

医療制度のガバナンス

——医療制度運営における計画原理と市場原理——

遠藤 久夫

I はじめに

医療制度の運営スタイルは国によってかなりの相違がある。そればかりでなく同じ国であっても時代とともに変化する。本稿では医療に関する資源配分原理を医療のガバナンスと呼ぶことにし、わが国の医療のガバナンスがどのように変化してきたのかを市場原理と計画原理（計画経済）という二つの視点から分析する。はじめに医療の経済的特性を整理して、この経済特性と医療市場に課せられている代表的な規制との関連を論ずる。次いで1980年代以降に見られる医療に関する規制体系の変化を観察し、わが国における医療のガバナンスが市場原理と計画原理のどちらの方向に向かっていくのかを吟味する。最後に、ガバナンスの変化により直面する課題について検討を加える。

II 医療の資源配分に対する計画原理の根拠

計画原理とはいわば規制体系のマネジメントである。それに対して市場原理は規制緩和が基本である。したがって、規制の変遷を観察することによりガバナンスがどのように変化してきているのかを明らかにしたい。

医療における規制は他の分野と同様に社会的規制と経済的規制が存在する。健康や生命に直結し、しかも患者がその内容を正確に理解できない場合が多い医療や医薬品等に関しては、安全性・有効性の視点から厳しい規制が課せられている。この種の社会的規制に対して規制緩和を求める声は少

なく、むしろ薬害事件や医療事故の多発にともない世論は規制強化の方向に向いている。したがって医療制度と計画原理または市場原理との親和性を論ずる際、焦点を当てるのは経済的規制についてである。医療における規制は医療保険制度に関する規制と医療供給体制に関する規制に大別される。保険制度に関連する規制として重要なものは、①保険への強制加入、②診療報酬の公定価格化、③混合診療の禁止である。医療供給体制に関する規制としては、①医療・看護職の免許制度、②医療機関の人員配置基準・構造設備基準、③経営形態の制約（非配当制約）、④病床規制、⑤広告規制などがある。これらの規制の根拠について整理したものが表1である。

1 医療の特性から生ずる「市場の失敗」の改善

(1) 情報の非対称性

効率性の視点から医療に対して課せられている多くの規制は、医師と患者の間の情報の非対称性、すなわち患者は医療の質を評価することが難しいために消費者主権が有効に機能しないということ根拠とするものである。

[公定価格]

公的医療保険制度では、保険者から保険医療機関に対して支払われる診療報酬の価格は公定価格が用いられる。その理由は次の通りである。もし、患者と医療機関との交渉で決定した価格を診療報酬の価格とすれば、患者は医療内容を正しく評価できないことに加え、医療保険により自己負担が低く抑えられているため、医療供給者の「言い値」で医療が取り引きされることになり、保険償

表1 医療における規制とその根拠 (計画原理の合理性)

規制内容		規制の根拠			
		効率性の視点			公平性の視点
		情報の非対称性への対応	不確実性への対応	その他	
医療費 支払に 関する 規制	強制加入保険による自己負担の軽減		医療需要の不確実性への対応 (私保険でも対応可)	外部性の高い疾病の早期治療による費用削減	所得格差による医療アクセスの不平等の回避
	診療報酬の公定価格制	インプット価格の上昇抑制			医療の質に差があるべきではないという理念
	出来高払い制		治療効果の不確実性への対応		
	混合診療禁止	薬事承認や保険収載過程を通じた医療の質の担保			所得格差による医療アクセスの不平等を回避
医療提供に関する規制	免許制度	最低限の技術水準の担保			
	施設基準	医療の「構造」に対する質の担保			
	経営形態の制約	利潤動機の排除による機会主義の抑制			
	病院の病床規制	供給者誘発需要の抑制			地域偏在の解消
	広告規制	不適切な誘導を回避			

還価格は市場が完全な場合に成立する価格を上回ることになる。これを回避するために診療報酬は公定化されている。

[混合診療禁止]

現行制度では医療技術や医薬品・医療機器が保険収載される過程で、有効性や安全性が審査されている。新薬や新医療機器を保険収載するためには、それ以前に有効性や安全性の視点から問題がないかどうか薬事承認を得る必要がある。一方、手術法などの新医療技術は薬事承認のように当該技術を専門的に評価する制度は存在しないが、保険収載の可否を審議する過程で自由診療や高度先進医療として行われた実績を有効性、安全性などの視点から評価し、適当だと思われるものだけを保険に収載している。したがって、現行制度においては保険収載されているものは医薬品・医療機器、医療技術のいずれであってもすべて有効性や安全性が確認されている。これに対して、自由診療ではこのプロセスが必要ないため、無制約な混合診療が容認されると有効性や安全性のチェック機能が低下することになる。その結果、実験的な

医療、民間療法などが診療室で医師が勧めやすい環境が生ずる。患者がその効能や安全性を正しく認識できるとは限らない以上、このような状況は適当でない。

[免許、施設基準]

免許制度や人員配置基準・構造設備基準などの施設基準は構造面から医療の質を担保するための規制である。

[経営形態の制約]

情報の非対称性下で医療供給側に利潤動機が発生すると機会主義的行動を誘発し、患者の利益に反する可能性が生ずる。非配当制約を課すことにより供給サイドに利潤動機が発生するのを抑制することを目的として設けられた規制である。

[病床規制]

病床規制は病院の病床を地域ごとに上限を定めて、上限を超える増床を認めないというものである。病床規制の主たる目的は人口当たり病床数と1人当たり入院医療費に正の相関があるため、医療費の適正化のために過剰病床を抑制しようというものである。この背景にあるのが「供給者誘発

需要仮説」である。患者は医療内容を適切に評価できないため、医療の質と量の決定のイニシアティブは医療供給者にあるため、競争環境が厳しくなると医療供給者は医療需要を増加させる行動をとるという仮説である。具体的には人口当たりの病床の密度が高いと空きベッドになりやすい。これを防ぐために積極的に入院させたり、空きベッドの不採算を補うために入院患者に濃厚な医療を行うという仮説である。実態が仮説通りなのかは議論を要すが、過剰病床が医療費の無駄を生じさせている可能性があるため、それを抑制しようという規制である。

[広告規制]

広告規制は、患者が医療の正確な評価ができないことに加えて医療が健康や生命に直結しているため、広告による不適切な誘導を回避するために課せられている。

(2) 医療需要の不確実性

効率性の視点から規制が課せられるもう一つの理由は「医療需要の不確実性」と「医療効果の不確実性」への対応である。医療需要の不確実性とは需要の発生時期に関する不確実性と需要が発生した際の費用の額に関する不確実性である。需要の不確実性が大きいいため、医療費を事前に予見して準備しておくことは難しい。一般に、このような不確実性に対する対処法として保険の利用が有効である。保険には任意加入の私的保険と強制加入の公的保険があるが、医療需要の不確実性には私的医療保険でも公的医療保険でも対応可能である。

(3) 医療効果の不確実性

医療効果の不確実性とは医療技術のもつ特性である。生体のメカニズムの複雑性に対して現代の医療技術といえども完璧ではありえないため、治療の効果には一定の不確実性が伴うことは避けられない。たとえば医薬品の薬事承認を行う際、100%の有効性が示されなくても承認される。つまり、一定の割合でしかその薬の効果が期待されなくとも医療行為として認められるのである。このように効果に不確実性があるため、医療機関は事前に治療にかかる費用を予想することが難しい。

そのため、医療機関に過剰な財政リスクを負わせるのを回避するために、実際に行った医療行為に応じて報酬を支払う出来高払い方式を採用している。

(4) 疾病の外部性

感染症は外部不経済が存在するため、予防や治療は個人が思う以上に社会的に重要なので、予防や治療の努力を個人の意思にのみゆだねておくことは、努力の水準が社会的に望ましい水準を下回る可能性がある。公的医療保険に強制加入することにより患者の自己負担を抑えることで、個人の早期受診の誘因を引き上げるのが強制加入の根拠の一つである。

2 医療アクセスの公平性

医療に多くの規制が存在するもう一つの大きな根拠は医療へのアクセスの公平性を担保すべきという社会規範を反映したものである。特に保険制度に関する規制の多くはこの視点から課せられている。医療は健康や生命に深く関わるサービスであるため、所得の多寡によりアクセス上の格差が生ずることは望ましくないという強い社会規範が存在する¹⁾。

[保険への強制加入]

先に述べたように、医療需要の不確実性は医療費の支払いに保険が介在することの根拠とはなり得ても、強制加入を伴う公的医療保険が必要である理由とはならない。しかし、医療へのアクセスの公平性という社会規範、つまり、経済的理由により医療へのアクセスが不公平にならないようにという社会的要請を実現するためには強制加入である公的医療保険しか対応できない。なぜなら、任意加入保険では保険料を保険加入者のリスクに対応させなければ保険制度を維持できないからである。所得と医療需要は負の相関があるため、私的医療保険に加入するためには低所得者が高い保険料を払わなければならない、私的医療保険では低所得者の医療アクセスを保障することが難しい。一方、強制加入の公的医療保険では保険料を保険加入者のリスクに対応させる必要がなく、多くの場合、所得に応じて保険料が決定されるため、低

所得者も保険加入が可能であり医療アクセスが保障される。

[診療報酬の公定価格化]

診療報酬を全国一律の公定価格とすることは、価格の高騰を回避するという効率性の視点からだけでなく、医業経営上の地域間のリスク格差を縮小させ、医療供給の地域偏在を是正させるという医療アクセスの公平を図る役割もある。

[混合診療の禁止]

混合診療の禁止は、安全性を担保するという目的以外に、医療アクセスの公平性を担保しようという目的がある。すなわち無制約に自由診療が拡大することにより患者自己負担が増加して、医療アクセスの不平等が生ずることを回避しようというのである。新薬や新しい医療技術について考えてみよう。混合診療が禁止されていれば保険収載される以前の医薬品・新技術の患者負担は大きくなるため、多くの患者は利用が困難である。そのため有効性が確認された技術や医薬品を早急に保険収載しようという社会的な圧力は強くなる。しかし、混合診療が認められれば保険収載前の新技術や新薬であってもその対価を支払えば保険診療と併用可能になり患者の利用は容易になる。その結果、これらを保険収載する誘因は低下することになる。医療保険の財政逼迫を背景に、必需性が高く選択の余地の少ない医薬品や医療技術までもが保険収載されにくくなる可能性があり、それにより低所得層のアクセスは制限的になるだろう。

[医療計画]

規制根拠は、病床規制により新規開院を希望する人が病床の少ない地域に流入することを通じて

病床の地域偏在を解消しようという、アクセスの公平性に関する要請に応えるものである。

III 環境変化とガバナンスのシフト

計画原理は市場の失敗の補完、受療の公平性の確保、安全性の担保などの目的を達成する上で有効な資源配分原理であるが、一方で以下に示すようなデメリットもある(表2)。

① 価格設定の失敗

情報の非対称性の存在と医療保険による自己負担の軽減により市場価格がゆがむことが公定価格を採用する根拠だが、公定価格も合理的に設定できるとは限らない。現行の公定価格は中央社会保険医療協議会において決定されるが、必ずしも明確な価格設定ルールがないため利害関係者間の力関係が価格設定に大きな影響をもたらす可能性がある。

② 国民負担率の上昇

高齢化や医療技術の高度化は公的医療保険の規模を増大させ国民負担率を上昇させる。

③ 多様性の欠如

病床規制や経営形態の参入規制や混合診療の禁止は医療の多様性を低下させ、医療ニーズの多様化に対応できない。

④ 情報開示の抑制

広告規制は患者の医療機関や医師の選択を阻害する。

このように安全性と公平性を担保することを理由とした計画原理に基づく医療制度管理は、一方で過度のパターンリズムとなり、システムのダイ

表2 計画原理と市場原理のメリット・デメリット

	特徴	メリット	デメリット
計画原理	強制加入保険 公定価格 参入規制 混合診療禁止	市場の失敗の克服 受療の公平性の確保 安全性の担保	公定価格設定の失敗 国民負担率の上昇 多様性の欠如 情報開示の抑制
市場原理	自由価格 自由参入 混合診療	国民負担率の上昇回避 情報開示の促進 新技術へのアクセスが早い	市場価格の歪み 受療の不公平 医療費の増加 安全に対する自己責任

ナミズムを失わせる危険性が内在されていた。

1980年代以降の医療をとりまく環境変化は計画原理の有する潜在的なデメリットを顕在化させていき、それに応じて医療システムのガバナンスは徐々に市場原理へとシフトしていった。市場原理への軸足の移動は「情報の非対称性の緩和」「価格メカニズムの促進」「競争環境の強化」の三つのタイプに大別できる。市場原理へのシフトの背景は大別して二つある。一つは患者主権を強化すべきという社会的要請である。それまでの医療は医師中心に展開されていたが患者主権へと変えていこうという気運である。社会の成熟化、国民の疾病構造が急性疾患から慢性疾患に移行したことによる患者による選択が重要になっていったこと、1県1医大政策による医師数の増加に伴う医療機関間の競争の激化などがこの気運に拍車をかけた。この流れにより情報の非対称性の緩和は急速に進んだ。市場原理へのシフトのもう一つの理由が保険財政の逼迫である。わが国の国民所得に占める医療費の水準はOECD諸国の中でも低い部類に属すものの、急速な高齢化の進展は医療費を増加させ、国民医療費の対国民所得比は1980年に6.0%であったものが2003年では8.6%に上昇している。それに伴って保険財政が逼迫するの

を患者の自己負担を増加させることで対処してきたが、このことが患者と医療機関の双方に「価格」を意識させることにつながった(表3)。

以下で、1980年代以降の「情報の非対称性の緩和」に関する施策と「医療費患者自己負担」に関する施策の実態を示す。

III-1 情報の非対称性の緩和

医療機関や医療内容に関する情報の開示を積極的に行い、患者の医療機関選択や患者自身に行われた医療に対する評価を行いやすくすることにより、医療機関相互の競争が促進することを目的とする。表4は医療に関する情報開示に係る諸施策を時系列に示したものである。

1 広告規制の緩和

不適切な患者の誘導を抑制することを目的とした広告規制は過度のパターナリズムであり、広告主が恣意的に開示する情報だとはいえ、患者の医療機関選択に有益な情報が含まれるため、禁止する合理性に乏しいとして広告可能対象が拡大された。医療における広告は医療法により広告可能な内容が個別に示されるポジティブリスト方式の規制である。医療法制定時の1948年は診療科名や医師名、住所など極めて基本的な内容しか広告できなかったが、1990年代に入り広告可能な項目は急速に拡大し、2002年では患者の医療機関選択において必要と思われる項目はほぼ出揃ったと考えられる。しかし、規制緩和のさらなる推進を望む立場からは、広告可能な内容を許可されるポジティブリスト方式から、原則広告可能で禁止する項目だけを規制するネガティブリスト方式に変更すべきという意見がある。

2 診療情報の開示

診療情報の開示を求める声はかねてより強かったが、1990年代に入ると具体的な対応がとられるようになった。1999年の医療審議会「医療提供体制の改革について(中間報告)」において「医療従事者が、患者への説明の一環として、診

表3 市場原理へのシフトとその誘因

		患者主権の強化	保険財政の負担軽減
情報の非対称性の緩和	広告規制の緩和	○	×
	診療情報開示	○	×
	第三者評価の促進	○	×
	保険者機能の強化	△	○
価格メカニズムの促進	自己負担比率(額)の引き上げ	×	○
	高額療養費の患者負担限度額引き上げ	×	○
	特定療養費の拡大	△	△
競争環境の強化	包括支払いの促進	×	○
	参入障壁の緩和	△	○

注) ○:主として当該目的で行われた。
 ×:当該目的で行われたのではない。
 △:上記のどちらでもない。

表4 医療に関する情報の非対称性の緩和の動向

年	広告規制の緩和	カルテ開示	日本医療機能評価機構受審件数	保険者機能
1984	(医療法制定時：1948年) ○医師、歯科医師である旨 ○診療科名 ○病院等の名称、電話番号、所在地 ○診療に従事する医師、歯科医師の氏名 ○診療日又は診療時間 ○入院設備の有無 ○保険医療機関、救急病院等			
1985				
1986				
1987				
1988				
1989				
1990				
1991				
1992	○院内案内(病院の場合) ○療養型病床群の有無 ○開放型病院、紹介外来型病院、緩和ケア病棟の有無 ○予約診察、休日診療、往診 ○他の医療機関への紹介の実施 ○訪問看護			
1993				
1994				
1995				
1996				
1997	○在宅医療 ○入院患者に対して提供する役割 ○医師、看護婦等の員数 ○病床数、病室数 ○病室、機能訓練室等に関する事項 ○併設施設の名称		125件	
1998			125件	
1999		「医療提供体制の改革について」(医療審議会中間報告) 「診療情報の提供に関する指針」(日本医師会)	133件	
2000			177件	
2001	○診療録その他の診療に関する諸記録に係る情報を提供していること ○(財)日本医療機能評価機構が行う医療機能評価の結果 ○治療に関する事項 ○医師、歯科医師の略歴、年齢、性別 ○共同利用することができる医療機器		245件	○保険者機能を推進する会発足

表4 医療に関する情報の非対称性の緩和の動向(続き)

年	広告規制の緩和	カルテ開示	日本医療機能評価機構受審件数	保険者機能
2002	<ul style="list-style-type: none"> ◇医療の内容に関する情報 <ul style="list-style-type: none"> ○専門医の認定 ○治療方法 ○手術件数, 分娩件数, 平均在院日数, 疾患別患者数 ◇医療機関の構造設備・人員配置に関する情報 <ul style="list-style-type: none"> ○医師・看護婦等の患者数に対する配置割合 ○売店, 食堂, 一時保育サービス等 ◇医療機関の体制整備に関する情報 <ul style="list-style-type: none"> ○セカンドオピニオンの実施 ○電子カルテの導入 ○患者相談窓口の設置 ○症例検討会の開催 ○入院診療計画の導入 ○医療安全のための院内管理体制 ◇医療機関に対する評価 <ul style="list-style-type: none"> ○(財)日本医療機能評価機構の個別評価結果 ◇医療機関の運営に関する情報 <ul style="list-style-type: none"> ○病床利用率 ○理事長の略歴 ○外部監査 ○患者サービスの提供体制に関わる評価 (ISO 9000 s 等) ◇その他 <ul style="list-style-type: none"> ○医療機関のホームページアドレス 		398 件	
2003		○厚生労働省「診療情報の提供等に関する指針」作成	592 件	○保険局長通知健保組合と保険医療機関との直接契約を容認
2004			—	
2005		○個人情報保護法施行に伴い, 診療情報は原則開示	(認定病院数 1794 施設)	

療録等の診療情報の患者への提供を積極的に行なっていくとともに、患者が診療記録の開示を求めた場合には、原則として診療記録そのものを示していくことが必要である。」とカルテ開示の必要性を明確に示した。これを受けて同年日本医師会は「診療情報の提供に関する指針」を策定し、原則的に患者本人に診療記録を開示するという方針を示した。さらに2003年には厚生労働省が「診療情報の提供等に関する指針」を作成し、「医療従事者等は、患者等が患者の診療記録の開示を求めた場合には、原則としてこれに応じなければな

らない。」と開示の姿勢をより鮮明にした。この間、診療情報の開示義務を法制化するか医療機関の努力規定に留めるかということが議論されたが、2005年から施行された個人情報保護法により事実上の法的義務を負うこととなったため、結果としてこの論争にはピリオドが打たれた。

3 第三者評価の促進

医療機能評価機構による病院評価が進んだ。日本医療機能評価機構は厚生労働省や日本医師会等が出資して設立された病院の機能評価を目的とし

た第三者評価機関である。日本医療機能評価機構で受審するかどうかは各病院が自由に決定できるが、機構設立以来受審病院数は確実に増えている。2002年には、①診療報酬の改定の中で、「緩和ケア病棟入院料」「新設緩和ケア診療加算」「外来化学療法加算」の3項目の診療報酬を得るためには日本医療機能評価機構の評価を受けていることが要件となり、はじめて診療報酬と医療機能評価機構の評価が関連付けられた、②第4次医療法改正に伴う広告の規制緩和により、日本医療機能評価機構が行う医療機能評価の結果を広告することが可能になった、という二つの理由で受審病院数に弾みがつき、2005年10月時点では認定病院数1794病院に上り、これは全病院の約2割に相当する。

4 保険者機能の増強

保険者は保険料の徴収と給付だけを行うのでは

なく、患者（被保険者）の利益の代理人として医師・患者間の情報の非対称性や交渉力の格差を是正する努力をすべきであるという視点から保険者機能強化論が叫ばれるようになった。2001年には保険者機能を強化する目的で健康保険組合有志による「保険者機能を推進する会」が発足した。また2003年には保険局長名通知により、条件付で保険医療機関と健康保険組合間の個別の保険診療サービス提供契約が認められた²⁾。

III-2 価格メカニズムの促進

公的医療保険により患者自己負担が低く抑えられているため、医療需要の価格弾力性はかなり小さい。また診療報酬が公定化されていることにより医療機関サイドも価格戦略がとれない。このため医療市場では価格をシグナルとした資源配分が行われにくい。しかし、1980年代に入ると保険

表5 医療費患者自己負担の推移

年	保険診療部分の自己負担	特定療養費	自己負担/ 国民医療費 (%)	医療関連支出の カクワニ指数	平均医療関連 支出/平均世帯所得 (%)
1984	○被用者保険本人：定率1割	○高度先進医療 ○特別の療養環境の提供（差額ベッド） ○前歯部の材料差額	11.6	-0.171	1.50
1985			12.0		
1986	○高額療養費 患者負担限度額5.1万円→5.4万円		12.1		
1987	○老人：入院1日300円→400円、外来1日400円→800円		12.5		
1988			12.4		
1989	○高額療養費 患者負担限度額5.4万円→5.7万円		12.3	-204	1.53
1990			12.1		
1991	○高額療養費 患者負担限度額5.7万円→6万円		12.0		
1992	○老人：入院1日400円→600円、外来1日800円→900円	○予約診療 ○時間外診療	11.8		
1993	○老人：入院1日600円→700円、外来1日900円→1000円 ○高額療養費 患者負担限度額6万円→6.3万円		11.6		
1994			11.8	-0.215	1.55
1995	○老人：外来1日1000円→1010円		11.8		

表5 医療費患者自己負担の推移(続き)

年	保険診療部分の自己負担	特定療養費	自己負担/ 国民医療費 (%)	医療関連支 出のカクワ ニ指数	平均医療関 連支出/平 均世帯所得 (%)
1996	○老人：入院1日700円→710円, 外来1日1010円→1020円 ○高額療養費 患者負担限度額6.3万円→6.36万円 ○入院食事代：600円→700円	○200床以上の病院の初診 ○金属床総義歯 ○医薬品の治検に係る診療	11.6		
1997	○本人：入院, 外来・1割→2割 ○外来薬剤費に一部負担 ○老人：入院1日710円→1000円, 外来1日1020円→1回500円	○小児う蝕の治療終了後の指導管理	13.2		
1998	○老人：入院1000円→1100円		14.1		
1999	○老人：入院1日1100円→1200円, 外来1日500円→530円		13.9	-0.218	1.82
2000	○高額療養費 患者負担限度額6.36万円→6.33万円+(医療費-3.18万円)×1%		14.2		
2001	○老人：入院定額1日1200円→定率1割(上限37200円) ○入院食事代：760円→780円		14.3		
2002	○老人：外来1日530円→定率1割 ○被保険者本人：3割負担で統一 ○薬剤一部負担金の廃止 ○高額療養費 患者負担限度額6.33万円+(医療費-3.18万円)×1%→7.23万円+(医療費-2.41万円)×1%	○180日を越える入院 ○200床以上の病院の再診 ○医療機器の治検に係る診療 ○薬事承認後, 保険収載前の医薬品に係る診療	14.8		
2003			15.7		
2004		○保険収載された新薬の適応外投与	—		
2005		○薬事承認後, 保険収載前の医療機器に係る診療 ○先進医療	—		

注) —：データ無し。

財政の逼迫を背景に表5に示すような自己負担の引き上げ政策がとられた。患者自己負担の引き上げ政策は、①保険診療に対する患者自己負担率の引き上げおよび高額療養費の患者負担限度額の引き上げと、②保険外診療における特定療養費制度の拡大という二つの方法で進められた。

1 保険診療における自己負担の引き上げ

保険診療における患者の自己負担は法定給付率(額)と高額療養費制度の影響を受ける。高額療養費制度とは保険診療の自己負担額が一定以上超

えると事後的に保険者から超過部分が償還される仕組みである。

① 法定自己負担率(額)

1984年から2003年の間に、被用者保険本人の自己負担率は1割から3割に上昇。老人では入院1日300円, 外来1日400円という定額負担が入院・外来ともに定率1割負担(高所得者2割)となった。2006年度からさらに老人の自己負担が引き上げられる予定である。

② 高額療養費患者負担限度額

1984年では患者自己負担限度額が5.1万円で

あったが、5.4万円、5.7万円、6.0万円、6.3万円、6.36万円と小刻みに引き上げられ、2000年には医療費に対する定率制が導入され、2003年時点では7.23万円+ (医療費-2.41万円) ×1%となっている。

2 特定療養費の対象拡大

特定療養費とは混合診療を特例的に認める制度であるが、公定価格の歪みや新薬等の承認の遅れを自由診療の併用によって補完しようというものが、当初は差額ベッドと高度先進医療だけであったが、患者ニーズの多様化と医療保険財源の逼迫を背景に対象が拡大していった。

具体的には保険対象外の診療行為であっても一定の条件を満たせば、その診療行為についてのみ自己負担して、同時に行われる保険医療は保険給付の対象となる、いわば「管理された混合診療」といえるものである。中身は高度先進医療と選定療養に分けられる。

先端的な医療は研究的・実験的要素が強いため、実施可能な医療機関は限定され、普及性を欠く。このような医療を強制徴収によって広く集めた保険財源で賄うのは不適當だとして保険給付の対象となっていない。したがって、混合診療禁止の規制下で先進的な医療を受けるためには、医療費全額を患者（もしくは病院）が負担しなければならない。しかし、未成熟であっても高度な医療を受けたいという患者のニーズに対応するため、認可

された病院で行われた場合に限り、先進的な医療の部分のみを患者が全額負担し、残りの保険医療部分については保険給付の対象とするのが高度先進医療制度である。2005年時点では109種類の高度先進医療が認められている。

もう一つの特定療養費制度の対象が選定療養である。これは患者のニーズの多様化に対応するために認められたもので、選定療養に指定されれば保険診療と併用しても保険診療部分は保険給付の対象となるため患者はその部分のみ負担すればよい。選定療養は2005年時点で次のようなものがある。①特別の療養環境の提供（差額ベッド代等）、②200床以上の病院における紹介なし初診料、③予約に基づく診療、④患者側の都合による時間外診療、⑤医薬品・医療用具の治験（臨床試験）を行う場合、患者（または製薬会社等）は治験部分だけの費用負担をすれば、他の医療行為は保険給付の対象となる、⑥200床以上の病院における再診料、⑦薬事法承認後であって保険収載前の医薬品および医療器機の費用、⑧180日超入院患者への特定療養費の給付。⑨金属床総義歯、⑩前歯部の金属材料差額、⑪先進医療。

選定療養は、当初は差額ベッドなど少数であったが、徐々に拡大してきており、適用拡大の理由も多様化していった。2003年の差額ベッドの実態は表6の通りである。総ベッド数の約7割が差額ベッド料金を徴収しており、1人部屋の平均料金は7,299円であった。

表6 差額ベッド代の状況 (2003年7月1日現在)

	総病床数 (A)	差額ベッド料金の病床数 (B)	B/A	1日あたり平均徴収額 (円: 推計)
1人部屋	217,318 (15.2%)	141,538	65.1%	7,299
2人部屋	156,432 (10.9%)	63,923	40.9%	3,105
3人部屋	82,067 (5.7%)	5,912	7.2%	2,930
4人部屋	499,366 (34.8%)	19,958	4.0%	2,583
5人部屋以上	478,025 (33.4%)	—	—	—
計	1,433,208 (100.0%)	231,331		5,621
				最低: 20 最高: 262,500

出所) 中央社会保険医療協議会提出資料 (2005年11月2日)。

以上のような自己負担の引き上げ施策により国民医療費に占める患者自己負担の割合は1984年の11.6%から2003年には15.7%へと上昇している。

III-3 競争環境の強化

① 包括支払いの促進

診療報酬の出来高払い方式では医療の費用対効果を高めようという誘因が生じないため、競争が効率化につながる包括支払い方式の対象拡大が進んだ。診療報酬の包括評価は検査料の「丸め」や一般病棟の入院基本料等、随所に見ることができるが、包括範囲の大きなものとしては慢性期入院医療である療養病棟入院基本料と急性期入院医療を対象としたDPC分類による包括評価がある。両方とも入院1日当たり包括である。前者の療養病棟入院基本料には検査、投薬、注射、単純エックス線撮影・診断、集団リハビリテーション及び簡単な処置が包括される。後者のDPC分類による包括化では検査料、画像診断料、投薬、注射、簡単な処置が包括される。2004年時点で療養病床は約35万床（医療保険適用療養病床約21万床、介護保険適用療養病床約14万床）、DPC分類による包括化対象病院144病院（DPC対象病院82、DPC試行的適用病院62）である。

② 参入障壁の緩和

現行の医療計画については、医療提供体制の効率化や質向上につながっていないなどの問題点が指摘され、医療計画見直しの検討が行われた。営利病院の参入に対する要求に対しては、規制改革特区において自由診療を行う場合のみ認可された。

IV 医療保険改革とガバナンスの行方

これまでわが国の医療制度のガバナンスが1980年代以降、市場原理に軸足を移してきたことを示した。特に2000年代に入って医療制度改革の議論が活発になると、その動きは加速した。とりわけ医療費の増加と経済成長との乖離が鮮明になってきたため、国民皆保険の名の元に公的医療保険による医療ニーズの充足を重視すべきという立場と、公的医療保険といえども財政の身の丈にあった費用負担に抑えるべきであるという立場がより鮮明に対立するようになった。

1 ガバナンスの四つのタイプ

「医療ニーズの重視」と「費用負担の重視」という二つの立場に計画原理と市場原理の二軸を組み合わせるによりガバナンスのタイプを図1のように分類できる。それぞれのセルの特徴は次の通りである。

タイプA：計画原理で医療ニーズの充足

国民の医療ニーズは原則として公的医療保険で

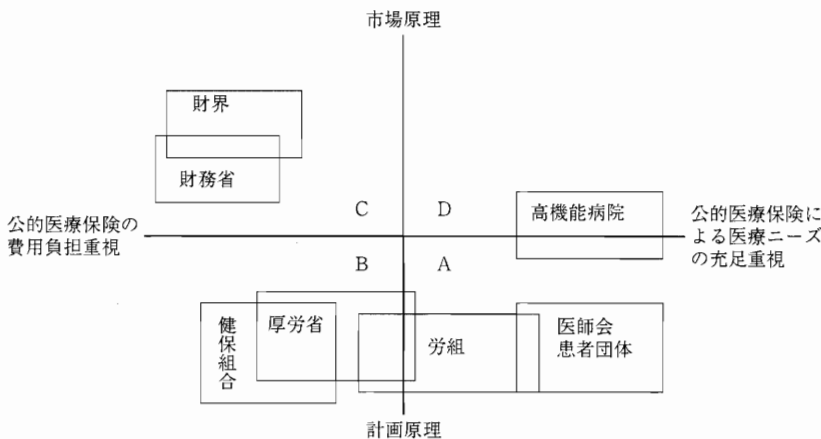


図1 ガバナンスのタイプと利害関係集団

カバーすべきだという立場。公的医療保険の費用の拡大は保険料の引き上げ、公費負担の拡大で対応すべきだとする、高サービス高負担の考え方で、格差を助長する市場原理には反対する。財源に余裕がある場合は国民のニーズに十分対応でき、医療技術の進歩にも貢献できるが、財源が逼迫すると負担増に対する社会的合意が得られるかどうかポイントとなる。日本医師会や多くの患者団体はこの立場である。労働組合もやや近い立場をとると考えられる。このタイプの最も象徴的な政策は保険料の引き上げである。

タイプB：計画原理で費用抑制

国民の公的医療保険の負担可能性に応じて給付範囲や給付内容は制約されるという立場で、医療ニーズより負担能力を重視する考え方。しかし、国民の医療ニーズと費用負担との乖離は公的医療保険の枠組みの中で調整し、患者へのコストシフトを伴う市場原理への移行には消極的である。このタイプでは公的医療保険内での十分な医療費コントロールが可能かどうか、また縮小均衡となり新技術の開発や多様な患者ニーズに対応できないことが懸念となる。厚生労働省、健康保険組合などはこの立場に近い。このタイプの最も象徴的な政策は診療報酬の引き下げである。

タイプC：市場原理で費用抑制

負担能力に応じて公的医療保険の範囲は制約されるが、国民の医療ニーズとの乖離は市場原理によって調整する。新しい医療技術の開発や普及に対してポジティブにはたらく可能性があるが、患者に対するコストシフト政策であるため、医療へのアクセスが不公平になる危惧がある。このタイプの最も象徴的な政策は混合診療の解禁である。財界や財務省はこの立場に近い。

タイプD：市場原理により医療ニーズの充足

国民の医療ニーズに対しては公的医療保険でカバーすべきだという原則に立つが、公定価格体系が必ずしも効率的に設計されるとは限らないため、それを補完するために市場原理を用いるというものである。現行の診療報酬体系が高機能の医療を適切に評価していないことや、医療技術上の優位性を背景に高機能病院などはこの立場をとるもの

がある。このタイプの最も象徴的な政策は特定療養費の拡大である。

実際の医療制度のガバナンスのパターンを時系列的に観察すると、80年代を通じてタイプAからタイプBへ移行し、そして現状はタイプBからタイプCの方向にシフトし始めていると考えられる。

2 格差拡大こそが課題

医療のガバナンスが「公的医療保険の縮小+市場原理の推進」とシフトすると、医療アクセスに対する格差が拡大することが懸念される。

(1) 所得による医療アクセスの格差

表5の5列目の医療関連支出(=外来医療費自己負担+入院医療費自己負担+薬剤費自己負担+その他の医療関連支出)のカクワニ指数とは医療関連支出の逆進性を示すもので、この指標が負値で絶対値が大きいほど逆進性が高いことを表す。逆進性が高いということは、医療費自己負担額/所得の値が低所得の方が高所得より大きいことを意味するため、低所得者の医療へのアクセスが高所得者と比較して相対的に不利な状況にあるといえる。表5の6列目は平均医療関連支出/平均世帯所得の値である。医療関連支出が必需性の高いサービスであるため切り詰めるのが難しいので、この値が大きい程、低所得の方が高所得より医療費負担が重く感ずることになる³⁾。

カクワニ指数は1984年が-0.171であったものが1999年には-0.218と絶対値が大きくなり医療費自己負担の逆進性が高まったことを示している。一方、平均医療関連支出/平均世帯所得の値も1984年が1.50であったものが1999年には1.82と上昇している。このようにどちらの数値で見ても、1980年代以降、低所得者の医療費負担が相対的に不利になってきていることが分かる。

以上の分析は全国消費実態調査のデータを基にしているが、同調査が5年毎に実施されるために本稿執筆時点では2004年調査結果を反映できなかった。したがって、i) 2001年の老人の入院自己負担の定額から定率1割への変更、ii) 2002年の老人の外来自己負担の定額から定率1割への変

更, iii) 2002年の健保被保険者本人の自己負担率を3割に統一, という大きな制度変更は反映されていない。これらの影響を考慮すればさらに大きな所得によるアクセスの格差が生じていると推測でき, 医療制度改革において医療費の患者シフト政策が今後も続くとなると低所得者の医療アクセスがますます不利になっていくと考えられる。

(2) 医療供給体制の地域格差

表7は2000年度「医師・歯科医師・薬剤師調査」に記載されている「主たる診療科」を用いて人口10万人当り医師数(医師密度)の変動係数を計算し, 都道府県単位と市町村単位にそれぞれ示したものである。変動係数が大きいほど地域格差が大きいことを示す。これより医師の偏在について次のような特徴があることが分かった。

- 1) 都道府県単位(A)の方が市町村単位(B)より医師の偏在が小さい。
(全科合計の変動係数:A: 0.17 B: 6.38)
 - 2) 都道府県単位でも市町村単位でも変動係数が大きい(A: 0.5以上。B: 0.7以上)のは次の3タイプである。
 - ① 専門性が高い診療科(心療内科, アレルギー科, リウマチ科, 神経科, 形成外科, 小児外科, 肛門科, 性病科, 気管食道科)
 - ② 自費診療が中心の美容外科
 - ③ 産科(但し, 産婦人科の偏在は小さい。
A: 0.16, B: 5.04)
 - 3) 都道府県単位での格差より市町村単位での格差が相対的に大きい診療科(A/Bの値が小さい診療科)は, 小児科, 産婦人科, 整形外科の順である。
- 1県1医大政策が実施されてから都道府県単位での医師密度の格差は縮小したといわれるが, 市町村単位での医師密度の格差は大きい。また診療科により医師密度の格差は大きく異なり, 専門性が高い診療科の医師に大きな偏在があることが読み取れる。注目したいのは自費診療の美容外科である。変動係数の大きさでは都道府県単位では3番目, 市町村単位では4番目と偏在が大きい。自費診療であるから都市部で開業するのは当然であるし, 必ずしも必需性や緊急性が高くない医療で

表7 人口10万人当たり専門科別医師数の変動係数(2000年度)

	都道府県 単位:A	市町村 単位:B	A/B
内科	0.21	5.08	0.0413
心療内科	0.77	8.18	0.0941
呼吸器科	0.45	6.22	0.0723
消化器科(胃腸科)	0.34	5.39	0.0631
循環器科	0.35	5.92	0.0591
アレルギー科	1.06	8.76	0.1210
リウマチ科	0.8	10.25	0.0780
小児科	0.16	5.2	0.0308
精神科	0.25	5.57	0.0449
神経科	0.78	8.48	0.0920
神経内科	0.52	6.35	0.0819
外科	0.21	5.3	0.0396
整形外科	0.17	4.98	0.0341
形成外科	0.56	6.29	0.0890
美容外科	1.23	10.5	0.1171
脳神経外科	0.22	5.3	0.0415
呼吸器外科	0.54	6.95	0.0777
心臓血管外科	0.3	6.4	0.0469
小児外科	0.63	8.7	0.0724
産婦人科	0.16	5.04	0.0317
産科	0.62	7.81	0.0794
婦人科	0.4	5.66	0.0707
眼科	0.2	5.04	0.0397
耳鼻いんこう科	0.2	5.04	0.0397
気管食道科	2.09	20.6	0.1015
皮膚科	0.2	5.24	0.0382
泌尿器科	0.22	5.2	0.0423
性病科	2.36	17.37	0.1359
こう門科	0.55	7.35	0.0748
リハビリテーション科	0.49	6.16	0.0795
放射線科	0.36	5.98	0.0602
麻酔科	0.27	5.89	0.0458
全科	0.89	12.21	0.0729
その他	0.34	6.11	0.0556
不詳	1.01	6.86	0.1472
合計	0.17	6.38	0.0266

出所) 医療経済研究機構『(2003)『医師数等の異動及び異動が介護費・医療費に与える影響に関する研究』』。

あるため地域格差が大きくても問題は小さいだろう。しかし、混合診療が解禁されるなど医療運営において市場原理が進むと、医療機関経営の保険診療外の収入に対する依存度が高まることになる。その結果、必需性の高い医療であっても所得水準の低い地域での提供が消極的になる可能性もある。市場原理の推進は透明性を増すことにより「質を考慮した」医療供給の地域格差を浮き彫りにする。一方で市場原理は患者自己負担を増やすことにより医療供給の地域格差を拡大する可能性がある。このジレンマをどのように解決すべきかが課題なのである。

V おわりに

世界最大の財政赤字と世界最高速の高齢化が医療制度のガバナンスを大きく変えている。1980年代を通じて徐々にではあるが着実に医療のガバナンスは情報の非対称性の緩和と患者自己負担の増加を通じて市場原理に軸足を移しつつある。医療に関するステークホルダー間の利害対立は大きいものの、財政難と国民の医療への期待の高まりは、否応なしに医療制度のガバナンスをタイプCの方向に進ませるのではないかと。それは必然的に医療に格差をもたらすことになる。その意味で、今後の医療政策を評価する上で「格差」の問題が重要になるのはまちがいないだろう。医療において所得や地域によって格差が生ずることは望ましくないことなのか、許容すべきことなのか、これは価値観の問題であり拙速に結論を求めることは難しい。しかし、格差がどの程度のものなのか、実態を明らかにしていくことは医療経済学の重要な課題だと考える。

注

- 1) 田村(2003)は6つの先行調査の結果を分析し、

一般市民には患者の支払能力の大きさによる医療格差導入に対して否定的な意見を持つ人が多いことを指摘し、これは単に低所得者や不健康な人が否定的だというだけでなく、医療に関するいわば平等絶対主義があると分析している。

- 2) 条件とは個別契約により患者のフリーアクセスや受療の公平性が阻害されないようにと設けられたもので、主なものは、①被保険者の契約医療機関以外の受診を制約しない、②契約医療機関は当該被保険者を優先的に取り扱わない、③契約医療機関は診療科目を減らさない、④契約医療機関への受診を誘引する契約を認めない、⑤現行の診療報酬点数表の範囲外のものに関する個別契約は認めない、⑥被保険者の平等を害する契約は認めない、⑦一部負担金のみを減額するといった保険療担規則に反する契約は認めない、といったものである。
- 3) 患者自己負担のカクワニ指数を医療アクセスの指標として用いたのはWagstaff, A. et al., (1992)である。遠藤久夫・篠崎武久(2003)は同様の手法で日本を含む9カ国の自己負担の逆進性を分析した。表5の数値は同研究より。

参考文献

- 医療経済研究機構(2003)『医師数等の異動及び異動が介護費・医療費に与える影響に関する研究』(研究主査 遠藤久夫)。
 遠藤久夫(2005)「医療における市場原理と非営利性」『組織科学』Vol. 38, No. 4, pp. 4-21。
 ———・篠崎武久(2003)「患者自己負担と医療アクセスの公平性」『季刊社会保障研究』39(2), pp. 144-154。
 ———(2002)「医療分野における規制緩和の方向と問題点」『ESP』経済企画協会8月, pp. 32-35。
 ———(1998)「医療における市場原理と計画原理の相互補完性」『医療と社会』8(2), pp. 183-206。
 厚生労働省大臣官房統計情報部編(2004)『平成14年度 国民医療費』。
 田村 誠(2003)「なぜ多くの一般市民が医療格差導入に反対するのか」『社会保険旬報』2192(2003.12.11), pp. 6-11。
 Wagstaff, A. et al., (1992) "Equity in the Finance of Health Care: Some International Comparisons", *Journal of Health Economics*, 11, 361-87.
 (えんどう・ひさお 学習院大学教授)