

分行なえる法律を制定すべく、厚生省に速早く要求すべきである。

(医療経済委員会委員長、
神奈川・富士見台病院 院長)

精神科医療費の今後の展開は如何にあるべきか

津久江一郎

・Robin Cook 著 “OUTBREAK” に注目！

忙中の間に医師である作者が、現在のアメリカの医療界のもたらす暗黒面得意のサスペンスの味をからませて、巧みに読者にあわせてみせ楽しませてくれる。主題は Medicare, Medicaid にかわって、近年伝統的な医療保険の代替制度として急成長してきたH. M. Oを主題としたものだけに面白かった。

諸兄にもひまを見て、是非共御一読頂きたい程の出来栄えである。(ハヤカワ文庫S.63)

・今アメリカでは……

ところで我が国の文化は、戦後好むと好まざるとにかくわらず、良いことも悪いこともアメリカナイズされて来ているのは周知の通りであるが、これは官僚をしても「日本の医療制度は今後失敗を予測しながらも矢張りアメリカを主に参考にして行くであろう」と云わしめる程つながりは確かに強いものがある。

では主題の“今後の精神科医療”を論ずる場合ここで先ずアメリカの医療事情を概観し、分析してみる事は決して的はずれな事とは言えまい。

現在の米国の医療問題は、1. 増加する国民医療費、2. 高齢者の長期介護(LTC)のための財源問題、3. 国民の1/7に当たる約3,500万人の医療保険未加入者の存在の3点に集約できる。

ところで、米国の医療保険は公的制度としては Medicare, Medicaid があるが、民間が主体である事は周知の通りである。

しかし、この公的制度が1965年に出来て次第に増加のペースが早まり1985年にはGNPの10.8%にまで上昇して来ている。

この増大は、医師が医の算術としてこれを利用したためであり、医の倫理の問題が問われた。或

いは施設利用委員会等において、医師相互で批判しあったが、結果は医師の利益と社会的地位も低下させることになったのである。

我々は、命は地球より重いものであるからいくら医療費にお金をかけてもかけ過ぎる事はないという考え方を持っているが、この医療費というものがGNPの5%が適切なのか、アメリカのように10%であるのかその判断基準は難しく国民の価値観によって決まると思われる。

いずれにせよ、このためアメリカでは1983年より政府がPPS/DRG制度(prospective payment system, diagnosis related group)を実施し、医療の需要側、供給側共にコスト意識をもたせるよう努力して来た。

これらの新しい試みが入院日数の短縮等の効果を生み注目を集めたのは耳目に新しいところである。しかしこれらの措置もアメリカの国民医療費の増加に歯止めをかけるには至らず、医療費物価上昇率は消費者物価上昇率を1982年以降大きく上回ったのである。このため民間保険会社の医療保険部門は、業界全体で赤字を計上した。(1987年)これは又伝統的な医療保険の代替制度として近年急成長し、加入者数約3,000万人にまでなった(冒頭に述べた) H. M. O (Health Maintenance Organization, 会員制民間健康維持組織)業界も、7割以上の会社が赤字となり経営危機に陥った様子である。

ところで前述したPPS/DRG制度の下ではメディケアの入院患者について実際にかかった病院費用(入院日数、検査、投薬など)に関係なく患者あたりに定められた定額料金が支払われるのであるから、病院側では費用が定額料金を下回れば利益となり、上回れば赤字となるわけである。そのため入院から外来へと不必要的治療を削減す

るという incentive(刺激)が強く働くと同時に、ベッド稼動率の低下などによる病院の収益力低下と格差拡大を招く結果となったのである。

こうしたことから、全米一のチェーンホスピタルであるHCA社の収益が急激に悪化し1987年に自社所有の一般病院185のうち104を一括売却を余儀なくされている。

ところがこのPPS/DRG制度は精神病院には適用されていないため、一般病院の収益悪化に關係なく精神病院（中毒患者治療施設を含む）が高収益を続けており医療保険関係者に注目されているのは皮肉な事である。

この結果、収益悪化に苦しむ一般病院の中には病棟を精神科に転用する動きが広がって来ているほどであるという。

しかしこれはかつて1963年ケネディ教書により精神病院の deinstitutionalization(病床削減)が実施され、559,000床の病床が現在1/4にまで減少されて来たという皮肉な歴史的背景と合わせ考えると非常に興味深いものがある。

・今後のわが国の医療保険は

1. 医療費とは

昭和62年度のわが国の総医療費は18兆円であり、毎年大体1兆円ずつ伸びてきている現況にある。この医療費が適正な額であるかどうかという判断基準は、国民の価値観によって決まるに前述したが、しかし国の経済の活性化をより維持していく上に、夫々の財政配分の観点よりこの問題を考えいかなければならないのである。

つまり福祉と経済は trade off の関係にあるという事であり、あまりにも福祉の方に金をかけ過ぎると、その国の経済の活性化が維持出来ないのである。

これを経済学的観点より医療というものを見ると食糧、エネルギー、住宅、教育などと医療はどういう位置関係にあるのかが問題となってくるのである。つまり医療というものを社会福祉の1つの要素としか見なしていないということを、まず我々も充分に認識して置かなければなるまい。

2. なぜ医療費の抑制策なのか

日本の医療というものが極めて効率的なもので

あることは、O E C Dからも高く評価されているのは周知の通りである。

わずかG N Pの5.1%でout・putされる健康度として今までにも良く引き合いに出される寿命をとってみても、世界で最長寿国であり、乳児の死亡率からみても1,000人に対して7人をと極めて低い数値である。又保険料にしてもまだそれ程高いとは思われない。又諸外国に比べて人口対比の病院数、医師数、病床数いづれをとってみても極めて優位な数値で、医療制度、保険制度がよく地域社会に定着されているのである。

これだけのout・putが出されているということは、取りも直さず極めて効率的であると判断して良かろう。それなのに何故医療費の抑制策を取らなければならないのか。

今わが国における国民医療に影響を及ぼす主要因は、最近著しい変容の過程にあるわが国の社会環境の変化のためである。

1980年に発足した臨時行政調査会による行財政改革の要請である。この臨調は「増税なき財政の再建」を目標にかけ、「真に救済を必要とする者への福祉水準は維持しつつも、国民の自立、自助の活動、自己責任の気風を最大限に尊重し、関係行政の縮減、効率化を図る施策」がとられるべきだとし、特にその第3次答申においては、それまでは医療に關し需要抑制に重点が置かれていたのを、供給抑制の必要を明確化した。

この視点は内容的には、診療報酬、薬価に対する統制管理、診療内容の限定のような直接的規制をはじめとして、病床規制、医師等養成規制、高額、高度治療診断機器の使用規制、医療支払方式の変更にいたる中長期的規制にまで及んでいた。

ここでもう少し分かり易く臨調思想というものを説明しておきたい。

国民の税金と社会保険料の2つを足したもののが国民所得比を国民負担率というが、現在これは36%というものは世界でも極めて低い負担率であるがこれを21世紀の老齢化社会を展望して、どうしても45%、多くても50%以下に抑えなければ、国の活性化が維持出来ないという思想である。

年金の成熟度はまだ現在は低いが、今後は1年間に100万人ずつ受領されるようになってくると

予想されている。年金の受領率が高くなると国民負担率が上がって来ることになる。

又、前述のごとく医療費の方も年々1兆円ずつ伸びて来ている。これから特に老齢人口が増えて来ると予想され、老人保険制度に40万から50万人近く増加するとされる。

老人保険の1人当たりの医療費は平均の5.5倍かかるのは承知の通りである。

如上の事象を勘案すると、今後国民負担率を引き上げる impact は年金の部門からも、医療費の部門をとっても極めて大きい。

であるから今の内になるべく就業人口に余裕のある時期に将来を展望して、確固たる医療制度、保険制度を作り上げて行きたいという方針なのである。

この方針を基盤として昨年秋に国民医療総合対策本部の中間報告が出たのである。

3. 医療保険制度の動向

今少し経時にわが国の医療保険制度と厚生省の対応を見るとしよう。

昭和45年は、わが国で65歳以上の老人人口が7%を越え「高齢化元年」といわれたが、昭和40年代後半は「国民皆保険、皆年金」体制の仕上げの段階であり、昭和48年を「福祉元年」と云った。

その後石油ショックを契機としてわが国の経済基調が一変してき、低成長経済への道行きと高齢化テンポが加速する中で、「福祉と経済」との相克が始まったのである。

つまりこの10年間は、新しい時代へ向けての「転換の時代」とも云える。

昭和58年 老人保健法の創設を皮切りに

昭和59年 健保法改正

昭和61年 第一次医療改革と新年金制度の実施

昭和62年 老人保健法の改正

昭和63年 国保制度の改革

一連の法律制度の改正はいずれも高齢化社会への展望を見据えて、いかにして社会保障の安定基盤を築くかの布石であった。

しかし、これらの制度を変えて行く上での前提条件というものがあり、1. 自由開業制、2. 国民皆保険体制、3. 出来高払い方式、の3点は今後も変えないで医療、保険、福祉の連携、システ

ムづくりをして行くという共通した観点がある事も忘れてはなるまい。

こうして対国民的レベルでの制度改革の方向を行政に支えるものとして、厚生省は以下のようない本方策を次々と立てた。

昭和57年 国民医療費適正化総合対策推進本部

昭和60年 高齢者対策企画推進本部

昭和62年 国民医療総合対策本部

(昭和62年10月 中間報告)

この中間報告では、効率的な医療供給体制の確立を提言している。

上述したごとく基本的動向を見据えると、自然に次のターゲットが何であるかが明らかにされてくる。いわゆるこれが「昭和65年決戦」と言われる抜本改革である。

シェーマにしてみよう。

□ 昭和65年

・需要サイド→・国民健康保険

・老人保健法の見直し

・供給サイド→・医療法の見直し

・医療保険制度の一本化、一元化の問題

これは昭和59年の健保法改正時に、日本医師会を中心とする三師会が、5年後の統合一本化について、当時の自民党執行部との間で取り交した「覚書」実行の期限が来るのである。

これについては日医は当初から「統合一本化」を言い、厚生省サイドは「運営一元化」と受けとめていて、医療保険の抜本的改正像が必ずしも一致したものに集約されていないのが現状である。

・次期医療法の改正の主要な検討項目としては

(1) 「慢性病院」と「急性病院」の、区分等適切な機能分担の見地からの、医療施設類型の見直し。

(2) 老人保健施設等の中間施設の位置付け。

(現在老人保健法に基づいているが、医療法の中に入れ込みたい)

(3) 医療機関の職員配置の在り方の検討。

(4) 広告規制等医業にかかる規制の見直し。

(医療はサービス業である〔通産省〕)

(5) 治療科名の表示の在り方の検討(専門医制)

・将来の医療体制は(プロフェッショナルフリ

ーダムについて)

(1) とはいえる医師と患者の関係は、医療の供給者と需要者というような市場的次元で捕らえうるものでないことを主張したい。

すなわち健康の回復という当事者に共通の関心をめぐって、医師と患者が共に尽力する姿であって、価格を媒介とした需給関係ではなく、それぞれが役割をもった一種の社会システムが存在するとみるべきであると思う。

そのためには将来の医療体制を考えるにあたっては、まず第一に必要な事は社会の医療不信を取り除いて、人々が安心して医療を受けられることに、われわれは最大の努力を払わねばなるまい。

(2) professional freedom とは :

自由経済の原則を採っているわが国においての私企業の自由とは、公的な制約を受けないで自らの利益を追求することのできる自由を意味するのに対して、自由診療という場合の「自由」とは医療という専門職に伴う professional freedom のこと、すなわち診療行為を行うさいの医師の自由裁量権のことにはかなるまい。

医師にこのような自由裁量権が認められて然るべきなのは、医師と患者の間には絶対的と言える程の医療知識の格差が存在するからである。今後こうした意味合いで、医師自らが診療行為即ち治療費に対しての自己規制システムを厳しく尊重して行かないかぎり、医師の職務上の判断とか裁量といふものに対して、外部的な干渉が行われて来るであろう事を憂慮するものである。

医療費の抑制は、自己規制の必須の要素であるとわれわれ自身が自らを律する時にあると思うのである。

われわれの理論を社会の理論にしなければなるまい。いたずらに診療報酬を上げる事のみを主張

しても、社会的な評価は得られないである。

まとめ

アメリカの現状を概観し、医療費と経済の関係に触れ、臨調思想と医療費の抑制策、医療保険制度の動向より昭和65年決戦を予測した。

そして最後に professional freedom こそ医療費抑制につながる事を主張した。

今後患者の医療への要求はますます高度化、効率性、快適性(amenity)が問われて来るであろうし、これに対してわれわれも又充分多様化、高度化して競争の原理に従って対応して行かなければなるまい。

又前述したごとく、日本の医療費はまだ諸外国に比べて効率的であり、福祉部門をも大いにカバーしていると云う点に気付き、厚生省は考慮していかねばなるまいと思っている。

要は財源の確保にある訳で、矢張りこれには直間比率の改正による福祉目的税の導入というものでもなければ、今後の年金や医療に対応出来るような公的財源は確保出来ないと思う。

減税の方向に向き、保険料は上げられない。国民が受益者負担が適切という選択をする訳だから、そうなれば広く薄く取る方法としては、やはり付加価値的な福祉目的税は不可欠なものになって来るのではないかと愚考するものの一人である。

論旨が総論的なものに終始したため、具体的に精神科医療費について言及する余裕がなく、いさか竜頭蛇尾の感があるが、これについては今回は他の執筆者に譲ることにして、筆者自身機会があれば本論文を基にして別稿を設け各論を構築したいと思っている。

(医療経済委員会委員、広島・瀬野川病院 院長)

特集「医療経済と精神科医療費」について

鈴木 高秋

今回は、上記のような特集を組んでみました。新しい精神医療を押し進めるには、地域医療組織の拡充や看護困難な患者用の施設の整備が前提で

ありますし、それにもまして、入院費その他の財政的裏付けが妥当なものでなくてはなりません。現実の私達の医療・看護活動は、米国精神科医ら