

# 委員配布資料

阿部委員配布資料	1
池上委員配布資料	3
岡崎委員配布資料	16
小島委員配布資料	21
見坊委員配布資料	28
小林委員配布資料	34
近藤委員配布資料	38
齊藤委員配布資料	61
対馬委員配布資料	65
樋口委員配布資料	71
宮武委員配布資料	74

# 阿部委員配布資料

## 新たな医療制度に対する退職者連合の考え方

新たな医療(保険)制度については、以下の考え方を基本に検討を進める。

### 1. 公的保険による国民皆保険制度を堅持する。

そのために、地域保険として国民皆保険を支えている国民健康保険制度(以下「国保」)を充実する。また、国保は都道府県規模への広域化を図る。

### 2. 負担と給付について

(1) 保険料は「応能負担」を原則とし格差のない料率を設定する。

(2) 給付は必要な医療を保障し70歳未満は8割給付、70歳以上は9割給付とする。

### 3. 事業主の負担は現状を下回らない制度とする。また、企業に勤務しながら市町村国保に加入している被保険者については、制度本来の職域保険に戻す。

### 4. 新たな制度への移行にあたっては、都道府県規模の「地域保険としての一元的運用」を展望する。

# 池上委員配布資料

# 特定健診と介護予防

## 制度の検証と改革私案

●慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教室教授

池上直己

●同助教、ダイヤ高齢社会研究財団主任研究員

石橋智昭

### ○二つの予防施策

予防において二つの施策が新たに確立された。一つは、生活習慣病の予防であり、従来の一般健診は、2008年度より特定健診・特定保健指導に変わる。メタボリック症候群に着目した健診でハイリスクグループを把握し、保健指導を徹底することによって将来における脳卒中、心臓病患者を減らすことが目的である。

もう一つの施策は、要介護状態になることに対する予防である。2006年度より介護保険の「要支援者」に対する給付内容は、

「要介護者」にならないための「予防給付」に限定され、また市町村が独自に実施する介護予防事業において、ハイリスクグループである「特定高齢者」を把握し、事業に参加させる体制が確立された。これら二つの施策は別個に考案されたが、両者とも予防手段としては運動と栄養にそれぞれ据えている。このように「保健」の「健康増進・早期発見」と「介護」における虚弱化を防止するための維持期の「リハビリテーション」は、包括医療のスペクトラムの両極に位置するが、特に高齢者において両者に求められる対応は基本的に同じであり、また「診断・治療」

との境界も不明確である。

そこで、プライマリケアとして予防施策に対応する必要があるが、現状では医療と断絶しており、また二つの予防施策も基本的には独自に運営されている。さらに、これら予防施策導入の主目的は医療保険と介護保険の給付費の抑制であるため、制度内や制度間の多くの問題を抱えている。本稿では、これらの課題を整理し、改革するための私案を提示する。

### 1 今、なぜ特定健診・保健指導か

特定健診・保健指導が注目されているのは、それが医療費適正化

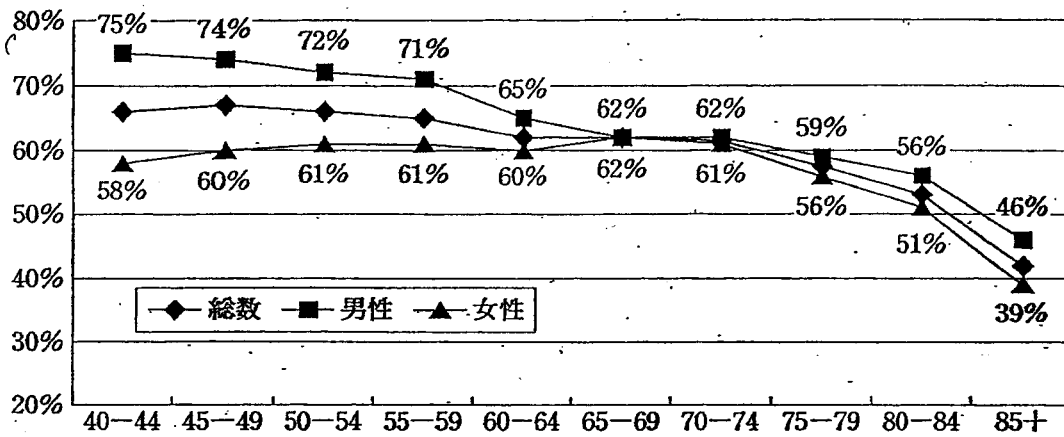
の中長期的方策の一翼を担っているからである。すなわち、厚生労働省は生活習慣病対策と平均在院日数の短縮により、2015年度で2兆円、2025年度に6兆円を削減できると発表している。

生活習慣病対策は、メタボリック症候群が中心であり、40歳以上から75歳未満の一般人口を対象に、特定健診で高血圧症、高脂血症、糖尿病の患者・予備群を早期に発見し、特定保健指導で運動習慣とバランスのとれた食事の摂取を指導することを内容としている。

特定健診・保健指導の検査項目は一般健診とほぼ同じであるが、実施義務は市町村より保険者に移る。すなわち、被用者保険においては、専業主婦等の被扶養者に対する実施義務が明確になり、また国保も健診業務を引き継ぐことになる。

2012年度の目標値が設定されており、それは現在の一般健診の受診率45%を70%まで高め、また保健指導の実施率を対象者の45%とし、こうした介入によりメタボリック症候群の該当者・予備群を10%減少（2008年度対比）させることである。そして、こ

図1 一般健診、年齢階層別受診率



2004年度国民生活基礎調査より作成

これらの数値目標を達成できなかった場合には、後期高齢者医療に対する保険者の支援金が最大10%までの範囲で増減されることになっている。

◎健診施策の基本的な問題

メタボリック症候群に対する予防策の本質的な問題点は、第一に本人にとって、予防のメリッ

トは感染症と比べて明確でなく、また順守する負担も格段に重いことにある。例えばインフルエンザの予防接種であれば、1回の注射で直近の発症を軽微化できるが、生活習慣病の予防は、現時点の高血圧症・糖尿病・高脂血症を長期に渡って持続的にコントロールして始めて将来における脳卒中や心臓病になる確率を低下させることができる。

第二に、メタボリック症候群は、長年の食事内容や運動という「生活習慣」に根ざしているだけに、「指導」によって容易に変えられないことにある。このように生活習慣を変えるよりは、例えば高血圧症に対して降圧剤を飲んだほうがはるかに楽である。したがって、早期の発見は早期の服薬開始につながって医療費はむしろ増加する可能性がある。

り、ちなみにアメリカのメディアケアではメタボリック症候群に対する積極的治療が増えたことにより医療費は増加している(注1)。

第三に、仮に脳卒中や心臓病による死亡を低下させることができても、がんによる死亡率が高まる可能性があり、そうなる単に死因が変わるだけであるので、予防の介入によって個人の死に方についての選択権を奪っている可能性も指摘されている(注2)。さらに高齢になるに従って、認知症の有病率は高まるので、社会的コストが増える点にも留意すべきである(注3)。

以上のように、高齢者医療確保法に基づく新しい予防策による医療費の抑制には疑問があるので、少なくとも健診受診率等の目標値の達成と高齢者医療に対する支援金の増減とをリンクさせず、予防施策の成否は健康寿命の延長によって評価するべきであろう。

◎健診施策の方法論上の問題点

方法論上の問題点として、まず対象とすべき人口について、2004年の国民生活基礎調査のデー

タを用いて分析する。40歳以上の一般人口における健診受診率を年齢階層別にみると、図1に示すとおり、男性は職場健診があるので、60歳未満までは7割を超えているが、60歳以後は徐々に下がっていく。一方、女性は60歳代までは6割程度でほぼ一定しているが、70歳以後は下がっている。

健診を受診しなかった理由をみると、約1割(9.1%)が「医療機関に入通院していたから」と答えている。これを年齢階層別にみると、40代では3.5%だが、80代では2割近く(19.7%)に達している。ところが、実際に受診している割合は図2に示すとおりであり、65-74歳の前期高齢者については61.5%が通院中であって、健診を受けなかった理由として挙げられた割合(14.3%)の4倍である。

さらに通院者の通院理由をみると、図3に示すとおり、65歳以上の4分の1は高血圧症であり、複数回答ゆえ単純に合計できないが、高脂血症と糖尿病を加えると、65歳以上の一般人口の約3割は、健診対象疾患のいずれかによって、すでに受診していることがわかる。

また、40～64歳でも2～5割が通院中であり、そのうち5分の1から3分の1は高血圧症、高脂血症、糖尿病を有している。

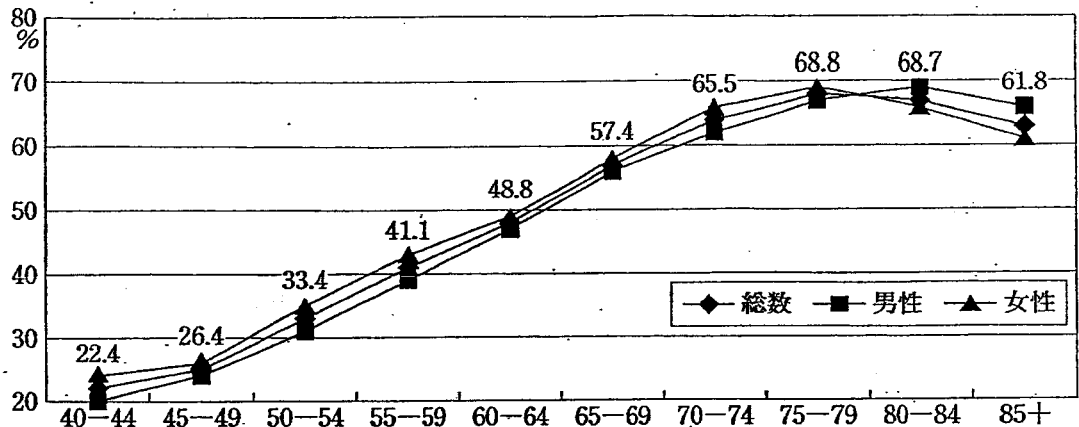
健診は本来、自覚的に健康な者が対象であり、現に通院している患者が健診の必要性を感じないのは当然である。したがって、高齢

になるほど通院率は高まるので、高齢者の健診受診率が低いのも当然であり、むしろ「高血圧症」、「高脂血症」、「糖尿病」で通院し

限定していることにある。次に、「保健」における「特定保健指導」は、実は診療報酬の「生活習慣管理料」としてすでに

図2 一般人口における通院者の年齢階層別割合

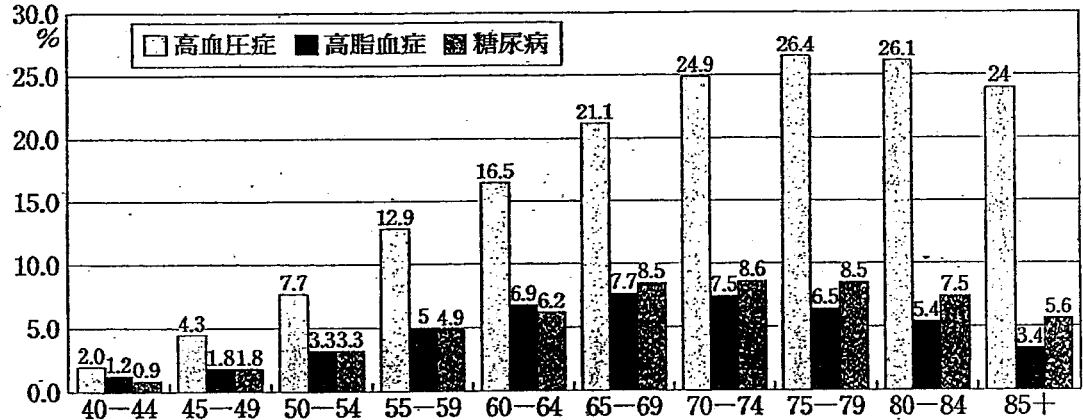
(※設問「あなたは現在、病気やけがで病院や診療所、あんま・針灸に通っていますか?」)



2004年度国民生活基礎調査より作成

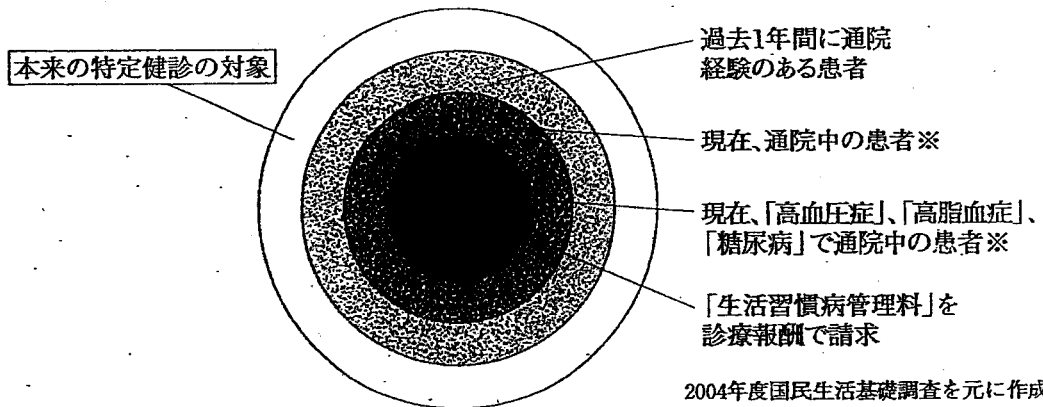
図3 一般人口において生活習慣病で通院している者の年齢階層別割合

複数回答



2004年度国民生活基礎調査より作成

図4 前期高齢者における本来の健診対象者



2004年度国民生活基礎調査を元に作成

さらに調査時点における通院者だけではなく、過去1年間に通院経験のある者についても、健診対象からの除外を検討すべきである。なぜなら、健診は風邪などの病気でプライマリーケア医を受診した時に実施したほうが効果的だからである(注4)。すなわち、医療の一環として健診を行うべきであり、それを阻んでいるのが、日本における「保健」と「医療」の分断であり、健康保険法が給付を「診断治療」に

ているのに健診を受けていれば、そのほうが問題である。こうした観点から、高脂血症、高血圧症、糖尿病で通院治療を開始した時点で、順次、特定健診の対象より除外するプロセスを確立する必要がある。



請求されていることに着目する必要がある。「生活習慣病管理料」は、高脂血症、高血圧症、糖尿病の患者を対象としており、請求する際には、所定の書式に達成目標、行動目標、重点を置く領域をそれぞれ記載する必要がある、この書式は「特定保健指導」にそのまま準用できよう。

以上のように、健診と指導はプライマリケア医が、通院中の患者に対して診療の一環で行うべきであり、そのために必要な技能は産業医やスポーツ医とは似て非なるものである。今後新たに取組む必要がある。また、保健師や管理栄養士については地域医師会等でプールし、必要に応じて各医療機関に派遣するのも一つの方法であろう。

### ◎保健と医療の関係

以上のように、「特定健診」、「特定保健指導」の課題を整理し、「保健予防」の対象者を厳密に規定すると、図4の白の部分に限られる。「生活習慣病管理料請求患者」、「高血圧症、高脂血症、糖尿病の通院者」は必ず除外するべき

であり、さらに「現在の通院者」、「過去1年間の通院経験者」についても除外を考慮すべきである。両者を合計すると、前期高齢者の8割以上に達すると想定できる。なお、「生活習慣病管理料」の請求件数は、2005年社会医療診療行為別調査によると、一般診療の0・6%に相当するが、老人医療では請求できない。

日常診療の一環で健診と指導を行い、医療保険で給付することは可能であり、現に2007年7月5日の社会保障審議会・後期高齢者医療の在り方に関する特別部会で、後期高齢者に対して年2回程度の定期的な検査（Ⅱ健診）を外診で実施することが提言されている。筆者は75歳未満に対して、同様に医療保険の枠内で給付するべきと考える。

しかしながら、医療保険で給付する際の障壁として、健康保険法以外にも、「保健」と「医療」とでは、次の基本的な相違点があり、これらの課題を一つずつ解決しなければいけない。

① 健診における利用負担は原則的になく、本人が追加検査を希望した場合には、その部分だけが有料

である。これに対して医療には患者負担があり、高齢者は原則1割、一般は3割である。その背景には、健診の受診は望ましいが、医療の場合は安易な受診を抑制するべきである、という政策判断の相違がある。

② サービスを提供する機関は、ともに契約機関に限定されるが、医療の場合は原則的に全てであるのに対して、健診の場合は各保険者との個別契約である。

③ 健診結果は電子媒体での報告が義務付けられており、医療のレポート請求も2008年度より順次オンライン化されるが、病名等の標準化などに未だ大きな課題を抱えており、両者の突合は容易でない。

④ 健診・指導の財源は一般財源から保険料に変わるの、医療と一本化される。だが、健診はこれまで国からの助成と市町村の一般予算で実施されてきたため、国保の特別会計で賄ううえで課題が残っている。

### 2 今、なぜ介護予防か

介護予防施策に力点が置かれる

ようになったのは、特定健診・指導が医療費の抑制を目的としたのと同じく、介護給付費の抑制であった。すなわち、給付対象者の増加が最も著しかった要支援、要介護1の増加を抑制し、それによって現時点の要支援、要介護1の給付費を抑制するだけではなく、これらの認定者が訪問介護を受けることによって虚弱化が促進されるので、将来における給付もいっそう押し上げられる、と判断されたからであり、こうした危機的状況に対応するため以下の3つの水際作戦が採られた。

① 要支援1、2に対するサービスを予防に限定する。具体的には、介護報酬を下げ、包括化することで訪問介護を抑制し、通所における筋力トレーニングを中心に据える。

② 要支援に認定されないが、ハイリスクの高齢者である「特定高齢者」を新たに規定し、予防施策を整備する。

③ 「一般高齢者」に対する事業を集団に対する健康教室等に限定し、個人を対象とした配食等は原則的に受けられないように改める。

以上のように介護予防施策が体

系化されたが、これら3つの介護予防施策の対象者に、介護保険の要介護者を加えて整理すると、図5の通りになる。重い順に、要介護高齢者、要支援高齢者、特定高齢者、一般高齢者と並ぶが、対象者の把握は二つの流れに分断されている。すなわち、一つは一般健診（2008年度より特定健診）を受ける65歳以上の高齢者が併せて回答する「基本チェックリスト」に基づく流れであり、もう一つは介護保険に申請し、訪問調査後の認定審査に基づく流れである。そのため後述するように、これら二つの異なるプロセスで把握された対象者の間の階層関係が担保されていない。

◎ 特定高齢者とは？

特定高齢者は、要支援ほど重くないが、ハイリスクの高齢者である。表1の「基本チェックリスト」に示すA運動機能、B栄養、C口腔、D閉じこもり、E認知機能、Fうつに関する各設問項目に対して、健診を受診する際に記載した回答結果によって「特定高齢者」の「候補者」が選定される（ただ

し、BMIの計算は健診機関が行い、またうつ状態に関する項目は選定に直接関係していない）。

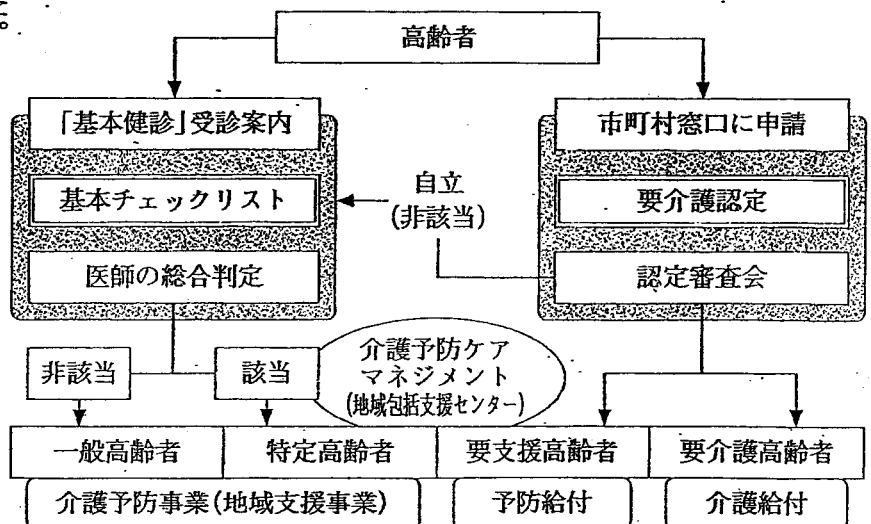
次いで健診機関の医師が、A～Fの各基準への該当を確認したうえで、事業への参加が適切と判断すれば「特定高齢者」となるが、実際の参加は地域包括支援センターでの面談で意思が確認された後に決まる。なお、「特定高齢者の候補者」、「特定高齢者」、「同事業参加者」の区別は現場担当者にも徹底されておらず、混乱に拍車をかけている。

事業内容としては、これまでの老人保健事業（予防）と介護予防・地域支え合い事業（福祉）を統合し、再構築している。例えば、従来の老人保健事業の通所型機能訓練（A、B）における閉じこもり予防・支援事業と、介護予防・地域支え合い事業の生きがいと健康づくり推進事業が統合された。また財源については、一般財源から介護保険財源に移管され、介護保険財源の中から高齢者が負担する介護保険料で賄われ、介護給付費の1・5%が上限となっている。

特定高齢者施策は2006年度から導入され、事業参加者の目標値は65歳以上の高齢者人口の5%であった。しかし、導入初年度（2006年度）の実測値は、候補者が高齢者人口の1・18%、医師の判定後は0・44%と目標の10分の1であり、さらに事業参加者は0・14%で、目標の3分の1の値であった。そこで国は、2007年4月より候補者を把握するための基本チェックリストの基準を以下の通りに改め、その結果、該当する候補者は、健診受診者の20人に1人から4人に1人に増えると推計した。

- ① (1)～(2)のうち、12項目↓10項目以上が該当
  - ② (6)～(9)の5問（運動器）全て↓3項目以上が該当
  - ③ (11)、(12)の2問（栄養）全てが該当↓変更なし
  - ④ (13)～(15)の3問（口腔）全て↓2項目以上が該当
- さらに医師の評価区分について

図5 介護予防施策の対象者を把握する2つのプロセス



も、表2に示すとおり、事業への参加を除外する選択肢が選ばれにくいように工夫され、これにより「候補者」からの除外は、62%から20%に減少すると推計した。その結果、特定高齢者の候補者は、高齢人口の0・44%より10%に、また事業の参加率も3分の1より2分の1に上がって、0・14%より

表1 「基本チェックリスト」の設問

1	バスや電車で1人で外出していますか	(はい・いいえ)	
2	日用品の買物をしていますか	(はい・いいえ)	
3	預貯金の出し入れをしていますか	.....	
4	友人の家を訪ねていますか		
5	家族や友人の相談にのっていますか		
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか		A 運動機能
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか		
8	15分位続けて歩いていますか		
9	この1年間に転んだことがありますか		
10	転倒に対する不安は大きいですか		
11	6ヵ月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか		B 栄養
12	身長 cm 体重 kg (BMI=18.5未満)		
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか		C 口腔
14	お茶や汁物等でむせることがありますか		
15	口の渇きが気になりますか		
16	週に1回以上は外出していますか		D 閉じこもり
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか		
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあると言われますか		E 認知機能
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか		
20	今日が何月何日かわからない時がありますか		
21	(ここ2週間) これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった		
22	(ここ2週間) 以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる		F うつ
23	(ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない		
24	(ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする		
25	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない		

表2 医師による評価区分の改正

<p><b>【改正前】</b>          ア 医療を優先すべき ※          イ 生活機能の著しい低下有り          ウ 生活機能の著しい低下無し ※</p>	<p><b>【改正後】</b>          ア 生活機能の低下有り          ア-(ア) 介護予防事業の利用が望ましい          ア-(イ) 医学的な理由により、次の介護予防事業の利用は不適当  <input type="checkbox"/> 全て ※  <input type="checkbox"/> 運動器の機能向上  <input type="checkbox"/> 栄養改善  <input type="checkbox"/> 口腔機能の向上  <input type="checkbox"/> その他( )          イ 生活機能の低下無し* ※</p>
---	---

※ 選択された場合には特定高齢者の候補から除外  
 \*表1のA~Fの各基準に全て該当しなかった場合にのみ選択できる

◎ 特定高齢者施策の問題点

第一に、基準の緩和により、選定される特定高齢者が増えても、事業に参加する割合は厚生労働省

り5%まで大幅に増え、当初の目標値を達成できると見込んでいる。

が期待したようには増えず、むしろ、改定前よりも低下すると予想されることである。ちなみに、東京都A市で、基準が緩和される前に行った調査でも、不参加の理由として「健康、何も支障ない」が4割、「セルフケアで十分」が12%であり、両者を合わせると過半数

に達していた。したがって、基準の緩和でより健康な対象者が「特定高齢者」になるので、参加率は低下すると考えられる。

第二に、医師の評価方法の変更により、特定高齢者事業への参加を「不適切」と判定しにくくなつたが、介護認定する際の主治医意

見書と異なり、評価のみで、高齢者の特性について記載する箇所はない。したがって、事業に参加して状態が悪化した場合の免責条項が必要であろう。

第三に、最も重大な問題は、前提となっている階層構造である。すなわち、「一般高齢者」が虚弱

化すると「特定高齢者」になり、さらに虚弱化すると「要支援者」に、次いで「要介護者」になるという階層構造を前提としているが、その根拠は乏しい。なぜなら、図5で示した通り、「特定高齢者」の選定は、基本健診と併せて行う基本チェックリストでなされるが、「要支援者」、「要介護者」の選定は本人の申請による79項目の介護認定基準に従って行われ、全く別のプロセスによるからである（注5）。

その結果、先のA市の調査によると、要支援の4人に1人、要介護認定者の6人に1人は、改定後の緩和された特定高齢者候補の選定基準を用いても満足しない。したがって、健診の際の基本チェックリストで特定高齢者の候補に選定されなくても、介護保険の認定審査を受ければ要支援・要介護になる場合があり、逆に要支援・要介護に認定されても特定高齢者の候補に選定されない場合もある。

最後に、以上のように特定高齢者と要支援者との把握する方法が分断されているだけでなく、用意されているそれぞれのサービスの間にも整合性がない。また利用者

の負担も、特定高齢者施策は「予防」であるので無料のプログラムもあるが、介護給付の場合は「保険」ゆえ1割の負担となっている。確かに地域包括支援センターは両者を所管しているが、それぞれの担当者が異なることもあって、利用者に対して両者のサービス内容と自己負担額を比較するメニューも提示できていないのが現状である。

### 3 改革私案

プライマリケア医は、患者の生活面全体の医学的側面を管理する責任があり、健診から介護サービスまでの各分野に対応すべきである。こうした観点から以下を提言する。

① 健診、保健指導をプライマリケア医が日常診療の一環で提供し、医療保険で給付するように改める。そのためには外来主治医の体制を順次整備する必要がある。その一つの方法は、患者が選んだ外来主治医は療養管理料を、また他の医師が処方内容や検査結果の情報を外来主治医に提供した場合には情報提供料を、それぞれ後期

高齢者の診療報酬においてまず確立する。

② 健診の内容を各個人のリスクプロフィールに基づいて決める指針、および患者の生活機能に十分留意して医学的管理を行うための指針をそれぞれ策定し、併せて講習会を開催する。

③ 外来主治医に患者の「保健」と「介護」のサービスとアウトカムの情報が集約される体制を整備する。健診、保健指導の情報については、外来主治医が日常診療の中で実施できるようになれば、診療データとの突合やプライバシーの問題はなくなる。そのうえで外来主治医からの情報を個人が識別できない形で地域に集約し、医療計画・介護保険事業支援計画に反映できる体制を構築する。

④ 外来主治医が、介護予防事業と介護保険のサービスを受ける適否、内容について意見を提出する場合は、患者のリスクを十分に評価すべきであるが、結果的に事故が発生した場合には免責とする。次に、現行制度の矛盾を解決するため、以下を提言する。

① 特定高齢者をスクリーニングするプロセスと、要支援者を認定

するプロセスを統合一本化する。

前者の基準の妥当性は公表されておらず、また後者の基準は特別養護老人ホーム等の施設における入所者の特性と、ケアの内容の統計解析によって開発されているので、こうした施設入所者のサンプルを用いて導き出された「自立」と「要支援」を仕分ける基準の妥当性には疑問がある。したがって、2012年に抜本改革を行う際は、両者を統合し、抜本的に新たな選定方法を開発するべきである。

② 介護予防施策を再検討し、介護給付費の抑制策とは分けて議論する。訪問介護を受けることによる自立性を損ねている状況もあろうが、逆に地域での生活の継続を支えている場合もあり、例えば昼間独居の要支援者に対する提供を一律に統制するべきではない。また、運動による予防効果を、効果の持続性を含めて、きめ細かく検証する必要がある。

③ 年齢による分断を無くす。現状では75歳以上には特定健診は義務化されていないが、実施されなければ特定高齢者候補として把握できない。一方、介護保険では40歳以上64歳では加齢性疾患による要介護

## 【注】

- (1) Thorpe, K. E., Howard, D. H. (2006). The rise in spending among Medicare beneficiaries: The role of chronic disease prevalence and changes in treatment intensity. Health Affairs Web Exclusive, 178-188.
- (2) Mangin, D., Sweeney, K. & Heath, I. (2007). Preventive health care in elderly people needs rethinking. BMJ 335: 285-287
- (3) Brayne, C., Gao, L., Dewey, M., Matthews, F. E. (2007). Dementia before death in ageing societies — The Promise of prevention and the reality. [www.medscape.com/viewarticle/550283](http://www.medscape.com/viewarticle/550283)
- (4) U.S. Preventive Services Task Force: Guide to Clinical Preventive Services, William and Wilkins, Baltimore, 1989 (p. xxiii)
- (5) 石橋智昭、池上直己：介護予防施策における対象者抽出の課題—特定高齢者と要支援者の階層的な関係の検証—、厚生  
の指標54 (5) : 24-29、2007

状態でない限り給付の対象とならない。したがって、現状では40歳で交通事故により要介護状態になった場合には、25年間介護保険料は払うが介護保険サービスは受けられない。

④ 患者・利用者の自己負担のあり方を白紙で再検討する。現状では、「保健」は公衆衛生的な観点から無料、医療保険は1〜3割負担、介護保険は1割に規定されて

いるが、「保健」に対する規定を抜本的に見直し、利用者の選択に任すべきである。例えば、特定高齢者の事業参加率が低い一つの理由は魅力的なサービスが用意されていないことにあり、応分の実費を徴収して民間のフィットネスクラブ等に委託すれば向上することが期待できよう。

以上の私案に対するご意見をお寄せいただければ幸いである。

## 論説

# 保険者の統合・再編を考える

## 改革の理念と方向性

慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教室教授 池上直己

### 1 はじめに

医療制度を抜本改革する必要性が指摘されながら、遅々として進まないのはそれなりの理由がある。

それは医療を受ける患者の立場と、医療費を負担する国民の立場とが本質的に対立していることにある。すなわち、患者の立場からすれば、お金に糸目をつけずに、常に最高の医療を受けることを望んでいる。ところが、その費用の九割近くを負担するのは国民であり、国民としては保険料や税金の負担ができるだけ少ないことを望んでいる。

そこで、保険者としての合理的な対

応は、医療費のかかる高齢者等や低所得者ができるだけ他の保険者に移すことによつて、保険料率を低く抑えることである。その結果、保険の原理に任せる時、移すことのできる保険者と、できない保険者の保険料率の格差は益々拡大することになる。こうした動きを抑制する措置が採られているが、それがまた日本の制度全体を複雑にしている。

今回の健保法等一部改正に、「保険者の統合及び再編を含む医療保険制度の体系の在り方」が附則に記され、その後発表された坂口厚生労働大臣の私案によつて現行制度を改める方向性が示された。

今後、関係者の利害を調整するため

に妥協も必要であろうが、将来を見越した医療の公平性の原則に立脚した抜本改革が求められており、本稿はこうした観点から改革を進めるうえでの基本理念と行動計画を提示する。

### 2 税と財政調整による 補完

保険者における財政基盤はどのようになっているのか、既知の事実であるが簡単に触れておこう。

保険者は全国に五千以上も存在しており、大きく三つに分類することができ、それぞれに国民の約三分の一ずつが加入している。

第一は、組合健保、共済組合など、

大企業や公務員が加入しているもので、被保険者の保険料のみで医療費は賄われている。保険料は労使折半が原則であるが、使用者側は最高八割まで負担することができるので、平均すると五五%を負担している。

第二は、中小企業の勤労者が加入している政管健保である。中小企業の勤労者は大企業と比べて収入が低く、病気になるかかるといふ傾向にあるため、保険料だけでは賄いきれず、国庫負担、つまり国の一般財源から保険料の不足分として、全体の一四%を補填している。

第三は、自営業者や年金生活者が加入している国民健康保険である。これらの加入者には使用者の負担もなく、さらに一般的に所得も低く、病気にもかかりやすいので、保険料の不足分として、国が平均してその半分を税金で補填している。保険者である市町村はそれでも不足する場合は、保険料を上げるか、自分たちの一般財源から補填している。

以上のように、日本の医療保険制度は職場や地域を単位とした社会保険方式を取っている。しかし、各保険者の保険料による収入と、医療サービスの給付のアンバランスを是正するために、税で補填されており、さらに老人加入率の格差を是正するために老人保健法

による財政調整が行われている。

### 3 改革私案の基本的な考え方

改革を進めるにあたって、筆者は次の点に留意して行うべきであると考え

第一に、医療費を「適正化」する必要は認めるが、一律に「抑制」するべきではない。確かに経済不況の中で医療費だけが増えるのは問題かもしれないが、もともと諸外国と比べて低い水準にある医療費と、突出して高い水準にある公共事業費を同じ基準に従って伸びを抑えようとするのは、現在のひずみを固定化するばかりでなく、医療技術の進歩と超高齢社会への対応をきわめて困難にする。

第二に、医療改革に取り組む際の方性は、アメリカのように保険者が健康な人々を加入させるために行っている市場競争よりは、ヨーロッパ諸国のように、国民に対して平等な医療を提供するという基本原則を堅持し、その枠の中で競争を導入すべきである。こうした選択の方が医療制度として望ましいばかりでなく、日本はアメリカと違って、医療が国民の権利として明確に確立しており、また格差を認めるこ

とに対する抵抗が格別強いので、より現実的である。

第三に、透明でわかりやすい制度にすることである。日本の医療制度は国際的にみて高い評価を得ているにもかかわらず、国民の支持を十分得ることができないのは、制度全体がわかりにくいからである。そこで、いくら負担をしたら、どこまでのサービスが保障されるかについての対応関係がより明確な制度に改める必要があると考える。

第四に、政府としての最大課題である行財政改革と整合性を保って医療改革を進める必要がある。医療の場合は、その中で特に国から都道府県（以下、県と略）への権限の委譲が重要となっている。地方分権は一般に基礎自治体である市町村が対象となっているが、医療は介護等と異なり、より広域的に対応する必要がある、たとえば市町村ごとに高度の医療が提供できる病院を整備するのはきわめて非効率である。

また、権限が市町村に委譲されれば、県としての役割は徐々になくなるので、新たな役割を用意する必要もある。ちなみに、カナダやスウェーデンでは、県が医療を所管しており、医療が県のもっとも大きな政策課題であると同時に、最大の選挙争点となっており、地方自治を活性化させている。つまり、

県によって制度や公的保障の範囲と負担の程度を国の基本枠の中で変えることができるので、多様性のある政策上の選択肢が用意されている。

第五に、改革の理念と方向性を明確にしたうえで、それに至るプロセスについては、現状を十分踏まえた具体的な工程表が必要である。医療は国民生活に密着しており、医師の診療方法も患者の受診形態も、一片の法律だけで変えることは困難であるので、漸進的なアプローチが確かに必要である。しかし、それと同時に、将来の方向性についての明確なビジョンと、目標の達成度を測る客観的な評価尺度の開発、およびそれをモニターし、フィードバックできる体制が求められる。

#### 4 改革私案の骨子

##### ① 県主体と財政調整

医療保険制度の最大の問題は、高齢者と低所得者の医療費が国保に集中しており、国保が制度全体の最大のアクシズとなつてきていることである。したがって、国保の改革なくしては、抜本的にはありえない。そこで、国保を中心に、県を主体とする筆者の改革私案を以下、提示する。

まず県として緊急的対応として、第

一に、県内の各国保の徴収実態を正確に把握することである。現状では、国保の保険料(税)の算定は、応能割合や応益割合、資産評価の有無等でバラつきが大きく、そのため保険者間の相違を比較しにくい。そこで、県として一つの標準的な方式を用いて各市町村の保険料負担を算定する必要がある。具体的には、一般会計からの繰り入れがなく、基金からの繰り入れ、繰り出しもないという前提で、給付実績に基づいて各市町村の保険料を算定することである。そのうえで、可能な範囲で標準世帯における所得階層別保険料負担額を算定し、市町村間の格差を県民に広報することである。なお、国保に加入している住民のみが利益を受ける一般会計からの繰り入れは、公平性の観点から問題ゆえ除外されている。

第二は、高額医療費の共同事業の範囲を拡大することである。現行の八十万円は国、県の助成を受けて、七十万円に引き下がることは既に決まっている。それとは別に、県の単独事業として、各国保が拠出する再保険料を財源に、高額医療費の対象を毎年十万円ずつ引き下げる措置を導入する。その結果、一部の市町村では保険料は上がることになるが、激変なく医療費負担の平準化を実現できる。なお、このよう

な平準化が予めなされない限り、国保の合併を目指しても、合併によって一方の保険料は必ず上がることになるので実現は困難である。

こうした措置により、県として医療政策を遂行するうえでの主体性を確立する体制を準備できるが、抜本改革を実現するためには、国として次の対応が不可欠である。

第一に、被用者保険を含めて医療保険全体に対して、各保険者の被保険者の性・年齢構成と、所得構成の相違による保険料負担割合の格差を調整するための財政調整を段階的に導入することである。年齢による調整は高齢者の割合だけではなく、五歳階級に従って医療費の相違がきめ細かく反映される必要がある。また、被保険者の負担を一定割合に平準化するためには、所得による調整も必要である。

なお、国保ほど著しくないが、被用者保険の組合健保間においても保険料率の格差は大きく、今後産業構造の変化によってますます拡大する。つまり、従業員の平均年齢が高く、平均賃金が低い斜陽産業の保険料率はますます高くなる。したがって、老人保健法や退職者医療による拠出金の問題が解決したとしても、公平性を確保するために財政調整が必要である。



# 保険者の統合・再編を考える ～改革の理念と方向性～

プロフィール



いけがみ なおき

慶應義塾大学

医学部医療政策・管理学教室教授

- 1949年 東京生まれ
- 1975年 慶應義塾大学医学部卒業
- 1981年 医学博士  
慶應義塾大学総合政策学  
部教授、ペンシルベニア  
大学訪問教授を経て1996  
年に現職

- 著書 「医療の政策選択」(勁草書房、1992)、「日本の医療」(J・Cキャンベルと共著、中央公論社、1996)、「日本版MDS-HC2.0在宅ケアアセスメントマニュアル」(J・モリス他と編著、医学書院、1999)、「臨床のためのQOL評価ハンドブック」(福原俊一他と編著、医学書院、2001)、「高齢者ケアをどうするか—先進国の悩みと日本の選択」(J・C・キャンベルと編著、高木安雄監修訳、中央法規出版、2002)、「医療問題—新版」(日経文庫、2002) など

Profile

第二に、被用者保険を県単位に分割することである。その先導役であり、また分割後の受け皿となるのが政管健保である。このように対応することが、健保法等の一部改正の附則に記載されている政管健保の組織形態の見直しを行ううえで最善の方法であると考える。

第三に、国保と被用者保険との間に存在する所得補足や扶養家族の扱い方等における相違の解消である。これらは税制改革や社会保険を世帯単位より個人単位に改める大きな流れの中で解決するか、あるいは統合に先立って制度全体を税方式に改めることで解決する必要がある。強制徴収される国民の側からすれば、税も社会保険料も基本的に同じであり、消費税や外形標準課税などの税方式の方が効率的である可能性もある。

以上の国の改革を実現することによって、図に示すように医療保険を統合一本化するための五カ年計画の工程表を描くことができる。

一) まず、県内の国保は国保内で、被用者保険は被用者保険内で個別に財政調整を開始する

二) 次に、県内の国保は国保で、被用者保険は被用者保険でそれぞれ統合する

三) 最後に、県内の国保と被用者保険を地域保険に統合する

改革途上は、県内の各保険者に対する国の助成額を改革前の水準に維持し、完成した時点においても継続する必要があるが、交付先は個々の保険者から各県に移管される。その結果、高齢化率が高く、所得水準が低い県は、相対的に多くの交付額をうけることになる。

なお、県内に複数の保険者を置く案も想定できるが、財政調整によって保険料が平準化されれば、一本化したほうがメリットは大きいと思われる。

以上のように県単位の地域保険に統合できれば、県は保険者として医療機関に対して強い発言権を獲得することになる。そもそも県知事には地域医療計画の策定責任者として強い権限があるにもかかわらず、それが十分機能しなかったのは、財政上の責任が不明確であったからである。それが改革後は、年齢や所得以外の県間の医療費格差は、基本的に県の責任で対応することになるので、医療計画に従って各医療機関の医療機能の集約化等によって効率化を計る強いインセンティブが働くことになる。

(詳細は拙著「医療問題—新版」(日経文庫、2002)

図 医療改革を行うための工程表

