		成案	大綱	3党合意	国民会議
セーフティネット機能	国保の財政基盤の強化	○	○	○(一部)	—
	財政運営の都道府県化	○	○	継続検討	—
	短時間労働者に対する被用者保険の適用拡大	○	○	○(対象縮小)	—
	長期高額医療の高額療養費の見直し ・受診時定額負担導入	○ ○	○ 削除	継続検討 —	— —
	高齢者医療制度の見直し ・70～74歳の患者負担見直し ・高齢者支援金の総報酬割導入	○ ○ ○	○ (予算措置) ○	× — ×	○(全体)
	国保組合の国庫補助の見直し	○	○	医療保険部会	—
	後発品の使用促進	○	(薬価改定)	—	—
	効率的かつ高機能な医療提供の推進	○	継続検討	—	—
	総合合算制度の導入	○	(番号制)	—	—
	難病対策	○	継続検討	—	—
提供体制	病院・病床機能の分化・強化と連携、 在宅医療の充実、マンパワーの増強、 外来受診の適正化・重複受診等の削減 等	○	中長期的な課題 として検討・対応	(○)	

(資料：厚生労働省資料より作成)

4— おわりに

「医療は、まず実体としてのサービス需要があり、それを支えるサービス提供体制があって、さらにそれを支える制度（費用負担）がある。」これは、かつての“国民会議”（2008）の中間とりまとめでの一文である。

公的医療保険制度に関する多面的な課題に対しては、財源という一面からの対応では、需要（患者・国民）と提供（供給）体制のバランスを取ることは難しい。一体改革のプロセスは、3つのバランスを必要とする医療制度改革の困難さを示したともいえる。

国民が安心して高齢期を迎えるためにも、また、今を安心して生活していくためにも、社会保障制度改革国民会議をはじめ、それに続く様々な議論において、日本の優れた医療保険制度を再建するための“需要”、“供給”、“費用”の最適バランスを実現するような検討が継続し、具体的な結論が導かれることを期待する。