

# 日本の医療制度の課題と展望



辻 哲夫 (つじ てつお)  
前厚生労働事務次官  
田園調布学園大学  
人間福祉学部地域福祉学科教授

2006年に成立した医療制度改革法を取りまとめられた背景、理念等を踏まえ、今後の日本の医療制度の課題等を伺った。

## 高齢化社会日本の医療費適正化

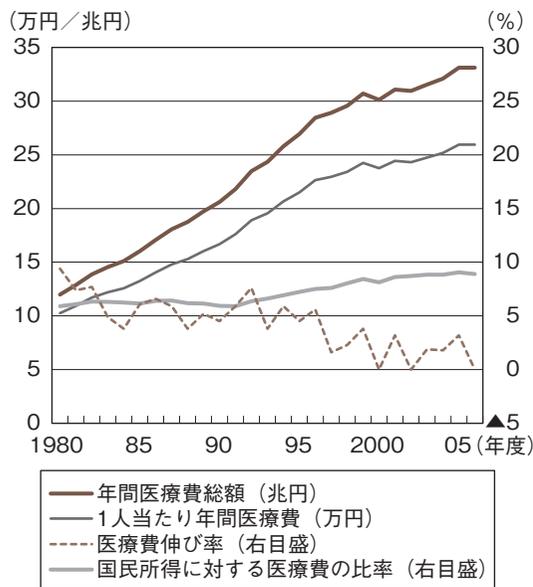
日本は世界に誇る国民皆保険制度を導入しており、保険証を持って行けば、誰でも差別なく医療機関で治療を受けることができる、欧米にひけを取らない制度である。生活水準、栄養水準の向上とも合わせて、その普及によって国民の健康水準は高まり、日本人の平均寿命の高さや乳児死亡率の低さ等は世界トップ水準にある。

しかし、高齢化にともない、日本でも医療費の確保が大きな政治課題となっている。75歳以上の高齢者の1人当たり医療費は、その他の世代の5倍である。現在、年間医療費は33兆円（2006年度）だが、高齢者の増加等にともない、現行制度の下で何も措置を取らなければ、毎年約1兆円、3%ずつ増加することが見込まれる。国家財政の厳しいシーリングの下で、これまで患者の窓口負担の引き上げ、診療報酬の厳しい見直し等により医療費の適正化に取り組んできた。医療費は高齢者人口の増加等により、構造的に伸びていくことから、今回の医療制度改革は、医療費の伸びの構造を分析したうえで、医療にかかわるあらゆる分野における構造的な取り組みを検討した。国民自らの予防による健康維持と、医療施設の機能分化、重点化および在宅医療の促進によって、医療費の適正化を進めようとしている。

## 予防に勝る治療なし

日本人の疾病の原因を分析したところ、不適切な食生活、運動不足等による血管内の代謝不調が、高血圧や糖尿病等を引き起こすことが分かった。共通の要因は、メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）である。これが重症化すると、脳卒中や心筋梗塞、失明等による生活の質の急速な低下、さらには要介護状態をもたらす。

図1 国民医療費



(出所) 厚生労働省資料より作成

メタボリックシンドロームについての正しい理解を広めながら、これを早めの健診で発見し、生活習慣の改善について早期の段階から指導することを目的に、2008年4月に特定健康検査・特定保健指導が導入された。

内臓脂肪を減らすには第1に運動、つまり歩くことが重要である。筋肉を動かすことで代謝が促進されるとともに、エネルギーも消費される。第2に適正な食事、つまりダイエットである。予防に勝る治療はない。このような国民の予防を促す政策が質の高いものとなるよう商社にも積極的な取り組みを期待している。

### 治療とリハビリで生活力を維持

病気の予防、健康の維持が第1だが、年を取れば自然に体力は弱る。2005年の年間死亡者数は約110万人だが、団塊の世代が高齢者となる30年後には、これが170万人弱になると予測されている。40年前は、死亡者のうち、後期高齢者は3分の1だったのが、現在は3分の2となった。20年後には4分の3となることが見込まれ、大部

分の人が年を取って弱って亡くなっていくということである。

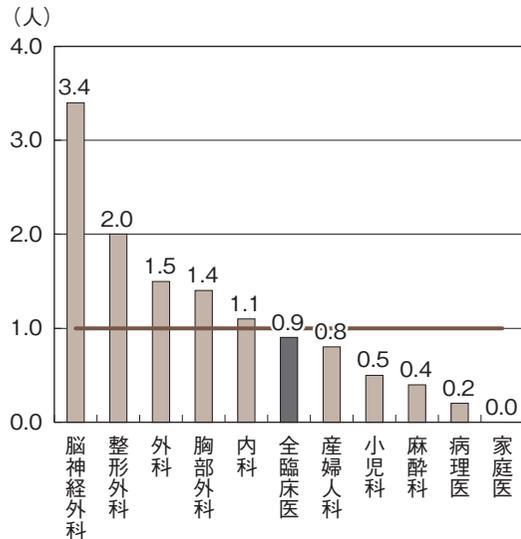
長寿社会は、経済が発展して社会保障制度が整備され、医療技術の進歩や医薬品の開発があって実現したが、それが不安で辛いものであるとしたら、何のための成長であったのかということになってしまう。年を取って弱っても、人間らしく生を全うすることができる社会となって初めて、日本の経済成長が成功したといえるのではないかと。今、そのシステムをつくらなければならない。

入院中は、生活も制約され、病人として扱われるが、年を取って病気を抱えるのはむしろ普通のことである。それが病人として長く入院し、病院で亡くなるのが正常なのか。自分らしい、人間らしい生活を楽しむことができなければ幸せになれない。発作など発病直後の急性期に、病院で高い技術レベルの治療を行い、その後はリハビリで、その人の持っている力を最大限回復していくべきである。適切なりハビリが行われれば、例えば、車いすでなく、ついで歩行できるようになり、地域の生活の場に戻れる。その後も必要であれば入院して治療を受けるのは当然だが、また生活の場に戻り、在宅でリハビリを受けることによって、生活力も維持される。ここで在宅とは、自宅だけでなく、ケア付き住宅も含まれる。自分の生活の場で、必要な医療やリハビリ、看護、介護等のサービスが受けられる総合的な在宅医療のシステムが必要である。

### 地域医療の充実と医師の確保

医師不足が深刻で、とりわけ産科、小児科の病院勤務医が不足している。夜間や休日の急患の対応など時間外診療が多く、勤務医が疲弊して辞めていっている。そのため、医師の絶対数を増加させていく方針が出されたが、このようなひずみが改善されなければ、それだけでは問題は解消されない。企業同様、医療界にも選択

**図2 米国と比較した日本の医師数**



(注) 1. 米国の人口当たりの医師数を1とした場合の日本の医師数  
 2. 胸部外科は、呼吸器外科および心臓血管外科  
 3. 米国は2004年6月現在の専門医数、日本は2002年12月末の主たる診療科名  
 (出所) 辻哲夫「日本の医療制度改革がめざすもの」時事通信社、2008年

と集中、そして連携の仕組みが求められている。

まずは、病院機能の集約化、重点化を図っていかねばならない。地域の拠点病院が、重点化を図る診療科目に相当数の医師を充てれば、医師がローテーションを組むことができる。また、そのような本格体制の病院であれば、医師は、指導医の下で医療の技術を上げていくことも可能であり、キャリアアップの一環としてへき地での勤務が組み込まれば、へき地の医師も確保できる。そのうえで、治療を行う病院とリハビリを行う病院とが連携する。企業活動においても、業際に付加価値があるといわれるが、病院も、得意技に集中し、いわば規模の小さな百貨店は専門店へ移行して、これらが連携を図ることで、付加価値も増す。

また、地域の開業医の役割も重要である。病院の小児科の救急の9割が軽医療で、診療所や、時には電話だけで対応できる場合も多い。開業医が輪番で時間外診療に対応できる体制とし、

一義的に地域の住民を受け止めるようになれば、勤務医の時間外診療が減少し、また、在宅医療の促進にもつながる。一方で、日本には専門医が増えてきているが、地域の医療を充実化させていくには、地域、生活の中で、総合的な診療を行う医師も育てていかなければならない。

これらの仕組みが各圏域ごとに整備されていかなければならない。さらには、各圏域の医療機関が、国立がんセンターや国立循環器病センターなど、日本の医療研究開発の最前線を担うナショナルセンターと連携することで、質の高い医療が全国に均てん化され、また、医薬品や医療機器の開発や治験にも取り組みやすくなる。このようなシステム改革にも取り組んでいくことが、医薬品・医療機器産業の発展にもつながる。

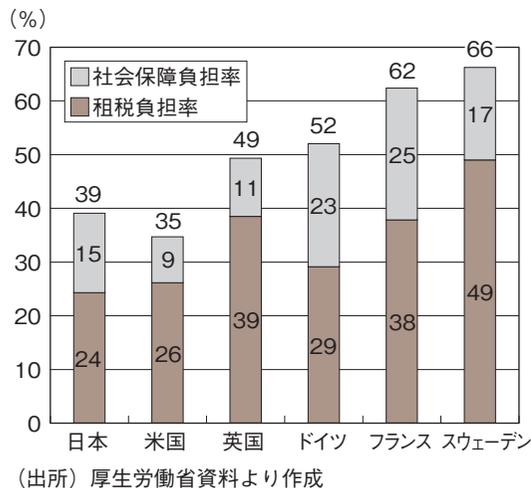
## 医療・福祉サービスの需要拡大にともなうビジネスの可能性

日本は世界一の長寿国だが、国民負担率（国民所得に占める社会保険料と税金の割合）は約40%である。米国は30%台だが、高齢者を除くと公的保険制度がなく、これを含めれば、かなり高いだろう。英国は約50%、ドイツは60%弱、フランスは60%強、スウェーデンは約70%であり、欧米先進国と比べても日本の負担率は低い。

今後20年間で、後期高齢者数は約1,000万人から約2,000万人に、都市部を中心として倍増し、日本は超高齢社会となる。したがって、医療・福祉分野のサービス需要は確実に伸びることから、ビジネスの可能性も大きい。医療機器や医薬品、福祉用具、要介護者の移動手段、また、サービスシステムや、人材の育成等において、質の良いモノ・サービスを開発、提供し、これらに対する適正な国民負担を求めていくべきである。

高齢化の進む経済先進国において、医療・福

図3 主要先進国の国民負担率（2006年）



社分野の内需を喚起し、これと相まってコスト競争でない形で国際競争力を持続けるような産業政策が望まれる。このような超高齢社会への積極的な対応は、日本再生の一つの道であろう。

### 社会のシステムづくりに期待される商社の総合力

国際競争力のある経済と、やさしい社会づくりは両立する。スウェーデンは、国民1人当たりGDPや、世界経済フォーラムの発表している国際競争力等で上位を維持するなど経済的に豊かな国だが、高い国民負担の下、高福祉国家を実現している。日本も長寿社会に向けて、やさしい豊かな社会づくりをめざしていかなければならない。

そのためには、安心して生活することができる社会の実現に向けたシステムに公的財源や民間資金を投じていくという価値観の転換、そして国民の努力が必要である。

自由に動けなくなっても、在宅で安心した生活のできる環境をつくり、できるかぎり自力で生活する、最期まで自分らしい生活を維持し、人間としての尊厳を持って生きていく、そのた

めの総合的なシステムが必要である。そのようなシステムによって医療のあり方も変わる。

このため、医師や訪問看護師・介護士等のサービスを十分に在宅で受けられる仕組みが基本的に必要である。生活の場にケアする人が常駐するケア付き高齢者専用賃貸住宅や、いわゆるケア付きマンションも、もっと普及させていかなければならない。長寿社会においては、ライフスタイルを考えながらそれぞれの段階で住まいを選択していくこととなる。これまで住んでいた大きな家を若い世代に貸して、その賃料で、ケア付き住宅や、便利な場所で、移動が負担にならない程度の広さの家に住むことを促進することも必要であろう。このためには、地域の総合的な在宅医療システムづくりや、そのような住宅の建築と、住み替え、家の管理を促す仕組みづくり等が同時並行的に進まなければ難しい。そのためには、住宅、都市政策を含めて社会全体で取り組む必要があり、これらのシステムづくりに公的財源や民間資金が回るようにしていかなければならない。私は、このような営みを優しい国づくりをめざす「人間と社会の変革をとまなう新公共事業」と呼んでいる。

このような総合的なシステムづくりにあたって商社をはじめとする民間企業のネットワークや調整力の果たす役割は大きい。総合力を持った商社に、ぜひ活躍してほしい。

また、海外には、歴史や文化に根ざした各国固有の医療・福祉制度がある。それらの制度をそのまま日本に導入する必要はないが、大変参考になる。海外駐在を経験された商社の方々にはぜひ、さまざまな制度を日本に紹介し、安心できる、優しい社会づくりへの提言を行ってほしい。

(2009年3月4日

聞き手：広報グループ 大西京子)  