

医療保険改革の方向と医療費動向

太鼓地 武氏 (前 厚生省保険局)

急速な人口の高齢化、医療の高度化等により、医療費は増大している。一方、経済基調の変化に伴い、医療費の伸びと経済成長との間の不均衡が拡大してきた。このままでは、国民皆保険制度そのものが崩壊の道をたどることにもなりかねない。また、就業構造の変化や社会構造の変化に伴い、医療保険制度の加入者の構成も大きく変化している。老人医療費の増大は著しく、高齢者の医療費負担のあり方の問題が惹起している。

21世紀の本格的な少子高齢化社会においても、国民誰もが安心して良質な医療サービスを受けることができるような医療保険制度を堅持していくためには、医療提供制度を含め、制度全体にわたる抜本的な改革を実現することが不可欠である。

医療制度の抜本改革として、次の4本柱が取り組まれている。詳細をご紹介できないのが残念であるが、40ページにも及ぶ統計データに基づくお話を頂いた。

(1) 高齢者医療問題

年々1割の割合で増大しており、現在11兆円の規模となっている。これは国民医療費の3分の1を占める。若人と高齢者の負担面での公平感が問題である。このまま推移すると、将来は国民医療費の半分にまで達すると予想され、若年世代の負担のさらなる増大が見込まれる。老人医療費の効率化を進めるとともに、若人と高齢者の負担の均衡や世代内の負担の均衡を図るための見直しがなされている。

(2) 支払制度 (診療報酬と薬価)

価格が市場で決まるのではなく、公的価格で決定される。病気が治っていくらといういわば出来高払いであり、結果 (出力) ではなく診療 (入力) で決まる。出来高払いの現行の体系を見直し、老人や慢性疾患等に包括払いを導入するとともに、技術料の適正な評価、質の高い入院医療の確保、リハビリテーション等の機能に着目した評価等が検討されている。

(3) 薬剤給付

現行の薬価基準制度については、次のような行動のゆがみを生み出しているとの指摘がある。

i) 医療現場で、高薬価シフトや薬剤の不必要な多用等が発生しやすい。

ii) 企業の研究開発が、薬価差が大きく開発が容易なゾロ新 (ぞろぞろ出てくる新薬) に偏重。新薬はどうしても高くなるので、ゾロ新を作る方が利益が大きい。12,000種の薬剤がある。

iii) 薬剤に関する情報やコスト意識の不足により、患者は薬剤の多用を容易に受容。

現行の薬価基準制度を廃止し、医療品のグループごとに市場実勢価格に基づき、医療保険から給付する限度額を定める制度の導入を中心に検討されてきた。

(4) 医療提供体制

外国では公的なものが中心であるが、日本では診療所から大病院まで民間の設備がメインである。この中で、医療の高度化や医療のニーズの多様化に対応して、良質な医療を提供していく体制を確立していくことが課題である。次の方向で見直しがなされている。

i) 入院医療提供体制の整備 (病床区分のありかた)

ii) 医療情報提供の推進 (カルテ等診療情報の開示)

iii) 医師・歯科医師の資質向上 (卒後臨床研修の必須化)

保険の分野にはデータが豊富にある。オペレーションズ・リサーチからの取り組みができる課題も多い。ただし、制度的な点があるし、いろいろな利害関係も絡む分野である。

本誌においても、平成11年7月号で「医療システムとOR」が、また9月号で「少子・高年齢化問題」の特集が組まれた。

講演下さった太鼓地氏は、この研究会の数日前に厚生省保険局調査課長を辞し、国民健康保険中央会に転じられた。ご多忙の中ご講演下さったことに改めて感謝したい。なお、本記事は配布された資料をベースにご講演の内容を付加して構成したものである。

(文責・川島 幸之助)