

はじめに

- (1) 今後のわが国経済のグローバル化、高齢・少子社会を迎える中で、豊かで活力ある社会を実現していくためには、1997年度を財政構造改革元年と位置づけ、公民の役割分担を明確にしつつ、公共投資、文教、国と地方の関係など聖域なくあらゆる歳出項目にわたってゼロ・ベースで見直すという、抜本的な歳出構造改革に着手しなければならない。その際、最大の課題となるのが社会保障制度の改革である。
- (2) 経団連では、既に10月15日、「社会保障制度改革の必要性と高齢者介護に関するわれわれの考え方」において、高齢者介護制度および社会保障制度の改革を進めるための基本的な考え方を示した。その中で、社会保障制度の改革は、高齢・少子社会に向けて、如何に活力ある経済社会を構築するか、という課題に答えながら進めなければならない。そのためにも、社会保障制度全体の将来ビジョンを示したうえで、個別制度の改革に取り組む必要があると指摘した。
- (3) 現行の医療保障制度の問題は、医師、患者を問わず国民全体の問題となっており、適切かつ効率的な医療サービスの供給を将来にわたって保障することは国民の重大な関心事である。

このため、医療保障制度については、来年度予算編成において、以下に指摘するような緊急対策を実施するとともに、経済的に持続可能なシステムとすべく、引き続き抜本的な制度改革を段階的に推進していく必要がある。財政制度委員会では、問題の緊急性に鑑み、下記の通り、医療保障制度改革の意見を取りまとめたが、引き続き医療、年金、福祉等を一体とする社会保障制度改革全体の将来ビジョンを年内に明らかにする予定である。

## 1. 医療保険財政の危機と1997年度の緊急対策の実施

### (1) 国民医療費、特に高齢者医療費増大の現状

1995年度の国民医療費は27兆円を超え、対国民所得比で7.2%に達する見込みである。今後の国民医療費の伸びは、国民所得の伸びを恒常的に上回ることが確実であり、厚生省の推計によれば、国民医療費の対国民所得比は2000年度8.5%、2010年度13%、2025年度19%にまで高まる。なかでも高齢者医療費は、後期高齢者の増大など今後の本格的な高齢社会の到来に伴い急増が避けられず、2025年度には国民医療費のほぼ半分を占めると見られる。

### (2) 医療保険財政の悪化

医療保険財政は、悪化の一途を辿っている。健保組合の収支は、1994年度に赤字に

転落して以来、その赤字幅は拡大し続けており、2001 年度には 1 兆円を超える見込みである（健保連予測）。また、政管健保も 2001 年度 1 兆 7800 億円の赤字が見込まれている（厚生省試算）。このように、近年、医療保険の財政、収支が悪化してきたのは、経済の低成長による保険料収入の伸び悩みに加え、老人保健制度への拠出金の急増によるところが大きい。特に、今後の急速な高齢化を背景に、将来の高齢者医療費、従って老人保健拠出金の急増は避けられず、これが各医療保険財政を圧迫することは確実である。

### （3）保険料水準の限界

現在、国民負担率は 37.2%（1996 年度見込み）となっているが、財政赤字分を考慮した一般政府総支出の対国民所得比では、既に 44%（1994 年度）に達している。国民の活力を維持する観点から、橋本ビジョンに示されたように国民負担率を 45% 以下に抑えるには、健康保険料をこれ以上引き上げる余地はほとんどなく、医療保険財政の赤字解消を保険料の引き上げに頼ることは困難である。

### （4）医療費総額抑制と保険財政改善のための緊急対策の実施

これまでの医療は、国民のニーズに十分に対応するために如何に供給を増やしていかかが主たる対策となっていたため、医療のコストや無駄についての意識が薄かったことは否めない。しかし、今後急速に高齢化が進行し、医療費総額の増高が予想される中では、医療サービスといえどもコスト意識を持って、できる限り効率的に行われなければならない。コスト意識を持ち、無駄を省くことで、当面、医療費の総額を抑制し、これ以上の保険財政の悪化を食い止め、社会保障関係予算の構造改革に着手することが可能となる。具体的には、過度の重複受診、過剰投薬、高度医療の濫用など無駄な医療供給を極力削減するとともに、被保険者に適切な自己負担を求める必要がある。医療保障制度の抜本改革に向けた、来年度の第 1 段階の改革では、次の緊急対策を実施すべきである。

## 【1997 年度改革】

- 組合健保、政管健保等の自己負担率（本人）の 2 割（本則）への引き上げ
- 自己負担額の上限（高額療養費制度の適用）の引き上げ
- 老人保健制度の自己負担の定率化（1 割）と自己負担の上限の設定
- 薬剤費に関する自己負担率の引き上げ（3～5 割）

## 2. 老人保健制度、高齢者医療費の問題点とその是正

来年度に上記のような制度改正を行ったとしても、引き続き次のステップとして、老人保健制度をはじめとした医療保障制度の構造的な歪みを是正しない限り、今後の高齢化に伴い、保険財政が再び悪化の道を辿ることは必至である。

### （1）老人保健制度の問題点

現行の老人保健制度は、その費用の7割を組合健保、政管健保、国保の各保険者が保険料として集めた資金を拠出することで賄い、残りの3割を国・自治体が公費で賄っている。これは、70歳以上の高齢者の一人当たり医療費が、現役世代と較べ突出して高く、自ら支払う保険料に加えて、世代間扶助の観点から支援を行っていることによる。

年齢階級別一人当たり一般診療医療費（1993年度）

	推 計 額	平均に対する比率
平 均	16万8100円	1.00
0～14歳	6万1400円	0.37
15～44歳	7万4900円	0.45
45～64歳	20万200円	1.19
65歳以上	53万2300円	3.17
70歳以上（再掲）	63万5800円	3.78

（出典）厚生省「国民医療費」

他方、現役世代の被保険者から見れば、自らの疾病のリスク・シェアを主な目的として支払っているはずの保険料から、世代間扶助の性格の強い老人保健制度に対して多額の拠出金が支払われていることになる。このため、現役世代は、世代間扶助を行うために上乗せされた保険料を意図せずに負担しているばかりか、社会保険方式のメリットである負担と受益の関係が不明確になり、医療保険制度および老人保健制度への不信感が高まっている。

（2）高齢者医療費の問題点と抑制策

老人医療等公費負担医療に関する行政監察結果（総務庁）によれば、高齢者医療費の中には、重複受診（同一傷病について複数の医療機関で診療を受けている）、過剰投薬（例えば一ヵ月で45日分の投薬）などの事例がありながら、国民健保の保険者である各自治体が必ずしもその実態を把握していない場合がある。また、調査した老人病院に入院中の高齢者医療受給者のうち、28.3%が社会的入院者と判断され、さらに、この社会的入院者と判断された患者の約半数が特別養護老人ホームへの入所待機者となっていた。

このような問題が高齢者医療費の増大を招いている面もあり、本格的な高齢者介護制度を導入することにより社会的入院を解消するとともに、非効率、不合理な医療供給を排し、高齢者医療費の効率化、抑制を図るべきである。

（3）目的に合わせた財源の選択 社会保険方式と公費方式

老人保健制度を支える現役世代の不信感を払拭し、高齢者医療保障制度を持続可能なものとするには、高齢者医療費の合理化・効率化のみならず、根本的に老人保健制度を改革し、その目的に相応しい財源を選択しなければならない。

その場合、先ず第 1 に、高齢者間のリスク・シェアに着目し、高齢者のみで負担する社会保険方式に変更することが考えられる。この方式では、受益と負担の関係が明確になり、新制度を高齢者自ら支える形になるというメリットがある反面、その保険料は極めて高水準にならざるを得ない。その結果、保険料水準を抑えるために公費負担または現役世代からの拠出金を求めれば、現行の老人保健制度同様、目的と手段の関係が不明確で信頼感の欠ける制度となる。

第 2 に、高齢者保険方式にかえて、全世代で単一の社会保険方式あるいは保険者別に OB も含めてカバーする社会保険方式とする考え方もある。この場合、単一の社会保険方式については、現行の保険制度が被保険者の特性に応じた保険組合によって運営されていることを考えれば、これを統合する積極的理由に乏しく、行政改革推進の見地からも現実的ではない。また、OB を含めた形での社会保険方式については、現役世代にとって受益と負担の関係が不明確なまま、結果的に世代間扶助の要素が上乘せされ、現行の老人保健制度と同じ問題を抱えることになる。

そこで、第 3 に、税および財政支出の持つ所得再分配機能に着目し、老人保健制度を社会保険から切り離して、老人保健制度は社会福祉であると考え、公費方式に切り換えていくことが考えられる。その際、必要な医療保障財源が確保できるのか、また反対に経費の膨張を抑制できないのではないかと、といった懸念はあるものの、一般の医療保険は現役世代内のリスク・シェア、高齢者医療保障は福祉として全世代が支え合うという性格付けが明確になり、現行の老人保健制度の不明確で曖昧な制度という欠点が解消される。

現行制度から公費方式に変更する場合、長期債務残高が累増しつつある財政への影響を考えると、その財源は、冒頭に述べたような徹底した歳出構造改革を断行することにより賄うべきである。ただし、財源が不足する場合には、国民全体で支える消費税方式の新税の創設、あるいは地方自主財源の充実について、国民の理解と協力を求めていくべきである。

#### (4) 高齢者に対する社会保障給付の合理化、効率化

所得、資産等の世代別分布をみる限り、必ずしも高齢者全てを一律に経済的弱者として扱う論拠はない。高職者についても、その所得、資産等に応じて、社会保障給付水準を再検討するとともに、真の経済的弱者に対する適切な措置を講ずることを前提に、応分の負担を求めることが望ましい。

また、これまでバラバラに給付されてきた医療、年金、福祉の給付を総合的に調整することにより、給付の合理化、効率化を図るべきである。

### 3. 各医療保障制度に共通する構造的歪みとその是正

現行医療保障制度には、老人保健制度以外にさらに次のような構造的歪みがあり、制度の抜本改革により是正していく必要がある。

#### (1) 医療サービス供給の問題点

これまでは、医療サービスの供給量、アクセスを確保することが重視されてきたため、出来高払い制度、自治体による保険医の指定など、量・アクセス確保のための仕組みが多く取り入れられてきた。しかし、厚生省の推計によれば、既に医師は供給過熱にあり、今後何らかの措置を取らない限り、このギャップは拡大していく。また、病床数も他の先進諸国に較べて極めて高い水準にある。医師数、病床数と医療費の間には強い相関関係があり、「供給が需要を作りだす」という構造になっているといわれている。このような状況が続けば、医療費の自己増殖的な増大は避けられず、早晚、医療保険財政は破綻することとなる。

一方で、国民の間には、長い待ち時間で短い診療時間、医療機関に関する情報の不足など、医療サービスに対する不満がある。併せて、地域による医療サービスのアンバランスも指摘されており、国、自治体は国民に対して良質かつ適切な医療が効率的に提供されているかどうかをチェックする必要がある。

#### (2) 医療保険者の機能強化と競争原理の導入

医療保険者には、被保険者への医療情報の提供、適切な保険医の紹介など、利用者の立場に立って適切かつ効率的な医療サービスを確保することが期待されており、そのことを通じて医療費総額の抑制、保険料水準の適正化を図るべきである。しかし、現状では、様々な規制によりこれらの機能を発揮できず、保険者は事実上保険料徴収機関にとどまる状況となっている。

今後、医療の分野においても、如何に「利用者本位」の状況を作りだしていけるかが、制度改革の鍵となる。

医療保険者が、医療サービスの利用者の立場に立って、被保険者へのきめ細かな医療情報の提供、適切な保険医の紹介、保険医との直接契約、レセプト審査（民間企業への委託を含む）など本来の機能を十分発揮することが、とりもなおさず医療サービス供給に競争原理を導入することになり、医療費の抑制につながる。

#### (3) 民間企業によるサービスの提供と質の確保

標準的な医療サービスは公的保険で給付するものと考えるが、医療サービスの多様化、質の向上が求められている現在、情報開示の徹底など一定の条件のもとに保険医における混合診療を大幅に認めるとともに、医療分野においても民間企業の参入を認め、無駄の排除や効率化を通じて医療費抑制を図るべきである。また、公民を問わず医療サービスの質を確保するため、第三者機関が評価を行い、公表する仕組みを作る必要がある。

### 4. 段階的な改革の推進、小さな政府の実現と国民の信頼の回復

#### (1) 段階的な改革の推進

以上のような考え方にそって、医療保障改革を段階的に推進していく場合、1997

年度の第 1 段階改革に続いて以下のようなアプローチが考えられる。

第 2 段階の改革 = 医療の合理化・効率化の促進

第 2 段階として、医療サービスの合理化・効率化を進めるための制度改正を行うべきである。その場合、定型的な医療行為への定額払い制度の拡大、企業による病院等の経営の自由化、医療機関の広告規制の緩和および医療に関する国民への情報提供の充実、薬価基準の制度的見直しなどが対象となる。

第 3 段階の改革 = 高齢者介護制度の導入と一体となった医療保障改革の断行

本格的な高齢者介護制度の導入と一体となった、抜本的な医療保障改革を断行する。その改革の柱は次の 4 点である。

老人保健制度の抜本的改革

財源については国民全体で支える公費方式に移行する。

制度の対象者を限定する。

一律の年齢基準ではなく、所得捕捉の公平性を確保したうえで所得基準とし、基準を超える者は、引き続き各医療保険制度にとどまる。

真の経済的弱者に対する適切な措置を講ずることを前提に、高齢者の自己負担率を見直す。

これに伴い、老人保健拠出金を撤廃する。

高齢者介護制度の導入に伴い社会的入院を解消する。

医療保険者の機能強化と医療サービスへの競争原理の本格的な導入

保険者は保険医と選択的契約を行う。

保険者は、保険医に関する情報を被保険者に提供する。

民間企業への委託を含め、保険者によるレセプト審査を実施、強化する。

混合診療の割合を拡大する。

診療所、病院の役割分担（プライマリー・ケアと高度医療）を明確化するとともにネットワーク化を図る。

国立医療機関の整理統合

国立医療機関の機能を、高度先駆的医療、難病克服のための専門的医療などの政策医療や、臨床研究等に限定し、統合・集約化を図る。同時に、地域における一般的な医療提供の機能は、自治体に委譲する、民営化する、もしくは廃止する。

高齢者医療、介護、年金（基礎年金）の併給調整

高齢の引退世代に対する社会保障給付を総合的に行うこととし、その併給調整を行う。たとえば、介護サービスを受けた場合には、一定額を限度に基礎年金の給付を減額する。そのため、1997 年 1 月に導入予定の基礎年金番号を拡大し、プライバシーの保護を前提に、社会保障番号制度（仮称）を導入する。

(2) 効率的で小さな政府の実現と医療保障制度への信頼の回復

医療保障制度の改革にあたり、最も重要なことは、それぞれの制度の目的を明らか

にし、利用者やその制度を支える人々、特に現役の勤労世代の十分な納得と信頼を得ることである。

上記のような段階的な改革を推進することにより、組合健保、政管健保、国民健康保険など各医療保険制度の主たる目的が疾病に関する短期のリスク・シェアであることを明確にすることで、被保険者が負担する保険料の性格、さらには社会保険のメリットである受益と負担の関係が明確になり、国民の納得を得ることが可能となる。他方、高齢者医療保障については、社会保険方式ではなく、むしろ世代間扶助の考えの下で国民全体で支える制度として位置づけることが重要である。

併せて、コスト意識の高揚、競争原理の導入などによる無駄の排除や効率化を通じて、医療費、特に高齢者医療費の増嵩を極力とどめることで、租税負担と社会保障負担を合わせた国民負担率を抑制する必要がある。さらには、医療保障制度の改革と同時に、本格的な歳出構造改革(財源配分の見直しを含む)、行政改革に取り組むことで、小さくて効率的な政府を目指すべきである。

これらの結果、医療保険、高齢者医療ともに持続可能な制度となり、国民の信頼を回復することが可能となる。

なお、今後の医療保障制度の抜本改革を進めるにあたっては、国民の間の十分な議論を経たうえで、理解と協力を求める必要があり、行政には、そのための基本的なデータの提供と改革提案に関する説明責任(アカウンタビリティ)が先ず求められる。厚生省においては、国民各層からの要望に応じて、改革のための具体的なメニュー(選択肢)を、可能な限り詳しいデータ、将来推計や改革メニューのメリット・デメリットなどを付して国民の前に提示し、国民の選択に資するよう心掛けるべきである。

## 5. 本格的な高齢者介護制度の創設

高齢化の進行とともに要介護高齢者の数は急増し、介護の社会化の要請は急速に高まっており、本格的な介護制度の導入は避けられないと考える。

また、いわゆる社会的入院は、限りある社会保障財源の効率的な配分を妨げる結果となっている。今後は、介護サービスの供給体制の充実を図ることにより、医療行為と介護行為を峻別し、可能な限り早期に社会的入院を解消していかなければならない。そのためにも、本格的な高齢者介護制度の創設は、医療保障制度の改革と一体のものとして検討しなければならない。

### (1) 介護保険制度案の問題点

ところが、今回、厚生省案に基づいて旧連立与党で合意された介護保険制度案では、上記の基本的考え方に立った場合、次のような問題点がある。

40歳以上65歳未満の第2号被保険者は、高齢化に伴う要介護状態になった場合のみ介護給付が受けられることになっている。被保険者でありながら実質的には保険料を負担するのみで給付が受けられない仕組みになっており、負担と給付という

保険の関係が崩れている。

社会保険方式という形式を取りながら、給付の50%を公費で賄うこととしており、保険制度として組み立てるにはかなり問題がある。

若年障害者は公費方式となっており、高齢者介護のみ社会保険方式とする理由が明らかではない。

保険料未納者については、給付率の引き下げ等の措置を講ずるとしているが、未納者が要介護状態になった場合に、福祉の普遍性からいって介護サービス給付のレベルをカットすることは現実的には困難である。

施設サービス、ケアプラン作成等について、株式会社を含む多様な事業主体の参入を促すとの視点が乏しい。

介護給付と年金給付の調整など、他の社会保障制度との間の調整が不十分である。

## (2) 高齢者介護制度のあり方

高齢者介護制度については、公的保障と自助努力のミックスを基本とし、公的保障がカバーする範囲は、真に介護を必要とする高齢者への標準的な介護サービスに限定すべきである。また、民間企業、NPOによるサービス提供を全面的に促すことで、サービスの多様化、効率化を図ることが望まれる。さらに、医療保障と同様、制度の目的に照らして適切な財源を求めるべきである。

その場合、高齢者介護制度は、高齢者医療と同様、それ自体が保険として成立するものではなく、明らかに世代間扶助、社会福祉を目的としたものである。従って、その財源は、国民全体で支える公費方式とすることが望ましい。また、若年者介護との整合性をはかるとともに、高齢者医療、年金など他の社会保障制度との総合的な給付調整を行うためにも、公費方式が相応しい。

以上の考え方に基づいて、我々が考える高齢者介護制度の骨格（試案）を示すと、次の通りとなる。

### 実施時期

抜本的な医療保障制度改革と一体のものとして同時に施行する。

### 介護サービス内容

要介護高齢者とその家族にとって、介護には在宅、施設両方のサービスが必要であり、在宅、施設の両サービスは同時施行とする。

### 介護サービス供給における多様な事業主体の参入

介護サービス供給の多様化、効率化を図るために、在宅、施設両サービスとも、民間企業、NPOの参加を促す。

### 制度の運営主体

できる限り要介護高齢者の身近な所で制度を運営するとの観点から、市町村とする。複数の市町村による広域連合の形成も可能とする。

### ケア・プランの作成

運営主体である市町村と、要介護高齢者本人、介護の専門家などとの合議により、介護サービスプランを作成する。市町村が民間プランナーに業務委託することも可能とする。

### 介護給付手段

要介護高齢者本人によるサービスの選択、サービス事業主体間の競争を通じて効率化を図るとの観点から、市町村は、介護サービス購入のためのバウチャーを交付する。その際、本人確認を義務付けるなど、バウチャーが流通しないよう工夫する。

### 財源方式

要介護高齢者に対する世代間扶助、社会福祉という目的からみて、国民全体で支える公費方式が望ましい。同時に、サービス提供に関する地域の独自性を考えれば、地方固有の財源も検討対象となる。

### 自己負担

高齢者医療と同様、高齢者自身も社会の一員として応分の負担を行うとの観点から、所得に応じて介護費用の一部を定率で自己負担する。その際、自己負担額の上限を設けるとともに、真の経済的弱者に対する適切な措置を講ずることとする。

### 施設、人材育成等の基盤整備

介護施設、人材育成等介護のインフラ整備は、介護サービスの充実に不可欠である。民間や自治体が行うこれらインフラ整備については、国、県が支援する。

### 他の社会保障負担との併給調整

介護給付を行う場合、基礎年金、医療の併給調整を行う。そのため、1997年1月に導入予定の基礎年金番号を拡大し、プライバシーの保護を前提に、社会保障番号制度（仮称）を導入する。

