

# 医療制度改革とこれからの方向

谷 修一

## はじめに

去る7月末健保法などの一部を改正する法律が国会で成立し、いわゆる医療制度改革も新たな局面を迎えることになった。

ここ数年来進められてきた医療提供体制、診療報酬、薬価基準、高齢者医療保険制度などを中心にした医療制度改革について、私自身は昨年暮れ頃までは次のように考えていた。

ごく割り切って言えば、医療提供体制は、平成9年と12年の2回にわたる医療法などの改正によって、当面の大きな課題は整理された。薬価基準問題もここ数年来の薬価差の急激な縮小によって、当面の課題ではなくなっているのではないか。診療報酬も前回（平成12年）の改定によって方向が示され、当面の課題は、これらを医療現場がどのように消化していくかである。社会保障制度に関しての残された最大の課題は、年金問題を別にすれば、高齢者医療制度をどう改革するかにつきると考えていた。

しかし、今年1月に発表された将来の人口推計を見てから、人口の高齢化だけでなく、人口全体が減少していく社会の中で、今までと同じようなスタンスで今後もやっていけるのかという感じを持つようになったこと、さらに付け加えれば、昨年来の医療制度を巡る政治的な動きや、暮れから今年の春にかけての政策決定などを見て、大きく変わろうとしていることと変わりがれないことが混在していて、政策決定のプロセスも含め、社会全体が過渡期であるという印象を強

く持つようになった。

以上のような認識を前提にして、医療制度改革と医療現場での課題などを中心にして述べてみたい。

## 1 医療制度改革の経緯と概要

医療制度改革の歴史を振り返ってみれば、昭和36年の国民皆保険から50年代前半までの、高額医療費支給制度に代表されるような患者負担の軽減と給付率の引上げ、病床数の大幅な増加に象徴される医療の量的拡大の時代を経て、50年代の後半以降は、病院病床や医師数の抑制という医療の供給サイドの規制を含めた制度改革や老人保険制度などの創設の時代を迎える。これらはいずれも、その時々々の経済や財政事情の変化と医療費の高騰の中で、如何に医療保険財政を安定させ国民皆保険体制を維持するかが命題であったといっても過言ではない。その意味では、その後の昭和の終わりから平成の初めにかけての数年間、医療制度改革論議が政治の主要議題から後退したかにみえる時期があるが、それがバブル経済の最盛期であり、医療保険財政においてもその恩恵を享受していたとはいえ、この間、医療の将来に備える大きな制度改革や検討の動きがこの時代になかったという有岡<sup>1)</sup>の指摘は的を射ている。

平成9年の健保法などの改正法案の国会での議論を契機に医療制度改革の必要性が改めて叫ばれ、同年8月に当時の小泉厚生大臣の下で厚生省案として医療制度改革の方向が提示された。これは、厚生省が関係の審議会や関係団体などの外部の意見を聞くことはせ

ずに省内での検討の結果をまとめたものだが、これを受けて、当時の連立与党のプロジェクトチームでも検討され、その結果は与党協議会案として同年9月に公表されている。それぞれの内容については、緒方<sup>2)</sup>が詳述しているが、厚生省案を中心に簡単にまとめると次のようなものであった。

#### ●医療提供体制

病院病床の急性期と慢性期への区分、医療の情報公開、医師・歯科医師の臨床研修の義務化などが列挙されていたが、これらは、平成12年の医療法などの改正によって、すでに達成されたものになっている。

#### ●薬価基準

いわゆる日本型参照価格制度が提案されたが、これはその後の検討の過程において、日本医師会を初めとする医療関係者、内外の製薬業界からの多くの反対意見によって白紙に戻った。

#### ●診療報酬体系

外来は出来高とするが、入院は原則定額とする方向が強く出されている。また一定条件下での技術料も含めた混合診療を容認する考えが示されたが、これは与党協議会の議論では削除されている。さらにフリーアクセスは残すが、大規模病院への直接外来受診の場合には、相当程度の自己負担金を課す案も示されたが、同様に削除された。

#### ●医療保険制度

高齢者医療保険制度を含め医療保険制度全体について二案が提示されているが、問題の性質上、ほかの部分に比べれば具体性には欠ける。基本的な考え方を示したと理解すべきだろう。患者負担は3割程度（高齢者は1~2割）の定率負担にするとしたが、与党案では今後の検討課題として明確には書かれていない。

その後平成13年の春に小泉内閣が発足するまでの間は、医療制度改革は議論はすれど前へは進まずの状況だったと思う。その象徴は高齢者医療保険制度である。これについては、平成11年8月に当時の厚生省医療保険福祉審議会から改革案が示されている。字数の関係で項目だけを示すと、①高齢者を対象に地域単位の医療保険制度の創設、②被用者OBを対象にした医療保険制度、③現行制度の下で保険者間の負担格差のリスク調整、④現行制度の一本化による医療保険制度の創設、というものであり、現行制度も含めれば5

案となる。

高齢者医療保険制度の基本的な方向としての、高齢者からも保険料と一部負担の徴収、若年世代の費用負担、政府の財政負担ということは関係者の間での総論としての合意である。上にあるどの案を採ったとしても、老人医療費の伸びがこのまま続けば、どのような制度でも持続性がないということから、老人医療費の伸びの抑制と老人医療支払方式の検討が必要である。いずれの案も増えていく高齢者の医療費を誰がどう負担するかということであり、利害関係者の調整ができるかという問題に帰結する。昭和58年に現在の制度を創設したときには、老年人口が増加することはわかっていても、老人医療費はある程度コントロールできるものと考えられていた。しかし実際はそうはならなかった。老人医療費の自己負担についても、定率負担となる法律が成立するまでに、実に20年という時間が必要であったことから、この問題がいかに政治的にも難しいことであるかを示している。

問題点は網羅され、解決策やその理念も提示されている。しかし誰も決定できない。医療制度改革の歴史は最後は政治的な決定が常ではあったが、政治の枠組みが頻繁に変わることによって、決定に時間がかかるようになったこと、官僚の調整にはもともと限界がある上に、政治主導ということで官僚が後にさがらざるを得ない状況になったこと、また最近では、審議会の無用論も言われているように、利害関係者を網羅した審議会にも、かつてのような絶対的とも言える調整力がなくなったことなどから、政策決定のプロセスが明らかに変化している。未だ新たな政策決定の仕組が完成していない状況と言えるだろう。

さて、小泉内閣が発足した後は、状況は一変した。経済財政諮問会議の示した基本方針、いわゆる骨太の方針の中に医療改革の方向が示された。いくつか項目を例示すれば、老人医療費の伸び率の抑制、診療報酬体系の見直し、医療機関経営への株式会社の参入、保険者機能の強化、公的医療保険の守備範囲の見直しと保険診療と自由診療の併用、患者負担および保険料負担の適正化などである。全体として、医療サービスを市場の競争によって変えていこうとする考え方が強く出されたものになっている。

その後13年9月に経済財政諮問会議の基本方針に対する厚生労働省の改革案がまとめられている。そし

て、暮れの政府予算編成に際して、診療報酬の初めての實質引下げなどの決定を経て、翌14年3月に政府の最終案が決定した。内容は、高齢者の自己負担を定率1割とし、高所得者については2割、3歳未満の乳幼児は給付率を8割に、そして老人医療の対象年齢を5年かけて75歳にすることとし、当面71歳に引上げるというもので、14年10月の実施である。また15年4月実施分としては、給付率の7割への統一、薬剤一部負担の廃止、総報酬制の導入、政管健保の保険料の引上げなどであり、これらは冒頭に述べた法律改正案が国会で承認されたことにより、実施に向けての準備段階に入っている。

なおこの改正健保法の付則には、法案作成段階からの連立与党内の合意に基づき、今後の検討すべき課題が書き込まれている。具体的には、保険者の統合および再編を含む医療保険制度の体系のあり方、新しい高齢者医療保険制度の創設、保険給付の内容および範囲、診療報酬体系の見直しなどである。

## 2 医療制度改革と医療現場への影響

上に述べたような今後検討される医療保険制度全体にかかる見直しは別にしても、すでに実施に移された改革によって医療の現場はその対応に追われている。ここでは以下の三点に絞って医療現場での課題として触れてみたい。

### 1) 病院病床区分への対応

いわゆる第四次の医療法改正により、新たな「一般病床」か「療養病床」のいずれかを選択することが迫られている。これは病院を急性期を中心にしたものとするか、慢性期の医療を目指すかを選択するものである。医療機関としては、対外的には地域での競争状況、内部的には、患者構成、老人収容比率、平均在院日数、看護職員の充足状況などの判断が必要であり、さらには、急性期から慢性期、在宅医療を施設内で完結させるか、周辺の施設と連携するかの判断が求められている。

平成15年8月までの届出期限がすでに1年をきったわけで、今後の対応が注目される。これに関連して、社会保険病院という均一な急性期病院の病床(53病院、約15,000床)での病床利用率と平均在院日数の推移を見たのが表1である。平成9年から13年まで

表1 社会保険病院(53病院)の病床利用率と平均在院日数

	9年度	10年度	11年度	12年度	13年度
病床利用率%	90.7	90.9	90.6	90.4	91.1
平均在院日数	23.0	22.0	21.7	21.1	20.3

(社)全国社会保険協会連合会資料より

表2 社会保険病院の入院患者平均年齢(各年4~7月の平均)

病床規模	平成10年	平成12年	平成13年
300床以上	57.8	59.0	59.5
200~299	60.7	61.7	62.2
200床未満	65.2	65.2	65.6

(社)全国社会保険協会連合会資料より

の5年間で病床利用率は横ばいだが、平均在院日数は年平均で約0.5日短縮されている。また表2にあるように、入院患者の平均年齢は毎年僅かではあるが上昇しており、この傾向は病床規模の小さいものほど強い。今年の診療報酬改定によって、平均在院日数の要件がさらに短縮されたことは、急性期医療を目指す病院にはさらに条件が厳しくなったことにより、在院日数を短縮しても病床利用率が維持できるかどうかである。

病床の区分は医療の現場に大きな影響がある筈だが、多くの病院経営者は、全体として病床数は余るとはわかっていても、自分のところは急性期の病院だと思っている。今後の人口構成を考えれば、高齢者しか増えないという状況の中で、今まで通りでやっていけるのかどうかの判断を迫られているわけで、総論と各論の認識のギャップを再確認することが、一般病床か療養病床かを選択する際に迫られることである。

しかし一方、今年の診療報酬改定では、療養病床を介護保険病床に誘導しようとする意図が読み取れるが、このことは逆に、介護保険病床を考えない多くの病院は一般病床に残る選択をする、或いはそういう選択をせざるをえないと考えるのではないだろうか。

介護保険の実施、病床の区分、そして今年の診療報酬の改定などを全体として考えると、病院病床の再編成と過剰病床の削減は避けて通れない課題だと私は考えている。今後介護保険制度の見直しの際には、医療と介護の療養病床のあり方が再検討されるであろうから、その結果として医療病床の削減という方向の議論が改めて出てくるのではないかと思う。

ただ、規制緩和の流れの中で、地域医療計画による

病床規制が今のままの形で今後も続けられるのかどうか、さきの医療法の改正により従来の「必要病床」を「基準病床」に変更するとされたが、おそらく近い将来、地域医療計画そのものの評価が求められることになるかと予想している。

## 2) 臨床研修義務化の影響

平成16年4月からの医師の臨床研修義務化を控え、研修プログラムの内容、研修施設の基準、研修医の身分と生活保障などの検討が行われている。私はかつてのインターン制度の二の舞いにならないよう特に経済的な保障については、医療保険財源からの支出も含め十分な対応が必須だと思う。一方、研修義務化の医療現場への影響を考えると、臨床研修病院指定基準の改正により現在より多くの病院が研修病院として認められることになる。研修の義務化に伴い、大学病院など医師派遣側が病院を選択する際の考え方や若手医師の就業行動は変化し、従来とは違ったものになっていくだろう。そして研修義務化そのものは、やがて医学教育のさらなる改革と併せて大学の医局制度にも大きな影響を与えることになる。

## 3) 診療報酬改定が示したこと

本来、診療報酬改定の評価は、改定を行うにあたっての考え方がどうであったのか、そして、実際の点数設定がその考え方に照らして適切なものであったのか、この二つの観点から検証されるべきものだと考えている。しかし14年改定の場合、マイナス改定ということもあり、もっぱら点数の問題として議論されているのは致し方ないとはいえ、残念な気もする。私は、やや甘いとの批判を覚悟で言えば、今回の改定は基本的には12年改定の流れを踏襲したものであり、その限りにおいては、一連の医療制度改革の方向に沿ったものだと思っている。具体的には、手術、リハビリ、大規模病院の外来などの項目で病院の機能分化の方向を一層明確にしたこと、在院日数のさらなる短縮、長期入院基本料への特定療養費制度の適用拡大、そして大学病院への包括払いの導入などである。

一方、新たに設定された手術料の施設基準が医療現場での実情に合わないとして問題となり、14年7月に一部手直しが行われている。私はこのことの是非の問題よりむしろ、この内容がある意味で純然たる医学的

かつ医療技術上の問題であるだけに、診療報酬を審議決定する機関としての中医協（中央社会保険医療協議会）の機能と役割、平たく言えば、当事者能力とか権威ということについて大きな問題を提起したと感じている。

私は今回の改定を見て改めて思うことは、今後医療機関、特に病院が現在の出来高払いに固執する必要があるのかということである。出来高でなければ医師の裁量権が満たされないとの意見が必ず出てくるが、むしろ今や逆ではないだろうか。どういう範囲で、あるいは単位で定額にするかなどの技術的な問題は多々あるにしても、少なくとも病院医療については、現在以上に定額的な要素を含んだ診療報酬を目指すほうが、医療側の自由度を増すことになると思う。病院関係者は、そろそろ出来高払いの呪縛から自らを解放する時期に来ていると考えるのは、私だけであろうか。

いずれにしろ、来年から始まる大学病院の包括払い制を見た上で改めて検討されるべき問題だと考える。

## 3 人口構造の変化とこれからの方向

平成14年1月に国立社会保障・人口問題研究所からわが国の将来人口推計が発表されたが、これは多くのことをわれわれに示唆している。図1は総人口の推移を示すが、2006年からは総人口が減少に向かうことを予測している。また図2は年齢三区分別人口割合の推移だが、改めて言うまでもなく、生産年齢人口と年少人口の割合が減少する一方、老年人口および後期老年人口の割合が5年前の前回推計を上回って増加する。また平成12年の都道府県別の人口を30年後の平成42年と比較した場合、東京都、神奈川県、滋賀県および沖縄県の四都県だけが増加であり、他はいずれも人口が減少すると推計している。

一方、平成12年国勢調査（総務省統計局）によって人口を都道府県別に見ると、平成7年から12年の5年間ですでに23の道県で人口が減少している。減少の程度は、いずれも2%以下でそれ程大きなものではないが、地域別には、宮城県を除く東北・北海道の全県、岡山県以外の中国・四国全県、福岡、沖縄を除く九州地方などで人口が減少した。同じ時期に市町村単位では、全国3,230の市町村の内、実に68%に当たる2,193の市町村で人口は減少している。

人口の将来予測だけから21世紀の国の姿を考えれ

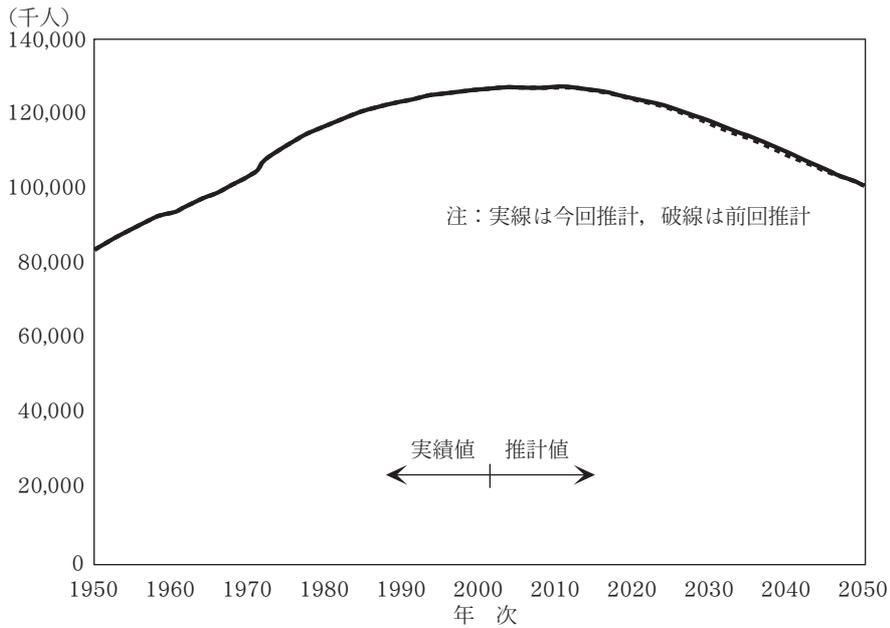


図1 総人口の推移（中位推計）

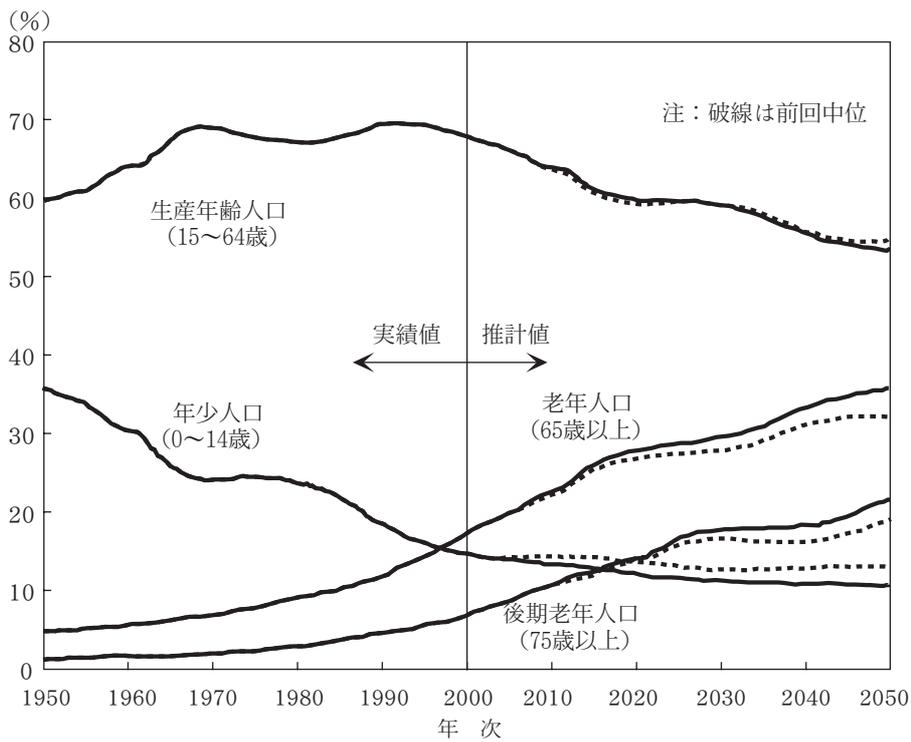


図2 年齢三区分別人口割合の推移（中位推計）

ば、長寿化と少子化がもたらす人口減少高齢社会であり、これは2020～2030年の必然の未来と考えるべきである。そして、医療、福祉、介護の需要増は確実な時代でもある。一方、現在改めて議論されている少子化対策なり人口減少への対応という課題は、その後の時代、つまり2040年以降から21世紀の後半にかけての社会をどう描くかという政策選択の問題に帰結

する。

現在のすべての制度は人口増加と右肩上がりの経済成長を前提にしているという意味で、現行の仕組みすべてをそのまま維持するのは困難になったことをまず認識すべきだと思う。その上で、現在の制度の内、何を残すのかという議論をすべき時代ではないかと考える。

人口の減少の医療保険制度への影響の一例としては、市町村国保の問題がある。もともと昭和50年代後半の老人保険制度や退職者医療制度の創設も、財政基盤の弱い国民健康保険制度に対する保険者間の財政調整であり、高齢化に加えて人口の減少が進めばリスクの分散ができなくなる。当面の対策としては、現在より以上に市町村の枠を越えた運営を考えざるをえなくなるだろう。しかし土田<sup>3)</sup>が指摘するように、現在の医療保険制度における最大の問題は、従来の保険者間財政調整が破綻に瀕していることにあるとすれば、保険者の統合や再編を含む医療保険制度の体系の検討は、国保制度の見直しの議論抜きにはあり得ない。

国民皆保険と医療保険の守備範囲に関連して言えば、国民皆保険の維持は関係者で一致した認識だと思う。しかしその場合、皆保険イコール皆医療を意味しているのかどうかは、甚だ曖昧である。私は、皆保険を残すのは当然だが、皆医療という原則からは離れるべきと考えている。その場合、保険から外れる部分については、混合診療というような曖昧な概念ではなく、特定療養費として、一定のルールの下での患者負担を求めべきだと思う。その意味で、14年の改定で長期入院の入院基本料を特定療養費の対象にしたことは、非常に大きな意味を持っていると思うし、言い方は適切ではないかもしれないが、これができるならなんでもやれるという感じすらする。しかし敢えて言えば、このようになし崩しでやるのではなく、医療保険ですべての医療をみるのではないということを改めて明確にすべきである。その上で、特定療養費の適用の要件、ルールをもっと柔軟かつ包括的にすべきであり、従来と同様なら、医療機関側は選択し、経営上の工夫をする余地が少なすぎるのではないだろうか。

一方、基礎的な医療は公的な保険で、それ以外は民間保険という意見には、考え方としては同意できない。技術的にも何処までを基礎的とするのか区分が難しいし、わが国のような平等社会では、現実には結局すべての医療が基礎的な医療となってしまうことを恐れる。ただ結果的には、特定療養費を拡大する場合とかなり似かよったものになるということは理解しているつもりだ。同様にいわゆる選択的な医療保険制度についても、日本の医療保険制度は、保険料は所得に応じて払うが、医療給付の中味は同じだという基本原則で50年以上やってきているので、アメリカ的な給付の内容

に応じて保険料が決まるという考えには国民の理解は到底得られないと思う。

フリーアクセスについては、私は残すべきだと考えている。これは国民に定着した、いわばわが国医療の慣行であり、今更イギリスのような登録医制度など、制度的な制約はやるべきではないし、現実問題として医療の現場に混乱をもたらすだけだと思う。もちろんこの場合でも、現在すでに実施されているような経済的手法によるフリーアクセスへの制約を否定するものではない。

その他、制度以外のことで一例をあげれば、医療はサービス業だという意識が現場ではまだ不十分であり、そのことの認識不足に伴い情報公開が十分でないとか、医療サービスの最終消費者である患者の権利の保護のこと、医療の安全対策、医療の質の問題などこれから考えていかなければならない多くの課題があると思うが、紙数の関係もあり本稿では問題を指摘するにとどめる。

## おわりに

私は日本の医療制度は世界に誇るべきものの1つだと考えている。介護保険制度もドイツの制度を参考にしつつも日本独自の制度をつくり、一億三千万人という規模の集団に対して概ね順調に制度が動き出していることは評価されるべきである。また、何よりも40年にわたって国民皆保険体制が続いているということも、国民の貴重な財産である。

ただ、医療制度も社会全体の中の1つのシステムであるから、政治、経済の動向を抜きにしては語れない。特にわが国の社会保障制度が右肩上りの経済成長を前提にして構築されてきたということと現在の現実を考えると、多くの解決すべき問題点はある。しかし、外国の制度や慣行をそのまま持ってくればいいというものではないと思うし、医療制度はそれぞれの国の社会、文化、歴史に根ざしたものであって、部分的に入れ換えるわけにはいかない。市場原理に基づく競争原理だけでは医療は成り立たないという意味も含めて、グローバルスタンダードという名前のアメリカンスタンダードをそのまま持ち込むわけにもいかない。

人口の高齢化と医療技術の進歩の中で、高騰する医療費を医療の質を維持しながら如何に抑制するかが、OECD諸国に共通の、しかも大きな政治的課題だが、

これに成功した国はない。

近代日本の歴史の中で、明治維新と第二次大戦後の2度の大きな過渡期があり、現在の日本の状況は戦後構築した社会システム、あるいは制度が行き詰まって、新たなものをつくり出さないといけないが、まだ成功していない3度目の過渡期だと言われている<sup>4)</sup>。過去2回は、いずれも変革の時期を抜け出すのに20年前後の時間が必要であった。政策決定のプロセスも含め社会全体が大きな転換期を迎えていることは間違いのないわけで、その意味でも、医療制度に限らずわが国のすべての仕組みが今までと同じようには行かないと考えるべきである。しかも、そのような時期に、国の総人口が減少に向かうというのは、ある意味で大変象徴的なことだと思う。

人口が減少してくるということ、それ自体だけで将来を暗く考える必要は必ずしもないわけだが、人口減少高齢社会における社会保障制度の構築が求められている。国民的な議論の対象となりうるような新たな方針が一日も早く示されることを期待している。

#### 文 献

- 1) 有岡二郎：戦後医療の五十年；日本医事新報社，東京，P 423，1997.
- 2) 尾形裕也：21世紀の医療改革と病院経営；日本医療企画，東京，P74，2000.
- 3) 土田武史：医療保険制度の課題と将来．週刊社会保障，No. 2196；法研，東京，48，2002.
- 4) 後藤田正晴：後藤田正晴の目；朝日新聞社，東京，P12，2000.