

「医療崩壊」と小泉政権の医療費抑制政策

笠原研究会

- I はじめに
- II 小泉政権における医療行為と薬剤に関する医療費抑制政策
 - 1 医療費抑制政策とは
 - 2 供給の抑制
 - 3 金額換算方法の改定
- III 小泉政権の医療費抑制政策と国庫負担率
 - 1 各制度の国庫負担率の改定
 - 2 国庫負担の動向
- IV 小泉政権の医療費抑制政策と医師不足、病床数・病院数の減少
 - 1 医師不足
 - 2 病床数・病院数の減少
- V 小泉政権の医療費抑制政策と医師の地域・診療科偏在
 - 1 地域偏在
 - 2 診療科偏在
- VI おわりに

I はじめに

かつて日本の医療制度は先進国で最も医療費が安く、救急車による搬送は無料であり、またいかなる医療機関も自由に受診できるなど、世界に誇れるものであった¹⁾。しかし高齢者人口の増加や医療技術の進歩に伴って、国民医療費は増加の一途をたどり、ついには40兆円を突破した²⁾。それに加えて、高度経済成長を終えた日本経済の長期的な停滞から財政は悪化し続け、債務残高は対 GDP 比ですでに200%を超えている³⁾。このような日本の社会や経済の変化の中、先進

国に比べ国民医療費における国庫負担割合が大きい日本の医療制度は財政を圧迫する大きな要因となった⁴⁾。そのため、1980年代以降は多くの政権が財政の立て直しを図り、国民医療費における国庫支出を削減する医療費抑制政策を推進してきたのである。

1983年に厚労省保険局長の吉村仁が「医療費亡国論」⁵⁾を発表すると、当時の内閣総理大臣中曽根康弘によって医療費抑制政策が始まった⁶⁾。しかし、その後の政権においても継続的に医療費抑制政策は行われてきたが国民医療費は増加し続け、1980年には対GDP比4.82%であった国民医療費が2000年には5.90%にまで増加した⁷⁾。そうした中、2001年4月に就任した内閣総理大臣小泉純一郎によって、こうした医療費の増加に歯止めをかけるために大胆な医療制度改革が断行された。当時小泉は「三方一両損」を唱え、医師・患者・保険者の「三方」で「損」を分け合う形で医療費抑制政策を進めた⁸⁾。

一方で、2000年代半ば頃から医療現場において「医療崩壊」⁹⁾と呼ばれる現象が指摘され始めた¹⁰⁾。そうした指摘の中で医療費抑制政策、とりわけ小泉政権の医療費抑制政策¹¹⁾がその原因として批判的となった。

医療経済学者の二木立は、以下のように述べている。

さらに、2006年来、救急医療や産科・小児科医療を中心とした医療危機・荒廃が社会問題となり、マスコミでも大きく取り上げられるようになっていきます。私は、これらは1980年代以降四半世紀も継続された世界一厳しい医療費抑制政策と医師養成抑制制度政策が小泉政権の「最後の一撃」により臨界点を超えたために生じた、と判断しています¹²⁾。

また、山形大学大学院教授の村上正泰は以下のように述べている。

「医療崩壊」の原因を探っていくと、じつに多岐にわたるさまざまな要因が関係しているわけだが、もっとも深刻な影響をもたらしている要因は明白である。それは、過去20年以上にわたって続けられ、とりわけ小泉内閣以降強力に推し進められてきた医療費抑制政策が現場を窒息させているという事実である¹³⁾。

また、医師である鈴木厚は以下のように小泉政権の医療費抑制政策を批判して

いる。

政府は医療費抑制のため患者の負担を増やし、診療報酬の削減を進めているこの医療費抑制政策が諸悪の根源である。つまり06年6月の医療制度改革は、「医療の質と向上と安全性を求めない」と宣言しているに等しい。さらに「老人殺し」、「病院つぶし」、「地方つぶし」、「医療難民」、「医療従業者過労死」等を堂々と法制化したといえる¹⁴⁾。

その他、日本医師会は市場主義の政治の下で小泉政権の医療費抑制政策は医療現場の疲弊、医師不足などの「医療崩壊」を顕在化させたと述べている¹⁵⁾。さらに朝日新聞では、小泉政権の診療報酬マイナス改定が「医療崩壊」につながったと指摘している¹⁶⁾。加えて社民党は、最も主要な「医療崩壊」の原因の1つは小泉政権の医療費抑制政策であると主張している¹⁷⁾。

しかし、これらの先行研究や言論には小泉政権の医療費抑制政策と新医師臨床研修制度などの医療政策を区別せずに、両者をまとめて「医療崩壊」の原因として論じているものがある。また、政策の効果を論じるために関連するデータを提示する際にはその政策が施行されてから効果が現れるまでのタイムラグが考慮されるべきであるが、先行研究の中には分析に用いられたデータの中に小泉政権時の2001年から2006年の期間のみのデータが散在しており、タイムラグが考慮されていないものがあった。以上のことから、小泉政権の医療費抑制政策が「医療崩壊」の原因であるとする主張には疑問を抱かざるを得ない。

そこで本論文では、小泉政権の医療費抑制政策は「医療崩壊」の原因ではないという仮説を立て、以下のように明らかにしていく。Ⅱでは小泉政権の医療費抑制政策について説明し、Ⅲでは国庫負担率の推移データを基に小泉政権の医療費抑制政策は国庫負担の削減効果を有していたか検証する。Ⅳでは「医療崩壊」とされる現象のうち医師不足、病床数・病院数の減少に、Ⅴでは医師の地域・診療科偏在に、それぞれ焦点を当て小泉政権の医療費抑制政策がこれらの現象の原因であるのか検証する。

Ⅱ 小泉政権における医療行為と薬剤に関する医療費抑制政策

1 医療費抑制政策とは

Iで述べたとおり、1980年代前半からすでに医療費抑制政策は進められてきた。しかし、高齢者人口の増加と医療技術の進歩により、我が国の医療費はさらに増加していき、政府において医療制度を抜本的に見直す必要があるとの認識が強まった。こうした中、小泉内閣において、医療費の増大に歯止めをかけるために医療制度改革が行われることとなった。

そもそも、国民医療費における国庫負担は以下の式によって表される。

$$\text{国庫負担} = \text{各制度の支出額} \times \text{各制度の国庫負担率}^{18)}$$

ここでいう各制度とは各医療保険制度、後期高齢者医療制度¹⁹⁾、公費負担医療を指す（なお、医療保険については、国民健康保険と全国健康保険協会管掌保険²⁰⁾は国庫負担を占める割合が大きく、他の医療保険制度は国庫負担がない、あるいは定額かつ少額で無視しうる大きさである²¹⁾）。各制度の支出額はさらに、医療行為²²⁾と薬剤の供給およびそれらの金額換算方法という要素に分けることができる。金額換算方法とは医療行為と薬剤が保険適用される範囲、各医療行為と薬剤の単価である診療報酬、そしてそれらの単価に対する数量の単位である。以上の点を踏まえると、医療費抑制政策は下記の3つの要素に大別できる。

- (1) 医療行為と薬剤の供給
- (2) 医療行為と薬剤の金額換算方法
- (3) 各制度の国庫負担率

ただし、それぞれの変更は他の要素に対しても影響を及ぼしうる。たとえば、(2)が変更されれば医師の医療行為や薬剤処方を選択が変わるため(1)に対しても影響を与える点には注意が必要である²³⁾。

以上の3つの要素を踏まえた上で、本章では小泉政権の医療費抑制政策のうち²⁴⁾、医療行為と薬剤の供給および金額換算方法について述べていく。

2 供給の抑制

医療行為とそれに伴う薬剤を削減するため、医療制度の改正と療養病床の削減に着手した従来の医療制度改革は、医療保険制度に関するものが主であった。しかし、2006年の医療制度改革では、患者の平均在院日数の短縮や生活習慣病対策

の推進など、中長期的な医療提供体制の改革が前面に打ち出された²⁵⁾。これが医療費適正化計画である。

医療費適正化計画は、国の責任のもと国および都道府県が協力し、共同作業により生活習慣病対策や長期入院の是正などの医療費適正化対策に計画的に取り組むことを基本的な枠組みとしている。具体的な数値目標としては、2015年度の段階では糖尿病等の有病者・予備群については2008年度と比べて25%減少させることとし、平均在院日数については、全国平均（36日）と長野県（27日）の差を半分に縮小することとしていた。この中長期的な医療費適正化対策の推進により2025年度段階での医療費抑制効果は、糖尿有病者・予備群の減少によって2兆円、平均在院日数短縮によって4兆円、両者合わせて6兆円に上ると見込んでいた²⁶⁾。

実際、2015年にこの計画の中間評価の結果が公表されたが、2015年度段階の数値目標はほぼ達成し0.7兆円の医療費適正効果をもたらしたとされている²⁷⁾。

療養病床の削減については、厚生労働省は2006年にいわゆる「社会的入院」の解消を狙って、2011年度末までの6年間で、当時約38万床あった療養病床のうち約25万床あった医療保険適用の療養病床を約15万床まで削減し、約13万床あった介護保険適用の療養病床をすべて廃止する計画を示した。しかし、2010年に民主党政権において、介護保険適用分の廃止計画を2017年度末まで先送りすることが発表され、2014年には7万1千床余りが残る中、廃止計画は撤回された。療養病床全体でも依然として約34万床残っている。

3 金額換算方法の改定

日本において診療報酬はすべての医療保険制度に共通して一律で設定されており、これを改定することは国民医療費および国庫負担の大きな削減効果をもたらす。そのため、小泉政権においては積極的にこの手段が用いられた。

2001年12月、2002年度の診療報酬本体（医師の技術料など）を1.3%引き下げることが決定した。診療報酬本体を引き下げるのは初めてのことであり、さらに薬価と医療材料の価格も1.4%引き下げ、全体の引き下げ幅は過去最大の2.7%となった。この引き下げにより1800億円強の国庫負担が削減できるとの見通しが立った。診療報酬本体を引き下げることにより医師の収入も減ってしまうことから、日本医師会の反発もあったものの、小泉首相が「三方一両損」の実現を強く主張したことで日本医師会が歩み寄りをみせ、引き下げが決定した²⁸⁾。

2004年度の診療報酬改定では、診療報酬本体の改定はプラスマイナスゼロとし、

薬価と医療材料を1.05%引き下げた。この診療報酬改定をめぐって、診療報酬に関して話し合う場である中央社会保険医療協議会（以下、中医協）では、4%の引き上げを求める日本医師会らと、前回並みの2.7%の引き下げを求める健康保険組合連合会らとの調整が難航していたが、国庫負担が約700億円削減されるという約1%の引き下げで決着した²⁹⁾。

そして2006年度の診療報酬改定では、全体で2002年の2.7%を上回る、過去最大の3.16%の引き下げとなった。その内訳は、診療報酬本体で1.36%の引き下げ、薬価と医療材料で1.8%の引き下げとなっている。同時に介護事業者が受け取る介護報酬も2.4%引き下げられ、診療報酬と介護報酬の引き下げによる2006年度予算の国庫負担の削減効果は2500億円弱になるといわれた。日本医師会らが再度強く反発したにもかかわらず、この大幅な引き下げが実現した要因としては、2002年度の改定において中医協で日本歯科医師会の委員らの汚職事件が起きたことを受け、2005年7月に「診療報酬の改定率決定についての中医協の権限を縮小する」との改革案が決定された³⁰⁾ことで、日本医師会らの診療報酬決定における発言力が縮小したことが考えられる。

同じ医療行為であっても、どのような数量単位によってそれを評価するかによって実際に換算される金額が変わる。その意味で診療報酬の支払い方法に出来高払いと包括払いのいずれを選択するかは医療費の増減に関わる問題である。

他方、診療報酬の支払い方法については、診断群分類別包括評価（DPC）が入院治療を対象として大学病院を中心に2003年4月から導入された。従来の診療報酬体系の基本的な特徴は医療行為ごとの出来高払い方式であったが、過剰な検査や投薬を助長しているとの批判があった³¹⁾。これに対し、DPCは特定の疾患や患者群に共通する一連の医療行為をまとめて1つの単位とする包括評価であり、医療資源の浪費を抑止できるとして特に患者の平均在院日数を短縮する効果が期待された³²⁾。実際、中医協は導入された病院での患者の平均在院日数が短縮されたとの報告をしたが³³⁾、一方で医療機関が出来高払いと包括払いを選択できるなどの制度の抜け穴が大きく、医療費効率化には役立たないとの指摘もある³⁴⁾。

以上、小泉政権の医療費抑制政策を概観してきたが、大きく2つのことがいえる。小泉政権の医療費抑制政策は、その手段の選び方に特徴がみられる。まず、医療費適正化計画といった医療提供体制の面からの中長期的な改革に取り組んだ点である。これは、従来の医療保険制度改革中心の医療費抑制政策と一線を画すものである。次に、診療報酬改定にこれまで以上に積極的に取り組んだ点である。

特に2006年度の改定では中医協改革に乗じて過去最大のマイナス改定を実現している。この効果は国庫負担削減に大きく寄与したと考えられる。

Ⅲ 小泉政権の医療費抑制政策と国庫負担率

1 各制度の国庫負担率の改定

国民医療費を財源の面からみた場合、保険料あるいは患者窓口負担によって家計が負担するか、国が国庫負担という形で負担するか、地方が負担するかの3つに分けられる。そのため、患者窓口負担の引き上げは国庫負担を回避する手段の1つとなった。

小泉政権において実施された窓口負担の引き上げはいくつかあるが、第一に、2002年には高齢者の1割の窓口負担が徹底された。これは、高齢者の負担能力を考慮して設けられていた負担上限を撤廃するものであった³⁵⁾。第二に、現役並の所得を有する高齢者の負担引き上げもなされた。2006年の医療制度改革に伴い、同年10月からそれまで2割であった現役並み所得を有する高齢者患者の窓口負担が、高齢者に関しては3割に引き上げられることとなった。これによる国庫負担の削減効果は数百億円とされた³⁶⁾。第三に、被用者本人の負担引上げである。2002年7月の改正健康保険法成立により、2003年4月から被用者の窓口負担を2割から3割に引き上げることとなった。これに伴う国庫負担の削減額は200億円ほどと試算された³⁷⁾。第四に、後期高齢者医療制度創設に伴う高齢者負担の見直しである。2006年の医療制度改革の一環として2008年の4月から後期高齢者医療制度が新たに創設されることとなった。それに伴って70歳から74歳までの高齢者の窓口負担が1割から2割に引き上げられた³⁸⁾。最後に、療養病床に入院する高齢者の食費、居住費の見直しである。2006年の医療保険制度改革の中で療養病床の70歳以上の高齢者の食費と居住費が同年10月から全額自己負担になった。これにより医療給付費が約5000億円削減されるとされた³⁹⁾。

国庫負担率の改定は、国民健康保険をはじめとする、国庫負担が大きい制度において国庫負担を削減する有効な手段である。しかし、興味深いことに、患者の窓口負担が引き上げられながら国庫負担率の引き上げが回避された面があったとはいえ、医療費抑制政策に積極的に取り組んだ小泉政権において各制度の国庫負担率が引き下げられることはなかったのである。

これは、日本において国庫負担が医療保険制度に対して大きな比重を占めてい

る理由に関係する。国民皆保険の達成以降、保険財政の安定や各医療保険制度の間での給付水準および保険料負担の均衡を図るために、国庫からの補助の引き上げが政管健保など財政基盤の脆弱な保険制度を支えてきた⁴⁰⁾。こうした政策的対応は高度経済成長期による税の自然増があったからこそなし得たものであったが、それにより日本は平等な医療を実現したのである。そのため、現在高齢者人口の増大にともなって保険財政は厳しさを増しているが、その中で国庫負担率を引き下げることは平等な医療という日本の医療の質を根幹から揺るがすことを意味する。日本の医療費抑制問題は、平等な医療という質の面と大きな国庫負担というコストの面が非常に密接に関わっているという難しさを持っているのである。

2 国庫負担の動向

ここまで、小泉政権における医療費抑制政策の概要についてみてきた。それでは、実際に国庫負担の伸びはどれほど抑制されたのだろうか。統計データをもとに確認していく。

表1によると、小泉政権下の2001年から2006年にかけて、国庫負担の増加率は1989年から1999年までの平均4.7%をいずれの年も下回っている⁴¹⁾。特に2002年、2005年、2006年についてはそれが顕著である。2002年に関しては診療報酬の大幅なマイナス改定と高齢者の1割負担の徹底の効果が大きいと考えられる。2006年も大幅な診療報酬のマイナス改定が実施されたのをはじめ、多くの施策が実施され、その効果がみられた。しかし、2005年に関してはそうした施策が行われなかったのにもかかわらず、2002年を下回る増加率となっている。

国庫負担について、図1をみると、2005年と2006年は減少している一方、地方負担が急増している。これは、2005年度の三位一体の改革により国庫支出金の一部が都道府県に移譲されたことによるものである⁴²⁾。したがって、財政収支を改善させるという観点からは、実質的に国庫負担が削減されたわけではない。2005年の国庫負担の増加率の低さはこの影響が大きいと考えられる。

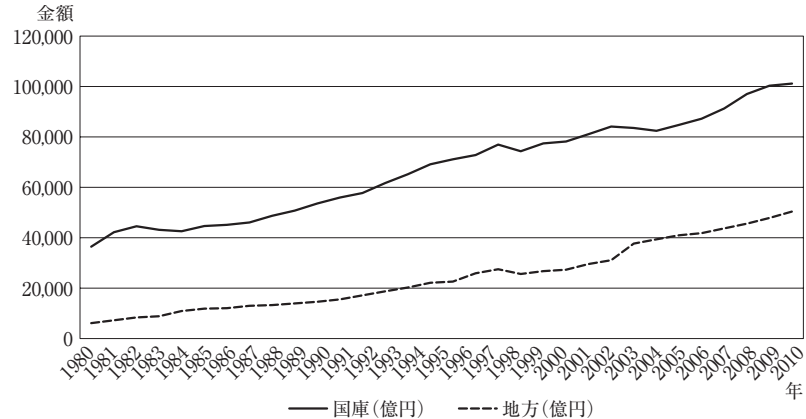
以上のことから、小泉政権は各制度の国庫負担率引上げには消極的だったことが挙げられる。このことから小泉政権においても平等な医療という日本の医療の従来の特質を維持しようという考え方が共有されていたことが推察される。そして、国庫負担の動向を確認したところ、医療費抑制政策は自然増を考慮せずとも一定の国庫負担の削減効果があった。高齢者人口の増加が加速的に進んでおり自然増の幅も大きいと考えられることに鑑みれば、さらに削減効果を認めること

表 1 国庫負担の動向と主な医療費抑制政策

年度	国庫負担 (億円)	国庫負担 の増加率 (%)	国民 医療費 (億円)	国庫負担 の国民医 療費に対 する割合 (%)	主な医療費抑制政策
1989- 1999		平均 ▲4.7			
2001	77,399	▲4.2	310,998	24.9	
2002	78,113	▲0.9	309,507	25.2	・診療報酬・薬価等の改正▲2.7% (本体▲1.3 薬価等▲1.4) ・高齢者 1 割負担徹底
2003	81,085	▲3.8	315,375	25.7	・被用者本人 3 割負担へ引上げ
2004	84,121	▲3.7	321,111	26.2	・診療報酬・薬価等の改正▲1.0% (本体 0 薬価等▲1.0)
2005	83,544	▲-0.7	331,289	25.2	
2006	82,367	▲-1.4	331,276	24.9	・診療報酬・薬価等の改正▲3.16% (本体▲1.36 薬価等▲1.8) ・現役並み所得を有する高齢者 3 割負担 ・療養病床に入院する高齢者の食費、居 住費の見直し

出典：厚生労働省「平成21年版厚生労働白書 資料編 医療費の動向」〈<http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusho/kousei/09-2/kousei-data/data21632.xls>〉(最終閲覧日2015年11月11日)に基づき作成。

図 1 財源別国民医療費



出典：厚生労働省「国民医療費：結果の概要」〈<http://mhlw.go.jp/toukei/list/37-21c.html>〉(最終閲覧日2015年11月10日)に基づき作成。

ができれば。

このように、小泉政権の医療費抑制政策は国庫負担の観点からみれば削減効果をもたらしたといえる。それでは、この削減効果が日本の医療提供体制にいかなる影響を及ぼしたのであろうか。

Ⅳ 小泉政権の医療費抑制政策と医師不足、病床数・病院数の減少

1 医師不足

本章では小泉政権の医療費抑制政策と医師不足、病床数・病院数の減少の関連性の有無を検証していく⁴³⁾。1980年代に入り、厚生労働省によって「将来、医師が過剰になり、その結果、医療費が増加してしまう」⁴⁴⁾という予測がなされると、政府は1986年に「医学部定員の10%以上削減」を打ち出して、医師および医療費の抑制を図ってきた⁴⁵⁾。

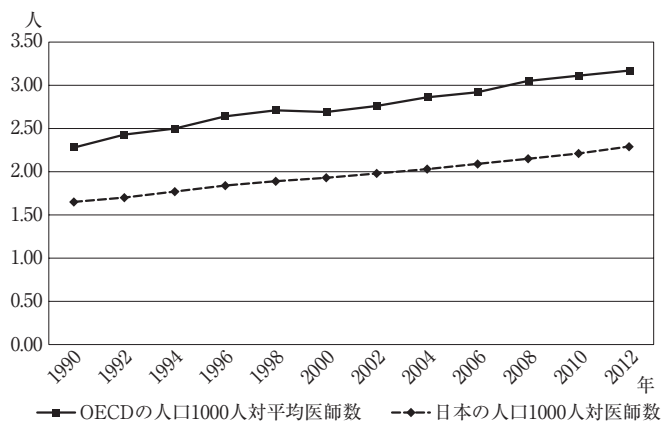
しかし、図2の人口1000人対医師数の推移をみると、1990年の時点で既に日本の医師数は1.65人で OECD 平均医師数の2.28人を下回っている。また、2012年にかけて日本と OECD 平均医師数はともに増加しているため格差は縮まらず、日本は依然として、国際基準に基づけば医師不足の状況にあるといえる。そして医師不足は過酷な労働環境を招き、それが理由で医師が集団退職する事例もある⁴⁶⁾。こうした状況は、現場の医師にさらなる負担をかける負の連鎖をもたらしている。

ただ、政府が1990年代から医学部定員や医師数の増加を抑制してきたことは事実であるが、その期間にも医療施設従事医師数は増加傾向にあることが図3から確認できる。2000年には厚生労働省が医師の「絶対数不足」が問題であると認め、1997年の閣議決定による医師定数削減の方針を撤回し医学部定員数を微増させた。こうした影響もあり、日本は OECD 諸国の中で医師不足である状態が慢性化しているものの、ここ20年の間に医師の絶対数は増えていると推定できる。

2 病床数・病院数の減少

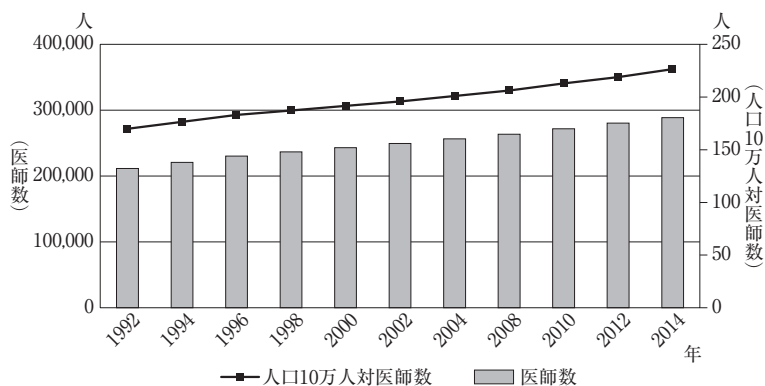
病床数に関しては、図4より1993年から2013年まで日本、OECD 諸国平均ともに減少傾向にあるといえる。この状況の要因と考えられるのが、1985年の第一次医療法改正に伴う医療計画策定および2006年に閣議決定された「医療制度改革関連法案」である。2006年には制度改革に基づき、前述のように療養病床や介護病床の大幅な削減に関する方針が示された。こうした一連の病床数削減によって

図2 人口1000人対医師数の推移（日本・OECD平均）



出典：OECD, iLibrary「Practising physicians (doctors) Density per 1000 population」
 〈http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/practising-physicians-doctors_20758480-table4〉（最終閲覧日2015年11月15日）に
 基づき作成。

図3 医療従事医師数の推移

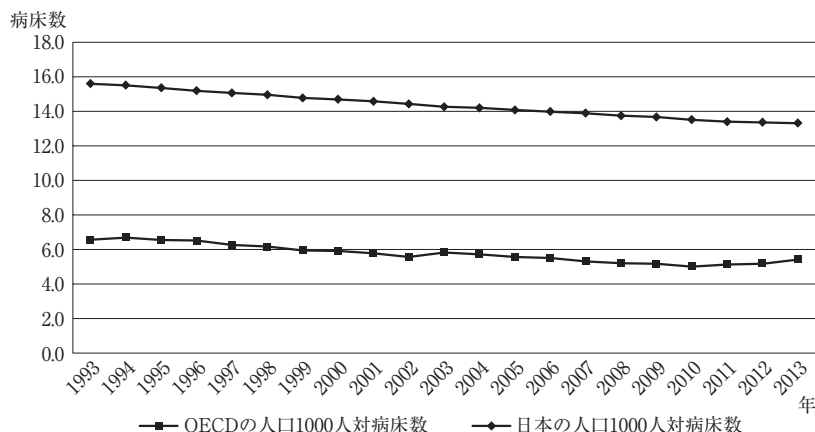


出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査：結果の概要」〈<http://www.mhlw.go.jp/wp/toukei/list/33-20c.html>〉（最終閲覧日2015年11月15日）に基づき作成。

救急医療機関の受け入れ拒否が急増し、救急医療の崩壊をもたらした⁴⁷⁾ という指摘がある。

しかし、日本の医師不足の背景には絶対数不足に加えて「病床数が多いため1

図4 人口1000人対病院病床数の推移（日本・OECD 平均）



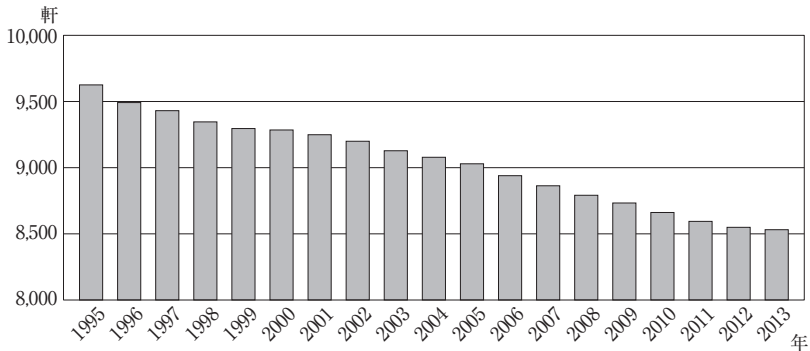
出典：OECD, iLibrary「Hospital Beds Density per 1000 Population」〈http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/hospital-beds_20758480-table5〉（最終閲覧日2015年11月15日）に基づき作成。

病床（1患者）当たりの人員が大幅に減ってしまう⁴⁸⁾ことも挙げられる。病床数が多いために、本来なら入院する必要のない患者がいる可能性もあり⁴⁹⁾、療養を目的とした「社会的入院」が医師や看護師の負担になっている。図4をみると、日本の病床数が政策によって削減されてきたにもかかわらず、2013年の時点においても、日本の病床数はOECD平均の2倍以上となっていることがわかる。二木も、医師や看護師の増加を前提にして「平均在院日数が20日前後の病院を急性期病院と位置付け、それを最終的に60万病床前後に収斂させることは合理的・現実的だと考えている⁵⁰⁾と述べている。つまり、病床数の削減が「医療崩壊」を招くとは必ずしもいえないのである。

病院数については図5から、1995年から2013年まで減傾向がみられる。この現象の主な原因とされるのが診療報酬改定である。医療費削減の方針に基づき、1994年度から数回にわたり診療報酬が改定されており、2002年度には初めてマイナス改定が行われた。このような度重なる診療報酬の改定は病院経営を困難にさせ、最終的には地域の病院を経営破綻に導くことになる。

しかしながら、病院の経営難は長期間の収益減少が招く結果である。そのため、小泉政権以前の約15年間にわたる診療報酬改定が病院経営を逼迫させる地盤を作っていたと考えられ、小泉政権の医療費抑制政策が直接もたらした事態とはい

図5 一般病院・精神科病院・結核療養所数の推移



出典：厚生労働省「医療施設（静態・動態）調査・病院報告」〈<http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/79-1a.html>〉（最終閲覧日2015年11月15日）に基づき作成。

えないだろう。

以上のことから、小泉政権の医療費抑制政策は施策のタイムラグを考慮した上でも、医師数や病床数・病院数が従来と比べて顕著に減少するといった変化をもたらしていないことがわかる。数値上の変化においても、病床数減少は全期間（1993～2013年）の年平均が0.115であり、小泉政権（2000～2006年）の年平均は0.117となっている。また病院数の減少は全期間（1995～2013年）の平均が60.6である一方で、小泉政権期の平均は54.7であった。すなわち、小泉政権は医療費抑制政策を行ったが、医師や病床・病院数を「医療崩壊」と呼ばれる段階にまで削減したとはいえない。

V 小泉政権の医療費抑制政策と医師の地域・診療科偏在

1 地域偏在

日本の医師の地域偏在は「西高東低」と言われており⁵¹⁾、西日本には医師が比較的多く東日本では医師が不足している傾向にある。事実、厚生労働省による医師・歯科医師・薬剤師調査の「人口10万対医療施設従事医師数の年次推移、従業地による都道府県」では、1986年から2012年にかけて上位は徳島県、京都府、東京都の3都府県が占めていた。一方で、下位は埼玉県、茨城県、千葉県⁵²⁾の3県が占めている。

医師の地域偏在が引き起こす現場の弊害としては、前述した医師の過重労働や

病院の経営難が挙げられる。医師が不足している地域の病院は、必要医師数が足りていない状況下で経営を成り立たせるために医師一人一人に過重労働を強いるが、そうした過重労働に耐えかねた複数の医師が退職することで、結果、経営難に陥るといふ悪循環の状態にある。

具体的な例としては、千葉県の銚子市立総合病院の事例がある。2008年に銚子市立総合病院は財政難と医師不足から閉院された。日大医学部による医師の引き揚げが原因で医師不足となり、それに伴い患者が減少した結果、収益が減少し、経営が悪化していくという悪循環に陥ったためである。銚子市立総合病院は毎年1万人が受診していた病院であり、市民が最低限必要な病院までもが医師の地域偏在によって経営困難となってしまうのである⁵³⁾。

このような医師と患者双方に影響を及ぼす医師の地域偏在と小泉政権の医療費抑制政策との関連性を、都道府県別の医療施設従事医師数の統計データを用いて考察する。厚生労働省による医師・歯科医師・薬剤師調査の都道府県別人口10万対医療施設従事医師数データから、都道府県別医療施設従事医師数の変動係数⁵⁴⁾を計算で導き出した。この変動係数を用いて、1986年から2012年までの医師の都道府県ごとのばらつきの推移を表したのが図6である。

これをみると、1986年に18.5%であった変動係数が2012年には16.3%にまで低下したことがわかる。変動係数が小さいほどばらつきが小さいことを意味するため、都道府県間の医師偏在は縮小傾向を示しているといえる。また、都道府県間の医師偏在は小泉政権以前の1986年からすでに起こっており、小泉政権期とそれ以降においても縮小傾向は変わらず、変動係数が大きく増加したという事実は認められなかった。

以上のことから、医師の地域偏在は完全に解消したとはいえないが回復傾向を示し続けており、小泉政権期とそれ以降で都道府県間の医師偏在が悪化した事実はない。したがって、小泉政権の医療費抑制政策が医師の地域偏在を促進させたという主張は全くの誤りである。

2 診療科偏在

医師の地域偏在と同様に、医師の診療科偏在も医療現場に深刻な弊害をもたらす問題である。特に、産科・産婦人科や救急科の現場では医師不足が深刻であるといわれており、医師の過酷な労働環境や医療事件、救急患者のたらい回し等が取り上げられてきた。2006年に発生した大淀町立大淀病院事件⁵⁵⁾や2008年に発

図6 都道府県別人口10万対医療施設従事医師数 変動係数の年次推移



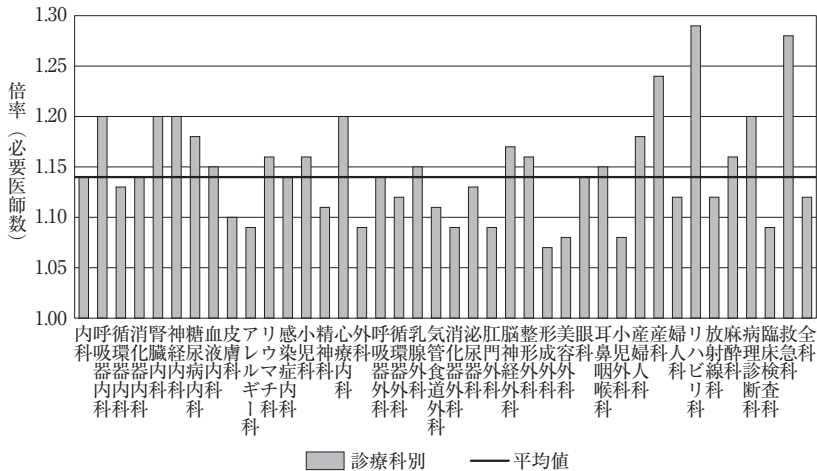
出典：厚生労働省、医師・歯科医師・薬剤師調査「人口10万対医療施設従事医師数の年次推移、従業地による都道府県」〈<http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/NewList.do?tid=000001030962>〉（最終閲覧日2015年11月15日）に基づき作成。

生した都立墨東病院事件等の妊婦のたらい回し事件⁵⁶⁾がマスメディアによって大きく報じられ、産科・産婦人科や救急科の医師不足がより問題視されるようになった⁵⁷⁾。また、これらのような事例の原因となった産婦人科⁵⁸⁾と救急科⁵⁹⁾の医師不足に関してもマスメディアによって大きく報じられ、問題視されている。医師は労働基準法を超える長時間勤務を強いられており、医療の現場は常に過酷で深刻な問題を抱えている。また、救急科では医師不足に加えて、軽症にもかかわらず患者が夜間救急で受診をする救急医療の「コンビニ化」も深刻化しており、医師の過重労働に追い討ちをかけている⁶⁰⁾。こうした医療現場の惨状は、具体的な医師数に関するデータを分析しても容易にみとれる。

図7は、求人はしていないが医療機関が必要と考えている必要非求人医師数を含めた必要医師数と現員医師数の合計数の、現員医師数に対する倍率を表したグラフである。倍率が高いほど医療現場における医師数が不足していることを意味している。全診療科の平均倍率は1.14倍であり、倍率の高い診療科はリハビリ科の1.29倍、救急科の1.28倍、産科の1.24倍であった。数値上でもっとも医師不足が深刻であるのはリハビリ科である。しかし、リハビリ科の医師不足が救急科や産科と比べ社会であまり大きく取り上げられていない原因としては、緊急性が高くないことや直接的に生死に関わる事例が少ないことが考えられる。

ここから、診療科目ごとの医師数増減の年次推移を用いて、医師の診療科偏在

図7 現員医師数に対する倍率（必要医師数）／診療科別

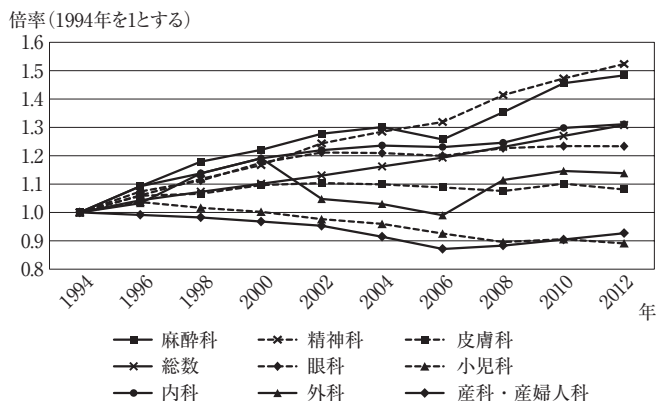


出典：厚生労働省「病院等における必要医師数実態調査の概要」（平成22年）
<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000000ssez-img/2r9852000000sseg.pdf>（最終閲覧日2015年11月15日）に基づき作成。

と小泉政権の医療費抑制政策の関係について考察する。図8は、1994年の医師数を1として、2012年までの診療科別医師数の推移を表したグラフである。このグラフをみると、医師の総数は増加しているが、診療科目によって医師数の増減傾向が大きく異なっていることがわかる。精神科、整形外科、皮膚科は対象期間を通して継続的に医師数が増加している一方で、外科や産婦人科は医師数が減少もしくは横ばいの傾向を示している。この傾向は2000年以降に顕著であり、小泉政権のはじまりとほぼ同時期である。したがって、医師の診療科偏在は小泉政権の政策と何らかの相関関係があると予想できる。

また、注目すべき点として、2004年から2006年にかけて各診療科における医師数の増減傾向に大きな変化がみられる。この変化は、2004年に施行された新医師臨床研修医制度の影響によるものと推測される。新医師臨床研修医制度で定められた研修期間は2年間であり、医師数に影響が出るのは施行から2年後の2006年であると考えられるため、小泉政権の新医師臨床研修医制度が医師の診療科偏在に影響を与えたといえる。しかし、2006年以降の医師数をみると、減少傾向にあって医師不足とされてきた外科と産婦人科の医師数が増加傾向を示しており、医師の診療科偏在も回復の兆候を示している。このように、依然として医師

図 8 診療科別医師数の推移



出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」〈<http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/List.do?lid=000001116230>〉(最終閲覧日2015年11月15日)に基づき作成。

の診療科偏在は解消していないが、悪化しているというわけでもない。したがって、小泉政権の医療費抑制政策は医師の診療科偏在を促進させたとはいえない。

VI おわりに

本論文では、世界最高水準の制度と技術を持つ日本の医療の領域において、近年「医療崩壊」が叫ばれていることに着眼し、「医療崩壊」とその主たる原因とされる小泉政権の医療費抑制政策の関係の再検討を試みた。

Ⅱでは、医療費抑制政策を概観した上で、医療行為と薬剤の供給およびそれらの金額換算方法に関する小泉政権の医療費抑制政策について具体的に説明した。Ⅲでは、小泉政権の医療費抑制政策のうち国庫負担率の改定に関する政策について述べ、そうした政策が国庫負担の削減効果を持っていたことを国庫負担のデータを分析することで明らかにした。ⅣとⅤでは、「医療崩壊」と小泉政権の医療費抑制政策の関連性を検証するために、「医療崩壊」の具体的事例とされる医師不足と病床数・病院数の減少、医師の地域・診療科偏在についてそれぞれの概要を説明した上で、それらに関する統計データに基づく年次推移グラフを用いて分析を行った。その結果、「医療崩壊」は、小泉政権の医療費抑制政策により直接的にもたらされたものではなく、また、二木や村上が主張するように、小泉政権

の医療費抑制政策が、「医療崩壊」を顕在化および促進したわけでもないことが明らかになった。急速に進行している高齢化に鑑みれば、日本で「医療崩壊」が生じたことは必然であったともいえる。

これらのことから、医療費適正化計画などの医療提供体制の面からの改革や過去最大の診療報酬改定といった小泉政権の医療費抑制政策には、一定の国庫負担の削減効果が認められた。また、医師不足や病床数・病院数の減少、医師の地域・診療科偏在といった具体的な現象から成る「医療崩壊」に対して、同政策は直接の関連性を有するとはいえないということを明らかにした。

以上のように、本論文では、明確な定義のなかった「医療崩壊」という言葉を的確に再定義した上で、「医療崩壊」と小泉政権の医療費抑制政策を因果関係として規定した先行研究や有識者の言論に反証することができたといえる。客観的な視座に立ったさらなる実証的な研究を期待したい。

- 1) 真野俊樹『入門 医療政策』中公新書、2012年、i頁。
- 2) 厚生労働省平成25年度国民医療費の概況〈<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-iryohi/13/dl/toukei.pdf>〉最終閲覧日2015年11月9日。
- 3) 財務省債務残高の国際比較（対GDP比）〈http://www.mof.go.jp/tax_policy/summary/condition/007.htm〉最終閲覧日2015年11月9日。
- 4) 財務省主計局社会保障〈https://www.mof.go.jp/about_mof/councils/fiscal_systemcouncil/sub-of_fiscal_system/proceedings/material/zaiseia270427/01.pdf〉最終閲覧日2015年11月9日。
- 5) 『社会保険旬報』1424号、社会保険研究所、1983年、12-14頁。
- 6) 本田宏『本当の医療崩壊はこれからやってくる!』洋泉社、2015年、20頁。
- 7) 一般社団法人中央政策研究所安心の医療制度に関する調査〈http://www.chuseiken.or.jp/research_medicine_2_2_3.html〉最終閲覧日2015年11月9日。
- 8) 村上正泰『医療崩壊の真犯人』PHP新書、2009年、198頁。
- 9) 「医療崩壊」はマスメディアが用いた用語であり学術的なものではなくその定義は曖昧であるため、本論文では「医療提供体制の深刻な機能低下」と定義し、先行研究で具体的な現象として取り上げられることの多い医師不足、病床数・病院数の減少、医師の地域偏在、診療科偏在の4つを対象とする。また医療提供体制とは「医療サービスを供給する施設や、医療サービスを担う人材などによって構成される医療サービスを提供する組織的な仕組み」を指すものとする。
- 10) それ以前に「医療崩壊」について言及された文献としては、雑誌『世界』に掲載された岡村哲生、中村雅彦、今井澄の「座談会 日本の医療は崩壊するのではないか」（岩波書店、1996年）や、保坂正康の『医療崩壊—私たちの命は大丈夫か』（講談社、2001年）があるが「医療崩壊」という言葉が社会的認知を得るように

なった大きなきっかけを生み出したものとして、小松秀樹の『医療崩壊―「立ち去り型サボタージュ」とは何か』（朝日新聞社、2006年）が挙げられる。

- 11) 本論文では、医療費抑制政策は財政的な問題意識から「国民医療費における国庫支出を削減する政策」とする。
- 12) 二本立『医療改革 危機から希望へ』勁草書房、2007年、7頁。
- 13) 村上正泰『医療崩壊の真犯人』PHP新書、2009年、6頁。
- 14) 鈴木厚「医療費の抑制政策が医師を、看護師を、病院を日本からなくしていく」『日本の論点2008』、578頁。
- 15) 日本医師会『国民のための医療制度策定に向け行動を』日医 NEWS ONLINE 第1170号、平成22年6月5日〈<http://www.med.or.jp/nichinews/n220605a.html>〉最終閲覧日2015年11月9日。
「これまでの自民党政権、特に小泉政権以降、市場原理主義の政治のもと、社会保障とりわけ医療費をいかに抑制するかが政策目標とされていたため、医療現場の疲弊、医師不足など医療崩壊が顕在化し（…）国民は日本の医療が崩壊していることを知ったと思う」
- 16) 「来年度予算案、懸案だった項目 診療報酬増・子ども手当・地方交付税・高校無償化など」『朝日新聞』2009年12月24日、3頁。
- 17) 社民党政策〈<http://www5.sdp.or.jp/policy/policy/welfare/medical/medical0804.htm>〉最終閲覧日2015年11月9日。
- 18) 棕野美智子・田中耕太郎『はじめての社会保障―福祉を学ぶ人へ』有斐閣、2015年、16頁に基づき作成。
- 19) 小泉政権当時は老人保健制度。
- 20) 小泉政権当時は政府管掌健康保険（以下、政管健保）。
- 21) 前掲『はじめての社会保障―福祉を学ぶ人へ』16頁。
- 22) 病気の診断や治療のこと。これは下記の文献の定義に拠る。前掲『はじめての社会保障 福祉を学ぶ人へ』有斐閣、2015年、65頁。
- 23) これは医療制度を構成する2つの大きなルールのもとまりである医療提供体制と医療保険制度が、分断されているわけではなく、たとえば診療報酬制度を介して両者が相互に影響しあうということを意味する（島崎謙治『日本の医療―制度と政策』東京大学出版会、2011年、19-20頁）。
- 24) そもそも、小泉政権の医療費抑制政策とは小泉政権下（2001年4月～2006年9月）で実施された医療保険制度の改正（2002年）、医療制度改革（2006年）を含む施策を指す。ただし、2006年の医療制度改革の中には小泉政権期以降に実施されたものもあるが、これも小泉政権の医療費抑制政策に含める。
- 25) 前掲『日本の医療 制度と政策』東京大学出版会、2011年、109頁。
- 26) 柴畑潤『医療保険の構造改革 平成18年改革の軌跡とポイント』法研、2007年、78-79頁。
- 27) 医療費適正化計画の概要〈<http://www.kantei.go.jp/jp/singi/shakaihoshou>

kaikaku/wg_dai5/siryoku1.pdf) 最終閲覧日2015年11月10日。

- 28) 「診療報酬2.7%下げ、政府・与党決着—薬価除く本体、1.3%初の減少」『日本経済新聞』2001年12月18日、朝刊、1頁。「診療報酬1.3%下げ 薬価含め2.7%決着 医療費圧縮達成へ」『朝日新聞』2001年12月18日、朝刊、1頁。
- 29) 「本体ゼロ改定で合意 政府・与党、薬価含めマイナス 診療報酬」『朝日新聞』2003年12月19日、朝刊、1頁。
- 30) 「診療報酬3.16%下げ、下げ幅過去最大、介護報酬は2.4%—来年度から」『日本経済新聞』2005年12月19日、朝刊、1頁。
- 31) 中村健二『医療費はどう変わるか DPC時代の到来』医文研、2006年、59頁。
- 32) 同上、80頁。
- 33) 「包括払い制度導入で入院日数が短縮 中医協『医療費抑える効果』」『朝日新聞』2005年4月17日、朝刊、3頁。
- 34) 「診療報酬を考える(上) 学習院大学教授鈴木亘氏—市場機能を生かす改革を、改定、需給映し柔軟に(経済教室)」『日本経済新聞』2014年3月18日、朝刊、30頁。
- 35) 「医療費負担、高齢者、上限を撤廃—厚労省検討、『原則1割』徹底狙う」『日本経済新聞』2001年9月11日、朝刊、5頁。
- 36) 「医療改革、患者窓口負担、65-74歳、2割が有力—診療報酬下げ幅調整」『日本経済新聞』2005年11月28日、夕刊、2頁。
- 37) 「国庫負担減、1000億円に 政府大綱を厚労省試算 医療費」『朝日新聞』2001年12月8日、朝刊、4頁。
- 38) 前掲『医療保険の構造改革 平成18年改革の軌跡とポイント』法研、2007年、97頁。
- 39) 同上、73頁。「医療費こう変わる(1) 高齢者の長期入院—医療の必要度で価格差」『日本経済新聞』2006年2月17日、朝刊、5頁。
- 40) 医療保障政策研究会「医療保険政策の構想 低成長下における医療保障のあり方」『健康保険』37巻、4号、健康保険組合連合会、1983年、34-35頁。
- 41) ここで1989年から1999年までと、2000年を増加率の平均から外したのは、2000年度からの介護保険制度開始による国庫負担の見かけの変化が大きく影響しており、サンプルとして適切でないと判断したためである。
- 42) これは以下の2つの記述に拠ったものである。
「国庫支出金は対前年度11.2%(4449億円)減少し、替わって都道府県支出金が312.9%(5437億円)増加している。これは、平成17年度の三位一体の改革により国庫支出金の一部が都道府県に移譲されたことや、保険給付費及び介護納付金が増えたことによるものと考えられる」
平成17年度 国民健康保険(市町村)の財政状況について <<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2007/01/h0112-4.html>> 最終閲覧日2015年11月10日。
「国庫支出金は対前年度5.3%(1875億円)減少し、替わって都道府県支出金が

19.0% (1362億円) 増加している。これは、平成17年度の三位一体の改革により国庫支出金の一部が都道府県に移譲されており、18年度は定率国庫負担金の保険給付費等に対する割合が36%から34%に2%引き下げられ、替わって都道府県調整交付金の保険給付費等に対する割合が5%から7%に2%引き上げられたことや、老人保健拠出金が減ったことによるものと考えられる。」

平成18年度 (2006年度) 国民健康保険 (市町村) の財政状況について〈<http://www.mhlw.go.jp/topics/2008/01/tp0115-1.html>〉最終閲覧日2015年11月10日。

- 43) 「医療崩壊」と小泉政権の医療費抑制政策の関連性を考える上でいくつかの統計データを用いるが、医療費抑制政策の性質上、即座に政策の効果が現れないことを考慮して、小泉政権期の前後約10年間を含む期間での考察を試みる。
- 44) 中原英臣、岡田奈緒子『医療破綻—漂流する患者、疲弊する医師』PHP 研究所、2008年、138頁。
- 45) 金子勝、高橋正幸『地域切り捨て—生きていけない現実』岩波書店、2010年、137頁。
- 46) 伊関友伸『まちの病院がなくなる!? —地域医療の崩壊と再生』時事通信出版局、2007年、63頁。新潟県阿賀野市立水原郷病院では11人の医師が退職し、夜間の救急医療の停止や外来患者の制限をせざるを得ない事態に陥った。このような医師の集団退職は医師不足と後述する医師の偏在の問題が重なって起こる。注49) 参照。
- 47) 前掲『医療破綻—漂流する患者、疲弊する医師』32-35頁。
- 48) 医療経済研究機構『医療白書2002年度版』日本医療企画、2002年、55項。
- 49) 同上、55頁。
- 50) 二本立『医療改革と病院—幻想の「根本改革」から着実な部分改革へ』勁草書房、2004年、154頁。
- 51) 「西高東低」の原因に関しては、上昌広『日本の医療—崩壊を招いた構造と再生への提言』(路書房、2012年)を参照。
- 52) 厚生労働省 医師・歯科医師・薬剤師調査「人口10万対医療施設従事医師数の年次推移、従業地による都道府県」〈<http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/NewList.do?tid=000001030962>〉最終閲覧日2015年10月28日。
- 53) 慶應義塾大学 河井啓希研究会 医療分科会「ISFJ 政策フォーラム2010発表論文11th-12th Dec.2010」9 項 〈http://www.isfj.net/ronbun_backup/2010/c04.pdf〉最終閲覧日2015年11月9日。
- 54) 「変動係数」とはデータの分布のばらつきをみる尺度の1つである標準偏差を平均値で割ったものをいう。変動係数が大きいほどばらつきが大きくなる。
- 55) 「18病院が拒否、死亡—重体妊婦、転送遅れ—奈良」『朝日新聞』2006年10月17日、夕刊、15頁。
- 56) 「7 病院拒否、出産後死亡—脳内出血、都内の36歳妊婦」『朝日新聞』2008年10月22日、夕刊、15頁。

- 57) 「医師不足の病理（上）地域・診療科で偏在—深刻な小児科・産婦人科」『日経新聞』2005年9月18日、11頁。
- 58) 「地方の産婦人科ピンチ（医者がいない）【北海道】」『朝日新聞』2004年3月18日、31頁。
- 59) 「救命救急現場も当直確保難しく（医者がいない）【大阪】」『朝日新聞』2004年2月27日、33頁。
- 60) 小川道雄『医療崩壊か再生か—問われる国民の選択』日本放送出版協会、2008年、131項。

笠原研究会（50音順）

新井 優菜	荒田 桃子	五百住 孝	梅國 典
大芦 将司	金場 寛明	杉本 譲	中尾 祐介
西 皇輝	野田 衛	原科 颯	麓 都紅美
三浦 颯斗	米田 早織		