

各関係団体からの意見

(順不同)

- ・ 日本医師会
- ・ 健康保険組合連合会
- ・ 全国健康保険協会
- ・ 日本経済団体連合会
- ・ 日本労働組合総連合会
- ・ 全国市長会
- ・ 全国町村会
- ・ 全国知事会

グランドデザイン 2009

—国民の幸せを支える医療であるために—

2009年2月
社団法人 日本医師会

はじめに

日本医師会は、2007年3月「グランドデザイン 2007—国民が安心できる最善の医療を目指して—総論」を公表いたしました。

その背景には、近年の財政一辺倒の医療政策により、国民が「いつでも」「どこでも」平等に医療を受けられる日本の優れた医療保険制度が失われてしまうという強い危機感がありました。その後の状況も、私たちの懸念をより強くしています。

米国のサブプライムローン問題に端を発した世界的規模の金融危機は、日本にも大きな打撃を与えています。深刻化する不況、拡大する雇用不安など、日本経済は極めて不安定な状態にあります。

一方、医療を取り巻く環境も厳しさを増しています。医師の不足と偏在によって、地域医療提供体制の崩壊が現実化しています。2009年度の医学部定員は、過去最大規模を超えて増員されましたが、その効果が現れるのには約10年かかると言われています。

また、2006年7月に閣議決定された「経済財政運営と構造改革に関する基本方針 2006」に示された、社会保障費の伸びを2007年度から2011年度までの5年間で1.1兆円（国庫負担ベース）削減するという方針が、医療崩壊という現実を前にしても撤回されていないのが実情です。

いま、国民は将来に大きな不安を抱えています。このようなときこそ、国民の生命と生活を守る社会保障に対して、国は明確な理念を示し、国民の安心を保障する責務があります。

社会経済情勢の先行きが見えない今こそ、医療を中心とした社会保障への積極的な投資によって、国民が安心できる社会を再構築しなければなりません。

本書「グランドデザイン 2009」は、2007年に「グランドデザイン 2007」を公表した後、状況の変化等を踏まえて、必要と思われる部分を新たに書き加えたものです。「グランドデザイン 2007」同様、多くの方々の目に触れ、幅広い議論に供することを期待します。

2009年2月

日本医師会
会長 唐澤 祥人

本書「グランドデザイン 2009」は、2007年に発表した「グランドデザイン 2007—国民が安心できる最善の医療を目指して—」を補完する目的で作成しました。

「グランドデザイン 2007」は「総論」（2007年3月）と「各論」（2007年8月）から構成されています。

「グランドデザイン 2007—国民が安心できる最善の医療を目指して—」

<http://www.med.or.jp/nichikara/gd2007/>

グランドデザイン 2007「総論」目次

第1章 あるべき医療の実現に向けて

1. 国民が望む医療
2. 医療の質のマネジメント
3. 経済力と医療資源のバランス

第2章 国民のニーズにこたえる医療提供体制

1. 医療を取り巻く環境
2. 病床整備の必要性

第3章 医療保険制度のあり方

1. 医療・介護費の将来推計
2. 公的医療保険制度のあり方

第4章 社会保障財源の可能性について

1. 社会保障の意味合い
2. 国家財政の実態
3. 財源の創出へ

グランドデザイン 2007「各論」目次

第1章 医療の質向上と安全のために

1. 医療従事者の偏在と不足
2. 医師の教育・研修
3. 医療の安全性の確保

第2章 医療提供体制と地域医療連携

1. 高齢者を支える医療提供体制
2. 地域医療提供体制とその連携
3. 健康および予防医療

第3章 社会の変化に対応して

1. 終末期医療のあり方
2. 危機管理の必要性
3. 医療におけるIT化
4. 医療における財源と税制の課題

Chapter 1

Toward Realization of Most Appropriate Healthcare

JMAJ 50 (4) : 280-299, 2007

<http://www.med.or.jp/english/pdf/jmaj/v50no04.pdf>

Chapter 2

A Healthcare Delivery System that Meets the Needs of the People

JMAJ 50 (5) : 355-366, 2007

<http://www.med.or.jp/english/pdf/jmaj/v50no05.pdf>

Chapter 3

Financial Aspects of the Health Insurance System

JMAJ 50 (5) : 367-388, 2007

<http://www.med.or.jp/english/pdf/jmaj/v50no05.pdf>

Chapter 4

The Possibility to Secure Fiscal Resources for Social Security

JMAJ 50 (6) : 431-442, 2007

<http://www.med.or.jp/english/pdf/jmaj/v50no06.pdf>

目 次

用語の説明.....用語 1-4

第1部 安心と幸せのための医療..... 1

1. 国民の求める医療—第3回 日本の医療に関する意識調査より..... 1

(1) 満足度と重点課題..... 1

(2) 医療に関する不安と国民の求める医療..... 5

(3) 医師の現状..... 15

(4) 今後の課題..... 19

2. 医師不足対策と医療従事者の確保..... 20

(1) 医師の偏在と不足の実態..... 20

(2) 医師数増加に向けての日本医師会の考え..... 25

(3) 初期臨床研修制度の改革案..... 30

(4) 医師確保対策..... 37

(5) 看護職員、コ・メディカル等について..... 39

3. 地域を守る医療提供体制..... 41

(1) 平均在院日数短縮化の問題点..... 41

(2) 高齢社会における医療提供体制..... 44

(3) 医療資源重点化の問題点..... 45

(4) 日本医師会が考えるあるべき病床数と現実..... 46

第2部 国民を守る医療制度とその財源..... 48

1. 医療費の現状と将来推計..... 48

(1) 医療費の国際比較..... 48

(2) 現状の医療費の伸びから推計される医療費..... 50

(3) 中長期の医療費の粗い推計..... 52

2. 医療制度のあり方について..... 58

(1) 現在の後期高齢者医療制度..... 58

(2) 日本医師会の「高齢者のための医療制度」..... 62

(3) 看取りの医療「終末期医療のガイドライン 2009」..... 67

3. 公的医療保険を支える財源..... 71

(1) 消費税などの新たな財源の検討..... 72

(2) 特別会計などの支出の見直しの継続..... 75

(3) 公的医療保険の保険料の見直し..... 79

索引.....索引 1-3

用語の説明

【医療費】

総医療費＝国民医療費＋介護サービス費＋予防・公衆衛生の費用＋管理コスト等

国民医療費＝医療保険医療費＋公費負担等医療費

医療保険医療費＝医療保険給付費＋医療保険における患者一部負担

医療保険給付費

公的保険（被用者保険、国民健康保険、後期高齢者医療制度）からの給付費。給付費とは医療費から患者一部負担分を除いた部分。

国民医療費（本書では単に医療費ともいう）

医療保険医療費に公費負担等医療費を加えたもの。正常分娩の費用、健康診断や予防接種などの予防に関わる費用、入院時室料差額などのアメニティに関わる費用は、国民医療費には含まれない。

公費負担等医療費

本書では、生活保護法、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律等から給付される公費負担医療費に、全額自費、労災保険を加えたものを指す。公費負担医療は保険に加入していれば、保険からの給付が優先されるので、ここでは、公費のみで支給される部分が対象である。

【医療制度ほか】

新医師臨床研修制度

2004年4月に施行された改正医師法等により、それまで努力義務であった医学部卒業後2年間の臨床研修を必須化させた制度。

幅広い分野における基本的臨床能力を習得することを目的として、内科、外科、救急部門、小児科など、多くの臨床分野での研修を必修化した。また、同制度により、研修医の定員、指導医の条件など、臨床研修病院の指定基準を明確化し、研修医の処遇の確保等も行われた。

一方、同制度の導入により、研修医の大学離れが加速し、医師の偏在、不足の一因となったとも指摘されている。

ALS

Advanced Life Support の略で、心肺停止患者に対して一次救命処置（救急医療システムへの通報、心肺蘇生、AEDによる除細動、気道異物除去など）につづいて行われる二次救命処置（マニュアル除細動器を用いた除細動、心肺停止の原因の検索と解除、静脈路の確保と薬剤投与、高度な気道確保（気管挿管など））をいう。

かかりつけの医師

日本医師会は、2007年9月19日に公表した「後期高齢者の診療報酬体系のあり方について」¹において、「かかりつけの医師」を次のように定義した。

「なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要な時には専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる『地域医療、保健、福祉を担う幅広い能力を有する医師』」。

DPC

Diagnosis Procedure Combination の略。そもそもは診断群分類の手法のひとつであり、この分類に基づき診療報酬の一部が包括化されており、これを「DPC（診断群分類）による包括評価」という。ただし、最近では支払い方法自体も含めて「DPC」と呼ばれることが多い。本書でも後者の意味で「DPC」という。

DPCは、2003年4月に特定機能病院を対象に導入され、その後、民間病院にも拡大され、2008年度には、対象病院、準備病院を合わせて1,428施設に及んでいる。

療養病床

1992年7月の第2次医療法改正で「療養型病床群」が規定された。2000年4月の介護保険制度の導入により、医療療養型と介護療養型に分離され、さらに2001

¹（社）日本医師会「後期高齢者の診療報酬体系のあり方について」2007年9月19日。定例記者会見。
http://dl.med.or.jp/dl/med/teireikaiken/20070919_6.pdf

年の第4次医療法改正で「療養病床」に改められた。

2006年6月に医療制度改革関連法案が成立し、医療療養病床は2005年の25万床から2012年には15万床に削減されることになった。しかし2008年9月、厚生労働省は、各都道府県が提出した目標病床数を積算し、回復期リハビリテーション病棟である療養病床を除く目標数は21万床（目標数未提出の3県分を除く）であると修正した。

介護療養型医療施設（介護療養病床）は2005年には13万床あったが、2006年4月に介護保険法が改正され、2012年3月末をもって廃止されることになった。

医療区分

中央社会保険医療協議会・診療報酬調査専門組織・慢性期入院医療の包括評価調査分科会「慢性期入院医療の包括評価に関する調査」（2004年、2005年）をもとに作成された患者分類。この結果をもとに2006年の診療報酬改定（7月実施）により、医療療養病棟入院基本料に医療区分による評価が導入された。

厚生労働省は、医療区分1（医療の必要性が低い）の入院患者に加え、「医療区分2」の入院患者の3割を「社会的入院」とみなした^{2,3}が、日本医師会が2006年7月に実施した「療養病床の再編に関する緊急調査」によると、医療区分1の入院患者の約2割は医学的管理・処置が必要な患者であった。

【経済および財政】

GDP（国内総生産, Gross Domestic Product）

国内で生産された付加価値の総額。GDP成長率は経済成長を示す。GNP（国民総生産）は、同一国民による海外での生産分を含む。

消費税

消費税法、地方消費税法に定める間接税。日本では1989年4月に税率3%で施

行され、1997年4月に5%に引き上げられた。

消費税収（地方交付税交付金を除く国分）は、国の一般会計の予算総則で、基礎年金、老人医療（後期高齢者医療）、介護に充てることとされている。

予算総則

国の歳入歳出のほか、毎年度の国の財政運営に必要な事項を規定するもので、一般会計、特別会計それぞれにある。予算と同様国会の議決事項。

スキマ

消費税収（国分）と、一般会計の予算総則で消費税を充てるべきとされている経費（基礎年金、後期高齢者医療、介護の国庫負担分）との差。財務省の消費税の用途に関する資料⁴において、「スキマ」と呼ばれている。

特別会計

国の会計は、財政法第13条の規定に基づき、一般会計と特別会計に分かれる。

同条第2項の規定により、国が特定の事業を行う場合、特定の資金を保有してその運用を行う場合等に限り、特別会計を設置するとしている。

特別会計には、交付税及び譲与税配付金特別会計、国債整理基金特別会計、外国為替資金特別会計、財政投融资特別会計、年金特別会計、労働保険特別会計、社会資本事業特別会計等がある。

独立行政法人

行政改革の一環として、「国の行政の役割を見直す基本的な視点は『官から民へ』にある」との行政改革会議の最終報告（1997年12月）の提案を受け、1999年7月に成立した独立行政法人通則法に基づき設置された法人。

2001年4月に57法人が設立され、その後、法人数は増加していたが、2006年に成立した「簡素で効率的な政府を実現するための行政改革の推進に関する法律」に基づき、国の歳出の縮減を図る見地から見直しが図られることになった。

² 中央社会保険医療協議会・慢性期入院医療の包括評価調査分科会「平成18年度慢性期入院医療の包括評価に関する調査」中間報告書、2007年3月28日、<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/05/dl/s0530-7b.pdf>

³ 社会保障審議会医療保険部会資料「医療費適正化に関する施策についての基本的な方針（案）について」、2007年4月12日、<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/04/dl/s0412-1d.pdf>

⁴ 財務省「消費税の福祉目的化」、<http://www.mof.go.jp/jouhou/syuzetsu/snyou/121.htm>

第1部 安心と幸せのための医療

1. 国民の求める医療—第3回 日本の医療に関する意識調査より

高齢社会の進展に加え、年金問題を含む政治経済の混乱に見舞われ、国民の不安が高まっている⁵。医療においても、医療費抑制を目的とした制度改革に伴う問題や医師不足が顕在化し、医療崩壊を現実化させた。

日本医師会では2002年から国民、患者、医師を対象に「医療に関する意識調査」を実施してきた。2006年に実施した第2回調査では、第1回調査(2002年)に比較して、国民の医療に対する全般的な満足度や医師患者関係について、やや向上がみられ、患者と医師の相互理解が深まっている可能性が示唆された。

しかし、昨今の医療を取り巻く環境変化により、国民、患者、そして提供側についても意識の変化が予想される。療養病床の削減や平均在院日数の短縮化、医療費負担増、医師不足などが国民の不安を増大させ、医療に対する不満を高めているのではないであろうか。

以下、「第3回日本の医療に関する意識調査」⁶(2008年7月)をもとに、国民や患者の求める医療のあり方を検討する。

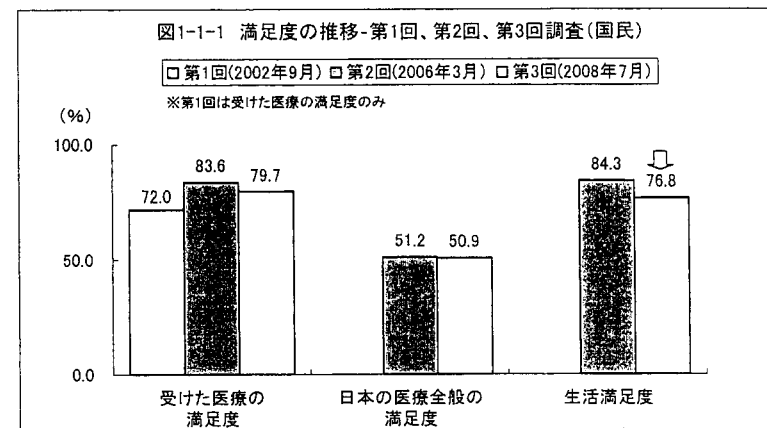
(1) 満足度と重点課題

2008年7月時点で、国民(n=1,313)の79.7%が受けた医療に対して満足(やや満足+満足)と回答した。日本の医療全般に対しては50.9%が満足と回答した。前回(第2回)調査との比較では、受けた医療への満足度は微減したものの、日本の医療全般への満足度とともに、大きな変化はみられなかった。自身が受けた医療への満足度に比べて、医療全般への満足度が約30ポイント低い傾向も前回と同様であった。

⁵ 内閣府「国民生活に関する世論調査」では、日常生活での悩みや不安を持つ人が2005年6月の66.4%から2008年6月には70.8%と3年間に4.4ポイント増加している。<http://www8.cao.go.jp/survey/h17/h17-life/2-1.html>, <http://www8.cao.go.jp/survey/h20/h20-life/2-1.html>

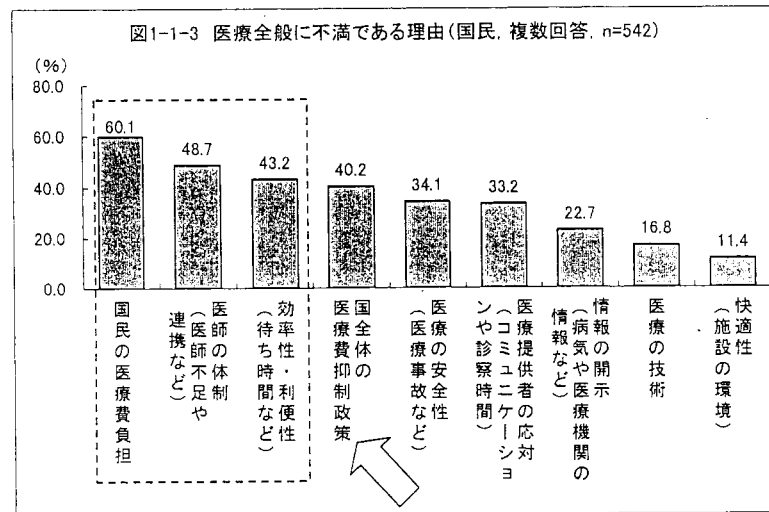
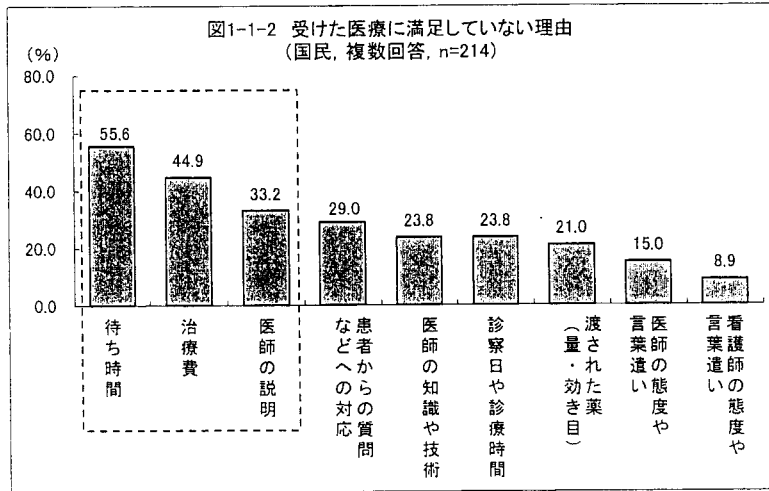
⁶ 国民、患者、医師の3者を対象に2008年7月に実施。国民は全国の20歳以上の男女2,000人、個別面接聴取法で有効回答数(率)1,313(65.6%)。患者は全国の病院(n=25)と診療所(n=25)の外来患者1,078人、聞き取り法で有効回収数1,078。医師は全国2,000人、郵送調査法で有効回答数(率)772(38.6%)。日医総研「第3回日本の医療に関する意識調査」日医総研ワーキングペーパーNo.180, 2008年12月。<http://www.jmari.med.or.jp/research/dl.php?no=389>

満足度を相対的にみるために生活満足度も尋ねたところ、「満足」との回答は、前回から約8ポイント低下して76.8%であった(図1-1-1)。生活満足度が低下している中で、医療全般、受けた医療への満足度はほぼ維持されている。

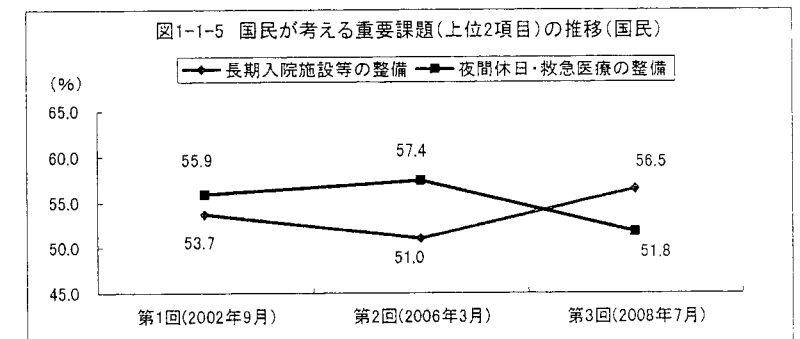
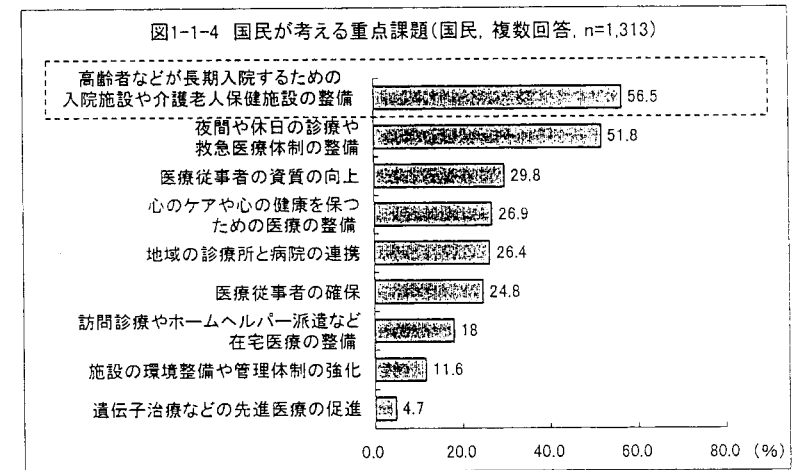


「受けた医療」に満足していない(満足していない+あまり満足していない)と回答した人は全体の16.7%であり、その理由の上位3項目は、待ち時間、治療費、医師の説明であった(図1-1-2)。

一方、「日本の医療全般」に不満(不満である+やや不満である)と回答した人は全体の41.3%で、その理由の上位3項目は、国民の医療費負担、医師不足や連携などの医師の体制、効率性・利便性(待ち時間など)であった(図1-1-3)。4番目は国全体の医療費抑制政策への不満であり、国民の間でも、国の医療費抑制政策に対する意識が高まっていることが示された。



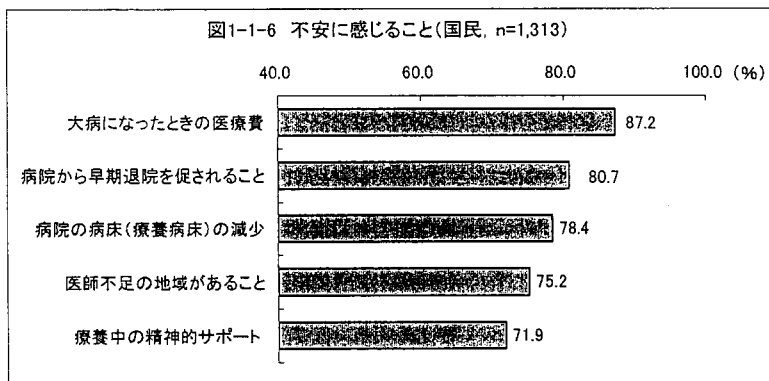
国民が考える重点課題で回答が最も多かった項目は、第1回、第2回調査では「夜間や休日の診療や救急医療体制の整備」であったが、今回の調査では「高齢者などが長期入院するための入院施設や介護老人保健施設の整備」で56.5%であった(図1-1-4、図1-1-5)。療養病床削減計画や平均在院日数の短縮化により病院から早期退院を促されることが、入院施設等に対する国民や患者の問題意識を高めていると推察される。



(2) 医療に関する不安と国民の求める医療

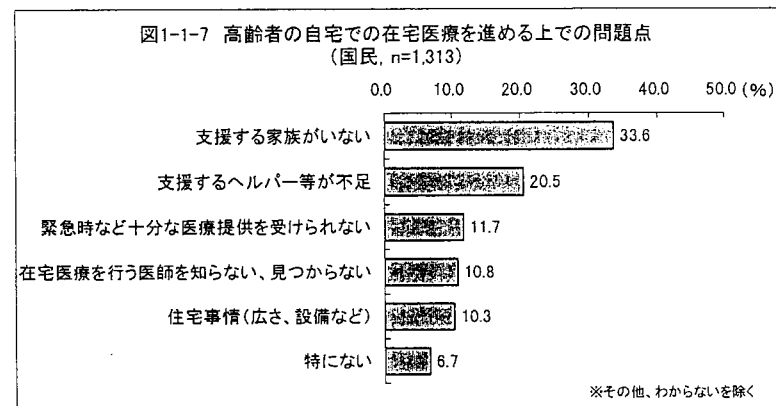
1) 医療に関する不安

国民が最も高い不安（とても不安+やや不安）を示したのは、「大病になったときの医療費」であり87.2%の国民が不安と回答した。ついで「病院から早期退院を促されること」が80.7%、「病院の病床（療養病床）の減少」が78.4%であった（図1-1-6）。



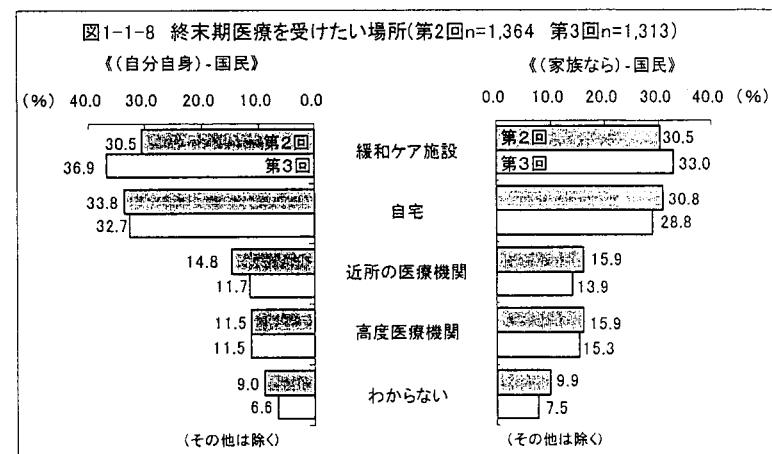
2) 在宅医療

国の在宅医療推進の流れのなか、在宅医療のためのインフラ整備が課題となっている。高齢者の自宅での在宅医療を進める上で、国民が最も問題に感じている点は、「支援する家族がいないこと」であり33.6%と3分の1を超えていた。ついで「支援するヘルパー等が不足」で20.5%であった（図1-1-7）。在宅医療については、住宅事情などのハード面よりも、人的資源に対する不安や問題意識が高いことが判明した。

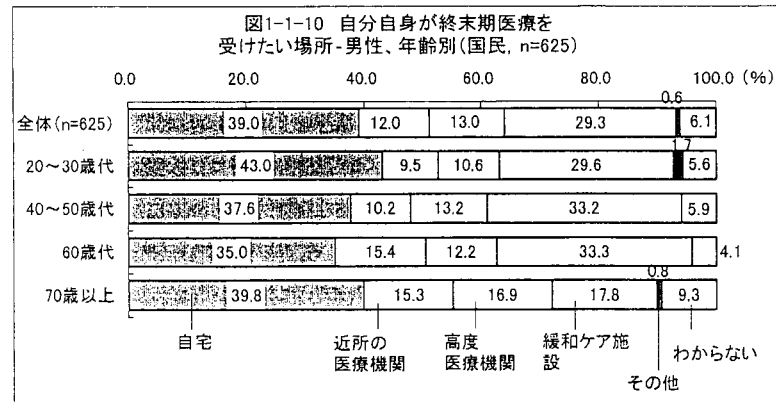
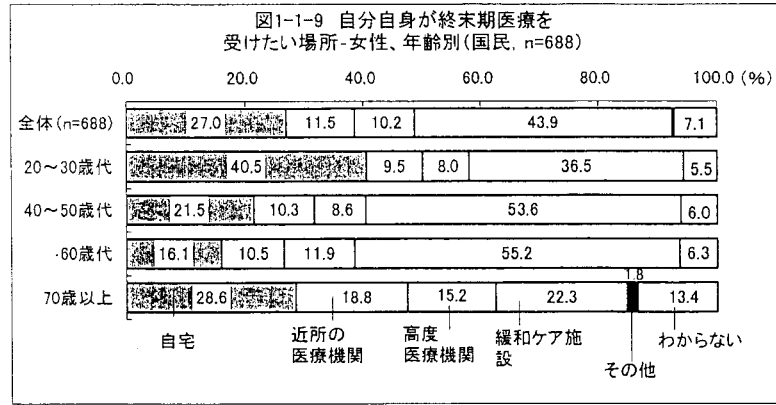


3) 終末期医療

自分自身が終末期医療を受けたい場所は、国民の36.9%が「ホスピスなどの緩和ケア施設」と回答し、前回調査でもっとも多かった「自宅」（前回33.8%、今回32.7%）を上回った（図1-1-8）。家族の終末期医療についても同様の傾向が示された。

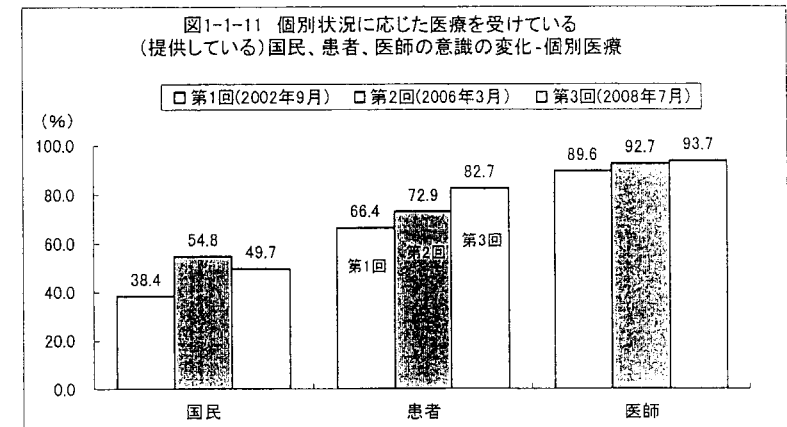


終末期医療を受けたい場所については、性別および年齢階層別による違いが顕著に示された。60歳代の女性の55.2%が緩和ケア施設での終末期医療を望んでいたが、同世代の男性では33.3%であった（図1-1-9、1-1-10）。



4) 医師患者関係

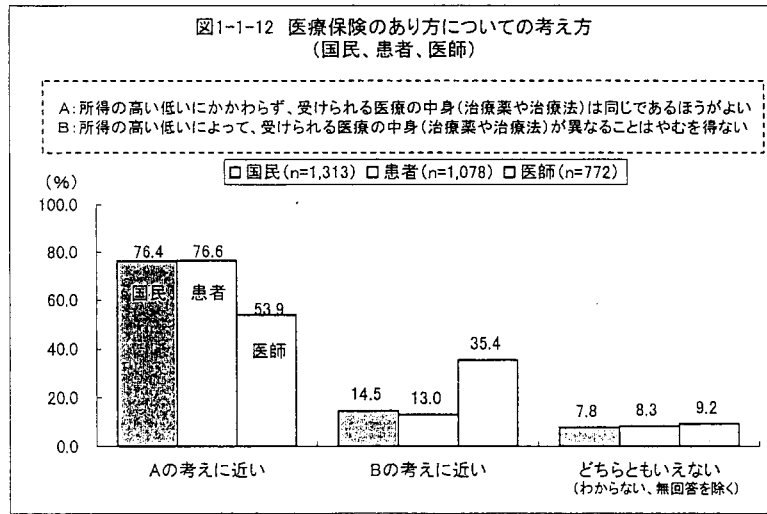
患者一人ひとりの性格や立場、本人の希望といった個別状況に応じた医療を受けているかという問いに対して、「受けている」という回答は、国民49.7%、患者82.7%であり、これまでと同様、国民よりも患者の方が高い傾向にあった。また、医師の回答は「行っている」が93.7%であり、患者より高いものの、医師と患者との差は縮小しつつある（図1-1-11）。



5) 医療保険のあり方について

所得によって受けられる医療の中身が異なることについて、国民や患者の意識に変化が生じているであろうか。「所得の高い低いにかかわらず、受けられる医療の中身(治療薬や治療法)が同じであるほうがよい」という回答は、国民の76.4%、患者の76.6%であった。この結果には、第1回、第2回調査から大きな変化はみられず、大半の国民・患者が現在の制度を支持していることが示された(図1-1-12)。

一方、医師は、「受けられる医療が同じ」であることを望む割合が53.9%であった。医師では「所得の高い低いによって、受けられる医療の中身が異なることはやむを得ない」も35.4%、特に病院医師の間では43.6%あり、医療現場での苦悩もうかがえた。

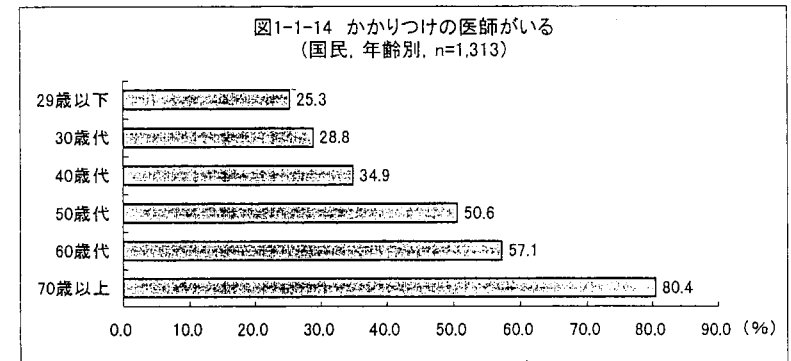
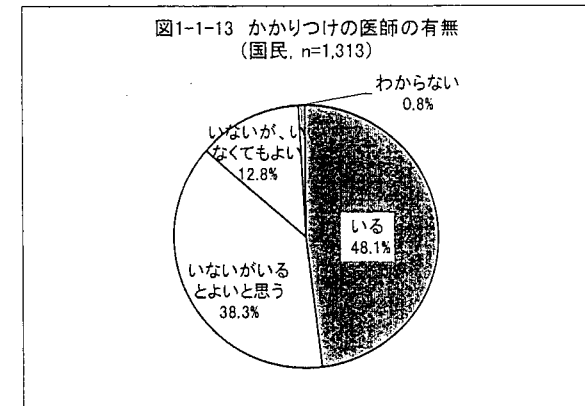


7 「現在のように所得の高い低いに関係なく、国民みんなが同じレベルの医療を受けられる仕組みがよい」に賛成もしくは、どちらかといえば賛成と回答した人の割合は、第1回調査では国民71.4%、患者74.0%、第2回調査では国民72.1%、患者76.8%。 <http://www.jmari.med.or.jp/research/dl.php?no=336>

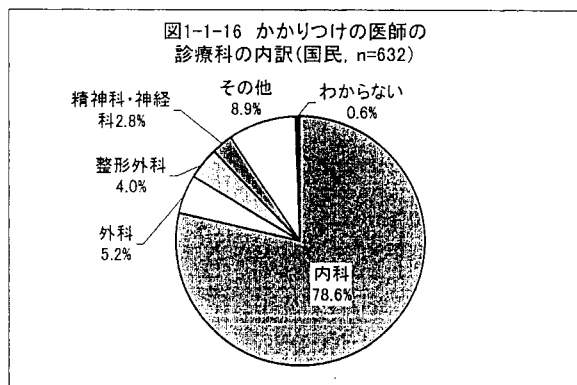
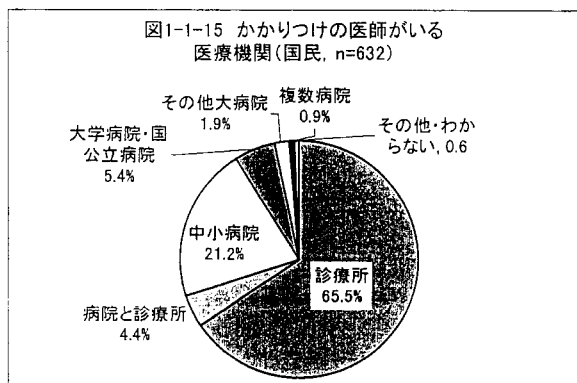
6) かかりつけの医師

「病気や健康度を総合的に診療する身近なかかりつけの医師」(以下、かかりつけの医師)がいる国民は48.1%であった(図1-1-13)。

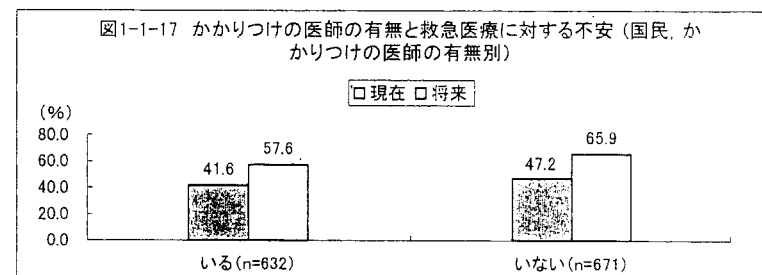
またかかりつけの医師がいる人の割合は、年齢とともに増加しており、50歳代で半数を超え、70歳以上では約8割であった(図1-1-14)。



医療機関別にみると、かかりつけの医師は診療所医師が69.9%（診療所65.5%+病院と診療所4.4%）を占めた（図1-1-15）。診療科別では内科が78.6%と全体の4分の3を占め、つづいて外科が5.2%であった（図1-1-16）。

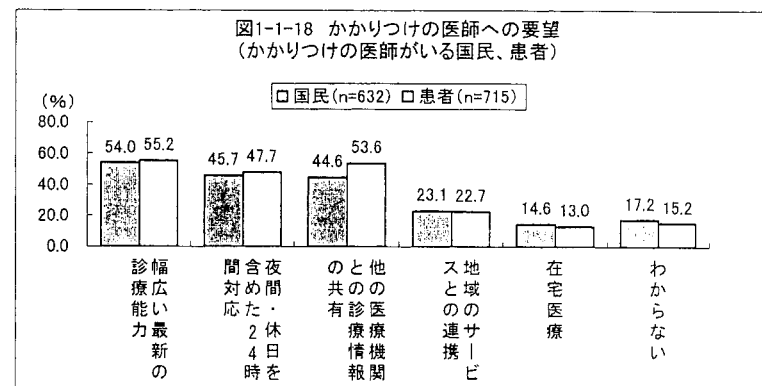


かかりつけの医師がいる人は、いない人に比べて不安が低い傾向がみられた。たとえば地域の救急医療については、かかりつけの医師が「いる」国民は「いない」国民に比べて、現在、将来ともに不安を感じている人の割合が低かった（図1-1-17）。



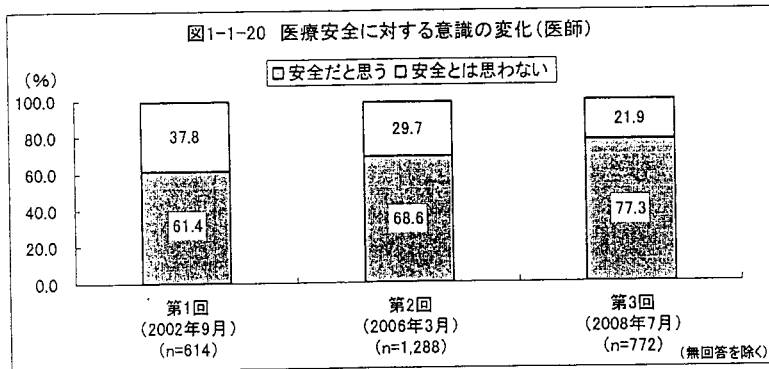
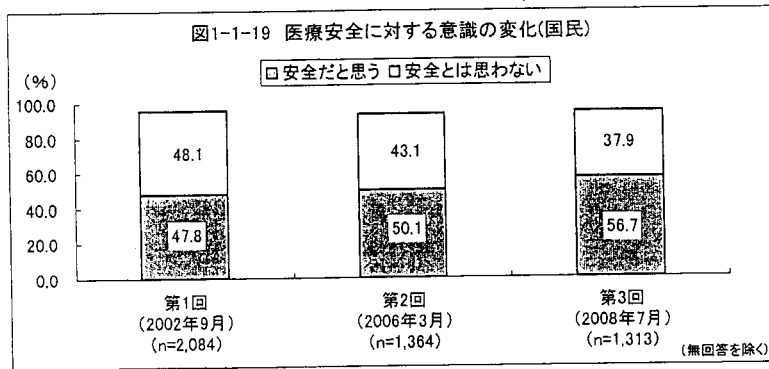
かかりつけの医師がいる国民が、医師に期待する項目（専門医への紹介以外）では、「総合的に診るための幅広い最新の診療能力」が54.0%でもっとも高く、つづいて、「夜間・休日を含めた24時間対応」が45.7%、「他の医療機関と検査結果などの診療情報を共有できること」が44.6%であった（図1-1-18）。

かかりつけの医師がいる患者については「他の医療機関と検査結果などの診療情報を共有できること」が53.6%であり、「総合的に診るための幅広い最新の診療能力」(55.2%)に近い比率であった。



7) 医療安全

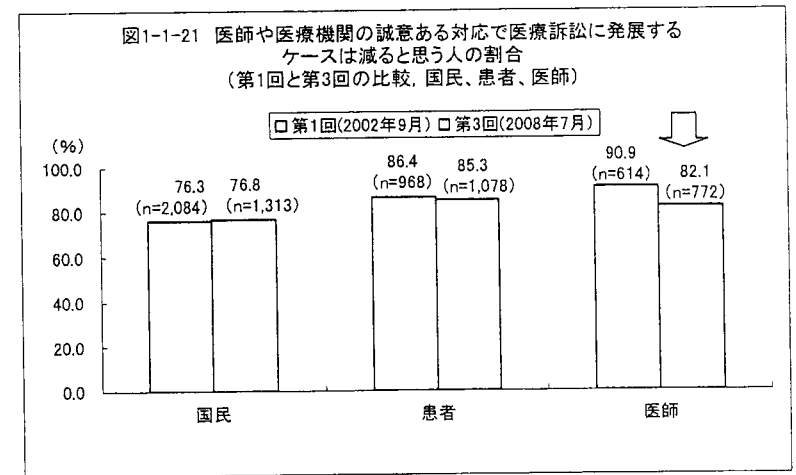
医療安全の問題が社会問題としてしばしば取り上げられ、医療機関や国民・患者の間で意識が高まってから久しい。医療機関が安全であると思う国民は、第1回調査47.8%、第2回調査50.1%、第3回調査56.7%と年々増加している(図1-1-19)。医師についても「安全」と思う医師が77.3%で、第2回調査の68.6%から大幅に増加した。医療機関が医療安全への対応を進めつつある現状を示している(図1-1-20)。



8) 医療訴訟と誠意ある対応

今回の調査では「医師や医療機関の誠意ある対応で医療訴訟に発展するケースは減る」と思う国民は76.8%、患者は85.3%であり、第1回調査と同様、多くの国民が誠意ある対応を望んでいた。

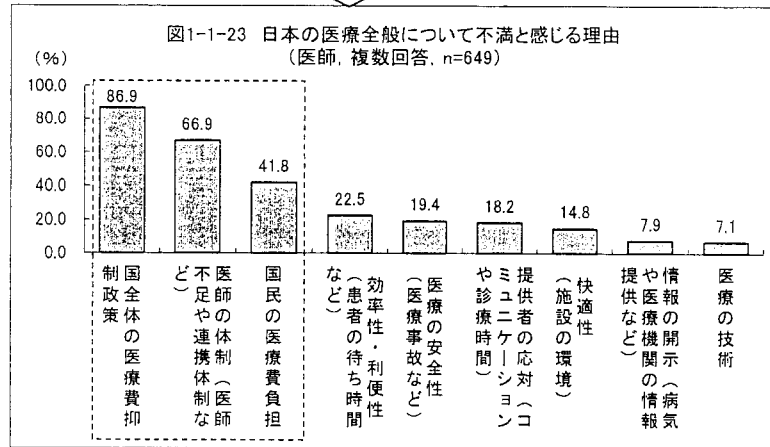
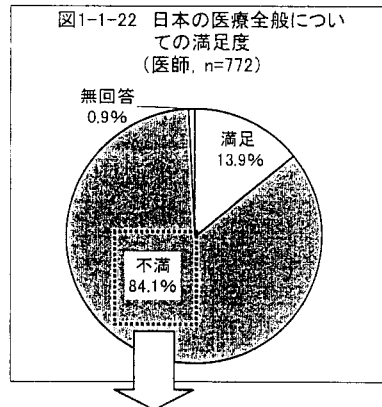
一方、医師については第1回調査の90.9%から約9ポイント減少して82.1%であった(図1-1-21)。特に産婦人科の医師は全体より10ポイント低く70.2%であった。誠意ある対応だけでは訴訟を防げないという医師の不安を示しているものと思われる。



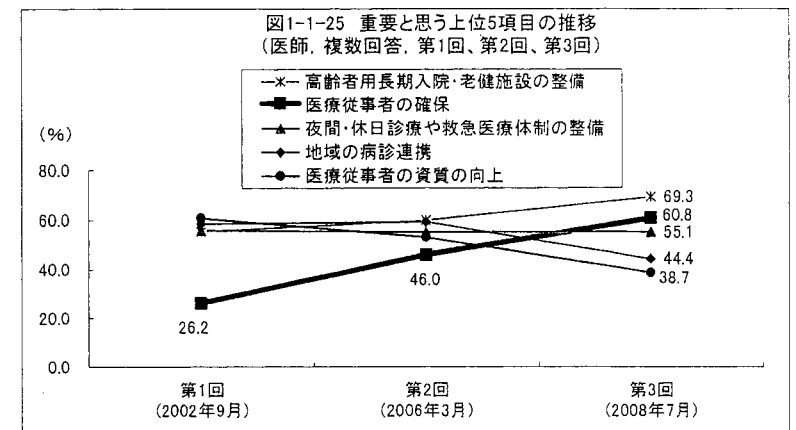
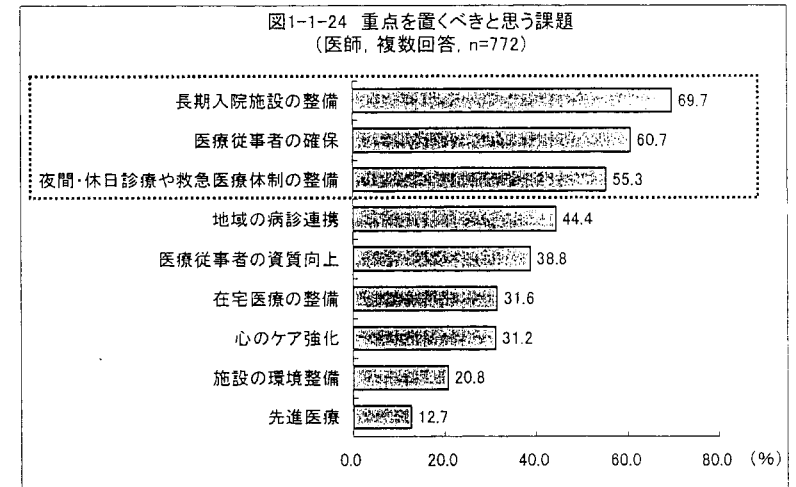
(3) 医師の現状

1) 医師の満足度と重点課題

日本の医療全般について「満足」と回答した医師は13.9%、「不満」と回答した医師は84.1%であった(図1-1-22)。不満と感じる理由として最も多かったのは、「国全体の医療費抑制政策」であり86.9%であった。ついで「医師不足や連携体制などの医師の体制」が66.9%、「国民の医療費負担」が41.8%であった(図1-1-23)。

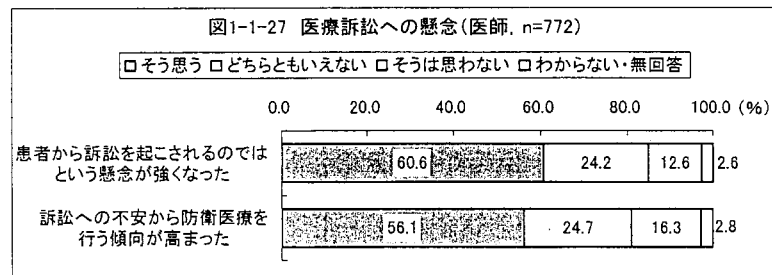
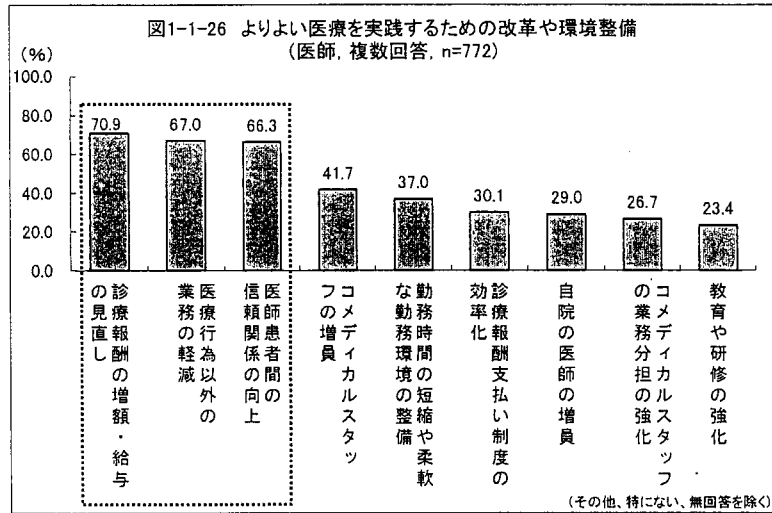


また、医師が考える重点を置くべきと思う課題の上位3項目は、「長期入院施設の整備」(69.7%)、「医療従事者の確保」(60.7%)、「夜間・休日診療や救急医療体制の整備」(55.3%)であった(図1-1-24)。特に医療従事者の確保は、第1回調査26.2%、第2回調査46.0%、第3回調査60.8%と急速に増加しており、医療現場における医師、医療従事者不足の実態を示していると推察される(図1-1-25)。



2) よりよい医療のための改革や環境整備

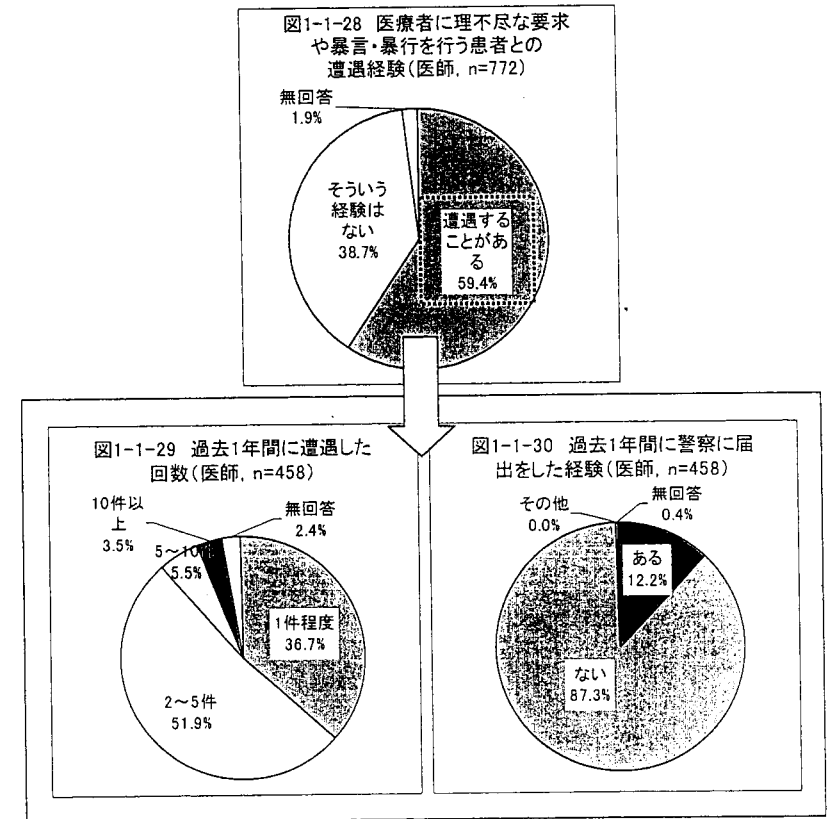
医師が考えるよりよい医療のための改革や環境整備については、「診療報酬の増額・給与の見直し」が70.9%、「医療行為以外の業務の軽減」が67.0%であった(図1-1-26)。「医師患者間の信頼関係の向上」は今回66.3%であったが、この項目は前回調査(62.7%)よりも3.6ポイント上昇した。この背景として、医師の間で訴訟に対する懸念が強くなっていることがあげられる(図1-1-27)。



3) 患者の問題行動

ここでいう「患者の問題行動」とは、患者の医療者に対する暴言、理不尽な要求、暴力行為や器物破損等を指す。

このような問題を起こす患者に遭遇することがあると回答した医師は59.4%に上っていた(図1-1-28)。そのうち、過去1年間に遭遇した回数が1件程度は36.7%であり、約6割の医師が複数回遭遇していた(図1-1-29)。遭遇した医師のなかで警察に届出をした人は12.2%であり(図1-1-30)、病院・診療所別では、病院医師の14.2%、診療所医師の8.8%が、過去1年間に警察への届出をした経験があった。



(4) 今後の課題

国民、患者が考える重要課題は、これまでと同様「夜間休日・救急医療の整備」、
「長期入院施設等の整備」であった。特に今回は「長期入院施設等の整備」という回
答が多く、療養病床削減などに対する国民や患者の不安が大きいたことが示唆された。

一方、在宅医療については、国民の間では家族やヘルパー等の人的資源が不足して
いるとの回答が多かった。

かかりつけの医師がいる人は国民の約半数で、医師の幅広い能力や 24 時間体制の
ほか、他の医療機関との情報共有がニーズとして挙げられた。

また、国民の約 8 割は医療に格差が生じることに反対であり、所得の高低にかかわ
らず同じ医療を期待することについては、過去 2 回の調査と大きな変化がなかった。

日本の医療全般に満足しない理由のトップは、国民の医療費負担であった。また国
の医療費抑制政策に対する国民の意識も高まっていることも判明した。厳しい経済環
境の中、国民が今後、社会保障への不安や不満を一層強める可能性がある。

一方、医師の間でも、医療全般に対する不満が極めて高かった。医療従事者の確保
ができず、医師不足の問題を抱え、個別医療への努力を行いながらも、患者との信頼
関係に不安を持ち、患者からの訴訟を危惧している実態が浮かび上がった。多様な患
者への対応に苦慮しており、患者の問題行動にも約 6 割の医師が遭遇している。

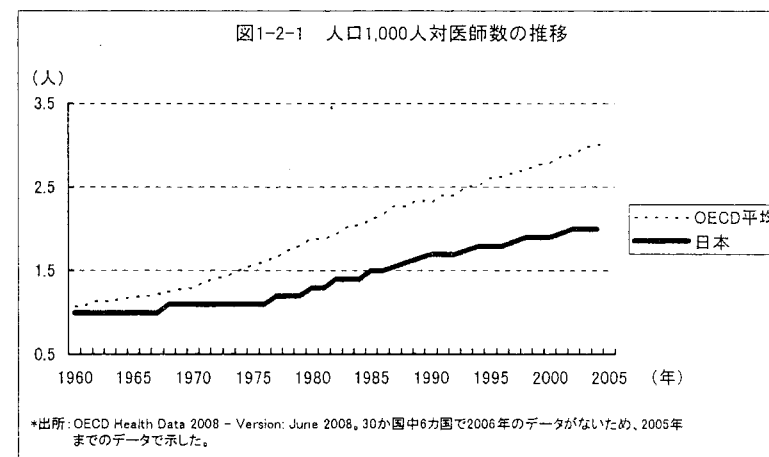
今後の検討においては、調査から明らかになった国民、患者のニーズに応えたと
ともに、医師のニーズにも応えていくことが必要である。

2. 医師不足対策と医療従事者の確保

(1) 医師の偏在と不足の実態

日本の医師数は、1960 年代までは OECD 平均をやや下回る程度であった(図 1-2-1)。
しかし、1982 年に「医師及び歯科医師については、全体として過剰を招かないように
配置し、適正な水準となるよう合理的な養成計画の確立について政府部内において検
討を進める」⁸ことが決定され、医師数が抑制されることになった。さらに 1997 年にも、
引き続き医学部定員の削減に取り組むことが確認された⁹。

この間、OECD 諸国と日本の人口 1,000 人当たり医師数の格差は広がりつづけ、現
在 OECD 平均 3.0 人(2005 年)に対し、日本は 2.1 人¹⁰(2006 年)である。



⁸ 「今後における行政改革の具体化方策について」1982年9月閣議決定

http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/029/siryu/05062701/010.htm

⁹ 「財政構造改革の推進について」1997年6月3日閣議決定「医療提供体制について、大学医学部の整理・合理化も視野に入れつつ、引き続き、医学部定員の削減に取り組む」。

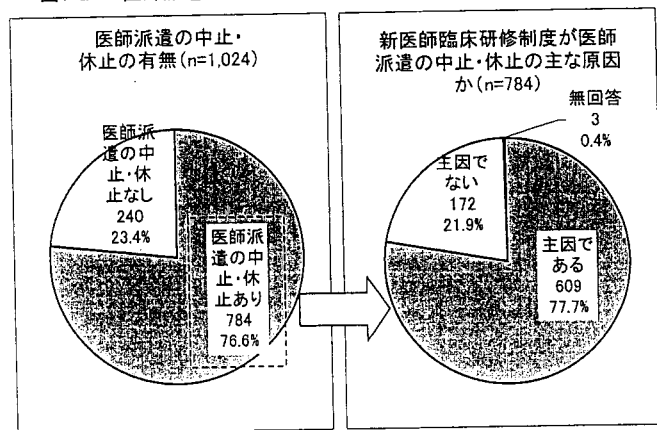
<http://www.kantei.go.jp/jp/kakugikettei/1997/0604zaisei/kaku.html>

¹⁰ OECD データは、病院、診療所、介護老人保健施設の医師のみを対象としている。医師数全体(医事機関の臨床系以外、行政機関等に勤務の医師および無職の医師を含む)では、人口 1,000 人対医師数は 2.2 人。

2004年4月、医師のプライマリ・ケア能力を充実させることを目的として新医師臨床研修制度が導入され、初期研修医が大学病院以外の病院を選ぶケースが多くなった。このため、大学医学部の教室（医局）の医師供給システムが事実上崩壊し、医師配置の偏在化を通じて、医師不足が顕在化した。

日本医師会が2008年4月に行ったアンケート調査¹¹によると、新医師臨床研修制度の導入以降、関連医療機関への医師の派遣を中止・休止したことがある教室（医局）は76.6%に達していた（図1-2-2）。さらにこのうち、新制度の導入が主な原因であると回答した教室（医局）が77.7%あり、新制度の導入を主因として、約6割の教室（医局）が医師の派遣を中止・休止したことが明らかになった。

図1-2-2 医師派遣の中止・休止の有無と新医師臨床研修制度の関係



¹¹ 日医総研「新医師臨床研修制度と医師偏在化・医師不足に関する調査：新医師臨床研修制度は医師不足を顕在化させたか」日医総研ワーキングペーパーNo.166,2008年6月。新医師臨床研修制度導入に伴う医師の動向等を把握するために、大学医学部と大学の臨床系の各教室（医局）を対象に行った調査。有効回答数は、大学医学部65、大学の臨床系の各教室1,024。http://www.jmari.med.or.jp/research/dl.php?no=376

2008年6月、従来の閣議決定に代えて医師数を増加させる方針が打ち出され¹²、「基本方針2008」では、医学部定員を過去最大程度まで増員することとされた¹³。

2008年9月には、「『安心と希望の医療確保ビジョン』具体化に関する検討会」において、「OECDの平均医師数が我が国のその約1.5倍であることも考慮し」「将来的には50%程度医師養成数を増加させることを目指すべき」¹⁴との報告書がまとめられた。

これを受けて、2008年11月、文部科学省は2009年度の医学部定員を、過去最大規模を上回る8,486人にすると発表した¹⁵。

医師数増加は重要な課題であるが、そのためには、医師不足の実態を把握する必要がある。そのため日本医師会では、2008年10月、「医師確保のための実態調査」¹⁶を実施した。

その結果、おおむね5年前と比較して、医師数が減少（大幅減少・減少・やや減少）した病院が39.6%あった。診療科別で見ると、減少（いなくなった・大幅減少・減少・やや減少）した病院の割合がもっとも大きいのは産科・産婦人科（39.9%）であり、つづいて内科（38.0%）であった（図1-2-3）。

¹² 「安心と希望の医療確保ビジョン」2008年6月18日, http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/06/s0618-8.html

¹³ 「経済財政改革の基本方針2008」2008年6月27日,閣議決定,

http://www.keizai.shimon.go.jp/minutes/2008/0627/item1.pdf

¹⁴ 「『安心と希望の医療確保ビジョン』具体化に関する検討会中間とりまとめ」2008年9月22日,

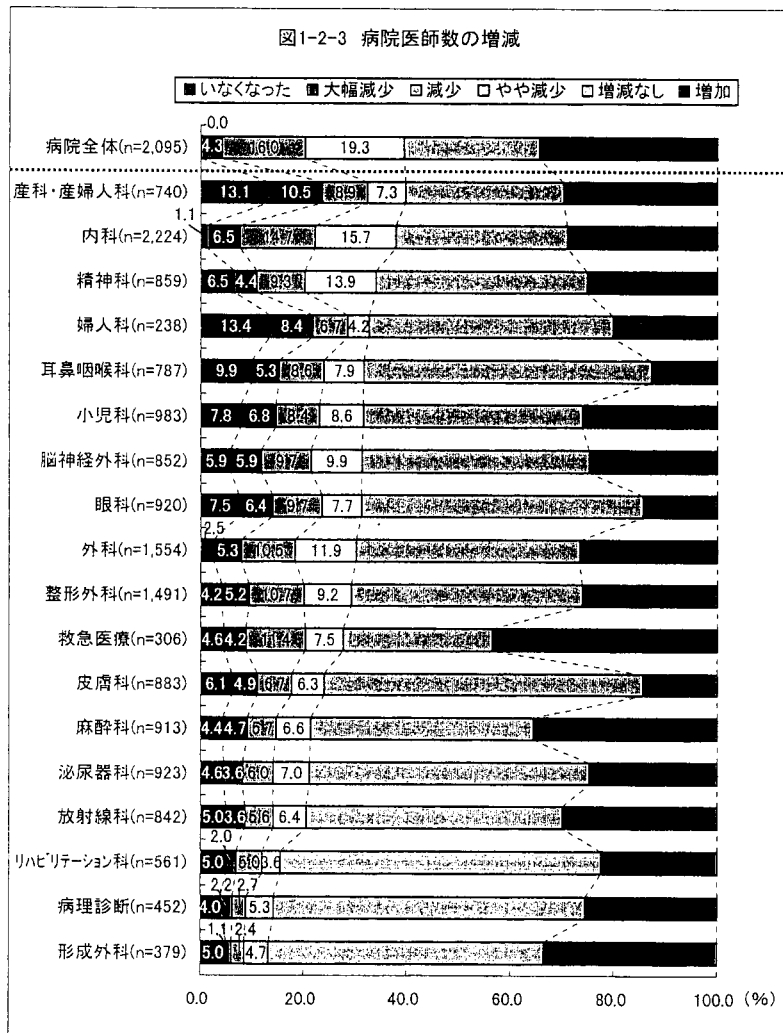
http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/09/dl/s0922-6a.pdf

¹⁵ 「平成21年度医学部入学定員の増員計画について」文部科学省,2008年11月4日,過去最大は1981年から1984年の8,280人、2003年から2007年は7,793人、2008年は7,625人。

http://www.mext.go.jp/b_menu/houdou/2011/08110604.htm

¹⁶ 日医総研「医師確保のための実態調査」日医総研ワーキングペーパーNo.178,2008年12月,病院の有効回答は2,668。http://www.jmari.med.or.jp/research/dl.php?no=388

図1-2-3 病院医師数の増減



また医師不足を理由として「外来の閉鎖・休止・縮小」が18.3%、「病棟閉鎖・病床縮小」が9.5%、「夜間等の救急対応休止」が7.1%の病院で起きていた(図1-2-4)。特に、内科で「外来の閉鎖・休止・縮小」が多く、産科・産婦人科は「病棟閉鎖・病床縮小」、小児科は「夜間等の救急対応休止」が目立った(図1-2-5)。

図1-2-4 病院で医師不足を理由として起きた問題(n=2,668)

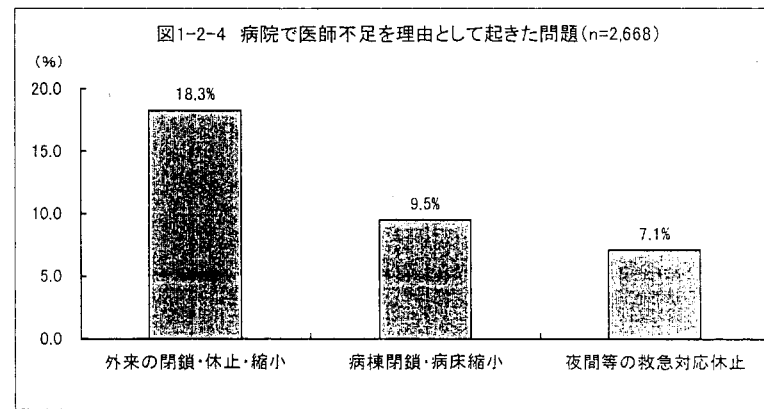
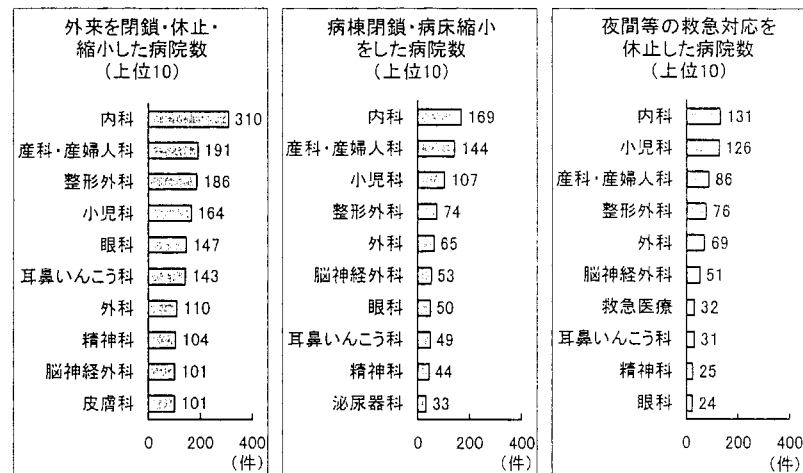


図1-2-5 病院で医師不足を理由として起きた問題(診療科別)



(2) 医師数増加に向けての日本医師会の考え

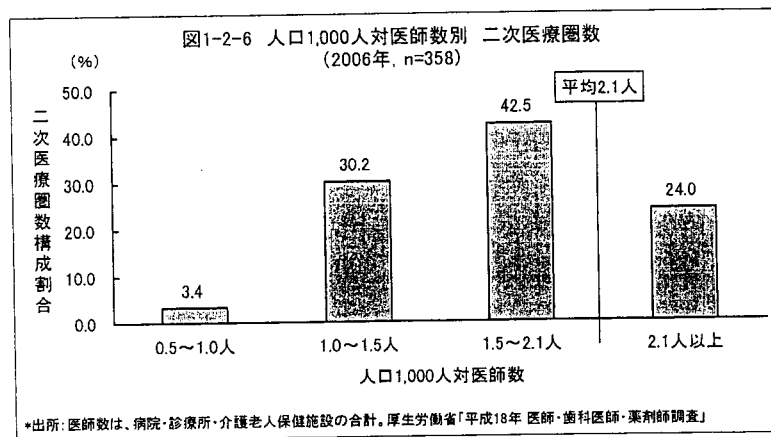
日本医師会は、国が医師数増加に転じたことを評価するが、医師数の増加は、財源の確保を絶対の前提条件として進めるべきである。そのことを強く主張した上で、医師数増加の考え方についていくつか示す。

1) 人口1,000人当たり医師数をOECD平均水準にした場合

人口1,000人当たり医師数は、OECD平均3.0人(2005年)、日本2.1人(2006年)である。仮にOECD平均を目標とする場合、日本の医師数を約1.5倍にしなければならぬ。

2) 医師不足地域の底上げを図るとした場合

日本の人口1,000人当たり医師数は平均2.1人であるが、二次医療圏別に見ると2.1人未満の二次医療圏が76.0%ある(図1-2-6)。そこで、仮に、人口1,000人当たり医師数が2.1人以上の二次医療圏では医師数を据え置き、平均未満の二次医療圏では、一律2.1人に上げるとする。このとき必要な医師数は307.7千人で、現状(2008年)266.4千人の1.15倍である。



本来、必要な医師数は、地域住民の疾病構造や年齢構成、医療機関へのアクセス等によって異なる。ここでは、単純化して平均値2.1人を基準に概算したが、地域別の必要医師数について、より具体的な実態把握、検討が必要である。

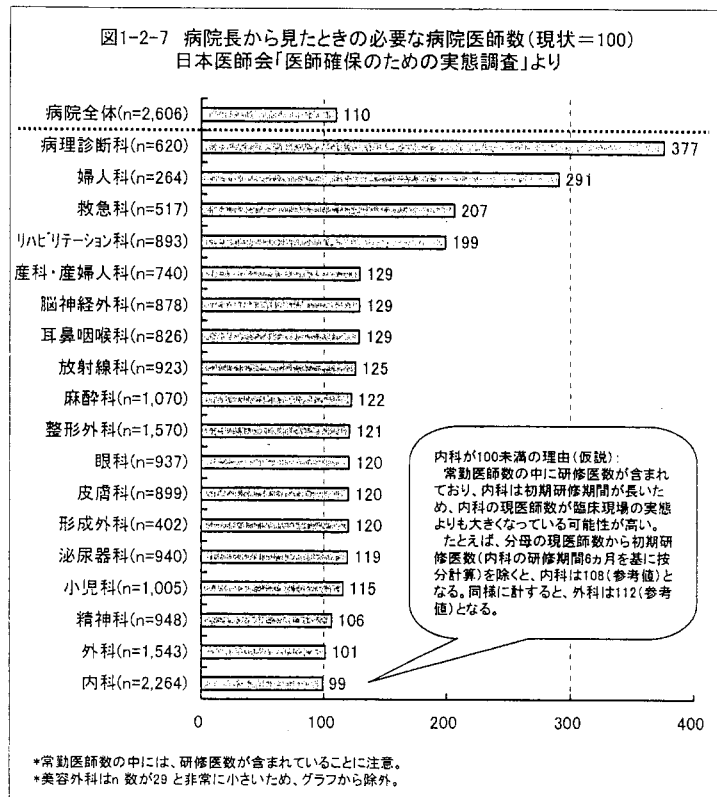
3) 病院長から見たときの必要な病院医師数—「医師確保のための実態調査」より

日本医師会は前述した「医師確保のための実態調査」(2008年10月実施)において、医師不足の実態を調査するとともに、病院長に、病院の役割や機能から見て必要な医師数を質問した。

調査では、現在は標榜していない診療科、または現在は医師がいない診療科でも、地域医療のために必要だと判断できる場合には、必要医師数を回答してもらった。そして必要医師数と、別途記載してもらった現状の医師数(常勤医師数+非常勤医師の常勤換算数)とを比較した。

その結果、病院長は、現状の約1.1倍の医師数を必要としていると推計された(図1-2-7)。ただし、必要な医師数の考え方は、病院によって到達目標が異なるなど、必ずしも定義を一定にできないため、結果の取り扱いには注意が必要である。また、単に医師数を増加させても、現場の医師不足は解消されず、前提として、偏在の解消、病院勤務医の負担軽減のための施策が必要である。

ところで、内科は現状の医師数に比べて、必要な医師数が1倍未満であった。同調査では、病院の38.0%が内科の医師数が減少(いなくなった・大幅減少・減少・やや減少)したと回答しており(23頁、図1-2-3)、この結果とは乖離が見られた。この要因として、分母の現状の医師数の中には研修医が含まれているが、内科は初期研修期間が長いため、内科の現状の医師数が臨床現場の実態よりも大きくなっている可能性が考えられる。仮に、分母の現状の医師数から初期研修医数を除くと(内科の研修期間6カ月をもとに按分計算による算出)、内科の場合も1倍超になる。

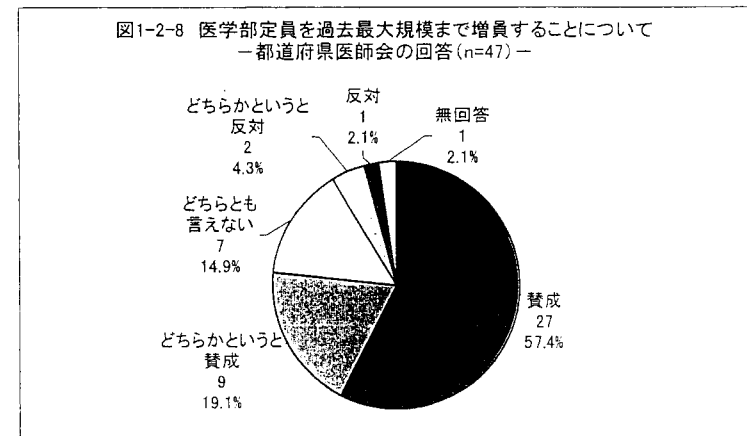


4) 医師養成数を過去最大規模まで増員することに対する都道府県医師会の考え

医学部定員を過去最大規模まで増員することについて、日本医師会が2008年10月に47都道府県医師会にアンケートを行ったところ¹⁷、「賛成」27、「どちらか」と賛成」9であり、合計36(76.6%)が賛成意見であった(図1-2-8)。

ただし賛成意見の中にも、医師数増加に対応するための医療費財源の確保、診療科・地域の偏在の解消、女性医師の離職の問題の解決などを求める声があった。

どちらとも言えない、反対という意見の中には、偏在の解消につながらない、医学教育の充実が図れない、将来の医師過剰の懸念がある、ビジョンなき定員増になっている危険性がある、医師不足の検証が不十分である、などの指摘があった。



以上のデータや考え方を踏まえ、日本医師会は現時点で、医師数を中長期的に現状の1.1倍～1.2倍にすることが妥当と考える。仮に医師養成数を現状の1.1倍にした場合、医師数が1.1倍になるのは約10年後、1.2倍になるのは約20年後である(図1-2-9)。

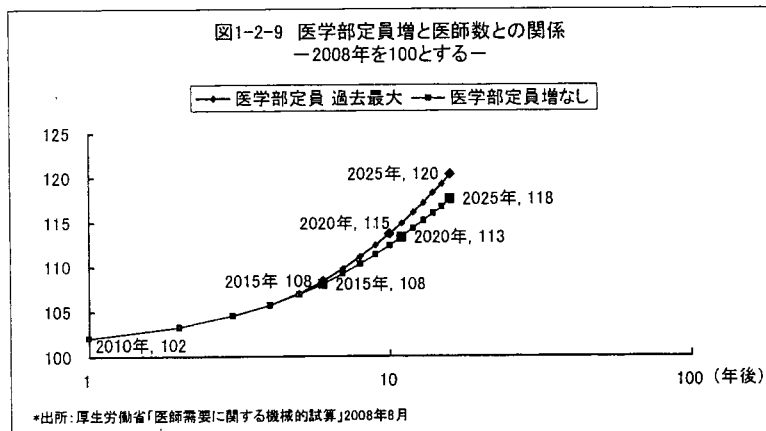
2009年度には、医学部養成定員が過去最大規模を超えて増員された(2009年度は

¹⁷ 日医総研「医師確保のための実態調査」日医総研ワーキングペーパーNo.178,2008年12月。本アンケートは前述したように病院のほか、都道府県医師会にも行っており(調査項目は異なる)、都道府県医師会の回答数は47、<http://www.jmari.med.or.jp/research/dl.php?no=388>

8,486人で、2008年度7,625人の1.11倍。過去最大は1982年の8,280人）。日本医師会はこのことを支持するが、財源の確保が最優先であることは言うまでもない。同時に医学部教育および臨床研修制度までの一貫した改革が必要である。また、環境変化を踏まえて医師養成数を継続的に見直していく。

医師数増加に向けての前提条件

1. 財源の確保
2. 医学部教育から臨床研修制度までの一貫した教育制度の確立
3. 医師養成数の継続的な見直し（遅くとも医師数が現状の1.1倍になる以前に抜本的な見直し）



(3) 初期臨床研修制度の改革案

1) 制度改革の背景

医学の専門化・細分化によって、医療が高度化した反面、専門化・細分化の反動から、プライマリ・ケアの充実が求められるようになった。そして、2004年4月に、プライマリ・ケアの充実を目的として、新医師臨床研修制度が導入された。新制度は、卒後2年間、専門科を決めずに、臨床研修指定病院（大学病院に限らない）で臨床研修を行うものである。

新医師臨床研修制度の教育的意味や効果は、医師が育っていくプロセスを見て評価すべきであり、評価には10年程度のタイムスパンが必要である。しかしすでに、新医師臨床研修制度の導入によって、医師偏在化を通じた「医師不足の顕在化」という問題が発生している。

新医師臨床研修制度導入以前は、医学部卒業生の約7割¹⁸が専門科を決めた上で大学病院に勤務していたが、新医師臨床研修制度によって、初期研修医が専門科を決めないまま大学病院以外の病院を選択するケースが増えた。このため、大学医学部の教室（医局）が十分な数の医師を確保できなくなり、医師供給機能が働きにくくなった。その結果、大学からの医師供給に依存していた地域では、医師確保が困難になり、医師不足が深刻化した。この問題には緊急に対応しなければならない。そのため、新医師臨床研修制度の教育的意味や効果を、時間をかけて十分に評価・検討すべきであることは認識しつつ、緊急的な医師確保対策として臨床研修制度の改革案を提示する。

2) 制度改革の方向性

日本医師会の制度改革の方向性を以下に示す。

第一に、医師偏在化・医師不足の問題の緩和あるいは解消を目指す。

第二に、医学部教育から切れ目のない初期研修制度を確立する。

臨床研修制度について議論される際は、初期研修だけに注目されがちであるが、医師の育成には長い期間が必要である。医学部教育から始まり、初期研修、いわゆる後

¹⁸ 厚生労働省「臨床研修医在籍状況の推移（平成20年度）」医政局医事課編。新医師臨床研修制度導入前（2003年度）の臨床研修医の在籍状況は大学病院72.5%、臨床研修病院27.5%。
<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/rinsyo/zaiseki/index.html>

期研修、専門医資格の取得、博士号の取得というプロセスを経るからである。

第三に、初期研修を十分な臨床対応能力のある医師の育成と位置づける。

現在の新医師臨床研修制度は、プライマリ・ケアの充実という目的で運用されている。専門科に進む前に、短期間でさまざまな診療科を経験するが、そのことに積極的な意味が感じられないとの声もある。そこで、初期研修は、基本的診療能力の獲得、例えば ALS (Advanced Life Support: 二次救命処置) 研修会の受講等に重点を置く。

制度改革の3つの方向性

1. 医師偏在化・医師不足問題の緩和あるいは解消
2. 医学部教育から切れ目のない初期研修制度の確立
3. 十分な臨床対応能力のある医師の育成という視点に立った初期研修の位置づけ

3) 改革案の概要

改革案の各論に入る前に、現在の新医師臨床研修制度と比較しながら、改革案の概要を示す(表 1-2-1)。

表1-2-1 改革案と現行制度の比較

| 項目 | 改革案 | 現行制度 |
|------------|--|--|
| 医学部教育と初期研修 | 医学部6年間+初期研修1年間 医学部5年生、6年生は臨床実習を行う ・5年生は大学病院で内科を中心の実習 ・6年生は大学病院以外の病院でも実習 | 医学部6年間+初期研修2年間 医学部5年生、6年生は事実上、見学実習 |
| 専門科の選択 | 初期研修前に決定 | 初期研修後に決定 |
| 研修内容 | 侵襲性を伴う診療行為を中心とした部門の基本的診療能力の獲得を目的としたプログラム。各診療科の研修期間は自由設定。 | 1年目に、内科6カ月、外科3カ月、救急・麻酔科3カ月。 2年目に、小児科、産婦人科、精神科、地域保健・医療を各1カ月。残りは選択科目。 |
| 研修体制 | 大学病院と大学病院以外の研修病院が連携して、地域内でローテーション | 各病院単位 |
| 研修医の配置 | 都道府県地域医療研修ネットワーク ^{*注1)} が初期研修医の希望を踏まえて研修病院を決定 | 臨床研修病院を単位として、マッチングを実施 |

*注1) 地域医療研修ネットワークは、都道府県単位で設置。都道府県医師会、大学、臨床研修病院、行政、住民代表で構成。

① 現在の新医師臨床研修制度

現在の新医師臨床研修制度では、初期研修期間は2年間であり、初期研修後に専門科を決定する。初期研修1年目に、内科6カ月、外科3カ月、救急・麻酔科3カ月の研修を行う。2年目に、小児科、産婦人科、精神科、地域保健・医療を各1カ月研修し、残りの期間は選択した科で研修する。研修は各臨床研修病院単位であり、マッチングは初期研修医と各臨床研修病院の間で行われる。現状、卒業生数に対して、過大な募集定員数となっていることもあり、症例数の多いところや相対的に条件の良い病院など大学病院以外の病院を選択するケースが増加している。

② 改革案

改革案では、初期研修期間を1年間とし、初期研修前に専門科を決定する。研修内容は、侵襲性を伴う診療行為を中心とした部門の基本的診療能力を獲得できるものとする。具体的には、ALS 研修会の受講などである。この要件を満たすことが求められるため、各診療科の研修期間は自由に設定できる。研修は都道府県単位で設置される地域医療研修ネットワークが指定した医療機関で行われる。

4) 改革案の各論

① 初期研修期間

現行制度では初期研修期間は2年間であるが、改革案では1年間とする。同時に、医学部における臨床実習の充実を図る。医学部5年生は、大学病院において内科を中心とした各専門領域の臨床実習を行う。医学部6年生は、大学病院および大学病院以外の病院でも臨床実習を行う。

医学部教育からトータルで考えれば、初期研修としては1年間で十分にプライマリ・ケアの充実に対応できると考えられる。後述するように、どの診療科をどれぐらいの期間研修するかは各初期研修医の判断となるが、2年間を1年間に短縮するためには、例えば現在内科の研修は6カ月間であるが、これを短縮化する。特に、内科のプライマリ・ケア部分は医学部5年生、6年生の臨床実習で十分に対応可能である。

しかし、現状、医師免許を持たない医学部5年生、6年生の臨床実習が事実上、見学実習になっていることが問題である。この背景には、「医師でなければ、医業をなしてはならない」という医師法第17条の規定がある。この法律を厳格に適用すると、

医学部教育における臨床実習は破綻してしまう。日本の医療の質向上という視点から、国民の理解を得ながら柔軟に解釈し、運用していく必要がある。

ところで、医学部5年生、6年生が見学実習ではなく、臨床実習を実施できるという根拠はすでにある。現在、医学部では臨床実習に先立ち、4年生または5年生の時に、二つの試験が課されている。一つは、CBT（Computer Based Testing）である。これは、臨床実習開始前までに修得しておくべき必要不可欠な医学的知識を、総合的に理解しているかどうかを評価するものである。もう一つは、OSCE（Objective Structured Clinical Examination：客観的臨床能力試験、通称オスキー）である。これは、医学生の臨床能力（臨床実技）を客観的に評価するために開発された評価方法であり、症例への具体的な対応が求められる。

これら2つの試験は医学生が臨床実習を行うことの正当性を担保するものと考えられて作成されている。したがって、これらのテストに合格していることは医学生の臨床実習の仮免許交付に相当するが、厚生労働省の狭義の「医業」の解釈が障壁となっており、実際は機能していない。

他方、仮に医学生に明確に仮免許を交付しても、患者に、医師免許を持っていない医学生に診療されることを不安視する傾向があるとの指摘もある。さらに、不測の事態が生じた場合の責任の所在が明確ではない。したがって、国は国民の理解を得た上で、より具体的な制度を設計すべきである。

初期研修を1年間にすることは、医師偏在化・医師不足問題の緩和につながるという意味もある。新医師臨床研修制度は、専門科を決めない2年間の初期研修を義務化した。この結果、約1万5千人の実質的な臨床医が減少した。初期研修期間を1年間にすれば、約7,500人の供給減に止まることになる。

② 専門科の決定

現行制度では初期研修後に専門科の決定を行うが、改革案では初期研修前に自分自身が専門科として診療科の決定を行う。

現行制度は、専門科の決定を先延ばしにしているに過ぎないとの指摘もある。たとえば、自分自身では専門科が決まっているにもかかわらず、専門科を決定しないまま希望以外の診療科を短期間ずつ回るというのは、その教育的効果も薄いと言われている。

また、専門科が決まっていない人は、最初に研修した診療科や、2年目にローテーションする診療科、あるいは研修期間が長い診療科の影響を強く受けたり、激務である診療科を敬遠したりする傾向があるとの意見もある。その結果、選択する専門科の偏り、診療科における医師の偏在を促進しているとも考えられる。

さらに現行制度では、専門科が決まっていないため、研修医は明確な動機付けができにくく、指導医側も短期間で何をどこまで教えるのか判断しにくい。改革案では、専門科が決定済みであるので、研修医は自分の位置づけを明確にしなが初期研修に取り組むことができる。他方、指導医側も研修医の専門科の位置づけを考えながら必要性や重要度に応じて、指導内容を決めていくことができる。このことから、教育における効率・効果の両面で望ましい結果が期待できる。

なお新人医師が、初期研修を実施する前に専門科を決定できるのかどうかについては議論があるが、従来そうであったように、一般的には多くの新人医師が専門科を決定できると考える。なお、改革案では研修を実施する過程において、当初選択した専門科を変更することができることとする。

③ 研修内容

現行制度では、内科（6カ月）、外科（3カ月）、救急・麻酔科（3カ月）、小児科、産婦人科、精神科、地域保健・医療（各1カ月）、選択科目（残り期間）となっているが、改革案では各診療科の研修期間は自由に決定できる。また、専門科を選択済みであるので、その専門科の指導医に相談して、各研修医は自分の研修プログラムを策定する。

改革案での研修内容（研修で達成しなければならない内容）は、救急蘇生、全身管理等、侵襲性を伴う診療行為を中心とした部門に限定した基本的診療能力の獲得である。十分な臨床対応能力のある医師を育成するためには、こうした基本的診療能力の獲得が初期研修として重要である。

ここで問題になるのは、各診療科の研修期間が規定されていない以上、研修期間を消化するだけでは初期研修修了を認定するわけにはいかないということである。何らかの形で獲得スキルを評価・認定し、修了資格を与えなければならない。具体的には例えば、ALS研修会の受講などを利用する方法がある。ただし、研修で目的が達成されたか否かの判定方法や認定方法は別途、具体案の作成が必要である。

④ 研修体制

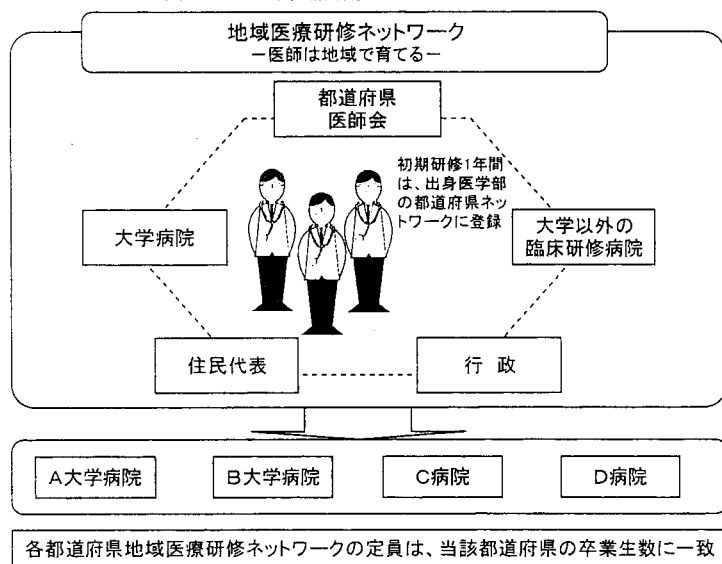
改革案は「地域で医師を育てる」という発想に基づく。

現行制度では各臨床研修病院が研修単位になっているが、改革案では地域医療研修ネットワークを研修単位とする。研修医は初期研修の1年間、出身大学が所在する都道府県の地域医療研修ネットワークに所属し、都道府県内で施設間をローテーションして、地域医療の全体像を経験する。

地域医療研修ネットワークは都道府県単位で設置し、都道府県医師会、大学、臨床研修病院、行政、住民代表で構成される(図1-2-10)。医師を育成していくためには、医学教育的な見地だけではなく、地域社会の理解と合意も重要であるからである。

現状、地方病院における指導体制が、都市部の病院に比べて、脆弱であることが背景にあることからローテーションは研修医だけではなく、指導医も対象とする。また、研修医の具体的なローテーションは、大学病院と大学病院以外の病院での研修とを必ずセットで行う。

図1-2-10 地域医療研修ネットワークのイメージ図



⑤ 研修医の配置

現行制度では初期研修医と大学病院および臨床研修病院との間でマッチングが行われるが、改革案では、都道府県地域医療研修ネットワークが初期研修医の希望を踏まえて研修病院を決定する。

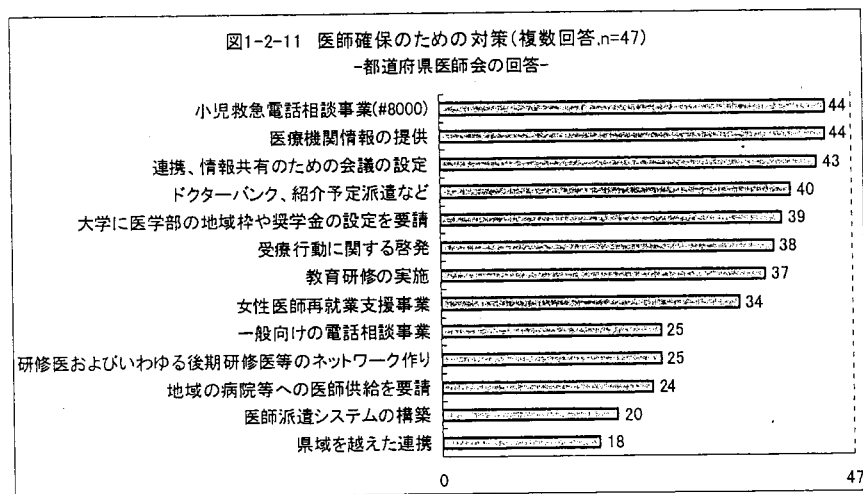
現行制度では、卒業生数に対して過大な募集定員数となっており、各病院の症例数や条件の差などにより、病院間や地域間で医師の偏在を加速させている面がある。そこで改革案では、都道府県地域医療研修ネットワークの定員は卒業生数に一致するように調整配分される。

都道府県地域医療研修ネットワークは、都道府県ごとに医師需給、就労状況を考慮して、初期研修医の適正配置を追求する。したがって、都道府県単位で、大学病院と大学病院以外の研修病院の間で連携して、初期研修医の調整配分を行い、初期研修医の病院間のローテーションを支援する。

(4) 医師確保対策

日本医師会は、前述した「医師確保のための実態調査」において、都道府県における医師確保のための具体的施策とその効果についても調査した。

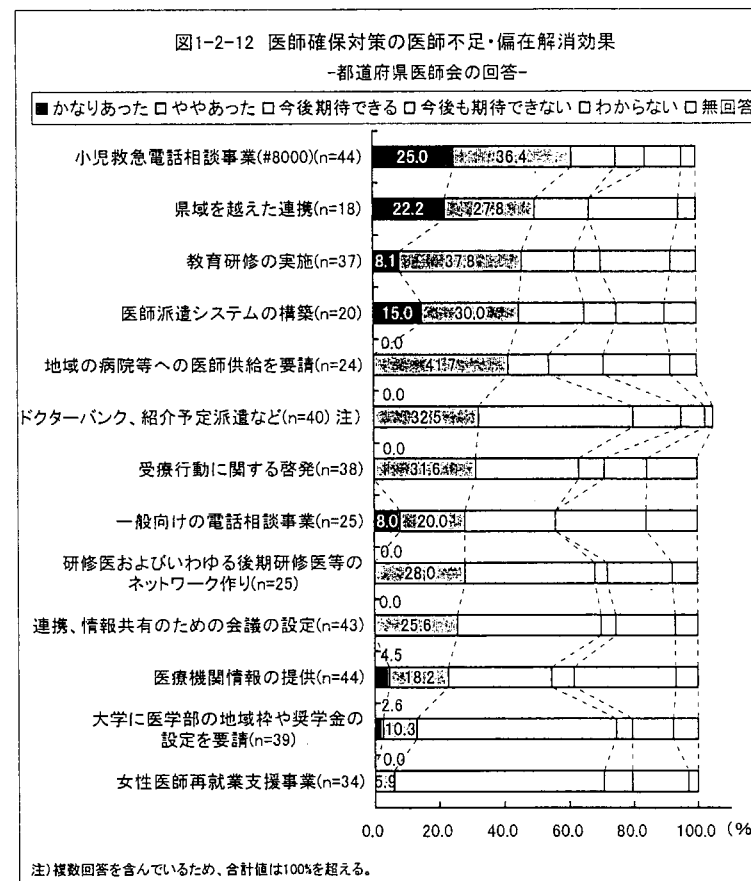
「小児救急電話相談事業（#8000）」、「医療機関情報の提供（ホームページでの診療情報の提供など）」、「連携、情報共有のための会議の設定（医療機関の連携、医療関係職種との連携）」はほとんどの都道府県で実施されていた（図 1-2-11）。



医師不足・偏在解消効果があった（かなりあった・ややあった）との回答は、「小児救急電話相談事業（#8000）」、「県域を越えた連携」、「教育研修の実施」の順に多かった（図 1-2-12）。

「県域を超えた連携」、「医師派遣システムの構築」は実施している県は少ないが、効果が「かなりあった」との回答が比較的多く、特に行政等が単独で行うよりも、医

師会・行政等が共同で実施している県での評価が高かった¹⁹。また、女性医師再就業支援事業は今後への期待度が高いという点で注目される。



¹⁹ 県域を超えた連携について、効果がかなりあったという回答は、行政等が単独で実施（n=10）した場合 20.0%、医師会・行政等が共同（n=2）した場合 100%。医師派遣システムの構築について、効果がかなりあったという回答は、行政等が単独で実施（n=11）した場合 18.2%、医師会・行政等が共同（n=3） 33.3%。

(5) 看護職員、コ・メディカル等について

1) 看護職員の養成数について

人口1,000人当たり看護職員数はOECD平均9.7人²⁰に対し、日本は9.3人(2006年)である。日本では准看護師の寄与もあり、看護職員数はほぼ先進国水準に近いが、今後も引き続き看護職員の養成数については、現状の確保に努める。

2) 潜在看護職員の活用について

日本医師会が潜在看護職員再就業支援モデル事業の一環として実施した調査²¹結果によれば、潜在看護職員の多くが看護職員としての復職を希望している。

回答者の96.3%が女性で、77.5%が「子供あり」であった。このうち12歳以下の児童・乳幼児が「あり」と回答した人は73.5%で、育児から手が離せない状況がうかがえる。

現在就業していない人は回答者の78.0%であった。看護職員として「再就業したい」が27.1%、「条件次第で再就業したい」が43.0%であり、合計70.2%が看護職員への復職を希望していた。このうち、再就業先として希望する施設・職場は、複数回答で診療所が87.5%、病院が70.8%であった。

本調査結果から、いわゆる「潜在看護職員」のうち、12歳以下の児童・乳幼児がいる女性が約半数にのぼることがわかった。「潜在看護職員」の多くは看護職員として再就業したいという希望、意欲が十分あり、仕事と育児および家庭の両立を希望している。とりわけ、再就業に際して、休暇が取りやすいことや院内保育所・学童保育あるいは育児に対するその他の配慮などを望んでいる。

再就業に当たっては、看護職種を離職してからのブランクを埋めるための研修が希望されており、希望する研修内容は看護技術(実技研修)73.8%、電子カルテなどIT関連知識54.5%、医療安全54.4%、高度医療技術・知識53.2%の順に高い(複数回答)。

²⁰ オーストラリア、ベルギー、ギリシャ、ポルトガル、スウェーデン、スイスは2005年、スロバキアは2004年データ、その他は2006年データの平均値。

²¹ (社)日本医師会「潜在看護職員再就業支援モデル事業報告書」2008年1月実施。モデル事業に参加している15県医師会が看護師等学校養成所の卒業生を対象に行った調査。有効回答数1,367人(2008年4月1日現在)。
http://dl.med.or.jp/dl/med/teireikaiken/20090114_1.pdf

また、本調査の自由記載欄の記述からは、医療現場への復帰を希望する一方で、再就業に関するさまざまな情報が十分でない状況がうかがえた。

これらの結果から、看護職員への再就業支援対策として、①情報交換・収集の場(窓口)の設置、②多様な勤務形態とコーディネート部門の設置、③研修の実施、が必要であるといえる。

再就業のための環境さえ整えば、看護職員確保対策として、潜在看護職員の活用は十分に進むと考えられる。

3) 医療従事者間の業務分担について

業務分担については、医療に係る事務業務と医療行為そのものを分けて考えるべきである。

近年、書類作成等の事務業務が増加、煩雑化し、勤務医の負担増の一因となるとともに、本来の診療業務への集中を阻害している。したがって、医師の事務作業そのものの見直しとともに、これを軽減するための業務分担は必要である。

しかし、医療行為の分担については、慎重に検討しなければならない。経済財政諮問会議²²、規制改革会議²³は医師の業務を他の従事者に分担させることを提案している。しかし、役割分担が先行すれば、責任の所在があいまいになりかねず、患者を危険にさらすおそれがある。また医療は不確実性が高く、軽度ないし安定期であっても、常に重症化や急変のリスクを内包する。したがって、診察、治療、処方等の医療行為は、高度な医学的判断及び技術を担保する資格の保有者(医師)に限定されるべきである。

このような観点から、日本医師会は、医療従事者間の業務分担については、医療の安全や質の向上を最優先に検討していく。

²² 経済財政諮問会議「経済財政改革の基本方針2008」2008年6月27日閣議決定、「関係職種間の役割分担の見直し、メディカルクラークの配置等を進める」、<http://www.keizai-shimon.go.jp/cabinet/2008/decision080627.pdf>

²³ 規制改革会議「第3次答申に向けた規制改革会議の重点分野と課題」2000年10月24日、「医師及び他の医療従事者の役割分担の見直し、医師不足対応として、看護師・介護福祉士・助産師等医療従事者の業務の高度化」、
http://www8.cao.go.jp/kisei-kaikaku/minutes/meeting/2008/4/item08_04_02.pdf

3. 地域を守る医療提供体制

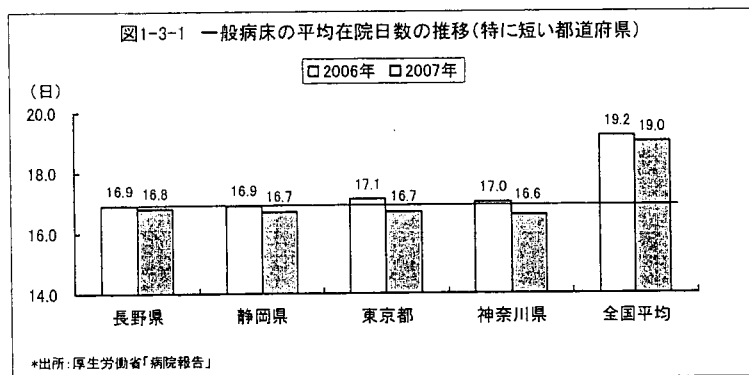
(1) 平均在院日数短縮化の問題点

2006年の医療制度改革は、医療費適正化という名の医療費抑制を強いるものであり、その一環として平均在院日数の短縮化が進んでいる。全国医療費適正化計画（2008年）²⁴では、「平成24年の病院報告（平成25年12月頃公表の見込み）における平均在院日数の全国平均を29.8日にする」とされた。

ここでいう平均在院日数は、一般病床、療養病床、精神病床等をまとめて計算されたものである。日本医師会はこの計算方法を問題視するとともに、療養病床、精神病床が多い地域など、地域特性を無視した一律の短縮化は認められないとしてきた。

一般病床のみに着目すると、医療制度改革スタート時の2006年には、長野県が最短であった。しかし2007年には、東京都、神奈川県といった首都圏で平均在院日数が低くなっており、無理な短縮化が図られているのではないかと懸念される（図1-3-1）。

日本医師会は、かねてより平均在院日数の短縮は限界に来ていると主張しており、受け皿がないままに在宅医療や通院を強いられる患者が少なくないのではないかと危惧している。



²⁴ 「高齢者の医療の確保に関する法律第8条第1項の規定に基づき定める計画」2008年9月8日、厚生労働省告示第442号、http://www.hourei.mhlw.go.jp/cgi-bin/t_docframe.cgi?MODE=hourei&DMODE=CONTENTS&SMODE=NORMAL&KEYWORD=&EFSNO=2110

DPC²⁵の拡大も平均在院日数の短縮化に拍車をかけた。

DPCは、2003年度に特定機能病院を対象に導入され、2008年度初めには、対象病院718、準備病院710、計1,428病院になっている。厚生労働省は、2012年度までにDPC対象病院を1,000にする目標を掲げているが²⁶、現在の準備病院が対象病院になれば、目標を大きく、しかも前倒しで達成することになる。

DPCは、入院基本料、検査、画像診断、投薬、注射、医学管理料などが、1日当たり包括評価（包括払い）によって一定の点数となっており、点数は在院日数が長くなるほど段階的に引き下げられる。個々の患者の在院日数が平均在院日数と同じであれば、平均点数しか得られない。そこで病院経営者は、平均在院日数の短縮化を目指す。ところが他の病院経営者も同じ方向を目指すため、ますます在院日数の短縮化が進む。そしてこれに付随して、さまざまな問題点が浮かびあがっている。

第一にDPC病院では、退院時の治癒率の割合が低下し、再入院の割合が増加している（図1-3-2）。中央社会保険医療協議会（以下、中医協）・診療報酬調査専門組織・DPC評価分科会は、治癒率の低下について「治癒の割合は減少傾向であることについては、急性期としてある程度病態が安定した時点までの入院医療を反映しているものと考えられ、急性期として適切な医療が提供されている²⁷」との見解を示している。しかし、仮に急性期で治癒率が高いことが求められないとしても、DPC導入後に、治癒率が一貫して低下傾向にあることは問題である。

第二に、医療現場から「医療サービスの質が低下した」という声があがっている。厚生労働省の「医療の達成度、患者満足度に係る調査」²⁸によれば、「医療サービスの質が低下した」が5.9%、「医療サービスの質が向上した」が2.0%である（図1-3-3）。年齢別では、経営者に近い年齢層である60歳代以上を除くすべての年齢で、医療の

²⁵ DPC (Diagnosis Procedure Combination) は診断群分類を指す。この分類に基づき診療報酬の一部が包括化されており、これを「DPC (診断群分類) による包括評価」という。ただし、最近では支払い方法自体も含めて「DPC」と呼ばれることが多い。本稿でも後者の意味で「DPC」という表現を用いる。

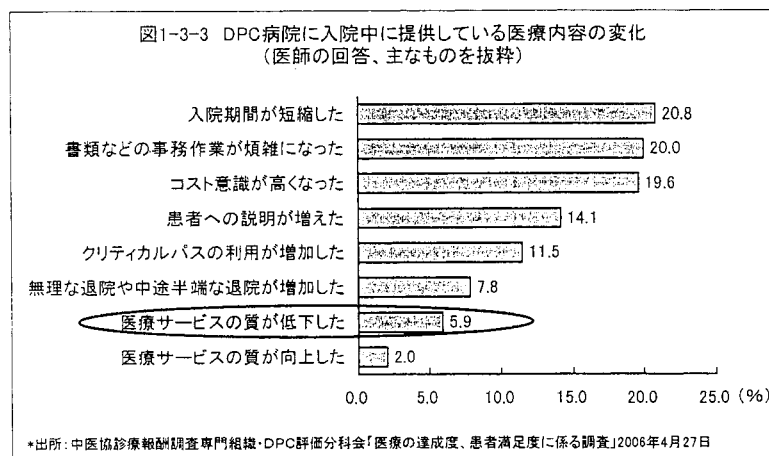
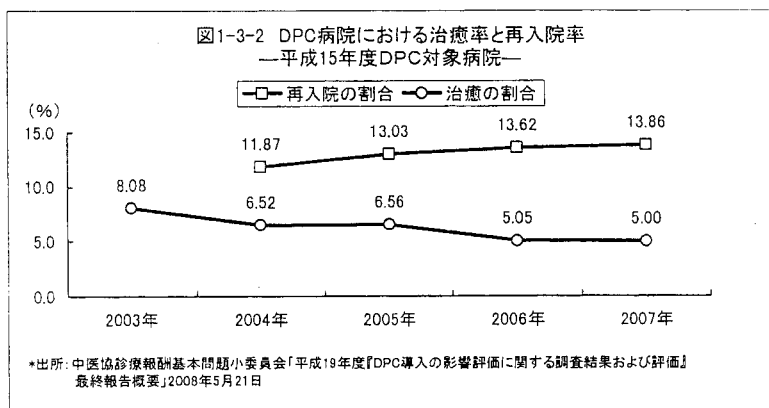
²⁶ 厚生労働省「医療・介護サービスの質向上・効率化プログラムについて」経済財政諮問会議提出資料、2007年5月15日、<http://www.keizai.shimon.go.jp/minutes/2007/0515/item1.pdf>

²⁷ 中医協診療報酬基本問題小委員会「平成19年度『DPC導入の影響評価に関する調査結果および評価』最終報告概要」、2008年5月21日、<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/05/dl/s0521-6a.pdf>

²⁸ 中医協診療報酬調査専門組織・DPC評価分科会資料、2006年4月27日、<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/04/dl/s0427-3h.pdf>

質が「低下した」が「向上した」を上回っていた²⁹。比率としては小さいが、「低下した」が「向上した」を上回っていることは重く受け止めるべきである。

また同調査によれば、中堅層の40歳代の医師で「無理な退院や中途半端な退院が増加した」との回答も1割近く(9.3%)に達していた。

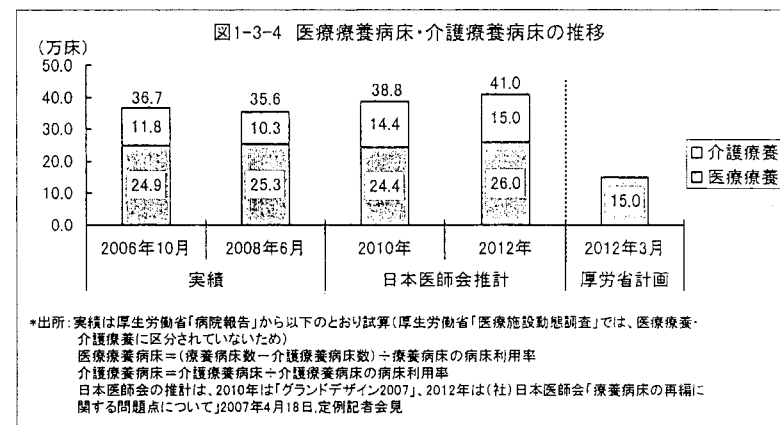


²⁹ 医療サービスの質が低下した: 20歳代3.5%, 30歳代6.1%, 40歳代6.9%, 50歳代5.6%, 60歳代以上3.4%, 医療サービスの質が向上した: 20歳代0.9%, 30歳代1.6%, 40歳代1.9%, 50歳代4.0%, 60歳代以上11.0%。

(2) 高齢社会における医療提供体制

国は医療費抑制のため、医療療養病床の「医療区分1」に加え、「医療区分2」の入院患者の3割を「社会的入院」とみなし^{30,31}、医療療養病床の削減(2005年25万床、2012年15万床)と介護療養病床の廃止(2005年13万床、2012年廃止)を決定した。しかし、日本医師会の実態調査³²によれば、「医療区分1」の患者の2割は、医療療養病床を必要としており、決して「社会的入院」ではなかった。

日本医師会は、「グランドデザイン2007」で、実態調査を踏まえ、2010年には医療療養病床が24.4万床必要であると試算した(図1-3-4)。厚生労働省も、医療療養病床について、44都道府県の目標病床数を集計すると2012年に約21万床(2008年6月時点確定分、回復期リハビリテーション病棟である療養病床を除く)となることから、必要な取組を推進するとしている³³。国は、このことを踏まえ、明確に方向転換を図るべきである。



³⁰ 中医協・慢性期入院医療の包括評価調査分科会「平成18年度慢性期入院医療の包括評価に関する調査」中間報告書2007年3月28日、<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/05/dl/s0530-7b.pdf>

³¹ 社会保障審議会医療保険部会資料「医療費適正化に関する施策(案)についての基本的な方針(案)について」、2007年4月12日、<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/04/dl/s0412-1d.pdf>

³² (社)日本医師会「『療養病床の再編に関する緊急調査』報告」2006年10月(調査実施月は2006年7月)、http://www.med.or.jp/nichikara/kaigo/20061025_1.pdf

³³ 「高齢者の医療の確保に関する法律第8条第1項の規定に基づき定める計画」2008年9月8日、厚生労働省告示第442号、http://www.whoirei.mhlw.go.jp/cgi-bin/t_docframe.cgi?MODE=hourei&DMODE=CONTENTS&SMODE=NORMAL&KEYWORD=&EFSNO=2110

(3) 医療資源重点化の問題点

2008年10月、社会保障国民会議が「医療・介護費用のシミュレーション」³⁴を発表した。そこでは、高度急性期、一般急性期など機能分化を進め、在宅介護等を強化した場合には、2025年の医療・介護費用は92～94兆円程度（B3シナリオ）になるとの推計結果が示された（表1-3-1）。

日本医師会は、社会保障国民会議が、これまでの社会保障費抑制から「社会保障の機能強化」に転換したことは評価する。しかし、医療・介護費用のシミュレーションは、平均在院日数の大幅な短縮化、急性期医療への医療資源の集中投入、在宅医療の拡大を前提としており、地域や家族の事情によっては、「医療難民」や「介護難民」を生じさせるおそれがある点で問題である。

また、社会保障国民会議の中間報告³⁵には「専門的医療提供を行う中核的病院（特に急性期病院）を中心とした人員配置の思い切った拡充・機器装備の充実」とある。しかし現在、厳しい医療費抑制の結果、身近に、通院先、入院先がなくなっている地域もある。あるべき医療機能の分化を果たしていくためには、急性期病院だけでなく、その連携先および受け皿も整備拡充させなければならない。日本医師会は、社会保障国民会議においても、「日本の地域医療を守るため、医療費水準を高め、医療全体に対し資源を強化する方向」を主張してきたところである³⁶。

表1-3-1 社会保障国民会議 医療・介護のシミュレーションの概要

| 【平均在院日数の前提】 | | B1シナリオ | B2シナリオ | B3シナリオ |
|---------------|----|-----------|-----------|-----------|
| 急性期 | 高度 | 15.5日→12日 | 15.5日→10日 | 20.1日→16日 |
| | 一般 | | | 13.4日→9日 |
| 亜急性期・回復期 | | 維持 | 75日→60日 | 75日→60日 |
| 長期療養(医療療養) | | 記載なし | | |
| 2025年の医療・介護費用 | | 91～93兆円程度 | 91～93兆円程度 | 92～94兆円程度 |

*出所：社会保障国民会議「サービス保障(医療・介護・福祉)分科会(2008年10月23日)社会保障国民会議における検討に資するために行う医療・介護費用のシミュレーション(本体資料)経済前提Ⅱ-1の場合

³⁴ <http://www.kantei.go.jp/jp/singi/syakaihosyoukokuminkaigi/iryuu.html>

³⁵ http://www.kantei.go.jp/jp/singi/syakaihosyoukokuminkaigi/chukan/siryuu_1.pdf

³⁶ (社)日本医師会「社会保障国民会議の最終報告とりまとめに向けての要望」2007年10月15日、定例記者会見。 http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20081015_22.pdf

(4) 日本医師会が考えるあるべき病床数と現実

日本医師会は「グランドデザイン2007」において、以下の前提条件を置き、病床数の将来推計を行った。

その結果、一般病床数は2020年過ぎには2008年と同水準の規模が必要になると推計された(図1-3-5)。したがって、一般病床については、無理な平均在院日数の短縮化、病床数削減を進めるのではなく、現状の病床数を最低限維持すべきである。また、医療療養病床の必要数は、2015年には現状の病床数を上回り27.1万床になる見通しであり、今後の拡充が求められる。

【「グランドデザイン2007」における病床数の将来推計の前提条件】

一般病床：長野県(当時17.5日)なみに平均在院日数が短縮化する可能性があるものの、それが限界であるとする。病床利用率は、急性期の特性として、必ずしも計画的な入退院の見通しが立てられないことから80%とする。

療養病床：日本医師会の調査³⁷に基づき、医療療養病床の入院患者の66.8%が引き続き医療療養病床を必要としているとする。病床利用率は95.0%とする。

ところで2007年の第5次医療法改正で、有床診療所の一般病床も医療計画上の基準病床に算入され、病床規制の対象にされることになった。しかしそれ以前から、有床診療所の病床数は大幅な減少傾向にある(図1-3-6)。経営が困難な診療報酬改定がつづいてきたこと、さらに療養病床の削減も決まったことなどのためである。

有床診療所の一般病床は、急性期病院からの退院患者の受け皿としての役割だけでなく、専門性の高い医療も担ってきた。今後、病院が集約化される方向にある中で、有床診療所の一般病床は、地域に密着した急性期病床として、よりそのニーズが高まると推察される。特に周産期医療においては、有床診療所の活用も喫緊の課題であり、その機能強化が求められる。

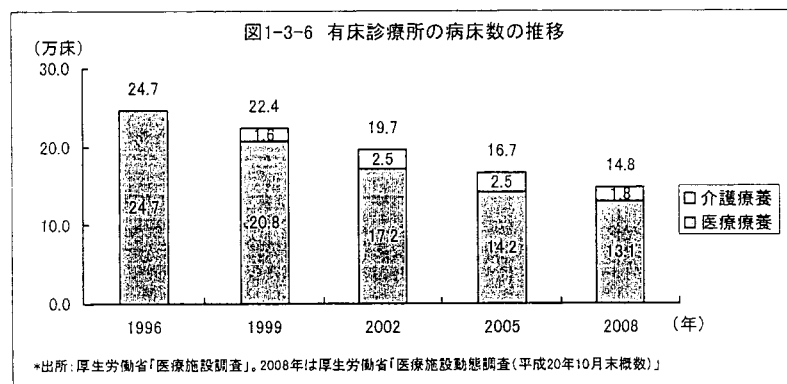
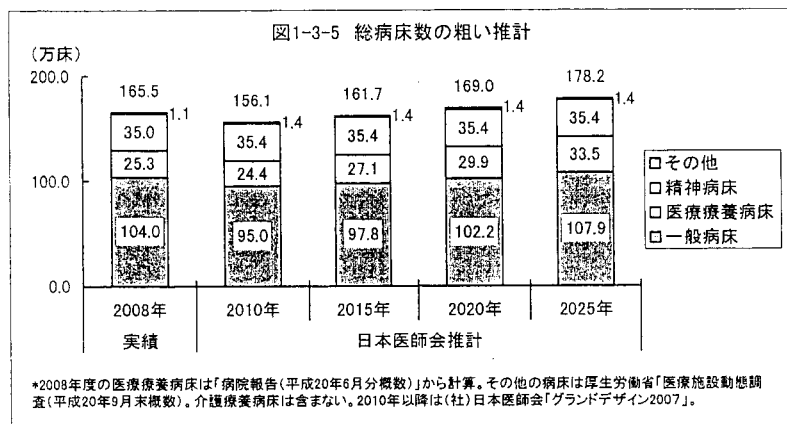
また有床診療所の34.1%は在宅療養支援診療所の届出をしており³⁸、さらなる高齢

³⁷ (社)日本医師会「『療養病床の再編に関する緊急調査』報告」2006年10月(調査実施月は2006年7月)、http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20061025_2.pdf

³⁸ 日医総研「平成20年有床診療所の現状把握のための調査」日医総研ワーキングペーパーNo.177.2008年11月18日、<http://www.jmari.med.or.jp/research/dl.php?no=384>

化、国の在宅医療推進政策の中にあつて、有床診療所には、これまで以上に在宅医療を支える機能が期待される。有床診療所は、病院が存在しない地域や病院が閉鎖に追い込まれた地域、特に過疎地やへき地において、病院に代わる役割も担っている。

すなわち有床診療所は、病院を補完するだけのものではなく、その固有の機能で地域医療を支えているとの認識に立つべきである。そして、有床診療所の機能を維持、向上させるため、病床の活用についての柔軟な施策と財源の手当てが必要である。



第2部 国民を守る医療制度とその財源

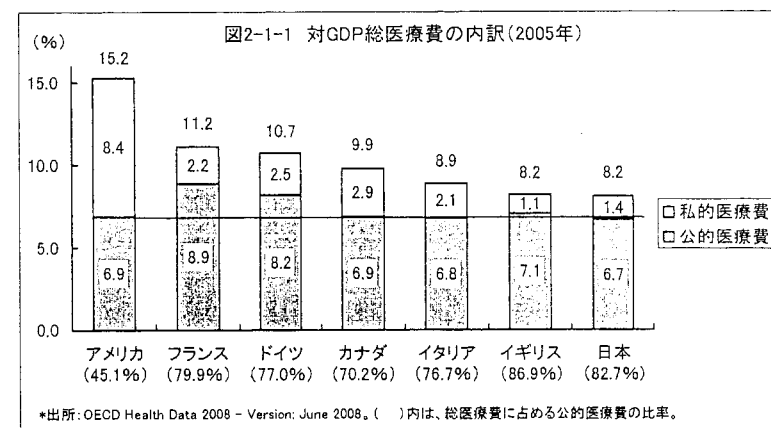
1. 医療費の現状と将来推計

(1) 医療費の国際比較

2005年³⁹⁾の対GDP総医療費は、OECD平均8.9%で、日本8.2%であり、日本はOECD加盟30カ国中21位である(図2-1-2)。総医療費には、日本の国民医療費に相当する費用のほか、介護サービス費、予防・公衆衛生サービス費、医療管理・医療保険のコスト等を含む。

民間保険中心のアメリカでは対GDP総医療費が15.2%と高いが、G7⁴⁰⁾からアメリカを除いた場合の対GDP総医療費も平均9.5%であり、日本より1.3ポイント高い。

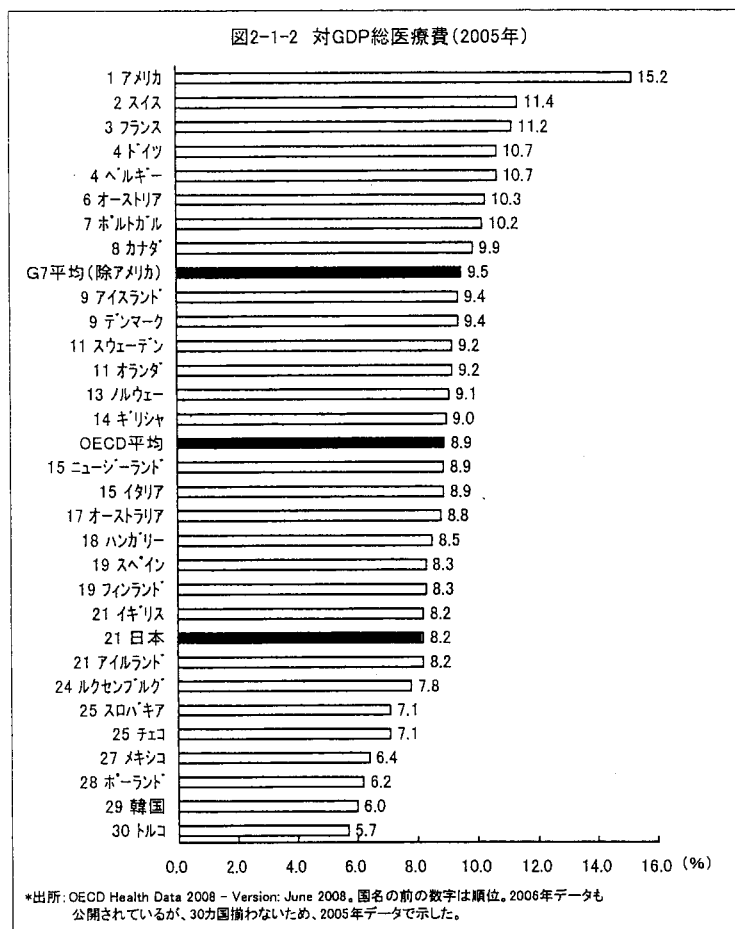
日本の総医療費に占める公的医療費⁴¹⁾の割合は82.7%であり、イギリスの86.9%に次いで高い。しかし日本では総医療費の絶対額が小さいので、日本の対GDP公的医療費は6.7%とアメリカよりも低くなっている(図2-1-1)。



³⁹⁾ 2006年データも公開されているが、30カ国揃わないため、2005年データで示した。

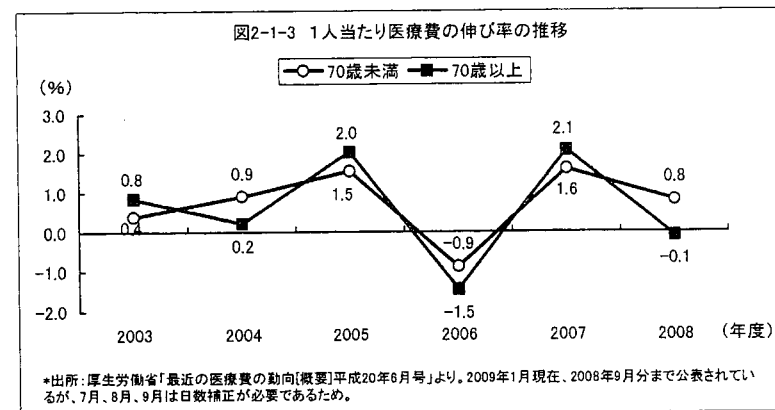
⁴⁰⁾ 日本、ドイツ、アメリカ、フランス、イタリア、カナダ、イギリス

⁴¹⁾ 社会保障制度のもとで、国や地方の公的資金が負担する医療費。



(2) 現状の医療費の伸びから推計される医療費

2006年度の医療制度改革に際して、国は1人当たり医療費の伸びを一般2.1%、高齢者3.2%として医療費の将来推計を行い、医療費を厳しく抑制してきた。その結果、現在では特に高齢者の1人当たり医療費の伸びが頭打ちになっており、診療報酬改定のなかった2007年度の伸び率は2.1%に止まった(図2-1-3)。



本稿では、まず直近の医療費の伸びを延伸して医療費の将来推計を行うが、厚生労働省「最近の医療費の動向」(以下、メディアス)では、75歳⁴²ではなく70歳区分のデータしかなく、公費単独医療費が含まれていない。一方、国民医療費は75歳区分でのデータがあるが、2006年度分までしか公表されていない。

ここでは直近のデータであることを優先し、メディアスのデータを用いて推計する。このため、やむを得ずメディアスの70歳未満の1人当たり医療費の伸び率を用いて一般(0~74歳)の医療費を推計し、同様に70歳以上の1人当たり医療費の伸び率

⁴² 2007年度は老人保健制度、2008年度は後期高齢者医療制度である。この比較は可能に思われるかもしれないが、老人保健において対象年齢の引き上げ途上であったため、2007年度の平均年齢はおおむね74.5歳、2008年度は75歳である。このため両者を比較できず、伸び率を計算できない。

を用いて高齢者（75歳以上）の医療費を推計する⁴³。

2003年以降の診療報酬改定年を除く平均伸び率は、一般1.2%、高齢者1.6%である。また、2008年4～6月の1人当たり医療保険医療費（除公費負担等医療費）は、一般178.1千円、高齢者849.7千円⁴⁴である。

これを毎年、一般1.2%、高齢者1.6%で延伸し、人口を乗じると、医療保険医療費は2015年には36.7兆円、2025年には45.5兆円になると推計される。

公費負担等医療費⁴⁵は、2006年度は国民医療費の8.7%である。今後この比率が変わらないとして計算し、医療保険医療費に加算する。その結果、国民医療費は2015年には40.3兆円、2025年には49.9兆円になると推計された（表2-1-1）。

表2-1-1 医療費の将来推計－現状の医療費の伸びから推計した場合－

| 1人当たり医療費の伸びの前提 ^{*1)} | | 一般 | 1.2% | 高齢者 | 1.6% |
|-------------------------------------|-----|-------|-------|---------|---------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | 2008年 | 2015年 | 2020年 | 2025年 |
| 1人当たり医療保険 医療費(千円) ^{*2)} | 一般 | 178.1 | 193.4 | 205.0 | 217.4 |
| | 高齢者 | 849.7 | 952.8 | 1,034.0 | 1,122.0 |
| 人口(百万人) ^{*3)} | 一般 | 114.9 | 109.0 | 104.0 | 97.6 |
| | 高齢者 | 13.1 | 16.5 | 18.7 | 21.7 |

*1)70歳未満を一般(0～74歳)、70歳以上を高齢者(75歳以上)とみなす。

*2)足下の1人当たり医療保険医療費は、厚生労働省「メディアス」の2008年4～6月累計を年換算した。

*3)2008年度の人口は、メディアスのデータから逆算した。2010年度以降の人口は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口－平成18年12月推計－」より

| 医療費の将来推計 | | (兆円) | | | |
|----------|-----|-------|-------|-------|-------|
| | | 2008年 | 2015年 | 2020年 | 2025年 |
| 医療保険医療費 | 一般 | 20.5 | 21.1 | 21.3 | 21.2 |
| | 高齢者 | 11.1 | 15.7 | 19.4 | 24.3 |
| | 計 | 31.6 | 36.7 | 40.7 | 45.5 |
| 公費負担等医療費 | | 3.0 | 3.5 | 3.9 | 4.4 |
| 国民医療費 | | 34.6 | 40.3 | 44.6 | 49.9 |

(参考)「グランドデザイン2007」での推計

| | 2008年 | 2015年 | 2020年 | 2025年 |
|-------|-------|-------|-------|-------|
| 国民医療費 | 30.7 | 34.8 | 37.7 | 41.3 |

※2006年を起点に推計。また当時の伸び率は、一般0.9%、高齢者1.0%であった。

⁴³ 「グランドデザイン2007」も同じ方法で対処した。2003年、2004年、2005年のデータを対象としており、1人当たり医療費の伸びを一般0.9%、高齢者1.0%として、医療費の将来推計を行なった。

⁴⁴ 1人当たり費用は、伸び率のように前年データが必要ないので、一般は2008年の一般（除後期高齢者医療制度対象者）、高齢者は2008年の後期高齢者医療制度対象者の費用を用いている。

⁴⁵ 公費負担医療給付分（生活保護法、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律、障害者自立支援法、結核予防法等）、労働者災害補償保険、全額自費、その他。

(3) 中長期の医療費の粗い推計

1) 現状の医療費に追加すべきコスト

① 医療安全に係るコスト

中医協で報告された医療安全に関するコスト調査結果⁴⁶⁾によると、患者1人1日当たりコストは、病院（入院）406.3円、有床診療所（入院）618.9円、有床診療所（外来）247.6円、無床診療所89.6円であった。病院の外来データはないので、有床診療所の外来と同等と仮定する。そして、1年間の延べ患者数をかけると、現在、医療安全のためにかかっているコストは、全国で4,995億円と推計された（表2-1-2）。

一方、医療安全に係る診療報酬として医療安全対策加算（入院初日のみ50点）があるが、これによる診療報酬額は年17.9億円⁴⁷⁾に過ぎない。医療安全のコスト4,995億円は、あくまで現在捕捉できる範囲のコストに過ぎず、十分なものとは言えないが、ここでは最低限必要な追加コストとして足下の医療費に4,995億円を加算する。

表2-1-2 1年間にかかる医療安全コスト(推計)

| | | 患者1人1日当たり コスト(円) ^{*1)} | 延べ患者数 (千人) ^{*2)} | 費用 (億円) |
|-------|----|------------------------------------|------------------------------|------------|
| | | ① | ② | ①×② |
| 病院 | 入院 | 406.3 | 504,499 | 2,050 |
| | 外来 | 247.6 | 576,568 | 1,427 |
| 有床診療所 | 入院 | 618.9 | 27,067 | 168 |
| | 外来 | 247.6 | 229,110 | 567 |
| 無床診療所 | | 89.6 | 875,035 | 784 |
| 合計 | | — | — | 4,995 |

*1)厚生労働省「平成18年度医療安全に関するコスト調査業務報告書(案)」中医協・医療機関のコスト調査分科会資料(2007年6月18日)

*2)病院は厚生労働省「病院報告」、診療所は同「医療施設調査」(いずれも2005年)

② 医療機関の再生産のためのコスト

電気料金、ガス料金は、原燃料価格の変動を料金に反映できる。さらに、料金には原価（人件費、燃料費、減価償却費、諸税等）だけでなく、「適正利潤」として資産に一定の報酬率を乗じた事業報酬が含まれる。これにより、再生産と安定供給が保障

⁴⁶ 中医協診療報酬調査専門組織・医療機関のコスト調査分科会「平成18年度医療安全に関するコスト調査業務報告書(案)」2006年6月18日、<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/06/dl/s0618-8b.pdf>

⁴⁷ 厚生労働省「社会医療診療行為別調査(平成19年6月審査分)」より、1.19億円×12カ月分、http://www.dbtk.mhlw.go.jp/toukei/data/650/2007/toukeihyou/0006639/0145733/E0005_006.html

される上、コスト削減を行なっても報酬が減額されないため、効率化インセンティブも働くとされている⁴⁸。報酬率は、電気料金においては事業資産の3%強である⁴⁹。

診療報酬には再生産費用に係る明確な項目は規定されていない。しかし、安定供給は電力、ガスと同等かそれ以上に重要である。電力会社等の資産は、固定資産、運転資本、繰延資産等である。医療機関もそれらの資産を維持、強化しなければならず、最低でも、固定資産の維持は必須である。そこで、固定資産に3%を乗じた金額を足下の医療費に加算する。病院の場合、固定資産の3%は医業収入の2.9%に相当するので⁵⁰、現時点で医療費を2.9%引き上げることとする。

2) 将来にむけて現状の医療費に追加すべきコスト

2006年の国民医療費33.1兆円に、医療安全、再生産のためのコストを加算すると34.6兆円である。この医療費に、①医師数増加に係るコストを加え、②賃金上昇率・物価上昇率を乗じていく。このため、中医協「医療経済実態調査」の収支内訳をもとに、医療費を人件費と物件費（人件費以外）に按分しておく（表2-1-3）。

表2-1-3 現状の必要医療費および従事者数

| | | 医師 | 医師以外 | 計 | 備 考 |
|----------------------|-----|------|-------|-------|---|
| 医療費 (2006年, 兆円) | 人件費 | 5.0 | 12.0 | 17.0 | (国民医療費33.1兆円+医療安全のためのコスト0.5兆円)×再生産のためのコスト(医療費の2.9%) |
| | 物件費 | 5.2 | 12.4 | 17.6 | |
| | 計 | 10.2 | 24.3 | 34.6 | |
| 従事者数(2007年, 万人) | | 27.5 | 232.1 | 259.6 | 社会保障国民会議シミュレーションほか ^{*1)} |
| 従事者1人当たり医療費 (百万円) | 人件費 | 18.3 | 5.2 | 6.6 | |
| | 物件費 | 18.9 | 5.3 | 6.8 | |
| | 計 | 37.2 | 10.5 | 13.3 | |

*1) 社会保障国民会議・サービス保障(医療・介護・福祉)分科会(2008年10月23日)「社会保障国民会議における検討に資するために行う医療・介護費用のシミュレーション(本体資料)」厚生労働省「平成18年医師・歯科医師・薬剤師調査」、同省「平成18年衛生行政報告例」
*人件費・物件費は、中央社会保険医療協議会「第16回医療経済実態調査の報告(平成19年6月実施)」から計算。物件費の医師・医師以外は、人件費の比準で按分。

※注) 医師以外には歯科医師を含む。本来歯科医師は、医師に含めるべきであるが、医師数増加の推計を医師のみで行ったため、ここでは医師以外に含めた。

さらに、将来は病床数が不足すると推計されるので(図1-3-5)、③病床数を確保

するためのコストも追加する。

① 医師数増加に係るコスト

当面、医師養成数を過去最大化するとする。2025年までの医師数増加の過程は、図1-2-9(29頁)に示したとおりである。2008年の医師数を100としたとき、2015年には108、2025年には120になると推計される。

② 賃金上昇率・物価上昇率

厚生労働省の年金財政試算の経済前提を用いた(表2-1-4)。現状の従事者1人当たり医療費に対し、人件費は賃金上昇率、物件費は物価上昇率をそれぞれかけて延伸した。

表2-1-4 経済前提

| | 2009年 | 2010年 | 2011年 | 2012年以降 |
|-------|-------|-------|-------|---------|
| 賃金上昇率 | 3.5% | 3.8% | 4.1% | 2.5% |
| 物価上昇率 | 1.7% | 1.9% | 1.9% | 1.0% |

*出所: 厚生労働省「人口の変化等を踏まえた年金財政への影響(暫定試算)」2007年2月6日

③ 病床数を確保するためのコスト

日本医師会は「グランドデザイン2007」で、必要な病床数を2015年161.7万床、2025年178.2万床と推計した(図1-3-5)。病床数(介護療養病床を除く)は現状(2008年9月)には推計165.5万床である。このままであれば、全体として2020年までには病床が不足する。

そこで、まず、社会保障国民会議が示した一般病床の1床当たり単価88.0万円/月、医療療養病床の1床当たり単価47.5万円/月⁵¹⁾を、前述した賃金上昇率、物価上昇率でそれぞれ延伸する。そして、医療療養病床を例に示すと、現状(25.3万床)に比べて2020年(29.9万床)には4.6万床の追加が必要であるので、これに単価を乗じた

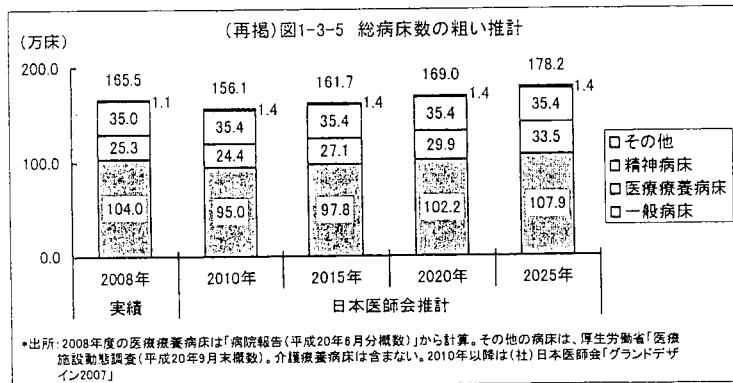
⁴⁸ 総合資源エネルギー調査会電気事業分科会「今後の望ましい電気事業制度の詳細設計について」2008年7月、<http://www.meti.go.jp/report/downloadfiles/g80707a03j.pdf>

⁴⁹ 日医総研「電気料金・ガス料金の動向-診療報酬と比較して-」日医総研リサーチエッセイ No.50, 2006年4月、<http://www.jmari.med.or.jp/research/dl.php?no=303>

⁵⁰ 中医協「第16回医療経済実態調査の報告(平成19年6月実施)」より、法人・その他の病院の年間医業収入は1施設当たり26.0億円、固定資産は25.1億円、<http://www.mhlw.go.jp/shingy/2007/06/s0601-5.html>

⁵¹ 社会保障国民会議「社会保障国民会議における検討に資するために行う医療・介護費用のシミュレーション(本体資料)」31頁、2008年10月より、患者1人当たり単価は一般病床約110万円/月、療養病床約50万円/月。「グランドデザイン2007」で病床推計を行なった際、病床利用率を一般病床80%、療養病床95%としたので、1病床当たり単価は一般病床88万円(110万円×80%)、療養病床47.5万円(50万円×95%)とした。
http://www.kantei.go.jp/jp/singi/syakaihosyoukokuminkaigi/iryuu/siryou_1.pdf

分を加算した。



④ 医療の高度化のためのコスト

厚生労働省は、国民医療費の伸びの内訳を、人口増減・高齢化等の影響、制度改革の影響、診療報酬改定の影響、医療技術の進歩・高度化等に区分してきた(表2-1-5)。しかし、昨今では厳しい医療費抑制によって、医療の高度化分の診療報酬は手当てされていないのが実態である。そこで、医療費に医療の高度化分を別途加算したケースについても試算しておく。加算分は、2006年度の医療制度改革以前の医療の高度化による医療費の伸び率2.2%を用いる。

表2-1-5 医療費の伸びの要因分析(厚生労働省資料)

| | 1990年 | 1990~1994年度 | 1995年 | 1995~1999年度 | 2000年 | 2000~2003年度 |
|-------------------------------|--------|-------------|--------|-------------|--------|-------------|
| 国民医療費 | 20.6兆円 | | 27.0兆円 | | 30.1兆円 | |
| 国民医療費の伸び(①+②+③+④) | | 5.5% | | 3.6% | | 0.7% |
| 人口増減・高齢化等の影響 ① | | 1.8% | | 1.9% | | 1.8% |
| 高齢化等の影響を除いた1人当たり医療費の伸び(②+③+④) | | 3.7% | | 1.6% | | ▲1.1% |
| 制度改革の影響 ② | | 0.0% | | ▲0.9% | | ▲2.7% ※ |
| 診療報酬改定の影響 ③ | | 1.1% | | 0.1% | | ▲0.6% |
| 医療技術の進歩・高度化等 ④ | | 2.6% | | 2.4% | | 2.2% |

(※)平成12年~15年度の制度改革の影響は、積度の低い方法により計算したごく粗い数値
 *出所: 社会保障国民会議「サービス保障(医療・介護・福祉)分科会(2008年9月9日)」「社会保障国民会議における検討に資するために行う医療・介護費用のシミュレーションの前提について」

3) 中長期の医療費の推計結果(粗い試算)

2015年の医療費は42.4兆円、2025年の医療費は59.2兆円と推計された(図2-1-4)。これまで医療費が厳しく抑制された結果、医療費の伸びが頭打ちになっているので、最低限必要なコストを加味しても2025年には60兆円を下回る。

また、昨今では厳しい医療費抑制によって、医療の高度化分の診療報酬は手当てされていないのが実態である。そこで、2006年度の医療制度改革以前の医療の高度化による医療費の伸び率2.2%分を別途加算したところ、2025年の医療費は72.8兆円と推計された。

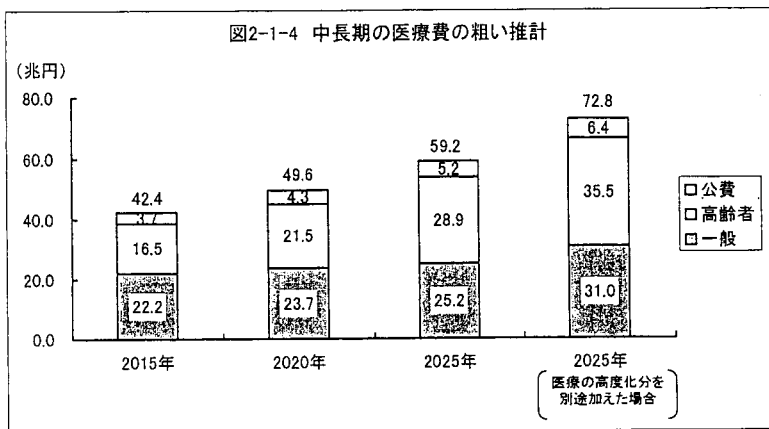
社会保障国民会議のシミュレーション(B2シナリオ)によると、2025年の医療費は67~69兆円であるが、そのアプローチは、次に示すように日本医師会とはまったく異なる。

【日本医師会の考え方】

一般病床の平均在院日数は、長野県(17.5日)の水準まで短縮される可能性があるが、それ以上、無理な短縮化を進めるべきではない。医療療養病床については、患者の7割が引き続き医療療養病床を必要としており、むしろ拡大に転じるべきである。

【社会保障国民会議の考え方(B2シナリオの要約)】

急性期: 平均在院日数を15.5日から10日に短縮するため、医療資源(1病床当たりの職員数、医療機器など)を現在の一般平均病床の2倍投入する。
 亜急性期・回復期等: 平均在院日数を75日から60日に短縮するため、1病床当たりの職員数を1.3倍にする。
 長期療養(医療療養): 現状より医療必要度の高い者を中心に入院させ、介護施設等との役割分担を推進する。



2. 医療制度のあり方について

(1) 現在の後期高齢者医療制度

1) 高齢者医療制度改革の経緯

1997年、医療制度抜本改革議論の過程で、厚生省（当時）が高齢者医療制度について独立型、財政調整型の二案を提示した⁵³。その後、1998年には、厚生省（当時）の医療保険福祉審議会制度企画部会で、独立保険方式、突き抜け型などについて議論が行われ⁵⁴、同部会の意見書で「独立した仕組みとする考え方とこうした独立した仕組みは適切ではないという2つの考え方がある」⁵⁴とまとめられた。

さらに、2001年3月、厚生労働省は「医療制度改革の課題と視点」⁵⁵をとりまとめ、老人医療費拠出金の増大が保険者財政を圧迫していること、世代間の負担が均衡を失っていること⁵⁶から、高齢者医療制度改革が必要であると、4つの類型を示した（表2-2-1）。

健保連は当時「突き抜け型」を支持していたが、2005年に「健保OBの面倒だけを見る⁵⁷」という方針を転換し、高齢被保険者（65歳以上）からも保険料を徴収し、拠出金制度を廃止する「独立型」を提案した⁵⁸。なお連合は、「突き抜け方式」による「退職者健康保険制度（仮称）」⁵⁹を提案している。

厚生労働省は、年齢構成に応じた財政支援を軸に新制度を検討していたが、2002年11月、自民党の医療基本問題調査会が、75歳以上を対象とする独立型の医療保険

⁵³ 厚生省「21世紀の医療保険制度（厚生省案）－医療保険及び医療提供体制の抜本的改革の方向－」1997年8月7日、<http://www1.mhlw.go.jp/houdou/0908/h0807-1.html>

⁵⁴ 厚生省（当時）の医療保険福祉審議会制度企画部会資料「高齢者医療制度に関する参考資料（その4）」1998年7月10日。8月26日、日本医師会は同部会に「日医医療構造改革構想に基づく独立した高齢者医療保険制度の提案」を提出し、75歳以上の独立型保険を主張している。

⁵⁴ 厚生労働省医療保険福祉審議会制度企画部会「高齢者に関する保健医療制度のあり方について」1998年11月9日、http://www1.mhlw.go.jp/shingi/s9811/s1109-1_17.html

⁵⁵ 厚生労働省高齢者医療制度改革推進本部事務局「医療制度改革の課題と視点」2001年3月5日（厚生労働省ホームページへの掲載は6月12日）、<http://www.mhlw.go.jp/houdou/0103/h0306-1/h0306-1.html>

⁵⁶ 厚生労働省高齢者医療制度改革推進本部事務局「医療制度改革の課題と視点～解説・資料編～」2001年3月5日

⁵⁷ 2005年3月28日、産経新聞大阪朝刊5面

⁵⁸ 健康保険組合連合会「新たな高齢者医療制度の創設を含む医療制度改革に向けての提言」2005年7月、<http://www.kenporen.com/press/pdf/20050722182201-0.pdf>

⁵⁹ 被用者保険の被保険者が、定年退職後、そのまま被用者保険OBとして健康保険法において医療給付が受けられる仕組み、<http://www.jtuc-rengo.or.jp/kurashi/guteizou.html>

を示し、2003年3月に高齢者の独立型保険を織り込んだ「医療制度改革の基本方針」⁶⁰が閣議決定された。

さらに2005年10月には、厚生労働省が「医療制度構造改革試案」⁶¹を発表し、運営主体や費用負担のあり方、保険料の年金天引きが示された。

翌2006年6月14日には「高齢者の医療の確保に関する法律」を含む医療制度改革関連法案が成立し、2008年4月に後期高齢者医療制度（同法第4章）が創設された。

表2-2-1 高齢者医療制度の類型と支持団体

| 類型 | 内容 | 支持団体 |
|---------------|---|------------------------------|
| ① 独立保険方式 | すべての高齢者を対象とする、各医療保険制度から独立した高齢者医療保険制度 | 日本医師会 経団連 経済同友会 健保連 |
| ② 突き抜け方式 | 被用者OBを対象とする新たな保険者を創設し、被用者保険グループ全体で支援 | 健保連 連合 |
| ③ 年齢リスク構造調整方式 | 現行の保険者を前提とし、加入者の年齢構成の違いによって生じる医療費支出の相違を調整 | |
| ④ 一本化方式 | 現行の医療保険制度を一本化し、すべての者を対象とする新たな医療保険制度 | 国保中央会、全国市長会、全国町村会 |

*出所：内容は、厚生労働省「医療制度改革の課題と視点」（2001年3月）から要約
支持団体は、主に1998年11月6日、朝日新聞朝刊4面等より。経団連の主張は、「一定所得以下の高齢者を対象に新制度をつくる。一定所得以上は、それぞれ被用者保険や国保に残る」

従来、75歳以上の高齢者は、国民健康保険または被用者保険に加入していた。保険料は国民健康保険では世帯単位で課され、被用者保険では被用者本人が支払い、被扶養者は直接支払ってはいなかった。2008年4月以降、75歳以上の高齢者は、独立した医療保険の下で被保険者として保険料を支払うことになった⁶²。

政府は、新制度においては平均的には保険料が下がるという見解を示していたが⁶³、制度施行後の実態調査により、「保険料額が減少する世帯割合は全国で69%」⁶⁴と下方修正を行った。

さらに新制度では保険料の年金からの天引きも始まり、いわゆる「年金記録問題」と相俟って後期高齢者の不安を強めた。

2) 後期高齢者の診療報酬上の論点

2008年4月の診療報酬改定では、「後期高齢者終末期相談支援料」「後期高齢者診療料」が新設された。これらは、仮に後期高齢者医療制度が施行されていなくても、「老人保健終末期相談支援料」「老人保健診療料」として新設された可能性がある。しかし後期高齢者医療制度と同時期の診療報酬改定であったことから、制度と診療報酬が混同して議論されることも多い。

ここでは、あらためて後期高齢者の診療報酬項目の論点を整理しておく。

① 後期高齢者終末期相談支援料

2008年4月、診療報酬に「後期高齢者終末期相談支援料」が創設された。しかし、診療報酬の算定が後期高齢者に限定されていることもあり、高齢者の終末期医療の切り捨てにつながるとの声があがった。これを踏まえ、2008年6月25日、中医協総会で「後期高齢者終末期相談支援料」の凍結が決定され⁶⁵、2008年7月1日から適用された⁶⁶。

日本医師会は、終末期を迎えた患者や家族の尊厳および意思を尊重し、真摯に全人的な医療を行うことは当然のことであると考えている。そして、これは診療報酬によって左右されるものではなく、後期高齢者に限ったものでもない。終末期医療については、診療報酬だけではなく、医療のあり方も含めて広く議論を喚起し、あらためて国民の

⁶⁰ 「健康保険法等の一部を改正する法律附則第2条第2項の規定に基づく基本方針（医療保険制度体系及び診療報酬体系に関する基本方針について）」2003年3月28日閣議決定、<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2003/04/s0421-7d.html>

⁶¹ 厚生労働省「医療制度構造改革試案」2005年10月19日、<http://www.mhlw.go.jp/topics/2005/10/tp1019-1c.html>

⁶² 保険料は均等割（1人当たりいくら）、所得割（所得に対していくら）で計算される。被用者保険の被扶養者であった場合、2008年4月～9月は均等割・所得割とも負担なし。2008年10月～2010年3月は、均等割額の9割を軽減、所得割の負担はなしの予定。

⁶³ 「基礎年金受給者や平均的な厚生年金受給者においては負担減となる傾向にある」2008年4月4日「衆議院議員平野博文君提出後期高齢者医療制度の呼称等に関する質問に対する答弁書」、http://www.shugiin.go.jp/itdb_shitsumon.nsf/html/shitsumon/b169221.htm

⁶⁴ 厚生労働省「長寿医療制度（後期高齢者医療制度）の創設に伴う保険料額の変化に関する調査一結果速報一」2008年6月4日（厚生労働省ホームページへの掲載は6月12日）、<http://www.mhlw.go.jp/topics/2008/06/tp0612-1.html>

⁶⁵ 「答申書（後期高齢者終末期相談支援料の凍結について）」中医協会長 遠藤久夫、2008年6月25日、<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/06/dl/s0625-5k.pdf>

⁶⁶ 「後期高齢者終末期相談支援料等の凍結について」厚生労働省保険局医療課長、2008年6月30日、<http://www.mhlw.go.jp/topics/2008/03/dl/tp0305-1dn.pdf>

合意形成を図ることが必要である。また、そのために日本医師会は、「終末期医療のガイドライン2009」を示す(67頁)。

② 後期高齢者診療料

2008年4月に創設された「後期高齢者診療料」は、慢性疾患等に対する継続的な管理を行うこと、具体的には定期的に診療計画を作成すること等で算定できる項目である。

2007年10月、社会保障審議会「後期高齢者医療の在り方に関する特別部会」において、「後期高齢者を総合的に診る取組の推進」⁶⁷が必要であるとされ、中医協で診療報酬改定にむけての議論が始まった。

当初、医学管理等、検査、画像診断、処置を包括し、総合的に診る取組を行う医師は1人であると規定する厚生労働省案が示された⁶⁸。これに対し医療提供者側は、必要な医療が行われなくなり後期高齢者の医療が制限されること、患者の囲い込み、さらにはフリーアクセスの制限につながる可能性があることを厳しく指摘してきた。

一方、一般(0~74歳)には、従来「生活習慣病管理料」が設けられていた。「生活習慣病管理料」は、脂質異常症(高脂血症)、高血圧症、糖尿病について、治療計画を策定し、総合的な治療管理を行った場合に算定でき、医学管理等、検査、投薬、注射、病理診断を包括している。

このことを踏まえ、「後期高齢者診療料」は、新たな枠組みとするのではなく、一般(0~74歳)にしかなかった「生活習慣病管理料」の後期高齢者版としてのみの位置付けとされるにいたった。

しかし、フリーアクセスの制限への突破口になりかねないという問題は残っている。そうならないよう注視するとともに、患者の受診抑制につながるような動きがあれば即時見直しを求めていく。

⁶⁷ 社会保障審議会後期高齢者医療の在り方に関する特別部会「後期高齢者医療の診療報酬体系の骨子」2007年10月10日、<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/10/dl/s1010-7a.pdf>

⁶⁸ 中医協診療報酬基本問題小委員会「後期高齢者医療について(薬歴管理、外来医療②)」2007年11月28日、<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/11/dl/s1128-14e.pdf>

(2) 日本医師会の「高齢者のための医療制度」

1) 基本的な枠組み

高齢者は疾病が発症するリスクが高く、保険原理が働きにくい上、保険料、患者一部負担は、高齢者にとって大きな負担になる。したがって、高齢者が所得格差の不安なく過ごせるよう、国は「保障」の理念の下で支えるべきである。

日本医師会は、「グランドデザイン2007」で後期高齢者医療制度(案)を示したが、2008年4月に施行された国の制度の問題点も踏まえて再検討し、あらためて次とおり「高齢者のための医療制度」を提案する。対象は75歳以上であるが、後期高齢者とは呼ばず「高齢者」とする。

日本医師会「高齢者のための医療制度」

基本的スキーム

1. 保障の理念の下、75歳以上を手厚く支える。
2. 若者から高齢者まで、急性期から慢性期まで切れ目のない医療を提供する。
3. 医療費の9割は公費(主として国)負担とする。
4. 保険料と患者一部負担はあわせて医療費の1割とし、患者一部負担は所得によらず一律とする。
5. 運営主体は都道府県とする。

2) 実現に向けての論点

① なぜ高齢者を独立させるのか

若者から高齢者まで、医療は切れ目なく、公平に提供されなければならない。これは大原則である。さらに高齢者は、疾病発症リスク等がそれまでの年齢とは異なってくるので、より手厚い医療が必要である。

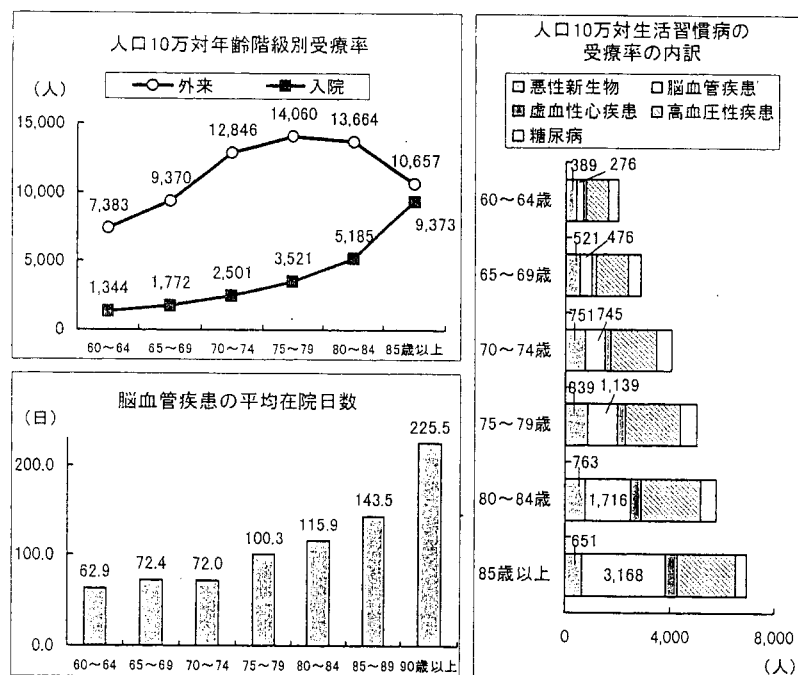
高齢者の特性を見てみると、第一に受療率の高さがあげられる。入院受療率は75

歳以上で年齢とともに急速に上昇する。外来受療率は75～79歳がピークである(図2-2-1)。

第二に疾病構造の違いである。生活習慣病の受療率は75歳未満では悪性新生物がもっとも高いが、75歳以上では脳血管疾患が悪性新生物を上回る。高齢者では疾病が長期化しやすいためであり、脳血管疾患の場合、75歳以上では平均在院日数が100日を超えている。

このように75歳以上の高齢者は疾病が発症するリスクが高まり、長期療養が必要になるので、そのためのより十分な医療が提供されなければならない。さらに受診抑制を生じさせないよう、患者の経済的負担にも配慮し、特に手厚く支える必要がある。

図2-2-1 高齢者の受療率および平均在院日数(2005年)



*出所:厚生労働省「平成17年患者調査」,総務省「国勢調査」

② 生涯、同じ医療の提供

2008年4月の診療報酬改定で創設された「後期高齢者診療料」は、医学管理等、検査、画像診断、処置が包括されていることから、必要な医療が行なわれなくなるとの指摘がある。これについては前述したように、一般(0～74歳)の「生活習慣病管理料」の延長線上にあるものとしてのみ位置づける。

また、高齢者の診療報酬は原則出来高払いとし、医療の制限につながるような運用は行なわない。

③ 公費9割の財源

2002年7月に「健康保険法等の一部を改正する法律」が成立し、老人保健の公費負担割合が3割から5割に、対象年齢が70歳以上から75歳以上に5年間で段階的に引き上げられることになった⁶⁹。

その後、2003年3月の「医療制度改革の基本方針」⁷⁰に、「後期高齢者に公費を重点化するという改正法の考え方を維持する」と明記され、2008年4月の後期高齢者医療制度が給付費に対し公費5割でスタートした。

日本医師会は高齢者の医療費に対して(給付費に対してではない)、公費(主として国庫負担)9割を投入することを主張する。

2008年度の75歳以上の医療費(現行の後期高齢者医療制度の医療費)は11.9兆円⁷¹、給付費は10.8兆円であり、公費は給付費の約5割(5.1兆円)である。日本医師会案では、公費は医療費11.9兆円の9割であり、10.7兆円が必要になる。2008年度当初予算⁷²では、公費は後期高齢者に5.1兆円、一般医療保険に4.8兆円が投入されており、公費は合計9.9兆円であり、これらの公費すべてを高齢者に投入する(図2-2-2)。日本医師会案で必要とする10.7兆円に対してはやや不足するが、不足分は、消費税などの新たな財源の検討等に対応する(詳しくは後述)。

一般医療保険の公費4.8兆円の内訳は、国民健康保険で約4.0兆円(給付費の5割

⁶⁹ 2002年10月から毎年公費負担割合を4%ずつ、対象年齢を1歳ずつ引き上げ。

⁷⁰ 「健康保険法等の一部を改正する法律附則第2条第2項の規定に基づく基本方針(医療保険制度体系及び診療報酬体系に関する基本方針について)」2003年3月28日閣議決定。
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2003/04/s0421-7d.html>

⁷¹ 厚生労働省「全国老人医療・国民健康保険主管課(部)長及び後期高齢者医療広域連合事務局長会議資料」保険局総務課老人医療企画室説明資料,80頁,2008年2月6日。
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihoshoh/ryouseido01/pdf/080206a.pdf>

⁷² 金額はすべて満年度ベースに換算している。

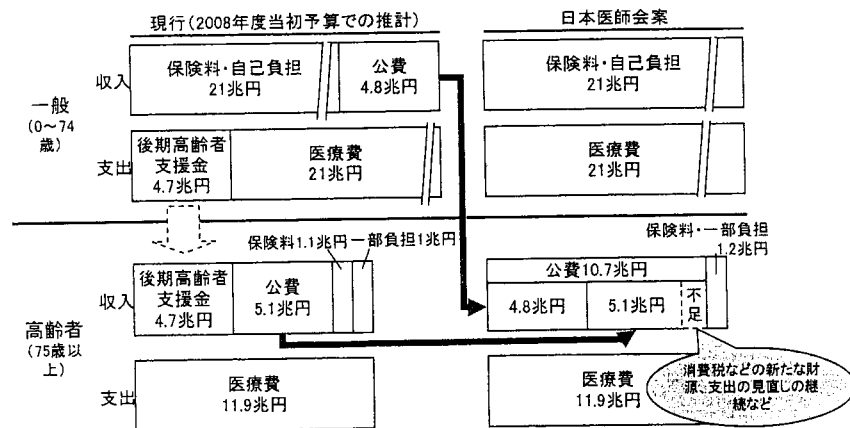
強)、全国健康保険協会(旧政管健保、以下協会けんぽ)で約0.8兆円(給付費の13.0%、後期高齢者支援金の16.4%)である。

日本医師会案では、公費を高齢者に集中することで、一般医療保険への公費の投入がなくなるが、同時に一般医療保険では後期高齢者支援金の負担もなくなる。2008年度当初予算をもとにした試算では、公費の投入がなくても後期高齢者支援金がなくなれば、収支はほぼ均衡する。しかし今後は一般医療保険の中でも高齢化が進むので、財政が悪化すると予測される。その際には保険料率の見直し等で対応する(詳しくは後述)。

また、一般医療保険で給付費に対して公費が投入されているのは、国保、協会けんぽのみであり⁷³、ここへの公費がなくなるので、組合健保、共済組合との財政調整が不可欠になる。

なお現在は、国保の給付費に対する公費5割強の1割弱は地方公費である。日本医師会は、公費は主として国が負担することを提案するが、この場合、国と地方の財源(特に消費税)配分の見直しも必要になる。

図2-2-2 医療費財源の概要



*生活保護、精神保健福祉等の公費負担医療を除いて図示。一般の医療費は最近の医療費動向からの推計。それ以外は、当初予算ベース。
四捨五入差があるため内訳と合計が合わないところがある。紙面の都合で縮尺は合っていない。

⁷³ 組合健保にも事務費に対する国庫負担(2008年度当初予算49億円、給付費に対する臨時補助(同53億円)がある。

公費負担割合の拡大は、国による医療費の総枠管理につながるおそれがあるとの指摘がある。過去にも老人保健において公費負担割合が引き上げられてきたが、医療費抑制は公費負担割合に比例して強化されてきたわけではない。

また、後期高齢者医療制度、国民健康保険、協会けんぽに対しては公費負担があり、組合健保、共済組合には給付費に対する公費負担はないが、保険者ごとに医療費の締め付けに濃淡があったわけではなく、一律に医療費抑制が強いられてきた。

根源的な問題は公費負担割合にあるのではなく、医療費抑制政策そのものにあるのであり、日本医師会は、医療費抑制政策の撤回を最重要課題として取り組んでいく。

④ 保険料と患者一部負担をあわせて1割

現行制度では、患者一部負担は医療費の1割、さらに給付費の1割が保険料負担である。法律には、後期高齢者の保険料の負担割合を、若人減少率の2分の1の割合で引き上げると明記されている⁷⁴。将来的に若年人口の減少が見込まれる中で、保険料の上昇に対する高齢者の不安が増大しており、保険料を賦課しない方式を求める声もある。一方で、保険料を徴収しない仕組みにすれば、高齢者が被保険者として制度運営に積極的に関与、発言できる機会が失われるとの指摘もある。

日本医師会は、保険料負担を限りなく小さくすることも視野に入れ、日本医師会の現時点でのスタンスを「保険料と患者一部負担をあわせて1割」とする。保険料については状況に応じて、柔軟に減免の対応をとる。免除の場合には保険料未払いではなく、現在の資格証明書による窓口全額負担のような問題も回避することができる。

患者一部負担については、所得によらず一律にする。高齢者は疾病が長期化しやすい傾向にあり、高所得者であっても、高負担は先行きに対する不安を増大させるからである。

⑤ 都道府県主体の運営に

現在、後期高齢者医療制度の運営主体は、都道府県内のすべての市町村が加入する広域連合である。広域連合は各市町村に対し、保険料の徴収、各種申請書の受付、被

⁷⁴ 「高齢者の医療の確保に関する法律」第100条第3項、第104条第3項。
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihoshoh/iryouseido01/pdf/hoken83b.pdf>

保険者証の引渡しなどの窓口業務を委託している。高齢者や住民の立場に立てば、広域連合と市町村の役割がわかりにくく、責任の所在も不明確である。

日本医師会は、一定の規模のメリットがある都道府県単位での運営を提案する。都道府県は、地域の医療計画の策定主体でもあり、地域の需給バランスも把握しやすいと考えられる。ただし、公費の財源は主として国庫負担とし、地域間格差を生じさせない仕組みにする。

(3) 看取りの医療「終末期医療のガイドライン 2009」

2007年5月、厚生労働省の終末期医療の決定プロセスのあり方に関する検討会は、「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」を公表した。

日本医師会は、医療現場での実践により即したガイドライン策定が必要との判断から、生命倫理懇談会において検討を重ねるとともに、2007年8月、「グランドデザイン 2007—各論」において、「終末期医療のガイドライン」を提示した。

このガイドラインおよび2008年2月に公表した第X次生命倫理懇談会答申「終末期医療に関するガイドラインについて」を踏まえ、あらためて日本医師会としての「終末期医療のガイドライン 2009」を提示する。

日本医師会「終末期医療のガイドライン 2009」

1. 終末期とは

(1) 広義の「終末期」（単に「終末期」と表現するときは、これを指す）

担当医を含む複数の医療関係者⁷⁵が、最善の医療を尽くしても、病状が進行性に悪化⁷⁶することを食い止められずに死期を迎えると判断し、患者もしくは患者が意思決定できない場合には患者の意思を推定できる家族等⁷⁷が「終末期」であること

⁷⁵ 担当医、担当医以外の1名以上の医師、看護師、准看護師又はソーシャルワーカーその他の医療関係者をいう（以下、「複数の医療関係者」については同様）。

⁷⁶ 数カ月後に死亡することが見られていても、担当医が、病状が安定的に推移していると判断する場合には、この限りではない。

⁷⁷ 患者本人の身近にあつて、患者本人の意思を推定し尊重できる家族等。法的な意味での親族だけでなく、患者が信頼を寄せている代理人を含む。

を十分に理解⁷⁸したものと担当医が判断した時点から死亡まで。

(2) 狭義の終末期（臨死状態）

臨死の状態で、死期が切迫している時期。

2. 終末期医療の基本的あり方

(1) 患者本人・家族等との十分な話し合いの上で行う。

(2) 患者本人の個別状況に配慮して行う。

(3) 可能な限り、疼痛やその他不快な症状を緩和し、患者本人・家族等の精神的ケア、社会生活に関する援助を総合的に行う。

(4) いかなる場合においても、治療の中止以上に死期を早める処置（積極的安楽死や自殺補助など）は行わない。

3. 終末期における治療方針の決定手続き

患者本人・家族等の意思は、①患者の意思、②家族等が推定する患者の意思、③家族等の意思、の順に優先とする。

(1) 終末期と判断されてから、死亡までにある程度の時間が見込める場合

1) 担当医が医学的見地から、患者本人および家族等が病状について十分に理解できるよう説明し、今後の治療について多様な選択肢を示す。この時点での「病名告知」・「予後告知」の問題は、患者本人・家族等の意思を踏まえて担当医が総合的に判断する。

2) 今後の治療内容について、患者本人・家族等の意思を確認し、文書に記録する。

3) 担当医を含む複数の医療関係者が、患者本人・家族等の意思を踏まえて総合的に治療を決定し、文書で、患者本人・家族等の承諾を得る。

4) 病状に変化があったときにはあらためて説明を行い、従前の患者本人・家族等の意思やいったん決定した方針にこだわらず柔軟に対応する。

(2) 一定の終末期を経て臨死状態に入った場合

1) 患者本人に意識がある場合には、基本的に上記3-(1)に準ずる。

2) 臨死状態に入って、患者本人の意識がなくなった場合には次のとおりとする。

⁷⁸ 患者もしくは家族等が十分に理解したことを文書に残すことが望ましい。

①担当医は、複数の医療関係者の下で、家族等に対し、患者本人の従前の意思が記録された文書を示し、患者本人の意思を伝える。その上で、家族等の意思を確認する。

②家族等が患者本人の従前の意思を覆す意思を示した場合には、再度、患者本人の従前の意思を伝えるよう努める。

③患者本人が従前、臨死状態に入った場合に治療を中止することを要望しているも、治療の中止には家族等の同意⁷⁹が必要である。

④患者本人が従前、臨死状態での治療の中止について明確な意思表示をしていない場合には、家族等の要望があれば治療を中止できる。

(3) 急性期治療中で臨死状態に入った場合

1) 患者本人に意識がある場合には、基本的上記3-(1)に準ずる。

2) 臨死状態に入って、患者本人の意識がなくなった場合には、基本的上記3-(2)に準ずる。

3) 患者本人・家族等が意思をまとめる時間的余裕がない場合、または意思をまとめることが困難な場合で、かつ患者本人・家族等から「担当医の判断にゆだねたい」という意思表示⁸⁰がある場合には、担当医を含む複数の医療関係者が方針を決定し、患者本人・家族等の承諾を得る。

付帯事項

1. 「終末期」ではない場合の対応

担当医を含む複数の医療関係者が「終末期」と判断していないにもかかわらず、患者本人・家族等から治療の縮小・中止を求められる場合がある。この場合も患者本人・家族等の意思を尊重するが、終末期に入っておらず治療の可能性が残されていることの説明を繰り返す行などの慎重な対応が望まれる。

⁷⁹ 家族等の同意は文書上で行うことを基本とする（以下、同じ）。

⁸⁰ 原則として文書で患者本人・家族等の承諾を得るべきである。その時間的余裕もない場合には、できるだけ、担当医が複数の医療関係者の立会いの下に家族等に口頭で方針を伝え、口頭で承諾を得る。

2. PVS (Persistent Vegetative State: 遷延性植物状態) 患者について

PVSは、しばしば脳死患者と混同されるが、栄養補給、感染症予防などの医学的な全身管理によって長期の生存が可能であるため、本ガイドラインの終末期の定義「最善の医療を尽くしても、病状が進行性に悪化することを食い止められずに死期を迎える」に該当せず、本ガイドラインでは治療を中止することはできない。ただし、PVS患者が前述したような経過で本ガイドラインの定義に該当するようになった場合は、その対象となる。

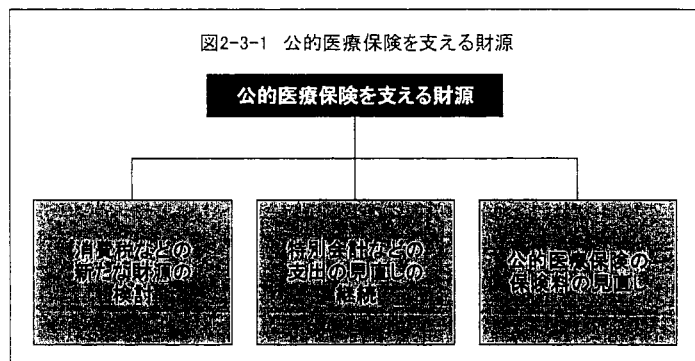
3. ALS (Amyotrophic Lateral Sclerosis: 筋萎縮性側索硬化症) 患者について

ALS患者が予め、救急事態が生じた場合の呼吸器装着を明確に拒否していたにもかかわらず、急変した際に運び込まれた救急センターで、呼吸器を装着されたため、意識を取り戻した患者がその抜管を求めた、あるいは呼吸困難な状態で本人の同意により呼吸器等が装着されたが、後日、患者がその取り外しを求めたというような場合がある。本ガイドラインの終末期の定義「最善の医療を尽くしても、病状が進行性に悪化することを食い止められずに死期を迎える」に該当せず、本ガイドラインでは治療を中止することはできない。

3. 公的医療保険を支える財源

日本医師会は、「高齢者のための医療制度」の創設に伴い、一般医療保険（0～74歳が加入する医療保険）に公費を投入せず、保険原則で運営することを提案する。図2-2・2（65頁）に示したように、一般医療保険について2008年度を例に試算すると、公費の投入がなくなる代わりに、後期高齢者支援金の支出もなくなるので収支はほぼ均衡する。しかし今後は一般医療保険の中でも高齢化が進むため、保険料収入が減少し、給付費支出が増加すると予測される。またさらなる高齢化に伴い、高齢者のための公費の確保も重要になる。

そこで、日本医師会は、①消費税などの新たな財源の検討、②特別会計などの支出の見直しの継続、③公的医療保険の保険料の見直し、の3つを同時並行で進め、財源を確保することを提案する（図2-3-1）。



(1) 消費税などの新たな財源の検討

現在、消費税は一般会計の予算総則で、基礎年金、後期高齢者医療、介護の国庫負担に充てることが定められている。一般医療保険にも国庫負担はあるが、財源は消費税以外の一般財源である。

基礎年金の国庫負担は2003年度まで給付費の1/3であったが、2009年度から、給付費の1/2である。

後期高齢者医療制度の給付費の構成は大まかに、公費50%（国庫33%）、一般医療保険からの支援金40%、保険料10%である。

介護給付費は、公費50%（国庫は施設20%、居宅は25%）、保険料50%で構成されている（図2-3-2）。

図2-3-2 社会保障給付費の構成と消費税を充てるべき国庫負担（2008年度）

| 消費税を充てるべき経費 | | | | |
|--|---|-----------------|--------------|---------|
| 基礎年金 | 国 (2003年度まで1/3。その後、段階的に引き上げて2009年度以降1/2) | | 保険料 | |
| 後期高齢者医療 | 国 3.4兆円 33% | 地方 1.7兆円 17% | 一般からの支援金 40% | 保険料 10% |
| 一般医療 | 国 5.5兆円 公費負担医療 | | 地方 | 保険料 |
| | 国保 協会けんぽ | 支援金 納付金 | | |
| <small>国庫負担国保・定率国庫負担34%、調整交付金9%、政管：一般給付費の13%、後期高齢者医療支援金・介護納付金の16.4%</small> | | | | |
| 介護 | 国 1.9兆円 | 地方 | 第2号被保険者納付金 | 第1号保険料 |
| <small>国・地方の内訳 施設：国20%、都道府県17.5%、市町村12.5% 居宅：国25%、都道府県12.5%、市町村12.5% 第2号被保険者納付金：第1号被保険者保険料＝31%：19%</small> | | | | |

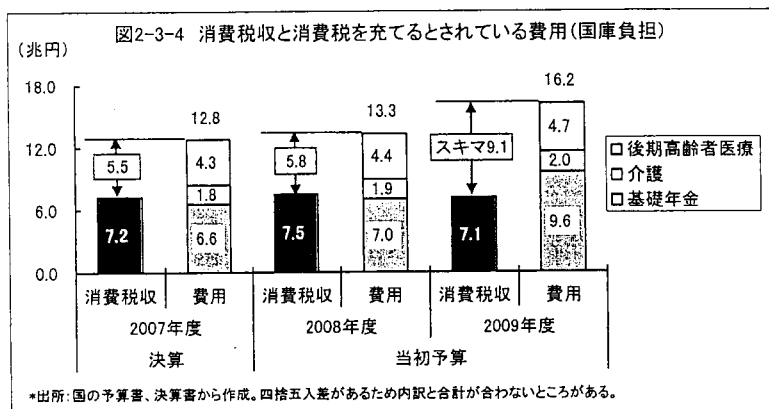
*紙面の都合で縮尺は含っていない。
*出所：国の予算書
後期高齢者の地方分は厚生労働省「後期高齢者医療財政の概要(案)」(全国老人医療・国民健康保険課(部)長及び後期高齢者医療広域連合事務局長会議資料、2008年2月6日)より。

消費税率5%は、国税4%、地方消費税1%に分けられる。さらに国税4%のうち29.5%は、地方交付税として地方に交付される。2009年度予算では国税10.1兆円のうち、国分は7.1兆円である(図2-3-3)。

図2-3-3 消費税の構成(2009年度)

| | | |
|----------------------|---------------------|---------------------------------------|
| 消費税率 5% | | |
| 地方消費税 (地方税) 1% | 消費税(国税) 4% (10.1兆円) | |
| | 地方交付税 4% × 29.5% | 国分(7.1兆円) 4% × 70.5% (全体の56.4%) |

消費税を充てる経費の合計額は、消費税収(国分)よりも多い(図2-3-4)。この差は「スキマ」と呼ばれ、消費税以外の財源でまかなわれる。基礎年金国庫負担割合が1/2に引き上げられる2009年度には、基礎年金国庫負担だけで消費税収を上回る。基礎年金は、2009年度、2010年度には、財政投融资特別会計から一般会計への繰り入れによって財源を手当てするが、その後の財源確保は喫緊の課題である。



社会保障国民会議の「最終報告」⁸¹では、基礎年金を全額税方式とした場合の消費税率も試算されている。消費税の使途として基礎年金が優先されてしまえば、後期高齢者医療、介護には他の一般財源の税収を充てるか、保険料や一部負担を引き上げるしかなく、医療費、介護費のさらなる抑制が懸念される。

日本医師会は、これまで歳出改革等が徹底されるよう、新たな財源(消費税)については「最終手段」であるとしてきた。しかし、社会保障の中で年金の財源確保を優先するかのような議論が進んでいることから、2008年5月に方針転換を図り、公的医療保険の再構築、特別会計の見直し、独立行政法人の見直し等と「同時並行で」、消費税について検討すべきとした。

消費税の議論を行なう際には、同じ社会保障として年金、高齢者医療、介護に対する国庫負担のあり方を同じ土俵にあげなければならない。日本医師会は、そのためにも、高齢者医療については、公費(主として国庫負担)割合を9割にし、消費税の受け皿にすることを主張する。

また社会保障が平時の国家安全保障であるという認識に立てば、消費税に限定せず、累進性の高いといわれる所得税⁸²など、幅広く財源のあり方を検討すべきである。また国民医療費における事業主負担は、1992年度には25.1%であったが、2006年度には20.2%にまで低下しており、医療費負担のあり方も検討課題である。

なお、たばこ税については、日本医師会は健康面からの増税を主張している。

⁸¹ 社会保障国民会議「最終報告」2008年11月4日、<http://www.kantei.go.jp/jp/singi/syakaihosyoukokuminkaigi/saishu.html>
⁸² 所得税は最高税率が引き下げられてきた経緯がある。所得税の最高税率: 1984年70%、1988年60%、1989年50%、1999年37%、2007年40%

(2) 特別会計などの支出の見直しの継続

特別会計には2007年度末で204.9兆円の積立金がある(図2-3-5)。このうち年金積立金136.1兆円(厚生年金127.1兆円、国民年金9.0兆円)は、将来の国民に対する債務であるが、年金積立金以外にも68.9兆円の積立金がある。

一方で、負債をかかえる特別会計もあるため、貸借対照表の資産から負債を除いた正味財産にも着目した。貸借対照表では、年金積立金は「公的年金預り金」として負債に計上されている。2007年度末には、特別会計全体で資産635.0兆円、負債534.3兆円、正味財産(資産-負債)は100.8兆円であった(図2-3-6)。積立金(年金を除く68.9兆円)以外の正味財産も少なくないことを示している。

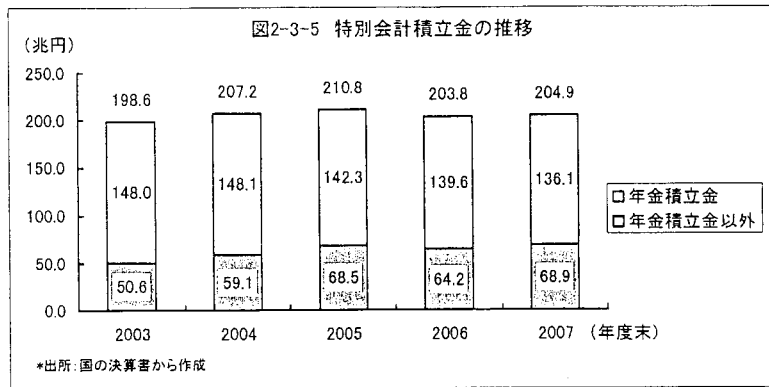


図2-3-6 特別会計の貸借対照表(2007年度決算)

| 資産 635.0兆円 | 負債 534.3兆円 |
|--|---|
| 現金・預金 有価証券 貸付金 運用寄託金(年金) 有形固定資産 (土地・建物等) 出資金など | 政府短期証券 公債 借入金 預託金 公的年金預り金 など |
| | 正味財産 100.8兆円 |

*出所: 財務省『平成19年度特別会計財務書類の主要計数一覧表』
四捨五入差があるため左右バランスしない

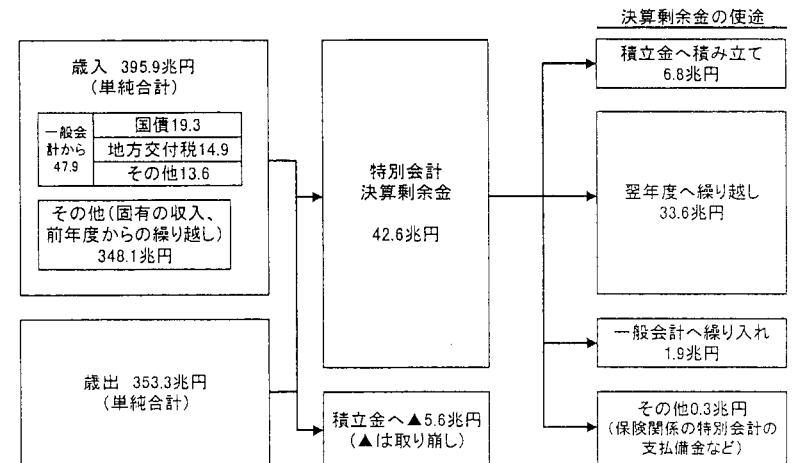
特別会計には、一般会計からの繰り入れもあり、2007年度の繰入額は47.9兆円であった(図2-3-7)。

特別会計では剰余金も発生している。2007年度決算では、特別会計の歳入は395.9兆円(会計間の重複控除前の単純合計)、歳出は353.3兆円(同じく単純合計)であり、剰余金は42.6兆円であった(図2-3-8)。一般会計からの繰入額に相当する大きさである。また毎年の決算では、予算を大きく上回る剰余金が出ている。

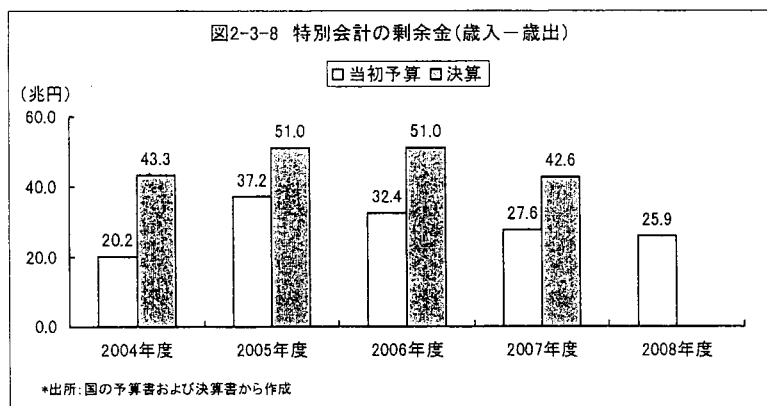
2007年度決算では、剰余金のうち、6.8兆円が積立金に積み立てられ、33.6兆円が会計内で翌年度に繰り越され、1.9兆円が一般会計に繰り入れられる。剰余金が出ない仕組みにしなければ、積立金は今後も増加する。

社会保障費をはじめ一般会計の歳出は厳しく抑制されている。特別会計については、2009年度当初予算等で、積立金が活用されることになったが、さらに会計の透明性を高めること、決算を重視して剰余金が発生しづらい仕組みにすること、そして、剰余金が出た場合には、原則一般会計等へ繰り戻すといった見直しが求められる。

図2-3-7 特別会計のお金の流れ-2007年度決算(推計)-



※注) 歳入・歳出は、会計間・勘定間の合計を含む単純合計。四捨五入差のため内訳と合計が合わない箇所がある。
*出所: 国の決算書から作成



独立行政法人は2006年度には104法人⁸³あり、国から3.4兆円の財政支援⁸⁴が行なわれた(図2-3-9)。2005年度の4.6兆円に比べて、2006年度は減少しているように見えるが、2005年度には年金資金運用基金に1.1兆円が支援された⁸⁵。この要因を除けば、2005年度3.4兆円、2006年度3.4兆円と、法人数が減少しつつあるにもかかわらず、まったく減っていない。2007年度以降も、ほぼ横ばいである。

独立行政法人は、事業を「効率的かつ効果的に行わせることを目的として」(独立行政法人通則法)設置されている。効率的、効果的とは、自立的な運営が期待されているということでもあるが、国からの財政支援のうち運営費交付金(経常的な運営のための補助金)だけで2006年度は1.7兆円に達している。また、独立行政法人の約2割では、経常収益⁸⁶に占める運営費交付金の割合が90%以上である。

また、国は独立行政法人に対して出資もしており、政府出資金残高は、2006年度末で17.7兆円である。出資金を元に、利益を上げていけば問題はないが、赤字が累積し、出資金が目減りしている法人が半数以上ある。

⁸³ 医療分野でいえば、(独)国立病院機構は含まれるが、国立大学は国立大学法人でありこの外敷。

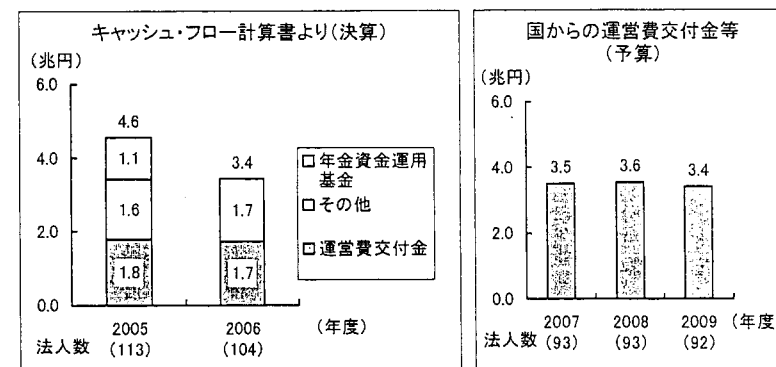
⁸⁴ 各独立行政法人キャッシュフロー計算書の、運営費交付金、補給金、補助金、受託収入、施設費補助金等の合計。

⁸⁵ 年金資金運用基金の承継一般勘定は、解散した年金福祉事業団から住宅資金の貸付金、保養所資産を承継した。2005年度に得た政府交付金により、資産を圧縮し、保養所資産も整理して累積赤字を解消した。2006年度からは年金積立金管理運用独立行政法人。

⁸⁶ 造幣局、国立印刷局については、売上高と営業外収益の合計を経常収益とした。

出資金が目減りした法人や、債務償還能力がない法人では新たに借入れをするか、国から追加の財政支援を仰がざるを得ない。しかし、国からの支援は、一般会計、特別会計からの支出であり、社会保障費などにも大きな影響を与える。現在進められている「独立行政法人整理合理化計画」⁸⁷の徹底および強化を求めたい。

図2-3-9 独立行政法人に対する国の財政支援



*出所: 2005年度の年金資金運用基金は、2008年12月民間企業仮定損益計算書。2007年度以降は、財務省「独立行政法人向け財政支出等について(政府案)」から作成。国からの財政支出がある法人のみ。

⁸⁷ 「独立行政法人整理合理化計画」2007年12月24日閣議決定。独立行政法人の統廃合、民営化、非公務員化などが盛り込まれている。http://www.kantei.go.jp/jp/singi/gyokaku/keitei/071224honbun2.pdf

(3) 公的医療保険の保険料の見直し

1) 保険料の上限の見直し

被用者保険、国民健康保険ともに、保険料には上限がある。そこで、保険料は原則として所得（または年収）に比例させることとする。

① 被用者保険において保険料を年収に比例させた場合

被用者保険の保険料は「(標準報酬月額+標準賞与額)×保険料率」で計算される。報酬月額が117.5万円以上の場合、標準報酬月額は一律121.0万円、標準賞与の上限は540万円である。つまり、保険料は年収1,950万円(117.5万円×12カ月+540万円)までしか比例せず、年収1,950万円超の人はすべて年収1,950万円(以下、約2,000万円として計算⁸⁸⁾)で計算されている。

年収2,000万円を超える給与所得者は2007年には22万人で、給与所得者の0.4%である。仮に全員年収2,000万円として計算すると、給与合計は4.5兆円であり、年収2,000万円以下の人の給与も含めた給与総額は203.1兆円になる。しかし、実際の給与総額は205.8兆円(1.03倍)である。このことは、仮に保険料を完全に年収に比例させれば、保険料収入が1.03倍になることを意味している。現状の保険料は14.3兆円であるので、1.03倍になれば、保険料収入は14.5兆円になり、被用者保険で保険料を年収比例させた場合には、約0.2兆円の保険料増収効果が得られると試算される(表2-3-1、図2-3-10)。

表2-3-1 保険料を年収に完全に比例させた場合

| 給与階級 | 給与所得者 (万人) | 保険料が課せられて いる給与 ^{*1)} (兆円) | 給与総額 (兆円) |
|-----------|---------------|--|--------------|
| 2,000万円以下 | 5,310 | 198.6 | 198.6 |
| 2,000万円超 | 22 | 4.5 | 7.2 |
| 合計 | 5,333 | 203.1 | 205.8 |

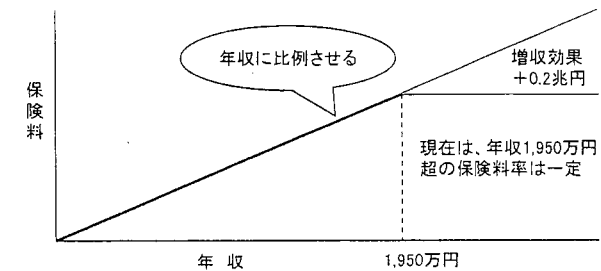
*出所:給与所得者:国税庁「平成19年分民間給与実態調査」

*1)上限2,000万円で計算

| 保険料を年収に完全に比例させた場合 | | (兆円) | |
|-------------------|------|---------|----------------|
| | 現状 | 年収比例の場合 | |
| 保険料 | 14.3 | 14.5 | 増収効果 +0.2兆円 |

*現状の保険料は表2-3-4参照

図2-3-10 被用者保険における保険料のあり方のイメージ



② 国民健康保険において保険料を所得に比例させた場合

国民健康保険についても、基本的に、保険料を所得に比例させる。ただし国民健康保険については、現在の後期高齢者分を含んだ2006年度以前のデータしかない。したがって、一定の条件を仮置きした粗い試算と位置づけ、2008年4月の後期高齢者医療制度施行後のデータが公開され次第、あらためて検討を行なうこととする。

国民健康保険料(税)の計算方法は保険者によって異なるが、世帯単位で、所得割、資産割、均等割(世帯人数分)、平等割(1世帯当たりいくら)が課される。

$$\text{所得} \times \text{所得割率} + \text{資産割} (\text{固定資産税}^{*1}) \times \text{資産割率} + \text{均等割} \times \text{世帯人数} + \text{平等割}$$

*1) 固定資産税または固定資産税額のうち土地および家屋に係る部分

⁸⁸⁾ 国税庁「平成19年分民間給与実態統計調査」には1,950万円の区切りがないため、2,000万円で区切って計算した。http://www.nta.go.jp/kohyo/tokei/kokuzeicho/minkan2007/pdf/000.pdf

ここでは、県庁所在地を例に、所得を「前年所得－基礎控除 33 万円」で計算し、資産割を課さない市について、算定式の平均を求めた（表 2-3-2）。

2008 年度の賦課限度額は、一般医療保険分がほとんどの市で 47 万円、後期高齢者支援金分が 12 万円である。

平均世帯人数は、2006 年度末で 1.88 人、うち老人医療受給対象者数 0.40 人⁹⁰である。2008 年度から後期高齢者医療制度が始まっているので、平均世帯人数から老人医療受給対象者を除いて 1.48 人で計算した。

平均世帯人員 1.48 人を保険料算定式に当てはめて逆算すると、一般医療保険分は所得 575 万円、後期高齢者支援金分は所得 519 万円、それぞれ賦課限度額に達すると計算された（表 2-3-2）。

表 2-3-2 国民健康保険料(税)の平均

・所得割の算定基礎が「前年所得－基礎控除33万円」で、資産割を課さない県庁所在地
・平均世帯人員は1.48人

| | 所得 | 所得割率 (%) | 均等割 (円) | 世帯 人数 (人) | 平等割 (円) | 賦課 限度額 (万円) | 賦課限度額に 達する推計所得 (万円) |
|---------------|-----------------------|-------------|------------|-----------------|------------|-------------------|---------------------------|
| 一般医療 保険分 | 前年所得 －基礎控 除33万円 | 7.64 | 21,088 | 1.48 | 22,233 | 47 | 575 |
| 後期高齢者 支援金分 | | 2.15 | 6,289 | | 6,091 | 12 | 519 |

* 出所：国民健康保険中央会・都道府県国民健康保険団体連合会「平成19年度版 国民健康保険の実態」

国民健康保険については、所得階級別に所得総額が捕捉できるデータがないので、所得 1,000 万円超の世帯の保険料を一律 100 万円（所得の 10%）にすると、その部分の増収額を試算する。所得 500 万円台の世帯も、賦課限度額の 59 万円（一般と後期高齢者支援金分の賦課限度額の合計）あるいはそれに近い保険料を支払っており、これは所得の 10%以上になるからである。

国民健康保険全体の世帯数は、2005 年度には 2,701 万世帯⁹¹であるが、国勢調査と同じ比率で後期高齢者世帯がいるとして、後期高齢者のみの世帯を除いた世帯数を

⁹⁰ 国民健康保険中央会・都道府県国民健康保険団体連合会「平成 19 年度版 国民健康保険の実態」（収載されているデータは 2006 年度のもの）2008 年 3 月

⁹¹ 国民健康保険中央会・都道府県国民健康保険団体連合会「平成 19 年度版 国民健康保険の実態」より 2005 年度の数字を使用。

2,473 万世帯と仮定する⁹¹。このうち所得 1,000 万円超の世帯比率は 1.5%⁹²であり、世帯数は推計 37 万世帯である。

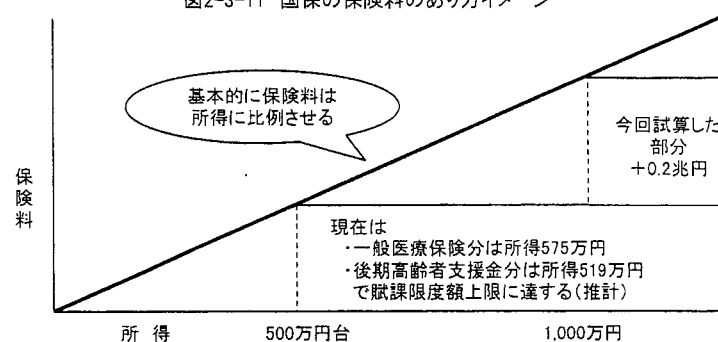
これらの世帯の保険料を 41.2 万円引き上げ 100 万円にするとした場合、その保険料増収効果は 0.2 兆円と推計された（表 2-3-3、図 2-3-11）。

今回は、所得 1,000 万円超の世帯の保険料を一律 100 万円にした部分の増収効果だけを試算したが、所得突き抜けて保険料を所得に比例させると、0.2 兆円を大きく上回る効果が得られると見込まれる。

表 2-3-3 国民健康保険の賦課限度額を引き上げた場合の粗い試算
－所得1,000万円超の世帯の保険料を100万円にした場合－

| | |
|------------------------------------|-----------|
| ① 国保世帯(後期高齢者のみの世帯を除く推計) | 2,473 万世帯 |
| ② 所得1,000万円以上の世帯比率 | 1.5 % |
| ③ 所得1,000万円以上の世帯(①×②) | 37 万世帯 |
| ④ 賦課限度額の引き上げ分(100万円－(46.8万円＋12万円)) | 41.2 万円 |
| ⑤ 保険料増収効果(③×④) | 0.2 兆円 |

図 2-3-11 国保の保険料のあり方イメージ



⁹¹ 総務省「平成 17 年 国勢調査」によると、75 歳以上人口は 11,602 千人、75 歳以上のみの世帯数は 2,912 千世帯である。国民健康保険では、75 歳以上の被保険者数は 9,089 千人。

<http://www.stat.go.jp/data/kokusei/2005/index.htm>

⁹² 厚生労働省「平成 17 年 国民健康保険実態調査」。この時点では、75 歳以上（2008 年度以降、後期高齢者医療制度に移行）を含むが、75 歳以上を除いた場合も、所得 1,000 万円以上の世帯の比率は同じとして計算した。
http://www.dbtk.mhlw.go.jp/toukei/kouhyo/index:kk_15_8.html

2) 保険料率の公平化

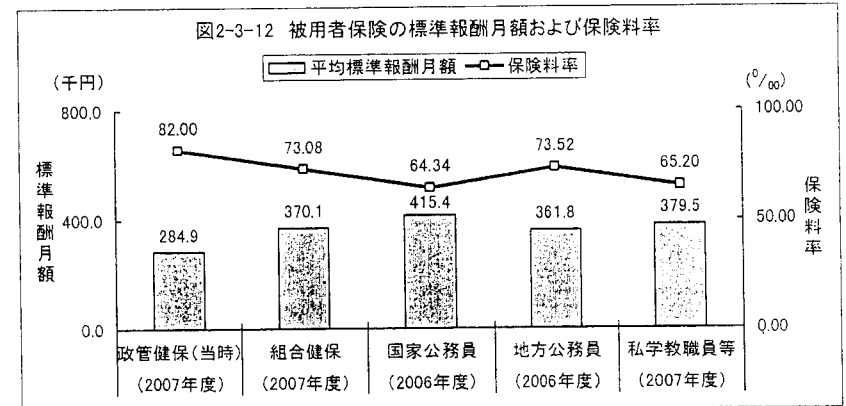
被用者保険の保険料は、標準報酬月額および標準賞与に保険料率（共済組合では掛金率）を乗じて決まる。

政管健保（現在は協会けんぽ）の2007年度の平均標準報酬月額は284.9千円ともっとも低いが、保険料率は82.00（‰）ともっとも高い。

政管健保は、2008年10月1日に協会けんぽに移行しており、1年以内に都道府県ごとの保険料率が設定される⁹³。厚生労働省の試算⁹⁴によると、最高は北海道の87.00（‰）、最低が長野県の76.00（‰）であり、11.00（‰）の差が開く。日本医師会は保険料率を一定にし、協会けんぽ内での財政調整を行なうことを提案する⁹⁵。

組合健保の保険料率の平均は2007年度73.08（‰）、2008年度73.90（‰）である。共済組合は、医療保険のほか年金等も扱っており、単純に比較はできないが、医療給付に相当する「短期給付」を取り上げると、国家公務員では2006年度平均標準報酬額は415.4千円であるが、保険料率（公務員共済の場合は掛金率と負担金率の合計）64.34（‰）であり、被用者保険中もっとも低い（図2-3-12）。

日本医師会は、被用者保険の保険料率を協会けんぽ（旧政管健保、都道府県別保険料ではなく全国一律）と同じ82.00（‰）にすることを提案する。その場合の保険料増収効果は約1兆円と試算される⁹⁶（表2-3-4）。



*出所：社会保険庁「政府管掌健康保険の平成19年度単年度収支決算の概要」2008年8月8日
 健康保険組合連合会「平成19年度健保組合決算見込みの概要」2008年9月10日
 財務省「平成18年度国家公務員共済組合事業統計年報」2008年2月
 地方公務員共済組合協議会「平成18年度地方公務員共済組合等事業年報」2008年3月
 日本私立学校振興・共済事業団「平成19年度 私学共済制度事業統計」2008年8月29日
 ※共済組合は介護分を含む

表2-3-4 保険料率を公平化した場合の効果の粗い試算

| | 現 状 | | 保険料率の公平化 | | 保険料増収効果 (B)-(A) |
|--------------------|----------|-----------|----------|-----------|-----------------|
| | 保険料率 (‰) | 保険料収入 (A) | 保険料率 (‰) | 保険料収入 (B) | |
| 協会けんぽ(2008年度見込み) | 82.00 | 6.3 | 82.00 | 6.3 | 0.0 |
| 組合健保(2008年度見込み) | 73.90 | 6.1 | 82.00 | 6.8 | 0.7 |
| 国家公務員共済組合(2006年度) | 64.34 | 0.5 | 82.00 | 0.6 | 0.1 |
| 地方公務員共済組合(2006年度) | 73.52 | 1.3 | 82.00 | 1.4 | 0.1 |
| 私学教職員等共済組合(2007年度) | 65.20 | 0.2 | 82.00 | 0.2 | 0.0 |
| 合計 | — | 14.3 | — | 15.3 | 1.0 |

*出所：社会保険庁「政府管掌健康保険及び全国健康保険管掌健康保険の単年度収支イメージ(医療分)」2008年9月3日
 健康保険組合連合会「平成20年度健保組合予算早期集計結果の概要」2008年4月21日
 共済組合は介護分を含む。保険料収入は、中医師「医療経済実態調査(保険者調査)一平成19年6月実施一」。

⁹³ 健康保険法第160条。http://law.e.go.jp/htmldata/T11/T11HO070.html

⁹⁴ 「都道府県単位保険料率の機械的試算(平成15年度)」, 医療制度改革関連法に関する都道府県説明会配付資料 保険課説明資料, 2006年7月10日。

http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihoshoh/ryouseido01/pdf/tdfk02-03-03.pdf

⁹⁵ 現行制度でも、年齢調整、所得調整の仕組みはある。

⁹⁶ 後期高齢者医療制度施行後の2008年度のデータで試算すべきであるが、国家公務員および地方公務員の共済組合のディスクロージャーが遅れているため、2006年度の数字を用いており2008年度以降の後期高齢者の保険料収入が含まれている。このため、「粗い試算」との位置づけである。なお、被保険者に占める75歳以上の比率は、2006年度の政管健保(当時)のデータ(社会保険庁「事業年報」)によれば1.1%であった。

3) 保険者間の財政調整

2008 年度の見込みでは、一般医療保険の保険料および公費合計は約 22 兆円、ここから後期高齢者支援金として 4.8 兆円が支出され、残りが一般医療保険の給付費等に充てられる。

日本医師会案は、高齢者に公費を集中投入するため、一般医療保険に公費を投入しないというものである。したがって、一般医療保険の財源すべてを、保険料でまかなわなければならない。

一般医療保険の保険料と給付に必要な費用は、現在はほぼ均衡している（65 頁、図 2-2-2）。今後も、保険料上限の見直し、保険料率の公平化により、当面の財政は維持できると考えられる。しかし、財政の厳しい国民健康保険、協会けんぽの公費がなくなってしまうことになり、特に国民健康保険では収入が大幅に減少する。高齢者のための医療制度において公費 9 割を実現するためには、一般医療保険における保険者間の財政調整が不可欠である。

索引

【英字】

ALS（二次救命処置）……31,32,34
 ALS（筋萎縮性側索硬化症）……70
 CBT……………33
 DPC……………42,43
 GDP……………48,49
 OECD…………20,22,25,39,48,49
 OSCE……………33

【あ】

医学部…………20-22,28-33,35,37,38
 医療収入…………53
 医師確保………22,26,27,28,30,37,38
 医師患者関係……1,8
 医師数…………20,22,23,25,26-29,53,54
 医師派遣………21,37,38
 医師不足………1-3,5,15,19,20,21,22,24
 ,25,26,28,30,31,33,37,38,40
 医師法第 17 条……32
 一般会計………72,73,76,78
 一般病床………41,46,47,54-56
 医療安全………13,39,52,53
 医療区分………44
 医療費…………1,2,3,5,15,19,28,41,44
 ,45,48,50-59,62,64-66,74
 医療保険………9,44,48,58,59,64,65
 ,71,72,81-83,85

医療保険医療費……………51
 医療保険制度………58,59,64
 医療療養病床………44,46,47,54-56

【か】

介護費……………45,53-55,74
 介護療養病床………44,47,54,55
 介護老人保健施設………4,20,25
 外来受療率………63
 かかりつけの医師………10,11,12,19
 患者一部負担………62,66
 緩和ケア………6,7
 基礎年金………60,72,73,74
 救急医療…………4,12,19,23,24
 救急医療体制………4,16
 給与……………17,79,80
 協会けんぽ………65,66,72,83-85
 共済組合………65,66,83,84
 組合健保………65,66,83,84
 クリティカルパス………43
 研修医………21,26,27,30-32,34-38
 後期高齢者………60-62,64,66
 ,72-74,80-83
 後期高齢者医療制度………50,51,58-60
 ,62,64,66,72,80,81-83
 後期高齢者支援金………65,71,72,81,82,85
 公的医療保険………71,74,79
 公費………50,51,57,62,64-67,71,72,74,85

高齢者の医療の確保に関する法律……
 41,44,59,66
 国保……………59,65,72,82
 国民医療費………48,50,51,53,55,74
 国民健康保険………59,64,66,72,79-82,85
 固定資産………53,75,80

【さ】

再生産……………52,53
 財政投融资特別会計………73
 在宅医療………4,5,6,12,16,19,41,45,47
 債務償還能力………78
 社会保障………19,44,45,48,51
 ,61,72,74,76,78
 社会保障国民会議………45,53-56,74
 社会保障費抑制………45
 終末期医療………6,7,60,61,67,68
 終末期医療に関するガイドライン……67
 受診抑制………61,63
 受療率……………62,63
 小児救急……………37,38
 消費税……………64,65,71,72,73,74
 剰余金……………76,77
 将来推計………46,48,50,51
 所得格差………62
 新医師臨床研修制度………21,30-33
 人口 1,000 人当たり医師数………20,25
 人口 1,000 人当たり看護職員数……39
 診療報酬………17,42,43,46,50-53
 ,55,56,59,60,61,64

スキマ……………73
 生活習慣病………61,63,64
 政管健保………65,83,84
 精神病床………41,47,55
 全額自費………51
 総医療費………48,49
 先進医療………4,16
 訴訟……………14,17,19

【た】

地域医療研修ネットワーク……31,32
 ,35,36
 地域間格差………67
 中医協（中央社会保険医療協議会）
 42-44,52,53,60,61,84
 賃金上昇率………53,54
 特別会計………71,74-78
 独立行政法人………74,77,78

【な】

入院受療率………62
 年金積立金………75,77

【は】

被用者保険………58,59,79,80,83,84
 標準報酬月額………79,83,84
 病床数………44,46,47,53-55
 病床利用率………44,46,54
 病診連携………16
 物価上昇率………53,54

プライマリ・ケア21,30-32
 フリーアクセス 61
 平均在院日数1,4,41,42,45,46,56,63
 保険料58-60,62,65,66
 ,71,72,74,79-85
 保険料収入 71,79,83,84
 保険料率65,79,80,83-85
 ホスピス6

【ま】

マッチング 31,32,36
 慢性期 44,62

満足度 1,2,15,42,43
 看取り 67
 無床診療所 52

【や】

有床診療所46-47,52

【ら】

リスク40,59,62,63
 療養病床 1,4,5,19,41,44,46,54
 臨床研修病院30-32,35,36
 老人保健50,60,64,66

グランドデザイン2009
 —国民の幸せを支える医療であるために—

2009年2月発行

■発行 社団法人 日本医師会
 〒113-8621 東京都文京区本駒込2-28-16
 電話 (03) 3946-2121 (代表)
 ■発行人 唐澤 祥人

高齢者医療制度に対する健保連の考え方

平成 21 年 3 月 6 日
健康保険組合連合会

1. 健保組合の過重な負担

- 平成20年度の納付金・支援金等は4100億円の負担増(実賦課額。被保険者1人当たり2.6万円の保険料引き上げに相当)の2兆7400億円。保険料収入の46%を占める。
- 20年度予算は過去最大6200億円の赤字。健保組合の9割が赤字。
- 納付金・支援金等の急激な負担増によって、西濃運輸、京樽をはじめ、解散を余儀なくされる健保組合も増えている。
- 21年度以降も健保組合には過重な負担が続き、加えて、未曾有の経済危機による保険料収入の減少もあり、極めて困難な運営を迫られている。

(別添資料①～④参照)

2. 65歳以上の別建ての制度を

- 健保連は17年の「提言」で“65歳以上の別建ての制度、“公費5割目途、などを主張。
- これに沿って、前期高齢者医療制度と長寿医療制度(以下、後期高齢者医療制度)の区分のないひとつの高齢者医療制度(公費5割投入)にすべき。

(別添資料⑤参照)

3. 公費投入の早期実現と現行制度の見直し

- 健保組合の安定運営のため、さらには、協会けんぽや国保を含めた医療保険制度全体の持続可能性を高めるためにも、前期高齢者の層への公費投入は不可欠であり、早期実現が望まれる。当面、健保組合の解散に歯止めをかけるために、国庫補助の大幅な増額が必要。
- あわせて、納付金・支援金の負担方法など現行制度の問題点を見直し、前期・後期の区分のない制度の構築につなげるべき。

(別記参照)

4. 社会保障のための安定財源確保

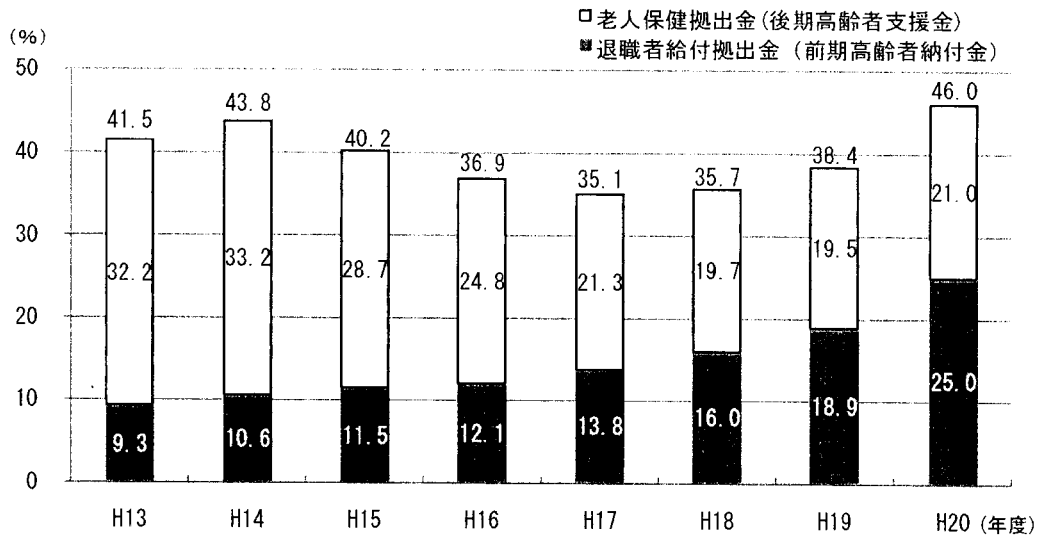
- 今後も増えつづける医療費。しかし、健保組合の負担はすでに限界。
- 社会保障費の一律削減(2200億円)方針を撤廃するとともに、消費税、たばこ税などの抜本的な税制改革により、社会保障の安定財源を確保すべき。

(別記)

現行制度における負担方法等の見直し

- (1) 前期高齢者の層への公費の投入が必要である。納付金・支援金の負担は、基本的に加入者数に応じたものとなっているため、所得水準の低い健保組合ほど負担が大きい。同公費投入を前提に、被用者保険の負担は各保険者の負担能力に見合ったものとする必要がある。また、各保険者の負担が過大にならないよう、十分な軽減措置を講じるべきである。【前期・後期共通】
- (2) 負担能力のない子供等、一定年齢以下の被扶養者は、納付金等の算定対象から除外すべきである。【前期・後期共通】
- (3) 前期高齢者医療制度の調整によって、健保組合は実人員の約5倍(70万人→360万人)の給付費を負担することになるが、後期高齢者支援金まで360万人相当分を負担することは不合理であり、見直すべきである。(“水増し問題、”)。【前期】
- (4) 前期高齢者医療制度は、基本的には給付費を調整する仕組みであるが、前期高齢者が負担する保険料をまず給付費に充て、そのうえで不足分を調整する仕組みとすべきである。【前期】
- (5) 後期高齢者医療制度では、若年者の支援金は給付費の約4割とされているが、現役並み所得のある高齢者の給付費に公費負担がなされていないため、その分が支援金に上乗せされている(→44%)。支援金ではなく、公費や高齢者の保険料で賄うべきである。【後期】
- (6) 現行制度では、納付金・支援金を一方的に賦課される。費用を負担する保険者等が直接その運営に参加する仕組み(運営協議会等)を設けるべきである。【前期・後期共通】

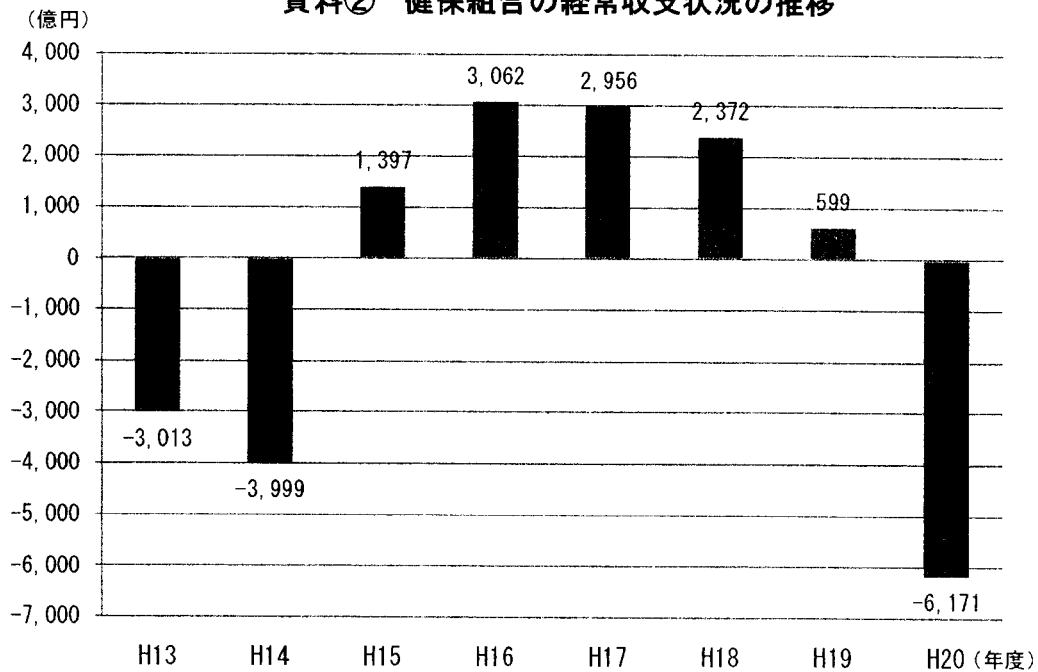
資料① 健保組合の保険料収入に占める拠出金割合の推移



(注1) 平成13年度～18年度までは決算、19年度は決算見込み、20年度は予算。

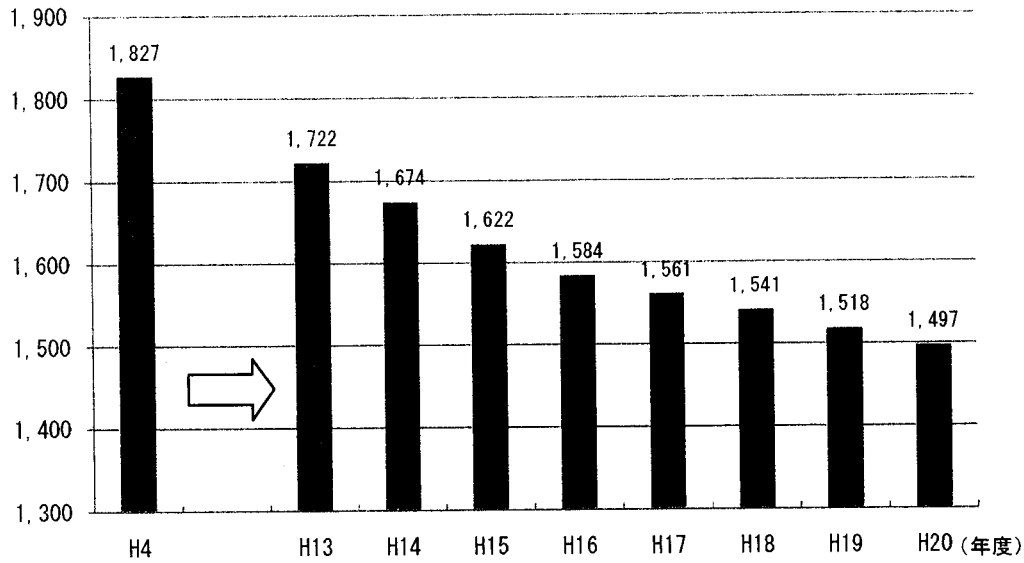
(注2) 20年度の後期高齢者支援金には20年3月分の老人保健拠出金の負担分を、前期高齢者納付金には20年3月および4月以降の経過措置に伴う退職者拠出金の負担分を含む。

資料② 健保組合の経常収支状況の推移



(注) 平成13年～18年度までは決算、19年度は決算見込み、20年度は予算の数値。

資料③ 健保組合数の推移

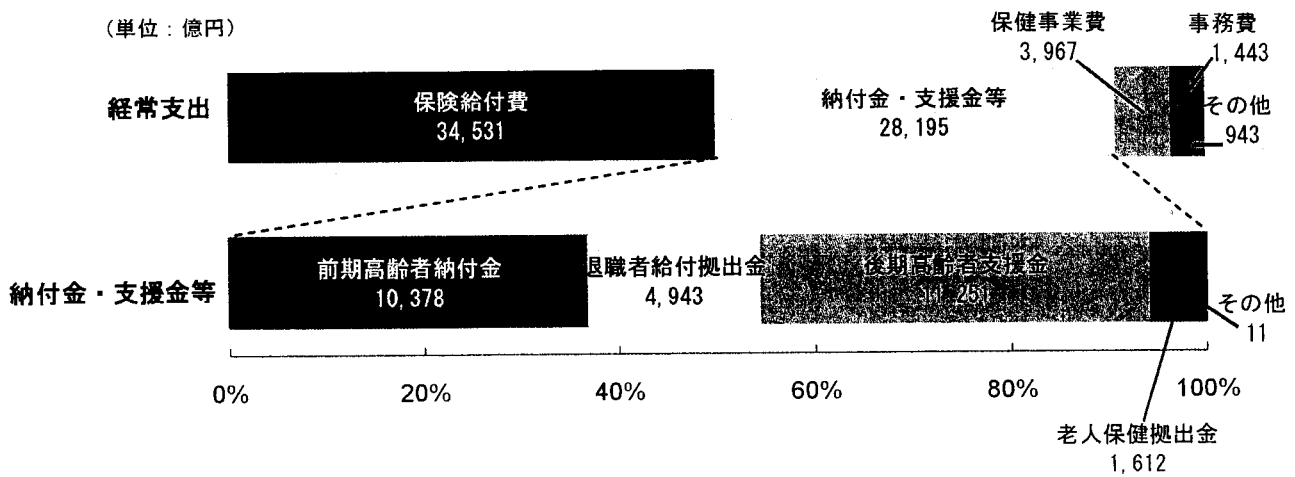


(注) 平成 19 年度以前は年度末、20 年度は 21 年 3 月 1 日現在の数値。

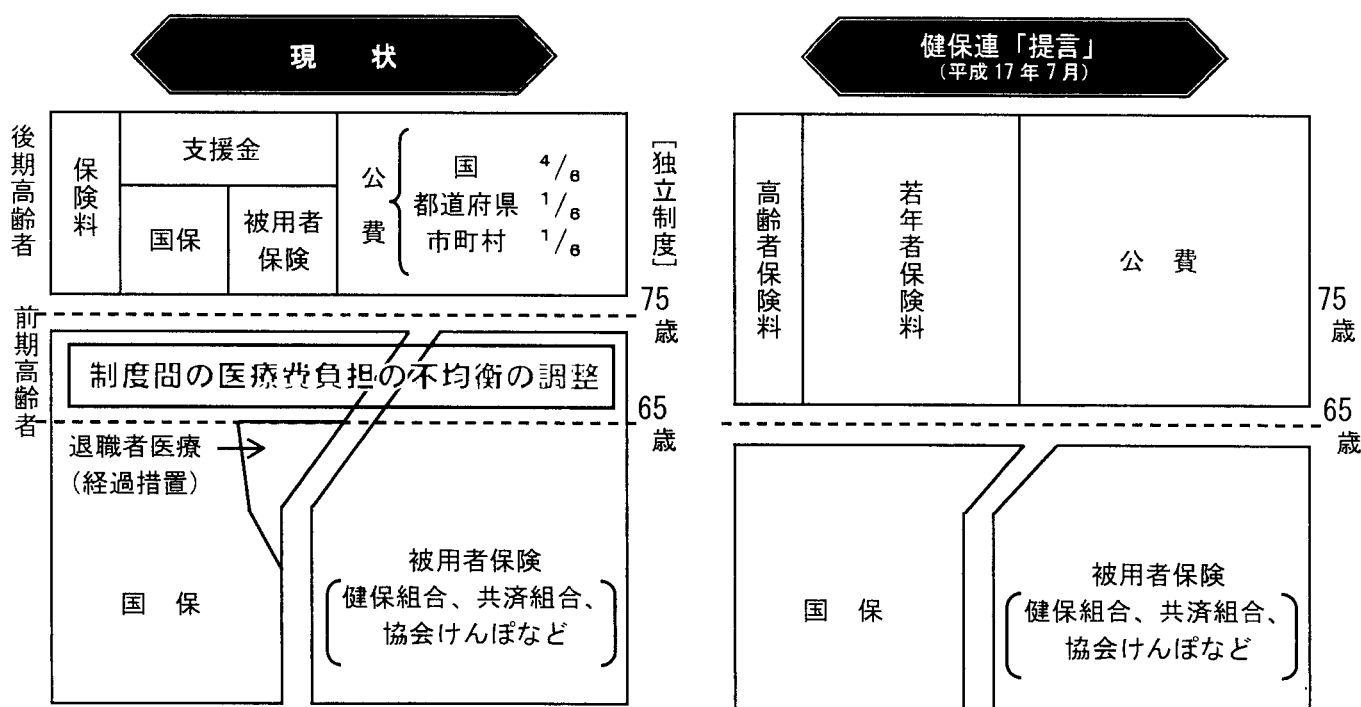
健保組合数のピークは平成 4 年の 1,827 組合。

資料④ 健保組合の経常支出および納付金・支援金等の内訳 (20 年度予算)

(単位：億円)



資料⑤ 高齢者医療制度に関する健保連の考え方



制度の特徴

■後期高齢者医療制度 (長寿医療制度)

- 75歳以上の人と65歳から74歳の一定の障害のある人を被保険者とする独立した医療制度。
- 後期高齢者の医療費全体から、患者が窓口で支払う一部負担金を差し引いた額を、概ね公費5、各保険者が拠出する後期高齢者支援金4、後期高齢者の保険料1の割合で賄う。

■前期高齢者の加入割合の違いによる負担の不均衡を是正するしくみ

- 65歳から74歳までの前期高齢者の医療費を各保険者が共同で負担するしくみ。
- 各保険者の前期高齢者の医療費をベースに、どの保険者も前期高齢者が同じ割合で加入していると仮定して調整が行われる。

制度の特徴

- 65歳以上の高齢者を対象とした独立型の制度。
- 現行の後期高齢者医療制度を前期高齢者の層に拡大するイメージ
- 運営責任主体となる保険者は、都道府県単位で行政から独立した公法人。費用負担者が運営に参画するしくみ。
- 患者一部負担をのぞく医療給付費について、公費負担5割を目的。それ以外の部分を、高齢被保険者と若年被保険者の人数比で按分し、それぞれ保険料として負担。
- 若年者の負担は、被用者保険と国保の若年者数で按分し、被用者保険では報酬(負担能力)に見合ったものとする(上限を設ける)。

財政調整・一元化阻止特別委員会 最終報告

平成20年12月4日



www.kenporen.com

目次

| | |
|---|----|
| 財政調整・一元化阻止特別委員会 最終報告 | 1 |
| 別添1 財政調整・一元化に対する健保連の考え方 | 3 |
| はじめに | 3 |
| 1. 一元化の問題点 | 4 |
| 2. 財政調整の問題点 | 6 |
| 3. 望ましい制度運営と財源政策 | 9 |
| おわりに | 11 |
| 参考資料1. 一本化、一元化、財政調整に関する概念整理 | 12 |
| 参考資料2-1. 財政調整・一元化に対する団体等の考え方 | 13 |
| 参考資料2-2. 財政調整・一元化に関する国会答弁 | 14 |
| 参考資料3. 医療保険制度における財政移転 | 15 |
| 参考資料4. 国民健康保険（市町村）・政府管掌健康保険・組合管掌健康保険の比較 | 16 |
| 参考資料5. 制度別医療費実績 | 17 |
| 参考資料6. 健保組合数の年次推移 | 18 |
| 参考資料7. 保険料収入に対する支援金・納付金の割合別組合数 | 18 |
| 参考資料8. 高齢者医療制度に関する健保連の考え方 | 19 |
| 参考資料9. 世帯主の年齢階級別1人当たり所得再分配状況 | 20 |
| 参考資料10. 世帯主の年齢階級別1世帯当たり家計資産額 | 20 |
| 参考資料11. 国保の所得階級別保険料負担率 | 21 |
| 参考資料12. 国保財政の現状 | 22 |
| 参考資料13. 諸外国の医療制度改革 | 23 |
| 付属資料 健保組合の活動事例 | 27 |
| 別添2 今後の課題として他の委員会等に検討を求める事項 | 36 |
| 別添3 特別委員会の審議経過 | 37 |
| 別添4 財政調整・一元化阻止特別委員会委員名簿 | 39 |

財政調整・一元化阻止特別委員会 最終報告

1. 審議経過

本特別委員会は、政管健保（現協会けんぽ）への支援措置を受け入れる条件とした「20年度限りの措置とすること」を実現するために本年2月に設置され、6月に財政調整・一元化を阻止するためのアクションプラン、社会保障予算等に関する健保連の考え方を含む中間報告をまとめた。

その後、6回の会合を開いて、財政調整・一元化に反論するための理論構築と今後の課題として関係委員会等に検討を求める事項を整理し、ここに最終報告をまとめた。

またこの間、健保連は、21年度政府予算の概算要求基準が決定したのを受けて、7月30日に「平成21年度政府予算編成に関する見解」を公表し、8月には本部と都道府県連合会を中心に国会議員への要請活動を行い、政管健保への支援措置は21年度以降、絶対に認めないことなどについて理解を求めた。11月17日に開催した健保組合全国大会でも、「制度間の財政調整・一元化構想の断固阻止」をスローガンの一つに掲げた。

2. 審議結果

1) 「財政調整・一元化に対する健保連の考え方」について

財政調整・一元化を阻止するためには、健保連として明確な理論を構築し提示する必要があるとの認識から、これまで健保連が提言等で示した財政調整・一元化に関する考え方を基本に、最近の制度改革の動向等を踏まえた検討を行った。

その結果、医療保険は同質な集団をベースに加入者が連帯感をもって運営に参加することが望ましく、制度の合理性、実現可能性から考えても、一元化・一本化は行うべきではないこと、また、加入者の所得水準の違いによる負担の不均衡は正は税により行うべきであり、制度間の財政調整は、健保組合の自主性・自立性を失わせるとともに、現在でも過大な健保組合の高齢者医療費負担をさらに増加させ、健保組合制度の崩壊、ひいては皆保険体制の破綻を招く恐れがあるという結論に達した。

理論構築の結果は、別添1の「財政調整・一元化に対する健保連の考え方」としてまとめた。

2) 「今後の課題として他の委員会等に検討をを求める事項」について

理論構築に関する審議を進めるなかで、反対活動や理論構築をあわせて、財政調整・一元化を阻止するために検討が必要な課題が明確になった。別添2に示した①高齢者医療制度の見直し、②組合方式推進のための方策、③健保組合間の共同事業のあり方、④健保組合の設立・解散基準のあり方、⑤非正規雇用に対する医療保険適用のあり方の5項目である。

なかでも、高齢者医療制度の見直しは最も重要である。前期高齢者への公費投入、さらには65歳以上を対象とする別建ての制度の実現により、健保組合の将来展望を開く必要がある。また、健保組合に集う加入者を拡大し、その事業や活動を通じて優位性を示すことは、財政調整・一元化に対する大きな歯止めとなる。健保組合間の共同事業は、健保組合の基盤強化のみならず、「いいとこ取り」といった批判への対抗措置としても重要である。

今後、関係委員会、事務局において検討いただきたい。

3. 現状と今後の対応

政管健保支援特例措置法案は、2月に国会に提出されて以降、一度も審議されないまま継続審議となり、臨時国会においても審議開始の見通しが立っていない。現在の情勢では、同法案が成立する可能性は低いと考えられる。

社会保障費の一律削減については、野党にとどまらず与党内でも批判が強く、社会保障国民会議が社会保障の機能強化を内容とする最終報告をまとめ、社会保障に対する安定的財源確保のための改革を求めるなど、見直しの気運が高まっている。

しかし、政府は歳出・歳入一体改革路線を維持しており、財政制度等審議会が11月26日にまとめた「平成21年度予算の編成等に関する建議」でも、21年度以降も被用者保険制度間の財政調整を行うよう求めている。年末の政府予算案の決定に向けて、財政調整案が再浮上する可能性がまったくないとは言えない。また、高齢者医療制度の見直し論議に関連して、財政調整・一元化論が勢いを増すことも考えられる。

したがって、今後は、政府の予算編成、税制改革論議、高齢者医療制度に関する議論等の動向を注視し、中間報告のアクションプランにもとづいて、時機を逸しない行動を展開するとともに、最終報告でまとめた「財政調整・一元化に対する健保連の考え方」を健保組合の共通認識とし、主張を展開することが重要である。

平成20年12月4日

財政調整・一元化阻止特別委員会
委員長 東芝健康保険組合理事長
白川 修二

財政調整・一元化に対する健保連の考え方

はじめに

1) 財政調整・一元化論の現状

政府は、平成 15 年 3 月に閣議決定した医療制度改革の基本方針のなかで、「保険者の自立性・自主性を尊重した上で、医療保険制度を通じた給付の平等、負担の公平を図り、医療保険制度の一元化を目指す」とした。

給付については、これまでの改革で給付率が 7 割（70 歳以上の高齢者等を除く）に統一され、また負担については、18 年の制度改革にもとづいて 20 年から高齢者医療制度が実施されたことにより、われわれの主張とは合致しないが、政府の狙いは実現されたとも言える。

しかし、医療保険制度間の負担には依然として不公平があるとして、制度の一本化や制度間の財政調整を求める意見がある。最近の議論は、国の財政事情や格差論を背景にしているのが特徴で、地域保険への一元化といった主張もある。

厚生労働省が 20 年度予算編成に際して提案した財政調整案は、格差解消を名目としながら、その実態は社会保障費 2200 億円を削減するために、健保組合等に拠出させた財源の大半を政管健保に対する国庫補助の削減に充てる「肩代わり」であった。

2) 皆保険体制の破綻を招く財政調整・一元化

健保組合・健保連は、従来から老人保健制度のような拠出金による負担方式や、昨年、政府が提案したような所得にもとづく財政調整、制度そのもの一元化・一本化に反対してきたが、本年 2 月以降、特別委員会を設けて改めてその問題点を検討してきた。

その結果、以下の結論に達した。

- ① 医療保険は同質な集団をベースに加入者が連帯感をもって運営に参加することが望ましく、制度の合理性、実現可能性から考えても、一元化・一本化は行うべきではない。
- ② 加入者の所得水準の違いによる負担の不均衡の是正は税により行うべきであり、制度間の財政調整は、健保組合の自主性・自立性を失わせるとともに、現在でも過大な健保組合の高齢者医療費負担をさらに増加させ、健保組合制度の崩壊、ひいては皆保険体制の破綻を招く恐れがある。

〔参考資料 1. 一本化、一元化、財政調整に関する概念整理〕

〔参考資料 2-1. 財政調整・一元化に対する団体等の考え方〕

〔参考資料 2-2. 財政調整・一元化に関する国会答弁〕

1. 一元化の問題点

1) 医療保険の特質への不適合

一元化は、制度の基本にかかわる重要な問題である。制度のあり方に関する本質的な議論を行わないまま、国の財政事情や格差問題に対する批判の高まりに安易に同調して制度の基本を変更するようなことは、絶対にあってはならない。

医療保険は、人口構成や賃金・物価、保険料収入等にもとづく財政計算が主体の年金保険とは異なり、医療をめぐる保険者、患者・被保険者、医療提供者等がかかわる複雑な制度である。

このため、医療保険制度は、望ましい医療・保健サービスの実現に向けて、保険料を負担する加入者が連帯感を持って運営に参加することが重要である。加入者・患者の声を代弁するために、また疾病予防、医療費適正化等のために、保険者が果たすべき役割も大きい。

医療保険のこうした特質から考えると、制度体系は、その多くが退職者とその配偶者で地域のなかで生活することが多い高齢者の制度を別建てとして、会社で働く現役世代の被用者は健保組合、協会けんぽ（旧政管健保）等の被用者保険に、地域とのつながりが強い自営業者や法人以外の小規模事業所で働く被用者は国保（国民健康保険）に加入する多元的な体系とし、それぞれの保険者が運営に努力する体制をとるべきである。

2) 欠落している健保組合の実績評価

また、医療保険の運営方式は、同質な集団をベースとし、加入者が参加する民主的で自主的な組織が担う組合方式が最も適している。一元化の主張には、健保組合の実績に対する評価が欠落している。

健保組合は、生活習慣病予防などの保健事業を積極的に展開してきたほか、他制度に先駆けてレセプト点検、医療費通知に取り組むなど、医療保険のリーダー的な存在となっている。健保組合には以下のような優れた点がある。

- ① 小集団による行き届いた管理運営が可能であり、職域における疾病発生の状況・特徴などに対応した予防対策、被保険者・家族への適切な健康教育・相談などの活動を、事業主との協力のもとで効率的かつ効果的に進め、加入者の健康を支援すると同時に、医療費の適正化に向けた様々な活動を行うことができる。とくに、急速に高齢化が進むわが国において

ては、生活習慣病に積極的に対応することが重要であり、健保組合の疾病予防の先駆的取組みを他の保険者にも広げていくことが求められる。

- ② 同一企業あるいは同種同業の集団という構造から、連帯感や共同意識が強く、運営における責任体制が確保される。
- ③ 事業主、被保険者が積極的に事業運営に参加し、自分の健康は自分たちで守るという意識のもとに、経営感覚を活かした運営が実現できる。

健保組合のなかには、大企業の組合だけではなく、協会けんぽに加入しているような中小規模の企業が複数集まって組織する総合組合も多数存在する。総合組合には、健保組合加入者の約3分の1にあたる1000万人が加入しており、給付費に対する国庫補助を受けずに、事業主・被保険者が一体となって効率的な運営を行っている。

3) 一元化の非合理性と非現実性

国や都道府県を運営主体として一元化（一本化を含む）した制度は、実質的には税を財源として医療保障を行うに等しい。医療保険制度とは言いがたく、財政規律や経営努力へのインセンティブを喪失する恐れがある。

また、制度の一元化には以下のような問題があり、実現可能性は極めて小さい。

- ① 運営を国や都道府県が担うとすれば、健保組合は解散することになり、これまで培ってきたノウハウや人材は失われる。今以上に効率的な運営が行われる保証はなく、むしろ医療費の増大や、疾病予防・健康増進活動でのサービスの低下が懸念される。民営化、「官から民へ」という公的サービス提供の流れにも逆行する。
- ② 被用者、退職者、自営業者等が加入する一元化された制度のなかで、公平で統一的な保険料賦課方法を確立することは極めて困難である。一元化した制度では、所得把握や保険料収納率の違いから、総じて被用者が不合理かつ多額な負担を強いられる可能性が高い。
- ③ この他に、事業主負担が法定化できるのか、国庫負担をどのように投入するのかといった問題もある。

制度を一元化すれば全ての問題が解決し、合理的な制度が実現できるような主張がみられるが、問題は解決するどころか新たな矛盾や不合理が生じ、加入者の不満が高まることは明らかである。

一元化には、制度間に存在する所得把握や保険料収納率、経営努力の違い等を隠蔽する面があり、高齢社会において求められる保険者機能の強化の方向に逆行することも大きな問題である。

〔付属資料 健保組合の活動事例〕

2. 財政調整の問題点

1) 意識されていない税と保険料の違い

多面的な制度体系のもとでは、加入者の所得、年齢等の違いによって、制度間の負担に不均衡が生じるが、行政が運営する市町村国保と公法人が運営する被用者保険、また同じ被用者保険でも、企業や業種を単位に平均2万人が加入する1500の健保組合と、3600万人が加入する単一組織の協会けんぽでは、制度の存立基盤や運営組織、加入者の就労・稼得の実態等が異なることから、原則的に制度間の財政移転は行うべきではない。

しかし、負担の不均衡が、高齢者の加入割合の違いなど、多面的な制度体系から生じるものであって、社会通念が許容する範囲を超えるほど大きい場合は、何らかの方法で調整することはやむを得ない。

わが国の医療保険制度においては、所得水準の違いによる負担の不均衡は国庫負担・国庫補助、高齢者の加入割合の違いによる負担の不均衡は医療費の共同負担で調整する体制が整えられてきた。

これは、拠出金方式等の問題を残しつつも、先に述べたような医療保険の特質のほか、給付と負担の対応関係の確保、制度の効率的運営、被用者保険における組合方式の推進、制度間の財政力格差の是正、医療保障に対する国の責任といった理念と制度を現実的に調和させる方法として構築され、法制化されたものである。

所得水準の違いによる負担の不均衡を是正するための制度間の財政調整は、実質的に所得と負担に着目した所得の再分配にほかならないが、医療保険制度は所得再分配を主要な目的とするものではない。所得再分配は、税によって行うのが本来のあり方である。

また、医療保険制度間において所得再分配を行うことは、高齢化にともなって急増する医療費の負担を、主に賃金によって生計を立て、所得が相対的に高く税負担が多い健保組合の加入者により重く課す結果となる。この点からも、所得再分配は保険料ではなく、賦課ベースの広い税によって行うべきである。

医療と並ぶ社会保障の大きな柱である年金制度においては、基本的に保険料負担額に対応した年金額が支給され、保険料による所得再分配は低所得者への給付等に限定されている。税と保険料は、公的な負担という点では類似しているが、その目的や機能は異なることを銘記すべきである。

2) 負担の不均衡是正の現状と健保組合の過大な負担

医療保険制度の財源をみると、健保組合は収入のほぼ全額が保険料である。一方、健保連の試算では、20年度は国保に4兆1100億円の国庫負担等と被用

者保険からの納付金等を財源とする3兆3600億円の前期高齢者交付金等が、協会けんぽには9400億円の国庫補助が投入される。

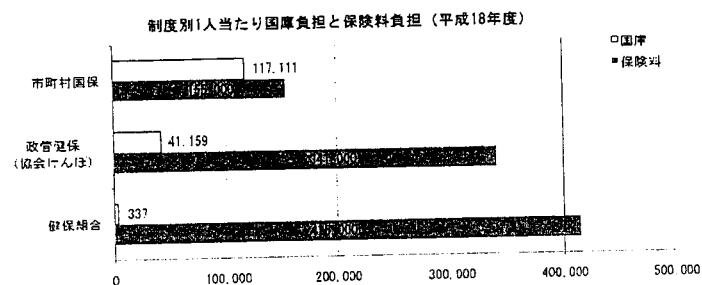
負担については、政府が財政制度等審議会などに提出した資料によると、18年度における1世帯当たり保険料（被用者保険は事業主負担を含む被保険者1人当たり保険料）は、国保が15.5万円、政管健保が34.1万円、健保組合が41.5万円、健保組合が最も多い。

また、20年度は、高齢者医療制度が実施されたことにより、支援金等の額は19年度と比べ国保が4500億円の大幅減、協会けんぽが300億円の微増となっている一方で、健保組合は4100億円も増加しており、健保組合の負担は単純計算でも被保険者1人当たり2.6万円増加する。

こうした各制度の財政移転と負担の現状から、以下のようなことが言える。

- ① 高齢者の加入割合の違いによる負担の不均衡は、健保組合、協会けんぽなどの被用者保険が拠出した前期高齢者納付金等を国保に投入することによって是正されている。
- ② 所得水準の違いによる負担の不均衡は、国保については給付費と後期高齢者支援金に対する国庫負担によって是正されている。協会けんぽについては、給付費と前期・後期高齢者医療制度の支援金等に対する国庫補助によって一定程度まで是正されている。
- ③ 一方で、国庫補助をほとんど受けずに自立的な財政運営を行っている健保組合が、多額かつ過大な負担を強いられている。

われわれ健保組合は、制度間における高齢者の加入割合の違いによる負担の不均衡を是正することにやぶさかではない。しかし、現状においても健保組合の前期高齢者納付金等の負担は過大であり、それが高齢者医療を支えている健保組合の存立に危機的な状況をもたらしているのである。



注1：市町村国保は1世帯当たり、被用者保険は被保険者1人当たり額である。
被用者保険の保険料には、事業主負担分を含む。
注2：国庫負担は、厚生労働省資料に基づく平成18年度予算ベース。
注3：保険料負担は、「財政制度等審議会 財政構造改革研究会」資料（平成20年5月13日）に基づく。
保険料額には介護分が含まれている。

なお、上記の政府の資料によると、所得に対する保険料の割合（負担率）は、国保11.83%、政管健保14.89%、健保組合11.22%（保険料率は、政管健保8.2%、健保組合7.32%）となり、健保組合が最も低い。しかし、ここに示されているのは税法上の「所得」であり、「収入」ではない。この数値が負担能力の実態を正しく示しているのか、また、他制度との比較に耐えるかについては、以下の点から問題が多い。

- ① 国保に加入する世帯の18.5%は自営業者世帯であるが、自営業者については「クロヨン」等といわれるように、従来から所得把握が十分でないとの指摘がある。自営業者は減少しており、所得把握が不十分だとしても大きな影響はないとして、財政調整の実施を求める主張があるが、被用者側の不公平感は依然として強く、無視していい問題ではない。
- ② 国保に多数加入している退職者が受給する公的年金には、給与所得控除の約2倍の公的年金等控除が適用されており、資料は同一の条件で比較したもとはいえない。
- ③ 協会けんぽには、いわゆる「法人成り」の事業所が加入している。「法人成り」には節税等の様々なメリットがあるとされることから、協会けんぽに加入する被保険者の標準報酬の把握に疑問なしとしない。

【参考資料3】 医療保険制度における財政移転

【参考資料4】 国民健康保険（市町村）・政府管掌健康保険・組合管掌健康保険の比較

3) 限界に達している保険料による不均衡是正

以上のように、健保組合は高齢者の加入割合の違いによる制度間の負担の不均衡を是正するために多額の負担をしており、保険料による不均衡是正はすでに限界に達している。また、以下の理由からも、拠出金による負担方式や所得にもとづく財政調整は行うべきではない。

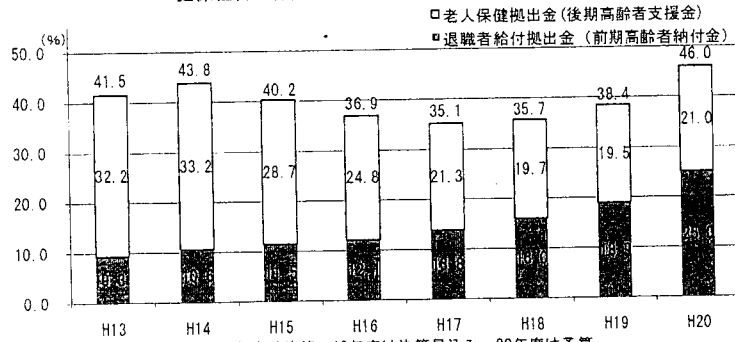
- ① 健保組合は、加入者1人当たり医療費が他制度より低いにもかかわらず保険料負担が多い。負担と給付の対応関係から、過大な負担は加入者の納得を得られない。
- ② 負担が増えれば、さらに多くの健保組合が解散に追い込まれ、医療保険を支えてきた健保組合制度自体が崩壊する。
- ③ 負担増によって健保組合の財政が悪化し、解散組合が増えれば、協会けんぽへの国庫補助が増えるという悪循環が生じる。
- ④ 経営努力やその他の要素を考慮せず、負担だけに着目して調整を行うことは過剰な調整であり、公平とはいえない。保険者の経営意欲も減退させる。また、所得にもとづく財政調整はもとより、拠出金による負担方

式は、健保組合の財産権を侵害するのではないかと疑いもある。

- ⑤ 健保組合の支援金等の負担は、すでに保険料収入の45%を超えている。本来、加入者への給付に使われるべき保険料の多くを他制度に拠出することは、保険制度の意義や保険者の自主性・自立性を損ねる。
- ⑥ 拠出金による負担方式は、保険者が制度の運営や負担額の決定に関与できないなど、透明性を欠く面がある。

従って、政府は、財政調整によって健保組合の負担を増やすのではなく、高齢者医療に対する国庫負担等の拡大により、医療保障に対する国の責任を果たし、医療保険制度の安定的運営を確保すべきである。

健保組合の保険料収入に占める拠出金割合の推移



注1) 平成13～18年度は決算、19年度は決算見込み、20年度は予算
 注2) 20年度の後期高齢者支援金には20年3月分の老人保健拠出金の負担分を、前期高齢者納付金には20年3月および4月以降の経過措置に伴う退職者拠出金の負担分を含む。

- [参考資料5. 制度別医療費実績]
- [参考資料6. 健保組合数の年次推移]
- [参考資料7. 保険料収入に対する支援金・納付金の割合別組合数]

3. 望ましい制度運営と財源政策

1) 組合方式の推進

高齢化による医療費の増加が避けられななかで、医療保険はこれまで以上に効率的かつ効果的に運営し、医療費を合理化・適正化する必要がある。

このため、今後の制度運営は、多面的な制度体系のもとで、自主的・民主的な組織形態による運営を推進すべきであり、それによって保険者としての本来の機能や役割を果たすことが可能となる。とくに、被用者保険においては、組合方式を推進し、健保組合の設立や協会けんぽから健保組合への事業

所編入を進めることが重要である。健保組合の設立等を促進することで、協会けんぽへの国庫補助も削減できる。

また、国保についても、行政から分離した独立の組織形態による運営を導入すべきである。

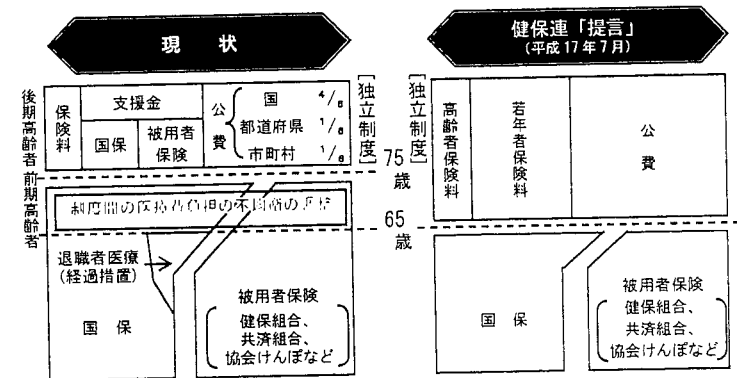
2) 高齢者医療制度の改革

健保組合の過大な負担を是正し適正なものとするためには、高齢者医療制度の見直しが必要である。健保連は、17年7月に公表した「新たな高齢者医療制度の創設を含む医療制度改革に向けての提言」のなかで、高齢者医療制度は65歳以上を対象とする別建ての制度とするよう求めている。

現在の定年制度や雇用制度から考えると、被用者の多くが65歳までに退職し、収入が給与所得から年金所得へ移行するなど、65歳を境に生活の様相が大きく変化する。今後、団塊世代を中心に65歳以上人口が増加すること等から、現在、前期と後期に区分されている高齢者医療制度は、前期高齢者への公費投入を行うとともに、後期高齢者医療制度の対象年齢を65歳以上とすることにより、ひとつの制度に統合するべきである。

この場合、保険料、支援金、公費負担、給付率等について、基本的な見直しを行うが必要になる。その際には、現役世代と高齢者の負担の公平をはかる観点から、高齢者世帯は現役世代に比べ所得や資産の格差が大きいことに配慮しつつ、高齢者の1人当たり再分配所得や資産保有額が現役世代より多いことを踏まえた検討が必要である。

運営主体については、財源を負担する医療保険者や被保険者である住民が直接、運営に参加する仕組みをつくるべきである。



参考資料1. 一本化、一元化、財政調整に関する概念整理

[参考資料8. 高齢者医療制度に関する健保連の考え方]

[参考資料9. 世帯主の年齢階級別1人当たり所得再分配状況]

[参考資料10. 世帯主の年齢階級別1世帯当たり家計資産額]

3) 国保と協会けんぽの改革

国保については、同一保険者のなかで保険料負担率が低所得者ほど高く高所得者ほど低い、一般会計からの多額な法定外繰入れを行っているなどの問題がある。少なくとも賦課限度額の引上げを直ちに実施し、問題解決をはかるべきである。

また、国保組合についても、そのあり方や国庫負担について見直す必要がある。

協会けんぽは、公法人化の目的に沿って、まずは自主的・自立的な運営が行われるよう、最大限の努力をする必要がある。

また、財政状況、事業計画とその執行状況、運営上の諸規定等の情報公開を徹底し、運営を透明化すべきである。

[参考資料11. 国保の所得階級別保険料負担率]

[参考資料12. 国保財政の現状]

4) 社会保障のための安定的財源の確保

政府は、国民が安心して納得できる医療を受けられるようにするため、診療報酬体系の簡素・合理化、医療機関の機能分化と連携強化、療養病床の再編、生活習慣病予防対策の推進等に努めるべきである。

また、高齢化による医療費の増加が確実ななかで、公費の果たす役割はますます大きくなる。消費税やたばこ税の引上げ等の税制改革により、社会保障のための安定的な財源を早急に確保すべきである。

おわりに

財政調整・一元化に対する健保組合・健保連の考え方は以上のとおりであり、断固として反対する。

これをもとに、今後、関係者はもとより広く国民の間で活発な議論が行われることを期待したい。

なお、その際の参考として諸外国の医療制度改革の動向をまとめたので、活用いただきたい。

[参考資料13. 諸外国の医療制度改革]

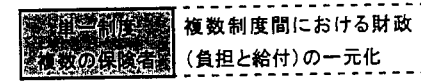
＜保険者の一本化＞

＜保険者の分立・財政等自己責任＞

1. 一本化



2. 一元化



3. 財政調整



4. 共同事業



1. 一本化

一本化は、その言葉どおり典型的な形としては、「単一の制度、単一の保険者(例えば国が保険者)」を意味する。ただし、論者によっては、「単一の制度のもと、保険者が複数存在(例えば国が統括し、地方公共団体が保険者)」を含めて一本化という場合がある。

2. 一元化

一元化とは、その言葉どおり大もとが一つであることを意味し、二元論、多元論に対峙する概念である。典型的な形としては、「地域保険による一元化」にみられるように、単一の制度、複数保険者を意味する。ただし、論者によっては複数制度間において負担・給付が概ね同一の場合を含めて(財政の一元化)という場合がある。

3. 財政調整

財政調整とは、その言葉どおり複数の制度間において財政の不均衡を調整する仕組み、概念である。その形態は様々であるが概ね次のとおり。

- 制度、保険者の視点からみれば、全保険者間、被用者保険間でのケース(支援金等)があり、また、国庫負担による調整もある。
- 調整対象の視点からは、①年齢リスク、②所得の大きく2つの要素に区分される。
- また、財政調整を一定限度に限定せず踏み込んで行くと、結果的に財政の一元化とあまり変わらないことになる。

4. 共同事業

多面的な制度体系のもとでは、各制度内の保険者間で財政調整的な事業が実施されており、これは「共同事業」として位置付けられる。

また、老人保健制度(当時)については創設時の政府説明として、財政調整ではなく、保険者による共同事業とされたが、実質的には財政調整と位置付けられる。

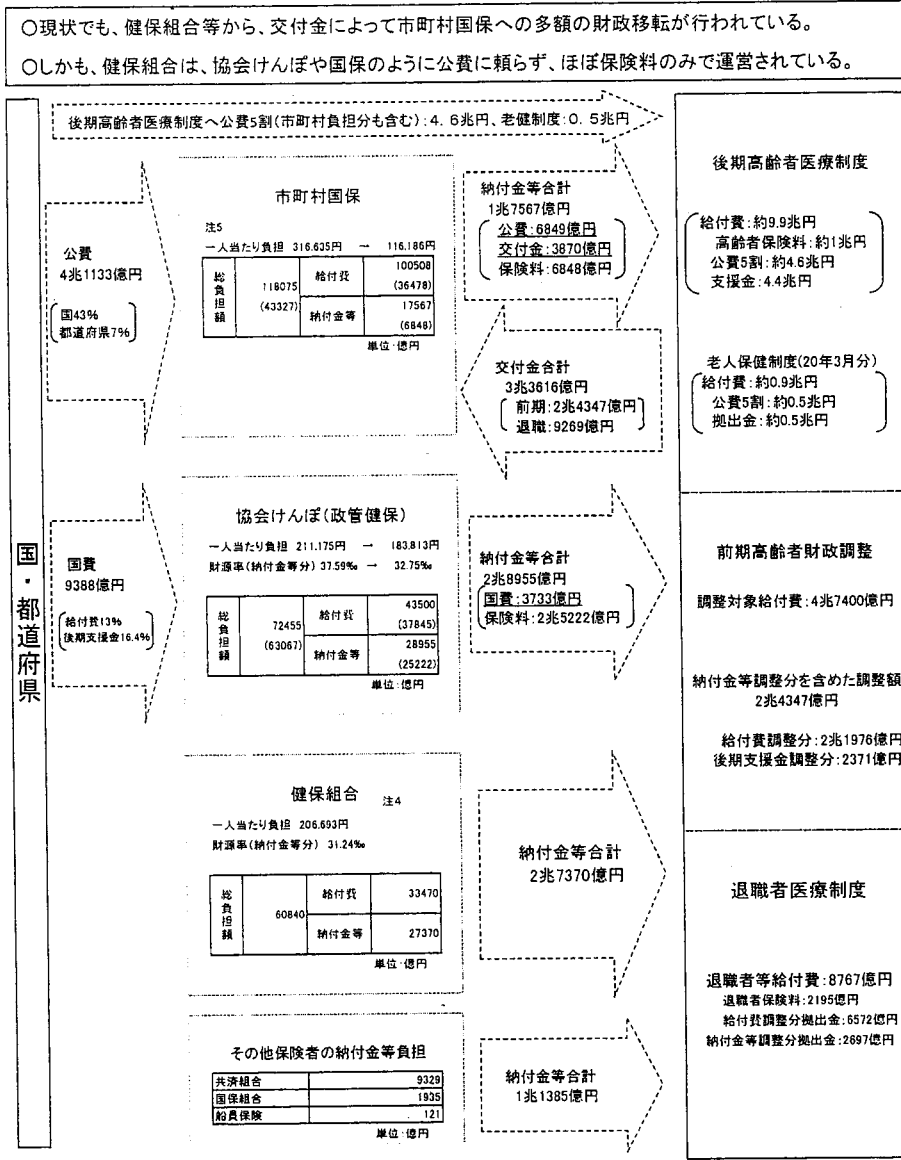
参考資料2-1. 財政調整・一元化に対する団体等の考え方

| | |
|--|---|
| 日本経団連 国民が納得して支える 医療制度の実現 (平成17年10月) | 一般医療保険者の間での財政調整は行うべきではない。各保険者ごとに保険者機能発揮への取り組み度合いが異なる状況下では、新たな財政調整の仕組みを設けても真に公平な負担は達成されず、むしろ保険財政の運営に対するモラルハザードを招くだけである。 |
| 連合 2008～2009年度 政策・制度要求と提言 (平成19年5月) | 広域連合による運営が、財政面の見直しを行っても、十分な保険者機能を発揮できない場合は、退職高齢者が被用者健保の被保険者として引き続き継続加入する「退職者健康保険制度」(仮称)を創設し、国民健康保険と被用者健保が自立性を発揮できる仕組みとする。制度間の財政調整は行わない。 |
| 日本医師会 「高齢者のための医療 制度」の提案 (平成20年10月) | 75歳以上を独立させた高齢者医療制度とし、75歳未満に投入している現行の公費を75歳以上に移管。医療費の9割に公費を投入し、残り1割は高齢者の保険料と自己負担で賄う。公費の移管により75歳未満で不足する財源については、標準報酬、賦課額の上限の引き上げ、健保組合、共済組合の保険料率を協会けんぽと同水準まで引き上げる、保険者間の財政調整の強化等により対応する。 |
| 全国市長会 医療保険制度改革及 び医師確保対策等 に関する決議 (平成20年11月) | 国の責任において、給付の平等、負担の公平化を図り、安定的で持続可能な制度を構築するため、国を保険者とし、すべての国民を対象とする医療保険制度への一本化を図ること。 |
| 財政制度等審議会 平成20年度予算の編 成等に関する建議 (平成19年11月) | 健保組合と政管健保の保険料率の格差は拡大しており、健保組合の間でも大きな格差がある状況の中、厳しい国の財政状況を踏まえれば、国庫補助による調整には限度がある。所得などの保険者努力が及ばない要因については、各保険者の自主性・自立性には配慮しつつ、保険料によって調整を行うことが適切である。 |
| 財政制度等審議会 平成21年度予算の編 成等に関する建議 (平成20年11月) | 平成20年度においては、財政状況の良好な健保組合等により政管健保を支援する措置等を定める法案が国会に提出されたが、平成21年度においても、被用者保険全体として、負担の公平化を図る取組みを行うことが適当。国保組合についても組合間の財政状況に格差があることを踏まえ、更なる負担の公平化にも取り組むべき。 |
| 厚生労働省 健保法等一部改正法 附則第2条第2項の規 定に基づく基本方針 (15年3月閣議決定) | 保険者の自立性・自主性を尊重した上で、医療保険制度を通じた給付の平等、負担の公平を図り、医療保険制度の一元化を目指す。 |
| 政府・与党医療改革 協議会 医療制度改革大綱 (平成17年12月) | 都道府県単位を軸とする保険者の再編・統合を進め、保険財政の基盤の安定を図り、医療保険制度の一元化を目指す。 |
| 舛添厚生労働大臣 長寿医療制度と国民 健康保険の一体化に 関する私案 (平成20年10月) | 長寿医療制度と国民健康保険を一体化し、都道府県単位の運営に再編する(制度の一体化に伴い被用者健保からの財政調整の仕組みも今後の課題としている)。 |
| 民主党 民主党政策 INDEX2008 (平成20年10月) | 後期高齢者医療制度を廃止。廃止後は、老人保健制度にいったん戻し、被用者保険と国民健康保険を順次統合しつつ、将来的には、「医療保険の一元化」を実現する。 |

参考資料2-2. 財政調整・一元化に関する国会答弁

| |
|---|
| 参院厚生労働委員会(平成20年6月3日) 津田弥太郎氏(民主) 老人保健制度はベストな制度とは思っていない。抜本的な解決策は、年齢にかかわらず、同一の保険制度を作っていくことだ。極めて大きな問題となっている世代間のリスク構造調整の問題が根本的に解決するのではないかと、保険制度が分かれていて、さらに後期高齢者医療制度を作ったからこのような問題が生じていると思う。 |
| 舛添厚生労働大臣 医療保険の一元化は一つの考え方として十分検討に値するが、問題点もある。例えば、所得の捕捉。サラリーマンのように100%捕捉できる人もいるが、一方で自営業者の捕捉率の問題もある。また、事業主の負担をどうするのかという問題もある。 一元化されることのプラスの面もあるが、逆に、企業が保険を運営し、福利厚生面で被保険者に対してキメの細かい還元ができていところもある。(一元化により)それができなくなれば、優秀な保険者からみて、優秀でない保険者に対してどうして持ち出ししなくてはいけないのかという不満も出ると思う。このようなことについて、国民的な議論をしていかなくてはいけない。 |
| 参院厚生労働委員会(平成18年6月1日) 森ゆうこ氏(民主) 政管は都道府県単位にするとということだが、再編統合を進める中で、健保組合についても同一業種間だけではなく、異業種も含めた地域単位での再編を進めるべきではないかと、川崎厚生労働大臣 健康保険制度の中で、健保組合は自主的かつ効率的な運営を行い、組合の財政状況やサービス向上の観点から被保険者及び事業主が参加する組合会の議決を経て組合の判断により自主財源を用いて付加給付や保健事業を行っている。この制度全体では効率的にやっていると思っている。これを他のものと全部地域ごとに一元化しろというのは議論としてあることは承知しているが、組合健保が効率的にやっているだけに、これを地域健保に全部入れてしまえというのは現段階では様々な議論がある。また、政管健保については、健保組合と比べて財政基盤が脆弱なことから、保険給付費の13%、老健拠出金の16.4%の国庫補助が行われているので、こういった面からも制度を一緒にするのは様々な議論が出てくる。一方で今、財政が逼迫している組合については、地域型健保組合小規模財政組合の再編統合として、地域型健保組合を創設して健保組合の再編統合を考えている。 |
| 衆院本会議代表質疑(平成18年4月6日) 仙谷由人氏(民主) 民主党は、全ての国民が同一の制度に加入し、公平な負担のもと、全国で標準的な治療が受けられることが理にかなうと考え、10年後をメドに医療保険制度の一元化を目指すことにした。政府・与党は、医療制度改革大綱で、医療保険制度の将来の一元化を唱えているが、改革法案では一元化のプロセスについて明らかにしていない。政府・与党の「一元化」とは何を意味するのか。 小泉首相 具体的な姿は様々な考え方があるが、給付の平等を図り、公平な負担、財政運営の安定化を図る必要があることは共通しており、都道府県単位を軸に国保、被用者保険双方で再編・統合を行い、新たな高齢者医療制度を創設することとしている。なお、被用者保険と国保を完全に統合する医療保険制度の一元化は、サラリーマンと自営業者の所得把握等の違いや事業主負担の扱いをどうするかといった課題があり、国民的な議論が必要と考えている。 |

参考資料 3. 医療保険制度における財政移転(20年度)
(公表数値にもとづいて健保連が試算)



注1. かつこ内は国費または公費、退職者交付金、前期高齢者交付金を控除した後の金額。
注2. 市町村国保、協会けんぽ(政管健保にかかる分も含む)、健保組合の給付費は20年度予算の数値、納付金等は20年度賦課額を用いた。
注3. 表中の納付金等の他、各保険者は病床転換支援金を負担する(全保険者合計29億円)
注4. 給付費等臨時補助金による補助(53億円)は、計上していない。
注5. 一人当たり負担は、加入者一人当たり負担金額。矢印の右側は国費または公費、退職者交付金、前期高齢者交付金を控除した後の金額、数値を示した。

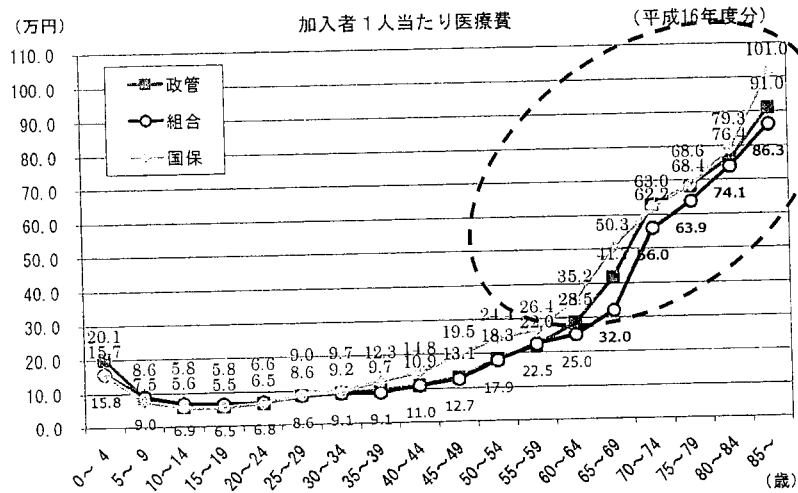
参考資料 4. 国民健康保険(市町村)・政府管掌健康保険・組合管掌健康保険の比較

| 被保険者 | 市町村国保 | 政管健保 | 組合健保 |
|---------------------------------|------------------|--|---|
| 加入者数 (2007[19]年3月末) ※6 | 4,738万人 | 主として中小企業のサラリーマン 3,594万人 本人 1,950万人 家族 1,644万人 | 主として大企業のサラリーマン 3,041万人 本人 1,543万人 家族 1,498万人 |
| 保険者数 (2007[19]年3月末) | 1,818 | 1 | 1,541 |
| 加入者平均年齢 (2006[18]年度) ※1 | 55.2歳 (44.0歳) | 37.4歳 (34.3歳) | 35.0歳 (33.1歳) |
| 老人加入割合 (2007[19]年3月末) ※2 | 2.5% | 3.9% | 1.8% |
| 平均標準報酬月額 (2006[18]年度) | — | 28.3万円 | 37.0万円 |
| 1世帯当たり年間所得 (2006[18]年度推計) ※3 | 131万円 | 22.9万円 | 37.0万円 |
| 1世帯当たり保険料 調定額(2006[18]年度) ※4 | 15.5万円 | 17.0万円 (34.1万円) | 18.7万円 (41.5万円) |
| 国庫負担 | 給付費等の43% | 給付費等の13.0% (後期高齢者支援金は16.4%) | 定額(予算補助) |
| 2008[20]年度予算 | 2兆8,096億円 | 8,254億円 | 53億円 |
| 1人当たり診療費 (2005[17]年度) ※5 | 17.4万円 | 11.7万円 | 10.1万円 |

※1 ()内は70歳以上の者を除いた場合
※2 65歳以上の寝たきり老人を含む。
※3 国保は旧ただし書き方式による課税標準額であり、政管健保、組合健保は標準報酬をもとに費与月数、給与所得控除等を足込んで推計したもの。
※4 保険料額には介護分が含まれており、政管健保、組合健保は1被保険者当たりの額である。()内は事業者負担分を含む。
※5 老人保健制度を(国保は退職被保険者等も)除いた数値である。 ※6 各数値は速報値である。
※7 組合健保の設立に必要な被保険者数 単一組合: 700人以上、総合組合: 3,000人以上
(資料) 財務省『財政制度等審議会 財政構造改革部会 資料(平成20年5月13日)

参考資料5. 制度別医療費実績

- 60歳以降、健保組合の加入者1人当たり医療費は、政管健保、国保に比べて低い。
- 35歳以降、国保の加入者1人当たり医療費は、健保組合、政管健保に比べて高い。



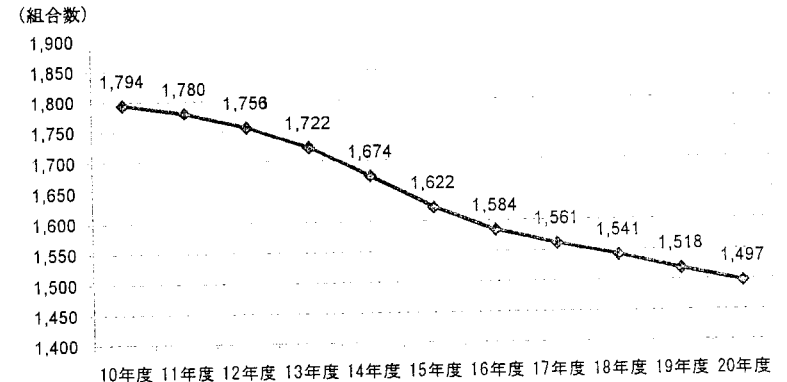
(注) 1人当たり医療費は、診療費(入院、入院外、歯科)、調剤、食事療養、訪問看護に係る分である。
 (資料) 厚生労働省『社会保障審議会 医療保険部会』資料より抜粋

| 年齢階級 | 0~4 | 5~9 | 10~14 | 15~19 | 20~24 | 25~29 |
|------|------|-----|-------|-------|-------|-------|
| 組合 | 15.8 | 9.0 | 6.9 | 6.5 | 6.8 | 8.6 |
| 政管 | 20.1 | 8.6 | 5.8 | 5.8 | 6.6 | 8.6 |
| 国保 | 15.7 | 7.5 | 5.6 | 5.5 | 6.5 | 9.0 |

| 年齢階級 | 30~34 | 35~39 | 40~44 | 45~49 | 50~54 | 55~59 |
|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 組合 | 9.1 | 9.1 | 11.0 | 12.7 | 17.9 | 22.5 |
| 政管 | 9.2 | 9.7 | 10.9 | 13.1 | 18.3 | 22.0 |
| 国保 | 9.7 | 12.3 | 14.8 | 19.5 | 24.4 | 26.4 |

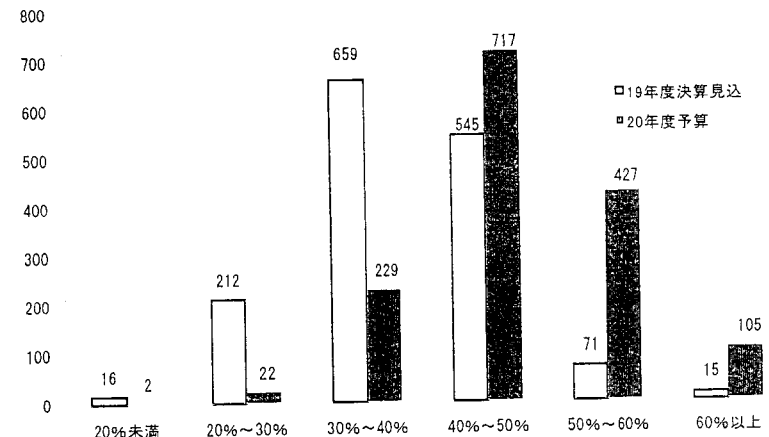
| 年齢階級 | 60~64 | 65~69 | 70~74 | 75~79 | 80~84 | 85~ |
|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 組合 | 25.0 | 32.0 | 56.0 | 63.9 | 74.1 | 86.3 |
| 政管 | 28.5 | 41.7 | 63.0 | 68.4 | 76.4 | 91.0 |
| 国保 | 35.2 | 50.3 | 62.2 | 68.6 | 79.3 | 101.0 |

参考資料6. 健保組合数の年次推移



平成19年度以前は年度末、20年度は12月1日現在
 ピークは平成4年5月1日時点の1827組合

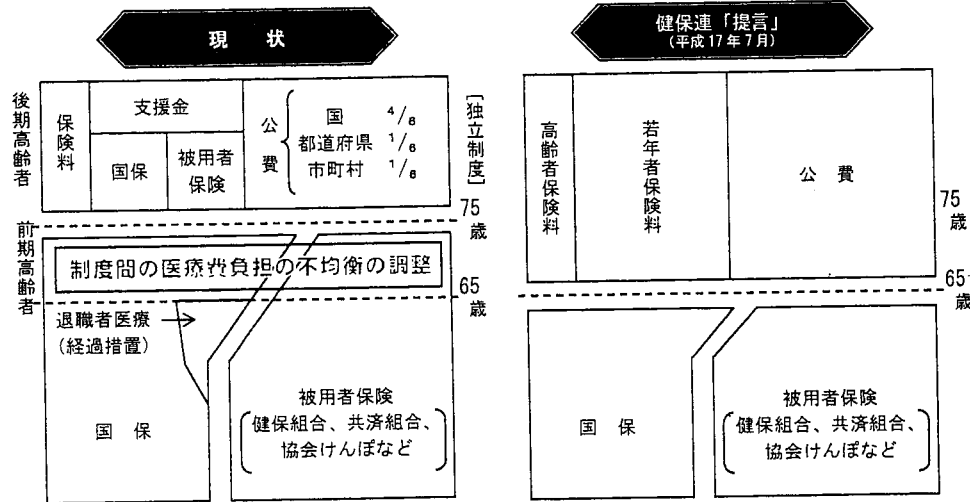
参考資料7. 保険料収入に対する支援金・納付金の割合別組合数



(注) 20年度摺の後期高齢者支援金については、20年3月分の老人保健拠出金の負担分を含めて算出した値。
 また、前期高齢者納付金については、20年3月分および20年4月以降における経過措置に伴う、退職者給付拠出金の負担分を含めて算出した値。

(資料) 『20年度予算概要表』より集計

参考資料 8. 高齢者医療制度に関する健保連の考え方



制度の特徴

■後期高齢者医療制度 (長寿医療制度)

- 75歳以上の人と65歳から74歳の一定の障害のある人を被保険者とする独立した医療制度。
- 後期高齢者の医療費全体から、患者が窓口で支払う一部負担金を差し引いた額を、概ね公費5、各保険者が拠出する後期高齢者支援金4、後期高齢者の保険料1の割合で賄う。

■前期高齢者の加入割合の違いによる負担の不均衡を是正するしくみ

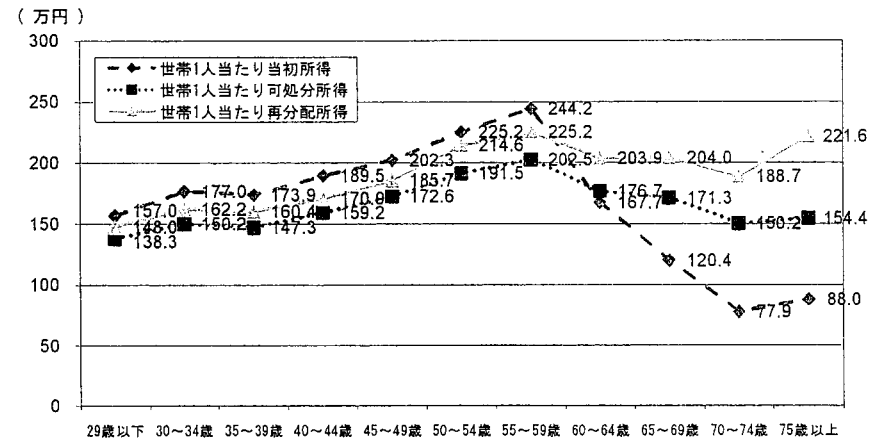
- 65歳から74歳までの前期高齢者の医療費を各保険者が共同で負担するしくみ。
- 各保険者の前期高齢者の医療費をベースに、どの保険者も前期高齢者が同じ割合で加入していると仮定して調整が行われる。

制度の特徴

- 65歳以上の高齢者を対象とした独立型の制度。
 - 現行の後期高齢者医療制度を前期高齢者の圏に拡大するイメージ
- 運営責任主体となる保険者は、都道府県単位で行政から独立した公法人。費用負担者が運営に参画するしくみ。
- 患者一部負担をのぞく医療給付費について、公費負担5割を目的。それ以外の部分を、高齢被保険者と若年被保険者の人数比で按分し、それぞれ保険料として負担。
- 若年者の負担は、被用者保険と国保の若年者数で按分し、被用者保険では報酬(負担能力)に見合ったものとする(上限を設ける)。

参考資料 9. 世帯主の年齢階級別1人当たり所得再分配状況

- 再分配所得が当初所得を上回るのは世帯主が60歳以上の世帯。
- 60歳以上の再分配所得は、49歳未満のそれを上回る。



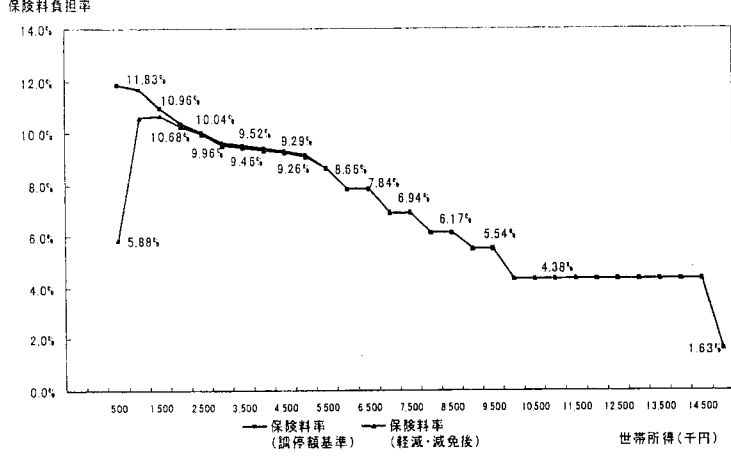
※1 当初所得：雇業者所得、事業所得、農耕所得、畜産所得、財産所得、家内労働所得及び雑収入並びに私的給付(仕送り、企業年金、生命保険金等の合計額)の合計額。
 ※2 再分配所得：当初所得から税金、社会保険料を控除し、社会保障給付を加えたもの。
 (資料)厚生労働省『所得再分配調査(平成17年)』より作成

参考資料 10. 世帯主の年齢階級別1世帯当たり家計資産額(2人以上の世帯・全世帯)

| 世帯主の年齢階級 | 資産合計 | 金融資産 | 住宅・宅地資産 | | 耐久消費財等資産 | | | 年間収入 | | |
|-----------|-------|--------|---------|-------|----------|---------|-------|-------|-------|------|
| | | | 宅地 | 住宅 | 耐久消費財 | ゴルフ会員券等 | | | | |
| | | | | | | | 平均 | | 30歳未満 | 30歳台 |
| 平均 | 3900 | 950 | 2786 | 2180 | 606 | 164 | 150 | 14 | 696 | |
| 30歳未満 | 817 | -8 | 679 | 426 | 253 | 146 | 144 | 2 | 469 | |
| 30歳台 | 1459 | -212 | 1514 | 955 | 559 | 158 | 156 | 2 | 597 | |
| 40歳台 | 2712 | 148 | 2393 | 1708 | 685 | 171 | 164 | 7 | 777 | |
| 50歳台 | 4160 | 1020 | 2955 | 2325 | 630 | 186 | 170 | 16 | 878 | |
| 60歳台 | 5556 | 1884 | 3499 | 2877 | 622 | 173 | 145 | 28 | 624 | |
| 70歳以上 | 5961 | 2026 | 3817 | 3261 | 556 | 117 | 99 | 18 | 542 | |
| 対前回増減率(%) | 平均 | -11.1 | 6.1 | -15.5 | -18.6 | -2.3 | -15.3 | -10.5 | -45.6 | -8.5 |
| 30歳未満 | -21.2 | -113.4 | -16.6 | -25.3 | 3.7 | -9.8 | -10.8 | 250.0 | -2.2 | |
| 30歳台 | -28.6 | - | -21.3 | -30.5 | 1.6 | -12.1 | -10.3 | -67.9 | -7.8 | |
| 40歳台 | -20.7 | -47.0 | -18.7 | -24.2 | -0.7 | -13.8 | -9.7 | -57.9 | -7.6 | |
| 50歳台 | -16.7 | -2.9 | -20.6 | -23.7 | -6.4 | -17.2 | -10.2 | -55.1 | -9.2 | |
| 60歳台 | -12.6 | -1.9 | -17.4 | -20.3 | -0.2 | -15.2 | -4.6 | -46.6 | -7.4 | |
| 70歳以上 | -14.2 | -1.2 | -19.9 | -21.7 | -7.4 | -10.2 | -5.3 | -30.0 | -2.0 | |

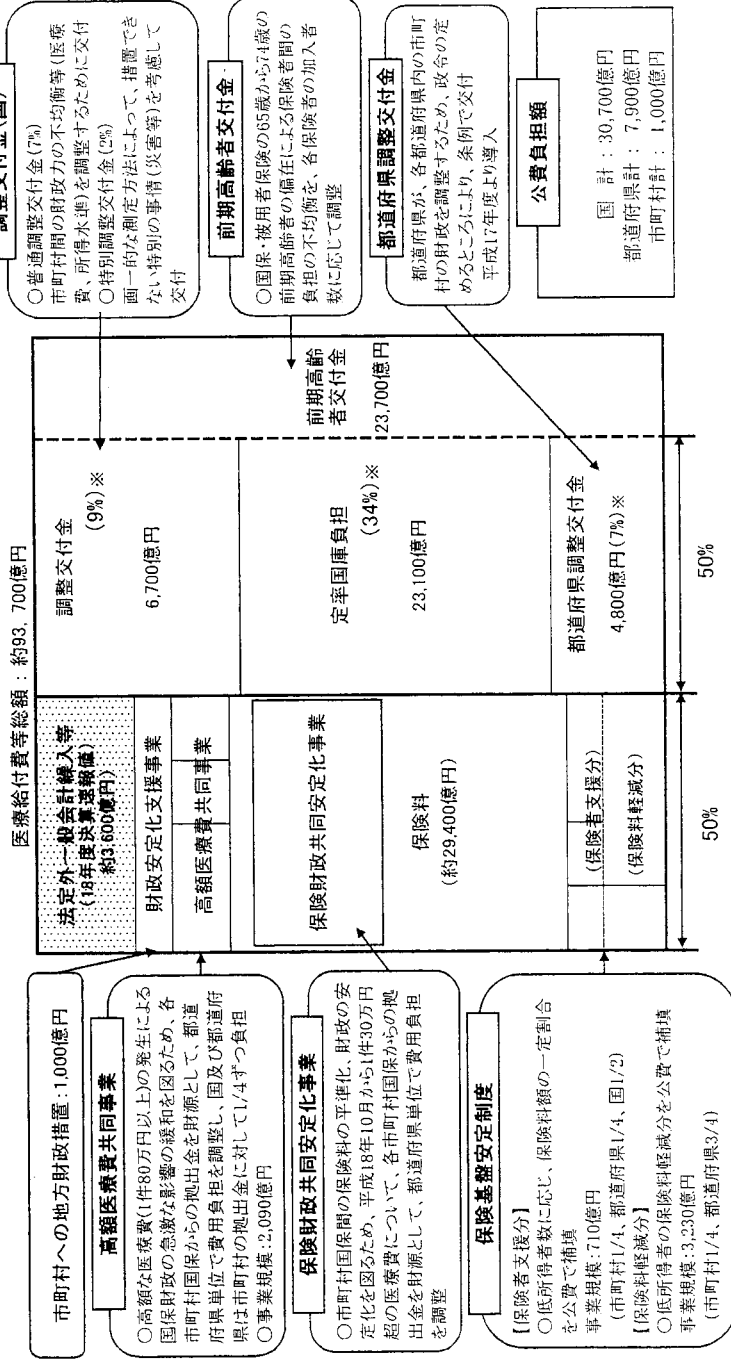
1) 平成11年度は-59万円
 (資料)総務省『平成16年度全国消費実態調査 家計資産に関する結果(速報)』

参考資料11. 国保の所得階級別保険料負担率(平成18年度)〈金世帯〉



(注)『国民健康保険実態調査報告』における所得階級の区分が一律でないため、世帯所得が500万円以上の場合は、複数の所得階級での保険料負担率が等しくなっている。
 (資料)厚生労働省『国民健康保険実態調査報告』より作成

参考資料12. 国保財政の現状(20年度予算ベース)



※ それぞれ給付費等の9%、34%、7%の割合を基本とするが、地方単独措置に係る波及増分のカットや、保険基盤安定制度繰入金の一部に相当する額を調整交付金としていること等から、実際の割合はこれと異なる。

(資料)厚生労働省『全国老人医療・国民健康保険主管課(部)長及び後期高齢者医療広域連合事務局局長会議』資料より抜粋

参考資料 13. 諸外国の医療制度改革
—財源調達、財政システムの事例(ドイツ、フランス、イギリス、韓国)

1. ドイツ：リスク構造調整 (RSA)

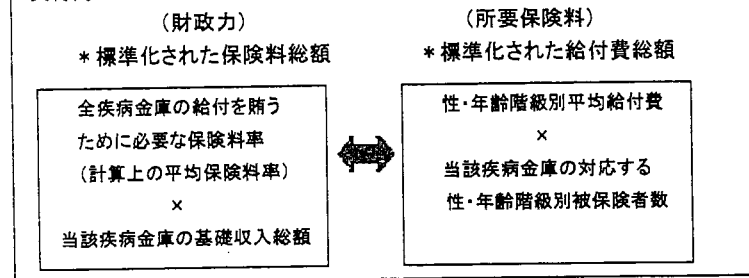
○競争と保険者選択を条件とした、同一の存立基盤を持つ保険者間の財政調整システム

ドイツでは、被保険者に医療保険者（疾病金庫）の選択を認め、保険者間の競争を促す条件整備として「リスク構造調整 (RSA)」と呼ばれる、財政調整が行われている。リスク構造調整は、保険者間における、①基礎収入、②家族被保険者数、③性別、④年齢階級、⑤障害年金受給の有無一によって区分した、被保険者の割合が異なることによって生じる財政的な影響を調整する仕組みである。

ドイツの公的医療保険制度は、被用者保険制度であり、日本と異なり皆保険とはなっていない（*2007年改革法により09年から皆保険化へ）。リスク構造調整は、「疾病金庫」という存立基盤が同一の医療保険者間の財政移転システムであることに留意する必要がある。存立基盤が同一という前提から、同じ疾病金庫でも「農業疾病金庫」は財政調整の対象とはなっていない。その理由は、農業疾病金庫に対してのみ大規模な公的補助による財政負担の調整が行われていることによる。

リスク構造調整の概要（*簡素化したイメージ）

すべての疾病金庫がそれぞれの基礎収入総額から同じ割合で拠出し、その拠出総額から、各疾病金庫はそれぞれの性別、年齢階級、障害年金受給の有無で区分した被保険者数に応じて標準的に必要となる給付費を受け取る（*実際には「財政力」と「所要保険料」との差額を拠出・交付）。
[松本勝明, 2003, pp190-191 より]



2. フランス：一般社会拠出金 (CSG) の導入

○制度の持続性、機能強化を高める観点から、広範な賦課ベースを持つ社会保険目的税による財源代替化

フランスでは、公的医療保険制度の持続性・機能強化を高める観点から、社会保険料と同等の性格を持つ「一般社会拠出金」(CSG) と呼ばれる社会保険目的税への財源代替化が行われている。一般社会拠出金は、給与所得者のみに負担が偏重しないよう、賃金等の稼働所得のほか、株式譲渡益などの資産所得や投資益、賭博益など広く賦課されている。

社会保険料から目的税による財源代替化の背景には、給付水準と受給者数の拡大により給付費が増加するなかで、企業の保険料負担が労働コストとして把握されるようになり、保険料の引き上げが難しい状況がある。現在、医療財源のうち保険料の比率は42%、税の比率は40%となっている。

社会保険料と一般社会拠出金 (CSG)

| 社会保険料(医療) | | | | |
|----------------------------|---------------|--------------|----------|-------|
| 保険料率 | 13.10% | 0.75% | | |
| 一般社会拠出金 (CSG) の税率と医療保険への充当 | | | | |
| 所得種別 | 課税種別 | 税率 | 医療保険への充当 | |
| 稼働所得 | 賃金 | 7.50% | 5.29% | |
| | 非賃金 | 7.50% | 5.25% | |
| 代替所得 | 所得税課税者 | 失業手当 日額手当 | 6.20% | 3.95% |
| | 退職年金 | | | |
| | 障害年金 | | | |
| | 所得税非課税・居住税課税者 | 3.80% | 3.80% | |
| 資産所得 | | 8.20% | 5.95% | |
| 投資益 | | 8.20% | 5.95% | |
| 賭博益 | | 8.20% | 7.25% | |

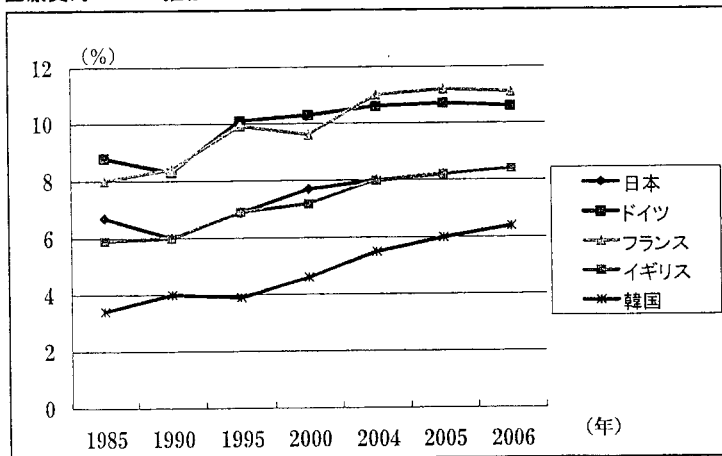
3. イギリス：税方式による医療保障（NHS:国民保健サービス）

○税方式によるマクロ的抑制と医療サービスに対する影響

イギリスの国民保健サービス（NHS）の主な財源は、租税（国税）であり、他の公共サービスと同様、予算枠が決まっている。予算枠が増えない限り、原則として支出の増加が認められないため、マクロ的な抑制作用が働きやすく、国民保健サービスに関しても、総予算の伸びを抑制する形で総支出を抑制することが可能となる。

しかし一方で、総枠予算の伸びを抑制し続けた影響、弊害など問題点も多い。事実、2003年までイギリスのGDPに占める医療費の割合は7%台とOECD諸国のなかで最低水準にあったが、その影響は、医療サービスの量・質の両面に大きな弊害—①病棟閉鎖、医療従事者の雇用調整、②深刻な待機問題（数ヶ月におよぶ入院待機リスト、平均3時間以上の救急医療における待機時間など）、③医療施設・設備の老朽化、④低賃金、長時間労働による医療従事者の士気の低下—をもたらし、国民の大きな不満の的となった。なお、2001年誕生のブレア政権は、選挙公約で医療費を1.5%引き上げることを掲げ、政策転換を図っている。

医療費対GDPの推移



4. 韓国：制度統合・一本化

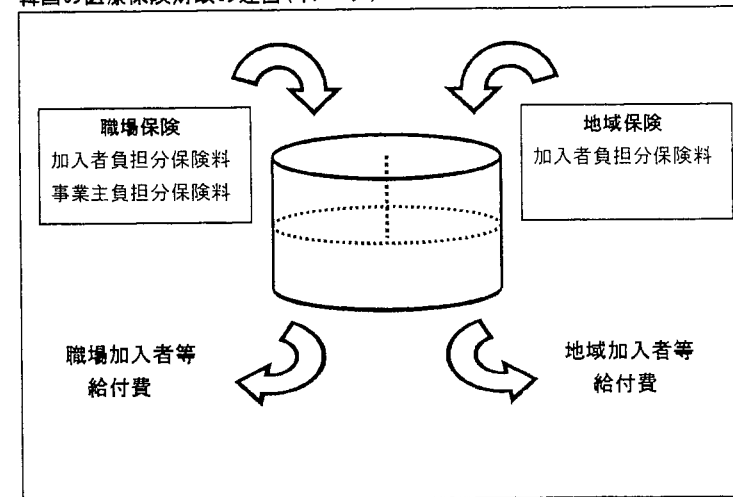
○二元的な保険料賦課体系のもとでの財政システムの統合

韓国の医療保険制度は、かつて職場保険（被用者）と地域保険（自営業者等）の二元体系のもとで運営されていたが、2000年の「組織統合」、2003年の「財政統合」による改革を経て、単一の制度：「国民健康保険」、単一の保険：「国民健康保険公団」へと統合・一本化を図った。

しかし、統合の条件であった「被用者」と「自営業者」間の異なる保険料賦課体系の統一化は実現不可能と判断され、現在も保険料賦課体系は従来のままの二元体系となっている。保険料賦課体系の統一化が行えないことから、見かけ上、単一の財政システムとなっているにすぎず、実質的には二元体系のまま単に勘定を一つにただけである。

保険料賦課体系が「職場」と「地域」の二元体系に分離されているにも関わらず勘定を一つとしているため、不透明感を強く意識させる財政システムとなっており、保険料引き上げに際して、公平性についての納得感、コンセンサスが得られにくい。また、財政運営上、両者の資金融通、資金補填の可能性があるなど、財政節度の維持や財政規律に関して多くの課題・問題を残している。

韓国の医療保険財政の運営(イメージ)



◆ 健診・保健指導等 ◆

北海道農業団体健康保険組合

【取組内容】

生活習慣改善プログラムが7種類あり、参加費用は全て無料。参加者には問診表を送り、保健師や管理栄養士、トレーナーが回答を回収後、所定期間プログラムを実施してもらう。期間中も必要に応じて電話や手紙、Eメールを使ってアドバイスするなどきめ細かな対応をする。参加者には、終了後に意識調査を行って、生活習慣の改善や行動変容につながったかどうかを確認している。

【効果】

生活習慣改善プログラムの一つ、「減る脂一（ヘルシー）プログラム」の参加者における医療費削減効果は、高脂血症治療の年間医療費を1人当たり11万5,000円と試算すると、年間で1,058万0,000円に上る。なお実績としては、5年後の総コレステロールが基準値におさまっていた人は184人中92人、50%に達した。

東京農業健康保険組合

【取組内容】

昭和60年に健康開発センターを開設し、同センターを拠点に健康管理事業に取り組んでいる。センター内の組織は部署ごとに役割が明確化され、制度の改正やニーズに応じて担当部署の新設など組織編成を行い、より充実した事業の展開に取り組んでいる。

○各種健診の実施

健康開発センターや全国の契約医療機関において、総合健診（定期健診、生活習慣病健診、家族健診、人間ドック等）、単科健診（胃健診や大腸健診等）及び二次健診を実施している。

○ヘルシーライフ教室

高血圧、高脂血症、糖尿病、肥満等の経過観察者の希望者に、3ヵ月の実践的な保健指導を行っている。開会式に始まり、メディカルチェック後、運動療法の専門医師が一人ひとりに合わせた運動処方を行う。その後、概ね2週に1回健康開発センターに来所し、保健師等による保健指導を受け、3ヵ月後、効果判定を行う。

○健康づくりの自己啓発

毎年10月を健康づくり強調月間とし、健康開発センターにおいて歯科健診やヨガ体験教室等を行う参加型の「健康フェスタ」を実施している。また、ポスター、機関紙、携帯サイト、ホームページ等多彩な広報手段を用いて、加入者への健康づくり事業の普

及および自己啓発に努めている。

○事業所との連携

事業所ごとに健康管理委員を配置し、同委員を対象に健康管理研修会を開催するほか、専門スタッフが事業所訪問指導を通じて各事業所における各種健診の受診勧奨の促進と各種大会への参加など健康への意識高揚に努めるとともに、事業の推進に向けた職場のリーダー養成に取り組んでいる。

【効果】

18年には32名がヘルシーライフ教室に参加し、数値改善に至っているほか、事業所との連携による広報活動により健康フェスタ参加者も年々増加しており、健康づくり活動の普及が進んでいる。

森永健康保険組合

【取組内容】

健康日本21運動にあわせ、健保独自に「個人の健康づくり」「保健活動の推進」を事業計画として掲げ「健康モリナガ21」運動（22年までの8年計画）を実施している。主な内容は以下のとおり。

○生活習慣改善プラン「健康モリナガ21—ハビット」（ハビットの意味は「生活習慣」）

参加者：エントリー制であり、被保険者及び配偶者（扶養如何を問わず）が参加資格を持つ。

実施方法：自己の生活習慣を振り返り、改善目標を最低2つ設定しチャレンジを行う。

2ヵ月間達成度を記録し、達成状況によって達成賞、努力賞が授与される。

○普及・啓発活動の推進

健診やセルフケア情報満載の「けんぼモリナガ21」の発行や、社内報、労働組合の機関紙等による広報活動の強化を行っているほか、ハビットに関する冊子の作成や事業所訪問による参加の呼びかけを行っている。

【効果】

第1回ハビット参加率は24%（本人）であったが、広報活動等を強化した結果、近年では50%にまで上昇した。達成率についても、34%から76%にまで上昇するなど効果をあげており、個人の健康づくりへの意識も高まってきている。

トヨタ自動車健康保険組合

【取組内容】

治療から予防へとシフトする今後の環境変化を見据えて、「TOYOTA KENPO VISION 2015」を策定。

その「中期計画」は、健康づくりの基盤を構築する18～20年度、健康づくり支援実践・評価をする21～24年度、そして25～27年度でトップレベルの健康水準を実現する—の3

段階。具体的施策として、「健康支援センター・ウェルボ」（健康づくりの拠点）、「健康支援プログラム」（データに基づいた健康PDCAサイクルの実施）、「健康応援プログラム・るぶる」（やる気を起こさせるシステム）—の3大戦略がある。

レセプト情報や健診データに加えて、日常の運動や勤務中・通勤の歩行、睡眠、食事など個人の生活実態が把握できる問診データも活用し、リスクに応じた個別指導を実施する。

パナソニック健康保険組合

【取組内容】

19年で検診開始から50周年を迎える伝統と実績をもつ。病院、老人保健施設、看護専門学校等を運営し、被保険者・被扶養者の健康、医療に関することを一手に引き受けている。特定健診、特定保健指導の実施に先立ち、19年度からモデル事業を実施。事業所、労働組合、健保組合が三位一体となり、そこに産業医や保健師などの専門職も加わって推進体制を築いている。

その他、母体事業所の強みを活かし、定期健診の結果を各自が閲覧できるシステムや喫煙と肥満の状態を事業所単位で比較できるシステム、1日の活動量を時系列に計測するシステムなどを開発し保健事業に活用している。

川崎重工業健康保険組合

【取組内容】

被保険者・被扶養者の健康維持・増進を図るため、事業所と連携しつつ様々な保健事業を実施している。具体的には、PR広報宣伝の「インフォメーション・サービス」、指導者の養成・配置等の「リーダーサービス」、フィットネスプログラム、高血糖改善プログラム、健康教室等の「プログラムサービス」、歯科検診、人間ドック等の「ヘルスチェック・システム」の4つの事業を展開している。

○家庭用情報誌「健やかな明日へ」配布

季刊の広報誌に加え、3年に1回、各家庭に健保組合のしくみや保険給付の受け方、また新しい制度の説明等の情報誌を発行し、健保組合の取り組みの周知や、健診制度の周知等を行っている。

○保健指導協議会

特定健診・特定保健指導制度の開始に備え、保健衛生スタッフのいる事業所と健保組合との調整を図る場として、19年11月に「保健指導協議会」を立ち上げた。同協議会では、両者の有機的な連携のもと、特定健診等の効率的な事業実施に向け協議を重ねるとともに、保健事業全体について情報交換、検討の場としている。

【効果】

健康への関心を高めるための広報活動等や受診しやすい環境づくりによって、各種検診受診者や健康教室参加者が増加しており、被保険者、被扶養者の健康の保持・増進につな

がっている。

ワールド健康保険組合

【取組内容】

「事業所と一緒に取り組む」ことが成功の哲学と考え、役割分担を明確化し、労働安全衛生法関連は事業所、その他の健診・保健指導等は健保組合が責務を負うことを前提とし、事業所と健保組合が協力・連携しながら種々の事業を実施している。また、『最少の費用で最高のサービス』を実現するために、性差と世代別に分析するなどマーケティング発想で健保組合マネジメントに取り組んでいる。

○健康管理事業推進委員会の設置

事業所の健康管理委員及び健保組合の職員・保健師等で構成され、委員自らが健保組合がまとめた健診結果などのデータを基に、事業所の特性やニーズによる健康づくり活動を企画・立案・推進し、健保組合は企画の段階から、健康管理委員を全面的にサポートしていく。これらの健康づくり活動は、年2回開催される委員会で全委員の投票によって、優秀事業所を選出することで評価を行っている。

○健康を大切にす風土づくり（ポピュレーションアプローチ）

明るいデザインのホームページや広報誌づくり、食堂の机上ポップスタンドへの「食情報」の提示など、事業所と連携しながら多彩な広報活動を行っている他、インセンティブ制度を実施し、被保険者や家族の健康づくり活動への自主的な参加を促すなど、健康づくりの大切さを理解してもらうための普及啓発活動に力をいれている。

【効果】

事業所と健保組合で役割を明確化し、それぞれの事業に集中することで、被保険者の健診受診率・保健指導実施率において100%に近い成果につながっている他、健康管理事業推進委員会における各事業所の健康づくり活動の発表を全委員で評価することにより、事業所間の競争意識喚起につながり、各事業所の自主的な取組姿勢を引き出している。

また、配偶者向け広報活動や巡回健診など受診環境の拡大に力をいれたことにより、被扶養者の健診受診率も25%（13年度）から40%（15年度）に改善した。

健保連 愛媛連合会

【取組内容】

国の補助金を活用して「効果的な保健事業の手法等の開発事業」を17～18年度の2カ年にわたって実施。県内健保組合の被保険者・被扶養者を対象に8組合が事業に参加した。17年度は実態調査を実施。参加組合の被保険者・被扶養者のレセプト、健診結果、アンケート結果を集計・分析した。対象者はレセプトで約6万人、健診結果とアンケートで各々約2万人分。18年度は、参加者個々の目標設定から「健康づくり」実践段階へ移行。継続的に参加者を支援し、最後、再度のアセスメントで効果を測った。

【 効 果 】

レセプトの分析結果から、医療費を押し上げている疾病は、▽高血圧性疾患、▽その他の内分泌・栄養及び代謝疾患、▽糖尿病などで、これらを予防することが医療費適正化のポイントであることが明らかになった。また、○メタボリックシンドローム該当者の5割近くが健康リスクを改善するといった成果があった。

東京都総合組合保健施設振興協会（東振協）

【 取組内容 】

東振協は44都道府県の約1,800の医療（健診）機関と契約を結んでいる。会員となっている健保組合を通じて、その組合の加入者（被保険者・被扶養者）は健診・保健指導を受けることができ、約100万人が利用している。健診データをすべて共通のフォーマットで過去データを含めて管理。健診データをもとに階層化された保健指導対象者をリストアップし、健保組合に義務づけられた特定保健指導を実施する。19年度は10,600人余りの加入者が保健指導を受けた。

【 効 果 】

健診・保健指導の共同事業化により会員組合の事務の効率化、経費削減に加えて、加入者の利便性が向上する。

【参考：東振協の設立経緯（HP抜粋）】

総合健保にあっては同種同業の多数の中小企業事業所によって構成されていることから、諸事業の実施には多くの困難が伴う。特に、被保険者やその家族に対する疾病予防事業の実施面で非効率적であるばかりでなく実施が困難な場合も多い。そのため、都内に所在する総合健保関係者の協力により、保健施設事業の共同化が図られた。

◆ 歯科保健事業 ◆

東海ゴム工業健康保険組合

【 取組内容 】

歯科保健事業は、財団法人ライオン歯科衛生研究所に依頼し7年度から実施。1事業所から始めて19年度は7事業所で実施している。被保険者のうち希望者には事前に歯についてのアンケートを実施する。検診は、口腔チェック、ブラッシング指導、歯科医師による全般指導の順で実施。費用は1人当たり3,900円かかるが全額健保組合が負担している。希望者が増加したため19年度から日数を増やし実施している。

【 効 果 】

検診が始まった7年度から歯科医療費は減少しており、7年度8,666万7,000円が19年度では4,729万2,000円と45.4%減少した。また1件当たり金額も7年度1万4,387円が19年度には8,977円へと37.6%減少している。

◆ 禁煙支援 ◆

三洋電機連合健康保険組合

【 取組内容 】

独自の「禁煙支援プログラム」を、毎年異なる事業所単位で実施している。全事業所の中から、希望のあった優先度の高い2事業所を選んでいる。定期健康診断日を禁煙開始日とし、健診の約1カ月前に禁煙がスムーズに実施できるよう禁煙の準備をするための教室を開催。禁煙開始日とその約1.5カ月後に個別相談を実施。さらに禁煙開始日から約3カ月後に2回目の教室を開催し、禁煙継続者を職場での禁煙支援者として認定したり、プログラム終了後も禁煙を継続、あるいは再挑戦できるようグループワークを実施している。（約5カ月間に教室2回、個別相談2回の合計4回のフォローを実施。）

【 効 果 】

過去3年（15年度～17年度）実施したプログラムを通じて、3カ月以上禁煙を継続した人の割合は15年度28.6%から17年度44.4%（15.8%増）と上昇した。

◆ メンタルヘルス ◆

日立国際電気健康保険組合

【 取組内容 】

事業主、健保組合、産業医の所属する大学の共同事業として、18年から3カ年計画の「メンタル疾病半減対策」を実施している。1年目は、①メンタルヘルス研修、②職場復帰プログラムに基づいたケースマネジメント（個別面談[1回/月]）—を実施。2年目は、保健師を配置して個別面談から次の個別面談までの期間のサポート体制を構築した。3年目（20年度）は、これまでの傾向分析から予防につなげること、継続的な取り組みとして定着させることとしている。

【 効 果 】

傷病手当金のうちメンタル疾病が占める割合が対策を実施する前年度から大幅に下がっ

た（17年度 69%→18年度 57%、19年度 62%）。また、傷病手当金の給付期間が短縮。付加給付を加えた2年間支給するケースはほとんどなくなった。

◆ 医療費削減 ◆

パレット健康保険組合

【取組内容】

年2回、6ヵ月分まとめて医療費通知を実施。診療月ごとの通院日数、医療費の総額、健保組合で支払った額、窓口負担、診療を受けた医療機関名が記載されている。また、その裏面は「問合せシート」になっており、加入者が健保組合と連絡を取りやすいよう配慮されている。そのほか、受診についてのアンケートを実施し、医療費通知や加入者向けの啓発文書と一緒に結果を送っている。

【効果】

医療費通知に対するリアクションは毎回20件程度。そのなかには不正請求発見につながったケースもある。

【参考：協会けんぽ（政管けんぽ）の医療費通知実施状況】（20年10月時点）

①年間発送回数 ⇒ 年2回、②対象月 ⇒ 全月、③対象金額 ⇒ 全て

石油製品販売健康保険組合

【取組内容】

ジェネリックに対応できる薬局をアンケート調査し、広報誌・ホームページに掲載している。対象は利用者数の多さで上位1～80位までの調剤薬局。アンケートは3ヵ月ごとに実施している。このほか、レセプトをベースとした医療機関検索やジェネリック調剤実績のある調剤薬局検索といったサービスをホームページ上で提供している。

【効果】

薬局アンケートは18年から2年間で200件の回答があった。回答率は当初5%程度だったが、ジェネリックの認知度の上昇に併せて上昇傾向にある。直近の調査では25%の回答率だった。まだ、薬剤費減少効果は表れていない。

富士通健康保険組合

【取組内容】

生活習慣病など慢性疾患に特化して、ジェネリック医薬品に切替えた場合の医療費抑制額を記載したジェネリック医薬品使用促進のお知らせを加入者に通知している。通知は、①医科と調剤のレセプト画像を電子化、②医科と調剤を突合一といった分析を経て、ジェネリックに切替えたら効果的と考えられる患者に送っている。また、電子化したレセプトデータと健診データとを組み合わせることで保健指導に役立てている。

【効果】

19年5月から20年2月の診療分のレセプトに対して、通知書を送付した方々は、49,717人。送付した方のうち25,903人（50.9%）がジェネリック医薬品に切替えていた（一部切替えの方を含む）。また、20年2月診療分において通知書を送付した方の中で、ジェネリック医薬品に切替えていた方々のジェネリック医薬品の金額シェアを見ると3.3%から15.3%に上昇している。（全国平均6.4%、厚労省調査[19年9月]より）

◆ ITによる効率化 ◆

日本航空健康保険組合

【取組内容】

19年7月にレセプト情報管理システムをCSV情報に対応した拡張版にバージョンアップ。支払基金からのレセプトデータ受け取りをオンライン化し、データを直接システムに取り込んでいる。このシステムを活用してレセプトの資格点検や重複請求のチェック等を行っており、20年度以降は特定健診・特定保健指導に対応するため、医療費の統計・分析機能を保健事業等に活用することを目指している。

【効果】

レセプト点検の処理が早くなり、審査業務が大幅に効率化された。また、紙レセプトのパンチ費用、保管費用が67%削減され、レセプト点検の外部委託料等を含む19年度の雑役務費も前年度より50%減少した。オンライン化によりデータの登録にかかる時間も半減した。

【参考：レセプト情報管理システムについて】

健保組合がレセプトの電子データの管理や分析等に活用するために、健保連を中心に開発したシステム。テキストデータ対応のシステムとCSV情報に対応した拡張版がある。

導入状況 = テキストデータ対応：682組合 / CSV情報対応：423組合（20年9月末現在）

(財)健康・体力づくり事業財団が主催し、地域、職域で健康・体力づくりを組織的に推進し、顕著な成果を挙げている組織を顕彰している。

今後の課題として他の委員会等に検討を求める事項

「体力づくり優秀組織表彰」を受賞した健保組合一覧

| 年度 | 内閣総理大臣賞 (職域組織の部) | 文部科学大臣賞 (職域組織の部) | 体力づくり国民会議議長賞 (職域組織の部) |
|------|---------------------|---------------------|--------------------------|
| 平成 5 | 松下電器 | 北海道農業団体 | 広島信用金庫 |
| 6 | | 出版 | トヨタ自動車 |
| 7 | | 広島東友、日本ケミコン | 東京都管工業 |
| 8 | 東京都設計事務所 | リクルート | |
| 9 | | 協和発酵 | 寿屋 |
| 10 | 埼玉機械工業 | 東京都管工業 | 広島ガス電鉄 |
| 11 | 出版 | 広島信用金庫 | ヤマコー、日立造船 |
| 12 | | | 東京薬業、リケン |
| 13 | | | 千葉県医業 |
| 14 | | | 東京都信用金庫 |
| 15 | 管工業 | | 森永 |
| 16 | | 東京薬業 | 明治製菓 |
| 17 | | | 全国印刷工業 |
| 18 | | 千葉県医業 | ワールド |
| 19 | | 東京都信用金庫 | 三菱電機 |
| 20 | 東京薬業 | 森永 | 川崎重工業 |

* 健康・体力づくり事業財団ホームページより作成。

* 組合名は当時。

1. 高齢者医療制度の見直し

高齢者医療制度については、当面、制度の定着に努めなければならないが、厚生労働省に「高齢者医療制度に関する検討会」が設けられるなど、施行 5 年後における見直しが前倒しで行われる状況となっている。

平成 17 年 7 月に公表した「新たな高齢者医療制度の創設を含む医療制度改革に向けての提言」のなかで示した考え方を踏まえつつ、見直しの検討を進めていただきたい。

2. 組合方式推進のための方策

組合方式の推進は健保連の最大の目的であり、財政調整・一元化を阻止するためにも重要である。健保組合の設立等のための支援策を、従来以上に充実・強化する方向で検討いただきたい。

3. 健保組合間の共同事業のあり方

健保組合制度の維持・発展のためには、健保組合の財政基盤の安定化と事業運営の効率化をはかることが重要である。共同事業として実施している交付金交付事業、健康開発共同事業等のあり方について検討を深めていただきたい。

4. 健保組合の設立・解散基準のあり方

協会けんぽは、健保組合の被保険者でない被用者の保険を管掌する一方、解散組合の財産等を継承することとされている。また、協会けんぽの保険料率が健保組合の解散にも影響を与えることが予想される。

協会けんぽの今後の運営や健保組合の設立・解散の状況をみながら、設立・解散の基準について検討いただきたい。

5. 非正規雇用に対する医療保険適用のあり方

制度間における負担の不均衡の一因として、非正規雇用の問題がある。これは基本的には安定的雇用の確保等の雇用政策により解決すべきだが、適用拡大が盛り込まれている被用者年金一元化法案の行方や非正規雇用の実態等を踏まえ、状況に応じ医療保険の適用のあり方について検討いただきたい。

特別委員会の審議経過

| 回次 | 主な審議項目 | 概要 |
|-------------------|---|---|
| 第1回 (H20.2.28) | 1. 特別委員会の運営について 2. 特別委員会における検討課題及び議論の方向性について | ・特別委員会の目的、位置づけ等の確認 ・特別委員会の検討課題に関する論点を示し、フリーディスカッションを実施 |
| 第2回 (H20.3.28) | 1. 諸団体等の財政調整・一元化の考え方について 2. 国家財政の現状について | ・日本経団連、連合、日本医師会等11団体の財政調整・一元化に関する考え方について共通認識を得る ・財務省の「日本の財政を考える」抜粋資料により国家財政の現状について共通認識を得る |
| 第3回 (H20.4.21) | 1. 社会保障費・医療費の現状について 2. 財政調整・一元化阻止に関する問題点の所在と当面の対応について 3. 財政調整・一元化阻止のためのアクションプラン（たたき台）について | ・財政制度等審議会財政構造改革部会抜粋資料により、社会保障費・医療費の現状について共通認識を得る ・これまでの議論を踏まえ、財政調整・一元化阻止に関する問題点の所在、今後の活動の基本スタンス、当面の対応について再確認 あわせて、本件に関する健保連の考え方を整理したものについて共通認識を得る ・アクションプラン（たたき台）をもとに、次回のアクションプラン策定議論に向けた意見交換を行う |
| 第4回 (H20.5.15) | 1. 社会保障予算に関する健保連の考え方（メモ）について 2. 活動用媒体（パンフレット）の骨子（案）について 3. アクションプラン（案）について | ・「考え方（メモ）」は今後の活動のベースであるとの共通認識を得る。さらに「考え方」の項目・内容を整理・修文し次回委員会で再度検討 ・媒体は6～8面のパンフレット（4色刷り）とし、作成は事務局に一任することを了承 ・情勢が不透明かつ流動的であることから、スケジュールは固定せず、状況の変化に対応し、実施の是非等を判断していくことを確認 |
| 第5回 (H20.6.10) | 1. 中間報告（案）について 2. 中間報告以降の対応について | ・前回の意見を踏まえて整理した「中間報告（案）」を検討。同日の意見をもとにさらに修正を加え、常任理事会（6/12）に提案することを了承、修文は事務局に一任 ・本年12月までに想定される国会、審議会等の動きとその対応策を提示。情勢が流動的で不透明なため、同日は委員の共通認識に留め、今後の動向を見極めて対応することを確認 |
| 第6回 (H20.7.10) | 1. 当面の対応について 2. 理論構築に向けた論点整理について | ・総会（7/18）の会長挨拶で、財政調整・一元化反対を改めて表明するとともに、21年度予算の概算要求基準が閣議決定された後に、予算編成に関する健保連の見解を公表することを確認 ・これまで出された意見をもとにまとめた「論点（メモ）」をもとに議論。理論構築に関する議論を深め、その結果を最終報告に盛り込むことを確認 |

| | | |
|---------------------|---|---|
| 第7回 (H20.8.5) | 1. 当面の対応について 2. 財政調整と制度改正の歴史的展開について 3. 理論構築に向けた論点整理について | ・国会議員に対する要請活動を都道府県連合会を通じ実施し、前期高齢者に公費投入すること、政管健保支援措置を20年度限りとするについて理解を求めることを了承 ・財政調整・一元化の歴史的経緯を整理した資料により、共通認識を得る ・「論点（メモ）」の修正版をもとに議論。主張すべき点について意見交換 |
| 第8回 (H20.9.11) | 1. 当面の対応について 2. 財政調整・一元化阻止のための理論構築について | ・本部及び各都道府県連合会による国会議員への要請活動の状況を報告 ・医療保険制度における財政移転について、共通認識を得る ・「財政調整・一元化に対する健保連の考え方（骨子素案）」について議論 ・11月中に最終報告をまとめ、12月の常任理事会で了承を得ることを確認 |
| 第9回 (H20.10.7) | 1. 当面の対応について 2. 財政調整・一元化阻止のための理論構築について | ・報告書に盛り込む「財政調整・一元化に対する健保連の考え方」を分かりやすくまとめたリーフレットを作成し、健保組合等に配布することを含め最終報告の取りまとめに向けた審議の進め方（案）を了承 ・非正規雇用の増加と社会保険の適用、協会けんぽにおける都道府県別保険料率の決定方法、健保組合の解散の実態について、共通認識を得る ・「財政調整・一元化に対する健保連の考え方（骨子素案・修正版）」について議論 |
| 第10回 (H20.11.13) | 1. 財政調整・一元化阻止のための理論構築について | ・財政システムを視点とした諸外国（独、仏、英、韓）の医療制度改革状況について共通認識を得る ・前回までの議論を盛り込んだ「財政調整・一元化に対する健保連の考え方（案）」について議論 ・検討の経緯や現状認識、「今後の課題として他の委員会等に検討を求める事項」を含めた最終報告のとりまとめ、公表の方法など報告書の取り扱いについては引き続き検討することを確認 |
| 第11回 (H20.11.28) | 1. 最終報告のとりまとめについて | ・最終報告案は、財政審の建議を踏まえ、21年度予算に政管支援措置の継続が盛り込まれる可能性が否定できない旨の指摘を受け、表現を一部修正することを確認。その他必要な修正を行った上で、常任理事会（12/4）に報告することを了承 ・リーフレット案は、組合の意思統一や国会議員への要請に用いることを想定し、遅くとも来年1月中旬までに完成させることを確認 |

財政調整・一元化阻止特別委員会委員名簿

| 健保組合名 | 役職名 | 氏名 |
|---------|------|--|
| 北海道農業団体 | 常務理事 | 鈴木 篤 |
| 新日本製鐵 | 常務理事 | 稲垣 恵正 |
| 管 工 業 | 専務理事 | ○星 常夫 |
| 東 芝 | 理事長 | ◎白川 修二 |
| 新潟県農業団体 | 常務理事 | 吉岡 政利 |
| トヨタ自動車 | 常務理事 | 青砥 伸治 |
| パナソニック | 専務理事 | 平野 保生 |
| 兼松連合 | 常務理事 | 山本 吉平 |
| 川崎重工業 | 副理事長 | 早苗 壽男 |
| 九州電力 | 副理事長 | 脇山 哲郎 (H20. 7. 1~) 土屋 茂 (~H20. 6. 30) |

*◎は委員長。○は副委員長。