

20030068

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

平成 15 年度研究報告書

主任研究者 鈴木 亘

平成 16 (2004) 年 3 月

「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」

目次

平成 15 年度総括研究報告書	鈴木 亘	p1-3
平成 15 年度分担研究報告書	八代尚宏・鈴木玲子	p4-5
「医療の質向上を目指した制度改革」	八代尚宏・鈴木玲子	p6-25
平成 15 年度分担研究報告書	鈴木玲子	p26-27
「他会計からの繰り入れ（補助金）の実態」	鈴木玲子	p28-36
平成 15 年度分担研究報告書	八代尚宏・鈴木玲子・鈴木亘	p37-38
「日本の医療改革の展望」	八代尚宏・鈴木玲子・鈴木亘	p39-55
平成 15 年度分担研究報告書	鈴木玲子	p56-57
「医療分野の規制改革：混合診療解禁による市場拡大効果」	鈴木玲子	p58-65
平成 15 年度分担研究報告書	鈴木 亘	p66-67
「介護分野の規制改革— 特別養護老人ホームへの株式会社参入全面解禁に伴う市場拡大効果 —」	鈴木 亘	p68-76
平成 15 年度分担研究報告書	周 燕飛・鈴木 亘	p77-78
「日本の訪問介護市場における市場集中度と効率性、質の関係」	周 燕飛・鈴木 亘	p79-90
平成 15 年度分担研究報告書	清水谷諭・鈴木亘・野口晴子	p91-92
「Outsourcing At-home Elderly Care and Female Labor Supply: Micro-level Evidence from Japan' s Unique Experience」	清水谷諭・鈴木亘・野口晴子	p93-108

- 平成 15 年度分担研究報告書 鈴木 亘 p109-110
「レセプトデータを用いたわが国の医療需要の分析と医療制度改革の効果に関する再検証」 鈴木 亘 p111-149
- 平成 15 年度分担研究報告書 周 燕飛・鈴木 亘 p150-152
「Market Concentration, Efficiency and Quality in Japanese Home Help Industry」 周 燕飛・鈴木 亘 p153-171
- 平成 15 年度分担研究報告書 八代尚宏・鈴木玲子・鈴木亘 p172-173
「Evaluating Japan's Health Care Reform in the 1990s and Major Issues Coping with the Aging of the Population」 八代尚宏・鈴木玲子・鈴木亘 p174-201

研究班員所属

- 主任研究者：鈴木亘 (大阪大学大学院 国際公共政策研究科 助教授)
分担研究者：八代尚宏 ((社) 日本経済研究センター 理事長)
鈴木玲子 ((社) 日本経済研究センター 主任研究員)

厚生科学研究費補助金（政策科学推進研究事業）

2003年度総括研究報告書

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

主任研究者 鈴木亘 大阪大学大学院 国際公共政策研究科 助教授

研究要旨 今年度は、初年度、次年度で得られたわが国医療制度の公平性の実証結果に基づき、その公平性を維持しつつ、医療保険財政の破綻を防ぎ、患者の満足度の高い改革にする条件を探った。また、2002年、2003年に実施された医療制度改革の評価を財政シミュレーション分析や、医療費レセプトの解析作業などから行った。また、医療同様に公平性や規制緩和が論議されている介護保険に関しても、政策評価や規制緩和策の検討を行った。

A. 研究目的

今年度は、研究事業の最終年度である。既に初年度と次年度において、当初計画していたわが国の医療制度の平等性について、数多くの知見を得ることができたが、今年度はその知見に基づいて、具体的な政策提言を行うことを目指した。具体的には、2002年10月及び2003年4月に行われた医療制度改革について、その政策評価や今後の医療制度改革への提言を行ったほか、医療分野への規制緩和策の検討などを中心に研究を実施し、成果を発表した。

B. 研究方法

3章、8章、10章の分析には、昨年に完成した日本経済研究センター医療財政予測モデルを用いた分析となっている。これは医療保険財政の将来推計を行う為のシミュレーションモデルを用いた分析である。一方、7章の分析は初年度に独自に実施したアンケート調査「高齢者の医療行動調査」を利用

している。

その他の章は、日銀や内閣府、OECD等によって作成された既存のデータを解析している。8章は今年新たに得ることができた健保組合のレセプトデータを用いた分析である。

C. 研究結果

初年度と次年度の研究において、わが国の医療保険制度は諸外国に比べて類を見ないほどに「平等な」制度であることが示されてきた。特にわが国の皆保険制度や保険範囲の広さが平等さに貢献していることがわかった。この平等性自体は国際的にも大変評価されるべき事であるし、この平等な制度がわが国の健康政策に寄与してきたことは間違いない。しかしながら、高齢化が進み医療費が急速に膨張する中で、「全ての医療行為」を公的保険で賄うというわが国の平等な医療保険制度は、保険財政自体を危機にさらしている。また、既に生命に係わる最低限度の平等な医療は満たしている中で、よ

り選択的な高度医療などにおいて、公的保険が阻害要因となり患者の選択を奪っている現実も明らかに成りつつある。そこで、今年度の研究では、現在、盛んに議論が行われている患者の医療選択権の問題－混合診療や医療の標準化、質を向上させる医療機関の競争・種々の経営体の参入問題を議論した。その中における基本的なメッセージは、既に極端に平等化が果たされているわが国の医療制度においては、選択的な部分において、混合診療や医療機関の競争を図ることが或る程度許容されるのではないかということである。また、それにより、医療財政の健全化を図ることが可能であることから、わが国の平等な医療制度を結局、維持・保持することに繋がると考えられる。

同様の議論は、医療分野に限らずその周辺分野、特に介護市場に適用することが可能である。既に介護分野では、公的介護保険によって訪問介護分野の競争が高まったが、それが不平等かにつながったのか、あるいは質の競争を通じて全体の質を高めたのかどうかといった点を評価した。結論は、概ね当初の目論見通りの結果が得られているということになった。また、介護者の労働供給増などの外部経済も生み出していることが明らかと成った。さらに、この結果を踏まえて、在宅介護だけではなく、施設介護分野への規制緩和が注目される場所であるが、その規制緩和の効果についても計測を行った。

最後に行ったことは、2002年から始まった医療制度改革の政策評価である。現時点の評価無くして、将来の医療制度を

構想することは不可能である。2002年改正は様々な反対が解消されない中で出発したが、財政的な面を考えれば、とりあえぬ改革として必要性は高かったと考えられる。問題は、これが抜本的な改革ではなく、一過性の財政的延命措置であるということである。そのことを広く認知する必要がある。今年度から使用が可能となった健保組合のレセプトデータや、初年度に開発した医療財政シミュレーションモデルを用いて、さらに精緻な医療制度改革の評価を行うことができた。また、最後にわが国の医療制度改革における厚生労働省試算で用いられている「長瀬式」という素朴な経験式の問題を採り上げ、それに変わる医療経済的な推定式の開発も行うことができた。

D. 考察

わが国の医療制度は、公平性という観点からは問題が非常に少ないものの、供給サイドには不高率な点が多々見られることから、供給サイドの効率化が今後の医療制度改革の課題である。改革の方針を得るためには、改革が一步進んでいる介護保険の評価や諸外国の改革の評価が不可欠の作業となろう。

E. 結論

研究結果に同じ。

F. 健康危険情報

なし。

G. 研究発表

- ① 八代尚宏・鈴木玲子「医療の質向上を目指した制度改革」 鶴田忠彦・近

藤健文編『ヘルスリサーチの新展開：保健・医療の質と効率の向上を求めて』東洋経済新報社、2003年11月

- ② 鈴木玲子「他会計からの繰り入れ(補助金)の実態」『病院』Vol.63、No.2、2004年3月号
- ③ 八代尚宏・鈴木玲子・鈴木亘「日本の医療改革の展望」『日本経済研究』No.49、2004年3月
- ④ 鈴木玲子「医療分野の規制改革：混合診療解禁による市場拡大効果」日本経済研究センター「新市場創造への総合戦略」2004年3月
- ⑤ 鈴木亘「介護分野の規制改革—特別養護老人ホームへの株式会社参入全面解禁に伴う市場拡大効果—」日本経済研究センター「新市場創造への総合戦略」2004年3月
- ⑥ 周燕飛・鈴木亘「日本の訪問介護市場における市場集中度と効率性、質の関係」『日本経済研究』No.49、2004年3月
- ⑦ 清水谷論・鈴木亘・野口晴子「Outsourcing At-home Elderly Care and Female Labor Supply: Micro-level Evidence from Japan's Unique Experience」ESRI(内閣府社会経済総合研究所)Discussion Paper Series No.93、2003年3月
- ⑧ 鈴木亘「レセプトデータを用いたわが国の医療需要の分析と医療制度改革の効果に関する再検証」第11回日医総研セミナー「医療費予測 本当のところはどうなんだ—制度改革による医療費縮減効果の検証—」発表論文、2003年11月
- ⑨ 周燕飛・鈴木亘「Market Concentration, Efficiency and Quality in Japanese Home Help Industry」Prepared for National Bureau of Economic Research - Japan Center for Economic Research Conference 及び Wise,D and N.Yashiro ed. A Comparative Study on Health Insurance

Schemes and the Quality of Medical Care Services Between Japan and the United States, Chicago University Press 近刊、2003年5月

- ⑩ 八代尚宏・鈴木玲子・鈴木亘「Evaluating Japan's Health Care Reform in the 1990s and Major Issues Coping with the Aging of the Population」Prepared for National Bureau of Economic Research - Japan Center for Economic Research Conference 及び Wise,D and N.Yashiro ed. A Comparative Study on Health Insurance Schemes and the Quality of Medical Care Services Between Japan and the United States, Chicago University Press 近刊、2003年5月

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし。

厚生労働科学研究費補助金（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的研究」
（分担）研究報告書

医療の質向上を目指した制度改革
八代尚宏・鈴木玲子（社）日本経済研究センター

研究要旨 医療を政府が管理するのではなく、消費者が真に選択できるサービスとするためには、個々の診療行為が標準化され、医療機関に関する情報提供が前提となる。また、患者の受療機会が確保されるとともに、医療機関の間での競争が存在することが必要である。これは容易なことではないが、医療機関のインセンティブをそうした望ましい方向へ向けるための制度改革が求められている。そこで、国際標準から見た日本の医療技術水準、およびその背後にある医療制度のインセンティブ格差について考察した。あわせて医療制度改革をめぐる主要な論点として、医療の標準化、混合診療禁止の見直し、および医療市場における多様な経営主体の参入問題について検討した。

A.研究目的

政府の医療制度改革の目標は医療費の削減であり、そのための政策は患者自己負担率の引き上げや診療報酬の引き下げが主体である。しかし、日本の医療問題の核心は、医療サービスの質の向上を伴わない国民負担の増大を防ぐことにあり、単なる医療費総額の抑制に主眼を置くべきではない。医療の質を向上させつつ、過剰な医療費の抑制を図る方向への制度面の改善が必要とされている。この場合、従来のような医療の政府管理を強化するのではなく、公共性を維持しつつ消費者の多様な選択が可能な医療サービスを目指すという視点の改革が必要である。医療は患者と医師との間の情報の非対称性が大きく、市場原理のみに委ねられないことは言うまでもないが、医療の公共性を維持しつつ、消費者の多様な選択が可能な質の高い医療サービスを目指すという視点での改革を明確にする必要がある。

医療を政府が管理する保健衛生と同様なも

のではなく、消費者が真に選択できるサービスとするためには、個々の診療行為ができる限り標準化され、医療機関に関する十分な情報が存在することが前提となる。また、国民皆保険の維持を前提に、患者の受療機会が確保されるとともに、多様な医療機関の間での競争が存在すること、等が必要とされる。

そこで医療機関のインセンティブをそうした望ましい方向へ向けるための制度改革とはどのようなものかを考えることが本論文の目的である。

B.研究方法

まず国際標準から見た日本の医療技術水準について、OECD や他の先行研究に基づき主要疾病の治療方法比較を行う。次に、その背後にある医療制度のインセンティブ格差について考察するとともに、最後に医療制度改革をめぐる主要な論点として、医療の標準化、混合診療禁止の見直し、および医療市場にお

ける多様な経営主体の参入問題について検討する。

C. 研究結果

先進諸国における3大疾患（心臓病、脳卒中、ガン）の治療方法と患者死亡率を国際比較したところ、急性心筋梗塞については、日本では診療報酬が高い手術の実施が圧倒的に多いが、その割に死亡率でみた治療成績が飛びぬけて高いわけではない。小病院が乱立するわが国では患者を少数の中核病院へ集中させ手術件数を増やすことが難しいため、熟達による成功率改善が難しいためとみられる。脳梗塞については、日本とアメリカでは死亡率がほぼ同じであるが、入院日数に7倍の開きがあることから、日本では脳梗塞患者に対して必要以上に多額の入院費用を費やしている可能性が大きい。乳ガンについては、温存療法の実施率が西欧では50%程度であるのに対して、日本ではわずか22%で依然として全摘出手術が77%と主流である。西欧諸国と比べて温存療法の普及が日本では大きく遅れている。

D. 考察

治療方法の各国間の多様性の原因は次のような医療制度の違いにあると考えられる。

①医療供給制約の大きさ。病院予算が国によって決められているため、検査機器数や手術数などに供給制約が大きいカナダなどでは、新技術が適用されにくい。

②診療報酬制度の違い。医師への診療報酬が患者1人当たり定額制の国では治療を少なく抑えるインセンティブが働くため、新技術への挑戦が少ない。また定額制には過小医療発生のリスクがある。逆に出来高払い制の日本では、治療をすればするほど報酬が積み上が

るので、高額な治療法が選択されやすい。

③情報公開 手術などでは病院間、医師間の技術差が大きい。治療実績がオープンな国では病院間の適正な競争が進み、患者の選択を通じて効果的な医療方法や集中による技術向上が期待できる。

E. 結論

医療制度改革は、限られた国民の負担能力の下で質の高い医療が提供されるインセンティブメカニズムの構築を目指すべきである。それにより医療機関の間の多様な競争を活発化させることで医療の質向上を達成することが可能となる。改革すべき主な分野は、第1にカルテやレセプト等の医療事務の電子化によって、診療行為の標準化を可能とし、より合理的な診療報酬体系を構築すること。第2に全ての診療行為を公的保険で賄うのではなく、基本的な医療サービスを国民皆保険で保障し、それを上回るサービスについては、個人の選択に基づく診療と組み合わせる公民ミックスを確立すること。第3に株式会社を含む多様な経営主体が医療分野に参入することで、医療分野での競争が活発化し、それを通じてより質の高い医療サービスの供給が促進されることを目指すこと。

F. 研究発表

鴫田忠彦・近藤健文編「ヘルスリサーチの新展開：保健・医療の質と効率の向上を求めて」東洋経済新報社、2003年11月

G. 知的所有権の取得状況

なし。

厚生労働科学研究費補助金（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的研究」
（分担）研究報告書

医療の質向上を目指した制度改革
八代尚宏・鈴木玲子（社）日本経済研究センター

はじめに

政府の医療制度改革では、医療費の削減が基本的目標とされ、その達成のために患者自己負担率の引き上げや診療報酬の引き下げ等、が政策の主体となっている。しかし、日本の医療問題の核心は、医療サービスの質の向上を伴わない国民負担の増大を防ぐことにあり、単なる医療費総額の抑制に主眼を置くべきではない。現状の医療制度を所与とした負担の再配分ではなく、医療の質を向上させつつ、過剰な医療費の抑制を図る方向への制度面の改善が必要とされている。この場合、従来のような医療の政府管理を強化するのではなく、公共性を維持しつつ消費者の多様な選択が可能な医療サービスを目指すという視点の改革が必要である。

医療は患者と医師との間の情報の非対称性が大きく、市場原理のみに委ねられないことは言うまでもないが、これまでのように国が巨大な保険者として医療の供給面を支配する「政府管理医療」では、高齢化社会への対応はできない。医療の公共性を維持しつつ、消費者の多様な選択が可能な質の高い医療サービスを目指すという視点での改革を明確にする必要がある。

医療を政府が管理する保健衛生と同様なものではなく、消費者が真に選択できるサービスとするためには、個々の診療行為ができる限り標準化され、医療機関に関する十分な情報が存在することが前提となる。また、国民皆保険の維持を前提に、患者の受療機会が確保されるとともに、多様な医療機関の間での競争が存在すること、等が必要とされる。これは容易なことではないが、医療機関のインセンティブをそうした望ましい方向へ向けるための制度改革が求められている。

以下では、まず国際標準から見た日本の医療技術水準について展望する。次に、その背後にある医療制度のインセンティブ格差について考察するとともに、最後に医療制度改革をめぐる主要な論点として、医療の標準化、混合診療禁止の見直し、および医療市場における多様な経営主体の参入問題について検討する。

1. 医療技術の国際標準

しばしば日本では、諸外国と比べた医療費の所得水準に対する比率が小さい半面、平均寿

命が長いことから、すでに効率的な医療が行なわれており、大幅な改革は望ましくないとの見方がある。しかし、平均寿命の長さは公衆衛生水準の向上による面も大きく、病院経営や個々の医療技術についての成果を国際的に比較しなければ、わが国の医療の質についての評価はできない。

1) 医療の主要な供給指標の国際比較

日本の医療供給面の特徴を示す主要な指標では国際標準から大きく外れているものが多い(図表1)。

図表1 医療関連指標の国際比較
下段の数値は調査年(明記なければ2000年)

	日本	アメリカ	イギリス	フランス	ドイツ	ウェーデン
総病床数:人口1000対	16.5	3.6	4.1	8.2	9.1	3.6
長期介護用病床数:人口1000対	1.8	-	4.2	1.4	6.5	0.4
			1999		1999	
CT普及率:人口100万対	84.4	13.6	3.6	9.6	17.1	14.2
	1999	1999		1999	1997	1999
MRI普及率:人口100万対	23.2	8.1	3.9	2.8	6.2	7.9
	1999	1999		1999	1997	1999
医師数:人口1000対	1.9	2.8	1.8	3.0	3.6	2.9
		1999		1998		1999
看護婦数:1病床当たり	0.5	2.3	1.3	0.7	1.0	2.3
	1998	1999		1997		1999
外来診察回数:人口1人当たり	16.0	5.8	5.4	6.5	6.5	2.8
	1996	1996	1998	1996	1996	
入院件数:人口1000人当たり	103.0	124.0	150.9	230.0	235.1	181.0
			1998	1999		1996
平均在院日数(総病床)	39.8	7.0	9.8	10.6	11.9	6.4
	1999	1999	1996	1999		
総医療費:対GDP(%)	7.4	13.0	7.3	9.5	10.3	7.9
	1999				1998	1998
うち公的支出:対GDP(%)	5.7	5.8	5.9	7.2	7.8	6.6
	1999				1998	1998

出所:OECD Health Data 2002より作成

第1に、供給構造面では人口当たりの病床数の多さが特徴的である。これは介護の役割

の一部を病院が担っている社会的入院による面もあるが、それらを除いた急性期病床数だけでみても大差はない。他方、CT や MRI 等の高度医療機器装備率の高さでも際立っており、労働に比した資本比率が著しく高い傾向が読み取れる。第2に、平均在院日数の際立った長さである。これは他先進国の在院日数が1960年以降、傾向的に低下するなかで、日本では逆に80年代まで増加していたことによる格差の拡大が影響している。第3に、医師や看護師等の医療従事者数の少なさであり、とくに病床数に対する看護師比率では他の先進国の半分以下となっている。このように、入院患者が多い割に少ない医療スタッフで対応する手薄いケアの状況が見受けられる。

こうした設備過剰・人員過少の傾向は、医療の内容自体よりも、病室利用や医師の診療行為と結びついた出来高払いの診療報酬の体系と密接な関係がある。現行の診療行為数などインプット中心の医療費体系を、医療の質と直接リンクしたアウトプット重視の体系へと変革させる必要がある。以下では代表的な疾病の治療法に関する国際比較から日本の医療の特徴を検討する。

2) 三大疾病にみる治療方法の違い

最良の治療方法とは、治療効果が高く、より安価なものである。今日のようにグローバル化が進んだ世界では、先進医学情報は瞬時に全世界を駆けめぐするため、最良の治療方法がグローバルスタンダード化するのはいやむを得ないと思われる。ところが現実には、治療方法の国による差は大きい。以下では、先進諸国における三大疾患、すなわち、心臓病、ガン、脳卒中について、治療方法と患者死亡率を国際比較する。

・心臓病治療

心臓病は世界的に見て死亡原因の第一位であり、その3分の1を急性心筋梗塞が占めている。そのため医療経済学の分野で心筋梗塞の治療効率に関する研究が熱心に進められてきた。生活習慣の違いなどから日本の死亡率は西欧諸国より低い、将来的には高齢化とともにこの疾病の重要性が増すものと考えられる。ここでは心臓病の中でも治療法の技術進歩が大きい急性心筋梗塞に焦点をあてて比較しよう。

治療法は大きく3つに分けられる。薬剤（血栓を溶かす薬）投与、バルーン挿入によって動脈を押し広げる方法（PTCA）、閉塞部分を迂回（バイパス）する新たな血管を作る手術（CABG）である。特に近年は効果が大きい薬剤の開発や、バルーン術後の再狭窄を防ぐ方法の開発など、新技術が次々と開発されてきたことから、死亡率の大幅な低下が期待されている。

図表 1.

治療法と死亡率の比較: 急性心筋梗塞入院患者(65歳以上)

	冠動脈再開通術の 施術率(%)	1年間の死亡率(%)
日本	54.8	28.9
アメリカ	22.3	34.3
カナダ	2.9	34.4

- 注 1. 冠動脈再開通術は、バルーンによる血管拡張法(PTCA)とバイパス手術(CABG)の合計
 2. 日本のデータは野口ほか(2003)による1995年の愛知県都市部の10病院のもの。
 3. アメリカ・カナダのデータはTuほか(1997)による1991年のもの。

薬剤の使用状況の比較は難しいため、ここでは先の3治療法のうち、バルーン術とバイパス手術の2つの方法を、冠動脈を再形成する治療法としてまとめて、その実施率を比較した(図表1)。

日本を含めて3カ国では治療方法の選択が大きく異なることがわかる。高齢者に対する治療において、日本では冠動脈形成術という高度医療の実施率が抜きん出て高く、次いでアメリカ、カナダでは実施が極端に少ない。イギリスでも実施率が非常に低いことが知られている。治療効果を死亡率で判定すると、実施率の高い日本とアメリカが必ずしも高い効果をあげているわけではなく、高度医療を用いないカナダでも治療効果に遜色がない。

カナダの治療成績が高いことの理由のひとつとして、心筋梗塞患者を少数の中核病院に集中させ、病院当たりの手術件数を増やし、熟達による手術の成功確率の改善が図られたことがあげられる。手術実績による医療技術の向上という点に関して日本の病院は非常に遅れている。患者の集中がカナダに劣る米国でも病院評価に年間数百件の手術実績が必要といわれているのに対して、小病院が乱立するわが国ではバルーン術の実績は1病院当たり数件か多くても数十件といったところである。

・乳ガン治療

西欧では乳ガンは女性のガンのトップに位置し、50歳以上の中高年女性の罹患率が上昇傾向にあることから重要性が非常に高い。日本女性の乳ガンの脅威はそれほど大きくないが、トップの胃ガンが低下する一方で、肺ガン、腸ガンとともに乳ガンの罹患率は上昇している。

従来の乳ガン治療方法はガンの再発を防ぐために病巣と一緒に乳房、リンパ節、筋肉まで広範囲に切除するいわゆる全摘出手術が一般的だった。しかしこの方法は肋骨がむきだしになる、腕や手に障害が残るなど患者のQOLを著しく低下させることなど問題が大きかった。ところが80年代に初期の乳ガンでは病巣とリンパ節だけを切除し乳房を残す温存療法に放射線治療を併用すれば、全摘出手術と死亡率が変わらないことが確かめられた。

温存療法は患者の肉体的、精神的ダメージを軽減する画期的な治療法といえる。

図表 2

治療法と死亡率の比較:乳ガン患者

	全摘出手術の実 施率(%)	温存療法の実施 率(%)	5年間の死 亡率(%)
日本	77	22	15.1
アメリカ	43	51	16.2
カナダ	31	54	23.5
イギリス	23	47	25.9

注 1. カナダのデータはオンタリオ州のもの。

2. 実施率は1995-97年。死亡率は日本1992年、アメリカ・カナダ1989-95年、イギリス1993-95年。

資料 OECD「A Disease-based Comparison of Health Systems」2003年より。

このような技術進歩が15年以上も前に確立されたにもかかわらず、乳ガンの治療方法は国によって大きく異なる。温存療法の実施率が西欧では50%程度であるのに対して、日本では温存療法はわずか22%で依然として全摘出手術が77%と主流である。西欧諸国と比べて温存療法の普及が日本では大きく遅れている(図表2)。

国による死亡率の違いは早期にガンを発見できているかどうかによる。そのためマンモグラフィと呼ばれる乳房レントゲン撮影による乳ガン検診が提唱されており、アメリカやドイツで効果を発揮している。マンモグラフィ普及が遅れたイギリスでは死亡率が高止まりしている。日本の死亡率が低いのはマンモグラフィに限らず、職場や地域の定期健康診断で乳ガンのスクリーニングが行われていることが一因であろう。

・脳卒中治療

脳卒中は長く日本人の死亡原因の第1位だったが、現在はガンに次いで第2位となっている。脳卒中は死亡に至らない場合でも重い障害を残しやすいため介護の面からも重要な疾病である。脳卒中は大きく脳出血と脳梗塞と分類される。脳梗塞は血管が詰まって血液の流れが悪くなり、脳の組織が死滅する病気である。ここでは欧米で多い脳梗塞を比較するが、日本でも食生活の欧米化などから近年脳梗塞が7割まで増えてきた。

一般に脳梗塞の診断では、血管の詰まった部位と範囲を診断するためにCTスキャン検査をし、さらに詳しく調べたい場合はMRI検査を行う。これで診断がつけばその原因を取り除くために血栓を溶かす薬を投与するが、場合によってはバイパス手術などが行われる。脳内の血栓の位置などにより手術など外科的な治療法が適用できるケースに限られる

ことから、心筋梗塞のように治療技術が普及していない。したがって治療方法の比較は難しい。日本はアメリカと並んで脳梗塞の死亡率が低く、その原因としてCTやMRIなど先進機器の普及率が高いことがあげられる。しかし入院患者にどのような検査を行ったかを国際比較できるデータはない。

図表 3.

治療法と死亡率の比較:脳梗塞入院患者(75歳以上男子)

	平均入院期間(日)	30日間の入院死亡率(%)
日本	43	8
アメリカ	6	8
カナダ	7	19
イギリス	17	34

注 1. 日本のデータは医育機関のもの。

2. イギリスのデータはオックスフォード地域のもの。

資料 OECD「A Disease-based Comparison of Health Systems」2003年より。

そこで死亡率の改善には直接左右しないが、治療費に重大な影響を与える入院日数を国際比較してみる。入院日数が死亡率と関係ないことは、死亡率が同じ日本とアメリカの入院期間に7倍もの開きがあること、逆に入院期間がほぼ同じアメリカとカナダで死亡率が2倍以上異なることから明らかである(図表3)。イギリスの死亡率が高いのは、ベッド不足から重症患者だけが入院するためと考えられる。脳梗塞の治療では手術など高額医療が施されるケースが少ないので、医療費は入院日数に比例する。日本では脳梗塞患者に対して必要以上に多額の入院費用を費やしている可能性が大きい。

以上の代表的な疾病に対する治療方法の比較から、以下のような日本の特色が浮かび上がった。すなわち、医療技術の面では、①心筋梗塞では新技術が広く普及している、②乳ガンの場合では患者の立場に立った技術の普及が遅れている、③専門病院への患者集中による手術成績の向上が望めない、④入院期間が極端に長い、などである。また治療成果では、①いずれの疾病でも死亡率が低い、②乳ガン治療から明らかのようにQOLへの配慮がない、などをあげることができる。

2) 治療法を左右する医療制度

先にみたような治療方法の国間格差の原因は何だろうか。一般的に医療情報は学会誌などでオープンにされており、世界中の医師のあいだで有効な治療法に関する情報は共有されていると考えられる。疾病の治療方法にはいくつかの選択肢があるのが普通であり、患

者に直面した医師はそこからもっとも有効なものを選ぶ。そう考えると、治療方法に国による差は生まれにくいことになる。しかし実際には、ベストの治療が施設や機器の都合で選択できない国もあるだろう。また選択肢の間に効果の差が小さければ、医師は経済的に有利な選択を選ぶかもしれない。そのように治療法選択の多様性は国による医療システムの違いに起因する可能性が大きい。一般に医療システムが治療法選択に与える影響には次のようなものが考えられる。

第1に、医療供給制約の大きさである。医療費が一般財源によって賄われ、とくに病院の予算が国によって決められているイギリス、カナダなどでは、検査機器数や手術数などに供給制約が大きく、新技術が適用されにくい。これに対して医療が独立の保険方式となっており、医療費の増加に応じて保険料の引き上げが可能な日本などでは、本来、新技術開発の余地は大きい。

第2に、診療報酬制度の違いである。医師への診療報酬が患者1人当たり定額で決められているイギリスなどでは、治療費を少なく抑えるインセンティブが働くため、新技術への挑戦が少ない。逆に出来高払い制の日本では、治療をすればするほど報酬が積み上がるので、高額な治療法が選択されやすい。国はこのようなインセンティブを利用し、普及させたい技術の報酬を引き上げる方法で政策的な技術誘導が行われてきた。アメリカは定額制と出来高払い制の両方が混在するが、次第に定額制の方向にシフトしているが、他方で医師の診療報酬が病院費用と独立に定められているため、質の高い医療を行なえる医師の報酬はそれに比例して高まるというインセンティブが存在する。

第3に、特定の病院への患者の集中度合いである。手術など高度な治療法では病院間、医師間の技術差が大きい。数多くの症例を手がけることによる熟練で技術向上が望めるが、日本は中小病院が乱立しており、病院の診療内容に関する情報公開が進んでいないことから、結果的に1病院当たりの手術数が極端に少なくなる。病院ごとの専門性を高め、患者を集中させることが医療技術の向上には欠かせない。

最後に医療分野における市場競争の差である。治療実績を患者にオープンにするなど情報開示が進んだアメリカなどでは、病院同士の適正な競争が進み、患者の選択を通じてそのニーズに応えた効果的な医療方法が普及しやすいと考えられる。

以上の観点から、現行制度の問題点とこれまでの改革進め方について考える。

2. 医療保険制度のインセンティブ構造

日本の医療保険制度に内在するインセンティブ構造を米国と比較する場合に、以下のような三つの基準で考えることが有効である。第1に、保険が患者に対して保障する医療費の範囲である。第2に、患者が診療を受ける際の制約条件である。第3に、医療機関が保険者から受け取る医療費の支払われ方である。

・医療保障の範囲

米国の医療保障は、高齢者と低所得者についてのみ公的保障制度が設けられており、それ以外は原則として民間保険会社に委ねられている。ただ民間保険料への税制控除や非営利病院での慈善医療は間接的には被保険者や政府の負担で賄われており、無保険者が全く医療を受けられないわけではない。

これに対して日本の医療保障は、全ての国民を対象とした国民皆保険制度が国によって組織されている。直接の保険者は大企業の健保組合や国民健康保険を運営する市町村であるが、その主たる業務は保険料の徴収や保険給付であり、保険組合の自主的な運営権限は限定されている。事実上の保険者は国であり、全国に画一的な管理医療体制を維持してきた。

医療保障の対象は医師の診療行為から、病院の外来・入院費用、検査、薬剤費に至るまで幅広い内容となっている。先に見た日本の平均在院日数の長さは、入院費用が日常生活の費用である室料や食事代等のホテルコスト（給食代金を除く）に至るまで、すべて医療保険の対象となっていることや、手術前の検査入院等、外来と代替的な入院が珍しくないことにも影響されている。これは欧米の一部では、医療保障の対象を病院内でしか得られない狭義の医療行為に限定し、病室の使用料や薬剤費を対象外とする場合もあることと対比される。

・被保険者のアクセス要件

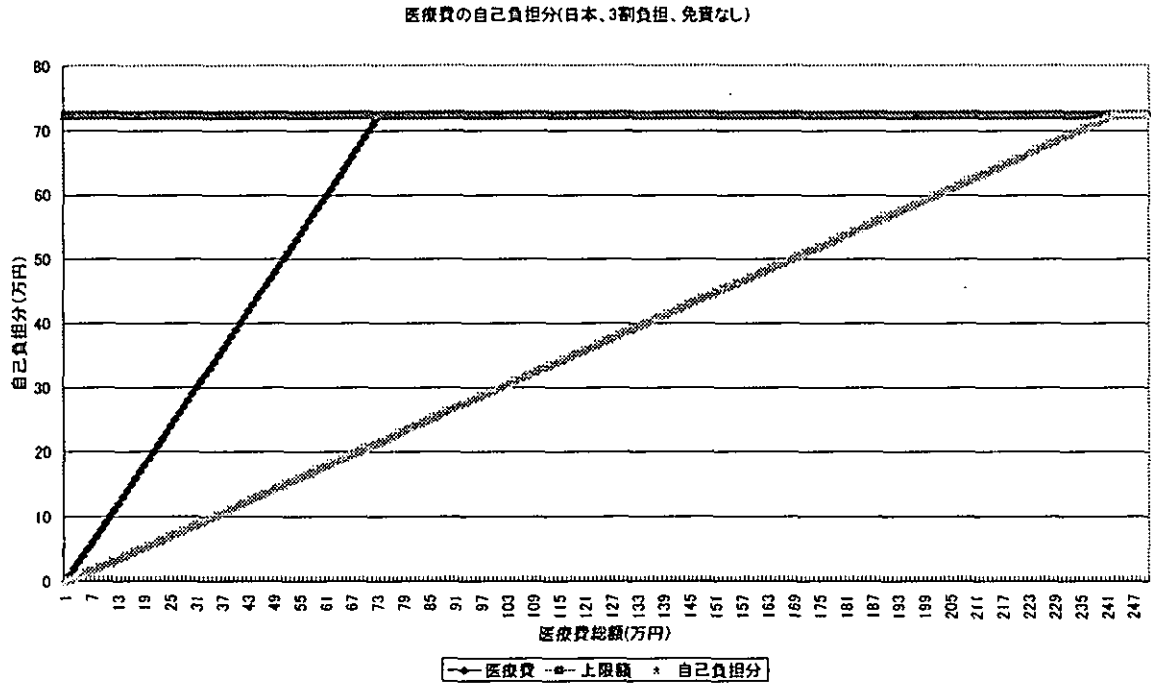
多くの国では、被保険者の医療機関へのアクセスに際して、モラル・ハザード防止の観点から一定の条件を課している。これには患者の自己負担という金銭的なものと、例えば緊急性を欠く医療について特定の医療機関での診療を制限するなど直接的な規制とからなる。こうしたアクセス要件は、感染症や急性症等の公共サービスに近い医療分野については、元々、不必要な仕組みであるが、慢性症のような日常生活の延長に近い医療分野では、いっそう重要なものとなっている。

日本では患者の自己負担率は1970年代まで引き下げられてきたが80年代初めには引き上げに転じた。自己負担率は、被保険者本人とその家族とで差が設けられていた時期もあったが、現在では70歳以上の高齢者と2歳以下の乳幼児以外は一律3割負担となっている。こうした医療サービス需要者にとっての価格上昇が需要抑制に及ぼす効果については様々な研究が行なわれており、慢性疾患の多い高齢者では0.3と価格弾力性が比較的高いが、急性疾患が中心の若年では軽費医療を除いてほとんど影響はないという結果が得られている¹⁾。もっとも、こうした自己負担率の適用は、高額療養費制度による負担の上限額（高齢者は月額40,200円、その他は72,300円）までが対象で、それ以上は医療費の1%を負担するに過ぎない。この日本の自己負担比率の仕組みを米国と比較すると、低額の医療費につい

¹⁾井俣・大日（2002）では軽医療に注目した一連の分析で、軽医療全体の弾力性は0.123～0.149、風邪は0.23～0.36であるが、個別の軽医療では-0.87～-3.69と弾力性はかなり高いことが示されている。

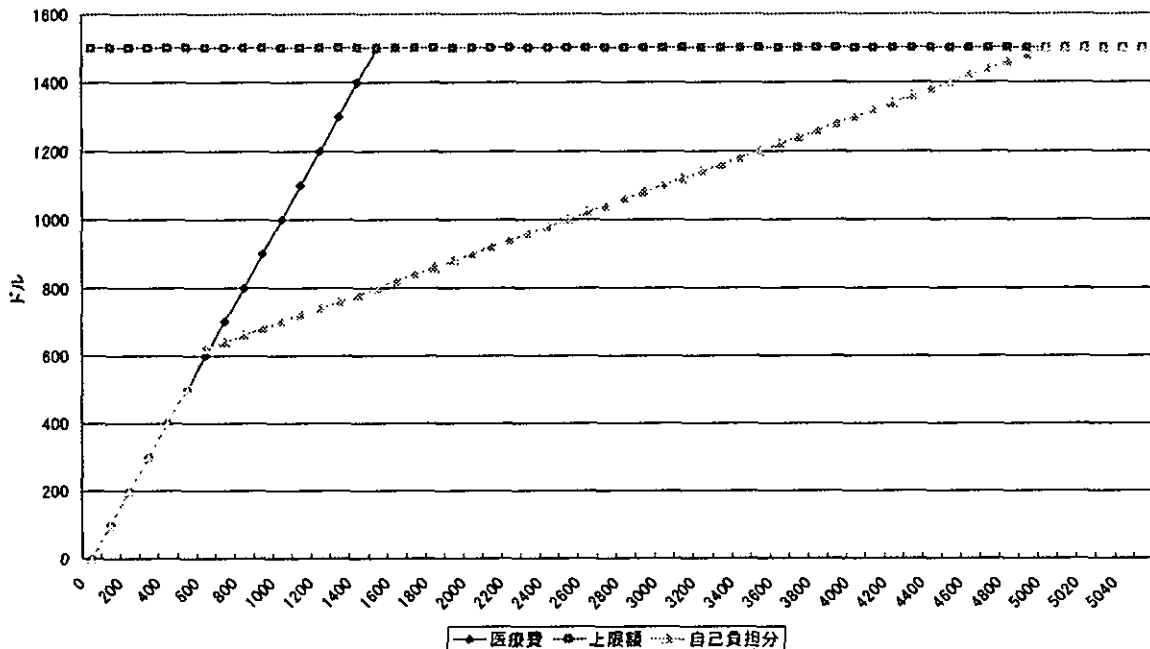
ての負担は少ないが、その限界的な増加率が高いという特徴がある（図表 4.）²。医療保障を重大な事故に対する金融上の備えという観点から考えれば、米国型の免責額を導入することが望ましい。

図表 4.



² 初診料が米国の免責額と似た効果を持っているが、その水準はきわめて低い。

患者の自己負担分(米国、2割負担・免責あり)



また、所得税制との関係も重要である。まず、医療費の税額控除額が年10万円を超える額について認められているが、これは納税者にとっては税制を通じた事実上の補助金である。こうした高額療養費制度と医療費控除との重複に対処する必要性がある。また、被用者にとっては社会保険料の事業主負担は事実上の非課税所得に相当し、この面からも税制上の優遇を受けている。

他方、患者自己負担以外の制約要因として、欧米の一部では、例えば急患ではない患者が病院での診療を受ける前提として、家庭医等の紹介状を必要とする仕組みがある。これに対して日本では、患者のフリーアクセスがほぼ完全に保証されている結果、信頼性が高く、多様な診療科をもつ大病院に外来患者が集中する傾向が強い。もっとも日本でも、家庭医等の紹介なしに200床以上の病院で直接診療を受ける場合には、追加的な費用を課せられるという制度が導入されたが、米国の免責額と比べればその額は僅かであり、患者の過度な大病院志向を是正する効果は小さい。この紹介料導入の背景には、日本では多様な疾病に対処できる家庭医の不足や病床を有する診療所等、病院と診療所との役割分担が未分化なことがある。

・保険給付の償還方式

医療機関で診療が行なわれた際に、保険者からの支払をどのような形で行なうかは医療機関のインセンティブに大きな影響を与える。第1に、診療コストに等しい医療費の償還払いである「出来高払い」方式では、医療機関に医療費を増やすインセンティブが生じ易い。これは医療費には病院の建設費や医療スタッフの教育費等の固定費用（患者数にかか

わらず病院開設時に必要な費用)と患者数に比例した変動費用とからなるために、患者数が増えれば一定限度までは平均費用は低下するためである(大規模生産の利益)。このために、医療機関の平均費用を目処に保険者からの医療費の償還が行なわれる場合、患者一人が増えることによる限界的な費用よりも限界的な収入の方が大きく、患者数を増やしたり入院期間を長期化させる方向に働き易く、医療費の負担が高まる。これは国際的にも普遍的な現象であり、日本だけでなく出来高払い方式をとる国では医療サービスの過剰供給が問題となりやすい。日本でも人口あたり医療費の地域格差が大きく、これが医師数の地域分布と密接な関係にあるなど、医療費増加インセンティブに起因する医師誘発需要が原因と見られている³。

第2に、保険者が予め患者一人当たり一定額の医療費を支払う方式として、人頭払いや疾病毎の包括払い方式がある。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。他方で、医療機関の収入は医療コストに反比例するため、逆に十分な治療が行なわれなくなる過少治療のリスクもある。

いずれの場合にも、医療内容に関わる情報公開がカギとなる。出来高払い方式でも、自己負担を求められる患者や保険支払請求をうける保険者がその内容を十分にチェックできれば過剰請求は困難となる。他方、包括払い方式でも、医療の質と保険料との組み合わせに自由な選択肢があれば、最小の費用で良質の医療を提供する医療機関、あるいはそれらと契約する保険者が市場で選択されることになる。

3. 医療制度改革の方向

医療制度改革は、限られた国民の負担能力の下で質の高い医療が提供されるインセンティブメカニズムの構築を目指している。日本の経済規模に対する医療費の水準は7%とイギリスとともに先進国の中で低い部類であり、もっとも高い米国の半分程度にとどまっている。もっとも、これには公的病院の資本整備費や一般会計からの経常赤字補填費が含まれていないことなどの統計上の要因や、高齢者の医療費が非高齢者の5倍という大幅な格差があることから、今後急速に進む高齢化で、今後医療費が急増する可能性も考慮する必要がある。すでに見たように、医療の質の改善の余地が大きいなかで、医療費の増加を保険料の引き上げだけで賄えば、大幅な国民負担増となってしまう。

政府は2003年度から、①患者の自己負担率引き上げ、②被用者保険料の課税ベース拡大を通じた実質的な引き上げ、③老人保健制度の対象年齢と公費負担比率の引き上げ、等からなる医療保険制度改革を実施した。この結果、2005年には保険財政全体で3.2兆円の収

³ 医療費の地域格差は高齢者比率等の需要側の要因を考慮しても大差はない(地域格差研究会2001)。

支改善効果が見込まれるとしている。もっとも、この医療財政収支の改善効果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6.5兆円に達すると見込まれる（八代・鈴木玲・鈴木亘 2003）。

このため医療需要面からのいっそうの改革だけでなく、供給面の医療制度効率化を目指した抜本的な政策が必要である。これを、すでに見た医療保障の範囲、アクセス要件、償還方式の三点との関係で検討する。

1) 「根拠に基づく医療」の推進

日本の医療についてもっとも大きな問題は、米国等と比べて医療の標準化が進んでいないことである。これがすでに見たように、出来高払いの診療報酬下で医師誘発需要を生み、医療費が膨張する大きな要因となっているため、政府はそれを診療報酬の抑制や病床規制等の価格・数量面からの規制で抑制してきた。これが医療の質向上の基本となる「根拠に基づく医療」の普及を妨げてきたことの大きな要因となっている。

これまで医療標準化の基礎となる病名や手術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下では、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インセンティブは働き難かった。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、データベース形成へ向けて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。

このためには、まず医療事務のIT化促進が前提となる。個々の病院内事務の電算化は進んでいるものの、医療情報の基本となるカルテ（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打ち出され、政府の診療報酬支払基金でのチェックを受けた後、個々の保険者に送られ、そこで再チェックのために電子情報化される場合もある。これを全国の医療機関から保険者へインターネットを通じて送付され、ごく一部の問題となるレセプトのみを診療報酬支払基金で裁決するという合理的な仕組みへと変換する必要がある。これによって診療報酬の支払事務費用が大幅に削減されるだけでなく、膨大な医療情報の整理・体系化、および情報の共有や統計的な分析が可能となる。そうなれば患者の傷病度と考慮した治療成績や標準的な費用も算出され、標準的な分布から著しく外れた医療機関のチェックも容易となる。この前提として、①病名・手術名やコード・様式等の統一化、②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、③診療報酬支払基金資金の機能に代わる民間プロバイダーの確立⁴、等を早急に進めなければならない。これは基本的に医療費の償還方法に関するルールの問題であり、従来の診療報酬支払基金を通じ

⁴ これは医療機関が作成したあて先以外の情報は暗号化されたレセプトを保険者に転送する電子郵便の配達機能を果たすものである。レセプトの内容は各保険者が直接審査し、問題があるものだけを医療機関に返送する。医療費の請求の妥当性を巡って医療機関と保険者との対立が生じた場合のみ、支払報酬基金がその紛争処理にあたるものとする。