

—第15回— 「国民皆保険制度を続けるために」

茨城県立中央病院
茨城県地域がんセンター

よし かわ ひろ ゆき
病院長 吉川 裕之



国民皆保険（公的医療保険）制度は、すべての国民が何らかの公的医療保険制度に加入し、お互いの医療費を支え合う仕組みです。また、保険料の負担軽減のため公費も投入されています。この制度により国民全員が同じように医療（高度な医療を含む）を受けられ、なおかつ医療機関を自由に選択できるなど、世界からみても非常に優良なこれらの制度のお陰で日本は健康で長寿の国になりました。

平成26年度の日本の国民医療費40.8兆円の財源別負担は、保険料48.7%（被保険者28.3%、事業主20.4%）、公費38.8%（国庫25.8%、地方13.0%）、患者負担11.7%となっています。義務教育就学前（6歳未満）は2割負担。それ以降70歳未満は3割負担、70歳以上75歳未満では1割負担でしたが平成26年度以降は70歳になった方は2割負担、75歳以上は1割負担、70歳以上でも現役並みの所得者は3割負担です。高額療養費制度^(※)により医療費をカバーできる仕組みもあります。

しかしここに来て、この制度の維持に危機感を覚える人が少なくありません。65歳以上の1人を何人の現役世代で支えているかみてみますと、1965年は9.1人で1人を支える胴上げ型、2012年は2.4人で1人を支える騎馬戦型、これが2050年には1.2人で1人を支える肩車型へとなり、公的医療保険や年金などの社会保障負担は年々重くなるばかりです。国民皆保険制度を維持するためには、医療費の削減や、それに加え保険料、自己負担額、公費（税金）のいずれかを増やす必要があるのです。

医療費を削減することはある程度可能です。検診やワクチンなどの予防で疾患を減らし、症状を軽くすることや、効果がはっきりしない医療をな

くすことも重要です。ウイルスが原因の風邪やインフルエンザに無効の抗生物質の処方をやめたり、75歳以上がコレステロール値を下げてても死亡リスクが下がるという証拠はないのでこれも省略可能でしょう。また最近話題の分子標的薬、免疫チェックポイント阻害剤などの高額な薬物治療や陽子線・粒子線などの先進医療の医療費の単価が下がれば、これも医療費の削減につながります。終末期医療における延命治療をなくし、在宅医療促進を図ることも医療費削減に有効でしょう。実際、入院治療は減少しており、入院期間も短縮されてきていますが、それでもまだ欧米に比べると倍以上の入院期間があります。今後は低侵襲治療の進歩や外来治療の促進で入院治療は縮小していくでしょう。

保険料の支払いが増額になる可能性も否定できません。保険料を支払う人口を増やすことも期待されますが、現役労働者層を拡大するためには、少子化対策だけでは時間がかかります。定年の延長や撤廃、外国人労働者の雇用促進も検討していくことになるでしょう。

公費を増やすためには増税、特に消費税の増税が進む可能性があります。高齢者を含めて自己負担の割合の増加や、高額療養費制度の見直しもあるかもしれません。

日本の国民医療費の総額は、毎年増え続けており、現在の仕組みのままでは、国民皆保険制度を支えることは困難です。将来も国民皆保険制度を維持していくには、負担の仕組みを超高齢社会にあった制度に変える必要があるとともに、私たち一人ひとりが自覚し、健康への意識を高め、医療費を節約していくことが重要です。

^(※)月ごとの自己負担限度額（被保険者の所得で異なる）を超えた場合には超えた金額が支給される。