

日本における医療制度の改革

－2006年6月の「健康保険法等の改正」の目指すもの

2006年6月14日、「健康保険法等改正案」が国会で可決・成立し、日本における今後の医療制度改革の方向が定まった。高い伸びを示している高齢者医療給付を背景に、高齢者を中心とした患者の負担増や生活習慣病予防など医療費抑制策が主な内容となっている。

中心となる施策は、1)健診や保健指導を進めて生活習慣病を数値目標を定めて減少させ、患者のQOL向上のための治療時間短縮や地域医療の質の向上をすすめる、2)70-74歳の患者負担率を1割から2割とするなどの高齢者の患者負担の増額と保険給付範囲の一部縮小、一方で少子化対策として出産・子育てへの支援が増加、3)75歳以上の後期高齢者を対象とする高齢者医療制度の創設と新規に保険料を徴収、などである。厚生労働省はこの改革により、2025年度における医療給付は改革を行わない場合と比べて約8兆円減らすことができるとしている。

2006年医療制度改革にいたる経過

－年金制度(2004年)、介護保険制度(2005年)に続く改革

日本の高齢化率65+は今後も急速に伸びていくことが予想されている。2005年度の21.0%から2025年には27.8%、さらに2050年には35.7%に達するものと考えられている。特に注目すべきは後期高齢者の国民全体に対する比率で、2005年度の9.5%が2025年には16.7%、2050年には21.5%に達すると見られている。(2005年は総務省「2005年国勢調査速報集計」、それ以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(2002年推計)」による)

この人口構造の変化に対応して、日本の高齢者の生活と健康を支える年金制度や健康保険、介護保険の各制度の持続可能性を確保するために近年急ピッチで制度改革が進められている。

■ 2004年の年金制度改革

日本の年金制度は国民皆保険の国民年金と被用者年金との2階建て方式となっている。2004年の年金制度改革では1)将来的な際限のない保険料の上昇を避けるために2017年までは徐々に増やししながら(厚生年金:改正前13.58%⇒2017年以降18.3%、国民年金:改正前13,300円⇒2017年以降16,900円)それ以降の保険料水準を固定化し、また2)年金支給額は一人当たりの賃金や物価に応じてスライドさせながら、標準的な年金受給世帯の給付水準は現役世代の平均年収の50%(改定前約60%)を上回る水準は確保するなどというものであった。つまり、保険料は徐々に増額しながら将来は固定し、年金支給額の上昇に歯止めをかける方針である。厚生労働省では、これによって、改革が行われなければ2025年には73兆円に至ると見込まれていた給付費は62兆円に圧縮される見通しであるとしている。

■2005 年の介護保険制度改正

また 65 歳以上の高齢者を対象とした介護保険制度についても 2005 年度に改正された。その中では、1) 要介護状態になる可能性の高い高齢者や要介護状態になっても状態の維持・改善の高い高齢者を対象として運動器の機能向上、栄養改善、口腔機能向上などの支援サービスを行う、「介護予防」重視型の長期介護サービスが整備され、2) これまで介護保険給付の対象とされてきた施設入所者の住居費・食費の自己負担の導入、3) 地域に密着した小規模でフレキシブルな在宅・施設介護体系の創出が行われた。これによって、厚生労働省の見通しでは改革前には 2025 年には 19 兆円に至ると見込まれていた介護保険給付費は 16 兆円に圧縮されることとなった。

医療制度の改革の背景 — 国民皆保険制度持続性をめぐる議論

日本の医療制度においては、1961 年以来、税と保険制度の組み合わせによる国民皆保険制度が続いている。また、医療機関への自由なアクセスが広く認められていることも特徴である。

WHO によれば日本の健康寿命は 74.5 歳で世界最長であり、医療制度の達成度評価も世界第 1 位であるとされている (World Health Report 2000, WHO)。一方、総医療費の対 GNP 比では 7.8% でありアメリカの 13.9%、ドイツの 10.8%、フランスの 9.4%、に比べて低率で先進国の中で下位に位置している (OECD Health Data 2005, Total expenditure on health %GDP)。このように、日本の医療制度は国民の生活の向上に効率よく大きな寄与をしてきた。

しかし一方、診療報酬のマイナス改定などにもかかわらず国民所得の伸びよりも国民医療費は大きく伸びており、その割合は 1985 年の 6.1%(16 兆円)から 2003 年には 8.6%(31.5 兆円)に達し、2025 年には 12.2%まで上昇すると予測されるに至った。同時に国民医療費総額のうちの老人医療費の割合は一貫して増えている (1985 年の 25.4%から 2003 年には 36.9%)。このため、国民負担増への危惧の声が増えるに至っていた。

また、2000 年より 2010 年までの国民的な運動として「健康日本 21」が開始された。その最大の目標は、日本人の死因 6 割を占める、がん、脳卒中、心臓病などの生活習慣病になることなく、健康でいられる期間を延ばすことである。そして国民の健康づくり・疾病予防をさらに積極的に推進するため、2002 年に健康増進法案が成立し、科学的な調査研究の推進、公共の場における受動喫煙防止対策の推進、食生活・運動・休養・喫煙・飲酒・歯の健康などの生活習慣に関する普及啓発もおこなわれている。

以上の状況によって、老人医療を中心とする健康保険制度の抜本的な改革をさらにすすめて一層の国民の健康増進と国全体の財政状態の健全化を図る機運が高まってきた。

こうして、2006 年 6 月に医療制度の改革が行われるに至った。

これは特定の一つの法律が改正されたのではなく、「健康保険法」「国民健康保険法」「老人保健法」「介護保険法」「医療法」などの法律を同時に改正することによる総合的な医療制度改革の総称である。これには、国民皆保険制度を維持し、国民の生活の質を向上させるために健康増進、患者負担・保険給付の見直し、新高齢者医療制度の創設、保険者の再編・統合などが含まれている。それぞれについてさまざまな経過措置があるので、段階的に行われていく。

医療制度改革の内容 —医療費適正化、高齢者医療制度新設など

1. 健康増進と医療費適正化の推進

1)生活習慣病、長期入院減少のための施策 —「医療費適正化計画」の策定

現在、日本では糖尿病などの生活習慣病の患者が増え続け、それが加齢とともに脳梗塞、心筋梗塞につながるケースが増えている。また、日本の平均在院日数は諸外国に比べて非常に長く、また地域差が大きいことはかねてから指摘されてきた。これらの状態を改善するために、中・長期的な方策として各都道府県が 2008 年から 5 カ年計画で開始される「医療費適正化計画」を作成することとなった。この計画の中では、生活習慣病対策や平均在院日数の短縮に関する目標や、目標達成のために国、都道府県が講ずる施策などを盛り込むこととしている。

なお、医療法の改正により、脳卒中対策、糖尿病対策、がん対策などの主要事業ごとに地域における医療連携体制を作り、年間総入院日数、年間外来受診回数、在宅での看取り率や在宅復帰率などの数値目標を導入することとされた。また、良質な医療を提供していくために、都道府県が医療機関情報を集約・公開する制度をつくり、また医療機関に治療計画や退院後の療養に必要なサービスを患者に明確に説明することや、都道府県ごとに医師の確保策を講ずること、地域医療の連携をすすめることなども盛り込まれている。

そして、これらによって全国規模では 2015 年には生活習慣病の患者・予備群の 25%の減少させること、平均在院日数の全国平均(36 日)と最短の県(27 日)の差を半分に縮小させることを政策目標としている。

2)患者負担増、入院している高齢者の食費・住居費増など —保険給付の見直し

保険給付の見直しの主なものは以下のとおりである。

- 患者負担:改定前は 70 歳未満 3 割、70 歳以上 1 割(ただし現役並み所得者は 2 割)
 - 70 歳以上の現役並み所得者(夫婦で年収約 520 万円以上)は 3 割負担に(2006 年 10 月より)
 - 70-74 歳は 2 割負担に(2008 年 4 月より)
 - (75 歳以上は 1 割負担のまま変更なし)
- 医療療養病床(25 万床)に入院している高齢者の食費・住居費の負担引き上げ。これまでは食材料費(2.4 万円)を負担
 - 標準的な負担額は食費:4.2 万円、住居費:1.0 万円(2006 年 10 月より)
- 現金給付の見直し
 - 出産一時を 30 万円から 35 万円に(2006 年 10 月より)
- 乳幼児に対する自己負担軽減措置の拡大
 - 乳幼児に対する自己負担軽減(2 割負担)の対象年齢を 3 歳未満から義務教育就学までに拡大(2008 年 4 月より)

etc.

全体に、高齢者に応分の負担を求め少子化対策として出産・子育てへの支援が増額された。なお、医療費自己負担が際限なく高額とならないように所得に応じて自己負担額の上限が設けられている。

3)医療必要度の低い病床は介護施設・在宅へ —療養病床の縮小

療養病床は、介護施設ではなく病院で長期介護を行っていた病床で約 38 万床あったが、かねてより医療の必要性の低い患者も多く入院していることが指摘されていた。このため、2011 年度末までに 15 万床に減らして医療の必要度の高い場合のために特化し、医療必要度の低い入院者については介護を中心に行う

施設や在宅に移行して介護を行うこととなった。

2. 新たな高齢者医療制度の創設

日本の公的医療保険の種類は数多くあるが、これまでは下図のように大きく分けて 2 つのグループによって構成されてきた。民間サラリーマンや公務員の被用者保険(約 7,600 万人)と自営業者や退職者などの国民健康保険(約 5,100 万人)である。(いずれも 2005 年)

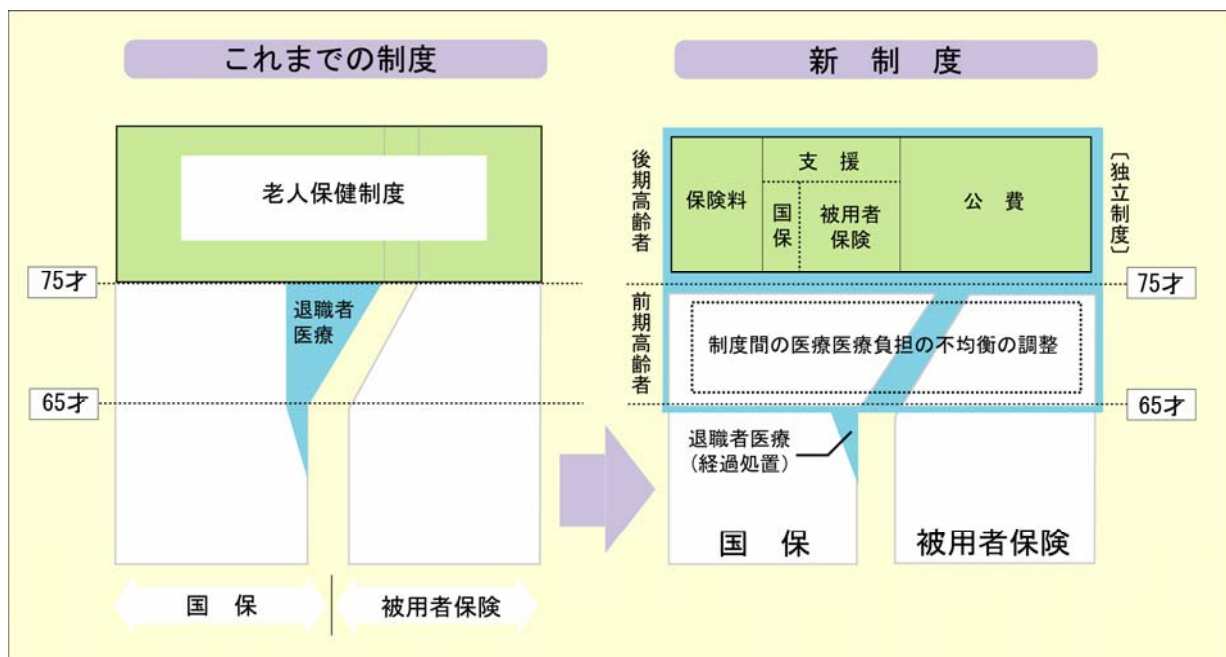
・被用者保険は事業所の規模や職種によって多くの種類がある。保険者は国(主に中小企業従業員を対称にしている「政府管掌健康保険」)や各種健康保険組合(大企業による健康保険組合や特定業種による健康保険組合など)などである。保険料は原則労使折半で、被保険者の保険料は標準報酬月額+賞与(上限あり)×保険料率である。保険料率は保険の種類によって違うがたとえば政府管掌健保では 8.2%である。国庫負担は国民健康保険に比べると非常に少ない。

・国民健康保険の保険者はほとんどの場合が市町村である。保険料は被用者保険と同じベースで比較するとやや割高である。財源の約 1/2 が国庫負担である。

(これまでの医療制度における高齢者への対応)

74 歳までの退職者はそのほとんどが国民健康保険に加入することになる。そのうち、サラリーマンであった期間が 20 年以上の退職者の医療費については被用者保険が国民健康保険に拠出金を出して負担してきた。

また、75 歳以上の老人保健制度では、財源は公費と国民健康保険・被用者保険からの拠出金(1/2ずつ)で構成されており、これまで保険料は徴収されていない。



1)75 歳以上の高齢者からも保険料を徴収 —後期高齢者を対象とした「後期高齢者医療制度」の創設

総人口に占める 75 歳以上の老人保健医療対象者(1,518 万人)の割合は 11.9%であり、老人医療費は国民医療費総額 31.1 兆円のうち 11.7 兆円で 37.7%を占め(2005 年「厚生労働白書」)、さらに増えていくことが予想される。また、現在の老人保健制度は、高齢者が国民健康保険や被用者保険に加入したまま、医療の給付などは国民健康保険や被用者保険からの拠出金と公費を財源として市町村が運営する方式をとってきた。このため、保険料を決定し徴収する主体と給付主体が別であり、財政運営の責任が不明確

であった。このため、75歳以上の高齢者に関しては2008年4月から県単位の広域連合が運営する安定した独立制度を創設すると同時に新たに保険料を徴収することとなった。保険料の額は所得によって変動する。負担の割合は、患者負担を除いて高齢者の保険料1割:74歳までの被保険者からの支援金約4割:公費約5割となる。人口構成に占める後期高齢者と現役世代の比率に応じてそれぞれの負担割合を変えていくシステムを導入するので、将来的には後期高齢者の負担割合は高くなることとなる。

2)より幅広い国民が前期高齢者を支援 ー前期高齢者の医療費の財政調整

65歳から74歳までの高齢者のほとんどが国民健康保険に加入することから、国民健康保険の負担が増大して財政状況が非常に厳しくなっていた。このため、2008年からは国民健康保険と被用者保険のそれぞれの加入者数に応じて負担金を分担するようにすることとなった。これは広く国民全体の連帯によって前期高齢者の医療費を支えるものだが、65歳から74歳までの高齢者のほとんどは国民健康保険に加入するので形式としては被用者保険から国民健康保険に対して支援を行うこととなる。

3.その他

今回の医療制度改革にあわせて保険者の再編も行われる。社会保険庁が保険者である政府管掌健康保険は全国一律の運営であったために地域ごとにかかった医療費を保険料に反映する仕組みがないことについて批判があった。このため2008年の4月から国とは切り離れた全国単位の公法人を保険者として設立し、都道府県ごとに地域の医療費を反映した保険料率を設定するなど都道府県単位の財政運営を基本とすることとした。

医療制度改革による医療給付の削減効果

2006年度予算において医療給付は28.5兆円であった。厚生労働省は、改革が行われなければ2025年度には医療給付が56兆円に増えるの見込んでいたが、今回の改革による高齢者の負担増などによって48兆円に抑制できると試算している。

付表 1 医療保険制度の概略と改革の内容(太字は今回の改革部分)

	対象	保険者	保険料	患者負担割合 (窓口負担)	財源構成
被用者保険 *高齢者割合 組合健保: 2.6% 政府管掌健保: 5.4% (2003年3月末)	民間、公的機関の被雇用者、(退職者)。約 7,600 万人	大企業中心の各種健康保険組合、中小企業中心の政府管掌健保など 政府管掌健保は2008年10月以降、広法人が保険者となり都道府県単位の運営を行う。	標準報酬月額+賞与(上限あり)×保険料率 *原則労使折半 *扶養家族分含む *例)政府管掌健保保険料 8.2% *例)年収 300 万円の場合:(年) 組合健保 6-13 万円 政管健保 8.2 万円	~2008年3月 ・3歳未満 2割 ・3歳~69歳 3割 ・70歳以降 1割(現役並み所得者 2割⇒ 現役並み所得者 2006年10月から3割)	保険料+国庫負担(政府管掌健保は給付費の13%。その他は定額)
国民健康保険 *高齢者割合 26.0% (2003年3月末)	農業、自営業者、(退職者)。約 5,100 万人	ほとんどは市町村	世帯単位で所得や加入者数に応じて市区町村で決定。上限あり *例)年収 300 万円の場合:(年) 2人世帯 19-24 万円 4人世帯 21-29 万円	2008年4月~ ・6歳未満 2割 ・6歳~69歳 3割 ・70歳~74歳 2割 ・75歳以降 1割	保険料+国庫負担(給付費等の約5割)
(退職者医療) *独立した制度ではない	74歳までの被用者保険の退職者。ほとんど国民健康保険に加入	市町村	ほとんどは国民健康保険と同じ		保険料+被用者保険から拠出金 *市町村国保の負担割合 84%
前期高齢者医療費財政調整 *独立した制度ではない	65歳から74歳の前期高齢者。 約 1,400 万人		ほとんどは国民健康保険と同じ		*市町村国保の負担割合 42%へ(被用者保険の負担増)
(老人健康制度) *独立した制度ではない	75歳以降の後期高齢者。ほとんどが国民健康保険加入者。	実施主体は市町村	なし		被用者保険・国民健康保険からの拠出金(約5割)+公費(約5割。国:県:市町村で4:1:1の割合)
後期高齢者医療制度	75歳以降の後期高齢者。 新制度に加入。 約 1,300 万人	財政運営は都道府県単位の広域連合	都道府県ごとに保険料率を設定 *例)平均的厚生年金(208万円)受給者 74,400円/年、基礎年金(79万円)受給者 10,800円/年		保険料(1割)+後期高齢者支援金(被用者保険・国民健康保険からの拠出金。約4割)+公費(約5割)

* 厚生労働省 Ministry of Health, Labour and Welfare「厚生労働白書 Annual Report on Health, Labour and Welfare」(2005年)、国民健康保険中央会 National Federation of Health Insurance Societies「国民健康保険の安定を求めて」(2004年)による

付表2 医療制度改革のスケジュール

実施時期	主な改正内容
2006年10月	<ul style="list-style-type: none"> ・現役並みの所得がある高齢者の患者負担の見直し(2割→3割) ・療養病床の高齢者の食費・居住費の見直し ・地域型健保組合の創設
2007年3月	<ul style="list-style-type: none"> ・中医協の委員構成の見直し、団体推薦規定の廃止
2008年4月	<ul style="list-style-type: none"> ・70～74歳の高齢者の患者負担の見直し(1割→2割) ・乳幼児の患者負担軽減(2割)措置の拡大(3歳未満→義務教育就学前) ・医療費適正化計画 ・保険者に対する一定の予防検診等の義務付け ・後期高齢者(75歳以上)を対象とした後期高齢者医療制度の創設 ・前期高齢者(65歳～74歳)の医療費に係る財政調整制度の創設
2008年10月	<ul style="list-style-type: none"> ・政管健保の公法人化
2011年度末まで	<ul style="list-style-type: none"> ・介護療養型医療施設の廃止

厚生労働省資料「健康保険法等の一部を改正する法律について」(2006年)より