

The Tokyo
Foundation

東京財団

政策提言

**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～

2012年10月

医療・介護・社会保障制度の将来設計プロジェクトについて

医療崩壊、高齢化の進展、年金制度の将来不安など、医療・介護・社会保障を巡る課題は山積しているものの、抜本的な解決策が見出せない状況にあります。

少子高齢化という人口構造の変化や産業構造・雇用制度の変化という経済社会の流れに対して、医療・介護制度はどのように対応すべきかが問われています。

今後、医療・介護分野の需要の拡大が確実視されているため、その需要を満たすだけの財政上の手当てが必要となりますが、他方で十分な税収が期待できない現状においては、その財政規模が過大にならないための再分配の仕組みが不可欠となります。

本プロジェクトでは、2010年から現場や有識者との意見交換を重ね、医療・介護・社会保障分野で何が問題なのかを整理し、優先順位をつけて個別に研究を行い、政策提言を発信することを目指し活動しています。

今般、医療・介護制度に焦点を絞り、私たちが考えなければならないこと、そして、その対応に向けた考え方を示しました。

【プロジェクト・メンバー】

齋藤 哲史（株式会社大和総研 ビジネスサポート室主任研究員）

田口空一郎（社会医療法人河北医療財団 理事長政策室室長）

塚原 光良（NPO法人ジャパン・メディカル・アソシエーション理事）

西沢 和彦（株式会社日本総合研究所 調査部ビジネス戦略研究センター主任研究員）

山本 雄士（株式会社ミナケア 代表取締役）

石川 和男（東京財団上席研究員）

郡司 篤晃（東京財団上席研究員）

土屋 了介（東京財団上席研究員）

富田 清行（東京財団政策研究ディレクター兼研究員）（プロジェクト・リーダー）

亀井善太郎（東京財団研究員兼政策プロデューサー）

三原 岳（東京財団研究員兼政策プロデューサー）

【本提言に関する問い合わせ】

東京財団 政策研究 富田 清行

電話：03-6229-5502 / Email：tomita@tkfd.or.jp

はじめに

本格的な高齢社会に入り、多くの方が医療・介護問題に関心を寄せています。

そのような中、最近まで国会において税と社会保障の一体改革が議論されてきましたが、財源としての税については消費税率の引き上げが決定されたものの、肝心の社会保障の将来像、特に医療や介護については十分議論されていません。

社会保障、特に、ほぼすべての国民に直接関係する医療や介護については、国民的な幅広い議論に基づくビジョンの提示と合意形成が必要ですが、それがほとんど行われていないため、将来への不安を解消するには至っていません。むしろ、今後更なる高齢社会へ進むにあたり、それに応じた医療・介護システムを今こそ構築する必要があることについて、疑問を挟む余地はありません。

そのような問題意識から、東京財団はこの提言をまとめました。

医療・介護は、私たちの日常生活の中にあります。したがって、医療・介護システムは、私たちの社会の成り立ちに大きく影響されます。

国民皆保険が成立して半世紀を超えた今、成立当時と比べ、働き方、家族のあり方など私たちの生活は大きく変化し、人類未踏の超高齢社会へ進行中です。その変化に応じたシステムとはどのようなものなのでしょうか。

そもそも、私たちはどう生きて、どう死にたいのか、そして、それを社会としてどのように支えあっていくのか、医療・介護政策の根底にはそうした問いが横たわっています。

本提言では、わが国が今後進むべき社会の形を示したつもりです。

医療・介護を受益する国民自らの選択に基づく責任、医療・介護サービスを提供する責任、そして、それらを支える基盤としての地域の連帯を軸に新たなシステムを提案しています。

また、本提言は「オープンな提言」としたいと思います。すなわち、本提言はまだ根本の議論をしたに過ぎず、詳細な制度設計には至っていない点がありますし、提言のオリジナリティを主張しようとするものでもありません。

むしろ、多くの様々な立場の方々や団体等から、批判や意見をいただき、それらを反映させていきたいと思っています。さらに、積極的な参加として、新たな提言をいただきたいと思っています。

東京財団は、そのような民主的な、幅広い人々によって提言を作り上げていくための「イニシアティブ」を発揮する役割として、そのきっかけをつくっていききたいと考えています。

公益財団法人 東京財団
理事長 秋山昌廣

要 旨

1. 医療・介護ビジョンの必要性：新たな連帯の形成と政策決定の分権化

医療・介護政策の基盤は「連帯」にあるが、少子高齢化や非正規雇用の増加、社会の個人化など、これまでの連帯が減少しているため、新たな連帯の基盤を考えねばならない。また、これまで診療報酬・介護報酬体系に過度に依存し、複雑化してきた医療・介護政策を分権化し、生活圏をベースとした「地域」中心に形成されるべき。

2. インセンティブ設計の見直し：保険点数から責任に対する報酬へ

個別の医療行為に対して医療費を支払うルール（保険点数）への過度な依存は、点数の積み上げを誘発し、「量」の医療へと負のインセンティブが発揮されてしまう。医療と介護が一体で住民に提供される「プライマリー・ケア・システム」を導入することにより、「量」ではなく「質」に対する新たな診療報酬インセンティブを構築する。

3. プライマリー・ケアを確立する「地域包括ケア・グループ」の提案

地域の中小病院、診療所、多職種がグループを形成し、住民に、包括的で継続したケアを提供できるような体制を構築する。また、患者（利用者）である住民と、医療施設等（ケア提供者）との間で契約を締結、住民一人ひとりを誰が責任をもってケアするのかを明確にすることで、医療・介護の切れ目のないケア・システムを目指す。

目 次

はじめに	1
要 旨	2
第1章 総論 ～医療・介護の何が問題か～.....	5
1. 医療に対する国民の不安と不信	5
2. 連帯の構築：より広い視野から	7
(1) どのような基盤の上に連帯を構築するのか	7
(2) 社会保障を揺るがす社会の潮流：連帯の減少と少子化	9
(3) 連帯を阻害する要因：政策決定の集中化と制度の複雑化	10
3. 供給体制の問題	11
4. 今こそ、ビジョンが重要だ	13
第2章 各論 ～医療・介護政策が抱える課題～.....	15
1. 医療・介護政策の流れ	15
(1) 課題の整理	15
(2) 医療・介護政策の変遷	17
2. 社会保障財政の重要性	17
(1) 医療経済の重要性	18
(2) 医療経済の2つの側面	19
3. 医療費はなぜ高騰するのか	25
(1) 医療技術の進歩と普及	26
(2) 市場の失敗	27
(3) 医療費の地域差から見えること	27
(4) 人口の高齢化	30
4. 医療における分配	30
(1) 選好と公平性	30
(2) 医療資源を分配する際の指標	31
5. 政策手段としての「計画」	32
(1) 現行の「医療計画」について	33
(2) 「計画」とその限界	34

6. 医療と介護の連携	35
7. プライマリー・ケア	37
8. 保険制度の課題	38
(1) 社会保険制度としての健康保険制度	38
(2) 組合健康保険の制度疲労	39
(3) 協会健康保険（協会けんぽ）の将来性	40
(4) 被用者健康保険と保険者機能の強化	41
(5) 国民健康保険と高齢者医療制度	41
(6) 社会保険と保険組織のあり方	44
9. 地域の包括的ケア・システムの構築：在宅ケアを中心に	48
(1) 施策の現状	48
(2) 高齢者の入所施設と住まいの問題	50
(3) 地域における多様な試み	51
第3章 政策提言 ～信頼と責任に基づく地域包括ケアの構築～	52
「地域包括ケア・グループ」(Community Comprehensive Care Group: CCG) の創設	
1. 地域包括ケア・グループの目的	52
2. 地域包括ケア・グループの基本構造と責任主体	53
3. ケア費用（報酬）等の新しい仕組み	54
4. 地域包括ケア・グループの説明責任 (Accountability)	55
5. 予防・教育機能と患者の主体的取組	56
6. ITの活用	56
7. 「もの」と技術の分離	57
8. 介護施設等の評価・選択機能	57
おわりに	59

第1章 総論 ～医療・介護の何が問題か～

1. 医療に対する国民の不安と不信

WHOによる医療制度の評価の国際比較において、日本は総合評価で世界第一位と、極めて高い¹。

しかし、一方、国民による自国の医療制度の評価結果を見ると、ヨーロッパの諸国に比べて、日本の評価は著しく低い。2010年の報道によれば、国民の自国の医療制度に対する評価は、スウェーデンで75%、カナダで70%、英国では55%が「受けやすい」と回答したのに対して、日本は15%で、先進22か国で最低であった²。

このWHOによる評価と国民による評価の間のギャップが何故なのかについての分析は行われたことがないが³、国民からの評価が高い国々は、ほとんどがG P (General Practitioner: かかりつけ医) 制度を持っている。イギリスのように国民がG Pに登録することを義務付けられている国もあれば、スウェーデンやデンマークのようにG P制度はあるが必ずしも登録が義務付けられてはいない国もある。また、費用面でも、イギリスのように原則無料の国から、軽微な自己負担がある国までばらつきがある。

つまり、こうした差異はあるものの、制度として「かかりつけ医」が明確に位置付けられ、国民にとっての医療アクセスの重要な役割を担うという、プライマリー・ケアの仕組みが明確になっている国では、総じて自国民から医療制度に対する信頼が高かったのである。

一方、日本において「G P」は、「一般開業医」や「家庭医」、「かかりつけ医」などと訳されることが多いが、その概念は曖昧である⁴。プライマリー・ケアの概念も、一般に「一次医療」と考えられてはいるものの、明確に定まっていない。一例を挙げれば、一般社団法人「日本プライマリ・ケア連合学会」は、「病んだ一人の人間を、その人の家庭を、そしてその背後にある地域を1個のまとまりあるものとして取り扱う、つまり人間と家庭と地域を統一体としてとらえる家庭医療を求めて、家庭医を養成」することを当該団体の活動の一つとして掲げている⁵。

しかし、自国民による医療制度の評価が高い国々が、日本との比較において、医療の質や接近性（かかり易さ）⁶が優れているわけではない。例えば、イギリスにおいてはG Pに登録しているからといっ

1 World Health Report 2000, Annex Table 9. P.196

2 ロイター通信の報道として共同通信が伝えた（2010年4月15日）。

3 WHOの評価は医療制度の達成度（attainment）であり、平均寿命が25%の比重を占めている。制度の良し悪しを平均寿命で評価することは問題である。ロイターの調査結果は、「病気になった時、質の良い医療を安く受けることが出来ますか？」という問いに対する答えを比較している。

4 厚生労働省「専門医のあり方に関する検討会中間まとめ」（2012年8月31日）を参照。臓器別専門医との対比において、「総合医」「総合診療医」をどのように位置付けるか議論されている。

5 一般社団法人日本プライマリ・ケア連合学会は、2010年4月1日に日本プライマリ・ケア学会、NPO法人日本家庭医療学会、日本総合診療医学会が合併して設立された。

6 accessibilityの日本語訳で、「かかり易さ」を意味する。経済的要因、すなわち自己負担の額が最も大きな要因とされている。日本の自己負担率は、国際比較においても、既に低いとは言えない。

て、診てほしいと思った時にすぐ見てもらえるわけではなく、緊急の場合以外は、まず受診予約をして何日か待たなければならない。入院待ちについてはさらに深刻である。また、これらの国のG Pの診療所には、高度な医療機器はほとんどない。重病を疑って病院を紹介しても待たされる。待たされるのは患者だけではない。重病を疑って患者を病院に紹介したG Pも、検査結果を知りたくても待たされることになり、G Pが医療技術を向上させる機会を喪失させることにつながっている。その結果、イギリスにおいてはG Pの質の低下が問題となり、現在その質の向上のための政策的努力が行われている。

一方、日本においては、一部の大病院を除き、受診を待たされることはほとんどない。また、日本人の医療の受診頻度は、ヨーロッパの国々と比較にならないほど高い⁷ことから、接近性はかなり確保されていると言える。

それでは、国民皆保険が実現し、世界一と評価されている医療制度に対して、日本の国民は、なぜ、そして、どこが不満なのだろうか？

日本の国民は医療の質や接近性に不満があるのではないとすると、医療に対する不安、つまり、「いざ医療を受けることになった時にどうしたらよいかわからないこと」が不安なのではないだろうか。誰もが、いずれは医療や介護を受けざるを得なくなることはわかっているが、いざその時に、どこへ行ったらよいか、どのような医療を受けたらよいか、医療を受けても、もし自立できなくなってケアが必要な状態だとしたら退院したとしてもどこへ行けばよいか、わからないことだらけで不安なのではないだろうか。

あるいは、「漠然とした医療に対する不信感」もあるのではないだろうか。患者として「医療施設は経営が苦しいようだから、儲けなければならないはずで、自分もその対象とされるかもしれない」と不信感を持っているのではないだろうか。一度入院してしまったら、自分の思いは通らないかもしれないことを予感するからではないだろうか。

いわゆるフリーアクセス、つまり医療施設の利用の自由を保障するといっても、患者がその自由を実際に行使することができなければ、いたずらに不安を招くだけである。国民は本当に自分の立場に立って相談に乗ってくれる存在、いわば代理人（エージェント）⁸を求めているのである。アメリカの大リーグに移籍しようとする日本の野球選手がエージェントを必要とするように、命の買い物をしようとする患者もプロの代理人を求めているのである。

厚生労働省が実施している日本の医療機関の満足度調査によると、外来患者の 58.3%が満足と回答し、不満は 5.4%という結果であるが、大病院に比べて小病院への満足度が高い傾向にある。また、患者が不満を感じたときの行動として、約半数が他者に相談しており、そのうち 71.1%が主治医に相談し、かつ、それが役立ったと回答している者が 75%に達している⁹。

7 日本人の医療施設の利用頻度は、アメリカ、ヨーロッパ諸国の約 2~3 倍である。OECD.StatExact <http://stats.oecd.org/index.aspx>

8 完全な代理人（perfect agent）という。

9 厚生労働省「平成 20 年受診行動調査」

このことから、医療の満足度においては、プライマリー・ケアのように身近に相談できる存在の有無が、不安感や不信感に大きな影響を与えている可能性がある。

医療・介護制度の改革を論ずる際には、提供者の視点から提供体制の問題として発想するのではなく、国民の目線で、国民の不安や不信に対処するにはどうしたらよいかという発想に徹底的に転換することが求められている。

2. 連帯の構築：より大きな視野から

「社会保障は、国民一人一人の自立と社会連帯の意識に支えられた所得の再分配と相互援助を基本とする仕組みである」と定義される¹⁰。すなわち、個人の自立を基盤とした上で、社会の幅広い「連帯」による自助、互助、公助の重層的なシステムである。

社会保障制度の改革は、この連帯の基盤をどこに置いたらよいか、という問いを内包している。

医療・介護の仕組みをどうするかは、私たちの社会の形をどうするかという問題である。社会保障の基盤が「連帯」であるとするれば、どのような基盤の上に連帯と助け合いの仕組みを作るのか、私たちはどんな社会を作りたいのか、はっきりさせることが必要なのである。

それは、地理的な地域を基盤とするか、職域集団を基盤とするか、という議論であるが、年金、医療、介護などそれぞれの内容によっても異なるであろう。これはビジョンの問題であり、また、利害の調整が必要であり、民主主義社会においては国民に広く共有されなければならないので、極めて政治的な課題である。

(1) どのような基盤の上に連帯を構築するのか

① 社会保障の歩み

社会保障制度の発展の歴史を見ると、ヨーロッパにおいては宗教団体などが中心となってきたので、教区のような小さなコミュニティを単位として進展してきたが、より公平で安定した保障制度を求めて、公的な性格を強め、次第に政府など公的な団体がその役割を担うことになった。

また、時の政権の政策にいたずらに左右されることを避けるために、社会保障のファンドは、独立の統治組織とされ、その長は選挙によって選出され、国民勘定（National Account）でも国の会計から分離・集計されることになっている。

基盤となる地域の大きさはまちまちである。地域社会（コミュニティ）とは連帯を持って生活する人々の集団である。したがって、コミュニティの大きさと範囲は、どこまで、どの程度人々が連帯を感じるかによって決まるという¹¹。

10 厚生労働省高齢社会ビジョン懇談会報告「21世紀福祉ビジョン」（1994年4月）

11 Michael Ignatieff (1984), *The Needs of Strangers*, Sheil Land Associates Ltd. (添谷育志、金田耕一訳 (1999)「ニーズ・オブ・ストレンジャーズ」風行社)

EU（欧州連合）は国家の枠を超えた大きな「地域連帯」の成立である。経済、防衛を主眼として発足したが、将来は社会保障の統合もその視野に含まれている。経済面では通貨統合などの成功を収め、国家という確立した統治機構の揺らぎをもたらした。ギリシャ問題などでは、その不完全性が明るみに出ているが、逆行させようとする動きはない。

今までのところ、社会保障などの第三領域においては大きな進歩を見せていない。しかし、欧州司法裁判所（ECJ：European Court of Justice）に持ち込まれるのは第三領域のケースが多く、この領域においても統合の進展を迫る圧力となっている。多くの問題を抱えつつも、後戻りできないグローバル化の世界のあり方についての大きな展望（aspiration）であることには間違いない。

社会保障制度は、国家百年の計である。アジア諸国は高齢化先進国である日本の社会保障制度改革に注目している。それどころか、韓国¹²や台湾は、医療制度改革において、日本の制度をよく研究して修正し、公的医療保険の広域化、一本化による運営の効率性や被保険者の公平性の確保を目指し、既に日本を追い越してしまった。この地域の将来を考えると、このような歴史と将来をも見据えておく必要がある。

②職域から基礎集団へ

職域における連帯は重要である。途上国においては企業等の生産単位が、教育、住宅、社会保障すべてを行ってきた¹³。

しかし、歴史的に見れば職域単位の社会保障制度は、その発展途上の一形態である。日本においても、一時期企業が高等教育まで行っていた時代があった。

近年、経済のグローバル化の圧力の下で、日本型雇用形態は流動化しつつある。企業における健康保険組合（厚生事業）では医療給付や後期高齢者医療制度への支援金などの法定厚生事業費が確実に増大し、法定外の厚生事業を圧迫し続けている。企業活動は、従来、固定的であった従業員賃金制度までを変動させ、本来の目的である生産活動と収益の確保に絞られてきている¹⁴。

同一の企業内において、正規雇用者と非正規雇用者の間では適用される医療保険が異なっており、既に職域を基盤としてきた前提が崩れかかっている。非正規雇用者の社会保障の基盤を職域とするのか、それとも地域とするのかについても、早急に方向付けをしなければならない。

人は地域に育ち、職域で働くが、家族は地域に居り、夜になれば地域に帰り、余暇は地域で過ごす。

12 丁炯先氏（Jeong, Hyoung-Sun）（延世大学保健科学大学保健行政学科教授）の東京財団研究会におけるプレゼンテーション（2011年11月10日）

13 例えば、日本においても、また中南米の国々においても、保険が成立するためには現金収入が必要なので、医療保険は大企業や公務員などを中心に発展してきた。中国においては、企業あるいは農業集団が、これらをすべて行ってきたが、改革開放以来、この体制が崩れつつある。

14 園田洋一（2010）「企業福祉の社会化：求められる役割と溶解」週間社会保障「論壇」No. 2575（2010. 4. 12、武川正吾・佐藤博樹（2000）「企業保障と社会保障」東京大学出版会、橋本俊詔（2005）「企業福祉の終焉」中公新書、西久保浩二（2009）「企業内福利厚生と社会保障」、宮島洋・西村周三・京極高宣編「社会保障と経済1：企業と労働」東京大学出版会

そして高齢になれば地域に帰る。だから、地域集団を「基礎集団」とも呼ぶ。日本も分権的で成熟した民主主義社会を目指すならば、その社会の連帯も、分立・競合する企業内の互助組織から、基礎集団における連帯へ、さらに、より公共的な幅広い社会の連帯へと発展しなければならないのではないだろうか。

(2) 社会保障を揺るがす社会の潮流：連帯の減少と少子化

社会保障制度の基盤は人々の連帯であるが、現在、日本の連帯の基盤が流動化している。

大震災によって地域の紐帯の重要性が意識されるようになったが、社会の大きな底流としては、ジャーナリズムが「無縁社会」、「孤独死社会」と呼ぶような社会現象に象徴される「個人化」、「アトム化」が進行している。

社会の連帯の減少は、決して日本だけの現象ではなく、世界的な大きな潮流である。

政治学者のロバート・D・パットナムは、アメリカにおいても、あらゆる面で集団に参加する人々が減少していることを指摘した¹⁵。いわゆる社会関係資本 (Social Capital) の減少である。今や、アメリカにおいても、トクヴィルが見た健全な民主主義社会の基盤が失われつつある。

そして、社会保障は、むしろこの個人化、アトム化を促進してきたという側面がある。それによって、社会保障自身の基盤を危うくしている。

しかし、個人化だけが社会保障の基盤を揺るがす要因ではない。

日本においては、社会保障制度の整備の遅れ、特に母子対策の遅れが、少子化をもたらし、社会保障の基盤を揺るがしている。福祉国家論を専門とするエスピン・アンデルセンは一連の研究により、家族主義の強い国において、極端な少子化が進んでいることを指摘した。その原因は、家族機能に頼る福祉システムは、女性の社会進出を阻害し、仕事と育児の矛盾に悩む女性は出産を控える方を選択してしまうからであるという¹⁶。

近年、先進諸国においては、社会保障の充実により女性の労働力化と出生率が正の相関に変化する中で、日本は負の相関、即ち、ますます少子化という異なる方向へ向かっている¹⁷。

このように、社会保障制度は、国の形を決めるものであり、また国民の福利 (Welfare) は国家の終極の目的である¹⁸。

15 ロバート・D・パットナム著、柴内康文訳「孤独なボーリング」柏書房 (2006) (RD Putnam (2000), *Bawling Alone*, Simon & Schuster Paperbacks.)

16 G. Esping-Andersen (1990) *The Three World of Welfare Capitalism*, Basil Blackwell Ltd. (岡沢憲英、宮本太郎監訳 (2001) 「福祉資本主義の三つの世界」ミネルヴァ書房)

G. Esping-Andersen (1999) *Social Foundation of Postindustrial Economies*, Oxford. (渡辺雅男、渡辺景子訳 (2000) 「ポスト工業経済の社会的基礎：市場・福祉国家・家族の政治経済学」桜井書店 (第4章家庭経済、第5章福祉レジームの比較－再検討))

G. Esping-Andersen (2008) (京極高宣 (監)、林昌宏訳 (2008) 「アンデルセン、福祉を語る：女性・子ども・高齢者」NTT出版)

17 男女共同参画会議 少子化と男女共同参画に関する専門調査会「少子化と男女共同参画に関する社会環境の国際比較報告書」(2005年9月)

18 *Salus populi suprema lex esto.* (国民の福祉は最高の法である。)

(3) 連帯を阻害する要因：政策決定の集中化と制度の複雑化

民主主義国において、人々が主体性を発揮できないと感じれば、国民の連帯感は失われ、民主主義国家は崩壊する。

国家において、中央集権が進めば進むほど、政策立案の権限はテクノクラートと一部の圧力団体に集中することになり、多くの弊害が生ずる。これは社会主義国で見られた通弊であったが、日本ではいわゆる「行政の肥大化」として議論されてきたことである。この問題に対しては、その改革の必要性が既に認識され、これまで多くの取り組みがなされている¹⁹。

また、政策立案及び政策決定の集中化は、制度の複雑化をもたらす。

中央集権が制度を複雑化していくことの必然性は、コンフリクト・モデルがよく説明している²⁰。このモデルは、社会に存在する様々な摩擦ごとに、それを解決するためのシステムも存在し、そのシステムが動き出すと関係者間で一定のルールが形成され、そのルールが社会環境を形成していく、というものである。このことは、医療政策の分野にも当てはまり、いわゆる診療報酬体系と呼ばれる、医療費の請求ルールに如実に表われる²¹。つまり、限りある医療財源をどう分配するかについて、厚生労働省、医師会、製薬業界、財界、労働者代表等といった一部の関係者間で調整が行われる結果、2年に一度、個々の診療行為ごとに、医療の価格が改定されるが、関係者でない限り、この内容を把握することは困難である。そして、この価格表は改定のたびに複雑化していく。

日本においては制度の複雑化に対する問題意識はほとんどない。したがって、その対策も全く行われていない。

制度が複雑になればなるほど、ますます国民にはわかり難くなる。政治家の仕事は、政策を「わかりやすく」国民に説明し、国民に選択を迫ることであるが、この基本構造がある限り、それも困難となる。主権者はわかりやすい選択として示されなければ、その主権を発揮できない。

さらに、浅薄なポピュリズムが蔓延すれば、国民を誤導し、ますます主体性を発揮しにくくする。

近年、日本で行われている世論調査で、「支持する政党なし」とするものが最も多いことは、政治が責任を果たしていないことを意味するのであり、これを国民の政治離れとして国民の側に責めを負わせるのは間違いである。

民主主義が機能し、社会の連帯を育てるためには、制度は可能な限り簡潔でわかりやすいものにする²²ことを、守るべき基本的なルールとしなければならない。

医療制度、特に医療費の支払い制度は、まさにこの政策決定の集中化と複雑化のモデルが当てはまる典型例である。

19 行政改革の名で呼ばれてきた改革は、国会における答弁のあり方など、むしろ政治改革の側面が大きかった。

20 A. W. J. Craig (1975) A framework for the analysis of industrial relations systems. *Industrial Relations and the Wider Society*. London, Collier Macmillan. pp.8-20

21 ルールが複雑なだけでなく、何十兆円を10円単価で請求する事務量は膨大である。日本で一月に発行されるレセプトの枚数は数千万枚で、文庫本の紙質でも積み上げると数千メートルとなり、富士山の二倍に達する。一年間には富士山の20倍以上の高さになる。それだけ、どこかの森の木が伐採されている。

これまで日本の医療制度改革は、診療報酬という保険の点数の設定による誘導にあまりにも頼りすぎてきた²²。そして、保険点数による誘導は、個々の患者と医療提供者の間の関係に行政が直接介入することを意味している。

医療は高度に技術的であり、日進月歩であり、次々に問題が生ずる。するとこの医療費の支払いルールの決定システムが動き出し、新たなルールを作り出す。残念ながらこのような政策に完成はありえないだろう。

近年、医療の問題は政治家の間でも議論ができないどころか、むしろ避けられているという²³。政治家が理解もできず、議論もできなければ、政治主導はありえず、根本的な改革はありえない。

また、民主主義の基盤は地方分権にある。社会保障制度の中でも介護保険は、かなり地方分権的な制度となった。それに対し、医療制度はあまりにも中央集権的である。今後は医療と介護の連携が重要な政策課題となるが、この連携を構築する上で、医療と介護の極端に異なるガバナンスの構造は、大きな障害になる可能性がある。

なお、地方分権化すれば全て解決するものではない。地方という単位の中で、一部に集権化してしまうと、同様の問題が生じる恐れがある。その意味では、単に地方公共団体の首長に権限を移譲するという観点ではなく、政策立案及び政策決定そのものを分権化させる仕組みをどう講じるかという点が重要なのである。

地方分権の最も重要な機能は、民主主義の学校、つまり民主主義を体得させる教育にある。中でも中心的に重要なことは、受益と負担の関係の理解とルールの簡素化である²⁴。外交や防衛と異なり、医療・介護（ケア）の基盤は基本的に分権的であるべきである。

3. 供給体制の問題

国の支出の4分の1が社会保障関係支出であり、それを赤字国債で賄うという財政のあり方は、ありうべからざることである。

社会保障を、年金、医療、介護に分けると、それぞれが内包している問題は著しく異なる。

年金の問題は、民主党が政権交代時に、年金制度を一元化し月額7万円の最低保障年金制度の創設を公約に掲げたことや、将来の年金財源の必要額の試算と消費税の増税問題を関連させたこと、またわかりやすいことから、大きな議論になっている。

しかし、年金制度は所詮お金（ファイナンス）の問題であり、供給体制の問題がないこと、マクロ経済スライド制が既に立法化されていることから、制度間の不平等の問題等は残されているが、本質的な

22 病院死を減らして在宅での死を増やすために、政府が「看取り」一件の値段を決めて件数に制限を設けるという政策誘導している。

23 今井澄（2002）「理想の医療をかたれますか」東洋経済新報社

24 高田尚彦（2000）「地方自治の法としくみ」学陽書房 pp. 9-13

部分に関しては、制度上、ほぼ解決済みである²⁵。

医療・介護は、人の生と死にかかわる高度な科学技術に基づくサービス体制を、地域の中いかに構築すべきかという問題であると考えれば、供給体制の構築こそが本質的な課題なのである。

日本では、医療施設の選択の自由を保障している。つまり、患者と医療施設の間に市場を設けることによって、医療のサービスの質と効率が向上するはずだ、という制度設計である。しかし、この市場は失敗することが知られている。市場は意図したようには機能しない。

人々は、医療施設が提供する医療の質を評価することが出来ない。自分がいつ医療を受けることになるかを予見することはできず、いざという時には急を要するので、施設選択はさらに難しいものになる。

人々に起こる医療や健康問題の約8割はプライマリ・ケアの分野のことであり²⁶。また、プライマリ・ケアを充実させることで医療費は減少し、かつ人々の満足度は高まることが知られている²⁷。世界の先進諸国においてはプライマリ・ケアのシステムがあるのが普通なのだが、日本にはそのシステムがない。日本の医療制度が国民の立場から見て評価が低いのは、本当に患者の立場に立って責任を持ってくれる人、信頼のおける代理人がいないからではないだろうか。不安に対処する方法は、誰かが責任を持つことである。

厚生労働事務次官を経て現在、東京大学高齢社会総合研究機構教授の辻哲夫が長年、厚生労働省で医療・介護制度改革に携わり、到達した結論は、日本においては「医療の財源調整の問題はすでに終わっている。これからの課題は高齢者の住宅・生きがい問題をも含めて、地域の包括的なケア・システムを構築することである」というものである²⁸。しかし、今となってはそれを構築することは、決して容易なことではない。

医療の提供システムをどのように構築するかは、本来、自然科学・医学から社会科学、人文科学、哲学まで「学問横断的 (trans-disciplinary)」²⁹な全体理解に基づく議論が必要である。しかし、まさにその本質が、医療以外の領域の専門家の、あるいは社会の幅広い議論への参加をむしろ妨げている。さらに、医学・医療技術は日進月歩であり、世の議論や制度づくりがその進歩に追いついていくのは困難である³⁰。また、行政と一部の専門家集団が一体となって、漸増主義的 (インクレメンタル) な制度改革を繰り返すことによって、ますますわかりづらい制度となっていくことも、社会の幅広い議論を妨げ

25 もっとも、長引くデフレ下において、マクロ経済スライドは未だ機能していない。

26 井伊雅子 (2012) 「患者の医療情報探索」『病院』医学書院 71 (4) : 261

27 井伊雅子 (2012) 「医療制度改革に新視点：『家庭医』、質と財政両立の鍵」日本経済新聞 経済教室 (2012年8月1日)

澤憲明 (2012) 「これからの日本の医療制度と家庭医療」、社会保険旬報 2491 : 22-30

28 辻哲夫「地域ケアに関する政策動向」東京財団研究会におけるプレゼンテーション (2010年12月15日)。現在、東京大学は柏市をフィールドとして具体的なまちづくりに取り組んでいる。一つの事例の成功は百万言にも勝る説得力を持つであろう。辻哲夫 (2008) 「日本の医療制度改革がめざすもの」時事通信社

29 山脇直司 (2002) 「経済の倫理学」丸善出版、山脇直司 (2008) 「グローバル公共哲学」東京大学出版会

山脇直司 (2011) 「公共哲学からの応答」筑摩書房

30 いわゆるドラッグ・ラグなど、新技術の保険収載の遅れが問題になっている。今後、生殖医療、がんの化学療法、重粒子線による治療の普及、ES細胞の治療など、多くの技術が目白押しで製造承認、保険適用を待っており、技術評価と将来予測の重要性が増大している。

ている。

統計的な予測によれば、現状のまま推移すると、今後、特に首都圏の各県では、膨大な数の高齢者³¹が、要支援・要介護となり、長年生活してきた地域から切り離され、遠く離れた地で亡くなっていく。いずれ、団塊の世代がその時期を迎えるので、膨大な規模の難民の移動を想像させる事態である。

人々が安心と生きがいを持って生き、満足を覚えるケアを受けられる仕組みを備えた「まちづくり」が、今早急に目指されなければならないのである。

わが国の社会保障政策は、はっきりとこの目標に向かわなければならない。この目標からぶれてはならないのである。

4. 今こそ、ビジョンが重要だ

政策において重要なことはビジョンを持つことである。

医療政策は、医学や経済学や、個別的な分野の知見だけから演繹できるものではない。学問横断的な熟考と直感を必要とする。

これまで、わが国の政府の社会保障政策、特に医療政策は、そのビジョンを明確にすることなく、極めて漸増主義的で対症療法的な対策に終始してきた。現在、解決が迫られている高齢者医療制度改革がその典型例である³²。

漸増主義には、現実的であるという利点はあるが、大きな欠点がある。すなわち、漸増主義には「小さな改善を積み重ねることによって、大きな改善を早く実現することができる」という前提があるのだが、この前提が正しいことは保証されていないのである。小さく改善を積み重ねていって、大きく間違えることがあるからである³³。

特に複雑なシステムでは、部分的な改善は、必ずしも全体としての改善につながらないばかりか、かえって悪化することさえある。経済学における「結合の誤り（合成の誤謬）」もその一つである。医療費対策のために在院日数を減らそうとして無理な誘導政策をとれば、自宅に戻った高齢者は、不安に駆られて救急医療に集中する³⁴。

私たちはどこに行きたいのかを議論しなければならない。どの道が行きたい目的地につながっているのかを十分に吟味しなければならない。なぜそうなのかを実証的に、冷静に吟味しなければならない。他国の経験にも十分に学ばなければならない。

31 国立社会保障・人口問題研究所「日本の都道府県別将来推計人口」（2007年5月推計）によれば、2005年から2035年にかけて、65歳以上人口は埼玉県、千葉県、神奈川県、沖縄県で75%以上の増加となり、75歳以上人口は埼玉県、千葉県、神奈川県で150%以上の増加が見込まれている。

32 村上正泰（山形大学大学院医学系研究科医療政策学講座教授）「高齢者医療制度改革について」東京財団研究会におけるプレゼンテーション（2010年9月30日）

33 霧で閉ざされた山道を行くとき、足元の一見太そうな道を行って、大きく間違い、遭難することがあるのだ。

34 いわゆる「社会的入院」の減少を目指して、在院期間を短縮すれば、高齢者が救急外来に殺到する。多様な病変を抱えた老人が運び込まれたら、一連の手順に従って診療を行わなければならない。

行政主導では漸増主義的な改善になりがちである。制度経済学は、制度とは一つの安定的な状態であり、それを変えるには大きなエネルギーが必要であるという³⁵。このエネルギーとなることこそが政治主導の役割である。

政治がポピュリズムに陥れば、さらに大きな国家的な遭難が待っている。

本研究会はこれまで議論を重ねてきたが、今後の医療・介護政策に必要なことは、地域内で包括的に医療と介護が連携してケアを提供する仕組みの構築であると考えており、これが本研究会での熟考と直感を踏まえた重要な主張でもある。それ自体はこれまでも政府が主張してきているが、既存の制度や政策決定の仕組みを前提にする限り、実現性に乏しい。実現させるためには、将来的に、ケアの価格決定方法の地方分権化、保険制度の一本化、患者代理人としてのケア提供者の制度的位置付けなど、抜本的な改革が必要である。

一見、不可能に見えるような改革であろうとも、それに取り組むことが真の政治の役割である。なぜならば、政治は不可能を可能にする技術だからである。わが国にも“*Yes, we can.*”という政治家が待望される。

35 青木昌彦（2008）「比較制度分析序説」講談社学術文庫

第2章 各論 ～医療・介護政策が抱える課題～

1. 医療・介護政策の流れ

(1) 課題の整理

医療・介護は、常に政策の最重要課題の一つとして掲げられている。

マニフェスト、予算編成で必ず議論の対象とされ、政府内には厚生労働省のみならず、社会保障改革に関する省庁横断的な担当部署が設置され続けている。

医療・介護政策を考える上では、第1章で述べたとおり、私たちの社会そのものを理解し、それに合った制度設計が求められるが、実際の政策は必ずしも理想通りとなっていない。

現在、課題とされている事項について、主だったものを挙げると、財政に関する問題と供給体制に関する問題に大別できる。

まず、財政に関する問題については、高齢化による医療・介護費用の増大への対応が挙げられる。そして、これは経済の停滞に伴う税収不足や医療保険財政の悪化という問題とも相互に関連している。財政問題を個別に見れば、国民健康保険や健康保険組合、後期高齢者医療制度といった医療保険間の財政調整、保険料の地域格差の存在、診療・介護報酬体系の漸増の見直しなどの課題が存在する。

これらの財政上の問題に対して、財政支出を重ねてきた結果、日本の公的債務残高は世界に類を見ない状況にまで上昇し続けている。財政への影響を懸念するならば、医療への財政支出を減少させる方法を探らざるを得ないが、小泉政権時に採用された医療費抑制策に対しては批判が高まり、現在は見直されている。また、経済対策も期待どおりの成果は出しておらず、所得税及び法人税収を十分に確保することも困難な状況が続く中、社会保障財源としての消費税増税が決定されるに至っている。

このように全体の財源に限りがある中で、社会保障、とりわけ医療・介護に充てる費用の確保が難しくなると、その財源をどのように振り分けるかという問題が出てくる。それが具体的に顕在化するの、医療保険財政調整と診療報酬・介護報酬の見直しである。

日本は複数の健康保険者が分立しており、国民皆保険制度の下、国民は必ず一つの健康保険に属している。健康保険は、地域を基盤とするもの、企業や官庁など職域を基盤とするものに大別されるが、その基盤の属性によって財政状況が大きく異なる。保険料の納付について見ると、賃金から天引きする職域保険と、無職者も対象となる地域保険では、納付率という問題の有無に関わる。また、疾病リスクは、保険の対象となる集団によって差が生じることもある。その結果、保険料の差異が存在し、また、保険者間で財政の格差が生じ、その是正が求められることとなる。このため、財政的に余裕のある職域保険から慢性的に赤字となる国民健康保険や後期高齢者医療制度への資金を移動させるという形で保険者間の財政調整が機能している。

診療報酬は2年毎、介護報酬は3年毎に改定されている。例えば、新薬を含め新しい医療技術が登場し、それをより多くの人々が公平に受診できる機会を求めれば、保険適用による公定価格化と自己負担の軽減を目指すこととなる。しかしながら、保険適用は医療費の増大をもたらす、国庫と保険財政への影響を招くことから、単純に新技術を医療保険の対象に追加することができない。限られた財源の中で、新技術を保険適用化すれば、既存の保険対象が削減されるおそれがあり、その駆け引きが改定の度に繰り返される。

以上のとおり、医療・介護を巡っては財政の課題が多くを占めているが、医療・介護サービスの供給体制における課題も多く存在している。

医師不足の問題は、医療の供給体制の議論で多く出てくるが、医師数の絶対的不足なのか、医師の偏在が問題なのかは評価が分かれている。産科、小児科、外科の各科目の医師不足は、救急医療体制の問題を含めて地域医療の維持に大きな不安を投げかけている。また、医師のみならず、看護師をはじめとする医療従事者（コ・メディカル）、介護従事者の不足も指摘されているが、政府の推計によれば、今後の更なる高齢化の進行に伴い、多くの増員が必要であり、その規模も表明されているが、その具体的な対策は明確でない。特に、介護従事者については、賃金の低さが指摘されているものの、大幅な介護報酬の増加が見込めない中でどのような改善を講じるのか、その方向性は見出せていない。

医療・介護の供給体制は、医療計画・介護保険計画に基づいて構築が目指されているが、その根幹は病床規制にある。社会的入院という言葉があるように、医療施設での長期の入院が医療以外の要素も含めて手当することとなり、医療全体の資源へ影響を及ぼすことから、入院の短期化や療養病床の削減策が講じられてきた。しかし、長期的ケアの受け皿が十分でない中で病床の減少は問題の解決には結びつかない。また、後述するとおり、規制が結果的に既存の病床を守ることとなり、質の高い病床（医療施設）の増加を阻害しているとの指摘もある。これらは、病床規制の本来の目的が何なのか、その目的に応じた手段として適切なかが不透明になりつつあることを示している。

計画を策定するに際しては、現状の把握のみならず、長期的ケアを踏まえた医療と介護を接続した視点が必要であるが、医療計画は県単位、介護は市町村単位という制度上の範囲の差が存在している。

また、日本の病院の約8割は民間病院であるが³⁶、民間主体が計画に従って行動するための誘導策（インセンティブ）は見当たらない。医療・介護におけるインセンティブ策は、診療報酬・介護報酬における点数に過度に依存している。

医療・介護を巡る課題は、以上の点のみならず他にも数多くの各論が存在するが、それらを理解するためには、既存の制度を理解しなければならず、それだけでも膨大な作業が伴う。そして、それらは相互に関連するため、一つの制度改革が他の制度にも影響を及ぼすことにもなり、改革は困難を極める。

現在の状況は、高齢者医療制度や報酬体系など個別の各制度をどうするか、という議論に終始しており、その先の姿は見えてこない。

36 日本の医療施設の数は、2009年時で国立病院275、公立病院1296、民間病院7168となっている。なお、一般診療所は全国に9万9635ある（出典：厚生労働省白書）。

(2) 医療・介護政策の変遷

これまでの日本の医療・介護政策の流れは、どのようなものであったかを概観する³⁷。

日本の医療政策は基本的に公的保険としての健康保険制度を中心に展開している。日本の健康保険は、戦前から職域、地域内で存在していたが、この対象から外れる者を救う制度体系を整備していった。その結果、1961（昭和 36）年に国民皆保険が実現した。それを可能とした重要な要因の一つは、高度経済成長という経済情勢である。それまで保険未対象であった零細企業の従業員が新たに被保険者となったことが大きい。このように患者（利用者）側の皆保険を実現する一方、医療施設については、公的病床のみが規制され民間病床の制限は行われなかったことから政府予算を使わずに短期間で大量の病床が築かれていった。また、健康保険組合や共済の職域保険、国民健康保険の地域保険等、各保険者を統合せず、各保険間の格差も内包されたままであった。

1970 年代に入り、景気の停滞局面に入りながらも、給付の充実化、老人医療費無料化、高度医療開発等により医療費が増大し、保険財政も逼迫していった。医療財政への国庫負担は続くが、1980 年代の行政改革以降、特に老人医療費への抑制策が検討されることとなり、医療施設側に対しても、医療計画策定、病床規制の導入を推進していった。財政が医療政策に影響を及ぼすようになったのがこの頃である。

そして、医療費抑制のために、介護保険制度や後期高齢者医療制度の創設等、保険財政の調整を実施し、現在に至っている。

つまり、医療・介護政策は、財政の課題を中心として展開してきたことがわかる。医療計画、病床規制といった財政以外での政策手法も導入されているが、社会保険を柱とする財政問題が医療・介護政策を大きく形作ってきた。

2. 社会保障財政の重要性

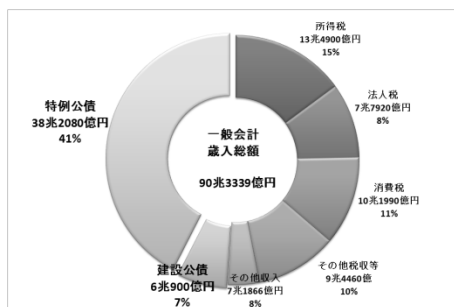
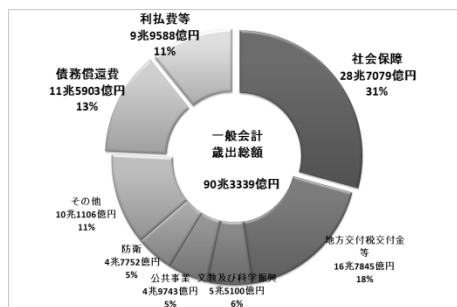
社会保障を、年金、医療、介護と分けると、それぞれが内包している問題は著しく異なる。

社会保障のうち、年金の目的は金銭の支給である³⁸。したがって、供給体制の問題はない。それに対し、医療・介護の目的はケアの提供であり、経済は目的ではなく制約条件である。このケアの費用が制御できず、国家予算の 4 分の 1 が社会保障関係支出である。また、他の 4 分の 1 は国債の返済である。すなわち、この二つだけで国家予算の半分を占め、残りの 2 分の 1 で国家運営のすべてを賄っている。

37 横山和彦・田多秀範編著（1991）「日本社会保障の歴史」学文社、郡司篤晃（2001）「医療システム研究ノート」丸善プラネットを参考とした。

38 英語の social security は、社会保障という日本語に訳されるが、原義は生活保護を含めた金銭的な支給を意味する。日本国憲法第 25 条も、この概念で書かれている。

(日本の 2012 年度一般会計予算)



出典：財務省

また、現在、国家財政の基礎的財政収支（プライマリー・バランス）がマイナスであり、グローバルでの経済低迷、東日本大震災等の影響により、バランスはさらにマイナスに傾いている。

しかし一方で、社会保障関係の支出の増大は、国民の生活の安心と安定につながるのであれば、悪いことではない。また、日本の社会保障費は国際的にみても特別に大きいわけではないことも、念頭に置くべきである³⁹。ヨーロッパ諸国では、社会保障経費として日本よりはるかに多い義務的負担を国民に強いている。

社会保障政策としては、費用の総額の問題だけではなく、その将来の伸び率の問題をどう見て、どう対処するかが問題となる。

(1) 医療経済の重要性

前述のとおり、年金の問題は民主党政権の目玉政策でもあり、またわかりやすいことから、大きな議論になってきたが、現実にはサービスを提供する医療・介護と異なり、年金制度は基本的にファイナンスの問題である。長引くデフレ下で機能していないという課題に対処する必要はあるものの、マクロ経済スライド制が既に導入されており、また、制度間の不平等の問題等は残されているものの、制度上の本質的な部分に関してはほぼ解決済みである。

介護保険制度は導入後の期間が短いこともあり、経過的な諸問題がある。例えば、現行制度のままでは将来の費用の伸び率は大きくなる。しかし、医療と比較すると、科学技術の問題や消費する資源は著しく少ないことから、多くの人々の参加による比較的一般的な議論が可能である点で、政策的な対応の可能性も高いだろう。

しかし、どこまでを介護保険の給付対象とするのが公平で妥当であるかという問題は、一見容易に解決できそうに見えるが、本質的には難しい問題をはらんでいる。なぜならば、人が「困る」ということ

39 武川正吾 (2004) 第2部「1. 日本における福祉国家と市場」『医療と福祉における市場の役割と限界』聖学院大学出版会 pp. 115-129

の背景や経緯、事情などは多様であり、個人がどのような支援を必要とするかについて、一般的な線引きをすることは困難だからである。

それに対して、医療システムは巨大で複雑な制度体系であり、議論するにあたっては、「群盲象をなでる」状態にならないために、全体のどこを議論しているのかを意識して議論を進めることが重要である。また、複雑システムの特徴は、部分的な改善が必ずしも全体としての改善にはつながらないことである。

医療システムは、医療施設などを中心とした医療の「提供システム」であり、これは個人の健康状態を改善するシステムである。

また、このシステムを稼働させるためには、それを支えるための資源を確保しなければならない。確保すべき資源は、①人、②もの、③情報、④金、の4つに分けられる。

「人」は、医師、看護師をはじめ、資格制度を有する多くの医療従事者がいる。産業界にはこのような多様な資格を持った人々が働く職場の例はない。

「もの」で重要なのは病床などの施設と、薬剤と機器である。

医学に関する「情報」は世界的に、しかも急速に共有される仕組みを発達させてきた。一方、情報の有料化と高額化が広がっている。世界のどこかで最良の治療法が開発されれば、その情報は急速に世界的に共有され、医療提供者は、その技術を平等に適用することを要求されることになる。

資源の中で「金」は最も重要な資源である。

なお、本提言は、多方面からの批判や意見に、いわばオープンな提言であることを目指しているため、個々の数字や事実、あるいは議論の厳密性は若干犠牲にしても、大きな論理構造を明確にし、議論を深めることを目的とした。そのため、経済と供給システムに議論の中心を置き、他の要素については必要最小限に触れることとする。

(2) 医療経済の2つの側面

医療において「経済」は二つの重要な側面を持っている。一つは、①金銭自体が重要な医療資源であるという側面、もう一つは、②経済性が最も強いインセンティブを発揮し、医療従事者や患者を含む多くの関係者の個別の行動に大きく影響することを通じて、医療システム全体の動態に大きく影響するという側面である。

①医療費政策の困難性

医療の資源としてその資金をどのようにして確保するかは、その将来を考えると、政策論として極めて深刻な問題を抱えている。

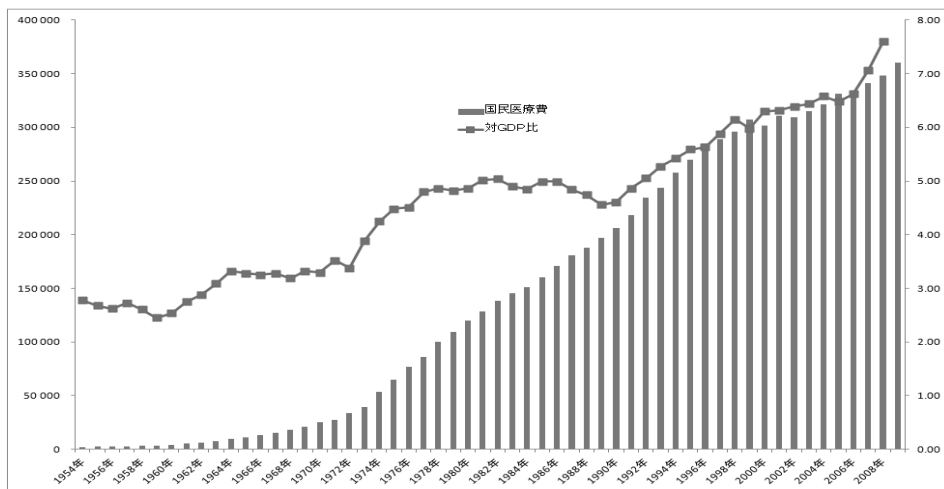
その理由は、①医療費は伸び続けること、②将来の予測が困難であること、③それを制御する方法がわかっていない、そして④極めて複雑な供給体制の問題と深く絡んでいるからである。

i) 医療費は伸び続ける

世界中の先進諸国においては、医療費はこれまでGDPに対する割合が一貫して増加してきた。私たちの社会が生み出す付加価値をすべて医療に費やすことはできないことから、この状態をいつまでも続けるわけにはいかないことは当たり前のことである。

しかし、この医療費を制御する合理的な方法が、現在のところ見当たらないのである。

(医療費の推移 単位：億円、%)



出典：厚生労働省「平成 21 年度国民医療費」

今後、日本においても、医療費が生産性を上回って急速に増大することは間違いない。

そして、所得が伸び悩んだり、財政難に陥ったりしたときに、この増大圧力が実感されることになる。

さらに、日本の特殊事情は、これに加えて、①人口の高齢化が急速に進み、②財政危機に災害が重なり、③このコスト・インフレーションの圧力に耐えうる頑健 (robust) な医療・介護制度の構築をしてこなかったことが加わって、深刻さが大きくなっている。

現在、問題となっている国民健康保険を巡る議論も、今に始まったことではない。国民健康保険（市町村を基盤とする地域保険者）と多数の被用者健康保険（企業や行政組織等を基盤とする職域保険者）に分立した構造を巡る問題は、制度創設以来、長年にわたり、そして一時期（武見太郎日本医師会会長時代に）激しく、議論されてきたことであるが、高度経済成長期の所得の増大によって、その抜本的な解決は先送りされてきてしまったのである⁴⁰。

40 この間、多くの景気変動を経験したが、健康保険財政は、所得にリンクしているため、景気の変動により調整されることなく、安定的に増大してきた。その増加は医療技術の進歩の速度を凌駕してきた。そのため、その生まれた余剰をいかに分配するか議論が集中し、効率化の議論がなおざりにされてきた。

そして高齢化がピークを迎えようとしている今、所得が伸びず、さらに財政危機と大震災に直面して、ようやく健康保険制度の抜本改革の必要性が焦眉の課題として意識されるようになったのである。

日本の医療の経済基盤は、社会保険が機軸であるが、その保険料は原則として所得とリンクしている。しかし、この所得からの健康保険料の徴収は、いずれ限界がくるため、薄く広い恒久財源を確保せざるを得ないということを明確に意識すべきである。すなわち、恒久財源としての消費税を増やさざるを得ないことは世界の先進諸国における大きな潮流である。

国民負担の平等と連帯の原則を遵守するならば、職域健康保険においても、被雇用者は所得の中から公平に拠出せざるを得ない⁴¹。

職域における非正規雇用者との連帯を、同じ働く者として、正規雇用者がどう考えるかは重要な課題であり、かつ職域健康保険の財政にとっても大きな問題である⁴²。しかし、職域保険の問題を地域に押し付ける構造は解決しなければならない。

この財政難、国難に直面して、ようやく今、社会保障と税の一体改革が政治のアジェンダに上りはしたが、社会保障制度の中身に関してはほとんど議論が行われていない。

2012年2月17日に閣議決定された「社会保障・税一体改革大綱」及び2012年8月10日に成立した社会保障制度改革推進法の内容は、極めて羅列的・平板的で、論理的な構造が不明であり、これでは議論は深まらない。

ii) 将来予測の困難性

医療制度のビジョンを描こうとするときに、深刻な問題は、その将来予測が困難であることである。

社会保障支出では、当初は医療費支出の割合が大きかったが、1981年からは年金の支出が上回ってきた。しかし、厚労省による日本の社会保障経費の2025年までの将来推計によれば、医療費の増加率は年金のそれをはるかに上回ると予想されている。

介護費用の伸び率はさらに大きく、看過できないが、制度的には未成熟という問題もあり、また総額においても年金、医療と比較すれば小さい。また、医療と介護は境界が重なるので、これらを分離して議論することも適当ではない⁴³。

41 応能負担は平等ではないが、ここでその議論に深入りはしない。また、雇用者負担分をどう考えるかは、重要な検討課題である。

42 白川修二（健康保険組合連合会専務理事）「健康保険組合における現状と課題」東京財団研究会におけるプレゼンテーション（2011年5月16日）

43 英語圏では“long term care”という言葉が使われる。その主な内容は高齢者と精神疾患のケアを意味している。日本では精神疾患の患者のケアは原則として医療に含めており、介護は高齢者を中心とした介護保険の対象である。

(社会保障費の将来推計 単位：兆円)

	2011	2025	増加率
年金	53.6	61.9	115.5
医療	33.6	53.3	158.6
介護	7.9	19.7	249.4
こども子育て	5.2	6.5	125.0

出典：内閣官房社会保障制度に関する集中検討会議第10回（2011年6月2日）

第10回資料「社会保障に係る費用の将来推計について」から筆者作成

<http://www.cas.go.jp/jp/seisaku/syakaihosyou/syutyukento/dail10/siryoul-1.pdf>

医療費の将来予測は極めて困難である。総額が大きいことから、予測の精度は重要であるが、実際にはこの推計をはるかに上回る可能性がある。

その理由の一つは、医療技術の発展の予測が困難だからである。

中でも大きな技術の発展は薬剤である。薬剤は極めて高度な新規技術である。また、治療に用いられるので、優れた新薬が開発された場合には、高度な手術や診断技術などに比べて代替性が乏しく、医療はそれを使用せざるを得ない。したがって、普及の速度は他の医療技術とは比較にならないほど早い。

これまでは製薬企業の開発目標は降圧剤や脂質代謝異常などの慢性疾患に対する医薬品に向けられていたが、その時代は終わって、現在は抗がん剤、特に分子標的薬などの高額な医薬品に向けられている。悪性新生物による死亡割合は、全体のほぼ3分の1であるため、その医療費に対する影響は膨大であることは間違いないが、その将来予測は困難である。

従来、厚生労働省は次年度の医療費の推計を行うに当たっては、いわゆるレセプトの巨大なデータベースを用いて、保険点数の改正の結果を推計してきた。しかし、実績はしばしばこの推計を上まわり、これを「自然増」と呼んでいた。

しかし、その分析の結果は、これは決して「自然」ではなく、主として新薬の出現などによる医療提供者の行為の変化であることが明らかになってきた⁴⁴。

過去においても、長期間の医療費の上昇に関する中村文字の分析がある⁴⁵。その結果によれば、健康保険制度の導入の前後で比較すると、その間の医療費増加の主なる因子は需要の増大であった。しかし、その後の医療費の増加の因子は、需要の増加でも、単価の増加でもなく、不明の因子の寄与が最も大きいとして、それを ν （ニュー）の指数と命名した。そして、医療費から薬剤の費用を除くと、この指数は極端に小さくなることを記載した。

日本における1999(平成11)年以降の10年間の医療費の支払い先別の伸び率をみると、全体で17.3%

44 池上直己（1996）「医療費の自然増の分析 医療保障と医療費」東京大学出版会 pp.193-215

45 中村文字（1980）「国民医療費十兆円の分析」週刊社会保障 1084号14-19

の伸び率であるが、病院は 11.2%、診療所で 14.4%の伸びであるのに対して、薬局への支払い額は 144.2%の増加となっている⁴⁶。

(医療費の推移 単位：兆円)

診療種類	1999年度	2003年度	2007年度	2009年度	09/99比
国民医療費	30.7	31.5	34.1	36.0	117.3%
一般診療医療費	23.8	24.1	25.6	26.7	112.2%
病院	16.3	16.4	17.3	18.1	111.2%
一般診療所	7.5	7.7	8.3	8.6	114.4%
歯科診療医療費	2.5	2.5	2.5	2.6	100.6%
薬局調剤医療費	2.4	3.9	5.1	5.8	244.2%

出典：厚生労働省「平成 21 年度国民医療費」

iii) 制御の困難性

世界各国の政府の努力にもかかわらず、医療費の制御に成功した政府はない。

世界的に見て、伸び率管理のような、単なる外枠規制的な医療費の抑制策はほとんど全て失敗してきた⁴⁷。したがって、単なる医療費総枠に関する政策論もほとんど意味がないということである。

どのようなサービスを受けるかは、医師と患者の関係の中で決定されるので、医療費対策は、「最終的には、医師個人に対する資源節約のインセンティブを導入せざるを得ない」ということは、ほぼ世界のコンセンサスである。しかし、個々の医療行為に対して国が一律にインセンティブをかけることが果たして、あってよいことなのかどうかは慎重に検討されなければならない。

また、病床をつくれれば必ず人が入り⁴⁸、投資をすれば医療費は増える。例えば、日本の医療費の地域差の大部分は病床密度の差で説明される。医療に対する設備投資のあり方を今後どのようにしていくべきなのかも、大きな政策的な課題である。

②インセンティブ設計が重要な二つの政策領域

i) 投資に対するインセンティブ

設備投資についてみると、医療施設は一般に企業に比べて投資傾向が強く⁴⁹、かつ投資された場合に

46 厚生労働省「平成 21 年度国民医療費」

47 例えば、アメリカにおける医療費政策の歴史を見れば明らかである。(郡司篤晃、前掲書 12 章「世界の医療制度改革」参照)。また、アメリカの健康保険におけるいわゆる Gag 条項をめぐる問題については、天野拓 (2006)「現代アメリカの医療政策と専門家集団」慶応大学出版会を参照。

48 “A built bed is a filled bed.” は Roemer の法則として知られている。

49 医療提供者は、より良い医療を提供したいというインセンティブが大きいので、利潤最大化より、採算分岐点まで投資する傾向があり、Utility-Maximizing Models といわれる (Paul J. Feldstein (1999), *Health Care Economics*, Delmer Publishers.) pp. 315-319)。

はその採算が目標収入となり需要を誘発し、それが投資をさらに誘発するという悪循環があるので、どのように投資を適正化するかが問題となる。「量入制出の原則(入るを量って出を制する)」に従う企業、つまり収入が前提で投資が制御される企業の原則が必ずしも成り立たない。

それでは、医療における設備投資はどのような財源から、またどのように行われるべきなのだろうか。

財源のあり方として、診療報酬による利潤から投資に回すべきとするならば、設備を導入する医療施設自身が投資資金を確保せざるを得なく、その結果、収入を増やすため診療行為を増大させるインセンティブが働く。一方、診療報酬とは別個の財源を確保し、計画的に配分すべきとするならば、医療施設自身の投資傾向を弱めさせ、投資を適正化させる可能性がある。しかし、その場合、個々の医療施設ではなく一体、誰がその「計画」をどのように策定すべきなのか、といった問題が出てくる。

すなわち、これは個々の医療施設の経営の問題を超えた医療制度のガバナンスの問題、あるいは「もの」の共同購入を担う役割としての保険者機能の強化の問題として、今後は議論されなければならない重要な論点である⁵⁰。

ii) 医療行為に対するインセンティブ

日本においては医療費の抑制はほとんど保険点数の抑制に頼ってきた。日本の医療はこのシステムに長く慣れ親しんできたため、医療提供者はこの点数による誘導に敏感に、かつ率先して反応するようになっている。

しかし、単価を抑制しても原価以下にはできない。また、単価を抑制すれば収入を確保するために量を増やす方向へインセンティブが働く。したがって、項目別出来高払制の下での単価抑制は、本質的な医療費の抑制にはならないというのが世界の常識である。また、サービス量を増やせば、使う資材も増え、支払われた医療費は医療施設よりも資材を供給する企業へ偏って分配されることになる。

アメリカにおいても歴代大統領は、65歳以上や身体障害者等を対象とした公的医療保障であるメディケア(Medicare)の費用の抑制に様々な政策をとってきたが、法的な規制や総枠規制は無効だった。しかし、医療費の支払い時期を、医療が終わってからの出来高払い方式ではなく、前払い方式のDRG(Diagnosis Related Group)に変更したところ、この効果は甚大であった⁵¹。一時期、単位人口当たり日本の5分の1しかない病床の40%が空床となったという。つまり、前払い方式にすると診断名が決まった時点で医療費が決まるので、病院としてはできるだけ医療の質と効率を向上させなければならないというインセンティブが働くのである。

もちろん、前払い方式による患者側の受診抑制の要素も無視できないが、この経験から学ぶべきことは、医療提供者に資源節約のインセンティブをかけなければ、医療費の抑制は難しいということである。

50 現行のいわゆる「医療計画」は、積極的な推進のための政策ではなく、単なる病床数の規制にしかすぎず、良質ではない医療の既得権を認め、良質の新規参入の抑制になっている側面がある。

51 診断が決まるのは診療が始まってからであるので、実際は医療の中間である。本当の医療費の前払いは定額制や請負制の場合である。

また、項目別出来高払いにおける点数の削減、即ち、単価の抑制は、本質的な資源節約にはならないばかりではなく、種々の副作用がある。利ざやが少なくなれば、量を増やす方向へインセンティブが働くため、医療の質への影響が懸念されることになる。

さらに重要なことは、お金で個々の医療行為を誘導することにより、本来中心的に重要である医の倫理、ボランティアズム、利他心などを締め出してしまう（crowd-out）からである⁵²。

したがって、不用意な点数の設定は、倫理的な問題を発生させ、人心の荒廃をもたらすおそれがある。

このように、医師に対して資源節約のインセンティブをかけることは、本来医師は患者の完全な代理人（perfect agent）であるべきところを、政府の医療費対策の代理人（double agent）にもすることを意味しており、医療費対策が極めてデリケートで、慎重を要する政策課題であることを意味している。世界的な視野で見ても、残念ながら、その点を政策としてどのように実現すべきかについての一般解は今のところ見当たらない。

このような中、国民のケアに対する満足度を高め、かつケア・システムの効率を向上させる一般解として、世界の関心は今、いわゆるプライマリー・ケアに集まっている。

イギリスのプライマリー・ケアはG Pによって支えられている。そのG P制度の特徴の一つは、登録制であり、医師の収入はその半分近くが登録者数に比例する点である。そこで働くインセンティブは個々の医療行為ではなく、医師が住民の信頼を裏切るようなことがあれば、登録者が減り収入も減るという、ゆるいフィードバックがかかっている⁵³。

どのような医療を受けるか、どこで受けるか、どこで人生の最期を迎えるかも含めて、人々はG Pと相談する。色々な政策の変化にも関わらず、イギリス人のG Pに対する信頼は極めて高い。

それぞれの国々がそれぞれの歴史を背負いながら、現在もプライマリー・ケアのシステムをどのように構築すべきか模索中である。

3. 医療費はなぜ高騰するのか

医療費のGDPに対する割合は、長い間一貫して増大してきた。しかし、これを永遠に続けることはできない。そのため、医療費は適正に制御されなければならない。しかし、これは必ずしも政府による医療費抑制策を肯定することではない。東日本大震災以降、国民的議論となっているエネルギー問題と同様に、医療者も含めて社会全体で、その資源の効率的使用に努めなければならないことを意味する。

そのためには、まず医療費はなぜ高騰するのかを分析しなければならない。

医療費の高騰の要因に関する研究は多々あるが、それらの研究が上げる主な要因をまとめると、①医

52 Bruno S Frey (2000), 3 *Motivation and Human Behaviour*, in Peter Taylor-Goodby (Ed), *Risk Trust and Welfare*, Macmillan Press Ltd. pp.31-50

53 予防接種や健診など、一部の行為に対するインセンティブも導入されている。

療技術の進歩と普及、②市場の失敗、③人口の高齢化、の3つに分類される⁵⁴。

(1) 医療技術の進歩と普及

医療費の高騰についての研究は多々あるが、一国のみを対象とした研究や短期的な研究から早急な結論を導くことには慎重を要する。

広く、かつ長期的に見れば、医療技術の進歩が医療費の高騰の最大の要因であるとする見解は妥当性がある⁵⁵。医療のコスト・インフレーションの最大の要因は、医学・医療技術の進歩により、それまではできなかったことができるようになるからである。

近年の超音波、CT、MRIなど、一連の臓器造影技術の加速度的な進歩は目を見張るものがあり、これらの機器の特徴は大型化、システム化、そして高額化である。

しかし、どのような対策が可能であるかを検討するには、さらに詳細な分析が必要である。

通常の生産技術においては技術の進歩は省力化と生産性の向上、価格の低下を伴うが、医療技術においては、それは望めない。なぜならば、医療においては新しい技術が開発されると、その専門家が生まれ、人と機器は代替的ではなく補完的だからである。

薬剤は先端技術であり、かつ治療技術で、また普及しやすい技術である。近年は、いわゆる生活習慣病に対する薬剤が開発され普及し、医療費を押し上げてきたが、今後は抗がん剤など、さらに高額な薬剤が開発されるであろう。最良の治療には代替案がなく、かつそれを使用せざるを得ないため、市場機構による価格の合理化は期待できない。

したがって、市場が評価できないとなると、個々の技術とその経済評価が重要となる⁵⁶。しかし、世界的に見ても、医療技術の評価は開発の速度に追いついていない⁵⁷。

現在、医療の新技术の開発は産業主導型で進められており、企業にとっては強いインセンティブとなっている。このこと自体は評価すべきことである。しかし一方で、国は付加価値の高い自国の産業を育成したいということと、社会保障費をできるだけ安くしたいというジレンマに立たされる。

また、産業主導の医療技術開発の問題点は、限られた集団での効能 (efficacy) が確認された段階で製造が承認され、健康保険に収載されると実際の医療現場での効果 (effectiveness) や副作用 (adverse effects) が確認される前に普及してしまうことである。

例えば、歯科のインプラントや、PCI (Percutaneous Coronary Intervention) のステントなどである。

54 郡司篤晃 (2001) 「医療システム研究ノート」丸善プラネット 5章医療と経済、5.3 医療費高騰の要因

55 Newhouse, J. P. (1993) An Iconoclastic View of Health Cost Containment. *Health Affairs* 16: 152-171

56 日本においてはまだ経済評価までは行っていない。それ以前の問題として、日本においては自国での再評価の原則があるため、いわゆるドラッグ・ラグなどの問題が解決できないでいる。

57 薬剤の最終的な評価は、例えば、降圧剤の評価は最終的には脳心事故をどれだけ減らせるかといった評価が必要ではあるが、そのような評価がないまま薬剤は発売される。その評価は疫学調査によらなければならない、時間と費用がかかるため、公的な支援がなければ実施は困難である。抗がん剤の評価はさらに困難であるが、重要である。今後は、国際協力も重要な領域である。

医療の評価については、医療の質をも考慮した費用対効果を評価する公的機関である、イギリスにおけるNICE (National Institute for Clinical Excellence) ⁵⁸のような先進的な活動があるが、日本にはそのような機構はない。また、具体的な評価方法にはまだ技術的な問題が残されている。今後の重要な研究・開発領域であり、日本においてもそのためのシステムづくりが急務である。「速く走る車には、より強いブレーキも必要」なのである。

医学知識や医療技術は大学などで生産され、プライマリー・ケアはその普及や流れの最下流に属するように思われてきたが、プライマリー・ケアが最終的な技術評価を行う役割を期待されるということになると、医療システムの中で極めて先進的で重要な役割を担うことになる⁵⁹。

(2) 市場の失敗

日本では、患者が受診施設を選択する自由を保障しており、その市場が機能することによって医療サービスの質と効率の向上が期待されている。しかし、この市場は失敗することが知られている。

医療において市場が機能するとしても、それはせいぜい患者が医療施設に到達するまでのことである⁶⁰。具体的にどのような医療サービスを消費するかは、そこで診療が始まってから、医療提供者と患者の間で決定される。ここでは市場モデルは当てはまらず、情報の非対称がある相対取引である。

代理人理論 (principal-agent theory) によれば、情報の非対称がある場合の相対取引は、モラルハザードの危険があり、それを予防する方法は、①第三者評価、②インセンティブによる制御 (incentive constraint) の二つしかない。したがって、医療費の節約を行うには、この二つの方法に頼らざるを得ないということになる。

(3) 医療費の地域差から見えること

この機能しないはずの市場が機能することを前提としてつくられた制度においては、その市場は期待とは全く別様に機能し、ひいては医療費の大きな無駄をもたらしてきた可能性がある。一連の医療費の地域差の研究は、この事実を明らかにしている⁶¹。

実際、日本の医療費には極めて大きな地域差がある。老人一人当たりの医療費が最大の地域の医療費は、最小の地域のほぼ2倍、重症者でなんと8倍であった。しかし、医療費が最小の地域で医療サービスが不足するといった問題は生じていない。注意深い一連の分析の結果によれば、その差の原因は医療ニーズの差ではないこと、またその差の最大の説明要因は病床数であることを考えると⁶²、医療費は大

58 イギリスの医療経済学者らが考案した、質を考慮した生命の長さ (QALY: Quality Adjusted Life Years) を用いて評価する。Drummond, MF et al (1997), *Method for the Economic Evaluation of Health Care Programmes* Oxford Medical Publications. 最近の動向については、葛西美恵 (2011) 「英国における医療経済評価の政策利用と日本への示唆」日本医療・病院管理学会誌、48 (4) : 211-219

59 近年の電子カルテなどの医療情報技術の発達はそれを強く支援する技術である。

60 実証的な研究の結果は、患者は施設の大きさとか評判など、サービスの質の代替的な情報で施設を選択していることが知られている。

61 地域差研究会 (2001) 「医療費の地域差」東洋経済新報社

62 病床数の代わりに医師数、施設数などを用いてもほぼ同様の結果となる。

きな節約の可能性があることになる。また、病床数を、過去の医療への設備投資総額を反映する指標と考えれば、投資量が医療費の差を決定していることになる。

企業であれば利潤最大化を目標として投資が行われるが、医療においては、医療の質向上、住民からの施設の評価を考慮して、ちょうど収入と支出が等しくなる、採算の合う点の近辺まで投資が行われるという⁶³。

設備には当然維持費がかかる。それが目標収入 (target income) となり、診療行為が行われる。項目別出来高払いの場合は、例えば医療機器を購入した場合、その損益 (採算) 分岐点を知ることが容易である。そして、利潤が上がればそれはまた投資に回される。

ある患者の状態に対してどのような診療行為を行うべきかは、医学的に決まると考えられている。いわゆる医療ニードという考え方である。しかし、現実には医療ニードという概念の辺縁は、多くの場合かなり曖昧である。したがって、項目別出来高払いの場合には診療行為を増やす方向へインセンティブが働き、医療費の増大につながっていることを示している。また、この地域差は例外的に高額な医療の部分にその原因があるのではなく、むしろ日常的な診療行為の中で広く行われているという⁶⁴。これを「医療倫理上許される範囲の誘発需要」(ethically acceptable induced demand) という⁶⁵。

日本では医療施設が競争状態に置かれ、かつ住民が医療の質を直接評価できないので、その代わりとなる評価指標 (代理変数) として施設の大きさといった外形的な情報に頼って施設選択を行っているとする、医療施設の投資行動はこの評価に反応している可能性がある。

つまり、市場競争がこの過剰な投資と医療費の高騰の悪循環をもたらしてきたのであり、それはあたかも軍備拡張競争 (arms race) であるという⁶⁶。

事実、過去からの病床数の増加を地域別に見ると、当初病床数が多かった地域はますます増加し、少なかった地域はさほどではないというトラッキング現象が存在する。かつ、高度経済成長期には病床数の伸び率はほぼ一定であったが、1970年代後半から医療費の抑制が強行されると、かえってその伸び率が上昇した。競争が激しくなったためと考えられる。

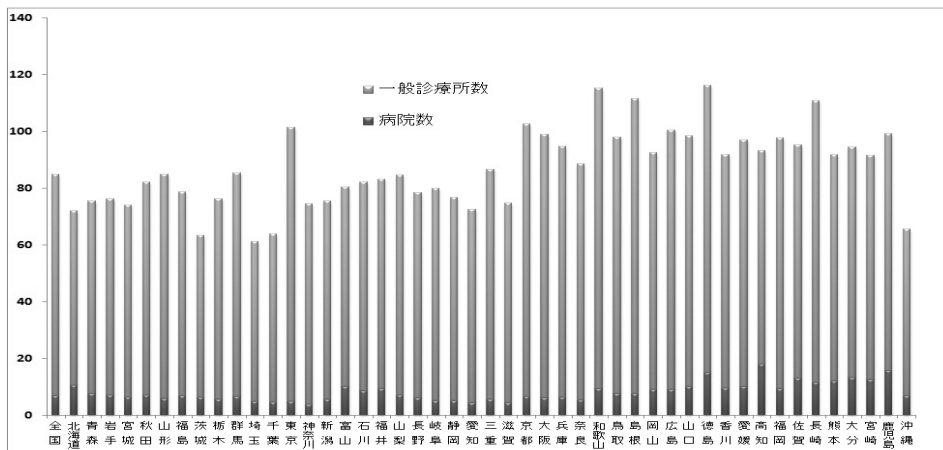
63 企業モデルに対して「効用最大化モデル」という。詳細は、郡司篤晃 (2001) 前掲書 8章「産業としての医療」を参照。Utilization-Maximizing Models という。Feldstein, PJ (1999), *Health Care Economics*, Delmar Publishers. pp. 315-19

64 伏見恵文 (1995)「老人医療費の地域格差の問題における地域観察単位に関する考察 老人医療レセプトデータ分析事業」公衆衛生振興協会

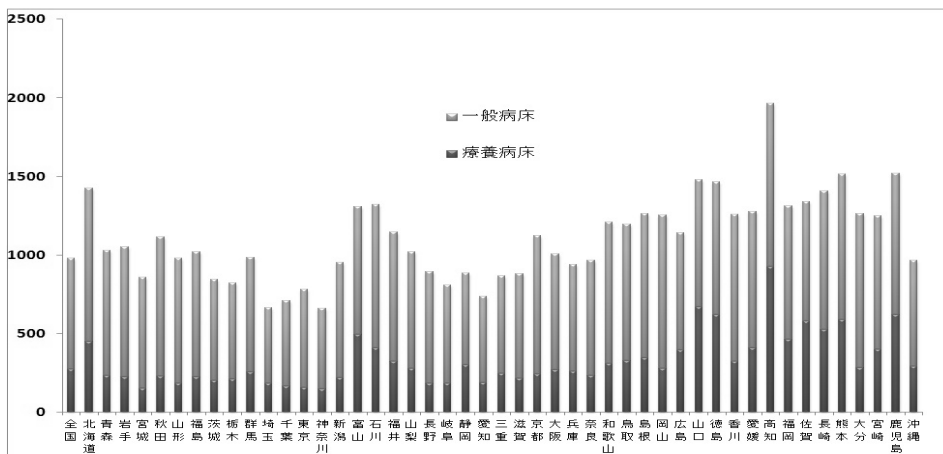
65 Eastaugh, SR(1992), Cost Inflation. *Health Economics*. Auburn House.

66 日本の医療施設による医療機器の保有率は極めて高いことが知られている。

(都道府県別医療機関数)



(人口 10 万人当たりの都道府県別病床数 単位：床)



出典：上下とも厚生労働省「平成 22 年医療施設（動態）調査・病院報告の概況」

その結果、日本は、国際的に見ても、極端に病院病床数が多い国、いわばベッド大国になった。例えば、アメリカは日本の約 5 分の 1 の病床数で医療を行っている。したがって、在院期間も極めて短い。

しかし、福田敬の調査結果によれば、高齢者が一年間に病院その他の入所施設を利用する日数の合計を比較した結果、アメリカが 18.4 日で、日本が 19.9 日とほとんど差がなかった⁶⁷。アメリカでは病院への入院日数は短いですが、ナーシング・ホームなどに入所しており、日本は圧倒的に病院に入院している期間が長い。

この結果は、二国間の文化や価値観の差があるにもかかわらず、入所ケアに対するニーズにはほとんど差がないこと、また提供システムの違いが入所する場を決定していることを意味するだろう。

67 郡司篤晃 (2001) 前掲書 pp. 56-7 福田敬氏は現在、国立保健医療科学院研究情報支援研究センター上席主任研究官。

つまり、日本において、病院の在院期間が長いのは、病院病床に比してその他の入所ケアの病床が少ないからだということになる。

これは、1964（昭和 39）年の医療法改定で、公的医療施設の建設を制限して民間の医療施設をしなかったために、高度経済成長期に民間医療施設による活発に投資が行われてきたのに対して、介護施設への投資は遅れてきたからである。

つまり極言すれば介護対策の遅れが医療への投資、医療費の増大を招いたということになる。

このような中、医療と介護のバランスを変えるのであれば、急性期の病床を回復期、あるいは療養のための病床などへ転換することは必然的な方向である。それは、患者の立場から考えても円滑に病床を移動できることになり好ましい方向である。介護保険料の増加抑制を目的として療養のための病床を廃止することは慎重を要する。

むしろ、医療と介護の財源を統一し、全体として効率的な資源の利用を促すようなインセンティブを与える方向のビジョンを検討すべきであり、これが制度による切れ目のないシームレス・ケアを実現しようとする世界の先進国において目指されている基本的な政策である。

(4) 人口の高齢化

65 歳以上の人の使う医療費はそれ以下の人の数倍であることから、人口の高齢化は医療費の高騰の大きな要因であるとされている。

日本の国民健康保険の問題、またその対策の一つとしての後期高齢者医療制度の問題では、人口の高齢化は大きな問題である。

しかし、医療経済学者のニューハウスによれば、過去における先進国における医療費の伸びは人口の高齢化よりも急速であることから、医療費の高騰の第一の要因ではないという⁶⁸。

日本の人口の高齢化は急速ではあるが、永遠に続く要因ではない。

また、実証分析によれば、高齢者一人当たりの医療費は、入院外医療費は 80 歳を超えるとむしろ低下していくし、入院医療費は男女とも 90 歳を超えればむしろ低下する⁶⁹。

これらのことを考えると、単に年齢で制度を区分するような対症療法的な対策ではない、長期的にはより抜本的な改革が必要であることになろう。

4. 医療における分配

(1) 選好と公平性

医療（介護も含めてケア）の消費には、個人の事情や選好があつてよい。したがって、その集積としてのサービスの消費量には地域差が存在することは避けられない。

68 Newhouse, J. P. (1993). An Iconoclastic View of Health Cost Containment. *Health Affairs* 16: 152-171
69 府川哲夫氏の報告。郡司篤晃（2001）前掲書 pp.50-51 を参照

一方、負担は公平に、しかし給付には選好を認めるとすると、その資源分配をどのようにするのが合理的かということが問題となる。

個人の選好、さらにその総和としての、例えば地域差の部分までをそのまま認めて、地域を超えてその分を広く他者に分散し負担をさせるシステムは、負担の平等性は高まるとしても、公平性を高めるとは言い難い。したがって、応益負担は排除するべきではない。しかし、どの範囲の人々で、またどの程度まで、そして「なぜ」負担するべきかが、重要な論点である。

前述のとおり、地方自治の目的は、民主主義の学校であり、中でも重要なのは給付と負担の関係を学ぶことだとすると、個人で負担すると同時に、自治体単位で負担すべきという考えに至る。ここで重要なのが共同体としての意識であり、どこまでを共同の範囲として意識できるか、また、意識すべきなのが問題となる。市町村議会が、国民健康保険の加入者を代表しない場合は、民主主義の学校はその教育機能を果たすことはできないだろう。

また、消費税が社会保障目的税として増税となった場合、医療費にどれだけ分配するかは重要だが、重要な論点は他にも多々ある。

消費税は人々の生活における消費への課税であるから、当然、税源の分布は人々の分布に近くなり、地域性がある。法人税が本社の所在地に偏ることと比較すれば明らかである。

かつ、医療や介護は中央政府の事務ではなく、今後は地方自治の推進とともに、分権化するべき中心的な事務であるとするれば、消費税は地方自治体が徴収し、一定のルールで国に納入するべきという考え方も出てくるであろう。つまり、連邦的な方式である。その際には、欧州の付加価値税と日本の消費税制の相違や税の徴収システムなども考慮して、十分な議論が必要であろう。

(2) 医療資源を分配する際の指標

医療費として支払われる財源は、①保険者からの給付と、②自己負担である。

国民健康保険から給付された医療費、つまりかかった医療費は地域によって大きく異なる。国民健康保険の被保険者一人あたりの医療費は最高と最低の差が3.6倍である。また、保険料は最高と最低の地域では約5倍も異なる⁷⁰。

給付のための資源の基本的な部分の分配は、「ニーズ」によるのが公平であり、医療の利用の差によって生ずる医療費の差分は原則として地域が負担するべきである。

この市町村の差を単純に広域化することで補正するということは、その差を当然なこととして認めた上で、他の人々で分担するということになる。

しかし、医療費、つまり医療の消費量は、医療の提供体制の大きさが大きな要因であることを考えると、医療費の地域差をそのまま固定して、資源を配分し続けるということになり、公平性の観点から問題である。住民からもこの差を認識する機会を奪い、給付と負担の認識は薄められ、その是正の方向へ

70 島崎謙治 (2011)「日本の医療：制度と政策」東京大学出版会 p. 275

の自治の力を削ぐことになる。

そのため、医療ニーズに従って資源配分を可能にするためには、医療ニーズを指標化することが必要である。

ニーズを指標化するとき重要なことは、現在の医療費、即ち、資源の消費量（utilization）は医療ニーズではないということである。一人あたりの医療費の地域差は医療の供給体制の大きさ、即ち、病床数や施設数などが主要因であるから、住民の選好による需要だけではなく誘発需要も含まれている。

ニーズを最も妥当に指標化させることができるのは「リスク」である。具体的には、人口と人口構成（性・年齢）が疾病リスクを算出する際の基本となる。消費税などの財源は、このリスクによって公平に分配される財源に充てられるべきである。

平均余命は、死亡率から計算される包括的な指標であるが、生活習慣などに大きく影響され、医療ニーズを表わす指標とはならない。現在、先進諸国においては、平均余命と医療費との相関関係はほとんどないと考えられている。

有病率は、医療ニーズを意味するが、すべての疾患の有病率を把握することは不可能であり、ある疾病の対策などの目的には重要ではあるが、総合的な指標とはなりえない。

実際の資源消費量から、リスクに基づき分配される資源量を引くと、その値には地域差が出る。その地域差の最も大きな要因は、医療施設数などといった供給体制の大きさ（即ち、過去の投資量）であり、その地域差は最大の地域は最少の地域の2～8倍にも達する。

本来、このような地域差は是正される必要があるはずだが、これまでその対策は十分行われてこなかった。

例えば、「医療計画」は地域の病床数の上限を定めたが、現実には病床数の地域差は必ずしも縮小せず、質が優れていない病床を既得権として温存する結果をもたらしているおそれがある。

5. 政策手段としての「計画」

国による政策手段は、法による規制と予算（優遇税制を含む）による誘導が主であったが、「計画」という第三の政策手段も活用されている。特に医療・介護政策において多用されている。しかし、この計画という政策手段は何なのか、またその限界はどこにあるのかを見据えておく必要がある⁷¹。

政策の重要な本質は計画（planning）であり、民主主義国家においては、その計画を実現するためには政治過程を経なければならぬ。複雑なシステムにおいては、一部の改善は、必ずしも全体の改善にはつながらず、かえってシステム全体の機能は悪化する可能性もある。

71 西尾勝（1990）「行政学の基礎概念」東京大学出版会 pp.198-250、郡司篤晃編著（1987）「保健医療計画ハンドブック」第一出版

公共政策の目標は、個別具体的な政府の行政サービスの質や効率の改善だけではなく、社会全体の平等や社会正義といった多面的な価値の実現が目標となる。このような未来に実現したい社会の姿の形成を目指す政策は、実証的な諸科学の成果から帰納的に導き出されるのではなく、それら実証科学の成果や政策理念をも統合する公共哲学、即ち、国民が共有する価値観やビジョンの次元まで含めた検討が重要である。

一方、計画（planning）は、そのビジョンにいたる具体的な道筋を示さなければならない。しかし、複雑系においては、あらかじめ分析したとおりの結果になるかどうかは不確実である。したがって、評価・分析を計画サイクルの中に組み込むことが重要であり、そこに実証的な政策研究の一つの大きな役割がある。近年の政策評価手法の高度化に伴い、政策におけるP D C Aサイクルが標準化されつつあるが、これは計画策定の一環として位置付けられよう。

なお、一国内での政策評価研究は、評価の対象とは別の要因やバイアスの影響を大きく受けやすく、実証の意義は極めて限定的なものとなっている。また、ビジョンなしの実証研究は迷路に入り込む危険を伴う。

(1) 現行の「医療計画」について

1985（昭和 60）年に医療法が改正され、都道府県知事に医療計画の立案が義務付けられた。医療法第三十条の八には「厚生労働大臣は、医療計画の作成の手法その他医療計画の作成上重要な技術的事項について、都道府県に対し、必要な助言をすることができる」とされている。

しかし、この改正は、医療計画とはいえ、その目的は積極的な推進ではなく、私的病床をも含む病床数の規制であった。

その記載内容は、必要的記載事項と、任意的記載事項に分かれ、前者は医療圏を定め、その中の病床数が基準を超えていれば、病床の増加を知事は認めないことができる、とした。任意的記載事項には、当初ほとんど見るべき内容はなかった。

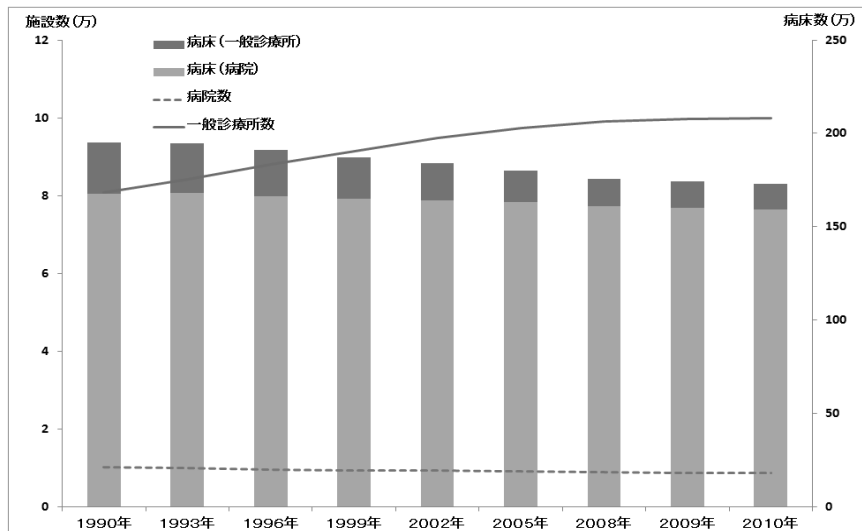
これまでこの規制は、質の高い病院の参入や病床増加を抑制し、悪い病床を既得権化するとして批判があった。

その後、何度かの見直しを経て、2005（平成 17）年には「医療計画の見直し等に関する検討会」が「平成 18 年度の医療制度改革を念頭においた医療計画制度の見直しの方向性」（中間まとめ）を公表している。この中間まとめにおいて、この病床規制について、規制改革・民間開放推進会議から「意欲のある質の高い医療機関の医療サービスの拡充や新規参入を制限し、質の劣る医療機関の既存許可病床の既得権化を生んでおり、医療機関間の競争を阻害し、医療の質の向上を妨げている」と指摘されたが、結論として、「現状では直ちに基準病床数制度を廃止するための条件が整っていないことから当面存続することとする」とされた。

また、県単位の計画は、二次医療が中心で、一次医療は入っていないため、地域の包括的なケア・システムの推進に関しては、隔靴搔痒で、具体的な進展は期待出来そうもない。そのため、具体的に進展

させる新たなインセンティブの構造の導入が必要である。

(医療機関数及び病床数)



出典：厚生労働省「平成 22 年医療施設（動態）調査・病院報告の概況」

(2) 「計画」とその限界

plan と planning は異なるものである。planning とは「将来に実現したい事柄があり、事前に取り組んだ場合には著しくその実現の可能性が増大する場合に、そこに至る過程を分析評価するプロセスである⁷²。」

特に近年の厚生労働省の医療計画、介護保険計画においては、plan は示すが、そこに至る過程の分析評価が欠けている。

多様な関係者と組織がある場合、関係者の善意に頼るモデルは、いわゆるネットワーク・モデルであり、それは「政府が連携の重要性を説けば関係者はその通り行動するはずである」という「信頼」に基づいている⁷³。

特に「連携」の重要性が至るところで強調されるが、それを推進するための具体策が示されていない。政府が信頼する関係者は、完全に計画者である政府と同じ考えと動機を持って行動するという前提である。この場合、頼りは関係者の善意であるから、いわば紳士協定である。

しかし、そのサブシステムである病院、診療所、その他の関係組織はそれぞれ独立に採算性と競争を強いられており、競争は組織の連携よりもむしろ分断の方向へのインセンティブとなる。

72 郡司篤晃編著(1987)「保健医療計画ハンドブック」第一出版

73 Julian Le Grand(2003), Motivation, Agency and Public Policy: Of Knights & Knaves, Pawns & Queens, Oxford. (郡司篤晃監訳(2008)「公共政策と人間：社会保障制度の準市場改革」聖学院大学出版会) pp. 77-81

したがって、包括的なケア・システムを構築するためには、善意に頼るだけでなく、目指すべき方向へ向かうためのインセンティブの設計が必須である。

6. 医療と介護の連携

ベッドをつくと必ず人が入る⁷⁴。

病院病床と介護ベッドは相互補完的で、地域のそれぞれの施設への入所者の割合は、病院病床と介護ベッドの比率にほぼ等しくなる⁷⁵。また、人々のケアのニーズに医療ニーズと介護ニーズが別々にあるわけではない。

先進諸国において、医療と介護の切れ目のないシームレス・ケアのシステムの構築は大きな課題として、積極的に取り組まれているが、極めて困難な課題である。

例えば、イギリスにおいては、サッチャー政権から現在に至るまで、行政組織の統合、予算の統合、プライマリ・ケア組織の改編と努力が重ねられてきた。また、そのための地域組織の協議会が組織され、下からの経験の交流も行われているものの、その困難さの要因は、G Pの診療圏と行政区画が一致しないという地域の線引きの問題など、イギリス独自の問題もあるが、医療と福祉のいわゆる「文化の差」が連携の阻害因子であるという指摘は重要である⁷⁶。

この点は日本においても同様で、医療と介護は、教育制度から学会などの研究組織、制度・実施組織まで、完全に分かれている。

一般に、介護の関係者は医療の覇権主義を嫌うが、その根底には基本的な発想が異なることに連携を困難にする原因がある。

介護従事者は、医療のアプローチを「医療モデル」という。医療の基本的なアプローチは、診断（分類）し、エビデンスに基づく治療を行うことである。

これに対し、「福祉モデル」は、困っている人に寄り添い支援することが原則であり、分類を嫌う⁷⁷。人が「困る」のは、病気だけが原因ではない。それぞれ個々の事情の中で困った事態が起こる、つまり、人が困るということはナラティブ（物語）なのであり、「物語」とは単独の言葉では表せない偶発的な出来事も含む事態のつながりである。だから、困っている人を支援するには、傾聴し、寄り添わなければならない。もちろん、医療分野でも、ナラティブの要素は無視できず、エビデンスとナラティブの調和に向けて努力がなされている⁷⁸。

74 ‘A built bed is a filled bed.’を「レーマーの法則」(Milton Roemer)という。誘発需要の現象と考えられている。

75 郡司篤晃 (2001) 前掲書 pp.56-7

76 郡司篤晃 (2006) 「イギリスにおける医療と介護の機能分担と連携」海外社会保障研究、Autumn, 156 : 19-31

77 ケースワークの基本姿勢に関する「バイステックの7原則」は、個別化、ラベリングやカテゴライズ（問題を分類し解決しようとする）は厳禁だとする。

78 斎藤清二 (2012) 「医療におけるナラティブとエビデンス 対立から調和へ」遠見書房

したがって、真の医療・介護の連携を実現するには、この文化の差が相互補完的であることを、相互に十分理解することが重要である。

医療においても全人的医療、あるいは患者中心の医療という概念⁷⁹があり、地域におけるプライマリー・ケアにおいては、地域に生活する人を対象とするので、単に病気を診るだけではなく、さらに幅広いアプローチが必要である。

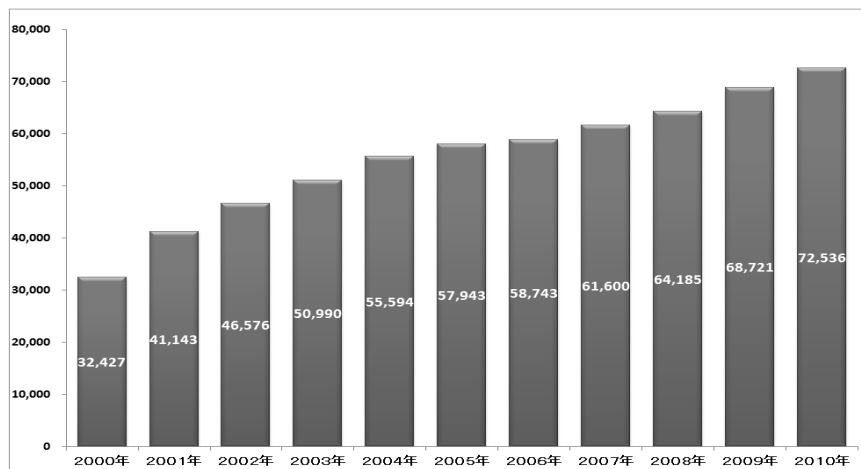
予防から看取りまでの全体にかかわる最も身近で重要なケア、即ち、プライマリー・ケアにおいては、医療はさらに謙虚に自分の役割を自覚しなければならない。あまりにも医療が中心になりすぎると、何でも「治療」により対応しようとしてしまい、Medicalization⁸⁰という批判にさらされることになる。

しかし、一方で介護関係者も医療に対する理解を深めなければならない。現在の社会福祉士やケアマネージャー（介護支援専門員）には医療に関する知識が不足している。また、介護施設において看取りはほとんど行われていない。

日本ではソーシャル・ワーカーが不足している。介護保険制度におけるいわゆるケアマネージャーも、介護サービス事業者の被雇用者が大多数で、立場上も事業者の代理人（エージェント）であって、利用者の完全なエージェントではないという問題がある。このことは、介護保険制度を普及させることには寄与したが、地域の包括的なケア・システムを構築する場合には、その立場が足かせとなる可能性がある。

最も重要な政策課題は、これらの異なる文化やインセンティブを持っている複雑なサブシステムに、システム全体が望ましい方向へ向かうようなインセンティブをどのように設計するかである。

(介護保険給付額の推移 単位：億円)



出典：厚生労働省「平成 22 年度介護保険事業状況報告調査（年報）」

79 Moira Stewart, et al. (1995) *Patient-Centered Medicine: Transforming the Clinical Method*. Radcliffe Medical Press Ltd. (2nd Edition (2003)), Margeret Gerteis, et al(ed) (1993), *Through the Patient's Eyes: Understanding and Promoting Patient-Centered Care*, Jossey-Bass Publishers. (信友浩一訳 (2001)「ペイシェンツ・アイズ」日経 BP 社)

80 Ivan Illich(1975), *Limits to medicine: Medical nemesis*. 医療の介入は3つのレベルで起こるとした：①臨床（医原病）、②社会的（人々を医療に頼らせる）、③構造的（個人や社会を自然の経過から遠ざける）。

<http://en.wikipedia.org/wiki/Medicalization>

7. プライマリー・ケア

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ー・ケアのシステムである。私たちの社会は、これから地域社会にそのシステムを構築していかなければならないのである。

プライマリー・ケア (primary care) は一次医療と訳されている。しかし、ケアはシームレスでなければならず、医療だけではなく介護も含まなければならないことは当然である。

primary とは、primary school (小学校)、primary education (初等教育) などと用いられ、「基礎的」というだけではなく、「最も重要な」という意味がある。

日本のプライマリー・ケアは開業医によって提供されていると思われるが、日本のプライマリー・ケアのシステムは混乱している。例えば、国民には受診する施設の「選択の自由」が保障されており、診療所だけではなく、大病院まで外来診療を行っている。

「かかりつけ医」という言葉はあるが、制度化はされていない。人々は、かかりつけ医を持っているかと聞かれると、3分の1の人が病院の医師をかかりつけ医としてしていると答える⁸¹。

かかりつけ医とは一種のロイヤリティを基盤とする関係であり、普段からかかりつけ医を持つべきだと言っても、健康な人や新たに引っ越してきた人には、かかりつけ医はいない。好みのスーパーやレストランとは違い、医療施設は楽しみで行くようなところではない。つまり、人々とかかりつけ医の関係は不確実で脆弱な関係である。

さらに、日本の開業医は、医師が一人のいわゆる「ソロ・プラクティス」が基本であり、従って24時間365日の対応は不可能である。また、通常、病床がなく、経営規模も小さいことから、介護、栄養士、訪問看護のスタッフなどの多様な職員を雇用できない。

また、病院との連携は、制度的なものではなく、医師の個人的な努力によっている。

一方、ヨーロッパでは広くG P制度が普及している。特にイギリスでは医療は原則として無料であり、G Pは行政当局と契約のもとに開業し、人々は最寄りのG Pを選択して登録をしてケアを受け、必要に応じ病院に紹介される (Box 参照)。G Pは数人の医師による「グループ・プラクティス」が一般的である。

イギリスにおいては、サッチャー政権が、このG P制度を活用して、プライマリー・ケア主導の医療制度改革に取り組んだ。また、ブレア政権はその政策の上にプライマリー・ケアの更なる組織化と福祉との連携を進めようとした⁸²。しかし、その制度改革は必ずしも期待通り機能しなかったため、現在の連立政権はさらに分権化を進め、改善しようとしている。

81 江口成美 (2006) 「日医総研ワーキングペーパー：第2回日本の医療に関する意識調査」

82 郡司篤晃 (2006) 「イギリスにおける医療と介護の機能分担と連携」、海外社会保障研究 156 : 19-31

アメリカでは家庭医制度があり、家庭医は病院と契約をしており、必要に応じてその病院に入院した場合にも引き続き主治医として院内医師と共同で診療にあたる。近年、アメリカにおいても、医師が病院での勤務を選択する傾向が進んでいるため、オバマ大統領の健康保険法の中には、新たなプライマリー・ケア組織の提案がなされている⁸³。

Box イギリスの医療制度改革：インセンティブをブリッジする。

イギリスでは医療は国営（NHS：National Health Service）で無料の行政サービスとして行われてきた。住民は最寄りのG Pに登録して、医療が必要になったら、まずG Pを受診し、必要に応じて地域病院に紹介された。費用は国の予算として、G Pと病院にそれぞれ与えられ、予算制約（cash limit）があった。したがって、G Pには、費用のかかりそうな患者はできるだけ病院に紹介し、病院の予算で診療してもらうようにインセンティブが働く。病院の医師は専門医で公務員、かつ同じく予算制約があり、予算内で医学的良心に従って診療を行ったので、必然的に入院の長い待ち行列ができた。待たされるのは患者だけではなく、紹介したG Pも診療の結果を知らされずに待たされた。その結果、G Pの質が低下したといわれている。

この状態に極めてラディカルな改革を行ったのがサッチャー政権で、「プライマリー・ケアに導かれた医療制度改革」と呼ばれている。病院を独立採算として、手上げ制で予算を全額G Pに預け、病院はG Pからの照会がなければ収入は得られないようにした。病院は患者を紹介してもらうためにサービスを向上させ、G Pは予算を考慮して紹介するようになった。いわゆる「内部市場」による改革である。

ブレア政権はその基盤の上に更なる改革を行うとして、包括的な地域ケアの組織づくり（Primary Care Trust）を進めたが思うように機能せず、現連立政権はさらに分権化を進め、CCG（Clinical Commissioning Group）なる新たな組織づくりによって改善しようとしている。

8. 保険制度の課題

(1) 社会保険制度としての健康保険制度

日本の健康保険（公的医療保険）制度は、職域を基盤とする被用者健康保険と地域を基盤とする国民健康保険に大別される。

さらに、被用者健康保険には大企業の組合健康保険と中小企業を対象とする協会健康保険、官公庁による共済組合がある。

組合健康保険の保険者は企業ごとの健康保険組合であり、協会健康保険については以前、政府管掌健

83 Harris Meyer (2011), Accountable Care Organization Prototypes: Winners and Losers? *Health Affairs*, 30(7): 1227-1231

康保険として社会保険庁、現在は全国健康保険協会（協会けんぽ）が運営しているが、実質的には国（厚生労働省）である。国民健康保険は原則として市町村が運営し、後期高齢者医療制度は広域連合、つまり実質的には県が単位となっている。

また、一部、医師や弁護士等の専門の同業者で運営されている国民健康保険組合も存在している。

組合健康保険は、比較的大きな事業者が組織する健康保険組合が保険者であり、現在約 3000 万人が加入している。2010 年 3 月末時点の健保組合数は 1473 であったが、年々その数は減少傾向にある。この制度は、日本の①企業別労働組合、②終身雇用、③年功序列という労働形態の特徴とも、密接に関係している。社会一般の連帯が薄れていく中で、またグローバル化により日本独特の雇用形態が変化し、企業内の連帯を維持したいという危機感から、医療保険の連帯感維持への期待が一層高まっている可能性がある。しかし一方で、グローバル化は、健康保険制度にも後述するような制度疲労を起こしている。

（健康保険の概要）

	市町村国保	国保組合	協会けんぽ	組合健保	共済組合	後期高齢者 医療制度
保険者数 (平成22年3月末)	1723	165	1	1473	83	47
加入者数 (平成22年3月末)	3566万人 (2033万世帯)	343万人	3483万人 被保険者1952万人 被扶養者1531万人	2995万人 被保険者1572万人 被扶養者1423万人	912万人 被保険者447万人 被扶養者465万人	1389万人
加入者平均年齢 (平成21年度)	49.5歳	38.9歳	36.2歳	33.9歳	33.4歳	81.9歳
加入者一人当たり 平均所得 (平成21年度)	91万円	347万円	139万円	195万円	236万円	80万円
一世帯当たり 平均所得	158万円	743万円	245万円	370万円	479万円	
加入者一人当たり 医療費 (平成21年度)	29.0万円	17.1万円	15.2万円	13.3万円	13.5万円	88.2万円
加入者一人当たり 平均保険料 (平成21年度) (※事業主負担込み)	8.3万円 (一世帯14.6万円)	12.4万円	8.6万円 (※17.1万円)	9.0万円 (※20.0万円)	11.0万円 (※22.0万円)	6.3万円
公費負担(定率分) (平成23年度予算)	給付費等の50% (3兆4411億円)	給付費等の43% (2900億円)	給付費等の16.4% (1兆1108億円)	定額補助 (18億円)	なし	給付費の約50% (5兆8006億円)

出典：厚生労働省ホームページを基に筆者作成。

http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuuoken/iryuuoken01/index.html

(2) 組合健康保険の制度疲労

経済の急速なグローバル化により、日本型雇用（終身雇用、年功序列、企業別組合）が崩壊しつつある一方、健康保険組合から後期高齢者支援金（後期高齢者医療制度）や前期高齢者納付金（国民健康保

険)等が増大しており、その在り方の見直しが迫られている。

被用者健康保険は企業の厚生事業とされ、事業組織の連帯強化のためには重要であるとされている。しかし、近年増大しつつある支援金等は、本来の厚生事業ではないばかりか、その支出の増大に歯止めがかかっていない。

また、組合健康保険における雇用者の2分の1負担は、給与であるかどうかの議論も重要ではあるが、むしろその2分の1の中には保険税の性質があることを議論しなければならない。

給与であると考えるのであれば、給与として支払い、それぞれが在住する地域共同体の保険に加入するために支出する。あるいは自己選択で付加的な保険に加入するという可能性も生じることになる。

雇用者の2分の1負担分は、企業が負担する保険税と考えることもできるし、その方が実態に合っている。

これは、税としては、雇用者数に基づく一種の「外形課税」であり、法人税と異なり利潤に無関係に徴収される。

したがって、収益構造が不安定な中小企業や、自動化などの省力化が困難な事業者にとっては、経営上の大きな負担となる。

また、健康保険組合が支出する支援金等は、支出される給付額に連動して(量出制入の原則)徴収されるので、給付額に対する制御が極めて難しい。

現在、政府は国民健康保険にかかる問題を、非正規雇用者を正規雇用化して問題を解決しようとしているが、非正規雇用者を正規化すれば、外形課税の増税となる。

近年、組合の運営費のコスト削減を目指して、大企業が系列の子会社等の組合を統合する動きがあるが、对症下药に過ぎず、構造的な問題の解決にはつながらない⁸⁴。

さらに、増加している企業の再編、統合などで、例えば複数の企業が合併した場合に、健康保険制度の違いを統合することには困難を伴う⁸⁵。これは、企業の連帯性をむしろ阻害することになる。

(3) 協会健康保険(協会けんぽ)の将来性

組合健康保険は大企業の被雇用者が対象であるのに対して、比較的中小の企業の被雇用者の健康保険は、政府管掌健康保険として社会保険庁の管理下にあったが、2008年10月以降、厚生労働省所管の特殊法人である全国健康保険協会を保険者として継承された。

協会健康保険財政は保険料だけでは運営できないので、税財源が投入されている。

このような巨大な組織で帰属意識や連帯感は生ずるのか、はなはだ疑問である。また、この団体の将来ビジョンはどのように持てばよいのか、不明である。

84 ある電気メーカーでは、子会社2社の保険料率が7.3%だったが、本体の健保が適用する6.8%に下がるという(2012年4月22日 日本経済新聞1面)。

85 島崎謙治(2011)前掲書 pp.257-263

(4) 被用者健康保険と保険者機能の強化

現在の被用者健康保険の保険者は、多数が分立しており、医療提供者に対する影響力はほとんどなく、現実の保険者は、医療機関にとっては単なるファンドにしか過ぎない。

後期高齢者医療制度の広域化の方向もほぼ定まったとするならば、今後は健康保険の一元化の方向を見据えながら、保険者に具体的にどのような機能と役割を期待するか、重要な政策の転換時期を迎えることになる。

つまり、保険者が単なる金庫番ではなく、医療施設・設備の整備、介護保険との連携、地域の包括的なケア・システムの構築に対して、そのガバナンス機能をどう設計するかが大きな検討課題である。

連帯の形成と地域の包括ケア・システムの構築を念頭に置けば、被用者保険のあり方も地域という軸で再構成することも検討の余地が出てくる。

他方、保険者間の競争を導入し、市民による複数の保険者からの選択を可能にすべしという意見もあるが、保険者間の競争には、健康リスクの高い者への保険支払いを可能とするように設定した条件下では、リスクの低い者にとって損と感じられ、結果的にリスクの高い者ばかりが保険に加入するという、いわゆる逆選択 (adverse selection) の問題があり、真の競争が成り立つかどうかは疑問とされている。

また、自治体を単位とした場合には、保険者間の競争がなくなるかといえば、必ずしも全くなくなるわけではない。

具体的な問題として、資材の購入をそれぞれの医療施設に任せ、保険者がその費用を負担するという方式は、効率という視点で合理的かどうかとも考慮すべきである⁸⁶。

(5) 国民健康保険と高齢者医療制度

国民健康保険と後期高齢者医療制度の問題は解決を迫られており、かつ介護保険制度と密接に関連することから、この両者について検討することは当面の喫緊の課題である。

国民健康保険の歴史は古い。戦後、被用者健康保険が先行し、国民健康保険は自営業等を対象として組合保険として発足したが、その組織化は遅れた。

その後、地方自治体の民主化と権限の拡大に伴い、またGHQの支持もあり、組織化を促進するために、市町村が保険者となる旨の法改正が行われた。また、都道府県を保険者にする議論もあったが、当時としては時期尚早とされた⁸⁷。

制度発足の当初から、被用者健康保険と国民健康保険の不平等の問題が議論されてきた。

近年の人口の高齢化と労働形態の変化と財政危機で、健康保険制度の制度疲労がその極に達し、その抜本的な改革を迫られている。

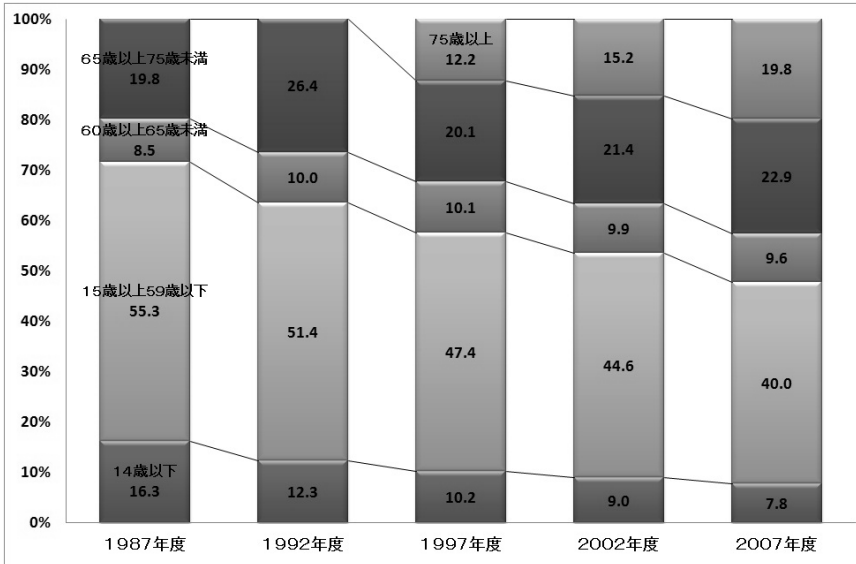
2008年に後期高齢者医療制度が施行される前の国保の加入者は、農林水産業(3.9%)、自営業(14.3%)であり、もはや自営業者のための制度ではなくなり、無業の年金生活者(55.4%)と非正規雇用者、低

86 心臓ペースメーカーやカテーテルなどの医療資材が日本では異常に高価であることが知られている。

87 新田秀樹(2009)「国民健康保険の保険者」信山社 pp.165-201

所得者を主たる対象者とした制度となった⁸⁸。年齢構成は60歳以上が半数（52.2%）をしめ、所得水準は100万円未満がほぼ半数（50.3%）である⁸⁹。

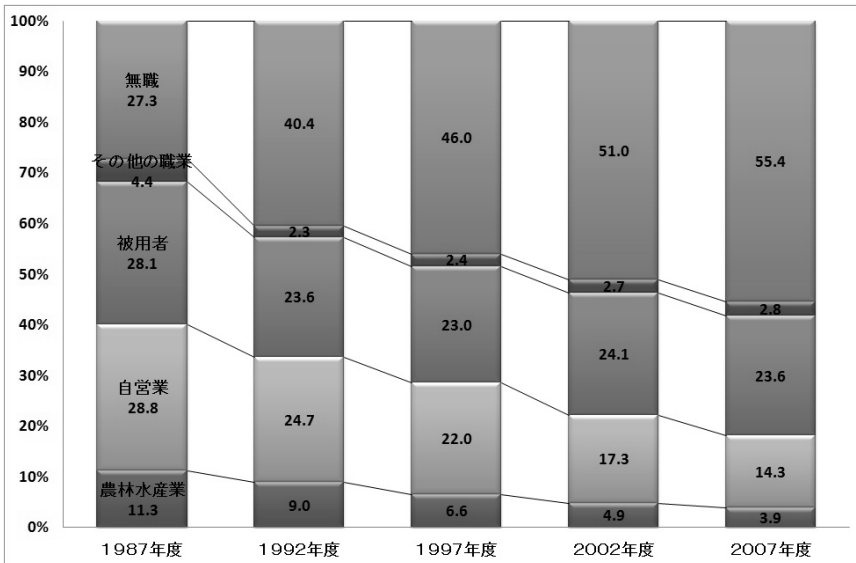
（国民健康保険の被保険者年齢構成）



出典：厚生労働省「平成19年国民健康保険実態調査」

※1987年度及び1992年度は「65歳以上75歳未満」の中に「75歳以上」も含まれる。

（国民健康保険の職業別世帯割合）



出典：厚生労働省「平成19年国民健康保険実態調査」

88 厚生労働省「平成19年度国民健康保険実態調査」

89 同上

財政は構造的・慢性的な赤字体質であり、保険料収納率は、1973（昭和 48）年の 96.5%をピークに年々低下し、現在では全国平均で 90%を下回っている⁹⁰。また、保険料の市町村間の地域差はほぼ 5 倍である⁹¹。

この状況を解決する目的で、後期高齢者医療制度が発足した。しかし、民主党政権は当初、公約を実行するとして制度の廃止を決定し、政府においてはその後の対策が検討され、2010 年 12 月に厚労省の審議会で最終的なとりまとめが行われたが、議論は先送りされたままであるため、具体的な成案を得るには至らず、とりあえず同制度が延長されている状態である。しかし、最終的なとりまとめでは、医療の単位を広域とすることは明記された。

医療の地域単位を市町村とすべきか、広域とすべきか、あるいは県とすべきかは、重要な論点である。この論点を議論する軸（dimension）は、①技術、②リスクのプーリングと、③ガバナンスの三軸である。

①医療技術の観点から

医療の技術的な観点から、一次医療、二次医療、三次医療に分けることは世界的に受け入れられている。三次医療とはその地域が提供できる最高のレベルの医療、二次は入院医療を意味する。一次医療は、いわゆるプライマリー・ケアとも呼ばれるものである。

三次医療は、教育機能も備える必要があることから、人口規模でほぼ 100 万というのが世界の常識である。日本でいうと、小さな県レベルとなり、一県一医科大学が実現している現在の日本では、県を単位として考えるのが妥当だということになる。

②リスクのプーリングの観点から

医療経済の観点からも、市町村ではリスクのプーリングが十分にできないので、保険料には市町村間でほぼ 5 倍の差が生じている。後期高齢者医療制度においては、広域化によって広域間の差は 1.6 倍程度に縮小することになり、県がその格差是正の役割を担うことになる。さらに県間の差を調整しようとするれば、その役割は国が担うことになる。

しかし、単に地域を広げて負担を平均化すると、利用度の違いをそのままにして、保険料負担は、利用度の高い地域の保険料は安くなり、利用度の少ない地域の保険料は高くなり、不平等をもたらすことに留意しなければならない。

③ガバナンスの観点から

従来から行われてきた「医療計画」は県単位で行われており、健康保険行政も県が担うのは当然の方向である。

医療の管理には高度に技術的な内容が含まれており、その管理には高度な専門性を必要とする。例え

90 厚生労働省「平成 22 年度国民健康保険（市町村）の財政状況等について 速報」

91 田中敏（2005）「国民健康保険制度の現状と課題」『調査と情報』488

ば、近年の指導課長通知⁹²に示されているような医療体制の整備を実現するにはかなりの専門性を必要とする。

しかし、県が保険者になった時に、保険者として何をすべきか、つまり保険者機能、ガバナンスに関する議論が、現在の厚生労働省における議論には一貫して欠けている。

政策として重要なのは、個々の疾患の管理ではなく、医療・介護のガバナンスのシステムの設計である。

④介護保険の地域単位

介護を提供する基盤としての地域は、広域では広すぎるので、最大を取っても、市町村がベースである。介護保険事業計画は、市町村が策定し、都道府県も「都道府県介護保険事業支援計画」策定することになっている。

したがって、医療が広域で、介護が市町村となると、必然的に連携の問題が生ずる。前述のとおり、医療と介護の連携は、日本に留まらず世界的な課題であり⁹³、連携を論ずるときには、個々のケース、市民の立場からの視点が重要となる。いつ、どんなケアが必要かは患者・家族とケア提供者がもっともよく知っており、その主体性が尊重されなければならないからである。

(6) 社会保険と保険組織のあり方

日本の現在の健康保険は、社会保険であるとされてきた。そして、職域保険や地域保険を統合する、いわゆる一元化が議論として浮上してきた今、社会保険を堅持すべきであるという主張が目立つようになった。この主張は、一元化すれば事実上、税方式と同じとなり、社会保険制度が維持してきた受益と負担の関係が不明確になることや相互扶助という理念が損なわれること等への懸念が背景にある。

しかし、注意しなければならないのは、健康保険の一元化は、社会保険制度を廃止することと同義ではないということである。

日本の健康保険制度が社会保険といわれているのは、国民皆保険の名のもとに、①強制加入で、財源は所得にベースを持つ保険料だけではなく、②税が投入されていることが主な理由である。

強制は自由と対置する概念である。アメリカにおいては、憲法上「健康権」の規定がないため、オバマ大統領の健康保険法が憲法違反ではないかということで争われた。しかし、日本では、憲法二十五条に社会権としての健康権が規定されており、強制加入に反対する議論はない⁹⁴。

92 厚生労働省医政局指導課長「疾病又は事業ごとの医療体制について」（平成19年7月20日）には、地域の疫学調査による現状把握から、特に4疾病5事業については、施策の評価指標まで、詳細な医療計画を実行するようにとの助言が記されている。

93 特に、介護と精神科のいわゆる long-term care が課題となっている。

94 国民健康保険（国保）の保険料の支払いを拒絶したため滞納処分を受けた者が、国保に強制加入させ保険料を納付させる国保条例は憲法十九条（思想信条の自由）及び憲法二十九条（財産権の不可侵）に違反するとして最高裁まで争われた裁判で、最高裁は強制加入の合憲性を認めた。島崎謙治（2011）「日本の医療：制度と政策」東京大学出版会 pp. 213-215

強制加入は、保険が持つ①逆選択、②クリーム・スキミング⁹⁵という本質的な問題点を解決している。また、医療を、いわゆるメリット財として、国民に利用しやすくするという積極的な意義もある。したがって、一元化の議論は、どのような集団を組織して強制加入とし、税財源をどのように分配するかの問題であり、社会保険制度を堅持するべきかどうかの議論とは、本質的には無関係である。また、一元化されようがされまいが、所得が財源の重要な財源であることにも大きな反対意見は聞かれない⁹⁶。

なお、保険料と税財源の分担割合は、集団によって支出している医療費（つまり資源の消費量）が異なり、かつ所得に連動する保険料（負担）が異なるので、異なる集団に所属する人々の間での公平性が問題となる。

負担と給付の公平性は極めて重要な問題である。なぜならば、公平は社会正義の最も重要な要素であり、正義は社会の連帯と統合の基盤だからである。

①保険の原理と扶助の原理

社会保険制度は、「保険原理」と「扶助の原理」を混合した制度とみることが出来る。この点の議論を整理しなければならない。

保険の基本的な原理は、①等価交換原理、②貢献原則、③応益負担であるといわれている。扶助の原理は、①公平性原理、②ニーズ原理、③応能負担であるといわれている。

日本の現行の健康保険制度が保険原理と扶助の原理のどの原則を具備しているかを整理すると、表のようになる。

		社会保険	
保険の原理	① 等価交換	×	#1
	② 貢献原則	○	#2
	③ 応益負担	×、○?	#3
扶助の原理	① 公平性	◎	#4
	② ニーズ原則	◎	
	③ 応能負担	○	#5

社会保険が保険原理を満たしているのは、#2の貢献原則のみであろう。すなわち、#1の等価交換については、税が投入されるので等価ではなく、貢献原則は、日本の社会保険が保険原理の中で、唯一満している原理である。

95 ミルクのおいしい部分であるクリームだけをすくい取ること、という意味から転じて、健康リスクの低い者だけを保険の対象としてしまう事態のことを指す。

96 医療保険は現金収入がなければ成立しない。途上国においても、まず大企業や公務員から健康保険組合は組織されていき、地域集団が最後に組織される。

この原則を守るべきかどうかは、具体的には、保険料未納者をどうするかという問題と関連する。保険なら、保険料未納者は排除される。つまり、病気になって医療を受けようとしても健康保険は適用されないことは、論理的な帰結である。

国民健康保険の場合には、保険料を税として徴収しているところがある。その場合は、未納者を保健医療機関が排除できるのか、という問題は残る。

それでは、未納者が、貧困のため保険料を納入できない場合はどうするか。

近年は、国民の行為主体としての責任を重視する立場が有力になりつつある。新自由主義だけではなく、イギリスにおける「第三の道」の主張、あるいは準市場の考え方も市民の主体性と責任を重視したポジティブ・ウェルフェア（positive welfare：厚生労働省は「参加型社会保障」と呼ぶ）が主張されている⁹⁷。この考え方に立てば、市民が責任を果たさない場合には、国も責任を果たさないことが許容されることになる。

しかし、近年、低所得者の健康保険料未納者が増加しており、保険料が現実に払えない場合、生活保護制度との関係もあり、今後、未納者の社会学的な調査研究が必要である。

#3の応益負担について、組合健康保険は所得に対して累進的であり、家族数には無関係なので応能負担であり、応益負担にはなっていない。つまり、正規雇用者の場合については、保険性はない。被用者健康保険の場合には、税の投入もないので、強制加入のみが社会保険であることの要件である。

国民健康保険の場合、所得割、資産割は応能負担であるが、均等割り（世帯の加入者数）、平等割（一世帯当たり）は応益的であり、それらの要素を混合した制度である。この点では、国民健康保険の方が被用者健康保険よりも社会保険的である。

国保における賦課方式

- 所得割：世帯の所得⁹⁸
- 資産割：世帯の資産⁹⁹
- 均等割り：世帯の加入者数
- 平等割：一世帯当たり

今後の改革の方向としては、資産に対する賦課は税制で対処すべきであり、健康保険の保険料に応能負担を課すことは廃止して、制度を単純化すべきであろう。

また、その際、地域の住民をどのように考えるべきだろうか。すなわち、被用者健康保険に加入して

97 A Giddens, *The Third Way* (佐和隆光訳 (1999)「第三の道」日本経済新聞社)

J Le Grand (2003), *Motivation, Agency and Public Policy*, Oxford. (郡司篤晃監訳 (2008)「社会政策と人間：社会保障の準市場改革」聖学院大学出版会) など。

98 住民税方式と所得比例方式（旧但し書き方式）があり、ほとんどの自治体が後者を採用している。

99 所得を生まない資産にも課税されると、所得と資産の二重課税になること、法人所有の資産は算定されない、などの問題がある。

いる人を、国民健康保険の対象者から除外する積極的な理由は何であろうか。現行の制度下だと、企業城下町といわれるような地域では、国民健康保険の保険者である自治体の議会が、国民健康保険の加入者を代表しない場合が出現する可能性がある。

健康保険が、企業の厚生事業で、その目的が共同体意識の維持のためだとする。厚生事業には法定厚生事業と法定外厚生事業がある。この内、法定事業費が一貫して増大しており、法定外事業費を圧迫し続けている。しかし、この法定厚生事業費の増大の原因は、いわゆる支援金等の増大であり、これが企業内の共同体意識の向上に役立っているわけではないことは明らかである。

この点は、協会けんぽの場合は特に当てはまる。協会けんぽの将来像を検討する上で、特に議論すべき論点である。

＃4の公平性には、負担の公平性と給付の公平性がある。

医療給付には自己負担が求められるが、自己負担の増額は公平性を失わせる。日本の健康保険の自己負担率は、既に決して低い方ではない。

高額療養費制度は、破滅的な負担を保険するので、健康保険制度の本来の目的であり、重要である。しかし、その設定額を累進的にするかどうか、どの程度にすべきかは、民間保険の参入とも関係して、難しい課題である。

＃5の応能負担について、社会保険において、その財源をどれだけ応能負担すべきか、つまりどの程度所得の再分配機能を持たせるかは、保険の機能ではない。単に保険料を取りやすくするためであるならば、保険制度としての根拠は乏しいことになる。

応能負担は、扶助の原理のための財源確保の方法であるから、むしろ税の原理である。

②連帯の仕組みのビジョンが重要

医療を受けることの平等の原則を否定する議論はない。ヨーロッパ諸国では医療は今でも原則無料の制度が堅持されている。つまり所得によって差別されない平等な医療制度である。しかし、日本では、財源確保の困難を理由に自己負担を増額し、付加的なサービスの自己負担化など、平等の原則は財源難を理由に、かじり取られていく傾向にある。

この重要な平等性の問題について、わが国の政党のビジョンは明確にされてはおらず、極めて場当たり的で、政局のための議論に終わっている。

平等の問題は、数量的に議論できるという意味では比較的議論しやすい問題である。しかし、今後、日本において人々のどのような集団の間で連帯を構築するかという議論は、定量化ができず、既得権と絡んでいるので、議論しにくい問題である。

また、当然ではあるが、医療と介護の連携の問題を同時に考慮しなければならないので、さらに問題は複雑となる。

しかし、医療と介護の連携の議論を避けて通ってはならない。これは社会保障という「国の形」をどうするかというビジョンにかかわる問題だからである。したがって、一元化と医療と介護の連携の問題

こそ、政治的ビジョンとリーダーシップが必要な、極めて政治の課題である。今や、わが国の政党はこのビジョンを明確にするべきである。さもなければ国民は選択という主権を發揮できない。

すなわち、社会保障制度をどのようにすべきが大きく問われている今、政党がビジョンを明確に示すことは、わが国の民主主義国家運営の基本的な政治課題である。

9. 地域の包括的ケア・システムの構築：在宅ケアを中心に

(1) 施策の現状

近年の財政危機の中にあつて社会保障制度の改革は、時の政権の不安定の中にあつても、一貫して重要な政策課題として、多くの審議会や研究会において検討が重ねられてきた¹⁰⁰。

それまでの審議内容を踏まえて、2011年に厚労省が独自にとりまとめたものが「社会保障制度改革の方向性と具体策」¹⁰¹として公表されている。

また、社会保障制度審議会医療部会、中央社会保険医療協議会等でも、一貫して重要な課題として取り上げられているのが「地域包括ケア・システム」の構築である。

医療計画の見直し作業も進められてきたが、「意欲ある質の高い医療機関の参入を制限し、質の劣る医療機関の既存許可病床の既得権化を生んで」いることは認めつつも、病床数規制は当面続けるとしている¹⁰²。一方、4疾病と5つの事業については、都道府県に対して、極めて技術的な詳細にわたる指導課長通知が出されている¹⁰³。しかし、地域の具体的な包括システムをどのようにして築いていくかについては記載がない。

2012年2月に閣議決定された「社会保障・税一体改革案」の中では、医療サービス提供体制の制度改革、地域包括ケア・システムの構築を柱として、各種の制度改革に取り組む旨表明されている。具体的には、診療報酬・介護報酬改定、医療計画作成指針の改定、補助金等予算措置による取組みの推進等を実施することとなっている。また、併せて、保険者機能の強化を通じた医療・介護保険制度のセーフティネット機能の強化・給付の重点化、逆進性対策も実施することとしている。これらの施策に対して、2015年までに2.4兆円程度が必要とされているが、その具体策については今後の課題とされている¹⁰⁴。なお、具体的な検討の場は、2012年8月10日に成立した社会保障制度改革推進法の規定に基づき設置される社会保障制度改革国民会議に移される。

100 「社会保障国民会議」（2008年11月）、「安心社会実現会議」（2009年6月）での報告書、政権交代後の「社会保障と税の抜本改革調査会」、「社会保障改革に関する有識者検討会」、与謝野大臣の「社会保障改革に関する集中検討会議」の準備会合における「社会保障改革に関する有識者検討会」など。

101 厚労省「社会保障制度改革の方向性と具体策」と解説「全員で参加して支える社会保障の安心：「世代間公平」と「共助」を柱とする持続可能性の高い社会保障制度」（2011年5月12日）

102 厚生労働省「平成18年の医療制度改革を念頭においた医療計画制度の見直しの方向性」（中間まとめ）（2005年7月27日）

103 厚生労働省医政局指導課長通知「疾病又は事業ごとの医療体制について」（2007年7月20日）

104 所要額については、政府・与党社会保障改革検討本部決定「社会保障・税一体改革成案について」（2011年7月1日）を参照。

医療供給体制の改革については、社会保障審議会医療部会で議論されてきた。2010年10月からは、医療提供体制のあり方について15回にわたり審議がなされた。在宅医療・連携についても次期医療計画（2013年から5年間）に向けて審議が行われ、ここでの議論については「医療提供体制の改革に関する意見」としてとりまとめられた¹⁰⁵。しかし、医療機関、薬局、訪問看護事業所、介護施設等による包括的な連携策は示されていない。

地域で包括的にケアを提供するという制度的枠組みとしては、2005年の介護保険法改正で制定された「地域包括支援センター」があるが、2012年度から始まる第5期介護保険事業計画に向けた展望を検討するために開かれた「地域包括ケア研究会」によって、在宅医療の推進などの見直しが検討された¹⁰⁶。

しかし、地域包括支援センターは、地域住民の保健・福祉・医療の向上を目指すとされながらも、各市区町村に設置され、介護予防、虐待防止などに重点があり、必ずしもプライマリー・ケア全体を関心の対象としてはいない。

つまり、地域包括支援センターは、介護保険における制度であり、医療制度とは直結していない。

地域の医療・介護の包括的なケアに最も関係の深い制度は、2006年の診療報酬改定で新設された「在宅療養支援診療所」及び2010年の診療報酬改定で創設された「在宅療養支援病院」であろう¹⁰⁷。

在宅療養支援診療所は、24時間対応や緊急入院の体制確保、ケアマネージャーと連携していることなどの要件がある。診療報酬上のインセンティブが比較的大きいため、多くの診療所が届出をしたが¹⁰⁸、時間外の往診をしていない診療、半年間に看取りを行っていない診療所が40%をこえている¹⁰⁹。また、軽傷の患者の往診はするが、重傷者は入院させる傾向があるという。

また、在宅療養支援病院は、当初、半径4Km以内に診療所がないことが要件となっていたが、在宅医療の拡充のため、次第に要件は緩和されつつある。また、2012年の診療報酬改定では、更なる在宅医療機関の機能強化のための加算措置がとられている。

しかし、日本の診療所はソロ・プラクティスがほとんどであるので、24時間365日の対応は現実的にはほぼ不可能である。したがって、日本の医療提供システムの特徴として、民間の中小の病院が多数あることを踏まえ、その活用を考えるべきである。

また、地域の包括的なケア組織を考えるならば、利用者の目線を生かす経営組織とするべきであり、協働組合、あるいは新たな公的な法人格を付与することが必要であろう。

105 社会保障審議会医療部会「医療提供体制の改革に関する意見」（2011年12月22日）

106 地域包括ケア研究会「地域包括ケア研究会報告書」（2010年3月、老人保健健康増進等事業による研究会報告書）

107 在宅療養中の患者や介護施設の入所者が急変し、病院や有床診療所の療養病床に入院すると、受け入れ側の収入が1日につき1500円増える。14日以内の制限がある。急性期病院に患者が集中するのを防ぎ、療養病床にも在宅患者らの受け入れを担ってもらおうとするもの。急性期病院から状態が落ち着いた患者を受け入れる場合も同じように1日1500円つく。

108 厚生労働省医政局指導課在宅医療推進室資料によれば、届出数は2006年が9434、2010年では1万2487となっている。

109 長寿科学総合研究事業「入院医療と在宅ケアの在り方に関する調査研究」H19～21年総合報告書

参考事例として、イギリスのPCT (Primary Care Trust) の経緯とキャメロン政権が推進しようとしているCCG (Clinical Commissioning Group) の構想、アメリカのオバマ大統領の健康保険法案 (Affordable Care Act) にあるAHC O (Accountable Health Care Organizations) も研究すべきである。

なお、社団法人全日本病院協会の病院のあり方委員会「病院のあり方に関する報告書」(2011年版) が主張する「地域一般病棟」の概念は、極めて妥当である。

この報告書では、急性期医療を担う病院は、急性専門病棟と「地域一般病棟」に分化することが望ましいとした上で、地域一般病棟は、リハビリテーション機能・ケアマネジメント機能・高齢者にふさわしい急性期医療・後方支援機能・ターミナル対応機能を持つ施設とし、在宅療養支援病院となり、地域の在宅療養の充実に貢献する必要があるとしている。

(2) 高齢者の入所施設と住まいの問題

地域の包括的ケア・システム構築において、施設・住宅の整備は極めて重要である。

しかし、介護関係施設は厚生労働省が所管し、住宅は国土交通省が所管しており、それぞれ、いわゆる箱もの行政を行っており、実に多種・多様な施設が存在する。

(介護関連施設分類)

介護保険3施設	介護老人福祉施設(特養)
	介護老人保健施設
	介護療養型医療施設
介護専用型特定施設	
地域密着型特定施設	

「介護専用型特定施設」とは、介護保険法で定められた特定施設(有料老人ホーム・養護老人ホーム・軽費老人ホーム・適合高齢者専用賃貸住宅)のうち、入居者が要介護者とその配偶者などに限られる施設のことをいう。

「地域密着型特定施設」とは、有料老人ホームやケアハウスなどを指し、特に介護専用型特定施設で入居定員が29人以下の施設である。地域密着型特定施設入居者生活介護は、2005年に改正された介護保険法により、2006年から施行された地域密着型サービスのひとつとして新設された。

これらの一連の施設群は、ケア提供の効率は上がるだろうが、あまりにも複雑すぎて、国民に理解されにくい。さらに重要なことは、施設が複雑に分立するということは、「入居者が健康の状態の変化に伴って、施設を移動する」ということが前提となっているということである。これは移動しなければならない利用者に大きな苦痛を伴うことになり、また現実には動けない場合が多い。

(3) 地域における多様な試み

地域包括ケア・システムの構築への努力の歴史は古い。例えば、広島県の公立みつぎ総合病院を中心とした医療・福祉の統合モデルは「みつぎ方式」と呼ばれた。しかし、これは自治体によるシステムで、民間の中小病院の多い日本において、どれだけ普及する可能性があるかが問題であろう。

同じ広島県では、医師会が積極的な役割を担っている尾道方式も高い評価を得ている。

平成 23 年版厚生労働白書では、富山県下新川郡入善町の中川医院院長の中川彦人氏らが立ち上げた「新川地域在宅医療療養連携協議会」の例¹¹⁰や、新潟県長岡市の「こぶし園」の事例が紹介されている¹¹¹。

前述のとおり、社団法人全日本病院協会の病院のあり方委員会編「病院のあり方に関する報告書」(2011 年版)では、民間の中小病院の一つの役割として、在宅医療を支援する「地域一般病棟」という概念¹¹²が主張されている。すなわち、リハビリテーション機能、高齢者にふさわしい急性期医療・後方支援機能・ターミナル対応機能を合わせ持つ施設である。

医療法人財団天翁会の天本宏理事長は「地域を病棟として捉える」という思想のもとに、病院を中心に老人保健施設、診療所、グループホーム、訪問看護ステーションを「あいセーフティネット」として組織し、地域包括ケア・システムの構築を目指している¹¹³。

この他にも、日本には既に多くの先進事例があり、報告もされている。しかし、一般に、それらの報告は個別の事例紹介に留まっており、わが国の制度改革の貴重な可能性・方向性を示しているにもかかわらず、未だに改革に向けた議論における中心的な存在とはなっていない。

これらの事例がなぜ成功したか、あるいはどの部分が成功していないのか、また他の地域になぜ普及していかないのかについて分析を行い、地域特性も踏まえつつ、どうすればシステムとしての地域包括ケアが実現するのかを詳細に検討する必要がある。

110 厚生労働白書平成 23 年版 pp. 252-3

111 同上 pp. 314-5

112 この概念は社団法人全日本病院協会の猪口雄二副会長によって以前から主張されてきた。

113 医療法人財団天翁会「中期事業計画」(2010 年 11 月)、天本宏「地域包括ケアシステムにおける医療界の使命」医療関連サービス振興会、月例セミナー (180 回) (2010 年 11 月 11 日)

第3章 政策提言 ～信頼と責任に基づく地域包括ケアの構築～

「地域包括ケア・グループ」(Community Comprehensive Care Group : CCGG) の創設

これまで、日本におけるプライマリー・ケアや地域包括ケアの重要性とその可能性について検討してきたが、それを主張するだけでは実現には結び付かない。

プライマリー・ケア体制を検討するにしても、日本には一次医療計画が欠如している。つまり、システムとして考える前提が欠如している。

以下は、日本の制度的背景を踏まえ、これまで述べてきた考え方に基づき、地域の包括的なケア・システムの構築する場合の具体的な政策提言である。より焦点を絞れば、今後、超高齢社会においてさらに必要性が高まる在宅ケアを機能させるための仕組みを提示する。

なお、新たな仕組みを講じるとしても、それは新たな官の組織を創ることではない。既存の医療施設をはじめとして、医療従事者や介護事業者、その他の専門のプロフェッショナルが包括的に連携することを目指すインセンティブの設計を目指している。

本提言は、今後のケア政策の焦点が地域の人々から信頼される代理人の構築にあること、そして、その方向性を示すとともに具体的な論点を明確に提示するものであり、これまで政府も主張するに留まってきた「医療・介護連携」、「地域包括ケア」を実現する具体的な制度として、新たに提案するものである。

1. 地域包括ケア・グループの目的

まず、地域包括ケアでは、地域住民（市民）と医療・介護のケアを提供する者との関係づくりを行うことが必要である。

在宅でケアを受けたいと思っている市民に対して、ケア提供者が「私（達）が責任を持ってケアしますので、ご安心してください」と言え¹¹⁴、費用を負担する人¹¹⁵に対して、「ケアの質を保証し、資源節約に努めます」と言える、地域の包括的なケア・システムを創設する。

すなわち、ケア提供者は、在宅ケアの責任主体として、ケアに対する責任（responsibility）と、説明責任（accountability）を明確にすることが求められる。

もし、入院・入所が必要になったり、希望したりする場合には、ケア提供者は患者・家族の相談に応

114 完全な代理人（perfect agent）である。介護保険制度では、ケアマネという代理人がいるが、医療制度には代理人がいらない。医療は頼まれたりした時だけのパッチワーク。連携とは、えてして総無責任体制になる可能性がある。

115 保険者（契約者）に対して、データを提供する。

じ、最も良い施設に入院・入所できるように世話をする。

つまり、ケア提供者は、患者・家族の代理人（エージェント）となる。これによって、長期間の継続的な関係に基づく信頼とケアに対する明確な責任により、施設と患者・家族の間に健全な市場機構が働くようにする。このことは、施設と患者・家族の双方が自立した主体であることを意味するものであり、患者・家族にとってもケアに対する自らの責任を問い直すことにもなる。

このような地域で包括的にケアを提供する態勢を、地域包括ケア・グループと呼ぶ。

2. 地域包括ケア・グループの基本構造と責任主体

ケアの提供者は、多くの場合、医療施設となる。他にも将来的には介護施設もあり得る。人々に最も身近な医療施設は診療所である。しかし、日本の診療所は、いわゆるソロ・プラクティス、医師一人による開業がほとんどであるため、一人で、24時間365日にわたって、患者のケアに責任を持つことは現実的に不可能である。

日本の医療供給体制の特徴は、民間の中小の病院が多数存在することであり、病院は複数の医師と、病床、その他の診療機能が、原則24時間365日機能している。

したがって、在宅ケア支援の体制は、以下の2つに大別される。

- ① 中小の病院を中心として、診療所（群）や介護施設が連携したシステムを構築する。（タイプⅠ）
- ② 複数の診療群が、病院と介護施設の連携を前提にしたシステムを構築する。（タイプⅡ）

代理人契約については、医療施設等と患者・家族が直接に締結するのではなく、原則として個々のケースについて、両者と接点を有する保険者がこれらの法人とケアの請負契約をする。また、疾患群や介護度による、一般的な契約もあり得る。

契約を締結する際には、責任を持つ医師の個人名を明確にするなどの、要件は在宅医療支援診療所の設置基準通りとし、かかりつけ医（主治医）と支援の医師、複数の看護師、ケアマネージャーを明確にし、患者・家族に通知する。また、主治医を支援する副主治医は、他施設（病院など）の医師でも、往診の契約があればよい。

このように、ケア提供者は、医師だけではなく、看護師、ケアマネージャーなど、多くの専門職種から成り立つものとなる。また、後述のとおり、包括ケアの実施においては、歯科、眼科、薬剤等の専門職種とも連携が必要となる。

なお、継続的かつ安定的なケア提供を前提とするため、地域包括ケア・グループは法人とし、その法人格の基本的性格は以下のとおりとする。

- できれば公共的な法人格¹¹⁶を持つ。
- 病院を中心とした複合施設を一つの形とする。
- 法人役員には、市民の立場を代表する者、監事に税務・会計の有資格者を入れる¹¹⁷。
- 予算・決算を公表する。

請負の対象となるケースは、以下のとおりである。

- 病院からの退院患者（連携パスによるクオリティ保証が必要）
- 慢性疾患の管理（クオリティ・ケアの保証が必要）

慢性疾患の管理においては、ケア提供者のみならず、患者・家族の積極的な参加による予防活動や教育が含まれる。まず、医療計画が指定する4疾患、がん、脳卒中、心筋梗塞、糖尿病から始め、次第に高血圧、高脂血症などを加える。

急激な体調悪化（急性憎悪）への対応として、ベッドの確保がなされていることも必要となる。

そして、包括ケアのためには、「看取り」に対する体制が確立していることも求められる。

3. ケア費用（報酬）等の新しい仕組み

ケア提供法人が、責任を持って患者のケアを請け負うために、①定額の責任料と、②費用弁済料としての出来高払いを組み合わせた支払い方式とする。定額部分は、現行の患者・疾病の「管理料」を拡充する。

諸費用は当面現行の出来高払いを踏襲するが、その単価は、それによる医師、または施設の利潤が大きくなるようにディスインセンティブ、あるいはインセンティブ中立に近い支払い額となるように、定率の減額した金額とする。なお、このバランスについては慎重に検討する必要がある。

個人の口座（account）を設け、あらかじめ予算を入金する。予算は、①要介護・要支援の場合には、介護度に応じた限度額を予算とし、また②「医療の請負額」を予算として入金する。この疾病ごとの請負額を決める必要がある¹¹⁸。

医療（診療）を受けた場合には、現行の診療報酬制度（保険点数）に準じて、保険負担分を個人口座から支出していく。

また、地域包括ケア・グループの運営を安定的かつ円滑にするため、診療報酬体系を段階的に抜本改革する。

116 社会医療法人に準ずる法人格を付与することを検討する。医療計画に記載してある事業をすることが条件。診療所の開設、福祉事業が行える。

117 協働組合のような組織も検討する。

118 クリティカル・パスからの算定も可能である。

まず、基本的に現行制度のまま、管理料（固定額）と項目別出来高払いとする。次に、固定額を請負責任料として増額し、項目別単価に α （減額率）を乗ずる。そして、最終的に、この方式の結果を評価しつつ、請負額をさらに増額し、出来高払いの項目を丸め、できるだけわかりやすく単純化していく。つまり、個々の診療行為自体のみならず、地域包括ケアそのものへの評価が報酬に反映される土台を形成する。

ケア提供法人が請け負った患者の支出の合計が限度額の合計を下回った場合には、その2分の1を法人が留保し、残りの2分の1を保険者に還元する¹¹⁹。つまり、資源節約的なインセンティブを導入する。

当面は、介護保険と医療保険を別々に収支計算してよいが、国民健康保険の場合、将来介護保険と予算を統合すれば、介護費用と医療費用を合算して処理できるため、「医療と介護をブリッジした費用節約のインセンティブ」が導入されることになる。例えば、施設入所よりも自宅（あるいは住宅系の施設）におけるケアが費用節約になる場合、それを励ますことになる。住宅系も集合住宅などにおけるケアへのインセンティブが働くことになる。

ケアの提供者（医師・看護師・ケアマネージャーなど）は、患者・家族に十分な技術的な情報、費用負担についての情報を提供し、どこでどのようなサービスを受けるのが最も患者・家族の希望に沿うかを相談しつつ、納得の得られるケアを提供する。その際、自らサービス提供してもよいし（内部提供）、外部の業者に頼んでもよい。

多職種との連携は積極的に進めるが、歯科、眼科などの専門科、薬局からの請求は係数をかけずに個人口座から引き落とす。

この個人会計の管理に関しては、詳細な設計が必要で、今後の重要な検討課題である。また、この個人口座管理に係る事務が発生するため、後述のとおり、ITの利用などを検討する必要がある。

4. 地域包括ケア・グループの説明責任（Accountability）

説明責任は、①会計（accounting）と、②ケアの質に関する説明に分かれる。

会計については、保険者が審査する。

ケアの質については、請負の対象となった主な疾病については、ケアの質に関する資料を添付する。例えば、厚労省から示されている4疾病については、評価指標が示されているので、それを吟味し用いる。

これらの評価指標を地域的に集計すれば、制度評価につながり、さらにデータの制度を高めていけば、疫学研究が可能となり、最終的な医療技術評価のシステムの構築が可能となる。

つまり、地域包括ケア・グループが医療技術評価の根幹を担うことが期待される。

119 この割合と留保分の根拠づけについては、慎重に検討する必要がある。

5. 予防・教育機能と患者の主体的取組

地域包括ケア・グループは、私たちが自らの健康は自らが考えるという当然の意識を持つためのきっかけとなることが期待される。すなわち、具合が悪くなってから治療を受けるという環境から、よりケアに関して身近な存在となる地域包括ケア・グループを中心とした体制はその環境を変える可能性がある。

コンビニ受診という言葉があるとおおり、自分の好きな時に好きなように利用することはケアにおいて適正なのかどうか、考える必要がある。医療現場の疲弊に対して、利用側も目を配る必要があるが、そのためには医療現場の状況を正しく理解することが欠かせない。身近な存在となる地域ケア・グループはその「場」としても機能することが期待される。

特定健診を実施し、教育機能と組み合わせることにより、生活習慣病の予防・管理において、薬物療法からの離脱、健康増進に向かっているインセンティブを組み込むことが考えられる。「患者・家族は医療サービスの消費者だけではなく、疾病管理の最も重要な資源である」から、近年の保健教育における進歩であるCDSMP（Chronic Disease Self-Management Program）の考え方による活動を支援する。その際、イギリスの‘Expert Patient Programme’は患者・家族のリーダーシップによる学習活動である点を参考として、見習う必要がある¹²⁰。

また、患者・家族が自らベストと思うケアミックスを考えようという動きがある。日本においては「マイケア・プラン」などの運動がある。これは、ケア・プランを他人にお任せにするのではなく、介護保険制度が本来目指している、自らが責任をもってプランを策定することである。これを地域包括ケア・グループで実践していくこととする。また、イギリスの直接支払い（direct payment）などの取り組みにも学ぶ必要がある¹²¹。

そのため、情報提供のための「患者図書室」¹²²やサロンの場を拠点として、患者・家族が主体的に参加でき、さらに地域のケア・システムの構築に参加できる仕組みを設ける。

さらに、医療・介護の人材の資質の向上を目指した教育と研修機能を組み込むことが重要であり、かつ、患者・家族も含め、組織の関係者が自ら主体的にケアの質と効率の向上を工夫し、提案していくことが報われる仕組み（QCサークル）を組み込むことが重要である。

6. ITの活用

地域包括ケア・グループにおける多職種連携のためのデータの共有・連絡調整や個人口座の管理には、

120 Department of Health(1990), *The Expert Patient: A New Approach to Chronic Disease Management for the 21st Century*.

121 Jon Glasby and Rosemary Littlechild(2009), *Direct Payments and Personal Budgets: Putting personalization into practice*, The Policy Press.

122 郡司篤晃 (2008) NPO 医療の質に関する研究会の患者図書室プロジェクトについて「協働の医療」を築く：患者図書室機能の新たな展開、病院図書館 28(3):113-118

情報システムの活用は必須である。

また、事務システムの構築も必須である。現在の「在宅看護支援センター」の拡充、その他の事務との統合を検討する。

これまでも「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」（2005年第1版、2010年4.1版）の整備や、患者との直接の対面診療を規定する医師法第二十条における遠隔診療の適用に関する解釈を示した「情報通信機器を用いた診療（いわゆる「遠隔診療」について）」（平成9年12月24日付け健政発1075号厚生省健康政策局長通知）が2003年、2011年に順次改正され、その認められる条件が明確化している。

なお、IT利用に係る制約がある場合には、特区制度の活用を検討も必要である。

7. 「もの」と技術の分離

長い間、医療提供者から提起されてきた課題であるが、未だに実現しておらず、個々の医療施設が購入して、それをを用いて診療を行い、保険者に請求している。

医療資材の提供者に対する個々の医療施設の交渉力は弱いので、異常に高価な資材の購入が行われている。例えば、心臓ペースメーカーやカテーテル、ステントなどの価格は、国際的な価格と比較して3倍もの価格となっている。

そのため、保険者が価格交渉をして共同購入するなどは検討に値する保険者機能の一つであろう。

地域包括ケア・グループにおいて地域の医療施設と連携していけば、共同購入する土台が形成される。

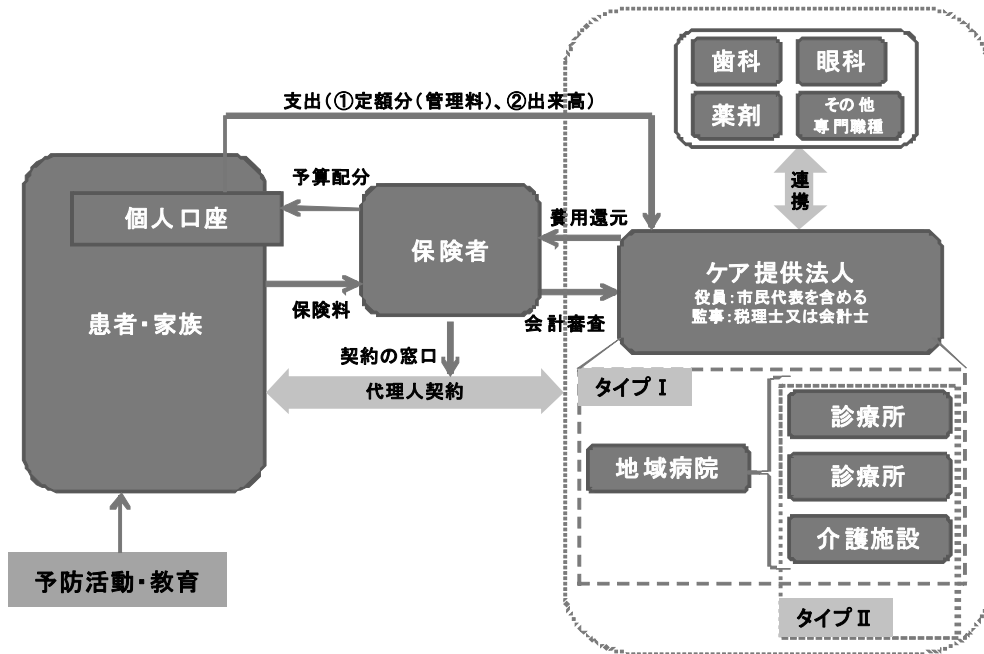
8. 介護施設等の評価・選択機能

ケア提供者は、自ら請け負ったケアの対象者が、さらに高度な医療を受けるための病院を選択する場合、介護系あるいは住宅系の施設を利用する場合に、患者家族の代理人として自ら施設の評価を行うか、又はデータを収集・評価して、患者家族に情報提供することを役割と位置付け、患者・家族にとって納得のいく選択ができるように支援する。いわゆるゲートキーパー（gate keeper）機能である。

これによって、市場機構が健全に機能し、施設のケアの質と効率向上が期待できる。

なお、ゲートキーパーは効率性のみを追及するのではなく、ケアの質を向上させることを忘れてはならない。

(地域包括ケア・グループの概要)



以上のとおり、ケアの提供者と利用者の信頼関係に基づき、双方の責任を発揮させるための制度を提示した。

なお、これからの日本の医療・介護のあるべき姿として、本提言が正しい解答だと決め付けるものではない。

日本の医療・介護の今後を考えるには、その根底にある連帯の基盤をどこに置くべきか、そのために、誰が何を果たすべきなのかを国民が当事者となって考えなければならない。本提言は、その一材料として具体的な制度を示したものである。

おわりに

本提言については、医療・介護・社会保障制度の将来設計プロジェクトにおける研究会を通じて、多くの方のご意見やご批判をいただきながら、まとめることができました。

医療・介護は多くのプロフェッショナルの方々、医療施設、介護施設、学界、事業者、行政、地域などの幅広い関係者が存在し、ほぼすべての国民に関係する領域でもあります。

また、これまで述べてきたとおり、医療・介護の基盤である連帯は、私たち国民自身がつくり上げていることから、医療・介護を受けることのみならず、提供する体制そのものも私たち国民自身でつくることに他なりません。

だからこそ、医療・介護政策においては、国民が当事者として議論に参加して、合意を形成することが求められます。東京財団は、その場をつくる「イニシアティブ」を発揮していこうと考えています。

具体的には、本提言をきっかけに、日本に必要な医療・介護制度改革とは何かを、オープンな場で各界、各立場と討論しつつ、具体的な政策に結晶化させ、かつ社会に普及させることを目指す、民主的な手法を採り入れていくことを検討していきます。

この「東京財団イニシアティブ」(仮称)が、微力ながらも今後のわが国の医療・介護の形づくりに貢献できるよう考えております。

東京財団政策研究ディレクター
富田清行

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～

2012年10月発行

発行者 公益財団法人 東京財団

〒107-0052 東京都港区赤坂 1-2-2 日本財団ビル 3F

Tel 03-6229-5504 (広報渉外) Fax 03-6229-5508

E-mail info@tkfd.or.jp URL <http://www.tokyofoundation.org>

無断転載、複製および転載を禁止します。引用の際は本書が出典であることを必ず明記してください。
東京財団は、日本財団および競艇業界の総意のもと、競艇事業の収益金から出捐を得て設立された公益財団法人です。

公益財団法人 東京財団 | 政策をつくる・人を育てる・社会を変える

〒107-0052 東京都港区赤坂1-2-2 日本財団ビル3階 | tel. 03-6229-5504 fax. 03-6229-5508 E-mail: info@tkfd.or.jp