

原 著

## 日本の医療財政の現状と課題

坂 本 圭<sup>\*1</sup>

### 要 約

わが国では1961年、「国民皆保険」を実施して以来、すべての国民が容易に医療サービスを受けることが可能となった。また、同時に医療技術の進歩や公衆衛生の知識が浸透した結果、感染症等の様々な疾病が激減し、平均寿命が大きく伸長した。しかし、一方では、国民医療費は増加の一途をたどり、医療サービス制度を財政的に圧迫し続け、財政崩壊寸前の状態となっている。

本稿では、こうした医療費増加の背景や諸要因を実証的に分析している。分析の結果、以下の内容が明らかになった。

①国民医療費の増加の背景には、人口の高齢化等の社会的要因の他に、医療サービス制度自体が内包する制度的要因もあること。

②しかも、過剰な医療サービスの提供は、この医療サービスの制度的要因によって引き起こされるということ。

### 1. はじめに

人口の増加、高齢化の進展等に伴い、1970年以降、医療サービス制度の先進国ではいかに良質かつ適切な医療を効率的に提供していくかという課題に対して、様々な制度改革がなされてきた。日本では、1961年医療保険が整備されたが、その後、高度経済成長に伴う国民所得の増加等に対応して、医療サービス供給体制は質及び給付範囲の拡大を中心に据えた政策が進められた。その代表的なものに、1973年の老人医療費公費負担制度が挙げられる。当時、医療費は2桁の伸び率を示していたが、国民所得も同じように増加したため医療費の高騰問題はほとんど社会問題として挙げられなかった。

しかし、1973年のオイルショックを皮切りに経済が安定成長に入り、国民所得の伸びが鈍化し、医療費の伸びが国民所得の伸びを上回る状態となった。それと同時に、日本では世界に類をみない速さの高齢化率の上昇により、新たに老人医療費の増加問題が浮上し、国民医療費の増加に拍車をかけた。そこで1980年代に入り、行革を皮切りに政府は老人保健制度を制定すると同時に、医療費の増加に歯止めをかけるべくさまざまな医療サービス制度の改革を行った。しかも、1990年に始まったバブル経済の崩壊により日本経済は安定成長から低成長に入り、財政の確保は益々困難になったが、高齢化は進展し、

医療費の抑制は思うように進まなかった。そして、1999年度の医療費はついに30兆円の大台を超えることになった<sup>†1)</sup>。厚生労働省保険局によると、もし、このままの推移で医療費が推移していけば、2010年度には54兆円(年平均伸び率5.6%)、2025年度には104兆円(年平均伸び率4.5%)に達すると推計されている。そして、国民負担の源泉となる国民所得の伸び率を最も低率に想定した場合は(2000年度まで1.75%、2001年度以降1.5%とする)、国民医療費の国民所得に対する比率は、1995年(実績)7.1%に対し、2010年度には11%、2025年度には17%と2.5倍に増大し、将来の国民の生活にとって大きな負担になると予測されている。そうなると、社会保険方式を採用する我が国の医療サービス制度が立ちゆかなくなる危険性がある。

ところで、日本における医療費高騰の要因の1つとして、前述のように高齢化の進展がしばしば指摘されるが、果たして要因はそれだけであろうか。制度的な問題や医療の高度化などの他の要因は考えられないであろうか。そこで、本稿では、我が国の医療サービス制度の現状を分析した上で、国民医療費の増加要因と制度上の問題点あるいは課題を明らかにする。

\*1 社会福祉法人清桜会あさひ園 通所部 生活相談員  
(連絡先)坂本 圭 〒700-0865 岡山市旭本町6-20 社会福祉法人清桜会あさひ園

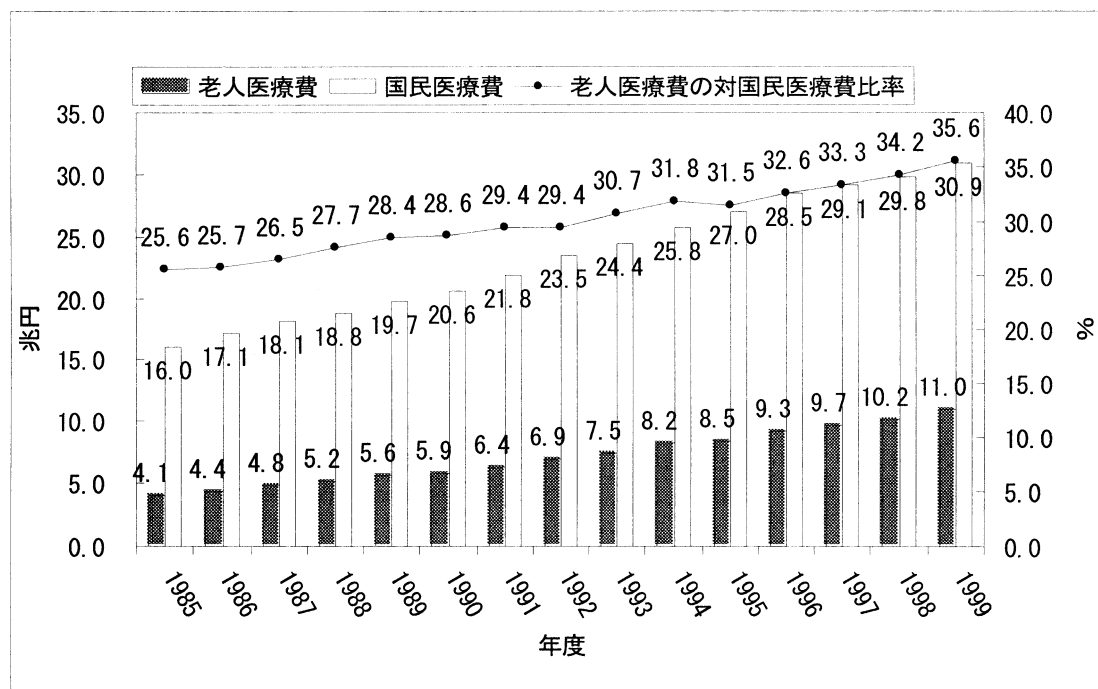


図1 国民医療費の推移

(資料)厚生労働省監：厚生白書平成11年版・初版，ぎょうせい，東京，437，1999．

1995～1999年の老人医療及び1997年～1999年の国民医療費のみ，厚生労働省ホームページ <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-iryohi/99/index.html>「平成11年度 国民医療費の概況」より作成．

## 2. 日本の医療サービス制度の現状分析

### 2.1. 国民医療費の増加と国民所得

1961年に国民皆保険制度がスタートして以降，我が国では医療機関の整備や医師数の確保・増大が図られてきた．これによって，誰でも容易に診療を受けられる体制が整い，医療技術の進歩や公衆衛生の知識の浸透と相まって，様々な感染症の激減や乳児死亡率の低下，あるいは平均寿命の伸長など数々の成果を上げてきた<sup>f2)</sup>．

しかし，その一方で国民医療費は医療給付の増加に比例して増え続けている．国民皆保険がスタートした1961年度の国民医療費は，総額で5,130億円であったが，老人医療費公費負担制度を経て，老人保健制度が成立する1982年度には13兆8,659億円と約27倍に増加し，その後増加は鈍化したものの年率3～7%の増加率を維持し，1999年には30兆9,000億円となった．

このように増加し続ける国民医療費のなかでも，特に，老人医療費は，毎年8%と国民医療費の増加率を上回る勢いで増え続けている．ちなみに，1985年における老人医療費の国民医療費に占める割合は4分の1であったが，1999年度には，国民医療費の3分の1強を占めるまでに至った．厚生省労働省保険局によると，2025年度には，老人医療費は71兆円

と実に国民医療費の2分の1を占めると推計されている．

我が国は，諸外国に比べ，前例のないスピードで高齢化が進んでおり，50歳代前後から身体の不調を訴える人が増え，それよりも高齢になれば，1度も医師のお世話にならないと言う人は一握りしかいないと言われている<sup>f3)</sup>．加齢に伴って，身体機能も疲労してくるから老人医療費が増加することはある意味で必然なのかもしれない．しかし，老人医療費が国民医療費の増加に影響を及ぼしていることは事実であり，したがって，医療費抑制策を考える場合，この老人医療費をいかに抑えていくかということが重大なポイントとなる．

図2には，国民医療費と国民所得の増加率の推移が示されている．これを見ると，1961年から1965年にかけては国民皆保険により患者が急増したこともあり，医療費の増加率も高くなり，国民所得の増加率を上回っている．1966年から1973年のオイルショック前までは，医療サービス制度の給付率が最低でも7割に引き上げられた期間で，いわば，医療サービス制度の充実の時期であった．この期間は受診率が伸び続け，国民医療費が急増するが，経済成長の伸びが順調であったため，負担の源泉である国民所得の伸びも10%を超え，国民医療費の高騰はあ

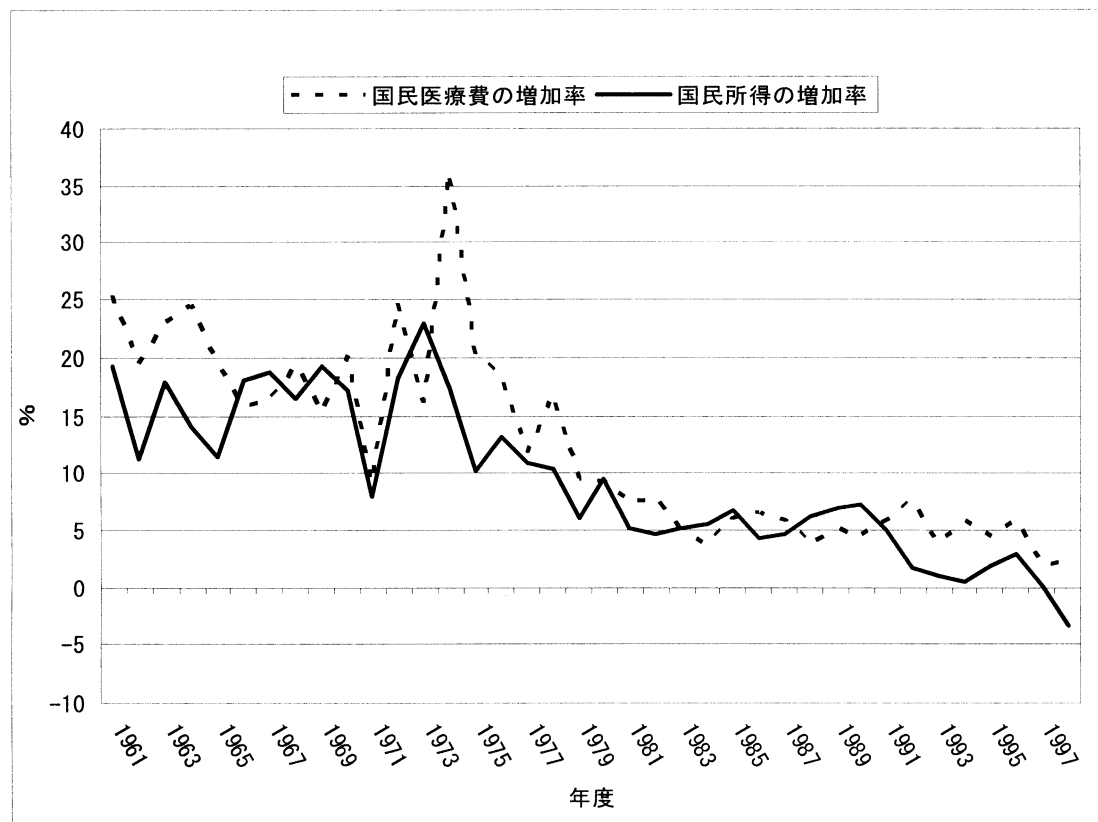


図2 国民医療費と国民所得の増加率の推移

注) 国民所得は、当時の経済企画庁(平成11年12月発表)による。  
国民医療費は図1より作成。

まり問題視されなかった。1973年には老人医療費の無料化が実施され、「病院待合室のサロン化現象」という新語が生まれるくらい高齢者の受診率が急増した。その結果、翌年の1974年度の国民医療費の伸び率は、国民所得の伸びを大きく上回る36.2%にも及んだ。しかし、1973年のオイルショックの影響で、1974年以降の経済成長が落ち込む中で、インフレと相まって医療費はさらに急増したため、医療保険財政を次第に圧迫するようになった。そして、老人医療費の無料化はわずか10年で終わりを告げ、1983年には老人保健制度が施行されるようになった。その後、国民医療費と国民所得の伸び率の関係は一進一退を続け、1990年代初頭にかけて景気はゆっくり回復し、経済は安定し始めたものの、高齢者(退職者)にかかる医療費の増加が目立ち始めた。そして、バブル経済の崩壊以降、国民所得の伸び率は1桁台に落ち込み、1998年にはついに-2.1%になった。一方、国民医療費は相変わらず3%前後の伸びを続け、国民負担はますます厳しいものになっている。

以上のように、国民医療費の推移を問題にする時、医療サービスの内容そのものの変化と併せてその費用負担の源泉となる国民経済の動向を見ていくこと

も重要である。特に、低成長を迎えた日本経済の今後20年から30年の動向を展望すると、潜在成長率が90年代より高まる可能性は期待しにくい。したがって、医療サービス制度を含めた社会保障収入全体の減収は避けられない。そこで、以下では国民経済活動と密接に関連している国民医療費を取り巻く財政状況について見る。

## 2.2 国民医療費を取り巻く財政状況

医療サービス制度財政を含めた我が国の財政全体を見ると、2001年度末の国債及び借入金現在高の合計は約607兆円<sup>4)</sup>に上り、我が国の財政は依然として厳しい状況にあると言える。現在、我が国の国民負担率<sup>5)</sup>は諸外国に比べ低い水準<sup>6)</sup>を維持している。これは現世代が受益に応じた租税負担を行わず、財政赤字という形でその負担を将来へ先送りしているからとも言える。潜在的な国民負担率<sup>7)</sup>は2001年度末で45.3%に上ると見込まれている<sup>1)</sup>。今後、高齢化が進展するにつれて、我が国の国民負担率は、一層上昇すると推測される。さらに、昨年度から実施されている公的介護保険制度についても、今年度より高齢者に対する保険料の全額徴収が実施

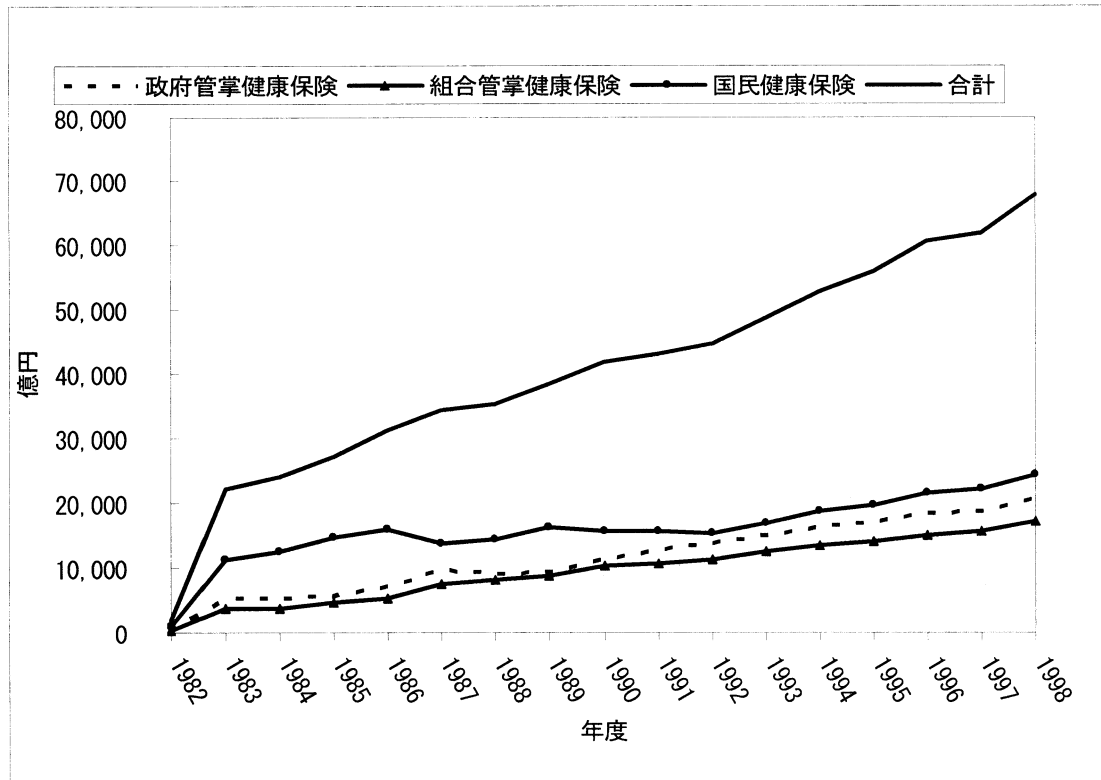


図3 制度別老人保健制度への拠出金の年次推移

(資料) 国立社会保障・人口問題研究所編：社会保障統計資料集—時系列整備—1969年度～1998年度．初版，国立社会保障・人口問題研究所，東京，56，表9-7，2001．

され，医療サービス制度の自己負担引き上げ<sup>†8)</sup>と相まって，高齢者には2重の負担増となっている．このように，厳しい財政状況のもとで医療サービス制度を維持していくためには，ある程度の国民負担は避けられないものの，どのくらいの負担が今のサービス水準のもとでコンセンサスを得られるかを検討していく必要がある．

### 2.3 国民医療費の増加と医療サービス制度の問題点

国民医療費を制度区分別にみると，老人医療費，つまり老人保健給付分の増加が大きいことは前述の通りである．これらの背景には，高齢人口の増加とともに老人医療の制度変更も大きな要因として存在することを見逃してはならない．すなわち，1973年の老人医療費の無料化以降，70歳以上の高齢者の受診率上昇と共に，1件あたりの医療費も急増した．高齢者が何の費用の心配もなく受診できるようになったため，「病院待合室のサロン化現象」や，高齢者が同じ病気でいくつもの医療機関にかかるという「ハシゴ受診」の現象が見られるようになった．

一方，医療機関の一部に老人の医療が無料であるがゆえに，必要以上に投薬や点滴，検査を行ったり，

長く入院させたりするといった乱診乱療や営利本位の経営も指摘されるようになった<sup>2)†9)</sup>．このような状況の中で，高齢者の加入が多い国民健康保険制度の崩壊を防ぐと共に，各保険制度間の不均衡の是正と，疾病の予防を含めた包括的な保健サービスの提供を目指した老人保健制度が1983年から施行されることになった．

老人保健制度の目的は，一見すると世代間での「老人医療費の公平な財政負担」であるかのように見える．しかし，この制度は受益者の少ない被用者保険から，より多くの拠出金（負担）を引き出すことができる，実に巧妙な財政方式を持っている<sup>3)</sup>．つまり，老人保健制度の導入により，老人医療費のうち公費を差し引いた70%を被用者保険や国民健康保険等の各保険者が老人保健拠出金として支払うことになっている．この拠出金について，各保険の老人加入者数で拠出金を決めるとなると，高齢者の加入割合の高い国民健康保険の拠出金が必然的に高くなる．そこで，拠出金についてはどの保険者も同じ割合で高齢者が加入していると見なしている．この「加入者按分率」の改正<sup>†10)</sup>によって，実際には老人加入者数の多い国民健康保険の老人保健拠出金は1986年度の1兆5,976億円から1987年度には1兆

表1 諸外国の人口及び65歳以上人口の推移

(単位：千人)

	日本		ドイツ		フランス		イギリス		スウェーデン		アメリカ	
	総数	65歳～	総数	65歳～	総数	65歳～	総数	65歳～	総数	65歳～	総数	65歳～
1950	83,625	4,135	68,376	6,645	41,829	4,762	50,616	5,429	7,014	719	152,271	12,395
1955	89,815	4,754	70,326	7,517	43,428	5,021	51,199	5,771	7,262	792	165,932	14,526
1960	94,096	5,397	72,673	8,370	45,684	5,317	52,372	6,119	7,480	895	180,671	16,678
1965	98,881	6,179	76,031	9,522	48,758	5,904	54,350	6,526	7,734	979	194,303	18,406
1970	104,331	7,371	77,709	10,641	50,772	6,535	55,632	7,197	8,043	1,099	205,051	20,106
1975	111,524	8,790	78,679	11,674	52,699	7,101	56,226	7,845	8,193	1,239	215,972	22,696
1980	116,807	10,560	78,304	12,213	53,880	7,525	56,330	8,492	8,310	1,354	227,757	25,705
1985	120,837	12,450	77,668	11,309	55,170	7,144	56,618	8,558	8,350	1,492	238,466	28,432
1990	123,537	14,809	79,365	11,873	56,718	7,933	57,411	8,989	8,559	1,522	249,924	31,286
1995	125,095	17,682	81,591	11,417	57,981	8,645	58,258	9,009	8,780	1,520	263,250	33,300
2000	126,472	20,754	81,700	13,107	59,024	9,284	59,022	9,004	8,972	1,498	275,119	34,200
2005	127,265	23,402	81,285	14,715	59,684	9,568	59,513	9,072	9,124	1,516	286,256	35,301
2010	127,152	26,099	80,466	15,447	60,130	9,728	59,919	9,387	9,266	1,661	297,486	38,250
2015	125,946	29,581	79,331	15,621	60,535	10,836	60,398	10,344	9,420	1,864	309,128	44,351
2020	123,973	31,185	77,936	16,276	60,920	11,988	60,935	10,942	9,592	1,987	320,551	51,716
2025	121,594	31,214	76,442	17,497	61,247	13,021	61,476	11,710	9,751	2,071	331,152	59,782
2030	118,989	31,015	74,427	19,529	61,349	13,804	61,754	12,893	9,824	2,156	336,664	65,999
2035	116,607	31,474	72,127	21,092	61,233	14,378	61,862	13,870	9,873	2,244	340,718	69,370
2040	114,451	33,252	69,577	20,853	60,997	14,795	61,846	14,265	9,909	2,291	343,698	70,675
2045	112,258	33,789	66,863	19,999	60,728	14,816	61,733	14,030	9,946	2,267	346,306	71,184
2050	110,015	33,250	64,244	19,245	60,475	14,795	61,635	13,904	9,991	2,231	348,966	72,602

(資料) 国際連合経済社会情報政策分析局人口部著編：国際連合世界人口予測 1950～2050 第II分冊 初版，原書房，東京，1996（日本，470-473，ドイツ，382-385，フランス，362-365，イギリス，806-809，スウェーデン，750-753，アメリカ，814-817）

注）各国の1995年以降は，中位推計を用いている。

3,667億円，1998年度には2兆4,350億円となっている。一方，実際には老人加入者数の少ない被用者保険について見てみると，政府管掌健康保険は1983年度に5,400億円であったのが1998年度には2兆0,769億円で，組管掌健康保険のそれは1983年度に3,638億円であったのが1998年度には1兆7,107億円に増加しており，「加入者按分率」の改正の影響が大きく出ている。

これらのことから言えることは，第1に，老人保健制度が，急激な高齢化を前に拠出金の増加は避けられなかったことから，国民健康保険以外の受益者の少ない保険制度に新たな負担を求めたということである。第2に，この制度が政府管掌健康保険，組管掌健康保険の拠出金財源の上に成り立っているうえに，結果的にはこれらの財政をも圧迫していることである。実際，1999年度の政府管掌健康保険の決算<sup>†11)</sup>は，歳入6兆9,091億円，歳出7兆2,254億円となり，単年度ベースの赤字額は3,163億円となった。1993年度以降，実質7年連続の赤字決算で，1996年度の赤字額4,193億円に次いで過去2番目に多い。赤字の要因は，被保険者数や平均報酬月額減少が上げられる。支出の構成割合についても，老人保健拠出金が全体の32.3%を占め，過去最高となっている。また，組管掌健康保険の1999年度の決算<sup>†12)</sup>についても，経常収入5兆8,743億円，経常支出6兆776億円となり，単年度ベースで過去最高の2,033億円の赤字となった。これは，過去最高の赤字額を示した1996年度の1,976億円を上回るものである。その結果，保険料収入に占める老人保健拠出

金の割合は約33%にまで達している。加えて保険料収入は，経済不況を背景にした被保険者の減少，標準報酬の減少で前年に比べ767億円マイナスとなり，負担が増える一方で，保険収入は減るという極めて厳しい財政運営を強いられている。その上，不足分を準備金，別途積立金の繰り入れで補填する組合，つまり赤字組合は，全1,766組合のうち1,457組合と実に83%に及んでいる。

一方，この老人保健制度導入の契機となった老人医療費問題の核心である国民健康保険の決算状況についても，厳しい状況が続いている。ちなみに，厚生労働省が発表した1999年度の国民健康保険財政状況（市町村）の速報値によると，一般保険者分の単年度経常収支の赤字額は，前年度比170億円増の1,190億円，一般会計からの繰り入れも含めた実質的な赤字額は3,220億円となった。赤字保険者数も前年より150増加の1,967保険者となり，全保険者の60.6%を占めている。

このように，各医療保険の財政状況が厳しい中で，いずれ被保険者も将来必ず「恩恵」にあずかるという理由だけでは，各保険制度の赤字財政を正当化することはできない。先に見たように老人保健制度は，健康保険の現行制度を前提として，他の保険制度からの平等な財政資金拠出を図る名目で，実際は高齢者医療給付を受けてない医療サービス制度加入者から財源の確保をしようとしているとも言える。医療サービス制度全体の財政基盤の安定化及び各保険者間の平等化を掲げることはよいが，現実に問題となっている老人医療費の増加に伴う国民医療費の

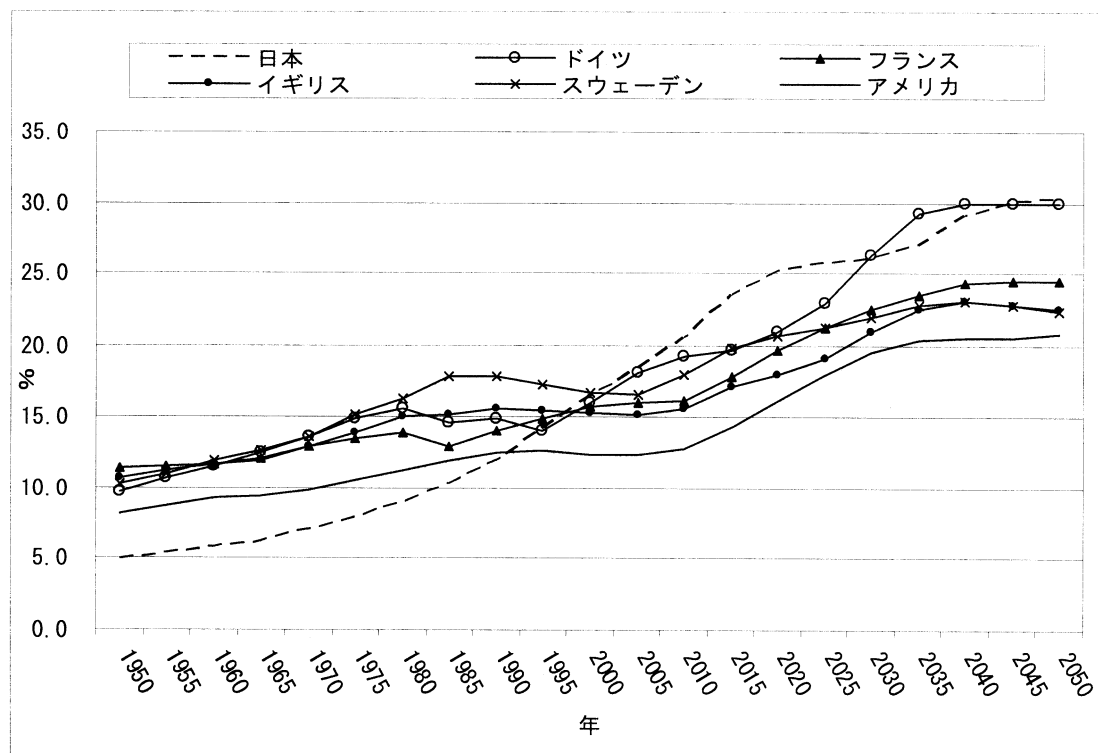


図4 諸外国の高齢化率の推移動向  
(資料)表1をもとに作成。

高騰に対応する具体的な抑制策が示されていないと言わざるを得ない。現状の医療サービス制度を維持することに重きを置くため、実際にサービスを利用する国民のコンセンサスを得られないまま制度改革が一人歩きをし、結果として自己負担を中心とした目先の財政収支の辻つまあわせに終始しているという感は否めない。

### 3. 国民医療費の増加要因

#### 3.1. 人口の増加と高齢化の問題

1945年以降、日本をはじめ諸外国において人口の増加現象が起こっている。とりわけ、65歳以上の高齢者の増加は他の年齢層と比べても顕著である。日本について見ると、1950年の段階で総人口が約8,300万人であったが、2000年には約12,600万人と1.5倍に増える中で、65歳以上の高齢者人口は、約413万人から約2,075万人と5倍に増え、急激な高齢化が進んでいる。

一方、2000年から2050年については、総人口予測値は減少傾向に向かうのに対し、高齢者人口は1.6倍と依然として増加傾向にあると予測されており、高齢化が引き続き進行するものと見られている。他の国についても、ほぼ同じようなことが言える。

ちなみに、総人口に占める65歳以上の高齢化率の推移を見てみると、各国で増加傾向を示しているが、

特に日本及びドイツが、2000年を過ぎた辺りから急激に増加し、高齢化が今以上に進むと予測されている。

一般に、雇病率が一定であるとするならば、人口が増加することにより必然的に医療の給付を受ける人が増えると考えられるから、医療費は増加するはずである。さらに、疾病に陥りやすい高齢者が増えると、医療費増加は総人口の増加率以上のスピードで増加するはずである。ところで、OECD推計の1人当たり医療費の老若比<sup>†13)</sup>を見てみると、アメリカ、イギリスが4倍程度、ドイツ、フランスが3倍程度であるのに比べ、日本は約5倍と高くなっている点に注目する必要がある。また、それだけ高齢化が国民医療費の増加に与える影響が大きいと言えよう<sup>†14)</sup>。図4にあるように、日本は他国に例のないスピードで高齢化を迎えた。したがって、早急な医療費抑制策と同時に、若者と高齢者との自己負担格差<sup>†15)</sup>の問題解決が不可欠となるであろう。

#### 3.2. 診療報酬体系と医療の高度化の問題

我が国の医療サービス制度は、患者に対する診療行為に対し、それを行った分だけの医療費が医療機関に支払われるという「出来高払い方式」を採用している。つまり、初診、投薬、検査など医師が行った診療行為を1件、1件積み上げて報酬を請求する

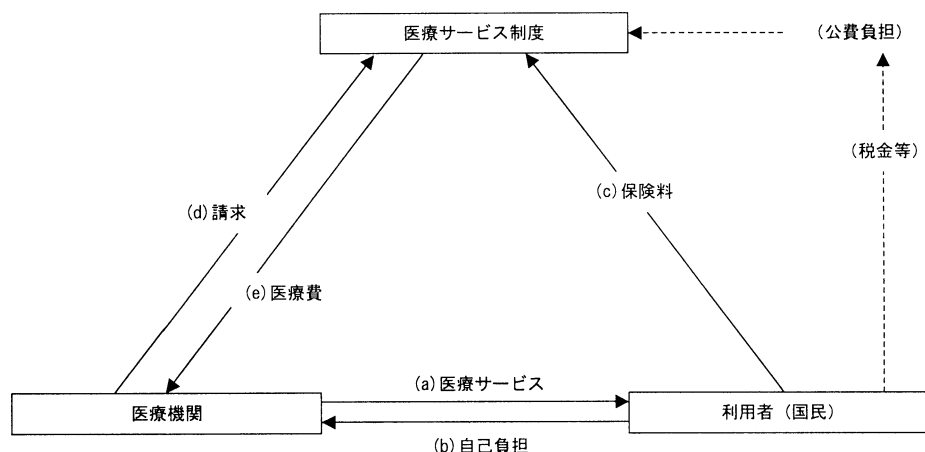


図5 医療サービス制度の仕組み

(資料) 斎藤観之助：医療経済と医療福祉。佐藤俊一他編，医療福祉学概論，初版，川島書店，東京，62，図4.1，1999。

方法である。この方式では、価格の高い診療行為を頻繁に行えば、必然的に医療費は高くなる。医師の診療パターンや診察の仕方が変わると、それが直接医療費に跳ね返る仕組みである。この「出来高払い方式」を採用することによって、医師は患者の負担能力等の要因を気にすることなく医療の提供を行うことができる。

しかし、一方で医療提供者が患者に対し過剰な診療や過剰な投薬を行う恐れもある。もし、このようなことが起これば、「出来高払い方式」を採用することは医療費増加の要因ともなりうるのである。また、診療件数や患者1人当たりの診療行為の増加に伴い、レセプト<sup>†16)</sup>の処理が複雑となり、審査機関<sup>†17)</sup>が不正請求を見落とす可能性が大きくなり、余分な医療費が使われることになる。患者にしてみれば、窓口において見かけ上は少ない自己負担額で医療が受けられるが、そこで使用される医療費は社会保険料及び租税という形の国民負担となって返ってくるのである。

この仕組みを理解するために、図5を示す。前述のように、我が国の医療サービス制度は国民皆保険が前提であり、利用者である国民は、被用者保険や国民健康保険等何らかの形の医療サービス制度にあらかじめ加入する。そして、医療サービスを受ける、受けないに関わらず一定の保険料を継続的に負担(c)している。また、医療サービスの提供を受ける、すなわち受診する場合(a)は、利用者は医療費の一定率、さらに保険外の医療費を直接に自己負担(b)しなければならない。一般に、自己負担とはこの部分を指すが、医療サービスを受ける機会を確保するには、国民は図5に示されている自己負担(b)及び保険料(c)を負担しなければならない。さら

に、公費負担も最終的には税金等の形で利用者である国民が負担しているのである。

一方、医療サービスを提供している医療機関は、窓口で利用者からの自己負担(b)を受け取ると同時に、レセプトに基づく請求(d)により、保険者である国、市町村、各種組合等から医療サービスの提供に要した医療費(e)を受け取る仕組みになっている。個々の医療機関による医療サービスの提供、あるいは個々の利用者の受診は図5に示した枠組みの中で行われているが、こうしたミクロ的活動の結果を総計したものが、国民医療費や医療保険財政等のマクロ的指標として把握されることになる<sup>4)</sup>。

我が国の医療サービス制度は、以上のような仕組みのもとで医療サービスが提供されている。この根本をなす「出来高払い方式」の基準となる診療行為の対価(=診療報酬)の算定方法は、「点数単価方式」<sup>†18)</sup>と呼ばれ、個々の診療行為に設定された点数に単価「1点=10円」を乗じて算定した額が、医療機関が実際に支払いを受けることができる額となる。この診療報酬改定率の動向<sup>5)</sup>を見てみると、1958年以降、常に5~10%前後の範囲での引き上げが行われている。また、改定率の伸びを医科、歯科、薬局の平均伸び率で算定し始めた1978年以降についても、伸び率は以前よりは鈍化したものの、経済成長率が鈍化したバブル崩壊以降でさえ依然として1~5%前後の範囲で引き上げが行われている。

しかし、ここで問題なのは、国民医療費の増加を誘発する我が国の医療サービス制度の仕組みなのである。実際、我が国はすべての診療行為(一部包括払い制を導入<sup>†19)</sup>)に対し「出来高払い方式」を採用している<sup>†20)</sup>。また、前述のように診療報酬の改定率は低成長に入った1990年代前半以降も伸び続け、

1998年では前年度比がマイナスになったにもかかわらず、診療報酬改定は、医科1.5%、歯科1.5%、調剤0.7%、平均で1.5%の引き上げとなった。また、2000年の診療報酬改定においても、平均で1.9%の引き上げとなっている（2002年には一部引き下げを行った）。この改定が、注20でも触れたように果たして医療の診療コストを反映しているか疑問が残る。この「出来高払い方式」のあり方にメスを入れない限り、医療費の抑制には歯止めがかからないのではなかろうか。

### 3.3. 薬価差益と高薬価シフトの問題

1950年に制度化された薬価基準は、医療サービス制度で使用することのできる医薬品の品目を定め、同時に「健康保険法の規定による療養に要する費用の額の算定方法」（1994年3月厚生労働省告示第54号）に基づいて算定される診療報酬のうち、薬剤料として保険医療機関が保険者に請求し、償還を受けることのできる価格を定めたものである<sup>6)</sup>。個々の薬価は、製薬卸売業者と医療機関との間で決定する取引価格に基づき、厚生労働大臣が決定する。この取引価格と厚生労働大臣が決定する薬価との差額を「薬価差益」と呼び、医療機関の貴重な収入源となっている<sup>†21)</sup>。

ちなみに、診療行為別患者1人1日当たりの診療収入<sup>7)</sup>を見てみると、特に外来において投薬料は、2000年6月では全体の28.2%を占めている。また、薬剤費は国民医療費の4分の1強を占めると同時に、諸外国に比べ我が国の国民医療費に対する薬剤費比率は、高い割合を示している。ちなみに、日本医療企画「医療白書」（1996年版）によると、国民医療費に対する薬剤費比率は、1990年時点で日本の28.6%に対し、旧西ドイツは22.6%（ただし1989年時点）、フランスは18.2%、イギリスは11.7%、アメリカは9.3%であった。また、諸外国の薬価を1とした場合の日本の薬価についてみてみると、日本の薬価はアメリカに対して1.54、イギリスに対して2.94、ドイツに対して1.44、フランスに対して2.76といずれの国と比べても高いことが言える。

これに対して、政府は1990年以降薬価基準を断続的に引き下げるとともに、前述のように慢性疾患や老人医療など一部で包括払い制を導入するなどして、国民医療費に対する薬剤費の影響を極力抑えようと試みてきた。その結果、国民医療費に対する薬剤費比率は減少している。

しかし、それ以上に日本の薬剤費比率が高率に推移する原因としては、診療に使用される薬剤が高価な新薬にシフトするという高薬価シフトが挙げられ

る。そして、その傾向を促しているのは、我が国の新薬の価格を決定する薬価算定制度である。新薬の薬価算定方式は「類似薬効比較方式」が用いられる。この方式は、比較対照薬を選定し、薬効、有用性によって上限30%の補正加算<sup>†22)</sup>がされる仕組みである。この比較対照薬については、各製薬メーカーが選定することができるため、各社にとって有利な価格設定が行われる。その結果、新薬は次第に高くなっていくことになる。もし、比較する対象薬がない場合は、原価に基づいて計算することになっている。しかし、原価についてはメーカー側しかデータを所有しておらず、しかもこのメーカーの申請資料が大きな影響を持つことを考慮するならば、メーカー側の有利なように価格が設定されがちになることは想像に難くない<sup>8)</sup>。また、各医療機関も、現在ほとんどなくなったとされる「薬価差益」から、より高価な新薬にシフトすることで、少しでも多くの診療収入を得ようとするようになる。

このような薬価算定の方法を改善していくことはもちろんのこと、なぜ我が国の医療は薬剤に頼らなければならないのかという診療内容の問題を併せて考えなくてはならない。言うまでもなく、薬の価格（薬価）は、本来、薬の開発・研究費から材料及び生産費を反映するものでなくてはならない。ちなみに、診療行為としての調剤に対する費用は、基本料（初診料・再診料）や処方料、ならびに調剤料として別に診療報酬体系の中で設定されている。したがって、薬を処方することによる付加価値を「薬価差益」の根拠にするのは不自然である。それでも、各医療機関が「薬価差益」による収入を得ようと試みる理由は、注20でも述べたように、日本の診療報酬体系は診療行為そのものに対する「技術料」及び「診療コスト」が適切に反映されていないからである。そのため、薬価の高い新薬の使用が増えることになる。

### 4. むすびにかえて

我が国の医療供給体制は、すべての国民に自由かつ平等に医療サービスを受ける機会を与える観点から、医療供給の量的な整備に重点をおいた政策がなされてきた。その結果、前述のようにすべての国民が自由（＝フリーアクセス）に医療機関を利用することができる一方、弊害も生まれてきた。フリーアクセスは患者にとって受診先を選べる自由度があり、気軽に医療サービスの提供を受けることができる反面、風邪や腹痛などの軽い病気で大学病院などの大規模病院<sup>†23)</sup>で簡単に受診できてしまうなど、過剰な医療サービスを求めるモラル・ハザードの問題をはらんでいる<sup>†24)</sup>。そのため、「3時間待ち、3分診療」



と呼ばれる現象が生まれ、診療時間の短さや医師の病状等に対する説明の欠如と言った批判が起ってきた。1998年度における「一般診療医療費における病院・診療所、入院・入院外構成割合の推移」<sup>†25)</sup>を見てみると、入院外診療費において病院が占める割合は全体の45.8%と、1985年度の38.9%から大幅な増加を示している。一方、入院外診療費において診療所が占める割合は、1998年度で全体の54.2%と、1985年度の61.1%から減少の一途をたどっている。つまり、本来診療所が行うべき入院外診療を病院が行う場面が増えてきたのである。

ところで、このような入院外診療を病院が行うことになった原因は、1985年当時の厚生省による「医療計画」、「必要病床数」という病床を規制する制度<sup>†26)</sup>である。この制度により、病床数の増加の抑制に一定の効果が上がり、1993年以降病床数はわずかながら減少し続けている。しかし、決められた必要病床数を上回る病床は整備できなくなり、ベッドを増やして患者を入れ、収入を稼ぐという拡大型の病院経営はできなくなった。そのために病院を経営して行くには、外来医療に力を入れざるを得なくなったのである。特に、医療機関同士のネットワークがまだ不十分のため、外来患者を診て自院の入院患者を病院が自力で確保する必要もあった<sup>9)</sup>。このような、機能が異なる診療所と病院が患者を奪い合う傾向は、日本の医療サービス制度が、各医療機関に対し機能分担を明確に指し示さなかったと同時に、医療機関の評価あるいは情報開示を促す仕組みを持っていないために生じたものであると考えられる。

国民医療費を押し上げるもう1つの要因としては、

入院の長期化があげられる。高齢化の進展に伴い、要介護老人の受け皿となる福祉施設が足りないこともあり、治療が終わり、医療サービスの必要がない患者が家族や家庭の事情を理由に退院できない状況（いわゆる社会的入院）は今でも多い。2000年4月施行の公的介護保険制度により若干の解消は見られているが、1996年の平均入院日数を見てみると、日本は33.5日であるが、諸外国では最も短いアメリカで7.1日、最も長いドイツでも14.3日となっており、日本の入院日数が長期であることがわかる<sup>†27)</sup>。また、厚生労働省の「患者調査」(1996年)によれば、35歳から64歳の入院患者は平均43.3日も入院している。家庭などの受け入れ体制が整備されれば退院できる患者が、全体の約15%、約22万人にも上っており、本来の医療サービスが必要のない入院も多いことが分かる。1996年の人口1,000人当たりの病床数を見てみると、日本は13.2床であるのに対し、諸外国で一番少ないアメリカで4.1床、最も多いドイツで8.2床となっており、我が国は諸外国に比べ多いことが分かる<sup>†28)</sup>。このように長期入院の現象は、病院経営上の問題から、入院患者のいない空床をできるだけ少なくする「空床対策」がその原因とも言われてい<sup>10)</sup>。医療費抑制策を考える場合、患者の需要側からの政策のみではなく、医療供給側からの政策も大切であり、需給のマッチングの視点に立ちつつ、病院同士あるいは病院と診療所などの機能分担を考慮するなど医療サービス制度を社会システムの1つとしてマクロ的に検討していく必要がある。

## 注

†1) 1985年度の16兆円に比べおおよそ2倍。97年度以降国民所得の対前年度伸び率がマイナスに向かう中、国民医療費、老人医療費は、それぞれ3.0%、6.2%とプラス成長になっている(1999年度)。

†2) この点について日本医師会は、日本の医療サービス制度の優れた特徴について、すべての国民が公的な医療保険に加入しているということ(国民皆保険体制)、安い費用で満足できる質のいい医療が受けられる安定感のある方式(現物給付方式)、何の制限も受けずにどこの医療機関でも、どの医師でも自由に診てもらえて治療が受けられること(フリーアクセス)の3つを挙げている。

†3) 厚生労働省保険局調査課推計の生涯医療費によると、医療費は40歳後半から増え始め、70歳以上の老人医療費が70歳未満のすべての年齢階層の医療費に匹敵する。1人当たりの医療費では、70歳以上の老人が781,600円に対し70歳未満の国民は150,700円と実に5.2倍(介護関係医療費部分を除くと4.5倍)に上る(1996年度)。

†4) 財務省統計資料のホームページ <http://www.mof.go.jp/gbb/1403.htm> による。

†5) 国民所得に対する租税負担と社会保障負担の割合の合計をいう。

†6) 国民負担率の最も高いスウェーデンで70.2%(1996年)、最も低いアメリカで35.8%(1997年)である。ちなみに日本は、36.9%(2001年)である。

†7) (租税+社会保険料+財政赤字)/国民所得。

†8) 2001年1月より、70歳以上の高齢者の窓口自己負担額が定率の1割に引き上げられた(ただし、200床未満の病院は月

額上限3,000円・200床以上の病院は月額上限5,000円・診療所の場合は、事務処理負担の観点から月800円の4回を限度とした徴収も選択できる)。

- †9) ただし、この現象は第3者支払い方式を前提とする保険制度の本質的な問題であり、老人医療費の無料化に限ったことではない。
- †10) 制度発足当時は50%とされていたが、1986年度には80%、1990年度以降については100%とされた。
- †11) 社会保険庁「1999年度政府管掌健康保険収支決算」による。
- †12) 社会保険組合連合会「1999年度健保組合決算見込みについて」による。
- †13) 65歳以上の1人当たりの総保健費を0~64歳の1人当たりの総保健費で除した割合。
- †14) これらの割合は、OECD Health Data '97. を用いて試算したものであるが、OECDが総保健費(total health expenditure)を算出した手法が不明である上に、その基礎となったデータの内容が各国で一致していないため、厳密な比較でないことに留意する必要がある。週刊社会保障編集部編：欧米諸国の医療保障。初版，法研，東京，410，2000。
- †15) 若者と高齢者の自己負担格差については、ドイツやフランスは現役時代の医療保険の継続がなされているが、イギリスやスウェーデンには全国民対象となっていることから、原則的には老若格差はない(イギリスは高齢者の自己負担免除、スウェーデンは若者と同額の自己負担となっている)。また、アメリカは高齢者にはメディケアがある一方、若者には公的保険はない。
- †16) 各医療機関が、患者ごとに当月に行った診療行為を記し、その診療行為に対し診療報酬を請求するために各審査機関に提出する請求書。
- †17) 社会保険(政府管掌及び組合管掌健康保険等)については社会保険診療報酬支払基金が審査し、国民健康保険については国民健康保険団体連合会がレセプトの審査請求業務を行う。
- †18) 医療行為の難易度等のバランスを点数で評価し、単価によって経済変動に対応できる点に特色がある。おおむね2年に1回実施される診療報酬改定には、すべての点数の見直が行われてきた。健康保険組合連合会編：社会保障年鑑2001年版。初版，東洋経済新報社，東京，53，2001。
- †19) 老人医療及び、40歳以上の慢性疾患患者等に対しては包括払い制を導入している。
- †20) 本来、医療の診療報酬決定にはコストが考慮されなければならないが、日本の医療費決定にはコストという概念が適切に反映されていない。
- †21) 通常の取引の枠組みで見ると、医療機関が薬の小売業者として、卸売価格と小売価格の差としての流通上の利益を享受しているということの意味している。しかも、この薬の投入量を医療機関が任意に決定できるということであり、このことが過剰投薬の背景となっている。
- †22) 公表されていないため、基準は不明である。
- †23) 病院とは、20床以上のベッドを持つ医療機関のことをいう。
- †24) 過剰診療を誘発する医療サービス制度におけるモラル・ハザードは、供給側にも見られる。すなわち、出来高払いを前提とする医療サービス制度においては、供給者としての病院にとって、診療の内容や密度、さらには回復水準の設定等の医療サービスの質を高めたことによって増加する医療費用は、保険料請求によって、常に採算をとることができるので、患者が全額を直接負担する場合に予想されるサービス水準を上回る医療サービスを提供する傾向がある。斎藤観之助：医療サービス市場におけるモラルハザード。ケア・サイエンス・リサーチ，4(1)，1998。
- †25) 1998年度，国民医療費の概況による。
- †26) 都道府県をいくつかの「2次医療圏」に分け、それぞれの2次医療圏に必要な病床数をあらかじめ決めておく制度である。
- †27) 日本は、「病院報告」，諸外国は，OECD Health Data '98. による。
- †28) 日本は、「医療施設調査・病院報告」，諸外国は，OECD Health Data '98. による。

## 文 献

- 1) 財務省ホームページ <http://www.mof.go.jp/jouhou/syukei/sy014.htm> 「財政の現状と今後のあり方」.
- 2) 吉原健二：日本医療保険制度史．初版，東洋経済新報社，東京，290-315，1999．
- 3) 斎藤観之助：現代老人福祉再考 —E.ヘミングウェイの世界に寄せて—．ケア・サイエンス・リサーチ，3，1997．
- 4) 斎藤観之助：医療経済と医療福祉．佐藤俊一他編，医療福祉学概論，初版，川島書店，東京，45-75，1999．
- 5) 健康保険組合連合会編：社会保障年鑑2001年版．初版，東洋経済新報社，東京，52，第10表，2001．
- 6) 健康保険組合連合会編：社会保障年鑑2001年版．初版，東洋経済新報社，東京，56，2001．
- 7) じほう編：薬事ハンドブック2001．初版，じほう，東京，271-279，2001．
- 8) 儀我壮一郎：薬の支配者．初版，新日本出版社，東京，150-180，2000．
- 9) じほう編：薬事ハンドブック2001．初版，じほう，東京，250-252，2001．
- 10) じほう編：薬事ハンドブック2001．初版，じほう，東京，249，2001．

(平成16年11月20日受理)

## Current State and Problem of Finance for Medical Services in Japan

Kei SAKAMOTO

(Accepted Nov. 20, 2004)

Key words : finance for medical services, national medical expenditure, medical insurance system

### Abstract

All Japanese were able to receive medical services through the implementation of the “Universal Coverage of Public Health Insurance to All Japanese” in 1961. In addition, various types of infectious diseases decreased sharply through medical technology and the improvement of public health measures; and the average life span was greatly extended. On the other hand, national medical health expenditures keep increasing. It has caused a financial crisis for medical health services in Japan.

In this paper, the factors causing such an increase in medical service expenditures are empirically analyzed.

The conclusions drawn are that not only the increasing average age of the population alone is to blame, but also the medical treatment service system must be a factor in the increase in national medical expenditure. Also, the excessive demand for medical treatment service is caused due to the system of medical care itself.

Correspondence to : Kei SAKAMOTO

Social Welfare Corporation SEIYOUKAI, ASAHIENN

Okayama, 700-0865, Japan

(Kawasaki Medical Welfare Journal Vol.14, No.2, 2005 249-259)