

## ～ 21世紀の成長分野としての医療産業を支えるシステム～

川淵 孝一

わが国の医療費の対 GDP に占める割合は比較的低い。これに対して、医療の質の尺度を示す乳幼児死亡率や平均寿命は良好な値を示している。つまり、諸外国と比べてわが国の医療システムをコスト・パフォーマンスは悪くない。それでは、なぜわが国の医療システムは改革しなければならないのかと言えば、これから経済成長率が1～2%という低成長の中で、未曾有の高齢化・少子化に日本は直面しなければならないからである。さらに現行の医療システムにも問題がある。具体的な欠点を挙げると、情報開示不足、病院機能分担の未整備、診療プロトコルの欠如、1床当たりの職員数の不足、の4つになる。

これに対して、わが国の医療システムの長所は 国民皆保険制度、フリーアクセス、自由開業医制、出来高払いによる支払い方式の4つとされるが、この長所も今一度考え直す時期がきたと言える。その理由は、まず国民皆保険といっても歴史的経緯から「つぎはきの政策」でやってきたので、被保険者によって負担と給付の割合は全く異なり、水平的・垂直的公平性が保持されなくなっているからである。第二に、フリーアクセスが大病院志向のみならず、“かかりやすさ”が災いして、簡単に医療機関に行くというモラルハザードを助長している。第三に、自由開業医制も、確かに、医師や医療機関の量的な拡大に貢献してきたが、これが無秩序に行われてきたため、医師数・病院数の地域的偏在という弊害を引き起こしている。そして、第四に、出来高払い方式も粗診粗療を防ぐ意味では有効な支払い方式だったが、これが「薬漬け」「検査漬け」と呼ばれる過剰診療をもたらしたと言える。また、出来高払い方式が開業医のみならず病院にも適用されたので、事務コストやキャピタルコストといった固定費部分を薬価差益や検査差益から回収せざるを得ないという歪んだ現象をもたらした。

それではどうすればよいのか。医療改革について3つの工程表を提案したい。まず第一に、今の医療界に求められているのは、「医療の受け手」と「医療の担い手」に存在する情報のギャップを埋める政策である。そのためには、「選択と集中」がキーワードとなる。医療の受け手にとってフリーアクセスが保障されているといっても医療機関を選択する情報がほとんどないというのが現状である。これに対して、医療の担い手も意外にお互い同士を知らない。そこで医療の受け手には信頼に足る情報を提供する一方、医療の担い手側も情報の共有化を進め、自らの得意・不得意を知ること、医療機関の再編を促進する必要がある。「重症な患者にお金をかけないで治した医療機関」が報われるような制度設計を目指すべきである。

そのためには、現行のレセプト様式をアナログからデジタルに変更するのが一番の近道である。国際標準とされるICD（国際疾病分類）コーディングを医療機関に義務付け、医療機関のパフォーマンスをDRG（Diagnosis Related Groups）別に数値化し、その結果を医療機関のみならず、一般市民にも公開するのである。手始めに、医療事故が多発している大学病院等82病院からなる特定機能病院から、当該政策を実行に移したらどうだろうか。

第二は、医療保険制度にまつわるモラルハザードを阻止する政策である。いわゆる「社

会的入院」は、医療固有の問題というより住宅政策の貧弱さにその原因がある。ケア付住宅の建設を促進する一方で、現在在宅ケアより患者の自己負担が少ないとされる施設ケアの自己負担を引き上げる必要がある。

一方、いわゆる「はしご受診」や大病院志向を無理やり解消しようとする政策も現実的ではない。こうした現象は、患者の本源的欲求に根ざしたもので、抑制不可能である。患者の自己負担を引き上げるとともに、その見返りとして、大病院の前に、Medical Complex（診療所の複合体）を設けて患者の選択肢と利便性を増やすような政策が望まれる。

また、国民医療費の約4分の1を占めるといわれる「生活習慣病」に対しても「アメ」と「ムチ」の政策が必要である。より具体的には、「10年以上医師にかかっていない人」の医療保険料を引き下げるとともに、急速に増加している肺ガンの危険因子である「タバコ」には増税を課す政策が求められる。

さらに、ポストゲノム下に進展が予想される「オーダー・メイド・メディシン」の財源として、シンガポールが1984年に導入したMSA（Medical Saving Account）の要素を現行の社会保険方式に付加することも検討に値する。同制度は、自らの口座に給与から強制的に一定の掛け金を積み立てるという仕組みで、その用途を医療サービスに限定している。所得税のみならず、相続税（一定の上限はあるが）も非課税となっていることから「医療版マル優制度」と解すこともできる。

「保険」ではなく「貯蓄」なので、一定のモラル・ハザードを阻止するというメリットを有するとされる。日本人の貯蓄性向がとくに高いことは世界的にも有名で、これを「健康投資」の財源とする考え方は、「医療の個別性」が重視される中で、検討に値すると考える。

第三は、医療を一つの「産業」として捉える政策である。「家族経営」的色彩の強い医療界を、真の「非営利組織」としてコーポレート・ガバナンスが期待できる組織体を作り変えていく政策が求められる。より具体的には、わが国の医療機関の約50%を占める医療法人制度を見直して、資金調達が多様化を図る一方、現行の衛生法規たる医療法を企業法的な「医療サービス法」に改正していく作業が求められる。

また、医科・歯科大学の参画を促して、米国のI-90 コリドー地帯やバイオテックベイに見られるような医療産業クラスターを創出していく努力が求められる。現在、神戸市が京大、阪大、神大とタイアップして、ポートアイランドで展開している「医療産業都市構想」は、これを具現化したものである。このモデルを全国的に展開することで雇用創出、税収の増大、ひいては地域経済の活性化につなげていく政策が求められる。