

医療制度改革と看護への期待

九州大学大学院医学研究院 医療経営・管理学講座（専門職大学院）

尾形裕也（おがた・ひろや）

1. はじめに：2006年医療制度改革の位置付け

2006年にわが国の医療制度をめぐって大きな改革が実施された。この改革については、少なくとも次の2つの側面から考察することができる。

まず、第1に、2006年改革は、単独の改革というより、むしろ3年続いた社会保障制度改革の締め括りとして位置づけることができるという点である。2004年には、年金制度の大きな改革が実施された。公的年金については5年に1度「財政再計算」が行われることになっているが、2004年はちょうどその年に当たっていた。確定した将来の給付水準にあわせて保険料水準を決めるという従来の方式に変えて、逆に将来の保険料負担に上限を設け、給付水準を調整していくという少子・高齢化の急速な進展に即した考え方（いわゆるマクロ経済スライド）が取り入れられた。2004年には、制度改革とあわせて、基礎年金の未加入問題が大きな政治的・社会的問題として取り上げられたが、2004年は、全体として「年金の年」であったと見てよいだろう。

次いで、2005年には介護保険制度の改革が実施された。2000年に創設された介護保険制度については、制度創設後5年目に当たる2005年にその見直しを行うことが決められていた。制度改革をめぐる議論の中では、被保険者及び受給者の範囲を拡大し、主として高齢者の介護問題に対応するためのシステムである現行介護保険制度を、障害者等の問題を含めた介護一般に対応する制度に拡大することも検討されたが、結局、今回はそうした基本的な見直しは見送られた。2005年の改革では、新たな予防給付の創設、地域密着型サービスの創設等を含む改革が実現を見ている。2005年は、全体として「介護の年」であったと位置づけることができる。

2004年の年金、2005年の介護、と続いて、2006年がいよいよ医療制度改革である。これで、年金、介護、医療というわが国の社会保障制度の根幹をなす3つの制度改革が一巡することになった。小泉首相の下でのいわゆる「聖域なき構造改革」路線の一環としての社会保障制度改革の総仕上げということになる。

第2に、医療政策に限って考えてみると、2006年改革は、ほぼ20年ぶりの大規模な医療制度改革であったと位置づけることができる（注1）。少し歴史をさかのぼって10年単位で問題をとらえてみると、1980年代は、医療制度に関しては、「改革の10年」であったといえる。1973年のいわゆる「福祉元年」における給付水準の大幅な引上げの後、第1次石油危機後の経済成長率の低下の中で、危機的状況に陥った医療保険財政を支えるため、大きな改革がほとんど2、3年おきに相次いで実施に移された。老人保健制

度の創設（1982年）及び大改正（1987年）、退職者医療制度の創設及び被用者保険本人一部負担の導入（1984年）、国保制度改革（1988年）等、およそ今日の医療保険制度を構成している基本的な枠組みがこの10年間で整備された。これに対して、続く1990年代は、実は医療本体についてはあまり大きな改革がなかった10年間だった。90年代における議論は、もっぱら高齢者に対する介護をどうするかというテーマに集中したと見てよい。その成果が2000年における介護保険制度の創設につながるわけであるが、医療本体の改革についてはあまり大きなものはなかったといえる。ようやく1997年に至って、被用者保険本人一部負担の引上げ（1割→2割）等を内容とする医療制度改革が実現を見た。この1997年を転機に、医療制度の「抜本改革」が議論されるようになり、その後、2000年、2002年と一定の改革が実施されたが、「抜本改革」とは程遠いものであった。2006年の医療制度改革は、この1997年以来約10年間にわたる議論に決着をつけるものであったと位置づけることができる。

2006年の医療制度改革については、様々な評価がありうる。これを「聖域なき構造改革」の一環として評価する意見もあれば、逆に、近年におけるいわゆる「医療崩壊」の一因とする否定的な意見もある。2006年改革についての評価は未だに定まっているとは言いがたい。しかしながら、そうした評価や改革の内容についての是非論はしばらく措くとしても、今回の改革の範囲及び規模がきわめて大きく、今後の日本の医療のあり方に大きな影響を及ぼす可能性があるという点については大方の賛同が得られるものと思われる。

2. 日本経済と医療経済の現状

次に、医療費（の伸び）と経済成長のバランスが近年崩れてきており、これが医療政策上の大きな問題であるとする、今回の改革の背景を構成している基本的な主張について検討してみよう。表1には、最近5年間の国民医療費と国民所得の動向を示した。これを見

<表1> 国民医療費と国民所得の動向（対前年度伸率）

年度	国民医療費	国民所得	割合
平成13年度	3.2%	△2.8%	8.61%
14	△0.5	△1.5	8.70
15	1.9	0.7	8.81
16	1.8	1.3	8.85
17	3.2	1.3	9.01

出典：厚生労働省「平成17年度国民医療費の概況」

ると、近年の医療費の伸びはそれほど大きなものではないことがわかる。「史上初の診療報酬マイナス改定」が実施された平成14年度は、国民医療費はマイナス成長であったし、その後の伸びも年率1～3%台に留まっており、ひと頃のように年率5%も6%も伸びているというわけではない。ただ、問題は、経済との関係であり、国民所得の動向を見ると、こちらは惨憺たる状況にある。最近ようやく日本経済は明るさを取り戻しつつあるといわれるが、表1に見る限りでは、国民所得の伸びはきわめて低水準に留まっている。その結果、国民医療費の国民所得に占める割合はじわじわと上昇し、平成17年度には初めて9%を超えるに至っている。医療費と経済とのバランスが変わりつつあることは事実であり、こうした状況を踏まえて、医療（保険）制度の中長期的な「持続可能性」が問われるようになってきているといえる。

一方、表2には、国民医療費の財源別構成を示した。平成17年度の国民医療費総額は33兆1,289億円であるが、その財源別内訳を見ると、保険料が50%を切っていることが注目される。わが国の医療制度は「皆保険」であるとか、「社会保険方式」であるとかよく言われるが、実は保険料が占める割合は2分の1を切っているのである。その主因は、公費負担割合が高いことに求められる。もちろんこれは、皆保険体制を維持するために、市町村国保や老人保健制度等に手厚い公費を投入してきた結果であり、大きな政策的意義のあることである。しかし、その一方で、こうした公費の投入割合の高さは、医療政策が国や地方自治体の財政状況の影響を受けやすい構造にあることを示している。特に、国の財政が危機的状況にあり、プライマリーバランスの黒字化が求められているような昨今の状況においては、医療費適正化への強いプレッシャーがかかりやすいといえる。2006年改革がこうした制約の下で実施されたことについては留意する必要がある。

＜表2＞国民医療費の財源別構成（平成17年度）

総額	33兆1,289億円
うち 保険料	49.2%
公費	36.4%（国25.1%、地方11.4%）
患者負担	14.4%

出典：厚生労働省「平成17年度国民医療費の概況」

3. 日本の医療提供体制の現状と改革の基本的方向

日本の医療提供体制の現状については、さまざまな見方がありうるが、ここでは、①資本集約的（＝労働節約的）な医療サービスの提供、②医療施設体系の連続性、③民間主導

の医療サービスの提供という3点に絞って検討する。これらはいずれも、これまでの日本の医療提供体制における基本的な諸特徴であり、それなりに機能してきた面もあるが、今日ではそれが限界にきており、多くの問題を生み出している。2006年改革は、明らかにこうした諸問題の改善（変革）に取り組もうとしているものと考えられることができる。

まず、第1点目については、医療は一般的には労働集約的なサービスと考えられている。実際、マクロ的には、国民医療費の約2分の1は人件費であり、ミクロ的にも病院経営において人件費比率は50%が1つの目安とされてきた。他の産業と比べた場合、医療が労働力をたくさん使う、労働集約的なサービスであるということはあながち間違いではない。

しかしながら、日本の医療提供体制について国際比較をしてみると、また違った姿が見えてくる。国際的に見ると、実は、日本の医療提供体制については、相対的に病床施設や医療機器等の資本が潤沢なのに対し、労働投入が手薄であることが、大きな特徴である。つまり、国際比較においては、日本の医療提供は、「労働集約的」ではなく、むしろ「資本集約的」なのである。このことを、以下、改革前の時点におけるOECDの国際比較データ等を基に見てみよう。

表3には、主要な（人口当たり）医療資本投入の状況の国際比較データを示した。これを見ると、（急性期）病床の定義や、医療機器についてはその性能の相違等の調整を図る必要があり、厳密な比較は困難ではあるが、いずれも概数として見れば、日本における医療資本が諸外国に比べきわめて潤沢な状況にあることを示している。

<表3> 主要な医療資本投入状況の国際比較（2003年）

国名	人口千人当り 急性期病床数	人口百万人当り CT 台数	人口百万人当り MRI 台数
日本	7.2*	92.6**	35.3**
カナダ	3.2**	10.3	4.5
フランス	3.8	8.4	2.8
ドイツ	6.6	14.7	6.2
オランダ	3.2**	9.0 (95)	3.9 (95)
イギリス	3.7	5.8 (01)	5.2 (01)
アメリカ	2.8	13.1	8.6**

*日本は、病院の「一般病床数」。 **2002年データ

出典：OECD, OECD Health Data 2005、厚生労働省「平成15年医療施設（動態）調査・病院報告の概況」

一方、病床当りの主要な医療労働投入の状況等を表4に示した。これを見ると、病床当

りの医療スタッフの配置に関しては、日本は諸外国に比べ、かなり手薄な状況にあることがわかる。たとえば、看護職員は人口当たりで見るとそれほど少ないわけではないが、病床当たりで見ると、きわめて手薄な配置となっている。表3とあわせると、日本の医療サービスの提供は、諸外国に比べ、相対的に「資本集約的」ないしは「労働節約的」に行われているといえる。

こうした「労働節約的」な医療サービスの提供は、多すぎる病床に対する手薄な人員配置に伴う深刻な問題を惹起している。2006年改革においては、明らかにこうした状況を変えていこうとしている。病床数については、平均在院日数の縮減及び療養病床の再編・スリム化を通じて、現在より相当削減することが想定されているし、人員配置については、いわゆる7対1看護の導入に示されるように、より手厚い配置を志向している。全体として明らかに、より「労働集約的」な方向を目指しているといえるだろう。

＜表4＞主要な医療労働投入状況の国際比較（2002年）

国名	病床百床当り 医師数	病床百床当り 看護職員数	人口千人当り 看護職員数
日本	13.7	54.0	7.8
フランス	42.5	91.1	7.3*
ドイツ	37.6	108.6	9.7*
イギリス	49.7	224.0	9.7*
アメリカ	66.8	233.0	7.9

*2003年データ

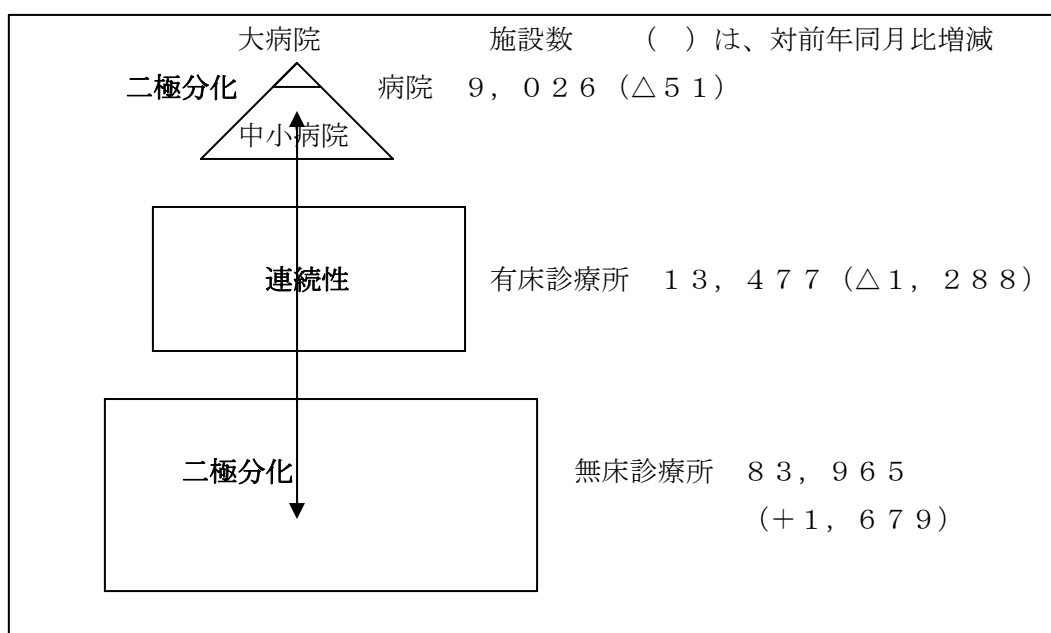
出典：厚生労働省平成18年医療制度改革資料

第2点目の医療施設の体系については、図1のような概念図で考えることができる。現行医療法上は、病床数20床を基準として、機械的に病院と診療所が区分されている。その結果、図1に示したように、医療施設の体系は、無床診療所（病床数ゼロ）、有床診療所（病床数1～19床）、病院（病床数20床以上）と、きわめて連続的な構造となっている。しかも、病院については、100床未満の病院の比率が39.5%、200床未満の病院の比率が69.6%と、中小病院の割合がきわめて高くなっている。こうした「連続性」は、単に医療法上の施設区分にとどまらない。たとえば、日本においては診療報酬の体系は、一部を除いて、基本的に病院、診療所共通のものとなっており、出来高払いを基本とする診療報酬体系がとられてきた。さらに、医療機関経営者の意識の問題としても、「診療所の大きくなったものが病院」であると考えるのが一般的であった。事実、外来患者をめぐって、病院と診療所は激しく競争しており、病院医療に占める外来診療のウェイトは、

諸外国に比べてかなり高いものとなっている。その結果、わが国においては、医療機関相互の機能分担と連携は遅れており、大病院でも診療所のように多数の外来患者で込み合うということになりがちである。これを患者の側から見ると、ほぼ完全な「フリー・アクセス」体制ということになる。「3時間待って3分診療」ということがよく言われるが、これもこうしたフリー・アクセスの1つの帰結であるといえる。

OECD(2001)は、こうした日本の医療提供体制の問題を **Lack of differentiation and standardization** (機能分化と標準化の欠落) と評しているが、2006年の改革は明らかにこうした「欠落」を埋めていこうとしているように見える。機能分化については、医療計画の見直しを通じて、いわゆる4疾病5事業を中心に、地域における医療機能分担と連携の体制を構築しようとしている。また、標準化については、DPCの普及拡大、患者の状態像に応じた療養病床の診療報酬評価等を通じて、これを促進していこうとしている。

<図1>日本の医療施設体系に関する概念図(2005年10月現在)



出典：厚生労働省「平成17年医療施設(静態・動態)調査・病院報告の概況」より作成

第3は、わが国の医療提供体制が基本的に「民主導」であるという点である。たとえば病院の施設数を見ると、公的医療機関は15%、国立病院・療養所は3%程度に過ぎず、8割以上は医療法人立、個人立を中心とした民間病院となっている。また、一般診療所及び歯科診療所についても、そのほとんどが個人立または医療法人立である。病床規模を勘案すると、国公立の方が大規模な病院が多いため、民間病院のシェアは若干落ちるが、それでも、わが国の医療サービスの太宗は、民間医療施設によって担われているとって過

言ではない。一方で、医療財政は、国民皆保険の下で公的な医療保険制度によって担われていることと併せて考えると、わが国の医療については、「財政は公的に」、しかし「医療サービスの提供は民間を主体に」実施されているといえる（publicly funded and privately delivered）。戦後の急速な医療提供体制の整備は、主として民間医療機関の積極的な展開によるものであり、こうしたポリシー・ミックスはそれなりに機能してきたと評価できる。

しかしながら、こうした「民主導」の医療提供体制に対して有効な政策を展開することには基本的な困難が付きまとう。これを「権限」で押し付けることはできず、ソフトな誘導策が求められるが、その辺は行政が最も苦手としてきたところである。この面でのこれまでの有効な政策としてはせいぜい医療計画程度であり、むしろ診療報酬による経済的誘導策が事実上大きな役割を果たしてきた。しかし、こうした政策も厳しい医療費抑制基調の下で限界に来ている。2006年の改革においては、積極的な情報開示による患者・住民の医療機関選択を推進することで、「民主導」の医療提供体制に影響を及ぼしていこうとしている。医療計画等を通じ、この面で都道府県が大きな役割を果たすことが期待されている。

以上のような医療提供体制改革の基本的な方向性は、いずれも看護職のあり方に深く関わる問題ばかりである。こうした問題について看護職として一定の見識を持つとともに、医療機関の経営等に深く関わっていくことが望まれる。

4. 2006年改革の概要

今回の医療制度改革における主要なポイントを列挙すれば、以下の通りである（内容の詳細は省略）。

- ・ 中長期的な医療費適正化（給付費ベースの医療費適正化目標、医療費適正化計画等）
- ・ 生活習慣病対策を中心とした予防重視（保険者による保健事業の本格実施）
- ・ 保険者の都道府県単位を軸とした再編（政管健保の公法人化、都道府県単位の運営）
- ・ 新たな高齢者医療制度の創設（前期及び後期高齢者医療制度の創設）
- ・ 療養病床の再編成及び医療保険財源を活用した居住系サービスへの病床転換
- ・ 特定療養費制度の再編・拡大（保険外併用療養費制度への衣替え）
- ・ 診療報酬改定（2度目の本体マイナス改定、介護報酬と同時改定、重点評価と深掘り）
- ・ 医療における情報提供の推進
- ・ 医療計画の見直し
- ・ 医療法人制度の見直し

5. 看護への期待

最後に、今後の医療のあり方について展望するとともに、その中で看護に期待される役割について考察しよう。まず、第1に、医療サービス提供のあり方が、相対的により労働集約的な方向へ大きく転換しようとしている中で、看護が果たすべき役割は特に重要である。上述したような看護職員配置の国際的な状況を見れば、2006年改革で実現した7対1看護も、あくまでも1つの「通過点」に過ぎない。医療技術や人々の医療に対するニーズの高度化等を踏まえれば、急性期医療については、今後、5対1、4対1看護といった次のステップに進んでいく必要があるだろう。そのための前提条件としては、まず何よりも手厚い看護配置という政策の基本的方向性が **Evidence-based** なものである必要がある。今後、医療における **Structure** 指標である看護職員配置の状況が医療の **Outcome** に結びついていることを説得的に提示していく必要があるものと思われる。

第2に、情報開示ないしはインフォームド・コンセントの進展である。2006年改革においては、積極的な情報開示によって患者・住民による医療機関の選択を推進することが目指されている。医療における「情報の非対称性」を縮小し、サービスの受け手の選択の幅を拡大していくことは、今後とも大きな政策課題であろう。第5次医療法改正においても、医療機関には、入院時の診療計画の義務付け、退院時の療養計画書の努力義務が課せられた。これらを含め、医療現場におけるインフォームド・コンセントを担う主体として、看護職に期待される役割は大きい。看護職として、こうした医療の大きな流れを十分踏まえた積極的な対応が期待される。

第3に、第1の点とも関連するが、医療機関の経営における看護職の役割である。表5に示したように、看護職は病院における最大の専門職集団であり、病院経営の死命を制する存在であるといっても過言ではない。看護職副院長制をとっている病院も近年ようやく増加しつつあるが、看護職のマネジメントへの積極的な参画が期待される。医療機関のような有資格の専門職集団組織においては、**CS (Customer Satisfaction 顧客満足)** とともに **ES (Employee Satisfaction 従業員満足)** もきわめて重要である。看護については、従来から、いわゆる「マグネット・ホスピタル」という概念が提唱されてきた。**ANCC (American Nurses Credentialing Center)** によれば、マグネット・ホスピタルの備えるべき14の「磁力」として、看護のリーダーシップの質、組織構造、経営スタイル、人事政策及びプログラム、ケアの質、看護ケアの自律性、教育研修システムの構築等の各項目が挙げられている(注2)。これらは単に看護職員の確保・定着対策というよりは、優れた医療機関が有すべき一般的な要件であるといえる。看護職は、こうした「マグネット・ホスピタル」の実現を通じて、医療機関のマネジメントに深く関わっていくことが期待される(注3)。

第4に、在宅医療の担い手としての看護職の役割である。少子・高齢化の急速な進展、人々の価値観の変化の中で、在宅医療に対する国民の期待にはきわめて大きなものがあるが、現実とのギャップもまた大きい。在宅医療費は、国民医療費の2%程度を占めているに過ぎず、今後、医療における資源配分を変えていく必要があることは明らかである。2006年改革において導入された「在宅療養支援診療所」は、その一翼を担うべきもので

ある。今後、在宅療養支援診療所が普及・拡大し、地域において十分機能していくことが期待されるが、その際、きちんとした24時間の応需体制を組むためには、訪問看護の果たす役割はきわめて重要である。介護保険制度導入後、在宅介護サービスとの競合の中でかえって伸びにかげりが見られるとされる訪問看護ステーションについて、こうした地域の24時間体制の一翼を担っていく中での「復権」が強く望まれる。

<表5>病院病床100床当たり常勤換算従事者数（2005年10月）

病院総数	102.6人	
看護職	45.9	(44.7%)
医師	11.0	
歯科医師	0.6	
薬剤師	2.5	
診療放射線技師等	2.2	
臨床検査技師等	2.8	
管理栄養士等	1.4	
その他	36.1	

出典：厚生労働省「平成17年医療施設（静態・動態）調査・病院報告の概況」より作成

第5に、保健事業、予防活動の担い手としての看護職の役割である。2006年改革においては、中長期的な医療費適正化の決め手として、生活習慣病対策の重視が掲げられ、保険者による特定健康診査・特定保健指導の実施が義務化された。これらの事業においては、保健師（看護師）、（管理）栄養士が中心的な役割を果たすことが期待されている。こうした活動が中長期的な医療費適正化にどのように結びついていくかについては、現時点において確定的な **evidence** があるわけではない。むしろ、今後の事業展開を通じてその辺りを明らかにしていくことが課題であると思われるが、医療と予防との建設的な関係構築に向けた **evidence** の蓄積に当たって、看護職が中心的な役割を果たしていくことが期待される。また、いわゆる「保険者機能」の発揮という観点からも、加入者の健康管理は重要な課題である。こうした活動を展開していく中で（中長期的にはいずれにせよ必至であると考えられる）保険料アップに対する国民的な合意、納得の形成に資することが期待される。

<注>

(注1) 二木(2007)は、四半世紀ぶりの大きな改革と評している。

(注2) ANCCのホームページを参照。

<http://www.nursecredentialing.org/magnet/forces.html>

(注3) 看護職員の確保・定着に関しては、尾形(2007)を参照。

<参考文献>

尾形裕也(2007)「看護職員の需給問題に関する考察」『Hands-On』2007年 Vol.2

No.5(12月臨時増刊号)所収、pp4-9 じほう、東京

二木立(2007)『医療改革：危機から希望へ』勁草書房、東京

OECD(2001) *OECD Economic Surveys : Japan 2001*, OECD, Paris