

健康文化

医療経済を考える

山内 一信

医療経済と一口に言っても医師にとっては茫漠して大変むづかしい学問であり、これを学んだからといって医療経営の達人ということにもならない。それほど医療は経済的にもむづかしい問題を含んでいる。かといって経済的視点を持たなくてよいかというとそういうわけでもない。やはり適正な医療を経済的な観点から見直し、日本の医療をより健全な形で成り立たせるために国家の医療の枠組みを建て直す必要がある。

医療は本来、経済的にとらえるかという問がある。確かに経済という言葉には財とか商品を扱うというひびきがあり、生命を扱う医療を経済という商品を扱う視点からはとらえにくかったことも事実である。しかし医療というサービスをうける場合、個人的負担がなければ、慈善的に行われるのか、あるいは財源を税金に頼らざるを得ないことになる。これを国家的予算ですべてまかなうにはあまりにも無理がある。ある程度の負担は個人が負うべきものであり、きちんとした代価を支払ってうけるものとなると、経済の問題として扱っても不思議でないし、むしろそう扱うべきものであろう。この考えに立って、医療経済学が発展しつつある。

ただ医療は、いわゆる経済であつかわれている単なる需要と供給、あるいは消費と生産という関係を成り立たせる自由市場機構の中にあるのではなく、公共性の強い財でありそれなりの特殊性がある。公共性の強い事業に国防、外交、司法、警察、行政、教育、福祉、医療、道路、水道などがある。これらの中で価格が必要なものは公共料金として設定され、おおむね生産費に適正と見なされる利潤を加えた額、あるいはそれより低い値に設定されているが、利潤の追求が目的にはなっていない。つまり自由市場ではなく、統制経済となっている。医療を経済を貫く自由市場—市場原理にまかせると裕福なものは得をし、貧しいものはまともな医療が受けられなくなり（市場の逆選択）、そこで公共性の高いものには統制が必要になってくるという。

さてここで医療というのは現代の文化国家では衣食住について国家が保障すべきものとの観念がつよく、医は衣食住と並んでいまや社会保障制度の根幹

となっている。このためどんな貧しい人でも医療を受けることなく果てることはまずない。

この医療を国民が平等に受けられるように、国家は医療保険制度を導入し、国民はすべてなんらかの医療保険に加入し（国民皆保険制度）、病気になったときには自己負担と保険金から給付しようとする制度が確立している。本来、社会保障（国民の生存権の確保を目的として主に貧困におちいつている人の救済）と保険（リスクマネージメント）とは異なる性質のものであるが、現実的には同じ様な感覚で見られている。この制度の恩恵により、医療へのアクセスビリティ（医療の受けやすさ）は国民全体でみれば比較的恵まれており、この国民皆保険制度の維持は皆の望むところとなっている。この保険の財源はおおよそ公費31%、保険料57%、自己負担12%ということで医療費を賄っていた。

この医療保険制度は高度成長期で経済が発展しているときは保険の財源も医療費も着実に延び、あまり問題は起きていなかった。ところが医療の高度化、複雑化と高齢化などにより医療費が着実に延びるのに対し、財源は伸び悩み、財源が圧迫されるという状況になってきた。ここで医療費を抑制すべく国家の統制が入り、医療費抑制策が打ち出されつつある。本邦ではまず病床数が抑制された。1990年以降病床数増加はないが、病床数が増加しなくても医療費は着実にのびている。この大きな原因として医療従事者数が着実な延びをみせ、医療側自身が自分達の生計経営を立ち行かせてゆくために、医療者がある程度有利になるように医療をする（過剰診療）というのである。これを供給（医師）誘発需要仮説という。これが可能なのは医師と患者との間には情報の絶対的アンバランス（情報の非対称性）があり、患者は医師の決定に従わざるを得ないという原理が働いている。

今どこの世界をみても同じような状況にあり、それぞれの国で医療費抑制策が打ち出されている。主なものは、①医療供給サイドとして 1)病床数規制（医療から福祉へ、施設から在宅への転換も含む）、2)医師数抑制、②医療報酬サイドとして、定額払い制や総枠予算制の拡大、③需要サイドとして 1)患者自己負担の拡大（医療品の一部負担の増額を含む）、2)給付の重点化、④「選択と競争」原理の導入、⑤その他 1)診療行為の標準化、2)医療費請求チェックの厳格化である。

さて本邦ではというと国民皆保険制度は絶対維持するという考えのもとで、負を補う財源をどうするか。国の言い分は国家がそれを負担すれば増税（消費税）であり、増税が嫌なら患者の自己負担を上げざるを得ないという考えである。勿論、医療費抑制策も考えられており①慢性疾患の定額制、②医療機関の

機能分化、③医薬分業などである。さらに①独立した高齢者医療保険制度の創設、②診療報酬の定額払い適用範囲の拡大、③薬価への市場原理の導入（実勢価格）、④大病院の外来患者5割負担なども考えられている。④は月額1,000万円～2,000万円という定額支払いをしても、ほとんどが死亡という転帰症例に対する歯止めともいえる。

医療経済といっても結局は統制経済となって、行政の統制に押切られそうであるが、問題はこの定額払い制にしても何を根拠に原価が決まるかであろう。単なる1疾患グループについて費用の平均値をとって、それが定額の根拠へとになってしまう可能性が高い。基本的には医師が最も良質、適正な医療を行って、かつ経営が成り立つための費用が決められるべきであるが、抑制のためだけの定額とになると、経営側は何とか経営を成り立たせようとして、医療の質に歪みがかかるし、公的病院においても経営の責任をトップへ押しつけ、個人が医師として努力をしない可能性もないわけでない（過小医療）。

この低経済成長で医療財源が延びなやむ中、一方では医療技術がどんどん発展する状況でどのような体系の医療制度が適正（医療構造改革）で、どうしたら国民の医療を守ることができるのか、医の原点に基づいた医療経済のしくみを考えなおさなければならない。

文献

- 1) Ota Y and Yamauchi K: Is regulating the number of beds effective in controlling national medical expenditure? Japan Hospitals 16: 1997. In press.

(名古屋大学医学部附属病院教授・医療情報部)