

# これからの医療保険制度を考える 持続可能なものにしていくために

## 【第1回】経営という視点から眺めた医療保険制度改革の動向

静岡県立大学大学院経営情報学研究所教授  
岡山大学大学院医歯薬学総合研究所  
医療経済学担当客員教授

西田 在賢

医療は国民生活と切り放すことができないものである。にも関わらず、未だに一般国民と医療の世界との距離感があることは否めない。マスメディアを闊歩する医療関係のニュースが、ときに不安を煽るような語調、ときに非難を集中させた論調で展開されるのも、距離感ゆえの無理解が大いに関係しているのではなからうか。この距離感には、政府・医療者の側の説明不足と、医療サービスは与えられて当然と認識する一般国民との間の意識の乖離により生じているように思われる。

昨今、崩壊寸前とまで騒がれるわが国の医療制度の骨格のひとつは、いうまでもなく国民皆保険により成立している。この「患者—保険者—医療者」の三者間取引による現物給付方

式の医療保険は、国民全部を加入させることで巨額の資金プールを作り、これによってもしものときの医療サービスを受けられる人が格段に増え、また、医療者側は国が監督する保険者から医療費請求額の大半を支払ってもらえるので、請求金の取りはぐれや未回収に悩むことが激減して安定した経営が可能となった。しかしながら、その一方で1974〜75年頃から毎年1兆円規模で増え続ける医療費の伸びに財源が追いつかなくなりました。日本の国民皆保険の財政は、保険料と患者自己負担では7割ほどしか賄えず、3割を超える財源の不足を公費で補ってきたが、90年代のバブル経済の破綻以降長らく続いた不況のため税収は伸びず、たび重なる医療改革の中で患者負担を増やす方

策が続いている。そして昨今の「国民皆保険」是非論につながるわけである。  
改革には医療制度全体からの「視座」(※1)が不可欠であり、冷静な分析なくしては長期的な制度持続はなしえないことは明白だ。ここに来てはつきりしたことは、医療保険財政の行き詰まりが懸念される中で、国民皆保険制度を持続するためにはどういった条件整備が必要であるかという根本的議論にたどりつけないことである。

(※1)物事を見る立場。視点。

## 医療経営は「制度経営」 プラス「事業経営」

1980年代半ばに実施された第一次医療制度改革を境に、経営に難局をむかえる病院が増えた。それまでは、2年毎に行なわれる医療経済実態調査の結果を見て、多くの医療機関が赤字だとなると診療報酬を上げるといふことの繰り返しで、いわば政府丸抱えのような経営責任不在の病院経営が成り立っていたわけだから、「自己責任による医療事業経営」を迫られた経営者はいへん厳しい状況に置かれたことになる。病院業に市場メカニズムを導入し、サービス競争を促すという考え方に異を唱える人もいるが、そのような「医療サービスだけは特別だ」といった意識から脱却することこそが医療事業を継続する、すなわち医療経営を持続可能なものにするためには重要であると確信する。

もちろん事業経営だけに終始する議論では医療経営の本質に迫ることはできない。というのも、医療提供体制は、その国の文化と密接に関係しているからである。私は、日本における医療経営を研究するにあたっては「制度経営論(持続させる仕組み)」と「事業経営論(持続する仕組み)」の2つに分けて整理することが肝要だと考えている。これは、医療という社会インフラを考えたときに、それを支える仕組み

である「制度」を抜きにしてその経営を語ることはできないからである。

超高齢社会に至っている日本において、今後とも医療費は増えることがあっても減少することとは考えられない。昨年2006年4月に衆院本会議の趣旨説明で審議入りした「健保法等改正案」と「医療法等改正案」がわずか2ヵ月後に参院本会議で与党の賛成多数により原案どおり成立し、法律が順次施行されている。いわゆる第五次医療改革である。私はこのたびの改革をもって、行政を中心とした「制度経営」側は正念場を迎えていると考えている。

それというのも、今改革ではかつてない大きなパラダイム(※2)の転換が込められていると見るからである。この4月から始まって混乱している後期高齢者医療制度、いわゆる長寿医療制度は、従来から議論される医療財源の持ち合いに関することが主であって、制度改革の本質的な転換とは思えない。今、注目すべきは、医療の地方分権の動向である。昨年2007年4月施行の改正医療法により、各都道府県には地域医療対策協議会が設けられたが、最初の仕事は2004年に始まった医師の新臨床研修制度が引き金となっており、医師確保対策がメインの検討課題であった。しかし、次は医療制度の地方分権が課題になると考えられる。ちなみに、医療費には明らかに地域差があることが、以前から指摘されている。このことは都

道府県ごとの疾病構造の差と医療提供体制の差が大きいためと見られている。そこで、都道府県単位での医療提供体制の見直しとともに、保険者についても都道府県単位で再編し、医療提供と保険財政の両方を都道府県で管理する姿が望ましく見えてくるわけである。ちなみに、このことが成ると、診療報酬も都道府県で決定されることになり、つまりは、これまでの中医協(中央社会保険医療協議会)に代わる地域単位での社会保険医療協議会が生まれうるということ、私はこのことを「新時代に生きる医療保険制度：持続への改革論」(薬事日報社、2004年)の中で予想として語っていたが、それが現実味を帯びてきたように思える。

ところで、私は、自分の専門は「医療経営学」であると説明するが、これは欧米で云われるところのHealth Services Management and Policy、あるいはHealth Policy and Managementのことである。適当な日本語がないため、この英語で示される専門領域のことを「医療経営学」といつている次第である。

本連載は、このあと2回続くが、そこでは医療経営学の視点から見た、わが国の医療保険制度の持続可能性について述べていきたいと考えている。

(※2)ある時代や分野において、支配的規範(牽引するような)となる「物の見方や捉え方」のこと。

### PROFILE

#### 西田 在賢氏 プロフィール

1954年3月生  
大阪府出身  
名古屋工業大学工学部卒業。東京大学大学院工学系研究科修了。  
実業家、経営学者(医療福祉経営学・経営情報システム論)。  
(学位)  
情報工学修士(東京大学・1979年)  
医学博士(日本医科大学・1997年)  
(現在)  
静岡県立大学大学院経営情報学研究所教授  
静岡県立大学地域経営研究センター長  
岡山大学大学院医歯薬学総合研究所医療経済学担当客員教授 他  
(著書)  
「新時代に生きる医療保険制度…持続への改革論」(2004年)  
「医療経営白書(2007年度版)」(2007年) 他多数



静岡県立大学教員データベース  
<http://db.u-shizuoka-ken.ac.jp/index.php/show/prof52.html>