

第1部 問題提起

医療制度のガバナンスと論点

株式会社日本総合研究所 調査部長 山田 久

調査部の山田でございます。私のほうからは、日本総研の課題認識をお示しし、問題提起を行いたいと思います。

〔医療制度の現状認識〕

わが国は巨額の国家債務を抱え、社会保障費をどう抑えるかが大きな政策課題になっています。なかでも高齢化に伴って一段の増加が見込まれているのが医療費です。それは命にもかかわることから抑えることが難しいものですが、財源が、働く世代だけではなく、将来世代へのつけ回しにも依存し続けていることは問題と言わざるを得ないと思います。

当然のことながら、医療費は単純に減らせばよいわけではなく、国民が必要とする医療はしっかりと守っていく必要がございます。その一方



山田調査部長



日本総研シンポジウム
国民主体の医療制度構築に向けて
～医療保険制度のガバナンスを考える～

「医療制度のガバナンスと論点」

2015年12月9日

株式会社日本総合研究所
チーフエコノミスト／調査部長

山田 久

次世代の国づくり

Copyright (C) 2015 The Japan Research Institute, Limited. All Rights Reserved. (9/10)

【医療制度の現状認識】

わが国の医療費は高齢化に伴って一段の増加が見込まれている。それは、命にもかかわることからコントロールが難しいものの、その財源が、働く世代のみならず将来世代への付け回しにも依存し続けていることは問題。

国民が必要とする医療はしっかりと守っていく必要があるものの、必ずしも国民のニーズに合った医療サービスが提供されない現状も。

以上の背景には、現在の医療制度は余りにも複雑で、その全体像を一般の国民が理解することがむずかしくなっていること。

結果、現状の医療制度は、必ずしも国民主体の仕組みではなくなっているのではないか。

⇒ 制度全体に対するガバナンスがうまく効いていない、という問題として捉えることが必要。

で、重複受診が指摘される反面、小児科医が不足するなど、いわば過剰と過小が同時に存在しており、必ずしも国民のニーズに合った医療サービスが提供されない現状もあると思います。

こうした背景には、現在の医療制度はあまりにも複雑で、その全体像を一般の国民が理解することが難しくなっていることを指摘できると思います。その結果、現状の医療費は必ずしも国民主体の仕組みではなくなっているのではないかと、というのが私どもの問題意識であります。そして、私どもはそうした医療制度の現状は、制度に対するガバナンスがうまくきいていないという問題として捉えることが重要だと考えております。

〔医療制度におけるガバナンスとは〕

ここでいうガバナンスとは、組織や制度が、その目的の達成に向かって適切に機能するように、組織や制度に対する出資者、すなわち、元手の提供者が働きかけることというふうに定義しております。

株式会社と比較いたしますと、株式会社では株主が出資者ですけれども、医療制度の出資者は被保険者あるいは納税者としての我々国民であります。また、株式会社の場合、株主の意向を受けた取締役会が経営陣を監督することでガバナンスをきかせることが期待されております（コーポレートガバナンス・コード）。一方、医療制度においては、取締役会に相当する機能が期待されるのが健保組合や国民健康保険などの保険者、さらには国や地方自治体ということだと思います。

つまり、保険者、国、地方自治体が被保険者、納税者である国民の意向を受け、ガバナンスを効かせ

 **日本総研**
The Japan Research Institute, Limited

医療制度におけるガバナンスとは

…ガバナンスとは、組織や制度がその目的の達成に向かって適切に機能するように、組織や制度に対する出資者(元手の提供者)が働きかけること

	株式会社	医療制度
出 資 者	株 主	被保険者、納税者 (加入者)
監視機能の 実際の担い手	取締役会	保険者、政府

次世代の国づくり3Copyright (C) 2015 The Japan Research Institute, Limited. All Rights Reserved. 01-01

るというのが本来の姿ではないかと思えます。

〔ガバナンスは効いているのか？〕

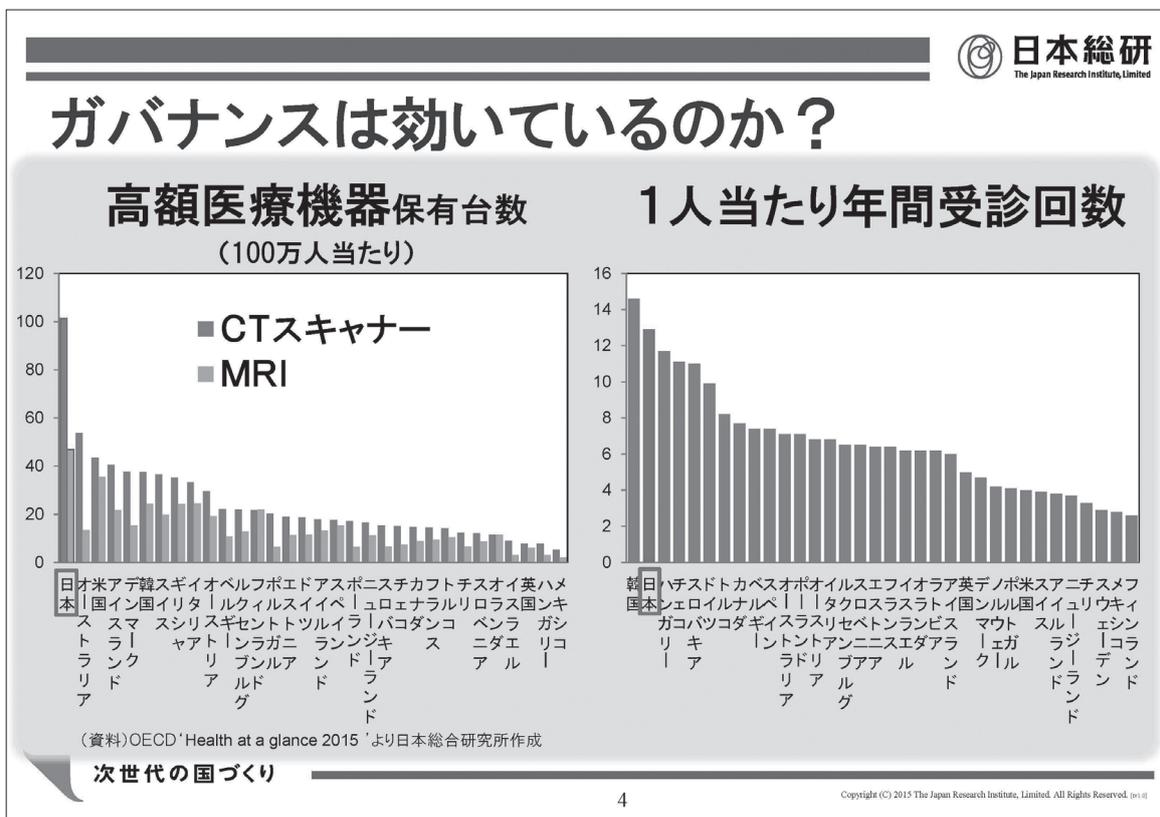
このように捉えたとき、医療制度の構成員である医療機関および患者のいずれに対してもわが国の現状は総じてガバナンスが効いていないと言わざるを得ないのではないかなと思えます。

例えば資料にご覧いただきますように、医療機関は高額医療機器を自由に購入できるということで、CTスキャナーやMRIなどの人口対比の保有台数は諸外国と比べて突出して高くなっております。また、右側の図表ですけれども、患者の一人当たりの年間受診回数も、先進国のなかでは韓国と並んでかなり高い水準になっております。

これは、わが国は医療のアクセスがよい国として評価すべきであるのは確かだと思えます。その一方で、医療費を必要以上に膨張させている要因になっている可能性もあるかと思えます。高額医療機器の保有台数が多いことは、必ずしも必要でない診療行為を誘発しやすい面があると思えます。受診回数が多いことは、患者が必要以上に医療機関に足を運んでいる結果ということかもしれません。

〔三つの問題提起 (1)〕

以上のような認識のもとで、私どもは三つの問題提起をしたいと思えます。第1は、医療サービスの真のコストが国民に見えていない現状、これを改めるということです。



〔3つの問題提起〕

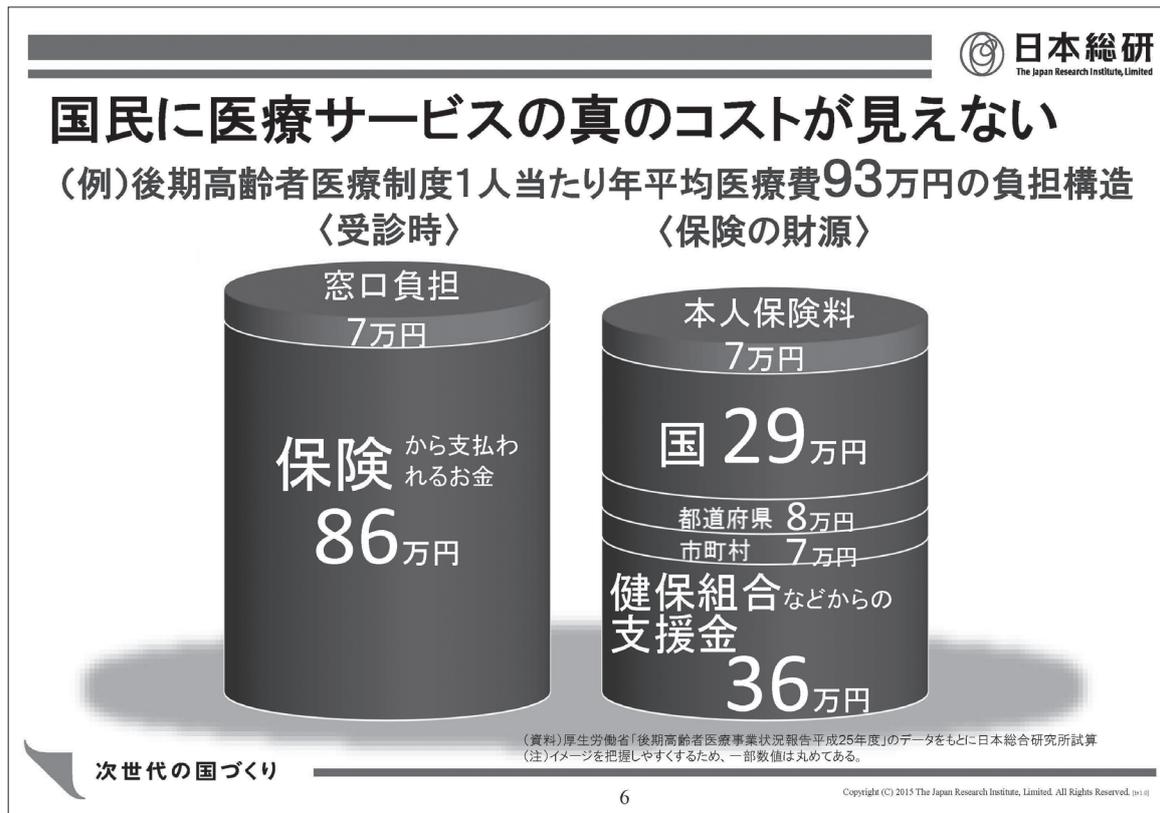
(1)現状、医療サービスの真のコストが国民に見えておらず、これを改めること。

〔国民に医療サービスの真のコストが見えない〕

例えば75歳以上の後期高齢者医療を例にとりますと、この図表にございますように、年間の平均医療費が93万円となっております。そのうちの窓口負担が7万円、それから本人の保険料も7万円です。これを合わせた直接負担は合計で14万円。したがって、残りの79万円は本人以外の負担ということになるわけですが、それは国、都道府県、市町村の公費負担、それから健保組合などから払われている支援金というもので賄われているということでもあります。

つまり、患者には真の医療のサービスのコストが見えず、医療サービスが実際よりも安く見える状況にあるということかと思えます。さらには、さまざまところから費用負担がなされている結果、一体誰が監視機能を担っているのかも曖昧ということかと思えます。加えて、その負担も、いわば使われれば使われるだけ自動的に補填される仕組みでして、医療機関、患者の双方にむだをなくそうというインセンティブが働きにくくなっているのではないかと考えています。

そもそもわが国の医療制度は、社会保険料を基本的な財源とする社会保険方式という建前となっております。本来、それは同じグループのなかで、加入者と事業者から集めた資金の範囲内で医療の費用を賄うことが原則であります。つまり、受益と負担が対応することで真のコストが加入者に認識される仕組みのはずであります。しかしながら、わが国では多くの公費が投入され、受益と負担が乖離して、国民に真のコストが見えない現状になっているということかと思えます。



〔三つの問題提起 (2)〕

第2の問題提起は、監視機能の担い手である保険者と政府、とくに保険者の機能の強化が必要ではないかという点であります。わが国は、社会保険方式を標榜しつつ、その本質とも言うべき保険者によるガバナンスという考え方、専門用語では保険者機能という言葉方をしておりますが、これが弱くなっているという状況かと思えます。

〔ドイツ、オランダの社会保険方式〕

社会保険方式をとるドイツやオランダにおいては、加入者が保険者、すなわち保険組合を選ぶことができます。また、保険者は医療機関とコストについて交渉し、それから質のチェックも厳しく行っております。わが国では、こうした保険者による働きかけが限られたものというのが現状かと思えます。

一方で、わが国では医療制度に多額の税金が投入されているわけでありまして、したがって、政府によるガバナンスというルートもあります。ただ、それも十分とは言えないのではないかと思います。従来、都道府県が持つ医療サービス提供を制限する権限は、人口や年齢構成などから算出された需要見込を上回る新たなベッド数の増加を認めないという形、これを病床規制と呼んでおりますが、これにとどまっておりました。

〔3つの問題提起〕

- (1)現状、医療サービスの真のコストが国民に見えておらず、これを改めること。
- (2)監視機能の実際の担い手である保険者と政府、とりわけ、保険者の機能を強化すること。

《ドイツ、オランダの社会保険方式》

- ・被保険者が保険者を選択
- ・保険者が医療提供者とコストの交渉、質のチェック
- ・被保険者のベネフィット面、コスト面からも家庭医を導入

〔地域医療構想の課題〕

そこで、昨年から今年にかけて法改正が行われ、地域医療構想と呼ばれる仕組みがスタートをしています。それにより、都道府県は従来より強い権限を持つようになるわけですが——この内容については、後ほど、パネルセッションで説明をいたしますが——新しい仕組みでは従来より強い権限を持つようになるんですけれども、その実効性は不透明な部分が残っているように思われます。

具体的にはここに書いてございますが、例えば病床が削減される都道府県では、医療機関側とハードな交渉が当然予想されるわけですが、住民にも不人気の病床の削減を都道府県がどこまで推し進めていくインセンティブがあるのかという点。さらに、そもそも都道府県にその機能を果たす体制が整備できるのかという点。加えて、保険者も参画する地域医療構想調整会議というのが開催されることになりましたが、それだけで被保険者、すなわち加入者の意向が十分に反映されるのか。そういった点であります。

こうした不透明さをクリアして、都道府県によるガバナンス強化の取り組みを確実なものにしていくことが課題と言えます。加えて、保険者によるガバナンス、とりわけ、これまでほとんど手つかずとも言えた医療機関側へのガバナンスの強化をあわせて図っていくことが重要だと思います。そのためには、良質な医療データが収集され、共有され、その有効活用が行われることが不可欠な条件になってくると思います。

《地域医療構想の課題》

- (1) 病床が削減される地域では、医療提供者とハードな交渉が予想されるが、都道府県にそれを推進するインセンティブがどこまであるか。
- (2) 都道府県にその機能を果たす体制が整備できるか。
- (3) 保険者も参画する地域医療構想調整会議が開催されるが、それだけで被保険者の意向が十分に反映されるか。

〔三つの問題提起 (3)〕

さらに三つ目の問題提起は、ニーズの変化に対応して、包括的な医療サービスの提供体制の姿を描き直すということです。

〔医療サービスの分業関係〕

そもそも医療サービスは大きく分けて入院と外来の2種類がございます。海外では入院は病院、外来は診療所というように、役割分担が明確であります。病院は高度な医療に特化する一方で、診療所は住民の日常的な健康問題に対応するとともに、住民と病院の間の橋渡しの役割を果たしております。

これに対して、わが国では、病院と診療所はともに入院、外来の両方を提供しており、病床の数で分類されるというふうになってございます。これが、例えば3時間待ちの3分診療と言われる状況、あるいは高度医療機器の保有が国際的に見て高い原因になっていると考えられます。その意味で、病院と診療所の役割分担をすることが必要だと思えます。

〔医療ニーズの変化〕

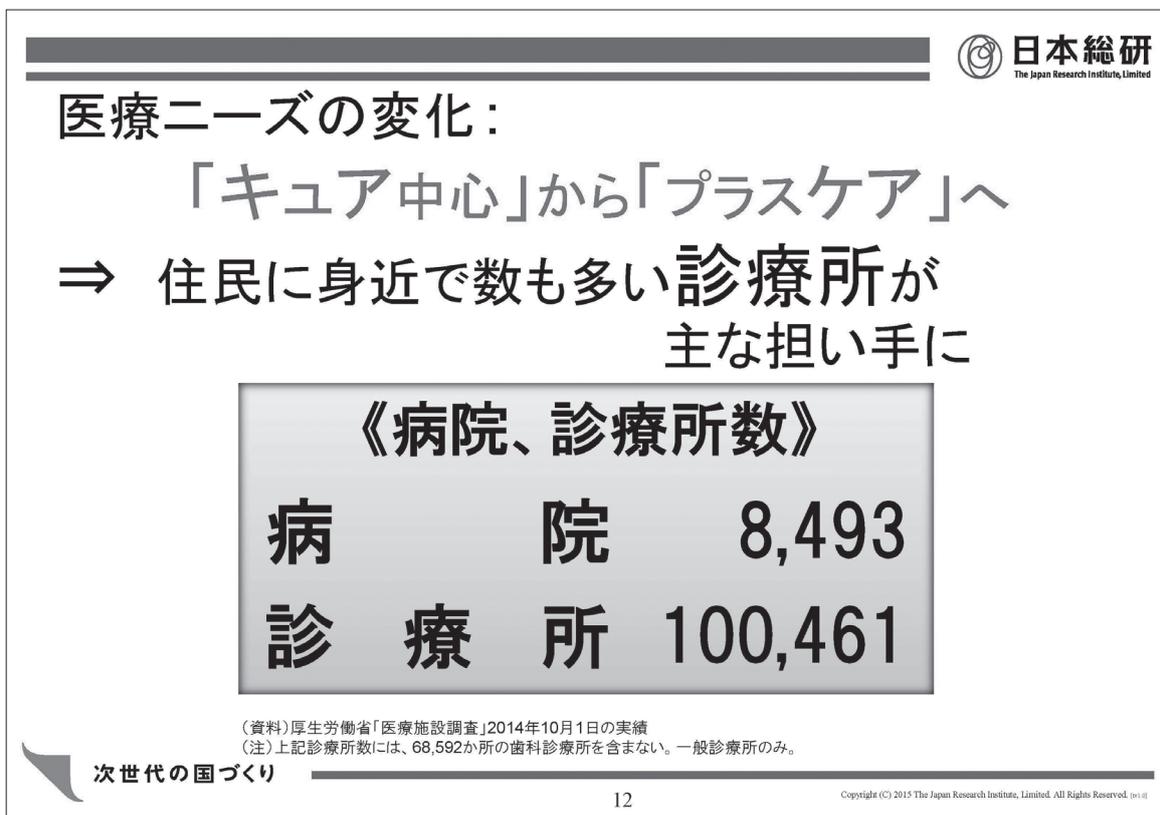
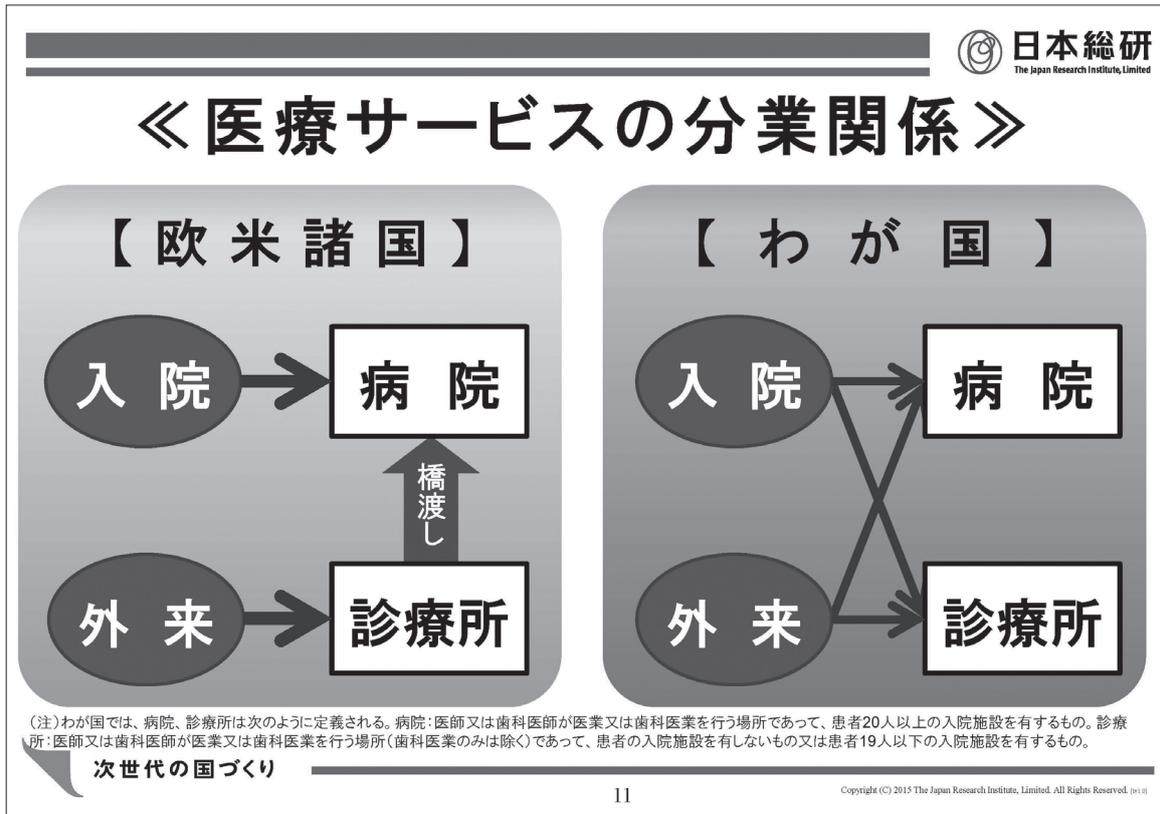
その必要性は、今後の医療ニーズの変化を踏まえれば一層明らかだと思えます。生活習慣病患者や高齢者の患者が増えていくことで、特定の医療機関に継続的に診てもらったり、自宅で診療を受けたりすることのニーズが拡大していきます。これに応えるためには、医療のサービスの内容を、キュア、いわ

〔3つの問題提起〕

(1)現状、医療サービスの真のコストが国民に見えておらず、これを改めること。

(2)監視機能の実際の担い手である保険者と政府、とりわけ、保険者の機能を強化すること。

(3)ニーズの変化に対応して、包括的な医療サービスの提供体制の姿を描き直すこと。



〔3つの問題提起〕

- (1)現状、医療サービスの真のコストが国民に見えておらず、これを改めること。
- (2)監視機能の実際の担い手である保険者と政府、とりわけ、保険者の機能を強化すること。
- (3)ニーズの変化に対応して、包括的な医療サービスの提供体制の姿を描き直すこと。

ゆる治療ですが、このキュア中心から、キュア・プラス・ケアへ、つまり、急性疾患の治療の比重が高い現状から、慢性疾患のケアの比重が高まる状況にシフトしていく必要が出てくるということかと思えます。今後、そうしたニーズが増えていく医療サービスの主な担い手は、病院に比べて住民に身近であり、数のうえでも病院の10倍以上ある診療所と言えると思えます。

〔三つの問題提起〕

現在進められている地域医療構想においては、改革の対象はもっぱら病院ですけれども、これから重要性の増す診療所も含め、住民目線に立った医療サービスの包括的な姿を示す必要があると思えます。

以上、わが国の医療制度の改善に向けて、三つの問題提起をさせていただきました。ご清聴ありがとうございました。(拍手)