

# 地域医療と保険制度をどう守るか

2010年4月17日 (14:40~15:30)

橋本 英樹

医学系研究科 公共健康医学専攻

臨床疫学経済学 教授

※:このマークが付してある著作物は、第三者が有する著作物ですので、同著作物の再使用、同著作物の二次的著作物の創作等については、著作権者より直接使用許諾を得る必要があります。

- 病気を治すには、正しい診断、有効な治療  
選択肢、そしてニーズにあった選択が必要
- 医療・保険制度など政策についても同じこと
- 正しい情報による正しい診断と、明確な政策  
選択肢の提示を国・政策担当者が行う、  
それを選ぶのは国ではなくて国民
- 両者の信頼とコミュニケーションが重要

## I. 診断; 直面する地域医療の問題

- 「医師不足による医療崩壊」など例に

## II. 治療選択; 保険制度の進みうる方向

- 諸外国の制度との比較による  
日本の医療保険制度の特徴と課題の確認

## III. まとめ

# I. 診断

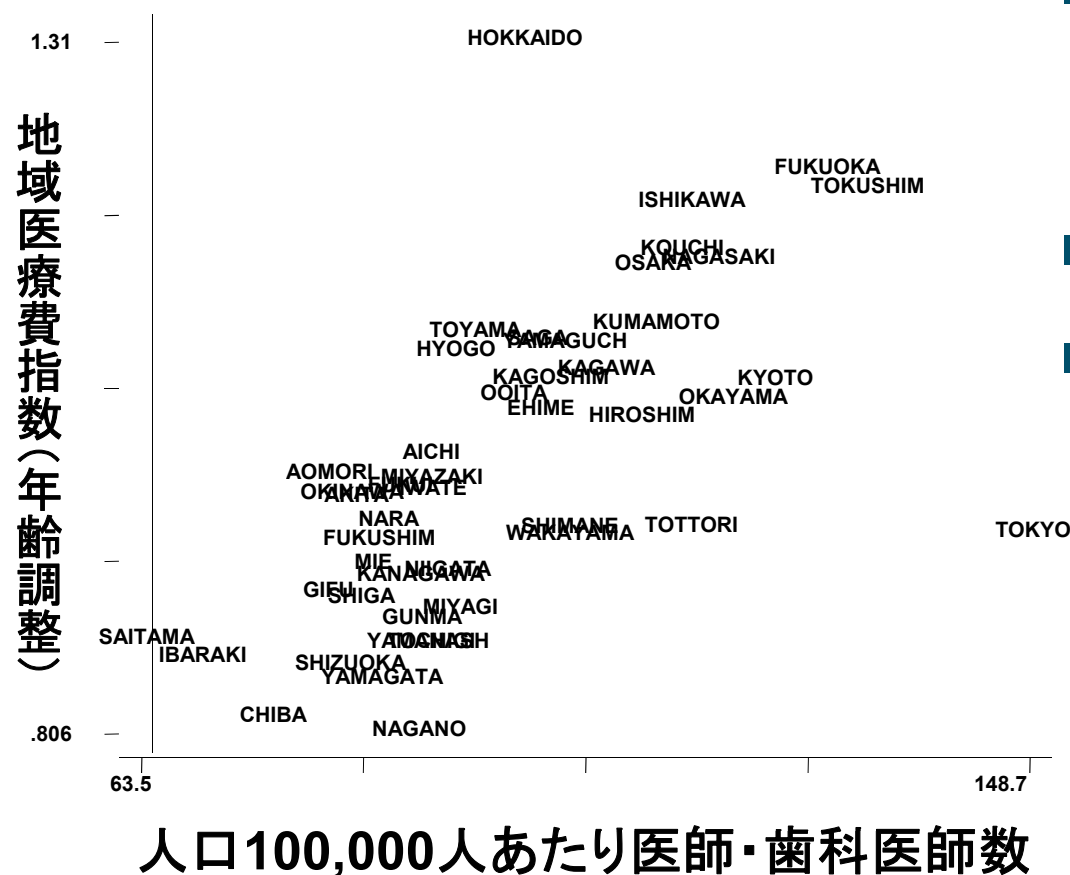
「医療崩壊」 = 医師が足りない、お金が足りない



- 従来、医療費抑制のため医師数制限・削減
- 平成22年度から医学部定員増加に転換
- 医師数を1.5倍にすることを目標
- 平成22年度診療報酬改定で外科系を中心に報酬をアップ

# I. 診断

## 医療費抑制のための医師数調整 = 誤診？



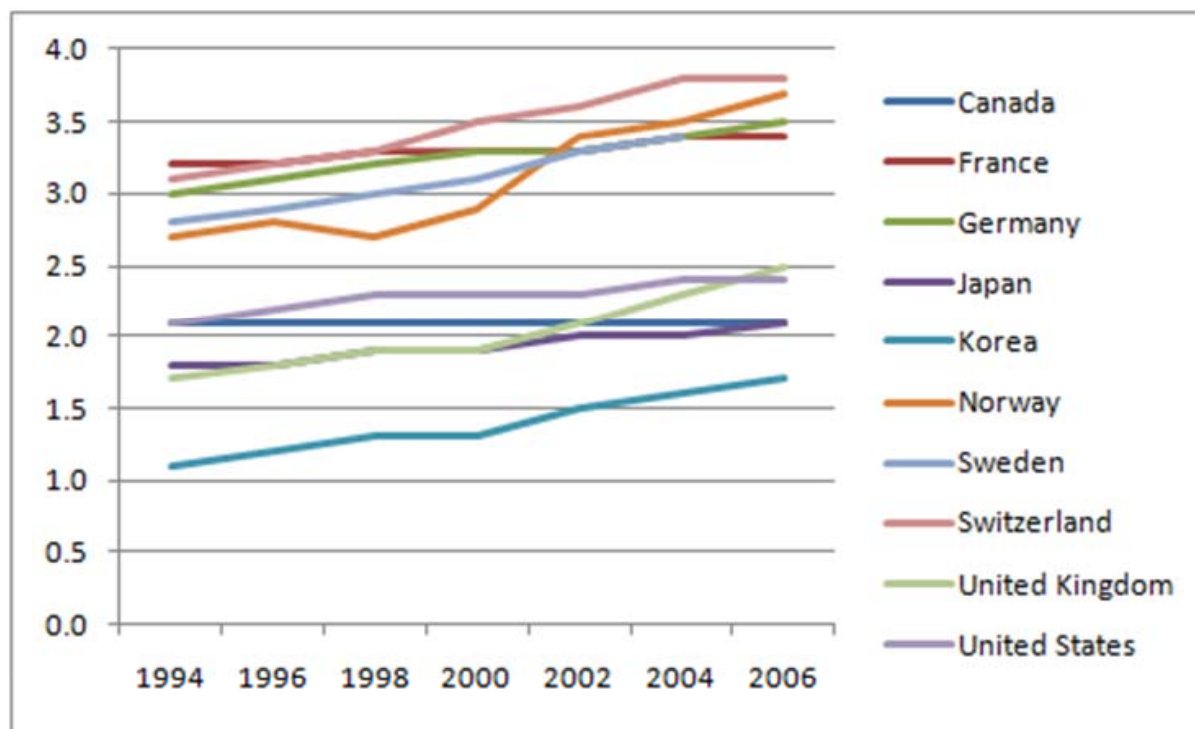
- 人口あたり医師数が多いと医療費は高い  
→「供給者誘導需要」論
- 「潜在需要」の顕在化？
- 正確な「診断」には複数年の診療データが必要

出典) 厚生労働省 地域差指数、医師数調査などから橋本作成

# I. 診断

## 近年の医療費抑制策と新政権での転換

### 医師数密度の国際比較 人口1000人あたりの医師数



- 日本の人口当たり医師数が欧米に比べて少ないのは事実
- いずれの国も高齢化のあおりで毎年増えている
- 実は日本も「増えている」

# I. 診断

## 新政権での医師数増加政策への転換 → 診断の根拠は？

year		1974	1984	1994	2004	2006
医師総数	a	125,249	178,197	227,775	270,353	277,927
病院医師	a	54,005	100,018	142,309	170,386	168,327
診療所医師	a	65,099	70,662	76,596	92,982	95,213
人口10万あたり医師数	a	113	148	182	212	218
病院数	b	8,294	9,574	9,731	9,077	8,862
病院病床数	b	1,146,785	1,467,050	1,677,041	1,631,553	1,626,589
医院数	b	73,114	78,332	85,588	97,051	99,532
病院あたり医師数	c	6.51	10.45	14.62	18.77	18.99
診療所あたり医師数	c	0.89	0.90	0.89	0.96	0.96
病院病床100あたり病院医師数	c	4.71	6.82	8.49	10.44	10.35
病院入院患者数	d	918,600	1,208,100	1,347,300	1,377,600	1,391,600
病院入院患者100人あたり病院医師数	e	5.88	8.28	10.56	12.37	12.10

a: 井出(東大病院)らの医師数調査を用いた研究(Human Resources for Health 2009)より

2006のみ医師数調査より引用

b: 医療施設調査より

c&e: a,b, dより橋本が計算

d: 患者調査 75、84、93、2002、2005を転用

■ 数でみるかぎり  
医師不足とはいえない

# I. 診断

## 医師不足と医師数増加政策 → これも“誤診”？

### 小児科と産婦人科の医師数の年次推移

	1974	1984	1994	2004
全科				
医師総数	125249	178197	227775	270353
人口1万人あたり医師数	113	148	182	212
女性医師割合(%)	9	10	13	16
病院勤務医割合(%)	43	56	62	62
小児科				
Total	5364	8914	13186	14677
15歳以下人口1万人あたり医師数	1.9	3.1	5.9	7.4
女性医師割合(%)	25	24	27	31
病院勤務医割合(%)	57	68	58	57
産婦人科				
Total	12776	13774	12389	12156
新生児1000人あたり医師数	6.3	9.2	10	10.9
女性医師割合(%)	10	11	15	22
地方勤務医割合(%)	14	13	10	8
病院勤務医割合(%)	37	46	56	57

Ide, et al. Pediatrics International (2009) 51, 645-649  
Ide, et al. J. Obstet. Gynaecol. Res. (2009) 35, 761-766

小児科は実は  
増えている  
(配分問題?)

産婦人科は減少、  
女性医師の増加・  
診療所から病院、  
地方から都会へ  
の移動が激しい  
(構造の変化)

■ 科によって事情が  
異なる！



## 鑑別診断： 医師数ではなくて医師の業務と待遇の見直し？

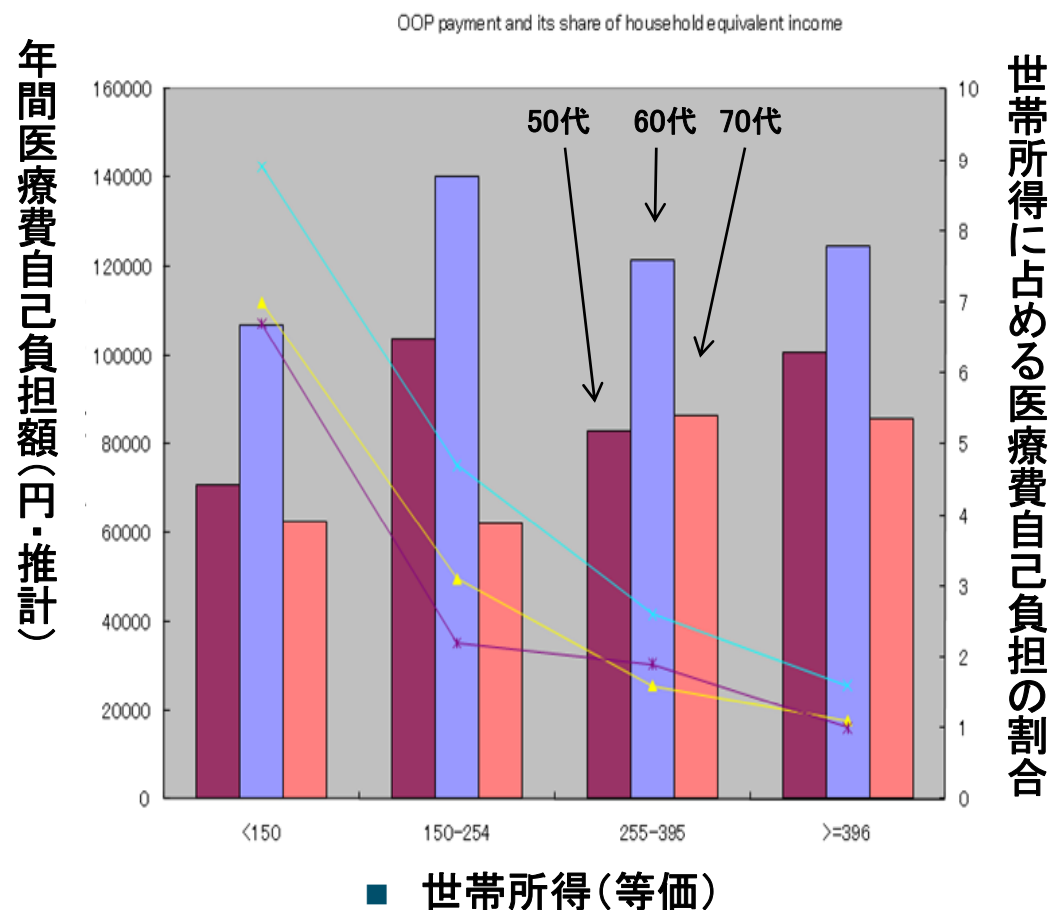
- 診療所と地域病院、専門高度病院の役割分担と配置の適正化
- それに併せた医師の養成・配置・専門キャリア選択の多様化
- 医師の専門性の向上、業務の高度化（事務・医療業務補助職の充実）
- 病院の「経営力」の向上（金儲けという意味ではなく、資源の適正配分の意思決定力）

正しい「診断」になにが必要か？ = 情報

- どの地域・機能の病院に、どれくらいの経験をもった医師が何人いるのか
- そこでどれだけの数と質をこなしているか
- 医師がキャリア選択をなにで決めているか
- 医師数調査(2年ごと)と医療施設調査・病院報告を工夫すれば、必要な「情報」は入手可能
- 「精密検査」のための体制をまず整える

# I. 診断（追加）

## 医療費抑制策から拡大策へ； 家計から見ると



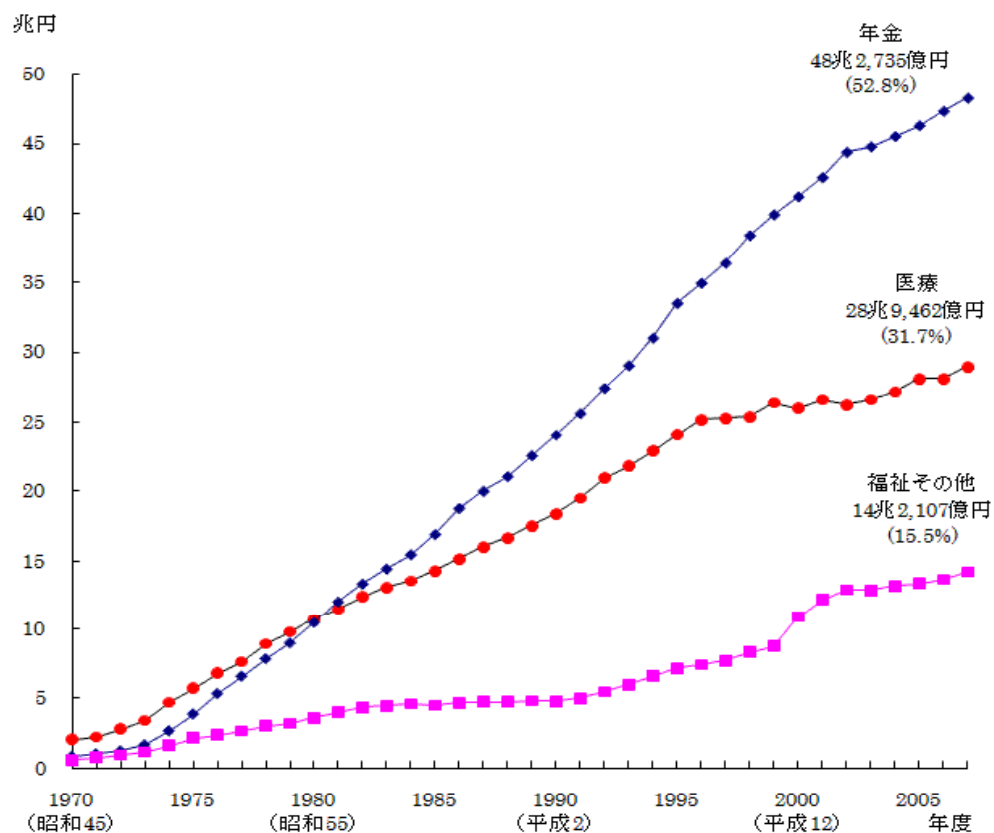
- 世帯所得に占める割合は低所得者で最大9%（特に60代で影響大）
- 健康状態を加味した場合外来については低所得での受診手控えははっきりしないが、歯科では有意に受診手控えあり
- 世帯の健康・所得を踏まえた詳細なデータが必要

出典) 「暮らしと健康」調査（経済産業研究所・一橋大学・東京大学）第1回調査報告より

## II. 治療法の選択

### 医療保険制度の現状の課題：費用と負担

#### ■ 社会保障給付費の部門別推移



■ 年金・医療介護  
で一般歳出の約  
40%を占める

■ 債務(国の借金)  
は国民総生産の  
1.5倍

■ 世代間扶助を  
前提

## II. 治療法の選択

医療保険制度； これまでの対策 = 費用削減と財源論

- 老人保険法(1983年)
- 後期高齢者医療制度
- 自己負担率の引き上げ改定
- 医療法改正(1～5次改正)(1985年～)
- 診療報酬改定(2年おき)、支払方式(包括)
- 消費税など目的税導入など税財源議論

## II. 治療法の選択

### 医療費管理の政策選択肢の枠組み； 需要と供給

#### ■ 供給（病院や医師側）

##### ■ 提供量の制限

- 医師数・病床数制限
- 認可制（高度医療など）

##### ■ 支払法による無駄排除

- 出来高ではなく包括支払
- 在院日数短縮化の優遇

##### ■ 診療内容の審査制度

- 査定
- 診療内容の公表義務

#### ■ 需要（患者・社会側）

##### ■ 医療・介護サービスの無駄使いをさせない

- 自己負担
- 免責性（一定額まで全額自己負担）

##### ■ 利用制限をつける

- ゲートキーパー
- 利用審査

##### ■ リスクに応じた負担

- 生活習慣、年齢別保険料

## II. 治療法の選択

### 医療費管理の政策選択肢の枠組み； 日本の場合

#### ■ 供給（医療側）

##### ■ 提供量の制限

- 医師数・病床数制限
- 認可制（高度医療など）

##### ■ 支払法による無駄排除

- 出来高ではなく包括
- 在院日数短縮化の優遇

##### ■ 診療内容の審査制度

- 査定
- 診療内容の公表義務

#### ■ 需要（患者・社会側）

##### ■ 医療・介護サービスの無駄使いをさせない

- 自己負担
  - × 免責性（一定額まで全額自己負担）

##### ■ 利用制限をつける

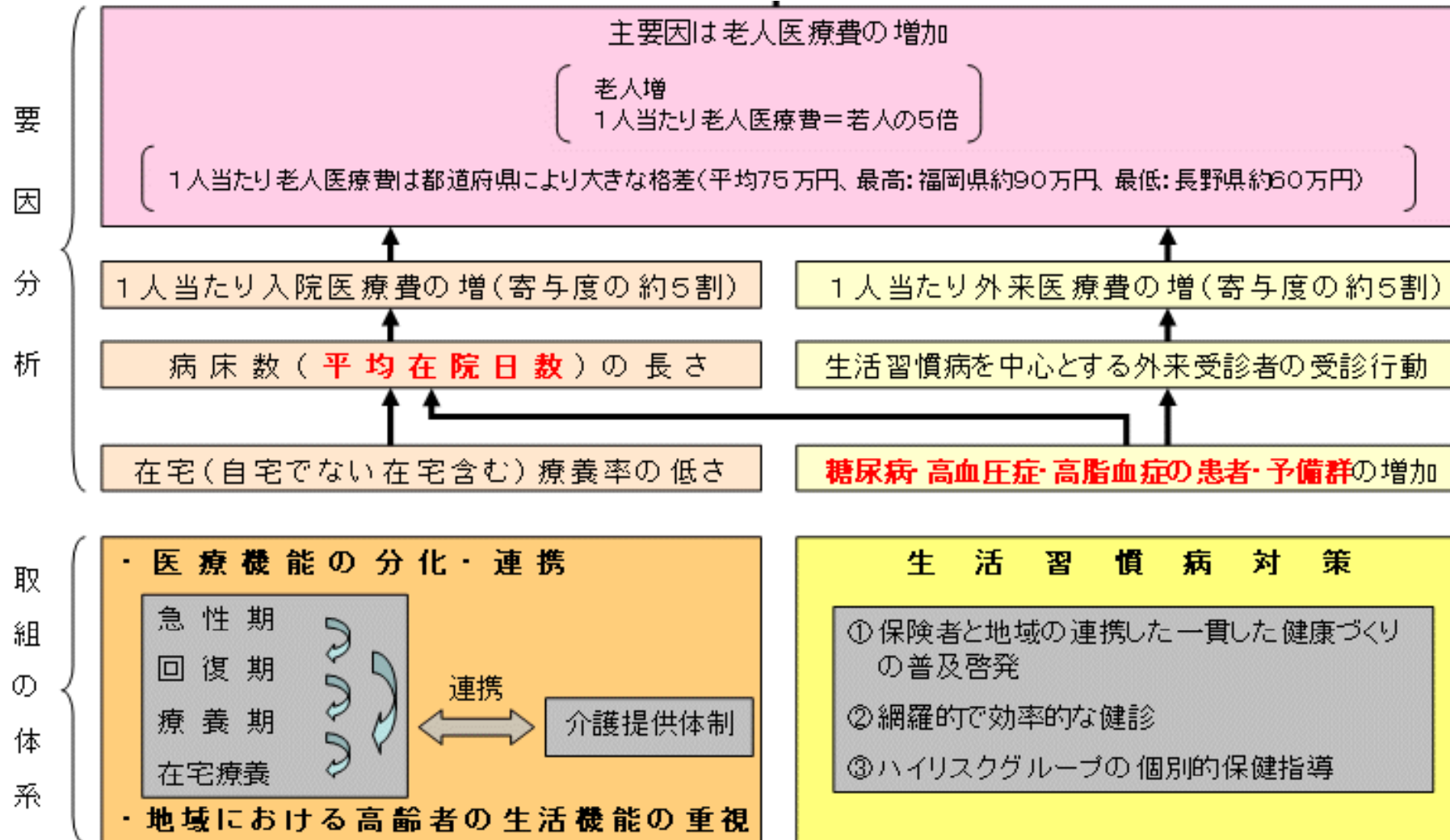
- △ ゲートキーパー
  - × 利用審査

##### ■ リスクに応じた負担

- × 生活習慣、年齢別保険料

## II. 治療法の選択

### 医療費増加の構造(厚労省の現時点での説明)

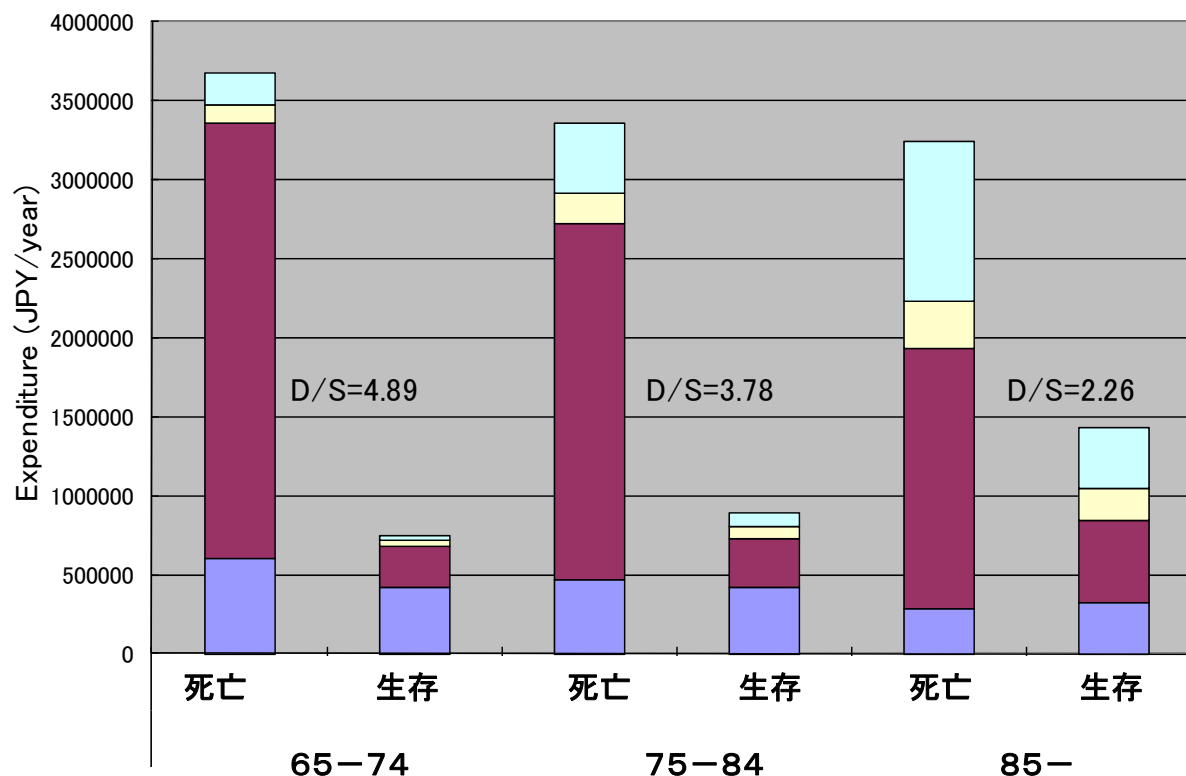




## II. 治療法の選択

また診断の話； 高齢化＝医療費 ↑ より現実には複雑

年間平均医療費；年齢と生存死亡別

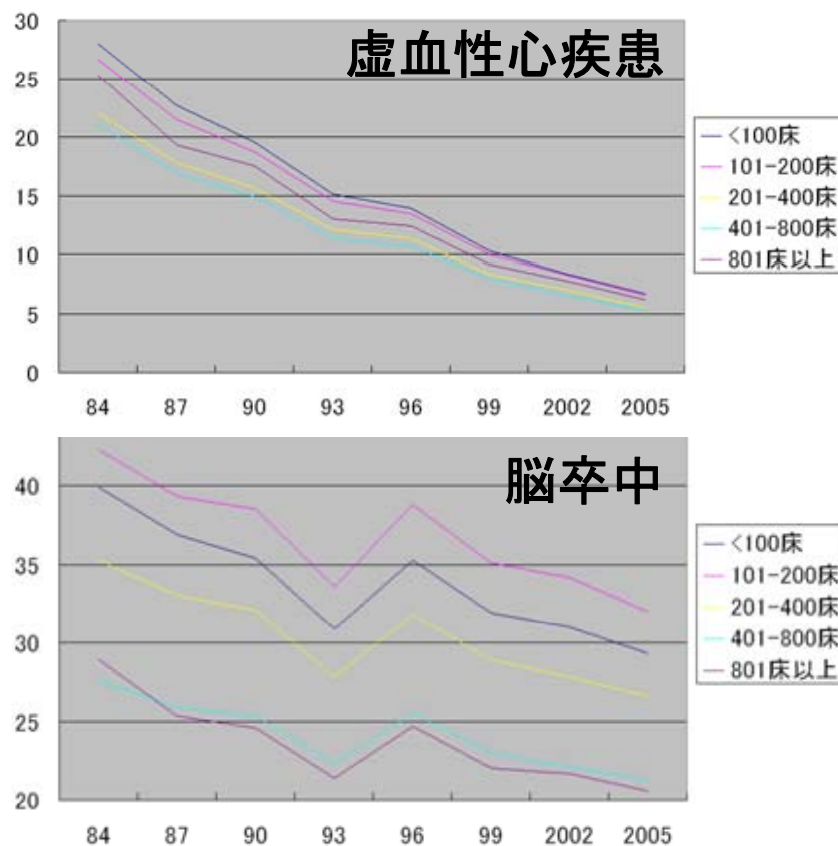


- 死亡前医療費は高額だが高齢になるほど低下
- 生存者医療費は増加
- 介護費の影響が大きくなる

## II. 治療法の選択

診断つづき； 在院日数は療養病床の話だけではない

### 在院日数の推移；疾病別比較



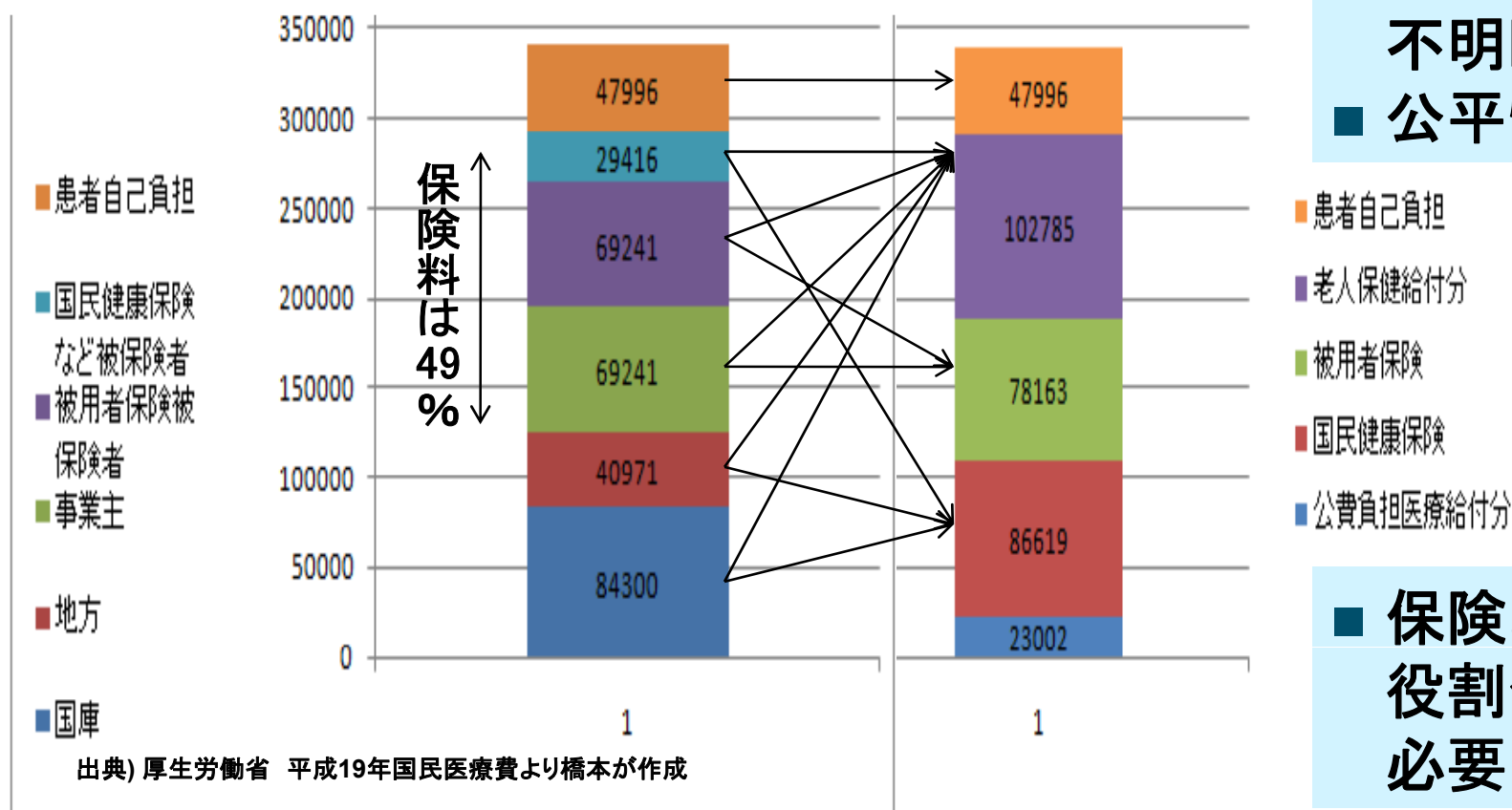
- 急性期疾患では効率化
- 脳卒中など急性・慢性期にまたがるところで固定化
- 「住居」問題をセットで対策が必要(ケア付き住宅など)

## II. 治療法の選択

日本の医療保険制度； 実は「保険」として成り立っていない  
老人保健と国保は税金が半分

### ■ 国民医療費

負担者区分 と 制度区分



- 負担と受益の  
関係が不明瞭
- 再分配効果も  
不明瞭
- 公平性に問題

■ 保険と税の  
役割分担が  
必要

## II. 治療法の選択

### 日本の医療保険制度の特徴

- 「社会保険」方式による「皆保険」制度
  - 強制加入
  - 年齢ほか差別なし
  - 世帯加入と所得比例の組み合わせ  
(所得割・平等(世帯)割・個人割)
  - 現物支給(お金ではなくサービスで提供)
  - いつでもどこでもかかってよい  
(ゲートキーパーがない)

## II. 治療法の選択

### 諸外国との比較のポイント

- 運営主体と規模
- 医療保険か再分配か
  - 保険料か税か、役割分担はどうか
  - 保険料は所得比例(定率)か定額か
- 自己負担の程度
- 民間と公的保険の関係

## II. 治療法の選択

フランスの場合； 政府が直接大きな役割（でも平等性に難）

- 国家が大きな役割
- 外来は全額自己負担ののち保険償還（現金給付）、入院は保険でカバー（現物給付）
- 保険料から社会保障税（所得比例）へ移行、所得再分配機能を重視
- 職域・地域ごとに参加（選択なし）
- 自己負担分はサービス種類によりけりで民間補足保険でカバー（格差の温床）

## II. 治療法の選択

ドイツの場合 ; もともと日本のお手本、保険者相互調整

- 保険料でほぼ運営
- 疾病金庫(日本の保険組合に相当)が運営、保険者ごとに保険料率が異なる
- 96年以降、法定所得以下は強制加入、それ以上は民間保険を任意選択可
- 公的保険者間で自由選択・変更可
- 現物給付、定額自己負担
- 保険者間リスク構造調整(個別税投入なし)

## II. 治療法の選択

スイスの場合； 民営、医療保険機能と再分配を分離

- 政府監視のもとで、民間保険が実施
- 世帯ではなくて個人加入
- 保険、州ごとに年齢別定額保険料（低所得者への補助は福祉政策として別途実施）
- 保険者も保険内容（特に免責額）を選択・変更可
- 補足保険は禁止だが追加保険（個室・医師選択など）はあり、自己負担は高いが満足



## II. 治療法の選択

### 日本の場合

- 運営主体と規模＝3000余の保険者、規模も内容もばらばら
- 医療保険か再分配か＝？
  - 所得比例保険料＋税（平等性に問題）
- 自己負担の程度はスイスに次いで高い
- 民間と公的保険の関係（事実上公的のみ）

## II. 治療法の選択

### 日本の選択肢

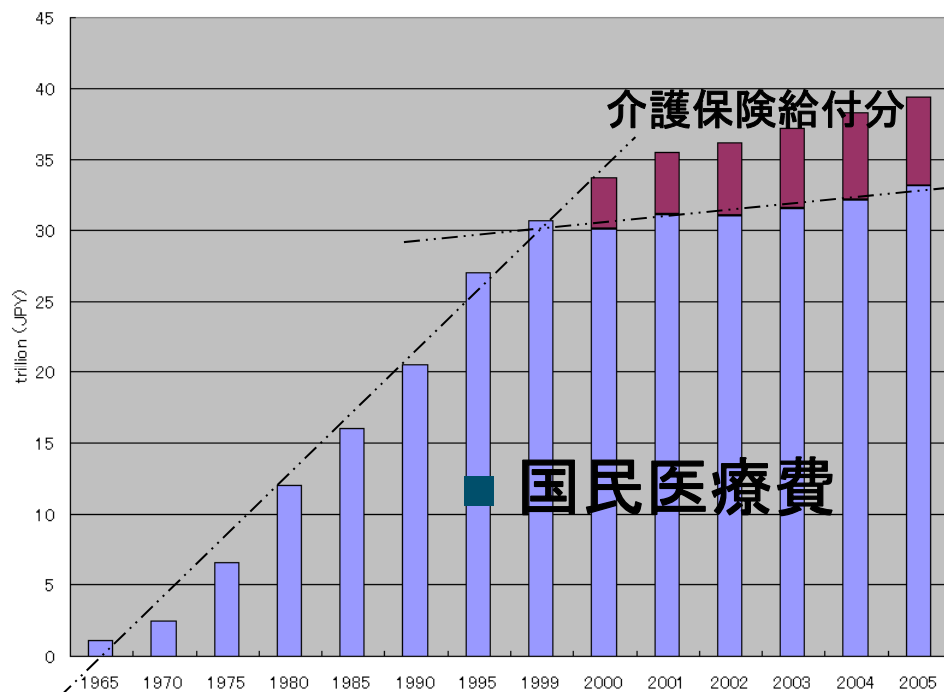
- 税と保険の役割を明確にする
  - 再分配機能中心か（所得比例制の全面導入）  
医療保険機能に徹するか
  - 保険料算出根拠の統一化（所得・個人・世帯）
- 保険者の適正規模、リスク構造調整
- 保険者の選択・変更を許すか
- 補足・追加保険をどうするか、民間保険になにを担ってもらうか（所得補償・実損補填？）

- いま私たちが直面している医療問題の本質を明らかにしないと、治療法の選択を誤りかねない
- 「精密検査」のための情報収集体制がないがしろにしたままでは、政策がいつまでも「科学的根拠」に基づかない
- 勘と経験に頼る時代ではないのは、医療も政策も同じこと

# I. 診断

## 医療費抑制から拡大路線への政策転換

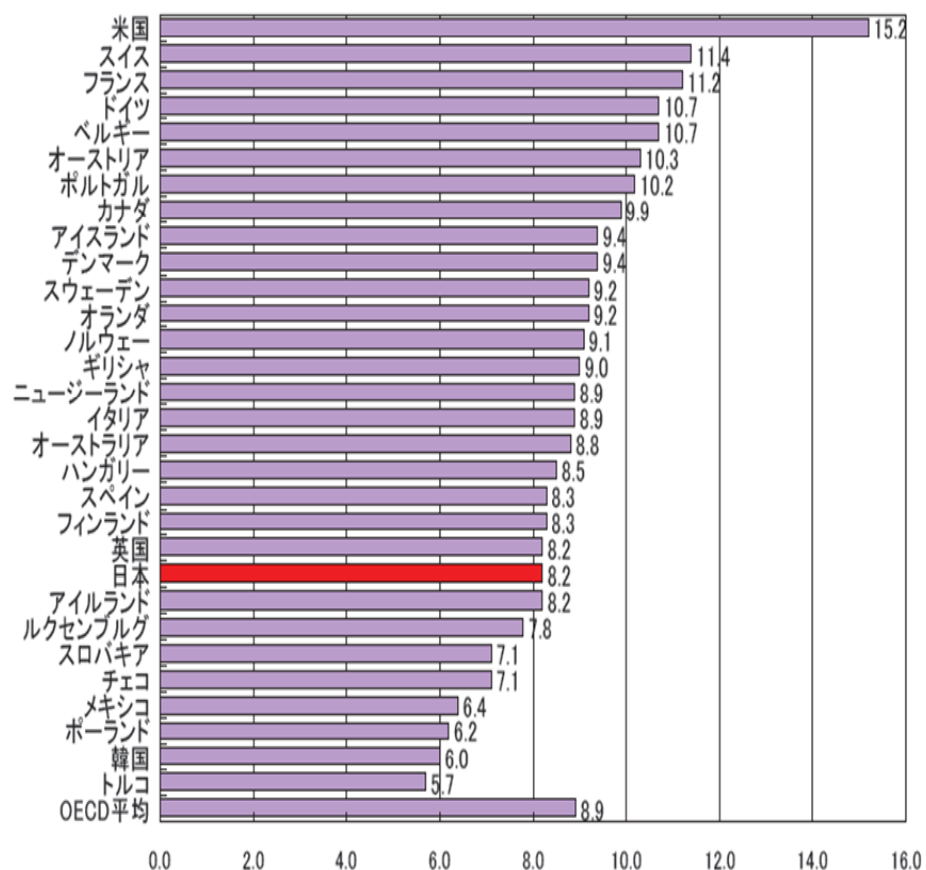
### 国民医療費＋介護費の推移



- 国民医療費は2000年まで毎年1兆円ペースで増加
- 診療報酬の伸び率を急に押さえたことは確か
- ただし介護保険に肩代わりさせているので全体としては伸びは落ちていない
- 22年度は「崩壊」対策として報酬をプラス伸び率に転換

# I. 診断（追加）

## 低医療費？それとも高医療費？



- 国際比較で見ると、「低医療費」の国
- 実は動いているお金の規模でいうと、世界第2位（分母のGDPが大きいから）
- 一人当たり額では先進国で最低水準
- 絶対額が少ないのか、それとも使い方が下手？（これも診断が必要）

# I. 診断（追加）

## 医療費抑制策から拡大策へ； 家計から見ると

### 各国の医療費自己負担額

	総医療費に占める 自己負担額の割合(%)	家計支出に占める 医療費自己負担額の割合(%)
アメリカ	14.1	3.0
スイス	31.5	6.2
フランス	10.0	1.8
ドイツ	10.4	2.0
イギリス	11.0	1.2
日本	17.3	2.4

- 家計から見ると、医療費負担は実は米国なみ？
- 高齢者（年金世帯）での負担は？
- 健康状態を考慮したら十分な医療が公平に受けられているか？
- 現時点で政府統計では上記の診断は立たない

## II. 治療法の選択

オランダの場合： 公設民営方式

- 政府監視のもとで、民間保険が実施
- 保険（税投入は数%）、自己負担も数%
- 保険料は所得比例（定率）
- 地域・職域によらない、保険を選択・変更可
- 補足保険は禁止だが追加保険（個室・医師選択など）はあり

## II. 治療法の選択

社会保険方式とは？

実は定義がはっきりしていない

- × 国が運営している(オランダは民間運営)
- × 全員強制加入である(ドイツは選択制)
- × 所得再分配の機能(スイスは一律保険料)
- × いつでもどこでも(イギリスは紹介制)
- × 公的価格制度(イギリスは市場価格)
- 互助・連帯が基本精神
- リスクによる選択を禁止  
(病気・高齢などリスクによらず公平に加入)