

たとえば、介護保険においては

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

補足給付(低所得者の食費・居住費の負担軽減)の仕組み

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

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

→課税所得のみで決定している。資産や非課税年金があっても給付対象となる。



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

他、理由なき不整合な問題

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

最後に

- なぜ、日本の医療問題の解決は難しいのか
- 医療は競争ではなく協調を

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

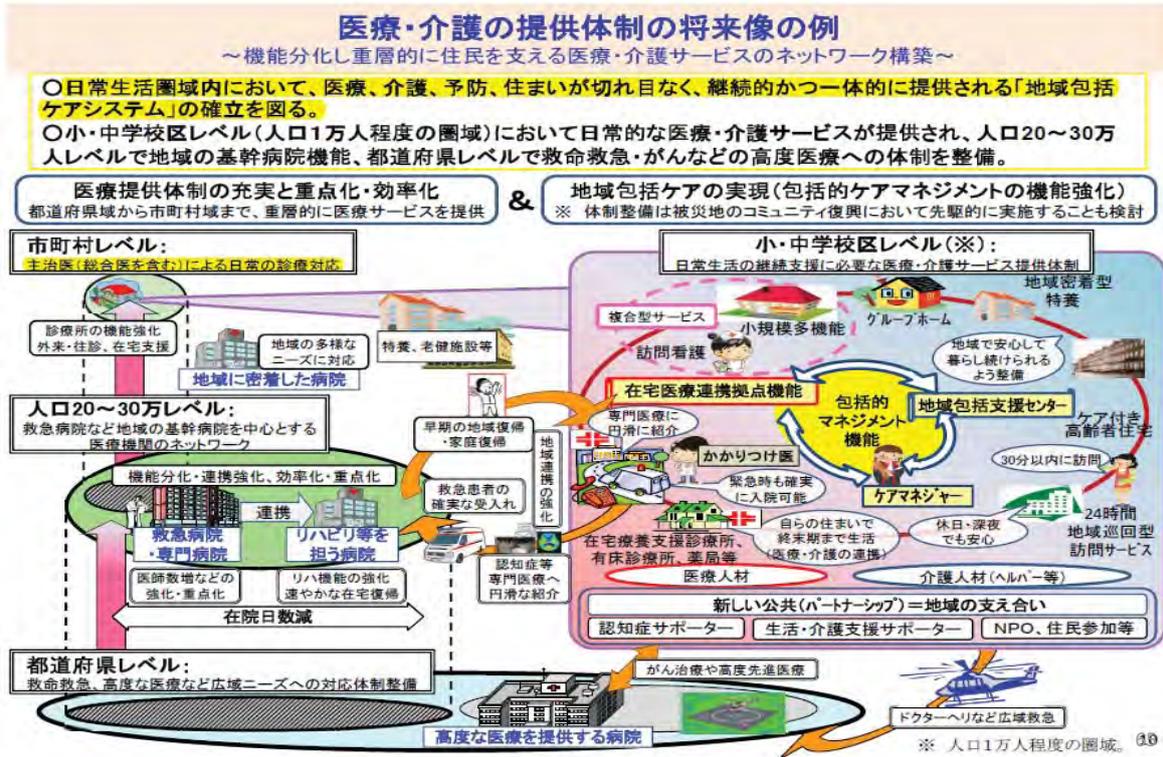
- 個々の経営体が競争する状況下では、機能の分化はおろか、仮に機能分化ができたとしても連携は困難——診療報酬によって利益誘導できる話ではない。
- 量的拡張を目指す時代には、競争は有効だった。
- しかし、量的には整備された段階でも、今までのような競争を続けていけば、囚人のジレンマ状況に陥って、みんなが辛い状態の均衡に陥る——いや、陥っている。

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もらいた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とその辺を認識していただいて、明確な道筋をつくっていただければ、それ以上幸せなことはないと思います。

競争ではなく協調を



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

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

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

「診療報酬は引き上げを要求し、一方で、自分たちの保険料引き上げには反対では、誰もついで来ない。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で中医協から外された医師会が反撃に出るチャンスととらえてくれたら、面白い展開を期待できるようになる」と権丈氏。さらに、この医業健保組合に歯科医師国保27組合27万8800人、薬剤師国保18組合4万7900人が合流するというアイデアも。

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

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



Copyright©2018 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くるか?	15
2. アメリカの第1段階の要求が実現したら何が生じるか?	17
3. 韓米・豪米FTAから学ぶことは何か?	19
4. TPPについて検討する際見落としてならない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させる	28
3. 皆保険制度のもとでの医療関連産業の活性化	29
4. まとめ	32
第4章 医療保障政策と医療団体の政治経済学的位置	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4-2-2. 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(得試算)②	年間保険料③	負担率
					3/1 3/2
国保組合	市町村長官課税標準額 217万円	504万円	316万円	12.5万円	2.5%
医師	"	644万円	795万円	13.2万円	1.6%
歯科医師	"	225万円	324万円	12.3万円	1.3%
薬剤師	"	221万円	300万円	13.3万円	2.4%
一般職種	"	125万円	364万円	15.6万円	2.6%
建設	"	71万円	263万円	10.9万円	4.3%
市町村国保	旧ただし書所得 79万円	180万円	79万円	8.3万円	4.1%
協会けんぽ	収入(総報酬) 218万円	218万円	102万円	8.9万円(本人)	4.1%
健保組合	収入(総報酬) 293万円	293万円	154万円(本人)	9.1万円(本人)	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＝市町村長官課税標準額+基礎控除を控除した所得控除(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。

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

出所：「健保保険組合の現勢(平成20年3月末現在)」『健保保険組合連合会』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、福祉国家の充実に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、健保連の中で激然たる力を得ることができるようになる。そのように設立された医療健保組合が、福祉国家における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。

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

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

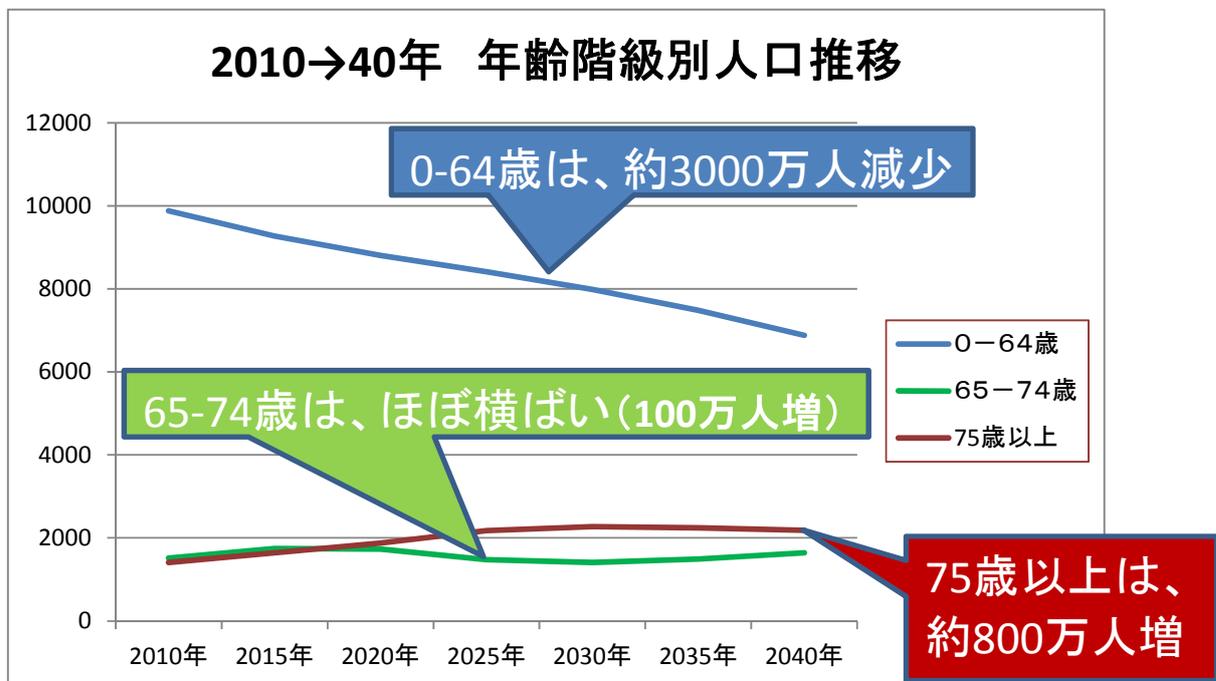
考慮した医療福祉提供体制の再構築

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	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)

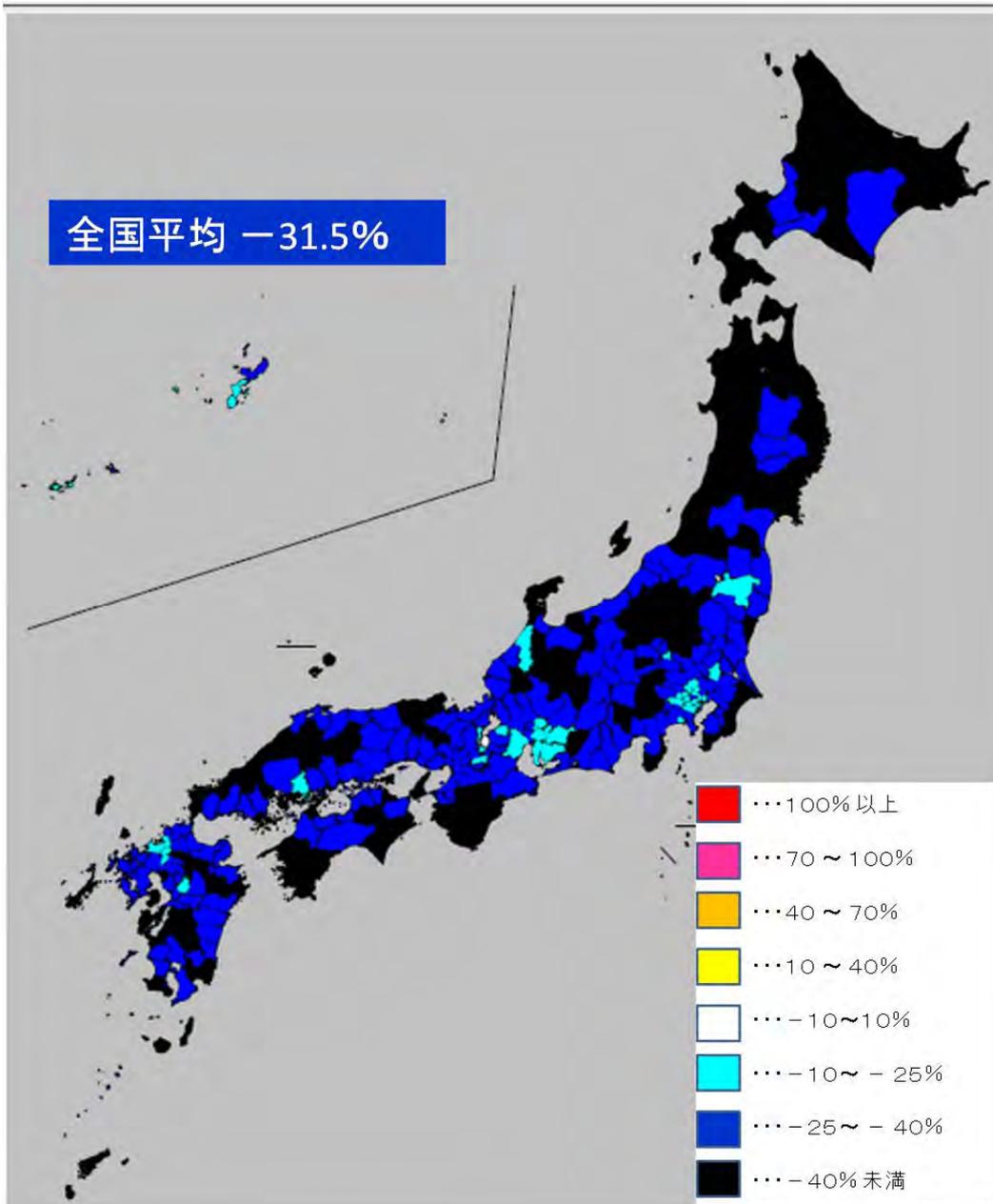


- ・ 0-64歳は、2010→40年にかけて、一貫して減り続け約 **3000万人減少** する
- ・ 65-74歳は、2010→40年にかけて、ほぼ横ばいで約 **100万人増加** する
- ・ 75歳以上は、2030年まで増え続け、その後ほぼ横ばいで、約 **800万人増加** する
- ・ 国全体は、若年層が3000万人減、高齢者が900万人増で、約 **2100万減少** する

◎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

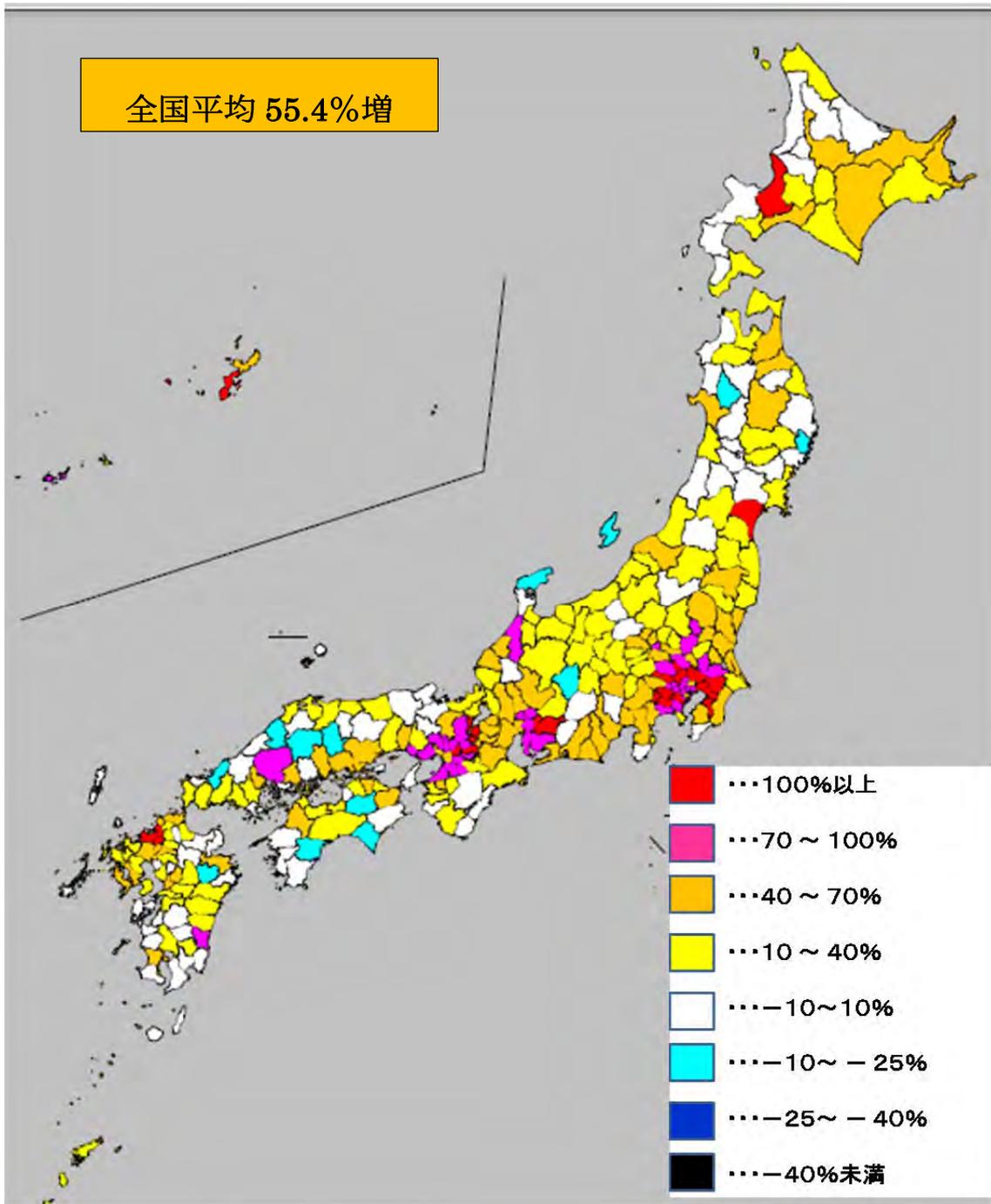
I-②地域により人口変動のパターンが大きく異なる

2010→40年における二次医療圏別0-64歳人口増減率



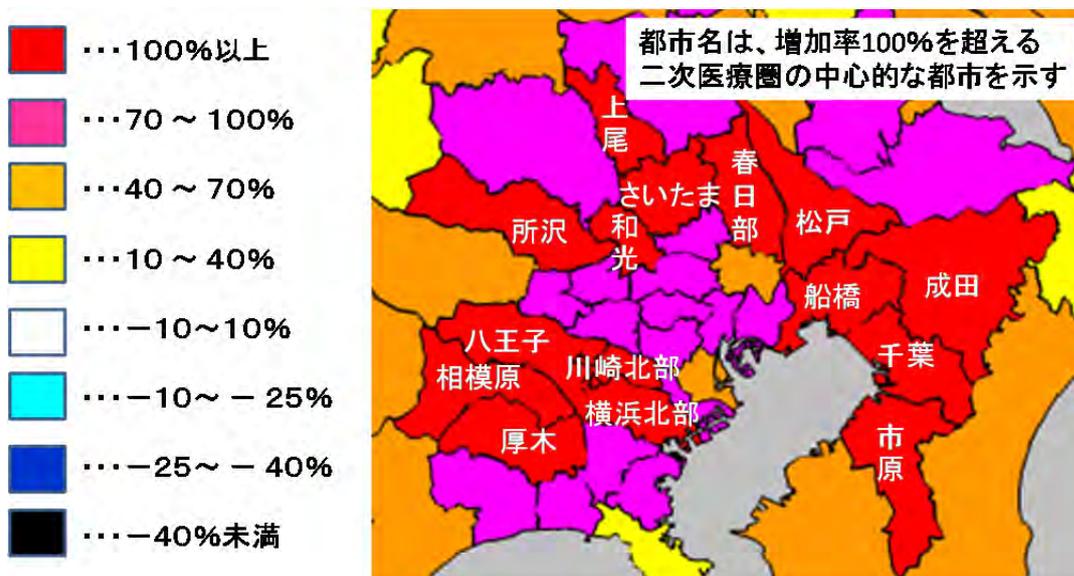
10年から40年にかけて0-64歳人口は減少を続け、2040年には2010年と比べ我が国の0-64歳人口は、**31.5%減少**する。25-40%の減少を意味する青色や、40%以上の減少を意味する黒色の地域が全国的に広がっているが、**減少率の地域差は大きい**。深刻な減少（40%以上）を意味する黒色の地域は、北海道、東北、中部山間地、南紀、山陰、四国南部、南九州に多い。

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

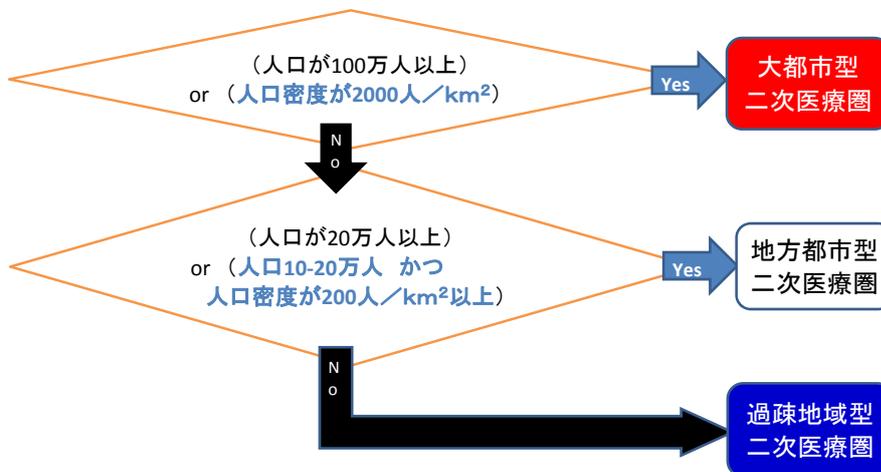


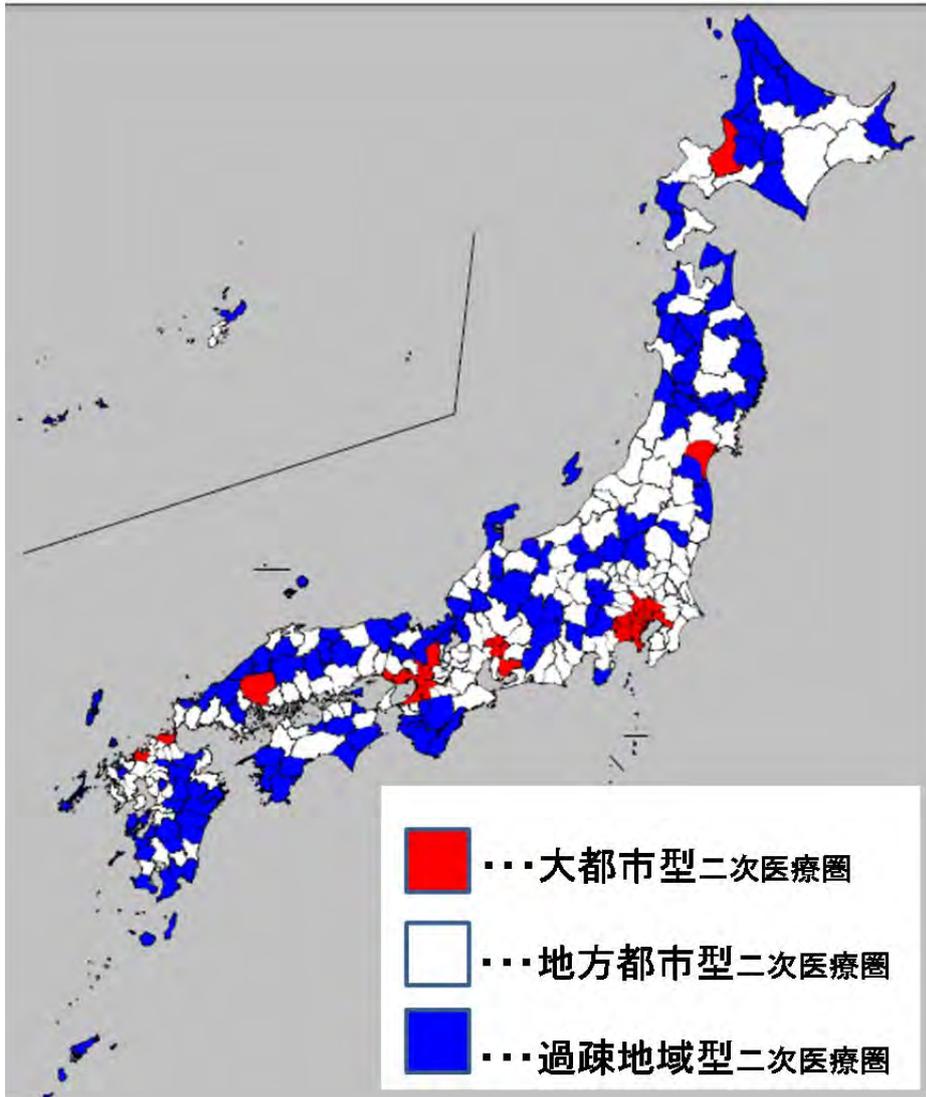
2010年から40年にかけての75歳以上人口の伸びが特に激しい、東京周辺の様子を示す。千葉県西部、埼玉県東部・中央部、神奈川県北部は、2010年から40年にかけて、75歳以上人口が100%以上増加する。

◎ 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/km²)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/km²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。

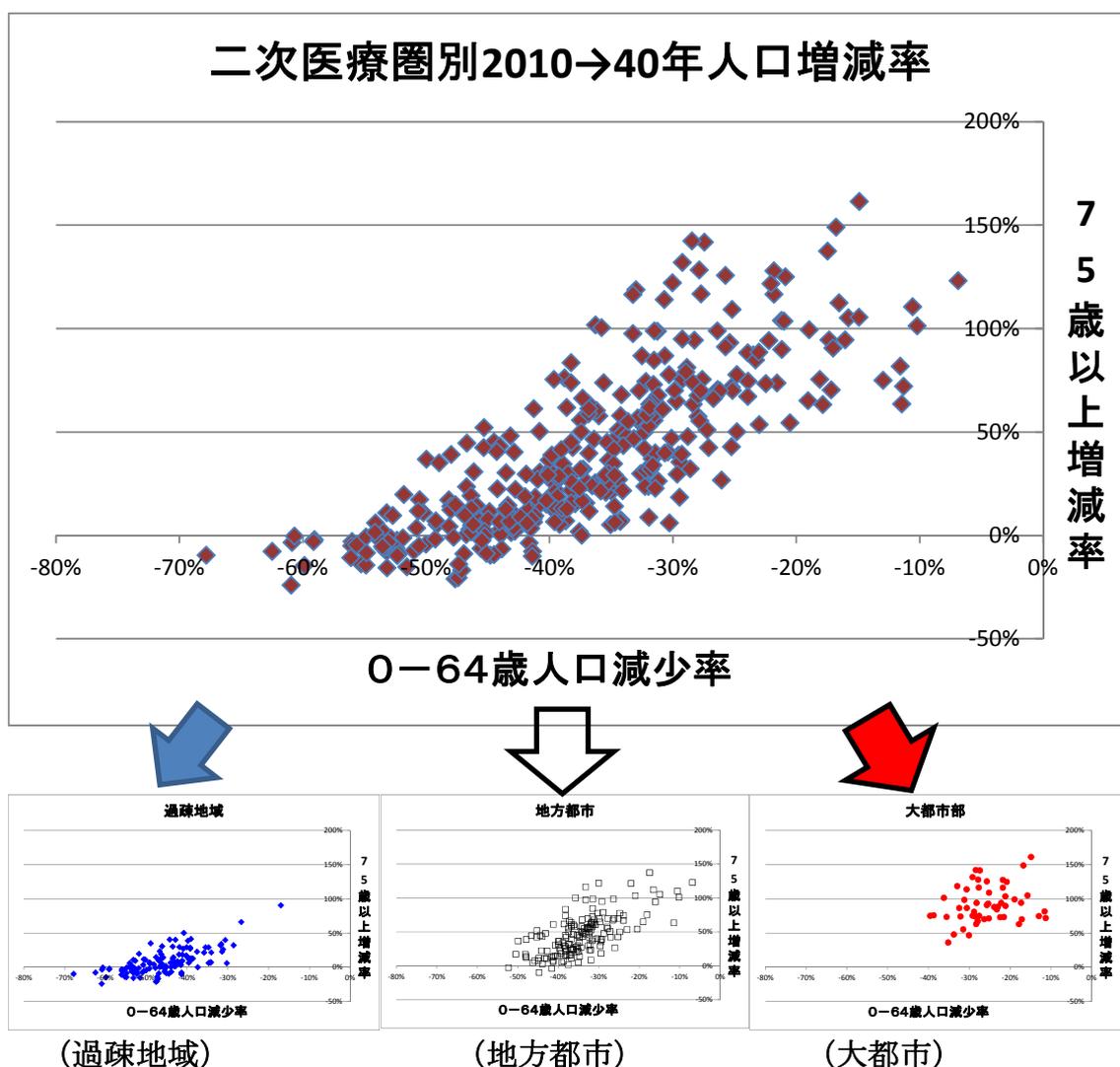
大都市型には、我が国の5%の面積を占めるが、そこに全人口の44%が住み、平均の人口密度が2942人/km²である。地方都市型は、我が国の面積の50%を占め、人口の46%が住んでおり、平均人口密度が約315人/km²である。過疎地域型は、我が国の面積の45%を占めるが、人口のわずか9%としか住まず、人口密度が73人/km²である。

	地域数	面積		人口		人口密度
		(km ²)	(%)	(万人)	(%)	(人/km ²)
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。

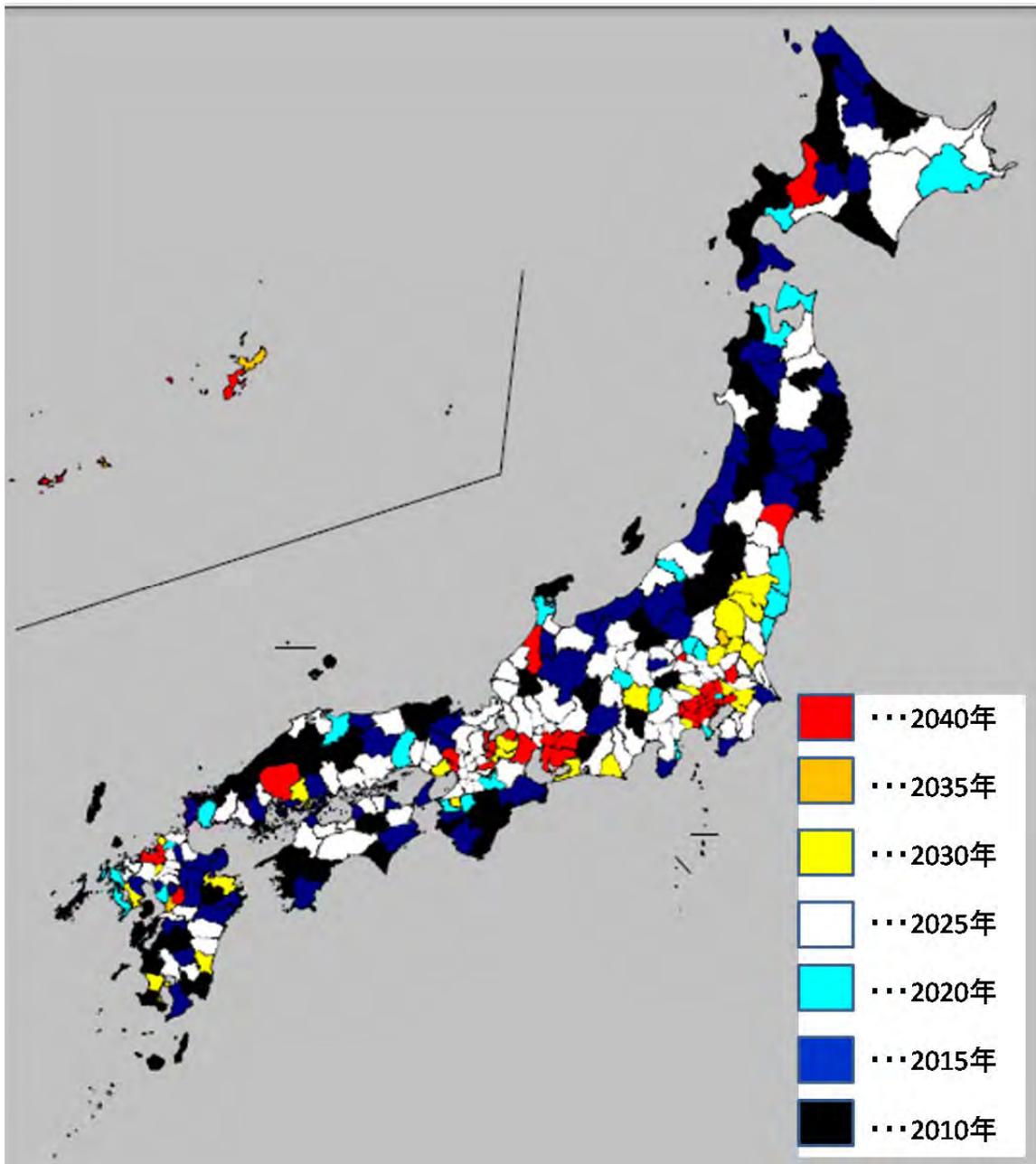
◎人口動態は、地域により大きく異なるが、大都市、地方都市、過疎地域と分けることにより、今後の人口動態の動向をある程度把握できるようになる。

◎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。



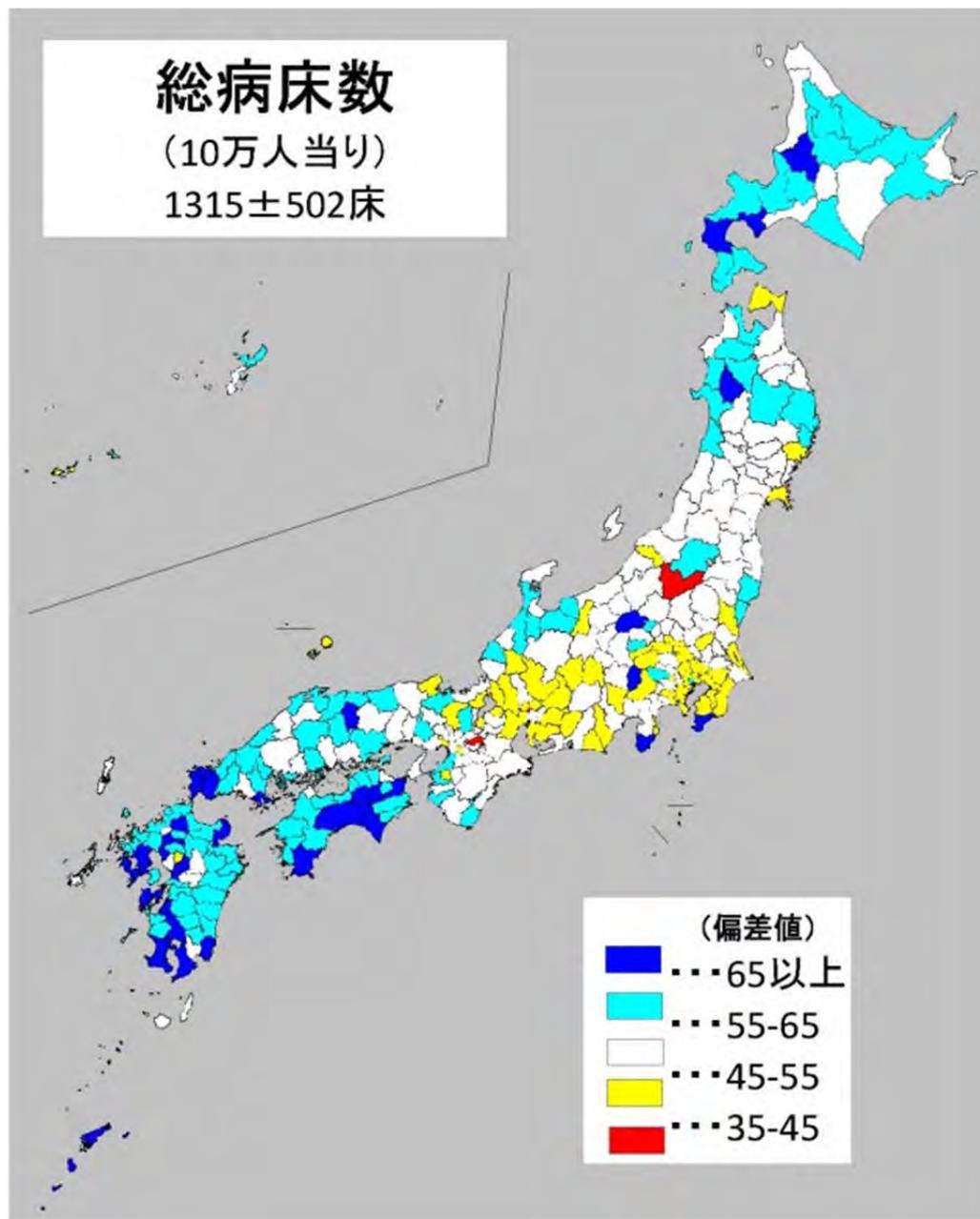
(各二次医療圏の医療需要のピークの時期)

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

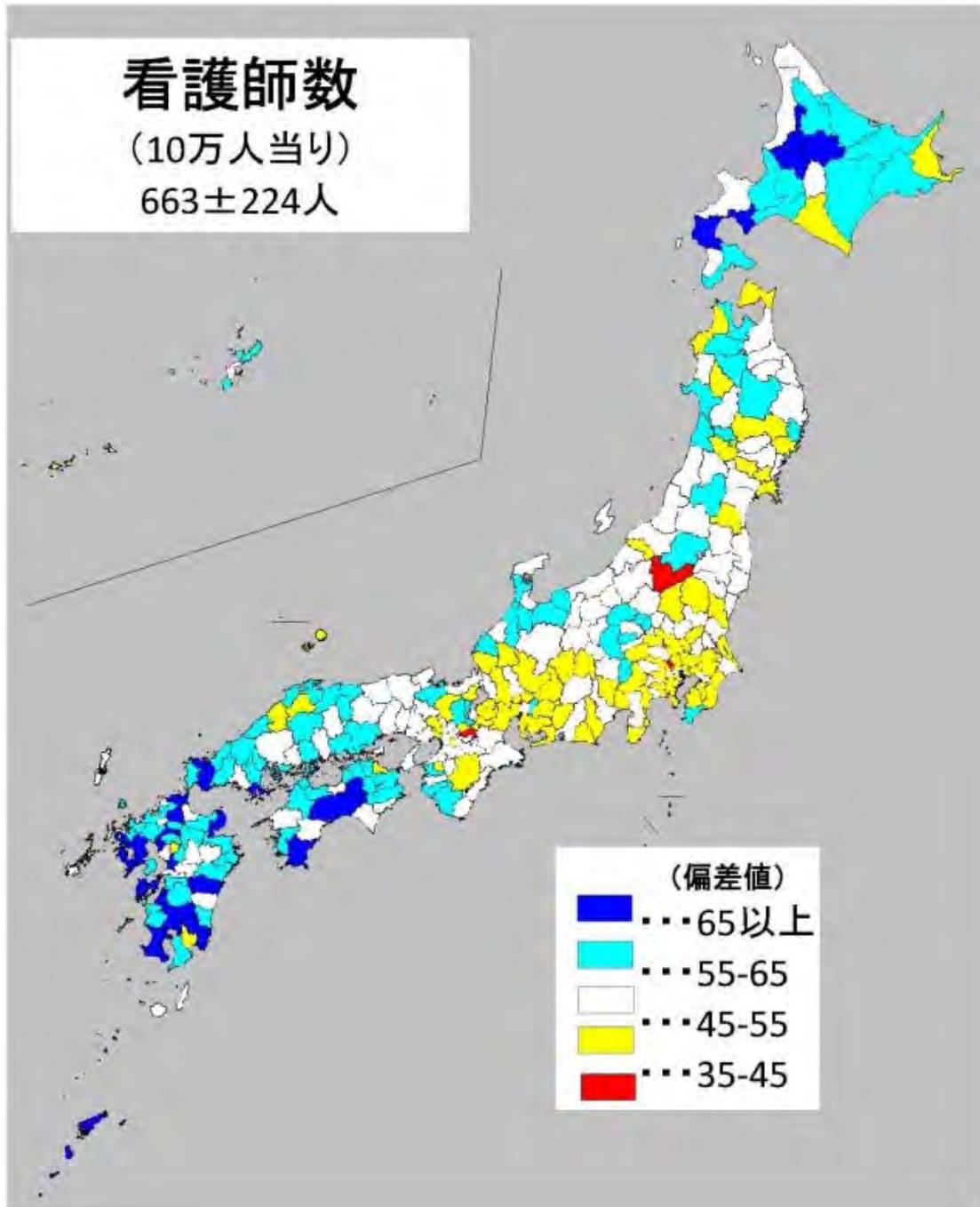
総病床数は、**関東・甲信越・東海が少なく**、**北海道・北部東北・北陸・中国・四国・九州に多く**、大きな地域差が見られる。



(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。



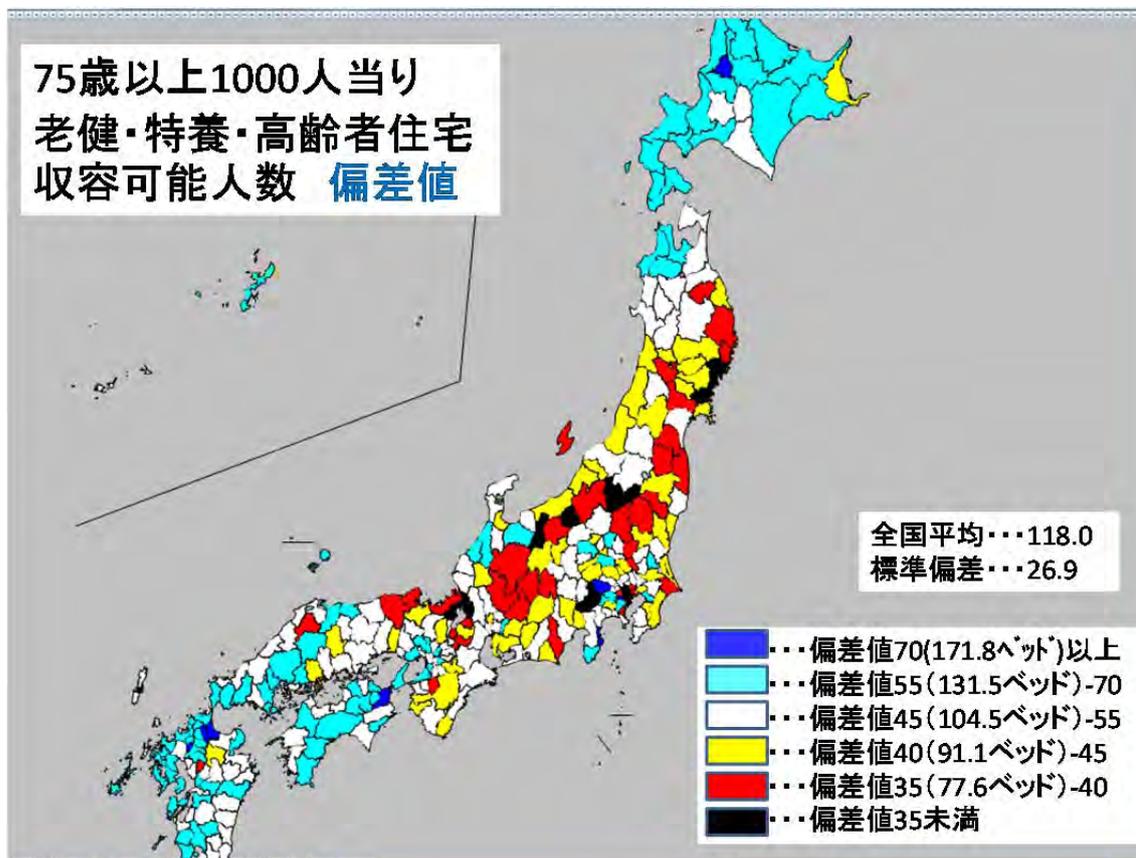
(人口当たりの看護師数の多寡のレベルを偏差値で表示)

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

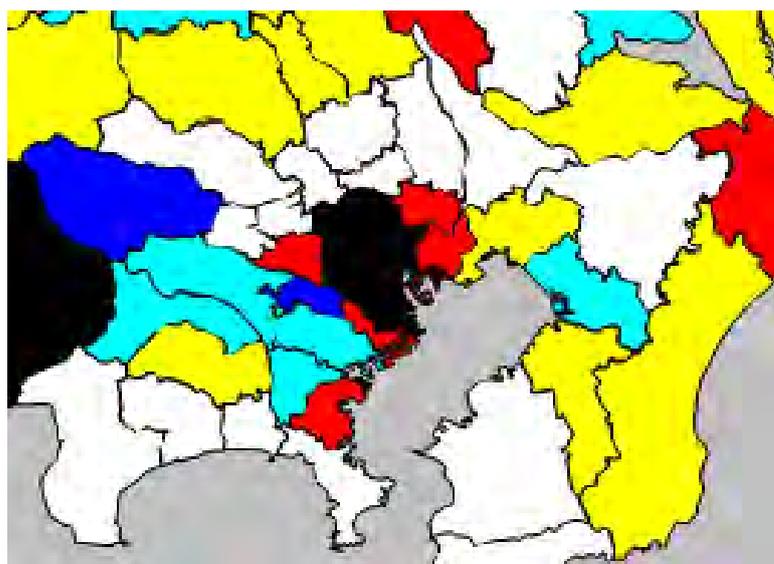
◎医療福祉資源レベルも、地域差が大きい

(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

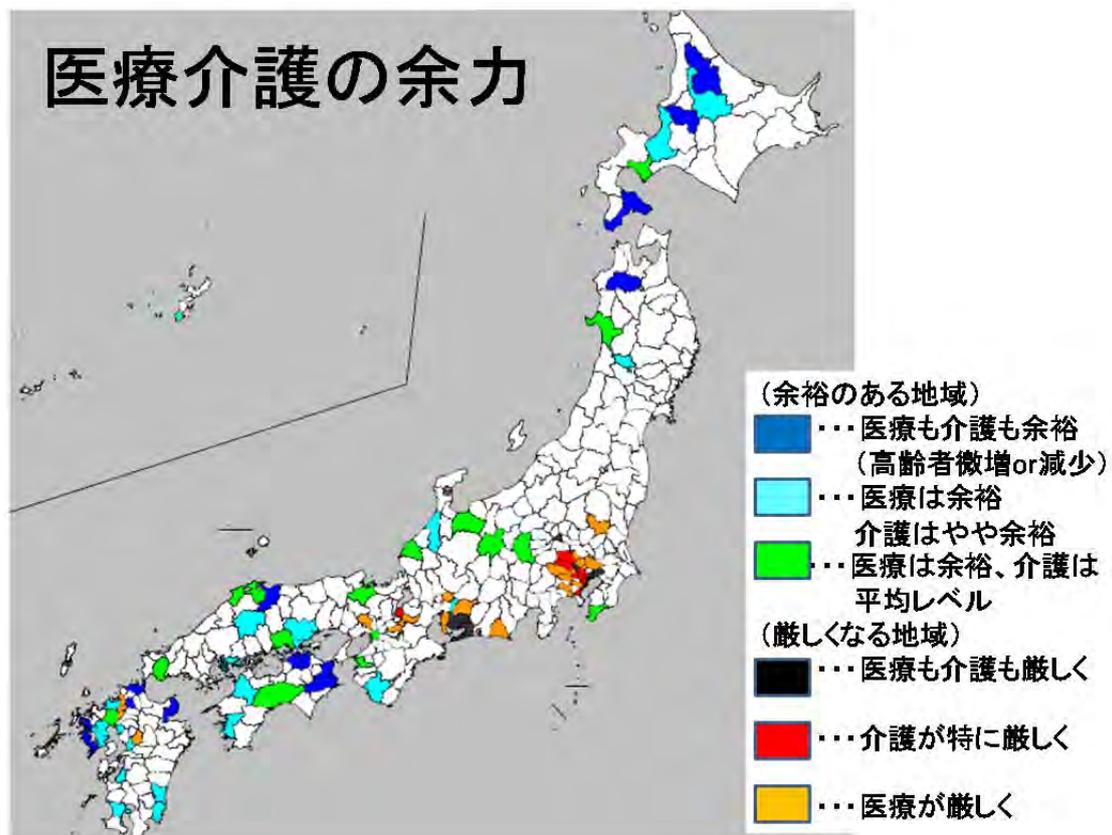
II-③各地域の医療需要ピークや現在の資源レベルを

考慮した医療福祉提供体制の再構築

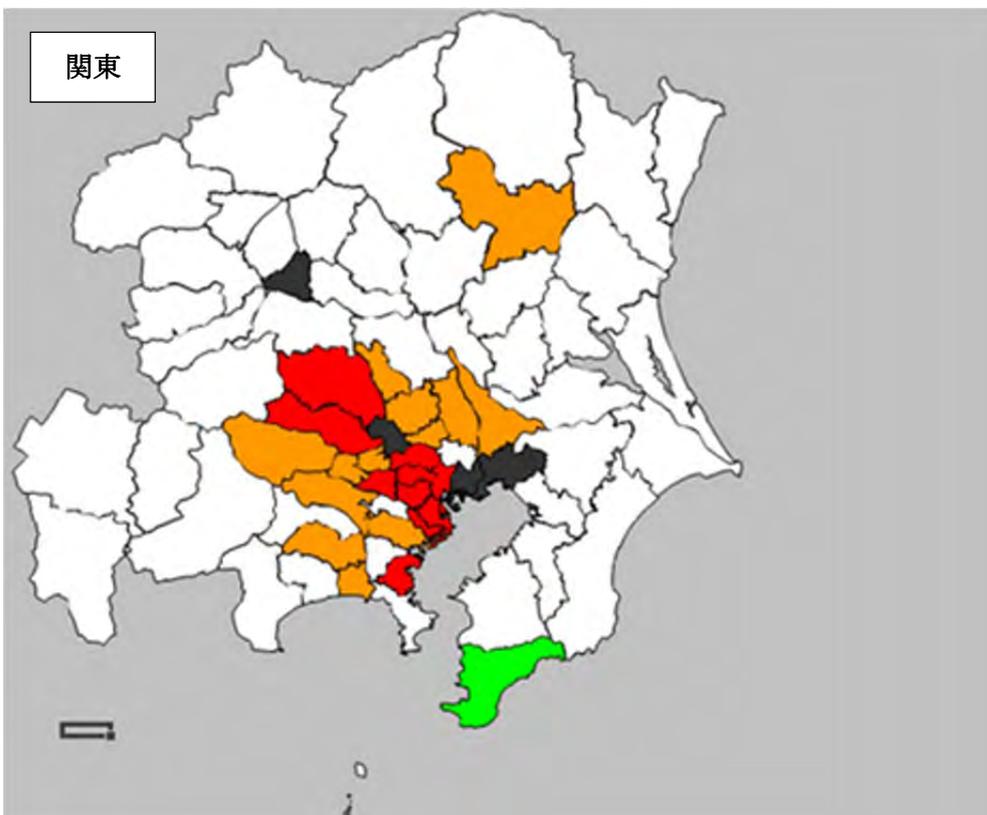
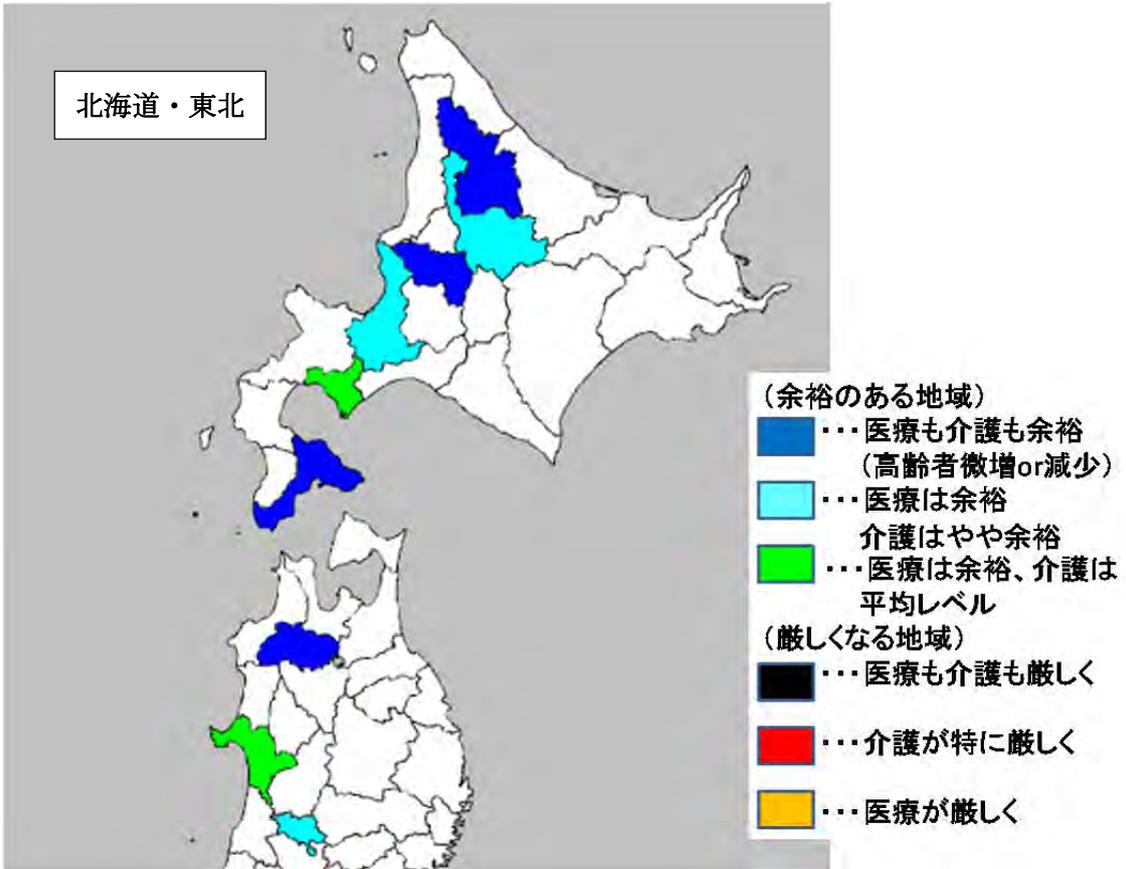
現在の資源量（人口当たり「病院勤務医数」と75歳以上人口1000人当たり「老健・特養・高齢者住宅のベッド数」）と将来の人口動態から予測される医療や介護の需要量より、以下のような考え方に沿って、各地域の医療や介護の余力を評価した。

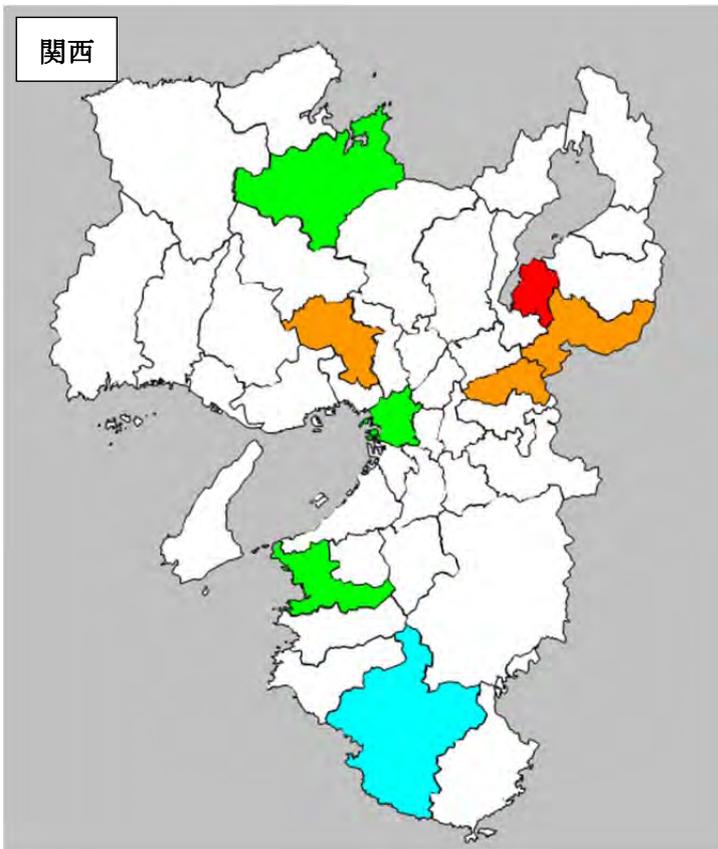
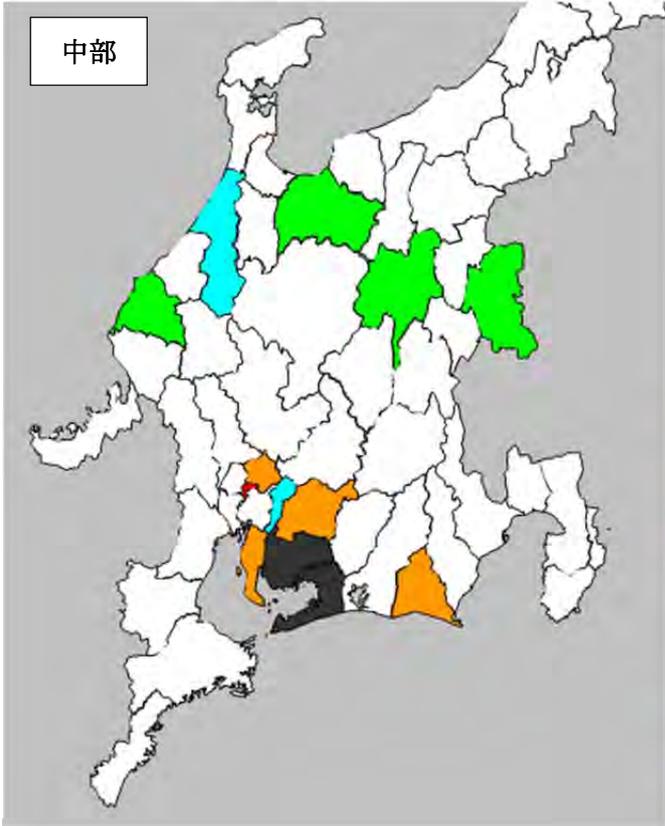
余力有り→現在資源が豊富にあり、人口動態予測より、将来的に需要があまり伸びない、あるいは減少することが予測される場合（地域）

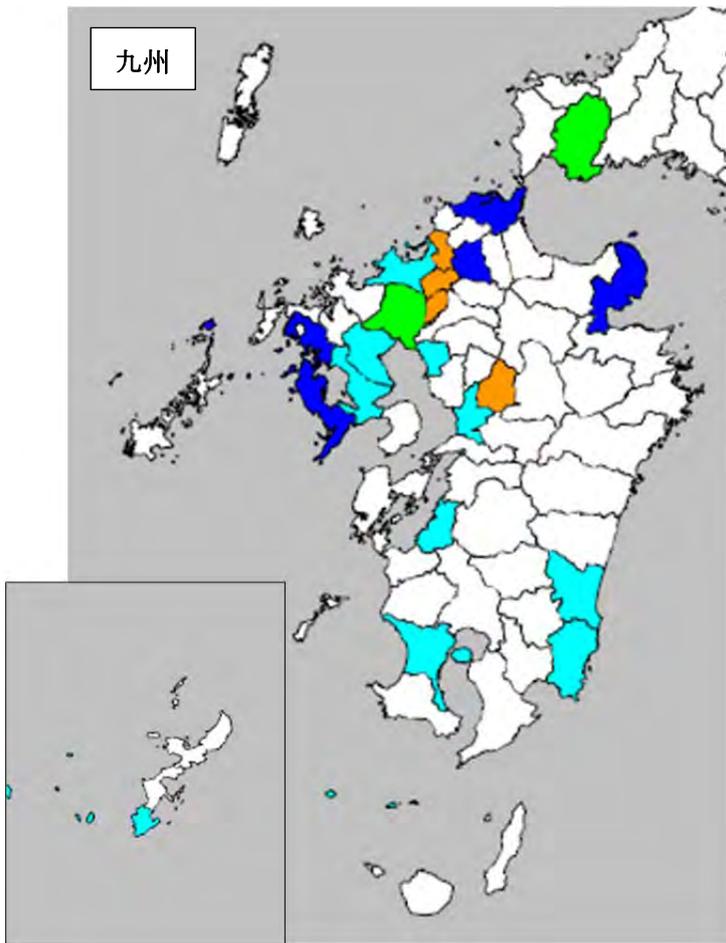
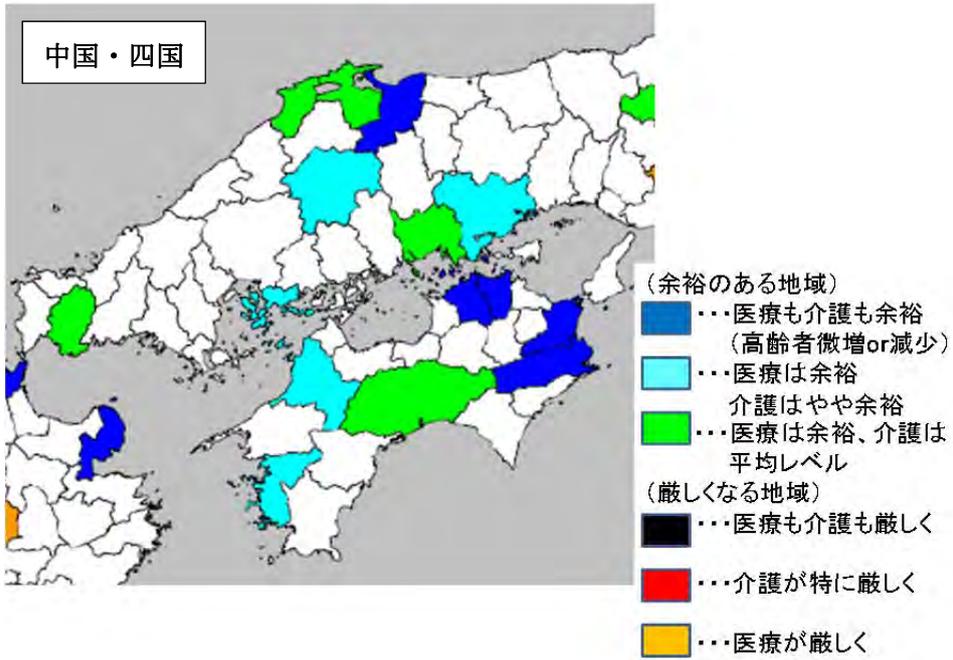
余力なし→現在資源が不足で、人口動態予測より、将来的に需要が大きくなる場合（地域）



(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。