

# 日本医学ジャーナリスト協会講演

平成16年11月25日(木) 日本記者クラブ

## 消費者が動かす医療サービス市場

—わが国医療改革の進むべき方向性—

- 1、レジナ・E・ヘルツリンガー著「消費者が動かす医療サービス市場」
- 2、わが国における医療規制・慣行の特異性
- 3、わが国社会保障の現状と改革の必要性
- 4、混合診療解禁に向けての議論のたたき台

広島国際大学 医療福祉学部 教授 岡部 陽二

E-mail; [y-okabe@hh.ijj4u.or.jp](mailto:y-okabe@hh.ijj4u.or.jp)、URL;<http://www.okabe.org>

# 1-1 消費者が動かす医療サービス市場

## —著者レジナ・E・ヘルツリンガー教授の現状分析—

### 1、医療サービス市場

- ①本来、医療機関と患者の二者間の交渉により成立すべき
- ②現実には、第三者である専門家集団(医療保険団体、政府)が主導

### 2、マネジドケア

- ①医療保険団体と医療機関が提携して、患者へのサービス提供を「とにかくノーという方針」で出し渋るシステム(DRG/PPSによる包括定額払い、ゲートキーパー医など)
- ②市場原理を導入したマネジドケア(管理医療)は論理矛盾

### 3、情報の非対称性

- ①医療のみに存在する現象ではない(消費者は自動車やパソコンの知識を有しない)
- ②医師のパターナリズムによって克服されるべき問題ではなく、患者が強く賢くなることによって、対等の立場で交渉できることが肝要

### 4、医療サービスの生産性向上

- ①サービス現場(生産段階)でのイノベーションが原動力
- ②小売・金融分野では消費者重視の競争により、高生産性を実現

# 1-2 消費者が動かす医療サービス市場 —ヘルツリンガー教授の主唱する実現への道—

## 1、変革の原動力;雇用主企業(政府の保険機関)⇒401k型医療保険

- ①豊富な選択肢の設定—従業員のニーズに合致した真に差別化された給付内容・期間・医療機関の選択・保険料支払方式の保険品揃え(標準化からの脱却)
- ②適確な情報の提供—被保険者の意思決定を支援

## 2、変革の推進者;医療機関と医療保険組織⇒良質で低コストのサービス提供

- ①医療機関;フォーカスト・ファクトリー、異分野間・地域での提携・組織化、個別化された医療技術の提供など
- ②医療保険組織;真に差別化された医療保険商品のラインアップ

## 3、変革への財源拠出者;消費者(患者)

- ①セーフティー・ネットの拡大に協力
- ②サービスの質に見合った価格の受入れ

## 4、変革の監督者;政府

- ①医療機関・医療保険の評価情報の提供
- ②非良心的な医療機関・医療保険団体の規制強化と排除

# 1-3 消費者が動かす医療サービス市場

## —ヘルツリンガー教授提唱の医療サービス生産性向上方策—

### ●フォーカスト・ファクトリー（総合病院から専門病院へ）

- ①診療科別の細分化;慢性病患者に壊滅的な影響(医師も病院も最終責任を負わない)
- ②保険診療報酬の細分化;フォーカスト・ファクトリー医療に経済的に合わない
- ③消費者のニーズを中心に据えた医療システムへの転換が必要

### ●症状に即した個別性の強い医療技術

- ①ゲノムに基づく診断、遺伝子の差に応じた薬剤、身体の働きをモニターできる医療機器
- ②薬剤費や医療機器利用料の増加;結果的に入院費用抑制効果の方が大

### ●診療情報記録の一元管理

- ①一元管理の欠如が医療過誤多発の一因(医師間の医師の不疎通)
- ②消費者自らが自分の検診暦・病歴管理する一元管理システムへの転換が急務  
—個別性の強い医療技術は運動選手にとっての進んだ運動用具に相当、  
一元化された診療記録は運動選手にとっての栄養改善の医療サービス版—

# 1-4 消費者が動かす医療サービス市場

## —ヘルツリンガー教授からのわが国医療システムへの助言—

### ● 評価すべき点

- ①健康で長寿、米国に比して少ない肥満・糖尿病・心臓血管系疾病患者
- ②国民皆保険、GDP8%の低い医療費(米国は14%)

### ● 医療システムの問題点

#### 1、非効率性

- ①長い待ち時間、短い診療時間)、顧客軽視の姿勢、
- ②病院の構造的特性—病院総数が米国の1.5倍と多く、スケール・メリットが働かない
- ③患者一人当りの医療従事者数の少なさ(米国;全雇用の8%、日本;4%)
- ④サービス提供体制の均一性—競争の欠如が生産性向上と顧客満足度アップを阻害
- ⑤海外で開発された新薬・新技術導入の著しい立ち遅れ

#### 2、ゲノムやオーダーメイド医療分野の立ち遅れ

—硬直的な診療報酬制度が起業家のイノベーション意欲を阻害

#### 3、他の経済分野における生産性向上の足かせ

### ● 有効な方策

- 1、消費者への選択肢賦与
- 2、自由価格診療の拡大

# 1-5 マネジメントの質を左右する六つの“C”

## ◎ 成功の鍵となる三つの“C”

- Customer (顧客)
- Competition (競争)
- Change (変革)

## ◎ 失敗の共通要因としての三つの“C”

- Complacency (自己満足)
- Conservation (保守的)
- Conceit (思い上がり)

出所;上:MITマイケル・ハーマー元教授、下:クリーブランド大学ハートレー教授、  
J・アートレストラン・システムズ社長望月広愛氏の講演より借用

## 1-6 米国に学ぶわが国医療改革のヒント

- ① 米国の無保険者も医療サービスを享受している
  - 慈善医療の額;年間3000億ドル(1998年、AHA)、総医療費の約30%(?)
- ② 「確定給付」型の保険は医療保険としても成り立たない
  - 「確定拠出」型(401k)への転換しかない、日米ともに年金では転換が加速
- ③ 消費者の意見が反映できる医療サービスの質と価格決定の仕組が不可欠
  - マネジドケア破綻の教訓、中医協改革の重要性
- ④ サービス産業として育成する国家戦略
  - バイオ産業、高齢者への生活サービス産業が経済成長の牽引車

## 2-1 わが国の医療規制・慣行の特異性

### 1、混合医療の原則禁止

- ・米国はもとより、皆保険の国でも保険診療と自由診療の併用は原則的に自由  
(ただし、英国は国営診療か私的自由診療かの選択制で、混合は認められていない)

### 2、株式会社病院の新規設立禁止

- ・欧米諸国では、例外なく、営利組織の病院設立は自由  
(ただし、非営利組織が圧倒的に多数で、営利は伸びていない)

### 3、医療機関へのフリーアクセス容認

- ・ゲートキーパー医(家庭医)を経由して、専門医にかかる制度が一般的  
(病院は、救急以外の外来患者を受け付けない)

### 4、医師のパターナリズム、情報開示に消極的

- ・伝染病などに対する行政措置の名残
- ・情報の非対称性を医療の特異性と考える誤解



## 2-2 医療提供体制の主要各国比較(1998年)

| 国名   | 人口千人当たり<br>病床数 | 病床百床当<br>たりの医師数 | 病床百床当<br>たりの看護職員数 | 平均在院日数        | 外来受診率<br>(1996) |
|------|----------------|-----------------|-------------------|---------------|-----------------|
| 日本   | 13.1           | 12.5            | 43.5              | 31.8          | 16.0            |
| ドイツ  | 9.3            | 37.6            | 99.8              | 12.3          | 6.5             |
| フランス | 8.5            | 35.2            | 69.7<br>(1997)    | 10.7          | 6.5             |
| イギリス | 4.2            | 40.7            | 120               | 9.8<br>(1996) | 6.1             |
| アメリカ | 3.7            | 71.6            | 221               | 7.1           | 5.8             |

## 2-3 総医療費増加率の日米比較

(単位;10億ドル)

| 年度             | 日本    |       |           | 米国    |       |           |
|----------------|-------|-------|-----------|-------|-------|-----------|
|                | GDP   | 総医療費  | GDPに占める割合 | GDP   | 総医療費  | GDPに占める割合 |
| 1980           | 1,008 | 66    | 6.5%      | 2,772 | 241   | 8.7%      |
| 1990           | 2,302 | 136   | 5.9%      | 5,751 | 684   | 11.9%     |
| 2000           | 3,286 | 248   | 7.6%      | 9,762 | 1,279 | 13.1%     |
| 過去10年の<br>増加倍率 | 1.43倍 | 1.82倍 |           | 1.70倍 | 1.87倍 |           |
| 過去20年の<br>増加倍率 | 3.26倍 | 3.76倍 |           | 3.52倍 | 5.31倍 |           |

## 2-4 医療サービスの日米比較(1998年)

|               | 日本      | 米国      | 日本／米国倍率 |
|---------------|---------|---------|---------|
| 総病院数          | 9,333施設 | 6,021施設 | 3.3倍    |
| 総病床数          | 1,656千床 | 1,012千床 | 3.5倍    |
| 病院従事の医師数      | 174千人   | 192千人   | 2.0倍    |
| 看護師・准看護師数     | 727千人   | 1,179千人 | 1.3倍    |
| 一般病院平均在院日数    | 31.5日   | 6.0日    | 5.3倍    |
| 外来患者年間延数      | 64.6百万人 | 54.5百万人 | 2.5倍    |
| 年間手術件数        | 3,3百万件  | 26,1百万件 | 0.3倍    |
| 一稼動病床当り年間医業収入 | 12百万円   | 82百万円   | 0.2倍    |

注； 日本／米国倍率は両国の人口(日本；126百万人、米国；270百万人)比率を勘案、調整後の倍率

## 2-5 医療費の各国比較

### —一人当たり医療費、総医療費の対GDP比、高齢化率—

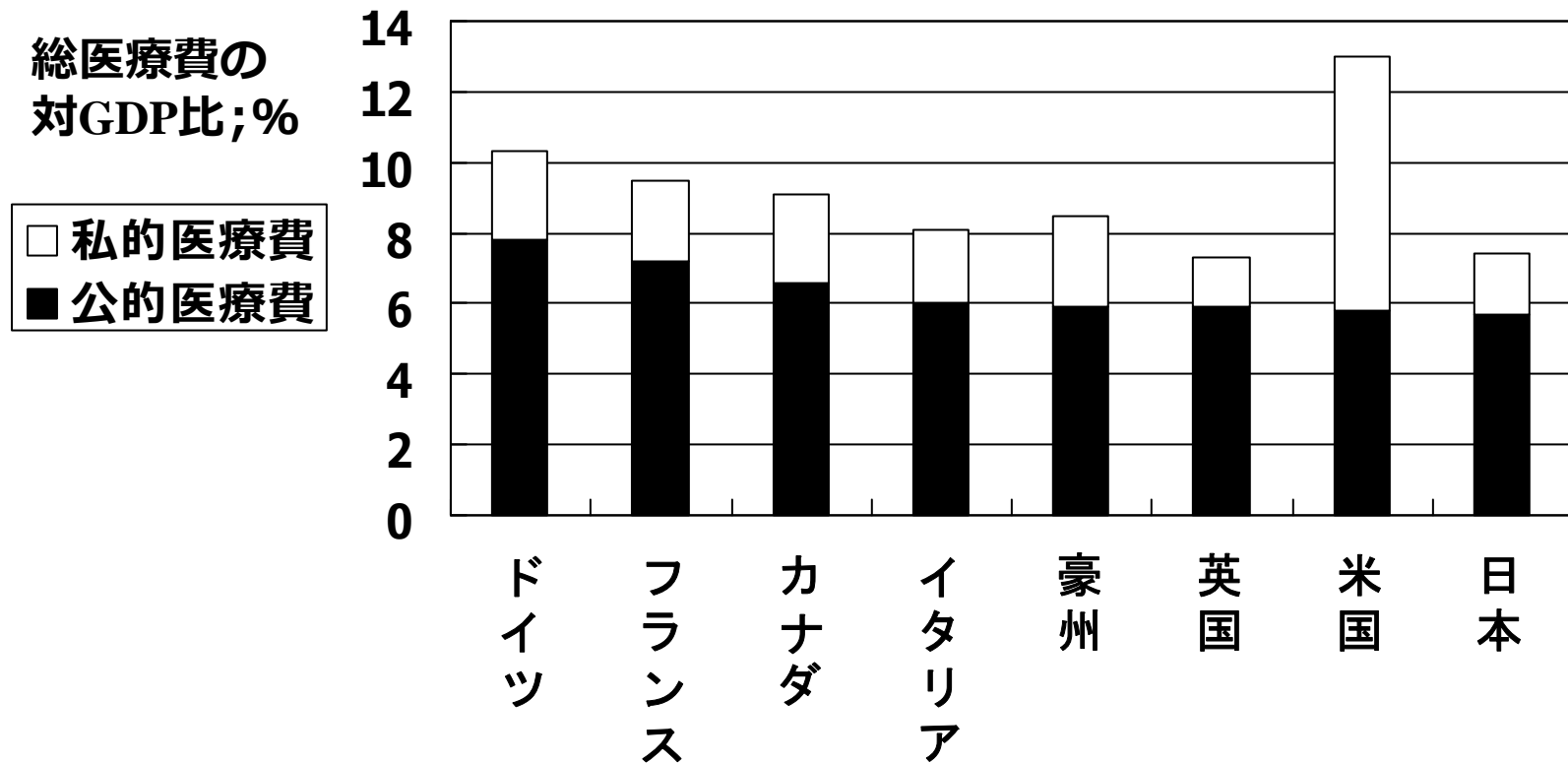
| 国名   | 一人当たり医療費(千円)<br>(2001年) |    | 総医療費の対GDP費(%)<br>(2001年) |    | 高齢化率(%) |       |
|------|-------------------------|----|--------------------------|----|---------|-------|
|      |                         | 順位 |                          | 順位 | 2000年   | 2025年 |
| 日本   | 319                     | 13 | 8.0                      | 16 | 17.2    | 27.4  |
| ドイツ  | 421                     | 3  | 10.7                     | 3  | 16.4    | 23.4  |
| フランス | 383                     | 8  | 9.5                      | 4  | 15.9    | 21.7  |
| イギリス | 298                     | 17 | 7.6                      | 19 | 16.0    | 21.2  |
| アメリカ | 732                     | 1  | 13.9                     | 1  | 12.5    | 18.8  |

出所; OECD Health Data 2003年版

注; 順位は、OECD加入国間におけるもの、高齢化率は、65歳以上人口の割合

## 2-6 医療費の国際比較

— 公的医療費と私的医療費との分担割合 —



出所; OECD Health Data、各国とも2000年度

# 3-1 わが国社会保障の現状と改革の必要性

## 1、現状

現在の社会保障費用(2000年度) – 総額;78.1兆円

(年金;41.2兆円、医療;26.0兆円、介護;3.3兆円、福祉などその他;7.6兆円)

– 国民所得(380兆円)の20.5%(国民負担率;47.1%の1/2以下)

社会保障費用に占める高齢者関係給付費の割合の推移

1975年;32.9%、1980年;43.4%、1985年;52.8%、1990年;59.1%、

1995年;62.9%、2000年;68.1%、2003年推定;70%超

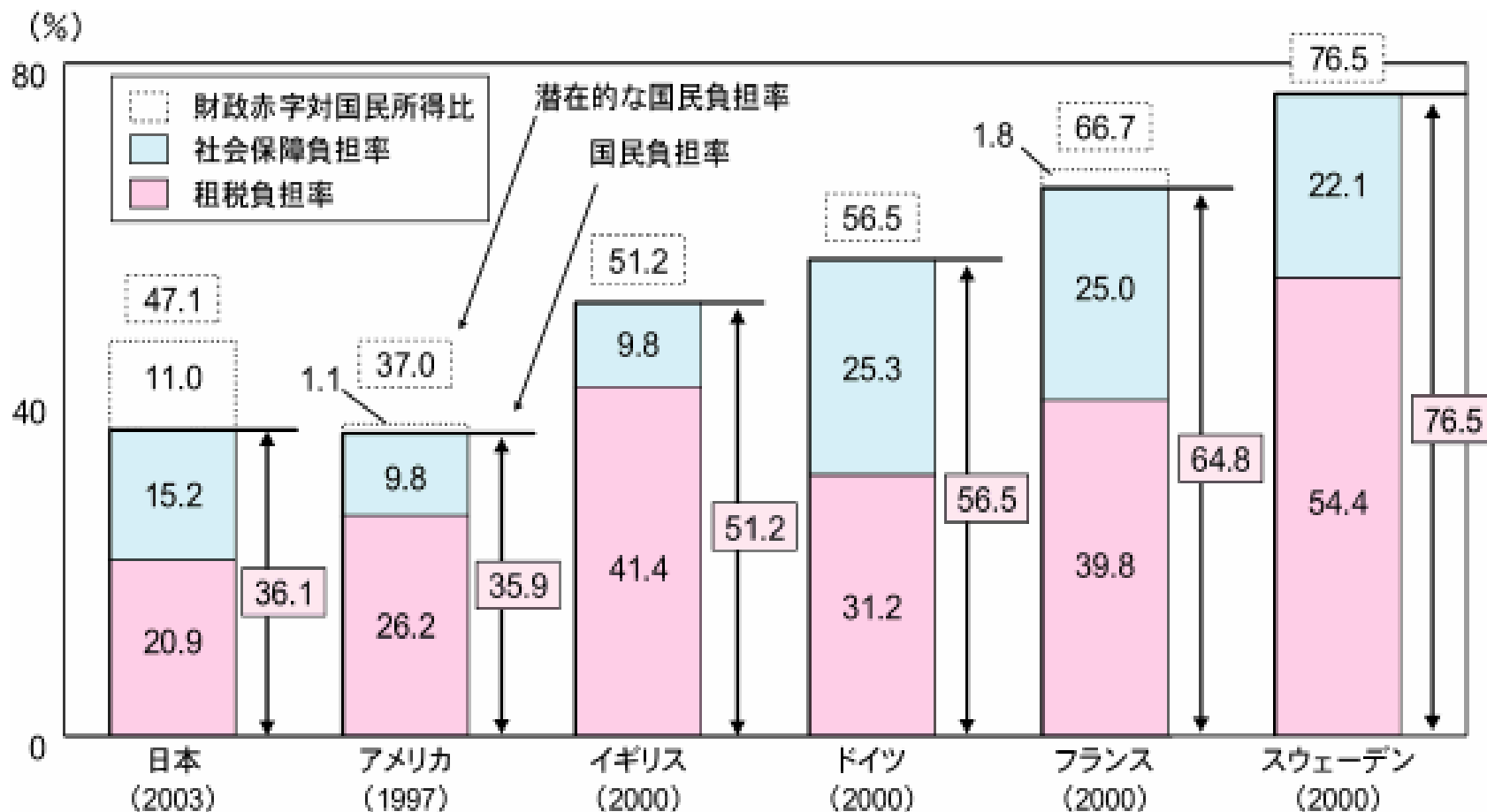
## 2、改革の必要性

- ①財政上の問題; 2025年には、社会保障費176兆円,国民所得比;31.5%の予想  
– 国民負担率60%超 (経済成長は年平均1.9%、医療費の伸びは4%以上)
- ②選択肢の欠如(規制が強く一律) – 多様なニーズを持つ国民の不満を増幅
  - ・年金; 公的年金に加え、確定拠出型企業年や個人年金
  - ・医療; 自由診療部分の拡充 = **混合診療**の原則化 – 消費者が選ぶサービス産業へ
  - ・福祉; 行政措置から選択・契約制の介護保険へ(介護は混合が原則)
- ③成長産業(ゲノムなど高度技術、雇用の造出策)として期待される医療・福祉分野 – 競争原理の導入が不可欠

## 3-2 国民負担率の国際比較

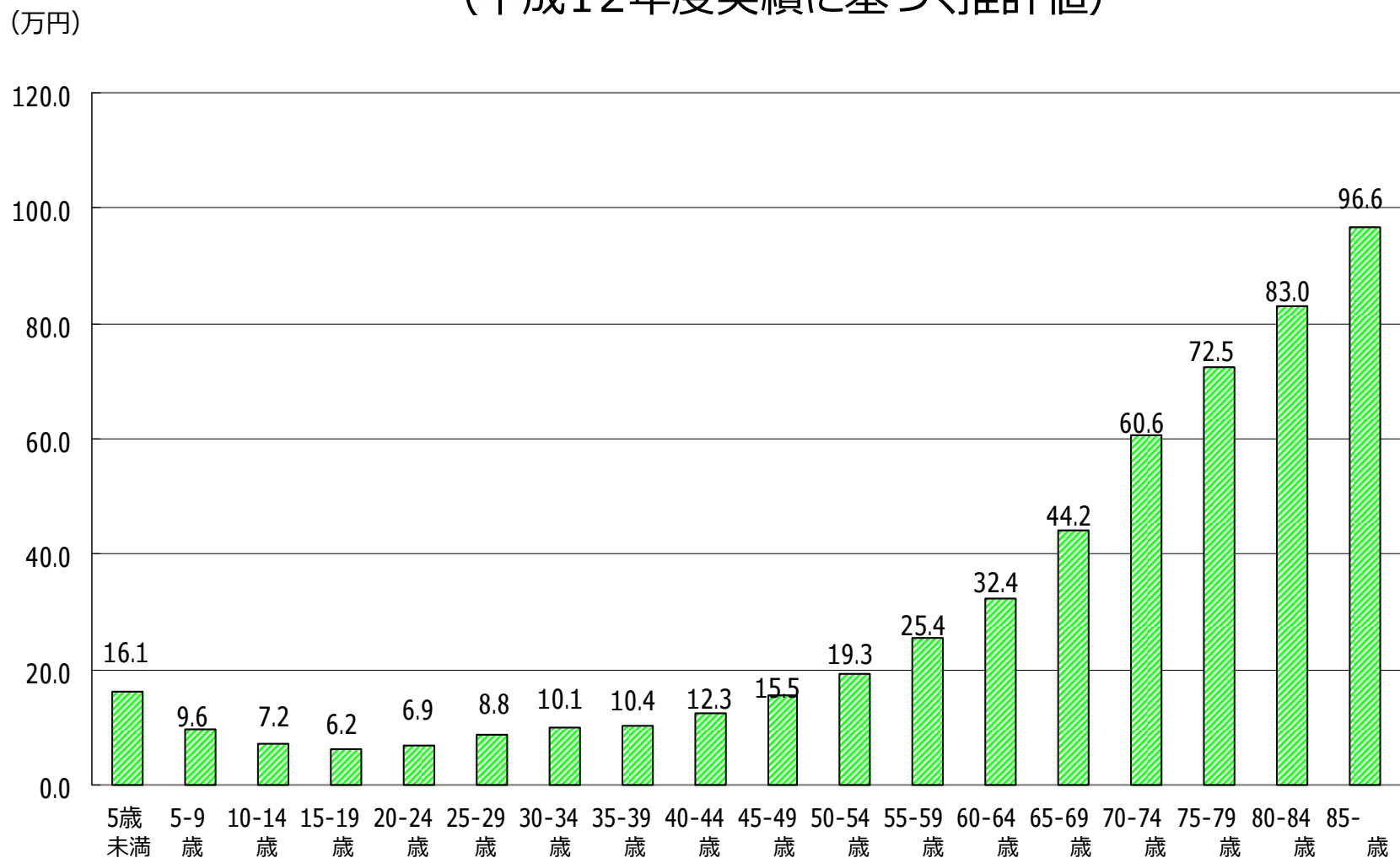
[国民負担率 = 租税負担率 + 社会保障負担率]

[潜在的な国民負担率 = 国民負担率 + 財政赤字対国民所得比]



注；日本は年度ベース見込み。諸外国は暦年ベース実績。2. 財政赤字の対国民所得比は、日本、アメリカについては一般政府から社会保障基金を除いたベース、その他の国は一般政府ベースである。

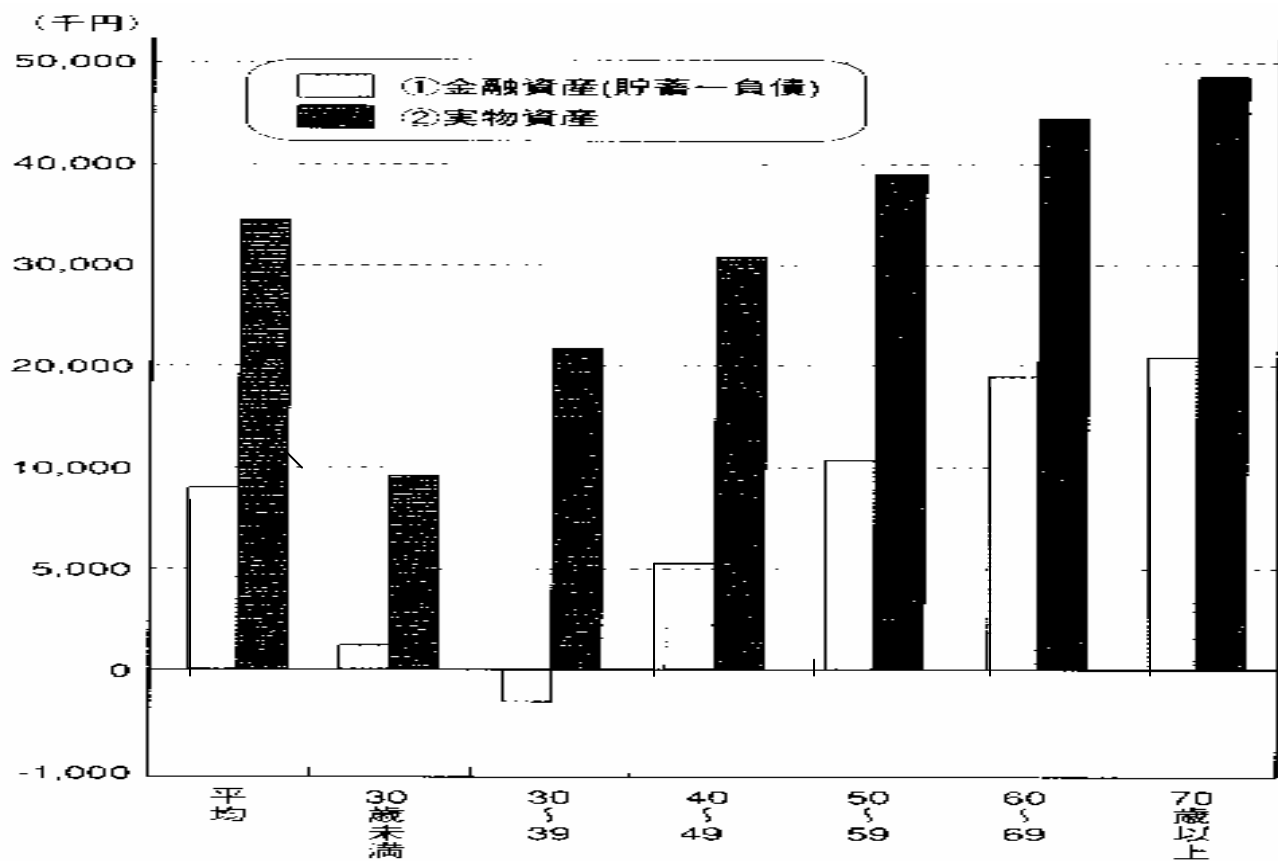
### 3-3 年齢階級別1人当たり医療費(年額) (平成12年度実績に基づく推計値)



(注) 加入者の年齢階級別医療費をその年齢階級の加入者数で割ったものである。

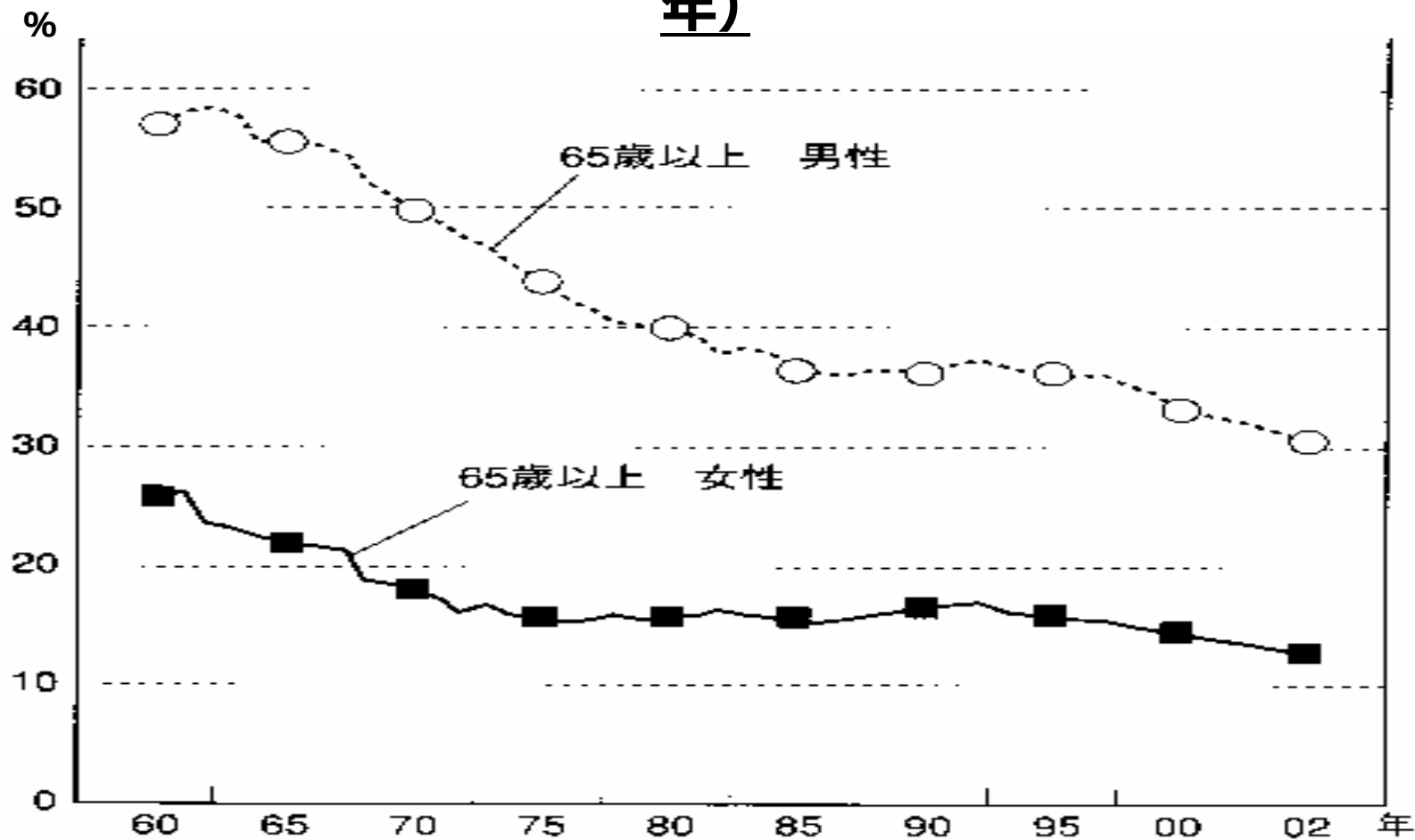


### 3-4 個人金融資産(純金融資産+実物資産)の年齢別保有状況



出典：総務省統計局「平成11年全国消費実態調査」

### 3-5 わが国の高齢者就業率推移(1960年~2002年)



出典：総務省統計局「労働力調査年報」

# 3-6 医療改革の方向性

—医療保険財政の建て直しと患者本位の医療提供体制の実現—

## 医療保険財政

・経済諮問会議・財務省

- ①国民医療費の伸び率管理—国民医療費の伸びを経済成長率の範囲内に抑制
- ②自由診療部分や大衆薬の拡大

・厚生労働省

- ①高齢者医療保険制度の創設による老人医療費の無駄排除
- ②医療保険制度の統合再編—都道府県単位を基本とした地域医療体制を指向
- ③診療報酬体系の合理化—包括化、差別化、ドクター・フィー、患者の視点

## 医療供給体制

・経済諮問会議・財務省

- ①医療機関に株式会社の参入容認—当面、特区の自由診療に限定
- ②医薬品販売の自由化

・厚生労働省

- ①病床区分の明確化を推進
- ②混合診療—「特定療養費」の拡大で対処

## 3-7 医療分野での規制改革リスト

(規制改革会議の主な指摘項目)

- 質の高い病院についての混合診療の容認
- IT化の推進による診療・医療事務の効率化
- レセプト・データの集積を通じた医療機関評価
- 診療報酬の出来高払い方式を包括払い方式へ
- 医師報酬と医療機関の設備費用等との区別明確化
- 保険者機能の強化;保険者と病院等との自由契約容認
- 医療機関の資金調達自由化(病院債・株式会社病院)
- 医療特区の活用(次のスライド)

## 3-8 医療特区の効用

(日本経済研究センター八代尚宏理事長)

- 特定地域に限定した規制改革効果の検証ができる
- 現在の医療保険では提供できない医療サービスを特定地域で提供し、健康水準の向上に資する
- 特定の待機的手術(内視鏡手術センターなど)を専門とする高度先進医療病院を育成できる
- 先端医療特区から発信される要望を全国的に適用できる
- 混合診療自由化の効果について医療現場での検証・事後評価を行い、全国適用の基礎データを提供できる

### 3-9 規制改革による経済効果の例

| 規制改革の内容                              | 効果      | 金額           |
|--------------------------------------|---------|--------------|
| <b>混合診療の解禁による医療需要増加</b> (スライド31参照)   |         | <b>3.8兆円</b> |
| 特別養護老人ホーム待機人員の解消                     | 11.3万人  | 0.7兆円        |
| 公営保育所の民営化と潜在的待機児童の解消                 | 151.3万人 | 1.9兆円        |
| 容積率引上げによる老朽高層住宅建て替え促進 (東京都区部、築30年以上) | 8万戸     | 2.4兆円        |

出所;日本経済研究センター

# 4-1 混合診療解禁に向けての議論のたたき台

## 現行規制—混合診療の原則禁止

### 1、混合診療の定義；

一患者に対する一連の診療行為において、保険診療と自由診療を併用することを原則禁止し、自由診療が一部でも含まれる場合には、すべての診療費用を自己負担とするという規制（法的根拠；保険医療機関及び保険医療養担当規則第18条及び第19条で規定、第5条第2項において保険医療機関が一部負担金を超える費用の支払を受けることができる場合を規定していることの反対解釈）

### 2、目的；

情報の非対称性の下では、患者は適切な医療サービスの選択ができない。

その結果、患者の自己負担が無制限に増加し、医療アクセスの不平等が生ずる事態を回避するために原則禁止。

ただし、患者のニーズの多様化や医療技術の進歩に対応して、1984年から混合診療の例外として**特定療養費制度**が設けられた。

これは、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とし、同時に行なわれる保健医療は保険給付の対象となるという制度である。差額ベッドや高度先進医療が主な対象であり、対象診療行為は順次拡大されている。

## 4-2 特定療養費として混合診療が認められる医療行為の範囲

| 種 類              |             | 適 用 条 件                      |
|------------------|-------------|------------------------------|
| 高度先進医療           |             | 高度先進医療の部分が自費                 |
| 選<br>定<br>療<br>養 | 特別の療養環境の提供  | 全病床の5割まで、1室4病床以下、面積6.4㎡以上ほか  |
|                  | 紹介状なしの初診    | 200床以上の病院につき、自由料金の初診料・再診料加算可 |
|                  | 予約に基づく診療    | 診療時間内、診療時間の5分の4まで            |
|                  | 180日超の入院基本料 | 入院期間が180日を超えた場合、入院基本料の15%が自費 |
|                  | 表示時間外の診療    | 患者の希望による時間外受診(時間外加算の2倍)      |
|                  | 医薬品の適応外投与   | 承認申請後、保険適用になるまでの間の薬剤費        |
|                  | 治験に係る診療     | 治験に係る検査、画像診断、投薬、注射が自費        |
|                  | 歯科の金合金など    | 前歯の鑄造歯冠に使った金合金・白金合金など        |
|                  | 金属床による総義歯   | 金、銀、チタンなどを床に使った総入れ歯          |
|                  | 齶触罹患患者の指導管理 | フッ素の塗布の費用が自費                 |
| 特別メニューの食事        |             | 特別の材料、特別の献立など食事療養費を超える部分     |
| 指定訪問看護に係る費用      |             | 営業日以外の日または営業時間外の訪問看護         |



## 4-3 混合診療(特定療養費)拡大実現の見通し

|   |  |
|---|--|
| <p>予防的措置や保険適用回数に制限があるもの</p>             | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ピロリ菌除去(現行は2回まで)</li> <li>・腫瘍マーカーの検査(現行は月1回まで)</li> <li>・入院中の患者が行なう検診</li> </ul>          |
| <p>患者の価値観に左右される医療行為</p>                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・乳がんで切除した乳房の再建</li> <li>・舌がん摘出後の形成</li> <li>・自動縫合器による痔の手術</li> </ul>                      |
| <p>医療行為に付帯するサービス</p>                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>・外国人患者のための通訳</li> <li>・国の基準を越す医師や看護師の配置</li> </ul>  |
| <p>高度先進医療のうち特定医療費制度で認定していないもの(調整課題)</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>・抗がん剤を保険適用外の症例に使用した場合</li> <li>・放射線がん治療や免疫細胞療法と抗がん剤の併用</li> <li>・未承認の医療材料の術中使用</li> </ul> |

## 4-4 混合診療解禁論者の主張

### (1) 医療保険財政の逼迫

— 保険医療費抑制政策のもとでは、社会の医療ニーズ増加に応えられない

### (2) 診療報酬体系の不合理性を補完

— 医療機関にとっての不採算医療の存在

— 医療技能と価格が対応していない(評価算定が困難)

### (3) 承認・保険収載体制の不備を補完

— 新技術へのアクセス、主に外国で開発された新薬・新技術導入が遅れる

### (4) 現状でも混合診療は行われている

— 医師への謝礼、レセプト診断名による保険請求など

### (5) 患者の選択の自由度を高め、医療保険制度の硬直性を補完することが必要

— 一律に自己負担を引上げる場合に比較して、所得格差の医療アクセスに及ぼす影響は小

### (6) 保険の枠にとらわれない医療機関間の競争によるサービス改善効果が期待される

## 4-5 混合診療解禁反対理由

### (1) 所得格差による医療アクセスの不平等の拡大(スライド37~40参照)

- 保険収載が大幅に遅れることにより、事実上の自己負担の拡大をもたらす
- 所得格差が拡大している状況下での導入は問題

### (2) 不合理な報酬体系、審査体制の改善が遅れる

- 新技術が何時までも自由診療のままでは、新技術へのアクセスが制限される

### (3) 不適切なサービスが診療現場に入ってくる

- 現行では保険収載審議の過程で新技術の適否がチェックされている

### (4) 「自由選択」が困難になり、逆進性の上昇と医療費支出比率の上昇が同時に起こる

- 低所得者の医療アクセスを悪化させないような配慮が必要
- ⇒ すべての自由診療を認可するのではなく、特定療養費の拡大で対応すべきではないか

## 4-6 介護保険導入の意味するもの

— 二階建て混合診療・定額払い制への第一歩 —

- 1、介護保険は高齢者医療を対象とした医療が主体の保険  
— 高齢者保険一体化を視野に
- 2、定額払い制が原則 — 医療保険では出来高払いが原則
- 3、高度付加サービスは全額自己負担  
— 医療保険では混合医療は限定的
- 4、営利企業の参入(段階的に拡大)  
— 医療保険では非営利 = 配当禁止が原則
- 5、加入単位; 個人単位 — 医療保険は世帯単位で加入
- 6、保険料; 市町村単位で決定 — 医療保険は全国一律
- 7、要介護度認定; 委員会で決定 — 医療は医師個人が決定

## 4-7 今後予想される特定療養費の拡大領域

### 1、特定医療費(ないしは混合診療全般)を拡大する場合の条件

- ①患者の利便性向上
- ②患者の選択肢増大
- ③医療のコア部分でないこと

### 2、検討が予想される拡大領域

- ①アメニティー全般(室料・食事代など)
- ②追加的な検査
- ③外国で認可されている医薬品・医療機器の使用
- ④資格が必要な代替医療
- ⑤大衆薬としても販売されている処方薬(イソジン・葛根湯など)
- ⑥指名料、迅速な診療を確保するための予約料など
- ⑦ゲノム治療など個別性の強い高度先進医療の拡大領域全般

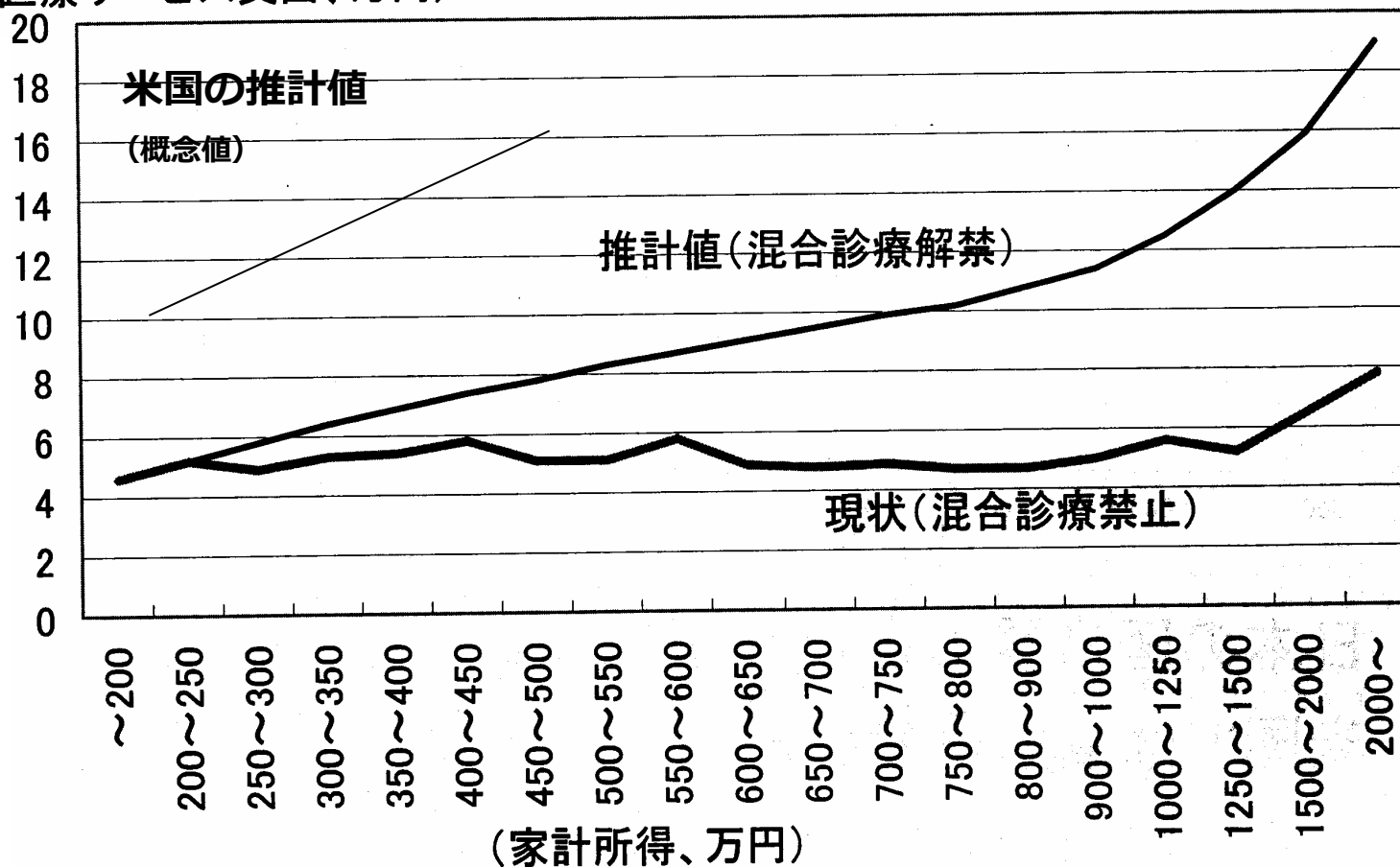
## 4-8 混合診療導入拡大の手順

### 一定水準以上の医療機関に限定した利用者との契約に基づく包括的な特定医療費の設定 – 経済諮問会議の案

- 一定水準以上の医療機関に限定することにより、儲け主義の質の低い医療機関を排除
- 混合診療を広範に手掛けることができる医療機関を認定することにより、医療機関相互間の医療の質向上への競争を促進
- 日本医師会の反対に配慮（診療所や中小病院には当面適用しない）
- 経済同友会も「保険外の新しい医療を受けようとすると、患者は非常に高額な負担を強いられる」と現状に批判的（混合診療原則禁止の現状はむしろ低所得者に高負担を課していると主張）

## 4-9 混合診療解禁による医療サービス支出増加

(医療サービス支出、万円)



出所; 日本経済研究センター

注; 医療サービス支出 = 医療費の自己負担額

## 4-10 混合診療拡大の条件—民間医療保険の拡充

### わが国の民間医療保険

—未発達ながら、保険金支払額は年間1.1兆円

(2001年度実績、公的保険支払の約6.5%)

—付保の対象も拡大傾向

(差額ベッド、入院介護費用→長期療養費用のカバーなど)

### 欧米主要国における私的医療保険の性格

○イギリス:私的保険はNHSに上乗せ。公私ミックスは認められない。

私的保険は奢侈財的性格。

○アメリカ:65歳未満には公的医療保険はない。公的保険メディケアでは

混合診療が一般的。私的保険が必需財的性格。

○ドイツ:高所得者等は自発的に公的医療保険から脱退できる。

混合診療は自由。私的保険は奢侈財的性格。



## 4-11 民間保険による混合診療への給付

給付の対象を厳密に規定する必要がある

1. **人**： 専門学会の認定医等に追加料金を支払う方式

問題点；認定制度の未成熟、認定基準の不統一  
「名医」が請求した金額をそのまま給付するような  
保険商品の設計は難しい

2. **施設**： 特定な医療機関に追加料金を支払う方式

問題点；公的病院の方が一般に設備・人員が充実  
税金で建設された公的病院でのサービスに民間  
保険をどこまで適用できるか

3. **物**： 特定の材料、医療行為についてだけを公的保険外  
で請求

⇒ 最も可能性のある 3.について検討すべきか

## 4-12 その他の民間保険の活用方法

### 1、公的保険との並存(オーストラリア型)

- 現金給付:入院した場合に定額給付
- 現物公的保険補完給付:室料等の特定療養費など
- 現物独立給付:契約病院において完全に独立して給付
  - がんや臓器移植など継続的な医療が必要な場合には分離に問題

### 2、公的保険の代替(ドイツ方式) 一次のような問題にどう対処するか

- 公的保険からの脱退で得をする人々:報酬高く、病気しない
- 公的保険からの脱退で損をする人々:報酬低く、病気をする
- 脱退を認めると残った人々の保険料は上がり、且つ、税による補填額も増加する

## 4-13 オーストラリアの医療保険制度

|               | 公的医療保険 (Medicare、PBS)                  | 民間医療保険                              |
|---------------|--|-------------------------------------|
| 入院医療費         | 公的病院での公的治療;急性期に限り全額カバー (皆保険)           | 公的・民間病院での私的治療をカバー                   |
| 入院中の医師医療費     | 同上、公的・民間病院での私的治療についてもMBSレートの75%をカバー    | MBSレートの25%ならびにMBSレートと実際の支払額との差額をカバー |
| 診療所・外来での医師医療費 | MBSレートの85%をカバー、ドクター・フィーの規制はなく、超過額は患者負担 | 民間医療保険でのカバーは認められていない                |
| 処方薬剤費         | PBSの指定薬につきカバー、ただし、一部自己負担が条件            | 同上                                  |
| その他           | 財源は税金、医師の選択、個室などは不可                    | 保険料の30%を政府が負担                       |

PBS; Pharmaceutical Benefit Scheme(薬剤給付保障制度)、 MBS; Medical Benefit Schedule (政府が診療行為ごとに定めたMedicareからの償還額)

## 4-14 オーストラリア・モデルに学ぶ

- ① 公的保険は急性期に限定(平均在院日数;4.6日)  
—ACAT(Aged Care Assessment Team、高齢者ケア判定チーム)が  
病院まで出向いて退院後の受入れ先を決定する方式
- ② 混合診療とドクター・フィーの自由設定を前提に自由診療を勧奨  
—民間医療保険料の30%を政府が給付
- ③ 年金・医療保険・介護ともに財源は税金に一本化
- ④ 施設介護者には、厳しいミーンズ・テスト(所得・資産とも)を実施

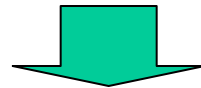
参考 <(株)富士通総研主席研究員 松山幸弘氏の論点>

## 混合診療の論点① 混合診療拡大による無保険者発生への対応

<混合診療解禁反対派の問題提起>

医療技術進歩に伴う公的保険の給付範囲拡充を抑制し、混合診療市場拡大を促せば、国民は保険適用外(自由診療)の高度先進医療費用を確保するため民間保険に加入する必要が生じる。

この民間保険に加入できない低所得者は、高度先進医療部分について無保険者となり、生命・健康の維持という基本的人権で国民の間に不平等が発生する。



この問題提起は正しい。従って、単純に民間保険活用による混合診療市場拡大に走るのは知恵不足。もっと工夫すべき。

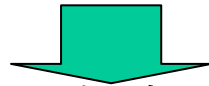
①公的保険を2階建てにし、2階部分を強制加入オプション保険とすることで、全ての国民に高度先進医療へのアクセス選択権を与える。

②自由診療部分に課税し、弱者救済財源を確保する。

## 混合診療の論点②

# 病人を差別する民間保険の欠陥是正

営利目的の民間保険は、利益の最大化を目指しており、健常者のみを勧誘、あるいは既往症のある人に対する給付を制限する。これは、死亡保障の生命保険では許された。しかし、医療保険は病人を救済することを目的にした社会システムであり、その目的に反する病人差別の要素は極力除去すべきである。



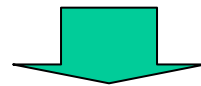
### <営利民間保険の欠陥を是正する方法>

- ①利益を全て加入者に還元する非営利民間保険の創設
  - ⇒民間企業の役割は、この経営代行業務
  - ⇒公的病院非公務員化で創る日本版IHNとセットにすることが有望
- ② Open Enrollment (既往症による加入 or 給付差別の禁止)
- ③ Health Risk Adjustment (加入者の平均医療リスクに基づく強制財源調整)
  - ⇒民間保険はクリームスキミングではなく保険者機能で競争すべき

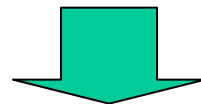
## 混合診療の論点③ 皆保険の必要条件は何か？

### ＜皆保険の判定基準＞

必要な医療を受けることを可能にする保険に国民全員が加入。



- 公的保険を前提にしたわが国でも健康保険証を持たない資格証明書世帯数が22万に達しており、既に皆保険ではない。
- 仮に民間保険であっても国民全員が保険料を支払い加入すれば皆保険になる。

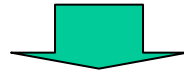


皆保険の必要条件は、「公的保険か民間保険か」ではなく、  
「国民全員が負担能力に応じて保険料を支払うかどうか」である。

## 混合診療の論点④

# 禁止すべきは利益目的の自由診療への誘導

高度先進医療に関わる混合診療の最大の問題は、医師が利益目的で患者に対し「保険診療より自由診療の方が治療効果が高い」とアドバイスする“自由診療誘導不誠実行為”の発生である。



仮に混合診療を解禁するにしても、自由診療誘導を防止し、その利益が特定個人にではなく社会に還元される仕組みを導入すべき。

### <具体的方法の例>

- ①混合診療適用内容の決定権限を個々の医師や医療機関に与えず、地域医師会や公的病院グループ等が中心になった機関を設置し決定させる。
- ②高度先進医療混合診療は非営利性の高い医療機関にのみ認可。

⇒アムニティ分野の混合診療は届出制で全ての医療機関に認める。