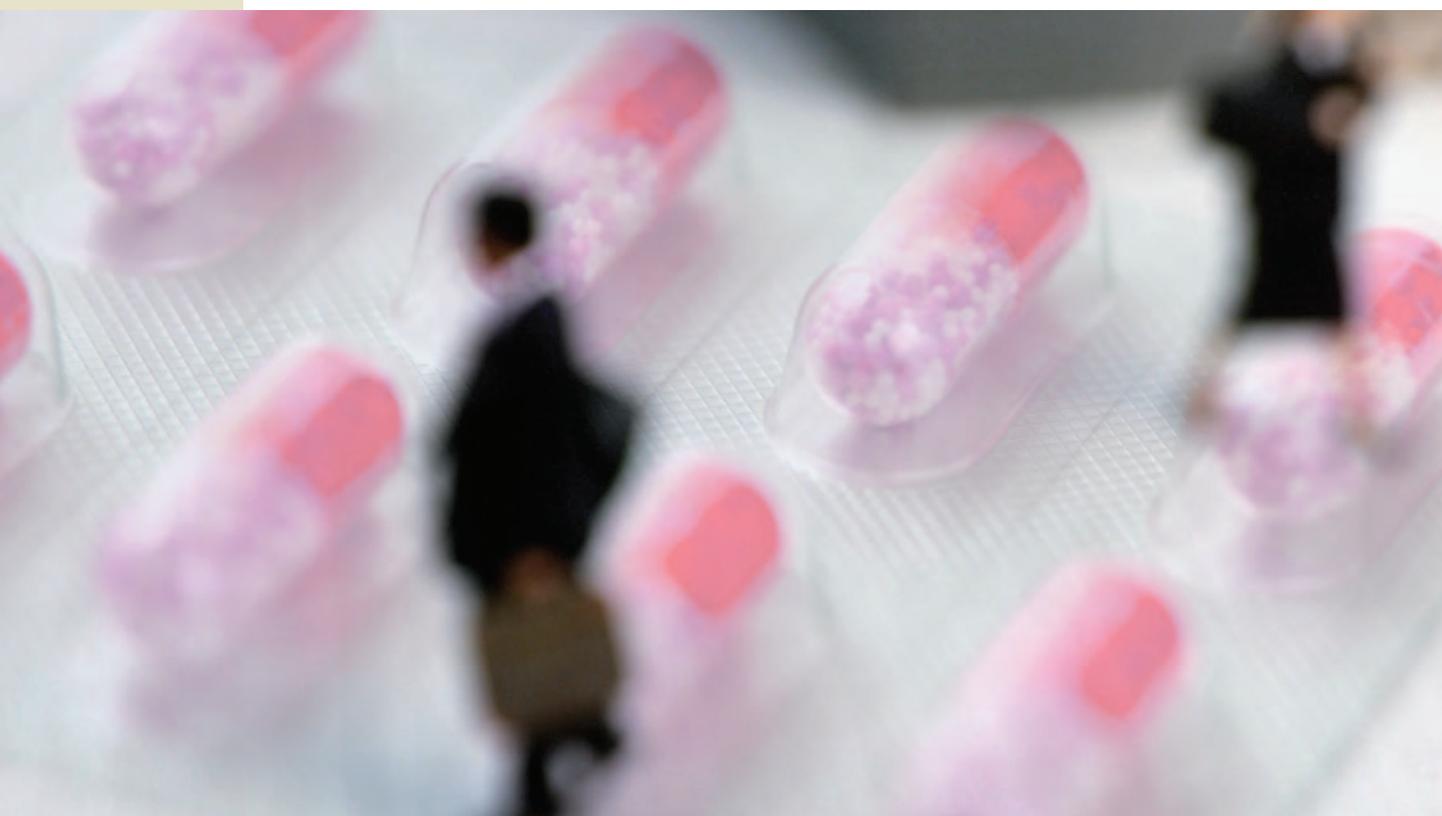


# 提言—医療制度改革にのぞむ

関経連では、昨年10月に経済財政委員会社会保障部会において「医療制度改革に関する提言」を取りまとめ、厚生労働省や財務省など、関係各所へ建議した。同月に厚労省が示した「医療制度構造改革試案」をもとに、政府・与党は医療制度改革に関する大綱を取りまとめ、本年の通常国会に関連法案を提出する。今後も高齢者を中心に医療費の増大が見込まれるなか、わが国経済・社会の「活力」を維持・向上させるためには、抜本的な医療制度改革が喫緊の課題である——

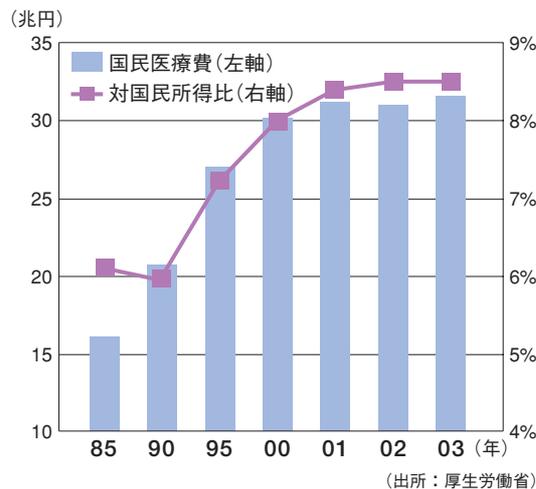


## 医療費の現状

2003年度の国民医療費(医療機関等における傷病の治療に要する費用を推計したものは、前年度比+1.9%の31兆5,375億円となり、過去最高を更新した。国民所得に対する比率は8.6%に達しており、経済成長の水準を上回って医療費が伸び続けている(図1参照)。

その主因は、急速に進む少子高齢化の影響による高齢者医療費の増大である。65歳以上の高齢者の医療費は、全体の過半を占めており、1人当たりの医療費は64歳以下の4倍以上となっている。

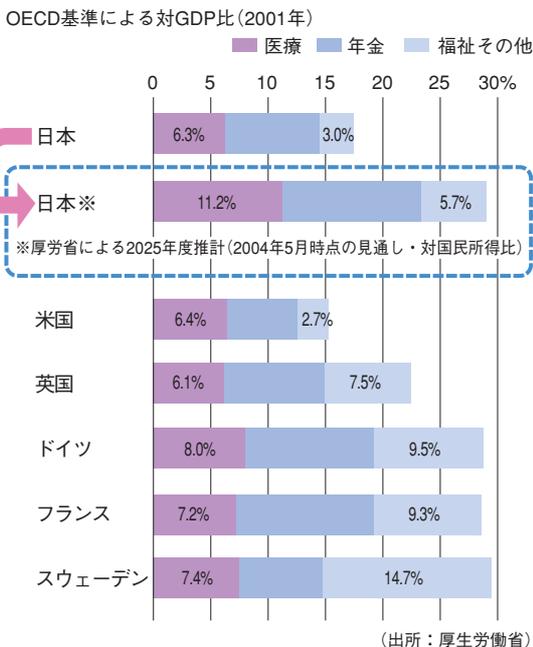
〈図1 国民医療費の推移〉



04年時点の厚生労働省の見通しによると、このままでは25年度に医療給付が国民所得の11.2%を占めることとなる(図2参照)。

一方で、社会保障給付のうち、出産や育児、児童保護、雇用などにかかわる「福祉その他」の比率は国際的にみても低い。高齢化と同時に進行する少子化傾向に歯止めをかけるためには、社会保障給付の配分を見直すことも求められる。

〈図2 社会保障給付の国際比較〉



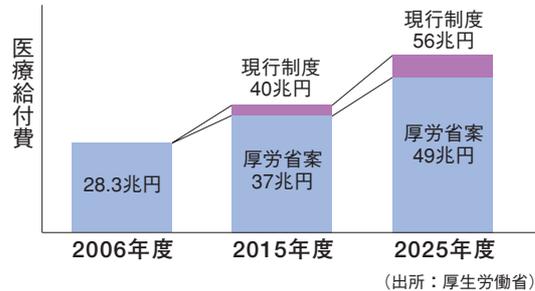
## 医療制度の課題

医療費の伸びをいかに抑制するかが、今回の医療制度改革の趣旨である。政府・与党による医療制度改革大綱では、①糖尿病などの生活習慣病や癌に対する予防の推進、②海外と比べて長い平均在院日数の短縮、③高齢者の患者負担や高額療養費の自己負担限度額等、公的医療保険給付の内容・範囲の見直しなどをはかるとしている。

厚生省の試算によると、現行制度のままでは25年度に56兆円になると見込まれる医療給付費(公的医療保険から医療機関などに支払われる医療費)が、上記の改革により49兆円に圧縮できるとしている(図3参照)。

あわせて大綱には、①新たな高齢者医療制度の創設、②国民健康保険(国保)や政府管掌健康保険(政管健保)などの再編・統合、③診療報酬等の見直しなどが盛り込まれている。

〈図3 医療給付費の見通し〉



## 提言の基本的考え方

関経連の提言の主な考え方は以下の通りである。

### (1) 将来にわたって持続可能な制度の構築

社会保障制度は国民が健康的な生活を営むために不可欠であり、さまざまな社会的活動の基礎であるが、急速な高齢化の進行による社会保障給付費の膨張は、現役世代を中心とした家計を圧迫し、企業の国際競争力を低下させる懸念を生む。

わが国経済・社会の「活力」を維持・向上するためには、将来にわたり持続可能な制度に改め、医療を含めた社会保障給付について、中長期的に管理していくための仕組みを早急に創設すべきである。

### (2) 負担の公平性確保と次世代支援

老人保健制度の対象となる医療費は、その大半を各健康保険からの拠出金や国・地方自治体からの公費で賄っている。一般に、高齢者は保険料や医療機関窓口での負担も、現役世代に比べて小さく、世代間の負担格差が顕著となっている。

負担の公平性を確保するためには、世代間の「共助」および行政による「公助」の範囲を縮小し、高齢者本人による「自助」を拡大すべきであり、その上で児童・家族関係給付の拡大など、次世代支援のための政策を充実していくべきである。

### (3) 地域の視点に立った医療制度の構築・強化

医療給付は、国民一人ひとりの身近なサービスであり、これを支える保険者機能も地域特性を反映しやすい規模であることが望まれる。

現行制度では、国保は市町村が、政管健保は国が、それぞれ保険者となっている。しかし将来的には、都道府県の枠組みを越えた地域ブロック単位へと、適正規模に再編を進めることで、保険者機能を一層強化し、地域ごとのきめ細かい医療費抑制に取り組むべきである。

**少子高齢化が進むなか、これまでの社会保障制度を維持できるのかという不安が高まっている。厚生労働省からは医療制度を見直す試案が出され、関経連でも医療制度改革に関する提言を取りまとめた。現在の医療制度の問題はどこにあるのか、これからどう制度改革していくべきなのか。関経連の提言にもご協力いただいた、神戸大学大学院経済学研究科の小塩隆士教授に聞いた。**

## 少子高齢化が医療制度に危機をもたらす

——現在の医療制度の問題点とは。

小塩：医療保険制度は現役層が保険料や税を供出し、高齢者の医療費を負担する仕組みです。高齢化が進めば医療費はどんどん膨らんでいきます。子供の数が順調に再生産され、経済も右肩上がりなら、医療費の増加はそれほど問題ではありません。しかし、これだけ少子高齢化が進むと医療費の給付と負担のバランスが維持できなくなってきます。これが一番の問題ですね。世界に自慢できるほど充実した日本の医療制度が危機を迎えています。医療費の財源である保険料と税の役割分担や保険者機能のあり方を再検討するなど、現役層の体力にあった制度に再編成する必要があります。そこで厚生労働省（以下、厚労省）は「医療制度構造改革試案」を出し、関経連も医療制度についての提言を出しました。

厚労省の試案の一番のポイントは、医療費拡大にある程度歯止めをかけるため、高齢層の自己負担率の引き上げなどの改革案を盛り込んだ点です。注目すべきは具体的な数字を出して財政的な影響を説明していることです。これまでの制度改革の議論で政府がこのような資料を出したことはあまりありませんでした。国民に痛みを求める患者負担率の見直しには反対の声も多いでしょう。とはいえ、高齢者医療のかなりの部分が現役層の負担で賄われている現状に政府は強い危機感を抱いているのです。

診療報酬の見直しなど供給サイドに痛みを求める考えもこれまでに比べて強く出ています。しかし、不十分な部分もあります。医療保険給付費には供給サイドの効率化がかなり影響することを考えれば、カルテの電子化やIT化の推進などにもう少し踏み込んだ議論をするべきだったと思います。供給サイドの反応は厳しいでしょうが、厚労省も、混合医療の問題の解決やIT化の推進の必要性についてはこれまで以上に強く意識しています。

## 関経連は保険者を地域ブロック単位にすることを提言

——関経連の提言についてはどのように考えておられますか。

小塩：特徴的なのは、医療給付費の総額管理についてかなり明確に言及している点と厚労省とは違う方法での保険者機能強化を提言している点です。総額管理についてはGDPや1人当たりの国民所得といった経済規模や高齢化の影響をみながら給付水準を調整するスタンスがしっかりと出ています。GDPは現役層の経済的な体力を示しますから、その体力以上の給付サービスを維持することは物理的に無理だという考え方です。給付の調整には痛みを伴うが、制度を持続させるためにはやむを得ないということですね。保険者機能の強化については、国民健康保険(国保)や政府管掌健康保険(政管健保)の保険者単位を都道府県として再編するという厚労省の案に対して、関経連ではさらに踏み込んで府県の枠を越えた地域ブロック単位を提案しています。この案

**適切な制度改革を行い、  
持続可能な医療制度を**

小塩 隆士 氏

Takashi Oshio

神戸大学大学院

経済学研究科教授

(関西社会経済研究所医療保険制度改革研究会主査)

の作成には私も関わっています。

地域ブロック単位を提案する大きな理由は次の3点です。①都道府県を保険者として競争させるのは給付サービスの効率化の点で重要だが、保険料格差はそのまま住民の負担額の格差につながる。すべての国民が同程度の負担で同程度の医療サービスを受ける公平性の観点から考えると都道府県レベルでは格差が大きすぎる。もう少しエリアを広げた地域ブロックの方が適当である。②都道府県の競争では保険料率の横並び意識が発生する恐れがある。それでは住民からの効率化要請は出ても外からの効率化の圧力はかかりにくい。一方、地域ブロックが単位ならブロック内で財源調整する際に、黒字県が赤字県に効率化を促すことが期待できる。③都道府県単位では他府県と比較して医療サービスの効率化を行うことが難しい。地域ブロックで調整すれば府県の枠を越えた効率化が進む。また、今は全国一律の診療報酬を地域特性に応じて調整する考え方もあり、その調整も地域ブロックの方がうまくいく。このように、マネジメント面から考えても地域ブロック単位で保険者機能を再編・強化することには意味があります。

——保険者を地域ブロック単位にする効果とは。

小塩：効果の計算は難しいですね。保険者が都道府県でも地域ブロックでも保険料率は最終的に現状で一番低いところに収斂します。違いは調整に

要する時間。内外両方からの効率化要請要因の働く地域ブロック単位の方が早く収斂すると予想されます。ただ、それには診療報酬の決定権やベッド数の規制などの権限をある程度都道府県に委譲し、ブロックに責任を持たせる「医療の地方分権」が不可欠です。

——提言では保険適用範囲の縮小や免責制度の導入にも触れていますがそれについてのお考えは。

小塩：風邪などを保険対象外とすると、むしろ最終的にコストが高くなる可能性もあり、慎重な検討が必要です。むしろ、病気や怪我のリスクを軽減する予防医療の効果に期待すべきです。リスクそのものを軽減すれば、医療給付も大きく削減できます。厚労省の試案や関経連の提言でも触れられていますが、これからは予防医療にも力を入れるべきでしょう。また、生活習慣病にかからないように、日ごろから健康に気をつけるようなインセンティブが働く仕組みがあるといいですね。健康診断を受診しないと保険料を高くするといった方法も考えられます。

## 高所得層には応分の負担を

——医療制度はどのように改革するのがよいとお考えでしょうか。

小塩：関経連の案はかなりいいと思いますよ。そのほかには国保、政管健保、健康保険組合で受けられるサービスや国庫負担の投入の仕方などを一元化することも考えていくべきでしょう。年金についても一元化を求める声が出ていますが、「一元化」は社会保障全体に適用すべき改革だと思います。

年金も医療保険制度も現役層が無理なく支払える範囲に保障をとどめるしか道はありません。経済の規模とは関係なく社会保障へのニーズが膨らむこともわかりますが、資金不足ではどうしようもないのです。ただ、高齢者に一律に負担の増加を強いる必要はありません。高齢層は多様で、所得が低く救済の必要な人もいれば、裕福な人もいます。現役層と同程度の所得がある高齢層の患者負担は3割、そうでない人は1割や2割の負担とするなど、所得に応じて同世代間で助け合う度合いを高め、次の世代に過度に依存しない仕組みにすべきでしょう。



# 医療制度改革に関する提言のポイント

経済財政委員会社会保障部会(部会長：石橋三洋・日本生命保険副会長)が、昨年10月28日に発表した「医療保険制度に関する提言」における3つのポイントについて紹介する。

て、年金・介護などを含めた社会保障給付費全体についても、経済指標や高齢化の影響および税財政の見通しなどを加味して、中長期的な視点に立った、マクロ的な政策目標をあわせて立てるべきである。

## 1 給付の総額管理

### (1)医療給付費の総額管理

医療はじめ社会保険の給付の伸びが一国の経済成長を上回り続けることはありえない。国内総生産(GDP)や1人当たり国民所得などの経済指標を基礎とし、高齢化による影響をも加味した医療給付費の管理手法が必要である(図1参照)。

まず、5年程度をめでに政策目標や数値目標を設定し、その実現のために医療の適正化・効率化に資する具体的な施策を実行する。一連の取り組みをPDCAサイクル(目標設定→実行→評価→反映)に位置付け、毎年の評価を続けることにより医療給付費の総額管理を実施するべきである。

### (2)社会保障給付費の総額管理

こうした医療給付費の総額管理に加え

## 2 地域ブロックを単位とした保険者の再編・機能強化

### (1)保険者を地域ブロック単位に再編

保険料を徴収し保険給付を行う運営主体である保険者は、積極的にその機能を発揮し、保険料の効率的な活用に努めるべきである。現行の国保は保険者が市町村単位で財政規模が小さすぎる。政管健保は国一本で保険者機能が発揮しにくいという問題がある。そこで、保険者機能強化のためには、国保と政管健保との保険者を都道府県単位をベースとしながら、将来的には、例えば、広域連合制度を活用して、保険者を地域ブロック単位に再編するべきである。

### (2)効率性と公平性の実現およびマネジメント機能の強化

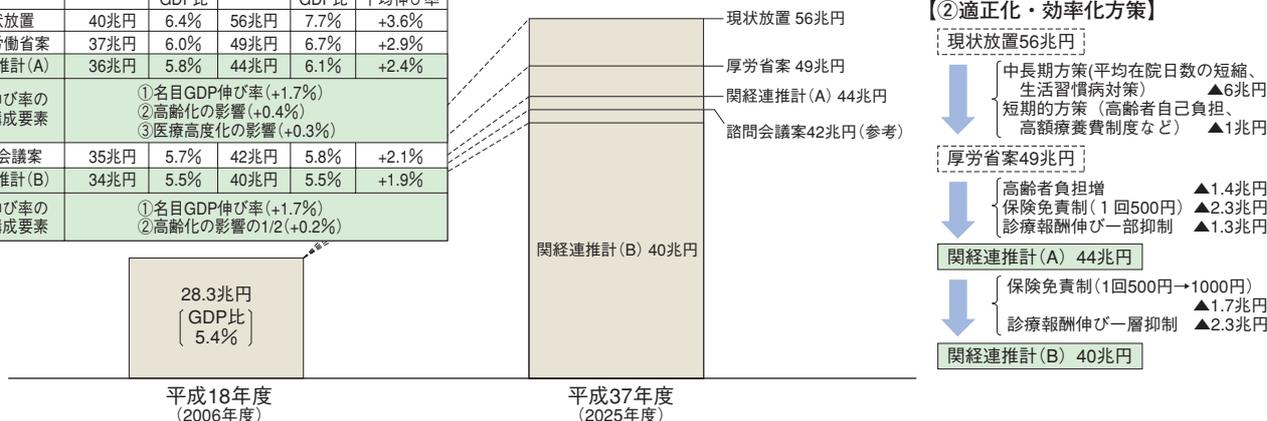
都道府県ごとに単純計算した場合、加入

〈図1 医療給付費の総額見通し〉

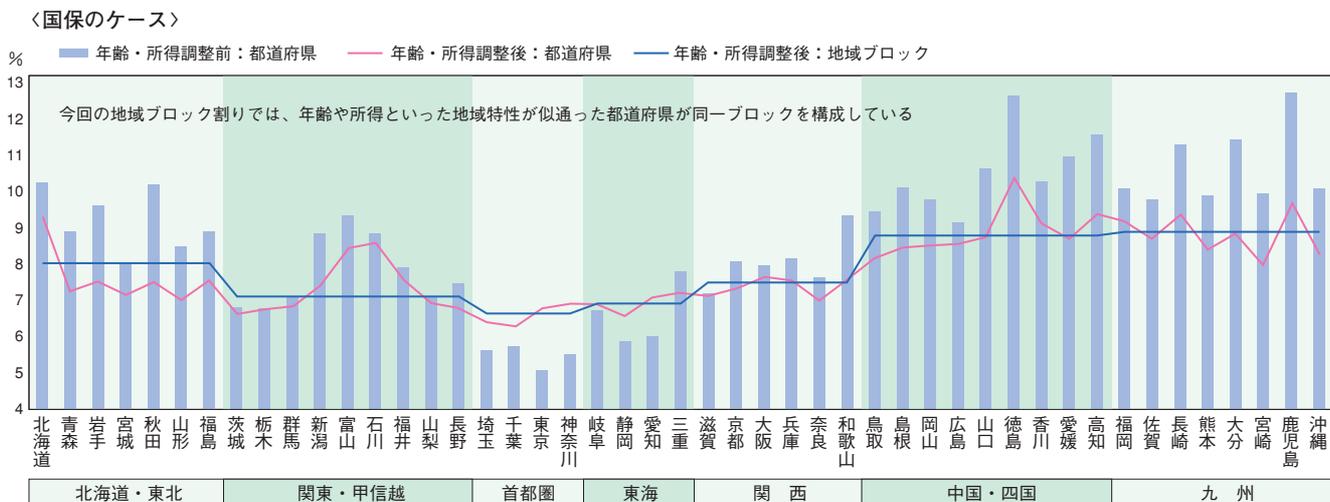
#### 【①現状と各改革案の比較】

ケース	平成27年度(2015年度)		平成37年度(2025年度)		
	兆円	GDP比	兆円	GDP比	平均伸び率
現状放置	40兆円	6.4%	56兆円	7.7%	+3.6%
厚生労働省案	37兆円	6.0%	49兆円	6.7%	+2.9%
関経連推計(A)	36兆円	5.8%	44兆円	6.1%	+2.4%
伸び率の構成要素	①名目GDP伸び率(+1.7%)				
	②高齢化の影響(+0.4%)				
	③医療高度化の影響(+0.3%)				
諮問会議案	35兆円	5.7%	42兆円	5.8%	+2.1%
関経連推計(B)	34兆円	5.5%	40兆円	5.5%	+1.9%
伸び率の構成要素	①名目GDP伸び率(+1.7%)				
	②高齢化の影響の1/2(+0.2%)				

※(財)関西社会経済研究所研究員 北浦義朗氏が、法政大学大学院エイジング総合研究所特別研究員 川瀬晃弘氏、北海道大学公共政策大学院特任助手 木村 真氏と共同開発したモデルに基づき試算を行った。



〈図2 地域ブロック単位での保険料率の試算〉



者の年齢構成や所得水準の相違から、保険料および保険料率に地域間で格差が表れる。この地域間格差の存在は、保険運営の効率化誘因としてプラスに機能する一方で、あまりに大きい格差は公平性を欠くとともに、地方の効率化への意欲そのものを低下させ、かえって国への依存を高めてしまう懸念がある。効率性と公平性を実現するためには、保険者を地域ブロック単位とすることが望ましい。

また、地域ブロック保険者は、域内の都道府県の医療保険に関するパフォーマンスを管理・評価・指導することで、都道府県の枠を越えてマネジメント機能を発揮することができる。

### 3 医療の適正化・効率化

医療給付費の総額管理を実現するためにも、医療現場における効率性をさらに追求し、徹底的に無駄を省くことなどにより、医療の適正化をはかるべきである。

このため、5つの重点諸施策を提言した。そのうちの2つを紹介する。

#### (1) 診療報酬体系是正と情報開示の推進

患者や保険者にとって複雑で理解しづらい現行の診療報酬体系については、その仕

組みをより簡素化し、その上で、合理的でないと考えられる報酬項目や算定基準を是正し、適正な診療報酬体系を構築すべきである。また、医療機関の窓口において、患者に対し医療費の明細について情報開示することなどもあわせて進める必要がある。

なお、総額で3兆円を超える薬局調剤医療費においては、同一の処方にもかかわらず、院内と院外で費用格差が生じている。医薬分業のあり方を含め、院外処方にかかる診療報酬の適正化を速やかに実現すべきであろう。

#### (2) 保健・疾病予防への民間活用

健康組合保険では、財政を健全化するために、検診や予防接種にとどまらず、電話による健康相談(ダイレクトライン)や訪問によるカウンセリングなど、健康増進・疾病予防に民間ヘルスケア事業者のサービス・ノウハウを積極的に活用し、医療給付を抑制しているところが多い。

こうした事例を参考に、国保・政管健保においても、保健・疾病予防に民間事業者をより一層活用していくべきである。