

《 提 言 本 文 》

急ごう医療の構造改革

～戦略なき総額抑制から、21 世紀中葉の医療事情変化に即した構造改革へ～

I、はじめに・・・問題意識

わが国の国民医療費が、現在の約 31 兆円から 2025 年には約 70 兆円に増嵩するという数字を聞けば、誰もが驚くはずである。

当然のごとく、「医療費総額の伸びに歯止めをかけなければ」という声が強まり、たとえば医療費の伸びを GDP 成長率の範囲内に押さえ込もうという強い主張が出てきた¹。

しかし、一体 31 兆円から 70 兆円へという数値はどういう根拠で出てきた数値なのか。

一般に、高齢者は病気にかかりやすく(受療率が高い)、且つ高齢者の病気は重篤で医療費が高くつくため(一受療当り単価が高い)、高齢化の進行で医療費は増えると考えられがちである。しかし、高齢者の受療率は確かに高いが(図 1 参照)、一受療当り単価は入院、外来とも壮年層と老年層との間で大きな差はないのが統計上の実態である(図 2 参照)。

人口構成の高齢化は今後も急ピッチで進むが、現在の受療率と一受療あたり単価、現在の医療技術、すなわち現在の「医療水準」を前提に、人口構成の変化だけを反映して国民医療費がどう推移するかを推計すると、われわれの試算では国民医療費の増加は 2030 年頃にピークをうち、以降は総人口減の影響をより強く受けて緩やかな減少に転じる(図 3 参照)。団塊の世代が高齢世代に入り、一般に医療費が急増するといわれる 2005 年から 2030 年までの医療費の増加率は年平均 0.8% 程度であり、国民医療費に換算すると現在の 31 兆円が 2025 年で約 36 兆円となる。公的医療保険給付費ベースでは現在の 26 兆円が 2025 年には 30 兆円となり、その対国民所得比は現在の 7% が 2025 年には 8.2% には上昇する。経済財政諮問会議はこの公的医療給付費の対名目 GDP 比を 5.6% (現在 5%) 以内に押さえるよう要請しているがちょうどその範囲に収まる。人口構成の高齢化の影響とはこういうレベルの話であるという事実をまず押さえておきたい。

改革すべき 3 つの課題

この上に、各般にわたる新しい医療技術の開発や新薬の開発による医療費の上乗せ需要があるが、厚生労働省の推計も経済財政白書の推計も、上記の人口構成変化による医療費の実質的な増加計算 (Σ [世代別受療率×世代別人口予測値×世代別一受療当り単価]) に加え、一人当り医療費が年率約 3% で伸び続けるという仮定をおいて将来の医療費を計算している。その結果の数字が 2025

¹ 経済財政諮問会議等の主張

年 70 兆円と言うものであるが、問題はこの 3%が高いか低いかにあるのではない。その実態は医療の技術進歩率をどう見るかということであって推計不可能なことである。

問題は第 1 に、新しい医療技術や新薬開発の恩恵をいかに早く、安く国民に提供し、満足が得られるように「医療水準」を上げていけるかにある。それには自由診療患者が負担する高額な医療費、公的医療保険対象になったとしても相対的に高い保険料負担というコストが伴うが、われわれは以下の提言に示すような政策を採用して、現在の医療が抱えている無駄や非効率をなくし、診療報酬や薬価のメリハリを利かせ、IT 技術の合理化効果を全面享受できる体制をつくれば、そのようなコストは十分まかなえ、成熟国にふさわしい医療水準に将来にわたって引き上げていくことが可能であると考えている。

第 2 の問題は、医療供給体制の構造改革の必要性である。高齢化の進行に伴い、慢性複合疾患が急増していくが、そうすると一人の専門医では対処不能となり、専門医相互間の協力体制の構築が必要となる。また、地域の過密・過疎の一層の深刻化によって、遠隔地医療、ネットワーク医療、在宅医療へのニーズが高まることが予想される。そのような需要構造の変化に応える準備が医療供給側にできているかどうかといえ、現状はまことに寒い限りである。

第 3 には、高齢者医療費の急増に伴う医療保険制度の問題である。65 歳以上の高齢者医療費は 10 年後には早くも全体の 2/3 を占め（現在は約 1/2、図 4 参照）、現行の医療保険制度のままでは、総額は負担可能な水準に抑えることができたとしても、不公平感が一層高まる。現行制度では、現役世代の保険制度から高齢者医療制度に「拠出金」という名の仕送りをして世代間の助け合いをしているが、今の若年現役世代は少子化の影響によって次の世代からはより少ない仕送りしか受け取れず、この世代間不公平に我慢できず、また健康保険制度間の不公平も嵩じて制度自体の崩壊に結びつく可能性が高いということである。

戦略なき総額抑制論

問題の核心は以上の三点にあるとわれわれは考えるのであるが、現在の大方向の議論は総額抑制という財政論に終始し、わが国の医療をどういう姿にしていこうかという戦略議論が著しく不足している。

そのような戦略のない総額抑制論は勢い一律抑制策に傾きがちで、またぞろ窓口における自己負担の引き上げ議論が始まっている。わが国は 1990 年代初頭以降医療費の抑制に本腰を入れ始めたが、その手段として選ばれたのは主として患者の自己負担増による受診抑制という需要抑制策であった（表 1 参照）。その結果われわれの試算では、2002 年（平成 14 年）の国民全体の受診水準（人口動態の変化を調整後）は 1970 年（昭和 45 年）の水準にまで落ち込んでいる（図 5、6 参照）。受療数だけでなく、受療金額でも、1975 年（昭和 50 年）を下回る水準にある（図 7、8、9 参照）。

こうした受診抑制が金額ベースでどれほどの効果を持っているかを試算すると、1999 年から 2002 年にかけての抑制策の結果、2005 年の一般診療費²（国民医療費のうち入院と外来医療費の合計額）は約 1.88 兆円の抑制となり、2030 年には約 2.9 兆円と国民医療費の約 1 割に相当する。そして、その効果は、高齢者医療の一部が介護保険に移行したことによるものだけでなく、巷間問題視されている中高年齢者の外来受診にも及んでいることが判る（表 2、3 参照）。このような事実を直視

² 正確には「一般診療医療費」と言われるもので、国民医療費から歯科診療費、薬剤調剤医療費、入院時食事医療費、訪問看護医療費を除いたもので国民医療費全体の約 3/4 を占める。

すれば、一律的な受診抑制による医療費の総額抑制政策はもうそろそろ限界に近づきつつあるのではないと思われる。加えて、こうした受診抑制による総額抑制が行われても、医療現場の無駄と非効率とは関係がないため、なお改善されないまま温存されていることにも注意を向ける必要がある。

周知のとおり、現在のわが国の医療には、二重・三重の検診や過剰な外来受診、非効率な公立病院の経営など、無駄や非効率が少なくない。これらの無駄や非効率をなくし、診療報酬や薬価のメリハリを利かせ、IT 技術の合理化効果を全面享受できる体制をつくり、それを財源として「医療水準」の引き上げのためのコストに充当すべきだというのがわれわれの主張である。

II、提言に向けてのわれわれの基本スタンス

《基本スタンスの要約》

- 1、国民皆保険の維持と先端医療技術の普及との両立・・・混合診療の原則認可、実損補填型の民間医療保険の早期開発・導入
- 2、カルテ等医療情報の原則公開、患者の医療機関の選択とそれによる競争の促進
- 3、IT 技術の積極的活用・・・一元管理された相互運用可能な EHR³の整備
- 4、臨床データ重視の医療・・・臨床データの提出義務化と EBM⁴の推進
- 5、医療パターナリズム(知らしむべからず由らしむべし)的発想からの脱却
- 6、患者力(自己管理能力)の向上・・・生活習慣病の自己コントロール推進等

次節Ⅲにおいて課題解決への具体的提言を行うが、その前に医療改革にあたってのわれわれの基本的なスタンスを明らかにしておく必要があるだろう。

「国民皆保険」と「フリーアクセス」、「医師による治療方針の自由裁量」がわが国医療の特色といわれる。国民誰もが何らかの公的医療保険で保護されているという意味での「国民皆保険」は世界に誇る優れた制度として今後とも守り続けていくべきであろう。しかしそのことは、すべての国民に対し、世界最高水準の医療を国民に保険給付することを保障しているわけでは必ずしもあるまい。あくまでもその治療効果が十分検証され、世界的に普及した標準医療が国民皆保険によって給付されると考えるべきではなかろうか。つまり、公的保険給付の対象となる標準的な医療と自由診療が二階建てで共存してしかるべきだということである。弊害防止策⁵を講じるという前提の上で、こうした「混合診療」を認めていかないと、新技術導入当初の患者負担を軽くできない結果、その普及が遅れ、良いものを早く、安く提供していく素地が作れないことになる。同時に、民間の実損補填型医療保険の開発・普及を急がないと、高い費用で自由診療を受けることになる人々のリスク

³ Electric Health Record：電子医療記録

⁴ Evidence Based Medicine：事実に基づいた医療

⁵ 弊害防止策の必要性と具体策については、5 頁の提言 1 の説明部分を参照されたい。

をカバーできる制度を欠くことになる。これも新技術や新薬等の技術進歩の普及を促進するために必要な制度といえる。

一方、もうひとつのわが国医療の特長といわれる「フリーアクセス」については、患者の選択の自由という意味では優れた制度ではあるが、患者側に情報が殆ど開陳されていない中ではまったく意味をなさない制度である。わが国の医療に基本的に欠けているのは、患者の権利として、カルテ等患者の医療情報がいまだ開陳されることが一般化していないことや、医療機関の治療実績データが開示され、公開されていない点にある。それらの情報があつてはじめて、患者が自ら、あるいはホームドクターの情報を頼りに医療機関を選択することができ、医療の分野に患者の選択と医療機関側の望ましい競争が導入されることになる。

また、臨床データが整備されず、事実に基づく医療（EBM）がなされていないこともわが国医療の大きな欠陥だとかねて指摘されている⁶。医療は基本的に試行錯誤の世界であり、治療方法も日進月歩の世界である。「医師による自己裁量」といっても、数多くの治療実績によって裏づけられた、ある意味での「標準化」が必要だというのがグローバルスタンダードになっていることを忘れてはなるまい。

以上のことを一口で言えば、わが国の医療は、多くがブラックボックスの中で行われ、「由らしむべし知らしむべからず」というパターンリズムからまだ基本的に脱却できていないことを意味している。その裏返しは、患者力の弱さであるが、しかし近時は、患者の権利意識の目覚めや IT 技術の向上による情報共有化の可能性の広がりによって、コストエフィシエントな「質」の高い医療を確立する基盤が整いつつあり、患者の権利確立と IT による医療革命の機は十分に熟しているとわれわれは考えている。

Ⅲ、 21 世紀中葉を展望した医療構造改革提言

～ 提言1～

技術進歩の恩恵を早く、安く享受していくための構造改革として

- ①混合診療の原則認可、民間の実損補填型医療保険の開発導入等、最初に高いコストを払う患者を増やし、臨床例を増やす政策を採用し、その結果として新技術や新薬のコスト引き下げと医療提供側の専門医の数と技術レベルの引き上げ促進を図るべきだ。
- ②普及率が一定段階に達すればできるだけ早く保険給付対象にしていくために、以下に例示するような医療の無駄や非効率をなくし、保険料率の上昇や財政負担の上昇に繋がらないようにする。

いまだ一般化していない医療、特に高度・高額診療をいきなり保険診療の対象にするには保険財政上の余裕がない、あるいは、診療方法の普遍性が確立されず、副作用のリスクやモラルハザード発生 の 惧れがある場合は、①患者に対し十分なインフォームド・コンセントを行う、②第三者評価機関を設置して、その治療の必要性のチェック、効果のフォローを行う体制を整備する、③高度医療期間に限定して実施するなどの弊害防止措置を講じた上、いわゆる「混合診療」（保険対象外診

⁶ 補足説明資料 3 を参照

療は自己負担だがその他は保険対象)によって対処していくのが最も合理的である。

この問題は過去散々議論されてきたが、一般的な規制緩和の一環として問題提起されたり、医療保険財政論として議論されたがために、いつまでも陽の目を見ず、あいまいな決着に終わっている。われわれが敢えてこれを改めて問題提起しているのは、わが国の「医療水準」を今後とも成熟国にふさわしいレベルに引きあげていく道筋をつける手段として欠かせないからである。医療技術革新の成果を逸早く享受したい人々は、高いコストを負担しなければならない。そういう人々に追い討ちをかけるように、本来保険対象になる部分まで自由診療にするという仕組みは、最新治療の普及を妨げ、そのコストダウンを妨げる。その結果として、保険財政から見ても、あるいは臨床経験の積み上げという観点から見ても、保険対象診療に採用しがたいハードルを自ら作っていることになるということを知るべきであろう。

普及が一定段階に達すれば、患者の病歴等に応じた治療データが揃い、且つコスト低下も期待でき、標準医療として保険給付対象にすることができる。他産業の新開発商品やサービスと同様、開発初期段階での普及率のスピードアップが重要だということである。

また、自由診療部分についてわが国にはいまだ実損補填の民間医療保険が登場していないが、レセプトデータの分析等によってリスク計測に習熟し、新しい保険ニーズに応えていくことを期待したい。新しい医療を高い金を払ってでも受けたいと思う人は、不幸にも病気になった場合のリスク対策として、今の一般的な所得保障型医療保険ではなく、実損補填型を望んでいるはずである。

一方、予防医療については、医師の指導管理を保険対象にするほかは、基本的に本人の自己管理能力の問題であり、血圧や血糖値などは医療機関にいかずとも家庭にて計測できる時代に入っており、健康に対する自己投資として各保険組合、本人の自助努力に俟つのが筋合いではなかろうか。

ーコストダウン策の例示ー

① 重複検査、過剰投薬等の無駄や非効率の是正

個人別診療記録・投薬記録の IT 化を進め、それを病院間、病院・診療所間で相互運用する体制を作ることによって重複診療や検査、投薬の重複問題を激減させることができる。時間はかかるが是非取り組まなければならない医療政策の柱である。

患者の良き代理人としてのホームドクター制の普及、患者の医療知識と判断力向上等を含めた総合的対策を推進すればもっと効果が上がるだろう。

米大統領 IT 諮問委員会報告書（2004 年 6 月）⁷によると、「診断のための臨床検査のうち 17% から 49%が無意味である。これは検査が必要なときに症歴や以前の検査結果が使用できないことによる」と報告し、個人別の電子診療記録、投薬記録の作成とその相互運用を勧めている。

事情は日本でもまったく同様であり、これに加え、ホームドクター制が定着しそれによる良きアドバイス、患者本人の判断力向上が伴えば更に効果が上がることは間違いない。

② 公立病院経営の合理化

⁷ Revolutionizing Health Care Through Information Technology(June 2004)
(邦訳：大統領宛て報告書「IT による医療革命」)

公立病院の赤字をなくすだけで、年 0.7 兆円の合理化効果がある。公立病院経営の不振の原因は多岐にわたるが、経営責任の所在が明確でない点が最大の問題ではないか。病院経営に長けた経営者に全権を委譲する等の努力を要請したい。

公立病院の経営が苦しい背景には、人件費の高さ、過剰設備等いろいろな要因が重なっている。しかし最大の問題は、最終責任の所在が知事にあるのか、自治体の病院担当部長にあるのか、病院長にあるのか判然としない点にある。普通に考えると病院長に責任がありそうだが、病院長には人事権も契約締結の権限もなく、経営上必要な権限はすべて地方自治体の官僚に握られている。これで経営を行えといっても、病院長に何もできないのは明らかである。また病院長は医師としての能力に優れていても、経営者として病院内の経営上の諸問題に知悉しているとはとても思えないのが実情である。

自治体病院の経営改善は各自治体の自己責任の下での工夫と努力に俟ちたいが、地方公営企業法第 7 条にいう「病院事業管理者」に知事が全権を委譲して成功している事例が多いことを指摘しておきたい（現状、自治体病院の 10%が採用し、効果を発揮している由）。

③ ジェネリック(後発)医薬品の使用促進によるコストセーブ

診療報酬面でのインセンティブの強化、一般名処方教育の推進と慣行の普及努力、後発品メーカーの安定供給や品質への信頼性確保等の努力を要請したい。これらが満足されれば、当面 0.3 兆円弱のコスト節減効果が期待できる。

わが国のジェネリック医薬品の市場シェアは数量ベースで約 16%、金額ベースで約 5%と、先進国の中でフランスについて低い。(米、独、英は数量ベースではいずれも 40%以上のシェア)(図 10 参照)。

ジェネリック医薬品に置換しうる先発品の市場規模は約 2 兆円。このうち再審査期間が終了し、後発品のあるものが 28%。後発品価格が先発品の約 50~70%とすると、1,700~2,800 億円の節減効果があることになる。更に、再審査は終了しているが技術的問題や参入妙味の点でいまだ後発品がないものが 32%ある。この分野まで後発品で置き換えられるとすれば全部で 3,000 億円~5,000 億円の節減効果がある⁸が、問題はいかに後発品の使用を勧奨するか工夫である。

今でも診療報酬面でのインセンティブが付与されているが、更にインセンティブを強めるほか、大学において一般名処方の教育を推進し、一般名処方の慣行を根付かせることが必要であろう。

加えて、更に重要なことは、後発品メーカーが安定供給と品質への信頼性確保、情報不足への対応に向けて更なる企業努力を強めることである。

これと同様に薬価だけではなく、診療報酬においても陳腐化したものとそうでないもののメリハリ付けが当然必要なことはいうまでもない

④ 医薬品の院外処方促進のための過度なインセンティブの是正によるコストセーブ

医薬分業比率は 50%を超え一応軌道に乗った。過剰インセンティブの 7,000 億円を極力少なくしてもさしつかえないのではないか。

一方、患者別投薬歴の電子記録やかかりつけ薬局をつくる等の周辺環境整備を急ぐべきである。

医薬分業の目的、メリットが喧伝され(病院側には薬剤の在庫管理費の削減、薬剤師人件費の節

⁸ 平成 13 年 9 月薬価調査データより推計

約が生じ、患者側には重複処方の回避、副作用のチェックが適正になされる等)、院外処方推進のためのインセンティブが付与されたが、現状は病院のコスト節減分が診療報酬から差し引かれずに、院外処方のインセンティブ料だけが処方料や調剤料に上乗せされて、患者負担の増加となっている。一方、患者側はフリーアクセス制の下、門前薬局で処方してもらうケースがほとんどであるため、投薬歴も体質もわからないまま薬剤の説明書だけを受け取って帰っているのが現状であり、期待された効果はあがっていない。

2001 年の調剤医療費は約 3.2 兆円、うち薬の実費は 2.1 兆円で、差額の 1.1 兆円が処方料、調剤料等の技術料であるが、院内処方と院外処方とでは約 3.5 倍の価格差があると言う⁹。要は薬の実費を除くと 1/3 の実費でことが済むのが現状で、約 7,000 億円の過剰インセンティブが患者負担の下に付与されているという計算になる。

われわれは医薬分業そのものをいささかも否定するものではないが、医薬分業政策の採用により、院外処方比率は 2004 年には 51%にまで達し、ほぼ軌道に乗ったと見てよい。今後はそれを本当に効果あらしめるために、患者別投薬歴の電子記録の作成に取り組む、かかりつけの薬局を決めるようにする等の周辺環境の整備に重点を置き、過剰インセンティブは縮小してもよいのではないだろうか。

～ 提言2 ～

医療過誤防止、無駄の排除、医療の「質」の向上手段として、「IT による医療革命」を本腰を入れて推進する

- ①「オープンカルテ」システム¹⁰とネットワーク医療¹¹の推進のためのインフラ整備のために国家が先導投資を行う。国家財政は危機にあるが、国家の先導投資負担¹²はわれわれの知りうる情報によると、そのコストダウン効果¹³によって 2 年で取り戻せる。
- ②その上で投資減税、補助金、診療報酬優遇等のインセンティブによって医療機関の IT 投資を誘導促進する。

医療情報の電子化、ネットワーク化に関する法的整備はかなりの程度進んできた。1999 年 4 月には電子媒体による診療録（電子カルテ）の保存が認められ、2002 年 3 月には診療録等の保存に関してネットワークを介しての外部保存を認めた。遠隔地診療にかかる「情報通信機器を用いた診療」については 1997 年 12 月に法律上問題のない診療行為として認可された。

この中で、電子カルテ、電子レセプト、オーダーリングシステム等個別の医療 IT 化は進んでいるが、他の産業界と違って医療の世界では、IT がもつ本来の機能が発揮されているとはとて

⁹ (株)ニッセイ基礎研究所 阿部 崇氏「医薬分業の正常化が担う自律的医療保険制度改革」より推計。

¹⁰ いつでもどこの診療所や病院からでも、担当医を介して自分のカルテにアクセスできるシステム

¹¹ 病・病間、病・診間、患者間をコンピュータでつなぎ相互運用可能にするシステム

¹² 英国では 2010 年までに全国民をカバーする EHR（電子医療記録）の構築を目標とし、そのための予算として 3.7～6 兆円の予算を見込んでいる

¹³ 医療 IT 革命の本旨は医療の「質」の向上にあるが、そのコスト削減効果も大きく、2004 年 6 月の米大領宛て報告書では、少なくとも総医療費の 10%（わが国に当てはめると年 3 兆円以上）と推計している。

もいえない状況が続いている。一番低次元な問題を抱えているのは電子レセプトで、未だに紙ベースで審査がなされているケースが多く、IT 化の意味の大半が失われている。診療報酬の改定はコンピュータ・ソフトの改定とペアーで行われるよう早急に検討・実施すべき事項である。そうなれば医療機関側においてもレセプト請求を電子ベースにすることが容易になり、保険組合への請求までを一貫した電子ベースに変えることができよう。

電子カルテも、医療用語の標準化ができていないため病院相互間ではまったく使用できないし、同一の病院内でも電子カルテから電子レセプトへの読み替えができるようにはなっていない非効率率が現存している。これでは、今後更に進展していく過疎地への遠隔地医療や慢性複合疾病に対処するための専門病院間のネットワーク医療への対応、診療所と病院との機能分担による効率化・医療の質の向上ができないことになる。

しかし、これらの問題は技術上解決できない問題ではなく、医療用語の標準化や、行政の熱意（診療報酬のコンピュータ・ソフト化がその典型）、個人のプライバシーが守られ、ウイルスの侵害からも安全な通信インフラストラクチャーの構築のための投資、病院・診療所への投資インセンティブの付与等によって解決可能なことばかりである。

とはいえ、これを医療機関の努力にゆだねては事態は一向改善しないことは明らかである。医療機関の IT 投資がはかばかしい進展を見せていないのは、IT 化の利益の殆どが患者側に流れ、医療機関側には事務コストの節減効果以上のものが期待できないからである。まずは、投資効果が医療機関側にも帰属するよう、投資補助金や診療報酬上のメリットを付与してでも医療の IT 革命を進める必要があるが、その前に政府が医療 IT 革命の全体構図を描き、ネットワークの安全性確保対策や、医療用語の標準化にかかる経費は国家が負担し医療機関をリードしていくことが必要である。

それには多額の費用がかかるが、それを行うだけのメリットがあるとわれわれは確信しており、米国や英国同様、医療の IT 革命を「国家戦略」の最重要項目の一つに位置付けていくことが必要である。ちなみに、英国では 2010 年までに全国民をカバーする EHR の構築を目標とし、そのための予算として 3.7～6 兆円の予算を見込んでいる。国家財政が危機的状況にあることは判っているが、有効な医療情報システムの構築によるコストダウン効果が前述の通り年 3 兆円（要約 3 頁の註 12 参照）とすると、約 2 年で英国並みの投資負担ならば回収できることを考えると、財政採算的にも容認ができるのではなかろうか。医療過誤防止、無駄の排除、医療の「質」の向上の手段としての IT 化を、優先度の高い「国家戦略」と位置付けていくべきであろう。

～ 提言3 ～

医療提供側の専門性向上、分業と協業体制構築のための構造改革として

- ①ホームドクター制（かかりつけ医）の普及のため、現在もある初診料の上乗せ幅を大きくし、禁止的な差を設ける。専門医資格付与制度を臨床重視の制度に改革する。
- ②医師、薬剤師、看護師等医療関係者の能力向上を期し、再教育、講習の義務付け、免許更新制度を公権力から強制される前に医療界が自主実施することを要望する。

諸外国ではいわゆるプライマリーケアを行うホームドクターと専門医との機能分化がかなり明確である。そのほうが重複検査等の非効率率が少なくなるだけでなく、早く専門医にたどりつけ、

治療効果が高いことが実証されているからである¹⁴。

このため、わが国においても明確な機能分化を図ることがここ数十年来の懸案となっていたが、なかなか実現できないで今日に至っている。しかし、患者の大病院志向の中で診療所の退潮が次第に明白になり、医師自身も勤務医志向に傾き、医療の専門化も高まる等時代潮流が変化する中で、診療所が生き残りのために「病・診連携」を強める、病院側も専門性の強化に努め、代わりに地域の診療所を自院の外来のごとくに位置づける動きが出てきた。プライマリーケアを行う「かかりつけ医」と「病院」の機能分担と相互連携の機はいよいよ熟してきたと思われる。

その機運を後押しするための総合政策の一環として、紹介状なしの病院外来に禁止的な初診料を徴求していてもよいのではなかろうか。

ホームドクターもいわゆる専門医もそれぞれが分野の違う専門家である。それも医療現場においては学問としての医療の専門家ではなく、臨床の専門家であってはならない。専門医学会認定の専門医が手術経験のないペーパードライバーであっては困るのである。しかも、臨床の世界は実践の世界であり絶えず技術や知識を高める実践的努力が求められる。多くの医療関係者はそういう努力を当然にしているが、中には例外もある。その意味で、2005 年 3 月、政府は「規制改革・民間開放推進三カ年計画」から、答申されていた「医師免許の更新制度の導入」を削除してしまったのは残念といわざるを得ない。人の命を左右する専門性の高い医療等の世界で、人格・識見はもとより、知識や技術を絶えず練磨していく手段としての免許更新制が必須事項であることは論を俟たない。

米国では、医師国家試験に合格し、各州政府から医師免許を取得しても、各州ごとに一定の有効期限があり、通常 2～3 年で更改が必要となる。更新時には訴訟経歴のある医師や訴訟中の医師はその詳細を州政府医事委員会に報告する義務があるほか、卒後教育として必要とされる単位数に満ちているかどうか審査される。

ドイツでは、すべての医師が州医師会に加入義務があり、この州医師会が卒後研修規則と専門医認定を決定しているほか、職業裁判所という独特の制度を持ち、医師職業規則などに規定された事項で、医師と患者間、医師相互間、医師会やその監督官庁と医師の間に生じた義務違反や倫理違反を審理して判決を下し、罰則としては程度に応じ、注意、戒告、医師会の被選挙権停止、罰金、免許の停止を行っている。

英国も免許更新制度の導入を目指している。定期的に医師の診療成績を評価し、基準に満たない医師の再教育や登録抹消を検討している。

わが国医師会も、公権力から指示される前に、自らの意思で国民の期待に応えうる実質的に意義のあるいわゆる免許更新制度を自ら構築、運用していくべきである。各専門医学界においても、現行の学会認定の専門医制度が臨床技術や臨床実績が反映されていないという批判に自ら答えていくべきであろう。その結果は、医師免許のみならず、薬剤師、看護師等専門性を問われる多くの国家免許に波及していくことが期待できる。

¹⁴ 西村周三氏著「医療と福祉の経済システム」38 頁参照。

IV、補足説明資料

(1)われわれの求める「高齢者医療保険制度」について

- ①、65 歳以上の高齢者医療保険制度を現役世代の保険制度から切り離して新設し、本人保険料を徴収する。現役の保険組合からの拠出金は全廃する。
- ②、保険財政上は、65 歳以上 74 歳以下の「前期高齢者」と 75 歳以上の「後期高齢者」にわけ、前期高齢者の本人保険料は 2 割、公費負担は 2 割、突き抜け方式での保険者納付金 4 割、残りを所得に応じた自己負担とする。
- ③、後期高齢者については、本人保険料 1 割、公費負担 8 割、自己負担原則 1 割とする。
- ④、前期、後期とも本人保険料の負担は、われわれの試算によると、現役世代が現在の制度で負担している保険料の約 1/3 程度となり妥当な水準と思料する。
- ⑤、高齢者による本人保険料の負担は、現役世代の保険料負担をそれだけ少なくすることに結びつく。われわれの試算によると、将来的にも現行制度の保険料水準を下回り続けることが可能となり、不公平感が軽減される。

罹患リスクの高い 75 歳以上の高齢者のための医療保険制度を現役の保険制度と別建てにし、高齢者本人からも応分の保険料負担を求めるという 2003 年 3 月の政府方針（表 4、図 11 参照）は大枠としてはかなりの前進と評価できるが、次の 2 点に特に大きな問題がある。

第一は、前期高齢者保険に制度間「財政調整」が残り、後期高齢者保険には「社会連帯的な保険料」という名の世代間の仕送りが残り、結局は所得が完全に把握されている現役被用者の負担が重い点では現行制度の改正になっていないこと、第二に、前期高齢者は現行通り国保に加入して、保険者は国保となり、財源の大半を負担する被用者保険者が運営にタッチできないことである。

政府案の細部はまだ固まっていないが、われわれは保険者機能の発揮を考慮し、また高齢者の保険料負担の重さを試算したうえ、下記制度¹⁵を提案する。

i)、対象者

公的年金や介護保険との関係を考慮して、65 歳以上の高齢者を対象に一般医療保険制度とは別立ての医療保険制度を新設する。（財政運営上は 65 歳～74 歳を前期高齢者医療保険制度、75 歳以上を後期高齢者医療保険制度とする）。

ii)、保険者と保険者機能

①後期高齢者

地域をベースにした、国保とは別の独立公法人とする。保険者の再編・統合の進展を見ながら広域化を図る。いずれは都道府県単位にしていく。

¹⁵ 高齢者医療制度の設計に当っては、ニッセイ基礎研究所の阿部崇氏のご意見を参照した

保険者機能を強化し、健康づくり、被保険者の受診指導等を行う。

②前期高齢者

被用者保険を一本化し「高齢者健保（仮称）」が突き抜けて承継する。慢性疾患の予防が重視される医療新時代において保険者機能の一層の発揮を期待したい。

なお、国保との一本化は納税者番号制の導入等自営業者の所得把握の進展度合いを見て検討する。現役世代の保険組合の統合についても同様である。

iii)、財政

①後期高齢者

- ・ 公費負担割合：80%（現行の公費負担割合 50%プラス現行の各保険制度からの拠出金ないし今般の政府案に見る世代間連帯保険料負担割合相当を端的に税による支払いと簡素化する。そのほうが国民全員で支える趣旨が徹底し、健康保険制度間の負担の不公平がなくなる）、
- ・ 加入者保険料負担割合：（公的年金より天引き徴収）10%（新規に徴収するものであるが、われわれの試算ではその負担の重さは現役の保険料負担の約 1/3 で、公的年金の所得代替率 50%が維持される限り妥当な負担ではないかと考える）（図 12 参照）
- ・ 自己負担割合：10%（一定所得以上は 20%）（現行どおり）

②前期高齢者

- ・ 公費負担割合：20%（新規投入）（現行は財政調整という名の現役の負担となっているが、保険制度間の不公平を是正する趣旨から、国民全員で負担する制度とするほうが良いとの判断をしている）
- ・ 加入者保険料負担割合：20%（公的年金より天引き徴収、その負担の重さはわれわれの試算では現役の約 1/3 となり妥当な水準と考えられる）（現行は国保保険料）（図 13 参照）
- ・ 保険者納付金割合：40%（いわゆる突き抜け方式を採用し、各保険者の保険者機能の発揮度を反映させるため、給付実績によって分担する。政府案の世代間連帯保険に相当する部分の置き換えとなる）
- ・ 自己負担割合：平均 20%（現行の平均に近い。低所得者に配慮していく）

上記の前期高齢者、後期高齢者の本人保険料負担は、現役世代の保険料負担を軽減することになる。現役世代の保険料は、将来ともに現在の水準を下回る（図 14 参照）

iv)、その他

- ①、なお、現役世代の健康保険制度については、老人健保が分離されたことにより、各健康保険制度間のリスク調整が不要となる。このため、国民健保、政管健保への公費投入を段階的に中止し、自助努力にゆだねていく。
- ②、本提案による公費負担額については、国民医療費が年率 0.8%で増加するとすれば、現在の約 7 兆円からピークの 2030 年には約 13 兆円に増加する（図 15 参照）。しかし、これは現役世代の保険料負担の振り替えであり、国民負担率としては変化しない。

- ③、後期高齢者と前期高齢者との自己負担割合の差は、受療率(罹患率)の差を反映させたもので、それを勘案すれば金額としてはほぼ同額の負担になる。

(2)改革を支える法律、制度基盤の整備

イ) : IT による医療革命を行う前提としての臨床用語の標準化推進ないし互換ソフトの開発について

この必要性についての説明は不要であろう。しかし、用語の統一には行政の指導だけではなく、医療機関側の相当の努力が必要であり、学校教育段階の改定も必要になる。簡単なようでいて意外に時間のかかる問題であり、早急に取り組む必要がある。互換ソフトの開発がうまくいけばさらに簡便に移行できよう。

ロ) : 患者権利法（仮称）の制定

- a)、患者の診療記録（いわゆるカルテ）は患者の所有に帰属し、当然に閲覧請求権を有する。また患者の要請・指示に従い、病・病間、病・診間等の電子的伝達、相互利用ができる
- b)、インフォームド・コンセントの権利がある
- c)、セカンドオピニオンを求める権利がある
- d)、代理人による閲覧を請求する権利がある

上記の「患者の権利」を法的に認めることは、遅きに失しているが、今後の日本の医療改革のベースをなす。

特に、カルテが患者の所有に帰し、決して医師や病院の所有物ではない、また医師の覚書でもないということ点は重要で、ホームドクター制を採用し、専門病院へ紹介される、あるいはこれから益々増える慢性・複合病で疾病別に専門病院が診療記録を相互利用していくに当たっては、このことがベースにないとできないことである。

本年4月施行の個人情報保護法によって、カルテの開示は医師のサービスではなく、患者の権利として明確に位置付けられ、むやみに非開示とすれば、患者の苦情を受けて厚労省が開示を勧告・命令し、従わない場合は刑事罰が科されるようになったことは画期的といえる。ただし、個人情報保護法の対象は5,000人を越す個人情報を持つ事業者に限られており、このため厚労省は規模の如何にかかわらずすべての医療機関が守るべきガイドラインを作り、日本医師会もこのガイドラインを遵守すると表明した。

とはいえ、このガイドラインは法と同等の強制力があるわけではなく、やはり法律に明記すべき事柄である。というのも、1995年の世界医師会において採択された「患者の権利に関する訂正リスボン宣言」でも患者が自己の医療情報を知る権利は明記され、今やこれがグローバルスタンダードになっているにもかかわらず、日本医師会は唯一この宣言に棄権をした不名誉な過去を持っているからである¹⁶。

インフォームド・コンセントといえば、必ず癌や精神障害の告知との関係で「時期尚早」という

¹⁶ 田中まゆみ氏著「ハーバードの医師づくり」より

意見が出てくるが、告知の仕方には患者の病状や家族の意志などに応じていろいろな方法があり得、工夫次第で行うことができるはずである。インフォームド・コンセントが患者の権利だということは、医療は医師の裁量によって一方的に行うものではなく、患者が必要とする情報が十分に知らされ、その上で患者が納得して治療に関しての自己決定権を持つというのが「医療の原則」だということを確認することを意味している。わが国でも医療法に付則第2条が加えられ、インフォームド・コンセントの概念が不完全ながらも取り入れられたが、そこには「患者の主体的な判断に基づく同意」（英語で言ういわゆる Consent）という言葉は意図的に除かれており、患者の権利としての規定とは読めない規定となっている。更に踏み込んだ改正が必要だということである。

代理人による閲覧という場合の代理人として、これからは医療ソーシャルワーカーの必置制が俎上にのぼる時期に近いことも念頭においておくべきであろう。

ハ)：医療記録法（仮称）の制定

a)、医療関係者は、患者に対する診察、検査、治療、看護の内容・経過等につき正確且つ完全な記録の作成義務を負う

b)、医療記録は患者が理解できる日本語とし、最終行に作成者の署名を求める

c)、後日の加除訂正は行わない。必要不可欠な場合は、補充・訂正日と記載者を明らかにする

d)、医療記録は種類内容の如何にかかわらず同一患者のものは一体保管する

e)、医療記録は患者の同意や正当な事由なく第三者に開示してはならない

f)、的確な罰則規定を置く

医療記録法は、カルテ作成義務、開示義務の細則である。カルテ作成義務の盲点は、日本ではカルテに「必須事項」を書かなくても「罪に問われない」点にある。医師の中には未だにカルテは自分の覚書だと認識している者がいる。カルテは患者へのレポートの意味合いもあり、またチーム医療の考えに立てば自分の覚書では済まされない。他の医師や看護婦も見られるわけであり、共有のレポートとの認識が必要である。正確且つ完全な記録の作成義務を課したい所以である。にもかかわらず、自分の覚書程度の書き方であるため、杜撰過ぎて他人に見せられない、あるいは医師自身が十分診断できていないため患者にそのことを知られたくないなどという悲しい現実から一刻も早く脱却しなければならない。

カルテの改ざん、隠蔽は、明らかに犯罪行為とあってよい。各病院や看護協会では、改ざん・隠蔽を戒める規定、マニュアルを作っているが、あくまでも努力義務に過ぎなく、この現状を更に前進させるべきであろう。

(3)臨床データベースの整備のために

治療成績に関する全データの提出と開示を義務付ける「医療統計法」の制定を急ぐべきである。厚労省はここにこそその中央集権的行政権限を発揮すべきである。

わが国の医療改革を進める基盤整備上、「患者権利法」の制定と並んで重要なのは、臨床データベースの整備である。一部にその試みはあるが、わが国は最も遅れている国のひとつである。

医療は何度も指摘するように人体という複雑な代物を診断し、治療を試みる試行錯誤の繰り返しであるが、多くのデータがそろえば確率統計的に何が効果的な治療方法なのかを探り当てることが可能となる。わが国はいまだ医局によって異なる治療が堂々とまかり通っているが、欧米ではデータに基づいた分析の成果として「標準的な治療法」を示すガイドラインが数多く完成していて、そのガイドラインと離れた治療をする場合は医師が何故そうするか説明義務を負うところまでできている。

ドイツの例を引くと、各病院に厚生省指令によって第三者機関の統計事務所に、治療成績のデータの提出義務が課されている。当初、データ提出は任意であったが、今ではこれが義務化され、違反には罰則が伴うためほぼ 100%近いデータが集計されているという。提出データの内容は詳細を極め、患者の重要な治療前データ（年齢、性別、診断名、患者の既往症や危険因子等）、治療方法や手術後の成績、治療後 30 日目の容態まで報告義務がある。そしてこの情報は各病院、担当医師、事務長に全国平均に比しどのレベルにあるかといったことが数値でフィードバックされるほか、ホームドクターや健康保険組合に要請があれば情報提供される仕組みになっている¹⁷。

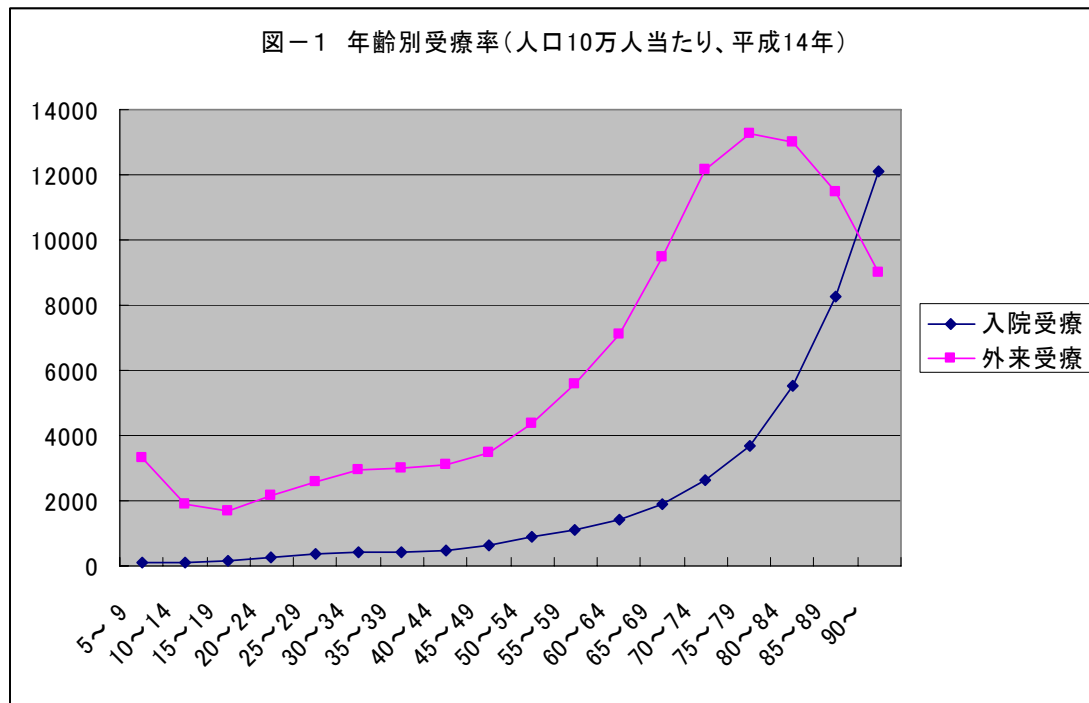
わが国においても最近では病院の評価機構ができたが、評価の対象の多くは施設面の評価であり、且つあくまでも評価を希望する病院が対象であるため、本当に患者の知りたいところに手が届いているとはとてもいえないのが実態である。患者が知りたいことは各医師個人の「治療実績」である。優良病院、名医を紹介することが選ばれた人たちへの最大のサービスになっていることを見てもそれは明らかであろう。

治療成績の提出を義務付けることには抵抗が多いだろうが、「医療統計法（仮称）」の制定に努め、ここにこそ厚労省は中央集権的行政権力を行使して欲しいものと希望する。

以上

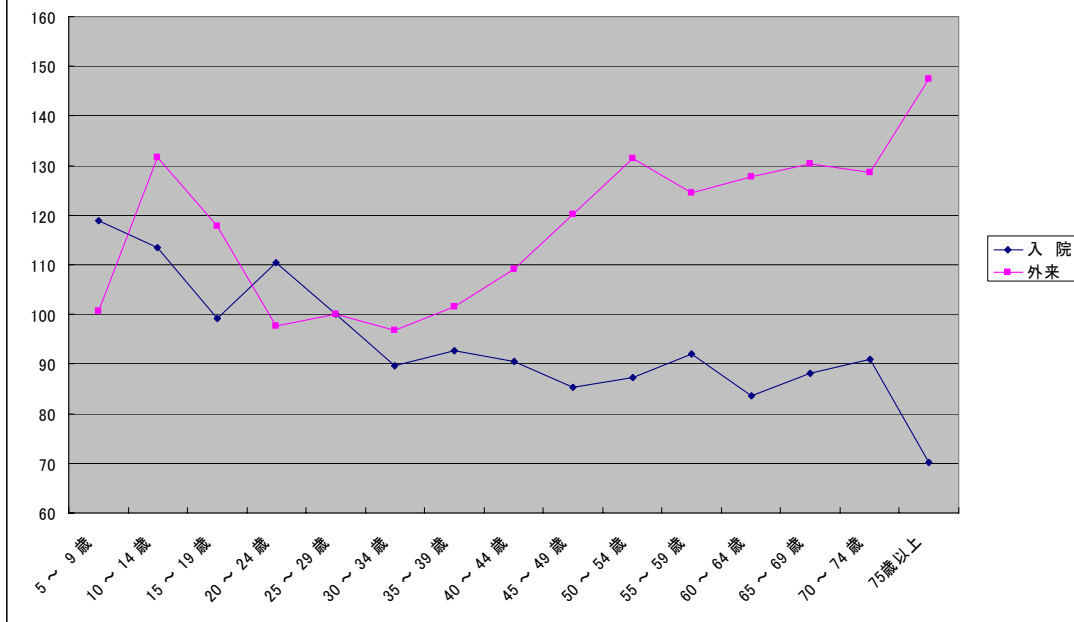
¹⁷ 南 和友氏著「こんな医療でいいんですか？」より

一資料編一



(資料)患者調査報告：厚生労働省

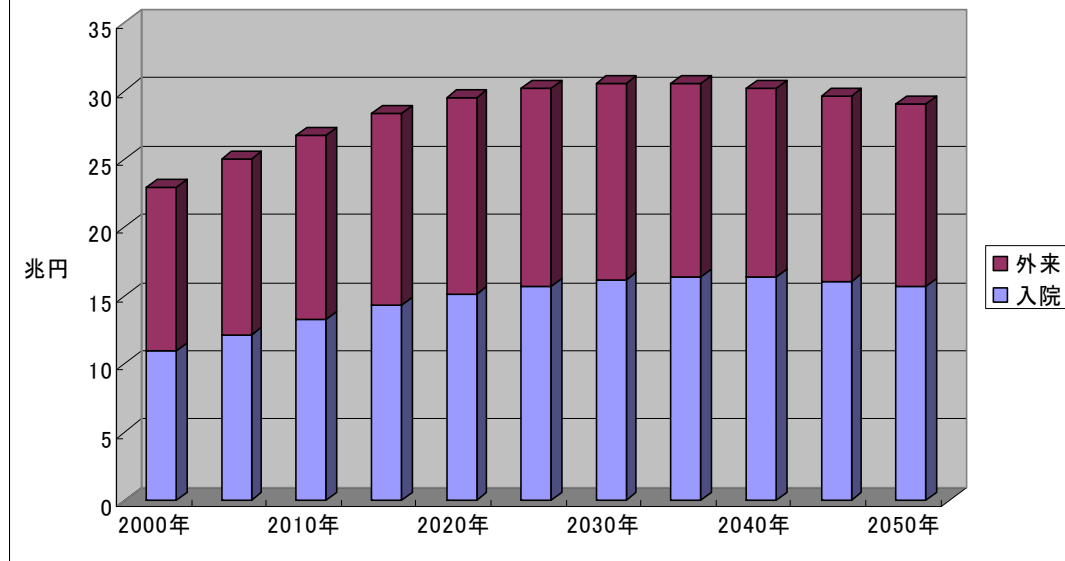
図-2 年齢別医療費(平成14年、1受療当り、25～29歳＝100)



(資料)国民医療費の動向：厚生労働省、患者調査報告：厚生労働省

注：平成14年における年齢階層別一般診療医療費を年齢別階層別受療数で除した

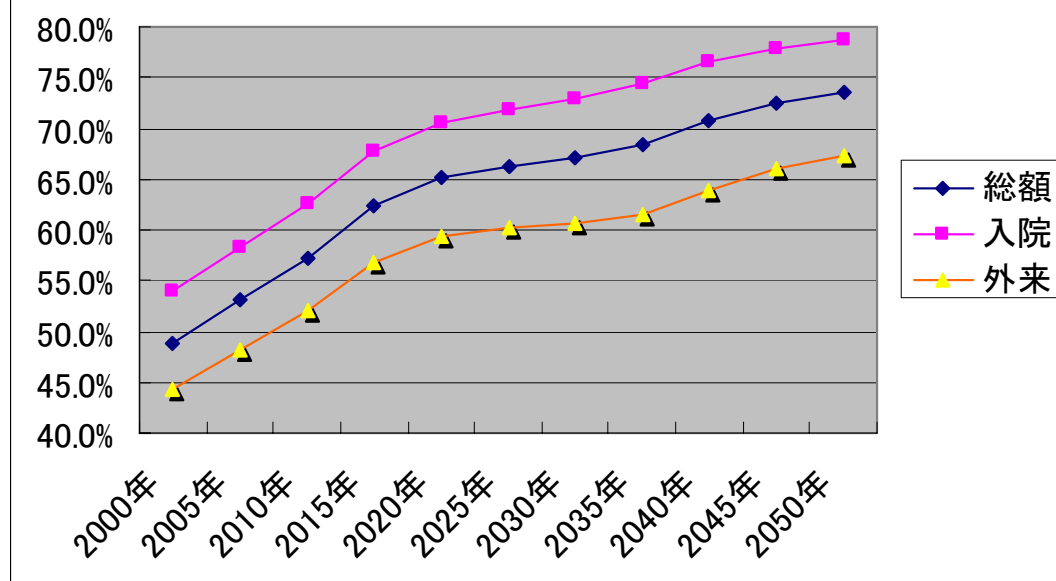
図-3 一般診療費(H14受療基準)



(資料)国民医療費の動向：厚生労働省、患者調査報告：厚生労働省

日本の将来推計人口：国立社会保障・人口問題研究所

図－4 高齢者(65歳以上)医療費比率



(資料)国民医療費の動向：厚生労働省、患者調査報告：厚生労働省

日本の将来推計人口：国立社会保障・人口問題研究所

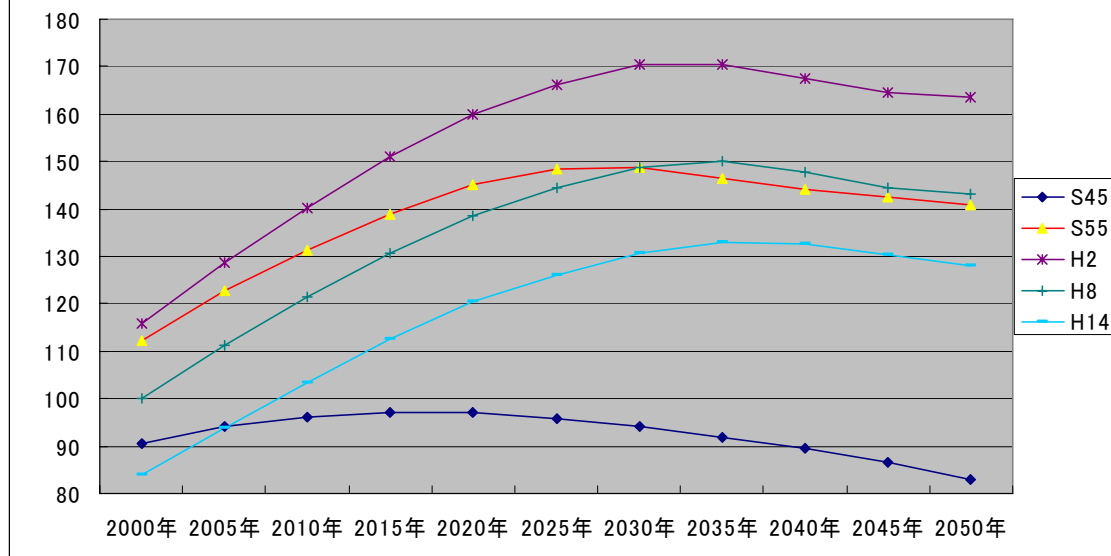
注：図－3、4ともに、平成14年における年齢階層別一般診療費（入院、入院外）を年齢階層別受療数（入院、外来）で除した1受療当たり医療費を、将来人口で延ばした。

(表一) 健康保険制度の変革 (給付を中心として)

昭和 4 3 年	全被保険者 7 割給付(国民健保)
昭和 4 7 年	老人福祉法改正 (老人医療の無料化)
昭和 4 8 年	家族給付率引き上げ (5 割⇒7 割)、高額療養費支給制度の創設
昭和 5 6 年	本人一部負担金の引き下げ、家族給付率の引き上げ (入院 7 割⇒8 割) 老人保健法制定 (各医療保険の給付は、老人医療受給対象以外のみに)
昭和 5 9 年	被用者保険本人 1 0 割給付の見直し (9 割) 特定医療費制度の導入 退職者被保険者の給付率の引き上げ (7 割⇒8 割)
昭和 6 1 年	老人保健法改正 (老人一部負担の引き上げ)
平成 3 年	老人保健法改正 (老人訪問看護制度、一部負担金の額の見直し)
平成 6 年	保険給付体制の見直し (給付範囲から「看護」を削除、「療養の給付」から入院 時食事療養費を切り離し、在宅医療の推進、出産一時金の創設)
平成 9 年	被用者本人の一部負担金引き上げ (1 割⇒2 割) 薬剤一部負担の導入 (6 歳未満は免除) 老人保健法の改正 (外来の一部負担の見直し、1 月 1020 円⇒1 日 500 円) 〃 (入院の一部負担の見直し、1 日 700 円⇒1200 円)
平成 1 3 年	老人患者一部負担の見直し (外来は 3000 円を上限に 1 割負担) 〃 (入院は月額 37200 円を上限とする 1 割負担) 〃 (薬剤定額一部負担分の国庫負担廃止)
平成 1 4 年	サラリーマン給付率 7 割 高齢者負担の引き上げ (定率 1 割、若者と同等の所得は 2 割) 保険料の総報酬制導入 (ボーナスからも徴収) 3 歳未満の乳幼児の給付率 8 割に引き上げ 老人医療の対象年齢の引き上げ (7 0 歳⇒7 5 歳)
平成 1 5 年	高齢者医療制度の改正 (6 5 歳～7 5 歳未満を前期高齢者、7 5 歳以上の後期高 齢者に分割)

(資料)保険と年金の動向：厚生統計協会

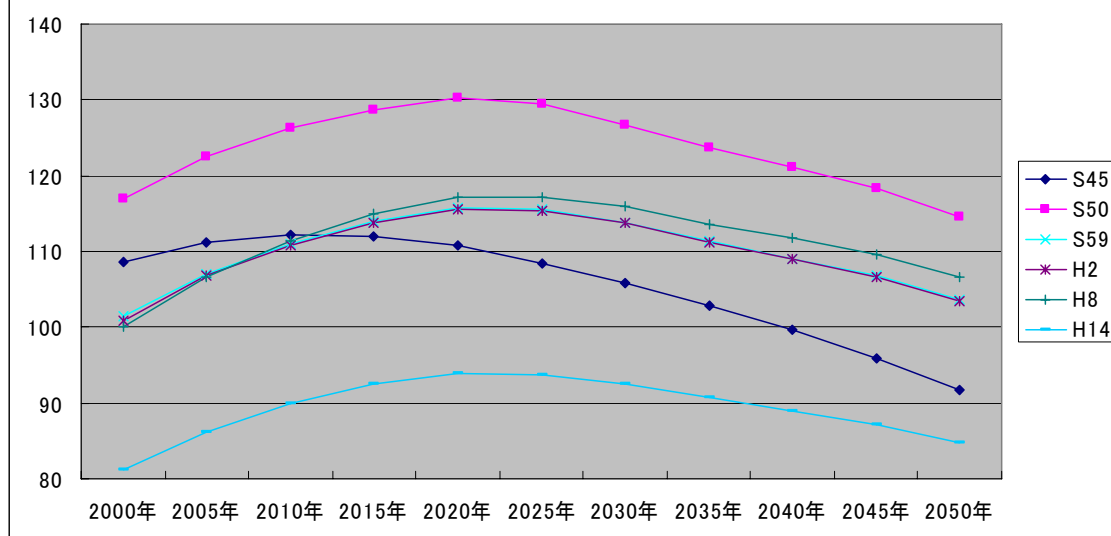
図－5 入院受療の推移(H8基準、2000＝100)



(資料)患者調査報告：厚生労働省

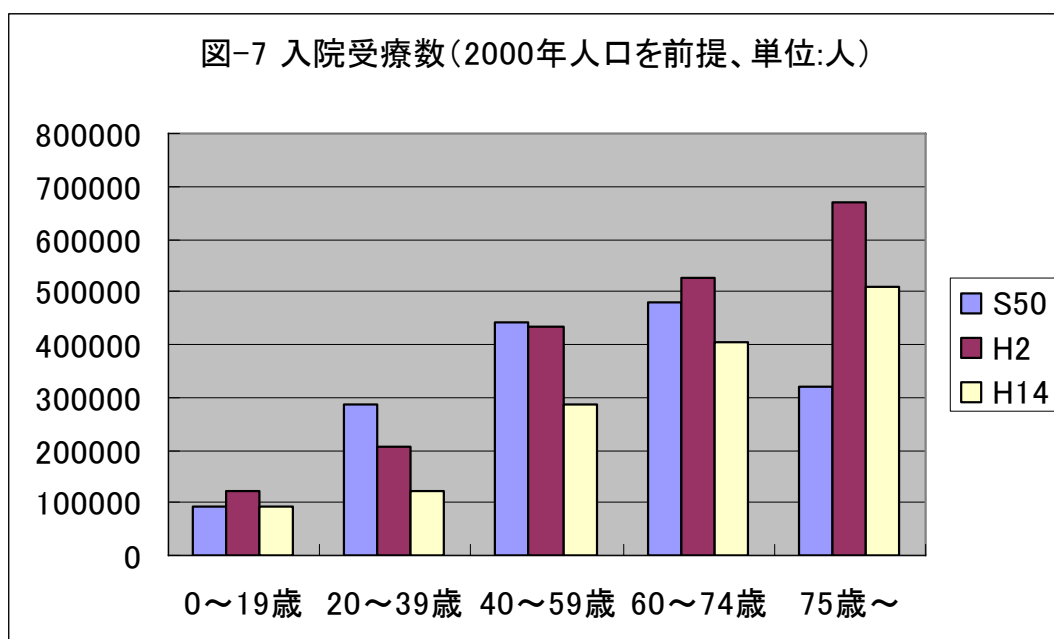
日本の将来推計人口：国立社会保障・人口問題研究所

図－6 外来受療の推移(H8基準、2000＝100)

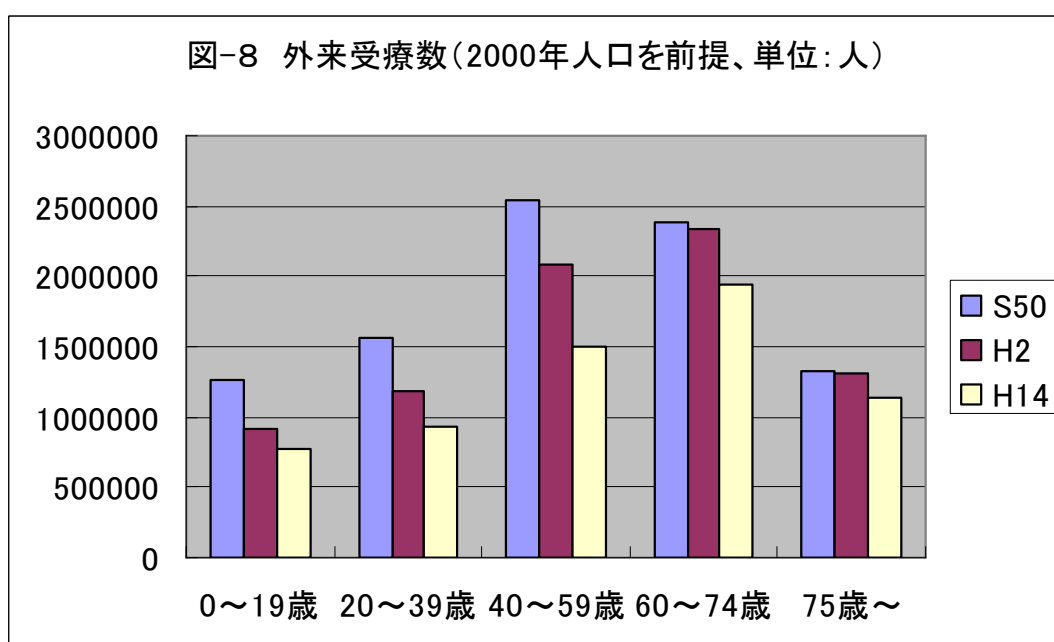


(資料) 図－5に同じ

注：図－5、図－6ともに、各年における年齢別受療率を前提として、年齢構成だけを将来人口推計を基に変化させた。平成8年の年齢別受療率を基に2000年の年齢別人口構成を掛けた受領数を100として指数化。

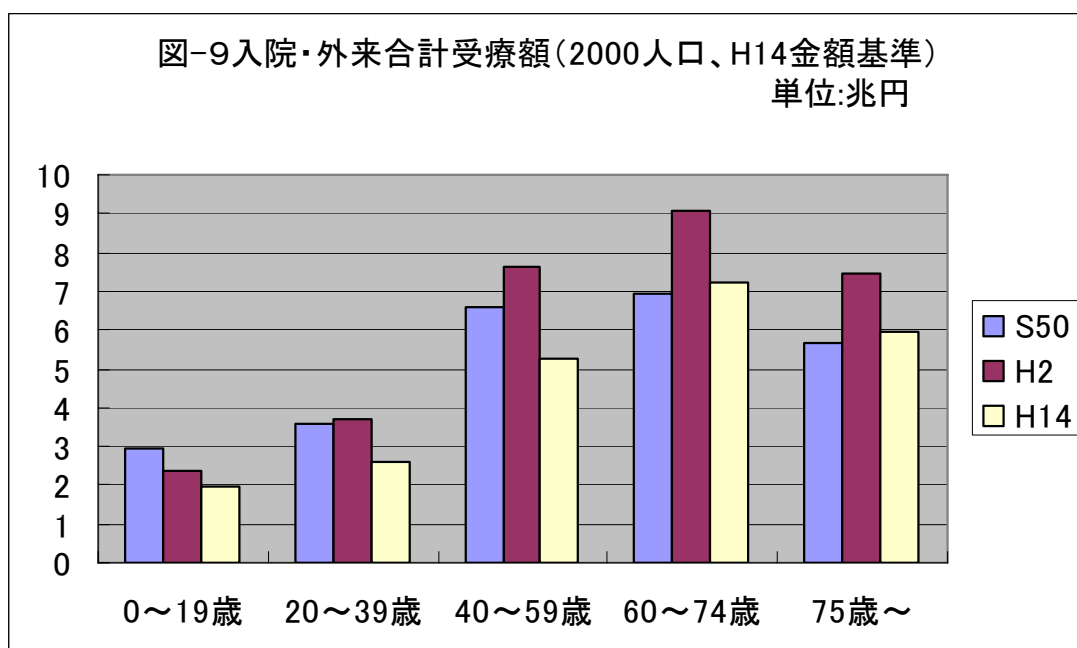


(資料)図-5に同じ



(資料)図-5に同じ

注：図-7、図-8ともに、2000年の人口構成を前提として、5歳刻み人口に昭和50年、平成2年、平成14年の年齢別受療率を掛けて受療者数を算出。



(資料)国民医療費の動向：厚生労働省、患者調査報告：厚生労働省

日本の将来推計人口：国立社会保障・人口問題研究所

注：下記の手順で算出

- ①2000年の人口構成を前提として、5歳刻み人口に昭和50年、平成2年、平成14年の年齢別受療率をかけて年齢別(入院、外来別)受療数を計算。
- ②2002年の年齢別国民医療費(一般医療費)と受療率から年齢別・入院外来別にみた1受療あたり医療費を計算。
- ③年齢別受療数と年齢別1受療あたり医療費とで受療額を計算。

(表－２) H11⇒H14 に生じた受診抑制による医療費削減効果と将来への影響

単位：兆円

	2005 年	2010 年	2030 年	2050 年
入 院	－ 0 . 8 9	－ 1 . 1 1	－ 1 . 6 4	－ 1 . 7 1
外 来	－ 0 . 9 9	－ 1 . 1 0	－ 1 . 2 6	－ 1 . 2 4
合 計	－ 1 . 8 8	－ 2 . 2 1	－ 2 . 9 0	－ 2 . 9 5

(資料)国民医療費の動向：厚生労働省、患者調査報告：厚生労働省

日本の将来推計人口：国立社会保障・人口問題研究所

(表－３) 年齢階層別受診抑制額（2005 年、H11 基準⇒H14 基準）

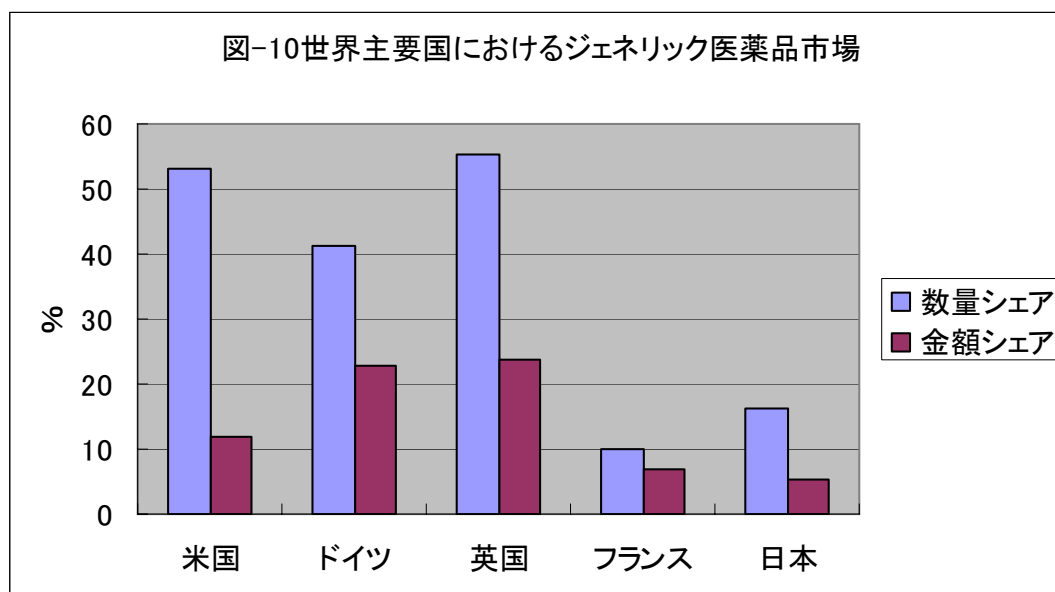
単位：億円

	0～19歳	20～39歳	40～65歳	65～74歳	75歳以上
入院	+ 1 5	+ 1 3 7 6	－ 6 9 1	－ 2 1 7 8	－ 7 4 5 3
外来	+ 5 2 4	+ 2 2 3	－ 3 0 3 1	－ 3 5 8 9	－ 4 0 1 5
合計	+ 5 3 9	+ 1 5 9 9	－ 3 7 2 2	－ 5 7 6 8	－ 1 1 4 6 8

(資料) 表－２に同じ

注：平成 11 年と 14 年の 5 歳刻みの年齢別、入院・入院外別の受療率格差に年齢別国民医療費（平成 14 年）から計算した 1 受療当たり医療費を掛けたものを削減効果とみなす。この年齢別受療率格差を将来人口推計で延長して将来削減効果を算出。

表－３は、表－２に示した 2005 年における年齢別削減効果の内訳



出所) 日本：2003年医薬工業協会調べ

米国：2004年 Generic Pharmaceutical Association

独、仏：2004年 European generic medicines association

英国：2003年 European generic medicines association

(表一４) ２００３年３月閣議決定「基本方針」での高齢者医療制度改革について

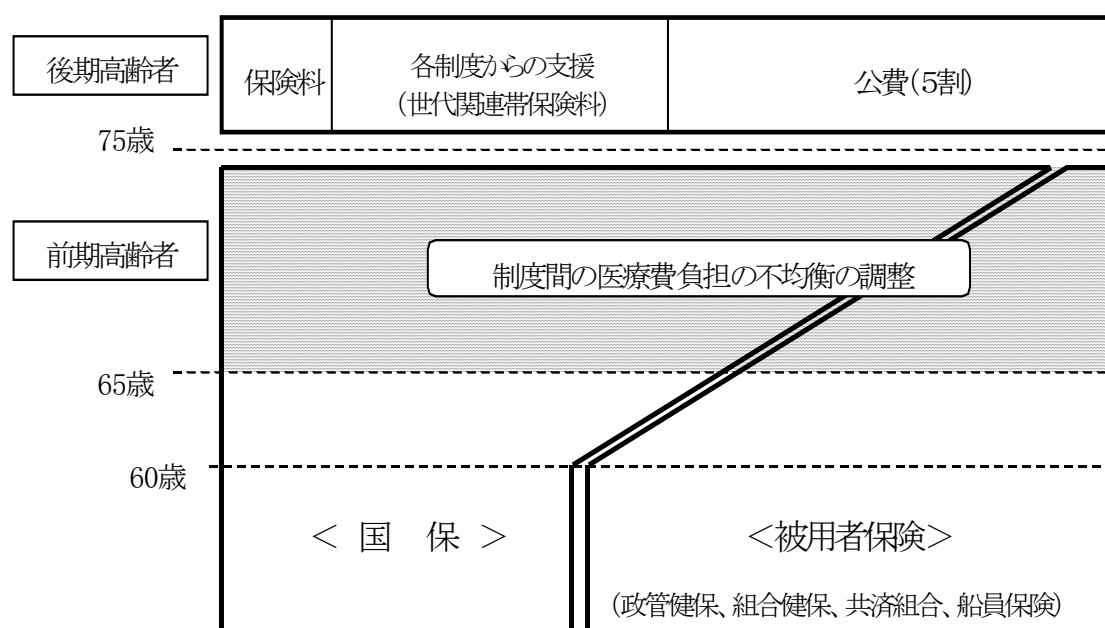
１) 基本的方向

社会保険方式	個人の自立を基本とした社会連帯による相互扶助の仕組みである社会保険方式を維持。
対象年齢	年金制度の支給開始年齢や介護保険の対象年齢との整合性から６５歳以上を対象。それぞれの特性に応じた制度とする。 ７５歳以上：後期高齢者 ６５歳以上７５歳未満：前期高齢者
老人保健制度 退職者医療制度	廃止
保険料負担公平化 制度運営主体明確化	医療保険給付費全体における公費負担の割合を維持しつつ、世代間・保険者間の保険料負担の公平化及び制度運営に責任を有する主体の明確化を図る。
医療費の適正化	現役世代の負担が過重とならないよう高齢者医療費適正化。

２) 具体的方向

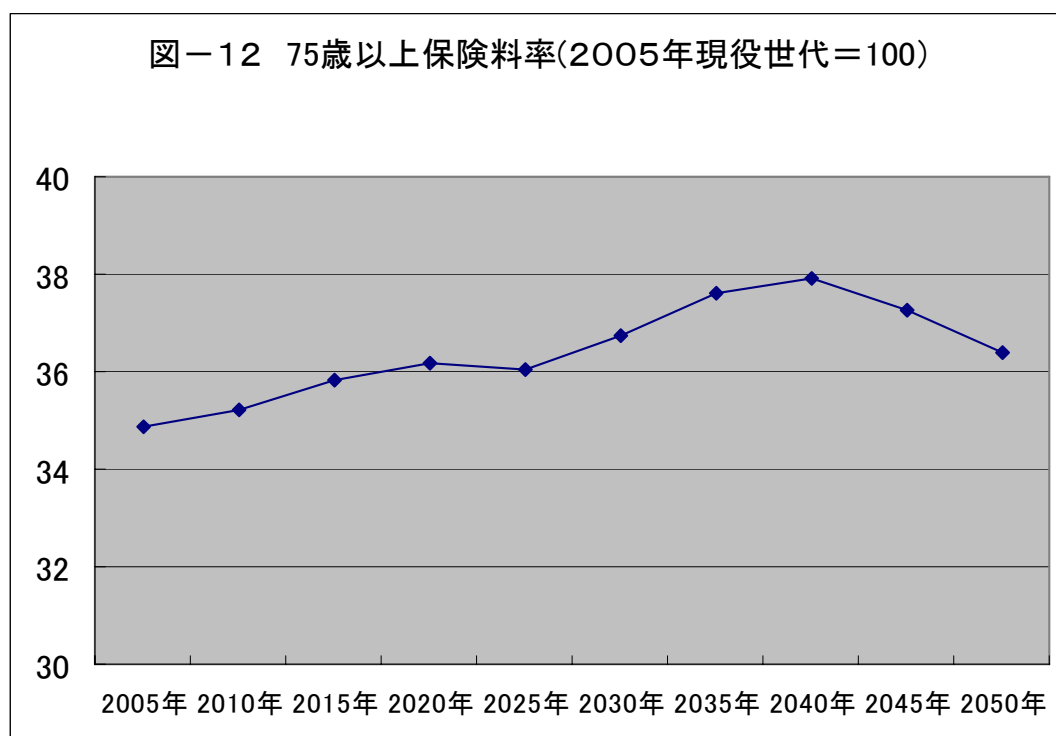
後期高齢者	
①財政運営	加入者の保険料、国保及び被用者保険からの支援、公費により賄う新たな制度加入。＜独立保険＞
②保険者	地域を基盤とした生活実態、安定的な保険運営の確保、保険者の再編・統合の進展状況等を考慮する。
③支援	国保や被用者保険からの支援は、別建の社会連帯的な保険料により賄う。
前期高齢者	
①保険者	現行通り国保や被用者保険に加入。制度間の前期高齢者の偏在による不均衡を調整し、安定性と公平性を確保する。 その際、給付の在り方等も検討。＜財政調整＞
高齢者全体	
①保険料	現役世代との均衡を考慮した適切な保険料負担を求める。
②公費	後期高齢者に重点化
③医療費適正化	保健・医療・介護等の連携による効率化を進める。

(図11)2003年閣議決定された高齢者医療制度 イメージ図



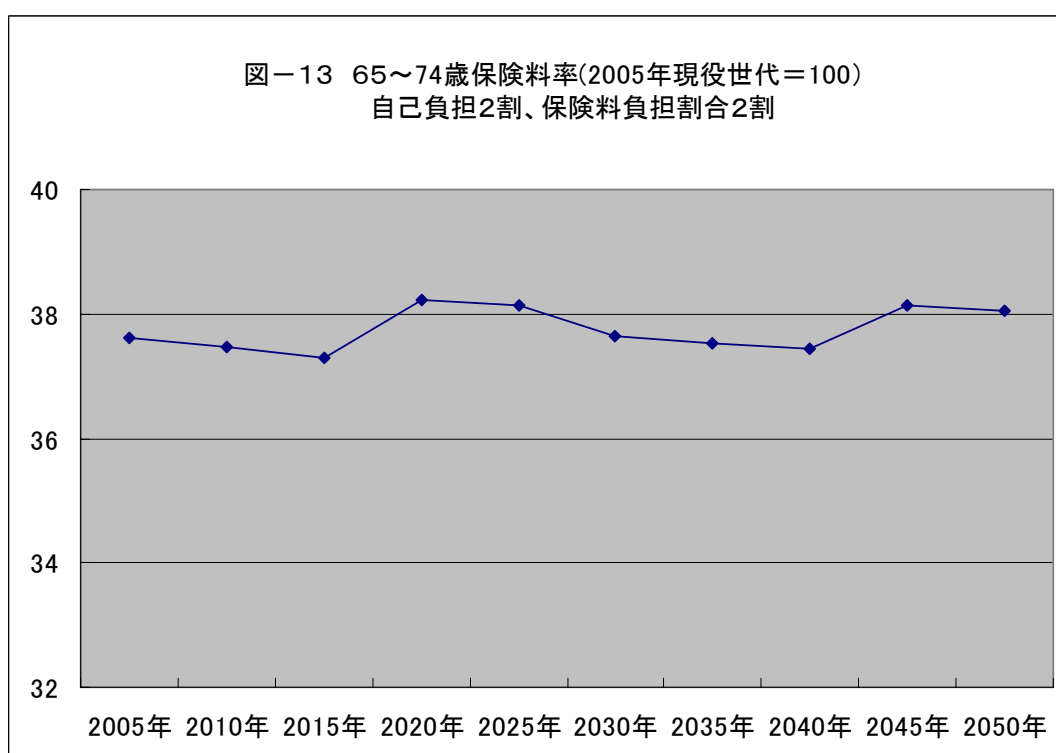
自己負担割合

2003年3月以前				2003年4月～現在		2003年閣議決定当時の 自民党試案	
定率制(1割) 又は定額制				1 割 (所得により2割)		1 割	後期高齢者
定率制(1割) 又は定額制				1 割 (所得により2割)		2 割	前期高齢者
本人 2割 家族入院 2割 家族外来 3割 3 割				3 割		2 割	65歳
3 割				3 割		3 割	
被 保				国 保			

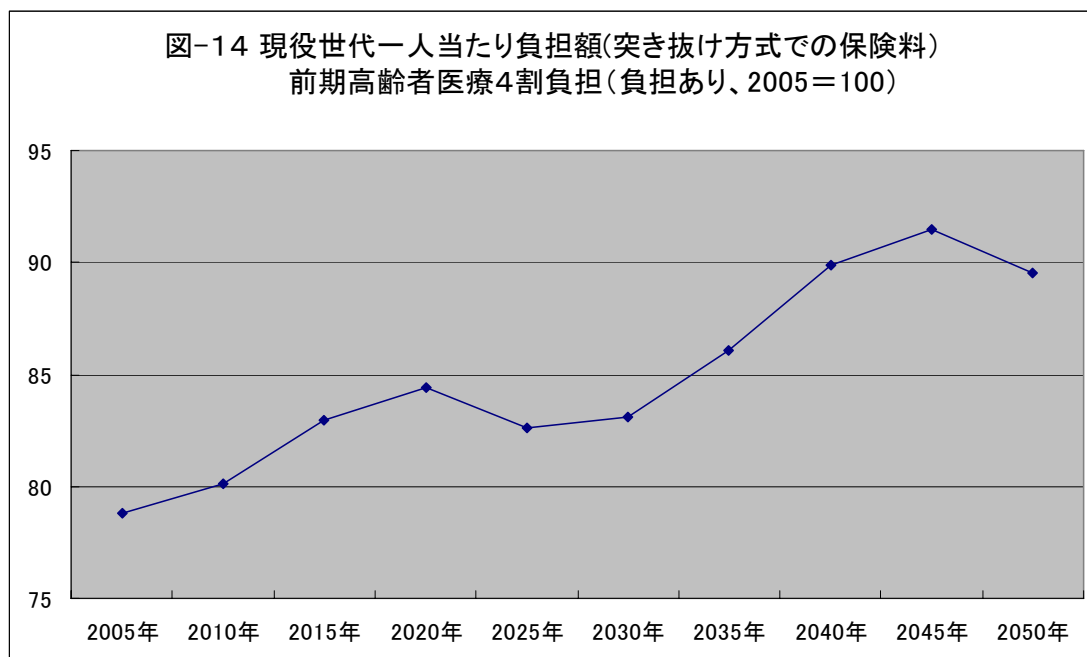


(資料)国民医療費の動向：厚生労働省、患者調査報告：厚生労働省

日本の将来推計人口：国立社会保障・人口問題研究所



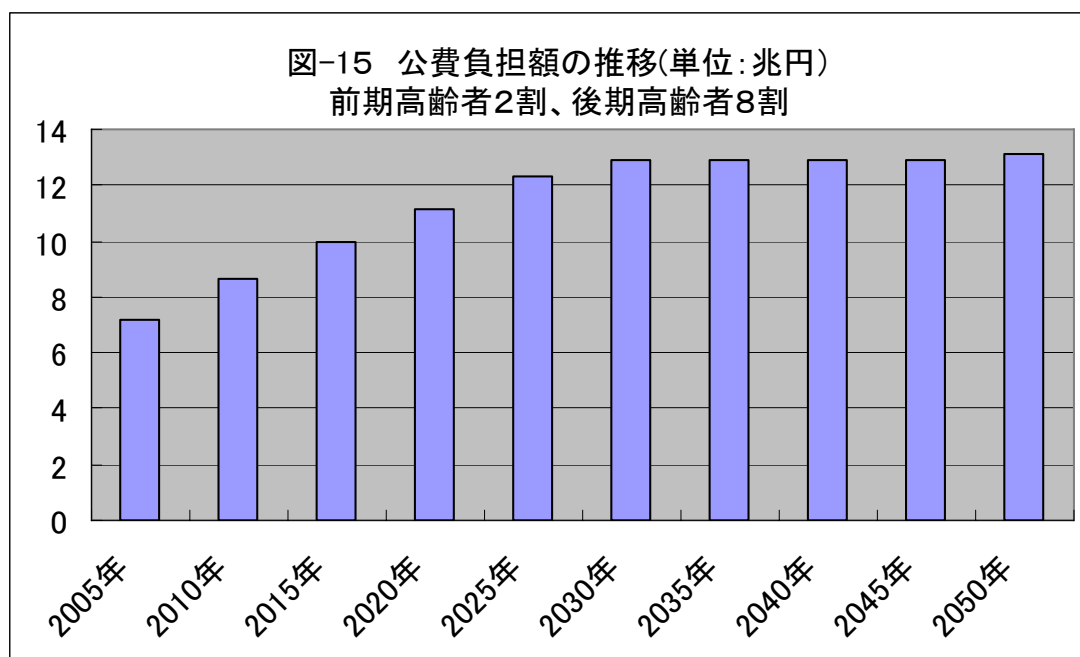
(資料) 図－12に同じ



(資料) 図-12に同じ

注：図-12、図-13、図-14は、下記の手順で作成

- ① 平成14年における年齢別一般診療医療費(入院、外来別)を、年齢別受療数(入院、外来別)で除して1受療あたり医療費を計算。
- ② 上記の1受療あたり医療費に年齢別受療率が変化しないことを前提に、年齢別医療費総額を将来推計人口に基づいて延ばした。
- ③ 前期高齢者グループは同グループの医療費総額のうち2割を、後期高齢者グループは1割を保険料で支払うものとして、年齢別人口で除して一人当たり保険料を計算。
- ④ 現役世代の保険料には75歳以上の医療費への拠出が含まれなくなるものとし、65歳～74歳までの医療費総額の4割を負担。
- ⑤ 65歳以下の医療費総額の8割を、25歳～64歳層で負担するものとして計算。



(資料) 図-12に同じ

- 注：① 平成14年における年齢別一般診療医療費（入院、外来別）を、年齢別受療数(入院、外来別)で除して1受療あたり医療費を計算。
- ② 上記の1受療あたり医療費および年齢別受療率が変化しないことを前提に、将来推計人口に基づいて年齢別医療費総額を試算。
- ③ 前期高齢者グループの医療費総額のうち2割を、後期高齢者グループは8割を公費負担とした場合を試算。

平成17年度 医療改革委員会 活動状況

(役職等は当時のもの)

平成17年

- 6月17日 正副委員長会議
「本年度の活動方針について」
- 8月 3日 正副委員長会議
「現行医療の課題 医療改革の方向性」
講師：ニッセイ基礎研究所
社会研究部門副主任研究員 阿部 崇 氏
- 9月 6日 正副委員長会議
「提言（案）について」
- 9月16日 講演会・正副委員長会議
「日本の医療改革 課題と解決策」
講師：京都大学大学院
経済学研究科長 西村 周三 氏
- 10月18日 正副委員長会議
「提言（案）について」
- 10月24日 常任幹事会・幹事会にて提言（案）
「急ごう 医療の構造改革 ～戦略なき総額抑制から、
21世紀中葉の医療事情変化に即した構造改革へ～」を報告、了承
- 11月 9日 提言「急ごう 医療の構造改革 ～戦略なき総額抑制から、
21世紀中葉の医療事情変化に即した構造改革へ～」を記者発表

以上

平成17年度 医療改革委員会 正副委員長およびスタッフ名簿

(敬称略)

委員長	岡本 好央	住友信託銀行	顧問
副委員長	大水 一彌	日本アイ・ビー・エム	執行役員・西日本担当
	澤木 茂	テクノーブル	代表取締役
	大石 正守	国際保険	社長
	瀧本 高信	住友生命保険	常務執行役員
	春次 賢太郎	春次メディカルグループ	理事長
スタッフ	土屋 明洋	住友信託健康保険組合	常務理事
	佐々木 基彦	住信基礎研究所	常務執行役員
	花田 晋	住友信託銀行	調査部調査役
	森川 文夫	日本アイ・ビー・エム	医療システム事業推進部・ 西日本医療営業部部長
	澤木 茂豊	テクノーブル	取締役社長室室長
	西澤 良臣	国際保険	常務執行役員総合企画部長
	穂宗 一郎	住友生命保険	総務部秘書役
	内匠 正人	春次メディカルグループ	事務長
	宮本 秀一	松下電器産業	秘書グループ企画渉外部長
	木村 明則	松下電器産業	秘書グループ企画渉外担当参事
事務局	大野 敬	西日本電信電話	総務部企画担当課長
	角田 和弥	西日本電信電話	総務部企画担当
	萩尾 千里	関西経済同友会	常任幹事・事務局長
	島田 忠文	関西経済同友会	企画調査部課長
	小谷 美貴	関西経済同友会	企画調査部