

## ❖ 地域の医療介護入門シリーズ

## 地域の医療と介護を知るために—わかりやすい医療と介護の制度・政策—

## 第31回 平成18年の医療制度改革（1）

平成10年代前半、医療保険制度全般にわたる改革の必要性が唱えられ、関係者の中で議論が進められたのですが、調整は難航し、当面の措置としての改正が何度か行われました。このことは、前回の連載で説明したところですが、

今回からは、そうした困難な調整が実を結び、医療保険制度のみならず、医療提供体制にも及ぶ大きな制度改革が行われた平成18年の改正について説明します。

この平成18年改正においては、様々な改正が行われたのですが、医療保険制度については、特に4つの点について議論が集中しました。医療給付費の伸び率管理、療養病床の再編成、混合診療、そして高齢者医療の4つです。内容が多岐にわたるので、数回に分けて、順に説明していきます。

## 1 医療給付費の伸び率管理と医療費適正化計画・生活習慣病対策

### (1) 経済財政諮問会議との攻防

小泉政権下で、政府の政策の決定において大きな力を発揮したのが「経済財政諮問会議」です。経済財政諮問会議は、もともとは橋本内閣による中央省庁再編の一環として内閣府に設置され、実際に動き出したのは、2001年の森内閣の下でしたが、大きな力を持つようになってきたのは小泉内閣でした。

この経済財政諮問会議は、内閣総理大臣を議長とし、経済財政関係の主要閣僚および民間有識者を議員とする組織で、政府の重要な政策について審議して建議を行ってきたところですが、特に小泉内閣の下で、毎年6月頃にこの会議が公表する「経済財政の運営と改革の基本方針」（いわゆる「骨太の方針」）は、閣議決定されることにより、政府の重要な政策の基本方向を決める大きな力を持っていました。

そこでの議論は、民間議員4名（経済界出身

議員2名と経済学者2名）が改革の方向を提案し、その施策の担当大臣と議論していくことにより、会議の議論を主導していくという方法をとっていました。こうした方法により、いわゆる「小泉構造改革」を推進する機関としての役割を果たしました。

この経済財政諮問会議において、平成17年に、主要な課題の1つとして取り上げられたのが、厳しい経済状況の中で増加を続ける社会保障給付費でした。

経済諮問会議では、既に、平成13年に民間4議員から「医療費総額管理制度の導入」が提言されていました。これは、高齢者、若人各々の医療費ごとに目標額を設定し、超過した場合には早期に調整を行う制度を導入すべきとの提言でした<sup>注1)</sup>。

その際には、それほど大きな議論にはならなかったのですが、平成17年2月の経済財政諮問会議において、民間4議員から、以下のような社会保障給付の伸びを管理する仕組みが提案されました<sup>注2)</sup>。

- 「名目GDPの伸び率」を指標として、社会保障給付の伸び率を管理する。
  - 2010年までに給付伸び率管理の仕組みを完成させるため、2006～2010年度を対象とした5カ年計画を策定し、毎年度の伸び率目標や、実績が目標を上回った時の対応等を決める。
  - 伸びが大きい医療介護については、以下の3つを組み合わせる形で制度の設計を行う。
    - ・医療サービス向上プログラムの策定
    - ・診療報酬・介護報酬の改定方式のルール化
    - ・公的保険給付の内容・範囲の見直し
- これに対して、尾辻厚生労働大臣は、次のように反論しました<sup>注3)</sup>。

○社会保障の規模は、経済の規模から一義的

に決まるものではなく、その国の実情に応じて、必要な給付水準、負担可能な水準等を考慮しながら決定されるものである。

- 医療給付や介護給付は、病気や要介護になれば、給付をする必要がある。これを、GDP伸び率などの一律の枠によってサービスを制限すれば、限界を超えた利用者負担や国民の健康水準の低下を招く。
- 給付の伸び率をGDPの伸び率以下に抑制することについては、人口高齢化や技術革新等による伸びが避けられないため、GDPの大幅な上昇がなければ困難。
  - ・給付費をGDP伸び率に抑制しようとするれば、単純に試算すると、2025年度までに約4割の給付削減が必要になり、限界を超えた利用者負担を求めることになる。また、給付費抑制のために医療費そのものをGDP伸び率に抑制しようとするれば、国民の健康水準が低下するおそれがある。
  - ・診療報酬の引き下げにより対応しようとするれば、医療費抑制のための粗診粗療になるか、収入最大化のための乱診乱療を招くおそれがある。また良質な医療を効率的に供給する医療機関も乱診乱療を行った医療機関と同様に引き下げられ、不公平感を生む。

この議論は、経済財政諮問会議の場で、秋にかけて何度も行われ、民間議員側からは、途中で、指標が、GDP成長率に高齢化要因を加味した「高齢化GDP」に変更され<sup>注4)</sup>、また10月からは、対象を医療給付費に絞った上で高齢化修正GDPを指標として、医療給付費の対GDPを現状レベルに保つという提案も行われました<sup>注5)</sup>。

結局議論は平行線に終わり、また、厚生労働省が、医療費適正化計画により医療費の伸びを抑える施策を打ち出したことにより、給付費伸び率管理の仕組みは導入されませんでした。

今振り返ると、ここで提案された社会保障給付費伸び率管理の仕組みは、かなり強引な仕組みであり、社会保障給付費ないしは医療給付費の伸びをGDP伸び率以下に抑えるという目標の達成を金科玉条とし、そのためにはそれなりの犠牲も仕方ないという発想が見られます。それだけ当時の政権や経済界が日本の経済状況に危機感を持っていたということなのでしょうが、

もしこの仕組みが導入されていたら、わが国の社会保障制度は、現行の制度よりもはるかに多くの負担を国民に強いる制度になってしまい、社会保障制度への国民の信頼を揺るがしかねない事態になっていたかもしれません。それを考えると、導入されないでよかったと思います。

## (2) 医療費適正化計画

しかし、この提案に最後まで反対した厚生労働省は、その代わりに大きな重荷を背負うこととなります。

厚生労働省としても、社会保障制度の見直しは必要ないという態度ではありませんでした。むしろ、厚生労働省も、「社会保障制度を経済、財政と調和のとれた持続可能なものとするため、社会保障給付費の適正化は必要」という方針を打ち出していました。

主要な社会保障制度のうち、年金については既に制度改正によりマクロ経済スライド（平均寿命が伸びたり、現役世代の人口が減少する場合には、それに応じて年金額を減らす仕組み）が導入され、給付費が大きな伸び率にはならないようになっていました。また、介護給付費については、当時、国会に提出中の介護保険法改正法案において、予防重視型システムの導入や施設給付の見直し等を行うこととしていました。

では、厚生労働省は、医療給付費の適正化については、どのような方針を打ち出したのでしょうか。それは、「1人当たりの伸びの要因を分析して、その要因をコントロールすることによって高齢者の医療費の伸びを抑え、医療費適正化を実現する」という方策でした。

この方策の考え方については、栄畑（2007）に詳しく整理されているので、それをみていくと、概略は次のとおりです<sup>注6)</sup>。

- ①近年、食生活等の生活習慣の変化により中高年の男性を中心に肥満者が増加している。これらの者は、不適切な食生活や運動不足、ストレス過剰、飲酒、喫煙といった不健康な生活習慣を続けることにより生活習慣病を発症し、虚血性心疾患（心筋梗塞、狭心症）や脳卒中、糖尿病で言えば失明・人工透析などに至る。このため、壮年期以降、生活習慣病等により外来受診率が増加し、老年期に入ると入院の受療率が増加する傾向がある。

- ②生活習慣病は、投薬だけでは根本的な対策にはならず、運動習慣の徹底や食生活の改善等の生活習慣の改善により、発症予防や重症化予防の取り組みを進め、有病者・予備軍を減らすことが求められている。

現在、生活習慣病は国民医療費の約3割を占めるに至っており、今後の人口高齢化を考えると、中高年に多い生活習慣病の医療費はますます増加が見込まれるため、早急に対応策を講じていく必要がある。

そこで、メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）の考え方を取り入れ、各医療保険者に40歳以上の被保険者・被扶養者に対する健診（特定健診）および保健指導（特定保健指導）の実施を義務づける。

- ③一方、わが国は、他の先進諸国に比べ、大幅に平均在院日数が長い。また、国内的に見ても、平均在院日数は各都道府県ごとに大きな格差がある。データを見ると、平均在院日数が長く人口10万対病床数が多い都道府県ほど1人当たり高齢者医療費が高い。

このため、全国の平均在院日数を、最も低い長野県並みにしていくことにより、わが国全体の平均在院日数を世界標準に近づけていくことが必要。

そこで、次のような施策を講じていく。

- 医療機関の機能を分化（急性期、回復期・亜急性期、慢性期、在宅支援等）させるとともに、地域連携クリティカルパス（治療開始から終了までの全体的な治療計画）により各医療機関が連携し、切れ目のない医療サービスを提供していくことにより、入院期間の短縮を図る。
- 診療報酬で「在宅療養支援診療所」制度をつくり、在宅患者への24時間対応体制を整備する。
- 長期療養患者が入院する「療養病床」について、必ずしも入院医療の必要がない多くの患者が利用している状況にかんがみ、医療の必要性が高い患者は医療保険適用の療養病床を利用することとし、介護保険適用の療養病床（介護保険法では、「介護療養型医療施設」して位置づけ）については、平成24年4月に廃止する。このため、介護療養型医療施設については、それまでの間に老人保健施設やケア

ハウスに転換することとし、そのための改築・新築費用の一部を助成する。

- ④このように、外来受療率を押し上げる生活習慣病の有病者・予備軍の減少と、高い入院医療費に寄与している平均在院日数の短縮という、2つの目標を掲げ、医療費適正化に取り組む。

これを具体化するため、国・都道府県の共同作業として、5年間で1期とする医療費適正化計画を策定し、これに沿って各施策を進める。

- ⑤ただ、こうした施策は、中長期的に進めていくものであり、その効果も中長期的に現れてくる。しかし、医療費の伸びをそれまで放置することはできない。

そこで、上記の施策と合わせて、患者負担の引き上げや診療報酬のマイナス改定を含む、以下のような保険給付の内容・範囲の見直しを行う。

○高齢者の患者負担の見直し

（改正前）70歳未満3割、70歳以上2割（ただし、現役並み所得者2割）

（改正後）現役並み所得の70歳以上の者3割（平成18年10月～）

○療養病床に入院している高齢者の食費・居住費の負担引き上げ（平成18年10月～）

○高額療養費の自己負担限度額の引き上げ（平成18年10月～）

○現金給付の見直し

○乳幼児に対する自己負担軽減措置（2割）の範囲を、3歳未満から義務教育就学前まで拡大（平成18年10月～）

○高額医療・高額介護合算制度の創設（平成20年4月～）

○平成18年度診療報酬改定において、史上最大幅のマイナス改定（△3.16%）

- ⑥現行制度のままでは、平成18年度28.2兆円の医療給付費が、平成27年度は40兆円、平成37年度は56兆円に伸びるのに対して、こうした内容の医療費適正化計画を進めることにより、平成27年度37兆円、平成37年度49兆円に留まると推計される（なお、高齢化修正GDPによると、平成27年度35兆円、平成37年度42兆円になる）。



### (3) 医療費適正化対策の個別事項に係る経緯と評価（その1）

#### －特定健診・特定保健指導の義務づけ等の生活習慣病対策－

この平成18年医療制度改正において、厚生労働省が示した医療費適正化対策については、給付費伸び率管理制度の導入を阻止したという意味においては大きな役割を果たしました。しかし、その内容や効果については、様々な問題が指摘されています。

まず、健診と肥満者への保健指導により生活習慣病の防止を目指す対策は、国民の健康増進のための予防対策としては高く評価できる対策ではありますが、それにより医療費の削減ができるということとは、必ずしも結びつきません。

もちろん、こうした対策により生活習慣病になる者が少なくなれば長期的には医療費削減効果も見込めると思われますが、保健指導によりどこまで肥満者の生活改善が期待できるかという問題もあり、また、健診受診者が増加すれば病気の者の発見が増え、かえって医療費がかかるということもあるかもしれません<sup>注7)</sup>。また、40歳以上の全国民に健診を実施するには当然ながら費用がかかりますが、それを上回る効果があるかどうかは、必ずしも明らかではありません。

柴畑（2007）によると、中長期的対策としてはありますが、生活習慣病対策によって2兆円の医療費給付削減効果が見込まれています<sup>注8)</sup>。ただ、当時、厚生労働省において政策担当者の1人であった者（現在は研究者）は、その著書において、以下のように述べています。

「健康づくりにしても在宅医医療にしても、それはそれとして推進すべき重要な取り組みではあるけれども、医療費適正化のために位置づけるべきものではない。

にもかかわらず無理に医療費適正化計画に位置づけ、しかも2015年度までにメタボリックシンドロームの該当者・予備軍を25%減少させるとか、平均在院日数の全国平均と長野県（全国で最短の県）の差を半分縮小するという、根拠のない数値目標を設定する意味などまったくありはしない。私は当時、厚生労働省においてこの数値目標を担当していたが、「なんらかの指標が必要」という小泉総理の言葉を受けて、仕方

なく「えいやっ」と設定しただけの代物なのだ<sup>注9)</sup>

さらに、研究の世界でも、予防対策の医療費削減効果については、異論が少なくありません。二木（2015）によると、予防や健康増進活動による健康アウトカムの改善効果はそれなりに確認されているが、医療費削減効果はほとんど確認されていない、とされています。逆に、厳密なランダム化比較試験に基づき、広く社会的次元で費用計算を行った研究では医療費を増加させるとの結果が得られていると、されています。医療費を削減したとの報告も少数あるが、それらはエビデンスの質が低いとされる非ランダム化試験によるものであり、しかも多くは介入群の費用に介入費用は含んでいない、とのことです<sup>注10)</sup>。

### (4) 医療費適正化対策の個別事項に係る経緯と評価（その2）

#### －平均在院日数短縮等の長期入院対策－

この長期入院対策については、医療機関の機能分化と連携、そして療養病床の再編成の2点が挙げられます。療養病床の再編については、次回に項を起こして整理しますので、ここでは、医療機関の機能分化と連携の施策について説明します。この点については、主に平成18年度診療報酬改定において対応が行われました。

#### ①7対1入院基本料の設定

入院基本料とは、医療施設が患者を入院させて治療する場合に、1日単位で支払われる診療報酬です。医療機関の体制や設備によって報酬の額は異なり、多くの看護師を配置して手厚い看護を提供している医療機関には、多くの診療報酬が支払われます。当時、入院患者の平均在院日数が短い急性期病院を調査したところ、それまでの診療報酬における基準よりも手厚く看護職員が配置されていたことから、急性期入院医療の実態に即した手厚い看護職員の配置を進めることにより、患者の在院日数が短縮されることが期待されました。

「7対1」とは、入院患者数7人に対して勤務している看護職員1人が確保される体制であり、この基準を遵守している医療機関に対して、最も高い入院基本料が支払われるようにしたものです<sup>注11)</sup>。

ただ、この7対1入院基本料については、制

度導入後、この制度を導入しようとする多くの医療機関から、短期間に届け出が行われるとともに、一部の大病院が平成19年度新卒者を大量に採用しようとしたことから、看護師が不足し、地域医療に深刻な影響を与えることになるとの指摘がされました。そこで、中央社会保険医療協議会において状況を調査したところ、今回の診療報酬改定の趣旨に必ずしも合致しているか疑問なしとしない病院においても7対1入院基本料の届け出が行われているとの指摘がされました<sup>注12)</sup>。

このため、平成20年度診療報酬改定において、入院患者の重症度・看護必要性を評価し、一定以上の重症度・看護必要性のある患者を1割以上入院させている医療機関だけが7対1入院基本料を算定できるようにされた<sup>注13)</sup>、という経緯があります。

## ②在宅療養支援診療所制度の創設

入院していた高齢者等が自宅等に戻り、通院したり在宅医療を受けて地域生活を送る上で大きな不安として、夜中などに容態が急変した際に対応してくれる医療機関が地域にあるかということがあります。

そこで、厚生労働省は、24時間患者からの連絡を受ける体制をとり、自らの診療所であるいは他の診療所との連携により、24時間いつでも往診や訪問介護、緊急入院を受け入れる体制を確保した診療所に対して、「在宅療養支援診療所」として、診療報酬で高く評価する制度を創設しました<sup>注14)</sup>。

ただ、こうした7対1入院基本料や在宅療養支援診療所は、在院日数の短縮や在宅医療の推進には資するとしても、治療中の1日当たりの医療費が高くなる可能性もあり、必ずしも医療費の削減になるとは限りません。

厚生労働省が、長期入院対策のうちで、医療費削減の面で最も効果を期待したのは、療養病床の再編成ではなかったかと思われます。この施策については、次回で説明します。

- 注1) 経済財政諮問会議 平成13年第28回会議 説明資料「医療制度の抜本改革に向けて（緊急提言）（有識者議員提出資料）」。
- 注2) 経済財政諮問会議 平成17年第3回会議 説明資料「経済規模に見合った社会保障に向けて（有識者議員提出資料）」。
- 注3) 経済財政諮問会議 平成17年第3回会議 説明資料「社会保障給付費の「伸び率管理」について（尾辻臨時議員説明資料）」。
- 注4) 経済財政諮問会議 平成17年第9回会議 説明資料「社会保障給付費の伸びの管理について（有識者議員提出資料）」。
- 注5) 経済財政諮問会議 平成17年第20回会議 説明資料「医療制度改革について（有識者議員提出資料）」。
- 注6) 柴畑 潤 (2007)：46-53, 78-97。
- 注7) 村上正泰 (2009)：171。
- 注8) 柴畑 潤 (2007)：54。
- 注9) 村上正泰 (2009)：171-172。
- 注10) 二木 立 (2007)：202-207。
- 注11) 中央社会保険医療協議会 診療報酬基本問題小委員会 (第152回 平成21年1月2日) 資料診-1。
- 注12) 中央社会保険医療協議会 建議書 (平成19年1月31日)。
- 注13) 中央社会保険医療審議会総会 (第125回) 資料総-1 「平成20年度診療報酬改定における主要改定項目について (案)」(平成20年2月13日)。
- 注14) 中央社会保険医療審議会総会 (第85回) 「平成18年診療報酬改定の概要について」(平成20年2月15日)。

## 参考文献

- 柴畑潤「医療保険の構造改革 平成18年改革の奇跡とポイント」(2007)：法研。
- 辻哲夫「日本の医療制度改革がめざすもの」(2008)：時事通信出版局。
- 村上正泰「医療崩壊の真犯人」(2009)：PHP研究所。
- 二木立「地域包括ケアと地域医療連携」(2015)：勁草書房。