

# 国民の医療介護ニーズに適合した 提供体制改革への道筋 医療は競争よりも協調を

社会保障制度改革国民会議

2013年4月19日

慶應義塾大学商学部 権丈善一

# 配付資料の内容

- スライド
  - 医療提供体制改革の必要性
  - 医療保険制度改革の必要性
  - 介護保険改革の必要性
  - その他重要な課題
    - 課税所得で測る「低所得者」と「負担能力の低い者」の間に現存するギャップを埋める努力を行うべき
  - 他、理由なき不整合な問題
    - 医療・介護の自己負担・利用者負担の整合性確保
  - 最後に
    - なぜ、日本の医療問題の解決は難しいのか
    - なぜ、競争よりも協調なのか
- 添付資料
  - 「日本的医療問題の解決に道筋を」『週刊東洋経済』2013年3月16日号
  - 「あるべき医療と二つの国民会議」『週刊東洋経済』2012年12月29日－2013年1月5日号
  - 『キャリアブレイン』2013年1月6日配信記事
  - 「医療保障政策と医療団体の政治経済学的位置(医師国保問題該当箇所)」日本医師会『平成23・24年度医療政策会議報告書』2012年1月

# 医療提供体制改革の必要性

- 『社会保障制度改革推進法』
  - － 医療従事者、医療施設等の確保及び有効活用等を図ることにより、国民負担の増大を抑制しつつ必要な医療を確保すること(4頁参照)。
  - － 医療の在り方については、個人の尊厳が重んぜられ、患者の意思がより尊重されるよう必要な見直しを行い、特に人生の最終段階を穏やかに過ごすことができる環境を整備すること(33頁参照)。

- 「医療従事者、医療施設等の確保及び有効活用等」のために、前自公政権下の『社会保障国民会議最終報告』(2008年11月4日)で示された哲学(民主党政権でも共有)
  - － 「背景にある哲学は、医療の機能分化を進めるとともに急性期医療を中心に人的・物的資源を集中投入し、できるだけ入院期間を減らして早期の家庭復帰・社会復帰を実現し、同時に在宅医療・在宅介護を大幅に充実させ、地域での包括的なケアシステムを構築することにより利用者・患者のQOL(生活の質)の向上を目指すというものである」
  - － 「この哲学に基づいたサービス提供体制の姿が実現されれば、現在の医療・介護とは格段に異なる質の高いサービスが効率的に提供できることになる」

# 日本の医療介護の現状と あるべき医療・介護への第一歩

- 「日本的医療問題の解決に道筋を」『週刊東洋経済』2013年3月16日号
  - 「あるべき医療・介護」という言葉が使われるようになるのは、自公政権のもと2008年に開かれた「社会保障国民会議」の時である。当時の問題意識は次のようなものであった(08年6月「サービス分科会中間とりまとめ」より)。

人口あたりの病床数は諸外国と比べて多いものの、急性期・回復期・慢性期といった病床の機能分担は不明確。医療現場の人員配置は手薄であり、病床当たりの医師・看護職員数が国際標準より少なく過剰労働が常態化している。この現実が、医療事故のリスクを高め、一人ひとりの患者への十分な対応を阻んでいる。

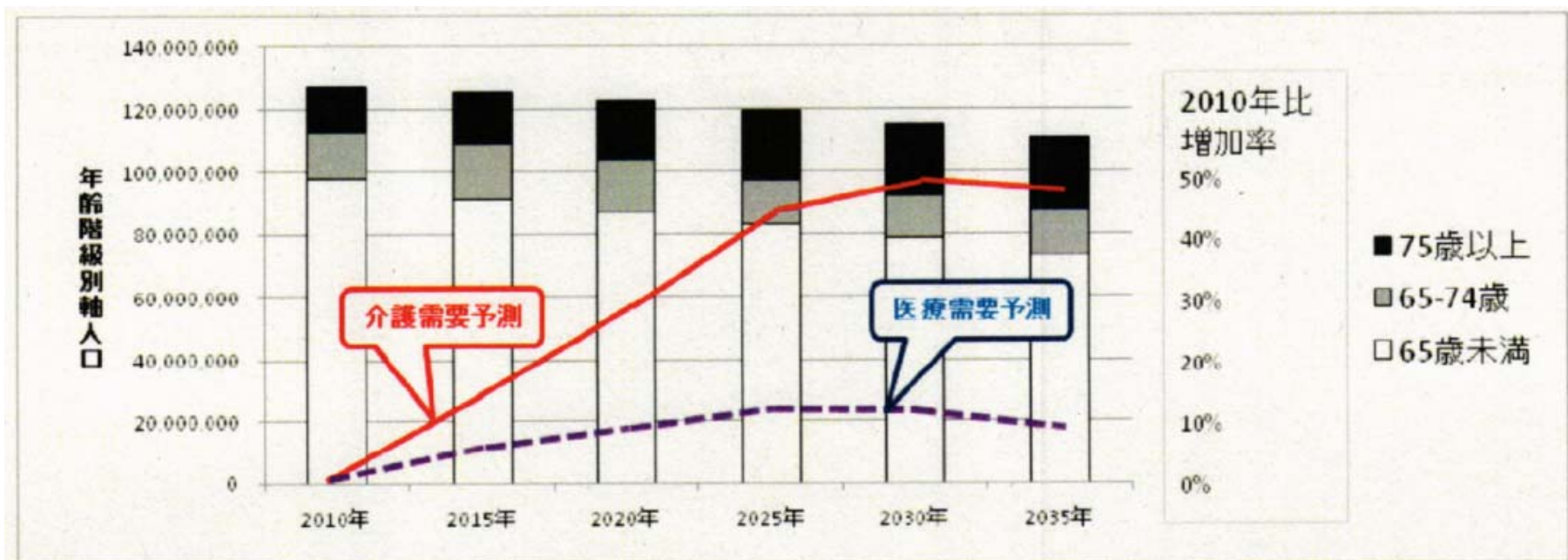
さらに、診療科目や地域間で医師が偏在しているため、地域ごとに医療機関の果たすべき機能を明確にした上での連携が必要。介護分野では志を持って就職した人材がやりがいと誇りを持って働き続けられる待遇や職場環境の整備が不可欠である。

そこで、08年の前国民会議では、2025年度までに「あるべき医療・介護」提供体制を確立する構造改革の青写真が描かれた。

# 2次医療圏単位のあるべき医療・介護 を考えるための基礎資料

- 先駆的な民間ベース(高橋泰国際医療福祉大学教授の研究)で行われている分析によれば
  - i) 高齢化の率は今後長い期間上昇し続けるが、高齢者の数は今後20年程度で頭打ちとなる。
  - ii) 医療需要は2025年頃に、介護需要は2030年頃にピークを迎える。
- 地域ごとに見ると、地域差が大きく、
  - i) 首都圏、大阪圏、名古屋圏で高齢者が大幅に増加する一方、過疎地では増えない。
  - ii) 医療資源や医療人材が偏在し、大くくりで言えば、東北・関東・甲信越・東海で少なく、北海道・北陸・関西・中国・四国・九州が多い。

# 高橋泰『ウェッジ』2012年4月号



(図 14 : 我が国の今後の介護と医療の需要予測)

## 2次医療圏の医療・介護需要ピーク時までの 地域医療・包括ケアビジョン作成を

- 「病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方に関する検討会」(厚労省医政局)における「報告制度の導入と地域医療ビジョン策定までの流れ」の前倒し。
- 医療、介護、看取りまで継ぎ目のない地域医療・包括ケアを目標として各地域の医療・介護需要ピーク時までの地域医療・包括ケアビジョンを作成。
- そのビジョンの実現に向けて、都道府県は地域医療計画を、市町村は地域包括ケア計画を、一定年間隔で策定する。
- それに沿った医療機能の分化・連携を促すための「地域医療・包括ケア創生基金」を創設(財源として消費税増収を活用)。診療報酬や介護報酬による利益誘導ではなく、まずは、医療機能の分化・連携を補助金的手法で誘導。
- 医療機能の分化・連携が進んだ後、補助金的手法にあてていた消費税増収分を、順次医療機能ごとの診療報酬重点配分に移行していく。



# 診療報酬による誘導の限界①

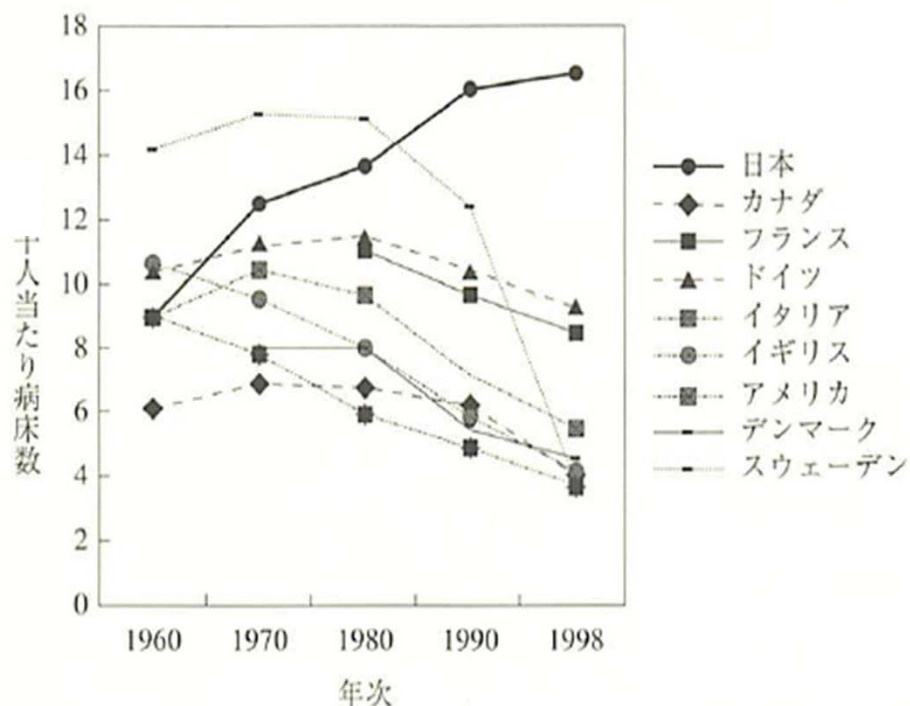
- 四病院団体協議会提出資料
  - － 医療法・診療報酬：両輪として機能してほしい
    - 診療報酬による経済誘導だけでは無理がある：行き過ぎの例（7対1看護）
    - 適切な評価：ストラクチャー・プロセス（機能）・アウトカム評価
    - 全国一律ではなく地域の実情に合致した提供体制整備を進める

## 診療報酬による誘導の限界②

- 「日本的医療問題の解決に道筋を」『週刊東洋経済』2013年3月16日号
  - － 日本の医療政策は、診療報酬による利益誘導で展開されてきたが、この手法は医療ニーズに見合った提供体制の整備に関しては限界があった。ある診療行為の普及や、ある提供体制の整備をねらって高めの点数を設定すると、その方向に医療機関が一斉に動き過ぎるという状況が繰り返し起こってきた。  
また、各国で高齢化が進み、それまで整備を進めてきた急性期医療は高齢者には不要、不向きであると判断した国々は、70年代末から病床を減らしてきたのに、日本だけが増え続け、今は高止まりしたままとなっている。

# 診療報酬による誘導で解決できなかった 病院病床に関する日本医療の特徴①

人口千人当たり病院病床数の推移 (G7とデンマーク、スウェーデン)



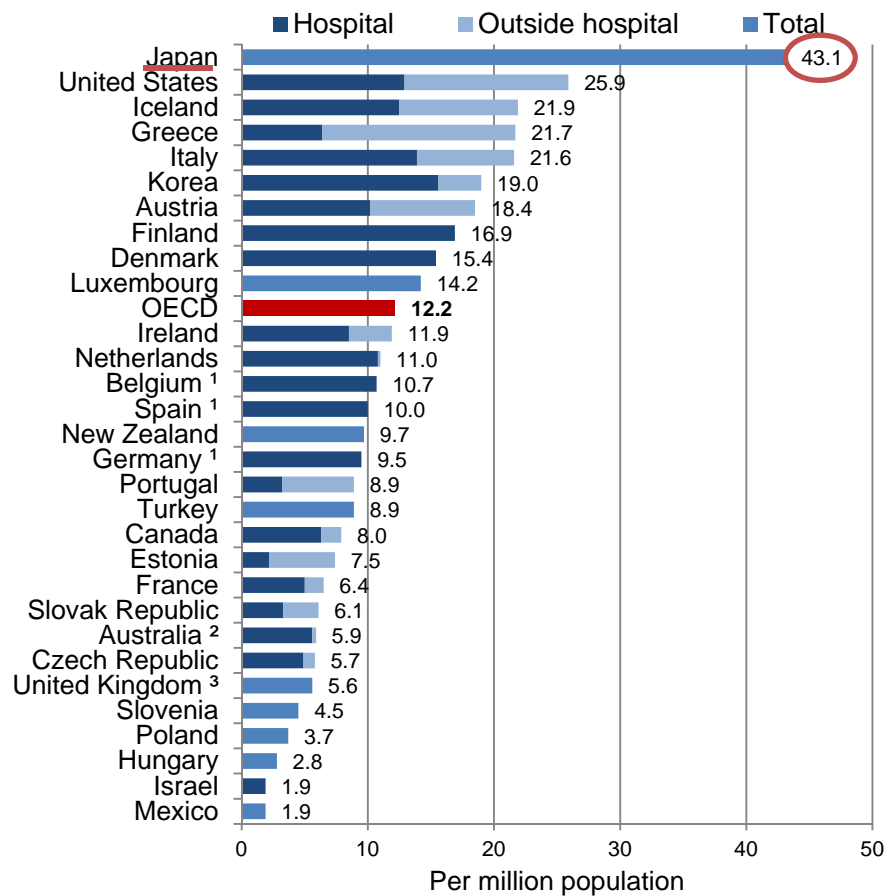
資料) OECD (2001), *Health Data* より著者作成。

注) 病院病床数: *Health Data 2001* における, Tot. in-patient care beds-/1000 population. /

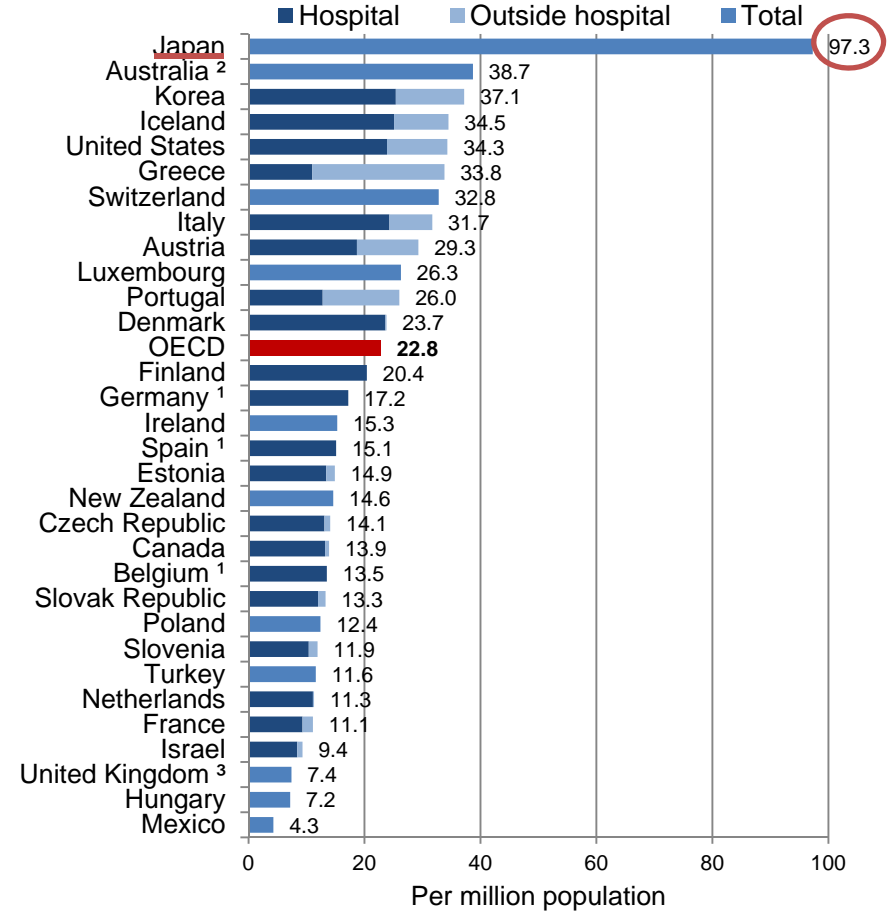
権丈善一 (2005〔初版2001〕)『再分配政策の政治経済学 第2版』219頁

# 診療報酬による誘導で解決できなかった MRI・CT等高額機器の設置に関する日本医療の特徴②

MRI units, 2009 (or nearest year)



CT scanners, 2009 (or nearest year)

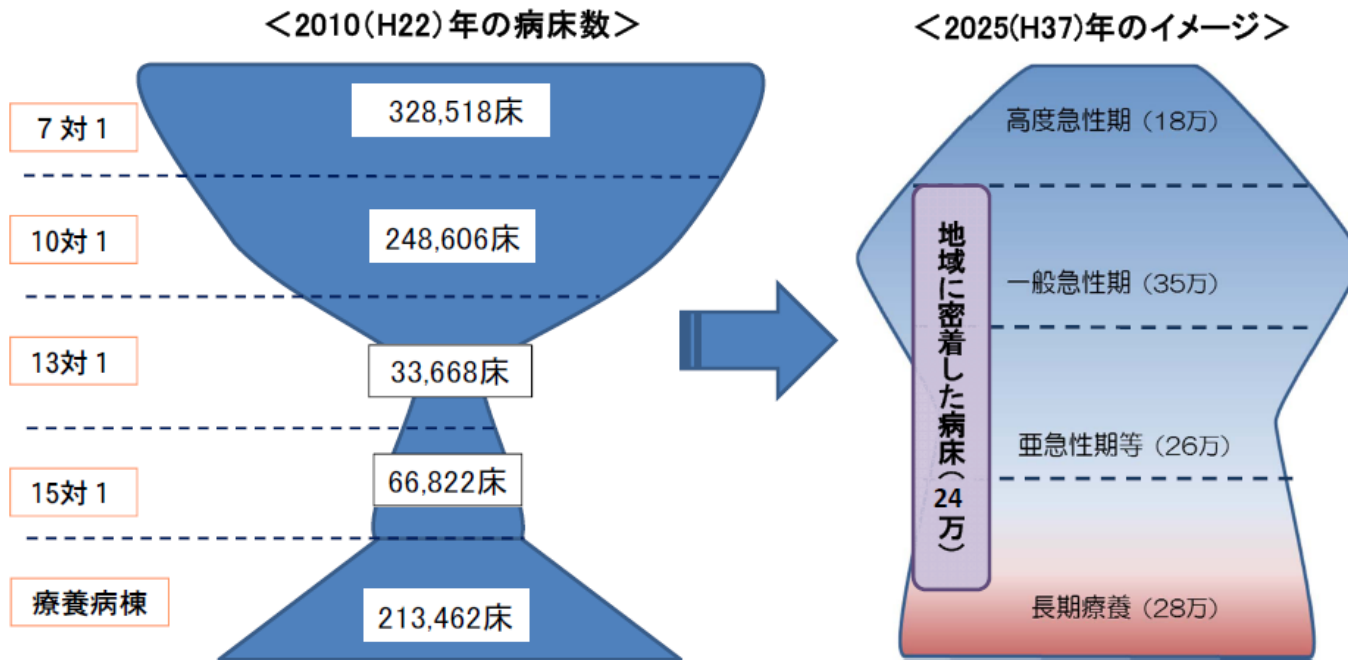


Note: The OECD average does not include countries which only report equipment in hospital (Belgium, Germany and Spain).

- 1. Equipment outside hospital not included.
- 2. Only equipment eligible for reimbursement under Medicare.
- 3. Any equipment in the private sector not included.

# 診療報酬による誘導で解決できなかった 病院病床に関する日本医療の特徴③

## 【入院】現在の一般病棟入院基本料等の病床数



保険局医療課調べ

○ 届出医療機関数でみると10対1入院基本料が最も多いが、病床数でみると7対1入院基本料が最も多く、2025年に向けた医療機能の再編の方向性とは形が異なっている。

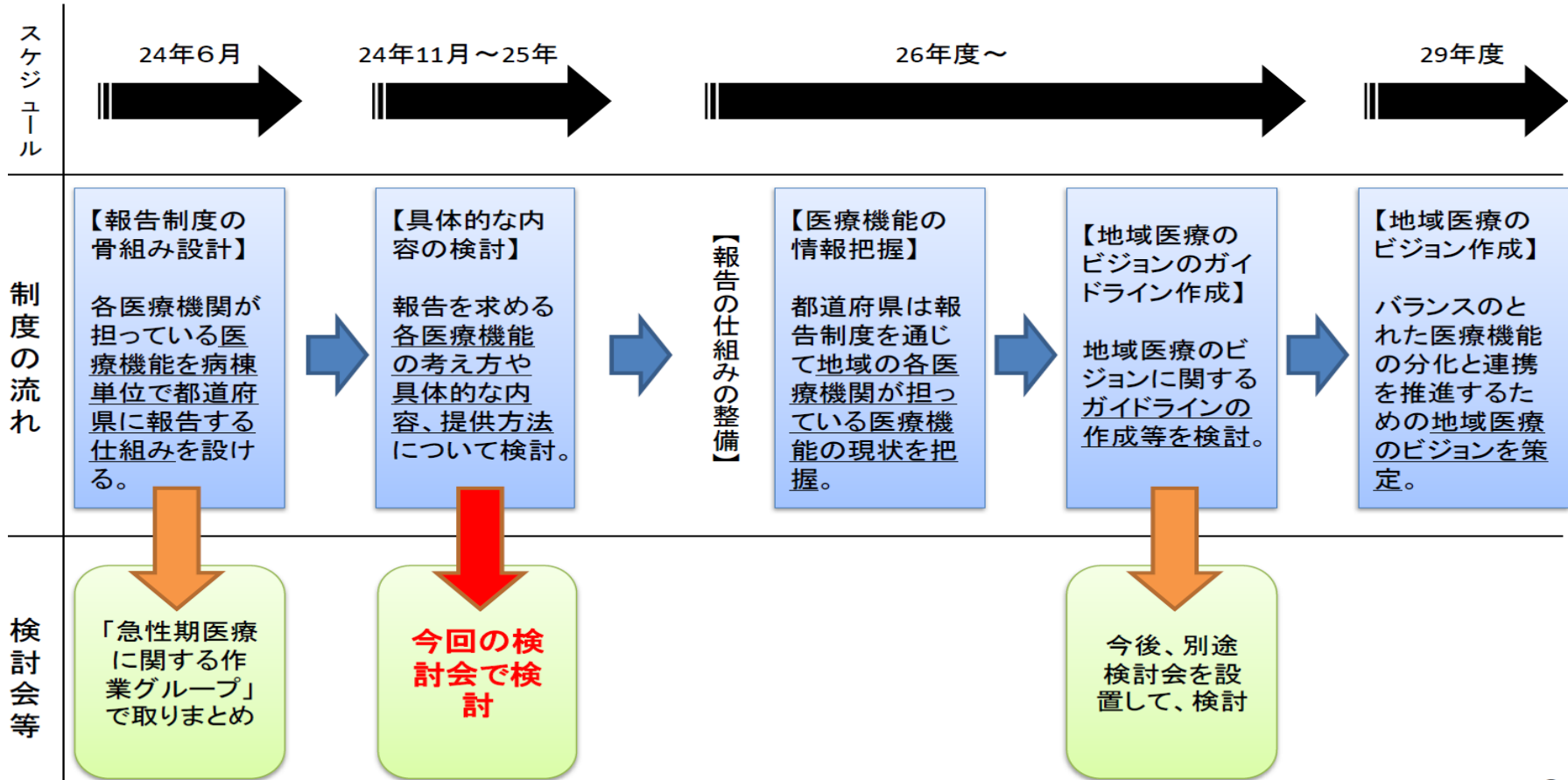
1

# 現行計画の前倒しの要請

- 四病院団体協議会代表 堺日本病院会会長  
(第7回社会保障制度改革国民会議 3月27日)
  - 既に4月に始まる次年度には新たな医療計画が策定されております。ただ、その次というのは5年先ですから、そんなに待つことはできないと思っております。ぜひ前倒しをした策定をやっていただけないかと思っております。

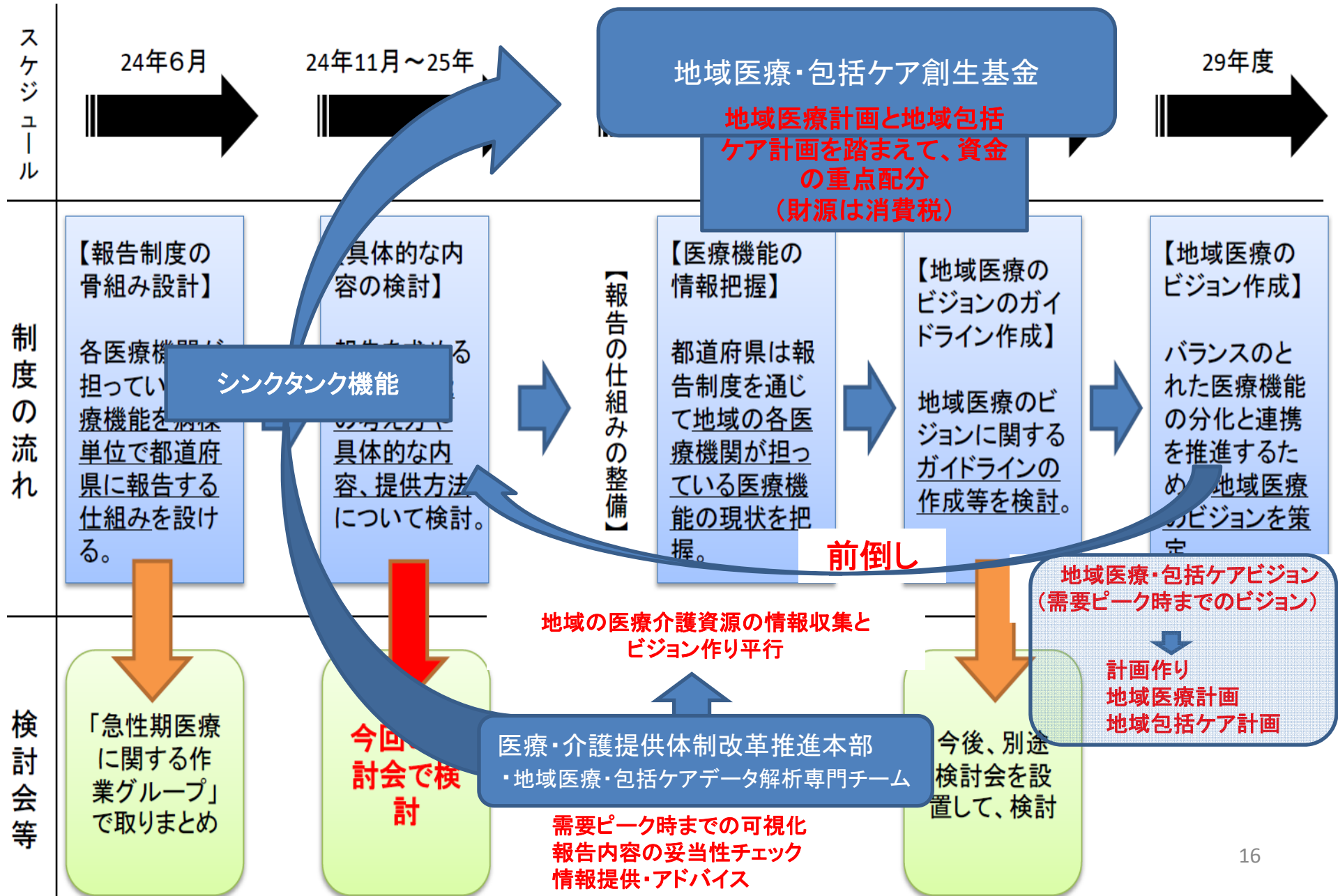
# 現行計画

## 報告制度の導入と地域医療ビジョン策定までの流れ (とりまとめにおける整理)



第1回病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方に関する検討会資料

# 報告制度の導入と地域医療ビジョン策定までの流れ (とりまとめにおける整理)





## 医療介護需要ピーク時までの 地域医療・包括ケアビジョン作成と平行しながら

- 各都道府県が2次医療圏ごとに基準病床数を高度急性期・一般急性期・亜急性期といった新たな医療機能別に算定し(国が標準を示しつつ、地域の実情に応じて都道府県が補正を行う)、地域医療計画に盛り込む。
- その実効性を高めるため、後述(51頁参照)するとおり、医療計画の策定者である都道府県を国保の保険者とする。
- さらには医療計画の策定者である都道府県に保険医療機関の指定・取消権限を与えるほか、実効性を高めるための諸施策を講ずる
- 医療機能の分化・連携のための医療機関の再編等を可能とし、ケアをベースとしたコミュニティ形成、町づくりにも参画できるように医療法人制度の見直しを行う。  
などの方策を検討する。
- 地域医療ビジョンの前倒しでの策定に加え、上記の方向性を医療法改正で明示する。

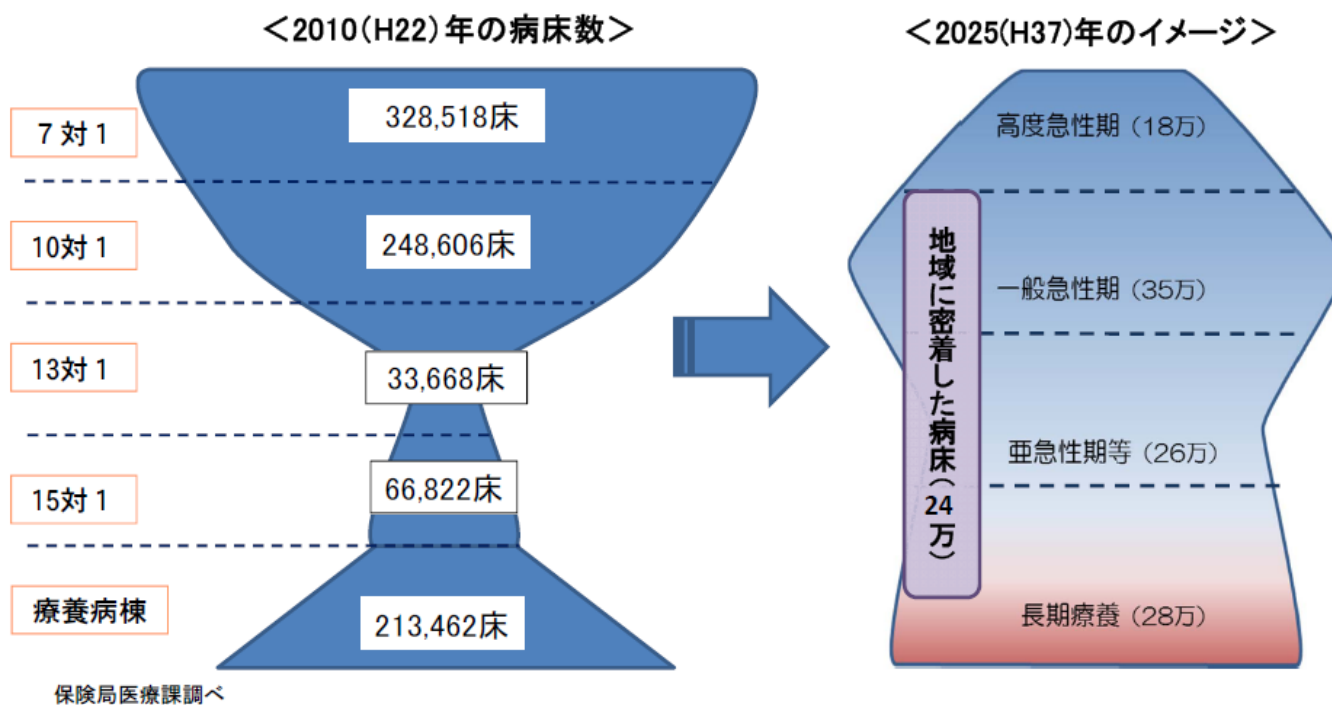
# 地域包括ケア計画の策定

- 市町村が主体となって、地域の高齢化ピーク時までの計画を策定。
- 介護だけでなく、在宅医療、住まい、生活支援、予防を位置づける。
- 県と市町村とが一体となって計画づくりが必要。
- 特に「住まい」の確保は、病院からの長期療養患者や介護施設からの軽度要介護者の受皿としても重要(29頁参照)。
- 医療法人もこうした町づくりに積極的に参加。

# 病院機能分化の 2次医療圏シミュレーション

- 2つの2次医療圏の改革試算

【入院】現在の一般病棟入院基本料等の病床数



○ 届出医療機関数で見ると10対1入院基本料が最も多いが、病床数で見ると7対1入院基本料が最も多く、2025年に向けた医療機能の再編の方向性とは形が異なっている。

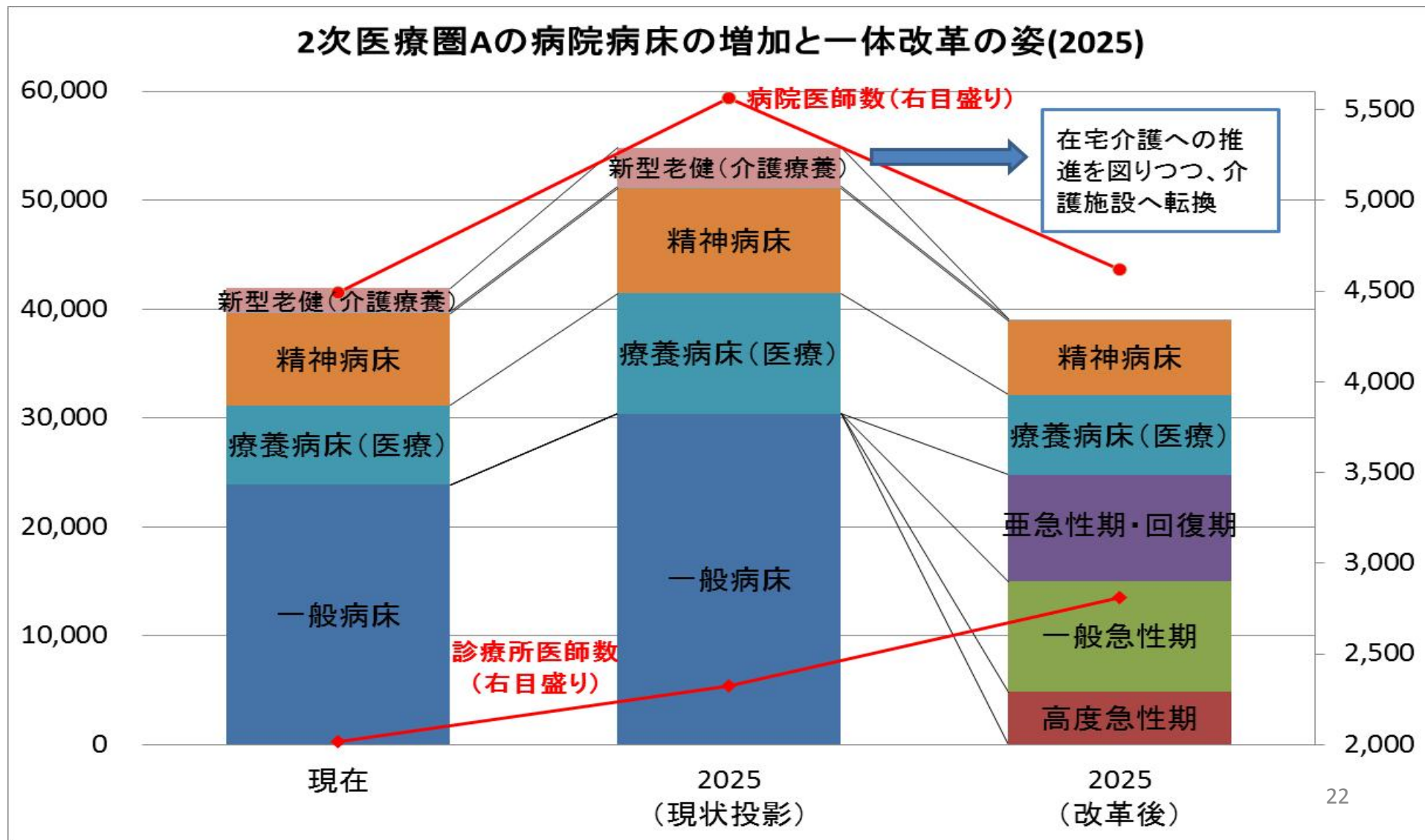
# 2つの2次医療圏の 人口の現状(2010)と2025年の見通し

	総人口	65歳以上		75歳以上	
	人口	人口	割合	人口	割合
	(万人)	(万人)	(%)	(万人)	(%)
<b>2次医療圏A</b>					
2010年	234	48	20%	23	10%
2025年	228	69	30%	40	17%
	-3%	+43%	+10%ポイント	+74%	+8%ポイント
<b>2次医療圏B</b>					
2010年	37	9	24%	4	12%
2025年	33	11	33%	6	19%
	-10%	+23%	+9%ポイント	+44%	+7%ポイント
(資料) 市区町村別将来推計人口(社人研、平成20年12月推計)					

# 2つの2次医療圏の医療提供体制

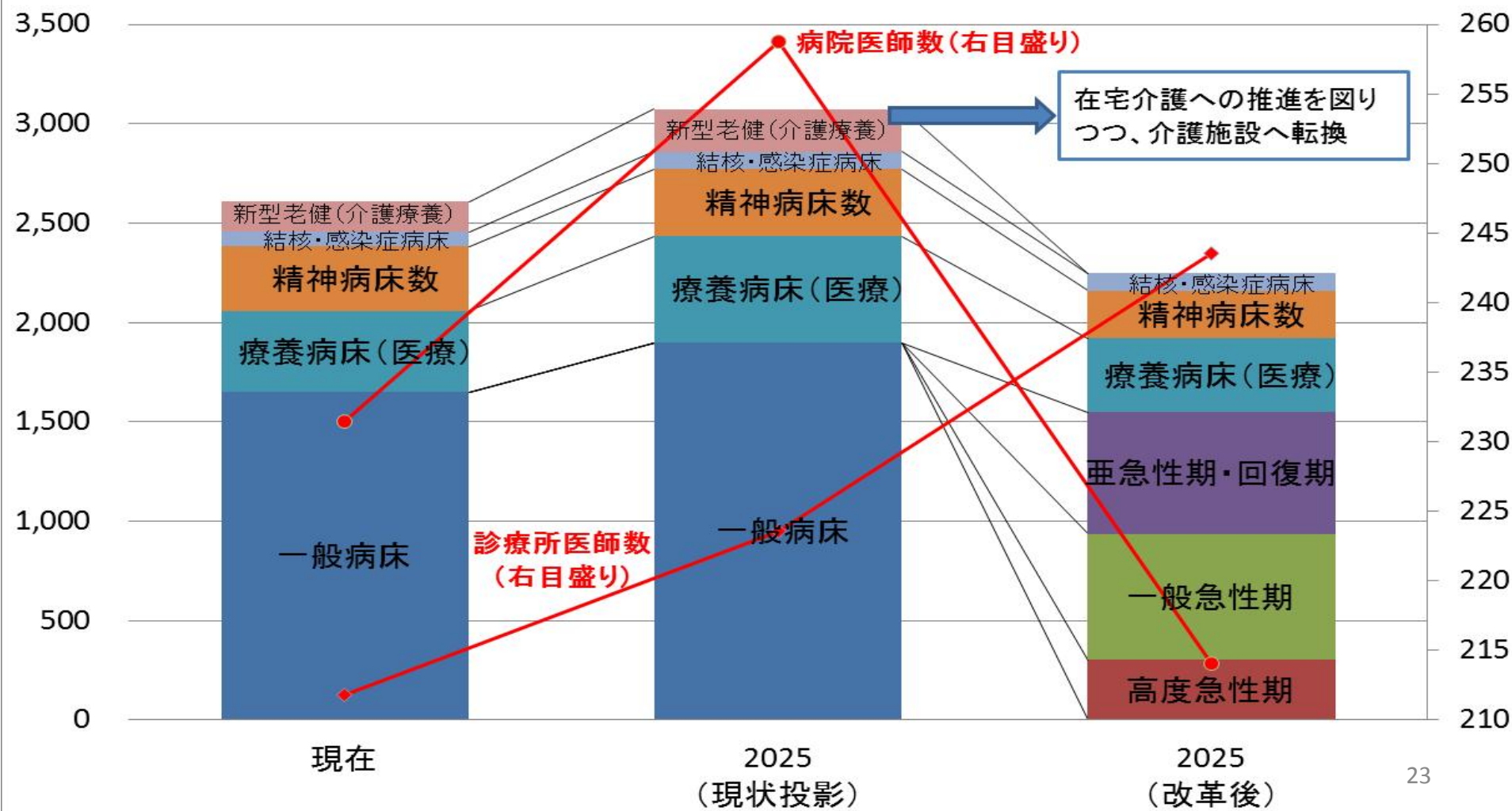
<病院病床数>		病院所在地		患者所在地換算		病床数	人口千人当たり 病院病床数	(参考)人口千人 当たり病院 病床数(全国)
		病床数	人口千人当たり 病院病床数	患者流入	患者流出			
一般病床	2次医療圏A	23,888	1019	13%	7%	21114	901.0835	704
	2次医療圏B	1,650	450	22%	47%	2412.97	657.9076	704
<医師数>		常勤換算人数		100床当たり (常勤換算)	(参考)全国の 100床当たり			
<b>2次医療圏A</b>								
病院	医師数	4,544		11	13			
	看護師(准看護師含む)	22,173		53	54			
診療所	医師数	2078						
	看護師(准看護師含む)	2874						
<b>2次医療圏B</b>								
病院	医師数	234		9	13			
	看護師(准看護師含む)	1,259		48	54			
診療所	医師数	272						
	看護師(准看護師含む)	455						

# 医療提供体制の改革が 道筋通りに進んだ場合(2次医療圏A)



# 医療提供体制の改革が 道筋通りに進んだ場合(2次医療圏B)

2次医療圏Bの病院病床の増加と一体改革の姿(2025)



# 舞鶴市の事例

少ない医師が分散して患者を奪い合う状況

- 舞鶴市内
  - － 国家公務員共済連合組合、独立行政法人・国立病院機構、舞鶴赤十字病院、私立舞鶴市民病院
- 市長の私的諮問機関「舞鶴地域医療あり方検討委員会」――2007年当時
  - － 医師不足、労働環境悪化の悪循環
- 統合案を提案
  - － 医師を集中させて勤務医の負担を減らし、医師減少に歯止めをかける。一定の手術件数がある病院で技術を磨きたい医師を呼び込みやすい環境も目指す
- 壁を乗り越えることはできず



# 解決の方向性は

- 過当競争から病院経営を救う道は
- 非営利を厳正化して地域独占を許容
  - 高度急性期医療は、大学病院、国立病院、公的病院（日赤・済生会・共済・厚生連等）及び自治体病院が担っている場合が多い。これらの運営主体がそれぞれに独立したままで機能分担しようとしても、経営上の利害がぶつかるためうまくいかない。
  - このため、地域の中で、複数の病院がグループ化し、**病床や診療科の設定、医療機器の設置、人事、医療事務、仕入れ等を統合して行うことができる環境を作る。**

- 新型医療法人(たとえば、非営利ホールディングカンパニー)の枠組みを創設し、地元の要請に基づきそこに参画する場合には、国立病院や公的病院は本部から切り離されることを法律的に担保する。
- このような新型医療法人は、地域の中の中小民間病院や診療所、介護事業所等との共存を前提とし、地域連携パスや紹介・逆紹介の推進に努めることとする。

## 地域医療・包括ケアデータ解析専門チーム①

- 一体改革をフォローアップする「医療・介護提供体制改革推進本部」を設置し、その下に、「地域医療・包括ケアデータ解析専門チーム」を置く。
- 医療、介護、看取りまで継ぎ目のない地域医療・包括ケアを創生するためには、人口推計をはじめ、地域の特性に配慮した医療介護資源とニーズに関連するデータの可視化が重要。
- 各地域からの報告内容の妥当性をチェック。
- 既存データを集約・統合し、足らざるデータは収集することにより、住民、地域医療計画、地域包括ケア計画作成者に提供していく。

## 地域医療・包括ケアデータ解析専門チーム②

- 有識者や国の職員等から成る「地域医療・包括ケアデータ解析専門チーム」は、地域医療計画策定者や地域包括ケア計画策定者と緊密に連携しながら、可視化された情報についての説明や解説を行い、都道府県単位や医療圏単位、地域包括ケア単位での「あるべき姿」の検討をすすめていく。

# 医療の機能分化、退院の受け皿問題 (2次医療圏A,B改革シミュレーション)

	2025年病床数		他へ移転	
	現状投影	改革後	介護施設へ	在宅・外来・介護へ
2次医療圏A	51,235	39,075	4,146	8,014
2次医療圏B	2,859	2,247	199	413

- 医療の機能分化のためには、しっかりした地域包括ケアを構築しなければならない。また、介護施設利用の適正化のためにも町のインフラ作りの全体的な取り組みが必要。
  - 介護は、24時間巡回型介護、訪問看護などで、重度要介護者の在宅生活限界点を高める。
  - サービス付き高齢者住宅(住まい＋生活支援等)の整備。
  - 数百万戸とも言われている空き家・空き施設など既存社会資源の有効活用。
    - このための改修やマッチングの推進を阻む規制緩和が必要。

# 看護マンパワー問題 (2次医療圏A,B改革シミュレーション)

		現在	2025年 (現状投影)	2025年 (改革後)	改革後増加率 (対現在)
2次医療圏A	病院看護師数	21,410	26,846	27,554	29%
	診療所看護師数	2,874	3,416	4,225	47%
2次医療圏B	病院看護師数	1,214	1,375	1,418	17%
	診療所看護師数	455	495	564	24%

- 一体改革による看護職員の必要数 約15年で +50万人
- 少子化が進む中、抜本的な看護職員確保対策が不可欠

2011(H23)年  
看護職員  
約150万人

医療・介護サービス提供の改革

2025(H37)年  
看護職員  
約200万人

# 看護職員確保策

- 潜在看護職員約55万人
  - － 医師、薬剤師と同じように、免許を「登録制」にし、潜在看護師を把握できる公的システムを確立する。このシステムを用いて、研修プログラム、相談支援などの復職支援プログラムと一体的に提供。
- 養成の拡大
  - － 大卒資格者に、2年間の短期集中プログラムを創設（主に長期休暇を短縮）。
- 離職防止・定着促進
  - － きつい医療現場の勤務環境改善

# 改革のタイミング、スピードと 既存財政計画との調整

- 一体改革では、改革があたかもすみやかに実行され、その効果もすぐに現れることを前提とした財政計画が立てられていたが、以上の医療提供体制改革の道筋を踏まえ、再考の必要が出てくるはずである。
  - たとえば、医療提供体制改革により2015年度までに平均在院日数の減少等で4,400億円の効率化が生じることを見込んで、それも財源とした公費の追加が計画されていたが、さすがに2015年度までにその効果を期待することは難しいのではないか。
  - また、外来受診の適正化による1,300億円の財源確保も2015年度までに効果を見込むことができるのか。
- いずれは実現する目標であるとしても、改革のタイミング、スピードとこれまでの財政計画との調整は行わなくてはならない。



# 医療介護提供体制改革の中での 終末期医療の在り方

- 『社会保障制度改革推進法』
  - 個人の尊厳が重んぜられ、患者の意思がより尊重されるよう必要な見直しを行い、特に人生の最終段階を穏やかに過ごすことができる環境を整備
- 今後のさらなる高齢者人口の増加の中で、地域包括ケア型医療・介護を進めると、在宅での看取り数が増加する。死亡前1ヶ月程度の終末期医療は必ずしも高額ではなく医療費の強い増加圧力になっているわけではないものの、『社会保障制度改革推進法』における上記の規定に沿うためにも、終末期医療のあり方について国民的合意を形成する必要がでてくる。
- たとえば、リビングウィルによる延命措置の不開始又は中止について、民事、刑事、行政上の取り扱いに関して等々。

# 医療界からの可視化の要請

- 四病院団体協議会提出資料
  - － 「見える化」の推進：必要なデータの整備・開示を望む
    - 地域の医療需要・供給を示すミクロデータが不可欠
    - 診療報酬・施設基準データ
    - 有効利用されていない厚生労働省・地方厚生局・都道府県・健保連等のデータ
    - 必要な金の投入を

# 地域医療・包括ケア創生基金

- 基金による財政支援は、地域医療・包括ケアビジョンの実現に向けて、具体的な地域医療計画・地域包括ケア計画が策定され、計画の実効性確保の手段も整備されることが前提。
- 病床転換や在宅支援を始めとする医療機能の分化・連携を財政支援
- 財政支援に当たって要件として考慮される取組みの例
  - 新型医療法人(ホールディングカンパニー型の法人類型)の創設
  - 地域包括ケアをベースとしたコミュニティ形成、町のインフラ作りへの医療機関の積極的参加
  - 24時間地域巡回型訪問サービスへの指向

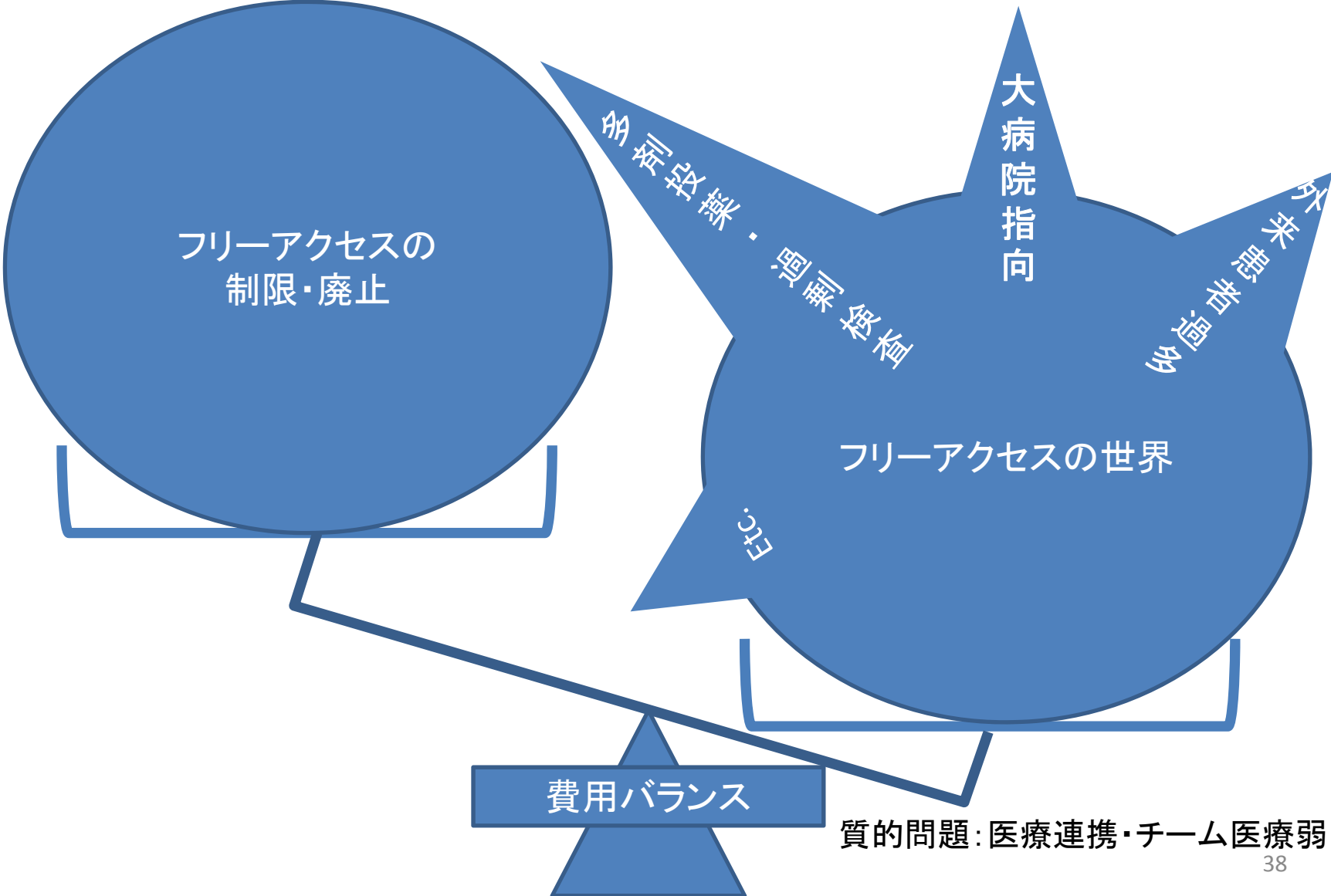
# 医療機関の業態転換 (規制緩和)

- 医療法人が病院経営の非営利性を担保しつつ付帯事業で住宅建設(サービス付き高齢者住宅、有料老人ホーム)や町のインフラ形成に参加、共同事業を立ち上げることができる道を開く(=これ自体は営利事業)
- その際のファイナンスの選択肢として、今後慎重に設計されるべき「ヘルスケアREIT」等を視野に入れる。

# ゆるやかなゲートキーパー下の フリーアクセスの維持

- 保険証一枚でいつでもどの医療機関も利用できる「フリーアクセス」は、日本の医療制度の大きな特徴。患者にとって、利便性が高い。多くの場合、患者は、重篤な疾患であれば総合病院や専門病院を受診し、日常的な疾患であれば近くの中小病院や診療所を受診するという受診行動をとっている。
- これに対し、フリーアクセスは、過剰な患者獲得競争や高額機器の導入合戦を助長するなど、医療資源全体の効率的な活用を阻害し、医療の質を低下させているので、「家庭医」制度を設けて、まずは家庭医での診断を受けてから病院での受診ができるようにすべきとの意見がある。
- これまで我々が享受してきたフリーアクセスを捨て去るデメリットは大きい。医療資源の効率的な活用の阻害や医療の質の低下に関連する課題については、それぞれに対応する手段があり、それに取り組むことにより、フリーアクセスを維持していく。
- なお、現行制度と平行して、かかりつけ総合医等が選択制で設けられ、今の開業医と協力的補完的關係を形成することは、望ましいことである。

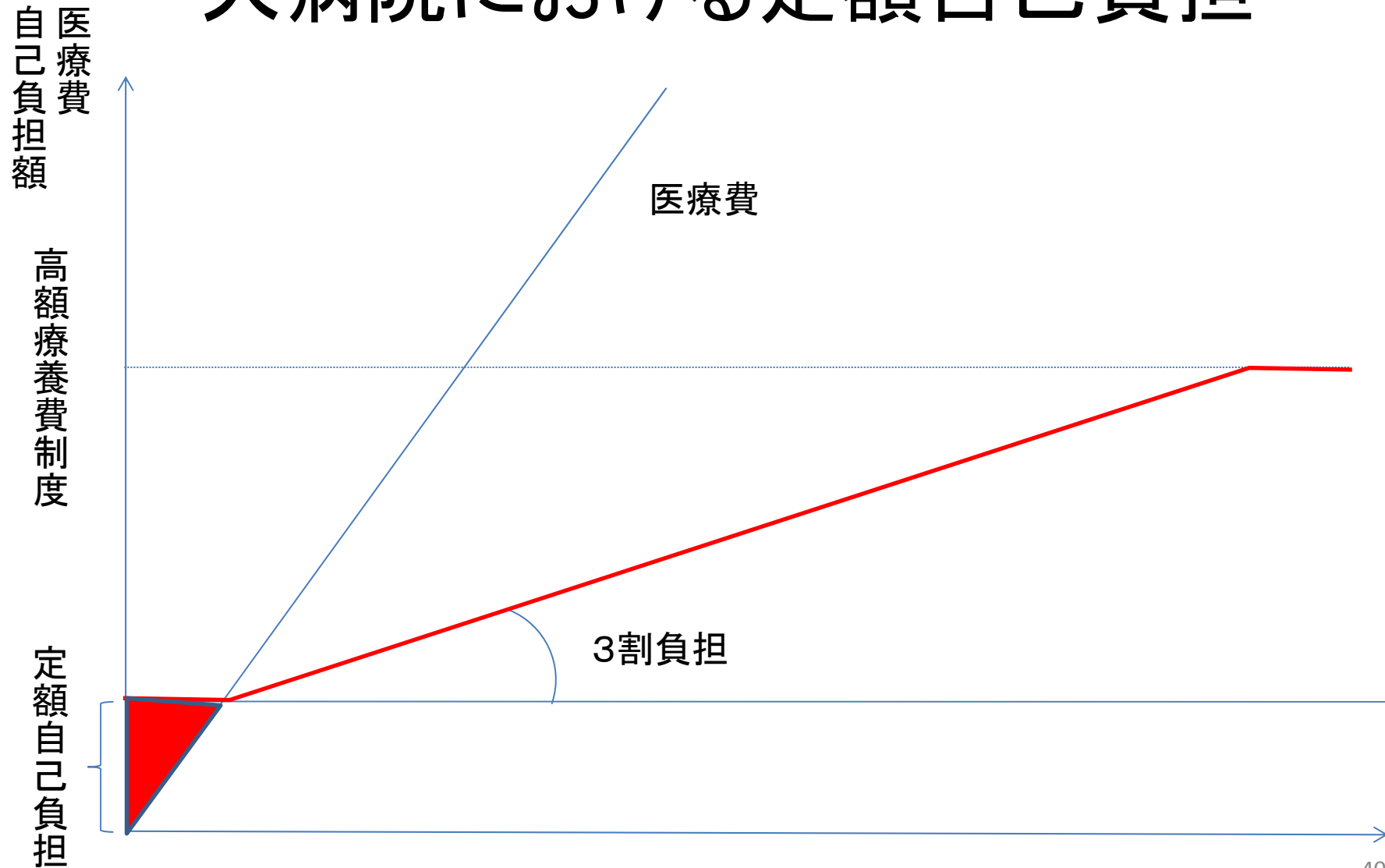
# フリーアクセスの制限 or 課題毎の対応



# フリーアクセスを守るための諸策

- 選定療養内の初診時特定療養費では効果が低い
  - － 初診時一定病床数(例:200床)以上の一般病棟での紹介のない外来受診に、一定額(例:1万円)の定額自己負担を設ける。同様の仕組みを再診時にも検討。
  - － この定額自己負担を導入した場合、選定療養上の負担さえ適用除外となっている救急車利用が一層有利になるため、救急車の適正利用については別途検討の要有り。
- 健保連からの発言にもあった70歳以上の高額療養費、外来特例の見直し
  - － 「今の高齢者、特に70歳以上の方には高額療養費、外来について特例の取り扱いもごさいます。非常に負担が軽くなる仕組みになっております」
  - － 低所得者への配慮は当然
- 医療連携・チーム医療の推進
  - － 高い専門性を有した開業医という日本のプライマリーケア医の長所をいかしながら、医療連携・チーム医療を推進していく。
- 日本型総合医のあり方を検討
  - － ゲートキーピング機能はイギリスのGPのようなものではなく、上述の価格メカニズムを用いた程度にしておき、患者に対して一貫した病歴、受診行動の管理を行うと共に、専門医や病院、介護関係者との間の連携の主役を担当するなど、患者と医師の信頼関係を基軸とした継続的な保健指導や疾病予防活動を行う日本型総合医のあり方を検討する。
- 委員からの要求
  - － 診療報酬支払データを収集管理する機関を設け、多剤投与、過剰検査問題があると思われる保険医療機関には指導を行う。

# 病診機能分化・連携と 大病院における定額自己負担





# 医療保険制度

- 『社会保障制度改革推進法』
  - － 医療保険制度については、財政基盤の安定化、保険料に係る国民の負担に関する公平の確保、保険給付の対象となる療養の範囲の適正化等を図ること
- 下記、それぞれ「資料」参照
  - － 後期高齢者医療制度の総報酬割について
  - － 国保の都道府県単位への広域化
  - － 国保組合問題、その中の医師国保について

# 医療保険制度関連資料

- 「高齢者医療制度に関する検討会」(2008年9月24日～2009年3月24日)における議論
  - － 後期高齢者医療制度の総報酬割について
  - － 国保の都道府県単位への広域化
- 国保組合問題、その中の医師国保について
  - － 『キャリアブレイン』2013年1月6日配信記事
  - － 「医療保障政策と医療団体の政治経済学的位置(医師国保問題該当箇所)」日本医師会『平成23・24年度医療政策会議報告書』2012年1月

# 後期高齢者医療制度の総報酬割について

- 「高齢者医療制度に関する検討会」議論の整理について(2009年3月24日)
  - 2008年9月24日～2009年3月17日 全7回開催
    - 国保と被用者保険の間は加入者数で均等に分け、被用者保険の中では、財政力の強い保険者が財政力の弱い保険者を支援するものとなるよう、保険者の財政力に応じた応能負担による助け合い・連帯の仕組みにすべき(全面総報酬割)という意見があった。
    - …この際、前期高齢者医療制度には直接公費を投入することとした場合、多額の公費を必要とし、また、国保よりも健保組合等の負担がより軽減されると言った点や公費の投入は国保を優先すべきという意見を含め、十分に検討する。
- 今般の一体改革でこれらの意見(全面総報酬割、浮いた公費の投入は国保優先)の実現を図る必要。

# 「高齢者医療制度に関する検討会」 における議論

- 第6回高齢者医療制度に関する検討会  
(2009年3月11日 発言者権丈)
  - － ですから、組合健保の保険料率は最高9.62%、最低3.12%である。65歳以上の高齢者にかかる医療費の財政調整部分だけでも被用者保険に応能負担原則を導入することにより、組合健保の解散を回避し、組合健保のメリットをより多くの国民に享受してもらおう。私は、組合健保というのは非常に価値があり、非常に良いことをやっていると思っております。ですから、なるべくこの組合健保というものを利用できる人たちを増やすためにはどうすればいいかということをやはり考えていかなければいけないというのが、目的の中に1つ入っております。

- それとともに、ドイツ被用者保険の医療保険料率は14.6%、フランス13.85%であり、日本の今後の医療保険料率引き上げをスムーズに行うことができるように、負担力の弱い層に過重な負担が及ばない準備をしておくということが、私の遠い目標としてもあります。そういう目的意識といえますか問題意識に立って、この会議の当初からずっと言っておりましたのが、年金受給開始年齢65歳以上の人たちを対象とした高齢者医療制度に要する医療費というのは、国保と被用者保険の間では均等割で分けて、被用者保険負担分は総報酬で割って、応能負担の保険料率を算定する。

- その試算を第2回会議でお願いして、第3回目〔2008年12月4日〕の資料として配付していただいた。試算によれば、被用者保険では保険料率3.3%を高齢者医療制度向けの保険料として負担すれば、この制度は動いていくことになる。そうすると、先ほども言いました最高9.62%という保険料率を随分下げることができて、川渕先生もこの間テレビでおっしゃられていたように、組合健保の中に数多くの人たちを残すことができるようになる。そして、組合健保というメリットを享受できる国民の数を増やすことができるということがあるので、そういう考え方があっていいのではないか。

- 第5回高齢者医療制度に関する検討会  
(2009年2月24日 発言者権丈)

- 私が最後に皆さんにわかっていたいただきたい、記憶していただきたいのは、資料I-(4)とI-(5)というのが、この国の保険財政の現状であるということです。ほかの国と比べて、医療保険料率、被用者保険の保険料率はものすごく低いということ。そして、その被用者保険の中でも所得の違いによって、保険料率がものすごく高いところと低いところまで差があり、その格差は3倍以上であるということは、国民の常識にしていただけだと思っております。この辺りのところは、私は医療のみならず財政全体の問題を考えていくときに、まず大前提に置いてもらいたいと思っています。

# 第5回高齢者医療制度に関する検討会配付資料 (権丈要求資料 2009年2月24日配布)

資料 I - ④

## 日・独・仏における被用者保険(医療)における 保険料率及び労使負担割合

<p><b>日本</b> (2009)</p>	<p><b>8.2%<sup>※1</sup></b> 労使折半</p>
<p><b>フランス</b> (2008)</p>	<p><b>13.85%<sup>※2</sup></b> 被用者:0.75%、事業主:13.10% 別途、年金・医療・介護・家族手当を目的とした「一般社会拠出金」として、 労働所得に7.50%賦課(うち医療分:5.29%)</p>
<p><b>ドイツ</b> (2009)</p>	<p><b>14.6%<sup>※3</sup></b> 労使折半</p>

※1 全国健康保険協会管掌健康保険の保険料率

※2 民間商工業の被用者、公務員、年金受給者を対象とした一般制度における保険料率

※3 公的医療保険における保険料率



健康保険組合の保険料率一覧（平成19年度決算見込）

【保険料率下位10組合】

保険料率 (%)	うち事業主負担分 (%)	うち被保険者負担分 (%)	事業主の負担割合 (%)	被保険者の負担割合 (%)	平均総報酬額 (円)
1	15,600	15,600	50.0	50.0	6,103,734
2	15,600	15,600	50.0	50.0	2,825,461
3	16,000	16,000	50.0	50.0	3,657,739
4	21,000	21,000	50.0	50.0	6,801,378
5	29,350	14,150	67.5	32.5	9,039,661
6	22,000	22,000	50.0	50.0	5,733,272
7	22,000	22,000	50.0	50.0	6,506,243
8	27,060	16,940	61.5	38.5	12,193,524
9	27,000	18,000	60.0	40.0	12,303,924
10	34,000	11,000	75.6	24.4	8,337,996
11	27,000	18,000	60.0	40.0	8,542,935
12	22,500	22,500	50.0	50.0	5,203,966

※ 保険料率には、調整保険料率を含んでいる。  
 ※ 事業主又は積立金を繰り入れることで、保険料率を高く設定している組合がある。

【保険料率上位10組合】

保険料率 (%)	うち事業主負担分 (%)	うち被保険者負担分 (%)	事業主の負担割合 (%)	被保険者の負担割合 (%)	平均総報酬額 (円)
1	53,670	42,530	55.8	44.2	4,955,926
2	54,690	41,510	56.9	43.1	5,213,539
3	52,710	43,220	54.9	45.1	5,832,891
4	50,445	45,445	52.6	47.4	5,197,693
5	60,490	35,240	63.2	36.8	3,823,252
6	53,360	42,280	55.8	44.2	3,995,283
7	50,310	45,310	52.6	47.4	4,345,934
8	53,220	42,180	55.8	44.2	3,735,460
9	50,190	45,190	52.6	47.4	3,893,194
10	60,228	35,132	63.2	36.8	4,606,222

※ 保険料率には、調整保険料率を含んでいる。

健康保険組合平均 (1:518組合:20年3月末現在)	
保険料率 (単純平均)	73.08%
平均総報酬額	5,616,372円

※ 保険料率には、調整保険料率を含んでいる。  
 ※ 平均総報酬額月額×12ヶ月÷平均標準給与(年間)

(事業主:40.38%、被保険者:32.70%)

資料 I - ⑤

# 第3回高齢者医療制度に関する検討会配付資料 (権丈要求試算 2008年12月4日配布)

## Ⅱ. 前期高齢者の財政調整の仕組みを75歳以上にも拡大した場合 (平成20年度の医療給付費等を基礎とした極めて粗い計算)

資料Ⅰ-①

<前提条件>

(第3回高齢者医療制度に関する検討会 提出資料)

- 現行の長寿医療制度の加入者は、長寿医療制度導入前の制度に加入するものとし、前期高齢者の財政調整の仕組みを75歳以上にも拡大して適用。
- 高齢者の医療給付に対する公費負担については次の2ケースを仮定。
  - ケースⅠ： 高齢者の医療給付に対して5割の公費負担なし
  - ケースⅡ： 現行の長寿医療制度の医療給付に対して5割の公費負担(現役並み所得者の公費負担なし)

		被用者保険	協会健保	組合健保
65歳以上医療給付に係る負担 (5割公費を除く) <65歳以上給付費+納付金>	ケースⅠ ①	9.4兆円	4.7兆円	3.6兆円
	ケースⅡ ②	6.5兆円	3.2兆円	2.5兆円
総報酬	③	196兆円	78兆円	88兆円
保険料率換算 (5割公費を除く)	ケースⅠ ①/③	4.8% [4.4%]	6.1% [5.2%]	4.0% (2.2%~6.8%)
	ケースⅡ ②/③	3.3% [3.1%]	4.1% [3.5%]	2.8% (1.5%~4.7%)

注1: 協会健保の保険料率換算の[ ]内は納付金に係る協会健保の国庫負担分(75歳以上分の16.4%及び75歳未満分の13%)を除いたものである。

2: 健保組合の( )は、健保組合の保険料率換算について、加入者1人当たり総報酬の格差による変動範囲を粗く計算したものである。

3: 現行の長寿医療制度の給付に対する公費(支援金に対する公費及び保険料軽減等に対する公費を除く)は、現役並み所得者には公費がつかないことから長寿医療制度の給付費に対する割合は46%(平成20年度)となっている。したがって、今回の試算においては、公費割合を46%とした。

4: 納付金は、平成20年度における前期高齢者納付金及び平成20年3月分の老人保健の給付費及び拠出金を年度換算したものを基礎に算出。

5: 総報酬は、平成20年度の総報酬を基礎に75歳以上の被保険者本人が長寿医療制度導入前の制度に加入することにより1%増加すると仮定した。

# 国保の都道府県単位への広域化①

- 医療提供体制改革の実効性を高めるためには、医療計画の策定者である都道府県を国保の保険者とすることにより、保険者機能を通じた受益と負担の牽制を働かせることが効果的。
- 後期高齢者支援金の全面報酬割と国保の都道府県化、さらには後述する(55頁参照)所得の高い被保険者からなる国保組合への定率補助の廃止を一体的に実現すれば、被用者保険者間のみならず市町村間の保険料負担の格差の是正を図ることができることになり、保険制度を通じて「保険料負担に係る国民の負担に関する公平の確保」との『社会保障制度改革推進法』の趣旨を実現でき、消費税率引上げのタイミングにふさわしい改革となる。
- なお、市町村が引き続き責任を持って収納対策、保健事業に取り組む仕組みを確保する必要がある。

# 国保の都道府県単位への広域化②

- 第5回高齢者医療制度に関する検討会  
(2009年2月24日 発言者権丈)
  - － 地域医療のところも、市町村ではなくて、いろんな広域という形で考えていくのもいい。ただ、今、市町村でもかなり再保険制度を設けているので、そんなに財政単位が小さいからといって財政的に危ないかという、そこら辺の危機感は、私はほかの人と違うかもしれないんですが、ただ、地域医療計画を作成しているのが都道府県単位になってくるし、・・・方向性としては、都道府県単位に持ち込んでいくというのは、いろんな意味でメリットはあるので、その方向で考えましょうということです。
  - それともう一つ。国庫負担を入れるときに、財政調整制度の中に国庫負担を入れるということは、国保の保険料をほとんど軽減しないということを今日お話ししました。これを国保の中にダイレクトに投入して、低所得者の保険料を軽減するという形で低所得者対策として集中的に国庫負担を投入するとかいうのでしたら、私は大いに支持するとも言ってきたわけです。

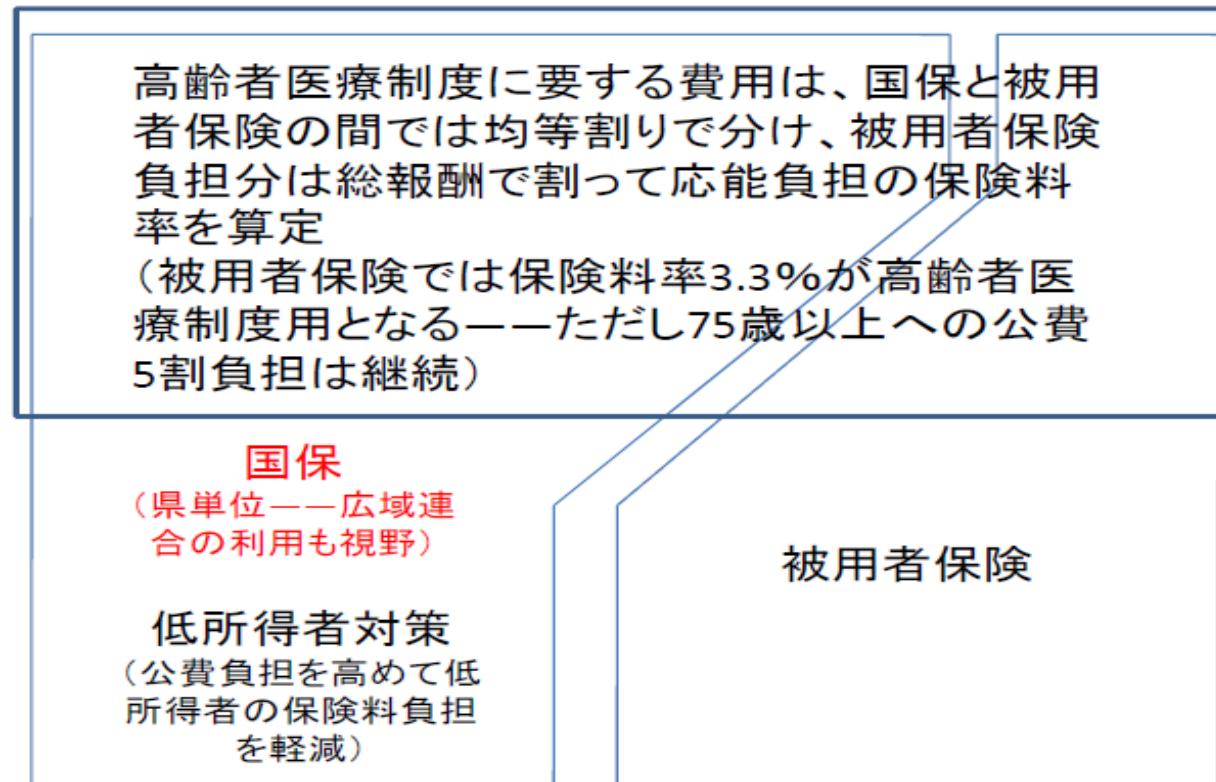
- 第6回高齢者医療制度に関する検討会  
(2009年3月11日発言)

- 国保というのは県単位で考えていくという京都府の知事もおっしゃられていた形で進んで良いのではないかと考えておりました、できれば国庫負担を投入するということであるのならば、この国保に直接国庫負担を投入して、可能な限り低所得者の負担を軽減するような仕組みで国庫負担を投入していくという方が優先順位が高くなってくる。この前のように高齢者制度の前期のところ国庫負担2.4兆円を入れるということは将来あるとしても、優先順位はかなり低い話ではなかろうかと思っております。

# 第5回高齢者医療制度に関する検討会配付資料 (権丈提出資料 2009年2月24日配布)

**目的:** 組合健保の保険料率は最高9.62%、最低3.12%である(2007年度)。65歳以上の高齢者にかかる医療費の財政調整部分だけでも被用者保険に応能負担原則を導入することにより、組合健保の解散を回避し、組合健保のメリットをより多くの国民に享受してもらおう。とともに、ドイツ被用者保険の医療保険料率は14.6%、フランス13.85%であり、日本の今後の医療保険料率引き上げをスムーズに行うことのできるように、負担力の弱い層に過重な負担が及ばない準備しておく。

## 高齢者医療制度



65歳(年金受給開始年齢)

\* 今般の一体改革の枠外にある、被用者保険の65歳以上被扶養者に係る割増保険料率、自己負担に関する記述は外している。

## 国保組合問題、その中の医師国保について

- 国保組合の存在理由はない。国保組合の一つ医師国保は率先して解散し、医療者は医療健保へ
  - 『キャリアブレイン』2013年1月6日配信記事
  - 「医療保障政策と医療団体の政治経済学的位置（医師国保問題該当箇所）」日本医師会『平成23・24年度医療政策会議報告書』2012年1月

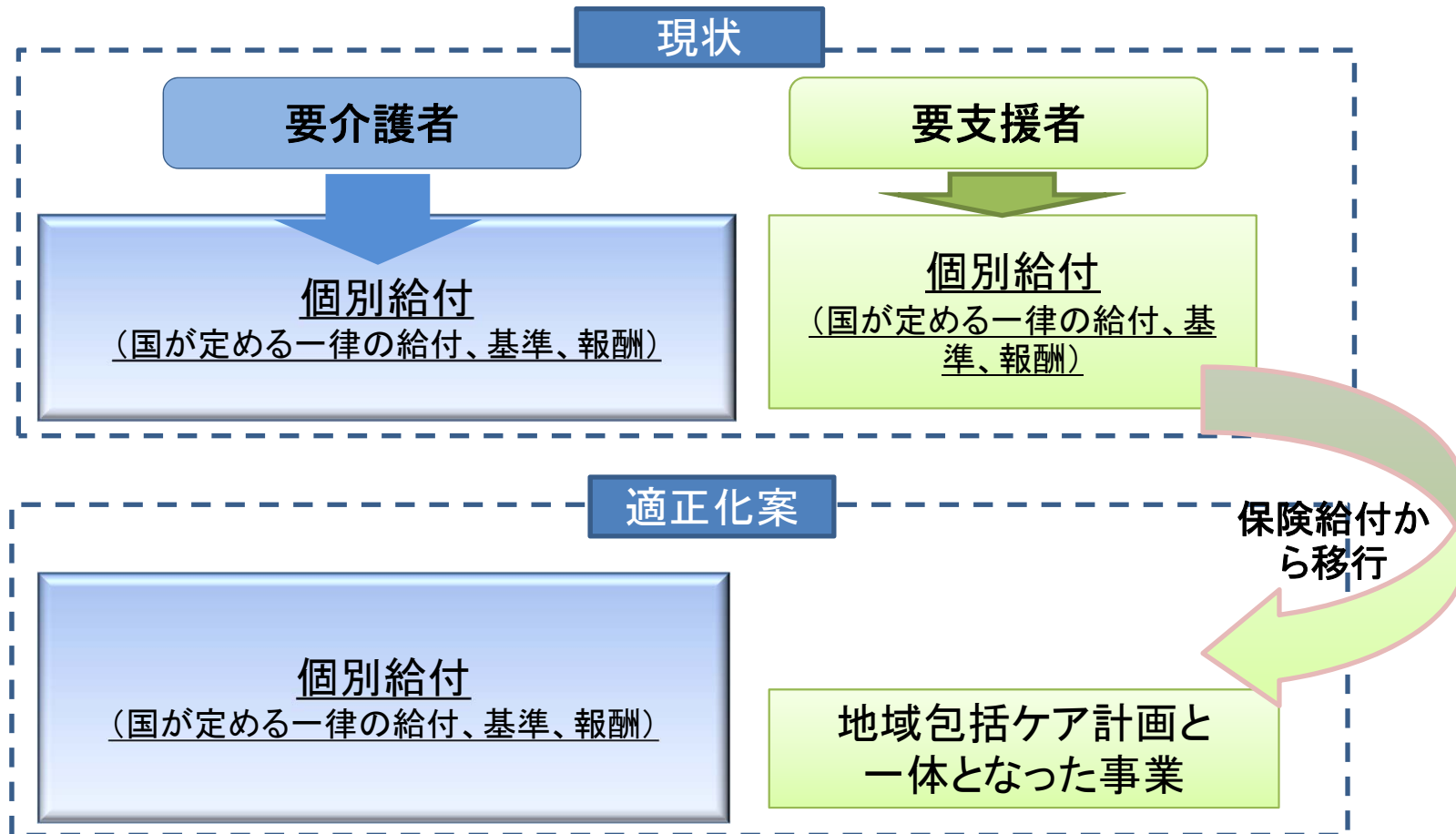
# 介護保険改革の必要性

- 『社会保障制度改革推進法』
- (基本的な考え方)
  - － 社会保障の機能の充実と給付の重点化及び制度の運営の効率化とを同時に行い、税金や社会保険料を納付する者の立場に立って、負担の増大を抑制しつつ、持続可能な制度を実現すること。
- (介護保険制度)
  - － 政府は、介護保険の保険給付の対象となる保健医療サービス及び福祉サービス(以下「介護サービス」という。)の範囲の適正化等による介護サービスの効率化及び重点化を図るとともに、低所得者をはじめとする国民の保険料に係る負担の増大を抑制しつつ必要な介護サービスを確保するものとする。



# 要支援者の介護給付範囲の適正化

- 軽度の高齢者  
→地域包括ケアと一体となった事業に移行



# その他重要な課題

- 『社会保障制度改革推進法』
  - 社会保障の機能の充実と給付の重点化及び制度の運営の効率化とを同時に行い、税金や社会保険料を納付する者の立場に立って、負担の増大を抑制しつつ、持続可能な制度を実現すること。
- 政策基準上の「低所得者」は、必ずしも「負担能力の低い者」ではない。現行の「低所得者」概念は課税所得のみに依拠しており、制度運営の効率化と税・社会保険料を納付する立場に立った両観点からの見直しは最重要課題。
  - 課税所得＝収入－経費－非課税所得－控除
- 課税所得で測る「低所得者」と「負担能力の低い者」の間に現存するギャップを埋める努力をもっと行うべき。

# たとえば、介護保険においては

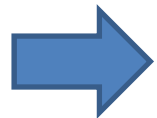
- 福祉的性格の強い「補足給付」が、必ずしも「負担能力の低い者」に行われているわけではなくなっている。

## 補足給付(低所得者の食費・居住費の負担軽減)の仕組み

- 介護保険施設入所時の食費・居住費について、所得に応じた負担限度額を設定。
- 標準的な食費・居住費の基準額と負担限度額との差額を補足給付として給付。
- 負担軽減の対象は第1段階～第3段階の者

	主な対象者
負担軽減の対象となる低所得者	第1段階 ・生活保護受給者 ・市町村民税世帯非課税の老齢福祉年金受給者
	第2段階 ・市町村民税世帯非課税であって、課税年金収入額＋合計所得金額が80万円以下
	第3段階 ・市町村民税世帯非課税であって、利用者負担第2段階該当者以外
	第4段階～ ・市町村民税本人非課税であって、世帯に課税者がある者 ・市町村民税本人課税者

→課税所得のみで決定している。資産や非課税年金があっても給付対象となる。



- ・ 預貯金や不動産などの資産、非課税年金を勘案
- ・ 併せて、配偶者の世帯分離についても見直し

# 他、理由なき不整合な問題

- 継ぎ目のない「医療」「介護」システム構築の観点からの医療・介護の自己負担・利用者負担の整合性確保
  - 70－74歳の現役並み所得の医療費自己負担3割。ところが、介護に移行すると利用者負担1割。
  - 他方、75歳以上の高齢者では「医療」から「介護」へ移行しても1割負担のまま。
  - 70－74歳の医療費自己負担は法律では2割であるのに、確たる理由もなく暫定的に1割のまま。
- 全体の整合性を確保していくべき。
- 他、制度整合性という視点からみれば
  - 後期高齢者支援金の全面総報酬割と合わせて介護納付金の総報酬割の検討も必要となるはず。

# 最後に

- なぜ、日本の医療問題の解決は難しいのか
- 医療は競争ではなく協調を

# なぜ、日本の医療問題の解決は難しいのか

- 「あるべき医療と二つの国民会議」『週刊東洋経済』2012年12月29日－2013年1月5日号

－ 日本の医療政策の難しさは、これが西欧のように国立や自治体立の病院等（公的所有）が中心であるのとは異なり、医師が医療法人を設立し、病院等を民間資本で経営する（私的所有）という形で整備されてきた歴史的経緯から生まれている。医療機関の機能分化と連携の必要性は、日々の不満の中に生きる医療提供者たちも、十二分に認識している。しかし、日本での改革の対象は私的財産である。公的セクター（従業員も公務員）が相手であれば、政府が強制力をもって改革ができ、現に西欧では医療ニーズの変化に伴う改革をそうして実現してきた。ところが、日本ではそうはいかない。

医療、福祉全般において、戦後の国家窮乏期に民間にサービス整備を頼らざるを得なかった日本では、多方面で、同様の問題を抱えている。

# なぜ、競争ではなく協調なのか

- 個々の経営体が競争する状況下では、機能の分化はおろか、仮に機能分化ができたとしても連携は困難——診療報酬によって利益誘導できる話ではない。
- 量的拡張を目指す時代には、競争は有効だった。
- しかし、量的には整備された段階でも、今までのような競争を続けていけば、囚人のジレンマ状況に陥って、みんなが辛い状態の均衡に陥る——いや、陥っている。

# 囚人のジレンマに陥っている日本の医療

- 現状は、囚人のジレンマ状態
  - 協調すれば皆にとってよい結果になる事がわかっているにも関わらず、皆が自身の利益を優先している状況下では互いに裏切りあって逆に損をしてしまうというジレンマをさす。
- 現状は、ゲームのルールに問題あり
  - ゲームのルールに問題があるため、医療提供者側からルール改革を医療界の外の枠組みで、たとえばこの国民会議主導で行ってほしいという要請が出ている状況。
    - 四病院団体協議会代表 堺日本病院会会長(第7回社会保障制度改革国民会議 3月27日)
    - 私が非常に気になるのは、2008年に社会保障国民会議があつて、その間5年経っているのですが、余り前進していないような感じ、恐れがあるのです。ですから、下手をすると今回もそういうことになるのだったら、なかなか残念だなというか、医療現場の我々も大変だし、国民の皆さんも大変だということになるので、これは我々だけではなくてここにいらっしゃる委員の方々もしっかりとその辺を認識していただいて、明確な道筋をつくっていただければ、それ以上幸せなことはないと思います。



# 競争ではなく協調を

## 医療・介護の提供体制の将来像の例

～機能分化し重層的に住民を支える医療・介護サービスのネットワーク構築～

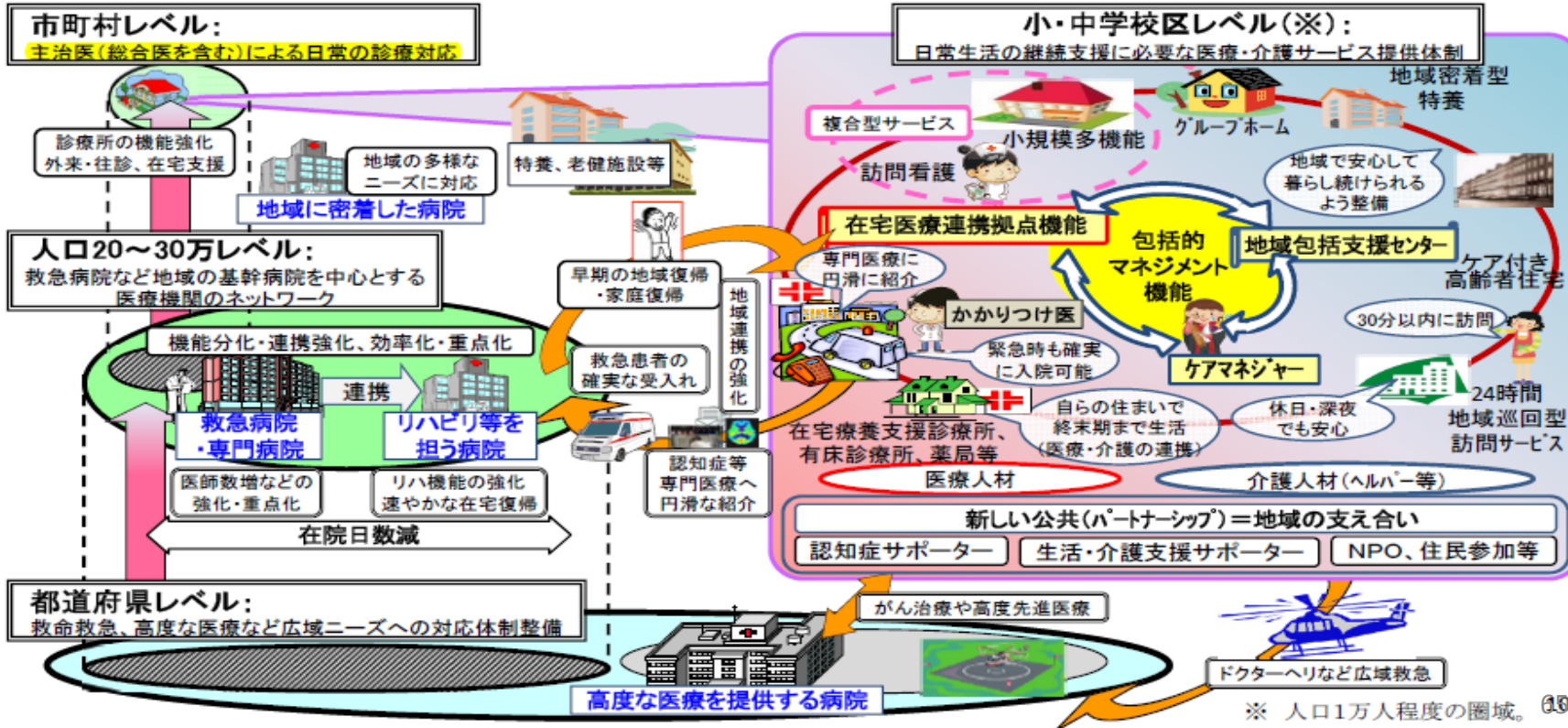
○日常生活圏域内において、医療、介護、予防、住まいが切れ目なく、継続的かつ一体的に提供される「地域包括ケアシステム」の確立を図る。

○小・中学校区レベル(人口1万人程度の圏域)において日常的な医療・介護サービスが提供され、人口20～30万人レベルで地域の基幹病院機能、都道府県レベルで救命救急・がんなどの高度医療への体制を整備。

**医療提供体制の充実と重点化・効率化**  
都道府県域から市町村域まで、重層的に医療サービスを提供

&

**地域包括ケアの実現(包括的ケアマネジメントの機能強化)**  
※ 体制整備は被災地のコミュニティ復興において先駆的に実施することも検討



# 添付資料

- 添付資料

- 「あるべき医療と二つの国民会議」『週刊東洋経済』2012年12月29日－2013年1月5日号
- 「日本的医療問題の解決に道筋を」『週刊東洋経済』2013年3月16日号
- 『キャリアブレイン』2013年1月6日配信記事
- 「医療保障政策と医療団体の政治経済学的位置（医師国保問題該当箇所）」日本医師会『平成23・24年度医療政策会議報告書』2012年1月

「あ

るべき医療・介護」という

言葉が使われるようになるのは、自公政権の下2008年に開かれた「社会保障国民会議」の時である。当時の問題意識は次のようなものであった(08年6月「第二分科会中間とりまとめ」より)。

人口当たりの病床数は諸外国と比べて多いものの、急性期・回復期・慢性期といった病床の機能分担は不明確。医療現場の人員配置は手薄であり、病床当たりの医師・看護職員数が国際標準より少なく過剰労働が常態化している。この現実が医療事故への十分な対応を阻んでいる。

さらに診療科目や地域間で医師が偏在しているため、地域ごとに医療

機関の果たすべき機能を明確にした

うえで連携が必要。介護分野では志を持って就職した人材がやりがいと誇りを持って働き続けられる待遇や職場環境の整備が不可欠である。

そこで、08年の前国民会議では25年度までに「あるべき医療・介護」提供体制を確立する構造改革の青写真が描かれた。この青写真は、二つの意味を持っていた。

一つは、国民に対する一種の「見直し」の役割である。当時、青写真の実現に必要な費用のシミュレーションが行われ、それは民主党政権下でも継承されて、今回の一体改革の費用算定に使われるに至る。

今一つは、サービス提供者に改革の方向性を明示し、今後彼らが直面

する経営環境がどの方向に動くのか

の材料と、医療諸団体と政府との議論の材料を準備する役割であった。

医療政策の難しさは、西欧のように国立や自治体立の病院等(公的所)が中心であるのとは異なり、医師が医療法人を設立し、病院等を民間資本で経営する(私的所有)という形で整備されてきた歴史的経緯から生まれている。医療機関の機能分化と連携の必要性は、日々の不満の中に生きる医療提供者たちも認識している。しかし、日本での改革の対象は私的財産である。公的セクター(従業員も公務員)が相手であれば、政府が強制力をもって改革ができ、

西欧では医療ニーズの変化に伴う改革をさうして実現してきた。ところが

が、日本ではそうはいかない。

医療、福祉全般において、戦後の国家窮乏期に民間にサービス整備を頼らざるをえなかった日本では、多方面で、同様の問題を抱えている。その難しさがあるために、医療・介護体制の改革の具体的な数値の入ったシミュレーションがこの国に生まれたのであり、ああいう労多き試算は他国にはないし、必要性も低い。

ゆえに、医療政策の最重要は、08年に改革の青写真が提示された直後から、関係者間での利害調整と信頼の構築を根気強く行うことであった。だが、意志と能力に欠ける前政権は、その政策努力を怠っていた。

この段階で、「社会保障制度改革国民会議」が発足した。年金と子ども・子育てについては、先月の解散直前に、すでに各種の法律が成立し、公費追加に具体的道筋が確保されている。それとは対照的に、消費税率引き上げで得られる財源を用いて医療・介護分野でどのような改革がなされるのかは、いまだ法的・制度的な道筋が立っていない。

病床の機能分化も医療機関の連携も不明確という現行の医療提供体制を相似形で拡大するために公費投入するのでは、二つの国民会議の検討は無駄に終わることになる。

# あるべき医療と二つの国民会議

【今週的眼】 権丈善一 慶応義塾大学商学部教授

# 経済をみる眼



けんじょう・よしかず ●1962年生まれ。2002年より現職。社会保障国民会議委員、社会保障審議会委員などを歴任。現在、厚労省の社会保障の教育推進に関する検討会座長、社会保障改革国民会議委員。著書に「再分配政策の政治経済学」シリーズ(I~V)などがある。

## 医

療提供体制について、日本ほど規制緩和された市場依存型の先進国はない。日本の場合、国や自治体などの公立の医療施設は全体のわずか14%、病床で22%しかない。ゆえに、他国のように病院などが公的所有であれば簡単にできることが、日本ではなかなかできないことがある。それは医療ニーズに合う提供体制の整備である。この日本の医療問題に、これまでどのような取り組みがなされてきたのか。

1月21日に開催された第3回「社会保障制度改革国民会議」では、社会保障・税一体改革の中で示された社会保障充実のための2・7兆円のうち、まだ内容が固まっていなかった医療と介護を優先的に議論することが

確認された。内訳は年金分野に0・6兆円程度、子ども・子育て分野に0・7兆円程度、医療介護分野に1・6兆円程度が予定されている。このうち年金と子ども・子育てについては、すでに法律が成立したことで税増の受け皿作りに成功している。ところが、医療介護分野では、保険財政のほころびを繕うのに投入される1兆円は、まだしも、提供体制の改革に使われるはずの0・6兆円の支出先があまりいままでである。

正確には、目標とする青写真はずである。2008年の「社会保障国民会議」の段階から、医療介護のあるべき姿が描かれ、同時にその実現に必要な費用のシミュレーションが示された。これらが一体改革でも

踏襲されている。すなわち、25年度までに提供体制の改革を実現するための人的・物的資源の計画的な整備のために、15年度までに約1・4兆円の公費が必要となるが、このうちの約0・6兆円は消費税の充当が見込まれている。残りの約0・7兆円は構造改革での平均在院日数の短縮などによる節減により捻出される。

5年前の国民会議に始まる一連の動きに組み込まれている医療提供体制の改革が、先に論じた日本の医療問題への取り組みである。

日本の医療費の制御は、他国がうらやむほどの成果を上げてきた。国際比較をすれば、一国の1人当たり医療費は、総医療費に占める公的医療費の割合が高いほど低い。日本の

ような皆保険の下では、診療報酬の交渉の場が集権化されるため、支払い側が供給側と強い交渉力を持つに至り、医療単価を低く抑えられるからである。こうした総医療費抑制の中、親方に日の丸を抱えていない民間の医療機関は相当の経営努力を重ねてきたので、日本の医療は世界に高く評価されるコストパフォーマンスを達成してきた。

他面、日本の医療政策は、診療報酬による利益誘導で展開されてきたが、この手法は医療ニーズに合った提供体制の整備に関しては限界があった。ある診療行為の普及や、ある提供体制の整備を狙って高めの点数を設定すると、その方向に医療機関が一斉に動きすぎるという状況が繰り返して起こってきた。

また、各国で高齢化が進み、それまで整備を進めてきた急性期医療は高齢者には不要、不向きであると判断した国々は、1970年代末から病床を減らしてきたのに、日本だけが増え続け、今は高止まりしたままとなっている。

提供体制改革の具体的な工程を盛り込む。これが一体改革での公費追加の前提となっている。難題の解決に道筋をつけなければ0・6兆円の医療費増はないということだ。

# 日本の医療問題の解決に道筋を

【今週の見】

権丈善一

慶応義塾大学商学部教授

# 経済を 見る眼



けんじょう・よしかず ●1962年生まれ。2002年より現職。社会保障国民会議委員、社会保障審議会委員などを歴任。現在、厚労省の社会保障の教育推進に関する検討会座長、社会保障制度改革国民会議委員。著書に『再分配政策の政治経済学』シリーズ(I~V)などがある。

# 医師国保への補助金、不公平？(下)－ 慶大・権丈氏の提示する未来

「市町村並みの保険料にしても、自家診療などを考慮すれば、医師国保は赤字」とし、国庫補助の必要性を訴える京都府医師国民健康保険組合常務理事の安達秀樹氏（府医師会副会長）。これに対し、「国保組合が赤字だとしても、所得水準の高い保険者に公費を入れる正当な理由はない」と切り返すのは、慶大商学部教授の権丈善一氏だ。「医師国保が自発的に医療業種の健康保険組合（健保組合）へ移行することには、大きなメリットがある」と対案も示す。【大島迪子】

## ■財政補助の論理性－支払能力に応じた負担が社会保険の原則

「支払能力に応じて保険料を払うのが社会保険の負担方法。歴史的には、財政力が弱い保険者の保険料を上げるわけにいかないから、随時国庫補助金が入ってきた」。権丈氏はこう原則を述べ、市町村国保の給付費に50%、協会けんぽに16.4%の公費が入っている現状を説明する。

権丈氏が強調するのは、「市町村国保には事業主負担がないから、国庫補助が入っているわけではない」ということ。「事業者が保険料を折半しているのは、賃金を保険料として支払っているという意味合いだ」として、事業主負担として国庫補助を位置付けるのには無理があるとする。

また、国庫補助水準の不安定さも指摘。「協会けんぽへの公費負担率は、別に理由があつて今の水準に決められているわけではない」とし、もし医療者のように、比較的所得水準の高い被保険者がそろって協会けんぽに入ってくるとすれば、協会けんぽの国庫負担率は引き下げられるとみる。「国庫補助金というのはそういうもの」と、権丈氏は国庫補助に頼るリスクを説明する。

## ■ 医師国保がもし国庫補助を絶たれたら？

では、国庫補助がなくなった場合、医師国保にはどのようなシナリオが考えられるのだろうか。

医療従事者が入る公的医療保険として、小規模な一般診療所の医師とその従業員に一般的なのが医師国保。原則、5人未満の個人事業所の場合しか入ることはできないが、実際は加入した後に5人以上になったり、法人化したりしても加入し続けられるところもあり、都道府県で異なる。

当初から法人化されている場合や、自治体病院を除く病院などは、中小企業に一般的な協会けんぽや単独の健保組合のほか、医療業種だけでつくる医業健保組合という選択肢もある。現在、北海道、埼玉、東京、神奈川、千葉にあり、地域の病院勤務者や開業医などが労使折半で保険料を負担している。

安達氏が訴えるように、国庫補助がなくなることで赤字が続き、解散することになれば、5人未満の個人事業所の診療所は市町村国保へ、5人以上、もしくは法人化している診療所は協会けんぽや医業健保組合などの健康保険に入ることになる。

## ■ 47 都道府県医師国保による健保組合で、「支払側」交渉力を

「医師国保、ひいては医療界は、政治家たちのパフォーマンスの中で座して死を待つのではなく、ぜひ健保組合の世界に打って出てほしい」。権丈氏は、3大臣合意や社会保障・税一体改革に明記された国庫補助の削減は避けられないとの考えから、「偽装組合員問題のあった建設国保と同類とみなされながら、国庫補助削減の動きを阻止するのはかっこ悪過ぎる。医師の団体にはエリートの矜持を示してほしい」と話す。

医師国保は、事業主が地域の医師会員であることが要件。権丈氏はこのことを念頭に、「今の民主主義の下では、団体の政治力は会員の数というよりは、世論が支持するかどうかにかかっている。医師国保にこだわっていると、医師会がいくら良いことをしても台無しになり、世論を味方にするどころか敵に回してしまう。あまりにも惜しい」とも話す。提案するのは、47都道府県の医師国保での健保組合の設立だ。

700人以上の企業・団体であれば、単一型の健保組合を設立可能。また、同業種や同一地域の団体が集まり、その規模が3000人以上であれば総合型の健保組合をつくることできる＝表、[クリックで拡大](#)＝。他業種と同様に保険料の事業主負担分を払うことになる医業健保組合をつくり、「国庫補助という所得の再分配を受ける側から自立を図り、医療者には尊敬されるリーダーとして、あるべき医療の実現をけん引してもらいたい」と権丈氏。協会けんぽに入るのでは

制度*	保険者	特徴
国民健康保険	市町村(市町村国保)	市町村が運営。自営業者や高齢者、農業者などが加入。
	国民健康保険組合(国保組合)	同業種の従事者で設立。皆保険制度ができる前からある1959年以降、原則新設を認められていない(例外あり) 全国で164組合
	医師国民健康保険組合(医師国保)	医師会員の医師や診療所のスタッフなどが加入 47都道府県ごとに設立
	歯科医師国民健康保険組合(歯科医師国保)	歯科医師会員の歯科医師や診療所のスタッフなどが加入 全国で27組合
健康保険	薬剤師国民健康保険組合(薬剤師国保)	薬剤師会員の薬剤師や会員に雇用されるスタッフなどが加入 全国で18組合
	全国健康保険協会(協会けんぽ)	小規模事業所を中心に加入。保険者は1つ
	健康保険組合(健保組合)	一定規模以上の企業のサラリーマンなどが加入 保険料率を自主的に決められる
	単一型	社員700人以上の企業・団体が設立 (社会保険労務、聖路加、亀田総合病院など)
総合型	同業種の複数の企業で、計3000人以上であれば設立可能。(北海道、埼玉、東京、神奈川、千葉の医業健保組合など)	

(\*その他、国会公務員共済組合、地方公務員共済組合など) (編集部作成)

なく、健保組合をつくる大きな利点として「医療政策形成における交渉力の向上」を挙げる。

昨年度末で、医師国保の組合員は32万1800人。権丈氏は「この規模の健保組合は、人材派遣の同業種健保組合以外にない。健康保険組合連合会（健保連）の中でも第2位の地位に入ること、パナソニックや新日鉄よりも大きな力を持つことができる」と構想を描き、「健保連でも理事職を得て、中央社会保険医療協議会（中医協）でも支払側として意見できる大きさと言えるのでは」と、医療者にとって絶大なメリットを強調する。現行の制度では個人事業主としての医師が健保組合に入ることができない点は、制度改正を求めていくべきという考えだ。

「診療報酬は引き上げを要求し、一方で、自分たちの保険料引き上げには反対では、誰もついて来ない。確かに、病院、診療所の保険料の負担は増えるだろう。しかし、肉を切らせて骨を断つ。医師国保問題を、民主党政権で中医協から外された医師会が反撃に出るチャンスととらえてくれたら、面白い展開を期待できるようになる」と権丈氏。さらに、この医業健保組合に歯科医師国保27組合27万8800人、薬剤師国保18組合4万7900人が合流するというアイデアも。

「そうすれば、健保連の中でも一番大きな健保組合になる。医療費増に必須の保険料の引き上げを阻む政治勢力にくさびを打ち込んで、いずれは医療者が中医協に支払側代表として出席する。医師国保への国庫負担廃止の動きは、医療界が前向きな未来に進むきっかけとなる、明るい話だよ」（権丈氏）。

補助金を維持するために働き掛けを続ける未来と、事業主負担を増やしつつも医療政策で新たな立ち位置を得る可能性にかける未来。歴史的経緯から「市町村国保と被用者保険の間」にある医師国保は今年、どちらの方向を選ぶか迫られることになりそうだ。

平成 22・23 年度  
医療政策会議報告書

医療を営利産業化していいのか

平成 24 年 1 月

日本医師会医療政策会議



# 目次

はじめに	1
第1章 ポスト 311 の社会保障と政治 (山口 二郎 委員)	4
1. 3. 11 の衝撃と社会保障	4
2. 政権交代以後の政治と社会保障	5
3. 社会保障・税一体改革、TPP と今後の社会保障	8
第2章 TPP と今後の日本医療 (二木 立 委員)	14
1. TPP に参加したらアメリカは日本医療に何を要求してくるか?	15
2. アメリカの第1段階の要求が実現したら何が生じるか?	17
3. 韓米・豪米 FTA から学ぶことは何か?	19
4. TPP について検討する際見落としとしてならない2つのこととは?	23
第3章 医療の営利産業化より医療関連産業の強化を (桐野 高明 委員)	25
1. 医療そのものの営利産業化	26
2. 製薬産業や医療機器産業を活性化する	28
3. 皆保険制度のよとの医療関連産業の活性化	29
4. まとめ	32
第4章 医療保障政策と医療団体の政治経済学的位置 (権丈 善一委員)	33
1. 合成の誤謬と自由放任の終焉	33
2. 合成の誤謬に基づく政策に抗う経済界	41
3. 資本主義的民主主義の中での医療政策	44
4. 経済界のプロパガンダと規制緩和圧力	45
5. 資本主義的民主主義と対日圧力	48
6. 成長政策と戦略的貿易論	49
7. イノベーションと経済政策	52
8. 付加価値生産性と物的生産性	56
9. 福祉国家を支える集団としての医療界に求められるもの	57
おわりに	60

## 9. 福祉国家を支える集団としての医療界に求められるもの

個別企業の利潤極大化の視点から混合経済を敵視する経済界に拮抗して、混合経済、福祉国家を守るベクトルの起点となるのは、労働界であり医療界であるはずである。しかしながら、『週刊社会保障』の編集後記「記者の耳」で、次のような記事を読むと心許なくなってくる。

11月24日の医療保険部会で、所得の高い国保組合への国庫補助引下げが議題になり、当事者である三師会の委員が猛反発。「組合を解散して国保に移れば、かえって国庫負担が増える」と反論。

『週刊社会保障』No.2656(2011.12.5)、66頁

医療関係者の国保組合には、建設国保と同様に、今では正当な理由があるとは言えない国庫負担が入っている。その結果、三師会(医師会、歯科医師会、薬剤師会)の国保組合の保険料率は、市町村国保、協会けんぽ、健保組合の平均的な保険料率よりも低い。

次は、事業仕分けでの配付資料である。粗い試算であるが、三師会の保険料率は、所得ベースでも旧ただし書所得ベースでも低い。

表 4-2. 医療保険の加入者 1 人当たりの所得・保険料の比較(粗い試算)

	通常使用する所得概念での 加入者1人当たり所得水準	収入 (試算)①	旧ただし書所 得(試算)②	年間保険料③	負担率		
					③/①	③/②	
国保組合	市町村民税課税標準額 217万円	504万円	316万円	12.5万円	2.5%	4.0%	
医師	" 644万円	1050万円	795万円	13.2万円	1.3%	1.6%	
歯科医師	" 225万円	514万円	324万円	12.3万円	2.4%	3.8%	
薬剤師	" 221万円	509万円	320万円	13.3万円	2.6%	4.2%	
一般業種	" 125万円	364万円	204万円	15.6万円	4.3%	7.6%	
建設	" 71万円	263万円	133万円	10.9万円	4.1%	8.2%	
市町村国保	旧ただし書所得	79万円	186万円	79万円	8.3万円	4.5%	10.5%
協会けんぽ	収入(総報酬)	218万円	218万円	102万円	8.9万円(本人)	4.1%	8.7%
健保組合	収入(総報酬)	293万円	293万円	154万円	9.1万円(本人)	3.1%	5.9%

(注)収入(総報酬)=旧ただし書所得+基礎控除+(給与所得控除、公的年金等控除、必要経費等)  
旧ただし書所得=市町村民税課税標準額+基礎控除を除く所得控除(扶養控除、配偶者控除等)

出所:事業仕分け(資料・論点シート・評価結果)2010年11月16日

国保組合に関しては、2010年12月17日に、国家戦略相、財務相、厚労相の三大臣合意があり、「所得が高い国保組合に対する補助金は廃止する」ことになっている。ここで、医療関係者自らが支払う保険料が高くなるからといって、三師会は、建設国保をはじめ、かねてから問題視されていた国保組合改革に反対し続けるのだろうか。医療費を上げるためには、保険料を主財源として引き上げていくしかない<sup>30</sup>。公的医療の充実、福祉国家の充実を言うべき医療関係者が、自らの負担増を避けるために国保組合の存続に動いていたのでは、他にどんなに良いことをしても、それらの努力がすべて台無しになってしまう。

かねてから言っているように、医師国保が政府から力尽くで解体されるよりは、医療界は、「補助金返上して健保組合を作る」と積極策に出るほうが、医療政策形成における高い交渉上の地歩を確保できる。

2008年現在、健保組合は1,500余りある。これを被保険者数で見た場合、最大規模の組合は45万7,981人の人材派遣である。

<sup>30</sup> 権丈善一:「皆保険50年の奇跡と我々が次世代に残した未来」『平成22年度 医療政策シンポジウム 皆保険50周年—その未来に向けて』、日本医師会、2011年

表 4-3. 被保険者数ソートの健保組合 (2008 年)

— 医師国保被保険者数 : 326,128 人 —

	組合名	被保険者数・男女計
1	人材派遣	457,981
2	関東 IT ソフトウェア	278,253
3	エヌ・ティ・ティ	271,969
4	日立製作所	223,115
5	東京実業	209,507
6	東京都情報サービス産業	186,601
7	東京薬業	160,459
8	パナソニック	158,419
9	東芝	153,454
10	ジェイアールグループ	148,010
11	東京電子機械工業	146,833
12	関東百貨店	146,313
13	産業機械	140,000
14	富士通	128,870
15	全国印刷工業	119,120
16	日本電気	111,337
17	東京西南私鉄連合	108,450
18	全国外食産業	107,000
19	トヨタ自動車	106,381
20	三菱電機	101,346

出所：「健康保険組合の現勢（平成 20 年 3 月末現在）」『健康保険組合連合会』  
平成 22 年 1 月

ここに、医師国保被保険者総数の 32 万 6,128 人が入ると、いきなり第 2 位規模の組合をつくることのできる。都道府県単位でつくっても、例えば東京都医師国保ならば 89 位、沖縄のような最小のものでも 1,485 組合中 1,266 位というように、結構な規模となる。これは医師国保だけの話であり、そこに歯科医師国保、薬剤師国保が合流すると、いかにも興味深い展開を期待できるはずである。

今でこそ、健保連はその構成員の性質上、福祉国家の充実を阻む役回りを演じざるを得ないであろうが、医業健保組合が設立されると、健保連の中で厳然たる力を得ることができるようになる。そのように設立された医業健保組合が、福祉国家における自らの重要な役割に自覚を持つならば、健保連が持つノウハウと現在果たしている役割を十分に利用することができるようになる。さらに力をつけていけば、中医協に支払側委員として参加することもできる。こうして医療関係者が一つ、もしくは多数の組合をつくっていけば、医療保障政策を充実させ、ひいては経済界に対する強い拮抗力として福祉国家を守る中心軸として大きな力を発揮してくれる組織になると、今後の展開を期待しているわけである。

ところが、現在は、まったく逆の動きを示している。あまりにも惜しい。