

社会保障制度改革国民会議を取り巻く歴史的環境

慶應義塾大学商学部教授

権丈 善一

今日のテーマは「社会保障制度改革国民会議を取り巻く歴史的環境」である。タイトルを「歴史的環境」としたのは、今議論されていることは、長い歴史のなかでの一つの到達点であり、将来からみれば一つの通過点であるという意味を込めてのことだ。今回の社会保障制度改革国民会議は、社会保障改革推進法に基づいて設置されたものであり、社会保障改革推進法そのものは、この国の長い社会保障と税の一体改革の流れから独立して生まれてきたものではない。そうした一連の流れというのは、社会保障に財源をいかに優先的に獲得するか、社会保障への国庫負担の増大からいかに解放されるかという、そうしたやりとりとかけひきの中で果てしなく繰り広げられた歴史のなかの一連の流れの中にある。

財源を獲得するというのは、大変な話である。社会保障に追加的な財源を獲得するためには、狩人型の活動をしなければいけない。他省庁と渡り合いながら社会保障に財源を確保するために戦ってきた狩人型のグループがいる。財源獲得は、何のための財源が必要なのかの説明をせざるを得ず、したがって、財源調達のプロセスで、今後消費税の増税で得られる財源をもってどのように使うのかという話がほぼできあがってくることになる。もっと言えば、もうほとんど選択の余地はない状況になっている。

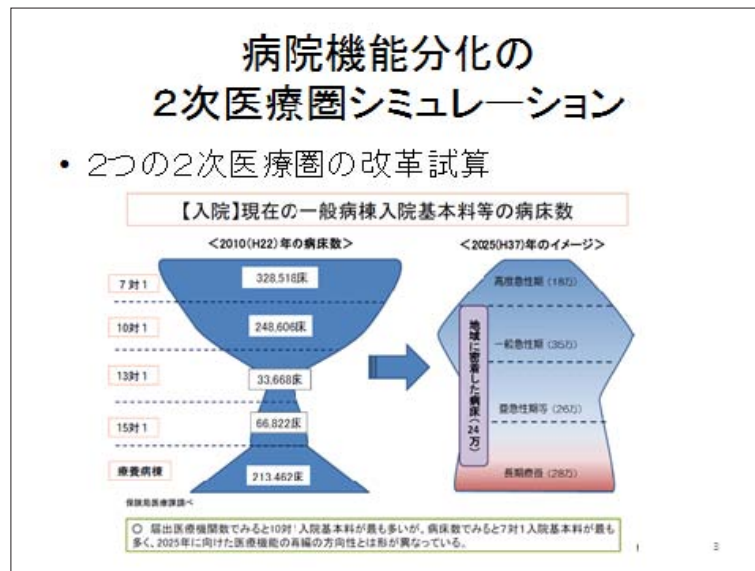
これから消費税を上げていくわけだが、厚生労働省は、提供体制の改革をやって医療費をある程度コントロールしていくという大義名分の下に、これまで戦ってきた。これを受けて、財務省は、提供体制の改革に結びつかない金を出さないというところまで来ている。では、提供体制の改革とはと言うと、その姿は2008年の国民会議で示されたような機能分化と連携の形である。

図表1の右側の2025年のイメージは、2008年の国民会議の時に描かれたモデルである。

このモデルは全国レベルなので、これを2次医療圏レベルに投影したらどうなるかということ、今回は、二つの2次医療圏を対象としてシミュレートしてみた(図表2、3、4、5)。

ただし、医療には地域特性がある。医療資源にも、人口動態にも、医師患者関係にも地域、地域の特性がある。国は大まかな基準や指針は出すが、その地域、地域で創意工夫をして自分たちの地域に最適な提供体制のあり方を考えてもらいたい。そういうプレゼンを先月の4月19日にした。4月30日の朝日新聞の社説では「地域の実情にあった“ご当地医療”をつくる。そのために、都道府県の権限と責任を大きくし、消費増税の財源を

図表1



図表2

2つの2次医療圏の 人口の現状(2010)と2025年の見通し

	総人口 (万人)	65歳以上		75歳以上		
		人口 (万人)	割合 (%)	人口 (万人)	割合 (%)	
2次医療圏A	2010年	234	48	20%	23	10%
	2025年	228	69	30%	40	17%
		-3%	+43%	+10%ポイント	+74%	+8%ポイント
2次医療圏B	2010年	37	9	24%	4	12%
	2025年	33	11	33%	6	19%
		-10%	+23%	+9%ポイント	+44%	+7%ポイント

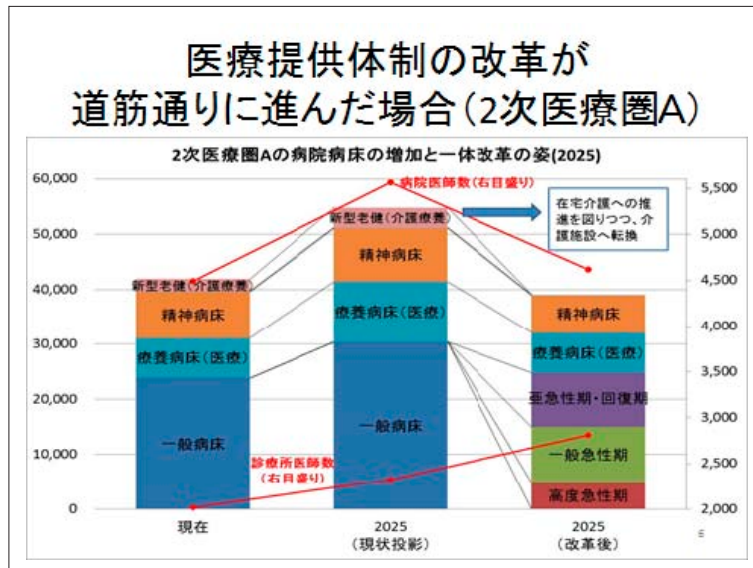
(資料) 市区町村別将来推計人口(社人研、平成20年12月推計)

図表3

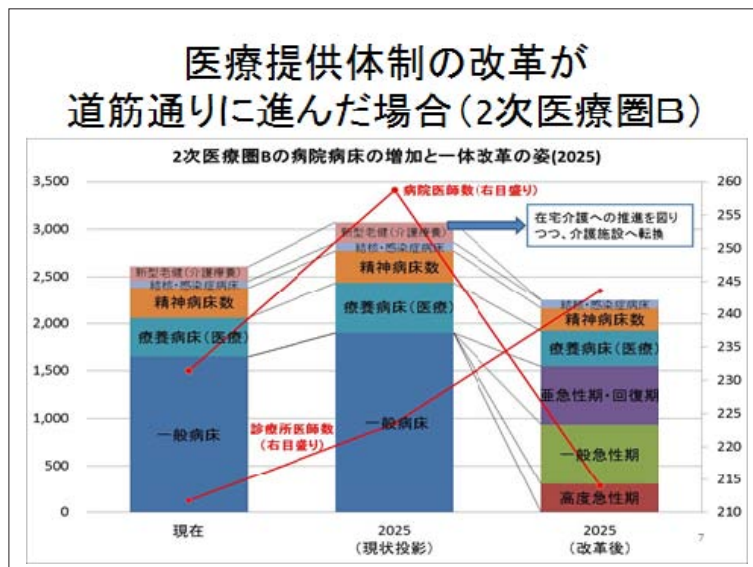
2つの2次医療圏の医療提供体制

<病院病床数>		病院所在地		患者所在地換算		人口千人当り		(参考)人口千人当り病床数(全国)
		病床数	人口千人当り病床病床数	患者流入	患者流出	病床数	人口千人当り病床病床数	
一般病床	2次医療圏A	23,868	1019	13%	7%	21114	901.0825	704
	2次医療圏B	1,650	450	22%	47%	2412.97	657.8076	704
<医師数>		補助換算人数		100床当たり(常勤換算)		(参考)全国の100床当たり		
2次医療圏A								
病院	医師数	4,544	11	13				
	看護師(准看護師含む)	22,173	53	54				
診療所	医師数	2,018						
	看護師(准看護師含む)	2,874						
2次医療圏B								
病院	医師数	294	9	13				
	看護師(准看護師含む)	1,259	48	54				
診療所	医師数	212						
	看護師(准看護師含む)	455						

図表4



図表5



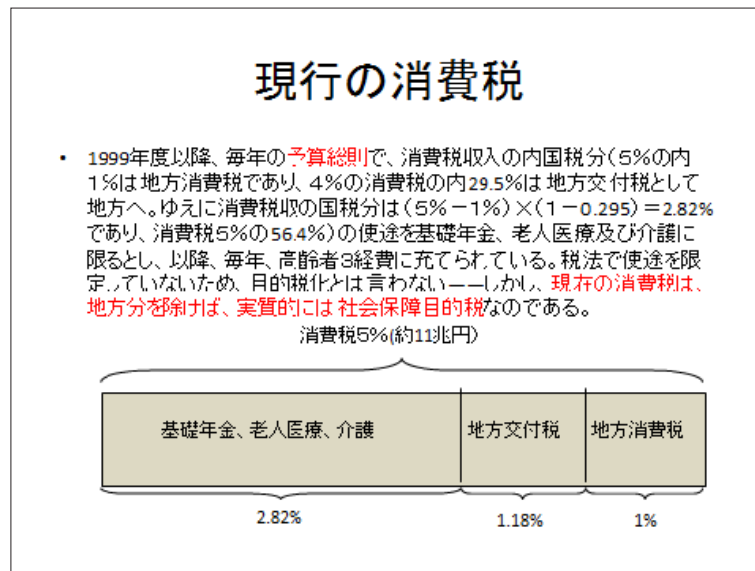
あてる」と表現されていたが、その通りだと思う。

今は消費税5%のうち2.82%分しか国税分はなく、この国税分は基礎年金・老人医療・介護という高齢者三経費に使われている（図表6）。

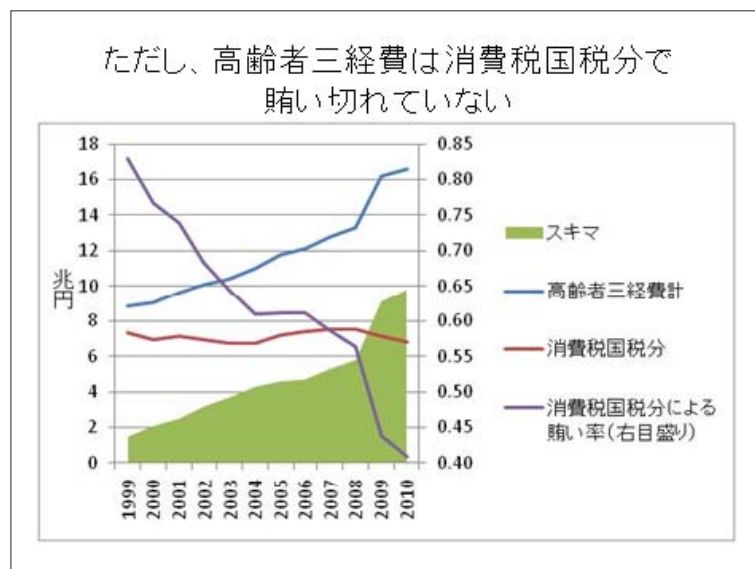
消費税はずっと税率を上げていないのだから、消費税国税分の額は時代が変わっても変わらない。ところが高齢者三経費はこんなに増えているので、このスキマは今は10兆円ある（図表7）。

したがって、今度消費税が5%上がれば、このスキマの10兆円がまず埋められる。このスキマが消費税4%で補填され、1%分を社会保障の機能強化に回すことになる。しかもこの1%のなかで、子ども・子育て0.7兆円の用途はもう法律で決まっている。年金0.6兆円の用途も法律が通っている。用途が未定なのは医療・介護だけだ。ここをどうするかという議

図表6



図表7



論が、いま国民会議で行われている。

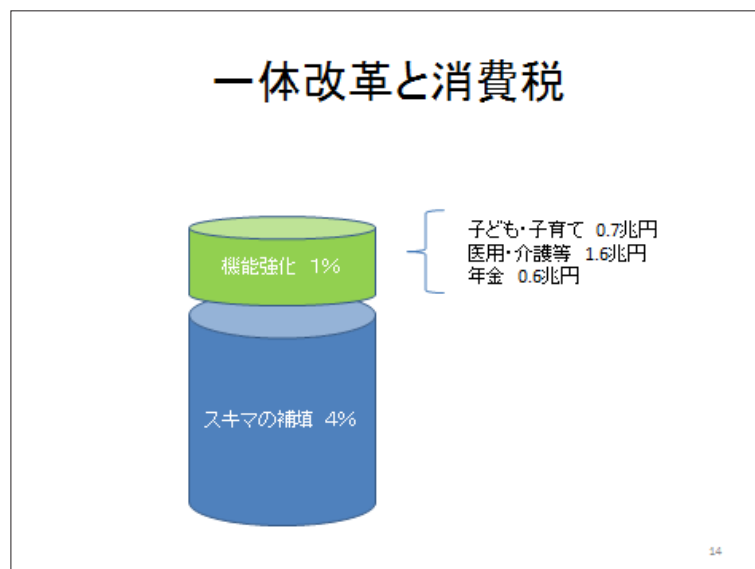
もう一つ考えなければならないのは財政である。日本は、何十年間も必要とされる増税を先送りしてきたために、累積された債務からの財政圧力はかなり辛いものがある。のみならず、今も基礎的財政収支は取れていないために、債務が累積されている。消費税5%の増税では、基礎的財政収支はとれない（図表8）。

そのなかで1%を社会保障の純増、機能強化に回すという話である（図表9）。消費税5%の増税のうち4%分で埋められるスキマは、高齢者三経費と、その財源に予定されている消費税国税分とのスキマであるわけだから、これを消費税4%で埋めて、社会保障の機能強化に1%を使うというのは、今回の消費税増税5%のすべてを社会保障のために使うという

図表8



図表9



のはウソではない。この大枠を、国民会議では与件として議論せざるを得ない状況にある。

医療・介護等に向けられる 1.6 兆円には、保険料負担軽減の他に提供体制の改革のために使うというのが、これまでの一体改革の中で到達しているコンセンサスだ。例えば 1 月 21 日の財政審の「予算編成に向けた考え方で」は、図表 10 のように記されている。

先日、保険局と話をしたが、保険局には、懸命に財務省や保険者である企業と戦って、次の診療報酬 26 年改定診療報酬の引き上げは大いにやってもらいたいと言っている。ただ、消費税を引き上げたときの財源の使途は、これまでの一体改革の歴史を鑑みると、診療報酬で使うのは難しいのではないか。今にいたるまでに、医療提供体制の改革は必要であり、その

図表 10

財政制度審議会「平成25年度予算編成に向けた考え方」(2013年1月21日)

二) 医療提供体制の重点化・効率化

社会保障・税一体改革において計画されていた公費負担の追加のうち、医療分野においては、介護分野も含め、保険料負担の軽減に充てられる以外に、医療・介護サービスの提供体制の重点化・効率化と機能強化のために公費が追加される予定となっている。

これは、先に述べた我が国医療の問題点を踏まえ、急性期病床への医療資源の集中投入等により「高密度医療」を実現し、平均在院日数の減少等を通じて医療費の適正化につなげるという政策パッケージのためにあえて行う公費負担であり、その政策効果の発現には、診療報酬の重点配分を図るといったソフトな動機付けだけでは不十分なことは明らかである。

実効ある規制的手法を組み合わせて病院・病床の機能分化等の医療・介護サービスの提供体制の改革を強力に進めることが不可欠であり、これが実現しなければ医療・介護分野における社会保障・税一体改革の意義は画餅に帰すことになる。具体的な改革の実現の見込みやそれによる平均在院日数の減少等の効果が不確実なまま診療報酬の増額改定をはじめとする公費の追加だけが行われることはあり得ない。〔資料Ⅱ-1-11〕

図表 11

舞鶴市の事例

少ない医師が分散して患者を奪い合う状況

- 舞鶴市内
 - 国家公務員共済連合組合、独立行政法人・国立病院機構、舞鶴赤十字病院、市立舞鶴市民病院
- 市長の私的諮問機関「舞鶴地域医療あり方検討委員会」――2007年当時
 - 医師不足、労働環境悪化の悪循環
- 統合案を提案
 - 医師を集中させて勤務医の負担を減らし、医師減少に歯止めをかける。一定の手術件数がある病院で技術を磨きたい医師を呼び込みやすい環境も目指す
- 壁を乗り越えることはできず

17

改革にはいくらか見積もられるから、消費税の増税実現の暁にはよろしく頼むという経緯をたどってきたのであるから。

提供体制の改革で一つ具体的に示していたのが、舞鶴市のような問題を抱えているところを、どのように解決していけばいいのか。例えば舞鶴市内に国家公務員共済の連合組合と独立行政法人の国立病院機構と舞鶴赤十字病院と市立舞鶴市民病院がある。これに対し、市長がこの地域の医療を何とかしようと思って、統合を提案したがうまくいかない。こういう壁をどうしたら乗り越えることができるのかを考えたときに、医療提供者間での競争よりも協調の方がうまくいくのではないかという状況がある。過当に競争し合うよりももっとうまい方法があるのであれば、その方向を模索していきたい（図表 11）。

今、医政局が報告制度の導入に関するタイムスケジュールを持っている。今から報告をしてもらい、それをまとめてビジョンをつくっていくというスケジュールだ。すでに4月に始まる医療計画が策定されているが、その次が5年先となってしまう（図表 12）。

地域医療のバランスの取れた医療機能の分化と連携を推進するための地域医療のビジョンを、前倒しでつくっていく。「医療・介護提供体制改革推進本部」と下に書いているが、本当は「地域医療包括ケアデータ解析院」くらいのものでつくりたかった。解析院ぐらいの立派なものを作りたかったが、さすがに今の時代に新しい組織をつくるのは無理だろうから、名称をチームとしてしまったが、ここに松田（晋）先生にも協力していただきたいと思っている。

一体改革をフォローアップする「医療・介護提供体制改革推進本部」を設置し、その下に、「地域医療・包括ケアデータ解析専門チーム」を置く。医療、介護、看取りまで継ぎ目のない地域医療包括ケアを創生するためには、人口推計をはじめ、地域の特性に配慮した医療介護資源とニーズに関連するデータの可視化が重要である。各地域からの報告内容の妥当性をチェックするという形で、有識者や国の職員等から成る「地域医療・包括ケアデータ解析専門チーム」は、地域医療計画策定者や地域包括ケア計画策定者と緊密に連携しながら、可視化された情報についての説明や解説を行い、都道府県単位や医療圏、地域包括ケア単位での「あるべき姿」の検討を進めていく。これを短時間で機能できるようにする（図表13、14）。

今般の増税で医療・介護が使うことができる財源はそんなに多くはない

図表13

地域医療・包括ケアデータ解析専門チーム①

- 一体改革をフォローアップする「医療・介護提供体制改革推進本部」を設置し、その下に、「地域医療・包括ケアデータ解析専門チーム」を置く。
- 医療、介護、看取りまで継ぎ目のない地域医療・包括ケアを創生するためには、人口推計をはじめ、地域の特性に配慮した医療介護資源とニーズに関連するデータの可視化が重要。
- 各地域からの報告内容の妥当性をチェック。
- 既存データを集約・統合し、足らざるデータは収集することにより、住民、地域医療計画、地域包括ケア計画作成者に提供していく。

図表14

地域医療・包括ケアデータ解析専門チーム②

- 有識者や国の職員等から成る「地域医療・包括ケアデータ解析専門チーム」は、地域医療計画策定者や地域包括ケア計画策定者と緊密に連携しながら、可視化された情報についての説明や解説を行い、都道府県単位や医療圏単位、地域包括ケア単位での「あるべき姿」の検討をすすめていく。

のだが、それでもプラスアルファの財源だから、前向きに進みたいという人たちに手を上げてもらったらそこに財源を回すという方向を考えることができればと思う。

あと、この国の医療の在り方として、アクセシビリティのところをどうするかという課題がある。イギリスのGPのいいところは、日常会話のなかで「GPに相談したか」という言葉が簡単に出てくるように、病気でない人たちにもGPによって保険に入っているような安心感がある。何かがあったときにはGPに相談できるので、イギリスは健康なときは良い制度であると言える。ただ、病気になったら辛い。ところが日本の場合は、病気になったらそれなりの医療をすぐに受けられるわけだが、健康な時の安心感が乏しい。医者も住民も、日頃から双方に意識し合った形での医師患者関係というのを、うまく作ることができないか。スペシャリストが持っているスペシャルなレベルを下げたってジェネラルにしてしまうというのは惜しいので、スペシャルな人たちの間での連携というチーム医療の推進ができないか。日本のプライマリ・ケア医の長所を生かしながら、医療連携とかチーム医療を推進していくという工夫ができないか。また、フリーアクセスを守るために頑張っておかないといけないこともある。フリーアクセスを守るために何らかの形で手を打っておくことは、オフェンスとディフェンスを兼ね備えた戦略として重要になってくる（図表15、16）。

たとえば、いきなり200床以上の病院に行ったら定額負担というようなものがあったとしても良いと思う。そして、そのなかでぜひ、舞鶴市のような状況をどう解決していけばいいのかということ視野に入れてやっていきたいわけだが、舞鶴市に関しては桐野先生が非常に詳しいようですので、お話を伺いたい。

図表15

ゆるやかなゲートキーパー下の フリーアクセスの維持

- 保険証一枚でいつでもどの医療機関も利用できる「フリーアクセス」は、日本の医療制度の大きな特徴。患者にとって、利便性が高い。多くの場合、患者は、重篤な疾患であれば総合病院や専門病院を受診し、日常的な疾患であれば近くの中小病院や診療所を受診するという受診行動をとっている。
- これに対し、フリーアクセスは、過剰な患者獲得競争や高額機器の導入合戦を助長するなど、医療資源全体の効率的な活用を阻害し、医療の質を低下させているので、「家庭医」制度を設けて、まずは家庭医での診断を受けてから病院での受診ができるようにすべきとの意見がある。
- これまで我々が享受してきたフリーアクセスを捨てるデメリットは大きい。医療資源の効率的な活用の阻害や医療の質の低下に関連する課題については、それぞれに対応する手段があり、それに取り組むことにより、フリーアクセスを維持していく。
- なお、現行制度と平行して、かかりつけ総合医等が選択制で設けられ、今の開業医と協力的補完的關係を形成することは、望ましいことである。

図表16

