

日本における持続可能な医療の創出

土倉 幸大

はじめに

日本の医療はフリーアクセスであり、受診する医療機関を自由に選択でき、公的医療保険制度のもとで、比較的安い自己負担で質の高い治療を受けることができる。こうした制度を採用することで、乳児死亡率の低さや平均寿命の長さをみても、日本は世界でもトップクラスにあり、WHO（世界保健機関）は日本の医療水準を世界最高と評価している¹。しかし、少子高齢化が進む中で、医療や介護といった社会保障の需要は増加し医療財政が悪化することは必然であり、2014年現在の医療体制では対応することは極めて困難である。今後とも、必要な医療を確保しつつ、人口構造の変化に対応できる持続可能な医療の創出に向けて、医療改革が必要となる。

第1節では日本の医療の抱えている問題点とその原因についてみていく。第2節では日本の医療保険制度の仕組みと医療保険制度が高齢化に対応してどのように改正されたかを確認する。第3節では諸外国で広く採用されているプライマリ・ケアを日本の医療に導入するべきかを考察する。第4節では第3節を踏まえて、第1節で挙げた問題の解決策を提示する。

高齢化による医療費増や医療従事者の過酷な労働環境、患者の医療に対する不信など日本の医療には多くの問題がある。これらの問題を解決し持続可能な医療を創出するために、諸外国の実践例を参考に、どのような医療改革が望ましいのかを考察する。

第1節 日本の医療の何が問題なのか

1.1 増加を続ける医療費

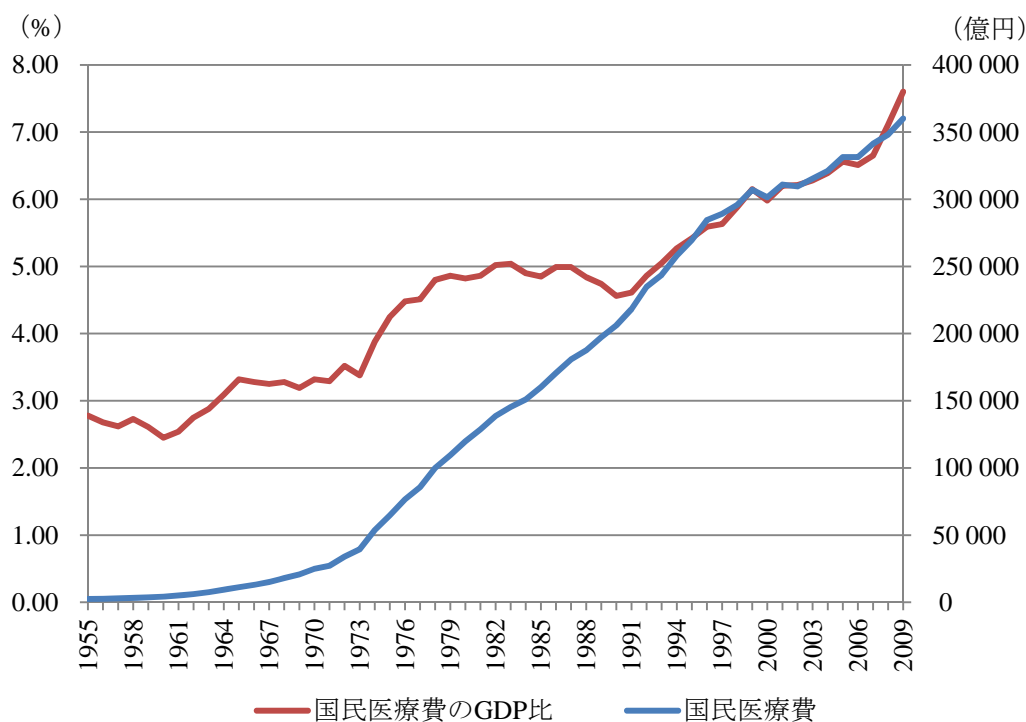
国民医療費とは、当該年度内の医療機関等において傷病の治療に要した費用のことである。図1の国民医療費の推移をみると、毎年1兆円ずつ増え、2009年には約36兆円に達している。国民一人当たりになると約28万円になる。国民経済の中で見ると、国民所得の10.6%、国内総生産（GDP）の7.6%を占める。ただし、すべての費用が医療に含まれるわけではない。医療行為であっても国民医療費に含まれないものもある。日本の場合、国民医療費に含まれるものは原則として公的医療保険の対象となる。

医療費が増える要因には医療を提供する側の要因として、医療技術の高度化に伴う医師や看護師などの従事者の数の増加、その給与の引き上げ、新薬や医療機器の高額化などの要因がある。一方で患者側の要因としては、急性疾患から慢性疾患という傷病構造の変化や高齢者人口の増加、

¹ 葛西（2013）p.20.

高齢化に伴う医療需要の増加などもある²。医療費が増える要因として特に注目したいのは、高齢化に伴う医療需要の増加と疾病構造の変化すなわち生活習慣病の増加である。

図1：国民医療費と国内総生産（GDP）に対する国民医療費の比率の推移



(出所) 厚生労働省「政府統計の総合窓口 平成23年度国民医療費」より作成。

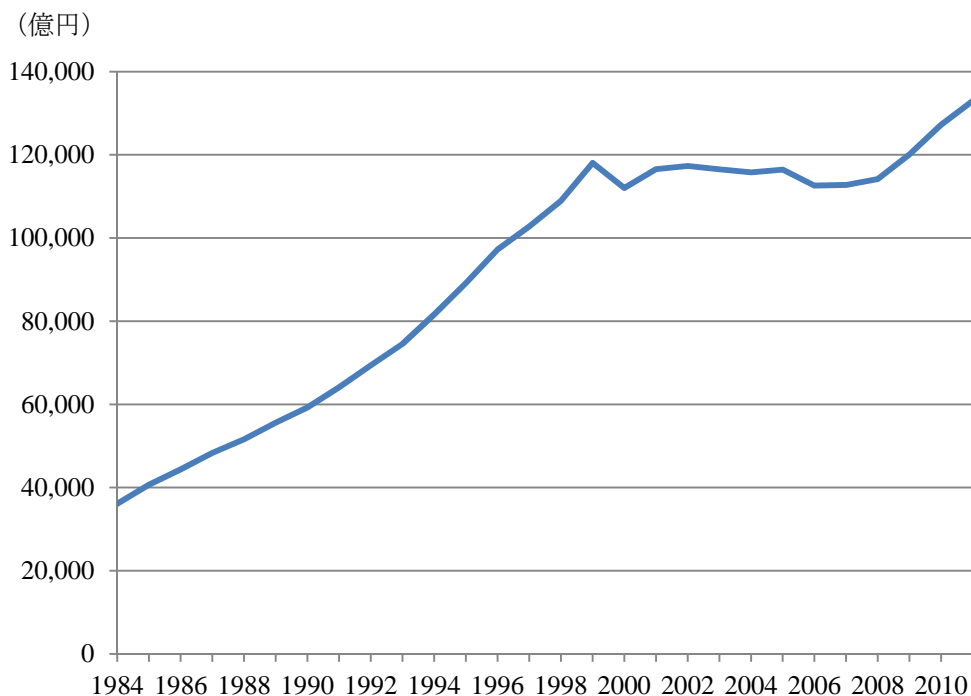
<http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/NewList.do?tid=000001020931>

まず、高齢化に伴う医療需要の増加による医療費の増加について述べる。図2の後期高齢者医療費の推移をみると、老人保健制度による老人医療費や2008年からこれに代わって創設された後期高齢者医療制度による医療費の伸びが大きいことがわかる。一般の医療費の伸びを一貫して上回ってきている。その結果、2009年度の医療費全体の約33%と3分の1を占めている。金額にして約12兆円に上る。2000年から2008年にかけて伸びが止まっているようにみえるが、実はこれは2000年に介護保険法が施行されて従来の老人医療費の一部が介護保険に移行したことに加えて、2002年以降は5年間にかけて老人医療の対象年齢が70歳から75歳まで毎年1歳ずつ引き上げられたことによる影響が大きく、実質的な高齢者の医療費の増加は止まっていない³。

² 椋野・田中（2013）pp.56-58.

³ 椋野・田中（2013）p.58.

図 2：後期高齢者医療費の推移



(出所) 厚生労働省「厚生労働白書 平成 25 年度版」より作成。

<http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/13-2/dl/02.pdf>

次に、傷病構造の変化すなわち生活習慣病の増加による医療費の増加について述べる。1935年頃まで日本人の3大死因は肺炎・結核・胃腸炎などの感染症疾患であったが、疾病構造など健康を取り巻く環境は大きく変わり、かつて脅威であった感染症は激減し、代わって癌や心臓・脳などの循環器疾患すなわち生活習慣病が大きく増えた。

傷病別に医療費の状況を見ていく。一般診療医療費のうち最大のものは「循環器系の疾患」で5.5兆円(20.4%)、ついで「新生物(がん)」3.4兆円(12.8%)、「呼吸器系の疾患」2.1兆円(7.8%)、「腎尿路生殖器系の疾患」1.9兆円(7.4%)、「筋骨格系および結合組織の疾患」2.0兆円(7.4%)「精神および行動の障害」1.9兆円(6.9%)となっている⁴。

循環器疾患をはじめとする生活習慣病にあてられているとされる医療費は全体の医療費の約40%を占めていることから、健康づくりを推進し生活習慣病の患者および予備軍を減らしていくことが求められる。

⁴ 松田 (2013) p.95.

1.2 フリーアクセスによる大病院集中

医療制度は長い間、病院⁵と診療所⁶という区分のみである。同じ病院であっても、一方で介護的機能を中心としたいわゆる老人医療から、他方で最先端の高度医療を担うナショナルセンターまで、制度上の位置づけは一緒である。加えて、欧米と異なり外来の扱いにおいては病院と診療所の役割分担すらできていない。このため、医療機関の機能分化と体系化と相互の連携を制度的に位置づけることを推進しなければ、医療に求められる質の課題に対応できなくなっている。さらに、医療の在り方に関しても、「3時間待って3分診療」といわれるような大病院への不必要な患者の集中と医師による説明不足、医療過誤など、国民の医療に対する不満・不信が高まっている⁷。

日本の医療制度の特徴として、国民皆保険制度と並びフリーアクセスがあげられる。日本では近所の診療所から大学病院まで、望めばどこでも制限を受けずに診療してもらうことができる。私たちはそれを当たり前のこととみなしているが、医療機関へのアクセスが日本ほど自由な国は、世界を見回しても例外的である。

一見、フリーアクセスは便利そうに見えるが、弊害を引き起こしている⁸。フリーアクセスによって、地域の診療所、中小病院、大病院、大学病院に日常よくあるものから稀な疾患まで、重症から軽症まで様々な患者が混在している。

日本人には大病院志向・専門医志向が根強くあるため、ちょっとした熱が出たり頭痛がしたりするだけで、多くは大きな病院に行って受診する。日本の外来受診率が諸外国と比べて高いのは、このフリーアクセスによるところが大きい。その結果、大学病院でも比較的軽い症状の患者も診ているのが実態である⁹。

大病院に患者が集中することによってもたらされるデメリットについて考える。デメリットとして、専門性の高い治療を必要としている重篤な患者の治療の機会を奪うおそれがあることがあげられる。

事実として、患者がたらい回しにされた末に、なかなか診てもらえる病院が見つからず、かけがえのない命が失われる事案が発生している。原因として、患者の大病院集中に伴う混雑で治療を受けられないことが考えられる。これは、言い換えれば患者の医療機関の利用の仕方に原因があるということになる。加えて、他にも原因として医療従事者の不足も考えられる。

⁵ 医療法では病床が20床以上ある医療施設を病院と定義している。

⁶ 医療法では病床が20床未満である医療施設を診療所と定義している。

⁷ 棕野・田中（2013）p.65.

⁸ 葛西（2013）p.21.

⁹ 葛西（2013）p.27.

1.3 医療従事者の不足と偏在

世界的に見て日本ほど医療機関へのアクセスがしやすい国はない。しかし、諸外国に比較して病床数、CT（コンピュータ断層撮影）¹⁰、MRI（核磁気共鳴画像法）¹¹などの高額医療機器数が多い反面、病床あたりの医師数と看護師数が著しく少なくなっている。

病床数に対する人的資源の投入数が少ないために、日本の医療従事者は非常に厳しい労働条件のもとで働くことを余儀なくされている。急性期病院では当直明けの医師がそのまま翌日の業務を行うことが常態化している。フランスでは当直を行った医師は24時間休むことが医療安全のために義務付けられている。日本の場合、上記のような厳しい状況で医療従事者は医療安全をはじめとした医療の質の維持・向上を求められている。ますます高度化する医療技術と、高齢化に伴う患者の病態の複雑化、そして患者の医療に対する期待の高まりにより、多くの医療従事者は大きなストレスの中で働いている。

その結果、医療従事者の燃えつき例が増加している。急性期病院では5人に1人の看護師が1年間に止めている。加えて、毎年4000人の医師が病院勤務をやめて開業している¹²。

日本医労連¹³の調査では、7割以上の勤務医が当直業務を伴う連続32時間勤務を月3回以上行っており、3割近くが『前月の休みゼロ』、4割以上が『健康不安・病気がち』、9割以上が『疲労を感じている』、5割が『職場をやめたい』と回答していることが報告されている¹⁴。

この背景には医師の絶対的な不足がある。日本には、2007年度で27万人の医師がいる。人口1000人当たり2.0人である。ところが、諸外国ではアメリカが2.4人、ドイツ、フランスでは3人を超えており、OECD加盟25か国の平均は3.1人である。数値からもわかるように日本の医師数は絶対的に不足しており、OECDの水準に引き上げるためには12~14万人の医師を養成する必要がある¹⁵。

なぜこのような深刻な医師不足を招くことになったのか。その原因は、政府が1980年代初頭に医師数を抑制する方向に政策を転換させ、その後一貫してその方針を貫いてきたからである。政府は、1970年代に必要な医師数を1000人当たり1.5人に設定し、その実現のために全国すべての都道府県に医科大学を開設して、医師の養成を進めてきた。

ところが1982年、一転して『いずれ医師が過剰になる』ことを理由に医学部の定員を減らす閣議決定が行われる。この時期は、「医師過剰論」「医療費亡国論」が声高に主張された時期でもあった。1992年にも同様の閣議決定が行われている。この2度にわたる閣議決定が、その後の

¹⁰ CTとは、X線を利用して、人体のある断面を走査してコンピュータで映像化する方法。検査の際に、X線という放射線を人体に照射するので、放射線被爆の可能性はある。

¹¹ MRIとは、核磁気共鳴の物理現象を応用して、人体の断面撮影や含有物質の同定を行う方法。

¹² 松田（2013）p.79.

¹³ 日本医労連（日本医療労働組合連合会）は、病院や診療所、福祉施設などの職場で働く労働者・労働組合でついている、日本で唯一の医療の「産業別労働組合」である。

¹⁴ 唐鎌（2007）p.94.

¹⁵ 唐鎌（2007）pp.94-95.

医師の需給政策の基本となった¹⁶。2008年になり政府はようやく医師不足を認め、医師養成数の抑制方針を転換した。医療の崩壊をくい止め、安心・安全な医療を実現するために、医師をはじめとする医療従事者を抜本的に増やす政策が必要となる。

医師不足とならんで深刻な問題として医師の偏在がある。人口10万人当たりの医師数は東京都で282人となる。一方で、青森県が180人、福島県184人、岩手県187人と少ない。このような医師の偏在を加速させたのは、2004年に始まった「新医師臨床研修制度」だとされる。これにより、研修先は出身大学にこだわらず、自分で選択することができるようになった¹⁷。

大学病院では、新人医師は治療実績を積むことができず、先輩医師から雑用を押し付けられ疲弊している。そんな実情を知った新人医師は、多くの患者を診療する機会があり、技術を身につけられる都心の一般病院を研修先として選んでいる。研修を終えても、出身大学には戻らず、そのまま一般病院で働く医師が多くなった¹⁸。

このように、新人医師の地方大学離れが一気に進むこととなる。全国医学部長病院長会議によると、2006年春に研修を終えて出身大学病院での勤務を選んだ医師は51%で、研修制度が始まる前の2002年に比べて21ポイント減った。特に地方大学の落ち込みは激しく、関東の4ポイントに比べて、四国は44ポイント、北海道は43ポイントも減った¹⁹。

大学病院の研修医の落ち込みにより、連動して一般病院も苦境に陥っている。地方の大学病院は関連病院や公立病院に医師を派遣して、地域医療を支えていたが、医師の確保が難しくなったため、派遣先の病院から医師を引きあげ始めた²⁰。当然のことながら、引きあげられた病院は医師不足に陥り、診療科目を減らす病院もでてきた。

このように、「新医師臨床研修制度」に移行してから、医療を提供できる地域も偏れば、診療科目も偏っており、地域の病院が疲弊している。

第2節 日本の医療保険制度の歴史

2.1 保険という仕組みで運営される医療保険

日本では医療に限らず年金や介護などは、いずれも社会保険と呼ばれる保険という技術を用いた社会的な仕組みで運営されている。しかし、保険を用いた仕組みには、これ以外に多くの民間保険があり、私たちの生活を様々な危険から守っている。

保険とは、共通の危険にさらされた多くの人が集まって、お互いに保険料という形で少しずつ払い合うことによって、事故時の損失の危険を保険者に移転させ、多くの人の中に危険を分散し、

¹⁶ 唐鎌 (2007) pp.95-96.

¹⁷ 読売新聞医療情報部 (2008) pp.138-139.

¹⁸ 読売新聞医療情報部 (2008) p.139.

¹⁹ 読売新聞医療情報部 (2008) p.139.

²⁰ 読売新聞医療情報部 (2008) p.140.

プール（共有化）する仕組みである²¹。

それでは、保険を成り立たせるのために必要な基本原則を説明する。まずは、「大数の法則」である。コインを投げて裏になるか表になるかやってみるとする。1回ごとに、どちらになるのかは偶然でしかないが、これを何百回、何万回と繰り返していくうちに、裏になる確率も表になる確率も限りなく0.5に近づくことになる。このように、個々の場合にはまったくの偶然にみえる事柄も、多量に観察するとその事象の発生する確率が一定値に近づくという法則があり、これが大数の法則である。このように、保険が成立して安定的に運営されるためには、その基礎に、大数の法則が成立するだけの多数の人の参加が不可欠となる²²。

次に、「収支相等の原則」である。これは保険給付の総額（総支出）と保険料の総額（総収入）が一致するように保険料を算定することである。つまり、入ってくるお金と出ていくお金が同じ額となることを意味する。これが成立しない限り、支払い不能になって制度そのものがつぶれることになる。民間保険はもちろん、社会保険であっても、保険制度であるかぎり、制度が成り立つために欠かせない基本原則である²³。

最後に、「給付・反対給付均等の原則」があげられる。これは、各人の保険料と事故にあった際に支払われる保険金の数学的期待値が等しいことを示す原則である。Pを保険料、Wを事故発生確率、Zを保険金とすると $P=WZ$ の式で示される。この式から、各人が支払うべき保険料の額は、その人について対象となる保険事故の発生率に応じ、かつ、保険給付額に応じるということがわかる。事故の発生する確率が10倍高い人が通常の人と同じ保険給付を受けるためには、10倍の保険料が必要だということである。この原則にかなうことが、保険契約における等価交換を意味する。この意味での公平性を個人的公平性という²⁴。

さて、前述の保険の定義に照らし合わせて、社会保険が保険といえるのか確かめていきたい。医療保険や介護保険などの現物給付はこれに当てはまるのかという疑問がある。その対象としている病気やけがなどの危険が、個人にとって偶然で、同じような危険にさらされた多数の人がその時に備える仕組みであることに疑問はない。では、現物給付は評価可能な金銭的入用を満たすものといえるのだろうか。答えはイエスである。医療サービスも介護サービスも市場で取引されており、費用を払えば購入することができる。その費用を払えないがために、必要な医療が受けられないということがないように、医療保険がつくられた。このことは、サービスの費用が診療報酬や介護報酬という形で金銭評価されていることから理解できる。このように、現物給付についても前述の保険の定義を満たしており社会保険も民間保険と同様に、保険の一種といえる²⁵。

それでは、今度は、同じ保険制度でありながら、社会保険と民間保険はどこが違うのか比較してみる。表1に主な相違点を列挙した。これらの多くの異なった特徴を作り上げている基本的な仕組みの違いが、法律によって加入が義務付けられるか、契約によって自由に選択されるかとい

²¹ 棕野・田中（2013）p.225.

²² 棕野・田中（2013）pp.227-228.

²³ 棕野・田中（2013）pp.228-229.

²⁴ 棕野・田中（2013）pp.229-231.

²⁵ 棕野・田中（2013）pp.233.

う点である。民間保険の鉄則は契約により加入も脱退も自由ということと、保険料は各自のリスクに見合った適正なものとなることである。このように、民間保険では給付・反対給付均等の原則が成立している²⁶。

しかし、病気やけが、障害といったリスクの性質によっては保険による保障から外れてしまうので、そのルールでは対応できない人たちがいる。そこで、民間保険では必ずしも国民に基礎的な保障をうまく提供できない分野について、国が法律で要件を定め、加入を義務付けるという社会保障の仕組みがつくられ、多くの国で発展してきた²⁷。

社会保険においては、加入の義務付けにより確実に被保険者が確保されるため、その保険料負担のルールは、国民の多くが納得し合意がえられれば、いろいろに定められる。リスクに関係なく、同一の保険料とすることもできる。勤め人については、ほとんどの国で、給与額に比例して保険料負担が行われる。ある意味では、元気で高所得の人は、病気がちで低所得の人の何倍もの保険料を負担していることになる。このため、社会保険には、高所得者から低所得者へ、あるいは低リスクの人から高リスクの人への所得再分配という機能もある²⁸。

表1：社会保険と民間保険の相違

	社会保険	民間保険
適用	強制加入	任意加入
給付水準	最低保障、従前所得の保障	個人の希望と支払い能力に応じてより高い水準が可能
原理	社会連帯	保険原理
権利の根拠	法律で定められ変更可能（制度的権利）	契約により確定し、契約者の同意なく変更可能
市場	政府の独占	民間企業の競争
費用	保険料と公費負担	保険料のみ
費用予測	正確な予測は必ずしも必要ではない	より正確な予測が必要

（出所）『はじめての社会保障（第10版）』から作成。

²⁶ 棕野・田中（2013）p.236.

²⁷ 棕野・田中（2013）pp.236-237.

²⁸ 棕野・田中（2013）pp.237-238.

2.2 分立する公的医療保険

戦前、国家公務員や一部の大企業には医療費の相互扶助を目的とした共済組織が存在していたが、一般国民に広く浸透していなかった。そうした状況で、ドイツの例²⁹に倣い公的医療保険が整備された。まず、1922年に日本で初めての社会保険となる健康保険法が制定され、1927年に施行された。しかし、当時の日本は農業や漁業をはじめとする第一次産業が中心であり、一部の民間企業の従業員を対象としている医療保険では、国民すべてをカバーすることはできなかった。そこで、1938年に国民健康保険法を制定し、公務員や民間従業員以外の者を対象とする国民健康保険が創設された。これは市町村単位で組合を設立する方式だった点や、設立が強制ではなかった点など不十分な面があり、間もなく全面的な戦争に突入したため、十分に定着していたとは言い難い。

戦後は、1958年に国民健康保険法が改正され、国民健康保険の設立を全国の市町村及び特別区に義務付けられた。その後、1961年にすべての国民が公的医療保険に加入できる国民皆保険体制が成立した³⁰。

国民皆保険の最大のメリットは、「疾病リスクの相違や所得の多寡にかかわらず国民誰もが一定の自己負担で医療にアクセスできること」である。たとえサラリーマンが失業や転職をしても国民健康保険が「受け皿」になるため、失業等により医療保険を失うことはない。一言でいえば、個人のライフサイクル上のリスクを軽減するセーフティーネットとして、国民皆保険制度は非常に大きな役割を果たしているといえる³¹。

日本は国民の傷病のリスクに備えて社会保険方式による公的医療保険が用意されており、国民全員に加入を義務付けることで国民皆保険を実現している。日本の公的医療保険は国民全員が1つの制度に加入するのではなく、複数の制度に分立しているのが特徴である。職業、年齢、地域によって加入する制度が異なっている。

まず、年齢によって75歳以上とそれ以外に分け、75歳以上の高齢者は後期高齢者医療制度へ加入する。次に、75歳未満は職業によって組合管掌健康保険（組合健保）もしくは全国健康保険協会管掌健康保険（協会健保）、共済保険、国民健康保険のいずれかに加入する。

組合健保は大企業の従業員とその家族が加入し、協会健保は中小企業の従業員とその家族が加入する制度である。共済保険は公務員と私立学校教員が加入する制度である。これらは、民間の従業員か公務員の違いはあるものの従業員が加入する制度なので被用者保険と呼称される。

²⁹ ドイツの例とは、強制的な保険料に基づくドイツの社会保険（ビスマルク方式）である。ドイツではもともと同業種の商工業者がお金を出し合って、互いの傷病などに備えるという共済組合が形成されていた。ビスマルク首相がこの仕組みを法律に基づいて全国レベルで強制的な保険料として徴収する仕組み、すなわち社会保険制度を確立させたのである。1883年に疾病保険、1884年に労働災害保険、1889年に年金保険がそれぞれ制定された。

³⁰ 椋野・田中（2013）pp.260-264.

³¹ 島崎（2005）p.37.

加えて、75歳未満の国民の中には被用者保険に加入できないものがある。具体的には農業、自営業、パート・アルバイトなどの非正規雇用、年金受給者などの無職者である。彼らは市町村が運営する国民健康保険に加入する。

2.3 高齢化への対応

戦後、日本は高度経済成長を経験し、皆保険は経済成長の成果としての税収や社会保険料に支えられて、給付水準が大幅に改善される。「福祉元年」といわれる1973年には、高齢者への医療アクセスの改善を目的として老人医療費支給制度、いわゆる老人医療の無料化が実施された。

制度導入後、高齢者の医療機関の受診率は伸びたものの、深刻なモラルハザードが発生し高齢者による過剰受診を招き老人医療費は増大することになった。加えて、オイルショックを契機に日本経済は低成長に入り高度経済成長が終焉を迎えると同時に、日本の高齢化率が初めて7%を超え、急速な高齢化の進行が明らかとなった。これにより、医療などの社会保障負担が増大することも確実に見通された³²。

そこで、1982年に老人保健法が制定され、高齢者の自己負担の復活をはじめ、老人医療費負担の公平化が行われた。この老人保健制度には3つのねらいがあった。第1は患者の一部負担の復活。その根拠として①医療サービスを利用する人とならない人の公平の確保、②コスト意識を高め、無駄や非効率な医療を避ける、③保険料以外の財源確保があげられる。第2は40歳からの検診や健康指導など積極的に行って、病気の予防や早期発見を進めることである。そして、第3は財政調整である。具体的には、国庫負担の割合が高い国民健康保険が全面的に抱えてきた高齢者医療費の負担を減らし、その分を被用者保険から応分に負担してもらう仕組みを構築することである。

老人保健制度の加入者は75歳以上の高齢者と寝たきりなど障害のある65歳以上の高齢者で、市町村が実施する。費用負担については、かかった医療費のうち患者の一部負担を除いた額の50%は公費負担、残りの50%を各保険者が分担する。

しかし、高齢化が進むとともに老人保健拠出金は毎年のように増える一方で、1990年代から続く不況のもとで被用者保険も共同で負担することが困難になってきた。そして、高齢化がさらに進んでも制度が維持できるように、2008年に老人保健法に代わって後期高齢者医療制度が実施された³³。

後期高齢者医療制度の加入者は75歳以上の後期高齢者と寝たきりなど障害のある65歳以上の高齢者で、彼らはそれまで加入していた被用者保険や国民健康保険の加入を外れ、別建ての後期高齢者医療の被保険者となる。この点が従来の老人医療とは根本的に異なる。そしてひとりひとりが被保険者となり保険料を負担する。保険者については、すべての都道府県に、その区域内にあるすべての市町村が参加してつくる後期高齢者医療広域連合を設立して、これが当たることに

³² 椋野・田中(2013) pp.264-266.

³³ 椋野・田中(2013) pp.49-51.

なった。広域連合とは、市町村の行政区域を超えた行政課題に対応するために複数の自治体が共同で設置する特別地方公共団体である。費用負担については、かかった医療費のうち本人負担を除いた部分の 10%を後期高齢者本人が負担する保険料、約 50%を公費負担（国と都道府県、市町村が 4：1：1 の割合で負担）、そして残りの約 40%を 74 歳以下が加入する被用者保険や国民健康保険からの支援金によって賄うことになっている。

後期高齢者本人が負担する保険料は、個人単位で、広域連合ごとに区域内で均一に決められる。その決め方のルールは、負担能力に応じて負担する応能割として所得割と、受益に応じて負担する応益割としての均等割の 2 種類をほぼ 50：50 になるように組み合わせて決める³⁴。

このように、医療保険は何度も改正を繰り返して、少子高齢化の進展や疾病構造の変化に対応し医療を充実させてきた。

2.4 分立する診療報酬制度

診療報酬とは、受け取る側の医療機関にとっては企業の売上高に当たるものだが、支払う側の保険者や患者にとっては医療を受けるのに必要となる費用を意味し、消費者が企業から商品やサービスを購入する場合の購入価格である。さらに、企業の個々の商品やサービスの価格に相当する医療行為の価額は、患者と医療機関の自由な交渉によって決定しているのではなく、全国一律の公定価格として政府が決定しているのである³⁵。

日本の支払い方式として、原則的に出来高払いといって、個々の医療サービスごとに定められた価格の合計額が医療者に支払われる仕組みがとられている。これは唯一の支払い方式ではなく、包括払い制度や人頭制、総額予算制など様々な支払い方式がある。

- ・出来高払い制度 出来高払い制度は注射、検査など一つ一つの医療行為に価格が設定されており、それらを合計したものが診療報酬になる方式である。この方式には医療行為が多ければ多いほど医療機関の収入が増えるので、過剰な検査、過剰な投薬といった過剰な医療の提供という問題点がある。

- ・包括払い制度 包括払い制度は、患者が何の病気であったかによって診療報酬が決まる方式である。この方式の採用にあたって、過剰な医療の削減ひいては医療費の抑制が期待されている。しかし、この方式には行う医療行為が少なければ少ないほど医療機関の利益になるので、過小な医療を誘発させるという問題点がある。

日本の支払い方式の基本は出来高払い方式だが、包括払い方式も採用されている。例えば、療養病床（いわゆる慢性期病院）の入院費用の大部分は 1 日当たりの包括払い方式で支払われている

³⁴ 棕野・田中（2013）pp.51-53.

³⁵ 竹下（2005）p.1.

る。1992 年以前は慢性期入院医療についても出来高払い方式が採用されていたが、それが検査
漬け・薬漬けといわれるような過剰診療をもたらしている可能性があるとして包括払い方式が採
用されたのである。実際、包括払い制度採用後、医薬品の使用量や検査・画像診断の実施数は減
少している³⁶。

第 3 節 プライマリ・ケアは処方箋となるか

3.1 諸外国と比較して日本の医療は優れているのか

世界的にみて日本の医療制度は優れているのか否かどちらなのかを考察する。

WHO は、数年ごとに世界各国の「健康達成度」を評価している。「健康達成度」の評価基準
は①健康寿命、②健康寿命の地域格差、③患者の自主決定権や治療への満足度などの達成具合、
④地域や人種などによる患者対応の差別の程度、⑤医療費負担の公平である。以上 5 つの基準を
もとに、2005 年時点の総合評価で発表された 1 位に輝いたのは日本である。それは、平均寿命
の高さや乳幼児死亡率の低さをみても優秀な数値がでていることからわかる。

表 2 の 2012 年度の男女合わせた平均寿命をみると、日本は単独で 1 位で 84 歳である。
第 2 位は 83 歳で 6 ヶ国あり、第 3 位は 82 歳で 11 ヶ国ある。ちなみに、男女別でみると、日本
の女性の平均寿命は 87 歳で 1 位である。一方で男性は 80 歳で 8 位となり、1 位はアイスランド
の 81.2 歳である。

図 3 の 1000 人当たりの 2012 年度の乳児死亡率をみると、日本はスウェーデンと同列 1 位で 2
人である。逆に、乳児死亡率が高い国はシエラレオネの 117 人である。

以上より、日本の医療制度は世界的にみて優れていることが分かった。しかし、一方で国民に
よる自国の医療制度の評価結果をみると、ヨーロッパの諸国に比べて、日本の評価は低い。2010
年の国民の自国の医療制度に対する評価は、スウェーデンで 75%、カナダで 70%、英国では
55%が「受けやすい」と回答したのに対して、日本は 15%で、先進 22 か国で最低であった。
国民からの評価が高い国々は、プライマリ・ケアが導入されている国で自国民から医療制度に対
する信頼が高いことがわかっている³⁷。このことを考慮して、日本の医療にプライマリ・ケアを
導入すべきかどうか検討したい。

³⁶ 松田 (2013) p.72.

³⁷ 東京財団「医療・介護制度改革の基本的な考え方」.

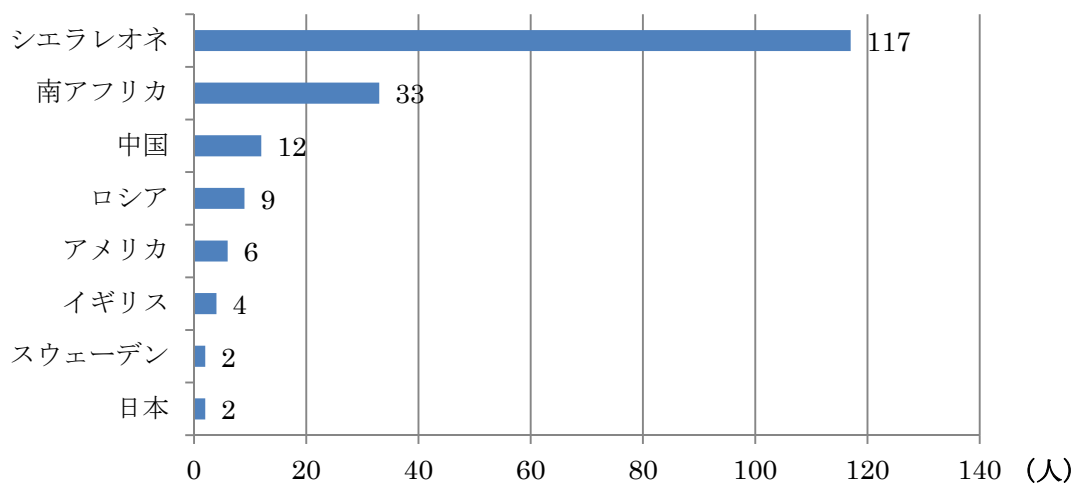
表 2：2012 年度の男女合わせた平均寿命

順位	国名	平均寿命
第1位	日本	84歳
第2位	アンドラ	83歳
	オーストラリア	
	イタリア	
	サンマリノ	
	シンガポール	
	スイス	
第8位	カナダ	82歳
	キプロス	
	フランス	
	アイスランド	
	イスラエル	
	ルクセンブルク	
	スウェーデン	
	スペイン	
	ニュージーランド	
	ノルウェー	
	モナコ	

(出所) 世界保健統計 (2014) より作成。

http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2014/en/

図 3：2012 年度の乳児死亡率 (1000 人当たり)



(出所) 世界保健統計 (2014) より作成。

http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2014/en/

3.2 プライマリ・ケアとは何か

英国、オランダ、オーストラリアをはじめ諸外国ではプライマリ・ケアを採用している。プライマリ・ケアとは日常よく遭遇する病気や健康問題の大部分を患者中心に解決するだけでなく、医療や介護の適正な利用や、病気の予防、健康維持・増進においても利用者と継続的なパートナーシップを築きながら、地域内外の各種サービスと連携する調整のハブ機能を持ち家族と地域の実情と効率性を考慮して提供されるサービスである³⁸。

簡単にいうと、近所において、何でも気さくに診てくれ、いつでも相談に乗ってくれる医師による医療のことで、特定の病気だけを診る専門医療とは違って、総合的に診療する医療のことである。緊急の事態が起こったり専門的な医療が必要になったりしたときは、最適の専門医に紹介してくれるので安心である³⁹。

具体的には、患者の病気やけがの程度によって、日常的で身近な病気やけがを診る一次医療、専門医の診療あるいは入院を伴う二次医療、二次医療では対応できない高度先進医療を対象とする三次医療の大きく3つに分けられている。

一次医療は主として診療所や小さな病院で行われる。そこで患者のことをよく知っている家庭医が診て、必要に応じて二次医療に紹介する。そこで良くなれば、また地域に戻り、家庭医が生活面も含めてフォローする。加えて、二次医療に行ってから三次医療が必要になれば、そこから送られる。このように、患者に必要な医療が適材適所でスムーズに行われるシステムが確立している⁴⁰。

プライマリ・ケアのメリットについて考えたい。メリットとして、①家庭医が患者を適切な専門家に紹介でき効率的であること、②家庭医は患者やその家族と長く関わっているので、患者を深く理解したうえで診断ができること、③家庭医は患者の担当医で、保健指導や予防医療を担うことができることがあげられる。家庭医を通して必要な専門医療が提供されるので、無駄な検査や医療が省け、医療費の節約につながる。

加えて、家庭医によるゲートキーパー制度は病院の専門医にとってもメリットが大きい。病院の専門医は、日本のように多数の外来患者の診察に忙殺されることはない。専門治療が必要だと家庭医が選択して紹介してくれた患者だけを診ればいいので、自分の専門能力を高めることができる。

3.3 プライマリ・ケアを導入するべきか

日本で、良質な医療を受けられる場合もあるが、その逆も多い。これは個々の医師や医療機関

³⁸ 葛西 (2013) p.67.

³⁹ 日本プライマリ・ケア連合学会「日本における用語プライマリ・ケアとは」.

⁴⁰ 葛西 (2013) pp.69-70.

の質の問題以上に、フリーアクセスという医療制度の問題である。

フリーアクセスが患者にとって便利で安全なシステムとなるには、少なくとも2つの条件をクリアしなければならない。まず、患者自身が自分の心身に起こった不調を冷静に見極め、どの病院、どの科に行けばいいのかを判断できること。そして、各医療機関が提供できる医療の内容について、正確な情報を開示することである⁴¹。

しかし、この2つの条件をクリアすることは難しい。多くの人にとって医療は、自分や家族が病気になるまで縁遠いものである。そんな医療という世界に関わって、診療所と大病院どちらに行くべきかなど多くの疑問に途方に暮れることになる患者は多い。加えて、医師は医療の専門家、それに対して患者は素人であるので、両者には情報の非対称性があり、その差によってコミュニケーションが一方向的なものとなり、不信感を招くことがある⁴²。このような状況の中で、患者が納得して医療を受けることはできない。病院や診療科の選択を患者自身に委ねるのは、医療制度として無責任だといえる。

医療への不信感を払拭し、患者が納得して医療を受けることができる患者中心の医療の実現のため、部分的にでもプライマリ・ケアを導入することが求められる。導入することで得られる最大のメリットは安心感である。何かあった時に、診療科を問わず診てもらえることができる。加えて、患者とのコミュニケーションを重視し、問診や身体診察を中心にして、あまり検査や薬は処方しない。さらに、大病院での診療や入院、退院において継続的にフォローアップをするのである。

第4節 持続可能な医療の創出に向けて

4.1 医療費増抑制のための医療の効率化

医療政策の目的は質の高い医療を効率的に提供することであり、医療費を抑制することではない。しかし、国と地方合わせて1000兆円以上の負債がある状況で、医療費の約4割もの公費が投入されている医療の増加を放置しておくわけにはいかない。ここで医療費抑制政策はあくまで医療費増抑制政策であって、医療費削減策ではないことに留意する必要がある⁴³。医療技術の進歩と高齢化に伴う医療費の増加は必然的である。だからこそ、医療費増抑制政策として、医療の質を落とすことなく医療の無駄を省き、効率的に提供できる医療を目指すことが必要となる。

では、日本の医療における効率化できる余地について考えたい。日本の医薬品使用に関しては、同じ効果の薬であっても高価な先発医薬品使用割合が高いことが問題となっている。つまり、日本では後発医薬品（ジェネリック医薬品）の普及が進んでいない問題がある。後発医薬品とは、先発医薬品と治療学的に同等であるものとして製造販売が承認され、一般的に、開発費用が安く

⁴¹ 葛西（2013）p.37.

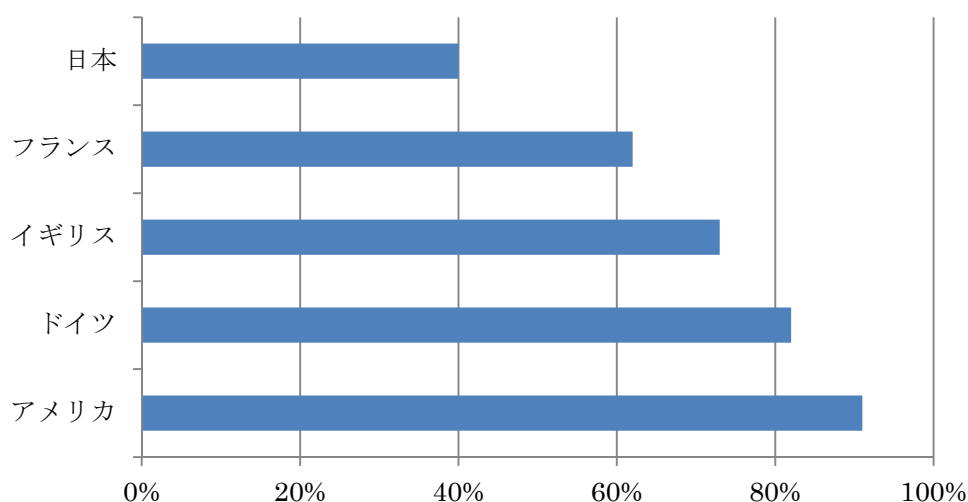
⁴² 北澤（2009）p.208.

⁴³ 松田（2013）p.123.

抑えられることから、先発医薬品に比べて薬価が安くなっている薬のことである⁴⁴。日本でのジェネリック医薬品の使用率は上昇傾向ではあるが、図4からもわかるように、日本は後発医薬品の数量シェアは約40%であり、欧米諸国と比較して普及が進んでいない。その原因の一つとして、医療関係者の間で、後発医薬品の品質や情報提供、安定供給に対する不安が払拭されていないことが挙げられる。

後発医薬品の普及は患者の薬剤費の自己負担を軽減できるだけでなく、医療の質を落とすことなく、医療保険財政の改善を図ることができると思う。

図4：世界のジェネリック医薬品シェア（数量ベース：2010年）



（出所）日本ジェネリック製薬協会より作成。

<http://www.jga.gr.jp/general/about/faq01/>

4.2 大病院集中のない医療提供体制の実現

前に述べたように、日本では軽症であっても患者が大病院に集中することで医師は忙殺され、専門的な治療を必要としている患者の治療機会を奪っている問題がある。この問題を解決するためには、患者の病気やけがの程度によって、病院や診療所などの医療機関の役割分担を明確化し、相互に連携することが求められる。例えば、日常的に起こりうる軽度の病気やけがを抱えている軽症な患者を診療所や中小病院が担当し、それ以外の専門的な治療を必要とする患者を大病院が担当すれば適切だと考えられる。しかし、日本ではフリーアクセスが保障されており、患者に医療機関の選択権があるので、単に医療機関の役割分担を明確化しただけでは患者の大病院の集中は解決できない。そのため、医療機関のアクセスを制限することが求められる。

厚生労働省は、紹介状を持たずに、大病院を受診した患者に新たな負担を求める制度を 2016

⁴⁴ 厚生労働省「後発医薬品の使用促進について」。

年までに導入することを予定している。初診料は2820円、再診料は720円で、診療報酬として医療保険が適用され、患者の負担は1～3割となる⁴⁵。これらの支払いを診療報酬とは別の料金に設定し、全額患者負担にするという案が検討されている。他にも、大きな病院が独自に設定することができる初診料⁴⁶を1万円とする案も検討されている⁴⁷。検討されているこれらの案は、初診料を引き上げて、大病院へのアクセスを制限してしまうが、大病院の集中を抑え医師の忙殺を解消し、重篤な患者の治療をスムーズに行うことができる。しかし、大病院のアクセスを制限することで、幅広い症状を正しく診断し、必要に応じて大病院を紹介できる診療所や中小病院の役割が重要になる。そのため、家庭医のような医師の普及が求められる。

4.3 医師不足と医師の偏在の解消に向けて

医師養成数の増員

2010年度の医学部定員数は8846人であり、2007年度に比べて1221人増加した。つまり既存医学部において、かなりの定員増加に対応できることを示している。仮に、2010年から10年間、この定員数を維持すれば、2025年には、日本の人口1000人当たりの医師数は2.8人になり、G7平均2.9人に近い水準に到達する。一方で、日本では2007年をピークに人口が減少している。2007年の人口は、1億2777万人であり、2025年の人口は1億1927万人と見込まれている⁴⁸。したがって、既存医学部定員数の増加の維持と人口減少によって、日本の1000人当たりの医師数は10年後には他の先進国と比べてもそんな色ないものとなる。

医学教育の見直し

医師の偏在を是正するために、政府及び地方の大学は医師を適正に配置するシステムを構築していく必要がある。地方の国公立大学を中心に、卒業後その地域で一定期間地域医療に従事することを条件にした「地域枠」を設け、学費に相当する奨学寄付金を出す医学部を増やす。例えば、青森県の弘前大学では、県内の現役受験者を対象に20人の地域枠を設定している。約28万円の入学金や年額約53万円の授業料が全額免除されるほか、毎月最高12万円の奨学金が貸与される。卒業後は9年間同大附属病院または県内の医療機関に勤務することが条件となる⁴⁹。このような制度を設けることで、学費が払えないために医学部受験をためらっている人に加え、出身県で働きたいと考えている人が医学部に入学して地域医療を支える人材となることが期待できるのである。

⁴⁵ 「朝日新聞 DIGITAL」2014年5月9日。

⁴⁶ ベッド数200床以上の病院は、紹介状のない患者の初診と再診について、病院が任意で選定療養を徴収できる。選定療養は、医療機関の裁量で加算できる費用で、健康保険が適用されず、全額自己負担となる。しかし、価格や徴収してもよい患者など一定のルールが設けられている。

⁴⁷ 「日経新聞 電子版」2014年7月6日

⁴⁸ 日本医師会「医師数増加に関する日本医師会の見解」。

⁴⁹ 読売新聞医療情報部（2008）p.146。

女性医師への支援

医学部入学者における女性の増加は著しく、女性医師数は増えている。しかし、女性医師が結婚・出産・育児等と医師業務とを両立させる社会的環境の整備はいまだ進んでおらず、病院における就労環境も過酷なため、第一線を退くまたは辞めざるを得ない女性も多い。その結果、現場で働く医師数の減少に大きな影響を与え、医師不足の一因ともなっている。したがって、女性医師への支援が求められる。短時間正規雇用の推進や保育所の整備、復職プログラムなどの女性医師への支援を通して、出産・育児と医師業務の両立を可能なものとし、女性医師のワークライフバランスを実現するのである。

おわりに

日本の医療制度はWHOが評価しているように素晴らしい制度なのかもしれないが、高齢化が進行していく中で、持続的に機能していくのか疑問である。そこで、人口構造の変化に対応できる持続可能な医療の創出が必要と考え、今後の医療改革について考察してきた。

第1節では日本の医療の問題として、高齢化や疾病構造の変化に伴う医療費の増加とフリーアクセスによる大病院の集中、医療従事者の不足と偏在を挙げた。

第2節では国民皆保険体制やフリーアクセス、診療報酬制度からなる医療制度の3つの柱によって誰もが保険に加入でき、必要な時に必要な医療を受けられようになったという日本の優れた医療制度の確認と、保険を別建てにしたり、保健事業をしたりと高齢化に対し制度がいかに改正されてきたかをみてきた。

第3節ではプライマリ・ケアの紹介とプライマリ・ケアを導入すべきかを考察した。結果、医療に対する不信を払拭し、患者が納得できる治療を受けるために患者中心の医療が求められることから、プライマリ・ケアを日本に部分的にでも導入することが必要であることが分かった。

第4節では第1節で挙げた問題の解決策として、ジェネリック医薬品の促進による医療の効率化を進め医療費増を抑える。加えて、大病院の初診料を引き上げ、大病院のアクセスを制限することで、医療機関の役割分担をして相互に連携する仕組みに実効性をもたせ、患者の医療機関の利用の仕方を適切なものとする。さらに、医学部定員の増員と女性医師の労働環境改善、地域枠の拡大で医師の不足と偏在を解消する。

急速に高齢化が進む中で、日本の医療財政は悪化しており、医療の持続可能性を高めることは急務である。そのためには、高齢化による医療費増やフリーアクセスによる大病院集中、医師の不足と偏在を解決することが求められる。まず、ジェネリック医薬品の普及を促進するとともに、病気の予防を促す保健サービスの展開を図り生活習慣病患者を減らすことで、医療財政を健全化する必要がある。つぎに、医療機関の役割分担を明確化し、互いに連携する仕組みをつくり、大病院の初診料を引き上げる。そして、プライマリ・ケアを部分的に導入し、診療所や中小病院に家庭医を配置することで、かれらの指示に従い患者の医療機関の利用を適切なものとする。それだけではなく、医療による不信と不満を払拭し患者中心の医療の実現が期待できる。最後に、医

学部定員の増員と女性医師の労働環境改善、地域枠の拡大で医師の不足と偏在を解消する。

参考文献

- ・島崎謙治（2005）「我が国の医療保険制度の歴史と展開」遠藤久夫・池上直己編『医療保険・診療報酬制度』勁草書房.
- ・竹下昌三（2005）『わが国の医療保険制度』大学教育出版.
- ・唐鎌直義（2007）『どうする！あなたの社会保障①医療』旬報社.
- ・葛西龍樹（2013）『医療大転換-日本のプライマリ・ケア革命』ちくま新書.
- ・北澤京子（2009）『患者のための医療情報収集ガイド』ちくま新書.
- ・松田晋哉（2013）『医療のなにかが問題なのか』勁草書房.
- ・棕野美智子・田中耕太郎（2013）『はじめての社会保障（第10版）』有斐閣アルマ.
- ・読売新聞医療情報部（2008）『数字でみるニッポンの医療』講談社現代新書.
- ・香川大学経済政策研究室『経済政策研究』
<http://www.ec.kagawa-u.ac.jp/~tetsuta/jeps/>
- ・厚生労働省（2013）『政府統計の総合窓口 平成23年度国民医療費』
<http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/NewList.do?tid=000001020931>
- ・厚生労働省（2013）『厚生労働白書 平成25年度版』
<http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/13-2/dl/02.pdf4>
- ・東京財団「医療・介護制度改革の基本的な考え方」
<http://www.tkfd.or.jp/files/doc/2012-05.pdf>
- ・日本医師会「医師数増加に関する日本医師会の見解」
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000000u8kz-att/2r9852000000u8s8.pdf>
- ・日本医労連
<http://www.irouren.or.jp/about/irouren.html>
- ・日本ジェネリック製薬協会（2010）
<http://www.jga.gr.jp/general/about/faq01/>
- ・日本プライマリ・ケア連合学会
<http://www.primary-care.or.jp/index.html>
- ・WHO（2014）『世界保健統計2014』
http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2014/en/