

医療制度の課題と連合の取り組み

いとう
伊藤

あきひさ
彰久

●日本労働組合総連合会・生活福祉局長

はじめに

「皆保険」は、日本に暮らす人々が皆一定の負担で医療が受けられる仕組みである。また、「皆保険」の下で、民間医療機関が全国的に整備され、医療の質も一定程度確保されてきたといえる。しかし、医療機関の開業が自由であることから、離島やへき地、中山間地など医療提供体制の整備が立ち遅れてきた地域がある一方で、人口対病床数が著しく多い地域が存在し、また、大都市部には高度な医療を担う病院が集中しているほか、患者を確保しやすい昼間のみ診療するいわゆる「ビル診療所」を含め多くの診療所が開設されているなど、医療提供体制の地域偏在が生じている。

これら全国の医療機関に医師が供給されているが、病院勤務医は医師を十分に確保できているとは言い難い状況にあり、研修医を含む勤務医の過重労働により医療提供が維持されているのが実態である。勤務医の過重労働は医療安全と良質な医療の確保、勤務医確保の持続可能性の観点から問

題が大きい。

過疎化や人口減少により医療アクセスの格差は今後一層拡大することが懸念される。医師の働き方改革も待ったなしの状況である。人口減少・超少子高齢化が進む日本において、「皆保険」が「皆医療保障」となるべく、負担可能な負担水準で信頼できる良質な医療にアクセスしつづけられる仕組みづくりに向けて、医療提供体制および医療保険制度などの再構築が求められている。

1. 日本の医療制度の現状と課題

(1) 皆保険と医療提供体制の整備

社会保障制度審議会の「社会保障制度に関する勧告」（1950年）を踏まえ、政府は1956年「国民皆保険構想」を発表し、58年3月国民健康保険法の全面改正法案を国会に提出¹。同法案は、3国会をまたぎ、総選挙による法案の再提出、修正議決を経て58年12月成立した。患者の給付率は5割以上とされた²が、順次各自治体により同保険が実施され、61年4月に皆保険が実現したとされる。

1. 平成23年版厚生労働白書において、1960年度に生活保護を受けた世帯のうち55.4%が世帯主又は世帯員の病気が原因であったとされ、医療保険未適用者の防貧対策として国民皆保険の実現が強く求められていたと説明されている。
2. 1963年に世帯主について7割に引き上げられ、68年に世帯員についても7割となった。

「医療保障」には医療提供体制の確保が不可欠であり、新国保法の制定当時も国会において大きな論点とされた。戦後、公立病院と公的病院、市町村直営診療所を中心に医療機関が整備されたが、社会保障制度審議会の勧告（1956年）で「私的医療機関を含めた医療機関網の整備の重要性」が指摘された。自由標榜制と自由開業制の下、医療法人制度の創設（50年）と相まって、民間病院の病床数は皆保険の実現前後に急増した。さらに、老人医療費の無料化（73年）により病床は急増した。

その後、病院数は90年（10,096）をピークに2017年には8,412まで減少。他方無床診療所は増加を続けており17年に94,269となった。病院病床数は1992年（1,686,696床）をピークに2017年には1,554,879床まで減少している。人口10万人当たり病院病床数も減少し続けており、17年には1227.2床にまで減少した。医師数については年々増加しており16年末現在で319,480人、人口10万対医師数は251.7人となっている。これらについて外国と比べると、日本は病床が著しく多いのに対し、医師は人口や病床に対し少ない。

医療提供体制の各国比較（2013年）

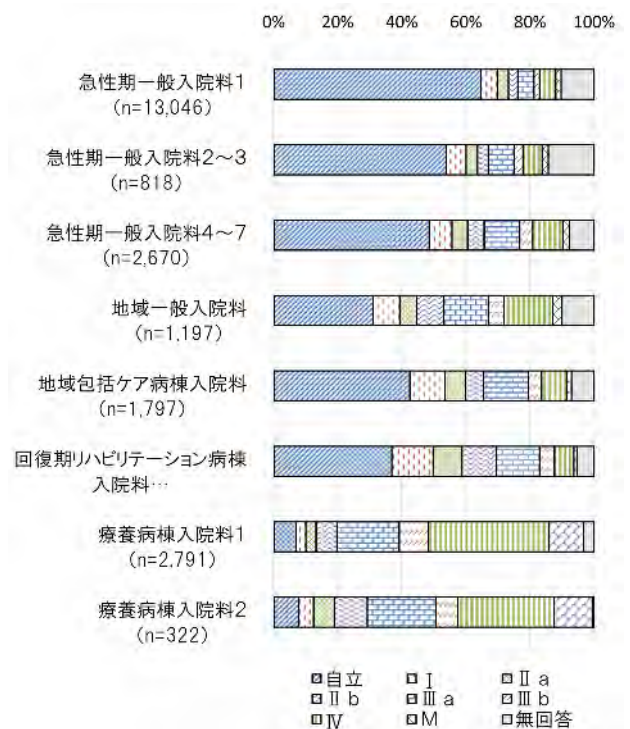
国名	平均在院日数	人口千人当たり病床数	病床百床当たり臨床医師数	人口千人当たり病床数	病床百床当たり臨床看護職員数	人口千人当たり臨床看護職員数
日本	32.5 ¹⁾ (18.2)	13.3	17.1 ²⁾	2.3	78.9 ³⁾	10.5 ⁴⁾
ドイツ	9.6 ¹⁾ (7.3)	8.3	47.6 ²⁾	4.1	137.5 ³⁾	11.3 ⁴⁾
フランス	12.7 ¹⁾ (5.2)	6.3	48.7 ²⁾	3.3	#131.5 ³⁾	#8.5 ⁴⁾
イギリス	7.7 ¹⁾ (6.6)	2.8	98.0 ²⁾	2.8	292.3 ³⁾	8.2 ⁴⁾
アメリカ	6.2 ¹⁾ (5.4)	2.9	79.9 ²⁾	2.6	#359.4 ³⁾	#10.9 ⁴⁾

出典：厚生労働省「第1回新たな医療の在り方を踏まえた医師・看護師等の働き方ビジョン検討会」資料

病床の多さは診療報酬制度と関係が深い。入院基本料は患者像や看護配置基準に応じて設定されており、看護配置基準の高い病床区分ほど高い報酬が医療機関に支払われる仕組みとなっている。

一般病床の入院基本料は回復期や慢性期などの病床に比べ高く、また一般病床の中でも看護配置基準が高い病床区分ほど入院基本料が高く設定されている。そのため、医療機関には看護配置基準の高い病床を選好するインセンティブが働いている。しかし、一般病床には急性期以外の入院患者の割合が低いのが実情である。

入院患者の日常生活自立度



出典：中央社会保険医療協議会総会（第418回）資料

このように必ずしも地域の患者像に見合っていない医療提供体制となっている状況は、医療保険から医療機関への医療費の配分が効率的に行われていない、急性期医療を行う医療機関において良質な医療が提供できる環境が提供されていないという課題を示唆している。

(2) 医療機関の偏在

厚生労働省「医療施設調査」結果について2007年と17年を比較すると、人口10万対病院数では、

最少の神奈川県と最多の高知県の間にあった約4.5倍の格差は約4.9倍（最少神奈川県、最多高知県）に拡大した。人口10万対病床数では約2.9倍（最少神奈川県、最多高知県）から約3.2倍（同）に拡大している。人口10万対無床診療所数では、約2.0倍（最少沖縄県、最多東京都）から約1.9倍（最少茨城県、最多和歌山県）に若干縮小している。

高度医療の提供等の機能を持つ病院として同省が承認する「特定機能病院」は全国に86あるが、そのうち15は東京都にあり、そのほか大阪府に7、神奈川県、愛知県、福岡県に各4ずつなど、大都市を有する都道府県に偏在している。

すでに1990年代をピークに人口が減少している県も多いが、こうした県では人口減少が続くとする人口推計が示されており、医療機関の地域偏在のさらなる激化が懸念される。

(3) 医療人材の偏在

厚生労働省の2016年「医師・歯科医師・薬剤師調査」の「都道府県（従業地）別にみた医療施設に従事する人口10万対医師数」によると、最少の埼玉県（160.1人）と最多の徳島県（315.9人）の間に約2.0倍の差が存在する。診療科別の医師数では、外科で最少の埼玉県（14.4人）と最多の京都府（33.0人）の間に約2.3倍、小児科で最少の茨城県（78.7人）と最多の鳥取県（174.0人）の間に約2.2倍、産婦人科・産科で最少の埼玉県（28.9人）と最多の鳥取県（61.2人）の間に約2.1倍などの差がある。

医師の偏在対策の解消に向け、2018年の医療法及び医師法の一部を改正する法律により、都道府県に医師確保計画の策定が義務付けられ、医学部の地域枠による入学定員増³などの医師の地域偏在対策が行われている。同計画の策定にあたり、同省は都道府県・診療科別の医師偏在指標と、同指標に基づく「医師少数地域」及び「医師多数地域」を示し、「医師少数地域」に対してはより充実した医師確保対策を可能とする考え方を示している。

また、医師の診療科偏在に対しては、同省が示した必要医師数および必要養成数を基に、2020年度の医師養成課程における専攻医の募集数に診療科ごとの上限を導入する提案を行い、日本専門医機構が案を示し、19年5月同理事会で了承した。

(4) 医師の過重労働

病院の勤務医は、専門性が高く医師でなければできない仕事が多いこと、交代制勤務ではないこと、当直があること、外来診療を含め多くの患者が病院に集中していることなどから、特に20～30歳代の医師において著しい長時間労働となっている⁴。特に救急科や臨床研修医、外科、産婦人科の長時間労働が著しく⁵、勤務医の自己犠牲的な長時間労働により医療が維持されている。

2018年6月に成立した働き方改革関連法により、時間外労働の上限について、2019年度⁶から月45時間、年360時間を原則とし、臨時的に特別な事情がある場合でも年720時間、複数月平均80時間⁷、単月100時間未満⁷を限度に設定できることとさ

3. 地域枠の学生は卒業後地域の医療機関に9年間程度従事する必要がある、学費の補助等のメリットがあっても十分なインセンティブとして機能していないとの指摘もある。

4. 週の法定労働時間の2倍以上の勤務時間の勤務医は10.5%おり、21,000人と推計されている（厚生労働省第9回「医師の働き方改革に関する検討会」資料）。

5. 常勤勤務医の週あたり勤務時間は、全診療科平均56時間28分に対し、救急科63時間54分、臨床研修医60時間55分、外科59時間28分、産婦人科59時間22分（厚生労働省第1回「医師の働き方改革に関する検討会」資料）。

6. 中小企業については2020年度。

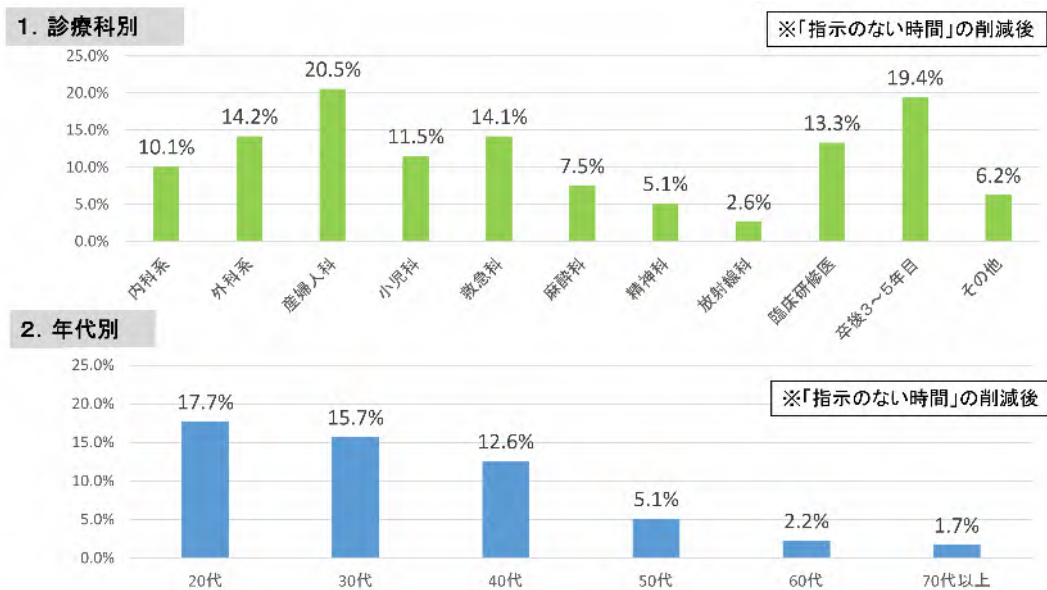
7. 休日労働を含む。

れた。しかし医師については、施行5年後に上限規制を適用することとし、具体的な上限時間などは省令で定めることとされ、19年3月に厚生労働省「医師の働き方改革に関する検討会」報告書が取りまとめられた。

そこでは一般の労働者に比べて高い①年960時間⁷（A水準）を勤務医の上限時間としつつ、別途

②2035年度末までの地域医療確保暫定特例水準として年1860時間⁷（B水準）、③集中的技能向上水準として、初期研修医など医師等として基礎的な技能や能力の習得に必要不可欠である場合（C-1水準）、高度特定技能の育成に関連する診療業務を行う場合（C-2水準）として年1860時間⁷という著しく長い時間外労働を可能にするとの考え方が示された。

週勤務時間が地域医療確保暫定特例水準を超える医師の場合



出典：厚生労働省「第20回医師の働き方改革に関する検討会」資料

(5) 不効率的な医療提供体制

政府は、医療の機能に見合った資源の効果的かつ効率的な配置を促すために、2014年に成立した医療介護総合確保推進法により、病院に対し、病床において担っている医療機能の現状と今後の方向を選択し、病棟単位で、都道府県に報告する仕組みを導入した（病床機能報告制度）。また、都道府県は医療計画に2025年に向けた「地域医療構想」（ビジョン）を定め、さらなる医療機能の分化と連携を進めることとされた。

同構想を実際に進めていくために、都道府県には毎年度、地域医療構想調整会議において合意し

た具体的対応方針を取りまとめることが求められている。同会議での協議の状況は、公立病院及び公的病院等については着実に議論が行われ、2019年3月末時点でそれぞれ95%、98%が「合意済み」とされる。一方で、民間病院については「合意済み」は39.4%にとどまり、32.8%は議論すら始まっていない⁸。

地域医療構想の実現には病床の転換を伴うが、急性期病床から慢性期病床への転換は医療機関にとっては診療報酬の減収に直結するため、民間医療機関が地域医療構想に対して協力的とは言えない状況がみられる。

8. 厚生労働省「地域医療構想に関するワーキンググループ」（2019.5.16）資料。

(6) ひっ迫する医療保険財政

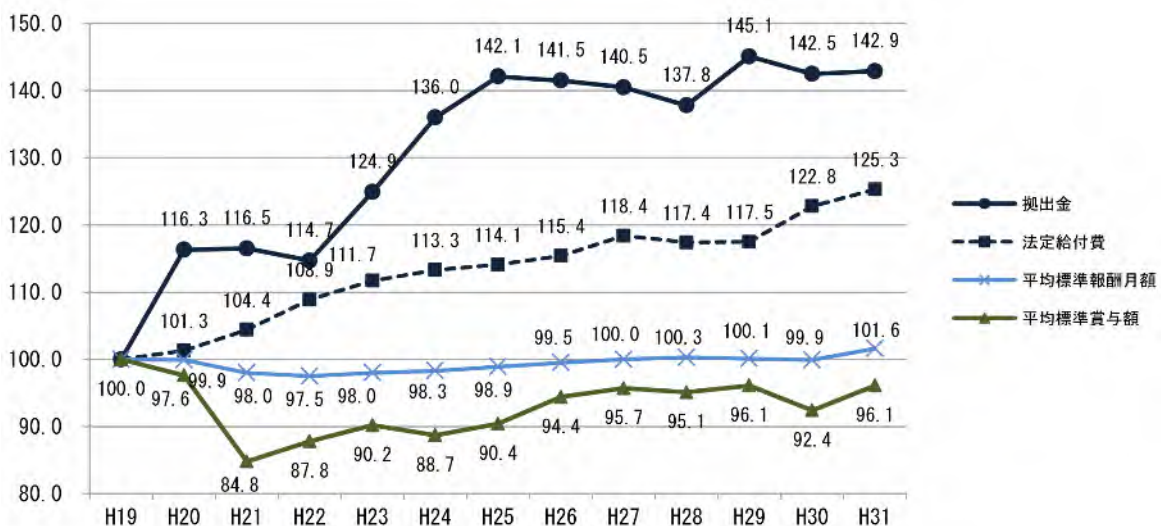
医療保険の給付は高齢化の進展と医療の高度化等により増加する一方、収入は生産年齢人口の減少により減少することが見込まれており、その財政は構造的な課題を抱えている。

高齢化の進展は、受療率の高い高齢者の増加による医療給付の増加を招く。その結果、主に現役世代の労働者が加入する被用者保険においては、後期高齢者医療制度への支援金と国民健康保険との財政調整に係る前期高齢者納付金の支出が増加していくことが見込まれる。また、効能・効果の追加等により高額な医薬品の保険償還の増加や、高額な革新的新薬の保険収載などが保険財政を圧迫することが懸念されている。

足下においては、販売額が急増した場合に緊急的に薬価見直しを行う特例措置の導入（2016年）、

市場規模の拡大に応じた四半期再算定の導入（18年度）、短時間労働者の被用者保険の適用拡大（16年）と高年齢者雇用の増加、日本年金機構による未適用事業所の適用促進による被保険者の増加等により、医療保険財政は堅調に推移している。このような状況にあっても、4割以上の健保組合が赤字（17年度決算）となっており、大型の健保組合が相次いで解散している。後期高齢者人口の伸びが2020年は1.1%、21年は0.5%と鈍化することから医療費の伸びは一時的に足踏み状態が見込まれるが、22～24年には後期高齢者人口の増加率が4%前後となることを見込まれており、政府は「経済財政運営と改革の基本方針2020」で、薬剤自己負担の引き上げ、外来受診時の定額負担導入の検討を行い、「社会保障の総合的かつ重点的に取り組むべき政策を取りまとめる」方針を示している。

平均標準報酬月額、平均標準賞与額、被保険者1人当たり法定給付費および拠出金の推移



出典：健康保険組合連合会「平成31年度(2019年度)健保組合予算早期集計結果の概要等について」

2. 連合の考える医療制度

医療は、労働者およびその家族が安心して生活

し続けられるための基盤である。強制保険である公的医療保険の今後の保険料率の上昇が避け難い状況下、すでに高齢者医療の費用の多くを賄う現役世代と高齢者の間に世代間対立をもたらしているだけでなく、医療アクセスに不利な地域の被保

険者の不満を高めかねない。効率的な医療提供体制を実現することは、社会連帯という皆保険の基盤を強固にすることにもつながる。全国いずれの地域においても一定の質の確保された医療に確実にアクセスできる体制を構築すべく、連合は次のような政策提言や取り組みをしている。

(1) 医療の地域偏在の是正と効率的な医療提供体制づくり

医療提供体制の地域偏在を強力に進めるには、少なくとも社会保険制度の下では医療機関の自由開業制と診療科に係る自由標榜制のあり方について検討せざるを得ない。例えば、国が都道府県ごとの医師数及び医療圏域ごとの診療科別医師数の目安を定め、これらの目安を超える都道府県での保険医登録や医療圏域における保険医療機関指定を制限する仕組みが考えられる。その際、病院勤務医については、その過重労働の状況を踏まえ対象外とすることが必要である。

また、こうした地域偏在の是正のためのしくみと合わせて、医療の質の向上を同時に進めるために、診療所の保険医療機関の指定にあたっては、専門医認定を受けた診療科に限るといった仕組みも検討すべきである。

医療機関の地域偏在の是正と効率的な地域医療提供体制づくりを進めていくために、地域医療構想の実現に向け民間医療機関を含むすべての医療機関が地域医療構想調整会議における具体的対応方針の合意に向けた努力するとともに、必要に応じて行政の権限を行使することも求められる。

このような考え方に基づき、社会保障審議会、財政制度等審議会などでの意見反映などに取り組んでいる。その結果、政府の「経済財政運営と改革の基本方針2019」に連合の考え方が盛り込まれるなど、国の政策に浸透してきている。

(2) 医師の長時間労働の是正

医師の長時間労働は、労働者としての医師の命と健康を守るとともに、医療提供体制の持続可能性の確保、医療安全の確保の観点から、早急の改善が求められる。この状況を改善しなければ、若い医師の病院勤務が忌避され勤務医の確保が困難となり、勤務医のさらなる過重労働を引き起こすという悪循環に陥りかねない。

厚生労働省「医師の働き方改革に関する検討会」において医師の時間外労働の上限について検討が行われた際、連合から複数の委員が参加し、医師の命と健康の確保と、だれもが安心して医療をうけることができる環境整備の双方を実現すべきとの考えで議論に臨んだ。

取りまとめられた報告書は、過労死認定基準の約2倍に相当する上限時間の設定を認めるもので、医師の命と健康の確保の点で強い懸念がある内容となり、連合としては賛同し難いものとなったが、集中的技能向上水準の年1860時間については将来に向けて縮減することとされた。

連合は、医師の偏在対策の強力な推進に向け前述2. (1)のような取り組みを進めてきているほか、医療機関における積極的な人材確保の取り組みの重要性を、医療現場のない構成組織を含め共有するため、「安心と信頼の医療と介護中央集会」や地方連合会における集会を開催し、中央・地方の行政機関などに医療現場からの声を届ける取り組みを進めてきている。

(3) 医療人材の確保対策の強化

看護職員は病院を中心とした医療機関だけでなく、訪問看護ステーションや介護保険施設などでの需要が高まっている。しかし、病院では、十分な看護職員の配置が行われないまま、在院日数の短縮による業務の高密度化や夜勤負担の増加などで、一定の離職者が発生⁹する一方で人材確保が

9. 日本看護協会「2018年病院看護実態調査」結果によると2017年度の病院看護職員は10.9%。厚生労働省「平成29年雇用動向調査」結果によると一般労働者（産業計）は11.6%。

困難な状況が続いている。医師の働き方の見直しのためのタスク・シフティングも検討されており、看護職員に対する負担の増加も予想される。

こうした状況下で、連合は、国による看護職員の確保対策の強化を求め、厚生労働省の医療従事者の需給に関する検討会看護職員需給分科会で意見反映に取り組んでいる。また、「安心と信頼の医療と介護中央集会」を毎年開催し、医療等の現場で働く組合員と、サービスを利用する側である組合員が、人材確保の重要性を共有するとともに、厚生労働省に対する要請行動を行っている。

(4) 患者本位の医療の確立

患者の知る権利、自己決定権、自律を尊重し、患者が自らの受けようとする医療を納得の上で選択し、理解し、医療者との信頼の上で治療に自ら取り組めるようにすることは、幸福追求権の尊重のためのみならず治療の効果においても重要である。医療提供体制と診療報酬制度が複雑化・専門化し、医療技術や医薬品などが日々技術進歩しており、患者と医療者間の情報の非対称性は高まっている。また、医療従事者においても専門化・分業化が進んでおり、関係者間の連携の重要性は一層増している。高齢者については患者の意思を尊重するための新たな取り組みが始まっている¹⁰。このような中、患者の尊厳を守る「患者本位の医療」の重要性は一層高まっている。

「患者本位の医療」をすすめるため、連合は、患者の声を診療報酬制度に反映させるべく連合

「患者本位の医療を確立する連絡会」¹¹委員から中央社会保険医療協議会の委員を送り出している。

また、医療に関する自己情報にアクセスできるのが当然との考えから、診療明細書の無料発行義務化に強力に取り組んできているほか、カルテやレセプトの開示、マイナポータルにより自ら医療情報の閲覧を可能にすることなどについて、政策反映に取り組んでいる。

(5) 医療保険制度の持続可能性の確保

公的医療保険は将来世代を含む全世代にとって欠くことのできないセーフティネットである。そのため、持続可能性の確保は重要な課題である。一方、保障を低下させては安心を提供する機能の弱体化をもたらし、本末転倒となる。

そのため連合は、①被用者保険と地域保険の二本立てによる皆保険の堅持、②被用者保険の被保険者及び適用事業所のカバレッジのさらなる拡大、③2000年の健康保険法附則に定める7割給付の維持、④年齢別から負担能力に応じた負担の在り方への転換、⑤高齢者医療について保険者機能発揮の観点から被用者保険全体で退職者を共同で支える「退職者健康保険制度（仮称）」への転換などを柱とした医療保険制度とすべきと考えている。

こうした考え方にに基づき、社会保障審議会や財政制度等審議会での意見反映や、政党との協議、被用者保険団体との連携や協議などに取り組んでいる。

10. 厚生労働省は、人生の最終段階における医療・ケアについて、本人が家族等や医療・ケアチームと繰り返し話し合う「アドバンス・ケア・プランニング」(ACP、略称・人生会議)の取り組みを進めている。

11. 2004年の中医協委員を巡る贈収賄事件で、連合副会長(当時)が収賄の容疑で逮捕(その後懲役1年、執行猶予3年、追徴金146万円で有罪確定)された際、連合は患者・被保険者代表として委員を推薦するための改善策を示し、「患者一般の声をより適切に反映できるような委員の推薦を行うこと」が2004年4月27日の中医協全員懇談会で了解された。その患者代表委員を推薦するための枠組みとして2005年1月14日、連合「患者本位の医療を確立する連絡会」を創設した。