
社会保障制度改革の提言

(その2) 医療問題

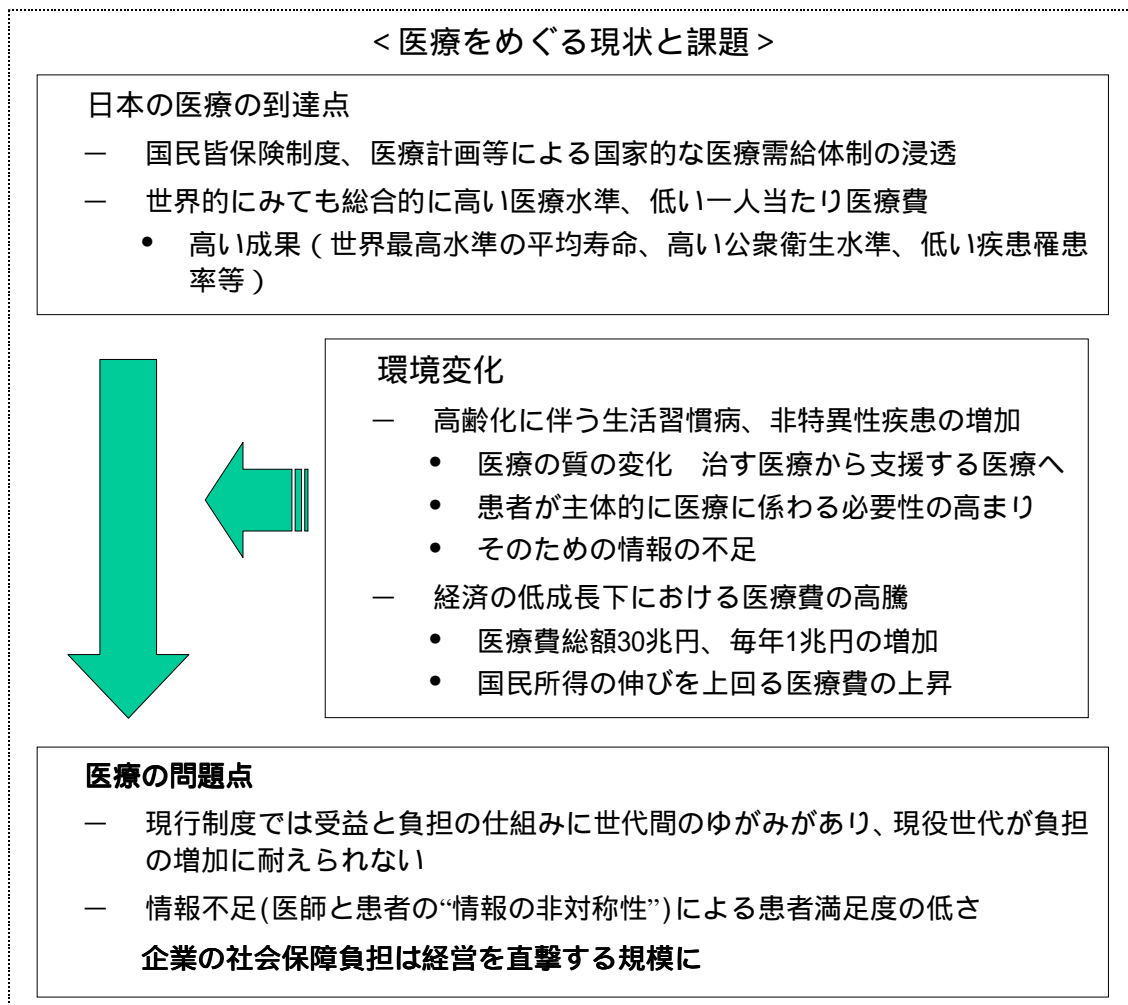
経済同友会社会保障改革委員会

目 次

第 I 章 医療をめぐる現状と課題	3
1 . 現状 ～日本の医療の到達点～	3
1) 医療需給体制の確立	3
(1) 国民皆保険の達成	3
(2) アクセス性の良い医療提供体制の実現	4
2) パフォーマンスの高い医療サービスの実現	5
(1) 世界的に高い医療水準の達成	5
(2) 諸外国に比べ未だ低い一人当たり医療費	6
2 . 医療をめぐる環境の変化	7
1) 人口構造 ～高齢化に伴う疾病構造の変化～	7
(1) 人口構造の変化 ～少子・高齢化の進行～	7
(2) 疾病構造の変化 ～特異性疾患から非特異性疾患へ～	8
(3) 医療に求められる役割の変化 ～「治療」から「維持・管理」、「生活支援」へ～	9
2) 経済成長 ～経済の低成長下における医療費の高騰～	10
(1) 国民所得の伸びを上回る医療費の上昇	10
(2) 歯止めの利かない老人医療費の増加	11
3) 国民医療費の将来シミュレーション	11
(1) ケース1:高齢化によるインパクト推計	12
(2) ケース2:トレンド型推計	12
(3) 医療費増加要因の分析	12
3 . 課題 ～現行医療制度の問題点～	14
1) 現行医療制度の問題点	14
(1) 世代間の受益と負担のゆがみ	14
(2) 情報不足による患者満足度の低さ	15
2) 企業経営に直結する問題へ	16
3) 医療制度の抜本改革は急務	17
第 II 章 提言の位置づけ	18
1 . 近年の医療改革論議との関係	18
2 . 本提言の位置づけ	20
1) 提言の位置づけ	20
2) 提言の視点	20
3) 提言の方向性	21
(1) 高齢化と経済の低成長化に対応した医療保険制度改革	22
(2) 医療の質を維持しつつ医療費をコントロールする仕組みづくり	23
第 III 章 高齢化と経済の低成長化に対応した医療保険制度改革	24
1 . 高齢者医療介護保険制度の創設	25

1) 保険財政における公平性確保	25
(1) 保険者の単位	25
(2) 保険料 ～世代間扶養を考慮した負担の仕組みの導入～	25
(3) 自己負担	26
(4) 全国的財政調整 ～地域間の条件の差異を補正する仕組みの導入～	26
2) コスト管理の仕組みの導入	28
(1) ゲートキーパー制(GP)の導入	28
(2) ランク別包括支払制度	28
2 . 医療保険の再編と機能強化	29
1) 保険者機能の強化	29
(1) 現行制度における保険者の位置づけ	29
(2) 保険者の果たすべき機能	29
(3) 保険者の代理性の発揮	30
2) 医療保険の再編による保険規模の適正化	32
(1) 保険者規模と財政状況の現状	32
(2) 保険者の再編による規模の適正化	32
(3) リスク分散の単位を「職域」から「地域」へ	33
(4) 「保険の選択」の是非に関する国民的議論を	33
第 IV 章 医療の質を維持しつつ医療費をコントロールする仕組みづくり	35
1 . 国家的な情報投資による医療の監視・評価の仕組みづくり	35
1) 情報基盤整備による医療の標準化	36
(1) 第1ステップ: 医療機関内の情報整備	36
(2) 第2ステップ: 医療情報システムのネットワーク化と医療情報の蓄積・分析	36
(3) 第3ステップ: 医療の標準化の促進	37
2) 情報を活用した監視・評価機能の強化	38
(1) 根拠に基づく診療報酬決定方式の導入	38
(2) 保険者の審査・評価機能強化への情報の活用	38
2 . 医療機関の競争促進と患者による選択	40
1) 競争環境づくり = 医療機関選択のための情報基盤整備	40
(1) 医療機関の広報活動に関する規制の緩和	40
(2) 第三者評価の活用強化	40
2) 競争に耐えうる供給主体づくり = 医療機関の経営力強化	41
(1) 医療法人の法的位置づけ	41
(2) 株式会社形態の解禁	43
(3) 株式会社形態の活用方向と病床規制の段階的撤廃	45
第 V 章 それぞれの主体が向かうべき方向	46
1) サービス提供者	46
2) 政府	46
3) 保険者	46
4) 国民	47

第 章 医療をめぐる現状と課題



1 . 現状 ～日本の医療の到達点～

1) 医療需給体制の確立

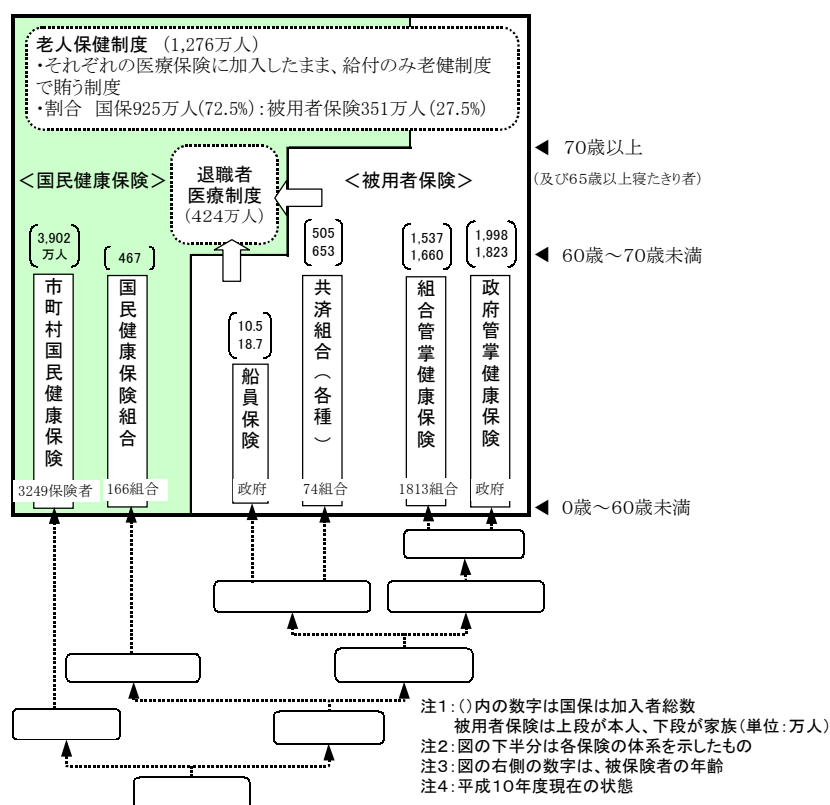
(1) 国民皆保険の達成

戦後、日本は国民全てが安心して医療を受けられるように、国民皆保険体制を推進した。「職域保険」と「地域保険」からなる多様な保険者が順次整備され、1961年に国民皆保険が達成された。現在、医療保険者の数は合計で5300に及ぶ。

医療保険制度の保険者は、勤労者(被用者)とその家族などが加入する職場・業種を単位とした「職域保険」と、自営業者や専門職種が加入する市町村を単位とした「地域保険」とに大別される。

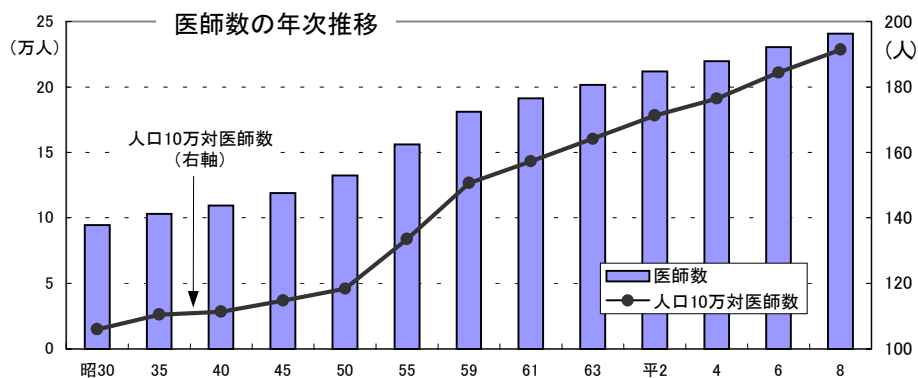
「職域保険」では、国が運営し中小企業の職員が加入する「政府管掌健康保険」と、企業(群)独自が運営する「組合管掌健康保険」が整備された。このほかに、中央・地方の公務員や学校の職員が加入する各種共済組合、国が運営する船員保険なども整備された。このうち保険者の数が最も多いのが組合管掌健康保険で、全国に約1800を数える。次いで共済組合が全国に約70存在する。

「地域保険」には、開業医や弁護士などの専門職が職種別につくる「国民健康保険組合」と、自営業者や農業従事者、高齢者などが加入する「市町村国民健康保険」がある。市町村国民健康保険の保険者は市町村であることから、その数は約3300に上る。



(2) アクセス性の良い医療提供体制の実現

国民皆保険が達成されたことにより、医療サービスは国民に一層身近なものとなり、医療に対するニーズが増大した。そのニーズに対応すべく、民間医療機関を中心に診療所・病院の整備が進められ、医療サービスの「量」の確保が目指された。医師数、看護婦数も次第に拡充され、無医村の解消を含め、全国どこにいても高度な医療が受けられる体制が整備されていった。その結果、今や日本人にとっては、健康保険証を持っていれば、低い自己負担でどこの医療機関でも自由に選択して受診できる事が当たり前になっている。



2) パフォーマンスの高い医療サービスの実現

(1) 世界的に高い医療水準の達成

医療提供体制整備の成果は、世界一の長寿国・高い公衆衛生水準・低い乳児死亡率など様々な指標に現われている。2000年6月末に発表された『2000年版世界保健報告』は、WHO加盟191カ国の医療サービスの水準や国民の健康状態を基に各国別の保健医療水準を算出し評価したものであるが、日本は保健サービスの到達度で総合第1位を獲得した。ここで、最も高い評価を受けたのは、日本人の「平均余命の長さ」と「健康で過ごせる期間の長さ」といった「健康の到達度」(191カ国中第1位)であり、次いで「健康の地域間の公平性」(同3位)であった。

WHOの医療保健システム評価 上位10カ国

順位	保健サービスの到達度					保健システムの効率性
	総合	健康の到達度 (平均寿命・健康寿命)	健康の配分 (子供死亡率の地域間格差)	人権の尊重と利用者への配慮	費用負担の公平性	
1	日本	日本	チリ	アメリカ	コロンビア	フランス
2	スイス	オーストラリア	イギリス	スイス	ルクセンブルグ	イタリア
3	ノルウェー	フランス	日本	ルクセンブルグ	ベルギー	サンマリノ
4	スウェーデン	スウェーデン	ノルウェイ	デンマーク	ディボチ	アンドラ
5	ルクセンブルグ	スペイン	ポーランド	ドイツ	デンマーク	マルタ
6	フランス	イタリア	ギリシア	日本	ドイツ	シンガポール
7	カナダ	ギリシア	イスラエル	カナダ、	アイルランド	スペイン
8	オランダ	スイス	オーストリア	ノルウェイ	日本	オマーン
9	イギリス	モナコ	サンマリノ	オランダ	フィンランド	オーストリア
10	オーストリア	アンドラ	スイス	スウェーデン	イギリス	日本
	アメリカ 15	イギリス 14 アメリカ 24			アメリカ 54	

注：表注の片カッコは、同順位を示す

出所：World Health Organization “World Health Report 2000”よりNRI作成

(2) 諸外国に比べ未だ低い一人当たり医療費

一方、日本の医療費は医療技術水準や皆保険体制であることに照らして考えると、先進諸外国と比較して突出して高い水準とは言えない。

下表にあるように、国民一人当たり医療費では先進国中第5位であるが、対GDP比で見ると17位という結果になっている。つまりマクロ的に見ると、日本は他の先進諸国と比べて低いコストで、国民全体に公平かつ効率的に高い水準の医療サービスを提供できる、ある意味で理想の医療需給体制を達成したと言える。

一人当たり医療費の国際比較

(1995年)

	一人当たり医療費		医療費の対GDP比	
	順位	金額(円)	順位	比率(%)
スイス	1	396,161	4	9.8
アメリカ	2	342,900	1	14.2
ドイツ	3	290,675	2	10.4
ルクセンブルグ	4	280,230	21	7.0
日本	5	277,783	17	7.2
ノルウェー	6	253,223	10	8.0
フランス	7	246,166	3	9.9
オーストリア	8	214,642	13	7.9
オランダ	9	210,031	6	8.8
アイスランド	10	200,527	8	8.2

出所: OECD「Health Data」

2. 医療をめぐる環境の変化

近年そして将来にわたり、医療を取り巻く環境に様々な変化が生じている。これらの変化は、これまで日本が推進してきた医療保障体制の前提に関わる問題であり、今後の医療に深刻な課題を投げかける大きな問題である。

以下では、「人口構造」と「経済成長」のふたつの大きな事象に着目し、これらが医療にもたらす環境変化について整理する。

1) 人口構造 ~高齢化に伴う疾病構造の変化~

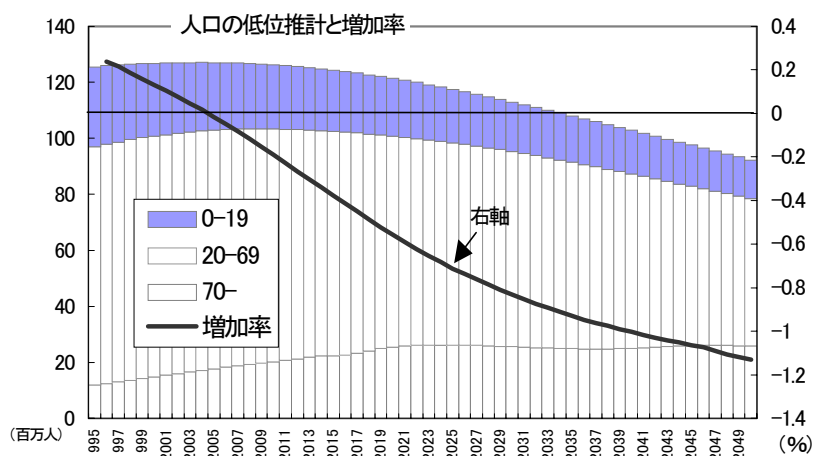
(1) 人口構造の変化 ~少子・高齢化の進行~

環境変化として最初に挙げられるのは、人口構成の変化である。

過去の出生の動向を見ると、かつての多産多死の時代から、医療水準の向上に伴って死亡する乳児数が減っていったことで、多産少死へと変化した。そして成熟化社会となった現在、産まれる子供の数は極めて早いスピードで減少を続け、少子(産)化が進んだでいる。合計特殊出生率は平成11年に遂に1.34人まで低下し、二人の大人から一人の子供しか産まれない時代に入りつつある。

他方、日本は世界一の長寿国となった。平均寿命は、男性は75歳、女性では80歳を大きく上回り、高齢者人口は増加を続けている。その結果、日本は先進国でも最も進行の早い「少子・高齢社会」に突入した。人口構成は極端に言えば高齢者を上辺、子供を下辺とした逆三角形の構造に近づいている。

国立社会保障・人口問題研究所が1995年に行った将来人口推計のうち、もっとも現実的とされた中位推計によると、20歳から65歳までの現役世代はすでに1998年から減少を始めており、2008年から総人口そのものが減少を始めると予測されている。しかし現実の合計特殊出生率は平成11年において中位推計の1.47人を大きく下回り、低位推計が前提とした1.33人に近づいている。

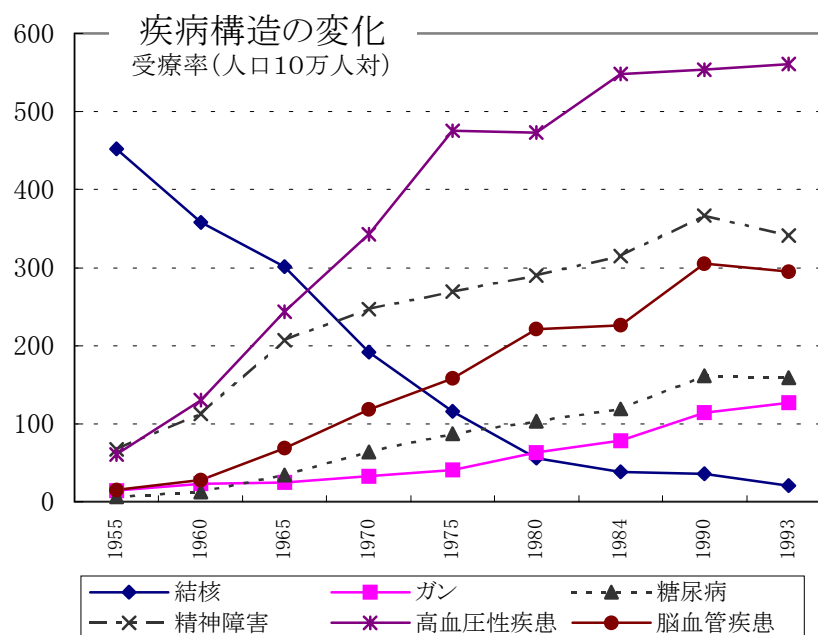


(2) 疾病構造の変化 ～特異性疾患から非特異性疾患へ～

高齢化の進行とともに、疾病構造にも変化が現れた。公衆衛生基盤や医療需給体制が未整備であった戦後から1950年代は、急性感染症中心の時代であった。赤痢やコレラなどの感染症に対応するため、上下水道整備等の公衆衛生施策とともに、診療所を中心に医療機関の整備が急速に進められた。

その後、医療体制の整備拡充に伴い、感染症は劇的に減少した。それにつれて、生活習慣病(成人病)の比率が高まり始め、1970年代には「がん」、「心臓病」、「脳卒中」の3つが死因のトップ3に並び、その予後を含む慢性疾患対応が医療の主流となりつつある。さらに、日本の平均寿命はさらに伸び、1980年代中頃からは、入院患者全体に占める65歳以上高齢者の比率が4割を超えるなど、高齢化に伴う疾患(老人退行性疾患)の高齢患者の増加が顕著になった。

感染症などの急性疾患は、その病因が明らかであり、「特異性疾患」と呼ばれる。これに対し、現在増えている慢性疾患や老人退行性疾患は、その原因や治療法を特定しにくいものであり、「非特異性疾患」と呼ばれる。現在進行している疾患構造の変化とは、「特異性疾患」から「非特異性疾患」への主流の移行であると言える。



(3) 医療に求められる役割の変化 ~「治療」から「維持・管理」、「生活支援」へ~

「特異性疾患」から「非特異性疾患」へという疾病構造の主流の変化は、医療に求められる役割、質(内容)にも変化をもたらした。

感染症等の治療が中心であった時代の医療は、患者も医師も感染症の「治療」のみを目的として共有でき、その方法の選択肢も限られていた上、迅速な対応が必要であった。このため、医者にすべてを任せて治してもらう姿勢でも支障がなく、むしろ効率的であると考えられた。

しかし、高血圧症や骨粗鬆症など、生活習慣病や老人退行性疾患の特徴は「完治」が難しいことにある。その結果、医療に求められる目的・役割も「治療」だけではなく、「症状等の維持・管理」、そして「生活支援」が加わってきた。これら疾患の症状等の維持・管理方法は、食事療法、運動療法などに代表されるように生活との関連が深く、患者のライフスタイルによって複数の選択肢が存在する。このため、患者は、自らが「自分はどのように生きたいのか」を考えた上で、その多くの選択肢から自らの生活に適した疾病の治療・管理方法を選択し、主体的に関わっていく必要がある。つまり、これら患者は病気と共生し症状をコントロールしながら、よりよく(より自分らしく)生きることが必要になってきたのである。

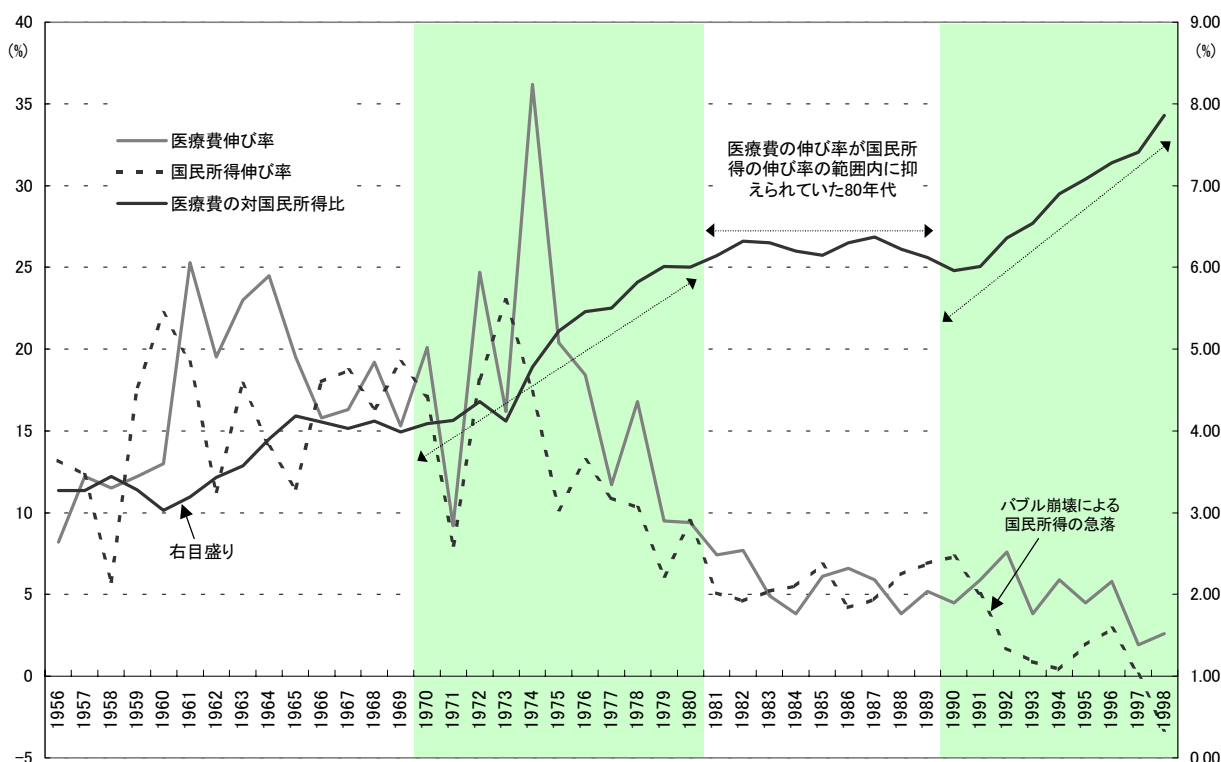
2) 経済成長 ~ 経済の低成長下における医療費の高騰 ~

(1) 国民所得の伸びを上回る医療費の上昇

長引く経済の停滞と、その一方で増え続ける医療費は、その負担を巡り深刻な事態を引き起こしている。

国民が一年間に、病気や怪我の治療に医療機関でいくら使ったかを示したものが「国民医療費」である。国民医療費は医療供給体制の整備・拡充に伴い一貫して増加し、1960年代頃は医療費も国民所得も毎年二桁の伸び率で増加していた。

国民医療費と国民所得の伸び率 及び 医療費の対国民所得比



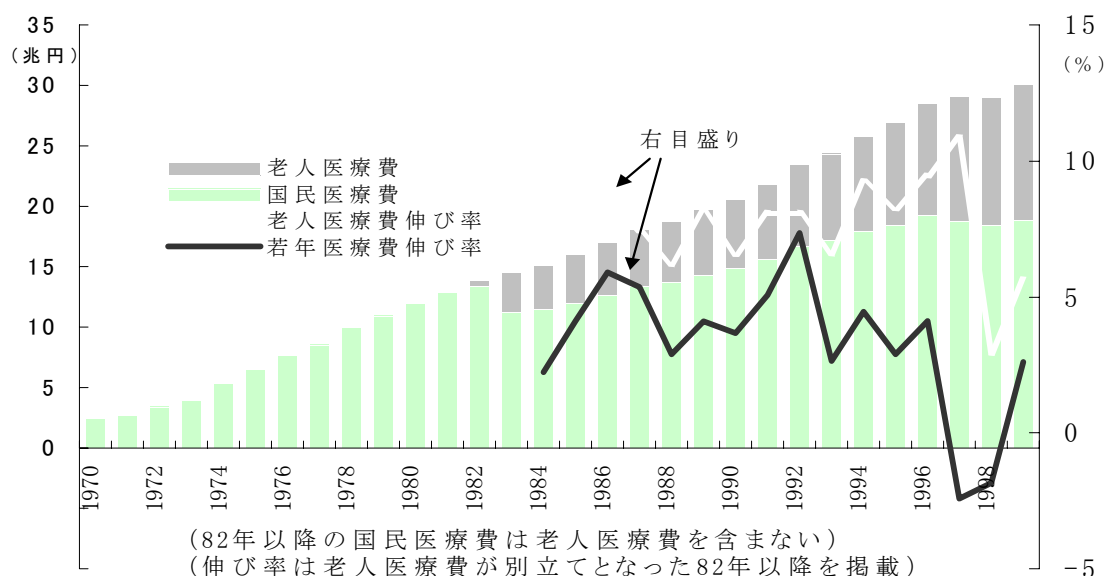
その当時、医療費の対国民所得比(右目盛り)は4%から5%後半まで推移したが、経済も順調に伸びていたため、それほど問題視されることはなかった。1970年代では、国民所得の伸びを医療費の伸びが大きく上回り、3K 問題の一つとして国民健康保険の財政が問題視され始めた。1980年代は経済がやや回復し医療費の国民所得比は6%程度に維持された。

1990年代に入り、経済の深刻な低迷が続く中で、国民所得の伸びが1%前後で推移したのに対し、医療費は平均5%で増加した。その結果、国民医療費は毎年1兆円のペースで増加を続け、1999年には総額30兆円、国民一人当たり約25万円の規模に達した。1995年以降は、医療費の対国民所得比は7%を超え、1998年には7.9%に達している。

(2) 歯止めの利かない老人医療費の増加

国民医療費の中でも、とりわけ著しく増加しているのが70歳以上の高齢者の「老人医療費」である。老人医療費は若年医療費の伸びを上回るスピードで上昇を続け、人口規模にして全体の15%程度の高齢者が使う医療費が、医療費全体の35%に達している。1997年以降、若年層の医療費の伸びが殆ど0に近い中で、老人医療費は平均して6%以上の伸びを示している。

国民医療費 および若年医療費と老人医療費の伸び率



3) 国民医療費の将来シミュレーション

では、これから将来の国民医療費はどの程度の規模になるのでしょうか。下図で示したのが医療費の将来推計である。国民医療費は下式のように、患者一人当たり医療費、受療率、そして人口とに分解できる。

$$\begin{aligned}
 \text{国民医療費} &= (\text{患者一人当たり医療費}) \times (\text{患者数}) \\
 &= (\text{患者一人当たり医療費}) \times (\text{年齢階級別受療率}) \times (\text{年齢階級別人口})
 \end{aligned}$$

推計にあたっては、年齢階級によって必要とする医療費が大きく異なることから患者を3つの年齢階級に分け、一人当たり医療費と受療率とを乗じ、これに人口推計値(国立社会保障人口問題研究所の推計に基づく)を乗じた(全て外来/入院別)。これにより、今後の高齢

者の増加・若年人口の減少を推計に織り込んだ。例えば、「入院」に必要な医療費の計算式は以下ようになる。

$$0\sim 14\text{歳の入院費}=(0\sim 14\text{歳:入院一人当たり医療費})\times(0\sim 14\text{歳:入院受療率})\times(0\sim 14\text{歳人口})$$

$$15\sim 69\text{歳の入院費}=(15\sim 69\text{歳:入院一人当たり医療費})\times(15\sim 69\text{歳:入院受療率})\times(15\sim 69\text{歳人口})$$

$$70\sim\text{歳の入院費}=(70\sim\text{歳:入院一人当たり医療費})\times(70\sim\text{歳:入院受療率})\times(70\sim\text{歳人口})$$

(1) ケース1：高齢化によるインパクト推計

第一のケースとして高齢化が医療費に与えるインパクトを推計した。一人当たりの医療費と受療率とを現在の水準で固定し今後伸びないと仮定した場合、人口構造の変化(つまり少子高齢化)が医療費に与える影響のみが抽出される。

これによると、医療費は年率1.1%で伸び、高齢化による医療費の増加はやはり避けられないが、その伸び率は比較的穏やかで、一般に思われがちのように「高齢化」だけが直接的に医療費の高騰を招くわけではないことが判る。

(2) ケース2：トレンド型推計

第二のケースは、医療費が今後も現在までのように伸び続けることを想定したものである。つまり、年齢別の患者一人当たり医療費が過去のトレンドで推移することを前提としている。

これによると国民医療費は年率3.5%で成長し、2020年には80兆円、うち老人医療費は40兆円、また2030年に医療費は約100兆円、老人医療費が50兆円に達するという結果になった。

現状において、高齢者一人当たりにかかる医療費は、若年の伸び率を上回る伸びを示している。この推計においてもその傾向が反映された結果、現在約35%の老人医療費の比率が2020年には50%まで高まっている。

医療費の将来シミュレーションの結果は、下表の通りである。

国民医療費の将来シミュレーション(2ケース)

<現行医療保険制度>						<高齢化要因のインパクト>					
単位:兆円						単位:兆円					
	1990	2000	2010	2020	2030		1990	2000	2010	2020	2030
国民医療費	20.6	35.1	54.4	80.1	98.6	国民医療費	20.6	31.4	36.4	40.3	38.6
老人医療費	5.8	14.0	24.9	39.9	49.7	老人医療費	5.8	13.1	18.5	23.8	23.8
老人/総額(%)	28.0	39.9	45.8	49.8	50.5	老人/総額(%)	28.0	41.7	50.8	59.0	61.6

(3) 医療費増加要因の分析

医療費の増加要因は、①人口の増加、②人口の高齢化、③診療報酬改定及び薬価基準

改正による影響(医療サービスの価格の上昇)、④その他 の4つの要因から分析が進められている。

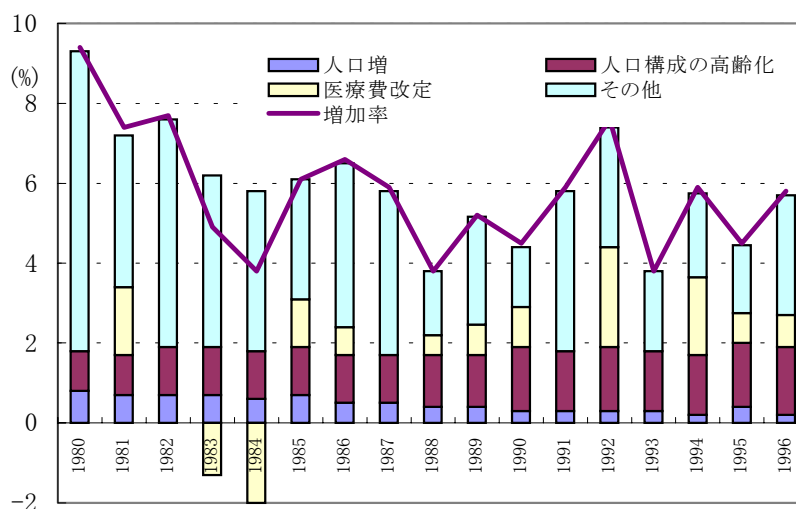
①人口増加及び②高齢化は共に「人口構造の変化」であり、①の伸び率が減少する一方で②が伸びている。これによって、下図からも読みとれるように①と②の合計は概ね2%で安定している。また、先ほど示したように、人口構造変化による医療費の増加はある程度想定が可能であり、予測可能といえる。

③診療報酬改定等は、医師等の給与上昇と医療機関が購入する材料・サービス等の価格上昇分に相当する、いわば「単価の値上げ」である。これは、中央社会保険医療協議会において厚生省・大蔵省、保険者、医師会等の協議により、極めて政策誘導的、且つ恣意的に決定されるものである。近年では、経済成長率等も考慮して1%程度に抑えられ、2000年度は+0.2%で妥結した。したがって、③はコントロール可能な要因である。

これに対して、④その他は、診療内容の変化によるものであり、「狭義の自然増」と呼ばれている。単価は同じでも、医療技術の進歩に伴い、医療現場で検査・治療・看護が積み上げられ、結果的に以前よりも一人当たりの診療単価が高くなっている。その部分については様々な要素を包含しており内容が明確でなく、予測やコントロールが及ばず、伸び率は年によっては3.8%にも達している。先の2つのシミュレーション結果に現れた差異のほとんどは、この④の要因によるものと考えられる。

1970年代頃までは診療報酬改定による「医療サービスの価格」(③の要因)の政策的コントロールが、有効に機能してきた。しかし、1980年代以降、医療費増加要因の比重が予測しうる①②や政策的に管理可能な③よりも④に移行し、今後経済成長が見込めない中で、医療費総額をコントロールする政策的決め手を失ってしまった。

医療費増加の要因分析



3 . 課題 ～現行医療制度の問題点～

1) 現行医療制度の問題点

(1) 世代間の受益と負担のゆがみ

人口構造の変化に伴う現役世代への負担増加

現行の医療制度では、医療費は公費・保険料・(患者の)自己負担によってまかなわれるが、その内訳は、1998年度で公費32%、保険料53%、自己負担等15%となっている。この制度は、人口の増加と経済の右肩上がりの成長を前提として作られている。

しかし、これから深刻化する人口の高齢化と若年層の減少は、より医療費のかかる高齢者を少ない現役世代が支えることにつながる。現在の全人口に占める高齢者の割合は約17%であるが、2025年には27%程度まで高まると推計されている。

拠出金負担の増大による保険者財政の逼迫

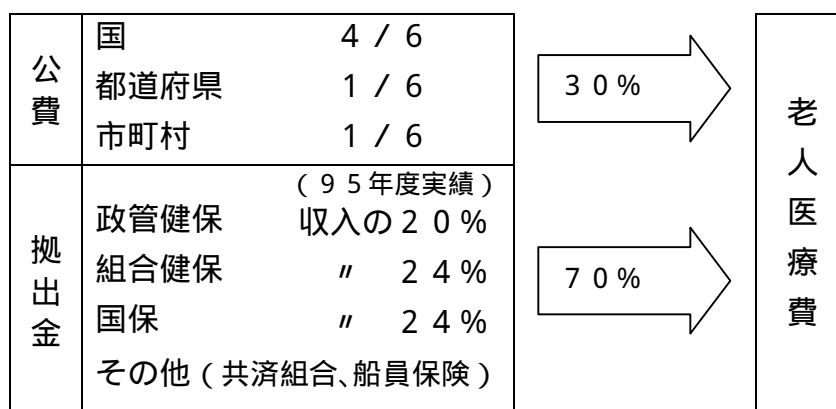
高齢者の増加とともに、老人医療費も増加を続けている。1998年度の実績では、国民医療費は29兆8251億円、このうち老人医療費は10兆円を越えている。年齢別に一人当たり医療費をみると、65歳未満の若年層は年間約15万円であるのに対して、65歳以上高齢者は約70万円、70歳以上では約80万円と若年層の約5倍となっている。老人医療費は、高齢化のスピードを上回る勢いで増加している。

老人医療費を支出する老人保健制度は、高齢者を多く抱える国民健康保険の医療支出の増大による財政の悪化を防ぐため、職域保険がそれら老人医療費を共同で支援するものとして考えられた財政調整の制度である。総額の約7割を各保険制度からの拠出金、残りの3割を公費で負担している。7割の拠出金の割り振りは、保険者間の年齢調整により各保険者に同率の高齢者がいると見なして算出する。被保険者の平均年齢が若い保険者ほど、拠出金の割り当ては相対的に多くなる。そして、老人医療費の増加とともに、保険者からの老健拠出金負担が増大し、保険者の財政を圧迫し始めた。老人医療費が年間10兆円となった今日では、拠出金は平均で組合健保の保険料収入の4割にも達している。そしてこの負担の重さが、健康保険組合の本来の事業である、(若年)被保険者のための医療保険運営を圧迫し始めている。この数年間、財政難、特に拠出金負担に耐えられず解散する健保が増加してきている。

組合健保、政管健保、共済組合など、職域保険の収入の大部分は従業員の給与水準に連動した保険料収入であるが、経済成長の停滞に伴い給料が伸び悩んだこと、雇用を控えたこと等により保険料収入が滞っている。収入の増加が見込めない状況で、保険者の運営状況や医療費削減努力とは無関係に、拠出金は老人医療費の総額に応じて自動的に割り当てられる。そのため、仮に保険料収入が低下したとしても給付の抑制には結びつかない。職域保険の保険者の多くは、積立金の取り崩しや直営保養所の売却などによる支出の削減により、

拠出金を捻出している状況である。

老人医療費の負担構造



政管健保、組合健保は、この他に退職者給付拠出金として収入の約3～5%の負担も行っている

世代間の受益と負担のゆがみ

組合健保、政管健保、共済等の職域保険では、保険料を被保険者本人と雇用主が折半して負担している。また、被扶養者の保険料は、その保険全体で負担する構造を取っている。これは、いわゆる保険の持つ所得の多い者から所得の少ない者への「所得移転機能」である。

さらに、老人保健制度により「世代間の所得移転機能」が加わる。老人保健対象の70歳以上高齢者は、主に国民健康保険に属しているため、低所得の場合は保険料が低く、使用する医療費とはかなりの格差がある。

高齢者が「応益」に見合う負担を免除されている一方で、それらの負担を若年層が負っており、世代間の受益(給付)と負担の「ねじれ」が生じている。このねじれは、今後更に高齢化が進むにあたり、現在ほど自分の高齢期は安心できないという若年層の直感的な将来不安にまで繋がっている。

(2) 情報不足による患者満足度の低さ

疾病構造の変化に伴う、医師と患者の“情報の非対称性”の顕在化

急性期医療中心から慢性期医療・介護の比率の増大という疾病・治療構造の変化は、医師と患者の情報ギャップ(これを“情報の非対称性”という)をより顕在化させた。

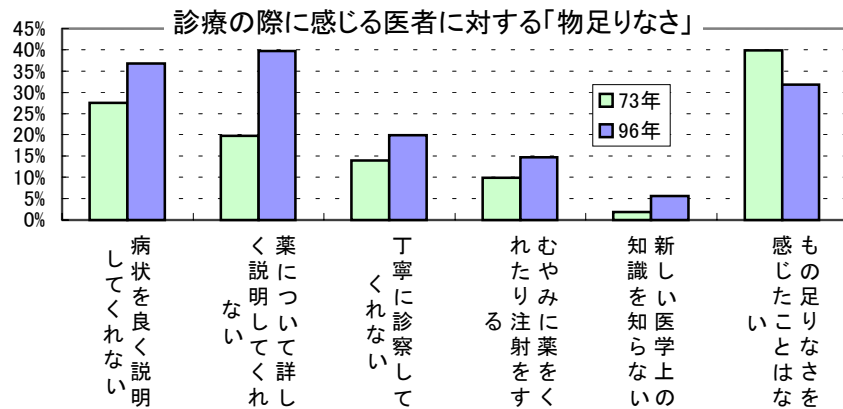
疾病構造の変化によって患者の医療への主体的関与の必要性が高まったものの、患者の側にはそのために必要な医療情報が決定的に不足している。まず、どの疾患にどの医療機関が適しているのか、どの病院にどういう医者がいるのか、その実績はどうか、疾病の治療・管理方法にはどのような選択肢が考えられるのか、医療提供者側(医療機関あるいは医師)

では当然把握されているこれら基本的な情報は、公的には患者・国民には提供されていない。

諸外国との比較においても「利用者への配慮」が課題

日本人の医療に対する不満は、前述のWHOの調査報告にも現われている。この報告では、アンケートを基に推計した「人権の尊重や利用者への配慮」の項目では6位という結果になっている。この調査結果は、医療水準とその配分、寿命の長さに関しては世界第1位であるが、医師と患者の関係は十分ではないことを示している。

患者一人当たりの診察時間、プライバシーの尊重、診療内容や検査・投薬に関する説明など、患者への配慮の水準は高いとはいえない。また、患者は医療サービスの購入者であるにも関わらず、医療内容について情報不足・理解不足であるため、何をされているのか分からず、何か物足りなく納得できない、漠然とした不安感を感じている。



2) 企業経営に直結する問題へ

21世紀初頭において、加速する高齢化に伴う医療費の増加は不可避であろう。しかし、高齢化以外の要因において、医療費を合理化する何らかの有効な対策が打たれない限り、医療費は2030年には100兆円に達する可能性がある(将来推計のケース2)。また、厚生省の推計では141兆円と発表されている。

前述のように、職域保険では保険料を原則として被保険者と雇用主(企業や国)の労使折半で負担している。このため医療費の高騰は、企業負担の増大に直結する。仮に国民医療費が100兆円の場合の企業負担(雇用主としての国の負担分を除く)を計算すると、現行制度のもとではおおよそ28兆円となる。これに加え企業には他の社会保障費の負担(法定福利費)があり、年金・介護・医療を合計すると、2030年の企業負担は最大59兆円と試算される。これは最大値ではあるが、この半分としても企業活動に極めて重大な影響を及ぼす。

こうした企業の社会保障負担の増大は、企業の国際競争力の低下を招く恐れがある。

3) 医療制度の抜本改革は急務

これまで何度も医療費改訂や医療法改正の過程で、医療制度改革が行われてきた。しかし、それはその時々が生じた問題に対応する「つぎはぎ的」な改善であったため、保険の意義と範囲、保険者が果たすべき役割、独立採算制と保険料の意味など、制度そのものが全体として不明瞭となってきた。この不明瞭さが、世代間の受益と負担のゆがみとあいまって、国民の医療に対する漠然とした不安と不満を増長している。

介護保険制度が創設され、超高齢社会における社会保障制度のあり方に布石が打たれた今、医療制度の抜本的な改革が急務である。高齢者自身の医療費負担、公費と保険料のあり方、誰が誰の費用をいくら負担するのかという医療保険制度の原点に立ち返った根元的議論、そしてこれらの議論に立脚して、老人保健制度及び医療保険制度を抜本的に見直すことが急務である。

まず、将来にわたって継続的・安定的に運営していける制度とするために、人口構成の変化から影響を受けにくい制度へと変えることが必要である。そして、全体として医療費をコントロールする何らかの仕組みを作る必要がある。

また、保険システムのあり方と保険者の財政に関する見直しが必要である。老人保健制度は、リスク分散と世代間扶養の両面を持っている。その制度設計が複雑で多岐に渡ることから、保険給付と負担との関係、そして医療制度そのものの目的が不明確である。原点に立ち返り、医療制度の目的を明確化し、その目的にかなったファイナンスの仕組みを構築することが必要である。

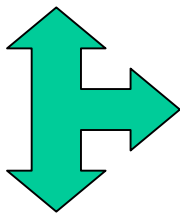
社会保障の目的は、高齢になったとき、傷病にかかったときなどに対する備えであり、相互扶助の仕組みである。負える負担は誰もが負う、相互に支え合う、誰もが受益の権利と可能性を有しているという、バランスのとれた「維持可能」な仕組みの再構築が必要である。

第II章 提言の位置づけ

< 本提言の位置づけ >

提言の視点

- 日本の医療の美点は維持し、よいところは伸ばす
 - 国民皆保険、高い医療成果の維持・強化
- 環境変化に対応し持続可能な制度への改革
 - 国民経済が支持可能な医療費負担レベルへ
 - 医療に対する国民ニーズの多様化に対応可能な医療応需体制の構築
 - 医療需給に責任を持つ主体・組織が機能を発揮できる環境の整備



提言の位置づけ

- 今後10年程度で達成すべき課題の提示
- 政府・医療機関・保険者・国民の負担と責任範囲の再検討

提言の方向性

- 高齢化と経済の低成長化に対応した医療需給体制の改革
持続可能な医療保険制度への改革
- 国民が納得して医療制度を支える仕組みの再構築
医療の質を向上させる仕組みづくり

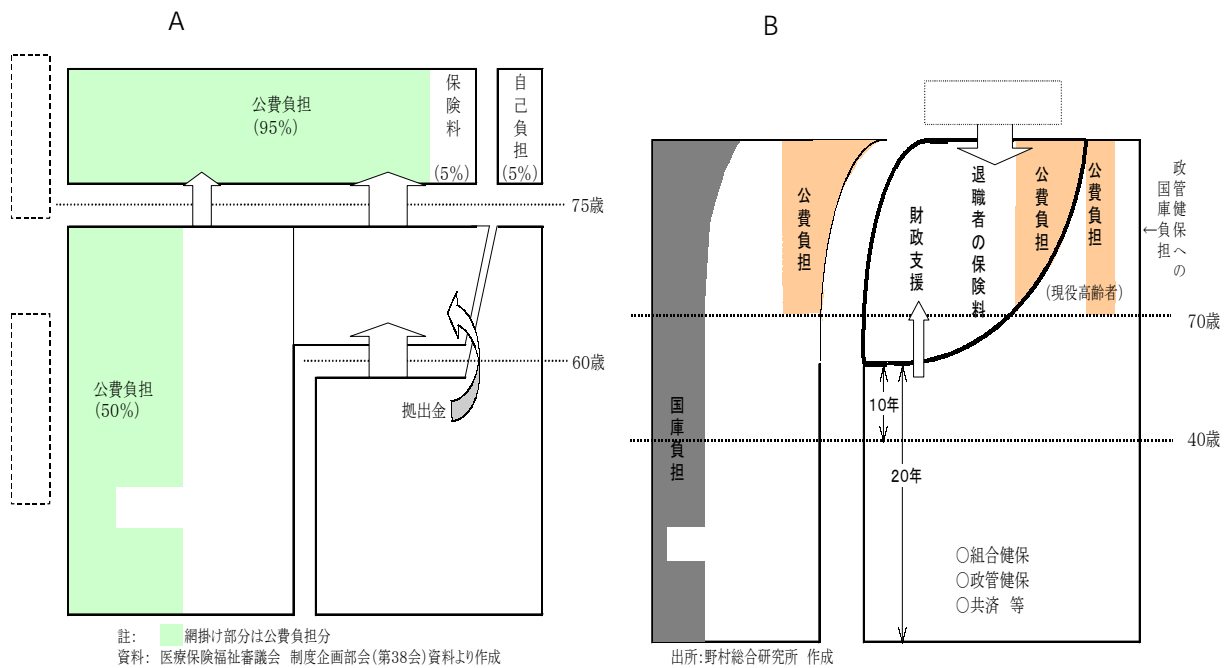
1. 近年の医療改革論議との関係

政府は医療を取り巻く環境が極めて切迫しているとの認識から、97年に医療保険福祉審議会を設置し、医療保険制度の抜本的改革を進めるための議論を行ってきた。また同年、厚生省は『21世紀の医療保険制度』を取りまとめた。どちらも、改革の柱を①診療報酬体系、②薬価基準制度、③医療提供体制、④高齢者医療制度を含む医療保険制度、の4本とし、これらをたたき台として、議論が進められてきた。審議会の議論を簡単に整理すると、①診療報酬については「出来高払い」から「包括払い」への移行が、②では「日本型参照価格制度」の導入が検討された。③では病院の役割分担と機能分化、かかりつけ医制度の導入などが幅広く議論された。そして、④では老人医療の扱いを巡って様々な案が提示された。

中でも、医師会案として知られる「A案：高齢者医療保険制度」と健保連や経済界が主張する「B案：退職者健康保険制度（仮称）」が注目された（「A案」は、75歳以上の後期高齢者を対象に、5%の定率負担、5%の保険料を除いた全額を公費が負担するという仕組みである。また、「B案」は、現役を退いた被用者OBについては被用者保険に継続加入とし、国保

への大量移行を防ぐ、いわゆる「突き抜け方式」)。

これらの議論は、日本の医療を巡る環境の変化と改革の必要性を整理して提示した点は評価できる。しかし、具体的な審議の途上で、多様な当事者や利害関係者の間で立場の違いが鮮明となり、歩み寄りの接点が見つけれられないまま、改革議論そのものが頓挫してしまった。この問題が端的に現れたのが、薬価基準制度をめぐる議論であり、これだけで2年程度を空費してしまった。その結果、改革の目途とされた2000年に至っても、決定事項はほとんどない。



2. 本提言の位置づけ

1) 提言の位置づけ

これまでの論議は、現行制度の枠組みを前提に4つの検討の柱を打ち出し、それに沿った現実的な議論を進めようとしてきた。しかし、この検討の進め方が、現実的であるが故に利害関係者間に対立の構図をうみだし、議論の進行を妨げた。このため、3年以上の時間を費やして全く進まないばかりか、後退基調すら感じられる。

同友会報告では、こうした政府等の個別議論の是非を問うのではなく、改革の推進は急務であるとの認識から、先行の議論を参考にしつつ独自に議論・提案を展開する。概観したように、医療を取り巻く環境は極めて厳しい状況にあり、医療制度改革の抜本的改革が必要であること自体は、既に国民全体の総意となっている。こうした状況を踏まえ、改革の目的を明確にした上で、その目的に沿って、既存の枠組みを超えて課題を設定し直して提言する。

このような位置づけから、ここで言う提言はすぐには着手できないものも含み、時間的には今後10年程度を目途に達成すべき課題とする。その際、政府、医療機関、保険者、そして国民それぞれが果たすべき負担と責任の範囲を明らかにする。そして、これらの提言の推進を通じて達成されるであろう、2010年の日本医療の姿を模索する。

2) 提言の視点

提言の基本的視点は、医療制度における美点は維持しながら、環境の変化に対応した再構築を行うにはどのような改革が必要か、という観点から、国民、経営者の立場に立脚した提言を行うことにある。

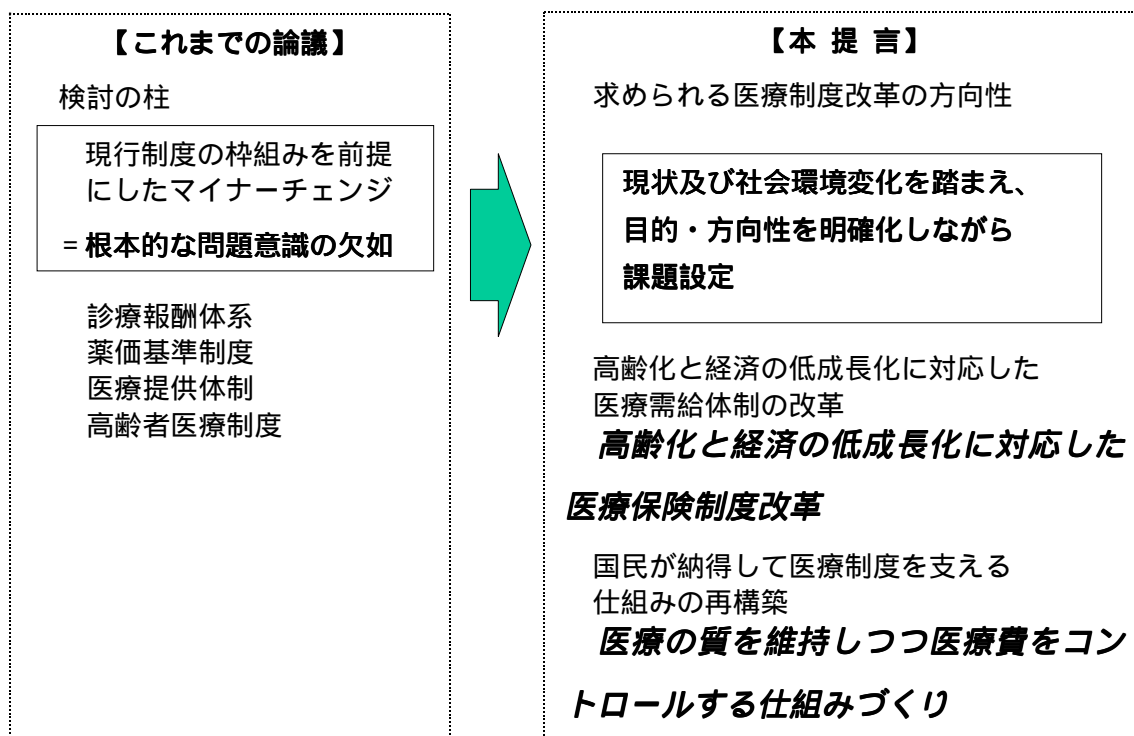
冒頭でも述べたように、日本の医療は世界的にも高い水準に達している。この高い成果と、国民皆保険制度に代表される医療へのアクセシビリティは美点として維持・強化していく。一方、これまでの「つぎはぎ」の制度変更や改革の結果、医療保険制度を代表に、急速な環境の変化に適切に対応しうる体制にはなっていない。よってこれからの議論は、国民が納得し支持できる医療システムへ再構築することに焦点をあてる。

このため、医療費を支持可能なレベルに維持していくこと、変化・多様化する国民ニーズに対応できる体制づくり、関連する各主体が責任を持ちながら、機能を発揮できる環境づくりなどを通じて、環境変化に対し柔軟に対応し得る制度への改革をめざすこととする。

3) 提言の方向性

このような背景から、制度再構築の方向として、「持続可能な医療保険制度への改革」、及び「医療の質を向上させる仕組みづくり」という2本の柱を立て、この柱に沿って具体的な改革議論を進めることとする。

内容は後段で詳述するが、本提言の柱と項目は以下のとおりである。



柱1 . 高齢化と経済の低成長化に対応した医療保険制度改革

高齢者医療介護保険制度の創設
医療保険の再編と機能強化

柱2 . 医療の質を維持しつつ医療費をコントロールする仕組みづくり

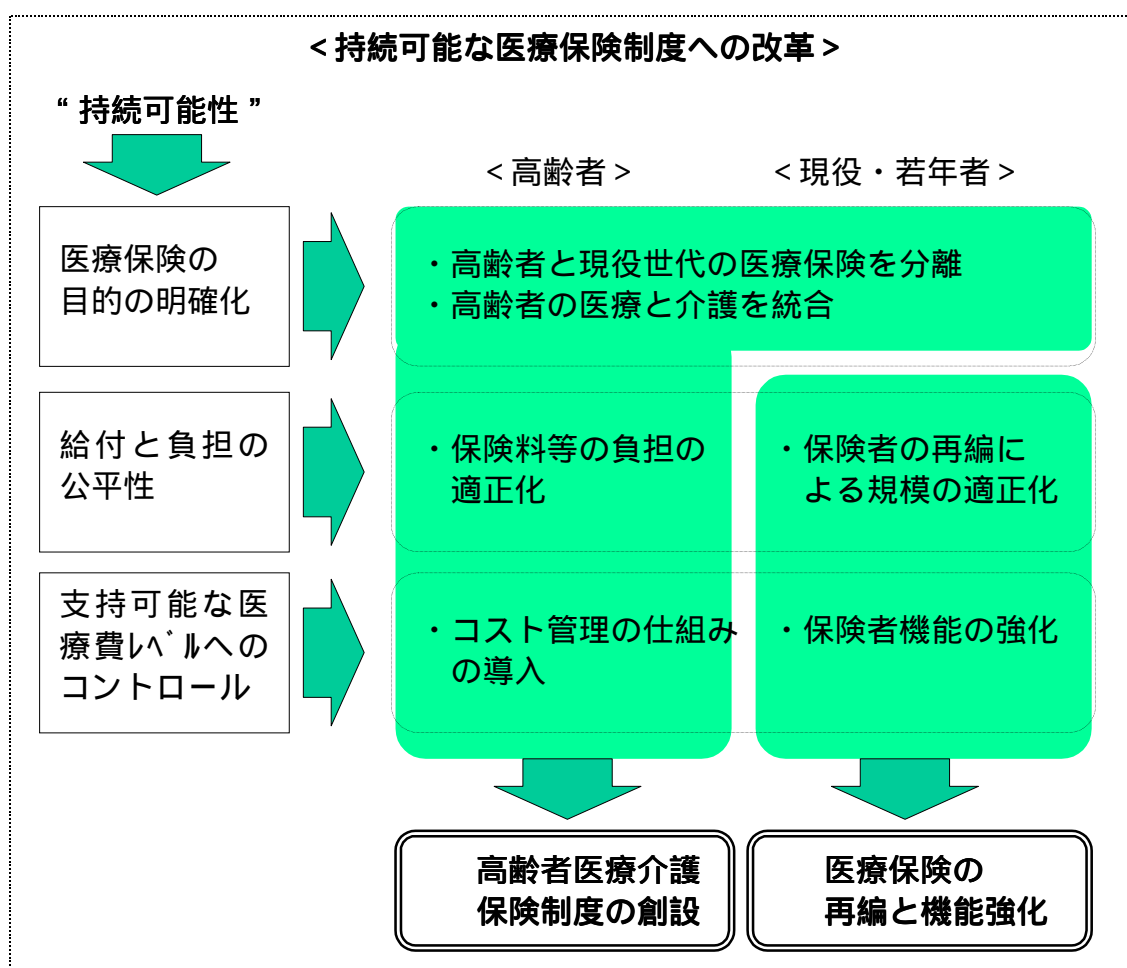
国家的な情報投資による医療の監視・評価の仕組みづくり
医療機関の競争促進と患者による選択

高齢化と経済の低成長化に対応した医療保険制度改革

今後しばらく、高齢化の進行と経済の低成長が続くことを想定し、被保険者(=国民)も企業も納得して支えていける持続可能な医療保険制度を再構築する必要がある。

医療保険制度における“持続可能性”とは、①医療保険の目的の明確化、②給付と負担の適正化、③支持可能な医療費レベルへのコントロール、の3つによって達成されることが考えられる。

そのため、まず高齢者と現役世代の医療保険を分離し、それぞれの被保険者の特性に適した保険制度を創設する必要がある。その上で、高齢者医療については「**高齢者医療介護保険制度の創設**」を通じて、現役世代・若年者のための医療保険制度においては「**保険者の再編と機能強化**」によって、負担と給付の仕組みを明確にし、医療費のコントロールを可能にする改革案を提言する。



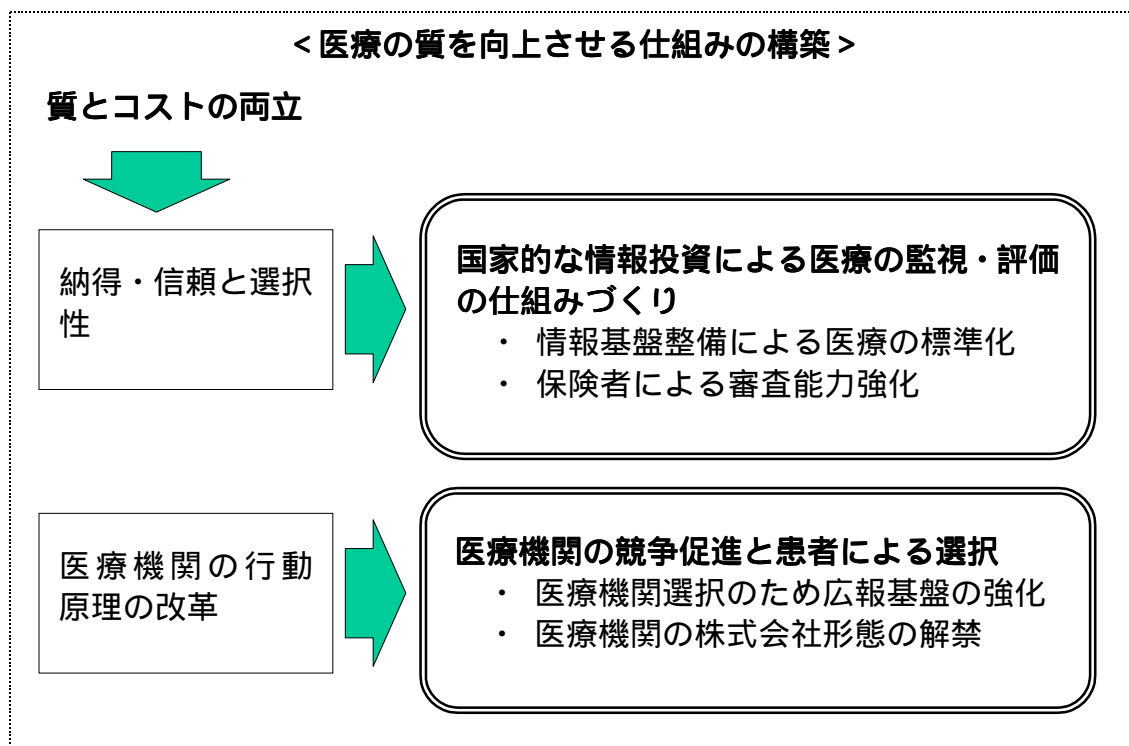
(2) 医療の質を維持しつつ医療費をコントロールする仕組みづくり

「医療の質を維持しつつ医療費をコントロールする仕組みづくり」のためには、医療サービスの内容の理解と質に対する信頼の確保が不可欠である。しかし、現状では、自分の受けた医療の質や値段が高いのか低いのか、診療内容は適切かどうかを判断できる状況にはない。これは、医療内容や価格について当事者である患者に情報を示さなくても保険給付が可能な仕組みであること、医療制度や医療費支払いまでの過程が複雑で理解しにくいことなどが要因となっている。この点を改め、国民にわかりやすい制度へと再構築する必要がある。

また、疾病構造の変化に伴い、患者が医療に求める役割が「治療」だけでなく「生活指導、生活支援」のウエイトが大きくなったことに対応した医療提供側の変化は、未だ限られている。

医療に求められる変化に適切に対応しながら、医療の質をあげていくためには、以下の2つの施策が必要である。すなわち、①医療に関する透明性・説明性の確保、②医療における競争原理の導入である。

医療に関する透明性・説明性の確保とは、需要側（支払い側）である保険者や患者に医療内容や価格に関する情報が届くことであり、本提言では、「**国家的な情報投資による医療の監視・評価の仕組みづくり**」を提言する。競争原理の導入とは、これらの情報をもとに国民各々が納得して医療供給者（医師、医療機関等）を選択（評価）できること、そして医療供給者は相互の競争を通じてサービスの質を高めていくことであり、そのための方策として、「**医療機関の競争促進と患者による選択**」を提言する。



第III章 高齢化と経済の低成長化に対応した医療保険制度改革

本章では、下記の体系に沿って、「持続可能な医療保険制度への改革」の具体的な方策を提言する。

< 持続可能な医療保険制度への改革 >

1. 高齢者医療介護保険制度の創設

- 65歳以上高齢者の医療・介護保険を地域単位で統合
- 保健目的の明確化
 - ・ 0～64歳の医療を対象とした医療保険
 - ・ 65歳以上の医療と介護を対象とした保険

高齢者医療介護保険財政における公平性確保の仕組み

- 若年・高齢者とも所得に応じて応分の保険料負担（応能負担）
- 若年・高齢者とも利用に応じて相応の利用者負担（応益負担）
- 全国的に財政調整する仕組みを導入

コスト管理の仕組みの導入

- 急性期/慢性期医療・介護の振り分け機能の導入
- 支払い方式の工夫（包括払い制と出来高制の適切な使い分け）

2. 医療保険の再編と機能強化

保険者機能の強化

- 被保険者の代理人としての機能（＝医師と患者の“情報の非対称性”の解消）を強化
代理性を発揮するために、情報基盤の構築、それを活用した審査能力の強化

医療保険の再編による規模の適正化

- 情報インフラ投資・審査に適切な規模に再編
県に複数の医療保険に統合（自主的に維持したい健保組合の解散は強制しない）

1. 高齢者医療介護保険制度の創設

医療保険の本来の目的・役割を改めて考えたい。特に、老人保健制度への拠出金は、各健保が徴収する保険料の意味、その存在の目的を不明瞭にした。誰のために支払う保険料なのか、収入の使途・支出の規模についての決定権は誰にあるのかなど、保険制度の根幹につながっている問題である。

高齢者医療では、慢性疾患や老人退行性疾患等に対する疾病管理や生活支援が中心であるのに対し、若年層の医療では急性期疾患の治療が中心となっており、医療の目的が大きく異なる。また、高齢者医療と介護は不可分である。

このため、疾病構造も保険リスクも全く異なる高齢者医療を若年層の医療から分離し、介護保険を統合して「高齢者医療介護保険制度」の創設を提案する。高齢者医療介護保険制度の対象者は、介護保険制度や年金等との連続性を考慮し、ここでは65歳以上を想定する。これにより、保険の目的が明確化するとともに若年層の医療保険における財政の安定性を確保しやすくなると考えられる。

制度の仕組みを設計する上での技術的な側面に関しては、今後さらなる検討を行い、決定すべき事項であり、ここでは、考え方のみを提示する。

1) 保険財政における公平性確保

(1) 保険者の単位

高齢者医療介護保険の保険者は、地域(県もしくは2次医療圏)を単位として複数設置し、必要とするサービスの量やサービス間の資源配分のあり方などは保険者の裁量の範囲とする。

また、慢性期医療や介護は、患者のライフスタイルと深く関わっており、急性期医療に比べて選択の幅が広く、それが治療上の必要性以上に個人の価値観に左右されるという特性がある。地域を単位とした保険制度であれば、地域毎の基盤整備状況の差異を考慮しながら、住民の選択によりサービス基盤の整備目標を選択することや、給付範囲を地域の特性を反映して設定することが可能である。

(2) 保険料 ~ 世代間扶養を考慮した負担の仕組みの導入 ~

財源については、高齢化が引き続き進行することを念頭におきながら、その持続可能性と、保険財政の公平性の確保に留意して検討しなければならない。高齢者間のみによる保険方式でのリスク分散は成立し難い。このため、保険制度に一定の「世代間扶養」の仕組みを組み込むことが必要である。

制度の財政的自立と世代間扶養の仕組みを併せて導入したものとして、介護保険制度の

財政構造は大きな示唆となる。介護保険制度では、保険財政の50%が保険料収入で賄われ、残りの50%が公費(税金)で保障されている。保険料収入のうち1/3(全体の17%)を第1号被保険者(65歳以上高齢者)が、所得の段階区分に応じた定額の保険料として負担し、残りの2/3(全体の33%)を第2号被保険者(現役世代)が所得に応じた定率の保険料として負担している。こうした仕組みを参考に、若年世代の保険料と公費(税負担)とを組み合わせて「世代間扶養」の仕組みを導入することを提言する。

若年被保険者は、自分が所属する若年層の医療保険への保険料に加えて、将来の慢性期医療・介護のリスクに対する保険として、高齢者医療介護保険に対しても付加的な保険料を負担する。これは、現行の老健拠出金が、高齢者医療にかかった費用を事後的に徴収する仕組みとは大きく異なる。保険料とすることで、負担の規模は事前に予測可能となる。

若年被保険者の保険料は、現行の医療制度や介護保険2号保険料の仕組みに準拠して、所得に応じた応能負担とする。高齢者自身も、所得ベースでの捕捉を基準として応分の保険料負担をする必要がある。

高齢者保険料と若年者保険料の負担配分については、介護保険制度では、高齢者1/3、現役世代2/3という負担の比率が被保険者数の比率で定められている。このため、高齢被保険者数が増えるとともに高齢者が負担する比率も増大し、現役世代の負担が過大にならないような仕組みとなっている。この「高齢者医療介護保険制度」においても、この仕組みを参考にしながら、高齢者の経済的水準など負担能力に基づいた検討が必要である。

(3) 自己負担

医療介護サービスの利用に際しては、高齢者も一定比率を自己負担として負担すべきである。この比率は、介護保険制度でのあり方を踏まえると、当面、サービス報酬額の1割が適切であると考えられる。

こうして、若年世代、高齢者がともに保険料と自己負担を適切に負担しあうことで、国民全体で保険財政を支える体制を確立する。

(4) 全国的財政調整 ～地域間の条件の差異を補正する仕組みの導入～

地域を単位として保険を運営する場合、住民の年齢構成の違いなど、保険者の意志や努力では解決できない地域的な条件の違いが生じる。これら不可避な差異については、全国的な財政調整によって補正する仕組みが必要である。

介護保険制度でも、このような財政調整の仕組みが組み込まれている。公費負担分50%の負担割合は、国が25%、都道府県と市町村がそれぞれ12.5%となっている。国の負担する25%のうち5%分は「調整交付金」として、高齢化率等の差異の補正に充てられる。また、医療保険者を經由して徴収される第2号被保険者の保険料も、一旦全国でプールさ

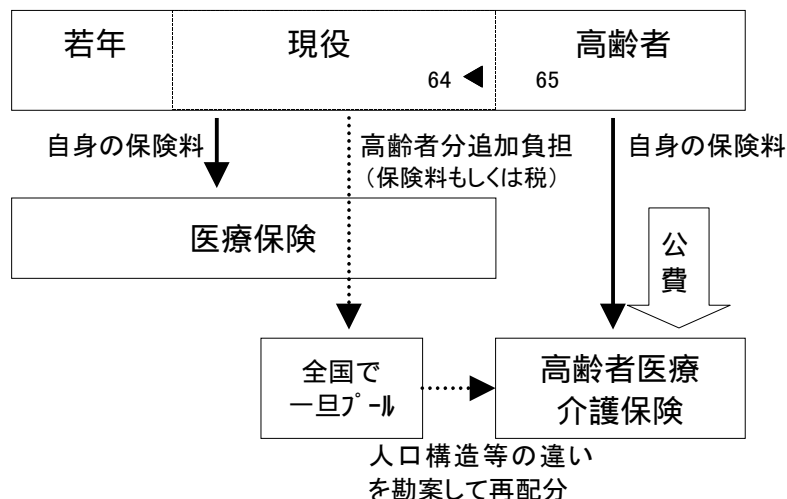
れた後、第1号被保険者数に応じて各介護保険者に配分されており、地域間の条件の差異を埋める役割を果たしている。

新たに創設する高齢者医療介護保険制度においても、このような調整交付金の導入が妥当である。高齢化率等に現れる地域毎の条件の差異を、調整交付金及び現役世代の保険料の再配分によって全国規模で財政調整する仕組みを導入する。公費負担の導入は、若年層が税金の負担によっても世代間扶養を行うことを意味している。

なお、保険料負担と公費負担の割合については、介護保険制度の配分(5:5)が参考になるが、現行の老人保健制度の配分(3:7)との相違に留意しながら、さらなる議論によって決定すべきである。

こうした財政の仕組みによって、給付と負担の世代間・地域間の公平性を確保しながら、人口構造や経済成長の変化に対応できる保険財政の基盤ができると考えられる。

保険財政の公平性確保（改革案）



2) コスト管理の仕組みの導入

高齢者の医療や介護は「生活支援」的な側面が強く、急性期医療に比べて利用者の価値観やライフスタイルによる選択性がある。このため、高齢者医療介護保険制度には、コスト管理の仕組みも併せて導入することが不可欠であると考え。その具体策として、①ゲートキーパー制(GP)の導入、②支払い方式の工夫の2つを提言する。

(1) ゲートキーパー制(GP)の導入

ゲートキーパー制(GP)を導入し、全ての高齢者は最初にGPの診断を受ける仕組みを創設する。このとき、GPは、ケアマネジャーとホームドクター(家庭医もしくはかかりつけ医)の双方の機能を果たす老年学等の専門家(ケアマネジャーと医師の双方の資格を有する者)とする。

GPは、高齢者の症状により必要な「急性期医療」サービスと「慢性期医療・介護」サービスを適切にコーディネートする機能を担うものとする。また、症状に変化が生じたときは、再びGPを受診することで、患者の疾病状態に最適な処方を受けられるようにする。

(2) ランク別包括支払制度

もうひとつの具体策としては、支払い方式の工夫を通じたコスト管理が挙げられる。

「急性期医療」に関しては、医療提供者(医師)、需要・支払者(保険者及び患者)の双方が納得できる包括払い方式が確立するまでには時間がかかると考えられることから、当面は適切な出来高払い方式による支払いが妥当である。

これに対し、「慢性期医療・介護」に関しては、現行介護保険制度の支払い方式を参考に、ランク別包括払い制度を導入する。介護保険制度では、訪問系サービスを除く通所系サービス及び施設サービスにおいて、同じサービスの種類であっても利用者の要介護度別に介護報酬(単位数)が定められている。要介護度は、高齢者の心身の機能を「ケアを要する時間」という観点で評価したものである。

高齢者医療介護保険制度でも、同様に、以下のような方式とすることを提案する。慢性期医療に関しては疾病の管理・生活指導等にかかる時間、手間、コスト等(例えば月あたり通院回数等)を、あらかじめ疾病ごとに評価し、ランク付け(認定)する。介護に関しては介護保険をベースとしてケアに要する時間を評価したランク(認定)を用いる。そして、医療介護サービスの費用の支払いは、このランク毎の報酬単価を基準として、包括払いとする。

包括払い制度を活用することにより、提供者側には経営の効率化インセンティブが生じ、よりコスト管理のし易い仕組みが確立できるものと考えられる。

2 . 医療保険の再編と機能強化

1) 保険者機能の強化

(1) 現行制度における保険者の位置づけ

現行の医療保険制度では、保険者の役割は、健康保険事業の経営主体として保険料の徴収および保険給付を行うものと位置づけられている。そして、医療機関からの請求に対し審査を行い、適切であると判断されれば支払い(給付)を行うこととされている。

健康保険事業は、保険方式における社会保障的施策である。こうした観点から見ると、健康保険事業は、本来国が行うべき事業であり、したがって政府が保険者として健康保険事業を管掌することは当然であると考えられる。つまり、健康保険組合は、本来国が行うべき健康保険事業を、国に代わって行う、代行的性格を有する機関と考えられる。

このため、現行制度では、保険者本来の中心業務である徴収、審査、給付に関して、保険者の自主性を発揮する余地はほとんどない。しかし、医療費の高騰が問題となっている現在、保険者にはより積極的な役割すなわち患者の代理人としての機能の強化が求められる。

(2) 保険者の果たすべき機能

保険者が果たす医療機関への支払い(給付)業務は、言い換えれば、被保険者に代わって医療サービスを購入するという役割である。そして、医療機関から送られてくる診療報酬明細書(レセプト)を審査するということは、医療機関の行ったサービス内容を審査することであり、ひいては医療機関そのものを評価するという意味も有している。そして、保険者には、診療報酬明細書(レセプト)を通じて、実際に医療機関によって提供された医療の内容に関する情報が集積していることになる。

こうした保険者の役割・特性を活用することによって、保険者は被保険者の代理人として機能することが可能である。つまり、保険者は、「審査」「支払い」という業務を通じて、医療機関に関する情報を収集・解析し、客観的に医療の質を評価する。そして、その結果をわかりやすく被保険者に伝達する。こうすることによって、保険者は被保険者の代理人として、医療提供者(医師)と患者の間の“情報の非対称性”を解消し、被保険者(患者)の医療に対する不満の軽減に貢献できると考えられる。これは、現行の医療保険制度・規制下においてもある程度実現が可能なもの(参考; 保険者機能強化の難易度 参照)であり、当面はこの範囲において保険者機能の強化を目指すべきと考える。

さらなる保険者機能強化の実現には法律の改正などを要することから、保険者の機能をどこまで高めるべきか、十分な議論と国民的な合意形成が必要となる。このため、本提言では、こうした議論喚起の必要性を提言し、本提言のさらに将来の課題として提示しておくこととする。

【参考】保険者機能強化の難易度

- 1 現行制度・規制下で実施可能
 - － 医療機関情報収集・解析
 - － 診療アウトカム評価
 - － 保険加入者の健康管理・受診指導
 - － 医療機関と保険者の直接対話（情報交換、患者健康管理）
- 2 制度・通達等の一部変更が必要
 - － 医療技術評価
 - － 医療機関の推薦
 - － 医療機関と保険者の直接交渉（点検、支払い）
- 3 法改正が必要
 - － 審査業務の自律化、審査決定権
 - － 医療機関と保険者の直接契約
 - － 診療報酬の交渉権
 - － 複数保険プランの提供
 - － 薬剤給付管理

出典) 広井良典編『医療改革とマネジドケア』p127-145

(3) 保険者の代理性の発揮

被保険者が代理人としての機能を発揮するためには、診療報酬明細書(レセプト)に記載されている医療内容を、標準化された医療内容と比較することにより、その適切性を評価できることが必要である。

しかし、現状では、保険料徴収や給付に関する保険者の裁量範囲が小さいことから、記入ミス等の単なる事務的な審査を行っているに過ぎない。審査能力が発揮されない理由は①尺度面と②能力・技量面の大きく二つから整理できる。

尺度面では、現在は、医療の標準化が進んでいないため、そもそも比較する対象がないことである。標準化が進まないのは、医師等の意見の違い等から合意形成ができていないためであるが、これは情報を蓄積するための情報インフラが未整備であるために、十分なデータに基づいた専門的な議論ができないことに起因している。

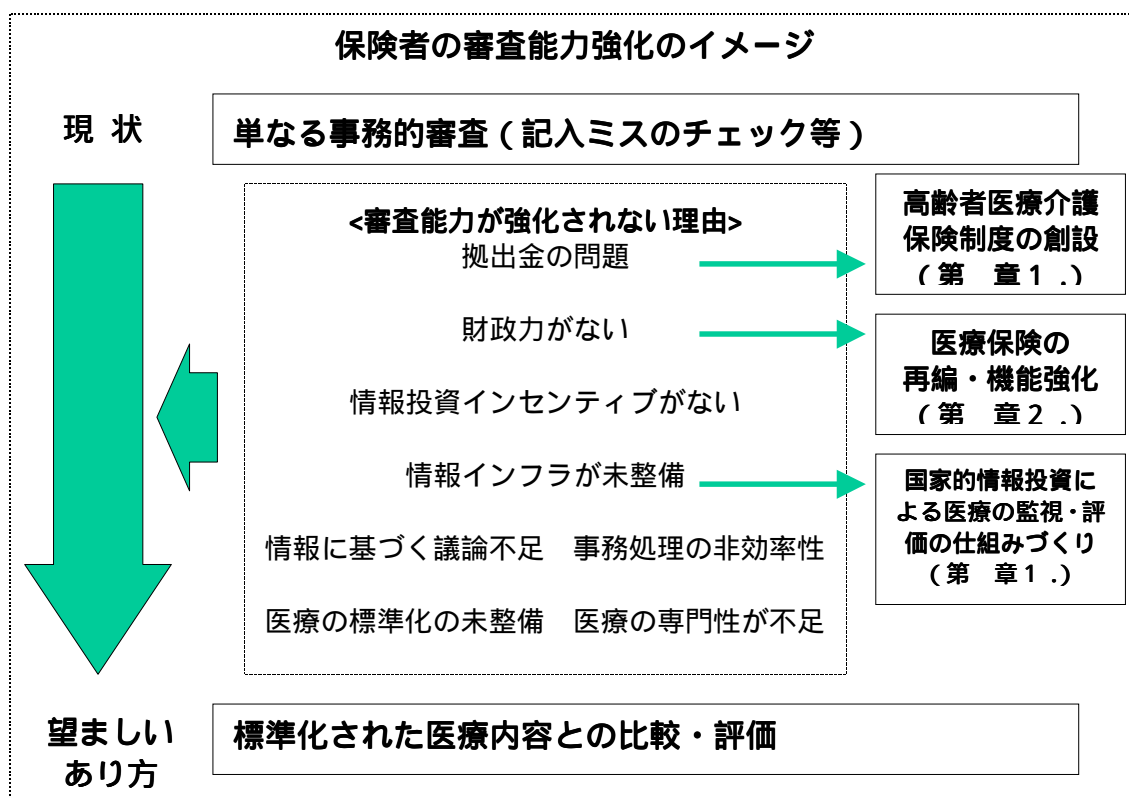
次に、能力・技量面では、保険者には医療内容を評価するだけの専門性が不足していることが挙げられる。これは、専門職(医師等)がいないためであるが、事務処理が非効率なた

めに事務処理で手一杯になり、医療内容を評価できるような専門職を雇用するだけの余裕がないのである。この非効率な事務処理の原因も、情報インフラの未整備に一因がある。

情報インフラの整備が進まない背景には、①保険者がそうしたインフラ投資をして医療内容を監視することに対してインセンティブが働きにくい、②老健拠出金負担が重くなる中で財政的余力がない、という点がある。

しかし、医療費の伸びを抑制し適正水準を確保するためには、保険者は「負担が大きいため、有効な手段が打てず、医療費はさらに拡大し負担も増加する」という負のスパイラルから脱出する必要がある。まず着手すべき事は、大規模な情報化投資による情報インフラの構築である。また、情報を活用して保険者の審査能力を強化するためには、保険者規模の見直し・適正化も不可欠となる。

高齢者医療制度のあり方に関しては、本章1. で提言を行った。保険者の規模の再編については、本章の次の節で具体的な案を示す。そして、情報化投資に関しては、第IV章の1で、具体的な進め方と関連主体の責任範囲について詳細に提言するものとする。



2) 医療保険の再編による保険規模の適正化

(1) 保険者規模と財政状況の現状

現在、医療保険の保険者は、全国に約5300存在する。それぞれの被保険者の加入者数は、保険者種類により千人に満たない小規模なものから数十万人規模までと、規模に大きなばらつきが生じている。

国民は医療保険に加入し、保険料を支払い、保険者はこの資金プールをベースに受療した被保険者の医療費を支払う。このとき、保険リスクの観点からは、保険者の規模は大きい方が好ましく、規模が大きくなるに従って保険者の財政は安定する。

しかし、実際には保険者の規模には大きなばらつきがあり、医療費負担と老健拠出金負担により、保険者の財政は極めて厳しい状況にある。

保険者の種類ごとに財政状況を見ると、市町村国民健康保険には、退職高齢者が職域保険から多く移行してくるため、保険料収入に比べて医療費支出が増大しやすく、財政基盤は構造的に極めて不安定である。このため、その大部分が赤字となっている。

政府管掌健康保険は1993年から連続で赤字を計上、その赤字幅は年々拡大している。組合管掌健康保険も、老人医療費に対する拠出金の額が大きいこと等により、その8割を占める1500近い組合が赤字に転落している。組合健保を持つ企業にとっては、事業主負担分の保険料が負担しきれず、健康保険組合そのものの維持が困難になり、解散する組合もここ数年増加している。現行制度をこのまま継続して行けば、中小企業のみならず大企業においても健康保険組合が解散され、政府管掌健康保険への移行が余儀なくされるなど、現行の保険制度全体の維持が困難になると考えられる。

(2) 保険者の再編による規模の適正化

医療保険改革の第一の課題は、統合・分割による規模の適正化を通じて、保険者の財政基盤を強化することである。先に述べたように、保険リスクの観点からは保険者の規模は大きい方が好ましく、規模が大きくなるに従って保険収支及び財政基盤が安定する。保険者が安定して運営を続けられるだけの財政基盤を確保できなければ、保険システムの維持は不可能である。

また、被保険者数の多い保険者では医療提供者に対する発言力も高まる。つまり、保険者の規模をある程度大きくすることは、保険者機能の強化を可能とするのである。

保険者の適正規模については、多様な見解があるが、本提言においては、「保険者機能の強化を図るための情報インフラ投資に耐え、審査能力を発揮できる規模」を想定する。これは、被保険者数にして10～50万人程度と考えられる。

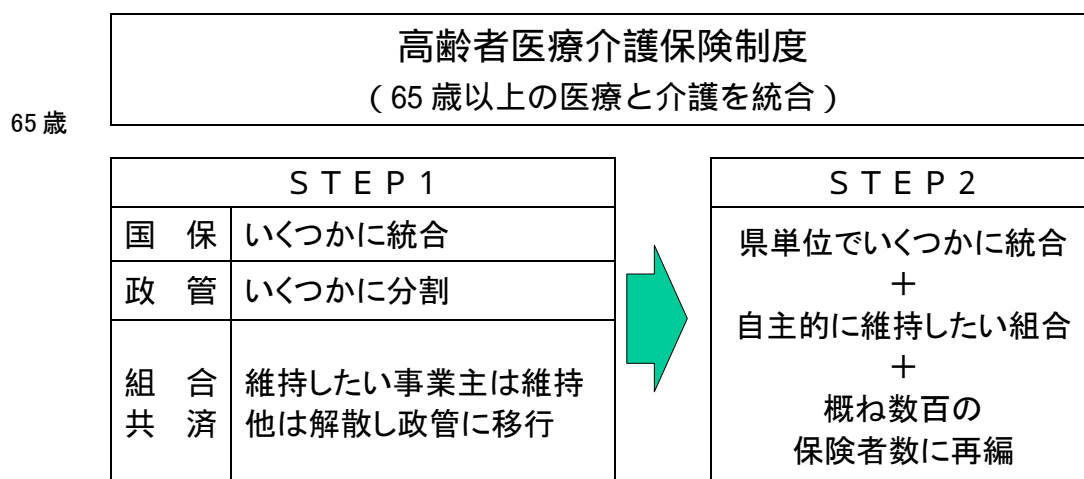
(3) リスク分散の単位を「職域」から「地域」へ

保険者の再編と同時に、リスク分散の単位についても、これまでの「職域」と「地域」との2本立てから「地域」分散へと、原則として一本化すべきである。前に示した保険者の規模から換算すると、県もしくは2次医療圏を単位として複数、全国で数百程度の保険者となる。

保険者の単位を地域とすることにより、地域の実情や住民の意見を反映した給付範囲が設定しやすくなる。そして、負担と給付が直接結びつくこと、医療水準の決定に住民の意見が直接反映されること等により、地域に密着した医療を供給する信頼性の高い仕組みが確立できるものと思われる。

また、企業の運営する組合健保に関しては、解散し地域保険への統合を原則とするが、自主的に維持したい企業は、これを可能とすべきであろう。

医療保険再編による規模の適正化（改革案）



(4) 「保険の選択」の是非に関する国民的議論を

医療保険制度改革が、「患者の代理性」という保険者機能の強化を目指すのであれば、将来的には国民によって「選択」されることも視野にいれて考えるべきであろう。現行制度では、個人はその職業等の属性により加入する保険が決められている。しかし、保険者間の競争を促進し、代理性の質を向上していくためには、そこに「競争・選択」という原理を導入する必要がある。

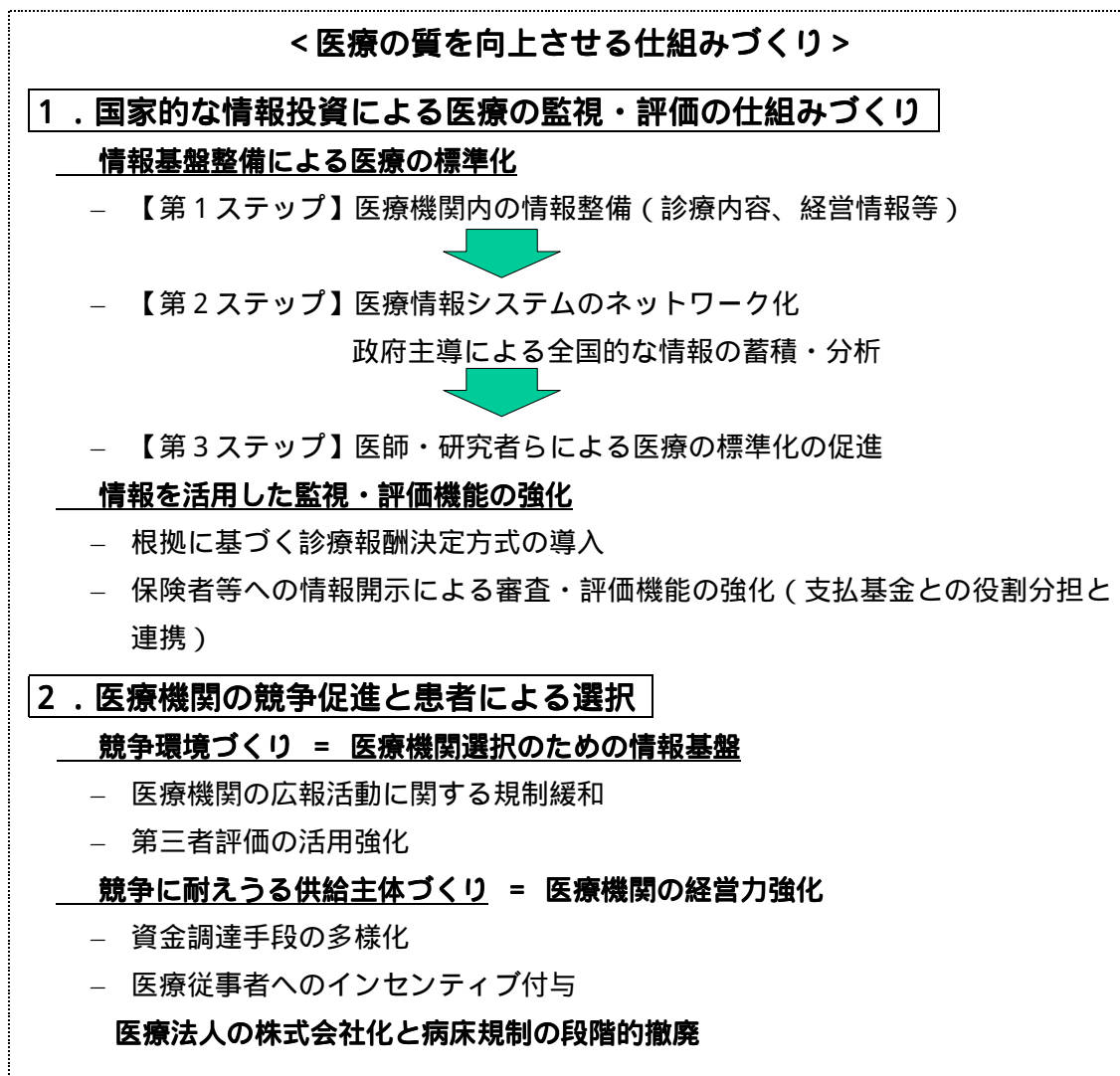
しかし、このような医療保険のあり方は、現状の日本の医療システムから考えると大きな改革であり、課題も多い。保険者を選択できる仕組みを導入するということは、被保険者が保険者によって逆選択される危険性があるということでもあり、国民皆保険制度の崩壊につながる可能性がある。また、給付範囲の自由化は、自由診療の問題と表裏の関係にある。これらについては、現段階における議論も熟しておらず、国民にとってもすぐに受け入れられ

るものではない。

これらは、今後国民的な議論を喚起し、その是非を巡って検討を重ね、合意形成を図っていくべき課題であるとする。

第IV章 医療の質を維持しつつ医療費をコントロールする仕組みづくり

本章では、下記の体系に沿って、「医療の質を向上させる仕組みづくり」の具体的な方策を提言する。



1 . 国家的な情報投資による医療の監視・評価の仕組みづくり

医療の内容や価格に関して、需要・支払い者である保険者や患者が納得するためには、徹底的な情報の開示が必要である。そのためには、国家的規模の情報投資によって医療を監視・評価するための仕組みを構築することが必要である。

以下では、政府(国)、保険者、供給者(医療機関、医師、学会)それぞれの責任範囲を明らかにしながら、情報化投資のステップを提言する。

1) 情報基盤整備による医療の標準化

(1) 第1ステップ：医療機関内の情報整備

まず、第一のステップとして、医療機関内部の情報が把握できる体制の整備が必要である。具体的には、医療機関における医事会計システム、電子カルテ(診療録情報、「退院時サマリー」の情報等を含む)などの情報システムの導入である。これにより、医療機関関係者は医療の内容及び経営に関する実態を把握し、より効率的な医療機関経営のあり方を探ることが可能となる。そして、各医療機関は、患者及びその代理人としての保険者に対して、これらの情報を開示すべきである。質の高いサービスを効率的に提供している医療機関は、情報公開を通じて保険者からの信用を獲得することが可能である。これらの情報化投資は、医療機関にとっての意義が大きいことから、各医療機関の責任において行うべきと考える。しかし、迅速な情報化を進めるためには、診療報酬点数化、社会保険診療報酬支払基金における審査料の値引き、支払いサイトの短縮化等、現行制度下でもすでにできるインセンティブ強化政策によって政府(国)が政策誘導することも必要であると考えられる。

(2) 第2ステップ：医療情報システムのネットワーク化と医療情報の蓄積・分析

次に、個々の医療機関における情報化がある程度進んだ段階において、第二ステップとして、これをネットワーク化することが必要である。具体的には、医療費請求の際に電子ファイルにて請求できる体制をつくること、医師間においてレセプト・カルテ等の情報交換を容易にすることが必要である。

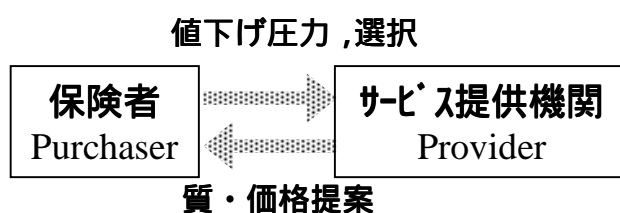
そして、これらの医療情報の収集と分析を行うことが必要である。個別医療機関ごとの情報を単体で持つ意義は小さいが、大規模に情報を集積することにより、医療機関毎、診療科目毎、医師毎、患者(疾患)毎の比較分析が可能となる。これらの情報を用いてベンチマーク分析等を行うことにより、一定の水準(域)を逸脱する特異値を示す診療科目、医師、患者(疾患)などが明らかになる。これをもとに、医療機関経営者は自らの医療機関の活動を評価したり、改善点を発見したりすることが可能となり、保険者は医療機関のパフォーマンスの比較評価が可能となる。

第二ステップの情報化投資は、政府主導で行うべきと考える。欧米諸国の医療システムの中では、医療機関(Provider)がサービスの質と価格とを保険者(Purchaser)に対し提案し、保険者が患者の代理人として、医療機関に対する値下げ圧力を行使しながら、医療機関のサービスを評価・選択するという「Purchaser-Provider モデル(購入者-供給者モデル)」が存在する。このため、保険者には医療機関評価(選択)に対するインセンティブが大きく、医療機関評価のための情報投資コストの負担も積極的に行っている状況である。しかし、日本の医療保険制度においては、こうしたモデルが存在しないことから、保険者の情報化投資に対

するインセンティブは低い。また、医療機関の経営上のメリット以上に、医療の質の向上によってそれ以上に患者である国民の利益が大きいことや、ネットワーク化に際して情報共有のための「標準化」が不可欠であることなどからも、政府が相応の費用負担と、強力なイニシアティブを発揮することが不可欠であると考える。

一方、保険者は、医療機関から提出される診療報酬明細書(レセプト)を電子ファイルで受けるための情報化投資を保険者の責任として行い、業務の効率化を図ることが必要である。

Purchaser-Provider モデル (購入者-供給者モデル)



(3) 第3ステップ：医療の標準化の促進

保険者は、前章で述べたように、被保険者の代理人として、医療機関から提出される診療報酬明細書(レセプト)に関してその内容が適正であるか否かについての審査能力を強化するべきである。これは、医療費の増加率を国民が納得して支えられる適正な範囲にコントロールするためにも必要である。保険者の審査能力を強化するためには、医療内容(質)を評価できるような標準医療マニュアルや薬剤使用ガイドライン等の作成及び公表が必要である。

そこで、情報化推進の第三ステップとしては、情報基盤のネットワーク化によって集積された情報をもとに(エビデンス・ベースド)、「クリティカルパス」や「標準医療マニュアル」、「薬剤使用ガイドライン」等の作成・導入により、「医療の標準化」を促進し、それにより医療サービスの質を底上げすることが必要である。こうした取り組みは、医療内容を最もよく把握している医師(医師会)や研究者(大学・学会等)が中心となり、国家戦略の一環として進めるべきである。これに対し、国は、厚生科学研究費等の研究助成を通じて、研究の促進を図るべきである。

情報化投資における各主体の責任範囲（まとめ）

情報化の段階	責任主体・範囲	費用負担
【第1ステップ】 医療機関内の情報化	○医療機関経営者（医事会計システム、電子カルテ等院内の情報基盤整備） ○国（政策誘導、促進）	○各医療機関 ○診療報酬等による政策誘導
【第2ステップ】 ネットワーク化、情報の蓄積・分析	○国（情報基盤の標準化、情報の蓄積・分析、分析結果の公表） ○保険者（電子レセプトの受理・審査のための情報システム整備）	○国（公費負担） ○各保険者
【第3ステップ】 医療の標準化	○医師会・学会（クリティカルパス、標準医療マニュアル、薬剤師用ガイドライン等の作成、公表） ○国（促進）	○医師会・学会 ○研究助成（厚生科学研究費等）

2) 情報を活用した監視・評価機能の強化

(1) 根拠に基づく診療報酬決定方式の導入

情報基盤の整備により、情報活用の促進を図り、医療機関（医療内容、経営状況等）の監視・評価機能を強化することが可能となる。具体的には、まず、根拠に基づいた（エビデンスベースド）診療報酬決定方式の導入を図るべきと考える。

現行の仕組みでは、中央社会保険医療審議会において診療報酬が決定されるが、実際には医療費の総額を交渉する場に過ぎず、個別の医療行為別の報酬体系は厚生省に委ねられている。このため、個別医療行為毎の診療報酬は、政策的意向が強く反映されており、診療行為（内容、質）に対する価格の妥当性は問われていない。医療機関や医療従事者のサイドからみれば、サービスの質を高めることに対するインセンティブが働きにくい仕組みとなっている。

医療サービスの質をより高めていくためには、診療行為の内容や質に見合った報酬（価格）決定が重要である。このため、中央社会保険医療審議会は、情報基盤の整備により収集された情報をもとに、診療行為ごとの内容・質と報酬（価格）の妥当性を検討する場として、その機能を変えていくべきものとする。

(2) 保険者の審査・評価機能強化への情報の活用

先に述べたように、保険者は被保険者（患者）の代理人として、医療機関のパフォーマンスを審査・評価する機能の強化が求められている。ここに情報基盤を活用する。

保険者は、まず、診療報酬明細書（レセプト）を電子ファイルとして受け取れるよう、その責任において情報化投資を行う。これにより、請求・決済業務の効率化を図り、業務としてのウェイトを下げることが可能である。

次に、保険者は、医師会・学会等で行われた医療の標準化に関する情報と、政府によっ

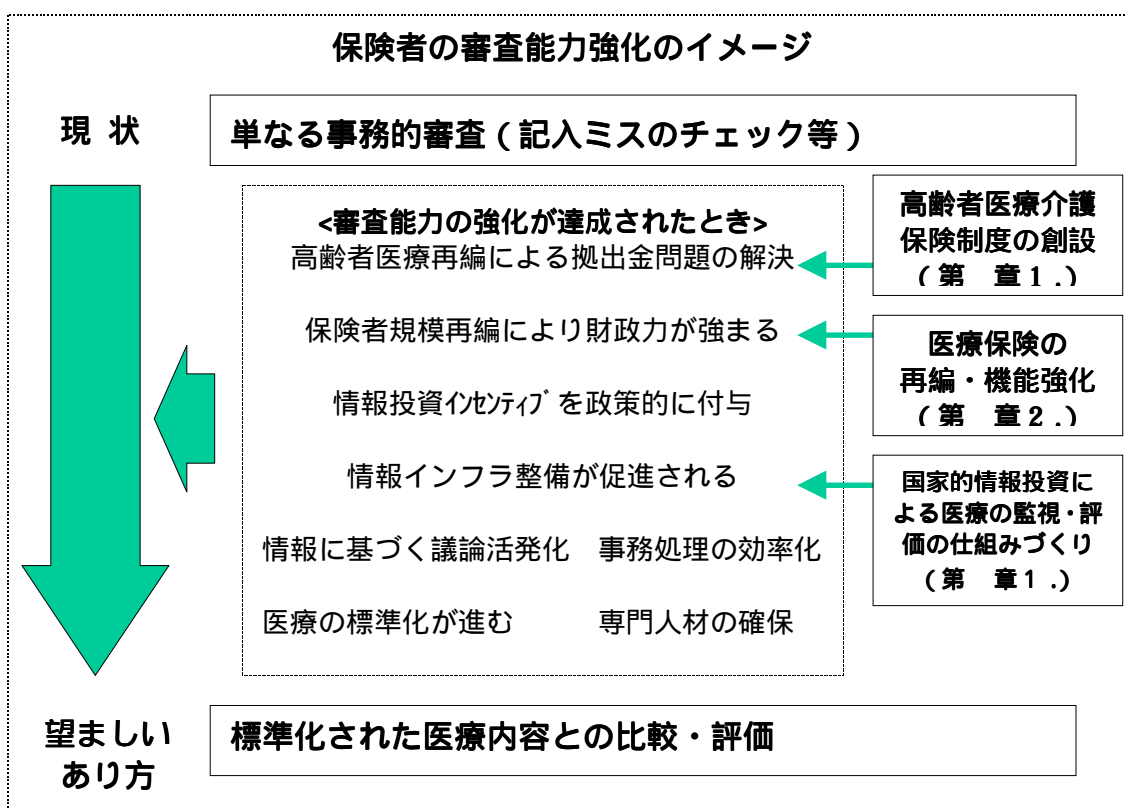
て蓄積・分析された価格に関する情報とを入手し、これらのデータをもとに審査能力を強化する。これらの情報を読みこなし、活用するためには、医師など専門知識があり、審査能力のある人材を確保することも必要であろう。

保険者の審査能力が強化されれば、医療提供者と直接的に交渉することが可能となる。このとき、社会保険診療報酬支払基金や国保連合会等が現在果たしている診療報酬明細書(レセプト)の一次審査的な機能のままでは、存続意義が薄くなる。このため、社会保険診療報酬支払基金や国保連合会等の果たすべき機能を再検討することも必要となる。

【参考】保険者の機能

- a . 請求・決済機能 : 情報化投資による大幅な効率化
- b . 一次審査機能 : 従来通り
- c . データ分析機能 : 医療情報の蓄積による保険者の審査・評価業務支援機能を新設
(第三者による医療機関の評価結果の収集と公表を含む)
- d . 「交渉の場」機能 : 医療機関と保険者間の意見対立を話し合う「場」としての機能を新設

保険者の審査能力強化のイメージ



2. 医療機関の競争促進と患者による選択

1) 競争環境づくり = 医療機関選択のための情報基盤整備

諸外国における医療制度改革をみると、「競争原理の導入」による効率化の促進がひとつのキーワードとして浮かび上がる。日本でも、介護保険制度では、競争原理が導入され、民間企業を含むサービス提供機関の競争を通じた質の向上と効率化が仕組みとして位置づけられている。医療保険制度においても、同様の考え方により、高い質を担保しつつ、効率化を図ることが必要である。

(1) 医療機関の広報活動に関する規制の緩和

医療機関を選択する主体は患者であり、その代理人としての保険者である。しかし、情報基盤整備が促進されさえすれば、患者や保険者は適切に医療機関を選択(=評価)できるわけではない。保険者に関しては、前述のように医療内容を理解できる専門人材を配置することで、ある程度の医療サービス提供者の評価は可能であると考えられる。一方で、患者にとっては情報基盤の整備は医療機関評価の十分条件とはならず、むしろ保険者からの情報に頼らざるを得ない状況になる。本来、患者は被保険者として各保険者の財政運営の効率性などを評価する立場にあることが望ましく、保険者と被保険者との間に新たに“情報の非対称性”が生じる状況は望ましくない。わかりやすく、正確な情報が医療機関から直接発信され、それをもとに患者自身がサービス提供者を評価・選択できる仕組みが必要である。

このため、医療機関の広報活動に関する大幅な規制緩和が必要である。現在の医療法においては、医療機関から情報発信できる事項は、医療機関名、診療科目、診療時間などに限定されており、医療機関が提供するサービスの内容や質を評価できるような情報の発信は禁じられている。しかし、患者が自らサービス提供機関を選択するためには、医療機関に関する情報を「広報」と「広告」とに明確に分け、医療機関の診療内容や特徴などの「広報」にあたる項目に関しては、情報発信を義務づけるべきである。一方で、不適切な情報が流布しないよう、「広告」に類する事項は、その根拠を明確にした上での情報発信に限り自由化する。「広告」に類する情報であっても、例えば、特定の手術等の実施件数や成功率などは、患者が医療機関を選択する上で重要な情報になるからである。

(2) 第三者評価の活用強化

また、第三者による評価についても、その活用強化を図るべきである。医療サービス提供者を評価する第三者機関として、現在、厚生省所管の財団法人医療機能評価機構が活動している。その設立趣旨は「国民の医療に対する信頼を揺るぎないものとし、その質の一層の向上を図るために、病院を始めとする医療機関の機能を学術的観点から中立的な立場で評

価し、その結果明らかとなった問題点の改善を支援する第三者機関」である。この機能を根本的に強化し、評価結果を公表することにより、患者の選択権を具体化すべきと考える。さらに、医療機関の「広告」については、適切かつ根拠に基づいた情報であるかどうかの審査も必要である。この適切性の審査についても、評価できる仕組み(機関)が必要である。

2) 競争に耐えうる供給主体づくり = 医療機関の経営力強化

医療機関の質や経営に関する情報が、患者や保険者に行きわたり、それぞれによる評価が始まった場合、医療機関相互の競争は激化する。現在の医療機関の多くは病床数 200 床未満の中小病院もしくは診療所であるため、その多くは非常に厳しい状況に追い込まれると考えられる。競争原理によれば、質を維持・向上させながら効率化を図ることができないサービス提供機関は淘汰されることになるが、医療機関の倒産、撤退が起これば最も困るのは患者である国民となる。このため、サービス供給主体そのものが競争に耐えうる主体となること、つまり、医療機関の経営力強化が必要なのである。

(1) 医療法人の法的位置づけ

医療機関の設立・運営を巡る法律は、方針転換による幾多の改正を経て、非常に複雑で入り組んだものとなっている。医療機関の法人としての位置づけを確認するため、以下ではまず、日本の法人制度の分類と特色の整理を行い、その上で医療機関の経営力強化に必要な施策を検討する。

民間の団体は、二つに分けられる。一つは構成員に対する利益の分配を目的に設立される営利団体(株式会社と株主の関係が典型的であり、商法の手続によって法人格が付与される)と、構成員に対する利益の分配を目的としない非営利団体である。非営利団体は、例えばダンス同好会のように会員に対して便益を提供することを目的とする団体(団体構成員の利益を図ることは公益ではない)と公益(不特定多数の利益、社会公共の利益)を目的とする団体に分かれ、後者は民法公益法人の規定によって法人格が付与される。

しかし、団体構成員に対する便益を提供することを目的とする非営利団体は中間法人と呼ばれ、その法人格の付与の手続が商法、民法によって準備されていない。このため、労働組合、協同組合等は特別法によって法人格が付与されている。特別法の手当がなければ法人格は付与されず、いわゆる「権利能力なき社団」となる(一般的には任意団体と呼ばれる)。

医療法における医療法人制度の立法趣旨は「私人による病院経営の経営困難を、医療事業の経営主体に対して法人格取得の道を開き、資金集積の方法を容易に講ぜしめること等により、緩和しようとするものであること。医療法人は病院又は一定規模以上の診療所の経営を主たる目的としなければならないが、それ以外に積極的な公益性は要求されず、この

点で民法上の公益法人と区別され、またその営利性については剰余金の配当を禁止することにより、営利法人たることを否定されており、この点で商法上の会社と区別されること」と述べられている。つまり医療法人は、特別法によって法人格が付与された中間法人である。

米国における民間団体に対する課税の動向を単純化して述べるならば、営利団体である株式会社に対しては法人税が課され、配当に対しては所得課税となる。一方、非営利団体の多くは非課税団体となりIRAが適格団体と認めた団体に対する寄付金は所得控除の対象となる。日本における株式会社、公益法人に対する課税も米国と同様に処理される。しかし、日本の中間法人に対する課税は団体毎に異なった様相を示す。

医療法人の多くは社団型医療法人であり、その利益に対して一般の法人税が適用される。社団型医療法人は社員の出資により設立され、各々の社員は出資比率に応じて持分権を持つ。持分権を持つが、剰余金の社外流出が禁止されているため配当を受け取ることはできない。ただし、当該医療法人が清算するとき、その残余財産に対して出資比率に応じた財産の返還が行われる。また、社員が医療法人から退社するとき、医療法人の時価評価ベースの純財産に対して出資比率に応じた返還請求が可能となる。つまり、退社、清算時に法人内に留保されていた剰余金、キャピタルゲインを手にする事が可能となる。したがって、所得税法はこの二つの事件が発生したケースでは、株式会社の減資、清算時に適用される「みなし配当」課税を行う。

つまり、医療法人が通常通り運営されているとき持分権は何の利益を生むこともないが、特殊な場面において剰余金の社外流出を可能とするのである。この点に注目し、持分権が相続される場合、相続税法は非公開株式が相続された場合に適用される計算式に近い方式で相続税を課す。このため、大都市で健全に運営されてきた医療法人は、巨額の内部留保、土地の含み益の発生により、納付すべき相続税は毎年の配当が禁止されている利益性のない持分権であるにもかかわらず巨額なものとなる。また、毎年の配当がないことも相続において問題となる。ある医療法人のオーナーが死亡し、3人の子供に相続が開始されたとする。3人のうち一人だけが医者で二人はサラリーマンであったとすると、二人のサラリーマンは自分にとって何の価値もない持分権を相続するために巨額の相続税納付が必要となる。

なお、株式会社においては50%超の株式を保有した株主は、役員人事を支配することによって会社経営を完全にコントロールすることが出来る。しかし、医療法人においては、持分比率が議決権に反映されず社員一人一票の議決権である。つまり、社員1人の持分比率90%、4人の社員の持分比率合計が10%であっても、後者の3人が合意すれば医療法人の執行機関である理事会人事を左右できる。多くの医療法人は、一族支配であると言われている。持分比例で議決権が付与されていないことは、持分権の分散に対して極めて慎重な

医療法人の行動を生み出している。①利益請求権がない持分権であるにもかかわらず、純資産ベースで相続税が課せられる、②持分比率が議決権に反映されず一社員一票であることが医療法人の矛盾である。

この相続税負担を回避する手段として、特定医療法人制度が導入されている。持分があるから相続税の問題が発生するわけである。したがって、持分権をなくしてしまえば相続税の問題は消滅する。

民法において団体は社団と財団の二つが想定されている。財団とは、個人あるいは法人が財産をある目的のために用いられることを条件に寄付行為を行うことで、この寄附された財産上に法人格が付与される制度である。この過程で、この財産に対して持分権を持つ主体は消滅する。したがって、剰余金の社外流出は発生せず、財団は自動的に非営利法人となる。特定医療法人とは、①持分のある社団を財団へと組織変更し、②同族支配の比率を下げ、役員給与の上限を定め、③差額ベッドの比率を下げ、すなわち公益性の上昇により、医療法人を、誰からも支配されていない非営利法人とする仕掛けである。この組織変更によって、一族支配のウェイトが下がり、相続税の問題がなくなり、公益性の比率上昇となる。そして法人税法は、特定医療法人の法人税率を公益法人の収益事業に適用される軽減税率とした。典型的には地方における中核的な医療法人がこの特定医療法人に移行したと言われている。

日本での医療サービス提供主体を大胆に要約すれば、以下の4種類となる。①まず開業医であり、その所得に対しては所得税が課される(なお、個人事業主が法人成りするケースと同様に、開業医に対しても一人医療法人となることが認められている)。②社団型医療法人は、剰余金の社外流出は禁止されているが、一般の法人税が課され相続税の問題を抱えている。また、持分権比率が議決権に反映されておらず、経営支配に不安定な面がある。③特定医療法人は地方における中核病院によく見られるが、同族支配のウェイトが下がり相続税問題は解消されている。適用される法人税率は軽減税率である。④国公立病院は非課税団体であり、日本の高度医療の中核を担っている。しかし、その多くが赤字であり、国、地方等からの補助金によって赤字分がファイナンスされている。つまり、非課税団体である国公立病院、法人税が課される二つの医療法人、所得税が課される開業医が日本での代表的医療サービス提供者なのである。

(2) 株式会社形態の解禁

日本の医療改革において、高度医療の中核でありながら赤字を計上している国公立病院をどのように考えるかは、大きなテーマである。国、地方財政の悪化の中で民営化等の議論が出始めているが、ここではテーマとはしない。テーマとするのは、医療法人の事業推進形

態はどうあるべきかである。

医療サービス提供主体にとって利益は必要である。利益がなければ、借入金が増加するだけであり、やがて金融機関からの借入も不可能となり、経営破綻となる。前向きに考えても、利益があるならば投資も可能であり、従業員の処遇を改善することが出来る。医療サービスの分野に競争促進政策が今後導入されていくものと予想され、生き残りのために投資は必須である。投資のために利益が必要とされ、かつ一般の法人税が課されていながら、利益の社外流出は絶対に認められないとの医療法の規定は理解が困難である。開業医の所得に対して強制内部蓄積の規定などない。個人事業主ではその経営の拡大は困難であるとして、医療法によって法人格が付与され、資金調達能力の大型化が目指されたはずである。資金調達能力の上昇が借入れ能力の増強だけだったのであろうか。エクイティファイナンスの道は全く無視して良いのであろうか。

当報告書においては、医療法人の事業推進形態として株式会社と非営利法人の二つの選択肢を提供すべきだと考える。したがって、医療法人の株式会社化の道を準備すべきである。

このことによって、持分権と議決権の矛盾は解消され、経営支配のルールは安定化しよう。株式化は、持分権の流動性を高め、相続負担を軽減させよう。また、持分権が株式に転換されることによって利潤証券となり、株式による資金調達も可能となろう。より根本的には、誠実な医療サービスの提供者として利益を目標としているならば、株式会社形態の導入は従業員にとって「生き様」が明快となろう。さらに、成長を続ける医療法人に公開の可能性も生じよう(成長は自己資本の充実につながる)。成長を目標とする医療の主体が登場すれば、医療サービス提供主体自身に革新の気運が生じよう。

医療法人の株式会社化については、アレルギーが強い。「公益性から見て利益の配分を目的とする事業推進形態は適当でない」が理由であろう。しかし、当局の強い規制のもと、公益産業である電力、ガス、鉄道、空運、薬業界は株式会社として東京証券取引所に上場している。病院経営も公益事業として強い当局の監督下、株式会社化、ケースによっては公開したとしても問題はないものとする。また、病院業界は組織としての統一が極めて困難だと言われている。医者、看護婦、薬剤師等が専門職制の下で団結しており、従業員が一つの目標に向かって努力しづらいためであろう。株式会社化を行えば、「やったら報われる」仕組みが導入され、その結果、医療サービスが向上し、利益の増加、従業員処遇の改善といった好循環を生み出すことも期待される。その面からも、医療法人の株式会社化を行うべきと考える。

(3) 株式会社形態の活用方向と病床規制の段階的撤廃

現在の医療機関は、経営という観点からみた場合、資金調達手段が限定されており、建物や高額医療機器等の設備投資が容易には行いにくいことが問題となる。また、医療計画に定められる病床規制により、事業の拡大も制限されている。高齢化の進行とともに、予防から介護まで一貫したサービスを提供できる事業主体に対して国民(患者)のニーズが高まっている。事実、医療法人と社会福祉法人等をグループ的に経営する複合型経営主体が誕生し、増えていることも明らかになっている。こうした状況を踏まえて考えると、医療機関の経営力を強化するためには、資金調達手段の多様化をてこに、事業の拡大・統合が容易にできる仕組みへと変えていくことが必要と考える。

その具体的手段として、医療法人の株式会社化と病床規制の段階的撤廃を行うべきである。既に、医療法人制度は、現状においても法人税や相続税の面で既に商法法人(株式会社等)と同じ扱いであり、むしろ資金調達手段が多様化することにより、医療供給の継続性は高まると考える。また、経営効率化等による事業の成功の果実が経営者と従業員で配分できることにもつながり、医療従事者に対して経済的にもインセンティブを付与することが可能である。こうした仕組みが整備されれば、競争激化によって経営が行き詰まった場合においても、経営力のある法人による買収などを通じて、倒産することなくサービス提供を続けながら、効率性を高めることができると考える。ただし、経営者の方針によっては、財団法人化等によって公益性の高い事業を行うことも認められるよう、ある程度の自由度を持たせることが必要である。

医療法人の株式会社化については、今後 10 年程度をかけて行うべきであり、また、病床規制も、それにあわせて段階的に撤廃を進めるべきである。

第V章 それぞれの主体が向かうべき方向

以上の提言により、日本の医療保険制度は、これまでに達成してきた高い質を維持しながら、高齢化等の環境変化に耐えうる持続可能な効率性を有する仕組みへと変革するものとする。

本章では、第三章、第四章で整理した方策を、サービス提供機関(医療機関、医師、学会等)、政府、保険者、国民(=患者=被保険者)という関連主体毎に再整理し、その負担と責任の範囲を明らかにしながら、2010年の日本医療の「あるべき姿」を概観し、本提言のまとめとする。

1) サービス提供者

医療機関は、各医療機関の機能を分化・明確化し、それぞれのポジションを明らかにする責任を有する。また、医療機関内部における情報化投資及び医療機関の「広報」情報の発信により、保険者や国民がサービス提供機関を選択できる条件を整備することが必要である。そして、株式会社化等により経営基盤の強化を図りつつ、質の高いサービスを効率的に供給できる体制をつくることが求められる。

一方、医師会や学会等、医師を中心とした団体は、「クリティカルパス」や「標準医療マニュアル」、「薬剤使用ガイドライン」等を作成・導入し、「医療の標準化」を促進することによって、医療の質を全体に高めていく責任を有している。

2) 政府

政府は、医療機関が個別に整備した情報システムを全国的にネットワーク化するための情報化投資の負担を行うことと、情報共有化のための情報基盤の標準化のためにイニシアティブを発揮することに責任を有する。

そして、医療機関の質(医療内容)と経営(価格)に関する情報を蓄積・分析し、その結果を公表すること、医療機関の広告規制の緩和、第三者評価の活用促進などにより、保険者や国民がサービス提供者を選択できる環境づくりに対して責任を負う。

さらに、競争原理が適切に働くよう、監視・機能することが求められる。

3) 保険者

保険者は、まず、再編によって規模を適正化することにより、財政基盤の強化を図る責任を有する。その上で、診療報酬明細書(レセプト)を電子ファイルで受け取れるような情報化投資の負担を担い、請求・決済機能の効率化を図ることにより、保険者が本来発揮すべきサービス提供者を評価する機能を強化することが求められる。

そして、被保険者の代理人としてサービス提供機関に対して強い発言権を持ち、被保険

者の意向を給付に反映していくことによって、国民(被保険者)の不安を解消することが求められる。

4) 国民

国民は、自らが応分の費用を負担し、保険者やサービス提供機関を選択する主体としての自覚意識を持つことが求められる。そして、様々な発信される情報を活用しながら、国民(被保険者)の与えられる選択権を行使することによって、競争原理を適正に働かせることが必要である。