

医療と医療保険の 近未来へ



「団塊の世代」がそっくり75歳以上になる2025年度へ、健康保険組合連合会が、その主張と提言をまとめた。「皆保険」を守る難しさと大事さを改めて痛感させる内容だ。

仕送りの限界は「30%」

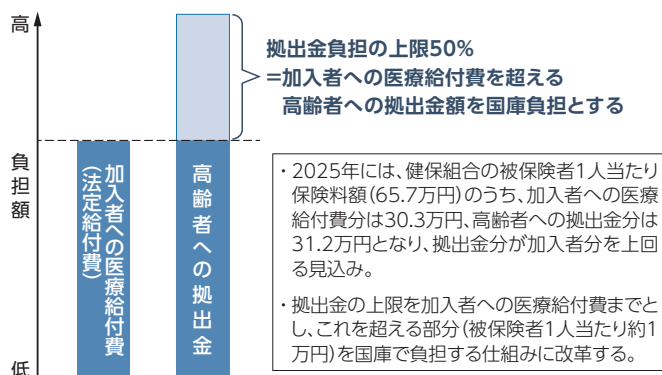
健康連の推計では国民医療費は15年度の42兆円から25年度には1・4倍の58兆円に増える。とりわけ75歳以上の医療費は15兆円から25兆円へ1・7倍に膨らむ。

必然的に後期高齢者医療制度への支援金、前期高齢者医療費に対する納付金等の拠出金も急上昇し、25年度には、いわば仕送り分が自前の生計費を上回る(平均の拠出金割合50・7%)。全体の6割強にあたる870組合が50%を超える。

この近未来へ、健康連は「拠出金の上限を50%にして、上限を超える分は国庫負担に」と求めた(図表参照)。

組織内では「50%限界」に抵抗感があるはずだが、世論にも訴える背水の陣を敷いたのだろう。ただし、50%超を国費で負担させる道筋は険しい。

高齢者医療制度への拠出金に対する提言



「消費増税の配分を見直し、高齢者医療への追加財源を」と求めるが、安倍政権はむしろ保育や給付型奨学金へ使い道を変える方針だ。

ひとつの打開策として各共済組合との連携が考えられる。特に賃金水準の高い国家公務員共済、地方公務員共済は健康連より早く拠出金50%超を迎え

るに違いない。政府や自治体も足下に火がついているのだ。まず労組レベルでの協議から始めてはどうか。

窓口負担と かかりつけ医

提言は多岐に渡る。負担面では「75歳以上の患者負担を段階的に2割」「公的年金等控除の見直し」、財源では「消費税引き上げや税制見直しによる必要な財源確保の長期見直し」「医療効率化へ「医療機能の分化・連携」「終末期医療の見直し」「薬剤費の伸びの抑制」「保険給付範囲の見直し」。

その中で、「75歳以上の患者負担2割」と、大病院志向を改め総合診療専門医を含む「かかりつけ医」普及策とを結びつける方策を進めてはどうか。

複数の慢性期疾病を抱える高齢者がかかりつけ医を持つのは極めて自然で有効な対応だ。かかりつけ医の定義を固めながら、直接の病院受診には患者負担1割を2割に引き上げる。他の年齢層でも段階的に同様なインセンティブを導入できないか。

現にフランスでは、自分が登録した一般診療医の受診は患者負担3割だが、

直接の病院受診は7割に跳ね上がる（16歳以上対象）。当初は病院の直接受診は4割負担だったが、09年に7割負担に切り換えたところ、かかりつけ医登録は一気に98%上がった。

さらに外来の報酬は基本的に定額払いである。ただし、単純な人頭払いではなく、検診、カルテ管理、80歳以上や小児らの診察、退院直後の対応、緊急往診等に様々な加算を設ける。

日本でもフリーアクセスの利点を維持しながら病院志向や外来の出来高払いにメスを入れる時期だ。

日本の医療費は 高いのか

危機感を深め、改革・改善策を打ち出した労作だが、気がかりな点もある。

現状認識のひとつとして紹介された「OECD 諸国の保健医療費支出の対GDP費」（14年）の資料である。日本の保健医療費支出のGDP比は11・4%で、1位は米国（16・6%）、2位のスイス（11・4%）と並ぶ第3位である。

だが、順位の急上昇は統計方法の変更にある。旧基準とは異なり、新基準では長期医療（保健）サービスに日本の介

護サービスの多くが追加された。介護予防を除く大半の在宅介護サービス、施設でも特別養護老人ホームの経費が入った（旧基準の16種から新基準では38種）。

新基準の統計をまとめた医療経済研究機構によると、他国が同様に介護サービスを加えたかどうかは不明で、旧基準なら日本は10・1%、第10位と説明している。

もうひとつ、この順位には医療費膨張の主因である各国の高齢化率の差は勘案されていない。

主要7カ国の高齢化率の違いを補正した場合、高齢化トップの日本の医療費の対GDP比は最低の英国に次ぐ低さとの研究結果がある（柿原浩明ら「医療費の真の国際比較」週刊社会保障16年8月1日号）。

提言者は、統計値の問題点を重々承知とは思いますが、読み手に対しても統計値の意味を十分に伝える必要がある。

■宮武 剛（みやたけ こと）

毎日新聞社・論説副委員長、埼玉県立大学、白鳥大学 大学院の教授を経て、一般財団法人日本リハビリテーション振興会理事長、財務省「財政制度等審議会」委員やNPO「福祉フォーラム・ジャパン」会長も務める。