

# 医療制度改革についての考察

小松 秀和\*

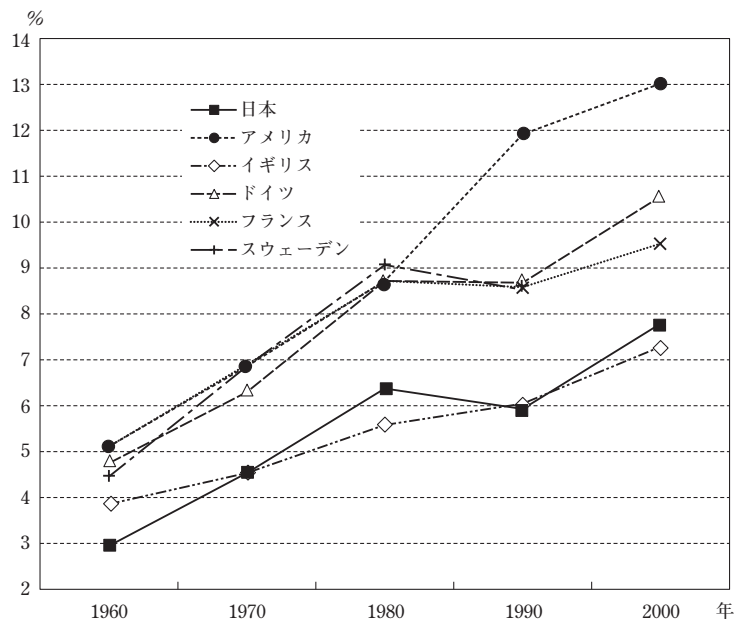
## 要 約

本稿では、医療制度改革に向けて様々な観点から考察を試みている。その特徴は、医療制度の基本的枠組みを3部構成（マクロ医療費決定体制、医療費拠出体制、医療供給体制）とした上で、各部分に必要な政策を具体的に説明している点である。まず、マクロ医療費決定体制における改革の基本方針は、「国民所得を基準にして、マクロ医療費を政治的に決める」というものである。それを実現するための具体策として、①公的医療費総額を国民所得の何%という形で固定化し、それを国会で審議・決定すること、②国民的合意事項となったマクロ医療費の上限を遵守するために予算管理を徹底すること、などを挙げている。次に、医療費拠出体制における改革の基本方針は、「経済力を基準にして、各人の医療費負担を決める」というものである。それを実現するための具体策として、①賦課ベースの統一、②事業主負担の50%固定化、③賦課単位の個人化、④定額保険料プランの創設、⑤低所得者支援制度の創設、などを挙げている。そして最後に、医療供給体制における改革の基本方針は、「情報を基準にして、医療の最適配分を図る」というものである。それを実現するための具体策として、①門番医制度の導入、②初期診療費の定額支払いによる長期契約の実現、③医療情報センターの設置、④リスク構造調整の実施、⑤高齢者特別診療プログラムの創設、などを挙げている。

---

\* 西南学院大学経済学部所属 (komatsu@seinan-gu.ac.jp)

図1 主要国のGDPに占める総医療費の割合



出所：OECD Health Data 2002 (4th edition) より作成

### 1 はじめに

日本の国民医療費は毎年1兆円規模で増加し続け、1999（平成11）年には30兆円を突破した。対国民所得比で見ても、1990（平成2）年の5.87%から1999（平成11）年には8.08%にまで上昇した（内閣府『国民経済計算年報』（各年版）、厚生労働省『国民医療費』（各年版））。これまで日本の医療費は対国民所得比で見ると、イギリスと並んで国際的に非常に低水準であった（図1参照）。

このため、1970年代後半から1980年代にかけて医療費の高騰に頭を悩まされた各国は日本の医療制度に注目した。アメリカでは、日本の低医療費が競争上有利に働き、不公正競争の要因だと主張する企業経営者まで現れた（OECD（1994）、Graig（1999））。また日本国内でも、保健政策の効果を示す平均寿命

が男女とも世界で上位を占めてきた事実とも相まって、日本医療のコスト・パフォーマンスを喧伝する声が上がった。諸外国と比べて日本の医療費が低すぎるとして、国民医療費の引き上げを求める意見もみられた（二木（1994））。日本医師会はそのデータを診療報酬引き上げの材料に使うこともあった。

しかし、日本の医療費が対国民所得比で見ると低水準に留まってきた大きな要因は、国民所得が持続的に成長してきたからである（池上・キャンベル（1996）、西村（1997b）、広井（1997））。つまり、経済成長の恩恵が単純な数字となって現れたに過ぎない。平均寿命の伸びについても、それが果たして純粋に医療の成果といえるかどうか疑わしいという意見さえある（Mackeown（1976））。

したがって、国民所得比で見た場合の医療費の大きさは、マクロの所得をどれだけ医療に割いているかを示しているに過ぎない。さらに、その数字の大きさからその国の医療水準を判断することも難しい。なぜなら、国民所得の約7分の1を医療に支出しているアメリカの医療制度が決して優れているとはいえないからである（Graig（1999）、Flood（2000））。その指標が意味をもつとすれば、マクロ医療費を管理する際の目標値とされる場合である。換言すれば、医療の真の費用対効果はミクロのレベルでしか検証できないということであり、イギリスやドイツでもその考えは変わらない（後述）。

結局、医療は一般財のように需要と供給が一致して能動的に決まるものでなく、国民所得からの配分を経て受動的に決まる側面が強い。特に、日本のように医療分野における政府の役割の大きい国ではそうである。

そうして決まった医療費の大きさから、「調達すべき医療財源」と「配分すべき医療所得」の枠組みがマクロ的に決まる。一方、両者のミクロ的配分、つまり、前者に関しては誰がどれだけ負担するのか、後者に関してはどの医療機関がどれだけサービスを提供し、その対価としてどれだけ所得を得るのかについては、それぞれに適用される体制（制度）によって規定される。前者の体制を「医療費拠出体制」、後者の体制を「医療供給体制」とよぶ。

医療費拠出体制は、保険料や公費などの費用負担に関わる制度上の仕組みで

1) このような意見とは対照的に、医療分野における主導的役割を国家ではなく市場に委ねるべきだという意見もある（Herzlinger（1997））。

あり、主に公平性が問われる。一方、医療供給体制は、医療機関の役割分担や医師の配置などに関わるものであり、主に効率性が問われる。もちろん、これからの医療制度は両方向からの改革なくして維持・存続できないのは明らかである。

そのような観点から本稿では、公平負担の見地からの医療費拠出体制の改革に加えて、諸外国の例なども参考にした医療供給体制の改革も併せて示すことで、「この国の医療制度のかたち」を描いていく。議論の手順として、まず、医療制度の基本的枠組みを示し、次に、そこに至るまでに整理すべき論点を挙げ、最後に、具体的な制度改革案を提示する。

## 2 制度の基本的枠組み

本稿が提唱する医療制度の基本的枠組みは、次の3つの部分から成る（図2参照）。

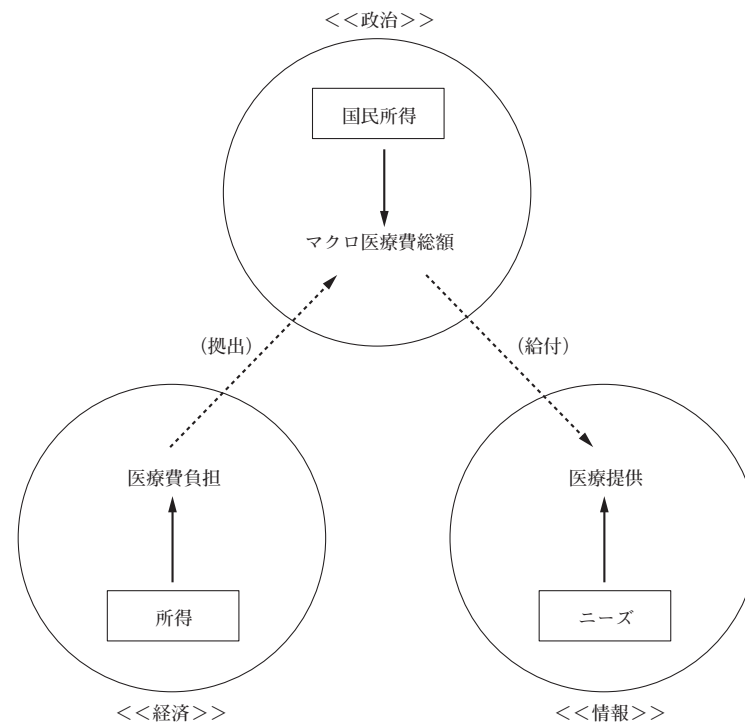
- ① 毎年の公的マクロ医療費を「国民所得」を基準に固定化する部分
- ② ①のマクロ医療費を「所得」を基準に拠出（負の配分）させる部分
- ③ ①のマクロ医療費を「ニーズ」を基準に現物（医療サービス）で配分する部分

このうち、②と③の部分をつマイクロ・レベルで具体的に実現する制度的仕組みが「医療費拠出体制」と「医療供給体制」に他ならない。

ここで重要なのは、3つの部分がそれぞれ別の基準（国民所得、所得、ニーズ）に従う点である。また、国民所得はマクロの指標であり、所得とニーズはマイクロの指標であることにも注意する必要がある。

一見すると、3つの基準は相互に関係しているように見える。例えば、個人所得の集計が国民所得で、個人ニーズの集計が医療サービスの総量であるから、単価さえ与えられれば、公的医療費の対国民所得比が計算できそうである。しかし、本稿では、マクロの公的医療費を単なるマイクロの集計値と捉える立場をとらない。なぜなら、公的医療費総額は個々の医療経済主体の活動の結果ではなく、政治目的化されてしかるべき指標だからである。

図2 医療制度の基本的枠組み（構想）



前者の結果論的立場では、最終的な責任は医療サービスを使った国民（患者）が負い、後者の目的論的立場では、最終的な責任は最終決定者（政治家）が負う。政治家は国民の代表であるから、どちらの責任も結局は国民の肩にかかることにならないという意見もあるだろう。しかし、国民に経済的責任（負担）を転嫁できたとしても、政治的責任まで押し付けることはできない。医療費に関する説明責任を果たし得るのは、政治家しかいない。この点を明確にすることが、将来の望ましい医療制度の大前提である。公的医療費総額は「政治的プロセス」から導かれる目標であって、「経済的プロセス」の結果ではないことを本稿では強調したい。

公的医療費総額を政治目的化することに異論がない訳ではない。しかし、代

表的な福祉先進国では、そうした考え方が主流である。例えば、イギリスのブレア首相は5年間でNHS（国民保健事業）予算を対国民所得比で他のヨーロッパ諸国並みにすることを公約として掲げ、現に実行している（“The NHS Plan: A plan for investment, A plan for reform”（2000））。ドイツでも、国民医療費の伸びを国民所得の伸び以下にすることが政治的合意事項となっている（Graig（2000））。翻って日本では、公的医療費が「政治問題化」することはあっても、「政治目的化」したことはない。従来、政治家の役割は、利害関係者間の手打ち（特に、日本医師会との折衝）に力を貸すことであった（池上・キャンベル（1996））。医療費がどれだけ増加したとしても、結果責任を問われることはなかったのである。ウォルフレン（2000）の説を借りるまでもなく、そこに最終的な説明責任者としての政治家の姿はない。

所得とニーズの関係にも留意する必要がある。どちらもミクロの指標であり、両者は密接に関係している。所得水準が高まれば、人はより健康になりたいと願い、医療サービスに対するニーズも高まる。より効果的で、より便利なものに対するニーズが、医療の高度化を促す原動力となってきたことは否定できない。しかし、高度な医療ほど高価であることもまた事実である。したがって、所得からニーズへ、ニーズから医療内容へという関係が維持される限り、ある人が受けられる医療は、その人の所得によって制限されてしまう。

このままでは、瀕死の貧困者のニーズよりも、軽症の富裕者のそれが上回るという矛盾が生じたり、ニーズは高いが所得の低い患者は、フォーマル（公式）な方法<sup>2)</sup>で医療を受ける機会（受療機会）に恵まれないおそれがある。公的医療制度が、公的権力によって集めた資源（資金）を効率的に分配し、国民全員に受療機会を与えることを目的とするならば、そのような所得とニーズの関係を制度上、維持する理由はない。公的医療制度においては、所得とニーズのつながりは無用である。所得とニーズが無関係ならば必然的に、それらを基準と

2) フォーマル（公式）な方法による医療とは、フォーマル・セクター（企業や政府）を通じて受ける医療のことである。一方、インフォーマル（非公式）な方法による医療とは、インフォーマル・セクター（NPOや慈善団体など）を通じて受ける医療のことである。最近では、NPOの活躍などによって、両者の垣根が徐々に取り払われつつある。

して決まる医療費負担と医療給付も無関係でなければならない（負担と給付の関係については次節を参照）。

以上をまとめると、本稿が提案する公的医療制度の枠組みは3つに分けられ、それぞれが全く別の基準（国民所得、所得、ニーズ）に従うだけでなく、各部分を支配する「力学」も異なる。マクロの公的医療費を決める力学は「政治」であり、個々人の医療費負担を決める力学は「経済」であり、そして、個々人の医療給付を決める力学は、正確なニーズ把握と測定、および、効果の高い治療方法の選択を可能にする「情報（知識）」である（図1参照）。

### 3 いくつかの論点

具体的な医療制度改革案を提示する前に、考慮すべき重要な論点を挙げておく。

- ・財源調達手段（保険か税か）
- ・事業主負担
- ・賦課・給付単位（個人か世帯か）
- ・相互扶助範囲（自助か共助か公助か）

#### 3.1 財源調達手段

公的医療費の主な財源調達手段は2つある。社会保険方式と税方式である。社会保険方式を採用している国の代表国はドイツである。一方、税方式の代表国はイギリスである。日本は、社会保険を主要な財源調達手段としつつも、公費（税金）も必要に応じて投入することで制度の安定を図っている。

社会保険と税、どちらが将来の日本の医療費を賄うのに適当であろうか。両者の違いとしてよく指摘されるのが、「負担と給付の対応関係」である。社会保険の場合は原則として保険料納付が保険給付の条件なので、負担と給付の対応関係が比較的明瞭であるが、税方式は課税対象となる所得源泉が多種多様なため、目的税化（あるいは特定財源化）されない限り、対応関係が不明瞭であるといわれる。

本稿では、「負担と給付が無関係」であるほど望ましいという立場をとる。その点では、社会保険よりも税の方が好ましい。では、全面的に税方式に賛成かというところではない。むしろ、社会保険方式をそのまま維持することを提案したい。その理由は、税方式では負担の公平を保てないからである。この点を詳しく説明する。

本稿が想定する医療費負担の公平基準は、「所得」に対する負担の程度である。現行医療保険制度では、その公平基準を満たしていない。つまり、同一の条件下にありながら、所得に対する負担割合が大きく異なる事例が存在する。その大きな理由として挙げられるのが、医療保険料賦課ベースとしての課税ベースの援用である。つまり、「税法上の所得」を社会保障費の負担力指標とする限り、公平性は実現できないのである。なぜなら、税法上の所得は、社会保障上の所得と異なるばかりか、年金課税や各種所得控除の例を引くまでもなく、政治力学に左右される傾向が強いからである。

ならば、消費税を社会保障費に充当すればよいではないかという意見もあろう。消費税を社会保障費の財源として目的税化すれば、消費税の特性上、国民に広く薄く課税できるので公平だというのがその根拠である。また、消費税の欠点とされる負担の逆進性も、複数税率を採用すれば回避できるだろう。しかし、八田（1994, 2000）が指摘するように、消費税には益税問題があり、たとえインボイスを採用したとしても租税回避行動がなくなる訳でない。脱税を防ぐには多額の徴税コストが必要で、公平性を保つのは容易なことではない。何よりも本稿が懸念するのは、税方式があまりにも政治的な点である。枠組みの所で示したように、医療費負担は政治的に決まるものではなく、経済的に決まることが望ましい。

また、税方式の採用は、財源の拡大を自動的に行う仕組みを制度的に実現しない限り、医療費財源を過度に緊縮化させるおそれがある。イギリスはNHS（国民保健事業）によって医療サービスを提供しているが、その財源の約8割が税金である。NHSの欠点として指摘されるのが過少財源であり、ニーズを満たすだけの十分な医療サービスが提供されていないと批判される。日本も、将来の高齢化をにらみ介護サービス量を増やす目的で、介護財源をそれまでの

税金から社会保険方式に転換した経験をもつ。このような事例から一般的に、税方式の採用は社会保険方式と比べて、財源の緊縮化をもたらすと推測できる。

次期高齢者医療制度改革案では、日本医師会が提案してきた「独立方式」の採用が確実な情勢となった。その特徴のひとつは、高率の税金投入である。一見すると、高齢者医療に対する税金投入は、政治力の大きさから考えて日本医師会に有利な方向、つまり、高齢者医療費の増加とそれに伴う医師所得の持続的拡大につながっていくように思われるかもしれない。しかし、イギリスや介護保険の経験からは、全く正反対の事態、つまり、高齢者医療費の財源が過度に狭められることが予見される。そうなると、独立方式に相応しい医療供給体制を整えない限り、高齢者医療サービス量が不足する事態が起こり得る。よって本稿では、税方式よりも社会保険方式を支持する次第である。

### 3.2 事業主負担

現行医療保険制度の被用者保険では、事業主負担が大きな役割を果たしているため、その取り扱いをめぐることはしばしば議論が展開されてきた。事業主負担に関して一番大きな問題は、その負担が最終的に誰に帰着するかという点である。代表的な見解を列挙すると以下ようになる。

- ・被保険者帰着説
- ・事業主帰着説
- ・折衷説

教科書的な経済学の理論では、事業主負担は労働者が負担するものとされる。その説明で用いられる概念は「転嫁」と「帰着」であり、その理屈はこうである。事業主負担のコストは、短期的に、製品価格か労働者給与に転嫁される。前者を「前転」、後者を「後転」という。前転は消費者に帰着し、後転は労働者に帰着する。しかし、長期的な視点で見ると、労働者も消費者だから、前転も結局は労働者に帰着する。よって、事業主負担の最終的帰着者が労働者という結論に達する。

このレトリックの鍵は、前転帰着先の消費者を同時に労働者と捉える点である。しかし、ある企業の従業員（被保険者）が同時にその企業の顧客である可

表1 事業主負担の帰着先

|             | 転嫁元<br>(名目負担者) | 転嫁先  | 帰着先<br>(実質負担者) |
|-------------|----------------|------|----------------|
| 事業主負担<br>前転 | 事業主            | 消費者  | -              |
| 後転          | 事業主            | 被保険者 | 被保険者           |

能性はそれほど高くない。たとえ、個別企業の従業員（被保険者）を一般労働者あるいは一般消費者と拡大解釈することが許されたとしても、売手と買手が入れ替わりながら取り引きを繰り返す現実経済では、最終的な負担者を個別に特定するのは不可能であり、そのような問題設定自体が無意味になってしまう。したがって、前転の最終帰着先を被保険者とする考えには同意できない。

転嫁する側を名目負担者、帰着者を実質負担者（あるいは、税制から類推して、前者を間接負担者、後者を直接負担者）とみなして、事業主負担（前転、後転）を分類すると表1のようになる。そこから分かるように、理論上、最終的な帰着先が判明しているのは、後転の場合に限られる。しかし、事業主負担が従業員給与に転嫁されているかどうかについても、実際には明らかではない。というのも、現行の社会保険方式を税方式に転換した場合に、事業主負担部分が給与として上乗せ支給されるかどうか疑わしいという意見もあるからである。以上から、事業主負担が最終的に被保険者に帰着するとの立場をとる「被保険者帰着説」では現実をうまく説明できない。

では、「事業主帰着説」はどうか。確かに、被保険者に帰着しないなら、負担するのは事業主しかいない。しかし、日本的な労使関係や雇用慣行などから考えると、事業主だけが負担するというのも説得力がないように思われる。

本稿では最終的に、非常に曖昧な解釈ではあるが、事業主負担は事業主と被保険者双方が暗黙の了解のうちに分担しているとする「折衷説」をとる。つまり、社会保険方式が廃止された場合の従業員給与への上乗せの有無やその金額の幅は、個別企業の景況や労使関係などによって決まると考える。ただし、現行制度下での事業主負担は法定福利費として損金算入可能で、法人税率の分だけ政府から補助金を得ていることに等しいので、その部分を除いた事業主負担

が労使分担の対象となる。

本稿が提案する医療制度の枠組み内での事業主負担の取り扱いについては、事業主負担が被保険者の所得を基準に決まっている限り、その存在は正当化される。しかし、健保組合は事業主負担比率を裁量的に決められるので、たとえ同じ所得の個人であっても所属する保険者によって実質的な負担金額が異なる。このような格差を解消するために、事業主負担比率を50%に固定化することを提案する。他方、事業主負担の実質的帰着先に関する格差については、折衷説をとる限り確定できないので、その解消策を制度に実装することはできない。

### 3.3 賦課・給付単位

日本の医療制度では、賦課・給付単位が制度ごとに異なっている。国保では加入者全員が被保険者なので、賦課・給付は原則的に個人単位で行われる（ただし、世帯別平等割が賦課されることもある）。これに対して、被用者保険では被用者を「被保険者本人」、その被扶養者を「家族」とよんで区別する。よって、被用者保険の賦課・給付は扶養・被扶養関係を基に世帯単位で行われる。

個人か世帯かという給付単位の相違はこれまで、給付率に顕れてきた（国保の給付率は加入者間で同一であるが、被用者保険の給付率は本人と家族で異なっていた）。しかし、先般の医療保険法改正によって被用者保険の本人負担が引き上げられ、被用者保険における給付は実質的に個人単位となって差異がなくなった。ゆえに、残る相違は賦課単位だけである。

本稿はこれまで、医療費負担を経済力の有無・多寡のみによって決めることを強く主張してきた。もし被用者保険の被扶養者に全く収入がなければ、それは本稿の主張に合致しているといえよう。しかし、現行制度では、年収が130万円未満の要件を満たすパート労働者も被扶養者になれる<sup>3)</sup>。つまり、経済力（収入）のある者が保険料賦課の対象となっていないのである。保険料支払いを逃れるために労働調整をするパート労働者は数多く存在するので、これは重

3) パート労働者が被扶養者と認定されるには、本文に示した年収要件の他に、いわゆる4分の3ルール（労働時間・日数が正社員の4分の3以上）の適用を受けないことが条件となる。なぜなら、4分の3ルールを適用されると正社員と同様に被用者保険の被保険者とされるからである。

大な問題である。

こうした問題を解決するために必要なのは、被用者保険の賦課単位を世帯から個人へ転換することである。つまり、被用者保険の被扶養者要件を撤廃して家族を被保険者として扱い、保険料を収入の有無・多寡に応じて賦課する制度に改めるのである。厚生労働省もパート労働者の健康保険加入を促し保険料収入を増やす目的で、従来の被用者保険加入要件を年収65万円以上、週20時間就業に変更する案を検討しているという（『日本経済新聞』2002（平成14）年10月19日）。これは医療制度全体の賦課単位を個人に統一する動きとして注目される。

以上、論点整理が済んだところで、次節ではいよいよ具体的な制度説明に入る。個別制度を実装する上で注意すべきは、それらが医療制度全体の枠組みから逸脱しないことと、各部分の支配的力学と摩擦しないことである。それでは、枠組みの各部分毎に必要な具体的制度を提案していこう。

## 4 制度の具体案

### 4.1 医療費マクロ決定体制

枠組みの第1の部分を決める制度を総称して「医療費マクロ決定体制」とよぶことにする。当該体制を支配する力学は「政治」であるから、政治的手続きによってマクロ医療費を決定しなければならない。従来は、医療保険制度に投入される公費負担額が、医療費総額の概算を基にして財政当局（財務省など）との折衝によって決められた後に、それに合致するように、保険料率や患者自己負担が決められるのが常であった。

このような官僚主導の決定メカニズムは説明責任という点で非常に危うい仕組みであり、高齢化の進展で負担の増える時代には国民の不信を買うことはあっても、安心を与えることはない。早急に政府主導の決定メカニズムに改めるべきである。しかも、公費負担部分だけでなく、医療費総額全体を決めなければならない。

政治主導を実現する具体的方法は、医療費総額決定に際して国会審議を義務

付けることである。予算と同様に国会の議決を要するかどうかは定かではないが、少なくとも、国民の前で議論を尽くし、医療費総額規模に関する説明責任を果たすべきである。そこで参考となるのが諸外国の例である。

先述のようにイギリスでは、公的医療財源の約80%が公費であるため、国会における予算審議を通して国民に説明する義務を負っている。ドイツは日本と同じく社会保険方式を採用しているが、政治的合意事項として利害関係者間で医療費総額の上限を決めている。

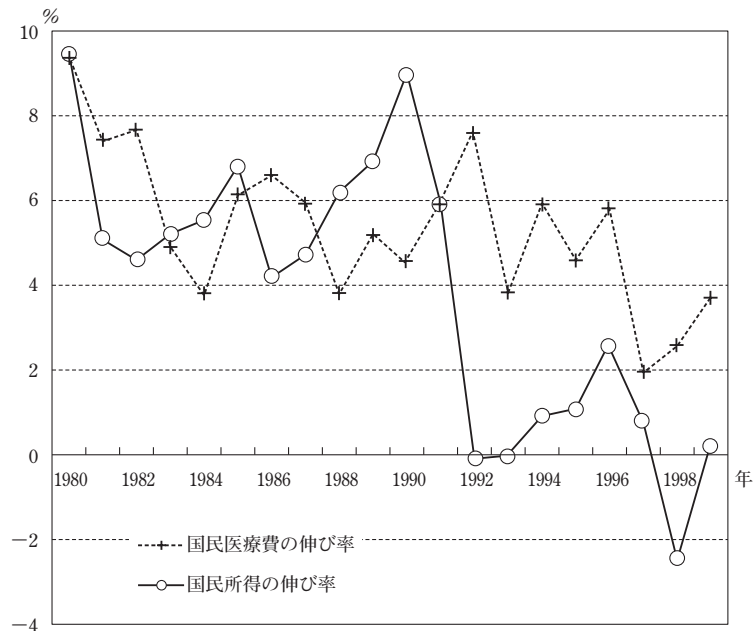
実は日本でも1980年代から、国民医療費の伸びを国民所得の伸びの範囲内に留めることが、旧厚生省の政策目標となってきた（広井（1997））。しかし、それは非公式に決められていたに過ぎず、法的強制力もなかった。その証拠に前者が後者を上回ることが度々あり、1992（平成4）年以降は、完全にその効力を失った（図3参照）。したがって、日本に今最も必要なのは、国民所得比で何%を医療費に割くべきか（あるいは、国民医療費の伸びを国民所得の伸びの範囲内に抑えること）を国民的議論の下に決定し、それが確実に遵守される仕組みを作ることである。さもなければ、医療制度に対する国民の信は得られないであろう。

国民所得を基準にして医療費総額を国会審議で決めた後は、それをどう履行するかが問題となる。そこで提案したいのが「予算管理（budget control）」の導入である。その最大の理由は、予算管理が医療費抑制に最も効果的だと考えられるからである。イギリスのNHSは、予算管理を徹底して行っている（Graig（2000）、European Observatory on Health Care Systems（1999））。そのため、インフルエンザの流行などによって予想外の医療支出が増えると、年度末には予算が払底して病棟閉鎖に追い込まれるという笑えない話もある。ドイツでも、1977年の保健医療費抑制法から1993年の保健医療構造改革法に至るまで、医療費支出に上限を設けて予算管理を厳密に行い医療費抑制に効果を挙げた（Graig（2000）、European Observatory on Health Care Systems（2000））。

ドイツやアメリカの先例が示すように予算管理を導入する際に注意すべきは、費用移転（cost shifting）<sup>4)</sup>を防ぐために、予算管理を特定部門だけでなく全部門（入院、外来、病院、開業医、薬剤、歯科）で実施することである。また、管



図3 国民医療費と国民所得の伸び率比較



出所：厚生労働省「平成11年度国民医療費」より作成

理費用を少なくするためには、予算管理の権限を中央政府から特定機能集団に移譲することが有効である。イギリスのブレア首相は、NHS改革の一環として、初期診療集団（Primary Care Groups (PCGs)）と PCGs の発展形である初期診療受託団体（PCTs (Primary Care Trusts)）を創設して予算執行権を与えている。

医療費に関する政府の役割に疑問を呈する意見もある。西村（1997b）は、「70兆円にもものぼる一般会計の歳出を、議会という組織体がきめ細かくコント

4) 費用移転 (cost shifting) とは、医師・医療機関が裁量によって、費用請求を部門間あるいは個人間で融通することを指す。アメリカの公立病院では管理医療が普及するまで、無保険者の医療費を保険加入者に乗せ請求することがよくあったという (OECD (1994))。西村 (1997b) は、患者負担増による医療費抑制策の限界を、費用移転の観点から説明している。

ロールすることそのものに限界があるという認識を持つべきではないか、という問題提起をしたい。」(西村 (1997b) p.14) と述べ、さらに、日本の政府予算で慣行化されてきた単純な増分主義を批判している。

確かに、政府に対する日本国民の不信は根強い。しかし、議会制民主主義に立脚する我々にできることは、代表者を通じて民意を反映させることであり、政治ニヒリズムに陥ることでは決してない。だとすれば、取るべき方法は、ウォルフレン (2000) が指摘するように、代表者 (政治家) による公の場での議論を見守り、説明責任を果たすかどうかを不断に監視することではないだろうか。

予算管理によってきめ細かくコントロールする限界は確かにあるだろう。しかし、説明責任を負わない官僚が特別会計や特殊法人を隠れ蓑にして国民の財産を食いつぶしてきた例<sup>5)</sup>からも分かるように、本来、国家権力によって集めた資金の使い道はすべて国会で審議され、国民に対する説明責任が履行されて当然である。たとえそれが非効率で硬直的であったとしても。また、従来の予算が単純な増分主義に毒されてきたことも事実であるが、だからといって、予算管理のもつ医療費抑制効果まで無視すべきではない。本稿が提案する、ニーズに基づいた医療費配分は、増分主義に陥らずに費用抑制効果を果たすための方策なのである。

### 4.2 医療費拠出体制

医療費拠出体制を貫徹する論理は「経済」であり、その他の論理が入り込む余地を極力少なくしなければならない。政治色の強い税方式ではなく、社会保険方式の採用を主張するのはそのためである。つまり、個人の医療費負担は、歪みのない経済力 (所得) のみによって決まらなければならない。

上記の目的を達成するために導入すべき新しい制度は何か。それは、個人の経済力を測る指標 (賦課ベース) の統一に他ならない。被用者保険 (組合管掌

5) 年金資金運用基金 (旧年金福祉事業団) が管理運営する保養施設「グリーンピア」や、雇用・能力開発機構 (旧雇用促進事業団) が建設した「スパウザ」「サンプラザ」などは、採算が取れないなどの理由で閉鎖・売却が進められている。しかし、元・現職官僚がその損失の責任を取ったという話は聞かない。



健康保険、政府管掌健康保険など）に関しては、総報酬制<sup>6)</sup>が2003（平成15）年4月から実施されたことから、現行制度下でもその環境が整ってきた。後は、健保組合に認められている保険料率に関する裁量（具体的には、ある範囲内の保険料率決定、事業主負担割合の決定）を失くすことと、パート労働者（年収130万円未満）を年収に関係なく被保険者の列に加えることで、賦課ベースの統一はほぼ達成される。

問題は、国保との賦課ベース統一である。従来の主張は、被用者と国保被保険者とは所得源泉が異なるため統一は難しいというものであった。しかし、国保世帯主の69.5%が被用者（給与所得者）と無職者（大半は年金受給者）で占められるようになってきている（厚生省保険局調査課（2000））ことから、税制による歪み（年金課税、配偶者控除など）さえ矯正できれば、国保被保険者の7割は新制度に組み込むことができる。つまり、現行制度の枠組みでも微修正を施すだけで、1億1,300万人（総人口の約90%）の賦課ベースを統一できるのである。

残りの3割（農林漁業者など）については、法人化の促進などによって所得捕捉を一般被用者並みにする一方で、新設する「定額保険料プラン」（仮称）への移行を検討すべきである。定額保険料プランとは、毎月の保険料が比較的安価に固定化されている一方で、給付率が相応に低く設定された保険プランである。定額保険料負担は他と比べて給付率が低いことから、自己負担が重くなり不公平と非難されるかもしれない。しかし、高額療養費支給制度が適用される限り問題はない。むしろ医療機関にかからない場合の過少負担の方が問題である。この点を解決するには、定額保険料を国民皆保険制度への参加費用として相応しい水準に設定する必要がある。

間接費抑制の観点から、被用者拠出は企業単位で行うのが妥当である。つまり、保険料の徴収責任は事業主が負う。その理由は、給与を直接支払う事業主の方が所得に応じた拠出をより正確に、効率的に実行できるからである。非被用者拠出も従来通り市町村単位で行うより仕方がない。ただし、その場合は小

松（2000a, b）でも述べたように、市町村の裁量的な賦課政策を見直す必要がある。現行国保では、低所得者に対する措置は「減免」という金銭支援が中心となっているため、財政問題だけに注意が偏りがちである。しかし、国保の低所得者問題は単なる財政的付け替え（一般会計からの繰り入れ）で解決しないのは明らかである。

小松（2000a, b）が示したように、国保の低所得者問題は高齢者の問題でもある。年金税制などを改革すれば若年被保険者と同様に扱える高齢者も少なくないが、それでも病弱な低所得高齢者は常に存在し、影を落とし続けるであろう。現行制度は高齢者を画一的に経済的弱者として医療費負担面で優遇し、医療給付面で若年者と無差別に扱っているが、この制度思想は根本的に誤りである。高齢者間の所得格差が大きいことは広く知られた事実であり（厚生省（2000））、彼らを一様に優遇することこそ不公平である。

医療における高齢者問題に関する本稿の立場は、医療費拠出面では高齢者を若年者と同等に扱い、医療供給面で高齢者を保護（優遇ではない）するというものである。前者は、医療費負担を年齢で差別せず、あくまでも所得の多寡のみによって決めることを意味し、後者は、高齢者に対する医療サービスを若年者のそれとは異なる特別プログラム（後述）によって提供することを意味する。

高齢者であっても若年者であっても低所得者は低所得者であるから、それは共通に対処すべき問題である。つまり、低所得は医療制度とは別個の制度で扱うべき課題である。なぜなら、低所得は医療だけでなく介護などの社会保障全般、ひいては生活全般に及ぶ問題だからである。現行の公的医療保険および公的介護保険では、このような問題に対して「減免」とよばれる措置を市町村の裁量によって講じているが、それは対症療法に過ぎない。月数千円の医療・介護保険料を免除したからといって、低所得者の生活改善にどれほどの効果があるというのだろうか。

今こそ、低所得者に対する新しい支援制度（「低所得者支援制度」（仮称））を設けるべきである。生活保護制度があるのではないかという意見もあろう。しかし、それは自立支援機能に欠ける一時保護策に過ぎず不十分である。低所得者支援制度は、住宅・食料・労働・教育など様々な分野からのアプローチが必

6) 総報酬制とは、月毎に支払われる給与の他に、いわゆるボーナスも保険料の賦課ベースに含める制度である。

要であり、従来の縦割り行政では非効率である。そこで提案したいのが、NPOなどのインフォーマル組織の活用である。福祉事務所を調整役にして、被支援者を中心としたネットワークを構築する。主な財源は、税額控除できる寄付金とする。そして、医療保険や介護保険の保険料を免除する代わりに、低所得者支援制度への登録・参加を義務付ける。

低所得者支援制度とは、横断的な社会福祉政策であり、行政の責任事務である。対して、従来の減免措置は責任の伴わない金銭的施しに過ぎない。同じ貴重な資源（税金）を投入するのであれば、そのような社会福祉事業に投資すべきではないか。ここでいう社会福祉事業とは従来型の役所の下請け的仕事ではなく、専門知識と行動力を伴ったソーシャル・ワーク（社会改良事業）のことである。日本は欧米と比べてこの分野で遅れているといわざるを得ない。社会改良事業を行うソーシャル・ワーカーなどの人材育成は、少子高齢・低経済成長の時代にあつてますます重要になる。そこで培われた技術は企業や政府部門でも通用するので、格好の職業訓練の場ともなるであろう。

### 4.3 医療供給体制

本稿が提案する医療供給体制で鍵となるのは「情報」である。なぜなら、疾病などに関する情報の集積と蓄積および分析ができてはじめて、個人の医療ニーズを正確に把握・測定し、それに基づく適切な施療が可能となるからである。情報の流れる方向、集積場所などに留意して医療供給体制を構築することが肝要である。

現行医療保険制度における主要情報は、カルテとレセプトである。カルテとは、患者一人一人に対して医師（医療機関）が作成・管理する診療記録のことである。カルテは、医療機関毎に保管されるため、情報の拡散が甚だしい。一方のレセプトは、医療機関が作成・発行する診療報酬明細書であり、それを受け取って審査・支払事務を行う機関（社会保険診療報酬支払基金、国民健康保険団体連合会）と各保険者が管理している。

本来、各保険者にも審査支払事務が認められて然るべきであるが、1948（昭和23）年の通知によって、特殊法人である審査・支払機関に一括委託されるよ

うになった。しかし、少数の特定機関による業務独占の弊害（非効率性など）が目立ちはじめたために政府は、特殊法人の民営化と同時に、各保険者による直接審査の解禁を先頃決定した。

現行制度の最大の問題点は、カルテが分散していることである。カルテに関して本稿は、次のことを提案したい。

- ・カルテの所有権が医療機関ではなく、患者本人に帰属することを明文化する。
- ・個人の健康・疾病管理を委託された機関にカルテなどの疾病情報の利用を認める。

よく知られているように、イギリスでは一般開業医（GP（General Practitioner））が健康・疾病管理と共に情報管理を委託されている。アメリカでも初期診療医（PCP（Primary Care Physician））とよばれる医師が同様の任に当たっている。

一方、日本では通常、病状（疾病）毎に診療機関が変わり、そこでカルテが保管されるので、検査費や事務費の重複が多い。また、カルテ開示が未だに法制化されていない<sup>7)</sup>ので、その実質的所有権が医療機関にあるものと誤解されている。そして、何よりも重要なのは、本人のニーズ（需要ではない）を科学的・客観的に測る上で欠かせない疾病情報が死蔵してしまうことである。情報は資源であり、蓄積されるほど価値を増す。個人や家族の既往歴の管理はもとより、遺伝子診断・治療が現実化しつつある現在では、新しい治療法や治療薬の開発にとっても情報の蓄積は有用である。

具体的には、各医療機関に一定の形式で診療記録をつけることを法律上義務付け、その情報（デジタル化されたもの）をネットワークを通じて、都道府県（あるいは2次医療圏）毎に新設される「医療情報センター」（仮称）に個人あるいは家族単位で集約・整理・保管するよう制度化する。その際、個人の診療データの所有権はあくまで本人に帰属することを忘れてはならない。そして、本人（あるいはその代理人）が自分の健康・疾病管理を委託すると決めた医療

7) 1998（平成10）年に旧厚生省の検討会がカルテ開示の法制化を提案したが、日本医師会の強硬な反対に遭ったため、1999（平成11）年7月、医療審議会は法制化の見送りを答申した。

機関には、情報センターに蓄積された当人のデータの参照が認められる。この方法だと、健康・疾病管理の委託先がたとえ変わったとしてもデータは分散しない。また、複数の医師・医療機関が同一データを参照することで医療過誤の早期発見も期待できる<sup>8)</sup>。

では、健康・疾病管理の委託はどのように行われるべきか。現行制度の特徴である自由診療（フリーアクセス）の下では、健康・疾病管理の委託も自由に行われる。つまり、個人が疾病毎に医療機関を選び、そこが自動的に委託先となる。しかし、この方法だと疾病の種類毎に医療機関が分かれ、チーム医療がまだ普及していない日本では、全身的・総合的な健康・疾病管理ができない。また、はしご受診もしばしば行われるため、同じ疾病でも管理受託者が異なるという不都合が生じる。複数の医療機関を回ってやっと正しい診断が下されたとしたら、それまでにかかった医療機関の診断能力をどう評価すればよいのか。責任は問えるのか。現在のフリーアクセスは、限られた情報の中で良い医療機関を自己責任で探す自由に他ならない。

そこで提案したいのは、イギリスのGPのように初期診療を専門とする門番医（ゲート・キーパー医師）制度を導入し、健康・疾病管理を委託することである（以後、門番医は、かかりつけ医、一般医、家庭医、初期診療医などと類似の概念として扱う）。門番医が代理人となって初期診療、専門医への紹介、入院手続きなどを行う。もちろん、初期診断の過誤は健康・疾病管理の受託者たる彼等の責任である。門番医は患者に関する様々な情報の交差・集積点なので、初期診断能力と並んでコミュニケーション能力が備わっていなければならない。つまり、彼等の仕事とは、2つの能力（初期診断、コミュニケーション）を駆使して、患者のニーズを正確に測定・把握し、適切な医療サービスを提供・手配することなのである。

8) 2002（平成14）年3月に東京女子医科大学病院で起きた人工心臓装置の操作ミスによる死亡事故では、カルテや看護記録の改ざんが問題になった。この事件に関して、電子カルテをいち早く導入した亀田総合病院の亀田俊忠理事長は次のように語ったという。「紙の記録より、電子カルテの方がはるかに情報は管理できる。システムを整備すれば、今回の事件のように後から改ざんするといったことは防げるはずです。」（『朝日新聞』2002（平成14）年7月4日）

現在、厚生労働省は経済インセンティブによって、開業医（診療所）と専門医（病院）間で患者の振り分けを行っているが、その効果には疑問符が付く<sup>9)</sup>。開業医と専門医の選択は、患者の医療ニーズから自ずと導かれるものであり、金銭的刺激によって実現できるものではない。患者の大病院志向は、情報やコミュニケーション不足から開業医の診断に納得できず不安を感じているから起こるのであり、現在の医療供給体制に欠けているのは、十分な情報提供と懇切丁寧なコミュニケーションを担保する仕組みである。

円滑なコミュニケーションを担保する仕組みのひとつとして、新しい診療報酬体系を挙げたい。現在は点数・単価方式とよばれる出来高払いが診療報酬体系の中心となっているが、ここに、門番医に対する診療報酬として定額払いを新たに導入するのである。具体的手続きはこうである。

- ・原則として、国民一人一人（世帯主でもよい）に門番医の選択権を与える。ただし、質や量の問題から門番医を選ばないこともできる。
- ・選ばれた門番医には、長期契約者（その医師を門番医として選んだ人）の医療ニーズに応じて定額の契約金が支払われる。この契約金で長期契約者の初期診療費をすべて賄わなければならない。
- ・門番医は長期契約者の人数によって拘束時間が決められる。つまり、上限一杯の長期契約者を抱える門番医は、従来のような短期契約者に対する出来高払いの診療活動はできない。
- ・門番医との契約は特別な事情がない限り、1年更新制とする。
- ・門番医を自己選択しなかった人は、短期契約者として従来通り出来高払いの初期・専門診療を受ける（ただし、一定の自己負担あり）か、後述する保険者指定の医師・医療機関から初期診療を受ける。

定額払いの導入で、患者と医師・医療機関は、少なくとも1年以上の長期契

9) 医療機関の機能分担を進めるため、診療所が大病院に患者を紹介すると、両者にそれぞれ「診療情報提供料」、「紹介患者加算」という名目で診療報酬が加算される仕組みになっている。紹介状をもたない患者が大病院（200床以上）にかかると、「特定療養費」という名目で費用を請求される。当該制度を調査した新聞記事によれば、その機能分担効果はほとんどなく、患者が余計に費用をとられるだけだと結論付けている（『朝日新聞』2001（平成13）年11月15日）。

約を見据えて付き合うことになる。患者は門番医を選ぶ段階で、コミュニケーション能力などを含む診療技術を真剣に評価し、一方の医師・医療機関側も、新しい契約者の獲得と既存契約の長期化（1年以上）を目指して奮起する。従来の出来高払いによる短期契約でもそのような患者獲得の努力は行われてきたかも知れない。しかし、門番医は病気の人に診療を行うよりもむしろ、健康な人に対する日常的な気遣いが仕事の中心になると思われるので、患者との対話が一層重要になってくる。そうなれば自然と患者の情報も蓄積され、正確なニーズ把握・測定が可能となり、初期診療と専門診療との機能分化も進むものと期待される。

門番医制を導入した場合の、リスク構造調整との整合性を説明する必要があるだろう。リスク構造調整とは、年齢や所得リスクなどを保険者間で均一化して財政調整を行う仕組みで、ドイツで導入された制度である。加入者医療ニーズ（主に年齢構成）によって算定された医療支出と、所得構成によって算定された保険料収入を比較して、収入超過の保険者が拠出金を支払い、支出超過の保険者がそれを補助金として受け取る。

医療費拠出面と医療供給面で異なる基準にしたがうという点で、リスク構造調整は本稿の枠組みに沿っている。しかし、当該制度の導入によって本稿が目指すところは、ドイツのそれとは異なる。ドイツでは、保険者間の加入者獲得競争を通じた保険料率の合理化と格差是正が目的であった。

しかし、日本でそれを導入するのは、保険料率の平準化でも、保険者間競争を促すためでもない。なぜなら、新しい医療制度の下での保険料率は、賦課ベース統一とマクロ医療費決定を経て（単一保険料率として）自動的に決まるものだからである。本稿が保険者間競争を支持しないのは、ドイツのように保険者が規模の経済を追求して合併を繰り返した結果、保険者が寡占化して逆に選択の幅が狭まるという矛盾が生じたり（そうなるならばじめから単一保険料を設定した方がよい）、保険者自らが収益を上げるために行動するという所得介入が予想されるからである（所得介入の概念については、都留（1999）を参照）。

本稿が想定する保険者は従来通り、加入者所得に詳しい企業（健保組合）と地方自治体であり、医療費拠出面では統一的賦課ベースに均一保険料率を乗じ

た金額を徴収・拠出し、医療供給面ではその原資となる費用を加入者の医療ニーズに応じて受け取る組織である。保険者の規模については、たとえリスク構造調整を実施したとしても、加入者間で疾病リスクをプールして財政を安定化させたり、効率的運営のために規模の経済を働かせる必要性からある程度大きい方がよい。行政組織や他の制度（介護保険、各種社会福祉制度）との連携を考慮して、2次医療圏（広域市町村）か都道府県の規模が適当であろう<sup>10</sup>。

ここで、門番医制度と保険者機能の整合性が問われる。具体的には、門番医を自己選択した人の所属する保険者が、当該加入者の医療ニーズに基づいて受け取る医療費は、初期診療費用を除いた専門医サービスのみの費用となる。その他、加入者は保険者が指定する門番医を選ぶことができるが、その場合、保険者は初期診療費と専門診療費の合計金額を受け取って、適切な門番医と契約を結んで初期診療と専門医サービスの両方を給付しなければならない。

上記の説明で分かるように、本稿の提案する門番医制度の創設は、従来の医療費収支リスク負担のあり方を変える。現行制度は出来高払いが原則であるため、医療費収支リスクは主に保険者が負っている。しかし、門番医制度の創設とそれに伴う定額支払いの導入は、初期診療費収支リスクの負担を多様化させる。まず、門番医を自己選択した場合は、門番医がリスクを負う。次に、保険者指定の門番医を指定した場合は、保険者と保険者指定門番医でリスクを分担する。そして、門番医を選択しなかった場合は、保険者と加入者自身（自己負担を通じて）でリスクを分担する。

リスク構造調整の導入と並んで最近よく議論に上るのが、保険者機能の強化である。その意図は、保険者が医療提供者（医師・医療機関）と診療に関して割引契約を結べるようにして、医療費の合理化を図ることである。医療費の高騰が喫緊の課題となっている現況では、非常に有益な政策のように思える。しかし、本稿はそれを支持しない。なぜなら、本稿が提案する新医療制度の枠組

10) 山田・佐藤（2002）は、保険数理的手法によって最適な保険者規模を推定している。それによると、安定した保険財政の要件を、医療費総額が90%の確率で平均から±5%に収まることだと仮定した場合、必要被保険者数は12,605人になったという。つまり、保険財政の安定には、都道府県単位の統合は必要なく、1万数千人程度の規模で足りることになる。

みでは、マクロ医療費は国民所得を基準として政治的にあらかじめ削減されたり天井が決められるため、(ミクロの)医療費削減のための割引契約は必要ない。いわんや、保険者の所得介入のための割引契約など論外である。

個々の診療行為(主に専門診療だが、門番医を選択しなかった場合の初期診療も含まれる)に対する報酬は、点数に単価を乗じて決められる。現行の点数・単価方式に近いように聞こえるが、本稿案ではマクロ医療費の上限が決まっているので、診療行為全体が不必要に多くなると単価が下がる。日本もかつては同様の方式(人頭請負点数払い)を採用したことがあったが、出来高を増やして診療報酬を多くする行動が目立ち、囚人のジレンマ的状况に陥ってしまったために、現行制度に落ち着いた経緯がある<sup>11)</sup>。

同じ失敗を繰り返さないためにも、マクロ医療費を部門(初期診療、専門診療(入院、外来)、薬剤など)間で大別し、部門毎に予算管理を徹底する一方で、日本医師会、全日本病院協会、全国自治体病院協議会などの業界団体が指導力を発揮して、所属医師・医療機関に専門家・専門機関としての自律を促す必要がある。もし自律的管理ができないというのであれば、他律的に法律やその他の手段による管理も止むを得ないであろう。

なお、点数に関しては、従来の不明瞭な設定方法<sup>12)</sup>を改める必要がある。諸外国で普及し日本でもその思想が取り入れられつつあるEBM(Evidenced Based Medicine)(科学的根拠に基づく治療)を用いて診療指針(ガイドライン)を作成し、それに基づいて、アメリカなどで普及しているDRGs(Diagnosis Related Groups)などの疾病分類毎に診療報酬を標準化することを検討しても

11) 1927(昭和2)年に施行された健康保険法の下では当初、「人頭請負点数払い方式」とよばれる診療報酬支払い方式が採用された。これは、患者1人当たりいくらという形で予め取り決めておいた金額をまず都道府県単位で配分し、次に同一都道府県内の各医師・医療機関に対しては、それらが実際に行った診療数量(点数で計算)に応じて報酬を支払うというものであった。たくさん診療を行った医師にはそれだけ多く報酬が支払われる反面、都道府県内の診療総数が多くなると1点当たりの単価が下がるという仕組みも持っていた。案の定、診療報酬を多く得ようとするあまり過剰診療に陥り、1点単価が急落するという事態に見舞われた。このような診療総数に反比例して決まる単価に批判が集中した結果、1940(昭和15)年には、1点単価が15銭に固定された。その後、1943(昭和18)年に、政府が診療報酬の点数と単価を公定する「点数・単価方式」が採用され、現在に至っている(大塚(1961)、吉原・和田(2000))。

よいだろう(DRGsについては、川湖(1998)、野口(2000)などに詳しい)。

2003(平成15)年4月から大学病院など82ヶ所で病気の特性や重症度の分類毎に1日当たりの医療費を定額にする「包括払い制」が本格的に導入されるようになった<sup>13)</sup>。つまり、専門診療が初期診療よりも先に定額払いに移行することになったのである。中医協がそのような答申を出すのは、そこが開業医を中心に構成された組織だから当然のことといえる。問題は初期診療にも定額払いが適用されるか否かである。メンバー構成を考えると中医協がそのような見解を出すとは到底思えない。したがって、本稿が提案する門番医制と初期診療定額払いの実施には、別の新たな審議機関の設置と政治決断が必要となるだろう。

最後に高齢者医療サービスについて言及しておきたい。現在の喫緊の課題は、現行老人保健制度に代わる新しい高齢者医療制度の構築である。そこで焦点となっているのは、日本医師会が推す「高齢者独立方式」のように高齢者医療費を別建てとするか否かである。別建て案の嚆矢となったのは広井(1996a, 1996b, 1996c, 1996d)であろう。そこで説明された高齢者別建て案の根拠とされる「逆選択」(あるいは「選択」)の論理が、強制加入を前提とする社会保険において妥当かどうかについては疑問が残る(井口(1997))ものの、疾病リスクが相対的に高い高齢者の医療保障を保険方式から租税方式に転換する考え方自体は、イギリスの例からも正当化される。問題は財源として税金を大幅に投入しなければならない点である。

12) 診療報酬は建前上、厚生労働省の諮問機関である中央社会保険医療協議会(中医協)で利害関係者が議論の上、決定されることになっている。しかし、実際は、厚生労働省医療課が事前に日本医師会と交渉し、事後的に中医協の承認を求める仕組みになっている。そこでは、開業医を代表する医師会の政治力が強いので、中医協に参加できない病院の診療報酬引き下げ案があっさり承されるということもあった(『朝日新聞』2001(平成13)年12月27日)。診療報酬点数の上げ下げに長年携わってきた元厚生労働官僚の松浦十四郎氏(日本公衆衛生協会理事長)によれば、現在の診療報酬体系は度重なる改定で、当の実務者ですら困惑するほど点数表が複雑化し、制度弊弊を起しているという(『朝日新聞』2002(平成14)年1月24日)。

13) 専門診療への定額払い導入については、アメリカの例を引き合いに出しながらそれを批判する意見もある(廣瀬(1999)、李(2000))。それに配慮してかどうかは分からないが、包括払い導入後も病院収入が大きく変化しないように、前年度の実績を加味して補正を加えているという。

今般成立した老人保健法改正によって、対象者が75歳以上の後期高齢者に引き上げられ、公費負担も3割から5割に引き上げられることになった。したがって、財政上は実質的に独立方式に近づいたといえよう。問題は財源の目処が立っていないことであるが、それさえ解決すれば次の段階として独立方式への完全移行が見えてくる。しかし、本稿が指摘したように、税方式の欠点は費用負担が必ずしも経済力に比例しないため公平性に問題があり、しかも、イギリスの例からも分かるように、低経済成長期には過少給付に陥る可能性が高いことである。

ここで本稿が提案する高齢者医療制度をもう一度説明する。その骨子は、医療費拠出面で高齢者を若年者と同等に扱い、医療供給面で高齢者を保護するというものである。つまり、医療費拠出面では、年金税制や1割自己負担による医療費負担の優遇策を撤廃し、医療供給面では、特定の高齢者にはフリーアクセス（医療機関の自由選択制）を認めないことである。脱フリーアクセスを否定的に捉えてはならない。むしろ、それは特定の高齢者に福音をもたらすと解すべきである。なぜなら、医療情報の提供が制限されている上、それを解す能力も相対的に劣る高齢者が、今のようなフリーアクセスによって最適な診療を受けているとは到底思えないからである。むしろ、慢性疾患を抱える高齢者には、徹底管理された専用の特別診療プログラムが必要なのではないか。現在のフリーアクセスがバイキング形式（要らないものまでつい手にとってしまう）だとすると、脱フリーアクセスは特別メニュー（最適になるよう内容があらかじめ決められている）に譬えられる。つまり、高齢者専用の特別な診療プログラムが必要なのである。

「高齢者特別診療プログラム」（仮称）の実際の運用はこうである。若年世代と同様の自己負担率を選んだ高齢者は従来通り、フリーアクセスの適用を受ける。それ以外の高齢者は、地方自治体と地域の医療機関が合同で提供する高齢者特別診療プログラムの適用を受ける。提供組織は、イギリスのPCGs（PCTs）を想像すれば理解し易いだろう。そのプログラムの下では、日常生活の健康管理から疾病予防さらには疾病治療に至るまで、高齢者のニーズに最適と思われるサービスが提供される。その財源はもちろん、当該高齢者集団の

ニーズに応じて配分された医療費であり、部門毎に予算管理が行われる。

では、高齢者特別診療プログラムの財源に公費をどれだけ投入すべきだろうか。それは、当該プログラムが保健や福祉サービスとどれだけ連携するかによる。つまり、それを健康・疾病管理だけでなく、高齢者の住宅・雇用・生きがいまで含めた高齢期の総合的な福祉政策と捉えるならば、相応の公費投入が正当化される。もし従来と同様の供給体制に終始するならば、公費割合を現状（最大で5割）以上に増やす理由は見当たらない。先述したように高齢者対策と低所得者対策は重なる部分が大きいので、低所得者支援制度と高齢者特別診療プログラムを一体の福祉制度として構築・運用していくことが望ましい。

以上、本稿がこれまで提案してきた医療制度改革の骨子をまとめると次のようになる。

#### ・ マクロ医療費決定体制

基本方針：

「国民所得を基準にして、マクロ医療費を政治的に決める」

具体策：

- －マクロ医療費決定に際して国会審議を義務付ける
- －予算管理を徹底してマクロ医療費の上限を遵守する

#### ・ 医療費拠出体制

基本方針：

「経済力を基準にして、各人の医療費負担を決める」

具体策：

- －賦課ベースの統一
- －保険加入時の年収要件（130万円）の撤廃
- －事業主負担の50%固定化
- －定額保険料プランの創設
- －低所得者支援制度の創設

#### ・ 医療供給体制

基本方針：

「情報を基準にして、医療の最適配分を図る」

具体策：

- 門番医制度の導入
- 初期診療費の定額支払いによる長期契約の実現
- 医療情報センターの設置
- リスク構造調整の実施
- 高齢者特別診療プログラムの創設

## 5 今後の研究課題

今後、本稿の医療制度改革案の実施に当たって取り組むべき主な研究課題としては、以下のようなものが考えられる。

- ・ 国民所得に占めるマクロ医療費適正比率の割り出し
- ・ 制度全体の組織形態のあり方
- ・ 門番医制度が診療所経営に与える影響

本稿は主に医療費に焦点を当てて、それを公平性の観点から分析してきた。その過程で、諸外国で行われている（日本でもかつて非公式に行われていた）、国民所得を基準とする国民医療費の固定化と予算管理の徹底を主張した。諸外国の例から、少子高齢化と低経済成長下で医療費負担を軽減するにはこれしか方法がないように思われる。しかし、問題は、マクロ医療費を対国民所得比でいくらに設定するかである。

本稿では、マクロ医療費水準の決定過程として政治を選んだ。それゆえ、国会審議を経て政治的に決まった数値であれば、どんなに法外なものであっても遵守されて当然だと考える。しかし、医療費適正化は今や各国共通の課題なので、国際的に見て非常識な水準になるとは考えにくい。そこで課題となるのは、国民医療費の対国民所得比についての国際感覚が一体どうなっているのかを探ることである。換言すれば、各国が共通して持つ国民医療費の適正水準というものがあるのかどうか。もし存在するならばその具体的数値を割り出すことは、日本が目指す国民医療費の適正水準を知る上で非常に有用である。

マクロ医療費の上限が決められ予算管理が行われる環境で質の高い医療を効

率的に実現するには、それ相応の組織が必要である。予算管理が徹底されているイギリスでは長年、保健当局（Health Authorities）を中心とした官僚統制が行われてきた。しかし、この方式は医療費抑制には効果があるものの、医療ニーズに柔軟に対処できないという欠点を持っていた。そのため、サッチャー政権は従来の中央集権体制を分権化するとともに、大胆な組織改革を行った（武川・塩野谷（1999））。その後、ブレア政権は前政権が推進した市場経済導入は否定したものの、PCGs（PCTs）などを創設して国民により近い組織に大きな責任を負わせている。注目されるのは、医療の質を監視する特別機関などを創設して医療の画一化・標準化を目指す政策が、むしろ中央政府の統制を強める方向に働いている点である。それはまるで Aneurin Bevan の時代に戻ったかのような錯覚を与える（Klein（2001））。

イギリスの例を引くまでもなく、効率的な医療行政の実施には組織形態の変革が不可欠である。しかし、日本は国民皆保険体制を確立して以来、大胆な組織改革を行っていない。それだけ従来の組織形態が優れていたともいえるが、将来ますます高齢化が進み、医療と保健・介護・福祉との連携が重視される時代には、現在のような制度別の縦割り組織では対応できない。高齢者特別診療プログラムの実行組織として本稿は、イギリス型の PCGs（PCTs）を紹介したが、果たしてそれがそのまま日本に適用可能かどうかを検証してみる必要がある。日本の制度に適した組織形態を探ることが喫緊の課題である。

本稿では門番医制度の導入を提案したが、それが診療所経営に与える影響についても調査する必要がある。日本では長年、診療所と病院が出来高払いを基本とする共通の診療報酬体系の下で運営されてきたが、門番医制度とそれに伴う定額支払方式の導入は、診療所経営の命運を左右する重大な分岐点になると予想される。したがって、現在の開業医および診療所の経営状況を正確に分析して、門番医制度の導入を円滑にする条件を明らかにすることが今後の課題となる。

## 参考文献

- [1] 井口直樹「公的医療保険の存在意義と「逆選択」について」『社会保険旬報』No.



- 1950 1997 (平成9) 年 pp.6-9
- [2] ウォルフレン, カレル・ヴァン (鈴木主税 (訳)) 『人間を幸福にしない日本というシステム』新潮社 2000 (平成12) 年
- [3] 大塚要 (編著) 『国民皆保険に関する諸問題』日本労働問題研究会 1961 (昭和36) 年
- [4] 川淵孝一 『医療保険改革と日本の選択——ヘルスケア・リフォームの処方せん——』薬事日報社 1998 (平成10) 年
- [5] 厚生省 (監修) 『厚生白書』ぎょうせい 2000 (平成12) 年
- [6] 小松秀和 「国保保険料 (税) 賦課政策と被保険者負担 (1)」『経済論叢』第166巻第1号 2000 (平成12) 年 pp.18-30 a
- [7] 小松秀和 「国保保険料 (税) 賦課政策と被保険者負担 (2)」『経済論叢』第166巻第2号 2000 (平成12) 年 pp.17-31 b
- [8] 武川・塩野谷祐一 (編) 『先進諸国の社会保障1: イギリス』東京大学出版会 1999 (平成11) 年
- [9] 都留重人 『経済の常識と非常識』岩波書店 1999 (平成11) 年
- [10] 二本立 『「世界一」の医療費抑制政策を見直す時期』勁草書房 1994 (平成6) 年
- [11] 西村周三 『医療と福祉の経済システム』ちくま新書 1997 (平成9) 年
- [12] 野口一重 『早わかり図解でみる DRG』日本医療企画 2000 (平成12) 年
- [13] 八田達夫 『消費税はいらない』東洋経済新報社 1994 (平成6) 年
- [14] 八田達夫 「財政再建のための税制改革」『エコノミクス3』(2000 年秋号) 東洋経済新報社 2000 (平成12) 年 pp.50-63
- [15] 広井良典 「医療保険と社会保障の将来像 [1] —— 経済と社会保障の動的把握に向けて ——」『社会保険旬報』No.1918 1996 (平成8) 年 pp.6-11 a
- [16] 広井良典 「医療保険と社会保障の将来像 [2] —— 経済と社会保障の動的把握に向けて ——」『社会保険旬報』No.1919 1996 (平成8) 年 pp.20-25 b
- [17] 広井良典 「医療保険と社会保障の将来像 [3] —— 経済と社会保障の動的把握に向けて ——」『社会保険旬報』No.1921 1996 (平成8) 年 pp.14-17 c
- [18] 広井良典 「医療保険と社会保障の将来像 [4] —— 経済と社会保障の動的把握に向けて ——」『社会保険旬報』No.1923 1996 (平成8) 年 pp.16-19 d
- [19] 広井良典 『医療の経済学』日本経済新聞社 1997 (平成9) 年
- [20] 広井良典 (編著) 『医療改革とマネジドケア』東洋経済新報社 1999 (平成11) 年
- [21] 廣瀬輝夫 『日本よ! 米国医療を見習うな』日本医療企画 1999 (平成11) 年
- [22] 山田武・佐藤雅代 「国民健康保険の広域化」日本財政学会・第59回大会報告論文 2002 (平成14) 年
- [23] 李啓充 『アメリカ医療の光と影——医療過誤防止からマネジドケアまで——』医学書院 2000 (平成12) 年
- [24] Berridge, Virginia, *Health and Society in Britain since 1939*, Cambridge University Press, 1999.
- [25] European Observatory on Health Care Systems 1999, *Health Care Systems in Transition: United Kingdom 1999*, 1999.
- [26] European Observatory on Health Care Systems 2000, *Health Care Systems in Transition: Germany 2000*, 2000.
- [27] Flood, Colleen M., *International Health Care Reform: A legal, economic and political analysis*, Routledge, 2000. 33
- [28] Graig, L. A., *Health of Nations: An International Perspective on U.S. Health Care Reform (3rd edition)*, CQPress, 1999.

- [29] Herzlinger, R. E., *Marketed Health Care: who wins, who loses in the transformation of America's largest service industry*, Perseus Books Publishing, 1997.
- [30] Klein, Rudolf, *The New Politics of The NHS (4th edition)*, Prentice Hall, 2001.
- [31] Mackeown, T., *The Modern Rise of Population*, London Edward Arnold, 1976.
- [32] OECD, *The Reform of Health Care Systems: A Review of Seventeen OECD Countries*, 1994.