

アベノミクスと医療改革

(第2回) 医療財源制度のガバナンス

キャノングローバル戦略研究所
研究主幹 松山 幸弘 氏

国民合意を容易にするガバナンスの視点

医療制度には医療提供体制と医療財源確保方法の二面がある。その分類の切り口として公中心、民中心といった基準が使われることが多いが、具体的仕組みのあり様は、仮に公中心あるいは民中心であってもその国の医療制度の歴史、社会・経済の構造、人口動態等により大きく異なる。しかし、医療サービスの基礎である医学は世界共通である。一国の医療財源確保の方法は、税金、保険料、患者自己負担という3要素の組み合わせであることも同じである。さらに、その組み合わせの外見が異なっているも、現役世代の医療費については現役世代が全額負担、高齢者医療費の大部分も現役世代が負担、高齢者医療費の一部を高齢者自身が負担、というルールが制度設計上の基本原則になっている。そして、先進諸国における医療改革の共通テーマとして地域包括ケア、予防による医療費抑制、給付と負担のバランスの公平化などが掲げられている。

このように外見や各プログラムの名称は異なるが制度設計の基本構造に共通点が多い各国の医療制度の優劣を判定する場合、改革案に対する国民のコンセンサスが成立しやすいか否かという視点が重要なように思われる。つまり、少子高齢化や財政難など医療制度設計の前提条件が大きく変化したことを受けて給付と負担のリバランス改革を大胆に行いたい時に、国民の合意を得やすくするための仕掛けが予め医療制度に組み込まれているか、という判定基準

である。これは、その国の医療制度全体のガバナンスの妥当性評価とも言える。第1回で取り上げたIntegrated Healthcare Networkと非営利ホールディングカンパニーは、地域包括ケア体制構築を目的に各国が採用した医療提供体制の経営資源最適配分のためのガバナンス強化の仕掛けに他ならない。そこで、本稿では医療財源制度のガバナンスについて考察してみたい。

オーストラリアの民間医療保険活用策

加速する医療技術進歩と高齢化により増加する医療費の財源確保のため各国が様々な工夫をしていることに関しては、既に多数の調査研究がなされている。それらの工夫の中でわが国でも検討に値することは、一つの制度を全国民に一律強制適用するのではなく、公的医療保険を基礎給付部分とオプション部分の2階建てにすることである。これは、医療改革の争点である給付と負担のバランスのあり方を国民一人ひとりに選ばせる要素を入れることに他ならない。つまり、医療財源制度のガバナンス権限の一部を国民一人ひとりに付与するのである。このオプション部分は、公的保険でも民間保険でも設計可能である。ただし、民間保険を使う場合には、被保険者集団間の疾病リスク公平化財源調整をより厳格に行う必要がある。私見では、これを最も斬新な手法で行っているのはオーストラリアである。

図表① 年齢基準プール算入額の積算方法

(単位：千豪ドル)

	年齢グループ	< A >	保険会社 I		保険会社 II	
			給付額 B	年齢基準プール B×A	給付額 C	年齢基準プール C×A
男 性	54 以下	0%	不算入	0	不算入	0
	55 ~ 59	15%	1,242	186	921	138
	60 ~ 64	42.5%	1,705	725	1,264	537
	65 ~ 69	60%	2,639	1,583	1,957	1,174
	70 ~ 74	70%	4,751	3,325	3,521	2,465
	75 ~ 79	76%	6,330	4,811	4,692	3,566
	80 ~ 84	78%	8,087	6,308	5,994	4,676
	85 ~ 89	82%	8,262	6,775	6,124	5,022
	90 ~ 94	82%	9,185	7,531	6,808	5,582
	95 以上	82%	3,943	3,234	2,923	2,397
女 性	54 以下	0%	不算入	0	不算入	0
	55 ~ 59	15%	3,392	509	2,514	377
	60 ~ 64	42.5%	4,510	1,917	3,343	1,421
	65 ~ 69	60%	5,263	3,158	3,901	2,340
	70 ~ 74	70%	6,650	4,655	4,929	3,450
	75 ~ 79	76%	6,834	5,194	5,065	3,850
	80 ~ 84	78%	7,223	5,634	5,354	4,176
	85 ~ 89	82%	6,255	5,129	4,637	3,802
	90 ~ 94	82%	3,924	3,217	2,908	2,385
	95 以上	82%	3,076	2,522	2,280	1,869
年齢基準プール算入額合計				66,414		49,227

(注) < A > = 年齢基準プールに参入する実際給付額の割合

(出所) Private Health Insurance Administration Council, Risk Equalisation Financial Year Results by Insurer and State.より筆者作成

図表② 州内保険会社間のリスク財源調整額算出方法

	年齢基準 プール a 千豪ドル	高医療費 請求プール b 千豪ドル	被保険者 単位数 D	E (a + b) 千豪ドル	理論値 F H ÷ G × D 千豪ドル	財源調整額 E - F 千豪ドル
保険会社 I	66,414	0	463,025	66,414	66,432	▲ 18
保険会社 II	49,227	30	343,193	49,257	49,239	18
州内合計	115,641	30	806,218 G	115,671 H	115,671	0

(注) ・被保険者単位数=家族構成によって決められる世帯別の被保険者換算数

・財源調整額で▲は保険会社からプールへの支払い、プラスはプールからの受取り

(出所) 図表①に同じ

オーストラリアは、医療提供体制と医療財源確保を共に公中心で設計する中で民間病院と民間医療保険もフル活用している。ちなみに、736 (2012年現在、

以下同) の公立急性期病院で医療圏単位にネットワークを構築した上で、日帰り手術専門民間病院307、その他民間病院285と機能分担している。2012年度の国民医療費は1,402億豪ドルであったが、その主たる財源はメディケア課税である。メディケア課税は、課税所得に対する税率1.5%の基礎部分と所得に応じて税率が0%、1%、1.25%、1.5%と異なる上乘せ部分の2階建てになっている。豪政府は一定所得以上の国民に対して民間医療保険加入を推奨している。民間保険加入者は公立病院と民間病院の両方で治療を受ける選択権を有し、担当医師指名や個室利用ができる。彼らが民間病院を利用した場合、医療費のうちメディケア診療報酬の75%相当額を公的制度が支払い、残額を民間医療保険がカバーする仕組みである。

ユニークなのは、民間医療保険料が高くなり過ぎないように公費補助がある点である。その保険料に対する公費補助率は所得水準と年齢に応じて0%～40%の範囲で段階的に設定されている。民間医療保険の給付財源全体に占める公費補助の割合は約30%である。

さらに注目すべきは、民間医療保険会社の収支を事後的に平準化するリスク調整財源移転が行われることである。全国民に医療保障を与える公的制度を代替する民間医療保険であることから、保険料は地域料率が原則であり、加入者の年齢、性別、既往症歴に関係なく同額である。しかし、加入者集団の年齢構成、高額医療費を伴う患者割合について保険会社間で必ず差が生じる。図表①と②は、州内に保険会社が2社あると仮定した場合に、そのリスクを調整し、実際の給付額が理論値より少なかった保険会社Ⅰから理論値より多かった保険会社Ⅱに財源移転する仕組みを表している。理論値は年齢基準プールと高医療費請求プールの合計である。年齢基準プールは、54歳以下の医療費を考慮せず、55歳以上で年齢階層別に決められた算入割合を保険会社が支払った給付額に掛けて積算される。高医療費請求プールは、高額医療費患者がいた場合のリスク調整額である。

民間医療保険給付額から公費補助を控除した保険会社の純給付額（2012年度112億豪ドル）が国民医

療費に占める割合は8%と低いが、国民の半分近くが民間医療保険を選択している。したがって、仮に将来国の財政が厳しくなり医療への公費投入を減らす必要が生じた場合でも、民間医療保険を設計変更することで高所得者ほど負担を増やす等により柔軟に対応可能である。

米国経済が医療費膨張でも成長し続ける理由

米国政府によればオバマ医療改革の効果込みで予測してみても、医療費は2011年の2.7兆ドルから2022年には5兆ドルに達し、医療費がGDPに占める割合も17.9%から19.9%に上昇する。このように米国の医療費膨張が止まらない主な理由として、技術進歩、高齢化、診療報酬の自由価格制があげられる。このうち医療制度のガバナンスの観点から問題なのは、診療報酬の自由価格制である。米国では、64歳以下の勤労者は民間医療保険、障害者と65歳以上高齢者は公的医療保険（メディケア）、貧困者は公的医療費扶助制度（メディケイド）によって医療を受けている。このうちメディケアとメディケイドの適用患者の診療報酬は政府が決める公定価格であるのに対して、64歳以下勤労者とその家族が患者になった時の診療報酬は、民間医療保険会社と医療機関の間の交渉によって決まる仕組みになっている。

図表③は、医療保険会社Optima Healthが団体医

図表③ 米国の医療保険会社が顧客企業に報告する内容の事例

A 保険契約年度1年間における医療機関からの定価ベース請求額	6,460,813 ドル
B 医療機関との交渉による定価ベース請求額からの割引額	3,452,030 ドル
割引率 (B ÷ A)	53.4 %
C 患者が当保険より優先する他の保険で給付を受けた場合の調整額	49,833 ドル
D 患者自己負担	519,305 ドル
E 保険会社側の実際支払額 (A - B - C - D)	2,439,645 ドル
F 保険契約年度12ヶ月間の被保険者数(扶養家族含む)の毎月累計	12,523 人
被保険者一人あたり月平均医療保険給付支払額 (E ÷ F)	195 ドル

(注) この医療保険会社が給付対象とする医療費 (A-B-C) に対する患者自己負担割合は $D \div (A-B-C) = 17.6\%$ と計算できる。

(出所) Optima Health社提供資料より筆者作成

療保険契約者である企業に提出した保険収支計算報告書の冒頭で示しているデータである。これから Optima Healthが保険者として医療機関と交渉し、医療機関側が提示する定価対比で全体平均53.4%の割引を獲得したことがわかる。図表④は、米国在住の医療政策研究者である河野圭子氏が提供して下さった保険会社が加入者に送付する診療明細書の内容を示している。このように診療報酬割引率は非常に大幅であり診療内容によっても異なる。同氏によれば、診療報酬自由価格制の欠陥は治療を受けた医療チームの中に医療保険会社と契約していない医師や検査機関が含まれていた場合に顕著に現れる。例

えば手術を受ける場合、病院と執刀医は自分の医療保険会社と契約している者を選ぶことができるが、麻酔医、病理医、病理検査、外注臨床検査、第2外科医（手術が長引いた場合のアシスタント外科医や替えの外科医）が必要となった時に選択の余地はなく前もって誰が担当するかも知らされない。その結果、追加担当者が自分の医療保険会社と契約していない場合、法外な定価の請求書を受け取ることになる。もちろん事後的に割引交渉することも可能だが、医療保険会社が獲得するような大幅な割引は望み薄である。

図表④ 保険会社から送付される診療明細書からみる診療報酬の仕組み

(単位：ドル)

	請求対象診療内容		合計
	手術 I	手術 II	
Billed Amount (A) 各医療機関が自由に設定する診療報酬の定価	604.00	375.00	979.00
Ineligible Amount (B) 保険会社が医療機関と交渉して得た割引額<割引率>	533.69 < 88% >	205.12 < 55% >	738.81 < 75% >
Approved Amount 実際の診療報酬 (C) = (A) - (B)	70.31	169.88	240.19
Member' s Responsibility to Provider 自己負担額 (D)	7.03	16.99	24.02
Copay 診療 1 回あたりの一律定額自己負担	0	0	0
Deductible 年間自己免責額	0	0	0
Coinsurance 診療報酬の一定割合の自己負担額 <自己負担割合>	7.03 < 10% >	16.99 < 10% >	24.02 < 10% >
Plan Paid 保険会社が負担する給付額 (E) = (C) - (D)	63.28	152.89	216.17

(出所) 河野圭子氏提供の診療明細書をもとに筆者作成

このように診療報酬価格決定プロセスに理不尽な面があること、オバマ大統領が議会を通過したはずの医療改革の実行に苦戦していることなどから、米国の医療財源制度のガバナンスが脆弱な印象を受ける。確かに、医療は連邦政府予算の中で公的年金、国防費を上回る最大の歳出項目であり、財政再建の障害になっている。しかし、医療費の対GDP比が2022年に19.9%になるペースで医療費増加が続いても米国経済の成長阻害要因にならないとする楽観論

の根拠となるデータがある。

図表⑤は、医療財源全体を支える現役勤労者の人件費の構造を示している。人件費増加要因のうち医療費が占める割合は14.5%にすぎない。これは、医療費増加が米国企業の国際競争力に悪影響を与えていないことを意味する。高齢者公的医療保険であるメディケアの財源の大部分は、現役勤労者が労使折半で給与から拠出している。その税率は、原則2.9%、高額所得者（単身者125,000ドル以上、夫婦250,000

図表⑤ 米国企業の1時間あたり人件費の増加要因

(単位:ドル)

	2004年3月 ①	2013年9月 ②	増加額 ②-①	増加額構成比
1時間あたり人件費	24.95	31.16	6.21	100.0%
現金支給額	17.71	21.54	3.83	61.7%
うちメディケア勤労者負担	0.29	0.35	0.06	0.1%
公的年金勤労者負担	1.13	1.39	0.26	4.2%
企業福祉給付コスト	7.23	9.61	2.38	38.3%
医療費	2.10	3.00	0.90	14.5%
団体医療保険	1.81	2.65	0.84	13.5%
メディケア	0.29	0.35	0.06	0.1%
年金等貯蓄	2.12	2.88	0.76	12.2%
企業年金	0.99	1.49	0.50	8.1%
公的年金	1.13	1.39	0.26	4.2%
その他	3.01	3.73	0.72	11.6%

(注) 四捨五入のため合計は必ずしも一致しない

(出所) Bureau of Labor Statistics, Employer Costs for Employee Compensation Historical Listing March 2004 ---September 2013 より筆者作成

ドル以上)が3.8%である。2013年9月時点でメディケア税負担の労使合計は0.7ドルであり、現金支給額の増加額3.83ドルの5分の1以下にすぎない。これは、メディケア税率を倍の5.8%にしても給与手取りの増加部分で吸収できることを意味する。

このように医療費増加のインパクトを米国経済全体で受け止めることができている要因として2点あげておきたい。1点目は、医療費を負担してくれる他産業の成長である。2点目は、民間医療保険とメディケアの両方に国民一人ひとりに選択権を与えるオプションが組み込まれていることである。企業年金に確定給付型と確定拠出型があるように、現役勤労者の民間医療保険にも1990年代にカフェテリアプランと呼ばれる確定拠出型が普及した。確定拠出型医療保険とすることで、雇用主は職員が購入する医療保険料財源のうち一定額を拠出すればよい。これにより雇用主は医療費増加リスク負担を軽減できる。一方、職員は自己のニーズに最適な医療保険を選ぶことができる。雇用主から付与された予算が余れば現金で受け取ることもできるため、この仕組みは共稼ぎ夫婦にとってメリットが大きい。また、メディケア制度の中にも給付と負担のバランスのあり

方を高齢者自らが選択できる仕組みが入っている。例えば、患者自己負担部分を給付対象とするメディケア補完保険や処方薬を給付対象とするメディケアパートDでは複数のプランが品揃えされている。加えて、5,543億ドル(2011年)という巨大なメディケア本体部分の保険者は連邦政府一つである。貧困者救済のメディケイドの保険者は州政府である。したがって、仮に財政再建のためにメディケアとメディケイドの診療報酬を引き下げる必要が生じても、それに反対する医療機関との利害対立の構造は単純であり妥結点を見つけることが比較的容易な仕組みになっている。

わが国の医療財源制度ガバナンスの強化策

これに対してわが国の場合、皆保険制度でありながら保険者が約3,500も存在する。その保険者による医療財源確保方法を持続可能なものにするためには、大企業職域保険である健康保険組合以外の保険者を都道府県単位で統合することが有力である。そこで、中小企業職域保険である協会けんぽは2008年10月発足時から都道府県単位の運営体制が採用された。市町村が保険者である国民健康保険も都道府県

単位に統合する改革の方向が決定されている。

しかし、市町村国保の保険料は同じ都道府県内であっても大きな格差がある。市町村国保を統合した時の保険料は、単純に考えれば統合前の市町村国保保険料の加重平均になる。これは、統合前後で保険料が上がる人と下がる人が約半々発生することを意味する。その結果賛否が拮抗し国保の都道府県単位統合の実施がズルズルと遅れる懸念がある。これを打開するには改革の合理性を国民に理解してもらうことが本筋であり、その責任は政治家にある。

その際、保険料が上がる人の不満を軽減する保険料上昇幅圧縮の工夫が重要になる。その工夫のキーワードは追加財源確保と選択権付与の2つである。消費税率引き上げ以外の追加財源確保策としては、

医療介護制度の下での富裕層の負担増が最もコンセンサスが得やすい。既に政府も様々な形でそれを実施しつつある。わが国の現行医療制度をベースに国民に選択権を付与する方法として最も簡便な方法は、年間医療費の一定額までを自己負担とする免責制導入である。オランダが実施しているように、免責額を複数設定、大きな免責額を選んだ人ほど保険料を安くするのである。免責制には健康管理を促すインセンティブ機能もある。全国民同一制度強制適用論者は免責制により格差が生まれると反対している。しかし、他の先進諸国と同じように国民一人ひとりに給付と負担のバランスを選択させる要素を公的制度に組み込まない限り、皆保険を維持できない財政状況にあることを肝に銘ずべきである。