

■ 戦略経営研究会 106th ミーティング議事録

日 時：2015年10月3日(土) 14:00-17:00

場 所：東京／竹橋 ちよだプラットフォームスクウェア

テーマ：コミットしたい！公的医療保険 ～制度改革のためのコミュニティ基盤と住民参加～

発表者：三原岳さん（東京財団 研究員兼政策プロデューサー）

参加者：23人（発表者を含まない）

（会社経営、会社員、コンサルタント、税理士、NPO 法人理事長、
行政書士、司法書士等）

目次：

- (1) はじめに
- (2) 社会保障制度（社会保険方式）と日本の医療・介護制度
- (3) 急速に進む少子高齢化の進展
- (4) 国家財政と医療・介護財政
- (5) 日本の医療制度の特徴
- (6) 医療・介護制度改革の動向
- (7) 制度改革に関する私見

発表：

- (1) はじめに

東京財団の紹介（省略）

- (2) 社会保障制度（社会保険方式）と日本の医療・介護制度

社会保障制度と聞くと、何をイメージしますか？ 医療、介護、年金、そして、子育て、障害者、生活保護が含まれます。公的医療制度は必要でしょうか？ 有史以来、人類は病気と闘ってきました。医療保険制度ができる前から、医療行為が行われ、医師がいました。

小津映画を見ると、社会保障の原点がわかります。戦前の小津映画の多くは医療費が題材になっています。一般の人にとり、医療費の発生がリスクだったのです。そのようなリスクに対して医療保険は社会全体でカバーしようとしています。社会保障制度は助け合いの精神に基づく「連帯」に基づいていると言えます。

日本の社会保障制度のうち、医療、介護、年金、雇用、労災は社会保険方式をとっています。この方式は各国によって異なります。税方式と社会保険方式の違いですが、税方式は負担とサービスが一致せず、社会保険方式は負担とサービスが一致します。この違いは大きく、キチン

と認識する必要があります。なお、イギリスと北欧の医療は税方式、フランスやドイツ、オランダは社会保険方式をとっています。

医療サービスの特性は、サービスの提供者と受け手の情報格差が大きくなっています（いわゆる、情報の非対称性）。このため、受け手は、質の是非を判断しにくい。また、サービスの良し悪しを同時に比較できません（同時に治療を受けることができない）。また、受け手（患者）の個別性が大きく、サービス提供者も不確実性を払しょくできません。ニーズの発生も不確実です（特に急性期）。以上から、医療は市場が機能しにくい特性を持つといえます。

(3) 急速に進む少子高齢化の進展

少子高齢化と社会保障制度について、胴上げ、騎馬戦、肩車と表現されています。支える人が減少しています。2025年以降、75歳以上の人口が約2割になります。いわゆる2025年問題です。あと10年で到来します。

(4) 国家財政と医療・介護財政

厳しい財政事情の中で、社会保障費など歳出の硬直化が起っています。社会保障費は放っておくと毎年1兆円が増えていきます。現在、赤字国債で社会保障費にあてる構造になっています。GDPに占める医療費の割合も上昇しています。とりわけ、医療費はコントロールしにくいとされています。医療機関が投資をすると、その投資を回収しようとするため、診療行為を増やす可能性が高まります。また、介護費も右肩上がりの傾向です。しかし、こちらはコントロールしやすいとされています。これは介護を受けるには要介護認定が必要だからです。医療はフリーアクセス、いきなり医療機関に行くことができます。それでも高齢化に伴う要介護者・要支援者の増加を受けて、介護費用が増えています。この結果、医療・介護費用は増加しており、制度の持続可能性が問われています。

(5) 日本の医療制度の特徴

国民全員に医療保険への加入義務があります（皆保険制度）。日本の医療制度はドイツを模倣しており、1922年には、健康保険法が成立しています。ただし、当時は大企業だけでした。その後、自営業者や農林従事者を対象とした市町村国民健康保険が発足し、1961年、国民皆保険がスタートしました。国民皆保険は世界で4番目とされています。

日本の医療保険制度は分立システムになっています。被用者保険として協会けんぽ、健保組合、共済組合などがあり、地域保険として市町村国保、後期高齢者があります。受診はフリーアクセスとなっており、日本は年間受診回数が非常に多くなっています。サービス提供は民間主体です。このため、政策誘導が難しくなっています。医療機関は病院中心で、病床数が非常に多く、世界で一番です。平均在院日数も17.9日と、やはり世界で一番です。また、専門分化が進んでいる結果、臓器・疾病別の専門医が多く、全人的かつ継続的に患者を診る医

師が少ないのも特徴です。

(6) 医療・介護制度改革の動向

政府は消費税を10%に引き上げる予定にしており、引き上げ分のすべてを社会保障費へ回すことになっています。医療・介護では「地域包括ケア」を推進しています。現在、地域包括ケアを聞かない日はないぐらい医療・介護業界では話題になっています。政府の考え方に基くと、高齢者について在宅でなるべく過ごしてほしいという目的があります。先ほどの2025年問題に対応するためです。この中では医療と介護の連携が大切とされており、その重要な役割を担う存在で、地域包括支援センターに期待しており、多職種連携を促す「地域ケア会議」の設置が市町村に義務付けられました。病床機能再編を目指す「地域医療構想」も推進しています。この政策では医療機能（高度急性期・急性期・回復期・慢性期）ごとに病床の必要量を推計し、急性期を圧縮することを目指しています。診療報酬を急性期に手厚く配分した結果、医療費を増やしているとして、急性期を減らすための政策を進めており、病そのために補助金で誘導しています。

(7) 制度改革に関する私見

ここからの説明は政策提言『医療保険の制度改革に向けて』に基づきます。

- 1) 医療保険制度の地域一元化。医療保険制度は社会連帯であり、社会全体でリスクの分散をすべき
 - 2) 財政制度の簡素化。負担と給付の関係は明確でなければならない
 - 3) 住民自治の強化。当事者自治に委ねる
 - 4) 保険者に対する権限移譲。医療保険制度における保険者は地域の医療体制で、相応の役割を持つ必要がある。
-
- 1) 保険料負担は不公平となっています。市町村国保の負担が過大です。国保の被保険者は無職（高齢者）、被用者（非正規）が上位を占めるようになっていきます。元々、農家と自営業者を想定していた、国保の趣旨と現状が合わなくなっています。高齢者が増えれば、医療費が増えることとなります。年齢、職業に左右されない制度にしていくべきです。つまり、職業、年齢に応じて加入する保険組合と保険料の負担が違う現状を改めて、都道府県単位に一元化し、これに市町村が関与していく仕組みにすべきです。
 - 2) 現在は複雑な財政制度になっています。問題が判明するごとに、後から建て増しをしているからです。言わば、高齢者医療費の負担を「ババ抜き」している状態です。つまり、高齢者医療費が増えることで国保の財政が悪化する。今の財政状況を考えると、これを支援するための国の税金投入も難しい。このため、被用者保険のカネを回す財政調整と、都道府県の財政負担拡大という選択肢を取って来ました。こうした利害調整の結果、負担と給付の関係が不明確になっています。例えば、健保組合の支出のうち、約4割は財政調整を通じて給付

費以外の部分に消えています。こうした形で制度が複雑になる背景にはパッチワーク的な制度改正があります。今回の制度改正では市町村単位の国保を都道府県単位化しようとしていますが、全国知事会は国保の財政健全化を条件としました。しかし、厳しい財政事情なので、財政を健全化、つまり損失を穴埋めするための税金を捻り出さなければならない。そこで、後期高齢者医療制度に対する支援金のルールを変更し、協会けんぽの負担を減らして、健保組合の負担を増やし、その分だけ協会けんぽの財政が良くなるので、協会けんぽの国庫負担を減らして、その金を国保に回すという内容です。ところが、負担が増える健保組合が税金による支援を望んだため、健保組合に対する税金投入を増やします。短期的な利害調整としてはベターな選択肢のかもしれませんが、その積み重ねは全体としていびつなものになっています。こうして複雑化した仕組みの弊害は民主主義を阻害することです。経済学者のハイエクは福祉国家肥大化の問題点として、複雑な制度が専門家による支配を招き、民主主義を阻害するとしています。

さらに、医療を行うほど得するシステムになっています。都道府県別医療費は高知県と千葉県で1.6倍あり、この差は病床数で説明できます。つまり、医療機関が設備投資（病床など）をやると、それを回収しようとして医療費が増えます。しかし、現在の仕組みでは誰かが補てんし、保険料の上昇として跳ね返りにくいので、被保険者や保険者に節約インセンティブが働かなくなっています。全国平均までは国が医療費を出して、超過分は都道府県単位で負担すべきです。

3) 民主主義政体においては「参加」が重要です。国会の審議も国民の代表者による間接的な参加となっています。しかし、現在は厚生労働省の省令や通知、行政指導などに多く依存しています。例えば、診療報酬は省令です。医療計画や地域医療ビジョンなどについても地方議会は関与を想定していません。医療保険制度は民主主義的な関与が十分になされていません。次に述べる地方分権を進めつつ、住民自治の強化とともに、住民が関与する仕組みを作っていくべきです。

4) プライマリ・ケアが必要です。英国は、GP（家庭医）の診療時間はその10分のうち、5分が診療、5分が医学的な証拠を重視した説明と対話になっています。日本でもプライマリ・ケアの導入が進みつつあり、2017年度には英国のGPに近い医師として「総合診療医」が制度化されます。2013年には日本医師会も「かかりつけ医」の要件を明確にしておき、英国のGPに近い内容になっています。しかし、プライマリ・ケアを制度化する上では、患者の「代理人」になるGPを牽制する仕組みが地域で必要であり、それは保険者になります。しかし、制度運営が中央集権的であり、保険者に権限がない状況です。政府がケアの内容をコントロールしています。たとえば、介護のメニューは3万もあります。訪問診療の報酬改定が行われましたが、同一建物向け訪問診療について悪用業者がいたことからです。これを全国一律にて低減しました。また、中央集権は地域包括ケアに適合するのでしょうか。

トクヴィルは社会をゆり動かし、早く前進させるためには中央集権は向かないとしています。プライマリ・ケアを制度化する上では、保険者への権限移譲を行い、地域特性に応じた医療を目指すべきです。

以上