

保 存

— 医療保険制度改革に関する緊急提言 —

国民的議論を通じ、医療保険制度改革の早期実現を

1999年11月

社団法人 関西経済同友会

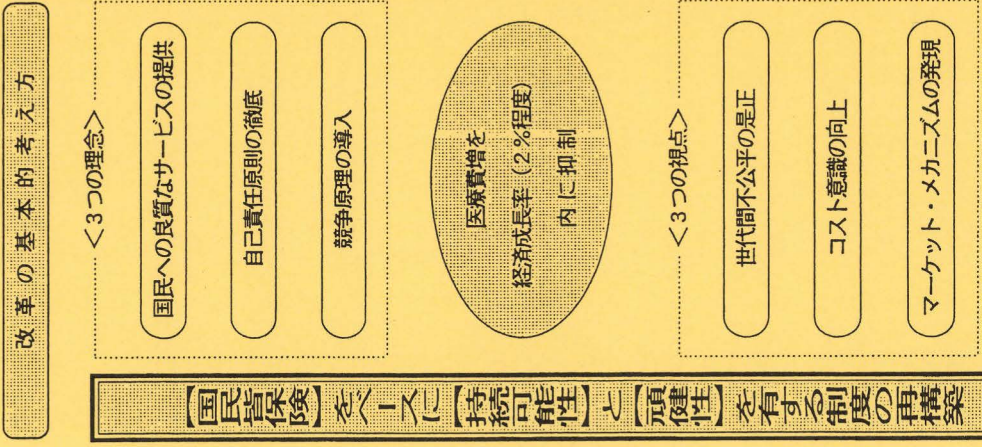
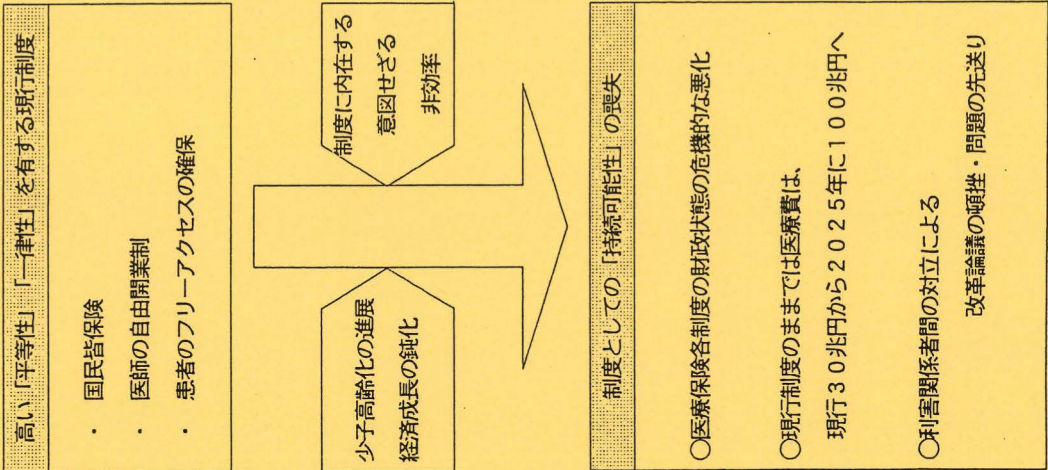
社会 保障 委員会

《目 次》

【提言要旨】	i
<u>I. はじめに</u>	1
<u>II. 改革の基本的な考え方</u>	2
<u>III. 改革の具体的方向</u>	3
提言 1：医療費増嵩の要因となっている高齢者医療制度の枠組みについて	
提言 2：高齢者の自己負担のあり方について	
提言 3：保険者の機能強化について	
提言 4：患者の立場に立った医療サービス情報の開示について	
提言 5：診療報酬体系について	
提言 6：薬価基準について	
<u>IV. おわりに</u>	7
【参考資料】	9
平成11年度社会保障委員会活動状況	18
平成11年度社会保障委員会名簿	19

「医療保険制度改革に関する緊急提言（要旨）」

国民的議論を通じ、医療保険制度改革の早期実現を



提言 1	○地域別に再編成した政府管掌健康保険を被用者OBの受け皿とする 新たな高齢者医療制度（地域別突き抜け方式）を創設 —政府管掌健康保険を7～8の地域別に再編し、組合健保OBも加入 —国保OBは単独で、新たな高齢者医療制度へ移行
提言 2	○高齢者の患者負担への2割定率制の導入 —一律的弱者ではない高齢者は被用者本人と同等の負担
提言 3	○保険者の合併等の推進による保険者機能の強化 —財政基盤の安定化、企画立案・調査能力の向上による主体的な機能発揮
提言 4	○患者・保険者と医療機関の情報量格差の是正 —広告規制の緩和・医療機関版格付機関の設置 —カルテ・レセプトの標準化・電子化
提言 5	○DRG・PPSを軸とした診療報酬体系への早期移行 —医療サービスの効率化と医療供給側へのインセンティブの付与
提言 6	○「同効能＝同薬価」に基づく薬価算定方式の抜本的見直し —「シロ新」薬価の適正化と画期的新薬、希少疾病用新薬の評価引き上げ

1. はじめに

「国民皆保険」「医師の自由開業制」「患者のフリーアクセスの確保」等の特徴を持つ我が国の医療保険制度は、先進諸国でも類を見ない、高い「平等性」「一律性」を有しており、制度発足当時から国民に強く支持されてきている。

しかしながら、近時の少子高齢化の進展、経済成長の低迷等の社会経済環境の変化は、医療保険制度の制度設計の前提を大きく揺るがし、制度存続が危ぶまれる状況に陥っている。国民医療費、特に老人医療費はとどまることなく増加し、医療保険各制度の財政状態は、悪化の一途を辿っている。制度がこのままの形で存続すれば、現在30兆円の国民医療費が2025年には100兆円を超えると予想されている。しかし、その財源については、何らの見通しも立っていない（仮に財源を消費税に求めれば15%以上になる）。

こうした状況を踏まえ、政府は2000年4月からの抜本的改革の実施に向けて検討を重ねてきたが、残念ながら、利害関係者間の調整に手間取り、現在のところ、改革論議は事実上頓挫したまま、将来の礎石すら築けずに遅々として進まない状況となっている。

医療保険制度は、我々国民に身近な問題であるだけに、限られた医療関係者任せにするのではなく、我々国民自身が当事者意識を持って、積極的に議論に参画することが必要である。同時に行政、医療機関、製薬業界、健康保険組合等の医療関係者も個別利害に固執することなく、痛みをわかちあう姿勢を持つことが何よりも求められる。

21世紀を目前に控えた今、国民が安心して暮らせる「健康で活力ある中高年社会」の実現に向けて、安定的で信頼性のある医療保険制度を構築することは、我々現役世代の将来世代に対する責務である。関係者は、残された時間が極めて少ないことを認識するとともに、改革実現に向けた議論を一步でも二歩でも進めることが必要である。

我々は、このような課題認識と危機意識に立って、医療保険制度改革についての国民的議論を巻き起こし、一日も早く改革の道筋をつけることを企図して、本提言をとりまとめた。

II. 改革の基本的な考え方

医療保険制度改革は、我が国が世界に誇るべき「国民皆保険」をベースに置くことは言うまでもない。

この前提の下で、制度のコミットメント（制度が予定している給付内容等）とマクロの経済力との大幅な乖離によって喪失している「持続可能性」を回復させるとともに、環境変化に耐えうる「頑健性」の高い制度に再構築することが、改革の基本となるべきである。

そのためには、まず、医療費増を経済成長率（２％程度）の範囲内に抑制するとともに、総医療費をシステムとして、コントロールابل（制御可能）なものにする必要がある。

改革実施に当たっては、「国民への良質なサービスの提供」「自己責任原則の徹底」「競争原理の導入」の３点を基本的な理念として、世代間不公平の是正、コスト意識の向上、マーケットメカニズムの発現等の視点が特に重要である。

以上のような認識に基づき、当面最優先で取り組むべき改革の方向について、下記６点を提言する。

III. 改革の具体的方向

提言 1

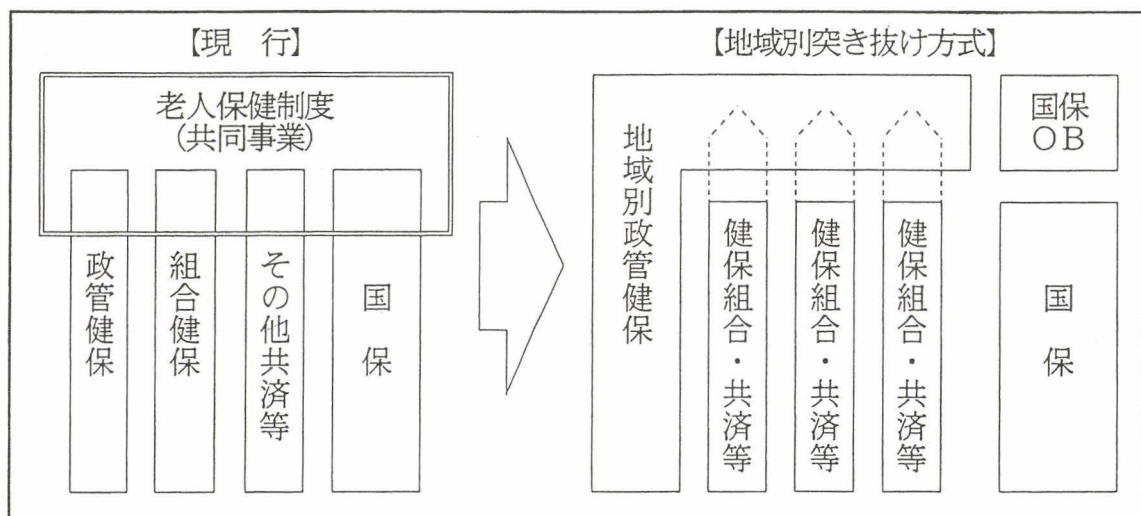
【医療費増嵩の要因となっている高齢者医療制度の枠組みについて】

給付と負担の明確化、現役世代の納得感、地域別医療費格差の是正等の観点から「地域別突き抜け方式」による新たな高齢者医療制度を創設する。

―地域別に再編成した政府管掌健康保険を被用者OBの受け皿に―

- 健康保険組合連合会が提唱している「突き抜け方式」に、地域間の医療費格差問題（H9年度一人当たり医療費の都道府県格差：最大1.8倍、市町村間格差：最大4.9倍）等を踏まえ、地域的要素を加味した下記の新たな高齢者医療制度を創設すべきである。
- ・政府管掌健康保険を地域別（7～8ブロック程度）に再編成し、高齢者も一体として保険集団を形成する。
 - ・組保管掌健康保険のOBは、新たな地域別政管健保に加入する。
 - ・財源は、組合健保からの負担金及び公費、保険料（高齢者を含む）で構成する。
- なお、国保グループのOBは、国保単独で設立する高齢者医療保険制度に加入する。当制度には、公費の重点的な投入を行って、財政基盤の強化を図る。

【地域別突き抜け方式のイメージ図】



提言 2

【高齢者の自己負担のあり方について】

コスト意識を向上させ、給付と負担の関係を明確に認識させる観点から
定率2割の自己負担を導入する。

○自己負担率の設定においては、高齢者の高い保有資産・所得水準を踏まえると、高齢者を一律的に弱者と捉えることは適当ではなく、資産・所得が一定水準以上の高齢者には現役世代と同様の負担を求めるべきである（年齢による定率の格差を設けず）。

このことは、高齢者の日常生活面や健康管理面における自立を促す側面も有している。

○自己負担割合と医療費総額との間には下記の通り、有意な相関関係がある。

これを踏まえ、具体的な自己負担率については、医療費抑制効果と現役世代の納得感を考慮し、被用者の本人負担と同水準（2割）とする。

【自己負担割合と一人当たり医療費の相関】

（参 考）

自己負担割合	高齢者（千円）	
現 行（※）	750.8	100%

（高齢者は70才以上）

1 割	721.2	96.1
2 割	568.7	75.7
3 割	416.3	55.4

現役世代（千円）	
159.2	100%
↓	
136.4	85.7

※96年度ベース（入院 710円／日、外来 1020 円／月の定額負担制）
（大阪大学 跡田教授研究室推計）

提言 3

【保険者の機能強化について】

保険者の合併等を推進することにより、財政基盤の安定化、企画立案・調査能力の向上を図る。

○現行の保険者は、健康保険組合が約1800組合、市町村国民健康保険が約3200組合と極めて多数で、かなり小規模な保険者も存在している。

規模のメリットが働くよう、政府主導で進めたドイツの先行事例を参考に合併を進め、財政基盤の安定化と企画立案・調査能力の向上を図る必要がある。

○その上で、保険者は、事務のアウトソーシング等による効率化を推進するとともに、中長期的な医療費削減効果が期待される予防・健康増進への取組みを更に強化・充実すべきである。

○また、保険者が医療機関と適切な緊張関係を保持し、医療の質と効率性の向上に一定の役割を果たすためにも、政府は、医療機関への調査権や不適正な保険医療機関を排除する権限を保険者に与えるべきである。

提言4

【患者の立場に立った医療サービス情報の開示について】

患者・保険者と医療機関との情報量格差を是正する観点から、広告規制の緩和、医療機関版格付機関の設立、カルテ・レセプトの標準化・電子化等を推進する。

○現在、医療機関を評価する機関として、(財)日本医療機能評価機構があるが、評価項目が組織・病院経営面に限られるなど、限定的な運営に留まっている。

新たに、医療サービスの「質」を客観的に評価する格付機関を、保険者と医療機関が協調して設立する必要がある。評価項目、評価手法、結果の開示方法等については、諸外国の例や一般医療機関の実態調査等を踏まえ、早期実現に向けた検討を進めていくべきである。

○現在極めて制限的な医療機関の広告を、手術件数等の診療実績、専門分野、第3者機関による評価等、患者が客観的に評価できる情報については、原則自由とすべきである。

○カルテ・レセプトの標準化・電子化を進めることにより患者に対して、効率的に医療サービスが提供されるようにすべきである。

○患者のコスト意識を高めるため、受診の都度、医療費の総額や内訳を患者に開示するよう医療機関に義務付ける。

提言 5

【診療報酬体系について】

医療供給側に経営努力や医療専門技術の向上へのインセンティブを与える観点から出来高払い中心の体系からDRG・PPSを軸とした体系への早期移行を図る。

- 医療サービスの適正化に効果が期待されるDRG・PPS（※）について、3年を目処に導入すべく、現行国立病院等10病院程度に限定されている試行範囲を大幅に拡大するとともに、疾病分類（現行183分類）の範囲も広げる必要がある。
- また、予防医療技術の評価については、予防と疾病の相関関係等データの集積を図り、十分な検討を踏まえた上で診療報酬体系上の手当てを行うべきである。

〔※DRG・PPS（Diagnosis Related Groups・Prospective Payment System）
疾病群別に疾病を分類し、実際の診療行為にかかわらず、予め定められた定額の診療報酬を支払う制度〕

提言 6

【薬価基準について】

「同効能＝同薬価」の観点から、薬価の算定方式を抜本的に見直す。

- 日本の薬剤比率は、度重なる薬価の引下げや薬剤別途負担導入の効果もあり、近年減少傾向にあるものの、なお諸外国と比較すると高い水準に止まっている。また、公定価格と市場実勢の差（薬価差益）の存在が、意図せざる高薬価シフトや多剤投与を招いている。
- 現行薬価基準を「同効能＝同薬価」の原則に基づき、「薬価差益の多寡」による薬剤の選別から、「質と価格」による選別が機能するように抜本的に見直すべきである。
特に「ゾロ新」（※）薬価の適正化と画期的新薬や希少疾病用新薬の評価の引き上げが必要である。
- 薬価改定の間隔について、より市場実勢を反映させる観点から、現行2年に1回の改定を少なくとも1年に1回は見直すように改める。

〔※「ゾロ新」…既に発売されている医薬品と効能上あまり差がないにも関わらず、薬価基準上新薬として高い価格が付けられる医薬品〕

IV. おわりに

以上、当面最優先で取り組むべき改革として6点を提言した。引き続き、これら以外の「急性期と慢性期の医療機関・病床の機能分化」や「医薬分業の推進」、「医療機関の資金調達の多様化」等の課題についても、より国民経済的な見地から主体的に問題提起し、議論に参画していく所存である。

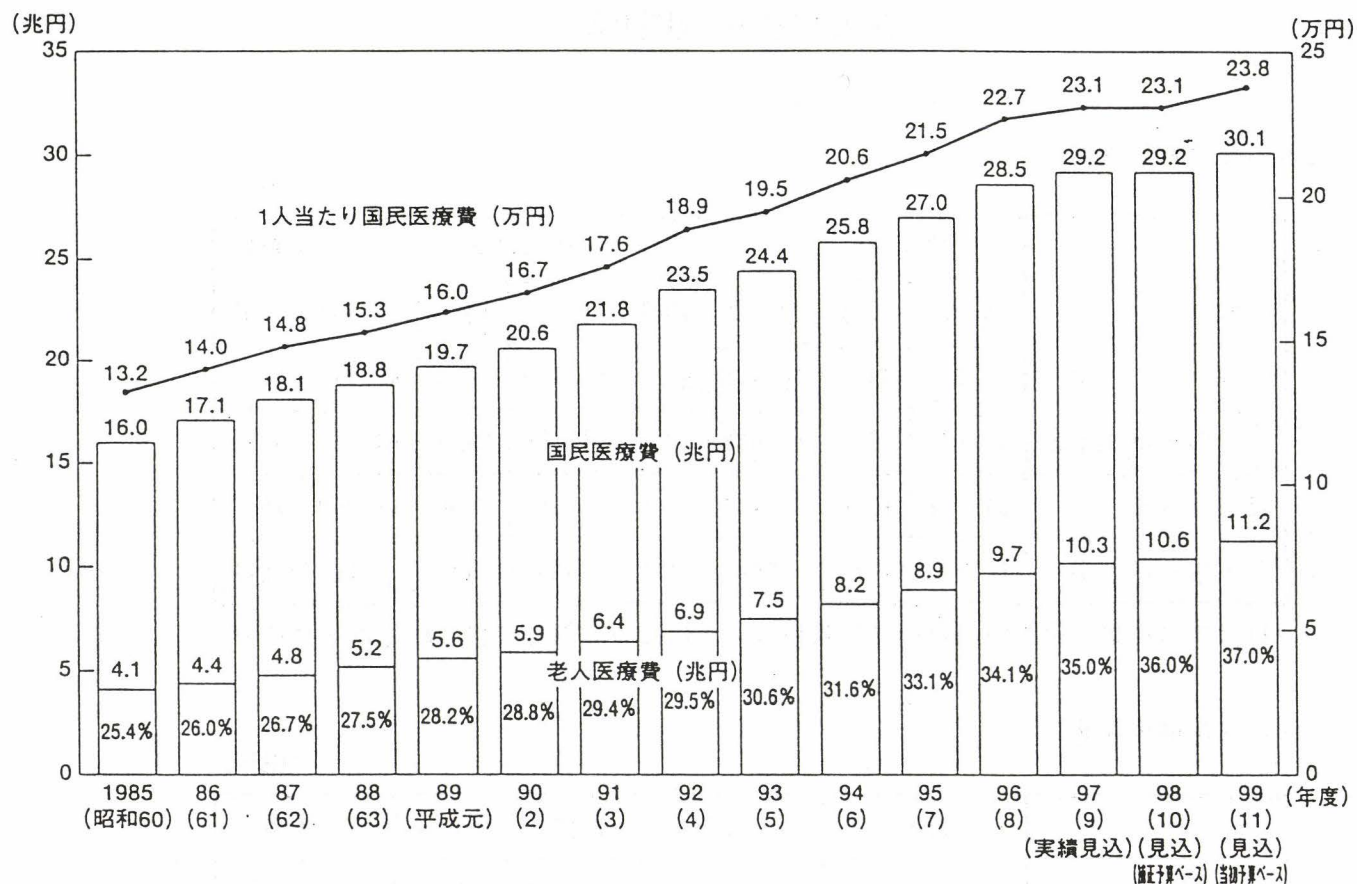
以 上

「医療保険制度改革に関する緊急提言」参考資料一覧

- 資料① …… 国民医療費の推移
- 資料② …… 医療保険各制度の財政状態
- 資料③ …… 医療保険制度の加入状況
- 資料④ …… 老人医療費の負担構造
各医療保険制度の老人加入数の相違
- 資料⑤ …… 現在の医療費の本人負担
- 資料⑥ …… 薬価差益の仕組み
- 資料⑦ …… 欧米諸国との医療の現状比較
老人と若年の一人当たり医療費の国際比較

以 上

国民医療費の推移



対前年度伸び率

	1989年度 (平成元)	90 (2)	91 (3)	92 (4)	93 (5)	94 (6)	95 (7)	96 (8)	97 (実績見込) (9)	98 (見込) (10)	99 (見込) (11)
国民医療費	5.2	4.5	5.9	7.6	3.8	5.9	4.5	5.8	2.2	0.2	3.0
老人医療費	7.7	6.6	8.1	8.2	7.4	9.5	9.3	9.1	5.7	2.7	6.2
国民所得	6.9	7.3	5.0	1.7	0.9	0.4	1.9	2.7	-0.2	-2.4	0.1

- (注) 1. 老人医療費の下の%は老人医療費の国民医療費に対する割合である。
2. 平成9年度は実績見込, 平成10年度, 平成11年度は見込である。そのためこれらに係る諸率は今後変わる場合がある。

OECD諸国の医療費の状況 (1997)

国名	1人当たりの医療費		医療費の対GDP比	
	順位	金額 (円)	順位	比率 (%)
アメリカ	1	491,741	1	14.0
スイス	2	430,904	3	10.2
ドイツ	3	321,856	2	10.4
ルクセンブルグ	4	313,680	20	7.1
ノルウェー	5	297,209	16	7.4
日本	6	294,924	18	7.3
デンマーク	7	287,470	12	7.7
フランス	8	282,300	4	9.9
スウェーデン	9	267,512	6	8.6
アイスランド	10	266,550	10	8.0

- (注) 1. 本表各項目の順位は、OECD加盟国間におけるもの。
2. 現地通貨で発表されている統計数値を、1997年の年間平均為替レートで換算したもの。
3. 本表における医療費の概念は、上記グラフ及び表における国民医療費の概念と異なる

(出典) OECD HEALTH DATA'98

【医療保険各制度の財政状態】

○組合管掌健康保険

(億円)

	H 8		H 9		H10 (見込)		H11 (予算)	
収 入	56,257	100%	59,249	100%	59,564	100%	59,441	100%
支 出	58,232	103.5	59,266	100.0	59,199	99.4	63,410	106.7
うち老健拠出金	15,065	26.7	15,678	26.5	17,106	28.7	18,919	31.8*
経常収支差	▲1,975	▲3.5	▲17	▲0.0	365	0.6	▲3,969	▲6.7
赤字組合数 (率)	1,293(71.2%)		998(55.1%)		965(53.8%)		1,512(84.6%)	

*H11年度の老人保健拠出金の「保険料収入」に占める割合は40.4% となる見込み

○政府管掌健康保険

(億円)

	H 8		H 9		H10 (予算)		H11 (予算)	
収 入	67,509	100%	69,257	100%	70,819	100%	71,073	100%
支 出	71,702	106.2	70,207	101.4	71,317	100.7	74,130	104.3
うち老健拠出金	18,566	27.5	18,897	27.3	21,275	30.0	23,544	33.1
経常収支差	▲4,193	▲6.2	▲950	▲1.4	▲498	▲0.7	▲3,057	▲4.3
事業運営安定資金	6,260		6,857		6,359		3,302	

○国民健康保険

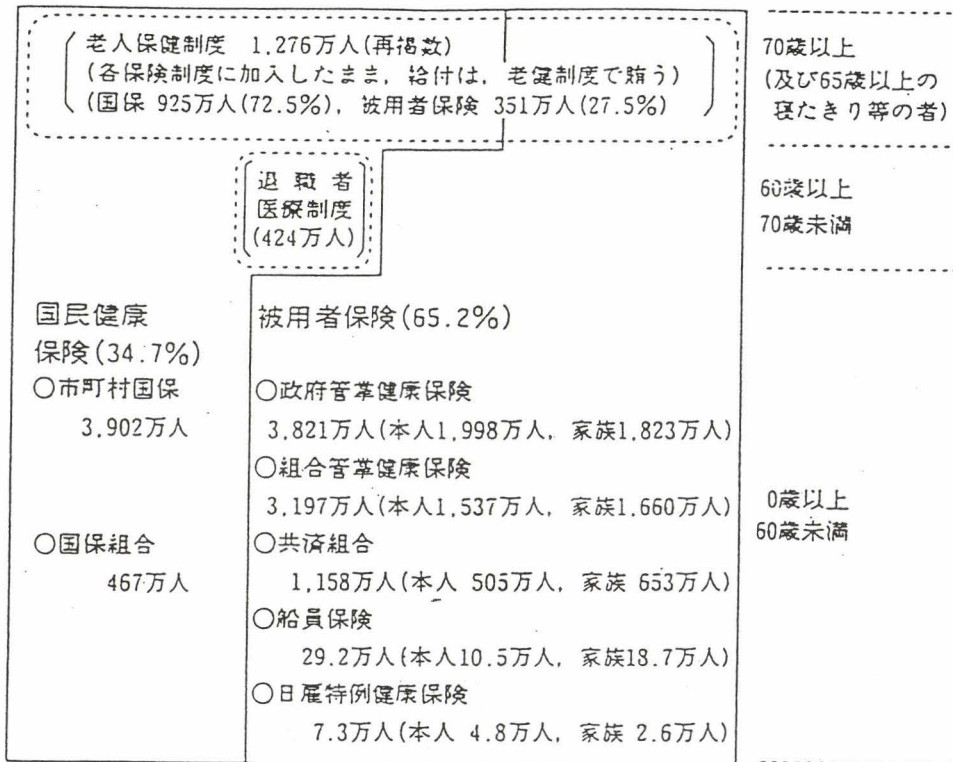
(億円)

	H 8		H 9 (見込)	
収 入	60,486	100%	62,173	100%
支 出	61,640	101.9	62,465	100.5
うち老健拠出金	19,260	31.8	19,959	32.1
経常収支差	▲1,154	▲1.9	▲292	▲0.5
赤字保険者 (率)	2,117(65.2%)		1,543(47.5%)	

(健康保険組合連合会)

〔医療保険制度の加入状況〕

国民皆保険の仕組み

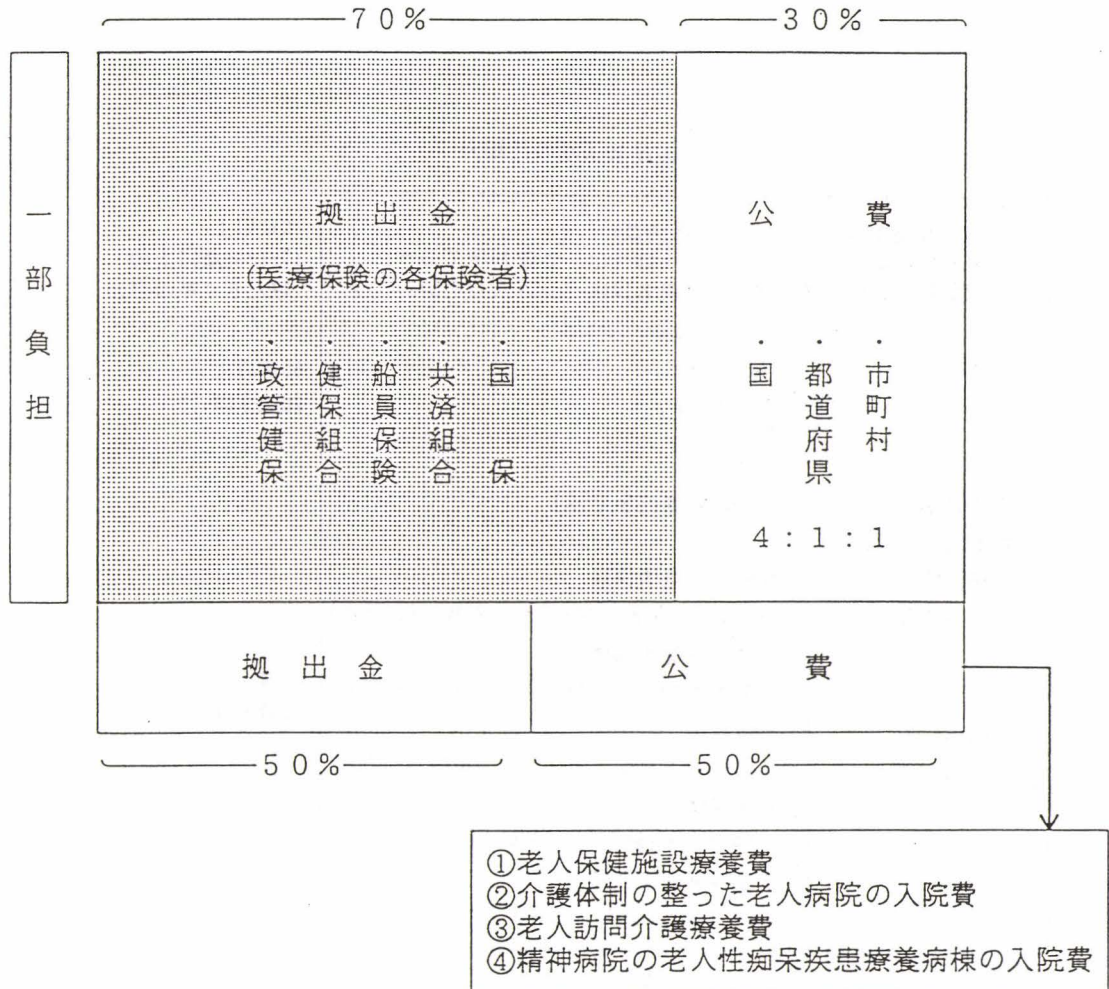


各制度の加入者の構成割合の変化

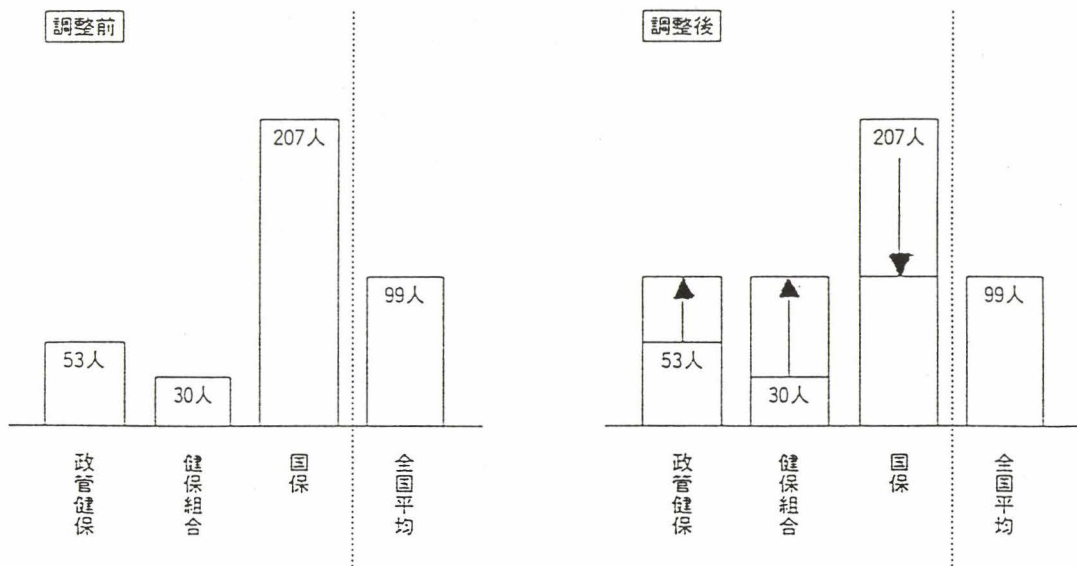
(医療保険制度加入者の構成比)				
	国保	政管	組合	共済
平成8年度末	34.7%	30.3%	25.4%	9.2%
				給保0.23% 日雇0.06%
昭和62年度末	37.0%	27.1%	24.9%	9.9%
				給保0.41% 日雇0.17%

(資料：目で見える医療保険白書 平成11年度版)

【老人医療費の負担構造】



【1,000人当たり老人加入数(1996年度実績)】



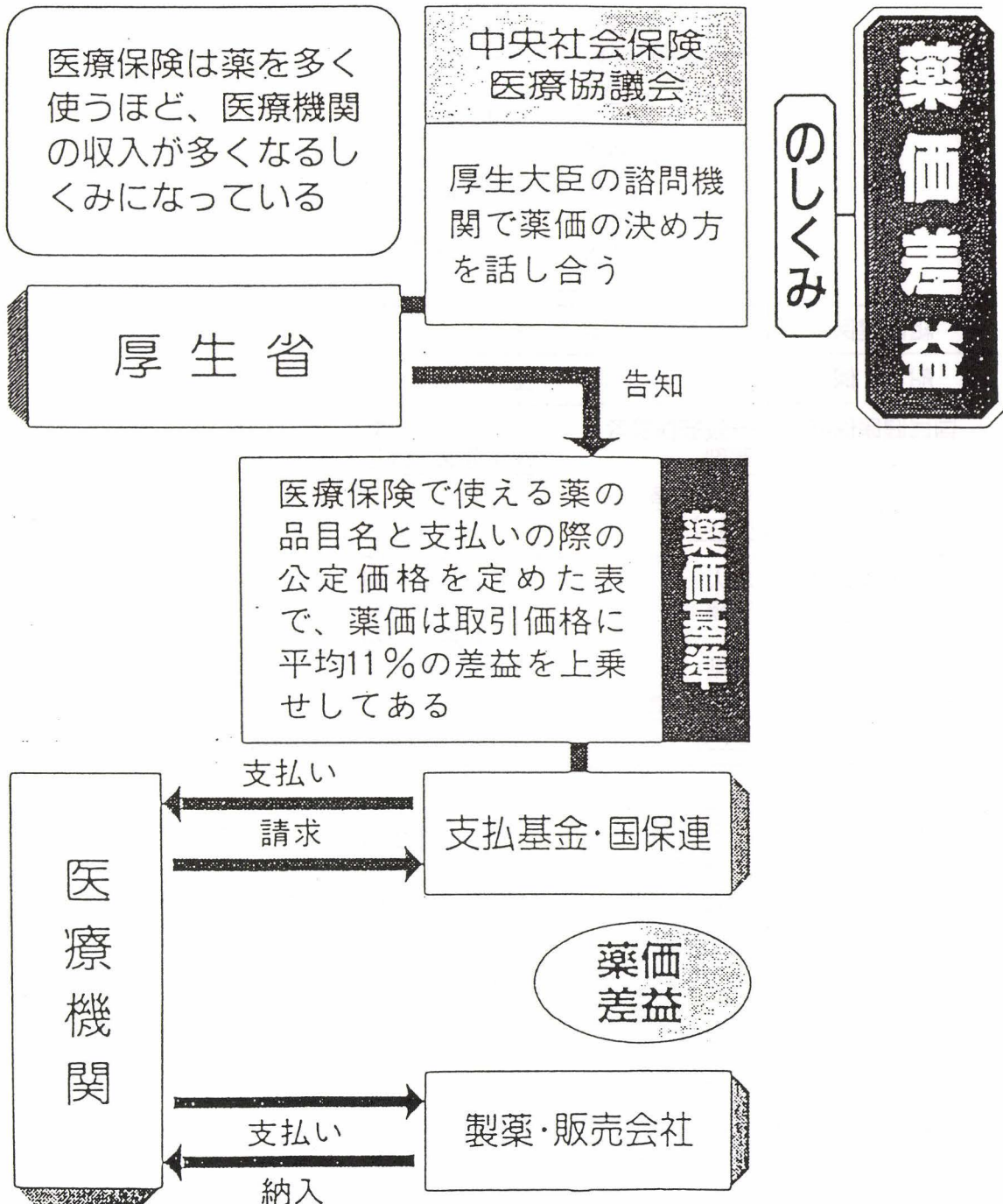
(資料：平成11年版厚生白書)

【現在の医療費の本人負担（1997年9月～）】

政管健保	本人	2割
	家族	入院 2割
		外来 3割
	薬剤	内服薬 1種類 0円
	(6歳未満の者	(投薬ごとに 2～3種類 30円
	を除く)	1日分につき) 4～5種類 60円
		6種類以上 100円
	外用薬	1種類 50円
	(投薬ごとに)	2種類 100円
		3種類以上 150円
組合健保	同	上
	同	上
船 保	同	上
	同	上
国民健康保険	一般被保険者	3割
	薬剤	政管健保と同じ
	(6歳未満の者	
	を除く)	
退職者 医療制度	本人	2割
	家族	入院 2割
		外来 3割
	薬剤	政管健保と同じ
	(6歳未満の者	
	を除く)	
老人保健	・ 入院1日	9年度 1,000円
	(低所得者は	10年度 1,100円
	500円/日)	11年度 1,200円
	・ 外来1回	530円
	(同一保険医療機関等ごとに	
	1月4回を限度)	
	・ 薬剤	政管健保と同じ
	(低所得者を除く)	

- 1) 「低所得者」とは、老齢福祉年金の受給権者であって主たる生計維持者が市町村民税非課税である者等。
 2) 老人保健の外来の一部負担金及び入院の一部負担金は、1日当たり医療費の伸びに応じてスライド。

(資料:医療費ハンドブック 平成11年度版)



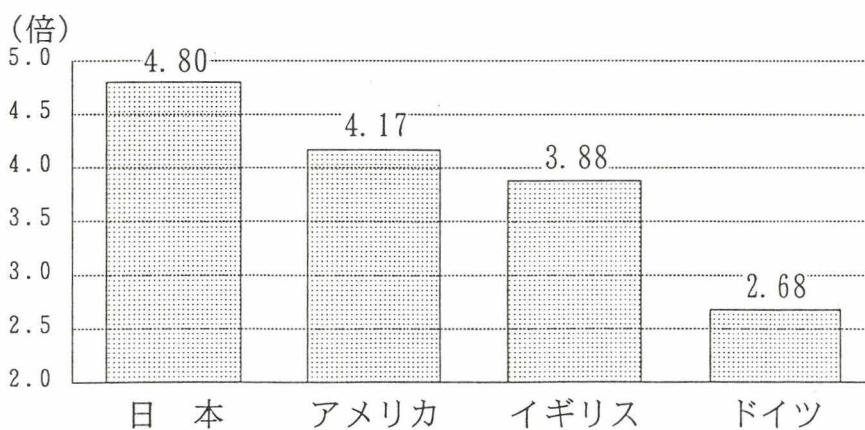
(資料:世の中のしくみ辞典/日本実業出版社)

【欧米諸国との医療の現状比較】

	日 本	アメリカ	イギリス	ドイツ
GDPに占める 国民医療費比較	7.2% (1995年)	14.2% (1995年)	6.9% (1995年)	10.4% (1995年)
1人当たり 医療費	27.8万円 (1995年)	34.3万円 (1995年)	12.5万円 (1995年)	29.1万円 (1995年)
平均在院日数	33.7日 (1995年)	8.8日 (1992年)	10.2日 (1993年)	13.9日 (1993年)
公的医療保険制 度の適用対象	全国民を対象	65歳以上の者、 低所得者などを 対象（全国民の 約25%が対象）	全国民を対象	全国民を対象。 ただし、加入義 務免除あり（全 国民の約90%が 対象）
医療機関の利用 制限	開業医、病院と も利用制限なし (フリーアクセス)	保険者により異 なる。通常、保 険者による利用 制限あり	家庭医以外の開 業医利用は原則 不可。病院利用 は原則として、 家庭医の紹介が 必要	開業医の利用制 限なし。病院利 用は通常、開業 医の紹介が必要

(資料) 各種資料をもとにさくら総合研究所作成「日本経済新聞社 H11. 7. 18掲載」

【老人一人当たり医療費／若年一人当たり医療費の国際比較】



(厚生省資料)

平成11年度 社会保障委員会活動状況

6月21日	スタッフ会 「社会保障委員会の本年度活動方針について」
6月25日	正副委員長会議 「社会保障委員会の本年度活動方針について」
7月15日	スタッフ会 「医療分野の現状認識の共有化、問題の洗い出し」
8月 9日	スタッフ会 「医療分野の課題の絞り込み、課題解決策の検討」
9月22日	講演会 「医療保険制度改革の現状と課題」 講師 厚生省 大臣官房審議官（医療保険・健康政策担当） 辻 哲夫氏
10月15日	スタッフ会 「緊急提言の方向性について意見交換」
10月28日	講演会 「医療保険制度をめぐる現状と改革の方向」 講師 大阪大学 副学長・大阪大学大学院経済学研究科教授 本間 正明氏
11月 2日	正副委員長会議 「緊急提言案（骨子）の審議」
11月 8日	ヒアリング 訪問先：健康保険組合連合会、日本医師会
11月11日	スタッフ会 「緊急提言案の最終審議」
11月15日	正副委員長会議 「緊急提言案の最終審議」
11月17日	常任幹事会・幹事会にて提言（案）「－医療保険制度改革に関する緊急提言－ 国民的議論を通じ、医療保険制度改革の早期実現を」を報告、了承
11月22日	提言「－医療保険制度改革に関する緊急提言－ 国民的議論を通じ、医療保険制度改革の早期実現を」を大阪と東京で記者発表

平成11年度 社会保障委員会名簿

(敬称略・順不同)

委員長	今井 宏邦	日本生命保険	専務
副委員長	松下 滋 江崎 勝久 岡本 好央 葉室 頼言 中山 登美子 村手 俊彦 甲田 浩 戸田 昭 佐々木 仁 仁泉 節子 春次 賢太朗 上野 昌也	三和総合研究所 江崎グリコ 住友信託銀行 特定医療法人 寿楽会 大野記念病院 白水貿易 武田薬品工業 ホテルニューオータニ サントリー 清水建設 日本テレビ放送網 春次メディカルグループ 上野製薬	取締役理事 社長 副社長 名誉理事長 社長 顧問 専務ホテルニューオータニ大阪総支配人 常務 執行役員関西事業本部副本部長 関西支社副参事 理事長 常務
スタッフ	島田 智之 前田 俊哉 森尻 裕二 江口 雅祥 芳川 憲司 多良 康彦 堀内 誠司 是枝 薩子 山岡 尚 佐々木 成人 宮脇 潤治 浜田 健康 石川 昌宏 榎原 良行 長田 正樹	日本生命保険 日本生命保険 日本生命保険 三和総合研究所 江崎グリコ 住友信託銀行 特定医療法人 寿楽会 大野記念病院 白水貿易 武田薬品工業 ホテルニューオータニ サントリー 清水建設 春次メディカルグループ 上野製薬 上野製薬	企画広報部部長 企画広報部課長 企画広報部主任 研究開発第1部 公共事業・政策チーム研究員 経営企画室課長 調査部調査役補 課長 総務部長 総務グループマネジャー (大阪)副総支配人 人事部 関西事業本部企画部課長 事務局長 取締役社長室長 総務課長
代表幹事スタッフ	中村 仁 今井 直人	西日本旅客鉄道 ダイキン工業	経営企画部次長 経営企画室
事務局	萩尾 千里 梅名 義昭 久世 玲	関西経済同友会 関西経済同友会 関西経済同友会	常任幹事・事務局長 企画調査部副部長 企画調査部

－医療保険制度改革に関する緊急提言－
国民的議論を通じ、医療保険制度改革の早期実現を

平成11年11月発行

発行者 社団法人 関西経済同友会

常任幹事 萩 尾 千 里
事務局長

大阪市北区中之島 6 - 2 - 27

電話 (06) 6441-1031

印刷所 有限会社 ダイ ヤ 印 刷

大阪市西区本田 1 丁目 6 - 25

インターネットアドレス番号 <http://kdoyukai.on.arena.ne.jp/>

