

第1部 各パネリストによるプレゼンテーション

一橋大学大学院経済学研究科、国際・公共政策大学院教授	佐藤 主光 氏
政策研究大学院大学教授	島崎 謙治 氏
健康保険組合連合会副会長	白川 修二 氏
公益社団法人地域医療振興協会地域医療研究所所長	山田 隆司 氏

佐藤 主光 氏（一橋大学大学院経済学研究科、国際・公共政策大学院 教授、注1）

一橋大学の佐藤です。本日はよろしくお願いたします。

私のほうからは、先ほどあった問題提起に対して、とくに諸外国ではどのような対応をしているのかということを中心にお話をさせていただければと思います。

〔医療保険財政の課題と対応〕

私自身は財政学者でありますので、とくに医療の財源確保の観点を重



佐藤教授

日本総研シンポ

佐藤主光(もとひろ)
一橋大学政策大学院

〔注1〕〔プロフィール〕1992年一橋大学経済学部卒業。98年クイーンズ大学（カナダ）経済学部博士課程修了（Ph.D.取得）。99年一橋大学経済学研究科講師。助教授、准教授を経て、2009年より現職。政府税制調査会委員、医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会委員。専門分野は財政学。主著：『地方税改革の経済学』（日本経済新聞出版社、2011年）

医療保険財政の課題と対応

- ◆ 抑制の効かない医療・介護費用⇒国・地方の財政の悪化要因
- 対応策
 - トップダウン＝医療総額の管理(例:フランス)
 - ボトムアップ＝競争を通じた効率化(例:管理競争)
- ◆ どのように医療財源を確保するのか
 - 従来＝社会保険料⇒実態は逆進的雇用税
 - 改革の方向＝保険料と税(再分配)の分離
- ◆ 誰が医療費の適正化・効率化を担うのか？
 - 従来＝自治体(都道府県・市町村)、医療機関
 - 改革の方向＝「当事者」としての保険者の機能強化
例:加入者の健康増進・後発医薬品の普及

1

んでいますけれども、その医療保険財政の観点から見たときの課題と対応について。

まず、問題点その1として言われているのは、医療費および介護もそうなのですが、歳出の膨張に歯止めがなかなかきかない。その一つの理由は、もちろん、高齢化がありますが、そのほかにも技術の進歩とか、幅広い保険給付の範囲とか、あと、高い高齢者の医療費とか、こういったものが相まって医療費の拡張に対してコントロールがきかない、こういう問題があります。これに対して、では、どう対応していくべきなのかということ。

そうはいつでも、医療の財源確保が問われるわけでありまして、日本の場合、建前上は社会保険方式をとっておりますが、実態は社会保険料と税金、公費と呼ばれますが、税金のちゃんぽんになっているわけです。本来、社会保険の財源はどうあるべきなのか、医療保険の財源はどうあるべきなのか。それから、先ほど、ガバナンスという言葉が出てきましたけれども、実際、誰がこの医療費の適正化あるいは効率化の担い手になるべきなのかということについて、幾つか問題提起をさせていただければと思います。

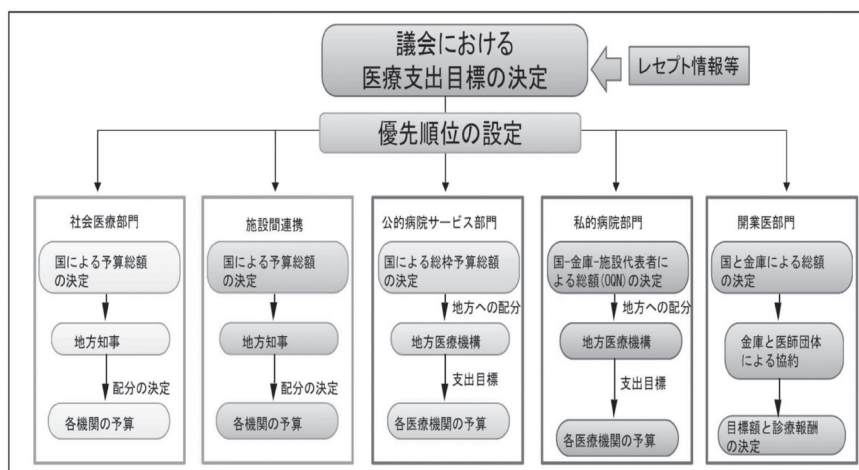
〔医療費の総額管理〕

まず、医療費のコントロールというところですが、大きく分けて二つのアプローチがあり得ます。一つはトップダウン型。つまり、国が医療費の総額を定め、その目標を設定し、それを厳格に現場に執行させるというやり方です。日本でも、例えば、今、話題になっていますが、診療報酬の改定というのは

医療費の総額管理

平成26年3月28日
財政制度等審議会財政制度分科会
松田教授提出資料を基に作成

(参考) フランスの医療費支出国家目標制度(ONDAM)



出所: 経済財政諮問会議資料

2

閣議決定されるものですから、ある意味、トップダウンですよね。ところが、実際のところでの医療費の使われ方は現場にゆだねているところがあります。このため医療費のコントロールにつながっているかという、そういうわけではない。むしろ、この辺をかなり厳格にやっているのはフランスのONDAMと言われる仕組みですけれども、国が支出目標を定め、それを現場に落としていく、こういう仕組みになっております。

〔経済・財政一体改革＝ボトムアップアプローチ？〕

その反対のアプローチとしてあり得るのはボトムアップでありまして、実は、今、日本の場合ですけれども、経済・財政一体改革で志向されているのは、まさにこのボトムアップのアプローチであります。例えば平均在院日数であるとかこういったものにKPI (Key Performance Indicator) と言われる目標値を定めまして、それを現場にいろんな医療費の適正化に向けた施行をゆだねていく、そういうやり方をしています。ボトムアップとは、現場の創意工夫に基づいて、最終的には医療費の抑制と適正化につながっていくという、こういうアプローチです。

後で紹介しますオランダの管理競争なんかも、ある意味、現場志向であるという点ではボトムアップに近いのかなと思います。大きく、この二つ。トップダウンでいくのか、ボトムアップでいくのか、この二つのアプローチがあるということになります。

経済・財政一体改革＝ボトムアップアプローチ？

KPIの設定
＝改革の目標設定と進捗管理



(2) 歳出改革の新しい考え方・アプローチ

【公的サービスの産業化】

- ◆ 民間の知恵・資金等を有効活用した、新サービス提供、公共サービスの効率化・質の向上・選択肢の多様化
- ◆ 公的ストック(社会資本、土地、情報等)の有効活用
- ◆ 行政コスト情報、施設・設備保有状況等の見える化を通じた民間サービス創出

【インセンティブ改革】

- ◆ 「頑張るものが報われる(頑張らないと損をする)仕組み」
 - 頑張った成果に応じた財政配分
 - トップランナー方式の導入
- ◆ 「国民」(健康ポイント等)、保険者(支援金加減算制度等)、病院等(診療報酬等)のそれぞれにおいて、合理的な行動を促し、健康増進や効率化と費用節約につなげる

【公共サービスのイノベーション】

- ◆ 公共サービスの徹底した見える化
- ◆ エビデンスに基づくPDCA
- ◆ 業務の簡素化・標準化

分野	主な指標、指標候補(例示)	主な主体	階層	種別等
マクロ経済・社会・財政	2018年度のPB赤字対GDP比▲1%	—	第3階層(経済・財政の再生)	結果
	国の一般歳出、社会保障関係費、地方の歳出総額の目安	—	第3階層(経済・財政の再生)	結果
社会保障関連	一般・療養病床数	行政、民間	第2階層(構造変化)	結果
	平均在院日数、後発医薬品の数量シェア	行政、民間	第1階層(諸取組の進展)	施策、事業/進捗管理
	健診受診率	行政、国民	第2階層(構造変化)	行動/結果
	健康寿命、メタボ人口、糖尿病有病者、人口透析患者数、収縮期血圧平均値、日常歩数	国民	第1階層(諸取組の進展)	結果
			第2階層	行動/結果

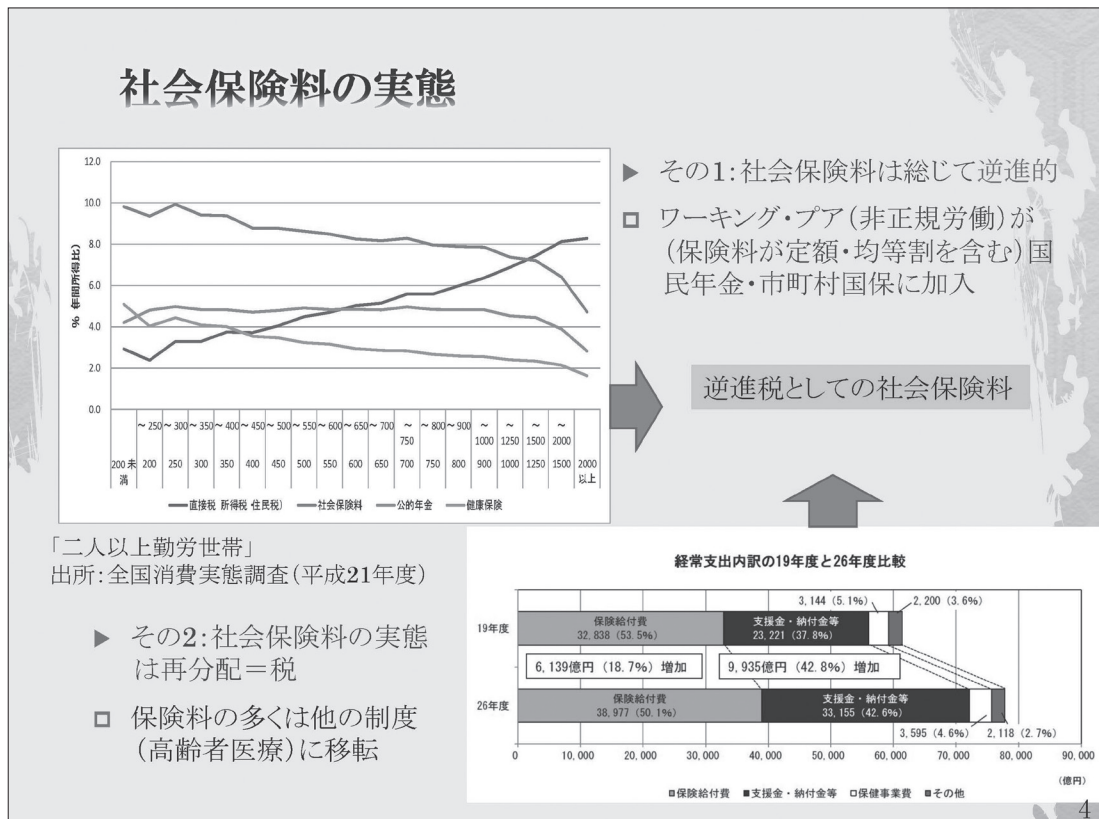
3

〔社会保険料の実態〕

それから、医療財源につきましてですけれども、国民医療費全体で見れば、大体その半分は社会保険料によって賄われているわけです。よく社会保障と税の一体改革で消費税が社会保障財源として話題になりましたが、消費税だけで別にこの社会保障がファイナンスされているわけではなく、やっぱりその中心となっているのは社会保険料であるということ。

ところが、その問題点は何かといいますと、社会保険料が極めて逆進的で、かつ非効率であるということでもあります。消費税のことをよく逆進的だと言いますが、実際、低所得者にとって大きな負担になっているのは社会保険料であります。とくに医療に関して言いますと、全体として、特に所得の低い方々は市町村の国民健康保険に入っているケースが多いわけで、そのなかには均等割とか、応益割といわれている定額部分があるんですね。そうすると、所得とは関係なく払わなければならない保険料があるので、そのことが低所得者にとってみれば負担を重くしていくという問題があります。

それからもう一つ、被用者保険。サラリーマンの皆さんにとってみると、自分たちの払った保険料が自分たちのために使われているわけではないという問題もあるわけです。つまり、実際のところは、自分たちの払った保険料の半分近くは前期あるいは後期高齢者に対する納付金や支援金という形になっているということですね。



〔社会保険料の実態 (その2)〕

さらに、その社会保険料は正規雇用に対する税金、そういう仕組みにもなっています。これはとくに被用者保険の場合ですけれども、事業者からすれば、ある労働者をパートで雇えば別に事業主負担は発生しない。ところが、正規雇用すると事業主負担が発生しますので、結果的にみれば、これは労働コストの増加要因ということになるわけです。今、安倍政権では、私もちょっと税調でかかっていますが、法人税の減税の話がありますが、実は、事業者の立場に立ったときには、多分、法人税よりも大きな負担は社会保険料のほうです。なぜかという、利益が上がる方が上がるまいが、社会保険料の負担は事業主側に発生するからですね。これは極めて経済にとってみれば重い負担になるということになります。

日本の医療の財源確保、その主軸である社会保険料は、逆進的、つまり、不公平であり、かつ成長にもかなわない、非効率であるというんですね。こういう問題を抱え込んでいるということになります。

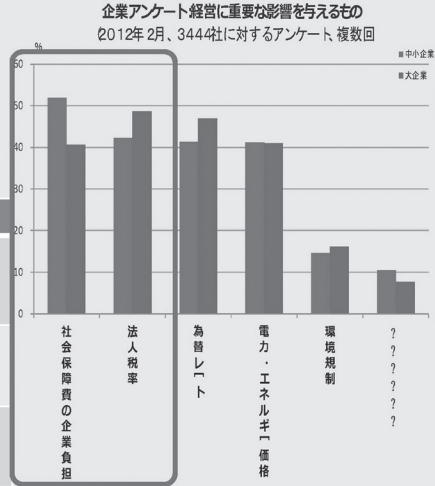
〔参考：一般社会税 (フランス)〕

では、外国ではどうしているのかということですが、一つのあり得るアプローチは、例えばフランスの場合は、社会保険料の租税化を進めてきておりまして、これは一般社会税とかいろんな訳し方があるのですが、要は、税金と割り切って、勤労所得に限らず、幅広に税金として徴収しましょう、こういう仕組みも考えられるということになります。

社会保険料の実態(その2)

- ◆ その3: 社会保険料(被用者保険)は雇用を阻害
 - 正規雇用の労働コストを増加
 - ⇒ 正規雇用税化

	社会保険料	法人税	消費税
課税対象	勤労世代の正規雇用の賃金	黒字企業の利益	全ての世代の消費
雇用への影響	雇用減少 非正規雇用の増大	企業が空洞化 → 雇用減少	少ない
企業の国際競争力	輸出 生産コスト増 → 製品価格に転嫁	輸入 生産コスト増 → 製品価格に転嫁	仕向地課税主義 → 製品価格に転嫁せず
	輸入 対象外	対象外	課税対象



(出所) 森川正之「東日本大震災の影響と経済成長政策: 企業アンケート調査から(2012年5月)」

出所: 経済産業省

5

参考: 一般社会税(フランス)

	稼得所得	代替所得	資産所得	投資益	くじ・カジノ
1991年			1.1		
1993年			2.4		
1997年			3.4		
1998年		7.5	6.2(3.8)	7.5	
2005年		7.5	6.2/6.6*(3.8/3.8)	8.2	9.5
2010年		7.5	6.2/6.6*(3.8/3.8)	8.2	6.9/9.5**

注: ()内は、所得税非課税者かつ住民税課税者に対する軽減税率である。

*一時的就労不能に基づく代替所得(失業手当、休業補償手当等)は6.2%、職業生活からの引退に基づく代替所得(老齢年金、拠出制障害年金等)は6.6%。

**くじでの獲得金は6.9%、カジノでの獲得金は9.5%

出所: 柴田洋二郎「フランス社会保障財源の「租税化」」

海外社会保障研究Summer2012 No.179

社会保険料の租税化

6

〔日本版マネジドケア?〕

もう一つ、最後にガバナンスの問題。誰がこの医療費の適正化あるいは効率化に責任を持つべきなのかということですが、日本の場合、今のところ、指向されているのは都道府県ということになっています。とくに地域医療構想あるいは医療費適正化計画のなかにおいては、今、都道府県の役割が強化されている。強化されているのはいいのですが、果たして都道府県にそれを担う能力があるか。それから、先ほど出ていましたが、インセンティブがあるかと言われると、ここがまだわからないわけですね。

例えば病院の病床の転換であるとか病院の機能分化を都道府県は促していく、そういう権限があるというんですが、具体的に、では、その都道府県の言うことを聞かなかった病院はどうなるのかということ、別に保険医療機関の指定を取り消されるわけでもなく、医療機関に対して都道府県は勧告をするだけとか、自分の言うことを聞かなかった病院の名前を公表するとか、その程度なのですよ。その程度でも結構なインパクトはあると言う方もいらっしゃるかもしれませんが、極めて都道府県のマネジドケアといえますか、医療費適正化に向けた権限はやはり限られているのかなと思うわけです。

〔管理競争という考え方〕

さて、諸外国ではどうなっているか。先ほど、ご紹介のあったオランダのケースでありますけれども、オランダの場合は、基本的には保険者を個人が選択できる仕組みになっております。かつ、個人は税金としての社会保険料と自分のための社会保険料を分けて払う仕組みになっています。つまり、ここにお

日本版マネジドケア?

- ◆ 医療保険の担い手としての都道府県⇒医療機関への権限強化
 - 地域医療構想・医療費適正化計画の策定・実施
 - 市町村国保の受け皿＝都道府県化

① 病院の新規開設・増床への対応(法第7条第5項)

- 都道府県知事は、開設許可の際に、不足している医療機能を担うという条件を付けることができることとする。

② 既存医療機関による医療機能の転換への対応(法第30条の15、法第30条の16)

【医療機関が過剰な医療機能に転換しようとする場合】

- 都道府県知事は、医療機関に対して医療審議会での説明等を求めることができるとし、転換にやむを得ない事情がないと認める時は、医療審議会の意見を聴いて、転換の中止を要請(公的医療機関等には命令)することができることとする。

【「協議の場」の協議が調わず、自主的な取組みだけでは機能分化・連携が進まない場合】

- 都道府県知事は、医療審議会の意見を聴いて、不足している医療機能に係る医療を提供すること等を要請(公的医療機関等には指示)することができることとする。

③ 稼働していない病床の削減の要請(法第7条の2第3項、法第30条の12第1項)

- 医療計画の達成の推進のため特に必要がある場合において、都道府県知事は公的医療機関等以外の医療機関に対して、医療審議会の意見を聴いて、稼働していない病床の削減を要請することができることとする。

※ 現行の医療法上、公的医療機関等に対しては、都道府県知事が稼働していない病床の削減を命令することができることとなっている。

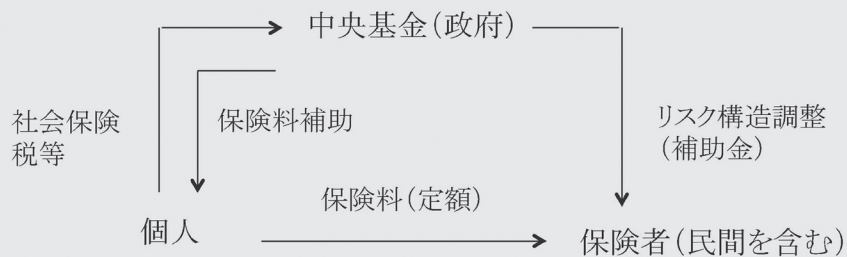
【医療機関が上記の要請又は命令・指示に従わない場合の措置】

- 医療機関が上記の要請に従わない場合は、都道府県知事が勧告を行う。当該勧告にも従わない場合や、公的医療機関が上記の命令・指示に従わない場合には、現行の医療法上の措置(管理者の変更命令や公的医療機関への運営の指示等)に加えて、以下の措置を講ずることができることとする。

- イ 医療機関名の公表(法第7条の2第7項、法第27条の2第1項、法第30条の12第2項、法第30条の18)
- ロ 各種補助金の交付対象や福祉医療機構の融資対象からの除外
- ハ 地域医療支援病院・特定機能病院の不承認・承認の取消し(法第29条第3項、法第29条第4項)

管理競争という考え方

- ◆ 個人による保険者選択⇒雇用と保険の分離
- ◆ 再分配と保険の分離⇒再分配の財源は(実質的に)租税化



	機能	狙い
社会保険税	再分配	社会連帯(再分配)
リスク構造調整		
保険料(定額)	保険給付費(受益)とリンク	競争の喚起 応益性の確保
保険料補助	再分配	低所得者支援(再分配)

8

きましては、医療の財源につきましては、税としての要素と自分のための保険料としての要素がきれいに分かれていることとなります。かつ、保険者が医療機関に対していろんな交渉事も行う保険者機能を担っており、個人がその保険者を選ぶことを通じて保険者間の競争を促し、ある意味、保険者のやる気といいますか、適正化、サービスの向上、質の向上に向けたやる気を促しているというんですね。そういうたてつけになっているということが一つの特徴かなと思います。

〔参考：政府の失敗と市場の失敗〕

個人が保険者を選べるというのは、言い方を変えると、社会保険と雇用を切り分けるという考え方になります。つまり、私が正社員であろうと、パートであろうと、私の保険者の選択とは関係ないわけですね。ところが、日本の場合は違いますよね。私が明日、大学をクビになると、私は保険まで変えなければいけなくなるわけなので、職業選択と保険の選択が一体化しているのが日本の場合で、それを分けているのがオランダあるいはドイツ、スイスのケースということになります。社会保険なのだから職業と一体であるべきだと思うのは、日本の固定観念であり、世界のなかでは必ずしもそれが常識ではないということは強調に値するかと思います。

〔スライド10、11、12〕

この辺のところは、時間の都合がありますので、また後にご説明申し上げたいと思います。

参考：政府の失敗と市場の失敗

- ◆ 管理競争：
 - 社会保険(国民皆保険の原則、社会連携)と競争原理を整合化
 - 市場の失敗と政府の失敗をバランス
 - (1) 医療機関への規律づけとしての「マネジド・ケア」
 - (2) 保険者への規律づけとしての加入者による保険者選択
 - (3) 「リスク選択」を回避するリスク構造調整補助金
 - (4) 競争の促進、監視主体(モニターのモニター)としてのスポンサー⇒政府(公共部門)の役割
- ◆ オランダ、ドイツの医療制度改革の指針

失敗		対処
政府の失敗	コストの膨張 画一的供給	競争原理の活用 保険者等当事者の裁量の拡充
市場の失敗	リスク選択 質の低下	リスク構造調整プレミアム 政府の「スポンサー機能」=市場の監視

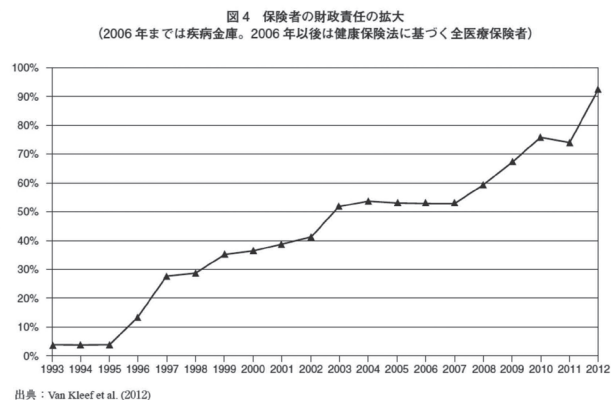
9

リスク構造調整(オランダ)

- ◆ 保険者間のリスク構造調整は当初(1992年)は年齢と性別のみ。
⇒ リスク選択を会費するため赤字補てんを実施(赤字の97%)
- ◆ リスク構造調整の精緻化に合わせて赤字補てんの比重を低下=保険者の財政責任を拡大

財政調整方式	垂直的=社会保険税を財源に配分
リスク変数	性別・年齢・居住地・雇用・社会保険給付・調剤・過去の疾病(DRG)

(注) 被保険者のリスク調整で勘案する医療コストを①外来(Outpatient care) ②専門医治療(Specialist care) ③病院コスト(経常費) ④病院コスト(資本経費) ごとに算出する。



10

医療の質の向上？

- ◆ オランダの医療費(対GDP比)は高い
⇒コスト抑制になっていない？
- 一方、サービスの評価も高い

国名	総医療費の対GDP比(%)		一人当たり医療費(ドル)		備考
		順位		順位	
アメリカ合衆国	16.9	1	8,745	1	
オランダ	11.8	2	5,099	4	
フランス	11.6	3	4,288	11	
スイス	11.4	4	6,080	3	
ドイツ	11.3	5	4,811	6	
オーストリア	11.1	6	4,896	5	
デンマーク	11.0	7	4,698	7	
カナダ	10.9	8	4,602	8	
ベルギー	10.9	8	4,419	10	
日本	10.3	10	3,649	15	
OECD平均	9.3		3,484		

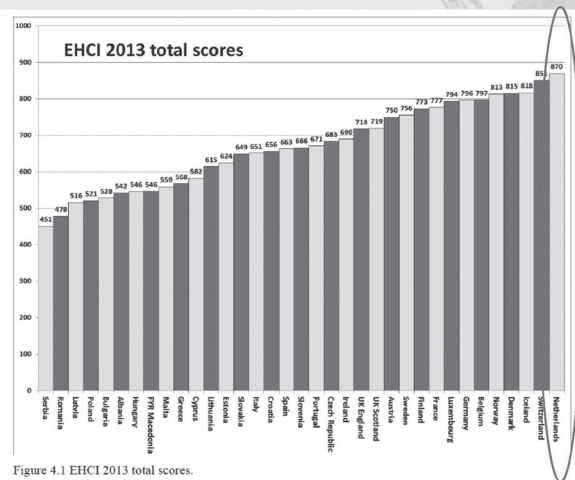


Figure 4.1 EHCI 2013 total scores.

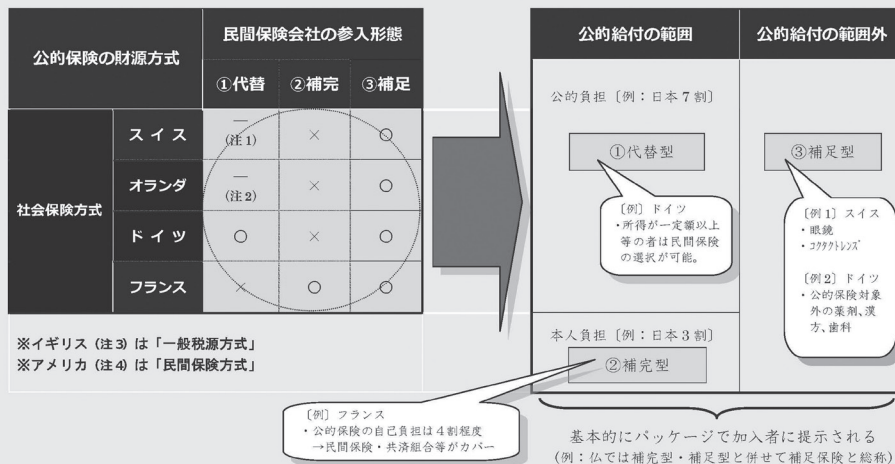
公共サービスの産業化=コストの見合う
価値が創出できているか？

11

参考：民間保険の活用

【基本整理】各国における民間保険会社の参入形態について

1. 民間保険会社の参入形態としては、①代替型、②補充型、③補足型に区分できる。
2. 但し、後述(次頁以降)のとおりその提供は多くはパッケージで行なわれるため、加入者にはこれら区分・差異は基本的に意識されていない模様。



(注1) スイス：公的保険は疾病金庫・民間保険会社は一体経営（コンロマリットを形成）。公的保険・強制保険をセットで提供。

(注2) オランダ：2006年に疾病金庫と民間保険会社が統合（疾病金庫と民間保険会社がイコールフッティング）。

(注3) イギリス：代替型民間保険による民間病院利用；入院待機期間の短縮、医師選択。尚、公的保険では薬剤、歯科等を除き原則自己負担なし。

12

〔欧州医療制度改革の特徴〕

やはり海外、欧州の場合は、こういう形で工夫をしています。80年代、確かにヨーロッパなんかでも医療費の高騰にさいなまれて、総予算枠規制とかさまざまな医療費のコントロール、歯止めをかけようとする努力をしてきたのですが、なかなか現場で医療資源の効率化が進まなかったということがあり、その結果、そこで、いわゆる管理競争と私たちが呼びますけれども、もっと保険者の主体性を強化しよう、そちらのほうに舵を切ってきたということがあります。

もちろん、こういうことを言うと、いや、低所得者に対する配慮はどうするんですかという議論が出ますが、それはそれでまた別途措置をする。例えば、もし社会保険料が高いということであれば、その社会保険料の一部を低所得者に限っては補助する仕組みをつくるとか、こういう形で公平と効率。公平、つまり、低所得者に対する配慮と、効率、医療資源の配分の適正化、医療費の適正化を両立させる仕組みをつくってきたのが、欧州の医療制度改革の大きな特徴と言えるのではないかと思うわけです。

〔何故、欧州の改革は成功したのか？〕

また詳しくはパネルのときに言う機会があると思いますけれども、最後に一言だけ。

これは、一夜にしてできることではありません。オランダの場合は、最初に医療の計画、包括的な医療制度の抜本改革が出てきたのは1988年です。で、今の形になったのは2006年です。したがって、20年近い歳月をかけています。そのなかでオランダは何回も政権交代しています。でも、この改革の方向は

欧州医療制度改革の特徴

- ① 保険者の自由選択(スイス・オランダ・独)、保険者と医療機関との交渉(マネジドケア的契約)による競争原理を公的医療保険制度の中に導入
- ② 「リスク構造調整」で効率要因以外(年齢・疾病構造、所得など)の保険者間「格差」を是正、効率要因に関して「質」(契約・補足保険など)と「価格」(定額保険料)の競争を促進
- ③ 国民皆保険を実現・堅持することで基礎的医療の普遍給付を確保、個々の保険者は補足保険で独自性を出す
- ④ 低所得者をターゲットにした保険料補助を実施(オランダ・スイスでは低所得者に対する手当を施すことで定額保険料を負担軽減、仏のCMUは保険料補助により低所得者の補足保険の購入を支援)
- ⑤ 公的医療保険制度の運営を労使関係から切り離して専門集団による健康リスク・医療資源の管理に特化させる(医療保険と就業の分離)

何故、欧州の改革は成功したのか？

- ◆ 超党派的な合意の形成
 - ✓ 競争の程度・改革のスピードには異論があっても、管理競争の「方向性」についての社会的合意が形成⇒政権交代があっても、改革自体が挫折することはなかった
- ◆ 最初から「理想」は求めない
 - ✓ 急進的ではなく、20年以上の歳月をかけた「漸進主義的」、「施行錯誤的」改革
- ◆ 目的としての医療費抑制から、結果としての医療費抑制へ
 - ✓ 競争・機能強化を通じた医療提供の効率化、サービスの質の向上への誘因づけ
 - ✓ コストに見合う「価値」の創出

図表：オランダ医療改革の推移

1988年	：「デッカー・プラン」
1990年	：「サイモンズ計画」
1992年	：(i) 疾病金庫が全国レベルで活動することを許可 (ii) 加入者が2年に1回、疾病基金を移ることを許可 (96年以降は年1回のペース)
1993年	：リスク調整プレミアムの導入 ：疾病基金が専門医を選挙、契約を結ぶことを許可
1995年	：AWZを含む医療保険制度の一元化を断念
2005年	：保険者と医療機関（病院）の個別交渉（予算の10%）を許可
2006年	：疾病金庫と民間保険の統合（2006年改革）

14

変わらなかった。

なぜか。超党派的な合意ができたから。それから、やっぱり試行錯誤を通じて、ちょっとずつ改革を実現に向けて進めてきたということがあるわけです。大きなグランドデザインとビジョンを持ちながら、それに向けて、ある意味、漸進主義的にアプローチしていったのがオランダの特徴であるわけです。

何が言いたいかというと、こういう医療制度の大きな改革は一夜にしてできることではないということになりますので、そこはやはり辛抱強い改革が求められているのかなと思います。

私のほうからは以上です。ご清聴ありがとうございます。（拍手）

島崎 謙治 氏（政策研究大学院大学 教授、注2）

「国民皆保険の将来と克服すべき政策課題」

ご紹介いただきました島崎でございます。時間が限られておりますので、早速、中身に入りたいと思います。

（注2）〔プロフィール〕1978年東京大学教養学部卒業。同年厚生省入省。93年千葉大学助教授、2001年厚生労働省保険課長、2003年国立社会保障・人口問題研究所副所長、2005年東京大学大学院法学政治学研究科客員教授を経て、2007年より現職。博士（商学、早稲田大学）。専門分野は社会保障政策。主著：『日本の医療－制度と政策』（東京大学出版会、2011年）、『医療政策を問いなおす』（ちくま新書、2015年11月）

国民皆保険の将来と 克服すべき政策課題

政策研究大学院大学教授 島崎謙治



島崎教授

〔プレゼンテーションの趣旨〕

「国民皆保険の将来と克服すべき政策課題」というタイトルをつけている趣旨は、ここに書いてある通りです。医療政策をめぐる対立は激しいけれども、「国民皆保険の堅持」という1点だけは異論がありません。しかし、それは国民皆保険の将来が安泰であることを意味しません。私が危惧しておりますのは、国民皆保険の堅持という旗は掲げたまま、医療給付内容の低下や地域医療の崩壊が進み国民皆保険が形骸化することです。

もちろん、私はそれが望ましいシナリオであると考えているわけではありません。それを回避するための医療政策をきちんと打っていく必要があります。その背景や内容について、後ほどのディスカッションにつながるお話をさせていただきたいと思います。

〔国民皆保険の達成・成熟過程〕

国民皆保険というのは、この三つの軸であらわされます。つまり、誰がカバーされているか、どの範囲のサービスまでカバーされているか、そして、自己負担の割合はどうかということです。

この図の手前右端は1961年の前の状態であり、1961年に100%カバーになったわけです。ただし、そのときは制限診療というのが行われていました。例えば結核になったときに自由に抗生物質が使えたわ

プレゼンテーションの趣旨

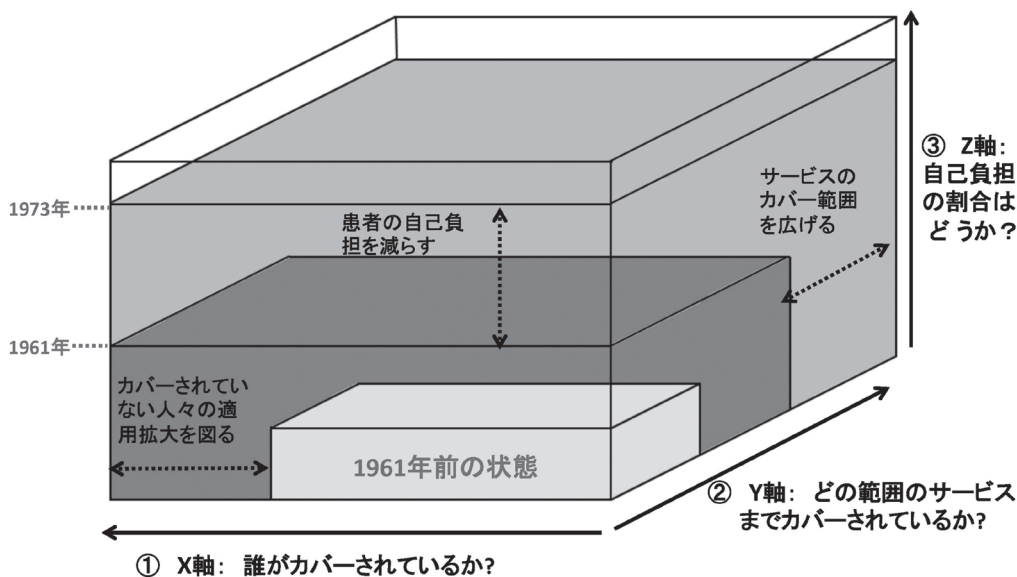
社会経済の変容のインパクトは甚大。「国民皆保険の堅持」という旗は掲げたまま、医療給付内容の低下、地域医療の崩壊が進み、国民皆保険は形骸化するリスクがある。

それに関する客観的事実を押さえたうえで、“悪しきシナリオ”を回避するための医療政策の動向および評価・課題について述べる。

強調したいことは、時間的余裕はまったくなく、この数年が正念場であることである。

1

国民皆保険の達成・成熟過程 (1961年前・1961年・1973年の比較)



(出典)筆者作成。立方体の図のコンセプトは「World Health Report 2010」による。

2