

「国民の医療と財源のあり方」
今後の方向と選択肢

日本大学医学部社会医学講座

医療管理学部門教授

大道 久

1. 社会保障財源をめぐる現況

現下の社会保障財源の状況は、医療担当者としては極めて不本意である。現況は、まさに限界を超えた社会保障財源の削減、医療費抑制であるという基本認識を持たざるを得ない。そのうえで政策的な意味合い、背景などを踏まえなくては今後の展望は切り開けない。

この4月以降、07年度を初年度とする5年間に基礎的財政収支、すなわちプライマリ・バランスを黒字化というよりは、むしろバランスさせるための財政措置を現政権の路線としておおむね確定している。社会保障費は5年間で1.1兆円の抑制、単年度で2,200億円の抑制を行うとされている。この数値は、税収にも左右されることでもあり、単なる目標と見る向きもあるが、先般の06年の改定もさることながら、まずは08年の診療報酬の改定、あるいは関連のさまざまな財政措置、そのうえでその次の10年の医療費改定などについても、この数値を基礎にしてさまざまな政策展開がなされることを十分に踏まえておかなければいけない。

この路線に乗る形で、先の医療制度改革関連法で成立した後期高齢者医療制度の支払方式が追い込まれる形で決まっていくことは避けなければいけないわけで、このあたりの問題認識をしっかりと持ちたいと思う。現在の国債残高が500兆円を超え、さまざまな借財を含めると800兆円を超えたと言われているなかで、この国全体の財政の問題を、「後世につけを残さない」という言い方で建て直しが図られようとしているが、社会保障財源をどうするかという基本的な枠組み・構図というものを踏まえつつ、医療担当者としてどう対処していくかが問われている。

2. 高齢化の動向と医療費

このような財政状況のなかで、人口の高齢化、これに少子化を加え、この構造的な社会的背景要因と財政の問題が当然リンクをしている。財政当局や厚労省などが、このあたりをまさに構造的な問題だということで財政問題の説得材料に使う向きもあり、我々としても目をそらしてはいけないわけで、特に昨年暮れに18年度人口推計などが出て、かなり深刻な状況が出てきている。

平成14年の中位推計と言われている人口ピラミッドがついこの間までは基礎資料になっていた。人口推計は、おおむね4~5年に1回人口研が発表しているが、これを上回る高齢化の状況が昨年暮れに出てきた。14年中位推計を見てみると、65歳以上の老年人口比率は2005年が20%であり、2030年には30%になる。この高齢人口と生産年齢人口比は、05年が3人に1人の高齢者、30年には2人に1人になる。

人口の減少、つまり、死亡数が出生数を上回ったのは2~3年前と言われているが、人口減少があるなかで75歳以上の実人口数、後の後期高齢者の議論につなげるためにあえて着目しているが、現段階で1,160万人、これが30年、これからの25年間で2,097万人になる。これが若干上回るというのが暮れの予測であるが、要は、この25年間で1,000万人規模での75歳以上の後期高齢者が絶対数として増加するというのをどう受けとめるかである。

75歳以上の受療率が格段と高まるのはよく知られているところであり、端的に言えば、医療ニーズが高まる、あるいは健康にかかわる社会的ニーズが急速に増大するということになり、これは我々医療担当者から見れば、しっかり担うべき役割が大きくなるということになる。これはこれで悪くない、まさに社会的な責任が重くなるというわけであるが、ここに財政が絡むので非常に深刻な問題になる。

次に「平成18年推計」において合計特殊出生率1.26を維持した形での中位推計を見ると、人口総数が2055年、つまり50年後には8,900万人レベル、1億を大きく割り込み、9,000万人をも割るとセンセーショナルにメディアでも取り上げられた。そして、65歳以上の老年人口比率は40%にも達する。50年先のことは何が起こるかわからないとはいうものの、この高齢化の構造的な変化というのは、諸外国に事例がないわけではないが、人口1億人規模での我が国のような先進国のなかでこういう状況はめったに起こることではない。そういうなかでの社会保障のシステムとか、医療の仕組みをどうするか考えていかなければならないというのが基本的な構図である。

ちなみに、生産年齢人口と老年人口の比は、先ほど3分の1から2分の1へと行ったわけであるが、極端な状況だと、2055年には1.26分の1であり、1.2人で1人の65歳以上の方を支えるということになる。

実績データとして、04年度の75歳以上1人当たり医療費は81万円、総額で9兆円となり、全医療費32兆円の28%となる。65歳以上では1人当たり医療費は66万円になり、全医療費の51%になる。国民医療費という皆保険下の財源の構造のなかで、確かに、高齢者の医療費が占める割合は大きい。このことを受け止めつつ、先の改革関連法で成立した後期高齢者医療制度の運用というのが問われているということを考えざるを得ない。これをもってして、従来の流れとは別の支払方式を取るべきだとか、新たな診療報酬体系にすべきだと述べるつもりはない。むしろ、こういうことを踏まえつつ、我々医療者としてどうするかというようなことをしっかり言っていかなければいけない。

3. 増加する医療費需要予測と財源の確保

人口の高齢化、医療技術の進歩などにより、医療費の増加予測は行われてきた。先の改革関連の一連の基礎データとして、厚生労働省による医療費予測では、95年から99年までの実績平均伸び率を前提に試算して2025年に65兆円と推計している。これは給付費ベースで割り戻すと56兆円であり、今回の改革関連法はさまざまな方策でこれを48兆円に抑制している。この方策には、生活習慣病の予防と長期入院の是正、短期的には現役並み所得のある高齢者の3割負担なども含まれている。

これに対して、日本医師会は、01年から05年まで（02年のマイナス改定を除く）平均伸び率を一般1.4%、高齢者1.3%として、49兆円と推計している。論理的には、実績ベースで01年から05年のデータを取って議論するのがフェアなやり方である。

しかし、問題は高齢化、あるいはさまざまな医療費の増加の要因をどう支えていくか、あるいはだれがどういう形で負担をしていくかということに、この医療にかかわる財源問題はあるわけで、今後20年間で20兆円の増加分をだれかが負担しなくてはならないわけである。

ここらあたりをどうするかということが医療の財源の問題の基本的な枠組みということになる。増加する部分については、いわゆる公助・互助・自助と、税か保険料か患者負担の何れかで対応していくという3つの選択肢しかないわけで、それぞれがどういう状況になっているかということを確認していきたい。

4. 税財源による負担

税財源としては、消費税の引き上げ、たばこ税、道路特定財源、揮発油税等の個別間接税、さらには日本医師会が主張している年金関連も含めた特別会計などの財源を国民の医療のために投入するという主張もある。しかし、いずれも政治マターであり、政治力そのものというようなところもあるが、そういう意味でも医療の立場を踏まえた政治的なパワーの結集ということは当然必要だということになる。

消費税の問題というのは、税務・財務の実務を議論する役回りではないとは言いながら、基本的な構造は知っておかなければいけないという趣旨で、平成18年度の状況を財務省の資料を中心に確認した。それによると、現行消費税5%は、1%が地方消費税（18年度2.6兆円）で、国税分は4%（同10.5兆円）となる。このうち約3割は地方交付税に回り、国には全体の56%（7.4兆円）、44%（5.7兆円）は地方に振り向けられている。

国の56%（7.4兆円）は、振り向けられるべき社会的な予算の領域・枠

組みはそれなりに財務省としての認識があるようであり、消費税の福祉目的化とあるが、要は、基礎年金に回る国庫分というのが6.2兆円。老人医療が4兆円、介護保険が1.9兆円で、計12.1兆円がとりあえずは福祉目的のための財源措置と考えていいだろう。現段階での国に納められる消費税分は56%（7.4兆円）であるので、これだけでは既に不足分は4.7兆円となり、消費税率に換算すると2%弱に相当する。

消費税を目的税化するとそれなりに用途が限られるとは言いながら、良い面と悪い面がある。一般財源とのかかわり方というのは、まさに政治マターであるが、医療を提供する当事者としてどういう言い方をしていくのか。福祉目的税ということは比較的よく言われるわけで、福祉と言ったときには、年金、老人医療、介護保険、今後は後期高齢者医療制度のなかの国庫負担分というようなことになる。そのあたりが福祉目的税に合うかと思われる。しかし、本体の医療は一体どうするのかということにもなるわけで、政策論としては現実には大変重要である。

地方への問題も、保険者の統合・再編など、県レベルで医療・介護がまさに分権的にそれぞれの都道府県が対応するような流れが見えているわけであるが、そこと今の地方の消費税ないしは地方交付税の流れは、やや実務的であるが、実はかなり重要な課題と認識している。

後期高齢者医療制度は既に制度化されたものの、08年度運用開始ということで、その財源規模はおおむね推測されており、医療給付費ベースで10.3兆円と公式データで示されている。その財源構造において、国庫負担分は定率の25%と国の調整交付と言われている部分が8%で併せて33%、3分の1はとりあえず直接的な国庫負担。支援金と言われているものは40%あるわけだが、このなかに国保の半分は国庫財源であり、さらには政管健保分についても、これはそれぞれ各県に統合・再編されるとはいいながら、実質的に15~16%程度の国庫負担分があると言われているのはそのまま引きずるそうであり、国の負担分と地方の負担分、あるいは市町村の負担分など、財源の問題というと、実務的にはさまざまな波及する影響範囲があるということも認識したい。

ここらあたりが税の財源をどう拡大していくか、あるいはどう運用していくかというところの基本的な論点であった。800兆円を超える借財を抱えた国庫財政から見れば、これを何とか健全化をするという基本路線のなかで税財源をそう簡単には増やせない。ただ、今ここで触れている消費税の問題というのは、そこに社会保障あるいは我々の医療というのが直接かわるというところで、どういう考え方をしていくかということだと思う。

5. 保険料による負担

直近の国民医療費の財源構造を見ると、国庫 26%、地方、県及び市町村 9%、保険料 50%、患者負担 15% である。保険料 50% (16 兆円) のうち、事業主負担分 21% (6.6 兆円)、被保険者 29% (9.3 兆円) であり、事業主・被用者折半とは言いながら、事業主負担分はだんだん減っている。事業主に負担をかければ、製品・商品に価格が転嫁され、さまざまな経済力の低下につながるというようなことはこれまで繰り返し言われてきたところである。しかし、実際には賃金に転嫁される場合が多く、実際の商品の価格にまではいかないように配慮して対応しているのが実態であるという議論もあるなかで、ここらあたりは我が国の保険のかなり重要な部分、保険料財源のなかの半分を支えている事業主が、これも政治力と言えば政治力であるが、極めて強力なステークホルダーになっているわけで、保険料の引き上げということになればこの事業主が反対するというこの構図は変わらないと言えれば変わらないわけである。

しかし、結果として従業者の健康が十分に保障できない。さらにはそれが事業活動、あるいは企業活動に悪影響を及ぼすこともあり得るわけで、いわゆる「高福祉高負担」という言葉は古い言葉になってしまったが、しっかりと保険の仕組み、皆保険化を継続するのであれば、保険料を支払うことで労働力を確保し、国の生産性を引き上げていくこともある。北欧諸国の前例があるとよく引き合いに出されるが、日本の場合、なかなかそのようにならないという経緯があるわけで、保険料を引き上げる流れというのは、難しいところがある。

ただ、今回、保険者が統合・再編されると、あるいは地方分権などがあるということで、この保険料については都道府県を中心としたところに一定程度裁量幅がシフトしていくと見えるわけであり、今後のところはどうか。地域の実情で保険料を引き上げることもある。そうでなければ県民の健康を確保できないというようなこともあるかもしれない。しかし、一方で、さまざまな財政的な状況で、給付を抑制して保険料は据え置くということも大いにあり得る話なので、このあたりは、地域でいろいろなことが起こり得るといっているので、先行きはなかなか不透明ということではないか。

もう 1 つ、保険料に関連しては、保険者の役割・機能のあり方に注目する必要がある。特に前内閣は保険者機能を発揮すべきとする方向性を出したわけであるが、レセプトのオンライン化なども 11 年までに実現することが声高に言われるなかで、保険者が被保険者のエージェントとしての役割を発揮するという言い方はどういうことになるのか。保険料をむしろこ

れ以上引き上げることにならないという方向に機能するとは限らない。被保険者がこんな医療不十分では何のための保険かわからないと。むしろ保険料を引き上げて基本的な医療をやるべきだという声が出てこないとも限らない。そうであれば、それはそれで我々医療を担う者からすれば1つの方向なのかなというような気がする。

6. 患者による負担

一部負担3割は基本的には限界だと思う。保険免責制や軽費医療給付制限は不適切で、全く医療保障の趣旨に反すると言わざるを得ない。むしろ保健指導や予防とかさまざまな健康増進に適切に保険財源を振り向けるべきだという議論もある。

また、現実には、高額療養費、高齢者高額医療費の償還払いは、今回、現物給付化されたと報道されているが、この高額療養費は一定程度有効であるならば、当然認められるべきである。しかし、一方で今後の運用では患者負担の引上げにつながる可能性があり、これが民間医療保険などのかかわりを非常に強くしていくという懸念や、皆保険に風穴を開ける側面も出てくる可能性もあることに留意すべきである。

特定療養費制度後の「評価療養」・「選定療養」の今後の運用は検討課題である。例えば、保険給付の制約に関して、患者の承諾や自己決定で医療の回数追加や期間延長を「選定療養」とする是非や、その範囲および料金徴収のあり方なども議論が残るところであるが、問題点として認識しておいたほうがいいのではないかと思う。

また、生保特約やがん保険など、いわゆる第三分野商品と言われている保険商品は、マーケットの規模はよく見えないけれども、少なくとも拡大をしている。日常的なテレビのコマーシャルの頻度は多く、こうした民間医療保険の動向についても無視できないところがある。

7. 医療の需給のミスマッチ是正の方向

医療を直接担う立場で財源が思うように確保できない。しかし、それがそう簡単には解消できないようなところを認識せざるを得ないなかで、医療の対象を特質に合わせて区分し、それに見合う財源構造に変えて、受給手順や支払方式に工夫して、需給調整や資源の再配分を図るなど、工夫を凝らせることはこれまでもやってきた。介護保険がいい例である。しかし、介護保険についても、財源の構造は生活支援部分を区分し、保険料1/2、国1/4、都道府県1/8、市町村1/8の負担割合とし、要介護認定と要介護度に応じた給付限度額を設定した。しかし、何よりもその要介護認定とい

う医師の裁量ではないところに判断の手順を持っていったことは極めて重要であった。要介護度に応じて、しかも給付限度額という言い方で、利用者の判断に委ねたというのも医療とはまた別のところである。

医療療養について、人員配置による定額支払から医療必要度に応じた定額支払に、急性期医療において、診断群分類区分に応じた定額支払に、等の対応も行われた。今後は、老人保健制度から後期高齢者医療制度への移行、入院医療と入院外医療の負担の平準化など、医療の需給のある種のミスマッチを適正な資源配分となるように変えるということが当面の課題となっている。

8. 後期高齢者医療制度の選択肢

後期高齢者の医療制度については既に08年度運用が決まっており、財源構造は、75歳以上を対象に、公費1/2（国1/3、都道府県1/12、市町村1/12）、支援金2/5、保険料1/10の負担割合で、県下の全市町村の広域連合を保険者とすることが概ね確定している。これは地方自治法に基づいた地方自治体の一種という位置づけになっているようである。

入院についての後期高齢者については、いろいろこれまでの経緯があり、一般・療養とも現行の流れに沿って運用されていくと思われる。しかし、08年・10年という今後の診療報酬の改定のなかで、一般病床あたりの機能区分をどうするのか、政策課題にもなって繰り返し一般的な議論は行われてきたわけで、入院医療も従来の流れに沿った形でいくと言っても、亜急性期・回復期など、急性期と療養病床をつなげる機能についての対応が注目される。

しかし、後期高齢者医療制度の枠のなかで療養病床での給付のあり方というのはすでに医療区分をしたわけである。一般病床については、年齢で区分することが妥当かどうかについても議論してきたが、制度ができて75歳以上という後期高齢者の方の特質を踏まえた診療報酬体系ととりあえずは言っているわけであり、入院医療についても踏み込んだ対応がなされる可能性というのは大いにあると思われる。特に、終末期医療などについての扱いは施設のなかで行われた場合にどうするのか、緩和ケアとは別の問題意識がある。

外来医療については、継続受診に月額定額の方を厚労省は固めたようだというメディアの報道もあったが、医療必要度区分の検討が不十分で安易な適用は不適切である。定額方式を入れるのであれば、基本料に多様な加算等の検討が必要である。

それから、在宅医療については、在宅時医学総合管理料等の流れができ

たが、適切な定額化・包括化での対応というのは検討の余地があるような気がする。

また、「かかりつけ医」体制の強化を謳って、登録された後期高齢者の人数に応じた人頭払いの導入、ただし、従来の出来高と組み合わせるといふ提案があるが、現状のままの適用は困難である。

9. 病院外来機能の外部化と診療所機能の強化

今後の地域医療の基盤は、診療所体制をしっかりと整備することによって構築されるという認識を改めて持ちたい。診療所の社会的な役割・機能をプライマリケア機能とか、あるいは専門医療機能等の観点から区分し、ある種の形とか中身を示して、住民・患者や国民に分かるように示す努力をしていかなければいけない。

そういうなかで、病院との具体的な連携関係とか在宅医療とのかかわり方、介護保険とのさまざまな運用の仕組み、24時間対応の方針など、地域医療の基盤となるべき診療所体制に問われている幾つかの重要な視点を明示し、より明確な患者・医師関係を構築していく必要がある。

現実には、紹介型病院の拡大を図るような方向は1つの方策である。フリーアクセスを阻害するようなニュアンスを患者とか国民に与えるのは戦術的にもうまくない。むしろ、病院の外来は、入院医療で急性期をしっかりとやろうというようなことであるならば、連携のなかで診療所とのネットワークを組んでそれを住民にも周知してはっきりさせる。しかもそれを医療計画のなかに書き込むというのは1つの形かなと思う。

いずれにしても、病院で外来を抱え込んでやっていくということはいろいろな意味で、不合理とまでは言わないが、今後は見直される必要がある。病院の外来機能を外部化することは、繁忙な中堅の病院医師の離脱で地域医療の破綻をきたす恐れを回避するためにも有効であると言えよう。

診療報酬による経済誘導には患者負担増などによる限界があることから、むしろ施設整備などの助成措置が必要となってくるのではないか。今後は地域の事情に合わせた都道府県の柔軟な施策に期待するものである。さらに、医療計画に例えば紹介型病院である旨と連携医療機関を明確に記載して周知させることは有効な方策であり、その上で直接受診希望の患者には「選定療養」を検討する余地がある。そして、フリーアクセスは国民的既得権であり、患者・住民の理解なしに法規制や経済的負担を強いることは困難との認識を持ち、このフリーアクセスのありがたさを国民は当然と思っているが、紹介による受診が合理的であることがよく理解されるような努力を、我々自身がして行く必要があると思われる。

最後に、患者・住民が自らの主治医として診療所医師を信頼して選択する状況に向けて、プライマリケア研修の充実と、その役割を担う明確な社会的資格が付与されることが必要であると考えられる。診療所医師に専門医というか、かかりつけ医制度というか、何がしか社会的な形をはっきりさせるというようなことをやるべき時期が近いのではないかというのが、きょうの話のなかでの1つの方向性であり、また選択肢であると言える。