

社会保障言論

医療供給体制へ
斬り込めるか

国 民健康保険(国保)法等の一部改正案が成立の見通しになった。10年来の議論の末、国保の都道府県(県)単位化(2018年度施行)や医療機関の再編成が進められる。

ハードとソフトの
二人三脚

1961年度施行の「国民皆保険」は、全市町村に国保の設立を義務付け、被用者保険の被保険者以外を強制加入させて成立した。保険者3670、加入者約4900万人に上る地域保険の誕生だった。一方、地域の中心部から半径4km、人口300人以上で診療所もない「無医地区」が当時は1489を数えた。

国民全員が保険証を持つ。その支払い保証により医療機関の開設・普及を促す。既存の被用者保険と医療機関の自由開業制を温存しながら「医療保障」を広げる日本的な知恵であった。

それから半世紀余り、市町村合併や過疎化で国保は1717と半減、うち3000人未満の小規模国保が4分

の1を占める。加入者総数は、75歳以上が高齢者医療制度へ移った影響もあり3466万人に激減した(12年度末)。職業別でも農林水産業などの衰退で、無職(主に年金生活者)、零細事業所従業員、非正規労働者らが大半になった。この高齢・低所得・疾病多発・零細化の流れは弱まる気配さえない。

一方、西欧主要国とは異なり、医療機関づくりを民間に委ねた結果、病院数・病床数、病院機能、診療所との役割分担などに強権は振るえず、診療報酬での誘導に頼った。時代の激変を横目に医療制度へメスを入れる取り組みは後手に回った。

今回の国保法改正は、皆保険の基盤を市町村から県単位へ枠組みを広げながら、その県を軸に医療供給体制の変革を図る狙いだ。いわばハードとソフトの両輪がかみ合うかどうか。

最大の難問は
保険料の平準化

保険者は県と市町村との、いわば「共

同保険者」にされた。県は財政運営と医療提供体制に責任を持ち、市町村は保険料率の最終決定・徴収・保険給付・資格管理・保健事業を担う。

財政責任者の県は、各市町村の給付費見込みを立て、医療費水準（高齢化率を調整）と所得水準を反映させた「納付金」を決める（分賦金方式）。同時に標準的な保険料算定方式や市町村規模別の標準的な収納率を基に各市町村に、いわば望ましい標準保険料率を示す。これらを参考に市町村は算定方式や保険料率を決める。

市町村側は標準より高い収納率を達成すると、保険料率を標準より低く抑えられる。県側は必要な財源を納付金として確実に収納できる。両者の利害錯綜を背景にする妥協で、県内の保険料率がすぐ平準化されるわけではない。しかし、次第に標準保険料率に応じた納付金へ統一され、高齢化率が同じ市町村では同じ応益負担（均等割、世帯割）になっていくだろう。

県にも国保運営協議会が置かれ、統一的な運営方針を定めるが、被用者保険代表を加え、巨額の仕送りに見合う発言権を保証することが不可欠だ。

最大の課題は 病院群の再編

人口10万人対病床数（一般病床）は、最高の高知県で1058・6床、最低の埼玉県では488・9床。平均在院日数（全病床）は、最高の高知県で50・7日、最低の神奈川県では24・0日。この病床の多少と入院期間の長短が、入院医療費の高低をもたらす（2012年・厚労省分析）。

病院群の役割分担、適正な病床数、早期退院と受け入れ先の確保をいかに進

めるか。その役を県が務めることになった。

たとえば、高齢者が肺炎や骨折で急性期病院へ運ばれ、長期入院する現状では病院は救急患者さえ受け入れられない。治療後は回復期や慢性期の病院へ移る。がんや心筋梗塞も高度急性期病院で命を取り留めた後、容体に応じ転院してもらう。

そんな2025年を目指す「地域医療構想（ビジョン）」の策定が始まる（**図参照**）。民間病院が大半だけに地域別の人口の激変・疾病構造の変化・患者の受療行動などのデータを示し、医療機関の自主的な対応を促すほかない。ただし、病院機能の転換や病院間の連携・統合などに必要な資金は「地域医療介護総合確保基金」から補助される。

壮大かつパッチワークのような構想だけに、県と市町村と医療機関が受け止められるかどうか。かみ砕いた「説明責任」がまず問われる。

■宮武 剛（みやたけ ことし）

毎日新聞社、論説副委員長、埼玉県立大学、日白大学の教授を経
て、日白大学生涯福祉研究科、客員教授。厚生労働省「社会保障
審議会」委員、財務省「財政制度等審議会」委員やNPO「福祉
フォーラムジャパン」会長も務める。

