

指標

高額療養費の見直しと 受診時定額負担について考える その狙いは何か

常任理事・情報広報部長

山科 賢児

はじめに

国民皆保険制度が50周年を迎えた今年になって、その根幹を揺るがしかねない変化が起ころうとしている。「高額療養費制度見直し」の財源確保のために、医療機関の窓口で今までの自己負担分の料金に加えて「受診時定額負担」の形で支払い負担増が始まるかもしれないのである。

高度成長期に創設された高額療養費制度、老人保健制度に課題が噴出しているのは、今までの医療保険制度の経営状況、現在の日本の経済、政治情勢をかんがみれば当然の帰結とも言える。今更悔やんでも仕方がないが、あのバブル経済をあまりにも謳歌しすぎた国民全体の自覚のなさに一因があったことは否定しない。しかし景気を煽り、インフレを引き起こし、その後は20年以上続く日本経済、政治の停滞低迷の責任は国民だけにあるのだろうか。日本の医療制度を主導、支配してきた官僚たちはこのような事態に何も感じはしないのだろうか。マスメディアもこの世の夢を煽り、先に潜んでいた真つ暗な闇を知らせようとはしなかった。日本の制度のすべてが見直されなければならないこの時期に、医療制度の崩壊を必死になって防ぎ、真の改革をする姿勢を政府は示してほしい。

政治、経済とも硬直化している日本の社会に、TPPのように大きい外圧が大きい津波のように社会保障に襲い掛かってくるのはそんな遠い将来ではない。今は防波堤に土嚢をさらに積み上げて決壊を防ごうとしているが、こんな手段では防ぎきれものではないだろう。肝心なのは、外圧の到来に対する十分な準備と変化を恐れず決断し行動することである。

今回の厚生労働省の「高額療養費制度の見直し、すなわち社会保障費の不足分を国民のごく一部に負担させよう」という姑息的な提案など決して容認できるものではない。国民、医療関係者は、「社会保障費にはもう財源を出さない」厚生労働省、財務省の

姿勢を追及すべきである。最前線で協議に参加している日本医師会にエールを送るためにも、多くの医師会会員が「高額療養費制度と受診時定額負担」について理解する必要があると考え、若干の説明と、その問題点について述べた。

「社会保障・税一体改革成案」の成立までの流れとその本質

今の日本社会には昭和40年代の高度成長期のような、あのダイナミックな勢いはみられない。ジャパンアズナンバーワン、国民総中流意識などという言葉はどこへ行ってしまったのであろうか。今の日本は将来の生活がどうなるかという不安が増大するだけで、先が見えない状況が続いている。

日本の社会保障制度を取り巻く環境は当然変化した。1) フリーターや非正規雇用の増加、2) 単身高齢世帯の増加、少子化による家族形態の変化、3) 都市化と過疎化の同時進行、地域コミュニティの弱体化、4) 企業のセーフティネットの減退などである。そのため経済的問題によるストレス増大によるうつ、自殺などの精神疾患も増加している。生活保護の受給者数が205万人を超え過去最高となったという。今後ますます貧困対策、「セーフティネット」の整備が要求されるようになる。

厚生労働省の高額療養費制度における低所得者層への負担減の処方箋は、綻んだ「セーフティネット機能強化」であった。セーフティネットとは、国の責務として経済的困窮者に対して最低限の生活を続けられるようにする生活保護等の社会保障制度を指すが、より広い層に医療のセーフティネット機能強化が必要となったのである。

経済状況が悪化する中、医療の高度化や急速な高齢化、医療供給体制の充実強化により、医療費は今後もGDPの伸びを大きく上回って増大する見込みである。これを賄うための公費、保険料、自己負担のあり方を早急に見直さなければ日本の保険制度は崩壊してしまうが、その有効な方策は立てられず現在に至っていた。

政府は財源問題を含めた社会保障制度の一体的・抜本的改革が必要として、平成22年10月、政府・与党社会保障改革検討本部を設置した。以来議論を重ねて、平成22年12月14日「社会保障改革の推進について」の閣議決定に基づき、「社会保障と税の一体改革成案」の具体的方向をまとめたのである(資料1)。

成案に示されている医療・介護等の主な改革項目には、高度・長期医療への対応(セーフティネット機能の強化)と給付の重点化が示され、今回問題となっている「高額療養費の見直しによる負担軽減と、その規模に応じた受診時定額負担等の併せた検討(病院・診療所の役割分担を踏まえた外来受診の適正化も検討)。ただし、受診時定額負担については低所得者に配慮」が記載されている(資料1)。

さらに、「社会保障・税の一体改革成案」の後半部分の税制改革には、それを実現するための「社会保障の安定財源確保の基本的枠組み」が記載され、1) 消費税収を主たる財源とする社会保障の安定財源を確保すること、2) 消費税収の使途の明確化、3) 国・地方を通じた社会保障給付の安定財源の確保、4) 消費税率の段階的引き上げといった項目が掲げられている(資料1)。

これらの意味するところは、改革する際には、1) その財源確保を義務づけ、収支のバランスを取ること、2) 消費税収を目的税化して社会保障財源化すること、3) 将来的には社会保障給付の公費(税金)全体を消費税で賄うこともあり得る、4) 以上の条件下で消費税を段階的に10%まで引き上げて社会保障費を賄う、である。一見、社会保障費の財源が確保され、日本の社会保障制度は安泰のようだが、消費税が引き上がらなければ社会保障費は賄えなくなるなど、問題は山積している。

高額療養費制度の実態とその問題点

高額療養費制度は福祉元年と呼ばれる昭和48年に創設された。昭和40年代の日本は高度経済成長により、国民の生活水準が向上している時期であった。その一方、社会保障の水準の低さが課題となり、経済成長に伴う税収増によって医療保険の給付率の改善や老人医療費支給制度も創設され、70歳以上の高齢者医療費の自己負担無料化も同じ時期に開始された。高額療養費制度は日本の高度成長の恩恵にあずかった最後の制度といってもいいのではないだろうか。

しかし制度が創設された昭和48年は、第一次石油危機、ベトナム戦争が終結し、戦後初めて経済成長率がマイナスを記録した年でもあった。図らずも順調であった医療保険制度の転換期になったのである。その後の医療を取り巻く環境は、承知のとおり悪化の一途を辿ることになる。

現在の医療保険制度では、高度な医療にかかっても経済的に破綻しないよう、高額療養費制度によって所得に応じた自己負担の上限を設定し、定率による患者負担に歯止めをかけている(図1)。この結果、患者の実効負担率は平成20年度では約17%となっている。

例えば、医療費が50万円かかった場合、医療保険

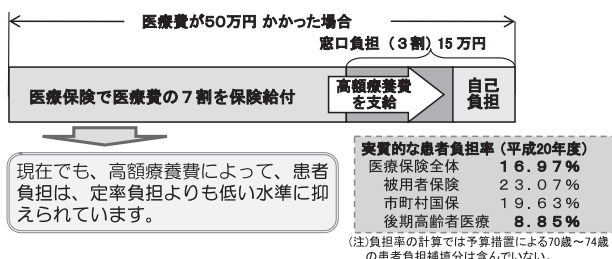


図1 高額療養費で患者負担に歯止め

で医療費の7割、35万円が保険給付され、窓口での自己負担は3割の15万円であるが、高額療養費制度により年齢、所得別に自己負担の上限が設けられ、実質の負担額は少なくなっている。そのため実質的な実効給付率は、平成20年度で医療保険全体の平均では83%になっている。高額療養費制度によって、患者負担は、定率負担よりも低い水準に抑えられていることになる。

この制度は長期・高度医療を受ける患者にとって恩恵があり、素晴らしい制度である。アメリカのように救急救命、ICU、がんなどでの長期入院で莫大な医療費がかかる国では、家族も医療側も医療行為を行う際、経済的な問題を何よりも考慮しなくてはならない。もし日本に高額療養費制度がなかったら、日本の医療体制、死生感など医療に対する考えはおそらく今とは随分異なっていた可能性があるのではないだろうか。

しかし、その素晴らしい制度である高額療養費の支給額は平成10年度約8千億円であったが、平成20年度には1兆7千億円と10年間で2倍にも増加している。さらに、高額療養費の伸びは、自己負担割合の引き上げや医療費の高額化、人口の高齢化等に伴い、国民医療費の伸びの割合を大きく上回っている。

(1) 高額療養費の支給額は、10年間で2倍程度に増加(平成20年度実績: 1兆7千億円)

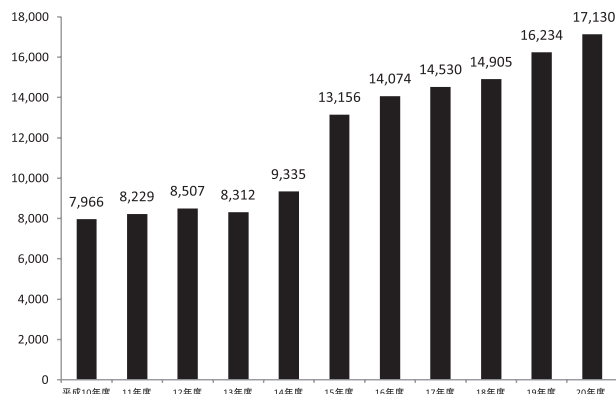


図2 高額療養費の支給額

(2) 高額療養費の伸びは、自己負担割合の引上げや医療の高度化等に伴い、国民医療費の伸びを大きく上回っている。

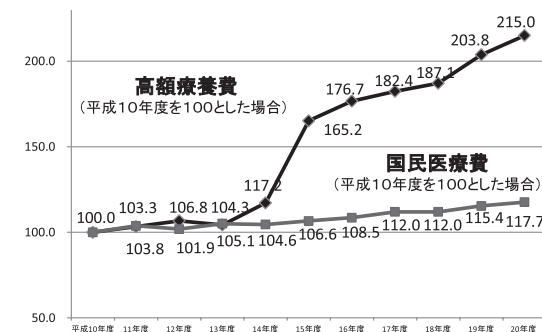


図3 国民医療費、高額療養費の指数変化(平成10年度を100とした場合)

今や医療制度の財政上の大きい問題になりつつある（図2、図3）。

厚生労働省の高額療養費の見直しへの提案

平成22年、複数の患者団体から「高額療養費の自己負担限度額の引き下げを求める」要望書が提示され、厚生労働省は見直しの検討を始めた。そして社会保障審議会医療保険部会は低所得者層の自己負担額の軽減や、上位所得者の自己負担限度額を引き上げた場合の試算を検討したが、自己負担限度額の改善は財政面から難しいとの結論に至った。それをふまえて、「高額療養の見直しと受診時定額負担」を抱き合わせた形で今回の提案があったのである。

現行制度での一般所得者といわれる中でも、年収300万円以下中低所得者の負担感が重く、近年この人数は5年間で約300万人増加している。その負担を軽くするために、高額療養費制度改善案は次のように提案している。「現行で決められている所得ごとの限度額を細分化して、中低所得者の自己負担限度額を緩和すること、自己負担限度額に年間上限を設けること」。

一般所得者は今まで同じ負担額が設定されていたが、この層を3区分し、年収300万から600万円以下の層と300万円以下の層の負担限度額を引き下げよう設定した。また自己負担限度額が月単位であるため、自己限度額に満たないで長期にわたって療養する人にはこの制度が適応されず、自己負担額が多くなるケースなど矛盾点を改善するために自己負担限度額に上限を設けた。70歳以上の人についても所得で三段階に区別し、現役の人よりも低い自己負担

額を設定した。そして一体改革成案に盛り込まれた「2015年ベースで公費1,300億円」の規模の見直しを想定したのである（表1）。

このような手法を使って、格差社会出現で顕著になった中低所得者と高齢化の進んだ70歳以上の人に配慮したセーフティネット強化の制度改革を提案したのである。この見直しの趣旨は、誰も反対するものではないし、しかもきめ細かい配慮がなされて国民の医療負担を軽減するスタンスが強調されている。

ただ、所得に占める保険料の調定額、負担率で見ると、どの所得層においても毎年負担が重くなっているのは事実である。所得の低い軽減世帯ほど、この保険料の負担感は増していると説明されているが、その負担感が増しているのは本当に低所得者だけなのであろうか。格差社会の出現で、国民すべても少なからず同様の負担感、不安感を持っているのではないだろうか。既に負担が多い人にはもちろんだが、負担が増えるのではないかと不安感を持っている人にもさらに配慮が必要ではないだろうか。

今後、日本経済の状況が好転する見通しはそれほどなく、経済状況は流動的で、低所得者層の増加はさらに続くであろう。今の見直し案では「結果が出てから、対策を打つ」ことになり後手に回ってしまう。抜本的に見直しをするなら高額療養費制度そのものを見直すべきではないだろうか。また実際にこの軽減策で患者団体などから理解を得られるのだろうか。

（注：現行の制度では年収約800万円以上を上位所得者、それ以下を一般所得者、さらに住民税非課税である人を低所得者と定義している）

表1 高額療養費の見直しによる財政影響（2015年度ベース）

- 一体改革成案に盛り込まれた「2015年度ベースで公費1,300億円」の規模の見直しを想定。
- 国保は低所得者が多く財政影響が大きいため、財政中立とするためには、**受診時定額負担に加えて、公費の拡充も必要。税制抜本改革と併せて国保の財政基盤の強化の中で、低所得者の高額療養費の財政支援を検討。**
- 給付率が変化した場合に経験的に得られている医療費の増減の効果（いわゆる長瀬効果）を見込んでいる。この効果を見込まない場合の影響額は、記載している影響額の半分程度となる。

《高額療養費の見直し》

	給付費	保険料+公費		
		保険料	公費	
総計	約3,600億円	約3,600億円	約2,500億円	約1,200億円
協会けんぽ	約800億円	約1,100億円	約900億円	約200億円
健保組合	約400億円	約700億円	約700億円	—
共済組合	約100億円	約200億円	約200億円	—
市町村国保	約1,500億円	約1,200億円	約500億円	約700億円
後期医療	約700億円	約300億円	約50億円	約300億円

- （注1）100億円以下の数字は10億円単位で、100億円以上の数字は100億円単位で四捨五入しているため、合計の数字が一致しない場合がある。
- （注2）前期財政調整および後期高齢者支援金の影響により、制度別にみると、「給付費への影響」と「保険料および公費への影響」は異なる。
- （注3）70歳未満は、世帯合算の要件（自己負担が2万1千円以上のレセプトを合算対象）を変えない場合の試算。
- （注4）低所得者の多い国保に対する財政支援は上記試算に含まれておらず、別途検討する。

表2 受診時定額負担の財政影響（粗い試算）

- 一体改革成案に盛り込まれた「例えば、初診・再診時100円の場合」の財政影響を試算。
- 給付率が変化した場合に経験的に得られている医療費の増減の効果（いわゆる長瀬効果）を見込んでいる。この効果を見込まない場合の影響額は、記載している影響額の半分程度となる。
- 「低所得者への配慮」による財政影響は含んでいないので、軽減措置を講じることで財政影響の効果は小さくなる。特に、低所得者が多い市町村国保では、保険料負担と公費負担の財政改善の効果は小さくなる。

《初診・再診で100円を設定した場合》（低所得者の軽減措置分は財政影響に入っていない）

	給付費	保険料+公費	保険料	公費
総計	▲約4,100億円	▲約4,100億円	▲約2,900億円	▲約1,300億円
協会けんぽ	▲約800億円	▲約1,200億円	▲約1,000億円	▲約200億円
健保組合	▲約700億円	▲約1,000億円	▲約1,000億円	—
共済組合	▲約200億円	▲約300億円	▲約300億円	—
市町村国保	▲約1,300億円	▲約900億円	▲約400億円	▲約500億円
後期医療	▲約1,000億円	▲約600億円	▲約80億円	▲約500億円

(注1) 平成23年度予算ベース。受診回数については、将来の変化は無いものと仮定し、平成21年度実績を用いた。
 (注2) 100億円以下の数字は10億円単位で、100億円以上の数字は100億円単位で四捨五入している。
 (注3) 前期財政調整および後期高齢者支援金の影響により、制度別にみると、「給付費への影響」と「保険料および公費への影響」は異なる。

厚生労働省の財源確保の考え方、それは財政中立

厚生労働省は、「高額療養費制度」改善のための財源を、どこから調達して補おうとしたのだろうか。いわゆる財政中立という、国の負担を増やさないで、新たに生まれる財源で、高額療養費制度を拡充して、長期・高額の医療を受ける患者の負担上限額を引き下げることとしたのである。

そのよりどころとなるのは、成案に記されている「現在の世代が受ける社会保障は現在の世代で負担する」の原則に立ち、「社会保障の機能強化」と「機能維持一制度の持続可能性の確保」である。このような考え方に立って、「社会保障・税一体改革においては、社会保障給付にかかる安定財源を確保していくことを通じて、財政健全化を同時に実現する」、である（資料1）。

見直しの結果、2015年度ベースで給付が3,600億円増加し、公費1,300億円の財源が必要とされる。そこでその財源の穴埋めに「その強化のためには相対的に医療費の負担が小さい場合の負担を見直す」、すなわち「受診時定額負担」が浮上したのである（表2）。

今後の医療状況を考えると、保険料、公費は自然増を賄うために増えることは確実な状況である。何とか今後の国の負担を増やさないための方法として、見直しのための財源は、あくまで患者負担の全体の規模を増やさず、ある制度の改革のためには他の制度を犠牲にして財源を捻出し、新たに公費はもう投入しないでおきたいという発想なのだろう。

言い換えると、外来で医療費の少ない人にもう少し負担してもらって、高額療養費の負担が重くて大変困っている人に給付を充実する、しかし患者全体

の負担の規模は変えないでいこうというのが厚生労働省の提案である。支払いの不足分を、自らの財布からおカネをもう出さず、関係のない人の財布からおカネを出させるようなものである。本当に社会保障にまわす財源がないのだろうか。

受診時定額負担とは何か、その仕組みと問題点

この制度が導入されると、仮に定額負担が100円とするなら自己負担分に上乗せて毎回窓口で100円ずつ支払うことになる。つまり窓口で支払う定率負担額に定額負担を加えた額を自己負担することになる。

医療費が5,000円とすると患者負担が3割の場合、1,500円を窓口で支払い、3,500円を医療機関が審査支払い機関に請求するのが従来であったのが、定額負担が100円ならば、患者は1,600円を窓口で支払い、医療機関は3,500円から100円を差し引いた3,400円を請求するということになる。厚生労働省は免責制ではないと主張するが、疑問や議論は多い（図4）。

仮にこれが実施されると、週6日リハビリに通ったり、毎日注射・点滴を受けたりすると毎月2,400円増、多くの診療科を受診するとすべての科で回数に応じて100円が加算されることになる。ただし窓口負担の場合は医療機関に限られ、一定額の支払い先の中に薬局は含まれないようだ。

もし受診時定額負担が導入されたなら、財政にはどのような影響が起こるのだろうか。例えば、受診時自己負担額を100円と仮定した場合、年間初診・再診外来受診延べ日数を基に2,000億円の財源と、2,000億円の受診抑制効果（長瀬効果）を合わせて、給付費は約4,000億円減少し、2015年の公費ベース（国

の負担分)では約1,300億円の医療費削減が見込まれると厚生労働省は説明している。この受診時定額負担制度を導入することによって、受診時定額負担の負担金の確保と受診抑制による給付費削減の両方の効果を狙いながら、高額療養費の給付増加分の1,300億円と自己負担増加分の1,300億円が相殺されるのである(図5)。

受診時定額負担の問題点として、1) 受診回数の多い高齢者や病院通いが多くならざるを得ない人ほど負担が大きい、2) 高額療養費制度を利用していない患者も高額療養費の補填のために定額を支払うのは筋違いではないか、3) なぜ医療を受けていない絶対的に医療費の少ない人から徴収しないのか、4) 定額負担は診察に対する負担ではなく、保険負

※ 例えば、100円を自己負担として設定した場合(医療費5,000円の例)

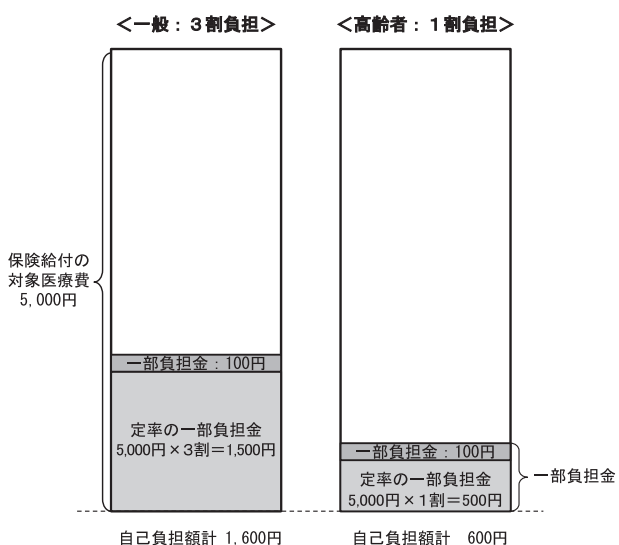


図4 受診時に100円の自己負担を設定した場合

担とは異なる、などがある。また相対的に医療費の負担が小さい場合の負担を見直すというが、たとえ少額の定額負担であっても負担には変わらず、心理的影響も大きく、相対的とは一方的過ぎないだろうか。

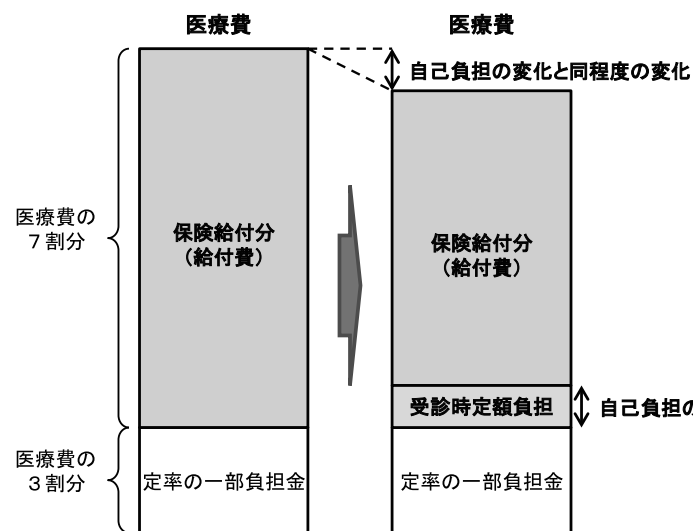
「長瀬効果」、その信頼性について

ここに聞きなれない言葉がある。保険給付率の変更によって医療費の増減を推計する計算式を、戦前の1935年に保険数理技師であった長瀬氏が発表した。それによる効果を「長瀬効果」と呼んでいる。「例えば、給付率(=患者負担が増加する)制度改革が実施されると、受診行動が変化し、受診率が低下し、1件あたりの日数が減少する」。逆に保険給付率が高くなって自己負担が軽くなると医療費が増える。厚生労働省はこの経験的とも言える計算式を今も使って医療政策を行っている(表3)。

今回この長瀬式を用いて医療費の水準の変化を計算してみると、医療費は患者負担の変動額と同程度の変動をすることになるらしい。つまり患者の負担増額と同程度の医療費が減少することになると厚生労働省は説明している。受診時定額負担導入によって、受診時定額負担額の2倍額の財政影響(医療費の減少と、保険給付分の減少)が見込めるのである。

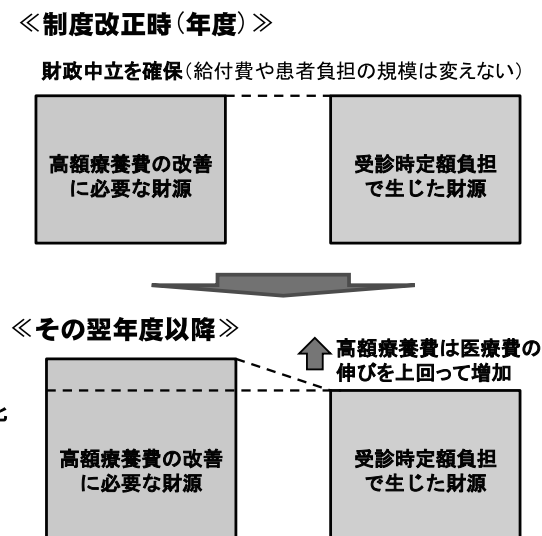
過去に日医総研や国会議員がこの「長瀬効果」への疑問を呈したが、「いろいろ問題はあるだろうが、現在のところ大きなミスリードはない」と反論したそうである。「長瀬効果」を戦前から未来の医療費予測に使い続けているのは厚生労働省にとって何か理由があって都合がいいのかもしれない。

① 受診時定額負担による財政影響の機械的な試算の方法



※ 制度改正時に、自己負担の変化額と同程度の額の医療費の変化が生じる。
→ 給付費ベースで、自己負担の変化額の2倍程度の財政影響が生じる試算。

② 高額療養費の見直しと受診時定額負担の関係



※ 制度改正時に、一時的に財政中立となるが、翌年度以降は高額療養費の改善の伸びの部分も、保険者財政の中で負担する必要。

図5 高額療養費の見直しと受診時定額負担による財政影響試算の考え方

表3 長瀬効果

1 長瀬効果とは

制度的な給付率の変更に伴い、医療費の水準が変化することが経験的に知られており、この効果を「長瀬効果」と呼んでいる。

例えば、給付率が低くなる(=患者負担が増加する)制度改革が実施されると、受診行動が変化し、受診率が低下したり、1件当たり日数が減少する。

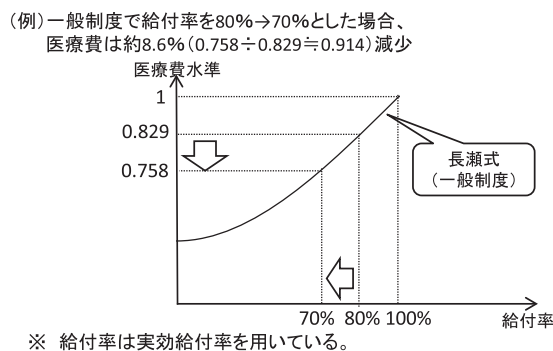
2 長瀬式

長瀬効果は、医療費水準 y を給付率 x の関数として示す式(長瀬式)で表現される。給付率の変化による医療費への影響を推定するときには、過去の実績値を基礎としてこの長瀬式を推定し、推定した長瀬式に見込まれる給付率の変化を代入して影響を算出している。

平成14年および平成18年の医療制度改革においては、一般制度では平成9年9月改正の実績、老人保健は昭和58年2月改正～平成9年9月改正の実績を基礎に次の長瀬式を推定している。

一般制度 $y=0.475x^2+0.525$
 老人保健 $y=0.499x^2+0.501$

→ この長瀬式を用いて医療費水準の変化を計算した場合、
医療費は患者負担の変動額と同程度変動することとなる。



定額負担額が増え続けるのか、その可能性について

仮にこの受診時定額負担が制度化された場合、今後将来にわたって定額負担が100円からさらに引き上げられる危険性は大きな関心事である。羽生田日本医師会副会長は10月12日の定例記者会見で、「高額医療費の患者負担軽減策を行うことには賛成であるが、いったん受診時定額負担の導入を認めてしまえば、負担額がいずれ500円、1,000円になっていく恐れもあり、その導入を認めることはできない」と語った(資料8)。

今回、仮に財政中立の観点から受診時定額負担を導入したとしても、高額療養費の伸びは国民医療費の伸びを上回るの、次年度以降の高額療養費の増加分への対応がどうなるかがはっきりしない。この点について、10月12日の社会保障審議会医療保険部会で厚生労働省の事務局は「100円はそのままに、伸びの部分は保険財政の中で負担する」との回答があったと、11月5日発行の日医ニュースは伝えている。またその席で鈴木日本医師会常任理事は「導入年度のみ財政中立で、次年度以降は保険財政に対応を求めるような、不安定財源に頼る方策には賛同できない。安定的な財源を確保した上で対応すべき」と主張したとも伝えている(資料8)。

これを信じるならば、高額療養費の増加により保険財政が悪化したとしても定額の負担額を変えずに、生じる財源不足分を保険料、公費で賄うと解釈してよいのだろうか。それなら「こんなにもめてまでこの制度を導入することはないのではないか」と発言するのは当然であろう。財源を保険料なり、公費なりに求めて、高額療養費制度の整備をすればよいことである。

日本医師会の「受診時定額負担」への反対運動

日本医師会は2011年7月に閣議報告された「社会保障・税一体改革成案」に対して、「1) 高額療養費のあり方を見直し、患者負担を軽減することは賛成である、2) しかしそのために、病気などで通院しておられる患者さんに、さらなる負担を求めることには反対である。公的医療保険である以上、高額療養費のあり方を見直すための財源は、幅広く保険料や税財源(公費)に求める」と提言している(資料5)。

10月23日に第125回日本医師会臨時代議員会が開催され、羽生田副会長は、患者が受診するたびに負担を求める「受診時定額負担」には、断固反対を貫き通す覚悟であると明言した。定額負担が当初は100円であっても、いったん導入されてしまえば引き上げられていくことは明らかだとして、受診抑制による重篤化の危険性を指摘した。

そして制度改革の財源を公費と保険料に求めるべきと改めて主張した。すなわち、1) 被用者保険の保険料を、もっと保険料率の高い協会けんぽの水準に引き上げ、公平化すること、2) 国民賦課限度額、被用者保険の標準報酬月額の上限を引き上げ、高額所得者に応分の負担を求めること、3) 低所得者や高齢者の負担軽減に配慮すること、4) 日本医師会は公的医療保険の全国一本化を提案した。

さらに実施中の署名運動や、衆参のすべての国会議員を対象としたアンケート調査の実施、12月9日に日医会館で開催する「日本の医療を守るための総決起大会」等、国民医療推進協議会が展開する「日本の医療を守るための国民運動」への絶大なる支援と協力を依頼した(資料8)。

公的医療保険がある先進諸国に比べかなり高くなっている日本の患者の一部負担割合について、厚生労働省はしばしば医療保険全体から見る患者の自己負担率は低いと説明しているが、個々から見れば3割負担の人がほとんどである。平成14年健保法附則は「将来にわたり7割の給付を維持する」としている。3割の自己負担は保険と言えず、むしろ自己負担を増やす方向ではなく、日本医師会が主張しているように、すべての個人の自己負担割合も3割以下になるように、保険に対する姿勢の見直しを厚生労働省に期待したい。

また、外国に比した社会保障費の少なく、相対的に多い公共事業費を改善すれば、公費注入は可能であり財政中立の考えはいらぬように思える。他国と比較すると日本の大企業の法人税は高いといわれるが近年は徐々に下がっており、一方企業の負担する社会保障費は低いので、事業者負担分の保険料を増やすよう検討もなされるべきではないだろうか。

北海道医師会の「受診時定額負担」への反対運動

北海道医師会はこれまでに、「受診時定額負担」制度導入に対していち早く反対を表明して運動を展開してきている。まず平成23年7月2日には、民主党北海道総支部連合会政策懇談会で北海道医師会の考えを伝えた。

9月5日の「日本の医療を守る道民協議会第9回総会」は、35構成団体の代表者ら出席のもと北海道医師会館で開催された。当日、当会直江常任理事が「社会保障と税の一体改革の問題点について」のタイトルで基調報告をし、今までのわが国の社会保障制度の流れ、受診時定額負担について、理解しやすく解説した（資料9）。

また同常任理事は、財源面の観点から、「社会保障・税一体改革」の狙いの一つは、高齢3経費（年金、医療および介護）から社会保障4経費（少子化に対処するための施策に要する費用）を拡充するために消費税率を上げることや、社会保障費の不足分を消費税から充当する際の問題点、1）社会保障費が増加すれば際限なく消費税が上がるのか、2）大企業、特に輸出企業にとって消費税が有利に働いている例、3）消費税の逆進性などの矛盾についても概説した。

その後9月11日、第136回北海道医師会臨時代議員会で反対決議し、10月7日、当会の要請により第3回定例道議会において反対意見書が採択され総理大臣、厚生労働大臣他に提出、10月26日に自由民主党北海道支部連合会団体政策懇談会、11月12日には民主党北海道総支部連合会政策懇談会へ出席し、受診時定額負担に対し反対意見を述べている。今後は、12月9日、日本医師会館での日本の医療を守るための総決起大会への参加を予定している。

おわりに

今後、高額療養費は高度な技術の導入、高額な薬剤の使用、国民の老齢化によって国民医療費の伸びを大きく上回り、医療費全体に占める割合はますます増えるのは確実であろう。今回資料を読み、原稿を書いていて感じることは、厚生労働省の提案する高額療養費制度見直しは患者団体からの要望が引き金にはなったが、早々に手をつけなければならない課題であったし、むしろ遅すぎた感さえある。

受診時定額負担制度については制度自体に矛盾な点、不平等な面などがあり、制度として未熟であり、このままの形で実行するには問題が多すぎる。今回財政中立を堅持するために、「高額療養費制度」と抱き合わせて「受診時定額負担制度」を厚生労働省は導入を試みているが、その制度は「初年度だけは財政中立にはなるが次年度以降は財政中立できない」とされるその時点で、制度が破綻していると言っても差し支えない。導入始めの2、3年だけ何とかなればいいという無責任な制度を安易に認めるわけにはいかない。また財源の不足分は保険料、公費で賄うらしいが、それなら問題の多い受診時定額負担の導入をする必要はない。受診時定額負担も選択肢の一つと言うなら、他の選択肢も提示して議論すべきである。

高額療養費の見直しに関しては、保険料、公費で補うにもこのままでは限界があるようにも思える。公務員の制度改革、公共事業のさらなる見直し、企業の社会保障費の増額がなければ、高額療養費の財政を賄うのは無理ではないだろうか。出来高制度の宿命である医療費の伸びはこれからも続く。しかし日本の産業構造の伸びは期待できない。そのギャップを果たして埋められるだろうか。そこには世界に誇る国民皆保険の岐路が待っている。

民主党のマニフェストにある高額療養費制度の見直しは、今回のような抜本的とはいえない改革を想定していたのであろうか。日本医師会も制度の見直しに賛成しているが、実際は「高額療養費制度」そのものを見直さなければいけない時期に来ているのではないだろうか。厚生労働省は給付率7割を今後も維持するとしているが、その真意には高額医療となる医療費の規制、混合診療解禁、高額医療になった際の上限額の設定、定額以上の医療には保険点数引き下げ、高額医療に対しても給付率を7割にする、支払えない額については民間保険などの導入によって被保険者本人が負担する、などという案が隠されている可能性があるかもしれない。

現在受診時定額負担の導入阻止に対しては大きい反対運動が巻き起こっているが楽観は許されない。厚生労働省社会保障審議会医療保険部会の議事録の発言内容は慎重な意見も多く、受診時定額負担を強硬に導入するならば政府、厚生労働省の医療へのバランス感覚を疑うことになる。

今回の受診時定額負担制度導入の切り口は、低所得者層の自己負担分の軽減という誰もが反対できない趣旨である。これでは厚生労働省の準備したテーブルに医師会もつかざるを得なかった。高額療養費制度の改革は低所得者に配慮するとの名目だが、一方では他の患者の負担を増やすことになり、結局は社会保障制度が後退することになってしまう。

受診時定額負担制度の反対をするのは当然だが、同時に高額療養費制度の危機を、国民や医療関係者は言われるがまま後始末、尻拭いをするのではない。国の無策を国民や医療機関に押し付けられてはたまらない。医師会はその事実を国民に知らせることが肝心と考える。

以上、高額療養費制度の見直しと受診時定額負担について解説と私見を交えて説明した。

資料

1. 社会保障・税一体改革成案 平成23年6月30日
2. 第45回社会保障審議会医療保険部会 資料7 平成23年9月16日
3. 第46回社会保障審議会医療保険部会 資料2 平成23年10月12日
4. 「社会保障・税一体改革成案」に対する日本医師会の見解 平成23年8月11日
5. 第7回国民医療推進協議会総会資料「受診時定額負担」に反対します 平成23年9月23日
6. 日医ニュース第1202号 平成23年10月5日
7. 日医ニュース第1203号 平成23年10月20日
8. 日医ニュース第1204号 平成23年11月5日
9. 日本の医療を守る道民協議会第9回総会資料「社会保障と税一体改革の問題点について」平成23年9月5日

平成23年秋の叙勲・褒章受章者（北海道医師会員）

先般、平成23年秋の叙勲・褒章受章者が発表され、当会会員で以下の方々が叙勲の榮譽に浴されました。ここに受章者の方々のご功績をたたえ、謹んでご芳名を掲載させていただきます（敬称略）。

受章者各位には、心からお祝いを申し上げます。

◇旭日双光章

牧野 正直 元(株)宗谷医師会 会長
保健衛生功勞

◇瑞宝中綬章

秋野 豊明 元札幌医科大学長
教育研究功勞

◇瑞宝双光章

近藤 益夫 元丸玉産業(株)津別病院長
保健衛生功勞