

日本の医療制度における諸問題と将来展望

伊東 慎吾

はじめに

日本人、特に若い世代の人々は医療保険および医療制度に対する知識が希薄になっている。超高齢社会において、医療保険制度は見直しを図られなければならなくなった。医療制度に関しても、医療機関としての役割を本当に果せているのであろうかという疑問が多く出てくる。中でも国民医療費の高騰という問題は、医療分野だけでなく、社会全体を巻き込む大きな問題である。医療器具の発展や、疾病構造の変化、新しい治療法の開発などにより、国民医療費は高騰する。財政を圧迫する国民医療費を抑制しようとする動きは、国や地方にとって合理的なものである。国民医療費の高騰の原因には、さまざまな要素が絡んでくる。国民医療費の高騰という問題に対して、無理に国民医療費を抑制しようとする、医療サービスの低下や、医療アクセスの阻害といった問題が出てくるであろう。その問題に対応すべく、効率的かつ効果的な国民医療費の抑制方法が求められる。本稿は、医療分野における諸問題と、それが要因となって起こる国民医療費の高騰という問題を考察していく。それによって、効率的、効果的な医療を実現するためには、包括的な医療政策の見直しが必要となることを明らかにする。

1. 国民医療費の在り方

国民医療費の増加という問題は、医療が発展していく中で、発生してしまうことではあるが、それに対して抑制ではなく、どのように効率的に、そして無駄のないように対処していくのが重要な問題である。加えて、医療費が高齢者の増加に伴って増加している。現役世代の所得移転に頼っている高齢者の医療費が増加すれば、現役世代にもその代償は降りかかってくる。現役世代の負担を減らそうと、無理に国民医療費を抑制しようとするれば、医療サービスの低下や、医療アクセスの阻害といった問題が出てくるであろう。この節では、国民医療費の範囲や意味を概観する。そして、医療費増加の原因と、問題について検討する。

1.1 高齢化と国民医療費の関係

年間の医療費支出を測るには、国民医療費を用いる¹。医療費は主に3つの構成要素（保険料、公費、自己負担）によって構成されており、この3者の微妙なバランスの上で日本の医療は成り立っている。この国民医療費は、1999年度に初めて30兆円を突破した後もなお増え続けている。国民医療費を対国民所得と比較してみても、その割合は増え続けている。この国民医療費増加の最も大きな原因は「人口の高齢化」であるといわれている。高齢者は一般に、病気にかかるリスクが高く、病態も慢性化・複合化する傾向がある。そのため、現役世代と比べ

¹ 医療機関での傷病者の治療に対して支出される費用を年度単位で推計したもの。診療報酬額、薬剤支給額、健康保険で支払われる看護・介護費などを含んでいる。（有斐閣『経済辞典』第4版, 2002, p.400.）

て相対的に多額の医療費がかかる。『老人医療事業年報』(2001)によると、70歳以上の高齢者1人当たり診療費は現役世代の4.8倍にもなる。加えて、2003年度の国民医療費31.5兆円のうち、ほぼ4割の12.4兆円は70歳以上の高齢者が消費した。高齢者の医療費の大半は老人保健制度を通じた就業者からの所得移転によって維持されている。高齢者が消費する医療費の大きさから、高齢化が医療費の負担構造にもたらす影響の大きさが分かる。さらにいえば、高齢化が医療費の負担構造にもたらす影響の大きさは、医療制度の根幹に関わるものである。

1.2 医療費財源のバランス

日本の医療費の財源は主に3つある。日本は社会保険方式²を採用しているため、財源に占める医療保険給付の割合が相対的に高い。それに次ぐのが公費負担、そして自己負担である。日本は社会保険を主要な財源調達手段としつつも、公費(租税)を必要に応じて投入することによって制度の安定化を図っている。しかし、ここ数年の傾向として、保険料の割合が減少し、自己負担割合が増加している。これは、被用者保険における自己負担率の引き上げと薬剤一部負担導入、自己負担限度額の引き上げ、老人医療における自己負担額の引き上げなど、一連の制度改正の影響である。2003年に被用者保険自己負担率の更なる引き上げが行われたが、この傾向は現在も続いている。この自己負担額の増加によって、国民の医療に対する負担が増大することは明らかである。高リスク者(病気になりやすい人)や、低所得者の負担が大きくなる。この自己負担額の増加によって、モラルハザードによる無駄な医療費を削減できる反面、高リスク者および低所得者の医療アクセスを阻害する危険をはらんでいる。医療費財源において理想の体系は、すべて単一の制度にすることであるが、利害関係が複雑に絡み合う日本の医療制度においては、例えば保険料によって「公平的負担」を担保しつつ、自己負担によってモラルハザードによる無駄な医療費を削減するなど、「効率的負担」を図り、そして公費で「政策的負担」を行う、という三者のバランスを保つことが必要になる³。

1.3 医療費増加の原因と問題

医療費が増加してきた原因として、医療サービスの名目価格の上昇、高齢化、所得の増加やその他の原因(医療技術の変化など)が考えられてきた。健康であり続けるために、「予防」による医療費の増加も考えられる。しかし、解明されていない問題が多く、この医療費が増え続けている要因については、さらに研究の余地があるであろう⁴。

国民医療費の抑制を政府は望んでいるが、抑制にもさまざまな問題が含まれていることも考慮しなければならない。例えば、診療報酬の抑制によって、医療費の抑制を図るケースを考える。そのような状況になると、採算が見合わなくなった病院や診療所はつぶれていくという危険性がある。さらに、診療報酬の低下に対して、供給量の抑制、質の低下という問題が発生する可能性もある⁵。

² 被保険者の加入を強制とし、保険料は所得比例拠出が一般的であり、使用者にも負担させること、給付を受ける条件として一定期間以上の保険料拠出を行うことなどである。(経済辞典, p.557.)

³ 小松(2005), p.6.

⁴ 堀田(2006), pp.30-33.

⁵ 堀田(2006), p.34.

1.4 ターミナルケアの在り方

ターミナルケアとは、終末医療と呼ばれるものである。高齢者の医療においては、死亡する直前に多くの医療費が使われる。高齢者の医療費が高い理由に、死亡率が高いということも挙げられる。しかし、ターミナルケアにおける医療費を抑制するという問題が発生している。ターミナルケアにおいて、医療費がかかるという事は事実だが、医療財源を圧迫するというところまではいっていない。例えば、①我が国の老人の死亡前1年間の医療費の老人医療費全体に対する割合は約11%にすぎず、アメリカの28%に比べてはるかに低いこと、②医療費の高騰は死亡者の中の20~25%の人にもみ起こっていること、③医療費の高騰が始まる時期も死亡前の2ヶ月前からと遅かったことが明らかになっている⁶。

ターミナルケアにおける医療費は、2020年には2兆9千億円に膨れ上がる⁷とされているが、2020年には医療費総額もはるかに増える。2020年の医療費総額は、37兆円になるとされ、2兆9千億円はその7~8%である⁸。この程度なら、医療財源を「圧迫する」とまでは言えないであろう。医療費抑制のために、例えば入院での死亡を減らそうとすると、その受け皿のない悲惨な「患者の追い出し」が増加し、社会的不安を抱かせることになってしまう。むやみやたらに医療費を抑制しようとするれば、医療としての本質を忘れ去ってしまう結果になりかねないであろう。

2. 医療制度の歴史と現状

日本は医療費の財源調達手段として「社会保険方式」を採用している。医療保険の供給を民間医療保険市場に委ねるのではなく、すべての国民が強制的に公的医療保険に加入する「国民皆保険制度」を採用した。公的医療保険制度には非高齢者を対象とした制度と高齢者を対象とした制度の両方が含まれる。超高齢社会に向けて、医療保険制度の歴史と現状を把握しておく必要がある。高齢者を対象とした老人保健制度は非高齢者を対象とした制度から派生した制度で、両制度には多くの共通点がある。ここで、両制度の歴史について説明していきたい。

2.1 医療保険制度の沿革

戦後の公的医療保険制度の原型はすでに戦前に用意されていたが、制度設計の思想は全く異なっていた。戦前の公的医療保険制度が国民の体力や健康維持などに軸足を置いていたのに対して、戦後の公的医療保険制度は保険原理と所得移転をミックスした仕組みが導入された。日本の公的医療保険は1922年に制定された健康保険法制定までさかのぼる。この法律は当時の社会状況を反映して労働能率の増進、労使の対立の緩和、国家産業の発展を目的としていた⁹。

1929年の世界恐慌は日本の農村部にも大きな影響を与え、農村地域での医療状況は悲惨で

⁶ 二木（2000）, p.162.

⁷ 二木（2000）, p.163.

⁸ 二木（2000）, p.163.

⁹ 堀田（2006）, p.17.

あっただけではなく、当時の日本は、満州事変から日中戦争への道のりの最中にあった。そこで、農民の救済や戦争に備えて国民の健康や体力の維持向上を目的として1938年に国民健康保険法が施行された。その後1939年に船員を対象とする船員保険法、ホワイトカラーを対象とする職員健康保険法が施行された。それまでは被保険者本人だけが給付対象で、家族は給付対象になっていなかったが、戦争に備え、家族給付が創設されたのも1939年である¹⁰。当時の制度は、戦争のため、国家総動員のための制度であるといえる。

その後、第二次世界大戦により戦前の公的医療保険制度は事実上崩壊するが、戦前に作られた制度の枠組みや名称は戦後の公的医療保険制度に受け継がれることとなる。戦後直後の日本では伝染病が大流行し、疾病対策は政府の緊急課題であった。これに対し1948年に戦前に施行された健康保険法・国民健康保険法が改正され、新たに医師法、医療法、薬事法など現在の医療保障を形成する法律が導入された¹¹。

1947年に施行された新憲法に基づき、1950年の社会保障制度審議会の勧告の中では、自立した個々人の社会連帯に根差した相互扶助の仕組みとしての社会保険の重要性が強調され、今日の公的医療保険制度の方向が確定した。1956年には公的医療保険の適用者は6522万人で、人口の約3割、3000万人が未加入であったが、1958年の国民健康保険法の改正によってすべての市町村が国民健康保険の供給を開始し、1961年には国民皆保険が実現した¹²。日本の公的医療保険は単一の制度ではなく、複数の制度から構成されている。歴史的に見ると、「職域保険」である公務員共済、組合管掌健康保険、政府管掌健康保険が先にでき、「地域保険」である国民健康保険ができたのは一番最後であった。この国民健康保険の登場なくして「国民皆保険」の実現はなかったといえる¹³。

2.2 非高齢者対象の医療保険制度の概要

公務員共済は国家公務員や地方公務員、私立学校の教職員を対象とし、保険者は共済組合および事業団、自己負担率は2007年現在においては3割である。組合管掌健康保険は大企業のサラリーマンを対象とし、保険者は健康保険組合、自己負担率は3割、そして保険料は事業主と被保険者で折半する。政府管掌健康保険は中小企業のサラリーマンを対象とし、保険者は国、自己負担率は3割、保険料は事業主と被保険者で折半する。国民健康保険は被用者保険に加入していない一般住民を対象とし、保険者は各市町村、自己負担率は3割である¹⁴。制度別に加入者数を見ても、国民健康保険が最も多く、政府管掌健康保険、組合管掌健康保険がそれに続く。これに関して、ここ数年で国民健康保険の加入者が増大しているという現象が起こっている。これは、バブル経済崩壊以降、リストラや早期退職などを余儀なくされた元サラリーマンの国民健康保険への移動や、フリーターの増加がその背景にある¹⁵。

高額療養費制度

公的医療保険における一部負担額は3割で共通である。しかし、重い病気などで病院等に長

¹⁰ 堀田 (2006) , p.17.

¹¹ 堀田 (2006) , p.17.

¹² 堀田 (2006) , pp.17-19.

¹³ 小松 (2005) , p.3.

¹⁴ 小松 (2005) , p.6-13.

¹⁵ 小松 (2005) , p.3.

期入院したり、治療が長引く場合には、医療費の自己負担額が高額となる。そのため家計の負担を軽減できるように、一定の金額（自己負担限度額）を超えた部分が払い戻される高額療養費制度がある。ただし、保険外併用療養費の差額部分や入院時食事療養費、入院時生活療養費は支給対象にはならない¹⁶。

70歳未満の低所得者（生活保護の被保護者や市町村民税非課税世帯など）の自己負担限度額は35,400円、上位所得者（標準報酬月額が53万円以上の被保険者及びその被扶養者）の自己負担限度額は150,000円＋（医療費－500,000円）×1%、一般（低所得者、上位所得者に該当しない者）の自己負担限度額は80,100円＋（医療費－267,000円）×1%となっている¹⁷。

70歳以上の高齢受給者の場合、低所得者Ⅱ（市町村民税非課税世帯など）の自己負担限度額は24,600円、低所得者Ⅰ（市町村民税非課税世帯で、かつ所得が一定基準に満たないもの）の自己負担限度額は15,000円、現役並み所得者の自己負担限度額は80,100円＋（医療費－267,000円）×1%、一般（低所得者Ⅱ、低所得者Ⅰ、現役並み所得者に該当しない者）の自己負担限度額は、44,400円となっている¹⁸。

現金給付

医療給付以外に現金給付がある。現金給付の例としては傷病による所得の喪失を対象とした傷病手当金、出産育児一時金、埋葬費などがある。傷病手当金とは、病気休業中に被保険者とその家族の生活を保障するために設けられた制度で、病気やけがのために会社を休み、事業主から報酬が受けられない場合に支給される。要するに、休養中の賃金代替である。出産育児一時金とは、被保険者が出産をした時に支給されるもので、1児ごとに35万円が出産育児一時金として支給される。正常な出産の時は病気とみなされないため、定期検診や出産のための費用は自費扱いになる。異常出産の時は、健康保険が適用されるので療養の給付を受けることができる。多産児を出産した時は、胎児数分だけ支給されるので、双生児の場合、出産育児一時金は2人分になる。埋葬費とは、被保険者が亡くなった時に支給されるもので、埋葬を行う人に埋葬料または埋葬費が支給される¹⁹。医療機関が供給するサービスではあるが、公的医療保険制度の給付対象とはならない自由診療や差額ベッド代などは全額自己負担しなくてはならない²⁰。

出来高払い制度

公的医療保険制度は医療機関への償還方式として出来高払い²¹を採用している。出来高払いとは患者の病態・治療の成果・サービスの質とは関わりなく、医療機関は供給したサービスの量に応じて償還を受ける方式である。サービスの価格にあたる診療報酬はあらかじめ政府によって規制されており、診療行為の種類は初診、再診、指導、在宅、投薬、注射、処置、手術麻酔、検査、画像診断、入院、その他に分別され、さらに細かい診療報酬ごとに報酬が決められ

¹⁶ 社会保険庁「どのような給付があるのか（保険給付）」

¹⁷ 社会保険庁「どのような給付があるのか（保険給付）」

¹⁸ 社会保険庁「どのような給付があるのか（保険給付）」

¹⁹ 社会保険庁「どのような給付があるのか（保険給付）」

²⁰ 堀田（2006）, p.21.

²¹ 医療保障制度における診療報酬支払方式の一つ。診療行為ごとに定められた料金を積み上げていく方式。各診療行為を点数によって表示し、それに単価を乗じて算定するため、点数単価方式とも呼ばれる。（経済辞典, p.883.）

ている。診療報酬や薬価は原則として2年に一度見直される²²。

被扶養者の取扱い

医療保険の加入者は被保険者と被扶養者に区分される。健康保険法は、被扶養者の範囲を被保険者の6等親以内の親族(内縁関係を認める)に制限し、なおかつ被保険者によって生計を維持されているという条件を付している。6等親以内の証明は比較的簡単ではあるが、扶養関係は複雑で微妙なものが存在する。なお、被扶養者の認定基準は、2007年現在では年収130万円未満、年金受給者は年額180万円未満となっている。

退職者医療保険制度の概要

会社員は、会社を退職する場合、再就職すればただちに新しい職域保険が適用されることになるが、再就職しない場合でも、配偶者や親族の扶養家族になることができる。しかし、再就職せず扶養家族にもなれない場合には、国民健康保険に加入するのが原則である。

なお、例外的に退職時に在籍していた医療保険に加入し続けることも認められており、これを「任意継続被保険者」と呼ぶ。任意継続被保険者の適用を受ける条件は、同一の健康保険に2か月以上の加入期間があることが必要である。任意継続被保険者の期間は、強制または任意包括被保険者資格喪失(退職)の翌日から2年とされている。任意継続被保険者はすでに雇用関係がなくなっているため、保険料の会社負担はなくなり、全額本人負担となる。しかし、保険料を軽くするため、算定の基礎となる賃金(標準報酬月額)では、退職直前の額と所属保険者の平均額のうち低い方を採用するなどの優遇措置がある。任意継続被保険者の手続きは退職から20日以内に行わなければならないが、保険料の納付が1日でも遅れる場合、資格はなくなる。当該年度分または半年分を一括して納入する場合には、保険料が割り引かれることになっている²³。しかし、離職者は収入がなくなっているため、保険料はもとより、手続きの費用も相当な負担になる。そのため、離職者に対しては配慮が必要である。

ドイツでは失業者に対して、保険料の企業負担分を国(連邦雇用庁²⁴)が肩代わりしており、退職した年金受給者の医療保険料の半額を年金保険者が負担している。ただし、このような手厚い保護の代わりに、失業保険料や年金保険料は日本よりも高くなっている。このようなドイツの方式は、失業者や年金受給者に対する配慮が必要かどうか議論されるところではあるが、大失業・高齢社会時代の総合的な社会保障政策の1つのモデルであるといえる²⁵。

2.3 高齢者対象の医療制度の概要

高齢者を対象とした制度については、老人の健全で安らかな生活を保障する意味で1963年に老人福祉法によって整備された。この背景には国民皆保険の達成、経済成長による財政的な余裕もある。その後、1972年の老人福祉法の一部改正によって70歳以上の高齢者の一部負担の無料化が導入された。この年を福祉元年と呼んでいる。被保険者の一部負担は国・都道府

²² 堀田(2006), p.20.

²³ 木村(2005), p.67.

²⁴ 日本労働研究機構「海外労働情報 ドイツ」http://www.jil.go.jp/kaigaitopic/2000_08/doitsuP03.htm
連邦雇用庁は、雇用統計の分析、補助金支給、外国人労働者資格審査等、労働関係の中心的役割を担い、労働省とも密接な関係があり、長官は通常政権党から選ばれる。

²⁵ 木村(2005), p.68.

県・市町村が分担して補填したが、残りの医療費は公的医療保険が償還した。この一部負担無料化によって高齢者の受診率や医療費が急増することになる。これがモラルハザードを助長したといわれている。そして高齢者による病院のサロン化、ハシゴ受診により老人医療費が急増するなど、深刻な問題が浮上することとなった。一部負担の導入と高度経済成長期の終焉が双発することにより、公的医療保険の財政は悪化した。回復を図るために一部負担を引き上げる必要があったが、一端無料化した高齢者の一部負担を引き上げるのは政治的にも困難であり、他の財源を探すのも難しかった。そこで、市町村国保を救済するように各公的医療保険からの拠出金によって70歳以上の高齢者医療費を補填する仕組みである老人保健制度が1983年に導入された。老人保健制度の主な目的は、高齢者に対する総合的な保健事業を実施すること、モラルハザード防止のために自己負担を導入すること、老人医療費負担を各保険者で公平に分担することであった²⁶。

老人保健制度は75歳以上の高齢者（2002年10月より、70歳から75歳に引き上げが行われている）と65歳以上で寝たきり状態にある者を対象とした制度で、実施主体は各市町村である。高齢者は各公的医療保険に加入したまま老人保健制度の適用を受ける。2003年度末の老人保健制度の適用者の内、81%は国民健康保険の加入者である。一部負担率は1割である。ただし、一定以上の所得がある場合は2割負担となる。一部負担の上限は個人ごとの外来については1万2000円、世帯ごとの外来と入院を合計して4万4400円である。診療報酬は老人保健制度適用者を対象とした老人点数表が適用され、入院期間の削減や在宅での医療を促進し、日常生活の指導を重視した報酬体系が設けられている²⁷。財源は各公的医療保険からの拠出金、公費と一部負担で構成される。一部負担を除いて、各公的医療保険からの拠出金負担率は50%、公費負担率は50%になる。公費の負担内訳は、国が4、都道府県が1、市町村が1である²⁸。

老人医療費における諸問題

厚生労働省保健局調査課によると、1人の人の生涯医療費は、1998年度価格で約2200万円、一生のうちで使う医療費のうち60歳以上で66.8%を、70歳以上で50.7%を使うことになり、生涯医療費のうち半分以上は老齢になってから使われるという²⁹。その老齢になった人が爆発的に増えているのだから、医療費の高騰は仕方のないことである。しかし、それに伴う適切な処置というものが、まだ考えられていないように思われる。働いて収入を得られなくなった年齢層に対して、誰がどのように医療費を負担するのか。現役世代の数倍の医療費を使うには、誰がその医療費を負担するのか。現役世代の所得移転での賄い方が問題となる。そこで、何歳以上の者を高齢者と定義するのか、高齢者に保険料をいくら負担させるのか、高齢者が患者になったとき、患者の負担をいくらにするのか、といったような問題は、高齢者にとっても、その家族にとっても深刻な問題である。

次節では、医療機関における医療費の削減の余地を明らかにするために、診療報酬の決まり方、およびそのシステムについて述べる。

²⁶ 小松（2005）, p.15.

²⁷ 堀田（2006）, p.24.

²⁸ 堀田（2006）, pp.24-25.

²⁹ 竹下（2004）, pp.80-81.

3. 診療報酬制度の仕組み

診療報酬というものを会社と顧客に例えるとするとすれば、受け取る側である医療機関や保険薬局³⁰の側からすれば企業における売上高に相当するが、支払う側の患者や保険者からすれば医療を受けるための費用であり、消費者が企業から財やサービスを購入する場合の購入価格である。財やサービスに相当する医療行為というものは、個々の交渉事や取引で額が決まるのではなく、医療保険によって全国一律の公定価格として政府が決定する。ここでは診療報酬の決まり方、およびその問題と課題を明らかにする。

3.1 診療報酬点数表の概要

保険医療機関の指定を受けた病院（病床数 20 床以上）または診療所（無床または病床数 19 床以下）は患者に医療を提供すると、患者に対しては一部負担金を、患者（被保険者または被扶養者）が加入している健康保険の保険者に対しては、患者の一部負担金を除く額を診療報酬として請求する。健康保険法の第 76 条（旧第 43 条ノ 9）には診療報酬について次のように規定されている³¹。

第 1 項「保険者は、療養の給付に関する費用を保険医療機関又は保険薬局に支払うものとし、保険医療機関又は保険薬局が療養の給付に関し保険者に請求することができる費用の額は、療養の給付に要する費用の額から、当該療養の給付に関し被保険者が当該保険医療機関又は保険薬局に対して支払わなければならない一部負担金に相当する額を控除した額とする」

第 2 項「前項の療養の給付に要する費用の額は、厚生労働大臣の定めるところにより、算定するものとする³²。」

保険医療機関が患者とその保険者に請求できる額は、厚生労働大臣が定める公定価格である。これは健康保険法第 63 条（旧 43 条）に規定してある療養の給付（診察、検査、投薬、処置、手術、入院等）について、医療行為ごとに点数として定めてある。これが社会保険・老人保健診療報酬医科・歯科・調剤点数表である。1 点の単価を 10 円に固定して、おおむね 2 年ごとに点数を改定して、診療報酬の額を改定している³³。

健康保険法第 82 条（旧第 43 条ノ 14 条 1 項）には、「第 76 条第 2 項の定め（診療報酬）をしようとするときは、中央社会保険医療協議会³⁴に厚生労働省が提出した原案を診察側、支払い側および公益側の委員が審議し、そして厚生労働大臣が決定するという形をとっている³⁵。

³⁰ 医師の院外処方箋に基づいて薬の調合をする機関であり、健康保険を使った処方箋の受付を行うことができる。竹下（2004）, p.60.

³¹ 竹下（2004）, p.2.

³² 竹下（2004）, p.2.

³³ 竹下（2004）, pp.3-4.

³⁴ 厚労大臣の諮問機関で、診療報酬の内容や点数について審議・答申する。医療側委員、支払側委員（保険者）、公益委員の 3 者の代表で構成される。全国保険医団体連合会 「医療用語の解説」
<http://hodanren.doc-net.or.jp/kenkou/iryoyougo/iryoyougo.htm>

³⁵ 竹下（2004）, p.4.

3.2 原価と診療報酬の性格

医療機関が患者に提供する医療の価格を、公定価格として決定する場合には、提供される各々の医療行為の一定給付あたりの価格（販売価格）として決定される。適正原価に適正利益を加算して販売価格を公定価格として決定するには、医療機関における1ヵ年または1ヵ月という一定期間に発生した費用を給付単位当たりの原価としていかに算定するか、全国共通の公定価格を、費用発生の状況が異なる多数の医療機関のうちどの医療提供者の事業継続を保障する水準に設定するかが問題となる³⁶。

全国の保険医療機関の設備や人員等の状態は様々であり、診療行為に従事する医師やその他の医療担当者の知識や技術、経験においても多様である。このような状態の中で、手術やその他の診療行為ごとに原価を計算しようとしても、そこで計算された診療行為ごとの原価は、各医療機関ごとに異なる。このような場合においては、公定価格の基準とする原価は、全国の平均原価とすべきであろうか、それとも人員、設備、技術について標準的なモデルとなる医療機関を選び、その医療機関で原価計算を行い、その実際原価を標準原価とすべきであろうか。原価計算によって算定した原価に基づいて各診療行為ごとに公定価格を決定するのは、決して容易なことではない³⁷。以下でその決定方法を明らかにしよう。

3.3 診療報酬の決定と改定基準

高齢化や医学の進歩によって、疾病構造の変化、新しい治療方法や検査方法の開発、新しい医療機器の出現などが起きている。国民医療費を増加させるこれらの原因は、自然増と呼ばれるように医療機関の収入を増加させるから、診療報酬は医療機関の人件費や物件費などの費用増加分のすべてではなく、自然増による収入増を差し引いた差を補填することが合理的という考え方が³⁸。

診療報酬点数全体の引き上げ率を、点数を構成する各診療行為に配分する点数改定は、それぞれの診療行為を実施する医療機関の経営に影響を与える。点数改定によって、個別の医療機関の経営努力とは無関係に特定分野の医療機関が全体として経営困難に陥れば、保険医療制度の継続そのものが困難になる³⁹。したがって、国民皆保険制度の維持のためには、診療報酬点数表の定期的な見直しが必要になる。

診療報酬の決定に関しては、改定の前年の9月に、厚生労働省が、種類別、設置主体別、地域別に病院、診療所、歯科診療所の経営状態とその推移、経営内容の変化等を調査し、その結果を分析する「医療経済実態調査」を行う⁴⁰。この調査結果は公表される。この調査結果に基づいて、どの程度の規模で診療報酬改定を行うかが、中央社会保険医療協議会で議論される。医療経済実態調査は、診療報酬改定の必要性の判断資料として不可欠なもので、改定幅等の論議の参考資料であるが、医療経済実態調査の内容は、医業収支の動向など経営評価が中心で、

³⁶ 竹下（2004）, p.5.

³⁷ 竹下（2004）, pp.5-6.

³⁸ 竹下（2004）, p.10.

³⁹ 竹下（2004）, p.10.

⁴⁰ 竹下（2004）, p.10.

医療費用の原価分析を行えるものではないことは、厚生省が認めていた⁴¹。

新診療報酬を引き上げると、患者の一部負担金、医療機関と保険薬局への保険者の支払額に影響する。政府管掌健康保険については、政府が保険者となっており、政府が保険者として医療機関や保険薬局に支払いをする。医療保険は保険加入者の保険料のみで成り立っているわけではなく、国費や地方自治体の負担金にも依存している⁴²。

公的医療保険の仕組みから、診療報酬を引き上げるには、国家財政と地方財政がどれだけ負担するかの問題を考慮しなければならぬ⁴³。

ある年度に診療報酬を1%引き上げたら、その年度に全国の医療機関の診療報酬全体がどれだけ増加し、それによる国家財政と地方財政の負担がどれだけ増加するかは、結果を見ないと分からない。そこで逆に、財源別国民医療費の国庫負担割合、地方負担割合を参考にして、改定に投入される一般会計財源が政府予算全体に及ぼす影響を推計して、政府予算編成作業に入る直前に、財務省と厚生労働省の折衝によって改定率が決定される⁴⁴。

これまでの改定で、個別の医療行為の点数が引き下げられることはあった。薬価は改定のたびに引き下げられ、それが医療行為の点数引き上げの財源にされてきた⁴⁵。

診療報酬の改定は、診療報酬全体の額をどれだけ増加させるか、減少させるかという改定率の決定と、診療報酬全体の額を個別の医療行為にどのように配分するかという点数配分から成り立つ。政府予算に組み込まれる形で改定率が決定すれば、その改定率の範囲内に収まるように、個別の診療行為の点数が改定される⁴⁶。

点数改定の内容は、中央社会保険医療協議会において審議される。前回決定点数の手直しを含めて、政策的にどの項目に傾斜配分するかは、改定率が決定される以前から数回にわたって議論される。改定率決定以前から重ねられた議論に基づいて、厚生労働省の担当部局から改定内容原案が審議会に諮問され、多くの場合原案どおり答申される。改定された点数は、4月1日(場合によっては10月1日)から実施されるので、医療機関側の準備のため、改定点数は告示等とともに、2月中旬から3月初旬にかけて官報に掲載され、都道府県に通知される⁴⁷。

3.4 診療報酬制度の改革

診療報酬点数表は、多数の診療行為の価格表であり、それぞれの点数が適用される基準が、別に定められているため複雑になる。そのうえ、ほぼ2年ごとに行われる診療報酬点数表の改定は、厚生労働大臣と財務大臣の政治的な駆け引きにより改定幅が決定した後に、その幅をそのときの厚生労働省の医療政策によって個別の診療行為に配分してきた。これらは改定のたびに複雑になり、抜本的改革の必要が指摘されてきた⁴⁸。経済企画庁の物価構造政策委員会は1997年10月に「医療価格に関する作業委員会」を設置し、日本医師会総合政策研究機構および全日本病院協会と共同して10の病院から財務データと医事データを収集し、2001年3月7

⁴¹ 竹下 (2004) , p.10.

⁴² 竹下 (2004) , p.11.

⁴³ 竹下 (2004) , p.12.

⁴⁴ 竹下 (2004) , p.12.

⁴⁵ 竹下 (2004) , p.12.

⁴⁶ 竹下 (2004) , pp.12-13.

⁴⁷ 竹下 (2004) , p.13.

⁴⁸ 竹下 (2004) , p.30.

日に、内閣府国民生活局から「医療価格に関する作業委員会最終報告書」を発表した。この最終報告書によれば、原価の推計はまず、病院全体の費用を、財務データによって人件費、材料費、経費などの費用種類区分で把握し、次に診療部門として指導管理（医師が患者に対して行う療養上の指導等）、検査、画像診断、注射、処置、放射線治療、リハビリテーションの7つの部門と手術部門を設定し、上記の費用を各部門に配付した後に、個々の診療行為ごとの各患者への投入量を把握して、各患者へ減価を配付している。病院全体の運営など医療サービスに関わらないものは「その他部門」とし、各患者に入院日数割で配付している⁴⁹。

最終報告書によると、病院間で原価のばらつきがある。最も割安な病院に比べ、最も割高な病院は8割程度原価が高い。その要因は、同年齢、同疾患、同重症度でも、異なる病院では入院日数や手術実施率といった患者が受ける医療サービスに大きな相違があることと、病院ごとの診療行為単価に相違があることである。さらにその一方で、医療供給の有効性の検証や、標準化が遅れていることが、診察内容の相違につながって、医療原価のばらつきを生み出している⁵⁰。この最終報告書は、①出来高払い方式は患者の属性や重症度から見て標準的な治療から乖離した治療行為を生じさせる余地がある②患者の疾病・重症度に応じた包括的な診療報酬制度を採用することにより、同じ属性・重症度の患者には同じサービスが提供される標準化を推進する誘因を与えることが有益である。③包括支払い方式⁵¹は、必要な診療行為をも節約するインセンティブが働くので、良質な医療を確保するために、同じ治療を提供すべき患者をグループ化する重要度分類を開発する必要がある、と提言している⁵²。

厚生労働省が2002年12月17日に公表した「医療保険制度の体系の在り方」「診療報酬体系の見直しについて」と題する厚生労働省試案には、診療報酬体系改革の基本的方向として「初診、指導管理等について時間の要素の導入を検討する」としている点と、「入院医療について、疾病の特性や重症度、看護の必要等を反映した包括評価を進める」としている点が注目される⁵³。

4. 薬価基準制度の仕組み

医薬品が患者に投薬されるまでには、他の商品の流通と同じように、医薬品の製造から医療機関または保険薬局の仕入れまでのそれぞれの流通段階で取引価格が形成される。しかし、健康保険に基づいて処方箋によって患者に投薬される医薬品については、投薬した時に医療機関または保険薬局が、患者とその保険者に請求する薬剤の価格は、「薬価基準」に記載される厚生労働大臣が定める公定価格である。薬剤の取引上発生する「薬価差益」は、医療費を増加させる要因の1つである。

診察料や手術料等の診療報酬の額は、専門的技術料としては低すぎるといわれていた。低い技術料を埋め合わせるため、厚生大臣が定める薬価は、薬価差益が発生するように定められてきた。患者に投薬して薬価差益が得られれば、薬価差益の大きい薬剤を使用したり、必要以上

⁴⁹ 竹下（2004）, p.30.

⁵⁰ 竹下（2004）, p.31.

⁵¹ 例えば投薬・検査・注射をまとめて1月毎に何点とするように、いくつかの治療行為をまとめて点数化した算定方法である。全国保険医団体連合会「医療用語の解説」

⁵² 竹下（2004）, p.31.

⁵³ 竹下（2004）, pp.31-32.

に投薬したり、必要以上に検査⁵⁴を行う傾向が生じる。このことが国民医療費を増加させることになるから、薬価差益は社会的な関心呼び、厚生省は医療機関が薬価差益に依存しない経営を行うように、医薬分業を推進してきた。必要以上の投薬は、患者の健康を損なう可能性があるという点からも非常に重要な問題である⁵⁵。この節では、薬価の制定の流れ、仕組みを提示し、それにおける問題点や課題を明らかにする。

4.1 医薬品の流通と取引

政府が決定する薬剤の公定価格は、できるだけ市場における価格に近いものが望ましいものである。患者が選択した市中の薬局に、病院で医師から受け取った処方箋を持って行き、市場の価格に基づいて患者が納得する価格で薬を購入できれば、市場の価格に基づいた医薬品の小売販売が行われるであろう。この方式においては、患者がいったん薬剤価格の全額を立て替えて支払わなければならない。この患者全額立替払の制度においても、患者ごとに異なる実際購入価格を公定価格とすることはできないから、医療保険から償還する価格をいくりにするか、患者と保険者の負担割合をどうするかということは、依然として課題になる⁵⁶。

医療機関が事前に使用薬剤を予想して、立替払で医薬品卸売業者から購入しておき、患者に投薬した後に購入価格を患者とその保険者に請求する場合を想定すると、医療機関ごとに異なる実際購入価格を公定価格とすることもできないから、患者全額立替払の制度と同様に、医療保険から医療機関に償還する公定価格と、患者と保険者の負担割合が依然として課題となる⁵⁷。

医薬品については、最終の小売価格が最初に決まっており、その小売価格を前提にして、製造業者も卸売業者も取引価格を設定しなければならないという点が、他の商品の取引価格とは違う点である⁵⁸。

製造業者の製造原価と消費者の購入価格との差額⁵⁹は、①製造業者の製造原価と出荷額との差額②卸売業者の仕入価格と小売業者（医療機関または保険薬局）への販売価格との差額③小売業者の仕入価格を消費者（患者とその保険者）への販売価格⁶⁰との差額として、製造業者、卸売業者と小売業者に配分される⁶¹。これらの差額がどのような割合によって配分されるかということには、原則があるわけではなく、それは製造業者と卸売業者との取引上の力関係、卸売業者と小売業者との取引上の力関係によって決まり、取引上有利な立場の者が多くの利益を得る。

政府が薬価差益を縮小したとしても、全国の医療機関の薬価差益が一律に低下するというわけではない。病院によっては、小規模な病院から大規模な病院まで存在する。商品の販売は一度に大量に購入し、支払いも確実な顧客に販売するのが有利であるから、そのような顧客に対しては、商品1個当たりの単価を引き下げても販売するが、逆に少量の商品を購入し、支払いも

⁵⁴ 検査には薬剤が必要になる。

⁵⁵ 竹下 (2004) , p.41.

⁵⁶ 竹下 (2004) , pp.35-36.

⁵⁷ 竹下 (2004) , p.36.

⁵⁸ 竹下 (2004) , p.36.

⁵⁹ 医療機関と保険薬局の販売価格

⁶⁰ 薬価基準に記載された薬価

⁶¹ 竹下 (2004) , p.36.

遅延しがちな顧客には、商品 1 個当たりの単価を引き上げなければ販売し難い⁶²。さらに販売する側にとっては、どのような顧客に販売してるかが、他の顧客に対する宣伝効果に影響する。医薬品卸売業者にとっては、知名度の高い大規模病院に長年納入していることは大きな宣伝効果があるので、これらの病院には競って納入しようとする⁶³。結果、これらの大規模病院は薬価差益を手に入れることになる。

製薬企業は、医薬品の薬効と副作用に関わる情報を把握していることと、企業規模、資金量、人的要因、社会的知名度のために、取引上の力関係は、製薬企業の方が医薬品卸売企業よりも強い⁶⁴。このような状況の中、過去には実際に納入を担当する卸売企業ではなく、製薬企業の営業担当者が医療機関と交渉し決定していた。このような取引では、卸売企業の役割は製薬企業の営業担当の指示に従って、特定の医薬品の一定数量を医療機関に搬入する物流機能を担当するにすぎなかった。

製薬企業が卸売業者の販売価格を拘束することは、私的独占の禁止および公正取引の確保に関する法律（独占禁止法）が禁止する再販売価格の拘束に該当した。公正取引委員会が設置した「流通・取引慣行等と競争政策に関する検討委員会」は 1990 年 6 月に独占禁止法の運用方法を明らかにしたガイドラインを発表した。これにより、製薬企業が医療機関と納入価格を交渉して決定することが禁止されるようになった。製薬企業の営業担当者の役割は、自社製品についての成分や薬効の説明と、医療機関における自社製品使用後の効果や副作用などの情報収集である⁶⁵。

4.2 薬剤の購入価格および薬価

医療機関が患者に投薬した時に、患者とその保険者に請求できる薬剤価格については、診療報酬点数表に「薬剤料は薬価が 15 円以下である時は 1 点 (=10 円) とし、15 円を超える場合には 10 円又はその端数を増やすごとに 1 点を加算する⁶⁶」とあり、さらに「使用薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。薬剤の薬価は『薬価基準』による」と記載してある⁶⁷。点数表における薬剤料の文言は、2000 年 4 月の点数改訂の際に、上述のように定められた。

医療保険では、①医療保険で使用を認める薬剤の種類②公定価格③保険者と患者との負担割合、を決めなければならない。①②を記載したものが薬価基準である⁶⁸。

医療機関は薬剤の購入価格を薬剤料として患者とその保険者に請求するが、その購入価格は厚生大臣が定める薬価基準記載の薬価であるということになる。ところが、医療機関が薬剤を購入するときの購入価格が、厚生大臣が定める薬価以下になる時、医療保険から保険医療機関に償還する薬剤料の価格は、厚生労働大臣が定めた公定価格から患者負担額を控除した額である。

厚生労働大臣が定めた薬価基準別表に記載されている価格（薬価）を、医療機関は使用薬剤の請求価格として点数に換算して、一部負担額を患者に、残余をその患者の保険者に請求する。

⁶² 竹下 (2004) , pp.36-37.

⁶³ 竹下 (2004) , p.37.

⁶⁴ 竹下 (2004) , p.37.

⁶⁵ 竹下 (2004) , p.38.

⁶⁶ 竹下 (2004) , p.40.

⁶⁷ 竹下 (2004) , p.40.

⁶⁸ 竹下 (2004) , p.41.

4.3 薬価算定と薬価差益

新医薬品の薬価算定については、中央社会保険医療協議会の「薬価算定の基準について」によって行われている。類似薬があるものについては、類似薬効比較方式⁶⁹によって行われる。それは、①臨床上有用な新規作用機序を有する②高い有用性又は安全性を有することが客観的に示されている③対象となる疾病又は負傷の治療方法改善が客観的に示されている、の3つが満たされる新薬に20%から150%の画期性加算⁷⁰がつく。画期性加算の①又は②のいずれかと③を満たす新薬に7.5%から45%の有用性加算Ⅰ⁷¹がつく。①高い有用性又は安全性を有することが客観的に示されている②製剤工夫により高い医療上の有用性を有することが客観的に示されている③対象となる疾病又は負傷の治療方法改善が客観的に示されている、のいずれかを満たす新薬に2.5%から15%の有用性加算Ⅱがつく。薬事法の希少疾病用医薬品に5%から15%の市場性加算Ⅰ⁷²がつく。希少疾病のため市場規模が小さい新薬に1.5%から4.5%の市場性加算Ⅱがつく。類似薬がないものには製造(輸入)原価、管理販売費、営業利益、流通経費などを原価計算して算定される。外国平均価格が計算できる場合は引き下げ又は引き上げの調整が行われる⁷³。

既記載医薬品の薬価改正については1991年5月の中医協建議に基づき、取引条件の差異等による合理的価格幅という観点から、購入価格の加重平均値に改正前薬価の一定幅を加算したものを新薬価とする「加重平均値一定価格幅(R幅)」により行われてきた⁷⁴。

後発品が初めて記載される場合には、先発品に0.7を乗じて算定される。類似する後発品が20品目を超える場合には類似薬に0.9を乗じて算定される。後発品が既に記載されている場合には、類似後発品群加重平均値に改訂前平均値の2%を加算した額に改訂される⁷⁵。

国民医療費に占める薬剤費は、1998年では20%である。約30兆円の国民医療費のうち、薬剤費は6兆円になる⁷⁶。薬剤費の国民医療費に占める割合は大きく、医療費削減の重要なポイントになりうる。

現行の薬価基準制度のもとでは、医療機関は公定価格(薬価基準記載価格)以下で購入しようと努力するから、それぞれの医療機関と医薬品卸売業者との力関係によって薬価差益が発生する。薬価差益が発生する制度では、医療機関が薬価差益を得るために治療や検査に薬剤を使用する作用が働く。不必要な検査や投薬が行われると、それだけ国民医療費を増加させるばかりではなく、投薬による副作用によって病気を作り出し、患者を生み出す役割を医療機関が果たしかねない。

薬価差益に依存する経営体質の是正と、薬剤から被る患者の被害防止を考えれば、医療機関

⁶⁹ 類似薬効比較方式とは、記載される新薬の価格(1日当たりの薬剤費)を、同じ効能を持っている既存薬のそれと同一にするという考え方によるものである。

⁷⁰ 画期性加算は、新たな作用機序をもとに高い有効性や安全性が客観的に示され、その疾患に対する治療方法の著しい改善が期待される画期的な新薬に対して与えられるもの。(白神誠「類似薬効比較方式による薬価算定」2002 http://medical.radionikkei.jp/suzuken/final/021128html/index_2.html)

⁷¹ 画期的な新薬には及ばないものの、高い有効性や安全性を示す新薬に与えられるもの。白神(2002)

⁷² 市場の小さな薬に対して、開発を促すために設けられた加算。白神(2002)

⁷³ 竹下(2004), p.45.

⁷⁴ 竹下(2004), p.45.

⁷⁵ 竹下(2004), p.45.

⁷⁶ 竹下(2004), p.45.

が投薬から利益を得ることができないように、薬価差益が生じない公定価格の設定が課題となる。

5. 医療保険の現状と課題

医療保険制度は、今まで幾度も改正され、その時代に応じた制度が採用されてきた。しかし、時代が移りゆく度に新たなる問題点が浮上し、改正を余儀なくされてきた。少子高齢化という時代の中で、今後どのような医療保険体制が必要とされていくのか。この節ではまず、2002年の「健康保険法等改正」と2003年の「基本方針」の決定の概要を述べ、今までみてきた医療保険の成立過程から、現状の医療保険の問題点および医療保険の今後の課題を検討していく。

5.1 2002年の健康保険法等改正の概要

2002年の健康保険法等改正は、広範な内容を含む改正であるが、改正の背景という意味では1997年以降の健康保険法等改正の延長線上にある。

その意味としては、第1に、一連の法律改正や保険料率引き上げにもかかわらず、医療保険財政は悪化に歯止めがかからず危機的な状況に陥ったことである⁷⁷。例えば、国民の約3分の1が加入している政府管掌健康保険は、収支ギャップを事業運営安定資金の取り崩しによって補ってきた。しかし、2002年度末にはこの資金もほぼ底をつくと見込まれ、このまま放置すれば支払い不能に陥り、国民皆保険そのものが崩壊しかねない状況に至った⁷⁸。

第2に、1997年改正以降の政治過程である。1997年の健康保険法等改正の国会審議において、「国民に負担を求める以上、医療保険制度の抜本的改革を行うべきである」という指摘がなされ、診療報酬体系、薬価制度、高齢者医療制度、医療提供体制の4つの課題を中心に総合的な議論が行われることとなった⁷⁹。

2002年の健康保険法等改正は、被用者保険本人の3割負担の導入に議論が集中したが、改正内容は広範多岐にわたる。この節との関係で、ポイントとなるものは次の3つである。

第1は、各制度・世代を通じた給付と負担の見直しである。具体的には、被用者保険本人の給付率を7割とする(3割負担)ことによって、被用者保険と国保、あるいは被用者保険本人と家族・外来との間で異なる給付率を統一することとされた⁸⁰。

第2は、高齢者の患者負担の見直しである。2000年の改正で定率1割負担が導入されたが、1割負担には定額のキャップ(窓口負担の月額上限)が付されていた。2002年の改正では、これを取り払い完全定率1割負担の徹底が図られた⁸¹。

第3は、後期高齢者への施策の重点化である。老人保健拠出金が各保険者の保険料収入全体に占める割合は約3割にも達し、今後、高齢化の急速な進展等に伴い老人医療費はさらに増加し、若年世代の負担は一層高まることになる。このため、拠出金負担の軽減を図り、後期高齢

⁷⁷ 池上・遠藤(2005), p.26.

⁷⁸ 池上・遠藤(2005), p.26.

⁷⁹ 池上・遠藤(2005), p.27.

⁸⁰ 池上・遠藤(2005), p.27.

⁸¹ 池上・遠藤(2005), p.27.

者に施策を重点化する観点から、老人保健法の医療給付の対象年齢を70歳から75歳に、その公費負担割合を3割から5割に、5年間かけて段階的に引き上げることとされた⁸²。

5.2 「基本方針」をめぐる論点

2003年3月に閣議決定された、「基本方針」(医療保険制度及び診療報酬体系に関する基本方針)では、医療保険制度体系の在り方が示されている。その内容の1つとして、保険者の再編・統合および被用者保険、国保それぞれについて、都道府県を軸として再編・統合を図っていくという方向が示されている⁸³。具体的には、①市町村国保については、都道府県と市町村が連携しつつ、保険者の再編・統合を計画的に進め、広域連合等の活用により、都道府県においてより安定した保険運営を目指す、②政府管掌健康保険について、事業運営の効率化等を考慮しつつ、財政運営を基本的に都道府県単位とする、③健康保険組合については、規制緩和による小規模・財政窮迫組合の再編・統合を推進し、再編・統合の受け皿として、都道府県単位の地域型健康保険組合の設立を認めることとされている⁸⁴。

「基本方針」は閣議決定という重みを持つが、そこには詰めるべき論点が存在する。第1は、保険者の役割である。具体的な保険者の役割・機能を基本的なものから並べれば、①給付の適切な見積もりと、それに見合った保険料の設定および徴収、②保健事業等を通じた健康管理サービスの実施、③医療の質と効率化を図るための医療供給体制への働きかけといったことが挙げられる⁸⁵。日本では、規模の小さな保険者が多いこともあり、①の役割さえも果たしているとは言い難い保険者も存在する。今後は、保険者は自らの医療費分析を行い、医療機関とも連携し、被保険者の疾病予防や疾病管理を行うことも重要になってくると考えられるが、現状ではこうしたことに対応出来る保険者はごく一部の大規模保険者に限られているのが実態である。保険者がこうした役割・機能を十分に発揮するためには、専門スタッフの確保と相応の財政規模が必要であり、保険者の再編・結合の議論は避けて通れない⁸⁶。

第2は、被用者保険と地域保険の区分に関する評価である。国保の実態は大きく変わってきており、被用者保険に関しても、近年では国際競争の激化や成果型賃金の導入、企業の再編・合併等により、会社に対する帰属意識が現役時代ならまだしも退職後まで強く残っているとは考えにくい⁸⁷。国保と被用者保険の境界線が曖昧化し、国保、被用者保険それぞれの内部の均質性や帰属意識も薄れつつある⁸⁸。

このように考えると、やはり単一の制度にすべきであるという考えが出てくる。しかし保険者の自律性・自主性の尊重という観点に加え、サラリーマンと自営業者の稼得形態の違いや所得捕捉率の相違等を無視できない⁸⁹。医療保険制度の一本化を図ることは難しいが、両者のバランスをとりつつ、効率的な医療保険体制をとることが望ましい。

⁸² 池上・遠藤 (2005), p.28.

⁸³ 池上・遠藤 (2005), p.28.

⁸⁴ 池上・遠藤 (2005), p.29.

⁸⁵ 池上・遠藤 (2005), p.35.

⁸⁶ 池上・遠藤 (2005), p.35.

⁸⁷ 池上・遠藤 (2005), p.36.

⁸⁸ 池上・遠藤 (2005), p.36.

⁸⁹ 池上・遠藤 (2005), p.36.

5.3 被用者保険および国民健康保険の在り方

被用者保険と地域保険の区別において、被用者保険と地域保険の区別において、被用者保険に属さない者をすべて国保が引き受けることによって皆保険が成り立っており、その恩恵を被用者グループも享受していることは理解されるべきことである⁹⁰。その上で、①被用者保険側がどのような努力を払うことによって社会保険方式を採ることの実を上げているのか、②被用者保険の負担の増大が国際競争力や雇用にどの程度影響を与えるのか、③国保まで視野に入れ、日本の医療保険制度をどのように再構築し、そのためにどの程度までなら負担する用意があるのかといったことを明らかにすべきである⁹¹。

国民健康保険に関しても、所得形態や捕捉率の相違に加え、国保の保険料未納者が多い実態を放置したままでは、医療保険制度の一本化はもとより、財政調整を行うことについても被用者保険側の納得は得られないということを認識する必要がある⁹²。

制度の一本化は困難なことであるが、医療保険の問題を「共通の問題」として認識することが重要なことである。そのためにも、医療保険制度の歴史を見直し、過去の体験をもとに、これからの医療保険制度について何を持続し、何が必要なのかを検討することが必要となってくる。

これからの医療政策

国民医療費の増加は、はじめに述べたように、医療が発展していく中で不可避である。その中で、国民医療費をできるだけ効率的に抑制するためには、診療報酬の問題や、薬剤による薬価差益の問題など、もう一度医療制度を見直す必要がある。

日本の医療保険制度は、今まで述べてきたとおり、保険料、公費、自己負担の三者のバランスによって成り立っている。基本的に保険料が大半を占めてはいるが、実際には公費の占める割合も高く、自己負担の割合も高くなってきている。国民健康保険は、他の医療保険に比べると、財源に公費の占める割合が高く、組合管掌健康保険は公費⁹³をできるだけ抑えており、政府管掌健康保険は、この2つの中間である。政府の危機的な財政状況からみれば、保険料を財源の中心に置くべきであるといえるが、それには保険料の負担格差の問題も取り除いていかななくてはならない。2003年から被用者保険の自己負担が3割に引き上げられ、医療アクセスに悪影響を与える状況となっている。高齢者医療における自己負担もこれから引き上げられることも予想されるが、高齢者の疾病状態を考えると、それが一概にいいことだとはいえない。老人保健制度は現役世代からの所得移転に大きく頼っているため、将来老人医療費が増加すれば、今まで以上に各公的医療保険からの拠出金や公費は大きくなるであろう。少子高齢化が進展し、老人保健制度を通じた世代間の所得の移転が大きくなり、公的医療保険において大きな問題と

⁹⁰ 池上・遠藤（2005）, p.40.

⁹¹ 池上・遠藤（2005）, p.40.

⁹² 池上・遠藤（2005）, p.40.

⁹³ 組合管掌健康保険に含まれる公費（国庫負担金）の割合は、0.08%であり、その国庫補助は、「事務費の全額補助」や「財政窮迫組合」に対する補助など、極めて限定的である。

なっている。これから生まれる世代にとっては、重い保険料の拠出が問題となるであろう。民間医療保険の需要も少子高齢化によって大きくなるであろう。さまざまな状態を考えた上で、高齢者の医療供給体制を整備するなど、まだまだ修復しなければならない問題が医療制度にはある。高齢者の医療供給体制整備することが、今後の日本における効率的な医療を実現する上での大きなポイントになるであろう。

診療報酬制度においても、診療報酬の改定幅がその時々の方勢によって複雑になり、抜本的改革が必要となっている。個々人の診療にかかる医療費のばらつき、そして病院間における原価のばらつきによって、適正な診療報酬の決定が困難な状況となっている。診療報酬の点数の決定を抜本的に見直し、さまざまな状況に対応できる制度を作らなくてはならない。

医療機関の医療としての倫理が問われる薬価差益をめぐる問題も、投薬という行為を「商売」という視点から見ることのないように、薬価の設定を見直す必要がある。薬剤の取引方法や、投薬における問題点をもう一度見直し、さらなる改良を加える必要がある。

利益追求の方向性が医療機関にみえることも大きな問題点である。薬価や診療報酬の見直しも必要であるが、医療費の削減が主となり、国民の健康が脅かされていくのであれば、それは意味をなさない。患者の命を救うという大前提を、もう一度思い出し、包括的に医療政策を見直していかなくてはならない。

参考文献

- 池上直己・遠藤久夫『医療保険・診療報酬制度』, 勁草書房, 2005年。
- 竹下昌三『わが国の医療保険制度』, 大学教育出版, 2004年。
- 小松秀和『日本の医療保険制度と費用負担』, ミネルヴァ書房, 2005年。
- 二木立『介護保険と医療保険改革』, 勁草書房, 2000年。
- 堀田一吉『民間医療保険の戦略と課題』, 勁草書房, 2006年。
- 木村辰夫『日本の医療保険』, 保健同人社, 2005年
- 遠藤久夫・池上直己『医療保険・診療報酬制度』, 勁草書房, 2005年
- 法庫「医療法」, 2007, <http://www.houko.com/00/01/S23/205.HTM>
- 日本労働研究機構「海外労働情報 ドイツ」, 2003, <http://www.jil.go.jp/jil/index.htm>
- 全国保険医団体連合会, 「医療用語の解説」, <http://hodanren.doc-net.or.jp/index.html>
- 物価構造政策委員会「医療価格に関する作業委員会最終報告書」, 2001年3月7日
<http://www5.cao.go.jp/seikatsu/2001/0307iryoku-houkoku/menu.html>
- 日本薬学会 HOT NEWS 「これまで公表されていなかった新薬の薬価の算定内容が公表」
http://www.pharm.or.jp/hotnews/archives/1997/12/post_150.html
- 社会保険庁「どのような給付があるのか (保険給付)」
<http://www.sia.go.jp/seido/iryoku/kyufu/kyufu06.htm>
- 白神誠「類似薬効比較方式による薬価算定」, 2002
http://medical.radionikkei.jp/suzuken/final/021128html/index_2.html