

# 再び、国民のニーズにマッチした 医療介護体制の整備 競争よりも協調を

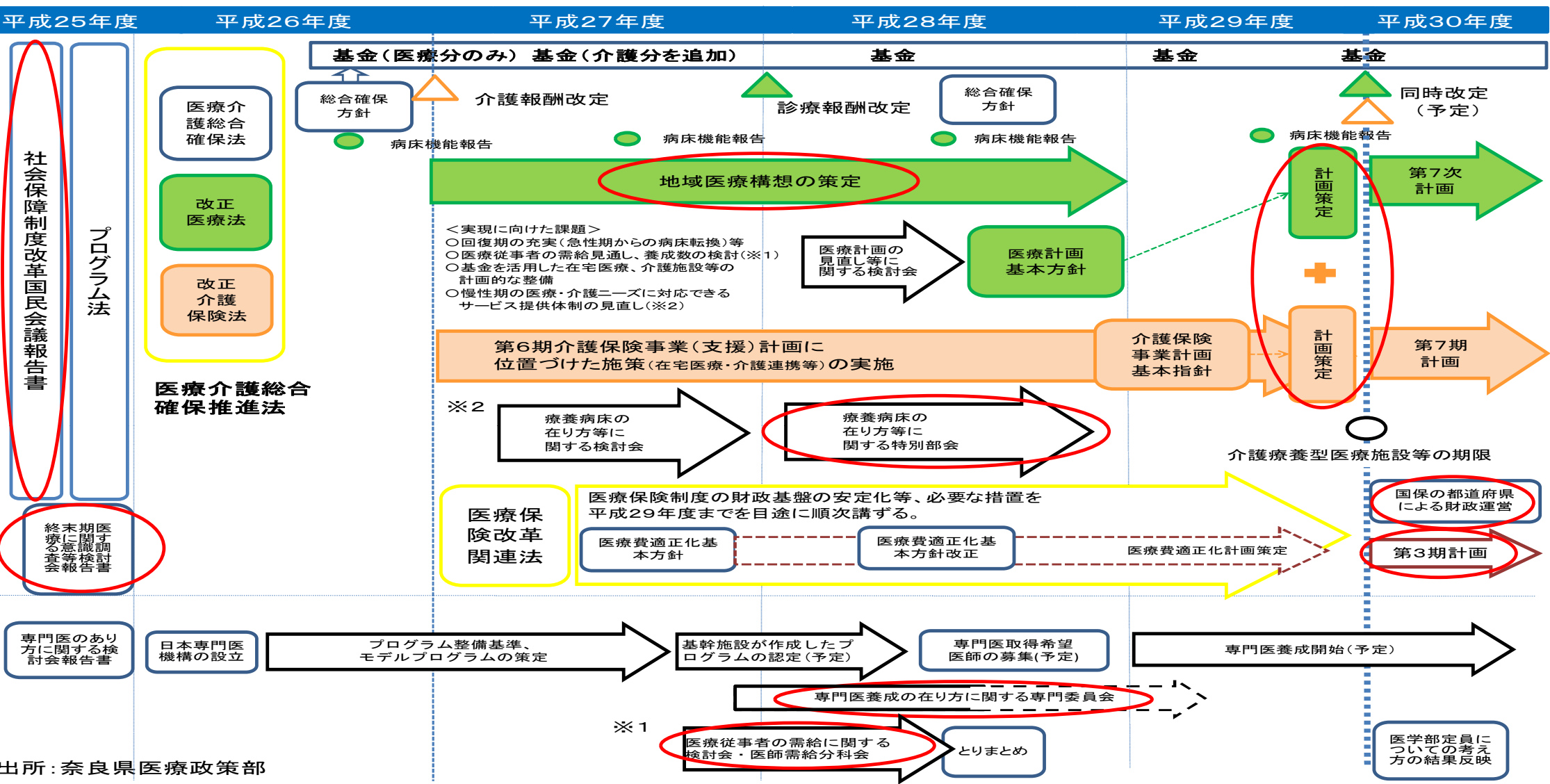
全国知事会・地域医療研究会

2016年8月30日

慶應義塾大学商学部 権丈善一

このテーマでの前回の報告は、「第9回社会保障制度改革国民会議」（2013年4月19日）

[http://www.kantei.go.jp/jp/singi/kokuminkaigi/dai9/siryoku3\\_2.pdf](http://www.kantei.go.jp/jp/singi/kokuminkaigi/dai9/siryoku3_2.pdf)

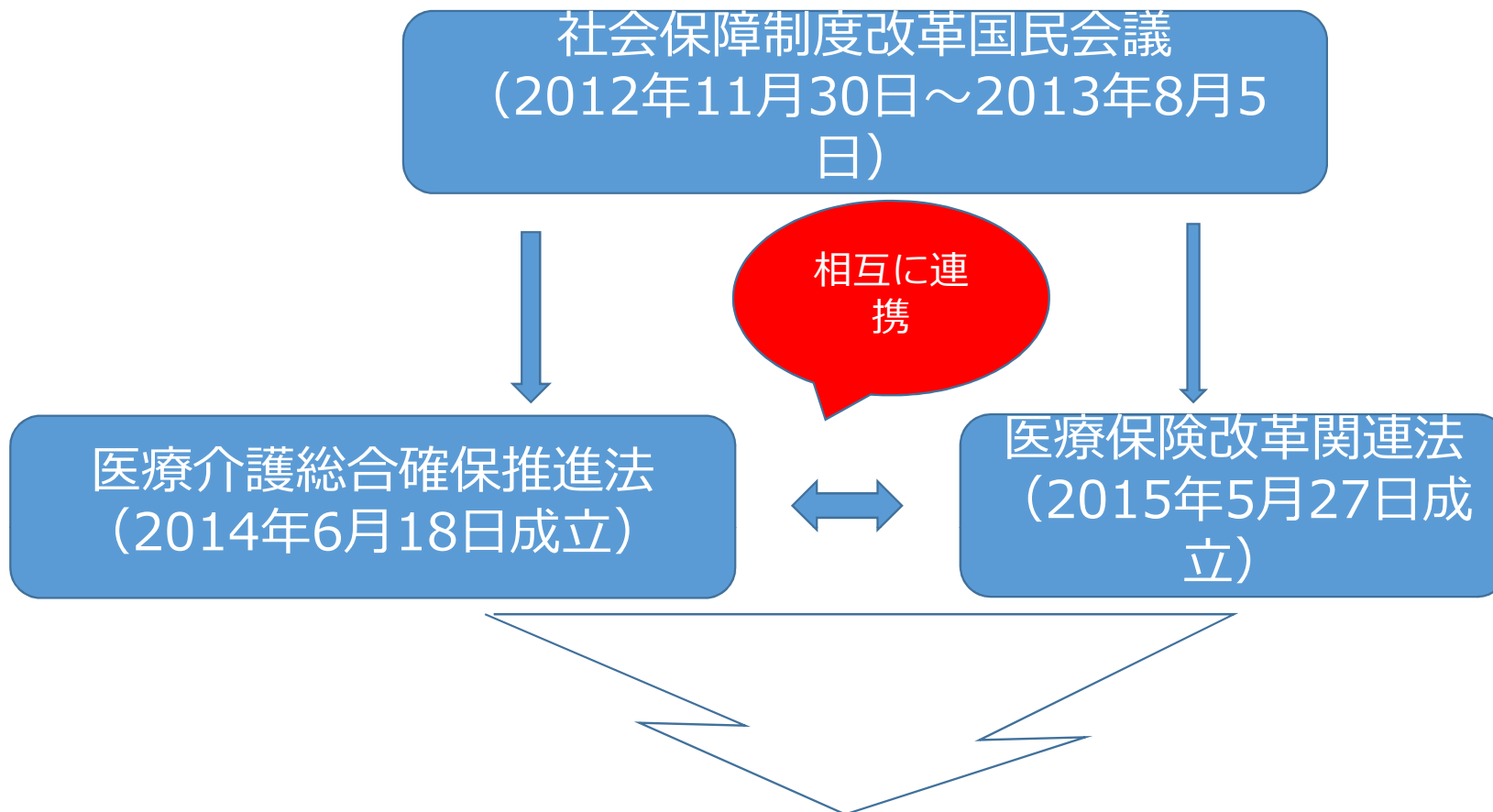


出所：奈良県医療政策部

出所：第1回全国知事会・地域医療研究会 資料1より

# 2018年度は惑星直列？

- この年は、診療報酬・介護報酬の同時改定——前者は2年周期、後者は3年周期、地域医療構想・介護保険事業（支援）計画——前者の前身である地域医療計画は5年周期、後者は3年周期——のスタートがあり、さらには、国民健康保険の都道府県化も。
- この2018年度を、なかなかめったに起こることはない改革の絶好の機会という思いを込めて「惑星直列」と呼んでいる人もいる。



**患者の視点に立って、どの地域の患者も、その状態像に即した適切な医療を適切な場所で受けられることを目指す改革**

注：「患者の視点に立って・・・」は、「医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会第1次報告」(2015年6月15日)より引用

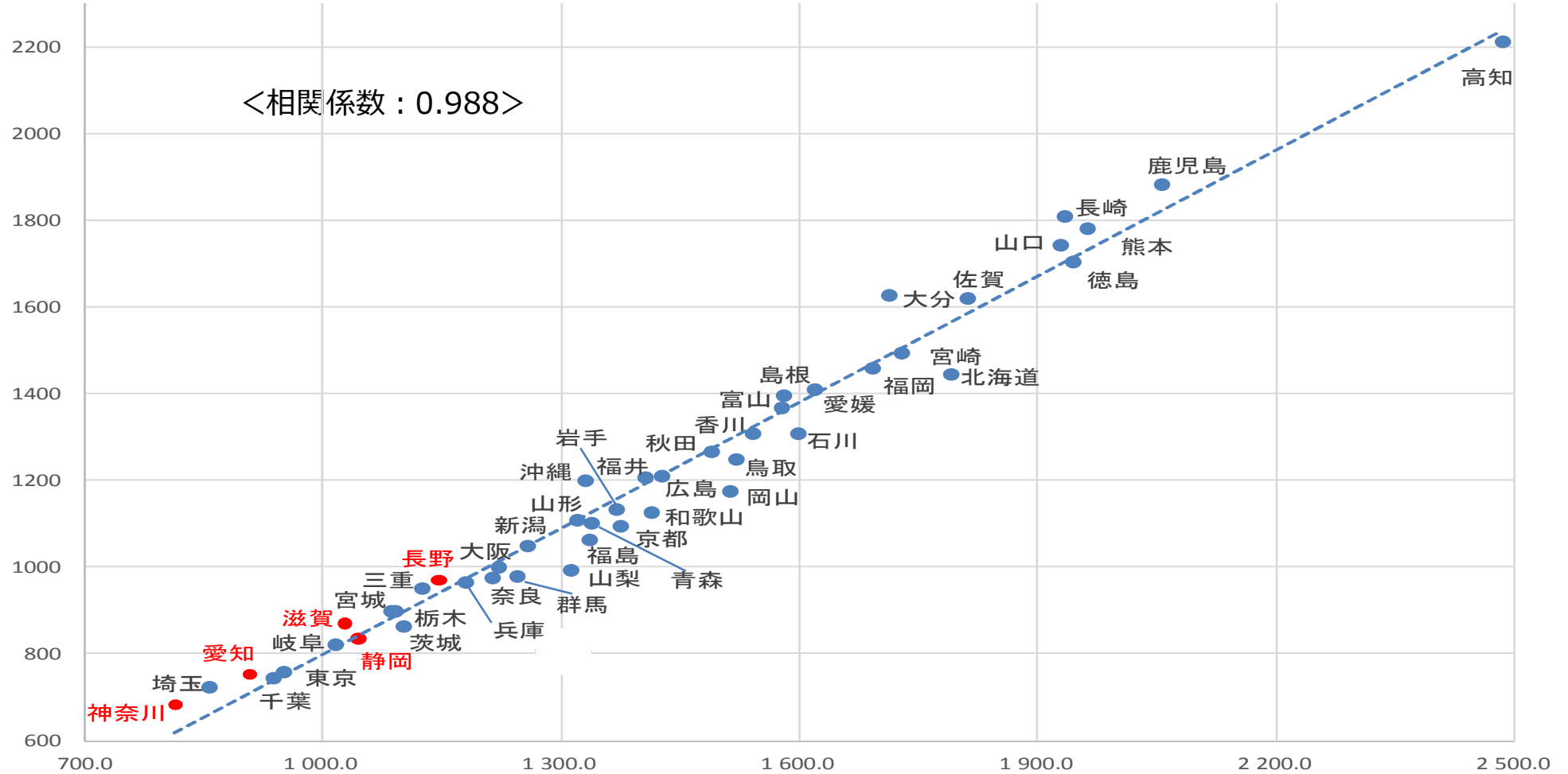
出所：権丈(2016)『ちょっと気になる社会保障』147頁

# 医療の経済特性への認識の重要性

- たとえばわれわれは、みかんを買いたいと思って果物屋にでかけ、そこで店主が、「あなたの欲しいものはみかんではなくメロンです」と言われたとき、「メロンですか。てっきりみかんだと思っていました。ありがとうございます」というような反応を示すであろうか。医療では、風邪だと思って病院を訪れ、そこで医師から「風邪ではなく肺炎です」と言われれば、思わず「肺炎ですか。てっきり風邪だと思っていました。おかげさまで助かりました」という状況になりかねない。
- 医療は、経済学が想定する一般市場モデルと比べると、需給者間の情報の非対称性・診療効果というアウトカム（成果）の不確実性・サービスの個別性＝属人性などの特性を強く持つ。
- （スライド44も参照）
  - 権丈(2015)『医療介護の一体改革と財政——再分配政策の政治経済学VI』382頁
- 「供給はそれ自らの需要を創る」というセイの法則が、医療の場合はどうも成立するみたいで、提供体制に対して何らかの形で計画化というようなことをやっていかなければ、二スとの間にミスマッチが発生してしまう。
  - 第2回地域医療研究会議事録における権丈の発言
- 医療経済学の碩学フックスの論・・・「多くの政策アナリストは専門職規範を不当にも無視し、市場と政府規制のどちらが利益があるかという論争に明け暮れてきた。医療技術が複雑でダイナミックな特性を持つこと、および患者の医師受診の多くが極めて個人的かつ情緒的側面を持つことを考慮すると、競争と規制のどちらも、あるいは両者の混合も、医療の社会的規制のための適切な基礎とはなりえない。私は専門職規範が決定的に重要な第3の要素だと考えている」
  - 権丈(2015)『医療介護の一体改革と財政——再分配政策の政治経済学VI』388-389頁

# 都道府県別入院受療率と病床数の相関

人口10万人当たり入院受療率(平成26年度)



(出典): 病床数、平成26年度医療施設調査。入院受療率は、平成26年度患者調査。

人口10万人当たり病床数(平成26年度)

出所：第2回全国知事会・地域医療研究会 資料4「医療介護費の地域差分析」より

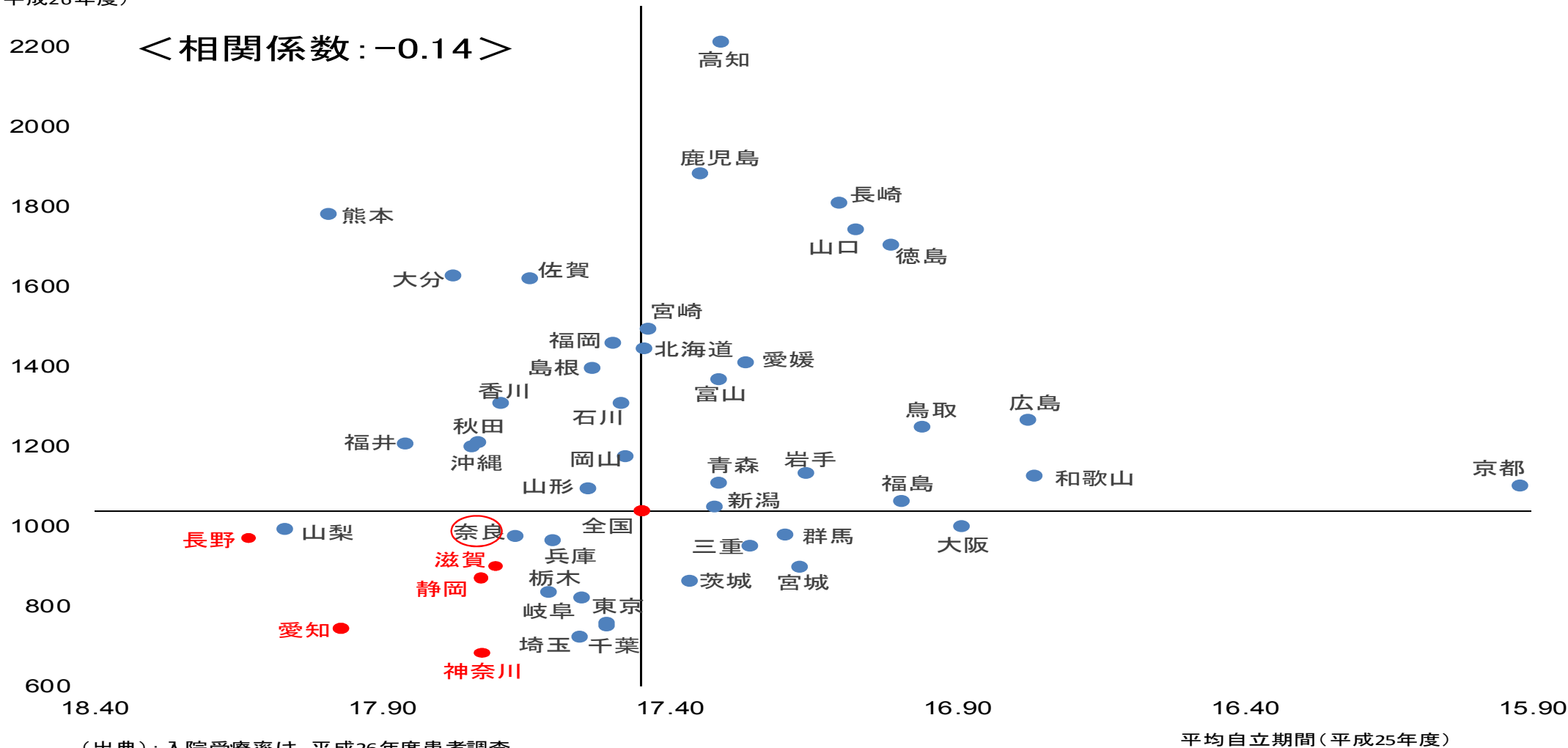
# 医療の経済特性と健康寿命の延伸と医療費

- サービスの提供体制、病床数と医療費は非常に相関関係が高いことが出ていたが、非常に重要な点だと考えている。健康づくりを各県とも非常に熱心に取り組んでいると思うが、保健師の活用や、医師の派遣の取り組みにより健康寿命の延伸につながっていると思う。そのことが、医療費の抑制につながると言われてきたが、決して医療費の抑制につながる健康づくりということでは、冷静にみればあまり因果関係はない。病床数、提供体制の問題が重要であるということがデータ上、明らかになっている。

- 第2回全国知事会・地域医療研究会における増田寛也氏の発言

# 入院受療率と健康寿命(平均自立期間・男性)との相関

人口10万人当たり入院受療率  
(平成26年度)



出所: 第2回全国知事会・地域医療研究会 資料4「医療介護費の地域差分析」より



# 自治体に期待されている2本の柱

- **医療費適正化計画と提供体制の改革**  
データ（エビデンス）による制御が必要（スライド22から23頁）
- **医療費適正化計画**については、スライド48～52頁の「二木立(2015)「健康寿命延伸で医療・介護費用は抑制されるか？——『平成26年版厚生労働白書』を読む」『地域包括ケアと地域医療連携』よりを参照。
- **提供体制とは？**——『はじめての社会保障』初版(2001年)より〔2016年版は第13版——つまり、提供体制改革は、古くからある未解決の重要課題〕
  - 「医療保険の仕組みは、現代医学を身につけた医師や看護婦等の専門家がきちんと養成され、その活動の場である病院などの設備が適切に整っていることが前提となる。このような医療サービスの基盤のことを、医療提供体制という」(51頁)
  - 何が問題か？
  - 「医療機関の機能分化と体系化、相互の連携を制度的に位置づけ、推進しないと、今日の医療に求められる質の課題に対応できなくなっている」(53-54頁)

# 『はじめての社会保障』（2015）第12版

- 日本の病院は、地域の中でのそれぞれの機能分化と相互の連携システムの構築が遅れている。このため、2013年8月の「社会保障制度改革国民会議」の報告書でも、急性期医療を中心に人的・物的資源を集中投入し、後を引き継ぐ亜急性期、回復期等の医療や介護サービスとの連携を強化し、総体としての入院期間を短縮して早期の家庭復帰・社会復帰を実現し、同時に在宅医療・在宅介護を大幅に充実させて、地域での包括的なシステムを構築することを提言している。そしてそのための手法として、都道府県に対する病床機能の報告制度と地域医療ビジョンの策定を求めている。この報告書の内容をふまえて、2014年6月に医療介護総合確保法が制定され、その中で医療法の一部が改正された。・・・こうしていよいよ医療提供体制の改革により、各地域にふさわしいバランスの取れた医療機能の分化と連携が推進されることとなった。

# 『社会保障制度改革国民会議報告書』 22

## 頁

- 2008（平成20）年の「社会保障国民会議最終報告」で示された「あるべき医療・介護サービス」提供体制の背景にある哲学は、資源実復さまで者療の機能分化を進めるとも急性期医療の中心に人的・物的・的の家庭充実ま患者を集中投入し、後を引るときとも回復を在宅医療で療け短く介護を療一早く利療をよっ社会復帰の間向上を自指すというものであった。
- ・・・
- 総括して言えば、この社会保障制度改革国民会議の最大の使命は、を前回の社会保障現に向けて実効性と加速を加えることにあり、改草の言ではない

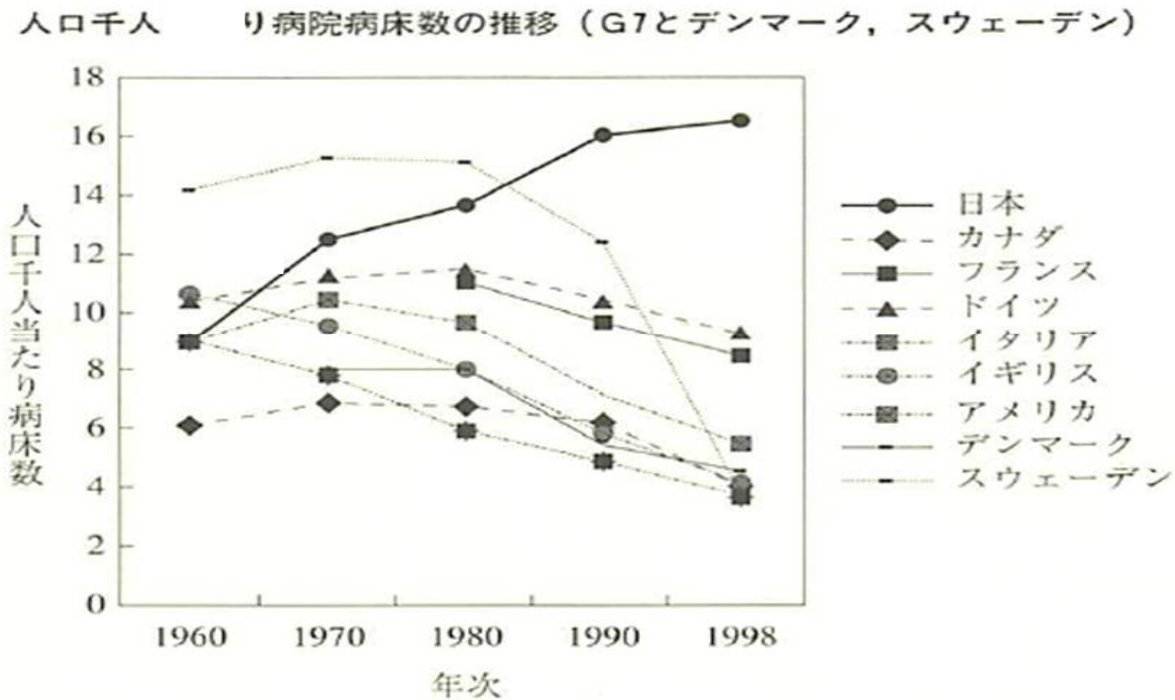
# 診療報酬による誘導の限界①

- 四病院団体協議会提出資料
  - 医療法・診療報酬：両輪として機能してほしい
    - 診療報酬による経済誘導だけでは無理がある：行き過ぎの例（7対1看護）
    - 適切な評価：ストラクチャー・プロセス（機能）・アウトカム評価
    - 全国一律ではなく地域の実情に合致した提供体制整備を進める

## 診療報酬による誘導の限界②

- 「日本的医療問題の解決に道筋を」 『週刊東洋経済』 2013年3月16日号
  - 日本の医療政策は、診療報酬による利益誘導で展開されてきたが、この手法は医療ニーズに見合った提供体制の整備に関しては限界があった。ある診療行為の普及や、ある提供体制の整備をねらって高めの点数を設定すると、その方向に医療機関が一斉に動き過ぎるという状況が繰り返して起こってきた。  
また、各国で高齢化が進み、それまで整備を進めてきた急性期医療は高齢者には不要、不向きであると判断した国々は、70年代末から病床を減らしてきたのに、日本だけが増え続け、今は高止まりしたままとなっている。

# 診療報酬による誘導で解決できなかった 病院病床に関する日本医療の特徴①



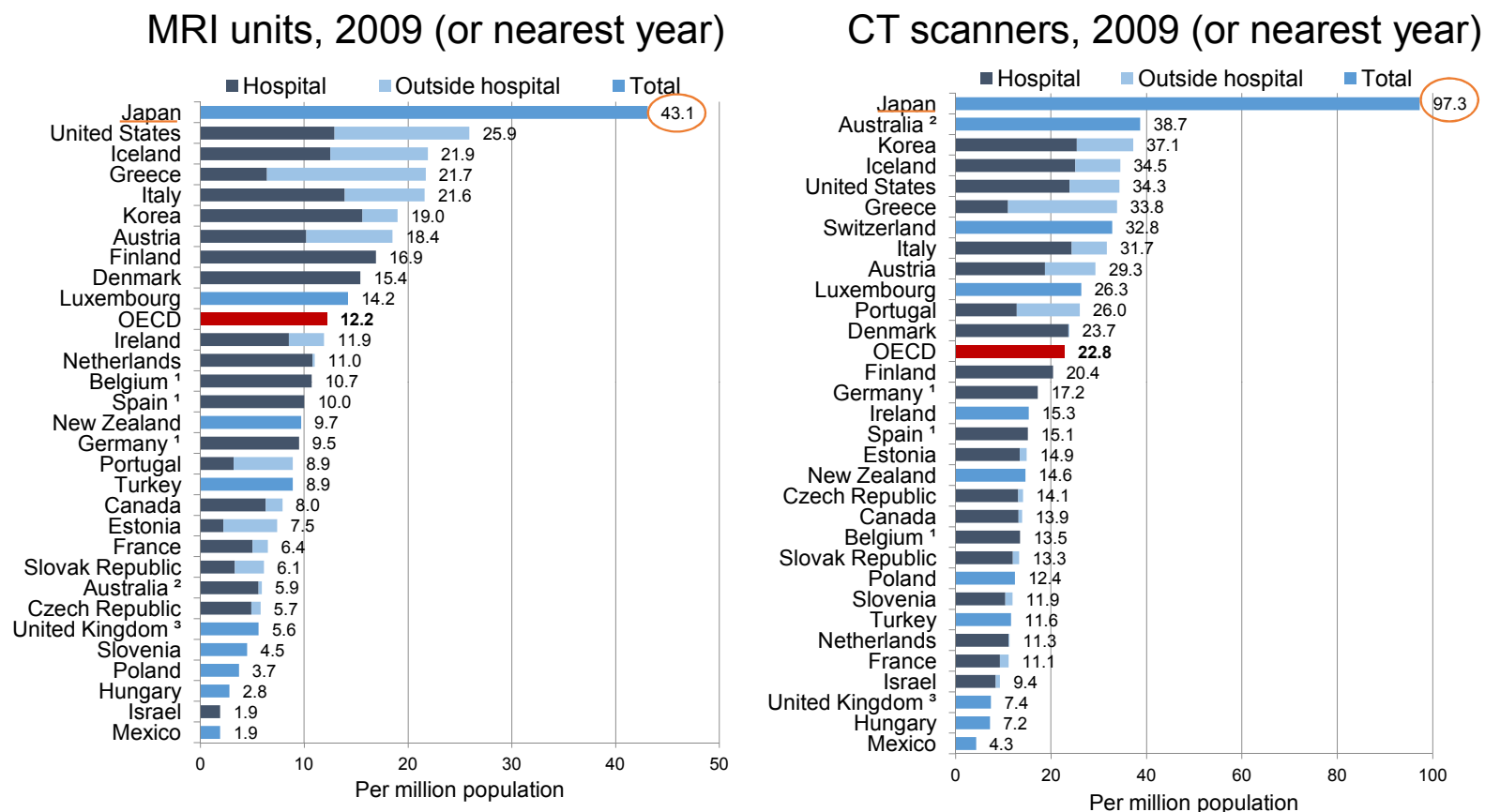
資料) OECD (2001), *Health Data* より著者作成。

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

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

権丈「第9回社会保障制度改革国民会議報告資料」（2013年4月19日）より

## 診療報酬による誘導で解決できなかった MRI・CT等高額機器の設置に関する日本医療の特徴②

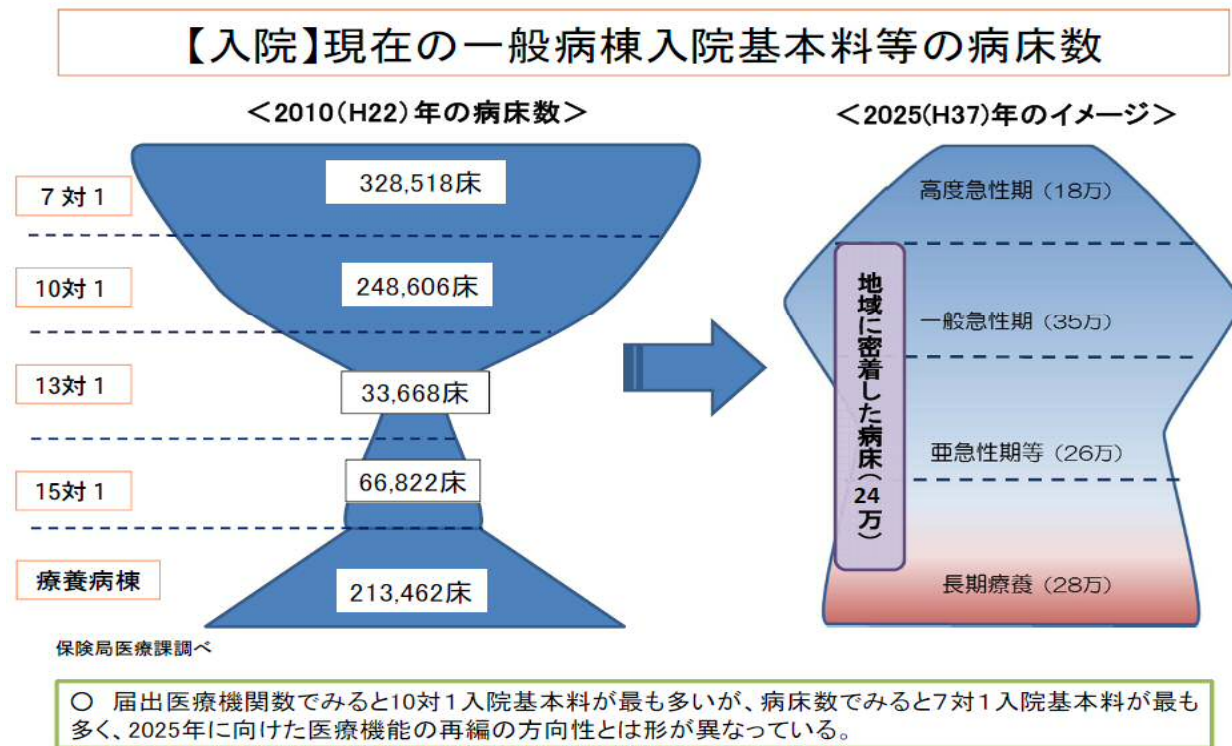


Note: The OECD average does not include countries which only report equipment in hospital (Belgium, Germany and Spain).

1. Equipment outside hospital not included.
2. Only equipment eligible for reimbursement under Medicare.
3. Any equipment in the private sector not included.

Source: OECD Health Data 2011

# 診療報酬による誘導で解決できなかった 病院病床に関する日本医療の特徴③



第6回社会保障制度改革国民会議配付資料 社会保障に係る費用の将来推計について 19頁

権丈「第9回社会保障制度改革国民会議報告資料」(2013年4月19日)より

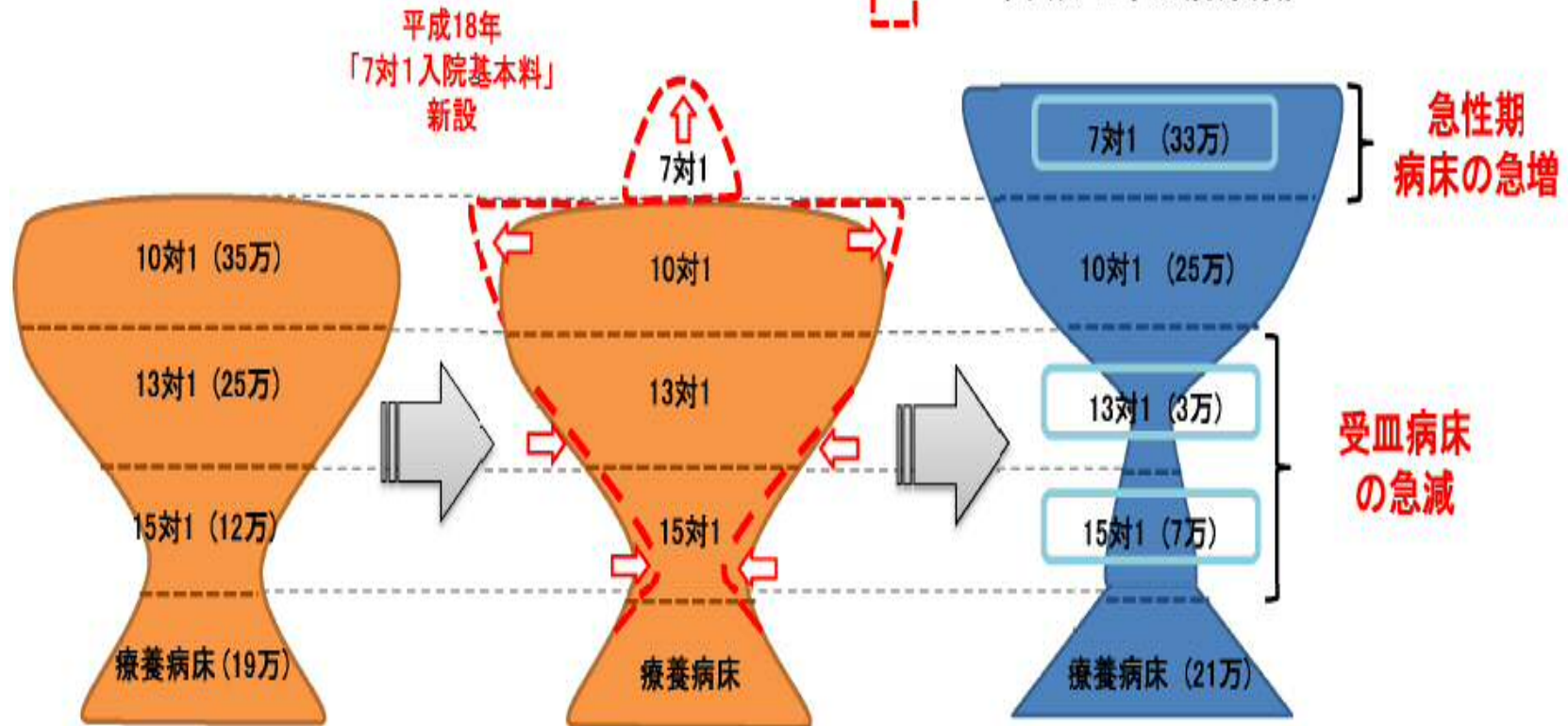


〈平成16年の病床数〉

平成18年の改定率を算定する際に  
想定していた病床の変化



実際の病床の変化  
〈平成22年の病床数〉

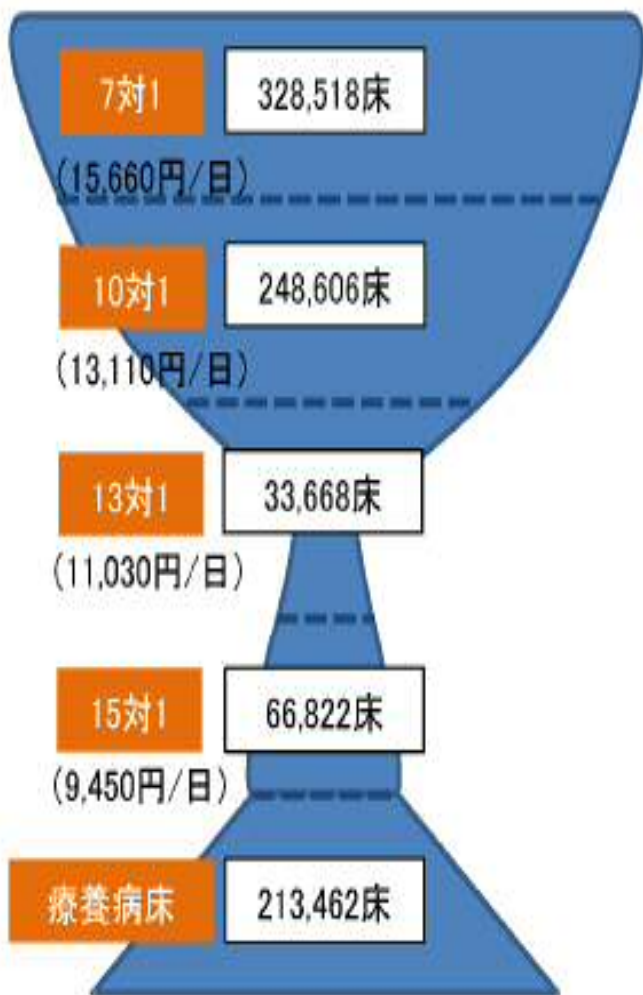


## 一般病棟入院基本料(7対1と10対1)の届出病床数推移

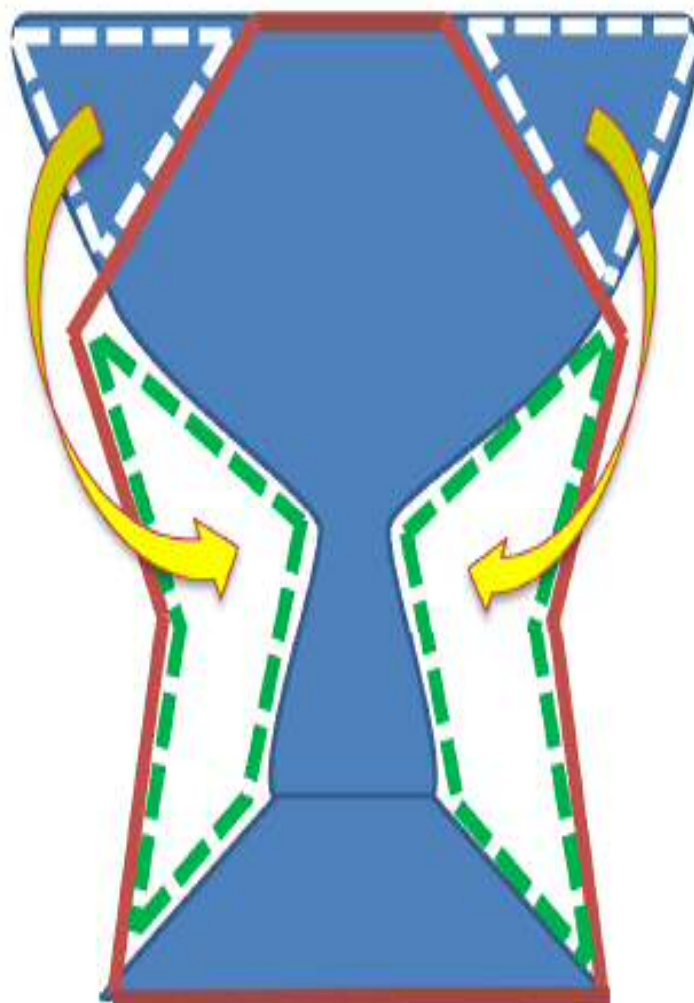
- 「7対1入院基本料」を算定する病床数は、2006年度の新設以来、一貫して増加。
- 一方、報酬の低い「10対1入院基本料」の病床は一貫して減少。
- 2008年度、2012年度の診療報酬改定では、「7対1入院基本料」の要件を厳格化したが、この傾向は継続。



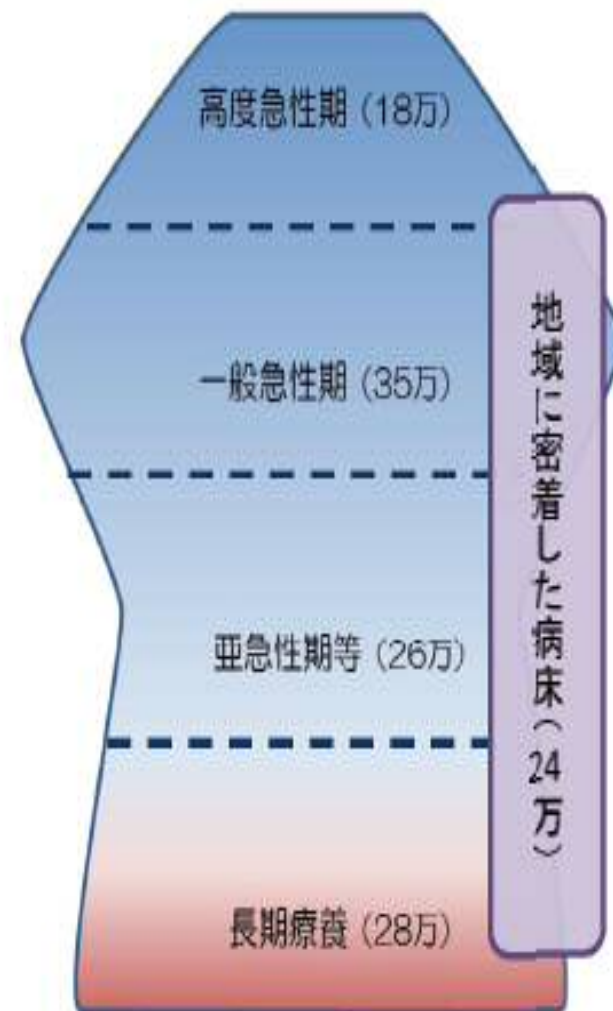
### 〈2010(H22)年の病床数〉



### 〈改革のイメージ〉



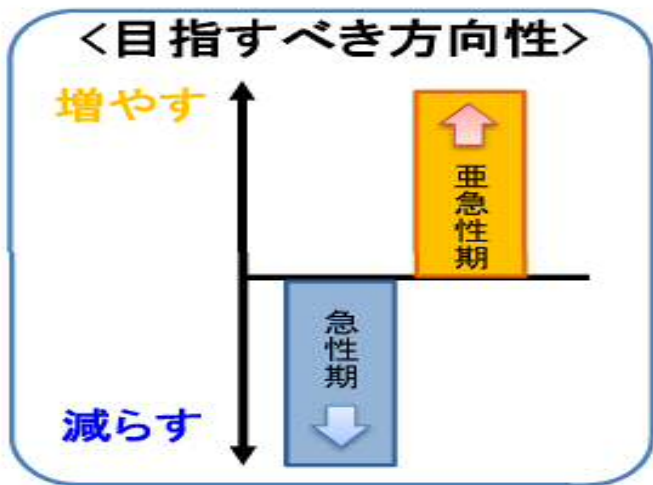
### 〈目指すべき姿(2025年)〉



## 地域ごとに異なる医療提供体制の実情

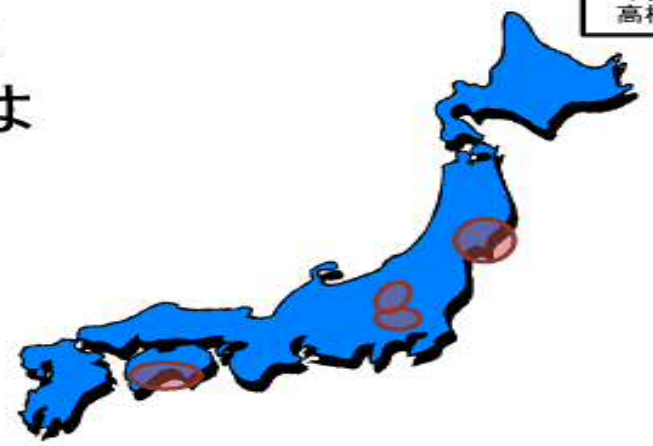
○ 10月16日に行われた当分科会のヒアリング(国際医療福祉大学大学院 高橋教授)では、地域ごとに医療提供体制の実情が異なっており、目指すべき方向性も地域ごとに異なることが、より如実に示された。

平成25年10月16日  
財政制度等審議会  
高橋泰教授提出資料



我が国全体  
(全国的)には

各地域  
ごとでは



### ＜各地域ごとの目指すべき方向性(イメージ)の例＞

(群馬県)

全国的に目指すべき方向性と一致

(高知県)

全国的に目指すべき方向性と異なる

(埼玉県)

全国的に目指すべき方向性と異なる

(宮城県)

全国的に目指すべき方向性と異なる

## 病院完結型医療から地域で治し、支える地域完結型医療へ 『社会保障制度改革国民会議報告書』 21頁

- 社会システムには慣性の力が働く。日本の医療システムも例外ではなく、四半世紀以上も改革が求められているにもかかわらず、20世紀半ば過ぎに完成した医療システムが、日本ではなお支配的なままである。
- 日本が直面している急速な高齢化の進展は、疾病構造の変化を通じて、必要とされる医療の内容に変化をもたらしてきた。平均寿命60歳代の社会で、主に青壮年期の患者を対象とした医療は、救命・延命、治癒、社会復帰を前提とした「病院完結型」の医療であった。しかしながら、平均寿命が男性でも80歳近くとなり、女性では86歳を超えている社会では、慢性疾患による受療が多い、複数の疾病を抱えるなどの特徴を持つ老齢期の患者が中心となる。そうした時代の医療は、病気と共存しながらQOL (Quality of Life)の維持・向上を目指す医療となる。すなわち、医療はかつての「病院完結型」から、患者の住み慣れた地域や自宅での生活のための医療、地域全体で治し、支える「地域完結型」の医療、実のところ医療と介護、さらには住まいや自立した生活の支援までもが切れ目なくつながる医療に変わらざるを得ない。ところが、日本は、今や世界一の高齢国家であるにもかかわらず、医療システムはそうした姿に変わっていない。

## データによる制御機構の構築——地域医療構想の源① 社会保障制度改革国民会議（2013年6月10日）

- 永井委員 アメリカは医療を市場原理で制御しています。ヨーロッパの場合には日本よりも社会主義的な体制をとっていると思います。日本はその中間にありますから、非常に制御が難しい。自助、公助、共助、その組み合わせでという点はよいのですが、誰がどう制御するかというシステムがないところが問題です。この会議での議論も短期的にどうするかという話が出ていますが、長期的に自律的な制御システムをどう作るかということはどうもあなたからも御意見を伺っていないように思います。私のプレゼンするときにもお話ししましたが、日本は市場原理でもなく、国の力がそれほど強いわけではないですから、データに基づく制御ということが必要になると思います。

## データによる制御機構の構築——地域医療構想の源② 『社会保障制度改革国民会議報告書』 23頁

- 医療政策に対して国の力がさほど強くない日本の状況を鑑み、データの可視化を通じた客観的データに基づく政策、つまりは、医療消費の格差を招来する市場の力でもなく、提供体制側の創意工夫を阻害するおそれがある政府の力でもないものとして、**データによる制御機構をもって医療ニーズと提供体制のマッチングを図るシステムの確立**を要請する声が上がっていることにも留意せねばならない。

# 社会保障改革プログラム法に基づく改革推進体制について (フォローアップ体制)

## 社会保障制度改革推進本部

(総理及び関係6閣僚)

- 当面の改革の総合的・計画的な推進
- 当面の改革の実施状況の検証
- 改革推進会議における検討等に基づく改革の企画立案等

※1 平成26年1月12日施行

※2 第1回を平成26年2月14日に開催

⇒ 第2回を7月1日に持ち回り開催し、  
専門調査会設置を決定

## 医療・介護情報の活用による 改革の推進に関する専門調査会

(有識者15名)

- 地域横断的な医療・介護情報の活用方策等の調査・検討

ワーキンググループ

(委員から選任)

⇒ 第1回を8月11日に開催

## 社会保障制度改革推進会議

(有識者11名)

- 2025年を展望し、中長期的に持続可能な制度の確立のための改革の総合的な検討

※ 平成26年6月12日施行

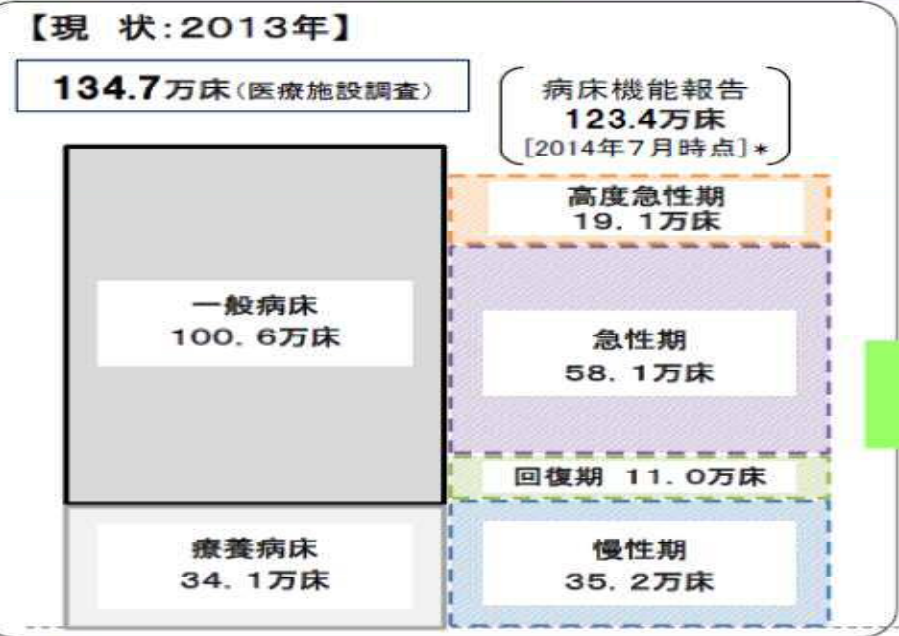
⇒ 第1回を7月17日に開催

伊藤 元重 東京大学大学院経済学研究科教授  
遠藤 久夫 学習院大学経済学部長  
大日向雅美 恵泉女学園大学大学院平和学研究科教授  
権丈 善一 慶應義塾大学商学部教授  
神野 直彦 東京大学名誉教授  
清家 篤 慶應義塾長  
武田 洋子 三菱総合研究所政策・経済研究センター  
主席研究員 / チーフエコノミスト  
土居 丈朗 慶應義塾大学経済学部教授  
増田 寛也 東京大学公共政策大学院客員教授  
宮島 香澄 日本テレビ報道局解説委員  
山崎 泰彦 神奈川県立保健福祉大学名誉教授



## 2025年の医療機能別必要病床数の推計結果（全国ベースの積上げ）

- 今後も少子高齢化の進展が見込まれる中、患者の視点に立って、どの地域の患者も、その状態像に即した適切な医療を適切な場所で受けられることを目指すもの。このためには、医療機関の病床を医療ニーズの内容に応じて機能分化しながら、切れ目のない医療・介護を提供することにより、限られた医療資源を効率的に活用することが重要。  
 (→ 「病院完結型」の医療から、地域全体で治し、支える「地域完結型」の医療への転換の一環)
- 地域住民の安心を確保しながら改革を円滑に進める観点から、今後、10年程度かけて、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等の医療・介護のネットワークの構築と併行して推進。
- ⇒ 地域医療介護総合確保基金を活用した取組等を着実に進め、回復期の充実や医療・介護のネットワークの構築を行うとともに、慢性期の医療・介護ニーズに対応していくため、全ての方が、その状態に応じて、適切な場所で適切な医療・介護を受けられるよう、必要な検討を行うなど、国・地方が一体となって取り組むことが重要。



\* 未報告・未集計病床数などがあり、現状の病床数(134.7万床)とは一致しない。なお、今回の病床機能報告は、各医療機関が定性的な基準を参考に医療機能を選択したものであり、今回の推計における機能区分の考え方によるものではない。

※1 パターンA: 115万床程度、パターンB: 118万床程度、パターンC: 119万床程度  
 ※2 パターンA: 24.2万床程度、パターンB: 27.5万床程度、パターンC: 28.5万床程度  
 ※3 パターンA: 33.7万人程度、パターンB: 30.6万人程度、パターンC: 29.7万人程度

# 政策用語としての「在宅医療等」の意味

- 「医療介護の情報活用による専門調査会 第1次報告」より
  - 特に、療養病床については、今後の高齢化の進展による医療ニーズの増大に対応するためにも、現行の療養病床以外でも対応可能な患者は、将来的には、介護施設や高齢者住宅を含めた**在宅医療等**（居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設、その他医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所であって、現在の病院・診療所以外の場所において提供される医療を指し、現在の療養病床以外でも対応可能な患者の受け皿となることも想定。以下同じ。）、**すなわち、地域で治し、支える「地域完結型」医療の基盤となる医療・介護のネットワーク、さらには地域包括ケアシステムの構築によって対応していくことが必要である。**

# 自治体に期待されている提供体制の改革

## • 提供体制の改革を進める車の両輪

### • 地域医療構想+地域包括ケア

- 「日本全体の総数で見ても、病床が減るとか維持されるという議論をしてどれとかがを  
ほども意味があるの疑いも減る。出方が、病室の地域療養病室（主に高齢者）を  
長期療養するに足らない病室の専門家調査高年齢者住宅や福祉施設の充実を  
与えることとなる。それによれば、相関の果から単身世帯割合以外で療養病床が多い地域が  
分析して高くないはずのこの結果から単身世帯割合以外で療養病床が多い地域が  
の替的であった。この結果から単身世帯割合以外で療養病床が多い地域が  
整するには、高齢者の単身世帯割合以外で療養病床が多い地域が  
ということは、高齢者の単身世帯割合以外で療養病床が多い地域が  
あれば、納得できない場合は、病床の調整は求められなくとも、そのための  
受け皿として高齢者住宅や福祉施設の充実を図ると共に、地域で受けとめる  
という地域包括ケアづくりの一層の努力を進めるなどの対応が必要になるだ  
ろう。一方で政府も、どうして医療・介護にこれほどの地域差が生まれるの  
かの分析をもっと進めるべきだ」

出所：権丈(2016)「ご当地医療構築へ地域住民も積極的な参加を 医出づる国 明日を拓く」『日経デジタル』 2016年3月25日

# 介護保険における居住空間と在宅医療等

## 施設

「介護福祉施設」(特別養護老人ホーム)  
「介護老人保健施設」  
「介護療養医療施設」

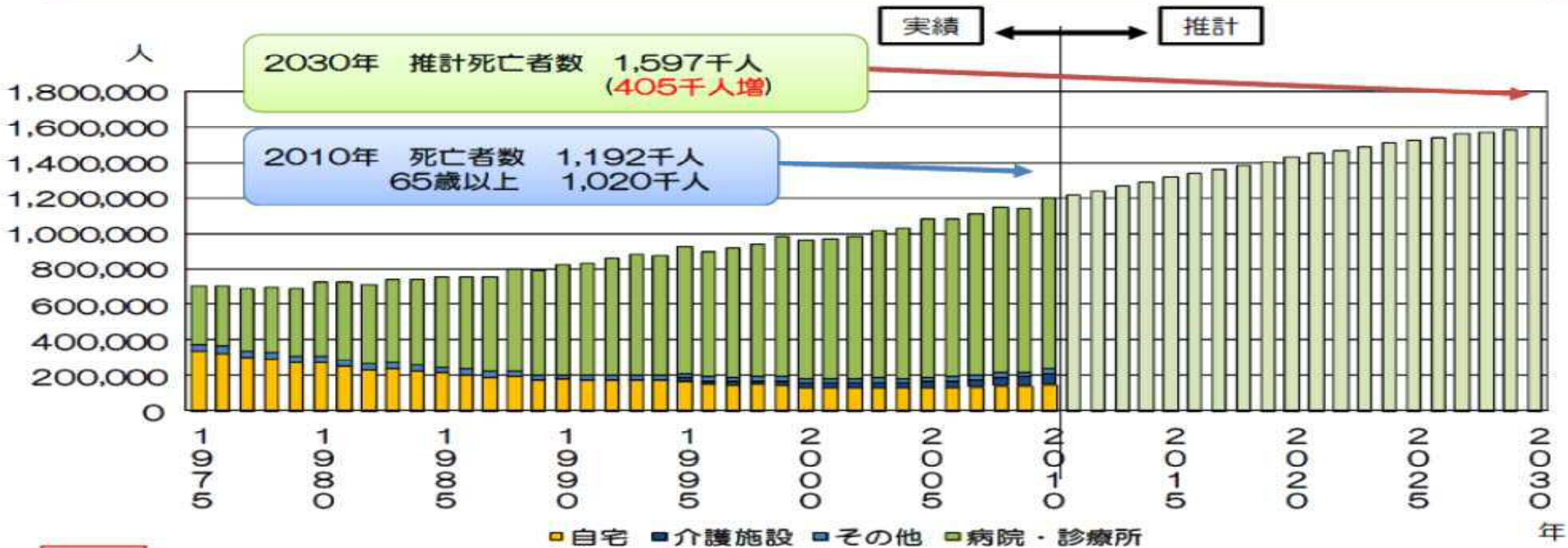
## 居宅

在宅  
(自宅)

グループホーム  
有料老人ホームなど

在宅医療等

## 死亡場所別、死亡者数の年次推移と将来推計



### 課題

2030年までに約40万人死亡者数が増加すると見込まれるが、看取り先の確保が困難

【資料】  
2010年(平成22年)までの実績は厚生労働省「人口動態統計」  
2011年(平成23年)以降の推計は国立社会保障・人口問題研究所「人口統計資料集(2006年度版)」から推定

※介護施設は老健、老人ホーム

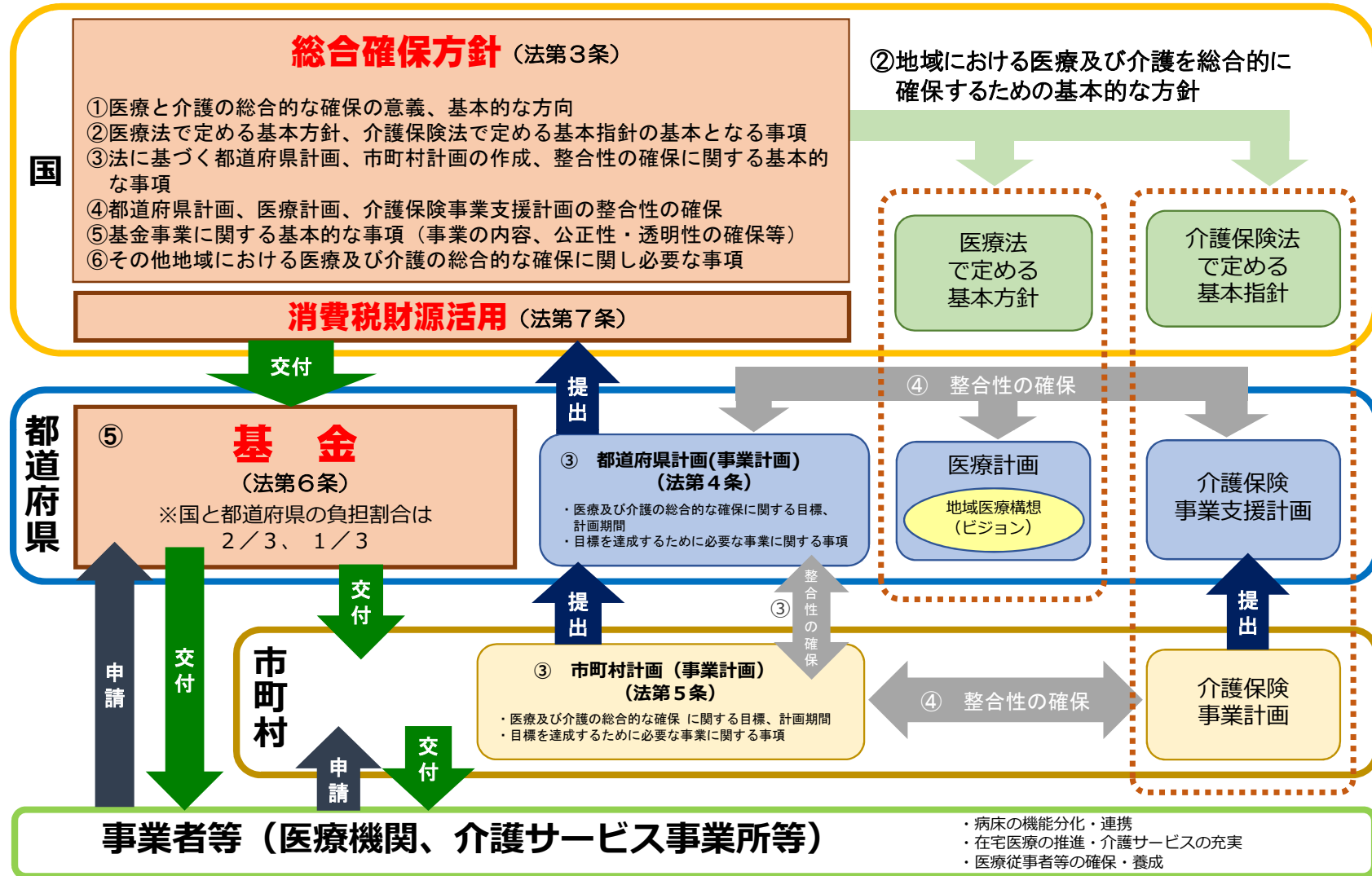
# 在宅サービス等に関するデータの整備

- 「データをきちんと持ち込んで、医療で必要病床数の算定式は示されているが、介護の場合には、在宅サービス等を含めてまだ示されていないのでそれを都道府県でどう工夫していくのか、よりきちんとしたデータを求めていくことが当面、非常に重要で有用ではないか」
- 第2回全国知事会・地域医療研究会における増田寛也氏の発言

# 医療介護総合確保推進法の源 『社会保障制度改革国民会議報告書』 26頁

- 2 医療・介護サービスの提供体制改革
- (1) 病床機能報告制度の導入と地域医療ビジョンの策定
- 医療提供体制改革の実現に向けた第1弾の取組として、これまで検討が進められてきた医療機能に係る情報の都道府県への報告制度（「病床機能報告制度」）を早急に導入する必要がある。
- 次いで、同制度により把握される地域ごとの医療機能の現状や高齢化の進展を含む地域の将来的な医療ニーズの客観的データに基づく見通しを踏まえた上で、その地域にふさわしいバランスのとれた医療機能ごとの医療の必要量を示す地域医療ビジョンを都道府県が策定することが求められる。

# 地域における医療及び介護を総合的に確保するための仕組み



※ 法：地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律





# 地域医療構想の医師配置版

- 「**そこも今、政府の医療従事者の需給に関する検討会、特に**医師需給分科会**で、検討している。各地で策定される地域医療構想を基にすれば、各地で必要とされるおおよそその医師や看護師数を算定できる。これまでは医療従事者の配置は市場に任せてきたわけだが、それでは、地域、診療科間の偏在問題は解決できなかつた。今までの方法では、しかも大学医局の医師派遣機能が弱体化しているなかでは、もうやっていけないと思う**」
- 「**13年の国民会議の報告書にも書いてある通り、『適切な場で適切な医療を  
提供できる人材が確保できるところ、職能団体には計画的にそのような人材を養  
成・研修する責任を担う必要がある』が、政府も同じ責を負っていることと自覚  
して医療を国民に提供する義務を負った日本医師会・全国医学部長病院長会議の  
『医師偏在解消策検討会各委員に委ねられた報告書には、『この課題解決のため  
は、医師自ら新しい段階にある。『医師自らが新しい段階にある。』とある。も  
『職能団体は腹をくくって前に進む。国も医療研究センターの大島伸一名誉総  
戦のようないしは限らなない限り、今この問題はクリアできない』と話  
されている。職能団体はそれ相応の覚悟を固めつつある」**」

出所：権丈(2016)「ご当地医療構築へ地域住民も積極的な参加を 医出づる国 明日を拓く」『日経デジタル』 2016年3月25日

# 医療保険改革関連法の源

## 『社会保障制度改革会議報告書』 27頁

- 2 医療・介護サービスの提供体制改革
- (2) 都道府県の役割強化と国民健康保険の保険者の都道府県移行
- 今般の国民会議の議論を通じて、医療の在り方を地域ごとに考えていく必要性が改めて確認された。このため、・・・地域ごとの実情に応じた医療提供体制を再構築することが求められる。
- このような状況の下、医療計画の策定者である都道府県が、これまで以上に地域の医療提供体制に係る責任を積極的かつ主体的に果たすことができるよう、マンパワーの確保を含む都道府県の権限・役割の拡大が具体的に検討されて然るべきである。また、医療提供体制の整備については、医療保険の各保険者等の関係者の意見も聞きながら、進めていくことが望ましい。
- 効率的な医療提供体制への改革を実効あらしめる観点からは、国民健康保険に係る財政運営の責任を担う主体（保険者）を都道府県とし、更に地域における医療提供体制に係る責任の主体と国民健康保険の給付責任の主体を都道府県が一体的に担うことを射程に入れて実務的検討を進め、都道府県が地域医療の提供水準と標準的な保険料等の住民負担の在り方を総合的に検討することを可能とする体制を実現すべきである。

# 国民健康保険の改革による制度の安定化（運営の在り方の見直し）

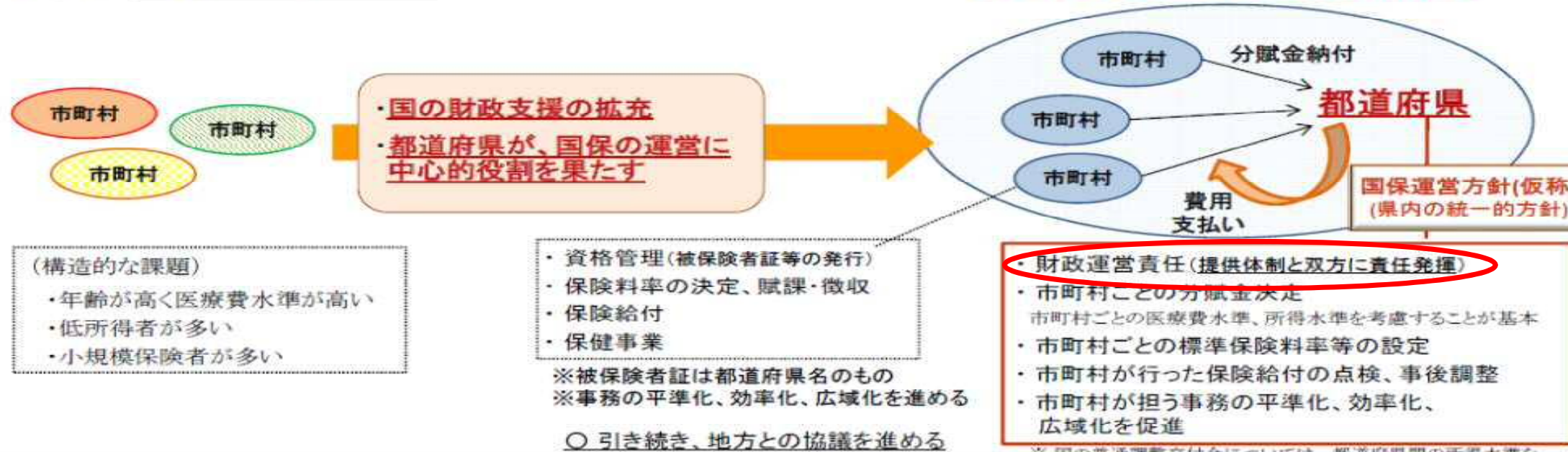
○平成30年度から、都道府県が財政運営の責任主体となり、安定的な財政運営や効率的な事業の確保等の国保運営に中心的な役割を担い、制度を安定化

- ・給付費に必要な費用は、全額、都道府県が市町村に交付
- ・保険料負担の平準化を更に進めるため、都道府県は、市町村ごとの標準保険料率を提示（標準的な住民負担の見える化）
- ・都道府県は、国保の運営方針を定め、市町村の事務の効率化・広域化等を推進

○市町村は、地域住民と直接顔の見える関係の中、資格管理、保険給付、保険料率の決定、賦課・徴収、保健事業等地域におけるきめ細かい事業を引き続き担う

## 【現行】市町村が個別に運営

## 【改革後】都道府県が中心的役割



(構造的な課題)

- ・年齢が高く医療費水準が高い
- ・低所得者が多い
- ・小規模保険者が多い

- ・資格管理(被保険者証等の発行)
- ・保険料率の決定、賦課・徴収
- ・保険給付
- ・保健事業

※被保険者証は都道府県名のもの  
 ※事務の平準化、効率化、広域化を進める

**・財政運営責任(提供体制と双方に責任発揮)**

- ・市町村ごとの分賦金決定
- ・市町村ごとの医療費水準、所得水準を考慮することが基本
- ・市町村ごとの標準保険料率等の設定
- ・市町村が行った保険給付の点検、事後調整
- ・市町村が担う事務の平準化、効率化、広域化を促進

○引き続き、地方との協議を進める

## ○ あるべき保険料率の考え方について

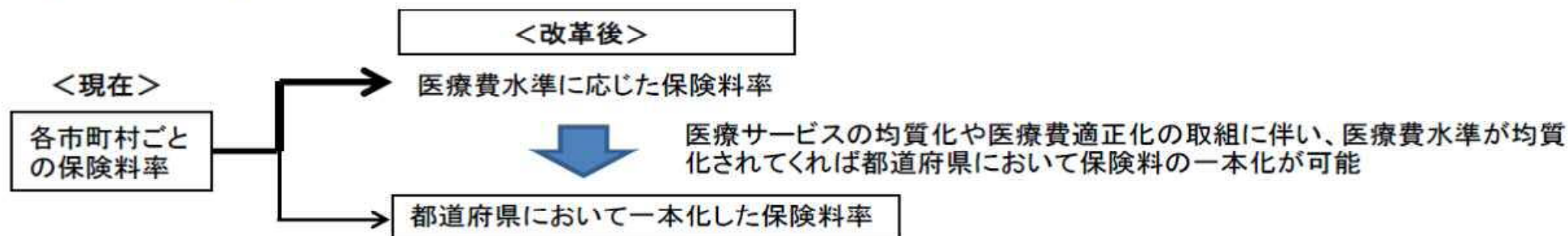
### 【年齢構成の差異を調整後の医療費水準に応じた保険料率】

- 各市町村の医療費適正化のインセンティブを確保することが可能。
- 都道府県内市町村において医療費水準の格差が大きい場合には、医療費水準を反映しない場合、医療費水準の低い市町村の被保険者の納得が得られにくい（特に被保険者が受けられる医療サービスに差がある場合など）。

### 【都道府県において一本化した保険料率】

- 都道府県内の市町村間を被保険者が異動しても保険料率に変化がなく、被保険者にとって公平に感じられる。
- 都道府県が保険者になる趣旨からすると、保険料負担の平準化が図られることが望ましい。
- 都道府県内市町村において医療費水準の格差が少ない場合には、都道府県における保険料率の一本化が受け入れやすい。

⇒ 医療費水準の格差が大きい場合には原則として医療費水準に応じた保険料率とし、将来的に地域の事情を踏まえつつ都道府県において一本化した保険料率を目指すこととする。



## ○ 標準保険料率の果たすべき役割の整理

### 【各市町村が具体的に目指すべき値を示す】

- 保健事業や直診事業など市町村個別の事情を含めて算定する。
- 各市町村は激変緩和を考慮しつつ、示された標準保険料率を目指して保険料率を設定していく。

### 【医療費水準等を踏まえたあるべき保険料率の見える化を図る】

- 医療費実績に応じた保険料率を設定することで市町村間の比較可能性を高める。
- ⇒ 例えば、各市町村の年齢構成調整後の医療費指数と標準保険料率をあわせて公表することとする。

# 都道府県に期待される本来の保険者の機能①

- 健保組合の理事を十数年やっていて、実際に健保の運営に携わっている立場から見ますと、はたして保険者機能とは何なのかという疑問もありません。医療では種々の理由により需給者間の交渉上の地歩（バーゲニング・ポジション）はどのようにしても医療提供サイドに有利になり、結果、供給者が持つことになる強い市場支配力への拮抗力として保険者機能の存在は不可欠です。しかしその重責を、「企業単位の医療保険」が果たすことができるのか。
- データ解析を通じた多くの医療経済研究、国際比較を通じた多くの医療経済研究の双方から、保険者の機能の必要性が言われてもいます。ただ、たいてい、経済研究の双方が想定している保険者の単位は、はたして企業を単位とした保険者機能なのか。現在、強化するべきは、健保組合が使う「保険者機能」という言葉は、美辞麗句で飾られたものか。国民健康保険の保険者の都道府県移行（27頁）を論じているのは、ことごとくは同音異義語なものでないか。国民会議報告書で「都道府県の役割強化と国民健康保険の保険者の都道府県移行」の強化を期してのことです。

## 都道府県に期待される本来の保険者の機能②

- 「サービスの提供体制、病床数と医療費は非常に相関関係が高いことが出ていたが、非常に重要な点だと考えている。・・・病床数、提供体制の問題が重要であるということがデータ上、明らかになっている。

その病院の病床数のことについていうと、どこも過疎地域での自治体病院の運営は難しいところがあるのだが、一方で隣町に病院が建てば、そちらの方に行ってしまう。病院や調剤薬局が自分の村になく、隣町に行ってしまう。言いたいのは、医療体制については、市町村でこの問題を解決しようとしても限界を超えていて、ここは都道府県の果たす役割が極めて大きい。市町村で最適な回答を求めることは難しい。それに合わせた制度改正をしていく必要がある。」

- 第2回全国知事会・地域医療研究会における増田寛也氏の発言

# 都道府県単位への医療政策再編の動き

2006	医療制度改革関連法					
	・ 都道府県単位の保険財政共同安定化事業					
	・ (2006年4月より)					
	・ 広域連合単位の後期高齢者医療制度					
	(2008年4月より)					
	・ 全国一つの政府管掌健康保険から47都道府県の協会けんぽへ					
	(2008年10月より)					
2014	医療介護総合確保推進法					
	・ 地域医療構想の策定					
	(2015年4月～2018年3月であるが、2016年半ばまでが望ましい)					
2015	医療保険制度改革関連法案					
	・ 国民健康保険の保険者、都道府県化					
	(2018年4月より)					



# (参考資料) 非営利ホールディングカンパニーから地域医療連携推進法人まで①

- 過当競争から病院経営を救う道は
- 非営利を厳正化して地域独占を許容
  - 高度急性期医療は、大学病院、国立病院、公的病院（日赤・済生会・共済・厚生連等）及び自治体病院が担っている場合が多い。これらの運営主体がそれぞれに独立したままで機能分担しようとしても、経営上の利害がぶつかるためうまくいかない。
  - このため、地域の中で、複数の病院がグループ化し、**病床や診療科の設定、医療機器の設置、人事、医療事務、仕入れ等を統合して行うことができる環境**を作る。

## (参考資料) 非営利ホールディングカンパニーから地域医療連携推進法人まで②

- 新型医療法人（たとえば、非営利ホールディングカンパニー）の枠組みを創設し、地元の要請に基づきそこに参画する場合には、国立病院や公的病院は本部から切り離されることを法律的に担保する。
- このような新型医療法人は、地域の中の中小民間病院や診療所、介護事業所等との共存を前提とし、地域連携パスや紹介・逆紹介の推進に努めることとする。

# 『社会保障制度改革国民会議』 27頁

- 2 医療・介護サービスの提供体制改革
  - (3) 医療法人制度・社会福祉法人制度の見直し
- 医療法人等間の競争を避け、地域における医療・介護サービスのネットワーク化を図るためには、当事者間の競争よりも協調が必要であり、その際、医療法人等が容易に再編・統合できるような制度の見直しを行うことが重要である。
- このため、医療法人制度・社会福祉法人制度について、非営利性や公共性の堅持を前提としつつ、機能の分化・連携の推進に資するよう、例えばホールディングカンパニーの枠組みのような法人間の合併や権利の移転等を速やかに行うことができる道を開くための制度改正を検討する必要がある。
- 複数の医療法人がグループ化すれば、病床や診療科の設定、医療機器の設置、人事、医療事務、仕入れ等を統合して行うことができ、医療資源の適正な配置・効率的な活用を期待することができる。

# 医療の経済特性とガバナンスの基本

- 医療は、供給者と利用者との交渉上の地歩（バーゲニング・ポジション）に強い不均衡があるという経済特性を持つため、医療システムに係わる病院、医療保険などを営利企業に任せることはあってはならない。これに営利企業を強く係わらせると、病院、医療保険を所有する資本が、交渉上の地歩の優位性を利用して国民から資金を吸い上げることを目的として、極めて合目的かつ効率的なシステムが容易に構築されてしまう。しかもいったん出来上がった問題多いそのシステムの解体が、すぐに大きな課題として認識されるようになる。ところが、ひとたび出来上がった強靱なシステムはなかなか解体することができないために、永遠の課題として社会は抱えていくことになる。この国をそうした方向に進めてはならず、したがって、ここで想定している新型医療法人は、自由競争的な規制改革論議とはまったく異なるものであることは言うまでもない。

出所：権丈(2015)『医療介護の一体改革と財政——再分配政策の政治経済学VI』68頁

# ご当地の社会的共通資本構築の理念として「競争よりも協調を」

- 今後進むべき方向は、国民会議の報告書にもあるように「ご当地医療」の構築である。地域住民が共有する社会的共通資本としての医療が、住民第一の視点に立って安定的に「そこにある」という目的を具体化するために、国公立、公的病院は、本部よりも地域の民間病院・診療所との共存を優先する姿も想定していた。

・・・

以前、医療者の集まりで講演をした時、私の話を聞いた主催者は最後に、フロアーにいる病・医院経営者に「ノーガードの殴り合いは止めましょう」と呼びかけられていた。一步間違えるとそうなる。そうした怖れのある時代の医療改革の理念として、特に強き側にある人たちに「競争よりも協調を」という言葉を心に留めておいてもらえればと思う。

# 「医療法人の事業展開等に関する検討会」における議論

- 第6回「医療法人の事業展開等に関する検討会」(2014年9月10日)において座長から、ホールディングカンパニーという言葉への違和感の表明があり、その後、「地域医療連携法人」という名称に落ち着きそうになる。しかし、第8回会議(11月27日)に再び座長から「私はこの新しい法人を地域医療連携型医療法人とするのには賛成しかねます。理由は、全ての医療法人は地域連携を行うべきだからです。・・・本来、医療法人は全て、あるいは99%は地域医療連携を行うべき存在です」との意見が出される。そして第9回会議(2015年1月30日)に、事務局から「この目的が地域医療の連携の推進だという趣旨ですので、若干長いですが、今、申し上げた趣旨をそのまま名称という形で、地域医療連携推進法人という形で考えてはいかがかがかということ、仮称という形ですが、これを前提として、用意をさせていただいています」との説明があり、この名称に落ち着く。

## 地域医療連携推進法人制度について(概要)

参考

医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携を推進し、地域医療構想を達成するための一つの選択肢として、地域医療連携推進法人の認定制度を創設する。これにより競争よりも協調を進め、地域において質が高く効率的な医療提供体制を確保。

### 地域医療連携推進法人

※ 一般社団法人のうち医療法上の非営利性の確保等の基準を満たすものを認定

社員総会

意見具申

←  
(社員総会はその意見を尊重)

地域医療連携推進評議会

- 統一的な医療連携推進方針(病院等の連携推進の方針)の決定
- 医療連携推進業務等の実施
  - 診療科(病床)再編(病床特例の適用)、医師等の共同研修、医薬品等の共同購入、資金貸付(基金造成含む)、関連事業者への出資等
  - 医師の配置換え、救急患者受入ルールの策定、訪問看護等による在宅生活支援等
- 参加法人の統括(予算・事業計画等へ意見を述べる)

※ 社員は各一個の議決権。ただし、不当に差別的な取扱いをしないこと等を条件に、定款で別段の定めをすることが可能。

- ⇒
- ・グループ病院の特長を活かして、地域医療・地域包括ケアを推進
  - ・グループ病院の一体的経営により、経営効率を向上

認可・監督

都道府県知事

意見具申

都道府県医療審議会

参画(社員)

参画(社員)

参画(社員)

参画(社員)

参加法人(非営利法人に限る)

医療法人A

病院

医療法人B

病院

医療法人C

診療所

その他の非営利法人D

介護事業等

出所：産業競争力会議第35回実行実現点検会合(2016年3月23日) 資料9より

## 二木立(2015)「健康寿命延伸で医療・介護費用は抑制されるか?——『平成26年版厚生労働白書』を読む」『地域包括ケアと地域医療連携』より①

- 医療費抑制の根拠は示されていない
  - (白書) 第1・第3章では、「医療費の負担等を軽減させるためにも健康寿命の延伸が重要」(56頁)、「平均寿命と健康寿命の差を短縮することができれば、個人の生活の質の低下を防ぐとともに、社会保障負担の軽減も期待できる」(136頁)と断定的に書いています。しかし、この主張の根拠は白書のどこにも書かれていません。
  - (白書) 160頁には、厚生労働省が2013年8月に公表した『国民の健康寿命が延伸する社会』に向けた予防・健康管理に関する取り組みの推進の概要が掲載されており、①高齢者への介護予防等の推進、②現役世代からの健康づくり対策の推進、③医療資源の有効活用に向けた取り組みの推進により、「〔2025年には〕5兆円規模の医療費・介護費の効果額を目標としている」と書かれています(内訳は①1.4兆円、②2.4兆円、③1.1兆円)。しかし、これらは根拠が全く示されていない主観的「目標」・願望にすぎません。



## 二木立(2015)「健康寿命延伸で医療・介護費用は抑制されるか?——『平成26年版厚生労働白書』を読む」『地域包括ケアと地域医療連携』より②

- 予防・健康増進活動で医療費はむしろ増加する
  - 各国でさまざまなモデル事業や膨大な実証研究が行われてきました。それにより、予防や健康増進活動による健康アウトカムの改善効果はそれなりに確認されていますが、医療費節減効果はほとんど確認されていません。逆に、厳密なランダム化比較試験に基づき、広く社会的次元で費用計算を行った研究では医療費を増加させるとの結果が得られています。
  - アメリカの軍人を対象にした最近のシミュレーション研究により、長期的には（障害医療費のレベルでは）、禁煙による健康状態の改善による医療費削減は余命延長による医療費増加により相殺されることが示されています。日本でも、京都大学の今中雄一教授グループは喫煙群と非喫煙群、国際医療福祉大学の池田俊也教授グループは禁煙治療群と非治療群の生涯医療費を比較したシミュレーション研究を行い、それぞれ非喫煙群、禁煙治療群の方が高いという結果を得ています。
  - 予防の経済学研究の草分け・重鎮のRussell女子は、「慢性疾患の予防は重要な投資だが、費用節減を当てにするな」と主張しています。

二木立(2015)「健康寿命延伸で医療・介護費用は抑制されるか?——『平成26年版厚生労働白書』を読む」『地域包括ケアと地域医療連携』より③

- **【補注1】「中間とりまとめ」の医療費節減効果の証明には重大な欠陥**  
厚生労働省「特定健診・保健指導の医療費適正化効果等の検証のためのWG」は、本節の元論文発表後の2014年11月に「第二次中間とりまとめ」を、2015年6月に「第三次中間とりまとめ」を発表し、特定保健指導の積極的支援の参加群の1人当たり外来医療費は非参加群に比べて有意に低いと発表しました。（「第三次中間とりまとめ」によると、三年間で年間約5000～7000円程度低い）。しかし、この検証と推計結果には、以下のような重大な欠陥があります。

- ①用いた「レセプト情報・特定健康診査当情報データベース（ND B）」の特定健診・保健指導データベースとの突合率（一致率）はわずかに2割にすぎず（関係検査員調べ）、元データの信頼性に欠けます。
- ②一般に2群間の医療費の変化を比較する場合は、2群の介入前後の医療費の差の比較を行うのが基本です。「中間まとめ」はそれの代えて、介入後1～3年間の2群の医療費を比較していますが、この場合は大前提として「ベースライン」（介入研究開始時）の2群の医療費が同水準であることが不可欠です。・・・「第二次中間と第3次中間まとめ概要」には「留意点」として、特定保健指導を実施した当該年度（ベースライン）には、「不参加者と比べて参加者の医療費が優位に低い傾向が見られた」と書いています（5頁）。これでは、介入後の医療費の比較をする意味が失われます。
- ③介入試験で2群間の医療費を比較する場合は、介入群の費用には医療費と介入費用の両方を加え、それと非介入群の医療費を比較しなければなりません。・・・「第三次中間まとめ」で積極的支援群の医療費は不参加群に比べて1人当たり年間約5000～7000円低いと書いていますが、積極的支援群の介入費用（「特定保健指導のコスト」、国庫補助の基準単価）は1人当たり約18,000円であり、上記医療費「節減」額を大幅に上回ります。

- 岡本悦司氏(国立保健医療科学院) は、「国保データベース」(KDB.突合率は非常に高い) を用いて、2012年度の特定保健指導の終了者と未利用者の1人当たり年間外来医療費を比較し、「ワーキンググループ中間とりまとめ」とは逆に、終了者の方が高く、特に男では20.8%も高いという結果を得ています  
(「レセプトデータを利活用したデータヘルス事業の現状と課題」公衆衛生」2015年9月号)。

# 第6回医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会（2015年12月7日）

○権丈委員 この資料2の5ページの取組の検討に関してのコメントだが、医療費適正化とは医療費の抑制あるいは政府の財政負担を減らすことではないのではないのか。

今日持ってきた『改革のための医療経済学』という本を読み上げさせてもらうが、この教科書には、政府の財政負担を減らすためには「タバコ税減税」が有効な一案です。禁煙によっても肺がんによる「早死」を予防できた人は、長生きするとタバコとは無縁の病気に罹りかかった際にも医療費を使うので、長期的には医療費のみならず、年金を含めた社会全体の社会保障費を上昇させる可能性が高いと欧米の一連の厳密な実証研究は報告している」とある。我々、医療経済学者から見ると、この本に対しての反論はない。倫理的には異論はあっても実証的にはそうです。・・・

医療は非常に個別性・属人性が強いので、集計的なデータに基づき個人にアプローチするのは非常に難しいため、慎重にやっていたきたい。慎重にやってもらわなければ、たとえば2005年11月29日の『日経新聞』の署名記事にあつた「生活習慣病を本気で減らすには、その患者にかぎって患者負担の月額を上げるなど、本人が経済的にも痛みを感じる仕組みが避けられないのではないか」というような、驚くべき認識が飛び出してくることになる。1997年頃から、成人病を生活習慣病と呼びかえていたわけだが、生活習慣病の人のすべてが必ずしも生活習慣のみにより発病しているわけではない。

- 国から保も保画に  
 村かて健てき計こ  
 町だっ合れづスど  
 市。行組さ基ルが  
 も、うをに待にへん  
 てく改革にター  
 ついたる、剩データ  
 にまりい、れか、そ  
 現れたてが、  
 表そしつだめなが、  
 うれ移やけ集はる。  
 いそに年わてでいる。  
 と保県数るい難ている。  
 「健康0いづ困してたが強い難アだ制ベ  
 組道1て基も上れっのが強はビ。体く  
 取組都をっにて計さ言いの性るへい提て  
 るとら事知画れをなとな人すビてて  
 よぽか理を計わ用はいは属ルのっけ当  
 者にん村ののス言費でなで＝一者なかを  
 者け町保もルとの場きけ性口患にも点を  
 険会市健つへれ額現でわ別トとか上焦  
 保協を應いタく多が理る個ン費ら以に  
 「者慶と一ては論管き、コ療明年革  
 の保険は能テせ者議はで性を医も0改  
 ジ国保私機。か険うの理実療ので1の  
 一県の。者る働保いも管確医域界が制  
 べ府保る。険困を各とい、不で地世ち体  
 5道国あ保も能のかなての、アののた供  
 く都、でつて機めのかえっムビそ学人提  
 じとそ、持っ者たる見いカムが済る。提  
 同保こるがら険のあ。とトへ制経いだ。

# 成長戦略としてのデータヘルス計画？

(コンクリートから人へ＝ブルーカラーからホワイトカラーへ)

- 「日本再興戦略」の重要施策“国民の健康寿命の延伸”の実現のため、健保組合にデータヘルス計画の実行等が求められる。
  - 厚生労働省保険局・健康保険組合連合会『データヘルス計画 作成の手引き』2014年9頁
- (4) 外部専門事業者の活用
- 健保組合では、組合によって異なりますが、特に専門職の人材不足が課題となっています。外部専門事業者の活用には、これらの人材不足を補い、民間による創意工夫を活用するメリットがあります。
  - 厚生労働省保険局・健康保険組合連合会『データヘルス計画 作成の手引き』2014年13頁