

## (5) 看護職員、コ・メディカル等について

### 1) 看護職員の養成数について

人口1,000人当たり看護職員数はOECD平均9.7人<sup>20</sup>に対し、日本は9.3人(2006年)である。日本では准看護師の寄与もあり、看護職員数はほぼ先進国水準に近いが、今後も引き続き看護職員の養成数については、現状の確保に努める。

### 2) 潜在看護職員の活用について

日本医師会が潜在看護職員再就業支援モデル事業の一環として実施した調査<sup>21</sup>結果によれば、潜在看護職員の多くが看護職員としての復職を希望している。

回答者の96.3%が女性で、77.5%が「子供あり」であった。このうち12歳以下の児童・乳幼児が「あり」と回答した人は73.5%で、育児から手が離せない状況がうかがえる。

現在就業していない人は回答者の78.0%であった。看護職員として「再就業したい」が27.1%、「条件次第で再就業したい」が43.0%であり、合計70.2%が看護職員への復職を希望していた。このうち、再就業先として希望する施設・職場は、複数回答で診療所が87.5%、病院が70.8%であった。

本調査結果から、いわゆる「潜在看護職員」のうち、12歳以下の児童・乳幼児がいる女性が約半数にのぼることがわかった。「潜在看護職員」の多くは看護職員として再就業したいという希望、意欲が十分あり、仕事と育児および家庭の両立を希望している。とりわけ、再就業に際して、休暇が取りやすいことや院内保育所・学童保育あるいは育児に対するその他の配慮などを望んでいる。

再就業に当たっては、看護職種を離職してからのブランクを埋めるための研修が希望されており、希望する研修内容は看護技術(実技研修)73.8%、電子カルテなどIT関連知識54.5%、医療安全54.4%、高度医療技術・知識53.2%の順に高い(複数回答)。

<sup>20</sup> オーストラリア、ベルギー、ギリシャ、ポルトガル、スウェーデン、スイスは2005年、スロバキアは2004年データ、その他は2006年データの平均値。

<sup>21</sup> (社)日本医師会「潜在看護職員再就業支援モデル事業報告書」2008年1月実施。モデル事業に参加している15県医師会が看護師等学校養成所の卒業生を対象に行った調査。有効回答数1,367人(2008年4月1日現在)。  
[http://dl.med.or.jp/dl/med/teireikaiken/20090114\\_1.pdf](http://dl.med.or.jp/dl/med/teireikaiken/20090114_1.pdf)

また、本調査の自由記載欄の記述からは、医療現場への復帰を希望する一方で、再就業に関するさまざまな情報が十分でない状況がうかがえた。

これらの結果から、看護職員への再就業支援対策として、①情報交換・収集の場(窓口)の設置、②多様な勤務形態とコーディネイト部門の設置、③研修の実施、が必要であるといえる。

再就業のための環境さえ整えば、看護職員確保対策として、潜在看護職員の活用は十分に進むと考えられる。

### 3) 医療従事者間の業務分担について

業務分担については、医療に係る事務業務と医療行為そのものを分けて考えるべきである。

近年、書類作成等の事務業務が増加、煩雑化し、勤務医の負担増の一因となるとともに、本来の診療業務への集中を阻害している。したがって、医師の事務作業そのものの見直しとともに、これを軽減するための業務分担は必要である。

しかし、医療行為の分担については、慎重に検討しなければならない。経済財政諮問会議<sup>22</sup>、規制改革会議<sup>23</sup>は医師の業務を他の従事者に分担させることを提案している。しかし、役割分担が先行すれば、責任の所在があいまいになりかねず、患者を危険にさらすおそれがある。また医療は不確実性が高く、軽度ないし安定期であっても、常に重症化や急変のリスクを内包する。したがって、診察、治療、処方等の医療行為は、高度な医学的判断及び技術を担保する資格の保有者(医師)に限定されるべきである。

このような観点から、日本医師会は、医療従事者間の業務分担については、医療の安全や質の向上を最優先に検討していく。

<sup>22</sup> 経済財政諮問会議「経済財政改革の基本方針2008」2008年6月27日閣議決定、「関係職種間の役割分担の見直し、メディカルクラークの配置等を進める」、<http://www.keizai-shimon.go.jp/cabinet/2008/decision080627.pdf>

<sup>23</sup> 規制改革会議「第3次答申に向けた規制改革会議の重点分野と課題」2000年10月24日、「医師及び他の医療従事者の役割分担の見直し、医師不足対応として、看護師・介護福祉士・助産師等医療従事者の業務の高度化」、  
[http://www8.cao.go.jp/kisei-kaikaku/minutes/meeting/2008/4/item08\\_04\\_02.pdf](http://www8.cao.go.jp/kisei-kaikaku/minutes/meeting/2008/4/item08_04_02.pdf)

### 3. 地域を守る医療提供体制

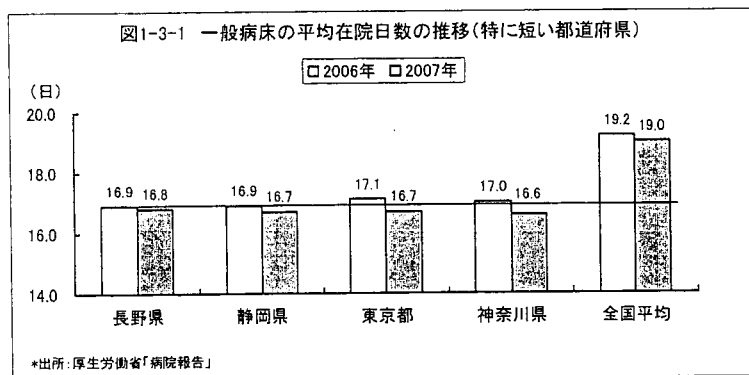
#### (1) 平均在院日数短縮化の問題点

2006年の医療制度改革は、医療費適正化という名の医療費抑制を強いるものであり、その一環として平均在院日数の短縮化が進んでいる。全国医療費適正化計画（2008年）<sup>24</sup>では、「平成24年の病院報告（平成25年12月頃公表の見込み）における平均在院日数の全国平均を29.8日にする」とされた。

ここでいう平均在院日数は、一般病床、療養病床、精神病床等をまとめて計算されたものである。日本医師会はこの計算方法を問題視するとともに、療養病床、精神病床が多い地域など、地域特性を無視した一律の短縮化は認められないとしてきた。

一般病床のみに着目すると、医療制度改革スタート時の2006年には、長野県が最短であった。しかし2007年には、東京都、神奈川県といった首都圏で平均在院日数が低くなっており、無理な短縮化が図られているのではないかと懸念される（図1-3-1）。

日本医師会は、かねてより平均在院日数の短縮は限界に来ていると主張しており、受け皿がないままに在宅医療や通院を強いられる患者が少なくないのではないかと危惧している。



<sup>24</sup> 「高齢者の医療の確保に関する法律第8条第1項の規定に基づき定める計画」2008年9月8日、厚生労働省告示第442号、[http://www.hourei.mhlw.go.jp/cgi-bin/t\\_docframe.cgi?MODE=hourei&DMODE=CONTENTS&SMODE=NORMAL&KEYWORD=&EFSNO=2110](http://www.hourei.mhlw.go.jp/cgi-bin/t_docframe.cgi?MODE=hourei&DMODE=CONTENTS&SMODE=NORMAL&KEYWORD=&EFSNO=2110)

DPC<sup>25</sup>の拡大も平均在院日数の短縮化に拍車をかけた。

DPCは、2003年度に特定機能病院を対象に導入され、2008年度初めには、対象病院718、準備病院710、計1,428病院になっている。厚生労働省は、2012年度までにDPC対象病院を1,000にする目標を掲げているが<sup>26</sup>、現在の準備病院が対象病院になれば、目標を大きく、しかも前倒しで達成することになる。

DPCは、入院基本料、検査、画像診断、投薬、注射、医学管理料などが、1日当たり包括評価（包括払い）によって一定の点数となっており、点数は在院日数が長くなるほど段階的に引き下げられる。個々の患者の在院日数が平均在院日数と同じであれば、平均点数しか得られない。そこで病院経営者は、平均在院日数の短縮化を目指す。ところが他の病院経営者も同じ方向を目指すため、ますます在院日数の短縮化が進む。そしてこれに付随して、さまざまな問題点が浮かびあがっている。

第一にDPC病院では、退院時の治癒率の割合が低下し、再入院の割合が増加している（図1-3-2）。中央社会保険医療協議会（以下、中医協）・診療報酬調査専門組織・DPC評価分科会は、治癒率の低下について「治癒の割合は減少傾向であることについては、急性期としてある程度病態が安定した時点までの入院医療を反映しているものと考えられ、急性期として適切な医療が提供されている<sup>27</sup>」との見解を示している。しかし、仮に急性期で治癒率が高いことが求められないとしても、DPC導入後に、治癒率が一貫して低下傾向にあることは問題である。

第二に、医療現場から「医療サービスの質が低下した」という声があがっている。厚生労働省の「医療の達成度、患者満足度に係る調査」<sup>28</sup>によれば、「医療サービスの質が低下した」が5.9%、「医療サービスの質が向上した」が2.0%である（図1-3-3）。年齢別では、経営者に近い年齢層である60歳代以上を除くすべての年齢で、医療の

<sup>25</sup> DPC (Diagnosis Procedure Combination) は診断群分類を指す。この分類に基づき診療報酬の一部が包括化されており、これを「DPC (診断群分類) による包括評価」という。ただし、最近では支払い方法自体も含めて「DPC」と呼ばれることが多い。本稿でも後者の意味で「DPC」という表現を用いる。

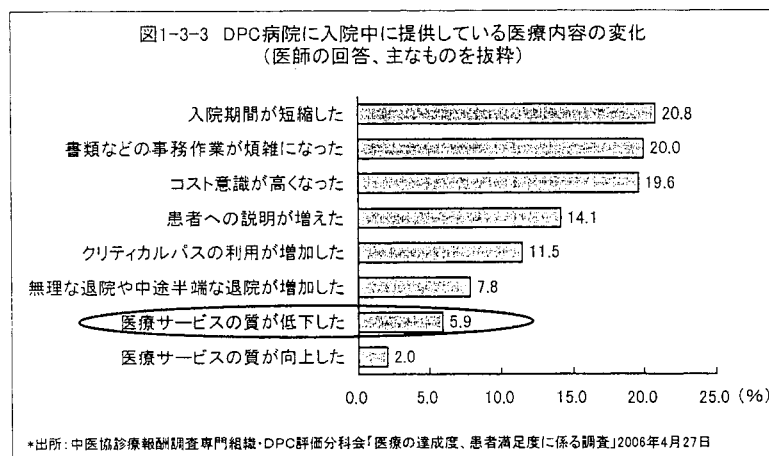
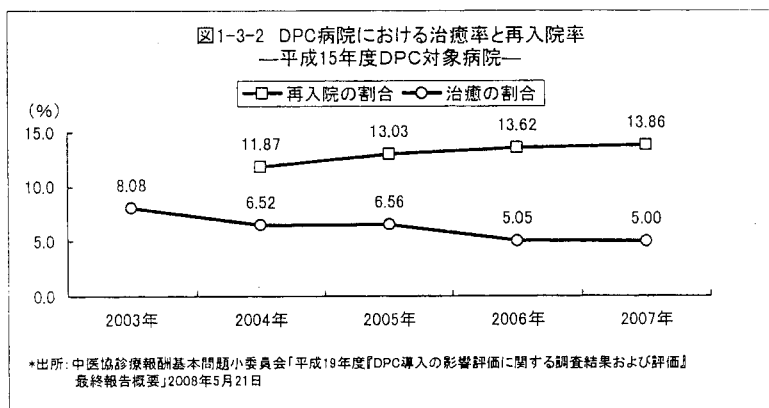
<sup>26</sup> 厚生労働省「医療・介護サービスの質向上・効率化プログラムについて」経済財政諮問会議提出資料、2007年5月15日、<http://www.keizai.shimon.go.jp/minutes/2007/0515/item1.pdf>

<sup>27</sup> 中医協診療報酬基本問題小委員会「平成19年度『DPC導入の影響評価に関する調査結果および評価』最終報告概要」、2008年5月21日、<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/05/dl/s0521-6a.pdf>

<sup>28</sup> 中医協診療報酬調査専門組織・DPC評価分科会資料、2006年4月27日、<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/04/dl/s0427-3h.pdf>

質が「低下した」が「向上した」を上回っていた<sup>29</sup>。比率としては小さいが、「低下した」が「向上した」を上回っていることは重く受け止めるべきである。

また同調査によれば、中堅層の40歳代の医師で「無理な退院や中途半端な退院が増加した」との回答も1割近く(9.3%)に達していた。

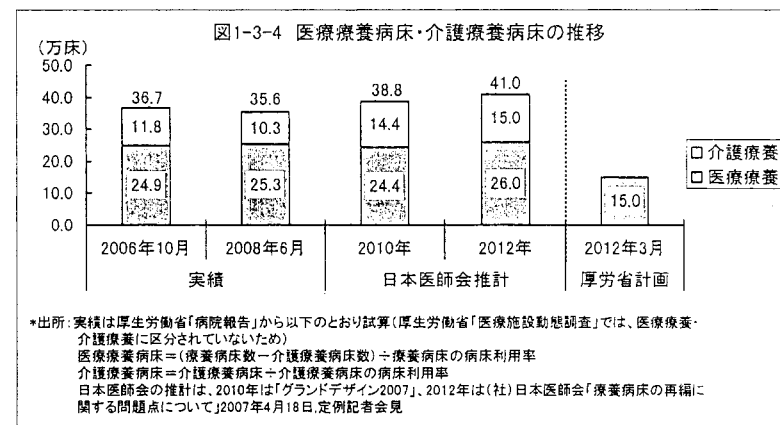


<sup>29</sup> 医療サービスの質が低下した: 20歳代3.5%, 30歳代6.1%, 40歳代6.9%, 50歳代5.6%, 60歳代以上3.4%, 医療サービスの質が向上した: 20歳代0.9%, 30歳代1.6%, 40歳代1.9%, 50歳代4.0%, 60歳代以上11.0%。

## (2) 高齢社会における医療提供体制

国は医療費抑制のため、医療療養病床の「医療区分1」に加え、「医療区分2」の入院患者の3割を「社会的入院」とみなし<sup>30,31</sup>、医療療養病床の削減(2005年25万床、2012年15万床)と介護療養病床の廃止(2005年13万床、2012年廃止)を決定した。しかし、日本医師会の実態調査<sup>32</sup>によれば、「医療区分1」の患者の2割は、医療療養病床を必要としており、決して「社会的入院」ではなかった。

日本医師会は、「グランドデザイン2007」で、実態調査を踏まえ、2010年には医療療養病床が24.4万床必要であると試算した(図1-3-4)。厚生労働省も、医療療養病床について、44都道府県の目標病床数を集計すると2012年に約21万床(2008年6月時点確定分、回復期リハビリテーション病棟である療養病床を除く)となることから、必要な取組を推進するとしている<sup>33</sup>。国は、このことを踏まえ、明確に方向転換を図るべきである。



<sup>30</sup> 中医協・慢性期入院医療の包括評価調査分科会「平成18年度慢性期入院医療の包括評価に関する調査」中間報告書2007年3月28日、<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/05/dl/s0530-7b.pdf>

<sup>31</sup> 社会保障審議会医療保険部会資料「医療費適正化に関する施策(案)についての基本的な方針(案)について」、2007年4月12日、<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/04/dl/s0412-1d.pdf>

<sup>32</sup> (社)日本医師会「『療養病床の再編に関する緊急調査』報告」2006年10月(調査実施月は2006年7月)、[http://www.med.or.jp/nichikara/kaigo/20061025\\_1.pdf](http://www.med.or.jp/nichikara/kaigo/20061025_1.pdf)

<sup>33</sup> 「高齢者の医療の確保に関する法律第8条第1項の規定に基づき定める計画」2008年9月8日、厚生労働省告示第442号、[http://www.whoirei.mhlw.go.jp/cgi-bin/t\\_docframe.cgi?MODE=hourei&DMODE=CONTENTS&SMODE=NORMAL&KEYWORD=&EFSNO=2110](http://www.whoirei.mhlw.go.jp/cgi-bin/t_docframe.cgi?MODE=hourei&DMODE=CONTENTS&SMODE=NORMAL&KEYWORD=&EFSNO=2110)

### (3) 医療資源重点化の問題点

2008年10月、社会保障国民会議が「医療・介護費用のシミュレーション」<sup>34</sup>を発表した。そこでは、高度急性期、一般急性期など機能分化を進め、在宅介護等を強化した場合には、2025年の医療・介護費用は92～94兆円程度（B3シナリオ）になるとの推計結果が示された（表1-3-1）。

日本医師会は、社会保障国民会議が、これまでの社会保障費抑制から「社会保障の機能強化」に転換したことは評価する。しかし、医療・介護費用のシミュレーションは、平均在院日数の大幅な短縮化、急性期医療への医療資源の集中投入、在宅医療の拡大を前提としており、地域や家族の事情によっては、「医療難民」や「介護難民」を生じさせるおそれがある点で問題である。

また、社会保障国民会議の中間報告<sup>35</sup>には「専門的医療提供を行う中核的病院（特に急性期病院）を中心とした人員配置の思い切った拡充・機器装備の充実」とある。しかし現在、厳しい医療費抑制の結果、身近に、通院先、入院先がなくなっている地域もある。あるべき医療機能の分化を果たしていくためには、急性期病院だけでなく、その連携先および受け皿も整備拡充させなければならない。日本医師会は、社会保障国民会議においても、「日本の地域医療を守るため、医療費水準を高め、医療全体に対し資源を強化する方向」を主張してきたところである<sup>36</sup>。

表1-3-1 社会保障国民会議 医療・介護のシミュレーションの概要

【平均在院日数の前提】		B1シナリオ	B2シナリオ	B3シナリオ
急性期	高度	15.5日→12日	15.5日→10日	20.1日→16日
	一般			13.4日→9日
亜急性期・回復期		維持	75日→60日	75日→60日
長期療養(医療療養)		記載なし		
2025年の医療・介護費用		91～93兆円程度	91～93兆円程度	92～94兆円程度

\*出所：社会保障国民会議「サービス保障(医療・介護・福祉)分科会(2008年10月23日)社会保障国民会議における検討に資するために行う医療・介護費用のシミュレーション(本体資料)経済前提Ⅱ-1の場合

<sup>34</sup> <http://www.kantei.go.jp/jp/singi/syakaihosyoukokuminkaigi/iryuu.html>

<sup>35</sup> [http://www.kantei.go.jp/jp/singi/syakaihosyoukokuminkaigi/chukan/siryuu\\_1.pdf](http://www.kantei.go.jp/jp/singi/syakaihosyoukokuminkaigi/chukan/siryuu_1.pdf)

<sup>36</sup> (社)日本医師会「社会保障国民会議の最終報告とりまとめに向けての要望」2007年10月15日、定例記者会見。 [http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20081015\\_22.pdf](http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20081015_22.pdf)

### (4) 日本医師会が考えるあるべき病床数と現実

日本医師会は「グランドデザイン2007」において、以下の前提条件を置き、病床数の将来推計を行った。

その結果、一般病床数は2020年過ぎには2008年と同水準の規模が必要になると推計された(図1-3-5)。したがって、一般病床については、無理な平均在院日数の短縮化、病床数削減を進めるのではなく、現状の病床数を最低限維持すべきである。また、医療療養病床の必要数は、2015年には現状の病床数を上回り27.1万床になる見通しであり、今後の拡充が求められる。

【「グランドデザイン2007」における病床数の将来推計の前提条件】

**一般病床：**長野県(当時17.5日)なみに平均在院日数が短縮化する可能性があるものの、それが限界であるとする。病床利用率は、急性期の特性として、必ずしも計画的な入退院の見通しが立てられないことから80%とする。

**療養病床：**日本医師会の調査<sup>37</sup>に基づき、医療療養病床の入院患者の66.8%が引き続き医療療養病床を必要としているとする。病床利用率は95.0%とする。

ところで2007年の第5次医療法改正で、有床診療所の一般病床も医療計画上の基準病床に算入され、病床規制の対象にされることになった。しかしそれ以前から、有床診療所の病床数は大幅な減少傾向にある(図1-3-6)。経営が困難な診療報酬改定がつづいてきたこと、さらに療養病床の削減も決まったことなどのためである。

有床診療所の一般病床は、急性期病院からの退院患者の受け皿としての役割だけでなく、専門性の高い医療も担ってきた。今後、病院が集約化される方向にある中で、有床診療所の一般病床は、地域に密着した急性期病床として、よりそのニーズが高まると推察される。特に周産期医療においては、有床診療所の活用も喫緊の課題であり、その機能強化が求められる。

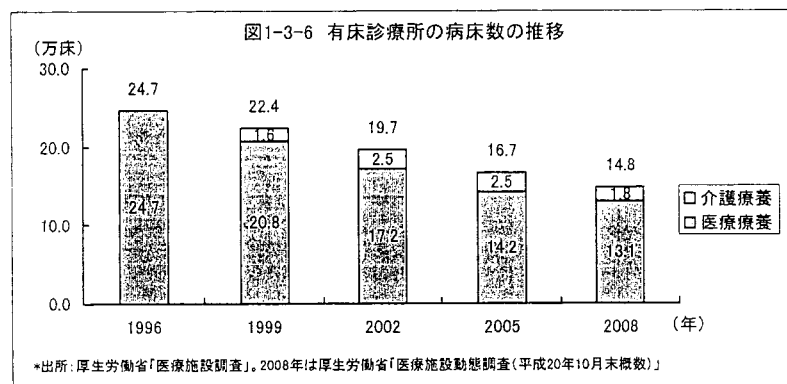
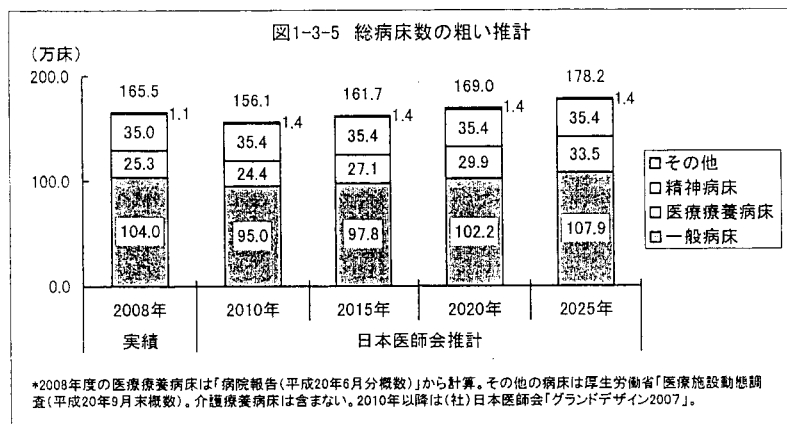
また有床診療所の34.1%は在宅療養支援診療所の届出をしており<sup>38</sup>、さらなる高齢

<sup>37</sup> (社)日本医師会「『療養病床の再編に関する緊急調査』報告」2006年10月(調査実施月は2006年7月)、 [http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20061025\\_2.pdf](http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20061025_2.pdf)

<sup>38</sup> 日医総研「平成20年有床診療所の現状把握のための調査」日医総研ワーキングペーパーNo.177.2008年11月18日、 <http://www.jmari.med.or.jp/research/dl.php?no=384>

化、国の在宅医療推進政策の中にあつて、有床診療所には、これまで以上に在宅医療を支える機能が期待される。有床診療所は、病院が存在しない地域や病院が閉鎖に追い込まれた地域、特に過疎地やへき地において、病院に代わる役割も担っている。

すなわち有床診療所は、病院を補完するだけのものではなく、その固有の機能で地域医療を支えているとの認識に立つべきである。そして、有床診療所の機能を維持、向上させるため、病床の活用についての柔軟な施策と財源の手当てが必要である。



## 第2部 国民を守る医療制度とその財源

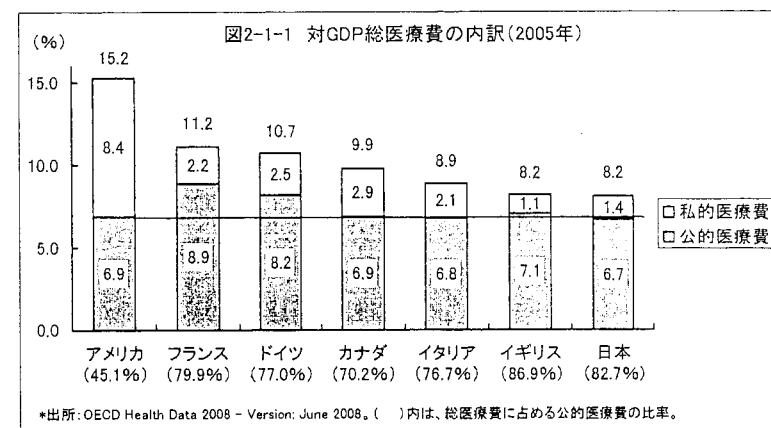
### 1. 医療費の現状と将来推計

#### (1) 医療費の国際比較

2005年<sup>39)</sup>の対GDP総医療費は、OECD平均8.9%で、日本8.2%であり、日本はOECD加盟30カ国中21位である(図2-1-2)。総医療費には、日本の国民医療費に相当する費用のほか、介護サービス費、予防・公衆衛生サービス費、医療管理・医療保険のコスト等を含む。

民間保険中心のアメリカでは対GDP総医療費が15.2%と高いが、G7<sup>40)</sup>からアメリカを除いた場合の対GDP総医療費も平均9.5%であり、日本より1.3ポイント高い。

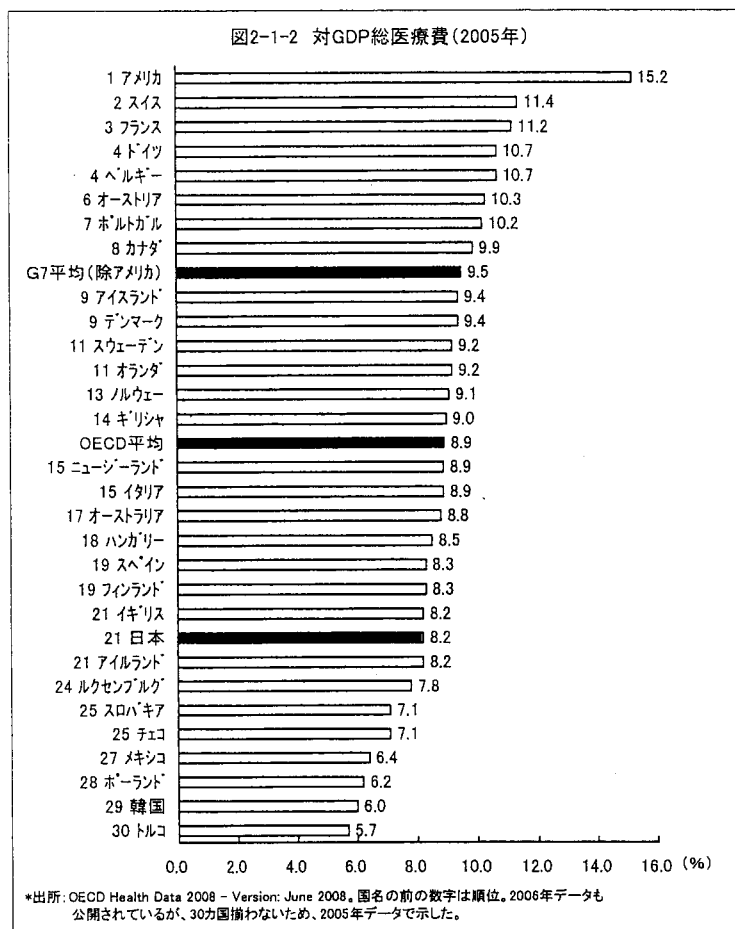
日本の総医療費に占める公的医療費<sup>41)</sup>の割合は82.7%であり、イギリスの86.9%に次いで高い。しかし日本では総医療費の絶対額が小さいので、日本の対GDP公的医療費は6.7%とアメリカよりも低くなっている(図2-1-1)。



<sup>39)</sup> 2006年データも公開されているが、30カ国揃わないため、2005年データで示した。

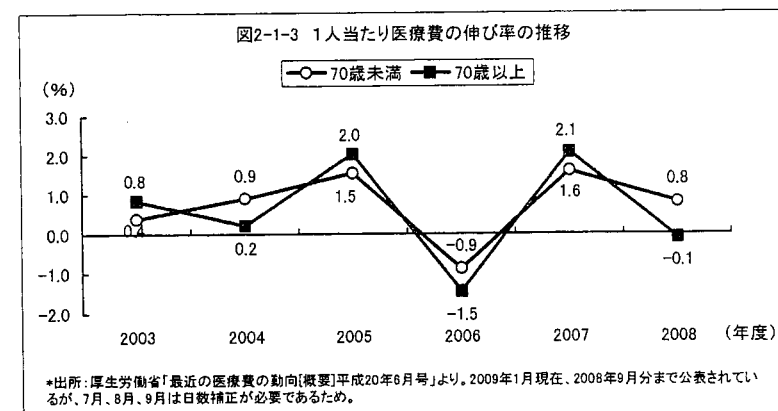
<sup>40)</sup> 日本、ドイツ、アメリカ、フランス、イタリア、カナダ、イギリス

<sup>41)</sup> 社会保障制度のもとで、国や地方の公的資金が負担する医療費。



(2) 現状の医療費の伸びから推計される医療費

2006年度の医療制度改革に際して、国は1人当たり医療費の伸びを一般2.1%、高齢者3.2%として医療費の将来推計を行い、医療費を厳しく抑制してきた。その結果、現在では特に高齢者の1人当たり医療費の伸びが頭打ちになっており、診療報酬改定のなかった2007年度の伸び率は2.1%に止まった(図2-1-3)。



本稿では、まず直近の医療費の伸びを延伸して医療費の将来推計を行うが、厚生労働省「最近の医療費の動向」(以下、メディアス)では、75歳<sup>42</sup>ではなく70歳区分のデータしかなく、公費単独医療費が含まれていない。一方、国民医療費は75歳区分でのデータがあるが、2006年度分までしか公表されていない。

ここでは直近のデータであることを優先し、メディアスのデータを用いて推計する。このため、やむを得ずメディアスの70歳未満の1人当たり医療費の伸び率を用いて一般(0~74歳)の医療費を推計し、同様に70歳以上の1人当たり医療費の伸び率

<sup>42</sup> 2007年度は老人保健制度、2008年度は後期高齢者医療制度である。この比較は可能に思われるかもしれないが、老人保健において対象年齢の引き上げ途上であったため、2007年度の平均年齢はおおむね74.5歳、2008年度は75歳である。このため両者を比較できず、伸び率を計算できない。

を用いて高齢者（75歳以上）の医療費を推計する<sup>43</sup>。

2003年以降の診療報酬改定年を除く平均伸び率は、一般1.2%、高齢者1.6%である。また、2008年4～6月の1人当たり医療保険医療費（除公費負担等医療費）は、一般178.1千円、高齢者849.7千円<sup>44</sup>である。

これを毎年、一般1.2%、高齢者1.6%で延伸し、人口を乗じると、医療保険医療費は2015年には36.7兆円、2025年には45.5兆円になると推計される。

公費負担等医療費<sup>45</sup>は、2006年度は国民医療費の8.7%である。今後もこの比率が変わらないとして計算し、医療保険医療費に加算する。その結果、国民医療費は2015年には40.3兆円、2025年には49.9兆円になると推計された（表2-1-1）。

表2-1-1 医療費の将来推計－現状の医療費の伸びから推計した場合－

1人当たり医療費の伸びの前提 <sup>*1)</sup>		一般	1.2%	高齢者	1.6%
		→			
		2008年	2015年	2020年	2025年
1人当たり医療保険 医療費(千円) <sup>*2)</sup>	一般	178.1	193.4	205.0	217.4
	高齢者	849.7	952.8	1,034.0	1,122.0
人口(百万人) <sup>*3)</sup>	一般	114.9	109.0	104.0	97.6
	高齢者	13.1	16.5	18.7	21.7

\*1)70歳未満を一般(0～74歳)、70歳以上を高齢者(75歳以上)とみなす。

\*2)足下の1人当たり医療保険医療費は、厚生労働省「メディアス」の2008年4～6月累計を年換算した。

\*3)2008年度の人口は、メディアスのデータから逆算した。2010年度以降の人口は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口－平成18年12月推計－」より

医療費の将来推計		(兆円)			
		2008年	2015年	2020年	2025年
医療保険医療費	一般	20.5	21.1	21.3	21.2
	高齢者	11.1	15.7	19.4	24.3
	計	31.6	36.7	40.7	45.5
公費負担等医療費		3.0	3.5	3.9	4.4
国民医療費		34.6	40.3	44.6	49.9

(参考)「グランドデザイン2007」での推計

	2008年	2015年	2020年	2025年
国民医療費	30.7	34.8	37.7	41.3

※2006年を起点に推計。また当時の伸び率は、一般0.9%、高齢者1.0%であった。

<sup>43</sup> 「グランドデザイン2007」も同じ方法で対処した。2003年、2004年、2005年のデータを対象としており、1人当たり医療費の伸びを一般0.9%、高齢者1.0%として、医療費の将来推計を行なった。

<sup>44</sup> 1人当たり費用は、伸び率のように前年データが必要ないので、一般は2008年の一般(除後期高齢者医療制度対象者)、高齢者は2008年の後期高齢者医療制度対象者の費用を用いている。

<sup>45</sup> 公費負担医療給付分(生活保護法、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律、障害者自立支援法、結核予防法等)、労働者災害補償保険、全額自費、その他。

### (3) 中長期の医療費の粗い推計

#### 1) 現状の医療費に追加すべきコスト

##### ① 医療安全に係るコスト

中医協で報告された医療安全に関するコスト調査結果<sup>46)</sup>によると、患者1人1日当たりコストは、病院(入院)406.3円、有床診療所(入院)618.9円、有床診療所(外来)247.6円、無床診療所89.6円であった。病院の外来データはないので、有床診療所の外来と同等と仮定する。そして、1年間の延べ患者数をかけると、現在、医療安全のためにかかっているコストは、全国で4,995億円と推計された(表2-1-2)。

一方、医療安全に係る診療報酬として医療安全対策加算(入院初日のみ50点)があるが、これによる診療報酬額は年17.9億円<sup>47)</sup>に過ぎない。医療安全のコスト4,995億円は、あくまで現在捕捉できる範囲のコストに過ぎず、十分なものとは言えないが、ここでは最低限必要な追加コストとして足下の医療費に4,995億円を加算する。

表2-1-2 1年間にかかる医療安全コスト(推計)

		患者1人1日当たり コスト(円) <sup>*1)</sup>	延べ患者数 (千人) <sup>*2)</sup>	費用 (億円)
		①	②	①×②
病院	入院	406.3	504,499	2,050
	外来	247.6	576,568	1,427
有床診療所	入院	618.9	27,067	168
	外来	247.6	229,110	567
無床診療所		89.6	875,035	784
合計		—	—	4,995

\*1)厚生労働省「平成18年度医療安全に関するコスト調査業務報告書(案)」中医協・医療機関のコスト調査分科会資料(2007年6月18日)

\*2)病院は厚生労働省「病院報告」、診療所は同「医療施設調査」(いずれも2005年)

##### ② 医療機関の再生産のためのコスト

電気料金、ガス料金は、原燃料価格の変動を料金に反映できる。さらに、料金には原価(人件費、燃料費、減価償却費、諸税等)だけでなく、「適正利潤」として資産に一定の報酬率を乗じた事業報酬が含まれる。これにより、再生産と安定供給が保障

<sup>46</sup> 中医協診療報酬調査専門組織・医療機関のコスト調査分科会「平成18年度医療安全に関するコスト調査業務報告書(案)」2006年6月18日、<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/06/dl/s0618-8b.pdf>

<sup>47</sup> 厚生労働省「社会医療診療行為別調査(平成19年6月審査分)」より、1.49億円×12カ月分、[http://www.dbtk.mhlw.go.jp/toukei/data/650/2007/toukeihyou/0006639/0145733/E0005\\_006.html](http://www.dbtk.mhlw.go.jp/toukei/data/650/2007/toukeihyou/0006639/0145733/E0005_006.html)

される上、コスト削減を行なっても報酬が減額されないため、効率化インセンティブも働くこととされている<sup>48</sup>。報酬率は、電気料金においては事業資産の3%強である<sup>49</sup>。

診療報酬には再生産費用に係る明確な項目は規定されていない。しかし、安定供給は電力、ガスと同等かそれ以上に重要である。電力会社等の資産は、固定資産、運転資本、繰延資産等である。医療機関もそれらの資産を維持、強化しなければならず、最低でも、固定資産の維持は必須である。そこで、固定資産に3%を乗じた金額を足下の医療費に加算する。病院の場合、固定資産の3%は医業収入の2.9%に相当するので<sup>50</sup>、現時点で医療費を2.9%引き上げることとする。

## 2) 将来にむけて現状の医療費に追加すべきコスト

2006年の国民医療費33.1兆円に、医療安全、再生産のためのコストを加算すると34.6兆円である。この医療費に、①医師数増加に係るコストを加え、②賃金上昇率・物価上昇率を乗じていく。このため、中医協「医療経済実態調査」の収支内訳をもとに、医療費を人件費と物件費（人件費以外）に按分しておく（表2-1-3）。

表2-1-3 現状の必要医療費および従事者数

		医師	医師以外	計	備 考
医療費 (2006年, 兆円)	人件費	5.0	12.0	17.0	(国民医療費33.1兆円+医療安全のためのコスト0.5兆円)×再生産のためのコスト(医療費の2.9%)
	物件費	5.2	12.4	17.6	
	計	10.2	24.3	34.6	
従事者数(2007年, 万人)		27.5	232.1	259.6	社会保障国民会議シミュレーションほか <sup>*1)</sup>
従事者1人当たり医療費 (百万円)	人件費	18.3	5.2	6.6	
	物件費	18.9	5.3	6.8	
	計	37.2	10.5	13.3	

\*1) 社会保障国民会議・サービス保障(医療・介護・福祉)分科会(2008年10月23日)「社会保障国民会議における検討に資するために行う医療・介護費用のシミュレーション(本体資料)」厚生労働省「平成18年医師・歯科医師・薬剤師調査」、同省「平成18年衛生行政報告例」  
\*人件費・物件費は、中央社会保障医療協議会「第16回医療経済実態調査の報告(平成19年6月実施)」から計算。物件費の医師・医師以外は、人件費の比準で按分。

※注) 医師以外には歯科医師を含む。本来歯科医師は、医師に含めるべきであるが、医師数増加の推計を医師のみで行ったため、ここでは医師以外に含めた。

さらに、将来は病床数が不足すると推計されるので(図1-3-5)、③病床数を確保

するためのコストも追加する。

## ① 医師数増加に係るコスト

当面、医師養成数を過去最大化するとする。2025年までの医師数増加の過程は、図1-2-9(29頁)に示したとおりである。2008年の医師数を100としたとき、2015年には108、2025年には120になると推計される。

## ② 賃金上昇率・物価上昇率

厚生労働省の年金財政試算の経済前提を用いた(表2-1-4)。現状の従事者1人当たり医療費に対し、人件費は賃金上昇率、物件費は物価上昇率をそれぞれかけて延伸した。

表2-1-4 経済前提

	2009年	2010年	2011年	2012年以降
賃金上昇率	3.5%	3.8%	4.1%	2.5%
物価上昇率	1.7%	1.9%	1.9%	1.0%

\*出所: 厚生労働省「人口の変化等を踏まえた年金財政への影響(暫定試算)」2007年2月6日

## ③ 病床数を確保するためのコスト

日本医師会は「グランドデザイン2007」で、必要な病床数を2015年161.7万床、2025年178.2万床と推計した(図1-3-5)。病床数(介護療養病床を除く)は現状(2008年9月)には推計165.5万床である。このままであれば、全体として2020年までには病床が不足する。

そこで、まず、社会保障国民会議が示した一般病床の1床当たり単価88.0万円/月、医療療養病床の1床当たり単価47.5万円/月<sup>51)</sup>を、前述した賃金上昇率、物価上昇率でそれぞれ延伸する。そして、医療療養病床を例に示すと、現状(25.3万床)に比べて2020年(29.9万床)には4.6万床の追加が必要であるので、これに単価を乗じた

<sup>48</sup> 総合資源エネルギー調査会電気事業分科会「今後の望ましい電気事業制度の詳細設計について」2008年7月、<http://www.meti.go.jp/report/downloadfiles/g80707a03j.pdf>

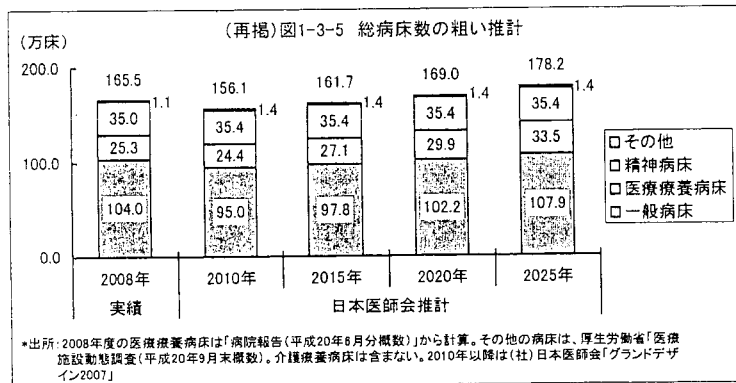
<sup>49</sup> 日医総研「電気料金・ガス料金の動向-診療報酬と比較して-」日医総研リサーチエッセイ No.50, 2006年4月、<http://www.jmari.med.or.jp/research/dl.php?no=303>

<sup>50</sup> 中医協「第16回医療経済実態調査の報告(平成19年6月実施)」より、法人・その他の病院の年間医業収入は1施設当たり26.0億円、固定資産は25.1億円、<http://www.mhlw.go.jp/shingy/2007/06/s0601-5.html>

<sup>51</sup> 社会保障国民会議「社会保障国民会議における検討に資するために行う医療・介護費用のシミュレーション(本体資料)」31頁、2008年10月より、患者1人当たり単価は一般病床約110万円/月、療養病床約50万円/月。「グランドデザイン2007」で病床推計を行なった際、病床利用率を一般病床80%、療養病床95%としたので、1病床当たり単価は一般病床88万円(110万円×80%)、療養病床47.5万円(50万円×95%)とした。  
[http://www.kantei.go.jp/jp/singi/syakaihosyoukokuminakaigi/iryuu/siryou\\_1.pdf](http://www.kantei.go.jp/jp/singi/syakaihosyoukokuminakaigi/iryuu/siryou_1.pdf)



分を加算した。



#### ④ 医療の高度化のためのコスト

厚生労働省は、国民医療費の伸びの内訳を、人口増減・高齢化等の影響、制度改革の影響、診療報酬改定の影響、医療技術の進歩・高度化等に区分してきた(表2-1-5)。しかし、昨今では厳しい医療費抑制によって、医療の高度化分の診療報酬は手当てされていないのが実態である。そこで、医療費に医療の高度化分を別途加算したケースについても試算しておく。加算分は、2006年度の医療制度改革以前の医療の高度化による医療費の伸び率2.2%を用いる。

表2-1-5 医療費の伸びの要因分析(厚生労働省資料)

	1990年	1990~1994年度	1995年	1995~1999年度	2000年	2000~2003年度
国民医療費	20.6兆円		27.0兆円		30.1兆円	
国民医療費の伸び(①+②+③+④)		5.5%		3.6%		0.7%
人口増減・高齢化等の影響 ①		1.8%		1.9%		1.8%
高齢化等の影響を除いた1人当たり医療費の伸び(②+③+④)		3.7%		1.6%		▲1.1%
制度改革の影響 ②		0.0%		▲0.9%		▲2.7% ※
診療報酬改定の影響 ③		1.1%		0.1%		▲0.6%
医療技術の進歩・高度化等 ④		2.6%		2.4%		2.2%

(※)平成12年~15年度の制度改革の影響は、積度の低い方法により計算したごく粗い数値  
 \*出所: 社会保障国民会議「サービス保障(医療・介護・福祉)分科会(2008年9月9日)」「社会保障国民会議における検討に資するために行う医療・介護費用のシミュレーションの前提について」

#### 3) 中長期の医療費の推計結果(粗い試算)

2015年の医療費は42.4兆円、2025年の医療費は59.2兆円と推計された(図2-1-4)。これまで医療費が厳しく抑制された結果、医療費の伸びが頭打ちになっているので、最低限必要なコストを加味しても2025年には60兆円を下回る。

また、昨今では厳しい医療費抑制によって、医療の高度化分の診療報酬は手当てされていないのが実態である。そこで、2006年度の医療制度改革以前の医療の高度化による医療費の伸び率2.2%分を別途加算したところ、2025年の医療費は72.8兆円と推計された。

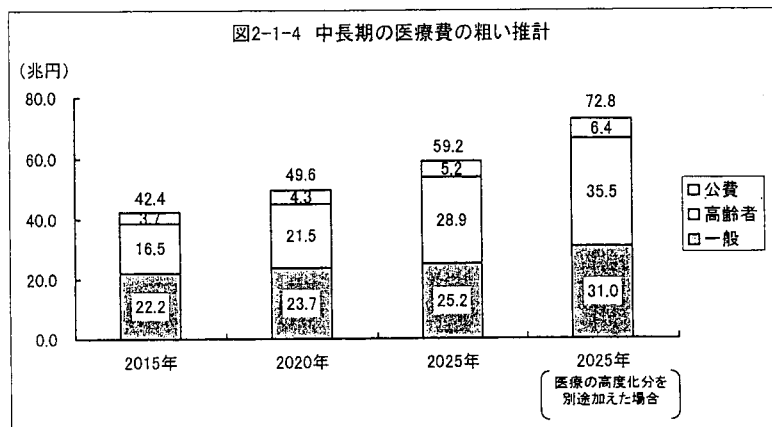
社会保障国民会議のシミュレーション(B2シナリオ)によると、2025年の医療費は67~69兆円であるが、そのアプローチは、次に示すように日本医師会とはまったく異なる。

#### 【日本医師会の考え方】

一般病床の平均在院日数は、長野県(17.5日)の水準まで短縮される可能性があるが、それ以上、無理な短縮化を進めるべきではない。医療療養病床については、患者の7割が引き続き医療療養病床を必要としており、むしろ拡大に転じるべきである。

#### 【社会保障国民会議の考え方(B2シナリオの要約)】

急性期: 平均在院日数を15.5日から10日に短縮するため、医療資源(1病床当たりの職員数、医療機器など)を現在の一般平均病床の2倍投入する。  
 亜急性期・回復期等: 平均在院日数を75日から60日に短縮するため、1病床当たりの職員数を1.3倍にする。  
 長期療養(医療療養): 現状より医療必要度の高い者を中心に入院させ、介護施設等との役割分担を推進する。



## 2. 医療制度のあり方について

### (1) 現在の後期高齢者医療制度

#### 1) 高齢者医療制度改革の経緯

1997年、医療制度抜本改革議論の過程で、厚生省（当時）が高齢者医療制度について独立型、財政調整型の二案を提示した<sup>53</sup>。その後、1998年には、厚生省（当時）の医療保険福祉審議会制度企画部会で、独立保険方式、突き抜け型などについて議論が行われ<sup>54</sup>、同部会の意見書で「独立した仕組みとする考え方とこうした独立した仕組みは適切ではないという2つの考え方がある」<sup>54</sup>とまとめられた。

さらに、2001年3月、厚生労働省は「医療制度改革の課題と視点」<sup>55</sup>をとりまとめ、老人医療費拠出金の増大が保険者財政を圧迫していること、世代間の負担が均衡を失っていること<sup>56</sup>から、高齢者医療制度改革が必要であるとし、4つの類型を示した（表2-2-1）。

健保連は当時「突き抜け型」を支持していたが、2005年に「健保OBの面倒だけを見る<sup>57</sup>」という方針を転換し、高齢被保険者（65歳以上）からも保険料を徴収し、拠出金制度を廃止する「独立型」を提案した<sup>58</sup>。なお連合は、「突き抜け方式」による「退職者健康保険制度（仮称）」<sup>59</sup>を提案している。

厚生労働省は、年齢構成に応じた財政支援を軸に新制度を検討していたが、2002年11月、自民党の医療基本問題調査会が、75歳以上を対象とする独立型の医療保険

<sup>53</sup> 厚生省「21世紀の医療保険制度（厚生省案）－医療保険及び医療提供体制の抜本的改革の方向－」1997年8月7日、<http://www1.mhlw.go.jp/houdou/0908/h0807-1.html>

<sup>54</sup> 厚生省（当時）の医療保険福祉審議会制度企画部会資料「高齢者医療制度に関する参考資料（その4）」1998年7月10日。8月26日、日本医師会は同部会に「日医医療構造改革構想に基づく独立した高齢者医療保険制度の提案」を提出し、75歳以上の独立型保険を主張している。

<sup>55</sup> 厚生労働省医療保険福祉審議会制度企画部会「高齢者に関する保健医療制度のあり方について」1998年11月9日、[http://www1.mhlw.go.jp/shingi/s9811/s1109-1\\_17.html](http://www1.mhlw.go.jp/shingi/s9811/s1109-1_17.html)

<sup>56</sup> 厚生労働省高齢者医療制度等改革推進本部事務局「医療制度改革の課題と視点」2001年3月5日（厚生労働省ホームページへの掲載は6月12日）、<http://www.mhlw.go.jp/houdou/0103/h0306-1/h0306-1.html>

<sup>57</sup> 厚生労働省高齢者医療制度等改革推進本部事務局「医療制度改革の課題と視点～解説・資料編～」2001年3月5日

<sup>58</sup> 2005年3月28日、産経新聞大阪朝刊5面

<sup>59</sup> 健康保険組合連合会「新たな高齢者医療制度の創設を含む医療制度改革に向けての提言」2005年7月、<http://www.kenporen.com/press/pdf/20050722182201-0.pdf>

<sup>60</sup> 被用者保険の被保険者が、定年退職後、そのまま被用者保険OBとして健保保険法において医療給付が受けられる仕組み、<http://www.jtuc-rengo.or.jp/kurashi/guteizou.html>

を示し、2003年3月に高齢者の独立型保険を織り込んだ「医療制度改革の基本方針」<sup>60</sup>が閣議決定された。

さらに2005年10月には、厚生労働省が「医療制度構造改革試案」<sup>61</sup>を発表し、運営主体や費用負担のあり方、保険料の年金天引きが示された。

翌2006年6月14日には「高齢者の医療の確保に関する法律」を含む医療制度改革関連法案が成立し、2008年4月に後期高齢者医療制度（同法第4章）が創設された。

表2-2-1 高齢者医療制度の類型と支持団体

類型	内容	支持団体
① 独立保険方式	すべての高齢者を対象とする、各医療保険制度から独立した高齢者医療保険制度	日本医師会 経団連 経済同友会 健保連
② 突き抜け方式	被用者OBを対象とする新たな保険者を創設し、被用者保険グループ全体で支援	健保連 連合
③ 年齢リスク構造調整方式	現行の保険者を前提とし、加入者の年齢構成の違いによって生じる医療費支出の相違を調整	
④ 一本化方式	現行の医療保険制度を一本化し、すべての者を対象とする新たな医療保険制度	国保中央会、全国市長会、全国町村会

\*出所：内容は、厚生労働省「医療制度改革の課題と視点」（2001年3月）から要約  
支持団体は、主に1998年11月6日、朝日新聞朝刊4面等より。経団連の主張は、「一定所得以下の高齢者を対象に新制度をつくる。一定所得以上は、それぞれ被用者保険や国保に残る」

従来、75歳以上の高齢者は、国民健康保険または被用者保険に加入していた。保険料は国民健康保険では世帯単位で課され、被用者保険では被用者本人が支払い、被扶養者は直接支払ってはいなかった。2008年4月以降、75歳以上の高齢者は、独立した医療保険の下で被保険者として保険料を支払うことになった<sup>62</sup>。

政府は、新制度においては平均的には保険料が下がるという見解を示していたが<sup>63</sup>、制度施行後の実態調査により、「保険料額が減少する世帯割合は全国で69%」<sup>64</sup>と下方修正を行った。

さらに新制度では保険料の年金からの天引きも始まり、いわゆる「年金記録問題」と相俟って後期高齢者の不安を強めた。

## 2) 後期高齢者の診療報酬上の論点

2008年4月の診療報酬改定では、「後期高齢者終末期相談支援料」「後期高齢者診療料」が新設された。これらは、仮に後期高齢者医療制度が施行されていなくても、「老人保健終末期相談支援料」「老人保健診療料」として新設された可能性がある。しかし後期高齢者医療制度と同時期の診療報酬改定であったことから、制度と診療報酬が混同して議論されることも多い。

ここでは、あらためて後期高齢者の診療報酬項目の論点を整理しておく。

### ① 後期高齢者終末期相談支援料

2008年4月、診療報酬に「後期高齢者終末期相談支援料」が創設された。しかし、診療報酬の算定が後期高齢者に限定されていることもあり、高齢者の終末期医療の切り捨てにつながるとの声があがった。これを踏まえ、2008年6月25日、中医協総会で「後期高齢者終末期相談支援料」の凍結が決定され<sup>65</sup>、2008年7月1日から適用された<sup>66</sup>。

日本医師会は、終末期を迎えた患者や家族の尊厳および意思を尊重し、真摯に全人的な医療を行うことは当然のことであると考えている。そして、これは診療報酬によって左右されるものではなく、後期高齢者に限ったものでもない。終末期医療については、診療報酬だけではなく、医療のあり方も含めて広く議論を喚起し、あらためて国民の

<sup>60</sup> 「健康保険法等の一部を改正する法律附則第2条第2項の規定に基づく基本方針（医療保険制度体系及び診療報酬体系に関する基本方針について）」2003年3月28日閣議決定、<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2003/04/s0421-7d.html>

<sup>61</sup> 厚生労働省「医療制度構造改革試案」2005年10月19日、<http://www.mhlw.go.jp/topics/2005/10/tp1019-1c.html>

<sup>62</sup> 保険料は均等割（1人当たりいくら）、所得割（所得に対していくら）で計算される。被用者保険の被扶養者であった場合、2008年4月～9月は均等割・所得割とも負担なし。2008年10月～2010年3月は、均等割額の9割を軽減、所得割の負担はなしの予定。

<sup>63</sup> 「基礎年金受給者や平均的な厚生年金受給者においては負担減となる傾向にある」2008年4月4日「衆議院議員平野博文君提出後期高齢者医療制度の呼称等に関する質問に対する答弁書」、[http://www.shugiin.go.jp/itdb\\_shitsumon.nsf/html/shitsumon/b169221.htm](http://www.shugiin.go.jp/itdb_shitsumon.nsf/html/shitsumon/b169221.htm)

<sup>64</sup> 厚生労働省「長寿医療制度（後期高齢者医療制度）の創設に伴う保険料額の変化に関する調査一結果速報一」2008年6月4日（厚生労働省ホームページへの掲載は6月12日）、<http://www.mhlw.go.jp/topics/2008/06/tp0612-1.html>

<sup>65</sup> 「答申書（後期高齢者終末期相談支援料の凍結について）」中医協会長 遠藤久夫、2008年6月25日、<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/06/dl/s0625-5k.pdf>

<sup>66</sup> 「後期高齢者終末期相談支援料等の凍結について」厚生労働省保険局医療課長、2008年6月30日、<http://www.mhlw.go.jp/topics/2008/03/dl/tp0305-1dn.pdf>

合意形成を図ることが必要である。また、そのために日本医師会は、「終末期医療のガイドライン2009」を示す(67頁)。

## ② 後期高齢者診療料

2008年4月に創設された「後期高齢者診療料」は、慢性疾患等に対する継続的な管理を行うこと、具体的には定期的に診療計画を作成すること等で算定できる項目である。

2007年10月、社会保障審議会「後期高齢者医療の在り方に関する特別部会」において、「後期高齢者を総合的に診る取組の推進」<sup>67</sup>が必要であるとされ、中医協で診療報酬改定にむけての議論が始まった。

当初、医学管理等、検査、画像診断、処置を包括し、総合的に診る取組を行う医師は1人であると規定する厚生労働省案が示された<sup>68</sup>。これに対し医療提供者側は、必要な医療が行われなくなり後期高齢者の医療が制限されること、患者の囲い込み、さらにはフリーアクセスの制限につながる可能性があることを厳しく指摘してきた。

一方、一般(0~74歳)には、従来「生活習慣病管理料」が設けられていた。「生活習慣病管理料」は、脂質異常症(高脂血症)、高血圧症、糖尿病について、治療計画を策定し、総合的な治療管理を行った場合に算定でき、医学管理等、検査、投薬、注射、病理診断を包括している。

このことを踏まえ、「後期高齢者診療料」は、新たな枠組みとするのではなく、一般(0~74歳)にしかなかった「生活習慣病管理料」の後期高齢者版としてのみの位置付けとされるにいたった。

しかし、フリーアクセスの制限への突破口になりかねないという問題は残っている。そうならないよう注視するとともに、患者の受診抑制につながるような動きがあれば即時見直しを求めていく。

<sup>67</sup> 社会保障審議会後期高齢者医療の在り方に関する特別部会「後期高齢者医療の診療報酬体系の骨子」2007年10月10日、<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/10/dl/s1010-7a.pdf>

<sup>68</sup> 中医協診療報酬基本問題小委員会「後期高齢者医療について(薬歴管理、外来医療②)」2007年11月28日、<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/11/dl/s1128-14e.pdf>

## (2) 日本医師会の「高齢者のための医療制度」

### 1) 基本的な枠組み

高齢者は疾病が発症するリスクが高く、保険原理が働きにくい上、保険料、患者一部負担は、高齢者にとって大きな負担になる。したがって、高齢者が所得格差の不安なく過ごせるよう、国は「保障」の理念の下で支えるべきである。

日本医師会は、「グランドデザイン2007」で後期高齢者医療制度(案)を示したが、2008年4月に施行された国の制度の問題点も踏まえて再検討し、あらためて次とおり「高齢者のための医療制度」を提案する。対象は75歳以上であるが、後期高齢者とは呼ばず「高齢者」とする。

#### 日本医師会「高齢者のための医療制度」

##### 基本的スキーム

1. 保障の理念の下、75歳以上を手厚く支える。
2. 若者から高齢者まで、急性期から慢性期まで切れ目のない医療を提供する。
3. 医療費の9割は公費(主として国)負担とする。
4. 保険料と患者一部負担はあわせて医療費の1割とし、患者一部負担は所得によらず一律とする。
5. 運営主体は都道府県とする。

### 2) 実現に向けての論点

#### ① なぜ高齢者を独立させるのか

若者から高齢者まで、医療は切れ目なく、公平に提供されなければならない。これは大原則である。さらに高齢者は、疾病発症リスク等がそれまでの年齢とは異なってくるので、より手厚い医療が必要である。

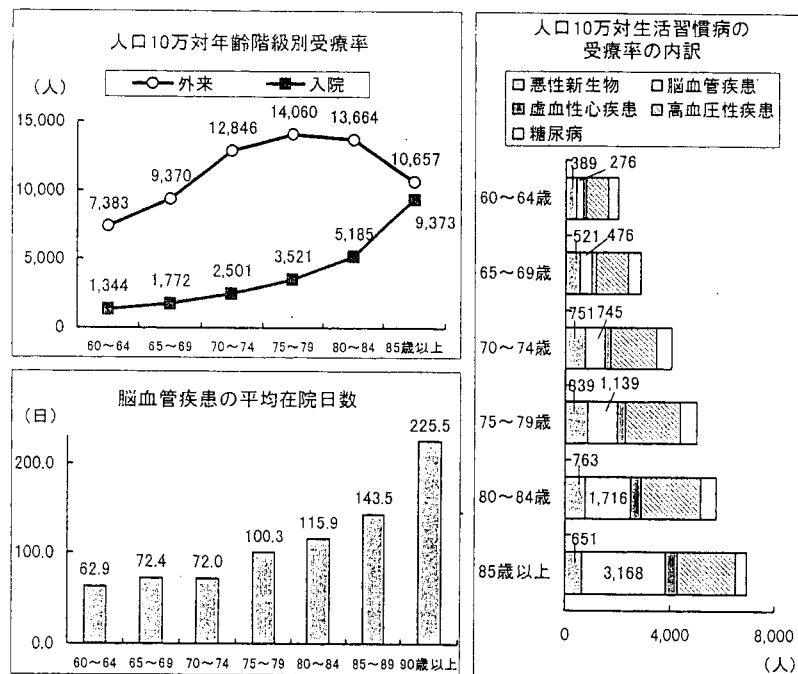
高齢者の特性を見てみると、第一に受療率の高さがあげられる。入院受療率は75

歳以上で年齢とともに急速に上昇する。外来受療率は75～79歳がピークである(図2-2-1)。

第二に疾病構造の違いである。生活習慣病の受療率は75歳未満では悪性新生物がもっとも高いが、75歳以上では脳血管疾患が悪性新生物を上回る。高齢者では疾病が長期化しやすいためであり、脳血管疾患の場合、75歳以上では平均在院日数が100日を超えている。

このように75歳以上の高齢者は疾病が発症するリスクが高まり、長期療養が必要になるので、そのためのより十分な医療が提供されなければならない。さらに受診抑制を生じさせないよう、患者の経済的負担にも配慮し、特に手厚く支える必要がある。

図2-2-1 高齢者の受療率および平均在院日数(2005年)



\*出所:厚生労働省「平成17年患者調査」,総務省「国勢調査」

## ② 生涯、同じ医療の提供

2008年4月の診療報酬改定で創設された「後期高齢者診療料」は、医学管理等、検査、画像診断、処置が包括されていることから、必要な医療が行なわれなくなるとの指摘がある。これについては前述したように、一般(0～74歳)の「生活習慣病管理料」の延長線上にあるものとしてのみ位置づける。

また、高齢者の診療報酬は原則出来高払いとし、医療の制限につながるような運用は行なわない。

## ③ 公費9割の財源

2002年7月に「健康保険法等の一部を改正する法律」が成立し、老人保健の公費負担割合が3割から5割に、対象年齢が70歳以上から75歳以上に5年間で段階的に引き上げられることになった<sup>69</sup>。

その後、2003年3月の「医療制度改革の基本方針」<sup>70</sup>に、「後期高齢者に公費を重点化するという改正法の考え方を維持する」と明記され、2008年4月の後期高齢者医療制度が給付費に対し公費5割でスタートした。

日本医師会は高齢者の医療費に対して(給付費に対してではない)、公費(主として国庫負担)9割を投入することを主張する。

2008年度の75歳以上の医療費(現行の後期高齢者医療制度の医療費)は11.9兆円<sup>71</sup>、給付費は10.8兆円であり、公費は給付費の約5割(5.1兆円)である。日本医師会案では、公費は医療費11.9兆円の9割であり、10.7兆円が必要になる。2008年度当初予算<sup>72</sup>では、公費は後期高齢者に5.1兆円、一般医療保険に4.8兆円が投入されており、公費は合計9.9兆円であり、これらの公費すべてを高齢者に投入する(図2-2-2)。日本医師会案で必要とする10.7兆円に対してはやや不足するが、不足分は、消費税などの新たな財源の検討等に対応する(詳しくは後述)。

一般医療保険の公費4.8兆円の内訳は、国民健康保険で約4.0兆円(給付費の5割

<sup>69</sup> 2002年10月から毎年公費負担割合を4%ずつ、対象年齢を1歳ずつ引き上げ。

<sup>70</sup> 「健康保険法等の一部を改正する法律附則第2条第2項の規定に基づく基本方針(医療保険制度体系及び診療報酬体系に関する基本方針について)」2003年3月28日閣議決定。  
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2003/04/s0421-7d.html>

<sup>71</sup> 厚生労働省「全国老人医療・国民健康保険主管課(部)長及び後期高齢者医療広域連合事務局長会議資料」保険局総務課老人医療企画室説明資料,80頁,2008年2月6日。  
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihoshohiryouseido01/pdf/080206a.pdf>

<sup>72</sup> 金額はすべて満年度ベースに換算している。