

## 【特別講演 2】

## 未来志向の医療制度改革

武見敬三

参議院議員，東海大学

司会：熊澤浄一

北九州市立医療センター



熊澤（司会）「未来志向の医療制度改革」ということでご講演をいただきますが、武見敬三先生について簡単にご紹介させていただきます。詳細につきましてはプログラムをご参照いただければと思いますが、武見先生と申せば、お父上の武見太郎先生の後を受けられて、わが医療界について大変ご造詣が深く、現在、参議院議員としてご活躍をしておられ、医療基本問題調査会の副会長も務めておられます。

わが学会としては、病める人のための化学療法をどのように適切に用いていくべきかを追究しておりますが、このような立場のわれわれにとって医療制度をどのように考えていかなければならないかをお聞かせいただければと思います。

それでは簡単な紹介で恐縮ですが、「未来志向の医療制度改革」についてお願いいたします。

第50回という節目の日本化学療法学会で講演をさせていただく機会を頂戴し、まことに光栄に存じている次第です。私は医師ではなく、政治学をベースとして東海大学で教鞭を執ってきて、また、機会があり参議院議員として、医療および外交をひとつのテーマに、任にあたっています。

私自身はこの化学療法といえば、最初に思い出すのはやはりフレミングです。父親の書庫で子どものころに読んだ本のひとつが、「フレミングの生涯」という本でした。ペニシリンを発見する経緯で、偶然が大きな要素であったといわれているわけですが、フレミング自身は「それはたんなる偶然ではない。偶然というのは平素の努力の賜であって、いかにその努力がなされたかによって偶然がいかに生かされるかが決まる。したがって偶然というのはまさにその努力の賜として理解すべきものだ」といっていたことが書かれていました。それはまことに真理であると思ひ、今日に至るまで、私の考え方、姿勢の基本になっています。

### I. トップダウン v.s. ボトムアップ

さて、実際に医療制度改革、医療政策に国政の場で携

わる立場にありますと、非常に大きな転機であるだけに、未来志向で医療制度改革を考えるのは当然のことと思います。その基本は、医療制度改革について、その哲学を明確にしておくことが必要だということです。それでは、どのように医療制度改革にかかわる議論がなされるのかを、実際に2001年11月29日に発表された「医療制度改革大綱」をめぐる政策決定を踏まえてご紹介いたします。

小泉内閣が誕生して、12省庁に再編された政府のなかで内閣府は非常に大きな権限を確保するようになりました。そこには経済財政諮問会議、総合規制改革会議といった総理に対する諮問機関が、トップダウンでものごとを決めるひとつの要素として浮かび上がってきました。小泉内閣では保険、医療、福祉の分野もトップダウンで問題を整理し、策定をする新しい流れが作りだされはじめています。

一方で、従来型の政党内での各政調会部会等を通じて議論を積み上げ、整理された政策が閣議決定、実行に移されるボトムアップの政策決定も残っています。「医療制度改革大綱」は政治学上の政策決定過程という観点から見ると、トップダウンとボトムアップとの政策決定をめぐる争いという側面がありました。

しかしながら、それは単なる主導権をめぐる争いという側面だけでなく、ひとつの哲学的な背景、見解の相違点が浮き彫りになる結果でもありました。どういうことかと申しますと、今年度そのまま放置しておく政府管掌健康保険の支払い能力が不十分になることがはっきりしており、いかにその財政の健全化を図るかが大きなテーマになっていました。

### II. 集団主義 v.s. 個人主義

いわゆるボトムアップ方式で問題点を整理した場合、できるだけ多くの国民にご負担をいただき財源を確保し、保険財政の健全化を図るという考え方に意見の集約がされました。より広く国民の負担を求めて財源を確保する方式は消費税の引き上げですが、景気低迷の状況で、一般消費の冷え込みを考えたときに、できる状態にはない。

次の手段は保険料の引き上げで、ボトムアップの議論からは、保険料を従来の給与のみを対象とせずボーナスを含めた年収のもとでの引き上げで、財源の確保をしようということ意見が統一されました。将来、財源が十分でないという状況が出てきたら、あらためて患者本人の負担の引き上げ、すなわち3割負担への協議をされるとされました。この考え方は集団主義的な価値観が根底にあり、ひとつの哲学的背景となっていたわけです。

これに対してトップダウンで問題点を整理し、策定する立場に参画をした人たちは、多くが自助自立という理念を優先し、競争原理と市場メカニズムにもとづき、わが国の医療制度の改革を図るという考え方が多かったのです。それは一面において産業政策として、保険、医療、福祉分野のポテンシャルを高く評価し、市場メカニズムを導入、規制を緩和し、産業育成することでわが国の経済の活性化を図ろうとする観点から、医療にかかわる政策も規制緩和の対象となり、聖域なき構造改革の対象となります。こうした考え方はたぶん自助・自立・自己責任といった個人主義的な価値観がきわめて明確に位置づけられており、それにもとづく財政健全化の方式もより多く患者本人の負担を引き上げ、コスト意識を高め、医療費の適正化を図ろうという考え方が中心になりました。これは、たんなる保険料の引き上げだけでなく、2003年4月から同時に被保険者本人の政府管掌健康保険3割負担を実施する考え方になりました。

私自身は、国民皆保険制度を堅持していく上では、他人の病気やけがを助け合う互助の精神が根底にあり、それを同時にきちんと国民にもっていただき、制度を堅持することが必要と考えています。財源の確保についても消費税、無理であれば保険料を通じた財源の確保に取りあえずとどめ、患者本人の負担の引き上げはきわめて慎重であるべきというのが、私の立場です。

残念ながら、結果的にはトップダウン方式に押し切れ、2003年4月1日から保険料の引き上げと、患者負担の引き上げが同時に行われる結論になってしまいました。力不足を残念に思いますが、政策決定の背景を見ますと医療制度改革をめぐる大きな哲学的な違いがあったことを指摘したいわけです。

しかし、同じ医療にかかわる政策のすべてが、こうした集団主義的な価値観にもとづいて政策を策定すればよいというわけではありません。特に当学会でも議論されておられる、予防医学的なサービスの重要性については、わが国の生活習慣病は死亡原因の6割を占めるような状況では、いかに健康年齢に適した形で地域医療の枠組みを活用し、予防医学的なサービスを適切に提供するかが大きな課題になってきます。

こうしたサービスの充実については、今年の通常国会に健康増進法案が提出され、はじめて法的な根拠が確立することになりました。その基本理念として自分の健康

は自分で守るという自立意識と自己責任の考え方を強く打ち出している点が特徴です。いくら公的な立場で予防医学的なサービスを提供しても、みずからの健康を増進せしめ、特定の疾患にかからぬよう予防する主体的な意識がなければ、十分な臨床的な効果を得ることはできません。こうした予防医学的なサービスにかかわる政策立案を考えるときは、より個人主義的な価値観、健康にかかわる自助、自立、自己責任という考え方が前提として国民に対し強く求められると思います。

つまり、同じ医療にかかわる政策を策定するときにも、対象により個人主義的な価値観と集団主義的な価値観をバランスをとって組み合わせ、医療制度改革の全体像をデザインする必要があるというのが、医療制度改革の哲学を議論するときのひとつの特徴だと考えています。

### III. 経済的価値 v.s. 健康価値

二つ目の医療制度改革の哲学は、社会における経済的価値と健康価値についての考え方の整理であると思います。経済成長に跋扈した時期は社会の主たる関心事は経済的価値でした。しかし今日、いわゆる欧米に追いつき追い越せという必要性が薄くなったわが国の成熟社会では、お金やモノでは換えられない健康に対する関心、健康価値は高まるという傾向があるように思います。

したがって、医療制度改革を策定するときも財政至上主義のみでの資源配分ではなく、健康価値にもとづく配分、政策の策定が認められなければならない。その意識の転換が、国政の場において強く求められていると考えています。

### IV. プロフェッショナル・フリーダム v.s. 混合診療

これに加えてもう一つ医療制度改革と自由という問題があります。よくプロフェッショナル・フリーダム、医師の裁量性という議論がなされますが、医師の裁量性はわが国が皆保険制度を導入し、実際にはがんじがらめに縛られてきたのが実情です。そのなかであらためて医療制度改革に際して、いかに医師の裁量性を哲学として織り込むかがひとつの大きな課題だと考えています。

それを裏付けるのは医療者のきわめて高い倫理観であり、常に最良の医療を提供する倫理観がなければ、医師の裁量性が受け入れられることはありません。この両者をパッケージで考えながら医療制度改革の中で議論をしていくことになります。

ただし、この問題は非常に複雑な問題を絡ませることになります。たとえば今回の診療報酬改定のなかで特定療養費が大幅に導入されることになりました。これらは他方で混合診療の導入だと厳しい批判の対象になろうとしています。従来より療担規則などにもとづき、厳しい制限のなかで公的な医療保険の給付対象者は自由診療とはっきりと分けなければならなかったわけです。そのため公的な医療保険の給付対象者と自由診療対象者をあらためて区分することの難しさがあるがゆえに、ヘリコ

バクテリウム・ピロリ菌にかかわる除菌治療が保険適用までかなり年月が経ったことから、事前に自由診療との混合が行われていた経緯があったわけです。したがって、あらためてある意味での自由診療分を導入するということは、別の観点からいえば医師の裁量性の拡大と受け止めることができると思います。

問題はこのような医師の裁量性の拡大を通じて自由診療分が拡張してしまった場合、公的な医療保険給付の対象が著しく縮小していく傾向が、現実起きてしまう懸念があります。これからの議論としては、公的な医療保険の給付の範囲を不必要に縮小させることがないように歯止めをつけつつ、医師の裁量性という観点のなかから自由診療分についての新たな柔軟な考え方の導入が必要になってきていると思います。これらも医療制度改革の哲学という観点から、医療制度と自由という論点のなかから出てくる議論ではないかと思えます。

#### V. 政策決定上のエビデンス

さて、医療制度改革を進めていく上で、医療制度改革と哲学に続いて指摘したいことは、医療制度改革を推進する上での根拠、エビデンスという点に關してです。Evidence Based Medicine という考え方は臨床の先生方の中で理解されはじめていますが、医療政策を策定するときにも根拠は常に明確でなければなりません。Evidence Based Medical Policy Making がやはり常に求められると思いますが、前提条件はあくまでも情報の開示です。医療保険制度改革を進める上でも、保険者の財務状況がどれだけ一般的にわかりやすい形で会計準則が定められ、開示されているかから議論がはじまります。

残念ながらわが国の保険者、組合健保なども含めて、財務状況の発表は、年間でいくらお金が入って出ていったかという経常収支のみが対象となっているため、保有資産、国債、株券、土地建物が組み込まれていない。また、貸借対照表を備えた財務諸表が発表されてきませんでした。したがって財務状況について正確に知ることはだれにもできませんでした。これに加えて政府管掌保険も業務勘定と健康勘定というものがありますが、情報開示が不十分で実態がなかなかわからない。こうした財務状況が正確にわからないまま、なぜ医療保険制度の抜本改正をしなければならないのか。それをいかに国民に説明するかを議論をしたときに、情報開示がなければ説得力のある説明はできないわけです。

こうした経緯のなかから、いろいろな問題点をつくりだすことができました。たとえば被保険者本人の負担3割引き上げという議論が出たときに、政府管掌健康保険の財務状況はどうなっているかが政治的課題になり、情報開示を強く求めた結果、私どもの手元に2001年10月の段階で、より明確な貸借対照表を添えた財務諸表がはじめて提示されました。すると、次年度から支払い能力がなくなるにもかかわらず、過去2年にわたり固定

資産が560億円も増えていることがわかりました。支払い能力がなくなる保険がなぜ2年間にわたってこんなに固定資産を増やすことができたのかというと、これらは保険料を財源として土地建物が無償に提供されている社会保険病院のために支出され、その結果、土地建物が新たに確保され、固定資産として計上をされたという内容でした。こうした病院が保険料を財源として運営されるべく、特定の役割を地域医療のなかで担っているかという点を決してそうでなく、一般地域で一般医療を実際に担っている。

保険財政の健全化を図るときに、民間でできることは民間でやるべきだという原則を小泉内閣がもっているかぎり、こうした一般医療を行う病院は経費を何百億円も保険財源から支出することをやめ、できるかぎり民営化して、保険財源の健全化を図られなければならない。

その結果、3割負担の議論と連動する形で公的な医療機関のあり方を議論する必要性があるという問題意識が生まれ、この考え方が今年の通常国会に提出され、健康保険法改正案の付則のなかにも具体的に書き込まれる状況になってきました。

こうした政策決定の流れを見てきますと、やはりEvidence Based Policy Making という基本姿勢をもつことが、わが国の医療制度を根幹から組み立て治そうとする上で非常に重要な意義をもっている。

こうした議論をきっかけに、自由民主党の医療基本問題調査会のなかに公的な医療機関のあり方を検討する小委員会が設立をされ、私も事務局次長を仰せつかって検討をしています。それを実際にはじめてみますと公的な医療機関の改革の難しさが本当によくわかってきます。

厚生年金病院は全国に10か所前後あり、3つは社会保険病院を運営している全社連が経営しています。したがって全社連は54の社会保険病院と3つの厚生年金病院を運営しています。なぜ厚生年金病院を付け足しているのかを調べてみたら、過去の時点において社会保険財源を健全化することを目的に、3つの社会保険病院を厚生年金基金の財源を使って購入し、厚生年金病院に看板が塗り替えられたという経緯があったのです。本来なら厚生年金振興事業団が一括して運営にあたるべきものを、看板を塗り替えただけで引き続き全社連が運営しており、今日にまで帳尻合わせの運営が好き勝手に行われていたのが実情であったようです。

しかし、わが国の財政事情にそんなゆとりはありませんので、一般地域で一般医療を行っている公的医療機関は、きちんと精査をした上ですべきものは民営化する。そうした基準を設定し、年度を区切って実施するための方針を策定することが必要になり、医療制度改革のなかで実施していくことになりました。

不思議なことに「3割負担は必要ない。保険料の引き上げで十分だ、むしろそれよりもこうした社会保険病院

なども含めた構造改革が必要なのだ」と主張した私どもが守旧派、抵抗勢力のなかに加えられる。そういう報道ぶりがほとんどでした。3割負担の引き上げを絶対にするのが改革派で、むしろ構造改革をすべきだというわれわれが抵抗勢力というのはどういう理解のしかたなのかわかりません。

#### VI. 医療制度改革の方向性

しかし、こうした議論があって、わが国でも抜本改革の流れが定着をしました。通常国会に出された健康保険法改正案の付則のなかで、あらためて構造改革の方針も組み込まれることになったのです。その第1は保険者の統合再編を含む医療保険制度の体系のあり方です。わが国には約5,000もの保険者が1億2,000万の国民を保険の対象としており、組合健保だけでも1,800弱あります。こうした保険者が制度を管理していく上で必要なコストは1兆4,000億もあり、より効率的な持続可能な医療保険制度とするために、経費も含めてかなり大規模に整理統合を進めることが必定という認識が持たれるようになりました。

二つ目はやはり高齢化社会の中で、新しい高齢者医療制度を創設することにあります。三つ目が診療報酬体系の見直しという議論です。今回の診療報酬の改定はマイナス改定ということもあり、しかも問題が大きいために全国各地で医療関係者の批判と不満の対象になっています。私自身ももっともなことで理解していますが、複雑な診療報酬の体系を整理し直すことが行われていくと思います。

これらはいずれも今年度中に方針を策定し、特に高齢者医療制度の創設については2年を目処に実現することが付則のなかで書き込まれることになりました。社会保険庁の効率化、社会保険病院のあり方を見直しなども2年を目処に具体的な内容や手順、年次計画まで策定することが法律上定められることになります。

医療保険制度にかかわる抜本改革も改革行程表をもつ形で実施されますから、これからは21世紀の前半におけるわが国の医療保険制度の再構築が行われるきわめて重要な2年間になります。

それを実施していくための立案の体制には大きな基軸が2つあります。1つが厚生労働省の中に策定された医療制度改革推進本部で、4つのプロジェクトチームが策定されました。一つ目が医療保険制度改革で、二つ目が診療報酬体系の見直しで、これらは保険局長がチームリーダーです。三つ目が社会保険庁、社会保険病院の見直し、これは社会保険庁の次長がチームリーダーになります。そして高齢者医療制度の再構築、医療提供体制の見直しが医政局長をプロジェクトリーダーとして実施されることになります。特に医療の提供体制についてはすでに具体的な政策の策定が着手されており、規制改革3か年計画のなかでも明確に書き込まれるようになってい

ます。医療情報システムの整備、看護政策の再構築、医療を推進する主体の医療法人制度の改革、高齢化社会のなかで非常に大きな医療費の支出対象ともなり、さまざまな問題点が指摘されている終末期医療についての見直し、すでに決まっている2年間の臨床研修制度の導入のあり方、これらがプロジェクトチームで議論をされ、方針が策定されることになっています。

他方、自由民主党の医療基本問題調査会の中にも5つのワーキングチームがつくられています。そこで政府管掌健康保険を含む保険者の整理統合、診療報酬体系の見直し、社会保険庁、社会保険病院の見直し、高齢者医療制度の創設、医療提供体制の効率化といった問題点についての議論が行われます。この中で社会保険庁、社会保険病院の見直しについては、公的医療機関のあり方検討小委員会と内容が重複するため、おそらく責任者は両者を兼任しながら政策立案に携わるということになっていくだろうと思います。

その中でもひとつの大きな眼目は、情報開示を常に強く求め、医療経営の効率化を公的な医療機関に求めることです。その際の前提には、公的な医療機関にかかわる会計準則というのがあります。昭和40年に策定されて以来、まったく変更されてなく、きわめて不十分な内容です。会計準則を改定し、公的な医療機関の財務状況が正確に、わかりやすく掌握できる会計基準を策定し、全国で一律に財務状況が把握できるしくみを政策方針として策定することが、私はひとつの大きな眼目として出てくるように思います。

ただこのときに難しいのは大学病院です。大学病院は平成16年度から大学自体が独立行政法人化するわけで、そのなかの附属病院として財務状況をいかに把握するかという別の枠組みもあり、大学病院は教育機能、研究開発機能を具備している機能の病院であるだけに、単純に他の公的な医療機関と比較することができません。それをふまえた上で会計準則をどう大学病院等について策定するかという議論をしていながら、全体として公的な医療機関の果たしうる政策医療としての機能の確立と、それを裏付ける経営の効率化を両立させる政策方針を定めることが求められてくるように思います。

いずれにせよ、一つひとつの課題はきわめて大きなものであり、私自身大きな責任を感じながら携わっており、実際に臨床現場で仕事をしておられる先生方のご所見を常に頂戴しながら、誤りなき改革を進めていかなければならないと思っています。

あらためて、未来志向の医療制度改革のなかでの大きな柱となるべきものは、予防医学的なサービスをいかに地域医療のなかにも組み込んでいくかではないかだと思います。生涯を通じて心身共に健康でいられる期間をいかに長期化するか具体的な政策目標として設定され、母子保健、学校保健、産業保健、老人保健と縦割り行政のなか

で保健事業をいかに連携するか。臨床疫学の研究をいわゆる Mega studies という形で cohort が行いうる、政策的な支援データを集め標準化を進めながら蓄積していくことが必要ではないかと思えます。

それにより、根拠に基づいて臨床的効果の高い予防医学的なサービスから、将来的には医療保険制度のなかにも組み込んでいくことも考えていくことが、未来志向の医療制度改革のなかでのひとつの大きな方策になりうると考えています。

ご清聴ありがとうございました。

熊澤 医療制度改革の現状とその問題点のみならず、先生が考えておられる未来志向の医療制度改革というものについてお教えいただいたことを、心から御礼を申し上げます。

われわれもいろいろな意味において一人ひとり医療制度についての新たな問題点、改革を考えております。武見先生には、私どもの意見もいろいろお汲みとりいただきながら、国政の場でのご活躍をお願いしたいと思っています。

お礼と申すよりもお願いの言葉となりましたが、どうぞよろしく申し上げます。ありがとうございました。