

本中間報告では、わが国医療制度において緊要性の高い老人医療を中心に次の諸点を提言する。

提 言

1. 医療費の無駄や不合理性を排し、適正化を

老人医療制度の改革にあたっては、老人の医療と保健のニーズを適切に充足しつつ、医療費の安易な膨脹をできる限り抑制していく方策が必要である。とくに、人口の高齢化に伴い、医療費の増加が予想されるので、医療費の無駄や不合理性を排し、これを適正化する必要がある。そのようなシステムに改めるためには、予防・診療・リハビリテーションを総合的に一貫化することと、診療報酬支払い方式の改革とが一括して行われなければならない。

2. 医療供給の効率化が可能となり、そのための努力が報われるような予防医療システムの導入を

1の目的を実行するためには、医療供給側と保険団体がこ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てるようなシステムにすることが必要である。すなわち、職域においても地域においても、予防と健康増進に努力して医療供給の効率化を図る当事者努力（経営努力）が可能となり、報われるような予防医療システムを導入すべきである。

3. 地域での医療供給体制のシステム化と関連施設との有機的結合の具体化を

予防医療システムの導入に際しては、医師・保健婦・訪問看護婦・ホームヘルパー・ソーシャルワーカー・ボランティア等との関係をどう調整し、システム化を進めるかを具体的かつ明瞭にすることによって地域レベルでシステム化を進めることが必要である。それを可能にするために、老人保健・医療、社会福祉のシステム化を進める窓口と連絡委員会を各自治体に設けること、著しく不足していると思われるホームヘルパーなどの質・量の充実を図ること、ナーシングホームやデイセンターなどの中間施設を整備すると共に、関連施設との有機的連携とシステム化の方針をより具体的に計画し、明示することが必要である。さらに一般の診療所と高度の設備や専門家を有する大病院や専門病院との総合システム化を推進することにより、高額設備やスタッフの有効利用を促進すべきである。

4. 老人医療に登録制を中心にした診療体制・支払い方式の導入を

診療報酬支払い方式には、出来高払い方式、登録方式、総額請負方式などいくつかの方法があるが、それぞ

2. 12. 社会経済国民会議 医療費の適正化と老人医療制度 の改革 (56.6. - .)

はじめに〔略〕

目 次

提 言

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 老人医療制度改革

1. 老人医療制度改革の目的〔略〕
2. 老人医療制度改革の諸提言〔略〕
3. 老人医療制度改革の重点
4. ニーズの充足と不必要需要の抑制
5. 医療供給体制の効率化とシステム改善の方向
6. 参加意識と 効率の改善〔略〕
7. 老人医療の診療支払い方式改革の方向〔略〕
8. 人間的かつ経済合理的診療報酬支払い方式への改革を
9. 対抗力と監視体制の充実を〔略〕
10. 各種保険制度間の調整と老人医療保険制度の運営
11. 情報・教育・モラルの役割〔略〕

れの長所を取り入れた合理的な複合方式を考える必要がある。現行の出来高払い方式は医療費の安易な膨脹を招くおそれがあるので、老人医療に関しては、三年間の試行期間を定め、総合的判断・人間的接触を保ち、過剰な投薬・検査の防止などの観点からも好ましい登録制によるホームドクターを中心にした診療体制・支払い方式を導入すべきである。

5. 他の社会保障政策の充実を必須の条件とした一部負担の導入を

老人医療に関しての患者の一部負担は今後避けられないところであるが、それだけを先行させるのではなく、年金制度や社会福祉サービスなど他の社会保障政策の充実を必須の条件とした計画を示し、その対策の一環として老人医療費の一部負担を導入すべきである。

6. 保健と医療に関するライフステージに応じた教育と情報提供の充実・強化を

老人医療に限らず国民の健康増進のためには、保健と医療に関する教育と情報提供の役割を充実・強化していくことが必要である。まず、小・中学校から保健教育を見直し、実践的な役に立つ知識や技術を身につけるような指導を行うべきである。とくに疾病予防や保健に実際に役立つ知識や技術を提供したり、老人ホームなどを見学する時間を設けることによって社会福祉サービスとの関連性を理解させることが大切である。また、高齢に向う人々や妊産婦などにも、一層の教育と情報提供を生涯教育などを通じて行い、疾病予防に役立てることが必要である。

7. 医師、ならびに関連職種の充実と資質の向上を

さらに医師、ならびに関連職種の充実と資質の向上を図るための教育方式の再検討も必要である。検討にあたっては、知能に加えて技能と人間的・倫理的側面を重視し、判断力を養う教育とこれに報いる方式が重視されることが望ましい。また、老人医療への登録医制の導入に適合するような、より総合的判断のできる医師及び医療関係従事者を養成するような教育方式を導入すべきである。医療供給者団体も医療供給者のモラルの向上に努めるよう期待したい。

第3章 老人医療制度の改革

3. 老人医療制度改革の重点

改革の五つのポイント

こうして老人医療制度の見直しは昭和56年の社会保障政策の中心課題の1つとなった。見直す方向としては、

老人医療を健保、国保と別建てとはいかないまでも、財源を各制度と公費との持ち寄りあるいは広義の財政調整でまかなうこと、出来高払い・現物給付の診療支払い方式を再検討すること、診療および入院時の患者の一部自己負担を導入すること、予防・治療・リハビリテーション、それに社会福祉サービス等関連政策との総合システム化を進めること、老人保健制度の運営を老人保健審議会を通じて参加型のシステムで行うことなどであるが、要するに目的とするところは、老人の医療と保健のニーズを適切に充足しつつ、医療費の膨脹を抑制することであるといえよう。

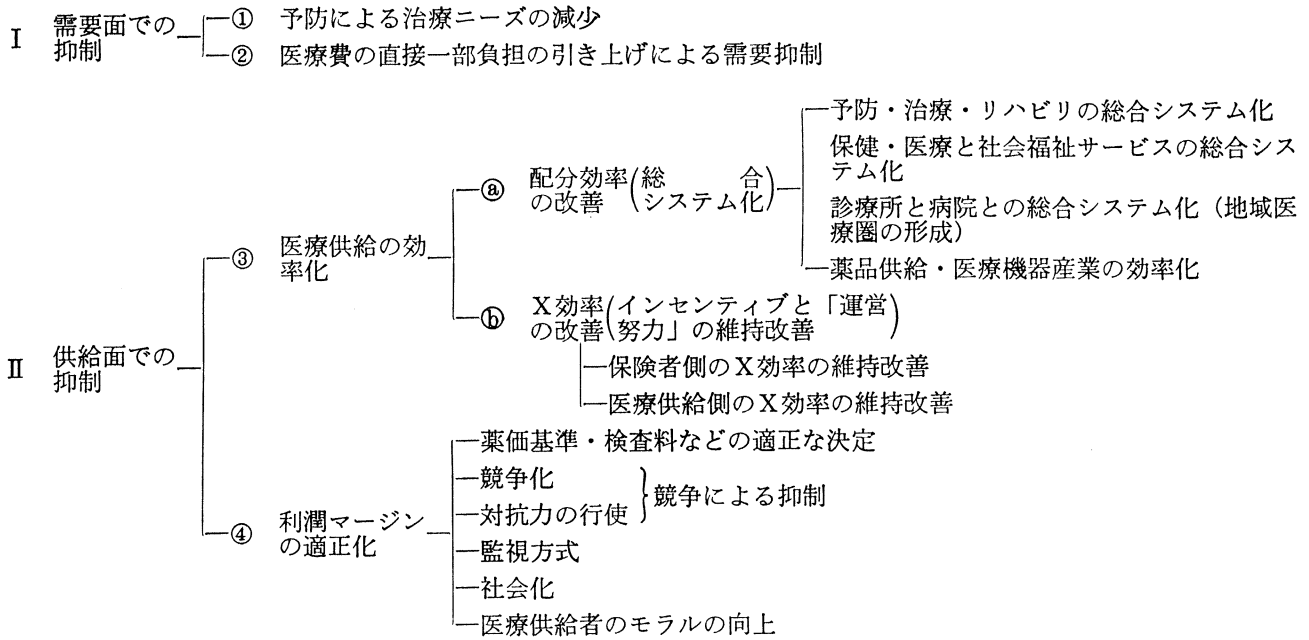
経済学では、より少ないインプット（投入、費用）でより大きなアウトプット（産出、ベネフィット、ニーズの充足）をあげることを「効率化」というが、老人医療制度見直しの狙いも、医療、保健というニーズをより少ない費用でより「効率的」に充足しようとするところにあるといえよう。本報告ではこのような経済学的観点からみて、わが国の老人医療制度のどこに問題があるかを示し、主として上記五つの点についての改革を通じて、制度見直しの方向 - ことに上のような意味での「効率化」を進め、費用の安易な膨脹を抑制しつつ、ニーズを効果的に充足する方向 - を示唆しようとするものである。

医療制度「効率化」の諸方法

老人医療制度を「効率化」し、医療と保健のニーズの充足というサービス面での質を落とさないで改善しつつ、医療費の安易な膨脹を抑制するにはいろいろな方法が考えられる。

表3-2は経済学的観点から医療費用 - ことに老人医療費 - の膨脹を抑制する方法を分類して示したものである。一般の商品の場合には各商品の値段は需要と供給で決まる。しかし、医療の場合には供給者（主として医師）が需要をつくり出し、ただちに供給することができるという点などで一般の商品と異なることはよく指摘されるとおりである。したがって場合によっては、医療の供給者の医師の判断で需要がつけられ、供給曲線と需要曲線を分離しがたい場合もあるが、それでも需要面と供給面とを一応、分離して、表3-2のように需要面からの費用抑制と供給面からの費用抑制を考えることができる。また、供給面からの費用は供給する薬品・サービスなどの費用と一種の利潤マージンともいべきものに分離して考えることができる場合もある。利潤マージンは、社会保険診療報酬の単価や薬価基準の決め方いかんによって影響されるほか、競争条件、監視体制などによ

表3-2 医療費膨脹抑制の方法の分類



ってその適正化を図ることが可能である。

たとえば、医薬品に支払われる金額は、次式のように単位コスト(C)とマージン率(r)と医薬品の使用量(Q)の三つの要素に分解できるが、出来高払い現物給付が医薬品の使用金額を膨脹させるというのは主としてこのQが過大になることであり、薬価基準が実勢から乖離しているという場合にはrが過大だということであり、製薬会社が乱立していて過小規模のため、生産性が低い場合にはCが割高になる。

$$\text{医薬品支払い総金額} = CQ(1-r)$$

したがって医療の場合にも、医療費膨脹の抑制の方法としては、表3-2に示すように、①需要面からQの抑制、②供給面のコストCの抑制、③一種の利潤マージンrの適正化という三つの面からの抑制方法を考えることができる。また、それぞれについても単に単価を動かすという方法と、システムそのものを変化させる方法を考えることができる。たとえば、初診料を六百円から八百円に引き上げるのは前者であり、診療報酬支払方式を出来高制から登録者数を基礎とした方式に変えるのは後者の例である。

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。

老人医療一部患者負担の条件

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、老人の中には月額二万数千円の福祉年金しか受給していない人が三百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。

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の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）付きの老人施設（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おった考え方である。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お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

医療需要抑制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で、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予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二点の改革を同時にセットに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二方法

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

総合化（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「高齢化社会の人的医療保障」の重点的主張でもあったが、厚生省の第一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、総合化するの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（日本では特別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

表3-4 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

診療報酬支払い方式 (供給面)	費用負担方式 (需要面)		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			老人と低所得層以 外のアメリカに多 い方式	イギリスの社会保 険制度外の開業医

民の関心と参加意識を呼び起し、次に述べるようなX効率を発揮することと、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。そうな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が競って購入し、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、各病院や医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既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、この二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。

8. 人間的かつ経済合理的診療報酬支払い方式への改革を

登録制の問題点

そこで、診療報酬支払い方式に関しては先の表3-3 Iの②の出来高払い制・現物給付方式を改めて、医薬分業を進めるとともに、請負制に近い人頭払いの登録制にせよとの提言や、医療供給機関の社会化を進めて、医師を固定給の公務員にせよというような案が出てくる。

しかし、①の固定給では診療報酬のための費用は固定されるが、その報酬=コストのもとでより多く働こうとするインセンティブは働かない。③の請負制の場合には医師の粗報酬は請負いの段階で定められるから、純収入を高めるためにはコストを小さくするしかないで、過少診療・過少検査・過少投薬のおそれがある。人頭払いの登録制の場合には、毎年登録を更新させれば医師はよりよいサービスを患者にして登録者数を増やす（あるいは減じないようにする）インセンティブを持つが、そのインセンティブは出来高払い制のように仕事量増加即収入の増加というインセンティブではないので、診療を多くしようとするインセンティブは弱い。ことに登録者を十分もつ医師の場合には、よい医療サービスをして登録者を増やそうとするインセンティブは働かない。固定給の国営病院と登録制の家庭医による医療サービスの制度（そのほか少数の自由診療の開業医）をとるイギリスでは、たしかに医療費の対国民所得比は老人人口比率が高い割には低い、医師一人当たりの診療件数（物的労働生産性）は出来高制の日本の場合よりもずっと低いので、診療や手術を受けるまでに何日も待たされるというようなことが生じやすい。

それゆえ出来高払い制が浪費的だからといって、社会・固定給や人头払い登録制に切り換えるほうがよいということにはならない。それぞれの方式の長所を取り入れた複合方式を考えることが必要である。

合理的な複合方式を

複合方式としては、①固定給プラス出来高制、②固定給プラス登録制③登録制プラス出来高制、④固定給プラス登録制プラス出来高制などが考えられる。そのほか丁度、年功賃金制のように医師としての経験年数による差、資格による差、登録制にした場合には、登録者の年齢による診療報酬の差などを考慮に入れることも考えられるが、あまり複雑な組み合わせは診療報酬の支払いの計算事務を面倒にするので、この点をも考慮に入れる必要がある。

考えられる組み合わせのうち、単純で現実性のあるものとしては次のようなものがある。

その一つは①の固定給プラス出来高制を基礎にする方式である。この原理は図3-2のa-a線で示される。この線は図3-1の①線と②線とを組み合わせたものであり、O-aは固定給であり、それ以上の報酬は出来高制である。式で示すと、先の①式と②式の複合であるから、次の⑤式のようになる。

$$\textcircled{5} \quad W = \bar{W} + (\bar{P} - C)Q$$

この制度に現行の出来高制から移行するためには、現在の診療点数の単価を半分に（あるいは各診療点数を半分に）して）現在支払われている社会保険診療報酬の半分を固定給として医師に割り振ればよい。その場合、医師としての経験年齢や資格によって若干の差をつけて、固定給に技術料的要素を織り込むことは可能であろう。

このように医師の報酬の半分を固定給にし、他の半分を出来高払い方式によって決めることにすれば、出来高

払いの最大の欠陥である過剰診療・過剰投薬・過剰検査による収入増加のインセンティブは幾分弱まるであろうと推定される。さらに、加えて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⑥式のようになる。

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

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。

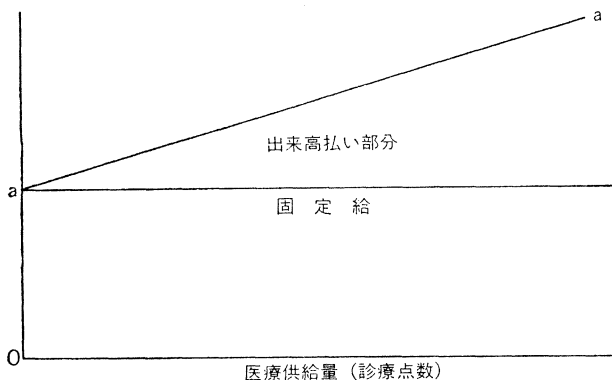
このような改革も困難な場合のもっと現実性のある小改革としては、現行の出来高制の診療報酬制度のもとで、初診や基本的診療に関してのみ一件の診療点数を、通常の投薬・検査の多少にかかわらず一定にする（いわゆるゆるまるめる）ことによって、出来高制の弊害を幾分緩和させることは可能であろう。これらの方式の場合にも、医薬分業と患者の費用一部負担と組み合わせれば、出来高制の弊害は小さくなる。

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だけでも、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——三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、病気と老化が混合しており、しかも複数の病気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

図3-2 固定給と出来高制の組み合わせ



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。

10. 各種保険制度間の調整と老人医療保険制度の運営

老人医療制度はこうして従来よりも独立性を強めるが、老人医療が70歳から出発するとなると、組合健保とのつなぎをどうするかということと、財源の調達方式と、運営方式が大きな問題となる。

現状ではわが国の企業の支配的な定年退職年齢は60歳以下であり、1980年代中頃になっても60歳前後である。現行の継続医療制度で組合健保でカバーされる期間を延長してもせいぜい数年の延長であり、70歳の老人医療開始までには少なくとも5年以上の間隔がある。おそらく将来の方向としては、一方で企業の定年年齢が延長され、継続医療期間がそれに加わることによって65歳まで組合健保の対象とされ、他方、老人医療を65歳までに年齢を引き下げて両者のドッキングを行うことが好ましいであろう。それは丁度、定年と公的年金支給開始年齢のドッキングが好ましいのと同じような意味である。

しかし、それは将来の望ましい姿であり、当面は老人医療と組合健保との間隔は避け難い。したがってその間の高年者医療をどうするかが問題となるが、当面の一つの好ましい方向は、各企業が定年延長をはかるとともに、退職者への継続医療給付をできるかぎり延長することであろう。しかし、そうした努力を単に企業の社会的責任として要請するだけでは十分でないだろう。必要なことは、各企業が定年を延長するとともに退職者医療の延長期間を延長することが報われるようなシステムにすることである。社会保険団体および各団体内の財政調整を行うに際してはその点を十分に考慮に入れた財政調整の基準と方式を作成することが必要である。

老人医療の運営に関しては、老人保健審議会の設立が考えられているが、それは老人保健制度に関係者の意見を反映させる参加型のシステムを意図するものであるとすれば好ましいことである。しかし、従来は審議会は往々にして、官僚行政のかくれみの的存在として利用されるか、あるいは各種利益団体の対立紛争の場になり易かった。新しい審議会がそうした弊害に陥らないために、あらかじめ、審議会の任命方式、運営上のルール、権限とその決定ルールなどを明確にすることが好ましい。この点についての十分な配慮を期待する。