

【1996年11月】当面の医療制度改革についての提言

日本経営者団体連盟

平成8年11月

当面の医療制度改革についての提言

日本経営者団体連盟社会保障特別委員会

はじめに

今日、わが国は、人生80年時代を迎えた。これ自体は大変すばらしいことである。世界一の長寿国日本が達成できたのは、医療技術の進歩とともに、国民皆保険体制の下で、すべての国民に公平で高い水準の医療を提供してきたわが国の充実した医療保険制度の成果である。と同時に、医療保険制度の充実が、全体として順調な経済成長を支えられたものであることを認識すべきである。

しかしながら、バブル経済崩壊後、経済基調は大きな転換を見せた。今後相当長期にわたり低成長が続く可能性が大きい。一方で、出生率の低下、後期高齢者の増加など、少子高齢社会が予想をはるかに超えて急速に進行している。このため、わが国経済全体の構造改革が求められている中で、社会保障制度全般を抜本的に見直し構造改革することが緊急の課題となってきている。

社会の活力を維持するためには、社会保障と経済成長とのバランスが重要である。高齢化等による税・社会保障の負担が現状より増えることは避けられないとしても、その負担が余りにも過重になり、国民経済が活力を失い、日本が衰退への道を辿らないようにすることが必要である。

具体的な数値目標としては、税と社会保険料の負担の国民所得に占める割合（国民負担率）が、高齢化のピーク時でも50%を超えず、できれば40%台半ばに止めることが望ましい。また、このことを政府が確認することが望まれる。

特に、医療は、年金や福祉と比較して、これまで賃金や物価の動向と関わりなく増加する傾向があり、このままでは、低成長下での国民負担率の上昇にストレートにつながることになる。このため、社会保障費用の約4割を占める医療費の絶対額そのものをいかに適正な水準にとどらしめるかは、国民負担率抑制の重要な鍵となる。

平成7年度の国民医療費（見込み）は27.2兆円と過去最高を記録し、対前年伸び率（5.3%）は、国民所得の伸び率（政府見通し1.0%）を大きく上回った。こうした傾向は、平成3年度以降5年連続で続いており、その結果、医療保険財政は軒並み危機的状況に陥ってい

る。

いま、社会保障構造改革の中で、医療制度改革が何をおいても急がなければならない課題となっているのである。

医療制度改革に当たっては、「良質かつ適切な医療」と「健全な医療保険財政」との両立をいかに図っていくかということが最大のポイントとなる。その方策としては、医療サービス分野における高度情報システム化の推進、民活を含めた競争原理の導入等を軸とした、医療サービスの格段の効率向上がまず何よりも肝要であり、それと同時に、医療に絡む諸々のムダの排除に徹底的に取り組むことが求められる。

1 医療保険財政の現状

長引く経済不況の影響を受け、被保険者の減少や保険料収入の伸び悩みが続く一方、高齢化の進展等による老人保健拠出金などの増加で、医療費が大幅に伸び続けている。いま、医療保険制度は、健康保険組合、政府管掌健康保険、市町村国民健康保険とも、その財政は赤字基調で、破綻寸前である。

健康保険組合の平成7年度決算（見込み）を見ると、経常収支は、昭和48年以来の赤字を計上した平成6年度（約770億円）を更に上回る約1,280億円の過去最高の大幅赤字となり、赤字組合数は1,138組合約62.6%にも達している。

また、政府管掌健康保険の収支決算は、7年度が2,783億円の赤字となり、8年度は約5,500億円（予算）と大幅赤字を見込んでいる。そして、8年度にはこれまでの積立金が底をつき、このまま放置すれば、平成9年度以降においては支払い不能が起りかねない状況である。

さらに、市町村の国民健康保険の財政も厳しさを増し、市町村の一般会計からの繰入れをしなければならないところが増えている。

このように、すべての医療保険財政が危機的状況にある。しかしながら、昨今の経済雇用環境の中で、これ以上の保険料アップを国民に求め得るような客観情勢にはない。また、国や地方の財政構造が著しく悪化している現状から、現在以上に公費を医療保険に投入することも限界がある。

いま、医療保険財政は大変深刻である。医療保険改革・老人保健改革を断行し、早急にその収支改善策を講じなければならない。

2 医療制度改革に対する基本的な考え方

厚生省は、これまで、中長期的に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掲げ（昭和59年国会答弁）、医療費適正化対策を実施してきた。その結果、国民医療費の国民所得に対する割合は、長期にわたり6%台で推移してきたが、昨今の低経済成長の続く中で、7%台（平成7年度見込み7.2%）に達してしまった。しかし、わが国の医療が、保険料や税金などの国民の負担で支えられている以上、国民が負担しきれな

いような医療費の膨張は避けるべきであり、上記の政策目標は、今後も引続きなお基本的に維持される必要がある。

医療に対する基本的な考え方は、自助努力に基づき、「自らの健康は自分で守る」というセルフ・ケアの観点を重視するとともに、良質かつ適切な医療を「効率的」に供給していくことである。

医療制度改革に当たっては、冒頭に述べたように「良質かつ適切な医療」と「健全な医療保険財政」との両立を図っていくことが大事であり、そのためには、医療サービスの供給側と需要側（患者）との双方がコスト意識を高めること、適切な情報の下で、競争原理と選択のメカニズムが働くような仕組みにすること等によって、医療サービスそのものの「一層の効率化」を図る必要がある。これにより、医療費の節減と医療の質的向上が図られれば、将来にわたり、健全な医療保険財政の下で、「十分な説明がない」「長時間待たされた」「不親切」といった状況も解消され、患者本位の選択度の高いより良い医療が国民に提供できる。

また、「一層の効率化」を図り、長期にわたる医療保険財政の安定化を目指すためには、保険給付の重点化、給付範囲の見直しといった医療保険制度そのものに着目した制度改革だけに止まらず、これまで聖域として全く手付かずであった医療構造や医療提供体制についても抜本的に見直し、効率化のメスを強く入れていかなければならない。

そして、こうした改革によって効率化された医療費の水準や伸び率は、前述の政策目標に沿ったもの、すなわち経済成長とのバランスがとれたものになっていなければならない。

3 医療の効率性追及の視点

たしかに、日本の医療保険制度は、これまですべての国民に公平で高い水準の医療を提供してきたが、効率化という観点から、現行の医療構造を検証すると、その最大の問題点は、総体としてコスト意識が欠けていたり、その機能が発揮されないことである。

まず、医療の分野における高コスト体質が上げられる。現状は、「病院経営は苦しい。診療報酬アップがなければやっていけない。」ということで、いわば「護送船団」の考え方の下で、2年度毎に診療報酬改定（引上げ）が行われている。

医療は労働集約的な産業で費用の約半分を人件費が占めているが、そもそも、内需型産業である医療サービスは、国際競争に晒されていないため、高コスト体質に対する危機意識が少ない。一般民間企業では、いま、国際化の波の中で、経営側・従業員が一体となって歯を食いしばって、絶えざるコストの節減、リストラに努めている。

医療の分野においても、高度情報システム化の推進を図り、情報開示や患者の選択等によって競争原理を導入し、さらに、規制緩和による民活の積極的な導入などによって、医療サービスそのものの効率化を図っていかなければならない。

次に、制度上あるいは制度運営面で生じる医療のムダがある。すなわち、自己負担が相対的に低いため、患者側には自分の欲求を抑える経済的動機がほとんど働かない。一方、

現物給付による出来高払いと最終的にこれを担保する指導監査等のチェック体制の手薄さから、提供側（医療機関）には、提供する医療の量を抑制する動機となるものがほとんど存在しない仕組みとなっている。

そうした仕組みが、いわゆる、過剰・重複診療、過剰・重複投薬、長期入院などといったムダを生み、毎年医療費を約 1 兆円、数%ずつ押し上げる要因の一つとなっている。このような仕組みを早急に改革して、医療費の節減を図っていかなければならない。

このように、医療の効率化には、情報化等を中心とした医療サービス全般にわたる広範な効率化と自己負担の見直し等を中心とした医療のムダの排除による効率化とがある。医療制度改革は、その両面にわたる効率化に取り組んでいかなければならない。

4 医療制度改革の課題と提言

(1) 老人医療費

近年の国民医療費の増加要因を見ると、特に問題なのは、高齢化等に伴う老人医療費の急増である。厚生省の資料によれば、1993 年の国民医療費 24 兆円の中で老人医療費が 7 兆円、約 30%を占めていたが、この老人医療費の増加傾向がこのまま続けば、2025 年の国民医療費は 141 兆円、その時点の老人医療費は 71 兆円になると推計されており、国民医療費の中で占める老人医療費の割合がなんと 50%にもなる。医療保険改革として医療費の効率化を考えるとときには、どうしてもまず第一に老人医療費にメスを入れなければならない。

老人保健拠出金制度の抜本改革

老人医療費を賄う現在の老人保健拠出金制度は、現役世代、特に現役被用者に極めて重い負担がかかるシステムになっている。政管健保が単年度収支で赤字基調になってきたのも、また、組合健保の赤字組合が増えてきているのも、この拠出金が増えていることが大きく響いている。

老人保健拠出金等の拠出金の推移を見ると、昭和 60 年度は被用者保険の負担額は約 1.3 兆円、国民健康保険は約 1.5 兆円であった。ところが、平成 7 年度（予算）の負担は、被用者保険が約 3.6 兆円、国保が約 1.8 兆円となった。

すなわち、国保の拠出金がほとんど横這いであるのに対して、被用者保険は 2.8 倍に急増している。このため、健康保険組合の老人保健拠出金等の拠出金の額は、現在、保険料収入の約 3 分の 1 を占めるに至り、中には自分たちの保険料収入の 50%を超えるところも出てきている。

平成 6 年度の老人保健法改正において、老人保健拠出金制度を 3 年以内に抜本的に見直すということを条件に、当面の負担増(老人加入率の上限アップ)が導入された。しかし、今なお未解決のままである。公平で合理的な算定方式の導入など、老人保健拠出金制度の抜本改革を平成 9 年度中に具体化する必要があり、それが実現するまで

の間、負担を今以上に増やさない一定の歯止めを設ける必要がある。

同時に、負担方法等を検討するためには、社会的入院の解消や老人医療の自己負担の見直しなどにより、いまの老人医療費の伸びがどれだけ抑制されていくかという道筋がはっきり示されなければならない。

社会的入院の解消

厚生省によると、老人医療費の中の6カ月以上の長期入院の費用は1兆200億円(平成7年度予算)あり、この6割程度が介護的部分といわれる。老人の医療については、病気と老化による体力の全般的な衰えとが渾然として医療の対象にされているのであろうが、どちらかといえば介護的色彩が強い、いわゆる社会的入院が、老人医療費を押し上げていることには極めて問題がある。

社会的入院が生じる要因としては、

- ・ 介護施設の整備が遅れていること、つまり施設介護の受皿が少ないこと
- ・ 介護施設は行政措置による入所であるが、病院は当事者間の契約で、空きがあれば入院できること
- ・ 本人等の所得にもよるが、中間所得者層であれば、介護施設の費用徴収額よりも、定額負担の病院の方が利用者(患者)負担が少ないこと

などが考えられる。

一方、コストで見ると、一般病院の長期入院の場合、診療報酬は老人一人に月45~50万円かかっている。他方、特別養護老人ホームの場合一人当りの措置費は月26万円程度である。

現在検討が進められている介護保険制度との整合性を図りつつ、社会的入院を期間を定めて計画的に解消し、医療から介護を分離して適切な介護サービスの提供体制を整えると同時に、近年著しく増嵩している老人医療費の効率化を図るべきである。そうすれば、医療保険制度も、疾病治療という本来の目的にそった健全な運営が可能になる。

老人医療費の自己負担のあり方

現在、老人医療費に占める患者負担の割合は、約5%(平成7年度予算5.2%)と低い水準にある。これは患者負担が、外来月1,020円、入院1日710円(別に食事負担1日760円)と、定額の負担となっているからである。

病院が老人のサロン化しているとの指摘があるが、これも患者負担の定額制に起因するところが大いに見られる。すなわち、医療機関の窓口における患者の自己負担が相対的に低くなり過ぎてコスト意識が働かず、安易に受診する傾向を生み、これが

医療費を押し上げていると考えられる。

今日、高齢者＝低所得者という関係では必ずしもない。高齢社会を前提に制度の安定化を考えるなら、適切な受益者負担を求めるべきで、老人医療費については定額制を改め、平成9年度から相応の定率負担制へと改革しなければならない。そして、定率負担の具体的な割合は、高齢者介護における利用者の負担割合（厚生省案1割）を上回るものとし、高齢者や医療機関にコスト意識を持ってもらえるものであることが必要である。もし、定額制を続けると、介護保険法が成立すれば、負担見合いで社会的入院が一層促進されることになる。定率制としても高額療養費制度（現在、自己負担は、月63,600円が限度）が設けられているのであるから、著しい負担増は避けられる。

終末医療のあり方

老人の終末期においては、延命のための処置を集中的に行うため、その期間の医療についてかなり高額のコストがかかっている。単に時間的な生命の延長を図るだけでなく、残された日々を充実させるような精神面のケアを取り入れるなど、生きるということの意義、死をどう迎えるかといった人間尊厳の見地から、併せて医療費負担の面からも終末医療のあり方を検討していく必要がある。

また、人生の最後を自宅で迎えたいという老人の希望に併せ、末期も含めた在宅医療の一層の推進を図る必要がある。

(2) 保険給付の範囲（患者負担のあり方）

医療保険においてどこまで給付の対象とするか、公的な保険給付の見直しを進めるべきである。例えば、医療行為について、単純な風邪、などの一定の軽度の診療については、保険給付の対象としないこと（あるいは、給付率を大幅に引下げること）など、給付の重点化を図るべきである。

公的な給付の範囲を超える部分は私的負担となるが、この場合、民間保険の果たす役割は大きい。

具体的な公的保険の給付範囲についての考え方は、以下のとおりである。

- ・ 被用者保険と国民健康保険とを問わず、本人と家族とを問わず、また、若人と老人とを問わず、医療保険の給付率は、高額療養費制度の存在を前提とすれば、当面少なくとも、おおむね7～8割程度に引き下げることが必要と考えられる。具体的には、被用者保険においては、本人分の給付率が現在暫定的に9割となっているが、平成9年度から、少なくとも8割とすべきである。
- ・ 老人医療費については、患者負担を定率とし、給付率は平成9年度から8割程度とすべきである。なお、平成6年10月から、入院の場合の食事が患者負担となったが、室料も患者負担とすることを検討すべきである。

被用者保険（現行給付率）	本人	9割 8割
	家族入院	8割・外来7割 = 同左
国民健康保険（現行給付率）	一律	7割 = 同左
老人保健（現行負担）	定額入院	1日 710円
	外来	月 1020円 定率 8割

- ・ さらに、過剰・重複投薬といった薬剤のムダが指摘されているが、それを是正するためにも一般医療の給付とは別に薬剤に着目した給付率(5~7割給付)を設定し、平成9年度から新たに実施すべきである。

患者負担のあり方に関しては、個人の負担という観点から見れば、保険料の引き上げも患者負担の引き上げも同じ負担増であり、「負担方法については、最終引き上げも患者負担の引き上げも的には国民の選択だ」という意見がある。たしかに、マクロで見れば、保険料負担と患者負担は一義的にはトレードオフの関係にあり、患者負担が増えれば、保険料の負担増が抑制されるし、またその逆も成り立つ。

しかしながら、患者負担の引き上げには、保険料の引き上げを抑制するだけでなく、さらに、医療の構造を変えトータルとしての医療費の効率化が図れるといった効果が期待できる。すなわち、患者自身にも受益に応じた定率の相応の負担をしてもらえば、自助努力を強めることになり、患者本人のコスト意識が喚起され、普段から健康に留意したり、不必要な受診は控えようというインセンティブが働くことになる。

(3) 薬剤

わが国の薬剤比率は、約3割と、諸外国に比べてかなり高いものとなっている(1993年 日本 29.5%、独 17.1%、仏 19.9%)。これには使用量と価格の両面が考えられるが、薬剤に依存する医療機関(使う側)と患者(受けとる側)の意識改革が必要である。

薬価差益の存在が、薬の過剰投与を助長しているといわれる。医療機関の薬剤依存体質の是正にも、薬害の防止にも、そして、医療機関と製薬企業との不透明な関係の解消のためにも、薬価差益の問題についてメスを入れることが必要であり、現行の薬価基準制度のあり方や薬価算定方式等の見直し、完全医薬分業の推進など、薬価差が生じない仕組みや薬価差を縮小する方策を検討していく必要がある。

この問題は、前述のように、医療機関が薬を使えば使うほど潤い、また、患者自身が、コスト意識の欠如により出された薬をいくらでも受けとる現行の医療保険制度の仕組みそのものに起因した問題であり、制度そのものの根本的な改革が必要である。

その一環として、前述のような薬剤に着目した給付の見直しは必要であり、同時に、一般薬局・薬店で処方箋なしで購入可能な一定の薬剤、例えば、通常の解熱剤、鎮痛剤、点眼薬、痒みどめ、湿布剤、うがい薬、ビタミン剤、などについて、保険給付の対象から除外したり、あるいは、薬剤の差別化というか、特定の薬剤を除いた一般薬剤につい

ては給付率を大幅に引き下げるといったことも検討すべきである。

薬剤の見直しにあたっては、製薬企業に新薬開発のインセンティブが働くような、画期的な新薬の一層の評価（その一方で、新規性に乏しい新薬の成しい評価）などの薬価政策が併せて必要である。また、その効果が手術を不要とし入院期間を短縮するなど、総合的に見て医療費の節減につながるような新薬の研究開発を支援する方途も検討すべきである。

（４）診療報酬体系（医療費の支払方式）

わが国では、医療について、診療報酬や薬価基準という公定価格があり、市場原理が働かないで支払いが行われる経済システムがとられている。また、経済効率性という観点から、その価格の水準が問われている。医療技術や医薬品、医療機器といった医療分野での内外価格差がどうかを調べる必要がある。

また、現行の医療費支払方式である診療報酬の出来高払い方式については、そういった医療行為をチェックすべき指導監査体制が十分に機能していなかったのか、過剰・濃厚診療、過剰投薬、過剰検査、等々、色々な問題点が指摘されている。医療のムダを排除するためにも、医療費支払方式の見直しは不可欠である。

現在、一部の医療行為の診療報酬について、出来高払い制でなく、定額払い制（包括化）が医療機関の選択などによって進められているが、いまだ問題の解決には至っていない。指導監査体制の強化を図るとともに、当面、医療費抑制に資するような包括化を、医療機関の選択制でなく、全面的に推進するとともに、近い将来、フランスの償還払い制や、イギリスの家庭医で行われているような請負制（登録人头払い制）を導入すべく、期限を切ったの検討を直ちに開始しなければならない。

今の診療報酬体系は、効率性を追及していくためのインセンティブがあまりにも欠如したシステムになっている。そのためには公定価格に基づく支払い制度そのものを見直していく方向でより効率的なシステムを作るということを考えなければならない。究極的には、医療保険者が医療機関など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、そういうことによって医療機関がそのコストを削減する、効率性を追及する、リスクを負うような制度を作っていかななくてはならない。

（５）医療提供体制

医療は、供給が需要を作る傾向がある。医療供給面の充実、国民の受診を容易にさせ、その結果として、医療費を増加してきた。そして、供給を担う医療提供体制については、これまで、医療供給面の充実を図ることが第一義とされて来たために、その合理性や経済性等についてはほとんど追及がされて来なかった。

しかしながら、現行の医療提供体制には、これまでに積みもつた多くの不合理やムダが指摘される。今回の医療制度改革を進めるにあたっては、医療の提供体制につい

ても抜本的な改善策を講じて、医療を効率的なシステムにしなければならない。

医療資源の効率的使用

- ・ 地域によって医師の過密と偏在が指摘されているが、将来の医師過剰を見越せば、医系大学の入学定員削減対策や保険医数の抑制策について、具体的、計画的に検討すべきである。
- ・ わが国は、病院数、ベッド数とも主要先進国の中で高水準となっている（1992年 人口千人当りベッド数 日本 15.7床、独 10.1床、仏 9.5床、米 4.4床）。このことが、入院患者の増加や入院日数の長期化を引き起こしている（1992年 平均入院日数 日本 36.2日、独 15.8日、仏 11.7日、米 8.8日）。
医療費が増加する大きな要因となる病院などのベッド数の抑制強化について検討する必要がある。
- ・ 診療所と病院の機能分担を明確にし、相互の連携関係を強化し、外来患者の病院集中、診療所の高額医療機器の設置といった医療サービスの非効率を改めなければならない。
- ・ 医療の提供を担う医師に対する医学教育・研修のあり方の検討は、不断に進められる必要がある。しかし、教育・研修の費用は医療保険で賄うべきものではない。

競争原理や民活の導入

- ・ 医療もサービス産業であるという観点から、高度化・多様化する国民の医療ニーズに併せて、特定療養費制度の弾力化・拡充など、保険給付と保険外サービスの組み合わせを検討すべきである。また、広告規制を緩和するなど医療機関に関する情報提供を充表させ、患者による医療機関の選択の幅を拡大すべきである。
- ・ 患者への医療サービスとして、インフォームドコンセントを確立し、医療オンブズマン制度を導入すべきである。これは、利用者・患者の権利を守るとともに、医療のムダを排し、適正化にも資するものである。
- ・ 各医療保険グループが保険診療できる医療機関を自ら選んだり、診療報酬を交渉する権能を持てるようにすべきである。
- ・ 医療機関が医療以外の事業へ参入することが認められる方向が示されているが、同時に、逆に、医療以外の事業者（営利企業を含む）が医療の分野へ参入することを認めることを検討する必要がある。
- ・ 国公立病院は、国立がんセンターのような特定の機能を有する病院や地域において特別の役割を果たしている公立病院は別として、順次、民間に移行していくべきである。
- ・ 医療用食品制度や海外医薬品の使用規制問題など、安全基準といった社会的規制の名のもとに、実質的な経済的規制が行われていないかについて点検すべきである。

医療サービスの情報化

いまや日本のほとんどの産業は、生き残りをかけてマルチメディア等の高度情報化を推進することによってトータルコストの画期的低減に挑戦している。医療サービスの分野でも、同じように、病院等の経営効率化などを目指して、情報システム化を積極的に推進し、医療費の効率化を図っていく必要がある。

例えば、カード化を含め、受診から会計、そして審査、支払までの完全情報システム化を実現することにより、

- ・ 患者自身が持つカード（保険証）を、カルテ（診療録）と連動させれば、個人ごとの病歴、検査、投薬、などの情報が明確になり、重複的な受診にともなう検査や投薬といった医療のムダが避けられる。
- ・ 医師と調剤、会計の窓口が瞬時にデータを共有するので、病院等の事務量の軽減につながるほか、患者の病院内での待ち時間が大幅に短縮されるなど、医療環境が改善される。
- ・ 病院間等で患者情報をやりとりすることで、チェック機能が働き、医療機関（医師）の技術評価や医療機関（医師）同志の相互牽制などが起こり、医療適正化、効率化が大いに図られる。
- ・ 医療機関のシステム化は、付随する関係機関のシステム化を促し、社会保険診療報酬支払基金等の事務の合理化や審査方法の改善が図られる。さらに、こうしたカード化が医療のディスクロージャーを容易にし、医療機関の疾病別の1件当たりの在院日数、薬剤の使用など医療行為や医療費の傾向が明確になれば、患者の選択による競争原理も働きやすくなり、患者中心の、適正な負担での良質の医療が可能となる。

このように、医療分野での情報化の促進は、医療費の効率化にとって決め手になるが、カード化等に際しては、プライバシーの保護に細心の注意を払う必要がある。

(6) 公費負担のあり方

国や地方の財政構造が著しく悪化している現状から、現在以上に医療保険への公費負担をトータルとして増やしていくことは限界があろう。限りある公費を、どうしても必要な部門へ重点配分することが求められる。

健康保険組合の中には財政事情が極めて悪化したところもあるが、国庫負担はほとんどない。一方、自営業者等を被保険者とする市町村国保については、低所得者層が多いこと、事業主負担がないこと等を理由に、給付費の2分の1の国庫負担が行われているが、そのあり方全般について再検討すべきである。

市町村国保の公費負担については、国と地方の役割分担、市町村と都道府県との配分のあり方についても検討を加えるべきである。

また、国保組合（医師・弁護士・土建など）への手厚い国庫負担は、廃止、あるいは、大幅に削減すべきであり、国保組合が実態として健保組合と同様であれば、その国庫負担は健保組合と同扱いとすべきである。なお、特例として認めている都市健康保険組合（都市健保）への自治体からの援助についても、廃止、あるいは、大幅削減すべきである。

（7）保険者の役割

公的な医療保険の仕組みの場合でも 思い切った競争原理を導入して保険者機能を強化していくことが必要である。例えば、前述のように、各医療保険グループが自ら保険診療できる医療機関を選んだり、診療報酬を交渉する権能を持てるようにすれば、医療の効率化を図り医療のムダも減らせるのではないか（その際には、健康保険組合連合会や国民健康保険組合連合会において、そのようなことができる権能と体制づくりが必要となる）。

現在の仕組みでは、保険者たる健康保険組合等に対する許認可等の規制が細部についてまで及び、保険者の裁量の幅が小さなものにされている。国全体として経済構造改革が行われている中、医療保険制度等についても規制緩和の方向で検討し、保険者としての裁量権を発揮して、自分達の収支バランスをとることができるような制度を作っていかなければならない。

また、適正な保険集団の規模ということも検討する必要がある。現在の市町村国保は運営主体としてあまりにも規模が小さく財政基盤が安定しないところが多いことから、保険者の単位を第二次医療圏の区域を参考とした市町村のまとまりとしたり、あるいは、都道府県の単位とすることについても検討すべきではないか。

小規模な健保組合の場合は統合や解散等を考えていく必要がある。

さらに、各健保組合が独白に行っている付加給付についても点検を行い、被保険者のコスト意識をなくすような付加給付は見直していくべきである。

（8）企業等の役割

保険者に関連して、被用者保険における企業等の役割も重要である。これまで企業は、医療・医療保険については、医療機関、健保組合や政府に任せきりで、保険料負担が法定であるからその負担増もやむを得ないとの態度で臨んできたきらいがある。しかし昨今のような医療保険財政の悪化の中で、事業主負担がどんどん高くなってきており、企業としても、健保組合の財政や政府の動きに対していままで以上に強く関心を持ち、発言すべきことは発言すべきである。

一方、これらに対し、健保組合であれば、企業の経営陣に健保財政等についての情報を提供するなど、今まで以上の密接な相互連携を行うことが必要であろう。これらについての健康保険組合連合会の指導的役割は重要である。

5 改革の手順

今日、医療保険財政を取り巻く環境は、極めて悪化している。21世紀の高齢社会を目前に控え、医療保険制度、老人保健制度は抜本改革を迫られている。

改革の取り組み方としては、まず、大幅な赤字構造に陥っている医療保険財政建直しのため、平成9年度改革をどうするかといった緊急課題があり、これまで述べてきた、「老人医療費」「保険給付の範囲」「薬剤」「診療報酬体系」等の改革メニューの中から実行できるものを早急に実施しなければならない。

さらに、それと併せて、21世紀の高齢社会を見据えて、「良質かつ適切な医療」と「健全な医療保険財政」との両立を図っていくために実行していかねばならない課題、例えば、「医療提供体制」「保険者のあり方」といった改革を着実に押し進めていかねばならない。

いずれにしても、改革を進めるためには、医療保険制度、老人保健制度改革について国民のコンセンサスを得なければならない。そのためには、医療・医療保険に関する情報・データ・今後の見通しを広く国民に情報提供し、国民が現状を正しく判断し将来が展望できる基盤を作るとともに、キャンペーン等の大々的な啓発活動を行い、国民に改革の趣旨等を周知徹底する必要がある。

国民は、保険料を払っているのだから当然医療が受けられると思っている。自分の懐が痛まなければ誰も関心を示さない。医療費がどんどん増え、それにともない自分達の保険者の財政が破綻を迎えれば、医療がいままでのように安易に受けられなくなる事態に陥る、といったことを国民に理解してもらう必要がある。そして、改革を進めるに当たっては、改革試案をメリット・デメリットを含めて幾つか示し、国民に選択を求めることが必要となる。

おわりに

わが国の国民負担率は、他の先進諸国に比してそれほど高くないが（1993年 日本 38.6%、独 55.9%、仏 57.9%、米 36.3%）、わが国では世界に類を見ない速度で高齢化が伸展することを考えておく必要がある。

通産省の調査によれば、その中で、企業の公的負担率は、今日でも、租税負担+社会保険料負担が13.8%（1993年 国民所得比）でフランスに次いで高く（1993年 仏 19.0%、独 13.2%、米国 9.7%）、また、公的負担倍率（法人企業の公的負担が税引後利益 10年平均の何倍となっているか）でみると、2.28倍でドイツに次いで高い水準にある（1993年 独 3.23倍、仏 1.87倍、米国 1.45倍）。

企業の公的負担率、公的負担倍率の激増は、国際競争力の低下、産業の空洞化、国内雇用の減少を通して、経済活力の減退を引き起こす。

厚生省の資料によると、国民所得の伸びが2~3%で推移すると、社会保険の保険料率は、年金と医療だけでも高齢化のピーク時（2025年）には50%（現在26%程度）を超えると

見込まれている。労使折半であるが、このような負担に、企業・勤労者が耐えられるであろうか。このほか雇用保険や労災保険の保険料負担、そして、諸外国に比べて高い法人税（1995年実効法人税率 49.98%）や所得税といった負担もある。

厚生省は、市町村を保険者とする地域保険方式による公的介護保険制度の創設を考え、介護による新たな社会保険料負担を企業に課すことを考えている。制度が、企業が責任の一担を持つ職域保険でない以上、事業主負担を求められる根拠は全くなく、事業主負担の法定義務化は到底容認できるものではない。負担の抑制が効いた医療保険や老人保健制度改革の道筋が示されない中で、介護の負担が単純に従来の社会保険料負担に上乗せされるようなことになってはならない。

今後は、常に経済成長との適切なバランスを考えながら社会保障負担を考えていかなければならない。もし、適切なバランスが崩れると、企業の活力、ひいては日本経済全体の活力が失われる。

医療保険改革、老人保健改革は待ったなし。改革の道筋をはっきり示し、いま出来ることは直ちに実施し、全体として21世紀初頭には改革を完了させておかねばならない。