

国民医療費抑制策の実施とその課題

松井 宏樹

はじめに

国民医療費の抑制はこれまでも議論されてきた。国民医療費の伸び率を国内総生産や国民所得の伸び率以内に抑える案があった。いわゆる骨太の方針(2001)でも「国民医療費、特に高齢化の進展に伴う老人医療費について、その伸びを経済の動向と大きく乖離しないように抑える」としている。国民医療費の抑制は当然のように語られることがある。国民医療費の増加によって、企業は医療保険の保険料を負担しなければならず「保険料の上昇は労働費用を押し上げる要因となる」ため国民医療費の抑制に積極的な動機を持つ。もしくは「保険料の上昇が企業の生産活動を抑制するという経路を通じて経済活動全体に影響を与える」ことから国民医療費の増加を問題とする場合もある¹。

だが、国民医療費の抑制を強引に行っていくと、医療サービスの質の低下やフリーアクセスを侵害することにつながる。国民医療費の抑制だけが目的となてはいけない。本稿では、医療制度の歴史的推移によってどのような問題から国民医療費の増加が発生していくのかを考察していき、国民医療費の抑制は日本が取り組むのではなく、アメリカこそが取り組むべきことであり日本は医療の質を保つことを優先すべきであることを明らかにしていく。

1 医療制度の歴史的推移

1.1 セーフティーネットとなる国民皆保険制度の確立

日本では、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。日本の公的医療保険の歴史は古く、1922年の健康保険法の制定にまで遡る。国民皆保険制度は戦前にほぼ達成した経過があり、1938年に発足した国民健康保険は労働力の確保と治安対策の観点に加えて、国家総動員法の一貫として、兵力の確保の観点加わることになった。こうした政策実行のために、国民の相互扶助としての国民健康保険が必要となった。国民健康保険は相互扶助を基本として生まれたという点は、戦後における国民皆保険制をめぐる議論の際の伏線になる事柄である。設立当初、「1938年から1947年までの10年間に2500万人加入を目指す普及計画が立てられた。」「全国町村会、日本社会事業協会、大政翼賛会の協力はもとより、日本医師会等医療関係団体でも積極的な推進ははかられ、いわゆる国民皆保険総動員体制がしかれることによって」まさに国民皆

¹ 堀田 (2006) ,p.34.

保険が達成されようとしていたが戦争の影響で中断を余儀なくされた²。その後、戦後復興とともに徐々にその態様を整え、1958年の国民健康保険法改正から3年後の1961年、ついにすべての国民がなんらかの公的医療保険に加入する国民皆保険体制が実現することになった³。

日本の公的医療保険は歴史的に見ると、公務員共済、組合管掌健康保険、政府管掌健康保険などの職域保険が先にでき、地域保険の国民健康保険ができたのは一番最後であった。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、国保は国民皆保険を底辺で支える受け皿となっているといえるだろう⁴。

「国民皆保険の達成は受診機会の拡大に大きく寄与した。」しかし、国民医療費支出の面からみれば、皆保険の達成に加え、給付内容の改善(1963年10月に世帯主の全疾病について7割給付)や医療機関の急速な整備(皆保険後10年間で病床数は約1.5倍に増加)も進み、国民医療費は急激に膨張し国保財政を圧迫することとなる。その後、年金制度において物価スライドが導入される「福祉元年」といわれた1973年には、医療保険でも被用者家族の7割給付の実現が図られた⁵。

国民皆保険の最大のメリットは、「疾病リスクの相違や所得の多寡にかかわらず国民誰もが一定の自己負担で医療にアクセスできること」である。たとえサラリーマンが失業や転職をしても国保が「受け皿」になるため、失業等により医療保険を失うことはない。一言でいえば、個人のライフサイクル上のリスクを軽減するセーフティーネットとして、国民皆保険制度は非常に大きな役割を果たしているといえることができる⁶。

国民健康保険

国保は、市町村を単位として組織され、国保運営は原則として市町村単位で行われる。加えて、国保では「被用者保険のように世帯単位ではなく個人単位で加入する。」被用者保険では、雇用されている被用者を被保険者、その扶養家族を被扶養者として扱うのに対して、国保では、加入者全員を被保険者として扱う。このため、被用者保険では、被保険者だけが保険料負担義務を負うのに対して、国保では、加入者全員が負担義務を負う⁷。

国保の財政は不安定化しているといわれているが本当なのだろうか。厚生労働省によると、1961年の被保険者数は4511万人で、2001年の4477万人とほとんど差はなく、対国民比率はそれぞれ47.0%と35.4%である。老人加入率は1961年が4.8%、2001年が26.6%、世帯主の職業をみると、そのうちの無職者の割合は1961年が9.4%、2001年が50.9%となっている。国保の設立当初は高齢者を支える仕組みが整っている。国保の財政が不安定化しているという問題は、時間が経って被保険者の構成が変化していき、起こってきた問題であることがわかる。

² 岩瀬 (2004) ,p.16.

³ 小松 (2005) ,p.2.

⁴ 小松 (2005) ,p.3.

⁵ 島崎 (2005) ,p.17.

⁶ 島崎 (2005) ,p.37.

⁷ 小松 (2005) ,p.6.

組合管掌健康保険

組合管掌健康保険は、その名が示す通り、健康保険組合が保険者となって運営される職域保険の1つである。政府や地方公共団体が保険者となる政府管掌健康保険や国保と異なり、組合管掌健康保険では、保険料率の決定、保険料労使負担割合の決定、付加給付、保険事業などについての裁量が認められている。特に保険料率と労使負担割合についていえば、組合健保では法定範囲内であれば裁量で自由に保険料率を決めることができる。加えて、保険料率の労使負担割合では、2001年の平均保険料率 8.599%のうち、事業主と被保険者の負担割合は、それぞれ 4.802%と 3.758% (56:44) となっている⁸。

政府管掌健康保険

政府管掌健康保険の保険者は政府である。そのため、政管健保全体で統一的な保険運営が行われる。つまり、組合健保にみられるような裁量は認められないということだ⁹。

運営の自由度がない代わりに、政管健保には多額の公費補助が約束されている。2001年時点で国庫からは、事務費の全額補助、給付費の13%定率補助、老人保健医療費拠出金の16.4%定率補助、特別保険料の被保険者負担割合の40%定率補助が行われている。その結果、政管健保収入に占める公費割合は13.53%となっている。政管健保では保険料率の自由変更はできない。労使負担割合についても労使折半(50:50)が原則である¹⁰。

1.2 医療保険制度間で保険料負担格差は存在するのか

1998年の国民医療費全体における財源別構成比は、公費が32.9%、保険料のうち事業主拠出が22.5%、被保険者拠出が30.0%、自己負担が14.6%となっている。長期的なトレンドでみると、保険料収入の占める割合は低下傾向にあり、これは経済の低迷と保険料を負担する人口の減少に起因している¹¹。

さて、ここでは被保険者の保険料負担割合には格差が存在するのかということを明らかにしていきたい。各医療保険制度ごとの財源比を比較すると、政管健保では保険料80.9%、国庫負担18.8%、組合健保では保険料88.4%、国庫補助0.1%となっている一方で、国保では保険料34.7%、国庫支出金37.1%に加え、療養給付費交付金が13.6%あり、このようにみると各医療保険間で保険料負担割合に格差が存在するようにみえる。しかし、これはあくまで被用者保険の事業主負担を被保険者に帰着しないと解釈した場合の話である。事業主負担が被保険者に帰着するとならば、上記の政管健保と組合健保で述べた労使負担割合をもとに計算すると、政管健保は労使負担割合が50:50であるから被保険者の保険料負担割合は40.45%、組合健保は労使負担割合が56:44であるから被保険者の保険料負担割合は38.8%となり、保険料負担割合の低い順に国保、

⁸ 小松 (2005) ,pp.9-10.

⁹ 小松 (2005) ,p.12.

¹⁰ 小松 (2005) ,p.12.

¹¹ 山崎 (2003) ,p.28.

組合健保、政管健保となり、制度間ではほとんど格差は存在しないといっている。

しかし、これは負担比較を個人単位で行った場合である。「国保の賦課単位は個人であるが、保険料徴収単位は世帯である。一方、被用者保険の賦課単位は世帯であり、世帯主である被保険者のみが保険料を支払い、被扶養者は免除される¹²。」このことを考慮にいれて考えてみると2008年、相対的に収入の低いフリーター、ニートなどが加入している国保では世帯単位では負担が重くのしかかっているととらえることもできる。

1.3 老人医療無料化による医療財政の圧迫

加齢は病態を慢性化・複合化させる。そのため高齢者医療費はその他の世代に比べて高額化する傾向にある。日本では高齢者の国民医療費負担は1970年代初め頃まで、その他の世代と同じ扱いであった。つまり、加入先の公的医療保険が定めた保険料と自己負担額を支払っていたのである。「このうち保険料については、社会保険制度の特徴である所得比例の原則が適用されたため、年金制度が未成熟で所得が相対的に低かった高齢者は非常に低額の負担で済んだ。」しかし、自己負担額については、かかった国民医療費に応じて定率負担することになっていたため相対的に医療費が高額になりがちな高齢者には重い負担だった。そのため、重い自己負担を嫌うあまり、高齢者が医療機関での受診をためらい、そのことが却って病状を悪化させるという事態を招いていた¹³。

そのような問題に対処するため、高齢者の自己負担を軽減・免除するという先進的な取り組みが全国的に広がっていく中で政府は、1972年に老人福祉法を一部改正し、高齢者は若者と異なった取り扱い、いわゆる老人医療無料化政策を実施することとなった。「老人医療の無料化は、経済成長の恩恵を医療アクセスの形で高齢者にも与えるという画期的な政策であった。」制度導入以後、高齢者の医療機関への受診率は飛躍的に伸びたが、その反面無料化政策はモラルハザードを助長することになり高齢者による過剰受診を招くこととなった¹⁴。そこで高齢者にも自己負担をしてもらう老人保健制度が制定されることになった。

老人保健制度の導入と課題

1972年に老人福祉法を一部改正した老人医療の無料化によって高齢者の受診が急増し、公的医療保険財政の悪化に拍車をかけることになった。しかし、一端無料化した高齢者の自己負担金を引き上げるのは政治的にも困難であった。そこで、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¹⁵。

「老人保健制度は75歳以上の高齢者ならびに65歳以上で寝たきりの状態にある高齢者を対象にした制度」で、財源は各公的医療保険からの拠出金、公費と自己負担で構成され、実施主体は

¹² 小松 (2005) ,p.22.

¹³ 小松 (2005) ,pp.13-14.

¹⁴ 小松 (2005) ,p.14.

¹⁵ 堀田 (2006) ,p.24.

各市町村である。高齢者はそれぞれの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うち81%は国保の加入者である。そして、自己負担率は1割で、非高齢者の3割に比べて軽減されているが、一定以上の収入がある場合は2割負担となる¹⁶。

だが、老人保健制度の問題は、高齢者医療費の伸びに歯止めをかけることができなかった点である。負担の公平化には一定の成果を上げたが、老人保健制度だけでは国民医療費の増加による負担に耐えることができなかった¹⁷。

そこで、これから高齢者医療の在り方について、「①すべての高齢者を対象に各医療保険制度から独立した高齢者医療制度を設ける独立方式、②被用者OBを対象とする新たな保険者を創設し、その医療費を被用者保険グループ全体で支える仕組みを設ける突き抜け方式、③保険者は現行制度のままで保険者の責によらない加入者年齢構成の違いによって生ずる各保険者医療費支出の相違を調整し、保険者間の負担の不均衡を是正する仕組みを設ける年齢リスク調整方式、④被用者か否か、あるいは、高齢者か非高齢者かで区別せず、全国民を対象とする地域単位の新たな医療保険制度を設ける一本化方式」の4案が主張されてきた¹⁸。

老人保健制度や独立方式、突き抜け方式、年齢リスク調整方式、一本化方式などは増え続けてきた国民医療費をどうにか加入者で負担するために作られてきた制度とっている。

2 国民医療費の増加と抑制

日本は財源調達手段として社会保険方式を採用しているため、財源に占める保険料の割合が相対的に高い。だが、1997年の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の導入、2000年の自己負担限度額引き上げの影響で保険料割合が減少し、自己負担割合が増加している。患者の自己負担割合の高まりはモラルハザードに起因する無駄な費用を抑制できる反面、高リスク者もしくは、低所得者の医療アクセスを阻害する危険がある。国民医療費の抑制だけを目的とすると医療の質の低下をまねく恐れがある¹⁹。この節では、国民医療費の増加要因と、国民医療費の地域差、そして質を維持したまま国民医療費を抑制できると期待されている在宅医療について考察していく。

2.1 国民医療費の3つの増加要因

日本の国民が医療サービスの消費のために1年間に支出した金額のことを国民医療費といい、OECDで各国の国民医療費比較が行われている。厚生労働省の定義によれば、日本では「疾病の

¹⁶ 堀田 (2006) ,p.24.

¹⁷ 小松 (2005) ,p.16.

¹⁸ 竹下 (2004) ,p.103.

¹⁹ 小松 (2005) ,p.4.

治療」が医療である。したがって日本の国民医療費は疾病の治療のための支出ということになる。国民医療費に含まれないものとしては、妊娠や健康診断・人間ドック、予防接種、柔道整復・あんま・はりなどがあげられる²⁰。

その国民医療費であるが、増加要因として主に3点あると考えられている。医療サービスの名目価格の上昇、高齢化、医療技術の進歩の3点である²¹。

ここで、この3点の要因のうちに注意しなくてはならないのは最後の医療技術の進歩による国民医療費の増加である。医療においては、技術の進歩がむしろ国民医療費を増加させる原因の1つになっていると考えられている。これは、医療技術の進歩はそれまで可能であったことを可能にするので、それだけ国民医療費は増加していくのだという考えからきている²²。

しかしながら、これをミクロ的な視点からみると、医療には国民医療費を押し上げる要素と押し下げる要素が混在している。国民医療費を押し上げる医療技術としては、人工腎臓や臓器移植などの延命技術がある²³。

一方で、明らかに医療技術の進歩による医療の効率化も進んでいる。例えば、胃および十二指腸潰瘍の治療は、手術が多く行われていたが、H2ブロッカーといった抗潰瘍薬の発達によって手術の適用は著しく少なくなった。加えて、腹腔鏡的手術は、侵襲が少ないので手術後の回復が早く、入院期間は著しく短縮され、その日のうちに帰宅することが可能となった。これは経済的にも従来の開腹手術と比較して著しく効果がよいということができよう²⁴。

このように、医療技術の進歩には医療の効率を向上させ、さらに国民医療費も低下させるものと国民医療費を押し上げる要因があるものが混在しているので注意しなければいけない。

2.2 国民医療費と地域差の存在

日本では診療行為の単価は基本的に全国一律であるにもかかわらず、実際に各地域における年間1人当たり国民医療費には大きな地域差が存在している。国民医療費の地域差を考えることが効率的に国民医療費を抑制できる方法を見つけるヒントとなる可能性がある。ここで、1人当たり国民医療費が高いのは、北海道のほか、中国、四国、九州など西日本に多く、低いのは千葉県、埼玉県などの関東、長野県のある中部、東北といった東日本に多い。いわゆる国民医療費の西高東低という現象である²⁵。

厚生労働省が公開している医療費マップによれば、2005年の国民健康保険1人当たり国民医療費は、全国平均が38.6万円であるのに対して、最高は高知県の49.2万円と全国平均よりも約11万円も高い。高知県の次に高いのは山口県の49.0万円、広島県と北海道の48.9万円となっている。北海道、中国、四国が上位を占めている。一方で、最低は千葉県の31.2万円であり、全

²⁰ 堀田 (2006) ,p.27.

²¹ 堀田 (2006) ,p.30.

²² 郡司 (2001) ,p.8.

²³ 郡司 (2001) ,p.8.

²⁴ 郡司 (2001) ,p.10.

²⁵ 太鼓地 (2001) ,p.29.

国平均よりも約7万円も低い。千葉県の次に低いのは、埼玉県の31.9万円、茨城県の32.0万円となっている。これからもわかるように1人当たり国民医療費が高いところは主に西に、低いところは東と国民医療費の西高東低がみられる。市町村の1人当たり国民医療費を比べてみると差が大きい。最高の沖縄県渡名喜村と最低の東京都御蔵島村の差は約5倍もある²⁶。

一人当たり国民医療費が高い都道府県である北海道・中国・四国と低い千葉県・埼玉県とを比べてみると、地域差の原因としてまず考えられるのは人口に占める高齢者の多さであろう。高齢者と非高齢者とでは約5倍の国民医療費格差が存在するので、高齢化率が高ければそれだけ国民医療費が高くなって地域差が拡大するのは明らかである²⁷。

ここで、高齢化の影響を除いた地域差の存在をみてみたい。厚生労働省が公開している国民健康保険医療費マップでは、年齢構成の影響を除いた実質的な国民医療費の地域差を地域差指数と呼んでいる。2005年で地域差指数が最も高い都道府県は北海道の1.207となっており、次は福岡県の1.205、徳島県の1.188、長崎県の1.177、佐賀県の1.155の順になっている。逆に最も低い都道府県は千葉県の0.862、次は長野県の0.884、茨城県の0.892、静岡県0.895、埼玉県の0.896の順となっており、最高と最低の格差は約1.4倍となっている。高齢化の影響を除いて国民医療費の地域差をみてみても国民医療費の西高東低は変わらない²⁸。

では、国民医療費の地域差が生じる原因は何なのだろうか。青木(2001)は原因の1つとして患者の行動が地域差を発生させるとしている。

患者の行動による地域差の存在

疾病の種類や重症度などの患者特性が等しいのにもかかわらず、国民医療費の地域差が発生してしまっているのは、最終的に患者の受ける診療行為に差があるからである。日本では、後でも述べるが、診療報酬制度によってすべての医療サービス1単位当たりの価格が定められている。この価格は全国一律なので、サービス単価の違いによって国民医療費の地域差が生まれることはない。したがって、同一特性をもつ患者の国民医療費に差がみられるのは、診療行為に地域差があるということの意味している²⁹。

日本では、比較的軽度の患者でも大病院、大学病院で受診しようとする「患者の大病院志向」というものが存在している。では、医療機関の規模によって、一件当たり国民医療費はどの程度違うのだろうか。ベット数が19床以下の有床診療所から500床を超える大病院まで比較してみると、すると、一件当たり入院医療費は、有床診療所では平均16万2964円と最も低く、病床数が500床以上の大病院では平均44万8521円と、2倍以上になる。医療機関の規模が大きくなるにしたがって、国民医療費が高くなる傾向にある。これはすべての都道府県を通じて観察される現象である³⁰。

²⁶ 太鼓地 (2001) ,p.29.

²⁷ 太鼓地 (2001) ,p.30.

²⁸ 太鼓地 (2001) ,p.31.

²⁹ 青木 (2001) ,p.145.

³⁰ 青木 (2001) ,p.146.

では、大病院志向によって国民医療費が増加することが経済学的にどのように問題なのだろうか。これを経済学的に考えてみるうえで、「患者自身が自分の病状について、正確な知識をもつかどうか重要になってくる。」ここで、患者の症状には、重症と軽症の2種類しかないとし、重症の患者は大病院でなければ治療ができないが、軽症の患者はどちらでも治療可能であると仮定する³¹。

まず、患者の病状についての知識が完全である場合「患者はあらかじめ自分が重症なのか、軽症なのか知ったうえで、純便益が最大になるように病院規模を選択できる。」この結果、患者の純便益の総和である消費者余剰も最大化され、社会的に最適な状態が達成される³²。

次に患者が病状について不完全な知識しかもたない場合では、「患者は大病院、小病院を受診したときの期待純便益を比較して、より大きな期待純便益が得られる病院を選択する。」ところが、患者の知識が不完全であるために重症であるにもかかわらず小病院を訪れる患者、軽症であるにもかかわらず、大病院を訪れる患者がでてくる。「前者には、大病院へ再訪するための追加的費用が発生」し、「後者は、小病院へ行くことで削減できたはずの費用を余分に負担している」ことになる³³。

この現象を地域差との関連でみると、大病院患者の割合が高い地域では、小病院へ行くことで削減できた費用による厚生損失が大きい。逆に小病院患者の割合の高い地域では、前者の要因による厚生損失が大きいことになる³⁴。

2.3 国民医療費抑制に貢献する在宅医療の導入と課題

国民医療費抑制のために様々な案が導入まではいかずとも検討されていることであろう。しかし、これにより医療の質まで低下してしまつては本末転倒である。医療の質を維持もしくは向上させつつ国民医療費を抑制できる方法はないものだろうか。単に国民医療費の抑制のみに着手して議論することは危険である。本来議論すべきことは医療の質とそれに費やされる国民医療費のバランスである効率性の問題である³⁵。

医療の質を低下させずに国民医療費の歳出を抑制できる可能性を秘めたものに、在宅医療の推進がある。事実、診療報酬上も在宅医療に関する点数は改定のたびに、全体の改定率以上に点数は引き上げられ、加えて、その項目も増加してきている。社会保障審議会医療保障部会では、入院死亡の割合を減らし、在宅死亡の割合を40%まで増やした場合の影響、入院医療費と在宅医療費の比較が例示されている。それによると、様々な自宅療養、在宅療養というような環境を整えた上で自宅での死亡を40%に増やすと、死亡前1か月の医療費に係る影響は、給与費ベースで2015年には約2000億円減少、2025年には約5000億円減少すると推計されている³⁶。

³¹ 青木 (2001) ,p.157.

³² 青木 (2001) ,p.157.

³³ 青木 (2001) ,p.158.

³⁴ 青木 (2001) ,p.158.

³⁵ 大久保 (2005) ,p.27.

³⁶ 大久保 (2005) ,p.27.

では、なぜ在宅医療を導入することによって国民医療費が抑制できるのだろうか。ここで、入院医療費とは「室料、看護料、給食料、入院時医学管理料等の合計」である。1992年の入院にかかる点数構成割合は「看護料が37.0%でもっとも多く、以下入院医学管理料25.6%、給食料19.1%、室料15.7%」である。つまり病院での治療から自宅での治療に切り替えることによって、点数構成割合の高い看護料(人件費)や給食料などを抑制することにより、国民医療費の抑制が可能になるということの意味している³⁷。

しかし、国民医療費が抑制できた反面、経済計算では計上されない家族介護に負担がくることになる。その家族介護は重要な資源である。簡単に考えると、家族介護者が介護の時間を家庭外で働けば所得が得られる。つまり彼らは、そのような潜在的所得を放棄して介護をしているのである。このような所得を経済学では機会費用と呼ぶ。この機会費用を測定することは困難であるため、その代用として、家族介護者がパートやホームヘルパーとして勤務した場合の時給が用いられることが多い³⁸。

厚生省は、老人介護の社会的費用の中に「家族ケアのコスト」を加えるようになっている。それによると、「1990年には家族ケアのコストは2兆円にも達し、家族介護の社会的費用総額3兆7652億円の55.2%を占めている。」このコスト算出方式は「在宅の要介護者の1日当たり平均介護時間(重度7時間、中度3.5時間)×365日×要介護人数(重度77万7404人、中度60万9579人)×ホームヘルパー補助金基準額(なぜか一律中介護基準で時給740円)³⁹。」

このように在宅医療の推進によって、国民医療費に計上されない家族ケアのコストに負担がかかってくることになる。しかし、人生の最後を自宅で迎えたい人も多い。2001年に内閣府が高齢者対策基本法に基づいて行った調査によると、半数以上の高齢者が自宅を望んでいる。特に70歳から74歳までの高齢者は62.1%が自宅で最期を迎えたいと望んでいる⁴⁰。これから在宅医療を推進していくのであれば国民医療費には計上されない家族ケアの負担が課題となってくる。

3 診療報酬制度とは

診療報酬とは、受け取る側の医療機関にとっては企業の売上高に当たるものだが、支払う側の保険者や患者にとっては医療を受けるのに必要となる費用を意味し、消費者が企業から商品やサービスを購入する場合の購入価額である。さらに、企業の個々の商品やサービスの価額に相当する医療行為の価額は、患者と医療機関の自由な交渉によって決定していくのではなく、全国一律の公定価格として政府が決定しているのである⁴¹。医療需要が多様化・高度化したほか、疾病構造も慢性疾患・生活習慣病の時代と変化していくとともに、医療供給も高度化・複雑化して、医

³⁷ 二木 (1995) ,p.98.

³⁸ 二木 (1995) ,pp.176-177.

³⁹ 二木 (1995) ,p.178.

⁴⁰ 大久保 (2005) ,p.39.

⁴¹ 竹下 (2005) ,p.1.

療機関の機能分化も進んでおり、診療報酬の決定は複雑なものになっている。この節では診療報酬の決まり方、診療報酬の改定が与える影響を中心に明らかにしていきたい。

3.1 法律による診療報酬制度と変化

保険医療機関の指定を受けた病院(病床数 20 床以上)もしくは診療所(無床もしくは病床数 19 床以下)は患者に医療を提供すると、患者に対しては自己負担を、患者(被保険者もしくは被扶養者)が加入している健康保険の保険者に対しては、患者の自己負担を除く額を、診療報酬として請求する⁴²。

健康保険法第 76 条第 1 項によると、「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」と規定されている⁴³。

そして、第 2 項に規定されているように、保険医療機関が患者とその保険者に請求できる価額は、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、それぞれの医療行為ごとに点数として定められており、「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⁴⁴。」

3.2 診療報酬における原価計算のしくみ

「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には、提供される個々の医療行為の一定給付当たりの価格(販売価格)として設定されなければならない。」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 カ年もしくは 1 カ月という一定時期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し、それに加えて「全国共通の公定価格を、費用発生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になる⁴⁵。」

全国の保険医療機関の設備や人員は多種多様であり、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や経験も異なっている。こうした状況の中で、すべての診療行為ごとに、全国一律の公定価格を決定しようとする場合どのようにすればよいのだろうか⁴⁶。ここで仮に厚生労働省が強制したとしても、全国の医療機関のすべてが原価計算を実施できるわけではない。「そ

⁴² 竹下 (2004) ,p.3.

⁴³ 竹下 (2004) ,p.3.

⁴⁴ 竹下 (2004) ,pp.3-4.

⁴⁵ 竹下 (2004) ,p.5.

⁴⁶ 竹下 (2004) ,p.5.

もそも診療行為ごとに原価を計算するには、まず部門ごとに原価を集計しなければならない。」原価計算によって算定した原価に基づいて、診療行為ごとに公定価格を決定していくのは容易なことではないのだ⁴⁷。

3.3 診療報酬の改定と影響

診療報酬点数全体の引き上げ率を点数表構成してい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ている。なぜなら、「点数表改定によって、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。」国民皆保険制度を維持するためには、診療報酬点数表の定期的な見直しが必要になってくる⁴⁸。

「診療報酬の改定は、診療報酬点数表全体の額をどれだけ増加させるか、減少させるか(パイの大きさをどれだけ大きくするか小さくするか)という改定率の決定と、診療報酬全体の額を個別の診療行為にどのように配分するか(パイをどのように切り分けるか)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。」そして、診療報酬の改定により、診療報酬を引き上げると、患者の自己負担、医療機関への保険者の支払い額に影響を与える。公的医療保険の仕組みから、診療報酬を引き上げるためには、国家財政と地方財政がどれだけ負担するかを考慮しなければならない⁴⁹。

とはいうものの、ある年に診療報酬を1%引き上げたら、その年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みてみなければわからないものであり、事前に正確な予測をすることは困難である。そこで、「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、政府予算編成作成に入る直前に、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⁵⁰。」

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、別に告示等で定められているから複雑になっている。そのうえ、2年ごとに行われる診療報酬点数表の改定は、前述したように、厚生労働大臣と財務大臣の政治折衝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。改定のたびに複雑になり、根本改革の必要性が指摘されてきた。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

⁴⁷ 竹下 (2004) ,p.6.

⁴⁸ 竹下 (2004) ,p.10.

⁴⁹ 竹下 (2004) ,p.12.

⁵⁰ 竹下 (2004) ,p.12.

本病院協会と共同して10病院から財務データと医師データを収集し、2001年3月7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⁵¹。この報告書では、「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部門と手術部門を設定し」「費用を各部門に配賦した後に、個々の診療行為ごとの各患者への投入量を把握して、各患者へ原価を配賦している。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賦している⁵²。」

「最終報告によると、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。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、診療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。この最終報告書では、①出来高払い方式は患者の属性や重症度からみ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症度分類を開発する必要がある」としている⁵³。

厚生労働省が2002年12月17日に発表した「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、看護の必要度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⁵⁴。

4 薬価基準制度の決定と影響

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きた。低い技術料を埋め合わせるために、厚生大臣が定める薬価(薬価基準に記載される価格)は、薬価差益が発生するように定められてきた。患者に投与すると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、必要以上に投与したり、必要以上に検査(検査には薬剤が必要)を行う傾向が生じることとなり、これが国民医療費を増加させる要因となった⁵⁵。この節では、薬価がどのよう

⁵¹ 竹下 (2004) ,p.30.

⁵² 竹下 (2004) ,p.31.

⁵³ 竹下 (2004) ,p.31.

⁵⁴ 竹下 (2004) ,pp.31-32.

⁵⁵ 竹下 (2004) ,p.41.

な過程で決定していき、それがどのような影響を与えているのかを明らかにしていきたい。

4.1 医薬品の流通と薬価差益の発生

医薬品が患者に投与されるまでには、医薬品の製造から医療機関もしく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過程は、他の商品流通と同様である。ところが、健康保険に基づいて処方箋によって患者に投与される医薬品については、投与したときに、医療機関もしくは保険薬局が、患者とその保険者に請求する薬剤の価格(小売価格に相当)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⁵⁶。

政府が決定する薬剤の公定価格は、できるだけ市場の実勢価格に近い価格が望ましい。患者が自由に選択した市中の薬局に医師から受け取った処方箋を提示して、市場の実勢価格に基づいて患者が納得する価額で薬剤を購入すれば、市場の実勢価格に基づいて医薬品の販売が行われることであろう。「しかし、この方式では、患者がいったんは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ので、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は課題となっている⁵⁷。

医療機関が事前に使用薬剤を予測して、立替払で医薬品卸売業者から購入しておき、患者に投与した後に購入価額を患者とその保険者に請求する場合、医療機関ごとに異なる実際購入価額を公定価格にすることもできないから、患者全額立替払制度と同様に、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の決定をどのようにするかが課題である⁵⁸。

医薬品については、最終の小売価格が最初に決まっていて、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点が、他の商品の取引価格とは異なっている⁵⁹。

「政府が薬価差益を縮小しても、全国の医療機関の薬価差益が一律に低下するわけではない。」商品を販売する側にとっては、どのような顧客に販売しているかが、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ということは大きな宣伝効果があるので、知名度の高い大規模病院へ競って納入していった結果、これらの病院は薬価差益を入手することができる⁶⁰。

4.2 国民医療費増加を加速させる薬価差益の防止

医療機関が患者に医薬品を投与したときに、患者とその保険者に請求できる薬剤価格について、

⁵⁶ 竹下 (2004) ,p.35.

⁵⁷ 竹下 (2004) ,pp.35-36.

⁵⁸ 竹下 (2004) ,p.36.

⁵⁹ 竹下 (2004) ,p.36.

⁶⁰ 竹下 (2004) ,pp.36-37.

「薬剤料は薬価が15円以下であるときは1点とし、15円を超える場合は10円又はその端数を増やすごとに1点を加算する」と診療報酬点数表に記載してある。この厚生労働省が定めた薬価を、医療機関は使用薬剤の請求価格として点数に加算して、一部負担を患者に、残りを患者の保険者に請求する⁶¹。

「ある薬剤について厚生大臣が定めた価格が100円であるとする、医療機関は100円以下で購入しようとして、医薬品卸売業者と交渉するから、医療機関の購入価額は、95円であったり90円であったりする。医療機関が購入するときの実際購入価額は、厚生大臣が定めた価格以下になる⁶²。」

このような薬価基準制度の下では、医療機関は公定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⁶³。

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傾向が強くなる。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なく、過度な医薬品の投与によって病状を悪化させることにつながりかねない。医療機関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⁶⁴。

そこで、薬価基準制度を廃止し、これに代わる新しい制度の創設についていくつかの改革案が提示された。厚生省が1997年に発表した「医療保険及び医療提供体制の抜本的改革の方向」では、「薬価基準制度を廃止して、新たな仕組みとして、治療効果が類似し、治療上代替可能な成分についてグループごとに分類し、グループごとの医薬品群の市場実勢価格を基本にその医薬品群の医療上の有用性、外国薬価、市場規模を勘案して医療保険から償還する基準額を定め、医療機関および薬局が基準額を上回る価格で購入した医薬品については、その上回る額を患者の負担とし、下回る価格で購入した医薬品についてはその購入価格で医療保険から償還し」薬価差益が生じないようにした⁶⁵。

そして、2000年10月に新薬の算定ルールを検討する薬価算定組織が設立された。

4.3 薬価算定と国民医療費抑制のための後発医薬品

新医薬品の薬価算定については、中医協「薬価算定の基準について」によって行われている。既収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)方式により行われてきた。改正前薬価が100円、消費税込購入価格の加重平均値が80円であれば、新薬価は改正前薬価のR幅2%を加えて82円に改正される⁶⁶。」

⁶¹ 竹下 (2004) ,p.40.

⁶² 竹下 (2004) ,p.41.

⁶³ 竹下 (2004) ,p.42.

⁶⁴ 竹下 (2004) ,p.43.

⁶⁵ 竹下 (2004) ,p.43.

⁶⁶ 竹下 (2004) ,p.45.

ここで、後発医薬品(ジェネリック)について述べたい。医薬業界では、効果と安全性が確認され、薬価基準に収載される後発品をジェネリックと称している。後発品つまりジェネリックは、国民医療費のなかで大きな部分を占める薬剤費について、その無駄の排除、合理性を考える上で、活用が促進されている⁶⁷。

では、なぜ後発医薬品は値段が安いのだろうか。通常、メーカーが新薬を開発し、製造する場合、その開発にかかる経費は260億円から360億円必要といわれている。それに加えて、10年から20年の歳月を必要とする。しかし、後発医薬品は、新薬メーカーが開発した薬と同じ有効成分を使い、限られた項目(製剤の品質規格に関する資料・製剤中での安全性に関する資料・製剤の生物学的同等性に関する資料)の資料作成のための開発研究を行い、先発医薬品よりも短期間で終わるので、開発には数千万円で済むといわれている⁶⁸。

「後発品が初めて収載される場合は、先発品に0.7を乗じて算定される。類似する後発品が20品目を超える場合は、類似薬に0.9を乗じて算定される。後発品が既に収載されている場合は、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⁶⁹。」

だが、総務省行政評価局が1999年から2001年までに実施した調査によると、「医薬品の採用品目数を把握できた25医療機関のうち12医療機関では、後発品を全く採用していない」ことがわかった。「25医療機関全体の医薬品目数に占める後発医薬品品目数の割合は0.4%にすぎない。」このように後発医薬品の採用が低調な理由として、後発医薬品の承認審査に関わる生物学的同等性試験や溶出試験に関する先発医薬品との比較データ等同等性の根拠となる情報を、厚生労働省が公開していないことにある。このような情報不足の状況によって、「調査した61医療機関のうち21医療機関が後発医薬品は先発医薬品と同等であると確認ができないと回答している。」そして、61医療機関のうち17医療機関では、後発医薬品の製薬企業は副作用の情報収集・提供が十分でないため、緊急時の対応に不安があるとしている。「さらに、成分、効果が同一で、商品名が異なる医薬品が複数存在する実態や、価格等の情報が国民に与えられていない現状が患者自身による医薬品選択を困難にしている⁷⁰。」

2002年の点数改定では、後発医薬品の使用を促進するように設定された。「調剤報酬点数表には後発医薬品に関する情報を文書で患者に提供し、患者の同意を得て後発医薬品を調剤した場合には、10点を算定できる医薬品品質情報提供料が新設された。」「医師が一般名で処方した場合には、調剤薬局は一般名の範囲内で先発品、後発品にどのようなものがあって、品質再評価の結果がこうなっていると患者に説明した上で、患者が安い後発品を選定すれば後発品を調剤できるとしているように、医薬品品質情報提供料は後発医薬品の使用を促進するための点数設定であるといえる⁷¹。」

⁶⁷ 竹下 (2005) ,p.46.

⁶⁸ 武藤 (2005) ,p.12.

⁶⁹ 竹下 (2004) ,p.45.

⁷⁰ 竹下 (2004) ,p.47.

⁷¹ 竹下 (2004) ,p.48.

5 アメリカでの国民医療費抑制に対する取り組み

日本ではすべての国民が何らかの医療保険に加入する国民皆保険制度を導入している国である。アメリカでは、1930年代より何度となく国民皆保険制度の導入が議論されたのだが、その導入に消極的あるいは反対の姿勢を示してきた。アメリカの医療保障システムでは雇用主提供医療保険という民間主体の医療保険が重要な位置を占めている。貧困者や高齢者にはメディケイドとメディケアという公的医療制度が適用されるが、国民皆保険制度を導入していないために、医療保険に加入できない、いわゆる無保険者の存在が問題化している。以下では、世界一の医療消費国であるアメリカの医療制度と無保険者問題、そしてニューヨーク州の医療政策について明らかにしていきたい。

5.1 医療の効率性による国民医療費抑制のためのマネジドケア

アメリカは世界一の国民医療費消費国である。加えて、アメリカでは日本以上に国民医療費抑制が重要な課題として取り上げられてきた。というのも、アメリカの国民医療費支出の対GDP比は1960年は5.1%、1970年は7.0%、1980年は8.8%と伸び続け、1980年代半ばには初めて2桁となり、1990年には12%、1995年には13.4%となった。1990年代半ばは安定していたが、2001年には14.1%、2003年には15.3%にまで上昇していったからだ⁷²。

アメリカの医療保険は、主に雇用主提供医療保険といった民間医療保険が医療保障サービスであったが、国民皆保険の導入が検討されなかったかといえそうではない。政府部門に関しては、国民皆保険導入に向けた議論が繰り返し行われているが、その都度医療提供者と多くの企業や国民から自由な選択・判断に基づく医療機会を制限し、政府介入を強化するものとして拒まれてきた。民間医療保険に加入できない人のために「メディケア(主に65歳以上の高齢者が対象の社会保険)とメディケイド(一般財源による医療扶助)」が普及していったが、その普及・定着に伴う対象者の拡大により国民医療費が増大することになった⁷³。それに加えて、アメリカの従来型プランである出来高払いプランでは、医師が自己の判断で医療行為と治療内容を決定することができた。そして、医療提供者に対する医療費(診療報酬)は、出来高払い方式に基づいて支払われるために、国民医療費を抑制しようとするインセンティブが働きにくく、国民医療費を増加させる一因となっていた。そうした国民医療費の増大を抑制する試みとして、マネジドケアの導入が加速されることになったのだ⁷⁴。

マネジドケア(管理医療)では、医療サービスと医療提供者を積極的に管理する。アメリカ医療保険協会(HIAA)によれば、マネジドケアとは「医療サービスに対する医療費の支払いと医療サービスの提供を統合したシステム」であり、マネジドケアプランの特徴は4点ある。第1に、総

⁷² 長谷川 (2006a) ,p.164.

⁷³ 安部 (2006) ,p.202.

⁷⁴ 中浜 (2006) ,p.62.

合的な医療サービスを加入者に提供することを医療提供者と交渉して取り決めること。第2に、医療提供者の選択に対する明確な基準を有していること。第3に、プランと契約を締結している医療提供者を加入者が利用するための金銭的インセンティブを与えること、そして第4に、正式な診療内容審査と品質保証プログラムである⁷⁵。

マネジドケアプランとは、マネジドケア組織を通じて加入者に医療サービスを提供し、医療提供者に医療費(診療報酬)を支払う医療保険であり、このマネジドケア組織にはHMO、PPO、POSがある⁷⁶。

HMO

HMO (Health Maintenance Organization :健康維持組織) という名称は比較的新しいが、HMOは1920年代から存在しており、前払団体診療プランと呼ばれていた。HMOの特徴は、第1に「契約を締結した医療提供者を通じて加入者(患者)に医療サービスを提供するとともに、医療提供者に医療費(診療報酬)を支払っていること」つまり「HMOは保険者でもある。」第2に「加入者は、HMOと契約を締結している医療提供者から医療サービスを受けなければならないことである。」そして、加入者はゲートキーパーと呼ばれる、医療相談や初期診療を行い、必要に応じて患者を専門医に紹介するプライマリケア医を選択しなければならない。第3に「医療サービスについて、HMOは一般に入院医療だけでなく、外来医療と予防医療を含む総合的な医療サービスを提供していることである。」第4に、医療提供者に対する医療費(診療報酬)の支払いでは、出来高払い方式ではなく、一般に定額払い方式を導入しており、医療サービスの回数にかかわらず、定額の医療費が医療提供者に支払われる⁷⁷。

PPO

PPO (Preferred Provider Organizations : 特約医療組織) は、HMOに対抗するために保険会社によって設立された。PPOは、保険会社、被用者福祉管理業務代行会社(保険料徴収や保険金の支払いなど、被用者給付の管理業務を提供する第三機関)などと契約を締結し、ここで保険会社や被用者福祉管理業務代行会社は「医療提供者に対して一定数の加入者を確保し、出来高払い方式に基づいて診療報酬を支払う。」そのかわりに医療提供者は、割り引かれた診療報酬で加入者に医療サービスを提供する⁷⁸。

PPOとHMOの異なる点は3点あり、第1に、PPOでは、一般に出来高払い方式に基づいて診療報酬が支払われる点、第2に「加入者はPPOの医療提供者を選択する必要はない点」第3に、ゲートキーパーとしてのプライマリケア医は配慮されない点である。「しかし、PPO以外の医療提供者を選択した場合には、患者の自己負担を多くすることによって、PPOの医療提供者を選択さ

⁷⁵ 中浜 (2006) ,p.62.

⁷⁶ 中浜 (2006) ,p.63.

⁷⁷ 中浜 (2006) ,p.63.

⁷⁸ 中浜 (2006) ,p.67.

せようとするインセンティブを加入者に与えている⁷⁹⁾。」

POS

POS (Point of Service: 受診時選択) は、HMOにおける国民医療費抑制の手法とPPOにおける医療提供者の選択の特徴を組み合わせたものである。「加入者がPOSの医療提供者を選択する場合、HMOの加入者がHMOの医療提供者を選択する場合と基本的に同じである。他方、加入者がPOS以外の医療提供者を選択する場合には、PPOの加入者がPPO以外の医療提供者を選択する場合と同じである⁸⁰⁾。」

5.2 4000万人を超えるアメリカの無保険者の動揺

繰り返しになるが、アメリカの医療制度の特徴として、民間医療保険、その中でも特に雇用主提供医療保険が中心となっているのだが、高齢者を対象としたメディケア、貧困者を対象にしたメディケイドといった公的医療制度も存在する。しかし、事情により民間医療保険に加入できない無保険者がアメリカには多数存在する。アメリカの無保険者数は1988年には約3110万人であったが、1998年には約4070万人と、10年間で約960万人も増加している。その後2004年の無保険者数は約4550万人にまで増加した。ここでメディケアが適用される高齢者以外の人々の無保険率の増加をみてみたい。「1987年には無保険率は13.7%であったが、1990年代に16%台に高止まりした後、2000年以降上昇し始め、2004年には17.8%に達している⁸¹⁾。」

この無保険率上昇の背景には、アメリカ型医療保障システムである雇用主提供医療保険の加入率低下が関係している。「非高齢者の雇用主提供医療保険への加入率は、1980年代までは70%以上であったが、その後徐々に低下し、2004年には62.4%にまで低下している⁸²⁾。」無保険者は貧困者・低所得者ばかりと思われるかもしれないが、1994年から1998年において無保険率上昇が顕著であったのは、貧困ラインの200%から399%の中所得層、400%以上の高所得層であり、無保険は貧困者・低所得者だけでなく、誰にでもおこりうる問題であることがわかる。そして雇用主提供医療保険の加入率低下、つまり無保険者の増加が医療アクセスに変化をおこしているのだ⁸³⁾。

このような無保険者の増加は、医療サービスを民間に任せすぎたために生じた問題であると思われる。企業によっては法定義務でない医療給付を実施することによって、優秀な労働力を採用・維持し、生産性を向上させることを目的とし、差別化を図ることもできた⁸⁴⁾。しかし、体力のない企業は医療給付制度をそもそも持っておらず「雇用主から提供される医療保険に加入して

⁷⁹⁾ 中浜 (2006) ,p.67.

⁸⁰⁾ 中浜 (2006) ,p.68.

⁸¹⁾ 長谷川 (2006b) ,p.91.

⁸²⁾ 長谷川 (2006b) ,pp.91-92.

⁸³⁾ 長谷川 (2006b) ,p.96.

⁸⁴⁾ 長谷川 (2006a) ,p.161.

いない被用者は無保険になりやすい⁸⁵。」全員が何らかの医療保険に加入する国民皆保険が導入されれば解決となるのだろうが、その導入は難しいだろう。政府による役割を高めていくことで無保険者数の減少は可能である。医療サービスをどこから民間で、どこまでが政府が担っていけばよいのかという線引きは難しいが、政府と民間による連帯を強化していくことは重要である。特に、政府負担を導入することによって、医療給付率の改善・向上、保険料負担の標準化など保険者が自らの力では解決困難な要素を補助することは政府による役割ではないだろうか。

それを踏まえて、次項ではニューヨーク州による医療政策を明らかにしていきたい。

5.3 ニューヨーク州の医療政策と財政悪化

「アメリカの医療扶助は州ごとに多様な形態で実施されており、連邦政府は受給要件や給付内容に関する全国的なガイドラインの設定や、医療扶助の資金を連邦補助金として提供する役割を果たしている⁸⁶。」

医療扶助が各州の権限の下で実施されているのは、アメリカ型の連邦主義という特徴に加えて、医療問題の地域性の存在が大きく関わっている。「特にニューヨーク市では、貧富の差が大きいだけでなく、不法滞在者を含めた多くの移民の存在や、様々な人種が共存する『人種のるつぼ』の大都市であることなど」アメリカの他の地域とは大きくことなっている。それゆえに、ニューヨークの各地域で暮らしている低所得者は、それぞれ異なる問題を抱えており、各地域の実情に合わせて医療政策を決定していくのである⁸⁷。

ここで、アメリカ全体の医療保険加入状況とニューヨーク州の比較をしてみると、「約 1900 万人のニューヨーク州民のうち、約 1280 万人が民間医療保険に加入しており、雇用主提供医療保険への加入者の数は約 1160 万人である⁸⁸。」ここで重要なところは公的医療保険の適用状況である。ニューヨーク州では、多くの低所得者が医療扶助のメディケイドやSCHIPの対象となっており、ニューヨーク州民の 29.9%が公的医療制度の対象であり、全米平均の適用率よりも 2.7 ポイント高い。「その結果、ニューヨーク州の無保険率は 14.2%であり、全米平均よりも 1.5 ポイント低い⁸⁹。」

18 歳未満の児童についての医療扶助の適用率についてニューヨーク州をみってみる。するとニューヨーク州では 3 人の児童のうち 1 人は医療扶助の対象となっているため、ニューヨーク州に住む児童の無保険率は 8.7%となっており、全米平均の 11.2%よりも 2.5%低くなっている⁹⁰。これらのことから明らかであるが、ニューヨーク州では、アメリカの他の州と比較すると低所得者や児童に対する受給要件が寛大に設定されていることがわかる。

しかし、ニューヨーク州では低所得者や児童に対する受給要件が寛大化されたことによって支

⁸⁵ 長谷川 (2006b), pp.112-113.

⁸⁶ 櫻井 (2006), p.123.

⁸⁷ 櫻井 (2006), pp.123-124.

⁸⁸ 櫻井 (2006), p.125.

⁸⁹ 櫻井 (2006), pp.126-127.

⁹⁰ 櫻井 (2006), p.127.

出額も同時に増加することになった。その中でもニューヨーク市についてみると、「メディケイドの支出額は1998年の57億137万ドルから2004年の約71億752万ドルに約14億615万ドル増加しており、ニューヨーク州の他の地域におけるメディケイド支出の増加額の約7億1081万ドルを上回っている。」ニューヨーク市ではメディケイドとSCHIPの対象者が増加したことで、児童に対する支出額も増加していったのである⁹¹。

ニューヨークでの医療扶助に関する支出額の増加によって、州財政は大きな打撃を受けることになった。財政難に直面したがゆえに低所得者や児童の受給要件の厳格化をこのまま行っていったとすると、さらなる無保険者の増加を招くことにつながりかねないし、一時的であれ数多くの人々が無保険となっていく可能性もある。医療扶助支出額削減は同時に無保険者の増加となっていくのだ⁹²。

おわりに

毎年1兆円規模で増加している国民医療費の増加は止めることはできない。国民医療費の抑制が指摘されているが、国民医療費の増加は止めることができず、むしろ人口の高齢化によってこれからますます増加していくと予想される。国民皆保険制度を維持していくには、診療報酬点数表の定期的な見直し、薬価差益の発生の防止、そして病院での受診を抑える在宅医療の導入などによって、急激な国民医療費の伸びをできるだけ緩やかにすることである。

アメリカでは、2003年の国民医療費支出の対GDP比は15.3%と2003年に7.9%だった日本と比べて大きく差がある。さらに、1980年のアメリカでは対GDP比で8.8%、1980年に日本では対GDP比で6.0%である。この二つのデータから、高齢化の進行が世界的にも高い日本では、国民医療費の伸び率は国民所得の範囲内にある程度抑制することができているとみることができる。国民医療費の抑制を早急に実施しなくてはならないのは日本ではなくアメリカである。だが、アメリカで国民医療費の抑制を早急に実施するという事は、本稿で述べたように無保険者の増加を招くことにつながる。国民医療費についてもそうであるが、アメリカでは無保険者問題についても見直さなければならない。

日本がすべきことなのは、医療の質を保ちながら国民医療費の伸びをできるだけ緩やかにすることである。確かにこのまま国民医療費が増加していくことで将来的に財源の確保が問題となってくる。だが、国民医療費の抑制だけを目的とするとフリーアクセスの権利を侵害し、医療の質の低下につながる。国民皆保険制度導入の目的は国民の健康維持・向上であることを忘れてはならない。

⁹¹ 櫻井 (2006) ,p.156.

⁹² 櫻井 (2006) ,p.159.

参考文献

- ・ 青木研(2001)「患者の行動による地域差」地域差研究会編『医療費の地域差』,東洋経済新報社
- ・ 安部雅仁(2006)「マネジドケアと医療改革」渋谷博史・中浜隆編『アメリカの年金と医療』,日本経済評論社
- ・ 岩瀬俊郎(2004)『国民皆保険制度を考える』,本の泉社
- ・ 大久保一郎(2005)「高齢者医療と財源」大久保一郎他『これからの高齢者医療』,同友館
- ・ 郡司篤昇(2001)「医療費の地域差研究とその意義」地域差研究会編『医療費の地域差』,東洋経済新報社
- ・ 小松秀和(2005)『日本の医療保険制度と費用負担』,ミネルヴァ書房
- ・ 太鼓地武(2001)「医療費の地域差の現状」地域差研究会編『医療費の地域差』,東洋経済新報社
- ・ 竹下昌三(2004)『わが国の医療保険制度』,大学教育出版
- ・ 中浜隆(2006)『アメリカの民間医療保険』,日本経済新報社
- ・ 櫻井潤(2006)「アメリカの医療扶助と州・地方財政」渋谷博史・C.ウェザーズ編『アメリカの貧困と福祉』,日本経済評論社
- ・ 島崎謙治(2005)「わが国の医療保険制度の歴史と展開」遠藤久夫・池上直己編『医療保険・診療報酬制度』,勁草書房
- ・ 長谷川千春(2006a)「雇用主提供医療保険システムの動揺」渋谷博史・中浜隆編『アメリカの年金と医療』,日本経済評論社
- ・ 長谷川千春(2006b)「アメリカの無保険者問題」渋谷博史・C.ウェザーズ編『アメリカの貧困と福祉』,日本経済評論社
- ・ 二木立(1995)『日本の医療費』,医学書院
- ・ 堀田一吉(2006)『民間医療保険の戦略』,勁草書房
- ・ 武藤正樹(2005)「患者さんとジェネリック医薬品をめぐる Q&A」日本ジェネリック研究会編『ジェネリック医薬品がわかる本』,法研
- ・ 山崎泰彦・尾形裕也(2003)『医療保険制度改革と保険者機能』,東洋経済新報社