

日本の医療制度

—公的医療保険制度の現状と課題—



社会研究部門 阿部 崇

abe@nli-research.co.jp

1——日本の医療制度

日本の医療制度は、全国民が原則加入する公的医療保険制度（以下、医療保険制度）が基本となっており、年齢や所得に関係なく、原則として全ての医療（治療や薬等）を保険給付として受けられる仕組みとなっている。

“全国民が原則加入”する「国民皆保険」は昭和36年に確立し、現在に至っている。2008年4月からは長寿医療制度（後期高齢者医療制度）

がスタートし、満75歳以上の高齢者は同制度の対象になる（[図表-1]）。また、医療保険制度は“原則として全ての医療を保険給付として”受けられる「保険診療の原則」の下で運営されている。

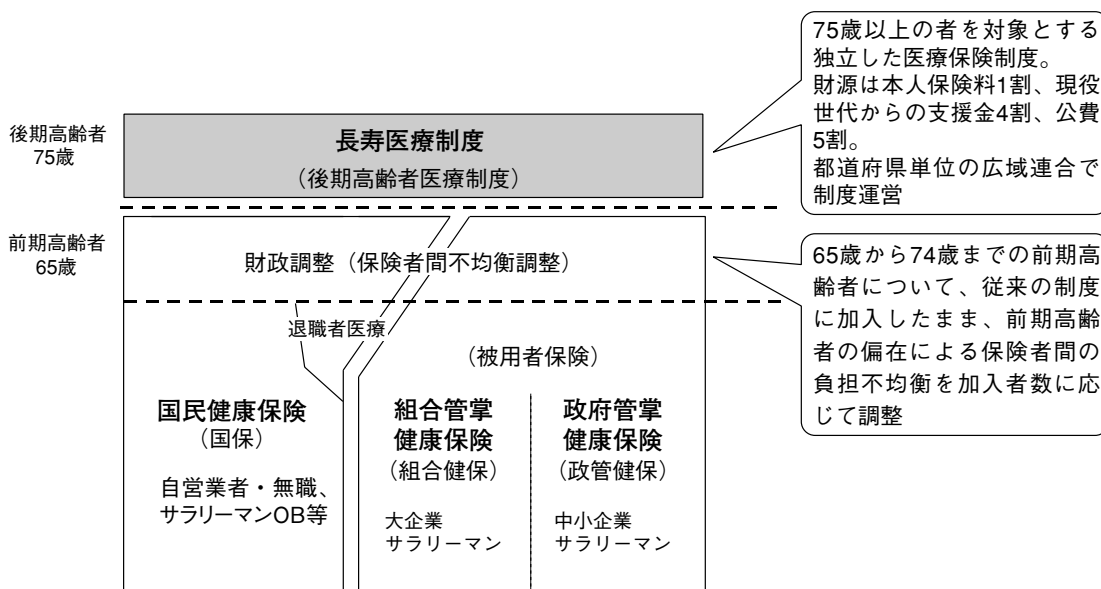
医療保険制度は、国民健康保険と被用者保険に大別される。一般のサラリーマンは、被用者保険のうち、大企業なら組合健保（健康保険組合）、中小企業ならば政管健保（政府管掌健康保険組合）に加入している。その他公務員・学校教職員は共済に、また、自営業者や無職の場合は市町村国保に加入している（[図表-2]）。

被保険者の就業状況や年齢によって加入する制度は異なるが、これは主に財源構成の違いによるものである。いずれの制度でも、費用の一部を負担すること（一般3割、高齢者1割）で、医療機関において治療・薬等を受けられ、保険給付の内容に差異はない。

もっとも、医療がより身近に、また、必要になってくる高齢期には、医療保険制度そのもののあり方が、自らの生活面、家計面、健康面に及ぼす影響はより大きくなるといえる。

本稿では、長寿医療制度のみではなく医療保

[図表-1] 医療保険制度の基本構造



(資料) 厚生労働省資料より作成

[図表-2] 制度別の内容状況一覧（除く「共済」）

	国民健康保険 (市町村国保)	政府管掌健康保険 (政管健保)	組管管掌健康保険 (組合健保)
被保険者	自営業者・無職等	主として中小企業の サラリーマン	主として大企業の サラリーマン
加入者数	4,738万人	3,594万人 本人1950万人 家族1644万人	3,041万人 本人1543万人 家族1498万人
保険者数	1818	1	1541
加入者平均年齢*1	55.2歳 (44.0歳)	37.4歳 (34.3歳)	35.0歳 (33.1歳)
高齢者加入割合*2	22.5%	3.9%	1.8%
1人あたり医療費	17.4万円	11.7万円	10.1万円

*1 加入者平均年齢は2006年3月末、()は70歳以上を除いた平均

*2 65歳以上の寝たきり老人を含む

(資料) 厚生労働省資料より作成

険制度全体について、その現状把握、課題整理
およびそれらへの対応や今後の見通しを広く考
察していきたい。

2——現状と課題（2つの側面から）

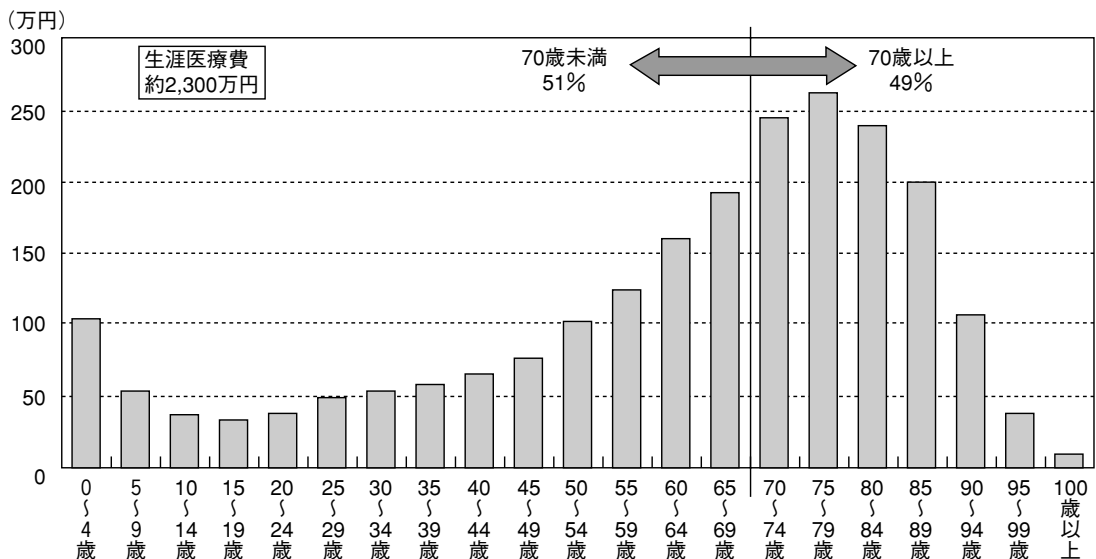
最近の報道では“医師不足”や“医療崩壊”
等をキーワードに医療問題が多く取り上げられ
ているが、医療保険制度は現在どのような状況
になっているのだろうか。ここでは、「医療費と
保険給付」、「医療の供給体制」という2つの側面
から現状と課題を整理したい。

1 | 医療費と保険給付

厚生労働省の推計（2005）によれば、個人の生
涯医療費は約2,300万円とされるが（[図表-3]）、
現在は医療保険制度によって、全ての国民が（国
民皆保険）、ほぼ全ての医療を原則3割の自己負
担で受けることができている（保険診療の原則）。

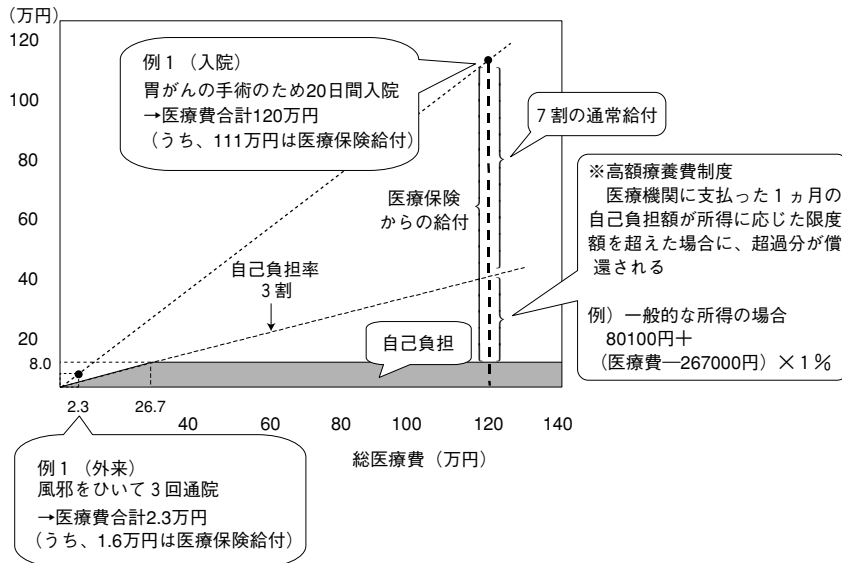
ただし、[図表-4]の通り、自己負担には一定
の上限額が設定されていること（高額療養費制
度）、また、生涯医療費の半分を占める満70歳以
降は、自己負担率が1割の長寿医療制度の対象者
となることから、医療費に対する実質的な自己
負担率は約14%にとどまる。

[図表-3] 生涯医療費



(資料) 平成20年度版厚生労働白書 (2008)

[図表-4] 個人の生涯医療費負担



(資料) 社会保障国民会議資料を一部改変

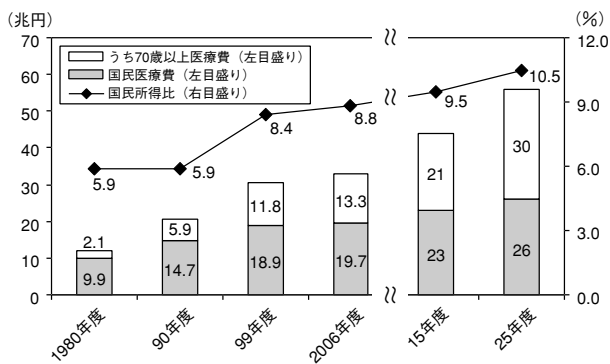
このようにミクロで見れば、現在の医療保険制度は、治療方法や薬の種類を問わず比較的安価に医療を受けられる優れた仕組みとの印象がある。では、報じられているように、マクロでみた医療費・保険財政は、どのように逼迫し、どのような課題に直面しているのだろうか。

医療技術の進歩や人口構造の変化に伴って、医療費は増加基調で推移しており、2005年度には33兆円を超えている。厚生労働省試算によれば、2006年の医療制度改革（後述）を織り込ん

だとしても2015年に44兆円、2025年には56兆円に拡大する見通しとなっている。また、ここ数年来の課題とされてきた高齢者（満70歳以上）の医療費は、医療費全体の伸び率を上回って増加し続けており、同試算では2025年に30兆円に達し、医療費全体の50%が高齢者の医療費で占められると予測されている（[図表-5]）。

総医療費の対GDP比の国際比較をみると、日本は8.0%（2004）であり、米15.2%、英8.1%、独10.6%、仏11.0%に比べ、また、OECD30カ国平均9.0%からも低い水準である。もっとも、

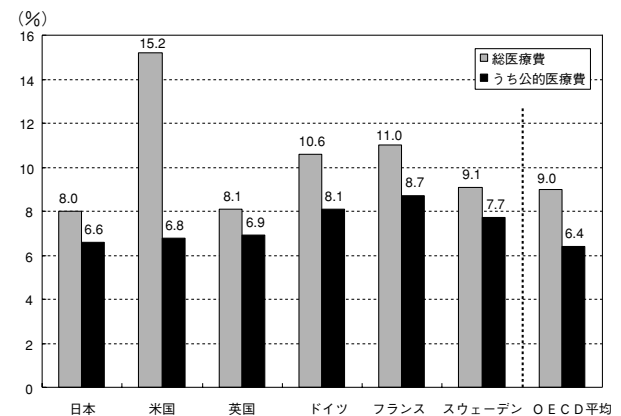
[図表-5] 国民医療費の推移と見通し



(注) 2006年度は予算ベース、15年度と25年度は「平成18年医療制度改革ベース」（厚生労働省）による。

(資料) 厚生労働省資料より作成

[図表-6] 総医療費と公的医療費の国際比較 (対GDP比)



(注) 公的医療費とは、総医療費のうち公費負担及び社会保険で賄っている部分。

(資料) 財政制度審議会資料より作成

公的医療費（社会保険＋公費負担）の対GDP比は6.6%と総医療費の8割を超えており、OECD平均6.4%を上回る水準となっている（[図表－6]）。

これは、日本の医療保険制度が「国民皆保険」および「保険診療の原則」の仕組みを採っているためであり、NHS（National Health Service）という同じく皆保険の仕組みで医療を提供する英国も同様の傾向にある。他方、対照的なのは米国であり、総医療費のうち公的医療費が占める割合は約45%に止まっている。もっとも、総医療費のうち「公的」と「それ以外」のバランスは、いずれが理想形ということはなく、医療サービスの供給量や水準（公的給付であることによって医療の水準が担保される側面がある）を含め、それぞれの課題が存在している。

このように、日本の医療保険制度では、医療の量と保険給付の量がほぼ等しいため、これまでの医療費削減の議論の多くは、“保険給付を縮減するために医療費そのものを縮減する”というアプローチであった。

医療費は、「受療量（入院日数や通院回数、受療人数）×診療報酬（医療の単価）」と表すことができるが、それを削減するために、受療の量を減らす施策（自己負担増による受診抑制など）や、診療報酬引下げ（単価カット）などが繰り返されてきた（[図表－7]）。

[図表－7] 診療報酬改定率の推移

改定年	改定率(医科全体)	本体(技術料)	薬価等
1998年4月	▲1.3%	+1.5%	▲2.8%
2000年	+0.2%	+1.9%	▲1.7%
2002年	▲2.7%	▲2.3%	▲1.4%
2004年	▲1.0%	±0.0%	▲1.0%
2006年	▲3.16%	▲1.36%	▲1.8%
2008年	▲0.82%	+0.38%	▲1.2%

（資料）厚生労働省資料より作成

しかし、受療量が多い高齢者が増加していくこれからはその方法にも限界がある。そこで近年では、医療費と保険給付を切り離し、“保険給付としてどこまでの医療をみるのか”という、いわゆる公的保険給付の守備範囲を問うアプローチが見られるようになった。

具体的には、保険診療と保険外診療（保険給付の対象にならない医療）の混合を認める「混合診療」の導入、一定額ないし回数までの軽微な医療について保険対象外とする「保険免責制」の導入、何らかの条件によって公的保険の対象者を限定していく仕組みの導入など、活発な議論が行われている。ただし、後者のアプローチは「国民皆保険」、「保険診療の原則」といった、医療保険制度の大原則を転換させるものでもある。

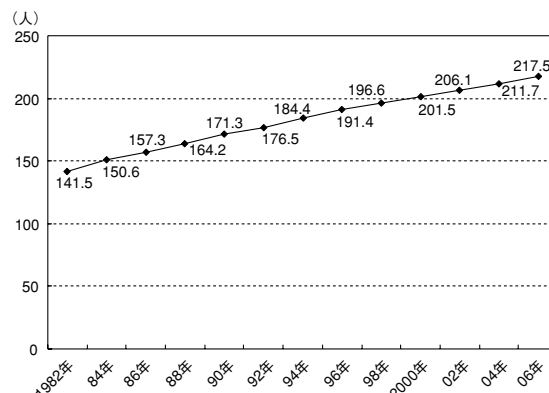
このことは、ミクロでみた現行医療保険制度のメリットである「医療へのアクセス（かかり易さ）」や「費用（家計）負担」に少なからず悪影響をもたらすものであり、社会保障の意義・あり方を踏まえた慎重な議論が求められる。

2 | 医療の供給体制

次に供給体制をみると、“供給のアンバランスが不足感をもたらしている”と言える。

医師・歯科医師・薬剤師調査（厚生労働省）によれば医師総数は2006年で27.8万人、対人口10万人の推移では増加基調（実数で3,500～4,000人増）となっている（[図表－8]）。

[図表－8] 対人口10万人医師数の年次推移



（資料）医師・歯科医師・薬剤師調査（2006）より作成

医師総数が増加しているにもかかわらず、量的不足感があるのはなぜか。その原因は2つのアンバランスにあると考えられる。

まず1つは、“患者(医療の需要)とのアンバランス”である。医療の需要を示すものさしとして、「平均在院日数(入院1回の平均日数)」、「外来診療回数(1年間の平均通院回数)」、「病床数」があるが、日本はいずれも他のG7諸国よりも非常に高い([図表-9])。「(患者以外を含む)対人口1,000人」の医師数では他の6ヶ国と大きな開きはみられないが、患者からの医療需要とのバランスでみると、医師不足の状態に陥っている。

[図表-9] 平均在院日数等の国際比較

	人口1000人あたりの病床数	平均在院日数(急性期)	1人あたり外来診察(通院)回数
日本	14.2	20.2	13.8
米	3.3	5.6	3.8
英	4.0	6.6	5.3
伊	4.0	6.8	—
加	3.4	7.3	6.0
独	8.6	8.7	7.0
仏	7.5	5.5	6.6

(資料) OECD Health Data 2007より作成

2つ目は、“診療科のアンバランス”である。最近の報道の通り、小児科、産科・産婦人科の不足は深刻な状況にある。診療科ごとの医療の供給量を示すものさしには、「医師数」、「対人口あたり医師数」、「医療機関数」等があるが、医療へのアクセスという観点から考えた場合、最も端的に過不足感を示すのは地域に存在する診療所の数であろう。

実際、小児科医そのものは増加し、また、出生あたり産科・産婦人科医数は出生数自体の減少もあいまって横ばいであるものの、両診療科の診療所数の減少傾向は他と比べて顕著となっている([図表-10、11])。

医療の供給は、“適正量の需要と適切な受療機会の確保”の観点から考えなければならない問題であり、単純に人口と医師数・病床数との関係だけで判断することはできない。

[図表-10] 小児科、産科・産婦人科の現状

	小児科			産科・産婦人科		
	医師数	病院	診療所	医師数	病院	診療所
1996	13,871	3,844	27,095	11,264	2,148	5,154
1997	—	3,768	—	—	2,081	—
1998	13,989	3,720	—	11,269	2,032	—
1999	—	3,528	26,788	—	1,884	4,945
2000	14,156	3,474	—	11,059	1,837	—
2001	—	3,433	—	—	1,803	—
2002	14,481	3,359	25,862	11,034	1,750	4,648
2003	—	3,284	—	—	1,715	—
2004	14,677	3,231	—	10,594	1,666	—
2005	—	3,154	25,318	—	1,616	4,381
2006	14,700	3,075	—	10,074	1,576	—

*—は調査なし年次

(資料) 医師・歯科医師・薬剤師調査(2006;医師数)、医療施設調査(2006、2005;医療機関数)より作成

[図表-11] 診療科別の診療所数増減状況

	2005	2002	増減数	増減率
総数	97,442	94,819	2,623	0.9
内科	63,286	61,917	1,369	0.7
小児科	25,318	25,862	▲544	▲0.7
精神科	5,144	4,352	792	5.7
外科	16,641	16,555	86	0.2
整形外科	13,205	12,695	510	1.3
産婦人科	3,622	3,878	▲256	▲2.3
産科	759	770	▲11	▲0.5
リハビリテーション科	13,489	12,305	1,184	3.1

(資料) 医療施設調査(2005)より作成

つまり、患者(医療の需要)が適正量であるかどうか(健康の確保、国民意識の醸成)、所在地域や診療科、規模に偏りのない体制を確保できているかどうか(政策・制度の誘導)を軸に、いかに需給バランスをとるのが課題である。

船に乗って本土に行かなければ子どもが産めない島がある、外来の待合室はいつも高齢者で溢れかえっている、これらは「医師不足」の問題ではなく、需給バランスの歪みの現れなのである。

3——課題への対応

「医療費と保険給付」、「医療の供給体制」の2つの側面から医療保険制度の現状と課題を確認した。続いて、それら課題への対応について、2006年の医療制度構造改革、また、現在行われている社会保障国民会議等での議論を中心に、その進捗と今後の見通しを整理する。

1 | 医療費・保険給付の削減に向けて

医療費の増大は、人口構造の変化（高齢者増）、医療の非効率性（ムダ・重複）、国民の健康意識の高まり（疾病予防）、医療技術の進展（設備・薬剤の高額化）が主な要因と言われている。まず、2006年の医療制度構造改革により「医療費の適正化・給付の効率化」、「高齢者医療制度（長寿医療制度）の創設」、「保険者の再編・統合」を3本柱としつつ、“ムダ・重複”、“疾病予防”、“高齢者増”という課題の解決に着手した。（[図表-12]）。

[図表-12] 医療制度構造改革

医療制度構造改革（概要）
1. 医療費適正化に向けた総合的な対策の推進
○保険給付の内容及び範囲のあり方の見直し（短期的）
・高齢者（現役並み所得）の患者負担の見直し
・高額療養費の自己負担上限額の引上げ
・療養病床入院時の食費・居住費の負担の見直し
○中・長期的な医療費の適正化
・生活習慣病患者（予備軍）の減少
・医療機能の分化・連携、地域ケアの推進（平均在院日数の短縮）
・健診・保健指導の実施強化（保険者）
2. 保険者の再編・統合
保険財政・運営面から保険者規模や事務を再編
・国保 — 都道府県単位での保険運営を推進
・政管健保 — 国から独立した全国単位の公法人による運営（財政運営は都道府県）
・健保組合 — 再編・統合の受け皿として地域型健保組合を設立
3. 新たな高齢者医療制度の創設
○後期高齢者医療制度（長寿医療制度） 満75歳以上
・運営主体 — 都道府県単位の広域連合
・費用負担 — 保険給付9割（保険料1、支援金4、公費5）：自己負担1割
・診療報酬 — 高齢者用の新報酬体系を創設
○前期高齢者医療制度 満65～74歳
・財政調整（従来制度に加入したまま各保険者の加入者数に応じて）

（資料）厚生労働省資料より作成

短期的な対応から中長期的な対策まで、医療費・保険給付の削減に向けた改革が順次進められている。ここで重要であるのは、自己負担（定率負担、負担限度額）の見直しは無駄な受診を抑える効果をあげているか、重複検査・重複受診の是正や後発医薬品（特許がきれた同一成分の安価な薬）の促進により医療の効率性が向上したか、メタボ健診・保健指導は国民の健康意識・予防意識を向上させたのか、後期高齢者医療制度（長寿医療制度）の創設は高齢者医療

費の削減につながっているか。——手を着けるだけではなく、効果測定を行い評価することである。なぜなら、この医療制度構想改革が、ある意味で医療の供給体制の課題を深刻化させたとも言えるからである。

2 | 医療の供給体制の確保に向けて

行き過ぎた医療費・保険給付の削減は、適正化・効率化の域を超え、現実には、特定の診療科の医師・診療所の減少、医療機関の地域偏在、無理な退院による在宅難民化など問題を浮き彫りにした。“医療崩壊”という刺激的な言葉さえ一般的に使われるようになってきている。

医療制度構造改革が一方で推し進められる中で、医療供給体制の確保に向けた対応が議論されている。その一つに、「安心と希望の医療確保ビジョン」がある。2008年6月に総論が取りまとめられ、7月以降、そのビジョンに基づいて具体的な対策が検討されている（[図表-13]）。

[図表-13] 安心と希望の医療確保ビジョン

「安心と希望の医療確保ビジョン」抜粋
Ⅱ 具体的な政策
1. 医療従事者等の数と役割
(1) 医師数の増加（養成数の増加、総合的な診療能力を持つ医師の育成 等）
(2) 医師の勤務環境の改善（女性医師の離職防止・復職支援、医師の多様な勤務形態）
(3) 診療科のバランスの改善等
(4) 職種間の協働・チーム医療の充実（医師と看護職との協働の充実 等）
2. 地域で支える医療の推進
(1) 救急医療の改善策の推進（救急医療の充実、夜間・救急利用の適正化）
(2) 地域完結型医療の推進
(3) 在宅医療の推進
3. 医療従事者と患者・家族の協働の推進
(1) 相互理解の必要性
(2) 医療の公共性に関する認識
(3) 患者や家族の医療に関する理解の支援

（資料）安心と希望の医療確保ビジョン具体化に関する検討会資料より作成

医師をはじめとする医療従事者の増員、連携による地域単位の供給体制強化、患者側の医療の受け方・使い方の意識醸成などについて考え方が示されており、施策への具体化が期待される。

“医師も増やすし、連携で体制も充実させます。だから、国民も限られた医療資源を上手に使いましょう”という単なるスローガンに止まらないよう、議論の推移を見守らなければならない。

また、前述の社会保障国民会議でも、医療分野を担当する「第二分科会（サービス保障）中間とりまとめ」で、供給体制の立て直しについて触れている（[図表-14]）。

[図表-14] 社会保障国民会議 第二分科会 中間とりまとめ

「第二分科会（サービス保障（医療・介護・年金）中間とりまとめ）抜粋
4. どのような方向で改革していくか
4-1 現下の緊急課題への対応
(1) 医療分野における課題とその対応
医師養成数の見直し等の医師不足対策 チーム医療の推進等による現場医師の負担軽減対策 医療機関のネットワーク化等の地域医療の確保対策 救急医療の更なる量的・質的充実
4-2 これからの課題への対応
(1) サービス需要の増大への対応
(2) サービス提供体制の構造改革
・病院機能の効率化と高度化 ・地域における医療機能のネットワーク化 ・地域における医療・介護・福祉の一体的提供の実現 ・医療・介護を通じた専門職種間の役割分担の見直しと協働体制の構築
(3) サービスを支える人的・物的資源の計画的整備
(4) 改革を支える制度面での改革
・診療報酬（・介護報酬）体系のあり方の検討・見直し

(資料) 社会保障国民会議資料より作成

ここで示された項目は前述の「安心と希望の医療確保ビジョン」に比べより具体化され、医師等の養成と確保、地域の医療機能のネットワーク化、財源配分（診療報酬体系）のあり方にも言及されている。

行政、官邸主導の検討が進む中で、“国民”と冠を付けた会議である以上、課題への各対応が医療を受ける・使う国民の目線で行われることを期待したい。

3 | 積み残された課題

医療制度構造改革、それに続いた検討会・会議等の議論でも課題提起に止まった「保険免責

制の導入」について、公的給付の守備範囲の観点から考察したい。

保険免責制とは、軽微な医療もしくは一定額までの医療を保険対象から外すという仕組みである。

保険免責制は、いわゆる混合診療（高額な先進医療や未承認の薬について自費負担と保険診療を併用すること、現在は原則認められていない）と同じく「保険診療の原則」との関係が問題となる。医療保険が適用されない医療の拡大は自費負担能力による医療格差を生む可能性を秘めている。

導入当初は、軽微・低額の免責であったとしても、その後のルール変更によって、将来の医療給付費の調節のため、削減したい費用分の医療を公的保険給付から外すことも簡単になる。「医療保険財政が厳しいから、“盲腸の手術”は保険給付から外そう」ということを可能にする仕組みなのである。

自費医療に耐える財力を持たない国民は、免責の対象となった医療について受療自体を控えざるをえない（自費なら医療機関にかからない）。また、自費医療の負担に耐えられるとしても、3倍となった医療費負担は家計に重くのしかかる。“必要な医療を受けられないリスク”、“医療費が日常生活を圧迫するリスク”、両方のリスクに配慮した慎重な議論が求められる。

4——おわりに

医療は、まず実体としてのサービス需要があり、それを支えるサービス提供体制があって、さらにそれを支える制度（費用負担）がある（社会保障国民会議「中間とりまとめ」）。

公的医療保険制度に関する多面的な課題については、財源という一面からの対応では、需要（患者・国民）と提供（供給）体制のバランスを

取ることができないことは、現在の医療制度の状況を見ても明らかである。

国民が安心して老後を迎えるためにも、また、今を安心して生活していくためにも、現在行われている様々な議論において、日本の優れた医療制度を立て直すための“需要”、“供給”、“費用”の最適バランスを実現するような結論が導かれることが期待される。

【参考文献】

- 平成20年版厚生労働白書（2008）、厚生労働省編
「社会保障国民会議・同第二分科会」資料
「安心と希望の医療確保ビジョン具体化に関する検討会」資料
阿部崇（2007）「公的保険の守備範囲と民間生保の役割」、生命保険経営第75巻第6号
日本経済新聞社（2005）『大丈夫！医療・介護・年金これで安心』、日本経済新聞社
山崎泰彦・（財）連合総研編（2005）『患者・国民のための医療改革』、社会保険研究所
阿部崇（2007）「医療費削減を担う高齢者の『財力』と『体力』」、ニッセイ基礎研究所『ニッセイ基礎研レポート2007年10月号』