

包括的で持続的な発展のための
**ユニバーサル・
ヘルス・カバレッジ**

編著 池上直己

日本からの教訓

Universal Health Coverage



包括的で持続的な発展のための
ユニバーサル・
ヘルス・カバレッジ

編者 池上直己

日本からの教訓

Universal Health Coverage

目次

序文	9
謝辞	11
概要.....	13
池上直己、前田明子	
第1章 日本の医療制度の政治的・歴史的背景.....	31
ジョン・C・キャンベル、池上直己、津川友介	
第2章 日本のユニバーサル・ヘルス・カバレッジを.....	47
維持するためのマクロ経済的な状況と課題	
小塩隆士、見明奈央子、池上直己	
第3章 日本の社会保険制度間の財政不均衡.....	63
高久玲音、別所俊一郎、西村周三、池上直己	
第4章 日本の介護保険制度：中所得国への教訓.....	79
ジョン・C・キャンベル	
第5章 日本の診療報酬改定による医療費の抑制.....	93
池上直己	
第6章 日本の診療報酬の政治経済学.....	141
ジョン・C・キャンベル、高木安雄	
第7章 日本の医師の配置を規定する要因.....	163
池上直己	

第8章 准看護師：日本における看護労働力拡大のひとつの 選択肢.....	179
池上直己、ジェームス・ブチャン	
第9章 日本における国立病院改革：成果と課題	199
田川洋平、津川友介、池上直己	
第10章 日本における保健所を通じた公衆衛生の向上への 取り組み	215
津川友介、池上直己、見明奈央子、マイケル・ライシュ	

参考資料

著者略歴

ユニバーサル・ヘルス・カバレッジに関する日本・世界銀行共同
研究プログラム 本書以外の成果報告書一覧

表

表1	日本のデータ概要.....	13
表2	保健医療人材の現状.....	20
表2.1	医療費増加の要因(2002~12年).....	57
表3.1	国民健康保険の保険者間の保険料率の差(調整前および調整後).....	72
表3.2	国民健康保険制度間の非高齢者および高齢者世帯の保険料率の範囲 (2010年).....	73
表8.1	多様な看護従事者のカテゴリー:国際的な概観.....	193
表9.1	独法化による主要な改革.....	204
表9.2	「再生プラン」で設定された目標段階.....	207
表9.3	改革の効果.....	208
表10.1	地域保健法施行前後の保健所と市町村保健センターの機能.....	225

図

図1	社会保険制度間の補助金と内部補助.....	17
コラム1.1図	日本の医療保険制度.....	34
図2.1	実質GDP成長率.....	48
図2.2	1人当たり雇用者報酬2010年物価基準.....	49
図2.3	社会保険料収入および税収の名目GDPに対する比率.....	49
図2.4	一般会計における歳出・税収の状況.....	50
図2.5	政府債務残高の名目GDPに対する比率.....	50
図2.6	所得格差および所得再分配の寄与要因.....	51
図2.7	年齢階級別のジニ係数(1984年および2011年).....	52
図2.8	1967年および2011年の所得階層別の医療の現物給付、現金給付、 社会保障負担.....	53
図2.9	医療費の財源の変化(1954~2011年).....	54
図2.10	年齢階級別の1人当たり医療費(2001年および2010年).....	55
図2.11	65歳以上の人口の割合(1950~2010年).....	56
図2.12	年齢階級別の医療費(1977~2011年).....	57
図2.13	年齢階級別の医療保険料および給付(2011年).....	58
図3.1	社会保険制度間の資金の流れ(2011年).....	66
図3.2	国民健康保険と組合管掌健康保険加入者の年齢分布 (1970年および2010年).....	67

図3.3	国民健康保険加入者の職業分布	67
図3.4	一般会計歳出に占める社会保険関係補助金の割合	68
図3.5	国民健康保険の収入構成の推移.....	69
図3.6	国民健康保険の加入者の課税所得額、保険料率および給付費	70
図3.7	各自治体の医療費指数と保険料率、および平均所得と保険料率（2010年） ...	74
図3.8	組合健保における被雇用者1人当たりの保険料および保険料率の推移.....	75
図3.9	被雇用者1人当たりの平均保険料および保険料率と、法定給付費、付加給付費、平均賃金との相関関係の推移.....	76
図4.1	介護保険への政府支出.....	83
図4.2	75歳以上の国民1人当たりの介護に係る支出	83
図5.1	国民医療費と薬剤費（1990～2011年）	96
図5.2	診療報酬改定率と医療費の推移（1990～2012年）	97
コラム5.1図	MRI：撮影回数と医療費（1994～2010年）	101
図5.3	薬価引き下げの効果（2001～2012年）	105
図5.4	2002年以降および2001年以前に上市された先発薬、および2002年から2012年に上市された後発薬の数量と売上高の推移	106
図5.5	白金抗がん剤の先発薬と後発薬の数量および売上高構成の日米比較（2002～2012年）	107
参考図表5.1	記載年度別の売上高ならびに新薬比率の推移	117
参考図表5.2	薬価引き下げがなかった場合の記載年度別の売上高ならびに新薬比率の推移	118
参考図表5.3	抗がん剤ならびに抗生剤の売上数量、売上高等（2001～2012年）	119
参考図表5.4	薬効（ATC）別 で見た売上高の増減が大きかった薬剤	122
参考図表5.5	降圧剤の売上数量、売上高等（2001～2012年）	124
参考図表5.6	免疫抑制剤の売上数量、売上高等（2001～2012年）	126
参考図表5.7	糖尿病治療剤の売上数量、売上高等（2001～2012年）	128
参考図表5.8	その他の中枢神経系用剤（抗アルツハイマー薬含む）の売上数量、売上高等（2001～2012年）	130
参考図表5.9	心臓用治療剤の売上数量、売上高等（2001～2012年）	132
参考図表5.10	カルシウム拮抗剤の売上数量、売上高等（2001～2012年）	134
参考図表5.11	免疫賦活剤の売上数量、売上高等（2001～2012年）	136
参考図表5.12	診断用造影剤の売上数量、売上高等（2001～2012年）	138
図6.1	国民医療費、診療報酬全体改定率、診療報酬医科改定率、薬価改定率の年間増加率.....	148

図7.1	国公立以外の病院の医師の収入（一般的な労働者の平均との比較、1990年の消費者物価指数および年齢構成で標準化）	171
図8.1	准看護師養成機関と看護師養成機関の数（1950–2011年）	184
図8.2	看護師の数と准看護師の総人数（1952–2010年）	185
図8.3	准看護師と看護師の年齢構成（2010年）	186
図8.4	国公立病院以外の病院の看護師の収入（消費者物価指数および1990年度の年齢構成で補正済み）1990–2010年度	189
図8.5	勤労者全体の平均と比較した国公立病院以外の病院の看護師・准看護師の収入（消費者物価指数および1990年度の年齢構成で補正済み）1990–2010年度	190
図9.1	2004年の改革前後の国立病院への資金の流れ	202
図9.2	独法化前後の意思決定過程	206
図9.3	収支の傾向	211
図10.1	死亡原因の推移	222
図10.2	全国的な塩分摂取の経時的变化	223
図10.3	日本の保健所の役割の変遷	224

コラム

コラム1.1	日本の政治体制の主な特徴	32
コラム1.2	国民健康保険—地域保険	34
コラム5.1	新しい処置について価格を低く設定し、さらに引き下げる—MRIのケース	100
コラム6.1	2004年と2006年の上昇と下落	152
コラム10.1	保健師の役割	219
コラム10.2	医療政策の策定に必要な統計データを収集する組織・制度面での能力	221

序文

『世界保健報告書 2010 年度版——保健医療システムの財政：ユニバーサル・カバレッジへの道』が刊行されて以来、低中所得国では、他国がどのようにユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）を達成し維持しようとしているか、その経験に関する体系的な評価への関心が高まっている。さらには、UHC 政策やその制度設計に必要な技術的助言や財政的な支援を求める声も多く上がっている。

2011 年、日本は国民皆保険達成から 50 周年を迎えた。それを契機に、日本政府と世界銀行グループは、低中所得国で高まる要望に応えるため、日本を含む複数の国を対象とした国際研究を実施し、UHC 戦略の導入から実施に至る諸段階にある国々が有する多様で示唆に富む経験を共有することを着想した。これを受け、UHC に関する日本・世界銀行共同研究プログラム（以下、プログラム）が発足し、日本政府と世界銀行の共同研究チームが編成された。同プログラムは、各国が UHC を政策目標とする際の決定・実施プロセスに関する知識ギャップを埋めることを目的とする、2 年間の多国間国際研究である。

本書は、日本の UHC に関わる経験を 10 のテーマで分析した研究成果をまとめたものである。その際、各研究では、共通の分析枠組みが取られ、特に UHC 改革の政治経済面、保健財政と保健人材に見られる課題に取り組む政策や戦略に焦点が当てられた。日本が第二次世界大戦後、経済復興を果たした背景には、同国の国民皆保険に対するコミットメントが影響しており、それが健康な中産階級を育み、経済成長の果実を公平に配分することで、社会の安定化にも寄与した。

我々は、まず本国際研究の資金を提供していただいた日本政府に感謝の意を示したい。また、研究に参加し、データと経験を快く共有していただいた他の 10 カ国の政府——バングラデシュ、ブラジル、エチオピア、フランス、ガーナ、インドネシア、ペルー、タイ、トルコ、ベトナムにも謝意を表した

い。11 カ国研究から得られた最初の成果は、2013年12月5日から6日に東京で開催された「包括的で持続可能な成長のためのユニバーサル・ヘルス・カバレッジ」をテーマとした国際会議「保健政策閣僚級会合」で発表された。同会議において、麻生太郎副総理とジム・ヨン・Kim世界銀行グループ総裁は共に、包括的かつ持続可能な発展を目指す各国の基本目標のひとつとしてUHCの重要性を主張した。プログラム全体の研究成果は、前田明子他による*Universal Health Coverage for Inclusive and Sustainable Development: A Synthesis of 11 Country Case Studies* (邦訳『包括的で持続的な発展のためのユニバーサル・ヘルス・カバレッジ：11カ国研究の総括』)に要約されている。

UHCの目標は、全ての人々が質の高い医療サービスを受けられることを保証し、公衆衛生上の危険から全ての人々を保護し、本人や家族が病気になった際の医療費の自己負担額や所得喪失による貧困化から全ての人々を守ることである。UHCへの道筋は国ごとに異なるが、本書で扱っている、日本が国民皆保険を達成し維持する中で得たさまざまな経験が、UHCを目指す各国にとって有用な教訓となるよう期待している。

参議院議員
プログラム調整委員会共同議長
武見敬三

世界銀行グループ
保健・栄養・人口上級局長
プログラム調整委員会共同議長
ティモシー・グラント・エバンズ

謝辞

本書は池上直己 慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教室教授が主査を務める研究チームによってまとめられた。著者は以下の通り。

[プログラム共同主幹]

- | | |
|-------------|--|
| 池上 直己 | 慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教室教授
[概要、第1章、第2章、第3章、第5章、
第7章、第8章、第9章、第10章] |
| 前田 明子 | 世界銀行グループ人間開発局リード・ヘルス・
スペシャリスト [概要] |
| マイケル・ライシュ | ハーバード大学公衆衛生大学院国際保健政策
武見太郎教授 [第10章] |
| (以下、五十音順) | |
| 小塩 隆士 | 一橋大学経済研究所教授 [第2章] |
| ジョン・C・キャンベル | ミシガン大学政治学部名誉教授、東京大学高齢社会
総合研究機構訪問教授 [第1章、第4章、第6章] |
| 高木 安雄 | 慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科教授
[第6章] |
| 高久 玲音 | 医療経済研究機構主任研究員 [第3章] |
| 田川 洋平 | (株)川原経営総合センター・税理士法人川原経営
事業推進企画室コンサルタント [第9章] |
| 津川 友介 | ハーバード大学医療政策学、世界銀行グループ
コンサルタント [第1章、第9章、第10章] |
| 西村 周三 | 医療経済研究機構所長 [第3章] |
| ジェームス・ブチャン | クイーン・マーガレット大学保健大学院教授 [第8章] |
| 別所 俊一郎 | 慶應義塾大学経済学部准教授 [第3章] |
| 見明 奈央子 | 世界銀行グループ人間開発局業務調整官
[第2章、第10章] |

(2014年9月現在)

著者は、次の査読者から貴重なコメントを得た：ムケシュ・チョウラ、サマー・エル・サハティ、ジェラード・ラ・フォージャ、ジョン・ランゲンブルナー、クリストフ・ルミエール、フィリップ・オキーフ、小野智子、メリーゼ・ピエール・ルイ、アパルナー・ソマナサン、アジェイ・タンドン。

また、本研究活動の調整をサポートしてくれた（公財）日本国際交流センターの鈴木智子と吉岡加奈、そして英語版の校正を担当してくれたジョナサン・アスピンに感謝する。

概要

池上直己、前田明子

本章では、日本の保健医療制度の概略と共に、日本がユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）を導入、維持してきた経験をさまざまな観点から分析した 10 の研究を基に、日本が提供できる主要な教訓について述べる。

日本は高所得国で健康指標が良好であるものの、医療費の対国内総生産（GDP）比率と自己負担額の対総医療費比率が比較的低い（表 1）。しかし、日本経済はここ 20 年間は停滞しており、65 歳以上が総人口に占める割合は 25% と世界最高の水準に達している（総務省 2013）。

表1 日本のデータ概要

人口（2012 年）	1 億 2760 万人 *
国内総生産（GDP）（2012 年）	5 兆 9600 億ドル *
1 人当たり国民総所得（購買力平価 < PPP > 調整済み、2012 年）	4 万 7870 ドル *
総医療費対 GDP 比率（2010 年）	9.6%**
1 人当たりの総医療費（名目為替レート）（2010 年）	3213 ドル **
総医療費に占める公的支出比率（2010 年）	82.1%**
総医療費に占める自己負担比率（2010 年）	14.4%**
出生時平均余命（2011 年）	全人口で 82.7 年 **
人口当たり病床数（2011 年）	1000 人当たり 13.4 床 (うち 8.0 床は一般病床) **

出典：*World Bank 2013；**OECD 2013

現状の概要

法的根拠

憲法は、「すべての国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する」と定めている。国の社会保険制度の根幹を成す国民健康保険法は、被用者保険（職域保険）または75歳以上の後期高齢者医療制度に加入している者と生活保護受給者を除き、全住民が国民健康保険に加入しなければならないと定めている。

主要な側面における UHC の現状

人口

社会保険制度に加入するか、生活保護を受給することにより、全人口が医療サービスを利用する権利を有する。

医療サービス（給付）

公的医療保険が適用される医療サービス（法定給付）の内容は全員同一であり、厚生労働省（厚労省）の診療報酬に収載されている。診療報酬に収載されていないサービスで、医療機関が提供を認められているものは、特別療養環境室（全病床の19%を占める差額ベッド室）および国民医療費の0.03%を占める先進医療に制限される。後者は、医療の有効性と安全性が確認された時点で診療報酬に収載され、保険が適用される。居住地や所属等によるサービスの違いはないが、へき地に住む者はサービス利用が地理的に難しくなる可能性がある。予防医療サービスは法定給付に含まれないが、予防接種は地方自治体から、健診は保険者から別途支払われている。

経済的保護

医療費の自己負担割合は原則30%に設定されている（6歳以下の未就学児は2割、70歳以上の高齢者の9割は1割）。高齢者の1割を占める現役並み所得者については、医療費の自己負担割合が3割に設定されている。ただし、1カ月の自己負担額が所得水準によって設定された規定額を超えた場合、高額療養費制度により、医療費の自己負担割合は1%に軽減される。ま

た、人工透析患者や血友病、その他の特定疾病の治療を受けている者は、自己負担を大幅に軽減される。診療報酬で規定された金額を超える患者への請求（差額徴収）は固く禁止されている。診療報酬に収載されていないサービスを取載されているサービスと一緒に提供する混合診療も厳しく規制されている。例外として認められるのは、差額ベッドやあらかじめ登録して行う新技術の有効性と安全性の検証のための医療などに限られている。これら以外で混合診療を行った場合、患者は医療サービスの全額を支払わなければならない。患者は医師に「謝礼」を渡すことがあるが、これは通常、大病院の個室の入院患者に限られる。公立病院の医師は、公務員として、謝礼の受け取りは法律で禁じられている。

ガバナンスの仕組み

目標設定と支払い

厚労省は、政策目標の設定、法定給付の規定、診療報酬による支払いの規定を管轄する。診療報酬は全国一律であり、全ての公的保険の保険者および実質的に全ての医療提供者に適用される。各医療サービス、医薬品や医療機器の価格だけでなく、患者の診断（例えば、適応外処方禁止）など保険請求が認められる要件や、施設の基準（例えば、リハビリテーション療法を請求するには、施設として所定数の療法士を雇用しなければならない）についても規定する。支払いは基本的に出来高払いとなっている。

政策目標は、厚労省の審議会によって設定される。とりわけ、中央社会保険医療協議会（中医協）は、政策目標に従い診療報酬改定を通じて医療提供者の報酬の上げ下げを行うため、最も強力な権限を持っている。この協議会は、診療側（日本医師会、病院団体、その他の医療提供者団体）、支払側（保険者、雇用者団体、労働組合、地方自治体）、および公益を代表する学術関係者などから構成される。全ての会議は公開され、議事録も公表される。

財務

日本政府は、国民医療費をもとに政策決定を行う。国民医療費は、一般用医薬品（OTC薬）、入院時料差額分（差額ベッド代）、および公的保険が適用されない医療に対する患者負担を除外している。そのため、国民医療費

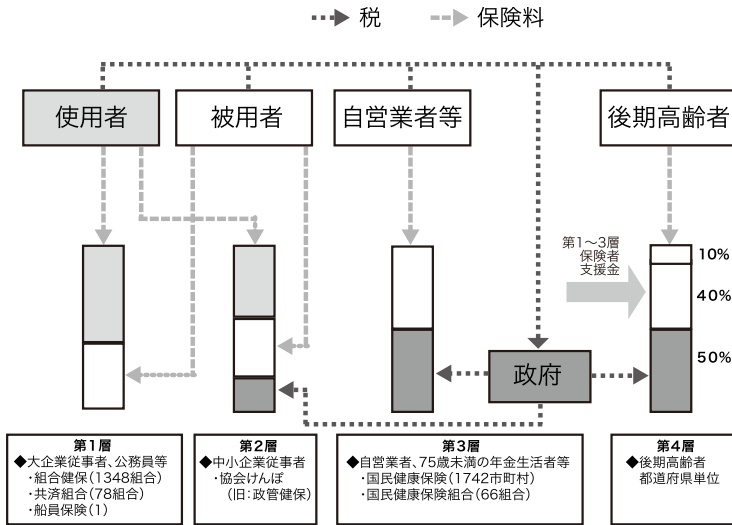
は、経済協力開発機構（OECD）が算出する総保健医療支出とは異なり、総保健医療支出よりも通常 20% ほど少ない。国民医療費の財源は、保険料 49%、国庫 25%、地方自治体 12%、患者負担 14% である（2009 年）。UHC のための国庫支出比率は規定されていないが、過去 10 年では約 9% であった。貧困層やインフォーマル・セクターを対象とした特別な制度は生活保護制度のみである。その代わりに、国は比較的所得の低い層が加入する保険者に補助金を交付する一方で、保険者には高齢者医療費の支援を求める。全ての保険者は、被用者保険または地域保険に分かれ、年齢にかかわらず扶養家族全員が世帯主の加入する制度の給付対象となる。

3000 以上の保険者は 4 つの「階層」に分類できる。第 1 の階層は、一般財源から補助金を受けない大企業および公的機関の被雇用者向けの制度から構成される。第 2 の階層は、中小企業の被雇用者向けの全国健康保険協会（協会けんぽ）であり、保険給付費の 16.4% を国庫補助から交付されている。第 3 の階層は、地方自治体が運営する地域保険である国民健康保険から構成され、自営業者、非正規雇用者、75 歳未満の年金生活者など、他の制度の対象に含まれない者が被保険者であり、保険給付費の 50% を補助金として交付されている。第 4 の階層は、都道府県レベルで組織された 75 歳以上の被保険者向けの制度から構成され、保険給付費の 50% を補助金、40% を他の 3 つの階層に属する制度からの支援金として受け取る。各保険者の中では、保険料率（保険料として徴取される所得比率）は、所得の上限（被用者保険では 1440 万円、地域保険では 700 万円）まで同じである（図 1）。

医療サービス提供

原則的に、誰でも紹介状なしで実質的に全ての医療機関を利用することができる。1 次、2 次、3 次医療や、公的・民間部門の機能に明確な差はない。民間部門が大多数であり、病院の 82%、病床数の 72% を占める（2010 年）。1 次医療レベルでは、実質的に全ての診療所は医師が所有する個人開業であり、41% は耳鼻咽喉科や眼科など、内科や小児科以外の専門科目を掲げている（2010 年）。公立病院は、経常費用と資本費用に対する補助金を受けられるため、3 次医療で高いシェアを占める傾向がある。しかし、これらの補助金や、地方自治体による硬直した運営は、非効率につながっている。国立病

図1 社会保険制度間の補助金と内部補助



出典：Ikegami et al. 2011 (2011年のデータに更新)

院が厚生省の直轄から独立行政法人への移行に成功したことで、公立病院においても患者の自己負担を増やすことなく利益を上げられることが示された(第9章「日本における国立病院改革：成果と課題」を参照)。

医療財政の現状

現在の UHC の持続可能性

財政余地

1991年以降の景気低迷と国の歳入の減少を受けて、財政余地は縮小している。歳入の縮小は社会保険制度に重大な結果を及ぼしている。それは、国民医療費の4分の1は、第2階層から第4階層までの社会保険制度に対する補助金として、国の一般財源から賄われているためである。国の歳入と歳出との差額は、現時点でGDPの2倍以上に達する債務で埋められている(第2章「日本のユニバーサル・ヘルス・カバレッジを維持するためのマクロ経

済的な状況と課題」を参照)。2014年4月に消費税率が5%から8%に引き上げられ、2015年10月にも再度増税され10%となる予定だが、プライマリーバランスを回復するには不十分である。さらに、高齢化と雇用形態の変化に伴い、一般財源によって賄われる国民医療費の割合が増加し、税金からの補助を受ける保険者の被保険者が増加する見通しである(第3章「日本の社会保険制度間の財政不均衡」を参照)。

医療費管理と費用対効果

医療費は、2年ごとの診療報酬改定を通じて管理されている。診療報酬の改定プロセスは、財務大臣と厚生労働大臣が幹部官僚と共に全体としての診療報酬改定率を決定するところから始まる。次に、主に厚労省による薬剤の市場価格および数量調査(薬価調査)に基づき、薬価の引き下げ幅が決定される。薬剤間の競合により、薬剤の市中価格は診療報酬に記載されている公定薬価より低くなる傾向がある。最後に、中医協での協議後に、項目別の診療報酬改定が行われる。厚労省は、診療報酬改定と請求要件について専門団体と協議を行う。レセプトの審査および現場の指導監査により、これらの条件が遵守されているか監視が行われる。これにより、非価格的要因による費用増加が緩和される(第5章「日本の診療報酬改定による医療費の抑制」および第6章「日本の診療報酬の政治経済学」を参照)。

項目別の診療報酬改定ではきめ細かな調整がなされる。例えば、2002年の改定では、診療報酬改定率はマイナス2%となったが、磁気共鳴画像(MRI)撮影の件数が「不適切に」増加したことから、MRI撮影点数は30%減額された。対照的に、2008年の改定では救急医療と産科の点数が引き上げられたが、これは当該分野の医師不足の報道に対して、国が対処せざるを得なかったためである。

急性期入院治療の包括払い制度が2003年に導入され、急性期病床の半分を網羅するまでに拡大されたが、医療費の抑制に貢献したかどうかは定かでない。

一般的に、日本における医療の質の評価は、病院がそれぞれ所定の看護職員数を満たしている場合は入院患者治療の1日当たりの費用を引き上げる、リハビリテーション療法の請求条件として療法士の人数を設定するなど、医

療提供体制が焦点となる傾向がある。外科治療の結果（アウトカム）は、米国と同等以上の水準にあることが明らかと報告されている（Hashimoto et al. 2011）。

UHCの公平性

連帯と再分配

各社会保険制度の保険料拠出額は、主に支払い能力に基づき、所得の一定割合の保険料が全加入者に対して設定される。所得水準の差と加入者の人口構成の違いを緩和するため、国は、比較的所得が低い層が加入する制度に補助金を拠出する。また、各制度は、高齢者の医療費を支援しなければならない。このため、保険者間における、所得水準や65歳以上の高齢者比率の格差を緩和する再分配システムが存在する。しかし、所得に占める保険料の割合については、保険者間で依然として3倍以上の開きがある。これは、医療費支出の差というよりも、主に所得水準の差を反映している。

優先人口集団の設定

人工透析と血友病、その他の特定疾患は、自己負担を大幅に軽減される。保健医療資源が不足している地域の国民健康保険または地方自治体は、自前の診療所や病院を設立した。また、国からの「無医地区」に対する支援は、過疎地振興の一環で都道府県に対して交付される包括的な補助金に組み入れられている（第7章「日本の医師の配置を規定する要因」を参照）。

保健医療人材の現状と政策

1000人当たり2.2人という医師密度はOECD諸国平均より低いが、2007年から2012年にかけて医学部入学定員が20%増加すると共に、人口減が予想されるため、医師密度は上昇する見通しである。看護師の人数はOECD諸国の平均程度であるが、助産師の人数はOECD諸国よりも少なく、医師と看護師が助産師の役割を果たしていることが分かる。

表2 保健医療人材の現状

	人口1000人当たりの人数 (2010年現在)*	入学			卒業	
		資格	国が入学定員を決定	年間入学者数 (2012年現在)	教育年数	年間免許取得者数
医師 (専門医、プライマリ・ケア医)	2.2人	高校卒業	はい	9076人	6年間	8611人
看護職	10.1人	看護師：高校卒業、または 准看護師資格 准看護師： 中学校卒業	いいえ	看護師： 4万9479人 准看護師： 1万1867人	看護師：3年間以上または、 准看護師+2年間 准看護師：2年間	看護師： 5万232人 (2013年) 准看護師： 1万350人
助産師	0.22人	看護師	いいえ	2000人	1年間	2026人
コミュニティ・ヘルス・ワーカー(注)	-	-	-	-	-	-

注：日本には、コミュニティ・ヘルス・ワーカーは実質的に存在しない。

出典：厚労省 2012および2013a；* OECD 2013

47都道府県の人口は人口60万人から1300万人と開きがあるが、比較のため都道府県を基本単位として用いると、医師密度の最高と最低の差は1990年の2.24から2010年の2.00へと縮小した。医師密度の高い都道府県は、京都や東京などの主要大都市圏に限らず、西日本に分布する傾向が見られた。看護師については、最高と最低の都道府県の差は、2010年現在で2.10(正看護師では2.36)であった。1人当たりの看護師職員数は、病床数の分布を反映して、医師の場合よりも西日本で多くなる傾向が見られた。助産師については、分布に一貫した傾向は見られず、差は2.00であった。

国は、医学部入学定員を規制し、医学部の新設に厳しい条件を設けている。1981年以降、医学部は新設されていないが、入学定員は国の政策に従って変動してきた。正規の卒業後研修の実施は限定され、一般医と専門医との区別が明確になっていない。医師と病院は自由に診療科目を選ぶことができ(自

由標榜制)、資格更新の正式なプロセスやの研修受け入れ人数に制限を設けている専門医団体はほとんどない。

医師の分布の地理的な不均衡を軽減するため、都道府県は、県内の医学部に在籍する2～3人の入学者の学費と生活費を負担し、卒業後、へき地に勤務することを義務付ける、また、契約した医学部の数名の入学者に、同様の条件で奨学金を授与している（第7章「日本の医師の配置を規定する要因」を参照）。

保健医療人材の給与体系は、特に公立病院では年功序列になる傾向がある。医師の場合、通常は専門によって報酬に違いはないが、実績を報酬に関連付ける病院もある（第9章「日本における国立病院改革：成果と課題」を参照）。専門職としての評価は、日本独特の医師採用体系において重要な原動力となりうる。従来、新たに免許を取得した医師は、大学の診療科に入って研修を受け、研修が終わると、関連病院の閉鎖的なネットワークの中で職業人生を送る。診療所を開業して離脱することもできるが、その後は所属していた病院施設を利用することはできなくなる。しかし、診療報酬ではプライマリ・ケア提供機関が提供するサービスが優遇されるため、開業医の所得は病院勤務医より高くなる傾向がある。

准看護師になることは比較的容易である。中学校卒業後に2年間の教育を積むだけでよいためである。さらに、その後、2年間の課程を経て、看護師になることができる。一部の民間病院は無資格の介護士を雇用し、准看護師、さらに、その後に看護師になるための学費を支援している。ただし、准看護師の割合は、1990年の46%から2010年の28%へと減少している（第8章「准看護師：日本の看護労働力拡大のひとつの選択肢」を参照）。

診療報酬は、地域的な生活費に関わりなく、同一の医療行為に同一の報酬を支払い、プライマリ・ケアの報酬を高度専門医療より高く設定することによって、保健医療人材の適切な配置に重要な役割を果たしてきた。前者のおかげで、郡部の病院は、医師以外の職員給与を抑えることで、都市部の病院よりも多くの給与を医師に支払うことができた。医師は、給与が低くとも都市部の病院で働くことを好む。それは、設備の整った病院で働き、都市部で生活することを望むからである。他方、看護職は地元志向が強く、地元の給与水準で進んで働く傾向がある（第7章「日本の医師の配置を規定する要因」

を参照)。診療報酬改定時における日本医師会の圧倒的な役割が、プライマリ・ケア・サービスの報酬を専門サービスより高く設定する上で貢献してきた。

改革の順序

一連の国民皆保険改革はどのように、なぜ実施されたか？

社会保険は当初、労働不安を緩和し、労働者の生産性を向上させることを目的として、1927年に労働者向けの被用者保険として導入された。1938年には、農業従事者と自営業者向けの地域保険（国民健康保険制度）が法制化された。地方自治体は国民健康保険制度を設立するよう促され、住民の80%が加入すると、全国民の加入が義務付けられた（被用者保険の加入者を除く）。これらの制度の対象に含まれる人口は、1927年の3%から、1945年の終戦までに少なくとも書類上ではほぼ全員となった。この拡大の主な原動力は、「健民健兵」という「戦時」体制を築くことであった。

第二次世界大戦後、国民皆保険の達成は、福祉国家を建設するという目標の具体化と位置付けられた。民主主義が復活し、経済が回復し始めた時期には、政府も野党も国民皆保険を支持した。国民皆保険達成に向けた重要な一歩は、国民健康保険制度を達成し維持するため、地方自治体への補助金を増額するという1952年の決定であった。国民皆保険は、最後の地方自治体が国民健康保険を創設し、被用者保険制度の対象に含まれない全国民の加入が義務化されたことで、1961年に達成された（第1章「日本の医療制度の政治的・歴史的背景」を参照）。それ以来、UHCへの政治的な取り組みが長期にわたって続けられている。

国は、社会保険制度を導入した際、中小企業従業員向けの保険制度（第2階層）に給付するサービスについて、診療報酬を策定した。診療報酬は、1943年に資源を一元化し統合する戦争遂行努力の一環として、全ての被用者保険に拡大された。1959年には、国民健康保険加入者が実質的に全ての医療機関を利用できるよう、国民健康保険にも診療報酬が適用された。これにより、制度間での給付サービス内容が統一され、厚生省が診療報酬改定を通じて医療の提供を効果的に管理できるようになった。そのため、サービスの公平性は、1961年に国民皆保険が達成される以前に担保されていた。全

国民に対する経済的セーフティネットの整備は、全ての社会保険制度で高額療養費制度を利用できるようになった1973年に達成された。同年、経済成長はピークに達し、政府は革新政党からの強い反撃に遭っていた。それまでは、被雇用者本人は自己負担額を支払う必要はなかったが、本人以外の扶養家族には上限がなく、30～50%を支払わなければならなかった。

経済成長が低下すると、かつて優遇されていた層の自己負担割合が引き上げられた。すなわち、被雇用者の自己負担割合は、1983年の無料から2003年に現行の3割へと順に引き上げられた。こうして、自己負担の平等性が最後に達成された。診療報酬改定率を微増または微減することによって、コストが抑制された。

これらの措置は、高齢者の医療費負担への対応と共に、国民皆保険の持続可能性を高めることに寄与した。ただし、保険料の所得に占める割合（保険料率）には依然として3倍以上の開きがある。このような不均衡に加え、国の一般財源によって賄われる補助金と、高齢者の医療費を緩和するための各制度による支援は、国民皆保険の持続可能性を脅かす。国民健康保険を都道府県レベルで統合するための改革が、2013年に政府の社会保障制度改革国民会議から提案されたが、地域保険と被用者保険の統合については言及されていない。

ステークホルダー

1956年の施政方針演説で、保守系与党である自由民主党の鳩山一郎首相は、国民皆保険を達成する計画を策定すると発表した。国民健康保険制度を創設し、さらに統合したいと考えていた地方自治体からもその構想は強く支持された。経営者と労働組合もそれを支持した。戦後の復興と貧困の緩和を経て、国民皆保険は次に目指すべき自明の目標であるかのように思われた。経済の急成長により、地方自治体への補助金の財源を確保することが可能となった。

当時、日本医師会は、国民皆保険は時期尚早と見なし、診療報酬の規定によって専門職としての自律性が侵害されることを懸念した。しかし、当時大多数を占めていた個人開業医は、処方と調剤における自律性を高める譲歩を引き出し、所得税の控除を認めさせた。さらに、日本医師会は、旧植民地か

らの引き揚げや復員した医師、及び戦中の入学定員の増加による医師増についても懸念していた。一方病院は、権威のある公的病院と数の多い民間の病院に分断されており、それほど力を持っていなかった。

経済成長が続き、1960年代後期には革新的な都道府県知事が選出されたことを受け、1973年に政府は自己負担割合の引き下げの圧力を受けた。それ以降、経済成長が鈍化するにつれ、政府と財界は概して費用抑制政策を追求したが、日本医師会は国民皆保険の主要な支持者となり、自己負担割合の引き上げに反対してきた。

日本からの主な教訓

UHCに関わる政治経済と政策形成過程

第二次世界大戦から復興を遂げた後、ほぼ全ての政党が国民皆保険を達成するという政治的目標を共有していた。さまざまな人口区分を対象とする複数の社会保険制度が存在していたにもかかわらず、補助金と再分配のシステムを通じて医療へのアクセス条件の公平性を改善することで、給付と自己負担割合の制度間の調和を図った。しかし、保険者間で財政の不均衡が生じ、複雑な再分配システムによって平等性を確保してきた複数の保険者による制度を維持していくリスクが浮き彫りになった。それでも、支払いについて見れば、ひとつの支払い方式、すなわち診療報酬により、全ての主要利害関係者間の資源配分と給付に関する交渉が制度化されており、基本的に診療行為ごとの出来高払いとなっているにもかかわらず、コスト抑制の点で比較的成功していると言える。

UHCを実現するための保健財政戦略

農業従事者、自営業者、非正規雇用者、非就業者まで医療保険でカバーできるようになったのは、全市町村に、職域保険に加入していない人々を国民健康保険に加入させることを義務付けたことによる。医療費は診療報酬制度によって管理されている。この制度は医療サービス価格を上げ下げするだけではなく、例えば看護師配置基準や診断名などの詳細にわたる請求要件を定めている。要件の順守状況は定期的に監視されており、それにより、医療サー

ビスの不適切な提供を防いでいる。また、日本の支払い制度では、医療サービス提供者による差額徴収は禁止されており、混合診療も厳しく規制されているが、急速な高齢化と経済の低迷による財政余地の収縮に制度が追い付いていないのが現状である。現在、医療保険を含む社会保険制度の構造改革の必要性が議論されている。公衆衛生事業は一般財源で手当てされており、医療保険制度の下で提供される医療サービスには含まれていない。こうした分断がかつてはより多くの予算を確保する上で有効であったが、予防と治療を統合する足かせとなっている。

UHC を実現するための医療サービス及び医療人材戦略

病院の80%、そしてほぼ全ての診療所が民間部門に属するが、これらの医療機関のほとんどの収入は診療報酬で規定されるサービスによるものであり、統一され、合理化された医療提供システムに組み入れられている。公的医療機関は国や地方自治体の一般財源から補助金という形で追加財源を確保している。改革の圧力を受けて、国立病院は2004年に独立行政法人化し、それにより経営上の説明責任や効率性が改善した。医師の分布の地域格差は依然問題であるが、都道府県は、卒業生がへき地に勤務することを義務付けることを条件に、自治医科大学に2～3人の入学者の学費と生活費を供与し、それ以外にも契約した医学部に数名の入学者に同様の条件で奨学金を授与するという特筆すべき手法を用いている。

診療報酬は、金銭的報酬と非金銭的報酬のバランスを取ることで、都市部の大病院で勤務する専門医に人材が集中することを防いでいる。プライマリ・ケアの診療報酬を高く設定することで、病院への人材集中を相殺する効果がある。同じ診療に対しては全国一律の報酬が支払われており、また診療報酬により、郡部の医療機関では、都市部の医療機関よりも高い給料を支払うことができ、医師を惹きつけ定着させることができる。それは恐らく、郡部の医療機関で働く看護職やその他の従業員は、一般的に給与が低くても働く意欲のある地元出身の人が多く、彼らには都市部よりも低い給料を支払うことで、医師にかかる追加費用を相殺しているためと思われる。日本では、看護ケアへの需要の高まりに対応するため、准看護師に対して、看護師よりも資格を取りやすく、卒業要件の易しい制度を導入した。これが、1960年代、

医療保険の適用が急激に拡大した時期に、医療人材の需要に対処することを助けた。しかしながら看護師の数が増えるにつれて、准看護師の割合は低減している。

日本の事例研究

事例研究の概要

本書には、日本がUHCを達成し、維持する中で得た知見を示す10の事例研究の成果が収録されている。事例研究はいずれも、政治経済、保健医療財政、保健医療人材に関わるテーマを扱っており、UHCに関する日本・世界銀行共同研究プログラムの下で実施された他の研究と共通の研究枠組みで分析された。

これらのテーマは、日本の医療政策を理解する上で重要であり、また、日本の政策立案者が課題や好機にいかに向き合ってきたかに関心を持つ国々にとって、よい教訓、悪い教訓いずれも示唆するとして、選ばれたものである。

以下、本書の構成と内容を示すため、各章の概略を述べる。

1. 日本の医療制度の政治的・歴史的背景

日本の医療制度は漸進的に発展した。工業化に伴う新たなニーズの高まりと社会主義の台頭に対する懸念が社会保険制度の設立につながり（1927年）、戦時緊急措置が制度の拡大をもたらし、西欧諸国に追いつこうという国家的な努力が政党間の競争と相まって国民皆保険に結びついた（1961年）。その後、急速な経済成長を背景としながら革新政党の脅威によりさらなる拡大につながったが（1973年）、その後の景気停滞に伴いいくらかの縮小を招いた。

2. 日本のユニバーサル・ヘルス・カバレッジを維持するためのマクロ経済的な状況と課題

第二次世界大戦後の復興から1973年までの急速な経済成長によって、国民皆保険制度におけるサービス給付水準を全国民に拡大する財政余地が生まれた。しかし、これ以降、経済成長は鈍化し、高齢化が進み、膨大な財政赤字の一因となった。また、所得再分配のあり方は、世代内再分配から世代間

移転へと変化している。このような傾向は、国が成熟するにつれて必然的であることから、将来を見据えた UHC の設計が必要である。

3. 日本の社会保険制度間の財政不均衡

日本には 3000 を超える保険者が存在し、加入者の年齢と所得分布はそれぞれ異なる。財政不均衡は税財源による補助金と高齢者医療費を賄うための制度間移転で緩和されてきたが、地域保険である国民健康保険制度の財政基盤は浸食されつつあり、保険者間の保険料率（所得に対して保険料として徴収される金額の比率）の格差が広がっている。

4. 日本の介護保険制度：中所得国への教訓

日本は急速な高齢化社会に直面し、2000 年に社会保険の 4 本目の柱として介護保険を導入した。保険料を新たに徴収することで追加歳入源が確保され、公的サービスが拡大している。中所得国が早い段階で体系的な介護保険を確立できれば、日本が直面している過度な施設重視主義と医療制度への負荷という 2 つの制約を軽くする可能性がある。

5. 日本の診療報酬改定による医療費の抑制

日本の医療費は高所得国にしては低く、健康指標も全般的に優れている。その主な理由のひとつは、2 年ごとに改定する診療報酬制度である。「全体」改定率を設定してから項目別の改定率を微調整し、請求要件を設定するという 2 段階のアプローチが、出来高払いにおいても費用を抑制する独自モデルを形成している。

6. 日本の診療報酬の政治経済学

国の政策変更を反映しながら一定の交渉プロセスが徐々に構築された。最も重要なのは、支出を抑制しようとする財務省および厚労省と、診療報酬の引き上げを求める日本医師会を筆頭とした与党の支援を受けた診療側との交渉である。これは通常、ほぼ決まった段取りで進められるが、政治的リーダーシップが直接的な役割を担ったこともある。このような交渉プロセスは、他の国にも有効なモデルになる可能性がある。

7. 日本の医師の配置を規定する要因

日本の経験から、次の方策を取れば、医師をプライマリ・ケアと郡部に割り当てることで、より適切に医師を配置できると言える。すなわち、医師の養成に2つのレベルを設け、複数のキャリアパスを提供する。高度医療病院の開設を制限する。関連病院の医師の配置に対して大学病院の教授が権限を持つ。金銭的報酬と非金銭的報酬のバランスを取る。

8. 准看護師：日本の看護労働力拡大のひとつの選択肢

2年間の専門教育を受け、都道府県知事試験に合格するだけで資格を取れる准看護師は、卒業しやすい一方、看護師にステップアップすることもでき、看護師資格を取る要件を満たしていない人材を活用するひとつの選択肢となりうる。しかし、1978年以降、看護師の数が増えたことを受けてその比重は低下してきている。また、准看護師の役割については、看護師と重複しており、その役割や能力が明確に定義も規定もされておらず、どのような役割を担うことが適当か議論が続いている。

9. 日本における国立病院改革：成果と課題

国立病院の非効率な運営と、多額の補助金を要することから、日本は国立病院を独立行政法人に再編した。これにより、院長の権限が強まると共により一層の説明責任が求められ、看護師をより多く雇用するなどして病院の増収につなげた。これらの措置により、病院の効率性が高まった。

10. 日本における保健所を通じた公衆衛生の向上への取り組み

第二次世界大戦後、人々の健康状態を改善する上で、結核や脳卒中などの予防可能な病気の罹患率を下げることを目的とした効果的な公衆衛生政策が重要であった。そしてその際、保健所が中心的な役割を果たした。こうした政府による予防サービスは、医療保険制度の対象に含まれる医療サービスを補完し、UHCを達成する上で極めて重要であった。

【参考文献】

- 厚生労働省 (2012) 「平成 23 年度 看護師等学校入学状況及び卒業生就業状況調査」
<<http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/NewList.do?tid=000001022606>> (2013 年 10 月アクセス)
- 厚生労働省 (2013a) 「2012 年度 看護師国家試験の合格発表について」<http://www.mhlw.go.jp/kouseiroudoushou/shikaku_shiken/hokenshi/about_tsuika.html> (2013 年 10 月アクセス)
- 厚生労働省 (2013b) 「2012 年度 国民医療費」<<http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/37-21.html>> (2013 年 10 月アクセス)
- 総務省 (2013) 「人口推計」<<http://www.stat.go.jp/data/jinsui/pdf/201310.pdf>> (2013 年 10 月アクセス)
- Hashimoto, H., N. Ikegami, K. Shibuya, N. Izumida, H. Noguchi, H. Yasunaga, H. Miyata, J. M. Acuin, and M. R. Reich. 2011. "Cost Containment and Quality of Care in Japan: Is There a Trade-Off?" *Lancet* 378, no. 9797: 1174-82. (邦訳「日本の皆保険制度の変遷、成果と課題」『ランセット日本特集号：国民皆保険達成から 50 年』特集号 2、(公財) 日本国際交流センター)
- Ikegami, N., B. K. Yoo, H. Hashimoto, M. Matsumoto, H. Ogata, A. Babazono, R. Watanabe, K. Shibuya, B. M. Yang, M. R. Reich, and Y. Kobayashi. 2011. "Japanese Universal Health Coverage: Evolution, Achievements, and Challenges." *Lancet* 378, no. 9797:1106-15. (邦訳「わが国における医療費抑制と医療の質：トレードオフはあるのか」『ランセット日本特集号：国民皆保険達成から 50 年』特集号 3、(公財) 日本国際交流センター)
- OECD. 2013. *OECD Health Data*. <http://www.oecd.org/health/health-systems/oecdhealthdata.htm> (2013 年 10 月アクセス)
- World Bank. *World Development Indicators 2013*. <http://data.worldbank.org/country/japan> (2013 年 10 月アクセス)

第1章

日本の医療制度の政治的・歴史的背景

ジョン・C・キャンベル、池上直己、津川友介

日本の医療制度は漸進的に発展してきた。初期の医療保険制度は、産業革命に伴う新たな需要と社会主義への恐怖から生まれ、戦時中の緊急事態の中で拡大した。そして、西洋諸国に追いつこうという国を挙げての流れに、政党間の競争が加わり、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）が実現するに至った。日本は高所得国に移行する前にUHCを達成することで平等主義の基礎をしっかりと確立し、それが高度経済成長のもたらした政治状況下でさらに強化されることとなった。経済成長の減速により国の財政が悪化すると、自己負担割合と保険料の引き上げを通じて負担の一部を家計や企業に転嫁する一方で、診療報酬制度により総医療費は低く抑えられ、医療制度の公平性は維持された。

背景と目的

日本の医療制度は長い年月をかけて発展してきたが、日本特有のものとは言いがたい。第二次世界大戦前の日本の医療制度発足の経緯、戦中・戦後の発展、国民皆保険の達成、平等性の担保、医療費増大への懸念の高まり、そしてその懸念への対応は、多くの西欧諸国における展開と似ている。全ての国において、医療をはじめとする福祉国家的政策の一番の原動力となったのは産業革命であり、2番目は他国における進展だった。日本で見られた重要な政策展開の大半は、他国でも日本と経済発展段階が同じ頃に起こっており、日本は諸外国の政策の影響を受けていた（Kasza 2006）。

それでもやはり、新しい医療政策の導入、展開そして変更が、日本におけるその時々の政治の産物であったこともまた事実である。政治には、広い意

コラム 1.1 日本の政治体制の主な特徴

- ・1947年施行の日本国憲法では議員内閣制が採用されている。議会（国会）は二院制で、それぞれ別の時期に異なる規定により選挙が行われる。
- ・首相や閣僚の制度上の公式な権力は大きいですが、実際には、日本の指導者は強力なリーダーシップを発揮するというよりも合意形成スタイルをとってきた。
- ・官僚機構、より正確には省庁は、かなり大きな権力を持っている。医療政策においては、財源を握る財務省と、厚生労働省（2001年1月5日までは厚生省）が特に大きな力を持つ。
- ・1993年まで、そしてある意味では2009年まで続いた「55年体制」とは、保守政党である自由民主党（自民党）による長期にわたる政権維持を意味する。他の多くの議員内閣制の国と比べ、役職を持たない自民党国会議員は政策活動が活発で、政策立案に影響力を持っている。
- ・自民党の支持母体となっている利益団体、特に財界と農業団体の二大勢力の影響力が最も大きいですが、他の団体からの反対や社会運動、そして世論も、重要な役割を果たしてきた。

味では、成長と平等の両立、西洋諸国に追いつくこと、国家支出の抑制など、国家目標の変更も含まれる。また他の意味においては、首相や官僚組織、政党、種々の利益団体など、そしてある意味では世論までも含んだ、政治の世界で競い合うプレイヤーの目標や力関係も含まれる。コラム 1.1 に、日本の政治体制の重要な特徴のいくつかを挙げる。

本章では、長年にわたる日本の医療政策における重要な転換点を年代順に取り上げるが、政策そのものについては、別の章で論じられているので、ここでは詳しく取り上げない。ここでは、その時々々の政治状況に焦点を合わせ、政策については簡潔な説明にとどめる。

日本の医療制度の起源

日本は1868年の明治維新から1930年代の戦前の軍備増強に至るまで、複雑な歴史を辿っている。1890年に施行された大日本帝国憲法の下、立法機関が設立され、1910年代からは政党が政権をめぐり競うようになった。しかしながら、こうした民主主義制度の発展も、初期の頃は医療政策と無関

係に近く、医療政策では中央の官僚と産業界の経営者が力をふるっていた。

日本の医療保険制度の際立った特徴は、職域保険と地域保険（国民健康保険）の2つの構造から成り立っていることである。両者は異なる歴史的背景を有しており、国民皆保険の達成において補完的な役割を果たしたと考えられる。職域保険においては、その適用人口拡大の順番は大半の国々と同様、公務員が最初に、次いで労働者が、その他のグループは時間をかけて段階的にカバーされるようになっていった。国民健康保険（コラム1.2を参照）は地域社会に基づく医療保険制度（community-based health insurance）に由来し、国の支援を得て拡大、やがて自営業者や非正規雇用者に加入が強制されるようになった。

日本の公的医療保険制度の歴史上最大の出来事は、1922年の健康保険法の制定であったと言える。その背景には、労働者の健康を維持し社会主義に傾倒しないようにするという、財界と官界で共通の動機があった。日本の制度の珍しい特徴は、被保険者に、中小企業の被用者も含まれたことである。1933年には内務省が「定礼（じょうれい：常礼ともいわれる）」に関する調査を実施し、全国の自営業者や非被用者にも医療保険への加入を拡大していく上で「定礼」が参考になりうるということが明らかになった。1934年から1935年にかけて、国は12の地域保険を試験的に運営し、保険料を支払う余裕のない低所得者には補助金を提供した（小川 他 2003；島崎 他 2011）。

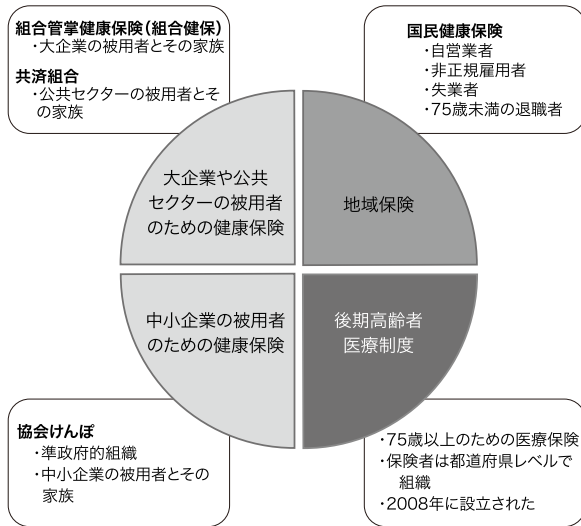
政策の軍事色が次第に強まっていく中、健康な兵士を確保する必要に応えるため、1936年に小泉親彦陸軍軍医総監が、自営業者や非被用者（その大半は農民であった）を対象に公的医療の適用拡大を求める運動を始めた。これを受け、1938年1月に厚生省が設立され、続けて同年4月に国民健康保険法が施行された。同法は、任意加入の地域保険制度が基盤となっており、あまり広くは普及しなかった。

1941年、小泉総監が厚生大臣となり、初めて「国民皆保険」のスローガンを掲げた。1942年の法改正により、国は市町村に地域保険の設立を義務付けた。1944年までに地方自治体の95%に地域保険が設立され、5000万人以上が加入した（ただし、戦争末期の切迫した状況であったことを考えると、これは実際の達成度ではなく名目上の値であったと考えられる）。職域保険と地域保険による保険制度によって、第二次世界大戦の終結時には、日本は少

コラム 1.2 国民健康保険 — 地域保険

国民健康保険は、居住地の自治体が運営する地域保険で、他の社会保険制度を通じた医療保険に加入していない住民に加入が義務付けられている。

図：日本の医療保険制度



出典：著者

地域保険制度は、「定期的に手の届く範囲の金額を支払う」という意味である「定礼」を参考にして作られたといわれている。記録文書に登場する定礼は、1835年の福岡県の宗像（むなかた）という地域のものが最古である（1716年には別の定礼が施行されていた可能性もある）。

定礼は、医師を誘致し繋ぎ止めるという、村民の必要性を反映していた。1800年代初めの不作と飢饉により、農村に医師を繋ぎ止めておくことが難しくなっていたからだ。そのため、地元の医師は村長たちと交渉し、村が住民から金品（実際には米）を前払いで徴収し、医師が安定した報酬を確保できるようにするための定礼という制度を制定することで合意した。前払い高は、世帯収入に合わせて累進的に高くなるよう設定された。つまり、所得の多い人ほど前払い高は大きかった。こうしてあらかじめ徴収された金品は、他の一般的な地方税の歳入とひとまとめにするのではなく、医師への支払いだけに充てられたため、説明責任の求められる透明性の高いシステムであった。

出典：小川 他 2003

なくとも書類上ではUHCをほぼ達成していた。

戦後、社会の混乱と経済の低迷により健康保険の財源が途絶えた。米軍主導の占領下で、厚生省は職域保険の再建に力を注いだ。多くの国民健康保険組合が解散し、加入は再び任意（ただし国の補助金付きであった）となり、その後ゆっくりと復活していった。UHCの枠組み—公務員、大企業と小企業の従事者と非被用者で異なる保険制度を併用したシステム—は戦時中から存在していたものが残っていたが、1956年には日本人の約30%がまだ医療保険に未加入だった（Kondo et al. 2011）。

国民皆保険

1952年に占領が終わり、政治的状況は混乱を呈した。3つの保守政党と2つの社会主義政党（これに共産党と小規模な政党が加わる）が支持の拡大を目指して争い、1955年に両勢力は共にひとつの政党に合併された。医療は当然の流れとして焦点となり、早くも1952年の総選挙において、社会党左派は医療保険と国の医療保障の拡大を求めた。1956年1月30日、国会両院における所信表明演説において、鳩山一郎総理大臣（在任期間1954-56年）は以下のように述べた。

……社会保障の中心課題とも申すべきものは、疾病に対する医療保障の確立にあると思われまますので、将来、全国民を包含する総合的な医療保障を達成することを目標として、計画を進めていくつもりでございます¹。

その後ほどなく、1956年7月の参議院選挙までに、新たに結成された自民党が選挙戦において「国民皆保険」のスローガンを再び掲げた。岸信介総理大臣（在任期間1957-60年）は、1957年11月、臨時国会での最初の所信表明演説において、より具体的な内容を表明した。

……経済繁栄の陰に、一家の支柱を失い、あるいは失業・高齢・疾病などのために、その生活を守り得ない人たちのために鋭意施策を講じている

1 『データベース 20世紀・21世紀年表』（1900-2006年12月）の所信表明演説。http://www.ioc.u-tokyo.ac.jp/~worldjpn/index.html

のでありますが、さらに、医療皆保険制度、国民年金制度、最低賃金制度などについて真剣な検討をいたしているのであります。私は、全力を傾け、すみやかに国民の期待にこたえ得る福祉国家の実現をはかる所存であります²。

この演説が明らかにしているように、経済繁栄の陰で生まれた経済格差の問題に取り組むに当たり、国民皆保険は重要な政策目標のひとつであったことが分かる。岸自身は国家安全保障や自由権などについて極めて保守的な考え方で最も知られているが、国の福祉制度を通じた平等への取り組みこそが、自民党がその後の選挙で勝利するための鍵となると信じていた³。

いずれにせよ日本は、同等の経済発展レベルにあった大半の先進国同様、ほどなく UHC を達成することとなった。厚生省がその達成を明確に意識していたことは、いくつかの諮問委員会の報告書からも明らかになっている（土田 2011）。だが結果的には、1958 年に新たな国民健康保険法の公布を実現したのは自民党だった。施行は 1959 年からで、その後の 1961 年には国民皆保険が達成された。統一した制度を立ち上げるのではなく、戦前に作られた医療保険制度を全て存続させた。正規の被用者（及びその家族）はすでに医療保険でカバーされていたので、それ以外の国民健康保険加入を義務付けた上で、実施を全市町村に義務化したことで国民皆保険が達成された。それまでの被用者の医療保険制度が比較的手厚く、その弱体化を雇用主と被用者がどちらも望まなかったため、統一した医療保険制度を作ることは特に短期間で適用人口の拡大を図る中では、不可能であった。

重要な点は、新制度の下で、被用者が既存の制度と同じように医療を利用できることだった。加入者は自分の好きな医師や病院を自由に選び、どこであろうと、同じ治療投薬を受けられた。同じ診療報酬が適用されたため、患者がどの保険の加入者かを問わず、医療機関には同じ金額が支払われ、医療機関側に特定の保険の被保険者を好んで受け入れる理由はなかった。国民健康保険は自己負担割合が 5 割と高いのも事実だったが、実際には被用者保険でも被扶養者は 5 割負担だった（被用者本人だけが無料で医療を受けられた）。

2 『データベース 20 世紀・21 世紀年表』（1900-2006 年 12 月）の所信表明演説。http://www.ioc.u-tokyo.ac.jp/~worldjpn/index.html

3 大嶽 1996 を参照のこと。

国民健康保険制度の発足に際しては、厚生省と日本医師会との間で深刻な政治的対立が生じた。日本医師会は、大半が開業医で構成されており、当ても現在も政治に極めて重要な役割を果たしている（ほかの章でも説明されている通りである）。1957年、戦前の日本の傑出した政治家だった吉田茂の義理の甥に当たる武見太郎が日本医師会会長に就任してからは、この傾向が特に顕著となった。日本医師会には、厚生省は国民皆保険を利用して医療に対する官僚支配を拡大しようとしているように映った⁴。

改正国民健康保険法が施行される直前、日本医師会は医師としての自律を守るとの大義の下に医師の一斉休診を主導した。自民党首脳は直ちに介入し、協議の上、日本医師会が新制度を受け入れる代わりに、高額な薬の処方・調剤に対する規制が緩和すること、診療報酬を引き上げること、そして開業医の優遇税制を認める形で解決した（日本医師会は内実は国民皆保険にあまり強くは反対していなかったようである。それは、当時、戦時中に医学校入学者が倍増したことと、旧植民地から医師が帰国したため、医師の供給過剰が心配されており、そうした中で国民皆保険は医療に対する需要を拡大すると期待されていたからである）。

公平性と拡大を目指して

1960年の米国との安全保障条約改定に反対する大規模デモなどに見られるように、日本国内は政治的に分断されていた。こうした状況も追い風となって、自民党はこの年終盤の総選挙に快勝し、元大蔵官僚の池田隼人が総理大臣（在任期間1960-64年）に就任した。池田総理大臣の戦略は、右派と左派を敵対させる問題を避け、誰もが支持しやすい経済成長に注力することであった。1960年代の日本は、経済学者の下村治が立案し1960年に池田総理大臣が打ち出した国民所得倍增計画に後押しされ、高度経済成長に沸いていた。同計画は、年間GDP成長率11%を達成することにより、10年間で国民1人当たり所得を倍増することを目指したものだ。実際に、1960年から

4 当時、厚生省は、医療費抑制の目的で、高額な薬の処方には厳格な手続きを課すことで医療サービスを制限（「制限診療」と呼ばれた）する政策をとっていた。開業医は当時、薬の処方調剤から収入の多くを得ていた（土田2011; Steslicke 1973）。

1967年にかけて国民1人当たり実質所得は倍増し、日本国民は保険料を支払って公的医療保険制度に貢献しやすくなるとともに、国がより多くの予算を医療に振り向けることも容易になった。

池田総理大臣の著名な国民所得倍増計画は、近代産業部門の急成長に支えられたものであった。自民党幹部は、都市部に住む高学歴の近代産業部門の従事者が野党を支持するようになることは避けられないと池田総理大臣に進言した。自民党は農業、小規模製造業、小売業、建設業従事者や地方の人々から構成される伝統的な産業セクターに大きく依存しており、彼らはバランスの取れた成長戦略を求めた。それ以来、伝統的な産業セクターは国家予算から補助金、公共事業費、さまざまな形の保護主義によって不均等に支援されてきた。この形態は、時に日本型福祉国家と呼ばれることがある。

1960年代、年間平均成長率は10%を超え、経済規模は3倍となり、家計に多くの恩恵をもたらした。都市部か郡部かを問わず、全国の世帯で所得は驚くほど均等であった。しかし、その後、繁栄が進む中で格差に目が向けられるようになり、高齢者や公害被害者など、まったく経済成長の恩恵を受けない人々の存在が浮き彫りになった。革新系の政治家はこうした不満を利用し、国政選挙でも地方選挙で議席を伸ばし、特に知事や市町村長のレベルで多くの議席を得るようになった。1960年代の終わり頃には、日本の半分以上の地域で、知事か市町村長、あるいは知事と市町村長両方が革新系という状況になった。

その結果、まずは自治体レベルで、次いで国レベルで革新的な取り組みが増え、与党自民党はそれに脅威を感じ対策を講じた。医療分野では、診療時の自己負担割合の格差（前述のとおり、当初、被用者本人がゼロ負担で被扶養者は5割負担）が縮小された。1970年代初め、月ごとの医療費について自己負担額の上限（高額療養費制度）が設けられ、すべての医療保険制度の加入者は経済的に保護されることになった。最も劇的な新政策は高齢者医療の無料化であった。

高齢者は中年の人々よりもはるかに高い確率で病気になるのに、同じ診療報酬で医療を利用することから、高齢者医療は重大な問題だった。高齢者の所得は一般的に低く、全員が国民健康保険に加入してはいるものの、自己負担割合は3割から5割だった。この点を、東京都において労働組合など革新

派の活動家が問題視し、美濃部亮吉東京都知事が取り上げた。1967年に社会党と共産党の支持を得て当選した同知事は、自民党と差別化できる政策に敏感だった。

1969年、東京都議会は、極めてゆるい所得審査に通った70歳以上の都民全員について医療費の自己負担分は公的資金で賄うとする条例を通過させた。これはただちに支持を得て、日本中の道府県や市が東京都に倣った。中には、保守的な首長が率いる自治体もあった。多くの自治体は東京都よりコストのかからない法案を施行したが、自治体はすぐにコストが極めて高くつくことに気づき（1971年から1972年にかけて高齢者への自治体負担額が倍増した）、国に対応を求めた。もちろん国会においても、革新政党がさらに強く対応を求めた。

こうした状況に、大蔵官僚は当然のことながら、厚生官僚たちも震撼させられた。厚生官僚は、高齢者の医療費無料化が極めて高くつき、ほかの政策への脅威となり、さらに、医療政策の支配をめぐる長年にわたり厚生省と対立してきた医師たちの収入源となることを知っていた。事実、厚生官僚は専門家たちと協力して、前から高齢者医療の問題に取り組んできていたが、時間的制約が大きく、関係する4つの局は具体的な政策について合意に達することができず、そのため厚生省は独自の提案を取りまとめられなかったという経緯があった。

そのような状況下で、田中角栄総理大臣（在任期間1972-74年）率いる与党自民党に、鍵となる決定が委ねられた。自民党は冷静さを失い、議員の大半が望んだよりも、はるかに拡張的な計画を採択するに至った。1972年に通った法案により、70歳以上のほぼ全員について自己負担額はゼロとなった。恩恵を被ったのは高齢者だけではない。非被用者の自己負担額も引き下げられた。さらに、医療だけでなく、年金給付額も大幅に引き上げられた。野党からの圧力が高まっていた政治状況にもかかわらず、この法案が採択されたのは、ほぼ15年間にわたり継続した高度成長という「経済の奇跡」を経て、日本の政策立案者が、日本はほとんど何でも支払う余裕があると思い込んでいたためであった。しかし、この幻想は、ほどなく1973年後半のオイル・ショックによりかき消されることになる。

支出抑制への転換⁵

オイル・ショックにより日本は一気に不景気に陥り、その後、経済は再びプラス成長に戻ったものの、はるかに低い成長率となった（成長率8-10%が3-5%に低下した）。1970年代初めの拡張的な政策変更は今や軽率に感じられ、当然社会的支出が削減の対象となった。皮肉なことに、自治体の革新系の首長は突然、深刻な予算の問題に直面し、いち早く福祉の見直しを求め、大蔵省は将来大きな負担となる「無差別的な」支出について強く警告した。だが、国を挙げての支出抑制の努力に政治的障害が立ちだかった。与党自民党が革新政党の躍進を受け大きく議席数を減らし、国会で過半数の議席を維持することがおぼつかなくなっていたのである（保守・革新のバランスが伯仲していた）。政治家は国民に人気の高い制度の撤廃は一番避けたかった。

医療費の急騰はめざましく、1970年代には医療費が高騰し続けている米国とほぼ同じペースで増え続けており、放置しておけない問題であった。支出拡大は主に高齢者の医療費無料化によるものだった。問題は、自己負担をカバーする直接的な公的補助金ではなく、むしろ高齢者が以前と比べはるかに頻繁に医師にかかるようになったこと、特に長期入院するようになったことだった（「社会的入院」と呼ばれる）⁶。高齢者の大半は非被用者であり、地方自治体の運営する国民健康保険制度に加入していた。高齢者医療のための歳出は、1973年の2180億円から1980年には9580億円へと急騰した⁷。歳出増加の原因は、高齢者の自己負担相当額を負担しなければならなかったことだけでなく、利用が増えたことにより、国民健康保険への補助金が増大したことであった。

1970年代終盤には種々の改革が提案されたが、いずれも立法化には至らなかった。状況を変えたのは、1980年の選挙での自民党の地滑り的大勝利であった。鈴木善幸政権（1980-82年）と、特に中曽根康弘政権（1982-87年）

5 詳細はCampbell 1990、本書第7章と第9章を参照。

6 医師はこのニーズの高まりにただちに反応し、新たに多くの「病院」を建てたが、実態は介護施設を少し大きくしたようなものだった。こうした「保険診療による社会的入院」は別として、高齢者による実際の医療サービスの利用は、高齢者が病気になる確率が高まるかに高いことを考慮すれば、集中的に増えたわけではない（ただし、過剰利用らしきものはもちろん保守派に非難された）。

7 Campbell 1990及び本書第9章に引用された厚生省の内部文書。

が、日本を緊縮財政の時代に導いた。これは、海外でも同じように、英国のサッチャー政権や米国のレーガン政権が緊縮財政に舵を切っていた時期である。

強力なトップ・ダウンの改革は「行政改革」と呼ばれたが、その対象は、単に官僚機構だけではなく、大きな政府そのものだった。この改革は、歳出抑制にかなりの成功を取めたほか、規制緩和など、政府による経済への「介入」縮小に一部成功した。医療改革については、行政改革そのものが意義のある提案をしたわけではないが、一般的に厳しい緊縮財政が厚生省に対して強い圧力となる中、種々の政策分野のうち、医療分野だけは大規模な歳出抑制の可能性があった。

こうして厚生省は1980年代初め、2つの大きな改革を打ち出した。ひとつは、診療行為と医薬品の価格変更により医療費増大を抑制するための政策手法である、2年に1回の診療報酬の改定方式を変更することだった。「自然増」による医療機関収入の予測数式を変更することで、価格の大幅な引き下げ、ひいては医療費の増加ペースの抑制が可能になった⁸。もうひとつは、1980年終盤に厚生省が立案した老人保健法であった。同法は、多くの修正を含め長い立法過程を経て、1982年8月に制定され、1983年に施行された。

同法が少額の自己負担を課すことにより、高齢者の無料医療を終わらせたことは象徴的であった。さらに重要なことに、この法律は、70歳以上の高齢者の高い医療費を、保険者間の財政調整によって賄うことを規定し、医療費確保の方法に革命を起こした。高齢者の大半が加入する、市町村運営の国民健康保険制度は財政的に困窮しており、ここに職域保険の保険料収入を移転することとした。この大改革は、おそらく1959年の国民健康保険法施行以来最大の明確な政策変更であり、当時の吉村仁保険局長の下、厚生省の官僚による優れたリーダーシップの功績であるが、当時の緊縮財政という新たな政治的ムードが間違いなく強い刺激となって効いていた。

8 支出抑制の詳細な方法については、本書第5章「日本の診療報酬改定による医療費の抑制」を参照。

歳出管理のための継続的取り組み

医療政策の論点は長年にわたりコストの問題に集中した。厚生省は老人保健法に基づき、高齢入院患者の割合が高い病院のために、診療報酬から包括払い方式への変更など規則を変更することにより、社会的入院問題への直接的な対処を進めた。介護が必要な高齢者のために在宅ケアを改善していく動きは、1997年に法律が制定された介護保険制度として結実する。これは、コストのかかる入院を減らすための、より戦略的な取り組みだった。

また、厚生省は保険者間の財政調整のスキームを60歳から69歳の国民にも拡大した。もうひとつの動きは、被用者（被扶養者だけでなく）にも自己負担を求めたことであった。自己負担割合はその後、さまざまカテゴリー別に徐々に増やされたが、その都度、自民党と野党議員からの反対意見を抑える調整がなされた。

この間、長年にわたり、学識経験者や政治家からは、だましまし部分的に変更されてきた医療制度の「抜本改革」を求める声が常に上がっていた。1970年代終盤以降、日本の組織・制度に対する大半の批評と同様、政府の規制が強すぎるとの判断の下、改善措置として市場志向型、しかもしばしば米国を模範とした改革が提案されていた。

こうした改革が実現に向けて大きく進展したのは、新自由主義の小泉純一郎政権（2001-06年）になってからだ。通常の保険診療と一緒に、私費により種々の高度医療が受けられる「混合診療」の解禁や、投資機関による病院の経営認可について提案が行われた。いずれも、厳しく規制された日本の医療制度に市場競争原理が導入されることを意味した。反対派はこれを平等主義の理念への脅威だと捉え、この提案は、日本医師会からの断固たる反対により、一部の小規模な改革を除き実を結ばなかった。小泉総理大臣は、医療費増大の抑制については成果を上げ、減少に転じた年さえあった^{9, 10}。

9 本書第6章「日本の診療報酬の政治経済学」を参照。

10 10年後、第2次安倍晋三内閣（第1次は2006-07年）は、環太平洋連携協定（TPP）の自由貿易交渉に関連して、同様の新自由主義の医療改革を提案したが同様の反対にあった。

「医療崩壊」

医療政策は約25年にわたり費用抑制を目標とし、ついには小泉総理大臣による厳格な緊縮財政につながったわけだが、これに対する反動が始まった。財政難に起因する、郡部における病院や診療科の閉鎖、特に産科や小児科の専門医の不足、救急救命室の不足などが問題となり、メディアが「医療崩壊」を大きく取り上げるようになった。朝日新聞では2000年から2006年までの7年間にこの表現を使った記事が掲載されたのは10回にすぎなかったが、2007-08年には157回、2009-10年には196回へと増加した。この問題を選挙戦における重要なスローガンに掲げた民主党は、2009年の総選挙で地滑りの大勝利を収めた。民主党は医療費を引き上げ、開業医から急性期病院へと財源を再配分することを公約とした。

民主党は政権の座にあった3年間にこれらの公約を守ろうとしたが¹¹、経済の状況が思わしくない上、日本医師会からの抵抗が続いたため、大きな政策変更は実現できなかった。医療政策に対するメディアの注目と国民の関心は薄れていったが、それでも重要な問題は残っている。例えば、消費税引き上げ後にその歳入を広範な改革の中でいかに使うべきかを検討するため、内閣に社会保障制度改革国民会議が設置された。2013年4月19日の会議で、病院診療や地域医療に対するニーズを満たすためには、重要な医療政策を実施する上で診療報酬改定にだけ頼るのではなく、消費税引き上げによる財源を直接振り向けるべきだとする提案が議論された¹²。

考察

UHCに関して、発展途上国が日本の経験から得られる教訓は、主に具体的な制度や政策にあり、この点は他の章で分析されている。本章はそれよりも、こうした政策が登場した政治的・歴史的背景について論じるものであり、そうした背景は概して、あまりに時代と国に特有で、直接的な教訓を示すことは難しい。しかし、プロセスそのものには、他国にも役立つ示唆がい

11 本書第6章「日本の診療報酬の政治経済学」を参照。

12 最終報告書の要約は、<http://www.kantei.go.jp/foreign/971228finalreport.html> を参照。

くつか含まれている。

政策変更の順番は重要な意味を持つ可能性があり、日本はよい例と悪い例の両方を示している。よい例は、1960年代と1970年代初期に医療保険の加入対象が大幅に拡大する以前に、医療制度がすでに比較的平等だったことだ。医療保険は他の多くの国と同様に公務員から始まり、次に産業従事者へと拡大されたが、日本では大企業の従事者だけでなく中小企業の従事者にも同時に加入対象が拡大された。非被用者のための新制度により国民皆保険が達成されると、職域保険同様の医療が非被用者も受けられるようになり、自己負担割合も職域保健の被扶養者と同じ5割に設定された。平等性はこうして、給付範囲の大幅拡大の前に確保されていた。

悪い教訓は、日本政府が複数の医療保険制度の再編・統合に本気では取り組まなかったことである。1959年が大きなチャンスだったかもしれない。中小企業の被用者、自営業者及び非被用者、貧困層、高齢者など各グループのために新たな異なる制度を積み重ねていくことで、政治的抵抗を極力抑える道を常に選んだのである。その結果、つぎはぎでバランスの悪いシステムが医療政策の立案を阻害し続け、制度がさらに複雑化して理解しにくくなり、ましてや改革などできなくなった。

他の大半の国と比べて特に日本に特徴的な点は、国が医療費抑制に常に目を向け、抑制のためには医療機関の行動をコントロールする必要があると認識していたことである。その方法は、直接抑制する方法から診療報酬を通じたインセンティブの導入へと進化し、診療報酬は頻繁に微調整されるようになった（特に1980年代初めは頻繁に改定された）。これを促した重要な条件は、医療政策立案において国と開業医の団体である日本医師会が毎年対立するという構図があったことだ。本書第6章「日本の診療報酬の政治経済学」の中で指摘されている通り、この対立は、医療政策を実際に断絶させることなく、医療政策への圧力を和らげることができる交渉の仕組みを徐々に築いていった。

最後に、より俯瞰的かつ構造的な点を示す。医療政策を決める上で、厚生省／厚労省の、非常によく訓練された比較的独立性の高い医療を管轄する局が、重要な役割を果たしてきた。この局の有する能力を構築し維持していくことが、費用抑制を含め、有効な政策の鍵となる。一方で、国民の幸せを重

視し、特に十分な医療を受けていない人々のために、医療サービスの質と量を改善（少なくとも維持）するために行動を起こす政治的リーダーシップが、同じぐらい重要になる。制度運営と政治的関心のはざままで医療政策は揺れ動くだろう。日本の教訓から、揺れ幅が大きくても適切な医療政策に落ち着くことは可能と言える。

【参考文献】

- 大嶽秀夫（1996）『戦後日本のイデオロギー対立』（三一書房）
- 沢木耕太郎（2008）『危機の宰相』（文藝春秋）
- 島崎謙治（2011）『日本の医療—制度と政策』（東京大学出版会）44-45 ページ
- 土田武史（2011）「国民皆保険 50 年の軌跡」『季刊社会保障研究』第 47 巻第 3 号 244-256 ページ
- Calder, K. E. 1988. *Crisis and Compensation: Public Policy and Political Stability in Japan, 1949-1986*. Princeton: Princeton University Press.
- Campbell, J. C. 1992. *How Policies Change: The Japanese Government and the Aging Society*. Princeton: Princeton University Press. (ジョン・C・キャンベル (1995) 『日本政府と高齢化社会—政策転換の理論と検証』中央法規出版)
- Ikegami, N. 2006. “Should providers be allowed to extra bill for uncovered services? Debate, resolution, and sequel in Japan” . *Journal of Health Politics, Policy and Law*. December 2006. 31(6): 1129-1149.
- Kasza, G. J. 2006. *One World of Welfare: Japan in Comparative Perspective*. Ithaca NY: Cornell University Press.
- Kondo, A., and H. Shigeoka. 2011. “Effects of universal health insurance on health care utilization, supply-side responses and mortality rates: evidence from Japan.” http://www.columbia.edu/~hs2166/Kondo_Shigeoka_Oct4_2011.pdf
- Ogawa, S. et al. 2003. “Scaling up community health insurance: Japan’s experience with the 19th century Jyorei scheme.” *Health Policy and Planning* 18-3: 270-278.
- Steslicke, W. E. 1973. *Doctors in Politics: The Political Life of the Japan Medical Association*. New York: Praeger.

第2章

日本のユニバーサル・ヘルス・カバレッジを維持するためのマクロ経済的な状況と課題

小塩隆士、見明奈央子、池上直己

日本の年間平均経済成長率は、1955～70年の9.6%から1990～2011年の0.9%へと低下してきた。1990年代以降、政府の歳出が増加の一途をたどる一方、税収は減少している。これにより、政府債務残高の対国内総生産（GDP）比は、2013年半ばまでに230%に達した。勤労世代内の所得格差が広がり、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジの公平性原則にも歪みが生じている。社会保障給付では、医療と比して年金の重要性が高まった。高齢化は、次の2つの理由で医療費の増加に大きな影響を及ぼしている。第1に、65歳以上の人口の比率が1950年の5%から2013年の25%へと上昇した早さと、その水準である。第2に、医療単価の上昇は診療報酬制度によってコントロールされたため、医療費に占める高齢者医療費の比率は、1977年の4分の1から2010年の2分の1へと上昇したことである。高齢化の進行に伴う経済成長の鈍化に合わせてユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）の制度を設計する必要がある。

目的

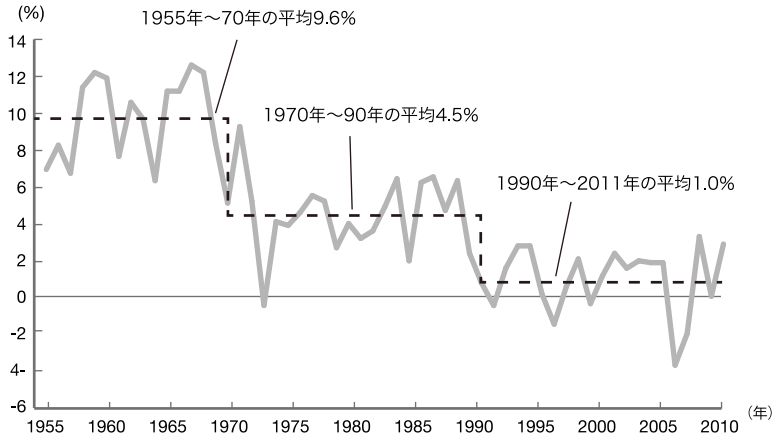
本章の目的は、日本において、国民皆保険を達成し維持するために必要な財政余地が経済成長鈍化によって縮小した影響、所得格差（格差が広がると、UHCの公平の原則を守ることが難しくなる）、社会保障と税の再分配機能の変化、財源の変化、財政余地に対する高齢化の影響を分析することである。

本章では、公表されている政府統計を使用する。「医療費」とは、厚生労働省（厚労省）が算出した国民医療費を指す。

経済成長減速による財政余地への影響

実質 GDP 成長率は、1955～70年の9.6%から1970～90年の4.5%を経て、1990～2011年の0.9%へと徐々に低下している（図2.1）。

図2.1 実質GDP成長率

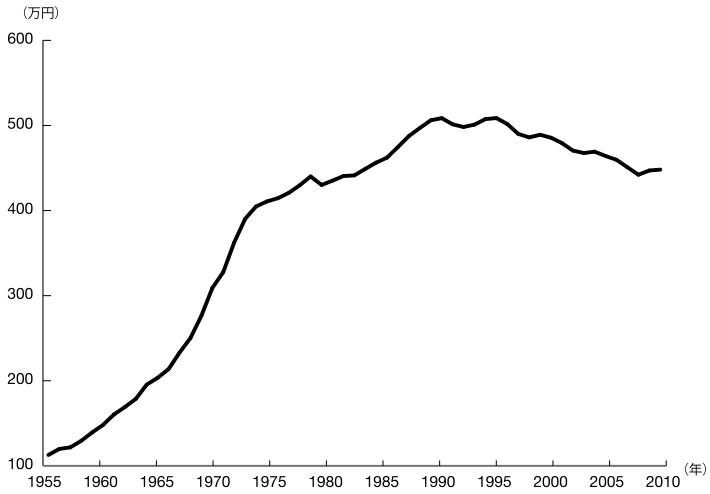


出典：内閣府 2012

1人当たり雇用者報酬は、このような実質経済成長の推移を反映し、1955年から1975年までに3.6倍に急増し、その後やや減少、2012年には1996年のピークから12%減少している（図2.2）。景気減速から雇用者所得の減少までに時差が見られるのは、雇用主が賃金を引き下げて人件費を削減するのに時間を要したためと見られる。賃金の減少は、政府税収の減少につながった。ただし、社会保険料収入の対GDP比は、支出と収入のバランスを取るために保険料率が引き上げられたため、1990年の8.2%から2011年の12.5%へとやや上昇した（図2.3）。対照的に、政府は一般会計予算を編成する際に同様の制約を受けず、不足分を国債発行による資金調達で賄った。

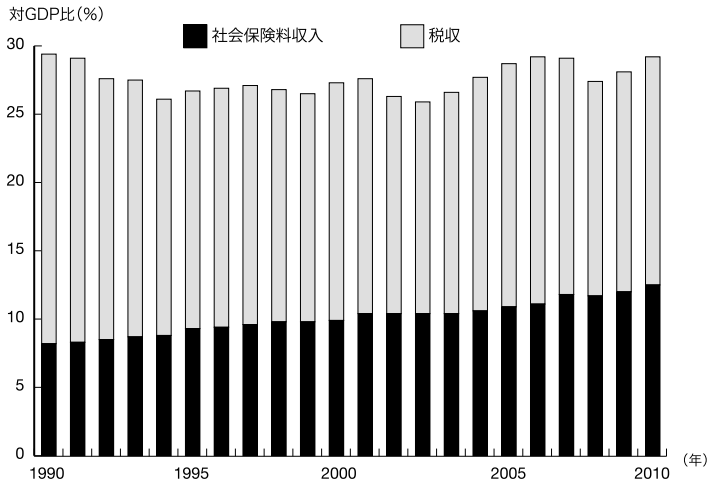
政府歳出と税収の差額は拡大を続け（図2.4）、政府債務残高の名目GDPに対する比率は2013年半ばまでに230%に達する勢いであった。これは記録的な高水準であり、戦中の比率を上回る（図2.5）。1975年以降、日本は特例国債を発行することによって財政赤字を補填している。

図2.2 1人当たり雇用者報酬2010年物価基準



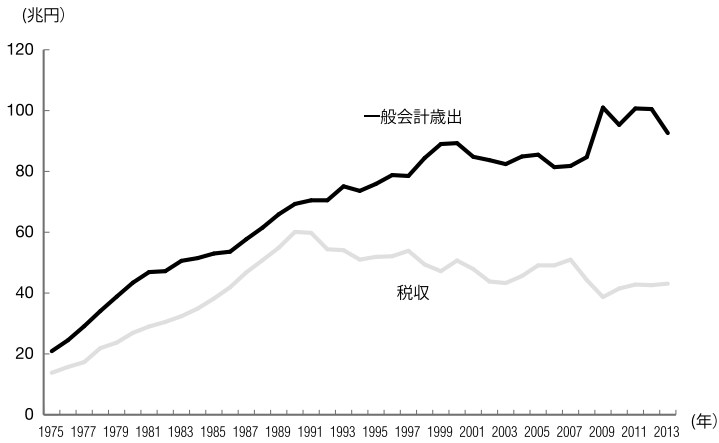
出典：内閣府 2012

図2.3 社会保険料収入および税収の名目GDPに対する比率



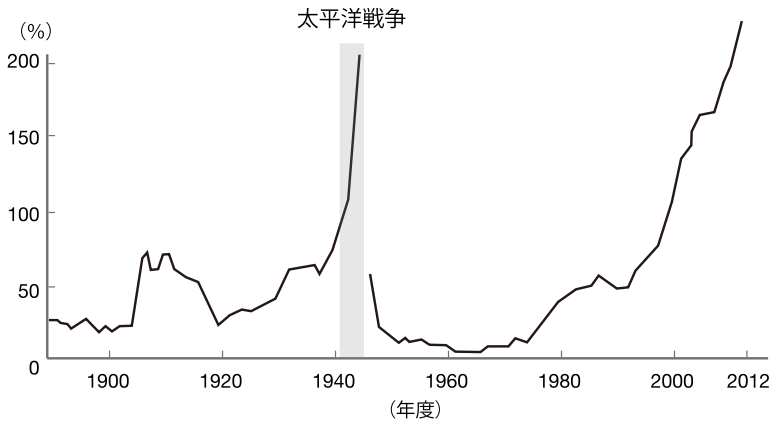
出典：内閣府 2012

図2.4 一般会計における歳出・税収の状況



出典：財務省 2013；内閣府 2012

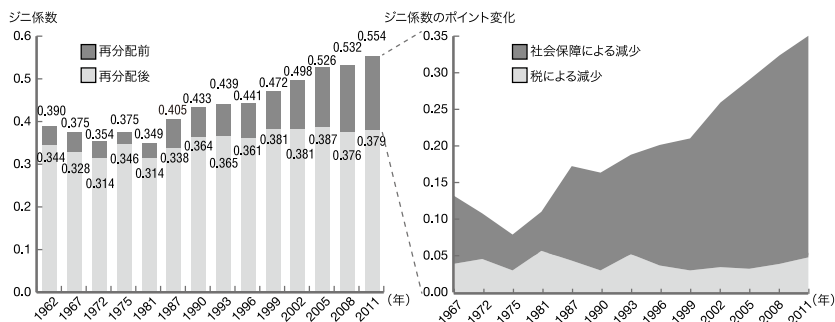
図2.5 政府債務残高の名目GDPに対する比率



注：色付きの部分は1941～45年の戦中期を表す。

出典：財務省 2013

図2.6 所得格差および所得再分配の寄与要因



注：現物給付が移転に含まれており、世帯規模は未調整である。税金による政府歳入と所得税による社会保険負担軽減は考慮されていない。したがって、税による所得再分配は過小に評価される傾向がある。

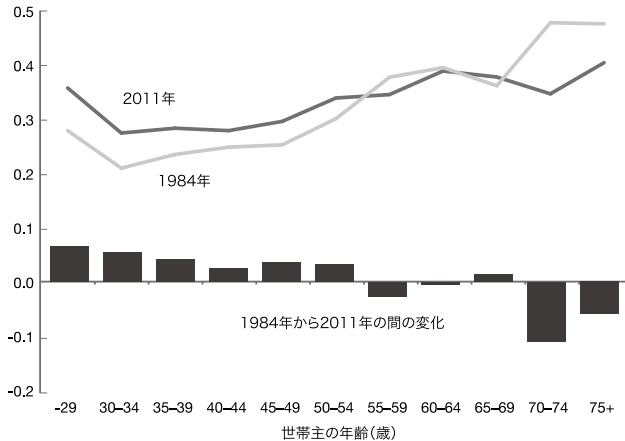
出典：厚労省 2013a

所得格差の拡大

所得格差は、1991年から始まる第11景気循環の山よりも前の1980年代から広がり始めた。所得再分配前のジニ係数は大きく上昇している（図2.6）。しかし、ジニ係数上昇の半分以上は、人口構造の変化、特に若年層よりも大きな所得格差を示す傾向がある高齢者の割合が増加したことに起因する（大竹 他 1998；小塩 2005）。1世帯当たりの平均人数が1984年の3.15人から2012年の2.34人へと減少し、平均的世帯規模が縮小したことも、ジニ係数上昇の一因となった（総務省 2013）。

これらの要因を調整するため、図2.7では、1984～2011年の年齢階級別のジニ係数を比較する。労働年齢層におけるジニ係数が上昇した原因として、平均所得の増加が停滞したことだけでなく、非正規雇用の割合が1990年の20.2%から2012年の35.2%へと増加したことも挙げられる（内閣府 2012）。非正規雇用の平均月給は、2012年の正規雇用の62%にとどまる。

図2.7 年齢階級別のジニ係数 (1984年および2011年)



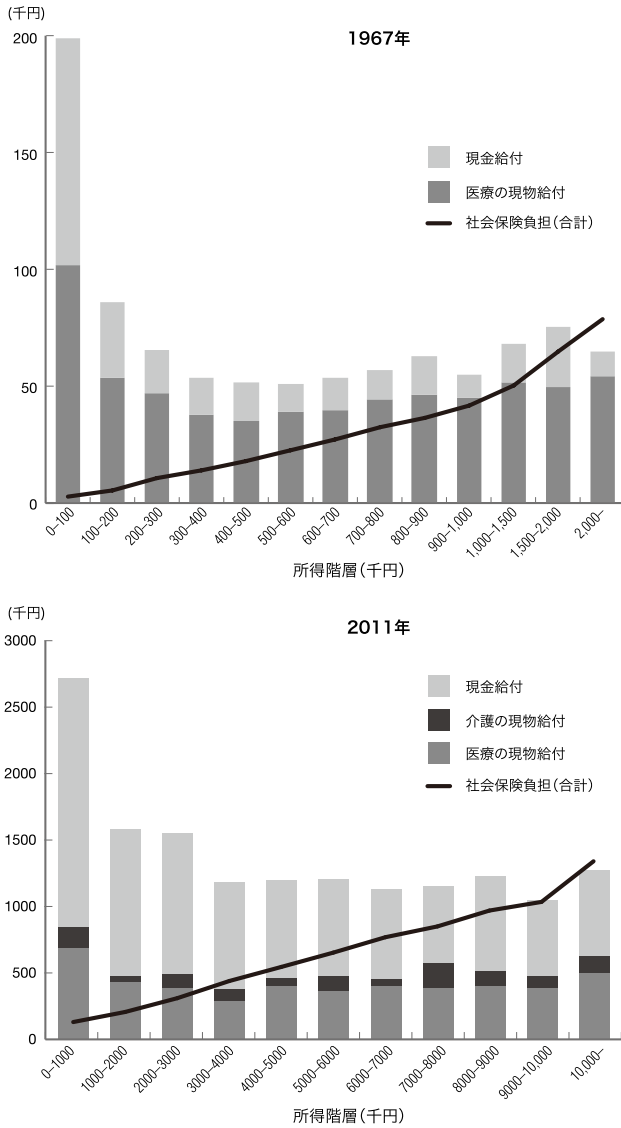
出典：厚労省 2013a

税と社会保障の再分配効果

社会保障の再分配効果は、1978年および1981年を除き、税の再分配効果を上回る(図2.6)。社会保障による所得再分配効果を税による効果と比較すると、1984年は3倍であったが2011年には7倍へと効果が拡大した。この拡大のほとんどは、公的年金、医療、介護による高齢者向け給付の増加に伴うものである。ただし、60歳未満ではジニ係数の低下が限定的であり、子供がいる世帯のうち大人が1人しかいない世帯の相対貧困率はOECD加盟国中で最も高い国のひとつとなっている(OECD 2013)。高齢者間においても、公的年金受給額が大きく異なるため、再分配効果は限定的である。退職者は定額部分と報酬比例部分の両方を年金として受け取るが、自営業者は定額部分しか受け取れないためである。このような格差は、公的年金収入の大部分が所得税と保険料を算出する際に控除されることで、さらに拡大する。

社会保障によるジニ係数の引き下げ効果を、医療の現物給付と現金給付(年金と生活保護)に区別して示したデータがないため、1967年(遡及可能な最も古い統計)と2011年の所得階層別の給付額を比較した(図2.8)。1967年には、全所得階層で、医療の現物給付は現金給付より多かった。同年には、

図2.8 1967年および2011年の所得階層別の医療の現物給付、現金給付、社会保障負担



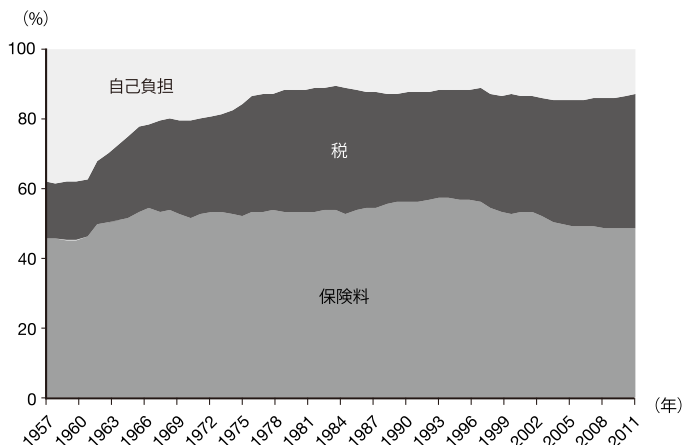
出典：厚労省 2013a

税よりも社会保障が所得再分配に寄与したことから、医療の現物給付が所得再分配に相当な効果を及ぼしたと推定できる。しかし、2011年には、公的年金の成熟化を反映して、全所得階層で現金給付の方が多くなった。ただし、所得階層が上昇するにつれて、社会保障負担が増加することに注意されたい。

財源の変化

医療費に占める公費（税）の割合は、1954年の16%から1974年の34%へと上昇した。このことは、自己負担率が38%から13%に低下するきっかけとなった（図2.9）。しかし、それ以降、自己負担率は変わらず、公費が保険料に取って代わるようになった。保険料によって賄われる割合は、1992年には58%のピークに達し、2011年には49%まで低下した（図2.9）。初期の1964年に保険料の比率が54%まで上昇したのは、おそらくカバレッジの拡大によるものである。その後、1992年のピークまで上昇したのは、高齢者医療費の調達を目的とした保険者間の財政移転のためである。その後の低下は、おそらく、財源に占める公費の比率が高い保険に加入する高齢者の数が増えたためであると推測される（第3章「日本の社会保険制度間の財政

図2.9 医療費の財源の変化（1954～2011年）



注：自己負担支出には環境汚染補償が含まれるが、数年間につき全体の1%以下である。

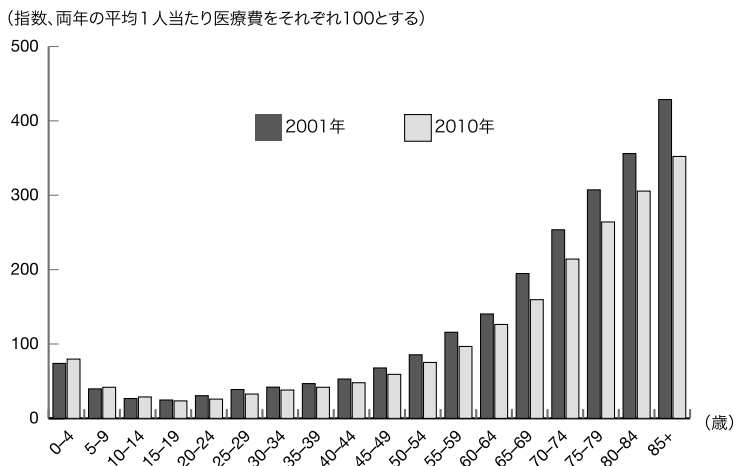
出典：厚労省 2013b

不均衡」を参照)。

高齢化の財政余地への影響

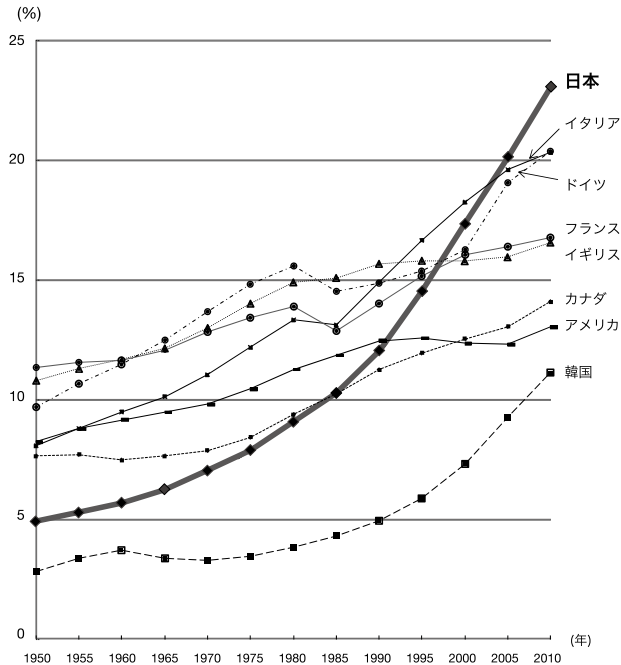
高齢化は、歳入と歳出の両面で財政余地に大きな影響を及ぼす。収入面では、高齢者は所得が少ないため、負担額が少なくなる。日本では、年金所得に対しては、賃金所得に対してよりも低い税率と保険料率が適用されるため、歳入への影響が増幅される。歳出面では、高齢者になるほど医療費支出が多い。この増加を、一部のエコノミスト (Zweifel et al. 1999) は、死に至るまでの有病期間を調整することで説明できると主張した。しかし、図 2.10 のとおり、1 人当たり医療費は高齢化するほど増加するが、2001 年から 2010 年までに 75 歳以上の死亡率が 58.4% から 69.1% へと上昇したにもかかわらず、年齢層が高くなることによる医療費の増加傾向は 2001 年の方が顕著に出ている。もし医療費の増加が高齢者における終末期医療の増加によるものであれば、75 歳以上の 1 人当たりの医療費は 2010 年に増えたはずである。

図2.10 年齢階級別の1人当たり医療費 (2001年および2010年)



出典：厚労省 2011

図2.11 65歳以上の人口の割合 (1950~2010年)



出典：総務省 2010より転載、United Nations 2010

高齢化が日本の医療費に大きな影響を及ぼす理由のひとつは、高齢化の進行速度とその水準にある。65歳以上の人口の割合は急上昇し、2013年には25%に達し（総務省 2013）、2010年に日本は世界で最も高齢化が進んだ国となった（United Nations 2010）（図 2.11）。

もうひとつの理由は、医療サービスの単価の上昇が厚労省の診療報酬で抑制され、医療費に占める高齢者の比率が高くなっていることである。医療費の増加を4つの要因に分けると（表 2.1）、高齢化および残差（主に技術進歩）が主要な要因となっている（厚労省 2013c）。

医療費に占める高齢者の比率は、人口構造の変化を大幅に上回って上昇した。高齢者人口比率は1977年から2010年までに8.2%から23.2%まで上昇したのに対し、医療費に占める高齢者の比率は1977年の4分の1（27.1%）

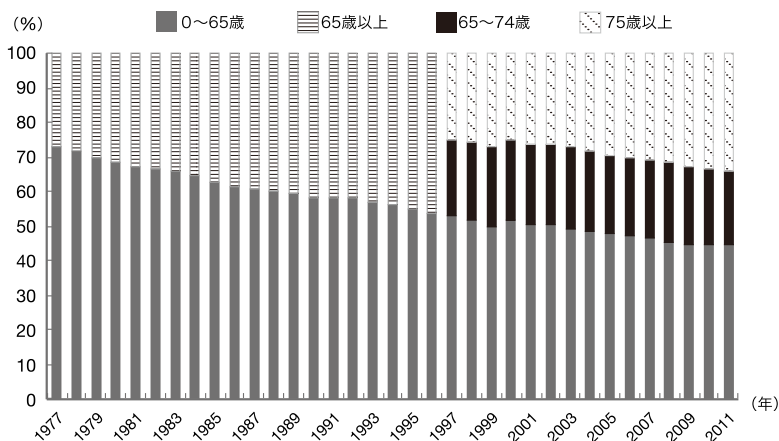
表2.1 医療費増加の要因 (2002~12年)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
医療費の増加 (A)	-0.5	1.9	1.8	3.2	0.0	3.0	2.0	3.4	3.9	3.1	1.7
診療報酬改定 (B)	-2.7	-	-1.0	-	-3.16	-	-0.8	-	0.2	-	0.0
人口変化 (C)	0.1	0.1	0.1	0.1	0.0	0.0	-0.1	-0.1	0.0	-0.2	-0.2
高齢化の影響 (D)	1.7	1.6	1.5	1.8	1.3	1.5	1.3	1.4	1.6	1.3	1.4
残差：その他 (技術進歩など) (A-B-C-D)	0.4	0.2	1.2	1.3	1.8	1.5	1.5	2.2	2.1	2.1	0.5

出典：厚労省 2013c

から2010年の2分の1 (55.4%) へと上昇している (図2.12)。医療費は利用時に支払われることから、医療保険は、利用頻度の低い若年層から利用頻度の高い高齢者への大規模な所得移転につながるという点で年金に似ている。給付額が負担額 (保険料) を上回るのは45～49歳の年齢階級である (図2.13)。

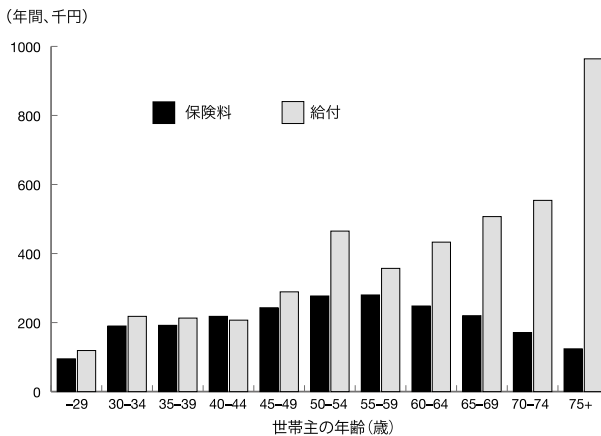
図2.12 年齢階級別の医療費 (1977~2011年)



注：年齢は世帯主のものとする。

出典：厚労省 2013b

図2.13 年齢階級別の医療保険料および給付 (2011年)



出典：厚労省 2013a

政府は、各保険者に対して高齢者の医療費を負担するための財政調整を求めて一般会計の財政負担の軽減に努めてきたが、被用者保険の雇用主と被用者は、すでに保険料収入の半分近くを高齢者の医療費に拠出しているので抵抗を強めている。こうした保険者の抵抗が、公費負担率の上昇につながっている (図 2.9)。

財政余地の改善見通し

安倍晋三総理大臣は、2013年10月1日、2014年4月から消費税を5%から8%に引き上げ (首相官邸 2013)、2015年10月に10%にまで引き上げることを正式に決定した。政府は、これらの増税による歳入を社会保障に充てると約束したが、社会保障の「改善」には20%しか充たされず、残りは社会保障を「安定化」する (主に社会保障給付の財政赤字を軽減する) ために使われる予定である。

第1段階として、内閣は2013年10月15日に「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律案」を国会に提出した。同法案は、11月15日に衆議院を通過し、成立した。同法案は医療を含む社会保障

制度改革の進め方を設定している。ただし、同法案に規定される改革はあいまいであり、詳細は別の法案で決定される。

政府は2つの課題に直面している。第1に、消費税の引き上げに伴う景気へのマイナス効果を緩和するため、法人税率を引き下げ、主要成長分野への投資に財源を割り当てる予定であるが、そのような措置は財政余地の改善を打ち消す可能性がある。第2に、現行の高齢者に偏った社会保障制度のバランスを取るため、医療費の自己負担割合の引き上げという世論に受けられない制度を導入することが明らかになった。70～74歳の高齢者の自己負担割合を1割から2割に徐々に引き上げる（2割が適用される年齢を2014年度に70歳になった者から順に上げる）案は、対象となる高齢者が消費税増税にも直面することから、大きな反発を受けている。

政府は、消費税を予定どおり10%まで引き上げ、経済成長率が年率2.1%で推移したとしても、社会保障と税の一体改革で計画されているとおり、2020年にプライマリーバランスを回復することは不可能であることを認めた（内閣府2013）。計画を達成する唯一の方法は、経済成長を加速させることであるが、過去20年間の実績から考えると、財政余地を拡大できる見通しはそれほど明るくない。

考察

労働人口が多かった高度経済成長期に設計され、確立された社会保障制度は、1950年代から1970年代にかけて国民皆保険を達成するための財政余地を生み出した。財源確保のために複雑化した制度のもとで、公費で賄われる割合が徐々に増加し、恵まれない人々が加入できるようになり、恵まれた人々（主に正規雇用者）と同じ給付を受けられるようになった。しかし、経済が減速し、高齢化が進むにつれ、財源を公費に依存し続けたことが縮小する財政余地をさらに圧迫した。社会保障会計では負担率を引き上げて支出増との均衡を図らなければならなかったが、一般会計では赤字部分を国債発行で賄ったため抑制されなかった。また高齢化によって、医療保険の役割は年金の役割に近づいた。富裕層から貧困層への富の再分配の効果が薄れ、若年層から高齢者への富の再分配の効果が強くなった。景気停滞と高齢化社会は、国の

成熟に伴う不可避なものに思われる。このことを念頭に置いて、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ制度を設計する必要がある。

【参考文献】

- 厚生労働省 (2011) 「年齢階級別国民医療費 (平成 22 年度国民医療費の概況)」
 <<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-iryohi/10/dl/data.pdf>> (2013 年 11 月アクセス)
- 厚生労働省 (2013a) 「平成 23 年度所得再分配調査結果について」<<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000024829.html>> (2013 年 11 月アクセス)
- 厚生労働省 (2013b) 「国民医療費」<<http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/List.do?lid=000001115498>> (2013 年 11 月アクセス)
- 厚生労働省 (2013c) 「医療保険医療費データベース」<http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryohoken/database/zenpan/dl/kokumin_roujin23.pdf> (2013 年 11 月アクセス)
- 財務省 (2013) 「日本の財政関係資料」<www.mof.go.jp/budget/fiscal_condition/related_data/sy014_25_10.pdf> (2013 年 11 月アクセス)
- 首相官邸 (2013) 「消費税率及び地方消費税率の引上げとそれに伴う対応について」<http://www.kantei.go.jp/jp/kakugikettei/2013/___icsFiles/afielddfile/2013/10/08/20131001-01.pdf> (2013 年 11 月アクセス)
- 総務省 (2010) 「平成 22 年国勢調査」<http://www.stat.go.jp/data/kokusei/2010/index.htm?utm_source=twitterfeed&utm_medium=twitter>
- 総務省 (2013) 「住民基本台帳人口移動報告」<<http://www.stat.go.jp/data/idou/>> (2013 年 11 月アクセス)
- 内閣府 (2009) 「分厚い中間層の復活について——日本経済の実態と政策の在り方に関するワーキング・グループ」<<http://www5.cao.go.jp/keizai2/keizai-syakai/k-s-kouzou/shiryu/wg3-4kai/pdf/2-2.pdf>> (2013 年 11 月アクセス)
- 内閣府 (2012) 「国民経済計算確報」<http://www.esri.cao.go.jp/jp/sna/kakuhou/kakuhou_top.html> (2013 年 11 月アクセス)
- 内閣府 (2013) 「中長期の経済財政に関する試算 (平成 25 年 8 月 8 日 経済財政諮問会議提出)」<http://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/minutes/2013/0808/shiryu_02.pdf> (2013 年 11 月アクセス)
- OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) 2013. *Economic Survey of Japan 2013* <http://www.oecd.org/eco/surveys/japan-2013.htm> (2013 年 11 月アクセス)
- Ohtake, F. and M. Saito. 1998. "Population Aging and Consumption Inequality" *Review of Income and Wealth*, 44: 361-81.
- Oshio, T. 2005. "Social security and intragenerational redistribution of lifetime

income in Japan" *Japanese Economic Review*, 56(1), 2005: 105-139.

United Nations. 2010. *World Population Prospects* <http://esa.un.org/wpp/> (2013年11月アクセス)

Zweifel, T., S. Felder, and M. Meiers. 1999. "Ageing of population and health care expenditure: a red herring?" <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10544314> (2013年11月アクセス)

第3章

日本の社会保険制度間の財政不均衡

高久玲音、別所俊一郎、西村周三、池上直己

日本の社会保険制度には、3000を超える保険者が存在し、大まかに被用者保険と地域保険に分類される。加入者の年齢構成や所得水準は異なるが、全ての保険者が同一の法定給付と実質的に全ての医療施設へのアクセスを提供している。しかし、高齢化や雇用形態の変化により、政府からの補助金や、高齢者医療費の補填を目的とした保険者間の財政調整の導入にもかかわらず、特に地域保険である国民健康保険制度の財政基盤が脆弱化している。国民健康保険に対しては、補助金がマッチングファンド・ベース（支出が多いほど補助金も増える）で交付されるため、保険者（市町村）間で保険料率（所得に占める保険料の割合）の格差が存在する。このような格差は、大手企業の従業員向けの組合健康保険者間にも存在し、拡大している。2つの主要な医療保険制度間、および制度内における財政不均衡は今後さらに拡大する見通しであり、現在になって振り返ると、ある時点で保険料の賦課方式を標準化し、これらの制度を段階を段階的に統合することを長期的な目標として検討すべきだったといえる。

目的と背景

本章の目的は、税金による補助金と、高齢者の費用を賄うための被用者保険からの財政調整によって、国民健康保険と被用者保険間の財政不均衡がどの程度まで緩和されてきたかという傾向を分析し、複数の保険者の保険料率の公平性を維持する上での限界について分析することである¹。この分析結果

1 全国健康保険協会（協会けんぽ）において 都道府県間の格差が生じたのは2006年以降であるため、ここでは協会けんぽには注目しなかった。後期高齢者医療制度における保険者間格差も軽微であり、都道府県レベルにとどまっている。共済組合については、会計が年金給付と関連しているため、負担および支出を分析することが困難であった。

は、医療保険制度を構築したか、もしくはこれから構築しようとしている低所得国に良い教訓と悪い教訓の両方をもたらす可能性がある。

社会保険制度の概要

日本に3カ月以上在住する者は全て、正規雇用の場合は雇用者の指定する医療保険に、非正規雇用の場合は市町村の指定する医療保険に加入しなければならない。どの保険に入るか選択肢はなく、脱退し民間保険に加入することはできない。扶養家族は、世帯主が加入している保険によって保障される。どの保険者からでも、基本的には同じ包括的な給付が受けられ²、実質的に全ての医療提供者を無制限に利用でき、同じ年齢層では費用負担率（自己負担割合）も同じである（高齢者と子供は負担割合が低い）。医療費の請求書は、医療提供者から47都道府県に設置された支払基金、国保連に送られ、そこから保険者に請求が行われる。それにより医療提供者の管理費が軽減されている。このような機関は、請求処理の合理化、医療提供者の管理費の低減、および制度の強化に役立っている³。

日本の医療保険では、国民は同じ給付パッケージで普遍的にカバーされており、事務的費用についても社会保険診療報酬支払基金により効率的に運営されている。しかし、保険者の数は3000を超え、所得水準、年齢やその他のリスク構造、加入者が利用できる医療機関の地理的アクセスは、それぞれ異なる。被用者保険は、1927年にブルーカラーの勤労者向けに導入され、その後、全ての正規雇用者に対象が拡大された。一方、地域保険は、1938年に農村部の自治体を主な対象として制定された。1961年にそれまで未導入であった市町村が制度を導入し、加入が強制となり、国民皆保険が達成された。

2 日本の給付パッケージでは、私立の病院および診療所での入院治療、処方薬、歯科治療が対象に含まれる。差額請求は認められておらず、混合診療も、病室の追加料金と、認可病院で評価中の新技術に限定されている。健康増進等のために追加的な法定外給付を提供している制度もあるが、制度を選択できないため、加入者の区分にはつながらない。

3 社会保険制度は、請求の二次的な監査を行い、支払いを拒否することがある。それにもかかわらず、社会保険診療報酬支払基金は、社会保険制度と医療提供者間の直接的なやりとりを阻害しているとして批判されてきた。2002年に規則が改定され、社会保険制度が支払基金、国保連を経由せずに直接医療提供者に払い戻せるようになった。2008年、トヨタとNECの健保組合がこの方式を選択した。

創設の相違を反映し、被用者保険の保険料は、扶養家族の数にかかわらず、賃金の一定割合が徴収される。一方、地域保険においては、半分は世帯を単位として各世帯の加入者数に基づいて徴収され、もう半分は世帯の総所得と固定資産税に基づいて徴収される。前者は人頭税に似ているが、一定の所得以下の加入者は、それぞれの所得に応じて保険料が20%、50%、70%減免される。各市町村は、これらの要素を組み合わせ、独自の保険料設定方法を規定している⁴。保険料が所得割で算出される所得の上限は、被用者保険では1400万円、地域保険では概ね700万円となっている。被雇用者が退職すると、被用者保険を脱退し、居住地の地域保険に加入しなければならない。

上記2区分に加え、支出に占める一般財源からの補填割合に応じて、さらに4つの階層に分類される(図3.1)。第1の階層は、大企業の被雇用者向けの制度である組管掌健康保険制度(以下、組合健保)と、公共部門組織の被雇用者向け制度である共済組合から構成され、どちらも公費を受けていない⁵。第2の階層は、中小企業の被雇用者向けの全国健康保険協会管掌健康保険(以下、協会けんぽ)であり、給付費に占める国庫補助率は16.4%となっている⁶。第3の階層は、市町村が所管する地域保険である国民健康保険制度から構成され、自営業者、非正規雇用者、非就業者、および75歳未満の年金受給者が加入し、平均して給付費の半分を公費が占める。第4の階層は、2008年の医療制度改革によって設けられた後期高齢者医療制度で、都道府県レベルで組織された高齢者(75歳以上)向けの保険者から構成され、国庫補助率は50%となっており、40%を他の3階層の保険者が負担している⁷。65～74歳の高齢者は、大部分が国民健康保険に加入しており、その費用は被用者保険の拠出金をプールして支払われる(Ikegami et al. 2011)。

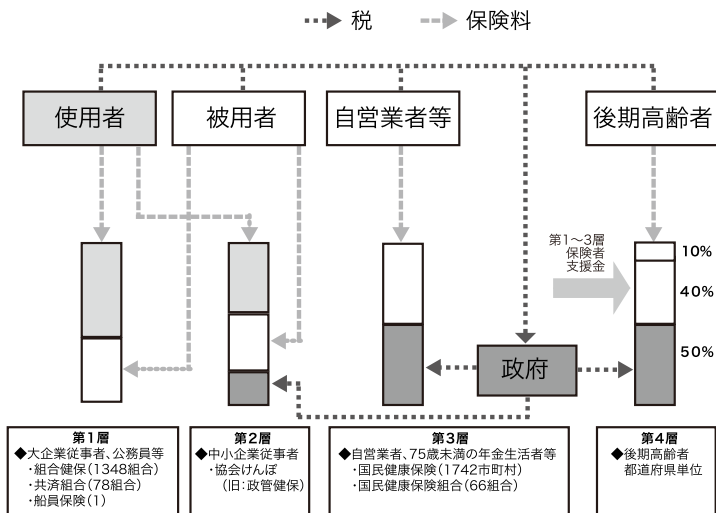
4 このようならばつきは、地域保険が自然発生的に発展してきたことによる。自治体は、公平性の概念に基づいて、それぞれ独自の保険料賦課方式を構築してきた。所得の算出は前年度のものを根拠としている。これは、農家では収穫後まで所得が分からないことを反映している。

5 現実には、組合健保は、1927年の社会保険制度の実施時まで遡り、管理費として若干の補助金(費用の0.1%未満)を受給している。

6 給付費とは、社会保険における法定給付の費用を表すために日本で使用されている用語である。高齢者の費用を支払うための移転支出、健康診断などの法定外給付、管理費などは含まれない。また、患者の支払う自己負担分も除外される。

7 保険料は、国民健康保険と同様に徴収されるが、世帯単位ではなく、個人単位で徴収される。

図3.1 社会保険制度間の資金の流れ (2011年)



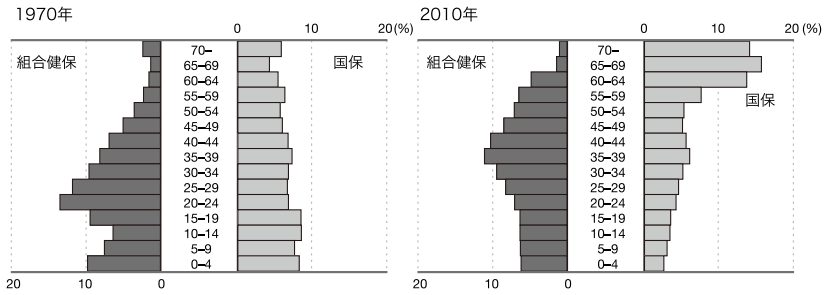
出典: Ikegami et al. 2011 (2011年のデータに更新)

これら4つの階層のうち、国民健康保険は最も財務・財政面が不安定である。その理由は3つあり、75歳未満の退職した高齢者を含む非正規雇用者が加入している、加入者が保険料を支払わないか、支払えないリスクがある⁸、そして、リスクをプールする機能が低い(2010年現在、保険者の57%が加入者1万人未満)ことである(厚生労働省2012)。財政状況は次の3つの理由により悪化しつつある。第1に、それまで被用者保険に加入していた者が退職後に国民健康保険に加入することになるため、人口の高齢化は特に(組合健保よりも)国民健康保険に影響を及ぼす。75歳以上の高齢者がこの年齢層を対象に2008年に新設された制度に移行した後も、国民健康保険の加入者に占める55歳以上の比率は依然として高い(図3.2)。

第2に、職業の構成が変化している。1963年には、農業、林業、漁業の従事者が加入者の40%以上を占めていたが、2010年にはわずか3%にまで

8 未納保険料の割合は、1973年の3.53%から、2009年には11.99%にまで上昇し、2011年は10.61%だった。近年になって低下しているのは、おそらく、保険料の均等割の減額資格を得るための基準が引き下げられたことによる。未納分は、保険料率の引き上げによって賄われる。この割合は、町村よりも大都市の方が高くなる傾向にある。

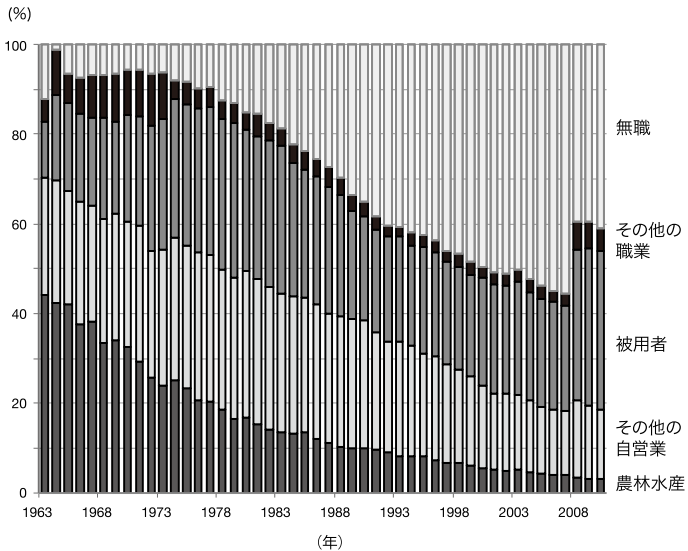
図3.2 国民健康保険と組合健保加入者の年齢分布 (1970年および2010年)



出典：国立社会保障・人口問題研究所

減少した (図 3.3)。対照的に、2008 年に 75 歳以上の加入者が新しい制度に移行した後でも、退職者と非就業者 (無職) の割合が 40% へと増加している。高齢化と退職者の割合の増加が財政を悪化させている。年金所得は保険料率

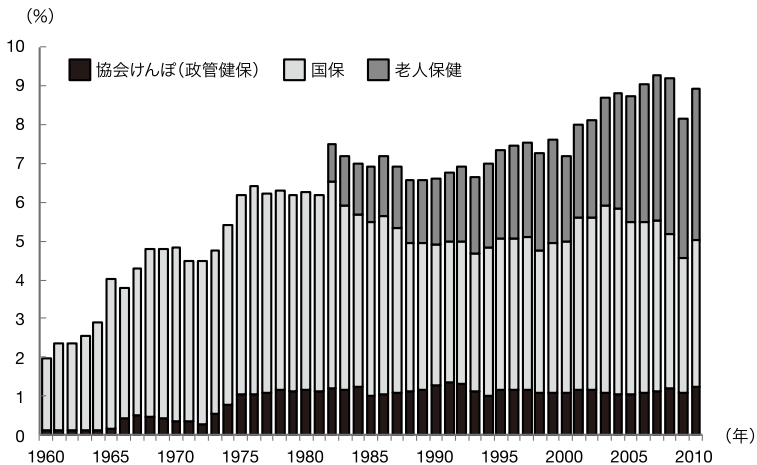
図3.3 国民健康保険加入者の職業分布



注：2007年と2008年の間に連続性がないのは、後期高齢者医療制度が導入されたためである。

出典：厚労省 1963-2010

図3.4 一般会計歳出に占める社会保険関係補助金の割合



注：管理費の一部を支払うための政府から組合健保への補助金は、ごくわずかであるため、除外した。

出典：「老人保健事業」に関するデータは財務省（1983～2010年調査）。国民健康保険と協会けんぽに関するデータは国立社会保障・人口問題研究所。

低下の影響を受けるため、収入が減少する一方で、医療費が増加する。最後に、勤務時間が週30時間未満で、被用者保険に加入していない被雇用者（所得は低い傾向にある）の割合が増加している。

政府は、国民健康保険、高齢者、および協会けんぽへ一般財源から割り当てる割合を1960年の2%から2010年の9%へ引き上げた（図3.4）。この引き上げは総費用の増加に合わせたものであり、医療費の割合として見ると、1965年（24.9%）も2010年（25.9%）も、ともに4分の1程度であった。この割合は、1983年のピーク時に30.6%まで上昇した。70歳以上の全ての高齢者の費用を支払うために、政府は全ての医療保険制度からの拠出金をプールした財政調整を徐々に導入したため、その後、この割合は低下した（本書第2章「日本のユニバーサル・ヘルス・カバレッジを維持するためのマクロ経済的な状況と課題」を参照）⁹。

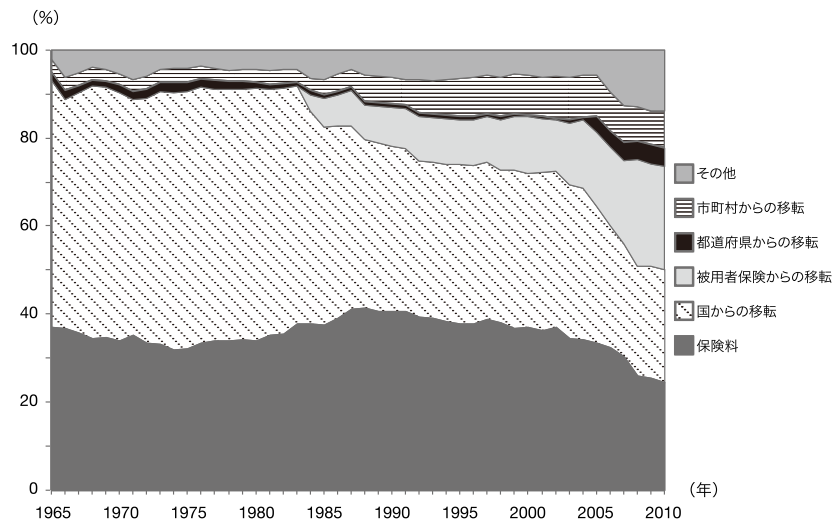
9 高齢者に対する支出は、1973年の「無料」（自己負担なし）診療の導入を受けて、増加した。

国民健康保険の財政状況の変化

2010年の全ての国民健康保険の総収入の内訳を見ると、26%が国から、25%が加入者の保険料から、24%が被用者保険から（国民健康保険に偏って加入している65～74歳の高齢者の医療費を賄うため）、8%が市町村から、4%が都道府県から¹⁰、そして残りがその他から賄われている（図3.5）。

収入に占める保険料の割合は、1965年当初の36.9%から低下したが、その後1974年の32%から1991年の41%まで上昇した。それ以降は、高齢者の費用を賄うための財政調整が拡大しているため、低下し続けている。その他の変化としては、第1に、国からの補助金の割合がほぼ半分から4分の

図3.5 国民健康保険の収入構成の推移

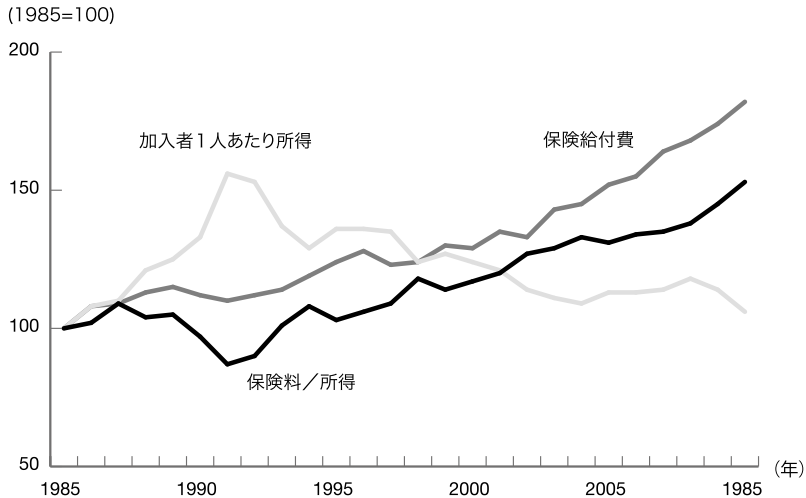


注：2007年と2008年の間が連続的でないのは、2008年に後期高齢者医療制度が導入されたためである。

出典：国立社会保障・人口問題研究所 2007；2012

10 2005年に都道府県の割合が上昇しているのは、主に国から都道府県へ権限と財源が委譲されたことによる。都道府県は、市町村に都道府県調整交付金を割り当てるための公式を設定することができる。ただし、2011年現在、都道府県のうち、36は全ての市町村に同じ割合で交付しており、当該市町村の財政状況を反映しているのは11のみである。

図3.6 国民健康保険の加入者の課税所得額、保険料率および給付費



注：全ての変数は1985年を100として標準化されている。医療給付費および課税所得は、消費者物価指数（CPI）で実質化している。2008年の後期高齢者医療制度の発足により、2007年と2008年の間が連続的でない。

出典：加入者1人当たりの所得、保険料、および給付費は厚生省による（1985～2010年年次調査）。CPIのデータは総務省による。

1へ減少した。第2に、この国からの補助金の減少分は、高齢者の費用を賄うために被用者保険から調整される金額の増加分よりも大きい（後期高齢者医療制度が導入された2008年には、26%まで低下している）。第3に、財政基盤の脆弱化によって、市町村は、一般財源からの財政支援を増やさざるを得なくなっている。

しかしながら、国民健康保険の収入に占める保険料の割合は低下しているものの、加入者の所得以上に給付費が増大しているため、保険料が増加するにつれて、所得に占める保険料の割合は上昇している（図3.6）。所得は、1991年の120万円をピークに、2010年は80万円まで減少し、所得に占める保険料の割合は、5.6%から10.0%まで上昇した¹¹。

11 2010年の時点で、「その他」は収入の13.5%であり、そのうち81%が再保険制度によつ

国民健康保険料の格差是正に向けた財政調整の効果

以下の数式を用いて各国民健康保険の保険料収入を分類し、国民健康保険の保険者間の所得水準による格差を是正する上での財政調整の効果を考察した。

$$\begin{aligned}
 \text{保険料収入} &= \text{支出} - \text{移転および補助金} \\
 &= \text{医療費} + \text{他の制度への移転} \\
 &+ \text{再保険制度（負担 - 給付）} - \text{療養給付費負担金} \\
 &- \text{普通調整交付金} - \text{都道府県調整交付金} \\
 &- \text{市町村一般会計からの移転} \\
 &- \text{その他の移転および補助金}
 \end{aligned}$$

各医療保険の保険者において、保険料収入は、支出から移転および補助金受給額を引いた金額と等しくなければならない。数式では、費用を医療費、他の基金（後期高齢者医療制度の費用を賄うための共同管理基金）への調整、および再保険制度の純費用（保険料支出から受け取った給付費を引いたもの）に分けている¹²。その他の収入は、政府からマッチングの形で受給する補助金（療養給付費負担金）と普通調整交付金、都道府県から受給する補助金（都道府県調整交付金）、65～74歳の高齢者の医療費を賄うための被用者保険からの納付金、市町村の一般会計からの移転（一般会計繰り入れ）、およびその他の移転と補助金に分類される。

これらの要素のうち、療養給付費負担金と都道府県調整交付金は、マッチングファンドベースで支払われる¹³。普通調整交付金だけが、保険料率の格差を縮小することに重点を置いており、給付費の割合は、0%から最大32.0%（三島村）と幅がある。この交付金は、標準的な需要（通常は医療費に相当する）と標準的な収入（通常は保険料収入に相当する）の差に基づいている。しか

て支払われた給付によるものである。この制度は、都道府県レベルで管轄され、30万円を超える支出に対して国民健康保険制度から資金が拠出される。国民健康保険制度は、半分は加入者数に基づいて、もう半分は過去の医療費に基づいて資金を提供する。支払われる保険料は支出に現れるため、分母を実際の純収入とした場合、比率は10%程度低下する。

12 これは国民健康保険から拠出されるため、全体では負担額が費用と等しくなり、図3.5には現れない。

13 災害については、特別調整交付金によって別途資金が提供される。

しながら、後者の比重が高く、この交付金を受給しない国民健康保険制度は比較的平均所得が高い保険者に限られる。表 3.1 は、各財政移転の前後に変動係数（CV）を求めることによって、保険料のばらつきがどのように軽減されるかを示している。総費用の変動係数を算出した上で、国民健康保険の保険者への移転をひとつずつ引き、同じ手順を繰り返すと、移転によって変動係数が 0.38 から 0.22 に低下することが分かる。最も効果的な移転は、普通調整交付金であり、その後には再保険制度が続く。

表3.1 国民健康保険の保険者間の保険料率の差（調整前および調整後）

	CV	Δ CV
総費用	0.38	-
療養給付費負担金	0.39	0.01
普通調整交付金	0.33	△ 0.06
都道府県調整交付金	0.33	0.00
再保険制度	0.28	△ 0.05
市町村からの移転	0.26	△ 0.02
保険料全体	0.22	-

注：CVは、全ての国民健康保険者のデータを用いて算出した。全ての変数は平均所得で除している。

出典：国民健康保険中央会 2011のデータに基づき算出

国民健康保険者間の財政不均衡

保険料にどの程度の格差があるのかを示すため、2010年に国民健康保険に加入していた代表的な世帯のモデル保険料を各自治体の設定する計算法を用いて算出した¹⁴。保険料は、各世帯の加入者数によって異なるため、世帯主と配偶者の2人世帯を標準として設定した。保険料を計算する際に公的年金収入は実質的に控除されているため、世帯主の年齢（労働年齢と高齢者）によって分けた。その上で、200万円から1400万円までの5段階の年取に応じて保険料額を計算した。

14 保険料の算出に資産割を用いる自治体では、全ての世帯が自治体の平均額を支払っているものと想定した。資産割から徴収する保険料の割合は、保険料全体の10%未満である。

表3.2 国民健康保険制度間の非高齢者および高齢者世帯の保険料率の範囲 (2010年)

年間所得	最低値	p10	p25	中央値	p75	p90	最大値
非高齢者世帯							
200万円	4.6	8.5	9.8	10.9	12.3	13.4	18.6
300万円	4.2	7.6	8.9	10.0	11.4	12.5	17.7
500万円	3.8	6.8	8.0	9.3	10.5	11.5	12.8
700万円	3.6	6.5	7.4	8.4	9.0	9.0	9.0
1400万円	2.9	4.2	4.5	4.5	4.5	4.5	4.5
高齢者世帯							
200万円	2.7	4.6	5.4	6.1	6.7	7.2	9.2
300万円	2.9	5.3	6.0	6.8	7.6	8.3	11.3
500万円	3.1	5.6	6.6	7.5	8.5	9.4	12.6
700万円	3.0	5.5	6.3	7.3	8.1	8.8	9.0
1400万円	2.9	4.2	4.5	4.5	4.5	4.5	4.5

注：p10、p25、p75、およびp90は、年収のパーセンタイルを表している。全ての計算は、2010年の規則で定められた方法に基づく。「高齢者」とは、世帯主が65歳以上で公的年金を受給している世帯を指す。

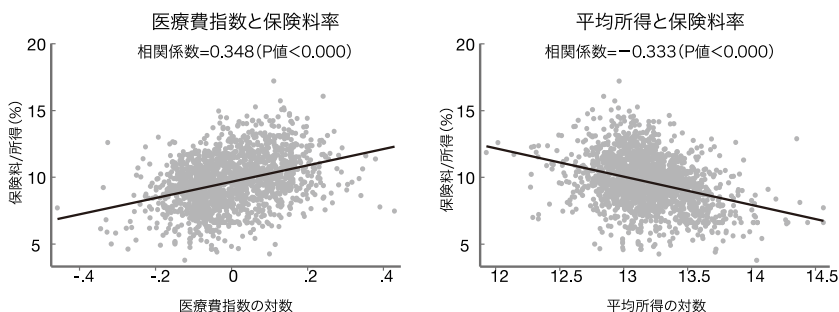
出典：国民健康保険中央会 2011

表 3.2 に示すとおり、年間所得が最も高い階層を除く全ての非高齢者世帯と高齢者世帯において、保険料率の最低値と最高値に概ね 3～4 倍の開きがあった。年金所得は実質的に控除されるため、保険料率の中央値は、非高齢者世帯が高齢者世帯を大きく上回った（例えば、200 万円の年間所得の階層において非高齢者世帯が 10.9%、高齢者世帯が 6.1%）。国民健康保険料の徴収額に上限が設定されているため、所得別で見ると、保険料率は高額所得世帯で概して低くなった。75 パーセントイルでは、所得が 700 万円の非高齢者世帯の保険料率は 9.0% であったが、1400 万円の世帯では 4.5% であった。このように、逆進的な構造になっている。

各自治体における国民健康保険制度の保険料率を決定する要素は何であろうか。図 3.7 は、各自治体における所得額 300 万円の非高齢者世帯における保険料率の分布を示している。非高齢者世帯の保険料率と年齢調整医療費(医

療費指数)¹⁵は、大きな正の相関関係にあり(0.348)、保険の原理が適用されていることが分かる。しかし、保険料率と平均所得は、医療費を年齢調整した場合でも負の関係となっている(-0.333)。以上を鑑みると、国民健康保険制度の財政不均衡の軽減を目指す現在の措置は不十分なことが分かる。異なる所得水準の非高齢者世帯についても、同様の結果が得られた。

図3.7 各自治体の医療費指数と保険料率、および平均所得と保険料率(2010年)



注：保険料および保険料率は、年間所得300万円の非高齢者世帯のもの。

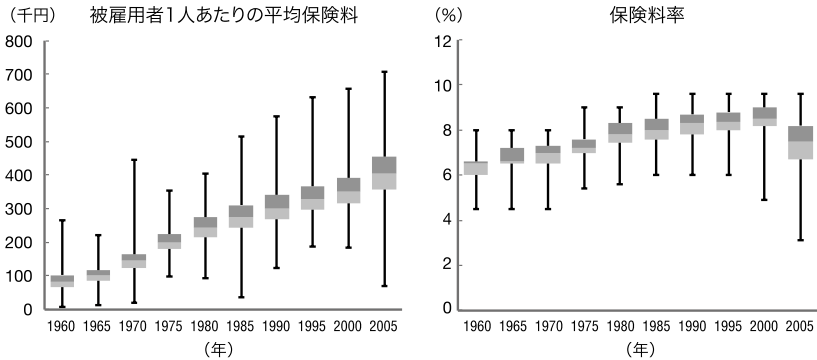
出典：平均所得と医療費指数は厚生労働省2010より。保険料データは国民健康保険中央会2011より。

組合健保間の財政不均衡

組合健保と共済組合は、財源が最も安定しているが、後期高齢者医療制度に対する支援費、および65～74歳の高齢者向けの納付金への出資のため、財政状態は悪化している。これら2つへの支出は、合計すると2013年度の支出の半分近く(46%)を占める(健康保険組合連合会2013)。組合健保間にも不均衡は存在する。給付面を見ると、一部の制度は、健康増進・予防プログラムや自己負担の一部払い戻しの形で、追加の法定外の給付(付加給付)を提供している。また、雇用主が支払う保険料の最低割合は、法律で50%以

15 医療費指数は厚生労働省から公表されているものである。医療費指数を使用すると、年齢構成の差を考慮せずにさまざまな自治体の医療費を比較することができる。

図3.8 組合健保における被雇用者1人当たりの保険料および保険料率の推移



注：ひげの最上部は最大値、最下部は最小値を表している。箱の上辺は75パーセンタイル、中央の線は中央値、下辺は25パーセンタイルを表す。左側のグラフの縦軸の数字は、CPIによって実質化された被雇用者1人当たりの保険料を表す（2010会計年度を100とする）。被雇用者1人当たりの保険料は、被用者数（扶養家族を除く）に対する保険料収入の比率として算出している。右側のグラフの縦軸の数字は、雇用主が支払う保険料を含む保険料率を表す。2003年に保険料算出の根拠が月収から年収に変更されたため、2000年と2005年のデータは比較することができない。

出典：健康保険組合連合会 1962-2007による被雇用者1人当たりの平均保険料および保険料率。CPIデータは総務省による。

上と定められているが、大部分の制度はそれ以上負担している。しかし、最も不公平なのは、保険料率の差である。データが限られているため、ここでは1960～2005年について考察する¹⁶。

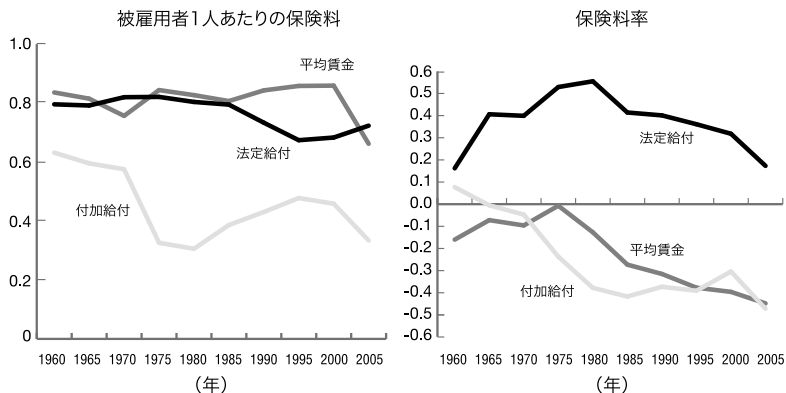
物価上昇、高齢化、技術進歩による医療費の増加を受けて、考察期間中の保険料および保険料率の両方が上昇している（図3.8）。被雇用者1人当たりの保険料の中央値は、1960年の8万3000円から2005年の40万4000円に増加している¹⁷。

保険料は、被用者1人当たりの法定給付費と強い正の相関関係にある（2005

16 近年、保険料率の不均衡に変化は見られないため、この考察は現在も有効と考えられる。結果は、データ収集から2年遅れで発表される点に注意されたい。

17 2000年から2005年の保険料率の低下は、2003年に保険料徴収の根拠が月収から年収に変更されたことによる。以前は、賞与から「特別保険料」と呼ばれる一律税率で徴収されていた。

図3.9 被雇用者1人当たりの平均保険料および保険料率と、法定給付費、付加給付費、平均賃金との相関関係の推移



注：縦軸は、各変数と、被雇用者1人当たりの保険料および保険料率との相関係数を表す。法定給付および付加給付は、扶養家族を除外し、被雇用者1人当たり換算して算出する。2003年に保険料算出の根拠が月収から年収に変更されたため、2000年と2005年のデータは比較することができない。

出典：健康保険組合連合会 1962-2007

年は0.7)が、付加給付については、相関関係が弱い(図3.9)。また、被雇用者1人当たりの保険料は、組合管健保の加入者の平均賃金と強い正の相関関係にある(2005年は0.6)が、保険料率は、負の相関関係にあり(-0.4)、組合管健保の保険料は逆進的に徴収されていることが分かる。

これらの関係は、1960年から2000年半ばまで比較的一貫しており、次のような傾向が見られる。第1に、法定給付費と保険料・保険料率との相関関係は、1985年頃から弱まっている。これは、おそらく、1983年に老人保健制度が導入され、新しい制度の下で、組合管健保が拠出金として保険料収入をプールして調整することが義務付けられたためだと考えられる。第2に、保険料率と所得の負の相関関係が着実に強まっている、低所得の加入者を抱える制度が徐々に保険料率を引き上げるようになったためである。

考察

社会保険は、連帯の原則に基づいて発展したが、この原則は同一制度の加入者に限られたものであり、使用者と被用者は、被用者保険から財政調整により支出を強制されたことに不満を持っている。しかし、政府は彼らの負担に頼らざるを得なかった。なぜなら、急速に進む高齢化によって、被用者保険と地域保険間の財政不均衡を一般財源で賄い続けることができなかつたためである。制度を統合すると、保険料の低かつた制度の保険料率が上昇するため、抜本的な解決策は講じられていない。また、国民健康保険制度では、保険料の算出方法が自治体によって異なるため、実務的なハードルも存在する。しかも、被用者保険と地域保険間でも、保険料の算出方法が根本的に異なり、統合する上でさらに大きな障害となる。

フォーマルセクターとインフォーマルセクターの制度間の収入不均衡を緩和するには、政府の補助金が必要であり、日本の例からは、労働者の移動により都市部よりも地方で高齢化が急速に進み、サービス産業の拡大によって非正規雇用者の数が増加傾向にあるため、このような補助金が増加することが分かる。財政状態がよい側の制度に負担金の拡大を強制することは抵抗に遭うだろう。

振り返ってみると、最終的に社会保険制度を統合する長期的な目標を策定し、連帯の基盤をその制度の加入者以外にも拡大する解決策を選択するのが適切だったと考えられる。まずは、保険料の賦課方式を標準化し、「公平な負担」を全国的に定義する必要があるだろう。

すでに社会保険制度を構築した国、もしくはこれから構築しようとしている国が、異なる制度・加入者間での公平な再配分など、日本が直面している問題を回避するには、対象者、給付、費用負担に関する保障範囲だけでなく、保険料率に関しても、公平性を達成することを目指す必要がある。全国的に保険料率を統一するか、あるいは地域によって差をつけるかは、その国の状況に応じて異なる。後者の利点は、保険料率に地域の医療支出が反映されるため、医療施設のアクセス改善により焦点を置いた施策を行なえることにある。

【参考文献】

- 健康保険組合連合会（1962-2007）「健康保険組合事業年報」（昭和 35 年度～平成 17 年度）（報告書はデータ収集から 2 年遅れで発表される）
- 健康保険組合連合会（2013）「平成 25 年度健保組合予算早期集計結果の概要」
<<http://www.kenporen.com/include/press/2013/2013042202.pdf>>（2013 年 10 月 23 日アクセス）
- 国民健康保険中央会（2011）「国民健康保険の実態 平成 23 年度」
- 国立社会保障・人口問題研究所（1960-2010）「社会保障費用統計」<<http://www.ipss.go.jp/ssj-db/e/ssj-db-top-e.asp>>（2013 年 10 月 23 日アクセス）
- 厚生労働省（1963-2010）「国民健康保険実態調査」（昭和 38 年度～平成 22 年度）
- 厚生労働省（2012）「国民健康保険事業年報平成 22 年度」
- 厚生労働省（2010）「医療費の地域差（医療費マップ）平成 20 年度」<<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/hoken/iryomap/>>（2013 年 10 月 23 日アクセス）
- 財務省（1960-2010）「財政金融統計月報」（昭和 35 年度～平成 22 年度）<http://www.mof.go.jp/pri/publication/zaikin_geppo/hyou03.htm>（2013 年 10 月 23 日アクセス）
- 総務省「消費者物価指数」<<http://www.stat.go.jp/data/cpi/>>（2013 年 10 月 23 日アクセス）
- Ikegami, N., B. K. Yoo, H. Hashimoto, M. Matsumoto, H. Ogata, A. Babazono, R. Watanabe, K. Shibuya, B. M. Yang, M. R. Reich, and Y. Kobayashi 2011. "Japanese Universal Health Coverage: Evolution, Achievements, and Challenges." *Lancet* 378, no. 9797: 1106-15. (邦訳「日本の皆保険制度の変遷、成果と課題」『ランセット日本特集号：国民皆保険達成から 50 年』特集号 2、(公財) 日本国際交流センター)

第4章

日本の介護保険制度：中所得国への教訓

ジョン・C・キャンベル

中所得国では先進国に比べて介護を要する高齢者が比較的少ないため、介護が優先課題として認識されないことがある。しかし、他国に先行して介護問題に直面した日本の経験から、この問題に早期に対処しなければ、費用がかさむその場しのぎの施策が定着してしまうという政策的教訓が得られる。特に2000年に始まった日本の介護保険制度からは、いかにして効果的な制度を構築していくか検討する上で示唆が得られるであろう。本章では、どの発展段階で介護制度の導入を本格的に検討すべきか論じる。

目的および背景

本章の目的は、日本の介護政策における経験から、日本に特徴的であり、かつ、中所得国にとって関連があると考えられる知見を提供することである。

ここ20年の間に、高所得国の大多数は、高齢者の介護に関する制度を創設したか、または抜本的に再編した¹。各国とも、経済発展に伴う3つのトレンドに対応した。

- ・人口高齢化：健康の改善に伴い、高齢者数は増加する。出生率が低下し、人口に占める高齢者の割合がさらに上昇している。大半の高齢者は比較的健康であるが、無視できない一部の高齢者は良い生活を維持するために支援を必要としている。

1 介護は、米国医学研究所により、「身体的または精神的な障害のため、継続的な支援を要する個人に提供される各種の医療および社会サービスを指す。サービスは施設、居宅、または地域で提供され、専門家や当局から提供されるフォーマルなサービスとともに、家族や友人から提供されるインフォーマルなサービスも含む」と定義された（1986年）。

- ・家族による支援の低下：女性がより多くの就業機会に恵まれ、伝統的な家族としての責任を負う意思が弱まり、女性が高齢者の介護に専念しようとは思わなくなってきたことで、家族介護者が減少している。
- ・医療その他の制度に対する圧力：急性期医療の必要がない高齢者の入院や、不十分な介護による健康状態の悪化への対応で費用がかさみ、医療財政と施設にとって大きな負担となりつつある。社会福祉および住宅制度も、虚弱高齢者への対応が求められている。

多くの中所得国でも同様の傾向が見られ、今のところそれほど顕著ではないが、高所得国よりも問題が加速する可能性もある。

日本は世界一の長寿国であり、1962年から国として高齢者の介護問題に対処しようと努めてきた。2000年には、介護のための社会保険制度を創設し、加入を義務化した。これは、政府が高齢者の介護責任の一部を担う「介護の社会化」を目指すものであった。介護保険制度は以下を目標に掲げている。

- ・障害を持つ高齢者の生活の改善
- ・家族介護者の負担軽減
- ・医療制度に対する負担緩和
- ・深刻化する社会問題に対処する効率的な制度の確立

これらの目標は、介護保険が運用されてから14年間でおおむね達成されたが、もちろん問題は残されている。介護保険制度は一般に普及し、今では日本の社会政策に必要なものとして認められている。

現在の制度運用

日本の介護保険制度は社会保険に基づくシステムであるが、歳入源の半分は税金によって賄われている。40歳以上の国民全員が保険料を支払い、65歳以上（または「加齢に伴う」病気を患う40歳以上）の全員が給付対象者となる。介護保険の利用申請者は、主に「日常生活動作」（入浴、更衣、トイレでの動作、ベッドまたは椅子からの移乗、尿・便の排せつ、食事）に関する客観的な調査票によって評価される。約95%の申請者が認定され、7つの

要支援・介護度で分類される²。現金支給はなく、施設または居宅で介護サービスを受ける。利用可能なサービスの額には、月額約5万円から30万円以上までと幅がある。ほぼ全てのサービスに10%の自己負担額が課されるため、多くの受給者は、受給できる上限よりもかなり少ないサービスしか利用していない。受給者は、必要なサービス、サービス量、介護サービス事業者を選択することができ、訓練を受けた介護支援専門員（ケアマネジャー）から助言と給付管理支援を受ける。利用者はケアマネジャーと介護サービス事業者を自由に変更することができ、この仕組みが質の管理上重要となっている。

居宅ケアサービスでは、営利と非営利の介護サービス事業者が対等に競争し、同一サービスに対して同一料金を受け取る。市町村が保険者となり、厚生労働省（厚労省）の厳密なガイドラインにしたがってサービスを監督し、財務を管理する。

2つの問題：大きな期待と費用

日本の介護保険制度には、2つの問題が顕著に見られる。ひとつ目は、日本の高齢者（65歳以上）のうち4.7%が公的施設に入所しており、この割合は多くの先進国より高いことである³。日本では（儒教的伝統によるかは定かでないが）家族に対する思いが強く、家族は年老いた親を施設に入所させることをためらうと思われがちであるが、現実はその逆である。これは歴史的・政治的な理由による。1970年代初め、政府は、70歳以上の高齢者の医療費自己負担率を30～50%から0%に引き下げた。医療費を実質「無料化」することによって、野党からの批判（そして次の選挙）に対応した。その結果、数年間にわたり、需要を満たすために新設された多くの病院に高齢者がなだれ込んだ。このような「社会的入院」は、医学的必要性をほとんどあるいは全く伴っておらず、政府を悩ませ続けた。また、病院と特別養護老人ホーム

2 自立高齢者は、運動やレクリエーションなど、市町村から直接提供されるサービスに参加することができる。食事の宅配、警報器、交通手段、カウンセリングなど、介護保険に含まれない要介護高齢者および介護者向けのサービスも市町村から直接提供される。

3 「施設」とは、少なくとも数カ月間にわたり、入所者を24時間介護する施設を指す。病院やグループホームなども含むが、主にナーシングホームを指す。Rodrigues et al. (2012)を参照。この統計には、3カ月以上入院する高齢者も含まれる。

などの室料および食費が給付対象に含まれていたため、近年まで施設介護の自己負担は極めて少なかった。国民はこの魅力的な 24 時間体制の施設介護を当たり前のものと考えようになった。一度根付いた認識を変えるのは難しい。

2 つ目の問題も歴史的・政治的なものである。日本では、高齢者の介護への公的支出が比較的多く、GDP 比 1.4% に上る。これに対し、ドイツでは GDP 比 0.9% である（ドイツには介護保険制度と最もよく似た制度が存在するため、比較対照として最適である）⁴。1989 年に政府は「高齢者保健福祉推進十カ年戦略」、略して「ゴールドプラン」を発表したが、これも選挙対策であった。本戦略は、市町村が全てを管理し、税収を財源とすることで、介護の必要な高齢者に対する施策を 2 倍または 3 倍に拡大することを約束するものであった。ゴールドプランは非常に人気があったが、多額の費用がかかり、また、運用が容易でないことが分かった。特に、受給資格と必要性を判断する適切な基準が存在しなかった。

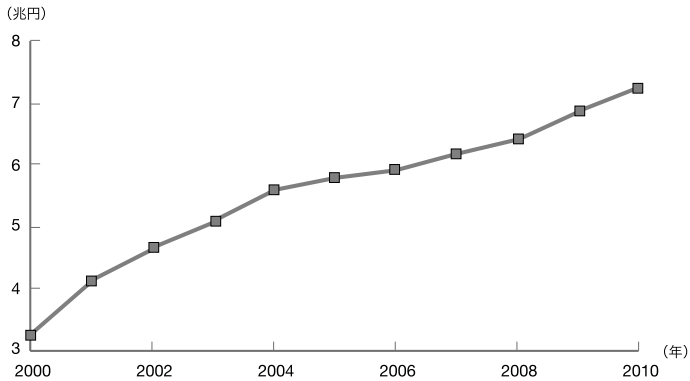
2000 年に開始された介護保険制度は、より合理的で効果的なシステムを導入することを目的としていた。しかし、政府は、比較的必要性の低い高齢者に手厚い給付を行っていたため、従来の拡張的政策を撤回するのは政治的に不可能であった。対照的に、ドイツは 1995 年に極めて体系的な制度を開始し、受給資格を厳格化し、給付を抑えられるよう、比較的限られた高齢者に少なめの給付を行った（Campbell 2002）。

介護保険支出の多さは、重大な政治問題となった。初期に支出が急増し、2005 年以降に支出の増加はやや緩やかになっている（図 4.1）。2010 年までに支出は 7 兆 3000 億円に達し、深刻な財政問題と見なされるようになった。現在、政府は、人口高齢化においても歳出を抑制することを目指して、日本の社会保障制度全体の改革を検討しており、介護保険も議論の対象となっている。

ここでは、歳出増加は単純に人口動態に起因するという点、そして、費用抑制を目的とした適度な改革は効果的であるという点を指摘する。図 4.2 は、

4 2010 年前後の OECD 推計（Colombo et al. 2011）。これは日本の公式な介護保険制度を基にしており、長期入院高齢者の医療保険による支出を含めると、この数字は GDP 比 1.7% となる。別の基準を用いると、2005 年の 65 歳以上の 1 人当たり介護支出は年間約 1750 ドル、ドイツでは 1185 ドルであった（Campbell et al. 2010）。

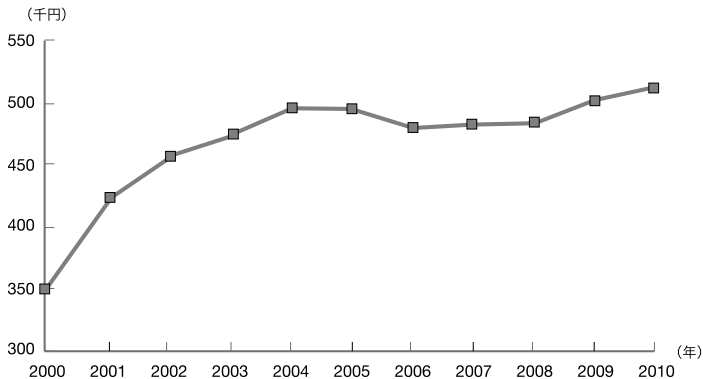
図4.1 介護保険への政府支出



出典：厚労省 2010

75歳以上の高齢者1人当たりの介護に係る公的支出である。分母には、介護サービス受給者だけでなく、75歳以上の全人口が含まれる。75歳以上はほぼ全てのサービスを利用する年齢階級であるため、介護支出の規模に大きな影響を及ぼす。介護保険制度発足当初の5年間で、1人当たり支出は約30%増加したが、2005～2006年の改革の影響もあり、その後の5年間は横ば

図4.2 75歳以上の国民1人当たりの介護に係る支出



注：介護保険制度の政府支出（千円）を75歳以上の人口で除したもの。

出典：厚労省 2010；国勢調査

いとなった。最も重要な改革は、施設病床数、特に病院における病床数の削減であったが、必要性の低い受給者への給付制限やその他の費用削減措置も、重要な役割を果たした。

問題は支出だけではない。先進国でさまざまな制度があることから分かることだが、介護制度を設計する際には、多くの選択をしなければならない。受給要件を厳しくするか緩くするか、給付内容を最低限にするか手厚くするかといった選択に加え、以下が挙げられる (Ikegami et al. 2002)。

- ・給付方法：サービスのみ 対 現金
- ・対象者：高齢者のみ 対 若年障害者も含む
- ・財源ならびに受給条件：税ベース 対 社会保険ベース
- ・サービス提供：営利企業 対 公的または非営利団体

こうした日本固有のアプローチを説明する際の4つの視点は、介護制度を検討する他の国にとっても注目に値するものであり、以降でより詳しく検討していく。

現金ではなく、サービスの給付

ドイツや英国など多くの国とは異なり、日本は「現金」給付ではなく、サービスのみを提供している。介護政策において、公式なサービスではなく現金を提供するという考え方は、いくつかの点で魅力的である。サービスの受け手の選択肢を最大化し、また、家族の介護者の努力に報いるため、一部の家族は介護をより充実させようと意識を高める。さらに、個別に見ると、サービスを提供するよりも安上がりになることがある。例えば、ドイツは、現金給付とサービスの提供を選択肢としており、サービスの対価はどの身体障害度でも現金手当の2倍ほどであるが、大半は現金を受け取る。

しかしながら、特に中所得国では、現金給付のマイナス面の方が大きい。予算の制約上、現金支給額を低く抑えなければならない、十分な金額を給付できないため、介護者（大部分は女性）を困窮した状況に追い込む可能性がある。また、多くの人々が現金給付を求めて、なんとか審査を通ろうと申請書を作成するため、支給額が比較的低くても、政府にとっては大きな負担となる可

性能がある。サービス（入浴補助などはよい例である）は、本当に必要としているものでない限り魅力的でなく、家族による介護が慣習として広く受容されている国では、少なくとも数年間は需要に限られるだろう。

もちろん、サービスを提供するには、インフラ、すなわち特別養護老人ホームのような施設と、居宅サービス（居宅介護、デイケア、家族の介護者が休養を取る際に利用できる「短期入所生活介護」、福祉用具）双方を整備する必要がある。特別養護老人ホームの建設と運営には費用がかかるが、政府は施設数拡大の速度を調整することで、歳出を抑制できる。居宅機関を新たに大量に建設する必要はないが、訓練を受けた職員を確保し、行き届いた管理を行うために投資が必要になる。また、それらを少しずつ進めることもできる。長期的に、訓練と実務経験によって、労働力の質も高まる。つまり、現金給付は低い費用で実施しやすいが、長期的に見れば、日本のサービスのみの給付モデルほど効果的ではないだろう。

高齢者だけが対象で、若年障害者は対象外

日本の介護制度は、身体障害や精神障害を抱える若年層を対象に含めず、介護を要する高齢者だけを対象とする点で、高所得国の中では例外的である。一定の身体障害基準を満たす全員を対象に含めた方が、恣意的な年齢規定を定めるよりも公平であるように見える。年齢に関わりなく身体障害者に同等の金額を支給する方法は簡素かつ公平であるため、介護に対する現金給付に依存する国にとっては、確かに合理的な政策といえる。また、24時間介護を要する重度障害の若年層を、高齢者とともに介護施設に入居させることもできるが、（特に精神疾患の患者では）管理上の問題が生じる可能性がある。

しかし、虚弱高齢者と若年障害者のニーズは、居宅サービスでは、ほとんどの場合大きく異なる。最も重度の若年身体障害者を除くほとんどの障害者は、経済および社会生活にできる限り積極的に参加したいと考えており、必要とされているサービスは、技能訓練に加え、就労および社会生活への積極的な参加を促す支援である。一方で、大多数の高齢者は、快適で満足な生活を送れるよう支援し、家族の介護者の負担を軽減してほしいと考えている。そのため、高齢者に対するサービスは、ホームヘルパーとデイケアが中心と

なる。日本のように、サービスだけを提供する政策を採用する場合は、高齢者と若年層の制度を別々に構築するのがよい。

個別ではなく、社会保険の基準による資格要件

英国や北欧諸国など、介護サービスが税収で賄われる多くの国では、市町村に雇用された（または契約した）ケースワーカーによって資格要件が決定される。ケースワーカーは、被介護者の身体的および精神的状態、収入と資産、家族から介護を受けられる範囲を評価する。ケースワーカーは、市町村から提供されるサービスについて、各人用のケアプランを作成し、市町村予算の制約の範囲内で提供できる給付額を決定する。この制度の利点は、各人の状況に応じた柔軟な給付が可能な点にある。また、収入や資産の調査を実施する場合、介護費用を自身で負担できる者には公的資源が配分されない。

市町村の個別評価には欠点もある。この方法を機能させるには、各市町村が、住民から高い倫理観があると信頼されており、組織化された官僚機構で訓練を受けた職員を確保する必要がある。これに合致しているとしても、市町村間の財政状態の差異により、地方ごとの資格要件や給付水準の格差が生じ、不公平あるいは地域的な運次第と見なされてしまう。また、住民間には受給資格の有無や受給額にも差異が生じる。さらに、予算が枯渇した場合、会計年度末に近づくと認定を受けにくくなることもある。

代替案は、（税による財源調達も可能であるが）社会保険の手法に関連付けて、標準化された国の規定で、受給資格や障害度を判定することである。この調査では、通常、申請者が日常生活における一般的な活動をどの程度行えるかを測定する。日本では74項目の調査票を使用し、必要な訓練を受けた公務員が1時間程度自宅を訪問し調査を行う。統計アルゴリズムを用いて数値結果を分析し、申請者を8つの区分に分ける（自立、比較的低いレベルの2段階の「要支援」、5段階の「要介護」等）。コンピューターによる判定は介護認定審査会によって審査され、主治医が作成した申請者の医学的状态に関する意見書を審査し、要支援・要介護度を1段階引き上げまたは引き下げることがある。

どのような手順が採用されるとしても、主治医や介護サービス事業者など

の利害関係者が、受給資格の判定から除外されることが重要である。市民の視点に立脚し、制度の正当性を確立することが不可欠である。

混在する提供サービス

介護制度を設計する際、特別養護老人ホーム、その他の施設、居宅介護事業所など、十分な介護サービス事業者を確保することがまず基本となる。質を確保するには、一連の規則、許認可手続き、および効率的な統治構造が必要となる。重要な問題は、公的介護制度を営利企業にも開放するか、あるいは非営利組織だけに限定するかである。

日本では、宿泊設備を備え、一定料金で24時間介護を提供する施設への営利企業の参入は認められていなかった⁵。特別養護老人ホームは、長年にわたり、市町村との結び付きが強い、社会福祉法人等が資本コストに対する公的資金の提供（公的資金の注入は後に廃止された）を受けて設立・運営してきた。このような密接な関係は、介護の質を管理する上で影響がある。介護保険制度の下では、施設側が利用者を求めて競争するのが原則だが、現実には、需要の方が大きく、国が新施設の建設を規制しているため、入所待ちが生じている。

居宅サービスに関し、多くの国は、公的サービスまたは外部委託先のサービスに頼っており、受給者はほとんどもしくは全く選択肢がない。日本では、営利企業が既存の社会福祉法人およびその他の非営利組織と競争している。この施策は、2000年に始まり、日本の社会政策における大きな転換点となった。限られた競争の中、サービスは厳密に定義され、都道府県が介護事業者を認可・監督し、各サービスの料金は全国的に固定されている（地域間の物価の差異だけが補正される）。特に国は、3年ごとに介護事業者の財務記録を分析した上で制度を見直し、個別サービスの料金を調整する。しかし、このような制約があるにもかかわらず、競争は激しい。介護事業者の収入は、十分な利用者を獲得できるかにかかっているが、料金が固定されているために、

5 サービス付き高齢者住宅事業は、急速に発展している。このような事業は、ほぼ必ず営利ベースで提供され、居住費は入居者が負担し、サービスは介護保険制度を通じて提供される。

サービスの「質」、つまり、受給者の観点で見た評判、利便性、実績でしかアピールできないからである。

当然ながら、市場が大きいという魅力がある都市部では、競争が激しい。郡部では2、3の事業者が、ごく一般的なサービス（訪問介護とデイケア）を競って提供しており、リハビリテーションなどの利用者が少ないサービスを提供するのは1事業者しかないこともある。それでも、ごく一部の例外を除き、介護報酬に記載されたサービスは、日本全国で利用できる。営利企業または新しい形態の非営利組織（NPO 法人など）が参入していない分野では、介護保険制度施行前から展開していた非営利組織が主たる介護事業者となっている。介護事業者は、主に2つのタイプに分類される。介護事業所を容易に設立できる、経験と資源を有する病院（公立または私立）と、地方公務員と密接な関係を持ち、政府が直接提供しない社会福祉サービスの提供を長年担ってきた各都道府県に置かれている社会福祉協議会である。

一枚岩の公的制度と比べ、日本の制度では介護サービス事業者が多様性を有するため、柔軟性が確保され、政府の管理できる能力を越えるような事態になることを回避し（国は制度の実績を分析でき、市町村は比較的容易に提供サービスを監視できる）、競争を促進してきた。結果、競争によって、効率、革新および質の管理が可能になっている。国は、単に補助金の交付や民間によるサービスの提供を促すのではなく、国家として保障する範囲や公平・公正性、質、そして特に効率性を考慮した上で、制度を設計することができる。これまでの日本の医療を見て明らかのように、支出を抑制するには、公的な役割が強力であることが不可欠である。

考察

中所得国は、介護を要する高齢者の数が増加し、伝統的な支援の仕組みが衰退する前に、国家が体系的な介護保険制度を早い段階で採用するよう検討すべきである。例えば、イスラエルは、65歳以上の人口の割合がまだ10%未満であった1988年に世界初の介護保険制度を確立し、費用と施設入居者数の抑制に成功している（Asiskovitch 2013）。韓国は、65歳以上人口の割合がわずか9.1%であった2008年に日本のモデルに基づいた制度を確立し、

費用が抑制されている (Duk 2012)。日本は 1989 年、ゴールドプランを発表し、体系的な介護保険制度に初めて取り組んだ。当時、65 歳以上の人口は、全人口の 11.6% にすぎなかった。しかし、施設に対する誤った政策を採用し、ゴールドプランの施策に不備があったことから、当初の想定よりも支出が多くなってしまった。

このような各国の経験から、体系的な介護保険制度を早期に検討する上で、以下の 3 つの教訓が得られる。

1. 他の問題解決法が発展する前に包括的な制度を確立すれば、深刻な問題を回避できる。

介護を要する高齢者の増加に家族の支援だけでは対応できない場合、時に市町村や（おそらくは政府補助金を受給する）慈善団体やその他の福祉団体が、高齢者を収容するために多くの特別養護老人ホームを建設することがあるが、これは深刻な問題を引き起こす。その上、要介護高齢者の入院が増加すると、事態はさらに悪化する。老年学の専門家は、重度の場合を除き、施設介護よりも、高齢者が自宅にとどまることのできる、居宅介護サービスの方が望ましいとしている。しかし、施設介護が一般的になり、公共または準公共の特別養護老人ホームの数が増え（病院の所有者の場合はさらに深刻）、政治的利益を守ろうと結束するようになると方向転換して合理的な制度を採用することは難しくなる。

また、オーストリア、イタリア、シンガポールなどのように、発展途上国から移民を介護者として受け入れるかは、現在多くの国において懸念事項となっている。このような移民は在留資格が不明確で、訓練を受けていない女性であることが多く、住み込みで介護を要する高齢者を常時介護し、家族のための調理や清掃も行う。こうした移民が増えると、介護の質、公平性と搾取の問題、双方における虐待、より専門的な介護の普及の阻害、この慣行に対する政府補助金の拡大の要求といった複雑な問題が生じる。多くの世帯が介護者として移民を受け入れる制度が既得権として認識されるようになると、このような問題を解決することが困難になる。一部の高所得国は、移民介護者の雇用や訓練、雇用条件を立法化しようとしたが、これまでのところ成功した例はほとんどない。

日本のように、事業者によって雇用された、訓練を受けた介護従事者が介護サービスを提供しているのは異例である。今後、高齢化が進むことが予想される中所得国が早期に体系的な介護制度を確立すれば、介護需要の拡大に応じて徐々に訓練・認定制度を構築できる。

2. 適切な介護制度の創設は、政治的にも経済的にも有効である。

介護を必要とする高齢者が少ない国では、介護制度を求める圧力はそれほど強くないだろう。しかし、高齢者の介護は、政府だけの問題ではない。人口高齢化の初期段階であっても、自分の親、そして最終的には自分自身が年老いたときにどうなるのか、惨めな生活を送りながら、家族に大きな負担をかける様子を想像し、不安を抱く国民が急増している。誰もが自分達が支援を受けられる新しい制度を歓迎するだろう。

介護制度は、早く導入すればするほど、費用を抑制できる。要介護認定を受けた高齢者の数が比較的少なく、伝統的な家族による支援がうまく機能している場合は、政府による施策を求める声はそれほど大きくならないだろう。また、それまで公的サービスが全くなかった場合は、それほど充実した給付内容でなくても国民に歓迎されるだろう。政府は、10年位たったところでサービス対象範囲や給付を改善するかどうか決定すればよい。

3. 適切な介護制度の創設は、公共政策として有効である。

介護制度の早期導入は、政府の視点から見て、以下の3つの理由で意義がある。

- ・（他の社会問題と質的に異なる）高齢者の介護について、それに特化した制度で対応できれば、医療制度においては、急性期治療と予防に焦点を絞ることができ、その他の社会制度でも、貧困、都市部の住宅問題、青年支援といった喫緊の課題に重点を置くことができる。
- ・早期に介護制度を創設すれば、職員を徐々に訓練し、何が有効であるかを見極めることができる。
- ・適切な介護は、医療費の真の削減につながる。日常的に適切な介護を受けていれば、要介護高齢者が病気になる可能性が低くなり、特に入院後

に再発する可能性が低下する。一般的に介護は医療よりも給与水準が低く、無制限の給付につながらないため、本質的に介護は医療よりも費用がかかからない。

高所得国の経験が示す通り、適切に設計された介護制度の下では、適切なコストで適切な給付を実現できる。これは、公共政策の基本原則である。

【参考文献】

- 厚生労働省 (2010) 『平成 22 年度 介護保険事業状況報告 (年報)』 <http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/jigyoku/10/index.html> (2013 年 3 月 3 日アクセス)
- Asiskovitch, S. 2013. "The Long-Term Care Insurance Program in Israel: solidarity with the elderly in a changing society. " *Israel Journal of Health Policy Research* 2(3) <http://www.ijhpr.org/content/2/1/3>
- Campbell, J. C. 2002. "How Policies Differ: Long-Term-Care Insurance in Japan and Germany. " In *Aging and Social Policy - A German-Japanese Comparison*, ed. by Harald Conrad and Ralph Lutzeler. Munich: Iudicium, pp. 157-187.
- Campbell, J. C., N. Ikegami, and M. J. Martin. "Lessons from Public Long-Term Care Insurance in Germany and Japan. " *Health Affairs* 39:1 (January 2010), 87-95.
- Colombo, F., A. Llana-Nozal, J. Mercier, and F. Tjadens. 2011. *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264097759-en>
- Duk, S. 2012. "The Present situation and problems of the long-term care insurance in South Korea: from comparative perspectives between South Korea and Japan. " *Japanese Journal of Social Security Policy*, Vol.9, No.1 (March) 49-60. http://www.ipss.go.jp/webj-ad/WebJournal.files/SocialSecurity/2011/spring/Web%20Journal_Dr%20Sunwo.pdf
- Ikegami, N., and J. C. Campbell. 2002. "Choices, Policy Logics and Problems in the Design of Long-Term-Care Systems. " *Journal of Social Policy and Administration* 36:7 (December) 719-734.
- Institute of Medicine. 1986. *Improving the quality of nursing homes*. Washington, DC: National Academy Press.
- Rodrigues, R., M. Huber, and G. Lamura (eds.). 2012. *Facts and Figures on Healthy Ageing and Long-term Care*. European Centre for Social Welfare Policy and Research: Vienna.
- Tamiya, N., et al. 2011. "Population Aging and Wellbeing: Lessons from Japan's Long-Term Care Insurance. " *The Lancet* 378 (September), 1183-92. (邦訳「人口

の高齢化と幸福：日本の公的介護保険政策からの教訓」『ランセット日本特集号：国民皆保険達成から 50 年』特集号 4、(公財) 日本国際交流センター)

Tsutsui, T., and N. Muramatsu. 2007. "Japan's Universal Long-term Care System Reform of 2005: Containing Costs and Realising a Vision. " *Journal of the American Geriatric Society*. 55(9):1458-63.

第5章

日本の診療報酬改定による医療費の抑制

池上直己

日本の医療費は高所得国としては比較的安く、健康指標も全般的に優れている。医療費が抑制されている主因のひとつとして、2年ごとに改定される診療報酬制度の効果が挙げられる。「全国一律の」全体改定率を設定した上、項目別の改定を微調整し、さらに請求要件を設定するという2段階のアプローチが取られており、診療行為・医薬品等ごとの支払い費用を抑制する独自モデルとなっている。医療サービス価格の小幅な引き上げに対しては、主に医薬品の数量加重平均した市場価格を反映させることによって薬価を引き下げて財源を確保してきた。項目別改定は、回数が急増した診療行為や低コストで提供できるようになった診療行為の費用増加による影響を軽減し、多様な形態の医療機関間の収益と費用のバランスを適正に保ってきた、さらに新項目を掲載することで医師にインセンティブを与え、政策目標の達成に貢献してきた。日本の診療報酬制度は、組織にキャパシティがあり（もしくはキャパシティを強化する見込みがある）、また、医療サービスが急激に拡大し、費用を抑制する必要のある国において、モデルとなる可能性がある。

目的および背景

医療費が高くなりがちな出来高払い方式であるにもかかわらず、日本の医療費は2010年時点で国内総生産（GDP）の9.6%と高所得国としては低い水準にある（OECD 2013）。過去20年間、日本経済が停滞しており、2013年時点で65歳以上の人口が人口全体の25%を占め（総務省2013）、世界一高齢化が進んでいることを考慮すると、この数字は驚異的である。また、費用抑制によって医療の質も損なわれていないようだ。日本は、出生時平均余

命が高いだけでなく、急性期入院医療のアウトカムも米国と同水準であるように見受けられる (Hashimoto et al. 2011)。

医療費抑制の重要な仕組みは、厚生労働省 (厚労省) が所管する診療報酬制度である。厚労省は、4000 を超える医療サービス (医師および医療機関) と 13 万種類の医薬品に関し、ほぼ全ての医療機関を対象に医療サービス、医薬品、医療材料の価格と請求要件を定めている¹。請求要件の遵守状況は、レセプト (診療報酬明細書) 審査と指導監査 (立入指導) によって監視される。「差額請求」 (診療報酬で設定された金額を上回る請求をすること) は禁止されている。また、入院時室料差額分 (差額ベッド代) や、有効性や安全性を評価中の少数の新技术を除き、「混合診療」 (診療報酬に収載されていないサービスや医薬品を収載されたものと組み合わせて請求すること) は固く禁止されている。

このように、診療報酬は以下を規定している。

- ・ 医師および医療機関の収益源の 95% 以上
- ・ 日本に 3 カ月以上滞在する者に対する法定給付
- ・ 全患者の自己負担額の 95% 以上 (自己負担額は実質的に一定の比率に規定されている)

2 年ごとに行われる診療報酬改定のプロセスを分析する場合、2 つのレベルで検討するのが有用である。すなわち、まずはマクロ (医療分野全体)、次にミクロ (1 項目ごと、または同一群の複数項目をまとめて) を分析するのが適切である。

マクロ：診療報酬改定率

プロセス

改定プロセスは、財務大臣と厚生労働大臣が両省幹部とともに診療報酬に収載される全ての医療サービスおよび医薬品の価格全体の引き上げ・引き下

1 医療材料は、非常に多くの種類がメーカーごとにあるため、212 の機能区分に基づいて個別に診療報酬に記載されている。価格は、医薬品と同じ方法で減額されているが、機能区分に応じて決められる。

げ率（数量加重平均による診療報酬改定率）を決定することから始まる。この全体改定率は、政治的・経済的状况を評価して決定される²。全体改定率を設定し、過去3年間のデータに基づき非価格要因（高価な医療サービスや医薬品の数量増加、利用拡大など）によって支出の増加幅を勘案した上で、実際の全体予算を決定する。公的医療保険制度への国の補助金が政府予算の約10%を占めるため、こうした決定は、トップレベルで下されなければならない。また、国から公的医療保険制度への補助金は国民医療費の4分の1とされているため、予算が統制されている³。

診療報酬改定率を決定するもうひとつの重要な要因は、薬価の引き下げ幅である。これは、主に厚労省による各製品の市場価格の調査に基づいて決定される（通常は、卸間の競争により診療報酬よりも安価になっている）。このような引き下げは、政府が調達や割引交渉を全ての医療機関に代わって行っているのではなく、主に市場競争による実勢価格で決まる。厚労省は、薬価調査⁴を行い、卸売業者の帳簿に記載された各製品の価格と数量を調査する。このデータに基づき、各製品の数量加重平均市場価格が算出される。その後、市場価格に基づく金額と、取載された各製品の現行の薬価との数量加重平均値の差を合計して薬価改定率が設定される。

続いて、診療報酬改定率によって決まる予算内、および薬価の引き下げによって確保される財源の範囲内で、医療サービス価格の改定率を算定する⁵。

医療費の傾向

国民医療費には、医療保険給付に盛り込まれた全ての医療費、国の医療費支出、および国が設定した患者の自己負担額が含まれる。国民医療費の数値は、診療報酬の改定に関する全ての決定に用いられる⁶。名目国民医療費は、1990年から2011年の間にほぼ倍増した（図5.1）が、デフレのため、

2 本書第6章「日本の診療報酬の政治経済学」参照。

3 本書第3章「日本の社会保険制度間の財政不均衡」参照。

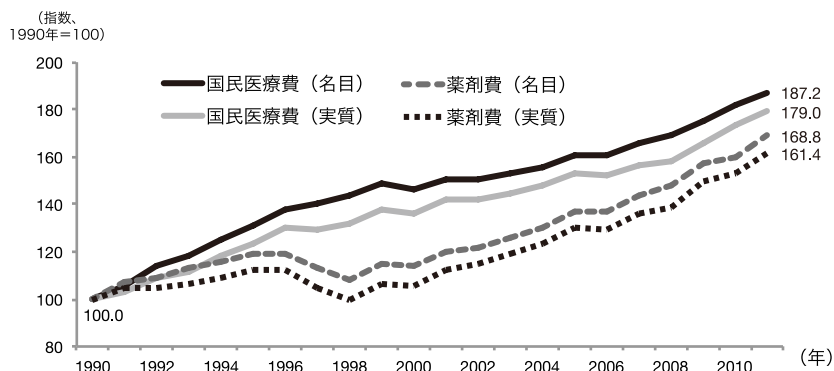
4 この調査は公表されておらず、厚労省の内部文書として使用される。

5 その他2つのサービス区分（歯科および調剤）における改定も同じプロセスで算定され、各区分の累積的な薬価改定率が診療報酬改定率に加算される。

6 国民医療費には、一般用医薬品、健診その他の保健予防費、正常出産の費用など、医療保険の対象となっていない費用は含まれない。これらの項目を含むOECDの総保健医療支出と比較した場合でも、やはり国民医療費の方が20%低い。

図5.1 国民医療費と薬剤費 (1990～2011年)

(名目ならびに実質ベース、実質系列は消費者物価指数で実質化)



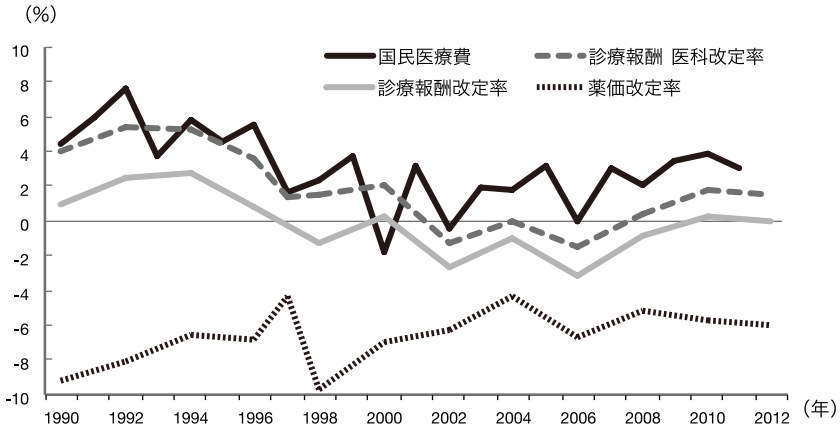
出典：国民医療費は厚労省2013より。薬剤費はIMS HealthのIMS JPM 3月MAT 2003年～2013年に基づく（© 2014 IMS Health）。消費者物価指数は総務省より。

実質的な増加は5%未満であった。薬剤費は国民医療費ほど増加しておらず、1990年代に横ばいとなっている。ここでは、改定率が予算に及ぼす影響に注目し、名目増加率に焦点を当てる。国民医療費の増加は、価格的要因および非価格的要因の2つに分けられる。

2年ごとの診療報酬改定によって価格要因が決定される。全体改定率は、必ずしも国民医療費に直接的な影響を及ぼすとは限らないが、これら2つは密接に関連している（図5.2）。1990年から2013年には、薬価改定率は-4%から-10%の範囲でマイナスであった。一方で、医療サービス部分を規定する本体部分（医科）の改定率が引き下げられたのは2002年と2006年だけであった。

国民医療費の増加の非価格要因は、（主に人口構成の変化を反映した）数量の増加、およびより高額なサービス（CTスキャン、MRI、PETスキャン、あるいは診療報酬に記載された新薬）の記載・利用拡大である。次節で説明する項目別改定によって緩和されるため、こうした非価格要因の影響は、過去20年以上にわたり、年間2～3%程度と推定される（厚労省2013）。これらの供給側の調整では吸収できない数量増加による費用の増加については、

図5.2 診療報酬改定率と医療費の推移 (1990～2012年)



出典：厚労省 2012a

自己負担率を引き上げるにより、需要側で抑制されてきた。被用者については、自己負担割合が1983年のゼロから2003年現在の割にまで徐々に引き上げられたが、高額療養費制度は用意されている。自己負担割合の引き上げは、長期的に見ると需要の抑制にはつながらなかったが、給付費の増加ペースを緩和してきた。

ミクロ：項目別改定

目的およびプロセス

全体の改定率と薬価の改定率の数値がそれぞれ決まると、前者の枠に後者により得られる追加財源の範囲内で、医療サービス改定のための予算が確定する。そして、その予算の範囲内で、サービス価格および請求要件の項目別改定が行われる⁷。このような決定は、厚労省の中央社会保険医療協議会（中医協）によって正式に下されるが、非常に複雑な内容であるため、交渉の大

7 薬価改定がサービスの診療報酬改定に組み込まれている理由のひとつは、特に診療所では医師によって調剤が行われてきたからである。医療機関の収益の大部分は、診療報酬と医薬品の市場価格の差から生じる利益によっていたため、同じ診療報酬制度内で両者を改定することが通常の手続きと考えられてきた。

部分は医療団体と厚労省官僚（主に医系技官）との間で行われる。

前述の通り、薬価および医療サービスの改定率は、全ての項目に一律に適用されるのではなく、医薬品と医療サービスで項目別に適用される。医薬品については、（後述の通り）市場価格を反映して価格が改定される。

医療サービスの価格改定は、以下の政策目標を達成するために行われる。第1に、数量が急増しており、また医療機関が相対的に低い費用で提供することができる項目について、価格を引き下げることによって、医療費の増加を抑制することである。第2に、さまざまな種類の病院間で適切かつ公平な収益と費用のマージンを維持することである。第3に、新規項目を収載したり、それらの価格を高く設定したりすることによって、医師にインセンティブを与え、政策目標を達成することである。

改定によって政策目標が達成されなかったり、あるいは想定外の事態が発生した場合は、次回の改定で修正される。全ての医療機関に一律の影響を及ぼす（そのため、引き下げれば医療機関が団結する）一律の換算率とは異なり、項目別の改定では、収益が増える医療機関と減る医療機関に分かれるため、政府の交渉プロセスが容易になる可能性がある。

診療報酬改定率により各項目の価格を改定した場合の国民医療費への影響は、その項目の数量から算出される。数量が大きい項目（再診料など）は、わずかな改定でも大きな影響を及ぼし、その逆の場合もある（高度な外科手術など）。累積的な影響が診療報酬医科改定率と等しくなるまで、価格改定は続けられる⁸。価格を調整し、専門家の意見から数量を推定することによって、新規項目の予算への影響もこのプロセスで勘案される。

費用抑制における請求要件の重要性

診療報酬の請求要件は、サービス提供を制限し、非価格要因による費用増大を抑える効果があるため、費用を抑制する上で改定率同様に重要である。要件の設定は、診療報酬改定時だけでなく、不適切な利用について報告があった場合や、医療機関からの問い合わせに対応する場合など、厚労省の通達に

8 各サービスや医薬品の数量は、請求データ（レセプト・データ）から求められる。請求データは、標本調査である社会保険調査に基づいていたが、2012年以降、全ての請求データが国のデータベースに移行した。

よって随時行われる。例えば、PET スキャンが初めて記載されたとき、請求要件において、がんの診断が確定した患者だけに使用が制限されていたため、スクリーニングには使用できなかった。

請求要件は、質確保のためにも設定あるいは改定される。例えば、リハビリテーション療法の請求を行う場合、その病院に規定の療法士が配置されており、リハビリテーション施設としての基準を満足することが要件となる。人員および施設に関するこのような要件（施設基準）は、過程や結果に関するデータが乏しいことから、施設としてのインプットや構造に着目したものであり、日本における主要な質保証のメカニズムとなってきた。

これらの要件や通達の遵守状況を監視するため、レセプトは各都道府県の社会保険診療報酬支払基金・国民健康保険団体連合会（国保連）へ送られ、そこで電子的に選別され、審査員によって審査される⁹。さらに、ランダムに選ばれたレセプトと患者の医療記録を照合するため、現場での指導が定期的に行われる¹⁰。記録等に不備があった場合、医療機関は、過誤の程度に応じ、過去6カ月間または12カ月間に不適切に請求した項目の累積額を遡及的に支払わなければならない。地元の評判が悪い医療機関については、レセプト審査のプロセスがさらに厳しくなり、立入検査（指導監査）の回数も増やされる。

これらの審査を行うための費用は、1990年の時点で国民医療費の約0.44%と推定された（Ikegami et al. 1996）。このように低い割合となったのは、厚労省によって設定された全ての項目について、ひとつの価格とひとつの算定要件だけを用い、都道府県レベルの審査に集中されているためである。

差額請求および混合診療禁止の遵守状況も厳しく監視され、有効性や安全性が未評価の医薬品やサービスを診療報酬に組み入れようとする潜在的な圧力を抑制している。

9 審査委員会は、月内の数日間、請求審査を任命された医師から構成される。請求は、同じ専門分野の医師によって審査される。審査者の個人的志向を最小限にとどめるため、病院の審査は、審査委員が3カ月交代で行う。

10 看護師の日常勤務記録も指導監査され、病院が請求した看護人員配置レベルの要件を満たしているかどうか調べられる。

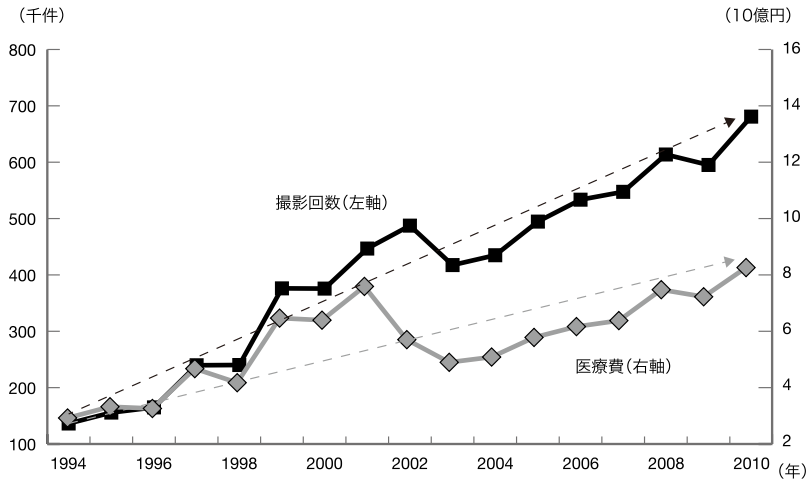
コラム 5.1 新しい処置について価格を低く設定し、さらに引き下げる——MRI のケース

新たな処置を診療報酬に掲載する場合、費用計算に基づくのではなく、有効性を既存技術と比較した上で価格が設定される。例えば、MRI の価格は、1982 年の時点で機器の購入費用が 10 倍以上に上るにもかかわらず、CT スキャンの 2 倍に設定された (Hisashige 1994)。しかし、メーカーがより安価なモデルを発売し、価格表から大幅な割引を積極的に行い、また、病院が患者と医師を集めるために競って機器を購入またはリースしたため、MRI の件数は爆発的に増加した。その結果、MRI に対する支出は急増した。

政府は、1996 年、1998 年、2000 年に撮影 1 回当たりの診療報酬を引き下げて対応したが、引き下げ率は 10% にも満たなかった。対照的に、2002 年には 31% の引き下げが行われた。同年の件数は増加したものの、わずか 9% 増であり、前年の伸び率の半分程度にとどまった。その翌年、診療報酬は同程度であったが、件数は急激に減少した。その結果、MRI に対する総支出は、2002 年に 25% 減少し、2003 年にはさらに 14% 減少した。他の要因が件数と支出に影響したことは間違いないが、診療報酬の引き下げにより、医師が MRI の使用指示を控えたようである。2003 年以降、件数と支出は、どちらもおおむね並行して増加したが、支出の方が若干緩やかなペースで上昇した。以下の表が示す通り、1994 年から 2010 年の間に¹、MRI スキャンの件数は 5 倍に増加しているが、総支出は 3 倍しか増加していない²。その結果、日本は 1 人当たりの MRI 台数が世界一となった (2012 年現在またはそれ以降、OECD 2013) が、撮影の報酬はおそらく最低である。2012 年の MRI の報酬は 1 万 3330 円すなわち 150 ドル (厚労省 2012b) だったが、フランスは 363 ドル、米国は 1121 ドルだったこのパターンは CT スキャン (16-64 列マルチスライス) についても同様であり、2012 年現在、9000 円 (100 ドル) に対し、フランスは 183 ドル、米国は 566 ドルだった (厚労省 2012b; IFHP 2012)。

点数の設定方法を変更することで、より高度なモデルの開発による費用の増加を吸収することも可能であった。2006 年の診療報酬改定では、従来のように身体の部位ではなく、機器の種類に応じて報酬が決定された。身体の部位に基づく 2005 年の数量加重平均報酬を用いて支出を算出したところ、この変更による総支出への影響は中立的であることが分かった。高密度 MRI (1.5 テスラ以上) の報酬引き上げにより生じた支出の増加は、低密度 MRI の報酬引き下げによって相殺された。2012 年の改定では、さらに高密度の MRI (3.0 テスラ以上) の導入が低密度 MRI (1.5 テスラ以下) のさらなる報酬引き下げによって相殺された。

図 MRI：撮影回数と医療費（1994～2010年）



出典：厚労省 2011a

1. ここでは、造影剤を使用する割合が調査期間にわたり一定である（平均してMRIの約2%）ことを確認した上で、単純（造影剤なし）MRIの件数の変化に注目した（厚労省 2011a）。
2. 厚労省の調査データには、診断科目別標準定額料金決定システム（DRG）の日本版であるDPCに基づいて支払われる入院患者のMRIは含まれていない。ただし、DPCによって支払われる病院は、MRIを出来高払いで請求できる外来患者の治療に移行する傾向にあるため、これらを除外したことによって支出に大きな影響が生じることはなく、件数への影響はわずかであろう（Matsuda 2008）。

医療機関間でバランスの取れた経営状況の維持

項目別改定を行うに当たっては、さまざまな種類の病院（一般、慢性疾患、精神科など）間でバランスの取れた財務状況を維持する必要性が考慮される。厚労省は、診療報酬改定の前年に医療機関の経営状況の調査を実施する。医療機関に関する調査結果は、種類別および開設者別の表にまとめられる（厚労省）¹¹。抽出される施設は調査によって異なるため、結果は長期的な傾向を

11 病院の所有者としては、国、地方自治体、公的機関（赤十字社や健康保険組合など）、医療法人、その他の法人、および個人がある。3分の2は、医療法人が所有者である。公立病院の赤字は、補助金によって賄われる。調査の有効回答率は半数強であり、診療所の回答率が病院よりも5%程度低かった。

分析するためではなく、さまざまな病院間の現在の均衡レベルを比較し、次の改定で大きな不均衡を是正するために使用している。

例えば2005年調査では、一般病院が赤字であるのに対して、療養病院で7%の収支差額であったデータが得られたため、2006年の改定では、1日当たりの入院料が10%引き下げられた。しかし、決定するうえで調査結果がどの程度生かされたかは明らかではない。むしろ、厚労省がすでに下した療養病床数を減らすために入院料を不採算なレベルにまで引き下げる決定を正当化するのに用いられた可能性もある (Ikegami 2009)。

診療所に関する結果についても、有床・無床別および開設者別にまとめられる。ここでは、医師個人が経営する無床診療所(これが大多数を占めている)に注目する¹²。このような診療所は、ほぼ全てが個人開業であるため、収益と費用の差額は、医師の税引き前所得に等しい。診療所で提供される医療はプライマリ・ケアで提供できるものに限定されるため、診療所の収益は、項目別改定によって、より直接的な影響を受ける。

しかしながら、診療所の月収は、上は2001年の240万円から、下は2011年の180万円まで変動があったにもかかわらず、診療所の収入が減少しても、診療所の収入の増税が改定の基準として使用されることはない。これは、国が診療所を調査する主な目的が、病院に雇用されている専門医と比較し、診療所の医師の所得が相対的に高いことを示すことであるためかもしれない¹³。このような理由から、診療側で最も有力な、診療所の医師を代表する利益団体である日本医師会は、診療所の医師の収入が下がっても、診療所で主に提供されている医療サービスの診療報酬のプラス改定を交渉する際、そのデータを使おうとしなかった。

医師に対するインセンティブ

診療報酬に新たに取載されたサービスには、医師によるサービス提供を促すために動機づけが含まれることがある。一例を挙げると、終末期におけ

12 診療所については、19床以下の病床数が認められている。20床以上の施設は、病院に分類される。入院施設のない診療所では、税引き後所得からの投資がより少ないため、その利幅は医師の所得をより適切に反映している。

13 本書第7章「日本の医師の配置を規定する要因」参照。

る在宅ケアを拡大するため、2006年の診療報酬改定では、施設が「在宅療養支援診療所または病院の条件を満たし」（患者にいつでも対応できるなど）、医師が患者の死亡日に往診した場合、1万点（10万円）が加算されることになった。この点数は、その後2012年の診療報酬改定でさらに調整された。終末期に患者の往診をした場合は5万円が支払われ、この患者が在宅で死亡、または入院後24時間以内に死亡した場合は追加で3万円が支払われるような点数に分けられ、患者が在宅で死亡せず、死亡日に入院した場合でも、医師が前者の金額を請求できるようになった。

薬剤費

価格の引き下げ

社会医療診療行為別調査によると、薬剤費は、1982年の時点で国民医療費の38.7%を占めていた（厚労省2013）。そのころから、薬剤費を抑制し、国民医療費に占める割合を引き下げることが日本の主要な政策目標となった。これは、主に、医療機関（診療所、病院、薬局）が調剤から得る利益率を徐々に引き下げることによって実施された¹⁴。この利益は、薬価と購入価格との差から生じていた。医療機関が交渉によって大幅な割引を得られる製品を選んだため、市場原理によって価格は下落のスパイラルに陥っていた（新薬の発売価格は、主に、相対的な有効性と革新性に基づいて比較対照薬の価格に上乘せすることによって、または比較対照薬がない場合、政府の公式に基づき費用を算出することによって、厚労省が設定する¹⁵）。有効性と安全性が承認されると、製品は、医療経済評価を経ず、自動的に掲載される。このように、新薬の投入を制限するのではなく、新薬の発売価格を低く抑えることで、費用抑制が達成される。診療報酬制度における薬価改定プロセスは、診療報酬改定の前年に、厚労省が卸売業者の帳簿に記録された薬価の市場価格調査を実施することから始まる。診療報酬に掲載された各製品の価格の改定方法は、

14 1990年の時点で調剤を行っていた病院および診療所は全体の5分の4であった。院外による利益は、病院では純収入の7%、診療所では12%を占めていた。しかしながら、利幅が引き下げられ、院外薬局への処方料が引き上げられると、病院および診療所で調剤される処方の割合は、2010年には37%にまで低下した。

15 2002年からは、国際価格も基準として用いられている。掲載時の薬価は、米国、ドイツ、英国、およびフランスの取載価格の平均を25%以上超えないように設定される（これらの国で市販されている製品がある場合に適用）。

これまでに以下の通り変化してきた。

- ・バルクライン方式（1967～1992年）は、各製品の最高価格から最低価格まで、市場価格を順にリストし、その範囲内の特定の割合で新たな薬価を設定することによって機能する。この割合は1983年に90%から81%に変更され、1987年からは、その価格で販売される製品の数量によって加重平均されるようになった。
- ・リーズナブル・ゾーン方式（1994年以降）は、市場価格調査の結果を集計して算出した各製品の数量加重平均市場価格に割合（「R幅」）を加算することによって、新たな薬価を設定するものである。R幅は当初15%に設定されたが、徐々に縮小され、2000年には現行の2%まで減少した。

さらに、調査の影響を受けない2つの方式も、薬価の引き下げに用いられてきた。ひとつ目として、1994年以降、新薬の薬価は、製品の販売数量の変化に基づいて引き下げられた。例えば、ひとつの条件として、「製品の総売上高がメーカーの予測額の2倍を上回り、かつ売上高が150億円を超えた場合は、その価格を引き下げる」というものがあった。条件を満たした程度、および引き下げの規模は、メーカーと厚労省の激しい交渉によって決定された。2つ目として、2002年より、特許権消失後の先発薬の価格が引き下げられ、この引き下げは徐々に強化された。

このような価格引き下げが薬剤費全体（およびそれが国民医療費に占める割合）に及ぼす影響を機能区分別に紹介する。まず、分析手法に関する、いくつかの重要な点を挙げる。

- ・これらの分析では、卸売業者の大多数から取得した実際の売上高データに基づくIMS Healthのデータを使用している。売上高は、実際の販売価格別ではなく、薬価に従って算出されている。一貫した信頼できる総費用データが入手できるようになったのは1988年からであり、これらのデータは2001年から機能区分別に分類された¹⁶。
- ・厚労省は、推定される薬剤費の総額を公表しているが、このデータには、

16 IMS Healthのデータには、国民医療費に含まれないワクチンが含まれている点に注意されたい。2001年以前は、ワクチンを除外できなかったが、2001年時点でワクチンが薬剤費に占める割合はわずか0.6%であった。

医薬品の請求方法の変更が適切に反映されていないため、一貫性がないと考えられる¹⁷。

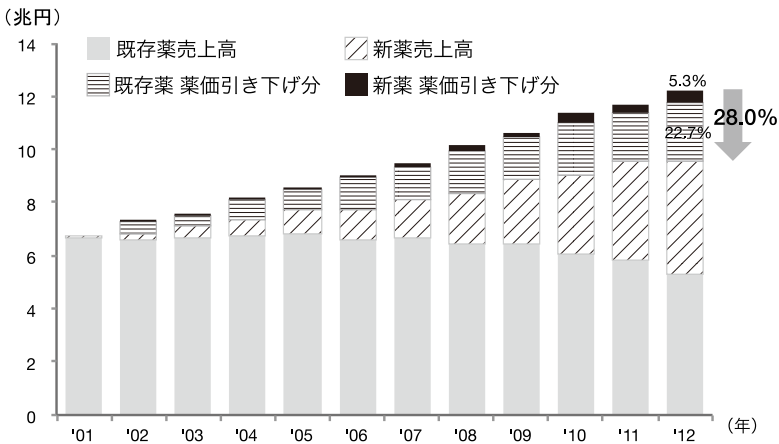
- ・経済協力開発機構（OECD）の薬剤費データには、入院患者の薬剤費が含まれず、一般用医薬品が含まれているが、日本のデータには入院薬剤費は含まれるが一般用医薬品が含まれない。したがって、OECDのデータを用いて日本の支出を他国と比較することはできない。

薬剤費の傾向

薬剤費は、過去20年間に国民医療費ほど増加していない（図5.1参照）。国民医療費に占める薬剤費の割合は、1990年の27.4%から1998年の20.6%へと低下し、その後、再上昇するまで横ばいであった。

2001年から2012年までの期間に価格が累積的に引き下げられなければ、2012年の薬剤費は実際よりも28.0%高い水準になっていた（図5.3）。このように、薬価引き下げは、費用抑制にとって有効である。しかし、このよう

図5.3 薬価引き下げの効果（2001～2012年）

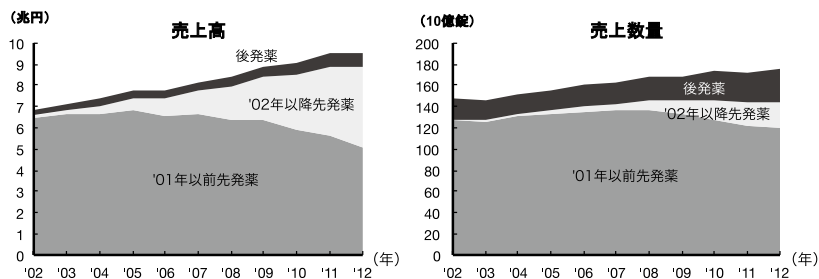


注：薬価引き下げ分とは、薬価が下落しなかった場合の売上高を指す。

出典：© 2014 IMS Health JPM 2002-13年3月MATを基に作成

17 例えば、社会医療診療行為別調査では、DPCによって支払いを受ける患者に処方された医薬品が除外されている。

図5.4 2002年以降および2001年以前に上市された先発薬、および2002年から2012年に上市された後発薬の数量と売上高の推移



出典：©2014 IMS Health JPM 2002-13年3月MATを基に作成

な減少は、2001年以降に発売された新製品の価格引き下げよりも、2000年以前に上市された既存製品の価格引き下げに由来している。これらの既存製品は特許によって保護される可能性が非常に低いいため、価格引き下げはそれほど未だ有効ではなかったことになる。

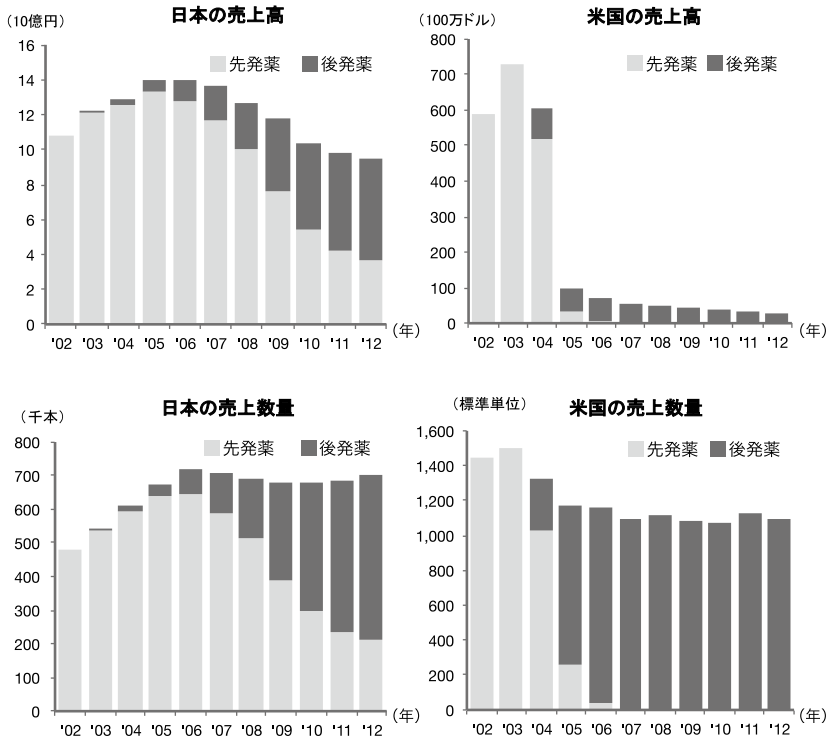
後発薬のシェア拡大により費用は削減されたか？

先発薬の代わりに、より多くの後発薬が処方されていたならば、薬剤費はさらに減少していただろう。図5.4が示す通り、2001年以前に上市された先発既存薬が売上高に占める割合は、2002年から2012年にかけて22.7%低下したが、数量に占める割合は6.6%しか低下していない。

日本の後発薬のシェアが2011年の17%から米国並みの84% (IMS Institute for Healthcare Informatics 2013) まで上昇し、後発薬の価格が先発薬の10%まで下落すれば、薬剤費は現在の約半額まで低下する¹⁸。図5.5は、支出を減らす方策の一例を示している。日本では、後発薬による先発薬の代替ペースが遅いだけでなく、後発薬の価格も高い。これは、後発薬として最初に上市されたときに先発薬の70%に価格が設定されたためであり、その後、に上市された後発薬の価格は、一定の割合で低下している。価格は、その後、

18 後発薬のシェアは、日本は錠数、米国は処方件数に基づいているため、米国と直接比較する場合は注意が必要である。数量で17%というIMS Healthのデータは、全ての後発製品の売上のうち約70%しか含んでいないため、23%という政府のデータ(厚労省2011b)よりも少ない。

図5.5 白金抗がん剤の先発薬と後発薬の数量および売上高構成の日米比較 (2002～2012年)



出典：©2014 IMS Health JPM 2002-13年3月MATを基に作成

市場価格調査の結果を反映して低下していくものの、各後発薬の価格は、依然としてメーカーごとに設定されている。一部は、同じ分子化合物でありながら、各後発薬の間で5倍以上の価格差があるが、出来高払いでは、最も安価な製品を処方または調剤するためのインセンティブが存在しない。

その代わりに、薬価と市場価格の差が最も大きい製品を処方するインセンティブが存在する。低価格の後発薬の価格を大幅に引き下げるよりも、わずかな価格引き下げでも大きな差が出る先発薬の方が利幅が大きくなるためである。医師に後発薬の処方を促し、薬局に代替調剤を促す診療報酬のインセンティブは、先発薬の処方から得られる利益を相殺するには概して不十分で

ある。後発薬の利用を拡大し、価格を引き下げするには、参照価格の導入や包括払い制度の拡張など、さらに抜本的な改革が必要である。

近年の傾向

診療報酬制度は、比較的良好に機能しているように思われるが、昨今、診療報酬制度が今後もこうした政策目標を追求できるか危ぶまれる3つの動きが見られる。

第1に、マクロレベルで現在の費用抑制政策を継続しつつ、同時に医療分野を「経済成長の新たな3本柱」のひとつとして推進できるだろうか（首相官邸2013a）。

ひとつの答えは、現在の差額請求の禁止および混合診療の制限を廃止することである。ただし、この規制緩和によって、有効性や安全性が検証されていないサービスや医薬品が提供される可能性があるため、問題が生じる可能性がある。また、長期的に見ると、これらのサービスや医薬品を公的保険で給付する圧力が高まるため、規制緩和は公的資金を財源とする医療制度の費用増大につながる。患者に支払い能力がないことを理由にサービスを拒否することは非常に難しいため、医療業界における規制緩和は、その悪影響を慎重に検討した上で実施すべきである。分野として発展する可能性は、医療とは異なり、平等なサービス提供が社会規範とはならない介護にあると考えられる（Ikegami et al. 2002）。

第2に、対象を絞った項目別改定は今後も有効だろうか。

DPCの導入および利用が拡大していることから、急性期入院患者の治療の大部分に関して答えは否である¹⁹。2003年当初、DPCは、82の特定機能病院（80の大学病院本院と、国立がんセンター〔現・国立がん研究センター〕および国立循環器病センター〔現・国立循環器病研究センター〕の2つ）だけに導入されたが、これまでに1200以上の病院に拡大され、急性期病床全体の半数を占めるようになった。これらの病院は、主に収益が増加すること

19 DRGと異なり、DPC料金は1日当たりで設定され、入院期間の長さに応じて金額は4段階で低下する。さらに、1万円を超える価格の処置、手術、機器は、引き続き診療ごとに請求されるため、このような一括化は医薬品、診断テスト、画像診断に限定される。

から、DPC による支払いを自主的に選択している。DPC は、各病院について、DPC 採用前と同一サービスを提供した場合と同等の収益を保証する固有の係数を設定してきた。しかし、病院は、画像診断などのサービスを外来治療（行為等ごとの出来高払いで請求される）に移転し、入院患者の費用を抑えている（Matsuda 2008）。このように、支払い側の予想とは異なり、DPC によって費用が減少したことを示す証拠はない（Kondo et al. 2012）。平均入院期間と病床利用率は低下しているが、1 日当たりの収益と入院件数の増加によって相殺されている。このような問題を解決し、政策に沿ったインセンティブを導入するため、厚労省は、病院固有の調整係数を段階的に廃止し、代わりに救急医療を提供する施設や地域がん診療拠点病院などに対して、幅広く適用される新たな係数に置き換えようとしている。しかし、このような係数は全国レベルで一律に設定されるため、地域のニーズを満たすには適さない可能性がある²⁰。そこで、この問題を解決するため、厚労省の権限の一部を地方自治体に移譲する必要がある。また、不正請求を監視するため、地域的な施策も必要である。レセプトの審査プロセスで個々の請求を確認しても見つけることはできず、病院間で DPC の構成を比較しなければならないためである。

第 3 に、薬価の引き下げによって、医療サービス費用の小幅な増加を賄う財源を確保し続けられるだろうか。

2010 年の改定で導入された新制度（新薬創出・適応外薬解消等促進加算制度）により、この可能性は低くなったように考えられる²¹。この新制度では、製品特許の有効期間中、製薬会社は価格引き下げの適用除外を申請する選択権を有する。この適用除外は、薬価調査で明らかにされる製品価格の引き下げ率が全ての製品の加重平均価格の引き下げ率を下回っている限り有効となる。特許が消失したときには、市場の水準を反映して価格が引き下げられる。過去の調査で明らかになっている通り、この引き下げは累積的な引き下げであるため、かなりの規模になるものと考えられる。特許消失時には、後発薬

20 権限の移譲は、地域の医療計画のニーズ分析に基づき新たな財源を割り当てることによって、社会保障制度改革国民会議でも支持されている（首相官邸 2013b）（本書第 1 章「日本の医療制度の政治的・歴史的背景」を参照）。

21 この新制度は、新製品だけでなく、承認された用途よりも拡大使用の際にも適用される。日本では適応外処方が禁止されているため、用途を拡大するには、新たに治験を実施する必要がある。

への切り替えが進むことも予想される。このように予測されるため、適用除外の選択権は、財政中立的だと考えられるが、市場に出回る期間の短い製品（一部の抗がん剤など）には当てはまらないだろう²²。

したがって、特許保護期間中の先発薬の高値を維持するための費用を相殺するには、後発薬の調剤に向けてより積極的なインセンティブを導入し、後発薬の薬価をさらに引き下げる必要がある。

考察

診療報酬の全体改定率を設定してから、項目別改定によって微調整するという日本の手法は、行為等ごとの出来高払い構造の下で費用を管理する独自性の高いモデルであり、おおむね成功している。

- ・日本の診療報酬制度は、医療機関が制約なしに好きなだけサービス・医薬品を保険に請求できる無制限の出来高払い方式ではない。むしろ、政府補助金の総額規模に基づき、財務省と厚労省が合意した緩やかな全体の上限が設定されている。国は、国民医療費の4分の1の財源を配分することによって、補助する財源の枠内だけでなく、国民医療費全体を管理している。
- ・診療報酬には、価格だけでなく、さまざまなサービス基準を規定する請求要件が含まれており、サービスの量および質の限度が定められている。これは、医療機関が診療報酬で定められた料金よりも高い金額を請求する差額請求、そして規定外の混合診療を禁止することによってより強制力が強まる。
- ・行為等ごとの出来高払いは、同じ専門分野の医師による月次請求審査、指導監査等の下で行われ、請求要件を遵守していない医療機関は、経済的な影響を受ける。
- ・2年に1回実施される診療報酬の改定により、医療政策決定者は、経済的なインセンティブを微調整することで、行為ごとの支払いを通じて直

22 メーカーがこの選択肢をどこまで採用するかは不明である。それは、この選択肢を選ばずに割引することで医療機関に薬価差を持たせ、売上を伸ばし、全体の収益を上げる可能性もあるからである。

接新しい政策の方向性に誘導することができる。また、このプロセスでは、医療サービスの価格・数量面の傾向を分析し、これによって、政策決定者は予期せぬ結果を是正または補正するための調整を行うことができる。この制度を機能させるためには、診療報酬の改定において、定期的・継続的な調整を行う必要がある。

- ・行為等ごとの出来高払いを改定する交渉には、サービス活用や価格に関する大量の最新データが必要であり、そのためにデータ収集・分析能力が相当求められる。そのデータセットや分析の有効性が信頼に足る交渉のベースを作れるかを左右する。

これらの特徴の大部分は、他国の出来高払い方式とは異なっている。同様に、複雑な管理構造や、これら全ての機能を同時に管理するための技術的キャパシティも、低所得国では簡単に再現できないだろう。

日本の制度で特に独自性が高いのは、診療報酬の改定が単なる価格設定や価格交渉プロセスではなく、複数の機能がひとつのプロセスに統合されている点にある。また、診療報酬では、対象となる給付が効果的に定義される。それは、診療報酬には、対象となる全ての医療行為、医薬品、および技術が含まれているからである。サービスの利用に関し、請求要件を定義することによって、一定のレベルおよび規準が設定され、それらを保険償還の要件として設定することによって、非価格要因による費用増加を抑制している。このプロセスを通じて、政策立案者は、費用を抑制するだけでなく、政策目標を推進するための促進策と、好ましくない慣行を抑制するための抑止策（保険償還率の引き下げなど）を策定できる。

各国が皆保険を達成し維持するには独自の政策手段を策定しなければならないが、包括予算制度から活動ベースの資金提供への移行を検討（または開始）している諸国では、先を見越して支払い制度を見直し、請求要件を設定することによって数量を調節し、違反に対して罰則を科す制度を強化する必要があるだろう。ガバナンスは全てのステークホルダーと責任を共有しなければならないため、それぞれの詳細については、各国において医師会や病院団体などの主要ステークホルダーと協議する必要がある。

【参考文献】

- 外科系学会社会保険委員会連合（外保連）（2011）「診療報酬点数表に関する外保連試案」
<<http://www.gaihoren.jp/gaihoren/public/book/book.html>>（2013年10月アクセス）
- 厚生労働省（2011a）「社会医療診療行為別調査」<<http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/26-19.html>>（2013年10月アクセス）
- 厚生労働省（2011b）「後発医薬品の使用状況調査」<<http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryuu/kouhatu-iyaku/dl/111205-01.pdf>>（2013年10月アクセス）
- 厚生労働省（2012a）「中央社会保険医療協議会」<<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000008ffd.html>>（2013年10月アクセス）
- 厚生労働省（2012b）「診療報酬改定について」<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuuhoken/iryuuhoken15/index.html>（2013年10月アクセス）
- 厚生労働省（2013）「国民医療費」<<http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/37-21.html>>（2013年12月アクセス）
- 首相官邸（2013a）「新たな成長戦略～『日本再興戦略-JAPAN is BACK-』～」<http://www.kantei.go.jp/jp/headline/seicho_senryaku2013.html>（2013年10月アクセス）
- 首相官邸（2013b）「第15回社会保障制度改革国民会議 議事次第」<<http://www.kantei.go.jp/jp/singi/kokuminkaigi/dai15/gijisidai.html>>（2013年10月アクセス）
- 総務省（2013）「人口推計」<<http://www.stat.go.jp/data/jinsui/pdf/201310.pdf>>（2013年10月アクセス）
- Hashimoto, H., N. Ikegami, K. Shibuya, N. Izumida, H. Noguchi, H. Yasunaga, H. Miyata, J. M. Acuin, and M. R. Reich. 2011. "Cost Containment and Quality of Care in Japan: Is There a Trade-Off?" *The Lancet* 378 (9797): 1174-82. (邦訳「わが国における医療費抑制と医療の質：トレードオフはあるのか」『ランセット日本特集号：国民皆保険達成から50年』特集号3、(公財)日本国際交流センター)
- Hisashige, A. 1994. "The Introduction and Evaluation of MRI in Japan." *Int J Technol Assess Health Care* 10 (3): 392-405.
- Ikegami, N. 2009. "Games Policy Makers and Providers Play: Introducing Case-Mix-Based Payment to Hospital Chronic Care Units in Japan." *J Health Polit Policy Law* 34(3): 361-80.
- Ikegami, N. and J.C. Campbell. 2002. "Choices, Policy Logics and Problems in the Design of Long-Term Care Systems." *Social Policy & Administration* 36(7): 719-34.
- Ikegami, N., J. Wolfson, and T. Ishii. 1996. "Comparison of Administrative Costs in Health Care between Japan and the United States." In *Containing Health Care Costs in Japan*. Ann Arbor: University of Michigan Press: 80-93.
- IMS. "Data on Japan and US Pharmaceuticals". 2013. Copyright 2014 IMS Health.

All rights reserved. Estimates based on IMS JPM March MAT 2002-13. Edited by IMS Japan. Tokyo, Japan. (IMS Healthが著作権を有する図・表の変更は一切認められておらず、転載の際はIMS Healthの著作権を明記しなければならない)

IMS Institute for Healthcare Informatics. 2013. "Avoidable Costs in U.S. Healthcare" <http://www.imshealth.com/portal/site/imshealth/menuitem.762a961826aad98f53c753c71ad8c22a/?vgnextoid=bb321cbfa3401410VgnVCM10000076192ca2RCRD>. edited by IMS Health. Connecticut, United States. (2013年10月アクセス)

IFHP (International Federation of Health Plans). 2012. "Comparative Price Report 2012." <<http://obamacarefacts.com/2012-Comparative-Price-Report.pdf>. London, United Kingdom. (2013年10月アクセス)

Kondo, A., and K. Kawabuchi. 2012. "Evaluation of the Introduction of a Diagnosis Procedure Combination System for Patient Outcome and Hospitalisation Charges for Patients with Hip Fracture or Lung Cancer in Japan." *Health Policy* 107 (2-3): 184-93.

Matsuda, S. 2008. "Diagnosis procedure combination: The Japanese approach to case-mix. In *The Globalization of Managerial Innovation in Health Care.*" Kimberly, JR; de Pourvoirville G, D'Aunno T Edited. New York, Cambridge University Press.

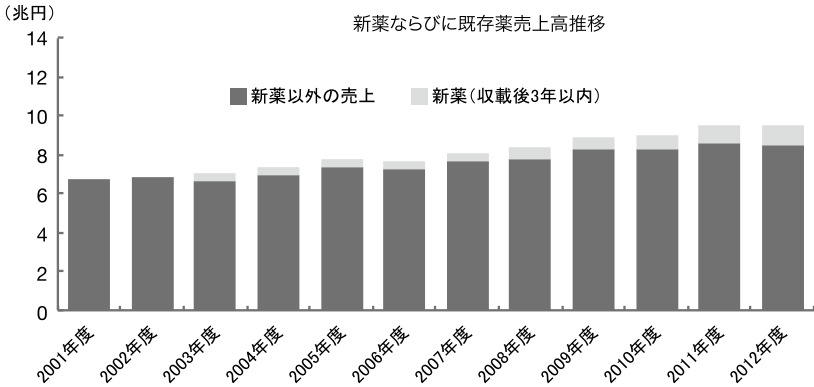
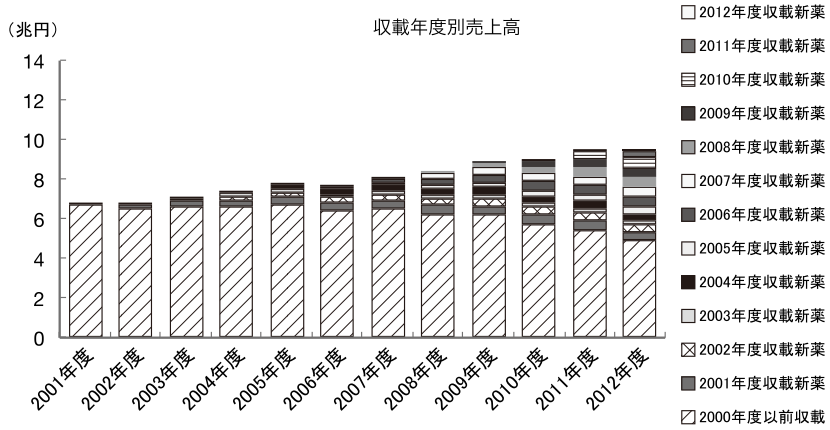
OECD. 2013. *OECD Health Data 2013*. <http://www.oecd.org/health/health-systems/oecdhealthdata.htm>. (2013年10月アクセス)

[参考図表]

参考図表において、本文、図 5.3、5.4 で示した薬価引き下げの効果、薬剤費の変化の要因、後発薬による代替に関するより広範なデータを提供する。こうした関係を最も顕著に表しているのが本文図 5.3、5.4 であるが、研究者に役立てていただくため、分析結果の全てを参考資料として収録することとした。なお、IMS Health が著作権を有する図・表の変更は一切認められておらず、転載の際は IMS Health の著作権を明記しなければならない。

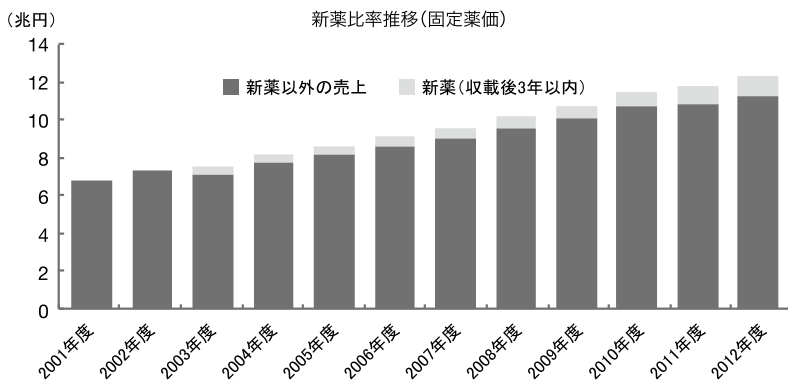
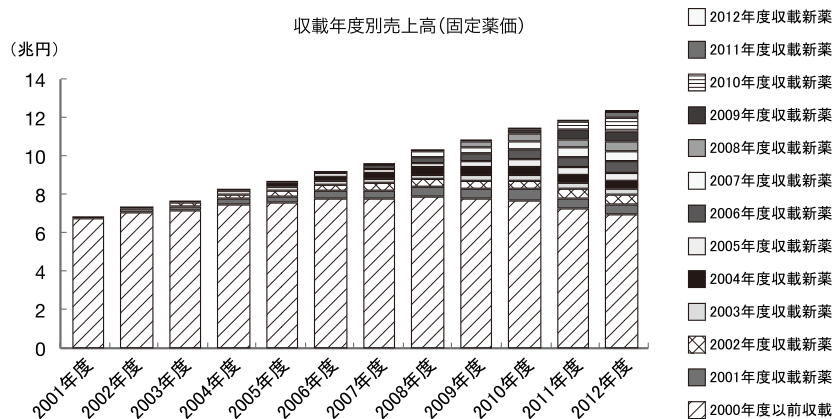
- 参考図表 5.1 取載年度別の売上高ならびに新薬比率の推移
- 参考図表 5.2 薬価引き下げがなかった場合の取載年度別の売上高ならびに新薬比率の推移
- 参考図表 5.3 抗がん剤ならびに抗生剤の売上数量、売上高等（2001～2012年）
- 参考図表 5.4 薬効（ATC）別で見た売上高の増減が大きかった薬剤
- 参考図表 5.5 降圧剤の売上数量、売上高等（2001～2012年）
- 参考図表 5.6 免疫抑制剤の売上数量、売上高等（2001～2012年）
- 参考図表 5.7 糖尿病治療剤の売上数量、売上高等（2001～2012年）
- 参考図表 5.8 その他の中枢神経系用剤（抗アルツハイマー薬含む）の売上数量、売上高等（2001～2012年）
- 参考図表 5.9 心臓用治療剤の売上数量、売上高等（2001～2012年）
- 参考図表 5.10 カルシウム拮抗剤の売上数量、売上高等（2001～2012年）
- 参考図表 5.11 免疫賦活剤の売上数量、売上高等（2001～2012年）
- 参考図表 5.12 診断用造影剤の売上数量、売上高等（2001～2012年）

参考図表5.1 収載年度別の売上高ならびに新薬比率の推移



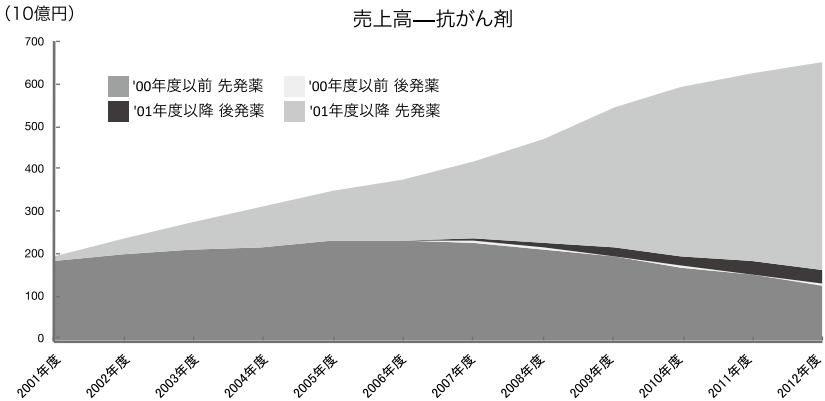
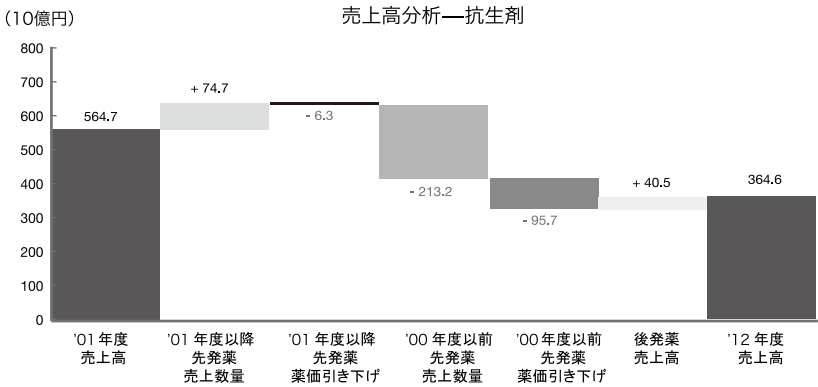
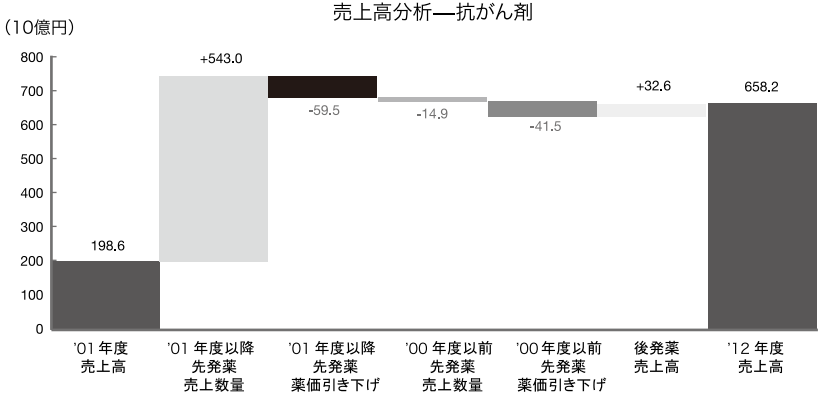
出典：© 2014 IMS Health JPM 2002-13年3月MATを基に作成

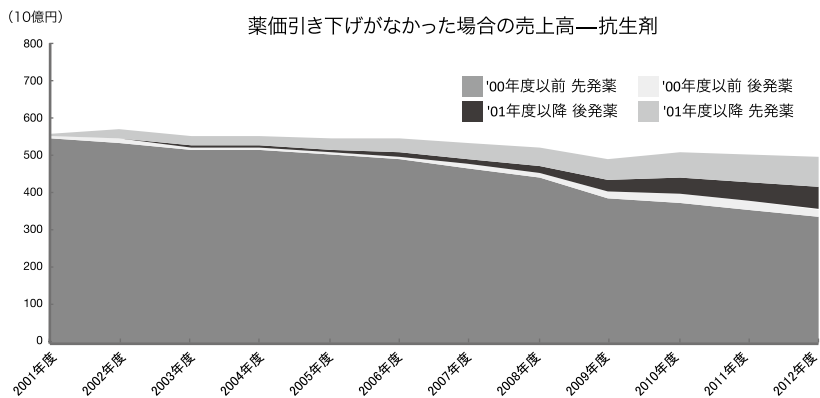
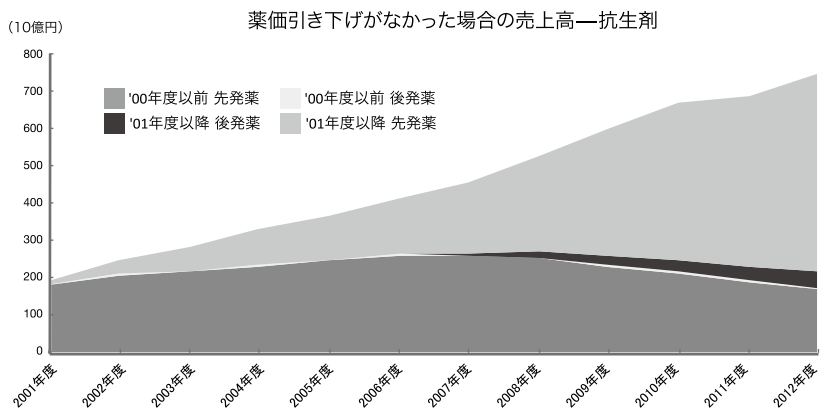
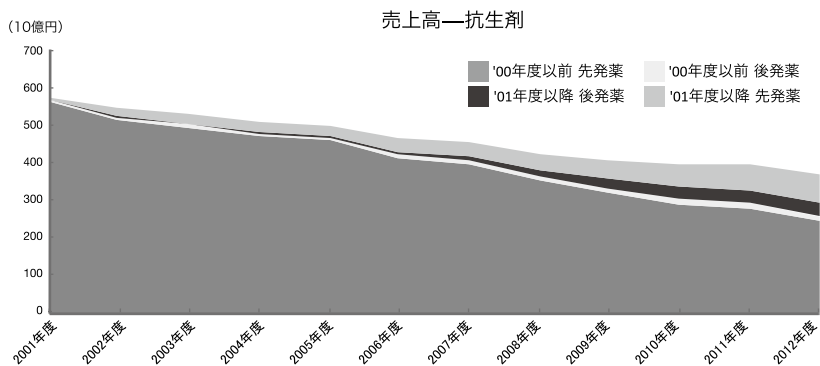
参考図表5.2 薬価引き下げがなかった場合の収載年度別の売上高ならびに新薬比率の推移



出典: © 2014 IMS Health JPM 2002-13年3月MATを基に作成

参考図表5.3 抗がん剤ならびに抗生剤の売上数量、売上高等 (2001~2012年)





注：「売上高分析」の図の見方

1. 「'01年度売上」は、2001年度の売上高
2. 「'01年度以降先発薬数量」は、2001年度の薬価で先発薬が販売されていたと仮定した場合の、売上数量の増加に伴う売上高増加分
3. 「'01年度以降先発薬薬価引下」は、2001年度以降に発売された先発薬につき、薬価が引き下げられたことによる売上高減少分
4. 「'00年度以前先発薬数量」は、2000年度以前に発売された先発薬につき、売上数量の減少に伴う売上高減少分
5. 「'00年度以前先発薬薬価引下」は、2000年度以前に発売された先発薬につき、薬価が引き下げられたことによる売上高減少分
6. 「後発薬売上」は、('00年度以前ならびに'01年度以降に発売された先発薬 に対する) 後発薬の売上高
7. 「'12年度売上」は、'12年度における先発薬・後発薬の合計売上高(1～6の合計)

出典：© 2014 IMS Health JPM 2002-13年3月MATを基に作成

参考図表5.4 薬効 (ATC) 別 で見た売上高の増減が大きかった薬剤

売上高の増加が大きかった薬剤

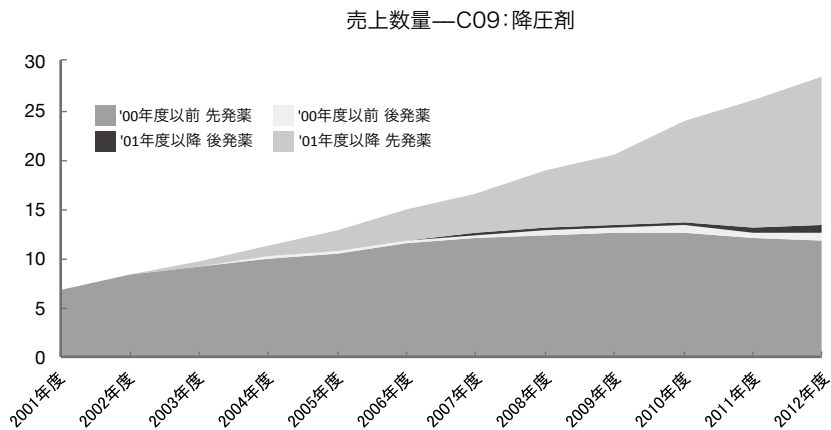
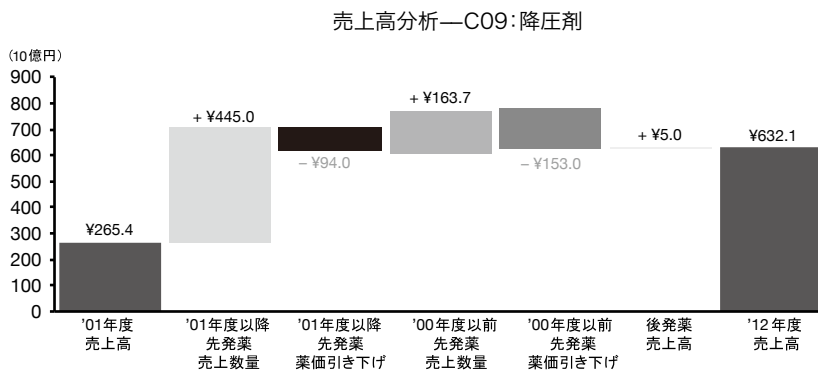
	ATC中分類 (プラス分上位20)	2001年度 (千円)	2012年度 (千円)	△2012-2001 (千円)	成長率 (2012/2001) (%)
	市場合計	6,763,591,608	9,560,127,661	2,796,536,053	41.3
1	L01 抗腫瘍剤	198,576,339	658,243,652	459,667,313	231.5
2	C09 レニン-アンジオテンシン系作用薬	265,390,697	632,067,374	366,676,677	138.2
3	L04 免疫抑制剤	37,954,207	298,349,734	260,395,527	686.1
4	A10 糖尿病治療剤	185,187,076	427,450,748	242,263,672	130.8
5	N07 その他の中枢神経系用剤	84,513,120	268,334,895	183,821,775	217.5
6	J07 ワクチン類 (トキシイドを含む)	40,916,194	220,866,754	179,950,560	439.8
7	B01 抗血栓症薬	222,714,746	379,298,997	156,584,251	70.3
8	N05 向精神薬	171,536,765	314,258,663	142,721,898	83.2
9	R03 喘息及びCOPD治療剤	188,116,020	308,400,299	120,284,279	63.9
10	J05 全身性抗ウイルス剤	60,482,652	168,822,896	108,340,244	179.1
11	T02 診断用検査試薬	108,165,168	208,230,512	100,065,344	92.5
12	N06 精神賦活剤；瘦身用剤を除く	58,856,582	148,984,929	90,128,347	153.1
13	M05 その他の骨格筋用剤	72,832,057	161,849,244	89,017,187	122.2
14	G04 泌尿器官用剤	111,915,560	193,573,654	81,658,094	73.0
15	N03 抗てんかん剤	28,154,429	106,805,038	78,650,609	279.4
16	V03 その他の治療を目的とする薬剤	134,233,905	210,301,299	76,067,394	56.7
17	L02 抗悪性腫瘍用ホルモン療法剤	129,127,060	202,066,370	72,939,310	56.5
18	R06 全身性抗ヒスタミン剤	141,094,556	211,505,258	70,410,702	49.9
19	S01 眼科用剤	190,097,036	257,514,193	67,417,157	35.5
20	H04 その他の全身性ホルモン剤	106,995,517	167,235,118	60,239,601	56.3

売上高の減少が大きかった薬剤

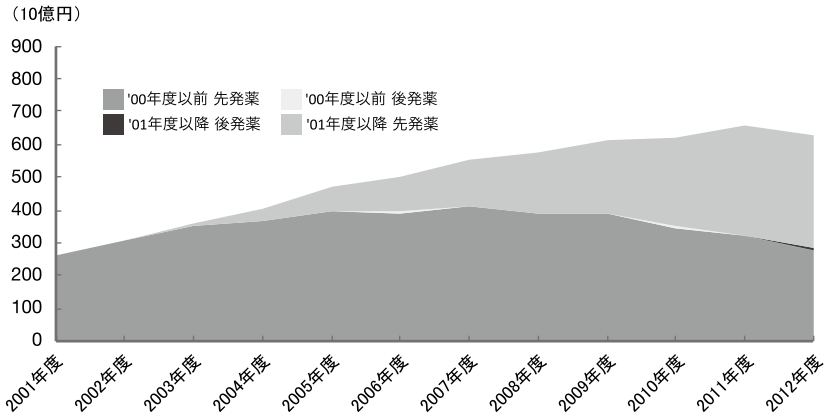
	ATC中分類 (プラス分上位20)	2001年度 (千円)	2012年度 (千円)	△2012-2001 (千円)	成長率 (2012/2001) (%)
	市場合計	6,763,591,608	9,560,127,661	2,796,536,053	41.3
1	J01 全身性抗菌剤	564,652,564	364,623,757	(200,028,807)	-35.4
2	C01 心臓用治療剤	241,555,013	134,687,305	(106,867,708)	-44.2
3	C08 カルシウム拮抗剤	323,135,884	228,049,856	(95,086,028)	-29.4
4	L03 免疫賦活剤	126,242,829	50,991,020	(75,251,809)	-59.6
5	T01 診断用造影剤	149,993,318	100,125,826	(49,867,492)	-33.2
6	C04 脳血管、末梢血管拡張剤	55,979,509	21,718,207	(34,261,302)	-61.2
7	K01 静注用液	147,794,357	122,596,551	(25,197,806)	-17.0
8	A11 ビタミン剤	122,375,986	104,536,348	(17,839,638)	-14.6
9	C02 降圧剤	34,955,578	18,351,729	(16,603,849)	-47.5
10	D08 消毒殺菌剤	29,874,467	13,630,272	(16,244,195)	-54.4
11	J02 全身性抗真菌剤	71,951,706	58,769,094	(13,182,612)	-18.3
12	K03 全血及び血漿代用剤	28,094,506	15,546,469	(12,548,037)	-44.7
13	K06 透析液	61,813,566	49,491,873	(12,321,693)	-19.9
14	A05 利胆剤及び肝臓疾患用剤	44,417,186	32,574,898	(11,842,288)	-26.7
15	R05 咳嗽及び感冒治療剤	69,023,019	59,383,251	(9,639,768)	-14.0
16	B02 その他の血液凝固系用剤	124,283,249	114,737,388	(9,545,861)	-7.7
17	C07 β-遮断薬	80,331,696	72,057,862	(8,273,834)	-10.3
18	D01 皮膚科用抗真菌剤	22,855,369	16,294,132	(6,561,237)	-28.7
19	H02 全身性コルチステロイド剤	29,591,398	23,513,591	(6,077,807)	-20.5
20	A03 機能性胃腸障害剤	47,763,020	42,254,830	(5,508,190)	-11.5

出典：© 2014 IMS Health JPM 2002-13年3月MATを基に作成

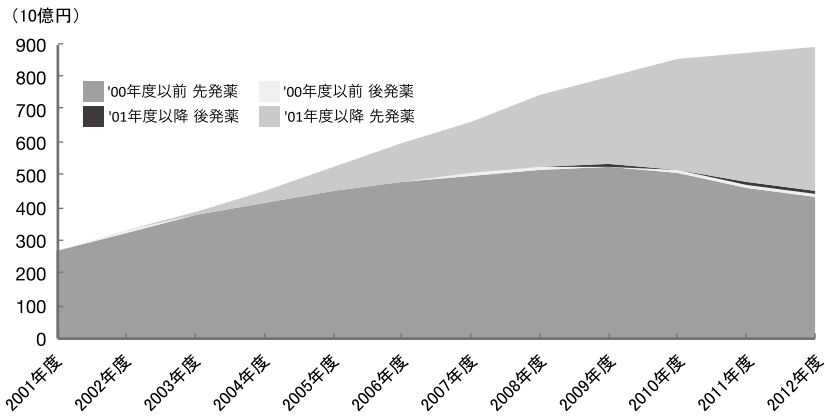
参考図表5.5 降圧剤の売上数量、売上高等 (2001~2012年)



売上高—C09:降圧剤

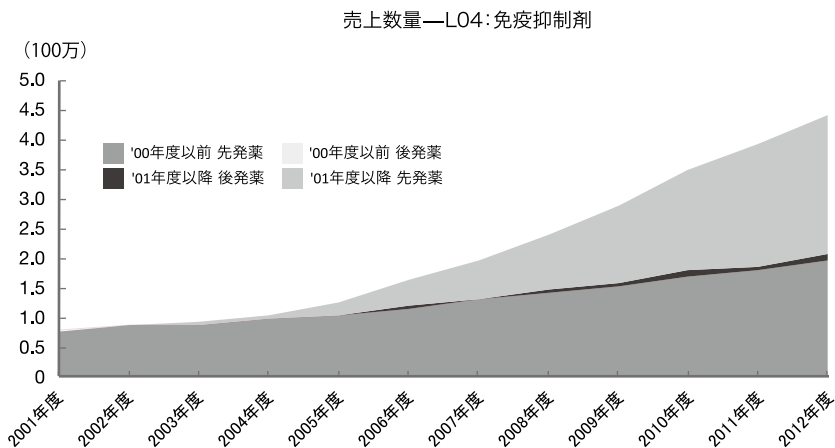
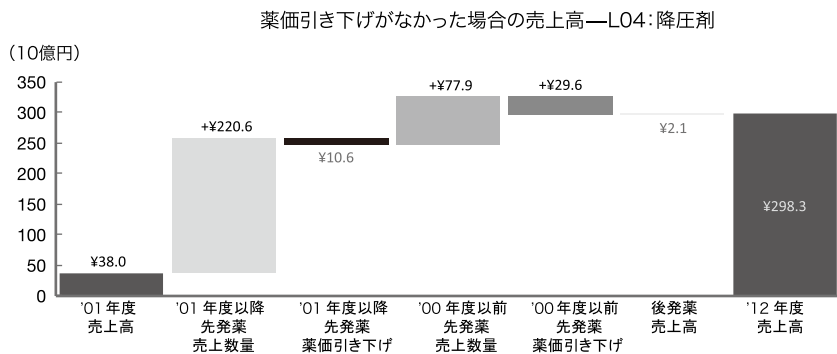


薬価引き下げがなかった場合の売上高—C09:降圧剤

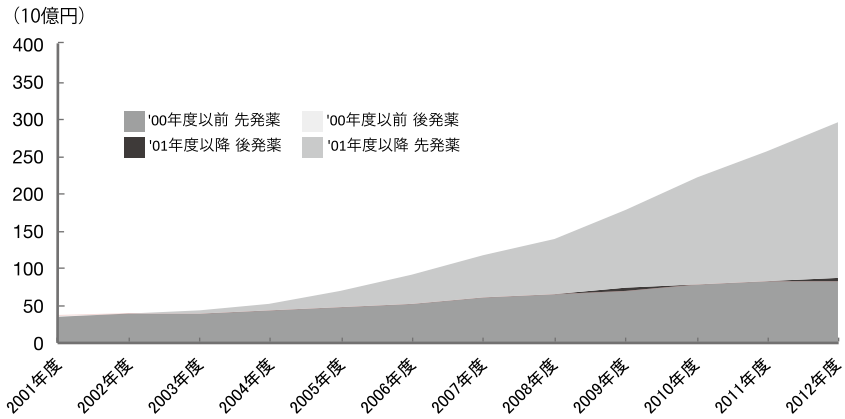


出典：©2014 IMS Health JPM 2002-13年3月MATを基に作成

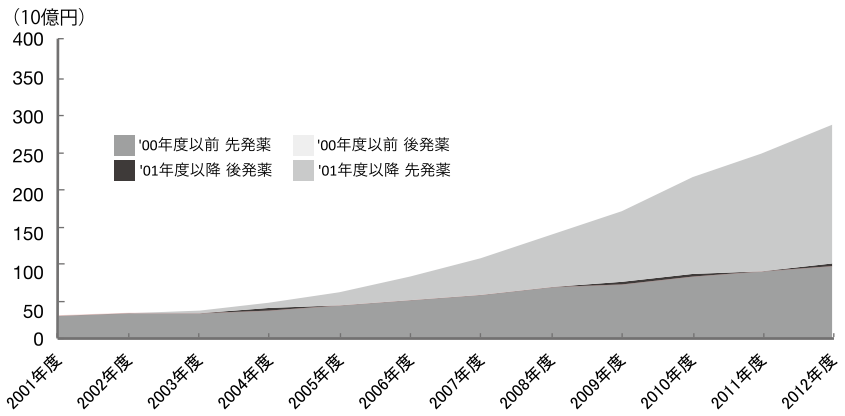
参考図表5.6 免疫抑制剤の売上数量、売上高等(2001~2012年)



売上高—L04:免疫抑制剤

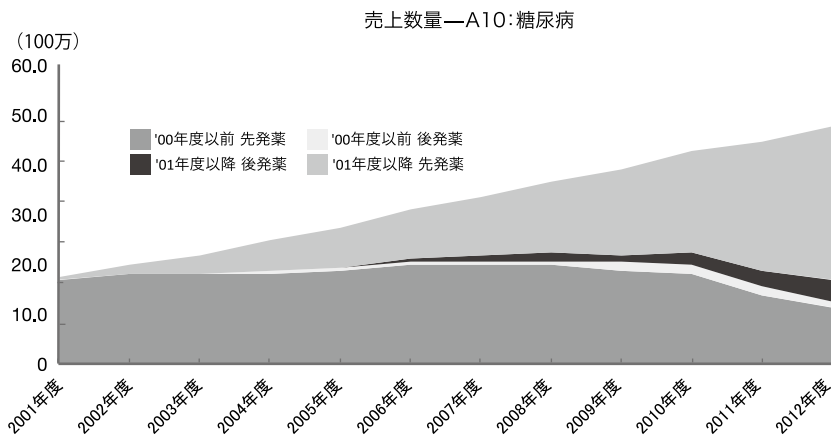
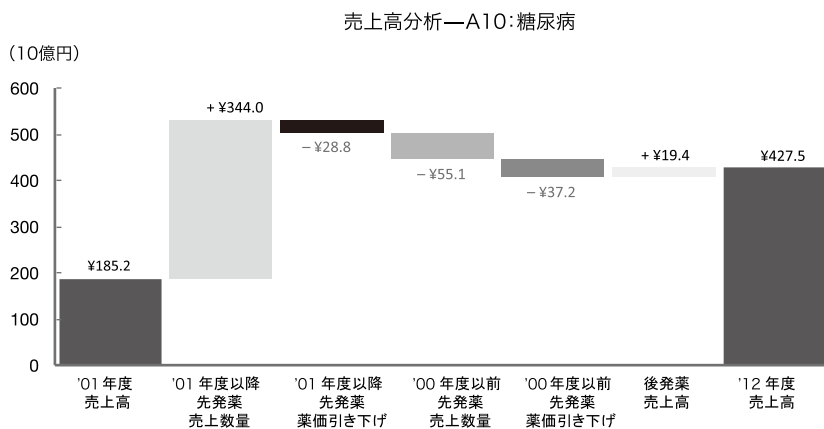


薬価引き下げがなかった場合の売上高—L04:免疫抑制剤

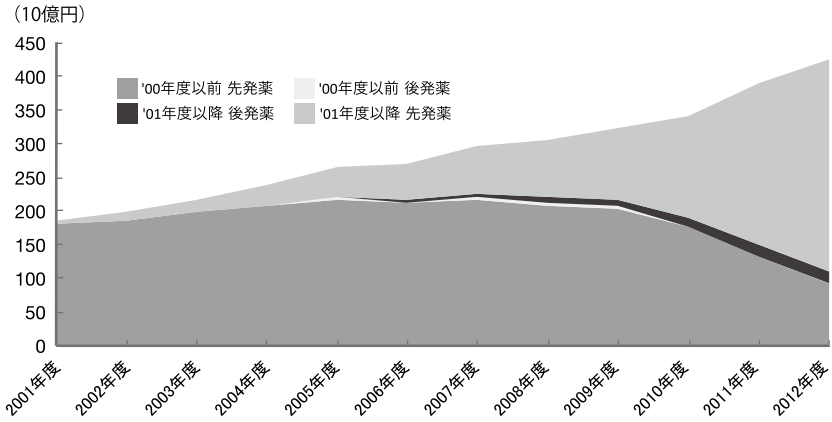


出典：© 2014 IMS Health JPM 2002-13年3月MATを基に作成

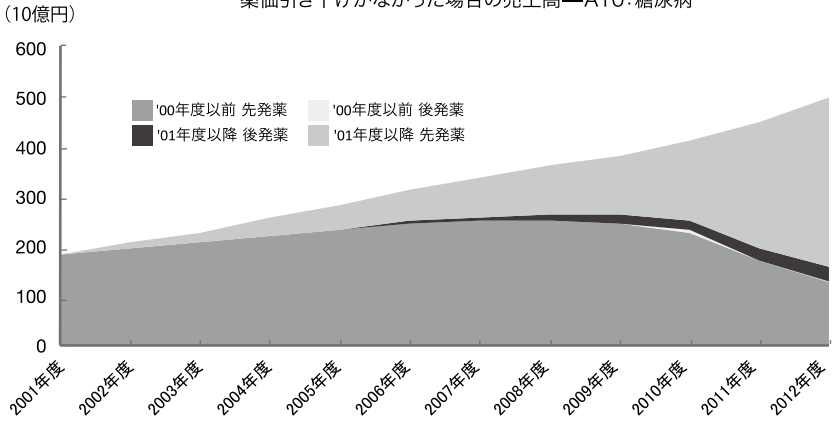
参考図表5.7 糖尿病治療剤の売上数量、売上高等 (2001~2012年)



売上高—A10:糖尿病

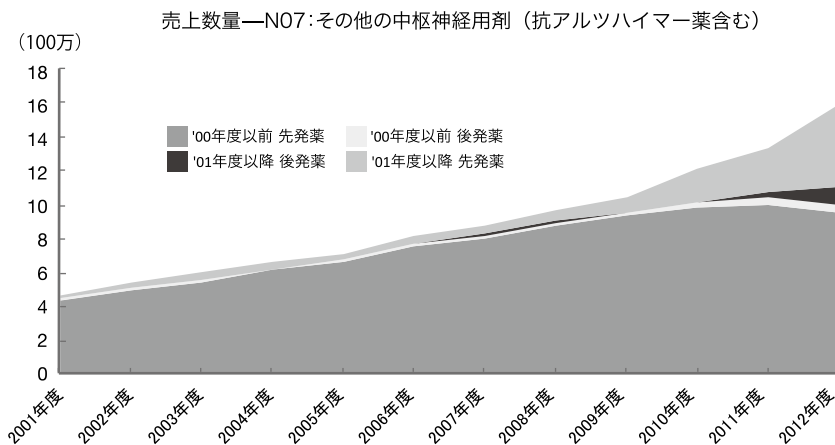
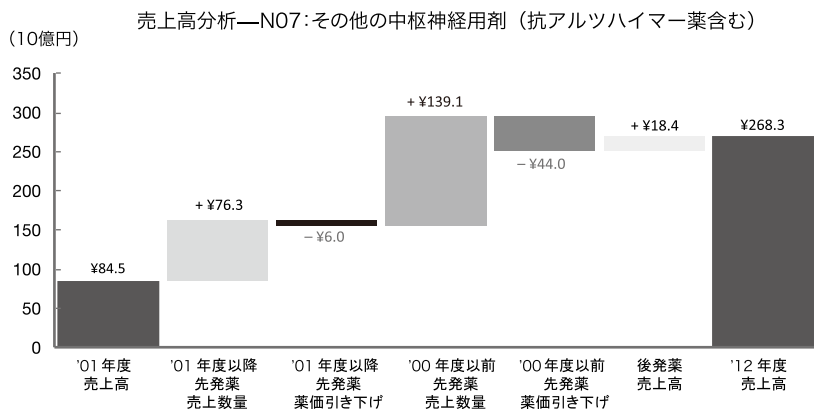


薬価引き下げがなかった場合の売上高—A10:糖尿病

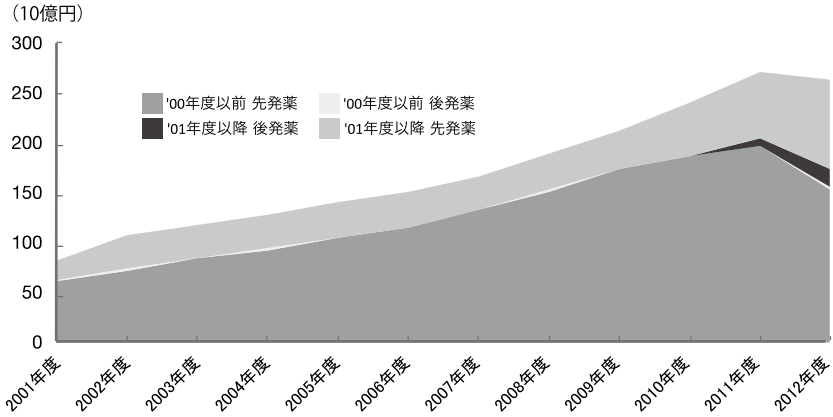


出典：© 2014 IMS Health JPM 2002-13年3月MATを基に作成

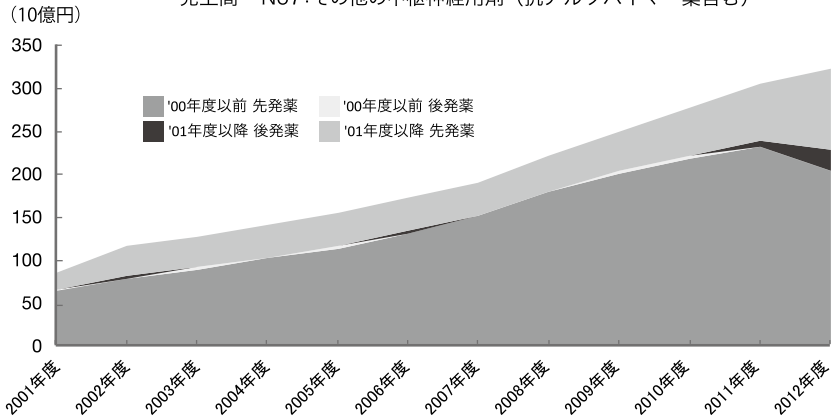
参考図表5.8 その他の中枢神経系用剤（抗アルツハイマー薬含む）の売上数量、売上高等
（2001～2012年）



売上高—N07:その他の中枢神経用剤（抗アルツハイマー薬含む）

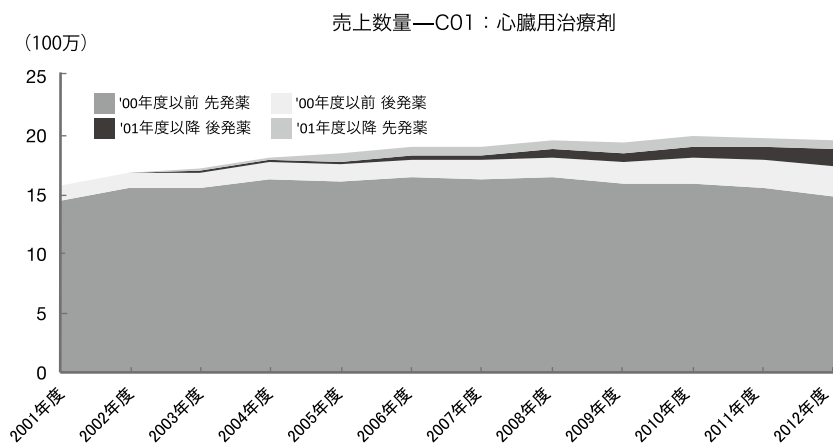
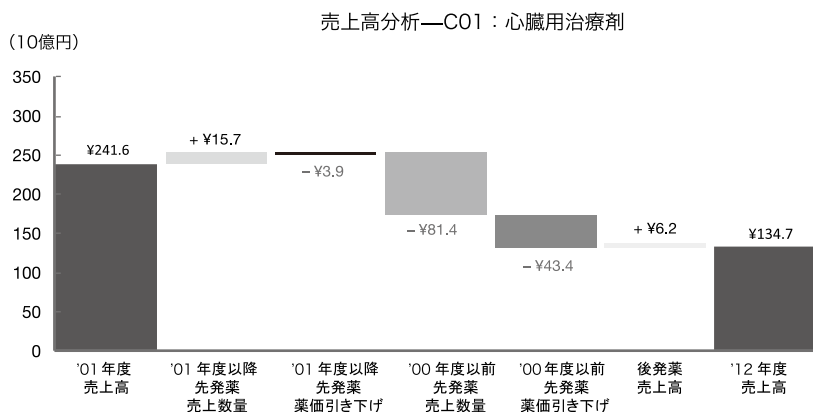


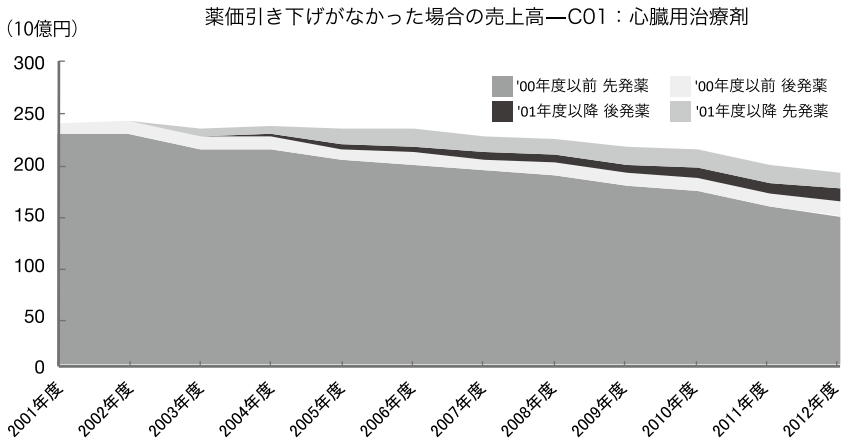
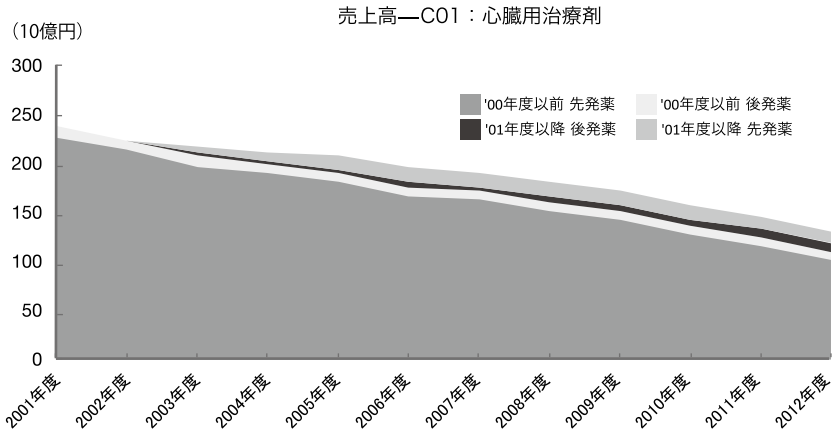
売上高—N07:その他の中枢神経用剤（抗アルツハイマー薬含む）



出典：© 2014 IMS Health JPM 2002-13年3月MATを基に作成

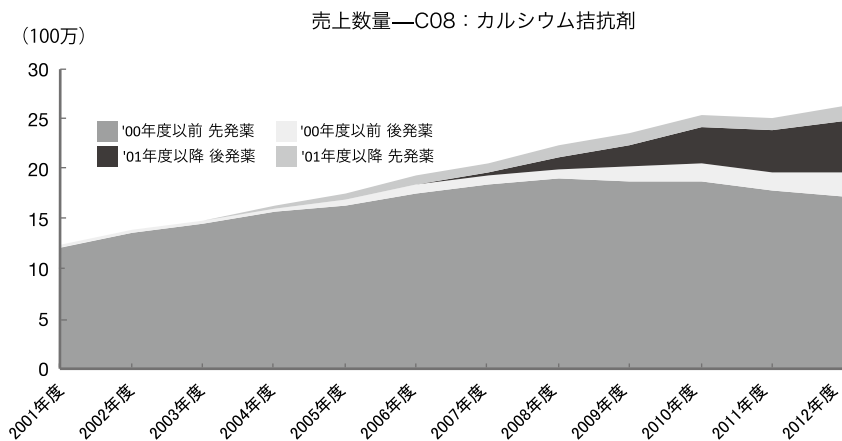
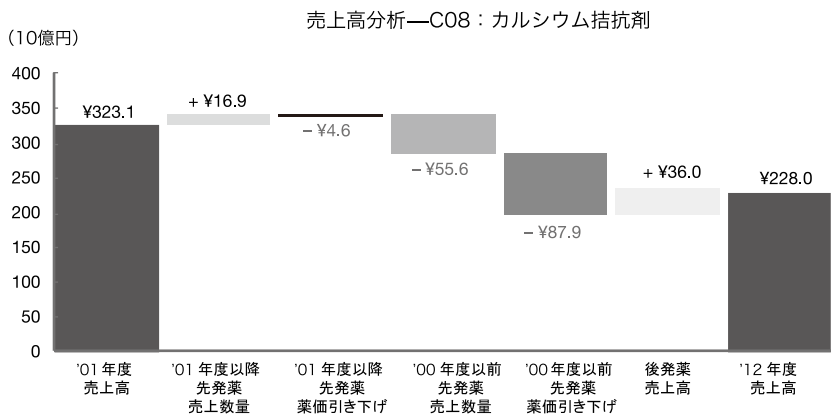
参考図表5.9 心臓用治療剤の売上数量、売上高等 (2001~2012年)

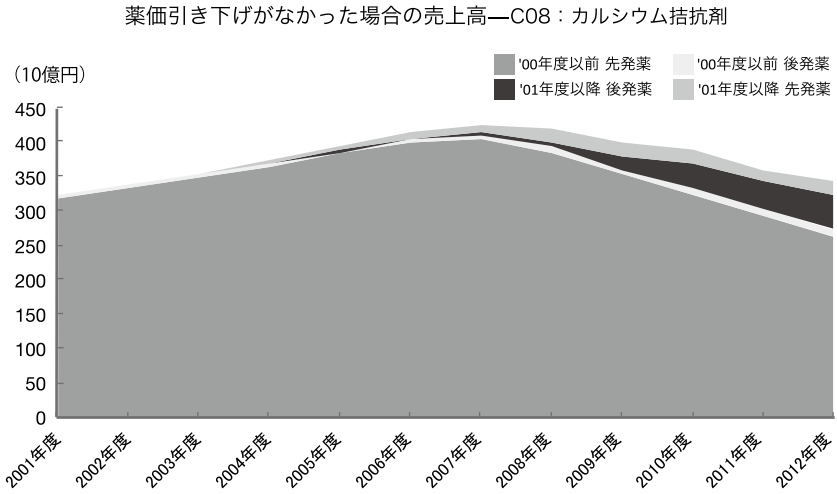
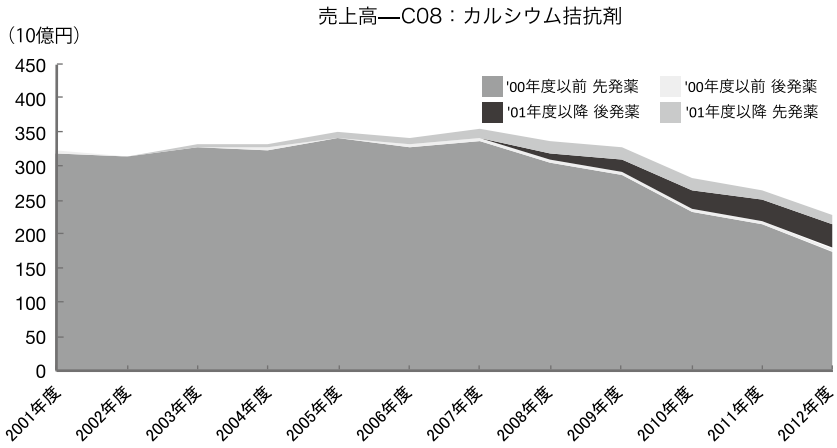




出典：©2014 IMS Health JPM 2002-13年3月MATを基に作成

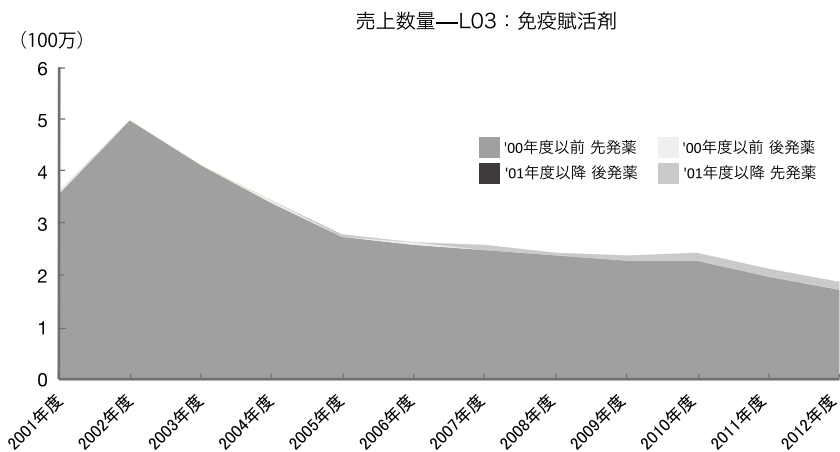
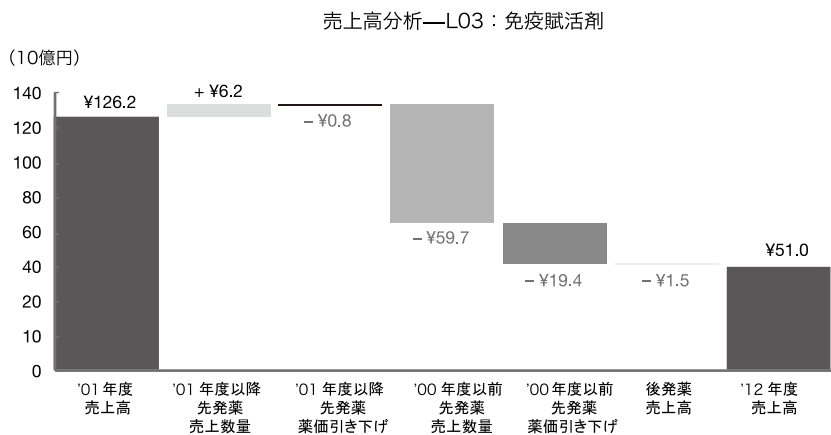
参考図表5.10 カルシウム拮抗剤の売上数量、売上高等(2001~2012年)

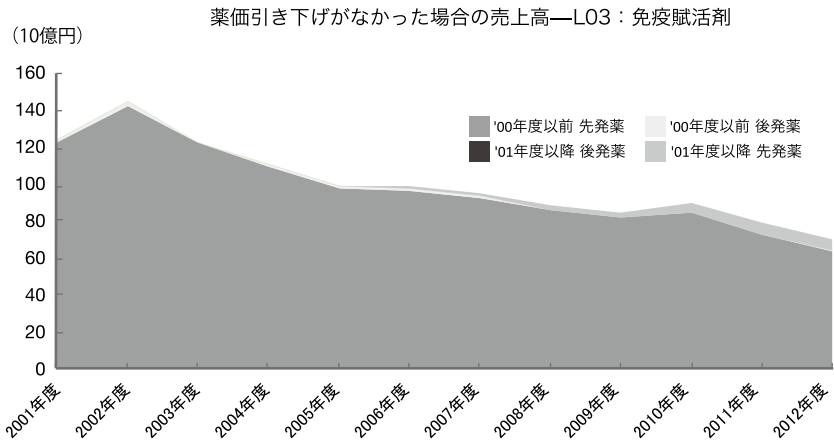
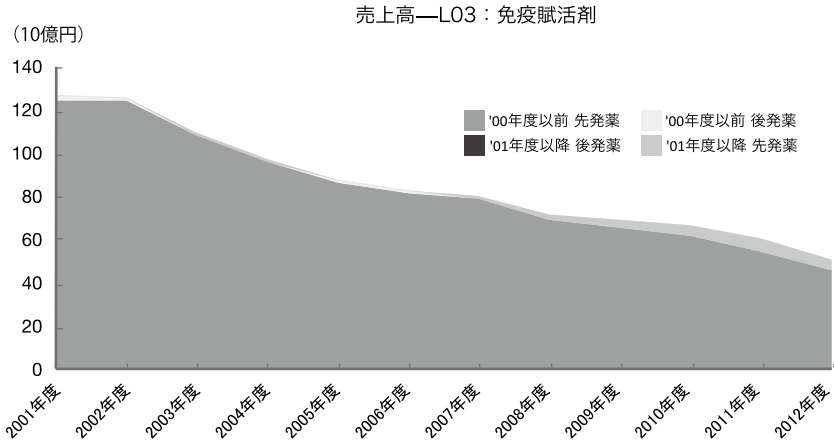




出典：©2014 IMS Health JPM 2002-13年3月MATを基に作成

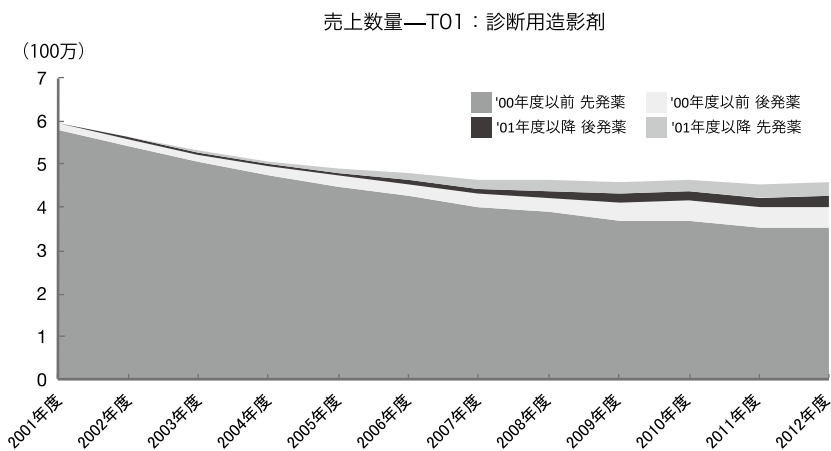
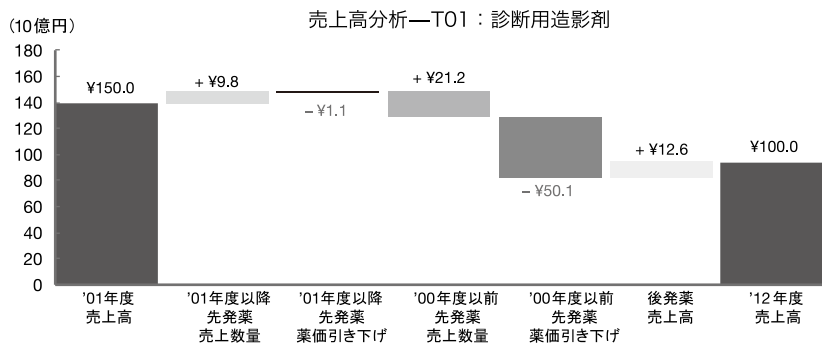
参考図表5.11 免疫賦活剤の売上数量、売上高等 (2001~2012年)

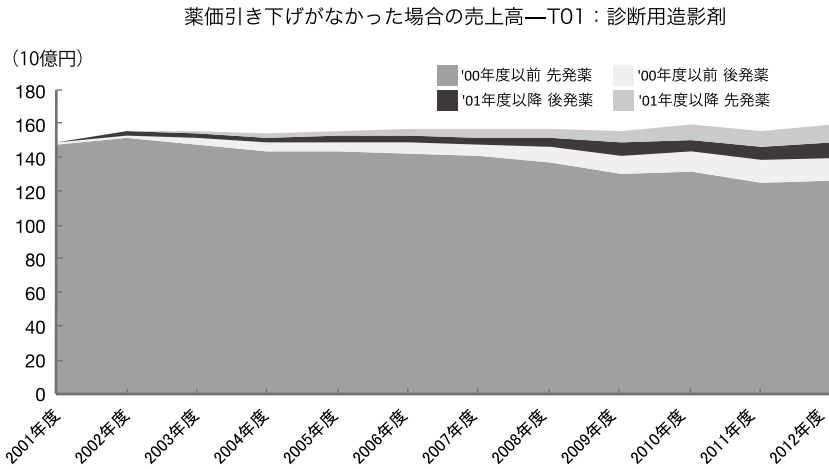
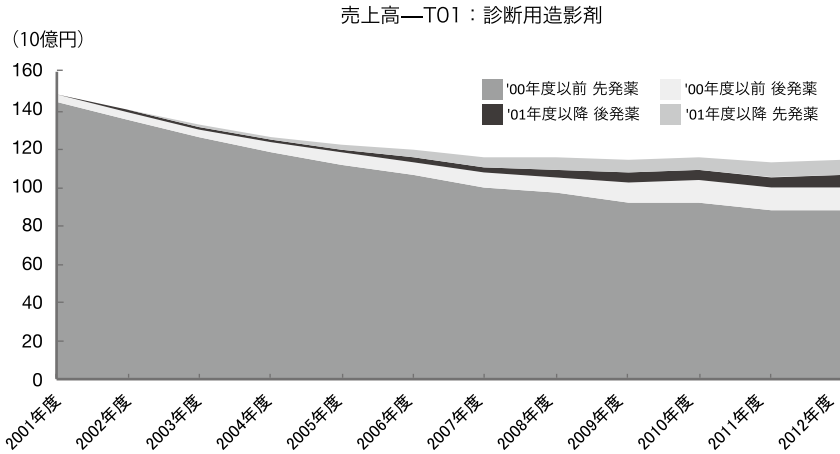




出典：©2014 IMS Health JPM 2002-13年3月MATを基に作成

参考図表5.12 診断用造影剤の売上数量、売上高等(2001~2012年)





出典：©2014 IMS Health JPM 2002-13年3月MATを基に作成

第6章

日本の診療報酬の政治経済学

ジョン・C・キャンベル、高木安雄

2年ごとに行われる日本の診療報酬改定は、医療政策全般、特に医療費を抑制する上で重要なツールである。改定はマクロとミクロの2段階のアプローチで行われ、経済性に基づくものというよりも、相反する利害を調整する政治的交渉である。その中心にあるのが、医療費を抑えようとする財務省と厚生労働省（厚労省）対、日本医師会に代表される、政府与党の後ろ盾を得て医療費引き上げを図る医療提供者の闘いである。その交渉の大半は想定した手順で進められるが、政治的リーダーシップが直接関わる場合には、劇的な結果となる。

日本の特徴

本書第5章の「日本の診療報酬改定による医療費の抑制」は、診療報酬改定の技術的プロセスとその影響について論じている。本章では、政治的プロセス、つまり費用抑制のための日本独特のアプローチがどのように機能しているかについて論じる¹。

このアプローチの起源は、少なくとも国民皆保険が達成されて間もない頃（1960年代初め）までさかのぼる。その手法は、医療費の急増を受け、1980年代初めに修正・改善された。同アプローチは3つの目標を掲げている。医療費の抑制、医療サービス提供体制の実行可能性と質の確保、そして政治的合意の取り付け（改定プロセスに関わるさまざまな関係者の不満を抑える）の3つである。

1 本章は、以前のリサーチ（池上・キャンベル 1996で発表）、新聞記事（主に朝日新聞）、厚労省・財務省、自由民主党、民主党の公開文書と未発表文書に基づいている。インタビューは、現職及び過去の政府高官をはじめとする医療政策で重要な役割を果たした人物に行った（本章最後部のインタビューリスト参照）。

多くの国が医療の価格と請求要件を設定しているが、日本の制度には際立った3つの特徴がある。第1に診療報酬²が日本全国全ての医療提供者に適用されること。第2に、制度は複雑なプロセスにより2年に1度改定されること。第3に、医療サービスと医薬品はひとつひとつ個別に評価され、特定の要因を踏まえて、価格の上げ下げ、据え置きが行われることである。

3つの要因がこうした価格改定に影響を与える。ひとつ目は**経済的要因**と言える。価格は、費用の増減によって変動する。例えば、医療サービスを提供する際の費用は、技術的変化や医薬品の価格によって変わるかもしれない。判断するひとつの指標として請求回数の変化がある。過去2年間に請求回数が急増した項目は医療提供者の利益が拡大した可能性があり、価格の引き下げを検討しうる。請求回数が落ち込んだ場合は、価格の引き上げを示唆している可能性がある。また、例えば急性期入院部門が赤字、または多額の黒字を計上し始めた場合にも価格の改定を検討しうる。基本原則は、適切な診療を最小限の費用で提供することである。

もうひとつは**政策的要因**で、ある診療行為を奨励あるいは控えさせるために資源の配分を変えることである。在宅医療を奨励し高額な技術の使用を控えることが望ましいとすれば、価格や請求要件を操作することで実現できる。さらに上のレベルでは、入院治療と外来治療、外科と内科または小児科という診療科の間で、また医療サービスと医薬品の間で、資源配分を変えることができる。この場合、政府は制度を単に適切に運用しているだけでなく、望ましい方向へと政策的に誘導しようとしている。

3つ目は**政治的要因**と言える。医療制度の内側（医師、医療機関、製薬会社、保険会社）や外側（政党、強力な利益団体、有権者）で合意を取り付け、大きな力を持つ関係者からの抵抗を最小限に抑えることである。利害関係者間の力のバランスが変わると、やはり価格の変更を通じて資源配分に変化が生じることになる。

これら3つの要因が、マクロとミクロの2つのレベルで影響を与えていると考えるとわかりやすい。マクロとは医療分野全体、ミクロとは1項目ずつ、または似た項目の複数群（入院医療など広い群）に関わるプロセスを指す。

2 詳細は本書第5章「日本の診療報酬改定による医療費の抑制」で論じている。

診療報酬改定率の計算に当たり、政府は主に医療提供者（医師、医療機関、製薬会社など）の総所得に着目する。これらの所得はほぼ全てが医療保険からの支払いによるものである。医療提供者の収入の変化には2つのタイプがある。ひとつ目は、提供した治療回量と薬品量の変化によるもので、高齢化（医療の必要性が高まる）と技術の進歩（新たに導入されるものを含め、より高価なサービスや薬剤へのシフトにつながる）に伴い上昇が見込まれる。これは「自然増」と呼ばれる。もうひとつは、診療報酬改定によるもので、これが本章のテーマである。原則として、こうした2つのタイプの組み合わせにより総医療費の変化が生じる。

マクロ・プロセス

診療報酬改定において、最も大々的に報道され、少なくとも表面的に議論されるのは、全体改定率の引き上げ決定である。これにより、新しい診療報酬の下で、同一の医療サービスと医薬品を全く同一量、2年間にわたり提供した場合に医療費がいくら増減するかがわかる。つまり、これは次の2年間も同じ内容で医療が提供されると仮定した数値であり、現実を示すものではない。実際には、提供される医療サービスや医薬品は2年間で幾分変化する上、その量も大きく変わるだろう。したがって、算定された数値は実際のところ、医療にかかる公共支出総額の伸びの測定値ではなく、ましてやその最大値を示すものでもない³。この全体改定率は、2つの要素で決まるとみることができる。医薬品と医療サービスの両方に対して支払われた加重平均価格の上昇と下落の2つである⁴。

通常のプロセス

以下は、1980年代半ば以降（1998年、2002年、2010年は含まれない。これらは「例外的プロセス」の項で論じる）のマクロ・プロセスの簡単な説

3 これに代わるのは、国、地方自治体、医療制度、または医療施設ごとに医療の総支出の上限または目標を示す「全国一律」の予算だろう。

4 歯科医療と投薬の費用の変化も算定され報告される（医療機器は医薬品に含まれる）が、これらは全体的な価格の上下にあまり影響せず、マクロのレベルでの議論を呼ばない。

明である。主な交渉参加者は、大蔵省（2001年より財務省）主計局、厚生省（2001年より厚労省）保険局、与党自由民主党（自民党）、それに日本医師会である。このほかに、病院団体、看護協会や歯科医師会、大企業の健保組合、市町村（国民健康保険）、製薬会社も活動し、影響力を持つかもしれないが、少なくともマクロ・プロセスにおいては直接的な関わりはない。

主要な関係者はどのように関わり合っているのだろうか。2年ごとの話し合いの場で医療費抑制の側に立つのは財務省主計局と厚労省保険局であり、この両者が診療報酬改定のプロセスで大きく異なる立場をとることはまれである⁵。保険局にとって最も差し迫った関心は、中小企業の被保険者を対象とする最大規模の全国健康保険協会（協会けんぽ）の財務管理責任である。保険料収入は限られているため、支出を低く抑える必要がある⁶。主計局の一番の関心は、総医療費のうち一定の割合を占める、一般会計予算（つまり、税収と政府借入金）からの補助金である。両者どちらにとっても、医療支出を最小限に抑えることが問題解決の鍵となり、この点で両者は結束し、日本医師会と自民党に対決する。

医療提供者の側、つまり医師、医療機関、歯科医、製薬会社などは当然のことながら、自らの所得拡大につながる価格引き上げを望んでいる。特に日本医師会は、伝説の武見太郎会長（1904-1983年）時代から日本で最も強力な圧力団体とみなされてきた。大きな力を持つようになった背景には、地方と国の両方のレベルにおいて、寄付金と票で自民党を支援してきたこともある。自民党政務調査会（政調会）の部会、また選挙区にある日本医師会の支部とつながりを持つ数多くの自民党一般党員が日本医師会の強力な利益代表となっている。

主計局－保険局の連携と自民党－日本医師会の連携の間には複数の仲介者が存在する。これらの仲介者はどちらか一方寄りの場合もあるが、予定通りに、かつあまり混乱なく話し合いがまとまることが一番の関心事である。興味深いことに、通常の診療報酬改定プロセスには、この役割を演じると期待

5 これは、主計局とほかの省庁が真っ向から対立する予算プロセスとは大きく異なる（Campbell 1977）。

6 そのため、大企業の被雇用者を対象とする組合健保と比べ、財務状況のさじ加減が常に難しい。同制度は協会けんぽとも呼ばれ2008年に国から協会に移管され、特殊法人化されるまで「政府管掌健康保険（政管）」と呼ばれた。

される関係者、つまり閣僚、首相、官邸がほとんど顔を見せない。最も重要なのは、自民党政調会長と、厚労省と財務省のそれぞれと古くからのつながりを持ち影響力のある自民党議員で作る族議員と呼ばれる非公式な団体である。長年にわたり、厚労族は極めて影響力の大きな政治家、橋本龍太郎(1937-2006年)が率いた⁷。

改定のプロセスは奇数年の春に、厚労省保険局長と、財務省主計局の厚労省担当主計官の話し合いから始まる。話し合いの主眼は、問題全般を俯瞰し考え得る結末を把握することで、両者の話し合いは1年を通じて行われる。日本医師会も、自民党の支援の下、改定プロセスの初期から加わり、医療提供者がなぜより多くの予算を必要とするか、その財務状況について主張する。

厚労省は、日本医師会の主張に反論するための複数の客観的データを持っている。コスト面では、厚労省が奇数年の6月に数多くの医師と医療機関を対象に医療経済実態調査を実施して、人件費と医薬品費・医療材料費等について調査する。こうして得られたその年の費用のデータに加え、マクロ経済の動向が今後2年間に医療提供者の費用にいかに関与するかについても推測が行われる。医療機関の収入面では、厚労省が、(価格は変わらないとの前提で)診療回数と技術面の変化によって生じる、前述の「自然増」を見積もる。この推定値は、医療保険から医療提供者に過去3年間に支払われた額を年ごとにまとめた国民医療費のデータから算出される。

原則的には、自然増の推定値を費用増の推定値から差し引くと、診療報酬の価格引き上げによって埋め合わせるべき数値が得られる。実際には、このプロセスはそれほど単純なものではない。推定値は概算であり、議論の余地が大きく、日本医師会と自民党は医療費増を強く求めることができる。以下、実際のプロセスがどのようにになっているか述べる前に、医薬品に関わる改定がどのように行われるかについて取り上げる。

厚労省は奇数年の2月に、診療報酬改定をにらんで経済状況の暫定的な予測を行う。製薬会社など、他の参加者と非公開の交渉が行われ、政治的な感觸をつかむ。そして9月に厚労省は、卸売業者の帳簿に記載された販売記録

7 1990年代に2年半、首相を務めた。日本歯科医師会からの1億円の政治献金が発覚し2004年に政界を引退し、ある意味で医療政策に関わる政治が彼のキャリアを終わらせたと言える。

を基に薬価調査を実施し、全ての医薬品について市場価格を算出する⁸。こうしたデータは主に、診療報酬改定のミクロの部分で使われるが、現在の診療報酬価格と市場価格の開きを大まかに推定するために使うこともできる。つまり、11月初めには厚労省の保険局担当官は、財務省の主計局担当官と共に、薬価基準引き下げ幅を推定することができ、これにより診療報酬の引き上げ分に充てることのできる金額を推定できる。

計算上、薬価引き下げにより生じた削減額を医療費引き上げに必要な額から差し引けば、全体的な診療報酬引き上げ（または、引き下げ）額が得られる。ただし、医療機関等にとっては、全体的な引き上げ、もしくは引き下げ額を決めた上で行われる、薬価や診療報酬の改定の方がより重要となる。薬価と診療報酬は、全体改定率が望ましい値となるように上方、または下方修正されているかもしれない。なぜなら、全体改定率こそ、政府がいかに医療支出に対して厳しいか、または寛容かを示す指標として、国民や医療界に受け止められるため、政治的に最も重要になるからである。

あまり気づかれていないが、重要な点は、実際にはこうしたメッセージを送ることこそがこの3つのマクロの数値を導き出す一番の目的だということである。なぜなら、診療報酬改定自体は、実際の主要な支出（例えば、総医療費、国庫補助金または医療保険の保険料収入、または医師、医療機関、製薬会社の収入）とは直接、かつ差し迫った関係がないからである。事実、診療報酬改定率は、かなり不確かな仮定や推計に基づいて決定される。

ほとんどの場合、診療報酬の点数は（たとえ小幅にでも）改定されるため、改定率が決定される終盤まで活発な議論が繰り広げられる。毎回、政府予算決定に必要な国庫負担額の決定にしろうじて間に合うように12月中旬から下旬に交渉を終える。交渉の最終決定には、財務省主計局長と厚労省保険局長が立ち会う。その段取りは、何か月も話し合い、数週間にわたって活発な最終的な折衝を重ねてきた主計官と保険局の担当官が主に担当する。この後、正式プロセスの最後の段階として、自民党政調会長も同席して、財務大臣と厚労大臣による儀礼的な会議が行われ、改定内容・幅が記載された文書に署名する⁹。

8 詳細は本書第5章「日本の診療報酬改定による医療費の抑制」を参照。

9 中川氏との第2回インタビュー。

以上は正式な折衝についてであり、前述のとおり、2つの省が大きく異なる立場をとることはめつたにないため、両者のやり取りでは通常あまり議論が分かれることはない。ただし、実際に対立する以下のような関係者による非公式の折衝では、別の展開になる。

日本医師会	自民党部会	自民党幹部	厚労省	財務省
-------	-------	-------	-----	-----

日本医師会は自民党内の支持議員にもっと強硬に主張するよう強く求め、財務省は厚労省にもっと強硬に主張するよう強く求める。その中間にいるのが2人の自民党幹部であり、彼らの関心は結果よりも妥結できるかにある。1人は政調会長で、ほぼ全ての政策課題について話し合いを妥結に導く責任を負っている。もう1人は、厚労族を率いる議員であり、橋本龍太郎が初期にそうであったように、大きな影響力を持っている議員であれば、優位に立つことができる（この場合は、リーダーというよりは「ドン」と呼ぶ方がふさわしいかもしれない）。後の丹羽雄哉議員のように突出した影響力を持っていないければ、実際に話し合いに参加して、取りまとめの労を取らなければならない。

1996年の改定大詰め状況について、折衝に参加した1人の人物から詳しく聞いた。1995年12月、大蔵省主計局次長と厚生省保険局長の間で合意に達した後、両者が一緒に橋本議員の事務所を訪れた。自民党総裁に選ばれたばかりの橋本は当時、通産大臣を務めており、首相就任を1カ月後に控えていた¹⁰。このように大きな責任を担っていた橋本だが、厚労族のリーダーとしての役割から外れたわけではなかった。橋本は、交渉の結果を了承し、医師会、歯科医師会、製薬会社業界団体のトップそれぞれに電話をかけた。「こうした電話がなければ、交渉をまとめることは不可能だっただろう」と振り返っていた。

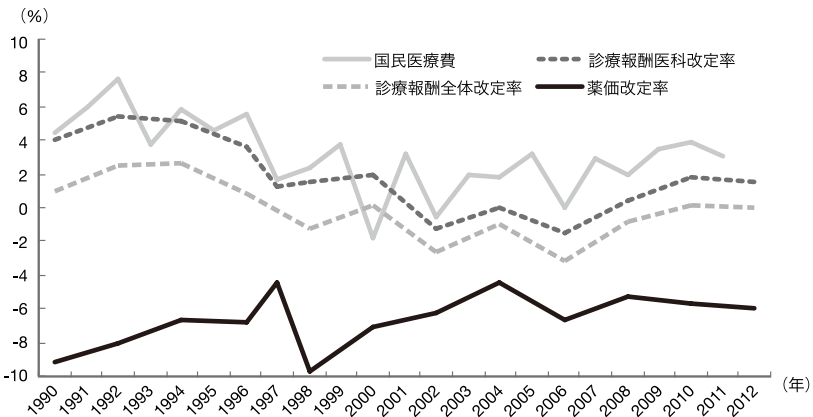
非公式プロセスは、強硬な立場をとる相対立する関係者が、交渉を通じて徐々に歩み寄るという意味では折衝と言えるが、会議室でテーブルを挟んで向かい合う（正式の折衝の方はこの形をとる）わけではない。その代わりに、

10 当時は、日本社会党の村山富市が率いる連立内閣だった。村山は1996年1月に辞任し、橋本が首相になった。

さまざまな参加者が食事をしながら、静かな話し合いをもち、何度か記者に声明を出すという形で進められる。例えば、主計官が担当の保険局長や自民党厚労部会の部長と会食するといった具合である。日本医師会幹部との会合も行われる。「根回し」という言葉は、関係者の間で何度も非公式な話し合いの末に合意に至るという意味で使われる。もちろん、関係者の隔たりが小さく、結末がすでに見通せる場合、話し合いの回数は少なく済み、より容易であるとは言え、非公式プロセスは常にこのように運ぶ。

マクロ・プロセスの「通常の」状況に関する本節の最後に、診療報酬改定率と総医療費の変化の関係を検証する（図 6.1）。

図6.1 国民医療費、診療報酬全体改定率、診療報酬医科改定率、薬価改定率の年間増加率



出典：厚労省 2012；2013

国民医療費の増加率は、研究対象期間の初期は大きかった。これは、診療報酬全体改定率の増加率に比例している。国民医療費は、1996年以降、増加率が小さくなっている。全体改定率がこの間、平均してマイナスであったこともその理由のひとつと言える。

全体改定率は、必ずしも常に国民医療費に直接反映されるわけではないが、診療報酬引き締めは長期的に総医療費を抑制してきた。また前述のとおり、全体改定率によって政府の方針についてメッセージを送ること自体がか

なり重要である。特に、大幅な改定が行われて、実際的な問題が論点となる「例外的な」年にはこの傾向が強い。

例外的プロセス

通常のマクロ・プロセスは、確かに新聞で主要な参加者のコメントが引用されるなど、手間のかかるプロセスのように見えるが、実際にはかなり決まった展開であり、予測さえ可能である。全ての関係機関が早い段階でどのような結末になるか正確に予想しており、事実上2年前と同じ台本通りに進む。

それでも例外はある。図6.1に示す通り、前回と大きく異なった改定もある。1998年、全体改定率が初めてマイナスとなり、薬価は大幅に引き下げられた。2002年には、医療サービス価格の診療報酬さえ引き下げとなった（2004-2006年も興味深い）。2010年は、全体改定率が再びプラスとなり、10年ぶりにネットでプラスの改定となった¹¹。なぜこうした年はほかと異なったのであろう。その理由は、政府の政策が大きく変わったために幾分異なるプロセスを招いたことにある。

最初の例外的ケース：1998年

1998年の改定前に、景気が大きく後退し、その結果、金融危機の状態が発生し、思い切った金融引き締め政策がとられた。橋本政権は1997年11月に財政構造改革を提唱し、全ての省庁に概算要求の削減を求めた。厚生省は予定をはるかに下回る、現状のわずか3000億円増しか要求することができず、いかにして約1カ月で調整するかを決めなければならなかった。厚生省予算の大半（例えば年金、生活保護）は、少なくとも短期的には削減できなかったため、縮小のほとんどは診療報酬改定で実現しなければならなかった。そこで厚生省は、平均薬価を10%引き下げることとし、そのために計算方式を変更した¹²。

1998年の改定プロセスが特に際立っていたわけではない。いつもと同じ

11 1997年の薬価の異常な値上がりは、消費税引き上げに対応するための措置だったことに留意。消費税の3%から5%への引き上げが医薬品価格に直接影響を及ぼし、その対応のために、さらなる見直しが求められた。

12 本書第5章「日本の診療報酬改定による医療費の抑制」と中川氏との2回目のインタビューを参照。

参加者が、いつもの手順で同じ議論を進めた。だが、政府全体に支出削減が課されたという外的衝撃によって、全体改定率をマイナスとせざるを得なかった。主計局と保険局は、日本医師会の力に対峙するのではなく（ちなみに、診療報酬医科改定率はプラスであり、実際、以前の改定よりもわずかながら大きかった）、過去に例のない薬価基準の引き下げという、より手っ取り早い道を選んだ。

2 番目の例外的ケース：2002 年

2001 年 4 月、小泉純一郎が首相になり、高速道路建設の公共事業と郵政事業と並んで、医療制度を、「小泉構造改革」の対象のひとつに選んだ。小泉首相にとって、これは強力な利益団体や彼らとつながる自民党内の抵抗勢力、特に族議員との対決を意味した。医療費増加を GDP の伸びと連動させるなど、医療の「抜本改革」のための数多くのアイデアが提案された。最終的にそうした大胆な提案は日の目を見なかったが、診療報酬改定はこれまでにない思い切ったものとなり、そこに至るプロセスは近年で最も議論を呼んだ。

小泉首相と財務省は、一方で深刻な経済状況を抱えていた。日本の財政は 2000 年代初めの世界的な景気後退の中、極めて逼迫しており、日本経済のデフレは 4 年目に入っていた。2001 年 9 月まで、日本医師会は、医療費引き上げの可能性は低く、よくて「現状維持」¹³ だと進んで報道機関に表明していた。

首相は、3 者が痛みを分かち合う、日本の古い小啻である「三方一両損」をスローガンに、野心的な戦略を選んだ。患者にとっては、自己負担が 20% から 30% に引き上げられるという痛み（さらに、高所得の高齢者を対象とする引き上げ）があり、医師と医療機関にとっては、史上初の医療費引き下げという痛み、事業主と被保険者にとっては保険料引き上げ（政府が保険料を設定する唯一の公的保険である政府管掌健康保険が対象）という痛みを、それぞれ引き受けるというものである。もちろん製薬会社にとっても痛みはあり、それは薬価基準の大幅な価格引き下げだったが、彼らは引き下げには慣れていた¹⁴。

13 朝日新聞 2001 年 9 月 22 日。

14 製薬会社は現在もっと弱い立場にあるが、それは政府が処方と調剤を分ける医薬分業に

日本医師会はこれに対して、これでは医療機関や診療所はやっていけないとして、医療費引き下げに集中的に反対したが、この主張はいつもほど有効ではなかった。ひとつには、12月に医療経済調査の結果として、開業医が全国的な景気後退の中でも十分に利益を上げていることが明らかになったこともある¹⁵。また、小泉政権の「3者で痛みを分け合う」という戦略が自民党を分断したこともある。部会をはじめとする強力な支持者は日本医師会への忠誠を貫いたが、党執行部や多くの自民党員にとっては、有権者に直接影響を与える自己負担や保険料引き上げへの懸念の方が大きかった。

政治プロセスにおける最大の違いは、首相自身が、数多くインパクトの強い公式声明を出すなど、極めて積極的な役割を演じたことである。官邸も、竹島一彦内閣官房副長官補の下、いつになく積極的だった。当時の主計官のひとりによると、竹島は首相のブレーンとして実に見事に役目を果たし、通常なら厚労省保険局と財務省主計局対日本医師会と自民党という対立になるところが、代わりに、官邸対日本医師会と当時の自民党という対立となり、事実上、主計局と保険局の通常の折衝は中断された¹⁶。秋頃には、国民全体が医療費の引き下げは達成不可能だろうと感じていたが、首相と官邸の粘りが功を奏し、医療費は史上初めて引き下げられた。この時の全体改定率は、やはり過去最低のマイナス2%以下であった(図6.1参照)。

この改定により新しいパターンが確立されたのだろうか。実はそうではなかったが、その後2回の改定もやはり政策ウォッチャーには興味深いものとなった(コラム6.1参照)。

2002年、2004年、2006年の3回の改定は、それまで診療報酬改定にあまり関わっていなかった強力な関係者が政治プロセスに入ってくることによって、大きな影響が生じている。2002年と2006年、首相自身とその補佐官が過去最大幅の引き下げを実現した。2004年には、自民党執行部トップは橋渡し以上の役割を演じ、日本医師会からの脅威に対応し、直後に控えた選挙で自民党を守るために、2002年と似たような結末になるのを避けた

おおむね成功したからである。もはや大半の医師と病院は医薬品を売ることで得られる利益である薬価差に依存していないため、製薬会社と共に薬価引き下げに反対する理由がなくなった。

15 朝日新聞2001年12月6日。

16 新川氏とのインタビュー。

コラム 6.1 2004 年と 2006 年の上昇と下落

次の 2004 年の改定プロセスは、小泉首相が前回に引き続き断固として診療報酬引き下げを図ろうとする中、2002 年のプロセスと似た形で始まった。ただし、日本医師会の面目をつぶされた 2 年前の轍は踏むまいとする決意も、同様に強かった。

日本医師会幹部は内部反対勢力からの圧力を受けており、新しい医師会長を選ぶ選挙を控えていた。また 2004 年 7 月には参議院選挙も予定されており、日本医師会が支援を見送る恐れは自民党執行部にとって、かなり現実味があったようである。幹事長、政調会長、参議院議員会長の 3 役が 12 月に小泉首相と会談し、譲歩するよう説得した。その結果、医療費はごくわずかに引き上げられた。

2 年後の 2006 年の改定では、2002 年の改定パターンに戻り、小泉と主計局一保険局の動きが再び他を圧倒した。医療費は大きく引き下げられ、全体改定率はマイナス 3% を大きく下回り、またしても史上最大の幅となった。

め介入した。

3 番目の例外ケース：2010 年¹⁷

2009 年 8 月の総選挙で民主党が圧倒的勝利を取めた。長く政権の座にあった自民党は、多くの理由から国民の支持が低下していた。そのひとつに、2007 年以降、マスメディアが大きく取り上げていた「医療崩壊」があり、民主党はこれに大きく着目した。医療崩壊とは、医療業界をめぐるさまざまな不備の総称である。民主党は選挙マニフェストにおいて医療機関を支援し、全般的に、自民党による医療引き締め政策を終わらせ、医療制度立て直しに新たに 9000 億円を投入すると公約した¹⁸。

診療報酬改定プロセスが進められる中、国会が開会され、鳩山由紀夫内閣総理大臣が以下のような所信表明演説を行った¹⁹。

財政的視点のみから医療費や介護費用をひたすら抑制してきたこれまでの方針を転換し、質の高い医療・介護サービスを効率的かつ安定的に供給できる

17 この箇所は主に朝日新聞の記事による。

18 マニフェストは、<http://www.dpj.or.jp/download/325.pdf> を参照。

19 <http://www.kantei.go.jp/jp/hatoyama/statement/200910/26syosin.html> を参照。

体制づくりに着手します。優れた人材を確保するとともに、地域医療や、救急、産科、小児科などの医療提供体制を再建していかなければなりません。

政治決定プロセスは、これまで中心となってきた3つの機関の役割が大きく低下したという意味で新しいものであった。折衝の大半を動かしてきた厚労省保険局と財務省主計局の2つの政府機関は今や、それぞれの省の政治的リーダーシップの下に統制された²⁰。これは、民主党政権全体のルールだったが、官僚と新任の長妻昭厚労大臣が互いに敵対関係に陥った厚労省では、特にその傾向が強かった²¹。役割が小さくなった3つ目は日本医師会あり、選挙で大敗した自民党と長く親密な関係を保ってきたために、政権交代により当然その影響を被った。厚労省の重要な審議会でのポジションが減り、自民党から民主党へと支持を変更するかどうかの戦略をめぐり内部で分裂が起こった。

全体改定率をめぐる主な議論が、2度の記者会見で明確になった。11月19日に野田佳彦財務副大臣が、財源を抑制して、医療提供者のコスト問題を緩和させてきた景気後退やデフレを理由に、マイナス改定を示唆した。これに対し、長妻大臣が翌日、入院医療を改善するための財源が必要であり、民主党はマニフェストでプラス改定を公約したと反論した。12月10日、足立信也政務官（2004年の参院選で当選する前は外科医であった）と厚労省の政治的リーダーの同僚2人が野田財務副大臣を訪ねて交渉を始め、日本は総医療費を対GDP比8.1%から経済協力開発機構（OECD）加盟国の平均である8.9%まで引き上げる必要があると主張した。足立は、12月15日の記者会見で医療費の1.73%引き上げの根拠となる具体的な数字を示した。

平野博文内閣官房長官が翌週に仲介役として登場し、12月23日、予算案が決定される直前に長妻大臣と藤井裕久財務大臣が最終的な話し合いのため官邸に呼ばれた。長妻は全体改定率0.36%を求め、藤井はマイナス改定を要求した。平野が0.19%を提案すると、藤井は当初は拒否したが、平野の説得により話し合いはまとまった²²。

20 入院医療の重視、改善の問題は後段で取り上げる。

21 宙に浮いた年金記録の問題を国会で率先して取り上げたことにもよる。

22 朝日新聞2010年12月24日第4面。

全体改定率がプラスになったのは2000年以來のことで、実際に医療費は1998年以來初めて2%近く上がり、これは民主党にとって大きな成果となった。しかし、この価格上昇も、民主党が公約したような医療制度の再建には十分ではなかった。

劇場のような定型プロセス

これまでを要約すると、診療報酬改定のマクロ・プロセスを大きく変えるのは、誰が積極的な参加者であるかである。通常のプロセスでは、財務省主計局と厚生省保険局による詳細な議論が行われ、具体的な改定値についての政府見解が固まる（通常はデフレや賃金水準を反映して引き下げ）。日本医師会と自民党内の同調者は、引き上げるべきだと主張する。最終段階では、一般会計から医療制度への繰入金の最終額が予算編成プロセスにおいて求められ、自民党執行部、特に族議員のドンの調停によって妥協に至る。表面的には激しい議論の応酬のように見えるが、通常の年のプロセスは、どの参加者も早い時点で正確に結末を予想することができ、前回の改定とあまり大きく変わらない結末に至るという意味において、極めて定型化している。

例外的な年には、この結託したグループに外からの介入が入り、もっと大きな変化が起こされる。1998年に、厚生省幹部が一般会計からの繰入削減、結果的には全体の医療費の引き下げを要求するに至ったのは、実際の交渉参加者に強制されたのではなく、政府として概算要求に厳格な上限が設けられたからであり、交渉プロセス自体が変えられたわけではなかった。2002年は小泉首相が大幅な引き下げを要求して、自ら介入し、また官邸も介入させて要求を実現した。2010年は、新たに政権の座に就いた民主党が政治的リーダーシップを前面に押し出し、一時的にだが日本医師会を排除して、8年にわたった緊縮パターンを断ち切った。

プロセスにおけるこうした変化は、価格に、またそれほどではないにせよ国民医療費の毎年の伸びにも、確かに重要な影響を及ぼした。急速な高齢化にもかかわらず、医療費の伸びを適度にとどめてきたのは、この2年に1度の改定、つまり強力な参加者の間での政治的交渉プロセスの明白な結果である。

ミクロ・プロセス²³

全体改定率と診療報酬と薬価の上昇の平均値が12月に決定されると、引き上げ額を数千に上る個別項目に配分するプロセスが始まる²⁴。

タバコの煙が立ち込める部屋

こうした決定を下す主な舞台は、厚労省の公式諮問機関で、保険局が事務局を務める中央社会保険医療協議会（略称は中医協）である。中医協は3者で構成される審議会であり、7名の支払い側委員は全ての公的医療保険の保険者（自治体の長を含む）に加え、民間企業と労働組合の代表者で構成される。医療提供者を代表する7名の委員は、医師（3名）、病院団体（2名）、歯科医師会（1名）、薬剤師会（1名）で構成される。公益を代表する6名の委員は、法律、経済、公共政策の大学教授と、国立がん研究センターの理事（2013年現在）で構成される。日本医師会がかつて中医協を支配しており、日本医師会が診療側委員8名（当時）のうち5名を推薦していた。その政治力は2004年の汚職事件以降に弱まり、2009年に民主党が政権に就くと、長妻厚労大臣が日本医師会推薦の委員と交代させるために、医師会の方針に反して民主党支持を表明した3名の医師を選んだ²⁵。

中医協は、医療保険と、より広くは保険診療について審議する役割を担っているが、診療報酬改定がその中心的機能である。審議は年間を通して行われ、秋頃には診療報酬改定の前に、支払い側委員と診療側委員の間の討論という形でマクロな問題を話し合うが、通常、あまり影響のない抽象的で曖昧な答申しか行わない（ただし、2009年には議論が紛糾し、何ら合意に至ることができなかった）。実際のプロセスは、年末に全体改定率が決定された後、実質的には正月休み明けから始まり、新しい診療報酬改定案が、4月1日の

23 ミクロ・プロセスの詳細は、池上・キャンベル 1996 を参照。

24 製薬会社にとってどう作用するかは本書第5章「日本の診療報酬改定による医療費の抑制」で論じられている。本章では、医療サービスでの配分に焦点を当てる。この箇所は、鈴木康裕氏、鈴木邦彦氏、猪口雄二氏へのインタビューに基づいている。

25 近年、厚労省に設置されている社会保障審議会は複数の機能を備えて、その中で医療部会と医療保険部会が、診療報酬改定の全体枠組みで重要な役割を果たすようになってきていると言われているが、まだ中医協における診療報酬プロセスと密接な結びつきは備えていない。

実施に間に合うように3月上旬に決定・発表され、終了する。

診療報酬は3000以上の項目があり、医師または医療機関（または歯科医や薬剤師）の診療行為の全てを網羅し、詳細な請求要件が定められている。中医協の事務局である保険局医療課が最初の提案を行う。古い項目の改定については、その大半がごくわずかであり、前回の見直し以降の経済・技術面の変化に対応するのが目的である。社会医療診療行為別調査に基づいた診療回数の変化に着目し、急な回数の増加について、その治療方法がより利益をもたらした可能性を意味していれば点数を下げる場合がある。個々の点数に治療回数をかけると、その項目の医療支出が算出され、価格改定をすればどのように総医療費に反映されるかが分かる。こうした決定は正式には中医協が行うが、詳細は極めて複雑であるため、交渉の大半は診療側の各団体と厚労省の事務局との間で行われる。

新しい項目や価格の大幅引き上げの場合はもっと複雑である。ひとつは「技術系」と呼ばれ、専門医の学会などが裏付けを添えて、多くの要求を行う。これらは中医協の医療技術評価分科会が検証した後、中医協委員と事務局によって話し合われる。新しい項目として約300項目が、保険導入または価格引き上げの対象として承認される。もうひとつは、「制度系」と呼ばれ、在宅医療や終末期医療を拡大するためのインセンティブの診療報酬などである。これらは、診療側委員の要求というよりも厚労省による政策の変更であり、中医協もこれらについて話し合う。点数改正の3つ目は、前回の改定での決定が実施面で問題を生じた場合に行われ、その項目はコストとして中立な形で修正される。

診療報酬全体の引き上げ額はすでに決まっているので、新しい項目に支出すれば、既存の項目の支出を減らさねばならず、抵抗も生じる。コストと有効性についての証拠は不確実な面もあるので、点数は日本での類似の項目や海外での実勢価格を基に決めなければならない。保険局の戦略はいつも、より多くの証拠を積みまで、点数を極力抑えるというものである。

みごとな「バランス」

中医協の審議で論争になるのは、個々の項目についてではなく、ある項目群の点数改正が、誰に影響を与えるかによって、特定の医療サービス提供者

に有利、または不利に働く場合である。その主なものとしては、入院医療と外来医療、急性期医療と慢性期医療、長期介護、病院と診療所（つまり個人開業医）、大規模な都市病院と小規模な地域病院、そしてさまざまな臨床専門分野がある。中医協での審議では、バランスを保つこと、または不公平な「でこぼこ」を解消することが大前提となる。古い例では、出生率の低下により幼児の数が減ったとき、他の診療科の医師と同等の所得を維持できるよう、主に小児科医が行っていたさまざまな診療行為の価格を引き上げたことである。守るべき大原則は、どれかひとつのグループが冷遇されていると感じないようにすることであり、これが診療報酬制度の政治的合意をとりつける方法である。だが、そのプロセスが自動的に進むわけではない。

こうしたバランスの取れた診療報酬による効果のひとつは、医療機関の収支パターン、ひいては相対的な所得が長期にわたって安定する傾向があることである。最大の例は、診療所の医師が日本の医療サービス提供の中心的役割を担っていた今日ほど複雑ではない時代には、診療所の医師は優位な立場にあったことである。その優位性が維持できたのはひとつには、このバランスが規範となっていたことに加えて、個人開業医を多く抱えた日本医師会の強い力による。前述のとおり、日本医師会はマクロ・レベルの診療報酬改定プロセスにおいて影響力があったが、中でも一番影響力を持ったのは各診療科のバランスなど各点数項目群への配分を決定する時であり、そのためには日本医師会が中医協の中で支配的役割を持っていたことが鍵となった。日本医師会と保険局、つまり中医協の事務局は常に対立していた。すなわち、保険局は医療機関に対する資源を増やすことを含めて、より広い視野を持つよう主張した。中医協内での日本医師会の影響力は与党との緊密なつながりに支えられていたので、日本医師会の意見がほとんどの場合は通った。

最近、こうした配分の決定において財務省主計局が果たす役割が大きくなってきている²⁶。主計局は以前、長期入院の問題について政府が対応を図る際に日本医師会と話し合うなど、コスト削減に向けた特定の改革に関与するだけだった。しかし、小泉政権の時代にこの役割は大きくなり、「マイナス改定」では、主計局はマクロの問題を話すだけでは満足できず、資源が抑制さ

26 新川氏へのインタビュー、中川氏への第2回インタビュー。

れても、どうすれば質を維持できるか、あるいは、新しい政策選択がどの程度の支持を得られるかなどに関与せざるを得なかった。主計局と保険局はおおむね意見が合致したが、主計局は部外者であったために、日本医師会や彼らとつながる政治家との議論において、より攻撃的になることができた。これは、2007年以降に緊縮財政に反対して、医療崩壊の問題を大きく取り上げる組織的な動きが大きくなったときに、重要性を増した。主計官はそうした批判を無視しているように見えては困ると考えて、地方での小児科医や産科医の不足の問題は、医療費削減の問題ではなく、配分の問題であり、その解決策は資源を診療所から急性期病院に移すことだと主張した。

急性期病院へのシフト

こうした資源配分のシフトは2010年の改定で本格的となり、1980年代初頭以降で配分のパターンが最も大きく変更された。2008-09年に最高潮に達した「医療の危機」の記事²⁷は、ひとつには小泉政権の全体的な医療費引き締め政策に反発したものだだったが、主に病院医療の不足に焦点を当てていた。多くの病院が赤字を出しており、地方を中心に、特定の部門や病院全体が閉鎖に追い込まれていた。これと対照的に、診療所の医師は経済が冷え込む中でも、それなりの利益を出していた。2008年の自民政権下での診療報酬改定では、このアンバランスを正す小さな前進があった。病院の外来患者の再診料が30円引き上げられた（ただし、そのレベルは依然として診療所よりはるかに低く、粘り強い日本医師会の反対によってそれ以上、下がることはなかった）。これによる病院部門の増収は約1500億円であった²⁸。

2009年の民主党政権誕生は、病院医療へのはるかに大きなシフトにつながり、急性期入院医療の改善だけで約4000億円増額されたとみられる²⁹。厚労省の政治的リーダーシップが、民主党の選挙マニフェストの公約を後押しした。民主党政権は、2009年6月の医療経済調査の結果を基に、平均的な病院は約2億円の赤字を出しており、1996年以降外科医の数は8%（産科医は

27 2005年から2012年の各年に朝日新聞が「医療崩壊」に言及した記事の数は順に、2本、7本、35本、121本、112本、82本、24本、19本であった。

28 朝日新聞2009年10月31日第3面。

29 朝日新聞2009年12月26日第6面。

11%) 減少したことを強調した。長妻厚労大臣は12月初旬に東京女子医科大学を視察し、新生児専門の医師の不足を重視し、「失われるべきでない生命が失われている。診療報酬は適切に調整しなければならない」と明言した³⁰。自民党が選挙に敗れ、中医協における診療側の影響力も病院関係者にシフトしていたため、日本医師会はあまり強く反対する立場になかった。

2012年の診療報酬改定でもそれほど極端ではないが、2010年とほぼ同じ民主党の優先課題が踏襲されて、小児科と産科を中心とする地方での支援、急性期医療のための病院、病院勤務医の労働環境の改善、慢性疾患を抱えた高齢者の在宅介護、がんなどの先進医療などが重視され、病院への資源シフトが引き続き行われた。

かすかな希望

こうしたマイクロ・レベルの診療報酬改定プロセスは、かつて少人数で非公式に行われていたが、2000年になって公開されるようになった。ひとつには、財務省主計局が引き締め政策を主張するために、より頻繁に介入するようになったためでもあり、他の分野で節約することができるのであれば、優先分野の増額を認めることさえあった。「他の分野」での節約とは、必然的に個人開業医の高所得を支えている点数項目の引き下げを意味したが、日本医師会はこうした個人開業医を熱心に守ってきた。2009年に自民党が下野し、日本医師会の影響力が突然に低下したことに加えて、政権の座に就いた民主党が入院医療の改善の選挙公約を断固として実行に移そうとしたため、マイクロ・レベルの配分パターンが大きく変化するに至った。

考察

診療報酬改定が隔年で実施される細かい仕組みは「日本独自」のものだが、根底にある考え方は日本以外の国にも示唆を与えてくれる。どの国においても医療費の問題になると、支払い側と診療側の間にある基本的な争いが前面に出て来る。政治家は幹部であろうと一般の議員であろうと、その問題に巻

30 朝日新聞2009年12月11日第3面。

き込まれていく。折衝がどこで、どのような頻度で、どんな形で行われるかはさまざまだが、その折衝プロセスはマクロとミクロのどちらのレベルの医療費問題なのかによって、かなり違ってくる。最終的な結果は、次の3つの要因次第となることが多い。①経済的变化、②政策の変化、③政治的变化（参加者のパワー・バランスの変化）の3つである。

日本において、これら3つの要因が結果にどう影響したかを検証することは有益である。まず、経済的变化では、経済全般と財政状況の変化ならびに需要・供給と各種の項目のコストの変化が価格決定に直接的にかなり影響した。図6.1は、1990年以降、研究対象期間の後半の方が価格の上昇が緩やかであることを示していた。この傾向は、景気悪化と厳しい財政政策のため支出全般により厳しい制限があったためである。

2つ目の要因は政策の変化だが、「通常」のプロセスにおいては主要関係者が何を優先するかは決まっているので、支出パターン変化の説明にはならない。しかし、小泉首相が歳出削減を、また民主党政権が支出拡大（特に病院に対し）を推進したように、政治主導で変化を求め、推進しようとする場合、マクロ・レベルでは大きな影響を及ぼす可能性がある。ミクロ・レベルでは、政策をめぐる常に駆け引きが繰り返され、政府が在宅医療の拡大や、急性期入院医療の改善、向上を決めた場合などである。

3つ目の要因は政治的变化だが、診療報酬改定は、力関係によって対立が生じる交渉プロセスである。力関係の変化は価格決定に変化をもたらす可能性があり、2010年に日本医師会が影響力を失ったときや、政府が方針を変更する場合がこれに当たる（自民党が政権に復帰した結果、診療報酬制度において、日本医師会は再び影響力を取り戻した）。

しかし、日本の場合、政治による最大の影響は変化を起こすことではなく、変化を避けることにあった。さまざまな医療サービス提供者の所得が、「バランス」の取れたものになるよう慎重に調整することによって、他よりも冷遇されたと対立が生まれる可能性を防ぐ意味がある。このように現状を維持することが基本となり、均衡を破ることはとてつもない努力を要するが、1998年、2002年、2010年のように、そうなることもあり得る。

基本的な鍵となるのは、決まったパターンが毎回繰り返されることである。2年に1度、医療の財源を預かる者と診療提供者の主な参加者がきわめて構

造化された診療報酬改定プロセスに巻き込まれ、そのときどきの問題が、正式な調査と非公式なアセスメントによって明らかにされる。そして、長期間にわたる交渉をふまえて優先すべき課題が浮かび上がり、政府予算の決定という動かせない期日があるため、合意が成立する。毎回、最後には、医療全体に関わる長年の多くの対立について、バランスの取れた新しい診療報酬が決定される。変化はあまり大きくなく、そのためにこの制度も比較的安定して、運用できる。しかし、全体的に時間と共に、新たな問題にも対応し、政策的な優先課題も解決されてきた。その結果をみると、最善から程遠いことは間違いないが、2年経てば次のプロセスが始まり、再び課題に対処する機会が訪れる。

他の国にとっての教訓はあるのだろうか。日本のこうした制度全体を移植することができないことは明らかである。医療サービスはそれぞれの社会や過去の経験にあまりにも深く根ざしているからである。だが、日本の取り組みの中で次の3つの側面は注目に値する。第1は、価格のコントロールは医療制度全体の機能をコントロールするための重要な鍵となり得ること。第2は、定期的な改定のサイクルは制度を根底から覆すことなく、変化している状況に合わせて徐々に再編成するものであり、有用であること。第3は、主要な関係者間で体系的かつ双方向の交渉プロセスを設けること、もしくは、そうしたプロセスが生まれる雰囲気を作ることである。

【インタビュー】

猪口雄二 全日本病院協会 副会長、元中医協調査専門組織委員（2013年1月11日：高木）

今野 治 財務省主計局厚生労働係第3係主査（2013年2月6日：キャンベル）

遠藤久夫 学習院大学大学院経営学研究科教授、中医協前会長（2013年1月8日：高木）

新川浩嗣 財務省主計局主計官（2013年2月5日：キャンベル）

鈴木邦彦 日本医師会常任理事（2013年2月1日：高木）

鈴木康裕 防衛省衛生監、元厚労省保険局医療課長（2012年12月18日：高木）

田中 滋 慶應義塾大学大学院経営管理研究科教授、全国健康保険協会（協会けんぽ）運営委員長、（2012年8月21日：キャンベル）

- 中川 真 世界銀行副総裁アドバイザー（譲許的融資とグローバル・パートナーシップ担当）、元財務省主計局主計官（第1回2012年8月15日、第2回2013年3月5日：キャンベル）
- 中村秀一 内閣官房社会保障改革担当室長、元厚労省保険局企画課長（2012年8月24日：高木）
- 山田隆司 台東病院院長、地域医療振興協会地域医療研究所所長（2012年9月4日：高木）

（五十音順、肩書きはインタビュー時のもの）

【参考文献】

朝日新聞デジタル聞蔵II ビジュアル

池上直己、J.C. キャンベル（1996）『日本の医療—統制とバランス感覚』（中公新書、中央公論社）

厚生労働省（2012）「診療報酬改定について」<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/hoken/iryuu/hoken15/index.html>（2013年10月アクセス）

厚生労働省（2013）「国民医療費」<<http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/37-21.html>>（2013年12月アクセス）

Campbell, J. C. 1977. *Contemporary Japanese Budget Politics*. Berkeley: University of California Press.

第7章

日本の医師の配置を規定する要因

池上直己

国は1880年頃、大学レベルに資源を集中し、それと併せて医学専門学校（医専）を設立するという決定を打ち出したが、これは現在の医療制度の方向性を決定する上で極めて重要であった。遺産として残されたのは二層構造、つまり、ほぼ全ての比較的大規模で先進医療を担う病院（大部分は公的）を有する権威のある医学部と、卒業生が開業医になる傾向が強い医学部という構造である。

医師は都市部の病院で専門医として勤務する傾向がみられるが、その傾向は、プライマリ・ケアを中心とする開業医と郡部の病院の勤務医の収入が高かったことによって緩和されてきた。

日本の経験から、医師に2種類の採用レベルと複数のキャリアパスを提供し、先進医療病院の開設を制限し、金銭的報酬と非金銭的報酬のバランスを取ることによって、医師のより適切な配置が可能になると言えよう。日本が成功したのは、国が診療報酬によって医療費と自己負担を抑制し、専門医療よりもプライマリ・ケアの報酬を高く設定したためである。

目的および歴史的背景

本章の目的は、日本の医師配分に関する経験について説明し、サービス提供のバランスを改善し、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ目標の達成を目指す各国に教訓を示すことである。

医師は医療の中核に位置し、医師数や訓練の質などの要因と共に、人材の配分が良質な医療の鍵となる。政策立案者は専門職的自律性の確保と医療教育の国際標準化の両方に取り組む必要があり、勤務医と開業医、一般医と専門医、専門診療科目間、都市と郡部で勤務する医師の比率に関して、適切に

配分することは難しい。先進国や中所得国の経験から分かる通り、こうした影響により、プライマリ・ケアと郡部の医療施設が犠牲となり、専門医と都市部に権限と資源が集中する傾向が強い。日本では、バランスを取ることによって、これらの傾向が緩和されてきた。

日本の医師養成および病院発展の歴史を説明するには18世紀半ばにまでさかのぼる必要がある。当時からすでに漢方医学に携わる開業医が定着していた。このシステムと開業の自由の原則は、西洋医学への移行が漸進的であったこともあって、国が1868年から急速な近代化に乗り出した後も基本的に変わらなかった（布施1979）。そのため、1世紀以上前の政策決定が、今日の医療制度にまでに影響を及ぼし続けている（池上他1996）。

1882年、既存の開業医（および25歳以上の子息）は、国から診療を継続する免許を正式に認められた。これにより、既存の開業医の生計が保証され、一般の人々へのサービス提供が継続され、提供システムの基本構造がそのまま残されることになった。しかし、翌年以降の新免許では、西洋医学に限定した試験に合格することを要求された。この動きは事実上、有力者による熱心な陳情にもかかわらず、漢方の未来を閉ざすことになり、（現在の中国や韓国のように）西洋医学と伝統医学の二層構造が生まれることはなかった。

日本の限られた資源は、1877年の東京大学医学部の設立に注がれた。大半の教職員は、莫大な費用をかけてドイツから採用された。同大学の卒業生3人以上を教職員として雇うことが大学レベルの医学部の設置条件であった。この階層的な過程は、東京大学の卒業生を頂点とする医療従事者のピラミッド構造へとつながった。さらに、このような学閥的な縦の関係の強さが、水平的な同業者意識に根ざした専門家集団の発展を妨げた。

大学レベルの教育に加え、医学専門学校（医専）が許可された。医専の多くは当初、私的部門または地方自治体によって設立され、認定基準は高くなかった（ただし、大学医学部とは異なり、卒業生は資格試験に合格しなればならなかった）。後に国は認定基準を引き上げ、5年間の中等教育修了を入学の条件とし、体系的な4年間の課程を必修とした¹。その結果、私的部門のほとんどの学校は閉校を余儀なくされた。

1 大学レベルの医学部には入学前に3年間の高等教育が要求され、卒業者は国家試験の受験を免除された。

まもなく、地方自治体が運営するほとんどの学校も、補助金を削減する緊縮財政に伴い閉鎖された。1915年までに残りのほとんどの医専は国によって運営されることになり、1952年に米国の占領による医療改革の取り組みの一環として廃止されるまで存続した。

日本では、1880年代から、近代医療制度が発展し、医師教育の国際的な基準が設定され、十分な人数の医師が教育を受けるようになった戦後期まで、医療教育の二層構造が広く普及していた。重要な原則は、専門学校卒業者を明示的に「格下の」医師に分類するのではなく、国が適切な学校認定基準を設定し、卒業者が免許試験を受験して大学卒業者と同一資格を取得できるようにすることであった。このような慣行により、医専の卒業生も医療に従事しやすくし、質の基準の徹底を助け、専門学校を卒業した学生に代替のキャリアパスを提供して、プライマリ・ケアへの医師の貴重な供給源となった。

病院の発展形態も、医療制度に長期的な影響を及ぼし続けた。病院あるいは病院の中核をなす公共機関や宗教法人は西洋化以前には存在せず、教育および研究（臨床研究せずに西洋医学を教えることはできないため、医学部に病院を併設しなければならなかった）²、軍事的必要性（明治時代初期の反乱とその後の日清・日露戦争により、戦争に関連した病気や負傷を治療する病院の必要性が高まった）³、伝染病患者の隔離（隔離収容するために地方自治体が専門病院を建設することになった）という3つの主目的を満たすために設置された。同時に、政策方針が明確に示されないまま、成功した多くの開業医が病床数を増やし、病院へと拡大したが、この種の病院が施設数の大多数を占めるに至った。

設備の整備された病院が不足し、高学歴の大卒の医師が不足していたこともあって、病院と大学臨床科の「閉鎖的なネットワーク」が確立された。この慣行は今日まで続いている。実質的に主要病院の全ての勤務医は、ひとつの大学で教育を受けて派遣されている。このネットワークは地方病院を含む小規模な病院まで広がり、大学の教授と病院開設者との個人的な関係を通じて大学医局との関係が築かれた。主要病院では、有名大学の卒業者であって

2 当時、医学部が認定を受けるには、600床以上の病院を開設していなければならなかった。

3 敗戦に伴う陸軍および海軍の解体後、軍病院は厚生省に移管された（本書第9章「日本における国立病院改革：成果と課題」を参照）。

もほとんど診療科長などになれなかったため、卒業者は小規模な病院にも勤務した。

大学医局の階層構造は、大学病院に限らず、日本の大部分の病院にも広がっていった。そのため、大学医局の長である教授は、病院での研究と臨床を監督するだけでなく、関連病院の専門医に対しても権限と責任を持っていた。大学を中心として、結束の強い医師集団が形成され、国や職能団体よりも強い力を有するようになった。この構造から、開業医と一部の私的病院は取り残された。

こうして、医療の二層構造が出来上がった⁴。上層は、ほぼ全ての比較的大規模な先進医療（大部分は公的）病院を含む一流の医学部から構成される。下層は、卒業生が開業医になる傾向が強いやや知名度の低い医学部から構成される。ただし、この区分は必ずしも厳密なものではなく、大学教授になるのはほんのわずかな医師だけで、その他は以下の選択肢に進むことができる。

- ・主要な関連病院の診療科長になり、さらに病院長にもなり得る。
- ・出張先の診療科を発展させ、さらに病院長になり、病院を地域のセンターにする。
- ・開業医として診療所を開院し、プライマリ・ケアに専念することにより、階層構造から離脱する。
- ・診療所を病院に拡大する。いくつかの私立医科大学は個人開業の診療所を母体とする。

下の2グループの医師は、社会的地位は低くなるが、一般に収入は高い。それらの医師は、日本で最も有力な職能団体である日本医師会の中心をなす。意欲的な医師は、日本医師会の会長や理事ではないとしても、都道府県や地域医師会の会長や理事を目指すこともある。

日本に関するもうひとつの特徴は、日本医師会は別として、専門医団体が他国に比べて弱く、(大学医局の医師の)縦の関係が(専門医団体の)横の関

4 区別は重複するが、国公立/私的とは一致しない。他の国とは異なり、日本では、「公的」に国と地方自治体が開設する施設だけでなく、日赤、厚生連、健保組合などの準公的組織が開設する施設も含まれる。ほぼすべての「私的部門」は、医師が実質的に保有する病院から構成される。配当を行う投資家所有の病院は参入を禁止されている(ただし、開設者はキャピタルゲインを得ることができる)。

係より強いことである。麻酔学などの一部の例外は別として、専門医団体が正式な認定プログラムの策定に着手したのは1980年代になってからである。二層構造のいずれにおいても正式な認定を受ける必要がほとんどないためである。階層構造の大学医局に属する医師は、臨床技能の研鑽ではなく、昇進のために学術研究に重点を置く。このシステムから離脱する医師は、専門科目を標榜する権利を含め、最大限の開業の権利を求める。若手医師の大多数は専門医として認定を受ける正式なプロセスを踏んでいたが、今世紀初めともなっても、約半数の認定専門医が「既得権を認められた」状態であり(池上2003)、専門医団体は西欧ほどの影響力を持っていない。

国は、医学教育の構造を設定し(次項を参照)、公的病院の設置を制限したが、医師と医療施設の活動と収入をほとんど直接管理しようとしなかった。上層では、大学医局が階層内で相当の自律的な権限を保持している。下層では、日本医師会を通じて強力な政治的影響力を行使し、私的医療機関の拡大が制限されないよう努めてきた。実際に、1960年に医療金融公庫が設立されて低金利の融資を受けられるようになり、1964年に公的病院の設置が制限されたことで、私的医療機関の拡大余地が広がった。1985年に都道府県医療計画が策定され、病床数の管理が私的病院にも適用拡大されたが、設備の購入やサービスの拡大はいまだに制限されていない。

文部科学省(文科省)⁵は、医学部の設置と入学定員の設定を直接管理している。長年にわたって政策は削減と拡大の間で二転三転した。削減は費用抑制と質の保証という2つの目的にかなうものであったが、医師不足が政治問題化した時期には拡大された。1948年には、入学定員の上限は47の医学校で戦前の3030人から2840人にまで減少した⁶。その後、公的保険の拡大に合わせて医療の利用が増加するにつれ、入学者が徐々に増加し、1969年には4040人に達した。1970年代には、地域での医師不足が批判されるようになり、「一県一医大」をスローガンに掲げて33の医学部が新設され、入学定員が8260人へと倍増した。しかし、景気後退と医師過剰が予想される中で、1995年には入学定員が7710人に削減された。

5 正式には、2001年に文部省と科学技術庁が統合され、文部科学省が発足した。

6 戦中の需要を満たすため、すべての大学レベルの医学部は専門学校を設立し、入学者を増員した。そのため、入学者は1945年には1万533人へと3倍に増加した。

報道により医師不足の懸念が再燃すると、再度状況が逆転し、2012年の9076人へと入学定員が漸増した（文科省2013）。

医師と病院の現状

日本の医師数は2010年現在で人口1000人当たり2.2人であり、経済協力開発機構（OECD）の平均を下回るが、病床数は2011年現在で人口1000人当たり13.4床と世界最多である。このように病床数が多いのは、日本では精神科病院と、実際は介護施設として機能する慢性期病院が多いことも一因である。ただし、それを除いても、一般病床数（日本では急性期および亜急性期を含む）は2011年現在で人口1000人当たり8.0床となっており、依然として非常に高水準である（OECD 2013）⁷。

医師数と病床数の不一致から、日本の入院患者は十分なサービスを受けていない可能性がある。さらに、開業医である医師の3分の1は病院の施設設備を利用できず、ほぼ全ての病院は勤務医が診療する大きな外来部門を持っている。その結果、入院患者の治療に当たる時間が不足する。

日本の医師に見られるもうひとつ顕著な特徴は、自身を出身医局に結びつけるため、実質的にすべての医師が専門科目（内科や外科だけでなく、眼科や整形外科など）に属することである。これは病院だけでなく、診療所にも当てはまる。ほとんどの開業医は主にプライマリ・ケアを行い、患者が訴えるほとんどの不調を診るが、専門医であることを標榜する（特に担保を必要としない）。

入院患者の治療に当たる医師の不足に加え、教育の特化と帰属意識が不幸な結果を招く可能性がある。例えば、日本の病院は、救急患者の受け入れを拒否するとしてしばしば批判される。救急隊は受け入れてもらうために複数の病院に連絡しなければならず、数時間の遅れが生じて患者が死亡する事故につながることもある。対応可能な医師が単に不足しているというのが最大の原因であるが、日本の医師には専門外の新規重症患者を治療する自信がな

7 2003年にはその他病床が一般病床および療養病床と区別されていたため、傾向を比較することができない。「一般病床」の区分には、多くの長期入院患者が含まれることに注意されたい。

いという要因もある。専門分野をまたぐ総合診療や家庭医療に特化する医師はほとんどなく、救急医療を専門とする医師もわずかしかない。

厚生省は、1987年に、総合診療や家庭医療を医学部のカリキュラムの環境として確立し、それを専門科目として認めるという報告書を発表した。この報告書は、専門職としての自律性が制限される可能性があるとして、日本医師会の反対に遭った⁸。さらに、医学部及び大学での医療教育を管轄する文部省は、生物医学研究と専門教育を重視したため、この提案を支持しなかった。最初の総合診療科は1978年に佐賀医科大学（現・佐賀大学医学部）に設立され、現在では大部分の医学部に設置されているが、専門科目としての正式な承認は2015年ようやく始まることになっている⁹。

厚生労働省（厚労省）¹⁰は、医師の卒後教育に大きな影響を及ぼす措置を導入した。2004年の制度では、2年間の臨床研修（前期研修）が義務付けられただけでなく（以前は推奨のみ）、主要専門科目と救急医療を含むローテーション研修も課されることになった。最終学年の学生は、マッチングシステムを通じて研修プログラムを申請する。臨床研修制度の導入により、新規に免許を取得した医師が専門医として訓練を受けた出身医学部の大学医局に入るという古くからの慣行が実質的に終焉することになった。しかし、この新制度の影響を十分に評価する前に、医学部からの反対を受け、2010年には義務付けられたローテーション期間が実質1年間に短縮された。それらの医学部は、この新制度は卒業生が都市部の病院で研修医となり、出身大学に残らなくなると主張した。この傾向は、地方都市の医学部で特に深刻であった。不足を埋めるには関連病院から医師を引き揚げざるを得ず、その結果、関連病院では医師が不足することになる。

この事例は、医師研修を断片的に改革することの問題を表している。改革を行う前に、国は、既存制度の重要な利点を検討すべきであった。第1に、日本では専門医の資格認定プロセスが十分に発達しなかったため、日本

8 日本医師会の動機は、人頭請負につながり、出来高払いに取って代わる可能性があるというものであった。人頭請負の場合、医師は、患者が登録しなければ、自由に開業できなくなる。

9 日本専門医制評価・認定機構は2015年に総合診療科を専門科目として承認し、2017年から研修を開始することを決定した。

10 厚生省は2001年に労働省と統合され、厚生労働省となった。

の医師は他国の医師に比べて正規の研修を十分に受けていない分野にも進んで参入する。特に、先に指摘したとおり、病院を離れて開業する医師は、専門医を標榜するにもかかわらず、主にプライマリ・ケアを提供する。そのため、卒業したばかりの医師は、専門医になるという希望は満たされるが、病院での専門医の地位が限られているため、大多数は診療範囲を拡大し、より全般的なプライマリ・ケア・サービスを提供せざるを得ない。他国では、このアプローチとは異なり、最終的な病院におけるポストによってではなく、専門科目ごとに研修医の人数を制限して、専門科目への参入を制限している¹¹。第2に、病院と提携すれば確実に医師が配属されるため、大学医局による医師の配置は、地域医療ニーズを満たす上で新しいアプローチを取るよりも効率的であった。

医師の収入格差

支払いは基本的に診療行為ごとに行われるが、請求金額と条件は厚労省の診療報酬で厳密に管理され、公的であるか私的であるかに関係なく、同一項目には同一金額が設定されている¹²。診療報酬は、国が間接的に医師配分を管理するための主な仕組みである。医療機関、特に日本医師会と交渉する必要があるため、必ずしも予期したとおりの影響が生じているわけではないが、診療報酬は、医師の収入に決定的な影響を及ぼす。

日本医師会の主な構成員は診療所でプライマリ・ケアを提供する医師や私的病院の開設者であるため、日本医師会は、医療活動に共通する圧力である専門化と都市化に対抗する力となっている。診療報酬は、専門医認定の有無に関係なく、同一サービスに同一報酬を設定している。診療報酬制度の構造により、平均すると専門医療よりもプライマリ・ケアに多くの報酬が支払われ、また、都市部よりも郡部における生活費の方が安いにもかかわらず同一サービスに同一報酬が支払われるため、郡部の医師の方が都市部の医師より

11 適切な規制を行った上で専門医の参入を制限すると質を維持できるが、このような制限を設けると医療労働力構造の流動性が損なわれ、変化する需要に対応してサービスを再編することが難しくなる。

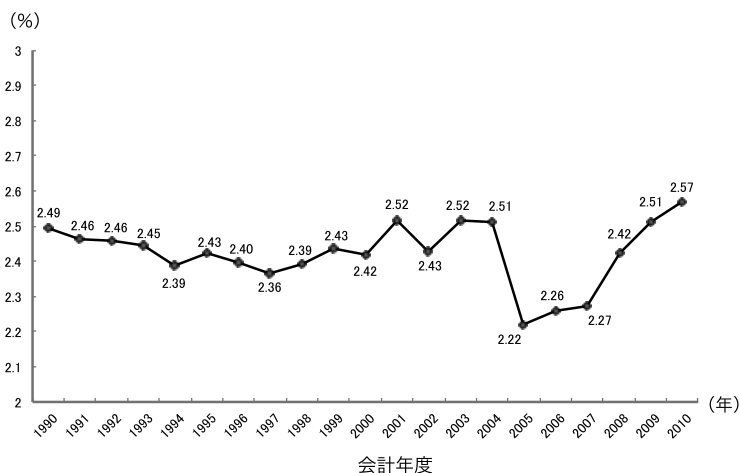
12 詳細については、第5章「日本の診療報酬改定による医療費の抑制」を参照。

収入が多い。これらの事実は現場で広く理解され、医師が病院を選ぶ際に大きく影響するが、残念ながら実証的なデータが不十分で、そうした傾向を示唆する事象以上は示せない。

専門化とプライマリ・ケア

診療報酬は、医師と病院のサービスに対する報酬だけでなく、請求要件も決定する。支払いは、医師個人ではなく、施設に対してのみ行われる。開業医の場合、圧倒的多数は個人開業であり、この支払いから経費を差し引いた分が所得となる。対照的に、病院勤務医には固定給が支払われ、患者からは直接支払いを受けない（患者に点数以上の「差額請求」をすることは診療報酬の規定で固く禁止されている）。これらの給与は年功序列に基づき、医師の専門科目や診療収入とは無関係である（病院を経営する医師を除く）¹³。日本では、病院勤務医の平均給与は比較的低く、過去20年間では平均的な勤労

図7.1 国公立以外の病院の医師の収入（一般的な労働者の平均との比較、1990年の消費者物価指数および年齢構成で標準化）



出典：1990～2010年の賃金構造基本統計調査（厚労省 1991-2011）

13 ひとつの理由として、特に同大学の同期の医師間で賃金に差を付けると、日本の組織的慣例に背くことが挙げられる。

者の2.5倍ほどである(図7.1)¹⁴。

プライマリ・ケアの報酬は病院での高度医療の報酬より高く設定されているため、収入面では開業医の方が恵まれている。1927年に診療報酬が確立された当時は、医療サービスの大部分は開業医によって提供されていた。その後の項目別改定は漸進的であったため、当初大部分を占めていた開業医に有利に働いた。さらに、日本医師会は、診療報酬改定に関する国との交渉で重要な役割を果たした。

厚労省が2年ごとに実施する抽出調査に基づく「医療経済実態調査」(厚労省2011a)によると、開業医の平均年収は2011年現在で2100万円であった。対照的に、「賃金構造基本統計調査」(厚労省2011b)によると、国公立病院を除く病院勤務医の平均収入は1140万円であった¹⁵。上層の病院に勤務する専門医の給与を推定する方法はないが、政令指定都市(人口50万人以上の都市)が運営する46の病院の医師は明らかに「上層」に位置し、同年(総務省2012)の全勤務医の平均よりも高く、平均1640万円であったが、全開業医の平均よりは低かった。

ただし、いくつか注意事項がある。

第1に、病院勤務医の収入には、病院勤務医の大部分が行う非常勤の副収入が含まれていない。一般病院の非常勤医師は、2010年(厚労省2011c)の常勤医師に換算した場合、全体の19.2%を占める。ただし、政令指定都市開設の病院に勤務する専門医は、通常は非常勤で他で診療することは許されておらず、賃金構造基本統計調査で見た場合、政令指定都市開設病院の勤務医の給与が平均より高くなっているのは、この制限による機会費用を補償していることが一因となっている。また、一部の非常勤医師、特に女性や高齢の医師の場合は、常勤の仕事を持っていない可能性がある。そのため、全病院勤務医の実際の収入が2割増しになるというわけではない。

第2に、医師の平均年齢は、開業医の58歳に対し、病院勤務医では40歳

14 看護師の平均給与は病院勤務医の半分程度である。ここでの「私的部門」は、国立および公立以外のすべての病院を含む。2005年にサンプリング方法が改定され、それが一時的な低下に表れている。

15 購買力平価で見ると約19万3000ドルと10万3000ドルである。かつてはさらに差が大きく、2005年には2.5倍であったが、両調査はパネルデータではなくサンプルデータに基づいているため、傾向を比較することは難しい。

である。55歳～59歳の公立以外の病院勤務医の収入は、年功序列の給与体系により、1850万円であった。ただし、診療所の医師の20%は70歳以上であり（厚労省2011c）、常勤ではないため、平均年齢による比較は適切ではない。

第3に、開業医は、他の中小企業経営者と同じリスクがある。

都市部対郡部

これまで見てきたとおり、診療報酬は、郡部の生活費や給与に関係なく、日本全国の全ての医療者に、同一サービスに対して同一報酬を支払う。そのために郡部の病院は、看護師やその他の職員の給与を抑えることによって、都市部の病院より高い給与を医師に支払うことができる。都道府県の差が重要である。医師は移動しやすく都市部に集まる傾向があるが、看護師やその他の職員は移動が難しく地元とのつながりが強い。この収入パターンは、国が郡部の医師の給与を上げようと意図したのではなく、現地の労働市場の条件に合わせて各病院が賃金の幅を設定することによって実現した¹⁶。

都市部と郡部の差を分析しようと努めたが、ここでも包括的なデータの不足に直面した。賃金構造基本統計調査には全国の総計しか記載されないため、データから「都市部」と「郡部」を説明できなかつた。そのため、地方自治体が運営する公立病院の給与の中で、政令指定都市が開設する41病院と市町村が開設する178病院を比較した¹⁷。

2010年現在の勤務医の収入は、政令指定都市開設の病院では1637万6100円、市町村病院では1974万2500円であった（総務省2012）。対照的に、同年の看護師の賃金は都市部では595万5300円、郡部では541万8500円であった（厚労省2011b）。年齢構成の差を調整すると¹⁸、市町村病院の勤務

16 国立病院機構では、公共部門の給与規則が医師その他の職員に適用され、給与は現地の生活費を反映し、都市部のほうが高くなる。ただし、公立以外の全ての病院では、同じ仕組みが適用され、非常勤業務の機会が都市部と地方で基本的に同様であるため、医師の給与差が総収入にも当てはまる。

17 地方には私的病院が少なく、それらのデータを入手することができなかつた。2010年地方自治体事業年次報告（総務省2012）の給与データを使用した。19政令指定都市のうち、16都市が病院を所有していた。市町村は、人口2万人未満の自治体を指す。941市町村のうち、178が病院を所有していた。

18 医師と看護師の平均年齢は政令指定都市病院の方が市町村病院よりも3～4歳若く、医

医は政令指定都市病院の勤務医の1.2倍、同じく看護師は0.88倍、准看護師は0.77倍の収入であった（このような差は、1990年以降の20年間で医師では1.43倍から縮小したが、看護師では0.79倍、准看護師では0.75倍から拡大した。これは、市町村の所有する病院数が市町村合併で減少したためと考えられる。また、データは入手できないが、私的病院では看護師の収入は公立病院ほど年功序列に基づかないため、医師と看護師の収入差は、さらに大きくなると考えられる）。

へき地でのサービス提供

都市部の勤務医の方が収入が少ないため、郡部での医師不足は緩和されるが、問題の解決にはほど遠い。日本の都市部と郡部にデータを分けることは難しいが、地域の中には医師を集められないという問題を抱えている¹⁹。地方自治体・国民健康保険の保険者・農業協同組合そして私的部門が、病院や診療所を設置し経営することによって、郡部における医療サービスへのアクセスは担保されている²⁰。国の役割はそれほど直接的ではなく、郡部における医師の需要が増えたことが1970年代および2009年の民主党の勝利後に医学部とその入学定員を増加する決定のひとつの動機となった。対象を絞り込んだ施策も実施され、さまざまな効果をもたらした。

最も継続的に実施されたのは、過疎地の振興のために国から都道府県に対して交付した包括的な補助金である。その中で医療が対象となったのは、半径4 km以内に50人以上の住民が暮らし、医療施設へのアクセスに問題を抱える「無医地区」であった。「無医地区」を解消するために、へき地保健医

師は44歳と47歳、看護師は37歳と41歳であった。准看護師では年齢差は逆転し、53歳と49歳であった。

19 1人当たりの医師数は、分布密度が最高と最低の都道府県間で2倍の開きがある。しかし、最低の県は東京に隣接しており、人口が比較的若い。この差は、1990年の2.24倍から縮小している。特に、多くの地方自治体が合併し、「市」に過疎地域が含まれるようになった2003年以降は、「市」や「町村」に基づいて地方自治体を都市部と地方に分けることは難しい。

20 市町村長の政治的責任は別にして、地方自治体は、国民健康保険制度を所管するため、医療に重点を置く傾向がある。これらの制度は病院や診療所も所有する。対照的に、都道府県の関心は、所有する病院の経営に限られる傾向がある。

療計画が1957年より通常5カ年のローリング方式で策定され、現在は2011年から開始された第11次計画である。しかし、補助金による「無医地域」の解消は体系的に評価されていないので、どの程度成功したか判断するのは難しい。確かに無医地区の数は1966年の2920箇所（人口119万人）から2009年の705箇所（人口14万人）（厚労省2010a）に減ったが、この減少のどこまでが無医地区からの人口流出によるもので、どこからがサービスの整備によるものかを把握する手段はない。

しかし、1975年から施行された「地域中核病院」の指定は有効であったことが認められている。現在までに47都道府県中30都道府県の263病院が地域中核病院に指定されており、へき地の診療所に医師を交替で派遣することが義務となっている。へき地の診療所に派遣された医師は、通常3年間の任期を務めた後、病院に復帰する。このシステムは、大学医局とその階層に属する病院によって長期にわたって確立されてきたパターンと、ある意味似通っている。郡部の診療所での業務に求められる能力は、地域中核病院で求められる能力とは異なるが、専門勤務医がプライマリ・ケアを主に扱う診療所に異動するという一般的な慣行と同様であり、ローテーションによって医師の知識と視野が実際に広がる。

地域医療を改善する日本の取り組みにおいて最も特徴的なのは、地域医療を提供する医師を育成することを目的として1973年に設立された自治医科大学である。規定上は私立大学に分類されるが、都道府県によって共同で出資され、運営されている（そのため、地方自治体を意味する「自治」医科大学と呼ばれる）。各都道府県に2～3人の入学定員が割り振られるが、学生の選考は大学に委ねられ、主に学力面の適性に基づいて選考が行われる。学生には、毎月の奨学金と授業料を対象とする融資が行われる。卒業生は都道府県が指定する医療施設に9年間（その半分以上を郡部で）勤務することが義務付けられる。これらの義務を満たせば、融資の返済は免除される（97%の卒業生が条件を満たす。Matsumoto et al. 2008a）。

同大学を提唱したのは厚生省ではなく、地方自治体を管轄する自治省であった。自治省は郡部の医師不足を懸念していた。当初は医専を再生する（中等学校卒業生が入学する）ことを提案したが、この意見は厚生省と医療専門家からの強い反対に遭った。そのため、自治医科大学は、都道府県間の

格差など多くの構造的問題を残したまま、政治的妥協の結果として設立された。例えば、都道府県の人口には20倍以上の開きがあり（東京都1300万人、鳥取県60万人）、「郡部」の常住人口には格差がある。当然ながら、都道府県と学生の関与も異なる。9年間の義務サービス以降も郡部にとどまる比率は全体で29.5%（厚労省2010b）であるが、郡部の都道府県出身者の方が69.8%と高い（Matsumoto et al. 2008b；2010）。

もうひとつの医学部のモデルは、地元高校の学生を優先し、より良い研修制度を提供することである。例えば、2005年、青森県にある弘前大学医学部は、研修医の急減に直面し、地元高校卒業生を優先的に入学させる制度を開始した。自治医科大学と同様、卒業生が指定施設に9年間勤務すれば、授業料と奨学金の融資返済が免除される。この制度を全面的に評価するのは時期尚早であるが、地元高校から同大学医学部に入学する学生数は2004年の23人から2010年の46人へと倍増した。医学部教員の努力により、2年間の研修を県内で行う学生数も2004年の56人から2011年の70人へと増加した（藤本2012）。

考察

日本の医学部は、専門医療を提供する病院の数が限られているため、研究と専門医の研修に重点を置くが、医師の大部分は診療範囲を拡大して患者のニーズに応えるか、あるいは専門的な目標を反映して施設を拡大してきた。同時に、診療報酬は、費用と医師の収入を抑えるだけでなく、診療所と郡部病院の医師の収入を都市部の病院の専門医より高くなるように支払っている。

それでは、他国にはどのような意味合いがあるだろうか。日本の政策手法は、概念的な枠組みというよりも、その時点の特定のニーズに対応したものであり、さまざまな要素が絡むため、日本の政策手法をそのまま他国に導入することは難しい。それでも、日本の経験からは以下のことが分かる。

第1に、医師の養成には、より柔軟なアプローチがあり得る。大学と並行して専門学校で医学教育を提供している国では、専門学校の卒業生を格下に扱うべきではない。

第2に、専門医はキャリアの途中で、その自由と適切なインセンティブが

あれば、診療範囲を拡大して住民のニーズを応えることができる。

第3に、都市部の病院の専門医に対しては、継続医療教育の機会や家族向けの福利厚生などを通じた、専門職としての地位や都市生活の利点などを享受することと相殺する形で、報酬を抑えることにより、適切な配置になる可能性がある。

第4に、大学医局や地域の基幹病院は、郡部の医療施設に勤務する医師を交替で派遣する拠点として役立つ。

第5に、2年間のローテーションの研修制度等の義務化による部分的な解決策では、医師の地理的配置の不均衡をかえって悪化させる可能性がある。

日本のシステムは、医師をどのように教育し、配置するかについての正統派の立場とは一致しないかもしれない。しかし、まさにこの理由から、低中所得国に別の展望を示す可能性がある。

【参考文献】

- 池上直己、J.C. キャンベル (1996) 『日本の医療—統制とバランス感覚』(中公新書、中央公論社)
- 池上直己 (2003) 「日本の医療制度における専門医の役割」『総合臨床』52 巻 12 号 3125-30 ページ
- 厚生労働省 (2011) 「医療経済実態調査」(平成 23 年 6 月実施)
<<http://www.mhlw.go.jp/topics/2011/10/tp1019-1.html>> (2013 年 10 月アクセス)
- 厚生労働省 (1987) 「家庭医に関する懇談会報告書」第 1 法規出版
- 厚生労働省 (2010) 「へき地保健医療対策検討会報告書 (第 11 次)」<<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/04/s0401-4.html>> (2013 年 10 月アクセス)
- 厚生労働省 (2013) 「専門医の在り方に関する検討会 報告書」<<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r985200000300ju.html>> (2013 年 10 月アクセス)
- 厚生労働省 (2010) 「平成 21 年度無医地区等調査・無歯科医地区等調査の概況について」<<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000000ulrk.html>> (2013 年 10 月アクセス)
- 厚生労働省 (2011) 「平成 22 年 (2010 年) 医師・歯科医師・薬剤師調査の概況」<<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/ishi/10/index.html>> (2013 年 10 月アクセス)
- 厚生労働省 (1991 ~ 2011) 「賃金構造基本統計調査」(平成 2 ~ 22 年のデータ) <http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/chingin_zenkoku.html>、詳細データ

は <<http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/List.do?bid=000001028607&cycode=0>>
(2013年10月アクセス)

総務省 (2012) 「平成22年度地方公営企業年鑑」

<http://www.soumu.go.jp/main_sosiki/c-zaisei/kouei22/html/mokuji.html> (2013年10月アクセス)

橋本鉦市 (2008) 『専門職養成の政策過程—戦後日本の医師数をめぐって』(学術出版社)

藤本幸男 (2012) 「青森県の挑戦」『病院』Vol.71 No.2、107-110 ページ

布施昌一 (1979) 『医師の歴史—その日本的特長』(中公新書、中央公論会)

文部科学省 (2012) 「平成25年度医学部入学定員の増員計画について」<http://www.mext.go.jp/b_menu/houdou/24/12/1328793.htm> (2013年10月アクセス)

Matsumoto, M., K. Inoue, and E. Kajii. 2008a. "A Contract-Based Training System for Rural Physicians: Follow-up of Jichi Medical University Graduates (1978-2006)." *The Journal of Rural Health*. 24, no. 4: 360-8.

Matsumoto, M., K. Inoue, and E. Kajii. 2008b. "Long-Term Effect of the Home Prefecture Recruiting Scheme of Jichi Medical University, Japan." *Rural Remote Health* 8, no. 3: 930.

Matsumoto, M., K. Inoue, and E. Kajii. 2010. "Definition of "Rural" Determines the Placement Outcomes of a Rural Medical Education Program: Analysis of Jichi Medical University Graduates." *Journal of Rural Health* 26, no. 3: 234-9.

OECD. 2013. *OECD Health Data 2013*. <http://www.oecd.org/health/health-systems/oecdhealthdata.htm> (2013年10月アクセス)

第8章

准看護師：日本における看護労働力拡大の ひとつの選択肢

池上直己、ジェームス・ブチャン*

多くの高所得国と同様、日本では看護職に准看護師と看護師の2つのレベルがある。1950年代半ばから1970年代にかけて、准看護師養成機関入学者の数は看護師養成機関入学者の数を上回った。また、病院の数が急激に増えた10年間（1968-77年）に、実際に准看護師の養成数は看護師より多くなったが、それ以降は減少に転じた。しかし最近では、労働市場の低迷と高齢化により、准看護師養成機関の入学希望者数は再び増えてきている。したがって、准看護師の比重は低下してきたものの、看護、およびケアを提供する人材として依然として重要であり、看護師よりも資格を取りやすい准看護師は、職員構成を検討する際の選択肢のひとつとなる。看護等の保健医療人材の強化を図ろうとする国々は、労働力と財源という制約の中で最適な人材構成を実現するために、さまざまなタイプの人材を養成するのに必要な期間を見定め、人材配置の選択肢とコストを考慮する必要がある。

目的と背景

本章の目的は、日本の准看護師について、特に教育、規制、雇用の主な特徴に焦点を絞って、その役割を検証することにある。日本の准看護師労働力の規模、業績、特徴の変遷を評価し、准看護師の雇用と配置がより広い意味で保健医療人材の在り方に与える意味を見極める。主な狙いは、日本の状況や政治経済を背景とする日本の准看護師という職業の特徴を特定し、広義での保健医療人材政策の観点で、他国にも役に立ちうる教訓を引き出すことに

*本章執筆に当たっては、山口大学大学院東アジア研究科の角田由佳准教授にデータ収集をご協力いただいた。

ある。

広義の看護職が果たしうる役割は多岐にわたる。国による大きな違いは、免許を持つ看護師が1階層か2階層かである。英国やアイルランドなど一部の高所得国には「第2階層」の看護師（「登録看護職」「資格を持つ職業看護職」「免許を持つ実践看護職」などさまざまな呼び方がある）という職業はない。英国は1980年代に第2階層の看護師の教育を廃止し、多くの第2階層の看護師を対象に「第1階層」つまり看護師になるための移行教育を実施した（Seccombe et al. 1997）。

日本やオーストラリア、ベルギー、カナダ、フィンランド、オランダ、スウェーデン、米国などその他多くの国では、第2階層の看護師制度が採用されている（National Nursing Research Unit 2007）。一国だけ、ニュージーランドが1990年代に第2階層の看護師の教育を廃止したが、10年後に再開した（Gerritsen 2002）。加えて、適切な人材構成を考える際に考慮しなければならないことは、国や制度によって、看護以外の保健医療人材やその中間レベルの従事者のレベルや組み合わせが異なるということである。助産師を例に取り上げるならば、看護師と異なる職業区分を設けている国もあれば（日本では、助産師になるためには、看護師資格のある人がさらに専門教育と研修を受ける必要がある）、助産師という職業区分のない国もある。

以上のように、国によって第2階層の看護師が置かれている状況が異なるということは、看護職の配置状況や役割、そして時代によるその変化が極めて多様であり、また、一国の経験を他国の状況に当てはめる際、注意が必要であることを示している。日本の経験から得られる教訓を検討するに当たり、本節では、日本の准看護師の役割の変遷と現在置かれている状況について詳細に述べる。

日本でも他国同様、医療専門職の教育と資格要件は他から独立しており、要件の見直しは難しい。制度が硬直化している上、資金調達メカニズムが柔軟性に欠け、既得権益があり、また一方で質の確保、監督、費用対効果の高い資源と専門性の配分という観点で合理的だからである。

そのため日本の第2階層の看護師である准看護師は過去30年間に割合こそ減少してきたものの、看護やケアを提供する上で依然として重要な役割を果たしており、人件費とサービスの質のバランスの取れた職員構成を考えて

いる雇用主にとってひとつの選択肢となる。この全体プロセスでは、准看護師か看護師かの地位の違いにかかわらず、看護師教育（内容と実施状況）や免許・規制制度が「実践に見合った」ものであることが求められる。より広い意味では、他国同様、日本においても、柔軟なキャリアパスを用意し、入学の条件を適切なものとするにより、保健医療人材の採用とキャリア・アップを確実にする必要がある。既に述べた通り、これは、単に第1階層と第2階層の看護師だけの問題ではなく、他の保健医療専門職とその中間レベルの従事者にも当てはまる。他の国では、実際の教育の内容と第2階層の看護師の役割はさまざまだが、実務的な職業／専門教育であることと、直接のケア提供者としての役割を担うこと、また第1階層の看護師に監督されることが多いといえる。

日本では20世紀の半ばに教育環境が急速に充実し、准看護師の雇用が拡大したことが、看護職者の大幅増加に寄与した。准看護師の免許は、2年にすぎない専門教育を受け、各都道府県知事試験に合格すれば取得できる。対照的に、看護師¹になるには、少なくとも3年の専門教育と国家試験合格が求められる。このため、准看護師ならより短期間で免許を取ることができる上、准看護師を経て看護師にステップ・アップすることもできる（准看護師の免許を取った後、2年課程を修了し、看護師国家試験に受ければ看護師の免許が取れる）。

都道府県レベルで最初に看護師免許を交付したのは東京都（1899年：当時は東京府）だった（亀山 1983）。国による最初の看護師免許は1915年、都道府県の例を基に、内務省が交付した（平尾 2001）。この看護師免許の取得には、試験合格か、1年以上の教育を受けて養成機関を卒業するかのいずれかが条件だった。同じ年、知事に交付権限を付与する形で「准看護師」の免許も設けられた（亀山 1983）。このように准看護師の免許は道府県が交付し、看護師免許については国が交付していた。

この二重構造の制度は事実上、第二次世界大戦終結まで続き、その後は占領軍が病院医療の質、特に看護の質の向上に努めた。当時、実際に入院患者

1 看護婦と准看護婦は末尾の「婦」により女性にしか使えないため、2002年に看護師と准看護師にそれぞれ変更になった。本稿では、過去にさかのぼる場合においても、名称をそれぞれ「看護師」と「准看護師」に統一した。

を看護し、食事や寝具を提供するのは家族で、看護師の役割は主に医師の補佐だった。1948年の保健婦助産婦看護婦法により、看護師の役割は患者の看護と医師の補佐であることが正式に定義された。この法律では、准看護師は公式には重篤な病状の患者の看護を認められていなかったが、実際にはこの制限を守ることは難しかった（日本看護協会 2009b）。

しかし1952年の保健婦助産婦看護婦法の改正で准看護師免許はこの制限が見直され、都道府県の認可を受けた養成機関で2年間の専門教育を受けることが条件となった。准看護師免許は全国共通だったが、免許取得のための試験は都道府県レベルで行われた²。准看護師養成機関への入学は、中学卒業以上が条件だった。教育のレベルと内容は看護師と准看護師で異なったが、業務上の唯一の法的な違いは、准看護師は、医師と看護師の監督の下で看護業務を担うことだった³。

1952年の准看護師免許復活後、日本では高校に進学（看護師養成機関入学の必要条件）する女子の割合が、1951年の42%から1964年には68%へと急激に上昇した（文科省 2012）。これにより看護師養成機関入学者は大きく増え、看護職数の比較的急激な増加に貢献した。

この間、日本看護協会は准看護師の雇用に反対し続けた。准看護師は看護の質を落とし、看護職の地位、さらには女性全般の品位までもおとしめるというのがその根拠だった（日本看護協会 1995）。この圧力もひとつの要因となり、1959年には国民健康保険法の全面改正に伴い入院料の改定が行われ、その結果、看護職の半分以上を看護師が占める病院への診療報酬が高くなるに至った（この補助金の適用を受けるために必要な看護職に占める看護師の割合は、1995年に70%まで引き上げられ、看護師優勢が固まった）。

1964年、日本看護協会は、保健婦助産婦看護婦法の改正を通じた准看護

2 准看護師試験のための県委員会には、地元の医師会と病院の委員が含まれていた。免許を持つ看護師をより多く生み出すため合格ラインを低く設定することは、彼らの利益になった。国が設定した合格基準は正答率6割だけであった。都道府県別だった試験は、2003年から全国を8ブロックに分けて実施されるようになった。

3 准看護師は医師と看護師の指示に従わなければならないが、それ以外には、准看護師の職務が看護師の職務と法律により区別されているわけではない。それぞれの職務がどう違うかを示す研究も確認できなかったが、ある論文（山田 他 2007）は、10年以上の職務経験を持つ准看護師と看護師の間には内在する直観力にいくらかの違いがあるとしている。ただし、この研究は、3つの病院の看護師135人と准看護師52人をサンプルとし、自ら作った質問表を用いて行われた。

師制度の廃止を正式に提案した（日本看護協会 1995）。日本看護協会の方針には日本医師会が強く反対した。その大きな理由は、当時、病床数が急上昇しつつあった（1950年の27万5804床から1965年は87万3652床）（厚生省 1956；1966）中で、医師らが准看護師なしには入院部門に十分な人材を確保できないことを恐れたからだ（田村 2009）。ほぼ全ての准看護師養成機関は、地元の医師会と病院が設立したものだ。開業医と病院経営者は、准看護師学生の方が看護助手として採用しやすいと感じていたので、准看護師の養成と雇用に長年熱心だった。また、准看護師なら2年で免許取得が可能だったこともある。学費は通常、無料で、毎月雇用主から手当が支払われた。夜間の授業もあったので、昼間は看護助手として働くことができた。卒業生は免許取得後、所定の病院や診療所にて低賃金で働くことが義務付けられた⁴。関連することとして、1950年代は多くの女性の教育レベルが今よりも低かったことが看護師教育に直接進学することを阻む要因になっていた。

このように、看護師を看護労働力の主力として「専門職化」しようとした日本看護協会と、比較的低コストの看護人材である准看護師の供給を維持したいとする会員の利益を求めた日本医師会との間には、明確に相反する考え方があった。

次に、低中所得国への教訓について考察する前に、准看護師の教育と配置における3つの側面を取り上げる。

教育

教育・研修制度や教育を就職につなぐ「パイプライン」の在り方を検討するに当たり、日本においては、准看護師と看護師では進学要件が異なる一方、准看護師が看護師資格を取りやすくする制度上の柔軟性があったことを注記する必要がある。この点は、政策立案者が教育と就職の間の効果的な「橋渡し」を支援する際、重要なメッセージとなる。つまり、そうした「橋渡し」は、多様な参入のタイミングと柔軟なキャリアパスを備えた、効果的な採用、定着、再就職を考慮したものでなければならないということである（一度離職

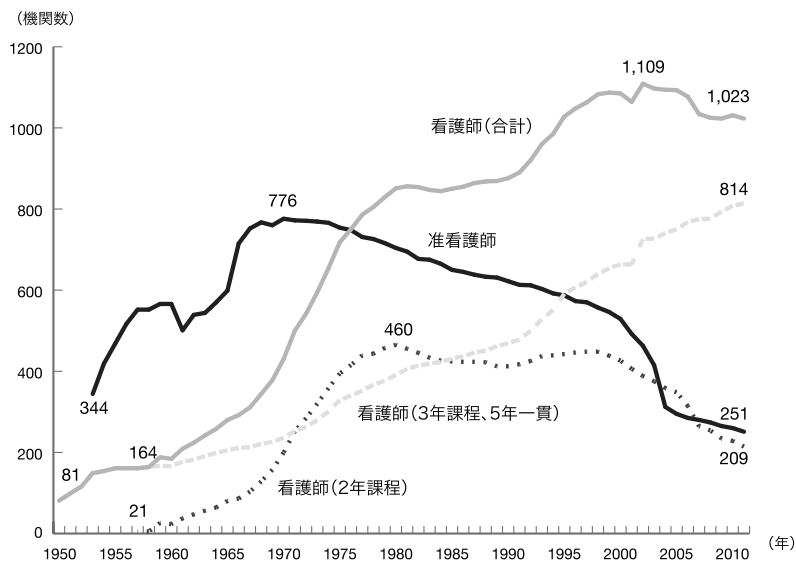
4 資格取得後に所定の施設で働くことを義務付ける代わりに報酬を支払うこの慣習は、年季奉公として1997年に禁止された。

した人が再度その専門職に戻れるだけの職業としての魅力と支援が必要)。

養成機関を出た准看護師の数は1950-70年に大きく伸びたが、その後ほぼ同じペースで大幅に減少した。准看護師養成機関の数は、准看護師免許が復活した1952年の344機関から、1970年には776機関へと2倍以上に増えた(図8.1)が、2011年には251機関へと再び減少した。さらに、1964年から高等学校に衛生看護学科が設置され、学生は卒業時に准看護師試験を受けるために十分な単位を高校3年間に取得することができるようになった。こうした衛生看護学科のある高等学校の数は1978年までに136校まで増えたが、2012年までにわずか17校まで減少した。衛生看護学科のある高等学校のうち、72校が看護師試験に向けた5年課程となり、その他の大半は准看護師が看護師になるための2年課程の養成機関となったためである。

准看護師養成機関の急減には、養成機関の専任教員を2人から5人に増やすことを求める2002年の政府の指定規則も影響している。この要件を満

図8.1 准看護師養成機関と看護師養成機関の数(1950-2011年)

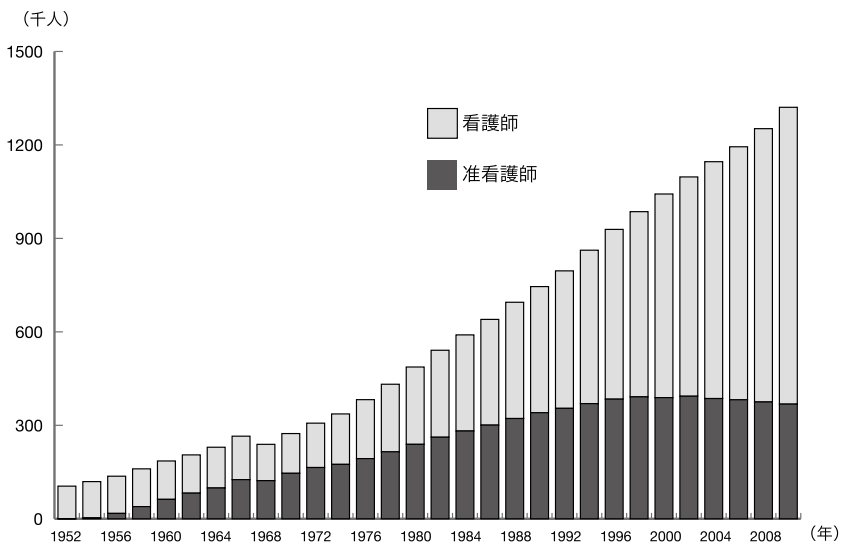


出典：日本看護協会 2009aの表3「看護師等学校養成所施設数の実数」；厚労省2012a

たすことは、大半の養成機関にとって財政的に持続不可能だった。そのため、政府は、この規則による負の影響を最小限に抑えるため、要件を満たすための移行期間を設け、専任教員の増員数を3人に引き下げた。

准看護師養成機関数の急増と急減とは対照的に、看護師養成機関の数は1950年代から着実に伸びた。これは、労働力に占める看護師と准看護師の割合についての全体的な傾向に表れている（図8.2）。准看護師の数は1967年から1978年には看護師の数を上回っていたが、それ以降は看護師に対する准看護師の割合は徐々に低下し、2004年には3分の1の33.7%まで落ち込み、2010年には4分の1の27.9%となった。

図8.2 看護師の数と准看護師の総人数（1952-2010年）



出典：厚労省 1953-2011

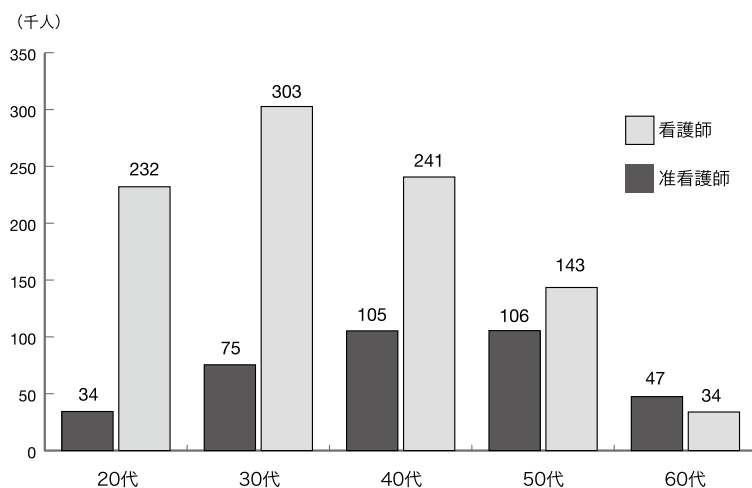
近年、准看護師養成機関入学者の約85%は所定の2年以内に卒業している。また、2004年には、10年以上の実務経験のある准看護師が看護師免許を取するための通信教育も導入された。

准看護師免許の試験は、複数のブロックで受験可能なため、比較的容易

に合格できる。試験日の異なる都道府県があるため、准看護師学生は同じ年に複数回受験することが可能である。准看護師養成機関の卒業生のうち、65.9%は卒業後すぐに働き始めるが、27.2%は看護師になるための2年課程に進む（2011年時点）。准看護師養成機関入学者は長期的に減る傾向にあったが、近年の受験者数は2009年の2万6000人から2012年は3万5000人と増えている（厚労省2012a）。景気低迷に加え、日本では20代後半から30代前半の女性の労働市場が低迷しているため、准看護師免許の魅力がこれまでより高まっているためである。准看護師養成機関入学者のうち、最終学歴が中学卒業の者はわずか10.3%、高校卒業は71.3%、大学・短大卒業は17.8%となっている（厚労省2011）。

准看護師と看護師の年齢構成は著しく異なる。准看護師人材は平均年齢がはるかに高い（図8.3）。これは、1970年代以降に養成機関の数が減少したことと、看護師養成機関の入学者と卒業者の雇用が比較的伸びているためである。今後10年間に特に多くの准看護師が引退するため、政策立案に影響を及ぼすだろう。

図8.3 准看護師と看護師の年齢構成（2010年）



出典：厚労省 2011

規制

どんな保健医療制度においても政策上の課題となっているのは、保健医療に携わる人材の教育と配置に関する規則、サービスの質の保証、基準設定をどのように規定し、その役割とタイプを明確にするかである。これは特に専門職について大きな課題となっており、費用対効果の高い資源の活用、そしてケアの質と患者の安全を確保する上で求められている。日本でも、他国同様、各専門職に関わるリスク評価とその役割の明確化が今でも求められている。特に、准看護師の役割と業務については依然不明瞭な点があるが、これは日本に限られたことではなく (Spetz 2014)、保健医療人材の各資格職について安全で効果的な配置を考える際、注意が必要となる。

各国は、医療サービスの質と患者の安全を確保するために、看護専門職の免許交付、適性認定、規制についてそれぞれ独自のアプローチを取ってきた。多くの国は、自律的に活動する看護協会による職業上の自己規制に基づいた制度を構築しているが、ひとつもしくは複数の政府機関が責任を担っている国もある。日本では主に、法律と監督官庁による免許を通じた規制が中心である。自主的な専門職協会や、基準に責任を担う「独立」機関は存在しない。

日本の看護職資格は、1899年公布の産婆規則により初めて規定され、その後1915年に看護婦規則、1941年に保健婦規則が続いた。1942年に国民医療法が制定され、保健師、助産師、看護師を医師および歯科医と並ぶ医療専門職と位置付けた (日本看護協会 1995)。看護師と准看護師に関するアプローチには大きな違いが今も残っている。

日本の「看護師」は、厚生労働大臣の免許を受けて、傷病者若しくは褥婦に対する療養上の世話又は診療の補助を行うことを業とする者をいう (保健師助産師看護師法第5条)。看護師になるには、認可を受けた養成機関にて所定のカリキュラムを修了し、年1回の受験機会がある国家試験に合格し、厚生労働省の交付する免許を取得しなければならない。基本的な学歴は12年間の学校教育 (高校卒業) で、少なくとも3年の基本的な看護教育が必要とされる。国家試験受験に必要な教育内容は、厚労省と文部科学省 (文科省) が共同で規定している。日本での就業を希望する外国人看護人材は、日

本の国家試験に合格せねばならず、外国の看護師免許は認められない（JNA 2011）。

看護師も准看護師もいったん取得した免許は終身有効であり、特定の期間後に免許を更新する義務はない。また、免許取得後に教育を継続することは努力義務となっている。看護師養成機関に関連する一部の規制や教育内容の責任は文科省と厚労省が負い、看護師の免許に関しては厚労省が責任を負っている。

上級資格と専門看護師の認定について法律では定められていないが、認定はさまざまな組織が行っている。例えば、専門看護師や認定看護管理者は日本看護協会が認定する。現在、高度な役割を担う看護師にさらなる注目が集まっているが、政府の下に設置された有識者によるチーム医療推進会議は病院においてより自発的な実践を行うナース・プラクティショナーの能力認証について検討したが、研修を修了し、医師から手順書による指示を受けて特定の医行為を実施する看護師に業務の拡大を認める改革となった（厚労省 2013）。

本章を執筆している時点で、2つの法案が衆議院にて可決された。ひとつは「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律案」（略称「地域医療・介護総合確保推進法案」）、2つ目は「介護・障害福祉従事者の人材確保のための介護・障害福祉従事者の処遇改善に関する法律案」であった。これらの法案は看護師に特化したものではないが、医療と介護に携わる人材の役割分担および連携を推進するための包括的な施策に焦点が置かれている。

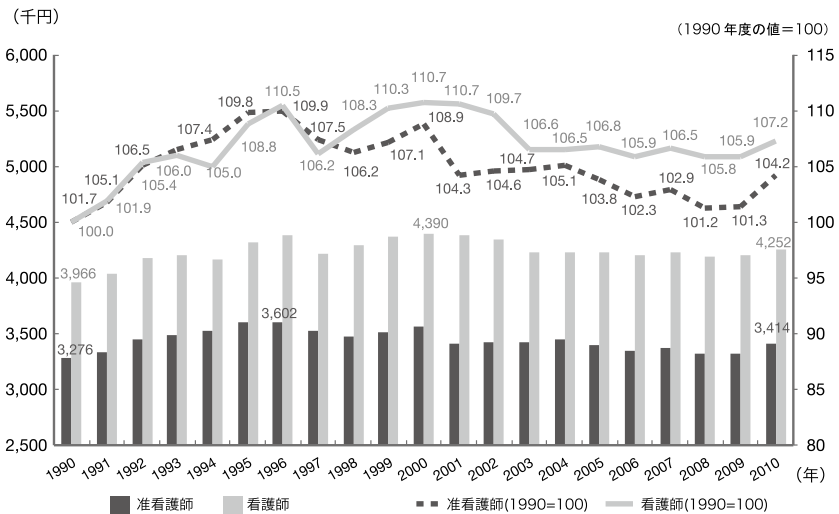
雇用

准看護師と看護師の数が過去数十年異なる形で推移した（図 8.2）ように、その雇用先もやはり異なっている。免許を取得したばかりの看護師は、公的医療機関の方がより地位があり、生涯所得が高くなる可能性があるため、公的部門で働く傾向が強い（角田 2012）。公立病院がこうした条件で看護師を雇用することができるのは、1959年の給与改正により、都道府県から公立病院に補助金が出されることになり、診療報酬で賄える以上の数の看護師を

雇用できるようになったからである。さらに、公立病院では、年功序列の賃金体系により看護師と准看護師の人件費の違いは狭まり、勤続10年でごくわずかになる⁵。その結果、2010年の公立病院の看護職のうち、95%が看護師で、准看護師はわずか5%だった。公立病院に比べ、その他の医療施設では、看護師の割合ははるかに低い。雇用可能な看護師が公共部門に集中してきたからである。看護職のうち看護師の割合は、民間の病院で72%、診療所で53%、介護施設では57%となっている（日本看護協会 2013）。

看護師ではなく准看護師になることのよい点と悪い点は何であろう。担う業務の看護師との違いが明確でないにもかかわらず、准看護師免許は明らかに看護師免許よりも地位が低く、これが賃金格差にも反映している。准看護師の賃金は看護師を明らかに下回り、1990年度の21.0%から2010年度は24.5%と格差は拡大している（図8.4）。こうした全体的な傾向は、全労働者との比較でも同様である（図8.5）。同期間に、准看護師の所得は労働者全般

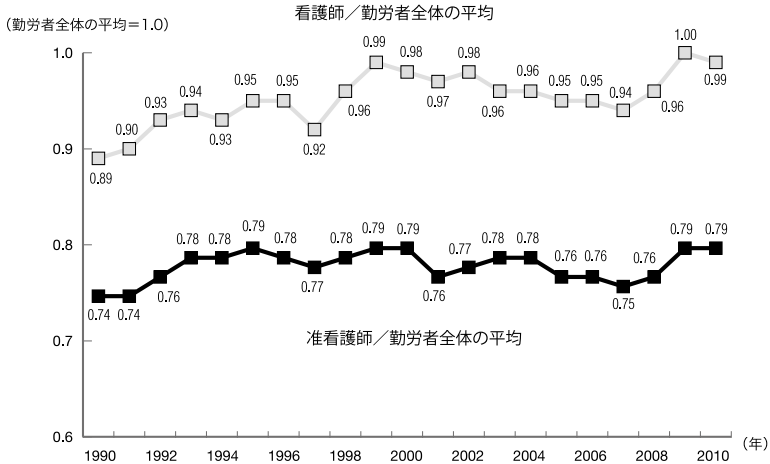
図8.4 国公立病院以外の病院の看護師の収入（消費者物価指数および1990年度の年齢構成で補正済み）1990-2010年度



出典：厚労省1991-2011

5 初任給は同水準でも、年功序列の賃金制度のため、生涯所得は高くなる。引退直前の看護師の収入は、公立病院では新人看護師の1.7倍、民間部門では1.1倍である。

図8.5 勤労者全体の平均と比較した国公立病院以外の病院の看護師・准看護師の収入（消費者物価指数および1990年度の年齢構成で補正済み）1990-2010年度



出典：厚生省 1991-2011

の平均賃金レベルの74-79%で、看護師は89-100%だった。

ここで、あと1年教育を受ければ看護師になれるというのに、なぜ准看護師養成機関に入学するのか、という疑問が生じる。准看護師養成機関に入学する理由のひとつは、免許を取得してより早く働き始めることができるためである。また、准看護師免許取得のため夜学に通うこともできるので、その場合、日中は仕事に就くことができる。学費も准看護師養成機関の方がはるかに安い。1年目の平均的な学費は、准看護師養成機関が55万1142円であるのに対し、看護師養成機関では84万418円、看護師になるための3年課程の短大では156万3346円、4年制大学では173万1315円となっている（高橋 2012）。社会的コストもまた准看護師を養成する方が低い。地元の医師会が運営する養成機関と比較すると、1機関が受け取る補助金額は、大半の准看護師養成機関で800万～1000万円であるのに対し、看護師養成機関は1億5000万～2億円である（どちらも年間入学者数は50人と同じ）（日本医師会 2011）。

このように、准看護師と看護師の雇用パターンにはいくつかの違いがある。2012年のデータによると、准看護師の42.5%が病院、35.5%が診療所で働いている一方で、20.3%が介護施設で働いている。それに対して、看護師は70.9%が病院、15.8%が診療所で働いている一方で、10%が介護施設で働いている（日本看護協会 2013）。

高齢者介護部門は、公的な介護保険制度を通じて報酬が支払われる介護人材を数多く雇用している。居宅介護人材には資格制度があり、130時間以上の研修が求められるが、免許を持たない介護人材と職業資格を持つ介護人材の両方とも慢性的に不足しているとの分析もある。キャリア・アップの可能性がほとんどないことも理由のひとつだ（石橋 他 2012）。

考察

他の多くの国と同様、日本においても、看護職の専門性と社会的認知を高めようとする傾向がある。看護師は病院、特に大病院における介護人材の大半を占めているが、その背景には、看護師の比率の高い病院の方が診療報酬が高くなるという事情もある。とはいえ、准看護師も依然、診療所や民間病院、介護施設といった看護ケアを提供する施設において高い雇用比率を占めている。また、准看護師養成機関への入学者数はしばらく減少傾向が続いたが、2008-09年には微増した。

病院の看護師雇用に対する政府補助金、規制方法（都道府県と中央政府が免許を交付）、資格を取る多様なルートやキャリア・アップの機会（准看護師が看護師教育に直接進学が可能であることを含む）、さらには准看護師と看護師に対する需要は重複するところがあるものの、それぞれの労働市場は分断されている、そして看護師と准看護師の役割が不明確であることなどが、日本における准看護師の状況の特異なものとしている。同様に、准看護師は年齢層がはるかに高い。これは日本で政策立案の際に考慮すべき点である。こうした日本に特異な状況に留意した上で、低中所得国に向けた日本の教訓を検討したい。

第1に、国によって規制する制度は異なり、実践や教育の状況、さらには教育と実践の基準はそれぞれ異なるものになる。したがって、日本の政府主

導のアプローチを、職業上の自主規制のある国でも直接再現することはできないかもしれないが、どんな制度においても、非効率な職務の混乱や不必要な職務重複を避け、安全な看護や介護を提供できるよう、異なる資格の看護職、さらにはその他の専門職とその中間レベルの従事者について職務範囲を明確にすべきである。

第2に、看護を含む保健医療分野の労働力の強化を図ろうとする国々は、労働力と財源の制約の中で最適な人員構成を実現する際、異なるタイプの人材を養成するために必要な時間を見定め、人材配置の選択肢、コストそして質を考慮する必要がある。最も効率的な人材構成について実証に基づいた判断をするため、政策立案者は、異なる職種人材の雇用の相対的成本、ならびに異なる職種人材がサービスの質と成果に与える影響についての情報が必要となるだろう。特に北米における第1階層の看護師、第2階層の看護師の職員構成を適切なものにするための規定、その構成の実態、そしてコストと結果に与える影響について検証したいいくつかの限定的な研究結果が発表されている（例えば、McGillis Hall 2003; Needleman 2006; Chapman et al. 2006; Spetz 2014）。また、欧州諸国における看護師の人材配置状況と教育が看護ケアの結果に与える影響について研究したものもある（Aiken et al. 2014）。政策立案者はナース・プラクティショナーの職務および利点、そして「中間レベルの実務者」といったその代替となる職務体系について幅広い分析を踏まえる必要がある（例えば Lassi et al. 2013）。しかし、概して、低中所得国における人材構成やそのインパクトに関する研究や実証分析は限られている。したがって、高所得国の状況から得られた知見を、低・中所得国で応用したり、他のケア分野にも妥当性があるのではないかと考える際、注意が必要となる。

第3に、政策立案者は医療サービスのアクセスと供給の問題に留意しなければならない。いずれも、適切なスキルを持つ優秀な人材が、しかるべきタイミングでしかるべき場所にいるかどうかによっても左右される。農村部やへき地への十分な人員配置も含め、国民の医療面の需要を満たすため、地理的に効果的な人材配置を達成することは、看護労働力の効果的な強化にとって必要条件である。

表8.1は、一般的に考えうる看護従事者のカテゴリーをまとめたもので、

例として日本の状況を示し、看護労働力強化を検討する政策立案者にとって鍵となるポイントを示している。鍵となるのは、国によって現在のレベルや職業カテゴリー構成は異なっているという点である。また、さまざまな職業カテゴリーの持つリスクと機会を十分検討する必要がある。

表8.1 多様な看護従事者のカテゴリー：国際的な概観

看護従事者のカテゴリー	日本での有無	強化に当たり考慮すべき点
免許のない看護助手	ある。病院と介護施設で雇用。	養成と雇用が比較的短期間かつ安価。監督の必要があり、貢献度は限定的。成長の余地はほとんどない。
免許のない、認定／職業検定を受けた看護助手	ある。介護施設と居宅介護でヘルパーとして雇用されているが、不足。	比較的短期間かつ安価に養成できるが、何らかの形の標準的教育内容と認定／資格が必要。保健・社会医療分野全般に通用する資格を持っていることもある。監督が必要だが、一定の自主性は期待できる。体系的な教育とキャリア開発により成長する余地がある。
免許のある第2階層の看護師（准看護師）	ある。約80%が病院と診療所で、約20%が介護施設で雇用されている。公立病院で限られた人数が雇用されているが減少中。	2年の教育が必要だが、夜学などさまざまな選択肢がある。養成は看護師より短期間かつ安価。役割の焦点は実務的／専門的。キャリア・アップの機会は限定的だが、追加の教育を受ければ看護師に昇格できる。
免許のある第1階層の看護職（看護師）	ある。増加中の労働力。公立病院就業者の大半。	少なくとも3年の教育。養成と雇用はより高くつく（准看護師と看護師の違いは国によって異なる）が、どの就業場所でも配置可能で、他のスタッフを管理でき、さらなる教育により専門性を身に付けた上で高度な役割に昇格可能。
ナース・プラクティショナー	ない。	さらなる教育と、恐らくさらなる免許が必要となるが、高いレベルで実践できる。慣行により認められた権限の下、独立した実務者として行動する場合もある。

出典：著者

国によって選択肢が異なるもうひとつの要因は、独自の教育、スキル、基準、キャリアパス、雇用パターンにおいて、助産師がどの程度まで看護とは別の

独自の職業であるか、または看護も兼ねているかである。本章の冒頭で述べた通り、日本や他のいくつかの国のように「最初から直接」助産師を目指して養成し、助産師を別の職業と扱う国もあれば、看護師の基礎的資格の次の段階とする国や、看護師と助産師を合体させた基礎教育の一環とする国もある（UNFPA 2011）。

労働力強化には、現在の労働力の実情、養成機能、潜在的な労働力、既に労働力である人を「訓練」する機能を考慮することが求められる。強化は、スタッフを増員したり新たな職務を導入するという観点だけでなく、既存のスタッフを教育し、彼らの技術力や貢献度を引き上げる観点でも検討すべきである。また、コストと質の問題も考慮に入れる必要がある。高等教育制度を整備しても、教育の質を担保できなければ、看護・介護の質向上を保証することにはならず、また政策の焦点が規制に置かれがちになる。

制度全般、教育機関の認定基準、教職員の力量、試験、再認定（必要に応じて）はいずれも質の高い看護に貢献する要因となる。政府や独立機関が適切なプロセスにより看護師養成機関を認定するのでなければ、教育の質が低下するリスクがあり、そうすると養成機関は「免許の乱造機関」になってしまいかねない。教育の質を効果的で適切なものにするためには、教育機関の利益と医療機関の利益が同じ方向性を持つメカニズムを確立することも重要である。これは多くの場合、教育機関と医療機関の担当省庁間で効果的な対話を図ることが必要となる。

高所得国では、高齢者介護への需要が増大し、高校卒業者が減少し、女性（通常、看護労働力の多くを占める）が他のキャリアを目指す機会が増えている。潜在的な雇用者層を広げ、柔軟な、または「これまでとは異なる」経路で看護や中間レベルを担う人材になって看護労働力としてキャリア・アップを図る余地を検証するためのメカニズムを設ける必要があるだろう。例としては、職業資格を持つ介護助手の育成につながった英国の全国職業資格のアプローチ、ドイツのアルテンフレージャー（高木 2012）、フィンランドのラヒホイタヤなどがある。日本では、介護人材の看護部門への柔軟な参入と昇進の仕組みの変更に関する提案が、首相官邸に設置された委員会に提出されたが、厚労省に取り上げられるには至っていない（筒井 2012）。

日本の准看護師に関する事例研究から政策立案者が得られる重要な教訓は、

第2階層の看護師の労働力、そして教育と就職をつなぐパイプラインを最大限生かそうとする国は、その役割の明確化、効果的な規制、資格の取得やキャリア・アップの多様で柔軟な経路を整える必要があるということである。そこには、准看護師が担っている役割を活用する頻度を徐々に増やす、あるいは新しい役割を増やす、さらに上級な役割を設ける、あるいは看護に携わる職業ひとつひとつを個別に検証するのではなく看護業務全体の観点からその役割を検討することで、第2階層の看護師を拡充していく選択肢を見ていくことも含まれる。現実には、役割が不明確であったり、役割を拡充する決定するのに十分な政策根拠がないことがしばしばある。こうした状況において、政策立案者は、他国の経験から教訓を学び、そして時にそれを自国に取り入れる際、リスクと利点のバランスを十分考慮し、慎重に検討する必要がある。

【参考文献】

- 石橋智昭、池上直己（2012）「介護人材をどう確保するか；日本版キャリアパスの検証」雑誌『病院』9月号（医学書院）
- 亀山美知子（1983）『近代日本看護史1—日本赤十字社と看護婦』（ドメス出版）
- 厚生労働省（1953-2011）「保健・衛生行政業務報告」（昭和27年度～平成22年度）
- 厚生労働省（1956）『昭和31年度版厚生白書』（東洋経済新報社）113ページ
- 厚生労働省（1966）『昭和40年度版厚生白書』（大蔵省印刷局）418-419ページ
- 厚生労働省（1991-2011）「賃金構造基本統計調査」（平成13～23年度）<http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/chingin_zenkoku.html>（2013年10月アクセス）
- 厚生労働省（2011）「平成23年度衛生行政報告例」<https://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/GL08020103.do?_toGL08020103_&listID=000001083541&requestSender=dsearch>（2013年10月アクセス）
- 厚生労働省（2012a）「平成23年度看護師等学校養成所入学状況及び卒業生就業状況調査」<<http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/NewList.do?tid=000001022606>>（2013年10月アクセス）
- 厚生労働省（2012b）「平成22年度病院報告」<<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/10/>>（2013年10月アクセス）
- 厚生労働省（2013）「チーム医療推進会議報告書」<<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002yq50.html>>
- 高木剛（2012）「ドイツにおけるAltenpflegehelferの養成協力ラインラント・プアルツ州の例を中心に」『社会事業研究』51号101-107ページ

- 高橋眞理 (2012) 『看護学校受験全ガイド '13 年版』(成美堂出版)
- 田村やよひ(2009)「准看護師制度を巡る取り組み」『保健師助産師看護師法 60 年史』(日本看護協会出版会) 270-276 ページ
- 筒井孝子 (2012) 「介護人材における実践キャリアアップ制度構築のための基本的な考え方」 <http://www.kantei.go.jp/jp/singi/kinkyukoyou/suisinteam/TF/kaigo_dai2/siryout2.pdf> (2013 年 2 月アクセス)
- 角田由佳 (2012) 「看護職の賃金の現状—『官民格差』の視点からの分析」『病院』第 71 巻 第 5 号 : 356-361 ページ
- 日本医師会 (2011) 「平成 23 年医師会立 助産師・看護師・准看護師学校養成所調査」 J <http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20120328_8.pdf> (2013 年 10 月アクセス)
- 日本看護協会 (1995) 『第 4 版 近代日本看護総合年表』
- 日本看護協会 (2009a) 「第 3 部 厚生労働省等の看護行政の足跡」『保健師助産師看護師法 60 年史』保健師助産師看護師法 60 年史編纂委員会、78-151 ページ
- 日本看護協会 (2009b) 「第 4 部 保助看法の変遷と看護行政のトピックス」『保健師助産師看護師法 60 年史』保健師助産師看護師法 60 年史編纂委員会、270-27 ページ
- 日本看護協会 (2013) 「平成 25 年看護関係統計資料集」
- 平尾真智子 (2001) 「大正四 (一九一五) 年制定の『看護婦規則』の制定過程と意義に関する研究」『日本医史学雑誌』第 47 巻第 4 号、757-796 ページ
- 文部科学省 (2012) 「平成 24 年度学校基本調査」 <<http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/NewList.do?tid=000001011528>> (2013 年 10 月アクセス)
- 山田理絵、泉キヨ子、平松知子、加藤真由美、正源寺美穂 (2007) 「臨床看護師の直観と病院、経験年数、職種との関連性の検討」『日本看護管理学会誌』10 巻 2 号 40-47 ページ
- Aiken, L., D. Sloane, L. Bruyneel, K. Heede, P. Griffiths, R. Busse. et al . 2014. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *Lancet*, Early Online Publication, 26 February 2014, doi:10.1016/S0140-6736(13)62631-8.
- Chapman, S., W. Dyer, J. Seago, and J. Spetz. 2006. "Can the Use of LPN' s Alleviate the Nursing Shortage?" *American Journal of Nursing*, 106 (7): 40-49.
- Gerritsen, J. 2002. "Enrolled nurses' training scheduled to start in July." *New Zealand Nursing Review*. 2 (10): 1-2.
- Japan Nursing Association (JNA). 2011. *Nursing in Japan*. Tokyo: JNA. <http://www.nurse.or.jp/jna/english/pdf/nursing-in-japan2011.pdf> (2013 年 10 月アクセス) .
- Lassi, Z., G. Cometto, L. Huicho, and Z. Bhutta. 2013. "Quality of care provided by mid-level health workers: systematic review and meta-analysis." *Bulletin of the World Health Organization* 2013;91:824-833I.
- McGillis Hall, L. 2003. "Nursing staff mix models and outcomes." *Journal of*

Advanced Nursing. Volume 44, Issue 2: 217-226.

National Nursing Research Unit, Kings College London. 2007. Points of entry and specialization in nurse education: International Perspectives. *Policy Plus*, Issue no 5. London: Kings College London. <http://www.kcl.ac.uk/nursing/research/nrru/policy/Policy-Plus-Issues-by-Theme/nurseeducationtraining/PolicyIssue5.pdf> (2013年10月アクセス)

Needleman, J. 2006. "Nurse staffing in hospital: is there a business case for quality?" *Health Affairs* 25 (1): 204-211.

Secombe I., G. Smith, and J. Buchan. 1997. *Enrolled Nurses: a study for the UKCC*. Report 344, Institute for Employment Studies, December 1997. Brighton: IES. <http://www.employment-studies.co.uk/summary/summary.php?id=344>

Spetz, J. 2014. "How Do Scope of Practice Regulations Affect Demand for LPN's?" University of California, San Francisco.

UNFPA (United Nations Population Fund). 2011. *The State of World's Midwifery 2011: Delivering Health, Saving Lives*. UNFPA, New York. http://www.unfpa.org/sowmy/resources/docs/main_report/en_SOWMR_Full.pdf (2013年10月アクセス) .

第9章

日本における国立病院改革：成果と課題

田川洋平、津川友介、池上直己

2004年4月1日、154の国立病院・療養所の全て（国立高度専門医療センター8ヶ所と国立ハンセン病療養所13ヶ所を除く）が、非営利の独立行政法人（独法）である国立病院機構の下で運営されるようになった。本改革は、それまでに行われていた2つの改革に続くものであり、改革前は国が各病院に予算を配分し、各病院が得た収入は国に納められていた。独法化後の初年度には、半数超の病院が赤字経営であったが、改革後は各病院が地域のニーズにより適合したことなどから、次第に利益が増加するようになり、赤字病院数は減少していった。

改革が実現したのは、強いリーダーシップを有したトップマネジメントを任命し政治的にサポートしたこと、病院長の自律性を高めたこと、病院の財務状況の評価を行い、説明責任を強化させたこと、病院間の健全な競争を導入したこと、そして投資プロセスを厳格化したこと等による。本改革は、診療報酬制度の制約下で実行されており、このことは公平性を損ねずに公立病院改革を成功させるための必要条件として他国の参考になると考えられる。

目的および背景

目的

本章の目的は、日本の国立病院が改革時に直面していた問題、改革に関連する政治的課題、改革の設計および組織の再編方法、そして、改革が国立病院および政府の財政状況に与えた影響を評価することである。

医療提供体制

日本の病院は8割が私的病院、残り2割が国や地方自治体などの公的機関や日赤等の準公的機関が運営する公的病院によって構成される（厚労省2012a）。

医療機関は公的、私的を問わず、単一の診療報酬体系によって同一の支払い額を受けているが¹、国立病院を除く多くの公立病院は、国または地方自治体からの財政支援により、収支差を補填している。財政支援は、へき地医療や特定の障害や疾患に対する医療などの「政策医療」を提供するという名目で行われている。しかし、赤字補填があることで、病院にとっては経営改善のインセンティブが働きにくいという批判が挙がっていた。

3つの改革の波

日本の国立病院の多くは、軍立病院が、第二次世界大戦後に厚生省に移管されたものに由来する。旧国立病院は、急性期の医療を担う「国立病院」と、主に結核、精神疾患、重度の神経性疾患等の長期療養を担う「国立療養所」という2種類の病院から成り立っていた。国立療養所の多くは、結核感染への懸念があったため隔離目的でへき地に立地していた。これらの施設は厚生省が所有、運営していた。

2004年以前は、各病院は予算を割り当てられ、診療報酬から得る収入は全て厚生省が徴収していた。国立病院の中には、結核治療などの「政策医療」の提供に注力するあまり、地域住民のニーズに合った医療を提供するという意識のない病院もあった。地域の医療ニーズからの乖離は、赤字経営の主因であった一方で、政策医療を提供しなくてはいけないということが赤字運営に対する国立病院側の言い訳となっていた。

2004年、国立病院は厚生労働省（厚労省）²から移管され、独立行政法人である国立病院機構に再編された。この移管は国立病院改革の3つ目の波であると捉えることができる。

第1の改革の波は1950年代初頭にあった。国立病院は莫大な赤字を計上し続け、一般会計からの繰り入れによって補填を受けなければならなかった。

1 本書第5章を参照。

2 2001年に厚生省と労働省は厚生労働省に統合された。

1952年に、当時の大蔵省は厚生省に対して、国立病院の一部を47都道府県に移管することを非公式に提案した。これに対して都道府県側は、老朽化した病院の改修や、不採算の病院を運営するための財源はないとして、強く反対した。その結果、10施設のみが、都道府県に移管された（全日本国立医療労働組合1968）。

第2の改革の波は、厚生省が「国立病院・療養所の再編成・合理化の基本方針」を策定した1985年頃に見られた。この計画は、1981年、鈴木善幸総理大臣が掲げた、公的機関の民営化によって増税をせずに財政を再建すること（増税なき財政再建）を目指す大規模な行政改革の一部であった。この再建により、主要3公社（日本国有鉄道、日本専売公社、日本電信電話公社）が1980年代半ばに民営化された。病院改革計画はその一部が実施されたのみであったが、基礎的な医療サービスは民間、自治体または他の（公立以外の）医療機関が提供すべきであるとされた。

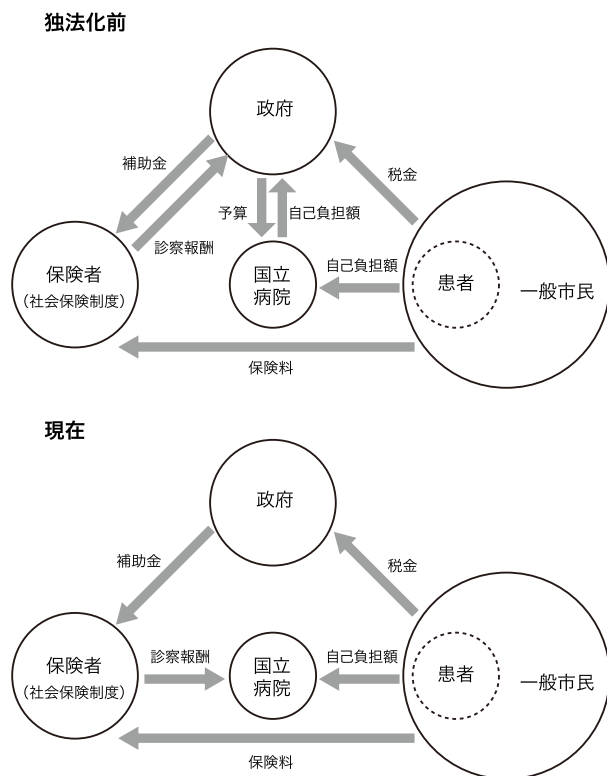
この時、国立病院は「政策医療」、すなわち、高度先進医療、特定疾病の治療（民間施設では十分に提供されない可能性が高いとされていた結核、進行性筋ジストロフィーなど）、保健医療政策策定のための臨床研究、医療従事者の教育・研修といった分野に注力すべきであるとされた。1986年、厚生省は国立病院再編の基本計画を策定し、向こう10年間で多くの施設を統合・移管し、国立病院と国立療養所の総数を252から（13のハンセン病療養所を除き）165にまで削減することが盛り込まれた。

しかし、利益団体による強力な反対運動によって改革は行き詰まり、1996年の時点で、病院数は239までの削減にとどまった。改革案は、赤字体質の病院を経営する余裕がないと主張し続けていた都道府県から反対を受けたほか、再編による人員削減を危惧した労働組合からも強い抵抗があった。国立病院の医療従事者の労働組合（全日本国立医療労働組合）は、公務員の労働組合（日本国家公務員労働組合連合会）、医療従事者全般の労働組合（日本医療労働組合連合会）および患者団体と連合を組んだ。これらの組合は署名活動を行い、厚生省の国立病院再編計画に抗議した。政府は国立の施設数と病床数を緩やかに削減し、1999年には、施設数は220にまで、総病床数は約7万8000にまで減少した。

第3の改革の波は、橋本龍太郎総理大臣が行政改革会議を設置した1996

年に始まった。行政改革会議の最終報告では、国家公務員の削減と、多数の政府機関を非政府機関に転換することが提言された。最終報告では、国立病院・療養所は「今後、計画的な整理・統廃合を進め（中略）、独立行政法人化を図る」と記載された。厚生省は、国立病院を独立行政法人に移管することは、全省庁に課された人員削減を達成するための理想的な方法であると考えた。一部の国立病院院長もまた、総定員法などの規則に縛られなくなるため、独立行政法人化を歓迎した。大蔵省は、この再編によって経営状況が改善し、一般会計繰入金を削減できると見込まれたため、計画を承認した。改革計画を整備するには数年かかり、2004年の発足後は資金の流れが劇的に変化し

図9.1 2004年の改革前後の国立病院への資金の流れ



出典：著者

た（図9.1）。従来は厚生省が各病院の予算や収入を管理していたが、独法化後は、国立病院機構傘下の病院は、一般的な（国立以外の）病院と同様の資金の流れとなっている。

経営改革

組織体系とリーダーシップ

各病院を個別の独立行政法人とすべきであるという意見もあったが、厚労省は全ての国立病院・療養所を単一の独立行政法人である国立病院機構に再編することにし、そのトップに優れたリーダーを任命した。リーダーシップは、改革を成功させるための重要な要素である。リーダーには政府から大きな権限が与えられ、中高年職員の給与カーブのフラット化などの難しい病院改革に取り組んだ。初代理事長の矢崎義雄氏は、東京大学医学部内科学教授、東京大学医学部長、国立国際医療研究センター総長を歴任し、医学界ならびに医療界の第1人者と認められていた人物である。矢崎氏は、国民のニーズに合った医療の提供、セカンドオピニオンやクリティカルパスの普及、臨床研究や治験の拡充などの新しい方向性を打ち出した。さらに、各病院長に、強いリーダーシップを発揮できる権限を与え、各病院の自律を推進した（各病院の自律性の向上は、経営の説明責任の強化および病院間の健全な競争を伴うものであった）³。矢崎氏は2012年3月まで理事長を務め、後任には、東京大学医学部脳神経外科学教授、副学長を歴任した桐野高明氏が就任した。矢崎氏を補佐する副理事長には、長く国立病院の改革にあたった厚労省の官僚である河村博江氏が登用された。河村氏は、計11年間にわたって国立病院改革に取り組んできた。河村氏の後任として、2011年9月に就任した清水美智夫氏は、就任前は厚労省の国立病院部企画課長であった。このように、国立病院改革に精通した事務官が一貫して経営改革を支えてきた。

国立病院改革

表9.1に主な改革をまとめた。詳細は以下で説明する。

3 説明責任および規制・監督の伴わない自律性の向上は、公立病院改革時の大きな問題となることが他国の経験から分かっている。

表9.1 独法化による主要な改革

	項目	独法化前	独法化後
人事	職員の身分	通常の国家公務員	国家公務員に留まるが、給与、労働時間等は独自に定めることができる
	給与制度	国家公務員の年功序列給与体系 ・人件費率が民間病院より高かった ・院長・副院長等の役職者の給与は、民間病院を下回っていた ・看護師の給与は民間病院より高く、年齢が高くなるほどそのギャップが拡大した	業績主義の導入 ・幹部医師（医長以上）に年俸制を導入し、業績が反映されるようにした ・中高年の一般看護師の給与カーブのフラット化 ・決算で利益を上げ、規定の財務条件を満たす場合、当該病院の全職員に年度末賞与を支給。支給総額は当該病院の利益に応じて決定され、各職員には基本給に応じた額が支給される
	人員採用	総定員法の枠組みの中での定員管理により、理由に関わらず増員は容易ではなかった	一定の基準（収益増など）を満たす場合、増員可能
	医師の兼業	厚労省の許可が必要であった	一定の条件のもと、病院長の裁量となった
会計	会計制度	単年度の「官庁会計」（翌会計年度には繰り越さない）	各病院および国立病院機構に対し中長期を見据えた「企業会計」導入
	収支管理	損益を各病院で把握することが困難	各病院および国立病院機構における会計
	欠損金処理	単年度処理（繰り越さない）	赤字は各病院の貸借対照表上に累積（資本の部の減少）
経営	事業計画	国が決めた政策医療の目標や医師確保のために投資が決定された。厚労省が投資と人員増について決定した。予算確保のため甘い見通しになった	経済合理性にもとづいて投資判断がされるようになった ・一定の枠内で各病院の判断による投資・増員が可能に ・評価委員会による外部評価
	権限の主体	各病院の事務部長（医師ではない事務官）が厚労省と直接協議した	国立病院機構：常勤4名、非常勤9名からなる国立病院機構理事会 各病院：医師である病院長
	業績評価	なし	「病院評価」導入による全病院の業績評価
投資	投資ルール	なし	投資ルールを新設。2005年「病院建築投資標準仕様」の策定により、全面建て替えのコストは独法化前の約50%に削減

出典：厚労省2012b；国立病院機構提供資料；国立病院機構理事等のインタビュー

国立病院機構理事会の設立：理事会は、国立病院機構を経営する完全な責任および権限を与えられた。2013年現在、国立病院機構の理事長と副理事長、数名の理事、9名の非常勤理事により構成されている。非常勤理事のうち、6名がブロック担当理事であり、残りの3名は国立病院機構東京医療センターの副院長・看護担当理事、民間病院長、医療福祉ジャーナリストである。全ての国立病院機構の病院は、国立病院機構本部およびブロックの運営費を分担する。

地域ブロック：改革を個々の病院において機能させ、重大な問題に直面する病院を支援するために、全国を6つのブロックに区分けした「地域ブロック」を制定した（図9.2）。各ブロックの地理上の区域は、厚労省の外局たる地方厚生局とほぼ対応する⁴。各ブロックの担当理事には、厚労省の事務官ではなく、地域における主要な国立病院の長を任命した。各ブロックの病院の看護師、医療関連スタッフおよび事務職員は、ブロック担当理事の権限により採用する。

病院長の権限：国立病院機構本部において作成された人事・財務の規定に基づき、各病院の責任と権限を明確化した上で病院長の裁量権が拡大された。経営改善のインセンティブが働くよう、「病院評価」による実績を幹部医師の報酬に反映させることとした。

看護師の人数：国家公務員の総定員法に縛られなくなったため、採用増が可能となった。その結果、患者当たりの看護師の配置が増え、以前より高額の入院料の請求が可能となり、収入増につながった。また、高額の入院料は、診療報酬の制度上、平均入院日数が短いことが条件となるため、より短い期間で同レベルの医療サービスが提供されるようになった。

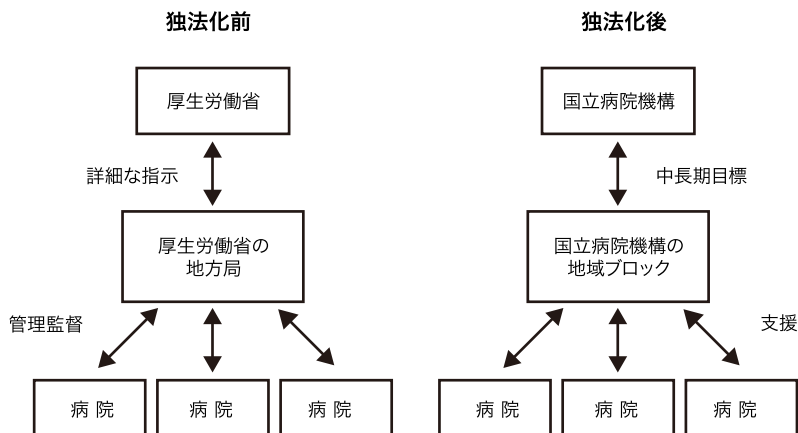
投資プロセス：独法化後、国立病院機構は病院建築に関する統一指針を定めて建設への投資コストを管理した。医療機器への投資は、現在は各病院の減価償却費用と前年度の経常収支に基づき判断される。これによって、病院は投資決定に関して大きな裁量を持つこととなった（原則として、5000万円以下の機器についての承認は不要となった）。

独立行政法人としての制約：国立病院機構は現在も、他の独立行政法人と

4 厚労省の北海道と東北の地方厚生局区域をひとつの地域ブロックにまとめた。他は厚労省の地方厚生局と同じである。

同程度、政府の監督を受けている。国立病院機構は、政府が承認する額を超えて内部留保を繰り越すことができない。このことは、経営陣にとって暗黙のプレッシャーとなり、投資計画を立てることを困難にしている。別の制約としては、入札による調達に関する厳格な規則（投資の意思決定を遅らせる要因となっている）、依然として人件費等の縛りがあることで事務職員の増員ができないことなどが挙げられる。

図9.2 独法化前後の意思決定過程



出典：著者

再生プラン：重大な財務的問題を抱える病院には、経営目標と、経営目標を達成するための過程を明示する再生プランを作成することが求められた。国立病院機構本部は、58病院が、自施設の収益によって（独法化前に発生した）建設債務を返済することが困難であると判定した。各病院には2010年度を最終年度とする3ヶ年の再生プランを策定することが求められた。国立病院機構本部とブロック事務所は、これらの病院の立て直しを支援した。

独法化前にも、本省および地方厚生局による経営指導が行われていたが、単年度収支のみに着目した近視眼的な助言に留まっていた。それとは異なり、各病院は、再生プランを中長期の展望に基づいて作成することが求められ、各病院の経営的自立を達成する（つまり、減価償却費と医業利益の合計が、

年間債務返済額と利息の合計を上回る) ための目標が設定された。58 のうち 30 病院が目標を達成し、投資を回収できるレベルとなった (表 9.2)。病院は、診療報酬にしたがって、出来高払いによって医療行為の対価を得る⁵。診療報酬は、日本中の全ての病院の医療行為に対して均一の料金を設定している (国立病院機構の病院が得る医療行為ごとの収入は、日本国内の全ての病院と同一である)。したがって、このような経営状況の「再生」は、患者の自己負担増などによってではなく (日本の医療制度において混合診療は原則禁止されている)、医療提供を充実させ、診療報酬の高い医療サービスへの切り替え (患者に対する看護師の数を増やすことで入院料を高くすること等も含む)、コストの削減 (競争入札の徹底による投資コストの抑制、年功序列型の賃金カーブの抑制) によって実現可能となったと考えられる。

表9.2 「再生プラン」で設定された目標段階

		2007年の 病院数	2010年の 病院数
最終目標 (自立達成)	過去債務の返済 (元利) と建物・医療機器全体の将来投資 (向こう 10 年間) が可能な水準	-	22
第 1 目標水準	過去債務の返済 (元利) と医療機器の将来投資 (向こう 10 年間) が可能な水準	4	12
第 2 目標水準	過去債務の返済 (元利) が可能な水準	9	2
第 3 目標水準	過去債務の利払いが可能な水準	31	13
最低目標水準	過去債務の利払いはできないが、人件費・材料費等日々の運営経費は払える水準	3	5
最低目標水準に達していない	—	11	4
対象病院数		58	58

出典：国立病院機構提供資料

リスタートプラン：再生プランの目標などを達成できなかった 25 病院は、リスタートプランを策定し、2012年に開始することを求められた。対象となっ

5 より正確には、ケースミックス支払い—包括評価方式による 1 日当たりの支払い制度 (diagnosis procedure combination/per-diem payment system: DPC/PDPS) が 2003 年 4 月に導入された。DPC/PDPS は当初は 80 の特定機能病院と 2 つの国立のセンターの合計 82 病院で導入され、その後、他の急性期病院が自主的に参加することで急速に広がった。

た病院の問題点はおもに、医師確保が困難であることなど、地方に立地することに関連すると考えられる。

これらの物的および人的改革は、固定資産税等の税免除、一般的に優秀な医師の確保など、国立病院時代の利点を生かしつつ、同時に経営責任の欠如などの弱みを是正しながら行われた（表 9.3）。

国立病院機構移管前に策定された計画以降、病院数が減少していることに留意したい。国立病院機構が 2004 年 4 月 1 日に設立された際には、施設数は 154 であった（56 の国立病院と 98 の国立療養所）⁶。その後、9 病院が近隣国立病院と統合し、1 療養所が閉鎖された。したがって、施設数は 2010 年時点で 144 にまで減少し、2013 年には、さらに統合を経て 143 となった。

表9.3 改革の効果

		引き継いだ資産	改革もたらした効果
物的	強み	<ul style="list-style-type: none"> ・国の土地建物を引き継いだため、固定資産税が免除される 	<ul style="list-style-type: none"> ・投資の裁量が広がり、経営責任の下で投資することにより、資産の有効活用を図ることができるようになった
	弱み	<ul style="list-style-type: none"> ・建築費用は政府予算から支出されておらず、建築に伴う有利子負債は国立病院機構に移管された ・建築債務の返済と、利息の支払いが各病院の負担となった ・建築単価が高かった分、減価償却費の負担が大きい 	<ul style="list-style-type: none"> ・建築単価の統一基準を作成、面積当たりの単価を半減し、減価償却費の負担を軽減できた
人的	強み	<ul style="list-style-type: none"> ・「国立」というブランドに惹かれた優秀な医師が集まる ・研究ができる環境 	<ul style="list-style-type: none"> ・病院評価を導入し、客観的な評価基準にしたがって、病院長をはじめ幹部医師の賞与にその成果（業績）を反映 ・経営環境の整備（高い自律性と責任の強化、健全な競争の推進）により、事務職員が能力を発揮
	弱み	<ul style="list-style-type: none"> ・公務員型の年功体系 ・利益追求に対するモチベーションが低い職員が存在 	<ul style="list-style-type: none"> ・給与カーブフラット化により中高年一般職の給与上昇を抑制 ・モチベーションの低い職員の自主退職 ・全職員の平均年齢は、42.2 歳（2004 年）から 39.0 歳（2011 年）に低下

出典：厚労省；国立病院機構提供資料；国立病院機構理事等のインタビュー

6 国立病院機構の施設数は 2003 年の 175 から 2004 年には 154 にまで減少した。これは、21 の国立病院を厚労省の管轄下に残したためであり、この中には 6 つの特別な治療が必要な特定疾患（がん等）の患者に対する国立高度医療センターと、ハンセン病（らい病）患者のための療養所が含まれる。

業績評価

病院評価の実施によって、経営の質が改善し、各病院の財務実績が測定・可視化され、説明責任が強まり、そして病院間の健全な競争が促進された。病院評価の評価基準は、国立病院機構全体の業績評価と関連づけるため、厚労省の独立行政法人評価委員会国立病院部会が承認した中期計画に基づく分野をベースにした。重点分野については、個別の病院のために評価指標が作成された。2010年度の評点を例示すると、「経営面」（50点）は経営指標から抽出され、たとえば「経常収支率」（12点）、「人件費率および委託費率」（5点）などを含む。「医療面」（50点）は国立病院機構が掲げる「診療」「臨床研究」「教育研修」の各分野から評価項目が選定され、その実績と質を評価対象とする。これらの評価項目は、毎年、各病院からの要望や運用の実態を踏まえて改定される。

病院評価の「経営面」は、診療報酬の枠組みの中での国立病院機構の役割を定義している。診療報酬では、看護師の配置が増え、平均在院日数が規定日数を下回った場合、病院は高額の入院料を得られる。また「医療面」の点数の一部は診療報酬のインセンティブに相当する支払い部分と関連する。たとえば、外来患者に占める、他施設からの紹介患者の割合が規定を満たすことで地域医療支援病院として承認されている場合は、病院は入院初日に追加で診療報酬から1万円（2012年時点）を受領する（国立病院機構の40病院が地域医療支援病院の承認を受けている）。「医療面」では、所定の基準を満たし、紹介数を改善することなどによって、病院は2点から6点を獲得できる。病院評価で示された指標を目安として各病院が目標を設定し、業績を改善すれば、国立病院機構内におけるその病院の位置付けが向上するとともに、診療報酬からの収入も増加しうよう設計されている。

経営改善

収支

国立病院機構が2004年に設立された当時、74病院が赤字経営であった⁷。当初の目標は不要な経費を抑えることであった。投資に関しては、やむを得ない場合を除き、原則として行わない、ということが決定された。翌2005年には、病院建築投資標準仕様が作成された。建築単価は国時代の約半分に削減され、減価償却費の削減につながった。

独法化後、国立病院機構の収入は順調に増加しているが、これは救急医療を中心とした地域のニーズへの高い貢献や、看護師配置数の増加による手厚い看護提供体制実現により高い入院基本料を算定できたことなどによる。さらに、建設・設備投資等を抑制することなどによって、収入の伸びが費用の伸びを上回り、利益体質へと変化した。赤字経営の病院数は2011年には25にまで減少した。2004年度（独法化初年度）には約1.9億円であった経常利益は、2010年度には約583億円にまで増加した（図9.3）⁸。

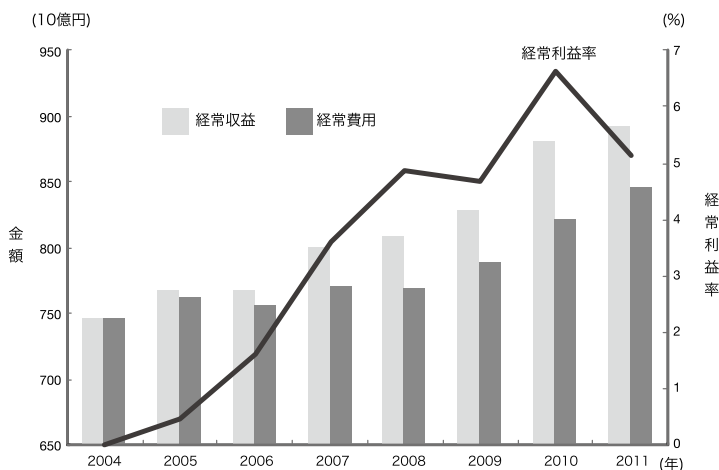
厚労省から国立病院機構への資金の流れは「運営費交付金」という形で継続してきたものの、これは病院の運営費を賄っておらず、独法化前の期間の退職給付、恩給期間の給付積立不足を補う負担、特定の臨床活動に対する事業助成金に充当するためのものである。運営費交付金は2004年には経常収益の7.8%にのぼったが、2011年には4.7%にまで減少した。さらに、2012年には、診療事業への割り当ては行われなかった。一方、国立病院機構は、民間病院においては政府が負担している、基礎年金拠出金に係る国庫負担2分の1相当額を「公経済負担」として支払い、また、内部留保については、政府によって繰り越しを認められなかった分を国庫納付するなどしている⁹。

7 赤字経営の病院の割合は2004年度には52%、2005年度には51%、2006年度には43%、2007年度には32%、2008年度には27%、2009年度には22%、2010年度には14%であった（総数：2010年に統合していない143病院）（厚労省2012）。

8 独法化前には企業会計が導入されていなかったため、独法化前後で財務データを比較することは困難である。

9 2009年6月、第1期中期目標期間（5年間）の監査終了後に、国立病院機構は507億円の積立金から32億円を国庫納付した。

図9.3 収支の傾向



出典：国立病院機構 財務諸表

入院医療の収益性

各病院において入院医療を充実させることによって、より高い入院基本料の算定につながり、収益性が改善した。各病院に地域医療連携室を新設し、紹介率・逆紹介率の向上によって新入院患者が増加した（診療報酬上、患者を紹介元に逆紹介することが評価される）。2007年には、診療密度が高まったことと、看護師増員による増収が、それに伴って発生する人件費を上回り、収益性を押し上げた。2011年の旧国立病院（350～499床）と旧療養所（一般病床）の収益性¹⁰は2007年よりも27%高くなった。

長期借入金

経営改善に伴い、長期借入金の返済も進んでいる。2004年度には長期借入金は7471億円であったが、毎年着実に返済を行い、2011年度の残高は4750億円にまで減少した。

10 1日当たりの入院患者ごとの収益。

個別の病院の事例

改革が個別の病院に与えた影響を以下の4例に示す。

岡山医療センター（岡山県岡山市、609床）：独法化後、平均在院日数を大幅に短縮。独法化当時の長期債務340億円を着実に償還している。

米子医療センター（鳥取県米子市、250床）：慢性的な赤字経営から「再生プラン」を経て黒字体質へと転換した。地域に不足していた「がん医療」への特化、血液内科の新設などが奏功した。

長崎医療センター（長崎県大村市、643床）：収益改善と同時に、離島医療にも力を入れ、看護師の派遣体制を強化するなどしている。

長崎川棚医療センター（長崎県東彼杵郡川棚町、285床。内、筋ジストロフィー患者用60床）：従来の神経難病治療を引き続き提供したうえで、経営の新たな柱として地域医療を加えている。

考察

2004年の再編によって、国立病院の権限・責任が拡大し、自律的に経営できる環境が整えられた。成功の鍵となったのは、経営の転換による職員全体のモチベーションの向上と意識の変化であったと考えられる。

日本の国立病院の改革は、複数の組織改革からなる複雑なものであった。単一の独立した非営利組織の設立、優秀なリーダーの任命、説明責任の強化を伴った病院長の権限の拡大、投資プロセスの改善、包括的な業績評価の導入、会計処理の変更により可能となった病院ごとの経営実績評価（病院間の健全な競争の材料のひとつになった）、赤字病院に対する再生プラン作成の要求である。振り返ると、各病院をそれぞれ独立行政法人とするのではなく、全ての病院を単一の独立行政法人（国立病院機構）に移管することで、経営資源の集中管理を可能にし、地域ブロック内と国立病院機構全体にわたる病院間の健全な競争と協力を促進した。公平性が維持されるような支払い方法を順守させることができれば、これらの改革は低中間所得国にとってより参考となると考えられる。

【参考文献】

- 厚生労働省 (2004) 「第1期中期目標」
- 厚生労働省 (2009) 「第2期中期目標」
- 厚生労働省 (2012a) 医療施設調査 <<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/12/dl/1-1.pdf>> (2013年11月にアクセス)
- 厚生労働省 (2012b) 第4回国立病院及び労災病院の新しい法人制度に関する検討会資料 <<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002jmtj.html>> (2013年11月にアクセス)
- 国立病院機構 (2004) 「国立病院機構の給与カーブと民間の給与カーブの比較」
- 国立病院機構 (2004) 「第1期中期目標」
- 国立病院機構 (2004) 「独立行政法人国立病院機構職員給与規程 (2004年4月1日版)」
- 国立病院機構 (2004-2011) 「事業報告書」
- 国立病院機構 (2004-2012) 「財務諸表等」
- 国立病院機構 (2004-2012) 「年度計画」
- 国立病院機構 (2005) 「副院長等の年俸制について (総発 0304001 号 2005年3月4日, 2010年12月1日改正)」
- 国立病院機構 (2005) 「国立病院機構における建物整備の指針」
- 国立病院機構 (2009) 「第2期中期計画」
- 国立病院機構 (2012) 「独立行政法人国立病院機構職員給与規程 (2012年5月1日版)」
- 全日本国立医療労働組合 (1968) 「全日本国立医療労働組合 / 全医労の20年間の歴史」 17-20 ページ
- Matsuda, S., K.B. Ishikawa, K. Kuwabara, K. Fujimori, K. Fushimi, and H. Hashimoto. 2008. "Development and use of the Japanese case-mix system." *Eurohealth* 14: 25.

第 10 章

日本における保健所を通じた 公衆衛生の向上への取り組み

津川友介、池上直己、見明奈央子、マイケル・ライシュ

日本では過去 60 年間に国民の健康状態は大きく改善し、今や世界最高水準の平均余命を誇るようになった。その過程においては、結核や脳卒中など予防可能な疾病を抑制する公衆衛生分野の施策が大きな役割を果たしてきた。予防医療が医療保険でカバーされない日本において、公衆衛生事業は、医療保険制度の下で提供される医療サービス（治療的医療サービス）を補完する形で機能しており、日本がユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）を達成し維持していく上で不可欠なものであったと考えられる。

公衆衛生事業の策定と実施に際しては、政府が主要な役割を果たしてきた。第二次世界大戦後には、連合国軍総司令部（GHQ）のリーダーシップの下で保健所は、その在り方が見直され、母子の健康増進、結核対策、高血圧による脳卒中の予防を推進する要となった。

低所得国は、政府による予防医療の提供を通じて国民の健康増進を図った日本の経験から学ぶことができると思われる。国によっては予防医療は医療保険でカバーされないものの、予防医療は医療費抑制につながる可能性があり、UHC の達成に向けて重要な要素であると考えられる。

背景

日本人の健康状態は、過去数十年間にわたって向上してきた。1947 年の時点で、男性の平均余命は 50 年で、女性は 54 年であったが、2012 年には、男性が 79.9 年、女性が 86.4 年まで延び、世界でも最長寿国のひとつとなっている。乳児死亡率と新生児死亡率はそれぞれ、1947 年の出生数 1000 に対して 76.7 と 31.4 から、2011 年は 2.3 と 1.1 に低下した（厚労省 2011）。日本は 1961 年に国民皆保険を達成し、ドイツのビスマルク方式の社会保

険制度を通じて全国民が医療サービスを受けることができるようになった (Ikegami et al. 2011)。

日本の公衆衛生政策に特徴的なのは、国民の良好な健康状態が（少なくとも部分的には）中央政府と地方自治体が管理する保健所、そして保健師¹によって保たれてきたという点である。保健所および保健師は、医療保険でカバーされる医療サービス（治療的医療サービス）を補完する形で機能しており、日本のUHCを達成する上で極めて重要な役割を果たしていると考えられる。日本では、予防接種やがん検診などの予防医療サービスの大半は、診療報酬制度の対象には含まれず、医療保険が適用されない。そうしたサービスの多くは地方自治体の責任により提供されてきた²。

歴史

日本の公衆衛生施策の歴史は大きく2つの段階に分けることができる。第1期は1870年代半ばに「衛生 (Hygiene)」の概念がドイツから導入された時であり、第2期は1945-52年にGHQの占領下でアメリカから「公衆衛生 (Public health)」の概念が入ってきた時である。

衛生に対する日本のアプローチは、1868年以降の感染症に対する「社会的防衛」の概念に始まり、主に政府の関与を通じて拡大された。この時代には、250年に及んだ鎖国が終わり、外国貿易や人の往来が盛んになったため、コレラや天然痘などの感染症が国内に持ち込まれ、頻繁な大流行を引き起こした。これに対し政府は衛生の概念を取り入れ、健康のために清潔な環境を維持することや衛生設備に焦点を当てた衛生行政を強化した。中央政府の統制の下、検疫の最前線に立ったのは警察であった。

19世紀終盤と20世紀初めに、何人かの軍医幹部³が、衛生学に関する研

1 保健師はかつて「保健婦」と呼ばれていたが、2002年、男性と女性の区別のない「保健師」という名称に変更された。

2 日本では予防接種など予防医療サービスは実際には小児科医やプライマリ・ケア医によって提供されているが、それに伴うコストには医療保険制度が適用されない。医療費は地方自治体の予算からの補助金を使って支払われるか、または予防医療サービスを受ける人の自己負担となる。地方自治体はコストの一部を予防接種を受ける人に請求することが認められているが、低所得者に請求することは認められていない。

3 森嶋外や高木兼寛などがその代表である。

究が進んでいたドイツなどに留学した（日本はドイツからほどではないものの英国からも影響を受けたと考えられる）。帰国後、彼らは、兵士の健康状態維持を主眼とする衛生政策の立案に重要な役割を果たした。1945年の第二次世界大戦終結の時まで、警察が国民の環境衛生の責任を担い続けた（JICA 2005）。

保健所の歴史は、日本赤十字社により乳幼児健康相談事業所が設置された1914年までさかのぼる。政府は1926年、大都市に小児保健所を設置することを推奨し、その数は1928年には458カ所までに増えた。中国での戦争が激化する中、健康な兵士と生産性の高い工場労働者の需要が高まり、1937年に保健所法が制定された。翌1938年には厚生省が創設された。同年、ロックフェラー財団の資金援助を得て公衆衛生院⁴が発足し、公衆衛生院は公衆衛生の重要な教育・研究機関として機能した。この時期に、すでに稼働していたさまざまなタイプの保健センターを基に、全国に約40の公式な保健所が建てられ、結核対策、母子保健、栄養などの問題に対応した。1938年には国民健康保険法が制定され、その中に全国に国保保健婦を置くとする条項が盛り込まれた。保健所は地方自治体政府やその他の機関が運営し、1944年までに700カ所以上に増えた（JICA 2005; Katsuda et al. 2011）。

保健所の役割は、戦後のGHQ占領下に転換期を迎えた。当時、国民は深刻な食糧不足や、急性感染症の頻繁な流行に苦しんでいた。占領下の日本で、連合国軍最高司令官マッカーサー元帥はまず、既存の省庁をそれぞれ指導するための14の局を設置した。公衆衛生福祉局（The Public Health and Welfare Section）が、公衆衛生サービスの提供体制の制度設計を担当した（Nishimura 2009）。公衆衛生福祉局長のサ姆斯准将はこの組織の使命を、疾病の予防、医療、福祉、社会保障であると定めた（Sams 1952）。マッカーサー元帥とサ姆斯准将は、新たな公的医療制度の再設計と実施において強いリーダーシップを発揮した（Nishimura 2009）。

1946年5月、GHQは厚生省に対し、組織を再編し、全国の各都道府県

4 1940年、公衆衛生院は栄養研究所を併せ、厚生科学研究所と改称された。1942年から1946年の間、厚生省管轄の全ての研究所が統合され厚生省研究所となっていた。1946年に厚生省研究所を廃し、改めて公衆衛生院となった後、1949年には国立公衆衛生院と改称された。2002年には、国立公衆衛生院、国立医療・病院管理研究所、そして国立感染症研究所・口腔科学部の一部が統合され、国立保健医療科学院に改組された。

に衛生部を設置するよう命じた。1947年の新しい日本国憲法には基本的人権として生存権が盛り込まれ、国は公衆衛生の促進に責任を負うと規定された。1947年4月、GHQは覚書「保健所機構の拡充強化に関する件」を提出し、これに基づいてその年の9月、保健所法に大幅な改正が行われ、保健所機能が拡充強化された(丸井1990a)。改正法では、保健所の役割が、医療と医薬品、食品衛生、環境衛生の問題を扱うと明確に定義された。保健所は、都道府県または指定市の管理下に置かれ、GHQの強力な支援の下で、公衆衛生問題の幅広い分野における公的医療サービスを第一線で提供する機関として高い権限を持つようになった。

1952年にGHQによる占領が終結すると、日本政府はGHQの導入したいくつかの仕組みを撤廃したが、保健所の構造はそのまま残った。これは日本政府がその有効性と有益性を認識していたためだろうと考えられる(丸井1990b)。1950年から1960年の間に、平均余命は男性が58.0年から65.3年に、女性は61.5年から70.2年へと延びた。同期間に国民1人当たりGDPもまた3415ドルから6249ドル(2005年時点の購買力平価ベースでの米ドル換算値)へと増えた(JICA 2005; Ikeda et al. 2011)。

日本は公衆衛生学だけを教える大学院が無かったにもかかわらず、公衆衛生政策を推し進めることができた。日本には大学の医学部の一部として(比較的小さな)公衆衛生学教室があるだけだった。同教室は、占領期に日本に派遣されたアメリカの教育使節団の勧告に基づいて、医学部に作られたものである。最初の公衆衛生学教室は1948年12月に東京大学医学部に開設された。公衆衛生学は医学部内のひとつの分野として、もしくは国立保健医療科学院で教えられていた。医学部とは独立した公衆衛生大学院は、2000年に京都大学に初めて設置されたが、現在でも国内には公衆衛生大学院は6つしかない。

保健所の運営を支援するため、日本政府は保健所運営費補助金を創設した。1964年に創設された同補助金は、1986年に約340億円に上ったが、その額はこの間、徐々に減少し、最終的には1994年に一般財源化した。2005/06年、

保健所のための政府予算は地方政府に移転された（厚労省 2010）⁵。

社会構造の変化と、保健所に対する社会のニーズの多様化を受け、保健所法は 1994 年に制定の地域保健法に組み込まれた（施行は 1997 年）。同法の下で、地域保健対策の推進が都道府県および市町村の責任として明記された。同法は、市町村保健センターを保健所の下部組織と位置付けた。保健所の所長は引き続き医師が務め、保健所は、医療施設や飲食店などの施設の監督指導、監査、許認可、営業停止を行う権限を法的に認められた。一方で、母子保健や高齢者の保健サービスは市町村保健センターの主な業務で、保健師（コラム 10.1 参照）が中心となってこれに当たることとなり、市町村保健センター長は医師である必要はないとされた。同法では、都道府県の保健所はそれぞれ人口約 30 万人を対象とすることが目安となっており、それ以上の人口を抱える市は独自に保健所を設置することが推奨されている。1997 年以降、人口の少ない市の保健所は近隣の保健所と統合されるか、人口 30 万人以上

コラム 10.1 保健師の役割

戦後、保健師は公的保健サービス提供に重要な役割を果たしてきた。これは、戦後の復興時に GHQ により保健師の役割が重視されたことによる。保健師は 1930 年代にはすでに存在したが、その役割は限定的で、1940 年代終盤まで役割が明確には定義されていなかった。

戦後、地域における公衆衛生行政が民主化される中で保健師の役割は強化され、1947 年に新しい保健所法が制定されると役割は飛躍的に拡大した。1949 年、保健師業務指導指針が出され、地域の保健行政サービスの中心的存在として位置付けられた。

保健師の職務は、地域保健活動から、医療実務者の補佐、寄生虫防除、母子健康診断、家族計画、保健教育まで多岐にわたる。1997 年、保健所の数多くの業務が市町村保健センターに移管され、医師のいない地域の場合、公衆衛生事業は主に保健師が管理している。2008 年には 517 の保健所で 7737 人の保健師が、2726 の市町村保健センターで 1 万 6525 人の保健師が働いていた（厚労省 2010；JICA 2005；Katsuda et al. 2011）。

5 保健所運営費補助金は 1986 年に、保健所運営費交付金（330 億円）と保健所業務費補助金（13 億円）に分けられた。保健所運営費交付金は 1994 年までに徐々に一般財源化が進み、保健所業務費補助金も 2007 年までに段階的に一般財源化された（厚労省 2010）。

の自治体に移管されている。

保健所の数は1966-96年には約850で安定していたが、地域保健法制定後、2010年までに494まで減少した。保健所で働く医師の数は1999年の1170人から2008年には819人に減少した（厚労省2010; JICA 2005; Katsuda et al. 2011）。

保健所による健康増進への貢献

過去60年間に日本の寿命が延びた要因としては、1950-65年頃に見られた急激な健康改善によるところが大きいとされている（Ikeda et al. 2011）。この間の1961年に日本は国民皆保険を達成している。1947年の時点では、出生1000対乳児死亡率は76.7、結核が死因第1位（人口10万対で187.2）、平均余命は男性が50年、女性が54年であった。これらの健康指標は急激に改善し、2011年には乳児死亡率が2.3まで低下し、人口10万対結核発生率は20⁶（人口10万対死亡率は1.7）⁷、平均余命は男性が79.9年、女性が86.4年（JICA 2005; Ikeda et al. 2011; 厚労省2012）となっている。

日本における保健所の業績は、母子保健の増進、結核対策、塩分摂取抑制を通じた脳卒中による死亡の減少など、数多い。

母子保健の改善

戦争中ですら母子保健は保健行政当局の関心を集めていた。1942年にはドイツの母親手帳（Mutterpass）を手本に作られた妊産婦手帳（1947年に母子手帳に、さらに1966年に母子健康手帳に名称変更された）が交付されていた。この制度の下、妊婦は妊娠の事実を地方自治体に届け出て、妊婦健診を3回以上受けるよう推奨され、健診の都度、妊婦の健康状態についての情報がこの手帳に記録された。戦争中で日本が食糧難だった頃ですら、妊産婦手帳を持つ妊婦には出産用の衛生綿、ガーゼ、（出産時に必要な）せつけん、

6 2011年の日本の結核罹患率（人口10万対17-20）は、他の高所得国（アメリカが4.3、カナダが4.7、オーストラリアが5.5、フランスが9.1（いずれも2007年））と比べ、依然として高い（厚労省2012; WHO 2009）。

7 結核による死亡者の数は2011年には2162人であった（厚労省2012）。

コラム 10.2 医療政策の策定に必要な統計データを収集する組織・制度面での能力

政府は健康に関する統計を収集し、100年以上にわたってデータに基づいて公衆衛生政策を立案してきた。死亡統計は1876年から、人口統計は1899年からデータが収集されている。特定の疾病（主に感染症）の症例数を推定するための全国的な調査も行われてきた。

1916年、内務省は、乳幼児の健康、結核、性感染症、ハンセン病、精神疾患、食品、住居、衛生などについて調査を行う保健衛生調査会を設置した。こうした統計データを基に、結核予防法や癩予防法、寄生虫病予防法などの法律が制定された。近代的方法による国勢調査は1920年に初めて実施された。

統計データは、政府が公衆衛生に関する問題を遅延なく同定し、対処する上で極めて重要だった（JICA 2005）が、こうした統計データの収集には一定レベルの組織・制度面の能力が必要であるため、そうした能力を持たない多くの低所得国に日本の経験を適用することは難しいかもしれない。ただし、そうした国々も発展し、制度面での能力が整ってくるにつれて、ターゲットを明確にした適切な保健政策を立案・実施するために、こうした統計データが次第に必要となってくると考えられる。

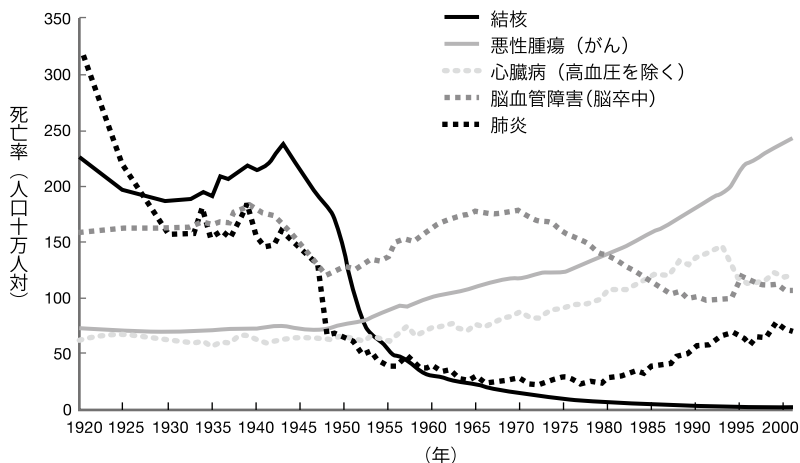
卵などが配給されていた。

1945年に戦争が終わると、保健所は、妊婦や女性の相談や往診など、保健師の活動の拠点となった。母子健康センターの設立と国民皆保険の達成が追い風となり、医療従事者の立ち会った出産の割合が急増し、自宅での出産が激減した（1950年の95.4%が1970年には4%まで低下している）（厚労省 2005）。

結核感染の抑制

保健所は、重要な統計情報の収集（コラム 10.2）、栄養状態の改善、食品衛生、水道施設の指導監督、衛生、結核症例の検知・検疫に関わった。こうした保健所の活動に加えて、経済成長、栄養状態の改善、国民皆保険による医療アクセスの改善も相まって、1945-55年の間に結核による死亡は急減した（図 10.1）。

図10.1 死亡原因の推移



* 第二次世界大戦による混乱のため、1944-46年のデータは推定値である。

出典：JICA 2005

日本は結核を国レベルで抑制するため十分な財源を投入し、保健所で大規模な結核検査を実施し、比較的短期間に結核の抑制に成功した。1910年の人口5000万人、1950年の人口8300万人中、1910-50年の間に結核による死亡者数は400万人⁸に達していた(Johnston 1995)。1954年、結核の診断・治療に充てられた費用が総医療費に占める割合は27.7%で、国家の重要な優先課題とされていたこと、そして結核対策に国家予算のうち大きな割合が充てられたことが分かる(島尾 1988)⁹。

BCG接種、結核症例の(集団検診を通じた)検出、治療施設の整備、感染者の隔離などによって構成される国主導の結核対策プログラムが1951年に始まった(Shimao 1989)。結核の診断は全国的に主に保健所が行い、治療(患者の隔離を伴う)は結核療養所で行われた。国の結核対策プログラムの下で

8 第二次世界大戦による混乱で統計収集が不可能だったため、1944-46年の死亡者数は含まれていない。

9 栄養状態の改善や生活水準の向上など他の要因も同時に働いていたため、国の結核対策プログラムと、結核症例・結核死亡者の減少との間に因果関係があるとは結論付けることはできない。

感染力を持った結核症例が同定され、結核による死亡率は1950年から1955年の間に3分の1近く減った(Shimao1989)。結核対策費が医療費全体に占める割合も下がり、1985年には1.1%となった(鳥尾1988)。

塩分摂取減少を通じた脳卒中死亡の抑制

1952年、脳卒中は結核に代わり日本人の死亡原因の第1位となった。脳卒中による死亡者数は1950年以降徐々に増えていたが、1970年代初めから、急激に減り始めた(図10.1)。脳卒中の罹患率は塩分摂取量の多い東北地方で高く、これは塩分摂取量と高血圧が関連していることを示唆していた(Sasaki 1964; Sasaki 1980)。東北地方で極端に塩分摂取量が多かったのは、みそ汁と漬物の摂取に加え、主な調味料としてしょうゆを使用するという食生活のためであると考えられた(Sasaki 1964)。1960年代に全国的な減塩運動が始まり、1950年代と1960年代初めまで報告されていた塩分の過剰摂取は、1970年代半ばから1980年代半ばにかけて減り始めた(Brown et al. 2009)。日本人の塩分摂取量は1日当たり平均13.5グラムから12.1グラム

図10.2 全国的な塩分摂取の経時的変化



出典：厚労省 2004

図10.3 日本の保健所の役割の変遷

1937	保健所法の制定 ・保健所の設置：衛生教育、急性感染症の抑制、母子保健
1947	保健所法の大幅改正 ・保健所の機能の正式な定義、拡大、強化
1994	保健所法→地域保健法 ・保健所と自治体（市町村保健センター）の役割を再定義：分権化促進；母子の健康と栄養相談は保健所から市町村保健センターに移管
1997	保健所法の施行
2008	特定健診／特定保健指導 ・保険者（国民健康保険や健康保険組合等）が加入者とその家族に対し生活習慣病予防のための健診と保健指導を行うよう義務付けられた。

出典：奥村 1997；厚労省 2010；丸井 1990a；1990bを基に作成

に減ったが、同時期に東北地方では1日18グラムから14グラムへの減少を認めた。塩分摂取量が減ると並行して、日本人全体の血圧の平均値も下がり、脳卒中関連の死亡率も大幅に低下した（図10.1と10.2）（Ueshima et al. 1987；Okayama et al. 1993；厚労省 2004；He et al. 2010）。塩分摂取量が1990年代半ばに再び上昇した後も脳卒中関連の死亡率の再上昇は見られておらず、塩分摂取量減少と脳卒中関連死亡率の低下に直接的な因果関係があると見なすことは不適切かもしれない。しかしその一方で、当時改善されたその他の生活習慣とともに、脳卒中減少のひとつの要因であった可能性はある。さらには、一過性ではあったものの（減少傾向は続かなかったものの）、政府は意図したとおりに全体的な塩分摂取量を減少させることに成功したとすることができる。

保健所の役割の変化

図10.3にまとめたとおり、近年、保健所の役割は変化しつつある。1994年、保健所と市町村保健センターの役割は見直され、政府は分権化を進め、母子

保健と栄養指導は保健所から市町村保健センターに移され、保健所は市町村のスタッフの研修と助言提供の責任を担うことになった（表 10.1）。2008年には保険者（国民健康保険や健康保険組合等）が加入者とその家族に対しメタボリック・シンドロームの健診と保健指導を行うことが義務付けられた。しかしこのような保健所に求められる役割の変化に伴い、各種公衆衛生サービスがバラバラに提供されるようになってしまった可能性もある。例えば、がん検診がどの組織の責任なのかは若干不明確になってきており、また市町村保健センターは子供の予防接種の責任を担うが、地域住民に予防接種を確実に受けさせるような仕組みは整っていない（次節で詳説する）。

表10.1 地域保健法施行前後の保健所と市町村保健センターの機能

	1997年以前	1997年以降
保健所	公衆衛生サービスの直接提供 <ul style="list-style-type: none"> ・結核対策 ・精神疾患 ・母子保健（例：3歳児健診） ・栄養指導 ・難病対策 ・HIV/エイズ ・環境衛生 ・食品衛生 	公衆衛生サービス提供システムのマネジメント <ul style="list-style-type: none"> ・地域の健康問題の調査 ・市町村のスタッフの研修と専門的助言 ・感染症、精神疾患、難病の対策 ・環境衛生 ・食品衛生の監視と指導
市町村保健センター	<ul style="list-style-type: none"> ・1歳6カ月健診 ・予防接種 ・老人保健サービス 	<ul style="list-style-type: none"> ・母子保健（例：1歳6カ月健診、3歳児健診） ・栄養指導 ・予防接種 ・老人保健サービス

出典：奥村 1997を基に作成

保健所に関連する新たな公衆衛生の課題

政府は数十年にわたり保健所を通じて広範な公衆衛生サービスを提供してきたが、日本は今、ワクチンで予防可能な疾病の高い罹患率やがん検診の低い受診率など、公衆衛生におけるいくつかの問題に直面している。多くの国において、予防医療はプライマリ・ケア医によって提供されるが、日本では保健所（最近では市町村保健センターと保険者を含む）が提供してきた歴史がある。保健所は過去数十年間、国民の健康状態の改善に重要な役割を果たしてきたが、近年は必ずしもうまく機能していないように思われる。その理由はいくつか考えられる。

第1に、公衆衛生サービス提供体制の制度設計の見直しがあまくいっておらず、近年の公衆衛生の問題に対応できていない可能性がある。第2に、保健所と市町村保健センターには予防サービスのために決められた予算が配分されており、こうした機関が公衆衛生サービスの対象を大幅に拡大するインセンティブがあまりないことが挙げられる（前年よりも対象を大幅に拡大すれば財政赤字となってしまう可能性がある）。第3に、米国には、科学研究と疾病に関する情報の提供を通じて国民の健康を守る米国疾病管理予防センター（CDC）と呼ばれる独立した機関があるものの、日本にはそのような機関がない。そのため、日本政府は最新の科学的根拠（エビデンス）に基づいた医療政策を立案することが難しくなっている可能性がある。ここでは予防接種政策を一例として、保健所に関連する公衆衛生の問題を取り上げる。

予防接種政策

日本の予防接種政策には、一貫性に欠ける部分があるようにも見える。新三種混合（麻疹、流行性耳下腺炎、風疹）ワクチンは1989年に導入され義務化された。しかし、流行性耳下腺炎に対するワクチンに関連した無菌性髄膜炎の発症例が報告され、こうした事態に対する世間の懸念が広がったため、1993年にこのワクチンの接種は中止された（Terada 2003）。翌1994年には、全てのワクチンが「義務規定」から「努力義務規定」に緩和され、以降、接種義務が公立学校入学の条件となっているアメリカのような、予防接種を確実に実施させるメカニズムは日本には事実上存在していない。さらには、多

くの先進国で接種が推奨されている水痘¹⁰、流行性耳下腺炎、B型肝炎の予防接種は、日本の「努力義務規定」の対象にすら含まれておらず、その結果、日本では被接種者負担で任意接種されている¹¹。日本政府は予防接種について歴史的にあまり強い立場をとってこなかった。これはおそらく、政治が国民の視点や懸念に敏感であること、予防接種の副作用に苦しむ患者からの訴訟を危惧していること、そして国内のワクチン会社を助成する保護主義政策をとっていることなどが原因であると考えられる。これが数々の問題を生んでいると考えられる。

2013年、日本全国で風疹が大流行し、検査により8500例以上が確認され(O'Connell 2013)、2012年10月から2013年9月までに少なくとも新生児18人が先天性風疹症候群と確認された(国立感染症研究所2013)。米国CDCは、この流行を受け、ワクチン未接種の妊婦は日本への渡航を控えるようにと公式に注意を呼びかけた(O'Connell 2013)。20歳から50歳の男性のうち約15%が風疹の抗体検査で陰性を示したとのデータに基づき、日本の医療専門家は、国内に麻疹・風疹ワクチンが不足していれば海外から新三種混合ワクチンを輸入し、風疹の予防接種を受ける成人に政府補助金を出して(日本では乳児の予防接種には政府の補助金があるが、成人の予防接種には補助金はない)、20代から40代の人を対象に集団予防接種を実施するよう提案した。しかし、日本政府は、妊婦が周りにいる人や、これから妊娠を計画している女性を優先対象とすることで、国内のワクチン不足を乗り越えることとし、海外からのワクチン輸入も成人のワクチン接種者への助成金も実施しないことに決めた。

日本では麻疹の大流行も過去に何回も発生している。1991年の大流行では6万8980例が確認され39人が死亡した(Nakatani et al. 2002)。また2008年にも大流行があり、1万1007例が確認されている。2005年には麻疹の人口10万対発生率は4.70であり、経済協力開発機構(OECD)加盟国

10 2014年1月、日本政府は水痘と肺炎球菌のワクチンを「努力義務規定」のワクチンに含めることを決定した。

11 日本ではワクチンは、定期予防接種と任意予防接種の2つのカテゴリーに分けられている。定期予防接種は、政府が努力義務接種とするもので、政府の補助金の対象となる(乳児が接種する場合に限る)が、任意接種は原則として被接種者負担となる(市町村によっては費用助成がある)。

の平均 1.22 を大きく上回っていた (Armesto et al. 2006; Johnson et al. 2009)。

世界保健機関 (WHO) はポリオ根絶を果たした国ではポリオ・ワクチンを経口ポリオ・生ワクチン (OPV) から 不活化ポリオ・ワクチン (IPV) に切り替えるよう勧告しているにもかかわらず、日本 (2000 年に正式にポリオ根絶宣言がなされている) は最近まで OPV を使い続けており、それが原因の弛緩性まひ (IPV では起こらない) を引き起こしている可能性がある。日本政府は、IPV を外国から輸入してきたにもかかわらず、国内で日本企業により IPV が生産されるようになるまで待つこととしてきた。2012 年になってやっと、患者の権利擁護団体からの圧力を受けていたこともあり、厚労省はサノフィパスツール社が製造した外国製 IPV を認可し、2012 年 9 月から販売が始まった。その後、ジフテリア、百日咳、破傷風、IPV が含まれた国産の混合ワクチンが日本企業により開発され、2012 年 11 月から使用可能になった。

その他の公衆衛生に関する問題

その他の公衆衛生に関する問題としては、日本でがん検診の受診率が低いことが挙げられる。2009 年の子宮頸がん検診の受診率は、OECD 平均が 61.1% であるのに対して、日本では 24.5% であった。2009 年の日本の乳がん検診の受診率は 23.8% と、OECD 平均 62.2% を大きく下回っていた (OECD 2011)。

さらには、福島第 1 原子力発電所からの放射能汚染水漏れなどが健康に及ぼす影響や、食習慣の西洋化に伴う心血管系疾患の増加などもあるが、これらの公衆衛生問題については、保健所が提供する公衆衛生サービスを通じて対策が取られてきているわけではないため、本章の範囲を超えている。しかしながら、日本はこうした公衆衛生に関する問題に対しても、科学的根拠に基づいた実効性の高い保健政策を立案することで対応する必要があると考える。

考察

保健所は、日本のUHCへの取り組みにおいて、医療保険制度の対象となる医療サービスを補完する形で、歴史的に重要な役割を果たしてきたように見える。しかし近年、その役割は弱くなってきているようである。これはおそらく、公衆衛生に関する近年の問題に対応できるように適切に制度設計が見直されていないこと、予算制度により保健所や市町村保健センターが公衆衛生サービスを拡大するインセンティブが与えられていないこと、アメリカのCDCのような科学的根拠に基づいた医療政策をサポートする機関がないことなどが原因であると考えられる。日本は、保険者、保健所、市町村保健センターの間でより強い連携と協調を進めることにより、公衆衛生提供体制をさらに強化する必要がある。予防医療（例えば予防接種やがん検診）のそれぞれにどの機関が責任を有するかを明確にし、そのパフォーマンスを監視・評価することで、こうした連携を改善することができると考える。もしくは、予防医療を既存の診療報酬制度に組み込み、そうしたサービスを医療保険制度の枠組みの中で提供することにより、医療提供者にこうしたサービスを提供のするインセンティブを与えるという選択肢もある。

【参考文献】

- 奥村二郎（1999）「動き出した改正地域保健法」『公衆衛生研究』第46巻第3号（1997年9月）pp.200-208. 国立保健医療科学院（当時、国立衛生科学院）
- 厚生労働省（2004）『国民健康・栄養の現状』第1出版
- 厚生労働省（2005）「出生の場所別に見た年次別出生数と出生数百分率」（人口動態統計）< <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/06/s0608-11/2d.html> >（2013年10月4日アクセス）
- 厚生労働省（2010）「保健所、市町村、都道府県の現状と課題」< <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000000g3yx-att/2r9852000000g5sr.pdf> >（2013年8月1日アクセス）
- 厚生労働省（2011）「平成23年人口動態統計月報年計（概数）の概況」< <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/geppo/nengai11/toukei02.html> >（2013年10月4日アクセス）
- 厚生労働省（2012）「平成24年 結核登録者情報調査年報集計結果（概況）」

- 国立感染症研究所 (2013) 「風疹流行および先天性風疹症候群の発生に関するリスクアセスメント」 < <http://www.nih.go.jp/niid/ja/rubella-m-111/2145-rubella-related/3724-rube-risuku20130716.html> > (2013年8月19日アクセス)
- 島尾忠男 (1988) 「結核対策」『医療の将来像』(吉利和編) : 185-202 (シリーズ「講座 21世紀へ向けての医学と医療」森亘 [ほか] 編集) 日本評論社
- 丸井英二 (1990a) 「戦後日本の公衆衛生第5回戦後日本の始まり: マッカーサーのGHQ」『保健の科学』32(9): 603-605. 杏林書院
- 丸井英二 (1990b) 「戦後日本の公衆衛生第8回戦後の保健所: 始まりの頃」『保健の科学』32(12): 824-826. 杏林書院
- Armesto, S. G., et al. 2006. "Health Care Quality Indicators Project 2006 data collection update report." *OECD Health Working Papers* No. 29. Paris, OECD.
- Brown, I. J., et al. 2009. "Salt Intakes around The World: Implications for Public Health." *International Journal of Epidemiology* 38(3): 791-813.
- He, F. J., and G. A. MacGregor. 2010. "Reducing Population Salt Intake Worldwide: From Evidence to Implementation." *Progress in Cardiovascular Diseases* 52(5): 363-382.
- Ikeda, N., et al. 2011. "What has Made the Population of Japan Healthy?" *Lancet* 378(9796): 1094-105.
- Ikegami, N., et al. 2011. "Japanese Universal Health Coverage: Evolution, Achievements, and Challenges." *Lancet* 378(9796): 1106-15.
- JICA (Japan International Cooperation Agency). 2005. Chapter 1. "The History of Public Health and Medical Services." *Japan's experiences in public health and medical systems*, Institute for International Cooperation, JICA.
- Johnson, J. A., and C. H. Stoskopf. 2009. *Comparative Health Systems: Global Perspectives for the 21st Century*. Sudbury, MA: Jones & Bartlett Publishers.
- Johnston, W. 1995. *The Modern Epidemic: A history of Tuberculosis in Japan*. Harvard University Asia Center.
- Katsuda, N., et al. 2011. "Structure and Roles of Public Health Centers (hokenjo) in Japan." *Nagoya J Med Sci* 73(1-2): 59-68.
- Nakatani, H., et al. 2002. "Development of Vaccination Policy in Japan: Current Issues and Policy Directions." *Japanese Journal of Infectious Diseases* 55(4): 101-111.
- Nishimura, S. 2009. "Promoting Health in American-Occupied Japan Resistance to Allied Public Health Measures, 1945-1952." *American Journal of Public Health* 99(8): 1364-1375.
- O'Connell, P. M. 2013. "Rubella Outbreaks in Japan, Poland Prompt CDC Travel Alerts." *AAP News*.
- OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development). 2011. *Health at a Glance 2011: OECD Indicators*. Paris.

- Okayama, A., et al. 1993. "Changes in Total Serum Cholesterol and Other Risk Factors for Cardiovascular Disease in Japan 1980-1989." *Int J Epidemiol* 22(6): 1038-47.
- Sams, C. F. 1952. "American Public Health Administration Meets the Problems of the Orient in Japan." *American Journal of Public Health and the Nation's Health* 42(5;1): 557-565.
- Sasaki, N. 1964. "The Relationship of Salt Intake to Hypertension in the Japanese." *Geriatrics* 19: 735.
- Sasaki, N. 1980. Epidemiological Studies on Hypertension in Northeast Japan. *Epidemiology of Arterial Blood Pressure*, Springer: 367-377.
- Shimao, T. 1989. "Institutional Capacity for Disease Research and Control: Tuberculosis." In: *International Cooperation for Health*. M. R. Reich and E. Marui (eds). Dover, Auburn House Publishing Company: 58-75.
- Terada, K. 2003. "Rubella and Congenital Rubella Syndrome in Japan: Epidemiological Problems." *Japanese Journal of Infectious Diseases* 56(3): 81-87.
- Ueshima, H., et al. 1987. "Declining Trends in Blood Pressure Level and the Prevalence of Hypertension, and Changes in Related Factors in Japan, 1956-1980." *Journal of Chronic Diseases* 40(2): 137-147.
- WHO (World Health Organization). 2009. *Global Tuberculosis Control: Epidemiology, Strategy, Financing*. Geneva.

參考資料

著者略歴

(五十音順)

池上 直己

慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教授。慶應義塾大学医学部卒。医学博士。同学部病院管理学教室講師、助教授、同大学総合政策学部教授、ペンシルベニア大学訪問教授を歴任。日本医療・病院管理学会理事長、医療経済学会会長を歴任。現在は、全日本病院協会医療制度・税制委員会委員、同医療従事者委員会委員、東京都医師会病院委員会委員等を務める。専門は医療政策学、医療管理学、医療経済学、高齢者ケア政策研究。

小塩 隆士

一橋大学経済研究所教授。1983年、東京大学教養学部卒業後、経済企画庁（現内閣府）、J.P. モルガン、神戸大学などを経て、2009年より一橋大学経済研究所教授。経済学修士（Yale大学）、国際公共政策博士（大阪大学）。専門は公共経済学。社会保障、所得分配、教育経済学、社会疫学などの分野で理論・実証分析を行っている。

ジョン・C・キャンベル

東京大学高齢社会総合研究機構特任研究員、ミシガン大学政治学部名誉教授。コロンビア大学にて博士号（Ph.D.）を取得、1973年より退官までミシガン大学にて政治学の教鞭を執った。研究対象は、日本の政治全般で、主に政策決定過程や社会政策にフォーカスを置く。東京大学社会科学研究所、慶應義塾大学医学部の客員教授を経て、現職。研究の中心は、日本の高齢社会対策（主に介護保険制度）と、日本および欧米の福祉国家。

高木 安雄

慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科教授。1973年、千葉大学教育学部卒業。社会保険旬報にて医療ジャーナリストとして活躍。社会保障研究所調査部部长、九州大学大学院医学研究院医療経営・管理学教授などを経て、2005年より現職。専門は、医療保障、医療政策、介護保険などの高齢者ケア。

また、日本医療・病院管理学会理事、(財)医療関連サービス振興会制度認定委員会委員、日本医師会介護保険委員会副委員長なども務める。

高久 玲音

一般財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構 主任研究員。慶應義塾大学商学研究科後期博士課程単位取得退学。医療経済学会、国際医療経済学会、日本経済学会に所属。専門は医療経済学。

田川 洋平

株式会社川原経営総合センター・税理士法人川原経営 事業推進企画室コンサルタント。慶應義塾大学総合政策学部卒。同大学院健康マネジメント研究科修了。医療法人や病院経営に関する研究等に従事。厚生労働省医政局委託研究「医療施設経営安定化推進事業」(2010、2012、2013)、厚生労働科学研究費補助金 地域医療基盤開発推進研究事業「ケースメソッドを利用した、医療機関経営に関わる専門人材の養成・能力開発プログラムの開発と実証に関する研究」(2011、全日本病院協会)におけるケーススタディ執筆など。

津川 友介

ハーバード大学医療政策学所属、世界銀行グループコンサルタント。東北大学医学部(MD)およびハーバード公衆衛生大学院(MPH:医療政策・管理学)卒業。聖路加国際病院にて研修後、アメリカボストンのベス・イスラエル・ディーコネス・メディカル・センターおよびハーバード大学医学部の一般内科リサーチフェローになる。現在、ハーバード大学医療政策学の博士課程在籍中。専門は医療政策学、ヘルス・サービス・リサーチ、医療経済学、統計学・計量経済学。

西村 周三

一般財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構 所長。京都大学経済学部卒、経済学博士、京都大学経済学部助教授・教授、学部長、京都大学副学長、国立社会保障・人口問題研究所所長を歴任。初代日本医療経済学会会長を務めた。現在は社会保障審議会会長を務める。専門は医療経済学。

ジェームス・ブチャン

クイーン・マーガレット大学保健科学大学院教授。国家レベルの戦略、政策、計画、保健医療人材の賃金、インセンティブや報酬に関わる戦略、労働市場分析を専門とした、保健医療人材に関わる25年以上の政策研究実績を持つ。これまでにスコットランド国民保健サービス・シニア人材マネージャー、英国看護協会シニア政策アナリスト、世界保健機関（WHO）保健人材専門家、ヘルス・ワークフォース・オーストラリア特別顧問を歴任。現在、シドニー工科大学教授（非常勤）、*Human Resources for Health* 誌の共同編集者も務める。優等学位、経済学博士号、予防医学博士号を持つ。

別所 俊一郎

慶應義塾大学経済学部准教授。博士（経済学、東京大学）。株式会社日本総合研究所研究員、財務省財務総合政策研究所研究官、一橋大学国際・公共政策大学院専任講師を経て現職。アルバータ大学経済学部客員研究員、参議院企画調整室客員調査員、文部科学省研究振興局学術調査官を務める。専門は財政論。

前田 明子

世界銀行保健・栄養・人口 リード・ヘルス・スペシャリスト。保健と開発経済学分野において、20年以上の経験を持つ。低所得国の政府に保健財政や保健サービス改革の分野で技術協力や政策助言を行っている。現在は世界銀行の保健人材グローバル戦略を指揮。世界銀行入行前は、国連開発計画（UNDP）、ユニセフ、アジア開発銀行に勤務。ハーバード大学より生化学と分子生物学修士号、ジョンズ・ホプキンス大学公衆衛生大学院より医療経済学博士号を取得。

見明 奈央子

世界銀行 業務調整官。経営学修士（ペンシルバニア大学ウォートン・スクール）。JP モルガンならびに日本銀行エコノミスト、ブーズ・アンド・カンパニー（現プライスウォーターハウスクーパース・ストラテジー株式会社）アソシエイト、慶應義塾大学医学部助教を経て現職。専門は医療経営・経営戦略・金融。

マイケル・ライシュ

ハーバード大学公衆衛生大学院国際保健政策武見太郎記念講座教授。公衆衛生政策の政治的側面を研究対象としている。現在の関心は、政策形成過程の政治経済学、保健システム強化、医薬品へのアクセスや薬剤に関する政策、等。先進国・途上国問わず、保健医療政策改革の政治経済学に関する研究多数。イエール大学より、東アジア研究修士号、政治学博士号を取得。

ユニバーサル・ヘルス・カバレッジに関する 日本・世界銀行共同研究プログラム

本書以外の成果報告書一覧

総括報告書

Maeda, A., E. Araujo, C. Cashin, J. Harris, N. Ikegami, and M. Reich. 2014. *Universal Health Coverage for Inclusive and Sustainable Development: Synthesis of 11 Country Case Studies (Directions in Development)*. World Bank: Washington D.C..

邦訳：前田明子、エドソン・アロウジョ、シェリル・キャッシン、ジョセフ・ハリス、池上直己、マイケル・ライシュ（2014）『包括的かつ持続的な開発に向けたユニバーサル・ヘルス・カバレッジ：11 カ国研究の総括』（公財）日本国際交流センター

日本以外の事例対象国と執筆者（国名アルファベット順）

- バングラデシュ サマー・エル・サハティ、エレヌ・バロワ：世界銀行グループ
スーザン・パワーズ：ヘルス・エコノミスト、コンサルタント
- ブラジル エドソン・アロージョ、マグナス・リンデロー：世界銀行グループ
- エチオピア ファイファイ・ワン、G.N.V. ラマナ：世界銀行グループ
- フランス エレヌ・バロワ：世界銀行グループ
ジーナップ・オー：医療経済研究情報機構（IRDES）
アンキット・クマール：経済協力開発機構（OECD）
- ガーナ ナタニエル・オッター：ガーナ国民健康保険庁副長官
エブリン・アウィッター、パトリシオ・マルケス、カミラ・サレ：
世界銀行グループ
シェリル・キャッシン：リザルツ・フォー・デベロップメント
- インドネシア プティ・マルゾエキ、アジェイ・タンドン、シャオルー・バイ、エコ・
パンブディ：世界銀行グループ
- ペルー クリステル・バーミーシュ、ローリー・ナルバエス、アンドレ・
メディチ：世界銀行グループ

- タイ ウェラポン・パチャラナルモル、ヴィロージュ・タンチャ
ローンサティエン、スウィット・ウィブルポルプラサート：
国際保健政策プログラム
ピーラポル・スティウィセサク氏：タイ国民医療保険庁
- トルコ エース・アンバー・オズチェリック：世界銀行グループ
メルテム・アラン：デベロップメント・アナリティックス
- ベトナム エレーヌ・バロワ、エヴァ・ジャラワン：世界銀行グループ
サラ・ベールズ：ヘルス・エコノミスト、コンサルタント

全ての論文は以下のウェブより無料でダウンロードいただけます。
<http://www.worldbank.org/en/topic/health/brief/uhc-japan>

本書は、世界銀行から2014年に *Universal Health Coverage for Inclusive and Sustainable Development: A Synthesis of 11 Country Case Studies* として出版された、英文の原文を和訳したものである。本和訳と原文とに相違する記載がある場合には、全て原文が優先する。本書の分析結果、解釈、結論は、世界銀行やその理事会、あるいは世界銀行が代表する国の見解を反映したものではない。世界銀行は、本書中にあるデータの正確性を保証しない。また、地図にある境界線、色、名称、その他の情報は、いかなる領土の法的立場に関する世界銀行の判断、もしくはその境界線の容認を示すものではない。

This work was originally published by The World Bank in English as *Universal Health Coverage for Inclusive and Sustainable Development: Lessons from Japan* in 2014. In case of any discrepancies, the original language will govern. The findings, interpretations, and conclusions expressed in this work do not necessarily reflect the views of The World Bank, its Board of Executive Directors, or the governments they represent. The World Bank does not guarantee the accuracy of the data included in this work. The boundaries, colors, denominations, and other information shown on any map in this work do not imply any judgment on the part of The World Bank concerning the legal status of any territory or the endorsement or acceptance of such boundaries.

包括的で持続的な発展のための ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ 日本からの教訓

2014年9月 発行

編著 池上直己
発行所 (公財) 日本国際交流センター
〒106-0047 東京都港区南麻布4-9-17
TEL: 03-3446-7781 FAX: 03-3443-7580 Email: books2@jcie.or.jp
表紙デザイン 出口 城
表紙写真提供 佐久総合病院 (生きがいと安心のある地域づくりをめざして)
印刷・製本 (有) 山崎印刷
レイアウト パトリック石山

Universal Health Coverage for Inclusive and Sustainable Development: Lessons from Japan

Copyright © 2014 by International Bank for Reconstruction and Development/

The World Bank Group

Printed in Japan

ISBN 978-4-88907-139-9c

ISBN 000-0-00000-000-0

Universal Health Coverage