

国民皆保険の危機

国際医療福祉大学大学院教授 島崎謙治

shimazaki-kenji@iuhw.ac.jp

目的・内容

国民皆保険は寄木細工のように微妙なバランスによって成り立っている。社会経済が大きく変容する中で危惧されるのは、意識せぬまま、あるいは、まっとうな意思決定・政策決定が行われずに、国民皆保険が形骸化することである。

本日は、拙書(『日本の国民皆保険』ちくま新書)の順番に沿って、国民皆保険の「構造」・「軌跡」に関し簡単に触れた上で、演者の危機意識を含め、「展望」について述べる。

そして、最後に、診療報酬の「賃金・物価スライドによる1点単価変動制」私案について解説する。

I . 構造

「国民皆保険の堅持」と言うけれど・・・

【質問1】

仮に給付範囲や給付率が縮減されても、国民皆保険と言えるか？

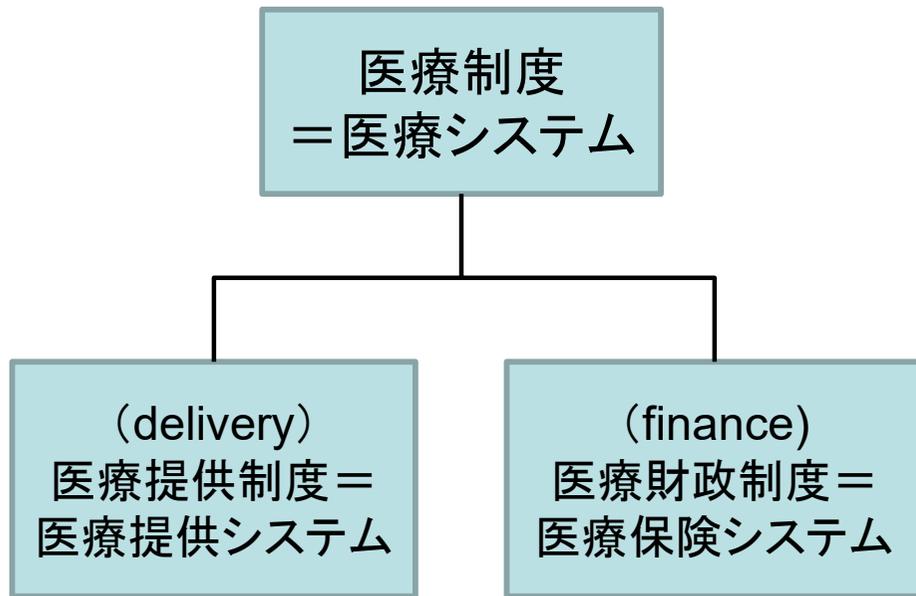
【質問2】

「保険あって医療なし」の状態でも国民皆保険と言えるか？

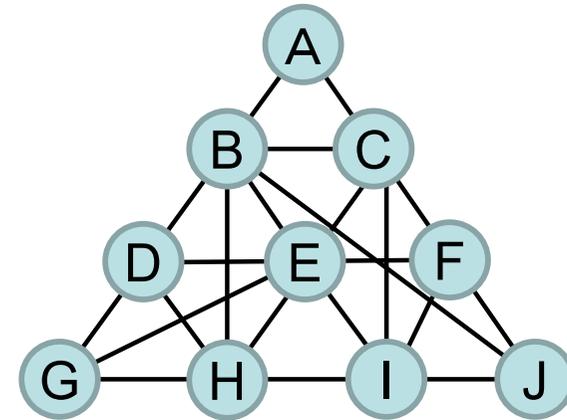
【質問3】

「国民皆**保険**の堅持」とは、社会保険方式を維持することまで含意するか？

医療制度とは何か？



「制度」(英語ではinstitutions)は、「システム」とほぼ同義。したがって、医療制度がdeliveryとfinanceから成るということは、医療システムが、医療提供システムというサブ・システム(sub-system)と医療財政システム(日本では医療保険システムと同義)というサブシステムの2つから成ると言い換え可能である。



「制度」は構造(英語ではstructure)として捉えることができる。構造とは構成要素(英語ではcomponent)の集合体である。個々の構成要素は、互いに複雑に絡み合って成り立っている。このため、**改革に当たっては構成要素相互の関連を分析することが不可欠である。“よい接ぎ木”よりも“木に竹を接ぐ”ことの方が多い。**

UHCの実現の手法

UHC (Universal Health Coverage) を実現する手法としては、大別して2つがある。どちらを選択するかは、医療政策の大きな「分岐点」である。

(1) 社会保険方式

「国民皆(全員)」を「社会保険」によりカバーする方式。財源は主として保険料である。

(代表国) 日本、ドイツ、フランス、オーストリア、オランダ、スイス

(注)「保険」とは、あらかじめ保険料を拠出し保険事故(医療では病気・怪我)が生じた場合に給付を行う仕組みである。なお、民間保険と異なり社会保険では、①強制加入が通例、②保険料は傷病リスクに比例しない、③保険料は応能負担(所得に応じた負担)が加味されるのが通例、といった相違がある。

(2) 税方式

政府(国または地方自治体)が医療サービスを直接供給する方式。財源は当然税金であるため、一般に「税方式」と呼ばれる。

(代表国) 英国、北欧4国、カナダ、オーストラリア、ニュージーランド、イタリア

(注)この方式の重要なポイントは、政府がdelivery とfinanceを一体的に行うことにある。その意味では、税方式というよりも直接供給方式と呼ぶ方が、その本質を的確に表している。

Privately delivered
And publicly financed

図 医療制度の粗い国際比較

	日本	ドイツ	フランス	イギリス	スウェーデン	アメリカ							
供給	「民」中心 (公の占める割合は約3割)	「公」中心 (公の占める割合は約9割)	「公」中心 (公の占める割合は約7割)	ほぼすべてが「公」	ほぼすべてが「公」	「民」中心 (公の占める割合は約25%)							
財政	「公」 (社会保険方式)	「公」 (社会保険方式)	「公」 (社会保険方式)	「公」 (税方式)	「公」 (税方式)	「民」 (メディケア・メディケイドを除く)							
財政の制度設計	<ul style="list-style-type: none"> ○国民皆保険 ○社会保険方式 ○「保険料」のほか「税」の割合も高い 	<ul style="list-style-type: none"> ○国民の9割が対象(自営業者・高所得者は任意加入) ○社会保険方式 ○原則として「保険料」 	<ul style="list-style-type: none"> ○全国民が対象 ○社会保険方式 ○保険料が約5割、その他一般社会拠出金等が約5割 	<ul style="list-style-type: none"> ○全国民を対象 ○保健サービス方式 ○財源は「税」 	<ul style="list-style-type: none"> ○全国民を対象 ○保健サービス方式 ○財源は「税」 	<ul style="list-style-type: none"> ○公的医療費保障は、高齢者・障害者、低所得者、児童のみ ○メディケアは社会保険方式 ○メディケイドは「税」により低所得者をカバー 							
	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>75歳</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 33%;">後期高齢者医療</td> <td style="width: 33%;">国民健康保険</td> <td style="width: 33%;">被用者保険</td> </tr> </table> </div>	後期高齢者医療	国民健康保険	被用者保険	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>9割の国民を社会保険方式でカバー</p> <p>自営業者等は任意加入</p> </div> <p>※2009年1月から国民皆保険化(公的保険が民間保険に加入)</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 33%;">民間セクターの被用者保険一般制度</td> <td style="width: 33%;">公務員等の被用者保険特別制度</td> <td style="width: 33%;">自営業者保険</td> </tr> </table> </div>	民間セクターの被用者保険一般制度	公務員等の被用者保険特別制度	自営業者保険	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <p>税方式で国民全員をカバー</p> </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <p>税方式で国民全員をカバー (県単位)</p> </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>65歳</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 50%;">公的医療保険(メディケア)</td> <td style="width: 50%;">民間保険に任意加入</td> </tr> </table> </div>	公的医療保険(メディケア)
後期高齢者医療	国民健康保険	被用者保険											
民間セクターの被用者保険一般制度	公務員等の被用者保険特別制度	自営業者保険											
公的医療保険(メディケア)	民間保険に任意加入												

(出典) 島崎謙治 (2020) 『日本の医療—制度と政策 [増補改訂版]』 29頁を一部改変。

医療提供体制の国際比較 (2021年)

国名	平均在院日数 (急性期)	人口千人 当たり 病床数	人口千人 当たり 臨床医師数	100床 当たり 臨床医師数	人口千人 当たり 臨床看護 職員数	100床 当たり 臨床看護 職員数
日本	16.0	12.6	2.6※1	20.5※1	12.1※1	95.8 ※1
韓国	7.6	12.8	2.6	20.0	8.8	68.7
ドイツ	7.4	7.8	4.5	58.4	12.0	155.0
フランス	5.6	5.7	3.2	56.4	8.6	151.9
英国	7.1	2.4	3.2	131.2	8.7	358.4
米国	5.9	2.8	2.7	96.3	11.8※2	432.2※2

出典: OECD Health Data Statistics 2023

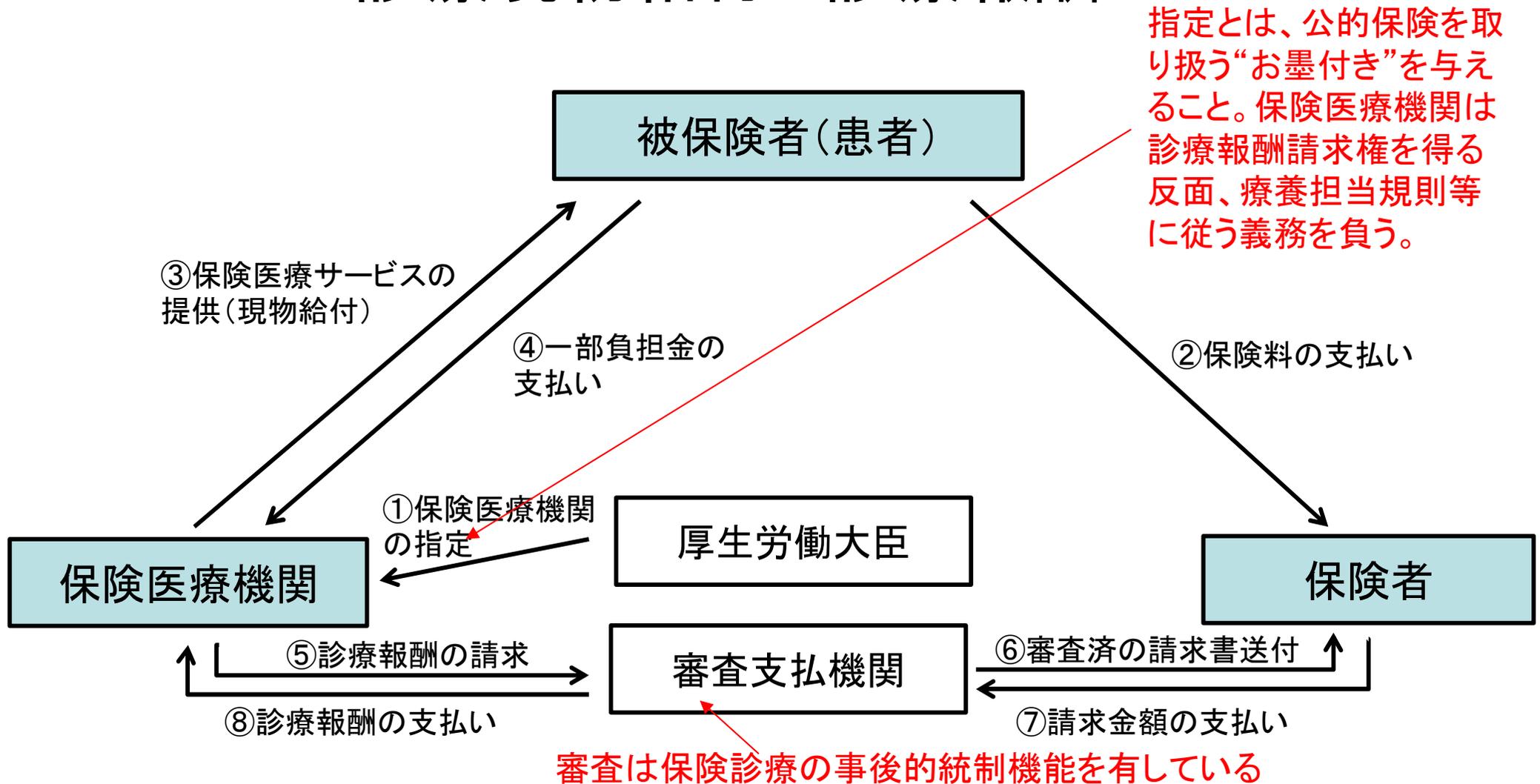
注1 「※1」は2020年、「※2」は実際に臨床にあたる職員に加え、研究機関等で勤務する職員を含む。

注2 病床百床あたり臨床医師数ならびに臨床看護職員数は、総臨床医師数等を病床数で単純に割って百を乗じた数値である。

注3 平均在院日数の算定の対象病床はOECDの統計上、以下の範囲となっている。

日本: 全病院の病床。ドイツ: 急性期病床、精神病床、予防治療施設及びリハビリ施設の病床(ナースিংホームの病床を除く)。
フランス: 急性期病床、長期病床、精神病床、その他の病床。イギリス: NHSの全病床(長期病床を除く)。アメリカ: AHA
(American Hospital Association)に登録されている全病院の病床

診療現物給付と診療報酬



保険医療機関が保険者に代わって保険診療を提供する(現物給付を行う)ことの「対価」が診療報酬なのである。

医療費の伸び率の要因分解

○ 医療費の伸び率のうち、人口及び報酬改定の影響を除いた「その他」は近年1~2%程度であり、令和2年度は-3.6%。その要因には、医療の高度化、患者負担の見直し等種々の影響が含まれる。

	H15年度 (2003)	H16年度 (2004)	H17年度 (2005)	H18年度 (2006)	H19年度 (2007)	H20年度 (2008)	H21年度 (2009)	H22年度 (2010)	H23年度 (2011)	H24年度 (2012)	H25年度 (2013)	H26年度 (2014)	H27年度 (2015)	H28年度 (2016)	H29年度 (2017)	H30年度 (2018)	R元年度 (2019)	R2年度 (2020)
医療費の伸び率 ①	1.9%	1.8%	3.2%	-0.0%	3.0%	2.0%	3.4%	3.9%	3.1%	1.6%	2.2%	1.9%	3.8%	-0.5%	2.2%	0.8%	2.3%	-3.2% (注1)
人口増の影響 ②	0.1%	0.1%	0.1%	0.0%	0.0%	-0.1%	-0.1%	0.0%	-0.2%	-0.2%	-0.2%	-0.2%	-0.1%	-0.1%	-0.2%	-0.2%	-0.2%	-0.3%
高齢化の影響 ③	1.6%	1.5%	1.8%	1.3%	1.5%	1.3%	1.4%	1.6%	1.2%	1.4%	1.3%	1.2%	1.0%	1.0%	1.2%	1.1%	1.0%	1.1% (注2)
診療報酬改定等 ④		-1.0%		-3.16%		-0.82%		0.19%		0.004%		0.1% 消費税率 1.36% (注3)		-1.33% (注4)		-1.19% (注5)	-0.07% (注6)	-0.46% (注7)
その他 (①-②-③-④) ・医療の高度化 ・患者負担の見直し等	0.2%	1.2%	1.3%	1.8%	1.5%	1.5%	2.2%	2.1%	2.1%	0.4%	1.1%	0.7%	2.9%	-0.1%	1.2%	1.1%	1.6%	-3.6%
制度改正	H15.4 被用者本人3割負担等			H18.10 現役並み所得高齢者3割負担等		H20.4 未就学2割負担						H26.4 70-74歳2割負担 (注8)						

注1: 医療費の伸び率は、令和元年度までは国民医療費の伸び率、令和2年度は概算医療費(審査支払機関で審査した医療費)の伸び率(上表の斜体字、速報値)であり、医療保険と公費負担医療の合計である。

注2: 令和2年度の高齢化の影響は、令和元年度の年齢別1人当たり医療費と令和元年度、2年度の年齢別人口からの推計値である。

注3: 平成26年度の「消費税対応」とは、消費税率引上げに伴う医療機関等の課税仕入れにかかるコスト増への対応分を指す。平成26年度における診療報酬改定の改定率は、合計0.10%であった。

注4: 平成28年度の改定分-1.33%のうち市場拡大再算定の特例分等は-0.29%、実勢値等改定分で計算すると-1.03%。

なお、「市場拡大再算定の特例分等」とは年間販売額が極めて大きい品目に対する市場拡大再算定の特例の実施等を指す。

注5: 平成30年度の改定分-1.19%のうち薬価制度改革分は-0.29%、実勢値等改定分で計算すると-0.9%。

注6: 令和元年10月消費税引上げに伴う診療報酬改定(診療報酬+0.41%、薬価改定-0.48%)のうち影響を受ける期間を考慮した値。

注7: 令和元年10月消費税引上げに伴う診療報酬改定に係る平年度効果分を含む。

注8: 70-74歳の者の一部負担金割合の予算凍結措置解除(1割→2割)、平成26年4月以降新たに70歳に達した者から2割とし、同年3月までに70歳に達した者は1割に据え置く。

画期的C型肝炎薬の登場の影響

医療費の伸び率の要因分解

	H22年度 (2010)	H23年度 (2011)	H24年度 (2012)	H25年度 (2013)	H26年度 (2014)	H27年度 (2015)	H28年度 (2016)	H29年度 (2017)	H30年度 (2018)	R元年度 (2019)	R2年度 (2020)	R3年度 (2021)	R4年度 (2022)	R5年度 (2023)
医療費の伸び率 ①	3.9%	3.1%	1.6%	2.2%	1.9%	3.8%	-0.5%	2.2%	0.8%	2.3%	-3.2%	4.8%	3.7%	2.9% (注1)
人口増の影響 ②	0.0%	-0.2%	-0.2%	-0.2%	-0.2%	-0.1%	-0.1%	-0.2%	-0.2%	-0.2%	-0.3%	-0.5%	-0.4%	-0.5%
高齢化の影響 ③	1.6%	1.2%	1.4%	1.3%	1.2%	1.0%	1.0%	1.2%	1.1%	1.0%	1.0%	1.1%	0.9%	0.7% (注2)
診療報酬改定等 ④	0.19%		0.004%		0.1% 1.26% 消費税対応 1.36% (注3)		-1.33% (注4)		-1.19% (注5)	-0.07% (注6)	-0.46% (注7)	-0.9% (注8)	-0.94%	-0.64% (注9)
その他 (①-②-③-④) ・医療の高度化 ・患者負担の見直し等	2.1%	2.1%	0.4%	1.1%	0.7%	2.9%	-0.1%	1.2%	1.1%	1.6%	-3.5%	5.1%	4.2%	3.3%
制度改正					H26.4 70-74歳 2割負担 (注10)								R4.10 一定以上 所得高齢者 2割負担	

注1：医療費の伸び率は、令和4年度までは国民医療費の伸び率、令和5年度は概算医療費（審査支払機関で審査した医療費）の伸び率（上表の斜体字、速報値）であり、医療保険と公費負担医療の合計である。

注2：令和5年度の高齢化の影響は、令和4年度の年齢別1人当たり医療費と令和4年度、5年度の年齢別人口からの推計値である。

注3：平成26年度の「消費税対応」とは、消費税率引上げに伴う医療機関等の課税仕入れにかかるコスト増への対応分を指す。平成26年度における診療報酬改定の改定率は、合計0.10%であった。

注4：平成28年度の改定分-1.33%のうち市場拡大再算定の特例分等は-0.29%、実勢値等改定分で計算すると-1.03%。

なお、「市場拡大再算定の特例分等」とは年間販売額が極めて大きい品目に対する市場拡大再算定の特例の実施等を指す。

注5：平成30年度の改定分-1.19%のうち薬価制度改革分は-0.29%、実勢値等改定分で計算すると-0.9%。

注6：令和元年10月消費税引上げに伴う診療報酬改定（診療報酬+0.41%、薬価改定-0.48%）のうち影響を受ける期間を考慮した値。

注7：令和元年10月消費税引上げに伴う診療報酬改定に係る平年度効果分を含む。

注8：令和3年度の国民医療費を用いて、薬価改定の影響を医療費に対する率へ換算した値。

注9：令和5年度の概算医療費を用いて、薬価改定の影響を医療費に対する率へ換算した値。

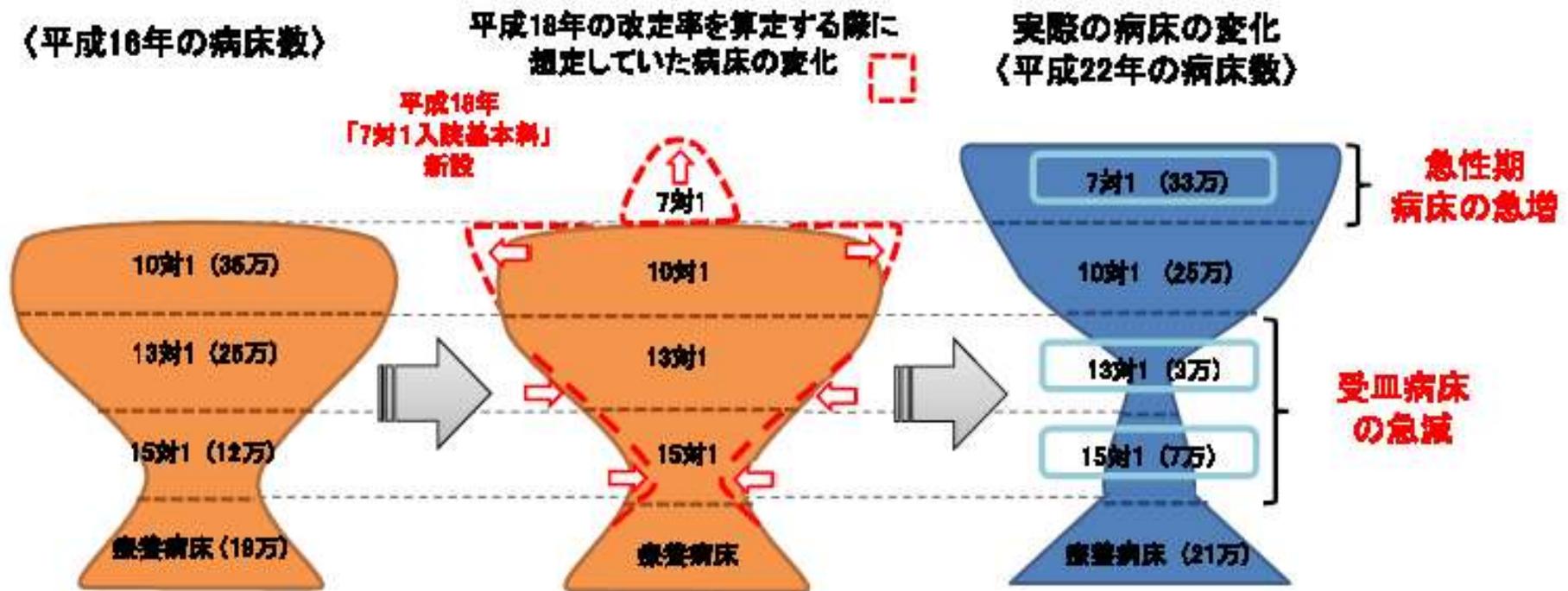
注10：70-74歳の者の一部負担金割合の予算凍結措置解除（1割→2割）。平成26年4月以降新たに70歳に達した者から2割とし、同年3月までに70歳に達した者は1割に据え置く。

診療報酬の政策誘導機能の意義と限界

1. 点数表は単なる公定料金表ではなく、保険給付の範囲を決めるとともに、算定要件の変更等を通じ保険診療の内容、質・量をも制御。
2. 診療報酬の政策誘導機能によって、医療機関を望ましい方向に誘導し、医療費のセクター間の配分や医療費のマクロ管理機能を実質的に発揮させ、ファイナンスと結合。
3. ただし、診療報酬は診療の対価であり、万能ではない。また、しばしば“間違える”。

医療提供体制改革(病床の数のコントロール)

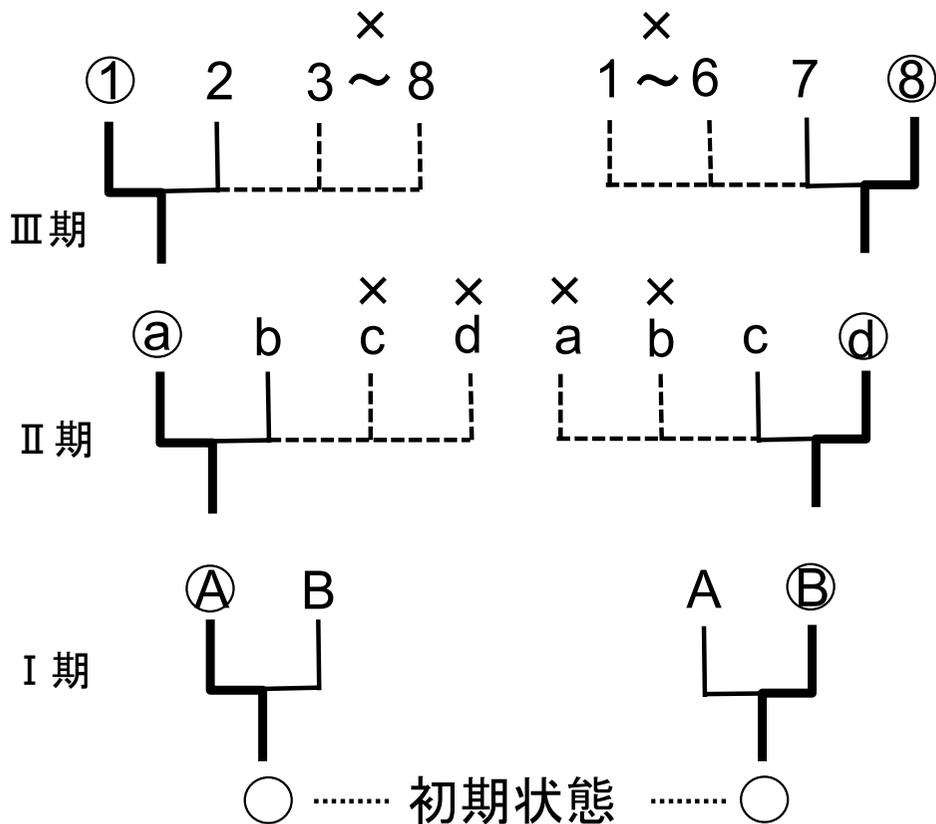
- **診療報酬は**一定の要件を満たせば算定できるため、ある診療報酬を算定する**病床の数を制限することはできない。**
- 今回の医療提供体制改革は2025(平成37)年を見据え、平成29年度にかけて順次必要な措置を講じていくものであり、単に診療報酬の配分によって対応するというだけでは行き過ぎた医療提供体制の変化をもたらす可能性があり、**まずは、医療法改正による病床の適切な区分の設定などによる実効的な規制手法を講じることが不可欠**(病床の数のコントロールが不可欠)。



※平成22年の病床数(療養病床除く)は許可病床数。その他の病床数は稼働病床数を示している。

経路依存性と政策選択

【イメージ図】



【説明】

1. 経路依存性 (path dependence)とは、制度が過去の政策選択や歴史的な偶然等によって拘束されることをいう。換言すれば、初期状態はほぼ同じなのに、その後の僅かな違いによって異なる歩みを辿り、結果的には、まったく別箇の制度となってしまうことをいう。
2. 左の「イメージ図」で、最初に A を選ぶと、次の段階での政策の選択肢が絞られる (この図では aかbに限られる)。以下同様。
3. 現行の制度はこれまでの政策決定と因果関係が存在。「正史」は“一本道”の説明により正統性を強調。しかし、実際は政策選択の分岐点があったはずである。

米国の国民皆保険の挑戦と頓挫

1. ビスマルクの社会保険三立法の画期性

ビスマルクの社会保険三立法(三部作)は、ヨーロッパの社会保障学者の間で熱狂的に歓迎された。その理由は、個人の責任を重視する古典的自由主義の下では、エリザベス救貧法以来の「劣等処遇の原則」を乗り越えることができなかったが、将来のリスクに備え自ら保険料を拠出するという「保険」の要素を組み込むことにより、社会保障の対象を広く労働者等に広げることができたからである。

2. 20世紀初頭の米国における労働立法化の動向とその後

米国でもビスマルクの社会保険立法の影響は及び、1910年代に労働者を対象とする健康保険法案が14州で提出された。しかしこれは結果的に失敗に終わった。重要なことは、1つの失敗が次の状況を生み出し、次の政策選択を拘束していくということ。例えば、民間保険が医療市場を「先占」すると、後から統一的な公的医療保険制度を創設することは難しい。このため、民間医療保険への加入義務を課すことにより国民皆保険に近づけようとする考え方が生まれる。ニクソン大統領の皆保険構想はその創始。オバマケアもその系譜に属する。

以上は、日本の国民皆保険の実現の歩みと比較すると興味深い政策的示唆が得られよう。

日独の医療保険制度の相違

1. 被保険者の保険者選択制とリスク構造調整

ドイツでは「管理された競争」モデルの影響を受け、1990年代半ばから、被保険者が保険者を選択できる政策が採られた。保険者の競争条件の同等性(イコール・フットイング)を確保するためには、年齢や所得水準だけでなく疾病リスクまで含め完全なリスク構造調整が必要になる。重要なことは、完全なリスク構造調整を行うということは実質的に保険者を統合することと同じだということ。実際、ドイツでは、疾病金庫の統合が急激に進むとともに疾病金庫間の保険料率の差がなくなった。また、国家管理も強まる傾向にある。

⇒ しかし、**国家と私人の間に中間団体が挟まり多元的・自律的に意思決定を行うというモデルは時代遅れなのだろうか？**

2. ドイツは国民皆保険か？

ドイツの疾病保険(健康保険)は、ドイツは労働者のための保険として成立し、今日でもその性格が残存している。自営業者等は、一定の条件を満たさないと公的医療保険に任意加入さえできない。こうした者が傷病リスクをヘッジしようと思えば、民間保険に入るよりない。また、被用者であっても高所得者は公的保険の強制加入者ではない(任意加入はできる)。

ドイツには日本の国民健康保険に相当する仕組みはない。**ドイツの国民皆保険は公的医療保険に入れられない者に対し、民間医療保険の受入れ義務を課すもの。**

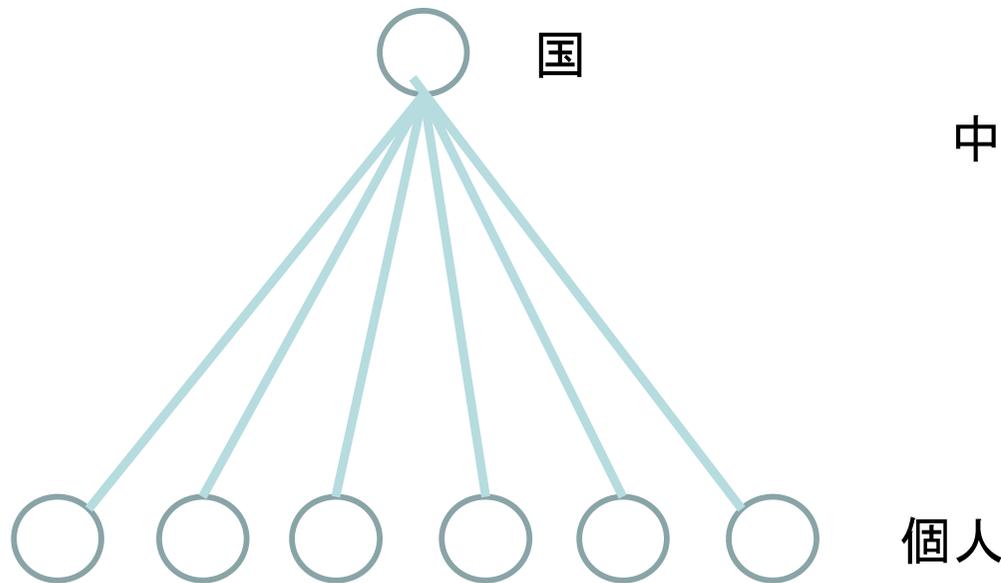
したがって日本の国民皆保険とは異なる(島崎は「国民皆保険化」と呼んでいる)。

(参考) 国・個人対峙型 vs 中間団体介在型

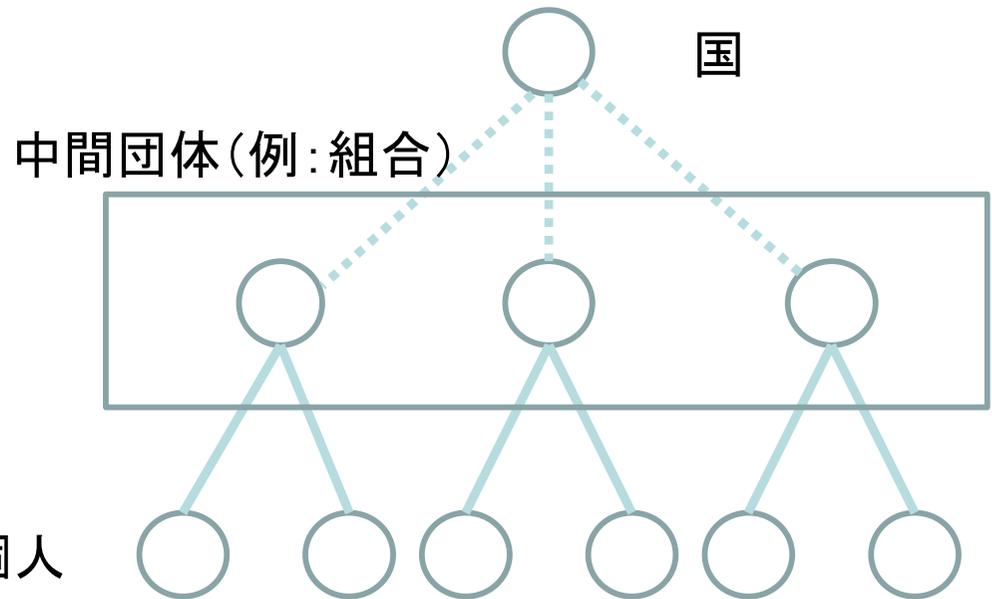
国と個人が直接向き合うのではなく、自生的な中間団体を間に挟むことにより、自律的かつ民主的な意思決定が行われ国民の納得感が高まるのか、それとも個人の自由が奪われやすくなるのか？。

→ あるいは、中間団体間の不平等(格差)が増すのか？

国・個人対峙型



中間団体介在型



※ 中間団体:元々は、中世ヨーロッパ社会におけるギルドやツunftなど国家と個人の間には存在する団体を指す。

社会保険料への租税法律主義の適用の有無

1. 旭川訴訟(最大判平18・3・1)判決要旨

- ①. 保険料は保険給付を受けることの反対給付として徴収されるものであり、**租税法律主義は直接適用されない**、②ただし、保険料は強制徴収されるので租税法律主義の趣旨は及ぶ、③しかし、保険料の用途は限定されており、賦課要件の規律の程度は国保の目的・特質等を考慮し判断されるべきである、④本件条例は算定基準は明確にしたうえで細目を告示に委ねたものであり、予算・決算の議会審議を通じて民主的な統制が及ぶ、⑤したがって本件条例は憲法84条の租税法律(条例)主義に反しない。

2. 旭川訴訟判決の意義

- (1) 保険料であるか否かの識別基準： 保険料の拠出と保険給付を受け得る地位が個人単位で結びついているかどうか(牽連性)が重要。
- (2) 保険者自治との関係： **社会保険料について、租税法律主義の「趣旨は及ぶ」としながらも、租税と同じ規律密度を要求していない。ただし、最高裁は、その際、民主的統制がとれているか否かを重視している。**

II . 軌跡

日本の医療制度の特徴

1. デリバリー（サービスの提供）

- 民間セクター中心の医療提供体制 日本の病床の約7割は民間セクター。
（沿革）
西欧諸国では病院と診療所は別個のものとして生成発展。これに対し日本は、1942年の国民医療法の制定まで、病院は診療所の一形態という位置づけ。
- フリーアクセスの尊重 外来の受診回数は日本は欧米諸国の概ね2倍以上。
（関連）
ヨーロッパとくに英国など税方式の国のアクセスは非常に悪い。
スウェーデンは「0-7-90-90日ルール」も十分遵守されていない。
※ 2019年度から「7」は「3」に改正。ただし、アクセスが改善されたわけではない。

2. ファイナンス（費用の調達・決算）

- 被用者保険と地域保険の二本立てにより国民すべてを社会保険でカバー。
（沿革）
一世紀の歴史。**2022年は健保法制定百周年**であった。
大雑把に言えば、前半の半世紀は、戦前の基盤形成、戦争による打撃からの復興、国民皆保険を達成し拡充。後半の半世紀は、高齢者医療の負担の在り方を中心に見直しの歴史。

被用者保険と地域保険の二本建て

1. 基本構造

- 市町村(国保法上は都道府県)に住所を有する者は、当該市町村・都道府県を保険者とする国保(地域保険)の適用対象。ただし、被用者及びその被扶養者、国保組合の被保険者等は国民健康保険の適用除外という構造。
 - ※ なお、生活保護受給者は医療扶助が行われるため適用除外。
- つまり、わが国の国民皆保険は、市町村国保の「投網」をいったん国民全員にかけること(換言すれば市町村国保を「受け皿」とすること)により成り立っている。 ※「二本建て」といっても、並列的關係にあるわけではない。

2. 沿革

- 1922年:ドイツの疾病保険法をモデルとして、工業労働者を対象に健康保険法が制定。その後、ホワイトカラーなど対象拡大。
- 1938年:農民・自営業者等を対象に国民健康保険法(旧法)が制定。これは日本の独創である。ただし、任意設立・任意加入方式であった。
- 1958年:国民健康保険法を全面改正。1961年から全市町村で実施かつ強制加入(国保をベースとする国民皆保険の実現)。

1938年の旧国保法の制定の背景と成功要因

1. 背景

当時、農村の窮乏が深刻。医療内容も劣悪。被用者保険の「農村版」を作り、農村の疲弊を救済する必要に迫られた。

2. 成功要因

① 制度設計(例:診療報酬)に関し被用者保険の仕組みを「援用」できるとともに、地域保険を運営する行政財政のインフラが存在。

(例)この当時、住所管理(地域保険では必須)の仕組みができていた。また、地方住民税の徴収も行われていた。⇒ 住民のフローの所得の捕捉がある程度できており、応能負担の保険料設定が可能であった。

② 医療水準は高くなかったとはいえ、農村の医療を確保する活動等が展開されていた。例:現在の農業協同組合の前身が病院等を建設。

③ 戦時体制の強化に伴い、国が「健民健兵」(国民を健康にすることにより健康な兵士を作る)の一環として、国保の普及を強力に推進。
⇒ 1942年頃には全国で95%程度まで普及。ただしUHCに近づいたというのは過大評価(医師や医療資材の不足により保健活動中心が実情であった)。

なお、この当時、生命保険会社や損害保険会社は存在したが、公的医療保険が「先占」したため、民間医療保険と競合問題は発生しなかった。

1961年の国民皆保険の背景と成功要因

1. 背景

- ① 日本経済は、第二次世界大戦の壊滅的打撃を克服し急速に復興。
※ 社会保険は国民の所得水準が一定以上でなければ成立しない。
- ② 一方、傷病による貧困は大きな社会問題。1956年当時、総人口の約3割が無保険者状態にあった。
- ③ 1955年に保守勢力が結集し現在の自由民主党が結成。政治が戦後復興の「明るいシンボル」を求めている。
⇒ いわば経済復興（「もはや戦後ではない」1956年度版経済白書）と貧困（「果たして戦後は終わったか」1956年度版厚生白書）が交錯する時代背景の中で、国民皆保険が政治プロセスに浮上した。

2. 成功要因

- ① 被用者保険と国民健康保険の二本建ての基盤が存在。
※ 国民皆保険前でも国民健康保険を実施していた市町村は数多く存在。
- ② 僻地に公立病院の設置が進むなど一定水準の医療のdeliveryが確保。
- ③ 地方自治関係団体・マスコミ等が国民皆保険を強く支持。
※ 国（厚生省）は当初は“及び腰”（皆保険は実現不可能だと考えていた）。
- ④ 経済界が国民皆保険を支持した。医師会も強い反対は行わなかった。
そのひとつの理由は当時の医療水準では医師は過剰気味であったこと。
- ⑤ 制度設計の権限の分散がなかった（厚生省に権限が一元化されていた）。
※ 最後まで議論があったのか、小規模事業所の従業員等の問題。
- ⑥ 貧富の差が大きいと皆保険は難しいが、日本は貧富の差が小さかった。 22

国民皆保険をめぐるエピソード

1. 「国民皆」のカバーと保険原理の相克

貧困のため市町村民税を免除されている者及びその世帯に属する者は適用除外する旨の条例準則の規定(昭和34・1・27保発5号, 5条1号)が設けられた。→ 改正通知(昭和36・3・23保発13号)により撤回。

2. 「国民皆保険の陰に結核予防法の改正あり」

結核は国民医療費の4分の1を占める「国民病」。その医療費を公的保険でカバーするのか、公費で負担するのか、生活保護で対応するのかは、大問題。結核命令入所者は全額公費負担(国庫補助率8割)すること等を内容とする結核予防法が1961年に成立。表題は島尾忠男の論文名。

3. 最後まで残った“小規模事業所の従業員問題”

従業員5人未満の小規模事業所の従業員を健保の対象とするか、国保の対象とするかは最後まで議論があった問題。理論上は健保の対象とすべきだが、実務が回らないため国保で受入れ。

国民皆保険が実現した後の給付の拡充

日本は1973年にオイルショックが起こるまで高度経済成長が続いた。これを背景に、給付内容を拡充するなど国民皆保険の実質を具備させていった。**1961年から73年にかけて10年余の“成熟過程”があった。**

(主な例)

①. 国民健康保険、被用者保険の被扶養者の給付率の引上げ(5割給付から7割給付へ)

②. 高額療養費(自己負担限度額の上限定)制度の導入

③. 給付期間(3年)を撤廃

④. 「制限診療」を撤廃

※ 制限診療・・・最新の高価の抗生物質を使用できるのは、サルファ剤を使ってもダメ、ペニシリンを使用しても効果がなかった場合に限られるなどの制限があった。

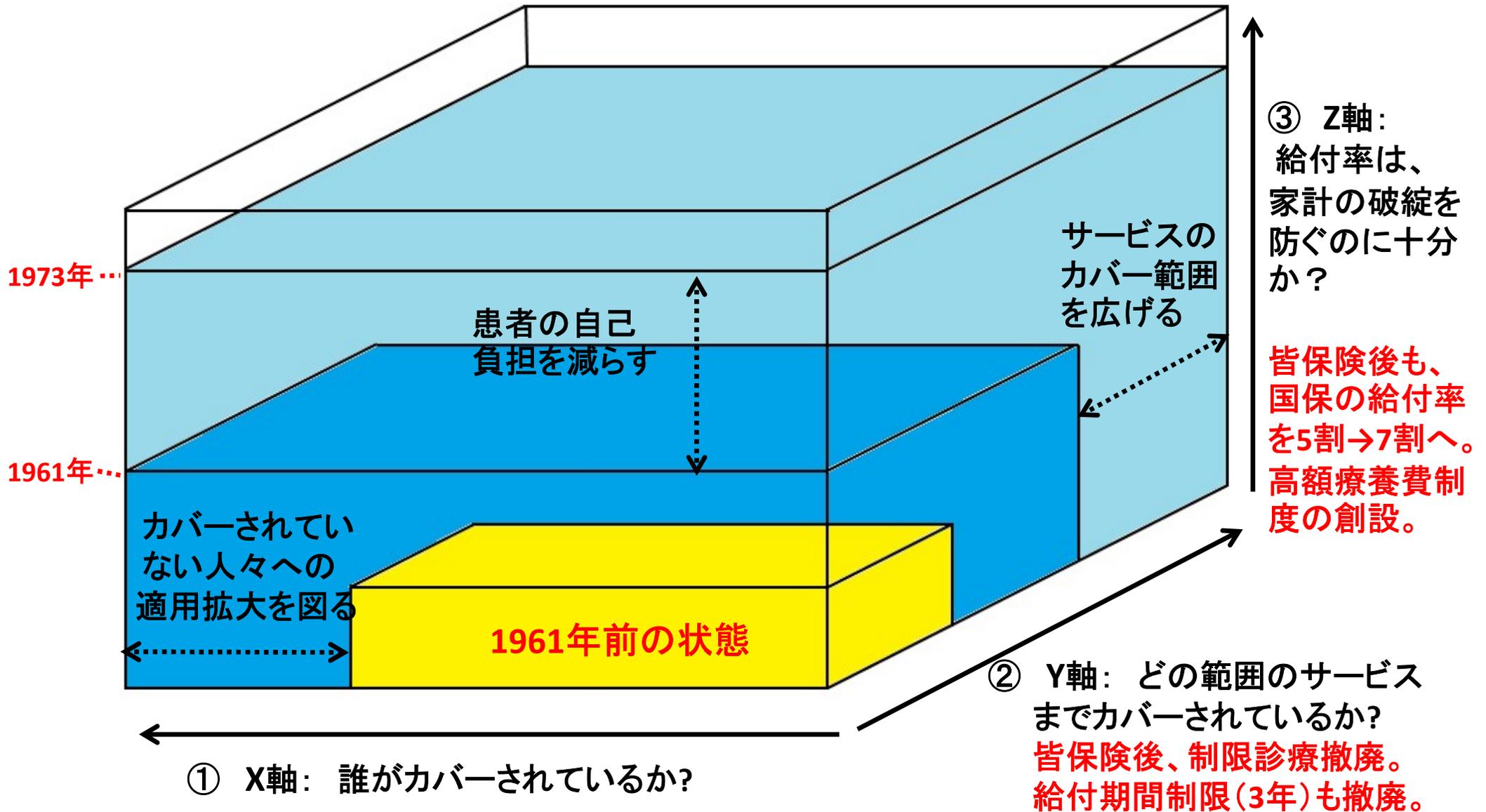
⑤. 老人医療費の無料化(1973年度から実施)

⇒ 演者は①から④は評価するが、⑤は(沢内村等の取組は別にして)日本の医療制度史上、最大の「失策」だとの評価。

なお、国民皆保険の完成という観点からはもう1つ重要な改正事項がある。それは、1984年の健保法の大改正の際、特定療養費制度を創設したこと。これは、混合診療を原則禁止したうえで、法的コントロール下で例外的・部分的解禁を図るもの。1984年の改正のメインストリームではないが重要な改正。

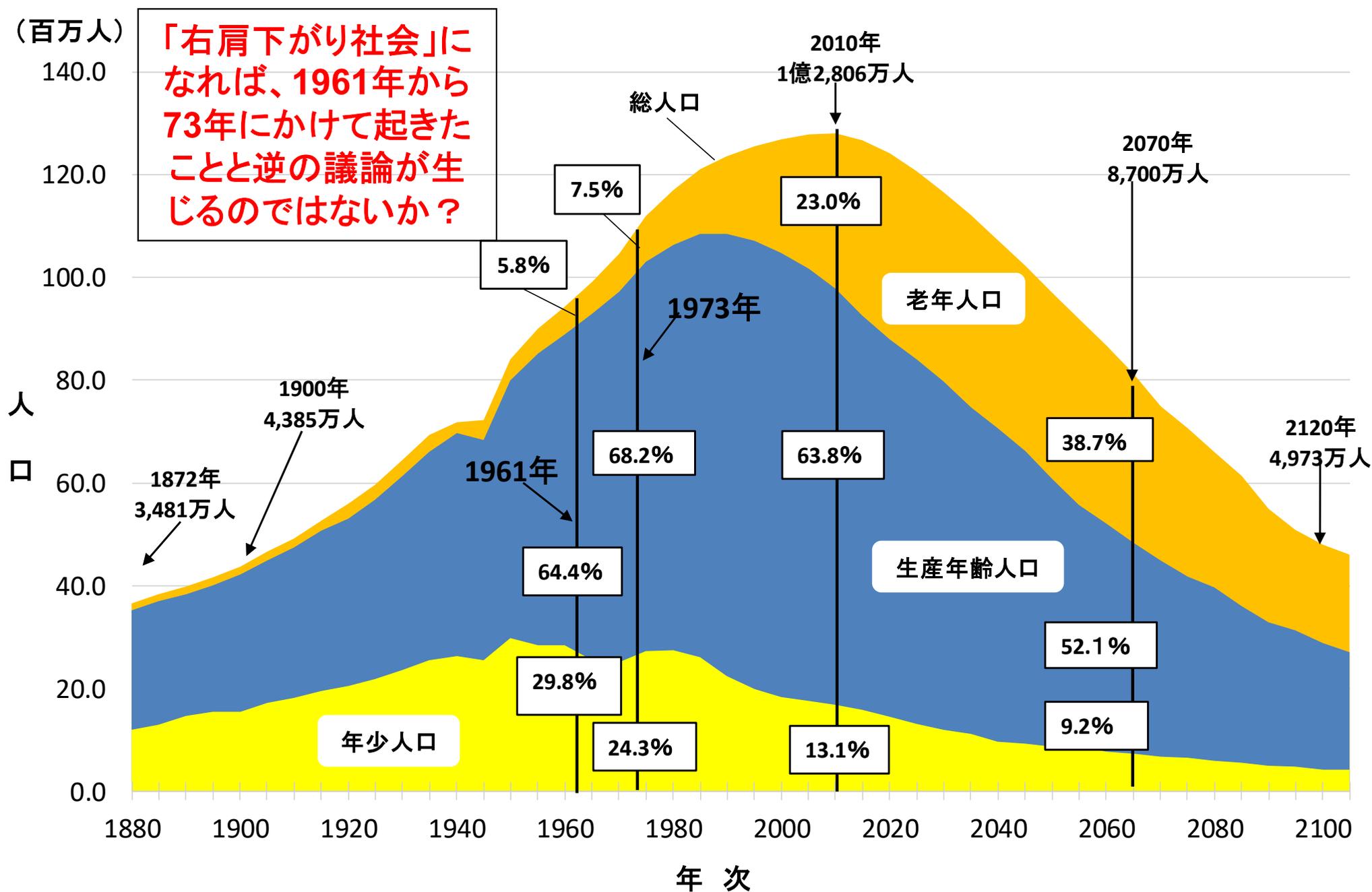
日本の国民皆保険の達成・成熟過程

(1961年前・1961年・1973年の比較)



(出典)筆者作成。立方体の図のコンセプトは「World Health Report 2010」による。

日本の人口の推移(年齢3区分) 1880-2120年



(出典)「国勢調査」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計(2023年推計)」

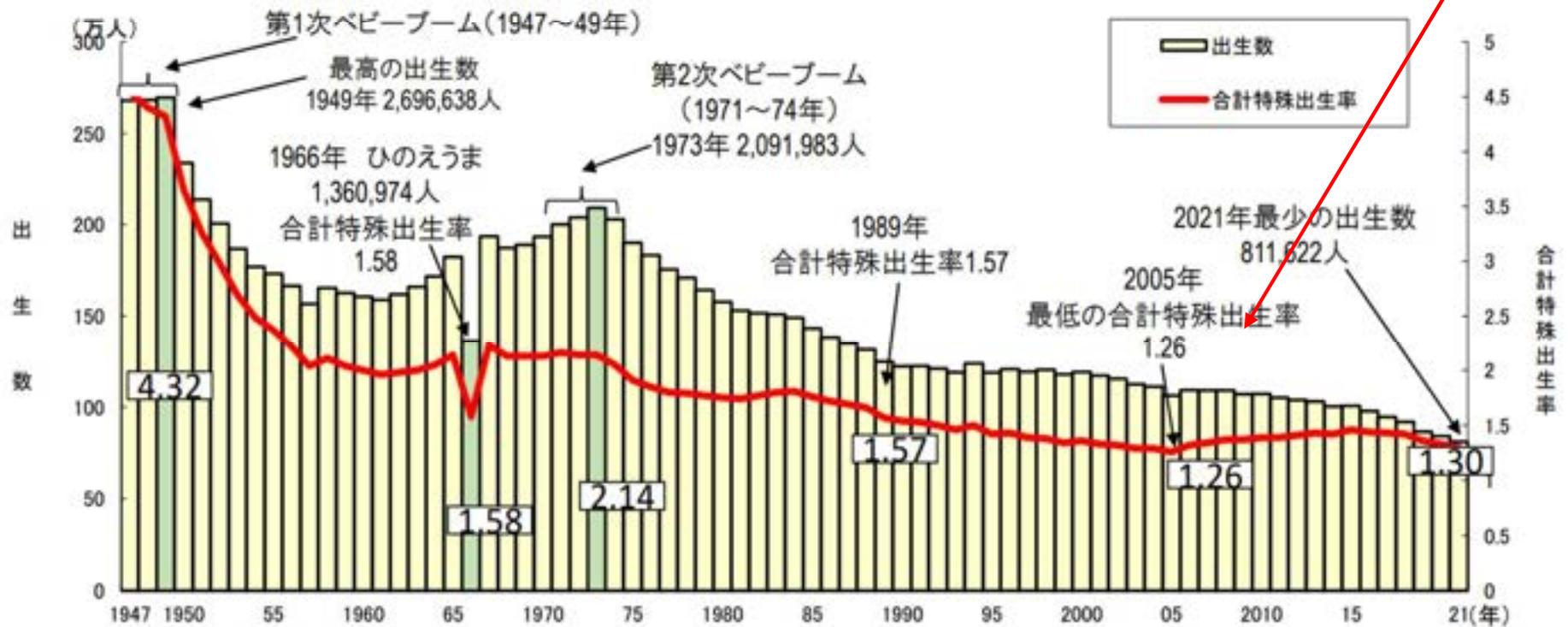
III. 展望

(1) 人口構造の変容と影響

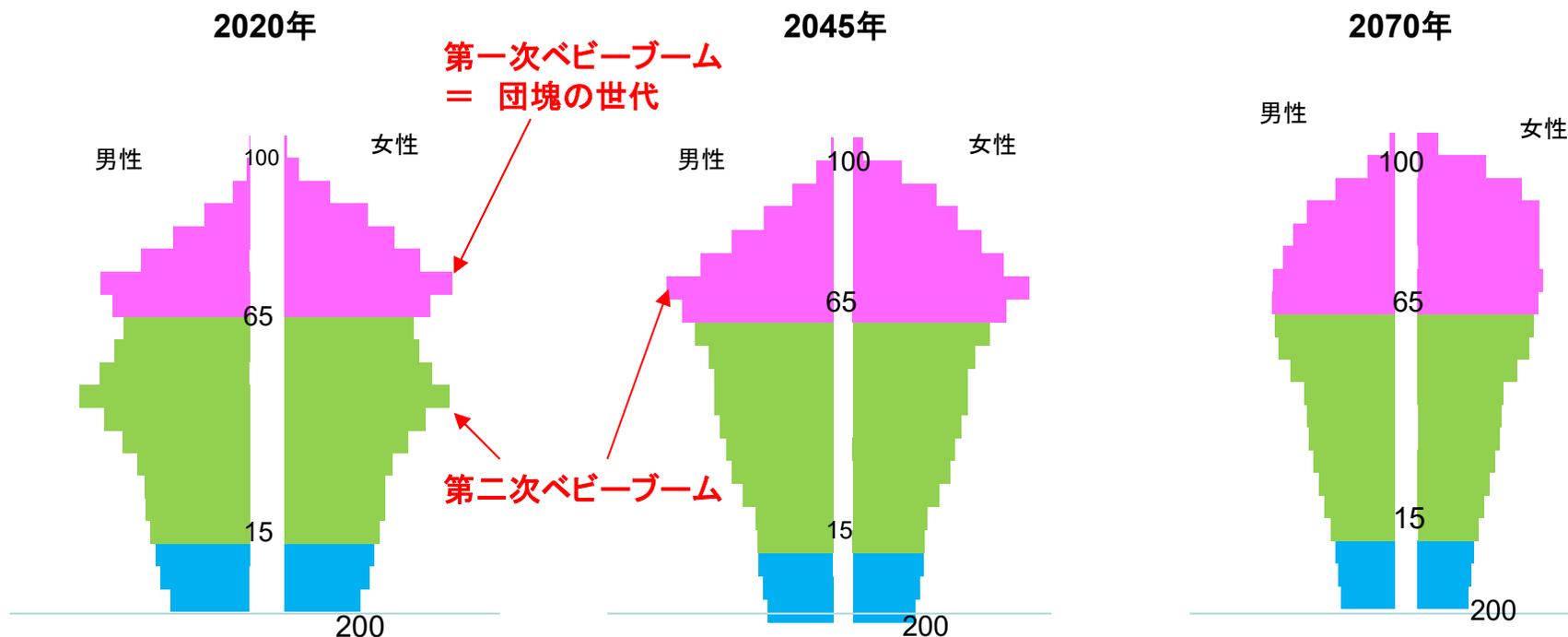
出生数、合計特殊出生率の推移

- 2022年1～10月の出生数（速報値：日本における外国人の出生等を含む）は66万9,871人、対前年同期間比マイナス4.8%となっており、2022年の年間の出生数は初めて80万人を下回る見込み。

年	1949年	1973年	1989年	2005年	2021年	2022年
出生数	269万 6,638人	209万 1,983人	124万 6,802人	106万 2,530人	81万 1,622人	77万 2024年は 約72万人 (2024年6月発表)
合計特殊出生率	4.32	2.14	1.57	1.26	1.30	2023年は1.20



人口ピラミッドの変化（2020年，2045年，2070年）



（留意すべき点）

- ① 「第一次ベビーブーム」(および「第二次ベビーブーム」)の影響が、“波のように”長期にわたり及ぶ。
- ② 今後、出生数が減少するのは合計特殊出生率が低下するからではない。母数となる出産年齢人口が減少するからである。（参考）出生率中位の場合の仮定値は、2020年が1.33、2070年が1.36。
- ③ 100歳以上は、1963年が153人。2024年は9.5万人。団塊の世代が100歳を超える頃の2051年には46.9万人、2070年は61.5万人、第二次ベビーブーマーが100歳を超える2075年には71.5万人と推計。
- ④ 「第二次ベビーブーム」・・・ 1971～74年生まれ。「就職氷河期」・・・ 1972～76年生まれ。

（注）縦軸は年齢、横軸は人口（単位：万人）。

（出典）1960年・2020年は「国勢調査」。2045年、2070年は、「日本の将来推計人口（2023年推計）」の出生中位・死亡中位推計。

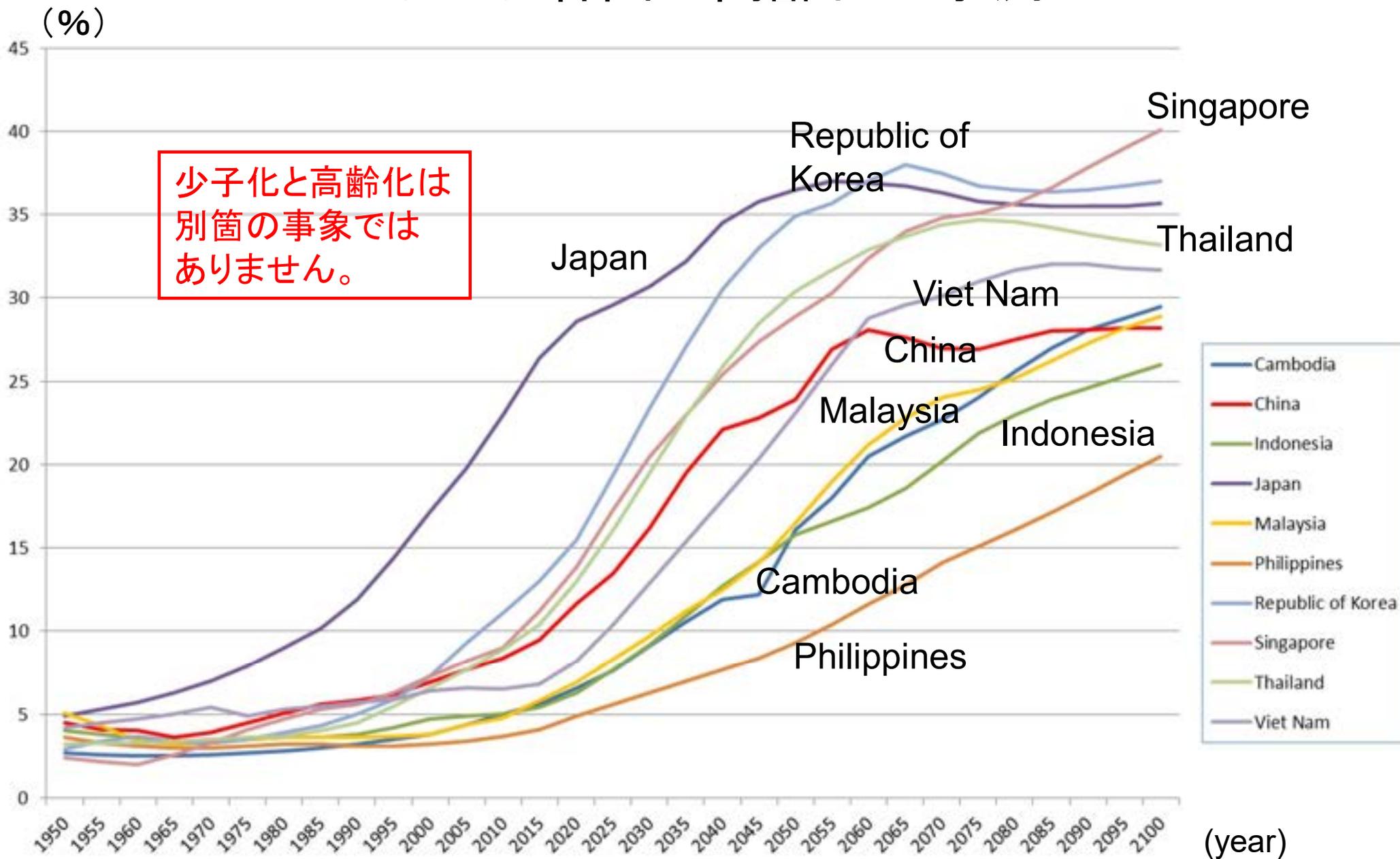
表：将来人口の基本指標

年	総人口(A) (万人)	人口3区分					高齢化率 (D/A)	老年人口の 生産年齢人 口に対する 割合(D/C)	(参考) 生産年齢人 口を20～69 歳、老年人口 を70歳以上 とした場合の 老年人口の 生産年齢人 口の割合
		年少 人口(B) (15歳未満) (万人)	生産年齢 人口(C) (15～64歳) (万人)	老年 人口(D) (65歳以上) (万人)	(参考) 再掲 (75歳以上) (万人)	(参考) 再掲 (85歳以上) (万人)			
2020	12,615 (100)	1,503 (100)	7,509 (100)	3,603 (100)	1,860 (100)	613 (100)	28.6 %	2.1人で 1人を 支える	2.8人で 1人を 支える
2040	11,284 (89)	1,142 (76)	6,213 (83)	3,929 (109)	2,228 (120)	1,006 (164)	34.8 %	1.6人で 1人を 支える	2.2人で 1人を 支える
2070	8,700 (69)	797 (53)	4,535 (60)	3,367 (93)	2,180 (117)	1,117 (182)	38.7 %	1.3人で 1人を 支える	1.7人で 1人を 支える

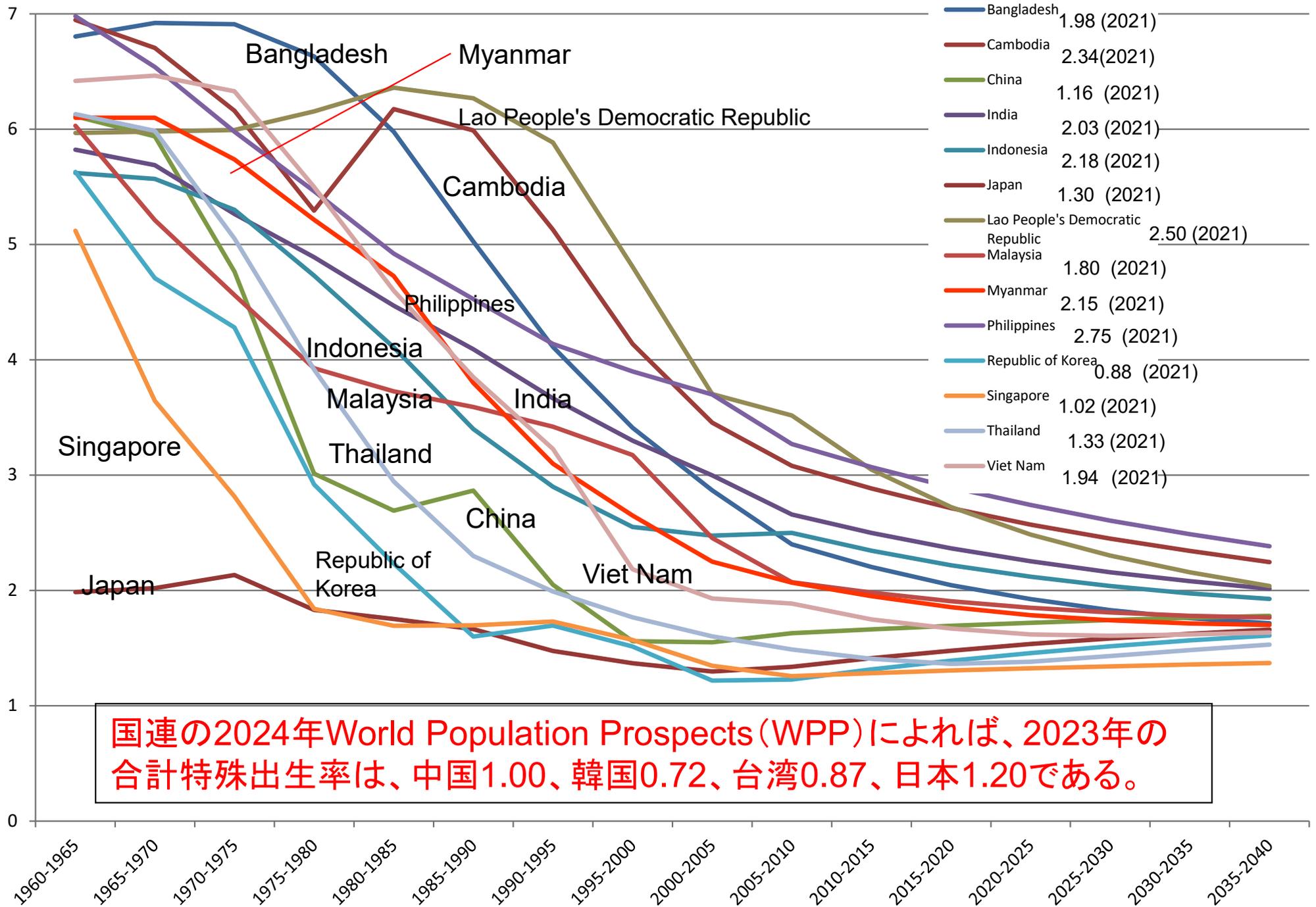
(注) 括弧書は2020年を100とした場合の割合。

(出典) 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(2023年推計)」(出生中位・死亡中位の場合)

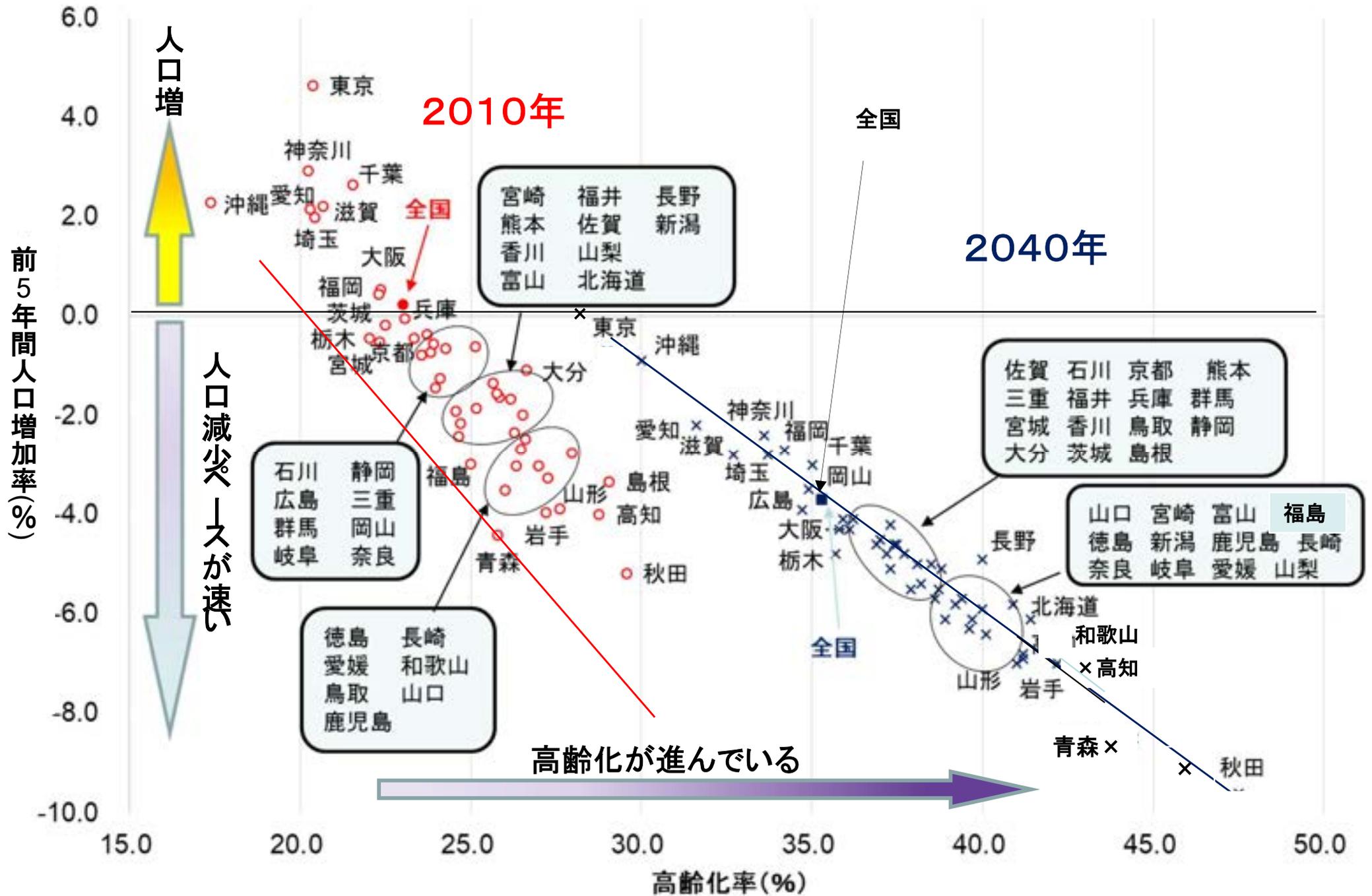
アジア各国の高齢化の予測



アジア諸国の合計特殊出生率の推移



図：都道府県別 高齢化率と人口減少率(2010年, 2040年)



世帯構造も変わる：例：「1人暮らし世帯」

○ 「1人暮らし高齢世帯」数

2000年：	女229万人、	男 74万人	計：303万人
2020年：	女482万人、	男256万人	計：738万人
2040年：	女623万人、	男418万人	計：1041万人(※)

※ 世帯主が65歳以上である世帯の43%に相当。

【注目】 2020年から2040年にかけての増加数，女性:142万人<男性:162万人

(出典)国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計(2024年推計)」

○ 一口で「1人暮らし世帯」と言っても……

- ①子どもが近距離にいる、
- ②子どもが離れて住んでいる、
- ③子どもも親戚もない、のでは意味はまったく異なる。

⇒ 少子化が進むことは、③が増えること。

○ 「団塊の世代」の後の男性の未婚率は非常に高い。

たとえば、生涯未婚率(50歳時の未婚率で代替)は、

1980年 男：2.60%、女：4.45%

2020年 男：28.25%、女：17.81%

○ 家族の代替機能を誰がどう果たすのかという問題が深刻化。単に成年後見人をつければよいという問題ではない。

2040年に向けた医療需要の変化

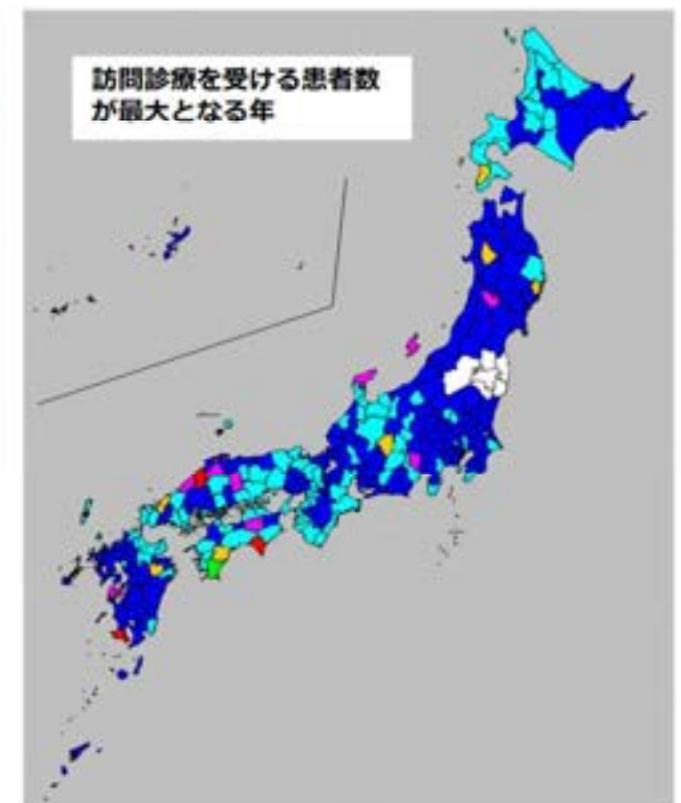
外来：既に減少局面にある医療圏が多い

入院：なお増加。ただし2035年までにピーク

在宅：多くの地域で増加。2040年以降にピーク

凡例

- ：2015年以前に最大
- ：2020年に最大
- ：2025年に最大
- ：2030年に最大
- ：2035年に最大
- ：2040年以降に最大

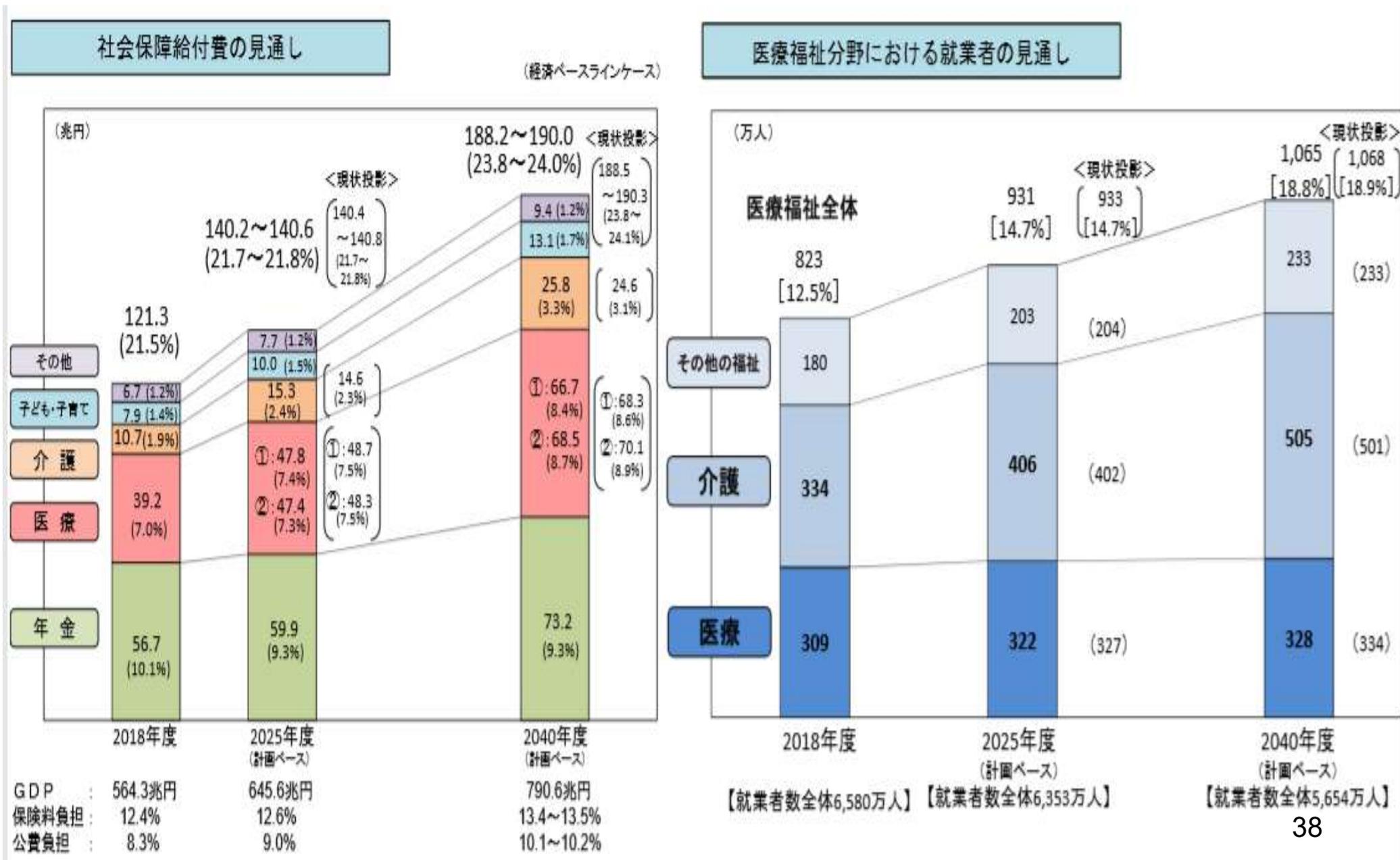


人口構造の変容と経済成長

1. 経済成長の源泉は、①資本蓄積、②労働力、③技術進歩の3つ。高齢化は貯蓄率を低下させ①にマイナスの影響、生産年齢人口の減少は②にマイナスの影響、を及ぼす。
2. 「就業者1人当たり生産性」、「就業率」の向上が重要。
※ $GDP / 総人口 = (GDP / 就業人口) \times (就業人口 / 総人口)$
なお、総人口の減少も、安定した国内市場の縮小等を通じ日本経済に影響を与える。
3. 医療・介護は成長産業であるが、成長「牽引」産業であるかどうかは別問題。医療・介護の生産性の向上が必要。
ICTの活用、ロボット技術の活用、チーム医療、タスクシフトの推進、業務のセグメント化と最適割当のほか、医療機能の分化と連携(介護を含む)が重要。

2040年を見据えた社会保障の将来見通し一抄一

(内閣官房・内閣府・財務省・厚生労働省 平成30年5月21日)



こども・子育て政策の強化（加速化プラン）の財源の基本骨格（イメージ）

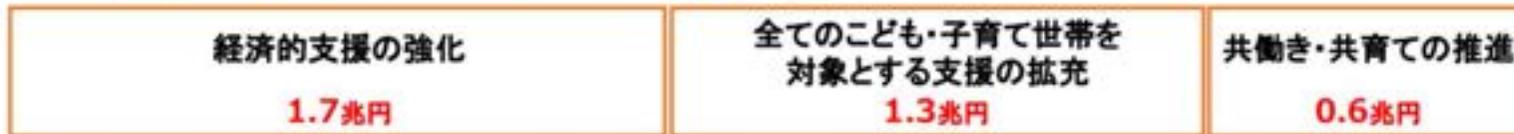
別紙6

令和5年12月22日 第9回こども未来戦略会議参考資料
(全世代型社会保障構築本部事務局提出)

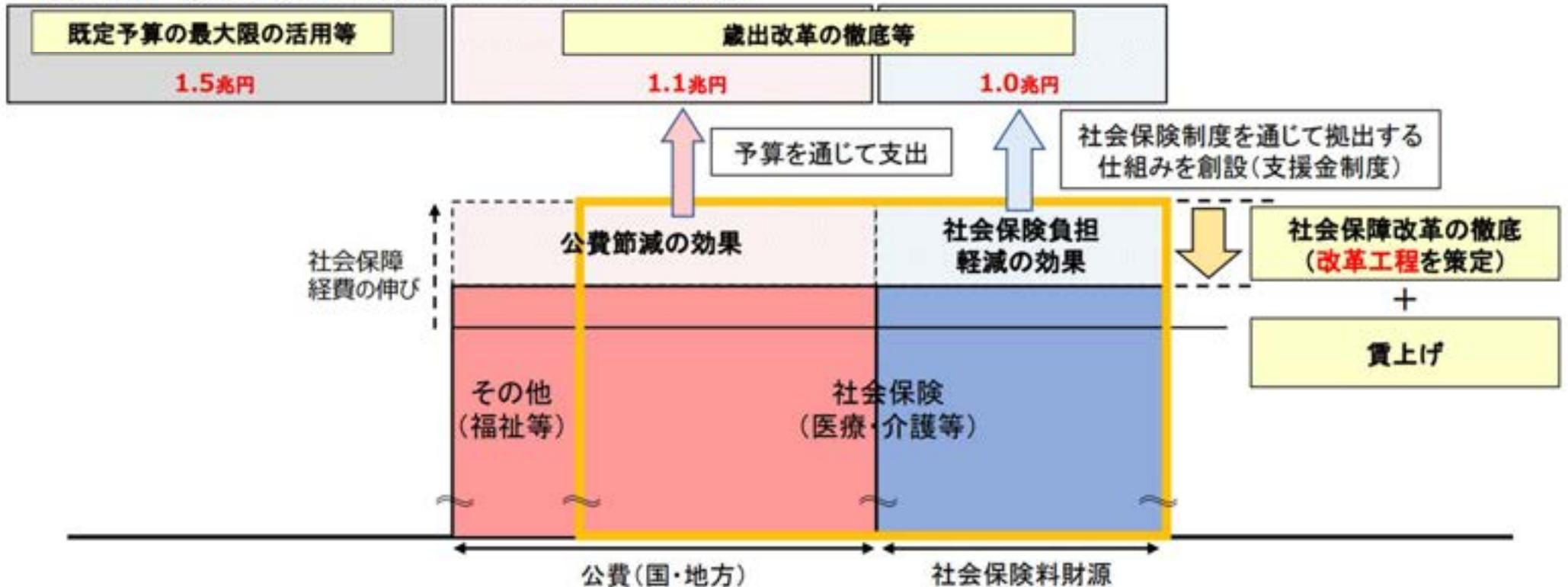
- 既定予算の最大限の活用等を行うほか、2028年度までに徹底した歳出改革等を行い、それによって得られる公費節減の効果及び社会保険負担軽減の効果を活用する。
- 歳出改革と賃上げによって実質的な社会保険負担軽減の効果を生じさせ、その範囲内で支援金制度を構築することにより、実質的な負担が生じないこととする。

【歳出面】 加速化プラン完了時点 **3.6兆円**

※3.6兆円(36000億円)÷1億人=3.6万円



【歳入面】 加速化プランの財源 = 歳出改革の徹底等



全世代型社会保障構築を目指す改革の道筋（改革工程）

内閣官房全世代型社会保障構築本部事務局作成資料

別紙 8

- ◆ 能力に応じて全世代が支えあう「全世代型社会保障」の構築に向け、将来世代も含めた全世代の安心を保障し、社会保障制度の持続可能性を高めるため、「時間軸」に沿って、今後取り組むべき課題をより具体化・深化させた「改革工程」を取りまとめ。
- ◆ 3つの「時間軸」で実施（①来年度（2024年度）に実施する取組、②加速化プランの実施が完了する2028年度までに実施について検討する取組、③2040年頃を見据えた、中長期的な課題に対して必要となる取組）
- ◆ 上記②の取組は、2028年度までの各年度の予算編成過程において、実施すべき施策を検討・決定

主な改革項目と工程

※ 2040年頃を見据えた中長期的取組については、省略。

	2024年度に実施する取組	2028年度までに検討する取組
働き方に中立的な社会保障制度等の構築	<ul style="list-style-type: none"> （労働市場や雇用の在り方の見直し） ・「同一労働同一賃金ガイドライン」等の必要な見直しの検討 ・「多様な正社員」の拡充に向けた取組 等 	<ul style="list-style-type: none"> （勤労者皆保険の実現に向けた取組） ・短時間労働者への被用者保険の適用に関する企業規模要件の撤廃等 ・フリーランス等の社会保障の適用の在り方の整理 等 ・年収の壁に対する取組 等
医療・介護制度等の改革	<ul style="list-style-type: none"> ・前期財政調整における報酬調整の導入 ・後期高齢者負担率の見直し ※上記2項目は法改正実施済み ・介護保険制度改革（第1号保険料負担の在り方） ・介護の生産性・質の向上（ロボット・ICT活用、経営の協働化・大規模化、人員配置基準の柔軟化等） ・イノベーションの適切な評価などの更なる薬価上の措置を推進するための長期収載品の保険給付の在り方の見直し ・診療報酬改定、介護報酬改定、障害福祉サービス等報酬改定の実施 ・入院時の食費の基準の見直し等 ・生活保護制度の医療扶助の適正化 	<ul style="list-style-type: none"> （生産性の向上、効率的なサービス提供、質の向上） ・医療DXによる効率化・質の向上 等 ・生成AI等を用いた医療データの利活用の促進 ・医療機関、介護施設等の経営情報の更なる見える化 ・医療提供体制改革の推進（地域医療構想、かかりつけ医機能が発揮される制度整備） ・介護の生産性・質の向上 ・イノベーションの推進、安定供給の確保と薬剤保険給付の在り方の見直し ・国保の普通調整交付金の医療費勘案等 等 ・国保の都道府県保険料率水準統一の更なる推進 ・介護保険制度改革（ケアマネジメントに関する給付の在り方、軽度者への生活援助サービス等に関する給付の在り方） ・サービス付き高齢者向け住宅等における介護サービス提供の適正化 ・福祉用具貸与のサービスの向上 等 ・生活保護の医療扶助の適正化等 ・障害福祉サービスの地域差の是正（能力に応じた全世代の支え合い） ・介護保険制度改革（利用者負担（2割負担）の範囲、多床室の室料負担） ・医療・介護保険における金融所得の勘案や金融資産等の取扱い ・医療・介護の3割負担（「現役並み所得」）の適切な判断基準設定等 ・障害福祉サービスの公平で効率的な制度の実現（高齢者の活躍促進や健康寿命の延伸等） ・高齢者の活躍促進 等 ・疾病予防等の取組の推進や健康づくり等 ・経済情勢に対応した患者負担等の見直し（高額療養費自己負担限度額の見直し/入院時の食費の基準の見直し） 等
「地域共生社会」の実現	<ul style="list-style-type: none"> ・重層的支援体制整備事業の更なる促進 ・社会保障教育の一層の推進 ・住まい支援強化に向けた制度改正 等 	<ul style="list-style-type: none"> ・孤独・孤立対策の推進 ・身寄りのない高齢者等への支援 等

これも明記されている！

(2) デリバリーの改革

まず結論から

1. 医療提供体制をめぐる政策の三本柱

① 働き方改革、② 地域医療構想、③ 医師等の偏在是正

2. 働き方改革

B水準は、地域医療確保 **暫定** 特例水準

- ・ 2024年度を凌げば終わりではない。B水準は2035年度末に解消。
- ・ ボディブローのように効く。地域医療構想や偏在是正を促す要因。

3. 地域医療構想

- ・ 「土俵」の拡大に反対ではないが、実効性には多くの課題あり。
- ・ “チキンレース”の構図。賢明な経営判断を促す“仕掛け”が必要。

4. 医師の偏在是正

医療制度史研究者

長野県立病院機構理事

- ・ 日本にとって“宿痾”の難題。 **歴史や現場から学ぶ姿勢が大切**。
- ・ 極端な規制や経済誘導は失敗する。医師の派遣機能強化が重要。
- ・ 診療科偏在は長期的に影響大。“専門家による自己規律”が肝要。

2040年の医療提供体制を見据えた改革

I. 医療施設の最適配置の実現と連携

(地域医療構想の実現：2025年まで)

- ① 全ての公立・公的医療機関等における具体的対応方針の合意形成
- ② 具体的対応方針の検証と地域医療構想の実現に向けた更なる取組

一体的に推進
総合的な医療提供体制改革を実施

II. 医師・医療従事者の働き方改革

(医師の時間外労働に対する
上限規制：2024年度～)

- ① 医療機関における労働時間管理の適正化とマネジメント改革
- ② 上手な医療のかかり方に向けた普及・啓発と患者・家族への支援

III. 実効性のある医師偏在対策

(偏在是正の目標年：2036年)

- ① 地域及び診療科の医師偏在対策
- ② 総合診療専門医の確保等のプライマリ・ケアへの対応

医師の時間外労働規制について



※連携Bの場合は、個々の医療機関における時間外・休日労働の上限は年960時間以下。

月の上限を超える場合の面接指導と就業上の措置

<p>連続勤務時間制限28時間・勤務間インターバル9時間の確保・代償休息のセット (努力義務)</p> <p>※実際に定める36協定の上限時間数が一般則を超えない場合を除く。</p>	<p>連続勤務時間制限28時間・勤務間インターバル9時間の確保・代償休息のセット (義務)</p>	<p>連続勤務時間制限28時間・勤務間インターバル9時間の確保・代償休息のセット (義務)</p> <p>※臨床研修医については連続勤務時間制限を強化して徹底</p>	<p>連続勤務時間制限28時間・勤務間インターバル9時間の確保・代償休息のセット (努力義務)</p> <p>※実際に定める36協定の上限時間数が一般則を超えない場合を除く。</p>	<p>連続勤務時間制限28時間・勤務間インターバル9時間の確保・代償休息のセット (義務)</p>
---	---	---	---	---

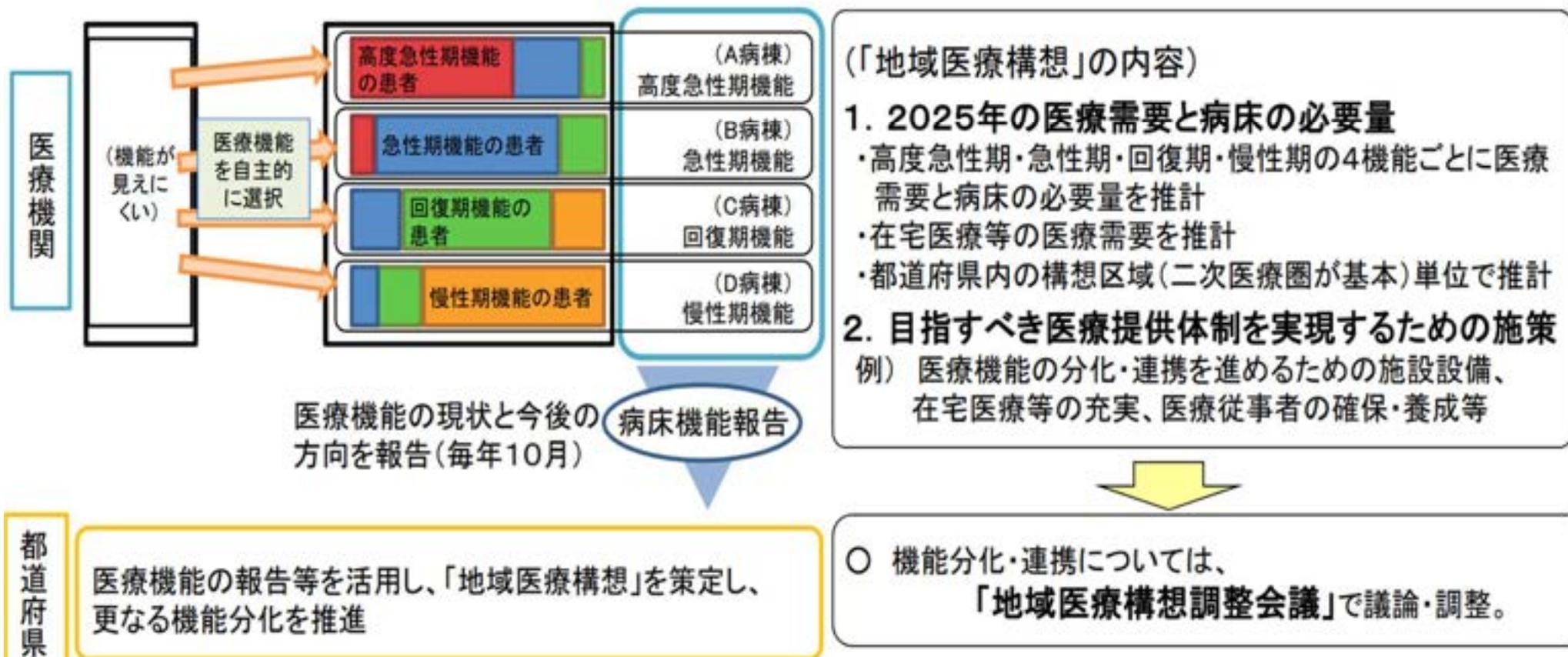
※あわせて月155時間を超える場合には労働時間短縮の具体的措置を講ずる。

医師の働き方改革のインパクト

1. 日本は、国民皆保険でフリーアクセス。膨大な医療ニーズや(ニーズに至らない)ウォンツを医師等の過重労働という「巨大なスポンジ」で吸収してきた。
2. しかし、法が許容する以上の超過勤務をさせると、罰則付きの法律違反。スポンジですべての「水」(ニーズは吸収できず、医療市場に吐き出される。
3. 対応策は、①患者が我慢 ⇒ 一定の我慢は必要だが、すべてしわ寄せさせるのは不適當。
② 医師養成数を増やす ⇒ 単純増の選択はない。
③ 医療資源を再配置する ⇒ これが本命。

地域医療構想について

- 今後の人口減少・高齢化に伴う医療ニーズの質・量の変化や労働力人口の減少を見据え、質の高い医療を効率的に提供できる体制を構築するためには、医療機関の機能分化・連携を進めていく必要。
- こうした観点から、各地域における2025年の医療需要と病床の必要量について、医療機能(高度急性期・急性期・回復期・慢性期)ごとに推計し、「**地域医療構想**」として策定。
 その上で、各医療機関の足下の状況と今後の方向性を「**病床機能報告**」により「見える化」しつつ、各構想区域に設置された「**地域医療構想調整会議**」において、病床の機能分化・連携に向けた協議を実施。



(出典) 社会保障審議会医療部会(2021年6月3日)参考資料

新たな地域医療構想に関するとりまとめの概要

※令和6年12月18日新たな地域医療構想等に関する検討会とりまとめより作成

医療提供体制の現状と目指すべき方向性

85歳以上の増加や人口減少がさらに進む2040年とその先を見据え、全ての地域・世代の患者が、適切に医療・介護を受けながら生活し、必要に応じて入院し、日常生活に戻ることができ、同時に、医療従事者も持続可能な働き方を確保できる医療提供体制を構築

- ・「治す医療」と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、地域完結型の医療・介護提供体制を構築
- ・外来・在宅、介護連携等も新たな地域医療構想の対象とする

新たな地域医療構想

(1) 基本的な考え方

- ・2040年に向け、外来・在宅、介護との連携、人材確保等も含めたあるべき医療提供体制の実現に資するよう策定・推進
(将来のビジョン等、病床だけでなく医療機関機能に着目した機能分化・連携等)
- ・新たな構想は27年度から順次開始
(25年度に国でガイドライン作成、26年度に都道府県で体制全体の方向性や必要病床数の推計等、28年度までに医療機関機能に着目した協議等)
- ・新たな構想を医療計画の上位概念に位置付け、医療計画は新たな構想に即して具体的な取組を進める

(2) 病床機能・医療機関機能

- ① 病床機能
 - ・これまでの「回復期機能」について、その内容に「高齢者等の急性期患者への医療提供機能」を追加し、「包括期機能」として位置づけ
- ② 医療機関機能報告 (医療機関から都道府県への報告)
 - ・構想区域ごと(高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等連携機能、急性期拠点機能、専門等機能)、広域な観点(医育及び広域診療機能)で確保すべき機能や今後の方向性等を報告
- ③ 構想区域・協議の場
 - ・必要に応じて広域な観点での区域や在宅医療等のより狭い区域で協議 (議題に応じ関係者が参画し効率的・実効的に協議)

(3) 地域医療介護総合確保基金

- ・医療機関機能に着目した取組の支援を追加

(4) 都道府県知事の権限

- ① 医療機関機能の確保 (実態に合わない報告見直しの求め)
- ② 基準病床数と必要病床数の整合性の確保等
 - ・必要病床数を超えた増床等の場合は調整会議で認められた場合に許可
 - ・既存病床数が基準病床数を上回る場合等には、地域の実情に応じて、必要な医療機関に調整会議の出席を求める

(5) 国・都道府県・市町村の役割

- ① 国(厚労大臣)の責務・支援を明確化 (目指す方向性・データ等提供)
- ② 都道府県の取組の見える化、調整会議で調った事項の実施に努める
- ③ 市町村の調整会議への参画、地域医療介護総合確保基金の活用

(6) 新たな地域医療構想における精神医療の位置付け

- ・精神医療を新たな地域医療構想に位置付けることとする

地域医療構想に関する演者の評価・課題

1. 地域医療構想の策定やデータに基づく解析は重要

(理由) 医療を取り巻く環境は激変。地域医療の将来像について、データに基づき関係者が共通認識を持ち議論することは大切かつ必要。

2. ただし、地域医療構想の実効性など課題は山積

本質的な問題は「チキンレース」の構造。他にも次のような課題。

① 医療機能の相対性

我慢比べ・消耗戦になりやすい構図

病床機能は相対的。病床と病棟は1対1で対応しない。

② 構想区域(原則二次医療圏)の現実妥当性

生活圏や患者の流れと一致しない二次医療圏は数少くある。

③ 地域医療構想の射程

本来は「地域総合生活構想」。地域包括ケアとの接合は必須。

④ 自治体の体制整備と人材育成

地域医療構想は総合計画に匹敵。医療人材の養成は追いついていない。

3. 地域医療構想と連動する「経営戦略の見直し圧力」は増大

ただし地域医療構想を軽視すべきではない。①これと連動した診療報酬改定、②金融機関の審査、③公立病院改革、④国民健康保険制度改革が効く。

地域包括医療病棟の新設による今後の医療提供体制のイメージ

現行

令和6年度診療報酬改定後

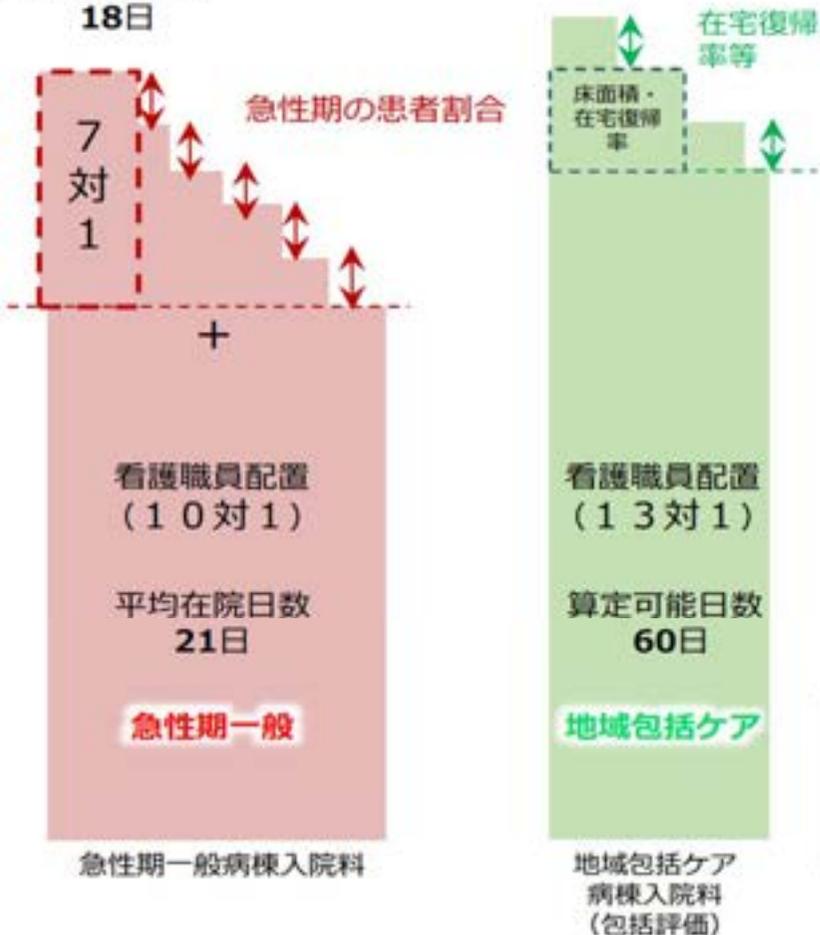
急性期医療

回復期医療

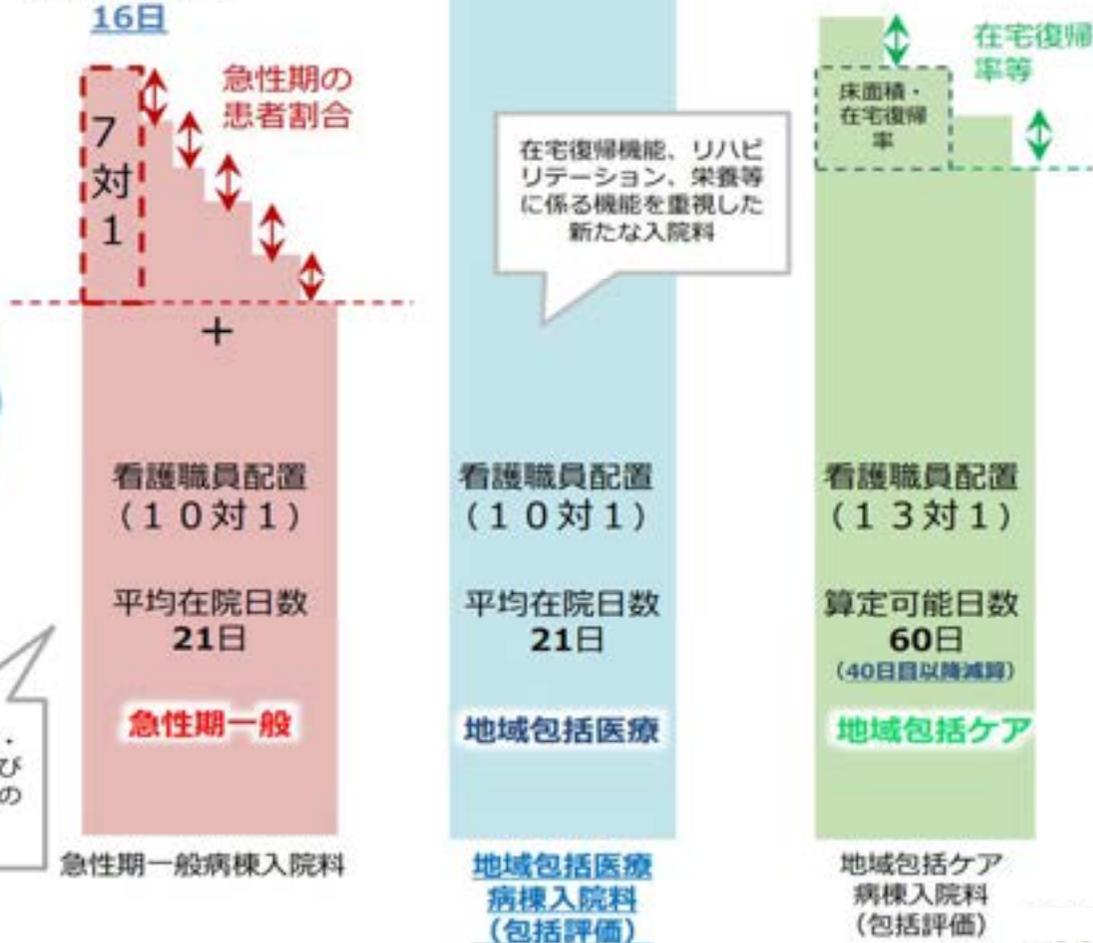
急性期医療

回復期医療

平均在院日数
18日



平均在院日数
16日



ストラクチャー(看護体制)の選択は自由だが、地域の需要に合わないとアウトカムの点数が取れない。

医師偏在対策に関するとりまとめの概要

※令和6年12月18日新たな地域医療構想等に関する検討会とりまとめより作成

医師偏在の是正に向けた基本的な考え方

① 医師偏在対策の総合的な実施

・医師確保計画に基づく取組を進めつつ、経済的インセンティブ、地域の医療機関の支え合いの仕組み、医師養成過程を通じた取組等を組み合わせた総合的な対策を進める

② 全ての世代の医師へのアプローチ

・若手医師を対象とした医師養成過程中心の対策から、中堅・シニア世代を含む全ての世代の医師へのアプローチ

③ へき地保健医療対策を超えた取組の実施

・人口規模、地理的条件等から医療機関の維持が困難な地域については、医師偏在指標だけでなく、可住地面積あたりの医師数等の地域の実情を踏まえ、都道府県ごとに支援が必要な地域を明確化の上で対策を実施

⇒「保険あってサービスなし」との事態に陥る可能性があることから、将来にわたり国民皆保険を維持し、地域の必要な医療機能を確保することが必要であり、全ての関係者が協働することが重要。

今後の医師偏在対策の具体的な取組

(1) 医師確保計画の実効性の確保

① 重点医師偏在対策支援区域(仮称)、② 医師偏在是正プラン(仮称)

・今後も定住人口が見込まれるが人口減少より医療機関の減少スピードが早い地域等を「重点医師偏在対策支援区域(仮称)」と設定し、優先的・重点的に対策を進める

・重点区域は、厚労省の示す候補区域を参考としつつ、都道府県が可住地面積あたり医師数、アクセス、人口動態等を考慮し、地对協・保険者協議会で協議の上で選定(市区町村単位・地区単位等含む)。

・医師確保計画で「医師偏在是正プラン(仮称)」を策定。地对協・保険者協議会で協議の上、重点区域、支援対象医療機関、必要な医師数、取組等を定める

・是正プランは緊急的取組を要する事項から策定、R8年度全体策定

(2) 地域の医療機関の支え合いの仕組み

① 医師少数区域等での勤務経験を求める管理者要件の対象医療機関の拡大等

・管理者要件として医師少数区域等での勤務経験を求める医療機関に、公的医療機関及び国立病院機構・地域医療機能推進機構・労働者健康安全機構の病院を追加。医師少数区域等での勤務経験期間は6か月以上から1年以上に延長。施行時に柔軟な対応が必要

② 外来医師多数区域における新規開業希望者への地域で必要な医療機能の要請等の仕組みの実効性の確保

・都道府県から外来医師過多区域の新規開業者に対し、開業6か月前に提供予定の医療機能等の届出を求め、協議の場への参加、地域で不足する医療や医師不足地域での医療の提供の要請を可能とする

・要請に従わない医療機関に対する医療審議会での理由等の説明の求めや勧告・公表、保険医療機関の指定期間の6年から3年等への短縮

③ 保険医療機関の管理者要件

・保険医療機関に管理者を設け、保険診療に一定期間従事したことを要件とし(医師少数区域等は一定配慮)、責務を課す

(3) 経済的インセンティブ

・診療所の承継・開業・地域定着支援(緊急的に先行して実施)

・派遣医師・従事医師への手当増額(保険者から広く負担を求め、給付費の中で一体的に捉える)※保険給付と関連の乏しい使途に当たるのではないかとの意見あり

・医師の勤務・生活環境改善、派遣元医療機関へ支援

※これらの支援については事業費総額等の範囲内で支援

・医師偏在への配慮を図る観点から、診療報酬の対応をさらに検討。

(4) 全国的なマッチング機能の支援等

・医師の掘り起こし、現場体験、医師不足地域の医療機関とのマッチングや定着等のための全国的なマッチング支援

(5) リカレント教育の支援

(6) 都道府県と大学病院等との連携パートナーシップ協定

(7) 医師偏在指標のあり方

(8) 医師養成過程を通じた取組

(9) 診療科偏在の是正に向けた取組

医薬制度調査会「医療制度改善方策」(1940年)の概要

※国家統制策が列挙。その大半は国民医療法(1942年)に盛り込まれた。

項目	内容
医療の普及	医療機関の偏在是正を図るため、医療過密地における開業制限 医師の勤務指定制度（厚生大臣が必要と認めるときは、免許取得後1年以内の医師に2年を限度として指定地の勤務を命じる） 無医地区に対する公営医療機関の設置 各種医療機関の整備統制 医療費に関する整理合理化（診療報酬規程の制定）、保険制度の拡充
医療内容の向上	学校教育期間中の実地修練制度（1年以内のインターン制度の導入）、診療科名の整理と新たな診療科名の創設 専門科名を標榜する場合の国家検定制度（一種の専門医制度）の創設 医薬広告の制限（学位広告の禁止等）、医療内容の監督強化
医師会の改組	医師全員を強制加入させるとともに、会長は内閣任命として行政監督を強化する

一種の病床規制

法律上も規定された

法制化されるも実施されず。

産業組合による医療利用組合の先駆性

(厚生連の前身)

要は、医療資源を
集積し、ネットワーク
で繋ぐ(連携)する。



1. 基本的な考え方

「地勢上、交通上1ブロックをなす地区の中心に、近代医学の粋を集めた完全なる総合病院を設置し、此處に多数の優秀なる人的要素を擁する。かくて之を「基地」として、此處より区域内僻地に支所として分院、診療所、出張所等を配置し、又はこれらを置くことの出来ない地域には、巡回診療班を派遣する」

(出典)黒川泰一(1939)『保健政策と産業組合』167-168頁

2. 先駆性

・これは、偶然にも、1931年の国際連盟保健部による農村地区の医療制度の組織化の考え方と符合。

・また、戦後、WHOが開発途上国に対し勸奨した、3層制による地域医療確保構想の「先取り」。

・今日風に言えば、「コンパクト・アンド・ネットワーク」そのもの。

歴史の教訓

1. 医療資源が乏しくなると国家統制の議論が惹起。配給制と同じ。それを防ぐには、プロフェッショナル・オートノミーの発揮が必須。このことは特に診療科の偏在是正において肝要。

2. 勤務指定制の教訓は、日本で強制配置の立法があったことよりも、慎重な運用の配慮が行われていたこと。下記想定問答参照。

(問) 勤務指定制度を設けたために将来医師志望者が減少するおそれがないか。

(答) 勤務指定制度はたびたび申すように医師の適正な配置をするために、必要な場合に発令する途をひらいたもので、全医師に必ず指定するとか、無医村に配置する目的で設けたものではない。これを実施する結果は現在の医学校卒業者の就職斡旋方法の不合理的も是正できるし、また勤務指定を受けた者は将来安心して政府から就職の斡旋もしてもらえるほか、総合病院等で診療の修練をする機会もあたえられるのであるから、この制度の趣旨がよく了解されたならば医師志望の減少などという現象は起こらないと思っている。

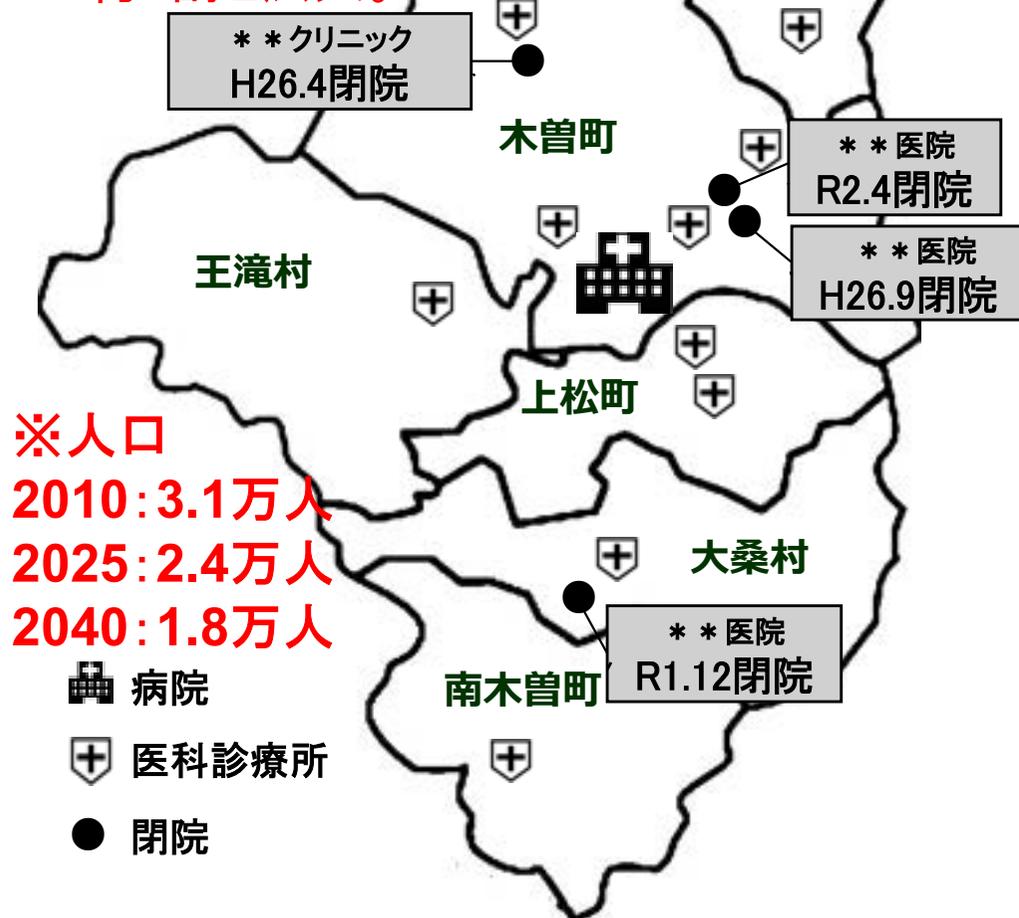
(出典) 厚生研究所(1942)『国民医療法と医療団』研進社, 138頁。

3. 基幹的な病院や地域医療支援病院は、大学医局等と連携し医師不足地域の医師の派遣元としての役割を担うべきである。

木曾二次医療圏と長野県立木曾病院の実状

6町村(3町3村)

※面積は東京都の
約7割と広大。



※人口
2010:3.1万人
2025:2.4万人
2040:1.8万人

病院:1施設

二次医療圏唯一の有床医療機関
259床(2015年)→149床(2024年)
診療機能は低下。ただし分娩機能有。

医科診療所:10施設

この10年で4施設が閉院
新規開院なし

医科診療所管理者

平均年齢:68.6歳(2024年4月現在)

歯科診療所:10施設

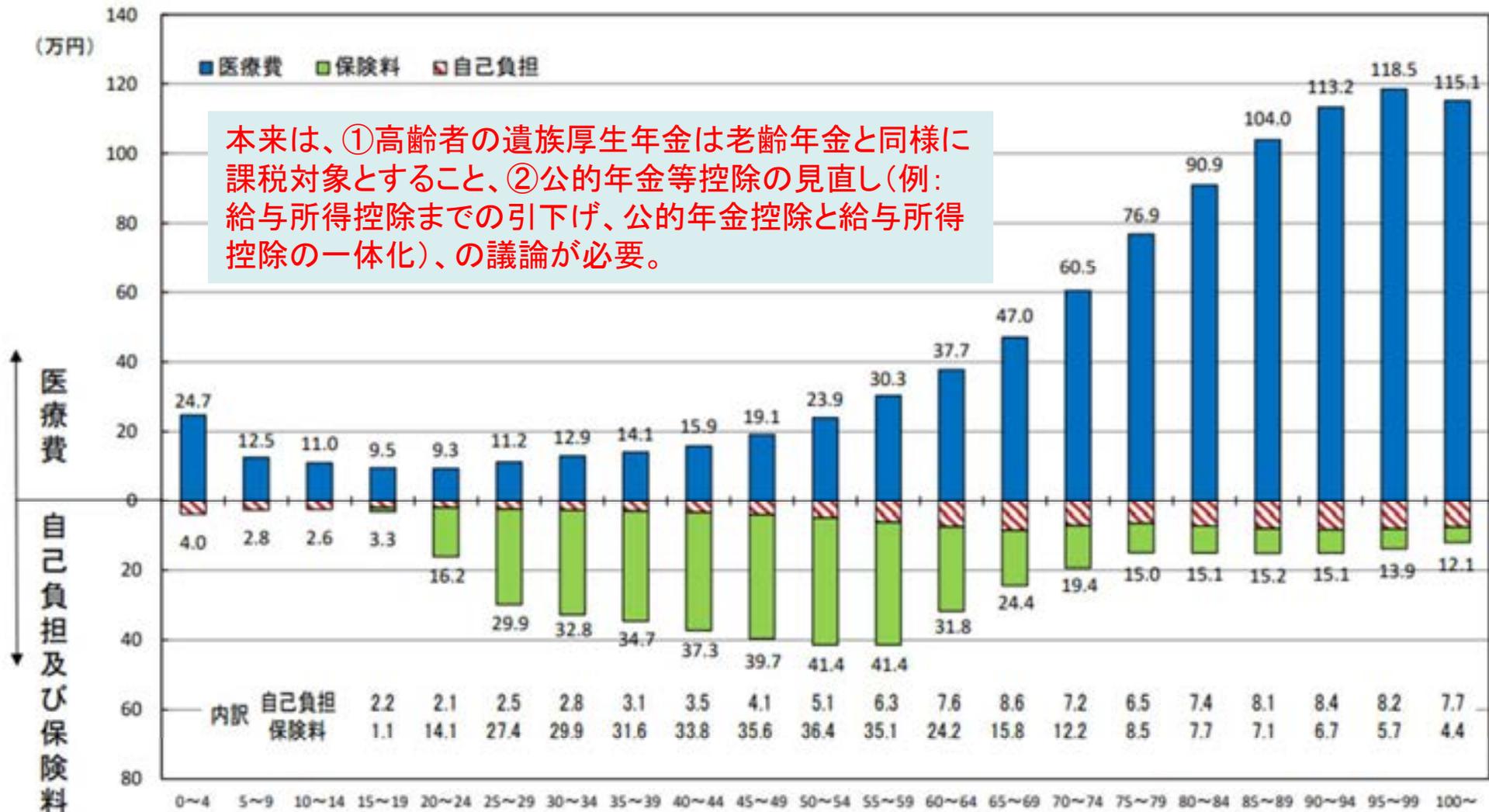
調剤薬局:9施設

※うち8施設は電子処方箋対応

医師の確保だけでなく、この地域で確保すべき医療は何か、その費用を誰がいかに負担するのかの議論・合意が必要。

(3) ファイナンスの改革

年齢階級別1人当たり医療費、自己負担額及び保険料の比較(年額) (令和3年度実績に基づく推計値)



- (注) 1. 1人当たりの医療費と自己負担は、それぞれ加入者の年齢階級別医療費及び自己負担をその年齢階級の加入者数で割ったものである。
 2. 自己負担は、医療保険制度における自己負担である。
 3. 1人当たり保険料は、被保険者(市町村国保は世帯主)の年齢階級別の保険料(事業主負担分を含む)を、その年齢階級の加入者数で割ったものである。
 また、年齢階級別の保険料は健康保険被保険者実態調査、国民健康保険実態調査、後期高齢者医療制度被保険者実態調査等を基に推計した。
 4. 端数処理の関係で、数字が合わないことがある。

全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律案の概要

改正の趣旨

全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するため、出産育児一時金に係る後期高齢者医療制度からの支援金の導入、後期高齢者医療制度における後期高齢者負担率の見直し、前期財政調整制度における報酬調整の導入、医療費適正化計画の実効性の確保のための見直し、かかりつけ医機能が発揮される制度整備、介護保険者による介護情報の収集・提供等に係る事業の創設等の措置を講ずる。

改正の概要

1. こども・子育て支援の拡充

【健康保険法、船員保険法、国民健康保険法、高齢者の医療の確保に関する法律等】

- ① 出産育児一時金の支給額を引き上げる（※）とともに、支給費用の一部を現役世代だけでなく後期高齢者医療制度も支援する仕組みとする。
（※）42万円→50万円に令和5年4月から引き上げ（政令）、出産費用の見える化を行う。
- ② 産前産後期間における国民健康保険料（税）を免除し、その免除相当額を国・都道府県・市町村で負担することとする。

2. 高齢者医療を全世代で公平に支え合うための高齢者医療制度の見直し

【健保法、高確法】

- ① 後期高齢者の医療給付費を後期高齢者と現役世代で公平に支え合うため、後期高齢者負担率の設定方法について、「後期高齢者一人当たりの保険料」と「現役世代一人当たりの後期高齢者支援金」の伸び率が同じとなるよう見直す。
- ② 前期高齢者の医療給付費を保険者間で調整する仕組みにおいて、被用者保険者においては報酬水準に応じて調整する仕組みの導入等を行う。
健保連が行う財政が厳しい健保組合への交付金事業に対する財政支援の導入、被用者保険者の後期高齢者支援金等の負担が大きくなる場合の財政支援の拡充を行う。

3. 医療保険制度の基盤強化等

【健保法、船保法、国保法、高確法等】

- ① 都道府県医療費適正化計画について、計画に記載すべき事項を充実させるとともに、都道府県ごとに保険者協議会を必置として計画の策定・評価に関与する仕組みを導入する。また、医療費適正化に向けた都道府県の役割及び責務の明確化等を行う。計画の目標設定に際しては、医療・介護サービスを効果的・効率的に組み合わせた提供や、かかりつけ医機能の確保の重要性に留意することとする。
- ② 都道府県が策定する国民健康保険運営方針の運営期間を法定化（6年）し、医療費適正化や国保事務の標準化・広域化の推進に関する事項等を必須記載とする。
- ③ 経過措置として存続する退職被保険者の医療給付費等を被用者保険者間で調整する仕組みについて、対象者の減少や保険者等の負担を踏まえて廃止する。

4. 医療・介護の連携機能及び提供体制等の基盤強化

【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、医療法、介護保険法、高確法等】

- ① かかりつけ医機能について、国民への情報提供の強化や、かかりつけ医機能の報告に基づく地域での協議の仕組みを構築し、協議を踏まえて医療・介護の各種計画に反映する。
- ② 医療・介護サービスの質の向上を図るため、医療保険者と介護保険者が被保険者等に係る医療・介護情報の収集・提供等を行う事業を一体的に実施することとし、介護保険者が行う当該事業を地域支援事業として位置付ける。
- ③ 医療法人や介護サービス事業者に経営情報の報告義務を課した上で当該情報に係るデータベースを整備する。
- ④ 地域医療連携推進法人制度について一定の要件のもと個人立の病院等や介護事業所等が参加できる仕組みを導入する。
- ⑤ 出資持分の定めのある医療法人が出資持分の定めのない医療法人に移行する際の計画の認定制度について、期限の延長(令和5年9月末→令和8年12月末)等を行う。

等

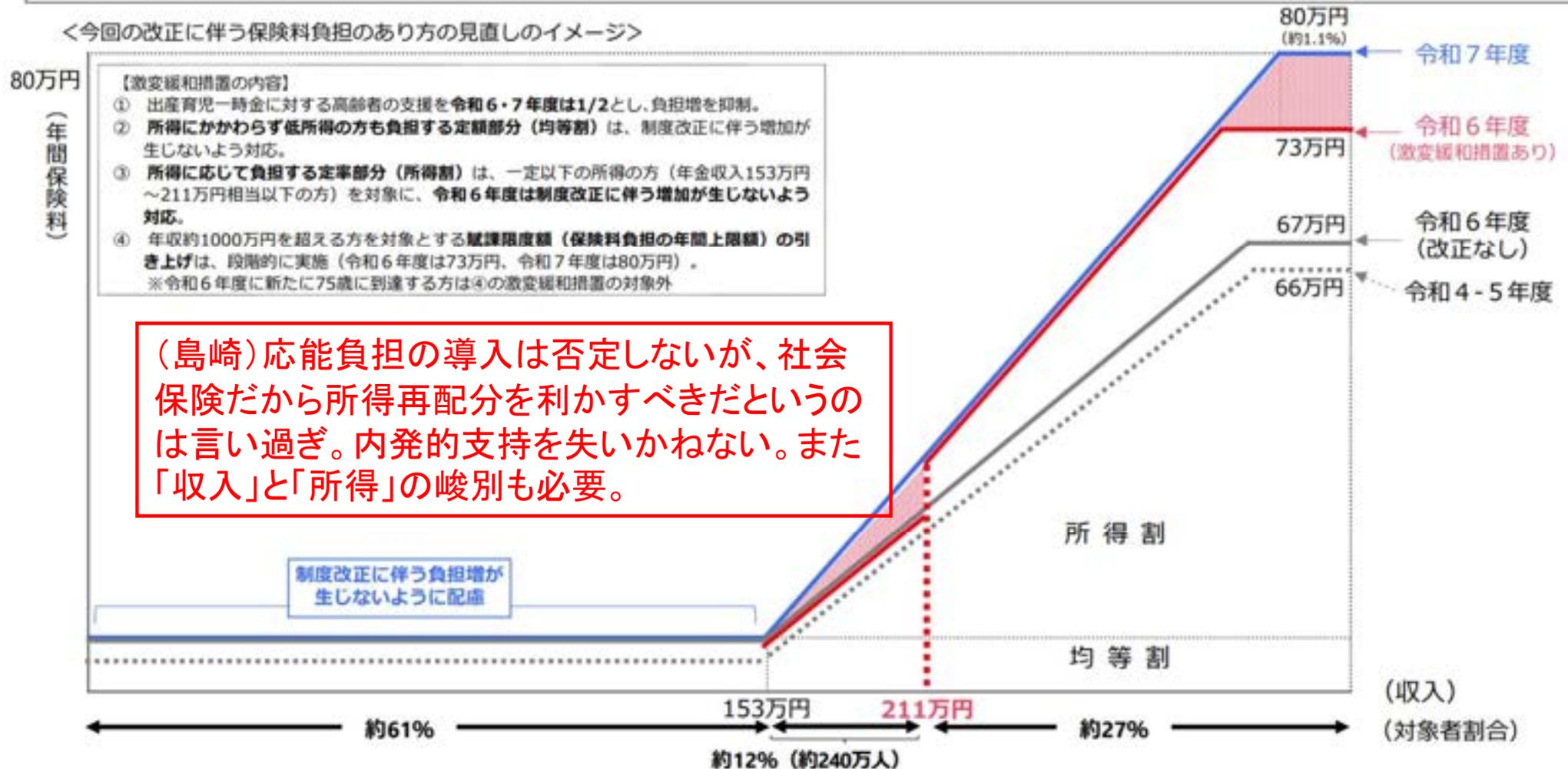
施行期日

令和6年4月1日（ただし、3①の一部及び4⑤は公布日、4③の一部は令和5年8月1日、1②は令和6年1月1日、3①の一部及び4①は令和7年4月1日、4③の一部は公布後3年以内に政令で定める日、4②は公布後4年以内に政令で定める日）

負担能力に応じた後期高齢者の保険料負担の見直し

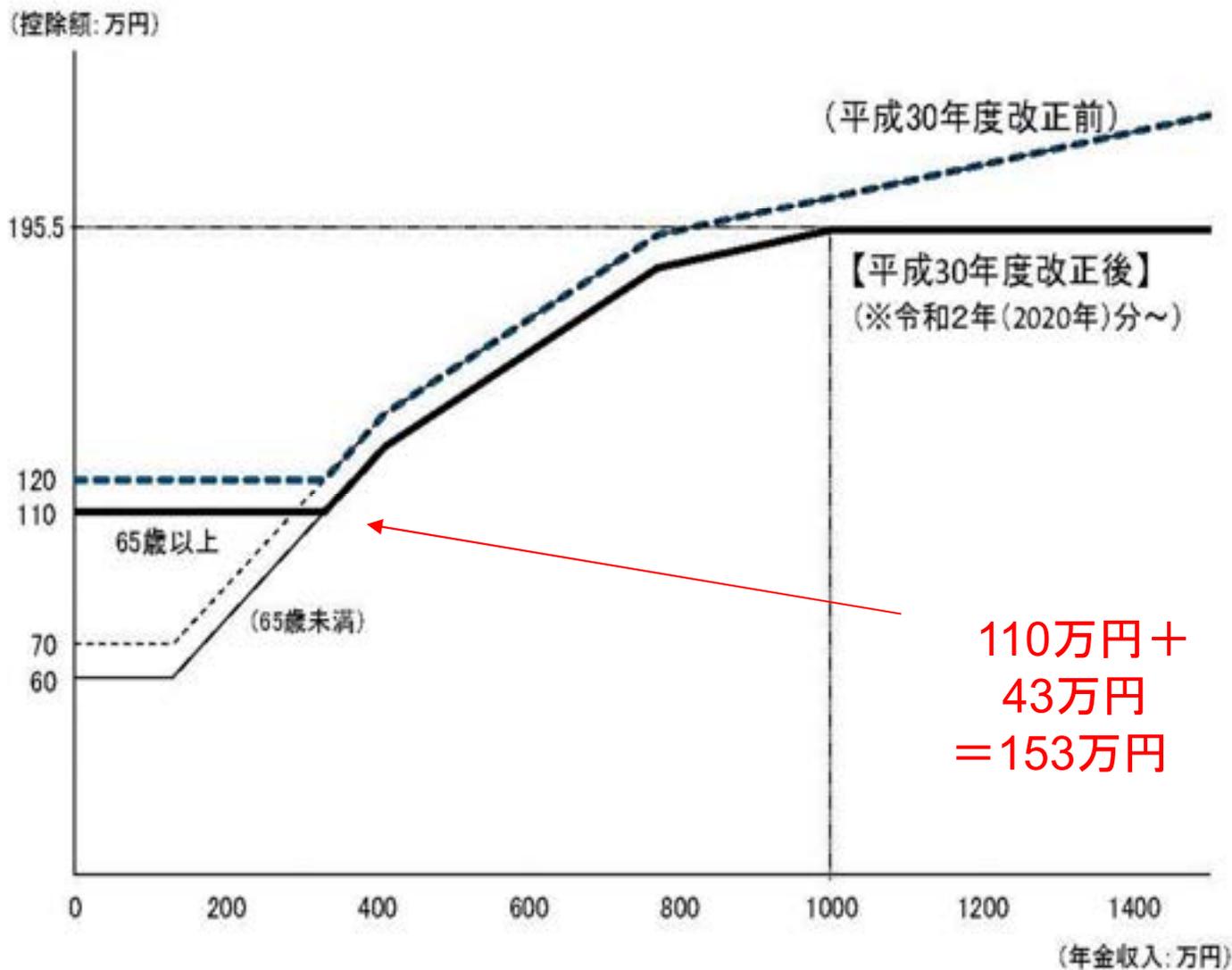
- 後期高齢者医療における保険料は、高齢化等による医療費の増加を反映して、2年に1度、引き上げ。
- 今回の制度改正による、令和6年度からの新たな負担に関しては、
 - ・ 約6割の方（年金収入153万円相当以下の方）については、制度改正に伴う負担の増加が生じないようにするとともに、
 - ・ さらに約12%の方（年金収入211万円相当以下の方）についても、令和6年度は制度改正に伴う負担の増加が生じないように対応。

<今回の改正に伴う保険料負担のあり方の見直しのイメージ>



(※) 対象者割合（対象者数）は後期高齢者被保険者実態調査特別集計等に基づく推計値

公的年金等控除の仕組み



公的年金等控除額

(平成30年度改正前)

【①+②】又は③の大きい額

①定額控除	50万円
②定率控除	(定額控除後の年金収入) 360万円までの部分 25% 720万円までの部分 15% 720万円を超える部分 5%
③最低保障額	65歳以上の者 120万円 65歳未満の者 70万円

【平成30年度改正後(令和2年分～)】

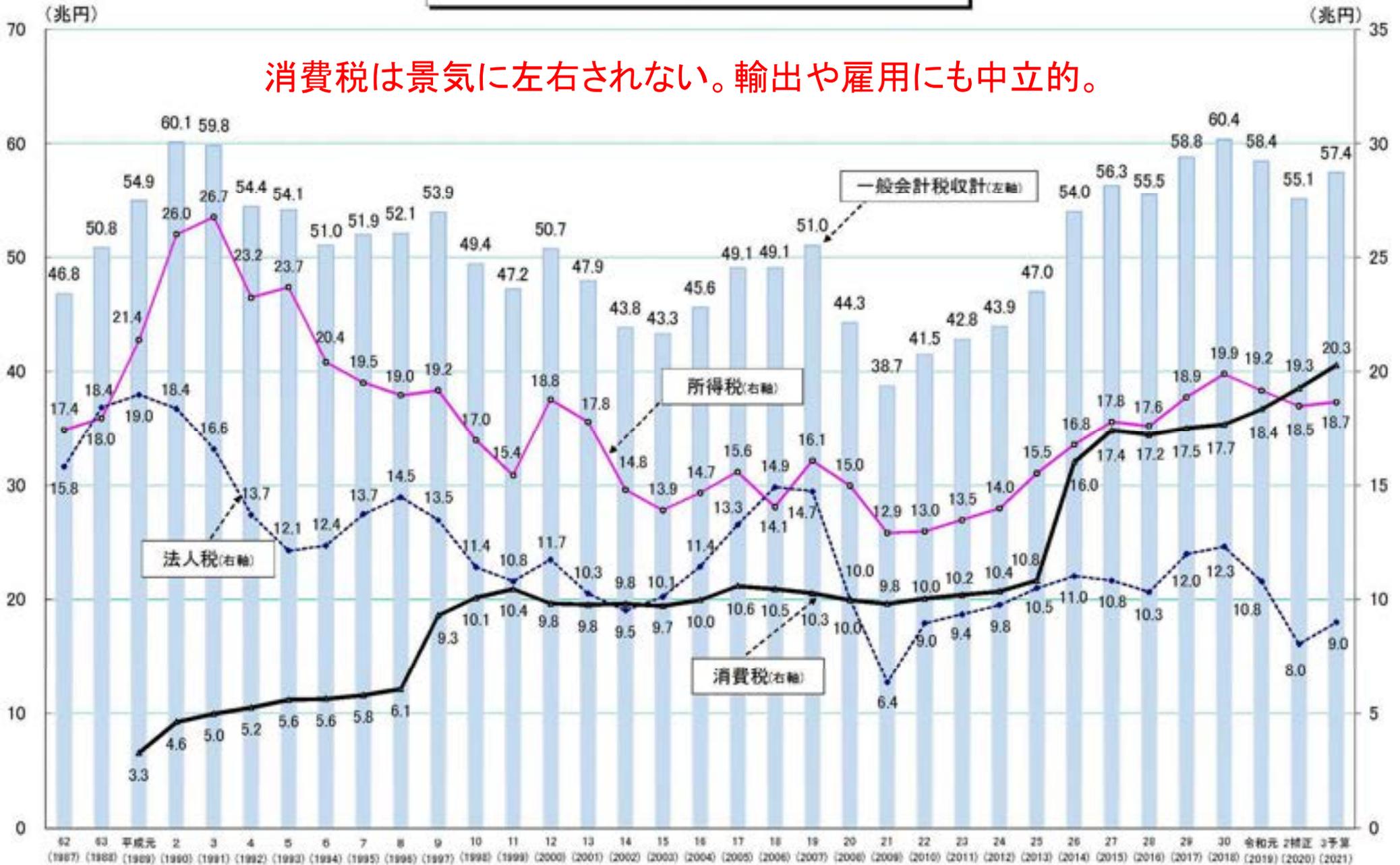
【①+②】又は③の大きい額

①定額控除	<u>40万円</u>
②定率控除	(<u>50万円</u> 控除後の年金収入) 360万円までの部分 25% 720万円までの部分 15% <u>950万円までの部分</u> 5%
③最低保障額	65歳以上の者 <u>110万円</u> 65歳未満の者 <u>60万円</u>

(注)年金以外の所得が1,000万円超の者は10万円、2,000万円超の者は20万円、控除額を引き下げる。

【改正後】基礎控除を10万円引き上げる(給与所得控除・公的年金等控除から基礎控除への振替。)

一般会計税収の推移



出所:財務省HP

(年度)

市町村国民健康保険の構造変化

国保は75歳未満の4分の1しか占めていない

	1965年度	1985年度	2005年度	(参考)2020年度
加入者数	4,193万人	4,173万人	4,778万人	2,648万人
(対国民比)	(42.7%)	(34.5%)	(37.4%)	(24.6%)
老人加入割合	5.0%	12.4%	29.7%	25.9%
1世帯当たり人員	3.78人	2.65人	1.89人	1.53人
世帯主の職業				
農林水産業	42.1%	13.5%	4.4%	2.3%
自営業	25.4%	30.1%	14.9%	16.6%
被用者	19.5%	28.7%	24.0%	33.2%
無職	6.6%	23.7%	53.8%	43.5%
その他	6.4%	4.1%	2.8%	4.3%
所得なし世帯の割合		15.1%	27.1%	34.6%

国保は「ムラ保険」とは到底言えない

国保内被用者
とは何なのか？

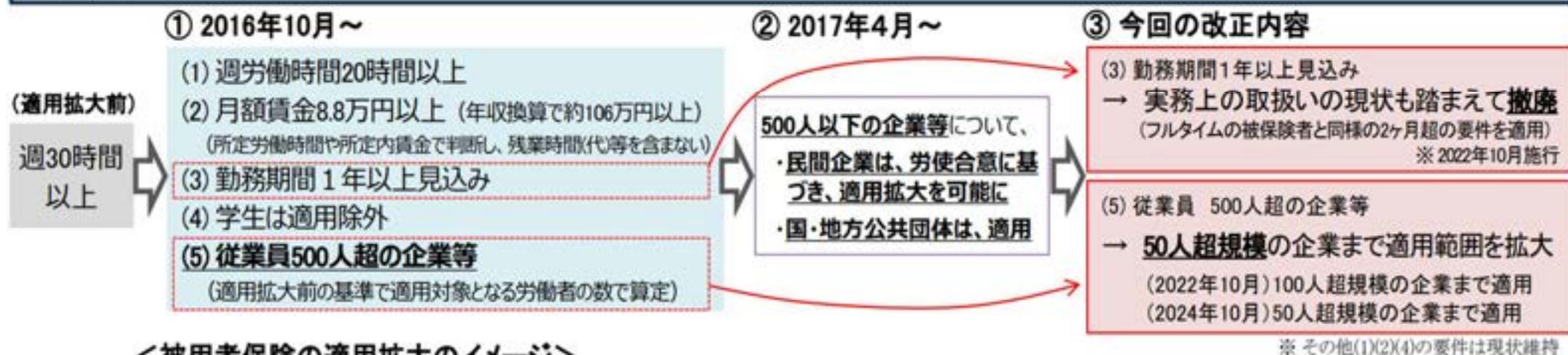
- 注：1. 「所得なし世帯」とは、国保保険料(税)徴収上の所得がない世帯をいう。
 2. 老人加入率の「老人」は70歳以上である。
 3. 2020年度の対国民比の国民数は75歳未満の人口である。

出典 厚生省(厚生労働省)「国民健康保険実態調査報告」に基づき筆者作成

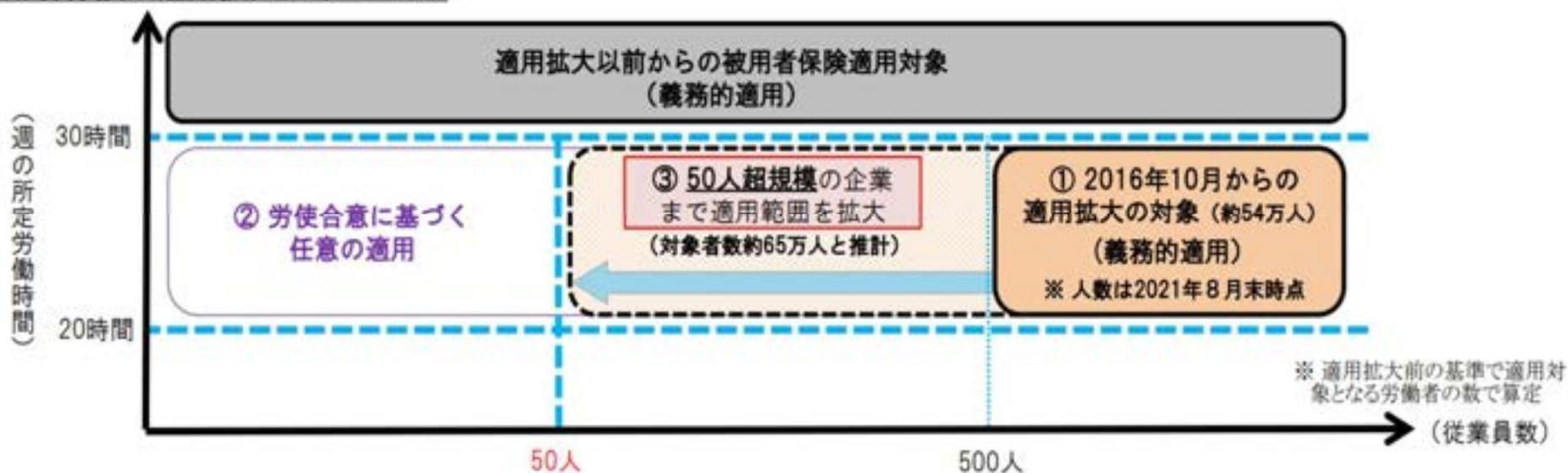
短時間労働者に対する被用者保険の適用拡大の概要

働きたい人が働きやすい環境を整えるとともに、短時間労働者について、年金等の保障を厚くする観点から、被用者保険（年金・医療）の適用拡大を進めていくことが重要。

- ①（2016年10月～）**500人超の企業で、月収8.8万円以上等の要件を満たす**短時間労働者に適用拡大。
- ②（2017年4月～）**500人以下の企業で、労使の合意に基づき、企業単位で、**短時間労働者への適用拡大を可能とする。（国・地方公共団体は、規模にかかわらず適用とする）
- ③ 今回の改正では、**50人超規模の企業まで適用範囲を拡大**。（500人超（現行）→100人超（2022年10月）→50人超（2024年10月））



<被用者保険の適用拡大のイメージ>



適用拡大に関する演者の意見

1. 現在進められている社会保険の適用拡大は、企業規模要件の撤廃を更に進めるべき。
2. 従業員5人未満個人事業所の従業員も適用拡大の対象とすべきだが、実務の対応可能性につき十分な検討が必要。
3. 複数就労(細切れ労働)は、労働時間を合算し、保険料は複数の事業所で時間按分し負担すべきだが、実務対応や就労差別防止の検討が必要。
4. フリーランス・ギグワークは、①被用者性(使用従属性)があれば、被用者保険の適用を進めるべき、②被用者性が認められなければ、市町村国保か国保組合で受け止め、傷病手当金の支給(※)の可否を検討すべき(ただし、事業主負担や実務処理の精査が必要)。 ※コロナ禍で実施した国保保険者(市町村)あり。

(4) 「賃金・物価スライドによる
1点単価変動制」(私案)

病院の経営状況について

一般病院において、医業・介護収益に対する給与費は57%を占めている。給与費は病床数に比例して増加するところ、病床利用率は低下している。このような中、一般病院等の医業利益率は低下している。

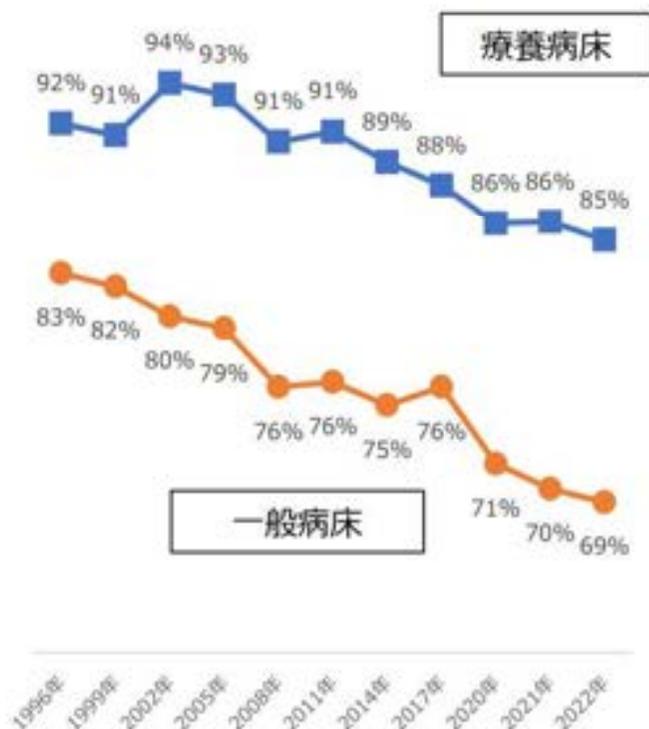
一般病院の費用構造



医業・介護収益に占める比率

資料出所：医療経済実態調査（令和5年調査）

病床利用率の推移



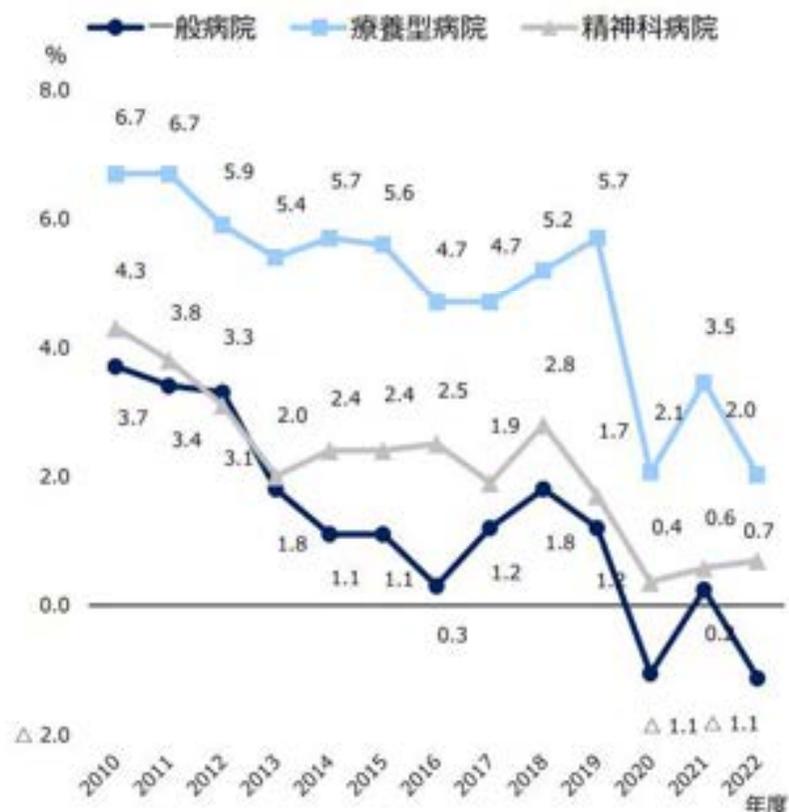
資料出所：厚生労働省「病院報告」

※1 療養病床については、平成8～11年は療養型病床群、平成14年は療養病床及び経過的旧療養型病床群の数値である。

※2 一般病床については、平成8～11年まではその他の病床（療養型病床群を除く。）、平成14年は一般病床及び経過的旧その他の病床（経過的旧療養型病床群を除く。）の数値である。

注) 2020年以降、コロナの影響があることに留意が必要

病院の医業利益率の推移



注1) コロナ対応等の補助金について、多くの病院では医業外収益に計上しているものの、一部の病院では医業収益内や特別利益に計上している。そのため、医業利益率については、一部の補助金収益が含まれている点に留意されたい

注2) コロナ対応のかかり増し経費等は医業費用として計上される一方、注1)のとおり補助金収益の計上先は異なるため、医業利益率と経常利益率の間には乖離が生じている。

出典：「2022年度 病院の経営状況について」WAM Research Reportより

病院経営は破綻寸前 地域医療崩壊の危機

病院医療は、地域社会の最も重要なインフラのひとつです。
しかし昨今の物価の高騰や賃金の急激な上昇局面の中、
多くの病院がいま深刻な経営危機に陥っています。

緊急要望

- 直近の病院の経営状況を考慮し、地域医療を守るため、緊急的な財政支援措置を講ずること。
- 病院の診療報酬について、物価・賃金の上昇に適切に対応できる仕組みを導入すること。
- 社会保障予算に関して、財政フレームの見直しを行い、「社会保障関係費の伸びを高齢化の伸びの範囲内に抑制する」という取扱いを改めること。

- 現在、物価の高騰や賃金の急激な上昇局面の中、病院の経営は非常に厳しい状況に置かれています。2024年に診療報酬改定が行われましたが、物価が3%弱上昇し、職員の処遇改善が求められた環境にもかかわらず、本体改定率は0.88%と非常に低く設定されました。
- 医療は診療報酬という公定価格で価格が決められており、各病院は物価上昇分を価格転嫁できない環境にあります。
- 2024年度診療報酬改定において、過去のデフレ時代から継続されている「社会保障関係費の伸びを高齢化の伸びの範囲内に抑制する」という財政制約が、物価や人件費が上昇する環境下にもかかわらず踏襲されました。その結果、病院の経営状況はさらに悪化し経営破綻の危機に直面しています。

日本医師会・6病院団体合同声明

令和7年3月12日

公益社団法人 日本医師会
一般社団法人 日本病院会
公益社団法人 全日本病院協会
一般社団法人 日本医療法人協会
公益社団法人 日本精神科病院協会
一般社団法人 日本慢性期医療協会
公益社団法人 全国自治体病院協議会

2か月経たずして、再度緊急声明

病院をはじめとする医療機関の経営状況は、現在著しく逼迫しており、賃金上昇と物価高騰、さらには日進月歩する医療の技術革新への対応ができない。このままでは人手不足に拍車がかかり、患者さんに適切な医療を提供できなくなるだけでなく、ある日突然、病院をはじめとした医療機関が地域からなくなってしまう。

まずは補助金による機動的な対応が必要だが、直近の賃金上昇と物価高騰を踏まえると、令和8年度診療報酬改定の前に期中改定での対応も必要であると考えます。

さらに令和8年度診療報酬改定に向けて、以下の2点を求める。

1. 『高齢化の伸びの範囲内に抑制する』という社会保障予算の目安対応の廃止

賃金上昇と物価高騰等を踏まえ、財政フレームを見直して目安対応を廃止し、別次元の対応を求める。

2. 診療報酬等について、賃金・物価の上昇に応じて適切に対応する新たな仕組みの導入

医療業界でも他産業並みの賃上げができるよう、賃金・物価の上昇を反映できる仕組みの導入を求める。

【緊急調査】2024年度診療報酬改定後の病院の経営状況

- 病院の経営状況は経年的に悪化し、2023年度には半数を超える病院が赤字に陥っていた。
- 2024年度診療報酬改定の影響を調べるため、6病院団体の会員を対象に2024年度改定後の病院の経営状況についての緊急調査を実施した。1,816病院から回答を得た。

【結果概要】

- 2024年診療報酬改定後、**病床利用率は上昇**傾向にあるものの、**医業利益率、経常利益率は悪化**傾向が認められた。
- 医業利益の**赤字病院割合は69%まで増加**、経常利益の**赤字病院割合は61%まで増加**した。
- 2023年度WAM(福祉医療機構)データの債務償還年数の分析では**半数の病院が破綻懸念先**と判断される30年を超えていた。

【要望】

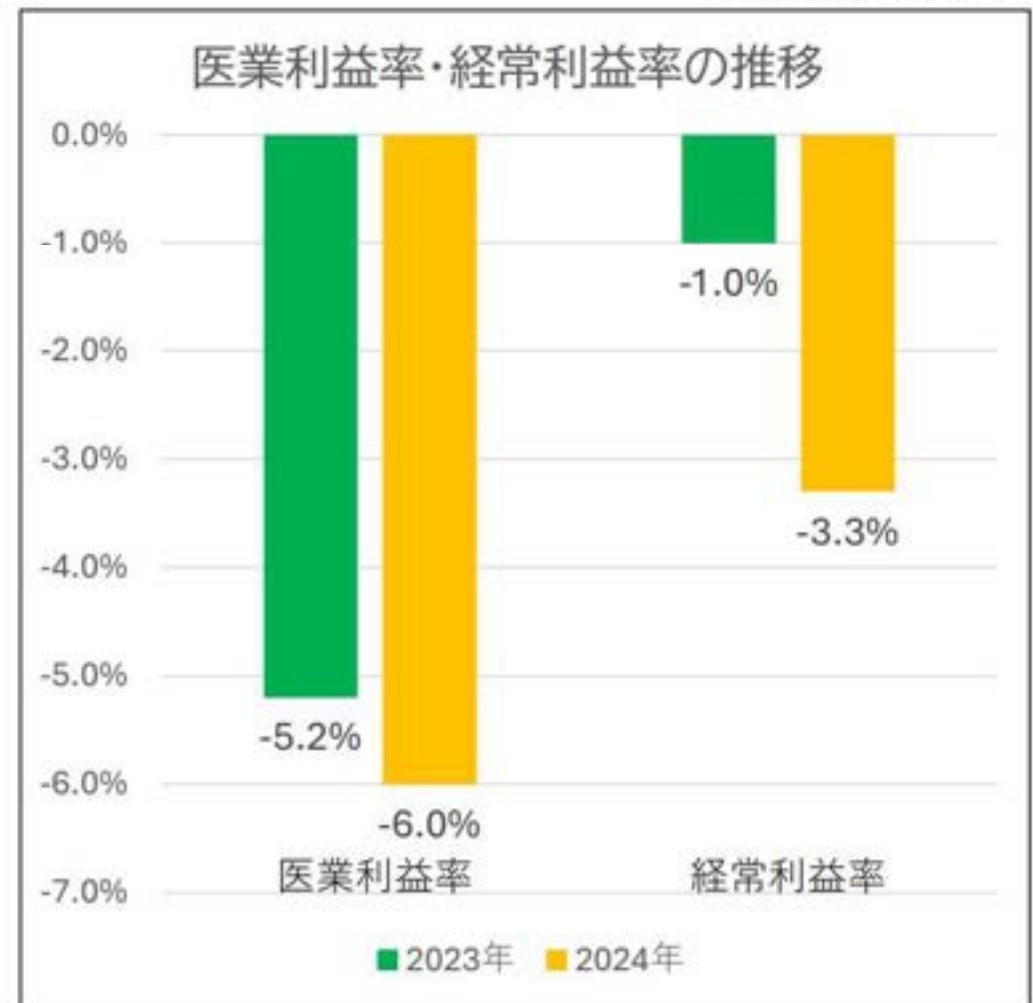
- 病院経営は危機的状況であり、病院の診療報酬について、**物価・賃金の上昇に適切に対応できる仕組み**が必要。
- そのために、**社会保障予算に関するの財政フレームの見直し**を行い、「社会保障関係費の伸びを高齢化の伸びの範囲内に抑制する」という取扱いを改めることが必要。

【緊急調査】2024年度診療報酬改定後の病院の経営状況
 2023年/2024年 6月～11月合計
 < 医業収益・医業費用、医業利益率・経常利益率の推移 >

- 2023年度、2024年度ともに**医業費用**が**医業収益**を上回っている。
- 2024年度は2023年度と比較し**医業費用の増加**が**医業収益の増加**より**大きい**。
- **医業利益率・経常利益率**ともに**マイナス**であり、2023年度より**2024年度の方が悪化**している

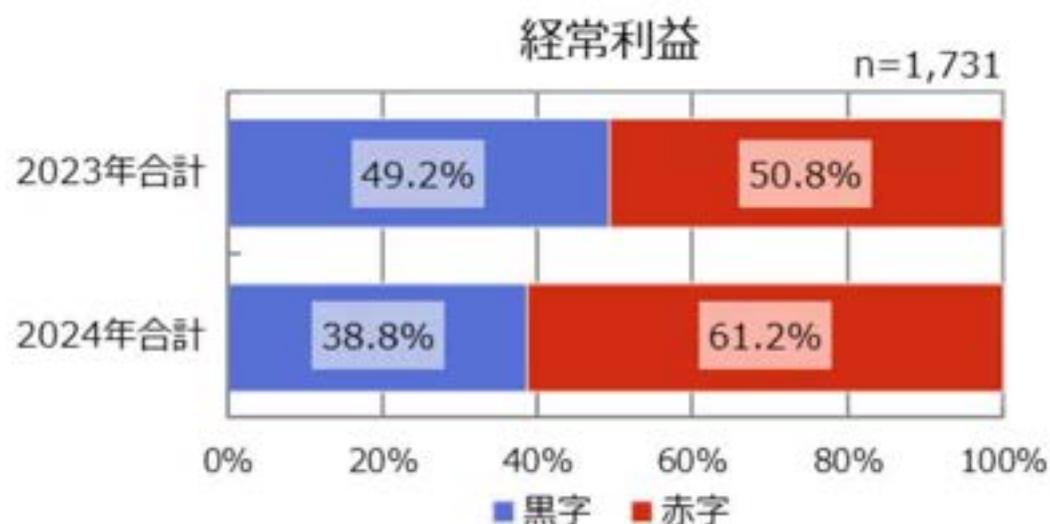
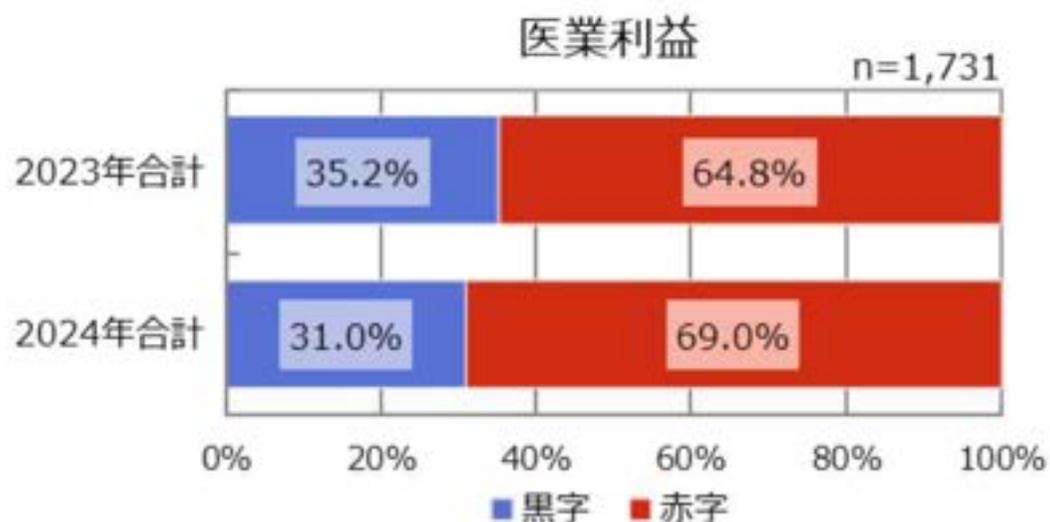
100床あたりの平均(単位:千円)

100床あたりの平均



【緊急調査】2024年度診療報酬改定後の病院の経営状況
 < 医業利益・経常利益 黒字・赤字割合 >

- 医業利益・経常利益ともに2024年度は赤字病院割合が増加している



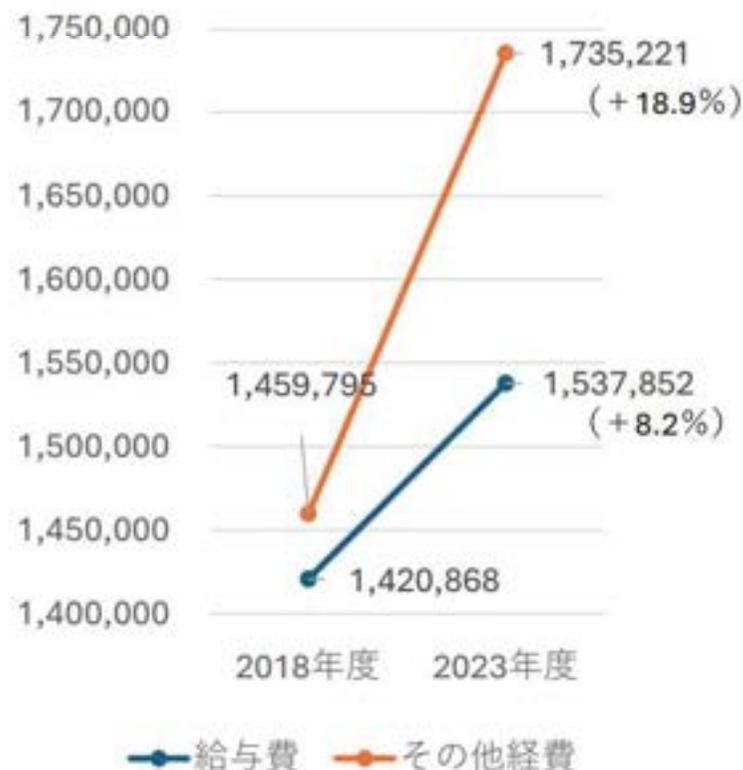
2018年度／2023年度合計 経費の変化・その他経費の内訳

2024年度病院経営定期調査【3病院団体合同調査】より再掲

- 2018年と2023年の経費の変化は、給与費よりも**その他経費の増加**が大きい。
- その他経費の内訳では、診療報酬では償還されない**委託費、水道光熱費などの経費が増えており、控除対象外消費税は約50%増加**している。

100床あたりの平均(単位:千円)

5年間の経費の変化



100床あたりの平均(単位:千円)

その他 経費 内訳

	2018年度	2023年度	増加率
医薬品費	482,158	615,312	27.6%増
診療材料費	306,855	351,077	14.4%増
委託費	190,309	232,547	22.2%増
経費(水道光熱費等)	139,709	158,707	13.6%増
控除対象外消費税等負担額	30,367	45,209	48.9%増

令和6年度診療報酬改定と賃上げについて ～ 今考えていただきたいこと（病院・医科診療所の場合）～

令和6年2月15日

厚生労働省保険局医療課

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

診療報酬改定について

12月20日の予算大臣折衝を踏まえ、令和6年度の診療報酬改定は、以下のとおりとなった。

1. 診療報酬 +0.88% (国費800億円程度(令和6年度予算額。以下同じ))

※1 うち、※2～4を除く改定分 +0.46%

各科改定率	医科 +0.52%
	歯科 +0.57%
	調剤 +0.16%

40歳未満の勤務医師・勤務歯科医師・薬局の勤務薬剤師、事務職員、歯科技工所等で従事する者の賃上げに資する措置分(+0.28%程度)を含む。

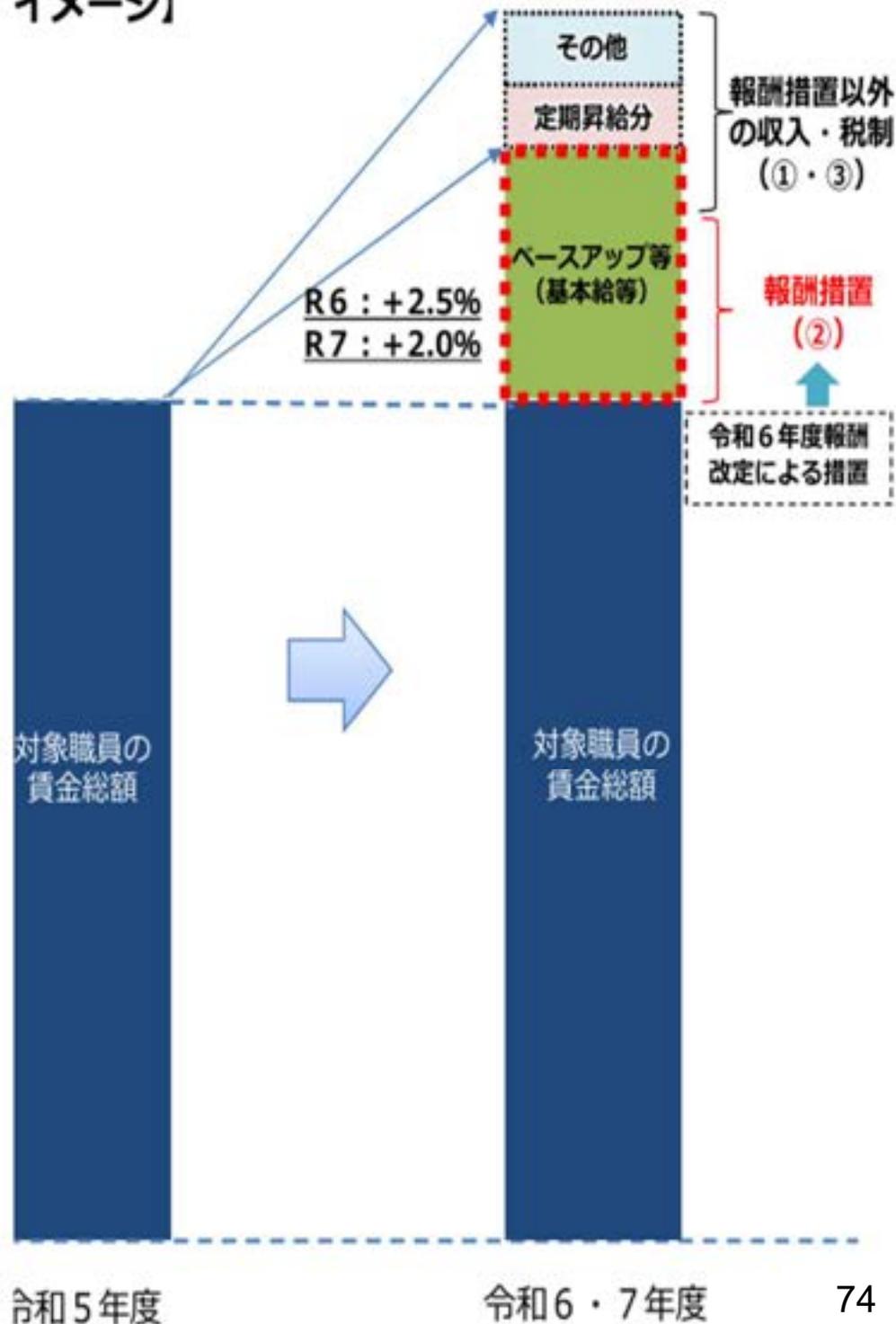
※2 うち、看護職員、病院薬剤師その他の医療関係職種(上記※1を除く)について、令和6年度にベア+2.5%、令和7年度にベア+2.0%を実施していくための特例的な対応 +0.61%

※3 うち、入院時の食費基準額の引き上げ(1食当たり30円)の対応(うち、患者負担については、原則、1食当たり30円、低所得者については、所得区分等に応じて10~20円) +0.06%

※4 うち、生活習慣病を中心とした管理料、処方箋料等の再編等の効率化・適正化 ▲0.25%

(注) 令和6年6月施行

イメージ]

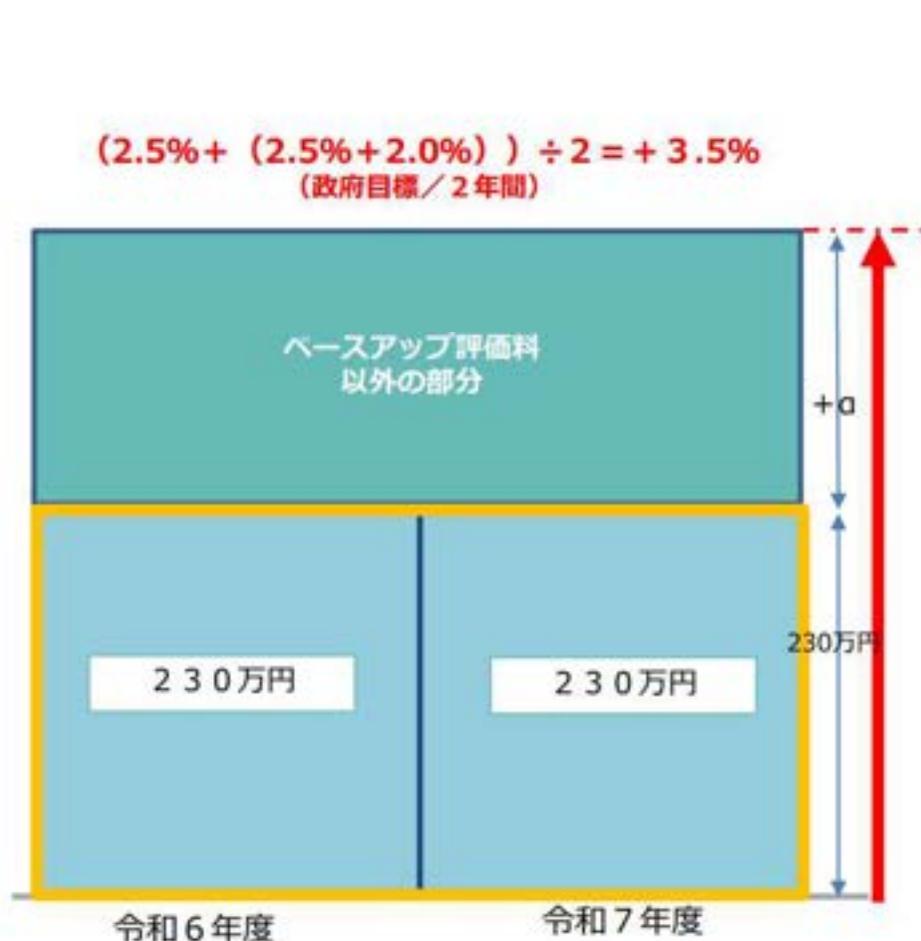


(例) 政府目標を踏まえたモデルケース

【例：年間の給与総額が1億円であった場合】

(パターン1)

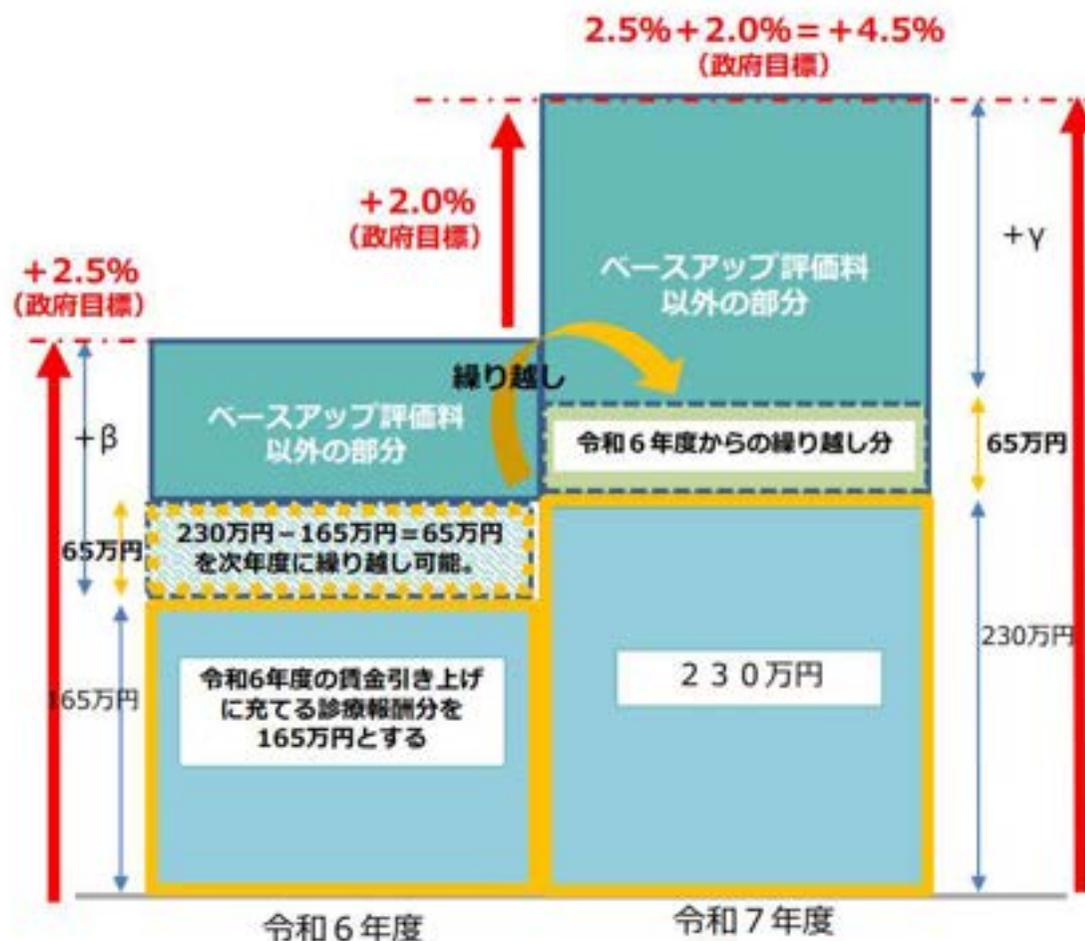
令和6年度にまとめて引き上げを行う配分方法



(パターン2)

2年間で段階的に引き上げを行う配分方法

診療報酬分



ベースアップ評価料による賃上げの対象とならない職種についても、引き上げられた初再診料等や入院基本料等を活用して、同様の考え方で政府目標の達成を目指して頂きますようお願いいたします。

診療報酬改定・疑義解釈事務連絡 その1 (2024年3月28日)

(別添2)

看護職員処遇改善評価料及びベースアップ評価料関係

問6 ベースアップ評価料において、賃金の改善については、算定開始月から実施する必要があるか。

(答) 原則算定開始月から賃金改善を実施し、算定する月においては実施する必要がある。なお、令和6年4月より賃金の改善を行った保険医療機関又は訪問看護ステーションについては、令和6年4月以降の賃金の改善分についても、当該評価料による賃金改善の実績の対象に含めてよい。

ただし、届出時点において「賃金改善計画書」の作成を行っているものの、条例の改正が必要であること等やむを得ない理由により算定開始月からの賃金改善が実施困難な場合は、令和6年12月までに算定開始月まで遡及して賃金改善を実施する場合に限り、算定開始月から賃金改善を実施したものとみなすことができる。

■ 本年の給与改定(勧告)

民間給与の状況を反映して、約30年ぶりとなる高水準のベースアップ

月例給

[本年4月分の民間給与を調査して官民比較] 【令和6年4月実施】

● 官民較差: 11,183円(2.76%)

- 採用市場での競争力向上のため、初任給を大幅に引上げ

給与制度のアップデートの先行実施

【総合職(大卒)】 230,000円(+14.6% [+29,300円]) 【一般職(大卒)】 220,000円(+12.1% [+23,800円])
【一般職(高卒)】 188,000円(+12.8% [+21,400円])

- 若年層に特に重点を置きつつ、全ての職員を対象に全俸給表を引上げ改定

※ おおむね30歳台後半までの職員に重点を置いて改定

行政職俸給表(一)の平均改定率は、1級[係員] 11.1%、2級[主任等] 7.6%、全体 3.0%

※ 官民較差はいわゆる「ベア」に相当。モデル試算した定期昇給分を加えると、月収で約4.4%の給与改善

ボーナス

[直近1年間(昨年8月～本年7月)の民間の支給状況を調査して官民比較] 【令和6年4月実施】

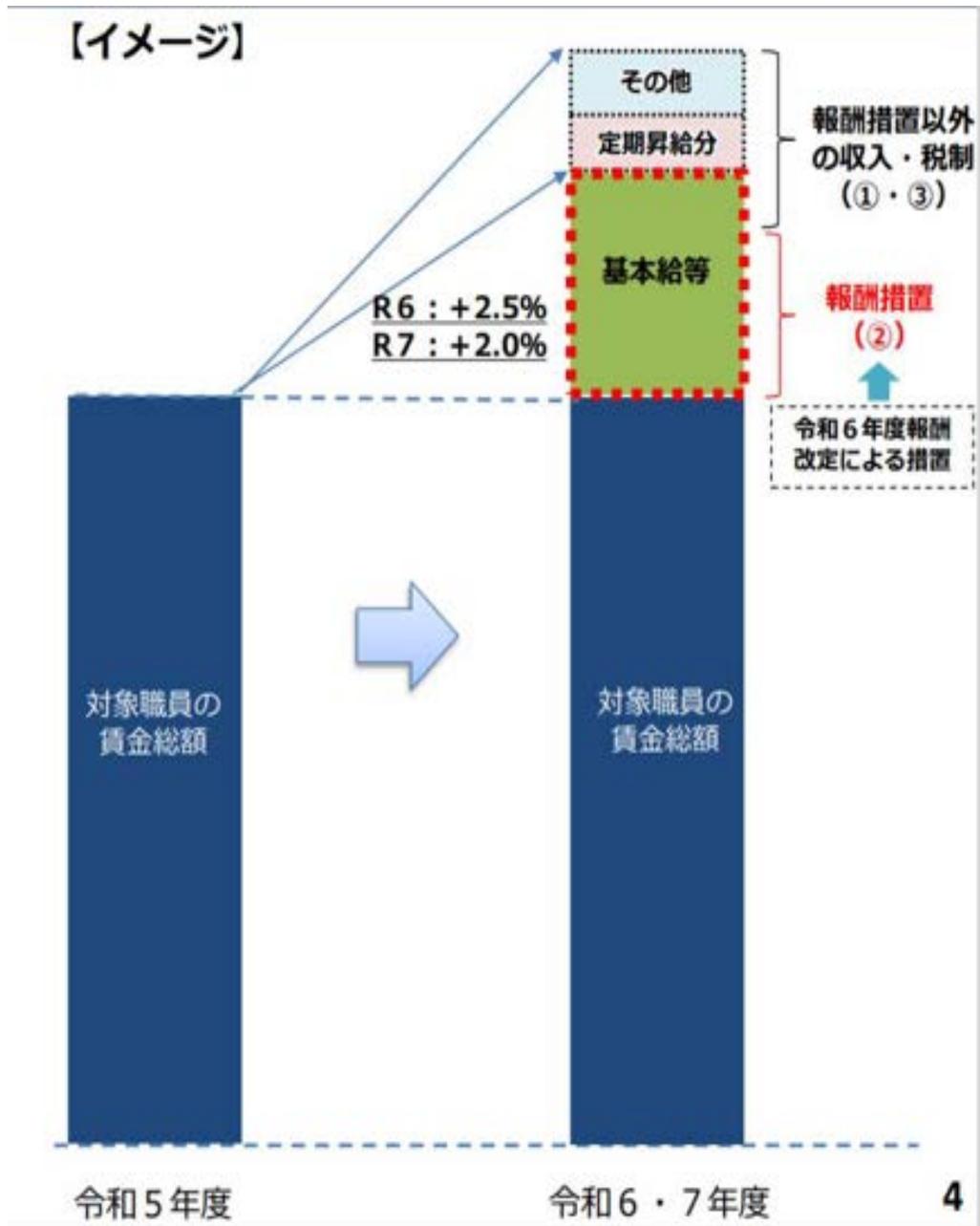
● 年間 4.50 月分 → 4.60 月分 期末手当及び勤勉手当の支給月数をともに0.05月分引上げ

寒冷地手当

【手当額改定:令和6年4月実施、支給地域改定:令和7年4月実施】

● 民間の同種手当の支給額を踏まえ、月額を11.3%引上げ。新たな気象データに基づき、支給地域を改定

人事院勧告の影響



1. ベアと診療報酬改定等の関係

※ 厚労省は、基本給等のアップ分は診療報酬で賄われるとは言っていない。しかし、利益剰余金はベアに充てるべきものではない。また、公立病院等は法人税非課税のため賃上げ促進税制の恩恵なし。

2. 人事院勧告(2024年8月9日)の概要

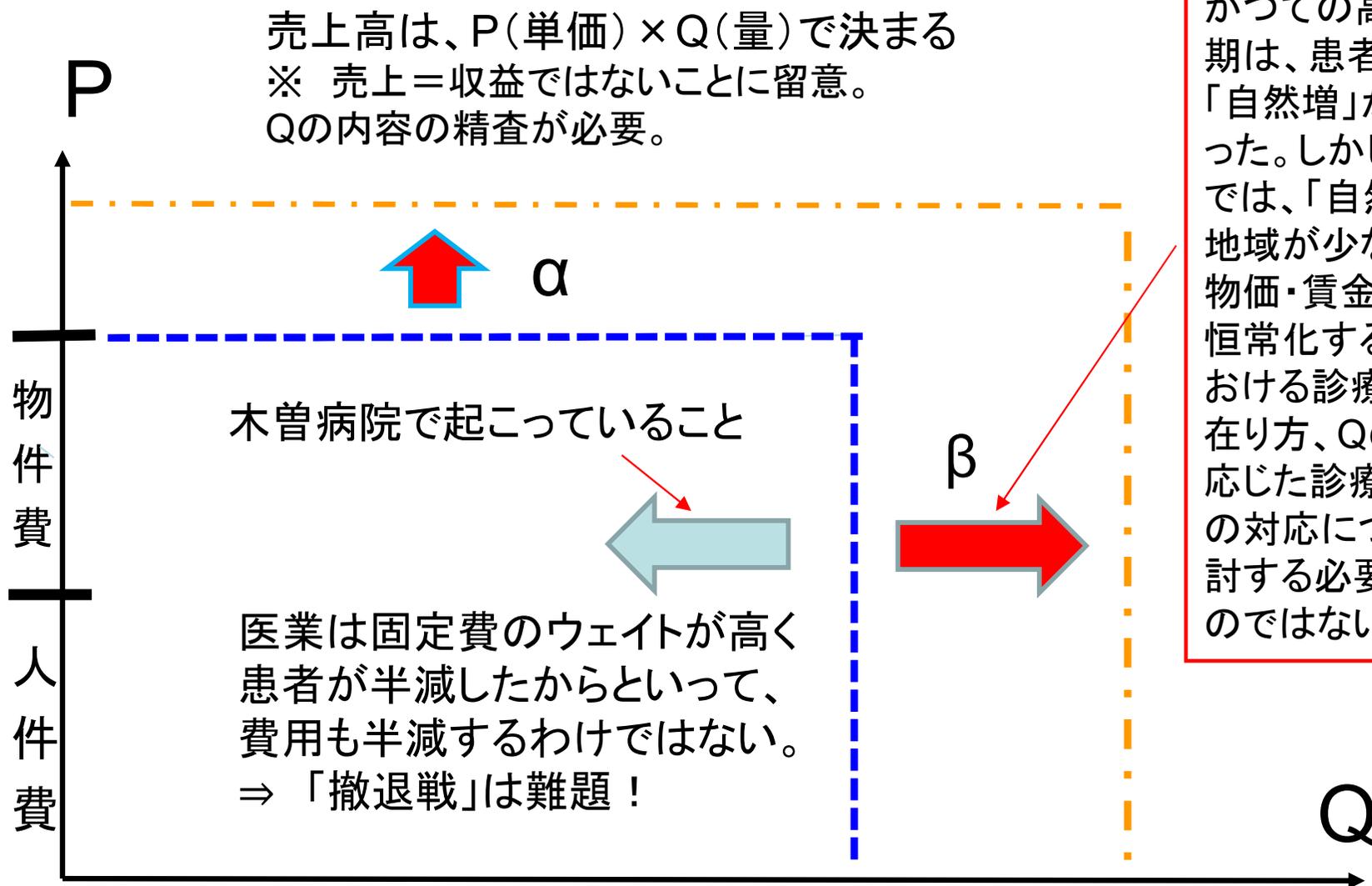
- ・ベースアップ **2.76%**
 - ※ 若手が多い職場はもっと高くなる
- ・ボーナス 4.6カ月(対前年0.1月増)
- ・定昇込み賃上げ率 4.4%

3. 公立病院への人件費の“持ち出し”は相当多額に及ぶ。

- ・人事院勧告と診療報酬の乖離分
- ・診療報酬改定月と給与改定月の差分
- ・賃上げ促進税制の恩恵なし分
- ・40歳以上医師分や事務職員分など。
- ・定期昇給分その他

4. 民間医療機関も看過できないはず。78

(参考) 診療報酬の物価・人件費スライド制



かつての高度成長期は、患者増など「自然増」が大きかった。しかし、今日では、「自然減」の地域が少なくない。物価・賃金上昇が恒常化する時代における診療報酬の在り方、Qの内容に応じた診療報酬等の対応について検討する必要があるのではないか。

日本の1点単価固定制

本来、点数は医療行為の難易度等に伴う相対的な指標であり、1点単価は物価・賃金水準を反映した経済的指標。米国のメディケアのパートB(医師診療部分)のRBRVS(Resources-Based Relative-Value Scale)では、相対評価要素(医師の医療密度・時間、診療費用等)に変換係数(わが国の1点単価に相当)を乗じ診療報酬を算定する仕組み。韓国も2001年に1点単価変動制に移行。しかし、日本では1958年に新医療費体系が制定されて以来、1点単価は10円で固定。考えられる理由は、①端数がつくと一部負担金の計算が面倒、②経済成長率に連動した総額予算制に対する医療界等の警戒心、③点数操作を通じた政策誘導の裁量性の確保。

(参考)

新医療費体系導入時に1点単価固定制が採用された理由について、大村潤四郎(新医療費体系創設時の厚生技官)は、「点数単価式というのは非常に複雑だという考えが、ことに時の保険局長の高田正巳さんなんか『単価は10円、いいな、簡単で...』。そういう調子で、(中略)、単価を10円にして固定しよう、そういうような空気でした。それまでの考え方では点数は医療行為間のバランスを、単価は物価や賃金を反映した経済価値を表したただけけれども、それを簡単に料金表にしてしまった。」と述べている。小山路男『戦後医療保障の証言』(総合労働研究所、1985年)175頁。

物価・賃金スライドによる1点単価変動制(私案)

1. 薬剤費を除く、医業費用を人件費分と物件費分(人件費以外)に大別し、人件費分と物件費分の比率は直近の数字を用いる。制度スタート時の1点単価10円を人件費分と物件費分に分ける(例:人件費分5.7円、物件費分4.3円)。
2. 人件費分は毎年の適切な賃金上昇率、物件費分は消費者物価指数(CPI)で伸ばし、毎年の1点単価を算出する。
3. 通常の診療報酬改定が行われない年度は、各点数はそのままとし、2で算出された1点単価を乗じて診療報酬を算定する。
4. 通常の改定年度の診療報酬改定は、基本的にこれまでと同様の手法で行うが、その際、賃金の引上げ状況を含め医業経営の実態を検証し改定率を設定する。

(注) これは多くの論点があり、あくまで「たたき台」である。

まとめ

1. 社会経済が「右肩下り」になれば、1961年から73年にかけて生じた給付拡充と逆の議論（①全員加入の再考、②給付範囲の縮小、③給付率の引下げ）が起こり得る。ただし、安易に「給付外し」や混合診療全面解禁等を行うと、私的負担にシフトするだけで、（統制が外れることにより）かえって実質的な負担が増えるといったことが生じ得る。
2. WHOによるUHCの立方体の図ではデリバリーが考慮されていないが、医療分野でより危惧されるのは、必要な人材が確保できなくなること。効率化の努力や集約化等は必要であるが、物価・賃金の上昇に対応した診療報酬の在り方の検討が必要。私案はその議論の一助として提示したもの。
3. 国民皆保険は空気や水のように“当たり前”の存在となっているが、寄木細工のように微妙なバランスによって成り立っている構造物である。給付と負担のバランスや見直しの議論を拒絶し、保険料の引下げや減税など国民受けする“選挙向け公約合戦”が横行することは憂慮すべき事態。
4. 「自覚者は責任者である」（糸賀一雄）という言葉がある。それぞれ自らの責任・役割を果たし、国民皆保険を維持・継承することは、次世代に対する我々の社会的責任だと言うべきである。

お断り

本日は、医師の働き方改革や人口問題等の解説について、十分時間を割くことができません。これについては、下記URLの日本記者クラブにおける講演（働く人材クライシス6）の録画（視聴無料）を参照してください。

<https://www.youtube.com/watch?v=MS6wZhYcx-U>

また、残念ながら、拙書『日本の国民皆保険』（ちくま新書）の大きなウェイトを占める「構造」・「軌跡」について、十分な解説ができません。国民皆保険の歴史に関心がある方は、下記公開講座（有料）の案内にアクセスしてみてください。

国際医療福祉大学「乃木坂スクール」#3「日本の国民皆保険」

6月10日開講（全7回） オンデマンド方式

<https://extension.iuhw.ac.jp/>