

連合の医療制度改革構想

1997年8月

日本労働組合総連合会

医療提供体制

診療所と病院のあり方

医療機関の機能分担と地域医療ネットワークの構築

わが国の医療提供体制の欠陥ともいうべき基本的問題点は、外来（診療所）と入院（病院）初期医療から高次医療に至る医療機関の機能分担が不明確なことです。改革のポイントは、開業医を中心とした外来部門については健康相談や予防を含めた初期医療（プライマリー・ヘルスケア）の機能に限定し、高次の医療機関へのアクセス・ポイントとしていくことです。

具体的には、複数の選択肢を用意した「家庭医の登録制」を採用し、かつ診療報酬面でも登録に応じた「定額払い（人頭払い）」を加味したものとしていく必要があります。これらの施策により患者の医師・医療機関へのアクセスはある意味で制限されることとなりますが、一方で、国民誰もが今日の最高水準の医療を受ける権利を行使できる環境整備をはかっていくことで、相互の有機的な連携による地域医療ネットワークの構築とそのシステム化を進めていくことが重要です。この改革は現行制度を前提とする限り、不可能と言わざるを得ません。

また、近年の医学教育が極度に専門分化していることを改めて、プライマリー・ヘルスケアを担う医師を養成するためには、教育課程の改訂と臨床研修の充実が不可欠です。

医療圏域の設定など地域医療計画の実効性の担保

高額医療機器を含む投資費用と診療報酬との関連

大都市圏に医療機関が集中し、過疎地などでは逆に医師不足などにより十分な医療資源を確保できないという現状も大きな問題です。地域医療圏ごとに設定されている必要病床数など地域医療計画の実効性を確保していくことが、医療資源の有効活用と必要な資源確保の両面から重要な課題です。

また、わが国の医療保険制度では、高額医療機器の購入に一切の制約がなく、診療報酬においても検査に応じた実績払いとなっています。その結果、線CTやMRIの設置数が西欧各国の8~9倍にも上り（図表1参照）さらには投資した資金回収を目的とした過剰な検査も行われており、これらが医療費無駄遣いの一因となっているのです。

諸外国では、高額医療機器を投資的費用（キャピタル・コスト）に含め、通常の運営費用（ランニング・コスト）とは別立てとしている例が少なくありません。今後、地域医療計画に高額医療機器をふくめて共同利用の促進をはかっていくことが必要です。また、地域医療計画に診療所も含めることは、家庭医機能の制度化の点でも重要です。

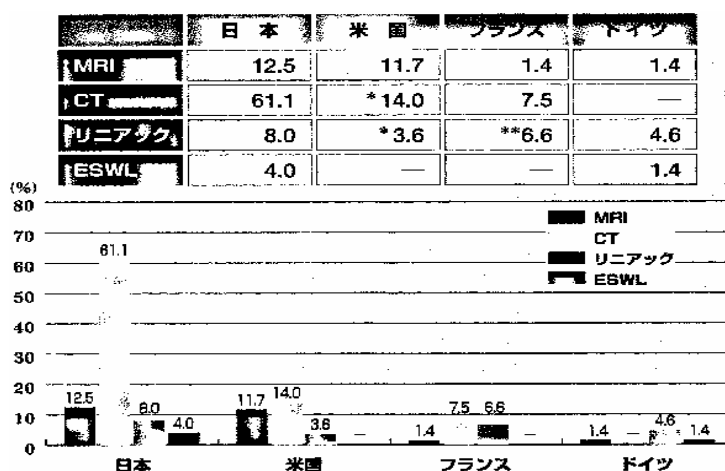
診療所、病院が必要数を上回る地域では、今後資源不足が懸念される介護保険関連サービス機関（在宅および施設）への積極的な転換や必要数を下回る地域への資源誘導など、公的な関与を強めることが求められます。

こうした地域医療の保障および医療資源の適正配置と効率化を図る観点から、都道府県で策定されている地域医療計画の実効性を担保する手だてが必要です。

21世紀には医師過剰時代が到来すると言われていています（厚生省「医師需給の見直し等に関する検討会意見」）。医療費と医師数に高い相関があることから、西欧各国でも、養成数の削減や保険医への指定について見直しが進められています。ドイツの保険医定年制やフランスの医師早期離職制度（公的年金支給開始年齢前に特別手当を支給）などを参考に、保険医制度の見直しが求められます。

すべての医療関係者は、限られた社会的資源を有効に活用し、質の高い医療を提供する社会的使命について、より一層自覚しなければなりません。

医療機器の普及率(医療機器の設置数/人口 100 万人)



資料出所：OECD ヘルスデータ 1996、日本については、平成 5 年医療施設調査。

日本の医療費のうち、MRI、リニアック、ESWL については病院のみ、CT については病院と一般診療所の合計である。

データは 1993 年、ただし、*は 1992 年、**は 1994 年である。

診療報酬・薬価制度

出来高払い方式から包括的支払い制へ

疾患別一件あたり包括払い制を中心とした診療報酬体系への転換
わが国の診療報酬支払い制度は「点数単価出来高払い制度」と呼ばれるもので、検査や

投薬を含め診療行為を点数換算し、総点数に1点単価(10円)を乗じた額を医療機関に支払う方式となっています。戦後、医療供給量を飛躍的に増大させる必要性があったなかで、この支払い方式が果たしてきた歴史的役割は評価すべきですが、現状では逆に、医療費の増高と無駄・非効率の要因となっています。現行の出来高払い方式のもとでは、医療提供者による需要誘発(供給が需要を生む)は避けられず、また公定薬価制度の下での市場価格との差益問題が医療費の無駄に拍車をかけています。

一方、諸外国では、疾患ごとあるいは治療群ごとの包括的支払制度(DRG PPS)が主流になりつつあります。この包括的支払い制度とは、人件費、医薬品、医薬材料費などの医療資源の必要度に応じて疾病を分類し、分類した治療群(DRG)ごとに標準的な医療費を定めて医療機関に支払う方式です。この方式のもとでは、過剰診療による費用膨張にさらされ続ける出来高払い方式とは異なり、「最小の費用で最大の効果」を求めるインセンティブが強く働くとされています。

DRG分類と支払い方式は、アメリカのメディ・ケアにはじまって以来、ドイツ、オランダ、スペイン、ベルギー、イタリア、フランス、スウェーデン、ノルウェーなど世界各国に広がっています。このうち、フランスでは病院ごとの総枠予算の配分に際して、患者の疾病分類に基づく診療データベースが活用されています。

わが国の診療報酬制度の改革にあたっては、まず、包括的支払い方式を中心とした診療報酬制度に転換する必要があります。この方式の採用に際しては、診療情報の開示とコンピュータ化、医療機能の客観的評価が一層重要となります。

さらに診療所と病院の機能に対応した支払い方式としていく必要があります。診療所については、「家庭医(ホーム・ドクター)」制度を採用し、登録人頭払い制度を加味した定額払い方式に転換します。病院については、必要とされる医療内容に対応した「疾患・治療群別包括払い方式(DRG PPS)」を基本とし、高額医療機器を含む投資的費用(キャピタルコスト)については、診療に係わる運営費用(ランニングコスト)とは明白に区分した体系とすべきです。

薬剤給付制度の改革

公定価格制度による「薬価差益」の解消

現在、薬剤給付や検査は出来高払いの支払い方式のもとで、個別具体的な投薬・検査ごとに単価が決められ(公定価格制度)、保険給付される仕組みになっています。この方式のもとでは、市場価格と公定価格の間に必然的に「価格差」が生じ(いわゆる薬価差益、検査差益)、この「差益」が医療機関の収入となるため、医療機関が、購入薬剤の決定や投薬・検査においてできるだけ「差益」が大きくなるよう行動することはある意味で当然と言えます。この「薬価差益」は現在、約1兆3,500億円と推計されています。この「差益」に製薬メーカーの医薬品出荷額および卸マージンを加えたものより医療保険が支払っている薬剤費の総額は大きく、ここにもまた「差」があると言われています。現行の薬剤給付

制度のもとで、不透明な差益や無駄を生じていることは明白であり、速やかな制度改革が求められています。

私たちが提起する診療報酬支払い方式の定額化・包括化によって、薬剤・検査に着目した保険給付制度は必然的に廃止され、市場メカニズムによって代替されます。医療機関はできるだけ効果が大きくかつ安価な薬剤を採用するようになるからです。

しかし、欧米の制度をみると診療所（外来部門）では、医薬完全分業のもとで薬剤について独自の保険給付制度を採用しているのが実態です。具体的には、参照価格制度（ドイツ、オランダ、デンマークなど）や償還払い制度（フランスなど）がそれにあたります。

診療報酬支払い方式の定額化・包括化が全面的に採用されず、当面いずれかの分野で薬剤について別立ての給付制度が残る場合は、公定価格制度ではなく市場価格をベースとした参照価格制の採用が望ましいと言えます。その際、処方時に価格を含む代替医薬品の告知義務を医師に課すことや、拘束的な処方ガイドラインを設定することなども合わせて検討すべきです。

参照価格制度（Reference Price System）

わが国の公定価格制度のように個別銘柄ごとに薬価を設定するのではなく、同じ薬効や成分を有する薬剤についてグルーピングし、市場価格をもとに医療保険が給付する上限額をそれぞれ設定するものです。この方式のもとでは、画期的新薬や特許期間中の薬は参照価格制から除外されるのが通例です。したがって、画期的新薬等の取り扱いと参照価格制でカバーされる薬剤の範囲、グルーピングと価格設定によってその効果は異なります。

償還払い制度（フランス）

政府と製薬企業間の交渉によって決定された薬剤価格をもとに、医療保険が償還する率を 100%～0%までの 4 区分に分けて設定する制度です。従って、患者一部負担は薬剤によって、0%～100%と異なります。

* 実際は、この患者一部負担をカバーするために非営利の「相互扶助組合（Mutuelles）」に加入しているケースがほとんどで、ほぼ全額が償還されます。

情報公開と機能評価

医療情報の公開と提供

インフォームドコンセントと保険者機能の強化

医療に関する情報の提供については、医療機関自らの開示、自治体による医療情報の提供に加え、医療保険者による加入者への必要な情報提供（とくに医療機関に関する）も重要です。

インフォームドコンセントについては、現在、継続審議となっている「医療法の一部改

正案」で医師の努力規定として盛り込まれましたが、義務規定に改める必要があります。また、診療報酬明細書（レセプト）や診療録（カルテ）についても本人の求めがあれば開示すべきです。

医療費の無駄をなくし事務の効率化をはかるために、診療情報のコンピュータ化も重要な課題です。ドイツではすでに、被保険者証が IC カード化されていますし、フランスでも 1999 年までにすべての被保険者に IC カードが交付されることになっています。この IC カードに、本人の診療、投薬や検査データなどが記録され、次の受診時に有効に活用されます。わが国でも、プライバシー保護に十分配慮しつつ早急にこうした診療情報のコンピュータ化を進める必要があります。

医療機関の機能評価については、公益法人たる「医療機能評価機構」が本年度から事業を開始しています。しかし、医療機関の機能評価が施設面が中心であることや評価結果の開示も任意であることなど、問題点が指摘されています。今後は、保険者が加入者に医療機関の質に関する情報を積極的に提供していくことなどが必要です。

保険者は本来、被保険者・加入者の利益を代表し、彼らの代理人として行動すべき組織です。しかしこれまで、わが国では保険者がこうした機能を発揮できる条件は限られていました。加入者への適切な情報提供とあわせ、医療機関に支払うべき報酬について医療提供側と交渉し契約できるシステムを展望するなど、総合的な保険者機能を強化できるよう、制度の改革が必要です。

保険給付と費用負担

職域保険と地域保険のあり方

保険集団の規模の適正化

わが国には現在、約 3,000 の市町村国保と約 2,000 の被用者健保、合わせて約 5,000 もの保険集団があります。

このうち、組合健康保険は組合数 1,819、被保険者数 1,540 万人（1996 年 3 月）ですが、最大組合の被保険者数 23 万 4,800 人に対し、最小は 44 人となっています（1996 年 3 月）。健保組合は、単一型 700 人以上、総合型 3,000 人以上を設立要件としていますが、認可後はこの要件を下回っても解散する例はほとんどないことから、きわめて小規模な保険集団も存在しているのです。また、企業の倒産等によって解散する際、その債権・債務は現行法制度上、政府管掌健康保険に引き継がれることになっており、解散ルールの明確化も必要です。

一方、政府管掌健康保険は被保険者数 1,973 万人（同上）、家族を含めると約 4,000 万人もの巨大集団です。政管健保の運営のあり方についても、被保険者への情報提供、医療提供側との費用交渉などこれまでみてきた保険者機能の面から、あらためて検討を深める必要があります。労使代表による運営委員会の設置は急務です。

また、医師、弁護士、総合建設会社などの国保組合制度については、少なくとも国庫補

助金を廃止するなど、制度の抜本的な見直しが必要です。

被用者健保の適用要件の拡大

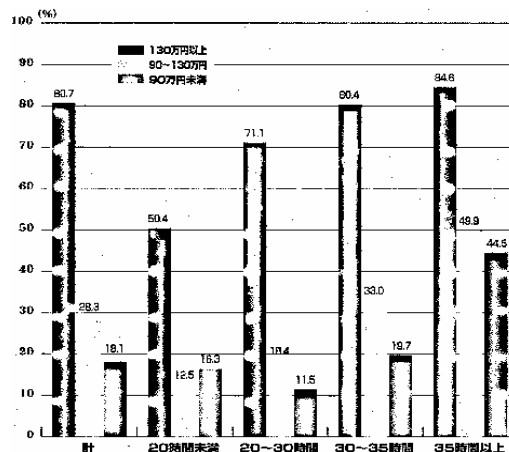
パート労働者など非正規労働者の増大への対応

被用者保険の被保険者資格は、事業所と常用的使用関係にあるかどうかにより判断されることになっています(収入上の要件は課せられていません)。この常用的使用関係の基準について、厚生省の通知は「当該事業所において同種の業務に従事する通常の就労者の所定労働時間・日数のおおむね4分の3以上である就労者」としています。

しかしその実態は、週35時間以上の就労でみると、年収別の加入状況は130万円以上で約85%の加入、90~130万円で約50%の加入、90万円未満では約45%の加入となっています(図表-2参照)。このように実際上の加入については、健保の被扶養者認定収入基準(130万円未満)と絡まって運用されているのです。

現在、社会保険事務所などでは先の基準に従ってパート労働者等への被用者健保の適用を行政指導していますが、給与台帳などに基づく厳格なものとはなっていません。今後、実際の就労状況に基づく被用者健保制度の厳格な適用を求めていく必要があります。

パートタイマーの厚生年金・健康保険への加入状況



資料出所：労働省「パートタイム労働者総合実態調査」(1995年)より作成

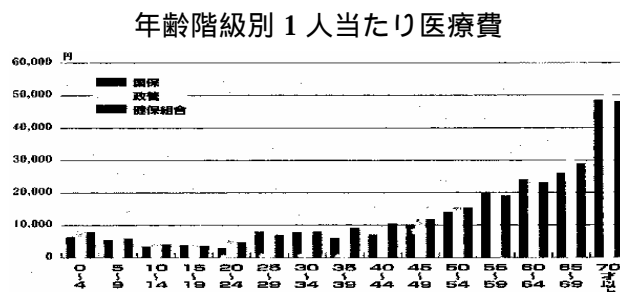
高齢者医療制度の改革

退職高齢者の位置付けの見直しと老人保健制度の廃止

老人保健制度の問題点 退職者については国保ではなく被用者健保の加入者に

雇用労働者は、退職すると被用者健康保険の加入資格を失い、一般的には市町村国保の被保険者となります。このような制度となっているため、産業構造の転換が進み雇用労働者の比率が高まるのと比例して、市町村国保の加入者に占める被用者年金制度の加入者の比率が高まります(現状では約4割)。年齢階級別一人当たり医療費に関する統計(図表-3)を見れば明らかとなっており、医療費は年齢階級の高まりに完全に比例していますから、市町村国保は相対的に医療費の高いハイリスク集団となってしまいます。

こうした不合理を是正するため、老人医療費の保険制度間財政調整を行う目的で老人保健制度が創設（1982年）されましたが、この制度は極めて特殊な制度と言わざるをえません。そもそも退職者が被用者健保の加入資格を失ってしまうことにこそ、本質的な問題があるのです。



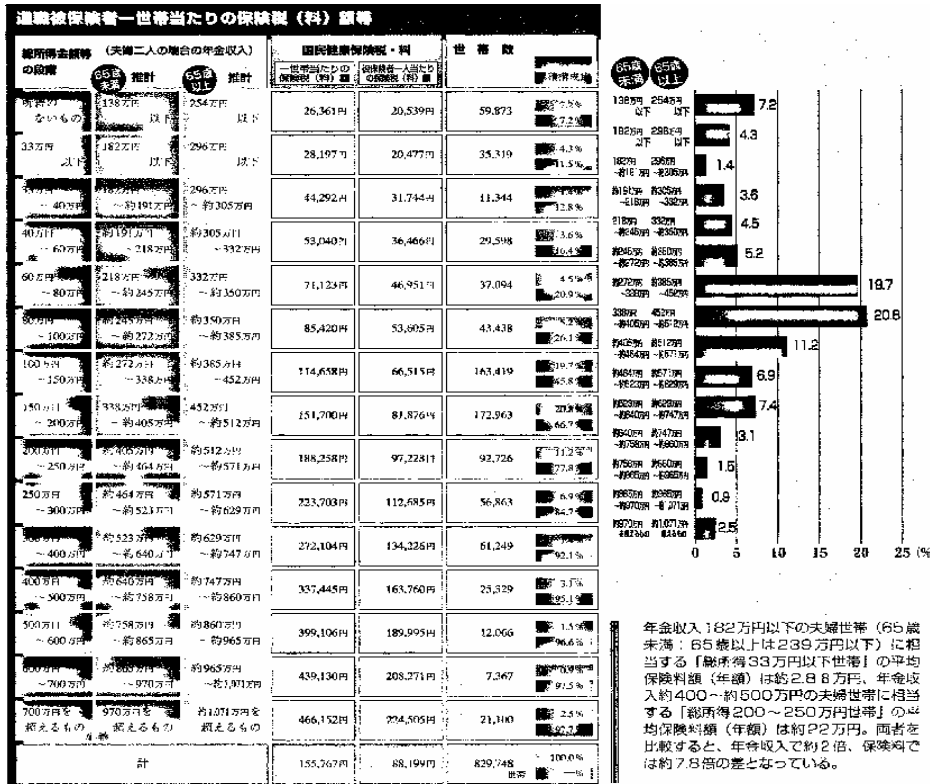
資料出所：1994年度厚生省資料より作成

独、仏両国は、わが国と同様に社会保険システムによって医療保障を行っていますが、制度的には両国に違いはあるものの、退職者については被用者健保の加入者とする考えは共通しています。したがって両国では老人医療問題あるいは老人医療という概念はありません。医療保険制度は、さまざまなリスクをもつ人々で構成される集団が、自治と連帯を基調として医療保障を行う制度です。高齢者など特定年齢階層を除外することこそ、社会保険制度の主旨に反すると言えます。

現行の老人保健制度の基本的問題点として次の2点が指摘できます。

第1は、当事者性です。各医療保険は高齢者医療について、当事者責任は発揮できません。第2は、給付基準が同一なのに、負担基準がまちまちなことです。

退職被保険者一世帯当たりの保険税(料)額



資料出所： 自治省税務局市町村税課「1995年度(平成7年度)国民健康保険税に関する調」より作成

総所得金額等の段階に対応する65歳未満、65歳以上年金収入については、連合が資料より推計したものと。

老人保健制度加入者（70歳以上の高齢者）は、各人が属する保険集団の保険料賦課ルールによって保険料を負担します。したがって、負担の基準は保険集団ごとにまちまちです。しかし、給付内容やその水準は、老人保健制度によって同一となっています。また、被用者OB内部の負担の不公平も指摘できます。国保の退職被保険者（被用者健保に加入していた者で老人保健制度の加入対象となる70歳まで）1世帯当たりの年間保険料は、別表（図表4）のとおりです。

これによると、年金収入296万円以下の夫婦世帯（65歳以上；65歳未満は182万円以下）に相当する「総所得33万円以下世帯」の平均保険料額（年額）は約2.8万円ですが、年金収入約512万円～約571万円の夫婦世帯（65歳以上）に相当する「総所得200万円～250万円世帯」の平均保険料額（年額）は約18.8万円となっています。両者を比較すると、年金収入で約1.8倍の差が保険料では約6.7倍の差となっています。

私たち現役労働者の場合は、収入（月例賃金）の差がすなわち保険料額の差となるわけですから（比例保険料）年金受給者間の負担格差は大きなものがあると言えます。

退職者健康保険制度の創設

退職者と現役労働者との負担の公平確保

連合は、すでに「96～97年度政策・制度要求と提言」で、退職高齢者を被用者保険の被保険者とするよう提言していますが、約1,900に分立している被用者健保の現状や労働力移動の実態を踏まえ、被用者健保の被保険者として継続する具体的なシステムとして「退職者健康保険」の創設を提起します（別図参照）。

この制度の基本的考え方は、被用者（雇用労働者）が定年退職後も、引き続きそれまでの健康保険に加入する制度を展望し、年齢階層とは無関係にリスク分散をはかりながら一定のルールに基づき給付を受け、保険料を負担する医療保険の主旨に則った制度とする、というものです。

具体的な制度の仕組みは以下のとおりです。

健康保険法に「退職者健康保険」を位置づける。

被用者健康保険（政府管掌健保、組合健保、公務員等共済）の被保険者として一定期間（例えば20年以上）加入していた者は、退職者健保の被保険者とする（加入資格をもつ被保険者が死亡した場合、遺族年金受給者は被保険者とする）。

給付については、健康保険法の定めによるものとする。但し、高齢者の心身の特性に配慮し、一定年齢（70ないし75歳）以上の者については、独自の患者負担限度額制度を設ける（例えば、現行の高額療養費制度の低所得者区分を適用し、償還制ではなく限度額まで窓口払いとするなど）。

保険料については、退職者を含む被用者全体の平均料率（但し、退職者と現役労働者との負担の公平を確保するため総報酬＝年収ベースによる）を適用する。具体的には、公的年金等の収入を基礎とした標準報酬月額に上記料率を乗じて得られた額を保険料額とし、その2分の1は被用者健保が負担する。

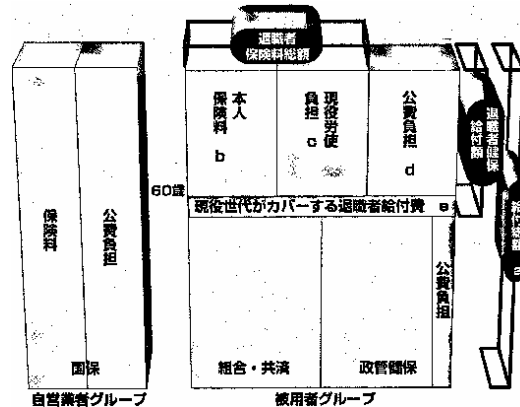
この制度により、退職者も現役労働者と同様に収入（公的年金等）に対する比例保険料となることから、先に指摘した退職高齢者内部の負担の不公平も回避できます。

現在、就労人口に占める雇用労働者の割合は82%です（1996年）が、年々その割合は高まっています。かつて、国民皆保険制度となった1960年当時、この割合は53%にすぎませんでした（別表参照）。このことは、現在の老人保健制度適用者（70歳以上）に占める退職年金受給者の割合は5割程度と推計されていますが、中長期的には、高齢者のうち8割以上が退職年金受給者によって占められることを意味しています。ただし、当面は被用者健保より国保の方が、高齢者のウェイトが相対的に高くなります。現在、老人医療費のうち3割が公費負担となっていますが、老人保健制度廃止後、少なくともこの3割相当の公費を高齢者のウェイトに応じて引き続き活用すべきです。

老人保健制度のうち保健事業については、市町村が実施主体となり国、都道府県、市町

村がその費用を3分の1ずつ負担しています。老人保健制度廃止後は、市町村の固有事務として、ないしは新たな介護保険制度のなかで位置づけて継続することが必要です。

退職者健康保険のイメージ



市町村国保の制度改革

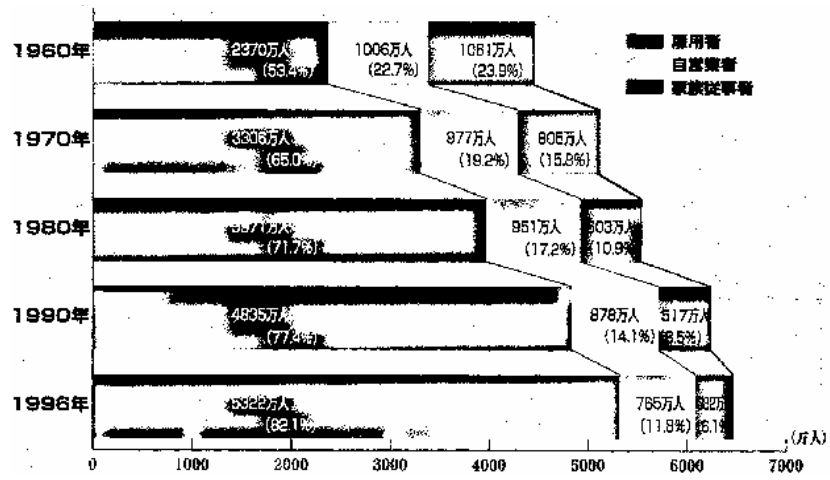
退職者健保制度の具体化により、その時点で国保加入者は現在の6割程度となります。また就業構造の変化により中長期的にも国保加入者は相当程度減少していきます。

また、医療サービスの性格も、都道府県ごとに設定されている「地域医療計画」をみても明らかとなり市町村を超えた広域的なものです。介護サービスが基本的には市町村を単位とした地域密着型の性格をもっているのとは異なっています。さらには費用面でも、1件医療費が数千万円となることもあり、リスク分散を図りうる保険集団としての適正な規模が求められます。これらのことを総合的に勘案すると、自営業、農業者等を対象とする地域保険たる市町村国保は都道府県単位での運営体とすべきです。

その際、保険料徴収事務については都道府県が市町村に委託することが考えられます(現在でも、都道府県税は市町村に、国民年金保険料については国から市町村に徴収委託されています)。

また、市町村国保加入者のうち約20%は個人事業所等の従事者です。個人事業所がかつ従事者5人未満の場合と、サービス・レジャー・農林水産業など特定分野の個人事業所の場合は従事者数に係わらず被用者健保の適用は任意とされているからです。こうした個人事業所等の従事者についての任意規定は制度上、認めるべきではなく被用者健保を適用すべきです。

従業上の地位別就業者構成比の年次推移



資料出所：総務庁統計局・1996年(平成8年)「労働力調査年報」より作成
役員は雇用者に含まれる。