

医療保障における主たる論点

平成10年2月

日本医師会

1. ミニマム保障論について

日本国憲法では「健康で文化的な最低生活を保障」することが明記されている。しかし、医療保障における「最低（ミニマム）」と所得保障における「最低」とでは意味が全く異なる。確かに、医療保障によって恩恵を受けるのは所得保障と同じく個人であり、したがって、その意味では医療は伝染病対策などを除いて純粋な公共財ではない。しかし、医療サービスは国民全員が受ける権利のある基本的なサービスとして認識されており、またサービスの如何が命に直結する可能性もあって、個人の支払能力によって格差を設けることに対しては、国民の強い反発がある。

したがって、国が保障する医療サービスの範囲を、所得保障と同じく、必要最小限の「ベーシック」な範囲に限定することは極めて困難である。ちなみに、アメリカのように貧富の格差が大きい国においても、実態はともかく、制度として患者の支払い能力によって医療の質に格差が存在することを公式には認めていない。国として公式に格差を是認しない限り、それを前提として制度を設計することもできない。特に日本の場合にはアメリカと異なり、平等を理念とする制度が現在、広く定着している以上、それを改めることは極めて困難である。

確かに、医療サービスのすべてが生死に結びついているわけではない。しかし、どのような医療行為であっても、結びつく可能性は常に存在し、また患者の生活の質や生産活動に大きく影響する。特に特定の医療行為や薬剤を、それが用いられる状況と切り離して、一律に生死、あるいは病気の治癒に影響しないと断定することはできない。

したがって、どのような医療行為や薬剤を「ベーシックな医療」として位置づけるかは極めて困難な課題である。食事の内容や病室環境が「ベーシック」でない例としてしばしば登場するが、これらは例外的な存在であり、逆に他の具体例を上げることは非常に困難である。

例えば、一般には安価な薬剤を用いても問題はないが、患者の特性により高価であるが副作用の少ない薬剤を選ばざるを得ない場合がある。この場合、安価な薬剤を一律に「ベーシック」として、それ以外の薬剤の価格が給付基準額を超えた場合には差額を徴収することは大きな問題がある。また、新たに開発された医療技術の有効性が検証され

たならば、この治療方法が高価であるという理由だけで公的保険の対象から除外することは一層大きな問題である。

以上のように、必要最小限の「ベーシック」な部分に限って公的保険とすることは、国民感情に沿わないばかりか、「ベーシック」とそうでない部分にふるい分けることは技術的にも極めて困難な作業であり、医療保障の範囲をミニマムに限定できると考えるのは幻想である。

2. 患者負担の限界

医療費を賄う財源として、保険料、税金、患者の自己負担しかなく、保険料と税を上げることに対して強い抵抗があるなかで、自己負担増が解決策として提示されている。今一つ、患者の自己負担が提唱されている理由として、自己負担が増加すれば、患者にコスト意識が生まれ、安易な受診が抑制される結果、保険料と税金を増やさなくてもよいとの主張がある。

しかし、これらは極めて誤った認識のもとに導かれた結論である。まず、そもそもなぜ高額療養費制度が存在するかを考える必要がある。高額療養費制度は自己負担額が一定の限度額を超えた場合には、超えた分については全額保険から給付される制度である（所得が低い場合等には限度額は低く設定され、また腎透析や血友病の場合は定額となっている）。本制度が昭和48年に導入された結果、患者は医療費によって家計が傾くという心配から解放された。こうした高額療養費制度を、財源が少なくなったから廃止すべきであると主張する者はまずいないであろう。国民が安心して生活するうえで医療費の不安がないことは、日本の医療保険制度の極めて優れた点である。

なお、一定以上の所得のある者に対しては高額療養費の限度額を引き上げることが検討されているが、もし実現した場合には新たに不公平が生じる点に留意すべきである。というのは、これらの人びとは多額の保険料、税金を納めていながら、いざ病気になった場合には、一般の国民よりも多くの金額を自己負担することになり、社会保険の根幹を崩すことになるからである。

このように分析すると、自己負担増の矛先は高額医療よりも、いわゆる安価な日常的な医療に向けられているといえよう。有識者の中には、火災保険等の免責制度と同じく、低額の医療は公的保険の給付の対象外とするべきであると主張する者もいる。

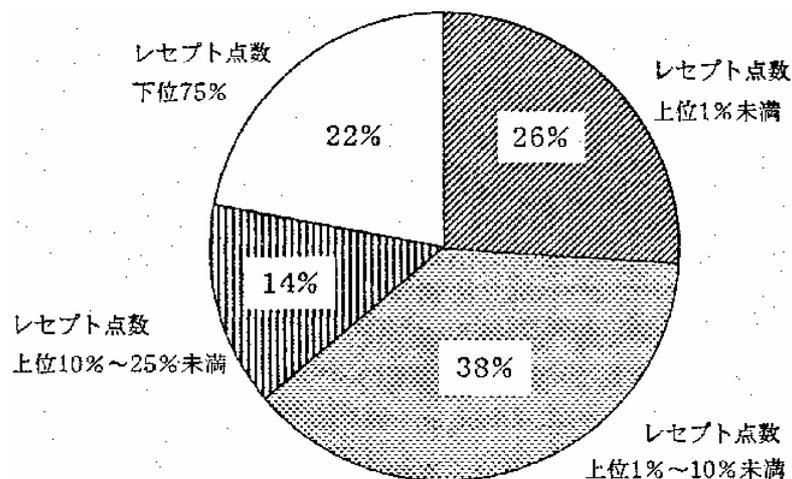
しかし、受診抑制により早期発見、早期治療が阻まれることによる医療費の長期的な増大の危険性、および軽費な医療による生活の質や生産性の向上の面を無視しているほか、こうした議論は医療費の構成についての基本的な知識を欠いた見方である。

というのは、医療費の大半は少数の患者に対する医療サービスによって消費されているからである。平成8年度の医療経済研究機構の研究1)によると、政管健保、国保の診療報酬明細書（レセプト）を医療費の高い順に並べたところ、上位から1%未満で医療費の26%、1%～10%未満で38%をそれぞれ構成する一方で、下位のほうからの全体

の75%は医療費の22%を構成しているにすぎなかった(図1参照)。なお、山口県14市の国保データ(平成7年9月)では、上位0.1%の患者が医療費全体の14.3%を構成すると計算された2)。

- 1)医療経済研究機構:「平成8年度政府管掌健康保険の医療費動向等に関する調査研究」平8.12
- 2)岩本 晋・他:「国保医療費の消費構造についての検討」,平9

図1 医療費の診療報酬明細書(レセプト)点数順位別構成割合



(政管健保と国保の合計,平成5年度,社会医療診療行為別調査より計算)

したがって、低額のレセプトは患者の数の上では全体の4分の3をも構成しているが、医療費全体に占める割合は2割程度に過ぎず、仮にこれらの患者から1割自己負担を増やしたところで、医療費全体には2%しか影響を及ぼさないことになる。自己負担が増えれば国民全体が暗い気持ちになり、経済活動も沈滞化する可能性がある面にも着目する必要がある。

そもそも患者のコスト意識を喚起させようとしても、患者が医療サービスを適切に選択することは難しいし、また選択できたとしても、自己負担に配慮して選択することに抵抗はある。ちなみにインフォームド・コンセントを求める声が高まっているが、その場合も患者に対して選択肢を提示するのは医師であることに留意すべきである。また選択肢を提示する際に、患者の自己負担額と併せて提示して、患者に選択を迫るような方法に賛成する者は少ないであろう。

なお、高額医療の対象として、終末期医療が含まれている可能性が高いが、財政的な観点から終末期医療を抑制する前に、国民的な合意形成が必要である。例えば、後期高齢者にどこまで積極的に治療するかは本人の病前の意思や家族の考え方を尊重すべきである。そして積極的な治療をしないという選択肢を提示する場合もあろうが、財政

的理由から一律に中止することは大きな問題である。また、緩和ケアも適切に提供するためには、それなりの費用がかかることにも留意する必要がある。

3. いわゆる「混合診療」の帰結

混合診療とは、特定療養費制度のように、予め規定された分野に限って認められた差額徴収と異なり、かなり裁量権をもって別な料金を請求したり、あるいは保険で認められた料金に上乗せした追加料金を請求する制度である。

保険による診療と保険以外の自由診療が同時に提供されることから「混合診療」と呼ばれている。

混合診療が認められると、同じ内容の医療サービスであっても医療費としていくらかかるかは各医療機関、医師によって異なる。その結果、患者は各医療機関、医師の料金表を見ながら選択しなければならなくなる。また、医療の質を適切に測ることが未だ困難な状況下では、適正な価格を設定することが困難であり、医療提供者も患者も納得するような制度の導入は極めて難しいといえよう。ちなみに、薬剤の購入価格が給付基準額を超えた際に差額を徴収するような制度を導入した場合には、支払い窓口で大きな混乱が生じると考えられる。

そもそも医療サービスの場合は、支払い能力さえあれば、料金の高低よりも質によって選ぶ可能性が高く、そうなれば支払い能力のない者は質の高い医療機関、医師に受診できなくなる。このような事態は国民にとって不幸である。

混合診療は確かに短期的には公的保険の財政状況を緩和する可能性もあるが、長期的には、国民は質の高い医療を求める以上、より高い水準に合わせて医療費全体の水準を押し上げる可能性が高い。例えば、アメリカでは保険給付の最もよい保険者の患者を獲得するためにも病室のほとんどは個室となっており、設備もデラックスである。また日本でも高度先進医療の技術を保険に収載する声が高まり、その結果、順次収載されてきた経緯にも留意する必要がある。

したがって、混合診療を認めることは医療保険制度の根幹を揺るがすばかりではなく、医療費の抑制という観点からも決して好ましい選択ではない。