

日本の医療改革の方向
- 世代間の公平性の視点から -
Towards the Japanese Health Reform
- from the view point of intergenerational equity -

鴫田忠彦(一橋大)

序

日本はかつて人類の経験しなかった少子高齢社会へ向けて急速に進行しているが、その医療制度は、突出する高齢者の医療費の負担を現役世代に依存する”賦課方式的”な高齢者医療をはじめ、存続が危機的な状況にある。そのような深刻な状況の下で、平成 12 年 4 月から医療制度は抜本的に改革されることになっていた。しかし周知のように、焦点の高齢者医療制度や薬価制度について、日本医師会をはじめとする各種の利益団体や政党および厚生省など当事者間の合意形成が出来ず、改革の行方は混沌としている。財政再建や年金改革をはじめ、いわゆる構造改革が山積しているなかで、医療改革も同様に先送りされて、いたずらに国民の将来に対する不信感を煽っている。

日本経済の”失われた 90 年代”は、金融機関の不良債権処理の不決断による遅れが、国民一般に対して将来どのように重い負担になるかを如実に明らかにした。にもかかわらずそのような失敗の経験から学習することなく、近い将来の破綻が迫っているにもかかわらず、医療をはじめ年金などの懸案の構造改革が一向に進まないことは、きわめて遺憾なことである。

小論では、当事者間の利害を別にして、一般の患者・国民の視点から、とくに世代間の公平な負担によって、日本の医療の効率化と質の向上を実現させる改革はいかなるものかを、考察している。一般の患者・国民の立場からすれば、可能な限り低廉かつ公平な負担で、効率的でしかも質の高い医療サービスを楽しむことが望ましい。しかし同時に厳しい現実を認識すれば、当然のことながら負担すべきは負担することが必要である。2000 年の総選挙で与党が都市部で大敗を喫したことは、国民の側からの不決断な政治に対するそれなりの批判があり、そのようなサインを発したものであると認識したい。

現在の日本の医療で問題となるのは、総額 30 兆円に達している国民医療費が、その大半は診療報酬や薬価のように公定価格の下で資源配分されていて、国民の受けている医療サービスの量と質に見合うものであるか否かである。つまり 30 兆円は十分に効率的かつ公平に使われているかである。また 30 兆円の負担は公平であるかも問われなければならない。幸い国民皆保険の下で、日本国民は病室などアメニティの部分を除けば、その品質が高いか低いかは、以下のように十分議論の余地はあるが、同等の品質の医療サービスを楽しんでいることは、疑う余地のない日本の医療制度の長所である。所属する保険によって、あるいは所得や資産の多寡などにより、受療するサービスで差別されることはない。したがって問題は 30 兆円の負担の水準と、それが十分効率的に使われ、質の高いサービスを提供

されているかである。

いうまでもなく現時点で、この総額自体が適切であるか否かの議論も重要で、医療関係者と保険者とでは意見が激しく対立している。もし医療サービスが、合衆国のようにその大半を市場的に資源配分しているならば、医療サービスにどれだけ資源配分するかを問うことは、人々の選好を評価することになり、経済学の問題としては一義的な解答は求められない。人々の健康志向が強まって、より多くの資源を医療に配分しようとするのは、レジャー嗜好が強まってレジャー費をより大きくするのと同様、少なくとも経済学の問題としては人々の選好の変化として受け入れる他はない。

小論は以下の4章から構成される。1．医療改革の必要性では、なぜ医療改革が必要であるのかを、世代間で公平な費用負担と、効率化と質の向上が望まれる現状を説明する。2．改革はなぜ遅れるのかを、医療サービス市場の過剰な規制、利益団体のエゴイズムと保険者の脆弱さに求める。3．改革の方向では、I.T.技術による医療情報の利用により、消費者主権を実現して規制緩和を進めるとともに、国民皆保険を堅持すべき財政措置を目指す。4．具体的な改革案では、医療機関に対して規制緩和と競争原理を推進する一方で、カルテのデジタル化などにより、I.T.技術を駆使して保険者機能を拡充し、医療の効率化と質の向上を図る。最後に最大の懸案である高齢者医療制度では、従来の世代間の相互扶助とともに、世代内の相互扶助の仕組みを拡充させ、ターミナルケアについての合意形成を急ぐべきことが提案される。(注1)

1．医療改革の必要性

1 - 1 危機的状況の費用負担

すでに指摘したように日本の国民医療費は、平成12年現在でおよそ30兆円に達している。国民医療費とは、厚生省が医療費の実態を明らかにするために作成した概念で、社会保険が適用される医療費に保険適用外の普通分娩費や、家計が薬局で購入する売薬購入費などを加えたものである。OECDが国際比較のために作成している、医師や看護婦の養成費までを含む医療支出額(Health Expenditure)と比較すれば、範囲は狭く限定された値である。この医療支出額の対GDPシェアを比較すれば、現在の日本では約7%であり、14%で際立って高い合衆国を別格として、10%前後のドイツやフランスのヨーロッパ大陸諸国、スウェーデンなどの北欧各国の先進諸国と比べて相対的に低く、英国よりはやや高い。しかしこの相対的に低い数字は、日本の医療システムの深刻な現状を反映するものではない。

しかも図1のように筆者らの国民医療費の将来予測[5]によれば、抜本的な改革をせず現状のまま放置すれば、医療費は2025年までに実質年率2.8%で上昇すると推定され、今後に予想される日本の低いマクロ経済成長率との、両立の困難を示唆している。65歳以上の高齢世代の医療費は、他の世代の約4倍から5倍かかるので、2.8%の上昇における人口構成の高齢化による寄与は0.8%に達し、類似の研究と比較すれば先進国では最も高い。高齢世代の医療費がこのように高いのは、やはり後述するように、1970年代に実施された

老人医療費における無料費政策の負の遺産である。その後 80 年代に老人保健法が制定されて、高齢者に対する自己負担が導入され、度々の改定が試みられたにもかかわらず、2001 年の現在でも定率あるいは定額で 1 割に過ぎない。また残りは主に診療報酬の継続的引き上げなどの要因によるものであるが、これは医師会などのアグレッシブな政治的圧力や、基本的には費用増大的といえる医療技術の進歩に起因するものである。(注 2)

1 - 2 制度存続の危機

65 歳以上の高齢者の医療費は現在全体の約 4 割であるが、2025 年には筆者らの予測 [5] によれば 7 割に達する。したがって日本の医療問題の中心は高齢者医療にあるとって過言ではない。70 歳以上をカバーする現在の老人保健法の下では、高齢者の自己負担は現在 10% 弱であり、残りは各保険制度からの老人保健制度に対する、いわゆる ” 老健拠出 ” と、中央政府と地方自治体による公費負担から賄われる。

現在平均余命を全うする日本人の生涯医療費は、我々の研究では図 2 のように 2000 万円を大幅に超えるから [7] 60 歳までの保険料支払額 800 万円に対して保険による給付額 400 万円(つまり 60 歳まででは平均的な日本人は、保険料が受給額を 400 万円ほど上回る) さらに窓口での自己負担額を考慮しても、生涯では医療も年金と同様に、実質的には世代間の相互扶助の ” 賦課方式的 ” 制度となっている。少子高齢化の進行で、高齢者の医療費を実質的に負担している若年労働者の将来にわたる減少のために、制度の存続が不可能となる危機的な状態となっている。

図 3 は平成 13 年度の医療関連の予算を示すが、ここでは老人医療費は 11 兆円と見込まれているが、その費用負担は自己負担 0.9 兆円、いわゆる ” 老健拠出 ” と呼ばれる、各保険からの拠出金が 7.1 兆円(ただしうち公費が 1.7 兆円) および公費負担が 3 兆円となっている。すなわち老人医療費は 8% 強の自己負担以外の 10 兆円余りを、保険者からの拠出と国および地方の公費で賄っている。なお参考までに介護保険の導入直前の平成 11 年度の老人医療費は 11.2 兆円であり、この 2 年間の増加がなかったのは、いわゆる社会的入院などの高齢者が介護保険に移行したものと考えられる。保険者からの拠出制度は、現行老人保健法の制定による制度化であり、老人医療を現役世代の保険で負担しようとする、世代間の相互扶助の象徴である。公費は国も地方も一般税によるものであるから、消費税など高齢者も負担する部分もあるが、大半は現役の勤労世代によって負担されている。すなわち現行の老人保健制度は、現役世代が老人医療費を支えるという意味で、賦課方式的である。

表 1 は国民医療費を世代別に分けたうえで、15 歳から 64 歳までの現役世代 1 人あたり医療費を計算したもので、やはり [5] からの引用である。表から現役世代 1 人あたり国民医療費は、1993 年から 2025 年までにおよそ 3 倍になり、それは自身の医療費が 2 倍、高齢者を中心とする従属世代のための医療費が実に 4 倍になるからである。上記のように高齢者の一部負担や、生涯では 60 歳までならば保険料支払い額が保険による受給額を上回

るとしても、実態としては賦課方式である現行の医療制度の存続がほとんど不可能であることを、この表は物語っている。

さらに老人保健制度だけでなく、より一般的には国民皆保険自体の制度存続の困難が明らかである。とくに自営業主や無職の人々などを対象とする国民健康保険では、図3のように国と地方が支出額の半ば以上の3.9兆円を支出しながら、国民基礎年金と類似する逆選択(あるいは逆淘汰)の可能性が生じており、とりわけ若い世代の未加入者が増大している。若いフリーターの人々のなかには、彼らの低い疾病リスクと比較して、国保の保険料が高いと判断すれば、私的保険などに加入し、国保には加入しないだろう。国保は創設以来、高年齢層が多数であるうえに、疾病リスクの高い人が多く、最近では無職の人々が増加しているうえに、このような疾病リスクの低い人々が加入しないなど、その財政基盤はますます脆弱となっている。

かつて大幅な黒字だった組合健保ですら、老健抛出のために平成12年現在で8割以上が赤字であり、政府管掌保険でも0.5兆円の公費投入を余儀なくされている。つまり高度成長の只中であって、高齢比率も低く少子化などは想像もできなかった昭和36年に導入された、社会保険を制度の根幹とする日本の国民皆保険は、高齢化の進行とともに制度全体の持続自体が現在危ぶまれているのである。少子化による若年勤労世代の長期的な減少は、将来の事態を一層深刻化させるだろう。

1 - 3 医療の質と医療ミスの問題

上述のように現在日本の国民医療費はおよそ30兆円に達しているが、それが効率的に使用されて、質の高い医療を提供しているのかが、第一に問われなければならない。過去30年余りの日本の医療政策は、国民皆保険の制定や老人医療費無料化政策の導入によって、急増した医療需要に応じることが優先され、医療の質の向上にまでは及ばなかったというのが実態である。よく指摘されるように、医療費全体のなかで薬剤や検査の比率が他の先進国と比較して突出していること、やや誇張であるが”3時間待って3分間の診察”などと批判されるのは、効率と質の両面に問題のあることを象徴している。

現行の診療報酬制度では、医師はベテランでも医師免許取得直後の若手でも、同一の診療報酬を得ており、それはあたかも同一の質の医療を提供しているという、フィクションの上に成立している。これは国民皆保険の下で、全ての国民は同一の質のサービスを、同一の診療報酬で提供されるという建前に由来し、日本の医療サービスの質を向上させる誘因になってはいない。また医師免許自体、一度取得すれば終身有効であり、日進月歩の医学や先端的な技術の進歩が、どれだけ一般の医師に浸透し普及しているのか疑わしい。

さらにこのところ医療ミスが頻発し、国民や患者の医療機関に対する不安や不信は高まっている。医療ミスの背景や原因は多様であって、軽々な判断は慎むべきであるが、重篤でかつ治療の難易度の高い患者に、十分なマンパワーを配置できない現行の診療報酬にも原因の一端があると思われる。(注3) 医療ミスの頻発する特定機能病院などでは、他の

医療機関に比較して診療報酬の上でやや優遇されているが、そこを訪れる重篤かつ治療の難易度の高い症状の患者に、出来高払いとはいえ十分見合うかは疑わしい。

一般に市場経済の下では、質の高いサービスを提供する有能な労働力ほど、高い報酬を得ているのであるが、不思議なことに日本の医療市場では必ずしもそのようになっていない。それは平均的な開業医の所得と、特定機能病院などに勤務する高度の技術をもつ、専門医の医師の給与を比較すれば明らかであろう。後者の多くは研究志向が強く、必ずしも所得志向が強いわけではないが、それを斟酌しても差は余りにも大きい。また日本を代表するような特定機能病院の多くが経営的には赤字であることも勘案すれば、ここでも現行診療報酬では、高度な技術を必要とする専門病院や、高い技術を持つ医師の専門的な能力が十分に評価されていないという意味で、開業医や中小病院の利益を代表する圧力団体による資源配分の歪みが観察されるのである。

日本の医療の質的な向上を阻んでいる要因としては、診療報酬に技能向上の誘因が欠けるだけでなく、より専門的で高度な医療を提供するほど、経営的には赤字になってしまうことが指摘されよう。また黒川教授がしばしば強調するように、医局中心の医師養成や医療機関の医師の人事制度など、医療の供給体制の問題も指摘できる。さらに追加するならば、カルテの記載が医師ごとに異なり、医師相互の治療評価を困難にし、さらにより一層本質的なことは治療情報が蓄積されず、将来の医療の進歩に貢献していないことである。後述のように医療の世界は、本来最も情報の開示が必要であるが、現実には最も遅れている。その基本的な理由の一つは、開示しようにも開示すべき情報が蓄積されていないからである。

1 - 4 膨張する医療・介護産業

上記のように高齢者医療費を中心に日本の医療費の増大は必至であるが、それは同時に医療サービス市場の拡大を意味する。介護とともに医療サービス市場でも、より一層の雇用を吸収し、産業のサイズとしては自動車産業などに十分匹敵することになるだろう。しかしそのとき十分に留意すべきは、自動車産業のようにその資源配分は消費者主権では決定されないことである。消費者の自由な選択による需要を充たすように、供給がなされる市場的な資源配分となっていないことである。

すなわち高齢者の医療サービス市場を例にすれば、強制的な社会保険あるいは一般税によって、大半の費用を負担する現役世代から受益する高齢世代に、自己負担を除いて医療サービスが現物給付され、かつ取引されるサービスの質が不明瞭なことである。医療サービスはこのように市場的に資源配分されてはなく、つまり人々の自由な意思決定による選択によって、その産業としてのサイズが決定されているのではない。

他の先進国に比較して過大で非効率な公共投資を縮小して、医療支出を拡大すべきとの主張もあるが、医療サービス市場を現状のままで拡大するならば、公共事業と同じ轍を踏むことになる。その理由は、公共投資も医療サービスもそのサイズが、消費者主権ではな

くて政治過程で決定され、そこでは共通して利益団体が存在し、政治家や官僚の意思決定は彼らの影響によって、同じような市場介入の下で供給過剰を招いてしまうのである。

好むと好まざるにかかわらず医療・介護に対する需要の拡大は必至である。そうであればこそ、効率的で質の高い医療サービスを提供するように、この産業独自の対策が望まれよう。近い将来日本の有数の産業となり、相当数の雇用を吸収する産業にふさわしい内容とするためには、一層の規制緩和によってビジネス・チャンスを拡張し、民間企業を積極的に参入させて、資源配分をより市場的にすることが望まれる。

2. 改革の遅れる原因

2 - 1 過剰規制

このようにすでに危機的な状況にあるにもかかわらず、1998年から厚生省の医療保険・福祉審議会を中心に論議されてきた、“2000年抜本改革”は見るとべきほどの成果をあげることなく見送られた。そこでのほとんど唯一の成果である、老人保健制度の自己負担を定率1割とする案すらも、総選挙を目前にして先の国会では廃案となってしまった。そして辛うじて2000年秋の臨時国会でようやく成立した。2000年4月から施行された介護保険でも、高齢者の保険料支払いは、やはり総選挙を目前にして半年の期間見送られた。このように政治過程で本来なされるべき長期的な視点からの決断がなされず、他のほとんど全ての領域と同様に、つねに重要な案件が先送りされ、近視眼的かつ彌縫策的な政策が利益団体の影響下で採択されていることが、改革を遅らせている基本的な原因である。

医療サービスは典型的な規制産業で、需要(自己負担率、保険料率)、供給(営利、病床、設備、人員)、価格(診療報酬、薬価)など、あらゆる面で規制が存在している。経済学教科書風に言うならば、医師と患者の間に情報の非対称性が存在して、市場の失敗が発生するから、診療報酬など最小限の規制はやむを得ない。しかし現在の規制は明らかに行き過ぎで、それを補正するための、医療機関の患者に対する宣伝・広告すら制限するなど、明らかに過剰規制の謗りを免れ得ない。

このような過剰規制こそが、後述の利益団体の存在によって、上記のように改革を遅らせている。市場ではなく、政府が多様な規制によって医療における資源配分を行っているために、利益団体は影響力を行使して、市場的な資源配分と比較すれば大きな歪みを生じさせ、彼らの利益を確保すると同時に社会的には厚生損失をもたらす。利益団体は既得権益を失うことに強く反対するばかりか、むしろそれを一層獲得するために、政治過程でより大きな影響力を行使しようとする。

2 - 2 利益団体の圧力

このように過剰規制は、関係者の間に既得権益化したレント・シーキング(特権的な利益追求)の温床を与え、彼らはその利益を損なうことに反対するから、規制緩和は遅々として進行しないことになる。医療サービスには様々な利益団体が存在して、政治的な影響

力を行使して自らの利益を確保しようとする。

なかでもこの数年にわたる日本医師会の影響力の復活は顕著で、とくに薬剤の過剰投与を抑制するために平成9年9月に導入された患者の一部負担制度を、政治的な圧力によって廃止させたケースは特徴的である。それはいかなる見地からも正当化され得ず、公共的な理性からは逸脱した、およそ”学術団体”(注4)とは思えない行動であった。この制度の導入によって、高齢者の薬剤の一部負担が若干増加し、とくに高齢者外来の受診抑制によって医業収入の低下したことが、この団体を露骨な政治的圧力に駆り立てた原因である。

このような利益団体のレント・シーキングが可能なもう一つの理由は、国民皆保険の確立や老人医療費無料化政策の制定以来、”医療費はタダが当然”と錯覚する、一般国民の近視眼的な自己負担増への抵抗感と、それを説得すべき政治家が、むしろ医師会に迎合してその集票力に屈服していることが背景にある。

日本の医療市場における過剰規制の存在と利益団体の圧力は、ともに改革を遅らせる2つの障害であり、これはあたかも公共選択論における市場規制と利益団体の理論が、典型的に当てはまるケースといえる。例えば診療報酬や薬価基準などの規制は、日本医師会や製薬工業協会などの利益団体にとっては、格好のレント・シーキングの温床であり、政治家や官僚に影響力を行使することで得られる便益は大きい。近視眼的な国民は、長期的には改革の遅れが大きな将来の負担を招くことを考慮せず、改革の遅れを必ずしも批判しない。次の選挙での当選を至上命題とする政治家は利益団体の献金や集票力を重視し、官僚は規制による権限から生じる省益を確保するために、このような規制をむしろ温存する。こうして、政治家・官僚・圧力団体および一般国民をプレーヤーとする医療市場の現実が説明される。

医療市場に関わる利益団体には、上記以外にも数多く存在する。タバコは肺がんをはじめ各種の心臓疾患などに、有意に悪影響を与えることは疫学的にはっきりしている。喫煙者と非喫煙者が同じ医療保険料を支払うことは、喫煙者を識別するのに費用がかかる以外には、どのような観点からも正当化することはできない。そこでセカンドベストとして、タバコ税にそのような機能を持たせるのであるが、現在程度のタバコ税の水準では、喫煙による医療費の追加的な増加分を補填するには不足である。そこでタバコに対する増税が望ましいが、それに対してはタバコの栽培農家やJTなどが強く反対する。筆者が実際に体験したことであるが、厚生省の医療改革の審議会でそのような主張をした際に、委員の1人である連合の代表はJT労組の雇用を配慮して、即座に反対した。このように医療市場では、実に多様な利益団体が存在し、それらが改革の障害になっている。

2 - 3 無力な保険者

さらに改革の遅れるもう一つの原因は、社会保険制度を採用しながら、制度の中核であるべき保険者がその機能を不十分にしか機能させていないことだろう。現在各保険制度の保険者の役割は、せいぜいレセプト審査の域を出ず、よく指摘されるように、まさしく医

療機関に対する ” 支払い側 ” の地位に甘んじている。

ドイツの疾病金庫や米国の HMO(健康維持機構)の例を出すまでもなく、本来保険者は被保険者に代わって、医療機関についての情報収集を通じて、被保険者に情報を与えるとともに、医療機関に対峙するべき拮抗力(countervailing power)を持つことで、被保険者のエージェントとして、医療機関を選別しかつ価格交渉を行うなど、医療機関と対等に交渉しなければならない。それによつてはじめて、消費者主権が医療の場で実現するのである。

このように保険者機能がきわめて脆弱になった理由は、高度成長期には企業にとって医療費はそれほどの負担ではなく、医療費の削減に積極的な努力を傾注せず、その結果企業の健康保険組合などに対して、人材などの十分な資源を投入してこなかったことが指摘されよう。さらに厚生省が、その傘下の社会保険庁や支払い基金などの存立を危うくするかもしれない保険者機能の拡充を、行政指導によつて意識的に抑制し、自らの省益を守るとともに医師会にも配慮してきたことが、医療改革を遅らせた見過ごせことの原因である。

3 . 改革の方向

3 - 1 消費者主権の確立と規制緩和

改革の基本的な方向としては、医療の場合も一般的な産業と同様に、その効率化と質の向上を図るために、不必要な規制を緩和して、良質の医療を提供する医療機関には多数の患者が集まり、医療スタッフの待遇が改善されるようにすることである。重篤で治療の難易度の高い患者に対して、十分なマンパワーの確保が可能となる方向こそが、医療ミスを防ぐ根本的な解決策だろう。そのためには患者がそのような医療機関を主体的に判断して選択できるように、情報の非対称性の克服を目指すことである。

確かに医療の完全な自由化には弊害を伴うが、現状は規制による弊害が自由化のそれをはるかに上回っている。海外と比較して際立って高い薬剤の過剰な使用や、やはり人口比で多すぎる高額な医療機器の導入による過剰な検査を抑制し、さらに社会的入院を考慮しても、なお長過ぎる入院期間を短縮して、医療資源の配分を適正化する制度を、デザインすべきである。

そのような医療資源のムダを廃して質の向上に向けるべきで、まず医療機関の情報開示と保険者による情報の蓄積によつて、患者による医療機関の適切な選択を可能にすることが必要である。そのために医療内容の標準化・基準化を推進し、地域差や医療機関による差異を縮小すべきである。(注5) また診療報酬や薬価基準を見直して、医療の質の向上を促進させる incentive mechanism になるような、費用と報酬のシステムの構築も必要である。

この場合診療報酬としては、DRGs / PPS(Diagnosis Related Groups / Prospected Payment System)、すなわち疾病症候群別 / 予見定額払いが望ましい。この診療報酬制度では、各種の疾病を 500 程度に分類し、それぞれに標準的な治療を施した時に、どれだけの費用がかかるかを計算したものである。このような報酬制度では、あらかじめ決定された定額以

下で治療が出来れば、その差額は医療機関の利益となるから、医療の質の向上や各種の検査や投薬などが節約される仕組みである。現在基本的には出来高払いの報酬制度を採用している日本の場合には、医療費の節約もさることながら、とくに医療の標準化、定型化を通じての質の向上が期待されよう。

規制緩和については、極論すれば長期的にはほとんどの規制は不必要であり、必要な規制は上記の診療報酬を定額制に替えることや、医師免許などの社会的規制に限定すべきだろう。とくに現在懸案となっている医療機関の営利規制、医療法人の理事長要件規制、さらに医療機関の宣伝・広告規制などは、医療サービスを普通の産業と同様な資源配分に近づけさせるために、早急に緩和すべきである。

3 - 2 持続可能な皆保険制度の確立

国民皆保険が戦後に果たしてきた safety net としての機能、すなわち国民全員を疾病による経済的な不安から解放したことは、戦後の高度成長による最大の成果の一つとして、画期的なものと評価されるべきである。しかしそれは高度成長期でしかも高齢化比率が低く、世代間の相互扶助が比較的容易だった時期に制定されたこともあり、長期的な受益と負担の均衡を欠くものだった。どんな社会でも、自分の始末は自分でする独立自尊は当然のことであり、それは高齢者医療制度においても、自明のことである。高齢者全てを一方的に庇護の対象とする現在の考え方は、極論すれば高齢者を特別扱いして差別する agism の延長上にあるとすらいえよう。貧しい高齢者には最小限の負担だけを求める一方で、豊かな高齢者から応分の負担を求めるのはきわめて当然のことである。

その上で高齢者医療費の財源を確実に手当てすることが必要である。現在この点については、税方式か保険方式かの二者択一的な、やや不毛と思える論議がなされている。現実に財源は自己負担と保険料および税に依存せざるを得ず、しかし保険者機能を生かすために保険方式を採用するのは当然である。しかし年金が主たる収入である高齢者の独立した保険では、一般税による補助も不可避で、自己負担・保険料・税の適切な組み合わせによって、世代間の相互扶助の仕組みに、従来は欠落していた世代内の相互扶助の仕組みを追加することが必要である。

多くの論者が指摘するように、確かに疾病確率が高く、保険料では保険金を賄えないことが必至である老人医療に保険制度はなじまず、一般税による税方式で対応すべきとの考え方も理解できる。しかし社会保険制度を採用する日本の医療を再生する一つの鍵は、国民保険制度と老人保健制度の再生であり、それには保険者機能を活用することがどうしても必要である。2000年4月から導入された介護保険には、さまざまな問題を内包しているが、地域保険として保険者機能を発揮させようとした点は、少なくとも評価されてしかるべきだろう。

実際に保険者機能の活用は、組合健保などで最も先行しやすいが、それが最も必要なのはこれらの国民保険制度や老人保健制度、さらには介護保険制度である。現在これらの保

険者は、市町村などの自治体であるが、数年で移動する自治体の職員に保険者機能を期待するのは無理だろう。むしろ現在すでに小規模の組合健保などで、レセプト点検などを外注して請け負っている民間のシンクタンクや保険会社の関連企業などに、企業的かつ効率的な保険者機能を期待できそうである。

最後に現在産業界において IT 革命が進行中であるが、情報化が最も必要な領域の一つである医療の世界で、その導入は極端に遅れている。医療機関の当面の IT 化で期待されるのは、予約や会計処理への導入による待ち時間の解消や、保険証を個人ごとにカード化することで、患者のカルテや検査および既往歴などの医療情報を盛り込み、過剰検査の解消に役立てることだろう。これまで強調してきた保険者機能の発揮は、大量の情報を瞬時に処理可能な IT 技術を利用することによって、はじめて可能になるのである。

しかしより本格的な IT 技術の医療への活用は、医療機関などの医療の供給側に求められよう。カルテを標準化して、患者や医師ごとのデータベースを作成し、治療情報の蓄積をはかることこそが肝要である。それはおそらく医療の効率化や質の向上、さらには医療機関の経営の効率化などに飛躍的な貢献をするだろう。このような取り組みは、すでに先進的な医療機関では実際に始まっており、今後急速に進展するだろう。IT 技術の駆使による日本経済の再生が提唱されて久しいが、その具体的な姿はいまひとつ明確ではない。医療サービスの世界はその可能性を秘めた重要な領域と考えられる。

4．具体的な改革案

4 - 1 医療機関に対する規制緩和

まず医療機関の営利規制や、営利企業の参入規制および医療法人の理事長が医師に限定される理事長要件規制を緩和し、医療機関相互の競争を促進させて、医療機関の経営合理化を図る。また薬価は市場価格を原則として、価格形成を現行の類似薬効方式による薬価基準という規制から市場に委ねる。国公立病院の役割を見直し、独立行政法人化からさらに民営化をも視野に入れて検討する。

次に 2 次医療圏(厚生省の指定した人口 35 万程度の自己完結的な医療圏で、この圏内の医療機関で、患者はほとんどの疾病で受療可能とされる)の患者の流れを把握して、現行の病床規制の再検討が必要だろう。病床規制自体は、かつて大型店舗規制法が結果として既存の大型店舗を利したと同様に、既存の非効率な医療機関を温存させる、参入障壁と類似の機能を果たしている。しかし一方では医師誘発需要の故か、地域間の入院医療費の主要な決定因は病床数で、(注 6) 現行制度では病床規制の果たす役割も無視できない。

そこで昭和 30 ないし 40 年代の病院ブームの時期に建設され、現在では老朽化して非効率な医療機関に対し、尾形 [1] の主張のように低利の公的融資による病床のスクラップ & ビルドによって、医療機関のリニューアルを行って病床数を全体的に減少させながら、より効率的な医療機関の新規参入を同時に認めるべきだろう。

診療報酬は、現行の出来高払い(fee for service)方式を改めて、疾病ごとにあらかじめ

診療報酬が決定される、前述の疾病症候群別・予見定額払い (DRGs/PPS) に速やかに移行させる。新しい制度にも欠陥は予想されるのであるが、少なくともこのような制度変更によって、医療の標準化ないし定型化が進み、さらに過剰な投薬や検査のウエイトは低下するだろう。また治療にあたってむだな費用をかけない有能な医師ほど、高く評価される仕組みであり、医療資源配分の効率化や質の向上が期待される。

また優れた医師の養成のために、現行の医局中心の医学部教育や医師派遣のあり方を是正するとともに、卒後研修をできるだけ出身校以外で行い、海外から優れた臨床医を医学部のスタッフとして大量に採用し、海外の医師免許を取得可能とする。同時に将来的には、英米などの医師免許取得者による日本国内での医療活動を認める。このような医師養成の改革によって日本の医療の水準を global standard にまで高め、国際的に開かれたものとするべきだろう。

4 - 2 保険者機能の復権

現在のレセプトチェックに自己限定した、受動的な保険者から脱皮させ、本来の役割の消費者代表としての拮抗力を発揮させ、医療機関と交渉力をもつ能動的な保険者に転換させる。当面は保険者が医療機関を選別し、被保険者に受診を積極的に推薦するなどを指示できるようにし、その基準に病院機能評価認定システムなどを採用する。(注7) 同時に保険者自らが情報の収集に努めて、被保険者に医療機関ごとの情報提供が可能になるようにすることが必要である。とくに組合健保では各医療機関の治療実績を、被保険者の追跡調査を通じて情報として蓄積できるから、まずそのような努力を傾注すべきだろう。

このような保険者の担い手として、さしあたりレセプト業務を代行するシンクタンクや大企業の健保組合が想定される。しかし将来的には、現行の介護保険とともに、地域保険としての国民健康保険や老人保健などの活性化のために、保険者機能を十分に発揮させることも期待される。

ただし、このような保険者機能を実現可能にするには、現行の各種の規制や行政指導を緩和もしくは排除する必要がある。例えば現在の被用者保険では、医療機関への支払い業務を「支払い基金」が一括し、政管では政府が、また国保では都道府県の「国保連合会」がやはりその業務を一括しているが、ともに個々の保険者が直接医療機関に支払うようにするなど、現行の仕組みの抜本的な改革が必要である。その上で保険者には十分な裁量権を与えて、例えば現行制度でも可能であるが、現行診療報酬を上限価格として、医療機関と直接交渉することを可能にし、被保険者の健康指導などにより、生活習慣病を抑制させることで、保険料の低下を可能にするなどの誘因を従来以上に与えるべきである。

4 - 3 医療の IT 革命と情報の開示

医療機関への IT の本格的な導入を推進して、カルテのデジタル化によって治療情報を蓄積し、医療水準の向上を図る。現状ではカルテの記載は医師次第で、医療機関単位ですら

統一されてない。したがって治療の実績であるカルテがデータ化されてないという、ごく初歩的であるがきわめて根本的な問題が存在している。

そのためにはカルテの標準化や、DRGsの導入による医療の標準化などが必要であり、医療機関ごとに標準化のインセンティブを与えるべく、診療報酬を上乗せするなどの措置が必要だろう。カルテの標準化は、医療機関ごとの治療情報の開示によって、患者の消費者主権の実現に寄与するだけでなく、医師の治療実績などによる医療機関の経営の効率化にも貢献するだろう。また日本医療機能評価機構などでは、本格的な治療実績に基づく本来必要な治療情報を提供する。またそのような情報は、医療機関のホームページなどで積極的に患者に開示し、患者の医療機関選択の便宜を図ることができよう。(注8)

4 - 4 高齢者医療制度

上述のような改革だけでは、高齢者医療費の急増という、今後の最も深刻な問題を解決することは出来ない。介護保険における65歳以上の対象年齢や定率10%の自己負担と整合させるように、高齢者医療制度を創設すべきである。財源は自己負担・保険料・一般税などとするが、自己負担率に年齢差を設定し、70歳以上は当面平成13年1月から改定されたように定率と定額で10%とするとしても、将来的には現役世代と同程度の定率20%程度まで高めざるを得ないだろう。現在の高齢者の際立って高い受診率は、図4に見られるように昭和40年代後半に実施された、老人医療費無料化政策の負の遺産と解釈することも可能である。

平成9年9月における高齢者外来医療費の自己負担の改定では、従来1ヶ月に1度1020円を支払えば、それ以上は何度通院しても無料だったが、改定後は月に4度まではその都度500円と薬剤の一部負担が加算されることになった。薬剤の一部負担は先述のように後に医師会の圧力で撤回された。問題はこのような一部負担の改定が患者の受診行動にいかなる影響を与えるかである。この高齢者医療費改定の効果についての我々の研究[5]では、千葉県の国保のレセプト・データを使用して、慢性高血圧症患者の外来受診行動がいかに変化したかを検討している。

図5は改定の前後で1ヶ月あたりの通院回数の変化を示している。改定の前後で自己負担が、むしろ低下する1度だけ通院する患者は従来よりもかなり増加し、ほとんど変わらない2度の患者はあまり変わらず、大幅に上昇する3度以上の患者の通院は減少している。このことは通院の機会費用の低い高齢者が、医療費の僅かな自己負担の変化にも、かなり敏感に反応することを裏付けている。他方では、高齢者の外来受診を抑制する、このような改定が高齢者の健康状態をいささかでも悪化させたという事実は、伝えられていない。

同様にして千葉県のマクロ的な研究では、高齢者を含めた同時期の医療費の改定によって、各世代の医療費がどのように変化したかを検討している。この時の国保の改定は、他の組合健保などでは、被保険者本人の自己負担が1割から2割へと大幅に改定されたのに比較すれば軽少で、高齢者を除いた医療費の改定は、この時期では6歳以下を除いて高齢

者の場合と同様に、薬剤の複数投与についての一部負担の導入だけであった。

高齢者を含めた各世代の国保受給者の医療費が、この改定によってどのような影響を受けたのか、計量経済学的な分析が試みられた。まず第1段階では、各世代の世代ダミーと制度改定ダミーを導入して回帰分析を試みる。第2段階では、第1段階で有意でなかった変数を除いて再度回帰分析を試みる。さらに第3段階では、第2段階で有意でなかった変数をさらに除いてクロスダミーによる回帰分析を試みる。このようにして得られた最終的な結果の表2では、平成9年9月の改定によって70代と80代の医療費が削減され、それはレセプト1枚あたりでは500円に近く、およそ3%に相当する。10歳未満ではむしろ改定の後に医療費が増加しているが、それは先述のように6歳以下では薬剤一部負担が免除されていることを反映しているのである。

すなわちこれらの千葉県のみくろのおよびマクロ的な外来医療費の例が示唆するのは、高齢者の外来医療費では、平成9年9月程度の自己負担を引き上げることは、彼らの健康状態を損なうことなく可能である。高齢者医療費の現役世代への負担の軽減が喫緊の課題である現在、高齢者の自己負担の増加は医療費削減に相当の効果をもつことが知られ、高齢者自身の応分の負担を検討すべきであろう。

ここで重要なことは、急速に進行する少子高齢社会に十分耐え得る、持続可能でかつ堅固な safety net としての高齢者医療制度である。それには何よりも適切な水準の自己負担をすることである。保険料については、所得と資産保有の高い高齢者には、負担を求めて世代内の公平性を期するとともに、一般税については世代間の公平性を期して所得税より消費税を考慮すべきだろう。すなわち目的税としての消費税の導入である。持続可能な高齢者医療制度は、高齢者自らも応分の負担をするものでなければならず、一般税のなかでは高齢者も負担している消費税が望ましい。高齢者に対して消費税率が引き上げられると、消費者物価に転嫁しただけ公的年金も引き上げられるから、高齢者の負担にはならないという反論がなされる。しかし実際には高齢者は一般に年金以上の消費を行っているのであり、そのような批判は必ずしも当たらない。

高齢者医療については、最後に以下のように留意すべき重要なことがある。京都府の人口およそ15,000人のある町の調査では、70歳以上人口が約2000人で高齢比率は日本のどこでも観察されるごく平均的なものであり、平成9年度に高齢者保健制度の医療費に総額で約15億円かかっている。問題はそのうち200万円以上かかった医療費の上位約100名で約4億円を費やし、しかもその年度のうちにおよそ半数が死亡している事実である。次年度の記録が得られないのは残念であるが、もし得られたならば、さらに多くの高齢者の死亡が判明しただろう。

この事実から汲み取るべきは、高齢者医療に限定されないが、患者の自己決定権を重視して、終末医療についての国民的な合意形成によって、臓器移植と類似の仕組みを構築することで、本人が望まない場合には過剰な延命医療は提供しないことだろう。いうまでも

なく本人が希望する場合に、可能な限りの医療を受給するのは、文明の名において当然である。すなわちきわめて困難な問題ではあるが、患者の終末医療についての意思を第一義的に尊重して、望まない患者に対して、いわゆる”スパゲッティ状態”などと表現される悲惨な状況を、強要するような事態を解消する合意形成に向けて、官民あげての一步を踏み出すべきである。

結語

近年各方面から医療改革案が提出されている。代表的なものを簡潔に展望して、小論と対比することで結語としよう。まず首相の諮問機関である「社会保障構造の在り方について考える有識者会議」による「21世紀に向けての社会保障」[4]であるが、これは医療だけでなく年金や福祉にも言及し、社会保障全体について幅広い視野からの主張である。ただしその内容は政府の従来の方針を追認する現状維持的なものであり、改革とは言い得ない内容である。例えば[4]において年金では、将来の平均的な資産運用の収益率を4%、出生率は1.6に回復するという、きわめて楽観的な仮定で、現行の賦課方式が持続可能であるかのように主張している。現実を直視して、現行制度の危機の実態を国民に明らかにして、改革を急ぐべきであるのに、例によって問題を先送りしている。医療についても、現在のままでの社会保険方式の存続に固執し、保険者機能などについての言及はほとんどなく、有識者会議というより当時の厚生省の主張がそのまま色濃く現れていると言うべきだろう。

日本医師会の「2015年医療のグランドデザイン」[8]は、医療と介護に的を絞って、同年までの医療需要を予測し、その下での高齢者医療制度の新設など、それなりの考慮がなされている。ただしそこでの中心的な高齢者医療制度に限定すれば、次のような問題点が指摘される。医師会の高齢者医療制度は、対象者は75歳以上に限定される保険制度であるが、その自己負担は僅か5%で、残り95%の5%を保険料で徴収するというものである。このような低い自己負担率では、外来をはじめ受療率は高まると予想されるが、他方で医師会が高齢者医療費の伸びを0.5%に抑制すると主張している。これは明らかにグランドデザインにおける自己矛盾である。さらに先述の平成9年9月に施行された薬剤一部負担を1年足らずで、その政治的な圧力で撤回させたことを考えれば、医師会が高齢者医療費を0.5%に抑制するとの主張は、もしそれが真実ならば日本の医療の将来にとって誠に慶賀すべきであるが、グランドデザインで提案していることと、実際に行っていることの間には大いなる乖離があると言わざるを得ない。

経済界では、従来日経連と連合および健康保険連合会が、ほぼ一体となって社会保障全体について発言してきたが、その主張は当面の組合健保の赤字解消、とくに老健拠出の縮小を急ぐ余り、小論との関係で言えば、とくに保険者機能についてほとんど関心を示さず、歯がゆいものであった。また老人保健制度については、いわゆる”突き抜け方式”を提唱した。サラリーマンは自分達のOB & OGの高齢者の面倒を見るから、自営業者は彼らのOB

& OG の面倒を見よ、という提案であり、およそ非現実的かつエゴイスティックなものである。これに対して経団連は、「保険者機能の強化への取り組みと高齢者医療制度の創設」[2]によって、保険者機能に着眼した点は評価に値する。また高齢者医療制度を”独立型”として、65 歳以上をカバーさせる点でも、評価に値する。ただし日本の医療改革における焦眉の領域である、肝心の国民健康保険と老人保健制度への保険者機能の積極的な導入については明らかでなく、改革としては迫力を欠いている。

これまで簡単に展望してきたように、医療改革について各方面から論議がなされてきたことは、より望ましい医療改革の実現にとって好ましいことである。一部の専門家・利益団体・官僚・政治家だけでなく、広く一般国民が論議に参加することによって、医療改革についての広範で国民的な論議が展開され、それによって効率的で公平な医療制度の実現がはじめて可能になるだろう。世代間の利害の調整が不可欠な高齢者医療制度の設計のために、とくにそのような手法が必要だろう。

付記 拙論の作成に直接間接に有益なコメントを頂いた下記の方々に感謝したい。

飯田修平(練馬総合病院)、岩本晃明(聖マリアナ医科大学)、尾形裕也(国立社会保障/人口問題研究所)、黒川 清(東海大学)、高木安雄(日本福祉大学)、高橋 陽(国立横浜病院)。および政策構想フォーラムのメンバー、とくに広田 一、大塚啓二郎(都立大学)、西村清彦(東京大学)の各氏。ただし言うまでもなく文責は全て筆者に帰せられる。なお拙論、は参考文献[6]をさらに発展させたもので、一部重複部分のあることを許されたい。

参考文献

- [1] 尾形裕也『21 世紀の医療改革と病院経営』日本医療企画 2000
- [2] 経済団体連合会「保険者機能の強化への取り組みと高齢者医療制度の創設」2000 年 11 月
- [3] 児玉安司、黒川 清「医療の安全性 To Err is Human」『学術の動向』日本学術会議 2000
- [4] 社会保障構造の在り方について考える有識者会議「21 世紀に向けての社会保障」2000 年 7 月
- [5] 鴫田忠彦他『国民医療費の現状と将来』経済企画庁経済研究所 1997
- [6] 鴫田忠彦「日本の医療改革」『医療と社会』No.3 Vol.9 1999
- [7] 鴫田忠彦他「縦覧点検データによる医療需給の決定要因の分析」『経済研究』No.4 Vol.51 2000
- [8] 日本医師会「2015 年医療のグランドデザイン」2000 年 8 月

脚注

注1 小論は、平成12年10月に開催された医療科学研究所の第10回シンポジウムのために用意されたが、その原型は『医療と社会』に掲載された「日本の医療改革」[6]であり、その後政策構想フォーラムのメンバー各位、および関係領域とくに医療の現場の方々との討論を通じて、「医療改革の道筋」と題して書き直し、平成12年10月にその小冊子によって政策提言を行った。小論はさらに今回とくに世代間の公平性に配慮して、加筆訂正したものである。したがって「日本の医療改革」や「医療改革の道筋」の延長上にあることを断っておきたい。なおコメントを頂いた人々に対する謝辞は、小論の末尾に記載してある。

注2 普通の製造業などでは、技術進歩は費用を節約するのが一般的である。ところが医療の場合には、“人の命は地球より重い”までには至らないとしても、人命のためなら多少の費用の増大を惜しまないことは、文明の名において当然のことである。したがって胃潰瘍の特効薬として画期的なH2ブロッカーのように、その開発によって開腹手術が薬剤の投与で不要になるなど、費用の大幅な節約と医療の質を飛躍的に改善する場合もあり得るが、概して言えば医療技術の進歩は費用増大的である。

注3 最近次々と明らかとなる医療ミスについては、とくに医療当事者自身による分析が貴重である。例えば児玉・黒川[3]を参照せよ。そこでは医療ミスを注意によって避けられる単なるミスの部分だけでなく、確率論的に不可避なものも存在するとして、単なる精神論でなく科学的に解明しようとする点で優れている。

注4 日本医師会は日本医学会を傘下に置き、自らを学術団体であると称している。日本医学会を傘下に置くことは、利益団体としてはきわめて巧妙な手段で、最新の医学情報を会員に伝えることによって、勤務医などにも日本医師会に所属する誘因を高め、組織率を高めることに寄与するからである。また医療過誤に対する保険なども同様に勤務医の加入への誘因を高めている。

注5 筆者らの現在進行中の研究によれば、地域および医療機関ごとの医療費の差異は、想像以上に大きい。国民健康保険のレセプト・データによれば、精神分裂症の入院のケースを北海道と千葉について比較すると、入院期間がほぼ同一であるにもかかわらず、月間の入院費は北海道が平均して千葉を30%程度上回り、かつ北海道でも医療機関ごとのバラツキは50%近い差異が存在する。またこのような医療機関ごとの情報を保険者は被保険者に与えることによって、医療機関の選別をすべきだろう。

注6 我々の都道府県別のクロス・セクション分析による、地域別の入院と外来の医療費

の研究[5]によれば、入院医療費を決定する主な要因は人口あたり病床数であり、外来では同じく医師数である。

注7 ただし現在の評価基準は、どちらかといえば形式的な人員や設備などに偏っている
のであるが、将来的にはより本質的な治療実績などを採用すべきである。

注8 医療機関の宣伝・広告を規制している現在ですら、医療機関がホームページでこの
ような情報を伝達することは、それが不特定多数への宣伝・広告には当たらないという理
由で、可能である。これはI.T.技術の進展が不自然な規制を無意味にしてしまう例であ
る。

図1 年齢階層・入院 / 外来別 国民医療費の将来推計

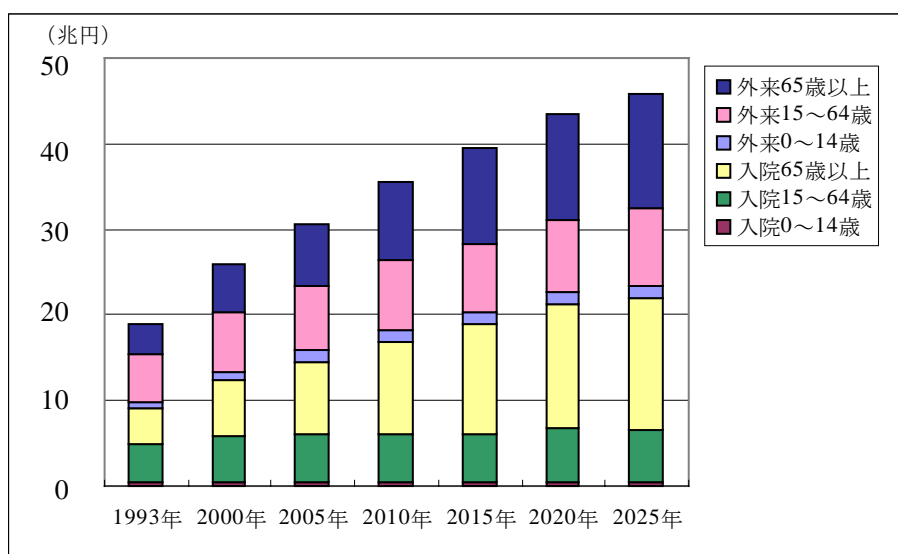


図2 国保データによる地域別生涯医療費

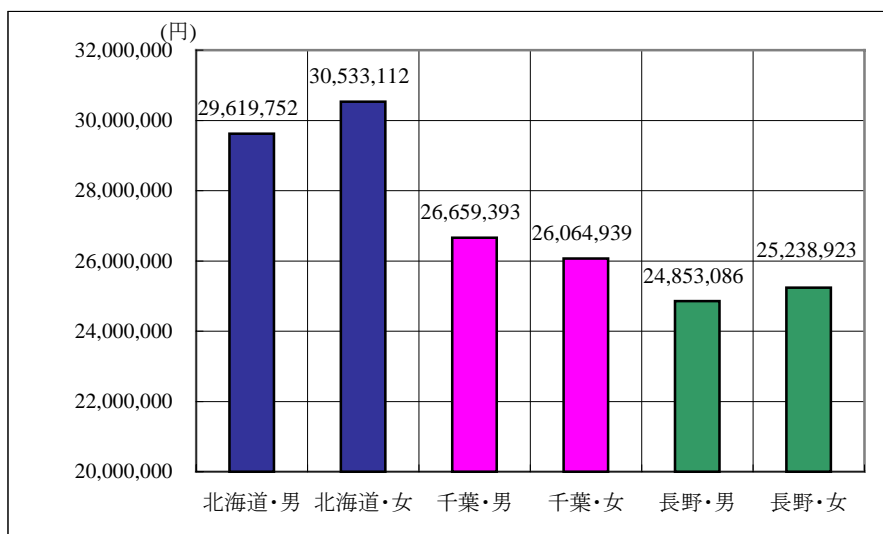


図3 平成13年度医療費の財源構成（平成13年度予算ベースの推計）

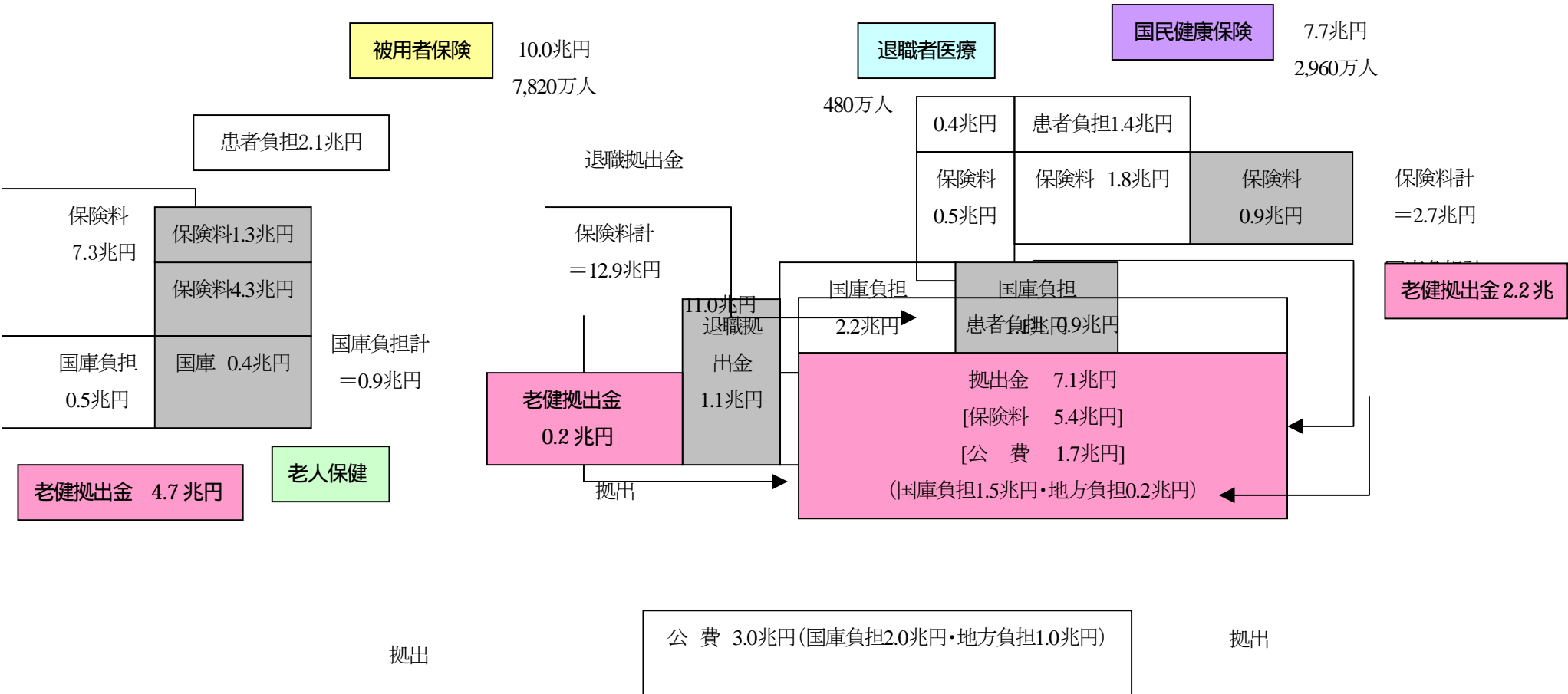


図4 年齢階級別受療率の年次変化

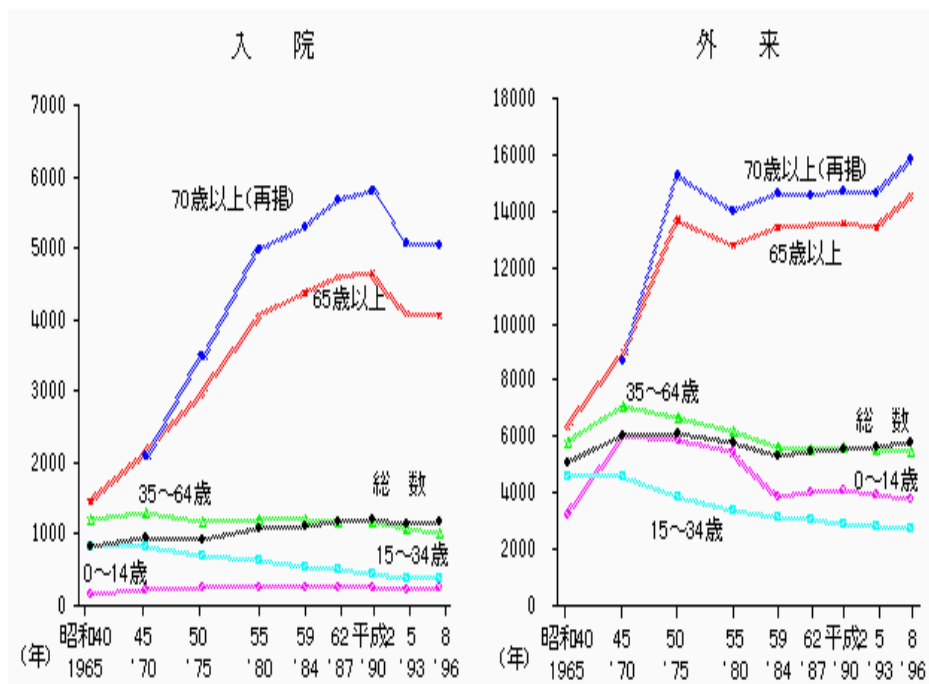


図5 平成9年9月高齢者医療費の改定効果

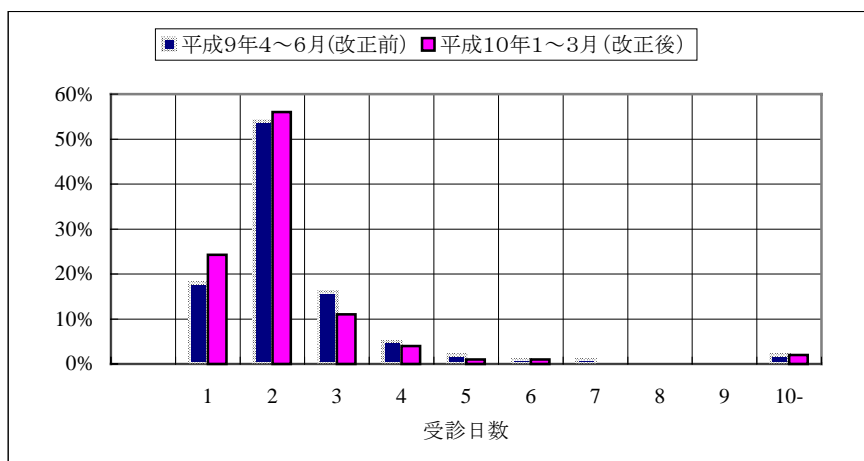


表1 1人あたり医療費の推移

年次	現役世代1人あたり 国民医療費	現役世代の自分自 身のための1人あた り国民医療費	現役世代の従属世 代のための1人あた り国民医療費	Aの指数	Bの指数	Cの指数
	(A)	(B)	(C)	93年:100	93年:100	93年:100
1993	231,766	118,230	113,535	100.0	100.0	100.0
2000	322,814	147,688	175,126	139.3	124.9	154.2
2005	386,029	163,130	222,899	166.6	138.0	196.3
2010	460,944	178,572	282,371	198.9	151.0	248.7
2015	558,025	194,014	364,011	240.8	164.1	320.6
2020	632,591	209,457	423,134	272.9	177.2	372.7
2025	685,194	224,899	460,295	295.6	190.2	405.4