

せんが、やはり移民がどの程度可能かということを考えなくてはなりません。アメリカ社会は、移民についての過去の蓄積が多いわけです。ドイツなどもそうですが、ヨーロッパなどの研究を見ても、相当、移民は行われているのですが、移民のサイズというものがそれなりにならないといけません。現在、高齢化に際して、労働力が足りなくなる部分を移民で埋めるということは実質的には、そんなことは不可能ではないかと考えていますが、移民の役割をどのようにお考えになるかということが第7点目です。

それから、人口政策の効果がどの程度あるのだろうかという点について、パートレス先生は疑問を呈されていましたが、私もその点は同意します。やはり人口政策がどの程度効果があるかというのは非常に難しいのではないかと思います。日本の場合は、この問題の背景には日本の社会における若い世代の家族観と言いますか、結婚に対する考え方が変わりつつあるということが非常に重要ではないかと思います。単に、経済的な要因というものだけではなく、そういう家族の役割あるいは結婚の役割が非常に変わってきたのではないかと思います。したがって、少子化などの問題の背景にはそういう問題があると考えているわけですが、アメリカにおける状況をお伺いしたいと思います。

それから、社会保障における事前積立の問題、具体的には、年金制度における積立方式あるいは拠出型の活用の可能性と問題点です。この点について、パートレス先生も講演の最後の部分で触れられていました。私もこうした選択肢は重要だろうと思いますが、そこへの移行の過程をどうするかというのは、大変難しい問題ではないかと思えます。いずれにしても長期的にそういう方向に変えていくのは、私は望ましいのではないかと思います。これは成長率とか人口の伸び率とか、あるいは賃金の伸び率と言いますか、要するに人口があまり増えず、成長率、利子率もあまり高くないときは、経済的にも望ましいのではないかと考えています。

最後に、貧困の問題について申し上げますと、私の個人的な見解では、アメリカよりも日本の方

が深刻ではないかと思えます。なぜなら、アメリカでは医療保険制度は65歳以上です。ただし、若い人にとっての医療保険は公的ではありませんから、コストは高くなるので、そういう点で問題はあります。しかし、年金の問題を考えると、たぶんパートレス先生もご存じかもしれませんが、日本の国民年金においてはかなりの方が未加入になっています。未加入になったらどうなるかといえば、年金の受給資格がなくなるわけです。なくなるということは将来その人たちは、年金の保障は得られないということになります。その人たちはどうなるかといえば、簡単に言えば生活保護を受けることとなります。したがって、私は、厚生労働省の人には、いやいや、年金に加入しなければ将来生活保護を受けなければならなくなりますよということを、はっきり言わないとだめですよと言っています。しかしながら、生活保護制度については、日本で今までほとんど検討されたことはありませんでした。従来制度をそのまま引き継いできて、不況になって、生活保護世帯が非常に増えてきたため、最近ようやく生活保護制度を再検討するという状況になってきています。私は、この問題は貧困という問題と非常に関係していると考えているということです。

以上、パートレス先生のお話で扱われている問題が非常に広いので、コメントは非常に難しいのですが、私の意見も含めて、コメントを終わらせていただきます。

日本の医療制度：漸進的調整を続けるべきか？

池上 直己

それではスミス先生に対するコメントをさせていただきます。コメントと申しますより、医療を効率化する、あるいは質を上げなければいけないことが課題であるということのスミス先生が言われましたが、それがなぜ日本ですでできないのか、あるいは少なくとも今まで十分行われてこなかった

かについて、制度的な枠組をご説明したいと思えます。では簡単に、日本の強みと弱みということで総括します。

日本の医療費はGDPの7.6%で、これはOECD諸国と比べて比較的低い水準の下で、国民皆保険という基本的に平等な制度と優れた健康指標があります。それからイギリスで課題になっていますように、入院できなくてずっと半年も待たなければいけないということは少なくとも社会問題になっていませんし、ほとんどすべての病院を自由に受診できます。よく3時間待って3分診療ということが批判されますが、逆に、3時間待てばその日のうちに診てもらえるわけであり、数ヵ月待たなければならないイギリスの状況とは異なると思います。

逆に弱みと申しますと、質の評価です。ただし、日本で質の評価がまったく行われなかったかという、そうではなく行われてきたのですが、行われたのは医師や看護師の人員配置、つまり患者当たり何人医師や看護師がいるか、あるいは1病床当たりの床面積がどのくらいあるかといったことです。これは医療保険制度において、守られているかどうかをチェックしますので、比較的遵守されます。しかし、スミス先生がおっしゃったような、医療の内容に立ち入ったデータベースは、行政も医療機関もほとんど持っていません。こういう状況で、医療費にお金だけはかかっているのに、昔はブラックボックスと言われていました。何かブラックホールという錯覚がもたれていて、お金だけ吸い込んで何も良いことがないという理解が一部にあるのではないかと思います。それはやはり保険料の負担と医療サービスの給付の関係が不明確であるからだと思います。

それから、三位一体の改革と言われていますが、先ほど貝塚先生もおっしゃられたように、日本では、中央の統制が地方のイニシアティブを抑制していて、特に、医療に関しては費用を抑制するために診療報酬を介して給付内容を細かく管理しており、地方の裁量をほとんど認めていません。それからスミス先生がご提案されたパイロットプロジェクトの導入も極めて困難な状況です。保険者

に対して直接補助金を交付していますが、給付する内容については特にヒモ付きではありません。そして都道府県には医療費の財源を調達する責任は無く、財政的な責任は県立病院に対する補助金にはほぼ限られています。今現在、政策の岐路に立っています。日本の弱みの原因は何かと言うと、私はスミス先生に対するお答えも含めて、改善が当面の政策目標を達成するための漸進的な調整の積み重ねに留まっている点だと考えています。

スミス先生にお伺いしたいのは、今までのような漸進的な改革で足りるかどうかということです。そして、もし抜本的な改革を行うとしたら医療保険制度の構造改革、それから出来高払いから包括払いへの改革、あるいは混合診療を容認するべきかどうかについて、それぞれ考えていきたいと思っています。

まず、保険者の問題ですが、保険者が非常に細分化されているという問題があります。サラリーマンとその扶養家族は被用者保険、それ以外は市町村が運営する国民健康保険に強制的に加入させられており、5,000以上の保険者があります。保険を運営する組織が5,000以上あるという国は日本以外にはありません。国民皆保険と平等な給付というのは、抜本改革によって達成されたのではなく、保険者によって異なる所得や健康状態の格差に対処するために、漸進的な調整を重ねてきたことによって達成されました。

その5,000の保険者を、分かりやすくするために、ほぼ日本の人口の3分の1ずつが加入している第1層、第2層、第3層の保険者に層別しますと、第1層は、健康で裕福な加入者の割合が比較的高い公務員の共済組合が78、大企業従事者の組合健保が1,600あります。第2層は、中間の層の中小企業の従事者のための政管健保であり、全国一律の一つの保険者です。第3層は、病気や貧しい加入者の割合が比較的高い保険者で、自営業者や年金生活者のための市町村が運営する国民健康保険で、市町村の数だけ、すなわち3,200あります。

このように所得水準が違うことに対して、どのような調整をしたかという、低所得者の割合が

高い保険者に対しては、国の一般財源から助成します。第1層に対しては原則として助成がなく、第2層に対しては14%（保険給付費と老健拠出金の補助率の加重平均）、第3層に対しては平均で50%強、貧困な市町村の場合には（調整交付金等により）最大80%程度の助成が行われています。助成を増やすことで第3層の給付を改善してきました。まずは、1961年の国民皆保険の達成です。これは一挙に達成したのではなく、最後の市町村が国の助成のおかげで保険を運営できるようになったことにより、国民皆保険が達成されたわけです。

それから、1973年に国保及び被扶養者の患者負担が50%から30%に減り、また70歳以上の患者負担が無料化されました。1975年には、高額療養費が導入され、自己負担額が高い場合には、限度額を超えた分は保険給付されることになりました。

図1に示すように、各層によって、保険料で賄える部分、使用者と被用者が負担する部分、それから税金によって賄う部分の構成が異なります。このように、加入者の所得に対する違いは、税金で補填することによって補って、保険者の形態や数はそのまま温存したわけです。

次に、高齢者の加入割合も非常に違ってきます。被用者は退職すると第3層の国保に加入しますの

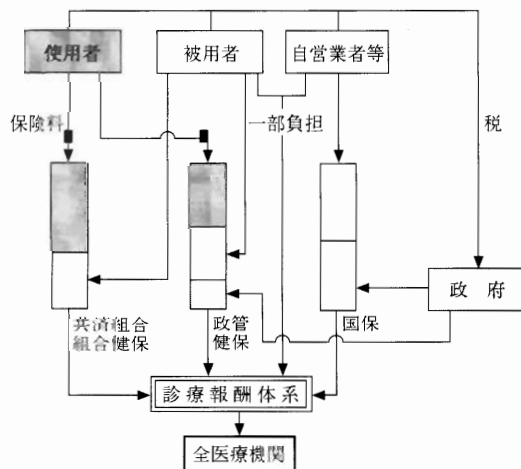


図1 日本の医療におけるお金の流れ

で、全高齢者の4分の3は国保に加入することになるわけですが、こうなると、国保に対する所得を補正するための国の助成では不十分になります。そこで1983年に老人保健の拠出金制度が創設され、全保険者が平等に負担するように改められました。

この制度は分かりにくいので例を申し上げますと、ある保険者において70歳以上の加入者は2%で、医療費の支出は3億円だとします。そして、全国的に見ると70歳以上が14%占めているので、保険者は3億円ではなく7倍の21億円を拠出しなければならないことになります。したがって、高齢化につれて拠出金が増え、今や保険料の40%に達しています。つまり、保険料で自分たちの組合員の病気のために積み立てていると思ったら、実はその40%は自分たちとは関係ない高齢者等のために拠出しているというところが大きな不満となっています。

最後に、不況に対しても弾力的に対応していき、健康保険の患者負担というのは当初はゼロだったのが10%、20%、30%と増えました。高齢者の負担は最初50%が1973年に一挙にゼロになりましたが、また徐々に増えてまいりました。さらに保険料率を上げることによって収支を合わせ、診療報酬の価格を下げるにより対応してまいりました。

保険制度の構造改革の可能性について、現行制度のもとでの保険者の合理的選択は何かということをお考えすると、健康保険組合に関しては、加入者が比較的高齢で貧困であれば、できるだけ早く解散して第2層の政管健保に移ることが良いと思われます。そうしますと、政管健保には14%の助成金がついているので助かるわけですが、一方では、政府の助成金は増えていきます。

かねてから国保の合併が課題となっていますが、これはまず市町村そのものが合併しない限り、実現しないと思います。と言いますのは、2つの国保が合併すれば、一方の保険料は必ず上がるので、下がる方は賛成しますが上がる方は絶対反対するからです。

したがって、実現するためには、どうしても年

齢と所得によるリスク調整が必要です。それによって合併するために公平な土俵が生まれるからです。つまり、年齢が高く、所得が低いところは助成を受け、逆に年齢が低く、所得が高いところは拠出するというドイツのような国のレベルで調整する仕組みがない限り、合併は不可能だと考えます。

その際、かねてから都道府県を単位とする保険者の統合が課題となっています。それはほとんどすべてのサービスは県単位で完結するということが、自分が受診する病院が建て変えられたり、あるいはサービスが追加や削減されたりする形で医療サービスの給付と保険料の負担の関連が見えてくるからです。

それから、地方の自治を認めるということで、スミス先生からご提案のあった受診行動によって患者負担を設定することは、国レベルでは調整が付きませんが、都道府県レベルでは可能ですし、同様に実績と質の評価に応じた医療費の支払いということも身近な地域医療の場であればこそ実現可能であると思います。あるいは、住民参加による優先分野の設定、すなわち、新しい病院を作るのか、ヘルス活動に予算を増やすのかという設定もできます。

次に、診療報酬の果たす役割についてお話しさせていただきます。これはなかなか外国人にはおろか日本人にも分かりにくい制度ですが、全保険者、全医療機関に適用されているものです。「診療報酬」と言いますと、医師の報酬だけのように勘違いされますが、それは間違いで、看護師の人員費あるいは薬剤費などもすべて賄っており、料金を決めています。また、その価格だけではなく、給付する際の条件の設定や、量の規定もしています。

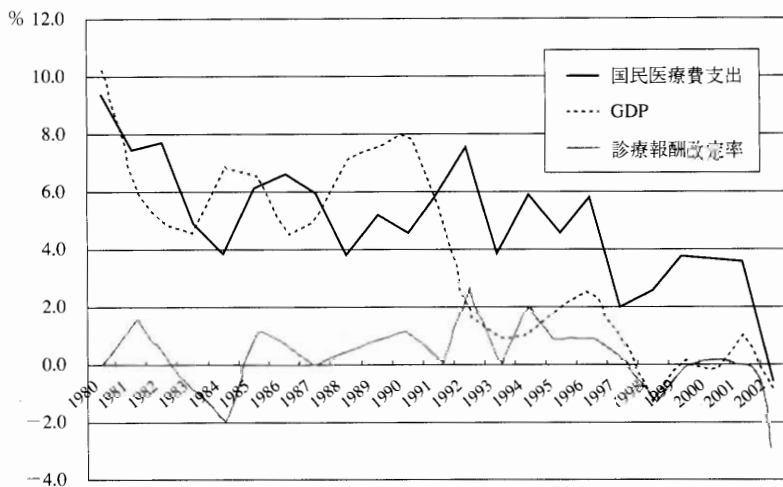
具体的な例を言えば、通院して精神療法を受けるというのは、退院後4週間までは2回請求できますが、それ以降は1回だけに制限するという形で回数も規制しているわけです。これは、保険者から医療機関へのお金の流れを決める唯一のバルブとして機能しています。医療機関が規定されていない内容や条件で医療を提供した場合には、そ

の部分を保険外で請求することは禁止されています。そしてこれを守っているかどうかをレセプトという明細書をチェックして、細かく管理しています。このお金の流れは図1に示しましたように、いろいろな保険者があっていろいろな医療機関がありますが、その全体を束ねるところに診療報酬があって、バルブでお金の流れを調節することによってお金の流れが変わってくるわけです。

改定というのは、すべて中央で行われまして、まず第1段階として政治交渉によって総枠の改定率が決まります。これは、日本医師会と財務省の間で国会議員を仲介役として行い、そのときに医療機関や医師の経済状況、医師の場合はどのくらいの収入を得ているかということが調査されます。次に、第2段階は、診療報酬や薬価を、総枠の改定率の範囲内で個別に改定します。これは量、つまり回数が増えていけば点数を下げるという原則があります。例えば、頭部のMRIを例にすると、2002年の改定前が1回1万6,600円だったのが、改定後は1万1,400円ということで、回数が増えた分値段を下げればトータルのコストは変わらないように繰り返し引き下げています。あるいは政策目標である在宅医療等を達成するために高めに設定して、ということを繰り返していました。ただし、点数による誘導効果を評価するのは非常に難しいです。と言いますのは、回数の増減する要因は非常に複雑に絡んでいるからで、逆に政策決定の検証は難しく、説明責任が十分果たされていないことにもなります。最後に、薬価については、市場価格を反映して下げられています。

このように調整されているので、日本は医療費が高騰していると信じられていますが、実は、医療費の抑制は比較的成功していたのではないかと思います。1980年代は、費用の増加率はGDPの増加率と同じでしたし、1990年代は失われた10年でGDPの増加率がほとんどなかったために、その乖離が生じたところに問題があります。しかしその中で、診療報酬の改定率と医療費の関係をみますと、非常に強い相関がありまして、効果的に医療費が抑制されたと思います。

この関係を示したのが図2ですが、国民医療費



注) 国民医療費支出に、2000年に介護保険に移管したサービスを含めて算定。

図2 日本におけるGDP、国民医療費、診療報酬改定率の年次推移(1980～2002年)

の毎年の変化とGDPが、80年代はほぼ平行であったのが、90年代になるとGDPの増加が少なくなります。一方、国民医療費と診療報酬改定率については平行な関係で、診療報酬の改定でかなり医療費がコントロールされていることが明らかになると思います。

医療費の増加要因を分解しますと、診療報酬が0.46%（消費者物価指数より1%少ない）、また人口の増加と高齢化を併せると毎年1.8%で増えています。残りが2.8%で技術革新と受診率の変化ですが、この2.8%というのはGDPの4%より低くなっており、アメリカでは逆にGDPより1%高くなっているのです。かなり技術革新も吸収できたと思います。

診療報酬の改革が可能かどうかということについては、2003年に、大学病院等に、DRGに似たDPCという包括評価の導入が試行されました。これは非常に変則的な包括化で、1入院当たりではなく、入院1日当たりで、病院によってそれぞれ異なる係数を乗じています。こうしたことは日本の医療が標準化されていなくて、大学病院でも平均在院日数が2倍近く大きな格差があることにに対する対応です。複雑であるので広げることは非常に難しく、またデータの不足が顕著でして、例

えば病気を分類するICDのコーディングを使っているのは全病院の18%に過ぎません。

最後に混合診療の容認について簡単に触れておきます。診療報酬においては、給付できるサービスや医薬品材料及び提供する際の条件が定められています。ここで定めたもの以外のものを提供することは禁止されていますので、これを自由化すべきであるということが言われていました。本日、決着したようですが、混合診療が解禁されれば、公的保険の枠外のサービスが次第に拡大して民間保険が不可欠になり、民間保険加入者と非加入者の間の不公平ができること、及び有効性に疑問のある治療が拡大することが問題であると思います。したがって、むしろ給付外となっている医療サービスを迅速に保険の給付対象にすることが課題であると考えています。

そこで、将来はどうなるかと申しますと、経済成長が再び望めるかということ、どうも中2階にあるということで難しいかもしれません。しかし、経済成長がまた回復すれば、改革の圧力が減少するかもしれません。しかしながら、一方では、年金の保険料率に上限ができたので、次の社会保障費抑制のターゲットは医療になるでしょう。これからの漸進的な改革を続けることができるかどうか

か。ただし、スミス先生もおっしゃられていましたが、抜本改革というのは非常に危険な要素を秘めており、破綻の危険性もあります。私自身は、5年計画の行動計画に従って、5年先の明確な目標を示した上で、年毎の調整をして透明性のある改革を行うことが望ましいと思います。そこで、総括的にスミス先生に提示したい私の質問は、これまで日本は漸進的改定を重ねてまいりましたが、今後も、このような漸進的改定で十分なのかどうか。もし十分でないのだったらどのような改革が可能かをお聞きしたい。これをもちまして、私のコメントを終えます。どうぞご清聴ありがとうございます。

~~~~~

府川 続きましてディスカッションを開始します。ただ今貝塚先生、池上先生からいただいたコメントに対して、パートレス先生、スミス先生からお返事をいただきたいと思います。最初にパートレス先生にお願いしますが、貝塚先生のコメントもまた多岐に亘っていて、しかも大変答えにくい質問が多々あったと思います。教育の問題にしましても、あるいは家族の役割の問題にしましても、大変答えにくいとは思いますが、最低限、貝塚先生の指摘された点を考慮すると、パートレス先生の試算結果が大きく変わるかどうかについて、少しご意見をいただければありがたいと思います。それではパートレス先生お願いします。

パートレス 高齢者や非高齢者の被扶養者にかかる費用を負担するというのは、非常に重要なことです。また、いかにこうした扶養にかかる経費を支払うかということも重要です。すなわちこれが政府の予算によるのか、あるいは家計内のやりくりでやるのかということです。また、教育を公立学校でやるのか、あるいは私立学校でやるのかということによっていろいろ違ってまいります。

ただ1つ、ここで強調させていただきたいのは、社会的に全体としてみた負担、すなわち引退後の高齢者と労働力に参入する前の子供や若い人々からなる被扶養者を扶養するための総負担という

のは、いかに手厚くわれわれが被扶養者を扶養する準備があるかどうかによって依存すると思います。実際に彼らを公的資金で扶養するか、あるいは家計内のやりくりで扶養するのかということは関係ないと思います。例えば、私は自分の子供を大学に送るために、私が授業料を払うわけです。これによって私のサラリーの20%を毎年費やさなければいけないわけですが、これは、子供たちを公立の学校に送るということであっても、退職者に対して負担をするということであっても同じだと思います。

すなわち、この被扶養者をいかに扶養するかという問題のうち、社会全体の資源、たとえば国内総生産のうちどれだけの金額を被扶養者のために支出するかという、被扶養者への移転総額の問題は、実際にこれをどのようにファイナンスするのか、言い換えれば、どのような財源を用いるのかとは関係ないと思います。

もちろん政治的には、どこから財源を持つてくるかということも重要かと思えます。すなわち政府が被扶養者に社会保障制度や教育制度を通じてコミットメントする形とその程度によって、被扶養者への資源の移転をいかにファンディングするかということは重要な問題です。資源や所得の移転を公的なチャネル、例えば、公的な年金システムでやるか、あるいはプライベートの家計のやりくりでやるかということによって、制度の形と財政の規模は違ってくるかもしれません。

しかし、全体で見ればこれからの世代にとっての負担ということを考えますと、被扶養者をいかに扶養するかということは、われわれが被扶養者に対してどれだけ手厚く提供するかということだと思います。その財源は関係ないと思います。すなわち寛容性の問題なのだと思います。

それではその他の点、いろいろご指摘いただきました点についても、付言申し上げたいと思います。

1つは、日本とアメリカは随分違うのだということですが、両方の国を訪問してみますとその通りだということによって皆が納得するわけです。日本はやはり非常に均質な社会で中央集権化されてい

ます。それに対して、アメリカは非常に国民の多様化も進んでおり、また、ヘテロジーニアスな(異質的・多様な)社会です。ただ、この2つの社会には多くの重要な点において似ている点も多々あると思います。

ちょうど6年前、私は本を書いております。日本も含めた4大先進国の人々と一緒に書いていたのですが、日本とアメリカの公的な移転システムということについては、特に高齢者の年金をこの4ヵ国で比較しますと、日米が最もよく似ていたということがありました。OECD統計、特に社会保障・社会福祉の公的支出を見えますと、日米のパターンというのが非常に似ているということが分かりました。確かに明確な形で、この2つの社会に違いはあります。しかし、ある意味において似ている部分もあるのだということです。

そして将来はどうかということですが、おそらく将来は、この2ヵ国は、もっと違ってくると思います。それは、日本の出生率がアメリカの出生率よりもずっと低いからです。ですから、日本は高齢者の公的扶養をどうするかという非常に大きな問題に直面せざるを得ません。一方、アメリカにおいては、いかに若い世代を教育するか、また扶養していくのか、あるいは働いていない、学校に行っている、まだ依存状態にある若年成人をサポートしていくかという問題に直面します。

また、貝塚先生からご指摘がありましたとおり、社会制度の展開は日米両国におきまして違うわけですが、共通に言えることは、例えば1人暮らしのお年寄や、若い子供たちと離れてお年寄夫婦で住んでいたりとという例が増えてきているということでしょう。このように、世帯構造や生活形態が変化してきている中で、様々なコストもかかるようになってきたのだと思います。多世代の人々が一緒に住んでいるような時代とは随分違って来たということです。ここ100年の間、社会が非常に豊かになってきた過程で、単独世帯が増えたりあるいは、親と子供だけの2世代世帯が増えたりしてきたことから理解できるように、家族の構成に関して進化が見られるということです。

人々が豊かになれば、やはり1人で住んでみた

い、独立性を維持したいと思うようになるわけです。確かに、家族と一緒に住みたいとか、分かれて住むよりは一緒に住んでいるほうが安いというような動きもあるわけですが、日本においても、高齢者の方々は、今おそらく若い人達と一緒に住むということは、少なくなっているということが分かります。40年前と比べて随分違うと思いますが、これは、どの先進国を見ても同じ状況だと思います。

次に、高齢者の扶養あるいは非高齢者の扶養ということで、生涯の負担というものをどう考えるかといったご指摘がありました。この問題について論文を書いたこともあります。多くの人々がこの世代間における負担の在り方というものに直面しているわけです。自分たちの世代は他の世代を扶養しているため支払いの方が多いと、自分たちが実際に若い人から受ける扶養よりも、支払いの方が多いと考えている人も多いかと思いますが、それは必ずしもそうではないと思います。すなわち、所得あるいは賃金というのは、自分たちの前の世代の所得あるいは賃金との比較ということだと思います。

例えば、先進国におきましては、現在の30代の人たちは、20、30年前の30代よりも豊かになっているわけです。ですから、現在30代の人々が、前の世代よりも支払いが多いからといって、それで負担が多くなっているというわけではありません。生活水準自体が非常に高くなっているということです。ですから、自分はこの世代の犠牲者である、非常に多くの負担を以前の世代よりも払わなければいけない被害者であるというふうを考えるかもしれませんが、一方、受け取っている賃金も前の世代に比べれば非常に高くなっているという点を忘れてはいけません。

ですから、私も、高齢者の保険などの社会保障に対して支払いをしています。このような世代間の連鎖と世代ごとの賃金水準の相違に留意すれば、社会保障の負担は大きな負担になっているかもしれませんが、今高い税金や社会保険料を払っているからということで、不平不満を言うてはいけません。その一方で現在生活水準が非常に

高まっているということで、現役世代はメリットを享受しているということも忘れてはいけないと考えるからです。

**府川** 追加でお聞きしたいことがなければ、次に池上先生のコメントに対するスミス先生のお答えを頂きたいと思います。池上先生が最後におっしゃられましたように、日本の漸進的な改革がこれからも続けられるかどうかについてスミス先生のお考えを聞きたいということでもあります。もちろんスミス先生は日本のシステムについてそれほど詳しくないとおっしゃっていましたが、それでも、ヨーロッパの医療システム改革のご経験から見て、ご感想でも結構ですのでコメントをいただければ幸いです。スミス先生、よろしくお願ひします。

**スミス** 池上先生のお話を伺って最初に思いついたことがあります。どのような医療制度でも、説明責任という根本的な課題は共通であると思います。つまり、保険者、支払者、納税者、誰であれ、お金を出す人たちは自分たちが出したお金が当初、市民として、有権者として想定していた形で使われていることを確認できるかどうかが大変重要だと思います。皆保険制度でユニバーサルなアクセスを維持したいということであれば、本来想定されていたとおりにお金が使われているか確認できることが重要です。公正であると感じることが必要であり、自分たちの出したお金がきちんと使われているということが確認できていなければ、事前に積み立てておくという強制保険という形は維持できないと思います。

こうした点から、保険者が細分化されているという話に繋がるものと思います。お話を伺っていると、この点が日本において潜在的な問題なのかもしれません。それは、それぞれの保険者の規模が小さく、作業が複雑になるので、自分が負担した保険料がきちんと当初想定していたとおりに使われているかどうかを確認するのが難しいからだと思います。

特に、医療機関ごとの質、効率といった点について、保険者がモニタリングできるのかどうかということに疑問があります。ですから、日本では、

保険者についての何らかの改革が必要なのかもしれないという気がしています。

しかし、念のため申し上げておきたいのは、イギリスは、いわば改革の専門家だということです。医療制度に関しても構造改革は2年に1度はやっています。それを20年間やってきましたから、われわれは改革のエキスパートだと言わざるを得ません。そもそも、1回改革と称するものをやると、システムが復活するために2年はかかります。ですから、いつも、改革の成果があったのかどうかを確認するまで続いたことがありません。すぐ次の改革ばかりやっています。

ということで、これは是非お願ひしたいのですが、もちろん改革は必要ですが、一旦変えてみたらそれなりに続けてください。そうしないとその評価はできません。そこから学習することもできません。良かった点は良かったなりに評価できるまでに時間がかかるし、悪かったのであれば改善するためのレビューの時間が必要です。これはイギリスのように朝令暮改で制度が変わる国の経験からのお願ひです。

また、どのような改革をするにしても、特に分権を行う場合に重要なことは、リスク調整の概念あるいは所得格差あるいは健康状態の格差が、自治体間、地域間、あるいは疾病金庫間にある場合に、補填をするという概念です。どのような制度のもとでも、この概念がとても重要です。その狙いとしては、金庫に対して補填をするわけで、それぞれの支払者が、ある特定の保険料率で標準的なサービスを提供できるように確保するということです。相当の説明責任を果たす仕組みがあれば、地方の機関であったとしても、保険料率を変えて、より質が高いものを購入するなり、あるいはその地域における自己負担を下げるなり、という決定ができるわけです。

そもそのスタートポイントとしてはすべての機会を提供し、同じ水準のケアが提供できるようにしなければいけません。技術的にはこれは可能で、少なくともヨーロッパの全ての国々では行われています。特に、オランダ、スウェーデン、ドイツでは、非常に上手く機能しています。ただし、



質の高い情報がなければ、こうした仕組みは構築できませんが、逆に言えば、良い医療制度があれば、副産物として自然に良い情報は流れてくるはずです。

一方で、多くの欧州の国では、医療制度を管理する単位は、やはり地理的な地方単位であるべきではないかというコンセンサスができています。スペイン、イタリアについても、市町村への分権を行いつつありますし、ノルウェーでは地方レベルでまとめています。イギリスにおきましては、「ヘルスディストリクト (health district)」という医療地区が15万ほどありますが、これでは単位としては小さいのではないかということで、これを再編統合し、大きくしていくことを検討しています。だいたい100万人から200万人ぐらいをカバーできる単位を考えているようです。そう考えれば、日本の場合には都道府県というものが、そうした単位になるかもしれないと思います。このように、地域単位、地方単位での医療制度に、多くのところが収斂しつつあると思いますので、これは真剣に検討する価値があると思います。

次に診療報酬についてです。池上先生が大変すばらしい命題を出してくださったのですが、正直申しまして、完全に理解ができたとは言えません。もう少し勉強すればより良く理解ができると思います。ただ、敢えて申し上げれば、この支払いのメカニズムはとても重要です。細かいところではありますが、償還がどのように設計されているかにより、医療機関にとっても保険者にとってもインセンティブが大変変わってきます。極めて専門的な内容になりますが、重要なポイントです。この償還については、政策立案者として、目標を達成しようという気持ちを持たせられるかどうか、政策立案者が権限を持って診療報酬制度を変えるなりして、それを生かすことによって、政策目標を達成できる仕組みになっているかどうかということが大切です。どのような報酬制度であったとしても、同時にきちんとしたリスク共有の制度がなければ成り立ちません。そうしませんが、純粋な償還制度であれば、最悪な事態として、全く調整が利かないということも考えられますので、そ

うした事態を回避しなければなりません。

一方で、この償還制度について、医療技術の評価と併せて考えていく、すなわち、本当に効果がある医療に対して、きちんと償還をしていくという新しい概念も生まれつつあります。一部の償還については、きちんとした質が達成できた場合のみ償還するという条件を付ける、例えば一部の診療報酬の10%部分は、医療機関が、認定されているガイドラインに則った形で医療を提供している場合に限り、償還を行うという条件を付けることを検討している国もあります。

まとめますと、正直申し上げて、池上先生の質問にきちんとしたお答えはできません。日本は改革をすべきか否かといったことは、一言で言えないのですが、少なくとも積極的に変化の可能性は探るべきだということは考えていくべきだと思います。ただし、慎重に考えて、また実施についても段階的にするべきだと思います。モニタリングをしつつ、改正をするべきときにはできるように、かつ他の国から学ぶ時間が必要だと思います。しかし、日本の医療制度の根幹はとてもしっかりしたものだと思います。もし、政策立案者の方たちが積極的に関心をもって新しい時代に対応しているという気持ちがあるのであれば、もともと健全な基盤があるので、それを活用してより良い制度が必ずでき上がっていくと思います。以上です。

府川 ありがとうございます。具体的な提案までいただきまして感謝申し上げます。それではこれで午後の第1セッションを終了します。

## 【ディスカッション2】

ゲイリー・バートレス、ピーター・スマイス、貝塚 啓明、池上 直己、府川 哲夫 (司会)

府川 それでは、午後の第2セッションを始めさせていただきます。このセッションでは、午前中の問題提起、及びお二方の基調講演を踏まえ、