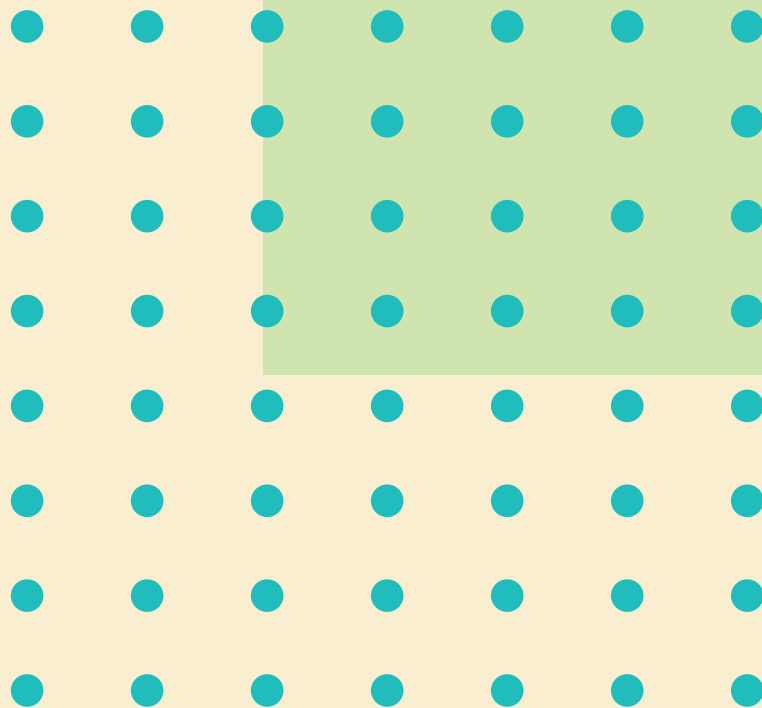


2001年3月

医療構造改革構想

国民が安心できる医療制度をつくるために



日本医師会 医療構造改革構想

改革の目標

国民皆保険制度の維持

現物給付制度の確保

医療の質の維持向上

基本理念

意識構造改革

制度構造改革

コスト構造改革

情報構造改革

抜本改革の具体的方策

生涯保健事業
の推進

医療提供体制
の再構築

薬剤制度の改革

診療報酬体系
の改革

高齢者医療
制度の創設

医療構造改革構想

日本医師会

社会保障制度の見直し

福祉

医療

年金

医療制度の改革

医療保険制度の改革

生涯保健事業の推進

医療提供体制の再構築

医療保険制度の再編

介護保険制度

薬剤制度の改革

診療報酬体系の改革

保険者

健康投資概念の
確立

機能分担と提供
の効率化

健康教育の推進
健康作り運動（一次予防）
生活習慣病予防啓発（一次予防）
各種検診事業の整合（二次予防）
母子保健
学校保健
産業保健
環境保健

医療情報開示の促進
在宅医療体制の充実
入院医療体制の整備・確保
救急医療体制の確立
高次医療の振興
老人医療の整備・体系化

一般医療保険
（保険原理による運営）

高齢者医療制度の創設
（公費の重点的投入）
介護保険制度との統合

在宅および施設サービスの
基盤整備
年金制度との整合

薬価差依存体質からの脱却

改定財源確保のルール化
医療技術の適正な評価
物と技術の分離
薬価差異の解消
出来高と包括制の組合せ

保険者の整理・統合
拠出金の廃止

目次

はじめに	1
1. 現状認識 国民の視点とその対応	3
(1) 医療保険制度の不透明な将来像	3
(2) 医療の質の向上とその安全性の確保	3
(3) 医療・診療情報の共有化	3
(4) 治療から予防へ	4
(5) 地域における初期医療の確保と包括的医療提供体制の再構築	4
2. 改革の基本理念 4つの構造改革の方向性と目標	9
(1) 意識構造改革	9
(2) 情報構造改革	9
(3) 制度構造改革	10
(4) コスト構造改革	10
3. 具体的改革構想 現実性を持つ改革の提案	11
(1) 高齢者医療制度の創設	11
(2) 一般医療保険制度の再編	11
(3) 薬剤制度の改革	14
(4) 医療提供体制の再構築	14
(5) 診療報酬体系の改革	16
(6) 生涯保健事業の推進	17
健康投資概念の確立	
(7) 改革のタイムスケジュール	18
ポリシードイミックスの導入	
4. 社会保障財源のあり方	20
(1) 医療が消費ではなく投資であるという概念	20
(2) 医療における投資効果	23
(3) 新しい財源としての自立投資概念	23
おわりに	25

はじめに

2000年6月4日に発表された世界保健機関（WHO）の健康寿命ランキングで、日本は第1位を占めた。

さらにWHO「ワールドヘルスリポート」によると医療の「アクセス」「財源効率」「公正さ」等の保健・医療システムの評価についてもトップグループに属している。（図表1参照）

しかし、少子高齢社会の急速な進展や経済基調の低迷を背景に医療財政の危機が叫ばれる一方で、遺伝子解析・治療や臓器移植などの飛躍的な医学・医療の進歩が、国民の高度医療へのニーズを高めている。

日本医師会は、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り、憲法で保障されている国民の基本的権利としての生存権、健康権を将来にわたって守り続ける役割を自覚している。また、現行の成熟した医療制度と国民のニーズとのミスマッチの部分 reforms なければ制度の安定性が期待できないことも強く認識しており、今こそ、将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ければならない。

戦後半世紀以上を経過し、わが国の社会・経済環境は大きく変化しており、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、上述の国民の生存権、健康権もより高い水準を維持していくことが必要である。

そのためには、成熟した社会環境と基盤整備が確保されているわが国にあっては、国の財源の配分を公共投資をはじめとする基盤整備に投入し続ける従来の発展途上国型手法の転換を図らなければならない。すなわち、国民の幸福や生甲斐に直結する医療・福祉や文化に財源配分を行う先進国型の手法への切り替えが求められているのである。

この発想の転換がなければ、国民の間に増加している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不安感を解消出来ず、さらに高齢者や女性の雇用拡大と社会進出で導かれる労働生産人口の確保と経済成長率の維持拡大に至る道は閉ざされることになる。

今ひとつ忘れてはならないのはわが国の少子化への対応である。少子化対策をわが国の存立自体に関わる重要課題として位置付け、関係各省庁を横断的に連携させ、実効ある施策をあらゆる方面から打ち出していくことが可及的速やかに求められている。

図表1

WHO加盟主要10ヶ国の保健医療システムにおける健康達成度とその効率性
 ~1997年度評価~8つの指標別順位(加盟191ヶ国中)

加盟国	健康達成						国民一人 当りの 保健医療費 (米ドル)	効率性	
	健康		社会的対応 ^{注2}		経済的負担 の公平性	健康達成 度の 総合評価 ^{注3}		DALEから 見た健康 達成度の 効率性	総合的 健康達成度 の効率性 ^{注4}
	健康寿命 (DALE) ^{注1}	平等性	レベル	平等性					
日本	1	3	6	3-38	8-11	1	13	9	10
オーストラリア	2	17	12-13	3-38	26-29	12	17	39	32
フランス	3	12	16-17	3-38	26-29	6	4	4	1
イタリア	6	14	22-23	3-38	45-47	11	11	3	2
カナダ	12	18	7-8	3-38	17-19	7	10	35	30
英国	14	2	26-27	3-38	8-11	9	26	24	18
ドイツ	22	20	5	3-38	6-7	14	3	41	25
米国	24	32	1	3-38	54-55	15	1	72	37
中国	81	101	88-89	105-106	188	132	139	61	144
ロシア連邦	91	69	69-72	86-87	185	100	75	127	130

WHOデータから主要10ヶ国分のデータを抽出し、加盟191ヶ国中の順位を示したものである。

注1 : DALE:disability-adjusted life expectancy

注2 : 個人の尊重、施設の質、社会的支援など

注3 : は ~ の総合評価

注4 : は に基づく

1

現状認識

国民の視点とその対応

わが国独自の公的医療保険システムは、幾多の制度改革を経ながらも基本となる「現物給付」制度を維持してきた。一定の自己負担(一部負担金)を支払えば、普遍的な医療サービスという現物が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してきた。しかし経済変動に対応出来ない医療費財源のあり方、医療機能の役割分担の不整合と地域格差の存在、有効で安全な医療技術等の保険適用の遅延、保険外負担額とその適用範囲の拡大など、多くの解決されなければならない課題も山積している。

1

医療保険制度の不透明な将来像

国民にとって、公的医療保険制度の中・長期的展望が不透明であることが不安材料となっている。政府審議会等においても、医療保険の財源論に終始するあまり、「医療のあるべき姿」についての論点が欠落し、負担と給付の問題だけが取り上げられている。「財源のつじつま合わせ」に終始しているのが実情である。

医療費に占める家計負担(被保険者保険料+自己負担)の比率が増加し続けている上に、保険外負担の拡大と増加が進み、国民皆保険制度に対する信頼感が薄れてきている。(図表2参照)

将来の展望を明確に示し、適切な負担をすれば必要とする給付水準の維持が十分可能であることを政府自らが示し、国民に安心感を与える努力が求められる。

2

医療の質の向上とその安全性の確保

医療の進歩・発展は、「量の供給」から「質の充実」へと視点を変化させている。医療技術の進歩とその普遍化を図るとともに、国民の期待に対応し得る医療担当者の研鑽と努力が不可欠である。同時に医療事故防止のための安全管理教育とその体制の整備が必要である。(図表3参照)

3

医療・診療情報の共有化

急速に進む技術革新や国民のニーズの多様化に対応しようとする医療機関の努力は、一方で医師、患者間の対話を奪う結果を招いている。時間的・精神的に「ゆとり」のある診療状況を復活させることが必要であり、そうでなければ、インフォームドコ

ンセントを充実させる環境・制度作りが益々困難になってくる。

さらに、正確で客観性のある医療情報の提供が担保されることにより、始めて、国民に選択される医療への道が拓かれることになる。(図表4参照)

4

治療から予防へ

国民の健康増進や疾病予防に対する需要の高まりは著しく、従来の治療中心の医療から、予防と治療の融合への転換が求められている。医療担当者の意識改革とともに国民の自らの健康に責任をもつ意識の向上が必要である。

さらに医療担当者は、率先して国民に対する教育・啓発活動に役割を果たすことが今求められている。

5

地域における初期医療の確保と包括的医療提供体制の再構築

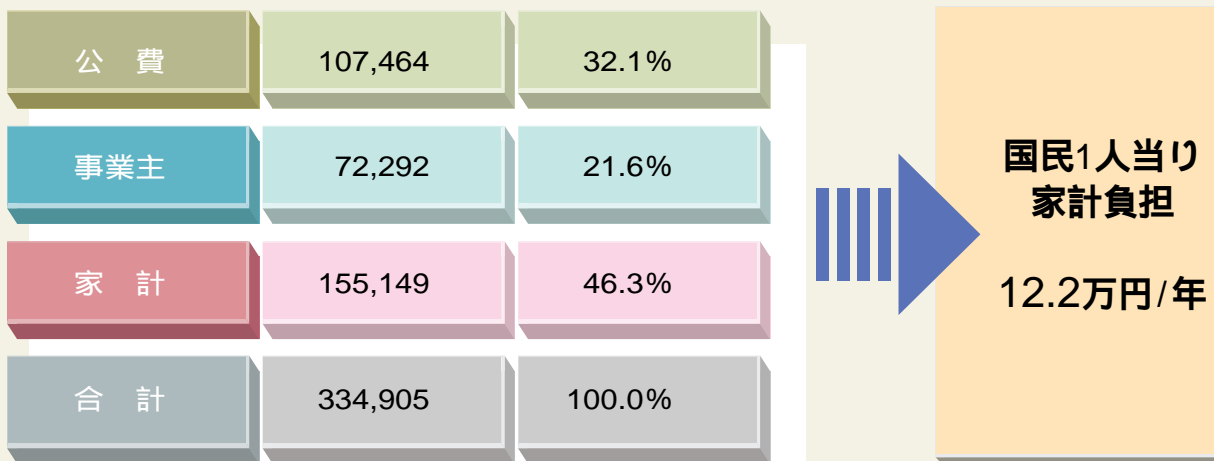
年齢構造の急激な変化、人口の流入・流出に伴う地域社会構造の変化を常にモニターし、需要に対応すべき医療体制を地域医師会が提言し、作っていかねばならない。

「かかりつけ医」機能を強化・充実させることにより小児・高齢者に対する初期医療や救急医療を中心とした包括的地域医療の提供体制を再構築することが必要である。

図表2-

2000年度国民医療・介護費財源負担構成

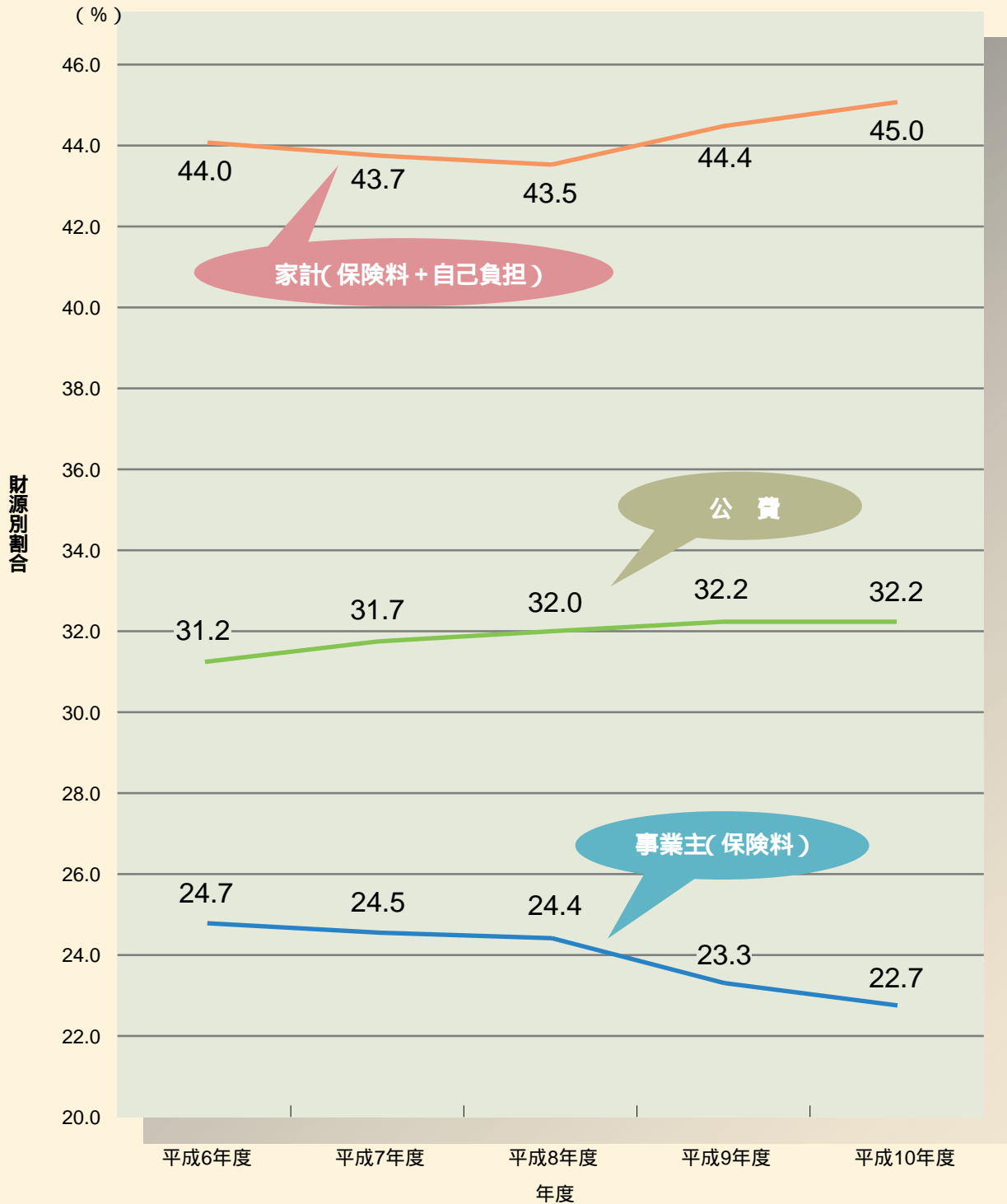
単位：億円



注：ここでいう事業主とは、保険料の事業主負担を指し、家計とは、保険料の被保険者負担に一部負担金(自己負担)を加えたものを指す。

図表2-

国民医療費財源別負担割合の推移



注：国民医療費（厚生省大臣官房統計情報部）による

図表2-

2015年国民医療・介護費の財源負担構成
(負担割合：公費・事業主・家計)

第 案

* 一般医療保険の保険料の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いるため、現行水準とは若干違いが生じる)

区 分	金 額	比 率	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

第 案

* 公費、事業主、家計、三者の負担割合をそれぞれ1/3ずつと想定した場合

区 分	金 額	比 率	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

第 案

* 公費、事業主、家計、三者の負担割合を3.5:3:3.5と想定した場合

区 分	金 額	比 率	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

図表3

日本医師会「医療の安全確保」に関する主な活動状況

1997年7月	日本医師会医療安全対策委員会の設置
1998年3月	同委員会にて「医療におけるリスクマネジメントについて」を答申
1999年2月	「医療事故の発生防止について」の声明発表
2000年3月	「医療事故防止緊急合同会議」開催 共同声明発表
2000年3月	日本医師会医療安全対策委員会「医療安全に関する研究と 人材育成の必要性」を緊急提言
2000年7月	日本医師会内に「患者の安全確保対策室」設置
2000年7月	第1回「患者の安全に関するセミナー」開催
2000年9月	第2回「患者の安全に関するセミナー」開催
2001年2月	「日本医師会 医療安全推進者養成講座」の開講

図表4

日本医師会の「診療情報提供」に関する主な活動状況

1998年7月	診療情報提供に関するガイドライン検討委員会設置
1998年7月	医事法関係検討委員会「患者に対する適切な診療情報の提供を促進するための診療録のあり方について」検討開始
1999年2月	ガイドライン検討委員会 「診療情報の適切な提供を実践するための指針について」を最終報告
1999年4月	「診療情報の提供に関する指針」を代議員会で採択
1999年5月	ガイドライン検討委員会を再発足、指針実施の詳細を検討
1999年7月	「指針」を全会員に配付
1999年8月	都道府県医師会診療情報担当理事連絡協議会(第1回)開催
1999年9月	「指針」実施開始日を決定、会員へ周知
1999年10月	診療情報推進合同会議開催(日医・病院4団体・私大協)
1999年11月	ガイドライン検討委員会「診療情報の提供に関する指針の実施に向けて」を答申、都道府県、郡市区医師会に配付
1999年12月	ビデオ「患者さんへの診療情報の提供」制作 都道府県、郡市区医師会へ配付
1999年12月	都道府県医師会診療情報担当理事連絡協議会(第2回)開催
1999年12月	診療情報提供推進委員会設置
2000年1月	「診療情報の提供に関する指針」実施 全国の医師会に苦情受付窓口設置
2000年1月	医事法関係検討委員会 「診療録のあり方について—適切な診療情報の提供を推進するために—」を答申都道府県医師会に配付
2000年6月	都道府県医師会診療情報担当理事連絡協議会開催
2000年6月	診療情報提供の環境整備のための講習会開催
2000年9月	苦情・相談受付窓口業務のための講習会開催

2

改革の基本理念

4つの構造改革の方向性と目標

理念なき改革は、国民の不安感を増幅させる結果を招くだけである。迷走を続ける改革論議に対し、国民が求めているのは明確な理念の提示と目標の設定である。

「いつでも、だれでも、どこでも」公平かつ低い負担で良質な医療が受けられるのは、一つには患者に過重な負担を課さないよう、医療を「現物」として給付する制度（現物給付制度）を基本に据えていること、更にはすべての国民が公的保険の加入者となっている国民皆保険体制を堅持しているためである。

このことが国民の健康不安の解消に大きく寄与し、わが国を世界一の長寿国に押し上げた要因のひとつである。

改革を推進する中であっても、この2つの優れた特徴を堅持するとともに、より良質な医療の提供を担保し、国民の安心感を醸成しなくてはならない。

1

意識構造改革

治療中心主義からの転換を図り、21世紀の医療社会は予防と治療の融合を改革の方向性とする。

生活習慣病の予防活動と自己健康管理支援システムの構築を目標とし、医療担当者の意識改革とともに国をあげて国民の自立意識の向上を求めていかなばならない。

2

情報構造改革

医療に関わる情報を患者主体の立場から医師自らが積極的に開示し、国民との情報の共有化を改革の方向性とする。

情報共有化のための基盤整備を図り、国民から選択される医師（かかりつけ医など）・医療機関を目標とし、患者と医師の信頼関係強化を行う。

3

制度構造改革

複雑で不透明な制度と過去の姑息的な手直しによる制度の不合理性を是正し、負担と給付の公平性、わかり易い制度設計を改革の方向性とする。

保健・医療・福祉の統合化を目標とし、高齢者医療制度と、一般医療保険制度とに再編成する。

国庫負担分については、国民の命と健康を守るために、国自らがその財源配分について主導的役割を果たす責務がある。

4

コスト構造改革

合理的でない部分の医療費配分を見直し、医療提供に係るコスト構造を物と技術の分離を行うことでより効率的な仕組みにする。「物」から人・技術へコスト評価をシフトさせ、医療機関の適正なコスト評価を目標とし、薬剤制度を改革するとともに、合理的で説明可能な診療報酬体系を構築する。

また一方保険者運営コストを再検討し、効率化と透明化を改革の方向性とする。

3

具体的改革構想

現実性を持つ改革の提案

具体的制度の抜本改革を円滑に進めるためには、ドラスティックな発想と現実性のバランスを考慮した案を採用しなければならない。合わせて、公平な立場と客観的な視点をもって取り組むことが肝要である。

1

高齢者医療制度の創設

現行制度ができた1983年当時の平均余命の伸び、人口構造の変化、痴呆や寝たきりの発生率等、客観的データの検証結果から、対象を疾病の罹患に対するリスクの高い後期高齢者とする独立型の「高齢者医療制度」を創設する。(図表5参照)

制度の概要

- 75歳以上の後期高齢者を被保険者とする。
- 都道府県あるいは広域連合を保険者とする。
- 保障的性格を有する制度とする。
- 財源として公費を90%、保険料と自己負担を10%程度とする。
- 医療保険各保険者からの拠出金を廃止する。
- 診療報酬は、慢性期は医療度、自立度を加味した合理的包括払い方式を導入する。
- 独自の高額療養費制度を設定し、患者の負担が大きくなるよう配慮する。
- 将来的に介護保険制度との統合を検討する。
- 終末期医療については、在宅医療技術やホスピスケア等の普及を図ると共に、「看取り」の医療に対する国民的合意形成を推進する。
- 患者及び家族とのインフォームドコンセントをより強く推進する。

経過措置

次項に示す一般医療保険制度の再編と合わせて、激変緩和措置として対象年齢、公費投入率を徐々に引き上げ、保険者拠出金を徐々に引き下げる段階的实施を想定する。(図表6参照)

2

一般医療保険制度の再編

新しい老人医療制度の創設に伴い、74歳以下を対象とする一般医療保険制度については、原則として保険料と一部負担を財源とする「保険原理」で運営することとする。

<制度の概要>

- 財源は保険料80%、自己負担20%とする。

現行の医療保険各保険者を保険者とする。

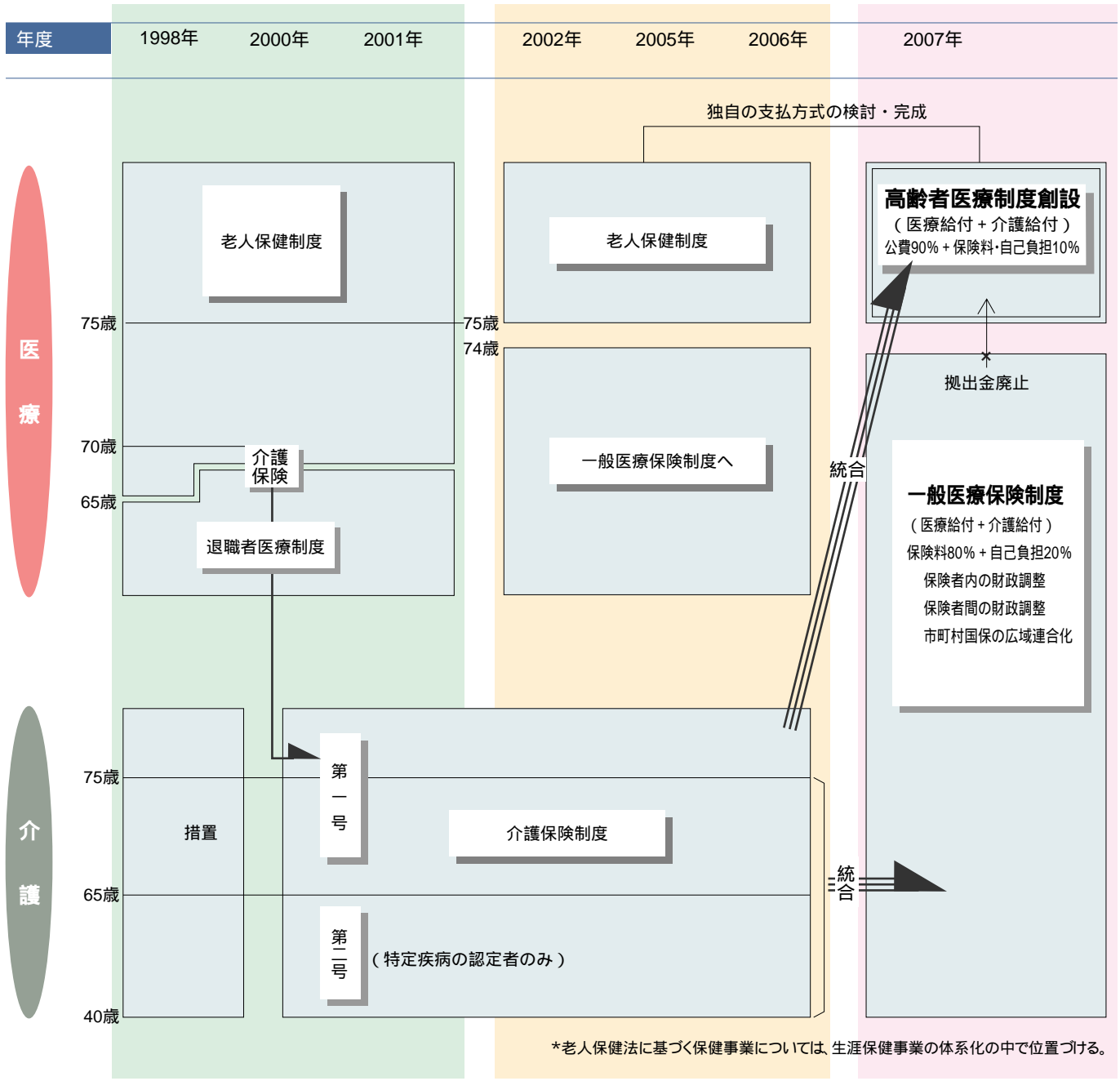
国保に対する公費投入による財政調整を実施するとともに、市町村国保の公域化を図る。

組合健保間の財政調整を促進し、保険者の整理・統合を図る。

70～74歳の被保険者に対する保険料、自己負担の軽減措置を設定する。

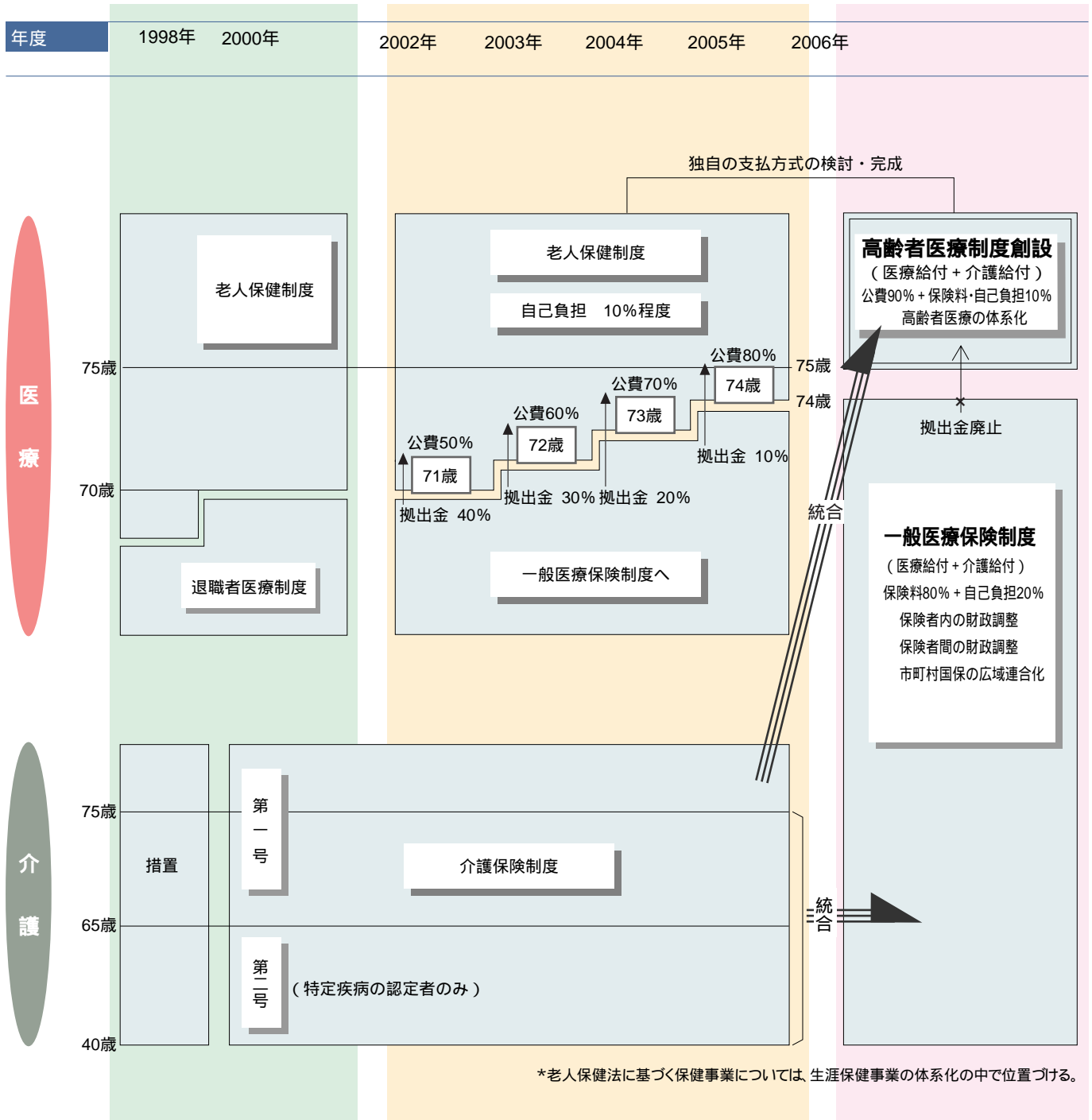
図表5

高齢者医療制度の創設



図表6

高齢者医療制度の創設案 - 2002年からの段階的实施



*老人保健法に基づく保健事業については、生涯保健事業の体系化の中で位置づける。

3

薬剤制度の改革

薬剤の投与は、療養治療とくに内科的疾患等を中心に、極めて重要かつ有効な治療手段であると位置付けられる。このような視点から、安全かつ有効な薬剤を適正な価格で安定的に提供し得るシステムを確立することを目的に、薬剤の提供に係る全体の構造改革を実現する。

薬価制度

価格設定の透明化を図るため、薬価設定に関する公正な機関を設置する。

画期的新薬、有効性の高い新薬は積極的に評価する手法を採用する。

保険適用されてから一定の期間を経た薬剤は、価格の適正化を図る。

審査制度

審査体制を見直し、審査の迅速化を図る。

審査に係る政府審議会の審議内容を公開し、審査の透明化を図る。

小児や高齢者に対する臨床試験の実施基準を定めるとともに、薬剤の輸入、製造・販売に対する承認基準を明確にし、薬剤の安全性を担保する。

監視制度

薬剤による副作用被害を最小限に止めるため、薬剤の副作用を監視するための新たなモニタリング制度を導入する。具体的には、市販後の副作用等を的確に把握し得る臨床現場からの情報を広範かつ迅速に収集する。当該情報を分析評価し、その結果を速やかに医療機関等にフィードバックするシステムを確立する。

薬剤の相互作用、併用禁忌等、添付文書の適切な記載などを含め、薬剤投与に関する科学的基準を確立するため、薬剤に関する種々の最新情報を提供するためのネットワーク化を図る。

薬剤の審査承認に対するダブルチェックシステムを確立する。

4

医療提供体制の再構築

かかりつけ医機能を地域医療の中心に据え、包括的医療システムの構築を図る。

量を確保しながら、質の担保へと整備の視点を移行し、地域や個々の医療機関の特性、実情に応じた弾力的な運用が可能な人員配置や施設基準を設定する。

情報提供の推進

全ての医療機関に対し、現時点における適正な医療水準を示すガイドラインなどの新しい医療情報のネットワーク化を推進する。

医師が自ら積極的に診療情報の開示を推進する。

地域医師会が当該地域住民のために、わかりやすい医療情報の提供に取り組む。地

域医療マップなど、具体策を地域住民に提供していく。

医療の質の向上

大学や養成機関における医学教育においては、臓器別専門教育の偏重を是正し、全人的医療をより重視する方向に転換を図る。

医療関係者の卒後研修、生涯教育を充実し、自己研鑽の環境整備を促進する。

高度先進医療技術の開発と導入に向けた支援システムを構築する。

財団法人日本医療機能評価機構による病院機能の客観的評価対象の拡大と推進を図る。(図表7参照)

地域医療の推進

地域医師会が中心となってかかりつけ医を支援するための医療機関間の連携強化を一層推進する。

より信頼できる迅速な救急医療体制の確立を図る。

僻地等における十分な医療提供システムを確立する。

図表7

(財)日本医療機能評価機構の活動状況

	内 容
1995年7月	(財)日本医療機能評価機構設立
1997年7月	認定証第1号発行
1998年3月	1997年度認定数:158病院
1999年3月	1998年度認定数:128病院
2000年3月	1999年度認定数:131病院
2001年2月	2000年度認定数:124病院 (2001年2月現在)
2001年2月現在	累計認定数:441病院

参考:2001年3月施行の第4次医療法改正の広告規制の緩和により、(財)日本医療機能評価機構が行う審査を受けた旨を広告可能事項として追加

公的病院の責務

設立目的や経営基盤の異なる病院間に生じている不合理な競争を解消するため、公的病院の役割を明確化する。

国公立病院は民間医療機関の足りない部分を補完することを原則とする。

医療機関の機能に応じた医療提供体制の体系化を図り、国立病院は原則として地域医療支援病院として位置付ける。

5

診療報酬体系の改革

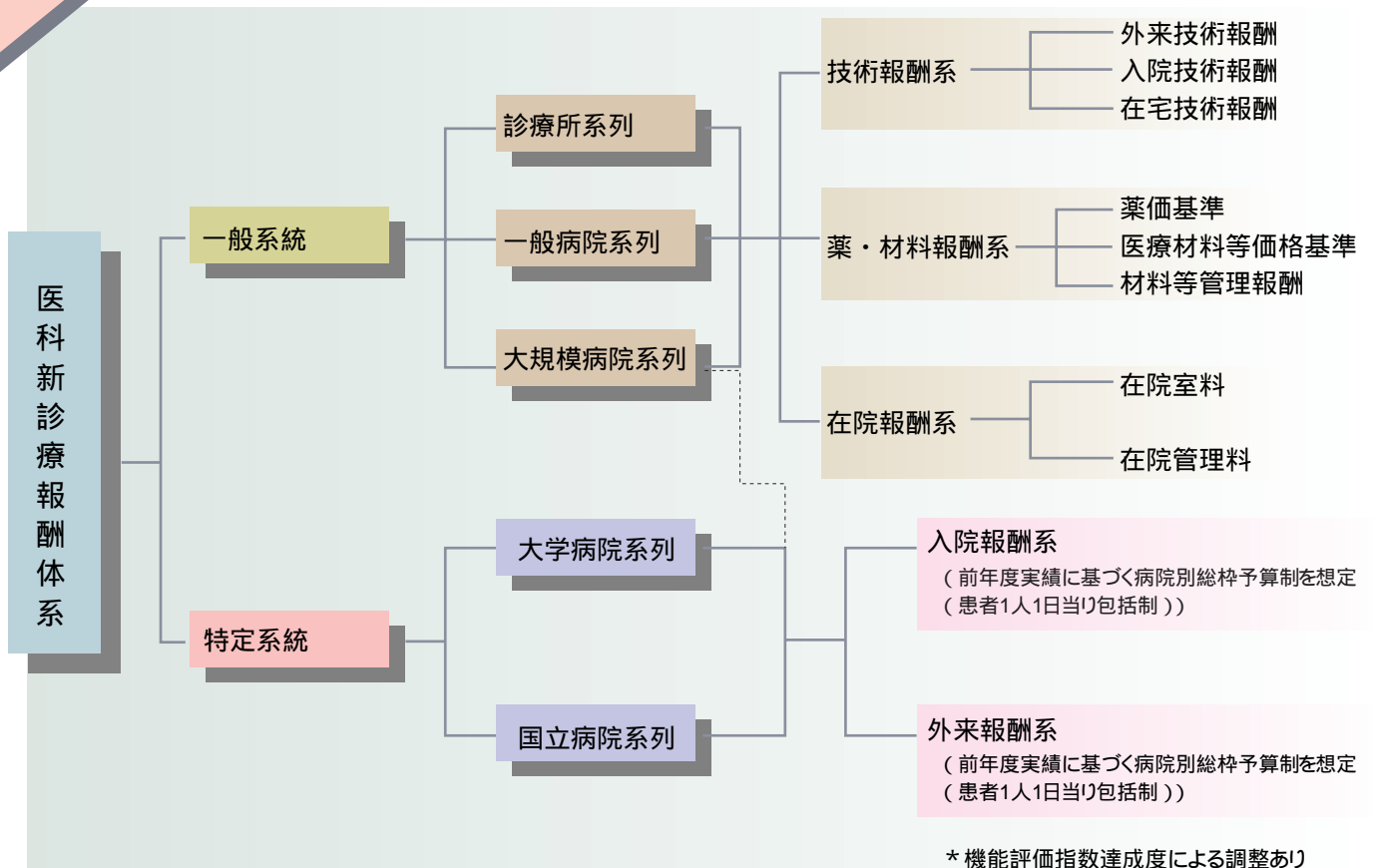
安定的な医療提供が可能となるよう、国際的な比較検証等を行いながら、適切な医療費財源を確保する。共通の社会資本としての医療機関が、安定的に良質な医療提供を継続するために、医療提供コストを適切に反映した診療報酬体系を確立する。

新体系の提案（図表8参照）

設置目的、機能、財政基盤等が異なる施設が診療報酬上同体系であることの矛盾を解消する。このような目的から、A) 一般系統、B) 特定系統の2系統の診療報酬を適用する。

図表8

医科新診療報酬体系概念図



* 機能評価指数達成度による調整あり

- A) 診療所、一般病院、大規模病院は「一般系統」の診療報酬を適用する。
- ・コスト構造に応じた報酬体系として、技術報酬系(ドクターフィー)、薬・材料報酬系、在院報酬系(ホスピタルフィー)の3系で構成する。(異なる系をまたぐ包括化は行わない)
 - ・在院報酬系の設定によって、わが国の診療報酬体系の課題として従来から指摘されていた「ホスピタルフィー概念の確立」を実現し、入院医療における固定費用に対応する報酬体系を確立する。
 - ・支払方式は出来高払いを原則とし、適正な技術評価を促進する。
- B) 大学病院、国立病院、一部の大規模病院は「特定系統」の診療報酬を適用する。
- ・入院報酬系と外来報酬系(紹介)の2系で構成する。
 - ・入院、外来いずれの報酬も、各病院ごとの「前年度実績に基づく総枠予算制」を想定し、当面患者1人1日当りの包括制を採用する。

現行制度の問題点の解消

健康の維持・増進を図る観点から、治療中心から「治療と予防の融合」という視点に立ち、予防医療を積極的に保険導入する。

有効な医療技術、薬剤、医療材料の適正かつ迅速な保険適用を促進する。

不適切な保険外負担を解消する。

6

生涯保健事業の推進 健康投資概念の確立

健康であることは、真に豊かで活力ある生活をおくるための重要な要件のひとつである。単に寿命を延長させるのではなく、同時に長寿における質的な側面の向上を図る必要がある。

そのためには、疾病の早期発見・早期治療を主たる目的とした従来の二次予防から、疾病の発症予防、すなわち一次予防を包括した「健康増進」に着目した施策を積極的に推進しなければならない。

健康増進を実現するための保健医療への投資は、国民個々人のみでなく、わが国の活力を維持・向上させるための投資、すなわち「健康投資」であるという概念を確立・定着させ、「健康投資」政策としての予防医療の充実を図る。

生涯保健事業の体系化

母子保健、学校保健、産業保健、老人保健と、年齢等に応じて別個に実施されている現行の各種保健事業を見直し、一貫性のある健康管理を可能とする「生涯保健事業」として体系化する。

国民の健康資質を向上させるため、生涯にわたる健康情報を一元管理するシステムを確立する。

個人情報保護のために十分かつ適切な措置を講じる。

健康教育と健康科学の推進

健康に対する正しい知識の普及を図るため、家庭、学校、地域、職域社会による支

援体制を整備したうえで、健康教育活動の充実を図る。

健康増進に対するインセンティブは、可能な限り早い時期に与えることが適切であることから、とくに学童期における健康教育を積極的に推進する。

健康を評価する手法の開発、健康投資の効果に関する研究等、健康投資に関わる諸施策の研究を深め、「健康科学」の推進を図る。

7

改革のタイムスケジュール ポリシーダイナミックスの導入

急速に進むわが国の少子高齢化は、深刻な社会問題を提起している。

人口動態予測によれば、2010年前後から日本の高齢化は一気に加速する。現在（2000年）65歳以上人口は約2,200万人であるが、2015年にはこれが約3,200万人に増加する。15年で高齢者は1,000万人増える計算になる。

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推計もある。

一方、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。

このまま少子高齢化傾向が続くと、2015年前後には総人口の減少と後期高齢者（75歳以上）人口の増加が同時進行するということになる。

このような状況から、医療構造改革は後期高齢者対策にターゲットを絞って行うべきと考える。すなわち、前項で述べた高齢者医療制度の創設を最重要課題として推進し、これを実現することによって他の制度改革を関連させて進めるという「ポリシーダイナミックス」という概念の導入を強く提案する。

先に述べた2015年前後の社会的危機を脱するためには、改革の実現に時間的猶予はもはやないと言って過言ではない。少なくとも2002年度から、高齢者医療制度の創設を目指して段階的に老人保健制度の抜本改革を開始する必要がある。（図表9参照）

具体的項目についても目標年度を設定し、着実に具体化を図る。

図表9

医療構造改革構想に沿った各制度改革(主な項目)の タイムスケジュール

は、実施移行を示す。

具体的実施項目		2002年	2003年	2004年	2005年	2006年	
診療報酬体系の改革	技術の積極的評価、物の価格の適正化(物と技術の分離)						適切な財源負担構成についての検討と、国民的合意の形成
	技術報酬、薬・材料報酬、在院報酬の明確化						
	大学病院・国立病院とその他の病院・診療所の診療報酬						経営基盤の安定化
	合理的かつ説明可能な包括化の導入						
医療提供に係る原価コストに応じた診療報酬の設定						経営基盤の安定化	
対GDP比医療費の国際比較等による検証結果に基づく適正な医療費規模の設定							
薬剤制度の改革	薬価差解消と技術料評価の確立						安全かつ有効な医薬品の安定供給
	医薬品審査・承認に関するダブルチェック機能の確立						
	薬価新算定ルール導入(第1ステップ:成分毎の単純平均方式)						
	新たな副作用モニタリング制度の試行						
	薬価新算定ルール導入(第2ステップ:成分毎の加重平均方式)						
	医薬品医療機器センターの人員増強と財源投入						
	薬剤経済学的評価体系の確立・実施						
副作用モニタリング制度の確立							
薬剤投与に関する科学的基準の確立							
高齢者医療制度の創設 〔一般医療保険制度の再編〕	段階的改革実施						高齢者医療の体系化 終末期医療に対する国民的合意の形成
	(対象年齢の引き上げ、保険者拠出金の減額、公費負担の増額)						
	慢性期における新たな診療報酬支払方式の導入						
	国保、組合健保内の財政調整の実施(国保の広域連合化推進)						
	保険者間の財政調整の実施						
	保険者拠出金制度の廃止						
	高齢者医療制度の創設						
	・対象年齢:75歳以上						
	・財源:公費90%、保険料+自己負担10%						
	一般医療保険制度						
・対象年齢:74歳以下							
・財源:保険料80%、自己負担20%							
医療と介護の統合							
高齢者に対する総合的処遇体系の確立							
医療提供体制の再構築	自主的診療情報開示の促進						医療の質の維持向上
	医療機関間連携の推進						
	救急医療体制の整備						
	国公立病院制度改革の推進(独立行政法人化 医療法人へ)						医療情報システムの確立
	職域病院の経営主体の変革 医療法人へ						
	機能別体系化と地域医療支援病院の拡充						医療提供体制の基盤整備
	中長期的な需給分析に基づく医療計画の策定						
弾力性のある設備・人員基準の策定							
地域住民への的確な医療情報提供システムの確立							
生涯保健事業の推進	健康教育の推進						健康増進の推進
	環境保健の重要性に対する理解の促進						
	疾病予防施設の拡充と財政支援の実施						健康投資概念の確立
	予防接種等、感染予防対策の確立・実施						
	健康評価技法の開発・確立						総合的環境保健対策への取組み
	生涯健康情報の一元化						
健康基本法の制定							

4

社会保障財源のあり方

従来からわが国の社会保障財源は主として互助、公助によって支えられて来たとい
ってよい、中でも保険料はその最大の基盤である。過去20年、医療保険料率は1000分
の10しか伸びず、年金保険料率の10分の1の伸び率であり医療財源不足は当然予想さ
れていたところである。ここ4～5年間保険料と自己負担の合計である家計負担が著
しく増大し、これに反して事業主負担が減少している。

安定的な社会保障制度を確立するためには、社会経済の変動に対応可能な適切な財
源負担のあり方を論議し、具体的なルール作りをしておかねばならない。

冒頭に述べたとおり、国民の幸福に直結する医療・福祉や文化に資本投入を行う先進
国型の手法への切り替えを実施し、自らが国家の理念を国民に示すことが肝要である。

1

医療が消費ではなく投資であるという概念

日本医師会は、医療を単なる「消費」という概念ではなく、国民の社会保障制度の
中で「投資」という概念で捉えている。この概念の国民的な合意がなければ、21世紀
の社会保障は、物・心ともに安定した進歩を遂げることができない。その合意形成の
ためにも、健康投資の概念が広く理解される必要がある。

健康にかかる資本は、健康増進活動を実施しなければ、加齢とともに減少する。ま
た、疾病の発症により健康資本の減少は加速されるが、その減少を抑制し健康を保持
する仕組みが、従来までは継続的に提供されてきた。その上で、今後の健康にかかる
投資では、疾病発症前の健康な時期に健康資本をより高いレベルへと蓄積する健康増
進活動を行い、投資機会に見合う健康資本を確保することが肝要である。

さらに、健康は資源配分や健康投資の内容によって決定されることが知られており、
特に米国のNational Bureau Economic Researchは、健康の生産効率に教育が強く影響する
ことを示している。

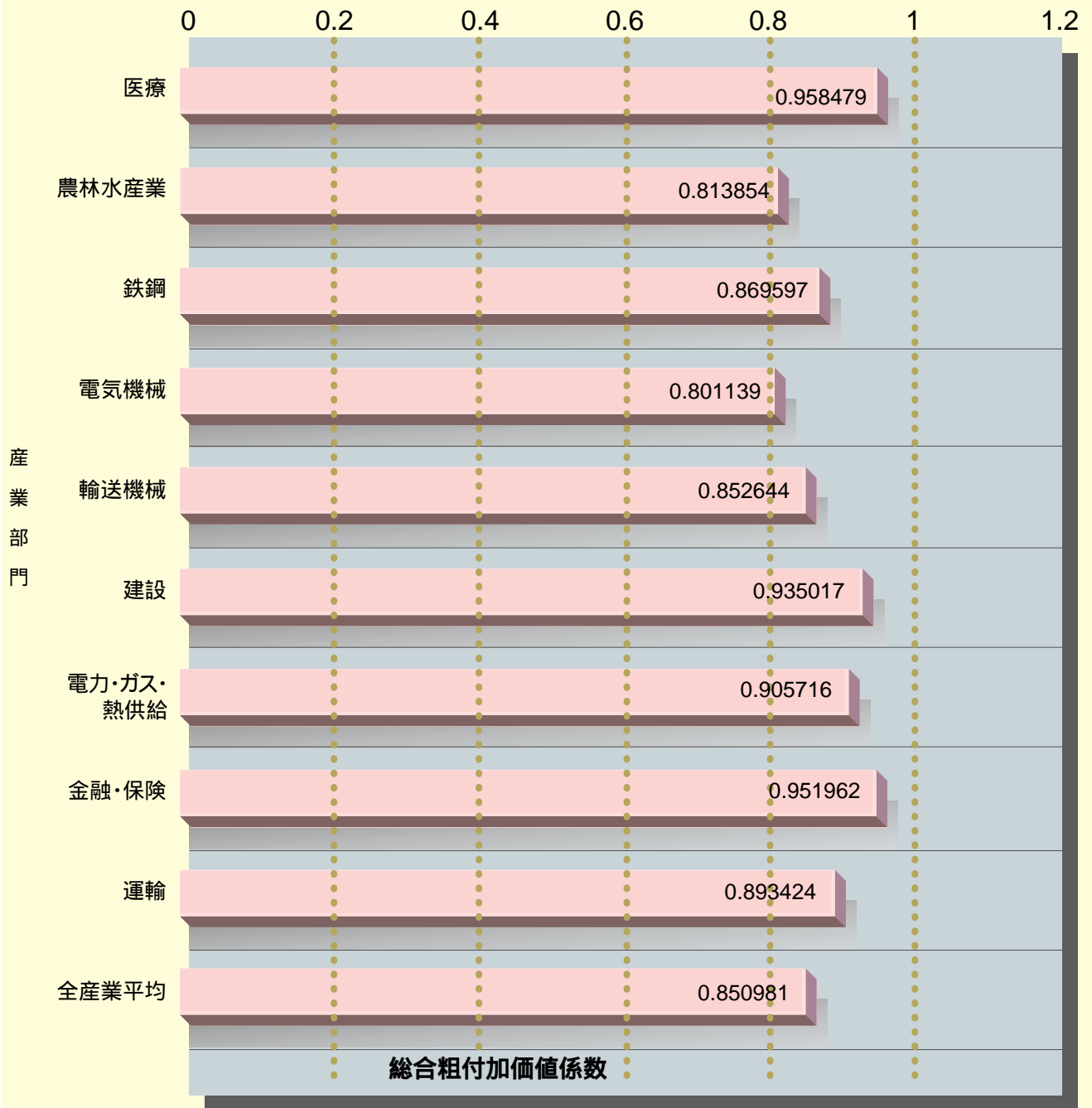
最適な投資基準を設定する際には、外部経済の影響を考慮することが必要である。
そこで、受益者には健康投資によってもたらされる投資目標を明示することで、投資
に積極的なインセンティブを与える工夫が必要である。

健康資本を増大させる観点から、健康増進活動に取り組む際は、健康資本を定量的に
評価する必要がある。この指標として、平均寿命、体力指標、生存率、職業に関する
満足度、自己実現の度合い、健診受診率、健康法実施率などが考えられる。疾病負担
が現れる前に、健康に投資することで健康資本を増大させ、疾病負荷による健康資本
の減少を少しでも抑えることが必要である。

わが国の健康資質を向上確保するには、国民の健康を人の生涯にわたって一貫して
扱う健康基本法の制定が必要である。健康基本法は、国民の健康資質向上を図るこ
を理念として、既存の母子保健法、学校保健法、労働安全衛生法、老人保健法を包括
して基本施策を規定するものである。これによって、国民の健康資本が蓄積され、将
来、国民の資源としての健康資本が増大することが期待されるからである。

図表10-

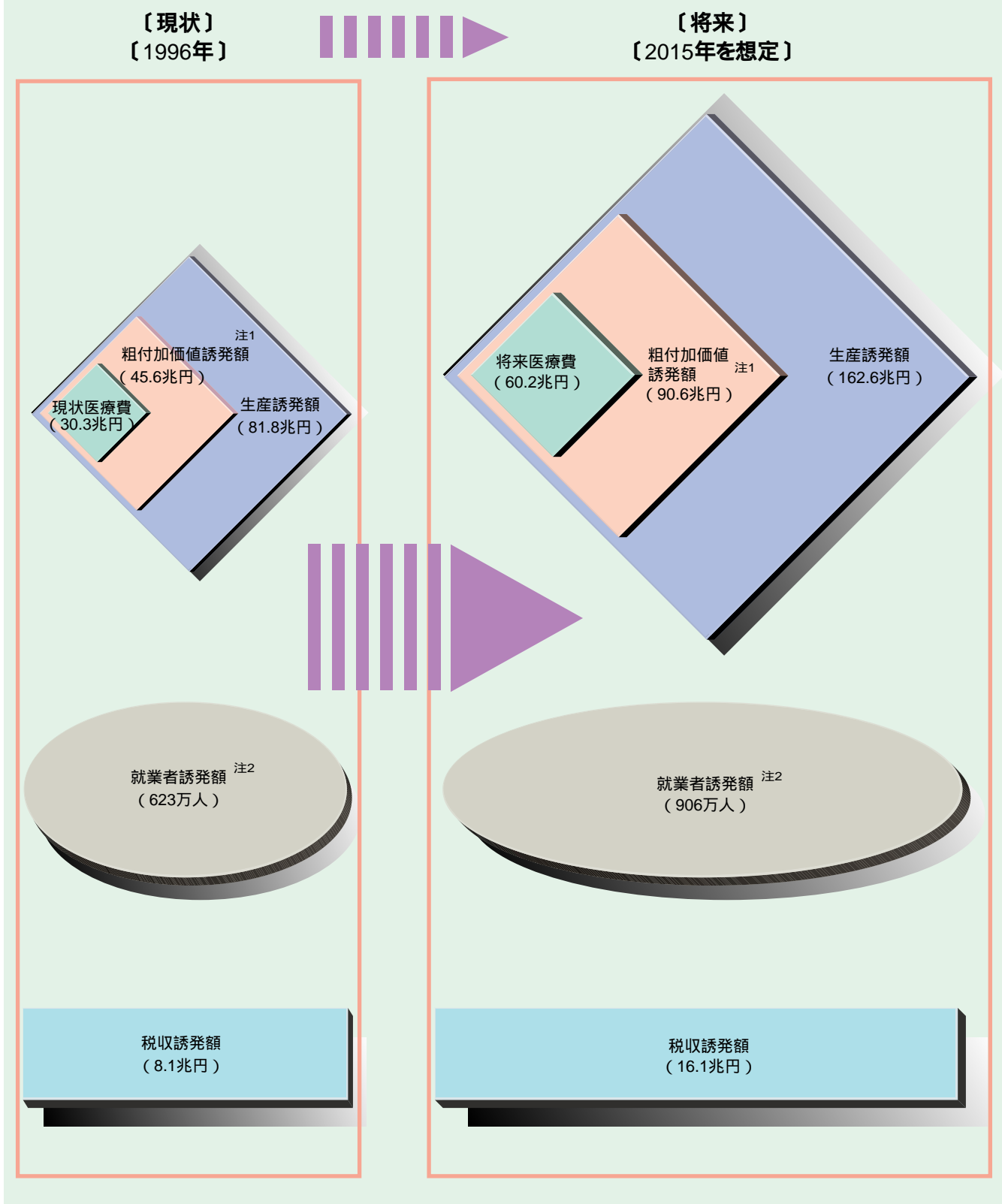
産業別の輸出を除く最終需要に対する総合粗付価値係数
(粗利益誘発係数)



資料：平成7年(1995年)産業連関表「総務庁」

図表10-

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

2

医療における投資効果

医療費についても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るが、医療が果たす経済的側面、特に医療サービスの提供に伴う医療関連産業における生産活動や雇用創出といった経済効果については十分認識されていない。逆に「医療は投資効果が得られない分野」「医療は税金の浪費」などの「医療費亡国論」がまかり通っているのが現状であるが、これは明らかに誤りである。

日本医師会が独自に産業連関表を用いた推計を行った結果、医療の経済波及効果は生産誘発額、粗付加価値誘発額、従事者誘発額、税収誘発額いずれをとっても国民経済への高い波及効果を示すことが立証されている。(図表10参照)

このようなことから、医療そのものと医療サービス関連産業の両面から高い投資効果が期待される。

3

新しい財源としての自立投資概念

わが国の社会保障制度は、種々の課題を抱えつつも互助・自助・公助がうまく調和し、安定的に推移して今日に至っている。

情報技術の革新が、わが国の社会構造に大きな影響を与えつつあるように、医療分野においても例外ではなく、情報伝達技術の革新は医療情報の即時伝播をもたらし、国民の医療に対する要求は多様性を帯び、高度化、個別化の傾向を強めつつある。

さらに、情報処理技術の革新は、生命科学の進歩と相俟って遺伝子解析を可能とし、遺伝子治療、臓器移植、生殖補助医療、再生医療などの新しい治療や予防技術などに対する患者ニーズの多様化が進展することが予測される。

その結果、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給付対象外の医療の急速な拡大と需要の高まりが、近い将来大きな課題となることは必至である。

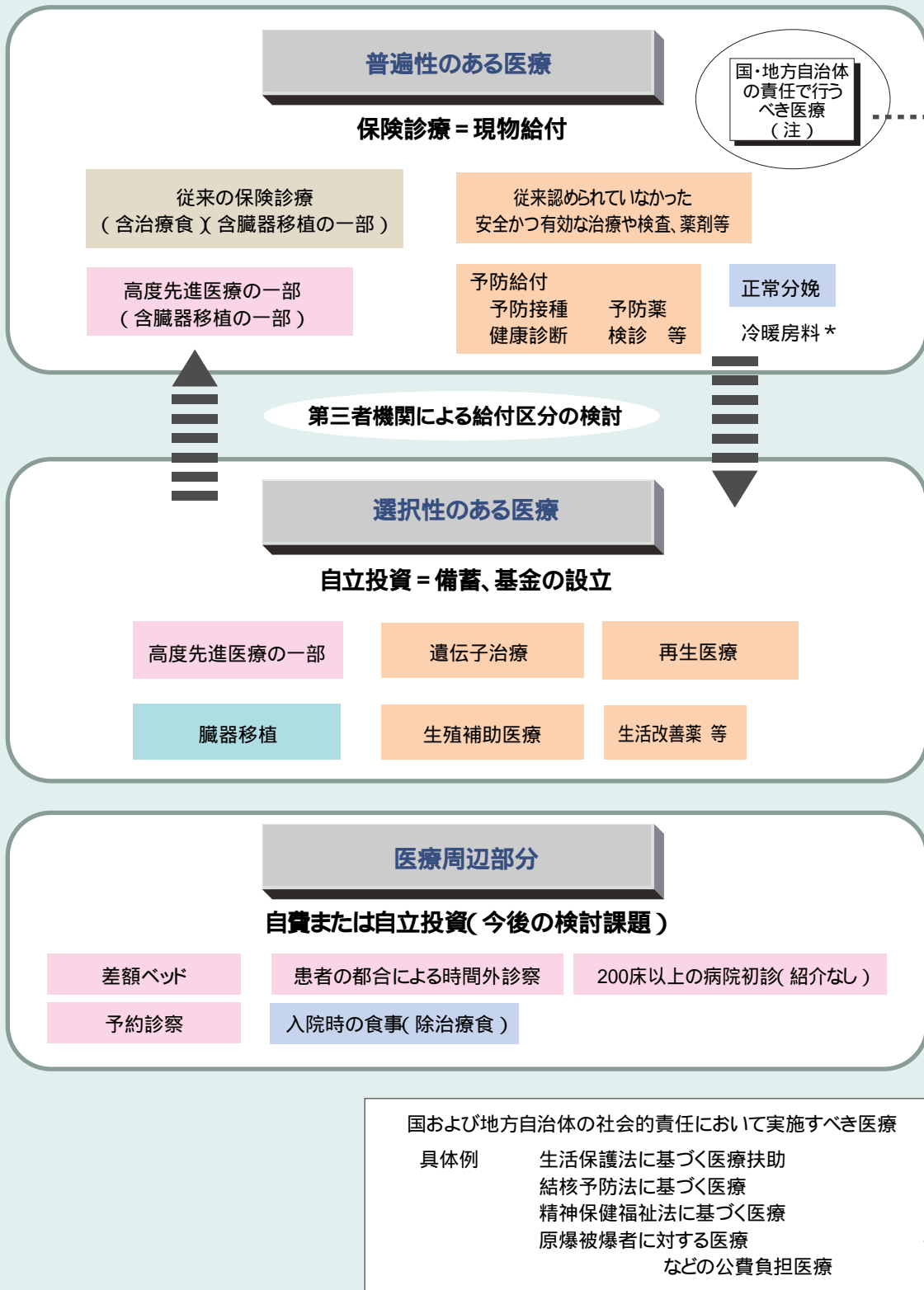
限られた医療資源のもとで、基本となる国民皆保険制度と現物給付制度を今後とも持続的に堅持するという立場を貫くためには、将来に向けて国民自らが個々の意志で、ゆとりある健康を確保するために新たな財源を備蓄しておくべきである。さらにまた、経済的に自ら財源を積み立てることができない人達のための基金を創設して、今から10~20年後の超高度医療社会を迎えても、すべての国民が医学医療の恩恵が受けられるよう、周到な準備を進めることが必要である。(図表11参照)

図表11

将来の医療給付の区分け(提案)

ポイント
 特定療養費制度の廃止 自立投資の導入
 第三者機関による自立投資対象と保険適用医療の検討と区分け
 (定期的見直し)

- は従来から現物給付されていたもの
 - は特定療養費以外で現金給付されていたもの
 - は特定療養費の対象か、あるいは自費だったもの
 - は特定療養費に区分けされていたもの
 - は自費だったもの
- *印は療養担当手当てによったもの



おわりに

日本医師会は、長年にわたって医療を担当する当事者として、患者とその家族との対話を通じて国民医療のあるべき姿を模索してきた結果、1997年に「医療構造改革構想」を広く各界に提示し、1999年には具体的な政策案として中間報告書「医療構造改革の具体化に向けて」を、また2000年には「2015年医療のグランドデザイン」を公表し各界のご意見、ご批判をいただいていたところである。

現在、ゲノム解析や臓器移植など、医学医療の飛躍的進歩が遂げられつつある。今後さらに、国民の高度医療に対するニーズの高まり、高齢者の絶対数の著しい増加などが確実に見込まれる。

このような状況の中で、われわれは従来から繰り返されてきた、辻つま合わせの「入口(財政優先)」の政策論議から脱却し、「アウトカム(医療の成果)」を重視する医療政策への発想の転換を図る重大な岐路に立たされている。

憲法が保証する国民の健康権を守るためには、今後とも引き続き少子高齢化に象徴される21世紀の社会経済構造を十分に検討分析し、国民にとって望ましい「医療のあるべき姿」を追求し続けなければならない。

本提言書は、われわれの改革構想をより平易に記述し解説を試みたものである。多くの方々のさらなるご理解を得て、国民のための医療政策論議の一助になれば幸いである。

医療構造改革構想

国民が安心できる医療制度をつくるために

発行 日本医師会

〒113-8621 東京都文京区本駒込2-28-16

TEL.03-3946-2121

発行人 日本医師会 会長 坪井 栄孝

平成13年3月 発行(10)