

神奈川県保険医協会版「保健医療 2035」

# 医療政策 2035

医療の本質が活かせる制度・体制を展望する

- ◆患者負担を解消し経済力に応じた保険料中心への転換
- ◆モノ・医薬品偏重からの脱却
- ◆ヒト・技術・労働重視へ

神奈川県保険医協会

2017年7月13日

## ◆目次

はじめに — 患者の治療が、10 年前よりできなくなっている

## I 医療制度の原点と現状分析

- ・守るべき理念と価値
- ・社会保障としての医療の変遷と現状
- ・医療制度・医療提供体制の変化
- ・医療環境の変化
- ・医療制度・時代認識の変化
- ・深刻化する受診抑制
- ・医療機関の状況 —固定化、潜在化する医療崩壊、90 年代からの亀裂—
- ・日本の医療の力量、第一線医療の果たしている本当の役割
- ・厚労省の「保健医療 2035」の問題点

## II 提言

- ・提言の基本的視点
- ・医療の将来設計図、あるべき姿
- ・提言 1 医療者と患者の節度ある関係構築
- ・提言 2 医療の「最適化」 診療内容・医療内容の見直し 抗生剤、薬剤使用の適正化
- ・提言 3 医療技術の進歩への対応と医療の効率化
- ・提言 4 医療情報の活用・連携と診療連携
- ・提言 5 医師・歯科医師養成、医学教育 自由標榜制
- ・提言 6 医療の機能分担、提供体制
- ・提言 7 医療業務の分担、移譲
- ・提言 8 医療者の身分と健康の保障、労働環境改善による医療事故の防止
- ・提言 9 医療保険制度 職域と地域での統合と患者負担の廃止
- ・提言 10 混合診療の廃止、現物給付の充実 歯科通則 21 廃止と保険給付化
- ・提言 11 診療報酬のモノと技術の分離評価
- ・提言 12 医療保険の給付範囲と給付体系 高度医療、高額医療の問題の解決
- ・提言 13 医療倫理 医療ガバナンスの確立
- ・提言 14 医療費規模と財源

## はじめに — 患者の治療が、10年前よりできなくなっている

10年前、「医療崩壊」の言葉が流布し、医師不足など多くの知るところとなった。医療制度、医療体制の綻びは、二度の政権交代の中、医学部定員増への転換や、診療報酬のプラス改定（公称）などはあったものの、患者の受診抑制にみられるように依然として深刻であり、医師の過労死・自殺は後を絶たず、医療者の労働環境や医療機関の経営もまた厳しいものとなっている。いま、この中で「地域医療構想」の策定と「地域包括ケアシステム」の構築により、団塊世代が高齢化を迎える2025年問題への対応は歩を進めている。

このような下、2015年夏、若手研究者・官僚により作成された「保健医療2035」提言書が発表された。これは、2035年と財政健全化を図る2020年に時間軸を設定し、120項目にわたる医療制度改革メニューを盛り込んだもので、「骨太方針2015」や「日本再興戦略（成長戦略）」を踏襲し、“世界最高水準の保健医療が享受できるシステムの構築”を掲げながら、逆に医療費抑制、給付縮小を基調としている。「より良い医療をより安く」と二律背反を唱え、保険医の定数配置、自由開業医制の見直し、かかりつけ医の「ゲートオープナーモード」の確立、保険給付範囲の見直しと保険外サービスへの新たな金融サービス導入、と従来より踏み込んだ内容となっている。しかも、歯科医療と薬局は度外視され、ほとんど記述がなく、位置づけられていない。

そして何よりも、2035年の医療費の将来推計（医療費規模）も財源も、何も示されていない。

われわれは、この「保健医療2035」は、患者・国民や医療者の願うものとは相反していると考えている。よって日々、医療を患者に提供し、地域医療連携、多職種・他職種連携をしている立場から、われわれの考える神奈川県保険医協会版「保健医療2035」（「医療政策2035」）をここに提言する。

## I 医療制度の原点と現状分析

### ◆守るべき理念と価値

憲法第25条（生存権保障）等に基づく皆保険体制が、基調としてきた「いつでも、どこでも、誰でも」が医療をうけることができるシステムを守り、充実、発展させていくことを基本と考える。

そのため、これを保障する「医療保険制度」と、「医療提供体制」の改革を中心に論及するが、医療制度への「信頼」と制度の「堅牢性」を確保するにあたり、医療者、患者・国民の双方に、適正な節度ある利用へ、意識改革も求められる。医療者にとっては、医療の自律性・自主性ともいべき「医療ガバナンス」の確立が課題であり、患者・国民にとっては医療制度の理解のための「社会教育・学習」が不可欠となっている。

### ◆社会保障としての医療の変遷と現状

1950年の社会保障制度審議会「勧告」に基づき、日本の社会保障制度は整備へと向かい、1961年に皆保険・皆年金が実現した。高度経済成長を背景に、医療制度は拡充し国民健康保険（以下「国保」）は5割から7割給付へと改善し、人工透析やCTの保険導入など給付内容の充実が図られるが80年代のバブル期に方向転換がとられる。吉村保険局長（当時）の『医療費亡國論』を前後し、81年診療報酬の検査の多項目包括評価（いわゆる「マルメ」）、84年の健康保険本人（以下「健保本人」）への1割負担導入、混合診療の部分的合法化（「特定療養費」）が図られ、中曾根内閣の「民活路線」、産業空洞化、「アジアの大競争時代」に突入、橋本政権下での経済界の意向を反映した医療保険審議会「建議」（97年）で医療費の「経済との調和」がその後の医療政策の基調となる。

橋本「構造改革」で医師養成数の削減（97年閣議決定）、97年の健保本人2割負担の導入、98年の診療報酬マイナス改定と以降、これが固定化する。小泉「構造改革」では5年間1.1兆円の社会保障費削減の下、02年の健保3割負担化、04年混合診療の拡大（「保険外併用療養」）、健康増進法による健康の自己責任の法定化と激化していくが、医師の過労死自殺の続出、患者の孤独死が社会問題化し、社会保障の機能強化の動

きや政権交代での医学部定員増への閣議決定の転換など一時的に、軌道修正の兆しはあったものの、基調は変わっていない。

それどころか、「税・社会保障一体改革」、「経済・財政一体改革」の下、社会保障改革推進法、社会保障改革プログラム法と、自立自助に重点をおき、消費税の社会保障目的税化、皆保険の「原則化」を法定化した。さらに臨床研究と保険診療の併用を合法化し、研究ルールさえ外れた患者申出療養を創設した。またインセンティブ改革と称して健康作りの自己努力や未受診（受診しないこと）を商品や保険料割引と連動させたポイント制の導入さえもなされている。いま、安倍内閣の下で社会保障費の自然増を従来の1兆円～8,000億円から毎年5,000億円に抑制する、極端な削減政策がとられている。削減額を明示しない方法がとられ、世論の反発が少ないが、実際には、社会保障の中で実生活に影響度が大きい医療での歪みが大きくなっている。

## ◆医療制度・医療提供体制の変化

医療保険制度は、2018年度から市町村国保が都道府県単位化となる。保険料の賦課・収納、保険証の交付などを市町村が担い、財政運営を都道府県が負う変形・変則型の「保険運営」となるが、これに向け整備が進んでいる。

また2018年度には、医療計画、医療費適正化計画、介護保険事業支援計画の3つの改定版、新計画の始期年度となり、何れも実施期間6年間のサイクルとし整合性がとられる。また、「地域医療構想」（医療計画）による地域需要に応じた病床種別ごとの必要量の調整・転換、いわゆる「官製談合」による病院病床数の削減、「地域包括ケアシステム」という名の医療・介護のネットワーク作りが、2025年へ向けて進行している。

これに重ね、地域の薬局の拠点、健康サポート薬局を制度化、自己採血による血糖などのOTC検査薬での測定を促す「検体測定室」の増殖、医療専門職の業務の非専門家への移譲（タスクシフティング）など、いわば医療からの「医師はずし」や、医療そのものの「医療剥がし」の方向性が色濃く滲む政策が展開されている。

これに加え看過できないのは、ほぼ通年にわたっての一部週刊誌（複数）での一知半解、一面的な、医療・医学・医療制度に関し、医療不信・疑念を煽る執拗な報道である。これらは、確実に国民意識の中に沈殿していく、20年前の医療改革の世相と相似的に、医療への信頼や、医師と患者の関係構築にマイナスの影響を与えると考える。

## ◆医療環境の変化

医療界でAI（artificial intelligence：人工知能）の診断・治療への研究、活用が広まりつつある。自治医科大学の人工知能「ホワイトジャック」による総合診療支援システム、「時空ID」（＝スマホによる位置情報と時刻情報に生体・診療・生活情報を関連づけた世界共通のID体系）に紐づくデータの集積（「次世代地域医療バンク」）の三位一体の「JMU総合診療システム」や、旭川医科大学と米国IBMとの連携による「ワトソンヘルス」による遠隔診療、スマホを利用した「ポケットドクター」の遠隔診療（「遠隔地」ではない通常のオフィス等）など、ICT、AI活用が広がり、実利用も一部で始まっている。

一方、2008年の閣議決定により医学部定員削減が転換され、医学部定員が1,600名増となり、16大学増設に匹敵する養成数増となっている。早晚、見直しとなるが一人前の医師養成に10年を要するため、現実の医師不足・偏在問題は依然と燻っている。

歯科においては私学偏重の無計画な歯科医師養成による「歯科医師過剰」は是正をみることなく、1970年代より連綿と続く低医療費政策、自費で不足分を補填する“トータル・バランス論”的下、“過当競争”となり経営悪化、海外技工など、歯科医療の質の劣化を招き、事態の改善のないまま固定化している。その影響もあり、歯学部の定員割れなどが一部で出現し、不人気業種の兆し、人材の逃避が懸念されている。

慢性的な看護師不足や、社会的需要が増しているOT（作業療法士）・PT（理学療法士）の不足、歯科衛生士の不足、存立基盤が脆弱な歯科技工士の不足など、医療人材の充足問題は、2008年に閣議決定を180度転換し医学部定員増へ舵を切ったものの、以前と悪化の一途である。

このような中、A I 、I C T利用による、医療人材の代替、養成数の削減の動きが、「保健医療 2035」提言作成を務めた座長を中心にしており、「医療」そのもののあり様、あり方が根本的に問われかねない状況が出ている。

医薬品の分野では、オプジー・ソバルディー、ハーボニーのような高額薬剤の登場や、抗がん剤の分子標的薬剤への開発シフト、再生医療製品の開発環境の規制緩和、iPS 細胞の臨床研究への政府の梃入れなど重点が変動する一方、ジェネリック（後発医薬品）使用の80%目標、オーソライズド・ジェネリック販売など薬剤費圧縮の企図や後発医薬品への変更調剤の影響などの検証もないままに、信念による疾走や狂騒が演じられている。

医療機器開発を巡っても、医工連携の名のもと、矢継ぎ早に製品化がなされている。

これらをとりまく、民間商品の医療保険の分野では、保険金を契約者ではなく医療機関に支払い、キャッシュレスとなる「直接支払いサービス」が、適法と確認され、重粒子線治療をカバーする先進医療保険を中心に発売され健康保険の擬似的システムが導入された。また、患者負担分をまるまる補填する実損填補型医療保険、不妊治療保険、先進医療の単品型保険など、商品は多種多様化している。

## ◆医療制度・時代認識の変化

厚労省の保険局長は、私見としながら「医療保険」を高額医療と日常医療のどちらかに重点を置き、舵を切ることは不可避とし、▽アウトカム評価、▽業務内容に応じた医師、他職種の適正配置、▽遺伝子治療、▽I C T推進を将来方向と示しており、省内で検討に入ったと見られる。医療課長も、地域医療構想に関し、地域ニーズに応じた医療機関の撤退・進出、「医療資源の最適化」に触れ、医療の「あるべき姿の共有が大前提」と強調している。また加えて医療課長は「他産業は人口動向の変化や円高に直面し事業運営しており、医療へも厳しい視線が投げかけられている」としている。

## ◆深刻化する受診抑制

疾病構造は、皆保険発足時の結核、肺炎・気管支炎、胃腸炎などの感染症を中心とした疾病から、悪性新生物、心疾患、脳血管疾患など非感染性疾患（Non-Communicable Disease/NCDs）が中心へと変化してきたが、昨今は労働環境の悪化などからうつ病をはじめとした精神疾患の多発、超高齢社会を反映した認知症や、食生活の変化による肥満や糖尿病の急増など、新たな変化もを見せている。とりわけ糖尿病は国民10人に1人と急増し、認知症の増加は社会問題にもなっている。また経済的貧困が健康に影を落としてきており、「健康格差社会」の指摘がなされ、WHO も「健康の社会的決定要因（Social Determinants of Health/SDH）」に関する問題を提起している。

しかしながら、患者の受診抑制は深刻化し医療・医学の進歩、発展の一方、十分な医療を受ける機会が奪われている。過去1年、必要だと思うが医療機関に行かなかった国民は14.2%、1,400万人に上る（2012年『社会保障実態調査』社会保障・人口問題研究所）。この5年前（2007年）の調査2%に比し格段に増えている。理由のトップは「時間がなかった」が60.2%と6割超、「治療費が支払えない」、「公的医療保険に未加入」を合わせ16.6%、「身体的理由で通院困難」が5.1%、「距離が遠くて通院が困難」が7.0%と、続く。5年前は、治療費に関する理由が52.8%を占め、仕事や家庭が忙しく時間がないが27.0%であり逆転しており、暮らし向きの悪化が示されている。身体的理由が前回2.8%のほぼ倍であり孤立化の進行も見て取れる。

当協会や全国保険医団体連合会（保団連）の受診実態調査（2015年）では4割の医療機関が受診抑制の患者経験があり、受診抑制、治療中断、未受診が広範囲にわたっている。

実際、健保本人2割負担が導入されて以降、患者数は減少の一途である。全国の1日あたりの患者数の「減少」は外来で9万人、入院で2万人に上る（「患者調査」（1996年：外来733万人、入院132万人）、（2014年：外来724万人、入院130万人））。しかも在宅医療の患者が7.2万人から15.6万人へと倍増している中の減少であり、この間、人口も高齢者人口も増加している下での話である。

受療率（人口10万対比）も外来5,696人、入院1,038人と、5年前の外来5,824人、入院1,176人から各々、

▲2.2%、▲11.7%も減少している。

この間の平均給与（年間）は467万円（97年）から408万円（2012年）へと60万円も減少（▲13.7%）している（『民間給与実態統計調査』国税庁）。一方、ひと月の患者負担は外来2,964円、入院7万9,978円（97年）から外来3,975円、入院9万2,307円（2014年）へと外来で+34.1%、入院が+15.4%と増大している。2016年4月より、入院の食事負担が引き上げられている。

国保世帯はより深刻である。世帯の平均所得は144万円で、加入世帯の8割が200万円未満である（平成26年度『国民健康保険実態調査』）。当然、患者負担以前の保険料の支払いが困難であり、滞納世帯が372万世帯を超え、10割負担の資格証明書や有効期間の短い短期被保険者証の交付が各々28万世帯、117万世帯に上る事態が恒常化している（平成25年度『国民健康保険（市町村）の財政状況について』）。ゆえに病状が悪化しても受診出来ず死亡に至る例が、全日本医連調査で年間63件（傘下の医療機関）と実態報告されており（『経済的事由による手遅れ死亡事例調査』2015年）、推計すると全国で1万人程度はあると見込まれる。

当協会が2010年に実施した全国調査（『医療費の患者負担に関する国民の意識調査』）でも過重感から6割の国民が窓口負担を軽くすべきとしており、とりわけ個人年収200万円未満では受診抑制がより顕著となっていた。男性の1割、女性の4割が年収200万円未満であり、事態は深刻である（『民間給与実態統計調査』国税庁）。

また、地域包括ケアの名の下、急進的な「在宅化」が喧伝されるが、介護保険の利用者負担が重くのしかかり、高齢者は独居や老々介護が多く、家庭介護力が貧弱な中、苦境にあえいでいる。

この寒々とした状況の下、政府は新たに、①定率負担に上乗せする受診時定額負担（かかりつけ医以外）、②高齢者の外来負担上限額の引き上げ（高額療養費見直し）、③入院時の光熱費相当（ホテルコスト）の患者負担化、④市販薬類似品の保険外し、⑤介護療養病床の外付け医療つき介護施設等への転換（自費施設）など、患者負担の拡大計画を審議会で検討している。一部は運動より見送りとさせ、通常国会では介護関係法案等が成立した。

皆保険制度下の保険診療では、医療者、医療機関は、患者の治療、疾病管理により、専門性の発揮、医療機能を果たし、医業経営、医療の再生産を続けていく、患者と不離不可分の関係にある。この医療の本質が、非常に危うくなっている。

## ◆医療機関の状況 —固定化、潜在化する医療崩壊、90年代からの亀裂—

日本の病院は90年代初頭の1万病院170万床をピークに9千病院160万床（一般病床90万床）へと減少し、平均在院日数は80年代の40日（84年）から16.5日（2015年）へと激減した（『医療施設調査』『病院報告』）。

特定機能病院、地域医療支援病院、がん拠点病院、回復期病棟、地域包括ケア病棟などの病院の機能分化や、地域包括診療料や在宅療養支援診療所（支援診）など診療所の機能分化など、医療法や診療報酬を通じ、機能分化・機能分担が行われてきた。一方、70年代からの高齢化に対応した福祉施設建設や福祉施策の未整備や、老人病院、療養型病床の転換廃止政策の迷走、医療過疎地、医療的孤立地の増加、産科の空白地の出現、小児科病棟の閉鎖、脳外科・心臓血管外科の存在しない二次医療圏の増加と大きくは変わっていない。

医師の過労死・自殺は後をたたず、全国的に医師はこの10年間で4万人増加し2/3の二次医療圏で増加したものの1/3の医療圏では減少となり、大都市と過疎地や地方の医師数の格差が拡大している。

在宅医療において支援診の数は西高東低でありながらも、訪問件数、看取り件数は、高齢化の現状を反映し、東京都、神奈川県の「首都圏」が上位を占めており、多忙となっている。

## ◆日本の医療の力量、第一線医療の果たしている本当の役割

日本の医師、看護師数などの医療人材は長年にわたり先進国の中では少なく、医療費規模も十分ではない中、健康達成度は高く、疾患別の死亡率は低い。雑誌『ランセット』が皆保険50周年を特集するなど、日本の医療は世界的にも評価が高い。登録医制を敷く欧州諸国と違いフリーアクセスが保障され、専門医が開業

し、専門外の領域の対応能力・技量を自己研鑽で身に付けていくという日本独特の形態により、国民は質の高い医療を享受できるようになっている。外来患者の7割、初診患者の8割は診療所が診ている（H26年度『患者調査』）。これが日本医療の特徴である。

事実、諸外国では日常的ではない、超音波診断、CT、MRIなども診療所の段階で行われ、消化管内視鏡、白内障手術など、設備や力量を備えた専門医が数多く開業し、病院への患者紹介や検査依頼ではなく、診療所間の連携で完結している例が数少なくない。纖維筋痛症・潰瘍性大腸炎など難治性疾患の病院診断後の疾病の維持・管理は第一線で行い、心筋梗塞・脳卒中も早期に第一線に戻され、糖尿病のインスリン導入も外来で導入し、便潜血陽性患者の精密検査も開業医に依頼するほうが実際的になっている。糖尿病の治療・管理は、専門医以外の開業医も相当の水準にある（保団連・全国調査）。また高血圧学会のガイドラインに研究成果が掲載されるほど、開業医の臨床研究のレベルも高くなっている。

開業医は休日急患診療所への輪番出勤、学術講演会の講師、公衆衛生事業や産業医や学校医などの出動と、病院勤務と違う形で地域医療を担い、病院勤務医とともに、日本の医療を支えているという図になっている。

日本医療は、自由開業医制の下、開業資金・開業地選定・診療所経営は全くの個人責任で行い、公的医療を公共料金と公的ルールの下、提供するという形をとっているが、これも諸外国にはない日本独特の仕組みである。

#### ◆厚労省の「保健医療 2035」の問題点

2015年に発表された「保健医療 2035」提言は、団塊ジュニア世代が全て65歳以上となる2035年に、医療・社会保障改革の目標年を置いたプランとなっている。総じて1人の「かかりつけ医」による全人的医療の提供を軸に、ICT、AIの利用による医療情報、検診（健診）・治療データの蓄積・分析による「医療情報基盤」の整備や遠隔診断・疾病管理・治療や手術への活用を展望している。また医療保険制度を医療行為（インプット）の評価から医療の結果（アウトカム）へと転換することや、風邪などの軽度疾患の患者負担割合の高率化、低額負担の見直し、リバースモーゲッジ等の死後精算など、給付範囲縮小・患者負担増の方向にシフトさせることを描いている。寄付による公的保険への財政支援、保険外サービスへの新たな金融サービス創出など、財源調達問題にも部分的に踏み込んでいる。医療業務を医師から、看護職、介護職へと移譲するタスクシフティングもICT、AI絡みで組み込まれており、医療現場の構造変化も織込まれている。

しかも、歯科は口腔ケアと医科歯科連携の記述が簡素にあるのみ、薬局は薬局再編、薬局ビジョンの記述が簡単にあるのみで、軽視というより、ほとんど無視されている。

とりわけ、医療保険の制度設計で最重要な医療費の規模と財源、財源構成が全く示されていない。

これら知識・情報の「集約化」「均てん化」を企図する一方で、医療提供体制の「限局化・限定化」、給付縮小等による患者負担の増大—「私費負担強化」、患者のアクセス制限による「不自由化」は、現在の日常医療を変容させ、「保健医療 2035」提言がいう「保健医療の価値を高める」は皮肉にも、保健医療が“高嶺の花”となり、確かに価値が高いが、患者国民に手が届かないものになっていく。また、これらの提言は医療者の「働き甲斐」や、その知識・技術・裁量の發揮が専門職としてかなわず、意欲や士気を挫く、惨憺たる結果を招くと危惧する。

われわれは、この方向とは逆向きの方向に施策の舵を切るべきだと考えている。

昨今、医師需給検討会が突如、医療者の働き方ビジョン検討会・有識者会議の発足を機に、審議がストップされたり、厚労省に次官級の「医務技監」のポスト新設で法改定が決定されるなど、「保健医療 2035」提言を背景にした動きが目まぐるしく異なっている。若手官僚の机上のプランなどと、軽視・看過できない状況ともなっているだけに、医療現場からの提言がより重要になっていると考える。

## II 提言

### ◆提言の基本的視点

生存権保障をうたった憲法第25条の実現、および第13条の個人の幸福追求権と第11条の基本的人権を尊重する観点から、社会保障の必要十分・応能負担原則および現物給付を基本とし、これまでの日本の医療文化を断絶させないため、緊急性の高い諸点に絞って提言する。尚、昨今、医療を産業化、市場開放するため商品化する様々な策動があとをたたないが、これらにわれわれは与するものではない。

### ◆医療の将来設計図、あるべき姿

医療の将来設計図は、社会保障制度改革国民会議が病院病床の量を中心に描いたものしか、現状ではない。「医療保険制度」はある程度、描けるものの、「提供体制」については、その姿はどの団体も描けていない。地域の実情に応じ、医療人材、設備、医療機関の数や量、質（専門医、機器の性能など）に格差があり、一様な提案は難しい。

患者にとっての「必要な医療」が医療の内容・質と経済的両面で満たされ、医師、歯科医師、医療者の専門技量・知識が医学水準にのっとり最大限発揮され、働き甲斐と士気を保て、経営基盤が確立することが基本の像となる。

換言すれば、時代に即応したQOL（Quality of Life）を満たす医療を医科・歯科ともに保険診療で可能とし、医師・歯科医師はじめ医療者の自己犠牲や使命感に過剰に委ねた、無理のある医療政策からの解放である。

脳外科や心臓血管外科等の救急医療の拠点が二次医療圏に存在すること、全ての診療科目が同様に複数機関であること、これらが存在しない場合にはドクターへリなどの搬送手段が確保されていること、日常診療で患者が治療提供や治療説明で十分納得が得られること、医療側への過度な要求や必要性を欠いた受診や治療を求めないことなどの分別・医学的常識を備えられること、「患者—医療者」の間の臨床知識・経験の格差を前提とした円滑な双方向性が保てるること—の基本線が実現できることをイメージとして置くことにする。

### ◆提言1 医療者と患者の節度ある関係構築

医療は患者と医療者との共同作業である、この原点回帰での関係構築を強める。そのため、医師の説明不足や、居丈高な対応、患者の不安・主訴への医師側の不理解を是正する一方、医学的不理解・無知による患者の無秩序な受診や処方要求などの是正を図る。

①第一に、「家庭の医学」、患者・国民の日常的な医療知識の向上、底上げを図る。具体的には、小中学校での「保健体育」の授業、行政・医師会などによる健康講座、新聞紙面への広告（政府広報）など、最新の医学的知見にもとづく、基本的な医療・医学的知識の教育を図る。医療者はこれに積極的に関与する。

②医療者による、処方医薬品の説明を義務付ける。また経済評価として、2016年診療報酬改定で薬局サイドの評価として導入された、残薬・重複投薬、不適切な多剤投薬への“医薬品の適正使用”、薬局による医療機関との調整、減薬の点数化を、医療者側の経済評価としても組込む。

③医療機関側の多剤投薬は、審査・支払い機関で「重点審査」の対象となっているが、このラインの変動も考える。

また、治療費、接遇、疾病、職員とのトラブル、患者の意思決定などの相談・苦情に対応する「アドボカシー（権利擁護）」に関する「部門」や「専門室」を医療機関への設置または、医師会等の医療専門団体への設置を義務付け、定着・普及するまでは、段階的解消を視野に診療報酬上の「加算」などの措置を講じる。

### ◆提言2 医療の「最適化」 診療内容・医療内容の見直し 抗生剤、薬剤使用の適正化

日本の医療は基本的に医療保険制度による保険診療によっている。この中身の過不足は、診療報酬による

点数評価と、制度上認められている医師の裁量権による医療提供と、人材・設備・施設の地域格差、地域実情を鑑み、「地元」の医師・歯科医師の三者構成による「審査」、いわゆるピア・レビューにより、評価される。

しかしながら、医療費抑制を体現する形での経済審査・機械的審査が行われており、医療の最適化は図られていない。歯科においては、診療報酬点数表を超えた審査ルールなど、歪みが激しくなっている。

これを医学・医療に基礎を置いた審査とともに、査定に際し各学会での治療のガイドラインや投薬のガイドライン（「多剤」「抗生素」など）の提供など論拠を示すようにし、また審査委員会での医療・医学的検討の場を設け、医療の最適化に努める。

なお、ガイドラインは、最低限度や標準的指標であり、患者の個別性により、医師の裁量により臨機応変の対応は医療的には当然であり、金科玉条的な対応や、治療を規格化、標準化し診療報酬と連動させ、些細な差異やそこから外れたら「査定」というのは厳に戒める。そのための事実に基づく苦情処理委員会を地方厚生局に設置し、解決を図る。

### ◆提言3 医療技術の進歩への対応と医療の効率化

AI、ICTによる病名診断、検査、画像診断などの、実臨床への応用は、「Watson for Genomics」による診断支援などいくつかの技術で進展があるが、費用が数千万円と高額である。

また、医療情報のビッグデータを利用した電子カルテ「NECV」は、医師所見などの自由記述の自然文を構造化言語に言語処理をし、データ解析により退院に必要な因子を割出すなどの進化もある。が、ビッグデータの実相は、病名表記一つとっても「がん」、「癌」、「Cancer」と一様ではなく、マーケティングに使えて、治療という厳密さが求められる分野での「使えるデータ」が不足している。基礎となるデータや知識の不足があり、この整備が必要である。まだ発展途上ではあるが、治療や診療の主体は医師、歯科医師であり、「手段」「道具」としての有効活用は期待をしている。

今後、技術的進歩や深化などの発展はあるが、「道具」としての有用性と臨床現場での導入と、医療者として患者に「治療」「診療」を提供していくことは、補完関係にはあるが完全な代替関係ではない。人間という生体への治療の場面において、どこまで許容され、どこまで譲れないかは、医療倫理との関係で、患者・国民、医療者の今後の更なる国民的な議論に委ねていくべきものと考える。

ただ、歯科技工の補綴物の三次元プリンターCAD/CAM の普及による歯科技工士の廃業、手術ロボットと通信回線による遠隔手術による外科医の役割や存在意義の縮小、診療現場からの退場、人材の「生殺し」など、現実的な懸念として浮上している。専門職種の育成と人材を単純に無にするなし崩し的な不作為は厳に戒め、人材活用、人材活躍の「場」と「経済的保障」を築く。

尚、遠隔診療は、過疎地、諸島部など、地理的・物理的にやむを得ない場所での代替対応として認められた経緯に鑑み、診療の基本は対面診察、対面治療であり、日常診療や在宅診療での「流通」「一般化」を図らない。ただし例外的に、夜間の急変時の際に訪問の要否の判断のため病態観察・監視をするなど、合理的な診療補助としての在宅診療での遠隔診療は認める。この例外対応を梃に、24時間対応の枷を緩和し在宅診療への参加医療機関を増やす。

### ◆提言4 医療情報の活用・連携と診療連携

カルテ、看護記録、検査データ、画像診断情報などの患者情報、診療情報を、情報漏洩に配慮した独立の電子システムのことで、患者同意を前提に、医療機関の間での利用・活用を図る。これにより二重投資の排除、診療内容の相互間での「気づき」による診療内容の変化、最適化を図る。

電子カルテはベンダーごとにフォーマットが違い統一化されておらず、診療データの連携共有が希望する医療機関間で可能となるような端末などの環境整備へ、国が補助をする。なお、紙カルテの全廃を言うものではなく、臨床現場の実情に応じ、紙と電子データが円滑に利用できることが肝要であり、これを「邪魔」する施策に医療機関側に「拒否」権を与える。

## **◆提言5 医師・歯科医師養成、医学教育 自由標榜制**

08年に政府は初めて「医師不足」を公式に認め、97年閣議決定を見直し医学部入学定員を1,600名増やしたが、現実には「解消」感はない。OECD平均に比して12万人不足といわれるが、単純な定員増だけでは、将来的な人口減少を勘案すると医師過剰問題にもいずれ帰結しかねない。医師が一人前になるのに10年を要し、「当座の不足・偏在」の問題と「将来」の問題を峻別して考える必要がある。

医師養成数増は、医学教員の増加、医学施設の増加の観点とともに、今後の人口減少を踏まえ、医療需要との均衡を考慮し養成計画の立案を大学医学部、基幹病院（地域中核病院）、医師会の関係者による検討会で立案し、財政的に手当てる。

その際、1県1医大構想が狙った、地元への医師定着が、近年、首都圏・近畿圏の学業優秀な富裕層の入学となり難くなっていることから、奨学金と連動した「地域枠」（一定年限勤務の要件付け）ではなく、奨学金と連動しない地元出身者の「枠」としての「地元枠」を医学部入学に際し設ける。

医師の偏在解消として、「医局」の復活が実際的との声が自民党内であがっているが、前時代的な制度の復活には与しない。

また、大学・市中病院の勤務を経ての開業という医師の一般的なキャリアパスにより、「屋根瓦方式」といわれる、専門性を柱に患者に応じたプラスアルファの診療能力をつけていくという実践型教育で日本の医療は長らく支えられてきた。しかし、研修医の身分保障がないまま実質無給で戦力とされ、結果、アルバイトにあけくれ、専門性の偏りなども問題として指摘され現在の卒後臨床研修義務化に行きついている。

卒後教育は、努力義務として従前に戻し、卒前教育の充実を図る。また研修医の身分保障を賃金においては公務員基準で、国が保証する。

新専門医制は、迷走に迷走を重ねているが、医師のキャリア形成の面では自己の選択の問題であり、全ての医師に取得の義務付けはしない。また、患者側にとって重要なのは医療機関を選択する際の最初の情報の確度と、その後の適切な橋渡しの担保に問題がある。この点で自由標榜制に一定の規制ないしはルールを適用する。具体的には自身の専門を第一標榜とし、第二標榜は関連群で複数、対応可能な科目は第三標榜として掲示することを義務付ける。尚、現行の科目と部位、症状、療法などの組み合わせでの標榜はいかず。

歯科医師の過剰問題については、歯学部定員の50%削減を視野に段階的に削減し、OECD水準との均衡をはかることを目標に据える。そのため卒後研修の受け入れ、大学の統廃合の際の国の財政支援などをセットする。

## **◆提言6 医療の機能分担、提供体制**

病床規制、病院の選別淘汰、急性期偏重施策の下、第一線医療は群雄割拠となっているが、都市部と地方、無床と有床で、そのありよう、役割が違っている。また、保健所機能の縮小により、患者の掘り起こし機能が衰退。従来の基本健診にとってかわったメタボ健診（特定健診）への特化による、保健事業の劣化のもと、どう地域医療を再構築していくのかが問われている。

これに対し現在、政府は病院病床を高度急性期病床、急性期病床、回復期病床、慢性期病床等（療養病床等と在宅医療）とし、医療資源投入量と医療需要データを基に、都道府県ごとの医療計画の下、地域医療構想の策定と病床再編を進めている。

しかし、病床が再編整備されても、ベルトコンベヤー式に病状の段階に合わせて、施設移動がスムーズにできるわけではない。診療報酬上の点数誘導などの施策による一部改善もあるが、入院施設・入所施設の確保のため患者・家族が途方に暮れないように、診療報酬の弾力運用や、地域包括ケアシステムの確立など、総合的な施策を図る。

現場では疾病状態に応じた病病連携、病診連携、診療所間の連携（診診連携）なども進み、機能分担、機能分化が図られつつある。これが患者・国民に見えるようにすることが第一である。

また現場の調整に任せた地域医療構想が機能し、地域医療への弊害をもたらさないよう、生活圏への配慮や、患者・住民の声を随時、聴取・反映できる委員会の設置なども含め、必要な制度的、財政的バックアッ

プを図る。

診療報酬も患者の病態と治療に対して評価されるよう、施設基準方式を改め「患者基準」（仮称）方式とする。

#### ◆提言7 医療業務の分担、移譲

医療の高度化、超高齢社会への突入、患者意識の変化、過去の医学部定員削減と臨床研修必修化による医師不足の顕在・集中化により、病院勤務医を中心に「疲弊」「自殺」が生じている。昨今、医師業務の一部を専門看護師へ移譲することや、看護業務の介護福祉士への部分移譲など、議論が続いている。

1990年代の医療事故問題の浮上により、保険診療上、文書類の作成が量、質ともに増大しており、書面作成などは、最終的に医師の確認と署名を前提に事務職員による記載・作成が可能となっているが、これを促進し、本来の業務に集中させる。そのため事務職員の配置に対し病院に限定せず、診療所まで広く、診療報酬での経済評価を行う。

また、医療行為について看護師による死亡確認（＊「診断書」作成ではない）を可能とするなど一定部分を移譲する。看護師の業務も診療の補助に特化し、療養の世話は介護職に移譲する。

歯科においても、歯周病のスケーリングやSRPなど現実的な領域部分を、歯科衛生士に法的にも曖昧さの余地のない形で認め、職業意欲を高め、離職の防止、復帰の促進を図る。摂食嚥下の重要性に光が浴びる今日、多職種連携を進める観点からも、その役割・位置付けの強化を図る。

医科、歯科ともに、コ・メディカルに関し、専門性に信頼を置いた「評価」の下、業務の「範囲」「定義」を法的に明確にする。その際、現行業務からの移譲部分についての、業務範囲の両者での重複を認める。また、業務範囲の移譲・拡充に応じた教育・研修制度を付随させる。

#### ◆提言8 医療者の身分と健康の保障、労働環境改善による医療事故の防止

病院勤務医の切実な要求は、連続勤務せずに休日が保障されることである。労働基準法に抵触する「当直」は、医療界では医師の自己犠牲により支えられてきた。まずは、勤務医の健康の確保のための休日体制の保障と激務に報いる賃金保障が必要であり、診療報酬の病院評価を1.5倍とする。

長時間労働が医療ミスの原因、—「米国の医療ミスによる死者は年間最大10万人」との全米科学アカデミーの医療の質委員会（IOM）が99年秋に衝撃的な発表をしている。連続9時間以上仕事を続けるとミスの発生率が上がり、12時間で通常の2倍、16時間で3倍となり、IOMは24時間以内に12時間以上働くかない、7日間で60時間以上働くかないよう勧告もしている。米国の救急医療は週40時間労働、ER（救急救命室）勤務はそのうち26時間に制限されている。米国に学ぶ必要がある。

また昨今の病床削減と高齢者の退院強要策の下、在宅での急変時に救急車で来院するという事態になっていることは否めない。機械的な退院強要策は改める。

これと合わせて患者の大病院志向のは正を図ることが、労働環境改善に必須となる。具体的には病院の地域輪番制の広報の徹底、軽傷救急の際の大病院集中による弊害の教育・周知など、国民の啓蒙に政府、行政機関が努めることを義務とする。

尚、病院勤務医のみならず、第一線医療を担う、診療所開業医の健康問題は意外と見過ごされており、精神疾患、循環器疾患が突出し、増加傾向にある。第一線医療の脆弱化は、二次、三次医療へと波及する。この観点から、開業医、開業歯科医の時間単位の労働評価を、弁護士なみに時給1万円相当が担保できる診療報酬とする。

#### ◆提言9 医療保険制度 職域と地域での統合と患者負担の廃止

医療の現物保障をする健保法の趣旨に立ち返り、「受益者負担」「疾病自己責任」の具現化である患者負担を廃止し、経済力の多寡による受診時の障壁を取り払う。財源は保険料と公費（国庫・地方）で賄うこととする。

また、医療保険制度の骨格を維持し、職域、地域ごとに医療保険制度の統合化を図る。

#### ◆提言 10 混合診療の廃止、現物給付の充実 歯科通則 21 廃止と保険給付化

現在、保険外併用療養費制度として、先進医療技術、医薬品・医療機器を対象とした「評価療養」と差額ベッドや180日超の入院やリハビリなどの「選定療養」、臨床研究の適格基準外との併用の「患者申出療養」と、混合診療が法制化され、医療保険制度からの逸脱が酷くなっている。①通常医療でありながら給付外とされているもの、②療養環境の改善（差額ベッド）は保険給付化しないなど、給付充実と反する性格を帶びたものや、臨床試験（治験）や臨床研究など、「有効性・安全性」を担保しないものも「診療」と称して、合法化されている。

よって、医学的に有効性・安全性の確立された医療技術、医薬品、医療機器は保険導入することを堅持し、差額ベッドなど選定療養の廃止、評価療養は保険導入の「検討対象」から「導入前提」と性格を変更し、治験等の有効性・安全性の担保措置を絶対化すること。

尚、代替薬品のない人道的救済などは、健康保険とは別の枠組みで制度化すること。

歯科の欠損・補綴の自費移行を認めた、通則 21（いわゆる「51年通知」の通則化）は、保険診療の拡充を放棄するツールとなっており、これに関わる自費診療分を5年計画で段階的に保険給付化をはかり、この通則を廃止する。

#### ◆提言 11 診療報酬のモノと技術の分離評価

現在の診療報酬は技術・労働、モノ、管理の評価が混然一体となっていること、診療所であれチーム医療が展開されているにもかかわらず戦後の1人診療所の評価体系を出発とした接ぎ木的体系であること、積算根拠が不透明なこと、概してモノ偏重であることが、主な問題、矛盾点である。

この解決のため、まずは①1981年の診療報酬改定まで原則とされていた物価スライド制を復活させる、②その前提として81-2010年までの物価・人件費を鑑みた補正を行う、その上で③技術・労働、モノ、管理と区分けし、技術・労働評価の指数化・定量化（時間・難易度・ストレス・人件費・危険率）を図る。外科系技術料に限らず内科系技術料についても知識・判断と重篤化の回避率などの指数化に配慮する。

尚、専門医の技術評価や、ドクターフィー、ホスピタルフィーに関しては、上記で触れた現行の診療報酬の改善の後に、評価手法のみならず是非についても慎重な議論の上での検討課題となると考える。

#### ◆提言 12 医療保険の給付範囲と給付体系 高度医療、高額医療の問題の解決

医療保険の給付範囲を、日常診療レベルか、高度医療かにシフトする議論が出はじめているが、原則的に、現在の給付範囲を守り、維持期リハビリなど給付外化されたものを範囲に戻す。また、食事療養、生活療養と「療養の給付」から切り離され別体系とされた入院での給食や、光熱費は、医療の一環であり、「療養の給付」に戻す。

死亡に至る終末期など高額にかかる、「高額医療」については、巷で喧伝されるほど、医療費に占める割合は多くない。ただ、そのありように疑問符がつくことも現実にはある。最期の医療の在り方について、医師と患者・家族の間で話し合い、リビング・ウィルを確認できるよう、医療界での啓発に努める。その際、診療報酬などの経済的評価で、後押しさは絶対にしないこととする。

遺伝子治療、iPS細胞治療、再生医療などの「高度医療」は、保険診療に収載される段階ではなく、臨床研究段階で、「治療」と称し、保険外併用療養の枠組みで一部実施されている。これらは、臨床研究として科学研究費で実施されるべきもので、国公立大学の独法化や僅少な科学的研究費を理由に、臨床研究への保険診療財源の「流入」、「流用」となっている。国の科学的研究費の増額を図り、科学的研究費の弾力運用（複数統合、長期年限化等）も認め、保険診療とは峻別する。

また、ゲノム編集、遺伝子治療、生殖補助医療、再生医療、ヒトゲノム・遺伝子解析研究、疫学研究、臨床研究、ヒト幹細胞を用いた臨床研究などを、一本の統一した臨床研究法制の下で統御・制御を図る。

その上で、重粒子線治療（小児がん・骨軟部腫瘍）や内視鏡下手術用ロボット（ダ・ビンチ）を用いた腹腔鏡下腎部分切除術など「高度医療」から「先進医療」を経て、保険導入された「高額」な医療は、適用するガイドラインの運用を厳格化し、治療施設の野放図な拡散とならないよう、「施設基準」による届出制から、事前相談を前提とした国の「承認」制に改める。

### ◆提言13 医療倫理 医療ガバナンスの確立

医療倫理、医療モラルの確立に向け、全医師が参加する生涯教育、医療者情報開示、自浄作用、自律統治機構の確立の枠組みを構築する。

### ◆提言14 医療費規模と財源

対GDP医療費（保健医療）支出は11.2%（2015, OECD estimates）とOECD加盟国中3位と、ドイツ、フランスとほぼ同水準となったが、これは医療の質や量が飛躍的に充実したのではなく、日本のGDPの伸びが低調であったことに起因するものである。高齢化率との関係で見ると、日本は高齢化の進んでいる割には支出が高くない。支出の内実も、「1人当たり診療技術料およびサービス」は17位でOECD平均を若干上回る程度であり、「1人あたり医薬品およびその他の非耐久性医療財支」が2位となっており、モノ偏重を特徴としている。医療は“人件費の塊”であり、医療従事者の技術・労働へのシワ寄せを示している。

#### 〈合理的医療費 50.9兆円 ギャップ10.1兆円〉

当会は2009年に、医療の再生産を保障する医療費規模を合理的指標に基づき積算し、41.4兆円（06年：国民医療費33.1兆円）と算出、そのギャップを8.3兆円と示している。これを2014年度の国民医療費40.8兆円を基に機械的に推計すると、再生産を保障する合理的な医療費は50.9兆円であり、ギャップは10.1兆円となる。この試算は、主に「全産業の賃金平均」水準を医療従事者の人権費に反映したものである。

これを、保障する財源に論及する。既述のとおり、現在の医療保険システムの維持を基本と考えており、主たる財源は保険料であり、補完的に公費となる。患者負担は医療の現物給付の理念に則り、廃止し解消を図ることを基本とする。

この実現のため、①社会保障費圧縮圧力を除き、国庫での社会保障財源不足を解消する、②更に合理的医療費を賄う、この2点を満たす必要がある。そのため、保険料率の4.6%アップ、租税負担のアップ（消費税で8%相当）、地方負担の2.0兆円拠出を図る。仔細は以下に論述する。将来的には2035年の医療費は現行の40兆円規模から38兆円～数兆円規模で減少すると当協会は試算しており、合理的医療費も同様に減少する。よって、国民の負担は当協会提案が天井となる。

.....

#### ◇医療費規模と財源の詳細説明

##### 〈医療・社会保障財源への誤解・曲解の解消 主は保険料 国庫は消費税と借金〉

論述する上で、財源問題に関し、一部にある誤解や曲解の是正がまず、必要と考える。医療・社会保障は、財源構成は保険料が主で公費が補完的に投入され、医療費・社会保障費の規模に応じ「比例的」に変動する。例えば国保は給付費の50%の「国庫」投入が法定化されるなど「割合」が決まっている。つまり、「給付増は負担増」となることが仕組み上、必然となる。

また、国保、組合健保、協会けんぽの各々は制度が分立しており、各々の中で財政運営は完結している。よって、大企業の保険料の事業主分の割合を増やしても、他の制度には回らない。ただ財政調整の仕組みである後期高齢者医療制度へ「支援金」の形で、各医療保険が財政力に応じて負担をしている。ちなみに大企

業健保は7:3の割合で事業主負担を多く負担しているところが少なくない。

医療保険の「財布」は一個にまとまっておらず、大企業健保の事業主分の保険料を上げて財源の増加を図るというのは原理上、不可能となる。

また、補完的に投入されている公費について考える。社会保障給付費107兆円は、保険料が64兆円、公費43兆円で構成され、その公費は地方分12兆円、国庫31兆円となっている（2014年厚労省資料）。この国庫の支出を抑えるため、全体の給付を抑えるための制度改革が行われている。

この国庫31兆円のうち13兆円は消費税収入により賄っているが、残りの18兆円は「借金」（＝国債）に負っている。

お金持ちと大企業の負担での財源捻出が、過去より言われ続けられてきたが、これが「満額」実現しても10.5兆円でしかない。具体的には所得税を税率の上位の23%、33%、40%の収入1,100万円以上の層を、各々30%税率をアップし最高70%としても、得られる税収は1%分1,000億円×30で3兆円となる（ちなみに医師・歯科医師の多くは30%の税率UPの対象）。法人税率も過去最高水準なみの40%台へと、現行の30%から15%アップとし、1%分の税収を過去最高だったバブル期の1%分500億円とし計算すると1%分500億円×15で7.5兆円。両者の合計で10.5兆円であり、先の借金で補填している18.5兆円分は埋まらない。

更に、政治的ハードルの高い防衛費5兆円、この間、大幅に減った公共事業費6兆円のうち1割分がムダと仮定しても合計で6兆円弱であり、これをあてても18兆円-10.5兆円-6兆円=1.54兆円は埋まらない。

このことから導き出されるのは、社会保障の国庫の捻出方法として、基幹税となった「消費税の活用は否定できない」ということになる。これを否定した場合は、医療費規模を半分程度となり、医療者の半分が失業することになる。

#### 〈必要原則で消費税の逆進性は累進性へ〉

消費税は「逆進性」が問題となるが、「健康格差社会」（千葉大学教授・近藤克則氏）にみるように低所得者ほど医療が必要とされ、給付がなされることで結果的に「累進性」が強まる。現在、不十分ながら患者負担の割合や負担上限（高額療養費）に配慮がなされているが、患者負担がゼロとなることでより給付が厚くなり、逆進性が緩和され、逆に累進的になる。

また国庫は医療保険においてはどのように入っているかと言えば、組合健保には投入されず、最大は国保に50%、中小企業などの協会けんぽに16.4%（いずれも給付費ベース）で入っており、事実上の所得再分配、所得の高い層から低い層への所得移転の機能を果たす形となっている。

基幹税の消費税は、社会保障給付費の国庫として活用するとともに、所得税、法人税の引き上げなど社会的公正を図り、「公費」の「国庫」を捻出することになる。

#### 〈保険料4.6%UP 消費税8%UP 医療の再生産へ応分の負担を〉

現在のギャップ18兆円を消費税で埋めると7%強の引き上げとなる。更に合理的医療費への増加分10兆円の国庫分2.5兆円が消費税1%弱であり、計8%の引き上げを基本に、所得税・法人税の引き上げや証券優遇税制、資産課税などでこれを漸減することとする。

消費税は現在、社会保障4経費（医療・年金・介護・子育て）に充てることが法定化されており、調達財源力は1%で2.7兆円であることを考慮するとこれが道理となる。

当然、医療保険財源の主力は保険料であり、合理的医療費へ保険料の引き上げで6兆円程度の捻出となるため、保険料率で3%の引き上げを図ることとなる。また地方分は1.5兆円の追加となる。

以上は、現在の患者負担5兆円の解消を含んでおらず、この解消のため、国庫1.3兆円、保険料3.2兆円、地方0.5兆円が必要となる。これへは、上記の引き上げ分で国庫分は吸收が可能であり、保険料は料率で1.6%の追加アップとし合計でドイツなみの料率となる。

基本は医療の再生産の保障である。患者のフリーアクセスを保障し経済的理由での受診抑制を解消し、患者に質の高い医療の提供をし健康度を高め医療費を真の意味で適正化する。そして過減した（浮いた）財源

を医療に再投資し良循環を形成する。その財源の「土台」を確立するため、応分の負担をすることである。

### 〈患者負担の解消への疑惑について〉

患者負担の解消に関し、「不必要的受診」、「コンビニ受診」の弊への懸念がマスコミ、医療者に根強い。確かに一部に必要度の低い受診や、夜間・休日の緊急性の低い受診などはあるが、小児医療費助成制度などの「因果関係」を示す根拠は何もない。小児医療費助成制度は市町村レベルで就学未満無料は100%（通院）、中卒迄無料は80%（通院）だが、ここ5年（2009年-2014年）、0-14歳の国民医療費は2,400億円台で一定し増減を数%範囲で繰り返しており、大きな変動はない。

小児医療費助成の先進地、東京都は2007年10月から中学卒業までの無料化を実施しているが、年間の救急車の出動は毎年1万件の増加に反し中学卒までの年齢層は一貫して件数が横ばいである（東京消防庁）。平日夜間診療や、休日・全夜間診療の件数も制度拡充と連動はしていない。（東京都『東京都における小児初期救急医療体制について』）。つまり、小児医療費助成制度、患者負担解消は、「不必要的受診」「コンビニ受診」とは無関係である。

過去、1973年10月に老人医療費が全国的に無料化され、83年2月に廃止されるまでの10年間、平均15.3%医療費は伸びていることをもって、患者負担解消が過度な受診を引き起こしたかのように喧伝するむきもある。しかし、この間は、石油危機による狂乱物価に対応した1974年の診療報酬の改定率35.0%引き上げをはじめ、76年9.0%、78年11.6%引き上げと、10年間平均で7.7%と高率である。加えて、人口増が平均1.0%、高齢者人口増が4.6%あり、合計13.3%となる。これに70年代のCT、超音波をはじめ新たな医療技術の導入や、医療・医学の進歩と、医療費増加の要因を考慮すると、正味の増加分は平均2%もない。つまり、老人医療費無料化による影響は、それまでの患者負担（多くは国保3割）により抑えられていた医療の潜在需要が顕在化しただけで、幾何級数的に増えてはいない。

現在の医療費においても、8割の患者の使う医療費は全体の20%程度にすぎず、2割の患者が80%の医療費を使っている（『平成7年 社会医療診療行為別統計』厚労省）。この2割の患者の医療費は高額療養費が適応される、患者負担8万1千円以上（医療費で27万円以上）であり、患者負担の多寡により受診行動は影響されない。つまり、低位の医療費を占める8割の患者の受診件数（回数）が仮に10%増となつたとしても、医療費に与える影響は $20\% \times 10\% = 2\%$ に過ぎない。現在の医療費40兆円で考えれば0.8兆円である。しかも、この受診件数10%増というのは、全国の医療機関の患者が1カ月強分の増加（1/12カ月=8.3% : 10% ÷ 8.3% = 1.2カ月）することと等しく、過去の老人医療費や現在の小児医療費助成に照らせば、ありえない仮定である。

当協会の会員調査（2013年）で小児医療費助成制度を全体で7割、小児科医で8割が肯定的に評価し、コンビニ受診の経験はあるが自院での多発頻度は6%と低く、他院からの伝聞例では10%に止まる。また、休日急患診療所の当番医経験者では、コンビニ受診は患者負担の軽重と無関係となっている。つまり頻度や数ではなく遭遇例の印象や極端な問題事例が、制度と結びつけて感覚的に流布されてきたに過ぎない。

「具合が悪くなったら、いつでも来てくださいね」、これは医療機関で医療者が患者さんにかける言葉である。問題は医師と患者の間の関係にあり、解決の道は、医療者側の患者教育や、患者側の受診態度に求めることが筋となる。また核家族化での家庭力の弱体化、ネット社会での医療情報の氾濫による混乱、非正規労働が4割超の社会での日中の受診の難しさなど、社会環境・社会構造の変化、社会背景へ視座を向けないと、非寛容さが募るだけである。兵庫県立柏原病院の小児医療の危機を、コンビニ受診を控える・感謝の気持ちを伝えるなど地元の母親たちの活動で存続させ、地元『丹波新聞』が一役買った話は教訓的である。

そもそも、もしもの際のリスク分散である「保険方式」により医療保障を制度化し、「保険料」を「前払い」しているのに、病気での受診の際に、「患者負担」を「追加上乗せ」で負担すること自体、保険制度として「原理」矛盾している。しかも年齢、所得による「給付格差」、つまりは「給付差別」を制度化する矛盾を重ねている。民間の医療保険で、病気の際に「患者負担」はなく、保険金が給付されている。これは誰も問題にはしない。保険方式における、公的医療保険での患者負担の当然視は、改めるべきである。

## 〈2035 年の医療費推計〉 総医療費は 38 兆円で、現在の 40.8 兆円から減少する

政府・厚労省の社会保障に係る費用の将来推計は、「2025 年」までのものしか出されていない。(2012 年 3 月)。これによると、医療は患者負担を除いた給費費で 2015 年が 39.5 兆円 (GDP 比 7.7%)、2025 年が 54.0 兆円 (GDP 比 8.9%) である。これは「日本の将来推計人口 (H24.1 推計)」と内閣府の「経済財政の中長期試算 (H24.1)」慎重シナリオをベースに推計されている。

2015 年から 2025 年まで、実に 36.7% も増加することとなり、GDP 比が 7.7% から 8.9% へと 1.2 ポイントの上昇となる。ちなみに、上記の試算から逆算すると、2015 年の GDP は 513.0 兆円、2025 年の GDP は 606.7 兆円と、10 年間で 100 兆円と桁外れの成長を描いている(過去 10 年 (2004-2014) の GDP 増加率は ▲1.2%、人口増加率は 0% である)。

しかし、将来推計と違い、現実の医療費は 2014 年の数字で 40.8 兆円となっており、給付費は 35.8 兆円でしかない。3.7 兆円も低いのである。

既に、日本の人口は減少局面に入っている、2015 年の総人口 1 億 2,659.7 万人が 2035 年には 1 億 1,212.4 万人へと、約 1,450 万人減少、▲11.4% となる。65 歳未満人口でみると▲19.4% となる。

一方、65 歳以上の高齢者は 2015 年の 3,395.2 万人が 2035 年には 3,740.7 万人へと約 350 万人増加するが増加率は 10.2% である。総人口に占める割合は、2015 年の 26.8% から 33.4% へとあがり、この増加率 24.6%

(33.4 ÷ 26.8) ほどは高齢者人口は増加しない。また、2015 年の 15~64 歳人口の占める割合 60.7% は 2035 年でも 56.6% と 4 ポイント程度しか落ちず、生産年齢人口も大きくは減少しない(H28 年版『高齢社会白書』)。

現在の 70 歳以上の医療費は 17.0 兆円であり、2035 年の人口増加率を基に推計すると、18.7 兆円となる。また、人口減少を基に 70 歳未満の医療費を推計すると 19.0 兆円となる。よって総医療費は 37.7 兆円、つまり 38 兆円弱となる。

政府の推計は、経済力の規模に応じた医療費の支出とし試算がされており、GDP が巨額に膨張することを前提にしているため、医療費の規模が大きく推計されているに過ぎない。

よって、現在の数字を基にした、るべき医療費は 2035 年でも大きく動かない。それどころか、当協会試算の 50 兆円は 47.5 兆円と減少することになる。

以上

# 參考資料

## 特別企画「紙上座談」

# 「かかりつけ医」を軸とした 医療費抑制の総合戦略プラン

## 「保健医療2035」を医療現場から斬る

## 座談メンバー

- \*【カッコ】内は本文での表記
- K内科医 【K内】
- Y内科医 【Y内】
- S内科医 【S内】
- M内科医 【M内】
- H内科医 【H内】
- F小児科医 【F小】
- I歯科医 【I歯】
- E歯科医 【E歯】
- T事務局員 【T事】

**【K内】保健医療2035】【S内】そもそも、地域包括の提言書を通しての感想はいかがか。若手に好きに議論させた格好をとり、内実は要請を厚労省の幹部が押さえている感もある。内でも滑り込んでいるが。内に提言書には良い事ばかりが書いてあるが、果たして現実できるのか疑問として現実できるのか疑問だ。地域包括ケアシステムの推進となるべく自然に健**

**【T事】保健医療2035】**【S内】そもそも、地域包括の提言書を通しての感想はいかがか。若手に好きに議論させた格好をとり、内実は要請を厚労省の幹部が押さえている感もある。内でも滑り込んでいるが。内に提言書には良い事ばかりが書いてあるが、果たして現実できるのか疑問だ。地域包括ケアシステムの推進となるべく自然に健

均年齢42・7歳により「保健医療2035」提言書(概要下)が策定された(6月9日公表)。厚労省主催のシンポジウムが行われ(8月24日)、8月から幹部級職員による120項目に及ぶが、これらは「骨太方針2015」や「成長戦略」に盛り込まれているメニューとの重なりが多い。既成の枠やしがらみに囚われずに議論、ということだったが、中身は必ずしも、従来の域を大きく外れるものではない。政策部では、この将来提言「保健医療2035」に関し、現場から見た感想、問題点などを9月、10月と連続討議。紙上座談の形でここに掲載する。

### 全人の医療を提供するゲートオープナーは実効に疑問

#### 【F小】ゲートオープナー

(全人の医療サービスを提供する「かかりつけ医」)

の中身は非常に怖いものだと思っている。小児科では内科では見られないが、小児科でしか診ないような疾患もある。周期性嘔吐症の子供が、内科を受診し原因が分からず、外科に行つて胃を切開することになってしまった例を知っている。

### 「保健医療2035」提言書・概要

全部で45頁。2020年の財政再建、2025年の地域包括ケアシステム実施の先の保健医療の将来ビジョン。団塊ジュニア世代が65歳になりはじめる2035年までに保健医療のパラダイムシフトを図ることとしている。目標は世界最高水準の健康医療が享受できるシステム構築。具体的には①保健医療の価値を高める(リーン・ヘルスケア)、②主体的選択を社会で支える(ライフ・デザイン)、③日本が世界の保健医療を牽引する(グローバル・ヘルス・リーダー)の3つのカテゴリーでメニューを列挙。「より良い医療をより安く」という価値観への転換、医療機関サービスの費用対効果の改善、保険医の定数配置、自由開業制の見直し、かかりつけ医から全人類の医療サービスを受ける「ゲートオープナー機能」など多岐にわたる言及。実現のためのインフラにも触れ、情報基盤整備、寄付による公的保険の財政支援や保険の範囲見直しによる保険外サービスへの新たな金融サービスなど、踏み込んでいる。

時間軸は2035年を最終としながらも、2020年と早い段階で鍵となる施策の実現を盛り込んでいる。

#### (参考) ビジョン達成に向けた時間軸

\*「インフラ」の項については割愛

|                                 | ～2020   | ～2035   |
|---------------------------------|---|---|
| リーン・ヘルスケア～保健医療の価値を高める～          | <ul style="list-style-type: none"> <li>・医療技術評価の制度化・施行</li> <li>・現場主導による医療の質の向上支援(過剰医療や医療事故の防止など)</li> <li>・「ゲートオープナー」としてのかかりつけ医の育成・全地域への配置</li> <li>・地域と病院が患者側に最善の選択肢を提供</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・医療提供者の技術、医療用品の効能など(医療技術)を患者の価値を考慮して評価し、診療報酬点数に反映</li> <li>・医療機関のパフォーマンスの見える化とベンチマークによる治療成績の改善</li> <li>・地域のデータとニーズに応じて保健・医療・介護サービスを確保</li> </ul>  |
| ライフ・デザイン～主体的選択を社会で支える～          | <ul style="list-style-type: none"> <li>・「たばこフリー」オリンピックの実現に向けた環境整備の促進(例:子どもも防煙教育、たばこ税増税、たばこの広告・パッケージ規制、喫煙者に対する禁煙指導・治療)</li> <li>・効果が実証されている予防の積極的推進、特に、重症化予防の徹底による医療費削減</li> <li>・「健康への投資」による生活の質と社会的な生産性の向上</li> </ul>                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>・2035年までに「たばこフリー」社会を実現</li> <li>・電子健康記録に介護サービス情報を含めた個人レベルでのポータブルな情報基盤の普及・活用を支援</li> <li>・住民が健康・生活上の課題をワンストップで相談できる総合サービスの充実</li> <li>・健康の社会的決定要因を考慮したコミュニティやまちづくり</li> </ul>                     |
| グローバル・ヘルス・リーダー～日本が世界の保健医療を牽引する～ | <ul style="list-style-type: none"> <li>・健康危機管理体制の確立(健康危機管理・疾病対策センターの創設)</li> <li>・オリンピック開催までに早急に国際的な医療の提供体制の確立</li> <li>・グローバル・ヘルスを担う人材の育成体制の整備と官民一体となって人材をブルーストア組みの言及もある。</li> <li>・アジアなどでユニバーサル・ヘルス・カバレッジや医薬品等承認制度などのシステムの構築支援</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>・感染症の封じ込めや災害時の支援など健康危機管理で国際的に貢献する機能を大幅に強化し、世界の「健康危機管理官」としての地位を確立</li> <li>・政府、自衛隊、NPOや市民社会などと連携した保健安全保障体制の確立</li> <li>・地域包括ケア等の医療・介護システムの輸出</li> <li>・国際機関などによるグローバル・ヘルス・ガバナンスの構築への貢献</li> </ul> |

### 位置づけ薄い歯科

#### 検証のない後発品使用促進

【E歯】「保健医療2035」でいる歯の指導は歯科衛生士へ、医師の仕事はナースへ、医師の仕事はナースへ、医師の仕事はナースへ、医師の仕事はナースへ、医師の仕事はナースへ

【E歯】「保健医療2035」でいる歯の指導は歯科衛生士へ、医師の仕事はナースへ、医師の仕事はナースへ、医師の仕事はナースへ、医師の仕事はナースへ、医師の仕事はナースへ、医師の仕事はナースへ

【E歯】「保健医療2035」でいる歯の指導は歯科衛生士へ、医師の仕事はナースへ、医師の仕事はナースへ、医師の仕事はナースへ、医師の仕事はナースへ、医師の仕事はナースへ、医師の仕事はナースへ

【E歯】「保健医療2035」でいる歯の指導は歯科衛生士へ、医師の仕事はナースへ、医師の仕事はナースへ、医師の仕事はナースへ、医師の仕事はナースへ、医師の仕事はナースへ、医師の仕事はナースへ

【E歯】「保健医療2035」でいる歯の指導は歯科衛生士へ、医師の仕事はナースへ、医師の仕事はナースへ、医師の仕事はナースへ、医師の仕事はナースへ、医師の仕事はナースへ、医師の仕事はナースへ

【E歯】「保健医療2035」でいる歯の指導は歯科衛生士へ、医師の仕事はナースへ、医師の仕事はナースへ、医師の仕事はナースへ、医師の仕事はナースへ、医師の仕事はナースへ

【E歯】「保健医療2035」でいる歯の指導は歯科衛生士へ、医師の仕事はナースへ、医師の仕事はナースへ、医師の仕事はナースへ、医師の仕事はナースへ、医師の仕事はナースへ、医師の仕事はナースへ





## GOAL

### 目標

人々が世界最高水準の健康、医療を享受でき、安心、満足、納得を得ることができる持続可能な保健医療システムを構築し、我が国及び世界の繁栄に貢献する。

## PRINCIPLES

基本理念：新たなシステム構築・運営を進めていく上で基本とすべき価値観・判断基準

公平・公正（フェアネス）

自律に基づく連帯

日本と世界の繁栄と共生

## VISION

2035年の保健医療が実現すべき展望

### 1 LEAN HEALTHCARE

リーン・ヘルスケア

保健医療の  
価値を高める

### 2 LIFE DESIGN

ライフ・デザイン

主体的選択を  
社会で支える

### 3 GLOBAL HEALTH LEADER

グローバル・ヘルス・リーダー

日本が世界の  
保健医療を牽引する

## INFRASTRUCTURE

ビジョンを達成するための基盤

(横断的な手段、体制、リソース)

イノベーション環境

情報基盤の整備と活用

安定した保健医療財源

次世代型の保健医療人材

世界をリードする厚生労働省

(参考) ビジョン達成に向けた時間軸

|                                 | ～2020  | ～2035   |
|---------------------------------|--|---|
| リーン・ヘルスケア～保健医療の価値を高める～          | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医療技術評価の制度化・施行</li> <li>・ 現場主導による医療の質の向上支援（過剰医療や医療事故の防止など）</li> <li>・ 「ゲートオープナー」としてのかかりつけ医の育成・全地域への配置</li> <li>・ 地域と病院が患者側に最善の選択肢を提供</li> </ul>                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医療提供者の技術、医療用品の効能など（医療技術）を患者の価値を考慮して評価し、診療報酬点数に反映</li> <li>・ 医療機関のパフォーマンスの見える化とベンチマークによる治療成績の改善</li> <li>・ 地域のデータとニーズに応じて保健・医療・介護サービスを確保</li> </ul>                             |
| ライフ・デザイン～主体的選択を社会で支える～          | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 「たばこフリー」オリンピックの実現に向けた環境整備の促進（例：子ども防煙教育、たばこ税増税、たばこの広告・パッケージ規制、喫煙者に対する禁煙指導・治療）</li> <li>・ 効果が実証されている予防の積極的推進、特に、重症化予防の徹底による医療費削減</li> <li>・ 「健康への投資」による生活の質と社会的な生産性の向上</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 2035年までに「たばこフリー」社会を実現</li> <li>・ 電子健康記録に介護サービス情報を含めた個人レベルでのポータブルな情報基盤の普及・活用を支援</li> <li>・ 住民が健康・生活上の課題をワンストップで相談できる総合サービスの充実</li> <li>・ 健康の社会的決定要因を考慮したコミュニティやまちづくり</li> </ul> |
| グローバル・ヘルス・リーダー～日本が世界の保健医療を牽引する～ | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 健康危機管理体制の確立（健康危機管理・疾病対策センターの創設）</li> <li>・ オリンピック開催までに早急に国際的な医療の提供体制の確立</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 感染症の封じ込めや災害時の支援など健康危機管理で国際的に貢献する機能を大幅に強化し、世界の「健康危機管理官」としての地位を確立</li> </ul>   |

|                         |             |   |   |
|-------------------------|-------------|---|---|
|                         |             | <ul style="list-style-type: none"> <li>グローバル・ヘルスを担う人材の育成体制の整備と官民一体となって人材をホールする仕組みの創設</li> <li>アジアなどでのユニバーサル・ヘルス・カバレッジや医薬品等承認制度などのシステムの構築支援</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>政府、自衛隊、NPO や市民社会などと連携した保健安全保障体制の確立</li> <li>地域包括ケア等の医療・介護システムの輸出</li> <li>国際機関などによるグローバル・ヘルス・ガバナンスの構築への貢献</li> </ul> |
| 2035 年のビジョンを達成するためのインフラ | イノベーション環境   | <ul style="list-style-type: none"> <li>治験や臨床試験のプラットフォーム整備</li> <li>学際的かつ実践的な取組みを推進させるための研究・教育環境の整備や人材育成</li> </ul>                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>がんや認知症などの研究推進のための多様な研究財源の確保</li> <li>国内外のイノベーション人材の我が国への集積</li> </ul>  |
|                         | 情報基盤の整備と活用  | <ul style="list-style-type: none"> <li>ヘルスケアデータネットワークの確立・活用（公的データなどの医療等 ID による連結）</li> <li>検診・治療データの蓄積・分析による予防・健康・疾病管理の推進</li> </ul>                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>ICT による遠隔診断・治療・手術などの基盤確立</li> <li>予防、診断、治療、疾病管理、介護、終末期（人生の最終段階）において、データを活用した政策評価プロセスが確立</li> </ul>                   |
|                         | 安定した保健医療財源  | <ul style="list-style-type: none"> <li>医療費の伸びが予測を上回る場合の中長期調整システムの導入</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>公的保険を補完する財政支援の仕組みの確立</li> <li>都道府県ごとの地域差に対応するための権限移譲等</li> </ul>   |
|                         | 次世代型の保健医療人材 | <ul style="list-style-type: none"> <li>予防、公衆衛生、コミュニケーション、マネジメント能力を有する医師の養成</li> <li>グローバル臨床研修制度を導入</li> <li>公衆衛生大学院の増設等による医療政策人材の育成</li> </ul>        | <ul style="list-style-type: none"> <li>医療や福祉の資格の共通基盤（連携の促進や養成課程等）を整備</li> <li>医師の偏在等が続く地域における保険医の配置・定数の設定等</li> </ul>                                       |

|  |                      |  |  |
|--|----------------------|--|--|
|  | <p>世界をリードする厚生労働省</p> | <ul style="list-style-type: none"><li>・ 「保健医療補佐官（Chief Medical Officer）」の創設（任期 5 年）</li><li>・ グローバル・ヘルス・インシアティブの策定</li><li>・ 「医療イノベーション推進局」の創設</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>・ あらゆるグローバル対話・政策形成において先導的役割を確立</li></ul> |
|--|----------------------|--|--|

## ◇参考資料

### 医療費の再生産を保障する医療費規模へ8兆円の赤字ギャップの解消を求める

神奈川県保険医協会  
医療運動部会長 池川 明（談話）

日本の医療費水準が国際的にみて低水準にあることは、もはや広く理解されつつある。最近のOECDデータでみても医療費の対GDP比は8.2%で加盟30カ国中21位と低い。日本より低いのは韓国、トルコなど公的医療保険の歴史が浅く、給付内容が貧弱な国々である。この低水準の医療費の下、世界一の健康度（WHO）を達成しているのは、医療者の献身と犠牲によるものであり論をまたない。

われわれは90年代の終わりと、早くから、公的医療費の欧州水準規模への総枠拡大を唱え、関係方面に要望してきた。最新データに照らせば、求める医療費規模の追加分は、フランス水準でプラス10.6兆円、ドイツ水準でプラス6.7兆円、スウェーデン水準でプラス3.7兆円となる。

われわれは、このようなざっくりした要望ではなく、医療の再生産を保障する医療費規模はどれだけであるべきなのか、各種の指標を基に改めて積算をし、ここに示すこととした。結論を先に言えば、41兆4千億円は最低限、必要である。つまり現行の医療費33兆円と8兆円のギャップが存在しており、医療機関がこの赤字分の解消に犠牲を払っているのである。

再生産を保障する医療費の積算式を、われわれは、「人件費+管理費+外部購入費用+医業再生産費用」とした。

人件費は現金給付と福利厚生費で構成し、現金給付は全産業の平均賃金である賃金センサスを指標に医師も事務も一律的な賃金として医療従事者数をもって試算した。福利厚生費はその10%相当として計上した。

管理費は経費と減価償却費で構成し、指標は直近のH19年度の中医協・医療経済実態調査の数値を、診療所、病院、歯科診療所、薬局ごとに用い、施設数で試算。

外部購入費用も、実態に即し、医薬品費、医療材料費、給食材料費、委託費を、管理費と同様に中医協・医療経済実態調査の数値で試算を行った。

医業再生産費用については、医療の公共性を鑑み、公共サービスの従業員1人あたり経常利益を用い試算した。詳細は後掲の資料に譲るが、試算結果は次のようになる。

- ・人件費 14兆9,898億円
- ・管理費 6兆1,742億円
- ・外部購入費用 16兆4,543億円
- ・医業再生産費用 3兆8,236億円

#### ●総計 41兆4,419億円

つまり、41兆4千億円が最低限、必要な額であり現行の33.1兆円と8.3兆円の大幅な乖離をしているのである。

管理費、外部購入費用は実態値であり、医業が全国で継続していることを勘案すれば、医業再生産費用と合わせて、この3項目で26兆円なので、人件費は7兆円程度となり、全産業の平均賃金の半分で医療者が働いていることになる。

また、医療費は人件費の塊とし、医療費の半分は人件費との厚労省の統計数値で考えれば、再生産費用はゼロどころかマイナスとなり、一般産業ではありえない数値実態となるのである。

これらは、医師の賃金を一般職と傾斜をつけていない試算であり、この点を加味すれば、この規模では到底すまない。

以上の試算は、この間、誰もが知ることとなった「医療崩壊」の理由を如実に示している。社会保障国民会議が医療費抑制策の転換を打ち出したが、一律的な底上げに難色を示し配分問題が重要と診療報酬の配点に注文づけをする向きがある。

しかし、既に見たように、今の医療運営は異常なのである。

医療の質、患者満足の問題や、医療連携をはじめ第一線医療、二次救急、三次救急、基幹病院、大学病院、救命センターの役割分担や、この重層構造の盤石化などのほか、高血圧や糖尿病、歯周疾患など慢性疾患中心となった病態変化に対応した医療展開など、医療費の見積もりは、人員、設備だけではない要素や、二次予防や患者教育による重症悪化予防や健康づくりによる真の医療費適正化も考慮される必要がある。

われわれは今後も情報発信を続けていく。この試算が医療界への一石となることを期待したい。

2009年4月7日

#### ■医療の再生産を保障する医療費規模（メモ）

##### 1、諸外国水準の医療費規模達成への必要額

\*「OECD Health Data2008」(06年データ)

|        | Public exp | Private exp | Total exp |
|--------|------------|-------------|-----------|
| フランス   | 8.9%       | 2.3%        | 11.1%     |
| ドイツ    | 8.1%       | 2.4%        | 10.6%     |
| スウェーデン | 7.5%       | 1.7%        | 9.2%      |
| 日本     | 6.7%       | 1.4%        | 8.2%      |

(医療費の対GDP比率)

\*日本のGDP(06年:暦年) 507兆円

日本の国民医療費 33.1兆円(06年度)

≒6.5% (上記 Public exp 6.7% の 97.0%相当)

→

フランス規模 507兆円 × 8.9% × 97.0%

= 43.7兆円 (現行規模 + 10.6兆円)

ドイツ規模 507兆円 × 8.1% × 97.0%

= 39.8兆円 (現行規模 + 6.7兆円)

スウェーデン規模 507兆円 × 7.5% × 97.0%

= 36.8兆円 (現行規模 + 3.7兆円)

##### 2、人件費、中医協医療経済実態調査等からの試算

\*人件費+管理費+外部購入費用+医業再生産費用

###### (1)人件費

###### ①現金給付総人件費

###### ・医療従事者数

2,665,706人 + 薬局薬剤師 125,254人 = 2,790,960人

【内訳】医師数 294,293人

(常勤 242,182 : 非常勤 52,117 ≒ 41:9)

歯科医師数 99,802人

## ◇参考資料

(常勤 90,058 : 非常勤 9,744 ÷ 9 : 1)  
非医師・歯科医師 2,271,611 人

(医師 : 非医師 = 3 : 17)

<厚労省 H18・17 「医療施設調査・病院報告」  
「医師・歯科医師・薬剤師調査」より>

・賃金センサス H19  
<賃金構造基本統計調査 : 厚生労働省>  
4,882,600 円 (全産業平均従事者 1 人当たり賃金 (年収))  
∴現金給付総人件費 = 2,790,960 人 × 4,882,600 円  
= 13 兆 6,271 億円

### ②福利厚生費

・現金給付の 10% (便宜的数値) ∴ 1 兆 3,627 億円

### ③総人件費

13 兆 6,271 億円 + 1 兆 3,627 億円 = 14 兆 9,898 億円

### (2)管理費

#### ①経費 (その他費用) + 減価償却費等

= 病院 5.12 億円 (\*設備費算入)  
診療所 0.17 億円  
歯科診療所 0.09 億円  
保険薬局 0.13 億円

<中医協・H19 「医療経済実態調査」より算出>

②医療機関数 病院 8,943 施設  
診療所 98,609 施設  
歯科診療所 67,392 施設  
保険薬局 51,952 施設

<厚労省 H18 「医療施設調査」より>

### ③総管理費 (消費税込み)

5.12 億円 × 8,943 施設 + 0.17 億円 × 98,609 施設 +  
0.09 億円 + 67,392 施設 + 0.13 億円 × 51,952 施設 -  
福利厚生費 1 兆 3,627 億円 (重複分)  
= 6 兆 1,742 億円

### (3)外部購入費用

|      |                |                 |
|------|----------------|-----------------|
| 医薬品  | 病院 : 4.1863 億円 | 診療所 : 0.1876 億円 |
|      | 歯科 : 0.0055 億円 | 薬局 : 0.9717 億円  |
| 医療材料 | 病院 : 2.8022 億円 | 診療所 : 0.0270 億円 |
|      | 歯科 : 0.0300 億円 |                 |
| 給食材料 | 病院 : 0.2704 億円 |                 |
| 委託費  | 病院 : 1.9659 億円 | 診療所 : 0.0453 億円 |
|      | 歯科 : 0.0492 億円 | 薬局 : 0.0044 億円  |
| 合計   | 病院 : 9.2248 億円 | 診療所 : 0.2599 億円 |
|      | 歯科 : 0.0847 億円 | 薬局 : 0.9761 億円  |

<中医協・H19 「医療経済実態調査」より算出>

\*上記数字を施設数で乗じて合算 (下記)

$$\begin{aligned} \textcircled{O} \text{ 総計} &= 8 \text{ 兆 } 2,497 \text{ 億円} + 2 \text{ 兆 } 5,628 \text{ 億円} + 5708 \text{ 億円} \\ &+ \\ &\quad 5 \text{ 兆 } 710 \text{ 億円} \\ &= \underline{\underline{16 \text{ 兆 } 4,543 \text{ 億円}}} \end{aligned}$$

### (4)再生産費用

\*公共サービスの従業員 1 人当たり経常利益  
通信 183.3 万円  
ガス 148.3 万円  
水道 79.4 万円  
平均 137.0 万円

< H20 「TKC 経営指標」より算出>  
∴ 137.0 万円 × 2,790,960 人 = 3 兆 8,236 億円

### (5)総計

$$\begin{aligned} &14 \text{ 兆 } 9,898 \text{ 億円} + 6 \text{ 兆 } 1,742 \text{ 億円} \\ &+ 16 \text{ 兆 } 4,543 \text{ 億円} + 3 \text{ 兆 } 8,236 \text{ 億円} \\ &= \underline{\underline{41 \text{ 兆 } 4,419 \text{ 億円}}} \end{aligned}$$

一医療の再生産には、あと 8 兆円が必要一

### ■合理的な医療費の試算 (神奈川県保険医協会)

33.1 兆円 (06 年度国民医療費)



41.4 兆円 (合理的医療費)

管理費  
6.2 兆円

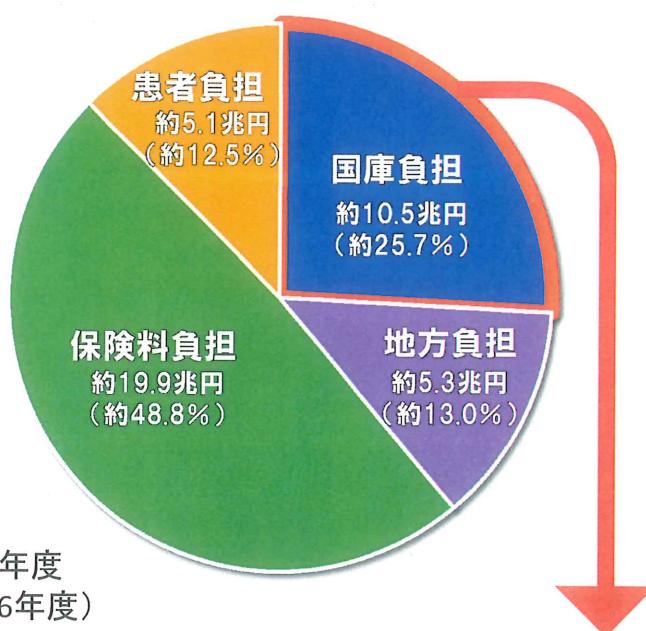
医薬品・材料費等 16.5 兆円

再生産費  
3.8 兆円

人件費 15 兆円

赤字分 8.3 兆円

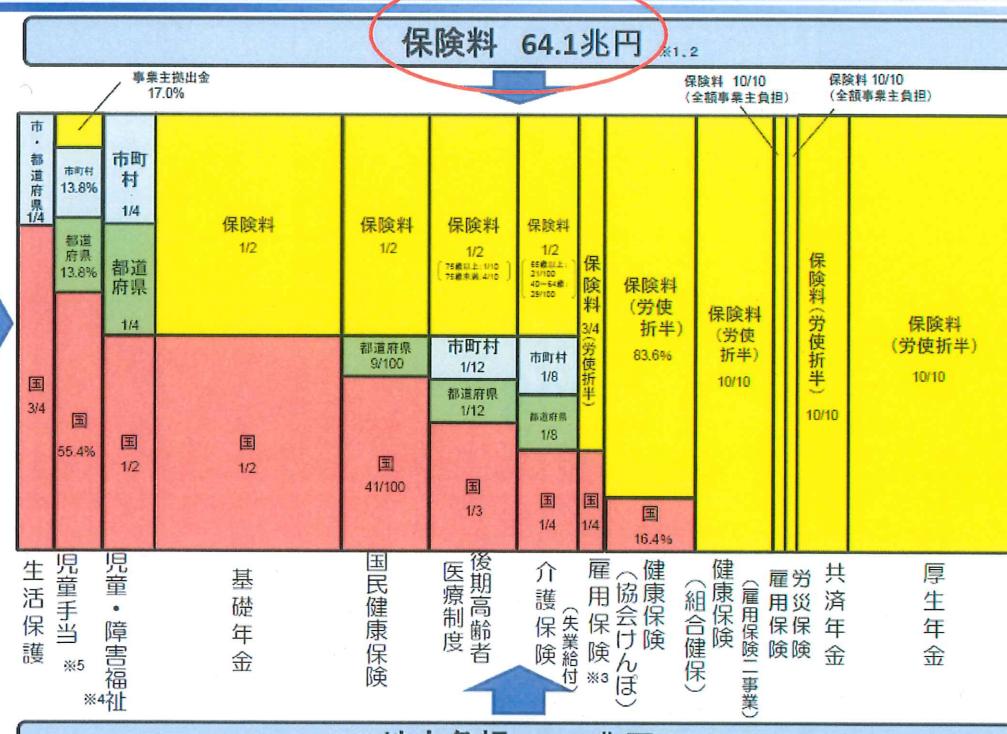
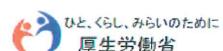
# 医療費の財源構造



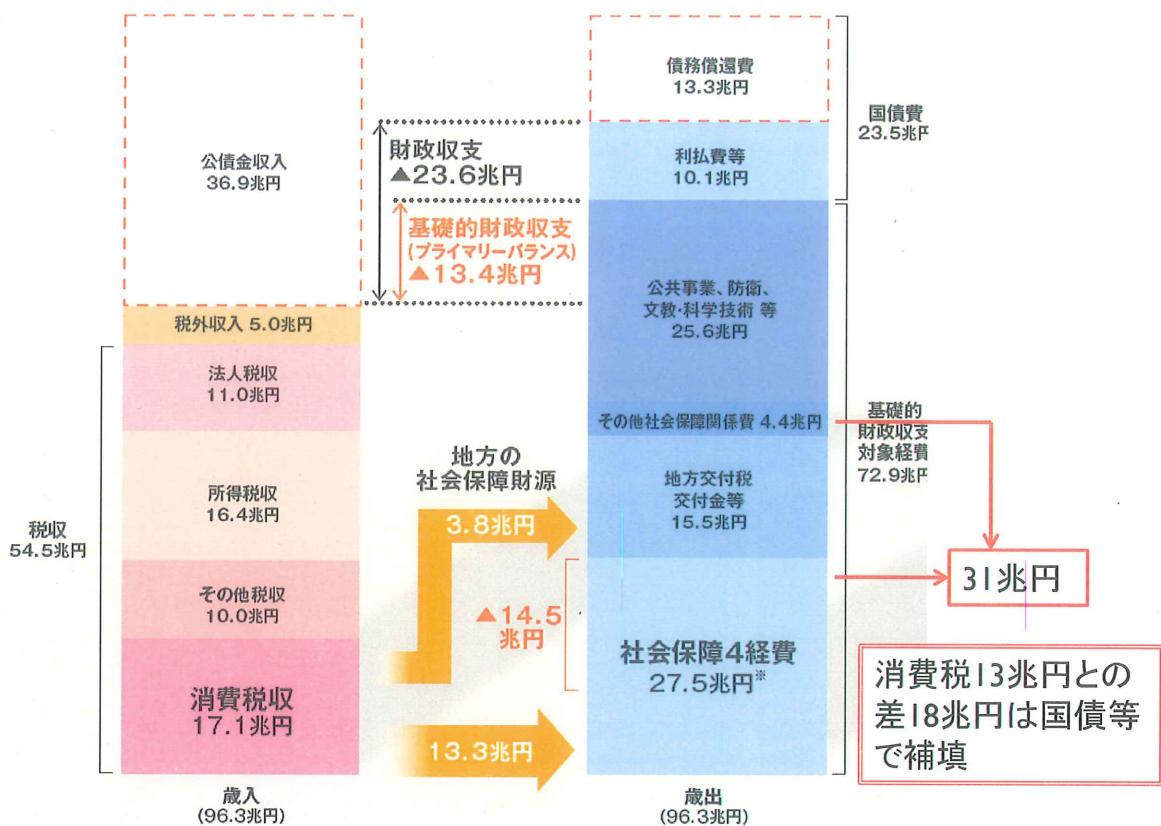
\* 2014年度  
(平成26年度)

国家予算で問題にされる「医療費」はこの部分。  
これは社会保障4経費(=医療・介護・年金・子育て)  
に含まれている。

## 社会保障財源の全体像（イメージ）



【 2015年度一般会計予算 】



## 社会保障全体の財源

(単位:兆円)

|               | 保険料 | 公費 |     |     | 合計  |  |
|---------------|-----|----|-----|-----|-----|--|
|               |     | 国庫 | 国債  | 地方分 |     |  |
|               |     |    | 消費税 |     |     |  |
| 社会保障給付費<br>内訳 | 64  | 13 | 18  | 12  | 107 |  |

従来要望が満額実現しても…

(単位:兆円)

| 所得税 | 法人税 | 防衛費と<br>公共事業費 | 合計   |
|-----|-----|---------------|------|
| 3   | 7.5 | 6             | 16.5 |

まだ1.5兆円足りない

ホントに金持ちと大企業の負担で賄うことが可能なのか？

高額所得者からの負担は、どこまで可能？

$$1\% (=1,020 \text{ 億円}) \\ \times 30 = 30\% \\ = 3 \text{ 兆円}$$

### 所得税-③ 税率区分ごとの税収

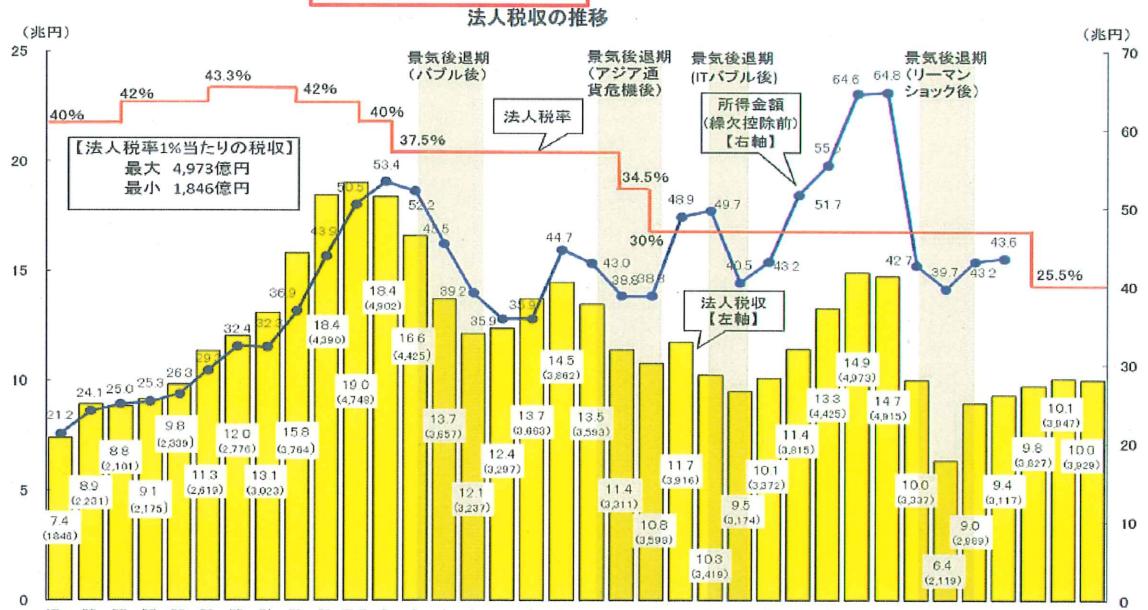
| 税率区分 | 課税所得<br>(給与収入)                     | 総課税所得   | 税率1%引上げ<br>当たりの増収力 | 対象納税者数               |
|------|------------------------------------|---------|--------------------|----------------------|
| 40%  | 1,800万円～<br>(2,340万円～)             | 約3.5兆円  | 約350億円             | 約20万人<br>(0.4%)      |
| 33%  | 900万円～1,800万円<br>(1,380万円～2,340万円) | 約4.0兆円  | 約400億円             | 約80万人<br>(1.7%)      |
| 23%  | 695万円～900万円<br>(1,162万円～1,380万円)   | 約2.7兆円  | 約270億円             | 約210万人<br>(4.6%)     |
| 20%  | 330万円～695万円<br>(736万円～1,162万円)     | 約15.3兆円 | 約1,500億円           | 約810万人<br>(17.7%)    |
| 10%  | 195万円～330万円<br>(554万円～736万円)       | 約16.8兆円 | 約1,700億円           | 約1,790万人<br>(39.0%)  |
| 5%   | 0円～195万円<br>(261万円～554万円)          | 約61.9兆円 | 約6,200億円           | 約4,590万人<br>(100.0%) |

(注1) 平成22年度予算ベースの推計値である。ただし、年少扶養控除停止、特定扶養控除縮減を加味。  
(注2) 課税所得に対応する給与収入は、夫婦子2人（子のうち1人が特定扶養親族、1人が16歳未満）の場合である。  
(注3) 対象納税者数の括弧内の割合は、その税率が適用される人数の全納税者数に占める割合である。

### 法人税の税収力

法人税収15%アップで  
7.5兆円(税率40%)

- 平成26年度予算ベースの法人税収は10兆円（税収総額（50兆円）の20%）。
- 法人税率1%当たりの税収は、足下（26年度予算）で約3,900億円（国・地方を併せた法人税率1%当たりでは約4,700億円）、過去最大で約5,000億円。



(注1) 法人税収は、24年度までは決算額、25年度は精正後予算額、26年度は予算額(案)による。  
(注2) 所得金額(総欠控除前)は、国税庁「会社等本拠調査」による。なお、平成17年までは2/1～1/31、平成18年以降は4/1～3/31に終了した事業年度を対象としている。(年度)  
(注3) 括弧内は法人税率1%当たりの税収(単位：億円)である。

# 社会保障全体の財源

(単位：兆円)

| 保険料           | 公費  |    |     | 合計     |  |
|---------------|-----|----|-----|--------|--|
|               | 国庫  |    | 地方分 |        |  |
|               | 消費税 | 国債 |     |        |  |
| 社会保障給付費<br>内訳 | 64  | 13 | 18  | 12 107 |  |

消費税1% = 財源調達  
約2.7兆円

2.7兆円×7% = 18.9兆円

0.9兆円  
余る

消費税の活用は否定できない

$$\text{合理的医療費} \quad \text{現在の国民医療費} \quad = \quad \text{10.1兆円}$$

50.9兆円 - 40.8兆円

約10兆円を捻出するには？

(単位：兆円)

| 国庫  | 保険料 | 地方分 |
|-----|-----|-----|
| 2.5 | 6   | 1.5 |

消費税  
1%up

料率として  
3%up

# 患者負担の解消

| (単位：兆円)       |     |     |              |  |  |
|---------------|-----|-----|--------------|--|--|
| 患者負担          | 国庫  | 保険料 | 地方分          |  |  |
| 5兆円           | 1.3 | 3.2 | 0.5          |  |  |
| 増税分の<br>残りを充当 |     |     | 料率1.6%<br>up |  |  |

## 消費税の逆進性は累進性へ

資料 I -④

### 日・独・仏における被用者保険(医療)における 保険料率及び労使負担割合

|                |  |
|----------------|--|
| 日本<br>(2009)   | 8.2% <sup>※1</sup><br>労使折半   |
| フランス<br>(2008) | 13.85% <sup>※2</sup><br>被用者:0.75%、事業主:13.10%<br>別途、年金・医療・介護・家族手当を目的とした「一般社会提出金」として、<br>労働所得に7.50%賦課(うち医療分:5.29%) |
| ドイツ<br>(2009)  | 14.6% <sup>※3</sup><br>労使折半  |

※1 全国健康保険協会管掌健康保険の保険料率

※2 民間商工業の被用者、公務員、年金受給者を対象とした一般制度における保険料率

※3 公的医療保険における保険料率

大企業は事業主負担割合  
は高いが、自己完結

健保組合の保険料率一覧  
(16年度決算・事業主負担割合が多い順)

| 健保組合名           | 保険料率<br>(%) | うち事業主<br>負担分(%) | うち被保険者<br>負担分(%) | 事業主の<br>負担割合(%) | 被保険者の<br>負担割合(%) |
|-----------------|-------------|-----------------|------------------|-----------------|------------------|
| 1 東京電力          | 56.000      | 43.600          | 12.400           | 77.9            | 22.1             |
| 2 新生銀行          | 45.000      | 34.000          | 11.000           | 75.6            | 24.4             |
| 3 日本郵船          | 60.000      | 45.000          | 15.000           | 75.0            | 25.0             |
| 4 豊林中央金庫        | 55.000      | 41.000          | 14.000           | 74.5            | 25.5             |
| 5 阪急開発          | 78.000      | 58.031          | 19.969           | 74.4            | 25.6             |
| 6 千葉銀行          | 46.000      | 33.600          | 12.400           | 73.0            | 27.0             |
| 7 明治大学          | 52.000      | 37.500          | 14.500           | 72.1            | 27.9             |
| 8 安田            | 59.000      | 42.480          | 16.520           | 72.0            | 28.0             |
| 9 共同通信社         | 60.000      | 43.000          | 17.000           | 71.7            | 28.3             |
| 10 時事通信社        | 55.000      | 39.300          | 15.700           | 71.3            | 28.5             |
| 11 東京証券業        | 70.000      | 50.000          | 20.000           | 71.2            | 28.6             |
| 12 日本経済新聞社      | 53.900      | 38.500          | 15.400           | 71.1            | 28.6             |
| 13 セントラル硝子      | 70.000      | 50.000          | 20.000           | 71.0            | 28.6             |
| 14 商船三井         | 63.000      | 45.000          | 18.000           | 70.9            | 28.6             |
| 15 菓松           | 70.000      | 50.000          | 20.000           | 70.8            | 28.6             |
| 16 北海道新聞社       | 68.000      | 48.000          | 20.000           | 70.6            | 29.4             |
| 17 大阪証券         | 78.000      | 55.000          | 23.000           | 70.5            | 29.5             |
| 18 東京瓦斯         | 56.000      | 39.200          | 16.800           | 70.0            | 30.0             |
| 19 日本興亜         | 62.000      | 43.400          | 18.600           | 70.0            | 30.0             |
| 20 東京三越銀行       | 56.000      | 39.200          | 16.800           | 70.0            | 30.0             |
| 21 文化学園         | 40.000      | 28.000          | 12.000           | 70.0            | 30.0             |
| 22 日興コーディアルグループ | 75.000      | 52.500          | 22.500           | 70.0            | 30.0             |
| 23 日本中央競馬会      | 50.000      | 35.000          | 15.000           | 70.0            | 30.0             |
| 24 日本航空ジャパン     | 64.000      | 44.800          | 19.200           | 70.0            | 30.0             |
| 25 四谷鐘機         | 60.000      | 42.000          | 18.000           | 70.0            | 30.0             |
| 26 丸紅           | 60.000      | 42.000          | 18.000           | 70.0            | 30.0             |
| 27 ユーエフジェイ      | 63.000      | 44.000          | 19.000           | 69.8            | 30.2             |
| 28 ヒゲタ          | 88.200      | 60.100          | 26.100           | 69.7            | 30.3             |
| 29 新日本石油        | 59.000      | 41.000          | 18.000           | 68.5            | 30.5             |
| 30 ジェイティーピー     | 52.000      | 36.000          | 16.000           | 69.2            | 30.8             |
| 31 東京海上日動       | 61.000      | 42.210          | 18.790           | 69.2            | 30.8             |
| 32 早稲田大学        | 47.000      | 32.500          | 14.500           | 69.1            | 30.9             |
| 33 七十七銀行        | 64.000      | 44.000          | 20.000           | 68.8            | 31.3             |
| 34 国民生活金融公庫     | 60.000      | 41.250          | 18.750           | 68.8            | 31.3             |
| 35 ニチロ          | 80.000      | 55.000          | 25.000           | 68.8            | 31.3             |
| 36 三益地所         | 56.000      | 38.500          | 17.500           | 68.8            | 31.3             |
| 37 大蔵豆斯         | 64.000      | 43.998          | 20.002           | 68.7            | 31.3             |
| 38 中小企業金融公庫     | 53.000      | 36.340          | 18.660           | 68.6            | 31.4             |
| 39 住友商事         | 59.000      | 40.500          | 18.500           | 68.6            | 31.4             |
| 40 北海道農業團体      | 83.080      | 56.910          | 26.170           | 68.5            | 31.5             |
| 41 トヨタ自動車       | 62.000      | 42.500          | 19.500           | 68.5            | 31.5             |
| 42 住友信託         | 54.000      | 37.000          | 17.000           | 68.4            | 31.6             |
| 43 日本銀行         | 57.000      | 39.000          | 18.000           | 68.4            | 31.6             |
| 44 日産銀行         | 57.000      | 38.950          | 18.050           | 68.3            | 31.7             |
| 45 北陸銀行         | 74.200      | 50.700          | 23.500           | 68.3            | 31.7             |
| 46 日本放送協会       | 58.000      | 39.542          | 18.458           | 68.2            | 31.8             |
| 47 商工中金         | 58.000      | 39.500          | 18.500           | 68.1            | 31.9             |
| 48 三井           | 70.000      | 47.580          | 22.420           | 68.0            | 32.0             |
| 49 三井砲弾         | 50.000      | 34.000          | 16.000           | 68.0            | 32.0             |
| 50 三井住友海上       | 56.000      | 38.000          | 18.000           | 67.9            | 32.1             |

※保険料率は、一般保険料率と調整保険料率の合計値。  
※ 健康保険組合事業年報(平成16年度版)に掲載されている健保組合のうち、平成16年度  
末に存続する1,584組合について作成。  
※ 政府管轄の保険料率はB2%であり、事業主及び被保険者の負担割合は折半。

## ◆小児医療費助成の年齢拡充は止まらない

### 市区町村における実施状況

(単位：市区町村)

| 対象年齢     | 通院    | 入院    |
|----------|-------|-------|
| 実施市区町村数計 | 1,741 | 1,741 |
| 就学前      | 202   | 33    |
| 7歳未満     | 1     | 0     |
| 7歳年度末    | 1     | 0     |
| 8歳年度末    | 0     | 0     |
| 9歳年度末    | 25    | 7     |
| 10歳年度末   | 4     | 0     |
| 11歳年度末   | 0     | 0     |
| 12歳年度末   | 121   | 129   |
| 15歳年度末   | 1,005 | 1,169 |
| 16歳年度末   | 1     | 1     |
| 18歳年度末   | 378   | 399   |
| 20歳年度末   | 2     | 2     |
| 22歳年度末   | 1     | 1     |

— 20年前の  
夢物語が  
今は最低  
ライン

8割が中卒迄  
無料をクリア

※健康保険も  
「3歳未満・2割  
負担」(02年)が  
2008年に「就学  
未満・2割負担」  
に対象拡大

## ◆「老人医療費無料化」時代の医療費の伸び率等の分析

|                     | 単位: %                                |                                       |                |                            |                              |                | <参考>           |                            |                |                |                |               |
|---------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|----------------|----------------------------|------------------------------|----------------|----------------|----------------------------|----------------|----------------|----------------|---------------|
|                     | 1973年<br>(S48)                       | 1974年<br>(S49)                        | 1975年<br>(S50) | 1976年<br>(S51)             | 1977年<br>(S52)               | 1978年<br>(S53) | 1979年<br>(S54) | 1980年<br>(S55)             | 1981年<br>(S56) | 1982年<br>(S57) | 1983年<br>(S58) | 平均<br>(73-82) |
| 国民医療費の伸び率           | 16.2                                 | 36.2                                  | 20.4           | 18.4                       | 11.7                         | 16.8           | 9.5            | 9.4                        | 7.4            | 7.7            | 4.9            | 15.3          |
| 診療報酬改定率             | 13.7<br>(注1)                         | 35.0<br>(注1)                          |                | 9.0<br>(注1)                |                              | 11.6           |                |                            | 8.1            |                | 0.3            | 7.7           |
|                     | 医科 13.7<br>歯科 13.7<br>調剤 6.5<br>(注2) | 医科 35.0<br>歯科 36.1<br>調剤 15.1<br>(注2) |                | 医科 9.0<br>歯科 9.6<br>調剤 4.9 | 医科 11.5<br>歯科 12.7<br>調剤 5.6 |                |                | 医科 8.4<br>歯科 5.9<br>調剤 3.8 |                |                |                |               |
| 賃価改定率               | ▲1.7                                 | ▲1.5                                  | ▲0.4           |                            | ▲2.0                         |                |                | ▲6.1                       |                |                | ▲1.5           | ▲1.2          |
| 総人口伸び率              | 1.4                                  | 1.3                                   | 1.2            | 1                          | 0.9                          | 0.9            | 0.8            | 0.8                        | 0.7            | 0.7            | 0.6            | 1             |
| 高齢者(65歳以上)<br>人口伸び率 |                                      |                                       |                |                            |                              |                |                |                            |                |                |                | 4.6<br>(注3)   |
| 国民所得                | 23                                   | 17.4                                  | 10.2           | 13.2                       | 10.9                         | 10.3           | 6.1            | 11.9                       | 3.8            | 4              | 5.1            | 11.1          |

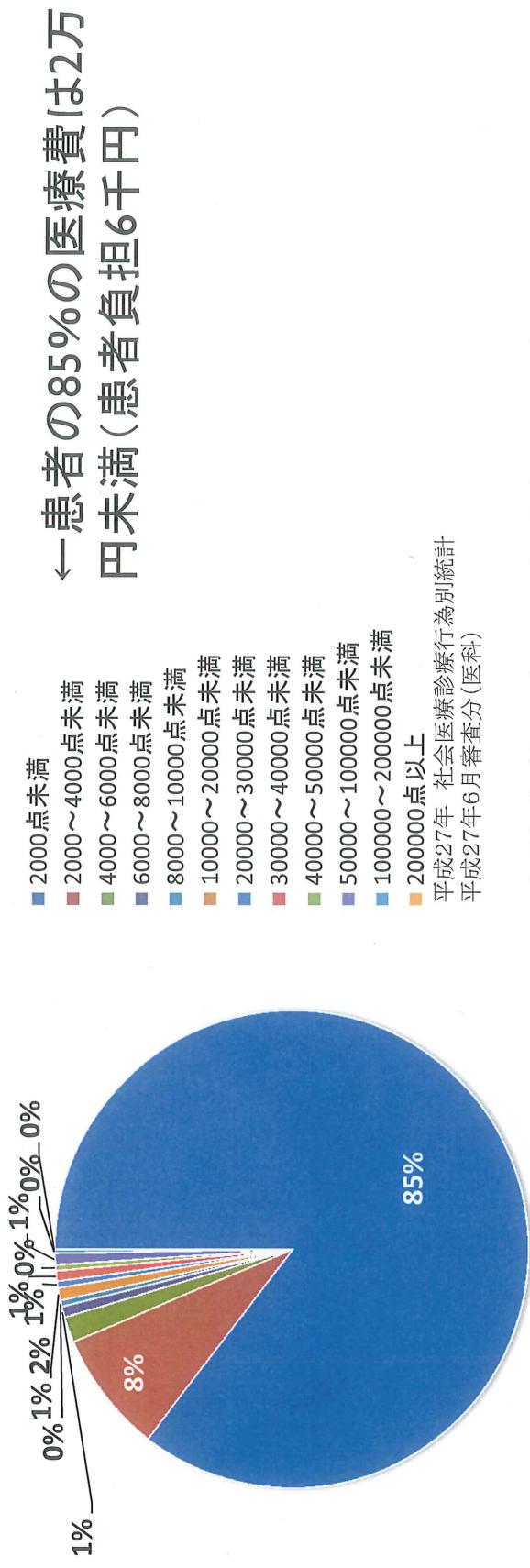
注1) 1976年までの改定率は「平均」表示なし

注2) 1973年の改定率の数字は72年改定のもの

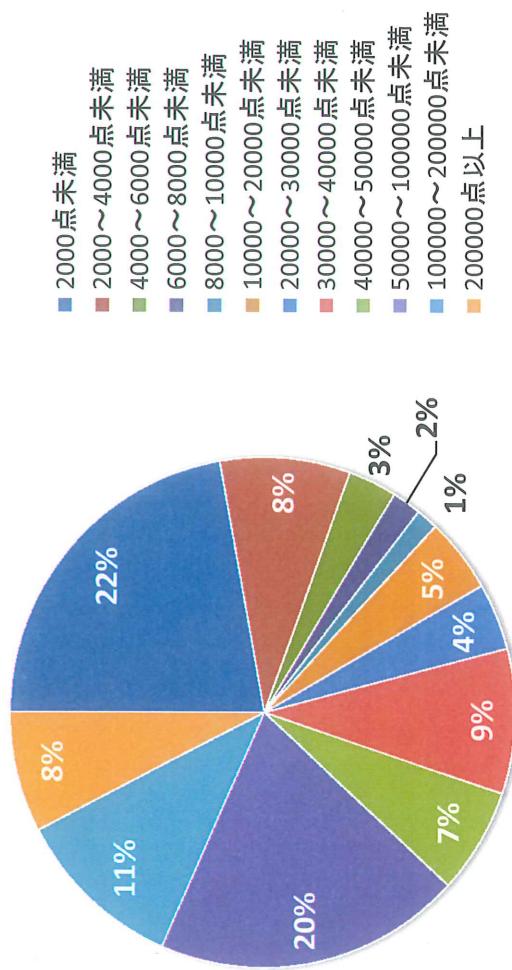
注3) 高齢者人口の伸び率は、1985年-1970年の平均

# ◆患者の8割が使う医療費は全体の2割ほど

総レセ件数に占める各点数区分ごとの割合



合計点数に占める各点数区分ごとの割合



\* 85%の患者(2万円未満)の医療費が全体に占める割合は22%に過ぎない

\* 受診回復は大きくは医療費に影響しない。

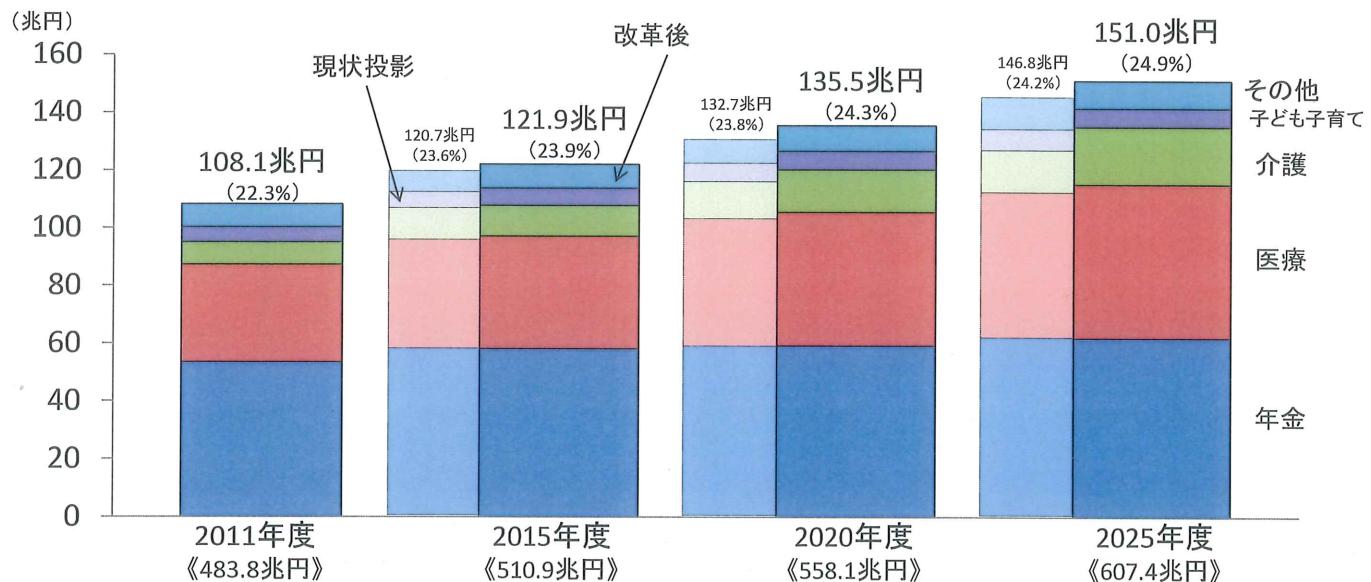
平成27年 社会医療診療行為別統計 平成27年6月審査分(医科)より

| 点数               | 件数         | 概算の合計点数         | ÷      |     | 総合計点数<br>概算の合計点数 |
|------------------|------------|-----------------|--------|-----|------------------|
|                  |            |                 | 件数     | 総件数 |                  |
| 2000点未満          | 69,775,441 | 48,667,323,125  | 85.36% |     | 22.19%           |
| 2000～4000点未満     | 6,776,010  | 18,301,417,275  | 8.29%  |     | 8.34%            |
| 4000～6000点未満     | 1,423,167  | 6,865,989,650   | 1.74%  |     | 3.13%            |
| 6000～8000点未満     | 602,277    | 4,164,788,500   | 0.74%  |     | 1.90%            |
| 8000～10000点未満    | 348,434    | 3,110,153,500   | 0.43%  |     | 1.42%            |
| 10000～20000点未満   | 691,235    | 10,362,671,000  | 0.85%  |     | 4.72%            |
| 20000～30000点未満   | 369,911    | 9,290,597,000   | 0.45%  |     | 4.24%            |
| 30000～40000点未満   | 571,228    | 20,127,630,000  | 0.70%  |     | 9.18%            |
| 40000～50000点未満   | 326,608    | 14,653,938,000  | 0.40%  |     | 6.68%            |
| 50000～100000点未満  | 641,067    | 43,169,380,000  | 0.78%  |     | 19.68%           |
| 100000～200000点未満 | 182,758    | 23,861,388,000  | 0.22%  |     | 10.88%           |
| 200000点以上        | 33,565     | 16,782,500,000  | 0.04%  |     | 7.65%            |
| 合計               | 81,741,701 | 219,357,776,050 |        | 1   | 1                |

## (参考)社会保障に係る費用の将来推計について《平成23年6月推計》

## ○給付費に関する見通し

給付費は2011年度の108.1兆円(GDP比22.3%)から2025年度の151.0兆円(GDP比24.9%)へ増加。



注1:「社会保障改革の具体策、工程及び費用試算」を踏まえ、充実と重点化・効率化の効果を反映している。

(ただし、「Ⅱ 医療介護等 ②保険者機能の強化を通じた医療・介護保険制度のセーフティネット機能の強化・給付の重点化、逆進性対策」

および「Ⅲ 年金」の効果は、反映していない。)

注2:上図の子ども・子育ては、新システム制度の実施等を前提に、保育所、幼稚園、延長保育、地域子育て支援拠点、一時預かり、子どものための現金給付、

育児休業給付、出産手当金、社会的養護、妊婦健診等を含めた計数である。

注3:( )内は対GDP比である。( )内はGDP額である。

## 社会保障に係る費用の将来推計について《改定後(平成24年3月)》(給付費の見通し)

| 給付費      | 2012(平成24) |        | 2015(平成27) |        | 2020(平成32) |        | 2025(平成37) |        |
|----------|------------|--------|------------|--------|------------|--------|------------|--------|
|          | 兆円         | (GDP比) | 兆円         | (GDP比) | 兆円         | (GDP比) | 兆円         | (GDP比) |
| 年金       | 109.5      | 22.8   | 119.8      | 23.5   | 134.4      | 24.1   | 148.9      | 24.4   |
| 医療       | 53.8       | 11.2   | 56.5       | 11.1   | 58.5       | 10.5   | 60.4       | 9.9    |
| 介護       | 35.1       | 7.3    | 39.5       | 7.8    | 46.9       | 8.4    | 54.0       | 8.9    |
| 子ども・子育て  | 8.4        | 1.8    | 10.5       | 2.1    | 14.9       | 2.7    | 19.8       | 3.2    |
| その他      | 4.8        | 1.0    | 5.5        | 1.1    | 5.8        | 1.0    | 5.6        | 0.9    |
| (参考) GDP | 7.4        | 1.5    | 7.8        | 1.5    | 8.4        | 1.5    | 9.0        | 1.5    |
| 負担額      | 101.2      | 21.1   | 111.7      | 21.9   | 129.5      | 23.2   | 146.2      | 23.9   |
| 年金       | 45.5       | 9.5    | 48.3       | 9.5    | 53.6       | 9.6    | 57.7       | 9.5    |
| 医療       | 35.1       | 7.3    | 39.5       | 7.8    | 46.9       | 8.4    | 54.0       | 8.9    |
| 介護       | 8.4        | 1.8    | 10.5       | 2.1    | 14.9       | 2.7    | 19.8       | 3.2    |
| 子ども・子育て  | 4.8        | 1.0    | 5.5        | 1.1    | 5.8        | 1.0    | 5.6        | 0.9    |
| その他      | 7.4        | 1.5    | 7.8        | 1.5    | 8.4        | 1.5    | 9.0        | 1.5    |

注1:「社会保障改革の具体策、工程及び費用試算」を踏まえ、充実と重点化・効率化の効果を反映している。

(ただし、「Ⅱ 医療介護等 ②保険者機能の強化を通じた医療・介護保険制度のセーフティネット機能の強化・給付の重点化、逆進性対策」および「Ⅲ 年金」の効果は、反映していない。)

注2:( )内は医療介護について充実と重点化・効率化を行わず、現状を投影した場合の給付費等である。

注3:上図の子ども・子育ては、新システム制度の実施等を前提に、保育所、幼稚園、延長保育、地域子育て支援拠点、一時預かり、子どものための現金給付、育児休業給付、出産手当金、社会的養護、妊婦健診等を含めた計数である。

注4:医療の負担には補正予算対応分が含まれている。