

【1997年8月】高齢者医療を中心とした医療制度改革についての提言

日本経営者団体連盟

高齢者医療を中心とした医療制度改革についての提言

平成9年8月

日本経営者団体連盟社会保障特別委員会

高齢者医療を中心とした医療制度改革についての提言

はじめに

- ・ 日経連は、昨年9月、トップセミナーでの議論を踏まえて、「構造改革基本法」(仮称)法案要綱を発表し、わが国における行財政、経済、社会保障、雇用、国民生活、教育などの分野での構造改革を求めた。

また、10～11月には、「今後の社会保障構造改革についての提言」と「当面の医療制度改革についての提言」との二つの提言を発表し、今後の医療保険制度改革についての考え方を明確に示した。

さらに、日経連は、本年1月のブルーバードプラン・プロジェクト報告や労働問題研究委員会報告の中で、わが国は、自助・共助・公助のバランスのとれた「中福祉・中負担」の「小さな政府」を目指すこと、国民負担率は50～45%以下とすることを確認した。

- ・ 政府においても、危機的な財政状況の中で、六大改革が進められ、社会保障制度全般についても抜本的な構造改革が求められている。
- ・ こうした中で、わが国の国民医療費は、近年、毎年度約1.4兆円、6%前後の増を続け、バブル経済崩壊後の低成長への経済基調の激変の中で、経済との調和が崩れ、成長率とのギャップが極めて大きなものとなり、このような傾向が5年も続いている。

その結果、現在、健康保険組合をはじめとする各医療保険財政は軒並み赤字という危機的状況下にある。

特に、高齢化の急速な進行もあって老人医療費の伸びが著しい。現在の老人保健拠出金制度は、現役世代、とりわけ被用者に極めて重い負担がかかるシステムになっており、その拠出金増が被用者保険の構造的な財政赤字の主因となっている。

- ・ 日経連社会保障特別委員会の下部組織である医療政策研究部会においては、本年2月から、現行の不合理的な仕組みを廃止して、効率的かつ公平な新しい高齢者医療の仕組みを構築するためにはどうすべきかを、関係団体等から意見を聴取しつつ検討してきた。ここに、現段階における日経連としての考え方がとりまとめられたので公表する。
- ・ 日経連は、かねて、医療制度全般について、とりわけ診療報酬、薬価基準、医療提供体制の抜本改革を求めてきた。そして、医療サービスの効率化のためには、患者負担の

増加もある程度はやむを得ないものと考えてきた。しかし、本年の健康保険法等改正法の審議経過の中でも、抜本改革の道筋は明確なものとなっていない。

- ・ 現在、政府・与党においては、与党医療保険制度改革協議会の「医療制度改革の基本方針」(平成9年4月7日)に基づき、21世紀にふさわしい医療保険制度の確立をあざした検討が進められているが、高齢者医療の仕組みの検討と並行して、国民医療費の抑制に主眼を置いて、国民医療全般について総合的な検討を行い、診療報酬・薬価基準・医療提供体制の抜本改革の具体案づくりを進めるべきである。この場合、医療制度における単なる負担構造の変更は、医療費総額の歯止めなき増嵩を抑えることにつながらず、問題の解決を先送りするに過ぎないことに留意する必要がある。
- ・ 本提言においては、まず、医療制度の抜本改革の基本的な考え方を示し、次に、新しい高齢者医療の仕組みの考え方を示すこととする。

## 1 医療制度改革の基本方向

- ・ 政府は、「国民医療費の伸びを、国民所得の伸びの範囲内とする」との政策目標を堅持するため、これを単なる理念とせず、それを達成するため、万難を排し、あらゆる手段・方法を用いた具体的対策を構築し、実行すべきである。この政策目標を、「財政構造改革のための法律案」に盛り込むことが期待される。

- ・ 日経連は、既に、昨年11月に、「当面の医療制度改革についての提言」において医療制度全般の抜本改革を主張しているところであるが、まず、診療報酬体系については、現行の原則出来高払い制から、当面、医療費抑制に資するような疾病別定額制への転換を、現行のような部分的、医療機関による選択制でなく、全面的に推進すべきである。

また、近い将来、保険者が医療機関と総額請負制の契約をし、その契約の範囲内で医療機関がサービスを提供する方式を採ることを検討する必要がある。

さらに、病院と診療所とで診療報酬体系を区分することについても検討すべきである。

保険診療と自由診療との組合せ(混合診療)を認めるべきである。

- ・ 次に、薬剤については、この際、薬価差益問題に徹底的にメスを入れ、現行薬価基準制度を抜本的に見直し、薬価基準という統制価格があるために、薬価差益を生み、また、適正な市場価格が形成されない現状を改めるものとする。具体的には、薬価基準を廃止し、薬価を市場の実勢に委ねる方向で再構築する中で、薬剤費の抑制、薬価差益の解消、高価格品シフトの防止等の観点から、わが国においても「参照価格制」を導入すべきである。

「参照価格制」の導入後の効果を見極めつつ、必要があれば、薬剤費について総額予算枠制の導入を図るべきである。

完全医薬分業を強力に推進すべきことは、当然である。

概ね2年毎に行われている薬価改定(引下げ)、診療報酬改定(引上げ)において、薬価引下げ分の源資を診療報酬引上げの源資とするような悪しき発想は、やめるべきである。

薬価引下げ分の源資は、本来、保険者や患者に還元されるべきものである。

- ・ 医療提供体制の徹底した効率化を図るための対策については、昨年 11 月の提言で示したところであるので、ここでは詳述しないが、医系大学の入学定員削減、保険医数の抑制、病床規制の強化、病院と診療所の機能分担の明確化、社会的入院の解消(医療と介護の分離)、医療情報の透明化、インフォームド・コンセント等について、中央、地方の関係審議会等の最優先検討課題とする等により、行政組織の縦割の垣根を越えて横の連携をとりつつ、強力に進める必要がある。

- ・ 特に重要なのは、国民に開かれた医療の提供や競争原理の導入である。

国民が医療機関を広く選択できるように、個別の医療機関の情報が示され、また、医師から患者に対して手術や投薬、費用について十分な説明がなされなければならない。レセプトやカルテの開示も進められなければならない。受診時に発行される領収書には詳細な明細が示されることが必要である。

受診、会計、審査、診療報酬支払等の過程におけるカード化を含めたトータル情報システム化を実現させることにより、重複検査・投薬の回避、病・薬歴管理の徹底、事務処理の迅速化、医療機関の技術評価、医療情報の透明化等が進展し、良質な医療の提供が可能となる。

民間営利企業など多様な事業主体の参入を認めることにより、競争原理が働き、医療の効率化が進展する。

- ・ 現在、1人当り老人医療費は、老人以外の1人当り医療費の約5倍と、高齢になると医療費が急上昇の傾向にある。これへの対応のためには、医療提供体制、診療報酬、薬剤、患者負担など、あらゆる分野における強力な取組みが求められる。
- ・ 老人医療費は、近年毎年度7~9%もの伸びを示しているが、その伸びの抑制目標を設定し、高齢者数の増によるやむをえない影響分を考慮しつつも老人医療そのものの徹底した効率化を図る必要がある(例えば、当面、「財政構造改革の推進について」(平成9年6月3日閣議決定)で定める社会保障関係費の伸び率(全体の2%程度)と同程度に抑制目標を設定することが考えられる。)。老人医療費の伸びが、抑制目標を超えたときには、伸びが適正になるまでの間、診療報酬引上げ凍結を含む、老人医療にかかわる診療報酬、薬価、医療提供体制等について広範なリストラを行う、とのルールを確立すべきである。

それでもなお老人医療費の急増が続くときには、老人医療費の総枠を設定することを検討する必要がある。

- ・ 老人医療費の地域差が最高と最低で2倍あることはつとに知られていることであるが、その背景、要因分析の検討は遅れている。長野県、山形県など老人1人当り医療費が50万円台の県と、北海道、福岡県、大阪府など90万円前後の道府県との違いを検討の上、政策に反映させることが望まれる。
- ・ 一方、高齢者自身も、常日頃から、食事、運動等での適切な生活習慣の維持、詳細な受診の記録と保存、健診の徹底、早期発見早期治療などの健康自己管理に努めるととも

に、コスト意識をもった受診行動を行うよう指導を強めることも大切である。

## 2 新しい高齢者医療の仕組みの基本的枠組み

新しい高齢者医療の仕組みは、現役世代と高齢者が一体感をもち易いようにすると  
の観点から、さらには、被用者と自営業者等とでは、所得の形態、捕捉が大きく異なる  
こと等から、グループを被用者保険グループと国保グループに分けて構築するものとす  
る。

あわせて、今後も高齢化が急速に進行すること(70歳以上人口比率 1995年 9.5%、2025  
年 21.7%)、現役世代、特に被用者保険に極めて重い負担を課している現状を改める必要  
があること、給付と負担の関係を明確にし、高齢者にも相応の負担を求む必要がある  
こと、高齢者医療の性格等から、国、地方において一定の役割を果たすことが望まれるこ  
と、公的介護保険制度との整合性を図ること等から、次のような基本的枠組みとする。

(1) 被用者保険グループと国保グループとを区分し、各グループ内に高齢者が加入する  
保険制度を創設する。高齢者は保険料を負担し、国・地方は公費を投入する。グルー  
プ内では若年者が高齢者を支援するが、グループ相互間の支援は行わない仕組みとす  
る。

(2) 基本は、社会保険方式とする。

(3) 財源は、高齢者の保険料+若年者による支援+公費+患者負担とする。

(4) 新しい高齢者医療の仕組みの発足と同時に、現行の老人保健拠出金制度は廃止する。

## 3 新しい高齢者医療の仕組みの骨格

### (1) 対象者

以下においては、原則として 70 歳以上の高齢者を対象者として、新しい仕組みを  
構築する(現行退職者医療の対象となっている者の扱いは別途検討)。

### (2) 被保険者・保険者

- ・ 被用者保険グループ(政管健保、組合健保、共済組合)の被保険者資格が通算して  
一定年数以上(例えば、25 年以上)の退職者である対象者及びその者に扶養されてい  
る配偶者(専業主婦等)である対象者は、「高齢退職者健康保険」(仮称)に加入する。
- ・ 上記以外の対象者(国保グループの者、被用者保険グループの被保険者資格が短期  
の者、等)は、「高齢国民健康保険」(仮称)に加入する。
- ・ 高齢退職者健保の保険者は、政管健保、組合健保、共済組合が共同して設立する

単一の民営の保険者とする。

- ・ 高齢国民健保の保険者は、市町村国保、国保組合が共同して設立する単一の民営の保険者とする。

### (3) 高齢者の保険料

- ・ 高齢退職者健保の被保険者(本人及び被扶養配偶者)の保険料の賦課対象は、老齢年金とし、これに保険料率を乗ずる(事業主負担はなし)。
- ・ 高齢国民健保の被保険者の保険料の賦課対象は、収入又は所得(諸控除前)及び資産とし、これを基礎に保険料を定める。

### (4) 保険料の徴収

- ・ 高齢退職者健保の保険料は、その保険者が、年金保険者に徴収を委託し、年金保険者が老齢年金から天引きする。
- ・ 高齢国民健保の保険料は、その保険者が、市町村国保又は国保組合に徴収を委託する。

### (5) 患者負担

- ・ 高齢退職者健保及び高齢国民健保の患者負担は、双方とも、新しい仕組み発足時は、暫定的に定率 1 割負担とし、その後、年次計画に基づき、早期に被用者保険グループの本人の負担率と同率とする。

ただし、1916 年(大正 5 年)以前生まれ(現在 81 歳)については、引き続き 1 割負担とする。

低所得者については、負担を免除又は軽減する。

- ・ 薬剤については、診療・検査等とは別途の負担を求ることとし、当面、定率一律 3~5 割の負担、あるいは、一般の法定の患者負担率プラス の負担(例えば、被用者本人の場合、2 割+ 。その家族外来の場合、3 割+ )とする。

「参照価格制」が導入されたときからは、その価格を超えた分も負担する。

- ・ 現行の高額療養費制度(現在 636 万円限度)については、制度発足時の考え方に従い、限度額を大幅に引き上げるとともに、これを高齢者医療にも導入する。

また、入院時の食事代や室料は、基本的に全額患者負担とする。

### (6) 公費負担

- ・ 高齢退職者健保の給付費の一定割合(上限下限の幅の中で、構造変化により変動。)は、公費負担とする。

負担割合は、現行拠出金制度における公費負担割合、高齢者医療の性格、高齢退職者健保と高齢国民健保との負担(保険料と若年者による支援)の均衡、国、地方の

財政事情、等を考慮して定める。

この場合、一律に割合を定めるほか、年齢階級別に負担割合を定めることも考えられる。

- ・ 高齢国民健保の給付費の一定割合(上限下限の幅の中で、構造変化により変動)は、公費負担とする。

負担割合は、高齢退職者健保と同様に、現行拠出金制度における公費負担割合、高齢者医療の性格、高齢国民健保と高齢退職者健保との負担の均衡、国、地方の財政事情、等を考慮するほか、高齢国民健保の被保険者の収入、所得の水準も考慮する。

- ・ 少子化による人口構造の急速な変化、就業構造の変化が今後も引き続き進行する中では、公費負担割合は、その変化に応じて、被用者保険グループと国保グループとの負担(保険料と若年者による支援)の均衡を図るため改定する必要がある。
- ・ 公費負担割合は、法律においては上限下限や構造変化による変動の仕組みを定め、具体的な割合は関係審議会の議を経て、政令で定めることが望まれる。
- ・ 国、都道府県、市町村の負担割合は、2:1:1 とする。
- ・ 公費の財源は、国、地方の行財政改革による徹底した経費節減により賄うものとし、やむを得ない場合は、国、地方とも、間接税(消費税)で対応する。

#### (7) 若年者による高齢者への支援(高齢者医療支援金)

- ・ 被用者保険グループ、国保グループのそれぞれの中において、若年者が、高齢者を支援するための「高齢者医療支援金」(仮称)を負担する。
- ・ 若年者は、本人や家族への給付のための医療保険料の負担に加えて高齢者医療支援金を負担することとなることから、高齢者医療支援金に歯止めを設け、若年被保険者1人当たりが負担すべき高齢者医療支援金の平均額が、高齢被保険者1人当たりが負担すべき保険料の平均額の一定比率以下(数分の1)になるようにし、将来とも若年被保険者の負担が過度にならない仕組みとする。
- ・ 高齢退職者健保へ的高齢者医療支援金は、医療保険の各保険者の標準報酬の総額に比例して按分する。
- ・ 高齢国民健保へ的高齢者医療支援金は、医療保険の各保険者毎の、若年の被保険者数、収入又は所得、資産等の状況を勘案し公平に定める。

#### (8) 診療報酬

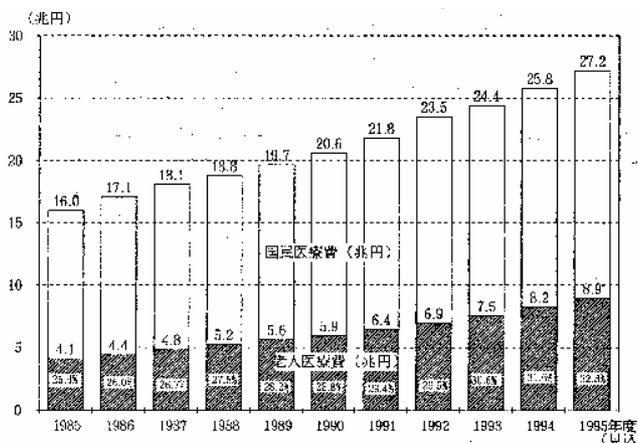
- ・ 診療報酬体系は、当面、原則として医療機関の選択によらない疾病別の定額制とする。

#### (9) その他

- ・ 新しい仕組みの導入により、現行市町村国保は、かなり規模が縮小されるので、この際、市町村国保は、市町村行政とは切り離し、都道府県の区域単位で統合・民営化(地域別の健保組合化)することを検討すべきである。
- ・ これと並行して、政管健保を、都道府県の区域単位に分割・民営化(地域別の被用者健保組合化)することを検討すべきである。
- ・ 本来被用者グループに属すべき国保組合は、被用者組合健保として再編すべきである。
- ・ 自営業者の収入又は所得、資産の捕捉を厳格に行う必要がある。
- ・ 高齢退職者健保及び高齢国民健保の保険者は、高齢者及び高齢者医療支援金の負担者に対して、運営に関する情報を公開して、公正性、透明性の確保に努めることとする。
- ・ 現行退職者医療制度については、基本的に、その対象者を被用者グループ内に取り込むなど、新しい高齢者医療の仕組みとの整合性をとりつつ、全面的に見直すこととする。

参考資料

国民医療費の推移

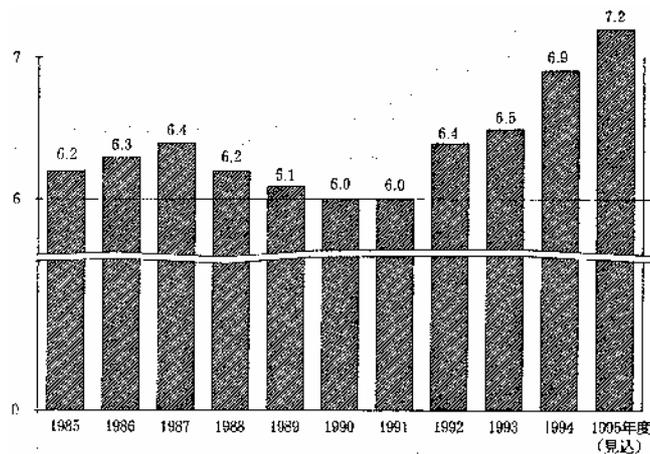


対前年度伸び率 (%)

年度	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995
国民医療費	5.2	4.5	5.9	7.6	3.8	5.9	5.3
老人医療費	7.7	6.6	8.1	8.2	7.4	9.5	9.3
国民所得	6.9	7.3	5.0	1.7	0.9	0.2	1.8

(注) 1995年度における「国民医療費」及び「老人医療費」の対前年度伸び率は見込みである。

国民医療費の対国民所得比 (厚生省資料より作成)



医療保険各制度の財政状況(厚生省資料より作成)

政府管掌健康保険 (億円)

年度	1992	1993	1994	1995	1996(見込)
収入					
支出	60,093	61,818	603,339	66,082	66,954
(うち老健拠出金)	59,347 (13,710)	62,753 (14,927)	606,148 (16,118)	68,865 (17,057)	72,442 (18,566)
収支差	746	935	2,809	2,783	5,488

組管掌健康保険 (億円)

年度	1992	1993	1994	1995(見込)	1996(見込)
収入	51,810	53,358	53,868	55,031	56,160
支出	49,677	52,184	54,642	56,311	60,566
(うち老健拠出金)	(11,286)	(12,375)	(13,309)	(14,000)	(15,176)
収支差	2,133	1,174	774	1,280	4,406
赤字組合数 (割合：%)	503 (27.6)	656 (36.1)	968 (53.3)	1,138 (62.6)	

国民健康保険(市町村一般被保険者分) (億円)

年度	1992	1993	1994
収入	51,633	53,113	55,276
支出	52,291	53,994	56,646
(うち老健拠出金)	(13,770)	(15,038)	(16,748)
収支差	658	881	1,370

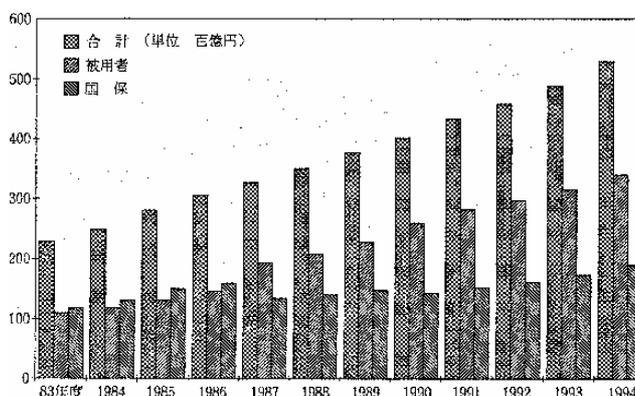
赤字組合数 (割合:%)	1,538 (47.3)	1,801 (55.4)	2,157 (66.3)
--------------	--------------	--------------	--------------

老人医療費拠出金の推移 (単位：百億円)

年度	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995
老人医療費拠出金合計	229	249	280	305	326	349	376	401	433	458	488	529	572
うち被用者保険拠出分	110	118	131	146	193	208	228	259	281	297	315	339	367
うち国民健康保険拠出分	118	131	150	159	134	140	148	143	152	161	173	190	205

(注) 1995年度は、実績見込み

実額の推移 (厚生省資料)



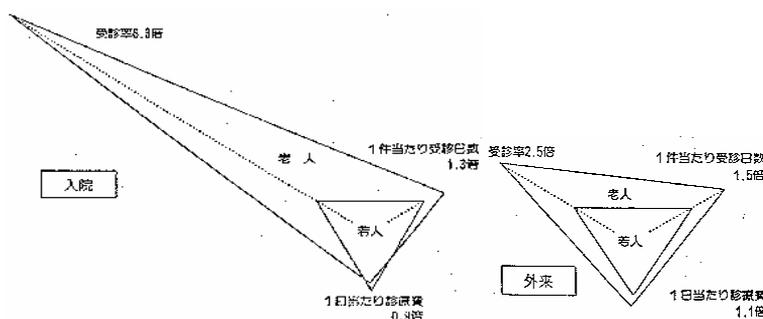
老人医療費の特性

1人当たり診療費の若人との比較 (単位：万円)

	若人	老人	若人/老人
一人当たり診療費	13	63.9	4.9倍
うち入院	4.6	33.7	7.4倍
うち外来	6.7	28	4.2倍

(資料) 「老人医療事業年報」「社会保険庁事業年報」(1994年度)

医療費3要素の比較



(資料)「老人医療事業年報」「社会保険庁事業年報」(1994 年度)

## 老人保健制度の概要

### 1 趣旨

国民の老後における健康の保持と適切な医療の確保を図るため、壮年期からの疾病の予防から治療、機能訓練に至る総合的な保健医療サービスを提供するとともに、必要な費用は国民が公平に負担することをねらいとする。

### 2 老人医療の内容

老人(70 歳以上及び 65 歳以上のねたきり等の状態にある者)に対し、医療を給付する。

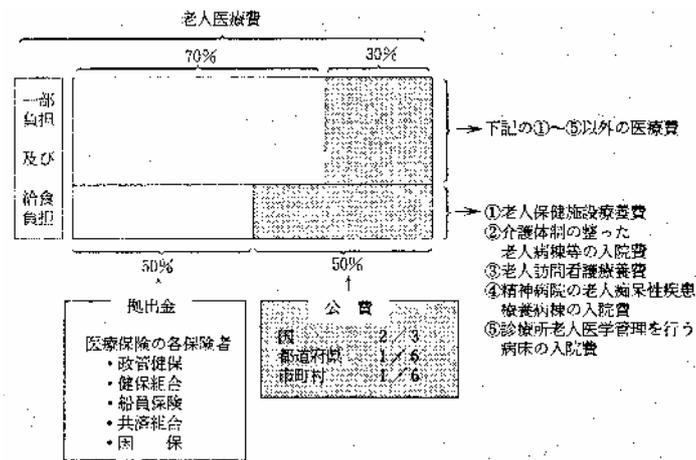
- 老人医療費(1994 年度実績)

総額 81,596 億円                      1 人当たり 719 千円

参考 国民医療費(1994 年度実績)

総額 257,908 億円                      1 人当たり 205 千円

- 老人医療費の負担の仕組み



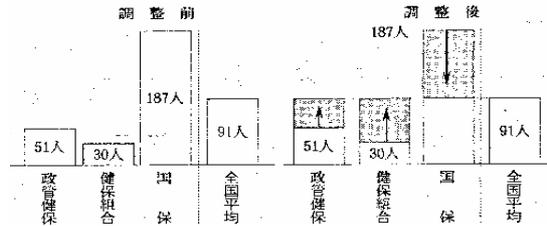
- 患者一部負担

	1995 年度	1996 年度	1997 年 9 月より
外来	1,010 円/月	1,020 円/月	1 日 500 円 (同一医療機関等ごとに 1 月 4 回を限度)
入院	700 円/日	700 円/日	1 日 1997 年度 1,000 円 1998 年度 1,100 円 1999 年度 1,200 円

- 保険者の拠出金

各保険者は、実際に加入する老人の割合を問わず、同じ割合の老人が加入していると仮定して拠出金を算定する。(ただし、この老人の割合の調整には、上限及び下限が設けられている。)

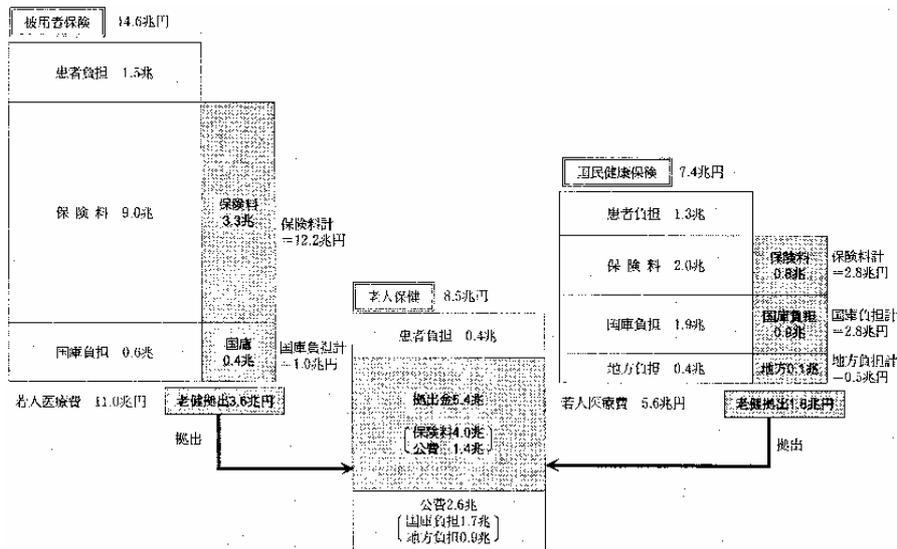
[拠出金算定の仕組み(人数は 1,000 人当たりを老人加入者数(1994 年度実績) )]



(参考) 拠出金算定における各保険者の老人加入率の上下限 (厚生省資料より作成)

	1994 年度以前	1995 年度	1996 年度	1997 年度
上限	20%	22%	24%	25%
下限	1%	1.4%	1.4%	1.4%

現行の医療費の財源構成 (1995 年度) (厚生省資料)



老人の支払う保険料 (1993 年度ベースのごく粗い試算) (単位: 億円、%)

	政管健保	組合健保	市町村国保
計	900	300	4,200
(老人の加入者数に対する割合: %)	(100)	(100)	(100)
保険料収入に占める割合: %	1.7	0.6	16.8
・被保険者(世帯主たる被保険者)である老人が支払う保険料	900	300	3,200
(老人の加入者数に対する割合: %)	(16)	(7)	(58)
・被扶養者(世帯主たる被保険者)である老人が支払う保険料			1,000

(老人の加入者数に対する割合：%)	(84)	(93)	(42)
-------------------	------	------	------

(注) 1. 市町村国保の世帯主たる被保険者の保険料には、当該世帯の世帯員たる被保険者について算定される分を含まない。

2. 政管健保及び組合健保は事業主負担を含む。

3. 市町村国保は給付費及び拠出金に約5割の国庫負担がある。

(資料) 健康保険被保険者実態調査，国民健康保険実態調査等により、厚生省作成。

総人口、70歳以上、75歳以上の人口及び割合（中位推計）

年次	人口（万人）			総人口に占める割合（%）	
	総人口	70歳以上	75歳以上	70歳以上	75歳以上
1972 老人福祉法改正 (老人医療のいわゆる無料化)	10,733	480	245	4.5	2.3
1982 老人保健法制定 (老人保健制度の創設)	11,869	729	400	6.2	3.4
1995	12,557	1,188	718	9.5	5.7
2000	12,689	1,478	889	11.6	7.0
2005	12,768	1,770	1,115	13.9	8.7
2010	12,762	2,011	1,335	15.8	10.5
2025	12,091	2,625	1,889	21.7	15.6
2050	10,050	2,587	1,887	25.7	18.8

資料：1982年以前は総務庁統計局「推計人口」

1995年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（1997年1月推計）」による。