

医療制度研究会通信(2010年8月)

<http://www.iryoseido.com/>

■ 第63回医療制度研究会講演会サマリー

「医療保険改革の課題」 岩本康志先生

東京大学経済学部大学院教授、公共政策大学院教授)

参議院選挙も終わり、与党の敗北で、医療ばかりで無く日本そのものも混沌としてきました。その中で議論が進んでいる後期高齢者医療制度は、明らかに破綻している日本の保険制度の根幹にかかわるので、安易なお茶濁しは好ましいとは思えません。中間答申が出て検討が進む段階ですが、第63回講演会では、岩本康志先生に問題の整理をお願いしました。サマリーをお届けしますので、是非関心を持っていただきたいと思います。

■ MRIC 投稿:後期高齢者医療制度改革に対する疑問

第63回講演会の企画の背景は、日本の健康保険はわかりにくく、特に高齢者にかかる医療費の負担構造はさらにわかりにくい。御講演を聴いて整理しようというのが目的でした。先日 MRIC に書かせていただきましたが、負担と支出の構造は岩本先生が指摘されるとおり、支払い側の議論に終始するので本当の解決には程遠いと感じます。

<http://medg.jp/mt/2010/07/vol-249.html>

■ 中間報告に出された医療保険制度に関する感想

中澤堅次

1) 医療保険は病気の人を支える仕組み、保障には共通のルールがある。

どの社会でも、他の人に支えられて人は生まれ、他の人を世話する時期を経て、晩年にはまた他の人の世話になるのがルールである。そのルールが守られるようにするのが国の責任だが、もともと成り立たなくなった保険のルールの手直しでは問題が解決しない。

2) 後期高齢者医療制度の負担構造は勤労者に偏り過ぎている。

後期高齢者医療制度は、国庫から5割、勤労世代から集めた保険料を横流して4割、あとの1割は年金から天引きというデザインである。財源は保険料にしろ税金にしろ、勤労世代の負担に頼っている。現代の若者の状況は苦しくこの案では制度が成り立たない。

3) 被用者保険の被保険者は定年と同時に資格を失い、晩年の危機には国保が対応する。

企業が参加する被用者保険は、病気の少ない世代から保険料を徴収し、定年になると解約し、晩年の支え合いには参加しない。極めて不公平な優遇処置に写る。

4) きびしい高齢者からの保険料の一割徴収。

晩年は一人当たりの医療費は増加し、自己負担が増える。責任能力の無い人からの徴収はたとえ一割でも重い。

5) 社会保障費の徴集には消費税方式がもっとも適している。

お金の集め方には3通り、金持ちが出す、病気でない人から集める、皆が平等に負担する、などである。金持ちに負担を限ると、自由診療の圧力が強まり、結局は負担の分断が起きる。収入の無い健康者も将来晩年に支えを受けるが、被用者保険に在る間は保険料を負担する義務はない。平等な支給を旨とする保険の徴収方法としては難点である。皆が平等に負担するのは消費税、一生を通じて生命の危機に対応するしっかりしたシステムが出来ていれば、誰もがいつかは同じように恩恵を受ける。消費税でも納得が得られる。

6)まとめ

後期高齢者医療制度は既存の保険制度では想定されていなかった。既存の手直しは無難とされるが、成り立たなくなった制度の手直しでは問題を解決しない。人の一生はほとんどの人に共通点があり、一生を俯瞰すると世代共通の消費税制度が適している。全ての国民が参加する消費税を基にした保険制度改革を一日も早く成し遂げるべきである。

第 63 回医療制度研究会講演会

「医療保険改革の課題」

岩本康志先生（東京大学大学院経済学研究科教授）

2010 年5月 29 日

■社会保障給付の伸びが大きな財政問題になっている。

2002年5月厚生労働省の「社会保障の給付と負担の見通し」では、対国民所得比で2010年に22.5%であった社会保障給付費は、2025年には33.5%に上昇すると予測し、負担のほうもこれにあわせて10ポイント以上増えてゆくだらうとしている。簡単に言えば今の支出の10%以上のものを社会保障に廻さなければならなくなるということである。

このあと社会保障費を削減する政策が続けられ、2004年に年金、2005年に介護保険、2006年に医療制度の改革と立て続けに行われ、これらの改革の効果を織り込んだ2006年5月の推計では、同年23.9%の社会保障費は、2025年には26.1%になるとしている。2002年の推計からは7.4ポイント(2割強)の抑制にあたる。それらの改革が今現場で起きている医療崩壊現象の背景になっている。

年金に関しては給付を抑える仕組みが導入されており、2015年に少し増加したあと2025年には支給額が減少する。医療費は生活習慣病の予防、自己負担の増加などの対策を織り込んで増加幅を押さえ、介護も介護予防を織り込み同様の抑制を図るとしている。

■わが国の医療費増加要因

わが国の国民医療費統計では、医療費の伸びを4つの要因に分解する。人口増、人口の高齢化、価格の変化、その他(自然増)である。日本では人口高齢化の影響が大きいと考えられているが、他の先進国ではあまり大きいとは考えられていない。これらの国では日本ほど高齢化の進展がなかったからだ。また、高齢者1人当たり医療費は若年者に比べて高く、高齢化の進展が同程度の国との比較でも、日本は高齢化の影響を受けやすいとされる。

医療費の政府の推計には問題点が指摘されている。直近では2008年社会保障国民会議の医療費予測がある。ここでは過去の価格変化の実績をもとに医療費を考えており、名目経済成長率1ポイントの上昇が5年のラグをもって約0.33%ポイントの価格(診療報酬)の上昇につながるとし、「自然増」要因は年率2.2%成長で継続すると考えられている。

日本の推計は名目値ベースにまとめており、この定式下ではインフレ率が上昇しても、医療費は無関係であるとみなされる。インフレの影響は消費にも給付にも反映されると思われ、インフレになれば推計がぶれる可能性がある。外国では価格変化を除去した実質医療費の変化を実質経済成長に関係づけるようにして、貨幣錯覚がないものとするのが当然の前提で、日本の医療費推計は特異なものと考えなければならない。しかし、医療費が増えることは間違いないので、医療費を増やさないことを目的に対策が検討されている。

■将来にのこる3つの不安

本当に将来の給付は計算したとおり削減できるのか？厚生労働省の試算する社会保障費削減に大きく貢献しているのは年金の削減である。年金は経済規模の変動があっても伸びないところまで抑えられていて、10年先には給付削減が予定されているのだが、対象になる人にとっては

先のことだからあまり話題にならない。その場になって騒ぎになることは予測され、現状では机上の計算である制度の維持が、実際に可能なかどうか今後明らかになる問題である。

今まで医療制度改革の方向性は自己負担を上げることが基本で、段階的に何回も引き上げが行われた。OECDの統計では、大部分の国の自己負担率は10%前後で、日本の17.3%が一番高く、病気になったとき晒されるリスクが個人に掛かっている。低所得者や個人、特に高齢者が負担リスクに耐え切れるのかが疑問視されている。

第三の不安は、医療費の抑制を予防重視政策に頼っている点である。予防による医療・介護費用の抑制が効果を発揮するかどうか確立した根拠は無く、メタボ健診のデータがこれから出ると思うが安心はできない。

■ 高齢化は2025年で終わらない。

全人口に占める高齢者の割合は、団塊世代が80歳に達する2025年頃でピークになると昔は考えられていたが、少子化が進み若者の数が減ってゆくことで、そのあとでも高齢化比率は頭打ちにならない。厚生労働省の推計は2025年まででありそれ以後のことは議論されていないが、財政面からは考慮しないとらないと思う。

本当に将来の給付は削減すべきなのか、社会保障費削減で現場にできたはずみは方向転換を迫っている。医療・介護は最も重要で欠かすことのできないサービスだが、市場原理に任せると貧しい人にサービスが回らなくなる。全ての国民に保障を行き渡らせることが政府の責任であり、社会保障の出発点である。下支えをやるべき政府が抑制に躍起になっているのは皮肉だ。

■ 医療保険制度改革の課題

保険者の再編・統合は緊急の課題である。まず保険の単位の設定が問題だが、協会けんぽ3000万、国保も市町村に別れたたくさんの保険者があるように、加入者集団は多彩だ。政策の動きは、都道府県単位で再編統合する方向にある。保険の規模は大きすぎても小さすぎてもいけない。大きいものは分割し小さいものは統合ということになる。保険者機能は規模が大きすぎれば目が届かず、小規模では運営費用がかさみ高額医療費を負担できないという問題がある。政管健保は協会けんぽとして都道府県単位での運営に移行した。国保も都道府県単位にするとわれていたが実際には進んでいない。

■ 新しい高齢者医療制度の創設

高齢者医療制度の問題は高齢者の医療費をどう支払うかに尽きる。したがって制度設計は難しい。長年時間をかけて検討された2006年の改革は、独立の制度を造るというものだったがうまくいかなかった。

1997年に議論が始まった頃の問題は、景気が悪く所得が伸びないのに医療費は増えるという問題で、中小の事業者が加入する政管健保の経営が問題になり、保険料を引き上げないとやってゆけない状況で議論が始まった。なかなか結論が出ず、老人保健制度の改革を平成14年までに新制度としてまとめることで先送りとなった。ようやく17年に議論をまとめ、18年に法律が出来、20年に施行となった。10年がかりで出来たものだったが、多くの批判を浴びすぐに改革ということになり今作業が進んでいる。

■ 後期高齢者医療制度の問題

もともと健康保険は年齢が高くなると支給額が大きくなる特性があり、後期高齢者医療制度は、他の保険から資金を拠出して補う仕組みになっている。97年から始まった議論の中で、まず4案が検討された。一番目の案は全年齢でリスク構造調整をおこなうというもの。二番目は一定年齢以上の高齢者を独立の保険にするという案。三番目は付き抜け方式と呼ばれ、被用者保険のOBをそのまま引き継ぐという連合の提案。四番目は完全な一元化とし公平な負担で賄うという市町村が出した案である。

利害が異なる関係者からの提案で、なかなか話はまとまらず、出来た案は高齢者の部分を二つに分け、後期高齢者の部分を独立した制度とし、前期高齢者は今まで入っていた保険のまま

分離せず、不足する部分はその中で調整しあうというものである。具体的には、後期高齢者医療制度にかかる費用の5割は公費で負担し、残りの5割のうち一割を高齢者が負担し、4割を他の保険からの支援金で負担するというもので、後期高齢者保険の独立とリスク構造調整の組み合わせになったのだが、批判を受けて近い将来新たな制度を作る議論が検討会により行われている。

■新たな検討会における四つの試案

検討会で議論されている改革の第一案は池上案と呼ばれ、全年齢でリスク構造調整を行い、都道府県単位に一元化する、以前のA案に、都道府県単位で一元化するという文言が入っているシナリオである。

二つ目は一定年齢以上の別建て保険方式を基本とする案。75歳で線を引くとそれ以上の高齢者では国保の負担が大きく被用者保険のほうが少ない。この難点を65歳に下げた形で解消しようというもので、若い世代に高齢者の医療に影響させないという健保連が押している案である。この案でも高齢者別建てなので基本方針に合わない。

三つ目は突き抜け方式で、連合が唱えたそのままの案である。

四つ目は宮武案といわれるもので、政府の基本方針に沿ったものとして有力視されている。内容は、高齢者医療制度を国民健康保険と一体化して運営を図り、その中で財政調整を行う。さらに後期高齢者の年齢を65歳に下げ、都道府県単位の保険者が運営するというものである。

■第四案(宮武案)が有力視されている背景

同じ家族でも75歳以上で別建ての保険に入れられることに批判が集中し、政府は後期高齢者を分離しないという方針を建てている。多くの高齢者はもともと国保に属していたので、まとめようとすると国保しか考えられない。

国民健康保険と被用者保険を一元化することは難しい。協会けんぽは都道府県単位で運用されているので国保と一元化することは考えられる方向にあるが、被用者保険と国民健康保険の一元化は所得の捕捉が問題になってくる。被用者保険は所得を捕捉しやすいが、自営業者と農業では所得の捕捉は難しく、公平な原則が立てにくい。一元化を図らないで全年令間でリスク構造調整をするという案も考えられるが、意見がなかなかまとまらないだろうと思う。市町村単位で行われている国民健康保険を都道府県単位にすることも簡単ではないが、都道府県単位でまとめるのは、新しく出来た広域連合に国保が近づいていくことで同じ方向性になる。後期高齢者医療改革はすなわち国保改革になるということである。

このような議論の中で、今のところ問題点をクリアしているのは宮武案ということになっていて第4案を中心にシミュレーションが行われている。

■後期高齢者医療制度の反省

後期高齢者医療制度の検討が行われたのは医療保険部会で、委員であった経緯もあり批判を受けた点に対する分析をしてみたい。「後期高齢者」という言葉は学術用語で、国際的には75歳以上を指している。高齢者には、元気な人とサポートが必要な人たちが混在するので、対象者を区別するために「後期」の言葉を使っていた。実際の制度名にこの言葉がそのまま使われたが、制度名称までは審査会では議論していなかった。サービスを準備してそれを見せながら制度を説明した介護保険と異なり、今回の改革は高齢者に具体的なメリットが見えず、現役世代に理解できる財政負担構造の検討という、財政の視点が先行したことも問題だったと思う。広域連合も今まで運用してきた自治体に比べれば分りにくく、市町村独自のサービスがなくなり後退と思われたことなど、保険者機能を重視した割には保険者の顔が見えず、制度が複雑で広報も十分でなかった。高齢者の負担は総額では下がる方向性だったが、保険料が上がった人がいたことも問題で、無料だった被用者保険の扶養家族は保険料を払わなければならなくなった。

保険料が上がることは新しい理念から見れば今まで優遇されていたということである。今後は公平が保たれることになる。冷静に見れば評価できることもあった。今は少し定着したという見方もあ

り、良いところと悪いところをしっかりと見極めて変更すべきところを変更するべきである。

■ 財政の視点だけを先行させるとうまくいかない。

医療費は高齢化と共にまだ増える事実があるので、もっと増やしたほうが良いという考え方がある。問題は、高齢者は病気にかかりやすく、負担能力が無く、保険が成立しにくいことである。解決策として、民間に委ねる方法、高齢者があらかじめ貯蓄することで払う方法などが考えられるが、現在の高齢者はそうした貯蓄は無い。そのまま民間にゆだねておくと、医療費を払わないと医療が受けられないことになり、払わなかった人を放って置くわけに行かず政府が介入することになる。現役世代は社会保険料で支払うか税で支払うかの議論になり、公費で払うと国民の負担になってくる。どのような制度にせよ、現役世代からの支援について支持が得られるかどうかが成否の鍵をにぎる。老健拠出金・後期高齢者支援金と同等の問題はずっとついてまわる。

■ 医療費を使う立場から日本の医療費を考える。

2005年OECDの購買力平価換算医療費は、断トツで高いアメリカを除くと、日本は西欧大陸先進国の次くらいになる。国民一人当たりの医療費も低いほうである。介護を除いた医療サービスにおいて日本は低い部類に入る。これまでの推移を見てもイギリス同様低く抑えられている。高齢化は進んでいるが医療費の増加は少なく、平均寿命の長さから見てもパフォーマンスは悪くない。

■ 医療費投入の効用は？

医療費増加の是非、すなわち健康寿命の経済価値について研究が行われているが、正確に結論が出ているわけではない。Cutler-Richardson (1999)の研究では、健康寿命の伸びによる経済価値の上昇は、投じた医療費の4倍近くになると推計している。日本で私達が行った研究でもほぼ同じ結果であった。医療サービスがどれだけ健康寿命の増加に貢献したのかを確定させるのは困難であるが、健康寿命の増進の4分の1も貢献していないとは考えにくいので、医療費の増加は全体としては有益なものだったと考えられる。これらは医療サービス全体についての考察であって、個別の医療行為について無駄なものがないとまでは判断できないことには注意しないといけない。

■ あるべき医療費の分析

以上高齢者医療保険制度の議論の経過と現在検討されている内容を紹介し、医療費を掛けることに関するいくつかの知見を述べた。医療費の問題は適正な水準を決めるのが難しく、利用する立場、提供する立場、公費負担と企業負担というバランスで議論されるので増強と抑制の力学になるが、それだけではあるべき医療費の考え方を見失うことになる。医療サービスへの平等なアクセスが保証され、その上で費用と便益を合理的に評価し、国民が納得する水準の医療が提供されることが必要である。これまで十分に分析の光が当たってこなかった健康寿命の評価と、医療の貢献に対する知見が活用されるべきであろう。



医療は命の安全保障、医療崩壊を食い止めよう！

本 部 栃木県宇都宮市竹林町9-1-1 栃木県済生会宇都宮病院 内

東京事務所 東京都千代田区神田駿河台2-1-19 アルベルゴ御茶ノ水2F

海外文献サービス株式会社 内

東北事務所： 宮城県角田市角田字牛館16 医療法人仙南病院 内

仙台office 仙台市青葉区貝ヶ森1-2-6 ☎080-1808-3241 (事務局 坂詰 清)

なお、本件に関するご質問は、上記の仙台オフィスまでご連絡ください。

ksakadume@vivid.ocn.ne.jp