

医療費の適正化と老人医療制度の改革（報告）

昭和56年6月

社会経済国民会議医療制度問題特別委員会

はじめに（略）

提言（略）

第1章 医療費の将来と対策（略）

第2章 医療費対策の問題点（略）

第3章 老人医療制度の改革

1 老人医療制度改革の目的（略）

者の自己負担はできるかぎり小さくしているわけである。

2 老人医療制度改革の諸提言（略）

[老人医療一部負担の条件]

3 老人医療制度改革の重点（略）

とくに老人医療の場合には、老人の費用負担能力が概して低い上に医療へのニーズが大きいとの考えから、わが国では本人または扶養者の一定所得以下の人々の老人医療に関しては自己負担分を公費で負担して無料化しているわけである。他の先進国以上に老人医療に関してこのような寛大な措置をとっているのは、西欧諸国に比べ、わが国の年金制度は成熟しておらず、老人の中には月額2万数千円の福祉年金しか受給していない人が3百数十万人もいることと、老人に対する在宅社会サービスや老人ホームなどの社会福祉サービスが不備なことが関係しているものと思われる。

4 ニーズの充足と不必要需要の抑制

一般商品やサービスの場合には、需要抑制の最も簡単な方法の一つは価格引き上げであるが、医療の場合には、医療需要者である患者の自己負担率（初診料や入院費）の引き上げがこれに当たる。ところが医療のニーズは人間の生死にかかわるニーズであり、真にニーズのある場合にはこれを抑制すべきでないし、何人もそのニーズを充足させるべきであるとの考えから、社会保険化あるいは国営化して、患

そうであるとすれば、今後、福祉年金が基礎年金に近づく上に、年金制度も成熟化していき、社会福祉サービスも充実していく段階では、老人医療に関しても需要者の一部負担が導入されても老人医療のニーズの充足にとって支障になるおそれは少ないのであろう。おそらく将来は、社会経済国民会議が「社会福祉政策の新理念 - 福祉の日常生活化をめざして」で提言したようなノーマライゼーションの思想が普及し、社会福祉サービスも特殊視されなくなり、普通のアパートに近いサービス（掃除・洗濯・その他のホームヘルプ）つきの老人施設（スウェーデンのサービス・ハウスのようなもの）から病院に近い養護（ナーシング）ホームまで利用できるようになることが期待されるが、その種の施設の入居費の一部を年金から負担することになる。現に入居費の一部負担が導入されている。老人の入院費用の一部も年金から、勤労者の場合で傷病手当を受給している者の場合には傷病手当から、入院費の一部を負担するというのが一つの筋のとあった考え方である。老人医療の患者一部負担だけを先行させて導入するのではなく、年金・社会福祉サービスとの総合化された計画を示し、その対策を進めつつ、その一環として相互に筋のとあった形で老人医療費の一部負担を導入すべきである。

予防・治療・リハビリテーションの総合化の方向と条件

医療需要ないし減少効果があるのではないかと期待されるもう一つの方法は、予防・治療・リハビリテーションを総合化（インテグレート）してとくに予防を重視することである。厚生省の今回の試案の特徴の一つはこの点を重視しているところにある。ただ、既に指摘されているように単に予防的健康診断などを重視するだけで供給面の診療報酬支払い方式のほうを改めないと、病気を「つくり出す」ことになり、かえって医療費を膨脹させるおそれもあるので、供給面での改革との総合システム化が不可欠の条件とさるべきである。すなわち、この点でも予防・診療・リハビリテーションの総合一貫化と、診療報酬支払い方式の改革とをパッケージとして行い、予防やリハビリテーションを重視して、医療のニーズ充足をそこなうことなく医療費の膨脹を抑制する方向が促されるようなシステム（後述）に改め

ることが必要である。

また、予防・治療・リハビリテーションの総合化を促し、所期の目的を達成するためには、医療供給側と同時に保険団体が総合化政策の目的を十分認識するとともに、そうした政策を推進するインセンティブを持つようなシステムにすることが必要である。すなわち組合健保の場合には、その組合と組合設定機関が組合員の病気の子防と健康増進に努力して成果をあげると、組合の財政と費用負担にとっても有利になるようなシステムになっているので、いわゆる「経営努力」がなされて、医療の効率化に役立つ。それゆえ、この組合健保に関しては「経営努力」の良い面を残すとともに、自治体での予防・診療・リハビリテーションなどの総合化の場合にも同様の効率化のインセンティブを持つシステムにして、予防医療制度を導入すべきである。予防医療体制の導入は大いに望ましいことであるが、その導入に際しては上記の2点の改革を同時にセットして行うことを提言したい。

5 医療供給体制の効率化とシステム改善の方向

[供給サイド効率化の2方法]

医療の供給面での費用削減（ないし膨脹抑制）は効率化による費用節減と一種の過大マージンの抑制によって可能になるが、効率化による費用節減の方法も大きく分けると二つある。すなわち、一つは、医療供給のシステムを総合システム化（インテグレート）して配分効率（アロカティブ・エフィシエンシー）あるいはシステム効率ともいえるものを高める方法と、主として人々の仕事へのインセンティブや動機に訴えてインセンティブ効率を高める方法がある。後者はH・ライベンシュタインが「効率と呼んだ効率を高めることに相当する。

[医療供給と関連制度との総合システム化]

統合化（インテグレーション）とシステムの効率化については、先にも紹介した諸提言（略）で度々述べられているとおりであり、社会経済国民会議の前の提言「高齢化社会の人間の医療保障」の重点的主張でもあったが、厚生省の第1次試案および要綱でも予防・治療・リハビリテーションの総合化による健康づくりが重視されており、福祉政策との総合化も意図されている。とくに老人家庭への保健婦

等による訪問指導を言っていることが注目されるが、その内容は具体的なところまでは及んでいない。医師・訪問看護婦・ホームヘルパー・ソーシャルワーカー等との関係をどう調整し、総合化するかをより具体的かつ明瞭にして、コミュニティ・レベルでの総合化を進めることが、今後の老人医療の一つの課題である。また、医療と社会福祉サービスの総合化の場合、重要な役割を果たすナーシングホーム（日本では養護老人ホームがこれに当たる）、デイ・ホスピタル、デイ・ケア・センターなどの有機的連携と総合化の方針をより具体的に計画し、明示すべきである。

このような予防・保健・治療・リハビリテーション・社会福祉サービスを自治体レベルで総合化すると、総合化の要となるコーディネーターと各分野の担当者の協議の場が自治体レベルに設けられる必要がある。この協議の場が、関連制度の総合化と調整の場となるとともに、地域コミュニティ・レベルでの福祉政策への住民の関心と参加意識を呼び起し、次に述べるようなX効率を發揮することと、社会福祉サービスのボランティア活動を促すことが期待される。医療と関連政策の総合システム化はこのような展望のもとに計画され、行われるべきである。したがってこのシステム化計画の要となる各地域での総合化の場とコーディネーターをどのように設置するかを計画を具体化すべきである。

高額設備と専門病院の有効利用と地域医療圏の形成

さらにもう一つ医療供給の配分効率改善にとって大切なことは、一般診療所と高度の専門家と高額設備を持つ大病院あるいは専門病院との総合システム化を進め、大病院を核とする地域医療圏を形成していくことである。そうすれば高額医療設備を同一地域でいくつかの病院や一般診療所に近いところまで競って購入し、その稼働率を高めるために必要以上の検査をすることもなくなるであろう。この点では自治体レベルで地域医療圏を形成して、医師間の協議、連携を進め、各病院が高額機器を購入して検査することを過度に促すインセンティブを生む現存のシステムを改革することが必要である。

以上のほか、医療機関に薬剤や医療機器を供給する産業の効率化を進めることも一つには配分効率の

問題である。わが国の場合、この2つの産業にあまりにも多くの過小規模の企業が存在しているので、配分効率という点からは企業規模を最適規模に近づけることが好ましい。

6 参加意識とX効率の改善

しかし、医療供給体制を総合システム化するために、あまりにも計画化や社会化を進めすぎると、配分効率の点では改善されても、人間の働くインセンティブやモチベーションによって左右されX効率が低下するので全体的には効率的にならない場合もある。したがって配分効率とX効率とを両立させる方式を考案する必要がある。

X効率の改善という言葉は、経済学者以外には馴染みが薄いかもかもしれないが、要するに資源配分をより合理的にしたり、組織を大規模化して規模の利益を生かすようなやり方での効率化とは別に、主として人間的動機やインセンティブなど非貨幣的、非市場的要因に働きかけることによって生産性と能率を上げ、コストを節約することである。たとえば、個々の健保組合が「経営努力」して、医療費支出を小さくすることは、X効率の改善の一例である。

健保組合の経営努力は旨く機能する場合には、従業員（ときにはその家族も）の健康診断と健康づくりを積極的に行って、医療にかかる必要を小さくして、健康保険組合の医療費負担を小さくする。そして余剰金の一部で従業員のための保養施設をつくるなどして、従業員の企業メンバー意識の高揚をはかるが、このことはさらに従業員の生産性向上意欲を高め、給与も増え、社会保険料の負担感も小さくてすむという効果がある。各健康保険組合の「経営努力」のこの面は高く評価し、生かすべきである。しかし、他方、社会保険の事業者負担分を節約するために、社会保険の対象にならない臨時雇いやパートタイマーを多くつかったり、罹病率が高まる高年になると定年退職させるなどして福利厚生費を節減することは当該企業にとっては一種の「経営努力」であり、費用節減となる合理的行為であるとしても、社会的観点からみれば節約になっていないし、人間的福祉の観点からは好ましいことではない。「経営努力」のこの長短の二面は正に日本的経営の長短の二面と同じであるが、生かすべき「経営努力」は勿論、よい面の「経営努力」である。

現行の医療保険制度の1つの観点は、各種の医療保険制度間にも、個別の健康保険組合間にも、加入者の年齢構成と所得格差を反映して、財政収支に大きな格差があることであり、この格差を財政調整で調整することが必要であるが、これを安易に行うと「経営努力」のよい面のあらわれであるX効率をそこなう。そこで何らかの調整が必要な場合には、年齢構成と（それに必要な場合には）平均所得による医療費用およびその負担能力の格差を客観的に測定し、年齢構成が高くて費用負担が過大になる場合には、あらかじめ定める明確な基準に基づいて財政調整し、「経営努力」による費用節減に関してはそれぞれの団体がその努力を酬われる仕組みにしておくことがX効率の維持にとって大切である。さもないと、個々の団体（この場合、個々の健保組合）の「経営努力」がそこなわれ、効率上マイナスになるおそれがあることはよく指摘されるとおりである。財政調整方式でなく、財源持寄り方式であるとしても、この点を十分配慮し、一方において年齢構成と所得水準の違いからくる負担能力格差を調整して、負担の公正を回ると同時に、他方で「経営努力」のインセンティブを維持できる方式にすることが必要である。高齢者年齢構成比の低い団体が財政調整に際して「持出し」側になることは、高齢者医療保険に年金保険的性格があることを考えると納得できるであろう。

「経営努力」を重視するという観点からみれば、厚生省が今年の3月に示した老人保健法案要綱では40歳からの保健事業を職域等で働く者をその職域に委ねたのは妥当な措置といえよう。厚生省の法案要綱では老人医療を行う主体としては市町村を考えているようであるが、老人医療を予防・治療・リハビリテーションと総合システム化し、医療と社会福祉サービスを総合システム化する上でも老人医療の主体を市町村に置くことは妥当であろう。しかし、市町村が老人医療システムを効率的に機能させるようなインセンティブを持ち、配分効率だけでなくX効率を高く維持できるようにするためには、市町村の「経営努力」が酬われるようなシステムにすることが必要である。沢内村など若干の自治体での予防重視の総合保健医療が効率性（費用膨脹抑制）の面でも成果をあげているのは、予防と総合化（インテグレーション）の成果もあろうが、おそらく自治体の

住民と医療関係者が総合医療という共通目的のために統合して、X効率が働いていることによるものと推測される。そのような場合には自治体というコミュニティの人々が一体感を持ち、医療・保健・社会福祉の政策に参加意識を持っている。勿論、医療費が安くすめば、社会保険と税金の負担が軽くなるという経済的インセンティブが働くことも大切であるが、同時に人々が参加意識を持ち、一体感ないし統合意識を持つということがX効率を高める上で極めて大切である。老人医療を自治体が主体となっていく場合には、費用節約の経済的インセンティブと参加意識の両方を持てるようなシステムにすることが必要である。

人間の動機やインセンティブに働きかけるX効率は保険者側だけでなく、医療供給側にとっても一面では大変な効率性を促すよい面を発揮する。徳洲会の医師や従業員が必ずしも金銭目的のためでなく猛烈に働くのも一つにはX効率が生かされているためであろう。この点は日本の経営に広くみられる特質である。

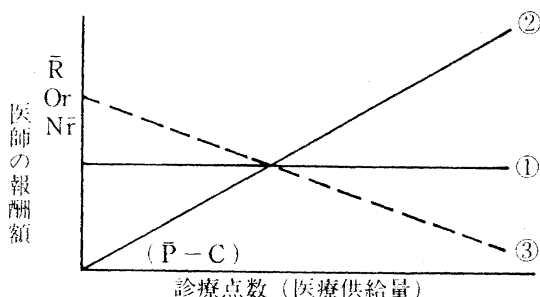
7 老人医療の診療支払い方式改革の方向

医師についてもX効率が旨く働けば医師が同一医療ニーズをより低い費用で供給するようなインセンティブが働く。あるいは、同一費用でより多くの医療ニーズを充足させるようなインセンティブが働く。普通の個人サービスならば自由競争の市場システムによって、より良いサービスがより安く供給するメカニズムが働くが、医療の場合には、需要者が、ニーズも医療サービスの質をも正しく判断できず、医療供給者のほうがそれを判断して供給することになるので、通常の市場システムによる供給は妥当でない。そこで医師などの医療供給による医療サービスに関しては、次のような方式が考えられる。社会化して医療従事者を固定給の公務員にする方式。

各医療サービスと薬剤の単価を決めておき、サービスや使用薬剤の量に応じて報酬を支払う方式（いわゆる出来高制）。医療費の支払い総額をあらかじめ決めておき、その枠内で医療を行う方式（いわゆる請負制）。医療サービスの対象となる人数（登録者数）を基礎にして基本報酬を支払う方式（いわゆる登録前）。これら4方式の違いを式で示すと次式のとおりであり、要するに何を固定し、何を変数にす

表 - 1 医療費支払いの方式

図 - 1 診療報酬支払方式と医師の報酬との関係



るかの違いである。

- ① 固定給 $W = \bar{W}$
- ② 出来高払い制 $W = \bar{P}Q - CQ = (\bar{P} - C) Q$
- ③ 請負型 $W = \bar{R} - CQ$
- ④ 登録（人頭払い制） $W = N\bar{r} - CQ$

ただし W ：労働供給者の収入
 R ：請負による一括支払分
 Q ：医療供給量
 C ：診療当たりのコスト
 P ：診療当たりの単価
 r ：登録者一人当たりの報酬
 N ：登録者数

各記号上の - 印は固定されるということを意味する。

[診療報酬支払い方式の長短]

の固定方式では医師および医療関係従事者の所得は月給制あるいは年給制で固定されているので、給与の面からの仕事へのインセンティブも、医療を効率化してコストを減らそうとするインセンティブもともに低い。単純化して示すと、図 - 1の の線のようになる。

の出来高払い制では、診療点数に比例的に医師の報酬が増加する。図 - 1では の線のように右上りの線で示される。(なおこの線の勾配は $\bar{p} - C$ となる。)

の請負制ではあらかじめ医療費総額が定められるので、図 - 1の の線が示すように の出来高制の場合とは違い医療供給費（診療件数、投薬、検査等）が少ないほど、医師の報酬は多く残ることになるので、医療供給費を節約しようとする強いインセンティブを持つ。この制度が旨く機能すれば、医師は請負った人々の健康の維持と病気の予防に努力す

診療報酬支払方式

固定給（国立病院の医者）

出来高払い方式（日本）

請負型方式（総額請負制）

請負型方式（登録制）...人頭払い制、イギリスのホームドクター

私的市場システム（医師自身が市場相場を考慮に入れて料金を定める）

償還制と非償還制

a 償還制（フランス等）

b 非償還前（日本その他多くの国）

医薬分業と医薬非分業

イ 医薬分業方式

ロ 医薬非分業方式（日本では支配的）

費用負担の方式

A 公費負担（イギリスの国営医療）

B 社会保険負担（ドイツ、フランス、日本はこれに近い）

C 私的負担（アメリカ、イギリスの自由開業医）

るであろう。入院の必要がなくなれば、退院を促すであろうし、過剰検査や過剰投薬のおそれもなくなる。しかし、他方、請負制にも固有の欠点がある。それは「手抜き」をしがちになるということである。医師の場合でいえば出来高制の場合とは逆に過少検査・過少投薬のおそれがある。（ただし、イギリスの場合のように医薬分業である上に、主な検査は専門病院でやる場合には、このおそれはそれほど大きくない。）また、診療へのインセンティブも弱いので出来高制の場合のように長時間集約的に働かないのが普通である。の請負制でも のように登録制にして、しかも登録を各家庭が自由選択で毎年変更できるシステムになっていて、医師の収入が登録患者の数によって異なる場合には、医師は登録者数を増やすためあるいは減少させないために、患者に対するサービスに心を配ることになる。また、新規開業医は、医師が人口の割に少なく、したがって登録者数が多くなりそうな地域に立地するインセンティブを持つ。

その上、登録制のホームドクターの場合には、医師と患者が個人的にも知り合うことになるので、ある患者の病気と健康状態を同じ医者が総合的にみられるという点で治療と予防の上でも長所があり、医師と患者の人間関係を保つという点でも長所があ

表 - 2 費用負担方式（需要面）と診療報酬支払い方式（供給面）との組み合わせ

費用負担方式 (需要面) 診療報酬支払い方式 (供給面)	公 的 負 担		私 的 負 担	
	公費負担	社会保険負担	私的保険による支払い	患者個人による直接払い
固定給	イギリスや共産圏の公営病院の医師			
請負制	イギリスのホームドクター(登録制)			
出来高制		日本の開業医		
私的市場システム			老人と低所得層のみに多い方式	イギリスの社会保険外の開業医

る。

医療費の支払い方式に関しては、そのほか表 - 1 の以下の観点からも分類される。すなわち、薬品に関しては医師が供給してその代価が医師に直接支払われる方式と、医薬分業方式がある。わが国の場合には表 - 1 の 出来高払い制とbの非償還制と

口の医薬非分業とBの社会保険負担の組み合わせが支配的であるが、この組み合わせは、診療への医師のインセンティブを高め、医師一人当たりの「労働生産制」（医師一人当たりの診療件数あるいは診療点数）を高める効果がある。その意味では効率上好ましいように見える。

しかし、単価が公定で、支払いが社会保険から出来高払いで支払われる方式には、四つの大きな欠陥がある。第1に、「出来高」を高めようとの誘因は強いが、私的市場システム下の出来高払い方式と異なり、単価（先の式 \bar{P} ）が公定であり、単価自体を低くする競争メカニズムが働かないし、単価を低くしようとする支払い側からの圧力も直接には単価の引き下げをもたらさない。第2に、普通の商品の出来高制の場合と異なり、医療の場合、出来高の質量を支払い側が正確につかむことができないので、医師の申告に基づいて出来高（診療点数）を算定す

るが、この申告がしばしば水増申告や不正申告を生み易い。第3に、普通の商品の場合と異なり、医療の場合には一人の供給者が、より多く「生産」すればするほどよいのではなく、ニーズに適応する「生産」が好ましいのであるが、出来高Qが大きいほど支払いが多いシステムでは、ニーズを上回る過剰「生産」ないし過剰供給がなされ易い。

第4に、一般商品の場合には、先の式のコスト(C)を引き下げることによって収入を増やそうとの誘因も働き、これが資源の社会的節約をもたらすが、薬品や検査の場合のように平均マージン（式の $P - C$ ）が公定されている場合には、 $(\bar{P} - C)Q$ は事実上 $\bar{m}Q$ （ただし \bar{m} は固定マージン）と同じことになり、Qを増やすインセンティブが主として働く。もっとも平均的な $(\bar{P} - C)$ あるいは \bar{m} が公定されていても、個々の医療機関としてはより安いCで供給すれば、収入は増えるはずであるが、薬品の場合には、むしろ供給量を増やして一種のかくれたりべート方式でマージンを薬品供給者と医師とで分配する誘因のほうが強く働く。いわゆる90%バルクライン方式がそのような誘因を与える一因となっていることはよく指摘されるとおりである。

また高額医療機器を用いる検査の場合には、単位コストCを安くする一つの方法は設備の稼働率を高めることであるが、設備の稼働率を高めるために、医療上必要とされる以上の検査をする誘因として働くおそれがある。医療設備が高価であると、その固定費（次式のF）が大きいので、次式のようにその設備の容量範囲内では供給量Q（この場合、検査の量）が大きいほど、単位コスト（次式のC）が小さくなるからである。

$$C = \frac{F}{Q} + v$$

（ただし、C：単位コスト、F：固定費、Q：生産＝供給量、v：変動費）

このように出来高制では、より多くの「生産」（診療）をすることによって労働生産性（医師一人あたりの診療件数ないし診療点数）を上げることはなるが、ニーズをより安いコストで充足するシステムにはなっていない。いわゆる過剰診療、過剰投薬、過剰検査を促しやすい。

需要者側の費用負担と供給側のこうした各種のシステムとの組み合わせは表 - 2のように幾通りも考えられるが、需要側の当人の自己負担の無料制と組

医薬分業と老人医療に関しても患者の費用一部負担を導入すれば、出来高制の欠点は著しく緩和されるであろう。

考えうる比較的現実的なもう一つの複合方式は登録制と出来高制の組み合わせであり、その複合方式は次の式ようになる。

$$\textcircled{6} \quad W = \bar{r} N + (\bar{P} - C) Q$$

この方式をとって、一方で出来高（投薬・検査・診療等） Q を増やすというインセンティブが強くなりすぎない程度に \bar{P} を C より大きくし、他方、登録者を増やすインセンティブを持つ程度に \bar{r} を定めることによって登録制と出来高制の利点のある程度残しつつ、その弊害を緩和できる。

このような改革も困難な場合のもっと現実性のある小改革としては、現行の出来高制の診療報酬制度のもとで、初診や基本的診療に関してのみ一件の診療点数を、通常の投薬・検査の多少にかかわらず一定にする（いわゆるまるめる）ことによって、出来高制の弊害を幾分緩和させることは可能であろう。これらの方式の場合にも、医薬分業と患者の費用一部負担と組み合わせれば、出来高制の弊害は小さくなる。

[老人医療に登録制を]

このほかにも診療報酬はその支払い方式に関しても、いろいろな改革がありうるが、社会経済国民会議としては前回の提言『高齢化社会の人間の医療保障』の中で示唆したように、老人医療に関して差し当たり、試行的に - 3年間の試行期間を定め - 登録制を基礎にした診療報酬支払い方式を導入することを提言したい。高齢者の場合は、病氣と老化が混合しており、しかも複数の病氣を持つことが多いので、同一医師が個人的に患者を知り、総合的観点から診断し相談に応ずるホームドクター方式になっていることが好ましい。勿論、ホームドクターは、専門病院と密接な連携を持ち、専門的検査と治療を要する患者を専門病院や総合病院に回すというシステム化された制度になっていることが必要である。

老人医療の診療報酬支払い方式を別にすることは、「一物一価の法則」に反するとの批判があるが、むしろ現行制度では同じ医療であっても一定所得以下の高齢者は無料、組合健保本人は初診料など以外

は無料、国民健保と組合健保の家族は一部負担というように患者の側からみれば「一物一価」どころではない。むしろこの点の「一物多価」を是正するほうが大切であろう。その意味では、先にも述べたような形で老人医療にも低所得者には軽い一部負担を初診と入院の場合に課するのが合理的といえよう。

診療報酬支払い方式も、複合方式の試行的導入の結果が良好であればこれを社会保険医療全般に拡大することが好ましい。

9 対抗力と監視体制の充実を

医療費の安易な膨脹を抑制する供給面でのもう一つの方法は、医療供給者の一種の利潤マージンを抑制することである。

通常の商品が私企業の市場システムで供給される場合には、有効な競争が行われれば、配分効率とX効率を高めることによって供給コストが安くなる上に、利潤マージンも抑制される。他方、社会化され、計画化されている場合にも利潤マージンは規制される。

ところが競争を欠く独占的市場と、医療保険制度下の薬品や医療機器供給業のように、供給は私企業による競争であるが、需要者の医療機関が定められた単価によって社会保険から費用を払うので、需要者の医者や医療機関は供給者の利潤マージンを抑制する役割を果たさない。それどころか、出来高払い制のため、より多く需要することが収入を増やすことになる上に、利潤マージンを何らかの形でそれを薬品や医療機器の供給業者と分け合うことができるとすれば、需要者である医療機関は、経済合理的に行動するかぎり、利潤マージンを抑制するインセンティブを持つどころか、むしろマージンを大きくしたいというインセンティブを持つのも当然であろう。この点でも悪しきシステムを変えて利潤マージンを抑制し、しかも医療関係者のX効率をそこなわれないようなシステムに改める必要がある。（中略）

すなわち、わが国の老人医療制度は、医療需要抑制効果の働かない無料医療であること、コスト削減のインセンティブが働かず、むしろコスト膨脹を促がすインセンティブの働く出来高払い型の診療報酬支払い制度と社会保険による費用負担の組み合わせであること、一種の利潤マージンをむしろ歓迎するインセンティブの働く出来高払い制と薬価基

準決定方式と医薬非分業の組み合わせであること，
社会福祉サービスとの総合システム化をはじめ，
総合システム化が進められていないこと等，以上の
ような理由のため，老人医療費を必要以上に膨脹さ
せる結果になっている。

したがって老人医療制度の見直しの課題の一つ
は，この悪しき組み合わせのシステムを改めて，ニー
ズを効率的かつ公正に充足するような効率的かつ公
正なシステムにすることである。登録制的な診療報
酬支払い方式を織り込むか，老人医療に関しても，
老齢基礎年金制への接近を前提として，患者の一部

負担を導入するか，あるいはその両方を織り込むこ
とが，そうしたシステムへの改善の道といえるであ
ろう。そしてもう一つの課題は，財源持寄に関して
も，効率性と公正の観点から納得のいく方式を選択
することである。

10 各種保険制度間の調整と老人医療保障制度
の運営（略）

11 情報・教育・モラルの役割（略）