

医療費適正化をめぐる2005年の議論

- 2025年の医療給付費をめぐる議論
- 現行制度 56兆円(GDPの7.7%)
- 厚生労働省案 49兆円(6.7%)
 - 7兆円, 12.5%削減
 - 中長期的方策 6兆円
(生活習慣病対策, 平均在院日数の短縮)
 - 短期的方策 1兆円
- 民間議員案 42兆円(5.8%)
 - 14兆円 25%削減
 - 厚生労働省案への上積み7兆円は, 例えば
 - 入院時の食費・居住費負担の見直し 0.7兆円
 - 保険免責制(外来1回500円) 2.3兆円
 - 診療報酬10%カット 4.9兆円

諮問会議は, マクロ指標へのリンク

- 経済成長率へのリンクは3割を超える削減となって質への影響が懸念
- 経済財政諮問会議民間議員提案の高齢化修正GDP

$$\text{高齢化修正GDPの伸び率} = \text{名目GDP成長率} + \frac{\text{65歳以上人口の増加数}}{\text{全人口 (前年度)}}$$

- 65歳人口の変化で大きく左右される。後期高齢者比率の増加を盛り込めないため, 2020年代にきびしい目標になる。
- なぜ, この算式か?
- 財政健全化のための歳出全体の見直しからみちびかれた指標か?

厚生労働省はミクロの医療費抑制策の積み上げ

2008年度から都道府県医療費適正化計画

2015年度での成果目標(全国目標)

①生活習慣病対策の推進

- 糖尿病, 高血圧症, 高脂血症の患者・予備軍を25%減少させる

②平均在院日数の短縮 医療費4.9兆円削減

- 全国平均(36日)と最短の長野県(27日)との差を半分に縮小する

- これですべてか？

医療費2025年度で56兆円の根拠

- 「社会保障の給付と負担の見通し」(2004年5月)の前提
- 年齢階層での医療費の違いによる人口構成の変化の影響を考慮
- 直近の名目医療費の伸び率を外挿
- 非高齢者の1人当たり医療費伸び率 賃金上昇率(2.2%)と同じ
- 高齢者の1人当たり医療費伸び率 3.3%
- 2025年までに非高齢者に比較して, 20%強の増加
- かりに高齢者1人当たり医療費伸び率が賃金成長率なみなら, 保険給付費は約15%減少(岩本試算)。

政策目標をめぐる議論の意義

- 医療技術の目覚ましい発展のなか、2025年は遠い将来。仮定を積み重ねた数値を絶対視することは無意味。
- 目標を設定し、それを実現するための政策のマネジメント・スタイルを確立することに意義。
- サイクルで蓄積された情報にしたがって目標値を見直す。
- 堅持すべきは理念
 - 質の低下を招かず、社会保障政策・第11回b 社会保障の機能をできる限り損なわず、財政的に持続可能にする。 5

高齢者の医療費をどう支払うか？

リスクが高く、負担能力が低いいため、保険が成立しにくい問題

1.民間に委ねる解決策

- 高齢者があらかじめ貯蓄する
- 払わない

2.政府が介入する解決策

- 現役世代の社会保険料で支払う
- 税で支払う

- 現役世代からの支援に支持が得られるかが、制度の成否の鍵をにぎる。老健拠出金と同等の問題点がつねにつきまとう。

医療制度改革の動向：10年遅れの宿題

1997年9月 高齢者，健保本人の自己負担上げ

2000年度までに医療制度改革について結論を得る

2000年1月 結論を先送り

2002年度までに結論を得る

2001年11月 「医療制度改革大綱」(政府・与党社会保障改革協議会)

1. 医療保険制度の一元化等
2. 新しい高齢者医療制度の創設
3. 診療報酬体系

2002年度改革

老人保健制度の対象者を75歳に引き上げ，公費負担割合を5割にする。(2007年10月に完成)

医療制度改革の動向：2007年以降をどうするか？

2002年12月 「厚生労働省試案」

2003年3月 「医療保険制度体系及び診療報酬体系に関する基本方針」
(閣議決定)

1. 保険者の再編・統合
2. 新しい高齢者医療制度の創設 (2007年度以降)
3. 診療報酬体系

2003年7月 社会保障審議会医療保険部会・第1回

議論のスケジュール(国会)

2004年 年金

2005年 介護・生活保護

2006年 医療

高齢者医療制度（基本方針）

- 個人の自立を基本とした社会連帯による相互扶助の仕組みである社会保険方式を維持する。
- 65歳以上の者を対象に、後期高齢者と前期高齢者のそれぞれの特性に応じた制度とする
- 高齢者については、現役世代との均衡を考慮した適切な保険料負担を求める。
- 後期高齢者に公費を重点化するという改正法の考え方を維持する。
- （後期高齢者）国保及び被用者保険からの支援については、別建ての社会連帯的な保険料により賄う。

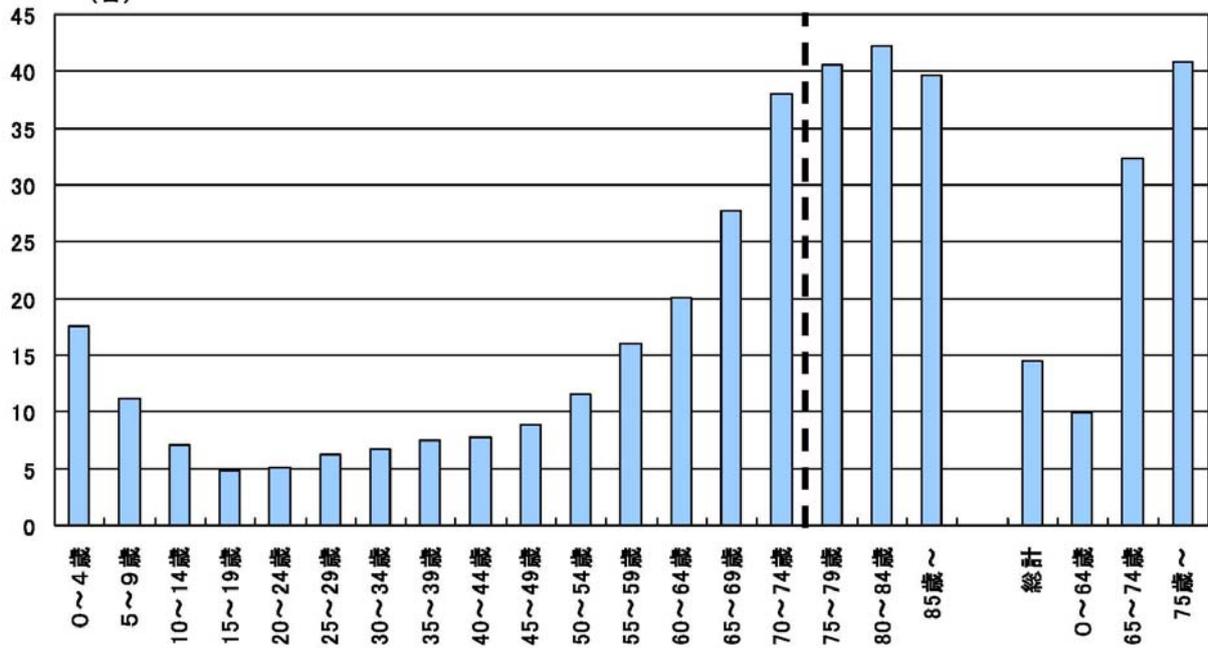
高齢者医療の在り方

- 高齢者医療の在り方については、
 - あくまでも生活の質(QOL)の向上を重視する観点から、高齢者に相応しい医療サービスの在り方を検討すべきではないか。
 - 高齢期の医療は生活習慣病と深く結びついており、生活習慣病を中心とした疾病の予防に若齢期から努めることを重視すべきではないか。
 - 患者1人1人の意識や受診行動についても議論すべきではないか。
- 以上のような点についての検討を通じて、望ましい医療サービスの在り方を展望し、これを促す高齢者医療制度を設計すべきではないか。

（今後の検討の方向性・事務局案，2004年7月）

年齢階級別に見た1人当たり外来受診日数

1人当たり外来受診日数
(日)



資料出所：平成13年度社会保険庁「事業年報」、国民健康保険事業年報等による保険局推計

(注) 平成13年度社会保険庁「事業年報」等の被保険者数、被扶養者数及び総受診日数を元に、抽出調査である保険局「健康保険被保険者実態調査」、社会保険庁「医療給付受給者状況調査報告」等の結果を用いて、各年齢階級ごとの被保険者数、被扶養者数及び受診日数を推計。それを用いて各年齢階級別一人当たりの受診日数を算出。

-16-

医療制度改革による 新たな高齢者医療制度

- 後期高齢者医療制度
 - － 高齢者の保険料1割, 国保及び被用者保険からの支援4割, 公費負担5割
 - － 今後, 後期高齢者の増加等を勘案して後期高齢者の保険料総額の割合を高める
 - － 個人単位, 応益+応能の保険料負担(1人当たり平均7万円) 現行の国保保険料の仕組みを踏まえて制度設計
 - － 運営は都道府県単位の広域連合
- 前期高齢者医療制度
 - － 被用者保険又は国保に加入しつつ被用者保険と国保との間で加入者数に応じて財政調整
 - － 経過措置で退職者医療制度を存続させる

後期高齢者医療制度の問題(1)

- 名前が悪い
 - 「後期高齢者」は学術用語。実際の制度に用いるのは不適格。
- 独立制度とする利点が加入者に見えない
 - 後期高齢者の特質に合った医療サービスの提供、の考え方に現実がついてきていない。
- 財政の視点が先行する
 - 負担の構造を明らかにするだけなら、別途計算するだけでよく、独立の制度とする必要はなかった

後期高齢者医療制度の問題(2)

- 保険者の顔が見えない
 - 市町村の広域連合とすることで、住民と保険者の間に距離ができた。
 - 市町村独自のサービスが失われた。
 - 期待される保険者機能を発揮していない。
- 保険料負担が増える階層に対する配慮が足りなかった
 - 旧制度で国保2方式の加入者(低所得)
 - 旧制度で被用者保険の被扶養者
 - ただし、新しい制度なのでゼロベースから理念を考えることは、かならずしも排除されるものではない。旧制度との比較で判断することが正しいともいえない。

保険者の再編・統合

- 国民健康保険
 - － 都道府県が積極的な役割を果たす
 - － 共同事業の拡充
 - － 国保財政基盤強化策の見直し
- 政管健保
 - － 全国単位の公法人 都道府県単位の財政運営を基本(2008年10月)
 - － 都道府県間の年齢格差に起因する医療費格差と所得格差を調整し, 都道府県ごとの保険料を設定(リスク調整)
 - － 適用・徴収事務は, 年金と一括
- 健康保険組合
 - － 地域型健保組合の設立を認める

医療保険制度の一元化

- 「医療保険制度の一元化を将来の方向とすることは、一つの有力な考え方であり、これについて具体的な検討を開始し、一定期間内に結論を得ることとする。」(医療制度改革大綱)
- 「一元化」の類型
 - － 全制度を統合して一本化
 - － 給付・負担制度の統一化(実現するための財政調整)
- 保険者の統合・再編
- 都道府県単位を軸とした再編・統合
 - － 一元化の記述なし

保険料負担が高い保険への支援

医療費が高い

- 後期高齢者, 国保
 - 定率負担 実績医療費を部分的に調整
 - 調整交付金 構造的部分を部分的に調整
- 政管健保
 - 定率負担 実績医療費を部分的に調整
 - 財政調整 構造的部分を全面的に調整

所得が低い

- 政管健保 財政調整 全面的に調整
- 国保 保険基盤安定制度

医療費が高い・所得が低い

- 組合健保 調整保険料, 政管健保 部分的に調整

保険の単位をどう設計するか？

保険の単位には2つの意味がある

(1) リスクをプールする

- 大数の法則より, 大きいほど有利

(2) 加入者の代理人として医療費適正化を目指す

- 事務費用の規模の経済, 大きいほど有利
- 加入者への目配り, 小さいほど有利

- 「一本化」は, (1)と(2) が全国をカバーする単一の保険者でまかなわれる
- 「リスク調整」が導入されると, 両者を区別して設計することができる

参考文献

岩本康志(1996),「試案・医療保険制度一元化」,『日本経済研究』,第33号,11月,119-142頁。

岩本康志(2005),「高齢者医療制度の改革」,『ジュリスト』,1月1・15日号

岩本康志(2007),「社会保障財政の制度設計」,林文夫編,『経済制度設計(経済制度の実証分析と設計第3巻)』,勁草書房,103-163頁

岩本康志(2007),「社会保障負担の制度設計」,林文夫編,『経済制度設計(経済制度の実証分析と設計第3巻)』,勁草書房,165-180頁