

# 日本の医療費対GDP比率についての認識とその対策

—大阪府医師会調査から—

シマダ ナガカズ ヤスダ ミツタカ スズキ タカイチロウ ナカムラ マサヒロ  
 島田 永和\*1 安田 光隆\*4 鈴木 隆一郎\*2 中村 正廣\*3  
 タケダ アツヒロ サワムラ アキヒコ サカイ ヒデオ サカイ クニオ  
 武田 温裕\*5 澤村 昭彦\*6 酒井 英雄\*7 酒井 國男\*8

**目的** 日本の医療は、GDPに占める医療費の割合が諸外国と比較して低く、安い費用で高い成果を得ていると総括されている。この効率の良さには医療従事者の献身的な勤務が大きく関与していると推測されるが、1980年代から政府が進めた社会保障費抑制により、その体制も限界に達し、地域医療の現場にて綻びが散見され、放置できない状況となっている。改革に当たっては、国民が現状を認識することが前提となり、より一層の広報や啓発活動が求められる。その資料となるようアンケート調査から現状の認知度についてまとめた。

**方法** 大阪府医師会は、平成7年より府民調査、昭和46年より医師会員調査を隔年実施している。府民調査は、エリアサンプリング（調査会社の調査員が訪問し記入を依頼（1,320名））および地区医師会配布（地区医師会の医師会員が配付し記入を依頼（1,311名））の2通りで実施した。医師会員調査は、大阪府医師会の会員約2万人を診療所長、病院長、勤務医に区分し、3,017人に調査票を配付した。有効回収率は65.2%であった。

**結果** わが国のGDPに占める総医療費の割合が低いことを認識している府民は少なく、窓口での支払いは「高い」と感じている。国の医療費抑制政策についても反対意見が多いが、「わからない」との回答率も高い。一方、医師会員調査では、日本のGDPに占める総医療費の割合が低いことの認識が顕著に高く、低医療費政策が医療現場に与えている影響の大きさを伺わせる結果となった。

**結論** 国民の医療に対する期待は高く、これらのニーズに対応した質の高い医療を提供し続けるには医療費の増大は避けられない。また、医師が過重労働による「医療ミス」の可能性に不安を感じている事実は、医療を受ける側にも直結する問題であり、早急な改善が不可欠である。まずは、総医療費が低いという理解を浸透させるため、広報・啓発活動の充実・工夫が望まれる。

**キーワード** アンケート調査、医療の質、国民医療費、国際比較、地域医療体制

## I はじめに

日本の医療は、WHOの報告<sup>1)</sup>や各種の指標からも質が高いと評価される一方、GDPに占める総医療費の割合は欧米諸国と比較して低い<sup>2)</sup>。つまり、安い費用で高い成果が得られていると総括できる。しかし、医師を含めたヘル

スケア従事者の献身的な勤務も限界に達し、地域医療体制が機能しない事例が相次いでいる。国民が日本の医療の現況を正しく認識することは、あるべき体制を議論する前提条件になると考える。日本の社会保障、ことに医療について、大阪府医師会の調査結果から、今後の広報もしくは啓発活動の参考に資するため、以下の検討

\*1 大阪府医師会調査委員会委員 \*2 同副委員長 \*3 同委員長 \*4 前同委員長

\*5 前大阪府医師会理事 \*6 前同理事 \*7 前同副会長 \*8 前同会長

を行った。

## Ⅱ 調査方法

大阪府医師会では、平成7年より府民調査、昭和46年から医師会会員調査を隔年実施している。

### (1) 府民調査

エリアサンプリング（医療圏層化無作為抽出により110国勢調査区を選定し、1国勢調査区から性・年齢階級12区分に対応して12客体を選定する方法）で選ばれた府民を対象として留置記入依頼法で1,320名分の記入完了票を得たもの（以下、エリア抽出）および、郡市区等医師会が選んだ府民1,320名（性・年齢階級分布は同じ）に依頼したもの（以下、医師会配布）の2通りで実施している。調査結果は、それぞれを府下の母集団構成比を復元するよう、地域・性・年代（年齢階級）別に乗数で補正し、推計値で表した。なお、医師会配布では、封筒に密封された状態で回収するため、“すべて無回答”または“無回答多数”を含む無効調査票が含まれ、平成7、11、13、15、17、19、21年調査の

図1 総医療費が低いことを知っている人の割合（性・年齢階級別）

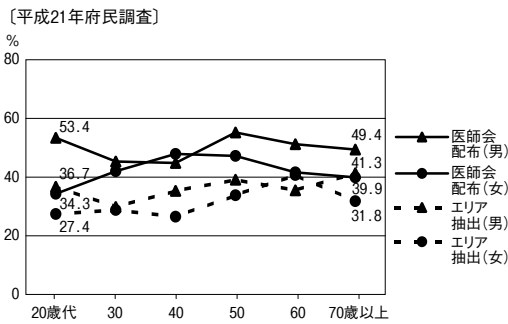
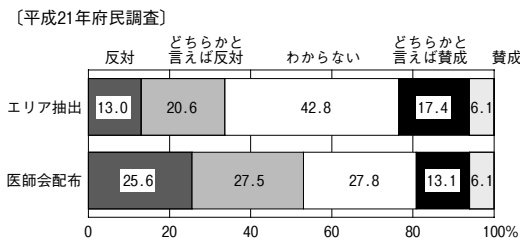


図3 医療費抑制のための制度改革の方向性について



実質回収数はそれぞれ1,245、1,259、1,300、1,284、1,307、1,312、1,311（99.3%）であった。また、医師が知人（患者とその家族を含む）に直接配布するため医療に比較的関心のある客体に偏っていると考えられる。

### (2) 医師会会員調査

大阪府医師会会員を対象に、性・年齢層化無作為抽出法により行っており、平成21年調査は、診療所長1,188名（抽出率17.5%）、病院長529名（100%）、勤務医1,300名（14.2%）の計3,017名に調査票を配布し、同年10月までに1,968名から回収した。調査は無記名、自記式で行い、有効回収率は65.2%であった。調査結果は、会員構成比を復元するよう、性・年代（年齢階級）別に乗数で補正し、推計値で表した。今回は、これらの調査結果から主として総医療費に関する項目を使用し、検討した。

## Ⅲ 結果

### (1) 府民調査

わが国のGDPに占める総医療費の割合がOECD諸国に比し低いことを認識している府民は、エリア抽出では33.2%に留まり、医師会配布で42.3%である。性・年齢階級別にみても、エリア抽出で26.5~40.7%、医師会配布で34.3~55.2%と、全般的に認識が低く、男性より女性が若干低い傾向にある（図1）。経時的にみ

図2 低医療費の認知度の推移

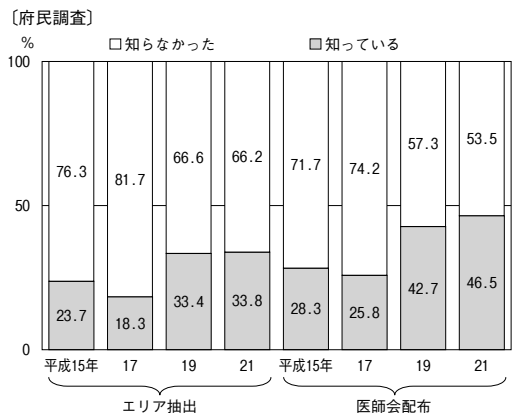


図4 医療費の財源策の方向性について

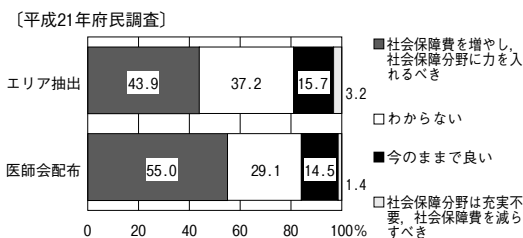
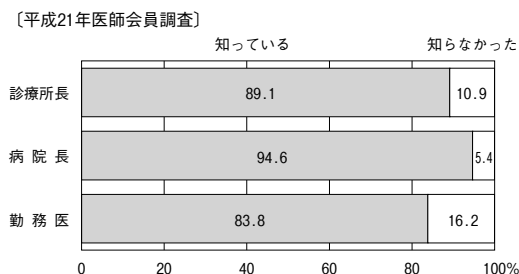


図6 低い総医療費の認知度



ると、エリア抽出では18.3%（平成17年）、33.4%（平成19年）、33.8%（平成21年）、医師会配布では25.8%（平成17年）、42.7%（平成19年）、45.5%（平成21年）といずれも増加している（図2）。

国の医療費抑制政策については反対意見（「反対」もしくは「どちらかと言えば反対」）がエリア抽出で33.6%、医師会配布で53.1%と多いが、「わからない」との回答率も高く、エリア抽出では42.8%を占め、医師会配布でも27.8%あった（図3）。また、医療費財源に関して、「増やすべき」が、エリア抽出で43.9%、医師会配布で55.0%ある反面、エリア抽出の18.9%、医師会配布の15.9%が「今のままで良い」もしくは「減らすべき」と回答しており、認識のばらつきが大きい（図4）。

窓口における一部負担金については、「高い」がエリア抽出で57.3%（平成17年）、52.8%（平成19年）、40.3%（平成21年）、医師会配布で48.2%（平成17年）、52.0%（平成19年）、32.5%（平成21年）と年々減少し、平成21年の調査では「妥当」が「高い」を上回る結果となった（図5）。

図5 窓口での一部負担金の意識の推移  
—府民と会員の比較—

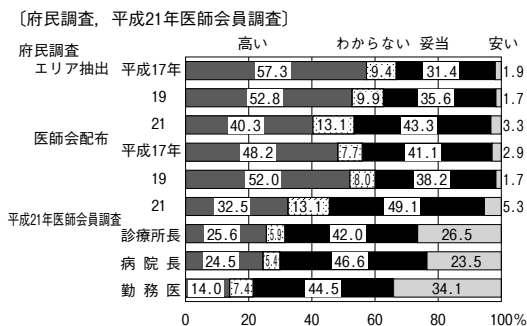


図7 就労時間に対する過重感

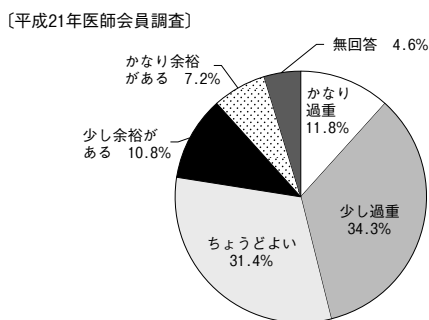
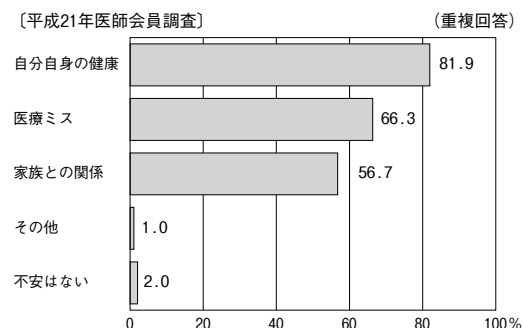


図8 過重労働による不安



注：図7で「かなり過重」「少し過重」とした者を100とした割合である。

（2）医師会会員調査

窓口における一部負担金について、「高い」は、診療所長25.2%、病院長24.2%、勤務医13.9%とほぼ4分の1以下であり、「妥当」もしくは「安い」は、診療所長67.5%、病院長69.1%、勤務医78.1%と7割前後を占めた。

日本のGDPに占める総医療費の割合が低いことについては、診療所長89.1%、病院長94.6%、勤務医83.8%が認識しており、府民に

比して顕著に高く、低医療費政策が医療現場に与えている影響の大きさを伺わせる結果となった(図6)。

また、現在の就労時間について、勤務医の46.1%が「過重」と感じている(図7)。そのうちの81.9%が「自分自身の健康」を、66.3%が「医療ミス」をその過重労働による不安として上げており(図8)、「いつでもどこでも」質の高い医療を受けることのできる体制の維持にあたって解決すべき重大な課題が存在することを示している。

#### IV 考 察

わが国では、1980年代の中曽根内閣以来、財政再建を目指す行財政改革の流れの中で、社会保障費の伸びに対する抑制政策が強調され、ことに2001年に発足した小泉内閣では「聖域なき構造改革」というスローガンのもと、「地方に出来る事は地方に、民間に出来る事は民間に」と、いわゆる小さな政府論からの政策を強力に打ち出した。社会保障も例外ではなく、その1つとして「医療制度改革」が進められた。

医療制度改革関連法(2006年)により、病床の機能分化の促進、在院日数の短縮、療養病床の削減が進められる一方、診療報酬本体部分が史上初めてマイナスに改定されたことなどにより医療費の抑制政策が強化された。高齢化が急速に進み、医療費の増大が不可避であると予測される状況にもかかわらず、GDPに占める医療費の伸びは抑えられ、その結果、OECD諸国における順位は低位である<sup>3)</sup>。

しかし、医療現場では、1999年の横浜市立大学病院における患者取り違え事件とその報道をきっかけとして、医療不信が増大し、国民の医療の質への要望が高まった。そのため、これまで以上に患者への説明に時間を要する傾向とな

り、医療安全のための時間を割かざるを得なくなった。さらに、病院(特に急性期病院)では、在院日数の短縮により、患者の多くが軽快しないまま退院せざるを得なくなり、その結果、入院患者は常時、重症患者となり、勤務医の労働環境はさらに悪化している。

医療経済の分野では、医療費と医療サービスへのアクセス、そしてその質の3つの要素がトレードオフの関係にあることが周知の事実となっている。国民の多くが望む質の高い医療を提供し、かつ、これまで通りのアクセスを保障するには、低いコストでの実現は不可能であり、必要な医療費を投入するしか方策はない。医療費の財源は公費、保険料と患者の自己負担であり、医療費総枠を増やせば、国民の負担が増すが、現在の医療へのアクセスを保ち、質を確保するにはその政策が必要不可欠となる。したがって、医療費の増大は国民の合意に基づく政治判断が必要となる。政権交代した2009年夏の衆議院選挙でも、これが論点の1つとなったが、増税や保険料を上げるといった負担増に関する国民のコンセンサスを得るには至っていない。

しかしながら、ここで示したように、日本の総医療費がOECD諸国に比し低いという事実<sup>3)</sup>を認識している府民は少ない現実がある。こうした現実を十分に国民に周知する努力と工夫を行い、正しい情報を知った上で、これからのわが国の社会保障、ことに医療制度のあり方に関する国民的な議論につなげることが求められる。まずは、総医療費が低いという理解を浸透させるため、広報や啓発活動を徹底すべきである。

#### 文 献

- 1) WHO(世界保健機関). World Health Report 2000.
- 2) 吉田澄人. 医療提供体制の国際比較: 日医総研ワーキングペーパー139, 2007.
- 3) OECD. OECD Health Data 2009.