

2階建て公的医療保険構想について

松山幸弘

医療法人社団誠仁会

key words：医療改革，診療報酬マイナス改定，日本版 IHN，保険者協議会，強制加入オプション保険

要旨

2006年4月の診療報酬改定は、医療費ベースで3.16%のマイナスとなった。しかし、高齢化の進展、新しい医療技術の登場などを理由に医療に対する国民のニーズが拡大を続けることも確かである。この国民の医療ニーズを満たす財源の流れを創り、すでに形骸化してしまった皆保険制度を再構築する方法として、公的医療保険を全国民共通基礎保険と強制加入オプション保険の2階建てにすることを提言したい。このように公的医療保険を2階建てにすることは、医療に対する公費支出にキャップを被せることを目論んでいる財務省と都道府県単位で公的医療保険の統廃合を目指している厚生労働省の政策意図を満足する方法であると同時に、国民の医療ニーズに応えるべく努力した医療機関が報われる仕組み創りでもある。

1 はじめに

周知のとおり、2006年4月の診療報酬改定は、医療費ベースで3.16%（本体1.36%、薬価・材料1.8%）の引き下げとなった。このように医療改革の方向が医療関係者の主張に逆行する状況が続いているのは、経済財政諮問会議が財務省主導で運営されていることもあるが、医療界側が国民を説得できる政策提言を行う能力を欠いていることが一因である。

たとえば、日本医師会幹部が「日本が公的制度で皆保険を実現しているのに対し、民間医療保険中心で医

療保険未加入者が4,500万人も発生しているアメリカの医療制度から学ぶことはない。とりわけ患者の受診行動と医師の診療内容を規制するHMO（Health Maintenance Organization）¹⁾は最悪である。」と発言することをしばしば耳にする。しかし、これは次の理由から勉強不足の誹りを免れない。

第一に、アメリカの医療費財源構成をみると、公的医療保険のほうが民間医療保険より大きく、“アメリカが民間医療保険中心”と断定するのは誤りである。ちなみに、2003年の医療費1兆6,789億ドルの内訳は、公的医療保険45%（障害者と65歳以上高齢者のメディケア17%、低所得者のメディケイドと子供医療保険16%、軍人保険ほか12%）、民間医療保険36%、患者自己負担14%、その他民間5%（慈善医療や民間資金による医療施設建設など）となっている。正しくは、「64歳以下の現役世代については民間医療保険中心」であり、「65歳以上高齢者は公的医療保険中心」なのである。

第二に、わが国の医療保険はすでに皆保険ではない。厚生労働省によれば、国民健康保険の保険料を決められたとおりに支払っていない世帯数が2004年6月時点で461万世帯に達した²⁾。実に、1千万人を超える人々が国民健康保険料を滞納しているのである。そして、保険料支払い能力がありながら滞納している世帯からは健康保険証を取り上げ資格証明書が発行されることになっているが、この実質無保険の世帯数が30万を超えた。これは、「公的医療保険イコール皆保険」

ではないことを示唆している。つまり、公的医療保険であっても保険料を払わない国民が多ければ皆保険は実現しないし、民間医療保険であってもすべての国民が加入するのであれば皆保険が実現するのである。

確かに、アメリカでは総人口3億人の15%にあたる4,500万人もの無保険者が発生している。これは、医療費増加率が経済成長率を上回り続けている結果民間医療保険料が高騰、現役世代の中に保険料支払いを嫌忌する人々が増大しているためである。このように高齢化が進む以前からアメリカの医療費が増加を続ける理由は、世界で最も医療技術開発が盛んでかつ臨床適用も早い、医薬品・医療材料・医療機器の価格が市場で決められる、医師報酬はメディケアを参考にした市場価格であり出来高払い、の3点にある。

第三に、HMOには様々なタイプがあり、「患者の受診行動と医師の診療内容を規制する」という悪いHMOが存在する一方、「レベルチェック済みの直接雇用医師集団の中から患者に自由に主治医を選ばせた上に診療内容は医師に完全に任せる⇒診療報酬請求事務がない」という良いHMOも存在することを知る必要がある。拙著『医療改革と統合ヘルスケアネットワーク』(2005年、東洋経済新報社)³⁾で紹介したとおり、良いHMOの代表例であるKaiser Permanenteは、医療保険と医療提供体制がわが国以上に公的制度であるイギリス、カナダなどから医療改革モデルとして注目されている。

このように、医療界が実現性の高い政策提言を行いたいのであれば、既成概念を自ら検証しないまま妄信するのではなく、医療制度を取り巻く日本経済・社会全体の構造変化、諸外国における医療改革のメカニズムを謙虚に学びグランドデザインを描くことが肝要なのである。

2 医療費の一人当たり負担を同額にすべき

筆者は、日本経済の成長率を高めるためには医療市場に追加財源が流れ込む仕組み創りが不可欠と考える。故に、医療費の伸び率を経済成長率にリンクさせることには反対である。医療費増加に伴う負担増のみに着目し単に医療費抑制を主張する人々は、「国民全体で見れば常に負担=受益」という事実を忘れている。そもそも医療費がGDP全体に占める割合の最適値など理論的に存在しない。GDPの構成内容は財・サービ

スの消費に関する国民の価値判断の加重平均にすぎず、時代とともに変化するものである。したがって、高齢化に伴い医療に対する国民のニーズが高まるのであれば医療費の対GDP構成比が上昇して当然であり、そのこと自体が経済成長のエンジンになりうるはずである。実際、2006年に医療費が2兆ドル、GDPに占める割合も16%に達すると予測されている米国経済のほうが日本経済よりも力強いことがその証である⁴⁾。

しかし、このように国民の医療ニーズに応じて医療費を増やすための仕組みは、財政再建という最優先政治課題に反するものであってはならないと同時に、“負担と給付の公平性のあるべき姿”に関する国民のコンセンサス作りに資するものである必要がある。

このうち公平性の問題には、「現役世代と高齢者世代という異なる世代間の公平性」と「同一世代内の公平性」の二つがある。前者の異なる世代間の公平性を考えるには、「現役世代が高齢者世代を支える」という社会保障制度の理念に立ち返る必要がある。この理念を否定する国民はほとんどいないと思われる。すると、争点が「高齢者世代支援のために現役世代がどの程度負担すべきか？」と「高齢者世代の応分の負担とはどの程度か？」にあることに気づく。

この世代間負担のバランスの“解”として、人口構成の変化に中立な方法が存在する。それは、「保険料+患者自己負担+税を通じた間接負担」ベースで介護を含む医療費の一人当たり負担が年齢にかかわらず同額となるように制度設計することである。筆者の試算によれば、これは、税制上の医療費控除や低所得者救済を加味した場合、高齢者医療保険における「保険料+患者自己負担」を標準ケースで約3割にすることを意味する。したがって、厚生労働省が高齢者医療制度創設にあたり、保険料総額を医療給付費の1割とした上で、患者自己負担について原則前期高齢者2割、後期高齢者1割、現役並み所得者3割としたことは、正しい改革の方向と言える。

3 2階建て公的医療保険の基本的枠組み

次に「同一世代内の公平性」を確保する方法としては、公的医療保険の中に負担と給付のバランスのあり方を国民一人ひとりに選ばせる仕組みを取り入れることが有効と思われる。従来の医療保険改革論争では、負担と給付のバランスをトップダウンで決定、その結

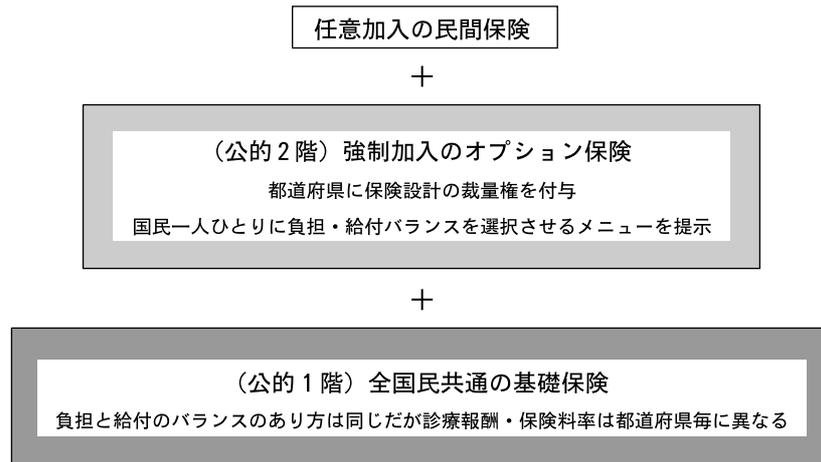


図1 2階建て公的医療保険の基本的枠組み

果を全国民に一律適用する発想に終始してきた。しかし、医療消費のあり方は個々人の価値観によっても左右される度合いが強まっている。また、“健康管理の自助努力の格差が負担と給付のバランスに反映されない”という不公平感が高まっている。そこで、負担と給付のバランスのあり方を国民一人ひとりに選ばせるという発想に至るわけだが、この場合でも、一旦病気になれば必要な医療にアクセスできる仕組みでなければならない。これらの要件を満たす方法が、図1に示した公的医療保険を全国民共通基礎保険と強制加入オプション保険の2階建てにすることなのである。

国民に選択権を与える最も単純な方法は、標準ケースよりも給付内容が薄い場合は保険料を安く、給付内容が厚い場合は保険料を高くすることである。ちなみに、医療改革のテーマになっている免責制度導入も、国民に一律適用しようとするから紛糾するのであって、国民一人ひとりに選ばせることにすれば支持者も少なからずいると思われる。

国民に選ばせる医療の候補としては、終末期医療、慢性病患者の疾病管理、高度先進医療などが有望である。終末期に延命医療を最大限利用するか、それとも死を受け入れてホスピスを利用するかは、個々人の価値観に大きく左右される。しかし、同額の保険料を支払う制度のままでは、ホスピス利用者が延命医療を最大限利用する患者の医療費を負担させられることになり不合理である。遺伝が原因の疾患にかかった人を公的医療保険の中で不利に処遇することは許されないが、医師の指導に基づく疾病管理に従わない患者の負担を重くすることは検討に値する。高度先進医療の適用を

望む患者にその機会を与えることは、新しい医療技術に財源が流れ込む道を創り、日本が医療分野で国際競争力を取り戻すために不可欠である。

2階建て公的医療保険を理解する上で以下の点が重要である。

- ① 現在の医療保険制度では国民が医療を消費すれば公費支出が義務的に決まる。2階建て公的医療保険の下では、医療保険が都道府県単位で再編成されることを前提に、医療に対する国の支出総額が国民の医療消費行動に直接連動しない仕組みに変更、国の役割を財源調整（年齢構成、高額医療費疾病患者数など都道府県がコントロール困難な要因を調整する形で医療財源を再配分）と医療保険モデルを提示することに集約する。都道府県は、国から与えられた財源に住民からの保険料などを加え、国が提示した医療保険モデルを基本に独自色を出すように努める。なお、医療費財源を原則、税で賄っているイギリス⁵⁾において現在積極的な医療費増加政策が採用されていることからわかるように、医療に対する国の支出総額が国民の医療消費行動に直接連動しない仕組みに変更することは、医療費抑制のみでなく医療費増加にも使える。
- ② 皆保険の理念を堅持するために、2階部分のオプション保険は国民全員に対し強制加入とする。強制加入とは国民が既往症に関係なくいつでも好きなオプション保険に加入できることを意味する。したがって、健康な時には保険料が安い低給付オプションに加入し、健康が衰えた時に高給付（保

険料も高い) オプションに乗り換える人が発生、保険収支が不安定になるリスクがある。その対応策としては、高給付オプションへの乗り換え時に既往症に対する給付待機期間を設けるなどの方法が考えられる。

- ③ 現行制度の下では保険料負担増加を企業努力でコントロールすることができないため、財源に関する意見対立で医療保険改革論議が進まない。一方、企業経営にとって重要なのは、医療保険料負担よりもまず総人件費である。そこで、オプション保険料負担割合について労使に裁量権を与えることが検討に値する。たとえば、オプション保険購入の予算を従業員一人ひとりに貢献度に応じて配分、確定拠出年金のための予算と合算した形で従業員福祉給付プランの購入選択権を与えるのである。こうすれば、企業側の総人件費コントロールが容易になると同時に、従業員の満足度も高めることができる。
- ④ オプション保険の保険料は、フロー所得に対する率ではなく、保険給付内容に見合った絶対額で決定する。これにより、所得把握が難しい自営業者等が有利になる現行制度の問題点を是正する。
- ⑤ 低所得者がオプション保険を購入することを補助する財源確保のため、自由診療に対して課税、これを都道府県の収入とする。たとえば、厚生労働省が市場拡大を考えている患者選択同意医療(制限回数を超える医療行為〈例：透析〉など)に医療消費税を課す。ちなみに、アメリカでは、弱者救済医療財源として医療分野を限定した上で診療報酬に2%程度の消費税を課している州がある⁶⁾。
- ⑥ わが国の場合、生活保護者を診療した医療機関が提出するレセプトに対する審査が甘いため、過剰医療に陥りやすい傾向にある。これは、生活保護者に提供されている医療がその財源を負担している人々を上回ることが多いことを意味する。これに対して諸外国では、低所得者救済医療の内容が平均的国民のそれを下回るのが普通である。公的医療保険を2階建てにすることを契機に、生活保護制度における医療過剰給付を是正すべきである。
- ⑦ 子供の医療費を国民全体で拠出する仕組みを維

持する。たとえば、単身者が支払う保険料に子供の医療費財源を含ませる。

- ⑧ 経済財政諮問会議は、混合診療解禁に合わせて2階部分を任意加入の民間医療保険にする考えである。しかし、わが国の民間医療保険は、支払った保険料の約30%が保険会社の粗利益で消えてしまっている。民間医療保険が発達しているアメリカでは、その粗利益率は平均14%である。前述した良いHMOの代表例 Kaiser Permanenteでは5%にすぎない。したがって、わが国の民間医療保険の粗利益率は異常値であり、現在のままでは国民のセーフティネットの柱に使うことなどできない。

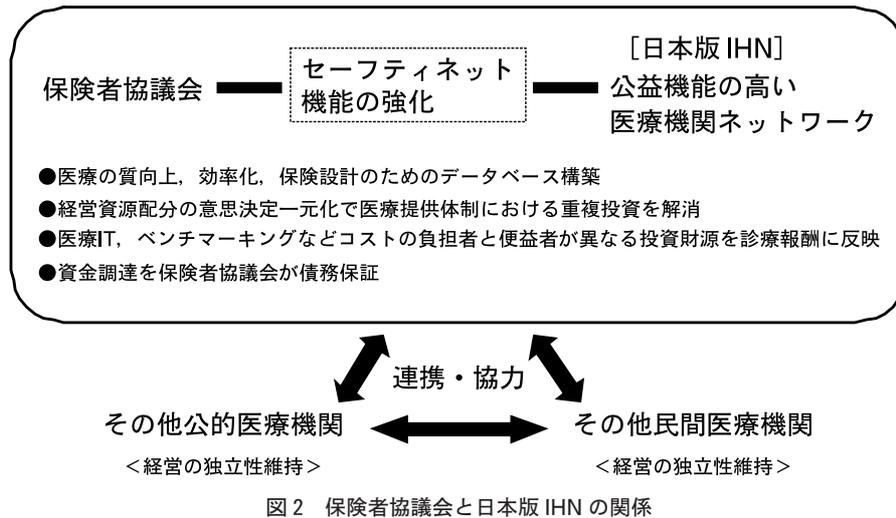
4 おわりに

国民の生活保障を提供するセーフティネットの仕組みの中で、生命に直結する医療は最上位に位置するものである。したがって、医療事業から生まれる利益が個人に帰属せず、かつ弱者救済財源が確保される仕組みを都道府県(または広域医療圏)単位で構築する必要がある。厚生労働省が都道府県単位で保険者協議会を設立する一方、医療法改正により公益機能の高い医療機関のネットワーク化を促そうとしていることは、そのインフラになるものとして評価できる。

医療市場には他産業には見られない二つの矛盾が内在している。第一の矛盾は、個々の医療機関に自由に競争させればその医療圏における需要と供給のミスマッチが拡大、地域住民の多様な医療ニーズに適切に対応できなくなる点である。個々の医療機関が収益向上を図り生き残るためには、経営資源配分の選択と集中が有効である。しかし、この自由競争を野放しにすれば、利益率の高い医療サービス分野で過剰投資が起り結果的に医療費が上昇、利益率の低い医療サービス分野が空洞化するのである。

第二の矛盾は、医療の質向上とコスト節約に努力した医療機関にそのベネフィットが100%還元されない点である。このことは、医療情報システム投資によるデータベース構築において特に顕著である。データベースがなければ、各都道府県がその医療市場特性に合わせて2階部分のオプション保険を設計することができない。

そこで筆者は、これらの矛盾を解決する公益機能の



高い医療機関ネットワークの具体的ビジネスモデルとして、日本版 IHN (Integrated Healthcare Network; 統合ヘルスケアネットワーク)⁷⁾ を推奨している。図 2 のとおり、セーフティネット機能を強化するためには、この日本版 IHN と保険者協議会が財務的にも一体となって経営されることが肝要と思われる。この統合経営に成功することは、都道府県が地方分権時代の地域間競争で優位に立つ必要条件なのである。

文 献

1) A. F. Al-Assaf, M. D: Managed Care Quality, CRC Press, pp. 1-19, 1998.

2) 厚生労働省保険局国民健康保険課に対するヒヤリング結果。
 3) 松山幸弘: 統合ヘルスケアネットワークと医療改革, 東洋経済新報社, 67-69, 2005.
 4) 米国保健省の WEB サイト公表資料
<http://www.cms.hhs.gov/NationalHealthExpendData/downloads/proj2005.pdf>
 National Health Care Expenditures 2005-2015 より作成。
 5) イギリス政府の WEB サイトで確認。
 6) ミネソタ州政府の WEB 公表資料
<http://www.house.leg.state.mn.us/hrd/issinfo/ssmcp.htm> より作成。
 7) 松山幸弘: 統合ヘルスケアネットワークと医療改革, 東洋経済新報社, pp. 35-47, 2005.