

患者が不安なく受診でき、医療者が希望を持てることをめざす 医科政策提言

神奈川県保険医協会政策部
2010.9.9

■はじめに ―患者の治療ができなくなっている―

医療崩壊が広く患者・国民の知るところとなったが、内実は①医師不足による救急、小児科、産婦人科、外科などの生活圏における病院、診療所の減少および空白と、②デフレ不況や雇用状況の悪化の下、過重な患者負担3割による受診抑制・治療中断、つまり患者数の極端な減少＜外来26万人減、入院7万人減（1日あたり）―「平成20年患者調査」＞、③とりわけ98年以降の診療報酬マイナス改定の連続、医療提供への冷遇評価による医療者の士気の減殺、④過重負担による病院勤務医のバーンアウト、となっている。

◆施設の種別別にみた推計患者数

入院

	2005年 (平成17年)	2008年 (平成20年)	増減
総数	1,462,800人	1,392,400人	▲70,400人
病院	1,391,600人	1,332,600人	▲59,000人
一般診療所	71,200人	59,800人	▲11,400人

外来

	2005年 (平成17年)	2008年 (平成20年)	増減
総数	7,092,400人	6,865,000人	▲227,400人
病院	1,866,400人	1,727,500人	▲138,900人
一般診療所	3,948,900人	3,828,000人	▲120,900人
歯科診療所	1,277,200人	1,309,400人	32,200人

（厚生労働省「平成20年患者調査」より作成）

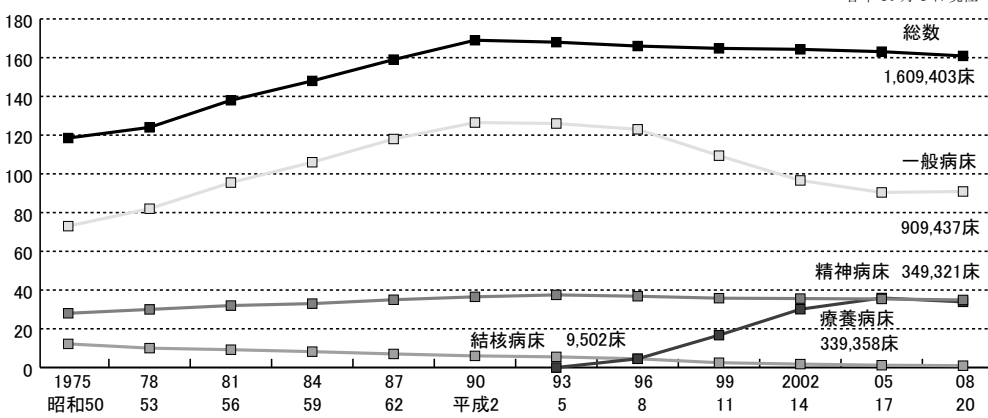
以降、高度経済成長に伴って医療・社会保障は、吉村保険局長（当時）の『医療費亡国論』と前後する、81年の検査の多項目包括評価（「マルメ」）に端を発する診療報酬抑制策、84年の健保1割負担（本則2割負担）導入と部分的混合診療の制度化（「特定療養費」）による給付範囲縮小策で方向転換が図られる。以降、バブル経済の破綻、中曽根内閣の「民活」、産業空洞化、アジアの大競争時代に突入し、経済界の意向に沿った医療費の「経済との調和」が基調とされ、診療報酬マイナス改定の固定化、橋本「構造改革」で医師養成数の削減（97年閣議決定）、患者負担2割となり、小泉「構造改革」の下、患者負担が先進国で例の無い3割となり、混合診療の法制化（保険外併用療養費）、性急な医師臨床研修の義務化が敢行され、「医療崩壊」という形で社会問題化、政治問題化するに至っている。

この間の医学・医療の進歩、医療技術・医薬品の開発・発展、患者の医療知識の増大とIC（インフォームド・コンセント）などの納得要求の増大と医師選別要求、医療事故報道の増加、情報過多・医療不信の増長、医療財政の逼迫、雇用環境の悪化やデフレ不況、政権交代などの社会経済状況の変化の下、医療制度や医療提供体制への改革が社会的要請となっている。

「選択と集中」「持続可能性」と、医療・社会保障政策のキーワード、重点が変遷してきているが、その意味してきたことは、日本の医療の特性である①皆保険、②出来高、③自由開業制、④フリーアクセス、⑤医師の自由裁量、⑥現物給付―の改変・否定であり、一時芽生えた社会保障「機能強化」へ舵をきるものではない。つまり、「いつでも、どこでも、だれでも」の医療が危うくなっている。

既に、80年代に170万床あった病院病床は、医療圏設定と病床規制による「医療計画」並びに急性期入院医療偏重の診療報酬の点数誘導により、病床・病院が選別淘汰され、一般病床90万床、療養病床34万床へととなり、必要数に程遠い高齢者福祉施設の整備放置ともあいまって、多くの患者が行き場を失っている。

◆病床の種別別にみた病院病床数の推移



注：1）「一般病床」は平成4年までは「その他の病床」であり、平成5年～平成12年は「その他の病床」のうち「療養型病床群」を除いたものであり、平成13・14年は「一般病床」及び「経過旧その他の病床」（経過旧療養型病床群を除く。）である。
2）「療養病床」は、平成12年までは「療養型病床群」であり、平成13・14年は「療養病床」及び「経過旧療養型病床群」である。

（厚生労働省「医療施設調査」より作成）

喧伝される在宅重視も24時間対応の在宅療養支援診療所の2万箇所目標は実現が難しく、限界がある。既に、病院の機能別再編が一段落したことを踏まえ、現在、診療所の機能別再編が「総合医」「登録医」導入などととも着手・進行している。

また医療制度においては後期高齢者医療制度の混乱にみるように、様々な思惑が錯綜し、迷走が続いている。医療給付においても対GDP水準でOECD諸国中22位の低水準が固定化しており、このようなもと患者と医療機関を1対1の関係に限定する給付の一元化や、免責制・民間医療保険の育成活用、医師数の定数制と、薬局主導の処方内容変更権の付与など、新たな策動も始められている。

このように、医療費抑制・管理の方針のみ一貫し、場当たりの将来的視点や構想力の欠落した医療政策に、患者・国民、医療者は翻弄され続け、混乱の坩堝に落としこまれてきた。この現状からの脱却、方向転換を図るべく、ここに政策提言を発表し、多くの議論に付したい。

■患者の状況

皆保険発足当時の結核、肺炎・気管支炎、胃腸炎などの感染症を中心とした疾病から、現在は悪性新生物、心疾患、脳血管疾患など慢性疾患が中心となり疾病構造が変化をしている。これらは医療の普及、医学の発展とともに、食生活の変化、生活習慣の変化および高齢化を主因とするものである。とりわけ糖尿病は国民10人に1人と急増、また昨今は社会状況を反映し精神疾患の増加が目立っている。

しかしながら、医療・医学の進歩、発展の一方、十分な医療を受ける機会が奪われている。

2003年に患者の受診時の窓口負担の3割統一（3歳～70歳）となって以降、患者数が極端に減少しはじめている。そのことは厚生労働省統計の「医療費の動向」でも（01年→08年）受診延べ日数が▲1.7億日と減少（▲6.1%）、「患者調査」では1日あたり患者数が（05年→08年）外来22万人、入院7万人と大きく減少とあきらかになっている。

また昨年公表された「2007年社会保障・人口問題基本調査」で過去1年間に病気でありながら全く医療機関を受診できなかった世帯が全世帯の2%、実に105万世帯252万人に上っており、その理由は健康保険未加入14.2%、「自己負担割合が高い」などの経済的理由38.4%と、計5割以上が経済的理由による。

患者負担の過重さによる受診の手控え、中断などの受療行動の抑制は、皆保険のない米国以上であり、日本医療政策機構の2007年調査でも受診控えの経験のある国民が米国24%に対し、日本26%と世界一の高さとなっている。当協会が今年3月に行った全国調査では、国民の28%が治療手控えの経験があるとしている。

しかも米国の医

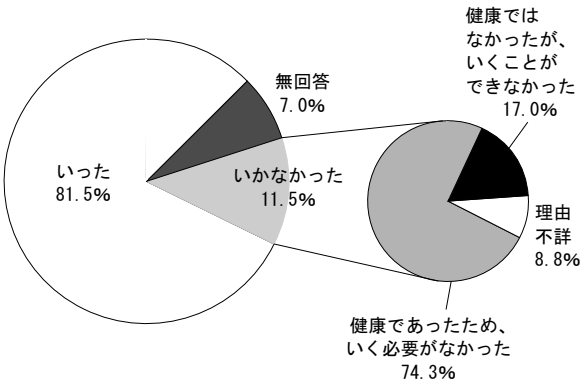
◆受診延日数の推移

（単位：億日）

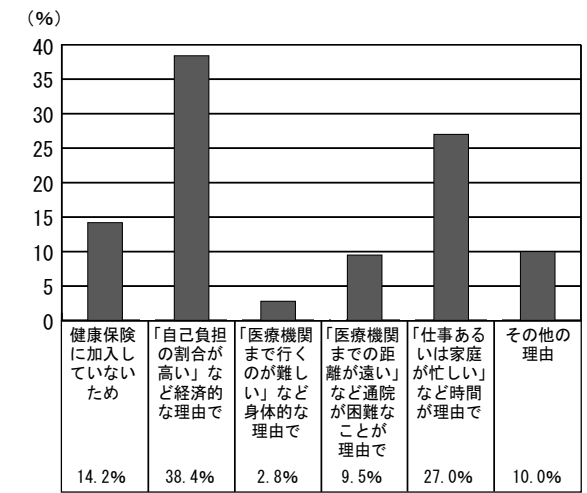
	総計	内科	歯科	保険薬局
平成13年度(2001年)	28.1	23.9	4.13	5.78
平成14年度(2002年)	27.6	23.4	4.17	6.03
平成15年度(2003年)	27.2	23.1	4.14	6.20
平成16年度(2004年)	27.3	23.0	4.18	6.48
平成17年度(2005年)	27.2	22.9	4.22	6.64
平成18年度(2006年)	27.0	22.8	4.18	6.90
平成19年度(2007年)	26.7	22.6	4.12	7.07
平成20年度(2008年)	26.4	22.2	4.12	7.20

（厚生労働省「平成20年医療費の動向」より作成）

◆過去1年間の医療機関の受診状況



◆過去1年間の間に医療機関に「健康ではなかったが、行けなかった」とした人の行くことができなかった理由



（国立社会保障・人口問題研究所「2007年社会保障・人口問題基本調査」より作成）

療改革とは逆行し日本は皆保険が有名無実化しはじめており、2000年より義務化された国民健康保険の保険料滞納世帯への資格証明書（10割負担で事後に7割分を滞納保険料と相殺）の発行により、現在34万世帯が事実上、医療機関にかかれな状態となっている。なぜなら資格証明書は10割負担であり治療費の全額を用立てしなければならないため、3割負担の保険証世帯に比べ受診率はその2%にも満たないからである。

更には医療費抑制のための病院病床の削減策と急進的な「在宅化」により、家庭介護力などを無視した施策が推進され、多くの患者は入院先の確保に途方に暮れている。

■医療機関の状況

－医療崩壊はシンボリックな表現だが、90年代から亀裂は生じている－

日本の病院数、病床数は、病床規制の「医療計画」（医療法）の導入もあり、1990年初頭の1万病院170万床をピークに9千病院160万床（一般病床90万床、療養病床34万床、精神病床35万床、結核病床1万床）と減少の一途をたどっている。また、平均在院日数の短縮のため、長期入院が不採算となる診療報酬上の措置を講じ、かつての40日（84年）から半分の19日（08年）と大幅に短縮した。

また70年代からの高齢化に政府は向き合わず、特別養護老人ホームなどの老人福祉施設の建設放置、未整備のもと、機能を代替した感のある老人病院を制度化、療養病床としてふるいにかけ淘汰してきた。

今また一般病院は90日以上入院は不可とし、療養病床も重度以外の患者は入院できない措置が今次診療報酬改定でとられている。

一方、診療所の倒産は増加傾向となり、これまで毎年施設数は増加してきたものが09年にはついに全国的に減少に転じた。過去3年では12県、ここ1年では23都道府県で診療所数が減少しており、第一線医療が危うくなっている。日本の外来患者の7割を診療所がみていることを鑑みれば、非常に危惧される。

地域からの医療機関の消失は、銚子市立病院の閉院に象徴されるように、民間病院だけではなく自治体立病院にもおよび、函館市まで連絡船で通院する青森の佐井市など限界過疎地のみならず、全国に広がっている。都市部も例外ではなく、横浜栄区や横須賀市は産科病院が既にない。京都府の北丹地域は脳卒中の急患受け入れ病院はゼロ、最短の舞鶴の国立医療センターまで車で2時間である。循環器外科、脳外科のない地域は多くなっている。

これら「医療崩壊」と報道される事象は、80年代の徹底した低医療費政策の下、90年代から生じ始めている。小児科で有名な都内の病院の病棟閉鎖、千葉大病院の小児科女医の過労死など、いわゆる不採算医療で綻びが顕著となり、これに医学部定員削減の97年閣議決定、98年度以降の診療報酬マイナス改定、社会保障費の1.1兆円削減、医療事故報道の過熱、卒後臨床研修義務化が重なり、国民の多くに問題が知れ渡るようになったのである。

医療の高度化の下、経済評価が不十分なまま医療者は過密、過重労働を強いられており、小児科の過労死や自殺に象徴される医療者の疲弊が蔓延しつつある。報道沙汰にはならないが、開業医の自殺、うつ病も目立つようになっている。

◆医療費の配分割合と患者数割合

医療費割合	診療所 30.2%	病院 69.8%
患者割合	外来 80.0%	入院 20.0%
施設別割合	診療所 68.9%	病院 31.1%

(厚生労働省「平成20年医療費の動向」「平成20年患者調査」より作成)

■日本の医療の力量、第一線医療の果たしている知られざる役割

日本の医師、看護師数はOECD平均に比して2/3程度であり、医療費規模も対GDP比7.9%と極めて低い(平均8.9%。1%は日本円換算で5兆円)。この中でWHOの健康達成度は世界1位を成している。この評価基準は健康寿命、健康寿命の地域格差、患者の自主決定権、治療への満足度、地域・人種などによる患者対応の差別、医療費負担の公平である。また医療の質においてもOECDで、がん、循環器、糖尿病、筋骨格系疾患、精神疾患、医療事故の死亡率の低さはAランクで総合評価は世界一である。

このことの意味内容が、あまり国民の側には理解されていないきらいがある。医療環境について3時間待ちの3分診療と揶揄されるが、世界の多くは「登録医」制のため検査に数ヶ月待ちが常識、英国は入院待ち100万人が常態化さえており、日本は当日診療であり実際は50分待ちの5分診察（病院）程度である。医療機関の選択の自由が患者に保障されている日本と、そうではない欧米諸国とでは明かに利便性、医療へのアクセスの機会が異なっているのである。

また、医療内容について代表例でいえば、諸外国では日常的ではない、超音波診断、CT、MRIなどは病院でなくとも診療所の段階で検査が行われており、世界の4割を保有する日本だからこそ、それを享受できる環境にある。開業医レベルでの硬膜下血腫の発見も一般的である。

医療は人的集約労働であり、医療費に占める人件費の割合は5割と高い。つまり、低医療費の下、医療機器への投資も積極的に行い、医療パフォーマンスが高いということは、医療者の献身・犠牲の上に成りたっているということになる。事実、当会の合理的試算では全産業平均の半分の賃金で働いている計算になる。

脳外科、循環器外科などの救急医療については、テレビなどで目にする機会もあり、国民が仄聞して一定の知見はもっていると思われるが、第一線医療の実情については多くがよく知らないというのが本当のところだと思われる。

よって、総合医や登録医の話が、概念規定が様ではないまま、審議会等で議論されている。

日本の開業医の多くは、大学病院、基幹病院、地域の中核的病院に勤務し、自らの専門領域の技量を高めた後に、開業するスタイルをとっている。つまり、専門医が開業をしており、経験年数を積みながら専門外の領域の技量を身につけているのである。欧州諸国のように、聴診器1本の軽装備の専門医への振り分け機能を期待された「GP(General Practitioner)」とは違うのである。実際上も医学・医療が世界一の日本で、GPなり総合医がほかの専門性の高い各分野にどう振り分けていくのか。それにはより高度・広範な知識が必要となり、医療知識の半減期が短い現在、最低でも5年後に医療・医学全般を学びなおすことを余儀なくされる。つまり機能化が疑問視される。昨今、医療崩壊が問題とされ、勤務医から開業医への転進がまことしやかに喧伝されているが、雪崩を打ったような事実は数字上もなく、開業の多くは自身の理想の医療の追求・実現である（日医調査、北海道医師会調査）。

ゆえに現実には内視鏡、肝生検、心電図読影、冠動脈撮影、白内障手術など、設備や力量を備えた専門医が数多く開業し、病院への患者紹介や検査依頼ではなく、診療所間の連携で完結している例が数少なくない。

また、線維筋痛症など難治性疾患は病院で診断はついても、疾病の維持・管理は第一線で行っており、脳卒中もいまや早期に第一線に戻されてくる。糖尿病のインスリン導入も、教育入院で2週間も病院に入院できる余裕はなく外来で導入しているし、便潜血の精密検査も開業医に依頼するほうが実際的になっている。

当然ながら、これらは第一線医療の充実を物語っており、事実、先述したように日本の外来患者の7割は診療所が診ているのである。

また、診療所批判がマスコミなどで時折流されるが、休日急患診療所に輪番で詰めたり、日常的に学術講演会への出席や講師を務めるなど研鑽や研修に励み、公衆衛生事業や学校医など、診療所外での社会活動も多くが参加している。病院勤務医とは違う形で、その技量を診療以外に発揮し、日本の医療・保健を支えているのである。この点も、諸外国とは大きく異なっている。

日本の第一線医療は、自由開業医制であり、開業資金・開業地選定・診療所経営は全くの個人責任で行い、公的医療を公共料金と公的ルールの下、提供するという形をとっているが、これも日本独特の仕組みである。

	平均 寿命	健康への自己 評価	若年の死 亡率	がんの死 亡率	循環器 疾患の死 亡率	呼吸器 疾患の死 亡率	糖尿病 の死 亡率	筋骨格系 疾患の死 亡率	精神 疾患の死 亡率	乳児死 亡率	医療 事故の死 亡率
オーストラリア	B	A	A	A	B	B	B	C	B	C	D
オーストリア	C	A	A	B	D	A	D	A	A	A	D
ベルギー	C	A	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	B	n.a.
カナダ	B	A	B	B	B	B	C	C	B	C	B
デンマーク	D	A	B	D	C	C	B	D	D	B	A
フィンランド	C	B	B	A	D	A	A	B	D	A	A
フランス	B	A	B	B	A	A	A	B	B	B	C
ドイツ	C	B	A	B	D	A	B	A	B	B	C
アイルランド	C	A	A	C	C	D	B	D	B	B	C
イタリア	B	B	A	B	B	A	C	B	A	B	A
日本	A	D	A	A	A	C	A	A	A	A	A
オランダ	C	A	A	C	B	C	B	B	C	B	A
ノルウェー	B	A	A	B	B	B	A	B	C	A	A
スウェーデン	B	A	A	A	C	A	B	B	C	A	C
スイス	A	A	A	A	B	A	A	C	C	B	n.a.
イギリス	C	A	B	C	C	D	A	D	C	C	B
アメリカ	D	A	D	B	D	C	C	C	B	D	C

(Conference board of Canada資料より作成)

■提言の基本的視点

生存権保障をうたった憲法25条の実現、社会保障の必要十分原則・応能負担原則、現物給付を基本とし、これまでの日本の医療文化を断絶させないため、緊急性の高い次の9点、①医師養成と自由標榜制、②医療の機能分担と提供体制、③医療者の身分保障と健康保障、④医療保険制度、⑤混合診療の廃止、⑥診療報酬のモノと技術の分離、⑦医療費財源、⑧医療情報の管理、⑨医療倫理一に絞って提言する。尚、昨今、医療を産業化、市場開放するため商品化する様々

な策動があとをたたないが、これらにわれわれは与するものではない。

■提言1 医師養成、医学教育 自由標榜制

08年に政府は初めて「医師不足」を公式に認め、97年閣議決定を見直し医学部入学定員を増やしたが、現実には医療崩壊を回復するには至っていない。OECD平均に比して12万人不足といわれるが、単純な定員増だけでは、将来的な人口減少を勘案すると医師過剰問題にもいずれ帰結しかねない。また医師養成数増は、医学教員の増加、医学施設の増加を合わせ考えなければ画餅に帰す。

今後の人口減少を踏まえ、医学生が第一線に出る10年後を見据え、医療需要との均衡を考慮した養成計画の立案を大学医学部、基幹病院（地域中核病院）、医師会の関係者による検討会で立案し、財政的に手当てする。

医師養成にあたり、県立大学、市立大学などには自治体財政を投入していることを鑑み、卒業生の地元就職5年を義務づけする。

また、医学教育については、卒後研修の彌縫策的な見直しが行われているが、積極的評価のある一方で指導医確保のための市中病院からの派遣医師の引き上げが医療崩壊の引き金になっている。また医師のキャリアパスをプライマリケアへと一元的に閉ざし、基礎医学や公衆衛生分野の危機の弊も指摘されている。

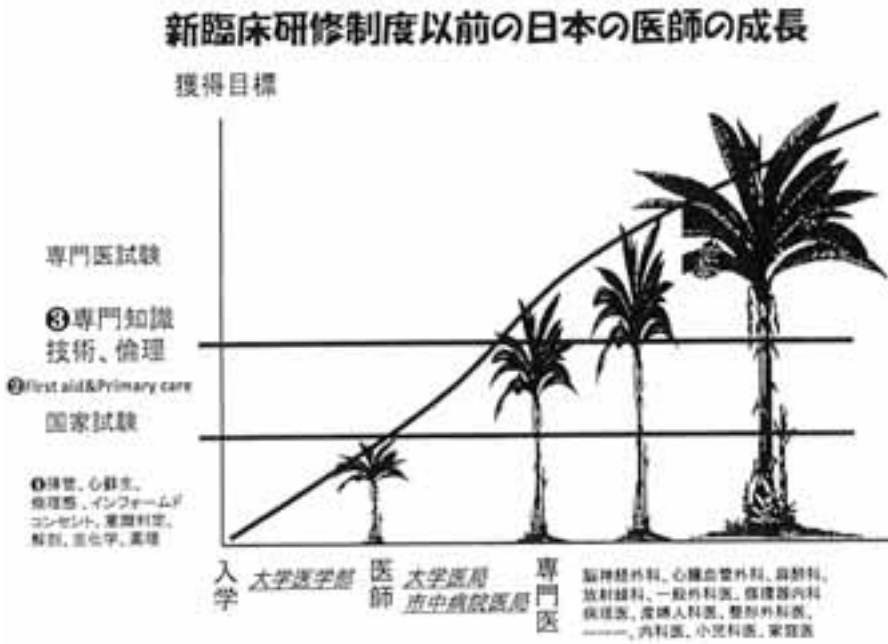
これまで大学・市中病院の勤務を経て開業するという医師の一般的なキャリアパスにより、「屋根瓦方式」といわれる、専門性を柱に患者に応じたプラスアルファの診療能力をつけていくという実践型教育で日本の医療は長らく支えられてきた。しかし、研修医の身分保障がないまま実質無給で戦力とされ、結果、アルバイトにあけくれ、専門性の偏りなども問題として指摘され現在の卒後臨床研修義務化に行きついている。

卒後教育は、努力義務として従前に戻し、卒前教育の充実を図る。また研修医の身分保障を賃金においては公務員基準で、国が保証する。

昨今、総合医、家庭医、登録医など制度輸入の議論が盛んだが、医療費抑制による企図と結託した議論が散見される。要は患者が医療機関を選択する際の最初の情報 の確度と、その後の適切な橋渡しの担保に問題がある。この点で自由標榜制は問題が従来から指摘されているが、これに一定の規制ないしはルールを適用する。具体的には自身の専門を第一標榜とし、第二標榜は関連群で複数、対応可能な科目は第三標榜として掲示することを義務付ける。尚、現行の科目と部位、症状、療法などの組み合わせでの標榜は活かすこととする。

また、再燃する定年制、定数制の企図は、多くの高齢医師が地域医療に貢献している現状を踏まえておらず、これには反対する。

◆「屋根瓦方式」の実践型教育により日本の医療は支えられてきた



（神奈川県保険医協会開催「医療問題研究会」嘉山孝正氏＜中医協委員＞講演資料 2010.5）

■提言2 医療の機能分担、提供体制

病床規制、病院の選別淘汰、急性期偏重施策の下、第一線医療は群雄割拠となっているが、都市部と地方、無床と有床で、そのありよう、役割が違っている。また、保健所機能の縮小により、患者の掘り起こし機能が衰退。従来の基本健診にとってかわったメタボ健診への特化による、保健事業の劣化のもと、どう地域医療を再構築していくのが問われている。

これに対し現在、政府は病院を急性期病院、亜急性期病院、慢性期病院（療養病院）とし、在院日数を30日、90日、180

◆病床の種類別にみた病床利用率

	病床利用率		対前年 増減
	平成19年 (2007年)	平成20年 (2008年)	
病院			
全病床	82.2%	81.7%	▲0.5
精神病床	90.2%	90.0%	▲0.2
感染症病床	2.2%	2.4%	0.2
結核病床	37.1%	38.0%	0.9
一般病床	76.6%	75.9%	▲0.7
療養病床	90.7%	90.6%	▲0.1
介護療養病床	93.9%	94.2%	0.3
療養病床を有する診療所			
療養病床	74.4%	72.3%	▲2.1
介護療養病床	79.4%	80.2%	0.8

（厚生労働省「平成20年 医療施設調査」）

日で区分し、地域医療支援のもと病院を系列化、診療所も医療計画の4疾病5事業で診療所数を限定しようと動いている。

当然ながら、全国各地人口10万単位に、奇麗にこれらの施設が整備され、ベルトコンベヤー式に病状の段階に合わせて、施設移動がスムーズにできるわけではない。この国において高齢者の入院先の確保は政治家への国民陳情の筆頭であり、入院施設の稼働率は高く空きがない。この施策の根本を改めずに机上のプランで病院経営や患者行動を誘導しようというのは本末転倒である。

自由開業医制の歴史を持つわが国で計画配置はなじまない。診療報酬で「ハコもの」配置を誘導しても意味がない。現場では疾病状態に応じた診療所間の連携が進んでおり、機能分担、機能分化はなされている。これが患者・国民に見えるようにすることが第一である。

また官製の機能分担ではなく、全国各地の現場の医師に委ねた機能分担のための委員会で方策を検討させ、そこに必要な制度的、財政的バックアップをするように改める。

診療報酬も患者の病態と治療に対して評価されるよう、施設基準方式を改め「患者基準」（仮称）方式とする。

■提言3 医療者の身分と健康の保障

病院勤務医の切実な要求は、連続勤務せずに休日が保障されることである。労働基準法に抵触する「当直」は、医療界では医師の自己犠牲により支えられてきた。まずは、勤務医の健康の確保のための休日体制の保障と激務に報いる賃金保障の必要があり、診療報酬の病院評価を1.5倍とする。

また昨今の病床削減と高齢者の退院強要策の下、在宅での急変時に救急車で来院するという事態になっていることは否めない。機械的な退院強要策は改める。

また病院の地域輪番制の広報の徹底、軽傷救急の際の大病院集中による弊害の教育・周知など、国民の啓蒙に政府、行政機関が努めることを義務とする。

開業医、勤務医含め、時給1万円相当の賃金保障となるよう診療報酬の評価を適正にする。

■提言4 医療保険制度 制度一本化と患者負担の廃止

医療の現物保障の健保法の趣旨に立ち返り、「受益者負担」「自己責任」の具体化である患者負担を廃止し、経済力の多寡による受診時の障壁を取り払う。提言7でも触れるが、保険料と公費で賄うことを基本とする。

また、職域、地域に応じて分立している医療保険制度を一本化する。これまでの制度改革は「負担と給付の一元化」を掲げ、7割給付（患者3割負担）の給付一元化を図ったが、実際上は健保組合や国家公務員共済など財政力の高い組合は付加給付があり、必ずしも一元化とはなっていない。また負担に関しても、協会けんぽと大企業の組合健保における被保険者の保険料負担割合の格差、事業主負担のない国保との格差も大きい。とりわけ、近年の非正規雇用の増大・固定化が国保財政に与える影響は大きくなっている。

これを所得再分配機能と応能負担原則の徹底の観点から、制度分立のままで負担と給付の一元化を図るのではなく、制度を一本に統合、財布をひとつにする。

具体的な制度設計は、①被保険者は保険料を収入への定率比例で納入する。②事業主は事業規模（事業収益と雇用人員）に応じた累進的な保険料を納める。③保険料徴収（納入）は職場または市町村を通じて行う。④国庫は必要財源を完全に補填する形とし、都道府県・市町村の公費はその10％ずつとする。

◆医療保険制度の比較 *は厳密には個人ではない

医療保険 種別	協会けんぽ	組合健保	共済組合	市町村国保	国保組合	後期高齢者 医療制度
保険者	全国健康 保険協会	健保組合	共済組合	市町村	業種別組合	広域連合
（母体）	公法人	会社・会社群	公務員・ 私学教職員	市町村	弁護士・ 理容業等	市町村連合
保険者数	1	1,497	77	1,788	165	47
加入者数	34,705千人	30,337千人	9,023千人	35,970千人	3,522千人	13,458千人
被保険者	19,496千人	15,906千人	4,394千人			
被扶養者	15,210千人	14,431千人	4,629千人			
平均 加入者数	34,705人	20千人	117千人	20千人	21千人	286千人
平均年齢	43.3歳	41.1歳		56.1歳	41.2歳	
加入単位	個人*	個人*	個人*	個人	個人	個人
保険料 納付単位	個人*	個人*	個人*	世帯	世帯	個人
保険料率	9.34% (平均)	3.12～ 10.00%		応益割＋応能割		均等割＋ 所得割
労使割合	5対5	55.1対44.9 (平均)		なし	なし	なし
平均標準 報酬月額	28.5万円	37.1万円	39.3万円			
1世帯 年間所得	229万円程度	370万円程度		131万円	291万円	
1世帯 保険料	15.8万円 (個人)	17.1万円 (個人)		14.3万円	28.5万円	6.4万円 (個人)
労使合計 保険料	31.5万円	38.2万円		14.3万円	28.5万円	6.4万円
保険給付	就学未満2割		一般3割	70-74歳1割		1割
国庫負担	給付費の 13%	定額 (予算補助)	なし	給付費の 43%	給付費の 32～55%	給付費の 33.3%

（厚生労働省「平成22年 厚生労働白書」等より作成）

■提言5 混合診療の廃止、現物給付の充実

現在、保険外併用療養費制度として、先進医療技術、医薬品・医療機器を対象とした「評価療養」と差額ベッドや180日超の入院やりハビリなどの「選定療養」の混合診療が法制化されている。概ね全ての混合診療に対応するとされているが、①通常医療でありながら給付外とされているもの、②療養環境の改善（差額ベッド）は保険給付化しないなど、給付充実と反する性格を帯びている。また給付化の過渡的措置として、臨床試験（治験）や高度医療専門家会議の「施設基準」設定など有効性・安全性の担保を度外視し、治験を前提にしない未承認の医薬品、医療機器の使用、自院の倫理審査委員会の了解のみでの先進医療の保険給付との併用など、現物給付、必要十分・最適保障の健康保険の根幹を崩す事態が進行しつつある。

よって、医学的に有効性・安全性の確立された医療技術、医薬品、医療機器は保険導入することを堅持し、差額ベッドなど選定療養の廃止、評価療養は保険導入の「検討対象」から「導入前提」と性格を変更し、治験等の有効性・安全性の担保措置を絶対化すること。

尚、代替薬品のない人道的救済などは、健康保険とは別の枠組みで制度化すること。

◆保険外併用療養費制度の概要

