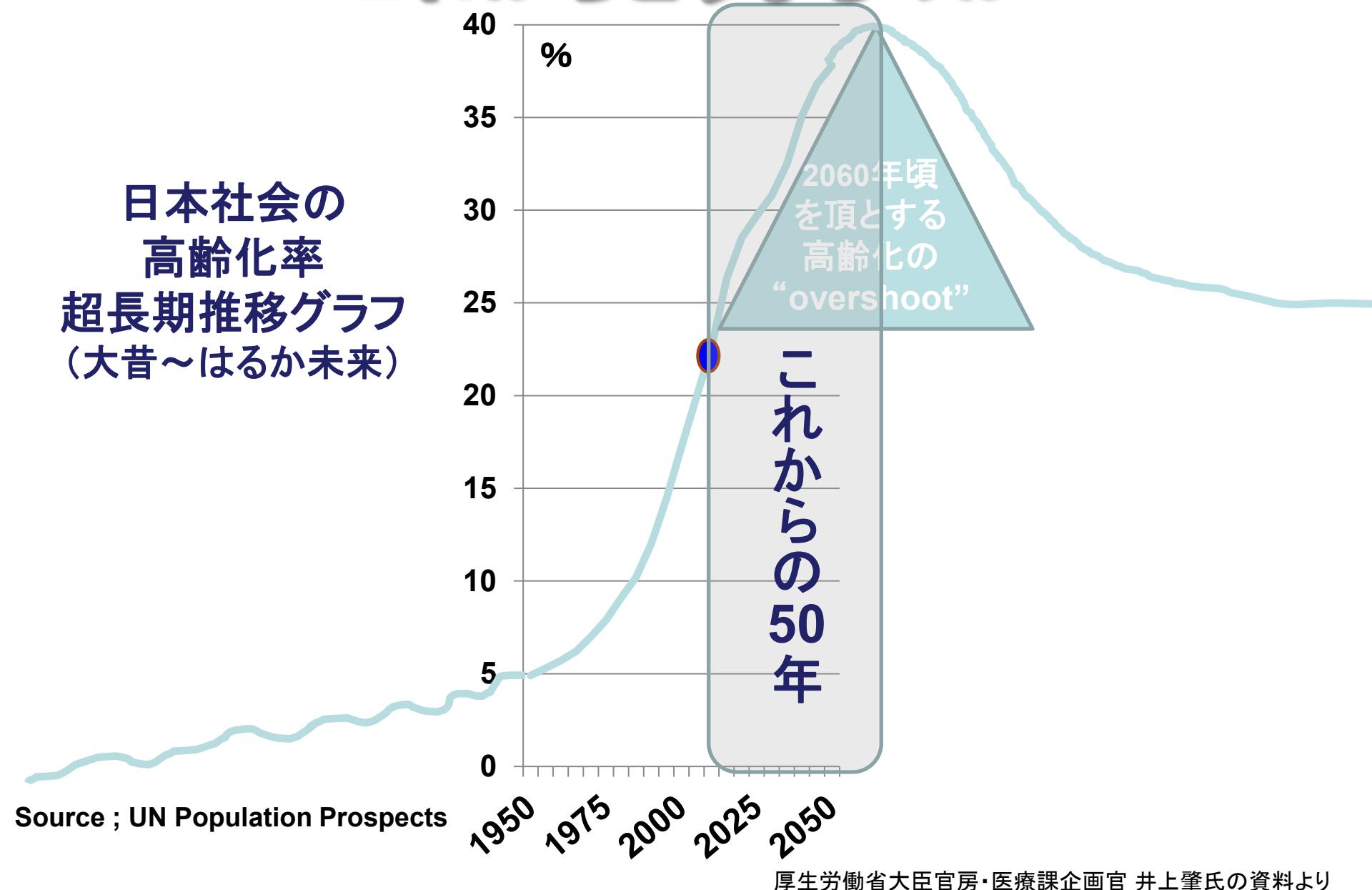


厚生労働省大臣官房・医療課企画官 井上肇氏の資料より

# これからどうなるのか

## 日本社会の 高齢化率 超長期推移グラフ (大昔～はるか未来)



# 国民皆保険制度の堅持

1961年に始まった「国民皆保険」は素晴らしい制度であり、日本の豊かさを作ったインフラの一つである。

皆保険制度が国民に与える安心感は、何者にも代えがたく、また、皆保険制度の下で日本の医療が見せてきたパフォーマンスは、世界的にも評価された非常に優れたものであり、「皆保険」というコンセプトは、絶対に守り続けるべきである。

特に、大企業を中心にグローバル化が進む中、国家の最も大切な役割は、国民の安全・安心を守ることである。

優れた社会保障制度を持続するためには、国、国民が豊かであり続ける必要がある。

この20年、国民一人あたりのGDPは、国際比較で低下の一途を辿っている。

今、我が国に課せられている最大の課題は、過去の成功体験に囚われない、新しい形の成長戦略を実現していくことであり、医療も大きな役割を担うと考えている。

# ①医療財源の観点から

## 国民健康保険実態調査

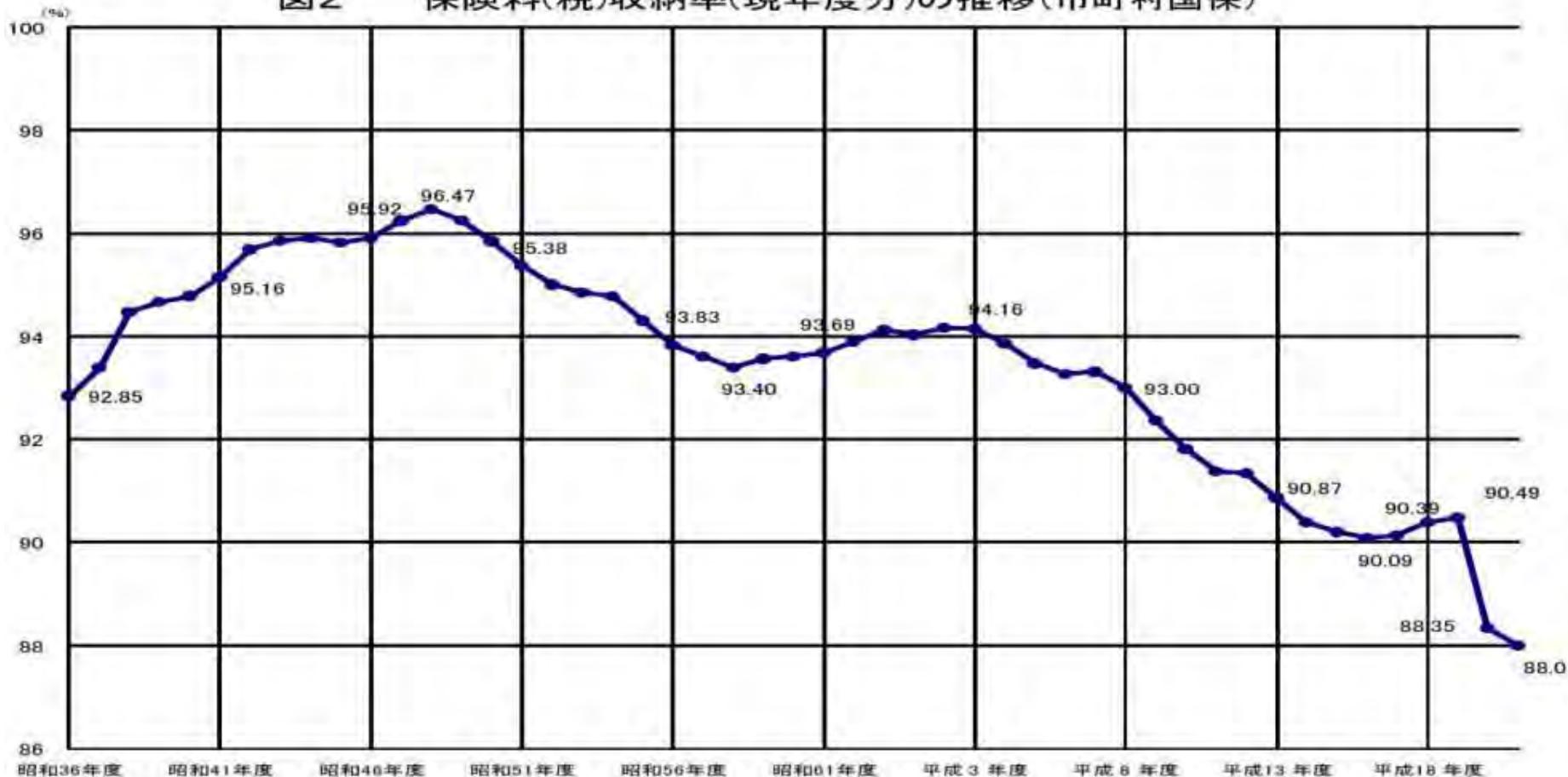
	1世帯あたり平均所得	平均保険料
平成 7年度	231万円	157, 534円
平成14年度	176万円	145, 257円
平成21年度	158万円	148, 014円
平成22年度	145万円	143, 895円

(平成22年度国民健康保険加入者3920万人)

# 国民健康保険料(税)の収納状況

保険料(税)の収納率(21年度分)は、全国平均で前年度より0.34%ポイント低下し88.01%となり、国民皆保険になって以降の最低を更新した。

図2 保険料(税)収納率(現年度分)の推移(市町村国保)



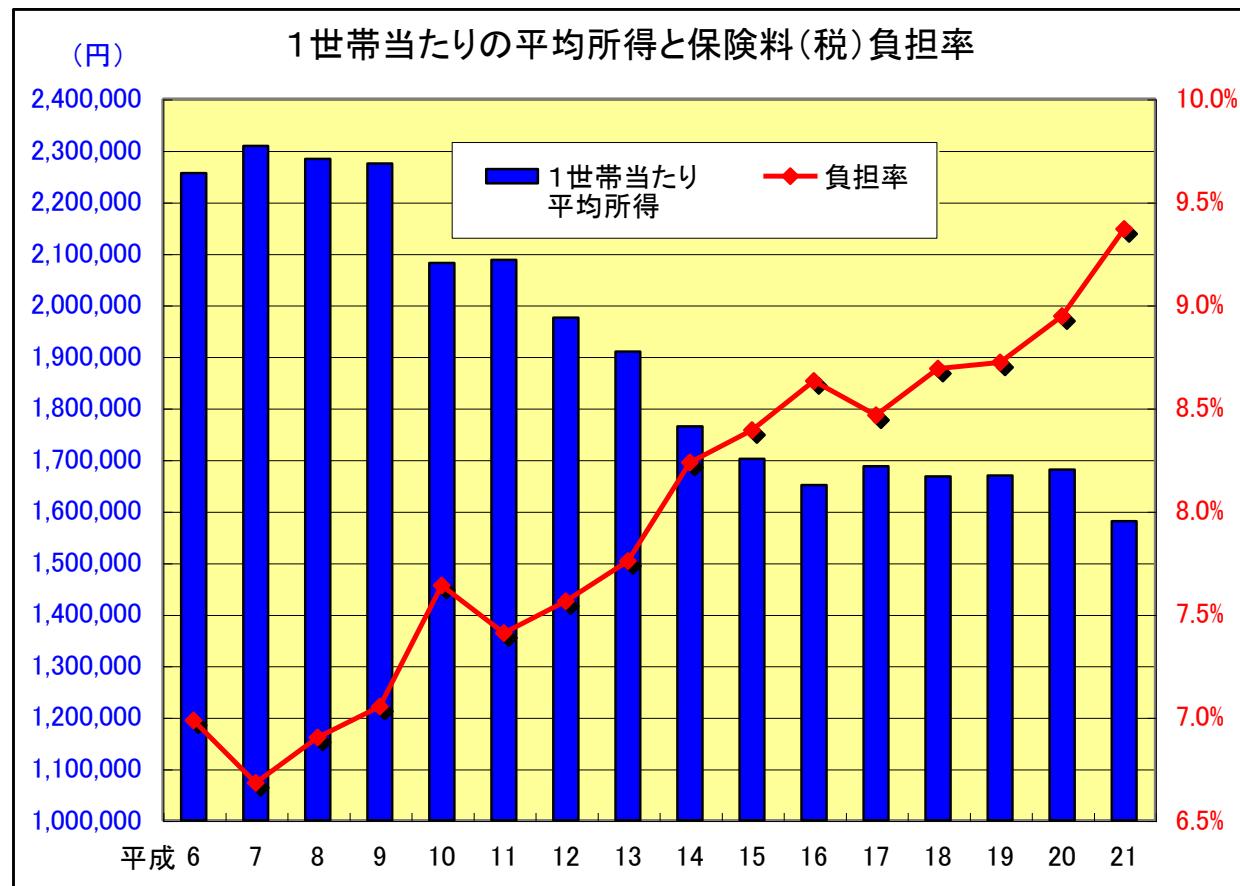
(出所)厚生労働省「国民健康保険事業年報」(※平成21年度は速報値である。)

(注1)収納率は、居所不明者分調定額を控除した調定額を用いて算出している。(小数点第2位未満四捨五入)

(注2)平成12年度以降の調定額等は、介護納付金を含んでいる。

# 国民健康保険1世帯当たりの平均所得と保険料(税)負担率

年度 (平成)	1世帯当たり 平均所得	1世帯当たり 平均保険料 (税)調定額	負担率
	額(円)	額(円)	
6	2,255,759	157,534	7.0%
7	2,308,078	154,211	6.7%
8	2,283,294	157,566	6.9%
9	2,274,000	160,354	7.1%
10	2,081,000	158,946	7.6%
11	2,087,000	154,608	7.4%
12	1,975,000	149,347	7.6%
13	1,909,000	148,083	7.8%
14	1,764,000	145,257	8.2%
15	1,701,000	142,745	8.4%
16	1,650,000	142,398	8.6%
17	1,687,000	142,803	8.5%
18	1,667,000	144,870	8.7%
19	1,669,000	145,547	8.7%
20	1,680,000	150,271	8.9%
21	1,580,000	148,014	9.4%



資料:厚生労働省「国民健康保険実態調査」より

# 混合診療について取り得る選択肢

すべての医療を混合診療なしに保険でカバーできればよいが、実際には不可能である。

2010年後期高齢者医療費は12兆7000億円。本人負担と保険料で1兆9000億円。公費が5兆8000億円、他の被用者保険からの拠出金が5兆円だった（「医療保険制度の財政構造表」2010年度）。一方で、2010年の文教及び科学振興費は総額5兆6000億円に過ぎない。高等教育費に占める家計からの支出は世界でも飛びぬけて高い。出生率を下げる大きな要因である。高齢者の医療費に投入される公費のごく一部を移転するだけで、高等教育への家計負担が大幅に軽減される。

混合診療は、どの診療を保険から外すか、値段設定の考え方をどうするかによって性格が決まる。幸い、日本の医療法人は利益を分配できない。多少黒字になればよいのであって、利益を求めて突っ走る動機が生じない。

# 混合診療の規制について

保険診療と併せて保険外診療も一部受けたことを理由に、保険料を払っているにもかかわらず、保険診療部分も「懲罰的に」全額自己負担とされるのは根拠に乏しい。

2011年10月25日に最高裁は「混合診療は原則禁止」の判断を下した。

しかし裁判長は「混合診療原則禁止の妥当性が問われる場面を減少させる意味でも、さらに迅速で柔軟な運用が求められる」と述べ、また他の3人の裁判官からは保険外併用療養費制度の改善する必要があるとの個別意見が付けられた。

# 混合診療について取り得る選択肢

## 1. 混合診療を認めない。新しい高額医療もすべて国民皆保険で実施する。

どうなるか：医療費を賄うために保険料、税金を上げざるを得ない。

それだけで足りずに、国債発行も増える。

高齢化による経済活動の低下と相まってハイパーインフレになる可能性がある。

## 2. 混合診療を認めない。新しい高額医療は取り入れない。

どうなるか：日本の保険診療が世界の医療の進歩から取り残される。

一方で、民間医療保険による医療が大きくなる。

国民が二つに分断される。

民間医療保険加入者を、通常の健康保険に強制的に加入させるための根拠が薄弱になる。紛争化する可能性がある。

## 3. 国民皆保険を守るために、混合診療を本格的に導入する。

# 支払い側による医療の優先順位の決定

医療の支払い側が、どの医療サービスを保険の対象とするのか決める仕組みを考えてみてもよい。

費用が比較的安く、切実性の低いものは、保険診療から外すことを考慮すべきである。

例えば、高血圧で頻繁に外来診療を受ける必要があるとは思えない。医師の指示の下に、個人で薬剤を購入し、個人で血圧を管理しても医療の質が低下するとは思えない。80歳を超える患者に高脂血症の薬剤が有用だとは思えない。