

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

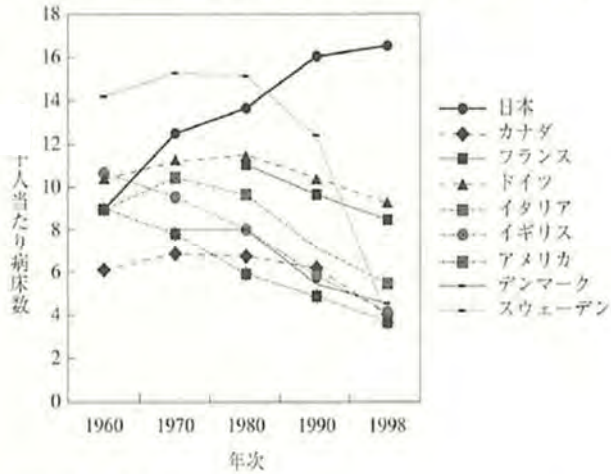
診療報酬による誘導の限界②

- 「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。

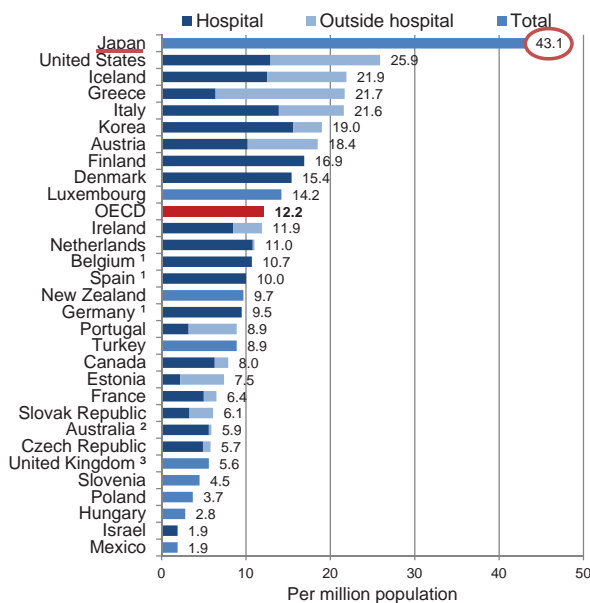
注) 病院病床数: *Health Data 2001* における, Tot. in-patient care beds / 1000 population.

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

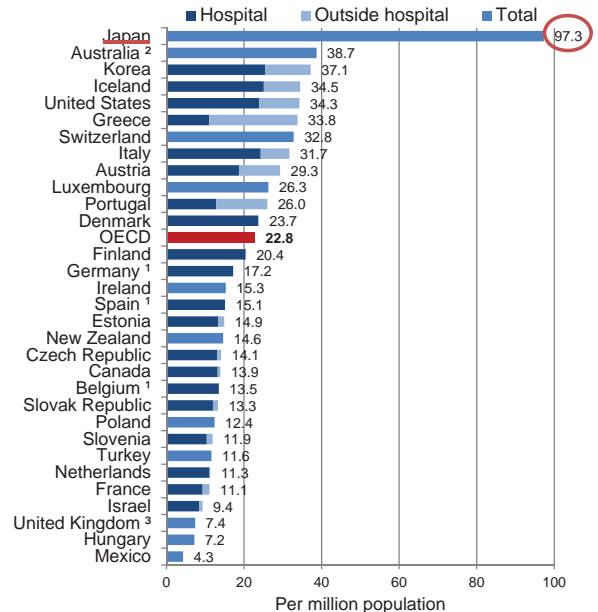
11

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.

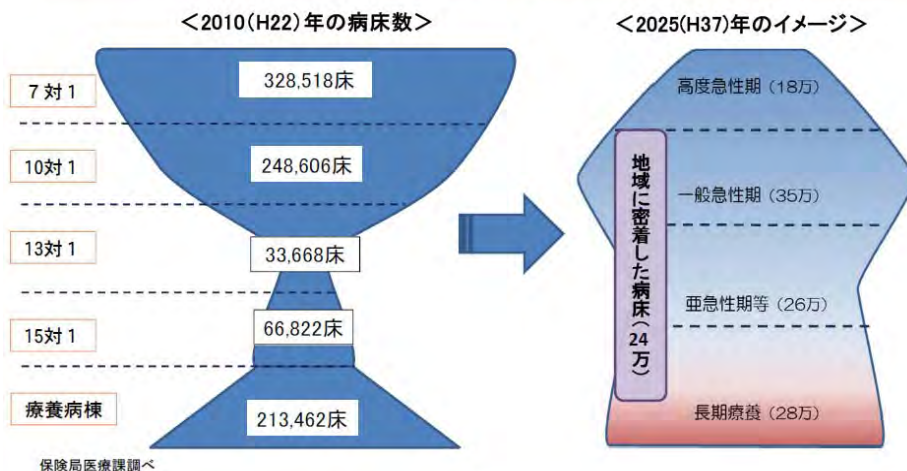
3. Any equipment in the private sector not included.

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



保険局医療課調べ

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

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

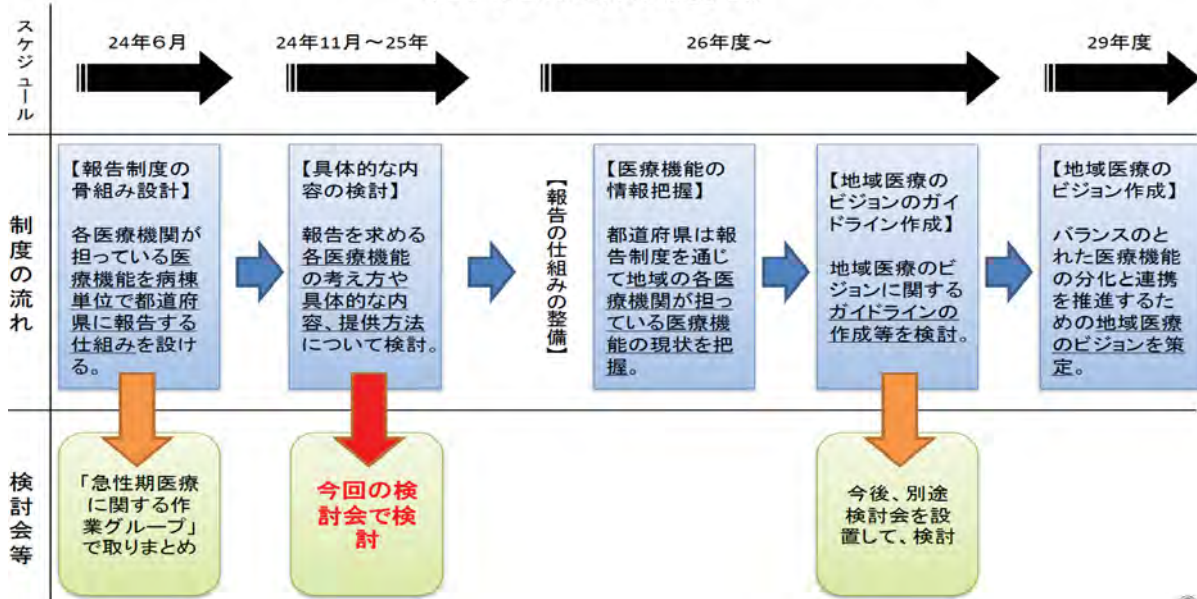
現行計画の前倒しの要請

- 四病院団体協議会代表 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)
 ー 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

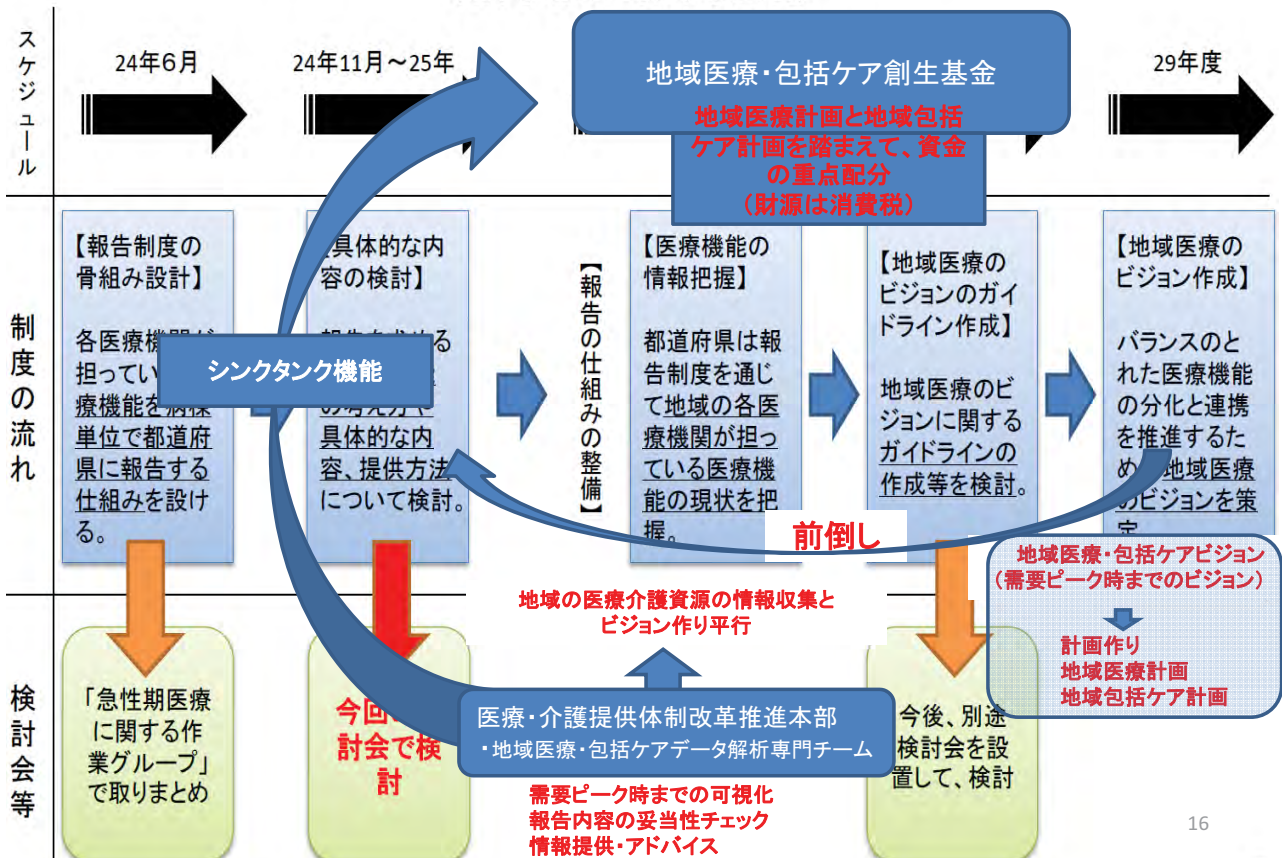
現行計画

報告制度の導入と地域医療ビジョン策定までの流れ (とりまとめにおける整理)



第1回病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方に関する検討会資料

報告制度の導入と地域医療ビジョン策定までの流れ (とりまとめにおける整理)



医療介護需要ピーク時までの 地域医療・包括ケアビジョン作成と平行しながら

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

17

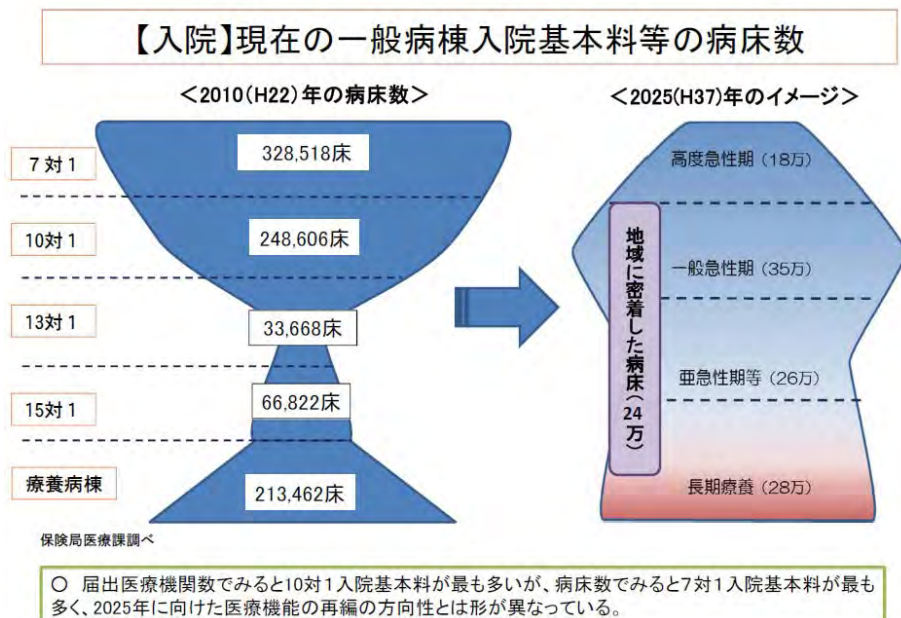
地域包括ケア計画の策定

- 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

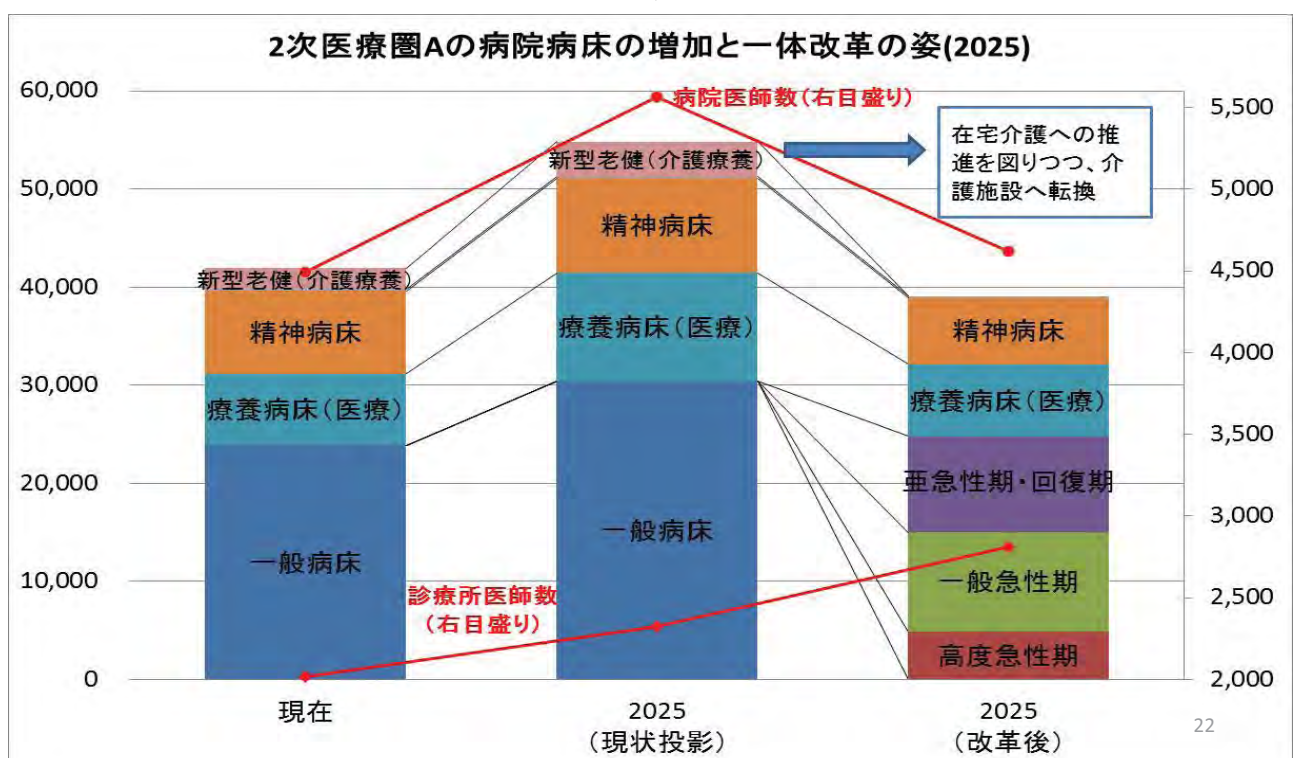
	総人口 (万人)	65歳以上 人口 (万人)	割合 (%)	75歳以上 人口 (万人)	割合 (%)
2次医療圏A					
2010年	234	48	20%	23	10%
2025年	228	69	30%	40	17%
	-3%	+43%	+10%ポイント	+74%	+8%ポイント
2次医療圏B					
2010年	37	9	24%	4	12%
2025年	33	11	33%	6	19%
	-10%	+23%	+9%ポイント	+44%	+7%ポイント

(資料) 市区町村別将来推計人口(社人研、平成20年12月推計)

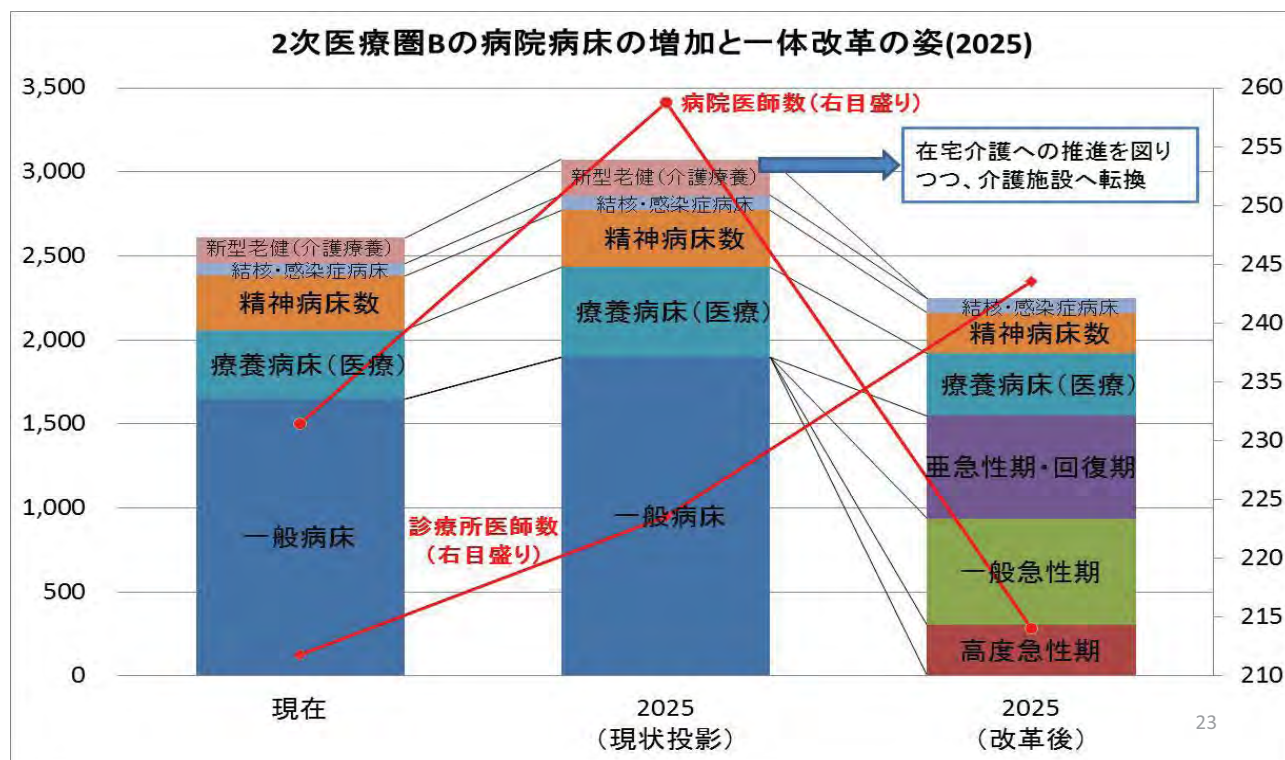
2つの2次医療圏の医療提供体制

<病院病床数>		病院所在地		患者所在地推算		人口千人当たり		(参考)人口千人当たり病院病床数(全国)
一般病床	2次医療圏A 2次医療圏B	病床数	人口千人当たり 病院病床数	患者流入	患者流出	病床数	人口千人当たり 病院病床数	
	2次医療圏A	23,868	1019	13%	7%	21114	901.0835	704
	2次医療圏B	1,650	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)	2674					
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でてくる。
- たとえば、リビングウィルによる延命措置の不開始又は中止について、民事、刑事、行政上の取り扱いに関して等々。

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。

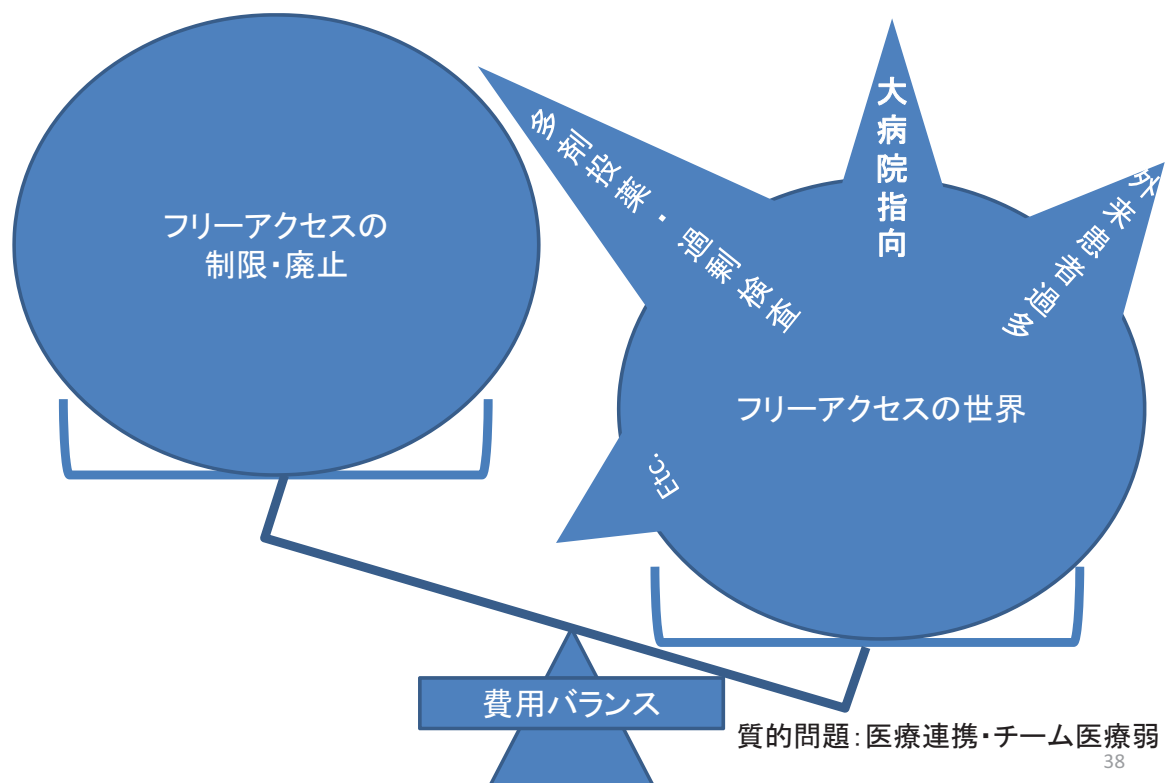
36

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



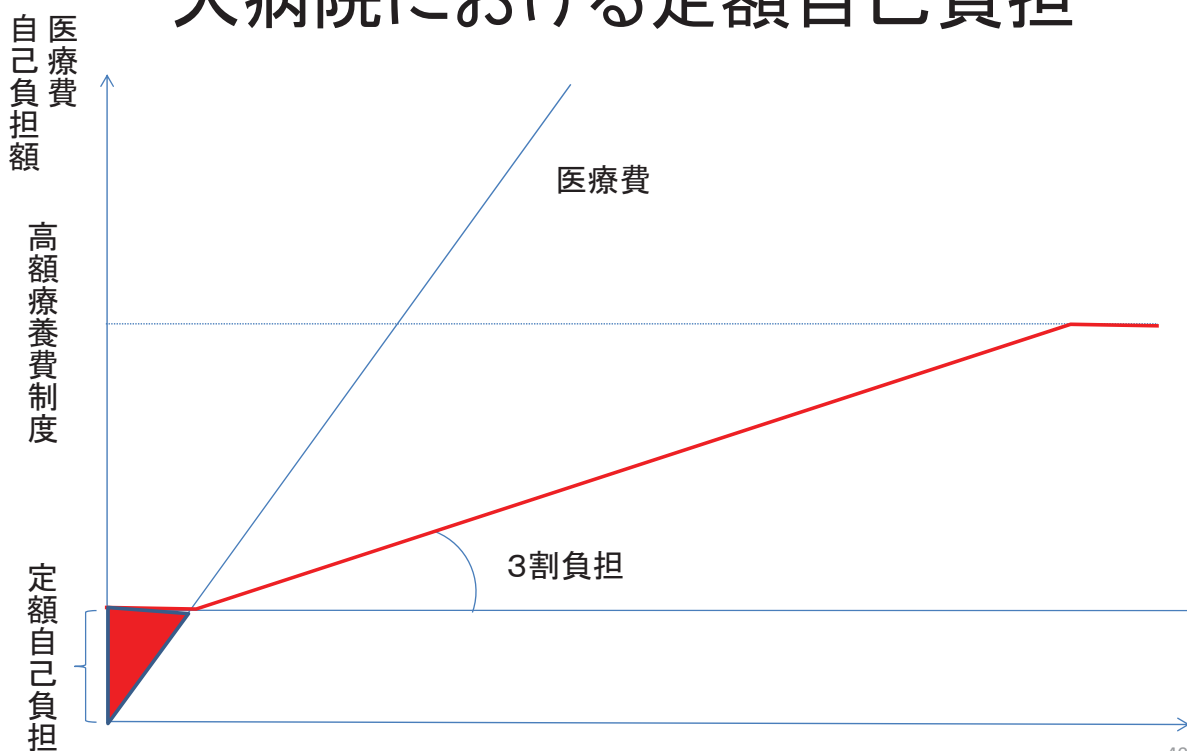
38

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有り。
- 健保連からの発言にもあった70歳以上の高額療養費、外来特例の見直し
 - 「今の高齢者、特に70歳以上の方には高額療養費、外来について特例の取り扱いもごさいます。非常に負担が軽くなる仕組みになっております」
 - 低所得者への配慮は当然
- 医療連携・チーム医療の推進
 - 高い専門性を有した開業医という日本のプライマリーケア医の長所をいかしながら、医療連携・チーム医療を推進していく。
- 日本型総合医のあり方を検討
 - ゲートキーピング機能はイギリスのGPのようなものではなく、上述の価格メカニズムを用いた程度にしておき、患者に対して一貫した病歴、受診行動の管理を行うと共に、専門医や病院、介護関係者との間の連携の主役を担当するなど、患者と医師の信頼関係を基軸とした継続的な保健指導や疾病予防活動を行う日本型総合医のあり方を検討する。
- 委員からの要求
 - 診療報酬支払データを収集管理する機関を設け、多剤投与、過剰検査問題があると思われる保険医療機関には指導を行う。

39

病診機能分化・連携と 大病院における定額自己負担



医療保険制度

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

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言った点や公費の投入は国保を優先すべきという意見を含め、十分に検討する。
- 今般の一体改革でこれらの意見(全面総報酬割、浮いた公費の投入は国保優先)の実現を図る必要。

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おります。ですから、なるべくこの組合健保というものを利用できる人たちを増やすためにはどうすればいいかということをやはり考えていかなければいけないというのが、目的の中に1つ入っております。

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申し上げておりましたのが、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	15.600	50.0	50.0	6,103,734
2	31.200	15.600	15.600	50.0	50.0	2,825,461
3	32.000	16.000	16.000	50.0	50.0	3,657,739
4	42.000	21.000	21.000	50.0	50.0	6,801,378
5	43.500	21.750	21.750	50.0	50.0	9,039,661
6	44.000	22.000	22.000	50.0	50.0	5,733,272
7	44.000	22.000	22.000	50.0	50.0	6,506,243
8	44.000	22.000	22.000	50.0	50.0	12,193,624
9	45.000	22.500	22.500	50.0	50.0	12,303,924
10	45.000	22.500	22.500	50.0	50.0	8,337,996
11	45.000	22.500	22.500	50.0	50.0	8,542,985
12	45.000	22.500	22.500	50.0	50.0	5,203,966

※ 保険料率には、調整保険料率を含んでいる。
※ 平均金又は地位を振り入れることで、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	58.670	42.530	55.8	44.2	4,955,926
2	96.200	54.690	41.510	56.9	43.1	5,213,539
3	95.930	52.710	43.220	54.9	45.1	5,832,891
4	95.890	50.445	45.445	52.6	47.4	5,197,633
5	95.730	60.480	35.240	63.2	36.8	3,823,252
6	95.640	53.360	42.280	55.8	44.2	3,985,283
7	95.620	50.310	45.310	52.6	47.4	4,345,934
8	95.400	53.220	42.180	55.8	44.2	3,735,460
9	95.390	50.190	45.190	52.6	47.4	3,893,194
10	95.360	60.228	35.132	63.2	36.8	4,606,222

※ 保険料率には、調整保険料率を含んでいる。

資料 I - ⑤

健康保険組合平均 (1518組合: 2015年度決算)	保険料率 (平均)	73.05%
	平均総報酬額	5,616,372円
	事業主: 40.38%	
	被保険者: 32.70%	

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

国保の都道府県単位への広域化①

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

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、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)

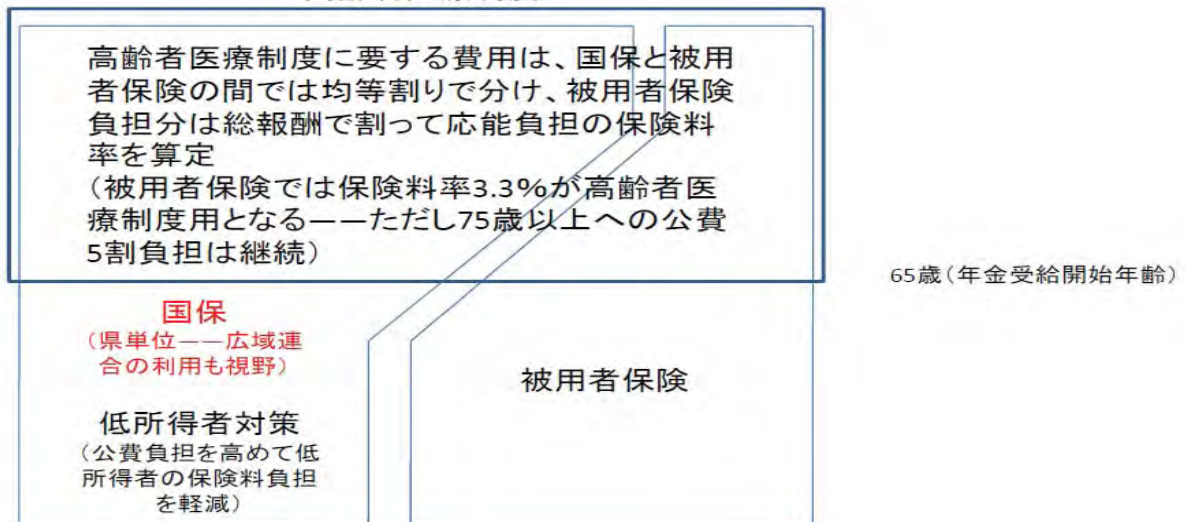
- － 国保というのは県単位で考えていくという京都府の知事もおっしゃられていた形で進んで良いのではないかと考えておりました、できれば国庫負担を投入するということであるのならば、この国保に直接国庫負担を投入して、可能な限り低所得者の負担を軽減するような仕組みで国庫負担を投入していくという方が優先順位が高くなっていく。この前のように高齢者制度の前期のところ国庫負担2.4兆円を入れるということは将来あるとしても、優先順位はかなり低い話ではなかろうかと思っております。

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おう。とともに、ドイツ被用者保険の医療保険料率は14.6%、フランス13.85%であり、日本の今後の医療保険料率引き上げをスムーズに行うことのできるように、負担力の弱い層に過重な負担が及ばない準備をしておく。

高齢者医療制度



* 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。

54

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

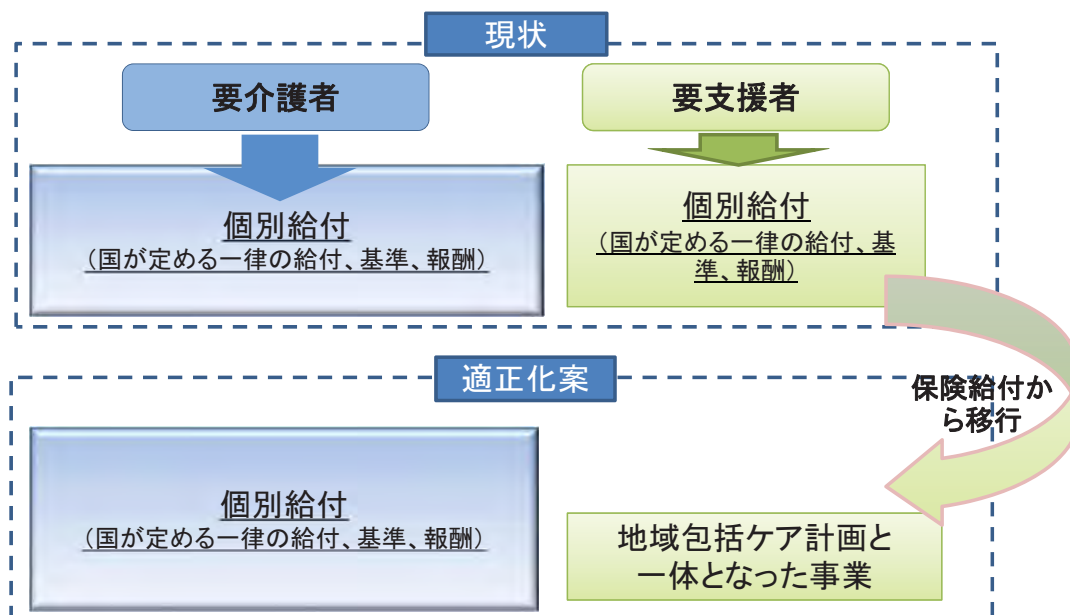
介護保険改革の必要性

- 『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