



## 医療保険制度改革の課題

著者	一圓 光彌
雑誌名	共済新報
巻	39
号	1
ページ	7-12
発行年	1998-01
権利	(C) 共済組合連盟 このデータは共済組合連盟の許諾を得て作成しています。
URL	<a href="http://hdl.handle.net/10112/7352">http://hdl.handle.net/10112/7352</a>

# 医療保険制度改革の課題

関西大学経済学部教授

一 圓 光 彌

## 一 医療保険制度改革の背景

日本の社会保障は、一九六〇年代半ばの国民皆保険、皆年金を経て、社会保険中心の体制を確立し、一九七三年の福祉元年の改革などで給付水準の高度化を達成したが、そのころより乱立した制度を前提とした皆保険の矛盾が顕在化するようになり、一九八〇年代の半ばには、老人保健制度が創設され、基礎年金改革も実施され、社会保障制度の再編の動きが始まった。しかしそれでも、一九八〇年代の改革は医療保険や年金保険の枠内での改革にとどまり、これまでの制度体系を前提としてそれをどう調整するかが課題となっていた。

一九九〇年代に入ると、以上のような戦後の社会保障のあり方は、再度検討を迫られるようになる。再検討を迫る

ことになる大きな背景は、高齢化の進展である。高齢化により、年金保険の給付費が急速に増加するとともに、医療保険でも老人医療を中心に給付費が急増するようになった。それと同時に、高齢者の介護の問題が、社会的な対応を迫る課題となり、年金保険、医療保険に次ぐ社会保障の大きな柱として介護保障の確立が求められるようになった。

来世紀に向けて社会保障の必要性がさらに高まる中で、財源面での課題も大きくなっている。八〇年代の末に消費税が導入されたが、新税の導入には、高齢化社会に備えるということがその理由づけに使われた。実際には、三％の消費税収入が社会保障に回されたわけではないが、高齢社会における高負担と結びつけて消費税が説明されたことは、消費税と社会保障との今後の関係を示唆しているよう

に思われる。

一九八〇年代半ばの改革は、国庫負担を削減することが引き金となつて起こつた社会保障の再編改革であつたが、社会保障の支出そのものを大きく抑制することはできないので、その効果は長続きしなかつた。保険料の増加を許すような、あるいは国庫負担の引き上げを許すような経済成長が続けば、八〇年代の再編も持続可能であつたが、バブル崩壊後の長い不況は、そうした余力を国民からも国からも奪い去ってしまった。伸び続ける医療費を何とか抑えないといけない。少なくとも保険財政を立て直さなければならぬ。そうした背景から、平成九年度の医療保険制度の改正が実現した。

しかしながら、平成九年度の改正は、医療費を抑制することに焦点があるのではなく、とりあえず保険財政を取り繕うことにねらいがあつた。そのこと自体は、やむを得ないことではあるが、若干の患者負担の引き上げや保険料の引き上げで、安定的な財政運営が期待できる状況ではないので、本格的な改革までのつなぎの意味しか持たなかつた。

## 二 医療費抑制のための改革

医療保険制度の抜本的な改革の柱は、大きく二つに分かれる。一つは、医療費を抑制することである。そのためには、無駄な支出をなくすことが必要である。無駄とまでは

言わないまでも、節約できる部分はいち切つて節約することが必要である。具体的には、①現在の出来高払い中心の診療報酬を改め、定額払い制を大きく取り入れること、②現行薬価基準制度を見直し、高い薬の多用の原因になっている薬価差益をなくすこと、が焦点になつてゐる。積極的な医療の促進を目的とする出来高払いを是正するとともに、薬剤の販売に依存する医薬収入の構造を是正することにねらいがある。そしてそのいずれも、診療側の診療態度に影響を与えて医療費を抑制させようとしている点に特徴がある。

しかしこうした支払い方式の変更も、費用抑制効果が発揮できるかどうかは、定額制の報酬水準や参照価格制の価格水準に依存する。これまでの出来高払いの下でも、八〇年代には、政府は、進化した高齢化の割には医療費の抑制に成功したということができた。出来高払いでも単価を厳しく設定すれば、費用抑制効果はそれなりに発揮できる。九〇年代に国民医療費の対国民所得比が増加したのは、抑えられていた八〇年代の反動の意味もあるかもしれない。言い換えれば、今提案されている支払い方式の変更が、出来高払いよりも費用抑制効果が高いという保証はないのである。むしろ、これまでの診療報酬体系が矛盾をきたし、現在の医療のあり方に合わなくなつてきていることが問題なのである。ベッドの数も過剰となり、医師の数も整うよ

うになつた現在の医療環境の下で、また慢性疾患を中心とする現在の疾病構造の下で、定額制の方が出来高払いよりも、限られた財源のよりよい利用を促す可能性が高いといふことが重要なのである。支払い側も診療側も、そうした観点から、望ましい支払い方式の改革を議論することが必要であろう。

医療費を適性規模で維持するためには、またより効果的な医療資源の活用を図るためにも、多くの西欧諸国で実施されているマクロ経済的な規制を取り入れることも必要である。マクロ規制としては、地域医療計画で病床数を規制したり、過剰が心配される医師数の抑制を図るなど、量的な規制の方法と、様々な形で予算制度を取り入れ、予算の範囲内で最適な資源配分を医療供給主体にまかせる方法がある。後者の例としては、イギリスの予算保持家庭医やアメリカのHMOのように、医師個人や医師グループに被保険者の包括的な保健医療を請け負う方式や、ドイツやフランスが行っているような病院や開業医に年間予算の範囲で被保険者の医療を請け負ってもらう方法がある。より徹底した予算方式は、イギリスや北欧諸国のように国や県の子算で、国や県の事業として保健医療を提供する方法である。日本でも、こうしたマクロレベルでの規制を工夫することが、今後の課題となるであろう。

### 三 医療保険制度体系の改革

しかしながら、間近に迫つた来世紀初頭の高齢化を考えると、以上のような方策を追求するだけでは十分ではない。必要な財源を確保する合理的な方法を築くことも重要である。なぜならば、医療費が増えることは、多くの場合、よりよい医療が受けられ、患者の満足が増すことの結果であつて、望ましいことでもあるからである。イギリスでは、国の予算で医療資源の枠が決められ、その結果費用抑制がききすぎて、人々が医療が受けられないという問題が起つていゝる。医療保険においても、保険で使える医療が制限されたり、給付率が大幅に引き下げられると、確かに保険財政は安定し国庫負担は抑制され、国民の税保険料負担は低く維持できるが、そのことがかえつて、将来への不安を高め、人々を私的な備えに駆り立て、結局国民にとって高いものにつくおそれがある。

その意味では、長期的には、負担と給付の関係を被保険者自らが決定できるような、合理的な医療保険経営の基盤を構築することが重要になる。これが、医療保険の制度体系に関する改革で、医療保険制度の抜本的な改革の二つ目の柱である。この改革は、介護保険との関係も深く、来世紀の社会保障の基礎構造を決めることになる非常に重要な課題である。選択可能ないくつかの枠組みを国民に提示し、

国民の合意を得ていくことが重要であろう。

#### 四 保険者のあり方

医療保険の制度体系の改革では、二つの点が重要であるように思われる。第一は、われわれがそこに帰属していることを意識できるような、身近な地域や職域といった生活の場で、保険を組織し、助け合いを機能させることである。全国的な制度に一被保険者として機能的に関わるだけでは、保険を効率的に運営して無駄をなくしたり、予防事業を取り入れて給付費を節約したりするインセンティブが働かない。政管健保と組合健保の十五〜六十九歳の年齢階級別一人当たり医療費を一九八四年から一九九四年にかけて調べ、十五歳から六十九歳までの五十五年間の一人当たり医療費を比較したところ、付加給付のある組合健保の方が実効給付率は高いにも拘わらず、政管健保の方が医療費が高く、その差は被保険者で一三%、被扶養者で五%であった。現在の健保組合には、保険者機能を発揮する十分な権限が与えられているとは思えないが、それでもこれだけの差が認められる点は重要である。こうした、効率的な運営が期待できる職域ベースの健保組合や、地域ベースの国民健康保険の廃止につながるような医療保険の改革は、到底認めるわけにはいかない。それは、保健と医療と福祉との連携がますます重要となる時代に、それに逆行する改悪と

いわざるを得ない。むしろ廃止すべきは、今ある政管健保のような大規模な保険組織の方であって、これを職域保険や地域保険に分権化することが必要である。

#### 五 後代負担の財政システム

医療保険の制度体系の改革で重要な第二の論点は、財源調達システムをどう合理化するかである。医療保険は年金保険と同じように、若い世代が高齢世代を援助する仕組みに変わっている。現在の医療保険の仕組みは、健康な若い人の保険料で、病気がちな年金受給者の医療費を支援する制度となっている。この財源システムを合理化するためには、制度の一元化が望ましいが、制度の一元化は、上で述べた適正規模での自主運営の組織原理と相反することになる。適正規模の保険組織を維持したまま、費用負担面ではできるだけ公平なシステムを築くことが制度体系の改革の課題になる。

現在の老人医療と退職者医療に対する拠出制度も、バラバラな制度を残したまま、財源調達面で公平性を確保しようと考えられた仕組みであるが、保険者にとって責任を負えない医療費に対する支出が保険財政を大きく圧迫するという問題を抱えている。高齢化とともにこの傾向はますます拡大するわけであるから、このような仕組みを維持することはもはや困難であろう。また、現行の拠出金方式は、

後代負担のメカニズムが、所得に応じた公平な負担になつていないことも問題である。高齢者のための医療費の負担は、どの保険に属していても、所得の一定割合で拠出されるべきであるが、実際には被用者保険の間でも、国民健康保険の間でも、さらに被用者保険と国民健康保険との間でも、大きな違いがある。後代の負担を標準化することが必要である。

現行拠出金制度の問題は、若い世代の拠出金が占める割合を小さくすることによってある程度緩和することができるとするが、そのためには、高齢者が自ら十分な保険料を払うようにならない。政府や与党が提案している高齢者のための独立した保険制度のねらいは、高齢者に相応の保険料負担を求めめることにより、若い世代からの拠出金の負担を軽減することにあるのかもしれない。年金生活者といえども、保険料負担能力があれば、その負担は当然であるが、年金で生活している多くの高齢者にどれだけ負担が可能であろうか。資産に対する課税など新たな財源を考えるのではない限り、若者からの拠出金を大きく削減できないであろう。そもそも、年金にゆとりがあるから年金からも保険料をといて便法は、介護保険でも用いられた方法ではあるが、社会保障全体の体系を改めて考えさせられる問題である。もし年金にゆとりがあるのであれば、むしろ年金のあり方が問題なの

である。年金も、若者が保険料を支払って負担していることにおいては医療保険となら変わらないからである。政府は、次の年金再計算期に向けて、将来の年金を大幅に見直す提案を行っている。高齢者に対し、年金も下げる、保険料もとる、患者負担も引き上げるといふ、バラバラな改革手法は、もはや限界にきているといわなければならない。

## 六 税方式と社会保険方式の折衷

高齢者の医療費を高齢者が担うことに限度がある以上、その費用は社会全体で支えざるを得ないであろう。そうした財源調達方式としては、保険料よりも租税財源の方がはるかに合理的である。消費税を福祉目的税として位置づけ、これを高齢者医療保障制度の財源に用いれば、高齢者も消費に依じて費用負担でき、その負担は世代間でより公平になる。多くの論者が、高齢者の医療と介護、さらには年金も、税方式で賄うべきであると主張しているが、それには十分な論拠がある。しかしながら、地域に根ざした効率的な保健、医療、福祉の事業を展開するのに、税金でその費用を賄うのは適当であろうか。後期高齢者に限って考えれば、うまくいくかもしれないが、その場合、より若い退職者や中高年の被保険者をめぐって、改めて財政調整が必要になるに違いない。

消費税を活用して、高齢者の医療費を社会的に支えるこ

とを考えるのであれば、そうした租税財源による補助は、高齢者医療保険とか国民健康保険などのような特定の制度に対してではなく、個々人の医療のニードに応じ、また個々人の支払い能力に応じて、同一原理で行われるのが合理的である。次にその具体的な例を示してみよう。

仮に、社会保険方式を維持しつつ、これに消費税財源による大幅な（医療給付費の半分に相当する）国庫補助を導入するモデルを考えてみよう。一九九四年度を例に計算すると、実際の医療保険制度の総給付費は二一・二兆円で、保険料収入が一五・五兆円、国庫負担は六・一兆円であった。消費課税である消費税と所得課税である保険料とで一・二兆円の費用を分け合うとすると、すべての国民に適用される一律の保険料率は（現行の標準報酬月額をベースとして）五・五％程度になる。これはサラリーマンであろうが、自営業者であろうが、年金受給者であろうが、すべての国民に同率とする。参考までに、現在の国民健康保険の保険料を所得割一本にするとおよそ七％程度になる計算である。

一方国庫補助も、個々人の不足する保険料収入を一律に補う形にする。この場合、補助の方法はいろいろ考えられるが、ここでは計算を簡単にするために、所得の低い被保険者の不足する保険料を補う形で計算してみた。具体的には、保険料年額が四〇万円に満たない人にその額まで国庫

で補う形にすると、目標とする一〇・六兆円の額が得られる。

以上のように、公平な保険料の賦課と公平な国庫からの補助により集められた財源は、各保険者にその加入者の年齢に応じて公平に予算として配分する。その際、年齢別（性別）の平均的な医療給付費に基づいて予算を配分することが重要で、これがニードに応じた公平な配分を意味する。どの保険者も、加入者の構成に応じて平等な予算を持つわけであるから、効率的な運営ができたかどうかは結果としてすぐ現れ、保険者の力量が試されることになる。また、共済組合でも健保組合でも、全体としてみれば、国庫補助が入る計算になるので、拠出金を自ら預かり知らないところに行かれるという問題は、ほとんどなくなるであろう。もちろん、以上のような予算を基準にして各保険者は保険料を追加して徴収したり、割り引いて徴収するなど自由裁量の余地を持つことができる。

以上は一つの例にすぎないが、制度体系の改革については、新しく生まれる介護保険制度との関係さらには社会保障全体のあり方とも関係して、本格的な見直しが必要となっている。来世紀の超高齢化にも耐えられるような医療保障制度のあるべき体系とそれを支える財源政策について、大胆な選択肢が提示され、広範な議論が喚起されるよう期待する。