

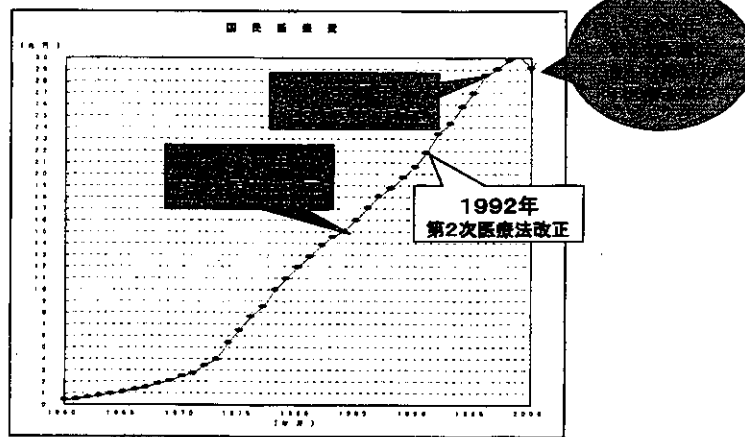
実際 1979 年に第二次オイルショックが起きて、日本もこれまでのような経済成長が無理だとわかった頃から医療改革が着手され、今に至ります。図⑬は国民皆保険制度が始まった 1961 年度から 2000 年度までの国民医療費の年次変化のグラフです。その間に 1985 年には第一次医療法改正、92 年に第二次、97 年に第三次、2001 年には第四次を実施しています。2000 年度には国民医療費が下がりますが、これはご存知のとおり介護保険制度を実施して、高齢者医療費の何割かを向こうに付けた結果です。実際のところは医療改革を繰り返しやっても医療費増大の傾向が全く止まらず、国民皆保険制度の持続可能性が危ぶまれているのが現状です。

ちなみに、制度別の資金徴収・調達具合は、公費投入が 3 割で、残り 7 割は保険料及び自己負担で賄われているということです。先に示した一般化した医療保険資金管理の概念図を使って、日本の状況を説明すると、要するに、もしも保険料と自己負担だけでやろうとすれば、恐らく出来高払いでフリーアクセスというような現物給付は無理なはずなのです。

(図⑭参照) それを実行し続けようというわけですから、じつのところ無茶があるわけで、未だに解決の見通しがたたないわけです。次に続く改革実施の目標は 2 年後の 2005 年ですが、その頃までに従来から言われ続けるさまざまな改革案でいったいどの程度まで国民皆保険制度が持続可能なのかについて総括的に示される必要があると考えます。つまり、医療保険制度の改革余地について説明される必要があると考えます。なぜならば、改革結果はすべての国民の生活に大きく影響しますから、政府保険者はこのことを国民に説明する義務があるからです。

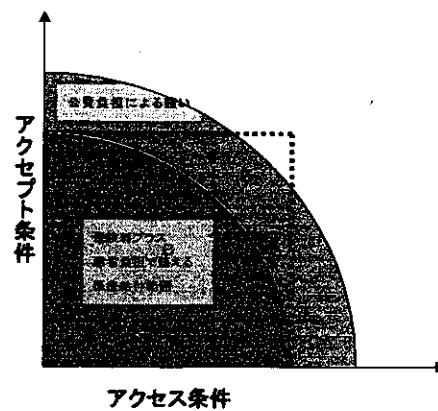
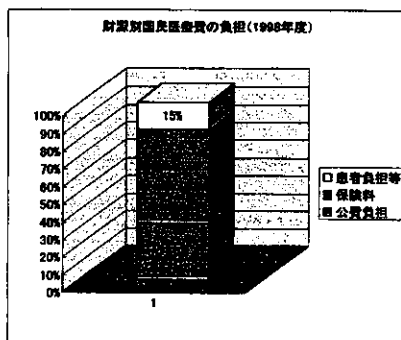
ところが、医療保険制度改革の個々の施策を総括的に診るという試みはまだこれからであり、われわれの研究も未熟であることを否認しません。とくに、我々の研究では国保・社保、つまり地域保険と職域保険をどうするかといった検討などはまだ盛り込んでおりません。そのことをお断りした上で、ここでは一つの保険者が医療保険資金を管理するという想定で議論を進めています。もっとも、国民皆保険制度下で実質的な保険は「政府」であることを考えれば、それほど的外れな議論ではないと思います。余談ですが、健保連のほうで設けられました最近の韓国で為された医療改革を調査する研究会に加わっておりますが、なぜか韓国なのかと言いますと、ここでは 1997 年から地域保険と職域保険が一本化され、保険者がひとつになっているからです。そして、一本化される前後の経緯から現在に至るまではどうかということ調べています。韓国で保険者の一本化が実行された背景には、1997 年に国の財政が破綻しそうになって国際通貨基金 IMF の管理になったことがあります。IMF 管理になることは、ある意味では終戦後の日本のように、占領軍がやってきて有無を言わずに効率的と考えられる制度に変革されるというのと同じで、ある意味国辱ですが、しかしそれを経た結果、韓国では情報インフラの整備が進み、今日の経済回復に至りました。そして国民の医療では保険者の一本化が実現し、レセプト電算化は 7 割を超えるまでになっています。そのお隣の国の出来事を観察しますと、保険者の一本化は決して非現実的な話ではありません。もっとも、それぞれの国にはそれぞれの文化や背景が

図⑬ 医療改革を重ねても医療費の伸びを抑えられない...



(注. 2000年度からは介護保険が始まったため国民医療費の集計内容に連続性がなくなっている)

図⑭ わが国の医療保険制度はフリーアクセス・出来高払いが特徴であったが、医療保険財源構造を見る限り、もはやセグメントEの給付条件維持は無理なはず



ありますので、わが国でどうなるかというのはまた別の議論ですが。

そんな中で今説明しますような、医療保険制度はどのように管理されるべきなのか、国民の医療保険資金はどう管理されるべきなのか、保険資金と医療提供のバランスをどう扱うべきなのかについて考えるために、前節までの説明で医療保険資金管理の一般概念図と、それから導かれる給付条件を管理するマトリックスを手にししました。

さて、患者属性、言い換えると疾病とそれに対する医療資源の投入効率を給付条件別セグメント毎に検討することで、最も資金のかかるセグメントEから他のセグメントへ移しても適切に治療の完遂ができる場合があることを検証したいわけです。ちなみに、資金投入の効率性を考えて資金の分散管理を行なうというのは、一般企業のマネジメントではポートフォリオ管理という言葉で以前から実施されています。また、経済学ではポートフォリオの理論化というのが進んでいます。これは数学を使った緻密な理論です。しかし、本研究班では、効率性を考えた医療保険資金の分散管理の説明に対して象徴的に「ポートフォリオ管理」という言葉を使っていますので、経済学でいうポートフォリオ理論とは違い、むしろ、企業経営における資金とリスクのバランス管理の意味合いです。

ところで、いったい医療にどのくらいお金がかかるのか、あるいは資金を備えねばならないのかという命題については、学術的、かつ厳密に計算しようとするのたいへん難しいものとなるでしょう。しかし、最近流行の個人の人生設計にアドバイスするファイナンシャルプランナーの説明方式に則れば、話はもっと簡略的です。たとえば2002年秋にたまたま見たNHKの番組のなかで「ガンにかかったとき、一体いくら費用がかかるか」について、ファイナンシャルプランナーによる説明がありました。言うまでもありませんが、ここでは保険者のことは問題にしていません。NHKは視聴者に向けて、あなたはガンにかかる（国民皆保険制度の下で）いくら自己負担が必要となるかについて知っておき、それに備えるに足る民間保険にはどういものを選べばよいかについて説明しておりました。それによりますと、胃ガンで入院した場合、平均で40日間の入院となり、医療費は全部で約100万円かかると説明しました。そこで、健康保険の加入者本人ならば（この頃だと）自己負担2割ですが、高額療養費制度があるので（治療が月をまたぐため、月のいつ頃に入院したかにもよりますが）自己負担額は約12万円だということです。番組では、視聴者国民に向けて、だからこの疾患でのときには一日当たり3千円の給付が出る民間保険に加入するだけでも備えになるとの説明でしたが、要は、この場合に保険者が供えるべき保険資金は88万円になるわけです。そこで、保険が適用される全ての疾病についてこのような計算ができれば、保険者のほうで準備すべき保険資金高が概算できるのではないかと考えるわけです。つまり、当の疾病で1人当たりいくら費やし、その疾病にかかる人は年間何人いるか、結果、全体でいくらかかるかという順序でやっていけば、国民の医療保険資金に予想がつくのではないかと考えるわけです。このことは保険ファイナンスの専門家の仕事です。

ちなみに、現在の国民医療費というのは後になって一体いくらかかったかをみているに過ぎませんし、診療報酬の改定というの、予想される歳入の下での分配を決めているに

過ぎません。けっして、国民皆保険制度持続のための資金高をあらかじめ算出して、必要額を調達するものではありません。あるいは、もともとそのような資金管理体制にはなっていないといえます。

では、なぜ厚生労働省は医療保険の準備資金を測った管理をやっていないのかというと、それにはたいへん大掛かりなデータの収集と分析を行なう体制が必要になるのですが、それが昔だとできなかつたからです。そして、最大限の努力として、毎年社会医療診療行為別調査によってたいへん荒いものですが（約 120 分類程度の）疾患別の費用を調べ、3年に一回は患者調査を行なうことで疾患の発生具合を調べていました。しかし、このような調査もサンプル調査であることは当然ですが、集計と分析までに日時を要するというので、結果が公表されるのは1年以上後のことでした。しかし、これではデータは古いものばかりで、今提言しますような、翌年度の医療保険資金準備高の算定には間に合わないわけです。（ちなみに、国民医療費の統計も、保険者のところでの決済の都合もあって、確定値を公表するのに一年半ほどかかっています。）

しかし、わずかここ5～6年で情報技術の事情が急激に変わりました。すなわち、コンピュータのコストパフォーマンスが加速度的に上がり、安価で実用性の高いパソコンが一気に普及し、また、ネットワーク通信コストも激減しました。かつて厚生省がレセプト電算処理のためのレインボー計画を発表した20年余り前は、診療所のレセプト処理のためのコンピュータでも500～600万円かかり、データ電送も実用的ではありませんでした。10年前でも同目的のコンピュータは100万円を下ることはなく、勿論、インターネットは普及していませんでした。しかし、5年くらい前からはパソコンの処理速度が増す一方で値段も下がり、パソコンは民生品として電気店やスーパーマーケットの電気器具売り場でも扱われるようになりましたし、インターネットの普及も進み、生活の道具となりつつあります。このような時代になりますと、じつのところ、患者調査や社会医療診療行為別調査といったものであってもデータ処理の合理化は可能で、このことが成れば、翌年の医療保険資金準備高の推計も夢物語ではありません。

もっとも、データ処理速度の問題だけでなく、患者調査や社会医療診療行為別調査といったものについても調査方法、とくに疾病分類コードの整備についてはまだ遅れています。もしもこれも整備されれば、かなりきめ細かく患者特性別の費用管理が短時間で行なうことが可能となり、「翌年の医療保険資金準備高の推計」なるものも見えてきます。

今回の検証では、患者調査と社会医療診療行為別調査の個票を当たり、入院外で1123分類（病名・年齢・初再診別）、入院で1202分類（病名・年齢・在院日数6ヶ月超え如何、手術の有無別）といった細かさで一日当たりの診療費の推計を試みました。詳しくは橋本先生が説明されますが、たとえば外来でいちばん医療保険資金を使っているのは、35歳から64歳までの高血圧症の再診の患者ということで、その人たちは一日に17億円使っていることが分かりました。じつは次に大きいのが65歳以上75歳未満までの高血圧症の再診患者でした。つまり、35歳から74歳までの高血圧症・再診患者で一日に31億円、年間に換算し

て1兆円以上使っていることが分かります。そうしてみると、高齢者を除く35歳以上の成人高血圧症の再診治療では本当に「フリーアクセス・出来高払い」のセグメントEの給付条件でなければならないのかという検討課題が浮かび上がって参ります。そして、全部でなくとも、主だった疾病を資金がかかる順番に洗い出していつて、政府保険者と医療提供者とが給付条件について公開の場で国民に説明することができれば、と考えます。国民のほうでは必要な医療に対してまで保険資金の支出を抑制して欲しいわけではありませんし、不安なままカネの問題で受診を制限されることも望んではいないと思います。しかし、強制的に徴収される保険料で準備された医療保険資金が適切に管理されているかどうかについては大いに関心があるはずで、とくに長引く不況の下で家計に悩む人が増えているわけですから。

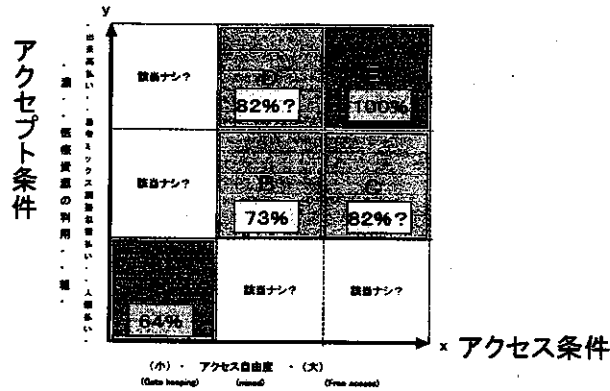
ちなみに、先に示した米国の某マネジドケア保険会社が提示した保険料を参照すると、セグメントEから一段、給付条件を落としたセグメントに移動させることができると、2割近く保険資金を落とせることを示しています。(図⑮参照)これだと、もしも仮にわが国の35歳から74歳までの高血圧症・再診患者の給付条件を一段落とせば年間2000億円の節約ができることとなります。勿論、そんなに単純なわけには行かないと思いますが、1パーセント落とすことができれば、100億円以上の節約に繋がり、それを適切と考える別の医療給付に回すことで、健康保険制度に対する国民の満足度が上がるかもしれません。あるいは、医療費自然増分に対処するのに使うことで、保険料を上げることや給付率を下げることを回避してくれることがあれば、国民は歓迎することと思います。要は、国民皆保険制度下で強制的に保険加入させられている国民にとっては、医療費の抑制よりも、保険資金が適切に管理されることのほうに関心が深いと思うわけですが、現実には政府保険者がその説明責任をまだ十分には果たしていないところに、わが国医療改革の余地が残されているものと思います。

今申しますような医療保険資金の合理的な管理を考えますと、国民全てを初めから給付条件セグメントEに置くのではなくて、当初はセグメントAに置かれるべきではないかとの発想ができます。そして、医療保険資金管理の点で、医療とファイナンスの両方の専門家が加わる余地を考えた、健康保険資金管理単位(Health Maintenance Units、HMUs)の発想を提案したいと思います。

たとえば、5つの保険資金管理単位を想定してみます。予め断っておきますが、このことはあくまでも保険者側の資金管理体制の議論であり、国民はこれまで通り、健康保険証ひとつあれば、しかるべく医療を受けられることに変わりはありません。

さて、図⑯のセグメントAの給付条件で管理するヘルスマネジメントユニットA局は、政府保険者からデータに基づいてしかるべく算定された医療保険資金の管理を委託されます。この局では、全国の家医・診療所と保険契約を結んで、国民のプライマリケア資金を預かることとなります。なお、家庭医・診療所はたいへん軽装備な医療施設でよいとして、

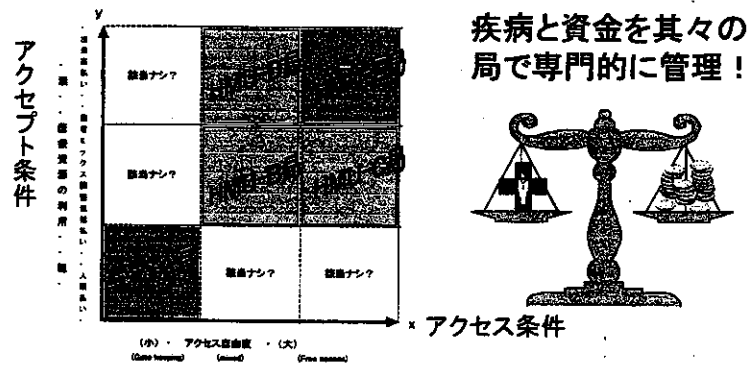
図⑮ 米国のあるマネジドケア保険会社HMOの月間保険料
(1999年秋のデータ)の設定でMI型(セグメントEの給付条件)
を100として他のタイプと比較すると...



図⑯ 健康保険の給付と資金の新管理体制

5 × HMUsの提案

(HMU: Health Maintenance Unit)



開設・経営を容易にすることを考えます。

さて、国民は、まず HMU-A 局が契約する家庭医・診療所に診てもらい、その診断によって疾病別に他の HMU 局が管理する医療施設に紹介されることとなります。また、当の家庭医・診療所で判断がつかない場合には、とりあえず HMU-B 局が契約する医療機関に紹介します。この点、米国のマネジドケア保険と根本的に違います。マネジドケア保険会社 HMO が社会の糾弾を受けた理由は、ゲートキーパーの役割を果たす家庭医にギャグ（さるぐつわ）ルールと揶揄される契約条項を入れることで、こんな治療もあります、あんな治療もありますということに言わないようにさせて、HMO が用意した治療メニューから選ばせるようにすることで、保険者側の出費を抑えました。そのため、治療が手遅れになって患者が亡くなる例が幾つも現れて訴訟となり、HMO が負けたというのがおおまかな経緯です。しかし、そんなことをしなくても国民皆保険に十分な実績がある日本の医療改革の場合には、家庭医・診療所制度を設けて、その医師の裁量に任せればいいわけで、実質的に今の状況を余り変えずともよいわけです。ただし、患者が幾つもの診療所や病院を渡り歩くような、いわゆるドクターショッピングを無くす方向での検討が必要です。そして、救急などの特別な理由以外では、そもそも病院外来に直接出向くことが無くします。

どの HMU 局も任された予算内で患者を診ますから、自分の局が管轄する保険医療機関に患者が紹介されたときには、当然、その患者を診る必然性についてチェックすることになります。しかも、このチェックには HMU 局に所属する医療とファイナンスの両方の専門家によるピアレビューを前提としますので、患者の不利益となることを極力排除する一方で、資金の無駄遣いに監視の目を光らせます。いわゆる、HMO 内に置かれた医療管理部門の姿です。

HMU-B 局では重装備診療所や中小零細規模の病院と保険医療機関契約を行います。このとき、もはや従来のような病院の定義にいう病床数規模を設ける必要はないと考えられます。ただし、保険契約医療機関は第三者評価組織により「認定B」を得なければならないとして、この給付条件での保険医療機関の質を担保します。

なお、ほかのC、D、Eもそれぞれ認定のランクを設けることとなります。家庭医・診療所や HMU-B 局管轄の保険医療機関では患者を診断し、疾病によって HMU-C、D、E 局の特定機能病院へ紹介します。

このようにして HMU-A、B、C、D、E と、5 つの局を設けて、それぞれの局で独立して疾病別に資金を管理します。何故わざわざそんな面倒なことをするのかと言いますと、医療保険の資金管理の点で「医療とファイナンスの両方の専門家が加わる基盤」作りを考えているからです。つまり、本文冒頭でご紹介しました経済学者の宇沢弘文先生の言葉「医療といった制度資本の管理では、官僚が管理するのではなくて、社会的な基準で行われるべきで、それぞれの分野の職業的専門家が専門知識に基づき職業的規律に従って管理運営されるべきだ」との理想論を現実のシステムに取り入れたこととなります。このことは、本格的なピアレビューの仕組みをもって医療保険資金を管理することで、必要な資金額の

妥当性について政府保険者が国民に説明責任を果たせるような仕組みを実現します。そして、もしも医療資金の増額が必要となれば、保険料や自己負担増、あるいは目的税の承認を円滑に得られる体制につながるようにと考えるわけです。

ここまで触れることがありませんでしたが、今の保険料算定の仕組みだと収入に応じて増減しますから、高所得者には多く負担してもらうことになっています。これは所得の再分配の仕組みを導入して国民が等しく医療を受けられるようにするためなどと説明されてきましたが、このことが本当に国民の総意に基づいているのかどうかについても問われる時期が間近に迫っているものと考えています。それだけに、国民の医療保険資金の管理に透明性を担保する HMU 管理方式のような体制が必要になるものと考えます。ちなみに、ある程度以上の収入を持つ国民については、社会保険制度の枠から外れることを許したことで皆保険制度を崩した現在のドイツの方式を、もしもわが国が真似たならば、これまでより多くの医療保険資金を提供してきた富裕層が強制保険から離脱することは火を見るよりも明らかです。

また、もしも国民の医療費資金の管理に透明性を担保する体制を構築せずにいると、保険財政というよりも、保険制度そのものの成立が危ういと思います。国民皆保険制度の保険者である政府が説明責任を果たさずについて、なおも国民から医療保険資金を集めようとしているのが、昨今の状況だともいえます。そのような中で、健康保険が利かないから、あるいは日本で受けられない治療だからと、米国やシンガポール、あるいは韓国に行くという事態も起こっていますから、国民が国内医療体制に不満や不信を募らせる種も、今の皆保険制度は抱えています。ここに提案する疾病別に保険資金を管理する HMU 方式だと、医療と資金の両方の管理の専門家の意見として保険外診療の内容についてももっと明確に説明できるものと考えられますので、そのような診療について医療サービスを行なう自由診療メニューおよびそれをカバーする民間医療保険の許可についても、もっと分かり易く管理できるものと思います。すなわち、長年の課題であった「基本的な医療サービス」というものの線引きも、たとえばこの HMU 管理方式のように内部に医療とファイナンスの専門家を抱えることではじめて担保され、同時に国民の総意を得られる水準以上の医療については、個人の自己責任の範疇での医療と考えることとなります。そして、もしもその医療が自らで賄えない生活困窮者に対しては福祉医療として、現在もある生活保護制度でカバーされることになりましょう。

なお、HMU 管理方式にいう専門的な医療保険者というのは、おそらく全国に数箇所もあれば足りそうに思います。しかも、5つの局が一つ屋根の下に入っていることが便利になると予想しています。(図⑩参照)ですから、今ある国民皆保険制度を支える様々な仕組み、たとえば社会保険庁や支払基金や健保連、国保連といった既存の組織の改革も医療保険制度改革全体の青写真を持つことで、過去の資産を活かした有効な改革へとつながるのではないかと考えています。

HMU 管理方式に盛り込んだ内容は、特別に新規な事柄ではありません。わが国医療改

図⑪ このような専門的な組織を持つ医療保険者は
全国に数カ所あれば足りるか？



革のためにこれまでに上げられてきた家庭医制度や専門医制度、医療施設の機能分け、医療の質の管理、第三者評価、そして、公私保険の二階建て方式や混合診療禁止規制の撤廃といった課題を取り込んだ新体制について、医療保険事業の再設計という視点から整理したにすぎません。言うまでもありませんが、ここでは国民皆保険制度の持続を是とする立場を取っています。というのも、40年以上続くわが国皆保険制度は立派な社会資本であり、この資本を闇雲に取り崩すことは、国民の財産を捨てることにも等しいと考えるからです。かといって、制度疲労を起こしているものをそのままに置いてはやがて機能しなくなつて無価値なものとなってしまいます。そこで求められているのが今の医療保険制度改革であり、その改革余地を調べるのが本研究の目的でした。