

日本における公的医療保険制度の未来

奥野 楓子

はじめに

社会保障という言葉は誰にでも認知されているような言葉となっており、日常的に使っているが、それは統一した概念で捉えられているのだろうか。広義の意味では生活保障全般を表し、狭義の意味では所得保障制度と捉えられている。平成不況が深刻化している中ではワーキングプアや少子高齢化が進行を続けている。そういう時こそ人々の生活を支える社会保障を充実させることが国の役目である。

社会保障は、好況で税収が増えて国の支払い能力が高い時には必要性が低く、不況で税収が減って国の支払い能力が低い時にこそ必要性が高まるのである。長期的な視点に立ち、うまく財政の配分をすることが国の仕事である。

その中でも、日本の公的医療保険制度は、世界一の長寿の達成など国民の健康水準の向上に大きな役割を果たしてきた。しかし、日本に住むすべての人々を支えるはずである公的医療保険制度は財政赤字や少子化問題、高齢社会を突き進んでいることで対応しきれずに数々の欠陥が見つかっている。このままではすべての人々を支え続けることが出来ないのも、いつの時代でも公的医療保険がすべての人々を守り続けるために、浮上している問題を調査し、適正に機能していくように考察することを目的としている。私たちも医療技術の進歩や保険に頼るだけではなく、自分から毎日の生活を見直し、守っていくことが必要なのである。

第 I 節 日本の公的医療保険制度とはどのような制度か

I - 1 公的医療保険制度の歴史

日本の公的医療保険制度の始まりは、1922年に公布され、1927年に施行された「健康保険法」であるといわれている¹。1934年に制度改正が行われた。この背景には、医療保険の対象者数が総就業人口の3000万人のうちわずか200万人という一部大企業の従業者に限られており、常用雇用労働者の50%ほどしかカバーできなかったことがある。

すべての人々に保障の網を広げる目的で1938年には「国民健康保険法」が制定され、1939年に「職員健康保険」、「船員保険法」が制定された。1942年の健康保険法改正により、1943年から「職員健康保険」も健康保険に統合されたのである。

この頃、農業・自営業などに従事する人々や零細企業従業員を中心に国民の約3分の1に当たる約3000万人が医療保険の適用を受けられない無保険者であった。このため、1957年度から4

¹ 木村 (2005) p.12

ヶ月にわたって再度全市町村に普及する計画が立ち上がり、1959年に全面的な法改正によって市町村及び特別区に国民健康保険の設立が義務化された。その後、1961年には「国民皆保険」が達成されたのである。

1963年に「老人福祉法」が制定され、1972年に改定し、翌年1973年は福祉元年とも呼ばれている。1977年に財政状況の悪化による見直しが図られた。ここでは賞与を対象に保険料を徴収する「特別保険料」の創設や標準報酬の上限の引き上げ、一部負担金額の改定が行われた。

1984年の改正では、退職者医療制度の創設がある。これは、サラリーマンや公務員の退職者とその家族の医療費を賄う制度である。この制度が出来るまで、退職したサラリーマンは自営業者や農家を対象とした国民健康保険へ移っていた。しかし、これは国民健康保険の財政を圧迫するので新しく創設されたのである。国民健康保険には加入するが、市町村が管理する退職者医療制度の退職被保険者となることになったのである。しかし、この制度は2008年の法改正によって廃止されたが、2014年までに退職した人が65歳に達するまで経過措置として現行制度は存続されている。

2000年には介護保険制度が設立された。2003年にはサラリーマンの給付率が7割まで引き下げられ、3歳から75歳までの国民は自己負担3割に変更された。国民皆保険の実現により日本に住むすべての人々は、保険証1枚でいつでも患者の希望する医療が受けられるように公平な医療機関へのアクセスが保障されてきているのである。その後も何度も改正を繰り返して少子高齢化の進展や疾病構造の変化等による国民のニーズの多様化と高度化に応えるように医療の充実が図られてきた²。

I - 2 公的医療保険制度の仕組み

公的医療保険は、国や地方自治体、法律に基づく公的な主体である健康保険組合などが運営をしている。個人や企業が納める保険料、税金などの国の負担、病院の窓口で支払う自己負担金で成り立っており、当然、営利を目的としていないのが特徴である。実際に病気や怪我をした場合、保険に加入せず全額自己負担で治療を受けたら、大変な高額になるが、公的医療保険に加入していたら決められた割合だけ自己負担をすることになる。医療額から支払額を差し引いた金額を保険者に請求し、支払ってもらうということなのである。各保険者は被保険者から保険料を徴収し、その中から被保険者に対する診療報酬の一部を医療機関に支払う。ここでいう保険者とは、市町村や健康保険組合、全国健康保険協会、共済組合をいう。

公的医療保険では、病気や怪我をしていない被保険者からも保険料を幅広く徴収しているので、病気や怪我をした場合の支払いは保険のきく治療であれば負担額は実際の診療報酬よりも安く済むようになっている。まだ運営の無駄や制度としての硬直性などたくさんの問題を抱えているが、相互の助け合いという社会保険本来の趣旨からすれば最も望ましいあり方といえる³。日本

² 木村 (2005) p.12.

³ 内藤 (2006) p.16.

に住んでいる人は必ず何らかの公的医療保険に加入している。

I - 3 公的医療保険制度の分類

一般のサラリーマンや公務員などの賃金労働者は被用者保険に加入しており、組合管掌健康保険・全国健康保険協会管掌健康保険・共済保険がある。自営業やフリーター、75歳未満の被用者保険非加入者は国民健康保険に加入している。75歳以上の人は2008年から開始された後期高齢者医療制度に加入している。元々、市町村で運営されている国民健康保険に高齢者のほとんどが加入していた。しかし、高齢者の比率が高い過疎地域では財政運営が厳しくなったのである。その改善策として後期高齢者医療制度が施行され、市町村ではなく都道府県単位の広域連合による運営で年齢構成や経済状況での地域格差を少なくすることを目的に行っているのが現状である⁴。

2008年では、一人当たりの国民健康保険料の最高額が栃木県93万782円で最低額が沖縄県54万670円でまだまだ大きな差があるといえるだろう。広域連合になることは、どのようなことが求められているのか。都道府県と市町村とが異なる問題を持ち寄って、広域連合で多角的に処理することが可能になる。そして、広域連合は、直接国又は都道府県から権限委譲を受けることができるため、個々の市町村では実施が困難でも、広域的団体であれば、法律、政令又は条例の定めるところにより、直接広域連合が処理することが出来る。

資格証明書の交付対象者の選定基準や、保険料率の決定などの政策立案過程に当事者が参加できるような仕組みも必要となってくるだろう。国民健康保険の問題は、無職者やパート労働者が多く加入しているために所得水準が相対的に低くなってしまいうので多くの保険料を徴収できない事にもつながる。その結果、後期高齢者医療制度が出来て年齢構成が少し下がったとしても、常に保険財政は不安定になりやすいのである。公的医療保険制度の分類によって、それぞれの保険の間には格差があることがわかる。つまり、高齢化の影響を強く受けていたのが国民健康保険だったのである。

I - 4 公的医療保険の三本柱

日本の健康寿命の高さと五歳児未満の死亡率の低さは世界でも高く評価されている。表1のグラフから、日本の平均寿命の高さがわかる。2008年の結果だが、日本は単独1位で83歳ある。第2位の82歳で4か国あり、81歳で7か国ある。平均寿命が80代以上なのは全部で22か国である。G8でもあるアメリカとロシアは平均寿命が80歳以上なく、アメリカ78歳、ロシア68歳と低い。

次に、図1のグラフからわかるように、2010年の日本の乳児死亡率は世界でも上位であることがわかる。日本の1000人出産あたりの死亡率は、スウェーデンの2人には届かなかったが、

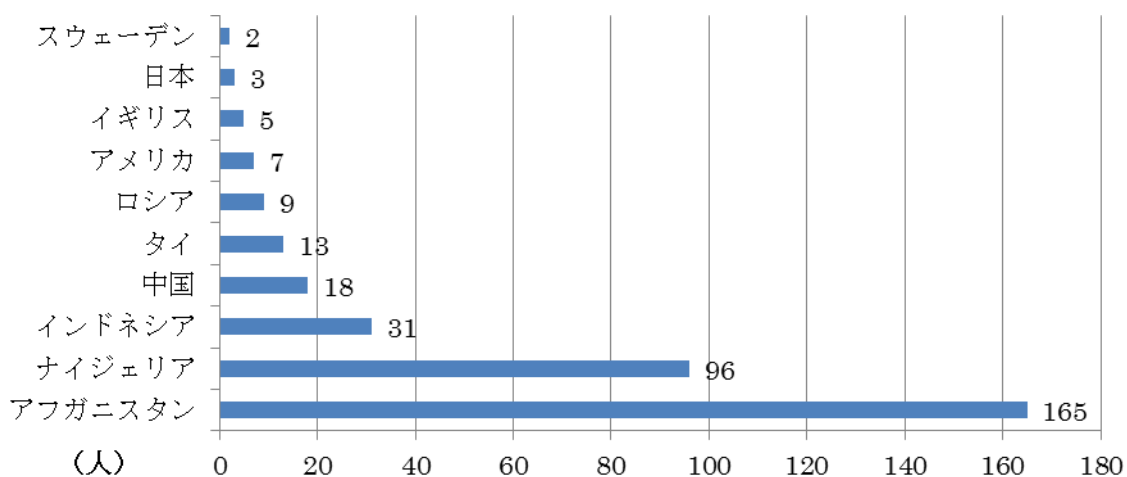
⁴ 家森 (2009) p.183.

表1 2008年度の平均寿命

第1位	日本	83歳
第2位	アイスランド	82歳
	イタリア	
	スイス	
	オーストラリア	
第6位	ニュージーランド	81歳
	イスラエル	
	カナダ	
	フランス	
	スウェーデン	
	スペイン	
	ノルウェー	
第13位	10か国	80歳

(出所) 総務省 統計局・政策統括官(統計基準担当)・統計研修所「平均寿命(2008)」
<http://www.stat.go.jp/data/sekai/02.htm#h2-16>

図1 2010年度の乳児死亡率(1000人出産あたり)



(出所) 世界保健機関(WHO)「世界保健統計2010」
http://memorva.jp/ranking/unfpa/who_2010_infant_mortality_rate.php

イギリス 5 人やアメリカ 7 人、ロシア 9 人を抜いて日本は 3 人である。逆に、乳児死亡率の高い国はアフガニスタンの 165 人である。やはり、戦争中であることや、先進国と発展途上国の医療の格差が大きく差をひらいてしまうことになった原因だと考えられる。これらは、公的医療保険制度が優れた制度である事と、日本における医療技術の発達が大きく寄与しているからだと考えられる。

日本の公的医療保険を支える三本柱が存在する⁵。

第 1 は国民皆保険があり、日本に住むすべての人が加入できることである。

第 2 は診療報酬点数制であることである。全国どこでも同じコストで均質な医療が受けられるという魅力がある。病院での医療費は、それぞれの病院が決めるのではなく、厚生労働省が診療報酬という名称の医療費を全国一律に決めているのである。これは、全国どこの病院でも、同じ検査や治療は同額になるということである。この方法を利用する理由として、病院によって料金が異なった場合には、スーパーの安売り状態を引き起こさせてしまい、生命を守ることへの不安が生じるために、このような制度になっているのである。国民はいずれかの医療保険に加入することを義務とし、その代わりに全国どこの病院でも一定程度の治療を受けることが出来るという取引を生まれてから死ぬまで行っている。

第 3 にフリーアクセスと呼ばれる自由に病院や医師を選べ、自分に合った病院や医師が見つかる事である。これは日本特有のものであるので、諸外国の公的医療保険と比較する。まず、イギリス・カナダ・イタリアを考察すると、患者は医療費をほとんど払わなくていいという点で同じである。それらはすべて税で賄われている。しかし、その分重要性がない病気は 2~3 週間~数か月待たされることがある。そして、日本以上に医師と看護師が不足している。イギリスは「ゆりかごから墓場まで」という考えが根底にあるので社会福祉政策には力を入れている方だといえる。ドイツは、日本の高齢者を老人保健と介護保険でカバーするのとは違い、高齢者も健康保険でカバーしている。自営業や高所得者には加入が任意となっているのも特徴である。最後に、アメリカを見てみよう。自己責任の国であるアメリカでは、2010 年 3 月まで国民皆保険制度が存在していなかった⁶。保険の種類も多岐にわたっており、加入した保険の中でも受けられる医療や病院に制限があるのに加え、高額な保険料が払えなくて無保険状態⁷になっている人が多く存在していたのである。

アメリカの公的医療は貧困家庭対象のものや高齢者と一部の障害者が対象のものだけでなく、全国民を対象としたものがなかったのである⁸。アメリカは日本と違い、移民の受け入れが多かったために多民族で構成されている背景もあるのだが、社会問題として即急な改善が必要だと考えられオバマ大統領により医療制度改革が行われた。しかし、2000 年代に入り日本もアメリカと同様に、国民健康保険への未加入者が増える兆候が見え隠れし始めている。図 2 のグラフから、2001 年度の健康保険未加入者の総数は 156 万 9000 人である。内訳として国民健康保険へ

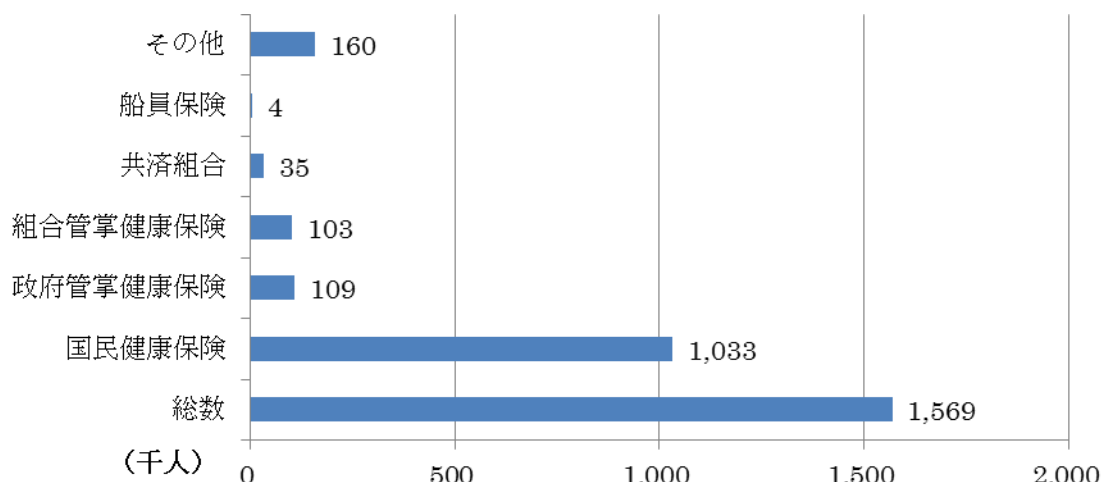
⁵ 内藤 (2006) p.48.

⁶ 池上 (2011) p.54.

⁷ 家森 (2009) p.180.

⁸ 内藤 (2006) p.50.

図2 2001年度の健康保険未加入者状況



(出所) 社会保険庁「医療保険加入状況」

http://www.sia.go.jp/infom/tokei/gaiyo2001/gaiyo2001_05.htm

の未加入者は103万3000人、政府管掌健康保険（現在、全国健康保険協会管掌健康保険）10万9000人、組合管掌健康保険10万3000人、共済組合3万5000人となっている。これより、国民健康保険への未加入者が増加していくと、一人あたりの保険料の増加をしなくてはならなくなる。さらに保険料の増加に伴い、払えない人も増えてしまうので、滞納者と未加入者が増加するという悪循環を生んでしまっている。少子高齢化が進み、社会保険制度全般が大きな転換期を迎えていると考えられるので、1961年の国民皆保険の実現から私たちを守ってくれた素晴らしいシステムである公的医療保険を全国民が理解をして、この先もしっかり機能させていきたい。

国民健康保険への未加入者や保険料の滞納者が病気にかかった場合の診療費は、全額自己負担になる。国民健康保険への未加入者は、もともと払おうという気すらないと判断されるので、仕方がないと考えられる。保険料の滞納者については、払いたくても払えない人が多くなっていると考えられるので「短期保険証」や「資格証明書」が発行される。短期保険証とは、期間が1ヶ月、3ヶ月に限定された保険証で自己負担は3割となっている。資格証明書は、診察後の窓口で一度10割負担をしてもらい、後から7割が還付されるものである。もともと、保険料が払えず、滞納している人々が10割負担できるのだろうか。確実に無理だと考えられる。そのような人々が病院に行くのを我慢したために手遅れで死亡したという事態も起こっている。

I - 5 なぜ公的医療保険がいいのか

1983年まで、医療費の被保険者本人負担はゼロであった。1984年4月から1割負担制が導入され、1997年4月からは2割負担に、2003年4月から3割負担に引き上げられてきた。被保険

者本人もその家族も健康保険の加入者も国民健康保険の加入者も窓口負担は一律 3 割となっている。市町村の国民健康保険は、保険料が毎年固定されているわけではなく、市町村ごとに前年度に使った医療費の総額を参考に当該年度の徴収総額が決められている。それが加入者の負担能力に応じて按分される方式である。その保険料は年々引き上げられている。こうした負担増は、高齢者を中心に保険料を納められない人や医療費を支払えない人を数多く生み出す結果となり、公的医療保険に対する安心感を低下させることになっている。厚生労働省が提唱する「健康の自己責任」論と相まって、病気になった時の経済的な負担に対する不満が高まっている⁹。こうした不安の高まりを背景に、民間の保険会社などによる顧客の獲得合戦が過熱化している。

社会保険も民間保険も危険分散という保険方式をとることで予期せぬ事故や病気に備えることは同じだが、民間保険には、機関投資家というもうひとつの顔がある¹⁰。これは、大勢の人々から保険料を集めて、これを有価証券や為替相場に投入し、高い収益を上げる営利活動だ。2006年から2007年にかけて大手生命保険会社による保険金不払い事件が多数表面化した¹¹が、こういう問題が発生するのも機関投資家と無関係ではない。民間保険は、病気や怪我というリスクに対する経済的負担の発生から人々の生活を守るという純粋な目的で運営されているわけでない事を理解しておく必要がある。

厚生労働省は2007年に民間保険会社がテレビや新聞等を通じて消費者の不安を必要以上におおっているとして改善指導に乗り出した。癌などの重い病気にかかったら多額の自己負担が必要になるという誤解を消費者に与えていると判断したためである。しかし、日本人の不安は拭えず、民間保険への加入者は増加している。世界中の民間生命保険料の25%は日本人が支払っているといわれている。その大半が必要な補償水準を上回る過剰加入だといわれている。外資系保険会社から見れば、日本は「草刈り場」ともいわれている¹¹。日本人は保険が好きな国なのか。そうではないだろう。やはり、公的医療保険をはじめとする社会保障制度の後退がこうした現象の背景にあり、将来への不安感が民間保険への依存を強めていると考えられる。

ヨーロッパの先進工業国の民間保険への加入率が低いのは、公的医療保障が充実していて安心できるからではないだろうか。民間保険に加入して個々の備えをするよりも、皆が団結し、公的医療保険の後退をストップさせなくてはならない。公的医療保険の拡充は、国民の民間保険への依存を弱めることにつながるだろう。しかし、そうはいつでも、現実的に負担と給付の両面で公的医療保険が厳しくなっていく限りは重い病気になった時の個人的な備えの必要性を否定することはできない。その場合、上手く民間保険と付き合いしていくにはどうしたらいいのか。1つ目は、派手な広告や宣伝に莫大なお金を使っているところは避けた方がよいだろう。2つ目は、保障内容が明確で、保険料がリーズナブルであることだ。3つ目は、営利性の追求ではなく、共済性を重視しているところを選ぶといいだろう。4つ目は、過去に重大な保険金不払い等の事件を起こしたことがないといった点を見るべきである。民間保険に加入していて、万が一、保険金不払い等の納得できない問題に遭遇した場合は、国民生活センターの消費者相談窓口が設置されて

⁹ 唐鎌 (2007) p.39.

¹⁰ 唐鎌 (2007) p.40.

¹¹ 唐鎌 (2007) p.41.

いるので、安心して民間保険に入れる。しかし、将来的には、公的医療保険が構造の立て直しを図り、民間保険に頼らなくても生活していける未来にしたいものである。

第Ⅱ節 公的医療保険制度の問題と健康問題

Ⅱ - 1 財政破綻からくる医療への影響

公的医療保険制度がスタートしてから半世紀が過ぎ、様々な問題が持ち上がっている。最も大きな問題は、急速な高齢化に伴い深刻な財政問題を抱えていることである¹²。医療保険制度が破綻しそうな状態になっている。日本の財政破綻が目の前にまで迫ってきている。そして、日本の長期不況のもとで厳しい企業リストラが行われた結果、さらに国民健康保険の負担が大きくなっていった。加入している人からの保険料と国からの補助金以上に、病院へ支払う医療費が多くなってしまっている。高齢者の平均寿命の延びと高齢社会で、高齢者の医療費が予想以上に伸びていることによる赤字である。

国が負担する医療費の増加に反し、徴収額は減っている。これらを改革するために、政府が唱える改革内容は「国民も保険料負担を上げます、保険者も負担をしてください、医療機関も診療報酬を下げます」というものだ。医療費を賄うためには保険料の増額が避けられず、2009年12月には、厚生労働省により現役世代の保険料が上げられた。ただし、保険料の上限の引き上げで、むやみに心配する必要はなく、高額所得者に限り引き上げられることになったのだが、若い世代での不満と、医療保険制度に対する不信感が大きくなっているようである。つまり、国民健康保険制度の改善がなければ私たちに健康と命の安心が得られる日が訪れることはないだろう。

保険の財政が悪化しているので、病院に払う金額を減らそう。というのが診療報酬の引き下げである。診療報酬の引き下げが起こると、経営の悪化が起こり、廃業する病院だけではなく製薬業界や医療関連産業にも大きな影響が出る可能性が大いにある。ただでさえ少ない医師や看護師がますます減ってしまう可能性もある。そうなると、困るのは一般の市民である。具合が悪くても診てくれる病院が無くなってしまい、救急の場合や、小さな子供には、すぐに診てもらえないのは本当に困る。したがって、診療報酬の引き下げも、良く考えて行われなければならない。メリットとして各病院の経営効率化に対する意欲を刺激できることがある。しかし、できるだけ医療の質が落ちることがないように、検討が続けられている。高齢者は医療を必要とすることが多いため高齢化は医療費の増大を招き続けている。

国民健康保険の負担を緩和するために後期高齢者医療制度が発足したのだが、今度はこの制度に拠出する健康保険組合の負担増も問題になっている¹³。新たにこの制度を設けたことによって、すべての高齢者から保険料が徴収されることになったのである。これまでは扶養家族として保険料は不要だった人でも払う必要が出てきた。しかも、保険料は年金から自動的に引き落とされて

¹² 家森 (2009) p.185.

¹³ 家森 (2009) p.185.

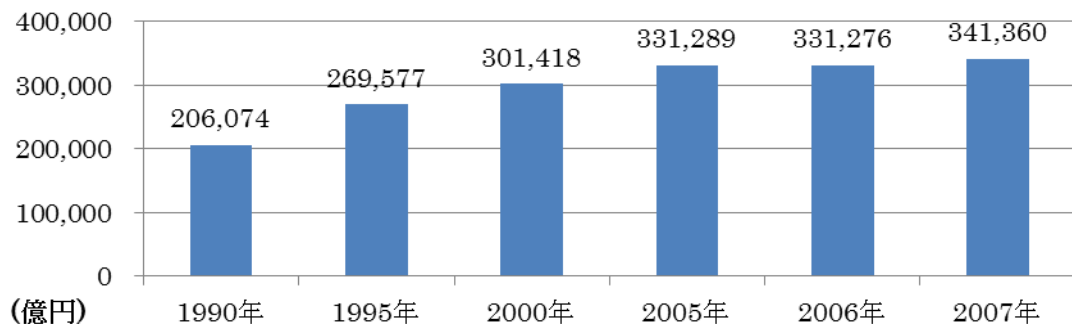
いる。無理のない範囲で高齢者にも保険料を負担してもらうためである。公的医療保険制度を存続させるために確実な収入増加につながっていると考えられる。

II - 2 改めるべき日本人の健康

1935 年頃まで日本人の三大死因は肺炎・結核・胃腸炎などの感染症疾患であったが、環境の変化や医療の進歩で変わり続けている。1958 年を機に癌・心臓病・脳卒中が常に上位を占めるようになった¹⁴。この死因は世界的にも上位を占めている。それら 3 つは生活習慣病として区分されている。他にも、糖尿病や動脈硬化なども含まれている。

1989 年の日本における国民医療費は約 19.7 兆円だったが、2005 年には約 33.1 兆円という早いスピードで増加を続けている。図 3 からわかるように、1990 年から 2007 年まで国民医療費は増加し続けている。1990 年は、20 兆 6074 億円だったが、1995 年には 26 兆 9577 億円で、5 年で 6 億円もの増加をしている。そして、2000 年には 30 兆 1418 億円で 30 兆円を超えてしまった。2005 年は 33 兆 1289 億円であり、2007 年には 34 兆 1360 億円でこれからも増加していくと考えられる。その医療費の約半分が生活習慣病で悩んでいる 65 歳以上の高齢者のために使われている¹⁵。とくに 70 歳以上の高齢者医療費は年間 1 人 79 万円にも達している¹⁶。

図 3 国民医療費の推移



(出所) 総務省 統計局・政策統括官(統計基準担当)・統計研修所「47 国民医療費の推移」

<http://www.stat.go.jp/data/nihon/g4720.htm>

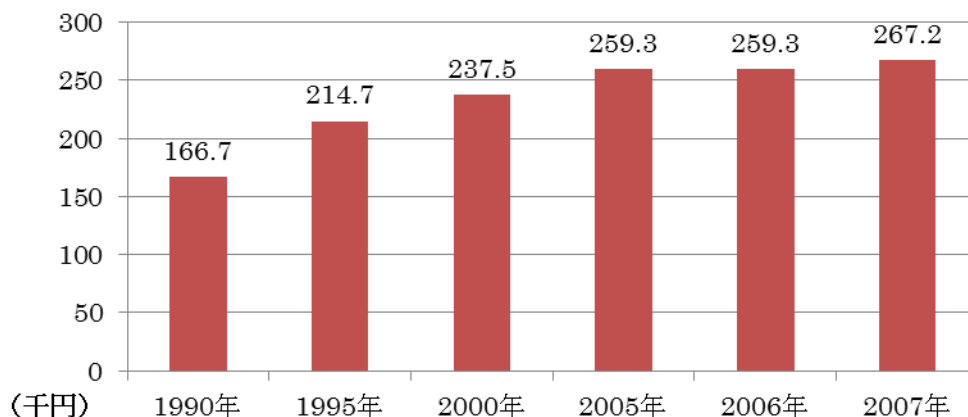
図 4 から、1990 年から 2007 年まで国民医療費と同じく国民 1 人当りの医療費も増えているのがわかる。1990 年は、16 万 6700 円であったが、1995 年には、21 万 4700 円で 1 人当たり 20 万円を超えた。2000 年では、23 万 7500 円で 2005 年と 2006 年は同じで 25 万 9300 円であった。2007 年には、再び増加してしまい、26 万 7200 円であった。しかし、ここからわかるように 70 歳以上の高齢者の医療費に 1 人 79 万円ということは、若い世代はあまり病院に行っておらず、高齢者がほとんどを占めているのがわかる。どこかを区切りに生活習慣病の患者を減少させていかな

¹⁴ 植村 (2006) p.50.

¹⁵ 藤城 (2008) p.42.

¹⁶ 木村 (2005) p.21.

図4 国民1人当たりの医療費



(出所) 総務省 統計局・政策統括官 (統計基準担当)・統計研修所「47 国民医療費の推移」

<http://www.stat.go.jp/data/nihon/g4720.htm>

ければ、医療費が増え続け、財源がなくなってしまう。約50年間もトップ3であり続ける生活習慣病はメタボリックシンドロームの人に多くみられるのと同時に生活習慣病の前兆ともいわれているのである。

1998年にWHO(世界保健機関)が生活習慣病の三大要素(高血糖・高血圧・高脂異常)の2つ以上を合併している事をメタボリックシンドロームと名付けたのが始まりといわれている。検査項目は腹囲(日本の検査基準:男性85cm以上・女性90cm以上)またはBMI値(体重kg÷身長m÷身長m)が25以上である事に加え、血糖値・血圧・中性脂肪値の5項目である。以上の5項目から2項目以上当てはまる場合はメタボリックシンドロームと診断され「特定保健指導」が行われる¹⁷。1項目でも当てはまる場合はメタボリックシンドローム予備軍と呼ばれる。

特定保健指導の内容は、情報提供・動機づくりの提供・積極性の提供を行っている。情報提供は、腹囲が基準値を超えている人に行う。健康診査における各診査の意味や数値の重要性などの情報を知り、これから先の生活における改善方法を提供する。

動機づくりの提供は、腹囲と血糖値・血圧・中性脂肪値の3項目のうちが基準値でないものが2項目以上となる人を対象に行っている。数人の保健師と同じメタボリックシンドロームの方々とグループディスカッションを行い、同じメタボリックシンドロームと診断されることで出てきた悩みや不安を話し合い、共に頑張っていこうと思える仲間を作ってあげる事を目的としている。

最後に積極性の提供は、動機づくりの提供では改善があまり見られない人を対象としている。保健師や栄養管理士との面談が行われる。ここでは、3ヶ月から半年にわたり明確な目標を定め、電話やメール、手紙などを用いて継続的な指導をする。これらを半年周期で繰り返している。

2008年4月1日「特定健康診査」の義務化によりメタボリックシンドロームが問題視され始めた。メタボリックシンドロームに関して日本・欧米・WHOではウエストの基準値が違うのだ。

¹⁷ 西崎 (2008) p.48.

男性では、欧米 102 cmが最大で日本 85 cmが最小だ。女性では、日本 90 cmが最大で WHO 85 cmが最小である。

メタボリックシンドロームは年々増加し続けている。2010年には、日本人の男性2人に1人・女性5人に1人が予備軍だと言われている。この背景には、食生活の変化があると考えられている¹⁸。かつての日本食はご飯・野菜と海草等のおかず・魚・みそ汁の一汁三菜が基本であった。最近ではファーストフードと呼ばれるレトルト食品・インスタント食品・菓子パン等やジャンクフードと呼ばれるハンバーガー・スナック菓子・清涼飲料水（砂糖 10%以上）が数多く普及している。いつでもどこでも手軽に飲食が可能なので、忙しいといわれている現代人には必用不可欠なのかもしれない。しかし、ファーストフードやジャンクフードなどの栄養の偏った食事を続けていくと油脂・砂糖・添加物を多く摂取することになるので、肥満になり、生活習慣病につながっていく。

生活習慣病は別名「自己責任病」と名付けるべきだと言われているほど生活スタイルが主な原因である。子供の肥満も増加傾向にある。老若男女問わず考えていかなければならない問題である。したがって、WHOは「肥満は最もありふれている病気だが、最も放置されやすい世界的な健康問題だ。」と警鐘を鳴らしている¹⁹。

II - 3 保険のきかない医療

保険診療には健康保険や国民健康保険などに加入している被保険者本人やその家族が対象となっており、怪我や病気で要した医療費は健康保険組合や国民健康保険などの保険者から保険医療機関に支払われている。そのおかげで患者は一部を負担すれば良いという仕組みになっているのである。

しかし、保険診療には守るべき規則が存在する。医薬品や検査や治療の内容に制限がある。それ以外の診療を望む場合は自由診療となるのである。その公的医療保険の問題点として、保険外診療を挙げる事ができる。保険が適用にならない医療サービスがあり、全額が自己負担になっている。具体的にはがんの先進医療や妊娠・出産にかかる費用、予防接種の代金や人間ドック、美容整形等が挙げられる。これらが保険適用外となっている事にはいくつか理由があり、安全性やリスクが高いという事と絶対に必要な治療ではないと判断されているものが多い。薬も保険適用外のものが存在する。あらかじめ知っておけばいざという時にあわてずに済むのだが、実際に知っている若者は年々減少している。

保険が適用にならない診療の代表的なものが、がんの先進医療といえる。1990年代から先進医療分野の治療を受けた人の6割以上が、がんの患者である。がんの先進医療の代表的なものといえば、重粒子治療であろう。これは、皮膚を切ることなく癌を治す治療法となっている。強い光を癌がある細胞にだけ集中的に出来るので注目を集めている。胃や腸など不規則に動く場所に

¹⁸ 藤城 (2008) p.15.

¹⁹ 藤城 (2008) p.12.

は適応しないが、脳の腫瘍を始め、手術では切除できない部位のがんに対して有効に作用するものである。しかし、費用の平均は300万円といわれている。もちろん全額が自己負担になる。その他にも、放射線を使った治療に一部保険外診療があり、抗がん剤も種類が多く、最新のものは、保険外診療のものが多くある。

妊娠・出産も保険外診療である。妊娠も出産も病気ではないので、原則としてすべての費用が自己負担になっている。妊娠すると定期的に行われる妊婦健診、エコー検査、それから出産費用もすべて保険外診療になっている。中絶も病気ではないので保険が適用されることはない。何か非常事態が起きて、通常分娩ができなかった場合は、病気の治療として扱われ、保険が適用される。

妊娠中の検診費用も一部負担してくれる自治体が出てきている。自治体により回数や内容は異なるが、妊婦の健康診査を援助する目的でチケット制という制度がある。これは母子手帳と一緒に渡してくれるものである。もともと母子手帳にも2枚付いており、たとえ数回分でも大変助かる行政サービスだと考えられる。母子ともに健康状態を確認ことができ、少しでも安全に安心して出産を迎えられるように作られた制度になっている。目安として約10回~20回が妊婦の平均検診回数であり、地域や自治体によって異なるが平均14回の検診費用を無料としているので、特殊な診査を受けない限り基本的に自己負担は少ない。

出産の問題だが、健康保険に加入していれば出産後に出産育児一時金が貰える。金額は2009年1月までは30万円だったが2009年1月より38万になり、2009年10月から42万円になっている。個室や豪華な病院を利用しなければ費用のほぼ全額を出産育児一時金で賄えるようになっている。

妊娠・出産に関する問題は、これだけではない。住んでいる町で子供が産めないという事態が各地で起こっている。どういう問題なのかというと、産科の病院が近くにないので通院が大変、出産受け入れを断られる等という「出産難民」という言葉が生まれるほど深刻な問題がある²⁰。図5からわかるように、産婦人科の病院施設数が減少しているのがわかる。1990年では、2189の産婦人科があったが、1996年には2000を下回って1996となった。2004年には1500も下回り1469となり、2007年には、1344になっており、1990年の半数以下になってしまう程少なくなってしまう危険性が出てきている。

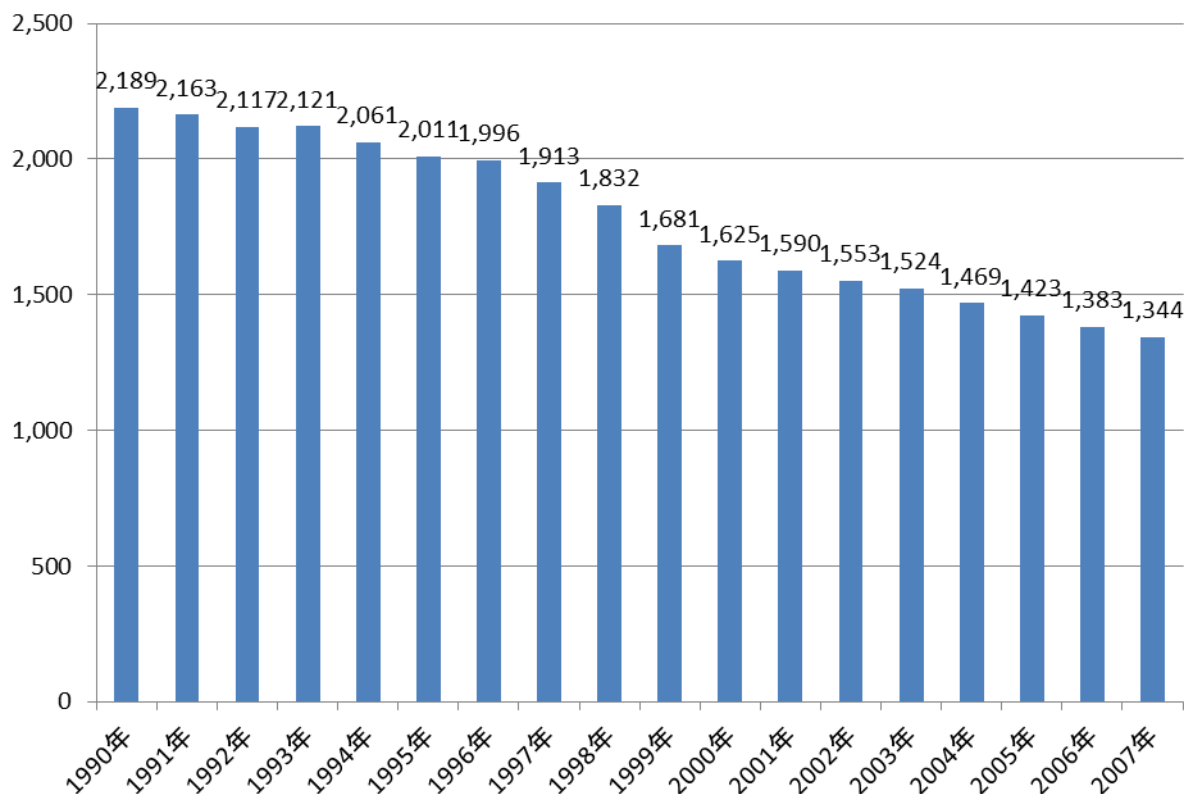
奈良県のある妊婦は、19もの病院に受け入れを断られ、事態は悪化し、県外の受け入れてくれる病院に搬送された末に母子ともに亡くなったという事例がある。もう少し、早く対処することが出来れば母子ともに助かったかもしれない。少子化に悩まされている日本は、さらに子供の生みやすい環境作りを構築していかなければならない²¹。

予防接種も保険が適用にならない。小さな子どもに関しては、法律で定められている法定予防接種以外は自己負担になっている。ちなみに、法定予防接種とは、ジフテリア、破傷風、百日咳、ポリオ、日本脳炎、麻しん、風疹、BCGのことだ。上記以外の予防接種としてよく耳にするの

²⁰ 唐鎌 (2007) p.84.

²¹ 北村 (2006) p.68.

図5 一般病院産婦人科施設数



(出所) 厚生労働省「平成 19 年 (2007) 医療施設(動態)調査・病院報告の概況 結果の概要」

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/07/kekka01.html>

がおたふくかぜや水ぼうそう、インフルエンザなどがあるが、すべて自己負担である。しかし、おたふく風邪は後遺症として難聴の割合が多いという研究結果があるので欧米では法定予防接種になっているので日本でも法定予防接種に入れるか検討中のようなのである。インフルエンザは冬になると毎年ニュースになる程、感染する人が多い事や、新型インフルエンザ等どんどん新しいウイルスが出てきているが、なぜ法定予防接種に含まれないのか。これは、インフルエンザのワクチンが長い期間維持できないということが問題なのである。人によって予防接種の効用期間は違うが、約1年でワクチンの効き目が無くなってしまうため、継続的に打ち続けなければ意味がないからだ。法定予防接種でも決められた期間に決められた場所で受けなければ有料になることもある。大人の予防接種は基本的にすべて自己負担になっている。インフルエンザも海外旅行前の破傷風や肝炎、コレラの注射も保険は適用されない。

予防接種が保険外診療だと知っていると、わずかだが役に立つ。医療機関がそれぞれ独自に料金を設定できるので、病院によって値段が全然違う。

II - 4 増える医療の自己負担

多彩な変化を遂げ続けている医療は持続可能な医療保険制度の構築が課題だと考えられる。食生活の変化や少子高齢社会になってしまった21世紀にふさわしい医療制度の再構築が求められている²²。公的医療保険も保険なので、当然、負担があつて給付を受けることになる。負担は保険料や保険税を負担し、給付は病院で治療を受けたときに自己負担は2割か3割なので、残りの7割か8割を保険で支払うことになっている。3歳未満は2割負担・3歳以上70歳未満は3割負担・70歳以上は1割負担はとなっていたが、2008年から70歳以上の高齢者には2割負担が導入された。「国民皆保険」のような制度は日本の経済成長を支える1つの仕組みとして有効に機能したので、すぐれた制度として高く評価されている。しかし、自己負担の増大によって収入や資産の低い層ほど経済的負担を理由にした受診抑制が多くなっているため、経済力によって医療格差が生じていることも大きな問題なのである。

更に、医療機関では、未収金の問題になっている。独立行政法人「国立病院機構」が運営する全国146の病院だけで2007年1月末時点での医療費の患者負担の未払い額が46億3985万円にのぼることがわかっている。生活困窮を理由とした未払いは2005年度に比べて約1億150万円増えている。1つの病院あたり、平均3178万円が未収金である²³。病院側から考えても、深刻な問題になってしまっている。

支払困難にもかかわらず自己負担が増大すると患者も医療機関も大変危険な状態に陥ってしまうというのは、良いことだとは思えない。そもそも、医療保険では「療養の給付」という、医療の現物給付を原則としている。窓口負担を「一部負担金」と呼ぶのもそのためである。したがって、最も大切なことは、病気やけがで医療が必要となった時に、医療を受ける権利があるという事である。医療機関は、医師法第19条によって正当な事由がない限りは診療を拒否することが出来ない決まりになっている。患者が窓口での自己負担が出来ないということが正当な事由にあたらないのである。そのため、医療機関での未収金の問題が発生するのは、経済力による格差を考えた窓口での自己負担を改めなければ何も解決しないのである。

貧困などを理由に患者が窓口負担できない場合は、国民健康保険法に、一部負担金の減額と免除規定がある。しかし、その基準は自治体によって異なるし、減額を実施している自治体が少ないのが実情である。貧困・格差の拡大が生活を揺るがしている間は、保険者に対しての制度を充実させることが大切である。医療機関としても窓口負担の困難な患者が受診した場合、各保険者に対して一部負担金の減免を相談し、最終的に窓口での支払いが受けられなかった時は、直接保険者に対して一部負担金相当額を請求するべきではないか。

医療ソーシャルワーカーが配置されている医療機関も存在する。患者の経済的問題について、専門的に相談に乗ってもらえるので、このような施設の充実や、利用の拡大が必要だと考える。一時的な困難であれば、生活福祉資金の貸付制度もある。生活全般が困窮している状況であれば、

²² 木村 (2005) p.13.

²³ 唐鎌 (2007) pp.60 - 61.

生活保護が適用される場合も少なくない。お金よりも命の方が大切である。命あってこそ私たちの生活なので、安心して受診の出来る医療機関を目指して欲しいものである。

II - 5 混合診療の解禁がもたらす問題

混合診療とは、医療における保険診療に保険外診療（自由診療）を併用することである。2011年時点での日本では原則として混合治療が禁止とされている²⁴。なぜ、混合診療が禁止とされているのか。そして、混合治療の問題点について考察する。

まず、日本の健康保険の医療に関する価格は厚生労働大臣が定めている。つまり、保険による同じ治療をどこの地域で行っても同じ金額だけ請求されるという事になっている。どこの地域でもどんな人でも平等な医療を提供するために、範囲外診療に関する費用を患者から徴収することを禁止している。もし、健康保険が適用される診療内容に加えて、それ以外の保険外診療が加わった場合、保険外診療分だけではなく本来なら健康保険からの給付対象分を含めた医療費が初診にさかのぼり、全額が患者の自己負担になっている。医療サービスの中で例外として患者から別途費用を徴収が認められているのは、差額ベッド代（入院時の個室代）や高度医療技術の一部だけである。上記のような例外を増やしていけば、全額自費にならなくて済むので、患者から見れば便利になったように感じるが、混合診療の背景にはいくつか重大な問題が隠されている。

1つ目は、財政難を理由に政府は、保険の給付範囲を見直そうとしている。その場合、混合診療を認める事でそれまで健康保険で診てもらえた診療までも「保険外」と制限される可能性がある。2つ目は、混合診療が導入された場合、保険外の診療の費用は患者の全額負担になるので、お金のある人とない人の間で不公平が生じてしまう可能性がある。3つ目は、医療は、患者の健康と命という最も大切な財産を扱うことである。お金の有無で区別される問題ではなく、「保険外」として扱われている診療の内容によっては必要な診療が受けられず、患者の命を奪ってしまう可能性がある。以上の問題より、混合診療は解禁するべきではない。

混合診療を認めるのではなく、安全で有効な医療方法や薬であることが客観的に証明されているのであれば、保険外ではなく健康保険として使えるようにするべきである。そうすれば、すべての患者に公平な医療の提供ができる。その中で問題になってくることがある。薬や医療の承認制度の判断基準が明らかではない事や審査・承認に費やされる期間が長すぎるという根本的な問題が存在する。製造や輸入の承認や健康保険適用の判断基準を明確にして、審議や結果をオープンにしていくことが必要だと考えられる。その結果、保険適用にされなかったのであれば、有効性や安全性等に問題があったということが考えられる。

そして、高度先進医療について有効性や普遍性が認められるものは、すべて保険適用とするのが筋であると考えられる。そして、日本の医療技術が高くなればなるほどに、より多くの患者に高度の医療を受けられるように改善していくべき問題である²⁵。差額ベッド代などのアメニティ

²⁴ 唐鎌（2007）p.100.

²⁵ 唐鎌（2007）p.101.

に関するものは、そもそも診療行為ではないので、その部分を患者から徴収しても混合診療に該当しないと整理するべきである。保険適用されなかった薬を混合治療として保険外で認めてしまえば、重大な健康被害等を拡大させてしまう恐れがある。したがって、安易に保険外診療や混合診療を認めるべきではないのである。

次に、使用数が保険で制限されている薬が存在する。しかし、同じ病気であっても、患者の年齢や体力、その他の病気の有無などで使用数は変化するので、個別の対応が必要となり、個々の患者に合った治療方法が選択されるべきである。したがって、場合によっては保険で制限されている以上の薬が必要な場合もある。したがって、医療を平均として扱うのではなく、患者さん一人一人の個別性を考えた保険になるべきであると考えられる。命は万人平等であり、医療を個人の支払い能力と関係させてはいけない。日本の医療保障制度は様々な変更を施されてきたとはいえ、まだ、改善しきれていない問題である。その中での混合診療の解禁で更に問題が大きくなる可能性が高くなると考えられるので混合診療を解禁するべきではないのである。

第Ⅲ節 諸外国と日本の医療保険制度の比較

Ⅲ-1 スウェーデンと日本の違い

日本では、医療サービスにかかる費用の大部分が健康保険によって賄われている。しかし、スウェーデンでは、県からの直接負担によってまかなわれる医療サービスになっている。そして、医療サービスの提供・管理・運営しているのが県であるため、財源主体と運営主体が一致している。県が中心的役割を担っている事については、歴史的経緯もあるのかもしれないが、県の人口規模が約42万人、面積が2.1万平方キロメートル（新潟県の約2倍）で保険医療サービス提供体制の広域的整備や医療費の財源調達といった観点からみて比較的都合の良い規模であると受け止められているからである²⁶。

日本のフリーアクセスとは違い、医療機関には、いくつかの段階がある。まず、初期医療を担当する地区医療センターがあり、県内の一部の地域をカバーする県地域病院、県全体をカバーする県病院、高度先進的な医療を提供する広域病院がある。病気になると、地区医療センターや緊急病院で診察を受け、その医師が症状に応じて上位の医療機関で治療できるように手配をする。診察料や薬剤費の自己負担は低い。そして、年間の自己負担額が高額になることを防ぐために年間の上限額が設けられているのでそれを超えた部分は患者が負担する必要がない。外来における年間の自己負担上限額は日本円で1万800円程度、医薬品の年間の自己負担上限額は2万1600円となっている。18歳以下の子供に至っては、外来・入院を問わず医療費は無料となっている。歯医者での歯の矯正も無料なために18歳までに済ませる子が多い。

スウェーデンの医療制度は基本的に県が地方税収（県税）と利用者の自己負担を財源として住民に医療サービスを提供しているほかに、運営費は県が県税から賄い民間の医療機関にサービス

²⁶ 井上 (2003) p.77.

提供を委託するものがある。これに対して日本は、健康保険と自己負担によって費用が賄われ、民間の医療機関がサービス提供の主体となっている。そのため、医療機関の利用の仕方や考え方が異なっている点に留意しなければならない²⁷。例えば、日本の考え方として、風邪やのどの痛みを感じたらすぐに病院に行き、診察を受け、薬をもらうというのはスウェーデンでは通用しない。スウェーデンでは、軽度の症状であれば自宅で療養し、アドバイスが必要であれば、県が提供する医療相談の電話窓口に掲けると看護師が相談に乗ってくれるようなシステムになっている。訓練を積んだ看護師が電話で詳しく症状を聞き、診察の必要があると判断した場合になって初めて医師の診察を受けることが出来る。

なぜこのようなやり方なのかは、限られた予算の中で、医療サービスが提供されているからである。県は各年の県税収の範囲内で住民が必要とする医療サービスをいかに効率よく提供するかを考えている。税収には限りがあるため、医療サービスにおいても優先順位を設け、どの分野にどれぐらいの予算を配分するか、どれぐらいの医師と看護師を配置すればいいのかを考えている。その為に、必然的に緊急性の低い症状に対する治療の優先順位は低くなる。緊急性が低いと診断されたが、医者にかかりたい人のために救急病院を設置しているが、待ち時間は相当長い。

III - 2 スウェーデンと比べた日本の医療制度の長所と短所

日本の医療制度に慣れていると、スウェーデンの医療制度は不便さが気になるであろう。しかし、日本のフリーアクセスに伴う過剰医療の問題を考えるとスウェーデンのやり方は見習う必要がある。日本の場合、個々の医師は医療行為や投薬をした分だけ、患者の自己負担や医療保険から報酬を手にすることが出来る。その為、本来は必要性が小さい治療や各種検査、レントゲン、投薬などが過剰に行われている可能性がある。しかし、他方では、その医療サービスが本来ならば必要ない事であっても、患者にとっては医者に診てもらえたという安心感につながる。

これに対してスウェーデンでは、財源や医療サービスの管理・運営について県がすべての責任を負っているため、医療行為や投薬を行った分だけ経費として自らに降りかかってくる。経費の予算オーバーは、地方税の税率引き上げにつながる。そのため、医療サービスを受ける必要性に応じて患者を入り口で振り分け、必要性の高い医療行為や投薬のみを行うという動機づけが働きやすい。その結果、医療費の膨張を抑えることが出来る。スウェーデンでは、医者からの診察を受けるまでは狭き門であるが、国際的にみても質の評価は高く、医療サービスが必要な場合には質の高い医療を受けることが出来る²⁸。さらに、医療に不満がある場合には、患者が異議申し立てを行うための手続きも整備されているので安心である。

日本とは制度そのものが異なるために比較の難しさはある。スウェーデンでも多数の問題があり、政治サイドからの様々な改善の試みが行われている。例えば、待ち時間が長すぎるのが問題になっているので、その日のうちに医療機関とコンタクトが取れる事や7日以内に一般医によ

²⁷ 湯元 (2010) pp.188 - 192.

²⁸ 湯元 (2010) p.188 - 192.

る診察、90日以内に専門医による診察、90日以内の治療や手術の実施という政策がある。

この制度はそれぞれの県によって導入してきたが2010年からすべての県が実施するように法制化された。県営だけではなく、民間による地区医療センターの参入を促し、住民がかかりつけの地区医療センターを自由に選択できる制度が導入されている。これらの試みによってスウェーデンの医療は改善されつつある。しかし、民間による地区医療センターの参入は効率性の向上というプラスの効果を指摘する声がある一方で、質の確保よりも運営経費の低さが重視される傾向にあるため、サービスの質の低下を懸念する声もある。医療機関の中には、患者に提供したという医療サービスの点数を水増しして県から余分に報酬を請求するケースも発覚しており、機能の強化が求められている。

III - 3 日本と諸外国との3つの医療水準

国の医療を見る時に、基準となる大事な水準が3つ存在する。1つは、医療の水準がどれだけ高いかを示す「質＝クオリティー」。2つ目は、医療の受けやすさを示す「利用のしやすさ＝アクセス」。3つ目が、どれだけ費用をかけ、どれぐらい効率的に制度が運営されているかをみる「コスト」だ。以上の3つをすべて満たすことは容易ではない²⁹。むしろ、出来ないと言われている。質が高く、だれでも利用できる医療を目指せば、費用がかさむ。費用を削ろうとすると、利用のしやすさの質が下がるといった具合である。

まず、日本の質の高さは、平均寿命の高さや、新生児の死亡率の低さが常に上位にいることや第I節の表でわかるように、平均寿命にアメリカやドイツは入っていない事から日本の医療の質はかなり高いレベルで維持されていることがわかる。

次に利用のしやすさからいうと、日本の年間一人あたりの受診回数はずば抜けて1位である。イギリスやドイツ、スウェーデンは、原則として受診が必要だと認められないと病院での受診が容易ではない。したがって、日本は年間1人当たり15回の受診回数だが、アメリカ8回、ドイツ7回、イギリス5回、スウェーデン3回と大きな差がある。日本の受診回数が多いのは、薬を飲んでいればそれほど受診する必要のない慢性病でも定期的に受診する人が多いといった事情がある。

最後に、コストについてみると、一人の受診回数が多いが、これは高齢者がほとんどである。高齢者は保険料で賄う割合が高いため、年間一人あたりの医療費は世界で高い方だといわれているのである。

III - 4 諸外国の医療制度の違い

医療保障の仕組みには、社会保険方式、国民保健サービス方式、私費診療方式の3つの方式がある。1つ目に社会保険方式は、医療保障制度を持つ多くの国が採用しているもっとも一般的な

²⁹ 花田 (2006) p.122.

方式で、日本もこの方式を採用している³⁰。特徴は、政府が運営主体の強制保険であること、被保険者本人とその使用者の拠出に国庫負担が加えられた三者拠出制であること、無料または軽減された利用料で医療サービスが受けられること等が挙げられる。誰がどのくらい負担するかが国によって違いが多い。ドイツやフランスでは、使用者（企業）の負担割合が相対的に高く、日本では、被保険者本人の負担が相対的に高い傾向にある。被保険者本人が医療サービスを受ける場合、医療費は原則無料である国が多い。

しかし、日本では、高い保険料を納めている本人に対しても3割の窓口負担を求めているので国際的には異例だと考えられる。国庫負担の高い国は、次に述べる国民保健サービス方式に向かう傾向が高いようである。国民保健サービスとは、保険料ではなく税を財源に、医療サービスを原則無料で国民全員に平等に提供する方式の事だ。別名、国営医療事業と呼ばれている³¹。例としてイギリス、スウェーデン、デンマーク等がこの方式を採用している。

イギリスは、医療保障を巡る様々な問題が、社会保障医療の限界と認識されたため、終戦直後の1948年にこの方式へ移行した。イギリスの医療経済学者である故B・エーベルスミスは、この方式を採用することを強く支持しており、理由として次の3つを述べている。

個人の健康は、その人の行動と支出に依存しているだけでなく、他人の行動と支出にも依存している。患者は、切迫した状態で医療サービスを求めることが多いため、十分な選択の余地がない。患者は、専門知識が乏しいために、最終消費者であるにも関わらず、医療サービスの内容を自分で決められない。以上の3つから、医療は「消費者選択に限界があるサービス」と捉えられるようになった。つまり、医療は市場メカニズムで提供される商品には馴染まず、公共財として提供されるものであると主張した。これが国民保健サービス方式だ。しかし、イギリスの国民保健サービスも「20世紀の奇跡」とまでいわれていたが、保守党政権下の医療への国家支出の削減によって荒廃化したとも言われている³²。どんなに良い制度でも医療保障に対する国家支出が削減されれば、医療の質が低下してしまうということがわかる。

最後に、私費診療方式について説明する。これは、アメリカが採用している方法で、医療サービスを商品として市場で提供する方式である。

戦前の日本でも、健康保険制度の適用者は一部の大企業労働者に限定されていたので、一般庶民からは事実上、私費診療方式であった。マイケル・ムーア監督の「シッコ (Sicko)」で社会保険医療が存在しないアメリカの医療市場で翻弄される人々の悲惨な現実が描かれている。その内容は、公的扶助医療を受ける貧困層以外の国民にとっては、民間医療保険会社への保険加入が必要とならざるをえないが、民間医療保険会社は営利追求なので、株主配当を高めるために、加入者からの保険請求をあらゆる手段を使って拒否しようとしているというものである。保険適用拒否に協力した医療審査医師は評価が高まり、高い報酬が得られるのである。保険請求の受付をするオペレーターも、膨大なマニュアルに従って受理件数を減らせれば減らすほど、賃金が高くなるのである。民間医療保険会社から多額の政治献金を受けている共和党の上院議員は保険維持機構

³⁰ 唐鎌 (2007) p.12.

³¹ 唐鎌 (2007) p.13.

³² 唐鎌 (2007) p.14.

と呼ばれる医療費抑制政策を導入した。つまり、民間医療保険と契約しても安心することが出来ず、中産階級の人々でも病気になると資産をすべて使い果たし、息子の家の地下に転がり込むことになるという現実があるということである。

マイケル・ムーア監督がこの映画を作る際に一番驚いたことが、イギリスの病院には、どこにも会計窓口が見つからなかったことだ。そして、やっと見つけた窓口はタクシーで来院した患者に交通費を支給するための窓口だったと話している。アメリカ型市場経済を標榜する日本の医療制度改革に対する警鐘であるともいえるだろう。人間の健康と命を市場経済に委ねてはならないという考えを日本人には決して忘れて欲しくないのである³³。

第IV節 公的医療保険制度の改革

IV - 1 これからの医者と患者の関係性

薬剤費の消費が世界第1位なので、無駄な処方をやめることが必要である。そして、フリーアクセスは、医者と患者の信頼関係の上で必要だと思うが、同じ地域に同じ科の病院を多く作り過ぎないように市町村や各自治体、都道府県で管理することが大事だと考えられる。全国的に見ても産婦人科は減少傾向にある(第II節参照)。したがって、産婦人科だけではなくその他の診療科も減少させていかない為にも医者不足と看護師不足だけは早急に改善させていかなければいけない。そして、地域医療の連携体制の構築が大事で長い期間の入院は更なる財政不安に陥るので、回復期を経た患者は自宅で十分なアフターケアが必要となってくる。医師や看護師から治療の必要性の一点に基づいて平等に扱われるシステムが医療保険制度の核心だといえるだろう。

IV - 2 新たな保険医療のあり方

公的医療保険制度を安定的に維持させることが出来る方法は保険医療の統合化である。これは、全国健康保険協会管掌健康保険・共済保険・組管掌健康保険・国民健康保険・後期高齢者医療制度を1つにするという考え方である。これらを段階的に統合していき、最終的には1本の医療保険にするべきである。

分立した医療保険は、歴史的成立過程や加入者の種別によって形成されているが、非正規労働者の増大などの労働状況を考えると、国民健康保険への過大な負担が寄せられ機能不全に陥りかねないので、統合化は合理的である³⁴。そして、保険料額の高騰をあまりしなくなると考えられるので、未加入者や滞納者が減ると考えられる。諸外国の制度を見習い、医療保険料は最低生活費を上回り所得に対してのみ応能で課すものとし、サービス利用にあたっては、原則自己負担の無いものにする。しかし、現行3割負担の7割給付である事から5年ごとや10年ごとの長い期

³³ 唐鎌 (2007) pp.12 - 15.

³⁴ 芝田 (2010) pp.194 - 196.

間に変更していくべきである。

IV - 3 社会保険が国民を守る

社会保険よりも民間保険に加入する人や、社会保険への未加入者が問題となっていると論じてきたが、社会保険が重要視されるべきである。民間保険では、加入者が健康状態などの虚偽の申告をすることによって保険料が釣り合わなくなり、保険として成り立たなくなる逆選択という問題がある。

次に、モラルハザードという問題があり、保険は個人をリスクから解放する半面、個人の行動に変化を生じさせ、却ってリスクが高まることをいうのだ。例えば、火災保険に入っているから火の元の注意を怠ってしまう事や、自動車保険に入っているから、安全運転を怠るなどがある。

最後に、インフレリスクの回避がある。これは、例えば入院日額1万円の保険に加入したとして、30年後に入院したとすると、その時は入院日額1万円で十分なのかどうかは予測不可能だ。しかし、社会保険ならば、その時代の景気や医療技術等によって金額が変動することで国民を守っていかうという事が大事であると考えられる。以上の事を防止する為にも、社会保険は、強制加入とすべきである。

疾病リスクの高い人が極端に高い保険料を請求されることもあり、加入拒否にあわないように、加入拒否や割増し保険料を禁止する。保険料は所得に応じた額とし、標準報酬月額の上限をあげ、高齢者も所得に応じた保険料負担をする保険料負担の公平化が必要である。というのも高齢者の間には経済的格差がかなりあるからである。そして、後期高齢者に使用されている医療費を貧困層へまわすことも大事になってくる。

保険内容に関しては、急性の病気に対しては出来高払い、慢性の病気に対しては定額払いの折衷型とする。これは、急性の病気を定額払いとすると、急性の病気になった時点で十分な医療が受けられない可能性があるからである。そして、慢性の病気は、症状がある程度安定しているので、定額払いとすれば、過剰な医療及び投薬が抑制されるのである。それにより医療費の抑制が可能となる。

IV - 4 一人一人が出来る事

多くの問題が浮上したが、医療保険は赤字財政に苦しんでいる。医療費膨張のつけは、最終的に国民の保険料や税金に降り懸かってくるのである。少子高齢社会では現役の壮年層に重くのしかかっているのも事実である。そのような日本では健康保険制度の財源を支える労働者層が減少している。医療の進歩とともに高齢社会が実現し、それに伴い医療の受益者層は増大している。医療費の膨張を抑制し、保険料の適正化を図る必要がある。長期の景気低迷による保険料収入の減少や医療費に高額化・高騰により健康保険組合では運営ができずに解散に追い込まれそうな所も少なくない。こうした状況を防ぐためにも保健医療システム・医療保険制度・診療報酬体系の

総合的な構造改革が必要である³⁵。

医療費の自己負担の割合を更に増加させたとしても、人間の健康面を含めると良い改善策とはいえない。患者は医師の診断に身を委ねるだけではなく、自分の問題として病気と向き合い、医療に参加する事が大事なのである³⁶。その1人によって日本の医療と医療保険制度が大きく変わるきっかけになる事は間違いない。少しの意識を変えるだけで大病を患うか患わないかの大きな差が生まれるのと共に医療費削減にもつながる。医療技術の進歩で不必要な検診や病気の見落としを減らし「疾病予防・早期発見・早期治療」に努め、生活習慣病患者の減少・医療費の削減を可能にしていくべきである。

おわりに

公的医療保険制度がこれからもすべての国民を守っていくためにどのような問題があり、改善していくべきか論じてきた。少子化問題や高齢社会に適応できる病院の在り方や保険医療の見直しが大事になってくる。財源だけが重要なわけではない。お金の有無で健康や生命が左右されるようなことがあってはならない。人間一人ひとりの命が一番大切だと考えるべきである。医療を与えられるものと考えていると将来への不安は一生無くならない。すべての命を大切にすれば財源の問題も自分自身の病気の問題も解決するだろう。効率的で質の高い安心できる医療の実現には、日ごろの健康づくり、医療機関の選択、理解のある医療、家庭復帰へのリハビリの努力など私たちすべての行動が重要であり、政府や医療関係者と私たち患者によって形成されていくものである。命の大切さをよく理解し、日本のみならず世界で1人でも多くの人に健康で安心して長生きしてほしいからこそ自分自身の体を自分で守っていくことが必要なのである。

参考文献

- ・あべ俊子 (2007) 『これからの年金・医療・福祉』中央経済社.
- ・家森信善 (2009) 『初めて学ぶ保険の仕組み』中央経済社.
- ・池上彰 (2011) 『知らないで恥をかく世界の大大問題 2』角川 SSC 新書.
- ・井上誠一 (2003) 『高福祉・高負担スウェーデンの分析』中央法規.
- ・井戸美枝 (2008) 『医療保険の事がなんでもわかる本』日本実業出版社.
- ・植村尚史 (2006) 『これでわかる医療保険制度 Q&A』ミネルヴァ書房.
- ・桶谷浩 (2010) 『いざという時にあなたを守る医療保険と介護保険』自由国民社.
- ・唐鎌直義 (2007) 『どうする！あなたの社会保障①医療』旬報社.

³⁵ 木村 (2005) pp.20 - 21.

³⁶ 新村 (2006) p.309.

- ・北村省吾（2006）『医療保険の基本と仕組みがよく分かる本』秀和システム.
- ・木村辰夫（2005）『日本の医療保険』保健同人社.
- ・芝田英昭（2010）『国保はどこへ向かうのか—再生への道を探る—』新日本出版社.
- ・鈴木亘（2009）『だまされないための年金・医療・介護入門』東洋経済新報社.
- ・高野利也（2007）『メタボリック症候群どう克服するか』岩波書店.
- ・内藤真弓（2006）『医療保険は入ってはいけない！』ダイヤモンド社.
- ・新村拓（2006）『日本医療史』吉川弘文館.
- ・西崎統（2008）『日本一クスリを使わない名医のメタボ予防と治し方』三笠書房.
- ・秤屋昭久（2009）『トクをする年金・保険・医療』主婦と生活社.
- ・花田正和（2006）『どうなる？あなたの社会保障』朝日新聞社.
- ・藤城博（2008）『食養で治すメタボリックシンドローム内臓脂肪をつけずに燃やす』農文協.
- ・湯元健治（2010）『スウェーデン・パラドックス高福祉、高競争力経済の真実』日本経済新聞出版社.
- ・厚生労働省（2009）『平成十九年度国民医療費の概況』
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-iryohi/07/index.html>
- ・厚生労働省（2003）『国民健康・栄養調査結果の概要について』
<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2005/04/h0421-1b.html>
- ・日本医師会（2011）『混合診療ってなに？～混合診療の意味するものと危険性～』
<http://www.med.or.jp/>
- ・社会保険庁（2001）『医療保険加入状況』
http://www.sia.go.jp/infom/tokei/gaiyo2001/gaiyo2001_05.htm