



JRI news release

サステイナブルな医療制度の構築に向けて

～シルバー保険制度の創設と効率化プログラムの断行～

2001 年 8 月 21 日

株式会社日本総合研究所

調査部 環境・高齢社会研究センター

<http://www.jri.co.jp/research>

医療制度改革の必要性

これまで日本の医療制度は、安定的な経済成長に支えられて、国民皆保険の達成、フリーアクセスの確立等、国民に対して世界的に高レベルの医療サービスを保障。しかるに、1990年代入り後の景気の長期低迷を背景に、様々な弊害が深刻化。この結果、制度のサステナビリティが大きく揺らいでいるとともに、制度に対する国民の信頼が大きく失墜。

国民負担の急増

過去、国民医療費は経済成長率とほぼ同じペースで増加してきたが、1991年以降は経済成長率を上回る状況が持続。この結果、国民の負担は急増しており、国民医療費の対国民所得比は80年代の6%程度から99年度には8%を超える水準にまで上昇（図表1）。

負担の世代間格差

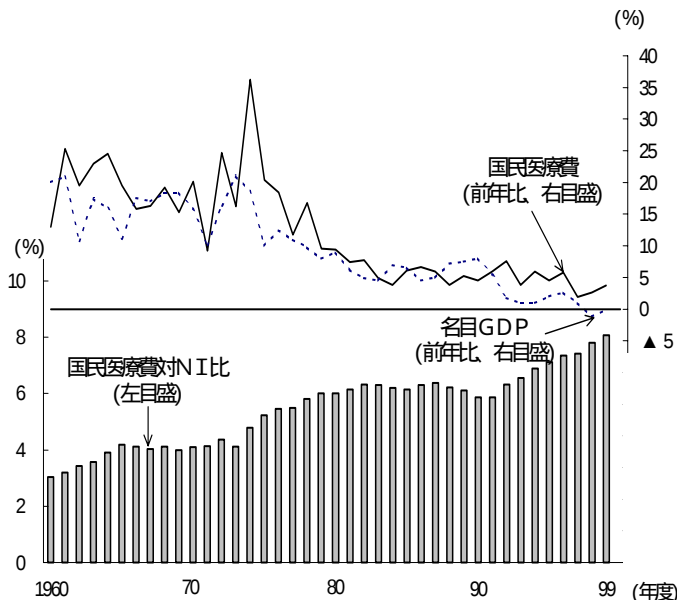
70歳以上を対象とする老人医療費の大半は現役世代が負担。もっとも、所得状況をみると高齢者の平均的な所得レベルは20~30歳代とほぼ同程度、資産保有高についても現役世代を大きく上回っており（図表2）このような負担の世代間格差に対して現役世代の不満は高まる一方。

非効率な供給システム

出来高払い方式の診療報酬体系は、医療供給サイドに対して過剰診療・過剰投薬のインセンティブを付与。また、診療所と病院の間の機能分化の不徹底は、需要サイドに対して行き過ぎた受診行動を招来しているとの指摘。

さらに、今後を展望しても、高齢化の進展に伴って医療費の増加持続は不可避であり、現行制度を放置したままでは制度の破綻は必至。このため、現行制度を抜本的に見直すとともに、制度のサステナビリティを回復することが喫緊の課題。

（図表1）国民医療費と名目GDPおよびNI比の推移



（資料）厚生労働省「国民医療費の概況」、内閣府経済研究所「国民経済核算」等
（注）1980年度以前の名目GDPは68SNAベース、81年度以降は93SNAベース。

（図表2）年齢階級別の収入、支出および貯蓄保有状況

（1999年）

	～29歳	30～39歳	40～49歳	50～59歳	60～64歳	65歳～
年間収入 (千円)	4,788 (82)	6,466 (111)	8,390 (144)	9,621 (165)	7,150 (122)	5,841 (100)
貯蓄現在高 (千円)	3,812 (17)	7,289 (32)	11,430 (50)	16,681 (73)	22,621 (99)	22,790 (100)
消費支出 (円/月)	249,167 (91)	289,131 (105)	366,633 (134)	399,535 (146)	332,852 (121)	274,250 (100)
1人当たり (円/月)	84,337 (79)	76,977 (72)	88,494 (82)	117,297 (109)	118,033 (110)	107,416 (100)
世帯人員 (人)	3.0	3.8	4.1	3.4	2.8	2.6
持家率 (%)	24.4	53.1	77.8	86.7	89.4	89.6

（資料）総務省統計局「全国消費実態調査」より日本総合研究所作成

（注1）下段（ ）内は、65歳以上を100とする割合。

（注2）全国全世帯ベース。

医療制度改革の基本的方向性

制度のサステナビリティを回復し、国民の信頼を取り戻すためには、医療制度に関して明確な将来ビジョンを提示するとともに、サービス供給の効率化を通じて医療費の肥満体質を改善することが不可欠。もっとも、医療は国民生活にとって必需的なサービスであることを考えると、一律的な給付のカットはかえって将来不安を増長し、経済に対してマイナスに働く懸念。

以上を考慮して医療制度改革の基本的方向性を整理すると、以下の2点。

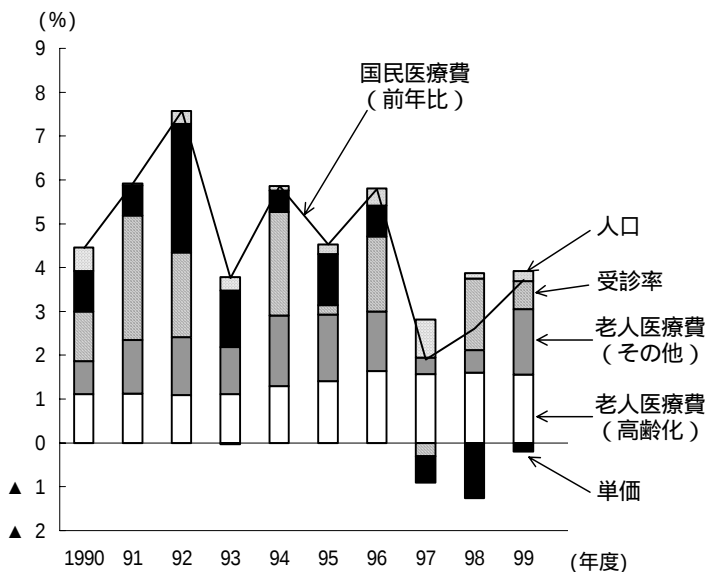
シルバー保険制度（高齢者医療・介護制度）の創設

医療費増加の主因は老人医療費（図表3）。老人医療費は高齢者数の増加以外の要因でも増えており、コスト意識の強化やサービス供給の効率化等を通じて医療費を抑制することが可能。したがって、医療と介護を一体とした「シルバー保険制度」を新たに創設し、高齢者からも保険料を徴収することを提案。もっとも、高齢者は若者に比べて罹病率が高く、世代内の所得格差が大きいことを考えると、高齢者からの保険料のみで老人医療費を賄うことは不可能であり、公費はもちろんのこと、拠出金を通じた現役世代からのコスト支援は不可欠。

日本総研版効率化プログラムの断行

現行の供給システムには、価格決定プロセスの不透明（図表4）、病院と診療所の機能分化の曖昧さ等、非効率的な部分が残存。したがって、医療の質を確保するもとの、医療費削減を可能にする合理化プログラム（日本総研版「効率化プログラム」）の断行を提案。

（図表3）国民医療費の要因分解



（図表4）診療報酬等改定の推移

年度	診療報酬等（ネット）			<参考> C P I
	診療報酬 (%)	薬価 (%)	単価 (%)	
1990	1.0	3.7	▲ 2.7	3.2
92	2.5	5.0	▲ 2.4	1.7
94	2.7	4.8	▲ 2.1	0.4
96	0.8	3.4	▲ 2.6	0.4
97	0.38	1.70	▲ 1.32	2.0
98	▲ 1.3	1.5	▲ 2.7	0.2
2000	0.2	1.9	▲ 1.6	▲ 0.5

（資料）厚生労働省

（資料）厚生労働省「国民医療費」等より日本総合研究所作成。

（注）各要因の具体的内容は、以下の通り。

老人医療費（高齢化）：老人保健制度対象者数、
老人医療費（その他）：高齢化以外の要因による老人医療費増加要因、
人口：現役医療保険制度給付対象者数、
受診率：現役1人当たりレセプト件数、
単価：現役レセプト1件当たり単価。

.シルバー保険制度（高齢者医療・介護保険制度）の創設

現行の老人保健制度と介護保険制度を廃止し、医療と介護を一体としたシルバー保険制度（高齢者医療・介護保険制度）を新たに創設（図表５）。同制度の特徴は、以下の通り。

対象者は 65 歳以上高齢者

年金支給開始年齢との整合性や現行の介護保険との継続性を考え、対象者を 65 歳以上の高齢者とする。給付費の増大は必至であるが、老後の医療・介護保障を政府が確約することにより、将来不安の払拭が期待。

保険者は市町村

現行介護保険制度の保険者が市町村であること、高齢者の多様なニーズに柔軟に対応できること、等の観点から、保険者は市町村とする。もっとも、市町村間では財政上の格差が大きいことを考えると、広域連合や市町村合併等を通じた保険者規模の拡大は不可欠。なお、各保険者間の高齢化率の格差については、年齢リスク構造調整で対応（後述）。

医療サービスと介護サービスを統合的に給付

現行制度下では、医療サービスと介護サービスは別々に給付。もっとも、介護でカバーされない高齢者が病院に長期入院する社会的入院等、制度の縦割りの運営の弊害が深刻化。そもそも Care(介護)と Cure(治療)の線引きが困難であることを考えると、高齢者医療と介護は必要に応じて横断的に給付されるべき。

(図表５)シルバー保険制度と老人保健制度の比較

		シルバー保険制度	老人保健制度
対象者		65歳以上高齢者	70歳以上
保険者		市町村	市町村
給付内容		医療・介護サービス	医療サービス
自己負担		1 割	原則 1 割(注)
財源	保険料	20%を上限として市町村と折半(したがって、実質的な負担の上限は10%)。	医療についてはなし。一方、介護については給付の1/6(2000年時点で1人当たり平均で月5千円弱)。
	現役支援	2009年度までは保険料率4.5%、2010年度以降は同5%に相当する金額。	医療給付の7割と介護給付の1/3。
	公費	原則として給付の1/2で、国：都道府県：市町村の負担割合は2：1：1。なお、高齢者の保険料率が一定水準を上回る場合には、公費が負担。	医療給付の3割と介護給付の1/2。なお、介護についての国：都道府県：市町村の負担割合は2：1：1。
その他		年齢リスク構造調整を導入。また、低所得者に対する特例あり。	低所得者に対する特例あり。

(資料)日本総合研究所作成。

(注)診療所については定額負担が認められている。

自己負担は1割の定率

窓口自己負担は、現行レベル（原則として定率1割）を維持。これは、自己負担増を嫌悪した高齢者の受診回避を防止するため。すなわち、医療費の抑制には治療の早期対応が重要であり、仮に自己負担の引き上げにより治療のタイミングが遅れた場合には、かえって医療費が増加する懸念。したがって、高齢者の負担増については、自己負担の引き上げではなく、保険料の賦課で対応すべき。

高齢者からも保険料を徴収

高齢者のコスト意識を高めるとともに、世代間の負担格差を是正するため、高齢者に対しても負担能力に応じて保険料を賦課（図表6）。保険料は、高齢者間の所得格差に配慮して所得比例方式とし、料率は市町村と折半で20%を上限とする（したがって、高齢者の実質的な負担は10%が上限）。なお、保険料率が20%を超える場合は公費が負担。

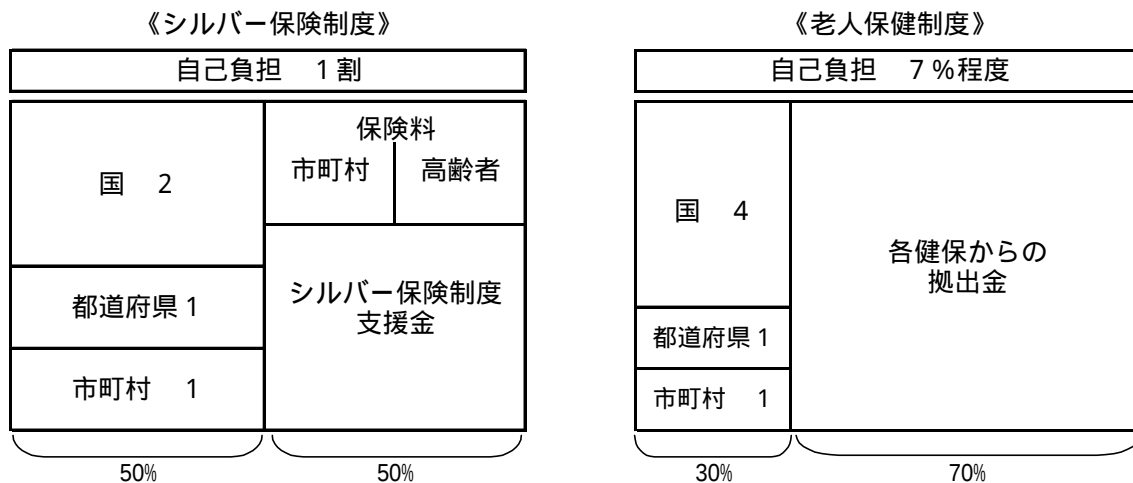
現役世代からのコスト支援を新設

従来の老人保健拠出金を廃止し、「シルバー保険制度支援金」を新設。このシステムは、老人医療費の一定割合を負担するのではなく、一定の保険料収入を拠出。具体的には、現役の医療給付の他に、2009年度までは料率4.5%、2010年度以降は同5%に相当する金額を別途徴収し、これを支援金としてシルバー保険制度に拠出。

年齢リスク構造調整の導入

保険者（市町村）間の高齢化率の格差を是正するため、年齢リスク構造調整を導入。具体的には、保険料の国庫負担部分の一定割合を年齢リスク構造調整基金に繰り入れ、高齢化比率の高い保険者に対して優先的に配分。

(図表6)高齢者医療給付の負担構造の概念図



(資料)日本総合研究所作成。

日本総研版効率化プログラムの断行

医療サービス供給体制の非効率性を解消することで、現行の給付水準を極力維持し、将来不安を増長させない改革を実施。具体的な改革の内容は以下の通り。

診療報酬の包括化と決定プロセスの透明化

賃金や物価の動向から乖離した医療単価の上昇を抑えるとともに、報酬決定プロセスの透明化を図る観点から、診療報酬や薬価の改定に際して、消費者物価上昇率や賃金上昇率等を基準とした価格決定を原則化。

また、過剰診療の防止や病院経営の効率化を促進する観点から、現行の出来高払い方式を包括払い方式へ段階的に移行（図表 7）。具体的には、疾患別に定額を支払うのではなく、重傷度や年齢等、患者特性の違いを反映した包括払いへ移行。また、臨床上標準化が難しい疾患については、従来の出来高払い方式の併用も検討。なお、この前提として、ICD(国際疾患分類)の利用や EBM(根拠に基づいた医療)の実施等を通じた医療の標準化は不可欠。このため、ICD を利用する医療機関に対して、診療報酬の上乗せ等の特惠を与えることも検討する必要。

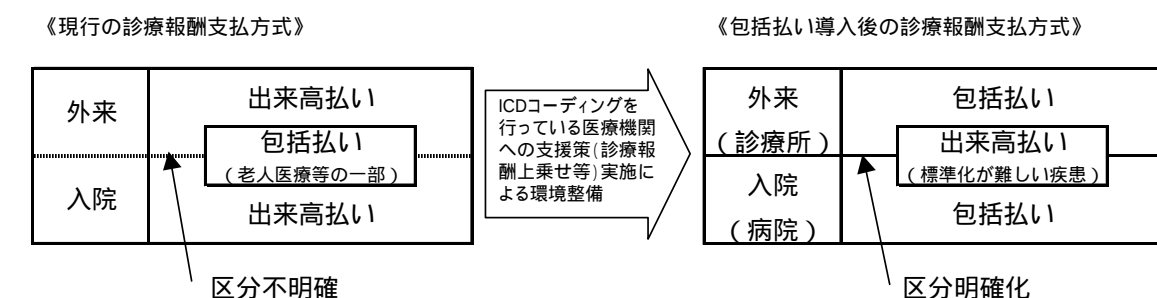
ちなみに、診療報酬決定プロセスの透明化により、2025 年度で 8.1 兆円の医療費の削減が可能との試算結果。

混合診療の導入

現行制度では、保険診療と自由診療の混合(いわゆる混合診療)は原則禁止。もっとも、診療報酬が包括化されることを考えると、混合診療の導入は不可欠。すなわち、包括化によって保険給付の対象となる診療内容は事実上制限されることになるが、患者の多様なニーズに対応するためには、保険給付を上回るサービスを需要する患者に対して、保険給付と保険外負担の同時給付を認める必要。さらに、混合診療の解禁により、民間保険の利用拡大が見込まれるのみならず、保険外サービスにおけるビジネス・チャンスの拡大を通じて、ヘルスケア産業の成長促進が期待。

なお、混合診療の導入は、医療費を膨らます方向に働くことが見込まれるが、保険給付を上回る部分については全額が患者負担となるので、財政に与える影響は中立的。

（図表 7）診療報酬包括化の概念図



(資料)日本総合研究所作成。

予防医療の徹底

医療費の約3分の1は、日常の食事や運動、喫煙等のライフスタイルと関係の深い生活習慣病が占めており、とりわけ日本人の3大死亡原因である癌、脳血管疾患および心疾患については、約6割が生活習慣に起因しているとの指摘。予防医療については、すでに老人保健制度や各健保においては健康教育や健康診査等が行なわれているが、診療所を中心とした地域密着型の予防医療体制(後述)を確立することにより、さらなる医療費抑制効果が期待。

ちなみに、健康診査受診率と1人当たり老人医療費の都道府県データをプロットすると、両者の間には有意に負の関係が確認(図表8)。仮に各都道府県の受診率が上位5県平均レベル(56.3%)にまで上昇したとすると、老人医療費を約11%抑制するとの試算結果。

プライマリ・ケアの導入

イギリスでは、家庭医を中心とするプライマリ・ケアが病院と診療所の間の機能分化を明確化するとともに、地域住民の疾病予防、健康増進に貢献。日本では病院と診療所の間の機能分化が不徹底であり、これが診療所に比べて割高な病院外来の利用を招いていることを考えると(図表9)、イギリスのようなプライマリ・ケアを導入することにより、医療資源の有効活用の促進が期待。

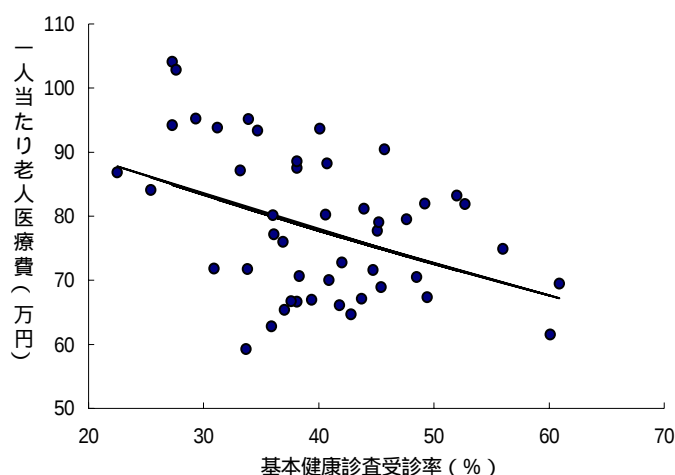
なお、この大前提として、包括的なプライマリ・ケアを担い得る医師研修システムや資格要件の厳格化は必要不可欠。ちなみに、プライマリ・ケアの直接的な医療費抑制効果(病院外来の抑制)は2025年度で0.6兆円との試算結果。

情報開示の徹底

情報共有化や医療機関同士の競争促進の観点から、情報のディスクロージャを徹底。具体的には、医療情報の電子化を進めるとともに、中立的な第三者評価機関による医療機関の格付け、広告規制の撤廃等を通じて、患者と医療サービス供給側との情報の非対称性を解消。これにより、医療機関経営の近代化・効率化、保険者機能の強化が見込まれる他、診療報酬の包括化により懸念される医療サービスの質低下(過少診療等)の防止が期待。

(図表8) 老人医療費と健康診査受診率の相関関係

(1997年)



(資料)厚生労働省「老人医療事業年報」等より日本総合研究所作成。

(注)単回帰の結果は、以下の通り(下段括弧内はt値)。

$$\ln(1人当たり老人医療費) = 13.84126 - 0.0069414 \times (\text{健康診査受診率})$$

(149.07) (▲3.06)

(図表9) 病院の外来・入院状況の日英比較

(1996年)

(単位:千件)

	日本(注1)	イギリス(注2)
病院外来	199,454.4	40,873(注3)
病院入院	18,524.4	11,275(注3)
外来総数	542,618.4	282,900(注4)
入院総数	20,312.4	N.A.

(資料)厚生労働省「社会医療診療行為別調査報告」、医療経済研究機構「イギリス医療関連データ集」等より日本総合研究所作成。

(注1)社会医療診療行為別調査報告数値より算出。

(注2)イングランド。

(注3)NHSトラスト病院における数値。

(注4)家庭保健サービスにおける処方箋数。

制度改革の効果（医療・介護給付費の将来推計）

以上の改革を断行することにより、2025年度の国民医療費と介護費用は各々70.9兆円、13.7兆円となる見通し（図表10）。ちなみに、診療報酬の包括化と決定プロセス透明化の効果、予防効果、プライマリ・ケア導入の効果は各々8.1兆円、5.5兆円、0.6兆円であり、これらの改革が行なわれなかった場合には、同年の国民医療費は厚生労働省の推計(2000年10月発表)と同程度の80兆円程度になる見込み。すなわち、これらの改革により医療費の2割弱が抑制。

これから自己負担分を除いた医療・介護給付費について見ると、2025年度には68.5兆円となる見通し（図表11）。このうち公費負担は41.3兆円で、保険給付費全体に占める割合は6割を超える水準にまで拡大。現行制度維持ケースの公費負担割合(47%)に比べて大幅に拡大するものの、金額ベースではむしろ若干減少する見通し。

(図表10)国民医療費および介護費用の将来推計

	2000年度	2005年度	2010年度	2015年度	2025年度	2050年度
国民医療費 (兆円)	31.5	37.8	45.3	54.6	70.9	124.0
<参考>改革効果 (兆円)	—	5.1	7.1	9.4	14.3	32.0
(透明化、兆円)	—	(2.4)	(3.5)	(4.8)	(8.1)	(20.2)
(予防、兆円)	—	(2.4)	(3.1)	(4.1)	(5.5)	(10.8)
(プライマリ、兆円)	—	(0.3)	(0.4)	(0.5)	(0.6)	(1.0)
うち65歳以上 (兆円)	16.1	21.2	27.3	35.6	48.6	95.0
介護費用 (兆円)	4.2	5.6	7.3	9.7	13.7	28.9

(資料)日本総合研究所作成。

(注)経済環境等に関する前提は、以下の通り。

名目GDP増加率：年平均2.5%、

消費者物価上昇率：年平均1.5%、

名目賃金上昇率：年平均2.5%。

なお、人口については国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成9年1月推計）」の低位推計を採用した。

(図表11)医療・介護給付費と費用負担の将来推計

《制度改革ケース》

	2005年度	2010年度	2015年度	2025年度	2050年度
医療・介護給付費 (兆円)	34.8	42.4	52.0	68.5	124.6
シルバー給付費 (兆円)	21.9	28.4	37.1	51.1	101.7
高齢者 (兆円)	1.6	2.4	4.3	7.3	7.3
(保険料率、%)	(2.9)	(4.0)	(6.8)	(10.0)	(10.0)
現役 (兆円)	5.3	6.4	6.8	8.1	10.5
(保険料率、%)	(4.5)	(5.0)	(5.0)	(5.0)	(5.0)
公費 (兆円)	15.0	19.6	26.0	35.8	83.9
現役医療給付費 (兆円)	12.9	14.0	14.9	17.4	22.9
現役 (兆円)	8.8	9.6	10.3	12.0	15.7
(保険料率、%)	(4.3)	(4.1)	(3.9)	(3.7)	(3.2)
公費 (兆円)	4.0	4.4	4.7	5.5	7.2
公費負担計 (兆円)	19.0	23.9	30.6	41.3	91.1
(対NI比、%)	(4.3)	(4.8)	(5.4)	(5.7)	(6.8)
<対保険給付比、%>	<54.7>	<56.4>	<58.9>	<60.2>	<73.1>

(資料)日本総合研究所作成。

(注)シルバー給付の高齢者保険料率は、市町村負担部分を除く実質的な負担ベース。

《現行制度維持ケース》

	2005年度	2010年度	2025年度
医療・介護給付費 (兆円)	37.4	48.1	89.8
老人医療+介護 (兆円)	20.9	28.6	62.8
高齢者 (兆円)	1.2	1.7	3.5
(保険料率、%)	(2.1)	(2.8)	(4.8)
現役 (兆円)	8.7	11.8	26.2
(保険料率、%)	(7.4)	(9.2)	(16.3)
公費 (兆円)	11.0	15.1	33.1
現役医療 (兆円)	16.5	19.5	27.0
現役 (兆円)	11.1	13.1	18.2
(保険料率、%)	(4.3)	(4.1)	(3.7)
公費 (兆円)	5.4	6.4	8.8
公費負担計 (兆円)	16.4	21.4	41.9
(対NI比、%)	(3.7)	(4.3)	(5.8)
<対保険給付比、%>	<43.8>	<44.6>	<46.7>

本レポートの内容に関するお問い合わせは、下記にお願い致します。

調査部 環境・高齢社会研究センター

副主任研究員 飛田英子 03-3288-4663 E-Mail:tobita.eiko@jri.co.jp

副主任研究員 志水武史 03-3288-5054 E-Mail:simizu.takeshi@jri.co.jp