



JRI news release

真の「抜本的」医療制度改革の断行を求む

2003年6月13日

株式会社 日本総合研究所
調査部 経済・社会政策研究センター
<http://www.jri.co.jp/>

(会社概要)

株式会社 日本総合研究所は、情報システム・コンサルティング・シンクタンクの3機能により顧客価値創造を目指す知識エンジニアリング企業です。システムの企画・構築、アウトソーシングサービスの提供に加え、内外経済の調査分析・政策提言等の発信、経営戦略・行政改革等のコンサルティング活動、新たな事業の創出を行うインキュベーション活動など、多岐にわたる企業活動を展開しております。

名 称:株式会社 日本総合研究所 (<http://www.jri.co.jp>)

創 立:1969年2月20日

資 本 金:100億円

従 業 員:2,542名

社 長:奥山 俊一

理 事 長:柿本 寿明

東京本社:〒102-0082 東京都千代田区一番町16番 TEL 03-3288-4700(代)

大阪本社:〒550-0013 大阪市西区新町1丁目5番8号 TEL 06-6534-5111(代)

本レポートに関する照会は、下記宛て、お願いいたします。

経済・社会政策研究センター 副主任研究員 飛田英子

Tel :03-3288-4663

Mail: tobita.eiko@jri.co.jp

要 旨

。「医療保険制度体系及び診療報酬体系に関する基本方針について」が、2003年3月28日に閣議決定。これにより、厚生労働省が目指す医療制度改革の方向性が示された。

。しかし、仮に厚生労働省案通りの改革が行われた場合、安定的で持続可能な医療制度の構築という目標の実現は困難。この理由は、以下の4点。

1.老人保健拠出金の実質的に温存

高齢者給付の一定割合を事後的に現役世代に負担させる連帯保険料は、現在の老健拠出金と実質的に同じシステムで、現役世代の負担軽減につながらない。

2.国保財政の一段の悪化は必至

64歳以下退職者(退職者の4割)に係る医療コストが新たに国保に賦課される結果、国保財政の持続可能性が脅かされる懸念。

3.医療の質が低下するリスク

諸外国の経験を踏まえると、医療費の伸び率管理制度を導入する場合、医療の質が低下する懸念大。

4.重要事項が「今後の課題」として先送り

将来の医療費の分担配分に関わる重要なデータ・情報の公表は、改革の具体案を詰める上で不可欠であり、早期に公表されるべき。

。真に「抜本的」な医療制度改革とは、国民の将来不安を払拭するとともに、制度に対する国民の信頼を回復する改革。そのためには、以下の3点を通じて、医療コストの中長期的な見通しを明らかにすることに加えて、これまで聖域とされてきた医療市場に改革のメスを入れる必要。

1.横断的な社会保障制度の構築

年金・医療・介護を包括する社会保障制度の構築により、国民の将来不安の払拭を目指す。

2.保険料負担の上限の設定

高齢者給付に対する保険料負担に上限を設定することにより、負担の将来展望を明確化するとともに、負担の世代間不公平感の解消を目指す。

3.効率化の推進

日本版DRGの構築をはじめとする医療市場への競争原理の導入等を柱とする効率化の推進により、医療の質を維持しつつコストの抑制を図る。

。上記の「抜本的」医療制度改革の効果を試算すると、効率化の推進により、国民医療費が2～3割削減されとの結果。さらに、保険料負担の上限設定により、高齢者と現役世代の過重な負担が回避可能となる見通し。

基本方針の概要

「医療保険制度体系及び診療報酬体系に関する基本方針について」(以下、基本方針)が、2003年3月28日に閣議決定。同方針は、2008年度以降の医療制度に関して方向性を示したものであり、今後具体的な改革の内容が検討される予定。基本方針の概要は、以下の3点。

1. 保険者の再編・統合

2002年度改正では、給付の公平化を図る観点から、現役世代の給付率(かかった医療費のうち、医療保険から給付される割合。ちなみに、残りは窓口自己負担として患者が負担)を7割に統一。基本方針では、保険者の財政基盤の安定を図るとともに、保険者機能を発揮しやすくするため、保険者の再編・統合を推進。

国保

現行の市町村単位から都道府県単位へ再編・統合を進めることにより、安定した保険運営を目指す。

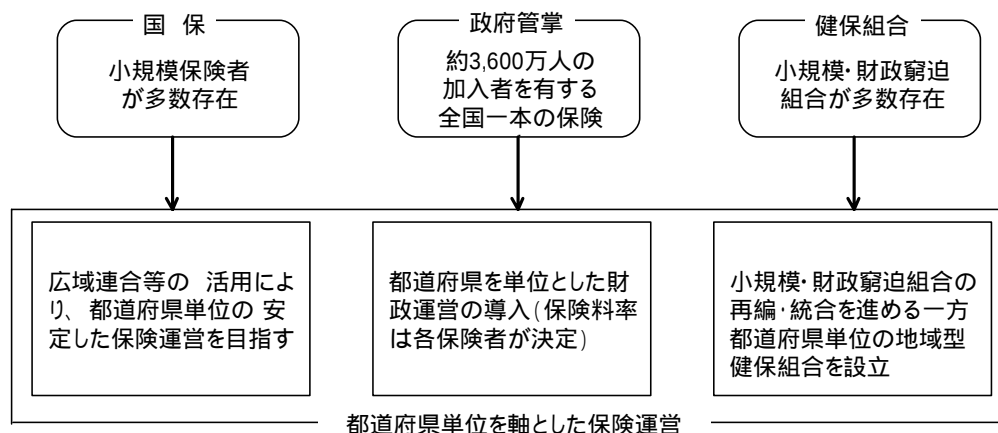
政府管掌

地域の実情に応じた医療サービスを保障するとともに、保険者間の競争を促す観点から、全国一本から都道府県単位への保険運営を目指す。

組合健保等

小規模・財政窮迫な組合の受け皿として、地域型健保組合の設立を認める。

(図表)保険者の再編・統合の基本的考え方



(資料)厚生労働省資料を加筆・修正

2.新たな高齢者医療制度の創設

現行の老人保健制度は、2002年度改正のもとで見直しが進行中。具体的には、2002年10月から5年かけて対象年齢を70歳以上から75歳以上へ、給付に占める公費の割合を3割から5割へ、各々段階的に引き上げ。基本方針によると、2008年度以降は、老人保健制度を廃止し、65歳以上を対象とする新たな高齢者医療制度を創設。具体的には、年齢による特性の違いを考慮して、2つの制度から構成。

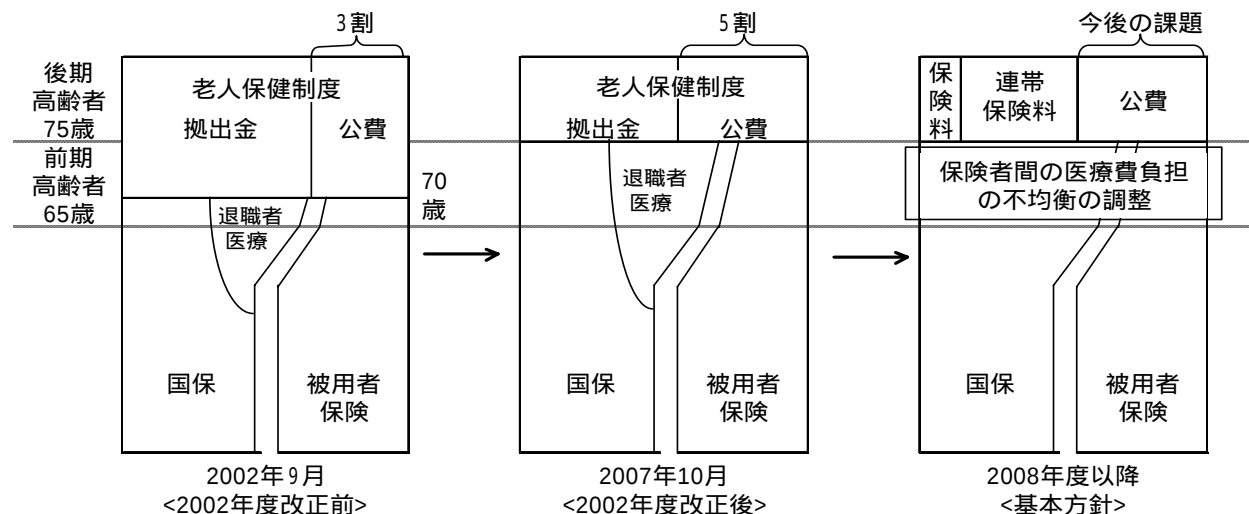
前期高齢者(65～74歳)

国保または被用者保険に加入。対象者が国保に偏っていることによる医療費負担の不均衡は、加入者数等を勘案して調整(具体的な仕組みは今後の課題)。

後期高齢者(75歳以上)

加入者の保険料、国保および被用者保険からの支援(連帯保険料)、公費によって給付費を賄う(各負担割合は今後の課題)。

(図表)高齢者医療制度改革のイメージ



(資料)厚生労働省資料を加筆・修正。

なお、2002年度制度改革に盛り込まれた**伸び率管理制度**(いわゆるキャップ制度。医療費が当初予算を上回った場合、その超過分を次々年度の診療報酬支払額から減額する制度)については、実施時期は依然として未定。

3.診療報酬体系の明確化

現行の診療報酬体系は、決定プロセスが不透明という指摘。そこで、患者の視点から質が高く効率的な医療が提供されるよう、診療報酬を定める基準・尺度の明確化を図るとともに、国民に分かりやすい体系へ見直し。具体的には、以下の3点。

医療技術<ドクター・フィー的要素>

出来高払いを基本としつつ、難易度、時間、技術力等を踏まえた評価を推進するとともに、重症化予防や生活指導を重視。

医療機関の運営や施設に関するコスト

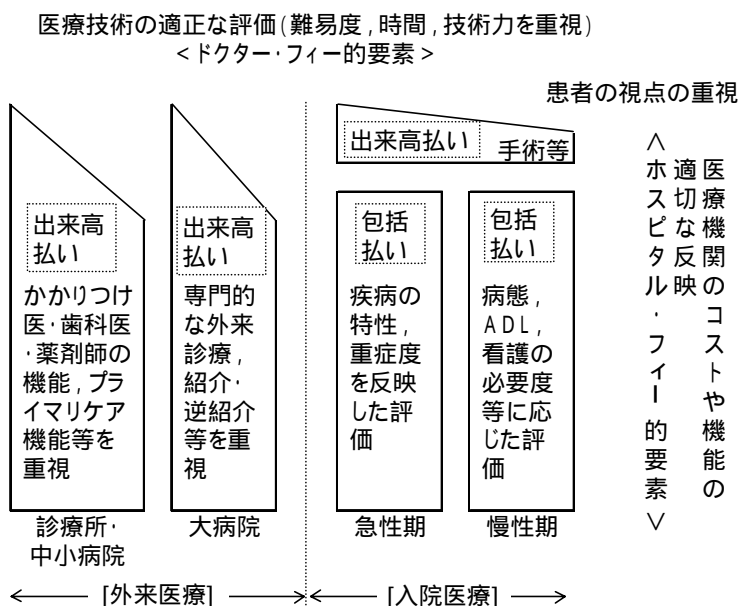
<ホスピタル・フィー的要素>

疾病の特性や医療機関の機能に応じた評価を行う。具体的には、入院医療については、急性期・慢性期等の特性に応じた包括評価を促進。一方、医療機関の機能については、専門的医療、臨床研修機能、初期診療等、各医療機関の機能を重視した見直しを進める。

患者の視点の重視

医療機関の施設基準や機能等に関する情報提供を進めるとともに、特定療養費制度の見直し等、患者の選択によるサービスの拡充を図る。

(図表)診療報酬体系の基本的考え方



(資料)厚生労働省資料を加筆・修正。

(注)ADL (Activities of Daily Living) とは、日常生活動作能力のこと。

厚生労働省案の問題点

基本方針の最大の意義は、1997年以来続いている医療制度改革論議に終止符を打つことにあるはず。もっとも、仮に基本方針や2002年度改正(厚生労働省案)通りに改革が行われたとしても、安定的で持続可能な医療制度が構築される公算は小。この理由は、以下の4点。

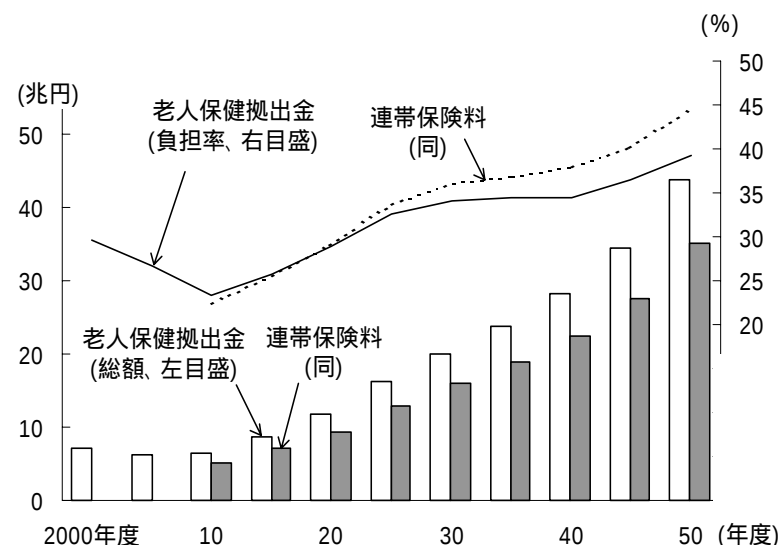
1. 老人保健拠出金と実質的に同じシステムを温存

現在の医療財政赤字の主因は、老人医療費の増加に伴って膨らむ老人保健拠出金(以下、老健拠出金)。基本方針では、高齢者医療制度改革に伴

って老健拠出金を廃止するとしているが、高齢者給付の一定割合を事後的に現役世代が負担する(連帯保険料)という、現行の老健拠出金と実質的に同じシステムが温存。

ちなみに、老健拠出金と連帯保険料を将来推計すると、連帯保険料の方が金額的には小さいが、いずれも健保財政を大きく圧迫するとの結果(老健拠出金の経常支出に占める割合は、2010年度の23.4%から2050年度には39.3%にまで上昇。一方、連帯保険料の経常支出に占める割合は、2010年度の22.4%から2050年度には44.4%にまで上昇する見通し。いずれも政府管掌のケース)。

(図表)老人保健拠出金と連帯保険料の将来推計



(資料)日本総研作成。

(注1)2000年度は実績値。2005年度以降は日本総研の試算による。

(注2)負担率は、経常支出に占める割合(政府管掌)。

(注3)連帯保険料の負担率の方が高いのは、保険者間での配分方法の違いによる。

2.64歳以下退職者の医療費負担に伴う国保財政の悪化

現行制度では、国保に加入する64歳以下の退職者についても、医療給付や老健拠出金に係る費用を被用者保険が負担（退職者医療制度）。

(図表)退職者本人の年齢構成

	退職被保険者本人	
	シエア	
	(千人)	(%)
50～54歳	2	0.1
55～59歳	26	0.7
60～64歳	1,403	39.8
65～70歳	2,073	58.8
70歳以上	21	0.6

(資料)厚生労働省「国民健康保険実態調査報告」

基本方針によると、2008年度以降は退職者医療制度を廃し、64～74歳の前期高齢者に係る医療費負担を各保険者間で財政調整。このため、新制度では国保が64歳以下退職者に係る給付費を新たに負担することになり、財政状況の一段の悪化は必至。ちなみに、2008年度における被用者保険から国保への支払額を試算すると、現行の退職者医療制度が続くケースでは2.4兆円、新制度に移行するケースでは1.3兆円。すなわち、国保の収入は新制度への移行に伴って差し引き1.1兆円減少する見通し。

3.伸び率管理制度による医療の質の低下リスク

高齢者医療費の増加抑制は、医療制度改革の最大の目的のひとつ。このため、2002年度改正では高齢者医療費への伸び率管理制度の導入を明記。しかし、諸外国をみると、政府によって医療費の伸び率が管理される制度を導入している国では、待機者の増大等医療の質の低下が社会的な問題に。

4.重要な情報が「今後の課題」として先送り

前期高齢者と後期高齢者の保険料負担のあり方、後期高齢者給付に対する連帯保険料の負担割合、前期高齢者の財政調整方法等、将来の医療費負担を考える上で重要な情報が今後の検討課題として先送り。確かに、これらの項目は、設定次第では保険料水準や各保険者の財政状況に大きな影響を及ぼすという意味で、非常にデリケート（利害関係者の意見調整の難航は必至）。しかし、基本方針の目的が安定的で持続可能な医療制度の構築であることを考えると、将来の財源対策に重要な影響を与える情報こそ早期に公表されるべき。

・真に「抜本的」な医療制度改革の提言

真に「抜本的」な改革とは、国民の将来不安を払拭するとともに、制度に対する国民の信頼を回復する改革。そのためには、国が国民に対して将来的な医療給付を保証し、それに必要なコストの中長期的な見通しを明らかにすることに加えて、これまで聖域とされてきた医療市場に改革のメスを入れる必要。

具体的には、以下の3点。

1.横断的な社会保障制度の構築

将来的な年金の削減が検討される一方、医療の患者自己負担や介護保険料等の社会保障コストは相次いで引き上げられており、このままでは安心して老後生活を送れないのではないかとこの将来不安が増大。この一因は、年金、医療、介護が別々に運営されているという縦割りの制度にある。ちなみに、医療・介護コストの年金収入に対する割合は、2000年度の13.2%から2025年度には46.5%にまで上昇する見通し。

そこで、まず、2005年度を目途に医療と介護を統合。さらに、将来的には年金も含めた横断的な社会保障制度を創設。

具体的には、対象者は65歳以上の全国民、保険者は市町村。自己負担は定率1割。給付費の負担は、高齢者保険料、現役からの支援金、公費で賄うが、高齢者保険料と現役からの支援には上限を設定。

(図表)医療・介護コストと年金収入の将来推計
(夫婦2人の高齢者世帯)

		(万円/年)	
		2000年度	2025年度
医療・介護コスト計	A	36.5	103.9
医療コスト		28.3	67.3
自己負担		15.2	35.4
保険料		13.2	31.9
介護コスト		8.2	36.6
自己負担		3.3	12.0
保険料		4.9	24.6
年金給付	B	277.2	223.2
医療・介護負担率(%)	A/B	13.2	46.5

(資料)日本総研作成。

(注1)2025年度のコストは、日本総研の試算による。

(注2)2025年度の年金収入は、夫婦2人のモデル年金額
(2000年度価格で18.6万円)を名目化した額。

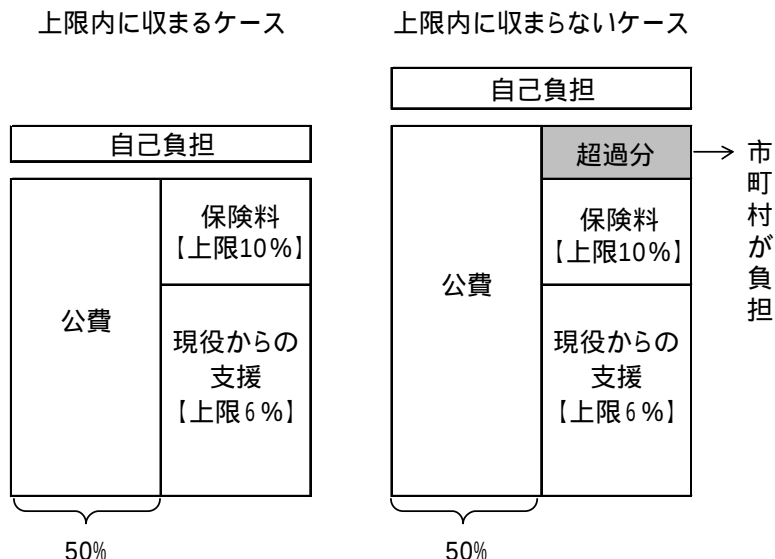
2. 保険料負担の上限の設定

今後を展望しても、高齢化の進行に伴って高齢者給付が増加するため、保険料負担のさらなる引き上げは必至。そこで、高齢者給付に対する保険料負担に上限を設定。具体的な負担システムは、以下の通り。

公費…原則5割

現役からの支援…総報酬の6%を上限。すなわち、2005年度の3.5%から毎年0.1%ポイントずつ引き上げ、2029年度以降は6%に固定。

(図表)高齢者給付の負担システム



(資料)日本総研作成。

高齢者保険料…給付費から公費と現役からの支援を除いた額を負担。上限は年収の10%。保険料率を10%超に引き上げる必要がある場合には、不足分を保険者である市町村が負担。

3. 医療市場の効率化の推進

医療の質を維持しつつコストを抑制するためには、効率化の推進が不可欠。具体的には、以下の通り。

医療市場への競争原理の導入

医療機関の評価尺度として日本版DRGを構築するとともに、治療水準やコスト・パフォーマンスに関する各医療機関のデータを比較・分析することにより、医療市場全体の効率性の向上を図る。

診療報酬の包括化

入院医療や慢性期医療のうち、包括化が馴染む部分については原則として包括払いを適用。

診療所と病院の機能分化の明確化

プライマリ・ケアを導入・強化することにより、医療資源の有効活用を図る。

予防医療の徹底

予防医療の徹底により、医療費の約3分の1を占める生活習慣病の発生を防ぐ。

・「抜本的」医療制度改革の効果

以上提言した「抜本的」医療制度改革の効果を試算すると、まず、効率化の推進により、医療費の大幅な抑制が実現。すなわち、2025年度、2050年度の国民医療費は各々58.5兆円、108.7兆円と、効率化を行わなかった場合に比べて7～8割の水準にとどめることが可能。

(図表)効率化効果の試算

	国民医療費		効率化 効果	効率化		
	(改革前) (兆円)	(改革後) (兆円)		包括化 (兆円)	予防医療 (兆円)	機能分化 (兆円)
2000年度	30.4	-	-	-	-	-
2015年度	48.5	43.2	5.3	2.6	2.7	0.0
2025年度	72.5	58.5	14.1	10.1	3.9	0.1
2050年度	162.5	108.7	53.8	45.5	8.2	0.1

(資料)日本総研作成。

(注)効率化効果の試算の前提は、以下の通り。

包括化：現役については外来の慢性期医療、高齢者については外来の慢性期医療と入院医療に、各々包括払いを適用。

予防医療：健康診査受診率と1人当り老人医療費には負の関係。そこで、全国健康診査受診率が上位5県の平均レベルにまで上昇した場合の医療費削減額を計算。

機能分化：病院の外来患者の入院患者に対する割合（11倍）が、イギリス並（4倍）にまで縮小し、これを上回る外来患者は全員診療所にシフトすると仮定した場合の医療費削減額（診療所の外来コストは、病院に比べて割安）。

さらに、負担の上限を設けることにより、高齢者と現役世代の過重な負担を回避することが可能。とりわけ現役世代の負担軽減は、負担の世代間格差の是正を通じて、制度に対する国民の信頼回復に寄与することが期待。

(図表)医療・介護給付と保険料負担の将来推計

厚生労働省ケース

	高齢者医療＋介護			現役医療給付		(再掲) 公費計
		高齢者 保険料	現役保 険料率		現役保 険料率	
	(兆円)	(円/月)	(%)	(兆円)	(%)	(兆円)
2000年度	10.3	7,550	2.2	13.9	5.9	9.9
2015年度	32.9	15,280	3.9	14.2	5.7	20.9
2025年度	56.6	23,520	5.7	17.9	6.3	35.7
2050年度	152.0	66,756	11.2	27.8	9.1	91.7

「抜本的」改革ケース

	高齢者給付			現役医療給付		(再掲) 公費計
		高齢者 保険料	現役保 険料率		保 険 料 率	
	(兆円)	(円/月)	(%)	(兆円)	(%)	(兆円)
2015年度	28.3	3,840	4.5	13.9	4.7	20.6
2025年度	41.7	5,342	5.5	17.2	3.7	29.8
2050年度	86.6	35,701	6.0	25.7	5.0	58.3

(資料)日本総研作成。

(注)2000年度の高齢者医療は、70歳以上が対象。