

翔け！日本の医療産業

～ 求められるシステム改革～

2003年3月

社団法人 日本経済調査協議会

Japan Economic Research Institute

序

わが国は、少子高齢化など社会の構造変化と経済の長期停滞という厳しい環境下において、社会保障制度全般にわたる抜本的な改革を迫られている。医療制度についても厚生労働省、日本医師会をはじめ関係機関が様々な提案を行っており、それらを踏まえた改革方針が平成14年度末に示されようとしている。

日本の医療制度は国民皆保険とフリーアクセスを特徴とした世界に誇れるものであるが、一方、ニーズを踏まえた質の改善と効率性には問題をはらんでいることも事実である。高齢者の増加等に伴う医療への多様な要請とゲノム治療など高度先進医療の進展により、時代の要請と技術進歩に即した医療の質の向上を効率的に実現することが従来にも増して求められている。

このような状況認識のもとに、当会では、潜在的な可能性をもつ医療が新たなサービス産業として発展する方途について考える立場から、平成13年12月、調査専門委員会を設置した。

委員長には㈱NTTドコモ相談役 大星公二氏、主査には東京医科歯科大学教授 川淵孝一氏にご就任願ひ、また、委員には経済界、医療界、学界、言論界の有識者の方々に多数ご参加いただいた。

本報告書では、産業・医療・学界といった立場の異なる方々から頂戴した医療に対する取り組み・認識・課題などに関する報告をもとに、日本の医療産業がはばたいていくために必要なシステム改革の実現に向けた提言を行なっている。

医療産業は国民が安心して暮らすために必要不可欠であるだけに、質と効率の両立が強く求められる。提言の具体化・実現に向けて、医療従事者・関連産業・行政の取り組みとともに、需要者である国民に認識と行動を切に願うものである。

最後に、本報告書の作成にあたり、ご多忙の中ご尽力いただいた大星委員長、川淵主査をはじめ、委員ならびにご協力いただいた関係各位に深甚なる謝意を表する次第である。

2003年3月

社団法人 日本経済調査協議会
理事長 橋 本 徹

は し が き

本報告書は、(社)日本経済調査協議会によって平成13年12月に組織された「医療産業のあり方を考える」調査専門委員会(大星委員会)の成果を取りまとめたものである。

増え続ける医療費をどう抑制するか、質の高い医療を望む国民の声にどう応えるか。平成14年度に予定されている医療制度の抜本改革に向けた議論が終盤を迎えている。これまで、各機関等から改革案が示されているが、いずれも医療の実情を踏まえた抜本的な改革とは言えず、具体性にも欠けている。今求められているのは、医療の抜本改革に関する工程表である。

第一に、必要なのは、「医療の受け手」と「医療の担い手」に存在する情報のギャップを埋める政策である。そのためには、「選択と集中」がキーワードとなる。

政策の目指すべき方向は医療の受け手への信頼に足る情報の提供と、医療の担い手側における情報の共有化の実現である。前者は、医療の受け手にはフリーアクセスが保障されいながら医療機関を選択する情報が殆どないことへの対応である。后者は、医療の担い手が意外にお互い同士を知らないことから、自分の置かれたポジションを認識できず必ずしも十分なサービスを保障できていないことへの対応である。

具体的には、現行のレセプト様式をアナログからデジタルに変更することから着手すべきである。そのためには、医療機関におけるコーディングの標準化が必須である。さらには、医療機関のパフォーマンスの数値化を行い、その結果を医療機関のみならず、一般市民にも公開することが望まれる。導入をスムーズに行うには、促進へのインセンティブの付与や医療事故が多発している医療機関から行うなどの工夫も必要である。

第二は、医療保険制度にまつわるモラルハザードを阻止する政策である。制度の維持継続性を阻害する恐れのある現象については、適時に適切な対応をとる必要がある。

具体的に対応が必要とされるものには、「社会的入院」、「はしご受診」、「生活習慣

病」、「オーダー・メイド・メディスン」などがあげられよう。個別に見ると、「社会的入院」は、医療固有の問題というより住宅政策の貧弱さへの対応という観点が必要である。一方、「はしご受診」や大病院志向は、患者の本源的欲求に根ざしたもので抑制は困難であることから、患者側と医療提供側の両面から制度を見直す必要がある。また、国民医療費の約4分の1を占めるといわれる「生活習慣病」に対しては「アメ」と「ムチ」の政策を、さらに、ポストゲノム下に進展が予想される「オーダー・メイド・メディスン」のような高額治療については、その財源負担のあり方を検討する必要がある。

第三は、医療をひとつの「産業」として捉える政策である。

政策の方向性は、「家族経営」的色彩の強い医療界を、真の「非営利組織」としてコーポレートガバナンスが期待できる組織体を作り変えていくことである。

具体的には、わが国の医療機関の約50%を占める医療法人制度を見直して、資金調達の多様化を図る一方、現行の衛生法規たる医療法を企業法的な「医療サービス法」に改正していく作業が求められる。

また、大学医療機関の参画を促して、医療産業クラスターを創出していく努力が求められるであろう。現在、神戸市が京都大学などとタイアップし、展開している「医療産業都市構想」は、これを具現するもののひとつである。

本委員会では、こうした問題意識に立って、改革工程表の細部を詰めることを目指した。どうすれば、医療が21世紀の「リーディング産業」になりうるか、より具体的な実行戦略と促進策を提示することを目的に、この報告、提言を行っている。

最後に本報告書の作成に際して御協力を賜った委員各位ならびに関係者の方々に心からの謝意を表したい。

平成 15 年 3 月

委員長 大星 公二

主 査 川淵 孝一

大星委員会委員名簿

(五十音順・敬称略)

委員長	大星 公二	(社)日本経済調査協議会理事・総合委員 (株)NTTドコモ相談役
主査 委員	川淵 孝一	東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科教授
	伊藤 伸彦	ジー・イー・エジソン生命保険(株)社長兼CEO
	大石佳能子	(株)メディヴァ社長
	大竹 美喜	アメリカンファミリー ライフ アシュアランス カンパニー オブ コロンバス日本社創業者最高顧問
	神野 正博	特別医療法人財団董仙会理事長 恵寿総合病院院長
	幸田 正孝	社会福祉法人恩賜財団済生会理事長
	近藤 俊之	(株)エスアールエル代表取締役
	斉藤 弘之	中外製薬(株)上席執行役員
	高橋 一成	三菱商事(株)ヘルスケア事業ユニットヘルスケアシステムビジネスシニアマネージャー
	田中 紀之	戸田建設(株)常務取締役
	長坂健二郎	(社)日本経済調査協議会総合委員 万有製薬(株)会長兼社長
	中島 健児	(株)ベネッセコーポレーションコーポレートコミュニケーション室室長
	中村 澄子	(株)日本医療事務センター社長
中村 康彦	医療法人社団愛友会上尾中央総合病院院長	
服部 正雄	トヨタ自動車健康保険組合常務理事	
南 砂	(株)読売新聞東京本社編集局解説部次長	
百瀬 剛	(株)損害保険ジャパン長寿社会開発部長	
専門委員	谷田 一久	広島国際大学医療福祉学部医療経営学科助教授
	渡部 博光	中央大学研究開発機構助教授

オブザーバー

高橋 弘行 (社)日本経済団体連合会経済本部社会保障グループ長
森口 洋充 中央大学研究開発機構客員研究員

幹 事 安藤 豪敏 (社)日本経済調査協議会専務理事
田中 邦彦 (社)日本経済調査協議会主任研究員

目 次

総 論

川 淵 孝 一 氏

．基本認識

1．求められる工程表	1
2．競争政策からみた医療分野	1
3．国民医療の実現に向けた2つの視点	3
4．雇用創出効果の高い医療産業	4

．提 言

1．情報ギャップを埋める努力	6
2．モラルハザードの阻止	7
3．家内産業から基幹産業へ	8

．工 程 表

1．財源 (Financing)	
1-1．タバコ税こそ公的医療保険の新たな財源	10
1-2．「高齢者医療」と「介護」の融合	11
1-3．SSSA制度の導入　シンガポールのMSA制度を参考に	13
2．提供体制 (Delivery)	
2-1．病院建替えの秘策　CM(Construction Management)の導入を	24
2-2．Focus Factoryの奨励	26
2-3．IT化で医療が変わる　- ハード、ソフト両面の整備を	27
2-4．DRGをベースとした病院ベンチマーク事業の推進	30
3．支払方式 (Payment)	
3-1．EBM導入による保険適用のルール化	33
3-2．健診事業の再構築　「健康日本21」を“絵にかいた餅”にしない ために	36
3-3．ITを活用した在宅医療への評価　テレ・ヘルスケア	37
3-4．レセプトの電算データ化へのインセンティブ	38
おわりに	40

各 論

第1章 病院改革 ～ニューフロンティアを求めて～	神野 正博 氏
. はじめに	45
. 病院改革の視点	46
. 病院改革の工程表	49
第2章 診療所改革 -「参加する医療」を支えるパートナー-	大石佳能子 氏
. Shrink to Grow	53
. まず、患者が自己改革せよ	54
. 「参加する」医療を支えるサポートシステム	56
. 診療所の復権 - 診療所改革の工程表	58
. おわりに	61
第3章 保険者改革	渡部 博光 氏
. はじめに	62
. 保険者改革の阻害要因	63
. 保険者改革による新たなビジネス	65
. 保険者改革の道筋	67
第4章 患者の意識改革	谷田 一久 氏
. はじめに	71
. 医療に対する患者の意識	71
. 患者を取り巻く医療制度の当事者とその関係	72
. 患者の権利を確立しようとする世の中の流れ	74
. 誰が患者の意識を変えうるか	75
. 患者の意識改革を促すための工程表	77
. おわりに	77
第5章 参考にすべき事例	森口 洋充 氏
. 本章の趣旨	80
. 具体的事例	80
. おわりに	87
特別寄稿 (2002年1月24日講演)	八代 尚宏 氏
医療産業の発展と株式会社による医療経営	89

総論

翔け！日本の医療産業 ～ 求められるシステム改革～

東京医科歯科大学大学院教授 川淵 孝一 氏

．基本認識

1．求められる工程表

増え続ける医療費をどう抑制するか、質の高い医療を望む国民の声にどう応えるか。平成14年度予定されている医療制度の抜本改革に向けた議論が本格化している。しかし、これまで、厚生労働省や各関連団体から改革案が示されているが、どれも具体性に欠け、これぞ抜本改革と思われるものが見当たらない。今求められているのは、医療改革に関する工程表である。

2．競争政策からみた医療分野

国民皆保険とフリーアクセスを特徴とするわが国の医療制度は、他の先進諸国と比して低いGDP当たりの医療費支出にありながらも、比較的少ない本人負担で医療サービスを国民にあまねく提供することを可能とした優れた制度であった。ところが、ここへきて医療保険財政の逼迫や健保組合の財政破綻、7割の病院が赤字であるといった経営の非効率に加え、情報開示や選択性など医療に対する国民の意識やニーズの変化に対応しきれないなど、大きな制度疲労が生じている。

また、先進諸外国と日本を比較した場合、一番目立つのは、平均在院日数の長さである。この理由としては、人口当たりの病床数が多い(過剰病床)、医療におけるマンパワーの不足、急性期の入院と慢性期の入院の混在にあると考えられる。図表1は、1)平均在院日数、2)病床数、3)職員数について、日本とアメリカ、およびOECD諸国を比較したものである。日本の平均在院日数はOECD諸国中最も長く、アメリカの約6倍、OECD諸国平均の約3.5倍にもなっている。また、病床数も飛び抜けて多いため、人口当たり職員数は大差がないにもかかわらず、1床当たり職員数では圧倒的に少ないことがわかる。

図表 1 医療における日本の特殊性

	指標	日本	アメリカ	OECD ※
1	平均在院日数	42.5	7.3	11.7
2	病床数(床/人)	16.4/1000	4.1/1000	7.1/1000
3	職員数(人/人)	12.5/1000	16.2/1000	13.7/1000
	(1床あたり)	0.8	4.2	2.1

※データのある国についての平均値

(出所：OECD HEALTH DATA2002)

一方、外来では、国際的にみてわが国における外来受診率は極めて高い(図表2)、このため、大病院への外来患者の集中や、長い待ち時間などといった弊害も生じている。

図表 2 外来受診率(回/年)の国際比較(1996年)

日本	16.0	ドイツ	6.5	カナダ(※)	6.6
アメリカ	5.8	フランス	6.5	スウェーデン	2.9
イギリス	6.1	イタリア(※)	6.6	韓国(※)	9.5

※イタリアは1994年、カナダ、韓国は共に1995年のデータ

(出所：OECD HEALTH DATA2000)

これまで医療分野においては、医療の特殊性から、医療法、健康保険法等に基づく規制が行なわれてきた。これに加え、「現物給付」を基本原則とすることから、全国一律に、すべての患者に平等な医療サービスを提供するという体制が構築されてきた。このため、医療を提供している主体は民間医療機関が中心であるものの、政府の管理の下で、供給者として医療サービスの価格と質において自由な競争を行なうことには制約が課されている。また、需要者である患者においても、フリーアクセスが保証されているとはいえ、情報の非対称性の問題もあり、個々の医療機関や医師に関する情報を入手し、これを基に選択することは困難である。

より具体的には、医療機関は病院の規模、建物や機械整備、サービスなどを競っているが、結局のところ設備投資の大半は保険診療で回収するしかないのも、資源の効率配分や最終的な患者利益の観点からみれば、非効率な競争が生じているとい

える。

一方、需要者の側からみると、医療機関の専門性、治療方法や平均入院日数、手術例の数、死亡率など、患者が真に必要としている情報を入手することはできない。また、診療報酬が公定価格であるとはいえ、実際には、医療機関あるいは都道府県により、同じ疾病でも診療内容の違いによって治療費用の総額には相当な格差が存在し、その結果、患者が支払う負担額も同一にはなっていない。

3. 国民医療の実現に向けた2つの視点

こうした中で、医療制度改革の議論がなされているが、当面の医療保険財政の問題にのみ焦点を当てたのでは制度疲労の根本的な解決にはならない。将来にわたって持続可能な医療保険制度を構築するためには、医療システムの抜本的な改革を同時に行なうことが不可欠である。何よりも、医療制度改革について国民の理解と支持を得るためには、国民の負担に見合う医療サービスが提供されることを約束する改革でなければならない。すなわち、これまでの「規制による質と量の確保」に重点を置いた医療システムから脱却して、医療システムを新しい視点で再構築する必要に迫られている。

わが国の医療システムの基本的な方向として、次の2点が求められる。ひとつは「規制による質と量の確保」から「患者による選択を通じた質と効率の確保」への転換である。医療については、これまで、情報の非対称性、需要構造の特殊性、

外部不経済等の側面が強調され、一般の財・サービスと異なる位置付けが自明のものとしてきた。しかしながら、国民の新たな期待やニーズに応え得る医療システムを再構築するためには、現行のさまざまな規制の合理性を改めて問い直し、医療の特殊性を踏まえつつも、可能な限りその特殊性を克服し、国民本位の医療を実現していくことが求められる。

いまひとつの方向は、国民本位の医療を実現するために、サービス産業としての医療産業の健全な発展を促進することである。単に医療費を抑制するだけでは、質の高い医療に不可欠な優秀な人材の確保は困難であり、「粗診粗療の蔓延」という国民にとって望ましくない結果を招く恐れもある。質の高い効率的な医療サービスの提供を確保するためには、国民皆保険制度の維持を前提とした枠組みの中で、公的

保険範囲外の医療サービスの拡大等により、医療産業の健全な発展を可能とする環境を整備していくことが求められる。

4. 雇用創出効果の高い医療産業

医療界は現在でも、約320万人の雇用を生み出している。さらに、わが国では本格的な高齢社会が到来する中で、医療・介護分野の雇用創出効果はますます増大することが予想される。しかし、わが国の1病床当たりの医療従事者数が少ないのはつとに有名である。図表3はその状況を数値でみたものだが、医師数はアメリカの6分の1、イギリス、フランス、ドイツの約3分の1となっている。そこで、1病床当たりの医療従事者を諸外国並みに引き上げた場合の「感度分析」を行なったところ、医療分野においてもスタッフ不足が生じることがわかった。たとえば、現状の水準に従った場合、看護職員は2025年において44.4万人の供給過剰となるが、医療費の対GDPがわが国の約2倍のアメリカ(13.9%)並みにマンパワーの投入量を増加させた場合、逆に、317.8万人の供給不足となることがわかる。さらに、医療費の対GDP比がわが国より低いイギリス(6.9%)並みに合わせても80.3万人の看護職員不足がわかる(図表4)。こうした中では、国内に限らず海外からも労働力を調達する方法も検討すべきである。たとえば、シンガポールでは、東南アジアや中国からの「出稼ぎ労働者」を受け入れ、看護・介護スタッフとして採用している。シンガポールの労働省によると、看護職の賃金は、ジュニアスタッフで月額1,000～1,500シンガポールドル(68,000～102,000円相当)、より経験のあるスタッフでは2,000～3,000シンガポールドル(136,000～204,000円相当)である。これらは同程度の経験を有する日本の看護職の賃金と比べて相当低いが、東南アジアの給与水準としては悪くない。わが国はかたくなに「移民政策」を拒んできたが、本格的な少子高齢化と産業の空洞化というダブルパンチが押し寄せる中で医療従事者の「市場開放」を真剣に検討する時期がやってきたのではないだろうか。

医療・福祉分野は、「21世紀の花形産業」とよく言われるが、かりにそうであれば、他のサービス業並みのマンパワーと給与水準を確保すべきである。そのためには、安定した新たな財源の確保が求められる。わが国では、財源を確保するのに保険料引き上げか増税かという二者択一の議論ばかりがなされているが、今後

は国民が納得して「医療の対価」を支払う新たなモデルを模索すべきである。

図表3 病床当たり従事者数（1996年）

（単位：人）

	日本	アメリカ	イギリス	フランス	ドイツ
医師	0.11	0.66	0.36	0.34	0.36
歯科医師	0.04	0.15	0.08	0.08	0.08
薬剤師	0.06	0.17	0.14	0.11	0.06
看護職員	0.45	2.04	1.00	0.68	1.00

（出所：OECD HEALTH DATA2001）

図表4 諸外国並みにマンパワーの投入量を増加させた場合

（単位：万人）

2025年	供給数	（現状の水準）		（アメリカ並み）		（イギリス並み）	
		必要数	需給ミス マッチ	必要数	需給ミス マッチ	必要数	需給ミス マッチ
医師	32.0	23.4	8.6	136.5	-104.5	74.2	-42.3
歯科医師	12.0	8.4	3.5	30.1	-18.2	17.3	-5.4
薬剤師	30.6	14.6	16.0	43.7	-13.1	34.8	-4.2
看護職員	148.4	104.1	44.4	466.3	-317.8	228.8	-80.3
4種類総数	223.0	150.5	72.5	676.6	-453.6	355.2	-132.2

（出所：筆者作成）

以上のような問題意識を踏まえて、我々は一定の工程表に基づいて提言を行なうことにする。

．提 言

現在、わが国では、良質かつ効率的な医療システムの再構築が要請されている。その実現のためには、患者の安全のために医療サービスの質を維持するための直接的な規制を設けることは必要であるが、患者がそのニーズに応じて医療機関を選択し、供給者である医療機関が相互に競争する過程を作ること、すなわち競争原理の活用が必要であると考える。

しかしながら現行制度では、医療保険の財政事情から、医療機関の病床数や医師の数に対し、供給の総量規制を課している。このような手法は、規制の目的にそぐわないばかりか、既存事業者の既得権を保護することとなり、競争を通じた医療の質の向上を妨げかねない。

そこで、まず医療機関についての参入制限を見直し、多様な経営主体を容認することにより、医療機関の経営の自由度を拡大し、より多面的な競争が行なわれるようにすべきである。同時に、患者が適正な情報に基づいて医療機関を選択できるような環境を整備することが不可欠である。しかし、医療機関と患者との間に情報の非対称性が存在することに鑑みると、保険者が患者の代理人として機能することが期待される。そこで求められる基本的な政策は次の3点である。

1．情報ギャップを埋める努力

まず第一は、「医療の受け手」と「医療の担い手」に存在する情報のギャップを埋める政策である。そのためには、「選択と集中」がキーワードとなる。医療の受け手にとってフリーアクセスが保障されているといっても医療機関を選択する情報がほとんどないというのが現状である。これに対して、医療の担い手も意外にお互い同士を知らない。そこで医療の受け手には信頼に足る情報を提供する一方、医療の担い手側も情報の共有化を進め、自らの得意・不得意を知ること、医療機関の再編を促進する必要がある。「重症な患者にお金をかけないで治した医療機関」が報われるような制度設計を目指すべきである。

具体的には、現行のレセプト様式をアナログからデジタルに変更するのが一番の近道である。国際標準とされるICD(International Classification of Diseases、国

際疾病分類) コーディングを医療機関に義務付け、医療機関のパフォーマンスをDRG (Diagnosis Related Groups、診断群分類) 別に数値化し、その結果を医療機関のみならず、一般市民にも公開するのである。手始めに、医療事故がマスコミなどで多数報道されている大学病院等82病院からなる特定機能病院から、当該政策を実行すべきである。

2. モラルハザードの阻止

第二に、医療保険制度にまつわるモラルハザードを阻止する政策である。いわゆる「社会的入院」は、医療固有の問題というより住宅政策の貧弱さにその原因がある。ケア付住宅の建設を促進する一方で、現在、在宅ケアより患者の自己負担が少ないとされる施設ケアの自己負担を引き上げる必要がある。

一方、いわゆる「はしご受診」や大病院志向を無理やり解消しようとする政策も現実的ではない。こうした現象は、患者の本源的欲求に根ざしたもので、抑制不可能である。患者の自己負担を引き上げるとともに、その見返りとして、大病院の前に、Medical Complex (診療所の複合体) を設けたり、病院に行かなくても受診できるシステム構築が望まれる。

また、国民医療費の約4分の1を占めるといわれる「生活習慣病」に対しても「アメ」と「ムチ」の政策が必要である。より具体的には、禁煙補助剤を保険適用するとともに、急速に増加している肺がんの危険因子である「タバコ」には増税を課す政策が求められる。

さらに、ポストゲノム下に進展が予想される「オーダー・メイド・メディスン」の財源として、シンガポールが1984年に導入したMSA (Medical Saving Account) の要素を現行の社会保険方式に付加することも検討に値する。同制度は、「医療版マル優制度」と言われるもので、自らの口座に用途を医療サービスに限定した預金を強制的に積み立てるという仕組みである。所得税のみならず、相続税も一定の上限はあるが、非課税となっている。MSA制度の実現可能性については、後で詳しく紹介する。

3. 家内産業から基幹産業へ

第三は、医療をひとつの「産業」として捉える政策である。「家族経営」的色彩の強い医療界を、真の「非営利組織」としてコーポレート・ガバナンスが期待できる組織体に作り変えていく政策が求められる。より具体的には、わが国の医療機関の約50%を占める医療法人制度を見直して、資金調達が多様化を図る一方、現行の衛生法規たる医療法を企業法的な「医療サービス法」に改正していく作業が求められる。

「医療サービス法」では、従来の「有る・無し基準」で医療機関をコントロールするのではなく、「質の向上と効率化」の両立を達成できるような要件を法体系で規定すべきである。たとえば、欧米諸国で「医療の標準化」に広く使用されているDRGを使って、病院別在院日数、コストと死亡率、再入院率、術後感染率、帝王切開率、術後出血率等を比較したらどうだろうか。もちろん、DRGだけで医療の質を計測することは危険だが、患者情報の保護に留意しつつ、こうしたデータが国家レベルで蓄積され、それが医療機関のみならず国民に開示されれば、「医療機関経営者の自己責任による質の向上と競争を促進する医療制度」の実現が可能になると考えるがいかがだろう。実際、厚生労働省の高官も「医療法というのは構造規制であり、(医療の質の)評価方法としては最も原始的」と述べている(『日本医事新報』平成14年6月号)。

また、医科・歯科大学の参画を促して、米国のI-90コリドー地帯やバイオテックベイに見られるような医療産業クラスターを創出していく努力が求められる。現在、神戸市が京都大学、大阪大学、神戸大学とタイアップして、ポートアイランドで展開している「医療産業都市構想」や東京大学医学部附属病院が提案している「先端医療特区」は、これを具現化したもので、早急に実現することが求められる。

激変する国際競争の中で、生き残り策を検討しているシンガポールの経済再生委員会はこのほど、今後10年間で外国人患者100万人を「誘致」することを目指し、医療費の支払いに関する非居住者への優遇税制や消費税免除などを行なうべきとする提言をまとめた。

外国人100万人がシンガポールで医療を受けることで、2,100億円相当の経済効果が見込めるとしている。人口約400万人ながら機動的な政策でアジアでの存在感

を示しているシンガポールの取組みは、構造改革のかけ声ばかりがむなしく響く日本にとって大いに参考になると考える。

以上、医療を21世紀の成長産業とするための基本的方向について述べたが、問題はこれをいつからどうやって実行するかである。これまで医療改革については活発に議論されてきたが、どれも一定の時間軸がなく、議論は徒労に終わってきた。

そこで、最後に一定の工程表を示しながら、「医療を21世紀の成長産業」にするためには何が必要かを 財源（Financing）、提供体制（Delivery）、支払方式（Payment）、という3つの側面からみていくこととする。

．工程表

1．財源（Financing）

第一に、医療の財源確保をどうするかという問題であるが、ここでは、短期・中期・長期にわけて、政策提言すると同時にその実行可能性についても述べていく。

1-1．タバコ税こそ公的医療保険の新たな財源

短期的には、国民の負担増はある程度やむをえないと考える。しかし、その場合でも厚生労働省のように国民一律に負担増を求めるのではなく、健康のために努力する国民には「アメ」、努力しない国民には「ペナルティー」という方向が望ましい。たとえば、肺がんの危険因子であるタバコに「医療費目的税」を課するのはどうだろうか。タバコ1本につき1円程度の値上げをすると、年に約2,000億円の増収があるという。当面はこれを国の医療財源に回すべきである。

これに対して、タバコの税収入に頼る財務省は、税率の引き上げによってタバコの売上が減少し、かえって税収不足になることを危惧する。しかし、タバコ税の引き上げが本当に税収減に結びつくという検証はほとんどなされていない。Jha[2000]らの推計によると、タバコの需要に関する価格弾力性は低く、70カ国のタバコ税が10%増加したことによりタバコ税による歳入は平均して約7%増加したという。実際、わが国の過去15年間における計4回の増税と売上の関係を見てみると、増税直後には販売数量が一旦落ち込むものの、総売上高を示す販売単価代金はむしろ増加していることがわかる(図表5)。さらに、一旦販売数量が落ち込んだとしても数年内に数量は再び増加し、売上高自体に及ぼす影響は極めて小さいことがわかる。

つまり、タバコの増税は一部の消費者には「値上げ コスト高 減煙」という抑制効果を生むが、多くの消費者には関係なく、一方で「値上げ 政府の税収増」という現象が起こるのである。であれば、タバコ生産者や財務省への気兼ねは無用である。タバコ税を可及的速やかに引き上げるとともに、増税によって得た税収を医療保険の財源に充てることを強く提案したい。

図表5 タバコ販売量と売上

(単位:億本、億円)

年度	販売数量	増加率%(前年比)	販売定価代金	増加率(前年比)	備考
1985(昭和60)	3,108	—	30,769	—	
1986(昭和61)	3,084	-0.78	33,485	8.11	タバコ税値上げ0.9円/1本
1987(昭和62)	3,083	-0.03	33,867	1.13	
1988(昭和63)	3,064	-0.62	33,722	-0.43	
1989(平成元)	3,138	2.36	34,790	3.07	消費税導入(3%)
1990(平成2)	3,220	2.55	35,951	3.23	
1991(平成3)	3,283	1.92	36,965	2.74	
1992(平成4)	3,289	0.18	37,216	0.67	
1993(平成5)	3,326	1.11	37,817	1.59	
1994(平成6)	3,344	0.54	38,183	0.96	
1995(平成7)	3,347	0.09	38,327	0.38	
1996(平成8)	3,483	3.90	39,992	4.16	
1997(平成9)	3,280	-6.19	38,971	-2.62	消費税率3→5%へアップ
1998(平成10)	3,366	2.55	40,899	4.71	タバコ特別税1円/1本(H10.12月)
1999(平成11)	3,322	-1.32	42,600	3.99	
2000(平成12)	3,245	-2.37	41,681	-2.20	

(出所:JT資料より作成)

1-2. 「高齢者医療」と「介護」の融合

中期的なプランとしては、高齢者医療保険制度と介護保険制度をドッキングさせて保険制度の効率化を図る必要がある。

国はいわゆる「社会的入院」を是正するために、「医療」と「介護」を躍起になって峻別しようとしているが、「要医療」と「要介護」の線引きほど難しいものはない。むしろ、医療から介護まで一貫して提供してくれる「トータルケア」の導入が望まれているのではないだろうか。いわゆる社会的入院が解消されないのは、「在宅ケア」に比べて「施設ケア」の自己負担が低いことに加え、当該患者を自宅で見る受け皿が存在しないからである。平成14年度10月より医療保険型の療養病床については、6ヶ月以上入院している患者の「入院基本料」部分が特定療養費(自己負担)化されたが、これだけでは不十分である。長期療養患者の受け皿としては、併せて「ケア付住宅」を増設する政策が望まれる。

さらに、現在、在宅ケアのみに認められている「混合介護」の対象を施設ケアにも拡大すべきである。混合介護とは、保険給付と保険外負担の併用のことで、医療保険では原則禁止されているが、介護保険の在宅ケアに限り認められている。そのため、介護保険制度下における自己負担は、法定の1割負担のほかに「上乘せ」と「横出し」が存在する(図表6)。

図表6 医療・介護のサービス主体と保険給付対象

		介護保険				医療保険	
		居宅サービス			施設サービス		
		(訪問・通所系)	(短期入所系)		(その他居宅)		
医療法人			訪問リハビリテーション / 居宅療養管理指導	通所リハビリテーション (デイケア)	短期入所療養介護	特定入所者生活介護 / 痴呆対応型共同生活介護 (グループホーム)	入院診療 / 外来診療
社会福祉法人	※1	福祉用具貸与 / 訪問入浴介護 / 訪問介護 (ホームヘルプ)	訪問看護	通所介護 (デイサービス)	短期入所生活介護 (ショートステイ)	有料老人ホーム / 軽費老人ホーム (ケアハウス)	介護療養型 (医療施設療養病床)
NPO		移送サービス / 配食サービス					介護老人保健施設 (老健)
企業							施設介護 (特養)
※1 特別医療法人のみ可		横出し		上乗せ			「混合介護」禁止
※2 2001.11～民間参入可							「混合診療」禁止

ここで、「上乗せ」とは介護保険の給付上限を超えてサービスを利用する際にかかる費用のことである。たとえば、保険給付の限度内では短期入所介護（ショートステイ）は月4回までしか利用できないが、超過した2回分を自己負担にする形で月6回利用することができる。また、「横出し」とは、もともと介護保険給付の対象にならないサービスの種類をいう。具体的には配食、緊急通報、寝具乾燥、移送、外出介助といったサービスがこれに該当する。これらは基本的に全額自己負担となる。介護がひとつの産業分野として有力視されるのは、こうした「オプション」が認められたからである。

従来わが国の老人病院では「お世話料」とか「施設協力費」といった不明瞭な保険外負担が常に問題となってきた。しかし、今こそヤミ経済で解決した部分を白日のもとにさらす必要があるのではないだろうか。そのために、現在在宅ケアだけに限定されている上乗せ・横出しサービスを施設ケアにも認める政策は検討に値する。そうすれば、介護施設が急増するだけでなく、医療施設から介護施設へ転換する施設も増えると予想される。

1-3 . SSSA 制度の導入 シンガポールの MSA 制度を参考に

長期的な医療保険制度の改革としては、年金・医療・介護にわたる社会保障費をカバーする SSSA (Social Security Saving Account、社会保障貯蓄口座) 制度の創設を提案する。従来であれば、年金・医療・介護などの社会保障財源は保険料と公費 (すなわち税) に求められてきた。厚生労働省は、基本的には公費と保険料の引き上げで対処するようだが、そうなると国民負担率 (社会保障 + 税負担の国民所得に占める割合) は現行の 38.3% から 2025 年には 52.5% となり、歴代内閣が目標に掲げた 50% を突破する。これでは国民の合意を得にくい。そこで浮上したのが社会保障財源として目的消費税を設定するという案である。しかし、本当に国民は社会保障費に供するというだけで、目的消費税の導入を容認するだろうか。2002 年 3 月の自民党による税に対する国民の意識調査結果によれば、消費税率の引き上げに賛成する者は 3 割であった (反対も 3 割)。しかも賛成者のうち、受け入れることができる消費税率の上限は 10% とする者が過半数を占めていた。目的消費税を導入できたとしても、その税率には限度がある。そこで参考になるのが、シンガポールの社会保障制度である。

シンガポールでは国民すべてに口座開設を義務づけ、同口座に社会保障費を強制貯蓄させ、CPF (Central Provident Fund、中央積立基金) がこれを運用するという仕組みを採用している。CPF 口座には個人の一般口座、メディセーブ口座、特別口座が設けられており、労使一定の負担割合で賃金の一部が積み立てられる。一般口座は住宅取得、投資信託、保険商品、大学教育ローン、両親の退職年金口座への積み立てに用いられている。これに対して、メディセーブ口座は入院医療費と一定の外来医療費の支払いに充てられ、特別口座は高齢者の年金や臨時出費 (災害事故) に使われる。CPF 口座は運用益が非課税の上、個人別に管理され、取り崩さなかった残額は非課税 (一定の上限あり) で相続することも可能である。また負担能力がない低所得者に対しては公費から一定の社会保障費が支給される。幸い、わが国でも「社会保障個人会計」や「納税者 ID 制度」の創設が経済財政諮問会議から提案されている。

しかし、わが国の社会保障制度を明日からすべて「シンガポールモデル」に持っていくことは得策ではないし、また、現実的でもない。「互助・連帯」、すなわち

リスク・シェアリングすべきところは社会保険方式を踏襲する一方で、「扶助・福祉」の部分は公費でまかない、「自立・自助」に期待できる部分のみを同モデルでファイナンスしていくという方向が望まれる。すなわち、現行の社会保障制度に強制貯蓄口座たる SSSA 制度を付加するのである。そうすれば、増大する社会保障費の財源を従来からの保険料・税に加えて、貯蓄にも求めることができると考える。

そこで、わが国における SSSA 導入の実現可能性を探るべく分析を試みた。まず、試算を行なう上での前提条件は以下のとおりである。

前提条件

図表7は推計の前提条件、図表8は厚生労働省および筆者による2025年の社会保障給付費の推計額をそれぞれ示したものである。同省によれば、1999年度の社会保障給付費は総額75兆円であったのに対し、2025年には総額176兆円に達するとされる(2002年5月、厚生労働省「社会保障の給付と負担の見通し 平成12年10月推計改訂版」以下、「2002年5月推計」という)。また、同省は2004年の年金改革に向けて、2002年12月に「年金改革の骨格に関する方向性と論点」(以下、「2002年12月推計」という)を公表したところである。

しかし、これらの推計には前提条件について2つの問題点がある。まず第一は、前提とする将来人口として国立社会保障・人口問題研究所の将来推計人口(2002年推計)の中位推計のみを用いていることである。最新(2002年)の中位推計によれば、出生率は将来1.39まで回復するとしているが、これは前回(1997年)の中位推計の1.61よりも前回の低位推計の1.38に近い数値である。つまり低位推計のほうがより実態に近かったといえる。第二に、「2002年5月推計」と「2002年12月推計」とで、経済的前提条件が異なることである。たとえば、「2002年5月推計」では運用利回りを、2007年度まで2.5%、2008年度以降4.0%と比較的高めに見積もっている。しかし、公的年金の財政再計算で運用利回りの根拠とされる財政投融资の新規預託金利(約定期間7年のもの)は、1997年10月以降、一度も2.5%以上に達したことがない。運用利回り2.5%とは、依然、低金利政策が続いているわが国にとっては夢のような数字である。

図表7 推計の前提条件とその根拠

	2002年5月推計 ¹⁾	2002年12月推計 ²⁾
人口推計	中位推計	中位推計
名目賃金上昇率	2007年度まで 1.0% 2008年度以降 2.5%	2007年度まで 0.5% 2008年度以降 2.0%
物価上昇率	2007年度まで 0.0% 2008年度以降 1.5%	2007年度まで 0.0% 2008年度以降 1.0%
運用利回り	2007年度まで 2.5% 2008年度以降 4.0%	2007年度まで 1.75% 2008年度以降 3.25%

- 1) 2002年5月、「社会保障の給付と負担の見通し 平成12年10月推計改訂版」による。
 2) 2002年12月、「年金改革の骨格に関する方向性と論点」による。

図表8 2025年社会保障給付費の比較

(単位：兆円)

人口推計	2002年5月推計 ¹⁾	筆者推計(「2002年12月推計」に準拠) ²⁾			
		中位推計		低位推計	
年金制度	—	従来方式 ³⁾	新方式 ⁴⁾	従来方式 ³⁾	新方式 ⁴⁾
給付費総額	176	155	151	154	150
年金	84	75	71	75	71
医療	60	54	54	53	53
介護	20	16	16	16	16
その他 ⁵⁾	12	10	10	10	10

- 1) 2002年5月、「社会保障の給付と負担の見通し 平成12年10月推計改訂版」による。
 2) 2002年5月推計をベースに、2002年12月の「年金改革の骨格に関する方向性と論点」の経済前提を用いて、筆者が推計した。
 3) 2002年12月「年金改革の骨格に関する方向性と論点」の「給付水準維持方式」。
 4) 2002年12月「年金改革の骨格に関する方向性と論点」の「保険料固定方式」。
 5) 「その他」とは、介護を除く福祉等の給付費である。

そこで、筆者はこれら2つの問題点を考慮に入れて、2025年の社会保障給付費の再計算を試みた。将来人口は、厚生労働省が用いた中位推計だけではなく、低位推計も用いた。経済的前提条件は、より現在の経済情勢に近いと考えられる「2002年12月推計」に準拠した。さらに、「2002年12月推計」では、年金改革の方向性として、従来方式(「給付水準維持方式」)と新方式(「保険料固定方式」)とを提示している^{注1}ので、両方式が採用された場合の社会保障給付費を推計した。

図表8において、2002年5月推計と筆者推計の人口中位、年金制度従来方式とを比較すると、経済的前提条件を低く見積もっている後者のほうが年金・医療・介護の給付費が減少することがわかる。また、同一の人口推計の下で、筆者推計の年金制度従来方式と新方式とを比較すると、従来方式よりも新方式のほうが年金給付費が小さくなる。このとき、当然ながら医療・介護の給付費は年金制度の相違による影響を受けない。さらに、同一の年金方式の下で筆者推計の人口中位と低位とを比較すると、年金・介護の給付費には人口推計の影響が現れないが、医療は中位推計よりも低位推計で僅かに給付費が小さくなる。これは、国立社会保障・人口問題研究所による人口の将来推計では、中位推計よりも低位推計で出生率をより小さく見積もっているが、死亡率を両推計で同一としているからである。わかりやすく言えば、死亡率が同一ということは、中位推計と低位推計の老人人口が同数であるということである。そこで、給付対象を主に老人とする年金と介護の給付費には、人口推計の影響は現れないわけである。他方、出生率の相違とは、低位推計では中位推計よりも年少人口をより少なく見積もっているということの意味する。年少者から老人まで全人口を対象とする医療の給付費が低位推計でより少額なのは、年少人口を少なく見積もっていることに由来する。

いずれにせよ、2025年の社会保障給付費は150兆円～176兆円に達するが、これを現在価格に換算すると107兆円～126兆円となる。これは現在の82兆円(2002年度予算ベース)の約1.3倍～1.5倍となっている。つまり、どんなシナリオを描いても社会保障給付費は現在よりも確実に増加するのである。それでは、増大する給付費と重くなる負担を、今後どのように解決していけばよいのだろうか。

次に、SSSA導入の実現可能性を探る5つの試算(図表9)を行なったので、その結果を紹介する。ここでは、現在の年金・医療・介護の保険料(率)を将来にわたって据え置いた場合の、将来の給付費の不足を推計している。特に年金保険料(率)については、厚生労働省による引き上げスケジュールが提示されているが、あえて現在の保険料(率)で据え置くとどうなるか、推計を試みた。医療・介護についても5年ごとに制度の見直しを行なうこととされており、将来、保険料率が引き上げられることも十分に予想されるが、これも現行の保険料率で固定して、一定の試算を行なった。より具体的には、年金・医療・介護のいずれの場合も、次回制度見直し(それぞれ2004年、2007年、2005年)までは現行の保険料(率)のまま、給付費の不足が生じないが、それ以降の給付費増大分につき不足が生じるものとしている。

図表9 SSSA導入の実現可能性を探る5つの分析

将来の年金・医療・介護給付費の不足分をすべて保険料でまかなうとすれば、保険料率は何%になるか

将来の給付費の不足分をすべて目的消費税でまかなうと、消費税率はどの程度になるか
消費税率(現行の消費税5%と新たな目的消費税率の合計)の上限を10%とすると、将来において不足する財源はどの程度の金額となるか

この不足する財源をSSSAを創設して解消する場合、掛率はどの程度となるか

SSSAを導入した場合と導入しなかった場合では、家計の消費支出が受ける影響はどう異なるか

試算結果

保険料率は何パーセントになるか

将来の年金・医療・介護給付費の増加分と運用収入の減少分をすべて保険料でまかなうとすると、2025年において年収に対する保険料率は32.3%から33.8%となる。

図表 10 2025年の年金・医療・介護をまかなうために必要な保険料率

(単位：%)

人口推計	年金制度	総報酬ベース				標準報酬ベース			
		年金	医療	介護	計	年金	医療	介護	計
中位	従来方式 ¹⁾	21.4	10.2	2.3	33.8	27.8	11.5	2.6	41.9
	新方式 ²⁾	20.0	10.2	2.3	32.5	26.0	11.5	2.6	40.1
低位	従来方式 ¹⁾	21.4	10.1	2.3	33.7	27.8	11.4	2.6	41.8
	新方式 ²⁾	20.0	10.1	2.3	32.3	26.0	11.4	2.6	40.0
(参考) 2003年度		13.58	8.2	0.89	22.67	17.35	9.2	1.01	27.56

1)2002年12月「年金改革の骨格に関する方向性と論点」の「給付水準維持方式」。

2)2002年12月「年金改革の骨格に関する方向性と論点」の「保険料固定方式」。

2003年度から、年金の物価スライド凍結分一部解除(0.9%)、65歳以上の介護保険料を11.3%引上げ、介護報酬をマイナス2.3%改定。

消費税率はどこまで上昇するか

将来の給付費の増加分(年金を除く)と保険料収入、運用収入の減少分をすべて目的消費税でまかなおうとすると、2025年の必要消費税率は10%を大きく超え、20～21%に達する。

図表 11 2025年の年金・医療・介護をまかなうために必要な目的消費税率

(単位：%)

人口推計	年金制度	目的消費税率 (+現行税率5%)	内訳			消費税率 10%超 ³⁾
			年金	医療	介護	
中位	従来方式 ¹⁾	16.1 (21.1)	11.1	2.9	2.1	2009年
	新方式 ²⁾	15.3 (20.3)	10.3	2.9	2.1	2009年
低位	従来方式 ¹⁾	16.0 (21.0)	11.2	2.8	2.1	2009年
	新方式 ²⁾	15.3 (20.3)	10.4	2.8	2.1	2009年

1)2002年12月「年金改革の骨格に関する方向性と論点」の「給付水準維持方式」。

2)2002年12月「年金改革の骨格に関する方向性と論点」の「保険料固定方式」。

3)目的消費税と現行の消費税の合計税率が10%を超える年次

2003年度から、年金の物価スライド凍結分一部解除(0.9%)、65歳以上の介護保険料を11.3%引上げ、介護報酬をマイナス2.3%改定。

消費税率の上限を 10% とすると、いくら の財源不足が生じるか
 仮に、消費税率の上限を 10% とした場合、2025 年において年金・医療・介護の財源の不足額は 26.8 兆円から 28.9 兆円（現在価格）にも達する。

図表 12 2025 年の年金・医療・介護の財源不足額

（消費税率の上限を 10% としたとき）

（単位：兆円）

人口推計	年金制度	年金	医療	介護	総額 (名目)	総額(実質) (2002 年価格)
中位	従来方式 ¹⁾	26.9	8.0	5.6	40.5	28.9
	新方式 ²⁾	24.5	7.8	5.5	37.8	27.0
低位	従来方式 ¹⁾	27.2	7.5	5.6	40.3	28.8
	新方式 ²⁾	24.8	7.3	5.4	37.5	26.8

1) 2002 年 12 月「年金改革の骨格に関する方向性と論点」の「給付水準維持方式」。

2) 2002 年 12 月「年金改革の骨格に関する方向性と論点」の「保険料固定方式」。

2003 年度から、年金の物価スライド凍結分一部解除（0.9%）、65 歳以上の介護保険料を 11.3% 引上げ、介護報酬をマイナス 2.3% 改定。

SSSA の掛率と国民の余力

この財源不足を解消するためには、2010 年にわが国に SSSA 制度を導入し、8.5% ~ 8.9% の SSSA 掛率を設定する必要がある。つまり、所得の 9% 弱を貯蓄に回せば社会保障費の不足分は補填できるのである。

図表 13 SSSA 掛率

人口推計	年金制度	SSSA 導入年次	SSSA 掛率 ³⁾ (%)
中位	従来方式 ¹⁾	2009 年	8.9
	新方式 ²⁾	2009 年	8.6
低位	従来方式 ¹⁾	2009 年	8.8
	新方式 ²⁾	2009 年	8.5

1) 2002 年 12 月「年金改革の骨格に関する方向性と論点」の「給付水準維持方式」。

2) 2002 年 12 月「年金改革の骨格に関する方向性と論点」の「保険料固定方式」。

3) SSSA 掛率は、導入年次(2010 年)から 2025 年まで単年度収支が均衡するように計算した。2003 年度から、年金の物価スライド凍結分一部解除（0.9%）、65 歳以上の介護保険料を 11.3% 引上げ、介護報酬をマイナス 2.3% 改定。

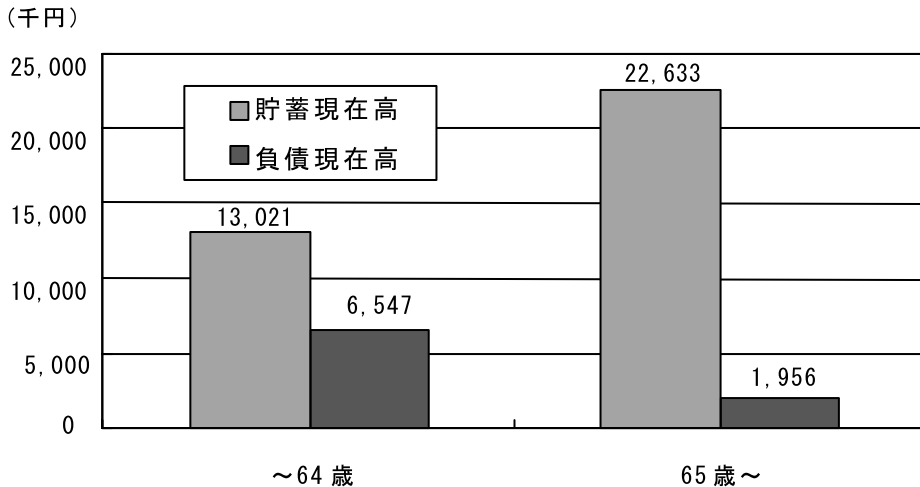
問題は、これだけの余力が国民にあるかどうかである。「国民経済計算」によれば、2001年末における家計の金融資産総額は1,398兆円、国民所得は371兆円、年間の家計貯蓄は総額43.2兆円であった。SSSA掛率として最大の掛率8.9%を用い、国民所得総額にSSSA掛金が課せられるとした場合、年間のSSSA掛金総額は33.0兆円(=371兆円×8.9%)であり、年間家計貯蓄の76%にとどまる。SSSA制度を導入した場合、掛金の全額が貯蓄の減少によりまかなわれると仮定しても、総じて家計の金融資産総額を減少させることはないと考えられる。

また、一般に経済的弱者とされる高齢者についても、夫婦高齢者世帯の約7割が生涯にわたる掛金の支払が可能であると考えられる。1999年の総務省「全国消費実態調査」によれば、平均的に長生きする高齢者の世帯において65歳以降、生涯に支払うSSSA掛金は約801万円から839万円と計算される。これに対して、同調査では、貯蓄額が900万円以上の夫婦高齢者世帯が68%を占めている。すなわち、高齢者だからといって必ずしも経済的弱者とは限らないのである。しかも、取り崩した貯蓄の一部は年金・医療・介護費用として消費支出に回されるが、消費支出に回されなかった残額は再度、SSSA口座の貯蓄として保有し続けることができる。

実際、このたび段階的廃止が決まった65歳以上の高齢者を対象とする少額貯蓄非課税制度(いわゆる「高齢者マル優」制度)の利用者数は、銀行預金、郵便貯金、国債において、それぞれ1,538万人(1998年1月末)、1,135万人(2001年3月末)、226万人(1998年1月末)と非常に多い。2000年国勢調査における65歳以上の高齢者数は2,204万人なので、少なくとも高齢者の約70%以上は高齢者マル優制度を利用して貯蓄していることがわかる。この実態の裏には、高齢者の将来不安が存在していると考えられる。事実、貯蓄広報中央委員会の「貯蓄と消費に関する世論調査」によれば、貯蓄をする人の73%が「病気や不時の災害に備える」ことを目的としている。それを裏付けるように、1999年「全国消費実態調査」によれば、高齢者世帯の貯蓄額は、高齢者以外の世帯よりも大きい(図表14)。このことは、すでに高齢者が各自の「自助努力」により将来に備えた一定の貯蓄を有していることを示すものである。SSSAはこの「自助努力」を制度化するものに他ならない。さらに、廃止される「高齢者マル優」に代わり、SSSAの金利を

非課税とすれば、高齢者が持つ将来に対する不安心理にも応えることができるのではないだろうか。

図表 14 世帯主の年齢別 1 世帯あたり貯蓄額・負債額（1999 年）



(出所：総務省「全国消費実態調査」)

SSSA と家計の消費支出

それでは、SSSA の導入によってどれくらいの消費拡大効果が期待できるだろうか。ここでは、SSSA を導入する場合・導入しない場合で、2025 年の消費支出が 2001 年と比べて何円拡大するのかを試算した。より具体的には、2025 年の家計貯蓄率を「家計調査」および「国民経済計算」をベースに推計し、両推計値を用いて SSSA を導入した場合の 2025 年の家計消費額を、SSSA を導入しない場合と比較した。その結果、貯蓄率を「家計調査」から分析した場合は 19,014 円から 20,477 円（図表 15）、同様に「国民経済計算」から分析した場合は 21,744 円から 23,581 円（図表 16）大きくなることわかる。これは SSSA の導入が消費税率および社会保険料率の上昇を抑制し、家計の可処分所得を増大させたことによるものである。つまり、いずれの推計値を採用しても、SSSA の導入は将来の消費支出をより拡大させる効果を有することが示唆されたわけである。SSSA の導入が消費支出に悪影響を及ぼさないということは、マクロ経済的にも SSSA は十分に検討に値する制度と言えよう。

図表 15 2001年の消費支出を基準とする2025年の消費拡大額（消費税抜き月額）
（貯蓄率を「家計調査」から求めた場合）

（単位：円，2001年価格）

人口推計	年金制度	SSSA 導入 した場合(A)	SSSA 導入 しない場合(B)	(A) - (B)
中位	従来方式 ¹⁾	36,344	15,902	20,442
	新方式 ²⁾	36,982	17,968	19,014
低位	従来方式 ¹⁾	36,557	16,080	20,477
	新方式 ²⁾	37,194	18,141	19,053

1) 2002年12月「年金改革の骨格に関する方向性と論点」の「給付水準維持方式」。

2) 2002年12月「年金改革の骨格に関する方向性と論点」の「保険料固定方式」。

2003年度から、年金の物価スライド凍結分一部解除（0.9%）、65歳以上の介護保険料を11.3%引上げ、介護報酬をマイナス2.3%改定、配偶者控除と同時に適用されている配偶者特別控除を廃止。

注1) 2025年の家計貯蓄率は「家計調査」から分析した。

注2) 2001年の消費支出は月額319,088円（消費税抜き）である。

図表 16 2001年の消費支出を基準とする2025年の消費拡大額（消費税抜き月額）
（貯蓄率を「国民経済計算」から求めた場合）

（単位：円，2001年価格）

人口推計	年金制度	SSSA 導入 した場合(A)	SSSA 導入 しない場合(B)	(A) - (B)
中位	従来方式 ¹⁾	129,668	106,141	23,528
	新方式 ²⁾	130,508	108,764	21,744
低位	従来方式 ¹⁾	129,948	106,367	23,581
	新方式 ²⁾	130,787	108,984	21,804

1) 2002年12月「年金改革の骨格に関する方向性と論点」の「給付水準維持方式」。

2) 2002年12月「年金改革の骨格に関する方向性と論点」の「保険料固定方式」。

2003年度から、年金の物価スライド凍結分一部解除（0.9%）、65歳以上の介護保険料を11.3%引上げ、介護報酬をマイナス2.3%改定、配偶者控除と同時に適用されている配偶者特別控除を廃止。

注1) 2025年の家計貯蓄率は「国民経済計算」から分析して7.45%とした。

注2) 2001年の消費支出は月額319,088円（消費税抜き）である。

注1 2002年12月の厚生労働省「年金改革の骨格に関する方向性と論点」が提示する次期年金改革に向けた「給付と負担の見直しに関する方式」は、2つに大別される。ひとつは、財政再計算時の制度見直しで採用されてきた従来からの方式であり、もうひとつは新たな方式である。従来方式の代表は「給付水準維持方式」であり、新方式は「保険料固定方式」という。「給付水準維持方式」とは、「現行の給付水準を維持し、5年ごとの財政再計算の際に、少子化等の社会経済情勢の変動に対応して、保険料水準の見直しを行なう」方式である。一方、「保険料固定方式」とは、「最終的な保険料率を法定し、その負担の範囲内で給付を行なうことを基本に、少子化等の社会経済情勢の変動に応じて、給付水準が自動的に調整される仕組みを制度に組み込む」方式で、具体的には厚生年金の最終保険料率は20%に設定されている。この方式は、さらに、年金改定率を自動的に調整する仕組みの相違により、「実績準拠法」と「将来見通し平均化法」に区別される。また、毎年度の自動調整された年金改定率に下限を設ける方法により、「名目年金額下限型」と「物価下限型」にも区別される。「実績準拠法」とは、年金改定率に「少子化等の社会経済情勢の変動実績を反映させる方法」であり、「将来見通し平均化法」とは、年金改定率に「少子化等の社会経済情勢の2050年まで変動の将来見通しを反映させる方法」である。「実績準拠法」では2025年頃から給付水準の調整度合いが大きくなるが、「将来見通し平均化法」では、「実績準拠法」より早くから給付水準調整が本格化する。「名目年金額下限型」とは、「単年度当たりの年金改定率の下限をゼロとする方法」であり、「物価下限型」とは、「単年度当たりの年金改定率の下限を物価変動分とする方法」である。「物価下限型」は、給付の物価スライドを保証する方式であるので、「名目年金額下限型」よりも、給付水準を調整する期間が長くなり、最終的な給付水準は低くなる。本推計では、従来方式として「給付水準維持方式」を、新方式としては厚生労働省が「保険料固定方式」の中でも最も代表的な例として例示する「実績準拠法(名目年金額下限型)」を採用した。

2. 提供体制 (Delivery)

第二は、国民の負担増に見合う「良質かつ効率的」な医療をいかに提供するかである。医療提供体制に関しては、厚生労働省をはじめ関係団体から数々の改革プランが提示されている。近年では、平成13年4月の第四次医療法改正を皮切りに、「保健医療分野の情報化にむけてのグランドデザイン(平成13年12月)」、「医療安全総合推進対策(平成14年4月)」などが示されている。しかし、どれもお題目のようなもので、その実行力は乏しいと言わざるをえない。そこで、これらの改革プランと照らし合わせながら、より実現可能性の高い改革プランを提示する。

2-1. 病院建替えの秘策 - CM(Construction Management)の導入を

第4次医療法改正のポイントとなるのは、病床区分の「届出」が必要になるという点である。これまでは、「精神」「結核」「感染症」以外の病床は、療養型病床群を含め「その他の病床」として一括りにされていた。それが平成15年8月までに、「その他の病床」を「一般」「療養」のいずれかとして届出を行わなければならない。これによって、老人をはじめ長期入院の慢性疾患患者を抱える病院では、診療報酬面から考えて、療養病床への転換を余儀なくされる。そこで、問題となるのが病院の建替えの問題である。療養病床は一般病床と比べて人員基準はやや緩和されるものの、構造基準は厳しく広いスペース(1病室4床以下、1床当たり6.4m²以上)が要求されるのである。

しかし、経営環境が厳しい中で、医療機関の建替えはなかなか思うように進んでいないというのが現状である。その理由は現行の診療報酬や補助金制度が建替え費用に見合う額としては不十分だからである。

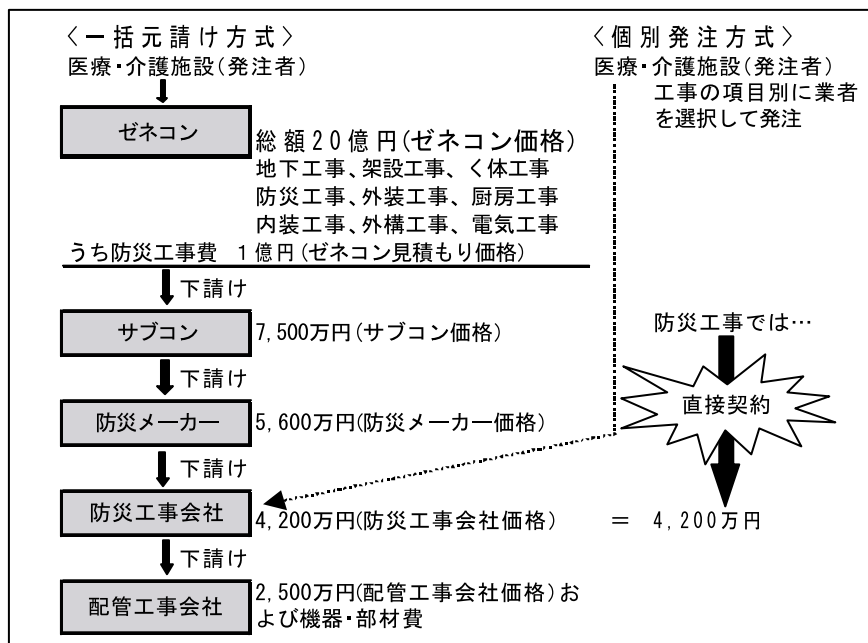
「平成11年医療経済実態調査」によると、昭和39年以前の開設施設、すなわち築35年以上の建物の割合は、一般病院の約12%を占め、精神病院に至っては36%に達する。つまり、病床転換以外にも建物の老朽化から建替えの必要性の高い医療機関が相当数あると考えられる。

そこで提案されるのが、“建築物のコストを透明化し合理的・効率的にプロジェクトを推進する”という考え方である。正式には、「CM(Construction Management)」という欧米では既に一般的な建築手法の導入である。CMとは、

各工事を項目別に専門業者に個別発注し、建設コンサルタントなどの第三者が、これらの工事を発注者の立場に立って統括・調整・管理を行なう工事方式をいう。換言すれば、「一括元請け方式」から「個別発注方式」への転換である。従来の「ゼネコン一括請負方式」でゼネコンが負っていたリスクを発注者が担うことにより、発注者の建設コストは削減される（ここでのリスクとは、工事遅延、下請倒産、設計変更、設計図不備による増額などである）。

そもそも医療施設の新築・建替工事では、防災工事、外装工事、厨房工事、内装工事、外溝工事、電気工事などを伴うが、従来はこれらの諸工事を最大手ゼネコンに一括して請け負わせるケースが大半であった。しかし、このような「一括元請け方式」では、各費用についての算出根拠が不透明になる点が問題とされた。

図表 17 「一括元請け方式」と「個別発注方式」



(出所：(株)医療総合研究所・池田弘氏提供資料をもとに作成)

たとえば、図表 17 のように、全体でおよそ 20 億円の費用がかかる工事があつたとすると、従来のようにゼネコンにまとめ発注を行なう「一括元請け方式」では、この中での「防災工事費」はおよそ 1 億円程度に見積もられるとする。が、実際には、まずゼネコンが 1 億円で請け、サブコンに 7,500 万円で下請けに出す。そして最終的には、防災メーカーから、防災専門工事事務社が 4,200 万円で請け負い、現場を管理する。ただし、実際に管理工事を行なうのはそのまた下の配管工事事務社で工賃 2,500 万円で機器と部材費用が加わる。これに対して、プロジェクト・マネジメントの方式では、発注者が消防設備工事資格を持っている専門の工事事務社と直接契約を結ぶ。そうすれば、防災工事費 1 億円が 4,200 万円で済む。

もちろん建設コストが下がったからといって、工事や設備のグレードが落ちるというわけではない。発注者（医療機関）に代わって、CM を専門に請け負う会社に建築管理を任せることによって、工事の質を下げずに建設コストを 20 ~ 30 % 安くできるという。仮に、建築コストが 2 ~ 3 割安くなると、医療・介護施設の建替え・新築が加速度的に進むと考えるがどうだろうか。なお、資料を提供いただいた(株)医療総合研究所は、近く NPO 医療施設近代化センターを立ち上げる予定である。

2-2 . Focus Factory の奨励

また、第 4 次医療法改正による病床区分の届出は、医療機関の機能分化の促進を目的としているが、果たしてそれだけで機能分化は進むだろうか。

そこで提案されるのが、「Focus Factory」の奨励である。これは、ハーバード大学のヘルツリンガー教授が提案した考え方で「焦点絞り込み」を意味する。たとえば、アメリカでは、DIC (Diagnosis Imaging Center) という MRI, CT および超音波による放射線医学専門の施設がある。当該施設は、原則として 24 時間年中休まず稼働している。わが国では医療機器の台数こそ米国より多いが、普及しているのは比較的安価な“粗悪”品である。高度な画像診断技術を有するヘリカル型 CT の普及率 (1997 年) は日本が 24% に対して、米国が 43% とむしろ米国の方が多い。同様に高磁場 (1.0 テスラ以上) の MRI の普及率も、日本が 38% で

あるのに対して、米国は72%と米国の方が多。さらに、放射線科を主たる診療科としている病院医師は、3,992名(96年)と1病院に0.5人もいない。一方、米国のDIC最大チェーンであるUS Diagnosis Labsは98年時点で180施設を有する。所属する放射線専門医は7,362名にものぼり、年間約520万件の来院があるという。DICの普及によって画像診断技術が広く利用可能となったため、ある種の疾病や病変を高精度かつ非侵襲的に検出することが可能になった。また、革新的な技術により、重篤な疾病を予防できるようになったため、入院治療費も減少したという。

DICがわが国で普及しない理由のひとつは、現行の保険点数では高度な画像診断装置が購入できない点にある。現在、わが国では薬剤費の抑制に加え検査費の適正化が進められているが、この裏には「モノ中心」の医療から「技術中心」の医療への転換を図るという政策意図がある。しかし、医薬品や検査の中には「高価だが良質」のものも多数ある。一律に適正化を推し進めるのではなく、「Focus Factory」を優遇するというメリハリのきいた政策が必要であろう。

2-3 . IT化で医療が変わる - ハード、ソフト両面の整備を

次に、医療情報の提供体制に関しては、平成14年(2002年)から概ね5年間を見据えた「保健医療分野の情報化にむけてのグランドデザイン」が公表されている。注目すべきは電子カルテやレセプト電算処理について、目標数と達成年次を盛り込んでいる点である。具体的には、コンピュータでカルテを作成する「電子カルテ」については04年度に全国約360カ所以上の医療機関、06年度に病院(400床以上)と診療所にそれぞれ6割以上の普及を目指す。一方、レセプトについては病院で扱う枚数のうち、04年度に5割以上、06年度に7割以上を電子化するという。

目標数や達成年次を明示している点は評価できるが、肝心の中身、すなわちカルテやレセプトの仕様はきちんと議論されているのだろうか。医療の情報化促進のためにはハード、ソフト両面の整備が求められる。

レセプト改革の主要課題

レセプト改革のキーワードとなるのが「効率性」と「透明性」である。まず、「効率性」については、当然 IT の活用が考えられる。事実レセプトの電算化はかなり進んでいる。2000年時点でレセプトをコンピュータ処理している保険医療機関の割合は、施設数で見ると、病院の 94.3%、一般診療所の 67.1%となっている。レセプトの枚数で見ると、病院の 97.6%、一般診療所の 81.3%と、さらにその割合は高まる。問題は、レセプト提出の際、いまだに医療機関でレセプトを紙にプリントし、続紙を糊付けし、紙レセプトを受けた保険者は再び審査・支払いのためにデータ化するという取引慣行が残っているということである。こうしたシステムでは IT 化による効率性を阻止するものと言わざるをえない。今こそ手書き時代の延長線上にある紙レセプトではなく、電子請求レセプトを前提とした改革のスタートが切られるべきである。さらに、通信ネットワークを利用した請求・支払方式に至れば、週単位や受診日毎のレセプトの送受信によって、タイムリーな医療費の把握、タイムリーな査定、指導も可能になる。また、診療報酬の請求・支払いの期間短縮、月末に集中する請求・審査・支払い業務の分散化など、医療保険のプレーヤー全体にメリットをもたらすと考えられる。

次に、「透明性」だが、これはレセプト審査に強く求められる。そもそもレセプト（診療報酬明細書）とは、療養の給付対価のうち一部負担金に相当する額を控除して、保険医療機関または保険薬局から請求される診療報酬請求書に付随したその明細書であり、法的に請求・支払いのための「権利義務に関する書類」に当たる。診療報酬の審査権のあり方はここでは触れないが、支払いのために請求内容を審査・点検することは、たとえ“事後点検”であるとしても、保険料を徴収して医療費を支払う保険者の当然の義務である。しかし、診療行為に直接触れていない第三者が、書類（レセプト）によって審査・点検を行なうところに、その難しさや齟齬の生じる原因がある。したがって、レセプトには保険者の理解と納得が得られる証憑としての要件が不可欠である。つまり、個々の傷病に対して、どのような診療行為が、いつ、どのくらいなされたか等、その請求の根拠となった内容が保険者に透明でなければならない。

ICD と DRG の併用で電子請求が一気に進む

そこで、有力視されるのが ICD（国際疾病分類）と DRG（診断群分類）の併用である。ICD は WHO によって作られたもので、国際的な疾病および死因統計を作成するためのコード体系である。これまでに何度か改訂され、現在は約 14,000 病名からなる第 10 版の「ICD - 10」や前版の「ICD9 - CM」（処置・手術コード）が主に用いられる。これらを利用して、カルテに記載された病名や処置・手術名を ICD 番号に振り替える作業を ICD コーディングという。次に、DRG とは、ICD をマンパワー、医薬品、医療材料など医療資源の必要度から、統計上で意味のある 500 ~ 1,500 程度の病名グループに分類したものと定義される。つまり、ICD と DRG を連動させれば、レセプトの透明性が増すばかりでなく電算請求が一気に進み効率性も高まるという、まさに一石二鳥の効果がある。

傷病分類とコード化のイメージ

一方、わが国でも独自に開発された傷病名コードが存在する。具体的には、レセプト電算処理システム・マスターファイル（以下、開原コード）、Medis version1（以下、里村コード）、Medis version2（以下、大江コード）の 3 種類がある。里村コードや大江コードは電子カルテ向けで、病態・病理学的分類体系で設計されている。これに対して、レセプト電算処理コードとして用いられている開原コードは、実際にレセプトに記載された傷病名を集約して体系化したという開発経緯があるが、どちらも支払者である保険者側の意向とは無縁である。つまり、傷病名コードの分類が電子請求に結びつかない点が難点である。電子請求を促進するためには、保険者側のニーズにだけ合わせるのではなく、医療機関でレセプト作成に利用しやすいコード体系が求められる。

では、電子請求を前提とするレセプトとは、具体的にどのようなイメージになるだろうか。たとえば、健康保険組合連合会『「電子請求」を視野に入れた診療報酬明細書（レセプト）改革の研究』（平成 13 年 11 月）では、入院レセプトについて次のような提案を行なっている。（以下、引用）「入院レセプトは、病院を中心に電算化レセプトが進んでいることから、そのシステム変更の負担軽

減に配慮し、原則現行レセプトの規格を引き継ぐものとする。ただし現在試行実験されている DRG の様式に準じた傷病名とそのコードの記載、主たる処置とそのコードの記載など、必要な項目をいくつか付加するに留める。また、電子請求方式への即応可能性を前提にして、基本的にコード化を徹底することとし、傷病名や診療行為、医薬品、器材などの名称に対応したコードを表記する。これらのコード化は、電子請求に移行するまでの間、保険者等で OCR 読み取りやデータ化の便宜にも寄与するであろう。なお、コードは、原則、厚生労働省のレセプト電算処理システム（電子請求レセプト）仕様に準拠する。」

傷病名コードの問題は残るが、このように現行の仕様を活かしつつ移行期間と試行期間を併設することによって、コーディングの定着が促進され则认为る。

2-4 . DRG をベースとした病院ベンチマーク事業の推進

DRG はまた、病院経営の効率化にも有用である。従来の病院経営の分析手法は、地域別や病床規模別に医業収支比率や人件費率、材料費率、経費率、さらには患者数や職員数などを考察するやり方が一般的であった。しかしながら、これらの指標をいくら分析しても病院の機能や効率性は測定できない。なぜなら、こうしたデータはあくまで財務上のデータが主で、患者データが全く存在しないからである。ポイントはどんな患者をどれだけのコストをかけて治したか、ということである。

確かに、死亡率、再入院率、帝王切開率だけで病院を評価することは危険だが、DRG およびこれを精緻化したケースミックスを有効に活用すれば医療の質と有効性について一定の方向を見いだすことができると考える。病院の経営改善、そして医療の透明性を向上させるためにも DRG をベースとした病院ベンチマーク事業の推進が求められる。

ICD・DRG を応用した安全性の評価 - 医療事故防止のために

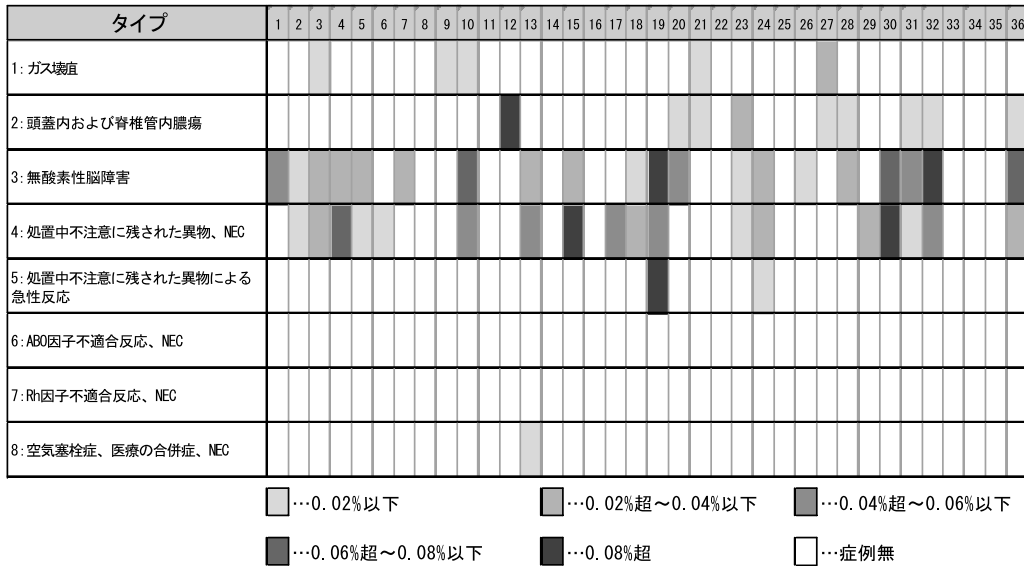
実は、ICD や DRG による疾病分類は、医療機関の安全評価にも応用することができる。医療事故が新聞紙上をにぎわすことが多くなり、医療機関の安全

管理体制の構築が大きな課題としてクローズアップされている。厚生労働省では、医療安全対策に関する情報提供、医療安全推進週間の制定(平成14年度は11月24日～30日)、医療安全対策のグランドデザインの策定、の3本の柱を据え、平成14年度以降も医療安全対策を推進していく考えを強調している。特に の情報提供については、医療安全対策ネットワーク整備事業を重点事業としている。これは特定機能病院や国立病院・療養所においてインシデント事例(事故には至らずも、「ヒヤリ」としたり「ハッ」としたりした事例、いわゆるヒヤリ・ハット事例)を収集し、発生要因や改善方策について検討を行っているもので、平成13年10月から行なわれている。また、ずさんな院内感染対策が明らかになったことから、厚生労働省は院内感染対策サーベイランス事業を拡充することを発表している。このようにわが国の医療界にもリスクマネジメントを導入しようとする動きがあるわけだが、その方法論は依然として「暗中模索」と言わざるをえない。

そこで、提案したいのがICDの活用である。ICDの中には2種類の合併症、すなわち「憂慮すべき合併症(医学的には存在しないはずの合併症)」と「予期される合併症」がある。それが統計的に問題があるくらい頻繁に発生していれば、当該医療機関は安全性に問題ありということになる。たとえば、図表18は「憂慮すべき合併症 ～ 」の結果を示したものである。さすがに と のような不適合反応は一件も見当たらなかったが、その他の憂慮すべき合併症は残念ながら散見される。中には、 と に該当する症例が0.08%を超える病院もあり、リスクマネジメント上注意を要すると言える。

このようにして、一旦コーディングのインフラ整備が完了すれば、医療機関にインシデンタル・レポートの提出を課さずとも医療機関のモニタリングが可能になるのである。

図表 18 憂慮すべき合併症



求められる医療情報の第三者評価機関 - eHealth 進展のために

それでは、医療の情報化が推進されることによって、医療の受け手である国民・患者にはどういったメリットがあるのだろうか。現在インターネットの普及に伴い、eHealth(インターネットの情報技術を活用した医療)が浸透しつつある。これによって、パソコンを使ってインターネットにつなぐ環境さえあれば自宅で手軽に医療情報の収集ができるようになった。また、インターネット以外にも新聞、雑誌などで病院のランキングなどが公表されており、従来から問題とされる「医療における情報の非対称性」はずいぶん緩和されたとも考えられる。しかしながら、何の基準もなく死亡率などが安易に公表されればかえって患者の誤解を招くことにつながりかねない。こうした事態に対処するためにも DRG のように、一定のルールをもった評価方法の推進が必要なのである。また、医療関係の web サイトでは個人の健康情報を扱うだけに、プライバシー保護についても対策をとる必要がある。

こうした問題点を踏まえ、今後 eHealth を進展させていくためには、web サイトにおけるプライバシー保護、およびコンテンツの信頼性について、お墨付きを

与える第三者機関の出現が求められる。たとえば、2002年より施行された「eHealth プライバシー・シール認証機構」では、webサイト上でプライバシーがきちんと保護されているかをモニタリングする。現段階ではプライバシー保護の審査にとどまるが、将来的にはコンテンツの信頼性についても評価できる体制を整える必要がある。

3. 支払方式 (Payment)

最後に、求められるのは、支払方式の改革である。坂口厚生労働大臣が示した私案では、2004年の次期改定に医師の技術料(ドクターズ・フィー)と医療機関の運営コスト(ホスピタル・フィー)を反映した新たな診療報酬体系を導入するとされているが、これも「隔靴搔痒(かっかそうよう)」の感がある。ポイントは、有効でかつ画期性の高い診療行為には適正な報酬体系を構築するということである。

3-1. EBM 導入による保険適用のルール化

そのためには、まず、EBMの手法を導入して公的保険でカバーすべき医療サービスの範囲を見直す必要がある。

そもそも「EBM (Evidence Based Medicine)」とは、文字通り訳すと「根拠に基づく医療」となる。従前の医療行為の中には個々の医師の経験やカン、さらには出身大学の慣習に基づいて行なわれていた医療も少なからず存在する。これを「臨床疫学」の観点からその有効性を問い正そうとするのがEBMの基本的考え方である。たとえば、従来、ルーティン検査として実施していたある検査について、実は有効性が無かったというエビデンスが得られたとしたらどうだろうか。その検査を続ければ、患者は無駄な侵襲と支払いを強いられ、また、医療機関は検査機器等の不必要なコストを負担することとなる。逆に、その検査を省くことによって、医師や他のスタッフは、空いた時間を別の患者の診療に充てることができる。つまり、患者だけでなく、医療者側にとってもメリットが生じるのである。

そこで、提案したいのが、現行の診療報酬制度や薬価制度にEBMを導入して医療サービスをA、B、Cランクの3つに分けるという考え方である。

ここで言う3つのランクは具体的に次のようにイメージされる(図表19)。た

例えば医薬品の場合、Aランクは医療上の有効性という点で画期的な医薬品で、いわゆる「生命にかかわる医薬品 (Life threatening drug)」がこれに該当する。当該医薬品は、研究開発に莫大な投資がかかることから、原則自由料金として製薬企業の開発意欲を高めつつ、患者の自己負担は限りなくゼロに近づける政策が望まれる。

これに対して、Bランクの医薬品については合法的な混合診療である「特定療養費」制度を活用してはどうだろうか。その根拠はBランクの医薬品は普遍性・画期性の点でAランクの医薬品より若干劣るからである。こうした医薬品には、保険給付と保険外負担の併用が認められるべきではないか。ただし、制限なしの保険外負担を製薬企業に認めると医薬品によっては法外な価格につり上がる可能性があるため、一定の上限を設ける必要がある。

そして、Cランクの医薬品は、保険給付の対象外としてはどうだろうか。なぜなら、当該医薬品は有用性・画期性に若干問題のある医薬品だからである。こうした医薬品は大衆薬と同列に扱われるべきだが、安全性の点から医師の処方せんが必要なものについては、「保険給付外処方薬」として残すべきである。

図表 19 EBM の手法を導入した公的医療保険制度

	医療サービスの有効性	価格設定	保険適用	自己負担	公的医療保険制度 (イメージ)			
					保険適用ルール	有効性	EBMによるランク分け	
A ランク	有効かつ画期的	原則自由料金	保険給付	一部負担	大 ↓ 小 ↑ 大 ↓ 小 ↑ 大	高	A	EBMの導入
B ランク	Aには劣るが有効	公定料金と自由料金 (一定の上限あり)	保険給付と保険外負担の併用	保険内の一部負担 + 自費	小 ↓ 中 ↑ 大	中	B	EBMの導入
C ランク	有効性・画期性に問題あり	原則自由料金	保険給付の対象外	全額自費	大	低	C	

現在、薬価基準収載品は約11,300品目に及び、金額に換言すると、5.4兆円(後発品0.3兆円含む)に達すると言われる。これに対して、大衆薬は、約14,000品目(推定)存するが、全額ベースでは0.9兆円と1兆円にも満たない。これからは何を公的保険の対象とするか、医療財源のみならずEBMの手法を採り入れて科学的に判断する必要がある。

さらに、保険適用における審査体制および審査方法についてもEBMの手法を導入する必要がある。現状では、同じ基金、連合会でも都道府県によって審査体制および審査方法が異なり、これでは「一物一価」という現物給付の大原則に反する点で問題である。たとえば、小柴胡湯エキス顆粒の適応は、「慢性肝炎における肝機能障害の改善」となっているが、各支部の状況では、認めている11支部、決めていない3支部、認めていない33支部である。また、クラリス錠(1日量400mg)の使用に当たっての注意は、「耐性菌の発現等を防ぐため、原則として感受性を確認し、疾病の治療上必要な最小限の期間の投与にとどめる」となっているが、各支部の状況では、定めている31支部、決めていない16支部である。さらに、高脂血症の病名に対し、心電図を認めているかを尋ねたところ、認めている24支部、決めていない5支部、認めていない18支部である。

このように、都道府県によってレセプトの査定基準が異なるということは競争政策の観点のみならず、「患者平等の原則」からも問題があるのではないかと。

これまでわが国では、一旦保険適用が認められると、原則として公定価格が適用されてきたが、今後は医療サービスの価値を総合的に判断して、価格設定に一定の柔軟性を付与したらどうか。また、医療のグローバル化が進む中、他の国々で承認されているものはもっと検討期間を短くすべきではないか。一定の効果が明らかとなった治療法や医薬品については、EBMの手法を採り入れて速やかに保険導入を図る方策が必要である。かりにEBMの早期導入が難しい場合は、軽医療と重医療、あるいは急性疾患(ガンを含む)と慢性疾患(生活習慣病を含む)の区分けを国民の納得いく形できちんと行い、医療保険の適用範囲や自己負担のあり方を再構築すべきである。また、再生医療、遺伝子医療といった個別性の強いものは公的医療費の枠組みから外して、国民の自助努力に依存する方向も検討すべきである。

3-2. 健診事業の再構築 - 「健康日本21」を“絵にかいた餅”にしないために

次に、現在“ムダ”な予防医療として形骸化している健診事業のあり方を見直す必要がある。ここでも、ポイントとなるのは、有効性の高い健診に対して、医療費が保険適用される仕組みである。

「予防にまさる良薬なし」と言われるが、果たして予防は医療経済学的にみて意味があるのだろうか。「予防にまさる良薬なし」とは、医学的には、かかった病気をいくら治療しても、元々の健康な体には及ばない、という意味である。この言葉が経済的な観点から用いられる場合には、病気になれば治療が必要になるが、健康であればその医療費を使わずに済む、すなわち、「予防医療は究極の医療費適正化につながる」という考え方となる。「生活習慣病」は国民医療費の4分の1に達すると言われる現在、健康障害の早期発見・早期治療を目的として、数々の「健診」が実施されている。その総費用は、がん検診だけで1,260億円（96年）に達し、同年の国民医療費の約0.5%を占める（図表20）。

図表20 各種がん検診の受診者数と費用（平成8年度）

	受診者数 (人)	精検受診者数 (人)	がん発見 数(人)	総額 (億円)	1人の発見に要する費 用(円)
胃がん	5,995,638	588,282	6,252	315.76	5,050,487
子宮がん	3,992,439	41,066	2,749	145.23	5,282,835
乳がん	2,852,947	115,897	2,337	76.66	3,280,379
肺がん	5,869,993	124,460	2,575	59.97	2,329,033
大腸がん	2,359,492	185,424	3,732	71.91	1,926,946
全がん検診	24,617,410	N/A	21,225	1260.58	5,939,125

それでは、医療を促進することでどれくらいの経済的効果が期待できるのか。米国CDCは、各種予防医療の効果を、1年延命するための費用を用いて比較している。乳がん検診は220-840万円、子宮頸がん検診は400万円、大腸がん検診350万円となっている。

ところが、最近、がん検診の医学的な有効性に疑問がもたれている。米国予防サービス特別委員会の報告によれば、「勧告の強さがA(採用すべきとする十分な

根拠がある)ないしB(採用すべきとする相当な根拠がある)」と認められたがん検診は、子宮がんのPap検査、大腸がんの便潜血検査、乳がんの乳房撮影となっている。反対に、乳がんの触診や自己検診の有効性については十分な根拠がなく、「勧告C(不十分な根拠しかなく判断できない)」とされている。これではせっかくお金をかけて健診を受けても早期発見できないという事態が起きかねない。

一方、欧米では、「がんといえばまずはPET検査(“PET First”)」と言われるほど有効性の高い検査方法が一般的に行なわれているが、日本ではようやくPETに保険が適用されたところである。今後は健診についても臨床経済学的な評価が求められる。

3-3. ITを活用した在宅医療への評価 - テレ・ヘルスケア

医療のIT化が進む中では、患者が自宅で楽に受診できるシステムも整備する必要がある。そのためには、テレ・ヘルスケアに象徴される在宅医療に対しても保険適用の拡大を推進する必要がある。

テレ・ヘルスケアとは、「居宅(ケアハウスなど住居を主たる目的とした住宅)に住む利用者に対して通信回線(技術)を利用し、保健・医療・福祉サービスの提供を行なう」ことをいう。ここでは、遠隔医療(テレ・メディスン)と区別するためにテレ・ヘルスケアと呼ぶこととする。テレ・ヘルスケアを含む在宅医療に関する規制としては、医師以外の者の「医業」禁止規定(医師法第17条)

看護師の単独医療行為禁止規定(保健師助産師看護師法第37条)、薬剤販売方法が特定されていること(薬事法第37条)、看護師、医師などの派遣事業の禁止規定(労働者派遣業法第4条1項)がある。この4点がテレ・ヘルスケアの発展に立ちはだかる制度上の障害物である。産業界は医療行為に関する規制緩和が実現しなければ、競争力を持った医療システムは構築できないと主張する。その一方で民間企業がテレ・ヘルスケア分野に進出することを快く思わない関係者も多いことから、この分野の規制緩和には相当の紆余曲折が予想される。

しかしながら、テレ・ヘルスケアの費用削減効果は大きいと考えられる。米国でテレ・ヘルスケア事業を行なっているCybercareによると遠隔モニタリングによって肝硬変患者では平均37.576ドル、うつ病では13.057ドルの医療に関する

費用が削減できるという。また慢性閉塞性肺疾患、糖尿病、頭痛、薬剤管理費においても7,452ドルから9,666ドルの費用削減効果が示されている。

このように米国ではテレ・ヘルスケアにより費用対効果に優れた医療がされているわけだが、わが国ではいまひとつ伸びない。その理由は、先に述べた数種の規制に加えて診療報酬上の問題がある。在宅医療には若干診療報酬があるものの、これはすべて医師の点数となっており、企業の直接請求は認められていない。また、テレ・ヘルスケアの中には健康保険の適用がないものも多く、「良心的な医師」にとっては保険収入がない上に、かえって負担が増えることとなる。このような環境下ではテレ・ヘルスケアの普及は難しく、患者、医師・医療機関、保険者全てにメリットが存する環境の検討が必要である。

3-4 . レセプトの電算データ化へのインセンティブ

2-3で述べたように、今後は単にレセプト内容をコンピュータ処理するだけでなく、電子請求を可能にするシステム対応が求められる。そこで、注目されるのが民間によるレセプト審査である。2001年9月25日に発表された厚生労働省試案では、「保険者に関する規制緩和」として、保険者による直接審査を2001年より順次実施していくとされている。これまで、社会保険診療報酬支払基金および国民健康保険団体連合会にのみ認められていたレセプトの審査・支払業務を保険者自らおよび民間に委託することを可能にしたのである。

レセプト審査とは、レセプトに記載された医療機関の請求内容を点検し、それが妥当であるかどうか審査を行なうものである。同審査は通常2回のステップを経てなされる。第一次審査は厚生労働省の特殊法人「社会保険診療報酬支払基金」（以下、支払基金という）もしくは「国民健康保険団体連合会」がほぼ一元的に請け負う。第一次審査後、健保などに送付され、第二次点検が行なわれる。第二次点検は保険者自らが行なうことが原則となっているが、最近ではレセプト点検代行業者が行なうことが多い。ただ再審査には通常4～5ヶ月かかるため、代行業者にとってはその間の運転資金が負担になる。このため現在、レセプト1枚当たりの報酬が高くなってきたという。支払基金が第一次審査に要する事務費は1枚当たり116円20銭で、これは健保側の負担になる。代行業者の料金に比べて割高

なために健保などの不満は強く、政府の特殊法人事業見直しにあわせて、民間への委託を認める案が盛り込まれた次第である。

レセプトは通常、各都道府県の支払基金に毎月提出される。支払基金が審査するレセプトは年間約8億件を超える。請求点数に誤りがないかなどが第一次審査の対象になるが、ミスの見落としも少なくない。再審査請求は年間1,680万件(2001年度)に達するが、請求が認められるのは2～3割にとどまっている。

現在、支払基金が審査・支払事務手数料として徴収している金額は877億円である。すなわち、支払基金の審査・支払事務がすべて民営化されると、877億円の市場が新たに誕生するというわけである。しかし、即ビジネスになるわけではない。最大の障害は支払基金は依然として紙レセプトをベースに審査を行なっていることである。より具体的には支払基金による第一次審査、さらに保険者および代行業者による第二次審査とも点検方法は基本的に手作業で、1枚ずつめくって点検している。そのスピードは人力で1枚当たり6.6秒という、およそ文明社会とは言えないシステムとなっている。さらに、全レセプトの87.1%はコンピュータ、すなわちレセコンで作成されているにもかかわらず、99.6%のレセプトが紙で提出されている。なんともムダなシステムである。審査業務をビジネス化するためには、まずレセプトの電子データ化が必要である。

それでは、どうすればレセプトの電子データ化は進むのであろうか。たとえば、三菱商事の高橋一成氏は、一定の目標を定めて医療機関にインセンティブを促す手法を提案する(図表21)。つまり、今後1～2年の間に電算請求への早期対応を行なった医療機関については、診療点数の1点単価を上げ、3年後になっても依然として未対応のところは減点するのである。まさに、「アメ」と「ムチ」の政策である。さらに、民間の審査業者が市場に参入するに伴って、医療機関だけでなく審査業者にも電子化のインセンティブがはたらくと考えられる。

図表 21 手法および期末時の電子データ比率目標

・ 平成 16 年度に電子データ提出：1 点 10.2 円	電子データ比率 30%
・ 平成 17 年度に電子データ提出：1 点 10.1 円	電子データ比率 70%
・ 平成 18 年度に電子データ提出：1 点 9.9 円	電子データ比率 90%

0.2円分については別建のIT補正予算により補填（H16年900億円、H17年は1,800億円の見込み）

おわりに

以上、3つの視点から具体的な改革案を述べてきたが、問題は果たしてこの工程表通りに進めてよいかどうかである。特に医療は「命」を扱う分野なので、ナイーブなテーマについては制度化になじむかどうか実験する必要がある。より具体的には、「先端医療特区」を創設し、一定の期間を限定して、社会的実験を行なうことを勧める。

「先端医療特区」での社会的実験が医療改革の鍵

そもそも政府が年度内実現を目指して打ち出した「構造改革特区」「規制改革特区」構想とは、限定的な地域で特区分野（ビジネス、農業、レジャーなど）の規制を緩和・撤廃し、地方経済の活性化を図るというアイデアである。これに対して、医療分野では、現在神戸市商工会議所が独自に検討中の「神戸医療特区」案を引っ提げ立候補している。医療特区は、先端医療やその関連産業を集約するモデル地域として高度先端医療体制の整備を狙いとしているが、混合診療の容認、株式会社参入などの項目も想定されており、「一国二制度」を問題視する声もある。医療特区には期待も大きいですが、疑問点や混乱もみられる。そこで、何のために（Why）医療特区を設けるかを再検討するとともに、仮に特区を行なうとすれば、誰が（Who）、いつ（When）、どこで（Where）、何を（What）、どうすれば（How）実現するのかを考えてみることにする。

何のために医療特区を設けるか - “出島”か“社会的実験”か

まず、何のために、わが国に医療特区を作る必要があるのだろうか。特区の必要性については立場によって見解が異なるが、基本的には、2つの考え方に集約される。

ひとつは「日本全国一律の規制を脱却し、欧米と同等、中国、シンガポール、マレーシア等アジア諸国に遜色ない制度、インフラを整備することにより、ゲノム・再生医療分野における研究を活性化するとともに、世界最先端の医療を提供する」というものである。いまひとつは、「従来から指摘されてきた医療分野の規制緩和、より具体的には 医療法に基づく医療経営に関する特例措置、 派遣業法に基づく医療関係従事者の派遣規制の特例措置、 外国人医師を認めるための医師法の特例措置、 米国FDA等の安全審査を有効にするための薬事法の特例措置が果たして日本で機能するかどうか実験する」というものである。

両者は何が違うかという点、前者は“治外法権の出島”をイメージしているのに対して、後者は“社会的実験”を考えている点である。換言すれば前者は「一国二制度」の考え方をわが国に導入しようとするものである。これに対して、後者は特区で一定の効果が認められた規制緩和は、いずれ全国に普及させるべきという考え方がその背後にある。つまり、特区が成功すれば特区はなくなるのである。

問題は「どちらの特区がよい特区か」、さらには「どちらの特区が日本になじむか」であるが、両者を融合する方向が求められる。他の国が経験したことのないスピードで少子・高齢化が進んでいるわが国の社会保障制度を考えると、一定の地域を限定して社会的実験を行なってみてもよいのではないか。特にわが国の医療制度は「患者平等の原則」を第一義的に考えてきたが、これに個別性・選択性をいかに付加するかが、21世紀の大きなテーマになるだろう。「社会化の節度」と「市場化の限度」のバランスを見極めるのである。2000年4月からの介護保険や「勘と度胸」で決めた2002年4月の手術料の見直しは、何の実験も行なわずに実施された。「世界の非常識」が「日本の常識」となっている中で、わが国の医療界にも今「真の知恵」が求められていると言えよう。

Action Plan

それでは、誰が（Who）いつ（When）どこで（Where）何を（What）どうすれば（How）実現するのか。実現可能性の高いAction Planを考えたとき、日本医師会の「2015年医療のグランドデザイン」は注目に値する。これまで、公的医療費の拡大のみを主張してきた日本医師会だが、「グランドデザイン」では、『遺伝子治療、臓器移植、生殖医療、再生医療等の「個別性が高く、普遍性に乏しい医療」に対しては、現行の医療保険制度の枠組みからは外して、「自立投資」という考え方を導入すること』が提案されている。その財源としては、シンガポールで1984年に導入された医療貯蓄（MSA）をあてることが提案されている。果たして、「自立投資」という考え方が21世紀の日本人にフィットするかどうかを実験するのである。

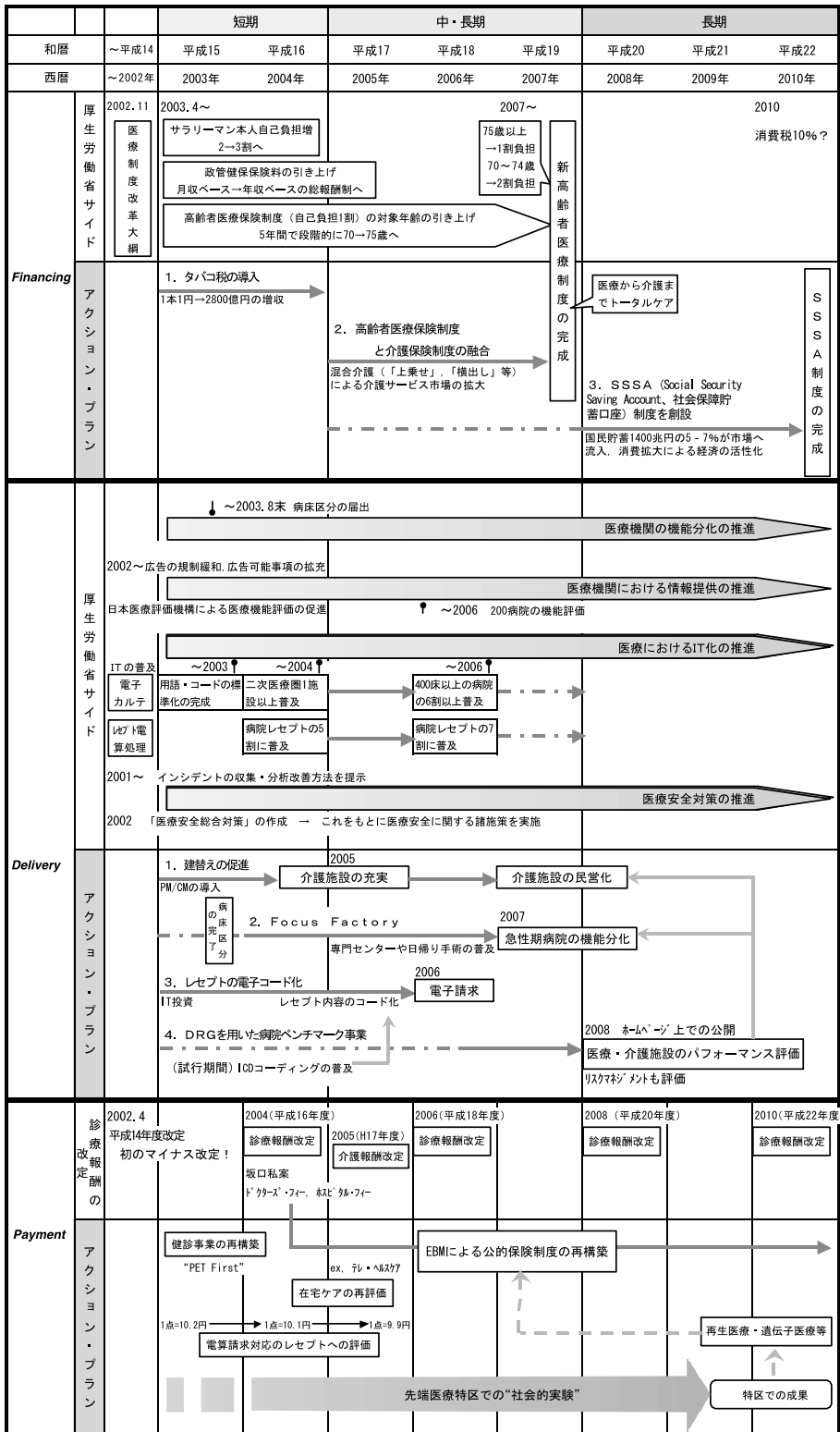
その場合のフィールドとしては、「神戸医療特区」に加えて、大学附属病院や都立病院が密集する文京地区が最適である。その理由は、当該地域には、既に多くの公費や民間資金が投入され、「臓器移植、遺伝子医療、再生医療、生殖医療のメッカ」となっているからである。特に一般会計から年間117億円の公費が投入されている 東京大学医学部附属病院、 東京医科歯科大学医学部附属病院、 東京医科歯科大学歯学部附属病院の3病院は、医療特区の格好のターゲットとなる。つまり、特区として新たな施設を建設する必要はなく、既存のインフラを利用できるのである。

そして、肝心の社会的実験の中身であるが、大きく分けると、 先端医療の臨床経済的効果と 規制緩和の社会経済的効果の2つの実証分析が必要である。実験の結果、一定の効果が認められたものについては、段階的に全国に普及させていくことが求められる。特に、まだ実用化が進んでいない遺伝子医療や再生医療については、2010（平成22）年度診療報酬改定を目処に、特定療養費化することも検討に値する。「実験 結果の分析 一般への反映」を繰り返すことによって、医療改革は着実に進むと考えられる。

先端医療特区での社会的実験は“医療改革の鍵”である。老害がすべてを支配しているわが国にあって、医療特区は「少子化スパイラル」を克服する起爆剤になることを切に望むものである。

工程表

2003-2010年



各 論

第1章 病院改革

～ニューフロンティアを求めて～

特別医療法人財団董仙会理事長 恵寿総合病院院長 神野 正博 氏

はじめに

世の中デフレの時代である。物の値段が下がり、給与所得も下がろうとしている。また、診療報酬改訂で医療機関の収入もデフレ基調となった。

100円ショップや衣料品、電化製品などデフレを引っ張ってきたものは、いずれも海外の安い労働力をはじめとしたコスト削減と画一的大量生産によるものであった。一方、ハイクオリティーを標榜するホテルやブランドショップは高い値段を設定しデフレとは関係がない。五つ星ホテルは、徹底した個別対応によって顧客の満足を追求している。ブランドショップもまた高級感と希少性ととも、質での安心感で顧客に迫っているのである。

顧客は医療においても、大量生産と画一的なサービスを求めるのであろうか。ここで受益者にとっての医療費は自己負担増という「値上がり」=インフレベクトルがかかっていることを忘れてはならない。したがって、受益者は、高コストに見合う個別対応とブランドを求めているものと考えなければならないだろう。医療は今後テーラーメイド医療へと向かうという。それは個人の遺伝子やタンパクの発現の特定によって、個人対応の予防・治療を行なう医療である。ただ、その前に個人のニーズに応え、それを満足感に変えていくという個別の対応が求められ、それこそが患者にとっての「医療の質」の大きな要素を占めるように思われる。

個への対応、質の確保と医療機関にとっての医療費デフレ...この二律背反のなかで、いかに対応していくかは、一般企業以上に厳しい問題となってきた。医療機関は今まで以上に知恵を絞らなくてはならない時代を迎えようとしている。

人類は、歴史上新たな開拓地(ニューフロンティア)を求めて、その富により進歩してきた。それはアフリカであり、アメリカ大陸であり、近くはアジアの植民地であった。その後、アポロ計画などで月にフロンティアを求めたものの、その開発過程でITによるサイバースペースという大きなニューフロンティアが見出され、

世界はそこで新たな富を創出している状態であると理解できる。

今後、デフレ下における医療費拡大の望みは現実的には厳しい状態にあることは言うまでもない。医療機関にとっての、新たな富を創出するニューフロンティアが存在するのか。平成12年から施行された介護保険制度はひとつの場を提供してくれた。また、新たなニューフロンティアとしてサイバースペースが存在する。その両者を継げる取り組みとして当法人では32の介護保険事業部門をオンラインで管理するコールセンターを立ち上げてきた。しかし、一般的にITから収益を得るモデルは材料や薬品などの仕入れ、コスト・在庫管理面に絞られる。その他の安全や情報共有、情報開示は質の面のみの改善に伴うものである。

これからも、医療機関はニューフロンティアを求めて新たな航海に出る必要がある。病気を作らない創健・予防医学であり、医療関連サービスへの進出であろう。病院という安心のブランドを核としての事業を捜し求めなければならない。

・病院改革の視点

1. 病院設立基盤

医療関係者の立場からみて最も不公平なのは、公的病院と私的病院が、まったく同じ健康保険制度の上に成り立ち、その上で公的病院に対しては多額補填と補助金の注入がなされ、しかも免税措置がとられていることである。換言すれば、従来より公的病院においては経営能力の如何に関係なく、また市場原理がかかわることなく、その存続が図られているのである。実際、平成13年で、1兆円を超える公的資金が国公立病院に注入されている。

今後独立行政法人化が図られることによって、公的病院であってもその経営能力を問われてくるものと予想されるが、その一方で、いわば駆け込みともみられる施設の整備が多額の公的資金の注入と債務保証の元で進められている。優位なスタートラインからの出発のために画策している現状が見受けられる。

このような背景の下、郵政や道路公団論議と同様に、公的病院の市場原理に基づく運営と民営化論議は医療費の適正化の面からも机上に上げるべきであり、その受け皿のひとつとして株式会社の参入もありうると考える。

2. 病院改革の指針

医療においては医師と患者との間のパターンリズムが問題となる。同様に病院組織においても医師を頂点とする経営者とその他の職員間では、一般同族企業以上のヒエラルキーが存在する。この部分を見直すことが病院組織の改革に必須であることを明記しなければならない。

2-1. 組織の再構築（Re-structuring）をしたか

病院機能、病棟機能、あるいは各診療科や診療部門の機能とその役割を明確化する必要がある。同じような機能を重複して行なっている部門があるならば、再編の適用となろう。

また、今後の医療制度改革は諸外国との比較のもと（「 . 基本認識」参照）一般病床の削減圧力が必至である（図表1）。その中で機能別のフォーカス・ファクトリー化、センター化や分離・分院化の道を模索していかねばならない。

図表1 わが国の急性期病床の将来数試算

	試算A	試算B	試算C	試算D	試算E
試算の考え方	現状の入院受療率を基礎とした受療率見込み及び将来人口により試算	先進諸国における全病床数に占める急性期病床数の割合により試算	先進諸国における人口当たりの病床数により試算	現状の入院回数を基礎とし、平均在院日数を15日として試算	現状の入院回数を基礎とし、平均在院日数を10日として試算
病床数 (年度)	100万床 (2015年度)	60万床 (1997年度)	50-60万床 (2015年度)	63万床 (2010年度)	42万床 (2010年度)

試算A：「日本の将来人口推計（平成9年1月推計）」による2015年の年齢階級別人口及び同年の年齢階級別受療率推計（1996年の受療率に基づき後期高齢者（75歳以上）の受療率を現状と同一と推計する等）から試算数

試算B：全病床数における急性期病床の割合及び医療施設の病床数（介護老人保健施設及び特別養護老人ホームの入所定員を含む）により試算数

試算C：OECD先進諸国の人口1000人当たりの急性期病床が4～5床であることから、それに2015年の日本の人口をかけた試算数

試算D：療養型病床群等を除いた一般病床における3か月以内の入院患者から算出した性年齢別人口当たり入院回数、及び2010年の将来人口を基に、平均在院日数を15日とした試算数

試算E：試算Dで、平均在院日数を10日として試算

（出所：厚生労働省「医療提供体制の改革の基本的方向」（平成14年8月）より）

2-2．業務の改善（Re-engineering）をしたか

多くの病院は公的、民間を問わずもともと個人商店的な小規模診療所を設立母体とする。したがって、各々の病院業務の流れは、歴史的、経験則的背景の下で極めて独自色が強いものとなっている現状にある。その中で、新規業務が発生すれば、セクショナリズムが阻害要因となることが多い。すべての業務をゼロから見直し、業務にかかわるミッションと職制のミッションを明確にすることで、業務の非効率性を見直す必要がある。

2-3．合理的（Streamline）であるか

業務の改善や目標の管理、さらにその実行においては、非合理性を排除しなければならない。病院はカリスマ的指導者の「天の声」に左右される組織実態から決別する経営形態をとる必要がある。

2-4．予算・計画に一貫性があるか（Integrated Health Planning）

戦略なき組織運営が破綻をきたすのは、日本経済の実態を省みれば自明であり、病院という組織の運営においても計画性とそれを実行するための予算的措置を確立する必要がある。予算の作成にあたっては、トップの方針決定と、それを落とし込むための各部署における実行計画の策定が求められる。

2-5．効果の監視（Monitoring）と評価（Evaluation）は行なわれているか

前述の実行計画に対する効果と進捗状況の監視システムの確立と、その評価は実行計画を見直し修正するためには必須事項である。

2-6．職員の人事管理がなされているか（Personnel Management）

病院は一般企業に比し、資格を有した専門職の集団であるという組織的特異性がある。そこでは、医師をはじめとして専門職は病院帰属意識に乏しく管理上の問題となることが多い。しかし、人事管理ができてこそ組織であることを忘れてはならないだろう。

2-7. ネットワークができ、情報管理がなされているか

(Network & Information : IT)

厚生労働省が作成した「保健医療分野の情報化に向けてのグランドデザイン」によると「電子カルテ」導入病院数の数値目標は「06年度に病院（400床以上）と診療所にそれぞれ6割以上」となっている。しかし、病院における情報化は電子カルテ部門にとどまることはない。むしろ、診療記録を電子化することは多くの情報化推進策の中で1部門にしか過ぎないことを明記すべきである。

すなわち、患者の視点においては電子化のメリットは多施設のネットワーク化による情報管理・情報共有である。また、働く職員にとれば、病院における数多くの職員の持つ経験知や暗黙知を表出化した(ナレッジマネジメントの場としての)情報共有である。さらに、病院経営の視点に立つならば、ITが最も得意とする物品管理・物流管理部門のシステム化になる。先に述べたように、この部門のシステム化は病院において、唯一導入効果を金銭的に計れるものであり、それが医療の質のためのIT化の原資となりうるものである。

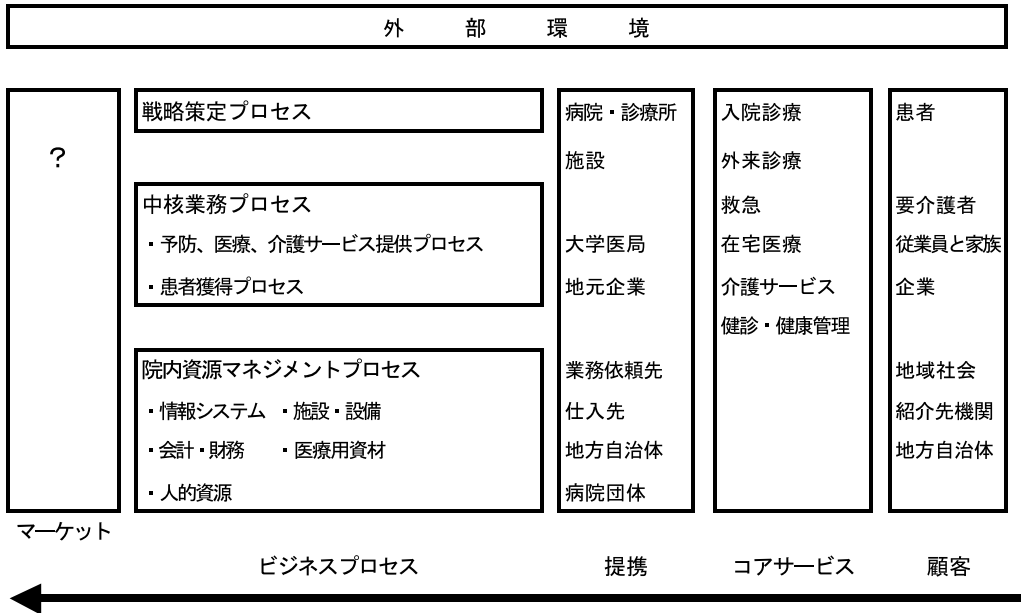
・病院改革の工程表

病院改革を論ずる際の最も大きな阻害要因は地域特異性にある。一般に病院の顧客のほとんどは地域住民であり、いわば病院は「地域密着企業」と言える。

そのような中で、病院改革の工程表に一般の経営論は通用しがたいと言える。そこで、図表2のようにビジネスモデルとして各病院の特徴を整理してみたい。それによってその病院の目指すマーケティングの対象と方法が明らかになり、改革が進むものと思われる。

すなわち、外部環境として医療政策から、地域の規制、人口動態、疾病構造、金融環境、経済環境、さらに競合医療機関などが影響を及ぼすことになる。顧客を抽出し、コアサービスを明確化することに加え、提携機関との協力を模索し、ビジネスプロセスを工夫・創出し、その各々に明確な戦略性を持たせていくことで各病院のマーケットに対しての関わりを創り出していけるものと思われる。

図表2 医療機関のビジネスモデル例



1. デフレ下の企業のベンチマーキング

一般企業における先進的な成功事例をベンチマーキングし、医療分野への落とし込みを図ることは、有意義であり、かつリスクの低減が図れるものになる。

1-1. 物流管理は新規事業の原資

カンバン方式と呼ばれる生産管理手法やコンビニエンスストアにおける物流管理の成功はいずれも川下から川上までの生産管理と在庫管理（SCM: Supply Chain Management）の賜物であった。これらにIT化は必須条件となる。医療分野においても、SPD（Supply Processing Distribution）と呼ばれる医療材料や薬品の管理手法はSCMのベンチマーキングから生まれたものであり、病院におけるコスト管理の原点となる手法と位置付けられる。これらは、コスト管理面ばかりではなく、材料や薬品を使用される患者と使用する職員、医療材料・薬品そのものを関連付けることによって安全管理面で応用がなされてきている。しかしながら、先にも述べたように、新規事業の原資としての物流改革にその意義が

大きく見出されると思われる。

1-2 . 規格大量生産から個へのシフト

実際、医療界においても古来より医療は患者の訴えや症状にあった治療を提供することを旨としてきた。しかし、安全管理や標準化という視点でマニュアル化、画一化が進んできたのも事実である。個別対応は医療に最も望まれるものである。古来の医師のアートの個別対応から、ITを駆使して個人情報をも網の目のようにリンクさせ患者との関わり図っていく努力が求められる。

事実、サイバースペースを中心にCRM(Customer Relationship Management) の考え方が発展してきた。これは、優良顧客にはより多くの接触機会をもち、個別の商品・サービスを勧めていく考え方である。

私の経営する法人における医療・介護分野・病院物販部門のコールセンターは32の事業所全ての利用者で共通のものであり、コールセンターでは利用者の制度をまたがる情報や地域をまたがる情報を縦横にリンク付けて管理することができる。これによって、より強固に患者・利用者との連携を深めていくことを目的としている。さらに、医療分野においても、マイレージシステムのように従来タブーであった優良顧客・優良家族に対してより多くの機会を創り出し、しかもワンランク上のサービスを提供していくといった考え方も必要な時代であると認識したい。

1-3 . ブランドマーケティング

「病院」という強力なブランドイメージを有効に利用するとともに、エクイティを増やしていくような戦略をとる必要がある。病院から来るブランドイメージは「安全・安心」につながっていくものである。そういった意味で、ブランドイメージ醸成のためのCI、広報部門の強化と、ブランドイメージを利用した医療関連サービスや物販もすすめていく必要があるだろう。

2. 企業との連携

先に、病院改革におけるビジネスプロセスの重要性と成功事例の導入の必要性を述べた。しかし、大半の医療機関はこれらのプロセスを具現化するすべさを知らないのが現状だろう。

そこでノウハウを蓄積した企業と病院との連携は必要条件となる。両者の関係はあくまでも、Win-Win の関係を前提にすることが望まれる。企業側には右表に示すように、単に医療・福祉産業は成長産業だから参入するといった動機ではなく、自社の英知を結集する気概でことに当たっていただきたい。

一方、医療機関側は企業との間の共通言語の整備を図っていく必要がある。より具体的には、会計基準の共通化や資産や損益情報の相互公開などが求められ、これによって、プロセスの具現化、さらには企業との業務連携や資金調達の多様化が進められると考える。

3. 医療関連サービスへの参入

表題のニューフロンティアとは医療機関側から医療関連サービスへの参入にある。医療機関は病院という（救急・先端医療を担う病院であればなおのこと）強力な安心のブランドを武器に、そのサービスの拡大を担うべきである。

介護保険における在宅看護や24時間の介護体制の提供において病院というブランドは何よりも患者・家族の安心感の基礎となる。さらに、複数の病院の機能を集約するようなIT（電子カルテやASP）事業、レセプトに関わる受託業務、検査受託業務、セントラルキッチン業務、さらには人事管理業務までパッケージ化できれば、他の医療機関や行政機関への売り込みも可能になるだろう。自院の成功事例をモデルに新たな収益を発生させるような取り組みが求められてくると思われる。

図表 3 e-partner 企業の条件

- | | |
|---------------|----------------------------|
| • electronic | : 電子化 |
| • expertise | : 専門性
業務に関する知識 |
| • enhancement | : 増強力
競争を高める提案ができる |
| • execution | : 実行力
具体化する能力 |
| • enterprise | : 進取の精神
entrepreneur たれ |

第2章 診療所改革 「参加する医療」を支えるパートナー

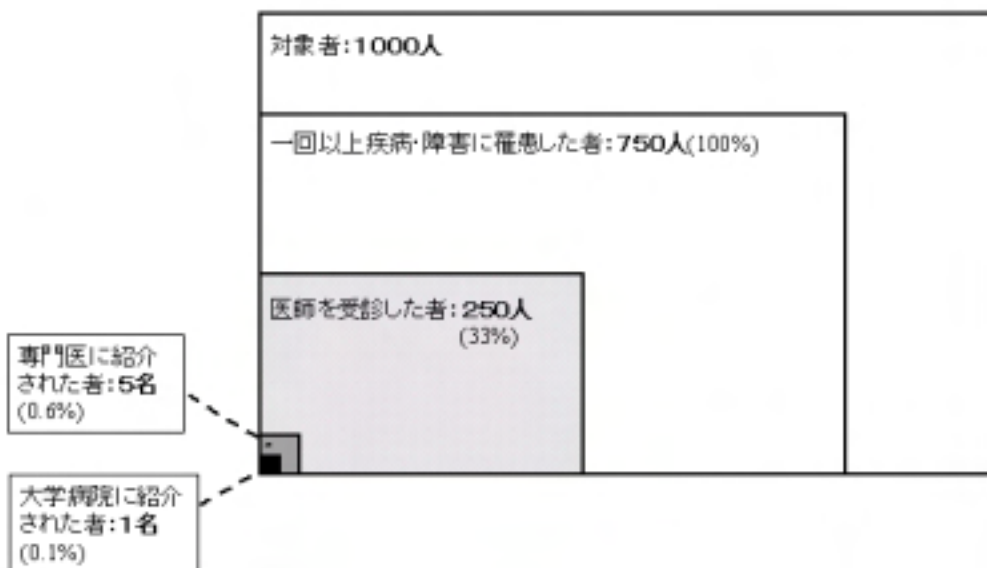
(株)メディヴァ社長 大石佳能子 氏

. Shrink to Grow

ここに面白い調査結果がある。1961年に米国で実施されたものであるから、かなりデータは古いが、示唆に富んでいる。Kerr White 氏等は、成人男女 1,000 名を 1ヶ月間モニターした。そのうち、「1回以上、疾病・障害に罹患した者」は 750 名、「医師を受診した者」は 250 名、「他の医師（専門医等）に紹介された者」は 5 名、うち「大学病院に紹介された者」はたったの 1 名である（図表 1 参照）。

疾病・障害に罹患した者を 100% とすると、「医師を受診するほど体調が優れなかった者」は 33% である。受診者のうち「専門医に紹介された者」は 0.6%、「大学病院の治療を要した者」は 0.1% である。

図表 1 患者来院実態調査（Kerr White ; 1961 年）



日本の医療制度は、国民皆保険とフリーアクセスを基本としている。このため、受診が必要でない患者も医療機関に詰め掛け、またそのうちの多くが「最高の医療」を求めて専門医や大病院、大学病院に殺到するのである。これが、大病院の待合室の混乱状況を招き、患者満足度を下げ、保険財政の圧迫に寄与していることは言うまでもない。

現行医療保険制度が確立された昭和36年には、皆保険とフリーアクセスは画期的な新制度であった。国民に貧富の差にかかわらず、日本国内でどのような医療も受診できる可能性を提示した。また、医師を銭勘定（と患者への取りたて）から解放した。しかしながら、施行後40数年経ち、国民医療費は30兆円を超え、高齢化社会の到来とともに、国民皆保険制度を支える財源は確保しにくくなっている。

企業再編の定石に「shrink to grow」という言葉がある。ブヨブヨの贅肉体質のまま、大きくなっても強くはなれない。まず、リストラをし、リエンジニアリングに励み、筋肉質になってから再度成長を狙う、ということである。

日本の医療制度は、まさしく「shrink to grow」の時期を迎えているのである。今後医療に使う財源は、増やすべきだと思うが、ただ際限なく原資を増やすべきではない。では、改革はどこから始めるべきか。企業改革の場合、改革の視点は消費者（顧客）にある。消費者（顧客）に望まれるものを提供できるよう、企業の組織・プロセスを見直すべきである。

同様に、医療制度改革は、患者視点から入るべきであるが、ここに問題が生じる。長年、「知らしむべからず、寄らしむべし」の文化で育ってきた消費者（患者）は、未だ医療改革の原点となるべき視点を備えていないのではないか。医療改革を実現するために、まず患者の意識、能力の改革を行なうべきである。意識が変わり、サポートするシステムさえ整備されれば、当世の患者の多くは、パターンリズムを必要としない潜在能力と意思を備えていると思われるが、いかがだろうか。

．まず、患者が自己改革せよ

ここで患者として最も重要なことは、「与えられる医療」から「参加する医療」への転換ではないか。「参加する」とは、「自分の身体状態に自覚を持ち、医療行為・医療機関・負担額の選択に積極的に参加する」ことを意味し、これができる患者を

「患者力」のある患者、と呼びたい。「患者力」には、4つの要素がある。

1. 覚悟：健康は自己責任

まず、健康は「自己責任」であるという自覚を再確認すべきである。いかにして生き、いかにして死ぬか。これは個々人が自分で担うしかない命題である。この命題は個人の健康状態、疾病管理状態と密接に関連があり、医師を含めてサポートしてくれる人はいても、代わりに担ってくれる人はいない。特に平均寿命が伸びた今、疾病構造は感染症のように薬だけで完治するものから、生活習慣病へと変化し、「生活習慣や体質を変える」ことによって初めて治るものが増えている。生活習慣の変化は、医師のサポートによって、患者が主体的に行なうものである。

2. 知力：賢い患者

医師に治療能力が必要なと同様、患者側も「参加できる」賢い患者としての能力が求められる。具体的には理解力、調査能力、選択力、伝達力、記録能力、自己改革能力等、さまざまな能力の複合要素である。理解力とは、自分の健康状態を客観的に把握し何が必要かを理解する能力、調査能力は医療行為のオプションや受診できる医療機関等について調査する能力、選択力は医療機関、医療行為等選択オプションを評価し自ら選択する能力、伝達力は医師に正確に病状を伝える能力、記録能力は伝達力をサポートする能力で病状経過等を医師に伝えやすいよう記録する能力、自己改革力とは生活習慣等を変えていく能力である。

3. 経済感覚：負担額の自覚

患者は医療行為の対価として、支払っている金額に自覚を持つべきである。

最近の基本診察料、検査料、薬剤費等の明細に分かれた領収書を発行している医療機関も見られるようになったが、医療行為とその対価を比較してみると「意外と高い」、「意外と安い」の両方が存在しており、極めて興味深い。将来保険で支払われない部分が増えることに備えて、まずは現在の負担額の自覚を高めるべきであろう。さらに、自覚を高めるためには、一旦全額立て替えて、その後保険から払い戻す方式を導入することは有効だと思われる。

・「参加する」医療を支えるサポートシステム

さて前述のように、「与えられる医療」から「参加する医療」への転換を目指して「患者力」をつけるよう求めてきたが、この実現はサポートするシステムがあって初めて成り立つと考えられる。

1. 「患者力」教育の実施

「患者力」を向上するには、健康な時期から基礎的な医学教育や医療資源の活用に関する教育を行なうべきではないだろうか。小・中・高等学校の保健教育として人体や疾病について、基本的な教育が施されているが、社会人教育としてさらに詳しく、たとえば医学部の公開講座等で生活習慣病のメカニズムや、がんになった場合の対応方法、救急の場合の応急処置方法等について教わる機会があれば良いと思われる。現在これに代替するものとして、テレビの医療番組や健康コーナーが人気を博しているが、内容は玉石混交なのが残念である。また、効率・効果高く医療資源を活用できるよう、医療制度の仕組みや病院の分類、診療所と病院の使い分け方法等、医療機関の使い方についても、各地域の医療状況を反映して情報提供することは意味があると考えられる。

2. 「分かるカルテ」の開示

「患者力」のある患者を育てるには、最も重要なステップのうちのひとつがカルテ開示の促進である。患者自身の情報が患者に開示されない場合、医療の非対称性は是正されず「患者力」は向上しようがない。

筆者が運営サポートをしている用賀アーバンクリニック（世田谷区：野間口聡院長）では患者に対し、カルテの完全開示を実践しており、毎診療ごとに患者の訴え、内診、検査等の結果、医師の診断、処方の内容等を記載したカルテのコピーを患者に渡している。患者のカルテ開示に関するアンケートでは、「自分の病気についての理解が深まった」という回答も多いが、「医師にどう伝えたら分かってもらえるか、が分かって良かった」というものも見られた。カルテ開示を通して患者へ医師の理解や思考プロセスをフィードバックすることにより、患者は時間的にある程度制約のある外来診療で、自分の病状がどうなっていて、どうして欲しいかを効率的に伝

える「患者力」までを身につけ始めたのだと考えられる。これによって診療の効果・効率が上がることは言うまでもない。

3. 「ファミリードクター制度」の充実

いくら「患者力」が向上しても、患者が独力で情報収集し、判断するには限界がある。欧米では、力強い相談相手となるのが診療所におけるファミリードクターである。日本では「掛かりつけ医」ということになっているが、厳密に言うと欧米型のファミリードクターと、日本型の掛かりつけ医は機能が異なる。ファミリードクターは、内科、外科等の分野にかかわらず、プライマリーケア全般を診療し、患者と継続的な関係をもち、患者の治療だけでなく相談に乗る医師を言う。

たとえば、患者が「お腹が痛い」という訴えを持ったとする。日本では、消化器内科に行き、胃部レントゲンか内視鏡検査を行ない「胃はキレイです。異常ありません」と言われて帰宅するが、相変わらず腹部疼痛は残っている、という状況がまま見られる。「お腹が痛い」場合は、胃炎等の消化器系の疾患であることも多いが、虚血性心疾患等循環器系疾患である場合もあれば、子宮外妊娠等婦人科系疾患や精神的なストレスによる心療内科的疾患である場合もあり得る。ファミリードクターは、これらの可能性のある疾患から分野にかかわらず疾病を特定し、軽症の場合は治し、さらに専門的な治療を要する場合は最も適した治療機関に速やかに紹介する機能を担う。

また、ファミリードクターは家族全員の健康管理や健康教育の役割を担い、「患者力」を高めるサポート役でもある。これは、個別の相談に応じて行なう場合もあるが、たとえば風邪で来院した40代の女性に対し、中高年の女性における乳がんの危険性について簡単に説明し、次回の来院予約をとらせて、検査と自己診断の方法についての説明を行なう等、健康な人の場合、年に数回あるかないかの医療機関との接点を捉え健康教育を行なう場合もある。

4. 「トリアージ」システムの整備

トリアージとは、患者を重症度に応じて誘導することであり、元々は戦場において傷病兵を後方に送り返すかどうかの振り分けを意味した。患者が自分の状況に応

じて、どのような医療行為を求め、どのような医療機関を選択したら良いか、をサポートするのがトリアージシステムであり、今後自治体等のバックアップにより医師会やNPO的組織が行なうのに適していると思われる。

トリアージには、救急時の対応機能と、健康相談的機能と、セカンドオピニオンの機能に分かれる。救急時対応は、たとえば「子供が39度の熱を出した」という状況に対し、「意識混濁はあるか」等重症度を判断する質問を提示し、「即救急病院に行くべきか」、「明日まで安静に様子を見るべきか」の判断をサポートする。救急の場合は、地域の開いている病院等を具体的に知らせ、誘導を行なう。

トリアージにおけるセカンドオピニオンは、診察を伴わないため、いわゆる本当のセカンドオピニオンではなく、病状の理解を促進し、オプションとして何があり得るかを提示することに留める。たとえば、乳がんでステージ と言われた場合、何を意味して、どういう治療のオプションがあるのか、という情報提供である。

・ 診療所の復権 - 診療所改革の工程表

以上、「患者力」のある患者を育て、いたずらに患者の権利を振りかざすのではない、賢い患者を養成し、「参加する医療」へ転換することにより、患者視点での医療改革を押しすすめることを提案してきたが、最後に「参加する医療」を支えるパートナーである診療所について言及したい。

1. 診療所の役割

そもそも病院のオペレーションや収益構造の柱は「入院」であり、「外来」は正確に原価計算している病院では見て取れるが赤字部門である。病院収益が問われるなか、外来への資源投入はますます難しくなっていく。今後、長期入院を要するまでに治療密度の高くない治療を受ける場として診療所の重要性はさらに高くなると思われる。

患者が気軽に相談できる場として前述のファミリードクター診療所があり、より専門性の高い治療を受ける場として、専門特化した診療所が存在する。現存する専門診療所（たとえば、胃と大腸の内視鏡技術が優れている消化器専門診療所、椎間板ヘルニア手術専門診療所、血管内にカテーテルを通して肝がん細胞を壊死させる

血管内治療の専門診療所等)をみると、行なっている治療のレベルは大病院より優れている場合も見られる。

2. 質の高い診療所を目指して

一方、「患者力」をもった患者の要求に応えられる質の高い診療所を育て、増やすためには、3つのサポートシステムが必要だと思われる。3つとは、1)教育、2)情報連携、3)経済効率の確保である

2-1. 教育：「ブラッシュアップ」研修

日本の医療教育は専門医の養成を前提としているため、欧米型のファミリードクターのように分野をまたがった総合診療能力を身につける医療教育を行なっている医学教育機関は少ない。専門医として、10年、15年の経験を積み、いざ開業するとなると多かれ少なかれファミリードクター的な機能は求められる。開業してから患者を被験体にして学ぶという笑えない事態を避けるためにも、開業前の研修機会を提供する場が求められる。

また、ファミリードクターを目指すのではなく、専門医として開業する場合も、外来という場で「患者と対峙する」ことを前提とした専門医の再教育が必要になってくる。これは、たとえば患者の話を聞く能力(態度だけでなく、聞いた後に簡単に要点を整理し確認すること等)であるとか、行動変革を促す能力(理論的でデータに基づいた簡潔な説明の仕方や、コーチング方法等)、患者へのネクストステップの提示方法等である。

また、患者への対応能力だけでなく、ファミリードクターも専門医も医学の進歩に遅れないよう医療知識をブラッシュアップしていく機会が必要になってくるが、現状では医局を離れた医師に対しては、医師会の勉強会や学会等限られた機会しか提供されていないのが実情である。

2-2. 情報連携：「医療情報ネットワーク」

ファミリードクター診療所をハブとして専門診療所が地域別にネットワークを組むことにより、患者がスムーズにプライマリーケアからセカンダリーケアを受

診できる仕組みが出来上がる。外来患者を大病院からこのネットワークに誘導できれば、病院は本来の業務である入院機能に特化することができ、医療システム全体として効率も向上する。

このネットワークがより効率的に運営され、患者負担を最小限にするには、ネットワーク内の情報連携が不可欠となる。情報連携が不十分な場合、患者は他施設で実施された検査を再度受けなくてはならない、せっかくファミリードクターで溜めた患者履歴が有効活用してもらえないという弊害が発生する。

医療情報連携ネットワークという現在各地域で実験が行なわれており、非常にコストの掛かるものという認識があるが、実際はそれほどコストの掛かるものではない。というより、現在の医療機関の収益構造を考えた場合、それほどコストを掛けてはならず、コストを掛けないことを目的のひとつとした場合、低コスト化は可能となる。

現に、当社がサポートしている用賀アーバンクリニック等世田谷区の病院、診療所を中心としたネットワークの例で言うと、ネットワーク導入は100～200万円程度で可能である。医療であるためセキュリティには最大限の配慮を行なう必要がある。このため、県間を越える地域IP網やデータセンターの共同利用等、コスト効率の良い共通インフラの整備が不可欠となる。

2-3．経済効率の確保：診療所「ボランタリーチェーン」

今後重要性を増していく診療所であるが、事業としての規模は大体数千万円から多くて1～2億円である。これらが個々の事業体として運営していくのは非常に効率が悪く、医師に安心して医療に専念してもらうためにも、経済効率を確保する仕組みが必要である。アメリカではPPM(Physician Practice Management)という業界があり、診療所を新設、買収によりチェーン化し(医師は院長兼株主となる)共通経営インフラを提供している。

日本の場合、医療機関のチェーン化には抵抗があると考えられるため、むしろボランタリーチェーンのようなインフラ提供の仕組みが向いているのではないだろうか。セブンイレブン等の大手コンビニエンスストアの台頭に対抗して、独立経営で頑張っている酒屋等小規模店舗が活用したのがボランタリーチェーン方式

で、表看板は「 酒店」等、元々の「のれん」を保ちつつ、内部の運営を効率化するために、弁当を工場で作らせ日に3回の配送を可能とする等、仕入れを共同で行ったり、共通のPOSシステムを導入し情報化を図ったりした。小売業の世界では、ボランタリーチェーン方式は、結局ブランド力を持つ大手コンビニエンスストアには対抗できなかったが、患者が医師につき、「のれん」が大事な医療界においてはひとつの可能性の高いオプションではないだろうか。

診療所ボランタリーチェーンは、医療機関の経営に重大な影響を与える看護師・事務員等採用・研修、医療器材・薬の共同購買、情報システムの整備・メンテナンス、レセプト処理、経営指導等診療所を支えるインフラを共通化することにより経済効率を追求する。

．おわりに

これまで、「患者力」の向上による「参加する医療」の確保とそのために必要なサポートシステムの整備を通じた医療改革について述べた。できる限り早期の実現を望むため、可能な限り現行法の枠組内で実現できる提言内容に限定し、「明日からでもできることは、やる」というスタンスに立ったつもりである。

しかしながら、患者視点に立った医療改革をさらに進めるためには、規制緩和、特にそれによる財源確保が重要となる。「患者力」のある患者を育て、その要求に応えるためには、たとえば医師が患者に「対話する時間」を確保するため等、優れた医療サービスに対する対価を確保しなくてはならない。混合診療、健康保険組合と医療機関の直接契約等、規制緩和による財源確保の方策への具体的検討が望まれる。また、「参加する医療」を支えるパートナーとして、診療所の役割がより重要になるなかで、主として開業医の組合である医師会の果たす役割も変わってくる。診療所における教育、情報連携、経済効率の確保に向けて医師会が会員に何が提供できるか、真剣な討議を期待したい。

第3章 保険者改革

中央大学研究開発機構助教授 渡部 博光 氏

．はじめに

現在、わが国の医療産業には、停滞感が漂っているように思える。確かに、再生医療やオーダーメイド医療などバイオテクノロジーを中心としたさまざまな技術開発がダイナミックに行なわれ、フリーアクセス、国民皆保険、国際的に安価な医療費等により、平均寿命は飛躍的に向上し、新生児の死亡率も非常に低い。しかし、その一方で、世界第2位の経済大国にして世界一の保険制度を持つ長寿国になった今日、患者は医療に対して確かな満足感を得ているとは到底思えない。また、医療サービスを供給している民間病院も多くが赤字経営を強いられており、日本の将来を担うことが期待される産業とはとても言えない状況にある。

近年、我々を取り巻く環境は大きく変化している。iモードやインターネット等の整備により、情報へのアクセスは容易になり、さまざまな分野でより容易にサービスが受けられるようになってきた。医療ニーズも、単なる治療だけではなく、美容や生活の快適性、生活習慣の改善など、従来とは異なる分野に広がってきている。また医療行為に対する患者の意識は高まってきており、自らが受けている治療の内容についてより知りたいという欲求が強まってきている。さらに、人々の行動も多様化しており、病院で2時間も3時間も待つことに耐え切れなくなってきている。

にもかかわらず、医療機関が提供するサービスの内容は、ほとんど変わっていない。このニーズに対する供給側の不適合が現在の医療産業の停滞感を醸し出している。そして、その不適合を放置している主な要因は、主たる顧客層が変化に乏しい高齢者層であるということもあるが、私たちの医療ニーズが、市場からの圧力として医療機関に十分に伝わる仕組みになっていないところにある。

そこで本題に入るが、本来、その市場の圧力を医療機関に伝える役目を果たすべきであるのが保険者である。そもそも保険者の役割は、大きく分けて3つあると言われてきた。すなわち、保険業務の円滑な推進、被保険者の健康管理、組合員のエージェントとして医療機関選択などの情報提供である。しかし、これまでの

保険者は、 と健康診断の実施、保養所の運営など の一部にあたる事業を行なうに過ぎず、本来の機能を果たしているとは言えない。

保険者機能が十分に発揮され、我々の声が医療機関に対して確実に届き、それが競争の圧力となって働けば、医療機関の効率化が進み、さまざまな分野に企業が参入し新規のビジネスが展開される余地も生まれ、医療産業全体が活性化していく可能性が高い。

現在、約30兆円に達する医療費の圧縮が求められているが、これは公的医療保険財政の逼迫と公的保険以外の医療サービスについて選択の余地がないことが前提となっている。医療産業が周辺産業を取り込み、一大サービス産業として拡大し、我々がその充実したサービスに見合った対価として自由に支出を増やす形での医療費の拡大はむしろ日本の産業活性化に望ましいものである。

保険者は、医療界に対し、このようなインパクトを發揮できる可能性があり、その意味で医療産業のキープレイヤーと言える。

・ 保険者改革の阻害要因

保険者が現在のような状況にあるのは、保険者が本来の機能を果たすための改革を阻害している要因が存在しているためである。ここでは、その阻害要因について述べる。

1. がんじがらめの規制

保険者は、本来的には、組合員から委託を受けた代理機関であり、自己責任の元で自主独立した運営を行なう必要がある。しかし、厚生労働省は、保険者の事業内容を規定する通達である事業運営基準の中で、保険者は国の健康保険事業を代行するものと定めている。そして、この事業運営基準は、非常に細かい部分にまで規定が及んでおり、事業内容、附加給付の額、専門スタッフの研修教育方法や検診の回数、随意契約のできる予定価格の限度、準備金の保有形態など、事細かに定められている。事業運営基準は、昭和35年に制定されたものであり、数度の改正を経ているものの、保険者を細かく規制している点においては、変わりはなく今日に至っている。制定の趣旨としては、すべての保険者が一定レベル以上の事業運

営をすることを旨としたものであるが、結果としてハシの上げ下ろしに至るまでの細かい内容となっている。現在、特に意欲のある健康保険組合などでは、その組織力、運営ノウハウの蓄積もかなりのレベルに達しており、自らの裁量によって保険を運用する能力が十分に備わっているところも多い。このような健康保険組合にとっては、この事業運営基準が逆に足かせになっており、保険者自身が自主的に本来的な機能を向上させることを阻害する方向に働いている。

2. 保険者自身の意欲・能力の不足

1.において、保険者の自主的な活動が阻害されており、独立した運営ができないという問題点を指摘したが、逆に、細かく指導してくれなくては困ると言っている保険者が多いのも事実である。特に中小企業の保険組合や、それらが集まって設立されている保険組合などで自主運営意欲の乏しい組合では、厚生労働省の指導を背景に事業者を説得している場合があり、基準がなくなった場合にはその説得材料がなくなってしまい、かえって事業運営が混乱する可能性もありうる。

また、財政状況も悪化している。政府管掌保険を例にとると、平成4年まで、単年度収支において黒字であったものが、平成5年以降現在まで、赤字が続いている。また、国民健康保険の単年度経常収支は、2000年度で998億円の赤字であるが、これは市町村の一般会計からの補填が行なわれた後の数字であり、この補填分を除くと3,252億円もの赤字額になる。そして、組管掌健康保険組合においても、7割近い組合が赤字となっている。

さらには、日本の保険者は、医療に対する専門的知識において、医療機関と対等に議論ができない場合も多いという。現に、わが国の保険者の多くが、厚生労働省の指導のもとに、滞りなく業務を遂行することにもっぱら注力してきており、先ほど述べた一部の意欲ある健康保険組合においては自主的な運営に対する要望が高まっている一方で、保険者全体としては、自主的な行動を起こす意欲の乏しい組合が大半を占めるといった二極分化の状態が生じているのである。

3. 進まないIT化

保険者機能を強化するインフラとしてのIT化、特に基礎情報であるレセプトの電

子化も進展していない。現在、医療機関が記載したレセプトについては、まずは社会保険診療報酬支払基金（以下、支払基金という）もしくは国民健康保険団体連合会において審査がなされ、その後、各保険者に振り分けられる。現在、処理されるレセプトの件数は、支払基金だけで年間約8億件であるが、そのほとんどが紙媒体によってやりとりがなされており、電子媒体（いわゆる電子レセプト）で提出される割合は、わずか約1%（2002年）となっている。

電子化が進まない理由は、医療機関側にある。現在、病院内・診療所内におけるレセプトの処理は、ほとんどがコンピュータによって行なわれているが、いざ提出となるとそれを全てプリントアウトして紙媒体で提出しているからである。従来のレセプト作成用コンピュータは、手書きのレセプトをコンピュータで作成するという前提で設計されているため、電子媒体で提出するためには、コードの変更やそれに伴うソフトウェアの変更等に数ヶ月の期間がかかり、これに加えて費用もかかる。

平成14年に情報化のグランドデザインが公表され、目標数や達成年次が明示されているが、医療機関側に経済的なインセンティブがないこと、確認試験や届出が必要なこと、さらには、導入すると審査が厳しくなるのではないかという疑念から、導入はいっこうに進んでいない。また、「レセプト電算処理システム」は、磁気媒体での提出であるが、ネットワーク化が進展している現在では、オンラインでの提出であれば、リアルタイムでの請求が可能となり、さらにメリットが増すと考えられる。この点、韓国では8割がオンラインで提出されており、ナショナルレベルでの医療情報のデータベース化が進展するなど、わが国の医療分野におけるIT化の遅れは歴然としている。

レセプト情報の電子化は、組合員の疾病管理・医療機関の情報管理など保険者機能を強化するための基礎情報を充実させるだけでなく、わが国全体の疾病情報の蓄積にもつながっていくものであり、日本の医療界全体のためにも早期の実現が待たれるところである。

・保険者改革による新たなビジネス

前にも述べたように、本来の保険者機能が発揮されることで、新たなビジネスが生まれてくる可能性が大いに考えられる。ここでは、保険者改革で期待される新た

な医療分野の事業機会を述べる。

1. 医療サービス

保険者が、組合員に向けて医療機関の情報を提供したり、直接契約を行なったりすることが実現すれば、医療機関においても、競争が生じ、さまざまなサービスや事業が生まれてくる可能性がある。

新たなサービスとして、有望なのは予防分野であろう。もともと保険者は、被保険者の健康管理を強化することにより、保険支出を削減したいと考えており、また大企業健康保険組合は、社員を健康な状態に保つことが、企業の競争力強化の大きな要素であると考えている。

次に、保険者が独自に付加的保障等で給付できる対象が広がれば、先進的な医療分野に対する需要も高まるものと思われる。先進的な医療の需要が高まれば、先端医療の技術開発への投資意欲も高まり、医療分野の研究開発型ベンチャー企業も数多く誕生してくる可能性も考えられる。

2. 医療関連ビジネス

レセプトの電子化、ネットワーク化が現実化すれば、その設備投資やメンテナンスにより新たな市場が生まれると思われる。

さらに、直接審査が進展すると、医療機関は、保険者毎にレセプトを振り分ける必要がある。レセプトが電子化されかつオンラインで提出できるのであれば大きな問題ではないが、当分の間は電子媒体と紙ベースの混在が想定され、その労力は甚大なものになる。そこで、医療機関からレセプトを一括して回収し、それぞれの保険者もしくは支払基金に振り分けるビジネスが成り立つ可能性がある（これは、電子化されている場合でも小規模な医療機関や保険者にとってシステム投資が大きい場合には、電子データを振り分けるビジネスが成立する可能性がある）。

直接審査・直接契約は、現在、支払基金に支払われている1枚116円20銭のコストを圧縮するだけでなく、保険者の独自性を発揮させ、新たなビジネスをも生み出す可能性があるのである。

3. 保険ビジネス

加入する保険が自由になれば、さまざまな医療保険サービスが生まれてくる。セコムは、2001年にメディコムを販売して、業界に大きな衝撃を与えたが、これはまさしくマネージドケアに近いシステムである。メディコムは、民間企業が直接保険者になる場合であるが、健康保険組合に対して保険メニューを組んだり、コンサルティングを行ったりするサービスなどもビジネスとして成り立つ可能性がある。

健康保険組合の加入をどこまで自由にしていくかにもよるが、医療保険市場は将来有望な医療ビジネスのひとつである。

. 保険者改革の道筋

1. 保険者改革の要素

ここでは、保険者改革を進展させる要素について述べる。

1-1. 保険者の自主性の確保

現在、事業運営基準では、保険者は国の健康保険事業を代行するものとされている。保険者機能を強化するにあたっては、この事業運営基準を見直し、保険者の運営面での主体性を認めるということが大前提となる。具体的には、まず事業運営基準における保険者の位置付けについて国の代行機関である旨の規定を削除し、それ以外の内容も順次見直しを行ない、運営面での保険者による主体的な活動が可能になるような規制緩和を図るべきである。

但し、多くの保険者が主体的な運営を実施する意欲も体力も備わっていない現状においては、当面の間、それに替わる基準が必要となる。健康保険組合連合会（以下、健保連という）等が自主的な基準や指針を設け、保険者の運営を支援していくことも必要である。

1-2. 被保険者への情報提供の進展

保険者自身がまず取り組むべきことは、被保険者に対する情報提供である。特に、医療機関に関する情報の提供が望まれている。保険者による医療機関に関する情報提供は医療機関に競争を促し、医療産業の変革を促す起爆剤になるという

声も強い。しかしその一方で、保険者からの一方的な評価は問題があるとの意見も存する。そこで、医療機関の評価基準を客観的に定めた上で利用者のニーズにあった医療機関に関する情報提供を進めていくべきであろう。しかし、その場合でも、医療機関からの強い反発が予想され、医療分野に係わっている業種、たとえば製薬、電機メーカーなどは、ビジネスの関係上難しい立場にあることから、健保連全体として情報提供していくような体制も求められよう。

1-3．レセプトの電子化

保険者機能強化の基本的なツールとして、レセプトの電子化は、強力に推進していく必要がある。電子化の作業自体は、医療機関自身によるのが最も効率的だが、医療機関側にインセンティブが働かない現状のままでは、その見通しは暗い。

そこで、何らかのインセンティブを病院に付加する必要があると思われる。インセンティブとしては、電子化にあたってのコストに対して補助を与える、電子化を導入後数年間は、診療報酬の単価を上げるなどの方法が考えられる。

1-4．直接審査・直接契約

厚生労働省は、平成13年の医療制度改革試案のなかで、保険者と医療機関の合意により、保険者自らがレセプトの審査支払いやその委託をすること（直接審査）健康保険法等の規定に基づき、保険者と医療機関が保険診療につき診療報酬に係る個別の契約を締結すること（直接契約）を可能とするとした。

直接審査・直接契約は、保険者改革の根幹ともいえ、早急に取り組み、実現すべきである。

なお、平成14年12月25日付で個人情報保護の徹底とセットで保険局長通知が出された。今後はさまざまな抵抗があると思われるが、地域医療機関などとの連携により、運営の効率化、予防医療の展開、医療情報の分析やデータベース化などを積極的に進めていくことが期待される。

1-5．保険メニューの多様化

直接審査や直接契約の進展にあわせて生じるのは、保険メニューの多様化への

要望である。現在では、保険者が独自に支給することのできる附加給付については基準があり、法定給付で認められている医療以外に給付することはできない。これに対し、現在でも特定療養費という形で混合診療が認められている高度先進医療や臓器移植などへの保障は、組合員のニーズが高く、一部の健康保険組合でも取り組み意欲を強くもっている。ここでは前述の通り、積極的に認めるべきとの立場をとるが、具体的な方法としては、健康保険組合が民間保険会社を利用して再保険を掛けていくことが有効であると思われる。この点についても現在は規制があり、認められていない。しかし、再保険が認められ、需要が高まれば、民間保険会社のノウハウも蓄積していき、新規参入や新規商品開発も盛んになる。その結果として保険料が下がり、これらの附加保障が受けられない他の健康保険組合員にも低額での保障が可能になるだろう。

1-6．保険加入の自由化

直接契約や保険メニューの自由化が進展すると、健康保険組合によりサービスの内容に差が生じ、組合員も加入先選択の自由を強く求めてくるものと思われる。加入が自由になれば、保険者間の競争が生じ、保険者機能をより高めていく環境が生じてくる。加入の自由度は、検討する射程にかなりの幅が考えられるが、保険者機能を十分に発揮させるためには、必要なプロセスであると思われる。

2．保険者改革の工程表

1．の保険者改革の要素は次のタイムテーブルで検討していくべきである。

2-1．事業運営基準の見直し

「国の代行機関」としての位置付けの見直し（平成15年度中に実現）

各基準の見直し（平成15年度中に実現）

- 但し、中小健保支援のため、健保連がガイドラインを作成

（平成15年度中に作成）

2-2．直接審査・直接契約推進の環境整備

電子媒体保存・原本性の確保、レセプト電子化へのインセンティブなど
(平成15年度中に具体化)

2-3．被保険者への情報提供

健康保険組合独自の情報提供(随時取り組む)

- 但し、医療機関評価の利用者ニーズに沿った客観的基準を設ける
(平成15年度中に具体化)

健康保険組合連合会による情報提供(平成15年度中に試行開始)

2-4．レセプト電子化に対するインセンティブ付与(平成15年度中に具体化)

2-5．付加的保障範囲の緩和

事業運営基準の見直しにあわせて検討(平成16年度中に実現)

2-6．保険加入の自由化(直接審査・直接契約、付加的保障などが軌道に乗ってから検討開始)

第4章 患者の意識改革

広島国際大学助教授 谷田 一久 氏

．はじめに

日本の医療制度を考えるにあたって、医療の当事者である患者あるいは潜在的な患者としての国民の存在を無視することはできない。患者の医療に対する考え方をいかに変えるかが時代をリードする制度設計を行なう上で、あるいは医療機関を経営する上で重要な課題となる。

従来の制度設計においては、膨らみ続ける医療費の伸びを抑制することが最大の関心事であった。そのために採られてきた政策は、患者の受診行動に影響を与え受診患者数を抑制する方策と患者受診時の医療費を抑制する方策であった。医療機関機能の体系化を図り、患者の受け入れ側、すなわち医療提供側の医療供給能力にさまざまな制限を加えた。また、患者側には自己負担割合を増やすことで受診抑制につながるような経済的インセンティブを与えてきた。医療の当事者である医療機関と患者の双方を金銭的なインセンティブでコントロールしようとしてきたのが医療費抑制策の歴史であるといつてよいであろう。しかしその一方で、医療機関側は生き残りをかけて自院への受診患者数の増大を図り、患者側はより経済的な行動として大病院を選好するという現実も存在する。そこに、医療の当事者を金銭的インセンティブだけでコントロールしようとする単純な論理の限界があると思われる。

患者は単に金銭的インセンティブだけで行動しているわけではない。また、それだけで受診行動を変える患者は、適正な医療を受けていない、あるいは、受けられないという可能性が高まることすら考えられる。そこに金銭的な誘導に重きを置く従来型の制度設計の困難さや限界を指摘せざるを得ない。

本章では、医療の当事者である患者に焦点をあて、患者が主体的に医療の当事者となるべくその意識を変革するためのプログラムを提案する。

．医療に対する患者の意識

昭和36(1961)年に始まった国民皆保険制度は、40年の歳月を経過するに至っ

た。日本国民は、僅かな負担率（支払い）で“いつでも、どこでも”医療を受けることができる現状を当たり前のことと感じるには十分な時間を過ぎてしまった。特に高齢者は、支払いゼロ円の時代を経験しており、皆保険最大の利益享受者であると言える。国内における富の蓄積は高齢者に偏っている一方、医療費の負担は現役世代が行なっているという現状がある。確かに、高齢者は年金のみの収入しかないケースも少なからず存在し、手持ち現金は少ないかもしれない。しかし、だからといって資産を保有する世代が、資産を保有しない世代の収入をあてにすることは世代間における公平性を欠くと言えるのではないだろうか。

現実の世界にあっては、入院の必要があると医師から診断された高齢者が、医療費の負担を理由に入院を拒否、自宅で孤独死するという出来事が報道されたが、患者に社会保障の仕組みを理解する機会が十分に与えられていたか疑問である。身体的な状況だけに限らず、経済的な状況に関してもいざという時のために社会保障制度が存在するはずであるが、その仕組みについて国民は十分に理解しているのだろうか。あるいは、存在そのものを知っているのだろうか。また、皆保険でありながら国民保険料の未納者が相当数存在する。自分は病気をしないからという理由や自分のためにお金を使いたいという理由がある。これらは、国民が皆保険の趣旨も仕組みも理解していない証でもある。

このような国民の医療に対する意識の現状は、医療政策を国と医療機関との関係で実現しようとする政策展開の進め方に起因するものと考えられる。国民も医療の当事者として医療制度を十分に理解した上で、権利を行使し義務を果たすことが望まれるであろう。

・患者を取り巻く医療制度の当事者とその関係

医療制度の当事者として存在する主体は、国、地方自治体、保険者、支払基金（国保連合会）、医療機関、医師、薬剤師等医療専門職、そして患者（国民）である。ここでは、これら主体の相互関係のうち、患者を取り巻く主体との法的関係がいかなるものかについて、主だった関係を概観する。

< 国 - 患者（国民）の関係 >

- ・ 日本国憲法
第 25 条 生存権（国民）、国の生存権保障義務（国）

< 保険者 - 患者（国民）関係 >

- ・ 健康保険法
第 4 条 還付を受ける権利、保険給付を受ける権利（被保険者 = 患者）
第 11 条 保険料納付の義務（被保険者 = 患者）
第 43 条 療養の給付義務（保険者）
第 43 条の 8 一部負担金の保険医療機関への支払義務（被保険者）
* 健康保険法は、当事者の権利義務の関係が明確になっていない法律である。上記の権利義務についても、第 4 条“時効”の条文中に記述があり、第 11 条“保険料又は徴収金の督促及び延滞金”からの推定である。第 43 条“療養の給付”は、記述的な条文であり保険者の義務を表しているかどうかは不明。

< 医療機関 - 患者（国民）の関係 >

- ・ 保険医療機関及び保険医療費担当規則
第 2 条 被保険者に対する妥当適切な療養の給付義務（保険医療機関）
第 3 条 被保険者証の確認義務（保険医療機関）
第 4 条 被保険者証の返還義務（保険医療機関）
第 5 条 特定療養費等を設定する権利（保険医療機関）
特定療養費等について患者の同意を得る義務及び掲示する義務
第 6 条 証明書等の交付義務（保険医療機関）
第 11 条 入院に関する義務（保険医療機関）

< 医師 - 患者（国民）の関係 >

- ・ 医師法
第 19 条 応招義務（医師）

第 22 条 処方箋の交付義務（医師）

第 23 条 保健指導を行なう義務（医師）

・ 保険医療機関及び保険医療費担当規則

第 12 条 妥当適切な診療を行なう義務（保険医）

第 13 条 懇切丁寧な指導の義務（保険医）

第 14 条 医学の立場から指導する義務（保険医）

第 15 条 予防衛生及び環境衛生の思想による適切な指導の義務（保険医）

第 16 条 専門外の診療について転医及び対診等適切な措置をとる義務
（保険医）

第 17 条 専門外の傷病について施術同意の禁止（保険医）

第 18 条 特殊療法等の禁止（保険医）

わが国の医療の枠組みを規定する医療関連法規においては、直接の医療提供者である医療機関及び医師に対する義務規定は相当数存在するものの、一方の当事者である患者（国民）に対する義務規定は存在しないに等しいというのが現状である。また、本来、重要な当事者でなければならないはずの保険者についても、对患者（被保険者）、対医療機関、対医師に関する義務規定は不在あるいは曖昧な状況にある。これら医療関連法規が取締法規に由来することに条文の偏った態度の理由を求めることはできるかもしれない。しかし、患者と医療機関、患者と医師、医療制度の柱である保険者とが対等の立場で協力しあいながら、効果的かつ効率的な医療を実現しようとする現代の社会的要請とはあまりにかけ離れていると言わざるを得ない。

・ 患者の権利を確立しようとする世の中の流れ

近年において、“患者の権利”に関する議論が広くなされるようになった。その基礎は、1981年の“患者の権利に関する世界医師会リスボン宣言”にある。同宣言は、医師の患者に対する態度を倫理的に規定しようとする自発的な宣言であり、法的な根拠は存在すべくもないし、ましてや強制されるものでもない。あくまで、“人間愛”をベースにした医師という職業人達のとるべき態度や行動の規範を示したものである。そして、そこに表現される“権利”という言葉が社会の目を惹き、一人

歩きすることになる。

わが国の医療機関が患者に対して宣言する“患者の権利章典”などは、医療機関が一方的に患者に権利を付与するもので、権利を担保する義務が同時に謳われることはほとんどないのが現状である。競争の激化しつつある医療機関の経営環境にあって、患者受けする言葉を羅列して患者の満足を増すという経営手法であるという穿った見方すらできる。

また、“人権派”の各界関係者によって、昨今の医療過誤等の社会的問題に対処し、患者の人権を保護すべく“患者の権利法”制定への動きもある。その根底には、医療機関と患者はあたかも利害が対立し、医療機関は経済的要請から患者の人権を侵害するかのような事実認識があるようだ。しかしながら、多くの医療従事者、多くの医療関係者は、医の倫理に基づき医療を提供しているのが現実であり、リスボン宣言の各項目も現状の整理であるという見方もできる。また、仮に著しい人権侵害が存在する場合には、まさに上記法規の義務違反となるだけでなく、刑法等の一般法での対応も可能であろう。

このような世の流れを鳥瞰すると、責任や義務を明確に持たない保険者、多くの義務を有している医療提供者、権利だけを主張しうる患者という当事者関係が見て取れる。かようにアンフェアな社会構造にあって、果たしてわが国の医療産業が健全に成長するかという疑問を抱かざるを得ない。

・ 誰が患者の意識を変えうるか

わが国の医療の枠組みが行政施策として組み立てられているのに対して、国民は一般の商行為と同様な認識を持っているものと考えられる。このギャップをいかに埋めるかが患者の意識を論じる上での重要な課題である。すなわち、行政施策としての医療という観点からすると、患者は医療制度や医療機関を公共のものとして認識し、その維持や利用については公共の施設利用と同等の義務を負ったり制限を受けたりすることを進んで受け入れなければならないだろう。また、その逆に、商行為としての医療という視点に立つのであれば、国民と保険者との間に保険契約が必要であろう。医療提供に関しても私法上の契約関係が成り立つものとして、国民、保険者、医療機関とが対等な立場で義務を負うということを考えなければならない。

医療は行政施策であるとする枠組みを維持しようとするならば、行政の責任において、医療も含め社会保障全体に対する国民の十分な理解を得ることが当然の流れであろう。しかしながら、医療法や診療報酬の改定に関する実質的な説明者は医療機関となっているというのが現実である。このことは、医療を円滑に進めようとする医療機関個々の自主的判断で行なわれている。その際、医療機関が制度全体の説明を患者に対し十分な時間をかけて行なうということは期待できない。ましてや、病院を訪れない国民に対してまで医療機関が説明をするというのは過度な期待であると言えよう。患者は、一部負担を窓口で支払い、医療機関は医療サービスを提供するという実態から、医療提供を一般的な商行為とオーバーラップさせてしまうのだろう。医療機関は、行政の施策としての医療という立場と、患者の商行為としての医療という立場との板挟みというジレンマに陥っているのである。

一方、医療は商行為であるとする枠組みへと移行しようとするならば、法律も含めた制度そのものの再設計が必要となろう。格差の大きい医療行為に対する取締法規に端を発する現在の医療関連法体系を、契約関係の安定に基礎を置く法体系に改めなければならないのである。患者は自らの責任において保険者と保険契約を結び、医療機関と診療契約を結ぶことになるので、自ずとそれらの選択に関しては厳しい判断を行なうこととなると考えられる。契約の一方の当事者である保険者も医療機関も契約に関する十分な説明を患者より求められる。また、契約の不履行による損害賠償のリスクから自らの組織を護るためにも契約に関する患者の理解を十分に得ておく必要が生じてくる。

患者の医療に対する意識を変えるには、患者自身の医療に対する十分な理解が必要となるが、その前提として、医療全体を行政施策として規定するのか、最低水準の能力を有するものだけを参加者として市場原理に基づく契約行為とするのかといった方向性を示さなければならないであろう。前者であれば国、地方自治体、保険者といった行政組織こそ、国民の意識を変えうる立場にあるであろうし、後者であれば契約の相手側となる保険者と医療機関が国民の意識を変えうる立場にあると言えよう。

・患者の意識改革を促すための工程表

シナリオ 1 > 行政主導の体制維持のままでの患者意識の改革

- Step1 患者に対し社会保障についての理解を目的とした職種としてのソーシャルワーカーの育成と、医療機関への配置、さらには報酬上の予算措置を講ずる。
- Step2 健常者に対し社会保障についての理解を目的とし、義務教育、高等教育での制度理解の徹底を図る。
- Step3 国、地方自治体、保険者そして国民の義務を明確にすべく法を見直す。

シナリオ 2 > 契約関係重視の体制への移行を前提とした患者意識の改革

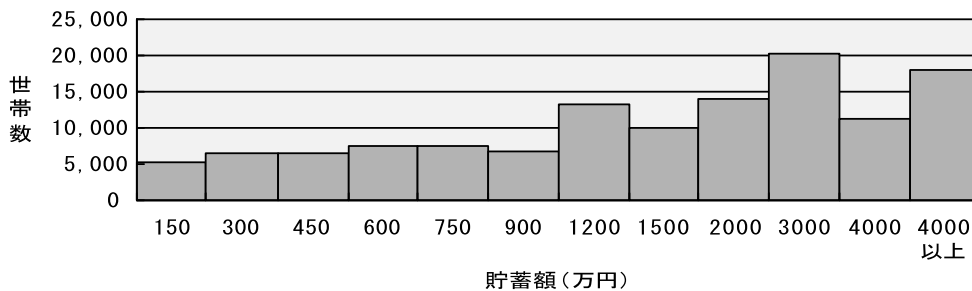
- Step1 取締法規の性格から契約関係の安定化法規への法整備（規制緩和を含む）
- Step2 医療保険に関する規制緩和と参入の自由化
- Step3 高齢者が安心して暮らせる公的・私的ファイナンスシステムの構築

・おわりに

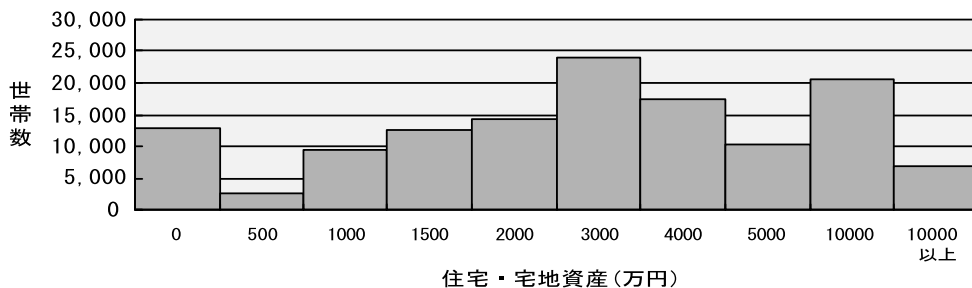
医療制度の当事者のうち、患者にとって実体がある存在は医療機関のみである。そのため、医療に関する要求のほとんどは医療機関に寄せられることとなる。医療機関は本能的にそれらの要求に応えようとしてはいるものの、経済的な裏付けが存在しないために十分に対応できているわけではない。近代的な医療制度の枠組みを構築する上では、患者も含め、医療の当事者が相互に義務を果たしあう仕組みを創造することが課題であろう。

資料 1

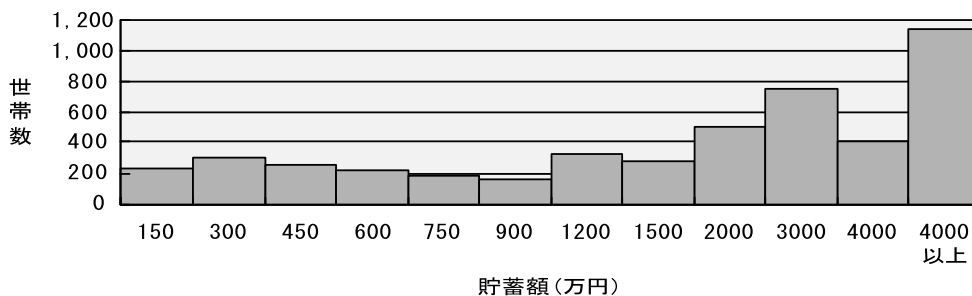
公的年金・恩給世帯の貯蓄現在高階級



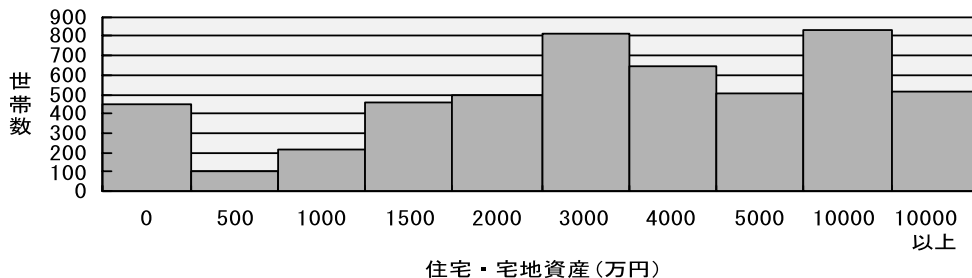
公的年金・恩給世帯の住宅・宅地資産階級



企業年金・個人年金世帯の貯蓄現在高階級

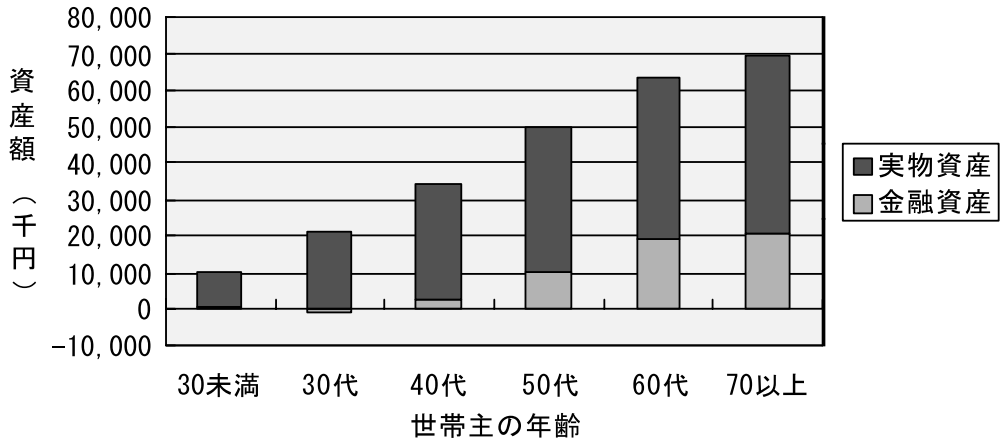


企業年金・個人年金世帯の住宅・宅地資産階級



(出所：平成 11 年総務省「全国消費実態調査」)

資料2 二人以上一般世帯の世代別資産状況



(出所：平成 11 年総務省「全国消費実態調査」)

第5章 参考にすべき事例

中央大学研究開発機構客員研究員 森口 洋充 氏

・本章の趣旨

医療が産業として立ち上がるために最も重要なことは、医師や医療機関が医療の産業化に向けたさまざまな試みに積極的に協力していくことである。もっと言えば医師や医療機関がいろいろな医療ビジネスを手掛けたり、それに参加したりしていくことが必要だと思われる（結局、医師が協力的でない、医療分野のビジネスはうまくいかないのである）。

そこで、本章では、医師や医療機関がさまざまな医療ビジネスにかかわっていく萌芽をみていくことで、今後の医療産業のあり方を考えていく上での参考としたい。

具体的には、医療機関のマーケティング戦略の事例、医療機関の新規事業展開の事例、来るべき競争時代に備えた医療機関の経営改革の事例を紹介する。

・具体的事例

1. 医療機関のマーケティング戦略の事例

かつて、医療機関にとって、医療サービスの提供をビジネスと捉えることは、いわば御法度であった。患者は「身体的な疾患や悩みを持って相談に来る弱者であって客ではない」という考え方に立脚していたのである。しかし、今や患者側から、自らはかつての弱者ではなく、医療サービスを購入する顧客であるという意識が芽生え始めている。世界的にみて安い診療報酬で、世界一の長寿国となった現在でも、患者は、豊かな医療サービスを受けているという実感を持つことができないのは、顧客として扱われていないという不満によるところも大きいのである。

そうした中で小売業のマーケティング戦略手法を医療分野に持ち込んで事業展開を行なっている企業がある。サンベスト企画である。ちなみに、同社の社長の金子氏は、鈴屋勤務後独立し、小売業コンサルタントの経歴をもつ。同社が主として行なっている事業は、メディカルプラザの企画・運営である。メディカルプラザとは、複数科目の診療所を集合させた医療機関の新しい業態である。診療所を集合させ

ることで、診療所を経営する医師には、間接業務の効率化、大型機械の共同化などのスケールメリットが生じるだけでなく、事務員のマネジメントなどの煩わしさから解放される、複数科目が揃うことによって安心感が得られる等の精神的なメリットもある。

しかし、最も特徴的なことは、このメディカルプラザが徹底した顧客主義で運営されていることである。ファッション性や清潔感、プライバシーへの配慮などを重視する施設サービス面、事務員のマナー教育、医師の情報開示への要求などの人的サービス面、待ち時間の短縮・待つ環境の改善など、患者を顧客として捉え、その満足度を向上させることにこだわっている。

また、開設時には、小売業の出店時と同レベルの入念なエリアマーケティングを実施しており、具体的な裏づけを持った数字による事業計画を策定している。

ショッピングセンターのキーテナントとしてのメディカルプラザの開設も手掛けており、この際には開業する医師をヘッドハントしたそうであるが、興味を示した医師は思った以上に多く、医師の意識変化もかなり進んでいるという。

医療がサービス業として展開されていく先行事例として参考となるう。

資料1 メディカルプラザ（イメージ）



（出所：サンベスト企画 HP）

2. 医療機関の新規事業展開の事例

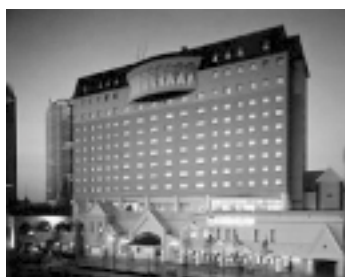
2-1. 会員制医療クラブを開設し、エグゼクティブをターゲットとした予防サービスを展開（亀田グループ）

医療機関自身がビジネスを展開している事例もある。亀田総合病院を中心とした亀田グループである。同グループにおいて、新規事業の企画・運営等を担当している亀田開発は、1992年幕張にホテルフランクスをオープンさせた。このホテルでは、通常のシティーホテルや催事場、チャペルなどに加え、メディカルクラブと呼ばれる会員制医療クラブを併設している。会員は、定期総合診断として年に一度の人間ドック（2日間）の他、ラウンジの利用、プールやフィットネススタジオ、サウナ、エステ等からなるフランクススパを利用できる。また、会員の中の希望者をホテルに宿泊させ、数日かけて食事を中心とした成人病予防のための生活改善体験プログラム等についても用意している。このプログラムを担当するのは、亀田総合病院の専任スタッフであり、予防医学に基づいた健康管理を行っている。料金は、個人法人ともに、入会金150万円、保証金350万円、年会費24万円となっており、会社社長などのエグゼクティブが多いという。社長の亀田隆明氏は、もともと心臓外科医であり、亀田総合病院において心臓外科を創設、軌道に乗った段階で、経営者へと転身している。

亀田総合病院は、電子カルテの導入やリゾート開発への参入、医局制度にとらわれない人事制度を採用している他、構造改革特区構想にも名乗りを上げるなど、先進的な取り組みを常に実施してきた。

医療機関が医療の産業化を牽引する事例として参考にできよう。

資料2 ホテルフランクス、メディカルクラブ



（出所：ホテルフランクスHP）

2-2. モリーオ株式会社

医師によるネットワーク化の取り組みも生まれ始めている。2002年、岩手医大、岩手県立大の教授や開業医、会社員などの18人が集まって、ベンチャー企業「モリーオ」が設立された。モリーオが目指すのは、岩手県が整備した光ファイバー網、「岩手情報ハイウェイ」を活用した、大学病院、病院、診療所間のネットワークサービスである。

2002年11月から、次世代ホルター心電図解析システムを稼働している。このシステムは、これまで医療機関と解析機関の間を宅配便でやり取りし、1週間程度かかっていた心電図の解析を、早くも1時間以内、通常でも1日で返信できるようにしたものである。モリーオは、医療機関と解析機関の間に入り、サーバーを運営し手数料によって収入を得る。

今後は、各医療機関がバラバラに保持していた、患者の医療情報をデータベース化し、患者がどの医療機関で受診しても、これまでの診療の履歴がわかるようなシステム構築を計画している。

ある意味では現場にいる医師が、医療ビジネスのシーズに最も近い位置にいる。医療が産業として活性化するためには、起業意欲がある医師が次々とベンチャービジネスを展開していくような環境が求められる。また、大学発ベンチャーや地域クラスターという観点でも参考になる事例である。

3. 来るべき競争時代に備えた医療機関の経営改革の事例

3-1. ITを利用したインフォームドコンセント

医療機関の経営で根幹をなすのは医療業務そのものである。そこで次に、医療業務そのものの改革事例として、近年盛んに求められているインフォームドコンセントについて、ITを利用した取り組みを紹介する。

2001年、ゼネコン大手の鹿島建設は、東京大学医学部付属病院A棟に患者用情報端末を納入した。このシステムは、患者が寝たまゝの状態でもリモコン等により、ベッド脇にアームで固定された液晶モニターからテレビやインターネットを利用できるものである。この端末から食事の献立や病院からのお知らせ、さらには医療関係の情報など、東大病院独自のコンテンツについても利用することができる。

さらに、2002年には、同システムを拡充し、自宅とのテレビ電話、院内の売店への注文をベッドサイドからオンラインで可能にしている。今後は、最もニーズが高い個人医療情報の提供を開始する予定である。具体的には、レントゲンや内視鏡画像の配信、カルテの内容を患者が理解しやすいように加工した情報の配信等が検討されている。

医療の問題として情報の非対称性が言われるが、ITはこの情報の非対称性を是正し、患者の満足度を飛躍的に高める可能性を秘めている。患者に充実した治療を受けてもらうために医療機関のIT化は今後ますます進展し、医療の産業化を後押ししていく力となろう。その意味で参考になる事例である。なお、同院では各病室にケーブルがなくても、病室のテレビアンテナ線を利用して、入院患者を移動させることなく病院内 LAN 工事を安価で可能にする、インキュベースジャパンによるネットサイドというビジネスも取り組みが始まっている。

資料3 ベッドサイド端末(テレビ)による内視鏡画像の表示例



(出所：鹿島建設 HP)

3-2 . 間接部門の効率化の事例

医療機関の間接部門の効率化に関するビジネスはかなり進んできており、さまざまな取り組みが見られる。

まず院内物流のアウトソーシング事例を紹介する。「平成12年度医療関連サービス実態調査」によれば、院内物品管理の外部委託率は7.7%と低い水準にある

が、今後は成長が大きく期待される分野である。但し、院内の物品管理だけでは、コスト削減の観点からも限界が生じるため、病院内のモノの動きをふまえた上で、院外の物流までもトータルに管理できるサービスが今後の主流になると思われる。

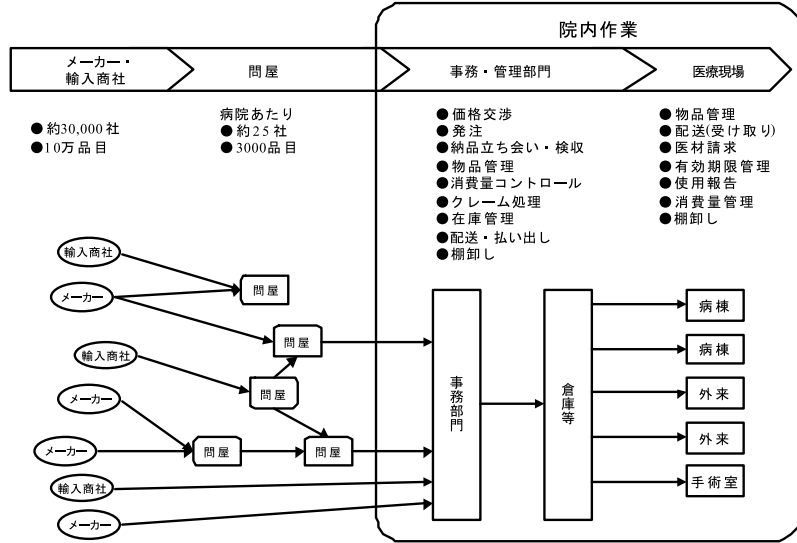
三菱商事が100%出資している日本ホスピタルサービスは、IT技術と総合商社の持つ物流ノウハウを用いて、病院経営の効率化を目指した総合物流サービスを展開している。同社が提供するJITSサービスは、院外に設置されたサプライセンターから医療材料を院内の各部署まで直接配送定数配置するシステムである。バイイングパワーの向上が期待できる他、従来の病院が、物品購入時点で支払っていた料金を、使用分のみ請求することで、有効期限切れ等の在庫リスクの軽減やスペースコストの削減も図られる。さらに、従来、1病院当たり平均25社の卸から3,000品目の医療物品を購入していたものを、発注を1カ所に集中させることにより、医療物品の発注・納品・検収・請求・受取り・有効期限チェック・クレーム処理・棚卸し等が不要になり、この業務を担当していた事務・看護部門が本来の業務に集中できるようになったのも利点である。

この他、間接部門の効率化については、人材派遣会社テンプスタッフの100%子会社、ケアテンプがある。同社は看護師や事務関連スタッフ、保健師、臨床検査技師、臨床心理士、治験コーディネーター等を、医療機関に紹介している。病院からの「健診の季節だけ採血の上手な看護師がほしい」といった要望に応えて、看護師と契約して業務を請け負ったり、事務員を派遣することによって事務効率を上げるなどしている。今後は、医師自身の流動化の進展が望まれる。

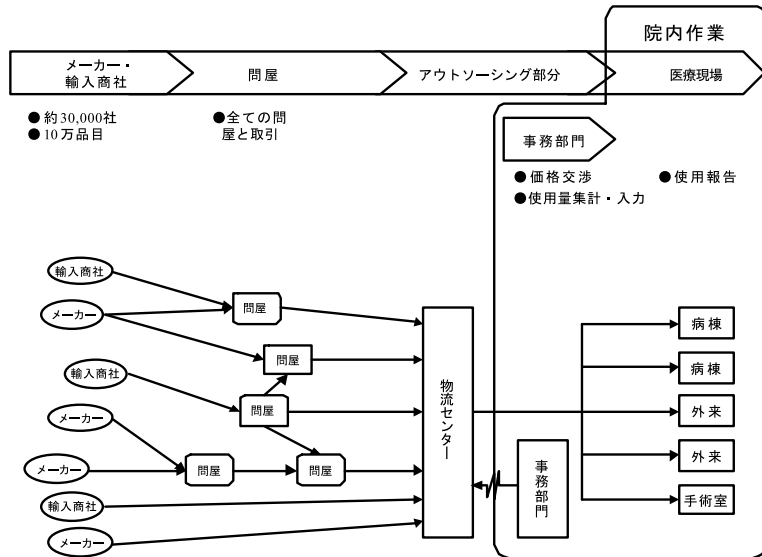
医療が産業として成立するには医療機関のチェーン化が求められる。チェーン化のメリットのひとつとして、間接部門の合理化があげられる。現在でも大手病院グループの経営のポイントは、間接部門のマネジメントにあると言われている。産業化した医療機関の経営のあり方として、上記事例は参考になるう。

資料4 JITS サービス

導入前



導入後



(出所：日本ホスピタルサービス HP をもとに筆者作成)

．おわりに

現在の医療界が産業として成り立つために、何らかのトリガー（引き金）が必要である。しかし、既存の医療機関や医師を変えていくことは、ほぼ不可能に近い。一定のビジネスの感覚をもった医療機関や医師が、新しい取り組みを始め、医療界がこれを支援するというアプローチが最も現実的だと考える。換言すれば、旧態依然とした医療機関や医師は放っておき、気が付いてみたらまったく新しい医療界ができ上がっていたというシナリオである。ここで紹介したような新たな取り組みを行なう医療機関、医師、企業がつぎつぎと現れてくるような、新しい環境作りが構想されるべきである。

特別寄稿

(2002年1月24日講演)

医療産業の発展と株式会社による医療経営 (2002年1月24日講演)

(社)日本経済研究センター理事長 八代 尚宏 氏

1. なぜ医療制度改革が必要とされるか

私は政府の規制改革委員会(現総合規制改革会議)でほぼ4年前から医療の問題に取り組み、川淵先生などに教えて頂いてきた。本日は話したいことは、医療の問題にも沢山あるが、特に一番関心のある株式会社による病院経営を中心とした医療産業の発展には何が障害になっているかということである。

配布資料タイトルの下にURL(<http://www.mhlw.go.jp/shingi/hosho.html>)が記載されている。これは厚生労働省の社会保障審議会医療部会で、私が参考人として呼ばれ話した際の議事録である。今日話すことと重なるところがあると思うので、興味があれば読んで頂ければ幸いである。

経済財政諮問会議をはじめ、厚生労働省などで医療制度改革が議論されているが、そもそもなぜ制度改革が必要なのかということ自体で意見が分かれている。例えば、医師会は「今の医療制度には基本的には何も問題はない。なぜなら、日本の医療費は国際的に見れば一番低く、日本人の平均寿命が一番長い。従って日本の医療制度は効率的である。だから余計なことをする必要はない」という立場である。この単純であるが明確な三段論法の打破はそう簡単ではない。とにかく、今の日本の医療制度で最大の問題は社会主義システムである。医師会の人も自ら社会主義システムであると言い、それで何がいけないのだと開き直る。社会主義システムは供給者側には良いシステムだが消費者側から見ると選択の余地が少ない。しかも社会主義システムは、ある段階まではうまくいく。つまり、旧ソ連や中国でもそうだが、非常に貧しい段階から発展するうえで、乏しいものを平等に分け合う場合は効率的な面もある。日本でも戦後の発展はかなりの程度まで政府の介入による社会主義的な方法で成功した。しかし、ある水準を超えると利用者の多様化のニーズに応えられない。もうひとつは財政の破綻である。財政資金がいくらでもあれば社会主義システムでもそれなりに行き渡るが、それはいつか限界にくる。現在の日本はそうした状

況にあり、ある意味で日本の医療サービス・システムには、過剰と不足が併存している。例えば、検査漬け・薬漬けと呼ばれるものがある一方で、他方では本当に必要なサービスである救急医療や小児医療などが不足している。そうしたことは価格メカニズムが働かない社会主義システムには顕著なことである。それから、皆保険のもとでの医療サービスへのフリーアクセスの保証は、日本の医療システムの良い点であると言われているが、これも限度を過ぎると問題である。社会主義システムの問題は価格以外のところで調整が行われることと、フリーアクセスだが情報がないので、結果として皆が大病院に押し掛け、そこでまた行列が起こるといった資源配分の非効率性が起きていることである。それを改善するにはどうしたら良いかといえば、結果的には市場原理を活用するしかない。利用者の利益は、事業者の競争により一番より良く保証される。これはフリードマンが言ったことだが、この原則は医療にも十分に適用できるのではないか。ただ、単純な市場原理は医療の世界には適用できない。特殊性があり、医療の世界は事業者と利用者間に情報の非対称性がある。従って、自由に任すと利用者が不利となる事態が起こる。だから社会主義でなければならないのだという通念であった。しかし、そういう市場の不完全性をできるだけ改善する。例えば、医療サービスの標準化・情報公開・格付けなどにより、情報の非対称性をできる限り解消するかたちで市場原理を使うことはできるのではないか。今の規制は、逆に患者は余計なことは知らない方が良いというかたちで広告規制などが行われている。日本医療機能評価機構もあるが、これも任意であり全く強制力がない。それを受けようという医療機関のインセンティブも十分ではない。いかにして医療機関が自ら利用者に対して情報を提供するか。これは他のサービスでは当たり前のことである。できる限り消費者に情報を提供し、売上げを増やすという当然のことが医療では行われていない。いかにして他の産業と同じようなインセンティブを事業者につけさせるか。それは競争圧力しかない。競争圧力というときに、同じような人ばかり集めてはドングリの背比べなので、多様な事業者の競争が必要である。その中でも特に近代的な経営を行える株式会社のような新しい事業者が入れば、既存の医療法人・国公立病院等の競争へのインセンティブがより強まるのではないか。そういう当たり前の考え方をしている。

2. 株式会社参入規制の論理

株式会社の参入の問題について、これはよく医療の世界では営利企業の参入問題と言うが、これ自体が非常にミスリーディングな表現であることは後で説明する。株式会社の参入規制について新聞などは、儲け主義で病院経営をしてはならないという当たり前のことをなぜ経済学者は分からないのかと言う。これは「営利性」をどう定義するかであるが、仮に患者を食い物にする医師や病院があれば、それを否定することは経済学者も含めて当たり前のことである。医療法で言うまでもなく、不公正な取引は独禁法で禁止されている。であるから、儲け主義が良いか悪いか議論することはナンセンスであり、何が営利性かということをしちんと定義しなければならない。その定義が極めて曖昧である。医療法ではまず営利性を禁止する。これは良いが、何が営利的な行動か殆ど定義がない。ひとつは開設主体が営利法人でないこと、但し企業の福利厚生目的の既にある病院は除かれる。二番目には医療法人の利益剰余金を第三者に配分してはならない。これは株式の配当のことである。この配当の禁止が殆ど唯一のものである。三番目に収益事業の禁止があるが、これはマイナーなものである。医療で儲け主義が良いか悪いかという段階で議論すべきではなく、何をもって儲け主義と定義するか。そういう定義をすることで患者の利益は守られるのかという観点から議論しなければならない。

医療法では、剰余金の配当禁止をもって営利性の禁止としているが、これはおかしい。配当の禁止は、事業の資本調達方法の禁止に過ぎず、資本調達を禁止することが医療サービスの向上に役立つのか。むしろ逆ではないか。営利性の禁止、公共性の追求は医療分野に限られることではなく、電力やガスなどの公益事業も同じであり、そこに対する規制は供給義務などの事業規制である。米国の非営利病院では、慈善医療の提供義務がある。例えば売上げの30%など明確な基準で慈善医療をすることが非営利と定義されているが、これは明確な行動規制である。医療の世界では医師に対する応召義務があり、患者が来たら拒否してはいけない。これは供給義務に相当するが、日本では具体的な中身が全く規定されていない。救急車が来たときにたらい廻しにしても、後で応召義務は問われない。資本調達方法の規制ではなく、応召義務の内容等、病院や医者への行動に対する規制を明確化することで医療の公共性を担保する。その場合には、事業主体、すなわち資金の調達方法などどうでも良

いのではないかという考え方が我々の立場である。

3. 現行規制で医療の非営利性は確保されるか

配当禁止のような規制だけで医療の非営利性が確保されるのか。それは言うまでもなくザル法であることを医師会も認めている。剰余金の配当を禁止しても、内部留保や役員報酬を増やせば利益配分は可能である。もともと医療法人は実質的に個人企業であり、病院組織と個人財産は一体化しているので、医療法人を解散すれば、病院財産を個人財産に変えることができる。そうした意味で実質的には出資者に配当が可能である。そこが社会福祉法人や学校法人と違うところである。従って、何が非営利法人かということは、あるべき倫理規定であり、具体的な組織論として現行の医療法人法では何ら担保されていない。もちろん、持ち分のない医療法人もあるが、それはごく一部であり、大部分の医療法人は持ち分のある、すなわち個人企業である。だからこそ、営利企業の参入規制はナンセンスであり、営利企業は既に医療の世界に十分参入している。国公立病院以外は基本的に営利企業であり、正確には株式会社の参入だけが禁止されているという言い方をすべきであろう。つまり、逆に言うと、今の医療法人という中途半端な家族経営の仕組みを2つに分ける必要がある。ひとつは株式会社に匹敵するような資本調達自由化のもとで発展できる近代的な医療法人と、米国の非営利病院、或いは日本の社会福祉法人のように組織論的に非営利を担保し、その代わり非課税の特権を受けるというように、2つにきちんと分けるべきである。これが曖昧なまま株式会社の参入が規制されているのが現状である。従ってそれは、結果として競争制約・新規参入を抑制しているに過ぎない。今のような説明は殆どマスコミに出ておらず、多くの方は「病院は儲け主義ではいけない。そう当たり前だ」ということで終わってしまうが、事業者の儲け主義を防ぐには競争促進の方がプラスになる。参入規制はむしろマイナスである。

4. 病院の設備資金の調達手段

もうひとつは病院の設備資金の調達手段である。資本調達手段はいくつもある。ひとつは自己金融、内部留保の蓄積や親から相続することで、これは医療法上、構わない。第二に、土地・建物を賃貸する、これも資本調達のひとつの手段であり構

わない。銀行からの借り入れも構わない。病院債の発行はまだだめである。なぜ病院債の発行がだめかという、株式発行につながるからだと言われている。株式の発行がだめであるから、それに近い直接金融にも制約が掛かっている。しかし、株式発行による資本調達には多くのメリットがある。株式会社は有限責任のもとでリスク分散された資本調達が可能であり、一挙に巨大な資金を借り入れるのと比較すれば、より新規参入が容易である。すなわち、株式発行ができれば病院の資産売買市場が出来るので、経営者の円滑な交代もできる。今の診療所等の経営者は高齢化しており、子供が継がないときには市場で売らなければならないが、不完全な市場であれば今の経営者自体が損をする。次に、株式会社は個人企業に比べれば、より透明性がある。これは当たり前で、個人企業は自分の財務を公開する必要がないので、そうした意味で株式会社の方がより公益性がある。また、何と云ってもマネジメントの近代化や医療サービスの質の確保には、近代的な経営が必要で、家族的な経営ではだめであろう。

5. 配当禁止 = 非営利性の論理は妥当か？

配当金の非営利性の論理で、資本調達の自由化はだめだという論理を厚生労働省はする。銀行借り入れは構わないが株式ではだめだというのは、銀行借り入れは固定金利であり、株式であると株主が利益の最大化要求をするからだという。他方、日本の企業はコーポレートガバナンスが、まさにこれからその方向に変わらなければならないと議論がされており、日本の株式会社の7割は無配当である。つまり、配当は利益の分配であるから、利益が上がらなければ配当する必要はないが、医師会は病院が儲かるものとの前提で、儲かるのなら株式の配当より固定金利の方が良いという論理である。逆に儲からなければ株式の方が良い。そこが前提の大きな違いである。銀行借り入れの場合には、赤字でも返済義務があり、そうでなければ担保を取られてしまうので、むしろ債務奴隷になるリスクが大きい。この点で、イスラム教国で銀行は禁止されている。金利を取る行為は非道徳的であるということから、キリスト教も本来はそうである。ところがイスラム教国の企業ファイナンスはどのように行われているかという、お金を借りた人がそれにより利益を得ればそのお礼をすることは構わないという理屈になっている。これは配当の考え方その

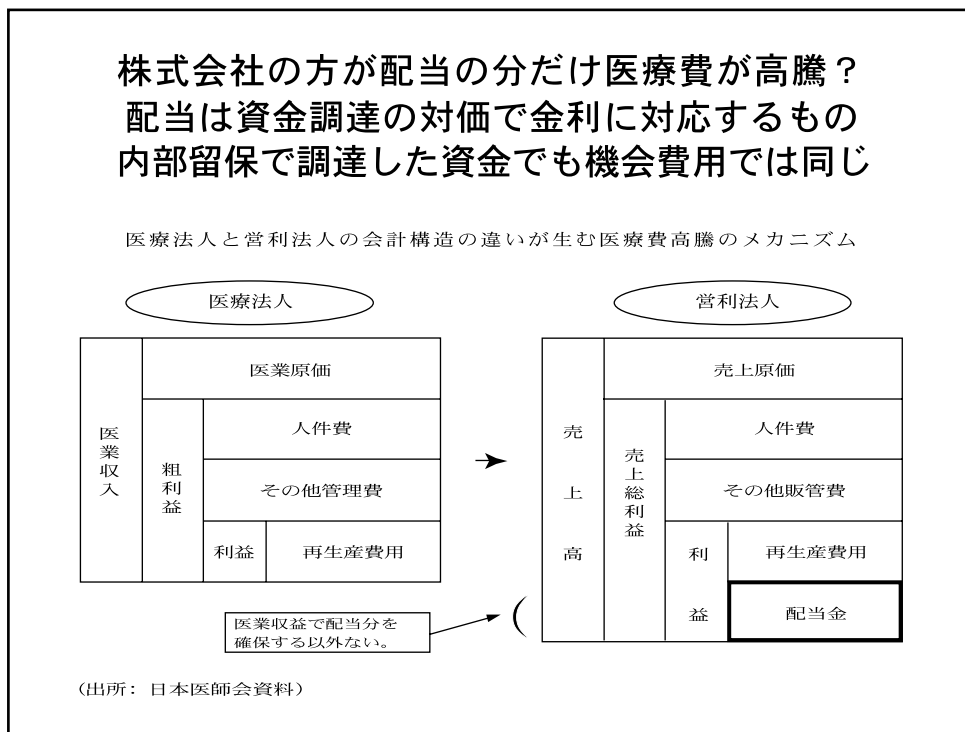
ものであり、利益の分配をアラール神は認めるが、儲からなくても銀行が、元金・金利の返済を無理矢理に迫るということは不道德な行為として禁止されており、これは今の医療法の考え方と正反対である。別にイスラム教を支持するのではないが、そうした考え方をする世界もあることが大事だ。配当は悪く銀行借入れは良い、つまり間接金融が良く直接金融が悪いということは世界の常識では成り立たない。そうした意味で、配当がだめだということはおかしいのではないかと考える。

それから、配当であると医療分野以外に資金が流出するが、医療費は公的保険で賄っているから、医療以外の方が儲けることはけしからんということもある。これについては、既に製薬会社は立派な株式会社であり、そちらへの流出はどう考えるのかということと、再投資は利益があればするのは当たり前で、原始的な収奪企業のように儲かるところから徹底的に利益を上げて、あとは金でも買っておくような古典的な企業は現在の日本では考えられない。むしろ株式を発行することで、質の良いサービスを提供して多くの患者・利用者を集める病院は、資本市場で多くの資金を集められる。従って、どんどん発展する企業は発展し、そうでない企業は淘汰されるという、よりダイナミックな効率性を実現できる仕組みである。であるから、やはり情報公開が前提であるが、情報公開のもとでは営利・非営利、株式発行かそれとも社会福祉法人型の医療法人かは課税のうえに帰属するだけで、患者はそれを自由に選べば良い。患者の選択を重視するという視点を現行法では殆ど考えていない。

6. 株式会社の方が配当の分だけ医療費が高騰？

資料のグラフ(図表1)は医師会からいつも貰うものだが、医療法人と営利法人を比較すると配当金の分だけ医療費が上がるという議論をする。これはひどい論理で、資金調達費用が医療法人のグラフにはない。配当金に相当するものとして金利があるが、それがはじめからない。なぜないかと聞くと、医療法人は昔からあって全部償却済みだからないなど、企業会計の基本にもとるような反論が出てくる。そのような雑な議論で配当はだめだというのが現状である。

図表1



7. 医療法人の改革

我々は当然と大事な点だと思っていたが医師会には初耳だというものがあった。株式会社の参入問題と言うときには、我々は医療法人の資金調達方法の自由化と考えている。ところが、それを厚生労働省の審議会で言ったところ、そのようなことは初耳で、株式会社の参入は営利会社が病院を経営するので医療法人が淘汰されると思っていたとのことである。資金調達の自由化と株式会社の参入は同じことであるから、むしろ今の医療法人の資金調達を自由化する、医療法人の多様化である。つまり、全く無制限でどんな企業でも病院に参入して良いということは必ずしも考えられず、何らかのかたちで今のような医療法人の認可方式が過渡的にも必要かもしれない。株式会社の病院経営とは、認可された医療法人の資金調達の自由化を考えると考えても良い。そのときも無制限にするのではなく、一定の水準を上回る病院、例えば臨床研修指定病院や日本医療機能評価機構から一定の評価を受けた医療法人

など、質の良いことが保証された医療法人について資金調達自由化を認めることなどが考えられる。一気にやるより、そうした何らかの担保をとった上での株式会社化が、私は望ましいと考えている。

もうひとつは、診療所と大病院の機能分担である。今の診療報酬やベッドの基準のようなものは、診療所と病院で殆ど差がない。これはおかしく、診療報酬体系でもキャピタルコストのようなものは明示的に入れるべきではないか。今の医療規制は、診療報酬もそうだが、診療所をベースに考えており、今のような近代的な大病院を考えると無理がある。医療法人の理事長要件であっても、理事長は医師でなければならないということは、経営と資本調達と診療という非常に大変な業務を一人に兼務させることであり、これも近代的な経営を妨げるひとつの要因ではないか。

8. 株式会社排除の諸論点

医師会の言い分については説明を省略する。

9. 株式会社参入規制の分野

次に言いたいことは、株式会社の参入規制は医療に限ったことではないということである。例えば福祉の世界もそうである。福祉の世界は随分改革され、訪問看護や訪問介護の分野では企業の自由参入が認められている。施設介護もある意味で企業の営業自体は自由であるが、設備補助金の格差がある。例えば、特別養護老人ホームと認められるものには企業の参入は認められないが、民間の有料老人ホームであれば構わない。施設補助金が出ないという差である。これについても公設民営方式の導入で徐々にギャップは埋まりつつある。そうした意味で、福祉では株式会社の参入規制の緩和が事実上進んでいる。保育についても認可保育所への株式会社の参入は2001年頃から容認された。学校法人は依然として参入禁止であるが、予備校や専門学校は株式会社が自由に経営でき、そちらに学生が随分流れている。大学に入りながら授業に出ずに専門学校に通って能力を磨くということも進んでいる。

私は前から農業と医療は非常によく似ていると言っているが、農業も同じように株式会社の参入は禁止されていた。これは医療と同じように家族経営を守るためである。そうした観点から株式会社の参入を規制していたが、2001年によやく農業

生産法人という医療法人と近いものを作り、そこに企業が出資することは構わなくなった。ただわずかに10%の比率に過ぎない。弁護士も同じである。これまでの弁護士は個人営業だけであったが、ようやく法人が認められた。それも司法法人であり、医療法人と同じような考え方である。日弁連と医師会は非常によく似た人たちで、同じことを言う。とにかく儲け主義のために弁護士や医者をしてはいけないの一言である。何が儲け主義かを曖昧にしておくことや外資を敵視することでも同じである。

10. 医療関係の労働者派遣規制の根拠？

効率的・近代的な病院経営のひとつのネックになるものが、労働者の問題である。これは本日の議題から外れるかもしれないが、現在非常に大きな話題になっている。労働者派遣法というものが、これは自ら労働者を雇うのではなく、別の会社が雇った労働者を使う。パートのようなかたちではなく派遣労働者として雇うから、採用などいろいろな業務が免除される。企業が増やしている働き方の形態である。これは2000年のはじめに原則自由化されたが、その例外職種として港湾・建設・警備が法律に明記されている。派遣労働者の保護という観点からこのような業種が例外になっているが、医療はこれより1ランク低い政令指定である。はっきり言って、なぜ医療の世界で派遣労働者を禁止するのかよく分からない。なぜなら、派遣労働者は専門的サービスの従事者に最も相応しい働き方であり、医師や看護婦或いは専門的な資格を持つ人にぴったりの働き方であるが、それが規制されている。つまり、本来派遣法は労働者が搾取されることを防ぐための規制であり、医者や看護婦はむしろ最も搾取されにくい労働者であるので、これは問題ではないかと思う。むしろ病院経営合理化の観点からは、過度の正社員主義は最も問題であり、役所ぐらいでなければ全ての労働者を正社員でやることは無理である。今の企業はできる限り正社員はそれに相応しい仕事に特化し、非正社員を上手く使うことで効率化を図っているが、医療の世界では未だに認められていない。これについて看護婦協会が反対しており、医者や看護婦はチームとして働かなければならないから、どんな人か分からない人がいきなりチームに入るのはだめで、特に面接の禁止がいけないと言う。これは一部正論であり、我々も派遣法では事前面接の禁止をなるべくなくす方向で

進めている。ただチームとしての業務性という点には問題があり、今の病院でも自分の病院に専門医がいなければ別の病院から連れて来ることは一般的に行われており、非常にフレキシブルなチームであるから、派遣労働者を禁止する論理にはならない。病院のポリシー次第である。うちはチームとしての業務に差し障りがあるから派遣労働者を雇わないということは勝手であり、選択肢を拡大することに過ぎないが、これがなかなか認めてもらえない。

11．医療制度改革の方向

皆保険制度の下で日本の医療保険が果たした役割は非常に高く評価できる。ただ、これは戦後の貧しい時代に医療サービスへ十分アクセスできなかったときには良かったが、豊かな世界になり、或いは高齢化や慢性化が進み、患者の多様性が進み、利用者自体も平均的に見れば貧しくない、そうした中では非常に矛盾が生じる。公的医療制度の根本からの改革が必要であることは当たり前のことである。ともかく評価が大事である。むりやり評価を引き出すよりは、医療機関が積極的に情報を開示するためのインセンティブを付けなければならない。結論としては、優れた医療を提供する事業者が報われるシステムが大事であり、そのためにはできる限りいろいろな事業者を入れなければならない。

12．診療報酬体系の見直し

最後に診療報酬体系の見直しであるが、これがこれから議論する混合診療の問題である。今の医療制度の何が一番問題かという、「保険＝医療」のシステム、つまり医療サービスは原則として公的保険でカバーされなければならないという考え方である。「保険＝医療」の例外が特定療養費制度であるという考え方であると、財政と全部リンクしてしまう。「すべての人にベストの医療を公平に配分する」ことが医療の考え方であると厚生白書が何かに書かれていたが、これははっきり言って無理である。非常に医療の水準が低かったり、高度成長のもとで政府がいくらでも財源を持っていた時代にはこれに近いことができたかもしれない。しかし、人々が必要とする医療サービスの水準が高まり、それだけコストも高まり、一方で経済成長も鈍化して、財政の余裕も無くなってきたときに、何に優先順位を与えるのか、医療

の質を上げるのか、公平な配分なのかは、他の産業と同じようにトレードオフがある。今のやり方は公的な水準よりも高い質の医療を事実上禁止することになっており、自分がもらえないなら人にもやらないという考え方で日本の医療産業が発展できるのか考えなければならない。医療の産業が発展しなければ、金持ちだけが米国に行き良いサービスを受けられ、国内にいる人が高い質の医療を受けられる機会を閉じてしまうことになる。であるから、ひとつの考え方として保険給付の範囲を明確にする。

話しは外れるが、今の年金制度も同じような問題を抱えている。公的年金だけで老夫婦二人の生活費の殆どをカバーするというのが今の厚生年金の考え方であるが、これは維持不可能である。そのため、年金制度改革の考え方では公的年金が基礎的な生活保障をきちんとやり、それ以上は民間の保険や自助努力でやるという方向にもっていくと厚生労働省ははっきり言っていないが、事実上動いている。その意味では、医療保険もまったくパラレルであり、守れる範囲は公的保険できちんと対応し、それを超える部分は民間保険で対応するという考え方をとらなければならない。

何を以って基礎的医療とするかが大きな問題である。それが公民ミックスの考え方であるが、公民ミックスの考え方をとるときにも2つの考え方がある。ひとつは、今の特定療養費の範囲を拡大すれば良いのではないかという考え方である。例えば、医療のサービスの質を含める。むかし厚生労働省が恐る恐る審議会に、レベルの高い医師のサービスについては特定療養費に含めるというようなことを提案し、完全に拒否されたいが、そのような考え方は依然として残っている。直接医者のサービスを入れることが大胆であるのなら、看護婦や付添婦的なサービスについて混合診療を認める。それが認められないと、事実上自分で付添婦を雇わなければならない。それも禁止されているので、家族だと偽って付添婦を雇わなければならないという歪んだ状況になっている。1人の患者が1人の付添婦を雇うことは非常にコストが掛かるが、2、3人で1人を雇うのであれば合理的である。これが一種の混合診療になる。もうひとつは、患者の選択に依存するものとして遺伝子治療や外国で標準とされている医療サービス(ピロリ菌の除菌等)などがあるが、これが保険診療に入れられるまでが非常に遅い。ただし、どんどん高度先進医療を公的医療の中に入れると医療費が爆発するので、今後の医療費の制約を考えればどこかで基準

を設けなければならない。遺伝子治療だけは構わないというときに、それでは遺伝子治療ではないが似たような非常にコストの高い治療はどうかということ、その辺りが非常に曖昧である。であるから、基礎的な医療として必要だと医者が認めるものを公的保険の対象とし、それはこれ以上増やさない。これ以上増やすものは、民間の保険などで対応する必要がある。これもよく言われることだが、吻合器は標準的には2つなのだが、4つも必要な人がいるときに残りの2つをどうするかが非常に曖昧である。法律によれば残りの2つを使ったために全部自由診療にしなければならないが、それはあまりに非現実的である。医者の自由度を認めるべきではないかということで、これは混合診療のひとつになる。

診療報酬の問題は、今の出来高払いでは限界があり、究極的には包括払いにしなければならない。ただ、包括払いにするためにはデータがあまりにも不足しており、まずデータを蓄積しなければならない。データを蓄積するには、カルテ・レセプト等の情報が電子化され、それが集積されることが大事である。そうした意味で、今回の規制改革会議では最重点事項としてレセプトの電子化を、当初の案では3年以内に行うと打ち出したが、残念ながら年数は最終段階で削除されてしまった。そうしたかたちで、一番大事なものは医療の効率化である。効率化のためにデータを集めるにはまず電子化が必要である。それから、カルテとレセプトのリンクが現在は全くなく、非常にばらばらになっている。本来なら医者が診療して、その結果をカルテに電子的に書き込むと、それが自動的にレセプトになって表れるべきであるが、夢のような話しであると言われている。そうした当たり前のことがなぜ行われなかったかということ、厚生労働省のマニュアルが非常に曖昧なうえに、民間の会社がレセプトのソフトを作っているそうであるが、それも5通りくらいある。そのようなものは本来厚生労働省が作成すべきであり、1本に統一して分かりやすいかたちでレセプトを作れるようにする。そうすれば、それだけデータも信頼性が増すのではないかとされている。また、Doctor fee から Hospital fee への転換であるが、今の診療報酬はあまりにも医者の診療行為にリンクされ設備などが十分に評価されていないので、Doctor fee と Hospital fee は区別する必要がある。さらに、社会福祉法人ほどではないが、公的病院と医療法人の格差も問題である。公的病院は、医療法人と同じ診療報酬に加えて膨大なストックとフローの補助金を貰っている。なおかつ

医療事故は公的病院が多いように見える。そうしたパフォーマンスの極端な違いは経営に帰するのではないか。医者は最適な治療をしているから誰が経営者でも構わないという考え方もあるが、やはり公的病院と医療法人のパフォーマンスを考えれば、医療法人も株式会社の経営形態に近づけば近づくほど質の問題に影響するのではないかという隠れた議論もあるのではないか。

13. その他

川淵主査から今の規制改革のやり方についてコメントを求められたので説明する。規制改革会議は迎ると臨調までであるが、平成6年頃に出来た行政改革委員会の中の規制改革委員会からスタートした。この規制改革委員会は政府の中に横割りで規制の改革・緩和をすることを目的にして出来た委員会である。普通の審議会と違い委員が主導である。普通の審議会は事務局が作ったペーパーに委員がコメントを付けて、それで委員の顔を立てたような報告書を作る隠れ蓑である。規制改革委員会は最初から専門的な人を集め、その人がドラフトをつくる。何が問題か指摘し、各省庁との折衝までです。そうした意味では米国型のシステムである。これに対しては二重行政であるとか、医療の素人に何が分かるのかという議論もあるが、まさに素人の立場から専門家である厚生労働省に対して注文を付ける。ただ力は弱く、従来は同じ行政府の中の組織であったから、もちろん総理の下の諮問機関組織ではあるが、何を言ってもそれほど効果がなかった。最終的には閣議決定に案を出す、その段階では各省との調整が必要である。閣議決定は全員一致でなければならないので、こちらが何か言っても厚生労働省がNoと言えば、結果として盛り込まれなかったという状況である。そうした意味では、亀の歩みのように一步一步進めてきたが、それが今年度から大きく変わったのは総理が変わったことが大きい。厚生労働省だけではなく、各省の態度が随分変わってきた。そうした意味では今回の規制改革会議の報告書も随分踏み込んだものになった。まだまだ必要とされている改革からはほど遠い。それで、実行可能性ということであるが、各省との合意を得るかたちのやり方はなかなか進まない。株式会社の参入問題は最もハードコアであり、混合診療もそうである。なかなか厚生労働省もYesと言えない。仮に厚生労働省がYesと言ったら、次に自民党の厚生労働部会が潰しにかかるので、ある意味では実現可能

性が少ないのではないかということである。そうはいつでも徐々に考え方は浸透してきている。それから、何といても情報公開が大事であり、こうした委員会の場や新聞、テレビなどで、なぜ改革が必要なのかを訴え、それを一般の人が見てくれば、徐々に医師会が言っていることと農協が言っていることは同じだということが分かり、自ずと世論形成ができるのではないか。遅いがこのやり方しかない。

また可能性といっても一気に進むことはないのだが、例えば電子カルテ、或いは医療のIT化は医師会も表だって反対せず、多くの病院ではかなりIT化が進んでいる。問題は支払基金であり、そこがなかなか進まない。本当の意味でのレセプトの電子化は、支払基金を迂回することが大きなポイントである。これはいずれ議論すると思うが、今のように紙ベースで医療機関が支払基金にレセプトを出し、それを支払い基金が形式的にチェックし、後で保険者がチェックしたらいくらかでも疑問があるものが出てくるという状況であるから、医療機関が直接保険者に電子メールのようなかたちでレセプトを請求するようにする。そうすれば9割以上のレセプトは問題がなく保険者から医療機関に支払いが行われる。疑問点があるレセプトはメールで保険者が医療機関に返す。問題のある部分は殆どが機械的なミスであり、それを医療機関が直し保険者に返すというかたちで行えば、事実上は支払基金などなくても支払報酬はできるはずという考え方がある。ただ、いよいよ意見が対立した場合、例えばこういう治療が絶対に必要だという病院に対し、保険者はそれを認めないという紛争が起きたときこそ支払基金の出番であり、ADRというか裁判所的な機能を支払基金が持つということであれば存在意義が十分にあるのではないか。これに対して厚生労働省は、全国に多くの保険者・医療機関が存在するので、支払基金がないと網の目のような保険者と医療機関の間でうまくレセプトが流通しないという。それは紙ベースであるからであり、電子情報になればプロバイダーを置くことで、そのプロバイダーがきちんと整理する。整理するときに当然手数料を取るが、手数料は十分の一程度になるはずである。プロバイダーは鍵を掛けた封筒のようなものの宛名(どこの医療機関からどこの保険者に行くか)だけ見て、レセプトの内容自体は暗号化するということは今の技術では何の問題もない。ビジネスとしてのプロバイダーが成り立つかどうかは営業努力に依存し、これからの医療で電子化ニーズは膨大であるから、きちんとフレームワークさえ作れば、民間ベースで情報

のやりとりは十分にできるはずである。紙ベースではそのようなことをできないが、電子化するにはどうするかということで、これにはインセンティブを付けなければならない。例えば3年後に完全にレセプトを電子化する、もちろん紙ベースでも拒否しないがペナルティを付ける、原則電子、例外は紙であるとし、今の原則紙で例外が電子を逆転させる。大事なことは、この3年ということを政府が事前にアナウンスすることである。病院自体は電子化が殆ど進んでいると聞いているので、後はそれに対して金銭的なインセンティブを付ければ、そうしたことは可能ではないか。その財源は、今の支払基金への手数料である。そうした意味でこれは有効需要の刺激になり、医療の効率化にもなり、一石三鳥の改革案である。こういうものを経済財政諮問会議などを通じてやることは決して不可能ではなく、医師会も表だっては反対できないから、こうした実現可能なところから最優先で行う。株式会社の参入は最後になるがそれはやむを得ない。まずこの構造改革をする。その上で、医療の標準化をし、包括払いをすることが、結果として医療費の削減につながる。今のよう受益者負担を上げて、その効果は5年程度しかない。これは日経センターでも試算したことがあり、日経センターのウェブに残してあるので興味があれば見てもらいたい。つまり、自己負担の効果は一旦上がってもそれ以上は影響が残らない。しかも医療費自体はどんどん膨らんでいるので、財政赤字削減効果は一時的である。今回の厚生労働省の改革試案で非常に問題なことは、改革をすると2005年にはこれだけ医療費が下がるという試算をしたが、我々が事後的にチェックしたところ、あれは一番良い時期のことである。つまり2005年に一番効果があり、その後は効果が下がり続けるということを隠し、あくまで一時点の効果しか出さない。混合診療は別であるが、需要面からの改革には限界がある。従って、まず供給面を改革し、同時に需要面では政府の役割を明確にして、その範囲は確実に守る。それ以上は人々の選択にする。なぜ医療費の膨脹が問題になるかというと、それは財政であるから問題になるわけで、医療を産業として考えれば医療費が増えることは良いことである。それは人々が求めたサービスの売上げが増えることであり、自動車売れることと同じである。医療産業を財政の枠組みから出して、自由に発展させるようにしなければならない。公的医療を抑制し、それ以外の医療は自由に発展させることが本来の考え方で、そうしなければ競争力は出ない。そうした当たり前の

ことを人々に如何に納得させるのかということで、こうした委員会の意義があるのではないかと思う。

〔禁無断転載〕

2003年3月13日印刷

2003年3月13日発行

翔け！日本の医療産業

～ 求められるシステム改革～

社団
法人 日本経済調査協議会
専務理事 安藤 豪 敏

〒106-0047
東京都港区南麻布5-2-32
第32興和ビル6階
電話(03)3442-9400(代表)
FAX(03)3442-9403
<http://www.nikkeicho.or.jp>

〔非売品〕

印刷 / (株)東京技術協会