

NIRA 政策レビュー

www.nira.go.jp

November 2007 No. 21

医療制度に大胆な改革を

総合研究開発機構 (NIRA) 理事長 伊藤元重

成功は失敗につながる

ビジネスの世界などで、「成功はピンチの原因を作り」、「ピンチはチャンスにつながる」といことが言われる。今の日本の医療制度にもこの点が当てはまるのではないだろうか。

戦後の日本の医療制度は素晴らしい成果をあげてきた。平均寿命が世界のトップクラスであることは何よりの成功の証である。国民皆保険によって、すべての国民がこの医療制度の恩恵を受けているのだ。

しかし、この成功体験が危険な存在でもある。日々の報道からもわかるように、医療現場がいろいろなところで崩壊の兆しを見せている。また、世界最速の高齢化の中で、今の日本の医療制度で大丈夫なのかと懸念を持っている人は多いはずだ。環境が大きく変化したとき、これまで正しく機能してきた制度が多くの問題を露呈する。これは医療に限ったことではない。今の日本社会のあらゆる分野でこうした問題が顕在化しているのだ。

大胆な改革の実現を

医療問題は高齢社会となる日本の命運を握っている。日本のGDPの8%前後の規模である医療は日本の基幹産業でもある。高齢化の進展と医療技術の進歩で、国民の医療への需要が今後さらに高まっていくことは確実である。今の海外の現状を見れば、近い将来には、GDP比で10%を超え、さらに増え続けることも十分に考えられる。

医療は、今後の日本の最大の産業となる存在である。病院などでの診療行為だけでなく、医療機器、医薬品産業、予防医療、周辺健康増進分野など、広がりをもった産業がそこには存在する。ただ、拡大する医療分野をすべて公的な負担で維持することは不可能だ。国民皆保険の仕組みの中に医療の多くを抱え込もうとすれば、財政や国民の医療保険負担がネックになって産業を広げていくことができない。どうしたら医療費を削減できるのか、という財政だけの論理が先行してしまう。そうした方向の縮小の論理が国民の求めるものではないはずだ。

一方で必要最低限の医療を国民皆保険の制度で守りながら、他方で増え続ける医療需要に市場メカニズムと利用者の自己負担をどう対応させていくのかが、大きな政策的な課題となる。その改革のあるべき姿は、現在の制度の微調整ではなく、大胆な改革でなくてはならない。

改革の難しさ

大胆な改革は絶対に必要だ。ただ、医療でそれが難しいのは、今、現実にも動いている複雑な医療システムに機能障害をもたらすことなく、必要な改革をどう進めていくのかということだ。まったくの白紙の上に改革の絵を描いて実行することは簡単だ。しかし、現実には、多くの国民の命を守って日々動いているこの膨大で複雑なシステムを、一時たりとも混乱させることなく改革を実行していくことは容易なことではない。だからと言って、現状を守ることに汲々としていたのでは、大きな環境変化に対応できない「ゆでガエル」状態になってしまう。

一部の改革が医療の現場を混乱させていることは多くの関係者によって指摘されているとおりだ。しかし、改革のサイクルを逆回転させて元に戻ることもできない。結局のところ、いろいろなところで新しい改革の実験を行いながら、問題点が出てきたら速やかにそれに対応するという試行錯誤を続けていくしかない。

そこでもっとも重要なことは、国民の多くが、日本の医療がどちらの方向に向かうべきなのか、大きなビジョンを共有することであるだろう。そうした意味でも、今回のレビューに載せられた識者の議論ができるだけ多くの人の目に触れることを願っている。

伊藤元重 (いとう・もとしげ)
 東京大学経済学部卒。米国防衛大学Ph.D.。
 専攻は国際経済学、流通論。1993年東京大学経済学部教授、96年同大学大学院経済学研究科教授、2007年同大学大学院経済学研究科研究科長(経済学部長)。06年2月よりNIRA理事長。著書に「日本の空を問うーなぜ世界から取り残されるのか」(共著) [2007] ほか多数。



医療を健全なサービス産業へ

国際基督教大学 教授 八代尚宏

医療問題には、とかく財政問題というイメージが強く、急速な高齢化が進む中で、医療費や保険財政の赤字の拡大をどう抑制するかが、大きな政策課題となっている。これは医療が公的保険に全面的に支えられているとの大前提によるものである。しかし、今後の高齢化社会では高齢者を顧客とする巨大な市場が拡大するが、そのなかで中心的な役割を果たすものが、人々の生活に密着したサービスを提供する医療である。医療の担い手は病院や診療所だけでなく、医薬品や医療機械等の高度な技術集約的分野を含む「医療サービス産業」であり、急速に発展しつつある生命科学等の研究成果の産業化の出口でもある。こうした重要な日本の産業が、長年の政府による非効率的な規制と総額医療費抑制政策の結果、本来の発展を妨げられている。

日本の医療費は効率的に使われているか

国際比較で見た日本の国民医療費は欧州諸国と比べても低い水準にある一方、日本人の平均寿命は世界のトップレベルにある。これをもって日本の医療費はすでに効率的に使われており、削減の余地は小さいという見方がある。しかし、平均寿命は医療だけで決まるものではなく、医療費の具体的な中身を見れば、一人当たり老人医療費で、最大の福岡県の96.5万円と最小の長野県の63.5万円との間の大きな格差（2004年）がある。これは病床数や医師数の地域間格差と連動している。

この背景には、診療報酬が医師の個々の診療行為に対して支払われる「出来高払い」方式になっており、医療機関が医療費を増やすことで収入増を図る、「供給が需要を生む」という、市場経済とは正反対のメカニズムが働いている。これは医師の診療における裁量性を尊重するためであるが、他方で医療の標準化を遅らせ、質の向上を妨げるひとつの要因ともなっている。

日本の医療改革の最大の課題は、この出来高払いという投入量に比例した報酬方式を、普通のサービスと同様な産出量に結びつく「包括払い方式」に変えていくことである。これは疾病毎にその標準的な医療費が支払われるもので、無駄なコストを

かけず、効率的な診療を行う方が、むしろ医療機関の収入増となることから、そのインセンティブを逆転させる意義がある。そのためには医療の評価手法の確立と、包括払いの基準となる標準的な医療費を定めることが前提となる。さらにそのためには、韓国と比べても立ち遅れている「レセプト（支払請求書）の電子化」が速やかに進められなければならない。他産業では一般に用いられている事務の電子化が、医療分野では様々な既得権のため、著しく立ち遅れていることは行政の責任である。

他方で、日本の医療費水準が相対的に低いことのひとつの要因である、病院等に勤務する医師・看護師等の報酬の低さを改善することも必要である。医療は高度に専門的なサービスの塊であり、「仕事能力に応じた報酬」がもっとも必要とされている。

効率性と公平性は矛盾するか

成熟した日本経済で、旧社会主義国のような行列が慢性的に生じているのが病院である。行列という非生産的な行為は、需要に見合った供給が不足していることから生じるが、これは新規需要を常に求めている市場経済では、あり得ない現象である。行列は需要と供給をバランスさせる水準以下に価格が維持されていることを意味し、需要に見合った潜在的な供給能力をもつ医療サービス産業の発展が妨げられていることの象徴である。

行列を解消するために価格を上げれば所得の低い人は医療を受けられなくなるという反論がある。しかし、価格が上がらなければ供給も増やせず、慢性的な混在現象は解消されない。長い行列は、一見、公平に見えても、実は時間が貴重な人とそうでない人との間で、大きな不公平をもたらしている。

また、医療が専門的なサービスであるにもかかわらず、病院と診療所の設備の違いや医師の技能等の差を反映しない現行の診療報酬は、結果的に質の高い医療機関から質の低い医療機関への所得移転をもたらしている。本来、市場経済において需給調整のシグナルとなる価格に代わる診療報酬体系が、医師や医療機関の適正な配分に失敗していることが、その偏在をもたら

すひとつの大きな要因ともなっている。こうした状況を改善し、医療が普通のサービス産業のように、消費者に選ばれた医療機関が発展することで、医療サービスの量的拡大と質的向上が両立できるようになるためには、抜本的な改革が必要である。

ここでカギとなるのが「国民皆保険」の概念である。現行の医療関係者の間では、これは「すべての国民が、公的保険の下で同じ医療を受けられること」とされており、「質の高いサービスに見合った高い価格がつけられることを排除しなければ維持できない」と狭く解釈されている。しかし、そうした定義では、高齢化が進む中で公的医療費の抑制策が続けば、医療産業の発展は望めない。むしろ、国民皆保険を「政府が責任をもって基礎的な医療保障を普遍的・確実に提供するもの」と定義し、それ以上の医療サービスは市場に委ねるとすれば、公的医療費を経済規模の一定比率に維持しつつ、個人消費としての上乗せ医療費自体は自由に拡大することができる。

こうした公的医療と民間医療とを組み合わせる考え方に対しては、様々な批判がある。第1に、病院が利益率の高い分野に特化するという懸念に対しては、基礎的な医療分野を疎かにさせないような事業規制で担保すれば良い。第2に、患者に不要な保険外診療を押し付けるという懸念に対しても、上乗せ診療ができる病院を一定の質以上のものに限定し、事後評価を徹底させ、押し付け医療を行った病院には資格を取り消すという処置が考えられる。第3に、低所得層が締め出されるという懸念に対しては、一定の範囲内でのサービス提供を義務付け、病院を通じた所得再分配メカニズムを組み込むこともある。

こうした新しい仕組みを「医療の平等性に反するもの」として排除する意見は、患者の平等性を旗印として、実は医療機関や医師の平等性を追求している面も大きい。消費者である患者が医療サービス価格に見合った医療の質を要求し、それに応えられる医療機関に流れれば、質の低い医療機関は衰退せざるを得ないからである。現状の公的保険の枠内にすべての医療行為を押し込める政策は、事実上、質の低い医療機関を保護する護送船団方式の典型例ともいえる。

「医療の公共性」の徹底化

現行の医療法には、医療の非営利性が明記されているが、そ

の具体的な基準は明確ではない。医療機関の利益追求のために患者が犠牲になってはならないことは当然である。しかし、それは電力・ガスをはじめとする他の公益産業でも同様であり、不採算地域・事業であっても一定のサービス供給を保証する「供給義務」が定められている。医療法にはそうした義務付けは見られず、その代わりに、「配当禁止」という、医療機関の資本調達手段への規制が設けられている。

しかし、資金の調達を株式発行等の直接金融で行うことが営利行為で、銀行借入等の間接金融が非営利というような定義は日本独特のものである。株式会社であれば高い配当を求めて利益を追求するといわれるが、銀行は赤字経営であっても容赦なく借入金と利子の返済を求める。ちなみに、最近、注目を集めているイスラム銀行では、利子が不道徳なものとして禁止されており、借入企業が事業で成功した場合に銀行が報酬を受け取る仕組みであるが、これは配当と同じ概念である。

多額の資本を必要とする病院にとって、担保を前提とした間接金融しか容認されていないことは、健全な民間病院の発展を損ね、公的な大病院と零細な民間診療所が主体という歪んだ産業組織が維持されている。また、資本の提携を通じて、全国の病院・診療所が複数のネットワークを組み、医療スタッフの訓練や医薬品等の購入を共同化するような近代的な経営手法も制約されている。医療サービスの消費者がもっとも求めるものは「質の高い病院」についての情報であり、それを保証するためには、医療機関のネットワークがコーポレートブランドを確立することも有効である。医療の非営利性を徹底化させるためには、現行の公的病院や医療法人の組織形態に限定する規制を、他の公益産業と同様に、一定の範囲内での医療サービスの供給を義務付ける行為規制に置き換える必要がある。消費者である患者の選択肢を広げる、健全な医療サービス産業発展のためには、公共性を担保した上で、組織形態に関わらず、病院・診療所間での医療の質向上への競争を促進させることが重要である。

八代尚宏（やしろ・なおひろ）

国際基督教大学教養学部卒。上智大学教授・日本経済研究センター理事等を経て、2005年9月より現職。労働経済学・日本経済論専攻。主な著書に『健全な市場社会への戦略』[2007] 東洋経済新報社、等。

株式会社と病院経営

病院経営に株式会社が参入することは、医療の本質的な議論であろうか？ 今日、病院の開設主体は株式会社を含め20数種類あると言われている。病院開設は行政による許認可事項であり、省庁の都合でこの様なことになっている。複雑であるばかりでなく、提供する医療の内容よりも開設主体により公費の繰り入れや税制に不公正な格差を生じてきた。株式会社が所有し、運営している病院は既に多数存在する。その中で、従業員を対象とした職域病院が地域に一般開放されたものだけではなく、主たる事業そのものが医療である株式会社が経営する病院も、表にも裏にもかなりの数にのぼる。一方で、私的所有が認められ、結果的に個人資産の形成を進めている医療法人財団の病院は、いわゆる民間病院の主流であり、株式会社との差異はないと言える。医療法の医療法人財団、特別医療法人や租税特別措置法の特定医療法人、そして、これからの社会医療法人の様に私的所有を放棄し、組織の裁量で医療や公共の利益のため利益金処分を行う医療組織のあり方に関し、税制も含め議論することこそが営利、非営利の判断の基本であろう。

今日の医療の問題点

今日の医療に関して何が問題であるのか？ 医療の量的確保を中心に提供体制も、医療保険制度も構築されてきたが、現在は、地域格差や医師不足、医療の質と効率性、医師の態度など多くの問題が指摘されるが、それら全ては、戦後60年あまり経った今でも、医療が、終戦直後から国の復興として行政主導で整備された医療制度の延長であるという問題と、将来の少子高齢社会に向かって国民の健康と国家の財政、さらに、地方分権としての地方政府の役割をどの様に考えるかという問題に集約できる。わが国のように同質性の傾向が強い社会で、科学的論理や契約概念を唱え実践することが困難であると同様に、教育や農業、特に行政や医療といった領域にマネジメントを定着させることも容易ではない。医療が担う社会的厚生とは、人間の生きる権利としての健康への支援助と、社会保険としての所得再分配の二つの方策の充実が柱である。経済発展を遂げた社会では、医療提供の基本理念は、従来からの“貧困からの救済”を“尊厳ある生活の確立”に変える必要がある。

マネジメントの必要性

マネジメントとは、事業の経営、運営の総称であり、総合的に決定、執行、管理を行なうことである。組織は、事業を継続して実現していくための仕組みであり、人格をもち、法人とも言われる。コーポレートガバナンスは主に組織統治を意味し、いかに組織を、社会的と同時に組織的に管理するかを示すものである。マネジメントもコーポレートガバナンスも営利企業のみでなく、広く非営利組織の経営と運営にも使われるべき概念である。組織は一体感が重要であり、自己同一性の認識、全体の統一性と部署の相関性が確立されるよう、組織され運営されなければならない。

具体的にマネジメントとは、社会が期待する事業や社会を主導する事業の展開を前提に、まず地域社会と職員が納得する組織の理念を明確に示し、その理念の下に、社会から得られる人的資本の確保と資金調達を通して良質な情報を活用しながら、時刻を定めて、社会価値を継続して創造することである。人が組織の要であり、資金調達は税制を含め戦略的に推進しなければならない。顧客から高い評価を得ることが望まれるが、同時に、職員が納得して仕事に従事する環境づくりをすることは不可欠なことである。そして、事業の実態をつくりながら、それをパブリック・リレーションズとして社会との双方向の関係づくりをすることも必要である。

非営利とは何か

そもそも営利組織と非営利組織の違いとは何であろうか？ わが国には明確な定義が存在しない。どのような事業が組織の主たる事業であるかということよりも、ストックとしての資産の所有とフローとしての利益金の利用のあり方を組織の経営理念をもって定め、その結果は税制に反映されるべきものである。営利は資産も利益も直接個人に反映することを目的とした組織経営であり、非営利は広く社会の福祉を利するための経営である。そして、非営利組織であれば採算性を考慮しない運営であってもよいということにはならない。利益が出なければ組織を継続させることは不可能である。言い換えれば、非営利組織にも適正な利益が必要であり、その適正な利益とは再生産を可能とする水準である。その利益を内部に留保する以前に、社会の

福祉や教育への貢献をなすことが非営利組織の利益金処分である。近年の公益法人制度の見直しにおいては、企業を含めた全ての法人を、営利すなわち課税、非営利すなわち非課税とする2種類のみで分類することが最もわかりやすく簡潔な仕組みである。

民意を反映する

営利組織でも非営利組織でも効果的で、効率的なマネジメントに差があってはならない。それは経営、運営の結果として得る利益にも差が無いことを意味する。その利益と事業に対して営利組織では法人税等の課税が行なわれ、支払われる税金の用途は政治と行政が決定する。政治は国民が選ぶものであるが、実際には行政が主たる裁量権を有している。一方、非営利組織は本来、法人税等は非課税となるべきであり、それに相当する額以上のものを組織の裁量をもって同事業や社会の福祉、教育に使うことを前提とした非課税である。組織の自主的な判断で社会に貢献するという裁量権こそが民意を反映することであり、そのことは、言い換えれば、官僚主体ではない民主主義の原点である。

病院経営の本質

病院経営のマネジメントは企業の経営と異なるものではない。病院の提供する診療や予防医療、療養サービスの利用者が“必要な医療を適切に得る”ことに営利と非営利の組織に差は無い。地域社会に理念浸透型の組織であるか、利益追求型の組織であるかは病院の理念に基づくものである。広く公共の利益のためになされる事業として、地域医療を念頭に総合的に地域全体の公衆衛生を踏まえた運営をする病院と、広域を対象にしたマーケティングを行い、一部の所得階層の顧客を対象としたり、特定の疾患分野に専門特化した病院とでは、組織の基本的考え方である理念も姿勢としての目的も大いに異なる。これらを税制や法人格と同様に扱うことには異論がある。そして、利用者並びに病院職員両者にとって安心と納得のもとに得られる信頼を築くことが病院経営の基本である。病院経営において営利組織を排除する必要はないが、社会保険による医療費の支払いには一定の公費が投入されていることを考えると、病院を営利とする組織は非営利としての理念を有することが好ましい。営利、非営利の議論は情緒的精神論ではなく、科学的に組織論として取り扱われるべきであり、そのためにも病院経営に関する情報は広く社会に公表されるべきである。

医療政策の議論のあり方

前述したように、医療制度には国民の健康を支援するという

生存権としての機能と所得再分配としての経済的機能がある。前者では常に国際水準を視野に入れながら、今後は診断と治療を科学的に標準化し、資源を効率よく集中と分散させる再編成や家庭医療学という専門性に裏付けられたプライマリケアの見直しが必要である。戦後、農地解放、農業の補助金の次に建設業を中心とした産業政策により所得再分配がなされ、本格的な少子化、高齢化を迎えた今日では社会保障政策の充実が図られなければならない。そのためにも、後利用を前提とした国家統計を含めた情報のデータベース化により、社会保障制度の一元的管理が必要となる。社会保険全体として税制を含めた国民負担率の国際比較が検討されることがあるが、同じ社会保険の枠組みでの給付と負担を持った比較であれば意味があるが、米国のように企業の従事者に関しては民間保険中心の医療である国を国民負担率で同列に扱うことは意味の無いことである。わが国は高福祉、低負担と言えるが、この高福祉の中の医療は医療現場に課される負担が極めて大きく、公定価格のもとで極端に少ない人的配置で医療サービスを提供することを求められ、今日のような医療現場の疲弊や崩壊を招くこととなった。さらに、公定料金によって運営されている社会保険医療には生産性の議論を用いることは適当ではない。

選択の自由

いずれの分野においても、適切なマネジメントが社会として効果的であり、効率的である。そのためには、ネガティブリストとイコールフットリングの社会環境が前提である。必要最小限の禁止事例のみ法的根拠によって示し、それ以外は当事者の責任で原則自由に行なう仕組みをネガティブリストという。イコールフットリングとは、競争するサービスを行なう場合、法人格を統一することも含めた経営の条件を同じにすることである。

近い将来の社会で持続可能な医療制度を考える時、医療にも構造改革が必要である。構造改革は規制緩和と情報の開示と活用で行なうべきことである。経済的規制と同様に医師の業務独占資格も含め、社会的規制も緩和するべきである。産業連関性も高く、雇用を吸収できる産業としての入り口を広くし、結果を公正に評価する仕組みをつくるのが大切である。市場にも限界があり、政府も完全ではない。できるだけ情報を有効に活用できる環境をつくり、利用者にも提供者にも“選択の自由”を保証することが医療の民主主義を確立することである。

河北博文（かわきた・ひろぶみ）

慶應義塾大学医学部卒業・大学院博士課程修了、シカゴ大学大学院GSB修了。医療法人財団河北総合病院理事長。現兼職として（財）日本医療機能評価機構理事、東京都病院協会会長、東京大学、京都大学、慶應義塾大学・大学院講師

論点の背景

わが国の医療政策の特徴と課題

学習院大学 教授 遠藤久夫

医療政策は医療費適性化を軸に展開

医療費の増加は先進国共通の課題である。人口の高齢化と医療費とは高い相関が見られるため高齢化が医療費増加の要因のように思われるが、医療経済学では医療の技術進歩こそが主要因、という説が有力である。医療技術の進歩が平均寿命を延ばし、その結果、医療需要の大きい高齢者が人口の多くを占めるため、外形上、高齢化が医療費を増加させているように見えるというものである。医療費の増加は医療産業の拡大を意味するが、他産業の場合と同様に拡大すること自体は望ましい。問題は医療費のファイナンスの仕組みにある。先進国では所得の多寡に関係なく誰でも公平に医療にアクセスできるようにと公的な医療保障制度が

整備されている。そのため、医療費の増加は国民の健康増進や長寿をもたらしたと引き換えに、財政赤字の拡大や世代間の負担の不等というやっかいな問題を生じさせることになる。とりわけ、世界最高水準の高齢化率や高齢化速度に加え、きわめて大きな財政赤字を抱えているわが国では、1980年代以降の医療政策は、医療費の増加を抑制することを重要な柱とされてきた(図表1)。政府はこれを医療費適性化と呼んでいる。

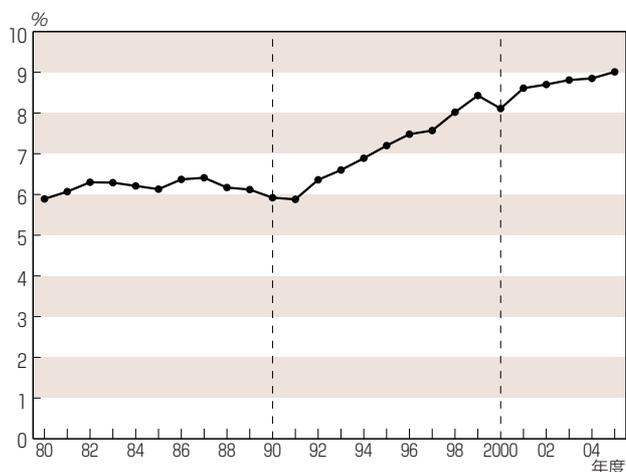
わが国は国民医療費の対GDP比は先進国中最も低い水準にありながら、国民皆保険制度の下、国民の医療へのアクセスが補償されており、乳児死亡率の低さや健康寿命の長さなどの医療のアウトカムにおいても世界に誇れる水準にある

(図表2)。世界の医療制度の評価を特集した The World Health Report 2000 (WHO) では日本の医療制度を総合評価1位にランクした。評価指標が変わればランクは変動するだろうが、わが国の医療制度のパフォーマンスが高い水準にあることは国際的に広く認められているといえるだろう。政府は、超高齢社会になっても高いパフォーマンスを維持し続けるためには、今から制度を手直しすることが必要だとしている。

わが国の医療政策の諸相

わが国の医療政策は抜本的改革ではなく、逐次的(インクリメンタル)な手直しが行われるという特徴が見られる。手直しの対象は医療提供体制と医療

◆図表1 国民医療費の対国民所得比 (2005年)



出典：平成17年度国民医療費の概況(厚生労働省)

◆図表2 医療費の対GDP比 (2005年)

順位	国	(%)	順位	国	(%)
1	アメリカ	15.3	13	スウェーデン	9.1
2	スイス	11.6	14	ノルウェー	9.1
3	フランス	11.1	15	デンマーク	9.1
4	ドイツ	10.7	16	ニュージーランド	9.0
5	ベルギー	10.3	17	イタリア	8.9
6	ポルトガル	10.2	18	イギリス	8.3
7	オーストリア	10.2	19	ルクセンブルク※	8.3
8	ギリシャ	10.1	20	スペイン	8.2
9	カナダ	9.8	21	ハンガリー※	8.1
10	アイスランド*	9.5	22	日本※	8.0
11	オーストラリア*	9.5		OECD平均	9.0
12	オランダ*	9.2			

※2004年データ
出典：OECD Health Data 2007

保険制度とに大別される。医療提供体制の手直しは、先進諸国と比較してわが国の実情が大きく乖離している分野に着目して、それが医療費の増加につながっている場合、世界標準に近づけるという名目でメスが入るのである。たとえば1980年当時、薬剤費の国民医療費に占める割合が3割と国際的に見てかなり高かった。そこで薬価を連続して引き下げ、現在ではこの割合は2割にまで低下した。最近薬価水準の低下が医薬品のイノベーションに悪影響を及ぼすと指摘されたため、安価なジェネリック医薬品の使用割合がわが国は少ないことに着目して、ジェネリックの使用促進政策にシフトしている。病院の平均在院日数が非常に長いこともわが国の特徴である。医学的には入院の必要性が乏しい要介護者が入院する、いわゆる社会的入院がこの主要な要因とされた。これに対して政府は、社会的入院患者の受け皿として介護保険の創設をはじめとする介護制度の充実を図った。その上で、病院機能の分化と診療報酬による在院日数の短縮化誘導を行った。具体的には病院の機能を一般病床と療養病床とに分けて、設置基準により後者の方が低いコストで運営できるようにし、その上で、在院日数に応じて入院の報酬が逓減する仕組みを導入した。逓減率は一般病床の方が高く設定されたため、長期入院患者はコストの低い療養病床へと誘導され、一般病床の在院日数は

短縮された。また、わが国は人口当たりの病床数が他の先進国と比較してかなり多い。これは、医療保険財源に余裕があった時期に民間病院が増加したことによる。病床数や医師数が増加して競争が厳しくなると、医師は患者不足分を補うため医療需要をつくりだしてしまう傾向があるといわれる。医療経済学で医師誘発需要と呼ばれている現象である。政府は85年に地域ごとの病床数に上限を設けて増床を抑制し、さらに2008年からは療養病床の入院患者のうちで医療ニーズの低い患者の診療報酬を大きく引き下げ、これらの病床がよりコストのかからない介護施設に転換することを進めている。このように一連の「脱病院化」ともいえる政策が展開されてきた。診療報酬の支払い方式に着目すると、わが国の支払い方式は過剰な医療を招きやすいとされる出来高払い方式が原則であった。しかし、先進国では入院報酬の支払い方式は定額払いや病院全体の予算制が主流である。そこで、まず病状が比較的安定している療養病床において定額制が導入され、さらに2003年には一般病院にも診断群分類単位の定額支払い制が導入された。

一方、医療保険制度の手直しは患者へのコストシフトと高齢者医療費の財政調整を2大柱として展開されてきた。患者の自己負担率は一貫して引き上げられ、現在の高齢者を除く被保険者本人の自己負担率3割で、これは先進国では高い水

準である。自己負担の引き上げは無駄な受診を抑制することが主たる目的であったが、抑制効果は極めて短期間しか続かないことは知られており、自己負担の引き上げは医療費の患者へのシフトという側面が強い。その結果、医療費に占める患者自己負担の割合は80年の11%から最近15%に上昇している。高齢者の平均医療費が若人の約5倍であり、かつ平均所得は低い。したがって構造的に高齢者を多く抱えた国保財政は慢性的に逼迫している。これを改善するために、82年には老人比率の低い保険者から高い保険者へ拠出金を支払う財政調整の仕組みが整えられた。しかし、拠出金が増えすぎたためこの制度の維持が困難になり、2008年から75歳以上の高齢者を被保険者集団とする新たな保険制度が動き出す。政府は高齢者を独立させることにより、高齢者にとってふさわしい医療の実現と高齢者医療費の上昇の抑制という難しいパズルを解こうとしている。

医療の資源配分は 計画原理か市場原理か

医療は他の産業と比較して規制が多い。これは、社会からの高い安全要求に加え医師－患者間の情報の非対称性の存在が、医療制度の運営に対して事前規制を中心とした規制を必要としているためである。さらに医療は健康や生命に深く関わるサービスであるため、所得の多寡

によりアクセス上の格差が生ずることは望ましくないという強い社会規範が存在する。しかし、規制の弱い市場原理では公平性を担保することは困難である。そのため、先進国は程度の差こそあれ医療の資源配分を規制によりコントロールしている。規制によって資源配分を行うことをここでは計画原理と呼ぶことにする。今後の医療政策を考える上で、計画原理と市場原理のどちらに軸足を置くべきか意見が対立している。

公的医療保障の範囲を縮小せず、拡大する医療ニーズにはこれまで同様、公的医療保障としてきめ細かく対応すべきであり、計画原理によって医療の資源配分の効率化と医療アクセスの公平を図るべきだという考え方がある。医師会などはこの立場をとる。しかし、このアプローチには二つの解決すべき課題がある。第一の課題は、社会保険料や税の負担増について国民の理解がどこまで得られるかという問題である。世代間の負担の公平

や企業競争力への影響などを視野に入れた議論が必要となる。第二の課題は、合理的で有効な規制体系の構築がどこまで可能かという政府の失敗の問題である。最近の診療報酬の改定は多くの調査結果を基礎にエビデンスベースで行われるようになってきている。また2008年からは、地域事情を反映した有効な政策が実行されることを企図して医療費適正化の運営責任を都道府県にも分担させることになった。このように規制の在り方は改善・工夫されているが、自ずと限界もあるだろう。

これに対して、公的医療保障の範囲は財政の身の丈にあった規模に抑えるべきで、公的医療保障からはみ出した部分は民間保険の活用等によって行うべきだという市場原理に軸足をずらす考えがある。国民負担率の上昇を回避でき、医療のイノベーションも活性化すると、財界や財政当局はこのアプローチを支持する。具体的には、混合診療の解禁や軽医

療を公的医療保障の対象から外すことなどが提案されている。このアプローチの最大の課題は、公平性をどのように担保するかである。保険外診療が医療機関の収入の多くを占めるようになった場合、低所得者や過疎地住民の医療へのアクセスが保証されるかどうか懸念される。

今後どのような医療政策を選択するにせよ、国民への影響が非常に大きいことを考えれば広く国民を巻き込んだ議論が行われるべきであるが、医療制度は複雑なためか、改革論議に一般国民があまり参加していないのが残念だ。

遠藤久夫（えんどう・ひさお）

一橋大学大学院博士課程単位取得退学。専攻は医療経済学、医療政策。1997年学習院大学教授、現在に至る。中央社会保険医療協議会公益委員。医療経済に関する論文多数。最近の著書（共編著）『医療保険・診療報酬制度』[2005]、『医療経済学の基礎理論と論点』[2006] いずれも勁草書房。

〈NIRA政策レビュー〉

NIRA政策レビューは、重要な政策課題から特定のテーマを設定し、タイムリーに分析するとともに、多様な論点を示すものです。専門家の視点などもあわせて広く検討していただくために、コンパクトに情報を提供します。本誌バックナンバーは、ホームページでご覧いただけます。
<http://www.nira.go.jp/>

NIRA 総合研究開発機構
National Institute for Research Advancement

編集発行人：伊藤元重 NIRA 理事長
編集主幹：加藤裕己 NIRA 客員研究員

〒150-6034 東京都渋谷区恵比寿4-20-3
恵比寿ガーデンプレイスタワー34階
電話 03-5448-1735 FAX 03-5448-1745
e-mail: pub@nira.go.jp <http://www.nira.go.jp/>