

表4 リビングウィル作成の決定要因

	係数	標準誤差	p値
月医療費の自己負担額	-0.02676	-11.21	0.000
宣言書の実行	-0.19153	-4.38	0.000
緩和ケア・ホスピスの確保	0.081773	1.99	0.047
終末期認定の厳密化	-0.38109	-8.48	0.000
告知と病状説明	-0.03805	-0.87	0.383
定数項	-0.89181	-12	0.000

- ・推定方法は、Random effectを持つProbit推定
- ・サンプル数は9855(個人人数は1095)
- ・Log likelihood = -3620.7704
- ・chi2(5)=259.84(Prob > chi2 = 0.0000)

表5 リビングウィル作成の限界効果

	係数	標準誤差	p値
月医療費の自己負担額	-0.00408	-8.91	0.0000
宣言書の実行*	-0.02968	-4.13	0.0000
緩和ケア・ホスピスの確保*	0.01255	1.96	0.0500
終末期認定の厳密化*	-0.05345	-7.65	0.0000
告知と病状説明*	-0.00575	-0.88	0.3800

- ・標準誤差の計算には、デルタメソッドを用いた
- ・肩に*があるものは、ダミー変数を1、0とおいた予測値間の差をとって計算した。

厚生科学研究費補助金（政策科学推進研究事業）
「医療保険給付における公平性と削減可能性に関する実証研究」

日本の医療制度をどう改革するか
—厚生労働省の医療制度改革試案の批判的展望—

研究者 鈴木亘 （社）日本経済研究センター 研究員
鈴木玲子 （社）日本経済研究センター主任研究員
八代尚宏 （社）日本経済研究センター理事長

研究要旨 医療の効率化をめざした制度改革のなかで自己負担率の引き上げや紹介制度の導入などは低所得層の医療アクセスを部分的にせよ阻害する可能性がある。しかしそうした議論の前提としてそもそもわが国の医療アクセスがどれほど所得に関して平等であるかの検証が欠かせない。そこで本稿は持病のある高齢者に対する独自のアンケート調査をもとに医療アクセスが所得に関して平等であるかどうかを検証した。その結果、疾病の違いや時間コストなどをコントロールすると、所得や資産の大きさは医療需要に何ら影響を与えていないことが判明した。わが国の医療アクセスは平等であり、平均的にみて低所得高齢者の医療サービス需要が抑制されていない。むしろ所得に関わりなく広範に観察される過剰通院が問題である。

A. 研究目的

わが国の医療制度は全国民に平等な医療アクセスを保証しているといわれるが、健康保険の自己負担の引き上げを目前にして低所得者の医療アクセス悪化が懸念されている。しかしながら、実際に医療需要が所得に関してどれほど平等であるかは十分に検証されていない。そこでとくに高齢者の外来医療需要の所得弾力性を厳密に計測し、所得格差によって受診行動がどれほど影響を受けるかを明らかにすることが本分析の目的である。

B. 研究方法

独自に実施したアンケート調査により、

持病を持つ高齢者の外来受診行動（受診先医療機関の種類、通院回数、自己負担額など）が、所得（年収、総資産額）の増加とともにどれほど増加するかを需要関数の計測によって明らかにする。その際に、外来受診行動を規定するその他の要因、時間コスト（通院時間、待ち時間）や付き添いコスト、高齢者の属性などを十分にコントロールする。

C. 研究結果

アンケート調査から得られた有効回答は1,095サンプルであった。それらのサンプルから、持病を持つ高齢者の平均1ヶ月当たり通院回数は44.4回に上ることがわ

かった。これに対して平均的な医療費の自己負担額は4,006円に過ぎない。需要関数の推計結果は、所得変数（世帯収入、総資産）は支払い医療費および通院回数に対していずれも統計的に有意でなく、医療需要に影響を与えているという仮説が支持されなかった。

患者属性の中では年齢ダミー、高卒ダミーおよび持病ダミーが有意であった。

最後に時間コストはおおむね有意であったが、とくに通院回数の関数では、通院時間と待ち時間が倍に増加すると通院回数は9.5%、8.1%だけそれぞれ減少する、またつきそいが必要だと23.5%減り、かかりつけが近隣の診療所の人では病院へ通う人よりも28.9%多くなるなどの結果が得られた。

D. 考察

これまで所得と医療需要の関係については、公衆衛生の観点から、厚生労働省「国民生活基礎調査」の所得、有訴状況、および通院の有無を個票ベースで集計した分析では、医療機関へのアクセスの公平性は高いという結論が得られている一方、経済学者のアプローチからは、医療需要に対して所得はほとんど影響を与えていないか、わずかながらプラスの弾力性があるという報告がなされている。

われわれの分析結果も所得が外来医療需要（医療費と通院回数）に影響を与えるという仮説を棄却するものであり、これらの先行研究の結果を支持するものといえる。

E. 結論

医療アクセスの平等性が確保されているかどうかを検証することが本分析の目的であったが、これについては持病を持つ高齢者の医療サービス需要行動を考察した結果、疾病の違いや時間コストなどをコントロールすると、所得や資産の大きさは医療需要に何の影響も与えていないことが分かった。言い換えれば医療アクセスは平等であり、平均的にみて低所得高齢者の医療サービス需要が抑制されているとは言えない。

また、高齢者は全般的に非常に多くの医療サービスを楽しんでいることがアンケート結果から判明した。調査対象の持病がある高齢者は平均で1ヶ月に44.4回（最高は何と350回）と、非常に頻繁に医療機関に通院している。それにも関わらずアンケート対象者が支払う医療費は平均4,006円に過ぎないことから、このような過剰とも言える通院回数は支払い医療費（自己負担）が低く抑えられているために発生していると考えられる。高齢者にも適正な負担を課すべきであろう。2002年10月からの高齢者自己負担1割の完全実施は患者側から効率化していくための有効な制度変更と判断される。

F. 健康危険情報

なし。

G. 研究発表

なし。

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし。

厚生科学研究費補助金（政策科学推進研究事業）
「医療保険給付における公平性と削減可能性に関する実証研究」

日本の医療制度をどう改革するか
—厚生労働省の医療制度改革試案の批判的
展望—
(2001. 10. 25 改訂)

日本経済研究センター

鈴木亘、鈴木玲子、八代尚宏

はじめに

1990年代の長期経済停滞の下でも、医療費の増加傾向は止まらず、99年には対国民所得比で8%に達している。このうち、老人医療費の占める比率は、傾向的に高まっていることから、今後の人口高齢化の急速な進展を控えて、その効率化が大きな政策的課題となっている。こうしたなかで、2001年9月25日に厚生労働省の「医療制度改革試案（以下「試案」と呼ぶ）」が公表された。ここでは、患者自己負担率の引き上げや老人医療費の上限設定等による、医療費の抑制策が中心となっている。

しかし、本来、医療問題がすなわち財政問題であるという視点は、医療サービスのほとんどが公的医療保険に組み込まれていることから生じるという、基本的な前提が忘れられがちである。公的保険が肥大化することによって、医療サービスの受益者にとっては医療費が多ければ多いほど良い半面、医療保険の負担者にとっては少なければ少ないほど良いという利害対立が強まり、その結果、試案のような自己負担比率の大幅引き上げによる抑制という結果を招いている。仮に、医療が公的部門の全面的な管理下ではなく、消費者の需要に対応した専門的なサービスを供給する「産業」であれば、その売上高が大きいこと自体には何の問題はない。

日本の医療問題の核心は、医療費自体の大きさよりも、その配分上の問題にある。戦後の貧しい時代に、国民皆保険を通じた平等な医療サービスの確保を目的として成立した医療保険や医療サービスの供給システムは、国民の健康水準の向上に大きな成果を上げて来た（付注1）。しかし、疾病構造の変化や消費者のニーズが多様化するなかで、公的規制の下での画一的なサービス供給とのミスマッチが拡大している。

高齢化社会の下で、国民皆保険のシステムを今後とも堅持していくためには、個人にとって必要な医療費のほとんどが公的な医療保険でカバーされている「医療＝保険」の現状を見直し、公的と民間との間の適切な役割分担を再構築する必要がある。これは公的年金等、他の社会保険改革とも共通した点である。

これと同時に、現行の事業者主体の医療制度を、利用者としての患者を主体として、その選択肢の拡大を図るものへと置き換えることが基本となる。このためには医療保険における保険者の機能強化がカギとなり、医療サービスを提供する医療機関と保険者との協力を通じた医療サービスの質の向上が、医療改革の最重要課題となる。

本レポートでは、厚生労働省の試案では、ほとんど明示されていない保険財政面への影響を計量的に分析するとともに、その妥当性を検討する。こうした外部による財政推計には誤差も生じるが、制度改革の当事者が十分な情報を開示しない場合には、それを促すための効果的な手段となる。これと同時に、試案では先送りされている医療供給面の構造改革に、より重点を置くべきことを提言することが大きな目的である。

1. 厚生労働省試案の内容と問題点

厚生労働省の試案は、構造改革に関する経済諮問会議の基本方針と見かけ上は整合的だが、その内容には大きな隔りがある。「骨太の方針」では、医療供給面での構造改革が中心で、それに基づいた医療費の効率化という論理となっている。他方、試案では、構造改革は将来の検討課題として先送りされる一方、もっぱら患者の自己負担増加という需要面の対策だけが具体的に示されている。これでは現行医療制度の問題点を放置したままで、

その延命策を図るものに過ぎない。

1) 厚生労働省試案の概要

試案でもっとも具体的に示されている部分は、医療費抑制のための医療保険制度改革である。すなわち 2002-2003 年度に、①患者の自己負担率と保険料の引き上げ、②老人保健制度の対象年齢の引き上げと公費負担比率を 3 割から 5 割へ、③老人医療費への総枠制導入、等が盛り込まれている（図表 1）。

図表 1 厚生労働省「試案」の概要

第 1 章 医療制度改革の基本方向

第 2 章 保健医療システムの改革

第 3 章 持続可能な医療保険制度の構築

①医療保険制度の課題

②医療保険制度改革

- ・ 給付率の一元化（幼児・高齢者を除き原則 7 割に）
- ・ 高額療養費療養費自己負担限度額見直し
- ・ 薬剤一部負担金制度廃止
- ・ 保険料の見直し（総報酬制、政管保険料引き上げ）

③高齢者医療制度改革

- ・ 老人医療費伸び率管理制度
- ・ 対象年齢の引き上げ（現行の 70 歳を段階的に 75 歳に）
- ・ 患者の一部負担引き上げ
- ・ 自己負担限度額見直し
- ・ 公費負担の重点化（老人医療について 5 割へ引き上げ）

④診療報酬・薬価基準等の見直し

⑤その他

この試案では、被用者保険の自己負担比率が、国民健康保険と同一水準に引き上げられ、原則 3 割負担に統一される。例外は、3 歳未満と 70-74 歳で 2 割に、また現行の 70 歳以上老人保健制度の 1 割負担の対象者は、原則 75 歳以上に限定される。

こうした自己負担増加による医療費抑制効果は、改革なき場合と比べて 2007 年度に 2.1 兆円と試案では見込まれている。この負担別内訳は、患者負担が 0.6 兆円増加の半面、保険料は 1.7 兆円、公費負担は 0.9 兆円の減少となる。しかし、この具体的な算出方法や前提についての情報は示されていない。また、今回の制度改革は、被用者保険や国民健康保険と老人保健制度との複雑な財政調整の仕組みに大きな影響を及ぼすものであるが、それらの保険財政収支への影響についての試算についてはまったく公表されていない。

このため日本経済研究センターでは、厚生労働省試案で示された数少ない情報にできる限り整合的な形で、独自に保険者別財政収支の将来予測と制度改革の効果を試算した。なお、当方の推計資料は原則として公開している。

2) 医療保険財政の見通し

（推計の前提）

ここでは政府管掌保険、健康保険組合、国民健康保険（被用者保険退職者、一般）、老人保健制度等を対象としており、共済組合は含まれていない。各保険制度について、年齢別の医療費・人数・標準報酬等を計算し、国民健康保険の退職者や老人保健制度への拠出金の出し入れを考慮して財政収支を試算している。

医療費について、99年時点の各保険の財務項目実績値をベンチマークとして、2001年から2025年までの予測と制度改革の効果を推計する。国民医療費は、2001年の予算ベースの総額（30.7兆円）と、厚生労働省予測値（「医療制度改革の課題と視点」）を用いており、標準ケースでの各保険の医療費合計がこの国民医療費（共済組合分を除く）に一致するように設定している。実質GDPの伸び率（標準報酬の伸び率に反映）の前提としては、日本経済研究センター短期経済予測（2001年マイナス0.8%、2002年0.5%）と、2003年1%、それ以降2%と置いた。また、本作業では、自己負担率引き上げの医療需要削減効果を過去の医療需要の価格弾性値を用いて推計している（図表2）。

図表2 保険財政への影響を計測するための前提

	負担率	弾性値
①被用者保険の自己負担率増加 被保険者および被扶養者の入院	2割→3割	0.035
①被用者保険の自己負担率増加の影響		
・被用者保険の被保険者および被扶養者の入院	2割→3割	0.035
・被用者保険の被保険者の外来	2割→3割	0.056
②高齢者の自己負担率増加と老健の対象年齢引き上げの影響		
・70-74歳の入院	1割→2割	0.035
・75歳以上高齢者の入院	1割負担徹底化	考慮せず
・70-74歳の外来	1割（上限有り）→2割	0.168
・それ以上の高齢者の外来	1割負担徹底化	0.084
・70-74歳の老健対象者数は、14年から段階的に人数を減らして18年で0となる。		
・被用者保険の加入者はすべて国民健康保険の退職者保険に行くものと想定。		
③老人拠出金の公的負担の引き上げ		
・2004年から2016年にかけて年々4%ずつ引き上げ、現行の30%負担を50%に引き上げ。		
④老人医療費伸び率管理制。		
・「老人医療費の伸び率」－「人数の伸び率」－「一人当たりGDPの伸び率」 の残差分の医療費を翌々年度の老人医療費から除いた。		
⑤政管健保の保険料率を収支が一致するように平成15年度に調整した。		

（主要な試算結果）

厚生労働省によれば、制度改革なき場合、医療保険財政全体の赤字幅は、2005年の2兆円から2025年の16兆円へと傾向的に拡大するものと見込まれている。このうち、政府管掌保険の赤字が6.5兆円ともっとも大きく、健康保険組合が5.3兆円、国民健康

保険が 4.2 兆円となっている。

これに対して、試算で示された改革を行えば、2005 年には保険財政全体で 2.5 兆円の収支改善効果が見込まれ、若干の黒字となる。但し、この財政収支の改善は一時的なものにとどまり、その後赤字幅は再び拡大して、2025 年の赤字幅は 9.3 兆円に達すると見込まれる（図表 3）。

図表 3 試算に基づく医療保険財政への影響

(単位:兆円)

	2005	2015	2025
財政赤字(改革前)	-2.06	-8.40	-16.13
財政赤字(改革後)	0.41	-4.14	-9.34
改革の効果	2.47	4.26	6.79
うち個別改革の効果			
①被用者保険の自己負担増の効果	0.69	0.90	1.15
②「老健対象年齢引上+老人自己負担増」の効果	0.64	1.01	1.64
③老人拠出金の国庫支出割合増の効果	1.13	2.39	4.05
④老人医療費伸び率管理制導入の効果	0.07	0.03	0.03
⑤政管保険料率引上の効果	0.00	0.00	0.00
⑥退職者医療制度分老人拠出金負担割合変更の効果	-0.06	-0.07	-0.06
うち各保険への効果			
健保組合	1.23	2.07	3.07
政管健保	1.34	2.27	3.37
国民健康保険	-0.09	-0.08	0.35
うち改革の負担者			
国庫負担	-0.02	0.40	1.00

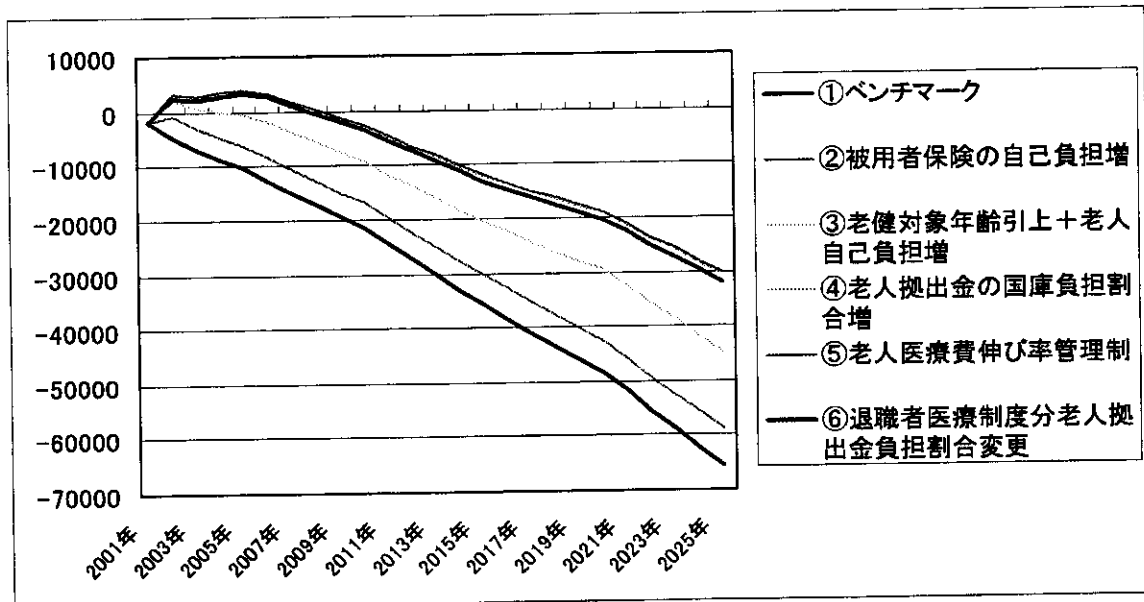
このように、一時的ではあるが、保険財政が好転する最大の要因としては、患者の自己負担増加効果が大きい。これは、被用者保険での引き上げの他、老人の自己負担率引き上げと、老人保健制度の対象年齢を 75 歳以上へ引き上げたことによる負担増も含まれる。また、老人保健制度の国庫負担率を 3 割から 5 割に引き上げたことや、それにともなって各保険者からの拠出金支出が減少する効果である。

他方、老人医療費の伸び率管理制度導入の効果はほとんど見られない。また、政府管掌保険財政は 2002 年度から黒字を確保する見込みなので保険料の引き上げの必要はなくなる。さらに公費負担は、老人保健制度の対象範囲が減少することや、国民健康保険や政府管掌保険の老人保健制度への拠出金の一定比率で定められた負担分の減少が、国庫負担比率の 5 割への引き上げによる増加分とほぼ相殺して増減なしとなる。

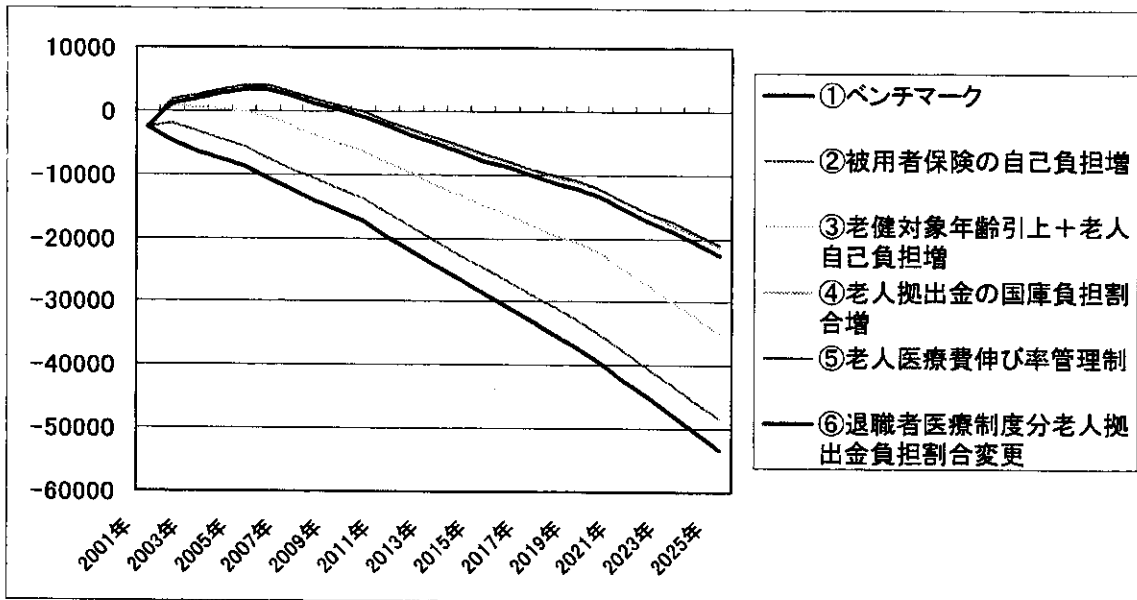
次に、これを個別の保険者別に見ると、健康保険組合と政府管掌保険では、老人保健制度の適用年齢の引き上げと、公費負担率引き上げにともなう拠出金減少の効果が大きく、2005年で各々1.2兆円と1.3兆円のプラスとなる。これに対して、国民健康保険は、老人保健制度の対象年齢の引き上げから給付対象範囲が拡大し、それが公費負担比率引き上げ効果を上回るため、退職者医療保険制度分の老人拠出金の負担が減ったにもかかわらず、赤字幅はむしろ若干ながら拡大する（図表4）。

図表4 保険者別財政予測

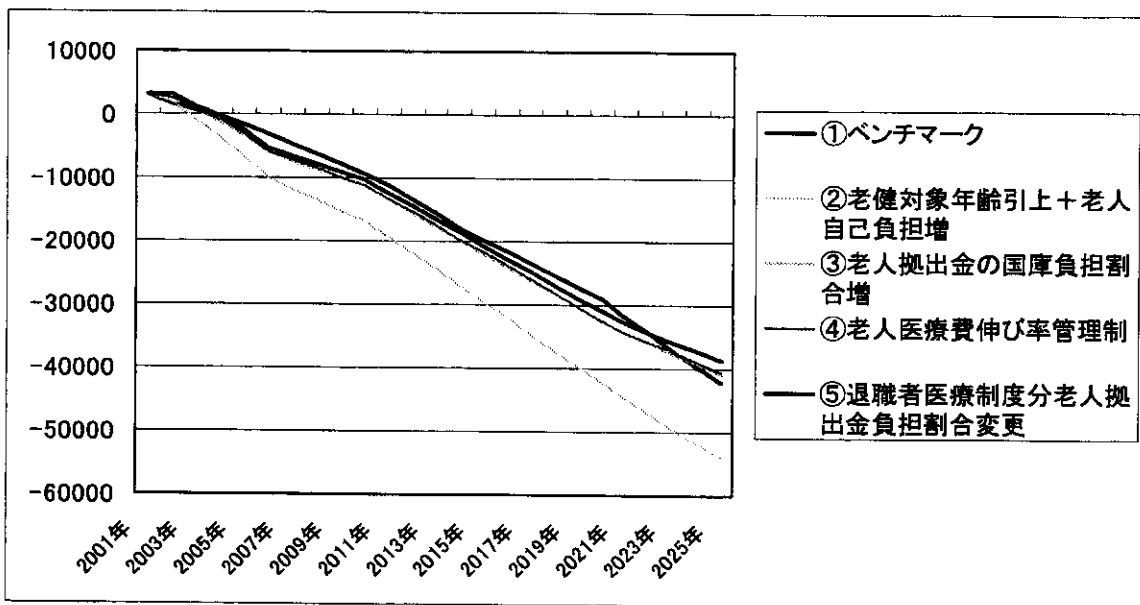
政管健保



組合健保



国保



このように、試案で示された制度改革の主要な目的は、既存の医療制度を維持したままでの保険財政対策、とくに健康保険組合や政府管掌保険の財政改善であることを示している。このように、医療サービスの構造改革をとまなわない制度改革は、患者と保険者、および被用者保険と国民健康保険間の負担の付回しに過ぎないことを示している。

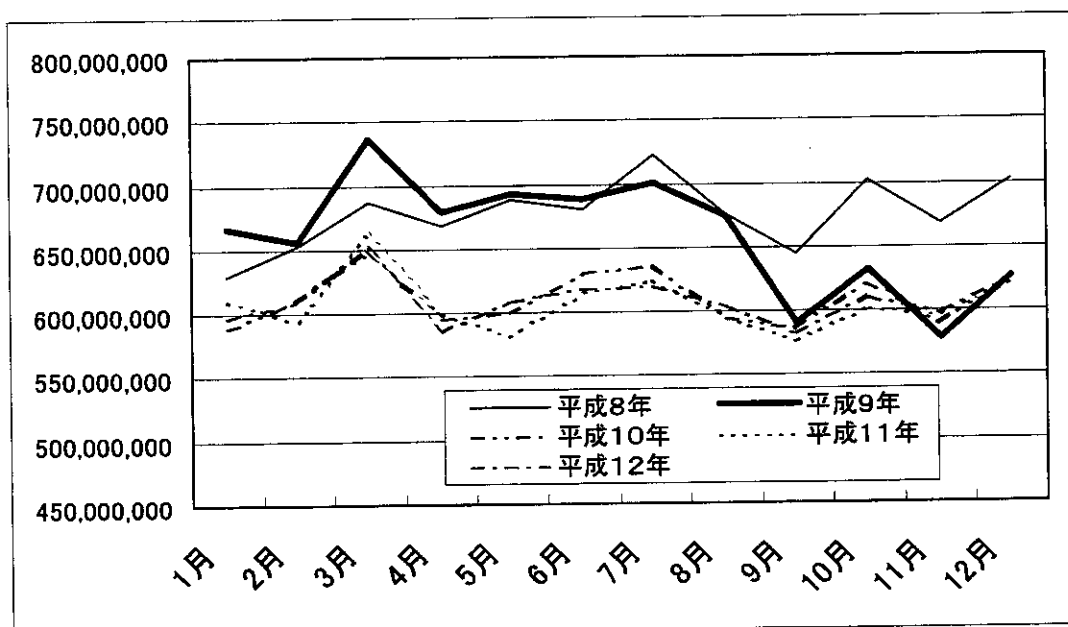
3) 患者の自己負担比率引き上げの妥当性

試案では、医療保険の財源強化策としては、保険料や国庫負担の増加と患者の自己負担比率引き上げとの選択肢がある。このうち、試案では、もっぱら後者に主眼が置かれ

ているが、これについては以下の2つの問題点がある。

本来、自己負担率の引き上げは、患者のコスト意識を高め無駄な支出を防ぐことを目的としている。また、患者負担の増加を通じて医療費が抑制されることにより、それに比例した保険者や国の財政負担が軽減される財政面の効果がある。もっとも、過去の自己負担比率引き上げ（被用者保険本人1割負担から2割へ、97年9月）の場合には、医療保険給付費の1回限りの減少のみで、増加トレンド自体の変化は見られなかった（図表5）。

図表5 被用者保険の医療保険給付費の推移



出所)『月刊基金』社会保険診療報酬支払い基金

これは、同じ医療サービスであっても、入院と外来とでは、利用者の選択肢に大きな違いがあるため、入院医療では自己負担比率の引き上げは、需要抑制よりも患者の負担増となる可能性が大きい。

また、自己負担の医療需要抑制効果については、医療費の定率で定められた個人の自己負担額に一定の限度額を設けている高額療養費制度の影響を考慮する必要がある。今回の試案では、高額療養費が適用される自己負担額の水準を1割強引き上げているが、他方で、自己負担率の引き上げにより、同額の医療費受給の場合に、高額医療費の適用を受ける時期が大幅に早まることになる。とくに老人医療では、現行の1割負担では37.2万円の水準の医療費から適用されている高額医療費制度が、2割負担では18.3万円に、3割負担では12.4万円に、各々大幅に引き下げられる。その意味では、自己負担増加による医療需要への抑制効果には、一定の限界があることに注意する必要がある。

ちなみに、制度改革前的高額療養費による自己負担限度額を考慮した実効負担率は、名目3割負担でもその半分強であり、とくに高齢者では1割以下にとどまっている(図表6)。

図表6 自己負担比率の名目値と実効値の比較

	一般の自己負担比率			老人の自己負担比率		
	1割ケース	2割ケース	3割ケース	1割ケース	2割ケース	3割ケース
高額療養費	25.7	55.3	68.5	66.8	86.4	88.7
定率給付	65.7	30.5	14.5	25.8	4.7	2.0
実効自己負担率	8.6	14.3	17.1	7.4	8.9	9.3
合計（入院医療費）	100	100	100	100	100	100

他方、患者の自己負担率引き上げは、公的保険で保障される医療サービスの実質的な範囲の縮小を意味する。この点、試案では老人医療費に関しては、低所得者に減免する半面、高所得者には年齢にかかわらず2割負担とするなど所得に応じた調整は行われている。

しかし、患者負担が医療の内容にかかわらず定率で定められている現行制度では、必要度の高い医療ニーズほど需要の価格弾力性が小さいため、より大幅な負担増となる。また、保険料引き上げと比べて、利用頻度の高い病弱者・高齢者ほど相対的に大きな負担となる点で、保険のリスク分散機能がそれだけ低下することになる。

他先進国の患者自己負担水準と比較すると、日本の3割負担は高い方に属している。また、画一的な負担率ではなく、外来と入院、薬剤費とそれ以外とで差をつけている場合もある。後者の点は、同種の薬剤を処方箋なしに薬局で購入すれば、全額自己負担となることで保険診療を求める需要に対応できる。

また、定率負担ではなく、逆に年ベースで定額の「保険免責額 (deductible)」方式では、医療費が多くなるほど自己負担率の軽減効果が生じるため、高額な医療サービスを利用する者にとってはメリットが大きい。現行の医療のフリーアクセスの原則は、医療の内容を問わず画一的な保険給付を行うため、逆に財政上の必要性からの画一的な自己負担率引き上げを招いている。こうした自己負担の仕組みは、その水準の高まりとともに、早急な検討が必要とされる。

4) 保険料率の引き上げ

試案では、保険料の課税ベースをボーナスも含めた総報酬ベースに転換することを提言しているが、その具体的な内容は明らかでない。しかし、自己負担比率の引き上げよりも、保険料の課税ベースを拡大することで、負担の均衡を図ることの検討が必要とされている。

これは第1に、高齢者の保険料課税対象に年金所得がわずかしこ含まれていないことである。公的年金制度が充実するとともに、賃金後払いとしての報酬比例年金所得を保険料の課税対象としなければ、勤労世代との不均衡は拡大する一方である。

第2に、厚生年金の第3号被保険者に相当する被扶養配偶者を、自営業の家族従業者と同様の被保険者として位置付けることである。子供の医療保障を社会的扶養の一環とすることには合意が得られても、家事労働で貢献する配偶者の医療保障は、その利益をもっぱら受けている世帯主の負担で賄うことが、働き方の多様化が進む現在、社会的に妥当なものと考えよう。

5) 高齢者医療費の総枠制導入

試案では、今後の高齢化の進行とともに急速に増加する老人医療費を抑制することを目的として「老人医療費の伸び率管理制度」が設けられた。この内容は、①高齢者数と GDP の伸び率を考慮した目標値の設定、②この目標値を達成するように診療報酬の合理化や保健事業の推進を図ること、③目標値を超過した場合、次々年度の診療報酬支払額を抑制し総額を管理すること、等である。

これには以下のような問題点がある。第1に、老人医療費だけに総枠制を設け、他の医療費に比べてより強く抑制することの妥当性である。医療サービスの効率性を患者の年齢のみによって判断することは問題であり、後述のような医療サービスの標準化を通じた費用の適正化が年齢を問わず必要とされる。また、高齢者の健康維持のための医療給付は、むしろ拡大することが結果として医療費の削減に結びつく可能性も大きい。

第2に、年齢ごとの高齢者1人当たり医療費増加率は、終末期医療（死亡1年前の医療費）を除けばすでに横ばいであり（鈴木亘・鈴木玲子 2001）、一律的な抑制は好ましくない。高齢者の終末期医療については、個人の選択肢を尊重しつつ、必要な保険給付のあり方についての検討が必要である。

第3に、現行の出来高払い制度のままで、仮に診療報酬単価を引き下げれば、それによる減収を補うため、個々の医療機関は量的な拡大に走り、乱診乱療の誘発を招く可能性もある。こうした医療サービスの質を低下させる方向でのインセンティブを制度的に組み込むことの社会的コストは大きい。国民経済的な観点から医療費の水準を一定限度に抑制するという目的は、あくまでも医療サービスの質的向上という本来の目的と整合的なものでなければならない。そのためには、後述のような公的医療の範囲の見直しや、診療報酬体系の包括払い化等を基本とした、抜本的な制度改革が必要である。

6) 医療提供体制の改革

試案で医療需要面の対策と比べて、抽象的な表現や検討課題にとどまっているものが、現行の医療制度効率化のための政策である。試案では、医療提供体制の改革の柱として、患者の選択尊重と情報提供と、②質の高い効率的な医療提供体制、等をあげており、そのための手段として、「根拠に基づく医療」の推進や医療のIT化、医療経営の近代化を示している。これらはいずれも望ましい方向であるが、問題はそれらがすべて以下のようなゆっくりとしたペースや検討課題にとどまっているというスピード面に大きな問題がある。

①根拠に基づく医療（Evidence-based medicine, EBM）（2002年より逐次実施）」

現在の医療サービスについての最大の問題点は、その標準化が進んでいないため、費用対効果の計測が可能ではないことにある。これは最適な治療方法に関する医師の裁量性を維持することと結びつけられる場合もあるが、最新の知識に基づく標準的な治療方法を確立することと、それを基準として個々の状況に対応する医師の裁量性を維持することは矛盾しない。医療の専門性に基づき、医療技術的な情報を活用した「根拠に基づく医療」は、利用者としての患者主体の医療サービスを実現するための基本である。

逆に、米国等と比べて、これまで病名の統一すら十分に実施できなかったことは、従来の供給者主体の医療サービス提供体制のあり方と密接不可分の関係にある。公定の医療サービス単価の下での出来高払いの診療報酬体系は、最善の治療方法や同等の治療効果を最

小費用で行うという選択へのインセンティブは阻害され易かった。こうした状況の改善のためには、まず医療サービス標準化の前提となる情報のデータベース化が必要であり、そのための医療機関側のインセンティブを促す仕組みの構築が必要となる。

②医療のIT化の促進（2004-2005年度）

医療情報の整理・体系化のためには、その電子化・ネットワーク化が不可欠となる。カルテ（診療記録）やレセプト（支払報酬明細書）は基本的に紙ベースであり、情報の共有や統計的な分析に適していない。これを電子化するためには、以下の問題点がある。

第1に、病名やコード・様式等の統一化である。これは中立的な組織である「医療情報システム開発センター（メディシス）」や、「保険医療福祉情報システム工業会（ジェイシス）」等ですでに長期にわたって準備が行われており、問題はそれを一定の期限を定めて公式に認知するとともに、医療機関に普及させるためのプロセスにある。試案ではこれを2003年度の完成を目途としているが、このスケジュールを大幅に前倒しする必要がある。

第2に、カルテからレセプトを作成するプロセスの統一ルール化である。現状では診療報酬の請求ルールが明確ではなく、治療行為をそのまま請求することはできない。これは保険診療で認められている治療が画一的に定められているために、現実の治療行為を読み替えるための複雑な作業が必要とされる。これは、診療報酬支払基金における患者の病気や症状に応じた検査・投薬のガイドラインが明確ではないという審査の不透明性とも結びついており、医療機関と保険者の双方に大きな負担となっている。これを明確化すれば、電子カルテから自動的に電子レセプトが作成されるという、本来、あるべき姿となる。

第3に、医療機関内における情報処理IT化のための資金の調達方法である。この源泉としては、①医療機関内の情報処理効率化による費用の節約効果、②レセプト電子化を通じた保険者からの診療報酬支払期間（現行は約2ヶ月）短縮化にともなうボーナス、③医療情報の電子化に見合った診療報酬における加算、等が考えられる。こうしたカルテやレセプト電算化のための費用は、総医療費の3-6%という試算もあるが、その大部分は初期投資であり、しかもその医療機関への普及にともなって大幅な軽減が期待される。その意味で、医療のIT化の促進は、患者・医療機関・保険者のいずれにとっても望ましい結果をもたらすものであり、保険者に実際の治療行為を正確に伝えるための作業を効率的に行うことは、診療報酬体系の適正化のためにも必要なプロセスとなる。このための費用の分担について早急に結論を得ることが必要とされる。

2. 医療制度改革の方向

厚生労働省の試案について、そこに書かれていることへの批判よりも、むしろ書かれていないことの方がむしろ重要である。現在の医療をめぐる真の問題点は、財政よりも医療サービスの需要と供給の両面における政府の過剰な介入を防止することである。

医療サービスのほとんどすべてが公的保険でカバーされているため、選択性に乏しいだけでなく、財源上の制約が厳しく、結果的に自己負担の範囲を拡大せざるを得ない。また、医療サービスの供給面でも、画一的な規制と価格体系が、医療機関の自由な競争を通じた

質の向上の妨げとなっている。これらの問題点を解決させるためには、医療における保険者機能の強化が不可欠である。いずれも政府の過剰な介入を防止し、民間事業者の競争促進で利用者の選択肢を広げるという点では、他の分野の構造改革と多くの共通点をもっている。こうした経済財政諮問会議の基本方針や総合規制改革会議の中間取りまとめに盛り込まれた視点は、試案からは全く排除されている。

1) 医療サービスの公民ミックス

これまでの政府の医療政策の目的としては、「すべての国民に対し良質な医療を公平かつ効率的に提供」があげられている。しかし、これは戦後の貧しい時代に、国民の医療サービスを受ける権利を保障する国民皆保険を最優先の目標とした時代にはともかく、医療サービスの高度化が進むなかでは、財政面の制約から政策目標間に矛盾が生じている。その「平等な医療の追求」のひとつの結果が、「平等な自己負担率の引き上げ」となっている。

現行の制度では、ほとんどの医療サービスが保険診療の対象となっているため、利用者の選択肢が著しく限定されている。追加的な負担で良いサービスを購入する対象は、個室等のアメニティーや医療材料の一部に限定されている。本来、医療サービスへの需要は所得弾力性の高いものであるにもかかわらず、その費用負担増に大きな抵抗が生じることは、利用者の質に対する評価や選択の余地が少ないことによる面も大きい。これは過去の感染症・急性症主体の疾病構造が大きく変化するなかで、現行の画一的な医療サービスの弊害がいつそう強まっている。

個々の診療内容について、仮に公的保険のメニューが画一的なものであっても、それを民間保険による診療と組み合わせることによって、利用者による診療方法の選択肢が拡大することは、利用者本位の医療サービスの観点からは望ましい。しかし、現行制度では、保険診療かそれを一切用いない自由診療かの二者択一で、保険診療と自由診療との組み合わせは、建前として、特定療養費として定められた一部の項目以外には容認されていない（混合診療の禁止）。

特定療養費とは、①一般には普及していないと見なされる高度先進医療、②歯科等の医療材料、③差額ベッド等の医療周辺サービス、等の費用で、これらは保険診療に上乗せされた患者負担で賄われる。もっとも、実質的には、公的保険の範囲と、疾病とは見なされない出産等の保険外診療や、自動車賠償保険で賄われる医療サービスとの境界線は曖昧であり、そうした場合に事実上の混合診療は容認されている。

これは医療サービスに関する患者間の完全な平等主義や、利用者が判断でき難いサービス内容について混合診療を適用すれば、過大な負担を強いられるという家父長的な思想に基づくものとされている。しかし、これは定型的な保険診療以外の治療方法の適用に関しての患者負担が禁止されていることから、そうした手段を利用できないか、それとも医療機関側が費用を負担するかの二者択一となり、最適な治療方法を制約する要因となっている。こうした点から、高度先進医療技術の保険適用範囲は拡大しており（1986—98年まで41件）、これも医療費拡大の一因ともなっている。

現行制度の下で、最善の医療サービスを求める場合には自由診療となるが、最近では、特定の疾患に関して、これをカバーする民間保険（損害保険）が許容されるようになった。基礎的な医療サービスを公的保険でカバーした上で、より良い医療サービスとその情報を

求める利用者の選択肢を、自由診療のみに限定せず、患者の自己負担か、公的保険と補完的な役割を果たす民間保険の活用という選択肢を広げることが、現在の利用者のニーズに応えた改革といえる。

2) 診療報酬体系の改善方向

公的な医療保険では、保険診療の償還価格はすべて公定価格であるだけでなく、償還対象となる治療方法も特定化されている。診療報酬体系の改革には、以下のような3点が重要である。

第1に、診療報酬は医師の個別行為に結びついた出来高払いであり、医師の技術等の質的な要因が考慮されていない。これは現行制度では、全国一律の医療サービスを確保するという公的保険の視点から、医師の専門的な能力差に見合った報酬格差を設けることには否定的である。しかし、医療は専門的なサービスの集合であり、量的な充足が達成された後は、その質を評価しなければ効率的な供給は得られない。専門的な分野からの評価制度の確立が急がれる。

第2に、現行の診療報酬は、医師の個別の行為に注目した価格付けの「医師費用 (doctor's fees)」を反映しており、基本的に診療所をモデルとしたものといわれる。このため、巨額の設備を必要とする病院の建設・維持費用は明示的には含まれておらず、資本コストを回収するためには、医療費の規模自体が膨らまざるを得ない状況となっている。こうした非効率性を防ぐためには、何らかの形で資本コストを明示化した「病院費用 (hospital fees)」を保険診療のなかに取り込む必要がある。また、病院等が購入する薬や医療材料の償還払い価格決定のあり方にも、医療サービスの質的向上を伴わず、医療費を拡大させるような多くの問題点が指摘されている。他方、国公立病院病院では、すでに資本費用が公費で賄われているにもかかわらず、民間病院と同一の医療サービスについて同じ診療報酬を受けており、公私の医療機関の間での対等な競争条件の原則に反するものとなっている。これら資本費用や医師の技術差について、それを画一的な診療報酬体系のなかで賄うか、それとも保険診療への上乗せ費用とするかは、すでに見た混合診療の範囲との議論と関連している。

第3に、出来高払いから包括払いへの転換である。自己負担率の引き上げは患者の受診率を抑制することはある程度可能であるが、受診後の治療方法の選択肢は、医療サービスの質に関する医師と患者との間の「情報の非対称性」の下では、医療サービスの供給側に依存している。この背景には、医療保険を通じて償還されるサービス価格が、医師の診療行為毎に公に定められているという出来高払い制度がある。これは、本来、感染症や急性症を前提としていた支払い方式であり、軽度の慢性症や終末期医療では、際限のない医療費支出を生む要因となる。医療サービスについては、警察や消防のような公共的な性格のものと、日常生活の延長である消費財的なものとの区別なしに、最小の費用で最大の効果を求める経済原則が、一律に否定されていることに大きな問題がある。

しかし、過剰な医療サービス抑制のためには、まず何が「過剰」であるかの客観的な指針、すなわち、多様な治療法のなかから最善のものを選択する「根拠に基づく医療」の普及が不可欠となる。医療サービスの質的な向上のためには、同じ疾病でも医師によって病名や処方の方法が大きく異なる現状を改革し、医療サービスの標準化を進めることが重要

となる。これが確立すれば、標準的な医療サービスに対応した包括的な価格が決まり、それに基づく医療保険からの償還払いが可能となる。

この包括払い方式は、現行の出来高払いと比べて、一定の費用の範囲で医師が最善と考える治療方法が選択可能となる。また、医療費用が増えるほど供給側が利益を得る現行システムから、逆に所与の医療効果を得るために、費用を節約するほど有利となる方向に、インセンティブの逆転が生じるという大きなメリットがある。もっとも、これでは逆に乏しい医療サービスになるとの心配に対しては、患者本位のサービスを行わない医療機関を競争によって淘汰することで対応できる。このためには、これまで規制されていた医療機関の情報公開を逆に義務付けることや、専門家による格付けサービスの発展を促すことが必要となる。医師が患者の利益を代弁するという前提から、患者本位の医療サービスへの転換が、医療保険改革の基本である。

最後に、医療サービスの需要と供給と調整する機能が、診療報酬体系に求められている。医療界では「不採算医療」という表現があり、これを確保するために非営利の医療機関が必要という論理が用いられる。僻地医療や小児科がこの例にあげられるが、それは仮に市場が機能していれば供給不足は価格上昇で調整される筈であり、同じことが擬似市場価格としての診療報酬の決定プロセスに反映されなければならない。診療報酬への僻地加算や小児科加算を十分に行うことで、そうした医療サービスの不均衡問題に対応する必要性がある。

3) 保険者機能の強化

国民皆保険制度の下で、形式的にはフリーアクセスの原則が維持されているものの、医療サービスの質に関する情報の不足から実質的な選択肢の範囲は限定されている。これは患者の利益は医療機関が代弁するという供給者本位の医療サービスの下では、これまで重視されて来なかった。現行制度では、健保組合等の保険者は、政府の代行的な業務を果たす役割にとどまっており、被保険者の利益を代表する本来のエージェントとしての機能を十分に発揮していない。被保険者の健康管理を図るとともに万一の事態に備えるために、保険者が良質の医療サービスを提供する医療機関と契約する体制にはなく、レセプト（診療報酬請求書）の電子化等のインフラ整備は極端に遅れている。

医療サービスについては、医師と患者との間に著しい「情報の非対称性」が存在しており、個々の患者は、良いサービスについての情報を、一部のインサイダー情報を除けば、個別に得ることは困難である。このため現行制度では、医者がもっぱら患者の代理人として行動しなければならないという前提で成り立っている。しかし、仮に保険者が、被保険者の代理人として、医療サービスの質に関する十分な情報を蓄積できれば、医療機関の善意のみに全面的に依存した現行の供給者本位のシステムを、消費者主権に基づくものへと転換することが可能となる。

現行制度では、保険者が得られる医師や医療機関についての情報は、もっぱらレセプト（保険診療請求明細書）を通じたものに限定される。これが紙ベースという原始的な媒体でしか得られないことが、保険者の情報収集コストを著しく高いものとしている。仮に後述のようなレセプトの電子媒体による処理が可能になれば、同一病床群で医療機関毎の治療内容の違いが明らかになり、サービスの質とコストの格差についての保険者の情報量が

格段に大きなものとなる。

このためレセプトの電子化は、単なる費用の節約にとどまらず、医療制度改革の突破口として、規制改革の最重点項目にあげられている。現行のシステムでは、医療機関で作成されるレセプトの大部分は、請求事務という「情報」であるにもかかわらず、紙に印刷されたモノとして取り扱われている。多くの医療機関の内部では、事務の電算化が進んでいるが、それをわざわざ印刷して社会保険診療報酬支払基金に車で輸送し、手作業で審査を行った結果を、保険者に輸送して第二次審査を行い、必要に応じて再び電子媒体にインプットするという甚だ非効率的なものである。

これを個別の医療機関の同意を得て、各保険者が直接チェックし、疑義があるものだけを医療機関に差し戻し、最終的に両者の見解の異なるものだけを支払基金の審査に委ねるという方式に変えれば、多くのコストが節約される。これは支払基金を、保険者でも行える機械的なチェックではなく、保険診療請求に関する民事紛争処理という本来の審査機能に特化させることである。これを妨げていたものが、支払基金に第一次審査権を義務付けた昭和23年の一片の厚生省保険局長通達であったが、これは今回の経済財政諮問会議の工程表でようやく撤廃された。

全国に散在する病院と保険者とを結ぶためには、レセプトの仕分けと輸送業務が必要だが、これはネット上では難しいことではない。レセプトの中身を秘してあて先に届けるプロバイダーは、民間ベースでも可能なビジネスである。現在の非効率的なレセプト処理システムでは、医療機関が診療報酬の請求から受取りまで約2ヶ月を要しているが、これが電子処理によって飛躍的に短縮化されることは、特定の患者について医療サービス情報の精査の面でも大きな意味をもっている。例えば、治療効果の相反する投薬等のチェックは、とくに異なる医療機関の間では不可能に近く、保険者のみを得られる情報でもある。これを機械的にチェックするプログラムを保険者側で処置すれば、それだけ患者のために早期の対応が可能となる。

こうしたレセプトの電子化に対する暗黙の抵抗の源としては、①電子化に対応できない一部医療機関の追加的な費用負担、②診療行為に関する情報が保険者に蓄積されることが不利となる一部の医療機関、③現行の形式的な審査で得られる収入が大幅に減少する支払基金、等が考えられる。しかし、他方で、ネットを通じた電子処理で、保険診療の支払が早期化されることによる運転資金の節約だけでなく、請求システム効率化の過程で少なくとも1月分の診療報酬額が前倒しされることによるボーナスなど、医療機関側にも大きなメリットがある。

4) 医療機関の近代化と競争促進

試案では、「医業経営の近代化・効率化」という小項目をあげており、経営情報開示、医療法人の組織・運営に関する検討会の設置(2001年度)が明記されている。この問題は、古くからの医療機関の経営主体多様化への規制と密接に係わっている。

現行の医療法では、「営利目的の禁止」が掲げられているが、問題は「非営利性」の定義であり、「収益事業の経営制限」と「医療機関の運営上生じる剰余金を役員や第三者に配分しないこと」にとどまっていることである。この事実上の「配当禁止」が株式会社の参入禁止の根拠となっている。

しかし、資金を調達するためには、その対価を支払わねばならず、剰余金の配当と銀行借り入れへの利子払いとは、事実上、直接金融と間接金融との資本調達手段の差に過ぎない。医療法人のほとんどは、病院の財産と経営者の個人財産とが一体化した個人企業であり、それらが明確に分離されている社会福祉法人や学校法人等の非営利法人とは異なる経営形態である。その意味で、資本調達的手段としての株式発行という直接金融の手段を禁止することは、事実上の中小企業保護と同じ意味をもっている。現行の医療法人が、資本集約的な病院の資本調達手段として、内部留保と銀行借り入れの手段しか許されていないことが、大規模な資金調達を妨げているひとつの大きな要因となっている。

こうした資本調達面での規制と類似したものが、病院等の経営者を原則として医師とする人的な面での参入規制（理事長要件）である。いずれも、多様な経営主体の間での競争を抑制することで、医療機関の経営合理化を阻む要因となっている。

5) 医療と介護サービスとの連携

高齢者医療と密接な関係にあるものが公的介護保険である。70歳以上の高齢者の若年に対する医療費の比率は5倍と世界最高であるが、その主たる要因が入院期間の長期化で、病院が介護施設化していることにある。この介護目的の入院を介護保険にシフトさせることで、高齢者の居住環境の改善と医療費の削減を図ることが本来の目的であったが、現実にはそうになっていない。

これは介護施設の不足だけでなく、過剰な病床数を前提に、介護ビジネス化している中小病院が多いためと考えられる。これらを多様な経営主体の参入による病院間の競争を促進することによって淘汰し、仮に、現行の医療・看護スタッフ数のままで病床数を半減すれば、ほぼ他先進国並の患者・医療従事者比率に近づくことになり、それが医療サービスの質を高めるための前提となる。

今回の試案では、これを「介護保険の見直し時期とあわせて」という表現が用いられているが、本来、介護保険の設立と合わせて行われるべきであったことを踏まえれば、やはり問題の先送りといえる。

おわりに

厚生労働省の医療制度改革のための試案は、患者の自己負担率引き上げ、老人保健制度の対象年齢の引き上げ、及び公費負担の増大等、もっぱら被用者保険の財政収支の改善を目的とした一時的な対応にとどまっている。また、提案した制度改革にもなう保険者や患者負担の具体的な内容についての情報もほとんど開示されていないことは、国民的な議論を喚起する材料として不十分なものといえる。

本来の医療制度改革のためには、これまで避けてきた医療保険や医療サービス供給面の基本的な問題点に取り組む必要がある。

第1に、医療のIT化に明確な期限を定めて、早急に進めることである。カルテやレセプトデータの情報化が進めば、それを通じて医療サービスの標準化が可能になり、質的な向上に結びつく。これは合理的な診療報酬体系の構築と、包括払い方式の導入により、現行の出来高払い制度の下での過剰診療の抑制が可能となる。

第2に、基礎的な医療サービスを最小の自己負担率で提供するとともに、それを上回る

サービスは、個人の選択に基づく自由診療とする公民ミックス方式の確立である。これは、形式的に公平な医療サービスを原則 3 割の自己負担でという試案の考え方と対比される。何が基礎的なサービスに含まれるべきかについての具体的な検討を進める必要がある。

第 3 に、保険者機能の強化と医療機関の競争促進・情報公開を通じた医療サービス利用者の選択肢の拡大である。政府が実質的な保険者として君臨し、健康保険組合等の保険者がそれを代行するという現状を、保険者が医療機関と自由な契約を行えるよう、本来の保険者機能を取り戻す必要がある。また、多様な経営主体が医療分野に参入することで、より質の高い医療サービスの供給を目指す必要がある。

今回の試案の公開を契機に、医療制度改革を構造改革の大きな柱と位置付けることが重要である。