

第9回社会保障制度改革国民会議資料 (平成25年4月19日(金))

- | | | |
|-------|-----------------|------|
| 1 P | 駒村委員 | 提出資料 |
| 6 P | 西沢委員 | 提出資料 |
| 11 P | 榊原委員 | 提出資料 |
| 15 P | 宮武委員 | 提出資料 |
| 22 P | 権丈委員 | 提出資料 |
| 60 P | 高橋国際医療福祉大学大学院教授 | 提出資料 |
| 82 P | 増田委員 | 提出資料 |
| 95 P | 大島委員 | 提出資料 |
| 101 P | 永井委員 | 提出資料 |
| 114 P | 遠藤委員 | 提出資料 |
| 123 P | 山崎委員 | 提出資料 |
| 130 P | 宮本委員 | 提出資料 |

社会保障改革国民会議意見：医療・介護問題を中心に

2012 年 4 月 19 日 慶応大学 駒村康平

1. 制度横断的、短期・中期・長期の視点から改革の議論を行うべき

1) 制度横断的な視点からの高齢者向け給付（年金、医療、介護）改革

・マクロ経済スライドで低下する年金（特に基礎年金）を考慮し、今後、平均額では上昇が不可避な後期医療、介護の保険料、本人負担への配慮をする必要がある。（イメージ 図 1）

・生活保護への流入を避けるためには、低所得高齢者に公費財源を重点化し、最低生活保障を行う。図 2 国立社会保障・人口問題研究所資料「生活保護に公的統計データ」より作成

2) 長期の課題として：社会保障給付の重点化、高齢者定義の見直し（年金のみならず、医療・介護も）

参考資料 1

2. 医療・介護分野における公費（税財源）の効果的な使い方：低所得者世帯、困難を抱える世帯に対する公費財源の重点化

1) 低所得高齢者の後期高齢者医療、介護保険料の軽減より最低生活保障を行う

→後期高齢者医療、介護保険料の低所得者軽減の強化（基礎年金水準の低下や平均保険料上昇に対する対応として）

図 1

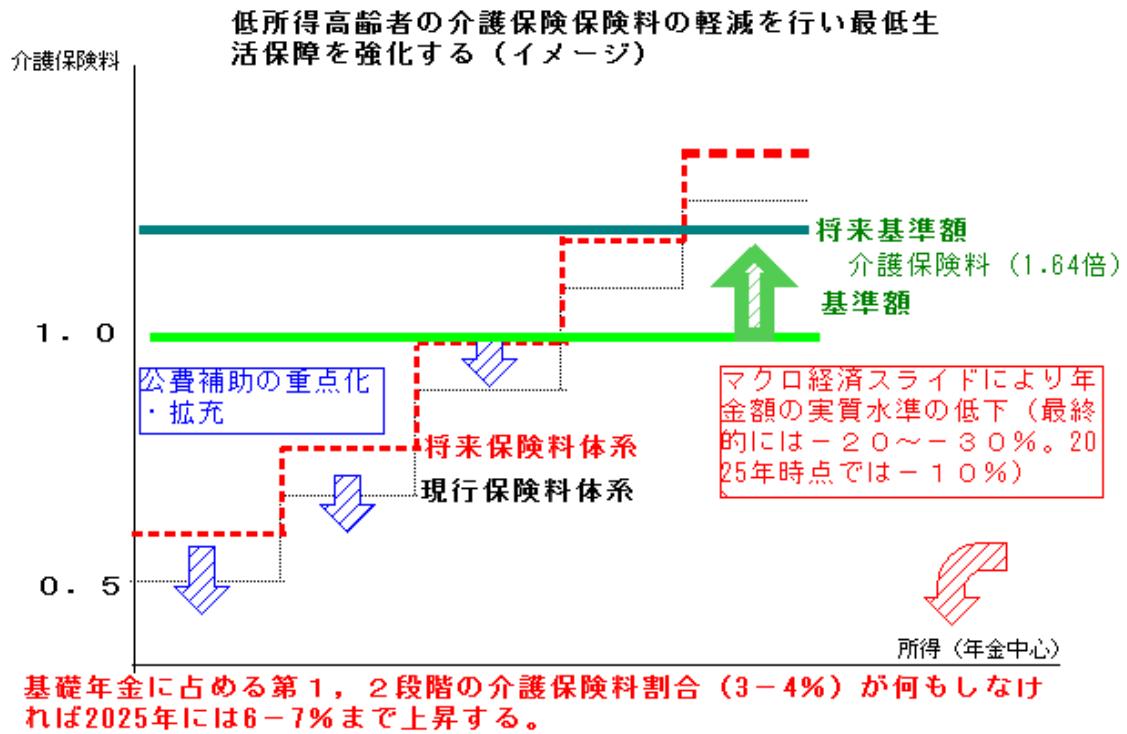
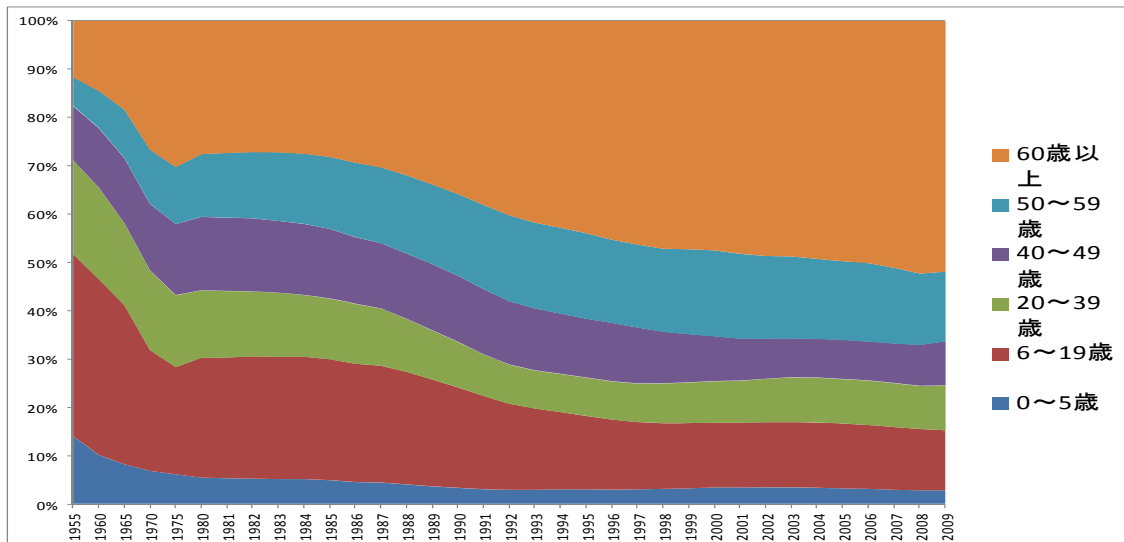


図2 生活保護受給者の年齢別構成比



- ・介護補足給付の見直し（保険給付ではなく、福祉給付としての対象の厳格化）

- ・高齢者の賦課対象額の拡大（公的年金等控除などの見直し）

2004 年時点で全国消費実態調査，国民生活基礎調査から推計すると 70 歳以上世帯の住民税非課税世帯率は 45%程度（相対的に高い住民非課税世帯ライン）

表 1

住民税非課税世帯と生保基準の比較

（単位：
万円／年
額）

	均等割		生活扶助基準	
	1級地	3級地	1級地-1	3級地-2
単身	100	93	103	80
夫婦のみ	156	137.8	159	123
夫婦＋子ひとり	205.7	168	211	166
夫婦＋子ふたり	255.7	209.7	250	200
高齢者単身	155	148	98	76
高齢者夫婦	211	192.8	149	116

- ・中高所得層高齢者の本人負担の引き上げ、給付範囲の見直し・効率化

2）困難を抱える世帯への医療面での支援

- ・難病の医療費助成・小児慢性特定疾患治療研究事業を財政的に持続可能で、公平・安定した公費負担医療制度にする。

- ・難病対策は、遅くスタートし拡充の波に乗り遅れ、40 年近く制度に見直しが行われず、また障害者福祉の陰に隠れて注目されてこなかった分野であり、財政、対象疾患などに多くの不条理な仕組みが残されている。安定財源を確保し、最優先で取り組む分野である。

- ・難病対策・難病の医療費助成の改革

- ・不条理を放置すべきではない：きわめて困難な状況を抱えて、生活における大きな制約、将来への希望を持てない人々を放置することは不条理であり、社会の成熟度が試される課題。

- ・個人のリスクの問題ではなく、人類にとって共有すべき課題：「希少・難治性疾患は遺伝子レベルの変異が一因であるものが少なくなく、人類の多様性の中で、一定の割合発生す

ることが必然」であり、「希少・難治性疾患の患者・家族を我が国の社会が包含し、支援していくことが、これからの成熟した我が国の社会にとってふさわしい」とされ、難病問題は個人のリスクではなく、必然的に人類社会全体で取り組むべき課題である。

・改革のポイント（厚生科学審議会疾病対策部会難病対策委員会「難病対策の改革について（提言）」2013年1月25日）より

- ① 効果的な治療方法の開発と医療の質の向上
- ② 公平・安定的な医療費助成の仕組みの構築
- ③ 国民の理解の促進と社会参加のための施策の充実

・小児慢性特定疾患医療助成改革

先天性の疾患など、本人の責によらない病気により、身体面、精神面、経済面で大変困難な状況に置かれ、将来の展望に不安を抱えている子どもやその家族への支援により、児童の健全育成に貢献できる。現行制度は、難病対策と同じ課題を抱えており、難病対策の改革と同様の対応で、財政的な安定性、持続可能性が高める必要がある。

参考「平成 21 年度税制改正法附則 104 条」

「消費課税については、その負担が確実に国民に還元されることを明らかにする観点から、消費税の全額が制度として確立された年金、医療及び介護の社会保障給付並びに少子化に対処するための施策に要する費用に充てられる」

論点

社会保障・税一体改革関連法が昨年成立し、消費税率の10%への引き上げが決まった。予定通り実施されれば、当面の社会保障財源の確保には見通しが立つ。だが、さらに中長期的な将来を展望して、年金、医療、介護などの社会保障制度をどう構想するのか。政府が昨年11月に設置した有識者による「社会保障制度改革国民会議」で、早急に議論する必要がある。

総人口に占める65歳以上の割合（高齢化率）は、2020年代に30%を超えると予想されている。75歳以上の割合も、団塊世代が加わることで、いずれは

社会保障国民会議

20%を超える。地方が急速に過疎化し、都市部で単身の高齢者が急増する。75歳以上の増加は医療・介護費を急増させ、地域によっては医療と介護のサービスの不足が大きな問題になる。

厚生労働省は、社会保障制度からの給付費の総額が現在の年約110兆円から、25年には約150兆円

療・介護費の抑制策が、当面の重要なテーマとなる。第2は、25年までに完成させる中期の改革だ。地域医療と介護の供給体制をどう再構築するかが大きな課題といえる。

第3が、25年以降の長期的な展望に立った社会保障の将来構想である。

この第3の時期をめぐる議論こそが、これまで最も

点的に使わざるを得ない。中高所得層に対しては、企業年金への加入などによって、自助努力で老後に備えることを促すべきだ。高齢者の定義も、見直しが必要になる。現在のように65歳以上を一律に高齢者と定義し、社会保障制度の受け手と扱うことはできなくなる。

特に、65〜74歳で意欲と

能力のある人には、社会の支え手に回ってもらいたくない。年金の支給開始年齢を67歳、あるいは68歳に引き上げることが不可避といえる。雇用や賃金の制度を変えるのに時間がかかるので、早めに議論を始めたほうが良い。

子育て世代が、仕事と家庭を両立できるよう、支援を強化することも欠かせない。短期的な効果は小さくても、長期的には人口高齢化の進行を遅らせ、経済成長率を高める効果が期待できる。

短期・中期・長期という視点で、社会保障の各制度を横断的に考えることによって、長期的に社会保障制度の持続可能性を高めることが可能になる。その場しのぎの改革ではなく、いまこそ踏み込んだ議論をすべきである。

中長期の視点不可欠



に勝らむと推計している。それ以降の見通しは示しておらず、若い世代の将来への不安をかき立てている。国民会議では今後、次のような三つの時期を考えた議論をすべきだ。

第1に、消費税が10%となる15年10月まで、短期的

にどんな改革を行うか。医療・介護費の抑制策が、当面の重要なテーマとなる。第2は、25年までに完成させる中期の改革だ。地域医療と介護の供給体制をどう再構築するかが大きな課題といえる。

第3が、25年以降の長期的な展望に立った社会保障の将来構想である。

能力のある人には、社会の支え手に回ってもらいたくない。年金の支給開始年齢を67歳、あるいは68歳に引き上げることが不可避といえる。雇用や賃金の制度を変えるのに時間がかかるので、早めに議論を始めたほうが良い。

子育て世代が、仕事と家庭を両立できるよう、支援を強化することも欠かせない。短期的な効果は小さくても、長期的には人口高齢化の進行を遅らせ、経済成長率を高める効果が期待できる。

2013 年 4 月 19 日

医療を中心とした特に財政面についての意見

株式会社日本総合研究所 西沢和彦

1、今日的な重要政策課題を踏まえ医療費統計の一段の整備を

多くの重要な政策課題は、限られた予算のもとでの、(1) 労働を主とした付加価値、(2) 中間投入（薬剤や医療資材など）、および、(3) 固定資本形成（病院建物や医療機器など）間の最適な資源配分と言い換えられる。もっとも、そもそも (1) ～ (3) がマクロで上手く把握されていない。現在、まず、「国民医療費」に薬剤費の統計なし。別途、審議会に対し事務局より提出されている資料はあるものの、別途民間から推計がなされている状況（後掲 図表 1、2）。

次いで、「国民医療費」に固定資本形成の統計なし。他方、OECD の **System of Health Account (SHA)** には、総保健医療支出の内訳として、保健医療サービスと並んで保健医療提供者の固定資本形成の項目あり。もっとも、記載されている数値は 8,117 億円 (2009 年)、対 GDP 比 0.17% に過ぎず（後掲 図表 3）。総務省「産業連関表」では医療・保健は 4.8 兆円の固定資本形成を計上。

2、現世代の負担増・給付抑制による将来世代の負担増幅・給付減幅の抑制を

社会保障制度改革において、現世代内の再分配構造見直しだけではなく、現世代の負担増・給付抑制によって、将来世代の負担増・給付減を緩和する視点が不可欠。世代間の公平性、制度の持続可能性から要請。例えば、70－74 歳の窓口負担本則適用、年金におけるマクロ経済スライド見直し、あるいは、仮に総報酬割を導入した際、浮くとされる国庫負担分の国債残高圧縮への充当（＝将来世代のツケ送り抑制）など。

そうした世代を明示した議論を進めるためには、当面、少なくとも次が必要。

(1) 財政健全化に向けた中長期の財政シナリオ。そこでは、プライマリーバランスあるいは財政収支黒字化に必要な追加的税負担も明記、(2) 年金における第 2 回財政検証の早期実施、(3) 後期高齢者支援金および前期高齢者納付金などを明示した健康保険財政の将来推計（年金のような長期でなくとも）。さらには、今後、米国の事例などを参照しつつ社会保険会計の確立（後掲 図表 4）。

3、健康保険制度とりわけ健康保険財政を可能な限り簡潔で分かりやすいものとすべく根本的な取組みを

現在の健康保険財政は、保険者が多種・多数存在するうえ、保険者間の財政調整、および、国・地方自治体からの公費投入などによって複雑化し、行政や一部の専門家を除き、制度の全体像を容易には把握困難になっていると考える（後掲 図表5）。負担に納得感が伴いにくく、効率化インセンティブも働きにくい。

そこで、社会保険料と税に関し、次のような原則に合意を得たうえで、健康保険財政を根本的に再構築。

社会保険料・・・負担と受益のリンクの追求（現在これが希薄）。但し一定の垂直的再分配は保持。社会保険料には医療サービスの価格機能を極力持たせる。保険者は国でなく医療提供者にモノを言い、医療提供者は、国ではなく保険者にモノを言う。

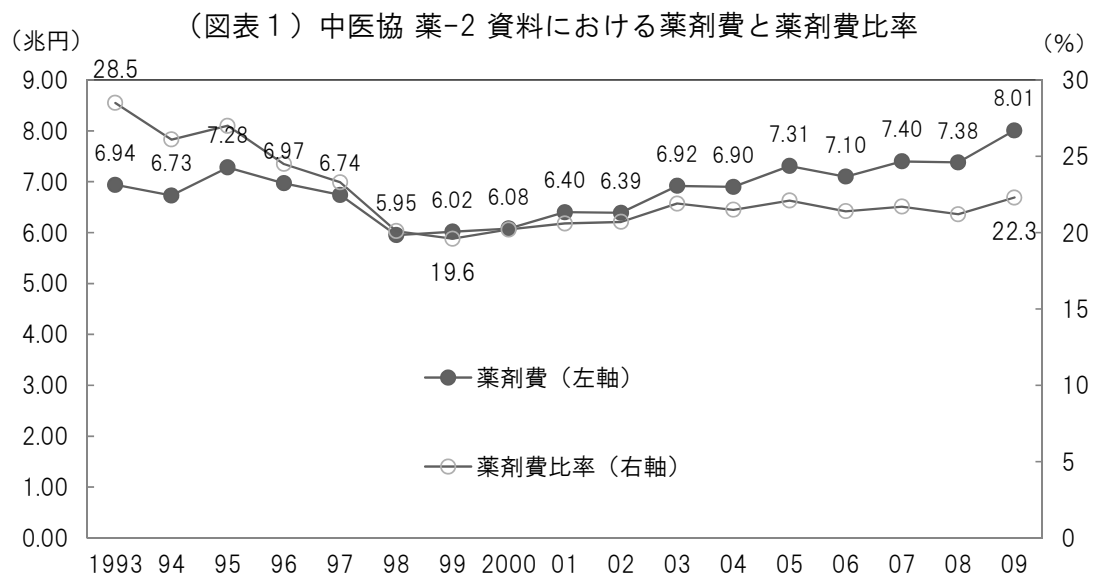
税・・・再分配。税は、保険者への定率の投入（現在、各社会保険法で規定）ではなく、所得や世帯人員など個々の家計の状況に着目し投入（そのためにも下記4が重要）。

このように、社会保険料、税それぞれに求められる役割を改めて明確にした上で、社会保障財政全体を再構築していくことが、「社会保障と税の一体改革」の重要な構成要素と考える。

4、保険料負担者・納税者の公平感への一段の配慮

改革が、総じて垂直的再分配を強める方向性のなか、「低」所得者が真に「低」所得者なのか否か所得捕捉の精度に関し、改めて点検がなされ強化が図られるべき。再分配を強めるからには公平感への一段の配慮が必要。捕捉の精度が上がることで、より効率的な再分配も可能に。

例えば、国民健康保険料（税）徴収のため市町村によって行われている「簡易申告」のあり方をはじめとする既存の税務行政のほか（市町村ごとの簡易な申告でいいのか）、社会保障・税番号制度を活用した金融資産所得捕捉の進め方など。



(資料) 中医協 薬-2(2012年6月6日)より日本総合研究所作成
 (注) 薬剤費比率は、薬剤費／国民医療費とされている。

(図表2) 薬剤費の試算—長澤(2012)試算
 (医療用医薬品のみ)

		(兆円)								
		2001年度	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
薬剤費		6.90	6.86	7.29	7.35	7.90	7.65	8.00	8.12	8.86
医 科	入 院	1.46	1.48	1.50	1.44	1.58	1.44	1.49	1.53	1.53
	入 院 外	3.25	2.96	3.04	2.90	3.02	2.83	2.75	2.63	2.99
歯 科		0.03	0.02	0.03	0.03	0.03	0.03	0.02	0.03	0.03
薬局調剤		2.17	2.39	2.72	2.97	3.27	3.36	3.74	3.93	4.31
薬剤費/国民医療費(%)		22.2	22.2	23.1	22.9	23.9	23.1	23.4	23.3	24.6

(資料) 長澤優「国民医療費に占める薬剤費の推計—2001年～2009年度—」政策研ニュースNo.36 2012年7月の数値を集計

(図表3) OECD SHAにおける固定資本形成

	対GDP比	(%) 総保健医療支出に占める割合
Netherlands	0.76	6.4
United States	0.73	4.1
Slovenia	0.64	6.9
Austria	0.62	5.6
Portugal	0.57	5.3
Canada	0.57	5.0
Slovak Republic	0.54	5.9
United Kingdom	0.50	5.1
Poland	0.49	6.8
Finland	0.49	5.3
Sweden	0.46	4.6
France	0.45	3.8
Denmark	0.43	3.7
Norway	0.43	4.4
Germany	0.42	3.6
Australia	0.39	4.3
Ireland	0.38	3.8
Italy	0.37	4.0
Korea	0.35	5.1
Estonia	0.28	4.1
Chile	0.28	3.3
Spain	0.28	2.9
Czech Republic	0.25	3.2
Israel	0.22	2.8
Japan	0.17	1.8
Hungary	0.17	2.1

(資料) OECD 'Health Data: Health expenditure and financing' より日本総合研究所作成

(注) 2009年の数値。統計のない8か国は除いた。

(図表4)米国の社会保険報告書(Statement of Social Insurance:SOSI)

公的年金		2012	2011	2010	2009	2008
収入(社会保障税)	現在の加入者(受給資格年齢到達)	847	726	672	575	542
	現在の加入者(" 未到達)	22,703	20,734	19,914	18,559	18,249
	将来の加入者	21,649	20,144	19,532	18,082	17,566
	合計	45,198	41,603	40,118	37,217	36,357
給付	現在の加入者(受給資格年齢到達)	9,834	8,618	8,096	7,465	6,958
	現在の加入者(" 未到達)	37,753	34,042	32,225	30,207	29,021
	将来の加入者	8,890	8,100	7,744	7,223	6,933
	合計	56,477	50,760	48,065	44,894	42,911
収入－給付(=open group measure)		-11,278	-9,157	-7,947	-7,677	-6,555

(資料) '2012 Financial Report of the United States Government' より抜粋

(注1)現在の加入者(closed group)+将来の加入者=open group。

(注2) 'closed group measure' は次のように計算可能。現在の加入者の収入－給付＝**-24,037**(10億ドル)。

(図表5)健康保険のキャッシュ・フロー(2010年度)

(兆円、%)

制度	収入	保険料	公費	国		交付金 後期高齢者	退職者 拠出金	その他	支出	給付	支 援金等	後 期 支 援 金	前 期 納 付 金	出 金 退 職 者	その他
				国	地方										
組合健保 (ウイット)	6.3 (100)	6.1 (98)	0.0 (0)	0.0 (0)	- (0)	0.0 (0)	- (0)	0.1 (2)	6.7 (100)	3.5 (53)	2.6 (39)	1.3 (19)	1.1 (17)	0.2 (3)	0.5 (8)
協会けんぽ	7.8	6.7	1.1	1.1	-	-	-	0.0	7.6	4.6	2.8	1.4	1.2	0.2	0.1
共済組合	2.2	2.1	-	-	-	-	-	0.1	2.2	1.2	0.9	0.4	0.4	0.1	0.1
国民健康保険	12.9	3.2	4.9	3.3	1.6	2.7	0.6	1.5	12.9	9.3	1.7	1.6	0.1	0.0	1.9
計	29.1	18.2	6.0	4.3	1.6	2.7	0.6	1.8	29.4	18.6	8.0	4.7	2.8	0.5	2.7

制度	収入	保険料	公費	国		交付金 後期高齢者	支出	給付
				国	地方			
後期高齢者医療制度	11.8 (100)	0.9 (8)	5.9 (50)	3.8 (32)	2.1 (18)	5.0 (42)	11.8 (100)	11.7 (100)

(資料)厚生労働省保険局調査課「医療保険に関する基礎資料」より日本総合研究所作成

「持続可能な社会保障制度」へ——現役・将来世代の目線からの改革

〈1〉若年世代が「納得」と「見通し」を持てる社会保障に

- 際限ない高齢者向け給付の増大は現役世代の生活設計を破綻させる
- 給付費を財政赤字（将来世代負担）で補うモラルハザードは許容外
 - 「現役世代の負担の限界」について早急に国民合意を形成
 - 「年齢別」から「経済力別」へ負担の原則を転換
（高齢世代とその他世代の負担を「公平」の観点から見直し）
 - 若年・現役世代の生活保障機能の強化

〈2〉「高齢期集中型」から「全世代対応型」へ転換を加速

- 皆保険・皆年金を維持するには「皆労働・皆参加」が必須
 - 若者に就労支援、現役世代に再挑戦支援、退職世代に地域参加支援
（地域包括支援センターの対象を要支援の若者・現役にも拡大）
 - 「世帯モデル」を 1970 年代型〈男性稼ぎ主＋専業主婦〉から 21 世紀型〈共働き夫婦＋複数キッズ〉へ
（就労抑制する税・社会保険制度は就労・育児を応援する形へ修正）
 - 被雇用者には原則として社会保険を適用。雇用者の責任を拡大

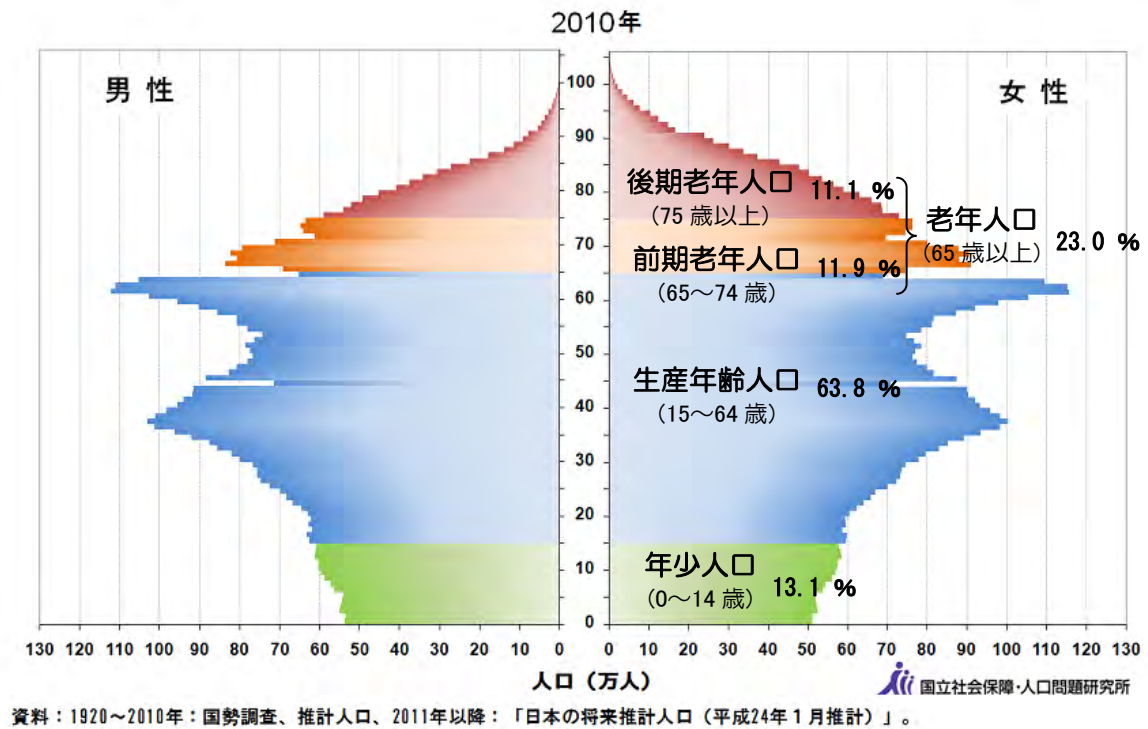
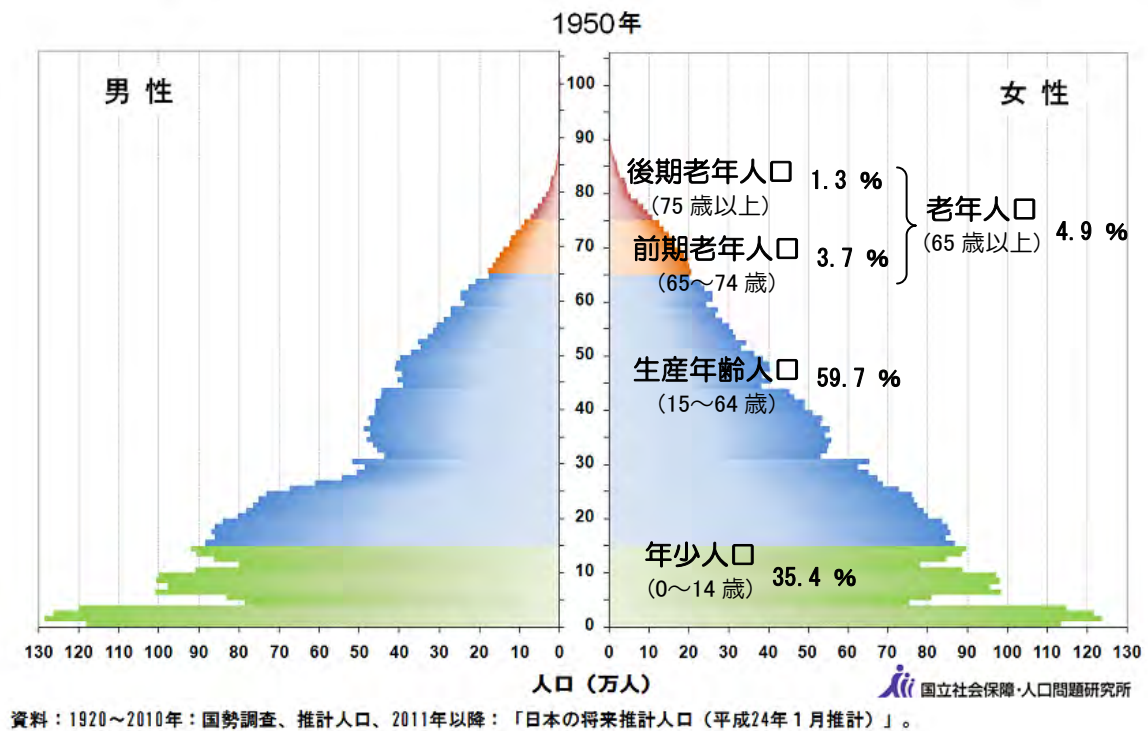
〈3〉高齢期の生き方を応援しつつ地域・社会貢献を引き出す工夫

- 引退後の引きこもりを予防し、地域の人的資源として活躍を促進
 - 年金受給開始時に自治体の「シニア学級」を原則受講（地域デビューの応援、生活自立技能の養成、世代間連帯を育む社会保障理解教育）
 - 自治体が各種サポーター養成講座の提供、地域貢献活動の紹介
（地域の助け合い活動を拡大し、保険のカバー範囲の見直し）

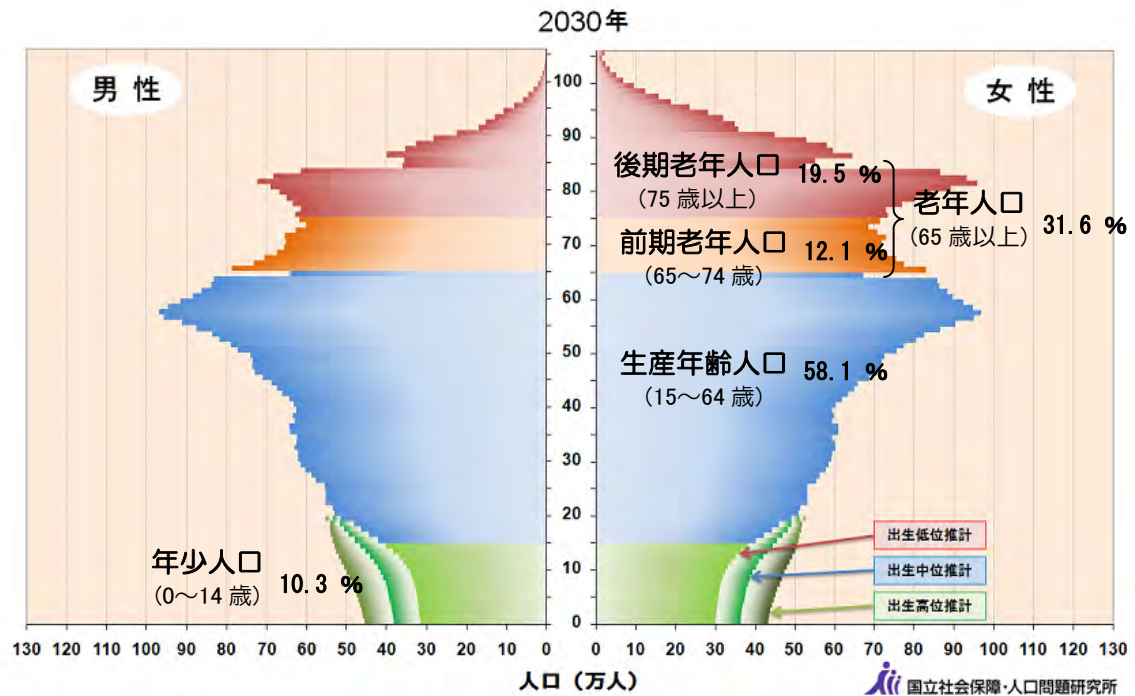
※ 緊急の課題として、保育所待機児童への対応強化（子ども子育て新制度の先行実施自治体などの支援）、生活困窮者への支援強化が必要。

榊原智子

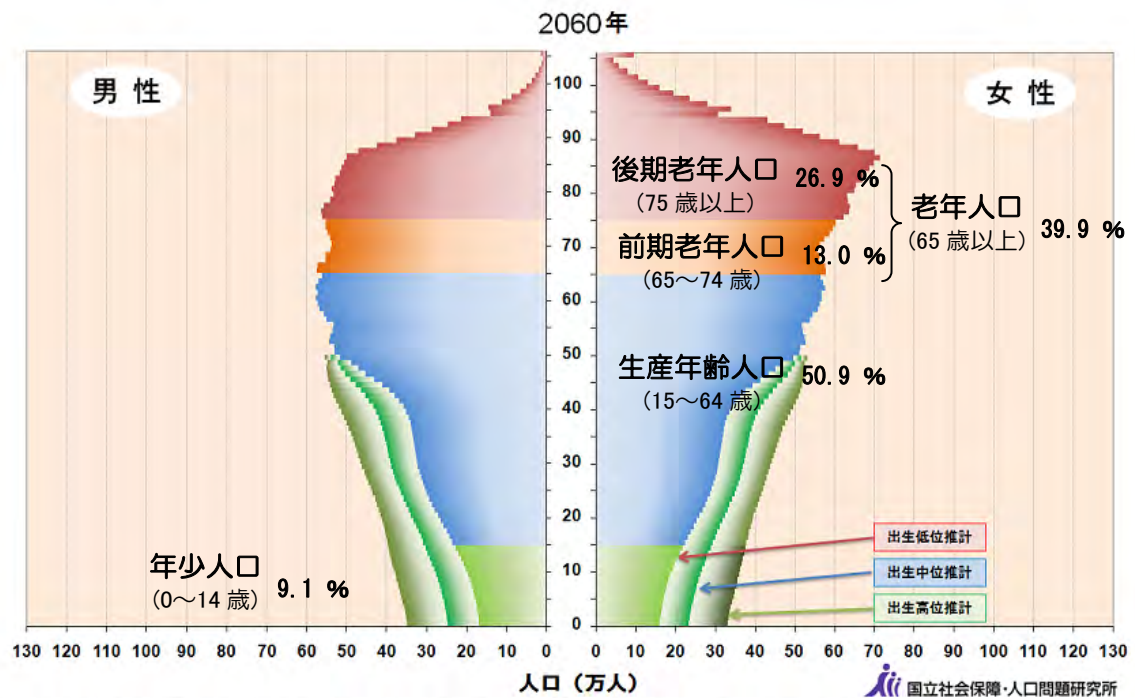
参考図表 人口ピラミッドの変遷



人口ピラミッドの変遷



資料：1920～2010年：国勢調査、推計人口、2011年以降：「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）」。



資料：1920～2010年：国勢調査、推計人口、2011年以降：「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）」。

東京・秋葉原の無差別殺傷事件に続き、22日にも東京・八王子で女性店員が殺害され、若者による通り魔事件が繰り返される社会への疑問を投げかけている。9年前に通り魔事件を起こした若者の軌跡をたどり、暴発を止められなかった理由を探る。

生活 ドキュメント 上

排除される若者

1999年9月8日、東京・池袋の繁華街。包丁と金づちを持って23歳の男が通行人を襲い、女性2人を殺害、6人を負傷させた。逮捕された住所不定、無職の造田博光(現年37歳、2007年に死刑確定、以下呼称略)は「仕事がなくてむしゃくしゃしていた。誰でもいいから殺そうと思った」と述べた。この事件で、29歳の長女を殺された宮岡誠也さん(74)はすべての公判を傍聴し、複雑な思いが残った。娘の命を絶った犯行は絶対に許せない。だが、そこに至るまでに、周囲の誰かが彼を救うことはできなかったのか。

造田は、岡山県瀬戸町(現在は岡山市に合併)の出身。両親がギャンブルで多額の借金をして失脚したため、生活できなくなった。高校を2年で中退し、大学生の兄がいた広島県福山市に移った。

しかし、親も学歴も住居もない18歳に「適した仕事」を手引きしてくる人はなく、勤め先を何度も替え、どこにも定着できなかった。

94年1月に兄の紹介で就いた最初の仕事はパチンコ店のホール係だった。ここをわずか1か月あまりで辞める。5月には岡山公共職業安定所で紹介されたビル管理会社の清掃員となったが、また2か月で辞めた。造船

居場所 見つけられない

業の下請け工場で塗装工として働いたものの、無断欠勤をして退社。以前のビル管理会社に勤めたが4か月で無断退社。この職場でもトラブルを起こしたわけではなく、「一度刻もせすまじめだった」と関係者は話す。仕事をやった後は3か月ほど目も当てられず、退社してからは、職場にすといパターンには、職場にとけ込まずに嫌気がさして辞めるといふ「人間関係の力の未熟さ」がのぞく。しかし、それだけが頻発する転

通り魔事件に共通項 親に頼れず職を転々

職の原因ではないと、専門家は見ると、パブル経済が崩壊し、広島県の求人倍率も91年の1・79倍から、94年には0・81倍に急激に下がっていた。「一時的な転職者でも職を探すのは難しく、高校中退、親なし、住居なしでは条件のいい仕事を探すのは難しかったはず。せめて卒業まで高校に残ることができれば正規雇用の職も見つかったのでは」と岡山公共職業安定所の野田博明さんは言う。

地元の製造業には、未成年の若者を採用し、一人前の職人として育て上げる「親分肌」の社長もいたが、そうした門戸も急速に狭まっていた。造田は四つ目の職場を去った後、兄のいた福山市を離れ、漂流を始める。兵庫県、愛知県、京都府、東京都などで仕事について

では、3か月で退職。その動機先の中には「秋葉原無差別殺傷事件」の加藤智大容疑者が最後に勤めた会社の名前もあった。造田と加藤容疑者には、共通項がある。そう指摘するのは東大准教授の本田由紀さんだ。「2人とも親に依存できず、仕事を転々とし、社会の中に居場所を見つけれなかった。社会から排除された存在だった」。

社会的排除 若者が、家庭崩壊、失業、職業技術の低さなど様々な理由から、貧困から抜け出せず、社会の中にならな居場所も見いだせない状態。社会的排除は英語でsocial exclusion。家族の崩壊が日本よりも早く広がったヨーロッパでは、1980年代から、若者の社会的排除が大きな問題になった。親の支えがなく生活基盤を失った若者に対し、自立や就業を社会的に支援する政策がとられている。

社会的制度が必要になっていく」と放送大学教授の宮本みち子さんは指摘する。6年羽で15の職場を渡り歩いた造田は、職のない時には駅や公園で寝泊まりしていた。「一生懸命努力しても、高校中退で日雇い(労働者)のような仕事しかしてない者は評価されない」と思っていた。調書の中で供述している。「ホームレスになるのを避けて必死に仕事についたのだらう。でも、単純労働は30歳を過ぎ

の10年間で崩れた。離婚や失業などで崩壊する家族。学校では不登校や中途退学が一環化。企業は、非正規雇用を増やした。社会の本流につながらず、不満と絶望を蓄積しながら漂流する若者たちが生まれている。この10年間で崩れた。離婚や失業などで崩壊する家族。学校では不登校や中途退学が一環化。企業は、非正規雇用を増やした。社会の本流につながらず、不満と絶望を蓄積しながら漂流する若者たちが生まれている。この

8人が死傷した「池袋通り魔事件」の発生直後の現場(1999年9月8日、本社ヘリから)



くらし 家庭

- 〈造田死刑囚の職歴〉
1994・1～4 パチンコ店(広島)
94・5～7 ビル管理会社(広島)
94・8～95・6 造船業下請け工場(広島)
95・7～11 ビル管理会社(広島)
96・2～6 家電工場(兵庫)
96・9～11 自動車下請け工場(岡山)
97・1～2 建設会社(愛知)
97・3～5 機械工場(愛知)
97・6～7 染め物工場(京都)
97・7～9 新聞販売所(東京)
97・11～98・6 自動車部品工場(愛知)
98・9～12 建設会社(愛知)
99・2～3 建設会社(愛知)
99・3～4 家電工場(愛知)
99・4～9 新聞販売所(東京)
(裁判資料による)
- 〈加藤容疑者の職歴〉
2003・7～05・2 警備会社(宮城)
05・4～06・4 自動車工場(埼玉)
06・5～8 メーカー工場(茨城)
07・1～9 運送会社(青森)
07・11～ 自動車工場(静岡)

新たな「国民皆保険」体制の構築へ

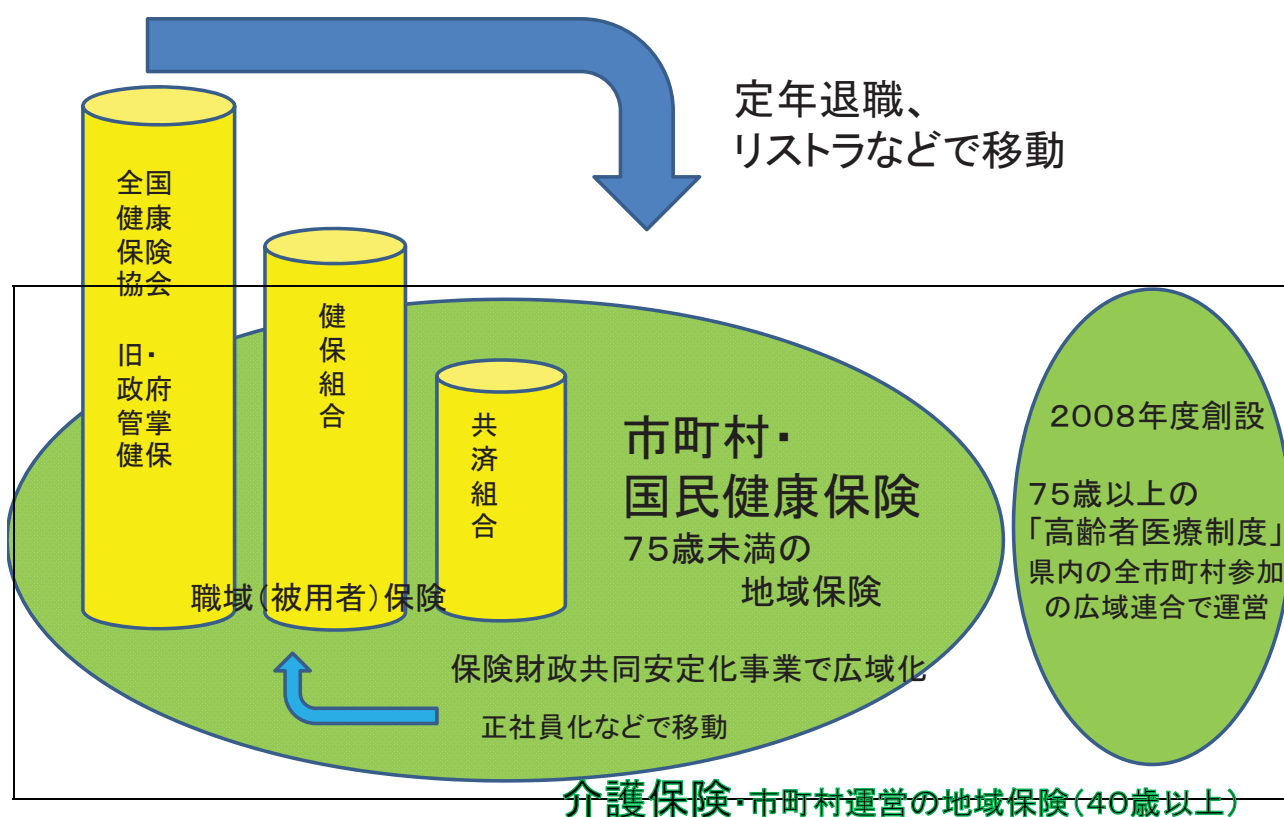
地域で創る
地域に適した
地域ぐるみの支え合い

(地域保険P2～7、地域医療・介護P8～14)

宮武 剛

1

国民皆保険体制の現状 (概念図)



市町村国保の保険者

全国1723保険者(2010年9月時点)

加入者数	一〇〇〇未満	三〇〇〇未満	五〇〇〇未満	一万人未満	一万人以上
保険者数	109	308	217	351	738
割合	6.3%	17.9%	12.6%	20.4%	42.8%
	24.2%				

東日本大震災の被災地では市町村国保は零細化が加速し、原発被災の福島県では多くの市町村国保が再建のメドさえ見いだせない。

3

市町村の将来推計人口 (2013年3月推計)

2010年
人口5千人未満 226 (総数の13.4%)
高齢化率40%以上 87 (5.2%)

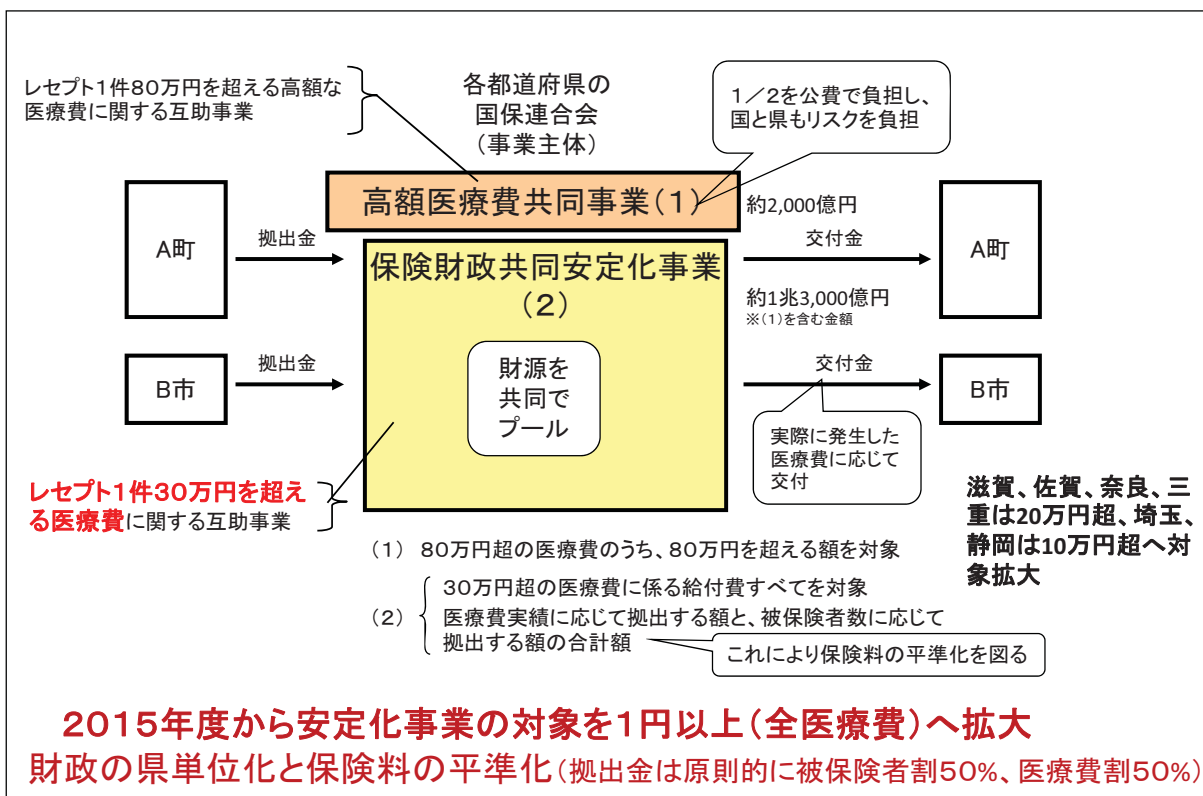


2025~2030年にかけて
1628市町村 (総数の96.7%) で人口減少
2040年
人口5千人未満 370 (総数の22.0%)
高齢化率40%以上 836 (総数の49.7%)

市町村「国保」の住民加入率は地方で平均4割、大都市部で3割程度
加入者1000~2000人程度の零細な国保が続出していく

4

市町村「国保」の保険財政共同安定化事業（イメージ）



同じ構造の地域保険の併存

都道府県の地域保険への参画は時代の要請

74歳までの市町村国保

保険財政安定化事業で「広域連合化」
1000~2000人程度の零細な国保の続出

75歳以上の
高齢者医療制度

県内の全市町村による「広域連合」
当初1300万人から2300万人へ

- ①市町村国保の財政は県単位化されるが、老人保健制度と同様に財政の“責任者不在”
- ②市町村は両方へ職員を配し、報酬改定、法改正のたびに両方で膨大なシステム改修費
- ③新たな地域医療計画（病院の抜本的再編成）、医療費適正計画などは都道府県で策定

都道府県には医療供給への統制力と地域特性に応じた診療報酬設定の一部権限が必要

医療は県(州)単位・介護は市町村単位

- デンマーク(人口552万人)
アトム(県)を廃止・**5カ所のレジョン**
(この広域行政区で医療を担当)
人口2万人以下の市(コミューン)は認めない
約1300市から78市へ
- スウェーデン(人口942万人)
ランスティング(21県)の予算の9割は医療・保健
市(コミューン)は約2500市から290市
- ドイツ(人口8250万人)・疾病金庫(健保組合に類似)
各種疾病金庫は1221から170
地区疾病金庫は269から15(原則・州単位)

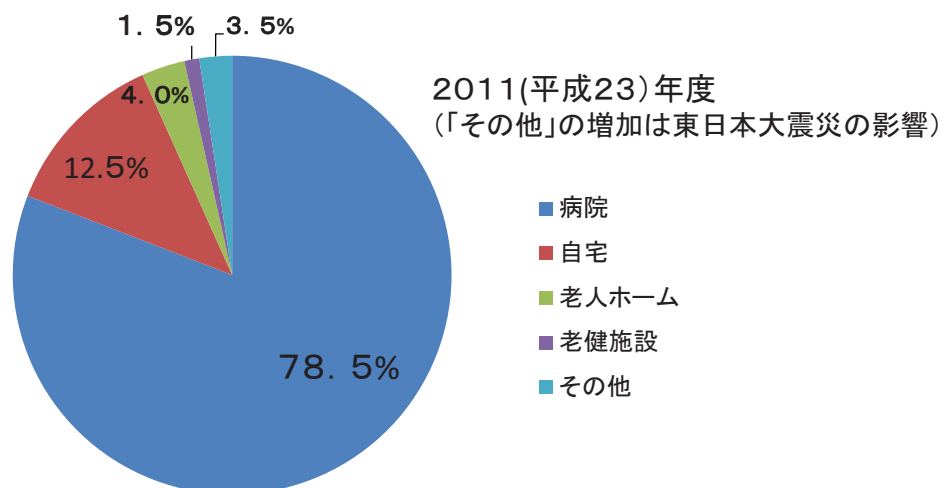
7

病院で生まれ、病院で死ぬのは幸せか

病院で99%強が生まれる

病院で78.5%が亡くなる(うち有床診療所2・3%)

看取りの場所(全国平均・総死亡数に占める割合)



少子・長命化＝高齢化の先行き

65～74歳人口は2016年の1761万人でピーク
その後は逡減していく(患者数も逡減)

75歳以上人口は2030年に2278万人で最初のピーク、
2040年代から再び逡増し、第2のピークは2055年の2401万人
(患者数も死亡者数も高止まり)

慢性期の疾患を抱え晩年を暮らす膨大な高齢者群

75歳以上の要支援・要介護者の認定率29・9%(2010年度)

総死亡者数 2011年で126.4万人 →2040年で166.9万人(推定)



過度の病院頼み・施設頼みからの脱却

「キュア」より「ケア」重視の生活支援と看取りの体制づくり

自宅死の多い地域・少ない地域

死亡総数に占める「自宅死」の割合(2011年度)

カッコ内は一人当たり医療費(国保+高齢者医療制度)の地域差指数(年齢補正後の全国順位)

- 1位 奈良県 17.2%(26位)
2位 東京都 16.1%(28位) ←2000年度 39位 12.2%
3位 兵庫県 15.7%(18位)
4位 大阪府 15.0%(10位)
5位 滋賀県 14.9%(25位)
(全国平均 12.5%) ←2000年度 13.9%

- 45位 北海道 8.7%(2位)
46位 大分県 8.2%(8位)
47位 佐賀県 8.0%(5位)

「長野モデル」の変貌

長野県2000年度・1位19.8% ~2011年度・11位13.6%(44位)

「在宅医療推進会議」の目標

自宅、非医療機関で看取り率25%

10

日本の医療 多い病床・長い入院・少ない医療職

	日本	オランダ	スウェーデン
総人口	1.27億人	1670万人	942万人
高齢化率	23.3%	15.6%	17.5%
医療体制	社会保険	社会保険	公費
いずれも国民に家庭医(GP)への登録を義務付け			

年間の外来

平均受診回数 13.07回 5.9回 2.9回

(75歳以上、32.95回)

(同、受診者では44.4回)

平均入院日数 18.5日

5.6日

3.8日

病院死亡率 78.5%

35.3%

42.0%

ケア付き住宅等 2.4%

32.5%

31.0%

自宅死亡率 12.5%

31.0%

20.0%

注・統計時点はそれぞれ異なる(オランダ、スウェーデンの病院死亡率等は中医協資料)¹¹

北欧の先行例

デンマーク

1988年 特養ホーム全廃宣言・「ケア付き集合住宅」へ

標準・50～65㎡の個室 自由な日常生活

入居者1人対職員1人弱の個別ケア

退院可能から2ヶ月超で受け入れ先のない場合は、

市(コミュン)が病院(「レジオン」広域行政圏)へ1日約3万円の罰金を払う

スウェーデン

1992年 エーデル改革・施設から「特別な住居」へ

法的な住居基準を満たし、一般住宅扱いで住宅補助の対象、

市が看護・介護サービスを提供する。

(サービスハウス、老人ホーム、高齢者住宅、ナーシングホーム、

グループホームなど)

退院可能で受け入れ先のない場合は市が入院費を病院(県)へ払う。

医療のスリム化と介護の拡充を基本戦略とする

12

新たな国民皆保険体制の再構築

「だれでも、いつでも、どこでも」
医療サービスを受けられる



だれもが信頼できる「家庭医」(総合診療医)
を持ち、その紹介で、いつでも、どこでも
専門医や病院を受診・入院ができる



医療は都道府県ごとに病院の再編成
介護は市町村で地域包括ケアの構築

医療機関の役割分担の促進

主に2次医療圏の地域特性に応じた

病院の再編成 入院へ特化・入院で成り立つ報酬・外来の縮小、
入院期間の短縮・受け入れ先の確保



地域ごとに「地域包括ケア」体制の構築

医療と介護の一体化

原則・全診療所の在宅療養支援診療所化(特に連携強化型、強化型の普及)
「家庭医」と介護保険上の「主治医」との一体化

この診療所群へ高齢者向け「家庭医・療養指導料」(仮称)の創設
(地域包括ケアへの参画を条件に高い定額報酬)

その契約を結ぶ患者に対する優遇策

70～74歳の自己負担1割 (直接、200床以上の病院受診は2割負担)

75歳以上の自己負担1割 (同 2割負担)

(就学後～70歳未満は紹介状なしの200床以上の病院初診は選定療養)

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

1

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

2

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)。

3

- 「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」

4

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。

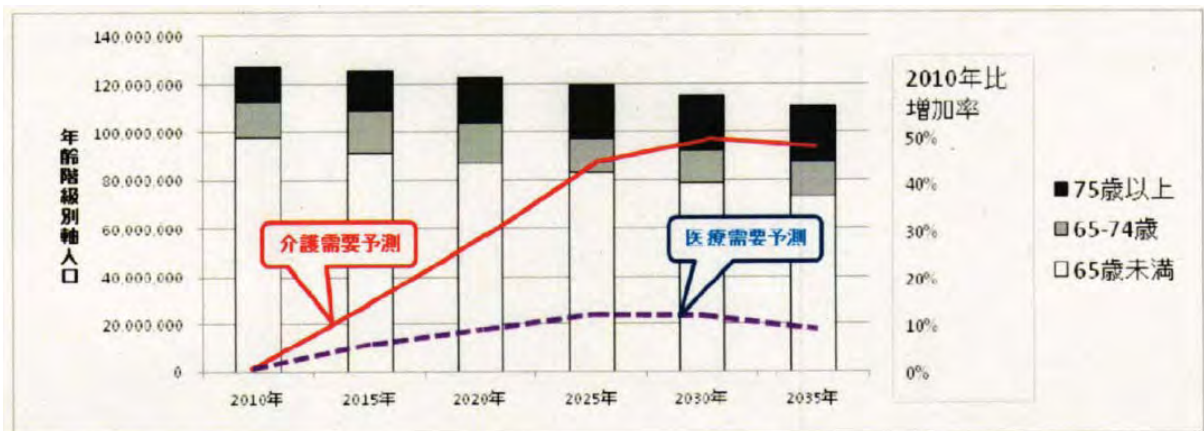
5

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。

6

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)

7

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。

8

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

9

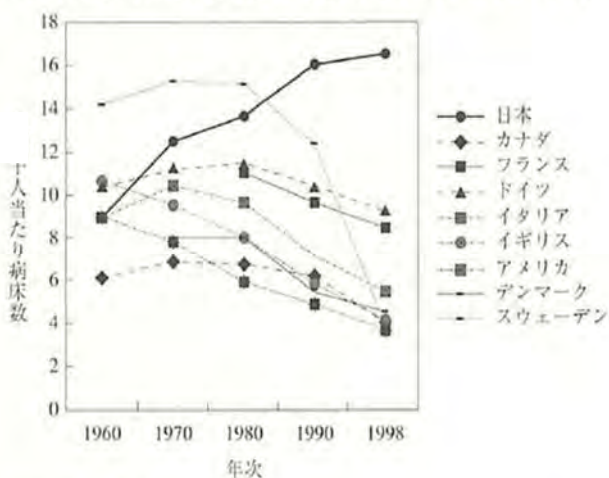
診療報酬による誘導の限界②

- 「日本の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。

10

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。

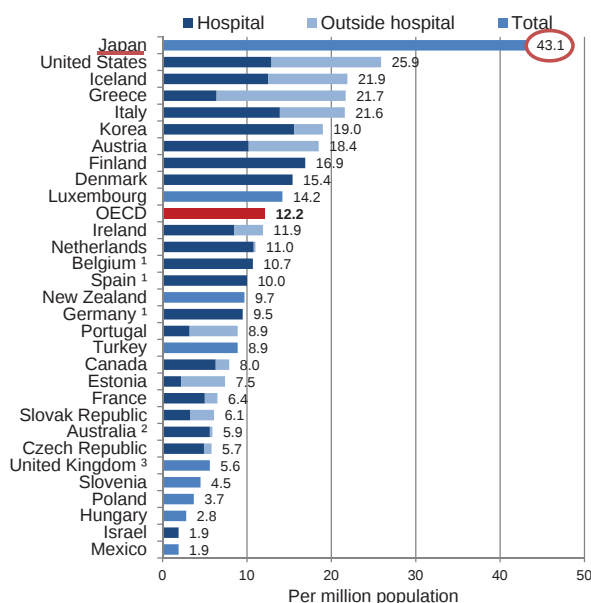
注) 病院病床数: *Health Data* 2001 における, Tot. in-patient care beds/1000 population.

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

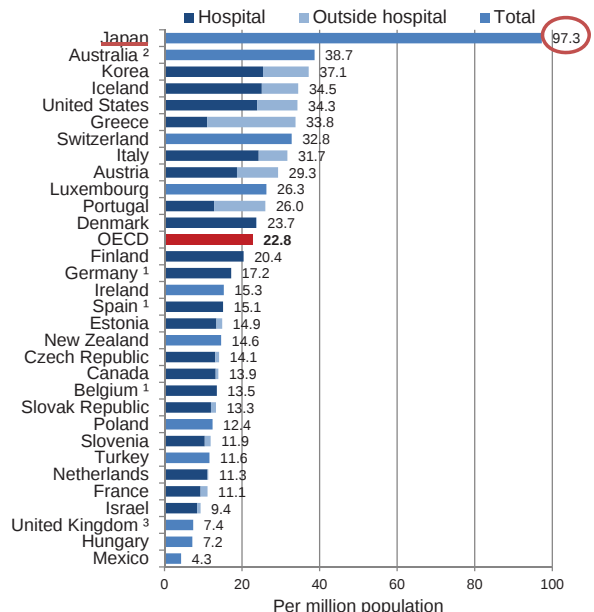
11

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.

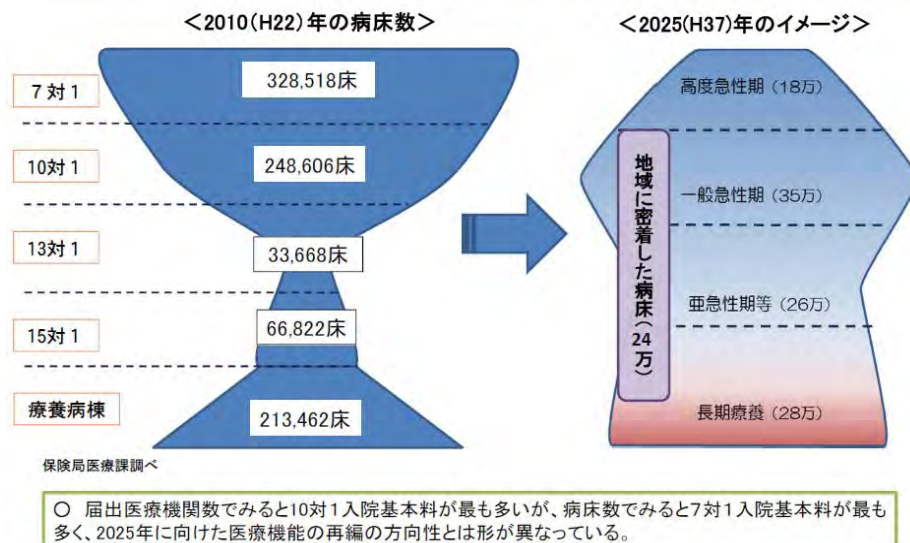
3. Any equipment in the private sector not included.

12

Source: OECD Health Data 2011

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



第6回社会保障制度改革国民会議配付資料 [社会保障に係る費用の将来推計について](#) 19頁

13

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。

14

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)



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。

17

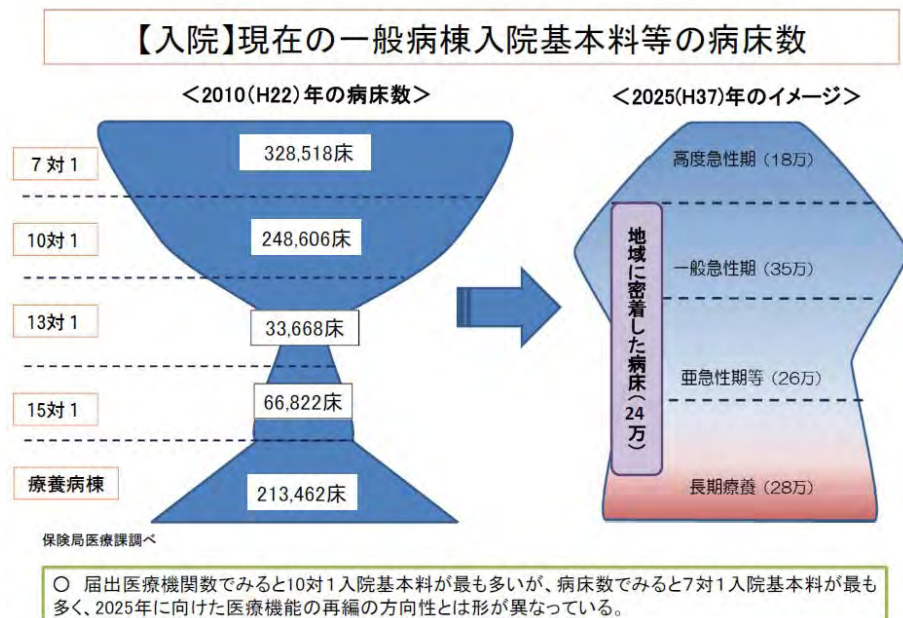
地域包括ケア計画の策定

- 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。

18

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



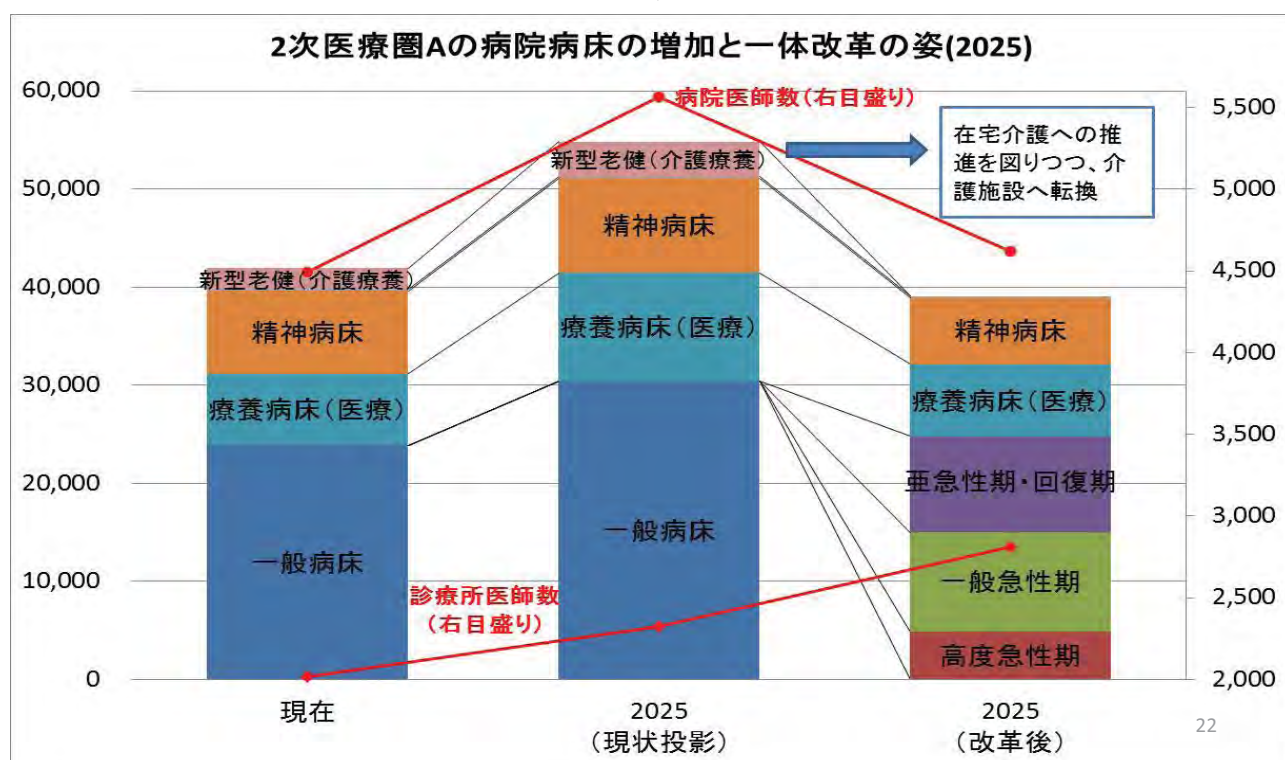
2つの2次医療圏の 人口の現状(2010)と2025年の見通し

	総人口	65歳以上		75歳以上	
	(万人)	人口	割合	人口	割合
		(万人)	(%)	(万人)	(%)
2次医療圏A					
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
2次医療圏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)					

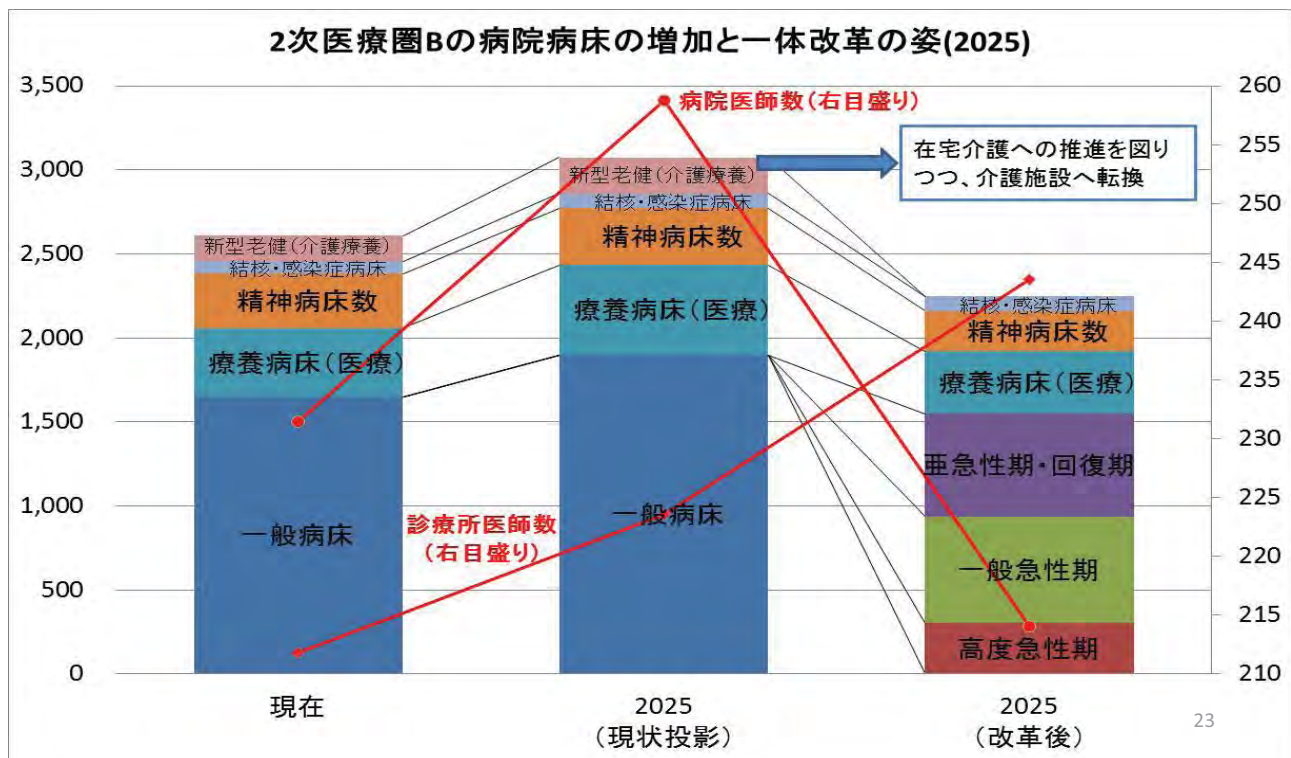
2つの2次医療圏の医療提供体制

<病院病床数>		病院所在地		患者所在地推定		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	23,868	1019	13%	7%	21114	901.0835	704
	2次医療圏B	1,850	450	22%	47%	2412.97	857.8078	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			
2次医療圏A								
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	2018						
	看護師(准看護師含む)	2874						
2次医療圏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	212						
	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)



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。

25

- 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。

26

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。

27

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。

28

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。

29

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	2025年	改革後増加率 (対現在)
			(現状投影)	(改革後)	
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

31

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。

32

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ある。
- 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。

33

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

34

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

35

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。

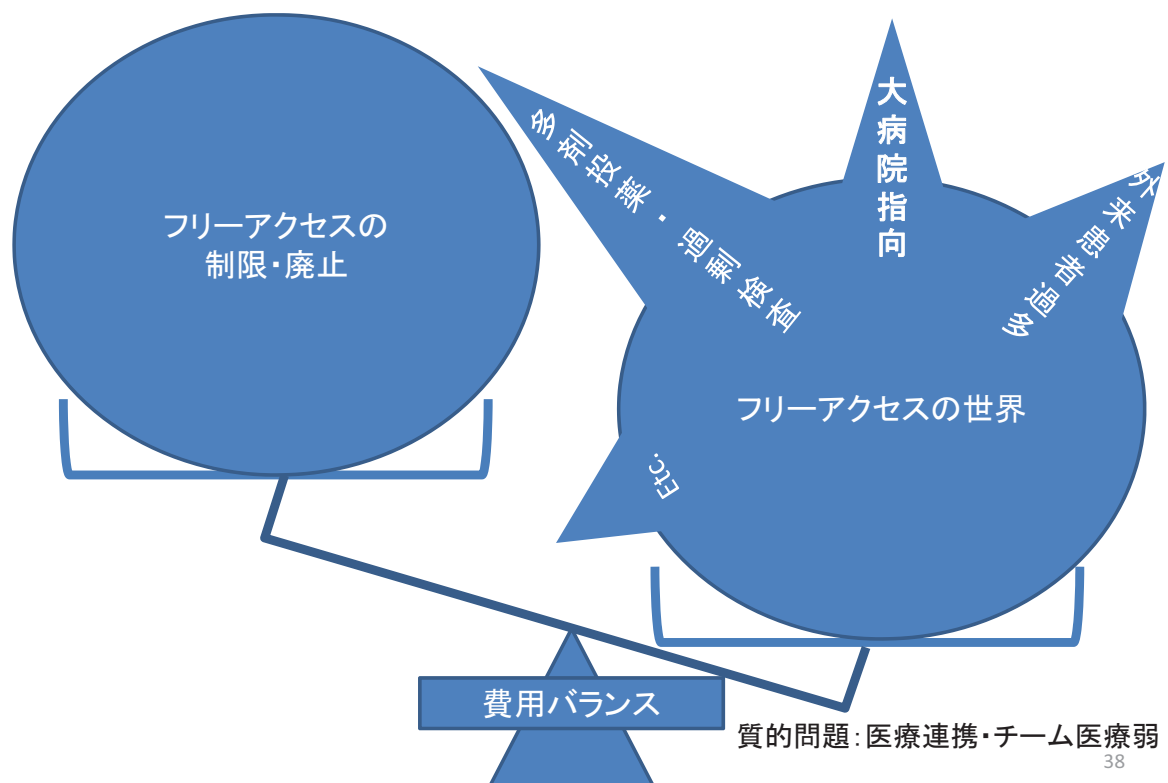
36

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。

37

フリーアクセスの制限 or 課題毎の対応



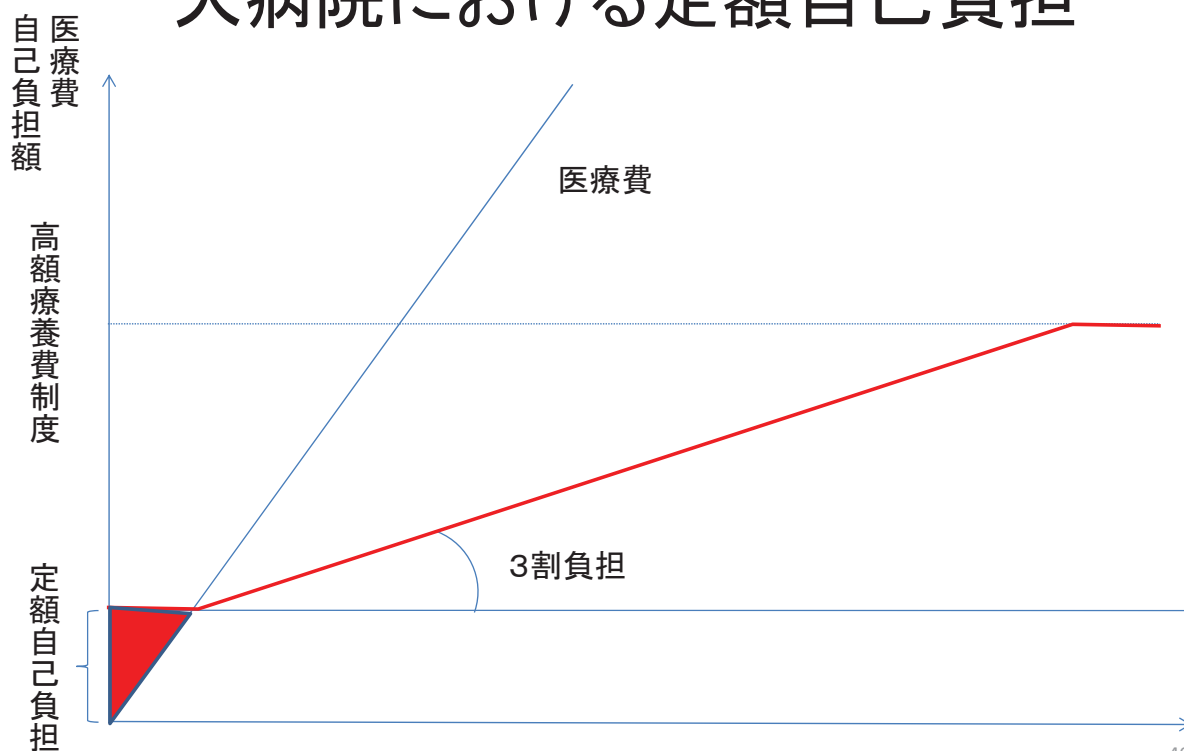
38

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あり。
- ・ 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。

39

病診機能分化・連携と 大病院における定額自己負担



40

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

41

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

42

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い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。

43

「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います。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。

44

- － 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い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。

45

- － 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。

46

- 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ればと思っております。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。

47

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

日本 (2009)	8.2% ^{※1} 労使折半
フランス (2008)	13.85% ^{※2} 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%)
ドイツ (2009)	14.6% ^{※3} 労使折半

※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

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)

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 (%)	うち被保険者負担 (%)	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	31.200	15.600	50.0	50.0	6,103,734
2	31.200	15.600	50.0	50.0	2,825,461
3	32.000	16.000	50.0	50.0	3,857,739
4	42.000	21.000	50.0	50.0	6,801,378
5	43.500	21.750	67.5	32.5	9,039,661
6	44.000	22.000	50.0	50.0	5,733,272
7	44.000	22.000	50.0	50.0	6,506,243
8	44.000	22.000	61.5	38.5	12,193,524
9	45.000	22.500	60.0	40.0	12,303,924
10	45.000	22.500	75.6	24.4	8,337,996
11	45.000	22.500	60.0	40.0	8,542,935
12	45.000	22.500	50.0	50.0	5,203,996

※ 保険料率には、調整保険料率を含んでいる。
※ 平均金又は負担割合を算入すること、保険料率を低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 (%)	うち被保険者負担 (%)	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	96.200	53.670	55.8	44.2	4,955,926
2	96.200	54.690	56.9	43.1	5,213,539
3	95.930	52.710	54.9	45.1	5,832,881
4	95.890	50.445	52.6	47.4	5,197,633
5	95.730	60.480	63.2	36.8	3,823,252
6	95.640	53.360	55.8	44.2	3,995,283
7	95.620	50.310	52.6	47.4	4,345,934
8	95.400	53.220	55.8	44.2	3,735,460
9	95.380	50.190	52.6	47.4	3,893,184
10	95.360	60.228	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。

資料 I - ⑤

健康保険組合平均 (15年度組合: 20年度組合)	
保険料率 (標準平均)	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。 ※ 平均標準報酬月額×1.2ヶ月×平均標準費率 (年間)	

49

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。

50

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。

51

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と、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。

52

- 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)

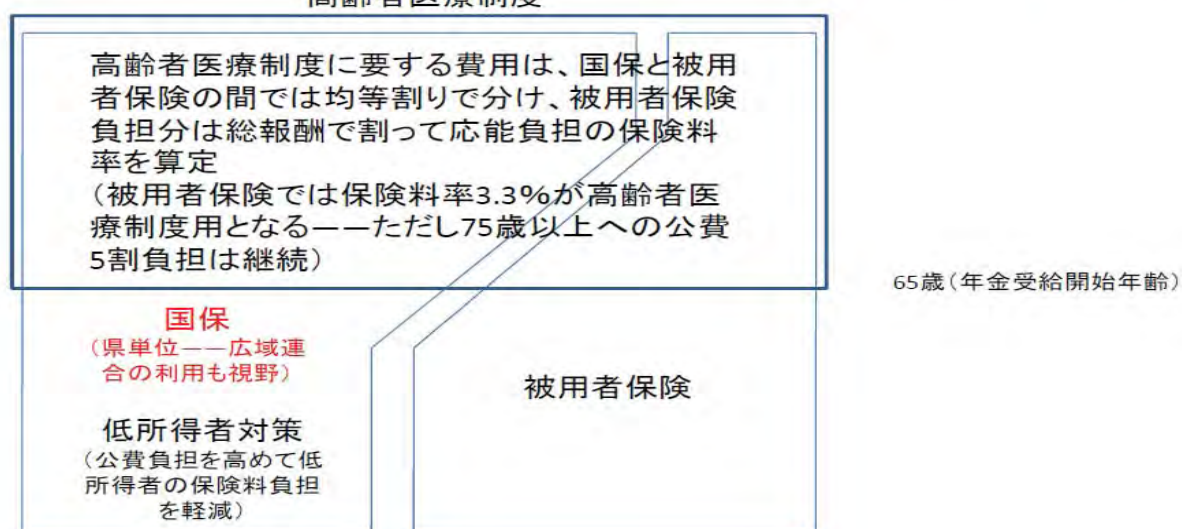
- 国保というのは県単位で考えていくという京都府の知事もおっしゃられていた形で進んで良いのではないかと考えておりました、できれば国庫負担を投入するということであるのならば、この国保に直接国庫負担を投入して、可能な限り低所得者の負担を軽減するような仕組みで国庫負担を投入していくという方が優先順位が高くなっていく。この前のように高齢者制度の前期のところに国庫負担2.4兆円を入れるということは将来あるとしても、優先順位は かなり低い話ではなかろうかと思っております。

53

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をしておく。

高齢者医療制度



54

* 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

55

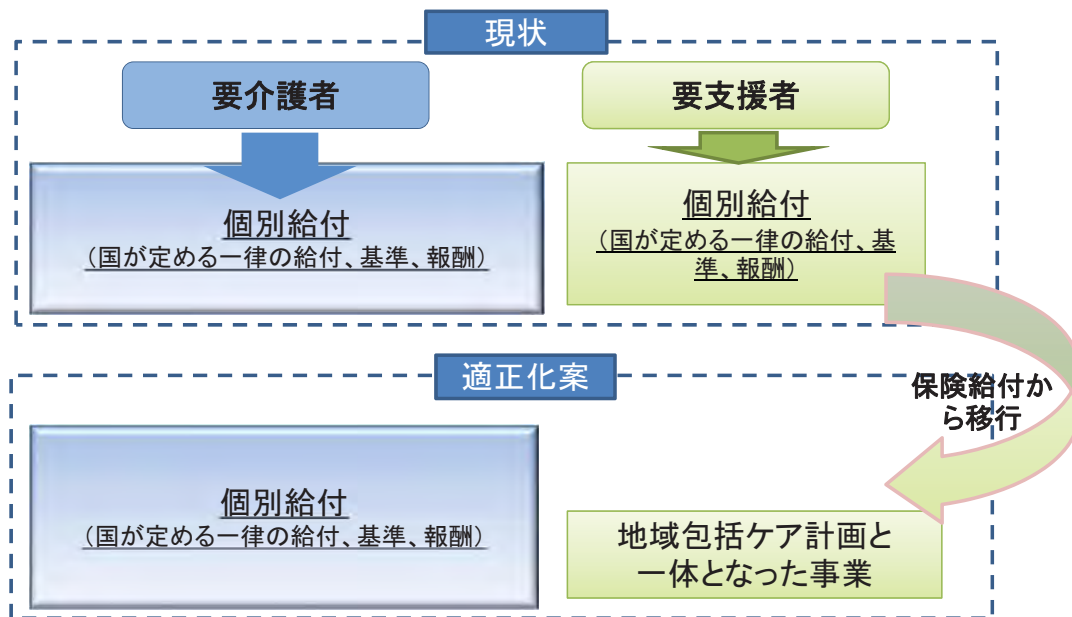
介護保険改革の必要性

- 『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。

56

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



57

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。

58

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しまうている。

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

負担軽減の対象となる低所得者		主な対象者
	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

61

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。

62

なぜ、競争ではなく協調なのか

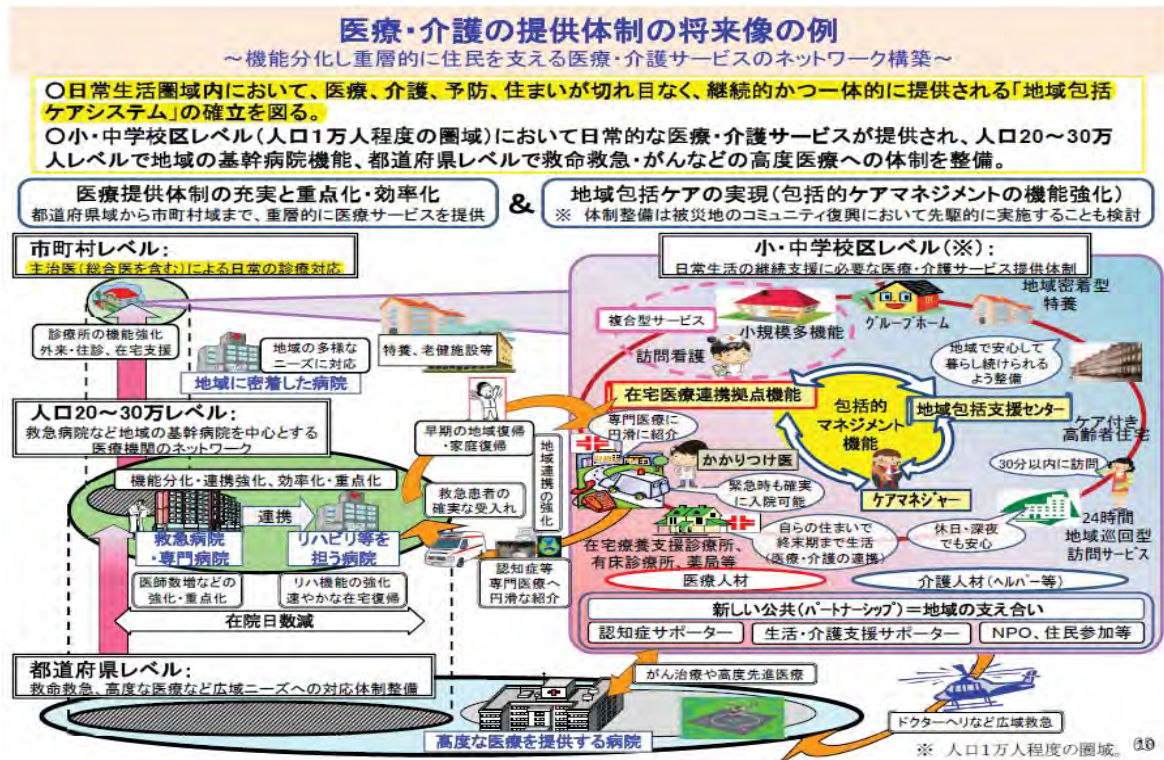
- 個々の経営体が競争する状況下では、機能の分化はおろか、仮に機能分化ができたとしても連携は困難——診療報酬によって利益誘導できる話ではない。
- 量的拡張を目指す時代には、競争は有効だった。
- しかし、量的には整備された段階でも、今までのような競争を続けていけば、囚人のジレンマ状況に陥って、みんなが辛い状態の均衡に陥る——いや、陥っている。

63

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って、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



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

医療提供体制について、日本は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ところがある。それは医療サービスに反響する提供体制の整備である。この医療的課題に、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「社会保険制度改革国民会議」では、社会保険・税一体改革の中で示された社会保険充実のための2・7兆円のうち、まだ内容が固まっていない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
とで税取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補うのに投入
される一兆円は、またしても、提供体制
の改革に使われるはずの、0.6兆円の
支出先があいまいなままである。

正確には、目標とする数字は必ず
である。2008年の「社会保険
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

削減されている。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だが、このうちの約0・6兆円は清野氏の発言が元々込まれている。残りの約0・7兆円は構造改革での平均年産10%の増産などによる減産により捻出される。

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、一国の一人当たり
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

よる安全保障の下では、診療報酬の交渉の場が集約化され、たゞ、玄弘は、医師会と強い交渉力を持つに至り、医療機関をばく抑えするからである。ところが診療報酬委員制の中、親方に目の丸を握っていない民間の医療機関は相手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ているコストパフォーマンスを達成して来た。

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即しては限界があった。ある診療科のみを普及や、ある提供体制の整備を狙って高めの点数を設定するなど、その方向に医療機関が一齐に動きまわるといった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、それまで高齢を進めてきた急性期医療は高齢者には不向きであることが判断された。1970年代末から病床を減らしてきたのに、日本だけが削減され、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

【参考文献】

權丈善，

慶応義塾大学 商学部 教授

経済を眼



んじょう・よしかず ●1962年
生まれ。2002年より現職。社会
党国民会議委員、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
る特別会議委員、社会保障制度改
革国民会議委員、審議会「两分配
の政治経済学」シリーズ(1
)などがある。

「おるべき医療・介護」という言葉が使われるようになるのは、皇政権の下2008年に開かれた「社会保険国会議」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「第三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、過労労働が常態化している。この現状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

機關の果たすべき機能を明確にした
うえでその連携が必要。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真意が描かれた。この青空真は、二つの意味を持っていた。

一つは、国民に対する一種の「見
積書」の役割である。当時、青雲堂
の實現に必要な費用のシミュレーシ
ョンが行われ、それは民主党政權下
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。

医療政策の軸としては、西欧のように国立と自治体立の病院等（公的所有）が中心であるのと異なり、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じる医療提供者たちから認識している。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、公営員）が相手であれば、政府が強制力をもつて改革ができる。西欧では医療二大の變化に伴う改革を遂行して実現してきた。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、戦後の国家費之前に民間にサードセクターを順次立ち上ることを図った日本では、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「ミレニウムプラン」がこの国に生まれたのであり、ああ、歩き疲れた他国にはない、必死性が低い。

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つた。だが、意志と能力に欠ける前政権は、その政策努力を怠つてゐた。

この段階で「社会保障制度改革国民会議」が決定した。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論の法律が成立し、公費追加による給付の確保もなされている。それとは対照的に、消費税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かは、いまだ法的・制度的な基盤が立っていない。

病床の機能分化も医療機関の選定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。

もろくき医療といふの国民会議

【全國認證】

權丈善，

廖店嘉懿大学商学院教授

経済を眼



さんじょう・よしかず ● 1962年
生まれ。2002年より現職。社会
党国民会議議員、社会保障審
議会委員などを歴任。現在、厚労
省の社会保障の政策推進に關する
の社会保険の政策推進に關する
の調査研究員、社会保障政策
研究員、著書に「二分法政策
の政治経済学」シリーズ（1～

医師国保への補助金、不公平？(下)- 慶
大・権文氏の提示する未来

「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無い」と切り返すのは、慶大商学部教授の権文善一氏だ。「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。【大島雄子】

■財政補助理論の性一支出能力に応じた社会保険の原則

「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。

権文氏が強調するのは、「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、資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、別に理由がある。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う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、権文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もののが医師国保。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、法人化したしり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療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と赤字が続き、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、**ぜい健保組合の世界に打って出てほしい**」。権文氏は、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懸かっている。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。

[illegible]

(・その他、地方公共団体、国、県、市、町、村、支庁、市町村合併など)

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つくることできる＝表、**クリックで拡大**＝。

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づ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が迫られることになりそうだ。



Copyright(c)2013 CareerBrain Co.,Ltd. All Rights Reserved.

掲載内容の無断転載・再配布は固く禁じます。

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	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	14
1. TPPに参加したアメリカは日本医療に何を要求しているか？	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てならない2つのことは？	23
第3章 医療の営利産業化より医療関連産業の強化を	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. 皆保険制度のものと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	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。

『週刊社会保険』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③/①③/②
国保組合	市町村民税課税標準額	217万円	316万円	12.5万円	2.5%
医師	市町村民税課税標準額	644万円	795万円	13.2万円	1.3%
歯科医師	市町村民税課税標準額	514万円	324万円	12.3万円	2.4%
薬剤師	市町村民税課税標準額	221万円	320万円	13.3万円	2.6%
一般業種	市町村民税課税標準額	125万円	204万円	15.6万円	4.3%
建設	市町村民税課税標準額	71万円	133万円	10.9万円	4.1%
市町村国保	旧ただし書所得	79万円	263万円	8.3万円	4.1%
協会けんぽ	収入(総報酬)	216万円	102万円	8.9万円	4.1%
健保組合	収入(総報酬)	293万円	154万円	9.1万円	3.1%

(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＋基礎控除を越える所得控除(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³⁰。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。

³⁰ 横山善一：「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—

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

医療需要ピークや医療福祉資源レベル の地域差を考慮した 医療福祉提供体制の再構築

国際医療福祉大学大学院教授

高橋 泰

(今回の話の骨組み)

I. 今後の人口変動をどのように捉えるべきか

I-①わが国全体では、若年層が激減、高齢者が急増

I-②地域により人口変動のパターンが大きく異なる

I-③大都市、地方都市、過疎地域に分ける

II. 医療福祉の再構築にむけて

II-①地域により医療需要ピークが大きく異なる

II-②地域により医療福祉資源レベルが大きく異なる

II-③各地域の医療需要ピークや現在の資源レベルを

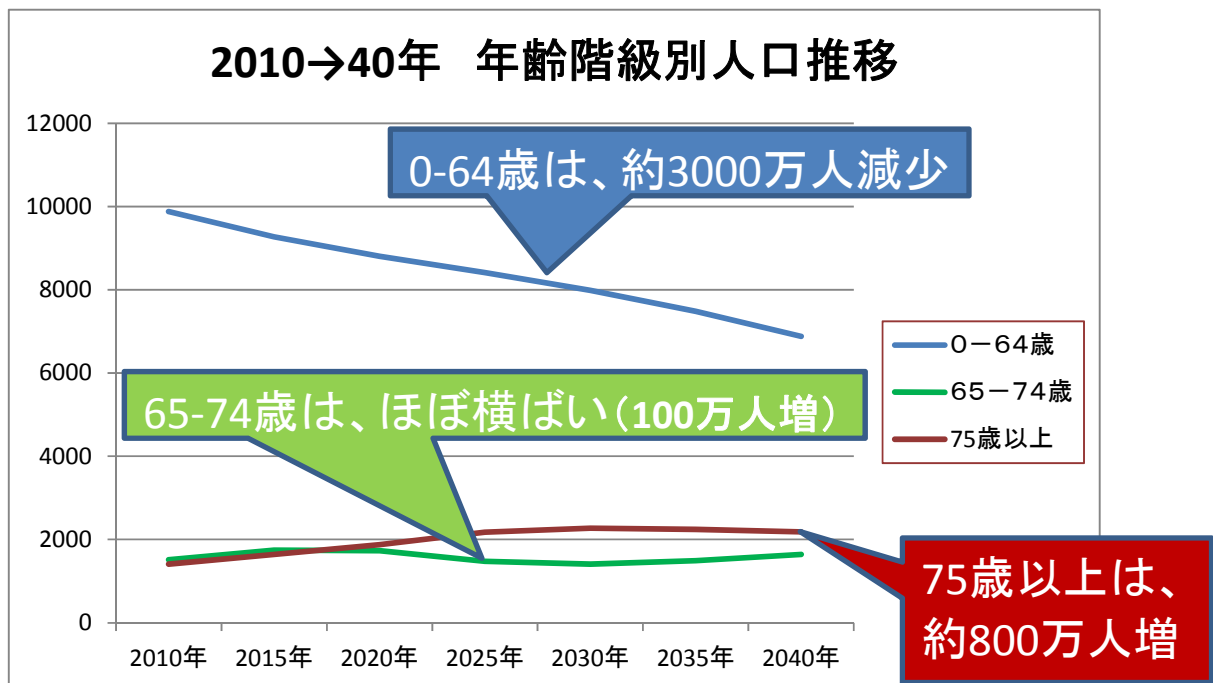
考慮した医療福祉提供体制の再構築

I. 今後の人口変動をどのように捉えるべきか

I-①わが国全体では、若年層が激減、高齢者が急増

	2010年	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年	(単位: 万人) 2010→40 年の増減
総人口	12806	12666	12413	12070	11667	11219	10707	-2099
0-64歳	9881	9271	8802	8414	7983	7479	6876	-3005
65-74歳	1517	1749	1733	1478	1406	1495	1645	127
75歳以上	1407	1646	1878	2178	2277	2245	2186	779

(2010年人口は平成22年国勢調査、2015年以降人口は国立社会保障・人口問題研究所 市区町村別将来推計人口 平成25年3月推計)

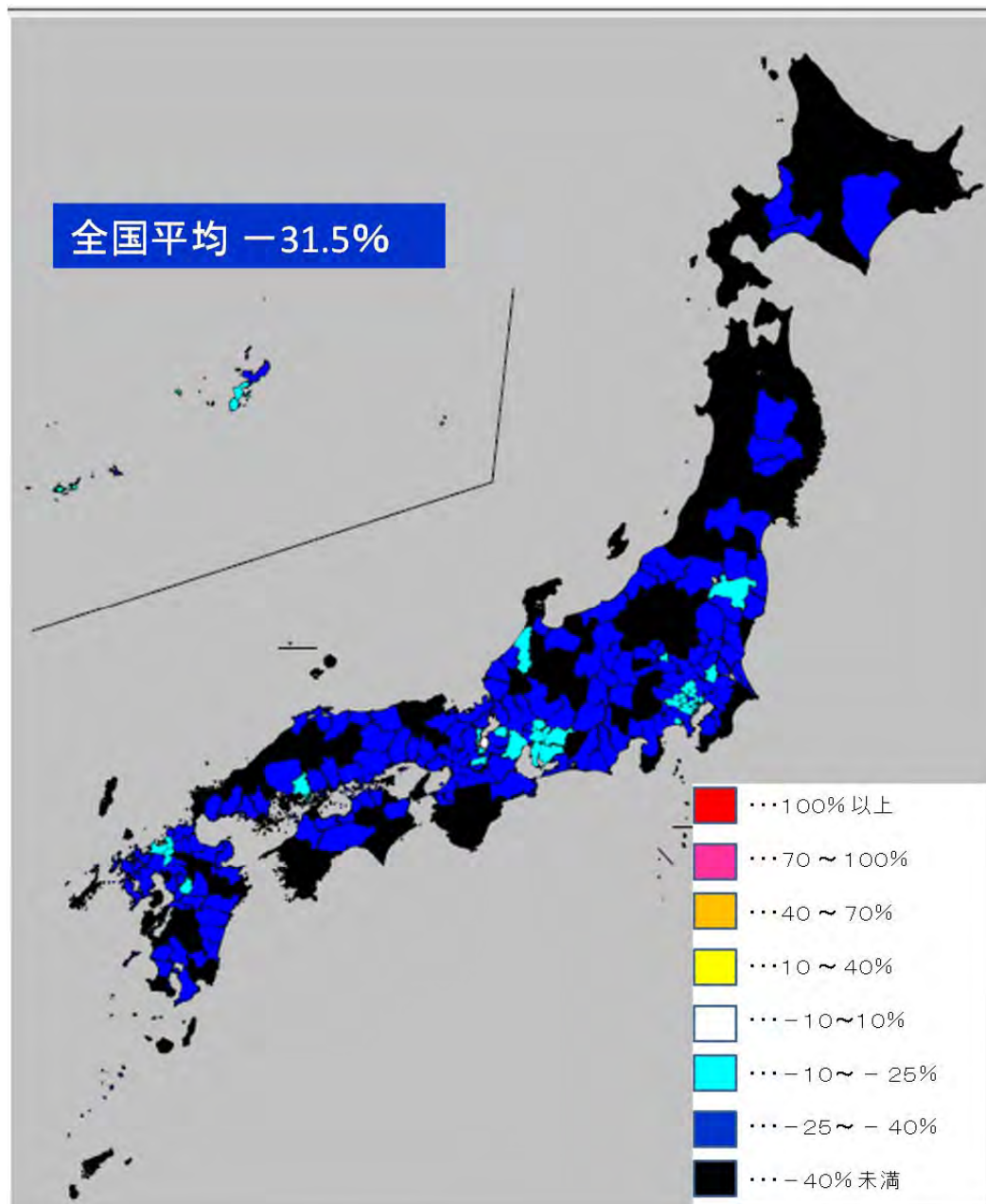


- ・ 0-64歳は、2010→40年にかけて、一貫して減り続け約 **3000万人減少** する
- ・ 65-74歳は、2010→40年にかけて、ほぼ横ばいで約 **100万人増加** する
- ・ 75歳以上は、2030年まで増え続け、その後ほぼ横ばいで、約 **800万人増加** する
- ・ 国全体は、若年層が3000万人減、高齢者が900万人増で、約 **2100万人減少** する

◎今後30年、75歳以上は急増だが、0-64歳の大幅減で、総人口2100万人減少

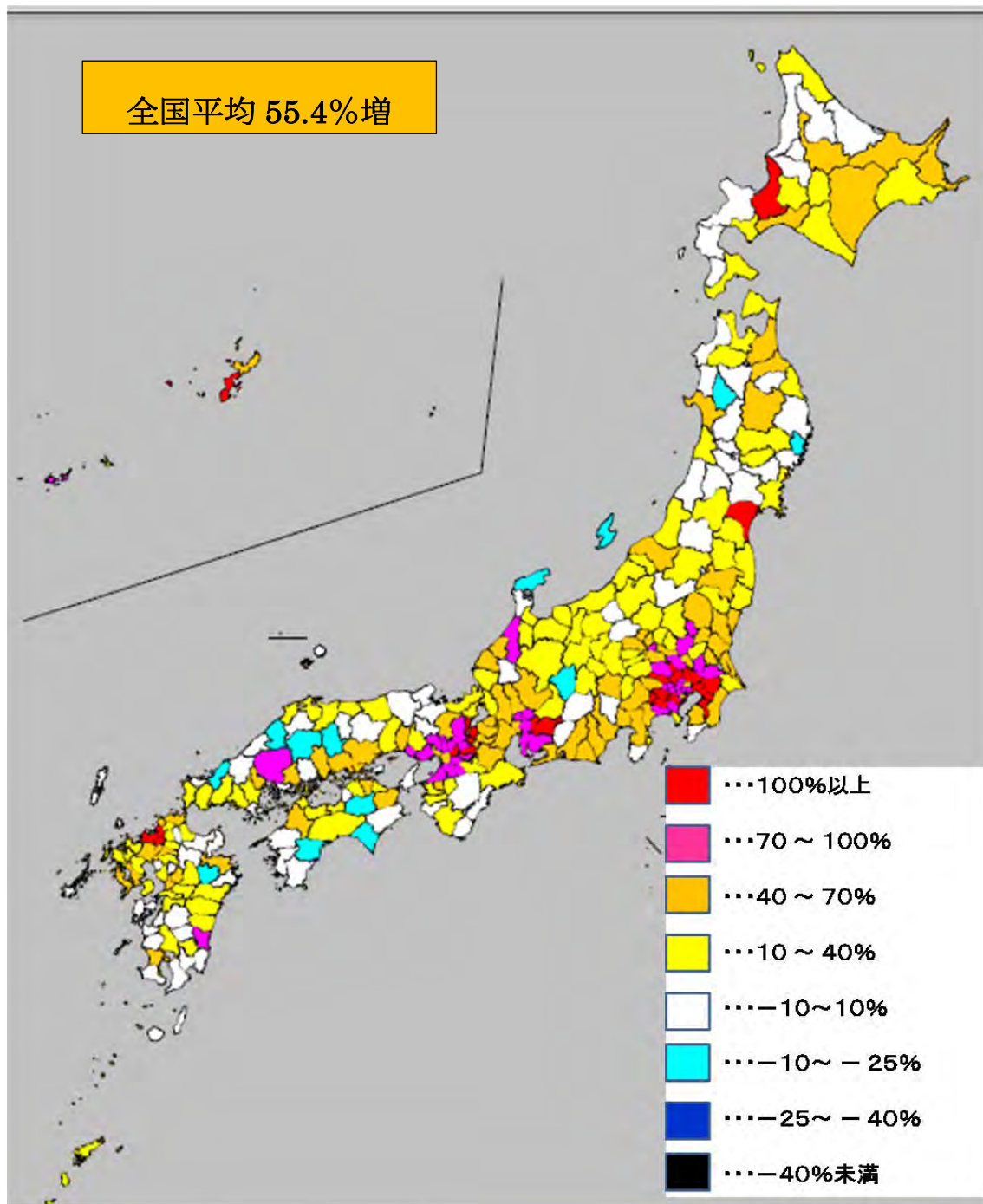
I-②地域により人口変動のパターンが大きく異なる

2010→40 年における二次医療圏別 0-64 歳人口増減率



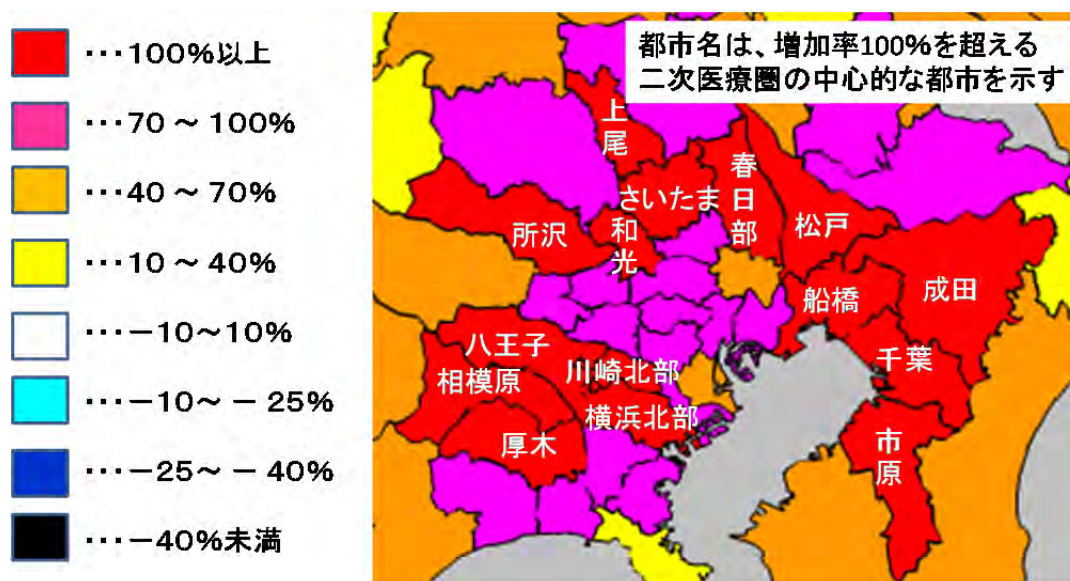
10 年から 40 年にかけて 0-64 歳人口は減少を続け、2040 年には 2010 年と比べ我が国の 0-64 歳人口は、31.5%減少する。25-40%の減少を意味する青色や、40%以上の減少を意味する黒色の地域が全国的に広がっているが、減少率の地域差は大きい。深刻な減少（40%以上）を意味する黒色の地域は、北海道、東北、中部山間地、南紀、山陰、四国南部、南九州に多い。

2010→40 年 75 歳以上増減率



75 歳以上人口は、10 年から 25 年にかけて急増し、その後微増から微減傾向に転じる。2010 年から 40 年の間に我が国の 75 歳以上人口は **55.4%増加**し、全国的に、黄色またはオレンジ色の地域が広がる。人口の変動が少ない白色の地域が、北海道・東北・山陰等に広がる一方、100%を超える増加である赤色の地域が、東京の周辺部に広がるなど、**75 歳以上人口の増加率の地域差は大きい**。

2010→40 年東京周辺の 75 歳以上人口増減率

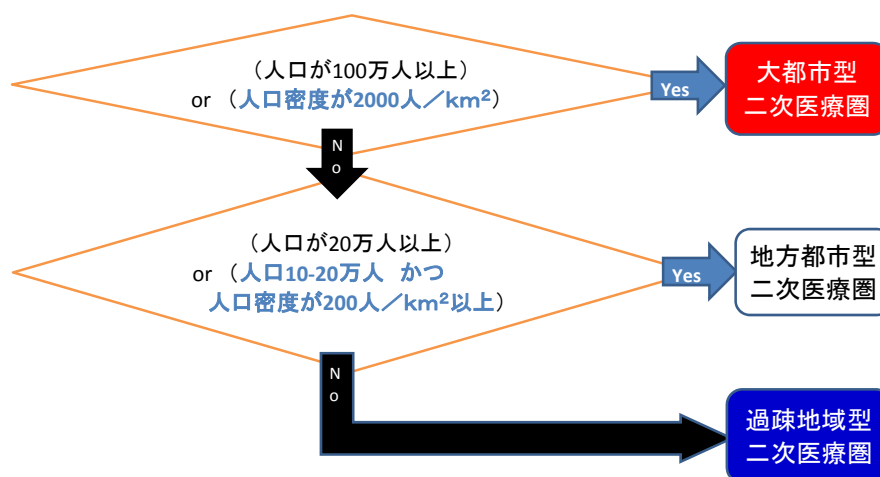


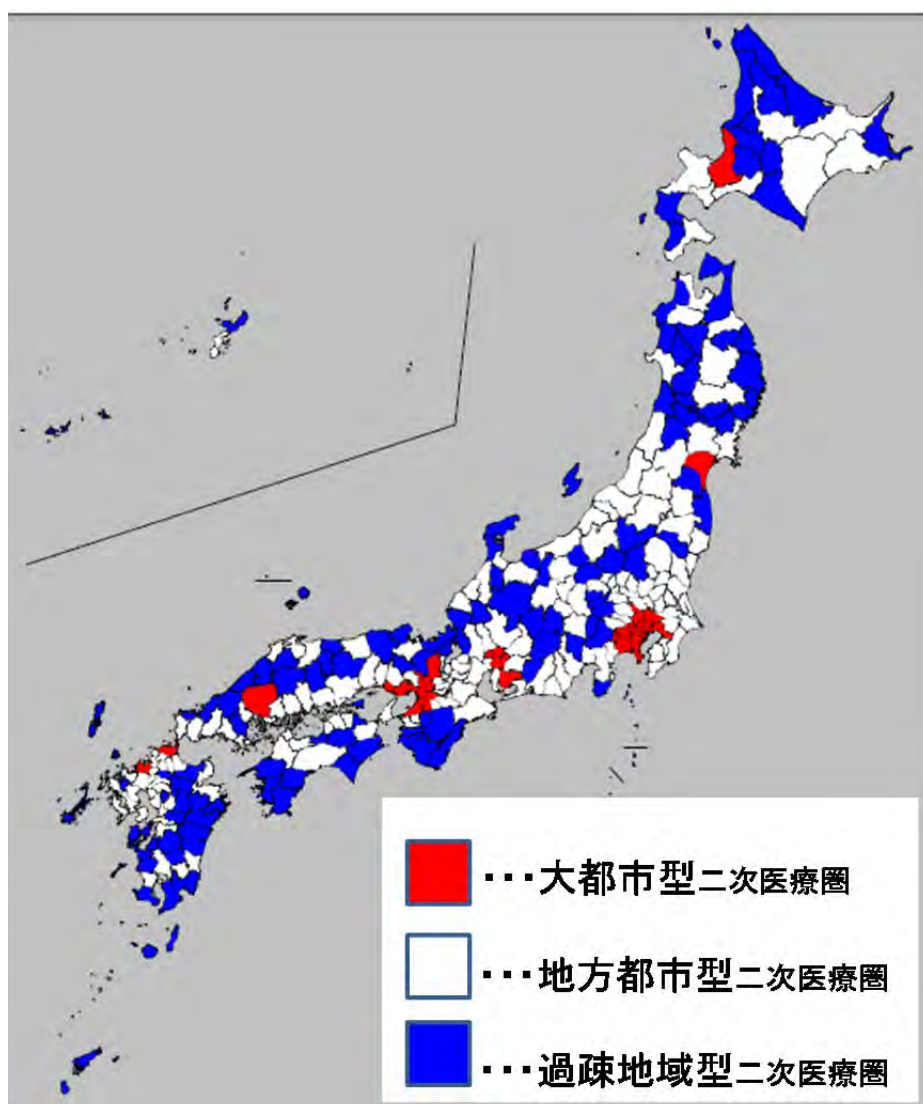
2010 年から 40 年にかけての 75 歳以上人口の伸びが特に激しい、東京周辺の様子を示す。千葉県西部、埼玉県東部・中央部、神奈川県北部は、2010 年から 40 年にかけて、75 歳以上人口が 100%以上増加する。

◎ 地域により人口変動のパターンが大きく異なる

I -③大都市、地方都市、過疎地域に分ける

343 個ある二次医療圏を、(人口が 100 万人以上) または (人口密度が 2000 人/ km^2) の条件を満たす二次医療圏を**大都市型**二次医療圏に、(人口が 20 万人以上) または (人口 10-20 万人 かつ 人口密度 200 人/ km^2 以上) の条件を満たす二次医療圏を**地方都市型**二次医療圏に、その他を**過疎地域型**二次医療圏に分けると、以下の地図に示すように日本を三つのグループに分けることができる。





このルールに従うと、以下の表に示すように、53個の大都市型、163個の地方都市型、127個の過疎地域型の二次医療圏に分かれる。

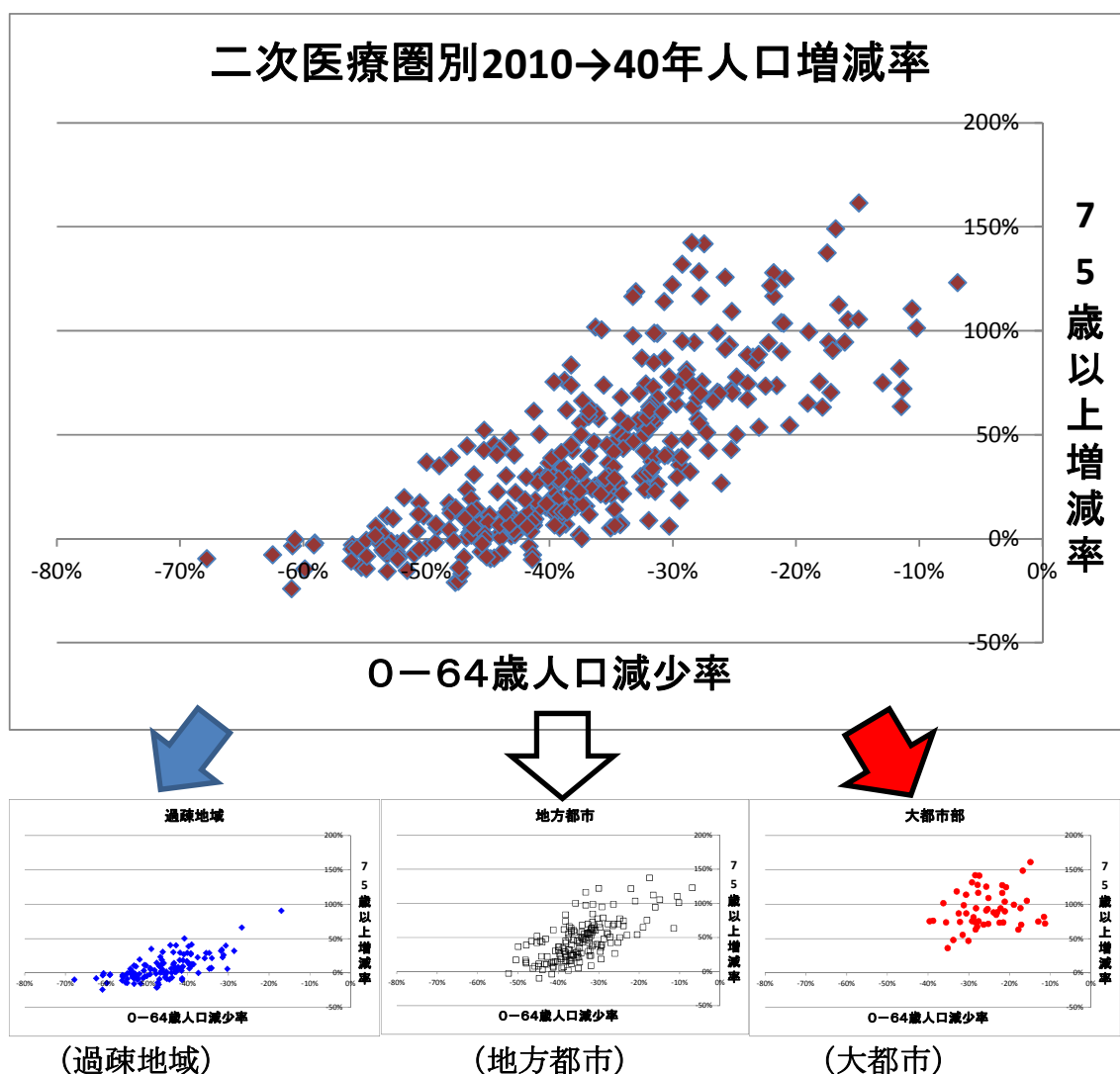
大都市型には、我が国の5%の面積を占めるが、そこに全人口の44%が住み、平均の人口密度が2942人/㎢である。地方都市型は、我が国の面積の50%を占め、人口の46%が住んでおり、平均人口密度が約315人/㎢である。過疎地域型は、我が国の面積の45%を占めるが、人口のわずか9%としか住まず、人口密度が73人/㎢である。

	地域数	面積		人口		人口密度 (人/㎢)
		(㎢)	(%)	(万人)	(%)	
全国	343	372903	100%	12806	100%	343.4
大都市型	53	19.362	5%	5696	44%	2942.1
地方都市型	163	187.534	50%	5903	46%	314.8
過疎地域型	127	166.008	45%	1206	9%	72.6

(大都市型、地方都市型、過疎地域型の面積、人口、人口密度)

以下のグラフは、横軸が2010年から40年にかけての0-64歳の人口減少率、縦軸が2010年から40年にかけての75歳以上人口の増減率を、各プロットは、二次医療圏の状況を表す。

下の3つのグラフは、人口規模と人口密度をもとに分けた「過疎地域」、「地方都市」、「大都市」別に、同様のグラフを描いたものである。



大都市型の二次医療圏は、0-64歳の人口減少が少ないかわりに、75歳以上の人口は大幅に増える。逆に、過疎地型の二次医療圏では、75歳以上の人口はほとんど増えないが、0-64歳の人口が大幅に減少する。

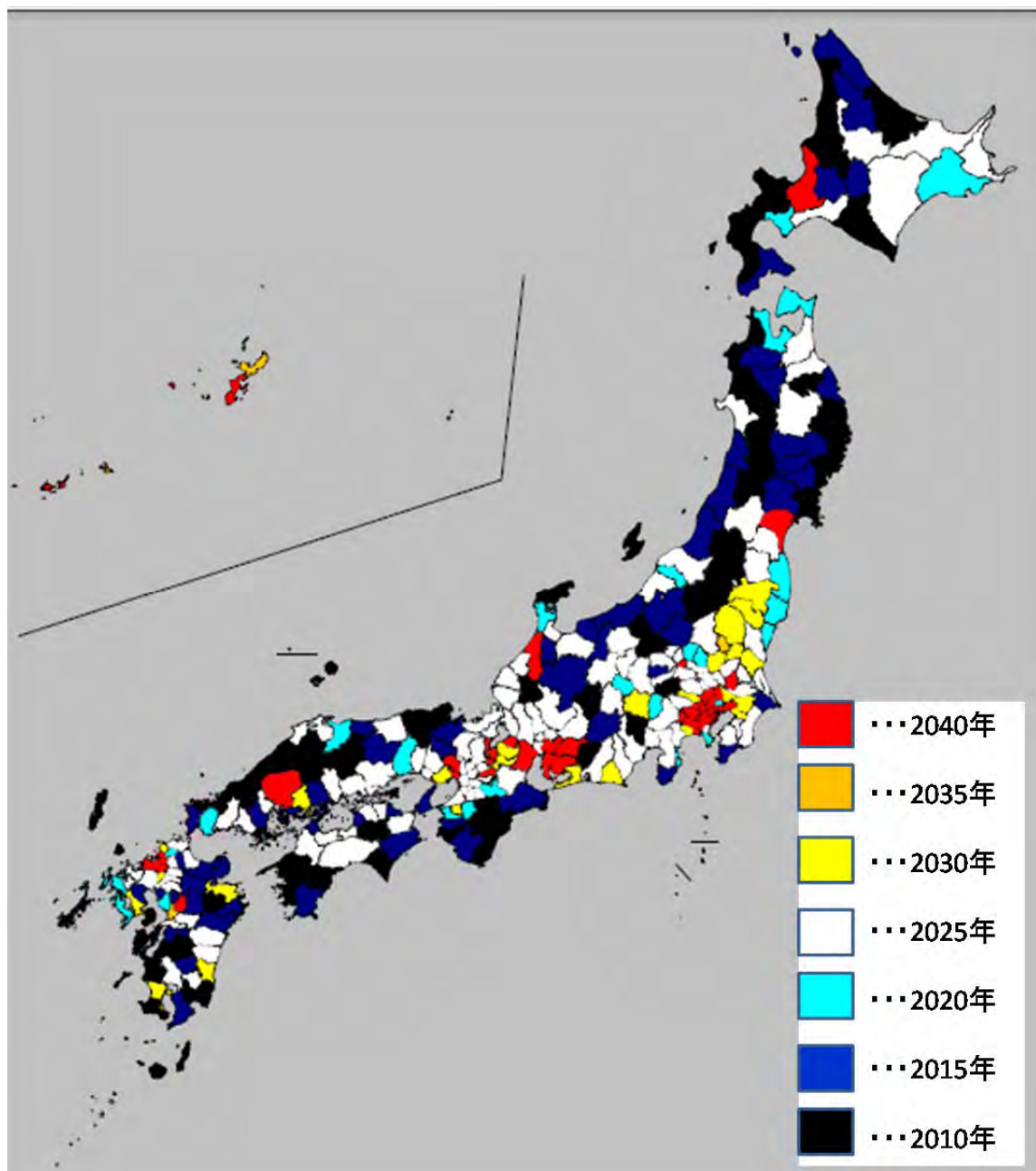
◎人口動態は、地域により大きく異なるが、大都市、地方都市、過疎地域と分けることにより、今後の人口動態の動向をある程度把握できるようになる。

◎我が国の全体の人口の今後の推移を解説した「高齢化社会にまつわる3つの勘違い」(WEDGE 2012年4月号)を、**巻末資料1**として掲載しておく

Ⅱ.医療福祉の再構築にむけて

Ⅱ-①地域により医療需要ピークの時期が大きく異なる

以下の図は、今後も現在と同じ医療が提供される（価格も内容も変化しない）と仮定し、人口構成のみが変化した場合、我が国の医療需要ピークがいつどの時期にくるのかを示したものである。地域により医療需要のピークの時期が大きく異なることが分かる。



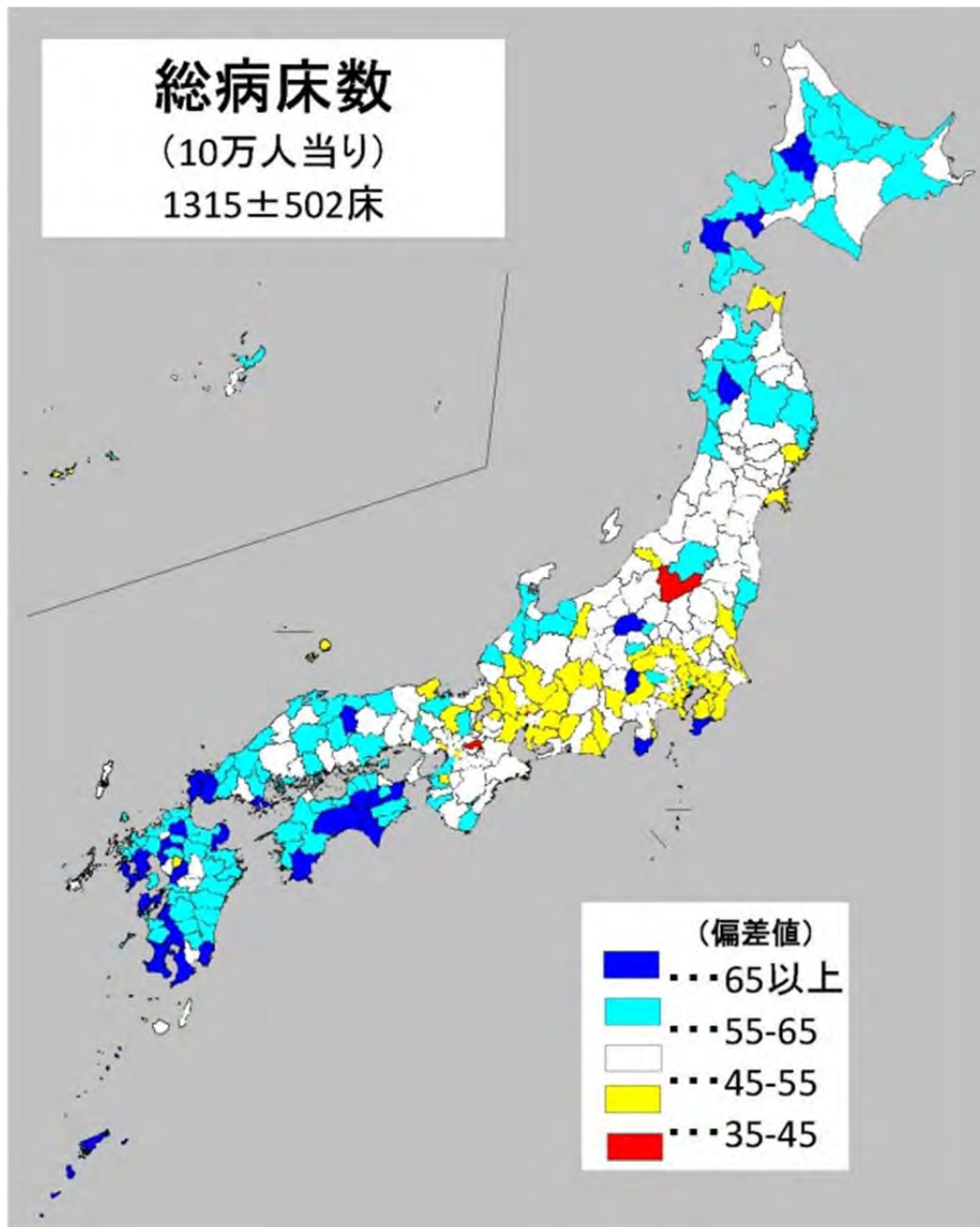
（各二次医療圏の医療需要のピークの時期）

Ⅱ-②地域により医療福祉資源レベルが大きく異なる

医療資源の地域差は、大きい。以下は、病床数、看護師数、要介護高齢者受け入れ能力の地域差を示す。

(1) 総病床数

総病床数は、**関東・甲信越・東海が少なく**、**北海道・北部東北・北陸・中国・四国・九州に多く**、大きな地域差が見られる。



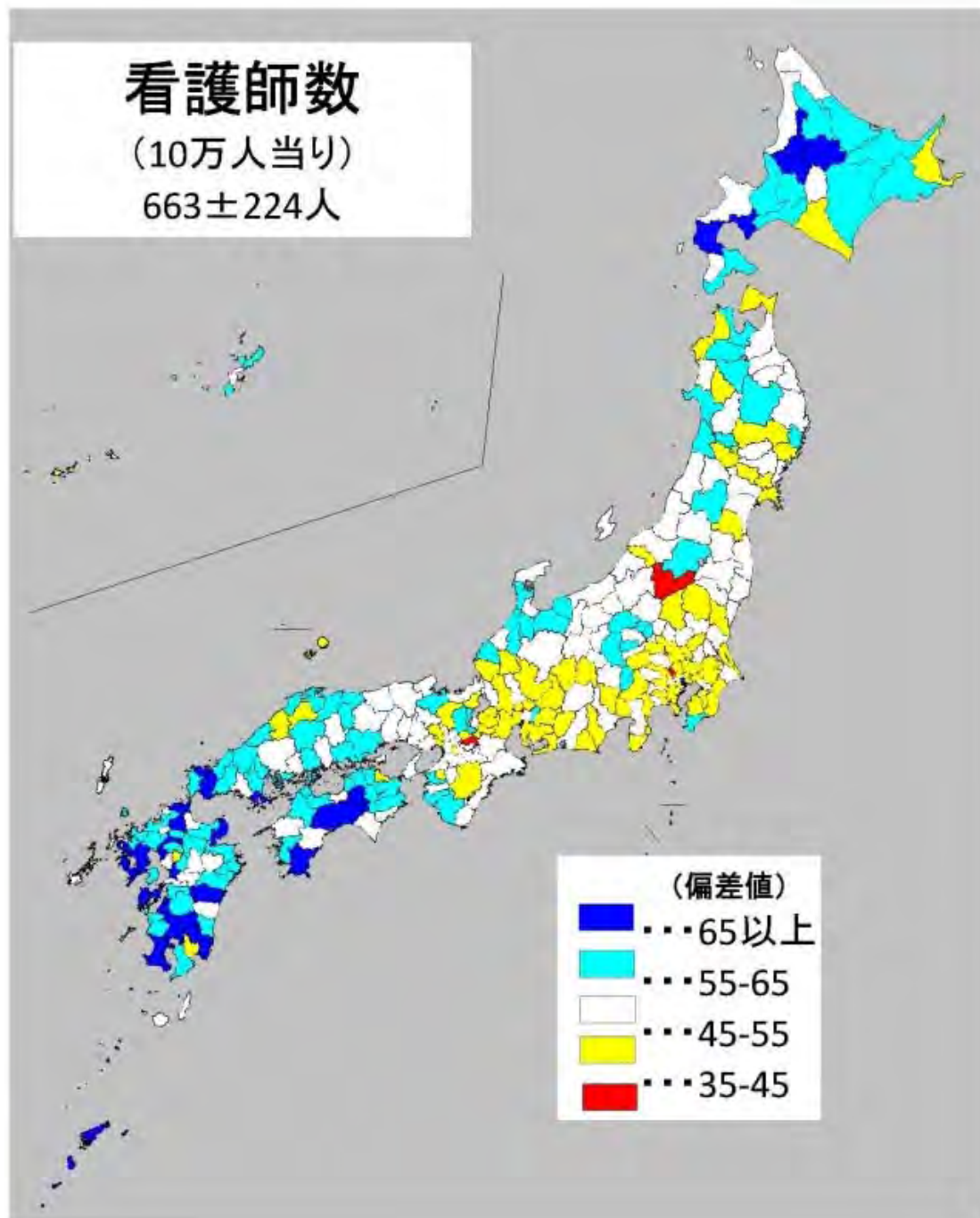
(人口当たりの病床数の多寡のレベルを偏差値で表示)

(総病床数) = 一般病床数 + 療養病床数 + 精神病床数 + 結核病床数 + 感染症病床数。

(平成 23 年 10 月 地方厚生局 保険医療機関の指定一覧) 報告を用いて計算

(2) 病院看護師数

病院看護師数は、**関東・甲信越・東海**が少なく、**北海道・北陸・中国・四国・九州**に多く、大きな地域差が見られる。



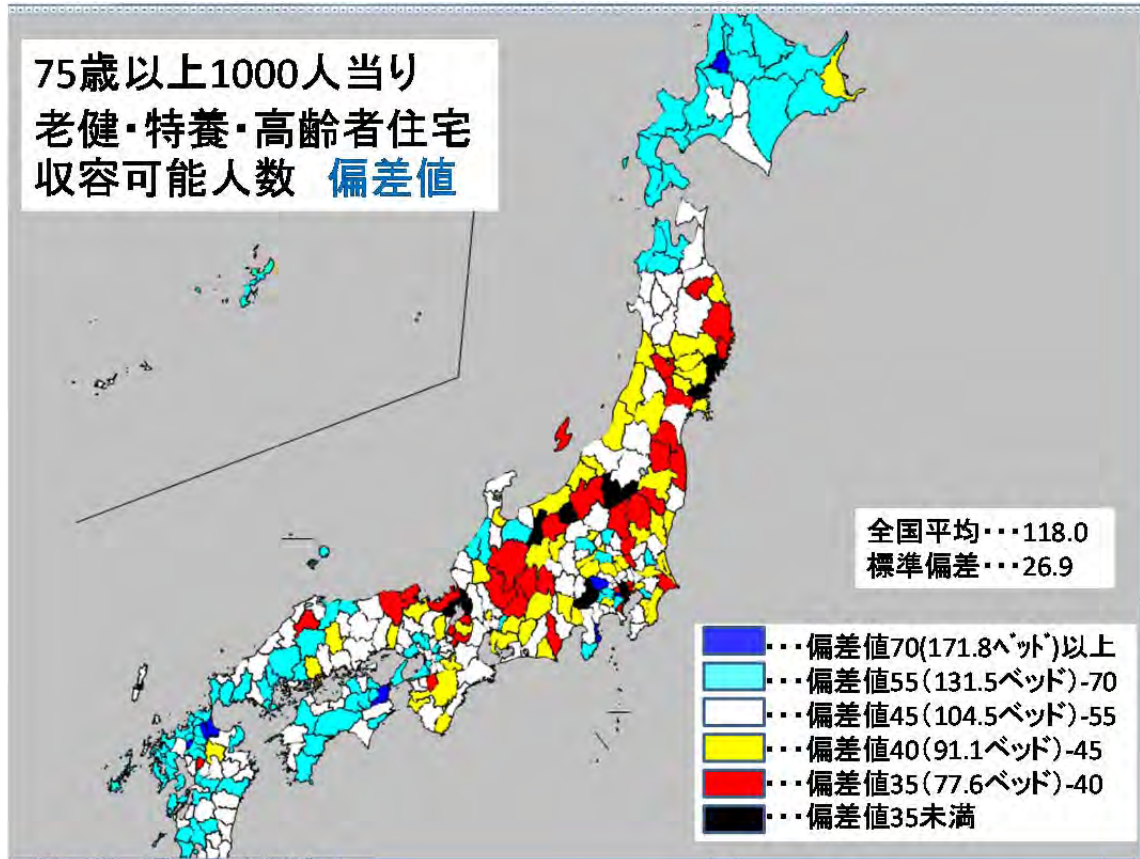
(人口当たりの看護師数の多寡のレベルを偏差値で表示)

病院看護師数は、病院勤務の看護師＋准看護師数の和。(平成 22 年 10 月 1 日病院) 報告

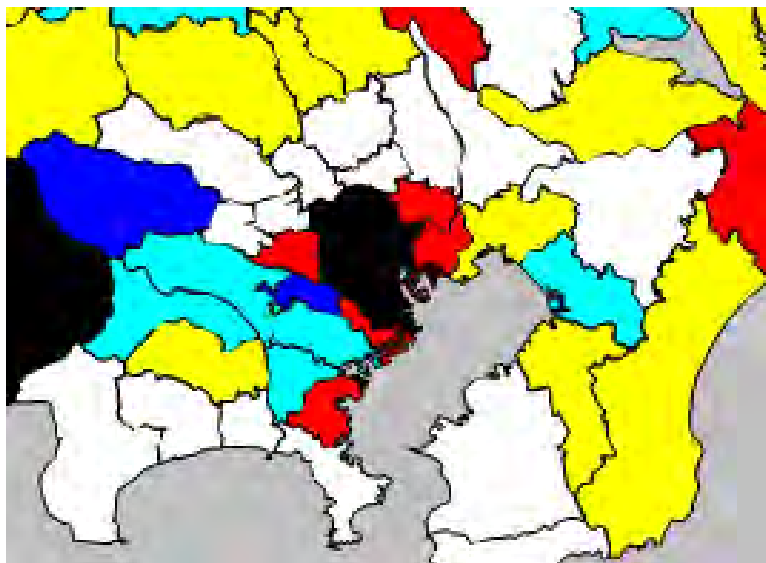
◎医療福祉資源レベルも、地域差が大きい

(3) 老健・特養・高齢者住宅の収容可能人数

老健・特養・高齢者住宅は、東北・関東・甲信越・東海・大阪を除く関西が少なく、北海道・北陸・中国・四国・九州に多く、大きな地域差が見られる。



(75歳以上 1000人当り老健・特養・高齢者住宅収容可能人数を偏差値表示)



(東京地区拡大)

◎医療福祉資源レベルも、地域により大きく異なる

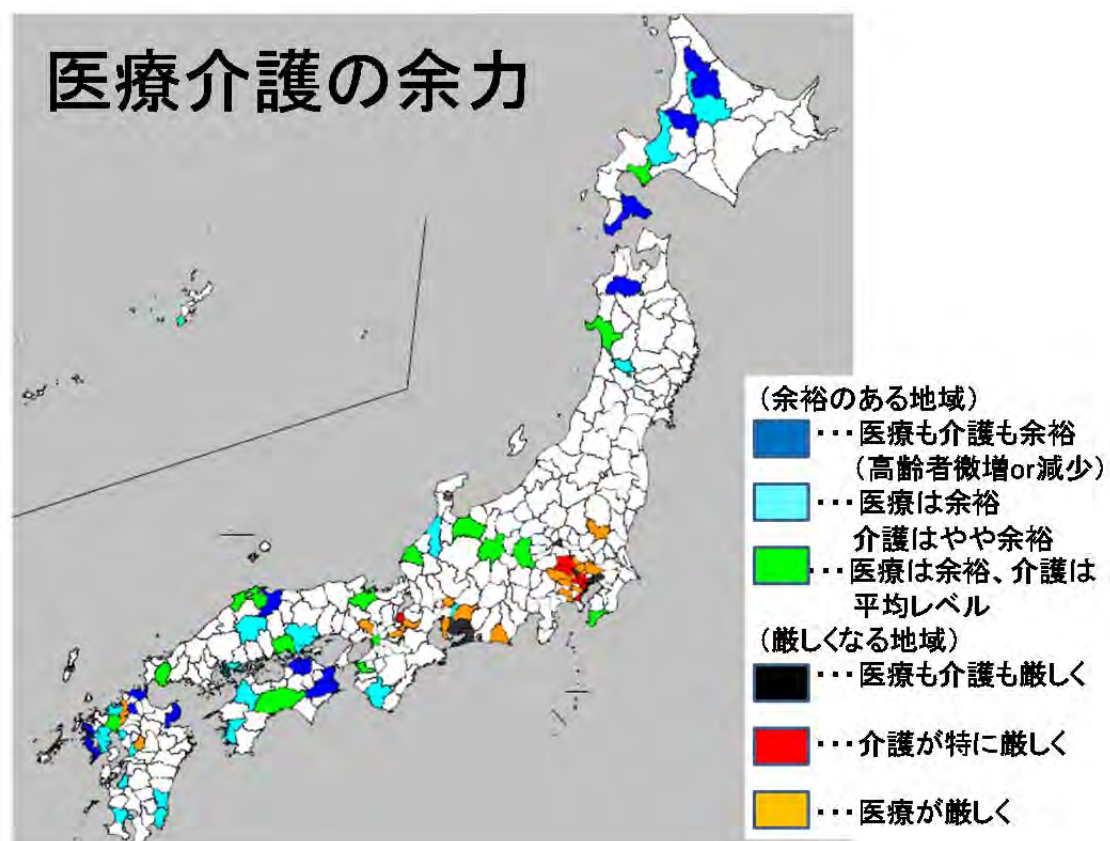
Ⅱ-③各地域の医療需要ピークや現在の資源レベルを

考慮した医療福祉提供体制の再構築

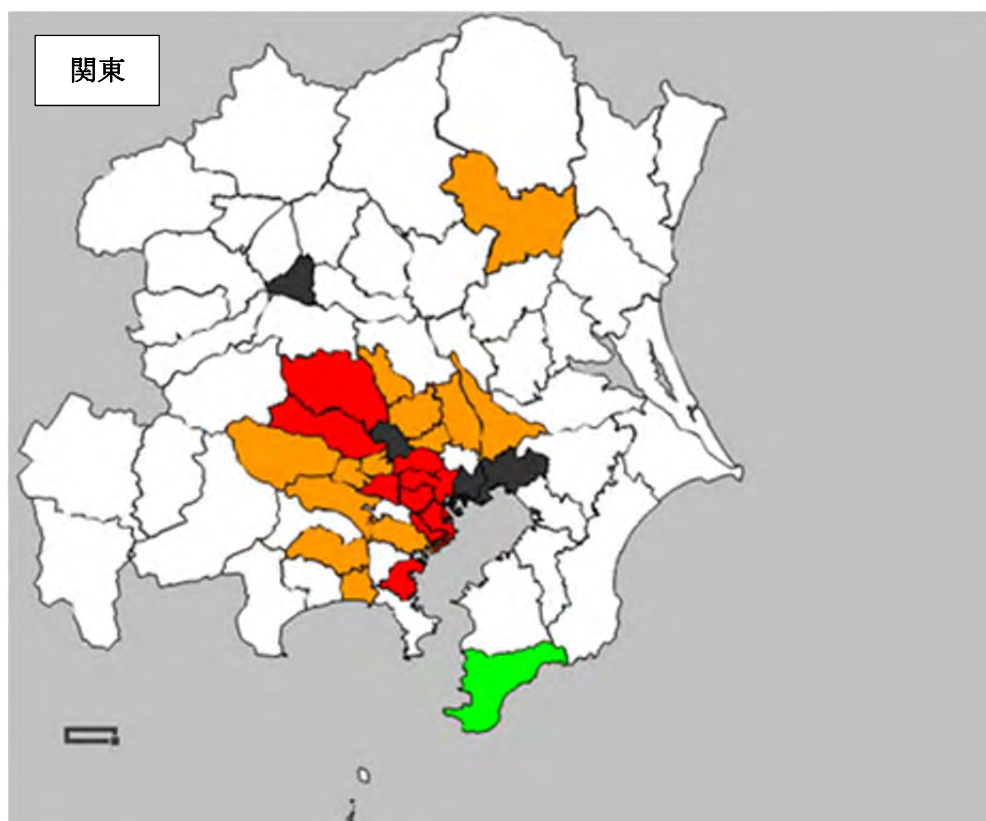
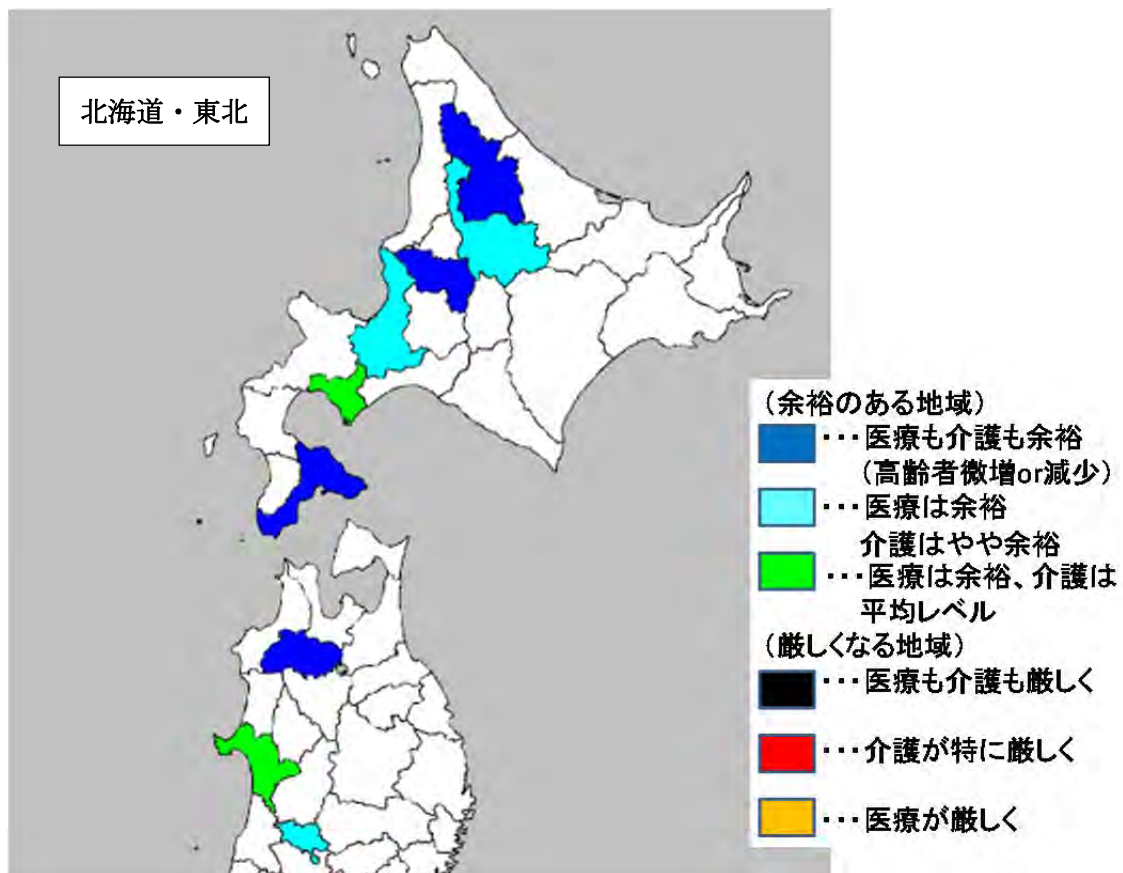
現在の資源量（人口当たり「病院勤務医数」と75歳以上人口1000人当たり「老健・特養・高齢者住宅のベッド数」）と将来の人口動態から予測される医療や介護の需要量より、以下のような考え方に沿って、各地域の医療や介護の余力を評価した。

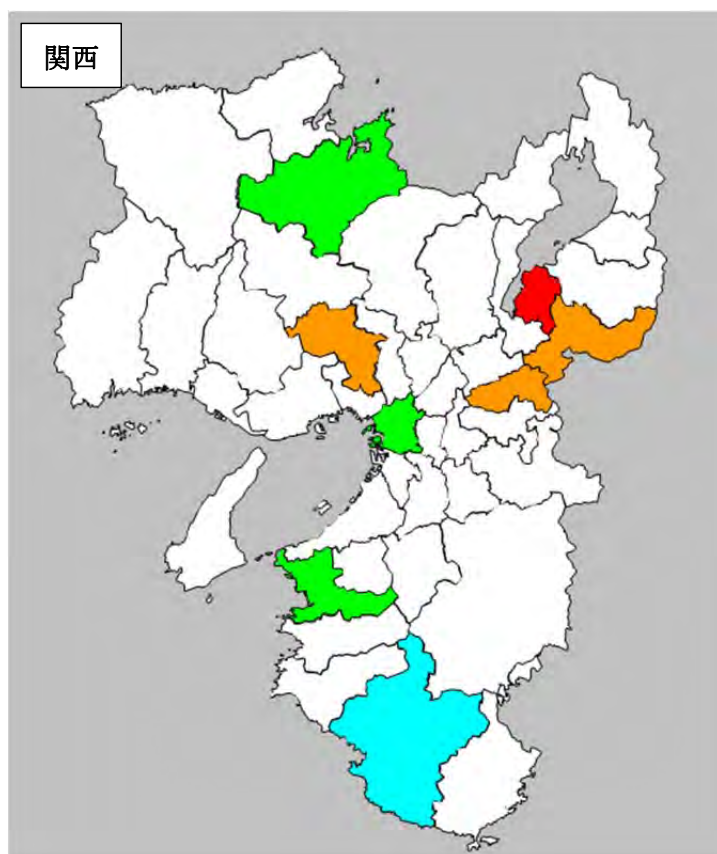
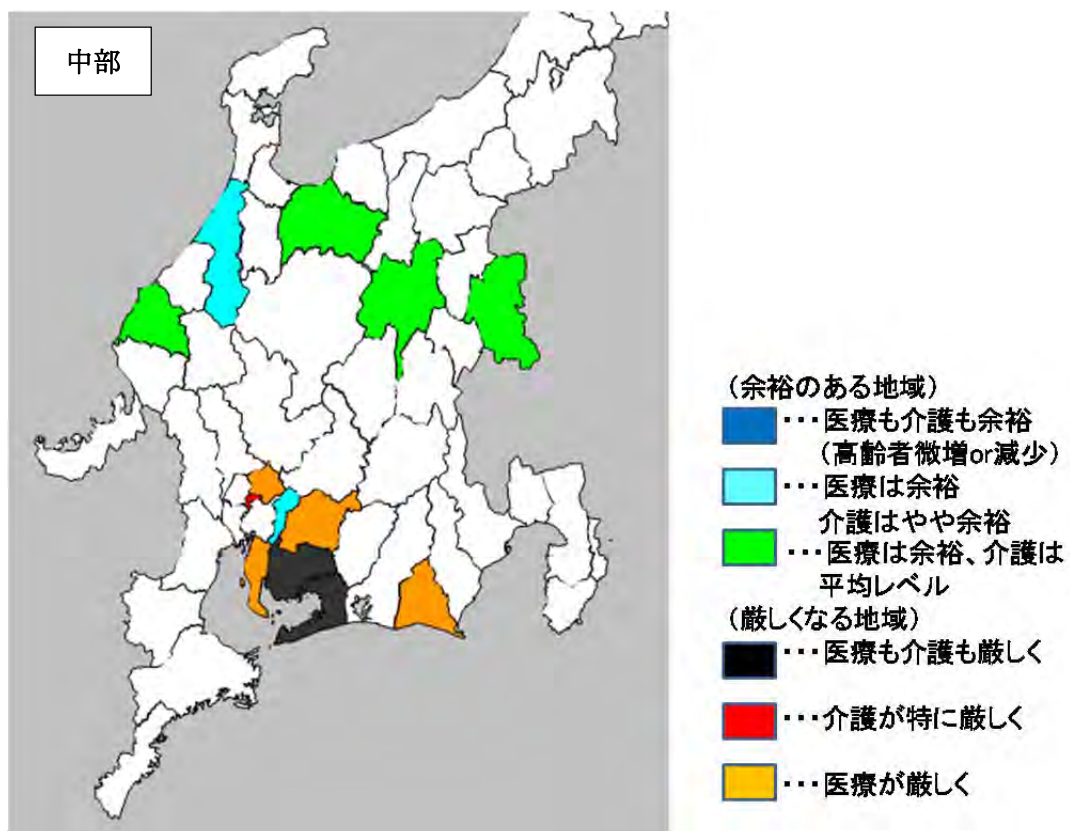
余力有り→現在資源が豊富にあり、人口動態予測より、将来的に需要があまり伸びない、あるいは減少することが予測される場合（地域）

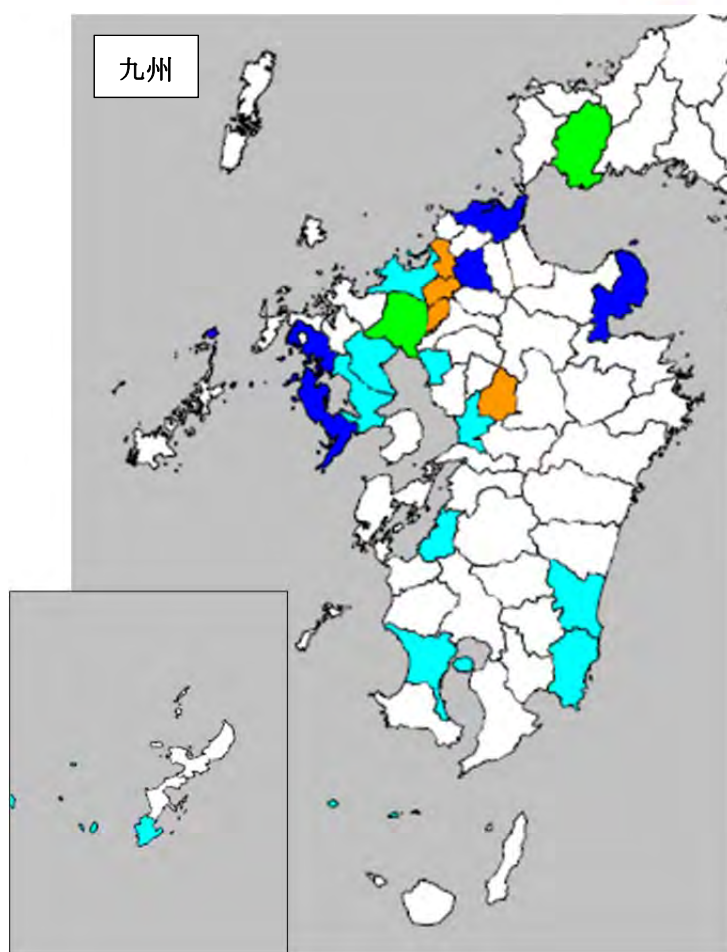
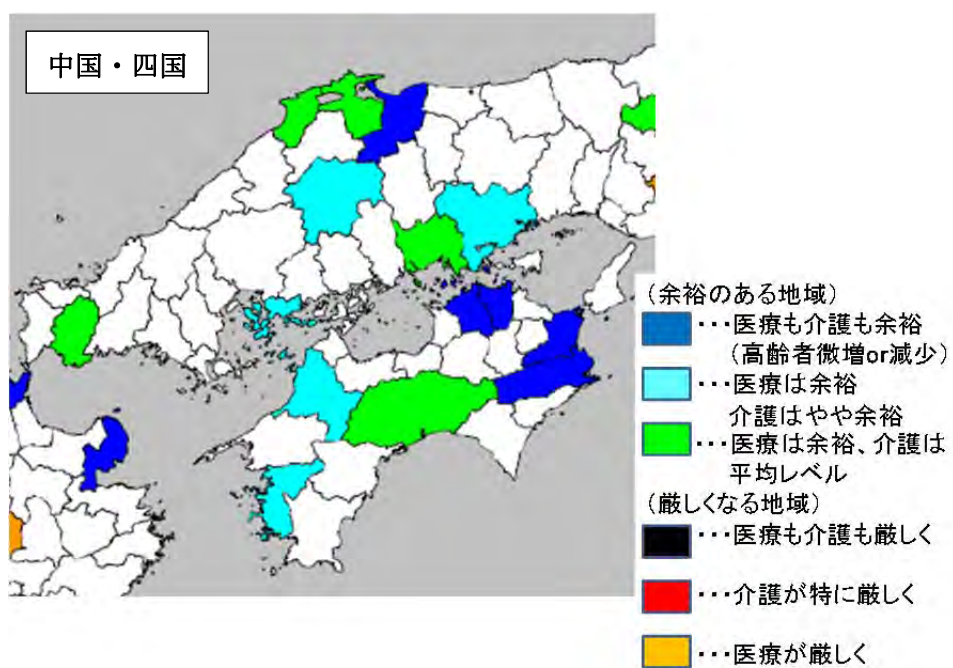
余力なし→現在資源が不足で、人口動態予測より、将来的に需要が大きくなる場合（地域）



(現在の資源レベルと需要予測をもとに各地域の将来の医療介護の余力を評価)







◎今回の試算は全て、二次医療圏データベース（巻末資料3）を用いて行った。

◎各二次医療圏の評価は、日医総研ワーキングペーパー（巻末資料4）で行っている。

結語

- 地域により、人口動態が大きく異なり、医療需要のピークの時期や程度も大きく異なる。また施設や人員レベルも地域差が大きい。
- まず、それぞれの地域が大都市型なのか、地方都市型なのか、過疎地域型なのかを把握し、更に他の二次医療圏と比較して、医療需要のピークが来るのが早いか遅いか、施設や人員レベルは充実しているかなど、「自分の地域の特性」を踏まえた対応を検討することが重要である。
- また、これまでのような「短期（5 年）の医療福祉整備計画」だけでなく、「20～30 年先までの予測を考慮した中長期の医療福祉整備構想」を検討する必要がある。



Point of View

高齢化社会にまつわる 3つの勘違い

これまで世界が経験したことのないスピードで進む日本の高齢化。

国民の間には、〝日本中で〝高齢者が増え続けるとの認識がある。

だが、現実とは違っていると筆者は言う。

高齢者が急増する社会は間もなく終わりを告げる。

現役世代の負担を減らす対応に舵を切るべきときだ。

高橋 泰

(国際医療福祉大学大学院医療経営管理分野分野責任者・教授)

皆が勘違いしている状況は、怖い。

戦争、バブル崩壊など、歴史上これまで幾度となく、多くの人々が社会の将来に対して共通の勘違いをした結果、誤った世論が形成され、実情に合わない方向に世の中が進んでいったからである。

我が国が直面している高齢化社会に関しても、実は同じことが言えるのではないか。

以下に日本の高齢化の現状と将来を語った短い文章を示す。この文章を読んで「当たり前の内容」と感じるならば、あなたは日本の高齢化社会の現状と将来に対して大きな勘違いをしている一人である。

また、そう感じる人が多ければ、

国民の多くが共通の勘違いをしているといえる。

「日本では、これまで世界が経験したことのないスピードで高齢化が進んでいる。このまま進行すると現役世代が支えきれなくなってしまうことが明らかなので、現在、税と社会保障の一体改革が議論されている。今後数十年、日本中で高齢者が増え続け、特に高齢化が進んでいる過疎地を中心に、全国共通の問題として早急に対策を進める必要がある」

高齢者が 増えない社会へ

勘違いが潜んでいるのは、「今後数十年、日本中で高齢者が増え続け、

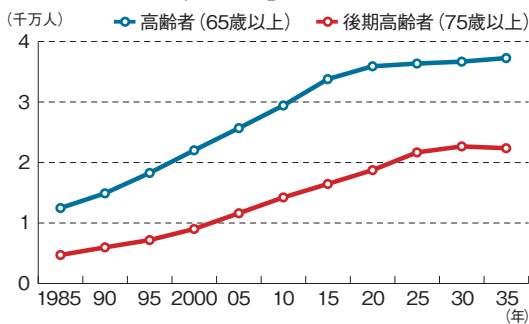


特に高齢化が進んでいる過疎地を中心に、全国共通の問題として早急に対策を進める必要がある」の部分であり、この中に、①「今後数十年、高齢者は増え続ける」②高齢化対策は「過疎地中心」③高齢化を「全国共通の問題」という、少なくとも3つの勘違いが含まれている。

だが、国民の多くが3つの勘違いをしたままだと今後数十年増え続ける高齢者に対応するため、従来通り、全国一律に施設整備を継続すべきという結論に達する可能性がある。そうしなければ冒頭に述べたように、今後進行する高齢化社会の実情に合わない方向に、社会を導く可能性がある。3つの勘違いのうち①の認識は早

写真・高齢化社会への対応はデータに基づいた冷静な議論が必要だ (提供・時事)

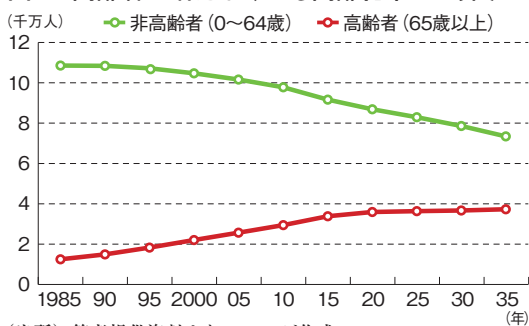
図1 高齢者が「増える」時代は終わる



◎高齢化率ばかり見ていると将来を見誤る

$$\text{高齢化率} = \frac{(65歳以上の人口)}{(0 \sim 64歳の人口) + (65歳以上の人口)}$$

図2 高齢者は増えなくても高齢化率は上昇する



(出所) 筆者提供資料よりウェッジ作成

急に変わる必要がある。

図1を見てほしい。65歳以上の高齢者（以下、高齢者）は2020年を過ぎるとほとんど増えなくなり、30年過ぎには、75歳以上の後期高齢者（以下、後期高齢者）が減り始めることが分かる。

図2は、年齢層を2つに分けた我が国の人口推移を示す。高齢者は、20年以降、ほとんど増えない。これは、1947～49年生まれの団塊の世代が65歳を超えるため、高齢者数の伸びが止まることに起因している。

それでは、なぜ「高齢者は増え続ける」という勘違いしてしまうのだろうか。それは、「高齢化率の上昇＝高齢者数の増加」と思い込んでいるからではないか。

高齢化率は、左に示す式で算出される。これから、65歳以上人口が増加すると高齢化率は上昇するが、0～64歳人口（以下、非高齢者）が減少しても、高齢化率が上昇することがわかるだろう。

再び非高齢者の人口推移を示す図2の緑の折れ線に注目してほしい。非高齢者人口は、05年頃から急速に減少し始め、その傾向は今後数十年続く。一方、高齢者人口の伸びは15年以降止まり、高齢化率の分子は大きくならないが、非高齢者人口の減少による分母の縮小は20年以降も続くので、高齢化率はその後も上昇を続ける。今後は、高齢化率は上昇するが、高齢者は増えない。つまり、「高齢化率が上昇＝高齢者も増え続ける」という思い込みは、勘違いなのである。

「このように思い込みは、勘違いなのである。」

次に、医療・介護の支援が実際に必要となってくる後期高齢者の人口動態を説明する。後期高齢者は95年頃から急速に増え始め、その30年後の25年にかけて700万人から2100万人と、3倍に膨れ上がる。20年で頭打ちになる高齢者人口と比べ、後期高齢者人口が5年後の25年まで増え続ける理由は、12～14年にかけて65歳を超える団塊の世代が、その10年後の22～24年にかけて、後期高齢者になるからである。

一方、30年を過ぎると、後期高齢者数は非常にゆっくりだが、減少し始める。背景には、団塊の世代が75歳を超えると、その後の75歳超えの流入が緩やかになる一方で、死亡者数が急激に増え始めるからである。

「高齢者は今後数十年間、増え続ける」という勘違いにより、現在でも多くの企業経営者や自治体の首長は、更なる高齢者施設を建設しようとしている。

しかし、「自分の地域でも高齢化率は上がり続けるが、高齢者が増えるのは、あと5年、後期高齢者が増えるのも、あと10年ちょっと」ということに気付けば、施設の新規建設を思いとどまる場合も多いだろう。

こうした事実を踏まえ、そろそろ社会全体の高齢化対策の方向を、「激増する高齢者への対応」から、「急速に先細る非高齢者世代の負担をできる限り小さくする対応」へと、舵を切り替える必要はない時期に差し掛かっているといえよう。

日本は生産年齢人口の減少に直面しているが、世界には生産年齢人口が増えすぎ、若者の失業問題に困っている国も多い。そろそろ我が国も、若者の労働力を輸出したい国からの効果的かつ大量の労働力の受け入れを本気で検討する必要があるだろう。

また、社会に対してできる限り負担をかけないような老い方・死に方を受容する方向で、国民一人一人の意識変革も必要になってくるだろう。

東京・名古屋・大阪に集中する高齢者増

20世紀、日本は特に過疎地域の高齢化が都市に先行する形で急速に進み、数年前までの、「高齢化＝過疎地の問題」という見方は正しかった。またこれまで都市部の高齢化の進行がゆっくりしていた影響で、現状ではまだ、地方の方が都市部よりも高齢化率が高い。そのため、現在でも多くの人が「高齢化＝過疎地の問題」という共通の勘違いをしている。

現実には05年頃から都市部の高齢化のスピードが急上昇をはじめ、逆に、地方の高齢化率の伸びが緩やかになってきており、高齢化が過疎地の問題から都市部の問題になりつつあるのだが、未だ多くの人がこの現実を認識していない。

10～25年にかけて、全国では700万人の後期高齢者が増加する。その増加分の50%以上が、日本の国土面積のわずか2%に相当する首都圏、大阪圏、名古屋圏に集中する。

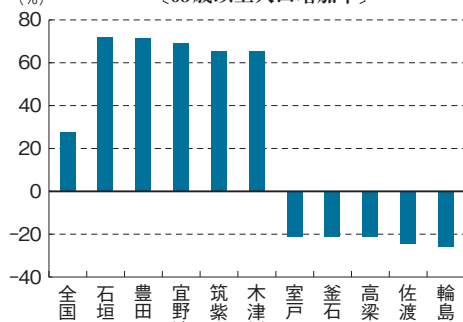
一方、地方では、後期高齢者数の伸びは緩やかになり、後期高齢者人口がこれから減少に転じる地域も少なくない。

日本社会は、今後20年弱の間、爆発的に増加する大都市の後期高齢者の対応に、持てる力を集中せざるを得ない状況にある。緊急を要する大都市の高齢化対策をこれ以上遅らせてはならない。

特に東京23区内は、後期高齢者一人当たりの特別養護老人ホームや老人保健施設のベッド数が、現状でも全国平均の半分程度の水準である。加えて、後期高齢者は今後20年間で7割以上の急増が見込まれる。都内に住む後期高齢者は、現在でも施設入所が容易ではないが、今後はますます困難になっていくだろう。東京

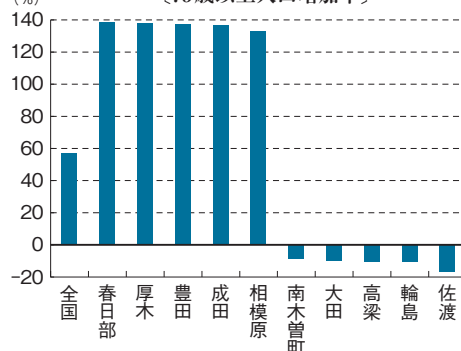
図3 各地域の高齢化の進展度 2010年から25年間でこんなに異なる

〔65歳以上人口増加率〕



(出所) 筆者提供データよりウェッジ作成

〔75歳以上人口増加率〕



の住民が、余力のあるうちにお金を持って高齢者の受け入れ施設の余裕がある西日本や海外へ引越すことは、有力な老後対策の一つだろう。

高齢者数増減は地域で違いがある

全国的に見れば、10～35年にかけて

て日本の総人口は、13%減少すると予測されている。一方、高齢者人口は、2945万人(10年)から3728万人(35年)へと27%も増加し、後期高齢者人口は、1421万人(10年)から2235万人(35年)と、57%も増加する。だが、全国一律ではなく、地域によって人口推移のパターンが驚くほど大きく異なる。

図3を見てほしい。高齢者および後期高齢者の35年時点の人口増減率を地域別に示したものである。石垣(沖縄県)地域は、10年時点の高齢者人口が9242人だが35年には1万5876人になり72%増になることが予測されている。同じく現在比較的小さい地域である豊田(愛知県)、宜野湾(沖縄県)、筑紫野(福岡県)、木津川(京都府)なども66%以上の増加が予測されている。一方、輪島(石川県)、佐渡(新潟県)は、高齢者人口が25%以上、高梁(岡山県)、釜石(岩手県)、室戸(高知県)も20%以上の高齢者人口の減少が予想される。

後期高齢者の増減の地域差は、さらに大きい。

例えば春日部(埼玉県)地域では、10年時点の後期高齢者が8万2978人だが、35年には19万7904人と139%も増加する。厚木(神奈

川県)、豊田(愛知県)、成田(千葉県)なども、後期高齢者が25年間で130%以上増加すると予想される。一方、佐渡(新潟県)、輪島(石川県)、高梁(岡山県)、大田(島根県)は、いずれも10%以上減少することが、予測されている。

図3が示すように、高齢化を「全国一律」の問題と考えるというのは勘違いである。国がこの認識に基づき、高齢化対策を全国一律に進め、地方もそれを受け入れようとする傾向がある。その結果、施設建設が困難な大都市の高齢者増に適した「在宅ケア推進」という政策が、地域性をあまり考慮せず、全国一律に施行され、人口密度の低い地域では、採算割れにより在宅ケアが継続できなくなる事業所が続出するなどの問題が起きる可能性が高い。

今後は、高齢化を「地域固有」の問題として捉え、都市には都市の、過疎地には過疎地の人口動態や人口密度に応じた対策を早急に用意すべきである。時間は待っててくれない。

W

〔たかはし・たい〕1959年生まれ。金沢大学医学部、東大病院研修医、東京大学医学系大学院(医学博士)、米国スタンフォード大学アジア太平洋研究所客員研究員、ハーバード大学公衆衛生校武見フェローを経て、97年より国際医療福祉大学教授、2009年より現職。

巻末資料2 医療需要ピークの計算方法

以下の表に示す医療費は、平成22年度の国民医療費に示された年齢階級別医療診療医療費の額である。この総額を、2010年の国勢調査の年齢階級別人口で割ることにより、各階層一人当たりが、1年間でどの程度医療費を使うかが計算できる。

	2010年	2010年	2010年	
	人口 (人)	医療費 (億円)	1人医療 費 (千円)	比率
65歳未満	98,811,667	116,531	117.9	1
65－75歳	15,173,475	60,319	397.5	3.4
75歳以上	14,072,210	95,378	677.8	5.7
全体	128,057,352	272,228	212.6	1.8

65歳医療費を1とすると、65－74歳医療費は3.4に、75歳以上は5.7になる。

医療需要点数は、

$$= (0-64歳人口) + 3.4 \times (65-74歳人口) + 5.7 \times (75歳以上人口)$$

で、算出する点数であり、今後各年代が現在と同じ比率で医療費を消費するという仮定に基づき、人口の推移につれて医療需要がどのように変化するのかを計算するために用いる。各年の医療点数を計算し、その点数のピークとなる時期や、2010年と比較して何%、医療点数が増減したかを計算する。

巻末資料 3：二次医療圏データベースとは

全国レベルの目標を意識しながら各地域の進むべき方向性を示すには、まず全国の地域の医療提供体制を同じ物指しで測定して、全国の二次医療圏の医療福祉の提供量を全国平均を偏差値 50 とする偏差値で表現する必要がある。筆者は 2010 年頃より、各地域の人口動態から、各地域の医療福祉の整備体制の進むべき方向性を明らかにしたいと考え、必要なデータベースを探したが、この目的に沿うようなデータベースは存在しなかった。

そこで筆者と石川雅俊（当時、国際医療福祉大学大学院博士課程）と株式会社ウェルネスの 3 者が、二次医療圏データベースを共同で開発した。二次医療圏データベースとは、「医療・福祉資源情報」と「二次医療圏ごとの地理データ（年齢階級別人口、面積など）」を組み合わせマイクロソフト・エクセル上で展開したデータベースである。二次医療圏データベースは 2011 年 1 月 10 日より Web 上で公開、その後 3 回のバージョンアップを行い、現在はバージョン 4 である。また、国立社会保障・人口問題研究所が 2013 年 3 月Ⅱ発表した市区町村別将来推計人口（平成 25 年 3 月推計）のデータや、2012 年秋から 2013 年 3 月中に行われた二次医療圏の組み換えに対応したバージョン 5 を、2013 年 6 月に公開予定である。以下のアドレス（<http://www.wellness.co.jp/siteoperation/msd/>）から無償でダウンロードすることができる。是非、データを参照したり、活用されたりすることを強くお勧めする。

以下に、二次医療圏データベース(ver.4)の中心的な役割を果たす「巧見（たくみ）くん」というシートの内容を示す。各二次医療圏の病床情報、病院勤務医数、看護師やセラピストの数、病院や施設や高齢者住宅数に関する情報、人口、人口密度、面積、年齢階級別の 2010 年から 35 年までの 5 年ごとの人口推計データが示されている。

二次医療圏	色指定	二次医療圏略称	市町村概要	病院数	病床数
全国				8,658	1,672,549
南渡島		函館(北海道)	函館市、北斗市及び周辺部	38	8,140

一般病床数	療養病床数	精神病床数	結核病床数	回復期病床数	感染病床数	病院勤務医数	看護師	准看護師	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士
915,096	333,717	349,345	10,872	61,697	1,822	157,166	682,604	161,126	47,541	30,795	9,663
4,467	1,372	1,893	80	322	6	539	2,984.2	1,027.4	176	119	58

DPC対象病院	大学病院	救急救命センター	地域医療支援病院	がん診療拠点病院	周産期母子医療センター	総合入院加算	老人保健施設収容数	特別養護老人ホーム収容数	高齢者住宅数			
								有料老人ホーム	グループホーム	高齢者住宅計	その他計	
1,333	163	203	298	377	337	202	308,426	396,267	235,778	157,413	76,102	170,849
6	0	1	1	2	2	1	1,394	1,423	841	1,015	386	989

人口	人口密度	面積	2010年(総人口)	2015年(総人口)	2020年(総人口)	2025年(総人口)	2030年(総人口)	2035年(総人口)	2010年(65歳以上人口)	2015年(65歳以上人口)
127,176,445	344.4	369,271	127,176,445	125,430,199	122,734,999	119,269,818	115,223,669	110,679,388	29,405,117	33,773,129
404	151.2	2,670	403,764	383,791	361,192	337,002	312,070	286,853	109,396	121,437

巻末資料4：日医総研のワーキングペーパーへのアクセス方法

二次医療圏データベースをもとに都道府県ごとに医療資源の偏りなどを分析したレポートは日本医師会総合政策研究機構（日医総研）のホームページで公開されている。ぜひ、地域の医療計画の策定などに役立ててほしい。

検索エンジンに、「日医総研」と入力

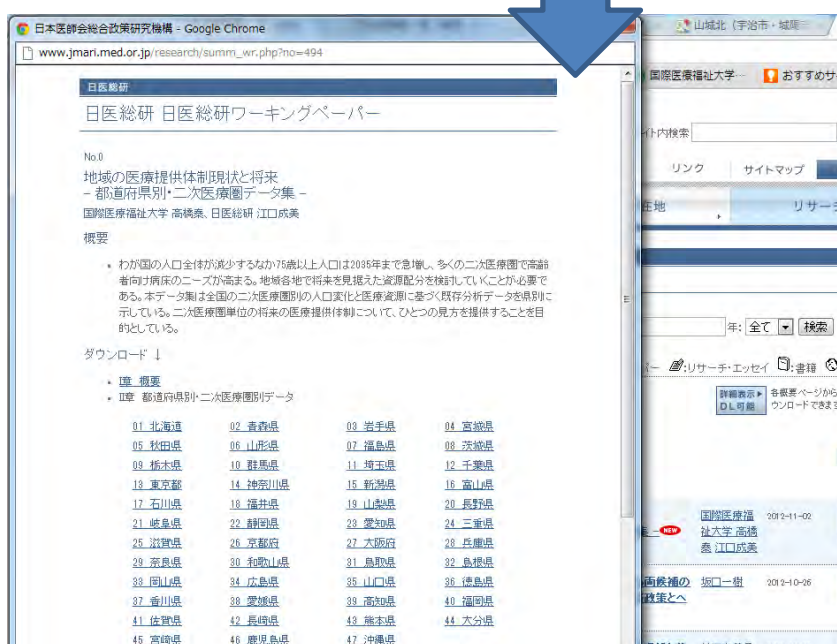


日本医師会総合政策研究機構をクリック



リサーチをクリック

(地域の医療提供体制現状と将来
—都道府県別・二次医療圏データ集)
をクリック



(必要とする都道府県をクリックすると、PDF ファイルをダウンロードすることができる)

社会保障制度改革国民会議提出資料

2013年4月19日

増田 寛也

本日のプレゼンテーション項目

- I 医療・介護が地域経済・雇用・産業にどう影響を
与えるか……………P1
- II 新たな地域医療政策について……………P9
- III 医療・介護の提供体制の改革とまちづくり・
都市再生について……………P18

I 医療・介護が地域経済・雇用・産業にどう影響を与えるか (基本的な認識)

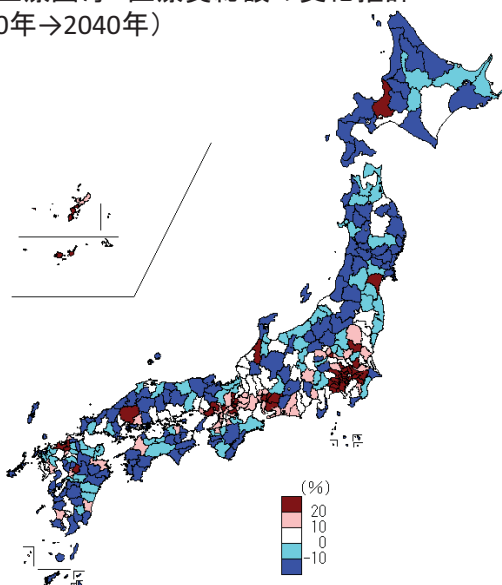
- ・ 医療・介護の状況は、費用ベースで見ても地域によって極めて多様である。
- ・ 医療・介護は、地域の雇用に対して大きな役割を果たしている。
- ・ 一方、今後地域の消費や経済規模は縮小していくため、その費用負担や雇用を地域経済で支えていくのは困難になる。
- ・ 以上を考えると、社会保障の改革は、社会保障の持続可能性のみならず、地域経済の持続可能性の観点から重要。また社会保障と人口動態、経済、産業、雇用の関係性と今後の方向は、地域ごとに異なっており、そのあり方は地域毎に考えていく必要がある。

1

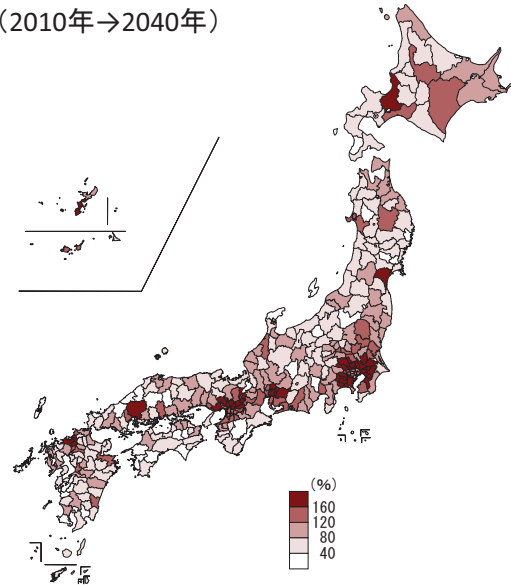
2040年までの医療費・介護費の変化(医療費・介護費別)

・年齢階層別の一人あたり医療費・介護費を一定と仮定し、将来の人口動態にあわせて費用変化を推計すると、医療費は人口減少の影響で地方は減少、都市部は高齢化の影響で増加。他方、介護費はほとんどの地域で増加、特に都市部で増加額が大きい。

二次医療圏毎 医療費総額の変化推計
(2010年→2040年)



二次医療圏毎 介護費総額の変化推計
(2010年→2040年)



厚生労働省『平成22年度国民医療費』及び国立社会保障・人口問題研究所『日本の将来人口推計』より推計。
年齢階層別医療費を一定とし、人口動態変化にあわせ将来推計を行ったもの。

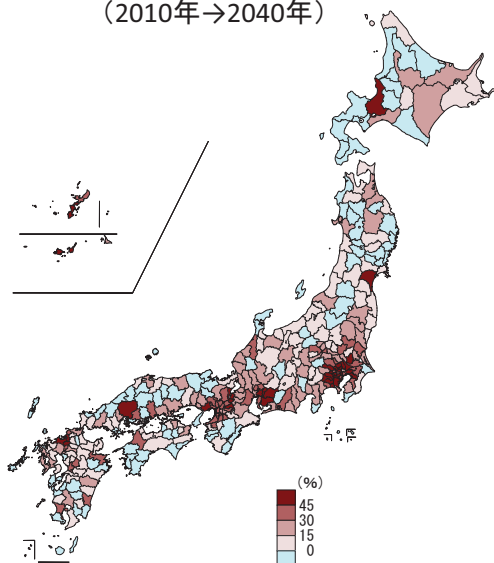
厚生労働省『介護給付費実態調査』及び国立社会保障・人口問題研究所『日本の将来人口推計』より推計。
年齢階層別介護費を一定とし、人口動態変化にあわせ将来推計を行ったもの。

2

2040年までの医療費・介護費の変化

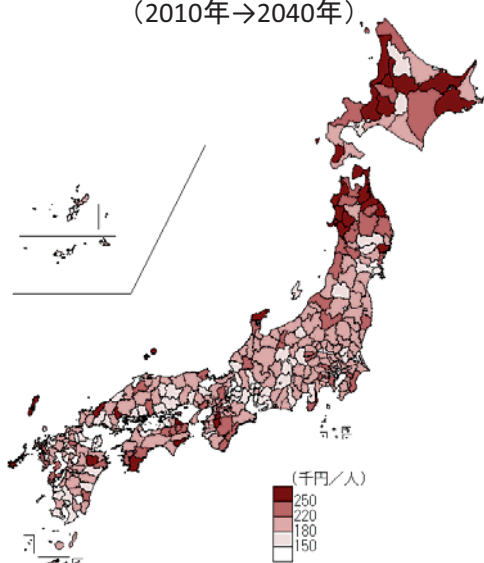
- ・医療費・介護費合算の変化率を見ると、都市部を中心に増加する地域が多い。
- ・また、人口一人あたり医療費・介護費の変化額でみると、20万円以上の増加になる地域もあるなど、費用の負担は重くなる。

二次医療圏毎 医療費＋介護費の変化率
(2010年→2040年)



厚生労働省『平成22年度国民医療費』、『介護給付費実態調査』、国立社会保障・人口問題研究所『日本の将来人口推計』より推計。年齢階層別医療費・介護費を一定とし、人口動態変化にあわせ将来推計を行ったもの。

二次医療圏毎 人口一人あたり医療費＋介護費の変化額
(2010年→2040年)



厚生労働省『平成22年度国民医療費』、『介護給付費実態調査』、国立社会保障・人口問題研究所『日本の将来人口推計』より推計。年齢階層別医療費・介護費を一定とし、人口動態変化にあわせ将来推計を行ったもの。

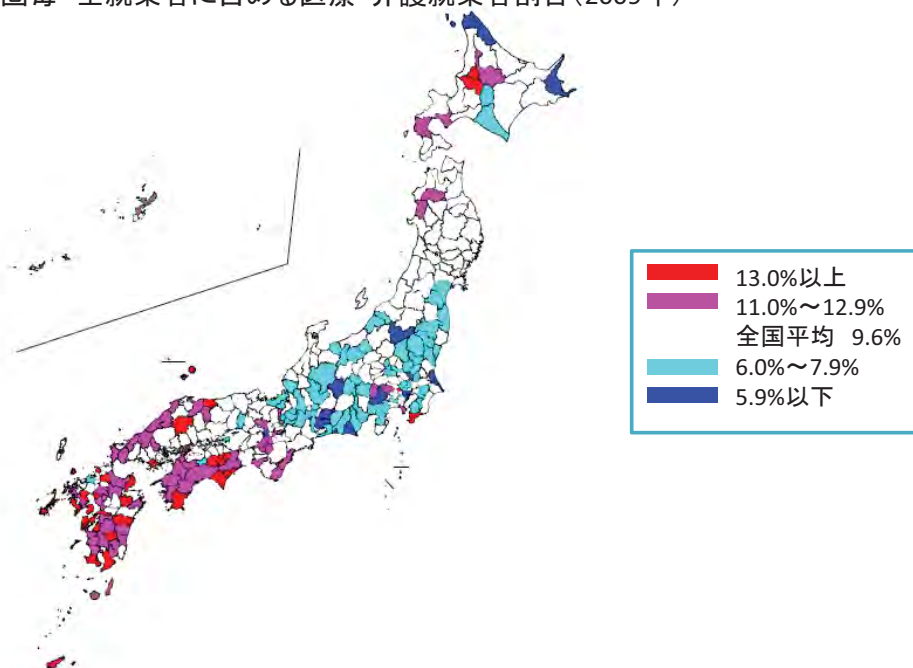
※あくまで医療費・介護費の費用増加のイメージであり、一人あたりの保険料負担の増加額を示すものではない。

3

医療・介護と地域の雇用

- ・二次医療圏毎に、全就業者に占める医療・介護就業者の割合をみれば、特に地方部においては10%を超えている地域もある。医療・介護は地域の雇用を支えている面がある。

二次医療圏毎 全就業者に占める医療・介護就業者割合(2009年)



総務省『平成21年 経済センサス基礎調査』より作成

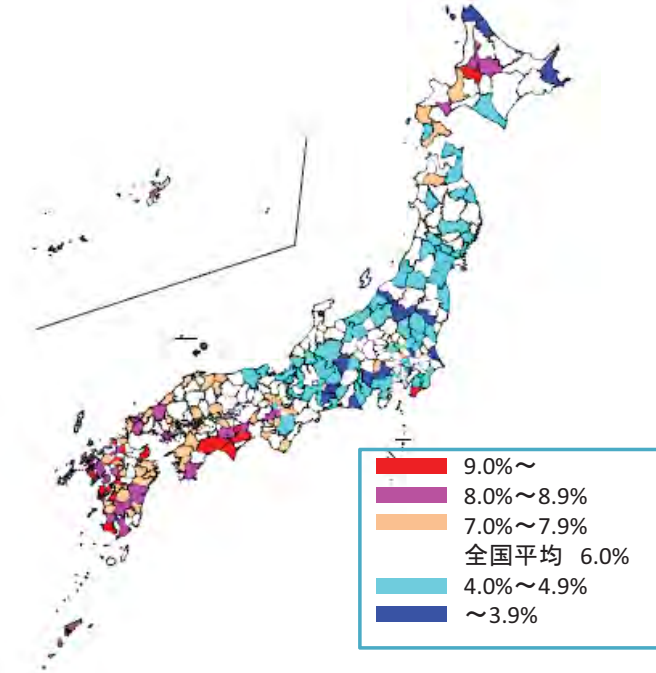
※ここで医療・介護従事者とは、病院等医療・介護業の事業所に勤める人員を指す。医師・看護師・介護士等の医療・介護従事者に加え、事務員等も含まれる。

4

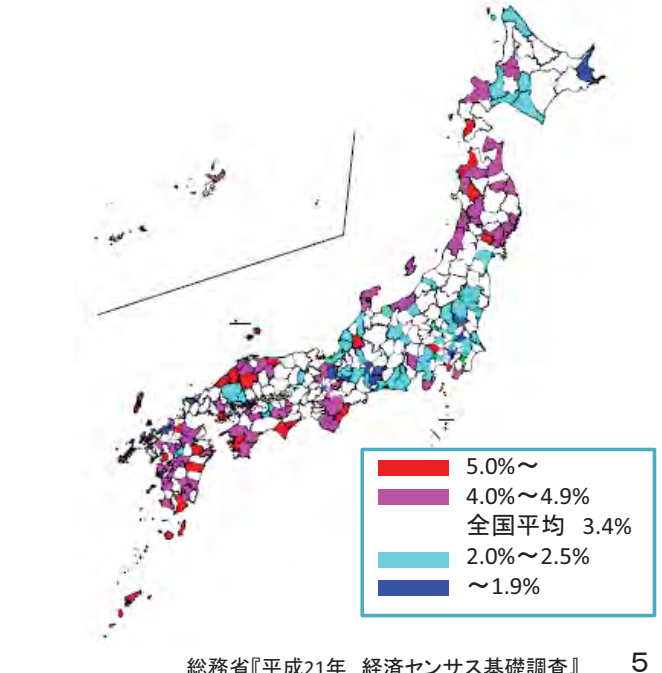
(参考)医療就業者、介護就業者別の割合

・就業者の割合を医療と介護と比較すると、西日本は医療・介護ともに全国平均対比高くなっているのに対し、東北地方では医療の割合が低く、介護の割合が高くなっている。

二次医療圏毎 全就業者に占める医療就業者割合
(2009年)



二次医療圏毎 全就業者に占める介護就業者割合
(2009年)



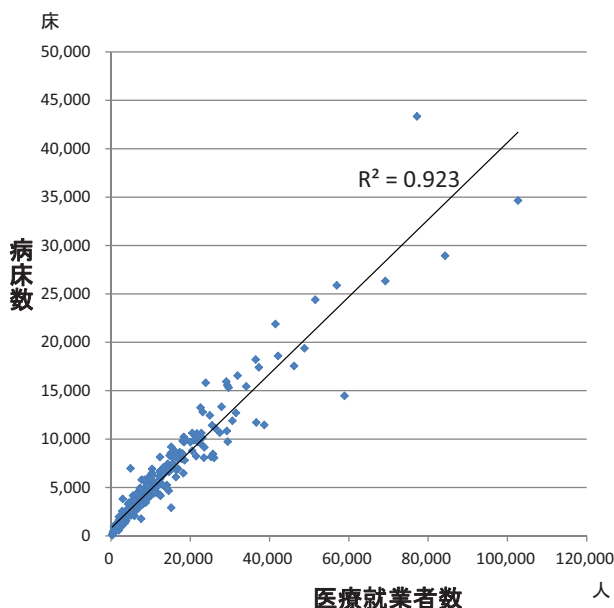
総務省『平成21年 経済センサス基礎調査』

5

医療就業者、介護就業者別の割合

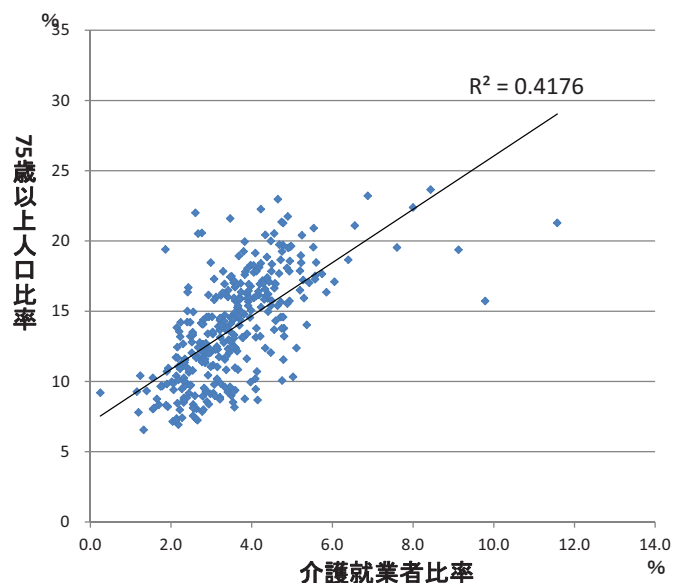
・二次医療圏毎にプロットすると、医療就業者数は病床数との相関が高く、介護は75歳以上人口比率との相関が高いことがわかる。

二次医療圏毎 病床数と医療就業者数の相関



総務省『平成21年 経済センサス基礎調査』及び
ウェルネス『二次医療圏データベース』より推計

二次医療圏毎 75歳以上人口比率×介護就業者割合の相関図



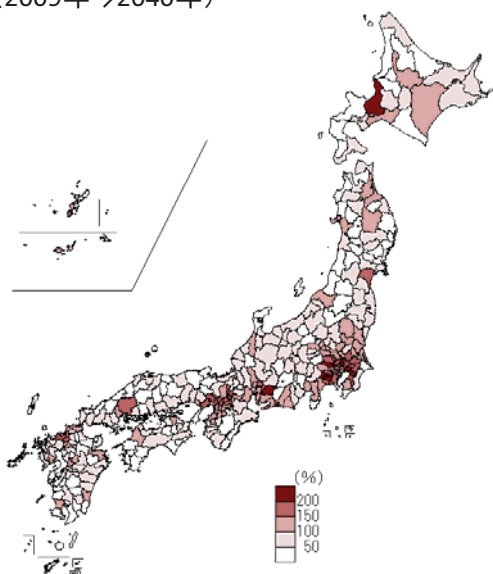
総務省『平成21年 経済センサス基礎調査』及び
総務省『国勢調査』より推計

6

2040年までの介護就業者の変化

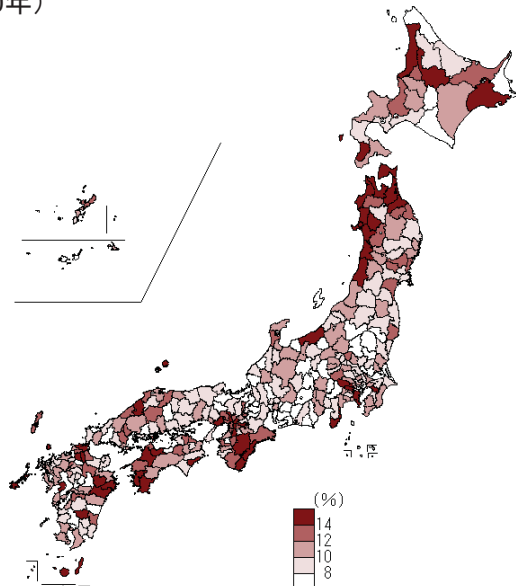
・2040年までの高齢人口変化を踏まえて介護就業者数の見通しを推計すると、都市部で介護就業者が大幅に増加。介護就業者の割合は、北海道・東北・西日本に加え、都市近郊等でも10%を超える地域がある。

二次医療圏毎 介護従事者の変化割合
(2009年→2040年)



総務省『平成21年 経済センサス基礎調査』、『国勢調査』、国立社会保障・人口問題研究所『日本の将来人口推計』、厚生労働省『介護職員をめぐり現状と人材の確保等の対策について』より推計

二次医療圏毎 全就業者に占める介護従事者の割合
(2040年)



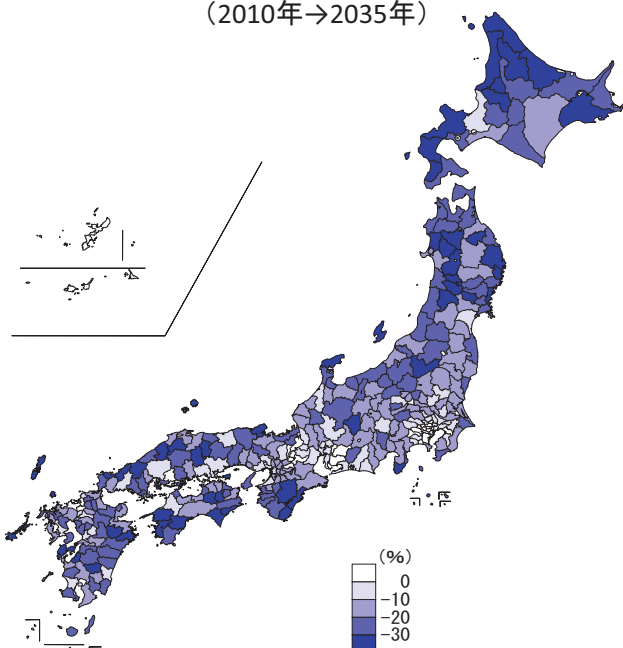
総務省『平成21年 経済センサス基礎調査』、『国勢調査』、国立社会保障・人口問題研究所『日本の将来人口推計』、厚生労働省『介護職員をめぐり現状と人材の確保等の対策について』より推計

7

2035年までの地域の消費額の変化

・他方、一世帯あたりの消費支出を一定と仮定し、将来の世帯数変化にあわせて消費支出の総額変化を推計すると、地方部では30%以上の減少を見込む地域もある。

二次医療圏毎 消費支出総額の変化率
(2010年→2035年)



総務省『全国消費実態調査』及び国立社会保障・人口問題研究所『日本の世帯数の将来推計』より推計。
世帯あたり消費額を一定とし、人口動態変化にあわせて将来推計を行ったもの。経済成長率等は織り込んでいない。

8

Ⅱ 新たな地域医療政策について(提言のポイント①)

- ・ 地域医療を守るためには、地域医療提供体制の整備と国民皆保険を最終的に支える「医療保険における最後のセーフティネット」である国民健康保険のあり方を一体的に検討することが必要。

【地域医療提供体制の整備について】

- ・ 増大する医療ニーズに対応するためには、病床を急性期・回復期など機能別に区分し、有効活用していくことや、病院間の役割分担・連携が必要不可欠(病院・病床機能の役割分担・連携)。そのためには、都道府県知事が、地域毎の医療提供体制に関するビジョンを示すことが必要。

※ このビジョンは、将来にわたって持続可能な地域医療提供体制を実現するため、地域における病院・病床機能の役割分担・連携の望ましい姿を、住民や医療提供者等に広く示すもの。

※ また、地域毎の医療資源の実態をベースに積み上げて、全体のあるべき姿を作成することにより、実行可能なビジョンとすることが必要。

※ 具体的な仕組みについては地方と協議し、地方の理解を得て構築

- ・ このようなビジョンを策定し、実現していくためには、都道府県が、これまで以上に地域医療提供体制の整備を積極的かつ主体的に行うことができるよう、都道府県の役割を拡大。

(例) 現在、国が行っている保険医療機関の指定・取消権限の都道府県への付与 等

9

Ⅱ 新たな地域医療政策について(提言のポイント②)

【国民皆保険を最終的に支えている国民健康保険の抜本的見直しについて】

- ・ 国民健康保険は、「医療保険における最後のセーフティネット」であり、国民皆保険を維持するため、その持続可能性の確保は極めて重要な課題。しかしながら、国民健康保険は、毎年度、多額の赤字補填目的の法定外繰入が行われており、持続可能とは言い難い現状。

- ・ また、財政運営が不安定になるリスクの高い小規模保険者の存在や、地域毎の保険料格差が大きいことも国民健康保険の大きな課題。

- ・ 以上の問題を解決するためには、国民健康保険の赤字構造を抜本的に解決した上で、国民健康保険の保険者を都道府県とすることが適切。

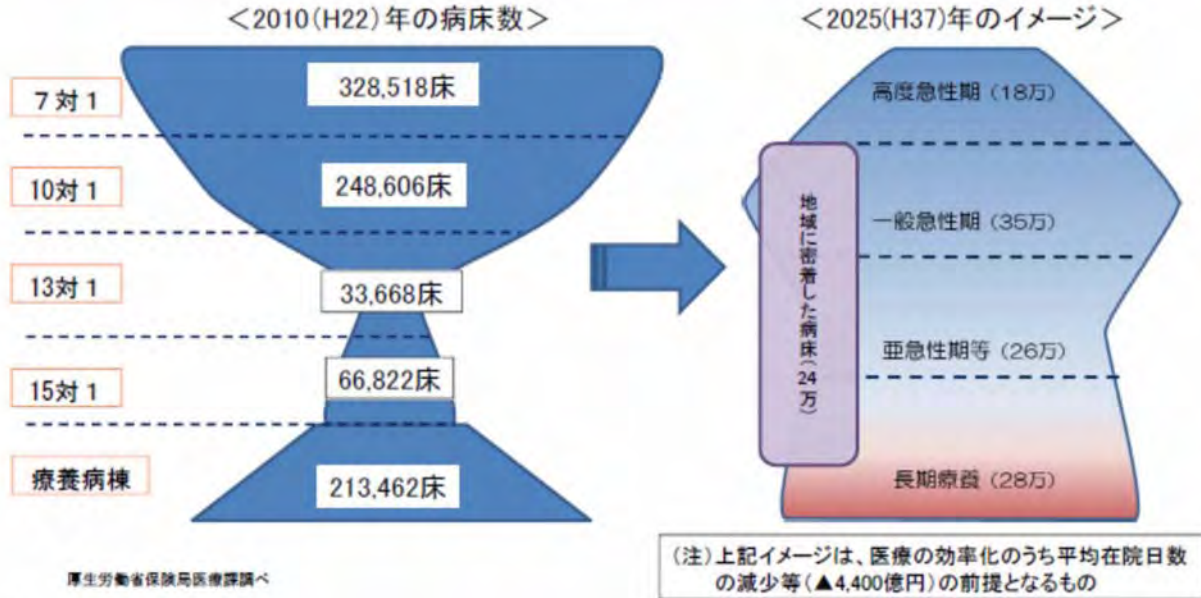
- ・ また、都道府県が国民健康保険の保険者となることにより、地域医療提供体制整備の責任主体と、国民健康保険の保険者が都道府県に一本化。これにより、地域医療の提供水準と保険料等の住民負担のあり方を総合的に検討することが可能な望ましい体制が実現。

※ なお、都道府県が国民健康保険の保険者となった場合でも、保険料徴収・保健事業など引き続き市町村が担うことが適切な業務は存在。したがって、都道府県と市町村が適切に役割分担する仕組みとすることが必要。

10

現在の一般病棟入院基本料等の病床数

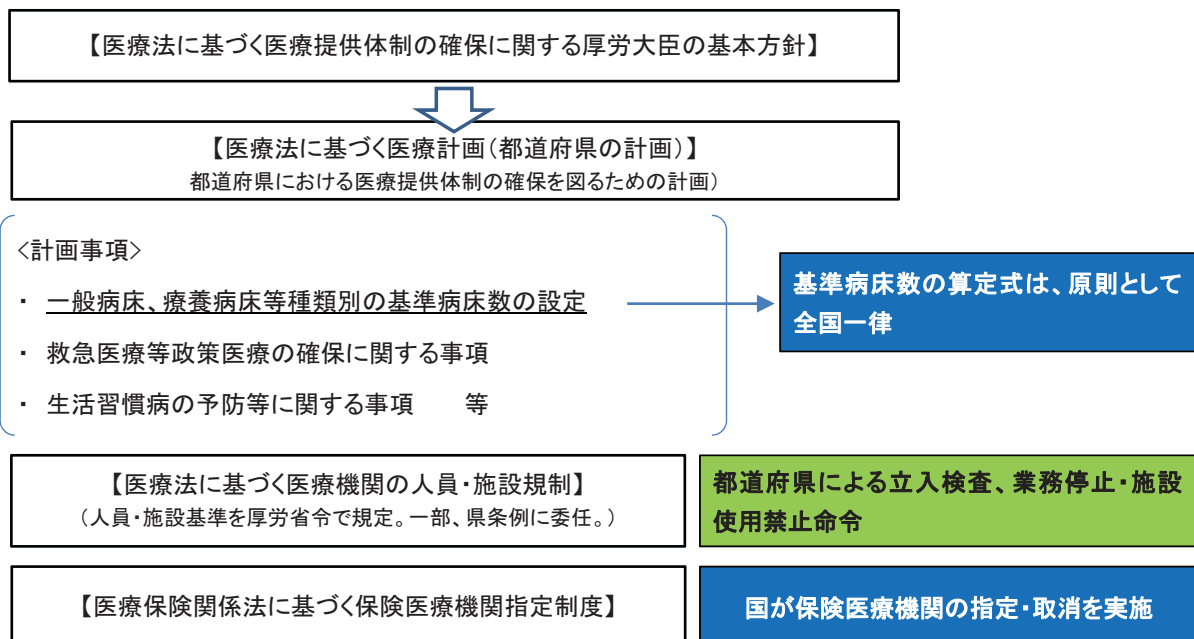
○ 届出医療機関数で見ると10対1入院基本料が最も多いが、病床数で見ると7対1入院基本料が最も多く、2025年に向けた医療機能の再編の方向性とは形が異なっている。



11

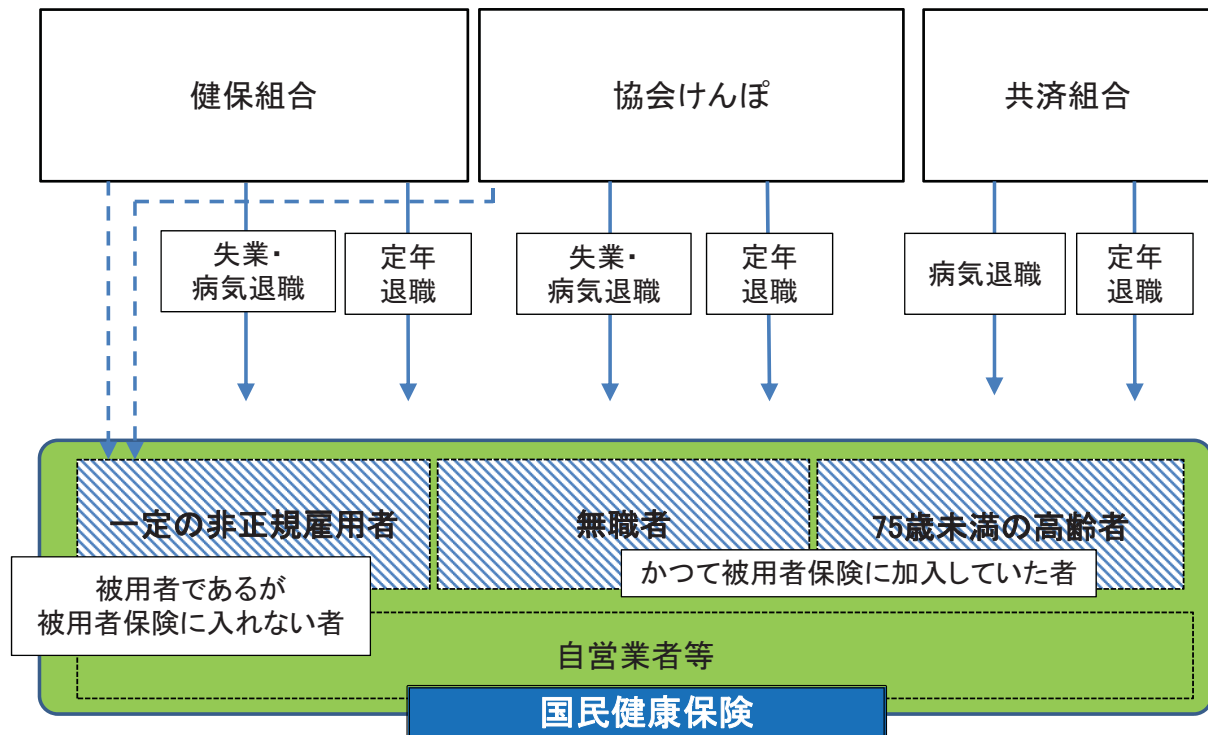
地域医療体制を整備するための主な仕組みには、都道府県が自主的に判断することができないもの、都道府県には権限のないものがある。

■地域医療提供体制を整備するための主な仕組み(現状)



12

国民健康保険が国民皆保険を最終的に支えており、国民健康保険が「医療保険における最後のセーフティネット」としての役割を果たしている。



13

国民健康保険は以下のような構造的な問題を抱えており、抜本的な見直しが必要不可欠な状況。

<国民健康保険制度の運営に関する問題>

①年齢構成が高く、医療費水準が高い

- ・65～74歳の割合：国保(31.3%)、健保組合(2.6%)
- ・一人あたり医療費：国保(29.9万円)、健保組合(13.8万円)

②所得水準が低い

- ・加入者一人当たり平均所得：国保(145万円)、健保組合(369万円)
 - ・無所得世帯割合：22.8%
- ※無所得世帯とは、収入－経費(又は税法上の給与所得控除等)が0以下の世帯。

③保険料負担が重い

- ・加入者一人当たり保険料／加入者一人当たり所得
市町村国保(9.7%)、健保組合(4.8%) ※健保は本人負担分のみの推計値

多額の一般会計繰入・繰上充用の発生

市町村による法定外繰入額
→ 約3,500億円
繰上充用額 → 約1,500億円

※H23決算

赤字構造の解消が必要不可欠

<保険者のあり方に関する問題>

⑤財政運営が不安定になるリスクの高い小規模保険者の存在

- ・1723保険者中3000人未満の小規模保険者 417 (全体の1/4)

⑥市町村単位で運営しているため格差が大きい

- ・一人あたり医療費の市町村間格差 4.3倍(都道府県間格差 1.5倍)
- ・一人当たり保険料の市町村間格差 4.3倍(都道府県間格差 1.7倍)

赤字構造の解消を行った上で

国保の都道府県保険者化等
国保広域化による対応

14

(参考)医療費の地域間格差

①一人あたり医療費の格差(H21年度)

	最高・最低の市町村	最高・最低の都道府県	全国平均
最高(A)	馬路村 (高知) 549,175円	広島県 351,815円	289,885円
最低(B)	御蔵島村 (東京) 127,349円	沖縄県 240,938円	
(A)/(B)	4.3倍	1.5倍	
標準偏差	市町村別 45,634円	都道府県別 31,230円	

③市町村別一人あたり医療費の上位・下位(H21年度)

順位	上位10保険者	順位	下位10保険者
	円		円
1	馬路村 (高知) 549,175	1	御蔵島村 (東京) 127,349
2	上北山村 (奈良) 470,384	2	座間味村 (沖縄) 146,837
3	津奈木町 (熊本) 458,523	3	渡嘉敷村 (沖縄) 155,904
4	赤平市 (北海道) 458,063	4	竹富町 (沖縄) 162,072
5	早川町 (山梨) 453,222	5	小笠原村 (東京) 164,597
6	中頓別町 (北海道) 449,495	6	川上村 (長野) 175,235
7	大崎上島町 (広島) 447,225	7	多良間村 (沖縄) 179,304
8	水俣市 (熊本) 445,270	8	石垣市 (沖縄) 190,382
9	大川村 (高知) 441,575	9	南牧村 (長野) 197,185
10	初山別村 (北海道) 437,140	10	与那国町 (沖縄) 205,804

②都道府県別一人あたり医療費の上位・下位(H21年度)

順位	上位10都道府県	順位	下位10都道府県
	円		円
1	広島県 351,815	1	沖縄県 240,938
2	山口県 349,171	2	茨城県 247,156
3	香川県 346,873	3	栃木県 255,748
4	島根県 346,810	4	千葉県 257,331
5	大分県 346,638	5	埼玉県 261,535
6	長崎県 343,895	6	群馬県 262,721
7	徳島県 343,657	7	東京都 264,810
8	佐賀県 340,137	8	山梨県 268,288
9	鹿児島県 335,603	9	愛知県 269,119
10	高知県 334,888	10	静岡県 269,724

(参考)保険料の地域間格差

①一人あたり保険料の格差(H21年度)

	最高・最低の市町村	最高・最低の都道府県	全国平均
最高(A)	猿払村 (北海道) 133,682円	栃木県 93,965円	83,204円
最低(B)	伊平屋村 (沖縄) 30,907円	沖縄県 54,034円	
(A)/(B)	4.3倍	1.7倍	
標準偏差	市町村別 14,338円	都道府県別 7,328円	

③市町村別一人あたり保険料の上位・下位(H21年度)

順位	上位10保険者	順位	下位10保険者
	円		円
1	猿払村 (北海道) 133,682	1	伊平屋村 (沖縄) 30,907
2	大潟村 (秋田) 123,405	2	粟国村 (沖縄) 32,018
3	利尻町 (北海道) 122,420	3	伊仙町 (鹿児島) 36,076
4	標津町 (北海道) 120,243	4	三島村 (鹿児島) 37,077
5	羅臼町 (北海道) 119,881	5	大鹿村 (長野) 39,113
6	えりも町 (北海道) 115,638	6	東村 (沖縄) 39,267
7	南幌町 (北海道) 114,006	7	三宅村 (東京) 40,506
8	千代田区 (東京) 113,554	8	伊是名村 (沖縄) 40,531
9	西方町 (栃木) 112,838	9	三原村 (高知) 42,018
10	栗山町 (北海道) 111,734	10	渡嘉敷村 (沖縄) 42,181

②都道府県別一人あたり保険料の上位・下位(H21年度)

順位	上位10都道府県	順位	下位10都道府県
	円		円
1	栃木県 93,965	1	沖縄県 54,034
2	群馬県 92,109	2	鹿児島県 69,714
3	愛知県 91,211	3	宮崎県 71,033
4	静岡県 90,442	4	長崎県 71,631
5	埼玉県 89,939	5	鳥取県 72,107
6	石川県 89,484	6	高知県 72,714
7	三重県 88,860	7	岩手県 73,023
8	千葉県 88,281	8	愛媛県 73,764
9	神奈川県 87,550	9	島根県 74,081
10	滋賀県 87,347	10	秋田県 76,233

知事会・市長会・町村会は、国民健康保険の構造的問題を早急に解決することが、国民健康保険の保険者のあり方を検討する際の前提条件と主張している。

■第5回社会保障制度改革国民会議・地方三団体提出資料(抜粋)

1. 国民健康保険制度について

- 国民皆保険の堅持のためには、医療保険における最後のセーフティネットである国民健康保険の構造的な問題を抜本的に解決し、基盤強化を行うことは必要不可欠。
- 社会保障・税一体改革による国民健康保険への追加公費投入額は2,200億円となっており、当面一定の効果は見込まれるものの、構造的な問題の抜本的な解決には不十分であり、これをもって将来的に持続可能な制度が実現するとは考えられない。医療費適正化、保険料適正化、被用者保険との財政調整、公費投入等をどう組み合わせる持続可能な国民健康保険制度を実現するのか、国は方針を明確にすべき。
- 上記の問題を早急に解決した上で、国民健康保険の保険者のあり方についても検討すべき。

17

Ⅲ 医療・介護の提供体制の改革とまちづくり・都市再生について(提言のポイント)

- ・ 地域を起点とした公的安心サービス提供基盤の整備を進めていくためには、病院の統合・再現による機能の集約化・分化と、医療・介護と高齢者向け住宅の結合が必要。
- ・ また、高齢化が進む環境下で効率的に都市サービスを供給する体制が必要であり、都市のコンパクトシティ化、それに応じて医療・介護施設を含めた必要な都市機能の再配置を行うことが不可避。
- ・ 以上のような問題に対応するためには、新しいまちづくりを促進する仕組みの構築が必要であり、具体的には以下のような総合的な規制の見直しが必要ではないか。
 - (1)医療法人制度(及び社会福祉法人制度)の経営統合を促進する制度
 - (例) ホールディングカンパニー型の法人類型の創設
 - (2)医療法人(及び社会福祉法人)の「非営利性」を担保しつつ都市再開発に参加できるようにする制度
 - (例) 都市再生会社(SPC)への出資等を認める規制改革
 - (3)ヘルスケアも含むコンパクトシティに対する資金調達手段を促進する制度
 - (例) ヘルスケアリートの普及手法の検討

18

医療・介護サービスの改革の方向性

- 医療・介護サービスの改革の方向性については、概ねコンセンサスが存在。「安心社会実現会議」においても、社会保障国民会議の議論を継承しつつ、優先課題として以下の方向性を提示。

【安心社会実現会議報告別紙（優先課題）】

○地域を起点とした公的安心サービス提供基盤の整備

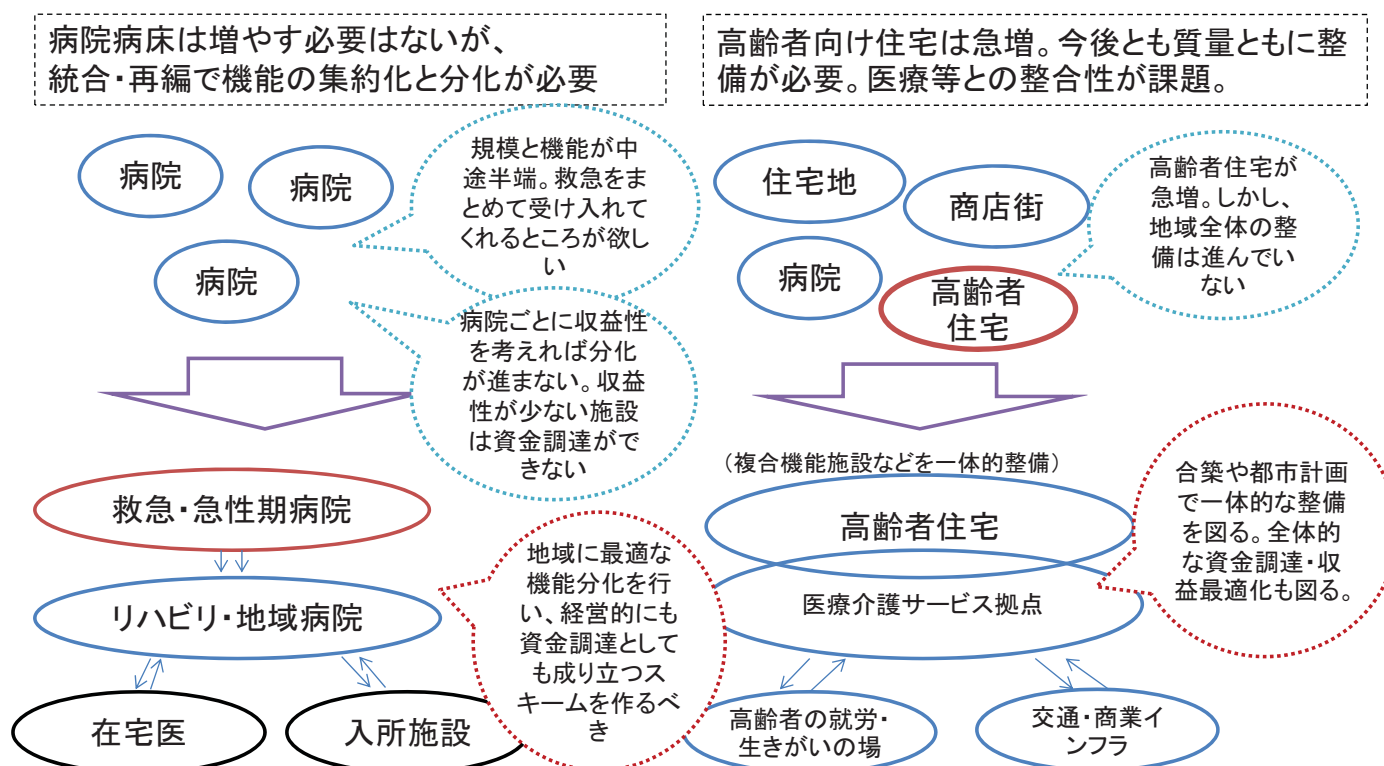
- ①地域医療の再生、特に二次医療圏における救急体制の整備と当該救急部門のファイナンスの確立
- ②コミュニティにおける医療介護連携の推進とそれに連動した独居高齢者に対する住宅保障

〔※①は、病院のコンソーシアム（共同運営体制）を組織しつつ医療機関の機能分担と集約を進めることを提言。〕

- 病院団体もこうした課題認識は共有。問題は、これをどう実現するか。まだ具体的提案がない状況。

19

医療介護の改革は病院再編と住宅との結合が鍵

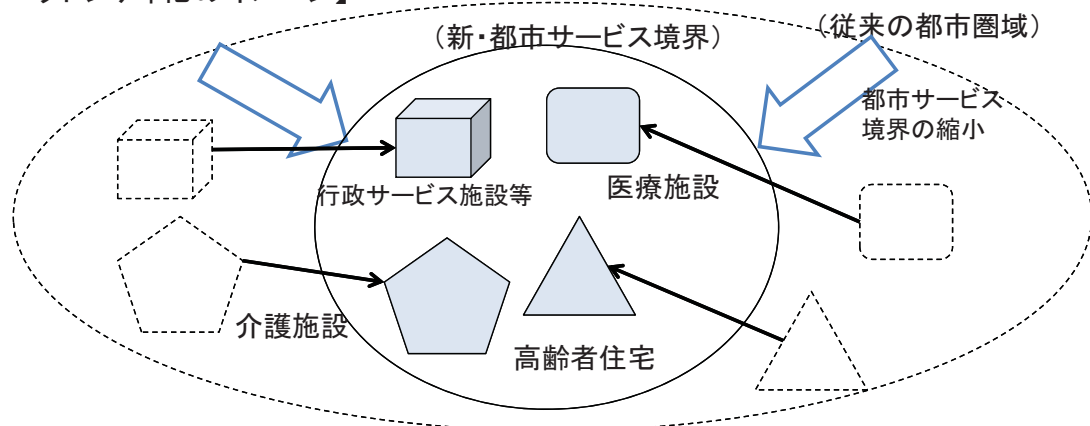


20

高齢化の中でのまちづくりの課題＝コンパクト化

- 我が国はこれから急速な人口の減少と高齢化に見舞われる。高齢化が進む環境下で効率的に都市サービスを提供する体制が必要。
- 大きな方向性としては都市をコンパクトなものに作り替えること(コンパクトシティ化)、それに応じて必要な機能の再配置を行うことが不可避。

【コンパクトシティ化のイメージ】



- 医療介護の再配置も必須。全体として整合性のとれた開発・機能再配置のための新たな仕組みが必要ではないか。

21

医療介護を含めたまちづくりは始まっている(1)

(参考) 東大高齢社会総合研究機構によるAging in Place の理念

Aging in Place: コミュニティーでの社会実験



IOG 東京大学 高齢社会総合研究機構
INSTITUTE OF GERONTOLOGY, The University of Tokyo

出典: 東京大学高齢社会総合研究機構ホームページ

22

第9回社会保障制度改革国民会議 (平成25年4月19日)

独立行政法人国立長寿医療研究センター
総長 大 島 伸 一

1

超高齢社会

人生 50～60年 (1950年)	⇒	80～90年
人口 12800万人台 (2010年)	⇒	8000万人台 (2060年)
高齢化率 5% (1950年)	⇒	40% (2060年)

2

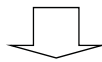
20世紀の医療

1. 医療：医術で病気をなおすこと

広辞苑

2. 病院の世紀の理論

猪飼周平



病院で治す医療

3

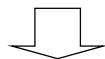
現状認識（1）

1. 少子高齢化の急速な進行

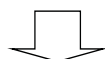
疾病構造の変化→医療需要の量的・質的变化

2. 皆保険制度：需要の増大と支え手の減少

3. 需要と供給の均衡の限界



皆保険制度の維持は危機的
抜本的改革が必要



国民会議の設置

4

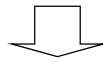
現状認識(2)

病気があって医学が生まれ

病人のために医療があり

医療を行うために医師がいる

医学概論 1982年 川喜田愛郎著
傍線部分(大島加筆)

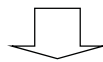


この原則が壊れている

5

提案1

いつでも 好きなところで
お金の心配をせずに 求める
医療を受けることができる



必要なときに適切な医療を
適切な場所で最小の費用で
受けることができる

6

適切な医療の提供とは

1. 疾病構造に合った医療とその提供体制
2. 疾病・障害に合った適切な場での医療の提供
3. 必要度・重症度に合った医療の提供
4. 根拠に基づいた医療の提供

7

提案2

1. 「病院で治す」医療から超高齢社会に合った「地域全体で、治し・支える医療」へ
2. 医療資源を国民の財産と考え、適正に養成、配置し有効に使用できるシステムへ
3. 個人の全ての要求に応えることは、不可能ということを前提にした制度の再編へ
4. 科学的な根拠を反映できる制度、診療体制へ

8

医療提供体制の考え方(1)

1. 時代によって医療は変わる
2. 資源は有限である
3. 需要に供給を合わせる
4. 医療の形が医療需要を決める
5. 医療には公共性がある

9

医療提供体制の考え方(2)

1. 需要に基づいた医療資源の算定
2. 提供体制の総合計画
3. 診療内容選択の基準
4. 計画に合った診療報酬
5. 機能を活かした医療提供のシステム化
6. 需要に応じた医療人の育成
7. 総合的技術評価;技術移転
8. 資源の重点配分

10

提案の実現の阻害要因

1. 既存制度の構造的問題への対処はできているか
2. 固定した利権構造にとらわれていないか
3. 専門職能団体は責任を十分に果たしてきたか
4. 国民の要求にどこまで応えうるか

医療提供体制の機能分化と 臨床データベースの必要性

自治医科大学
永井良三

1

概要1

- 日本の医療提供体制は、市場原理でも社会主義でもない。独自の制御機構が必要。
- 日本は欧米よりも医療機関数が多い。フリーアクセスのもとで医療資源を配分すれば、医師不足、看護師不足となる。
- 医療職種の職務の見直しとチーム医療が重要
- 病院の機能分担と連携を図る。大都市以外では総合医中心の医療提供体制が必要。
- 専門医トレーニングの枠は、地域ごとの調整が必要。
- 地方では医療機関と在宅患者を結びつけるコーディネータや支援組織が必要。

2

概要2

- 慢性疾患の増加により、確率論的医療が増加する。
例えば、生命予後、心臓発作、人工透析などの重大な事象を、有効性評価のするために、データベースの構築が必要である。
- 保険で承認された医療も、多施設の臨床結果を蓄積し、費用対効果などの観点から常に再評価されるべきである。
- 診療情報を有効に活用し、有効性評価や有害事象を把握するシステムの構築が必要。これらのデータをもとに、医療の機能分担と連携のシステムを構築する。
- 疾患登録事業やデータベースの構築と維持に対し、公的に支援する。
- 心のケアや、高齢者の地域活動により、医療費の節減は可能。

3

医療サービスの需要増加

手術等の実施件数(全国)

※一般病院(精神科病院・結核療養所以外)

	2011年 9月中	2005年 9月中	1996年 9月中
全身麻酔	204,091	167,744	128,086
開頭術	—	6,463	6,315
人工心肺を用いた手術	—	3,689	2,814
悪性腫瘍手術	50,739	36,569	30,605
人工関節置換術	—	6,987	5,561
腹腔鏡下手術	—	12,027	6,976
内視鏡下消化管手術	58,013	41,669	22,693
経皮的冠動脈形成術	—	11,249	5,818

医療提供体制の国際比較(2011年)

国名	平均在院 日数	人口千人 当たり 病床数	病床百床 当たり 臨床医師数	人口千人 当たり 臨床医師数	病床百床 当たり 臨床看護 職員数	人口千人 当たり 臨床看護 職員数
日本	33. 2 (18.5)	13. 7	15. 8	2. 2	69. 4	9. 5
ドイツ	9. 8 (7.5)	8. 2	44. 1	3. 6	133. 2	11. 0
フランス	12. 8 (5.2)	6. 6	#49. 3	#3. 3	#123. 6	#8. 2
イギリス	7. 8 (6.8)	3. 3	81. 1	2. 7	283. 2	9. 5
アメリカ	6. 3 (5.4)	3. 1	79. 4	2. 4	#350. 8	#10. 8

(出典):「OECD Health Data 2011」

注1 「臨床医師数」、「臨床看護職員数」について、日本は2008年のデータ。

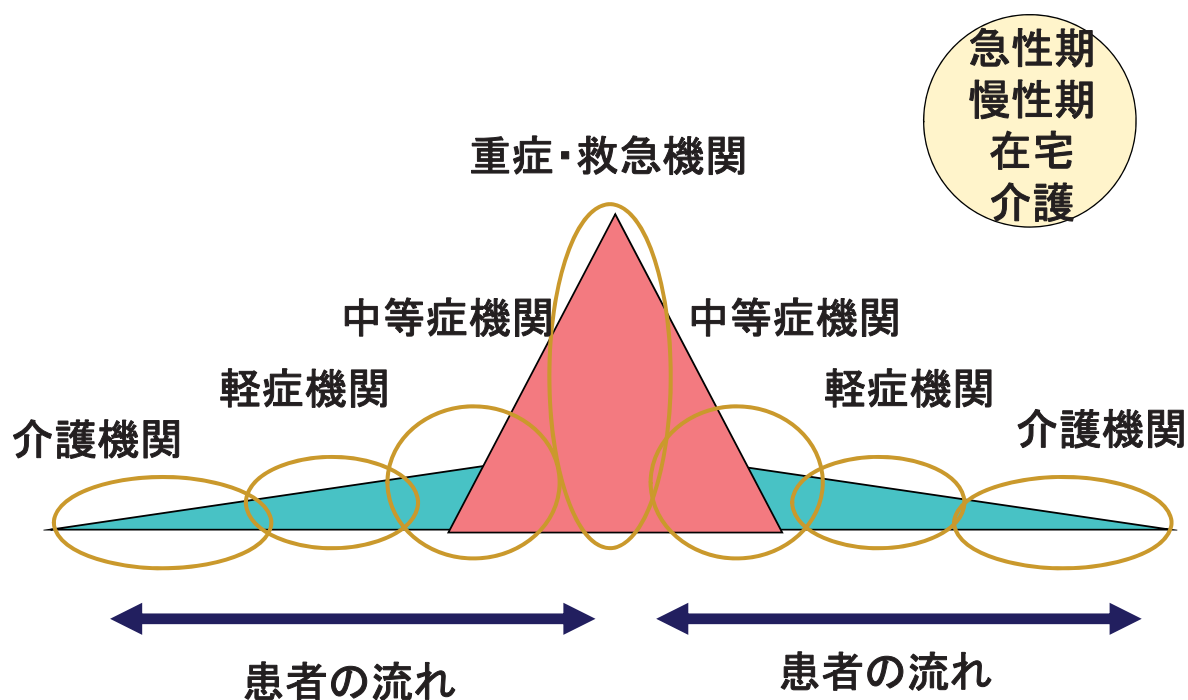
注2 「#」は実際に臨床にあたる職員に加え、研究機関等で勤務する職員を含む。

注3 病床百床あたり臨床医師数ならびに臨床看護職員数は、総臨床医師数等を病床数で単純に割って百をかけた数値である。

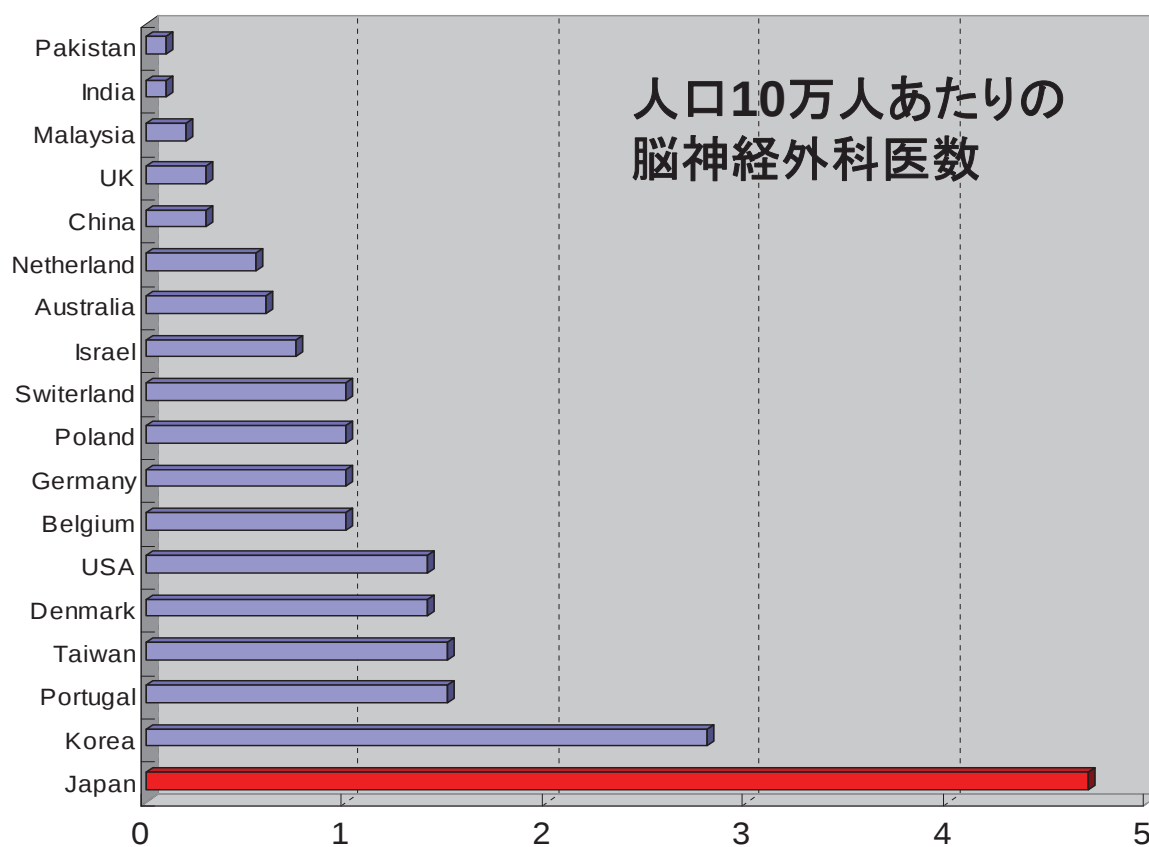
注4 平均在院日数のカッコ書きは、急性期病床(日本は一般病床)における平均在院日数である。

5

医療提供体制の再構築



6



桐野高明先生提供

7

10万人あたりの外科医数

	外 科	脳外科	胸部外科 (心臓と肺)	整形外科
米国	24.1	1.2	1.6	10.2
日本	29.7	5.4	4.5	17.6

田林晁一先生提供

8

外科医数と手術症例数

	胸部外科				脳外科			
	医師数		手術症例数		医師数		手術症例数	
	全体	10万人当	全体	1医師当	全体	10万人当	全体	1医師当
米	4737	1.6	26.6万	56.1	3500	1.2	217.1万	620.3
日	5745	4.5	10.5万	18.2	6880	5.4	19.1万	27.8

田林晁一先生提供

9

医療処置項目	「現在看護師が実施している」と回答			
	研究班調査		日本医師会調査	
	医師 回答 n=2,420	看護師回答 n=5,684	医師 回答 n=3,525	看護師 回答 n=3,506
心肺停止患者への電氣的除細動実施	18.9%	20.9%	13.0%	16.5%
カテコラミンの選択・使用	11.0%	29.2%	8.0%	19.8%
末梢静脈挿入式静脈カテーテル(PICC)挿入	3.3%	0.9%	2.1%	1.5%
血中濃度モニタリングに対応した抗不整脈剤の使用	3.2%	18.5%	6.6%	18.5%
中心静脈カテーテル抜去	3.0%	2.4%	8.0%	7.6%
腹腔ドレーン抜去(腹腔穿刺後の抜針含む)	2.7%	2.6%	3.1%	4.3%
術中の麻酔・呼吸・循環管理(麻酔深度の調節、薬剤・酸素投与濃度、輸液量等の調整)	2.1%	1.8%	3.9%	7.5%
直接動脈穿刺による採血	2.0%	1.7%	4.0%	4.9%
IVR時の動脈穿刺、カテーテル挿入・抜去の一部実施	1.9%	0.6%	2.2%	1.6%
動脈ライン確保	1.7%	0.7%	3.1%	2.0%

10

特定行為に係る看護師の研修制度について

平成25年3月29日 チーム医療推進会議

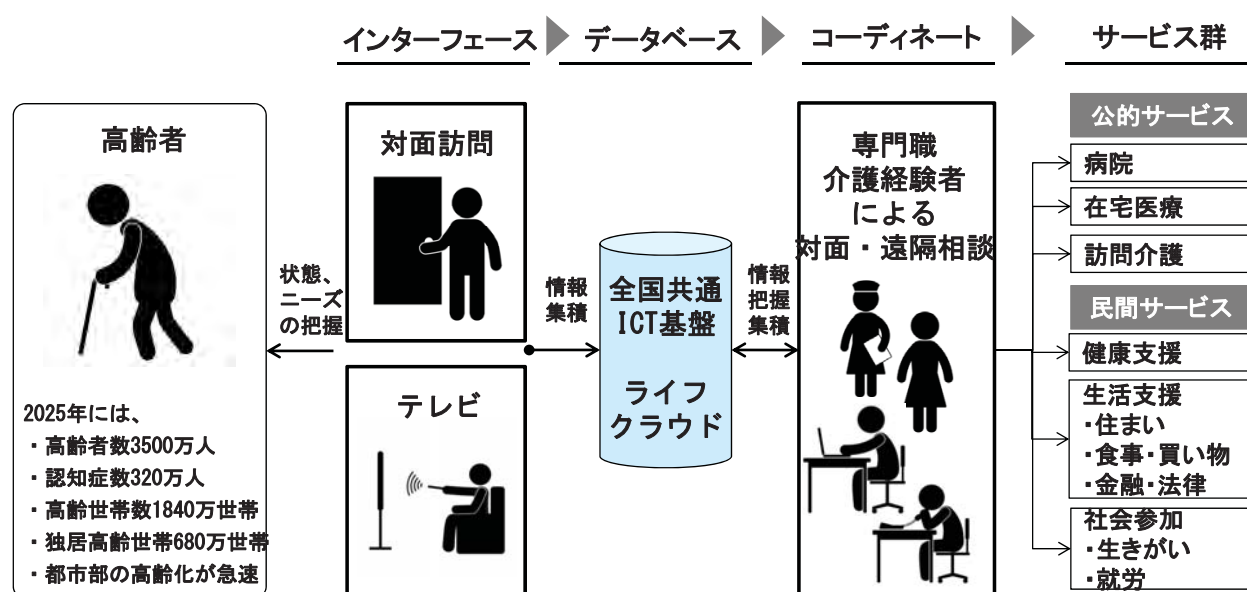
- ・ 看護師が現在行っている高度な知識・判断が必要とされる行為の中には、診療の補助に含まれるか否かが明確でないものが存在すること
- ・ これらの行為を実施するに当たっては、医療安全の観点から、教育を付加することが必要であることについて、本推進会議として意見が一致。

特定行為に係る看護師の研修制度(案)

○ 医師又は歯科医師の指示の下、診療の補助のうち、実践的な理解力、思考力及び判断力を要し、かつ高度な専門知識及び技能をもって行う必要のある行為(以下「特定行為」という。)について、保助看法において明確化する。

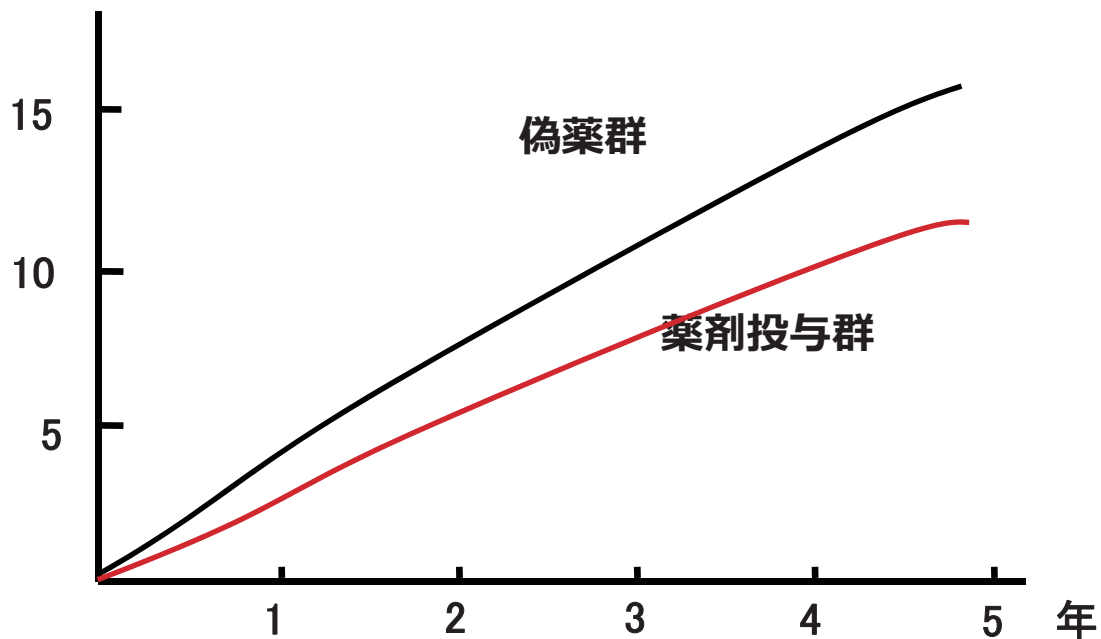
11

超高齢社会の課題に対する施策～高齢先進国モデル構想～



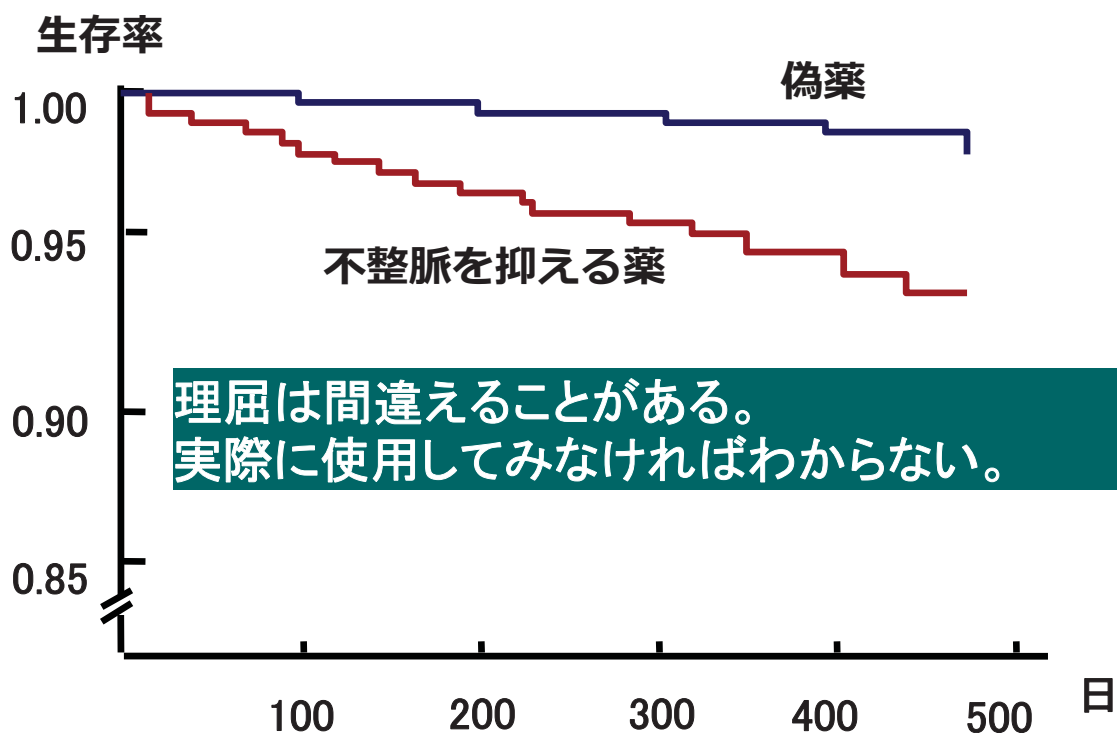
低い頻度で発生する発作に対する治療効果は、 大量のデータを集めないとわからない

心臓発作や脳卒中の発生率(%)



13

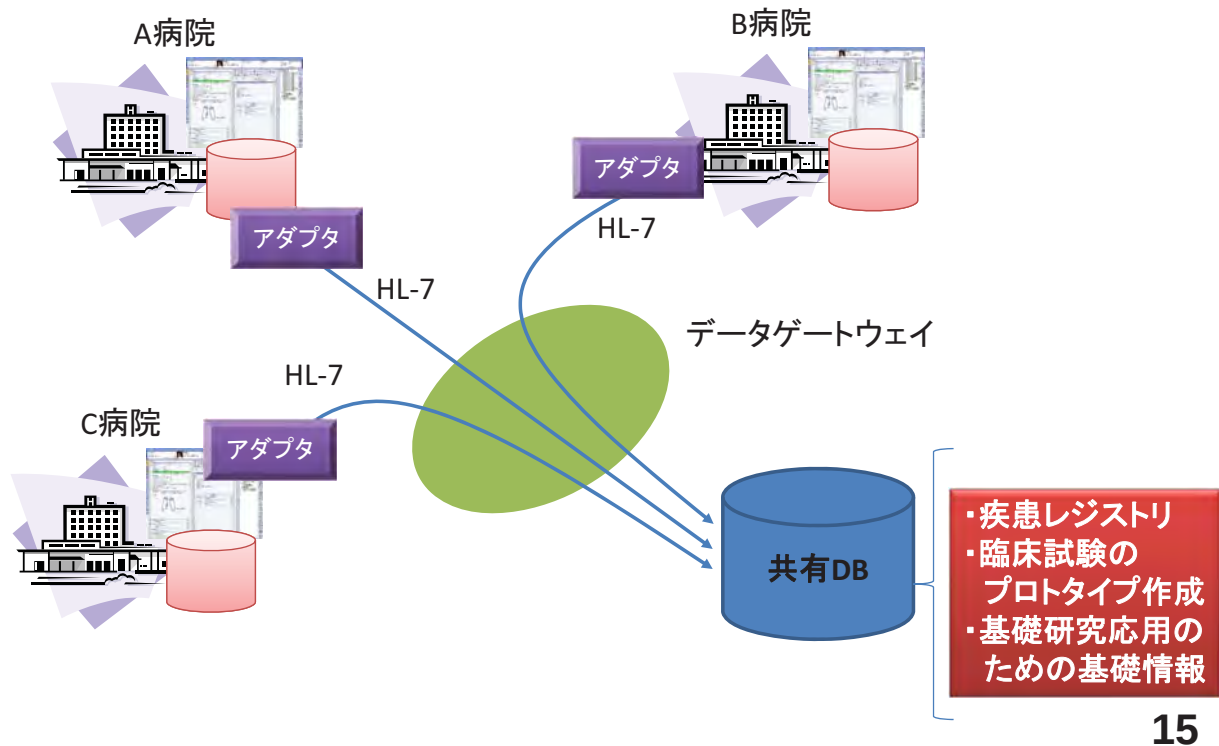
疫学の重要性: 抗不整脈薬によって、死亡率 が増加することがある



理屈は間違えることがある。
実際に使用してみなければわからない。

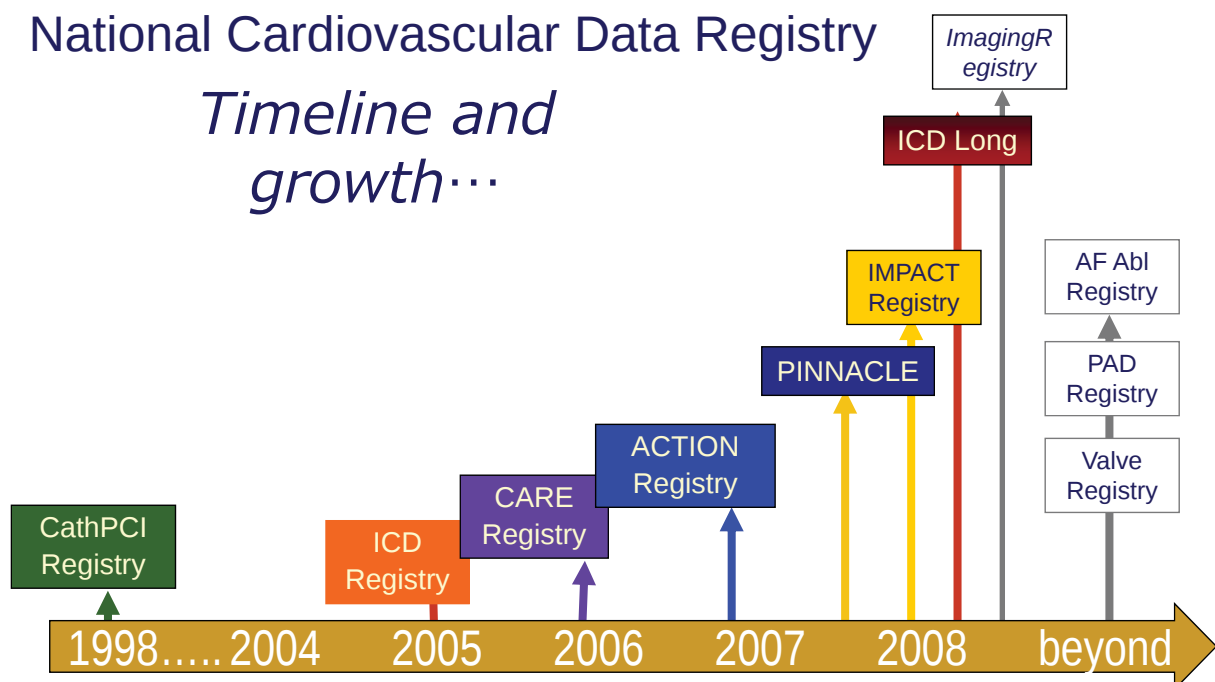
14

施設バイアスのないデータのために 複数施設からデータを取得しレジストリとする



15

National Cardiovascular Data Registry *Timeline and growth...*



米国心臓病学会 (ACC) 提供 16

米国心臓病学会が主導する患者登録事業

名前	登録事業者	患者数
冠動脈インターベンション	1350	10 million
ICD	1542	600,000
ACTION-GWTG	667	180,000
CARE	167	15,000
IMPACT	16 pilot sites	2000
PINNACLE	720	700,000

米国心臓病学会 (ACC) 提供 17

諸外国における活用可能な主要データベース概要

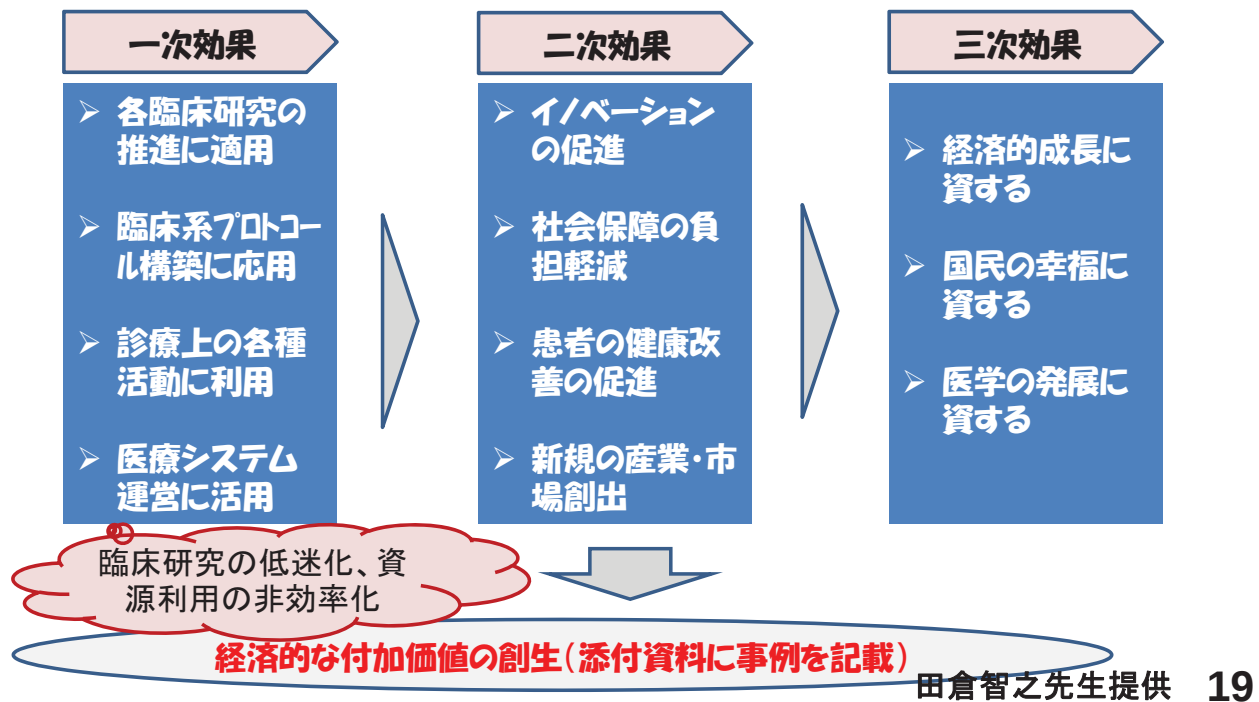


DB/ DB運用組織名	国	規 模	含まれるデータ	備 考
GPRD	英	657万人	診療情報、処方、患者情報、検査結果等	MHRAが管理運営するDB 一般診療所488施設より情報収集
THIN	英	500万人	診療情報、処方、患者情報 等	EPICがGPRDの代替として構築したDB GP300人より情報収集
PHARMO	蘭	200万人以上	診療情報、処方、検査結果 等	ユトレヒト大学、ロッテルダム大学が構築したDB
IMS Disease Analyzer	英独 仏豪	1570万人	診療情報、処方、患者情報、医師情報等	IMS Health社が構築したDB GP3600人より情報収集
i3 Aperio	米	3900万人以上	診療・処方レセプト、患者情報、検査結果等	保険会社ユナイテッドヘルス・グループの1部門であるi3のDB
Kaiser Permanente	米	860万人以上	診療・処方レセプト、患者情報、検査結果等	米国最大の非営利総合医療団体であるKaiser PermanenteのDB。7地域にリサーチセンターがあり、それぞれ独自のDBを所有する
HMO research network	米	4000万人以上	診療・処方レセプト、患者情報等	カイザーを含む14の保険会社のコンソーシアムが収集したレセプトデータのDB

18

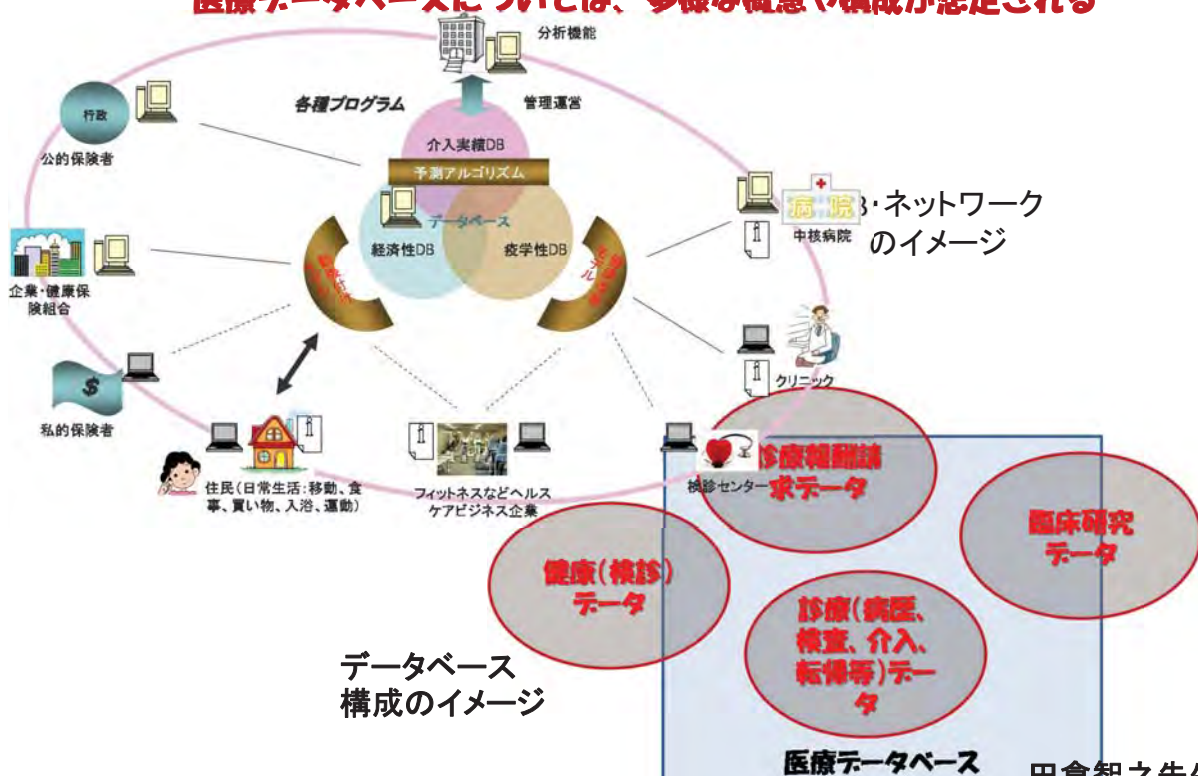
医療DBの社会経済的な意義

- 医療DB（データベース）は、投資に見合う成果が期待できるのでは
**レジストリー等の医療DBについても社会経済的な意義に関する議論が散見される
 （医療DBへの投資は二次効果として、社会経済的に回収される可能性もある）**



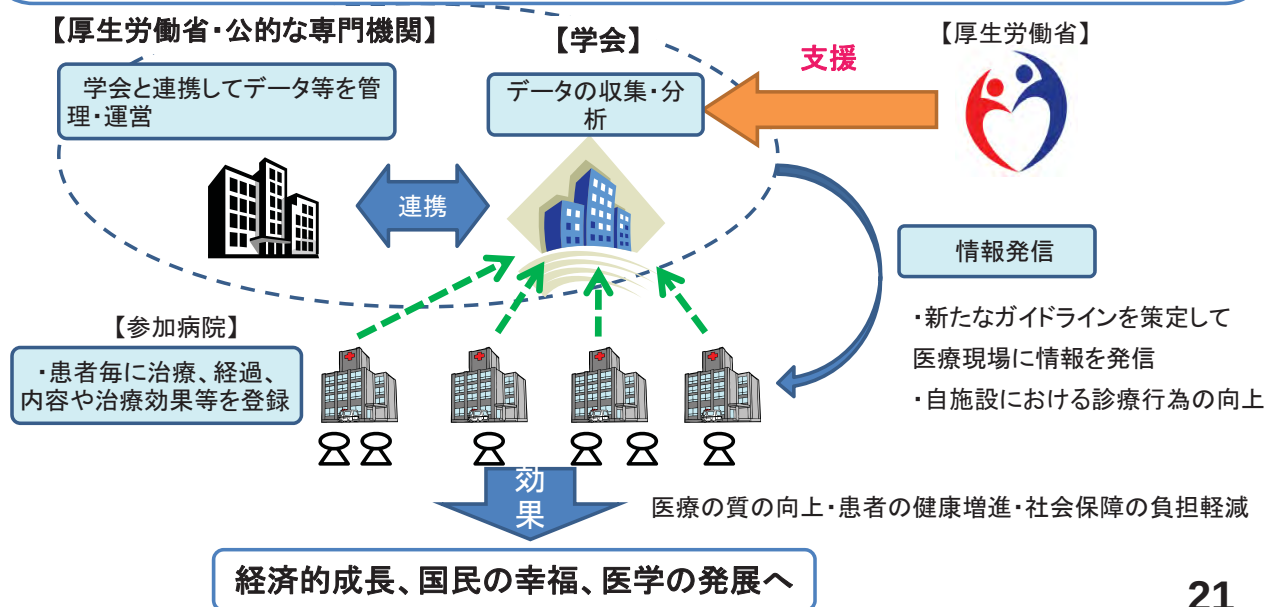
医療DBのコンセプト例

- 今後の医療DBには、領域横断的で拡張性や汎用性が希求されるのでは
医療データベースについては、多様な概念や構成が想定される



医療DBの構築のイメージ

- 複数の施設から患者毎の診療情報(治療内容や効果)を登録し、バイアスのないデータ収集を行う。
- データの収集、分析、情報発信について学会等が中心となり取り組む。
- 行政(厚生労働省)は学会等の取組に対して財政面を含め支援を行う。
- 効率的に情報を収集し活用するため、データベースの構築にあたっては、既存の取組(レセプト情報・特定健診等情報データベースや医療情報サービスMindsなど)との連携を検討する。



21

治療効果、費用対効果の分析の具体的な例

<経皮的冠動脈ステント留置術の場合>

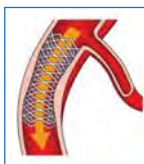
※心筋梗塞等の虚血性心疾患に対して、狭くなった心臓の血管の内腔に、ステントと呼ばれる金属でできた網目状の筒を留置して、血管を拡げる手術。

【現状】

ステントA



ステントB



どのステントを使用したのか分からない。



自院を受診しなくなった患者についてはフォローアップができないため、治療効果や予後が分からない。



こういった情報を把握できれば

【将来】

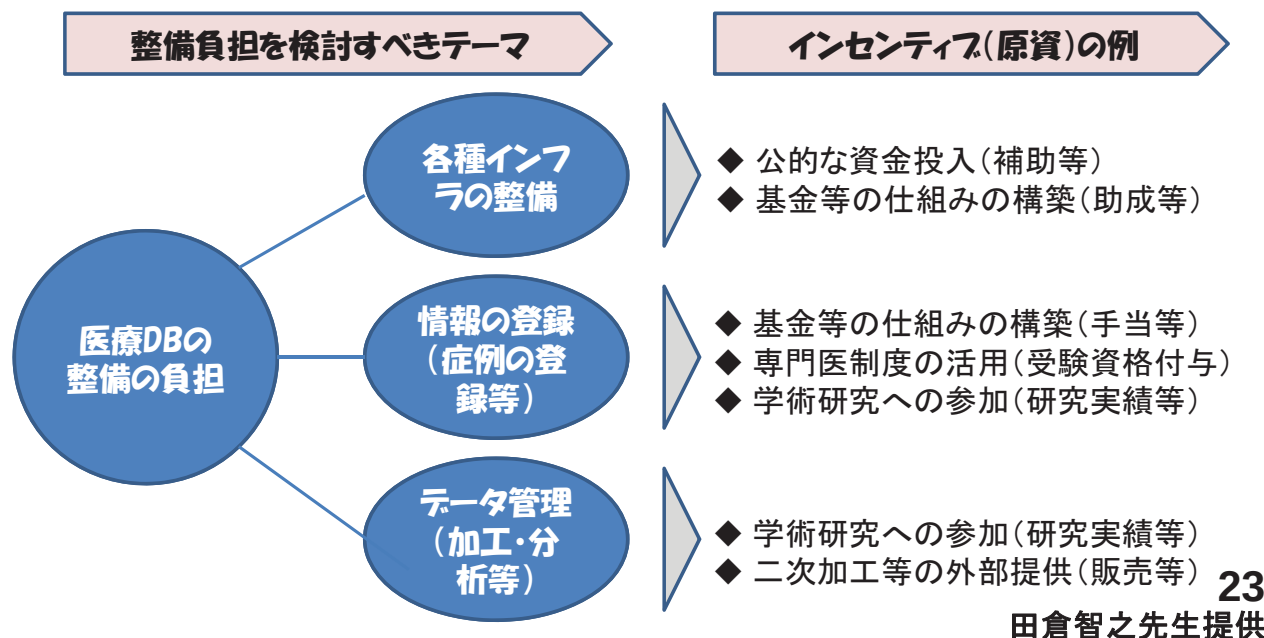
“どのような病変に対しては、どのステントを選択するのがよいのか。”
 “費用対効果の観点からどのタイプのステントを選択するのがよいのか。”
 “その後のフォローアップはどのようにするのがよいのか。”
 といったことの分析が可能となる。

22

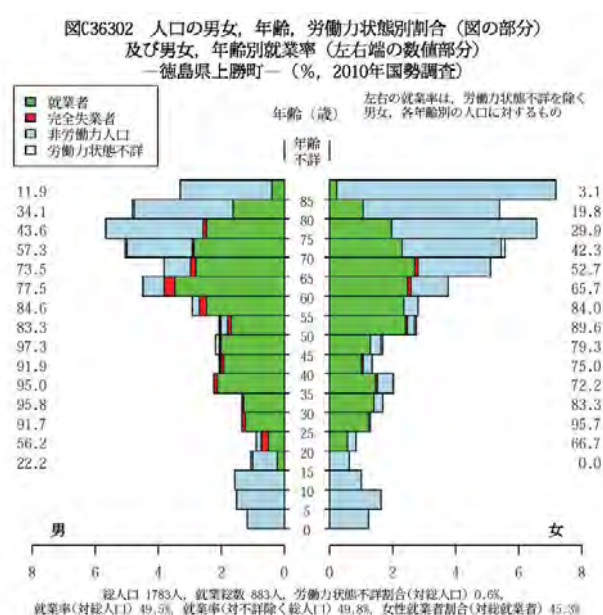
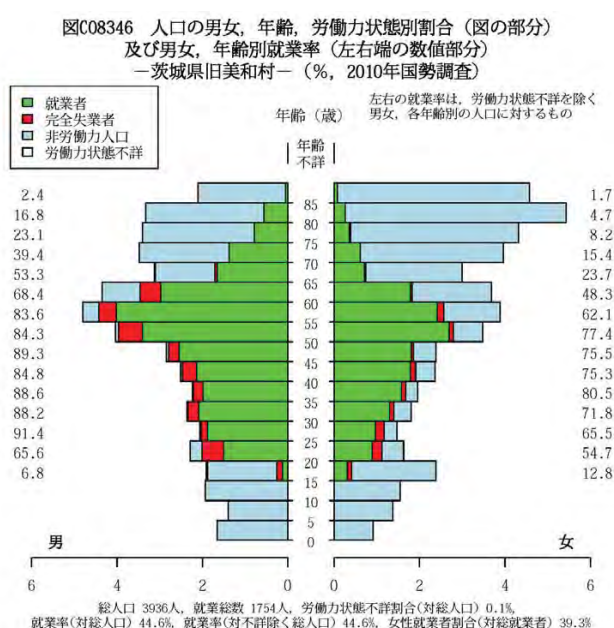
医療DB整備のインセンティブ

➤ 医療DBを円滑に構築するには、インセンティブの付与が重要である

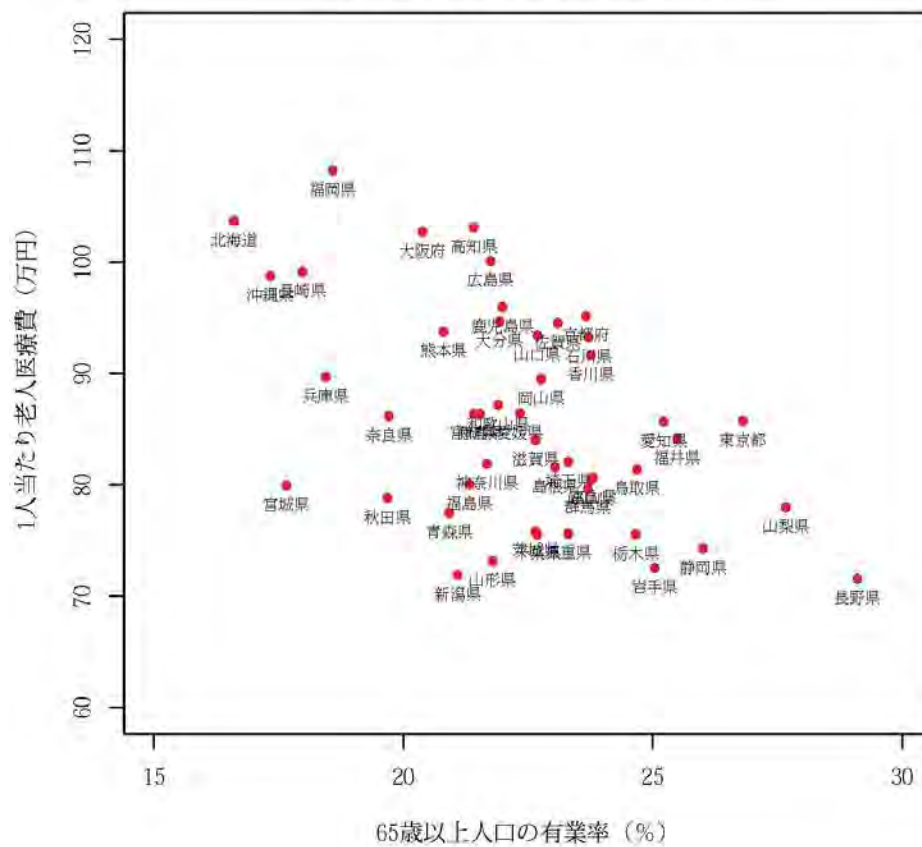
医療DBに社会経済的な効果が期待できるのであれば、その成果を直接・間接的に享受する国民が、広く全体で負担するのが適切であると推察される



旧美和村と上勝町(徳島県)の人口構成と就業率



65歳以上有業率（2007年10月1日）と
1人当たり老人医療費（2007年度）



第9回社会保障制度改革国民会議 提出資料

遠藤久夫

1

資料1 病院・病床機能の分化

—医療法と診療報酬の比較—

2

病院・病床機能の区分における医療法と診療報酬の関係

医療提供体制の改革の基本方向は、病院・病床の機能を細分化し、①各機能区分において平均在院日数の短縮、②機能区分ごとの医療資源の投入にメリハリをつける、③連携の推進、と集約されるが、病院・病床の機能分化の方法としての医療法と診療報酬について現状と展望を示す。

(現状)

○病院・病床の機能区分は原則として医療法によるが、診療報酬により(施設基準等と報酬額の組み合わせること)事実上の機能区分が行われる。

○医療法による機能分類より、診療報酬による機能分類の方が多様で数が多い。

○診療報酬による機能区分は、医療法による機能区分と連携しているものもあるが、医療法とは独立に機能区分するケースが多い。

○新規の機能区分の策定や既にある機能区分の見直しについて、法律改正を伴う医療法は2年毎に改定がある診療報酬と比較して柔軟性・即時性に劣る。

○医療機能の地域偏在の是正については、診療報酬は原則として全国一律なので効果はないが、医療法改正では地域医療計画と関連させることにより是正効果は期待できる。

(展望)

○医療法による機能分化と診療報酬による機能分化のそれぞれの特性を生かしながら、これまでに以上に相互補完的に連携して医療提供体制の改革を進めるべき。

○現状は診療報酬による実質的な機能区分の方が細分化され種類も多いが、地域偏在の是正の観点から医療計画を含めた医療法による機能分化の重要性を見直すべき。

○しかしながら、医療法改正による地域医療計画の見直しには相応の時間を要することから、改革速度を速める意味で、まずは次期診療報酬改定において、診療報酬の特性を活かした、機能分化のための取組を実施し、しかる後に地域医療計画と連動させるべき。

3

(参考)

	医療法	診療報酬
機能区分との関係	○病院・病床の機能区分は本来医療法が決定する。 ○医療法による機能区分の数は多くない。 ○医療法による機能区分も診療報酬による裏付け（インセンティブ）がないと進まない。	○診療報酬で施設基準等と報酬額の組み合わせることにより事実上の機能区分が行われる。 ○医療法による機能区分以外にも独自の「機能区分」が多数ある。 ○価格誘導であるため機能分化に及ぼす効果は大きい。 ○病院単位、病棟単位で詳細な区分が行われている。
機能区分の例	(病院) ・地域医療支援病院 ・特定機能病院 (病床) ・一般病床 ・療養病床 ・精神病床 ・結核病床・ ・感染症病床	(病院) ・DPC対象病院 ・在宅療養支援病院 (病棟) ・7対1入院基本料 ・10対1入院基本料 ・亜急性期入院医療管理料 ・回復期リハビリテーション病棟入院料 ・特定機能病院入院基本料 ・地域医療支援病院入院診療加算等
内容の見直しの特徴	○原則として法律改正が必要なため柔軟性・即時性は低い。	○法律改正を必要としない告示であり、2年に1回改定される。 ○実情に応じて報酬額や施設要件等は適宜見直される。

4

	医療法	診療報酬
機能分化を進める上での政策ツールとしての特徴	○必ずしも十分に機能しているとはいえない。 ○（医療法で定められている）療養病床の再編計画（＝療養病床を減らして介護施設に転換）においても中心的な政策ツールは診療報酬政策であった（＝医療必要度の低い患者の入院基本料の引き下げ等）。	○政策目標に沿う形で診療報酬改定が行われる。 （平均在院日数の短縮） ・入院基本料を平均在院日数に応じて逓減させる ・退院支援の評価（連携強化） ・地域連携パスの評価（大病院の外来患者の抑制） ・紹介患者割合による報酬の引き下げ
地域偏在の是正に対する有効性	○医療法で定められている地域医療計画において、機能分類毎の病床数の上限を設定することにより地域偏在を是正させる可能性は期待できる。	○診療報酬は原則として全国一律なので地域偏在の是正の効果はない。 ※平成24年診療報酬改定において医療資源が不足している地域での要件緩和の特例が設けられた。

5

資料2 日本の医療費管理

6

医療費管理の概要

○わが国の医療費は、結果として経済成長と大きくかい離しないようにある程度コントロールされてきた。したがって、機械的に医療費の総枠を管理する方式を改めて導入する根拠は乏しいのではないかと。

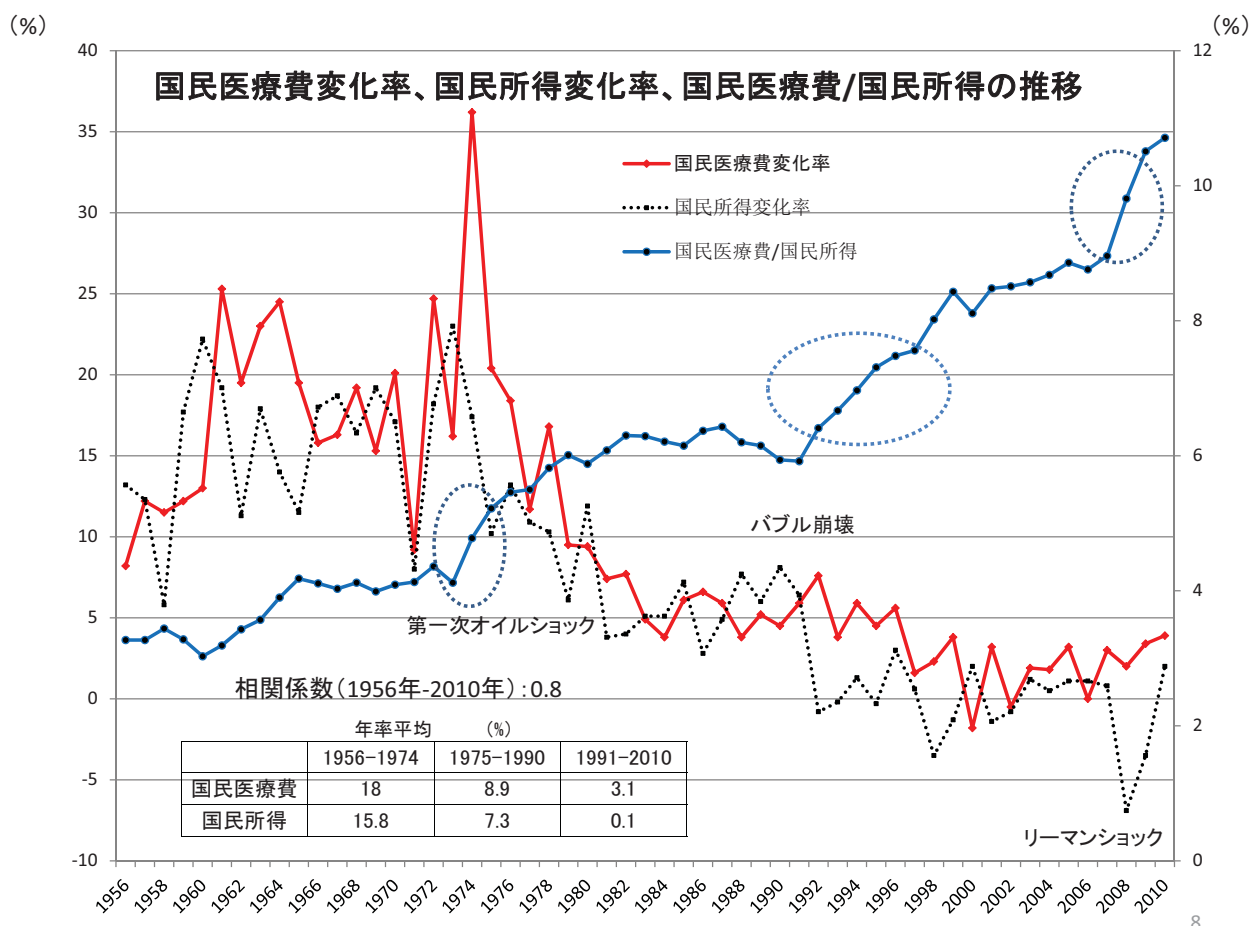
○国民医療費の対国民所得比は長期的には上昇傾向にあるが、これは経済成長が大きく低下した時期（オイルショック、バブル崩壊、リーマンショック）に、上昇したものであり、国民医療費伸び率が上昇しているのではない。長期的には、経済成長の鈍化に伴い国民医療費の伸び率も低下しており、2000年代の医療費伸び率は皆保険成立以降、最低水準にある。

○医療費の伸び率管理に用いられた手法は多様である。わが国の医療費の対GDP比は先進国中低い水準なので抑制策の選択も慎重にならざるを得ない。そのため、先進諸国の平均値と比較してわが国の実態が大きくかい離している領域が医療費抑制の分野とされてきた。

具体的には、「薬剤費比率が大きかったことからR幅の引下げ、後発品の使用の促進」「病床数が多いことから増床抑制と介護施設への転換誘導」「平均在院日数が長いため短縮化への誘導と連携の強化」「在宅医療の充実」「入院医療の評価を出来高から包括ヘシフト」等がある。

○医療費の伸び率に即時的に影響を与えるのが診療報酬の改定率（価格政策）政策である。「失われた20年」における医療費の伸びの抑制に用いられたのがマイナス改定で、それにより、経済成長率と医療費伸び率のかい離は縮小したが、一方で医療提供体制にネガティブな影響を与えた可能性も否定できない。

7



○国民皆保険制度確立以降、国民医療費伸び率と国民所得の相関は高い
(相関係数0.8)

⇒いわゆるキャップ制を行わなくても経済成長と大きくかい離しないような医療費管理政策がとられてきたと考えるべき。

○高度成長期:経済成長率より国民医療費伸び率が大きい

⇒医療提供体制の整備(「保険あって医療なし」を回避)

○安定成長期:経済成長率と国民医療費伸び率がほぼ均衡

○低成長期(失われた20年)

・1990年代は医療費伸び率を経済成長率が大きく下回る。医療費伸び率は急速には低下できなかった。

・2000年代は医療費伸び率を抑制して経済成長率とのかい離が縮小。

⇒医療費伸び率は皆保険成立後、最低水準＝医療提供への影響。

○国民医療費/国民所得の値は上昇傾向にあるが、その理由は以下の時期の経済成長率の急速な低下によるものであり、国民医療費の伸び率が上昇しているためではない。

・第一次オイルショック ・バブル崩壊 ・リーマンショック

9

医療費適正化策(医療費の増加の抑制方法)

[医療提供体制]

これらの施策の実施には、診療報酬改定、(医療法等)法律改正、補助金等の手法を用いるが、診療報酬によるインセンティブが最も有効だったといえる。

(1)一般病床の機能分化の推進

○平均在院日数の短縮: 平均在院日数 平成12年:24.8日 ⇒平成21年:18.5日

○入院患者の特性と診療報酬の対応:7対1看護基準の創設

(2)医療機関相互および医療と介護の連携

○地域連携クリティカルパスの拡大(対象疾患の拡大、医療と介護の連携)

○退院調整の充実

(3)療養病床の再編

○医療療養病床削減は診療報酬による誘導

○介護療養病床は廃止予定(延期)

(4)在宅医療の促進

○在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院推進のための診療報酬上の誘導

○医療計画に在宅医療を加える

(5)後発品の使用促進 平成24年までに数量シェア30%を目標

○処方箋様式の変更

○後発品処方、調剤等に対する診療報酬上の優遇

10

医療費適正化策(医療費の増加の抑制方法)

[価格政策]

(1)患者自己負担率の引上げ

(2)診療報酬改定率のマイナス改定

○改定のない年は医療費は3%の増加

(3)薬価改定率

○かつてはR幅の縮小：平成4年：15% ⇒ 平成12年：2% 限界

○新薬創出加算は薬剤費増加要因

○包括化の進展の中で薬剤費が見えなくなっている。

[予防政策]

(1)特定健診・保健指導の促進

○医療費抑制の正攻法だが効果は中長期的視野で。

①平均在院日数の短縮、②後発品使用促進、③特定健診が医療費適正化の主要政策だといわれるが、最も直接的に医療費の増加を抑制するのは価格政策(＝診療報酬の改定率)であった。

しかし、医療はコスト削減が難しいため、診療報酬のマイナス改定は医療収益の悪化となって現れ、不採算部門の閉鎖等、医療提供体制への悪影響につながる可能性は否定できない。

11

医療費のコントロール手段としての診療報酬改定率

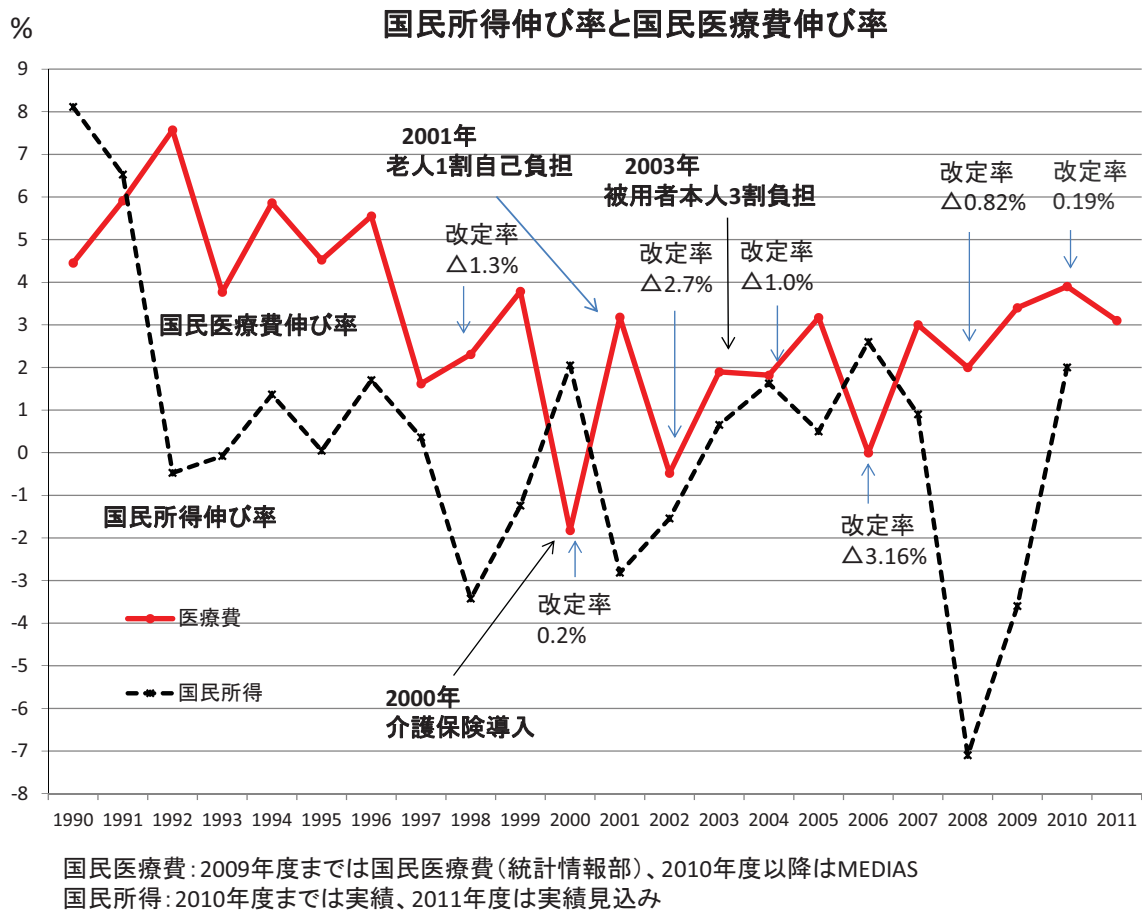
○バブル崩壊に伴い1990年代は国民医療費伸び率と国民所得伸び率が大きくかい離した。

⇒2000年代にマイナス改定(2002年△2.7%、04年△1.0%、06年△3.16%、08年△0.82%)が続き、国民医療費の伸び率を抑えた。その結果、医療費伸び率と国民所得伸び率のかい離幅は縮小した。

○医療提供体制の疲弊が注目されたこともあり、2010年0.19%、2012年0.004%とマイナス改定からの脱却。その結果、2010年の医療費伸び率は4%に上昇。

○2000年以降は、(自己負担引き上げ等の制度改革がなく、)診療報酬改定のない年度(奇数年)の医療費伸び率は3%。

12



13

診療報酬改定率と病院の医業収益率

医療はコスト削減が難しいため、診療報酬のマイナス改定(＝価格引き下げ)の影響が収益率の悪化となって現れる。

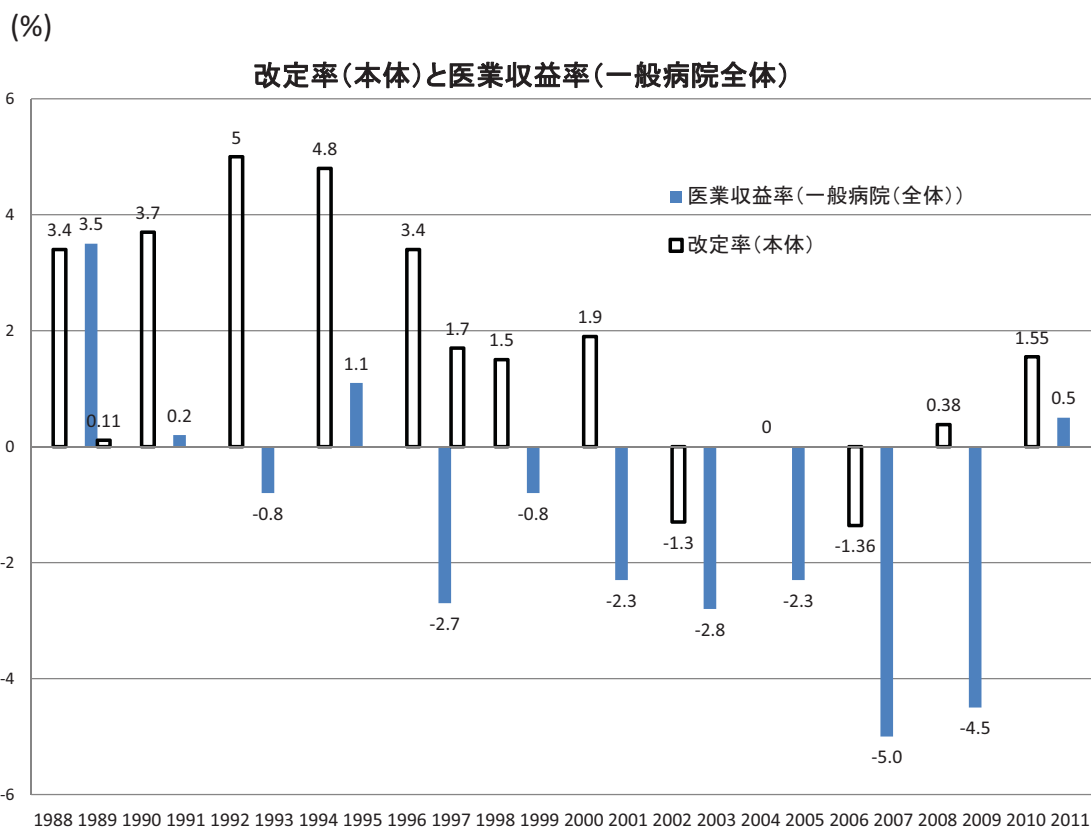
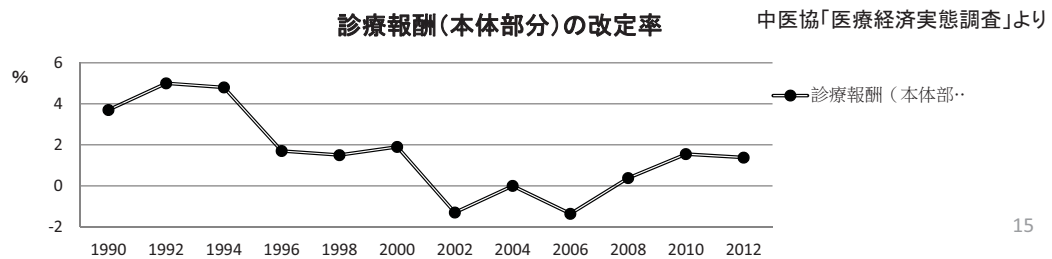
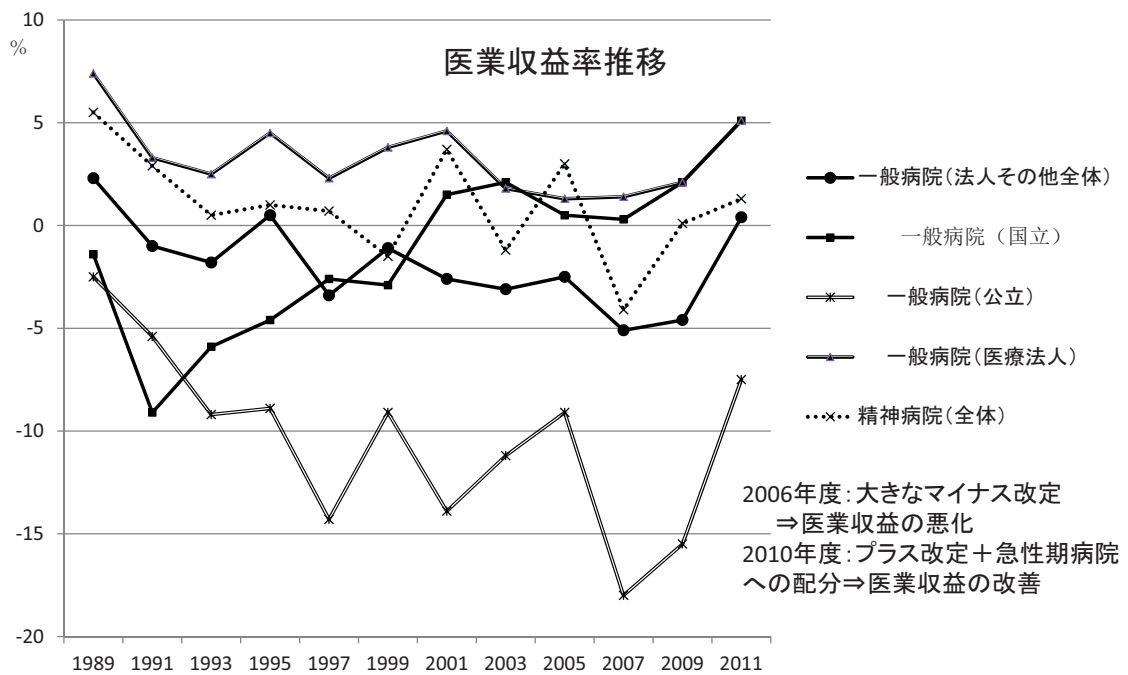
(理由)

- 医療の特性上、労働集約的な事業であり、労働力の多くが不足基調が続いている専門職であるため人件費の圧縮が難しい。(病院の費用の5割強は人件費)
- 医療は基本的にはオーダーメイドであるため、単純な標準化・規格化によるコスト削減が難しい。
- これまでの抑制策で一定程度のコスト削減が図られてきた。

マイナス改定は医業収益の悪化を通じて、不採算部門の閉鎖等、医療提供体制へ悪影響につながる可能性は否定できない。

改定率(本体部分)	2006年: $\Delta 1.36\%$	$\Rightarrow$	2010年: 1.55%
医業収益率	2007年: $\Delta 5.0\%$	$\Rightarrow$	2011年: 0.5%

14



15
16
医業収益率は医療経済実態調査より

資料3

後期高齢者支援金の総報酬割

医療保険関係者の間においては、これまで「総報酬割にすべきかどうかは高齢者医療制度全体の中で検討すべき」という意見に加え、全面総報酬割に移行した際に生ずる約2000億円の財源について、「協会けんぽの国庫補助率20%の引上げに使うべきとの意見や、前期高齢者の給付費に充当することによって被用者保険全体の負担軽減を図るべきとの意見」もあった。今後の検討において、こうした意見も考慮すべきである。

(参考) 社会保障審議会医療保険部会「議論の整理」(平成25年1月9日)抜粋

○ 総報酬割は、所得に関わらず保険料率が平準化されるため、最も公平な制度であることから、将来的には全面総報酬割に移行すべきとの意見が多かった。他方、総報酬割は被用者保険者間の負担の付け替えでしかなく、納得できないという意見もあった。

○ 総報酬割とすべきかどうかは、所得格差の状況を含め医療保険制度全体の負担の公平性に関する議論が必要であり、社会保障制度改革国民会議等における高齢者医療制度全体の議論の中で検討すべきとの意見があった。また、全面総報酬割に移行する際は、高齢者医療制度への公費拡充等の改革とセットで議論されるべきとの意見があり、協会けんぽに投入されている公費のうち、全面総報酬割によって不要となる部分について、協会けんぽの国庫補助率20%の引上げに使うべきとの意見や、前期高齢者の給付費に充当することによって被用者保険全体の負担軽減を図るべきとの意見があった。

17

資料4

市町村国保の都道府県単位化について

○市町村国保の都道府県単位化を検討する上では、保険料や運営コスト、保険者機能におよぼす影響等を総合的に考える必要がある。特に、3,500万人の被保険者の保険料に影響があるため、27年度から実施される共同事業の拡大による保険料の平準化の状況を見ながら、次のステップを検討するのが適当だと考える。

※社会保障審議会医療保険部会の議論を踏まえ、昨年国保法改正が行われ、平成27年度から市町村国保の都道府県単位の共同事業が拡大されることとなったが、保険料が低い市町村で大きく保険料が上昇しないよう、都道府県が財政調整を行い、激変緩和措置を講ずることになっている。

○市町村国保の低所得者に対する財政支援の強化を早期に実施すべきである。

18

医療・介護保険制度改革の方向性

山崎 泰彦

医療保険

〔これからの医療のあり方〕

○医療における高齢者医療、特に後期高齢者医療の比重が飛躍的に高まる。これは人口構造の変化から不可避。

○高齢者医療の内容が変わる（変えなければならない）。急性期医療から回復期・慢性期医療へ、入院医療から外来・在宅医療へ、そして介護と連携した医療へ。その際、地域包括ケアを推進する観点が特に重要。介護と同様に高齢者医療も地域密着型サービスに重点をシフト。

〔後期高齢者医療の問題点〕

○都道府県単位の後期高齢者医療と市町村単位の介護保険の不整合性

- ・市町村が介護や在宅医療で引き受けるインセンティブを阻害、市町村は医療に委ねたほうが保険料・市町村負担が軽減される。
- ・市町村負担の割合は、後期高齢者医療 12 分の 1、介護保険 8 分の 1。
- ・後期高齢者医療と介護保険の給付と負担の関係を一体化させるべき。

〔国保の広域化論を巡って〕

○広域化の狙いは何か

- ・小規模保険者対策としてのリスク分散機能の強化：再保険としての現行の高額医療費共同事業等が相当な効果をあげている。この事業の改善によって対応可能ではないか（医療費の平準化の期間を拡大する、超高額医療費については公費の配分を高めるなど。）
- ・保険料負担の平準化：受益としての実質医療費水準（年齢構造調整後の医療費水準）の差を考慮しない平準化は、市町村レベルでの保健施設活動、医療費適正化対策、地域包括ケア等の取り組みを阻害。

○小規模市町村よりも大都市国保の方により大きな問題あり

・小規模市町村のリスク分散機能の低下には再保険事業で対応。所得水準の格差には国・県の財政調整交付金で対応。年齢構成の違いには制度間調整で対応。

残る問題への対応を探るのが現実的な検討の方向。

・単に小さいということであれば、国保だけでなく、介護、子ども・子育て支援、その他福祉などにも及ぶ脆弱な行財政力の問題で、基礎自治体のあり方として論ずるべき問題。

・大都市国保には、低い保険料（税）収納率、高い一般会計法定外繰入金割合、少なくない総務費割合（スケールメリットが発揮できていない）などの問題がある。赤字保険者は大都市国保に多く、黒字保険者は町村国保に多い。共同事業においても大都市国保は交付金超過（拠出金＜交付金）になりがち。

・都道府県による広域化等支援方針による取り組み（平成 22 年国保制度改正による市町村国保の事業運営の都道府県単位化にむけた環境整備）が必ずしも順調に進まないのはなぜか検討すべき。

国民健康保険の市町村規模別比較(平成 22 年度)

	保険料・税 収納率 (%)	一般会計法定 外繰入金割合 (%)	総務費 割合 (%)	1人当たり 共同事業拠出 金(円)	1人当たり 共同事業交付 金(円)*
19 大都市・特別区	86.30	5.2	1.7	36,684	37,275
10 万人以上の市	87.62	3.0	1.4	40,856	40,731
5～10 万人未満の市	87.39	2.7	1.4	39,235	39,464
5 万人未満の市	90.13	2.1	1.5	41,304	41,284
市 計	88.19	3.2	1.6	39,532	39,722
町 村	92.39	1.6	1.7	44,554	43,695
合 計	88.61	3.0	1.6	40,042	40,125

* 高額医療費共同事業と保険財政共同安定化事業の合計額。

(資料)国民健康保険中央会等「国民健康保険の実態」

○広域化には都道府県単位の共同事業の改善により対応すべき

・リスク分散機能の強化や事務の共同化・効率化といった広域化のメリットを追求しつつ、地域の実態に即応した保険事業（保険料徴収、保健施設活動、医療費適正化対策等）を推進するには、市町村保険者を維持しつつ、都道府県単位の共同事業の改善により対応。

〔医療提供体制の見直しと地域医療の充実に向けて〕

- ・都道府県からの診療報酬に関する意見の提出とそれを踏まえた診療報酬の決定や、地域の実情を踏まえた診療報酬の決定ができる仕組みの積極的な活用による地方分権の推進。
- ・都道府県医療計画の策定や医療機関の開設における医療保険者・市町村の積極的な関与。

介護保険

〔介護保険制度見直しの基本的考え方〕

- ・地域の実情に応じた地域包括ケアを構築する上で、その中核となる介護保険制度の持続可能性確保が課題。特に、積み残しになっている給付と負担の見直しが重要。

〔介護保険給付の重点化・効率化〕

○軽度者に対する給付の見直し

- ・要支援者に対する予防給付について、市町村が地域の実情に応じて、ボランティア、NPOなどの互助や民間企業などを積極的に活用し、柔軟・効率的にサービス提供できる地域支援事業へシフト。
- ・互助の基盤整備は、給付見直しの前提としても重要。
- ・デイサービスは、重度化予防に効果のある給付への重点化などが課題。

○介護保険施設の重点化

- ・特別養護老人ホームは中重度者に重点化。軽度者を含めた低所得高齢者の住まいの確保が新たな課題。

〔世代間・世代内の負担の公平性の確保〕

○介護保険料の低所得者軽減強化

- ・介護保険料の引上げが避けられないなかで、公費を財源として低所得者の保険料軽減を強化

○利用者負担のあり方

・一定所得以上の所得がある者や預貯金などの資産を有する者には、応分の負担を求めるべき。

・遺族年金などの非課税年金や配偶者との世帯分離の扱いも検討が必要。

○介護納付金の総報酬割導入

・負担の公平化の観点から応能負担の強化が課題になるが、後期高齢者医療支援金の見直しとの関連も整理の上で導入。

〔地域包括ケアシステムの構築〕

○地域の実情に応じた地域包括ケアシステムの構築

・地域の実情に応じた地域包括ケアシステムを構築する上で、地域の特徴や課題が客観的に把握できるようにデータを整理し「見える化」。

○在宅医療と介護の連携

・市町村が中心となって在宅医療と介護の連携・調整を行う体制を整備。その連携・調整の機能は介護保険法に位置づける。

○介護人材の確保

・処遇改善とキャリアパスの確立。

○介護予防と生活支援の推進

・高齢者の社会参加を通じた介護予防を推進。

・配食・見守りなどの生活支援サービスは、互助の考え方に基づき、多様な主体で実施。

○認知症施策の推進

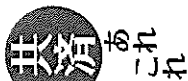
・認知症の方をすべて入院・入所で対応することには限界があり、また、必ずしも適切ではない。

・認知症の地域ケアを可能とするため、症状が重くなる前の早期の段階で、適切に相談・支援が受けられ、専門的な医療・介護につなげる体制を整備。

〔社会福祉法人改革〕

・社会福祉法人こそ、経営の合理化、近代化が必要。大規模化や複数法人の連携を推進。

- ・加えて、社会福祉法人非課税扱いとされているに相応しい、国家や地域への貢献が求められるべき。
- ・低所得者への利用料軽減は当然のこととして、今後都市部等での大きな問題である低所得高齢者の住まいの確保や生活支援などに積極的に取り組むべき。



地域保険の保険料「格差」をどう見るか

共済組合連盟会長 山崎 泰彦

国民健康保険の保険料格差がしばしば問題になる。第五回社会保障制度改革国民会議(二月二十八日)のヒアリングにおいても、全国市長会・国保対策特別委員会の岡崎委員長の説明のなかで、制度間格差と国保制度内格差が問題点として挙げられていた。

だが、これが解消されるべき不当な格差なのかどうか、考えさせられることが少なくない。今月はこの問題について考えてみたい。

介護保険の保険料格差の考え方

国保に隣接する介護保険ではどうだろうか。現在の介護保険料の基準額は全国平均で月額四、九七二円で、最高と最低の格差は約二・四倍。私が運営協議会会長として関わっている横浜市は五、〇〇〇円で、全国平均よりもわずかではあるが高い。

の水準が手掛かりになることは確かであろう。

だが、保険料格差を考えるには、さらに詳細な検討が必要ではないかと思う。介護保険では、高齢化の影響の調整のほか、国の調整交付金の配分によって第一号被保険者の負担能力(所得水準)や第一号被保険者に占める後期高齢者比率の差が調整される。また、都市部の介護報酬には地域の賃金水準を反映させた地域加算があるから、これによっても保険料水準に影響を受ける。

横浜市の保険料は全国平均を上回るが、これらの要素を考慮するとどうなるだろうか。横浜市介護保険課に試算してもらった。まず、横浜市内で事業展開をする事業者に対する介護報酬の単価には加算がつき、全体として七％程度高い報酬が支払われる。これは地域の賃金水準を反映するもので、サービス水準が高いわけではない。さらに、第一号被保険者の負担能力の高さや後期高齢者が少ないことによる要介護者の発生率の低さを考慮し、全国平均では五％の調整交付金が横浜市ではその二分の一程度しか交付されない。いずれも横浜市の保険料を引き上げる要因になる。これらの要因を割り引くと、横浜市の現在のサービス水準に見合う介護保険料は四、〇六八円になる。

市町村間の公平な比較をするには、同様の作業が他の市区町村についても必要になる。前述の全国平均の四九七二円には地域加算のある都市部の保険料分が含まれているか

国保の保険料格差の解消が制度改革のテーマとして掲げられ、都道府県単位への広域化を求める声が高まっているのに対して、介護保険料についてはそのような議論はほとんど聞かれない。それは保険料水準について、それなりに納得できる説明が可能だからではないか。

介護保険では、第二号被保険者の保険料は全国レベルでプールされて市区町村の高齢化の程度に応じて交付されるから、高齢化の影響は完全に調整される。これは、年金制度において基礎年金部分の年金賦課率にかかる制度間格差が完全に調整されるのと同様の効果である。それゆえに、一般的には第一号被保険者の保険料は当該市町村のサービス水準をおおむね反映していると説明されている。

保険料が高いのは、在宅サービスが遅れサービスが施設に偏っているのか、一方、保険料が低いのは、サービスが絶対的に不足しているのか。いろいろなケースが考えられるが、当該地域のサービス水準を考える上で、介護保険料

ら、サービス水準に対してはかなり高めになっている。同様に、最高・最低の町村についても調整交付金が相当に影響している可能性がある。

国保の保険料格差の現状

国民会議に提出された国保の保険料格差に関する岡崎知市長の説明資料は別紙の通りである。保険料標準化指数でみて、都道府県間では、最大の徳島県(一・三八七)と最小の東京都(〇・八〇五)の間に一・七倍の格差、市町村間では、最大の徳島市と最低の東京都青ヶ島村の間に四・二倍もの格差がある。また、国民会議のヒアリングでは、福祉・介護・医療の連携に積極的に取り組み、成果をあげておられる全国町村会会長である長野県川上村の産原村長からも説明を受けた。

そこで、これらの二市と二村について、保険料の格差要因を考える上で、保険料(税)収納率、一人当たりの法定外繰入・給付費についてもデータを調べてみた(別紙参照)。なお、保険料標準化指数では、調整交付金の配分により所得水準の格差はおおむね調整済みと考えられる。

それによると、保険料標準化指数が〇・四一一で全国最低の青ヶ島村は、一人当たり給付費が低い上に、一般会計からの多額の法定外繰入を行っている。川上村は、一人当

持続可能な国保制度にするために

① 被保険者の保険料負担は限界（一方で大きな格差の存在）

[illegible]

(資料) 第6回社会保障制度改進黨民會議、全國市長全國健康保險特別委員會委員長・岡崎高知市長說明資料

国民健康保険の保険料増徴に関する諸指標（平成22年度）

	保潔料標準化指數	保潔料 (稅) 原給率	1人當に必要對輸入	1人當に必要費
全 國	1.000	88.61%	11,100 円	24.3 万円
青 島 市	0.411	90.27%	34,091 円	18.1 万円
川上村	0.866	95.95%	—	15.4 万円
高知市	1.235	89.78%	—	28.0 万円
徳島市	1.744	84.12%	—	28.0 万円

（電） 保協 保協省農林水産部「平成22年度における保険料の地域差分析」

[illegible]

たり給付費が青ヶ島村よりもさらに低く、保険料収納率も青ヶ島村よりも高い。その川上村の標準化指数が〇・八六六で青ヶ島村を大きく上回っているのは法定外給入を行っていないことが主因であることは明らかであろう。

一方、保険料標準化指数が全国最高の徳島市は、一人当たり給付費が高く、保険料収納率も低い。さらに法定外繰入も行っていないから、標準化指数が高くならざるをえない。しかし、徳島市と同じく法定外繰入を行っていない高知市を比べると、一人当たり給付費には差がないにもかかわらず、標準化指数には四・一％（一・七四四と一・二三五）もの大きな格差がある。その一部が保険料収納率の差（徳島市八四・一二％、高知市八八・七八％）によるものであることは明かであるが、それでは説明し難いほどの大きな格差である。

この点に関して厚生労働省保険局調査課に問い合わせたところ、「現行制度では前期高齢者と退職者の医療に関しては制度間調整が行われているため、保険料標準化指数に大きく影響するのは退職者を除く六十五歳未満の一般被保険者の一人当たり給付費になるが、それをみると徳島市のほうが一％ほど高い（徳島市二一・一万円、高知市一九・〇万円）。また、徳島市では保険料の賦課限度額六十三万円（平成二二年度）を独自に四万円引き下げて五九万円としているので、これにより所得割率が高くなっている」とのこと。

とも影響している。さらに、徳島市の次年度繰越金は一七、四八七円であり、高知市の四、六五八円を大きく上回っている（全国平均は七、四七三円）。そのため、徳島市は平成二十三年度・二十四年度と保険料を段階的に引下げており、徳島市の平成二十二年年度の保険料が当該年度の給付水準に対しては高めになっていたことのことであった。

納得できない格差こそが改革の課題

いずれにしても国保の保険料「格差」については、より詳細な分析が必要ではないだろうか。

被用者保険との格差は制度間調整の課題として検討しなければならない。一方、国保の保険者間格差は、どのような要因によって発生しているのか、詳細な分析がほしい。年輪構成や所得水準などの構造的要因について、制度間調整や調整金交付金による調整がきちんと行われているかどうか。医療費のほかに、保険料（税）収納率、一般会計からの法定外繰入、共同事業などが保険料水準にどの程度影響しているか、などである。

その分析結果に納得できないものがあるとすれば、それが是正すべき改革の真の課題である。

(神奈川県立保健福祉大学名誉教授)

社会保障制度改革国民会議提出資料 平成25年4月19日

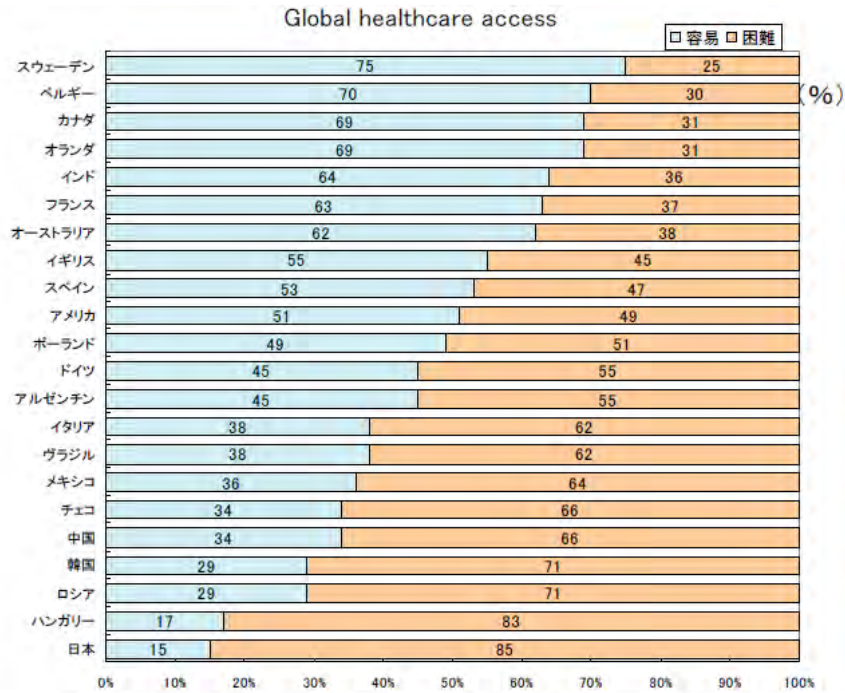
医療制度改革への「国民世論」把握のために DP(討論型世論調査)の実施を

中央大学法学部教授
宮本太郎

医療制度改革に向けたDPの実施を

- 日本の医療が直面する困難に対処するためには
 - ①医療のアクセシビリティ
 - ②負担
 - ③サービスの質
 - ④制度の持続可能性以上の優先順位についての世論形成が不可欠
- しかし、医療制度の客観評価はむずかしく、国際比較で見ると一般に日本人の制度評価は低い 評価についての因子分析はすすんでいない
- 他方で国民が地域医療の実態と課題について問題意識をもった地域は事態が大きく改善(兵庫県丹波市など)
- 医療制度改革をめぐる世論の把握＝形成を促進するには、無作為抽出で選ばれた市民に医療パフォーマンス、財政、医師の勤務条件などについての十分な情報を提供し討論をおこなうDP(討論型世論調査)の実施が望ましい ただしその実施方法には十分な工夫が必要

「自分の家族が重篤な病気になった場合、良質で手ごろな医療を受けることは難しいか？」に対し「困難」との回答は日本で最多 医師会の反論



出所: Reuters “For Immediate Release” Wednesday, April 15, 2010 より作成
参照: http://graphics.thomsonreuters.com/1-/04/GLB_HEALTH0410.gif
社団法人 日本医師会 (2010年5月26日 定例記者会見)

2

カナダの非営利調査機関「コンファレンス・ボード・オブ・カナダ」が2009年に発表した医療制度ランキング

REPORT CARD											
Health Indicators											
	Life expectancy	Self-reported health status	Premature mortality	Mortality due to cancer	Mortality due to circulatory diseases	Mortality due to respiratory diseases	Mortality due to diabetes	Mortality due to musculoskeletal system diseases	Mortality due to mental disorders	Infant mortality	Mortality due to medical misadventures
Australia	B	A	A	A	A	A	B	C	B	B	D
Austria	C	A	B	B	D	A	D	A	A	B	D
Belgium	C	A	B	B	C	D	A	B	C	A	n.a.
Canada	B	A	A	C	A	B	C	C	B	C	B
Denmark	D	A	B	D	C	C	B	D	D	A	A
Finland	C	B	B	A	D	A	A	B	C	A	A
France	B	B	B	B	A	A	A	C	B	B	C
Germany	C	B	A	B	D	A	B	A	B	B	C
Ireland	C	A	B	C	D	D	B	D	B	A	C
Italy	A	B	A	B	B	A	C	B	A	B	A
Japan	A	D	A	A	A	C	A	A	A	A	A
Netherlands	B	A	A	D	B	C	B	C	D	B	A
Norway	B	A	A	B	B	C	A	B	C	A	A
Sweden	B	A	A	A	C	A	B	B	C	A	C
Switzerland	A	A	A	A	B	A	A	C	C	B	n.a.
U.K.	C	A	B	C	C	D	A	D	C	C	B
U.S.	D	A	D	B	C	C	C	C	C	D	C

Note: Data for the most recent year available were used. For details on data sources, see the Methodology section of this website.
Source: The Conference Board of Canada.

3

「第二回日本の医療に関する意識調査」(日医総研、2006年)、「OECD諸国における地域医療の満足度および医療制度の信頼度調査」(Gallup社、2009年)など相対的に高い評価がつけられた例もあるが、全般的にはやはり低い傾向

表5-2 日本の医療満足度の国際的位置

調査者 (発表年)	医療満足度の指標	調査対象国数	医療満足度 (%)		日本の順位
			平均	日本	
Blendon 等 (1990)	医療制度 (狭)	10	28.8	29	7 位
Rowland (1992)	受けている医療 (狭)	5	39.4	19	5 位
江口等 (2004)	受けている医療 (広)	4	77.8	65.8	3 位
	医療制度 (広)	4	48.7	27.1	4 位
塚原等 (2006)	受けている医療 (広)	5	65.6	50.0	5 位
(参) Kurata 等 (1994)	受けている医療 (広)	2 (日米)	米88.9	72.4	

出典：文献 [4,10,1,2,13].

注：1) 各調査の調査対象国は以下の通り。

Blendon 等：カナダ，オランダ，西ドイツ，フランス，オーストラリア，スウェーデン，日本，イギリス，イタリア，アメリカ。

Rowland：アメリカ，カナダ，西ドイツ，イギリス，日本。

江口等：日本，韓国，フランス，アメリカ。

塚原等：日本，アメリカ，イギリス，ドイツ，フランス。

2) 医療満足度の平均は調査国の単純平均，筆者試算。

出所：二木立『医療改革』勁草書房、2007年