

医療制度改革に関する提言

社団法人 関西経済連合会

わが国の少子高齢化は、国際的にも例を見ないほど急速に進行している。社会保障給付費の水準は過去最高を更新しており、国民負担の増大は、将来に対する不安を高める大きな要因になっている。

こうしたなか、厚生労働省は今般、「医療制度構造改革試案」を示した。政府は、これをベースに年内にも医療制度の改革案をまとめ、来年の通常国会に関連法案を提出する見通しである。

わが国経済・社会が、「活力」を維持・向上させ、将来にわたって国民生活を安定させるためには、社会保障制度の改革は最も重要な政策課題の一つである。とりわけ、医療分野については、高齢者医療費が引き続き高い伸びを続け、各健康保険の財政悪化が看過できない状況にあることなど、抜本的な制度改革が喫緊の課題となっている。

そこで当会は、現在、検討が進められている医療制度改革に対して下記の通り提言する。

記

．基本的考え方

1 ．将来にわたって持続可能な制度の構築

- わが国経済・社会の「活力」の維持・向上 -

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となっている。しかし、急速な高齢化の進行により、社会保障給付費は膨張し続けている。税や社会保険料の経済的負担増は現役世代を中心とした家計を圧迫すると同時に、企業の国際競争力を低下させる懸念を生んでいる。

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ていくことが不可欠であり、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

65歳以上の高齢者の医療費は、国民医療費全体の過半を占め、一人あたり医療費は現役世代の4倍以上に達する。とりわけ、老人保健制度の対象となる75歳以上については、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おり、世代間の格差が顕著である。

【資料1】

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」を拡大すべきである。

さらに、こうした改革を通して、わが国経済・社会の活力の維持・向上に向けて、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。

【資料2】

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に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、国民健康保険（国保）は市町村が、政府管掌健康保険（政管健保）は国が、それぞれ保険者である。厚生労働省は保険財政の安定を図るべく、国保と政管健保について、都道府県単位を軸とした保険者の再編を検討しているが、その方向性は概ね妥当であると考えられる。

そして将来、都道府県の枠組みを越えた、地域ブロック単位の地方行政組織の下で、保険者規模の再編を進めることによって、保険者がその機能を一層強化し、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。

．具体的提言

1. 給付の総額管理

(1) 医療給付費の総額管理

医療はじめ社会保障給付の伸びが、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）や一人あたり国民所得など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。

まず、5年程度を目途に政策目標や数値目標を設定し、これを実現するために、医療の適正化・効率化に資する個別具体的な施策を実行する。

こうした一連の取り組みを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べきである。

また、国民のQOL(Quality of Life)向上、および医療現場の信頼性を維持・向上させる観点からは、医療の質に配慮することも重要である。

(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て、年金・介護など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、併せて立てるべきである。

2. 高齢者医療制度の再構築

世代間の公平性と国民全体の納得感を確保するためには、高齢者層に対しても一定の負担を求めることが必要不可欠である。

高齢者医療制度の再構築にあたっては、現在、被扶養者として支払い負担のない高齢者本人の保険料負担、医療機関の窓口で支払う自己負担率の拡大、高額療養費の自己負担限度額の引き上げ、などを実現すべきである。

さらに、年間約9千億円とも推計される終末期医療の費用についても、適正化に向けた本格的な論議を行うべきである。

こうした見直しにより、高齢者層の医療に対する負担の意識が高まることで、受診の抑制がつながり、高齢者自身の健康増進への取り組みが期待できる。

3. 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、保険料の効率的活用に努めるべきである。現行の国保は市町村単位で財政規模が小さすぎる。一方、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を有する。そこで、保険者機能強化のためには、国保と政管健保とを都道府県単位をベースとしつつ、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に計算した場合、加入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。この点、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。

【資料3】

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、都道府県の枠を超えてマネジメント機能を発揮することができる。

4. 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、医療の適正化を図るべきである。もちろん、医療の質自体を落とすことは避けなければならない。このため、次のような諸施策に重点的に取り組むべきである。

(1) 診療報酬体系の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、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、医療費の明細を明らかにするなど、患者に対する情報開示を推進すべきである。

【資料4】

なお、総額で3兆円を超える薬局調剤医療費においては、同一の処方にも関わらず、院内と院外で費用格差が生じており、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る。

【資料5】

(2) 保険適用外診療や混合診療の拡大および免責制度の導入

個人で予防・服薬などの措置が可能な軽微な疾病については、公的保険の適用外とするとともに、高度先進医療については、混合診療の拡大を検討すべきである。また、保険免責制度の導入などを通じ、欧米に比べて多い受診回数の抑制を図るべきである。

【資料6】

(3) 在院期間の短縮

わが国における在院期間は、欧米諸国に比べ長期となっている。医療費の出来高払い制の一部包括化をさらに進めるなど、長期入院患者にかかる給付のあり方を見直すとともに、急性期と慢性期とでの医療機関の機能分化・連携などを推進し、在院期間の一層の短縮を図るべきである。

【資料6】

(4) 保健・疾病予防への民間活用

組合健保においては、健保財政の健全化に向け、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すべきである。

(5) 医療提供体制の充実

レセプト（診療報酬明細書）やカルテの電子化など、医療現場のインフラ整備を推進し、医療現場の効率性を高めるとともに、あわせて、アカウントビリティ（説明責任）とインフォームドコンセント（患者同意の上での治療）などの徹底を図るべきである。その上で、第三者による医療機関に対する評価機能を強化し、医療提供体制の充実を促すべきである。

結びにかえて - 今後の医療制度改革の道筋 -

これまで、厚生労働省が示した改革試案に対し、当会の基本的考え方と具体的提言を述べた。今後さらに、公的医療保険がカバーする範囲の抜本的な見直しを行うなか、新たな医療保険制度の構築を検討すべきである。

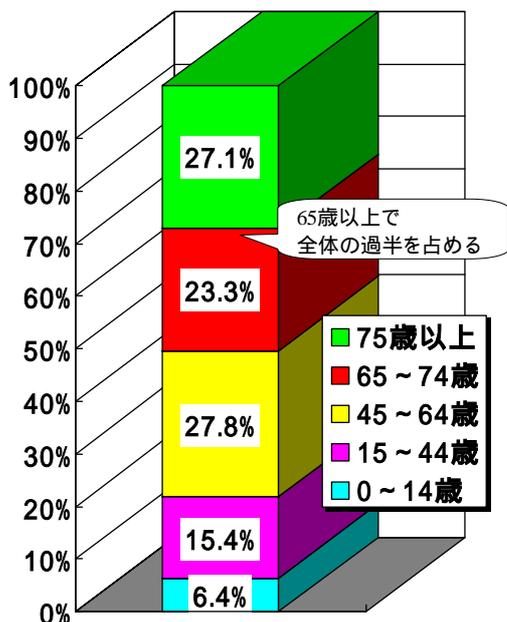
例えば、基礎部分と報酬比例部分からなる現行の年金制度にあるように、公的保険の対象となり国民生活にとっての必要水準をカバーする基礎部分と、個人の負担能力に応じて医療サービスの選択が可能な自由診療部分とからなる、いわゆる「二階建て医療保険」の創設などが将来の検討課題となろう。

国民一人ひとりが医療保険制度を支えているという自覚に立った、活発な論議を期待したい。

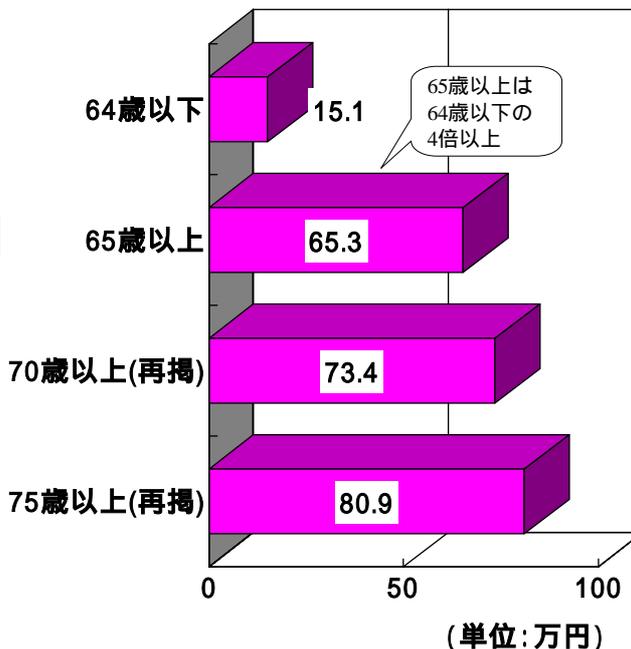
以上

【資料1】 国民医療費の構造 (平成 15 年度)

年齢階級別構成



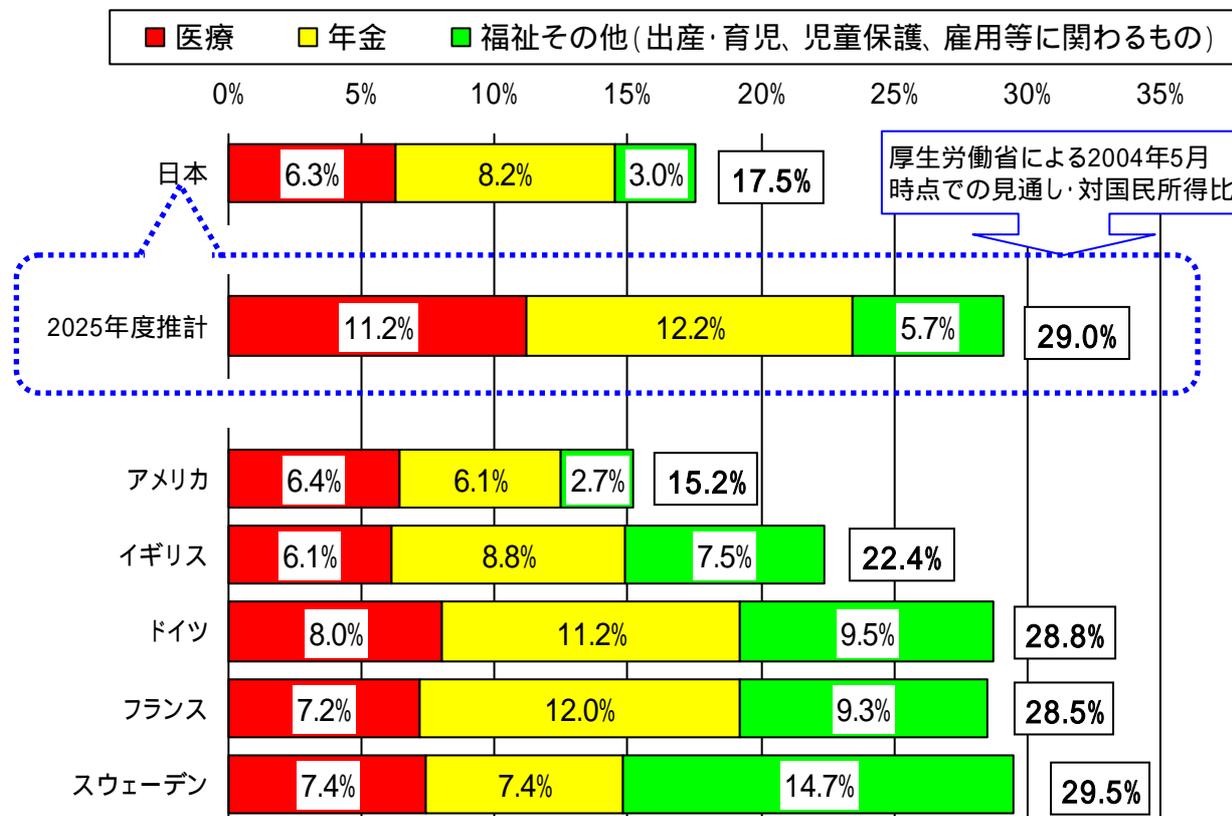
一人あたり医療費



(出所: 厚生労働省)

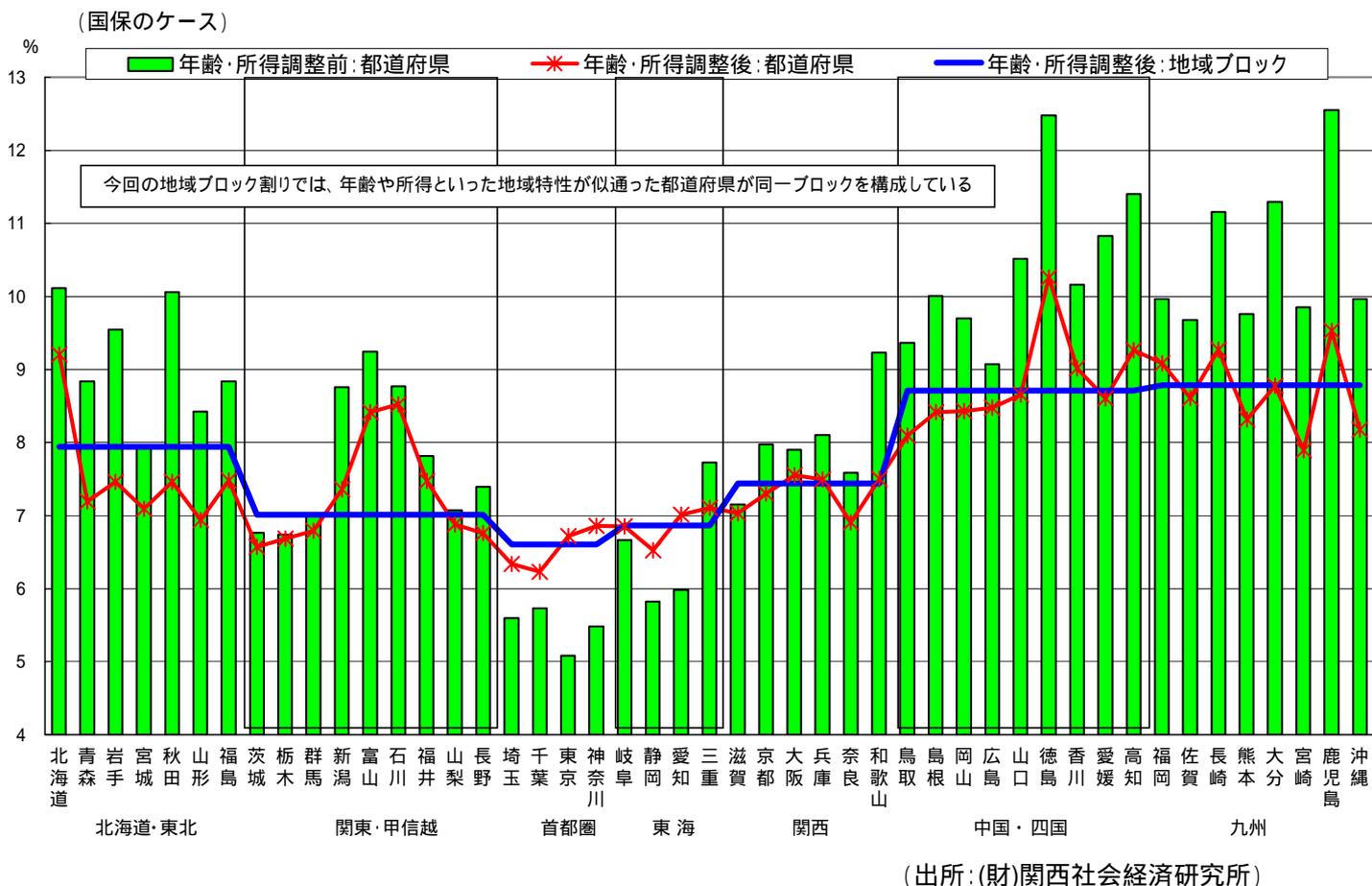
【資料2】 社会保障給付の国際比較 (2001 年)

(OECD基準による対GDP比)



(出所: 厚生労働省)

【資料3】 地域ブロック単位での保険料率の試算



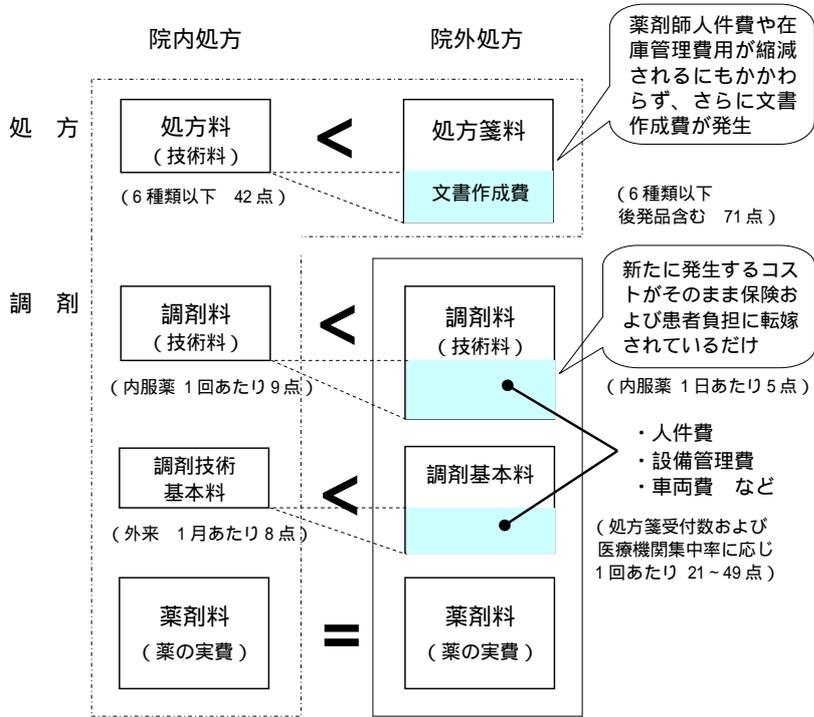
【資料4】 診療報酬(医科点数表)の全体像

	中項目	項目数	具体的な点数項目等
基本診療料	初・再診料	40	基本点数: 医療機関別、再診回数別に約 10 項目 加算点数: 約 30 項目(夜間、休日、乳幼児等)
	入院料	270	基本点数: 病棟種類(一般、療養、精神等)・護配置数別に約 100 項目 加算点数: 約 170 項目(地域、療養環境、夜勤体制、医療管理等)
特掲診療料	第1部 指導管理	70	栄養指導、術後医学管理、退院時指導、診療情報提供 等
	第2部 在宅医療	80	往診、在宅患者訪問診療、在宅自己注射指導管理 等
	第3部 検査	660	尿・便検査(36)、血液化学検査(50)、心電図検査、脳波検査 等
	第4部 画像診断	60	エックス線診断、核医学診断、コンピュータ断層(CT)診断 等
	第5部 投薬	20	調剤(内服・外用別)、処方、処方せん(後発品の有無別) 等
	第6部 注射	40	皮下・筋肉内注射、点滴注射、薬剤料 等
	第7部 リハビリテーション	40	理学療法(人員体制別)、作業療法(同左)、視能訓練 等
	第8部 精神科専門療法	30	通院精神療法、入院精神療法、心身医学療法 等
	第9部 処置	200	創傷処置、穿刺(23)、喀痰吸引、人工呼吸、ギプス 等
	第10部 手術	1,340	皮膚・皮下組織、神経系・頭蓋、心・脈管、尿路系・副腎、輸血 等
	第11部 麻酔	30	静脈麻酔、神経ブロック(局所麻酔剤・神経破壊剤) 等
	第12部 放射線治療	30	対外照射、全身照射、血液照射 等
合計		2,910	

*1 項目数は基本点数と加算(減算)点数を合わせた概数
*2 「老人医科点数」として別点数が定められている項目もある

【資料5】 医薬分業の構造と問題点

効率化や重複処方の回避を目指した医薬分業にもかかわらず、同一の診断・処方では院内と院外で費用格差が生じている



院内・院外処方の比較

モデルケース：内服薬 2種 (後発品含む) 14日分を処方した場合

院内処方	算定 120点 (医療機関のみ) = 360円
院外処方	算定 142点 (医療機関) + 412点 (薬局) = 544点 1,660円

医療機関：薬剤師のいる診療所、調剤薬局：処方箋受付数 4,000枚 (規模)、医療機関集中度 70%以下
算定の点数は次頁を参照。

同一の薬を入手する場合でも、そのプロセスの違いによって、個人支払いで1,300円、保険負担も含めた医療費ベースで4,340円の差額が生じる

【資料6】 入院・通院に関する国際比較

平均在院日数および外来受診回数ともに、わが国は主要先進国の中で多い

	日本	アメリカ	イギリス	ドイツ	フランス	スウェーデン
病床数 (万床・2000年)	164.7	98.4	24.3	74.9	48.6	3.2
同 人口千人あたり (床・2000年)	13.0	3.6	4.1	9.1	8.2	3.6
平均在院日数 (日・1999年)	30.8	7.0	9.8 (1996年)	12.0	10.6	6.7
外来患者の年間受診回数 (回・2000年)	14.4	8.9	4.9	6.5 (1996年)	6.9	2.9

(出所:財務省)