視点

医療制度改革について

No.156 2001年12月

国民生活に直結する医療制度改革が、また迷走している。医療制度改革については、経済財政諮問会議、総合規制改革会議の改革方針がいち早く出された後に、厚生労働省案が出た。これに対し財務省から対案も出ている。政府・与党協議会が最終案のまとめを急いでいるが、これに社会保障審議会や中医協の審議も加わってくる。国民にとっては、はなはだ見えにくい図式となっている。
現在の議論の最大の焦点は、医療費の抑制と負担増の問題だ。厚生労働省案では、老人医療の対象者を70歳から75歳に段階的に引き上げるとともに、自己負担率を原則2割から3割に引き上げるとしている。高額医療費の自己負担額も引き上げる。一方、毎年4%程度の高率で伸びている老人医療費については、伸び率の管理制度を導入する。伸び率の目標値を「高齢化による伸び＋経済の伸び」とし、これを上回った場合、翌々年度に調整するというもの（財務省は翌年調整と主張）。これまでにない新たな提案である。

第2の論点は、診療報酬や薬価基準の見直しだ。診療報酬では医療技術や医療機関の運営コスト（病院施設や人件費）を反映した体系的な見直しや、包括払いの拡大などがある。
保険外診療の拡大をはかることも検討テーマになっている。

以上の問題のほかに、今年は規制改革の観点からの改革がいくつか取り上げられている。一つは医療情報に関わるもので、「情報開示の推進、根拠に基づく医療（EBM）の

推進、IT化の推進」などである。もう一つは、保険者機能の強化に関わるもので、「保険者によるレセプトの直接審査」と「保険者と医療機関の個別契約」を可能とするものである。医療改革については、ややもすると財政問題に関心が集中するが、これらの改革は、ある意味でわが国の医療の抜本改革をもたらす可能性を秘めている。

たとえば情報の問題。日本の医療社会は密室社会であるとともに、科学性が極めて貧困である。ある病気にかかったとしよう。行く病院や診療所によって、薬剤や治療がまったく違うということはよくある。風邪で言えば、大阪の治療代は概して高い。抗生物質を多用するからである。風邪くらいならいいが、高度な手術を要する病についても同じである。おおよそ標準というものがない。治療データから最新最良の治療方法を求め、これを普及するシステムがない。出来高払い制では医療費が高くなりがちなので、包括払い制の大幅な導入がいわれている。だが、その前提である治療方法のガイドラインがなければ、割高で、かつ手抜きされても仕方ない制度になる。患者への開示を含め、医療情報の整備と開示にかかわる改革は、「効率的で質の高い医療」の実現に欠かせない。

保険者（健康保険組合）によるレセプトの直接審査は、平成13年度中に解禁するとされている。支払う者が請求書をチェックするのは当たり前のようだが、健康保険制度ではそれが当たり前でない。昭和20年代の一片の通達により、請求・支払い業務は全て社会保険報酬支払基金（支払基金）を通さなくてはならない。第一次チェックは支払基金が行い、健保組合によるチェック結果は、支払基金が認めた範囲でしか有効でない。支払基金の機能がしっかりしていれば問題はないが、基金自体が厚生労働省の管轄下にある。保険者を代表するものではなく、不正請求も極めて高額なものしか網にかかっていない。保険者による直接審査の解禁は、活用の仕方によっては、健康保険制度に革命をもたらすであろう。それには次のような仕組みが必要と考えられる。

まず、一社一組合の健保が個々に病院とやりとりすることは、極めて不効率を招き、支払い側の力の強化にもつながらない。できれば都道府県レベルで拠出金により協同機構を構築する。ここに業務推進者とともに医師団を抱える。権威ある審査をするにはそれ

が欠かせない。スクリーニングのためのチェックは外部委託が考えられる。協同機構の中では治療機関や、治療方法と成果などについての情報を蓄積し、積極的に交流し、配布する。レセプトが完全にIT化されれば、支払基金ではできない長期にわたる縦覧チェックもでき、ムダな重複通院も把握できようし、より有効な治療や医療機関を患者に紹介できる。データが蓄積されれば、患者側からみた「医療のガイドライン」を作成できる日も来る。米国の欠陥を克服した「日本版マネージド・ケア」を構築することも可能である。連合が日経連や経団連に働きかけて、このような構想を推進してはどうだろうか。

わが国の健康保険制度は、行政主導の典型的な「命令・管理モデル」である。最近、保険者機能についての議論が盛んになっているが、欧米の先進国では、さまざまなタイプの「契約モデル」を取り入れて、保険者、患者サイドからの管理を強化している。医療費の単なる負担・抑制論議だけでなく、システムについての研究と提案が求められている。また、健康保険組合については、「患者・被保険者のエイジェントとしての機能」が問われている。現在、被保険者からの相談機能さえ持っていない健保組合が多い。医療過誤がこれほど取り沙汰されている時代に、健保組合はおろか、健保連でさえも手を拱いているのはいかがなものか。健保組合を被保険者の労働組合に置き換えて考える必要がある。

さて、来年の医療改革を実質的に左右するのは、政府・与党の社会保障改革協議会である。新聞で報道されている範囲で見ると、痛みを伴う改革を先延ばしにする方向で議論が進んでいるようだ。相も変わらず医師会の声優先なのだろうか。これに対し小泉首相は、医療制度改革は「三方一両損だ」と診療報酬の引き下げを示唆している。それはそれとして、制度改革もきちんと仕上げてもらいたい。

ＨＰ ＤＩＯ目次に戻る ＤＩＯバックナンバー