

医療保険制度の方向性に関する研究

—— 少子高齢化対策 ——

船 渡 忠 男・竹 田 真 由

はじめに

日本の医療財政は危機的状況にあり、その原因を解明し、その抜本的解決を図ることは医療再建のため急務である。また、少子高齢化が進む中、保健医療福祉に関する適正な政策の決定、施行はその根幹をなすものである。とくに、日本における医療の特徴は国民皆保険であるため、医療政策の中心となる医療保険制度のあり方について考えていくことは、今後わが国の医療財政の施策において重要である。我が国の医療は、社会保障制度によって支えられており、社会保障のこれまでの経済効果等について整理し、社会保障と経済社会との関係について考察する必要がある。医療保険制度について、その歴史的背景を概観し、これからの医療制度を整備する上で分析していくことは社会的意義が大きいと考える。本稿は、わが国の保険医療の動向を踏まえ、医療に従事する立場として医療政策に関する動向を考察して、今後の医療を整備する上での方向性に対する提言とすることを目的とする。

1. 日本における医療保険制度の歴史

1) 健康保険法

わが国の医療保険制度は、1922年（大正11年）に施行された「健康保険法」に遡る。健康保険法は、労働者を対象に、その被扶養者に対しても給付する健康保険制度について定めた法律である。当時労働運動が盛んであり、労使関係の緊張を緩和する目的で制定されたと推定される。これによってわが国の医療保険制度がスタートした。

「国民健康保険法」は、1938（昭和13）年に制定された。任意設立、任意加入の方式で、保険者は国民健康保険組合であった。国民健康保険事業の健全な運営を確保し、社会保障および国民保健の向上に寄与することを目的とした。当初、「健康保険法」によって対象から外されていた農山漁村の住民まで対象を拡げ、救済を目的とした法律である。医療保険は現在でも相扶共済の精神に基づき、国民皆保険の基礎はこの時に根付いたといえる。

第二次大戦後の医療制度は、大きな打撃を受け、経済的にも苦境であったが、GHQのもと1948（昭和23）年に医療法、医師法、保健師助産師看護師法¹⁾などが制定、施行され整備され

ていった。1956（昭和31）年、社会保障制度審議会において国民皆保険の体系化が示され、1958（昭和33）年に国民健康保険法が改正され、国民皆保険制度が推進されていった。国民皆保険体制は、1961（昭和36）年に実現した。国民健康保険では被保険者の疾病だけでなく、負傷、出産、死亡に関して必要な保険給付を行うこととなった。その後、高齢化の進展、疾病構造の変化、社会経済情勢の変化等に対応し、毎年改定していくこととなる。

2) 老人保険制度

老人医療費を国民が公平に負担するため、1983（昭和58）年、「老人保健法」が施行された。公費と各医療保険の保険者からの拠出金による負担方式となり、以後医療保険制度の中では多くの議論がなされ数次改定されていった。老人医療受給者の年齢は、2002年（平成14）年には70歳から75歳以上となった。急増する老人医療費を保険制度の中でどう負担していくか、模索されてきた。老人の医療費が増加し、自己負担出来ないとなれば、だれがその費用を支払うのかという社会保障に関する意識の大きな問題である。

3) 保険料

医療保険制度の中で特筆すべきことは、医療給付に関して負担の割合が変動していったことである。保険料については、医療費の増大、賃金水準の上昇等を踏まえ、医療保険制度を持続可能なものとするため、標準報酬月額の上限や保険料率の改定が行われてきた（図1）。昭和50年代以降について被用者保険における被用者本人の自己負担の改正を見ると、1977（昭和52）年の改正では、初診時一部負担金の額が200円から600円に、入院時一部負担金の額が60円から200円に改定された。また、1980（昭和55）年の改正では、初診時一部負担金の額が600円から800円に、入院時一部負担金の額が200円から500円に改定された。続いて、1984（昭和59）年に患者の自己負担が定額から1割に、1997（平成9）年に1割から2割に、2002（平成14）年に2割から3割に改正が行われた。扶養家族の自己負担については、外来は1973（昭和48）年以降3割であり、入院は1973年に5割から3割に、1980年に3割から2割に引き下げられたが、2002年に再び2割から3割に引き上げられた。国民健康保険の自己負担については1968（昭和43）年以降3割となっている。このような経緯により、現役世代における制度間を通じた3割への負担統一がなされた。また、老人の自己負担については、1987（昭和62）年から数次にわたり負担定額が引き上げられ、2000（平成12）年に定額から定率1割に、2002年に現役並み所得者を2割とする改正が行われた。なお、2004（平成16）年における医療費に対する患者の実効負担率（医療費に占める患者負担割合）は、全体で15.3%、老人で8.7%となっている²⁾。平成に入ってから医療保険負担増には、老人医療費の膨大を抑止する意味があったと推測される。

特記すべき保険制度として、1984（昭和59）年に制定された「退職者医療制度」がある。国民健康保険の中の制度で、被用者（会社）を退職した人とその扶養家族が加入する市町村が運営

～1972 (昭和47)年 12月		1973 (昭和48)年 1月～		1983 (昭和58)年 2月～		1997 (平成9)年 9月～		2001 (平成13)年 1月～		2002 (平成14)年 10月～		2003 (平成15)年 4月～		2006 (平成18)年 10月～		2008 (平成20)年 4月～	
老人医療費支給制度前		老人医療費支給制度 (老人福祉法)		老人保健制度													
国保	3割	老人	なし	入院300円/日	→1000円/日	定額1割負担 (月額上限付) *診療所は定額制 を選択可 薬剤一部負担の 廃止 高額医療費創設	定額1割負担 (現役並み所得者2割)	定額1割負担 (現役並み所得者3割)	75歳以上	後期高齢者医療制度		1割負担 (現役並み所得者3割)					
被用者本人	定額負担			外来400円/日	→500円/日 (月4回まで) +薬剤一部負担					70～74歳		2割負担 (現役並み所得者3割)					
被用者家族	5割	国保	3割 高額療養費創設 (S48～)	入院3割 外来3割+薬剤一部負担	3割 薬剤一部負担 の廃止	3割	70歳未満	3割									
		被用者本人	定額 →1割(S59～) 高額療養費創設	入院2割 外来2割+薬剤一部負担													
		被用者家族	3割(S48～) 高額療養費創設(S48～) →入院2割 (S56～) 外来3割	入院2割 外来3割+薬剤一部負担													

図1. 保険料における患者自己負担の推移 (参考 平成20年版厚生労働白書 文献1)

する年金受給制度である。これは、会社員が退職後、会社で所属していた健康保険から国民健康保険へ移ることによって国民健康保険の医療費負担が増大することを是正するためにつくられた制度である。なお、2008（平成20）年に65歳以上の「高齢者医療制度」に移行した。

わが国の医療保険制度は、その歴史を振り返ると、医療システムと連動していることがよくわかる。時の政策および経済状況も反映しているといえる。国民の健康を守るための医療保険であり、社会保障の中核をなす制度である。諸外国と比較することによりわが国の独自性が捉えられる。

4) アメリカの医療保険制度

先進国の中で唯一、皆保険制度（公的医療保険制度）が無い米国では、各個人が民間の保険会社あるいは組合・団体が提供する医療保険に加入する必要がある。アメリカの医療制度は市場原理に基づくことがわが国との決定的な違いである。低所得者のための公的医療保険であるメディケイドはあるが、90年以降民間医療保険会社であるマネジドケアが医療保険の主流である。日本と同様に医療費削減をうたい、予防医療に重点をおいた良質な医療を提供することで医療保険制度を確立していった。しかし、李は、マネジドケアについて「保険会社が患者の医療サービスを制限し、病院に財政的リスクを転嫁したため、失敗だった」と指摘する³⁾。

保険者が、医療サービスの内容や価格を決めてしまうため、患者とトラブルを生むこととなっていた。また、保険会社のシェア獲得競争が過熱化し、巨額の負債をかかえることになり、倒産へとつながっていった。

市場原理における医療保険は、経済力に左右され、支払いの出来ない無保険者という階層を生

表1. 米国医療保険改革法案骨子 (平成21年11月米下院審議中)

-
- A. 保険市場の変化**
1. 個人や小規模企業が保険を購入する保険取引所を設立・同取引所を通じ提供される最低補償パッケージを設定
 2. 同取引所を通じて売る政府運営の公的保険プランを創設
 3. 同取引所を通じ保険を売る非営利の保険共同組合を創設
 4. 保険会社が既往症により保険加入を拒否することを禁止・病歴に基づいて保険料を上乗せすることも禁止
 5. 既往症により保険加入を拒否された無保険者らに医療保険を提供する全米規模のプログラムを暫定的に創設—同プログラムは保険取引所が設立されるまで機能
 6. 27歳までの若い成人は、親の医療保険でカバー可能とする
 7. 保険会社が保険料を引き上げる場合、州および連邦レベルでのプロセスのもとで実施
 8. 生涯で受けられる医療保険カバーの合計額制限を撤廃
- B. 保険加入義務と罰則**
1. 個人は医療保険加入が義務付けられる・違反者は2.5%の追徴税
 2. ほとんどの雇用者は従業員に医療保険提供が義務付けられ、正社員には少なくとも保険料の72.5%、家族には65%をそれぞれ負担する
 3. 人件費が50万ドルまでの小規模企業は医療保険提供義務を免除
 4. 従業員に医療保険を提供する小規模企業を支援するため、税控除実施
- C. 財源**
1. 収入が50万ドル以上の個人と合算収入が100万ドル以上の夫婦に5.4%の追加増税
 2. 医療機器に2.5%の物品税導入
 3. 多国籍企業の利払い費方法自由化を延期し10年間で261億ドルを確保
- D. メディケアとメディケイド**
1. メディケイド(低所得層向けの医療費補助制度)の受給資格を拡大
 2. 再入院削減を目指すほか、医療サービスや治療の回数ではなく医療の質に基づいて給付
-

(参考 ロイター 特集 米医療保険改革, Newsweek, 2009.8.21. 文献4)

んできた。低所得者用のメディケアすら加入出来ない無保険者が増加している。また、保険会社は株式会社であり、支出を抑えるため疾病を抱える被保険者より健康者の加入を優先させていった。オバマ大統領は、人口の約15%を占める4,600万人近い医療保険の未加入者を減らす一方、コスト軽減などで公的医療の財政負担を和らげる必要性も指摘した(2009年3月9日, 日本経済新聞)。オバマ大統領の進める医療保険制度改革案(表1)は国内を二分する議論に発展している⁴⁾。改革案は、無保険者の医療をどうするか、大きな課題を解決しようとしたものである。

5) 英国の医療保険制度

英国の医療システム(National Health Service: NHS)は、90年崩壊の危機にあった医療をここ10年で改革し、再生した実績がある⁵⁾。英国は、「ゆりかごから墓場まで」に象徴される福祉国家を目指しており、NHSはその役割を担っている。NHSの特徴は、国営であり無料であるため、日本が公営システムとして学ぶ点が多いと考える。財源は一般から税によって徴収される。NHSの大きな特徴は、GP(general practitioner)と呼ばれる「かかりつけ医」の存在にある。イギリス国民は、必ず特定のGPを最初に受診し、病院を受診する場合はGPを介して契約している病

院を紹介される⁶⁾。すなわち、GPがゲートキーパーとなっている。この点ではアメリカの保険システムと共通する。日本はフリーアクセスのため、この規制はない。

90年代の英国の医療は崩壊していたにもかかわらず、なぜ改革することができたのか。英国は市場原理主義を取らず、巨額の社会保障費を投入せずに成功してきたことは大変興味深い。とくに医療資源を増加させるため医療費対GDP比を欧州平均(9%)に引き上げることを目標とした。税収入は景気に左右されるため、社会保険からの繰り入れを行った。医療を整備することで質と安全性が改善し、医療サービスが充実していった。我が国は政権が変わり、未だ医療制度の政策は明確ではないが、国が医療費を負担する以上、対GDP比の目標を提示することは必要なことである(2006年 8.1% OECD平均 8.9%)。

6) わが国における今後の医療保険制度

国民皆保険制度を堅持し、持続可能なものとするため、「医療制度改革大綱」⁷⁾2005(平成17)年に沿って、医療費適正化の総合的な推進、高齢者医療制度の計画が策定された。とくに注目すべきは、保険者の再編・統合の措置を講ずるとしたことである。すなわち、市町村が運営する国民健康保険は財政基盤が脆弱であり、また、健康保険組合の中には、小規模で財政が窮迫している保険者もある。他方、政府管掌健康保険(政管健保)は、全国一本の保険者であり、地域の実情が保険運営に十分に反映されていないという課題がある。このため、都道府県単位を軸とする保険者の再編・統合を進め、保険財政の基盤の安定を図り、医療保険制度の一元化を目指す。この後政管健保は、2008(平成20)年より「協会けんぽ」となったが、未だに国保との一元化には至っていない。

2. 医療費の増加

1) 医療費の増加

国民医療費は、医療機関における傷病の治療に要する費用を推計したものであり、診療費・調剤費・入院時食事療養費・訪問看護療養費の他、健康保険で支給される移送費を含む⁸⁾。

国民医療費は、昭和29年度以降毎年推計を行っており、年々医療費は増加しつづけ平成15年度から6年連続での増加が著しく、平成20年度では34.1兆円であった(平成21年7月21日厚生労働省発表・産経新聞)。前年度より6,000億円(1.9%)の増加であり、毎年過去最高を更新し続けている(図2)⁹⁾。さらに高齢化や医療技術の高度化によって、毎年3-4%程度の自然増もみられる。70歳以上の医療費は14兆8千億円と全体の4割を占めている。1人当たりの国民医療費は、70歳以上では前年度より1,000円減の757,000円、全体では昭和29年度は2,400円であったが以後急激に増加し、平成19年度は前年度5,000円増の267,000円となっている。国民医療費の国民所得に対する割合は昭和30年代の3%台から一貫して上昇傾向を示しており、平成17

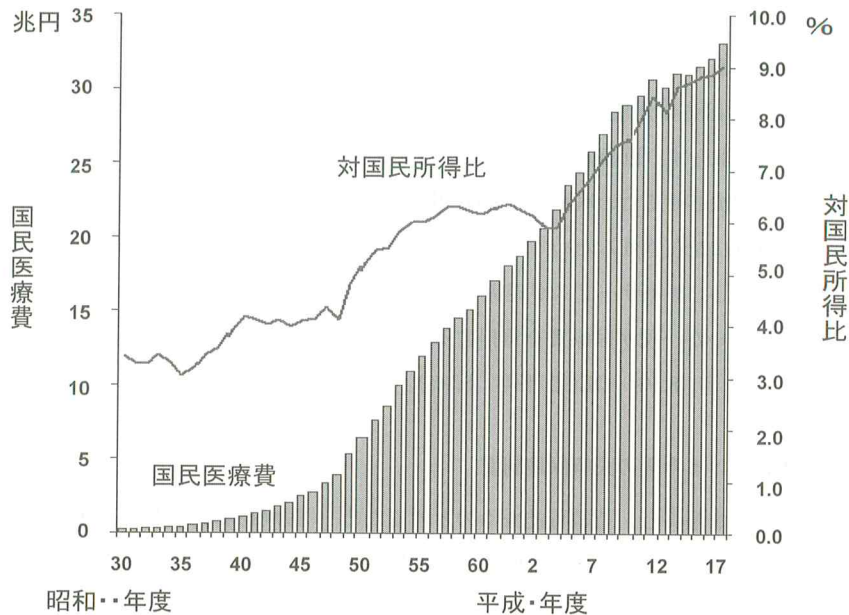


図2. 国民医療費と対国民所得比の年次推移（厚生労働省「国民医療費」2009年版 p. 230 文献8）

年度において9%台に達している。

2) 医療費増加の要因

医療費の増加は、医療費増加の要因として人口の高齢化や医療技術の進歩・普及などの議論が多いが、医療保険制度とも深く関連するものと考えられる。医療費増加要因の1つは、老人医療費の無料化によるものと考えられる。高齢者化による介護福祉の充実を図るニーズに、各自治体は対応してきた。こうした中で、1969（昭和44）年に東京都と秋田県が老人医療費の無料化を導入し、全国の地方自治体がこの動きに追随し、1973（昭和48）年には、国の施策として老人医療費支給制度が創設され、無料化が実施された。この制度は、70歳以上（寝たきりの場合65歳以上）の高齢者に対して、医療保険の自己負担分を、国と地方公共団体の公費を財源として支給するものであった。この制度はその後の老人医療費の急騰を招いたと推定される。高齢者の受診が経済的に抑制されることがないため、高齢者は受診しやすく、行き過ぎた受診増加を招いた。病院の待合室がサロン化するなど、高齢者医療を助長したとの指摘もある¹⁰⁾。また、この制度導入後の高齢化の進展もあいまって、老人医療費は著しく増大し、各医療保険の財政を圧迫した。しかし、医療の地域格差も進む中、長期的には医療費削減のための抑制策は講じるべきであるが、まず適正化を優先して医療の現状を改善する必要がある。長期的には、国民の健康保持を推進する施策を実施、病気の罹患を減少させることが重要である。適正化には患者の自己負担を抑え、保険制

度でカバーすることが考えられる。そのためには短期的でも医療費は増加させ、窮状を救うべきと考える。

急増する医療費と人口構成における少子高齢化により、医療制度の抜本的見直しが迫られてきた。そこで、厚生労働省は、医療費削減を大きな目標とするようになった。ここで登場するのが、2008（平成20）年より始まった後期高齢者医療制度と特定健診・特定指導の施策である。

3. 医療制度改革

1) 平成18年医療制度改革

高齢者の負担増を柱とする「平成18年医療制度改革」が成立した。主な改革は、公的保険給付の内容・範囲の見直しであった（表2¹¹⁾。現役並み所得70歳以上の高齢者の窓口負担を2割から3割に引き上げるなど、国民の負担増となった。さまざまな医療改革が断行され、これからの医療のターニングポイントと考えられる。とくに、保険者の再編・統合は医療保険制度の大きな論点である。

2) 後期高齢者医療制度の導入

最も大きな改革は、「老人保健制度」から移行した「後期高齢者医療制度」の新制度の導入であった。高齢者の医療費をだれが負担するのかという議論の中で、次世代の負担増と高齢者の自己負担が柱であった。高齢化に伴う医療費の増大が見込まれる中、高齢者と若年世代の負担の明確化を図る観点から、75歳以上の高齢者を対象とした制度として平成20年4月から施行された。しかし、本制度の問題は説明不足だけでなく、高齢者からの保険料負担が天引きという形を取った

表2. 平成18年 医療制度改革の骨子（2008年4月施行 文献11）

-
- | |
|---|
| 1. 公的保険給付の内容・範囲の見直し等 |
| (1) 高齢者の患者負担の見直し（平成18年10月予定） |
| (2) 食費・居住費の負担の見直し（平成18年10月予定） |
| (3) 高額療養費の自己負担限度額の引き上げ等（平成18年10月予定） |
| (4) 現金給付の見直し（平成18年10月実施） |
| (5) レセプトIT化の推進等 |
| 2. 新たな高齢者医療制度の創設 |
| (1) 後期高齢者医療制度（75歳以上） |
| (2) 前期高齢者医療制度（65歳～74歳） |
| 3. 保険者の再編・統合 |
| (1) 国民健康保険 |
| (2) 政府管掌健康保険 |
| (3) 健康保険組合 |
| 4. 乳幼児に対する自己負担軽減（2割）の対象者を3歳未満から就学前までに拡大 |
-

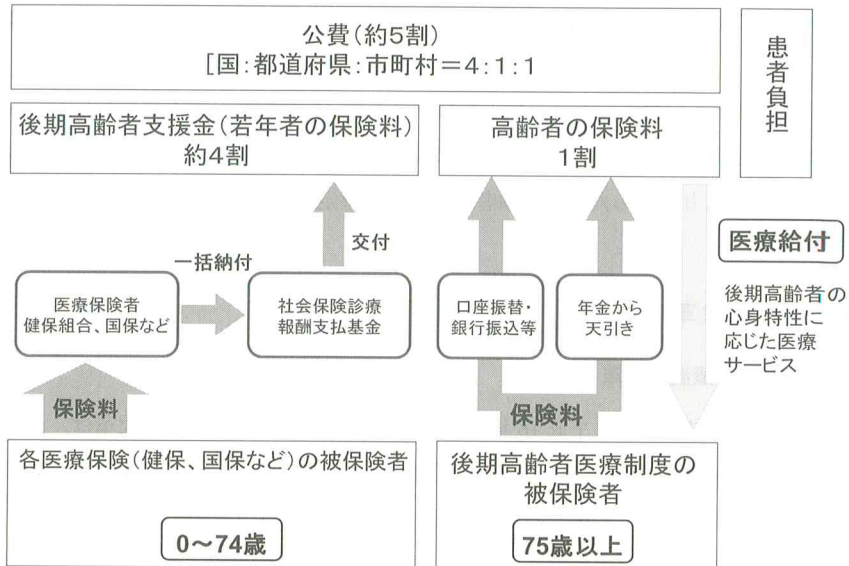


図3. 後期高齢者医療制度の仕組み (厚生労働省改変 文献12)

ため、高齢者の高負担だけが焦点とした報道だけが取り上げられた。本制度は高齢者に特化した「国民皆保険」を継続するものであり、自己負担と公費負担からなるものである(図3)¹²⁾。公費負担を広く浅くすることと、自己負担と組み合わせて医療費を削減するのが本来の目的であった。そのため、公費の負担を軽減させる機構として、地域全体で医療の力を高めてゆくことを目的とし各都道府県に広域連合を設置した。また、国費の財源として特定健診からの財源を期待した。

本制度に関しては、多くの批判があり、高齢者の負担だけでなく、若年者の負担をどうするか、十分に議論をつくすべき制度である。政権与党となった民主党のマニフェストでは廃止することがうたわれており、再度検討することが急務となっている。複雑な制度内容などによって、始まって間もないにも関わらず、さまざまな問題が生じており、1年半での評価についてまず現状から分析する必要がある。

なお、現政権における後期高齢者医療制度の廃止が決定した¹³⁾が、具体的な内容については今後4年間で精査して新制度を立案することとなった。

4. 特定健診・特定指導

今般の「医療制度改革大綱」(平成17年12月政府・与党医療改革協議会)¹⁴⁾を踏まえ、「生活習慣病予防の徹底」を図るため、平成20年4月から、高齢者の医療の確保に関する法律により、医療保険者に対して、糖尿病等の生活習慣病に関する健康診査(特定健診)および特定健診の結果により健康の保持に努める必要がある者に対する保健指導(特定保健指導)の実施を義務づけ

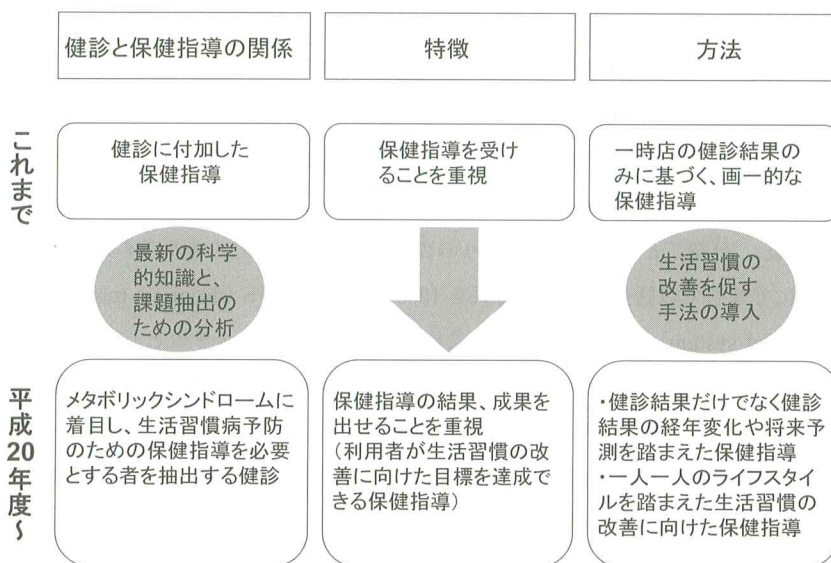


図4. 特定健診・特定指導の目的（文献14）

ることとなった。本制度も、「生活習慣病有病者・予備群の25%減少」を達成させることを柱とした医療費適正化計画の中長期的目標、医療費削減策の1つである（図4）。

しかし、問題は健保にメタボ対策を義務付けたことである。各保険者とも平成12年度までに、メタボリックシンドローム該当者や予備群を10%減少させることなどが目標とされている。市町村国保では平成24年度の目標値が65%とされる。達成できない保険者には、後期高齢者医療制度への財政負担が最大10%加算されることになる。この場合、保険料の値上げなどが必要となり保険加入者の負担増になる可能性もある。本健診は75歳以上の後期高齢者医療制度を支えるための制度といえる。平成20年4月から導入されたが、平成20年度の実診率が35.9%にとどまり（国民健康保険中央会速報値）低調なすべり出しである。

5. DPC時代の到来

1) 出来高支払い制度

日本の医療保険は長年出来高支払い制度で行ってきた。各診察行為・検査・投薬等について細かく診療報酬点数が設定されており、1点=10円として診療報酬に計上される。本制度では薬を投薬するほど、検査を行うほど点数は加算されていくことになる。過剰請求が未だに問題となっており、診療報酬の点数は徐々に下げられた。各診察行為・検査・投薬等は診療報酬請求書（レセプト）を作成して支払い基金（保険者）に請求する仕組みとなっている。出来高支払い制度が医療費膨大の一因と考えられる。

2) DPCに基づく包括支払い制度

DPC (diagnosis procedure combination) は、入院患者の病名や症状をもとに手術などの診療行為に応じて、1日当たりの診断群分類点数をもとに医療費を計算する定額払いの会計方式である。診断 (Diagnosis) と診療行為 (Procedure) を組み合わせ (Combination)、類似したものをグループ化して分類し、分類ごとに入院1日当たりの費用を包括する。アメリカのメディケアでは、疾患を診断群に分類して包括支払いする方式を1983年にDRG/PPS (diagnosis related groups/prospective payment system) として導入した。この医療を包括するシステムとして工場生産で用いられているクリティカルパスは、工業生産での最短工程および最小経費の工程表を意味する。日本ではDRG/PPSを導入するシミュレーションが90年代になされ、在院日数をもとにしたDPCを独自のシステムとして企画された¹⁵⁾。平成15年、全国の特定機能病院・大学病院にDPCが導入され、試行が始まった。DPCの意義は、医療の標準化と透明性である。膨大となった医療費を抑制するには、定額制のシステムに変更し、医療を包括評価する必要がある。多くの議論がなされたが、現在DPC対象病院は民間病院でも増加しており、平成21年3月の時点で現在準備中の病院を含め1,557病院 (17.57%、全病院8,862) が登録してある。実際は、1日あたりの定額部分と出来高による部分を組み合わせて計算している。

DPCの欠点として当初早期退院による粗診粗療が指摘されていたが、これまでのところDPC導入により医療の質の低下をきたしたという評価はない。DPC導入病院は平均在院日数が短縮する傾向にある。これからの医療を適正にかつ医療費を抑制していくには病院にとってDPC対象病院となっていくことが必要と考えられる。病院自体が経費削減の対策を講じないと、収入である診療報酬が減少するからである。病院は健全な経営をしなければならないという使命を突きつけられている。また、DPCを施行するには医療の標準化が必要である。これまで医師の裁量によって出来高で行われてきた医療を統一していくことは容易ではない。各学会は疾患毎にエビデンス (evidence-based medicine: EBM) に基づくガイドラインを作成して、医療の標準化を試みている。

DPC導入により平均在院日数は確かに減少しており、一定の成果は得られている。大半の診断群分類は在院日数が短いほど収益が上がるように制度設計されている。しかし、わが国におけるDPCの導入は、アメリカにおけるDRG/PPSと異なり、依然として出来高との併用である。すでにDPC導入の妥当性を評価するための基礎データは取られている (表3)¹⁶⁾ が、DPC導入病院で医療費削減の効果が上がっているかを精査評価する必要がある。現在全病院の約15%がDPC導入あるいは準備病院となっており、また多くの病院が導入を検討していることから包括支払い制度に移行していくことになる。DPC病院への移行が質の高い効率的に医療サービスを提供すること、医療機能の分化と連携を推進することにつながることを期待される。

表3. DPC 対象病院の機能評価係数 (文献16)

1. 医療の透明化・効率化・標準化・質の向上等の評価について
2. 社会的に求められている機能・役割について
3. 地域医療への貢献の評価について
4. その他

6. 民主党マニフェストを考える

民主党、社会民主党、国民新党の三党は平成21年9月9日、連立政権樹立に向けた政策について合意した。マニフェスト¹⁷⁾と同様、合意事項は以下の通りである。

1) 「社会保障費の自然増を年2,200億円抑制する」と「経済財政運営の基本方針」(骨太方針)は廃止する。

2) 後期高齢者医療制度は廃止し、医療制度に対する国民の信頼を高め、国民皆保険を守る。廃止に伴う国民健康保険の負担増は国が支援する。マニフェストにおける政策目的は、年齢で差別する制度を廃止して、医療制度に対する国民の信頼を高める。医療保険制度の一元的運用を通じて、国民皆保険制度を守るとしている。具体策としては、後期高齢者医療制度・関連法は廃止する。廃止に伴う国民健康保険の負担増は国が支援する。被用者保険と国民健康保険を段階的に統合し、将来、地域保険として一元的運用を図るとしている。所要額は、8,500億円程度であるが、国の財源はどうするのか具体的施策が必要である。

3) 医療費(GDP比)の先進国(OECD)並みの確保を目指す

健康保険組合が大幅赤字であることが報道され(平成21年9月12日日本経済新聞)、少子高齢者に伴い医療費への対応が、民主党政権での最大課題であることは明確である。後期高齢者制度における4割を健保が拠出することになっており、母体である市町村の財政困難が拍車をかけたと考えられる。民主党は、制度廃止後の財源を国としているが、健保と国保の統合、広域連合の存在など、どう再建していくのが焦点となる。大きな医療制度改革が平成20年から始まったばかりであり、制度の根本を変えていくことによる現場の混乱が予想される。

また、マニフェストでは医療政策として、医療崩壊を食い止め、国民に質の高い医療サービスを提供するとしている。政策目的として、医療従事者等を増員し、質を高めることで、国民に質の高い医療サービスを安定的に提供する。特に救急、産科、小児、外科等の医療提供体制を再建し、国民の不安を軽減するとしている。具体策としては、自公政権が続けてきた社会保障費2,200億円の削減方針は撤回する。医師・看護師・その他の医療従事者の増員に努める医療機関の診療報酬(入院)を増額する。OECD平均の人口当たり医師数を目指し、医師養成数を1.5倍にする。国立大学附属病院などを再建するため、病院運営交付金を従来水準へ回復する。救急、産科、小児、外科等の医療提供体制を再建するため、地域医療計画を抜本的に見直し、支援を行う。妊婦、患者、医療者がともに安心して出産、治療に臨めるように、無過失補償制度を全分野に広げ、公

的制度として設立するとしている。所要額は、9,000億円程度としており、医療費削減の施策ではなく、多額の医療費を投じることになる。

本政策の最大の問題は、後期高齢者医療制度を廃止して、新しい社会保障制度を構築できるかにある。制度を廃止することにより高齢者の負担は軽減されるが、医療保険の国民全体の負担は大きくなり、地域間格差を医療保険でどう是正するかも課題である。しかし、本政策も流動的であり、変化する可能性が高いため、今後の社会保障をどうするかという議論の上で、施策を構築するのが望ましい。

7. これからの医療保険制度の課題と方向性

1) 医療システムの構築

日本の医療技術は高く、国民皆保険制度においてはフリーアクセスが特徴である。いかに、医療水準を保ち、維持していくかが最も大きな課題である。医療経済として考えると民間医療機関への参入や混合診療（自由診療化）が医療機関同士の競争を強化するのに必要であるが、いわゆる市場原理の導入は我が国には難しい。現在おかれている状況では医療システムの整備を緊急に最優先にすべきであり、ヒト・モノ・カネを国が補填していかなければ、地方の医療は成り立たないという崩壊寸前のところまで来ている。慢性的な医師不足に起因することが大であり、夕張市や銚子市などのように公立病院が閉鎖されるなど、地域間格差が明らかとなっている。平成18年の調査では人口10万対医師数は206.3人で、前回の調査（201.0人）に比べ5.3人増加している。都道府県別にみると、京都府が272.9人と最も多く、次いで徳島県270.1人、東京都265.5人となっており、最も少ないのは埼玉県の135.5人で、次いで、茨城県146.7人、千葉県153.5人となっている（図5⁸⁾。

2) だれが医療費を負担するのか

マクロ経済学では、GDPが増大すれば医療費支出は増大する仕組みである。日本の対GDP比総医療費支出は、1996年は29か国中21位、2004年は30か国中21位である（図6¹⁸⁾。日本は世界的にみると医療費は絶対額では平均レベル、国内総生産（GDP）との対比では医療費支出の少ない国に位置している低医療費国である。厚生労働省の医療費削減が医療における絶対条件となっているが、長期的には地域医療および先進医療技術などへの医療費投入がむしろ必要であると考えている。日本の患者は安い医療を平等に受けているが、医師や看護師など医療従事者は絶対的に不足し、緊迫している状態である。

少子高齢化が進む中、安心で安全な医療を構築する社会保障の財源をどう確保するか、民主党の政策に関して常に課題となるところである。医療保険制度については、後期高齢者医療制度廃止によりこれまでの広域連合はどうなるのか。民主党は国が経費を負担するとしている。75歳

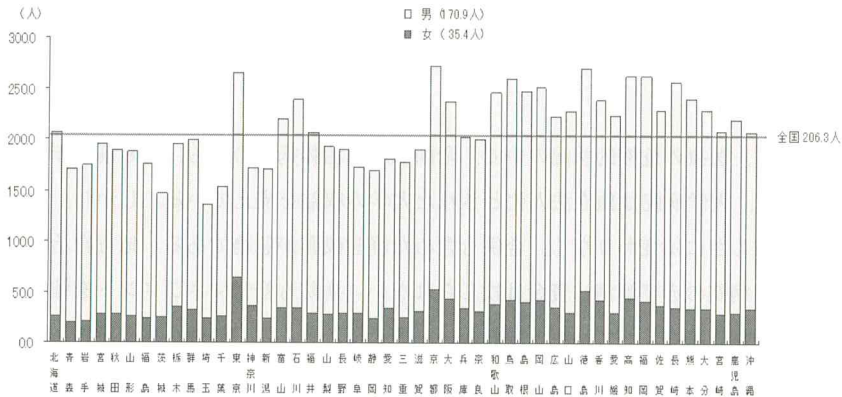
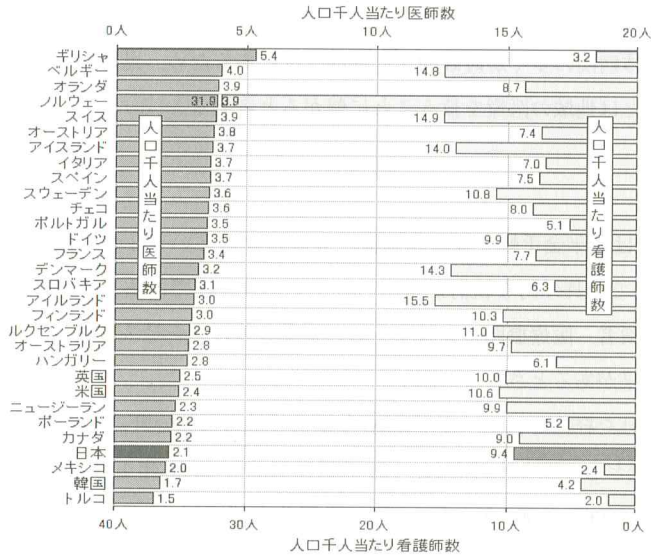


図5. 都道府県（従業地）別にみた人口10万対医師数 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」（2009年「国民衛生の動向 187p」文献8）



(注)医療に従事している医師、看護師が対象。2007年以外の年次は、ギリシャ、スウェーデン、デンマーク、フィンランド、日本の医師・看護師、オーストラリアの医師、ルクセンブルクの看護師は2006年、ベルギー、オーストラリアの看護師は2005年、スロバキアの医師・看護師は2004年のデータ。

(資料) OECD Health Data 2009, June 09

図6. 医師数・看護師数の国際比較 (OECD 諸国, 2007年 文献18)

以上だけを異なる制度にする必要はなく、国全体が高齢者医療を包括して負担することにすればよいことになる。しかし、その分若者世代の負担がどれだけになるのか、シミュレーションする必要がある。たばこ増税等が国の1つの財源確保の手段になることに期待する。公共医療を支える財源として、日本医師会では、「グランドデザイン2009」として、(1)消費税の導入などの新たな財源の確保、(2)特別会計などの支出の見直し、(3)公的医療保険における保険料の見直しを提案している¹⁹⁾。高齢化において国が担保するとなるとこれからの医療費は増大すると推定され、民主党は否定しているが、持続的な財源確保には、消費税の議論が不可欠となると考

える。

3) 社会医療法人

医師不足など、医療の危機的状況の中で、全国 957 自治体病院のうち、約 8 割が赤字に転落している²⁰⁾。逆に、大学病院は独立法人化とされた大学の収益を支えている。しかし、いずれも共通して経営の厳しさには変わりなく、合併も含めた経営改善が急務である。地方自治体の財政状況を考えると、病院の赤字解消に資金は投じられない。病院も経営マネジメントを強化して、民間企業並みの経営戦略なくしては生き残れない。そこで、とくに、救急医療や産科・小児医療など公益性の高い、地域で必要とされる医療の提供を担う民間の医療法人として社会医療法人が設置された。社会医療法人が経営の悪化した自治体病院を引き継ぐ受け皿として期待される。社会医療法人には地域医療を担い、医療法人の運営を活かし、効率的に取り組みると考え、2006（平成 18）年医療法が改正された。平成 21 年 7 月末現在、30 都道府県で 58 法人が正式に認定を受けている²¹⁾。資金は社会医療法人債を一般投資家から募集することになっており、実際の運用には詳細な規定がある。自治体病院の多くが財政的な危機的状況にあるため、民間の専門性の高い医療法人に経営を委ねることは地域の医療を救うことに繋がると考える。

4) 社会保障カード

社会保障カード（仮称）は、年金手帳、健康保険証、介護保険証という 3 つの役割を 1 枚の IC カードに集約させたもので、具体的な検討が進められている仕組みである。これにより、利用者の利便性の向上や、保険者、医療機関や介護サービス事業者等のサービス提供者、行政機関の事務負担軽減といった効果があるとされる（図 7）。

社会保障カードが検討された経緯として、まず 2006 年から「社会保障分野における IC カードの活用」として国の IT 政策として取り上げられ、「IT 新改革戦略」（2006 年 1 月 19 日、IT 戦略本部²²⁾）および「重点計画-2006」（2006 年 7 月 26 日、IT 戦略本部²³⁾）に明記された。その効率化の一つが「医療の IT 化」であり、社会保障カードの導入はさらにその一施策という位置づけである。社会保障カードの発行や運用にかかる費用は発生するが、レセプトの完全オンライン化や電子私書箱（仮称）など、それぞれの構想がすべて実現されれば、真の効率化が実現し、大きな費用削減ができるものと思われる。後期高齢者（75 歳以上）人口のピークが訪れる 2040 年には、4 人に 1 人が後期高齢者、2 人に 1 人が高齢者になると推測され、2011（平成 23）年度導入を目指している。高齢化により手続のため市役所等に行くことが困難な人が増え、行政サイドでは人員削減のため、窓口対応の省力化が今以上に求められる。そうなれば、社会保障カード（または公的個人認証 IC カード）と電子私書箱（仮称）等の連携によって実現され、自宅に居ながら安心・簡易に受けられる行政および民間サービスに対する期待と必要性は、国民のなかに間違いなく高まっていると考える。

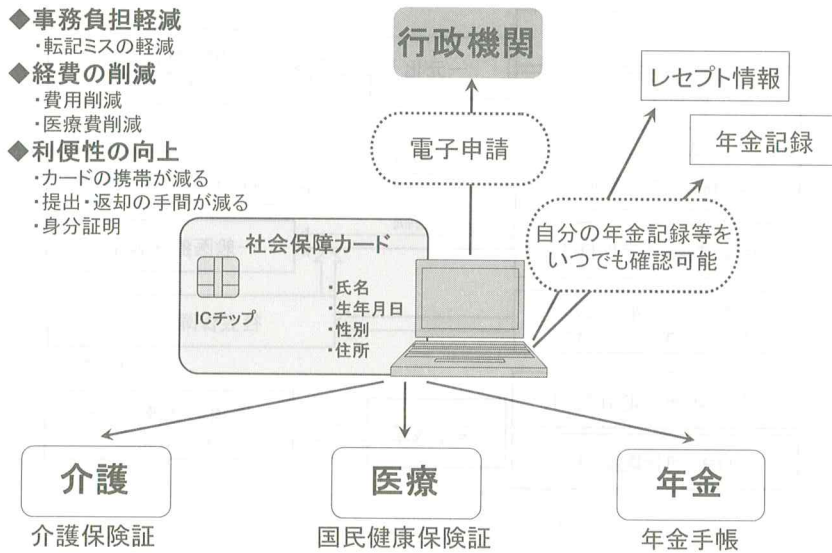


図7. 社会保障カード（ICカード）仮称

医療のIT化については、兵庫県加古川市などは早くから共通のITカードを手がけており²⁴⁾、地方における医療のIT化の成果として評価しうる。社会保障カードとなるには、インフラの整備とレセプトのオンライン化が必須の条件となるが、いずれも大きな問題が生じている。その背景として、地方財政の悪化と、各施設が自己負担しなければならないという問題がある。これまで国が進める医療のIT化は電子カルテ始め、当初の目標からは大幅に遅れている。しかし、利用者にとっての利点は大きいため、国が予算化して推進していかないとなかなか目標が達成し得ないとする。パスポートも運転免許証もIT化され、銀行・クレジットカードなどICカードの普及を踏まえ、社会保障カードの導入は医療におけるメリットが大きいため、導入を推進すべきとする。しかし、住基ネットが定着しておらず、年金問題も未解決のまま、新しい制度が導入されようとしている。社会保障カード実現には、医療機関および利用者双方の観点から、できるだけ一体化を図るべきである。

5) 健康保険制度の統合

医療保険における財政は厳しい状況にあり、現役世代の負担増とならないため、高齢者からの負担も3割負担となっている。健保は加入者が主に会社員であり、経済状況の悪化を背景に加入者が減少し、国保の財源に影響している。国保の保険料の未納も1割を超え¹⁵⁾、改善のための抜本的な対策が望まれる。国保における医療費を上げるためには、診療報酬を引き上げることになるが、引き上げると医療費を支払う患者の負担が増加することが推定される。

国保と協会けんぽの合併一元化は、これまでの制度が異なるため容易ではない。国民は本来同

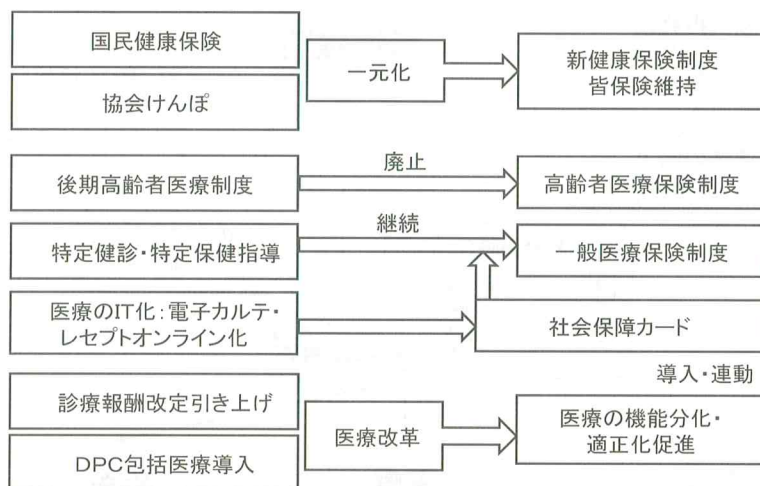


図8. 医療保険制度：今後の課題

じ制度で同じ質の医療を受けることが望ましく、資金の活用および利用者の利便性において一元化は必要と考える。日本医師会のグランドデザイン¹²⁾において、高齢者医療制度と一般医療保険の二本立てを提案し、保険料の格差の解消、財政調整が課題としている。一元化した健康保険制度を運営していくのは広域連合か、都道府県となるが、国が指針を示す必要がある。統合は、今後の医療政策の中に組み入れられるべきと考える（図8）。

結 語

日本における医療は崩壊状態といわれている。地域格差をなくし、DPCを導入し、救急医療・産婦人科医療を適正に機能分化させる医療改革が急務である。日本の医療制度を考える時、その中核にあるのは医療保険制度である。したがって、医療保険制度をどのようにしていくのが、日本の医療の命運を左右する。医療費は本来社会保障費であり、公平であることが原則であるが、地方格差が生じている現状では、効率性から改善する必要がある。保険制度の課題は、第1は、医療費削減のための施策をいかに展開するかにある。医療費増大の歯止めとして特定健診による予防効果による医療費抑制に期待したい。第2は、いかに生産性を上げて医療の質を担保するかにある。そのため、医療スタッフを充実させ、資金を投入するべきであり、診療報酬の引き上げが必要である。第3は、負担を明確にすることである。健保の大幅赤字が判明した以上、地域保険としての国保と健保の統合により医療保険制度の安定化を図る必要があると考える。長期的に若年者、現役世代、高齢者に公平に、かつ納得できる形の医療政策を大いに議論して、構築することが重要である。医療崩壊からの脱却を目指した政策の実行が急務である。

文 献 (注)

- 1) 保健師助産婦看護師法(昭和23年7月30日法律第203号):保健師,助産師,および看護師の資質を向上し,もって医療および公衆衛生の普及向上を図ることを目的とする法律である(同法1条)。当時は保健師助産婦看護師法であったが,平成13(2001)年に改題された。
- 2) 平成20年版厚生労働白書, 126-137 pp.
- 3) 李 啓充: マネジドケアの失敗, アメリカ医療の光と影—医療過誤防止からマネジドケアまで, 医学書院, 東京, 2000, 113-114 pp.
- 4) 特集米医療保険改革, Newsweek 日本語ウェブ版, 2009.8.21. <http://newsweekjapan.jp/special/2009/08/post-15.php?gclid=CIXJ4uupyJ4CFQ8wpAodeEYsA>
- 5) 武内和久・竹之下泰志: 英国医療改革の鳥瞰図-決断・戦略・実行, 公平・無料・国営を貫く英国の医療改革, 集英社新書, 東京, 2009, 40-50 pp.
- 6) 英国保健省, <http://www.dh.gov.uk/en/index.htm>
- 7) 医療制度改革大綱, <http://www.pref.wakayama.lg.jp/prefg/041200/pdf/taiko.pdf>
- 8) 厚生の指標 国民衛生の動向 56, 厚生統計協会, 2009, 医療関係者, 186-200 pp.
- 9) 厚生労働省, http://www.healthcare-m.ac.jp/university/guide/resources/president_2.pdf
- 10) 川淵孝一: 今, なぜ「医療改革」が急務なのか, 日本の医療が危ない, ちくま新書, 東京, 2005, 011-108 pp.
- 11) 医療制度改革関連法に関する都道府県説明会資料, <http://www.wam.go.jp/wamappl/bb13GS40.nsf/vAdmPBigcategory30/5A3C23EE757333BE492571A9001B54B0?OpenDocument>
- 12) 厚生労働省, <http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihoshou/iryouseido01/info02d-26.html>
- 13) 第1回高齢者医療制度改革会議, 平成21年11月30日, <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/11/dl/s1130-20a.pdf>
- 14) 医療制度改革大綱, <http://www.jimin.jp/jimin/seisaku/2005/pdf/seisaku-014.pdf>
- 15) 池上直己: 包括支払い制度の拡大, 医療問題, 日本経済新聞出版社, 2007, 109-114 p.
- 16) 診療報酬調査専門組織DPC評価分科会: 平成20年度DPC導入の影響評価に関する調査結果および評価, 最終報告概要, 中医協診-1, 2009.
- 17) 民主党政策集, INDEX2009, 医療政策詳細版(民主党医療政策の考え方), <http://www.dpj.or.jp/policy/koseirodou/pdf/090731medic.pdf>
- 18) <http://www2.ttcn.ne.jp/honkawa/1930.html>
- 19) 日本医師会: グランドデザイン2009, http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20090218_11.pdf
- 20) 塚崎朝子: 放漫経営で自治体病院の8割が赤字経営の待ったなし, 特集病院崩壊, 週刊エコノミスト, 9/1, 2009, 18-21.
- 21) 吉田法男: 経営が悪化した自治体病院を引き継ぐ社会医療法人, 特集病院崩壊, 週刊エコノミスト, 9/1, 2009, 26-28 pp.
- 22) IT新改革戦略, <http://www.kantei.go.jp/jp/singi/it2/kettei/060119honbun.pdf>
- 23) 重点計画-2006, <http://www.kantei.go.jp/jp/singi/it2/kettei/060726honbun.pdf>
- 24) 加古川市ホームページ, <http://www.city.kakogawa.hyogo.jp/index.cfm/6,2498,13,266,html>