

東京財団フォーラム

高齢化時代の医療政策を考える

**制度の地域一元化
と
住民自治の強化に向けて**

2015年6月29日（月）

東京財団研究員兼政策プロデューサー：三原岳

@日本財団ビル2階

政策提言の基本スタンス ～4つの視点

(1) 医療保険制度は**社会連帯**の下、病気のリスクを分散するためのシステムであり、社会全体で**リスクの分散**が適切になされる必要がある。

(2) 医療保険制度は保険料の負担と保険給付の関係が直接的であり、**負担と給付（受益）**の関係が明確でなければならない。

(3) 医療保険制度では給付と負担の水準についての合意を**当事者自治**に委ねるシステムであり、被保険者による**自治、参加**が確保される必要がある。

(4) 医療保険制度では保険制度を運営する主体（保険者）が**医療体制に相応の役割**を持つ必要がある。

提言①

～都道府県単位に一元化、市町村の関与～

- ①：リスクの分散が適切になされず、不公平な保険料負担を生み出している分立体制を見直し、**医療保険制度を地域に一元化**する。
- ②リスクプーリングと自治・連帯の観点に立ち、**一元化の単位は都道府県**とする。運営主体については、都道府県、広域連合、保険運営の公法人が候補。
- ③：医療政策に関する**市町村の関与を強化**することで、**地域特性に応じた医療・介護政策と医療と介護のベストミックス**を通じた医療費節約を目指す。
- ④：非正規雇用の増加につながる**事業主負担を廃止**し、被保険者の給与に上乗せした上で、国の所得課税として徴収する「**社会連帯税**」（仮称）を創設する。

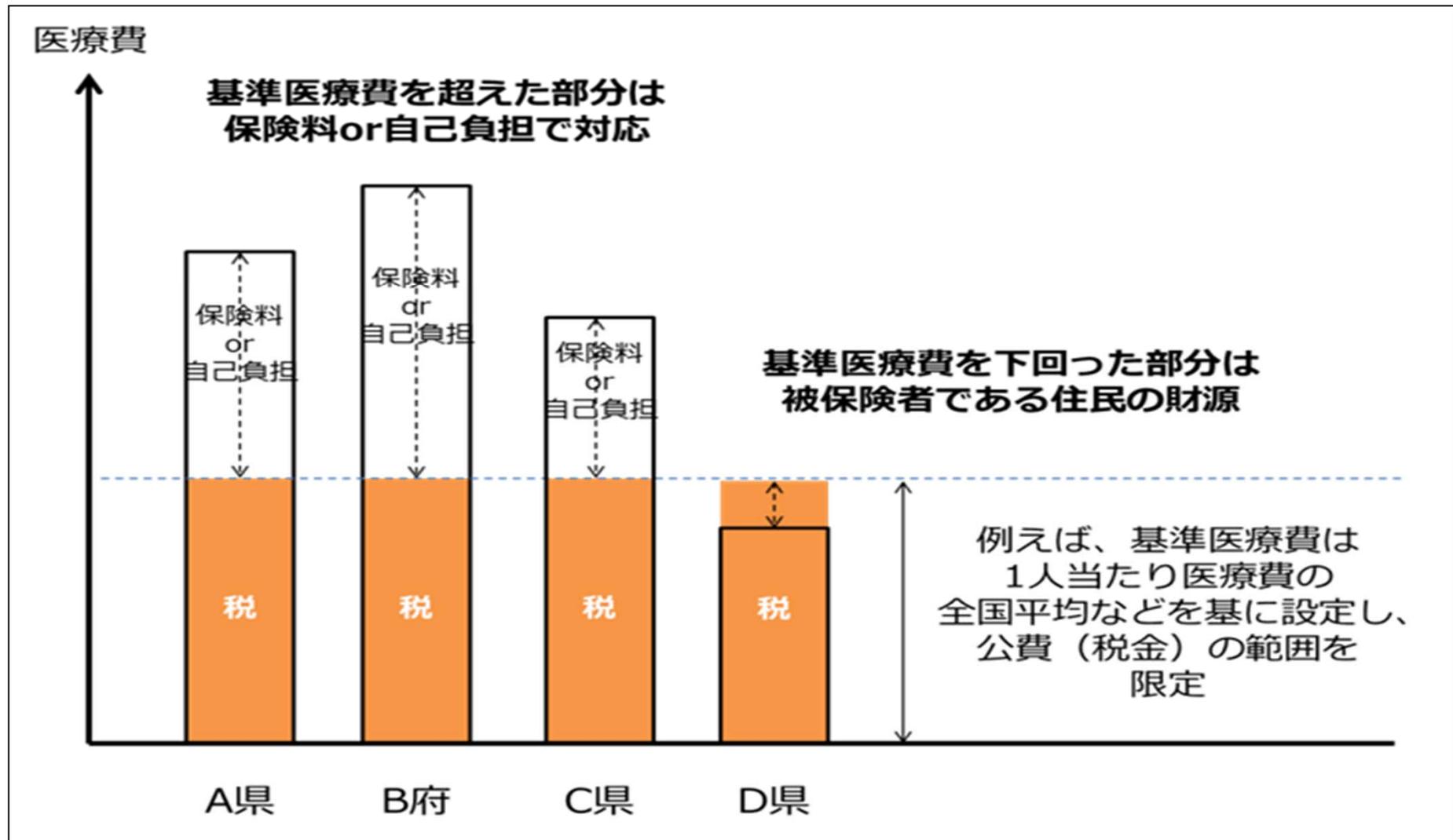
提言②-1 ～財政制度の簡素化～

- ①：複雑化した医療保険制度を簡素化する。
- ②：公費（税金）で負担する割合を一定額に限定化する簡素な財政制度を創設する。
- ③：全国平均などを用いた「基準医療費」（仮称）までを公費（税金）で対応し、これを超える部分は地域住民の保険料または自己負担とすることで、負担と給付の関係を明確にする。
- ④：都道府県内で医療の利用に格差が大きいことが予想されるため、国→都道府県、都道府県→市町村の2段階で行う。
- ⑤：高齢化など地域（保険者）の責任で解決できないリスク要素については事前に調整する「リスク構造調整」を採用する。

提言②-2

～新しい財政制度のイメージ～

簡素な財政制度のイメージ (57ページ、図14)



出典：東京財団作成

提言③ ～住民自治の強化～

- ①：住民参加、住民自治を確保する常設組織として、都道府県単位に再編された保険者、市町村に「地域医療介護会議」「市町村医療介護会議」（いずれも仮称）を創設する。
- ②：同会議には地域における医療・介護費の規模や保険料の水準、医療・介護政策の方向性を議論・決定する。後述する新しい医療計画の決定権などを付与する。
- ③：無作為による住民の選定など住民参加、住民自治の実効性を担保する。

※上記の制度改革と併せて、国会、地方議会の関与も拡大することで、間接民主制も強化する。

提言④

～保険者への権限移譲～

- ①：プライマリ・ケアの推進、地域特性に応じた医療体制整備に向けて、都道府県に再編された保険者に対し、**診療報酬などの権限を移譲する**。国は制度運用に関するガイドラインを策定することで、地域の取り組みを支援する。
- ②：病床規制の性格しか持たない**現行の医療計画を改革**し、給付費と保険料をリンクさせる。
- ③：**都道府県単位の再編される保険者、市町村がそれぞれ「新しい医療計画」「市町村医療計画」（仮称）を策定する**。
- ④：市町村は医療・介護保険料を徴収するとともに、医療・介護計画を一体的に策定することで、地域特性に応じた医療・介護のベストミックスを実現させ、医療費を節約する。
- ④：**ケアの質評価を強化**し、保険者や国が情報を収集・評価するとともに、地域における医療政策の議論に役立てるため、住民に提供する仕組みを整備する。

御清聴、有り難うございました。

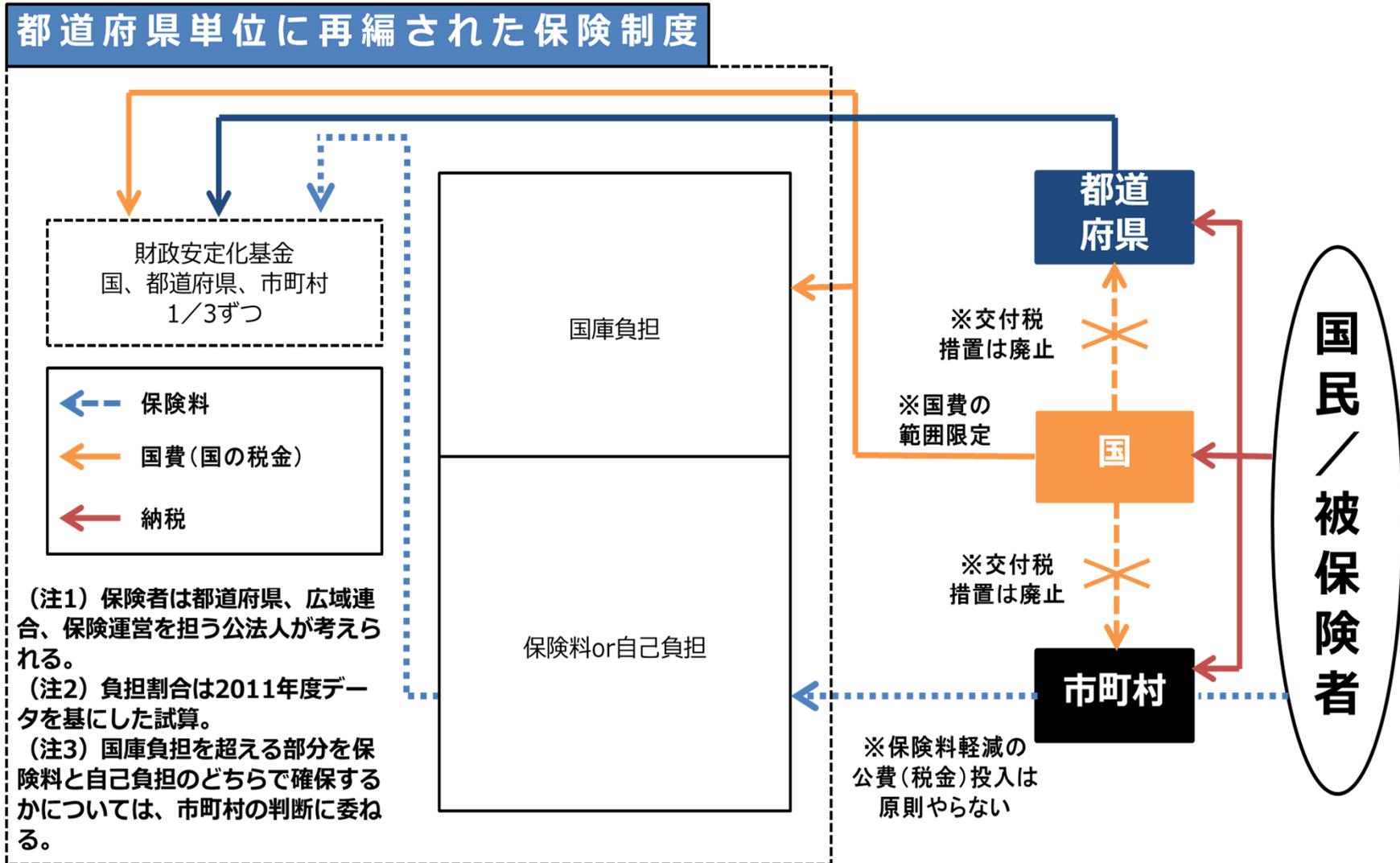
**プロジェクトの概要は
財団ウェブサイト**

問い合わせはmihara@tkfd.or.jp

提言のまとめ①

～税金と保険料の関係～

提言内容に基づく税金と保険料の関係（93ページ、図16を一部改編）



出典：東京財団作成

提言のまとめ②

～各主体の役割～

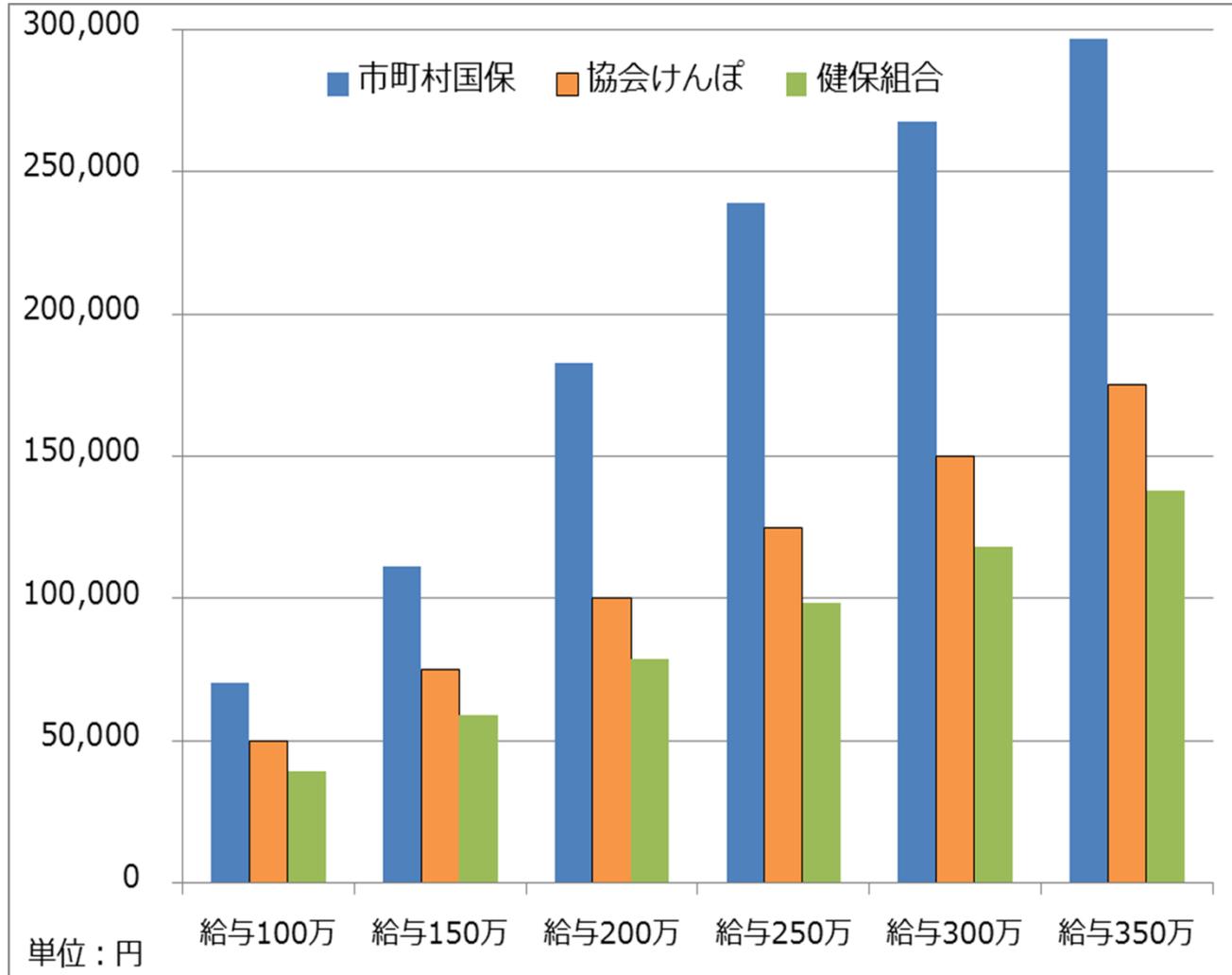
各主体の役割と権限（94ページ、表11）

主体	主な役割、権限
国 (中央政府)	<ul style="list-style-type: none"> ● 医療・介護予算の決定 ● 国→都道府県間のリスク構造調整制度の運用 ● 保険料や報酬など地域が制度を運用する際に参考とするガイドラインなどの作成 ● ケアの質評価、制度運営事例に関するデータを収集し、「医療・介護白書」（仮称）として公表
国会	<ul style="list-style-type: none"> ● 社会保障制度に関する超党派かつ省庁横断的な議論 ● 医療、介護予算の審議、議決 ● 国の策定する各種ガイドラインの審議
都道府県単位に 再編された 保険者	<ul style="list-style-type: none"> ● 患者、住民の個別ケースに応じてケア・グループと代理人契約を締結 ● ケア・グループなどに対する診療報酬の分配 ● ケア・グループの予算、会計審査 ● ケアの質評価に関するデータの収集 ● 都道府県→市町村間のリスク構造調整制度の運用 ● 「地域医療介護会議」（仮称）の運営 ● 「新しい都道府県医療計画」（仮称）、介護保険事業支援計画の作成 ● 「医療財政安定化基金」（仮称）の運用 ● 医療機関の施設・人員基準の作成、レセプトチェックなど
市町村長	<ul style="list-style-type: none"> ● 医療、介護保険料の賦課徴収 ● 「市町村医療計画」（仮称）、介護保険事業計画の作成 ● 「市町村医療介護会議」（仮称）の運営 ● 介護事業所に対する介護報酬の分配 ● 健康増進、予防・保健事業 ● 介護事業所の施設・人員基準の作成、レセプトチェックなど
地方議会	<ul style="list-style-type: none"> ● 医療・介護保険料の審議、議決 ● ケア・グループに対する診療報酬などの審議、議決 ● 「新しい医療計画」「市町村医療計画」（いずれも仮称）、介護保険事業計画、介護保険事業支援計画の審議、議決
住民 患者	<ul style="list-style-type: none"> ● 税及び医療、介護保険料の納付 ● 「地域医療介護会議」「市町村医療介護会議」（仮称）への参加 ● 代理人となるケア・グループの選択、運営への参加

出典：東京財団作成

リスクの分散は適切か ～保険料負担に差異～

市町村国保と被用者保険の保険料比較（18ページ、図1）



<給与150万円>

国保：11万1,327円

協会：7万5,000円

健保：5万9,145円

<給与200万>

国保：18万2,885円

協会：10万円

健保：7万8,860円

<給与250万円>

国保：23万9,074円

協会：12万5,000円

健保：9万8,575円

<給与300万円>

国保：26万7,809円

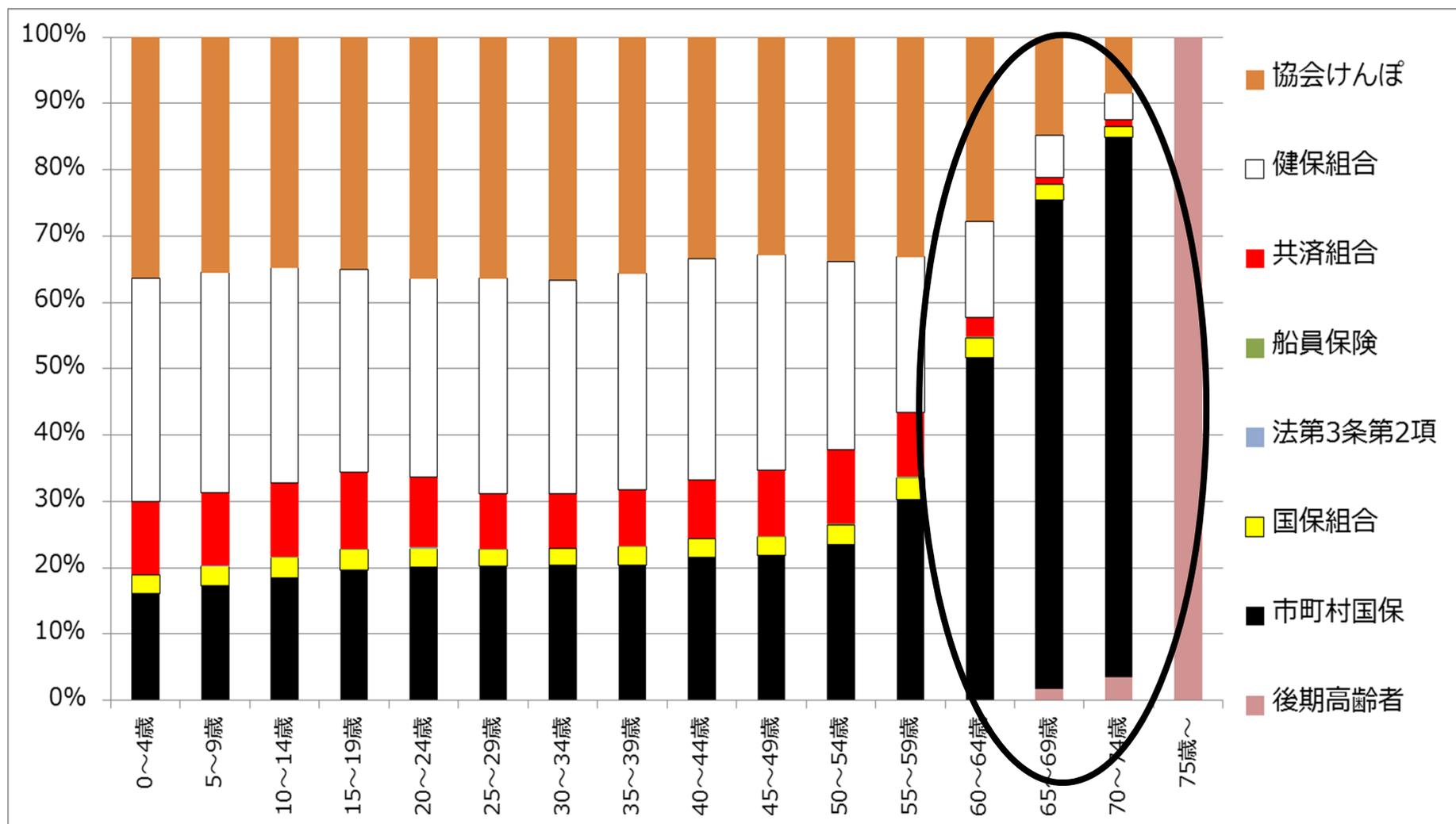
協会：15万円

健保：11万8,290円

出典：厚生労働省資料などを基に東京財団作成

リスクの分散は適切か ～高齢者が市町村国保に流入～

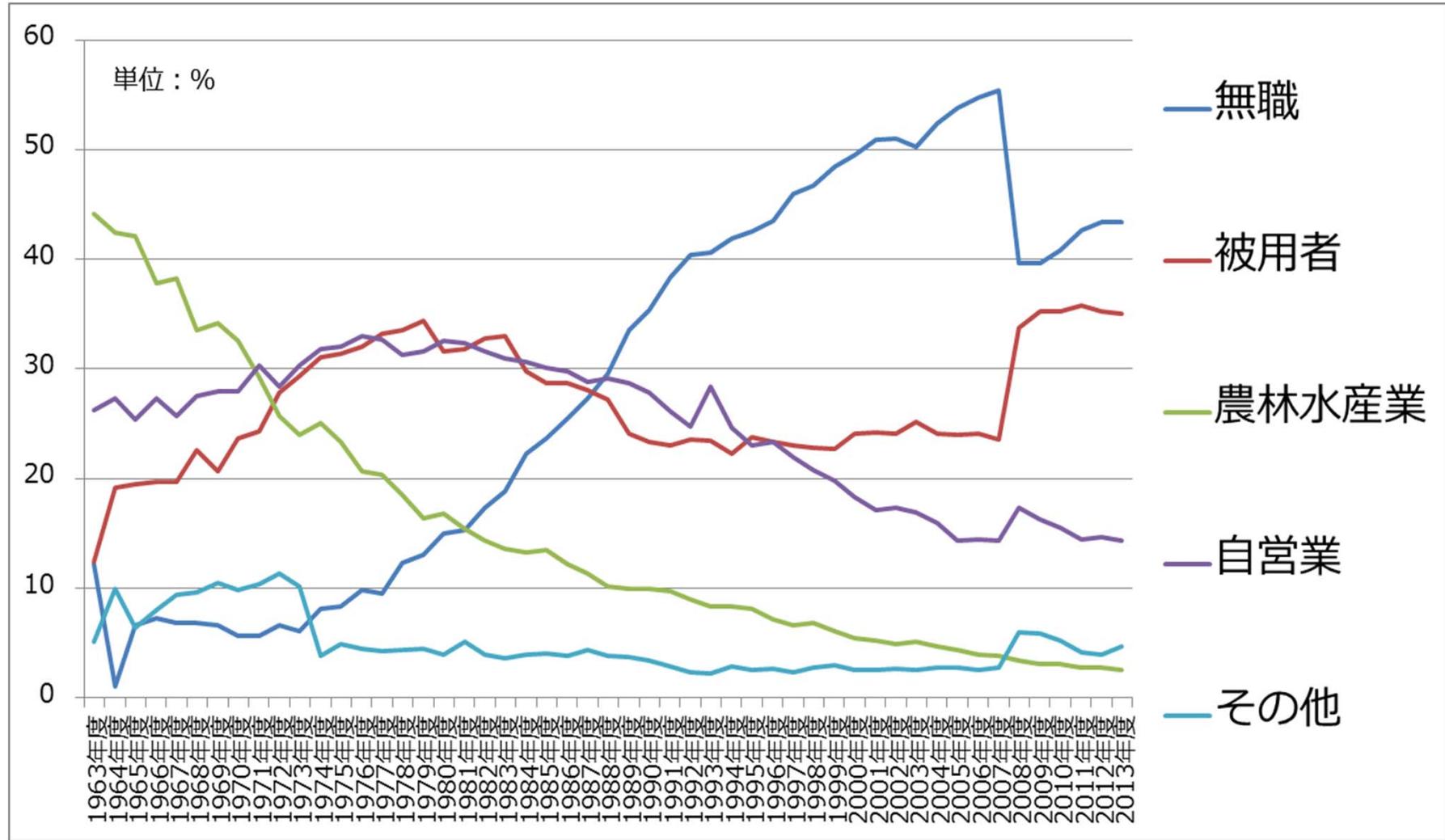
5歳刻み年齢構成で見た加入保険組合の状況（20ページ、図3）



出典：厚生労働省資料を基に東京財団作成

リスクの分散は適切か ～国保加入者の職業別構成が変化～

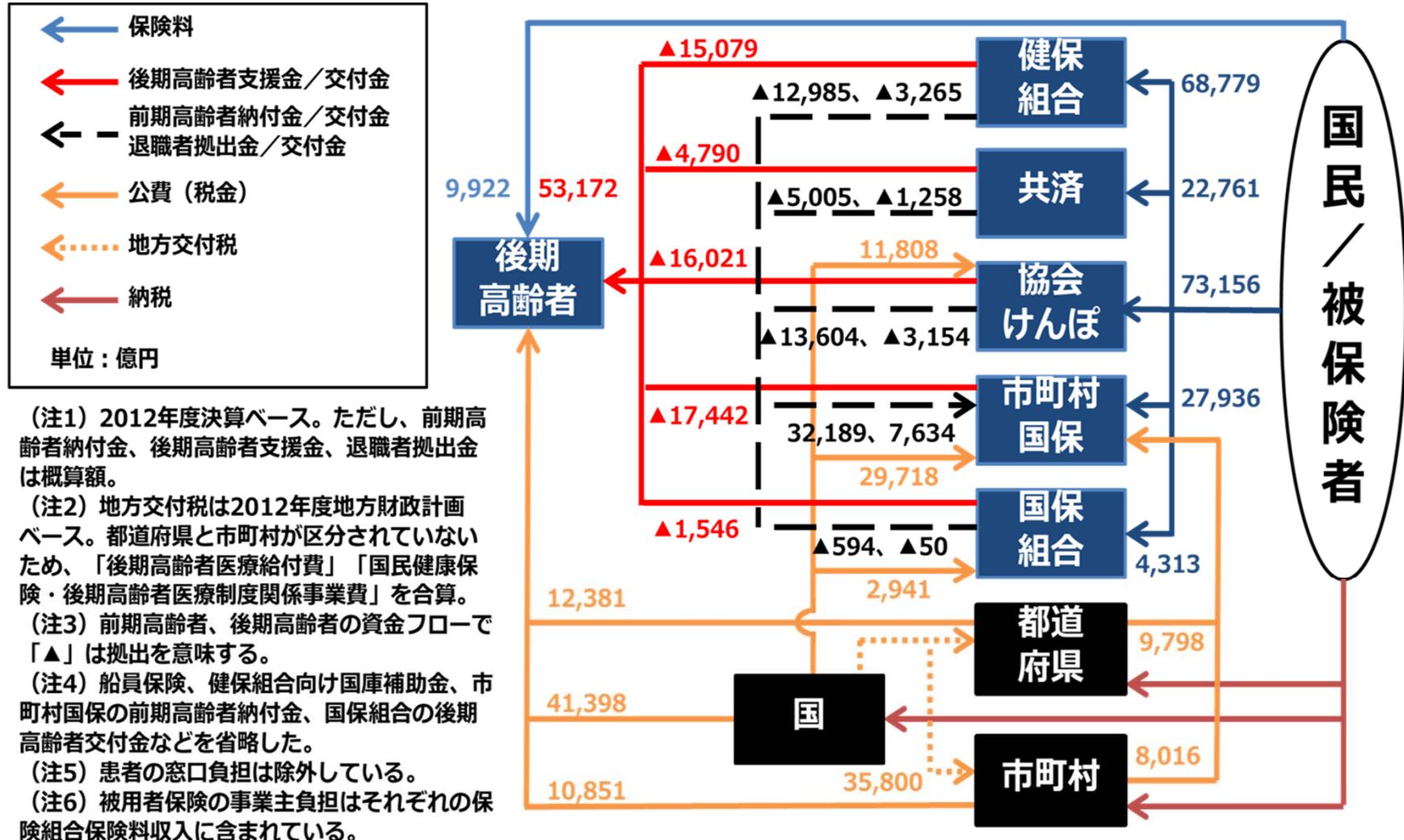
市町村国保被保険者の職業年代別推移（19ページ、図2）



出典：厚生労働省資料を基に東京財団作成

負担と給付の関係は明確か ～複雑な財政制度～

医療保険を巡る保険料、税金の全体像（40ページ、図8）



出典：厚生労働省、総務省資料を基に東京財団作成

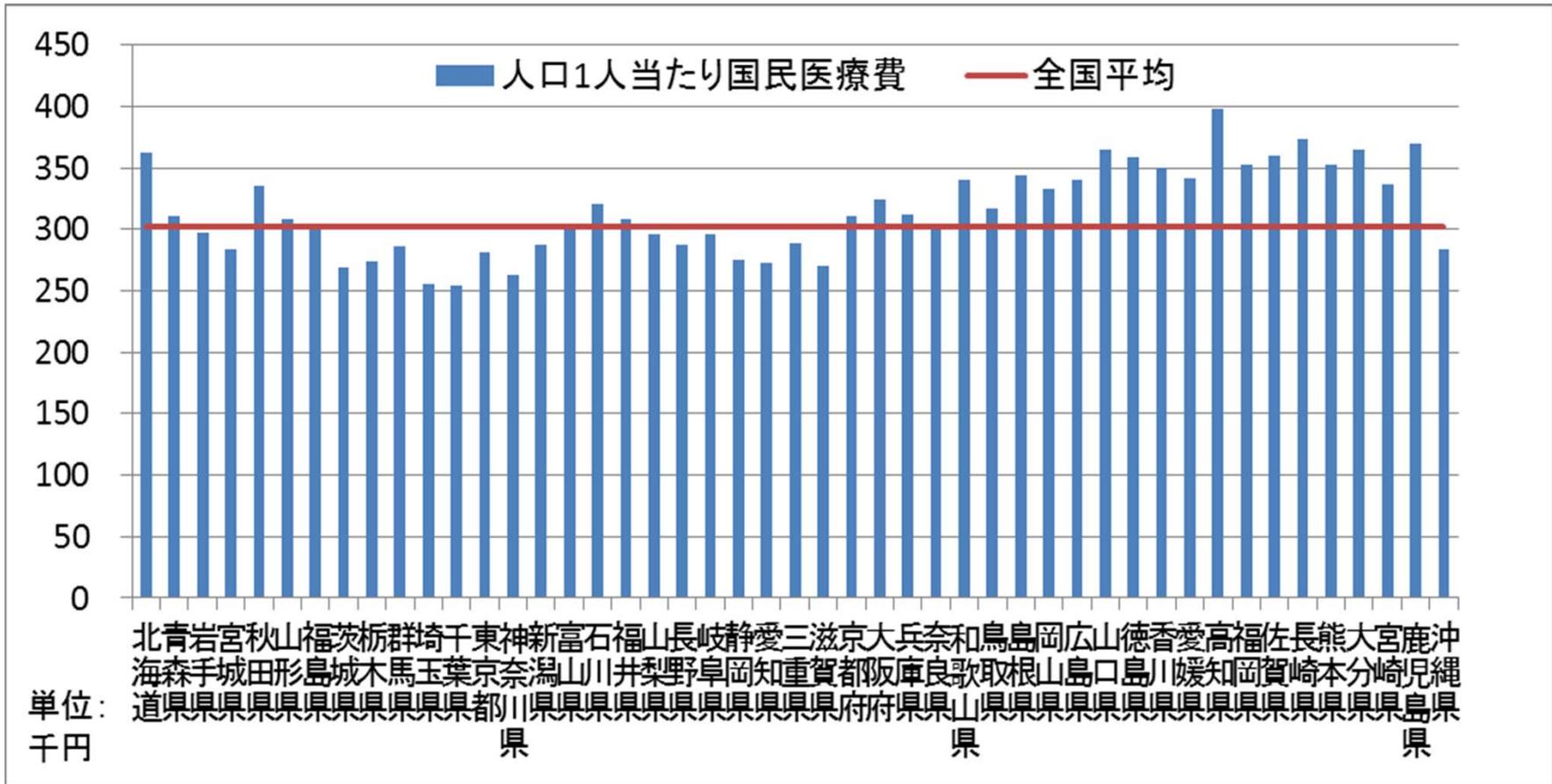
負担と給付の関係は明確か ～複雑な制度の弊害～

社会保障制度が極度に複雑であって、わかりにくいことは民主主義に深刻な問題を生んでいる。社会保障の複雑さは神秘的なものである。ほとんどの人が複雑でたえず変化しつづける制度の詳細について無知である。結果として専門家が支配するようになってきている。

専門家は臆することなく、専門とする制度を擁護する。現行制度の原則を承認する気持ちのないものの見解は大切に受けとめられない傾向があり、当面の政策決定の論議で重視されることがない。その発展を望む者だけが制度的な意味の専門家であり、しがらみに拘束されず反対を唱える経済学者や法律家は専門家とみなされない。ひとたび機構が設立されると、その発展はそれに奉仕しようと思われた人たちが必要とみなすものによって形成されてゆくだろう。（ハイエク『自由の条件Ⅲ』）

負担と給付の関係は明確か ～都道府県別医療費～

1人当たり都道府県別医療費（52ページ、図12）

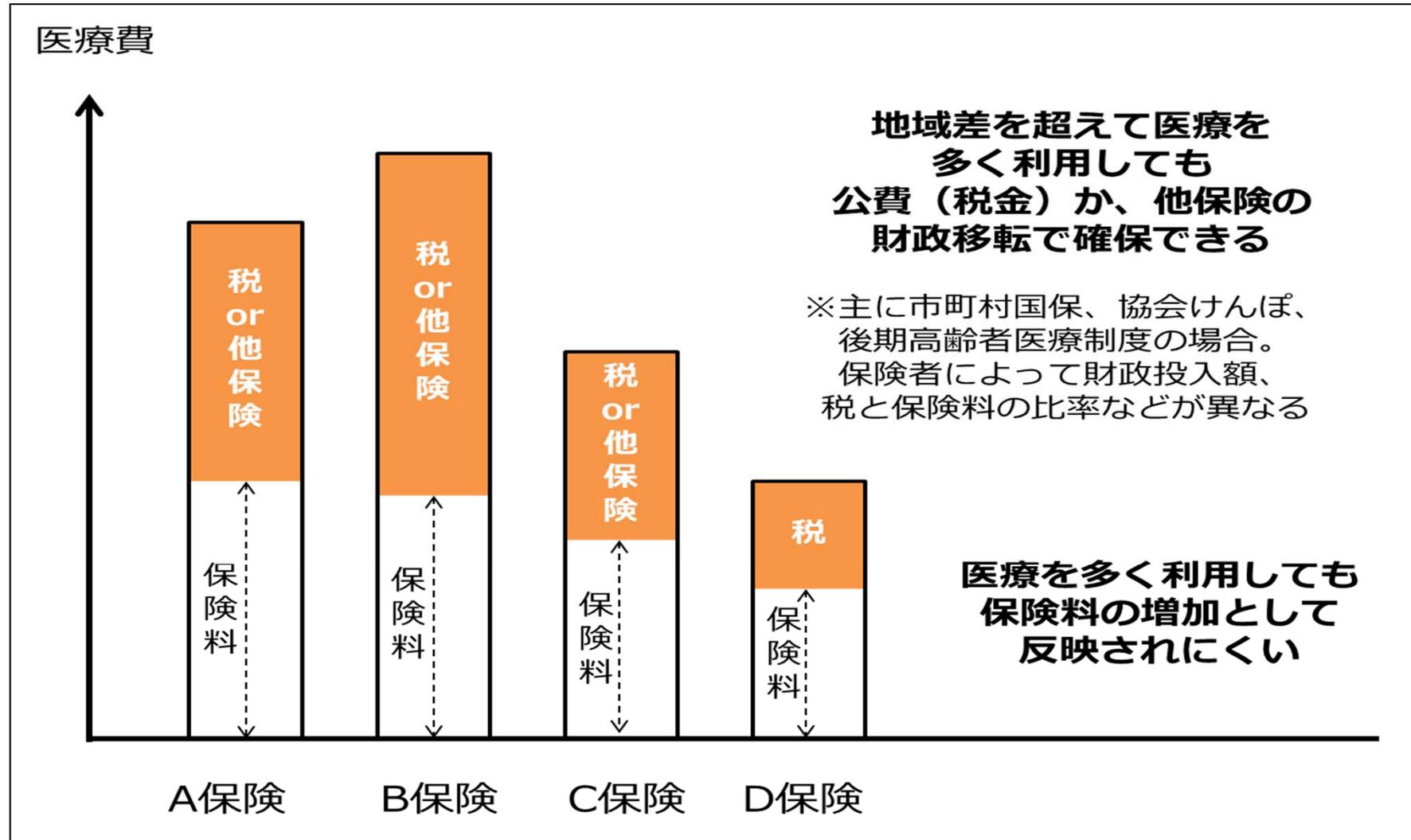


出典：厚生労働省を基に東京財団作成

最高（高知県）と最少（千葉県）の差は1.6倍
その差は何が原因なのか？

負担と給付の関係は明確か ～他者に負担を分散できるシステム～

現行制度のイメージ (54ページ、図13)



出典：東京財団作成

年齢構成によるリスク構造調整 ～都道府県別医療費の試算～

年齢でリスク構造調整した標準的な医療費と、実際の医療費の差
(61ページ、表8)

	標準医療費 (A)	実際の医療 費 (B)	B/A		標準医療費 (A)	実際の医療 費 (B)	B/A		標準医療費 (A)	実際の医療 費 (B)	B/A
北海道	17,380	19,857	1.14	石川県	3,604	3,738	1.04	岡山県	6,156	6,463	1.05
青森県	4,425	4,237	0.96	福井県	2,583	2,479	0.96	広島県	8,850	9,700	1.10
岩手県	4,383	3,900	0.89	山梨県	2,699	2,540	0.94	山口県	4,877	5,255	1.08
宮城県	6,955	6,607	0.95	長野県	7,048	6,153	0.87	徳島県	2,613	2,801	1.07
秋田県	3,801	3,599	0.95	岐阜県	6,417	6,118	0.95	香川県	3,244	3,469	1.07
山形県	3,946	3,577	0.91	静岡県	11,562	10,331	0.89	愛媛県	4,726	4,854	1.03
福島県	6,413	5,999	0.94	愛知県	20,749	20,237	0.98	高知県	2,645	3,020	1.14
茨城県	8,880	7,961	0.90	三重県	5,726	5,329	0.93	福岡県	15,182	17,877	1.18
栃木県	5,984	5,465	0.91	滋賀県	4,044	3,824	0.95	佐賀県	2,698	3,047	1.13
群馬県	6,164	5,729	0.93	京都府	7,963	8,169	1.03	長崎県	4,668	5,286	1.13
埼玉県	20,239	18,426	0.91	大阪府	25,883	28,750	1.11	熊本県	5,900	6,385	1.08
千葉県	17,999	15,836	0.88	兵庫県	16,826	17,415	1.04	大分県	3,934	4,345	1.10
東京都	36,871	37,120	1.01	奈良県	4,299	4,229	0.98	宮崎県	3,702	3,803	1.03
神奈川県	25,316	23,859	0.94	和歌山県	3,327	3,384	1.02	鹿児島県	5,656	6,287	1.11
新潟県	7,791	6,803	0.87	鳥取県	1,955	1,853	0.95	沖縄県	3,739	3,984	1.07
富山県	3,553	3,296	0.93	島根県	2,491	2,452	0.98	全国計	385,866	385,848	1.00

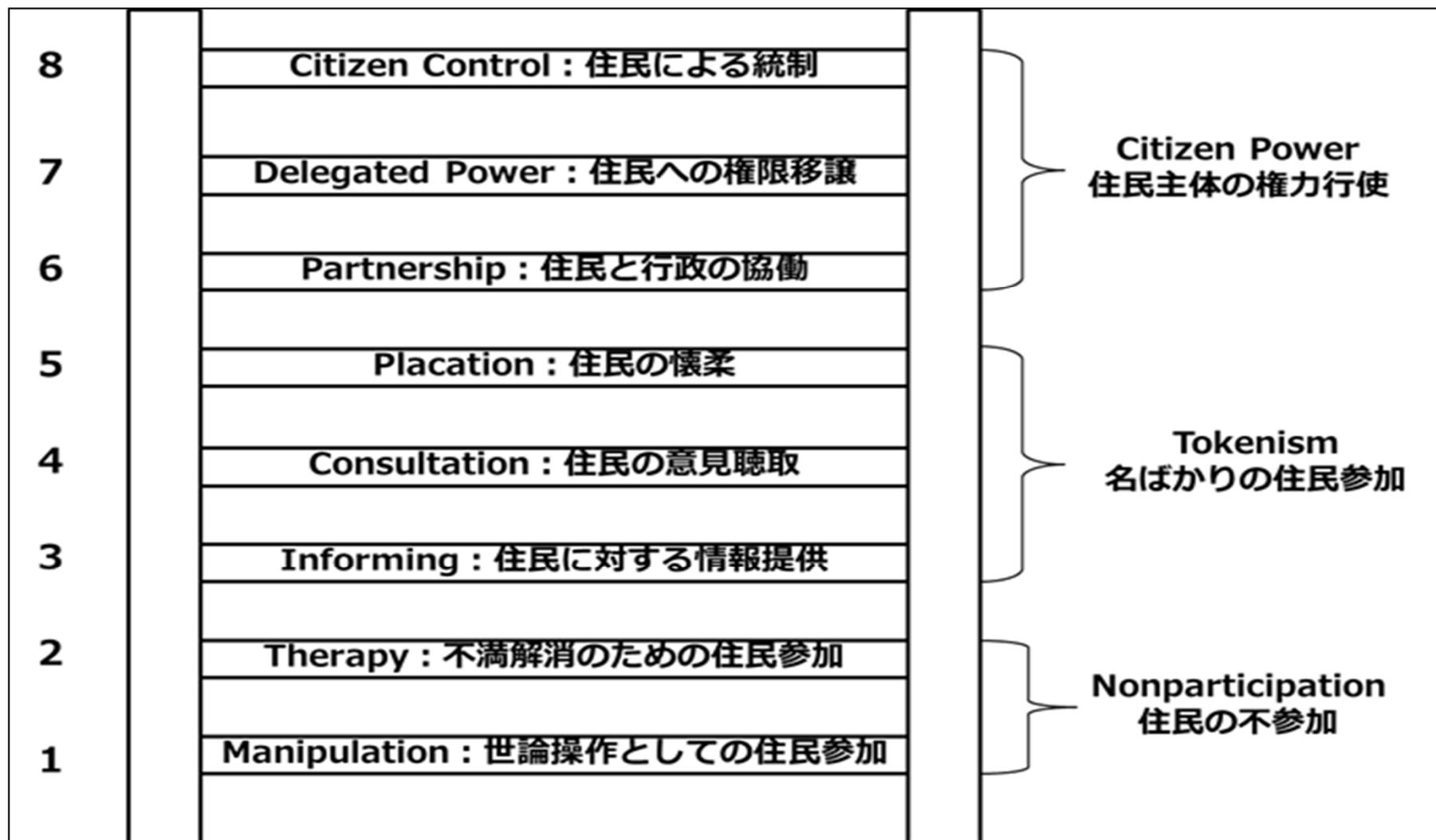
出典：厚生労働省、総務省資料を基に東京財団作成

▽全国平均5歳刻み
年齢階層別医療費に
実際の都道府県別医
療費を乗じることで、
**標準的な医療費（標
準医療費）**を算出。

▽北海道、高知など
は「**実際の医療費**」
標準医療費」が
10%以上を超える
一方、岩手、長野は
「**実際の医療費**」
標準医療費」が10%
以上少ない。

「参加」は確保されているか ～直接民主制の観点～

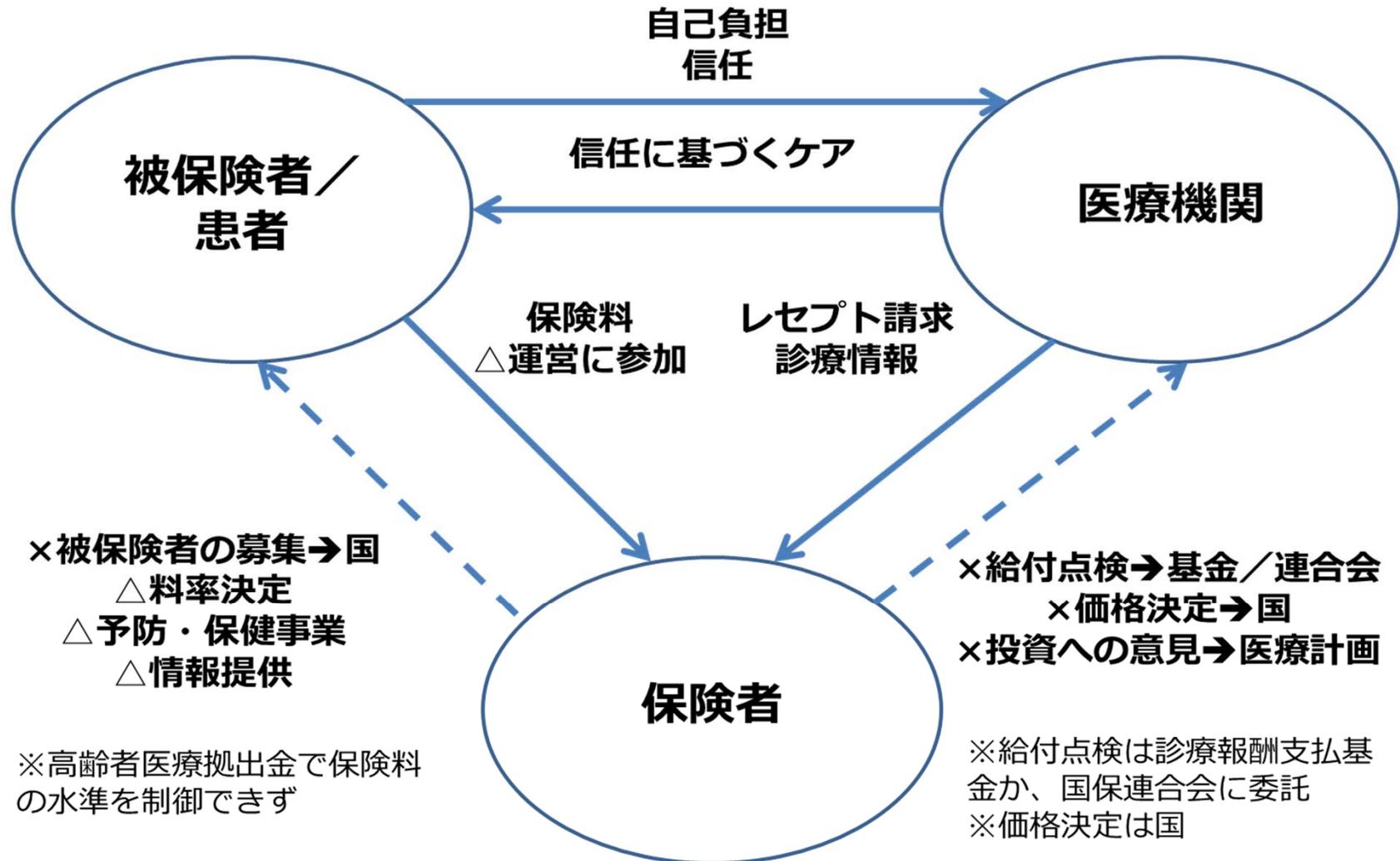
住民参加のハシゴモデル (72ページ、図15)



出典 : Sherry R Arnstein (1969) "Ladder of Citizen Participation"を基に東京財団作成東京財団作成

提供体制改革の観点はあるか ～保険者に期待される役割～

被保険者／患者、医療機関、保険者の関係



出典：東京財団作成

提供体制改革の観点はあるか ～介護と比べた保険者の権限～

保険者の権限を巡る医療保険と介護保険の違い

	医療	介護
保険集団の 基軸	被用者と地域に分立	地域に一元化（市町村）
計画と給付 のリンク	なし ※医療計画は病床規制 ※医療費適正化はメタボ健診中心	あり ※3年間の給付費と保険料を予想
一般会計の 繰り入れ	市町村国保は可	原則として不可。財政安定化基金 による交付・貸付で対応
保険者の 権限	なし	一部あり ※地域密着型の指定権限など

出典：東京財団作成

近年はメタボ健診など「保険者機能の強化」に加えて、
地域医療ビジョン策定などに保険者の関与を想定しているが、
現在は「国の代行機関」の位置付けにとどまる