

持続可能な医療制度の確立に向けて

2001年10月2日
社団法人 経済同友会

低成長下の医療費高騰と老人医療費の増加により、わが国の医療制度は深刻な打撃を受けている。1990年代以降、国民所得の伸びが1%前後で低迷する中で、医療費は平均5%程度の伸びを示し、医療費の対国民所得比は8%にまで上昇した。とりわけ70歳以上の高齢者の「老人医療費」は8%の増加となっており、人口比率15%程度の高齢者の医療費が、医療費全体の約35%を占めている。その結果、健保組合の8割は赤字となっている。このような国民所得の伸びを上回る勢いで伸びる医療費の負担は、これ以上維持することはできない。

医療は人命に関わることであり、「安かろう、悪かろう」のシステムは容認されない。品質を維持しつつ、如何にして医療費の伸びを適正な水準とするかが医療制度改革の最重要課題である。

このような観点から、第1に、医療費の伸びを抑えつつ、公平に負担できるよう、高齢化と経済の低成長化に対応した医療保険制度改革が不可避である。そのため、高齢者医療介護保険制度の創設、医療保険の再編と機能強化、に早急に取り組むべきである。

第2に、高齢化に伴う医療の目的や内容の変化に対して、医療費をコントロールするだけでなく、患者による選択を通じて医療の質を維持・向上させる仕組みづくりが必要である。そのため、国家的な情報投資による医療の監視・評価の仕組みづくり、医療機関の競争促進と患者による選択の実現、を図るべきである。

これらに加えて、将来的には、公的保険と民間保険の併用体制の構築を目指す必要がある。

政府は2002年度の医療制度改革を公約しているが、その改革は一時しのぎに終わるものであってはならない。2002年度改革は、以下に示す提言の具体化を含め、わが国医療の将来像を明確にした上での第一歩として実施すべきである。

具体的提言

高齢者医療介護保険制度の創設

急性期疾患が中心となる若年・現役世代の医療に対し、高齢者医療は慢性疾患や老人退行性疾患等に対する疾病管理や生活支援が中心となるなど、両者の目的・内容は異なる。そこで、疾病構造も保険リスクも異なる高齢者医療を若年・現役世代の医療から分離し、65歳以上の高齢者について、介護保険を統合した「高齢者医療介護保険制度」を創設する。その骨格は以下の通りである。

- 保険者の単位

保険者は地域を単位とする。住民の選択により、地域の特性を反映したサービス基盤の整備や給付範囲を設定する。

- 保険の財源

財源は、保険料1/2（その1/3を高齢者、2/3を現役世代がそれぞれ所得に応じて負担）、公費（税金）1/2で賄っている介護保険を参考に検討する。利用者の自己負担1割も同様とする。

なお、保険者の単位を地域とする場合、住民の年齢構成の違い等、地域的な条件の差異が生じるため、介護保険と同様に、調整交付金及び現役世代の保険料の再配分によって財政調整を行う。

- ゲートキーパー制の導入

全ての高齢者は、最初に、ホームドクターの役割を果たすゲートキーパーの診断を受ける。ゲートキーパーは、症状により患者を「急性期医療」と「慢性期医療・介護」に振り分け、必要なケアやサービスをコーディネートする。

- ランク別包括払い制度の導入

「急性期医療」については当面は出来高払いとするが、「慢性期医療・介護」については、高齢者の疾病・介護のランク別に包括払い方式を導入する。

保険者の再編と機能強化

保険者は、単に保険料の徴収、医療費の支払にとどまらず、医療内容の審査・評価な

ど、より積極的に患者の代理人としての機能を果たしていくことが期待される。そのためには、医療情報基盤の整備や審査・評価能力の向上が必要であるが、現在の保険者規模のままでは対応できない。保険者機能と財政基盤を強化するため、現行の「職域」と「地域」の二本立てから、原則「地域」への再編を進め、保険者規模を拡大する。

情報投資による医療の監視・評価の仕組みづくり

医療の質を維持しつつ医療費をコントロールするためには、徹底的な医療情報の開示が必要である。国家的規模の情報投資を行い、医療情報の蓄積・分析を通じて現状の医療費の中の無駄を排除するとともに、この過程において効果的かつ成果が高い医療の標準化への道を準備すべきである。

まず、医療機関における電子カルテなどの情報システムの導入を促進する。そのための政策的支援措置を講ずる。次に、政府の主導により、医療機関や保険者を結ぶ医療情報ネットワークを構築するとともに、情報の蓄積・分析、分析結果の公表を行う。このことにより、医療の標準化と疾病別のデータに基づく診療報酬決定方式の導入を図る。

医療機関の競争促進と経営力の強化

患者は情報をもとに医療機関を選択し、医療機関は患者に選択されるサービス供給者にならなければならない。そのためには、競争を促進しうる環境づくりと医療機関の経営力の強化が必要である。

- 医療機関の広報活動に関する規制緩和

現在の医療法においては、医療機関から情報発信できる事項は、医療機関名、診療科目、診療時間などに限定されており、患者がサービスの内容や質を評価できるような情報の発信は禁じられている。これを改め、患者が自らサービス提供機関を選択できるようにするため、診療内容や特徴等の「広報」にあたる項目はむしろ情報発信を義務づける。「広告」に類する事項については、その根拠を明確にした上での情報発信に限り自由化する。

- 第三者評価の活用強化

医療機能評価機構の機能強化、評価結果の公表など、医療機関の機能を中立的な立場で評価する第三者評価の活用を強化する。

- 医療機関の株式会社形態の解禁
医療機関の経営力の強化を図り、また事業の継承・拡大も行えるよう、株式会社に
よる参入と、現行の医療法人が株式会社形態に転換することを解禁する。

公的保険と民間保険の併用体制の構築

医療保険財政が深刻化する一方、現在の公的医療保険は、疾病構造の変化や生活水準の向上等により多様化する患者ニーズに対して十分対応できていない。現行制度は、すべてを「公＝公的医療保険」で画一的にカバーしようとして肥大化しており、「民＝私的財源」の導入により、公的部分をスリム化すると同時に、患者の選択肢の拡充を図るべきである。

- 公的保険のカバー範囲の見直し
入院環境や食事内容等のアメニティ部分や先進医療・画期的新薬、予防医療等、患者に選択の自由を与えることが適当な部分については、公的保険のカバーの範囲外とし、民間保険や自費で対応することとする。
- 民間保険の本格的導入
患者の嗜好により選択できる部分に関しては民間保険で対応し、民間保険と公的保険を併用することを認める。民間保険の導入の仕方としては、公的保険を一階部分（基本サービス）とし、それに上乗せした二階部分（付加サービス）を民間保険で保障する「二階建て健康保険方式」と、公的保険カバー範囲も含む新しい民間健康保険を創設し、この新民間健康保険を選択可能とする「新民間健康保険方式」が考えられる。どのような併用をすべきかについて、本格的な議論が必要である。

以 上