

医療特区における社会実験の在り方

滝口進氏 東京女子医科大学講師 / 医学博士

急激な少子・高齢化に伴って、国民医療費増大と医療保険制度の危機が叫ばれている。特区で医療分野を扱うのであれば、どのような取り組みがなされるべきか。東京女子医科大学講師・滝口進氏にうかがう。

日本の医療制度

現行の日本の医療制度について滝口先生の基本的な問題認識からおうかがいしたいと思います。

滝口 日本の医療保険制度は、ドイツの制度を範として大正11年に作られた健康保険法に基本を置いています。本来、鉄血宰相のビスマルクがアメとムチのうち、アメの政策として考えた制度で、保険者の自治、国の関与は最小限に止めるといった精神を備えていましたが、富国強兵を国策としていた当時の日本に導入される時、そのような精神は置き忘れられ、屈強な兵士をつくるといった観点から、国がすべてを仕切る制度になりました。

戦後、民主主義国家として生まれ変わった時も、また別の観点から国が仕切ることになります。厚生官僚は、社会福祉の理念のもと、すべての国民に公平に等しく医療サービスを提供しようとするわけです。それにのっとって、早くも昭和23年には社会保険診療報酬支払基金法を制定して、支払いを一元化し、審査をする仕組みをつくっています。

中央集権型の制度を目指したと？

滝口 厚生官僚も決して私利私欲ではなく、使命感からでしょうが、多くの規制を設けてすべてをコントロールしようとしたわけです。そして昭和36年にはついに国民皆

保険制度を達成して、いつでも、だれでも、どこでも、低コストで治療を受けられるという世界に例をみない、ユートピアのような世界を実現したわけです。国民生活がまだ貧しい時期には、全国一律の平等主義にも大きな意義があったと評価できます。逆に、そのことが医療サービスは極めて特殊であり、貧富の差に関係なく、すべての人に等しく施されるべきであるという意識を強固なものにしたとも言えるでしょう。

日本医師会もそれを是としているわけですね。

滝口 かつては自由診療論者の武見太郎会長率いる日本医師会は、国民皆保険で強制される統一価格制度に反対でした。プロフェッショナルフリーダムに基づいて、自らの責任において医療にあたるべきだと主張していたわけです。しかし、いったん国民皆保険制度が成立すると、やがて、それに依存するようになり、今や公的保険に自由診療を組み合わせる混合診療には絶対反対の立場です。一般国民の感覚からすれば、1年目の医師が横に参考書を置きながら診ても、何千例の経験があるベテラン医師が診ても、初診料は同じ2,500円(病院の場合)というのはおかしいと思うでしょうが、現在の制度は医師国家試験をパスした医師が診る以上同じレベルのサービスが提供される、という架空の前提に基づいて成立しているわけ

です。

ともかく戦後、日本の医療制度の在り方は、厚生省と日本医師会との間の議論によって進められてきました。そこに一般国民の意見は十分に反映されていたのか顧みる必要がありますが、今回の特区については、その厚生労働省と日本医師会が一致団結して反対しているわけです。医療の分野に市場原理はなじまないとか、一国の医療分野に複数の制度を持ち込むことは公平・平等な日本の医療制度を損ねる。そのような反対理由からです。以上のような前提を押さえた上で、特区の議論に入る必要があります。

無駄の排除、多様性の確保、技術の進歩

今回の特区をどのように理解されていますか？

滝口 急速な少子・高齢化の進展という状況があり、国民医療費は増加の一途をたどっています。現在約30兆円の国民医療費が、2025年には80兆円に達するという予測もありますが、それを支えようにも日本の経済成長は鈍化して、財源が逼迫しているわけです。仮に国民が総収入の20%を医療費に回していればと容認するならば、現行制度のまま維持できるかもしれません。しかし、最も楽天的な政治家も、そ

という国民的コンセンサスを得るのは難しいと感じるはずです。

また、これまで手厚い社会保障のもと、公平に、一定レベルの医療サービスが提供されてきましたが、そのネガティブな面として、例えば選択と集中の欠如であるとか、著しい非効率さが指摘されています。

そういう状況をふまえた時、私は三つの改革が求められると考えます。

第一に、無駄の排除です。制度そのものが必然的に持つ無駄から、医療サービスを提供する側、受ける側、それぞれのモデルハザードに起因する無駄まで様々な無駄がありますが、それを徹底的に圧縮することです。では、それを中央政府が仕切れるかということ、おそらく無理でしょう。医療に限らず、他の行政部門についても同様の指摘がされていますが、地域で生じる無駄は地域の責任において処理しなければなりません。それが今、中央から地方へという流れが求められる理由でもあるわけです。

第二に、患者の満足です。ただ無駄を無くして、効率化すればいいという簡単な話ではありません。「要求の多様性」という婉曲な言い回しが用いられますが、要するに国民が限り無くわがままになっているのです。よい医師にかかりたい。痛くない治療を受けたい。丁寧に扱ってもらいたい。快適な病室に入りたい。そのようなニーズと、全国国民に低コストでそこそこのサービスを保証しようという公的保険制度の在り方との間に乖離が生じているわけです。患者を満足させるには、アメニティ部分、より丁寧なもしくは快適な医療、先進的医療や画期的な新薬などの保険になじまない部分は本人の選択に任せて、本人が納得して支払うのであればいいではないか、という考えは決して少数派の意見ではありません。

第三に、医療技術の進歩です。電電公社がNTTになって他の会社も参入し、はじめて急速に携帯電話が進歩したことが

らも分かるように、画一的で、競争がない環境に置かれると、ものごとは進歩していきません。今の制度が、医療が十分進歩する環境と言えるのかという問題です。

改革の担い手としての保険者

特区における医療の領域の改革についてどのようにお考えですか？

滝口 全国レベルで医療制度を大転換しようとしても、日本医師会や厚生労働省という抵抗勢力が強過ぎる。また、万一改革に失敗した時、重大かつ不可逆的なダメージを受けるかもしれないという反論にも一定の正当性があります。そこで、地域を限定して時限的に大胆な改革を試してみようというのが特区でしょうし、私としても、その可能性に期待したいと思います。ただ現時点では、その議論は細目に終始している印象を受けます。例えば、特定地域で外国人医師の医療行為を認める。それはそれで意味がありますが、治外法権的に扱うだけで終わってしまうのでは、本来特区が目指したものと違うのではないのでしょうか。もっと広い視野で、まったく新しい制度を試みる抜本的トライアルが求められると思います。

試みるべきトライアルにはどのようなものがありますか？

滝口 社会保障という枠内で改革を進めるなら、最も明確なかたちは保険者の自由度の強化だと思います。混合診療やIT化といった個別の改革は地域の状況を見ながら保険者が判断し、実施する。これまで保険者の業務は保険料の徴収・支払に終始していましたが、いわば保険加入者のための「総合健康エージェンツ」になってもらうということです。その際、制度設計上、大切なことは特区で得られた結果について科学的な評価を行い、その利点、欠点を国民の前に明示して、特区での試みを全体に広げるか否かを選択できるようにすることです。

保険制度という基盤的な部分から見直す必要があると。

滝口 昨年5月、経済同友会の自主的研究会で、医療費の財源に関して、公的財源と私的財源を併用できるようにすること、具体的には「二階建て健康保険方式」と「新民間健康保険方式」を提案しました。今の公的保険でカバーする範囲は確保して、上積の部分は民間保険会社の開発競争に委ねる。混合診療にしても、国が認めたものでなく、保険者が認めるようにすれば、もっときめ細かく、適切な混合ができる可能性があります。そして試みが成功すれば、全国に広げる。特区で医療改革を考えるなら、長崎の出島のようなかたちでおさめるのではなく、そういう観点が必要ははずです。

民間の保険会社にしても大きなビジネスチャンスですね。

滝口 全国なら数十兆円の市場規模が見込めるでしょう。

アメリカでは保険者が強い権限を持つと聞きます。

滝口 実は日本にはアメリカの比ではないほど強力な「保険者」がいます。それが国です。診療報酬をコントロールして、必要とあらば、医療機関に査察に立ち入り、医師の資格を剥奪する権限まで持つ。各保険者はその事務代行機関に過ぎません。改革の要諦は、保険者としての国の権限をいかに委譲していくかという点にあるとも言えるわけです。

東京女子医科大学講師 / 医学博士

滝口 進(たきぐちすすむ)

1950年生まれ。1969年4月～1972年3月早稲田大学理工学部。1972年4月～1978年3月奈良県立医科大学。1980年4月～1985年4月東京女子医科大学第二外科助手。1985年5月～1986年3月東京労災病院外科医長。1976年4月～1987年10月東京労災病院外科副部長。1988年4月～東京女子医科大学第二外科講師。通商産業省保険者の情報に関する研究会座長、経済同友会医療制度改革プロジェクト委員等の数多くの学会、公的委員会で活躍。

読者の皆様のご意見・ご感想をお寄せください。

h-bunka@lec-jp.com

