

第2部 パネルディスカッション

一橋大学大学院経済学研究科、国際・公共政策大学院教授	佐藤 主光 氏
政策研究大学院大学教授	島崎 謙治 氏
健康保険組合連合会副会長	白川 修二 氏
公益社団法人地域医療振興協会地域医療研究所所長	山田 隆司 氏
株式会社日本総合研究所 調査部上席主任研究員	西沢 和彦 氏
モデレータ：株式会社日本総合研究所 副理事長	翁 百合 氏

「セッション1 医療保険財政」



翁副理事長

(翁) 翁でございます。本日は、多数ご来場賜りまして、改めて御礼申し上げます。

それでは、第1部の問題提起と4名の先生方のプレゼンテーションを受けまして、第2部としてパネルディスカッションを始めさせていただきます。ここからは、日本総合研究所の西沢和彦も加わりディスカッションを進めてまいります。今回のシンポジウムは、「国民主体」と掲げておりますので、議論もできるだけ分かりやすくということをお心掛けてまいりたいと思っております。

さて、ディスカッションは大きく三つのセッションに分けていきたいと思っております。一つ目は、医療保険財政、医療費や財源といったお金まわりの話でございます。二つ目は、医療提供体制、医療サービスの内容の在り方でございます。三つ目は、加入者、患者の代表としての保険者の在り方ということでございます。

まず一つ目のセッション、医療保険財政ということで話を進めてまいりたいと思います。

初めに、西沢のほうから医療保険制度の仕組み、それから医療費の現状について、スライドで簡単にご説明をさせていただきたいと思っております。

(西沢)〔医療保険制度の現状と課題〕



西沢上席主任研究員

西沢です。私は、難しい話はできませんので、簡単におさらいと制度の解説などをさせていただきます。

〔医療保険制度は、大きく五つにグルーピング〕

医療保険制度は大きく五つにグルーピングできます。白川さんたちの大企業サラリーマンの健保組合、中小企業サラリーマンの協会けんぽ、公務員と私学教職員の共済組合の三つがあり、これがサラリーマン健保であります。次いで、現時点では市町村が保険者になっている国民健康保険、いわゆる国保があり、原則75歳以上の高齢者が加入する後期高齢者医療制度があります。国保は、

日本総研シンポジウム
国民主体の医療制度構築に向けて
～医療保険制度のガバナンスを考える～

医療保険制度の現状と課題

2015年12月9日

株式会社日本総合研究所
調査部 上席主任研究員

西沢 和彦

 次世代の国づくり

Copyright (C) 2015 The Japan Research Institute, Limited. All Rights Reserved. [9-10]

医療保険財政

 次世代の国づくり

1

Copyright (C) 2015 The Japan Research Institute, Limited. All Rights Reserved. [9-11]

医療保険制度は、大きく5つにグルーピング (図表)主な医療保険制度

医療保険制度	主な対象	保険者数 (運営主体)	65歳以上の割合 (%)
健保組合	大企業サラリーマン	1,431	2.7
協会けんぽ	中小企業サラリーマン	1	5.0
共済組合	公務員、私学教職員	85	1.5
国民健康保険(国保)	74歳以下年金受給者、非正規雇用、自営業者、農林漁業者	1,717	30.9
後期高齢者医療制度	75歳以上高齢者	47	100.0

(資料)厚生労働省「医療保険に関する基礎資料」より日本総合研究所作成
(注)2012年度末。主な保険制度のみ。

次世代の国づくり

2

Copyright (C) 2015 The Japan Research Institute, Limited. All Rights Reserved. [9/11]

国民皆保険という話がありましたけれども、そのラストリゾートになっています。ですので、サラリーマン健保に入れなかった非正規の方とか、あるいは74歳以下の年金受給者の方、もとよりの加入者である自営業者、農林漁業者の方々が入っているような状況になっています。

〔サラリーマン健保にとって重い高齢者医療向け支援金等〕

これまでも前期高齢者納付金ですとか後期高齢者支援金というお話がありましたが、スライドには大きく収支を書いております。

うへの三つ、サラリーマン健保は、国保および後期高齢者医療制度に支援金等を大規模に出しています。健保組合を例にとりますと、計3兆1,000億円、主な内訳として後期高齢者向けに1兆5,000億円、前期高齢者向けに1兆3,000億円を出しているわけです。支出の半分近くが高齢者への支援金等になっており、今後、高齢者人口がどんどん増えていきますと、この負担が非常に重くなってくる。それは、中小企業の協会けんぽもやはり同様です。国保や後期高齢者医療制度は、こうした支援金等を受けつつ、さらに多額の公費も入っているわけです。

問題としましては、負担と受益が本来リンクしているはずの保険料を原資にこれほど大きな財政移転をしてしまって、果たして保険料と言えるのかという話がありますし、公費も本当に続くのかという話があります。今後、高齢者人口が増えれば増えるほど、この状況が深刻化していくわけでありまして、一つ、私から問題提起させていただきたいのは、昨今の政策は、保険料を原資とした再分配をより強化

サラリーマン健保にとって重い高齢者医療向け支援金等 国・地方の公費投入、公費は赤字国債に大きく依存、複雑なお金の流れ

(図表) 医療保険制度の収入と支出 (兆円)

制度	収入	保険料	公費	公費		前期高齢者交付金	退職者拠出金	その他	支出	給付	支援金等	後期高齢者支援金	前期高齢者納付金	退職者拠出金(注3)	その他
				国	地方										
健保組合	7.0	6.9	0.0	0.0	-	0.0	-	0.1	7.3	3.7	3.1	1.5	1.3	0.3	0.5
協会けんぽ	8.1	6.9	1.2	1.2	-	-	-	0.0	7.8	4.7	3.0	1.5	1.2	0.3	0.1
共済組合	2.4	2.3	-	-	-	-	-	0.1	2.4	1.2	1.1	0.5	0.5	0.1	0.1
国民健康保険	13.1	2.8	4.8	3.0	1.8	3.2	0.8	1.6	13.0	9.2	1.7	1.7	0.0	-	2.0
計	30.5	18.8	5.9	4.1	1.8	3.2	0.8	1.8	30.5	18.8	9.0	5.2	3.0	0.7	2.7

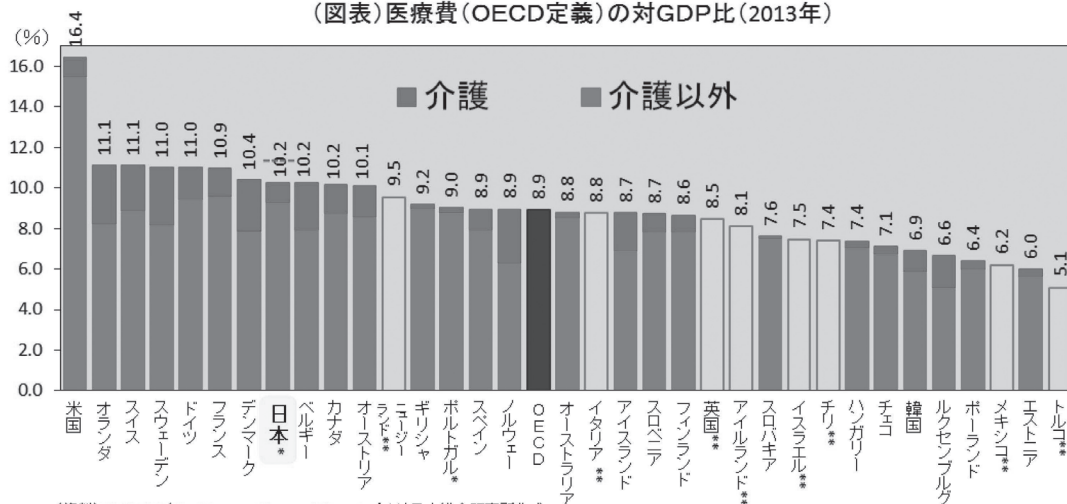
制度	収入	保険料	公費	国	地方	後期高齢者交付金	支出	給付
後期高齢者医療制度	12.8	1.0	6.5	4.1	2.3	5.3	12.8	12.7

(資料) 厚生労働省「医療保険に関する基礎資料」より日本総合研究所作成。2012年度実績(注1)支援金等は、資金繰りなどの関係から、納付額と交付額が必ずしも一致しない。(注2)数値は、小数点2桁を四捨五入。内訳と合計は必ずしも一致しない。(注3)退職者拠出金とは、国保に加入する64歳以下の被用者OBを対象とした拠出金。(注4)生活保護などは公費負担の医療給付分は含んでいない。

次世代の国づくり

医療費 (OECD定義) 対GDP比、わが国は34か国中第8位 実際には、この数値も介護が狭義に捉えられていることなどから実態より過少

(図表) 医療費(OECD定義)の対GDP比(2013年)



(資料) OECD.Stat 'Health expenditure and financing'より日本総合研究所作成
(注1) Long-term careを便宜的に介護と訳した。資本形成を除く。
(注2)* 介護のみ2012年の数値。**介護の内訳未公表の国。

次世代の国づくり

するような方向に見えるわけですね。用語集を見ていただくといいのですが、後期高齢者支援金を総報酬割といったものに変えてみたり、あるいは前期高齢者納付金も組合健保、白川さんたちのところにもっと負担してくださいと政府内から提案が出てきたりするわけであって、保険といったものがちょっとずつ保険らしくなくなっていく方向にあるように思います。

〔医療費（OECD定義）対GDP比、わが国は34カ国中第8位〕

以上は財政構造の問題ですが、最後に、スライドの3枚目、費用の規模の問題です。これは、OECDの定義による医療費ですけれども、7月に発表されたものは、対GDP比でわが国は34カ国中8位です。

これだけでも、わが国は結構高いんだねという話になりますが、それでも私の調べでは実際よりも過少評価なんですね。OECDの定義では、実際はHealth expenditureでありまして、介護も入っています。わが国の介護は、わが国よりも対GDP比の高い国に比べて小さくなっていますが、これは実際の介護費が小さいためではなくて、計上している金額が小さいんですね。実際にわが国のHealth expenditureはもっと高くなるはずであって、より厳しい状況にあるといったことが議論の起点にならなければいけないと思います。

今、まさに診療報酬改定の真っただなかですが、より厳しい議論をしていかなければいけないといったことを申し上げたいと思います。

（翁） ありがとうございます。

それでは、医療保険財政ということで、まず白川様にお伺いしたいのですが、先ほど、高齢者医療制度への支援金などが健保の財政のなかでウエートが高くなってきているというお話もございました。こういったなかで、今、医療の質を維持しながら効率化していくために、保険者としてどのような行動をされようとしているのかお伺いしたいと思います。

それから会場からのご質問として、財政の関連では、諸外国に比して投薬が多いのではないかと。こういった点についてどう思われるか。また、受診行動の点については、もっと国民一人ひとりの健康教育といたしますか、そういったものが大事なのではないかというようなご意見もいただいておりますが、こういった点についてもコメントをいただければと思います。

（白川） まず医療保険財政でございますけれども、二つの面で我々に関心を持って意見を言っていかなければいけないと考えております。

一つは、当面、2025年までの10年間、高齢者医療費の負担問題が最大の焦点と考えております。私の資料の8枚目（（1）被用者保険の財政上の問題点）にシミュレーションの結果を出させていただいておりますけれども、全体の医療費のなかで後期高齢者が2025年には医療給付費の52%を占めるということでございます。現在、後期高齢者の医療費につきましては、国が5割を出す。現役世代が4割を支援する。ご本人たち、高齢者の保険料が1割。こういう構成になっています。



白川副会長

当然、これだけ増えれば、それぞれご本人たちも含めて、全部増えるわけでございます。そうすると、問題は、現役世代が支え切れますか、これは税金でやりますか、保険料でやりますかという選択になります。今のところ、我々健康保険組合は、これは税金を少し考えていかないといけない、そのために消費税を上げたのだらうという主張をしているわけです。言ってみれば、保険理論から言えば、保険料というのは加入者のために徴収するものであって、それをほかの保険者に財政移転するということは保険理論ではあり得ない、所得の再分配に当たるといいますから、これは税金の役割ではないかという主張をしているわけです。

さはさりながら、これだけ増える後期高齢者あるいは前期高齢者の医療費を、自分たちだけで賄えというわけには絶対いかないわけですね、給付と負担がバランスしませんから。したがって、国民全体で支えるということは、当然といえば当然と思っておりますけれども、それが税なのか、保険料なのか。

国は、税金を上げると、国民の批判といいますか、注目を浴びますけれども、保険料を上げる分にはあまり注目されないということから、言ってみれば、保険料を第2の税金のように考えているのではないかと。とくに財務省はそういう傾向が強いというふうに私どもは批判的に見ております。

そうは言いながら、こういった2025年問題に対してどういう手を打っていくか。場合によっては、高齢者の方々の自己負担分も含めて考えていかなければいけないというのが1点目です。

もう一つは、当然、適正化努力が必要です。医療費の伸びを成り行き任せというわけにはいきません。伸びをいかに抑えるかというのを適正化という言い方をしておりますけれども、ここの努力が非常に重要だと考えております。国が来年度の予算策定に当たって骨太の方針というのを発表しました。「骨太の方針2015」というものですが、そのなかに医療費の適正化施策の検討項目ということで30項目ぐらい挙げております。こうした国としての適正化方向を示したということは、非常に評価できる点だと思っております。

もうすでに決まっておりますけれども、これは、実は、ばかにならない額でございます、例えば入院したときに食事代がかかります。今、1食260円ですけれども、これをあと2年かけて200円引き上げるという計画になっています。200円引き上げるだけで、医療財政でいうと約1,200億円の効果があるんですね。

ですから、申し上げたいのは、いろんな制度を、小さいところかもしれませんが、少しずつ積み上げていって変えていく、適正化していくというのが一つ。

それからもう一つは、大きく負担というのを考えなければいけない。とくに高齢者の負担、1割負担とか2割負担になっておりますけれども、この負担割合でいいんですかとか、あるいは70歳以上にはいろんな負担軽減のための特例措置があります。この辺をどうしますかという負担の問題。それから、私はこれから保険の適用範囲を少し見直していかないといけないのではないかと主張させていただいています。日本ほど保険適用範囲の広い国は、ほかの国を見たらありません。

ちょっと横道にそれますが、健保組合で高額医療費をいつも調査しておりますけれども、最高額が2年前に出ました。1カ月当たり1億2,000万円という、血友病の患者さんですけれども、例があったんですね。30代の方なんです。こういう方は保険がないと生きていけないわけです。最近、C型肝炎の画期的な薬が出ました。これは、3カ月で550万円とか600万円ぐらいかかるんですね。これで完

治するわけです。こういうものは、当然、保険。そのために保険制度があるわけですから、保険適用すべき。

ところが、一方、簡単な軽症のものまで全部保険かと言われると、それは違うのではないかと。保険適用から外すとか、あるいはフランスなんかですと、軽症の場合は償還割合が違うわけですね。腹薬ですと9割は自己負担とかもあるわけです。そういったことをやっぱりやっていかなければいけないんじゃないかなと考えております。

それからもう一つ、ご質問にもありましたけれども、健康寿命といいますか、健康余命といいますか、政府も健康寿命の延伸ということを政策テーマに掲げておりますけれども、当然、予防とか健康増進とか、あるいは疾病の早期発見といったことも非常に重要でございます。このあたりが日本の保険者の力の見せどころでございます。このあたりは今まで以上にやはり力を入れていく。高齢になってからではもう遅いので、その前に手を打っていくことが非常に重要だと考えております。

その2点でございますけれども、日本は投薬が多いのではないかとご質問がありましたけれども、きょう、数字は持っていませんが、おっしゃる通りでございます。それも異常に多い。今、たしか処方箋が1年間で8億枚と聞いておりますので、一人当たり、1年に7回ぐらい処方箋を切っているということです。これはあまりに多いと思っております。

(翁) ありがとうございます。

次に島崎先生にお伺いしたいのですが、先ほどのご発表では、医療保険のサステナビリティについて非常に心配をしておられましたが、具体的に、これから国保や後期高齢者医療制度などの制度や仕組みについて、どのような改善をしていく必要があると思っておられるのか、ご見解を教えてくださいませんか。

(島崎) まず、サステナビリティについて一言だけ申し上げると、先ほどは高齢化の問題に焦点を絞りましたが、医療費を増加させているもう一つの大きな要因は医療の進歩です。白川副会長もおっしゃいましたが、C型肝炎の新薬で1錠6万円以上のものや、癌の分子標的薬で普通に使えば医療費ベースで1カ月数十万円かかるものがざらに出てきます。人工透析も1年間の医療費は500万円を超えます。もちろん医学・医療の進歩を否定しているわけではありませんが、それと医療制度のサステナビリティとの関係についてどう考えていくかということは、今後より大きな問題になってくるだろうと思います。



島崎教授

お尋ねの国民健康保険ですが、スライド26(国民健康保険の改革による制度の安定化)を映していただけますか。先ほど説明しましたように、今年の5月に国民健康保険法等の一部改正が行われ、2018年度からは国保の財政運営責任は都道府県が担うということになったわけです。しかし、それでは市町村は何も責任を負わないかという、そんなことはありません。というのは、そもそも国民健康保険の保険関係を成り立たせている契機は「住所」すなわち「生活の本拠」があることであり、日本の場合は住

所の管理は市町村が行っているからです。それから、保険料の徴収、保険給付の実務やヘルス事業も、現実問題として市町村がやらざるを得ません。したがって、スライド26の真ん中から下にある通り、今般の改革後も、こうした国保の資格管理、保険料徴収や保険給付、ヘルス事業等々については市町村が責任をもって実施することになります。

その結果、どうなるかといいますと、国民健康保険については都道府県と市町村がいわば共同保険者のような形になるわけです。「共同」というと聞こえはよいのですが、責任が分かれるわけで国保運営のガバナンス（統治）が緩みやすい仕組みでもあります。逆にいえば、国保の何の業務が都道府県の責務で、何が市町村の仕事なのか、現状では曖昧な部分がありますので、それらを早急に詰め責任の所在・規律を明確化することが必要だと思っています。

それから、少し細かいことですが、国民健康保険についてどうしても指摘しておくべきことがあります。国保関係者と話をしますと必ずいわれることは、「所得なし世帯」が4分の1以上も占めているので大変だということです。確かに国民健康保険は被用者保険に比べ所得水準の低い方が入っていることは間違いありませんが、「所得なし」という場合の「所得」とは税制上の所得であり、税制におけるいろいろな政策上の配慮が反映されてしまうことに留意すべきです。たとえばどういうことかといいますと、公的年金等控除の最低保障額は120万円です。そこに基礎控除の33万円を加えますと153万円になります。つまり、公的年金を153万円もらっている人は、国民健康保険上は「所得なし」の扱いになってしまうのです。また、遺族年金は全額非課税なので、遺族年金をいくら受給していても「所得なし」の扱いになります。国民健康保険で「所得なし」になりますと、応能割の所得比例部分の負担がゼロになるだけではなくて、応益割の部分についても7割減ということになります。

何を申し上げたいかということ、「能力に応じた負担」というのは一般論としては間違っていないですが、収入と所得の概念を峻別し、どういう層の生活が苦しいのか、公平な保険料の負担とは何かということについて、もう少しきちんと議論しないと、生活実態や国民感情と相当かけ離れてしまうということです。

それから、27のスライド（図：高齢者医療に関する制度設計）を映していただきたいのですが、頭の整理をしますと、高齢者医療制度の制度設計については、被用者保険と国民健康保険と2本立てで行くか、年齢で区切るか、この組み合わせしかありません。今の後期高齢者医療制度は、75歳という年齢で切り、それまでどの保険に加入していたかということとかわりなく後期高齢者医療制度に入るわけです。言ってみれば、75歳になると「国籍変更」を伴うわけで、「国籍」が変われば権利や義務が変わってきてしまう。実際、現在の後期高齢者医療制度では、他の条件は変更がなくても75歳になると給付率や保険料の賦課が変わります。

これは制度設計上決して小さな「傷」ではないのですけれども、それでは、なぜ、あえてこういう制度設計にしたのでしょうか。ポリティカルな背景は別にすれば、それは世代間の負担の公平の議論を正面からする必要があるので。つまり、後期高齢者の人がどれだけ医療費を負担し、現役と高齢者の人数構成が急激に変っていくなかで、どういう負担の按分の在り方が望ましいのか、さらに言いますと、高齢者の医療そのものの在り方も含めて議論していく必要がある。こういうことが後期高齢者医療制度を創設する背景であったわけです。

ところが、結果的にどうなっているかというと、「後期高齢者医療制度は制度として定着した」という評価になっているわけですが、むしろ、私はそのこと自体が問題だと思います。つまり、さまざまな経過規定も温存されており、高齢者の医療費の負担の在り方が正面から論じられていません。「シルバー民主主義」という言葉がありますが、今後さらに高齢化が進んでいくと世代間の負担の議論はますますしにくくなります。医療に限ったことではありませんが、世代間負担の公平の議論は早急に着手すべきだというのが私の意見です。

(翁) どうもありがとうございました。

次に佐藤先生にお伺いしたいのですが、現在の医療保険財政の構造や医療費抑制に向けた政府の取り組みについて、どのように見ておられるか。実際にもかかわっておられるところもありますが、より踏み込むべき点とか、今、こういったことが最新のところで起こっていて、これはより進めていくべきではないかというようなことがありましたら、教えていただきたいと思います。

それと、保険の範囲についてどういうふう考えるかということ。あと、幾つか会場からのご質問で、日本に管理競争を入れる場合の留意点は何ですか。それから、諸外国の例を示されましたが、それぞれの国によって固有の課題があるので、それを日本に当てはめるときの留意点などがありましたら教えてくださいというコメントも入っております。

よろしく願いいたします。

(佐藤) 最初に質問のほうから答えさせていただきます。管理競争が働くための前提条件は保険者が保険者としての機能を果たしているということでもあります。白川さんもいらっしゃるのですが、あまり余計なことを言わないほうがいいと思っているのですけれども、今のところ、日本は市町村国保であれ、組合健保であれ、いわゆる保険者という機能を果たしているかは疑問です。

例えばお医者さんと対等に交渉できますか、それに必要な専門的な知識がありますかと言われると、ちょっと微妙かな。確かにレセプトを審査するとかそういうところについては、事務的な能力があるのはわかるのですけれども、医療に対してもっと深く突っ込んだ議論ができる、それだけの能力があるかどうかというのは、まだ疑問符がつくと思います。まずは、その保険者としての機能を十分果たせるようになることがすべての前提条件です。

これは鶏と卵みたいな関係でありまして、保険者にもっと責任を持たせないから、なかなかその能力が培われないのか、能力がないことを前提に国がいろんな施策を打つから、いつまでたっても能力が培われないのかとか、そういう関係にありますので。ただ、やはり保険者としての能力の向上が問われてくると思います。

で、諸外国も苦労しています。オランダも決して医療費の安い国ではありません。スライド（リスク構造調整（オランダ））に書いている通りで、実は、世界第2位でありまして、アメリカに次いで医療費は高いです。ただ、そのかわり質も高く、EUのなかでは高く評価されている国であります。ただ、



佐藤教授

医療費をうまくコントロールできていますかと言われると、それはわからないですね。それは、それぞれの国が試行錯誤するなかで取り組んできている問題であるということです。

いずれにせよ諸外国を見ているとおもしろいなと思うのは、やっぱりチャレンジしていることなんですよね。つまり、これまでの経緯とか、歴史的な推移によってこうだったとか、わが国の慣行はこうだったではなくて、これからの日本はどうか、将来の日本の医療を支えていくために、今、何をしなければいけないのか。そういう視点、未来志向の視点で考えているところだと思います。日本はややもすると、過去の経緯で、こうだ、ああだとか、何かそんなところで議論がとまってしまっているところがあると思います。そこはヨーロッパとかはクリエイティブだなと思うところです。その点については、保険者の話はまた後ですとしますので、説明させていただければと思います。

あと、では、当面、財政の視点から医療財政に関して何をしなければいけないかという。1点目によく言われるのは、後発医薬品の普及であります、ジェネリックですね。とくにジェネリックの普及率を8割に引き上げようという議論がありますけれども、やっぱり薬代がかなり高いということでもありますので、まずそこはできることだろう。今できることとしては、実際、ジェネリックはあるわけですし、それをもっとみんなに使ってもらうようにすれば、おのずから医療費は抑えられるわけですから、これはできることであるということです。

これは患者さんにとってもありがたいことでありまして、薬代が安いということは、その3割が自己負担。高齢者の場合は1割ですけれども、1割であっても自己負担が減ることになりますから、ある種、ウィン・ウインの関係なわけですね。財政当局としてもありがたいし、患者さん個人にとってもありがたいことなので。したがって、これはできることだと思います。

あとは白川さんからもお話がありました通り、薬の適用範囲、保険の適用範囲が非常に広い。とくに薬。もう1回、薬に戻しますと、例えば湿布とかも保険適用なわけですが、でも、湿布ぐらい買えるわけであって。もちろん、打撲したりすれば、当然、病院に行って湿布を処方してもらうわけですが、



処方された薬に対してすべて公的な医療保険を適用しなければいけないかという、必ずしもそうではないはずなんです。癌の治療のためとか、本当に必要不可欠なものについては公的医療保険の対象にすることは言わずもがなですけれども、風邪薬とかビタミン剤とか湿布とか、マツモトキヨシに行っただけで買えるものであれば、お医者さんが処方をするかもしれないけれども、その部分は全額自己負担にしてくださいねというのは、やっぱりあってしかるべきだと思います。

このあたり、今ある幅広い保険の給付の範囲を抑えていくということ、やはりここが問われているのではないかと思います。とりあえず、私のほうからは以上です。

(翁) ありがとうございます。

それでは、山田先生にお伺いしたいのですが、医師の立場から、この財政の点をどういうふうにか考えるかということです。医療の質を向上させながら、医療費の効率化、両立をしていくということについて、例えば先ほども各先生方からご指摘がございましたけれども、総合診療医というのがより機能するということは、医療財政のサステナビリティという観点からも非常に重要なことの一つではないかと思いますが、医師のお立場から、その点はどういうふうにお考えになるか、コメントをいただければと思います。

(山田) 私自身、今の枠組みで医療保険のなかで仕事をしている者にとっては、今の診療報酬制度が極めて複雑で、病院を運営する立場からすると非常に厳しいというか、そういう立場からすると、全体の医療財政について私がコメントするのはあまりふさわしくないのかもしれないですけれども、ただ一方で、今、ご指摘があった総合診療医というようなことに関しては、他国ではそういったことが非常にうまく機能していたりします。



山田所長

日本で言うと、いろんなところへのフリーアクセスが保たれるのと、それから出来高払いというのは、高齢者医療にとっては不具合なところが出がちです。非常に偏りが多く出やすい。一方で、イギリスですとかオランダですとかは、家庭医、総合診療医的なゲートキーパーというか、身近な医師の存在があって、なおかつ、一定の役割が医療システムのなかで担わされている。

家庭医というのはアメリカにもあるんですけども、非常に競争的で、一つの専門医として、必ずしもそれが全体のシステムには有効になってないような気がします。イギリスやオランダのように、医療の最初の入り口のところで、ゲートキーパーというと反対に門前払いしているようにいけないんですけども、水先案内人というか、患者さんにとってのそういった役割がしっかりしている国は、医療の質を保ったりとか、効率よく患者さんの満足度を上げていたりということでは、成功している部分があるように思います。

だからといって、全部が全部、先ほどの先生方のご意見ではないですけども、輸入するのが日本にとってふさわしいとは思ってないんですけども、今後、そういった総合診療医にある程度の役割を担ってもらおうというのは一つの鍵になるんじゃないかなと期待しています。

「セッション2 医療提供体制」

(翁) どうもありがとうございました。


それでは、医療提供体制について議論を進めてまいりたいと思います。ご質問も医療提供体制のところはたくさんいただいておりますので、質問を紹介しながら進めていきたいと思いますが、まず初めに、今、取り組みが始まっております地域医療構想、そのエッセンスにつきまして、西沢さんからご説明をお願いいたします。

(西沢)〔国民医療費39.2兆円、うち入院医療費14.8兆円〕

先ほど来、地域医療構想という話が出てきました。これは、私がお説明するというよりも、私がいつも抱えているモヤモヤを先生方につけたいという意味もございしますが、まず、国民医療費自体が約39兆2,000億円ある。うち、入院医療費が14兆8,000億円、15兆円に迫る。高いですね。これが公費などを含めて負担されている。


〔病床数〕

何とかしなければいけないということで、病床数が、先ほど来、出ておりますが、ほかの先進諸国と比べても、低下傾向にあるとはいえ、人口当たりで非常に多い。ベッドを作れば患者さんが入ると言われている状況にあって、これは是正しなければいけない。

 **日本総研**
The Japan Research Institute, Limited

医療提供体制

(地域医療構想)



次世代の国づくり

5

Copyright (C) 2015 The Japan Research Institute, Limited. All Rights Reserved. [01-01]

国民医療費39.2兆円、うち入院医療費14.8兆円
国庫負担10.1兆円、地方負担5.0兆円（2012年度）

（図表）国民医療費39.2兆円の内訳

診療の種類別にみれば

入院 医療費	14.8 兆円
外来 医療費	13.6 兆円
歯科	2.7 兆円
薬局調剤	6.7 兆円
その他	1.5 兆円

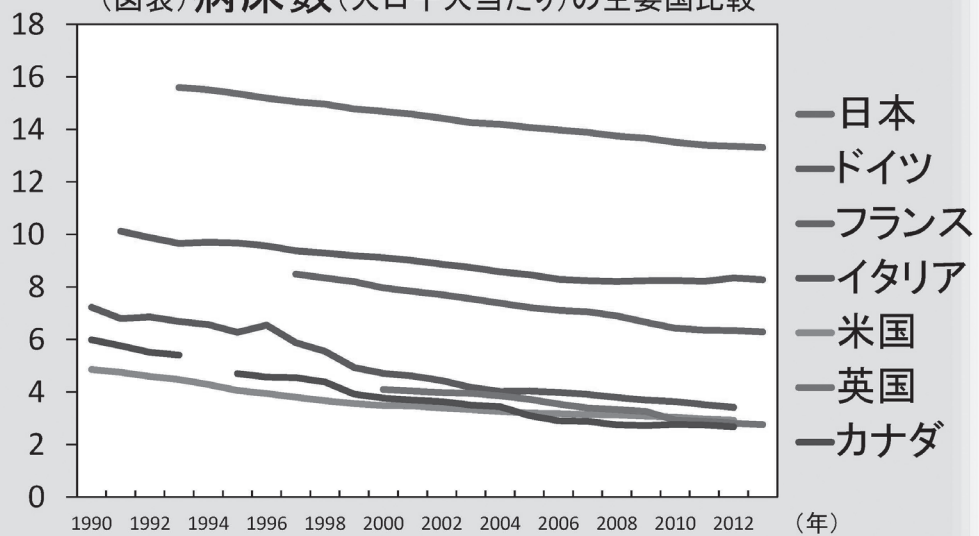
財源別にみれば

国	10.1 兆円
地方	5.0 兆円
保険料 (事業主)	7.9 兆円
保険料 (本人)	11.2 兆円
窓口負担	4.7 兆円
その他	0.3 兆円

（資料）厚生労働省「平成24年度国民医療費」より日本総合研究所作成
次世代の国づくり

病床数（人口あたり）も、諸外国比多く、役割も明確ではないとの指摘

（図表）病床数（人口千人当たり）の主要国比較



（資料）OECD.Statより日本総合研究所作成

次世代の国づくり

〔地域医療構想〕

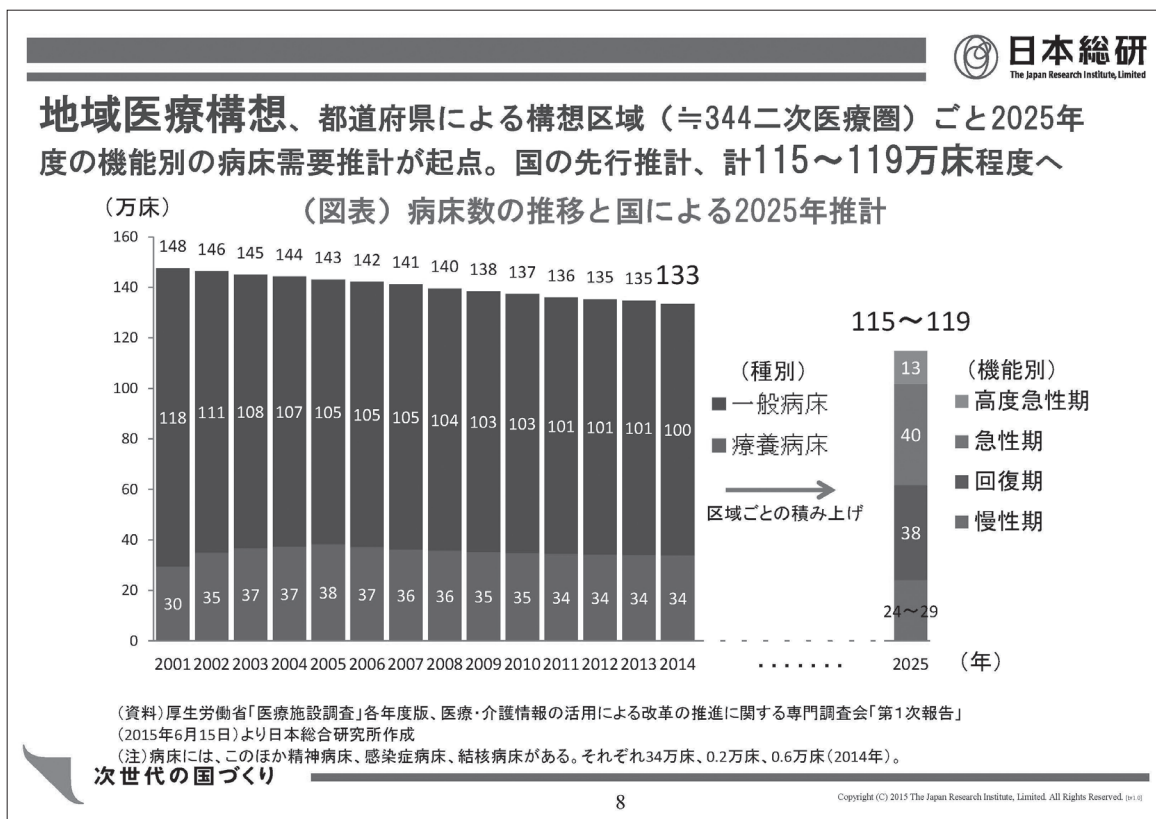
そこで、地域医療構想は、足元、全国に一般病床、療養病床で133万床あるものを、佐藤先生たちが入っておられた専門委員会で推計されたところ、目標値という意図を込め、115万から119万に2025年には減らしていきたい。ここまでは医療費が膨らんでいるなかで減らしていくのは分かりますねと。

では、その方向性に同意したとして、弊社の山田からも話がありましたけれども、これが本当に実現していくのですかという話。また、病床を減らしたとしても、全国に山田先生のようなお医者さんがいらっしゃるわけではないなか、では、受け皿はどうなるのですかという話。あるいは、わが国は社会保険方式を標榜していますけれども、島崎先生の言葉を借りると、計画的な手法である医療計画の一環である地域医療構想と、ボトムアップであるはずの社会保険方式と、どう論理的な整合性をとるのかといった話。これも、私、いつもモヤモヤしています。

ですので、今、政府はこのことを一丁目一番地に進めていて、それは財政的な状況、病床の状況を見れば理解できますけれども、こういったモヤモヤ感がずうっとあるわけです。できれば、私としてもこのあたりをぜひ先生方にお話しただければなと思っています。

(翁) ありがとうございます。

それでは、まず島崎先生にお伺いしたいんですが、地域医療構想につきまして幾つか課題もおっしゃっておられたのですが、地域医療構想は都道府県について推進母体としてかなり疑問符があるのだが、



これはうまくいくのだろうかという、実現可能性についてのご質問が会場から幾つか来ております。

それから、医療提供体制をよりプライマリーケアの視点を入れて進めていくべきではないかと思えますけれども、こういったことについて誰がリーダーシップをとって進めていくのが望ましいと思っておられるのか。このあたりについてご見解をお聞かせいただければと思います。

(島崎) スライドの21(在宅療養推進に当たっての課題)を映していただけますでしょうか。幾つかのご質問への回答も含めてですが、まず地域医療構想について私が基本的にどう思っているかお話ししたいと思います。地域の人口構造や疾病構造は今後急激に変わっていきますので、医療関係者のほか住民も含めて、地域医療の将来のイメージについて共通認識を持つことは大変重要なことだと思います。ですから、私は地域医療構想を策定すること自体には反対ではありません。ただ、問題はその実効性です。

そこで、今ご指摘された地域医療構想とプライマリーケアの関係あるいは地域包括ケアとの関係ですが、スライド21をごらんいただきますと、在宅療養、在宅医療を推進するに当たって大きな問題はいろいろあるわけです。「介護してくれる人がいない」あるいは「家族に負担がかかる」というのは最大の阻害要因ですが、二つ目に挙げられているのは「急変時の不安」です。次の22のスライド(疾患別の死に至るパターンの相違)を映していただきたいのですが、疾患別の死に至るパターンというのはかなり違います。この図は在宅医療関係者の間では有名なのですが、通常、在宅医療とかといいますと癌をイメージされる方が多いと思います。しかし、癌は比較的亡くなる直前までQOLが保たれますので在宅医療は比較的やりやすいのです。また、本人も家族も在宅医療に対する考え方も、例えば息子の結婚式までは何とか頑張りたいとか、詩集を出して亡くなりたいというように、意思が明確である場合が多いのです。

ところが、臓器不全の場合ですと、このスライドにありますように、在宅で急性増悪をしたときの対応で家族は非常に苦勞することになります。もちろん、そういう状態になったからといって、すぐに病院に搬送すればよいわけではありませんけれども、そういう在宅医療の「受け皿」の整備も必要になってきます。こういうことがきちんとされないと、例えば、療養病床のうち何割が在宅医療に移るだろうと机上で計算したとしても実効性を伴いません。

先ほど西沢さんは社会保険と計画的な手法との関係についてご質問されましたが、これは本質的な問いです。率直に言って、日本の医療提供体制の改革はいわば「診療報酬一本足打法」でやってきました。これは、日本では医療提供の主体が民間セクター中心であるなどの事情に加え、診療報酬がそれなりに奏功してきたからです。私は、今後とも診療報酬は最も重要な改革手法だと考えていますが、診療報酬は万能ではありません。診療報酬の基本的性格は診療の対価ですから、そもそも病院の統廃合や集約化にはなじみにくいし、診療報酬は地域特性を十分反映しにくい面があります。したがって、「診療報酬一本足打法」ではなく、ほかの方法で補完していかなければいけない。そのために地域医療計画でありますとか地域医療構想という考え方が出てくるわけです。

問題は何かというと、まず地域医療構想は原則として二次医療圏単位で策定するわけですが、二次医療圏というのは元々郡市医師会の単位だとか、行政の保健所や市町村の区切りで決められたところが少なくないために、実態に合っていない場合が少なくありません。例えば東京の場合二次医療圏は13あり

ますけれども、東京は全体を1つで考えるか、23区とそれ以外で分ける方が事態に合っています。

また、計画的な手法は、それを差配する人の力量によって大きく左右されるという問題があります。47都道府県の実態をすべて承知しているわけではありませんが、率直に言いますと力量に差が相当あります。結構頑張っているところがある一方、総じて言いますと、医療人材の育成の立ち遅れが目立ちます。それに加えていえば、国のほうからいろんな作業指示がおりてきているうえに、医師会をはじめ医療関係者との調整作業が多く、都道府県の医療政策担当部局の職員の疲弊が進み士気の低下を招いているという実態もあります。

ただし、地域医療構想を軽視してはいけません。というのは、まず公立病院に関して言いますと、昨年末出されました公立病院のガイドラインは、地域医療構想との連動性を強調していますので、恐らくそういうプレッシャーが強くなっていく。それから、民間医療機関は、ちょうど建て替えの時期を迎えているところが多いのですけれども、銀行からすれば1番困るのは貸した金が返ってこないということですから、地域医療構想で貸付先の病院がどういう位置づけになるかということについて非常にシビアに見ています。実際、銀行が医療系のシンクタンクに対し、「この病院はこういう建替え計画を出しているけれども、これで平気なのか」と意見を求めているケースもあります。

さらに言いますと、診療報酬の影響もあります。次期および次々期の診療報酬改定において、地域医療構想と整合性のある診療報酬が打ち出されることは間違いありません。

したがって、地域医療構想そのものというよりも、それを取り巻くファクターの影響により医療機関の環境は相当大きく変わることになるだろうと思います。

(翁) ありがとうございます。

それでは、白川様に次にお伺いしたいのですが、ご質問も来ております。地域医療構想、地域医療計画に対して保険者はこれからどういう武器を持って何を言っていくのか、どういうことが効果的だと思



っているのか。また、健保連だけでなく、ほかの保険者もそれを担っていくと思いますけれども、そのほかの保険者との関係や健保連と個別健保との役割分担はどうなっているのかというようなご質問をいただいております。

あともう一つ、先ほど、フリーアクセス禁止を進めていくことも検討するべきではないかというようなことをおっしゃっておられましたが、それについて具体的にどういうふうやっていくのがいいと思われるかというご質問もいただいております。

(白川) たくさんご質問いただきましてありがとうございます。

最初に、地域医療構想について少し解説をさせていただきたいと思っております。

なぜ、地域医療構想という作業が始まったかということでございます。私のスライドの18枚目（一般病床の機能別病床数）を見ていただきたいんですけども、左側が2010年の病床数ということで書かれております。7対1とか10対1とか、いわゆる急性期の病床が圧倒的に多いという状況です。

で、世の中、高齢化が進みますと、病床が、急性期もちろん必要ではありますけれども、むしろ、慢性期とかリハビリのような回復期とか、あるいは寝たきりと言ったら申しわけないんですけども、そういう療養病床みたいなものが増えてくる。したがって、右のほうの図、これは厚労省の絵でございますが、2025年にはこういうイメージにしなければいけない。これが全体のニーズということになります。

それに向けて二次医療圏ごとに人口構造の変化、社会環境の変化をにらむとどれぐらいのベッドが急性期とか回復期とか慢性期で必要かを算定していこう、というのが地域医療構想の考え方でございまして、この考え方自体は全然間違いでないと思えます。

ただ、それは、島崎先生もおっしゃった通り、実行面でどうかと言われると、日本は病院はほとんどがプライベートの私立病院でございます。この2010年のところと言いますと、7対1から10対1になれば、入院収入が減るということを意味するわけですから、当然、抵抗する。したがって、診療報酬一本足打法と島崎先生がおっしゃいましたけれども、診療報酬でいろんな操作、7対1をとるための要件を厳しくするとかいった手法をやる。あとは、行政側のリーダーシップを発揮してもらうということになるわけです。方向としては間違えてないんですけども、実行面ではかなり難航が予想されます。

それに対して、今回、初めて保険者が地域医療構想に対して意見書を出すことができるという法律になりました。したがって、それでどれぐらいのことが言えるか、どれぐらいの効果があるのかということで、ご質問もいただきましたけれども、はっきり言って、まだよくわかりません。作業が今年の4月以降に始まったばかりでございますので、わかりません。ただ、こういう調整会議みたいな場に保険者が出ていって、いろんなデータを分析して一定の意見を言うというのは、当然、それなりに意味があるわけございまして、そういった経験を踏まえながら、平成30年度（2018年度）から始まる予定の次期の医療計画、医療費適正化計画のなかに活かしていくということではないかと思っております。

一方、ちょっと申し上げたいのは、ベッド数をシフトするということも、もちろん、医療費の適正化ということでは重要なんですけども、問題点が幾つかございます。まずは医者メンタリティですね。山田先生がそばにいらっしゃいますけれども、基本的に急性期を志向する医師が非常に多いわけです。

ニーズもそれだけあったわけです。ところが、ケアとかいう、いわゆる回復期とか慢性期とか療養病床ということになると、そこを担っていただく、そういう志向を持った医師がはっきり言って相当不足しております。介護に至ってはほとんどいない。ほとんどいないと言うと大げさですけども、そういう志向を持っていただくという関門が一つあるということですね。

それからもう一つは、病院のことばかり申し上げましたけれども、病院と診療所の関係をどうしていくか。山田先生のお話の通り、総合診療医という位置付けをはっきりさせて、そこでゲートキーパーをやり、病院のほうと連携していく。病院と診療所の分化と連携といますか、こういったことを地域医療構想のなかでもつくっていかねばいけないと私どもは考えております。

そのなかで、ご質問にもありましたけれども、フリーアクセスを見直していく。総合診療医に相談をし、それから病院に行く。紹介状なしでは病院に行けないような仕組みをつくっていくことが重要ではないかと考えております。

それからもう一つは、これも島崎先生のお話にちょっとありましたけれども、政治が介入するという問題が懸念されます。国保の保険料を下げることを公約にして市長選挙に立候補するとか、そういう話はしょっちゅうあるわけでございまして、これは純粹理論の世界ではなくて、現実の世界でございますので、政治とかいろんな地方の医師会とか、こういった思惑とどう闘うかというのも一つ大きな鍵になると考えております。

(翁) ありがとうございます。

次に、山田先生にお伺いしたいのですが、山田先生は総合診療医という形で地域においても活動されてこられたわけですけども、今、地域医療ということで、もし、政府の議論で欠けている視点があるとしたら、どんな点だとお考えになられているか。また、現在、病院経営者としてもご活躍でいらっしゃいますが、病床再編についてどういうふうに見ておられるのか、お伺いしたいと思います。

それから、質問として来ているなかから二つお伺いしたいのですが、総合診療医の重要性を強調されておられるんですが、その質をどういうふうに確保すべきだとお考えになられるのか。それから、信頼される医療機関を選べるというか、確立していくために、評価制度みたいなものを考えていくことがあると思うんですが、それについてどういうふうにお考えかというようなご質問が来ております。お願いしたいと思います。

(山田) まず最初に、今の地域医療構想に関しては、つい先週、東京都で我々病院長が集められまして、実際に意見聴取の場というのが催されたんですけども、我々からすると、正直、今、診療報酬は病院には非常に厳しくて、非常に知恵を使いながら安全や安心を確保しながら運営しているということからすると、さらにまた病床規制とかいうことに関して、個別的には非常にストレスに感じています。

ただ一方で、全体が集まって、ある程度地域ごとに現状を把握するとか、あるいは実際の稼働率だとか、あるいは現実的な病床の機能のことを振り返る、実際、急性期なんだけれども、かなり療養に近い人が入っていたり、あるいは稼働がうまくいってなかったりというような現実を見直すということでは、非常にいい協議の場になるのではないかなと思っています。

それと、先ほど、どなたかが言われたように、病院戦略というか、今後の自分たちの地域のなかでのポジションというか、限られている医療機関ですから、競合する二つの病院が同じことをやるよりは、役割分担をしていくという意味からは、地域医療構想という枠組みが病院の人たちにとって協議の場になっていくというのは、比較的受け入れられるんじゃないかと思います。ただ、そのためには、上から総量規制をするということをあまり強調されないで、今の機能を尊重して、お互いに役割分担を促していただくというか、当事者をもう少し持ち上げてもらえるとうりかたかなというような気がしないでもありません。それが一つ。

あと、目標は地域医療の質の向上であって、地域包括ケアというか、それぞれの地域で安心してそこに暮らし続けるために、今ある資源をどう活用すると、在宅療養も含めて、みんな安心して最後の看取りまでこの地域のなかで暮らしていけるかということをぜひ尊重してほしい。

だから、病床数という総量規制ありきではなくて、質の高い地域包括ケアありきの議論がもう少しできるとありがたい。院長先生方、皆さんもやる気はやる気なんですよ。どうしたらみんなで頑張っこの地域を盛り上げていこうかと思っはいるんで、是非質の高い議論ができるとうりかたかなと思っます。

それとあと、ご質問のほうで、総合診療医の質の確保。これは非常に難しい問題で、今、専門医制度を論じているところですが、現在の医師会の生涯教育のシステム以上に厳しく、更新制度というか、そういったものを保っていかなければいけないんじゃないか。総合診療医とはいっても本当に信頼できるのかと言われると、それを担保していく、とくに更新制度ですね、生涯的にずっと学習していかないとそれを継続して標榜できないとうようなことは、ぜひ力を入れていかないといけないかなと思っます。

あと、信頼される医療機関の評価と言われたんですけども、今、病院機能評価機構はそれなりに機能しているんですけども、診療所とか小さなものを評価する機能はほとんどないですね。ですから、総合診療医の評価と同じく、何らかの形でとう診療所の機能や質を評価していく仕組みが必要ではないかと痛感していますが、現実的にとうとうに進めていくべきかについては私には今の時点では答えがありません。

(翁) ありがとうございます。

それでは、地域医療構想、佐藤先生はその作戦に向けた政府の会議の委員をなさっておられたと思うんですが、これについて議論をされていたときに、そのエッセンスと考えておられた部分とか、保険財政との関係をどう考えているか。また、きょう、各パネリストから実効性のところが課題ではないかとうようなご指摘もあつたのですが、とういった点全体についてコメントをいただければと思っます。

(佐藤) 先ほど、西沢さんからご紹介のあつた病床数の2025年の推計ですけども、例えばこれ、いいかげんにやっているわけではなくて、今回の地域医療構想を考えていくうえでの規模は、その第一にエビデンスベースでやるとうことですね。病床数の推計は、基本的にはDPCとう病院に対する包括払い、そこで使われている情報に基づいて、診療の濃密さをある程度点数化して、それに基づいて、こ

こまでの密度での治療行為であれば高度急性、ここから先は急性疾患とか、このぐらい以下であれば慢性とかという、こういう区分けの仕方をしています。実際にあるDPCデータ、それからNDBと呼んでいますけれども、そういうレセプトデータに基づいて、必要だろうと判断される病床数を推計したということです。したがって、できるだけ政治的な配慮を除いて、エビデンスに基づいて、ここではベッド数ですが、何が必要なベッド数かということを考えるということです。

二つ目のキーワードは、地域差です。日本の場合、例えばお医者さんの数あるいは病床の数にかなり地域差が依存しているということがわかります。よく西高東低なんて言いますがけれども、一人当たり医療費は東側より西側のほうが多いわけです。何でそうなっているかというときに、いろいろと見てみると、人口10万人当たりとかと基準化しますけれども、西側はベッド数が多いとか、お医者さんの数が意外と多いよねということがわかります。我々は医師誘発需要と呼んでいますけれども、提供体制がある意味過剰であるということが、いったん、患者を引き受けたら、なかなか手放さないようにするとか、過剰な診療行為をするとか、そういったことにつながっているのではないかということが見てとれるわけです。

ある種、高齢化とか、まさに技術進歩率とか、疾病構造の違いとか、こういったものによって説明のつかない地域差、多分、そのほとんどが病床数とかお医者さんの数で説明できてしまうのですが、こういったものについてはちゃんと解消する方向で行きましょうというのが、今、政府のほうで地域医療構想とか医療費適正化計画をつくっていくうえでの基本的な考え方ということになります。

外来についても、外来の受療率とか、あと入院については入院受療率とか、こういったものはかなり地域差があるのですね。これもやっぱり説明のつかない部分。年齢構造とか説明のつかない部分については、解消する方向で行きましょうという考え方でいます。

結果的に、では、それをやったから、どれくらい医療費が適正化できるか。これは、正直言うと、必ずしもわかるわけではないのですが、ただ、こういう見直しの積み上げのなかで最終的には医療費がある程度抑制できたらいいねという感じで、冒頭で私が申し上げた通り、ある種ボトムアップのアプローチをとっているというのが、多分、今回の特徴なのだと思います。

先ほどからご指摘のある通り、なるほど地域医療構想は原則としては良いとして、問われるのは、その実効性だという話があります。これは何を言っているかという、手段があるかなんですね。実は、医療費適正化計画であれ、地域医療構想であれ、その掲げる目標は立派です。平均在院日数をどれくらい減らすとか、それはいいんですけども、ただ、それを実行する手段はあるのですかと言われると、まさに島崎先生がおっしゃった通り、今までは診療報酬の一本足打法だったわけで、でも、診療報酬は全国一律なので、地域差に対しては対応できないし、恐らくそういう微妙なところでの調整はきかないしということになりますので、やはり別の手段が求められるということになります。

今、病床に関して政府がやっているのは基金の活用ですね。病床を再編成した自治体に対しては基金を提供するというやり方をしていますので、診療報酬とは別枠の予算措置をするという、そういうやり方をしているわけです。ただ、これで十分かというのは、何とも言えないです。

これは、政策体系と私たちは呼びますがけれども、医療費を適正化するという目標に対して、我々はどのような手段を持っているのか。これをちゃんと整理しないと、全体像はなかなか見えてこないかなと思

います。その手段のなかで大きな役割を果たすはずなのが本来は保険者であります。先ほど、白川さんからご指摘のあった通り、今回の地域医療構想のなかでは、保険者も協議会なんかに参加するという仕組みがあります。

ただ、実際のところはと言われるとなんですが、やっぱりどうしてもお医者さんの声は大きいけれども、なかなか保険者の声は届かないということと、もう一つ厄介なことは、被用者保険の場合は、本社が東京にあって、工場が北海道にあるときに、北海道の地域医療構想に本社が東京にある保険者はどうやって参加するのか、という話が本当はあるわけなのですね。そうなってくると、例えば健保連なんかの地域の支部を使ってやるのか、あるいは東京の人がわざわざ出張して行くのかという話になってくるので、地域医療に対して、原則、全国展開している被用者保険者、組合健保が典型例ですが、それがどうそれにかかわっていくのかというのがうまく整理できていないと思います。ただ、いずれにせよ、保険者というものの声をもっと反映させていく必要があるだろうということになります。

あと、先ほど、山田先生のほうからもお話があった話にかかわりますけれども、最後は質の担保はすごく大事で、最終的に我々が目指すのは、多分、医療費を減らすことではなくて、払っている医療費に見合う価値を生み出すことなのだと思うんですね。ただ、今、これだけ40兆円と言われる国民医療費に対して、それに見合う価値を私たちは得ているのか、これが問われているのだと思います。その意味においても、質を確実に担保していく、そういうメカニズムをつくっていくことが必要なのだと思います。

「セッション3 保険者のガバナンス」

(翁) どうもありがとうございました。

それでは、最後のセッションの保険者のガバナンスのところに移ってまいりたいと思います。先ほど、佐藤先生からオランダの仕組みについて少し言及がございましたが、一つの例として、オランダでどのような保険者の仕組みになっているかということをお西沢さんからお願いいたします。

(西沢) 「オランダ医療保険制度における三つの市場」

では、2分程度、1枚目のスライドのみ使ってお話ししたいと思います。

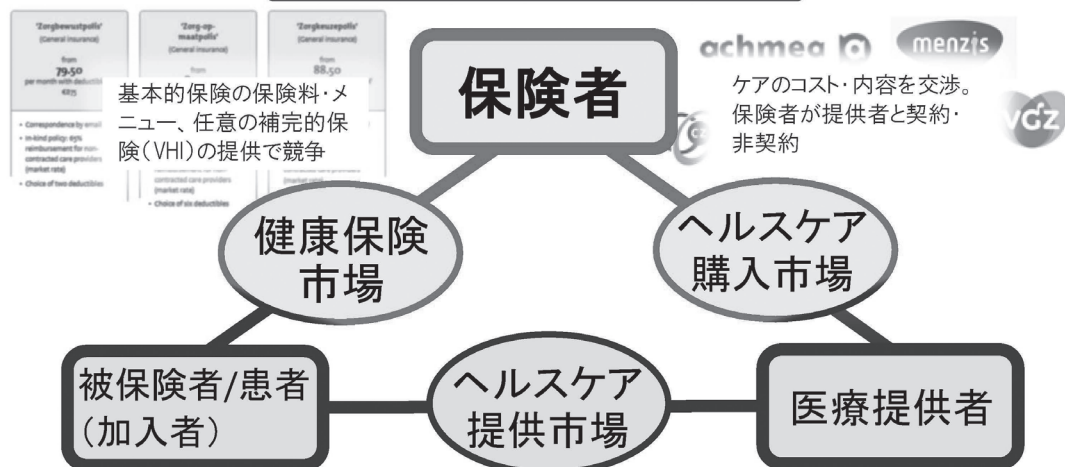
わが国の固定観念にとらわれず、どんな可能性があるかという例としてお話ししたいと思います。オランダの医療制度には三つの市場がある。一つは健康保険市場。佐藤先生がお話しされたように、我が国は保険者を選ばせんけれども、オランダでは選ぶことができる。健康に自信があれば、免責額を増やして保険料を下げたり、グループで契約して保険料を下げたり、かかれる医療機関を制限して保険料を下げたり、選ぶことができる。選ばれる側の保険者は、医療提供者に対して医療の内容やコストを交渉する。これは、今、わが国では国で一括していますけれども、保険者が30ぐらいあるようですが、被保険者のニーズを背負っているわけですから、そこで交渉する。ヘルスケアの購入市場がある。

一番下のヘルスケア提供市場、これはわが国にもあるかもしれません。自由にお医者さんにかかることができます。ただ、よくよく考えてみますと、自由にかかるとはいつても、数少ない情報の中で、メディアの情報に頼ったり、あるいは口コミに頼ったりして、もしかしたらさまよっているのかもしれない。総合診療医の先生がいてガイド役を果たしてくれたほうがもしかしたらいいのかもしれない。

保険者 (オランダにおける保険者)

オランダ医療保険制度における3つの市場

政府(規制と監督)



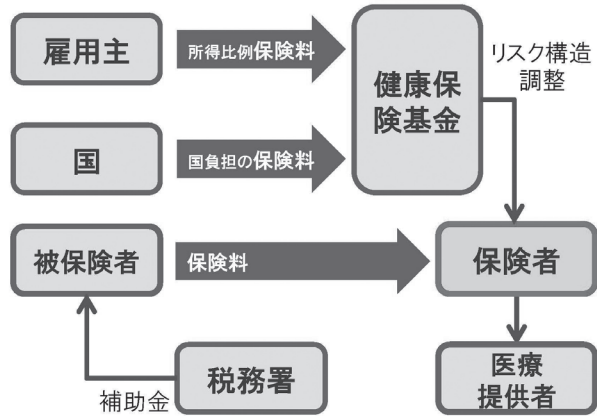
原則、患者は医療提供者の選択が自由

(資料) European Observatory on Health Systems and Policies (2010) 'The Netherlands Health system review' Fig.2.2を参考に日本総合研究所作成

〈参考〉オランダの健康保険市場のポイント

- 被保険者が保険者を選択可
- 雇用主は所得比例保険料を天引き、基金に納められ、保険者の抱えるリスクに応じ配分(リスク構造調整)
- 被保険者の保険料は所得にかかわらず定額、選んだ保険者へ支払い
- 定額保険料は、保険者の選択のほか、次で上げ下げ可
 - ① 保険者が契約する医療機関に限定し利用、あるいは、自由に選択
 - ② 免責額の設定。免責額を増やせば保険料低下
 - ③ 企業ごとなどグループ契約
- 所得の低い被保険者へは、政府が税務署を通じ補助金(Health care allowance)

(図表)オランダ医療保険制度のお金の流れ



(資料)European Observatory on Health Systems and Policies(2010)
Fig3.8より日本総合研究所作成
(注)子どもの保険料は国負担。

〈参考〉オランダのヘルスケア購入市場のポイント

- 保険者が医療提供者とケアのコスト、内容を交渉
- 保険者が選別的に医療提供者と契約 (GPとはGP団体と交渉)
- 病院とは、DBC(オランダ版DPC*)を基にコストを交渉。A、B2つのセグメントあり

*Diagnosis Procedure Combination.疾病名、年齢、手術・処置等の有無、副疾病の有無など患者ごとの治療行為による組み合わせ分類
- DBC Aセグメントは、国が設定する単一の報酬
- DBC Bセグメントは、国が設定する上限価格のもと、保険者と病院が個別交渉
- 何れにおいても、年間の活動をDBCで評価

最後に、市場といいますと、医療の議論をするなかではとかく忌避されがちでありますけれども、私は決してそうではないと思います。ここは経済学者の佐藤先生のお話を伺いたいたですが、これが我々のニーズを伝える手段でもあるわけでして、市場機構をどういうふうによく使っていかという議論も、わが国の医療保険制度の議論のなかでもっとあっていいかなと感じております。

(翁) ありがとうございます。

それでは、まず佐藤先生からお伺いしたいのですが、今、オランダの社会保険の仕組みを紹介いただきましたし、また、先ほどもプレゼンテーションでご紹介がございましたが、この制度をどう評価し、で、日本は保険者が役割を発揮していくためにはどういうことが期待されるのかということをお伺いしたいと思います。

それから、質問で来ておりますのは、やはり私どもからも説明させていただきましたし、先生方からも、今、保険の機能と所得再分配の機能が入り組んだ日本の制度になっていますが、これをどういうふうに分離して組み合わせていくのが適切だと考えられるかというような質問をいただいています。

それから、先ほど、医療機関の質の評価についてご質問がありましたけれども、まさに今のオランダについてはそういった仕組みが入っていますが、こういったことについてどうお考えかというようなことも含めてコメントをいただければと思います。たくさん質問がありまして、すみません。

(佐藤) 西沢さんの次の11枚目のスライド（〈参考〉オランダの健康保険市場のポイント）でよろしいと思うんですけども、最初に、ここでもさんざん議論が出ていますが、保険と再分配は極めて入り組んでいるのが日本の医療保険の現状です。建前は社会保険なんだけれども、実態はかなり税方式に近い形になっているということだと思いますが、オランダのうまいところは、この二つをちゃんと分けていることなのですね。

つまり、例えば私は一方では所得に依存する形で社会保険の税金を払います。その税金を使って、例えば保険者に対して補助金を配ったり、低所得者に対する補助金を配ったりという再分配の仕組みを担保するという。それから、他方では、私は自分が加入する保険者に対して、原則、定額の保険料を払います。これについては、私は受益者としてその保険料を払うことになります。つまり、再分配のところは所得比例型の税金で、保険のところは定額の保険料で、という形でのすみ分けがある程度できているというのがポイントになってくると思うのですね。

これができれば、再分配の役割と保険の役割をうまく分離できることになると思います。オランダ、それからドイツの場合非常に賢いと思うのは、我々はどうしてもこういう公的な医療保険というものは競争原理になじまないと考えがちですが、いや、そんなことはない。うまく競争を使うことによって、むしろ、質の向上やコストの適正化が確保できるかもしれないという、そういう方向に頭が向いているということなのだと思います。

他方では、市場に対して無条件に信頼をおいているかということ、ドイツやオランダはアメリカとは違いますので、決して市場原理主義的ではないのですね。一方では、市場は失敗するかもしれない。例えば保険者は加入者を選別するかもしれない。私たちはリスク選択と呼んでいますけれども、要するに、

健康的な人ばかりの加入を認めて、お年寄りや病気がちな人を排除しようとするかもしれない。そういうインセンティブを保険者が持つかもしれない。この問題があるわけです。そこに対処するために、先ほど、ちょっと言いかけてましたけれども（リスク構造調整（オランダ））、リスク構造調整という形で、保険者に対して加入者の疾病リスクに応じた補助金を配るということをしているわけです。

あと、もちろん、保険者はお互いにカルテルを結ぶかもしれない。つまり、競争しないで、結託して保険料を上げるかもしれない。そういった行動を回避するように（管理競争という考え方）、保険者がちゃんと適切に競争しているかどうかというのを国がモニタリングする仕組みになっているわけです。

つまり、市場を活用しつつ、ただし、市場に全幅の信頼をおくわけではなく、市場の失敗と言われる要素に対して適切な規制であるとか補助金といった措置を講じているのがオランダの工夫です。

で、繰り返しになりますけれども、個人が保険者を選ぶことによって、雇用と保険の分離もできることになりますので、雇用の問題と保険の問題とを切り分けられるというのも一つのメリットだと思います。

ただ、これをやるためには保険者の役割は非常に重要でありまして、実際、私はオランダに何年か前にヒアリングに行ったりしたことがあるのですが、行ってみるとわかるんですけども、彼らは明らかに企業ですね。自分たちの加入者の利益になるように、どうやって医療機関に対してモニタリングしたり、いろんな要請をしたりするかということで、日本で言えば、ちゃんとそういう民間企業的な感覚を持っている。加入者の健康リスクを管理する当事者としての役割を果たす、そういう意識を持っていることはやっぱり違うかなと思います。それだけの能力を培ってきたという、そういう経緯があるのだと思うんですね。

日本の場合、オランダや、あるいはドイツのようなところに一足飛びに飛ぶことはできませんけれども、ただ、先ほどから議論になっています通り、もう少し保険者の役割というものを重視する。彼らの健康リスクを管理する能力を向上させる、そういう保険者機能の強化をこれから図っていく必要はあるだろうと思います。

（翁） ありがとうございます。

それでは、島崎先生にお伺いしたいのですが、島崎先生もスライドで保険者機能の発揮については大事であるということは書かれてはおられたんですけども、これからどういう課題があるとお考えなのか。また、健保連だけでなく、国保とか協会けんぽ、それぞれ課題があると思うのですが、そういった点についてどのようなお考えをお持ちか教えていただければと思います。

（島崎） 28のスライド（健保組合の構造と保険者機能）を映していただきたいと思います。

佐藤先生からオランダの保険者についてご紹介があり質問が多かったと思いますが、感想めいたことを少しだけ述べさせていただくと、日本とは制度の立て方や前提条件がかなり違っているという印象を受けます。例えば、ヨーロッパ諸国では日本の国民健康保険に相当するものというのはありません。ドイツが典型的ですけども、ドイツの疾病保険（健康保険）はもともと労働者のための保険として生成発展してきました。したがって、ドイツではそもそも生まれてこのかた被用者期間が全くなかった人は

ドイツの公的保険に任意加入もできないのです。また、自営業者等で一定の要件を満たせば公的医療保険に任意加入することはできますが、その場合も保険料は基本的には定額であり、日本の国民健康保険と違い所得の再分配機能があまり効いていません。その当否は別にしてそういう相違があります。

それから、先ほど佐藤先生が被保険者による保険者の選択制についてご紹介されましたが、そのための条件として、加入者のリスク状況等に応じた調整をしませんと、保険者がイコールフットイングな競争を行うことができません。そこで、日本でこういうことを突き詰めてやるとどうなるかという、多分、保険者の一元化に限りなく近くなってしまうだろうと思います。つまり、マーケットメカニズムを働かせて競争を喚起することになるかという、ヨーロッパの場合とは違う形になる可能性がないとは言えないように思います。少なくとも、そういう検討もしていかなければいけないし、さらに強制加入が大前提だとしますと、被保険者選択制による管理コストがどうなるかということも考えていく必要があります。つまり、実務的にはいろんな検討課題が山のようにあるということはちょっと申し上げさせていただきたいと思います。もちろん、議論は幅広く行うほうがよいし、チャレンジングなことを試みていくことも必要だということをお認めいただくことで申し上げます。

さて本題の保険者の役割とは何かという話ですが、先ほど白川副会長もおっしゃいましたように、私は保険者機能といったときに、対内的な機能と対外的な機能に分け整理をしています。私は健保組合が一番典型的な保険者だと思いますので、以下では健保組合に代表させて述べたいと思います。

健保組合がなぜ典型的な保険者かという、対内的機能の民主制が最も貫徹されているからです。租税法律主義という原則がありますが、保険料については租税法律主義の適用を免れています。なぜ免れることができるのかということは実は大きなテーマであり、最高裁まで争われた判例（旭川訴訟）がありますけれども、最高裁は判旨のなかで、税金と異なり保険料の場合は用途が特定されているということのほか、保険料の決定に関する民主的統制ということを非常に強調しています。

健保組合の場合は、保険料の決定は組合会で決めているのですけれども、組合会に参加する被保険者代表の議員は本当に被保険者が選挙によって選出しています。つまり、手続的な正当性が確保されているのです。健保組合関係者がどこまでその意義がわかっているかどうかは別の話かもしれませんが、制度的には民主的な手続が法定されているのです。

そのうえで何を言いたいかというと、白川副会長も強調されましたけれども、保険者機能で一番重要なのは、給付に必要な財源を見積もり適切な保険料を設定することです。これを欠いた保険者機能論はあり得ないと思いますが、そのことを強調したうえで申し上げれば、医療供給側への働きかけも非常に重要な保険者機能の一つだと私は思っています。

なぜかという、保険者というのは一種の「医療共同購入組織」みたいなものであり、言ってみれば医療生協が良質な医療をできるだけ安価に購入しようとするのと同様です。いずれにせよ、医療提供体制への働きかけが保険者のミッションの一つであることは間違いがない。ただし、現実にはそれがきちっと果たせられるかどうかということとなかなか難しい。

というのは、そもそも医療提供体制の話ですから健保組合の母体である企業経営とは異なります。なおかつ、医師会や病院関係者はその道のプロです。それで飯を食っているからであり、例えば医療のあり方がどうなるか、診療報酬がどうなるかということによって自分たちの経営が左右されてしまうわけ

ですから、死に物狂いですし制度の細部まで熟知しています。したがって、健保組合が医療提供体制や診療報酬の問題にコミットしていくためには、相手方の土俵で相撲をとらなければいけないというハンディキャップをそもそも負っているわけです。

では実際問題として、医療関係者の側から健保組合なり保険者はどういうふうに見られているかという、「保険者はお金がないとしか言わない団体だ」と見られているふしがあります。私はそれではいけないと思いますが、そのためには何をすべきかといえば、プロに対してはプロの力量をつけるよりありません。相手はいわば白鵬なのですから、白鵬を前にしてまわしのつけ方から学んでいくというのではだめなわけで、是非、医療提供体制や診療報酬の実務等について一定程度のトレーニングを積み力量を高めていっていただきたいと思います。

結構厳しいことを申し上げたかもしれませんが、保険者に対する期待は大きいということが一つです。そしてもう一つ重要なことは、保険者が被保険者のエージェント（代理人）だということであれば、被保険者が本当に何で困っているかということを調べて、実際、自分の親がなかなか適切な医療機関に入れない、あるいは在宅医療の実態が整っていないといった事例は数多くあるはずなのですから、そういう具体的な事例を地域ごとに出して、これはどういうふうになれば解決できるのか医療関係者にぶつけていく努力も必要だと思います。

(翁) ありがとうございます。

それでは、白川様、いろいろな期待が高まっていますけれども、健保連としては、今後、どういう医療提供体制、医療制度全体に対する、いわゆるガバナンスを発揮しようとお考えになっているのか。質問でもありますけれども、今、例えばレセプトデータの収集とかそういった分析が進んでおりますけれども、そういった方向性があるのではないかというようなご指摘もいただいております。

先ほど、佐藤先生から、東京の健保が、例えば北海道に工場がある場合、どういうふうやっていく



かというところは、まだ解決がついてないというようなお話もありましたが、地域医療構想、健保連としてはそういった問題にどう対応しようとしているのかというようなことも含めて、ちょっとお伺いしたいと思います。

それからもう一つ、先ほど、健康増進ということについても、やはり保険者の働きかけが大事ではないかというご指摘もいただいているのですが、この点についてもコメントいただければと思います。

(白川) 保険者としてのガバナンス、内と外とあるという島崎先生のお話もありましたけれども、私もその通りだと思いますし、先ほど、プレゼンテーションで申し上げた通り、内なるガバナンスという意味では、日本の健康保険組合の仕組みは非常によくできているといたしますか、頑張っているといたしますか、多分、ヨーロッパ等に比べても格段の差があるぐらいの力を発揮していると思っております。それは、保険料の決め方もそうですし、いわゆる健康増進事業とかそういったものを含めて、それなりの機能は果たしていると考えております。

対外的なほうは、これはなかなか難しいんですけども、では、加入者の方々は何を望んでいるかというと、高品質な医療サービス、しかも安価な医療サービスを多分望む。これは世の常でございますので。

では、それに答えるにはどうしたらいいかというと、診療報酬そのものは公定価格でございますから、保険者ごとに値段交渉するというわけにいかないわけですよ。これは中医協等で価格が決定される。

では、質の高いサービスはどうやって受けるんだということ、はっきり言うと、病院をランクづけするしかないわけですね。心臓外科についてはこのA病院が第1ランクですよ。では、それをやりますかと。逆に言うと、これは保険者側がやってはいけないことだと私は思っています。それは、第三者機関みたいなところが、それなりの評価機構みたいところが一応評価はやってはいますが、ランクづけはやってないわけですね。一定程度以上の能力があるというのは第三者機関が評価している。私はもうそこまでだというふうに思います。それ以上やることは、佐藤先生は競争原理というようなこともおっしゃいましたけれども、医療提供側の競争原理という意味でいうと、それを評価するのは、はっきり言って難しい。ただ、手術を何件やったとか、そういう実績を持っているといったことは評価できますので、アウトカム評価ということは一定程度はやるにしても、そこが限界と考えております。

だんだん話を変なふうに行ってしまいましたけれども、佐藤先生のお話で、オランダの例で、被保険者は保険者を選べるんだというお話がありました。ドイツなんかも、今、そうなっています。そのために疾病金庫は数が随分減ってきて、日本のように、被用者保険でいえば1企業に1健保組合があるという形は、あのドイツですら、かなり少なくなっています。私は、この仕組みは決してよろしくない。オランダはよくわかりませんが、ドイツのリスク構造調整で基金から必要なお金だけ分配する、加入者は勝手に疾病金庫を選んでいいというのは、私ははっきり失敗だというふうに思っています。

なぜかというところ、日本の健康保険組合がやっているような保健事業とかその他のサービスが機能していない、機能できない。しかも、日本はそういうサービスを保険者がやっているだけではなくて、事業主とコラボしてやっているというところが違うわけで、日本の事業主というのは、昔に比べると大分福祉関係の予算を削ってきましたけれども、それでもいわゆる法定外福利費と言われるものに一定のお金

をかけている。それと、健保組合のような法定福利費ですね、これを組み合わせることによって、従業員、場合によったら家族も含めた加入者、従業員の医療保険サービス、広い意味での福祉サービスをやっている。ここを切り離したら、多分、健保組合も今の力の半分も発揮できないということになってしまいます。

これは日本のいいところで、私はよく申し上げているんですけども、日本の医療保険制度は世界一すぐれていると思っていますし、それは唯一、税金をもらってない健保組合だから言えることかもしれませんが、これは守っていかなければいけない、次世代に引き継いでいかなければいけないと思っています。

今の翁さんの問いかけに戻りますと、では、健康増進というのはどうやってやるんだ。ご質問のなかでも、レセプトデータを分析したらどうかというご質問がありましたけれども、もうすでに始めております。データヘルス計画というのが今年の4月から3年計画でスタートしております。

データヘルスというのは何かといいますと、レセプトが電子化されたからできるようになったわけですね。レセプトの電子化率はもう9割超えましたけれども、ほんの5年前までは3割、4割ぐらいしか電子化できてなかったんです。したがって、電子化が進んだので、そのデータを活用したヘルス計画をつくりましょうということになったわけですけども、実は、もう先進的なところは、自分のところでレセプトデータを電子化して、自分のところだけでやったりはしていたんですね。ですから、かなり先駆的な例も健保組合のなかにはあるわけですが、今年からは1,400の健保組合が一斉にやろうということになったわけです。

中身はさまざまでございます、どんな計画があるかと、この間、集計してみたら、2万件もあるんですよ。2万のケースがあるものですから、どんなことをやろうかというのはなかなか一口では言いにくいんですけども、大きく言えることは、いわゆるポピュレーションアプローチと言われる、全加入者に対して一定のメッセージを出して指導していくというやり方から一歩進んで、とくにハイリスクの方に対するアプローチを強めようというのが一つの大きな流れ。例えば人工透析を受けなくていいように、糖尿病の初期の患者さんを指導していただくか、そういったことが一つ大きな流れかなと考えております。

それからもう一つは、いろんなデータを分析するといろんなことが見えてきます。さっきもチラッと言ったんですけども、ここの病院ではこういう病気に対してこういう治療をやっているけれども、ほかの病院ではこういう治療をやっているよ、どっちがいいのだろうか、どっちがコストがかかるんだという分析も、はっきり言えばできるわけですね。そこまではまだ進んでないんですけども、次のステップとしては、そういう分析をやり、それをベースに医療提供側に何か物申すという形に進んでいくのだろうか。これはまだ期待値でございますけれども、そういうふうと考えております。

(翁) ありがとうございます。

それでは、山田先生、医師のお立場からになりますが、国民の健康寿命を長くしていくために、例えば健康診断とか予防接種の必要性とか、いろいろ保険者にも期待することがあると思うのですが、ふだん、医療の現場におられて、保険者との関係、また保険者に期待することなどで、医師としてお感じに

なっておられることがございましたら、ご教示いただきたいと思います。

(山田) 厳しい話がたくさん出ているので、医師としては保険者の皆さんのプレッシャーはできるだけお手柔らかにお願いしたいところなんですけれども、でも、ファンドというか、基金が健全に運営されないことには、やっぱりこの業界もあり得ないので、そういったことで情報共有をしていくことは非常に重要ではないかと思います。

小さな市町村で国保の協議会に出ていたこともあるんですけども、その国保の会計の現状を聞いたり、あるいは実際の住民の方々の負担というか、保険料、均等割や所得割の話を知ると、身につまされて……。ただ、そういった地域の医療資源を活用することで、基本的には総医療費だとか、無駄な診療だとか、遠方地へわざわざ出かけるような人が少なくなって効率よく動いていく。だから、保険者さんの財務内容を医療者側として知っておくことは非常に重要なことだし、今後、こういう時代で影響を受けるのは免れないことですから、そういったなかで信頼関係を培って、結局はエンドユーザーというか、住民の人たちの健康の向上につながるというべきではないか。

あと、総合診療医という立場で言わせてもらえば、できるだけそういう保健に関することや福祉に関することも、包括的にある程度情報が、主治医というか、かかりつけ医に集まると、余計有効活用がしやすいんじゃないか。できるだけ地元の機関を利用して、介護施設も、予防も、地元でやって、信頼関係を培ってほしい。

あまり情報が多すぎて、例えばインターネットの情報をもとにして、それを評価して受診するというのはなかなか難しい。総合診療医を経ないと受診できないという、非常に制限されるように感じるかもしれませんが、かかりつけ医は自由に選んでいいわけです。彼の情報を頼りに専門病院へ行ったほうが、帰ってくる時にも役立つ。退院した後、在宅でサービスを受けるとか施設に行く場合でも、非常に重要な橋渡しをやってくれると思います。そういったかかりつけ医、地元の機関をできるだけ活



用するのが、今後の包括ケアのなかでも非常に重要なことではないかなと思っています。

(翁) どうもありがとうございました。

今までいろいろとご意見、ご見解をいただきましたが、最後に、これだけは言い残したとかそういったことを、1分ずつぐらいで結構でございますので、ほかの方からのコメントに対する、さらなるコメントでも結構でございますので、お願いできればと思います。

それでは、今、山田先生にお願いしたので、白川さん、お願いできますでしょうか。

(白川) 本日は大変ありがとうございました。

私は、日本の皆保険制度、先ほど申し上げた通り、世界でも一番すぐれた制度だと思っております。ただ、人口構造の変化とか社会環境の変化で、当然、修正はしなければいけない。島崎先生がおっしゃった通り、それもあまり時間が無いという緊迫感を持つことが必要だと思います。

そのためには、政府が主導していろんな仕掛けをつくる、政策を展開するということもそうでしょうけれども、国民全体が医療の、とくに財政問題については関心を持っていただかなければいけないと強く感じております。残念ながら、日本における皆保険制度はこんなにすばらしい制度なのに、空気や水みたいに当たり前と国民の大部分が思っただけで、ありがたみがわかってないというのが最大の問題ではないかなと思っておりますので、私もこういう機会があればどんどん発言をさせていただきたいと思っておりますし、問題意識を持った方は、ぜひそういう活動に取り組んでいただければというふうに期待をしております。

本日は、どうも大変ありがとうございました。

(翁) ありがとうございます。

それでは、島崎先生、お願いします。

(島崎) 手短かに二つだけ申し上げます。一つ目は、人口構造の変容のスピードが速く、残された時間はほとんどないということです。今改革しないと手遅れになります。二つ目は、国民主体の医療制度を構築するということは、自分の問題として捉えて責任をきちんと果たしていくということです。それはとりもなおさず民主主義の基本であり、民主主義が成熟してないところで本当の意味での社会保険というのは成り立たないように思います。

(翁) ありがとうございます。

それでは、山田先生、お願いいたします。

(山田) これから医師側も質を改善していかなければいけないと思うんですけども、信頼関係というのは医師だけが頑張るものではなくて、患者さんとともに培っていくものだと思うんですね。「先生、頼むよ。先生、信じてるよ」と言われれば、やはり一生懸命頑張ろう、勉強しようと思うんで

すよね。「この先生どうかしら。だめだったらすぐにでも次に行っちゃおう」なんていうような目で見られていると、やっぱり私もわかるんですよね。だから、先生がどうであれ、「先生、頼むよ」という感じで信頼を寄せていただければ、地域のなかでそういった先生は少なからずいらっしゃるので、ぜひそういったところの信頼関係をまずはしっかり培っていただくことが僕は原点じゃないかなと思っています。

(翁) ありがとうございます。

それでは、最後になりましたが、佐藤先生、お願いします。

(佐藤) この日本の医療制度、医療保険制度は、新しい環境に対応できているかどうかが問われていると思います。新しい環境とは何か。高齢化である。それから、実は、雇用の流動化であるということ。まず、その2点ですかね。

雇用の流動化というところは少し強調に値すると思います。組合健保は正規雇用の労働者のための保険です。多くの非正規雇用の人たちは、実は、この組合健保の恩恵を享受していません。実際、今、日本はすでに雇用の3分の1は非正規になっています。彼らの受け皿が市町村国保ということになっている。この現実をどう捉えるかということは、やはり考えるべきことだと思います。

高齢化のなかにおいても、もちろん、医療費は増加を続けます。日本はこの医療費によって財政的にはつぶされるかもしれない、こういう危機的な状況にもあるということですよ。

確かに日本の医療のクオリティは決して悪くないかもしれませんが、ただ、今問われているのは、これが続けられるのかということですね。継続できる、持続できる制度をどうやってつくっていくのかということが問われている、大事であって、きょうの話の中心にあった保険者ですけれども、地域医療構想、医療費適正化計画、どこにもチョロッと出てはくるのだけれども、本当の意味で役割を果たしているのかと問われているのが保険者であり、逆に、私たちがもっと役割を果たせるのではないかと期待しているのも保険者である。そこのところをくみ取っていただければ非常にありがたいかなと思います。

(翁) どうもありがとうございました。示唆に富む、いろいろなご意見、コメントをいただきまして、本当にありがとうございました。

会場の皆様からも、例えば終末期医療の在り方とか、グローバル化に日本医療がどう対応していくのかとか、いろいろご質問いただいておりました。すべて取り上げられず、申しわけございませんでした。

ご質問にもいろいろ答えていただきましたパネリストの皆様にも、ぜひ拍手をお願いしたいと思います。どうもありがとうございました。(拍手)

それでは、これでパネルディスカッションを終わらせていただきたいと思います。ありがとうございました。

〈用語解説〉

用語	内容
健保組合 (組合健保)	大企業サラリーマンの企業別健保 サラリーマンの健保は、大きく①健保組合、②協会けんぽ、③共済組合の3つに分けられ、その1つ。一定規模以上の社員(被保険者)のいる企業が設立する健康保険組合。社員700人以上の企業であれば、国の認可を受けて単独で設立可。また、3,000人以上であれば、同業種の複数の企業が共同で設立可。(参考)健保連HP
協会けんぽ	中小企業サラリーマンの健保 正式名称は、全国健康保険協会。中小企業等で働く従業員とその家族などが加入。「170万事業所からなる日本最大の保険者」(協会けんぽHP)。2008年、社会保険庁から健康保険業務が切り離されて設立された。
共済組合	公務員、私立学校教職員のサラリーマン健保 国家公務員共済組合(国共済)、地方公務員共済組合(地共済)、私学共済の大きく3つに分けられる。国共済は、省庁別に20組合あり、地共済は、市町村職員共済組合、指定都市職員共済組合など64組合ある。
国民健康保険(国保)	74歳以下の年金受給者、非正規雇用者、自営業者、農林漁業者の「地域別」健保 国保には、市町村を保険者とする市町村国保(1,717保険者、被保険者3,397万人、2013年度末)のほか、医師、歯科医師、薬剤師などの国保組合とがある(164組合、被保険者295万人、同)。以下、市町村国保について解説。本年の法改正により、2018年度から、保険者については「都道府県は、当該都道府県内の市町村とともに、国民健康保険を行うものとする」となった。市町村国保は、もともと自営業者と農林漁業者の制度として意図されたが、現在、職業別世帯数をみると、被用者(非正規雇用が多いと考えられる)、無職(年金受給者が多いと考えられる)がそれぞれ31.2%、39.9%を占めるに至る(厚生労働省「国民健康保険実態調査平成25年度」)。
後期高齢者医療制度	75歳以上の高齢者(後期高齢者)の「地域別」制度 2008年、従前の老人保健制度(1983年発足、ヘルスの保健であり保険ではない)が衣替えされた。原則75歳以上の高齢者が加入。運営者(保険者ではない)は、47の都道府県ごとの市町村の広域連合(都道府県ではない)。

次世代の国づくり

用語	内容
後期高齢者支援金	サラリーマン健保および国保からの後期高齢者医療制度に対する財政支援 健保組合と共済は、保険料のみを原資として支援。協会けんぽと国保は保険料に加え公費を原資として支援。後期高齢者支援金は、老人保健制度における老人保健拠出金が前身。もともと、支援する側の保険者の加入者数に応じて費用負担(加入者割)していたが、段階的に、保険者の支払い能力(賃金水準を基準とする)に応じた費用負担方法(総報酬割)へと制度改正されており、2017年度から完全に総報酬割になることが決まっている。
前期高齢者納付金	2008年に新たに導入された前期高齢者(65~74歳)の医療費に対する財政支援 前期高齢者の加入率が全国平均を超える保険者に対し、平均を下回る保険者から財政支援が行われる。結果として、サラリーマン健保から国保への財政支援となっている。現在、支援する側の各保険者は、加入者割で費用負担している。政府内からは、総報酬割への変更案も出ている(財政制度分科会(2015年4月27日)資料1)。
OECD定義の医療費	OECDの基準によるマクロの国民保健統計 わが国では、しばしば医療費と呼ばれるが、英語は‘health expenditure’。わが国で基本となる医療費統計としては「国民医療費」があるが、これは保険給付の対象となり得る治療にかかった費用を集計したものに過ぎず、介護費用、差額ベット代、正常な妊娠・分娩費用、健診、企業や保健所などが実施した予防接種、一般用医薬品などが含まれていない。他方、OECDのSHA(System of Health Accounts)という基準に基づき作成されているhealth expenditureは、これらも含む。OECDが推計している訳ではなく、各国で自国分を推計しOECDに報告している。なお、従来、経常支出+資本形成(病院建物建設費や医療機器購入費用など)を前面に出し公表されてきたが、近時、これらを合計することなく、経常支出を前面に出し公表される。
社会保険料と税	社会保険料は特定の目的のために拠出しそれにより給付を受ける権利が得られる 社会保険料は、建前上、こうした拠出原則を大きな特徴とし、特定の目的を設けず、行政サービスの受益者として排除する国民を作らず、再分配に用いられる税(目的税を除く)と差別化される。しかし、実際には、社会保険制度に多額の公費が投入され、社会保険料も、高齢化の進行や制度改正もあり再分配に多用されるなど、こうした建前は崩れてきている。すなわち、社会保険料「らしさ」が損なわれている。社会保険料を、割り切って目的税と捉えらるるとしても、税に求められる公平性や中立性などで難がある。

次世代の国づくり

用語	内容
地域医療構想	<p>都道府県に作成が課せられた人口三十数万人程度の区域ごとの医療の将来像</p> <p>医療法によって定められている都道府県の医療計画(もともと1985年に導入された病床総量の規制)に今年度から追加された。将来像であり、その実施体制の意味も。都道府県の権限強化、地域医療介護総合確保基金とともに、医療計画が、病床規制の手段から「医療提供体制を動かすツール」になるとされている(北波孝「これからの地域医療計画」H-PAC 第5回公開シンポジウム(平成27年5月))。</p> <p>都道府県が、構想区域(≒344の二次医療圏)を定め、病床機能別の2025年度の需要推計を行い(療養病床に関しては、受療率の地域差を縮小したうえで推計)、それらを起点とし、実施体制を整えていくことになる。厚労省「地域医療構想策定ガイドライン」(2015年3月)では、医療提供者側の「自主的な取り組み」に大きな期待が寄せられており、骨太2015などでは「都道府県の体制・権限の整備の検討等」とあるように都道府県に推進役としての役割発揮が期待されている。</p>
総合診療医(GP、家庭医)	<p>一般に、プライマリ・ケアにおいて中核的役割を担う専門医</p> <p>英国などでは「GP」(General Practitioner)と呼ばれる。わが国ではこれに相当する呼称として統一されたものがなく、「家庭医」「かかりつけ医」「主治医」など様々な名称が用いられてきているが、2015年4月の「専門医の在り方に関する検討会」報告書において「総合診療専門医」という名称で新たな専門医として位置付けられることになった。</p>
プライマリ・ケア	<p>最も重要でありながらわが国に欠けているケアシステム</p> <p>「プライマリ・ケアとは、日常よく遭遇する病気や健康問題の大部分を患者中心に解決するだけでなく、医療・介護の適正利用や予防、健康維持・増進においても利用者との継続的なパートナーシップを築きながら、地域内外の各種サービスと連携する機能を持ち、家族と地域の実情と効率性(優れた費用対効果)を考慮して提供されるサービスである」(葛西龍樹(2014)「地域包括ケアシステムにおけるプライマリ・ケアの役割と課題」医療経済研究Vol.26 No.1 2014)「大局的に見て、日本の医療・介護のシステム、つまりケア・システムで、最も重要でありながら欠けているのは、いわゆるプライマリ・ケアシステムである」(東京財団(2012)「医療・介護制度改革の基本的な考え方～真の国民的議論を実現するために～」)</p>

用語	内容								
一般病床 療養病床	<p>病床の種別。医療法では、病床の種別を次の5つに区分している。①精神病床、②感染症病床、③結核病床、④療養病床、⑤一般病床。療養病床は、①～③以外の病床であって、長期にわたり療養を必要とする患者を入院させるための病床と定義され、一般病床は、①～④以外のものと定義されている。一般病床は、「その機能が明示されておらず、また、多様な状態の患者を受け入れている実態があります」(川淵孝一『第六次医療法改正のポイントと対応戦略60』日本医療企画、2014)</p>								
病床機能	<p>一般病床・療養病床の機能区分。厚生労働省令により、次のように定められた。</p> <table border="1"> <tbody> <tr> <td>高度急性期</td> <td>急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能 ※高度急性期機能に該当すると考えられる病棟の例 救命救急病棟、集中治療室、ハイケアユニット、新生児集中治療室、新生児治療回復室、小児集中治療室、総合周産期集中治療室であって、急性期の患者に対して診療密度が特に高い医療を提供する病棟</td> </tr> <tr> <td>急性期</td> <td>急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能</td> </tr> <tr> <td>回復期</td> <td>急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能。特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能(回復期リハビリテーション機能)</td> </tr> <tr> <td>慢性期</td> <td>長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能。長期にわたり療養が必要な重度の障害者(重度の意識障害者を含む)、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能</td> </tr> </tbody> </table> <p>(資料)厚生労働省「平成27年度病床機能報告マニュアル」</p>	高度急性期	急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能 ※高度急性期機能に該当すると考えられる病棟の例 救命救急病棟、集中治療室、ハイケアユニット、新生児集中治療室、新生児治療回復室、小児集中治療室、総合周産期集中治療室であって、急性期の患者に対して診療密度が特に高い医療を提供する病棟	急性期	急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能	回復期	急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能。特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能(回復期リハビリテーション機能)	慢性期	長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能。長期にわたり療養が必要な重度の障害者(重度の意識障害者を含む)、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能
高度急性期	急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能 ※高度急性期機能に該当すると考えられる病棟の例 救命救急病棟、集中治療室、ハイケアユニット、新生児集中治療室、新生児治療回復室、小児集中治療室、総合周産期集中治療室であって、急性期の患者に対して診療密度が特に高い医療を提供する病棟								
急性期	急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能								
回復期	急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能。特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能(回復期リハビリテーション機能)								
慢性期	長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能。長期にわたり療養が必要な重度の障害者(重度の意識障害者を含む)、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能								
医療圏	<p>都道府県は、医療計画の中で、病院の病床及び診療所の病床の整備を図るべき地域的単位として医療圏を定めることとされている。そのうち、二次医療圏は、一体の区域として病院等における入院に係る医療を提供することが相当である単位として設定。その際、地理的条件等の自然的条件、日常生活の需要の充足状況、交通事情等の社会的条件を考慮する。</p> <p>(資料)第2回地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会(平成26年10月17日)参考資料1</p>								