

## 【1996年11月】21世紀に向けての医療保険制度改革（案）

日本医師会

日本医師会

平成8年11月

### 21世紀に向けての医療保険制度改革〔要約〕

#### はじめに

わが国の医療制度および医療保険制度は1961年の国民皆保険制度の実現以来、国民経済の成長や医療関係者の努力によって、質・量両面からの充実向上が図られ、健康指標からみても世界で最も優れたものとして高い評価を受けている。

しかし、高齢化社会を迎え、国は社会保障関係費として一般会計歳出額の19%(14.3兆円)を支出しており、今後、社会保障制度全体の構造改革と財政の効率的運用が求められている。

21世紀に向かっても引き続き国民の厚い信頼を得ている国民皆保険制度を維持発展させるためには、国民の利益を損なうことなく、国民の合意のもとに「医療提供体制の体系化」、「医療保険制度の構造改革」、「診療報酬体系の改革」を推進しなければならない。

#### 医療費の推移

##### 1. 国民医療費と老人医療費の推移

1983年からの推移をみると国民医療費は基本的には毎年5～6%前後の伸びがみられている。

一方、老人医療費は老人医療受給者の増加や長期入院患者の入院医療費を中心に毎年8%前後の増加を示している。国民医療費に占める老人医療費の割合も1993年度には30%を超えたが、1994年度には31.8%となり、その割合はますます増加している。

##### 2. 国民医療費増加の内容

1970年代位までは薬が医療費増加の最大の寄与要因であったが、1980年代以降は医療費抑制政策の中で薬の寄与率は小さくなっている。替わって、検査、オートマチック・アナライザー、その他メディカル・エレクトロニクスと言われるような診断機器関連の技術革新が医療費増加の寄与要因となっている。さらに最近では入院医療費即ち看護料とか室料(療養環境料)、給食料(食事療養費)などの長期療養関係の費用が医療費を伸ばす最大の要因になってきている。これは慢性疾患が主体となる老人医療のシェアが拡大していることが原因と考えられる。

## 医療制度が直面している問題点

### 1. 経済構造の変化

わが国の経済成長率は鈍化し、財政赤字は膨大な額に達している。債務残高は GDP の 95.4%、単年度財政赤字は 6.3%である。

### 2. 医療費の増加

1980 年代以降について、国民医療費の平均増加率は年間約 6%弱で、その増加率は国民所得の増加によってカバーされてきたが 1990 年代に入り、バブル経済の崩壊や低経済成長の時代を迎えて、医療費と国民所得の増加率のギャップが重要な問題になっている。

### 3. 人口構造の変化(少子・高齢化)

高齢化が急速に進展しており、わが国では 2020 年までに 65 歳以上人口が 25%に達する一方、少子化も進行している。人口の高齢化は年金制度と医療財政に重大な影響を及ぼす。

### 4. 医療サービスの質の評価の問題

医療サービスの質の評価が不十分なために、質の保証を確保する方法がなく、財政対策として診療報酬制度を変更することによって、医療サービス内容が悪化するという影響を回避出来ない。漸く動き出した病院医療機能評価機構を支援強化し、問題点の解決をはからねばならない。

### 5. 患者への情報の不足

日本人の個人的価値観や文化的背景に基づいた情報へのアクセスを可能にする方法を見出すことが必要である。殊に高度情報化時代に突入した今日、医療あるいは医療機関の情報開示は積極的に進めるべきであろう。

## 医療提供体制の再構築

地域での医療提供にとって最も必要な診療所機能や病院の入院機能のあり方に着目した真の意味での医療施設の体系化を進めなければならない。

診療所と病院の基本的な機能分担、かかりつけ医機能のあり方地域の基幹的病院の姿、公私の病院の役割分担、急性期医療と慢性期医療等の制度的構築が必要である。

## 医療費財源負担のあり方

### 1. 国庫負担

現行の医療保険制度を社会保障制度としてみるならば、当然国庫負担を重視すべきである。高齢社会における健康基盤の確保の観点から、消費税等による投入を行い、被保険者等の負担の軽減を図るべきである。

### 2. 保険料

医療保険制度の財政基盤である保険料については、その引き上げで対応するのが第一義である。健保組合、日経連は料率の引き上げは不可能と言っているが、果してそうであろうか。また、付加給付やその他の支出について見直す必要がある。

### 3. 患者負担

国民皆保険制度の最大の長所は、フリーアクセスを保障している点である。患者に受診時の負担増を課すことは、ただ受診抑制という結果をもたらすだけである。まず公費負担と保険料の引き上げが優先されるべきであり、それでも財源の不足する場合にのみ患者負担が考慮されることになる。その場合でも特に老人医療にあっては、定額負担とすべきである。老人の定率負担は受診抑制に繋がり、重症化を来し、結果的に医療費の増大、寝たきり老人の増加をもたらすことになり、是認されるべきではない。

## V 現行医療保険制度の抜本的構造改革案

### 1. 介護保険制度の創設

高齢化に伴い介護が必要な高齢者が増加するとともに、介護の長期化や重症化が進んでおり、介護問題は老後生活における最大の不安要因となっている。公的介護保険制度の導入を図ることによって高齢者の心身の特性に応じた総合的な医療・介護サービスが提供され、同時に医療保険制度から介護関連給付として約2兆円の負担を軽減することにもなる。

### 2. 高齢者を対象とした独立の制度の創設

高齢者全員を被保険者とする新保険制度とし、高齢者は各自保険料を負担することとし、年金制度との整合を図る。そして、社会連帯の考えから所得再配分としての公的資金を重点的に配分し、老人保健制度への拠出金は廃止する。将来的には、介護保険制度との連携を図る。

おわりに

1. 医療提供体制の体系化をすすめるべきである。その際、受療の効率化のため医療機関の情報開示を促進し、フリーアクセスの維持にも十分配慮しなければならない。
2. かかりつけ医を地域医療の中心に据え、地域包括医療システムの中で、医療機関の役割分担を明確化する。
3. 適正な医師数の将来予測を再検討し、早急に医師の卒前教育、とくにかかりつけ医の養成を行うべきである。
4. 現行制度の評価すべき点を維持し、適正な医療がそれを必要とする全ての患者に提供されるために皆保険制度は堅持されるべきである。
5. 国民医療費の負担については保険料、公費負担に重点を置き、患者負担分については過重な増額は避けるべきである。

6. 出来高払い制度は良質な医療の確保のために引き続き堅持すべきである。

一方、入院の固定費用分(ホスピタルフィーを含む)については、包括払い制の導入の検討を考慮する。

7. 老人医療を現行医療保険制度から分離独立させ、拠出金制度を廃止し、医療保障を中心とした老人医療保険制度を創設すること。将来的には介護保険制度との整合性を考え、老人医療介護保険制度を目指すことを提案する。

