

社会保障と医療費支払方式

亜細亜大学助教授 藤井良治

フランスの法律雑誌“Droit social”1975年3月号は、「社会保障制度30周年を前にして」と題して、社会保障法公布後30年を経過したフランスの社会保障が抱える問題のいくつかをとり上げて特集している。Jean-Jacques Dupeyronxの「社会保障とインフレーション」をはじめとして、「財政調整」「社会保障離れとその行方」「危機の年」等、制度的にも財政的にも社会保障が転換期を迎えようとしていることがこれらの論文からうかがえる。ここに要約する「社会保障と医療費支払方式」もその一つで、この中で出来高払いを原則とするこれまでの診療報酬支払方式が、医療の荒廃ないしは不必要な医療費の暴騰を招いたと強く指弾し、いわゆる「一括払い」方式こそが社会保険医療の危機を救う一つの方法であるという提案がその中でなされている。

* * *

社会保障は醜く齢をとった。30年目の誕生日を迎えるにあたって、その現在の姿には到底満足しえないものがあることを誰もが認めよう。

たしかに制度の一般化という点では社会保障の進歩が見られたが、これから述べるようなさまざまな問題点に関して重大な批判が加えられている。

第1点は、老齢年金の問題で、最近改善がなされてはいるが、最低賃金をやっと上回る程度の拠出年金しかフランスでは支給していない。もっとも、低額の基礎的給付を大いに補っている補足年金が存在するけれども、社会的公正の点から見れば、無拠出年金しか受けられないような人々との差が大きくなっていくという重大な問題が生じている。

第2点は、健康の問題で、精薄児・身体障害者、不治者など、あらゆる種類の障害者を無視している点である。

第3点は、制度が複雑で、また法規が難解である点である。手続きとか受給要件とかいった規則などは、継続的な職につけない者やことばの不自由な外国人などにとって不利である。

1. 財政的な原因

上にあげたような欠点は、いずれも財政的な理由によるものである。とくに保健部門の過度なまでの膨張によって、制度の財政は辛うじてバランスを保っている状態である。保健支出は、他の社会保障部門を崩壊させるほどである。国民全体の健康を保障するように拡張された結果であるこれら支出の伸びを、ここで保健支出の増嵩を批判するつもりは毛頭なく、むしろそれは国民すべての健康を護るからだと考えられるべきだ。しかし、わが国の医療制度はあまりにも高きつきすぎ、これだけの金を国が使っているほどには効果をあげていないという点で、支出が行き過ぎであることを指摘できる。量の医療は供給できても質を必ずしも保証していない。要するに、こうした医療制度は社会的不公正である。何となれば、それは、金のある人間にしか健康を本当に保証せず、また当然に富める者の医療と貧しい者の医療とをつくり出す方向に発展するからである。

これは、社会保障の最大の失敗であるように思われる。社会保障は、すべての保健上の要求を満足させたいと考える患者と、所得をふやす手段を手にしたと考える医療担当者の双方の間違った欲求に抗することができなかった。社会保障は、基本的医療の上に間違った制度を築き上げるのに力を貸したのである。

医療担当者もその点に関しては同罪である。時代の趨勢に反して自由医療を擁護しようとしてその表面的な主張に固執し、自由医療の本質を完全に危機にさらしてしまった。医療の貴さ、医師の責務等、医術を医術たらしめているすべてのものは失われているのに、医師選択の自由とか診療報酬支払方式とい

った旗印は、自由医療のカリカチュア以外の何ものでもない。

そこで、まず現行の医療制度を患者と医師それぞれの観点から眺め、次に出来高払方式の問題点を指摘して、他の支払方式をとるべきであることを論ずるつもりである。

2 全国協約

1971年に調印された全国協約は、政府の声明により支持された自由医療の4原則なるものを基礎としている。

患者による医師選択の自由は、フランスの制度では厳しく守られている。専門医にみてもらう場合、主治医が指示するということはあっても、それはさしたる制約とは云えない。だがこの結構な原則も現在では無意味なものとなっている。患者は医師を次々とかえ、休職の診断書をくれたり、薬をいっぱい処方してくれる医師に出会うまで医師をかえることも稀ではない。この原則は、医療行為の数や処方箋の数を増加させるように変化してしまった。この点で、社会保障と医師は製薬産業の犠牲者と云える。薬剤の生産および販売は非合理的である。医師は自らそれを規制する余裕ももたずに、患者に過剰なまでに薬剤を処方している。

次に診療報酬の支払いであるが、現金による医師への直接支払い方式は、労災や入院の場合、第3者（社会保障等支払機関）による支払が行なわれるようになって、大きな制約を受けるようになっていく。医師の半数以上は、その収入の全部または一部を患者からではなく、第3者機関から受け取っていると思われる。報酬額については、医師の個人的裁量が許されず、全国医療保険金庫（というより大蔵省と云うべきだろう）との協定によって毎年引上げを行なうことによるのみ決定できる。

出来高払方式は、自由医療の名において医師会がしがみついて離さない不可侵の原則である。ところが、この出来高払いの基礎となる医療行為とは何か誰も明確にしていない。簡単なものと複雑なもの、一時的なものとするのでないもの、そのみで完結しているものと付随的な行為（検査、放射線治療等）を含

むもの等あらゆる種類のもが存在する。社会保障も医師もこうした区別を一切無視して一律に行為の率をきめてしまった。妥当かどうかは問題ではなく、すべてのものが、償還するための料金をきめる口実になっている。最初の診断を医療行為と考えるのが適切であるとするならば、放射線透視の判定をする2回目の診療（最初の医療行為の単なる継続）、患者の容態をみるための往診等はどうか考えるべきだろうか。ご丁寧にこの往診1回1回に料金が決められているのだ。また患者の死亡を確認するための最後の往診についてはどうか考えたらよいのだろうか（医師の中には埋葬許可証の作成料金を平気で請求する者がいるが）。医師の多くは、比較的医療行為料金が安いことを考慮して、できるだけ収入を多くするため医療行為の数をふやしているように思われるが、これは社会保障にとっては大損害である。

次に医療市場についてふれる。市場ということばが悪ければ、医療の需給関係と云ってもよい。医療需要は患者の側から発生する。この需要は、さまざまな患者によって構成されている。すなわち、医師の診察室または患者の居宅で治療できる軽症患者、入院を必要とする重症患者、精神身体的原因に基づく仮病患者等である。とくに最後のカテゴリーに属する患者は医師との対話を多く必要としている。しかしまた、これらの者は不必要な病気休暇の需要層である。いずれにせよ、本来は患者の状態を見極め、ブレーキをかけなくてはならない医師たちは、これらの需要に押されて善意から医療を供給することになり、その結果さらに多くの利益が保証されることになる。患者の圧力は国に転嫁して、必要とあればストライキをも辞さず、自分たちが自由医療の本質と信じているものを守ろうとするため、医療市場は過度の需要とそれを満足することが自らの利益ともなる供給とを固く結びつけている。こうして、医療費は極度に膨張し、保健支出が他の社会保障部門を踏みつづすようになっていても不思議ではない。

さらに重大な事態は、現在の医療の質が悪化していることである。これには、出来高払いを基礎とする協約方式が直接責任を負っている。

協約（医療保険）制度の枠内で行なわれる医療の質は、ますますあやしくな

っている。過剰なほどの処方になされ、軽い病気をなおすための抗生物質等の「奇跡薬」が使用されていることなど、その例にこと欠かない。処方のなかには、自信がないため2ないし3種類の治療法を処方し、うまく行けばその中のひとつが当たるだろうといったものまである。

大都市とその近郊の保険医たちの医業活動をみると、医療の質に疑いをもちたくなる。1日50人もの患者をみたり、夜の1時まで往診しながらどうやって本当の診断を下し、治療法を決めるのだろうか。患者のところに10分いるうち、5分は書類の記入と治療費の支払いに費やされているというではないか。

医術の進歩に不安を抱く医師の中には、適正な医療ができないからといって保険医となることを拒む人たちがいるというのは納得できることである。彼らに云わせれば、患者をみて、診断を下し、適切な治療を処方するには30分は少なくとも必要である。その結果、豊かな者だけをみる医者として、しかるべき収入の保証を奪われる医師の2通りの医師ができてしまう。

要するに、現在の医療保険制度下では、出来高払いによって、医療行為が容易に累積される結果、医療費は大巾に増加し、同時に医療の質は低下してそれに汪ぎ込んだ額に見合った生産性は期待できなくなる。

3. 医師に対する影響

こうした診療報酬支払方式が医師にどのような影響を与えているのだろうか。まず、収入の不安定要素をあげねばなるまい。医師の収入は、働いている限りにおいて保証される。医師が健康を損ねたり、休暇をとったりすれば収入が減ることを意味する。だから、老後を保障するためにも早く金を貯めこまなくてはならない。

医師の教育については、教育の方法が適切かどうか別に、教育そのものはペイする。未来の医師は病院で実習するけれど、そこでは症例を学ぶだけであって、病状とは別に診断がなされるものであるということは学ばない。そのことを学ぶのは「実地」についてからで、患者と医療の質とを犠牲にして可能

なことである。早く成功を収めるためには患者の要求を飲まねばならない。自分だけ良心的にしても他の医師が患者の要求を容れるということが分っているからだ。いちど医療市場のジャングルに嵌りこむと、医師は保険制度に毒されてしまう。

急速に技術の進歩している医療においては再教育や生涯教育がきわめて重要であるが、医師はあまりにも忙しすぎる。そのために時間をさくどころではない。自分が学校で学んだことは、正しくなくなったり疑わしくなったりしていることも多い。だから診断に自信がもてなくなって、専門医や病院に患者をすぐ送りこむことになる。それでいて、それまでの間に報酬はたっぷりと頂くことは忘れない。

こうした実情は、国民全体の立場からも、また医師自身の立場からも大きなマイナスである。医療保険は、社会保障から膨大な金額を吸い上げて、それを医師に流している。だが、その一部分は不適當に支払われていることを忘れてはならない。もちろん医師もその犠牲者には違いない。

4. 出来高払い

出来高払いは危機的状況をつくり出したすべての責任を負っている。医師会と自由医療の支持者は、出来高払いこそ医業の自由を保証するものだと主張しているが、彼らが依存しているものが医療の独立性を奪い、彼らを給料生活者と同じようにしつづめるのだ。

医業の自由とか独立性というものが、医療行為の数をふやしたり、患者を失いたくないために、にせ病人を診療したり、にせ患者をつくり出している。要するに、医師は現在の診療報酬体系の奴隷になってしまい、また薬の売り子になり下り、蛇口を取り替えるたびに50フラン貰う工事人のようになってしまった。こういう報酬の支払い方を「技術」は、低級な「技術」である。自由業の中でこのような報酬の支払い方をされているのは医業だけである。他の自由業は、主として全体的報酬を前提としている。歯科医、弁護士、建築家などはみなそ

うなのに、「もっとも高貴な技術」者である医師だけがもっとも嫌悪すべき報酬の受け方をしている。

どんな点から、出来高払方式がもっとも責任ある診療報酬の支払方式と云えるのか分らない。多くの技術者は、その技術の結果に責任を負うけれど、医師は諸判例から見ても例外で、その技術の適用に責任を負うので、その結果には責任を負わないのが普通である。倒壊するような家を建てた建築家はいくらでも非難されるが、無罪にならないからといって、あるいは病気がなおらなかったからと云って弁護士や医師に賠償を要求することはできない。しかも、自分の行為に対して責任意識をもっている医師はほとんどいない現状である。むしろ、責任を回避するために患者をすぐ病院へ送りこむが、これは医師の倫理が問われる問題でもある。もっとも、これは医師だけに見られる問題ではなく、今日の社会全体にそうした無責任が拡がっている。要するに、出来高払い方式は、医師の責任や医業の自由とは無関係なものである。したがって、この支払方式にかわるものを真剣に考え出す必要がある。

5. 提 案

まず、フランスにおいて、自由医療体系に手を触れることは不可能であるということと、他の職業にまして高度な教育と経験に基づく医療においては、高い収入が保証されるべきであるという前提を認めるにしても、それが現在の診療報酬体系と不可分なものではない。むしろ、個人的にも社会的にも適正かつ効率的な報酬体系に基づくものでなければならない。同時に、医師に余暇や研究や再教育の時間を保証するものでなくてはならない。

まず考えられるのは、現行の出来高払方式を維持するやり方である。そのためには、医療行為の量をいたずらにふやすことをなくすため、医療行為の価格（単価）を引上げる。総額は変わらないから、患者1人あたりの診療時間は多くなり、不必要な投薬もなくなる筈である。現に自由診療を行なっている医師はこのことを実行している。しかし、このやり方が成功するには、医師自身の規

制がなければならないが、医療行為の数をふやせば収入がふえるのだから、その誘惑を振り切ってそうした自己規制がなされることを期待するのはほとんど不可能なことである。

出来高払い方式の一種として、簡単な医療行為と複雑な医療行為とを区別しようとする方法がある。たしかに風邪やハシカのようなありふれた病気の診断と難病の診断には大きな隔りがある。しかし、現実これらを区別しようとする、医療行為の難易の境界をどこに設けるか非常に難しいから、この支払方式も実際的ではない。

もう一つの方向は、グループ診療である。個人診療におけるいろいろな無駄をなくし、合理化をはかることによって健全な医療活動が行なえるようにはなるけれど、出来高払いに内在する問題の解決にはならない。

これらの問題を解決するには、出来高払方式をやめる以外にはなく、そのためには、一括払方式が唯一の解決策であるという結論に達する。すなわち、収入をふやさんがために医療行為の数をふやすことも、患者をつくり出す必要もなくなるといった多くの長所のほか、医師の休暇や再教育も医師は無料で享受できるようになる。

しかし、この支払方式において、支払者に対する医師の治療の自由と濫診濫療の抑制とが両立しなくてはならない。この場合、支払者は社会保障であるが、医師と社会保障との間には、西独に見られるような医師組合が介在すべきであろう。ただし、医療の自由を制限するような患者の登録制や医師の管轄区域設定などは一切行なわないことにする。

次に報酬の額の決め方である。これには、患者数等に比例させる方式、一括払方式、あるいはその併用方式、資格、経験年数を加味する方式、医療保険の実績とリンクさせる方式、研修等医師の努力を評価する方式などさまざまなやり方が考えられるが、いずれにせよ、患者数と収入とを結ぶ鎖を断ち切るものでなくてはならない。したがって、西独で実施されている患者数と比例させるやり方は好ましくない。むしろ、費用の理論値と実績とを数理的に評価し、全

国レベルないしは地区レベルでその成果に対する配分を行なうような方式が望ましいだろう。要するに、全体的な成果と、医師個人の努力とを評価できるような一括払方式が最良の支払方式であると考えられる。声も出せないような医師会にあって、各人が自由に発言できさえすれば、この支払方式に大多数の医師が満足の意を表明してくれると信じている。

以上、決して完全なものではないけれど、医師だけでなく、国民全体にとって不幸な現在のような事態を解決するために、また欠点を補うほどに多くの長所をもつと信ずるがゆえに、敢えてここに、一つの提案を述べた次第である。



社会保障こぼれ話

医療給付と費用

近年、医療給付の支出増大が大きな関心事となっており、とくに、それは先発グループの諸国でよく見うけられる。その支出増大の重要な要素として考えられるのは、まず適用の拡大であり、また、最近では、とくに、診療などの医療そのものや病院医療の費用が、急激に上昇したことである。

医療費の増大には、上述したように、適用の拡大、インフレーションによる影響などが指摘される。それらのうち、ここでは、適用の拡大は一応除くことにして、医療そのものへの費用、つまり医療費の上昇を取上げると、これはいずれの国でも経験されており、医療費の上昇は1人当たり国民所得の上昇よりも急速であった。ところで、治療や処置の分野における技術的な発達、より一層精巧な設備とそれを操作するのにより一層熟練したスタッフを必要とする。また、医療担当者の俸給は、処方された薬剤、検査、および病院の費用と同様に上昇してきた。

いずれにしても、1960年代の後期から1970年代の初期にかけて、医療費の上昇は関心の的となり、多数の国々は急激に上昇してきた費用について、特定の要因を明確にし、かつ、収入に加えることのできる追加的な財源について助言するとともに、採用することのできる処置を勧告するために、特殊な委員会を設けた。これらの国々の中には、オーストリア、オーストラリア、フランス、日本、およびアメリカ合衆国が含まれていた。これら各国では、このように、問題を検討する委員会が設けられたが、しかし、それらの委員会は上昇する医療費の問題に対して、総合的な解決をなんら発見することができなかった。