

セッション2: 日本の保健医療体制の構造的課題 危機に立つ皆保険体制

池上直己

慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教授

nikegami@a5.keio.jp

医療保険の構造

THE LANCET

- 医療の特性: いつ病気になるか分からず、その時、いくらお金がかかるかも分からない
- 元気な時に保険料を払い、病気の際に保険から給付を受ける
- 保険料を決める2つの要素
 - 保険の加入者がどの程度、病気にかかり、受診するか？
 - 受診した際に、医師はどこまで医療を提供し、いくら請求するか？ → 日本では国が診療報酬によって、保険の範囲と価格を統制 → 医療費を抑制 → 保険料を抑制

民間保険と公的保険の相違

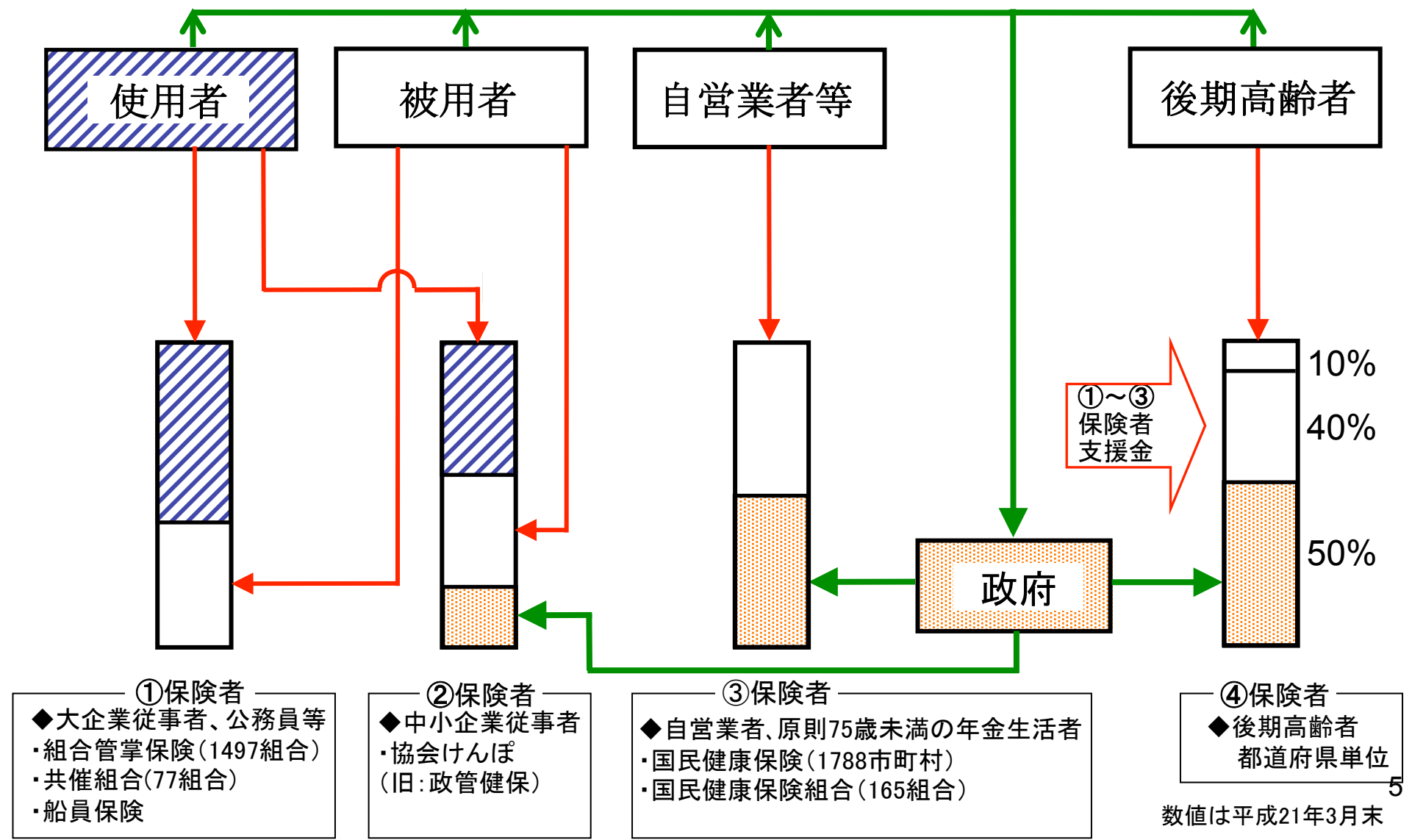
- 民間保険：病気のかかりやすさ(リスク)で決まる
 - 火災保険と同じ：木造の方が、鉄筋よりも保険料が高い
 - 同じ原理に従えば高齢になるほど医療保険料は高くなる
 - シンガポールでは、年齢が高くなるに従って保険料↑、85歳以上は保険に加入できない
- 公的保険：応能負担→能力(所得)に応じて保険料を負担し、医療は平等に受ける
 - 元気であっても、保険に加入する義務(強制)
 - 保険に加入する者同士の相互扶助、連帯が基本
 - しかし、日本の場合、その範囲は職場か、居住する地域の範囲に留まる

比較的公平な制度をどのように実現？

- 職場・居住地によって、所得水準とリスクの相違する保険者の中でどう実現？
- 所得水準の格差に対しては税から助成
 - 中小企業の従事者が加入する協会けんぽに対して16.4%
 - 国保に対して約半分を助成
 - 市町村の平均所得が高ければ4割、低ければ8割を助成
- 高齢者の医療費を、税からの助成と、各保険者からの拠出金によって調整
 - 65～74歳：構成割合の高い保険者から低い保険者に拠出
 - 75歳以上：税と各保険者からの拠出で医療費の9割を賄う₄

→: 税 社会保険の4つの階層におけるお金の流れ

→: 保険料



調整後も残る格差

THE LANCET

- 第1層の健保組合：保険料率（保険料が所得に占める割合）は3～9%と、3倍以上の格差
- 第3層の国保：保険料に5倍以上の格差
- サラリーマンが退職し、被用者保険から国保に移れば、保険料は3倍以上（過疎地はそれ以上）にもなるその理由は：
 - 事業主が負担しなくなる
 - 給与だけでなく、年金等の収入も含めて保険料を算定
 - 配偶者の分の保険料も払う

これまでの調整の限界

- ・ 保険者間の格差は、今後、拡大の傾向
 - 非正規雇用者・派遣の増大で国保、協会けんぽの加入者 ↑
 - 市町村における過疎化 ↑
- ・ 医療費に占める国の税による負担部分 ↑
 - 保険者間の格差 ↑、後期高齢者医療制度の加入者 ↑
 - しかし、国の負担を大幅に増やすことは困難
- ・ 保険に加入していない国民：130万人と推計
 - 加入しなくてよい生活保護受給者を除いた数値
 - 国保の高い保険料、3割の高い自己負担も加入しない要因
- ・ 3,500もの保険者が存在することは、そもそも非効率 ⁷

皆保険体制に対する震災の影響

- 被害の大きかった市町村の国保→一層厳しい局面
 - 加入者の所得が低下して保険料収入↓
 - 比較的所得の高い加入者が他市町村に転居し、一層↓
 - 病気が悪化して加入者の医療費↑
 - 国保の運営悪化に対して復興財源を投入できるか？
- 被災地の事業者が運営する被用者保険も同様
 - 収益↓、従業員所得↓だが、医療費は↑
- 全県単位で運営されている後期高齢者医療保険は相対的に安定
- どう対応するか？⇒次のセッションで改革案