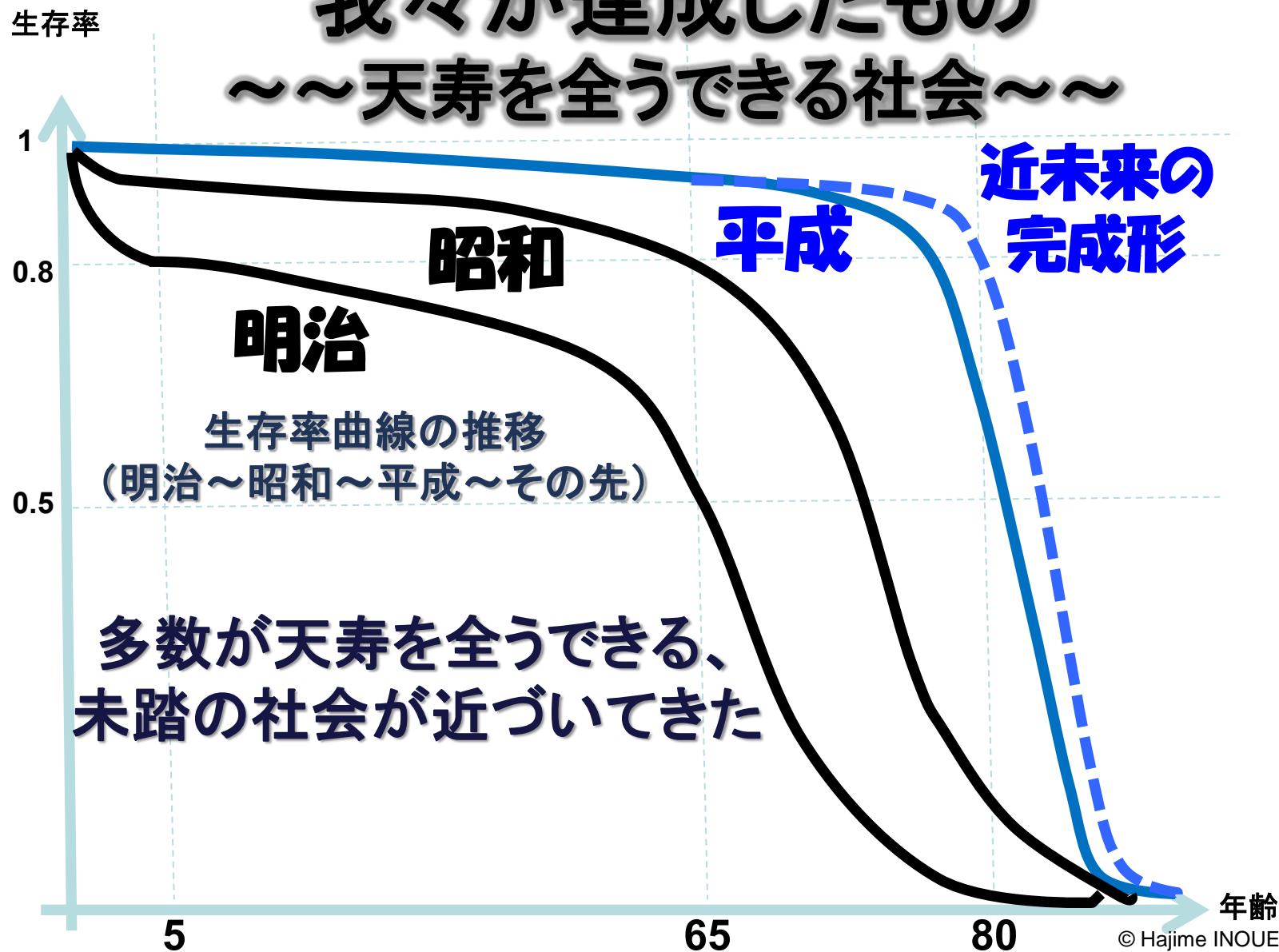


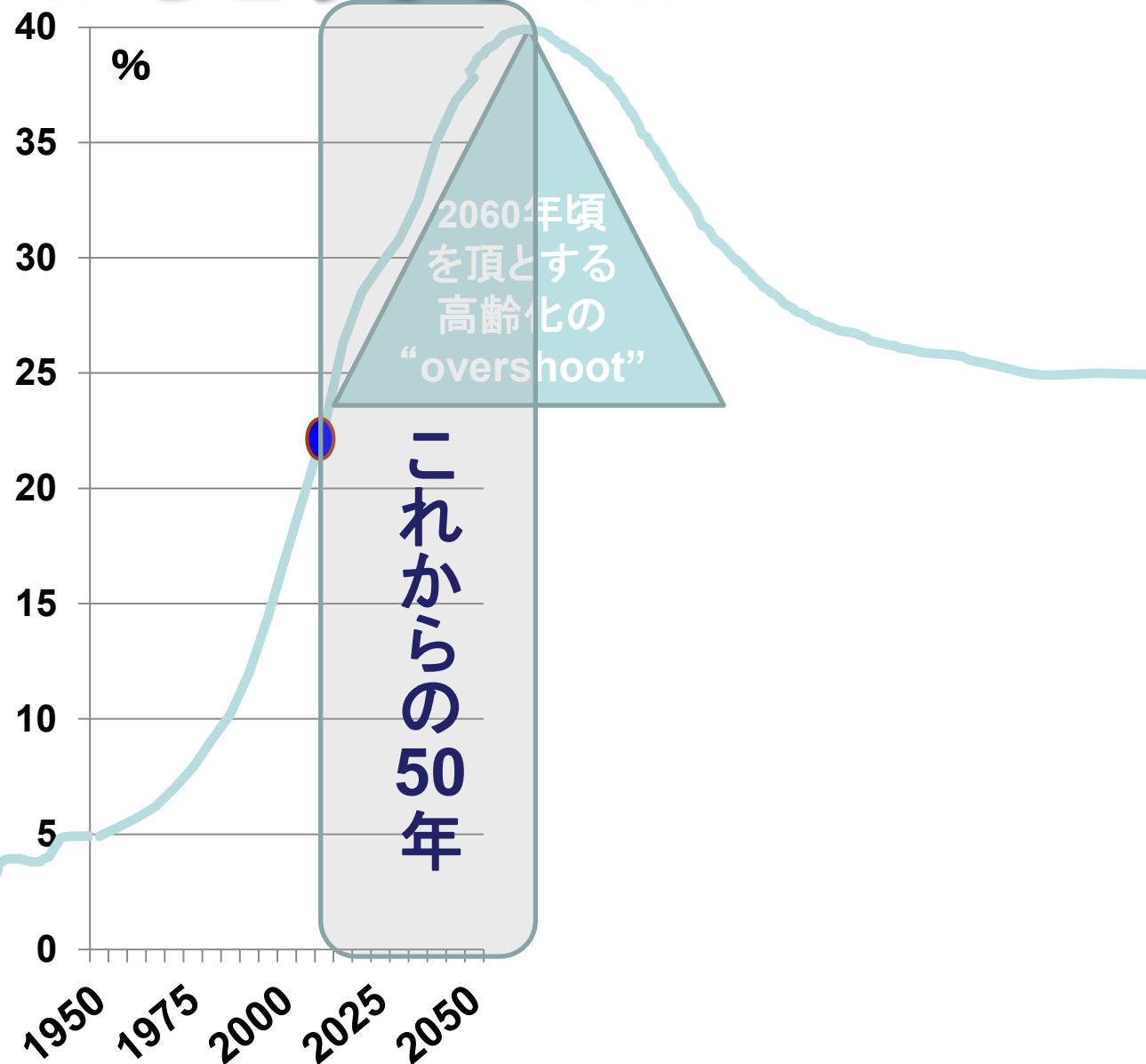
# 我々が達成したもの ~~天寿を全うできる社会~~



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)



Source ; UN Population Prospects

厚生労働省大臣官房・医療課企画官 井上肇氏の資料より

# 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

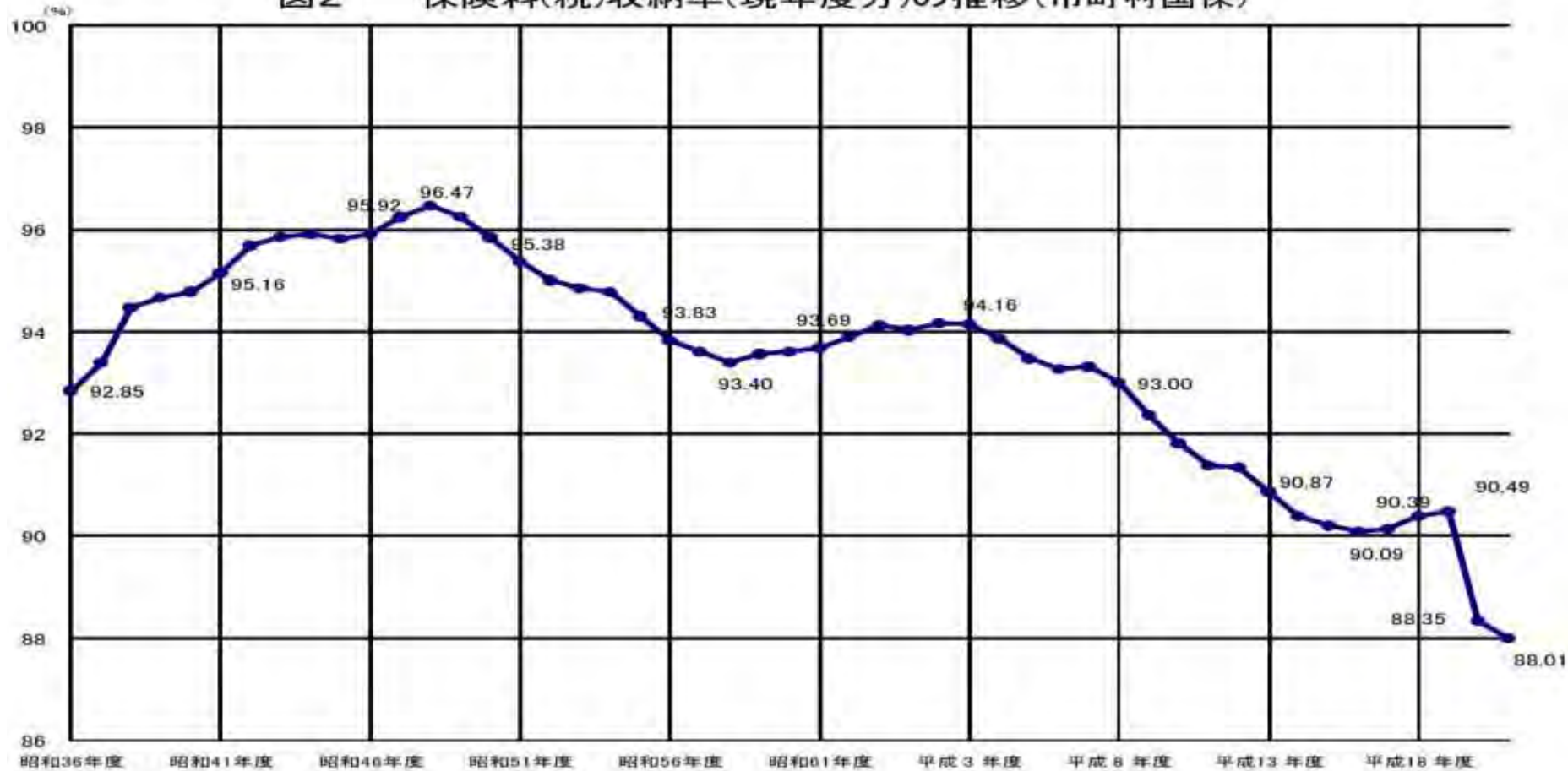
	1世帯あたり平均所得	平均保険料
平成 7年度	231万円	157, 534円
平成14年度	176万円	145, 257円
平成21年度	158万円	148, 014円
平成22年度	145万円	143, 895円

(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。)

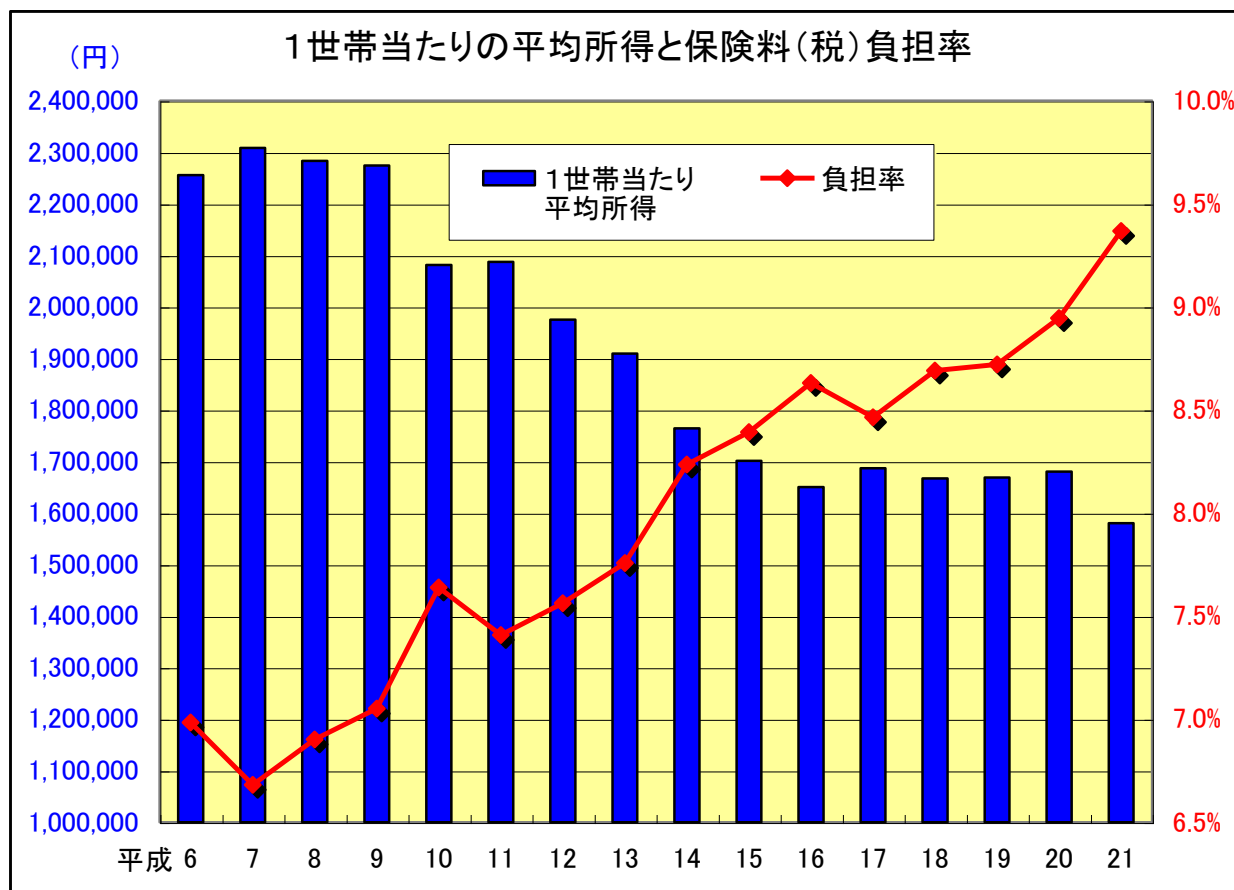
(注1) 収納率は、居所不明者分調定額を控除した調定額を用いて算出している。(小数点第2位未満四捨五入)

(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)	
全世帯	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。