

ストの増分としてメディケア・ボードに資料を提出する。そして、メディケア・ボードの承認下で、これら保険は患者自己負担分や控除額の点で費用分担のパラエティを設定することができる。

このように、メディケア・ボードの管理により、全ての保険とも等しく扱われ、この制度の中で政府管理保険と民間保険とがサービス競争することを促される。だから、政府管理保険であっても、提示保険料が現実の運営上十分であるか否かの厳密な検査と内部留保の適切性や保険のサービス実施能力を含めて、民間保険と同じ基準にもとづいて、財政的自立と保険経営持続を果たさねばならない。そのため、政府管理保険でも医療費抑制手段は必要であるので、97年の財政均衡法が適用されるべきであり、それ相当の節約が達成されるべきである、としている。また、雇用者側やその他の医療サービス購買側に提供される一般的な民間保険の標準や手続きといったものと統一がとれるように、政府管理保険は医療給付サービスを確約するルールや手続きを作ることになる。ちなみに、政府管理保険の保険料は特別助成金分を除いて計算される。現行のメディケア中の全ての非保険的機能や特別支払い分は、政府管理保険や民間保険の保険料計算に含まれることはない。

提案書では、政府管理保険の出来高払いの支出に増大があれば、議会と連邦医療保険財政庁 (Health Care Financing Administration: HCFA) の努力によって事態を収めるとしている。そして、もしも、そのような継続的な節約努力がなければ、政府管理保険は徐々に民間の医療保険に太刀打ちできなくなるだろう、という。その他にも、提案書には、低所得の受給者にも広範な医療給付が可能となるように、一定水準以下の貧困な高齢者には別途に保険料支援の仕組みを設けることや、メディケアからの特別な支出 (直接的医学教育のためとして教育病院への別途支出金など) を外すことを主張して、そのためには政府管理保険や民間医療保険の保険料算定の負荷には含めないものとしている。さらに、長期介護の問題は、急性期医療を対象とするメディケアから分離すべきだとして、様々な長期介護の問題を研究することを奨めている。

この新制度案に従えば、メディケアを管轄する HCFA は、民間保険が提示する処方箋薬剤給付条件と契約したり、協同販売したりすることができる。このことは、メディケアがカバーする医療サービスと提携する民間保険がカバーする薬剤給付保険とをもって、公営・民営の選択肢を含む医療保険を認めることになる。公営・民営の多選択肢の医療保険における HCFA の保険料支出は、単純に標準保険分のみである。HCFA は地域ごとに利用可能な様々な保険選択をもって、長期間の運営の中で、政府管理保険から、全般的にもっと民間の医療保険へと移行させることができるはずであるという。

このように、プレミアム・サポート・システム (保険料支援制度) を導入することで、高齢者医療のための社会保険制度における政府の役割が「医療費の管理」から「保険料の管理」

へと変わるわけである。

③プレミアム・サポート・システムが発想できた背景と提案書のその後

このようなプレミアム・サポート・システムが、なぜ、米国では可能なのかを考えると、82年から実施しているリスク契約プログラムの経験が大きいものと思われる。

このプログラムに参加したHMOは、メディケアの給付内容のすべてをカバーする（加入者が入院関連のパートAにも入っているときにはその給付も含む）ことが義務づけられていた。そして、HMOでは毎年、メディケアからの加入者一人当たりの給付コストを予想し、これに自分達の管理コストと利益とを加えた収支計算書をHCFAに提出しなければならなかった。

一方、メディケアからHMOへの支払いは、原則として月極め人頭払いで、HCFAがその額を決めることになっている。そのため、HCFAは毎年、全米で郡別に出来高払い医療費データをもとに加入者の給付コストを推計し、これに一定の支払率を掛けて人頭払い額を決めていた。また、HCFAではその人頭払い額に、全国のメディケア受給者全体の平均自己負担額を加えた金額、すなわち、HMOの収入見込額と、HMOが出してきた支出見込額（加入者一人当たりの給付コスト予想額）とを比べて、そこに余剰があればその分だけ給付を加えるよう指導していた。

このような経験の積み重ねがあったため、プレミアム・サポート・システムに唱えるような「保険料の管理と支援」が可能と発想されたものと思う。

またさらに、マネジドケア保険が普及して、保険会社側に医療保険リスクを管理するための体制が整ったことも、重要な前提条件であろう。すなわち、マネジドケアのインフラが整備されていることである。それはマネジドケア保険の経営技術であり、それを手がける人材層の厚さである。

ところで、ブロー・トーマス提案の資料については、99年3月末に入手して読んだのだが、その後、6月末頃まで、ブロー・トーマス提案に関する報道が全く沙汰やみになった。そのため、何らの追加資料も得られなかった。そして、6月29日になって、クリントン大統領のメディケアの基本的な構造改革案が提示されたが、それはベビーブーマーたちが歳を取ったときにもメディケアが維持されるように、メディケアの運営をもっと民間の医療保険のようにするとともに、以前から求められていた薬剤給付をカバーするなどといった内容で、ブロー・トーマス提案ほどの革新的なものではなかったし、また、ブロー・トーマス提案の核であったプレミアム・サポート・システムについても言及されていなかった。しかし、ブロー委員長の全米超党派委員会の検討案を踏まえていたのは確かだった。

じつは、クリントン大統領の提案が行われる前日、6月28日月曜日付のニューヨークタイムズ紙にブロー上院議員の記事が載った。そこには、ブロー上院議員らの提案は多くの自

由主義論者に嫌われ、クリントン大統領も幾つかの理由を挙げて、この提案は薬剤給付策があまりにもお粗末で、伝統的なメディケア政策の考え方を十分に汲み取っていないと責め立てたと書かれている。そして、そのような手厳しい批判を受けて、当初は妥協可能と考えられていたブロー・トーマス提案の賛否は全くの両極端に分かれ、彼の委員会は3月で解散したとのことであった。ところが、ここに来て事態は変わり、ブロー上院議員は彼のメディケア改革案を上院に提示しているところであり、上院の財政委員会もこの問題を推挙しようとしているとのことであった。この記事を6月25日金曜日に取材した記者は、このとき、二人の大統領補佐官がオフィスの外で待っていて、クリントン大統領が間もなく行おうとしているメディケア改革案についてこれからブロー上院議員に説明をするところだと記していた。

もうひとつ、ブロー・トーマス提案が一時的に取り沙汰されなくなった外部環境の変化が思い当たる。じつは、99年暮れに、1999年度（98年10月から99年9月まで）のメディケアの支出が前年度比で1%ほど減るようであるという米国政府統計の報道があった。1965年のメディケア発足以来、このような財政好転は初めてのことであるという。そして、この成果の背景にはブロー上院議員たちの「メディケアの将来改革のための全米超党派委員会」が97年に提案、成立させた財政均衡法が大きな役割を果たしたとのことであった。つまり、この委員会のメディケア財政緊縮政策が成果をあげたにもかかわらず、これに悲鳴をあげる医療機関や被保険者たちの不人気を気にした大統領府では、ブロー・トーマス提案を取り上げることを躊躇ったものと推測される。しかし、急速に高齢化が進む現実を前に、高齢者社会保険医療の改革に目をつぶることは不可能だったわけである。

4. 米国マネジドケアから医療保険制度改革へのメッセージを考える

2000年3月末に米国に赴いてマネジドケア保険の実態を再度、点検調査する機会を得た。十日間ほどかけてワシントンやニューヨーク周辺にある医療保険の政治・政策関係の機関や団体を回り、また、営利マネジドケア保険のトップであるエトナ社をフィラデルフィア郊外に、そして、非営利のトップであるカイザーをサンフランシスコ郊外に訪ねる忙しい旅であった。またこの機会に、先に説明したメディケア財政改革案、プレミアム・サポート・システムを発表した全米超党派委員会の委員長だったジョン・ブロー上院議員とそのスタッフに会って話を聞くことができた。

この調査の結論からいうと、私がそれまでに調べていた米国マネジドケア保険やそこから導出した仮説を確認するためのインタビューができ、また、関連の資料を豊富に得ることはできたが、とくに目新しい変化や発見はなかった。

その大きな理由として、2000年秋が米国大統領選挙の年であるため、新しい政策判断はすべて来年以降になるということがある。また、別な理由として、一昔前の日本と同じで、米国で続く好景気に企業も国民も「金（カネ）の問題」に対して寛大になっている面も見逃せないと思う。先にも述べたが、米国マネジドケアを考察する意義は一国の医療保険財政の均衡策を考えるのに役立つと信じてのことだが、その意味では、医療財政が逼迫している環境でこそ真剣なソリューションが探索されるわけで、昨今の米国の好況はマネジドケア保険の進歩を足踏みさせているかも知れないとも考える。そこで、この機会に米国のマネジドケア考察結果を以下のように整理してみた。

これまでに説明したように、米国のマネジドケア保険のように大規模な社会実験を経て医療保険の経済リスクを具体的な数値で把握し始めていることは、注目に値すると考える。他の先進国では、医療サービスの準市場管理や医療保険のリスク構造調整等の試みを行っているものの、要素が複雑に絡みあっていて、見通しが悪いものになっている。それに対して、米国のマネジドケア保険では保険料というインデックスで医療財政の見通しを与えてくれそうに思われる。その見通しについて、医療保険制度改革への意味合いという点で次の二つにまとめる。

(1) 医療改革の説明責任のために…予算制約と給付機会集合の関係

米国では給付内容次第で高い保険料を支払っても良いと考える社会の合意があり、実際に支払うことができる者に保険商品を供給するという民間医療保険市場がずっと以前から成立していた。ただし、医療保険という性格上、そのリスク計算が難しいために、保険会社も従来は損害賠償方式のMI型商品しかなく、保険料もたいへん高いものであった。そのため、個人や、法律によって被用者保険を用意しなければならない企業にとって、利用可能な医療保険の選択肢は限られていた。

ところが、新しい発想による医療と保険の複合サービス組織HMOが法制化された70年代以降、医療提供側の経営内容が保険会社でも共有できるようになり、保険会社はそれを参考にして保険者のリスク計算ができるようになった。私はこれが80年代末のマネジドケアの始まりであると見る。

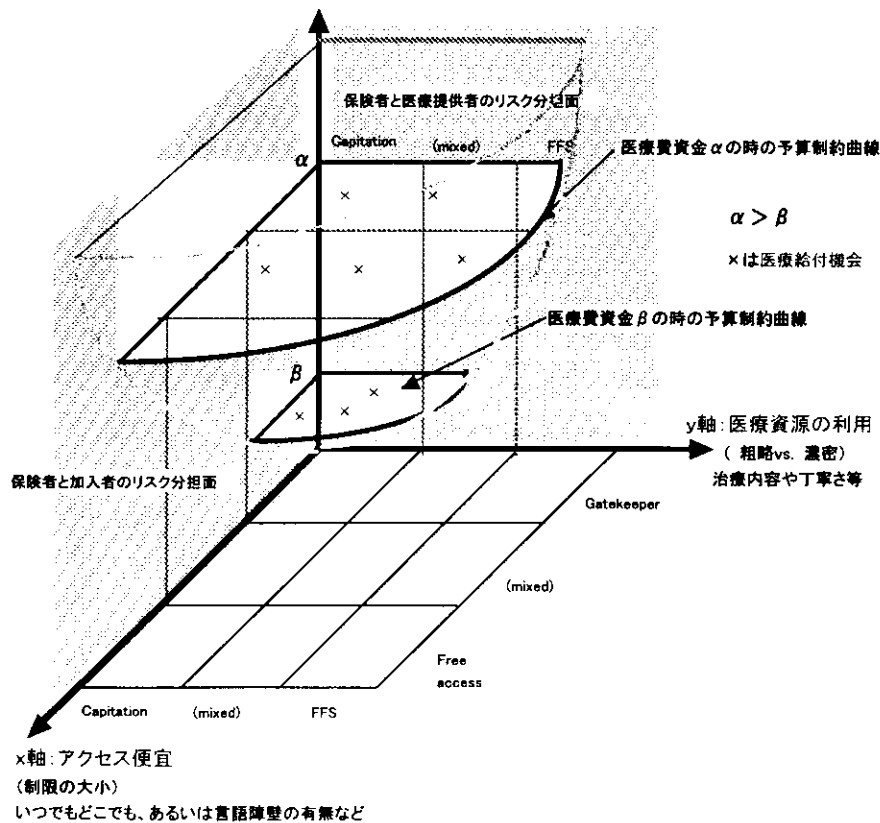
このことは医療保険商品のバラエティを増やし、個人や企業の医療保険の選択肢を増やした。つまり、医療給付の「機会集合」を増大させたわけである。

もしも、このことが米国でしか成立しないのであるならば、他の国々がマネジドケア保険に注目することはなかったはずである。ところが、いろんな国でマネジドケアの要素を取り入れた医療財政改革が行われていることは周知の通りである。すなわち、米国のマネジドケア保険が提示した医療給付の機会集合の枠組みが米国以外の国々にとっても参考になるこ

とが分かってきたのである。それはけっして医療提供者と保険会社の対立といった構図に終始するものではない。

私の米国マネジドケア考察結果もそこにある。たとえば、私が米国マネジドケアを整理した図4のy軸やz軸を、医療保険を購入する個人や企業、つまり支払者側の立場に立てば、図5のようにそれぞれ「医療サービス期待」、「医療費資金」の軸と言い換えることができる。このとき、x y平面は保険加入者としての医療給付の機会集合平面を表す。もちろん、本来ならばこの機会集合はもっと多次元で説明されるべきものである。しかしながら、現行の米国マネジドケア保険がアクセス便宜と医療サービス期待(=診療報酬支払方法によるプロバイダの経済的インセンティブ誘発の大小)の大きく二つの軸で単純化して保険商品の差別化を図れたところをみると、この単純化はあながち無理のない仮定だと思う。

図5 医療費支出の形態的説明 (西田在賢コンセプト研究より)



さて、米国マネジドケア保険にあるようなHMO型やPPO型やMI型といったものが保険料の大小で決まっていることは先にも述べた。このことは、いま云う医療給付の機会集合平面x y上で保険のタイプ毎に予算制約線を引くことを意味する。実際のところ、マネジドケア保険のそれぞれのタイプの中で、保険給付の中身は一義的には決まるものではない。たとえば、Aという保険会社とBという保険会社とでは、同じくHMO型マネジドケア保険を売って

おり、その保険料が同じであったとしても、給付内容が異なっていることがしばしばある。このことは、医療財源に制限があるということで予算制約曲線によって医療給付の機会集合の限界を規定するものの、そのなかにある給付機会の選び方が様々であることを意味している。そして、PPO 型や MI 型と云ったように保険料が上がると医療財源は増えて予算制約曲線は広がっていき、内包する機会集合が多くなることになる。

話を図 5 の三次元形態図に戻すと、ここでは保険料の大小、すなわち医療費資金の大小に応じて医療給付の機会集合が増減することが分かる。そして、 z の値が大きくなるほど予算制約曲線で囲まれた医療給付の機会集合の面積が大きくなるのが解るのである。

ちなみに、この形態図を用いれば、医療保障に税金を投じる意味は、 z 軸方向への嵩上げを意味し、これによって医療給付の機会集合を上げていることに他ならない。そして、英国の医療保障制度にみるように、税の投入だけではこの機会集合は小さくて、十分な医療給付ができずにいる。そのため経済的余裕のある一部の英国国民は、もしもに備えて別途に民間の医療保険にも加入することで医療給付の機会集合を増やそうとしているわけである。

(2) 医療改革の説明責任のために…アクセスとサービスのトレードオフの関係

ところで、医療費資金管理の難しさは、医学の進歩によって医療技術は日進月歩で発達し、そのため医療サービスへの期待の上限がどんどんと伸びていくことにある。

ちなみに、医療の生産性曲線と x 軸、 y 軸で囲まれた領域はそのときの医療費資金で可能な医療給付機会を囲い込んでいる。先にも説明したように、その面積は投入できる医療費資金に比例するはずである。そのため、医療の進歩が医療サービスへの期待の上限を伸ばすとき、さらに投ずるべき医療費資金の余裕がなければ、図 6 のように医療給付の機会集合 ABO と CDO との間で、医療アクセスの便宜を犠牲にしたトレードオフを行うことによって医療費総額を保つことになる。

ヨーロッパの主要国の医療システムを眺めると、このような合理的なトレードオフを繰り返しているように見受けられる。それでもなお増大する医療費への対応に苦慮しているのが現状であろう。そのため、彼らは米国のマネジドケア保険会社が開発する医療保険商品群の作り方に注目しているのだというのが、私の観察するところであり、けっしてそれらの国々が医療提供者の管理に血道を上げているようには見受けられない。

翻って、わが国はというと、深刻な医療費財源難に直面しながらも、政治的判断を先行させている。つまり、予算制約線を見捨て、合理的なトレードオフを中途半端にしたまま、税金の投入や保険料納付の猶予といった一時凌ぎ的施策によって、広がる一方の医療給付集合に追従していき、根本的な改革が御座なりにされたままである。

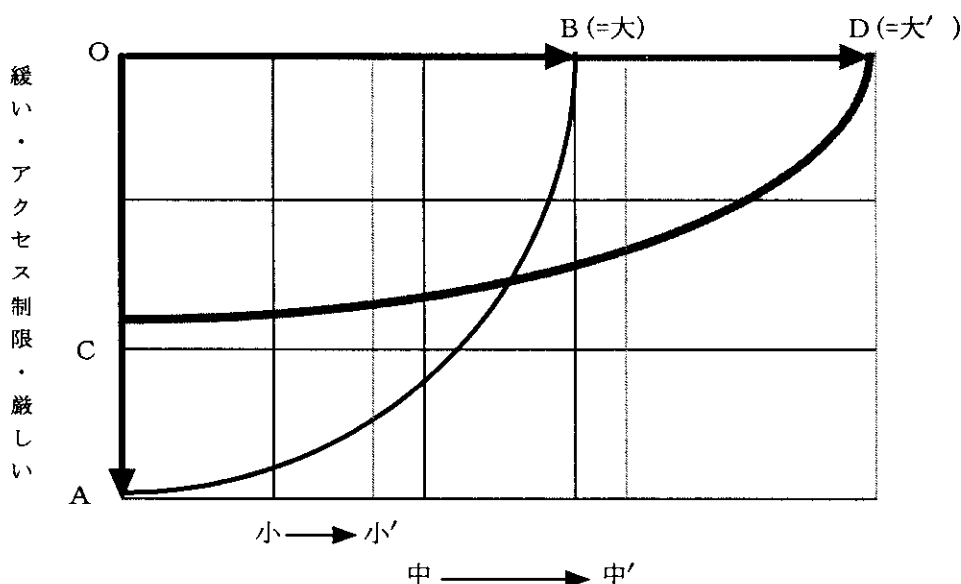
このことはバブル経済破綻以降の金融機関やゼネコン、百貨店業の破綻を先送りする政府施策と同一パターンである。しかし、それら先送りのいずれもが膨大な国債発行による国費投入に頼るものであり、その成果は疑問である。

図6 医療費資金が一定であるときのアクセスとサービスのトレードオフ概念図

医療サービスへの期待が、医学や医療の発達によってランクの大中小から大' 中' 小' へと伸びると、医療費資金が限られているときには、アクセスの便宜を犠牲にしても医療サービス内容を確保する？

・・・条件： 面積OAB=面積OCD

粗・薄（小）・期待医療サービス・（大）密・濃



ここで取り上げる医療保険制度改革について云うと、さらに面倒なことに、医療システムそして健康保険制度と内容が込み入って専門的であるために、一般国民への説明が年金制度と較べても、ずっと難しいことである。

そこで、私は米国マネジドケアの考察から抽出した一連の図式が、わが国医療改革の複雑さを一挙に単純化して説明するのに使えないものかと考えている。もちろん、ここに示せたのはまだまだ序段の形態図にしかすぎない。しかし、今後、医療の専門家を交えて検討することで、たとえば被保険者集団の違いによって経済効率の良い医療給付の機会集合を論じることができるかも知れないと考えている。あるいはまた、生産可能性曲線上の点でありさえすれば、それより内側のどの点よりも望ましいというわけではないという経済学の教えに従えば、医療保険を選択する加入者側には好みがあり、これが国の単位の話になれば「文化」や「歴史的背景」という理由になって、敢えて多少の非効率を甘受した医療保険制度を選び取ることがあることを示唆し、このことからも国それぞれで米国マネジドケア保険に学んだ

独自の医療保険システムを構築する必要性が説明されるものと考えている。

5. おわりに

西村周三京都大学教授が、以前に経済新聞の論説面でマネジドケア managed care を「保険者機能の強化」と意識されていた。私は、この意識が、「管理医療」という直訳と較べて、昨今の米国のマネジドケアをより正確に説明するものだと考える。というのも、そもそも機能という言葉は、「(法律では) 機関がそれぞれ有する権限内で活動できる能力」と説明される。このことから、保険者機能とは、保険機関が有する権限内で活動できる能力ということであり、ここには保険者が有する権限と保険事業活動の能力という二つの要点がある。そして、米国のマネジドケアを考察したところ、米国の医療保険機関の権限と保険事業活動の能力の様子が分かり、彼ら保険者が他国のそれと比べて強い立場にあることが知られるからである。

ちなみに私は米国のマネジドケアを「医療保険事業の経営」という視点で一貫して考察してきた。いうまでもなく、「経営」とは、与えられた諸条件の下で事業を持続させるための組織運営全般を指すが、その諸条件の中には、ヒト・モノ・カネ・情報といった経済的資源の制約のほか、その事業を取り巻く「制度」による制約も入る。その意味で、米国のマネジドケア保険業の動向と経営の在り方を調べることで、米国の「保険者機能の強化」の様子が日米の保険制度の違いと共に明らかになるものと考えた。

すなわち、米国のマネジドケア保険は、わが国とは異なる制度下で発達したものであり、米国保険者と同じ経営でわが国医療保険者の機能の強化ができるとは考えられない。しかし、米国における公的医療保障であるメディケアやメディケイドにおいて、マネジドケア保険が利用される仕組みや実態について調べることは、わが国の医療保険者の機能を見直すのに良い参考事例になるものとする。とくに、高齢化の進行が近い将来に深刻な保険財政難をもたらすと予想されているメディケアでは、制度改革を急いでおり、現在のところ、民間のマネジドケア保険の利用を促進することが有力視されている点などからも、マネジドケア保険の経営研究は、わが国医療保険制度改革とそこにおける保険者機能の研究に参考になるものとする。と信じる。

[参考資料]

- 1) 西田在賢 2000「保険者機能に関する研究プロジェクト中間報告書：第7章米国マネジドケアと保険者機能の強化」平成11年度厚生省厚生科学研究費補助金政策科学推進研究事業研究報告書
- 2) 西田在賢 1999『マネジドケア医療革命』日本経済新聞社
- 3) 西田在賢 2000「米国マネジドケアから医療保険改革へのメッセージを考える」社会保険旬報 No. 2077
- 4) 伊原和人、小野太一 2000「米国のマネジドケア—強まる反発と新しい展開（上・中・下）」社会保険旬報 No. 2075, 2076, 2077
- 5) 西田在賢 2000「マネジドケアは社会保険医療体制にも有効か？（上・中・下）」社会保険旬報 No. 2035、2038、2040
- 6) Anthony Giddens. (佐和隆光訳) 1999『第三の道』日本経済新聞社
- 7) 西村周三 1999「(経済教室) 医療制度改革を問う：組合・国保、骨組みの一本化を」日本経済新聞 (11月16日朝刊)

第12章 医療供給側からみた医療保険制度の問題点

と保険者機能

東京女子医科大学 専務理事
濱野 恭一

1. はじめに

保険者機能研究プロジェクト構成メンバーのうち、筆者は数少ない医療供給側の人間である。従って保険者機能の研究に携わる専門家ではない。本研究プロジェクトが発足したのは、本邦における医療制度が様々な問題を抱えていること、特に経済的に破綻に瀕していることが重要な因子であると思われる。この点ではアメリカで発生したマネジドケアによる医療費抑制方法と質の管理が有名であり、これをめぐって様々な議論が展開されている。

しかし我が国では、国民皆保険という医療制度、しかもフリーアクセスで患者が完全に選択の自由を持っているうえ、全てが平等であることを求める国民性などから考えると、この導入は極めて困難と考えられる。同時に保険者機能についても、大多数の国民、医療供給者であってもほとんど無知なのが現状であろうと思う。医療制度は国（厚生省）によって管理されていると全員が考えており、事実、医療機関の指定は都道府県知事、医療費設定は厚生省保険局、請求・審査・支払は支払基金、国保連という形になっている。筆者が数名の医師に保険者とは何かという質問をしたところ、満足に答えられた者はいなかった。勿論、保険者機能が適正な医療、患者の利益の増大という方向で強化されるのは望ましいことであるが、国民皆保険、フリーアクセスという問題が解決に向かわないと根本的には難しく、できることから徐々にとりかかるといふことになると思う。

本稿では、先に述べたように保険者機能研究については専門家ではないので、筆者のできること、大学病院（特定機能病院）での30数年、一般の急性期病院（地域中核病院）での数年間の経験から、現今の医療保険制度の抱える問題点について、現場の人間として述べてみたい。このことは本主題についての裏側から眺めるという効果があると同時に、保険者機能のより良い効果を考えるとき、どういう視点で医療供給側と連携をもつかということへの一助となれば幸いである。

2. 医療供給側からみた医療保険制度の問題点

現在の日本の医療制度を考えた場合、国民皆保険というシステムを数十年にわたって維持してきたということは、世界に類をみない、特筆すべきことだと考える。しかし今日のように、医療が高度化し検査・治療に膨大な経費がかかるようになれば、当然この制度は

経済的危機にみまわれる。このことは、病院の経営そのものにも影響を及ぼして、赤字病院は年々増加の傾向にある。表1に示すごとく全国公私病院（国立・大学を除く）では、平成11年には、病院数1178のうち、黒字病院は31.4%にすぎず、赤字病院は68.6%を占めている。特に自治体病院では697病院のうち、89.7%ほぼ9割の病院は赤字である。このことは、特別な経営努力をせずに医療をおこなった場合は、ほとんど赤字となることを示している。一方、私的病院では赤字病院は32.1%で、かなり経営努力の効果が認められる。しかし、医療制度のうち、いかに努力しても解決できないものがあり、それらが病院の前面に立ちはだかっている。それらを筆者の病院（特定機能病院）を例として述べてみたい。

（1）病院における診療費以外の問題点

①消費税

医療は非課税であるため、当初の消費税に対しては、医療機関団体は関心が薄かった。しかし消費税が平成8年に3%から5%に上がるに及んで、日本医師会に医業税制対策本部会議が設置され、多くの医療機関団体が参加して関心が高まってきた。消費税の仕組みは、生産者、卸売業者、小売業者と次々に売り上げに課税してゆき、最終消費者が最後に全ての消費税を負担する仕組みとなっており、課税業者には損税は発生しない。医療機関の場合は、物品、医療材料、役務などを購入すると消費税が課税されてくるが、最終消費者が非課税のため、最終消費者にかわって負担することになる。最終消費者への売価が自由価格の場合は、医療機関が負担した消費税相当額を価格に転嫁して負担を解消することが可能である。しかし医療収入は国により定められた保険診療報酬であるため、何らかの補填がない限り医療機関に損税が発生する。

この消費税損税の状況について、私立医科大学協会税制問題検討委員会の委員長、吉岡による詳細な分析がある。以下それによって記述する。

厚生省は消費税補填分として、税率が3%であった平成6～8年度には、診療報酬に0.76%加算し、5%に引き上げた平成9年度からはその加算を1.53%に変更したと説明している。しかし、この加算の根拠は不明確であり、さらに診療所から大病院までの全医療機関の平均負担額で計算されているので、高額で多量な医療器材、設備を使用する大病院ほど補填不足が生じることになる。

これらの点を私立医科大学の病院消費税実績額調査に拠り説明する。

表2は、29大学全病院の平成7年～平成11年度消費税の負担の合計表である。平成11年度消費税合計Gは240億3500万円で医療収入の2.33%が損税となっている。1.53%が補填されているとすると、表3平成11年度の補填後の負担額Hは94億8800万円となり、医療収入の0.92%が損税となっている。次に税率3%であった平成8年度は、消費税合計G141億8000万円で医療収入の1.45%が損税であった。0.76%が補填をされているとすると、表3の平成8年度の補填後の負担額Hは、73億1800万円となり、医療収入の0.75%の損

税であった。平成8年度と11年度を比較すると、3病院が増加しているとはいえ税率が2%上がったことにより、表1の消費税合計Gでは98億5500万円負担増となっている。表2では、補填後消費税負担額Hは21億7000万円増加している。

次に、29大学の1大学平均負担状況を表4、表5で検証する。表3の平成11年度の消費税合計Gは8億3000万円で医療収入の2.33%が損税となっている。表4では平成11年度の補填後の負担額Hは3億2800万円となり、医療収入の0.92%が損税となっている。次に平成8年度は、表3消費税合計Gは4億8900万円で医療収入の1.45%が損税であった。税率が2%上がったことにより、消費税合計Gで3億4100万円の負担増となっている。次に表4では、補填額が2億6500万円増加したが、補填後の消費税負担額Hは7600万円増加している。

吉岡によれば、本問題の根本的解決は医療も消費税の体系にのせ0%課税か、軽減税率にするのが最善であるが、0%課税は他業種への波及や税金の還付金が多額になることを国は恐れるし、軽減税率は保険者側、患者の負担が増加するので、これも急には成立しがたい。従って消費税が非課税であるために欠陥税制となっている点の見込みを第一歩として主張していくのが良いとしている。

この場合、医療材料費や薬剤費は診療報酬で補填が可能であるが、業務委託費、資本的支出については、診療報酬の対象外で病院の損税とならざるを得ない。現状の病院経営においては、病院の新改築、医療機器の購入などは必須の条件であり、またアウトソーシングをおこなわなければ、経済的破綻を招くことは常識となっている。仮に消費税が10%になったとすると医療機関のアウトソーシングは成立しなくなり、大部分の病院は経営が成り立たない状態に追い込まれるであろう。

②医療廃棄物

医療機関には、一般廃棄物以外に感染性・非感染性医療廃棄物の分別処理が義務づけられている。東京女子医大病院における、これに要する費用は年間約1億6千万円であるが、現行の診療報酬制度では、これに対する保障はない。また従来、相当量の医療廃棄物は焼却炉により自己処理がおこなわれてきたが、ダイオキシン濃度の規定が厳格となり、従来の焼却炉での処理は不可能となった。従って高性能の焼却炉を設置するか、業者にさらに委託をせざるを得ない。これらの費用は膨大であり、医療機関の経営をさらに圧迫する要因となることは明らかである。

③カルテ、フィルムの保管費用

医療機関はカルテ、フィルムの5年間の保存義務を負っている。医療訴訟が増大している現状においては、常識的には10年間位の保存は当然と考えられ、特に大学病院（特定機能病院）では、教育、研究の見地からも、大部分のカルテ、フィルムの保存がおこなわれている。この量は膨大であり、到底、病院内ではスペースがなく倉庫を借用して保管が

なされる。しかし、それにも限度があり、現在はカルテ、フィルムのデジタル化、電子化がおこなわれつつあるが、この費用も高額である。

④医療訴訟とその他

医療訴訟は増大の一途を辿っている。勿論、医療訴訟にはそれぞれ理由があり、それ自体を問題とすることは本研究会のテーマから外れることであるので省略するが、ここから派生する問題は、かなり医療経済の面から重大である。一つは、保険料、賠償金、示談金、弁護士費用などに要する出費であり、他の一つは、これに起因する防御的医療である。最初の金銭的出費は勿論、医療保険支払の対象外であるので医療機関の経営を圧迫するが、次の防御的医療も逆の意味で医療経済の無駄遣いといえる。筆者は医事訴訟の鑑定人を依頼されたことが数多いが、その経験からしても、医療側が敗訴となる原因の一つに、必要な検査を怠ったという事例がかなり多い。支払基金の審査では不必要として削られるような検査でも、裁判では逆に必要とされる。その結果、医療機関では手術をおこなうような場合には、やや過度と考えられる検査をおこなうのが常態となっている。将来、マネジドケア、クリティカルパスなどが導入されたり、診断・治療などに関する標準要項などが作成された場合、責任の所在をどこにおくかという問題も含んでいるように思われる。

その他にも、医師、看護婦をはじめとする医療従事者を育てるための教育費用、患者のアメニティの訴求財源問題、全国一律料金制の矛盾など数多くのものがあるが、ここでは省略する。

3. 病院よりみた保険点数の矛盾

医療供給側からみた保険点数の矛盾は、しばしば議論の的となるがここでは特定機能病院における明らかな不採算部門の二、三をあげるに止めたい。

(1) 救命救急センター、ICU、CCUなどの救急医療の不採算

救命救急センター、中央ICUなどは、24時間救命救急にあたらなければならない、膨大な医師、看護婦の人員費を要するし、医療機器なども高次なものを常時フル回転させる必要があり、物件費も収入に占める率は他の部門よりはるかに大きい。表6は、救命救急センター（補助金収入を含む）と中央ICUの収支を示すが、救命救急センターにおいては年間約1億2千万円、ICUでは9千百万円の赤字である。また循環器救急疾患に対応する、CCUは特定機能病院には不可欠の機能であるが、なぜか国立大学付属病院にはほとんどない。東京女子医大では24時間、広い地域に対応するCCUを有しているが、これを含め循環器病棟240床には毎日14人の当直医と60人の夜勤看護婦が勤務している。従って夜間の心臓カテーテルは勿論開心術にも対応できるが、現行の保険診療上は当然不採算である。

(2) 医療材料およびその包括

医療材料の高騰が医療費を圧迫していることは先進各国とも同様である。特に外科手術においては、それが著しい。

外科系保険連合（外保連）の調査では外科手術においては、それにかかる経費に比べて診療報酬が低く、持ち出しになっていると報告している。ことに心臓外科手術においては保険請求出来ない医療材料が多く、採算がとれないことが多いといわれている。

医療増大の一要因とされている医療材料費の高騰のなかには、心臓の人工弁、ペースメーカー費、カテーテルなどの循環器医療材料が入っている。これらの製品のほとんどが輸入品であり、新品価格はその多くは特定保険医療材料として価格が公定価格として決まっており、通貨の変動とは無関係である。これらペースメーカーや、PTCAカテーテルはなかでも最も内外価格差の大きいので、表にして日米の価格を比較してみた（表7）。実勢価格ではもっと較差が大きく、デイスポーザブル機材では実際に用いた数が保険で認められないなど、病院の大きな負担となっている。

一方、外科手術においては、縫合糸が手術料に包括された。現在では縫合糸はかつての絹糸や、カットグッドに比較してはるかに進歩した、合成の吸収性縫合糸が主流を占めている。これらは必ず縫合針が一本一本につけられており、従来のように針に絹糸を結んで、その結び玉が生体を傷つけることのないように配慮されている。しかも手術が精細になればなるほど、針付きの縫合糸も進歩し、多種類にわたるようになってきた。食道癌根治手術を例にとると、平成7年より8年の方が手術料は点数が増しているが、縫合糸が包括されたことにより、実質は減収となっている。肺癌根治手術も同様である。この傾向は最近特に著しく、縫合糸のみならず手術周辺の小材料（例えば点滴の三方活栓など）もますます進歩し、より高価になってきて病院の収支を圧迫している。といて、昔の廉価なものを使用すれば、手術成功率は明らかに低下し人道問題にもなりかねない。

(3) 特定手術および検査

現在の保険点数では、明らかに不採算になっている手術（特に高度な手術に多い）や検査も数多い（表8）。そのなかで代表的なものを二、三あげると、

①冠動脈・大動脈バイパス移植術（2本以上のもの）

現行手術手技料 76,900点

虚血性心疾患の増加により、PTCAとならんでバイパス手術は重要な手技である。この手術には5名の医師、4名看護婦が10時間働くとして、351,076円の人件費がかかっている。また針付きナイロン糸、シリンジ、輸血延長チューブ、看護婦の手袋、センサー付きフォーレイカテーテルなどの別途請求不可の消耗医療材料が多く含まれており、現在の手技料では不十分である。

②心臓カテーテル法

右心、左心カテーテル・冠動脈造影検査

この検査はスワン・ガンツカテーテルを用いて右心および左心の心機能検査および冠動脈造影をおこなう手技である。これに対する診療報酬点数は9,000点である。造影検査に使用するカテーテルの材料費、造影剤などは別途請求できるが、請求不可の医療材料も多い。例として、カテーテル穿刺部位に用いるドレープやモニタリングのディスプレイ製品等が挙げられる。また、人件費を医師3名、看護婦1名、技師3名で2時間働いたとすると、合計49,458円となり、X線撮影装置、建物の減価償却費の69,983円を計上すると、採算割れである。

別途請求しなければならない医療材料費を含めた技術料が認められるべきである。

③磁気共鳴(MRI)断層撮影(頭部)

現行検査料 1,660点

機器の値段が数億円と高価であり、CTスキャンよりも1回の撮影に時間を要し、1日に撮影できる人数が10名前後と少ないので、当院での機器の減価償却費を計算すると、1回27,267円となる。さらにランニングコストが1回1,326円、機械の保守費用が同じく1回あたり、3,450円かかり、これだけで所定の保険点数を軽くオーバーしてしまう。

さらに放射線技師が常時2名と医師1名がついており、全く不採算である。

3. 医療供給側よりみた保険者機能

(1) 医療機関と保険者機能

現行制度においては、医療機関と保険者との関係は極めて薄いといえる。支払基金、厚生省保険局、などにくらべて、保険者を意識している医療機関は皆無であろう。我が国においては、約3,300の市町村が国民健康保険の保険者になり、さらに約1,500の健康保険組合が存在する。従って、保険者機能を強化しようとする場合には、組織の統合から具体的には考えていかなければならないであろう。保険者機能を医療供給サイドとの関わりから見たとき、2つのカテゴリーに分けて考えられる。その一つは保険事務上の問題であり、今一つは診療内容、診療行為そのもの、もしくはその評価に関する問題である。事務上の問題は保険者機能を見直して、現在政府が全てをコントロールしている常態を各保険者に委ねることで効率化がはかられるであろうことに異論はない。現在でも、保険者に集められるレセプトを電送化するとか、これをコンピュータ解析して治療や投薬のダブリ(特に複数医療機関の場合)をチェックし、治療の無駄を省くことは極めて重要であるし、特別な抵抗なく可能であると考えられる。

一方、診療内容について保険者が議論に加わることはかなり問題がある。保険者がその時々患者の常態を全て把握できるのか、また診療内容を規制した場合、医療訴訟などのときに医療行為の結果に連帯して責任をもてるのかなど問題が生じよう。診察の対価についても、診療内容に見合う適切なコストが決められるのか、患者の利益がきちんと守られるのか、などを考えた場合、実際上では困難が多いであろう。保険者が診療内容に関係

した場合、医療機関評価が一つのポイントとなるが、これは非常に難しい問題である。現在おこなわれている病院評価は、主として設備、人員構成、諸種の委員会や、マニュアルが作られているかなどの表面から分かることでおこなわれており、本質的ではない。本来はその病院における、診断・治療成績、患者満足度、医療従事者の能力などが評価されるべきであるが、これは現在では至難のことである。

医療供給サイドと保険者とのこれからの関わりで重要なことは、共通の目的である、患者のための仕組み作りであり、そのための対話の促進、情報の相互提供であると思われる。同時に双方で不都合に感じている事務の非効率の改善、国の関係を減らした直接の協力関係を推進すべきであろう。

(2) フリーアクセスの諸問題

日本の医療保険制度の最大の特徴はフリーアクセスであろう。冒頭にも述べたように、この制度を数十年にわたり維持してきたことは医療制度史上、特筆に値することである。しかし、このことによって、医療は自由勝手に受けられる。そして全く公平であって特殊な待遇は受け付けないという固定観念を植え付けてしまったことも事実である。例をとるとセカンドオピニオンという言葉は良く耳にするが、日本ではほとんど定着していない。アメリカでは多くの患者は指定された医療機関以外では診療を受けることができない。従って、手術その他重大な治療方針を伝えられたとき、セカンドオピニオンの必要が生じる訳である。日本では患者は、納得しがたい場合は、次々と他の医療機関で診断を受けるのが大部分で第三者の意見は必要ない訳である。フリーアクセスは同時に、その地域に良い家庭医、プライマリーケアの良い医師が育たない原因の一つにもなっている。優秀な家庭医であれば、その患者の病気が専門性の高いものであれば、適切な専門医を紹介するが、日本では患者の方で、評判や手引き書などを参考にして専門病院を訪れる、またははじめから大学病院など特定機能病院を訪れる。そのために元来、紹介専門制をとるべきそれらの病院が日々、数千人の外来患者と対応するようになっていく訳である。家庭医→専門医という図式が機能しにくい原因のもう一つは、日本人の専門家志向であろう。現在多くの学会で専門医制度をおこなっているが、大部分の学会員は専門医または認定医資格を取っているし、場合によれば重複していくつかの学会の専門資格を持っている医師も多い。開業医にしても日本に特有なさかのぼり専門医（専門医制度ができる以前の医師免許取得者に対する優遇措置）による専門医が数多い。一方、プライマリーケアに対する評価は全くなされておらず、幅広い知識と経験を有する家庭医や総合医に対しては何らの特典もない。従って幅広い臨床医を希望する医師、医学生は現実にはかなりの人数がいるにも拘わらず、それに対応する制度がないのが現状である。

以上に述べたように、日本人の医療に対する姿勢は、公平性を保ちながら、トップレベルの医療を受けたいということであると思う。一方このことを満足させる医療を数十年続けた今日、アメリカのような医療保険による格差（勿論、高額な料金を出せば自由度は拡

大する) マネジドケア、指定医療機関の受診などは極めて受け入れにくい状況にあると言えよう。ただ逆に言えば、フリーアクセスの状態さえ保たれば、診療内容については、DRG—PPS、EBMなどに基づく診療ガイドラインの設定、包括医療などは受け入れられる要素を多分にもっている。勿論、医療供給側にとっては、この制度は大きな問題であり、数多くの科学的検証と経済的裏付けが必要となるであろう。

現行の保険制度が長期間続いたことの、もう一つの特徴は、医療供給側も患者側も支払は国(保険者)がやるのだからという、甘い考えに慣らされてしまったことである。このことは公には議論されないが、事実は事実であろう。また契約という厳しさには比較的弱い日本人ということもあって、保険医療では何でも自由にできるし、お互いフトコロが痛まないという無意識の意識が働いていると思われる。例を挙げると、ある慢性疾患の患者が外国旅行をする場合、その疾患の薬を処方することは当然であるが、外国では水が悪いから、下痢の薬も欲しい、熱が出た場合にそなえて抗生物質や感冒薬もと要求されることは度々ある。また子供が風邪をひいているからついでに薬を出して欲しい、自分は咳が出るので肺癌が心配だから、CTをとって欲しい等々、枚挙にいとまがない。この場合、「その薬は病気ではなく、予防のためだから、自費になります。改めて自費診療のカルテを作って、初診からきちんとしないと違法になります。診療しないで投薬はできません。咳が出たからといってCTはとれません。」などといった断固とした態度は、医師の方もなかなかとらない。なかんづく余分な検査の要求を拒否して、他医療機関で肺癌がもしも発見されれば、医事訴訟では決定的に敗訴となるので、要求された検査をむげに断ることは困難である。

これは一例であるが、同様のことは潜在的にかなり多いと思う。医療側にも責任はあるが、国の制度として国費を遣って運営している以上、保険者は患者に対して、保障される内容をきちんと伝え、充分インフォメーションする必要がある。医療供給側も、現行の出来高払い制度では、過剰な検査などをおこなう傾向があるので、これも是正する必要がある。

4. 臨床現場における無駄、非効率の排除

(1) 重複受診、重複検査

保険者として比較的容易に(つまり保険制度の改革や、新制度の導入などと違って)できることの一つに重複受診による重複検査の合理化があると考えられる。

現在、筆者の所属する特定機能病院での紹介率は、30~40%の間であるが、前述したように、家庭医から専門医(専門病院)という図式よりは、病院から特定機能病院、または十分に検査がおこなわれた医院(専門医院)から特定機能病院、という図式の方がはるかに多い。また紹介ではなくても、他病院や他特定機能病院で検査を受けた、または治療中という患者も相当数にのぼる。現状では、これらの患者にはまた改めて全ての検査が施行されている。なかには医療機関のハシゴをしているような例も出会うが、各々の医療機関

で全て同じ検査がおこなわれていることになる。検査にも精密度や診断能力などがあり、一概に一つの検査を共有することはできないが、方法によってはこの無駄を省くことは可能である。保険者にはレセプトが集まるので、これを解析し情報収集をおこなえば、まずチェックすることができる。次いで、画像のデジタル化、ITによる収集分析が可能になれば、情報の共有化をすすめることができる。さらには検査、特に高額なCT、MR、アンギオグラフィなどのデータを収集し、専門家による判定をおこなって、有用なものは共有するシステムが構築されれば、一つの施設がおこなった検査を、他施設でも用いることができると思う。

(2) 入院期間

欧米に比して、日本の病院での平均在院日数が長いのは周知の通りである。この原因は明らかで、日本での家庭環境、即ち介護のマンパワー、空間的広さを確保することの難しさ、そして何よりも病院にいる方が低コストである点などである。そして患者自身も、病院にいる方が心配ない、末期の場合も家族は病院で死ぬ方を望むというのが、今までのパターンであった。保険者である国は、在宅医療を奨励するとともに、病院に対しては在院日数により入院料を変える(特定機能病院では20日間)、つまり決められた日数をオーバーすればペナルティーを与えるという方法ととってきた。この方式は一応の成功を収めているが、根本的解決には程遠いといわねばならない。患者を早期に退院させることは、入院を待っている重症な患者を数多く抱えている場合は非常に重要なことであるが、現実には担当医が日夜患者を説得し、関係病院や地域の病院と連絡をとりながら、何とか解決している状況である。メイヨークリニックなどでみられる病院に隣接したホテルなどは、日本ではコストの関係から成立が難しい。将来日本でも、デイ・サージャリー (Day Surgery) が発展すると思われるが、ホテルと在宅医療の未発達が一つのネックとなると思われる。

保険者機能より考えれば、この問題は保険者が積極的に関係できる分野であろう。保険者により、後方病院や療養型ベッドの確保、在宅医療の整備がおこなわれた場合、急性期病院との連携さえ充分にとれれば、被保険者をスムーズにそれらの施設に移すことが可能になると考えられる。患者がフリーアクセスであっても、最後に主治療がおこなわれる急性期病院から、安全に移行できる施設群を整備することにより、入院日数の短縮は大幅に可能となるであろう。

(3) 防御的医療

これについては、2.(1)④の医事訴訟の項で述べてあるが、少し追加したい。現在、医療過誤は大問題であり、実際、杜撰な管理やリスクマネジメントの不備による単純ミスなどは医療側として真摯に反省する必要がある。筆者の考えからいえば、インフォームドコンセントやカルテ開示などは賛成であり、さらに病院または医師個人の成績を公開しても良いと思う。ただ現在の医師訴訟では、結果が悪ければ全て損害賠償の対象とする

いう面もある。この根本的解決には治療法などのオープン化と同時に、専門家を含めた評価機関が適正に機能して裁判を助ける仕組みが肝要であろう。現状では医療側は、検査・治療の不備を恐れるため、防御的医療に走りがちで、これも無駄な出費である。EBM (Evidenced Based Medicine) の必要性は良く提示されるが、患者の集団を起点とした臨床試験の結果が、一人一人に背景因子の違う患者にどう適合するか、また日々あらたに変化する医療の進歩との整合性はどうかなどの問題が残る。将来、保険者機能が強化されて、EBMまたは、それに基づく診療ガイドラインが設定された場合、それに基づいた治療で医事訴訟が起こったときの責任の所在もまた問題の一つであろう。

5. 医療供給側の質の評価

現行保険制度では医療の質は全ての医療供給者で等しいとする仮定にたっている。極端に言えば、一年目の外科医でも二十年以上の経験があり、国際的に名声のある外科医であっても医療費は等しい。現在施行されている専門医制度は、専門医という資格により、医療費に多少差をつけようとする意志が当初はあったが、全て平等のたてまえから、前述したような形になってしまっている。病院間格差や病院の評価ということも良く言われるが、現実には優れた治療成績や真に患者のための医療をしている病院が特別に（経済的に）評価されることもない。従って、大学病院などでは臨床の腕を磨いて名医になるよりも、研究や論文に力をそそいで業績をあげ、教授などのポストを望むという方が牽引力が強いように思われる。これは真の患者のための医療を望むものにとっては由々しい問題である。日本では公的には臨床技術は評価されないが、逆に患者側が敏感に察知して、人格、技術とも優秀な医師には患者が殺到するようになる。ここでも公平のたてまえから、どんな人でも診察は順番通りとなり、重い患者が数時間も待たされているという事態がおこる。

保険者の機能のなかには、医療供給側の質的评价を正しくして、患者にインフォメーションする、または契約に取り込むという機能も存在する。個人の評価は非常に難しく、経験年数、評判、資格など総合しなければならないが、医療機関については、診療成績などのファクターが公開されれば、調査も比較的容易になるので、まずここから始めるべきだと思う。最終的には医療供給側の質的评价—勿論、それが正しいという裏付けが必要であるが—が経済的にもメリットを生むような新体制を徐々に立ち上げていけたらと望むものである。

表1

黒字・赤字病院数の年次推移

※平成11年6月調査

	総数			自治体			その他公的			私的		
	病院数	(国立・大学を除く)		病院数	割合(%)		病院数	割合(%)		病院数	割合(%)	
		黒字病院	赤字病院		黒字病院	赤字病院		黒字病院	赤字病院			
		割合(%)			割合(%)			割合(%)				
平成7年	1,181	30.3	69.7	711	13.4	86.6	217	56.7	43.3	253	55.3	44.7
平成8年	1,125	30.4	69.6	676	10.4	89.6	211	60.2	39.8	238	60.9	39.1
平成9年	1,142	30.4	70	671	11.0	89.0	222	54.5	45.5	249	59.4	40.6
平成10年	1,188	27.1	72.9	690	7.2	92.8	243	48.6	51.4	255	60.4	39.6
平成11年	1,178	31.4	68.6	697	10.3	89.7	229	55.5	44.5	252	67.9	32.1

出典：全国公私病院連盟「平成11年病院経営実態調査報告」より