



公的医療保険の強み

手稲区支部 杉本 智

1980年代以降現在に至るまで、行財政改革と称して、社会保障分野への公的支出が確実に削減されてきた。近年では自由民主党の小泉政権が際だっているがほぼ一貫して進められてきたのである。

広い意味での社会保障費と言ってもいい、公的教育費支出は対GDP比で3.4%と、OECD諸国の中でも群を抜いて低く¹⁾、それが少子化の一因であることは論を俟たない。私立大学の年間授業料が概ね100万円を上回り、国公立大学でさえ50万円以上かかる現状は子供を産み育てようという意志を萎えさせるのではないが、日本の国際競争力の急激な低下はその低い公教育支出が原因なのではないかとさえ、私は考えている。

さて医療である。教育と同様、医療費も常に削減圧力に曝されてきた。ただ、ここで問題になっているのは公的医療給付であって、私費部分はまったく問題にされていない。むしろ経済成長（と言えば格好いいが、要するにある特定集団の儲け）にとって、医療技術の進歩に伴う私的医療費の増大は歓迎すべきものなのである。どんな政権下においても混合診療の全面解禁が声高にいわれるのはそのためだ。

混合診療の推進の議論は、社会保障重視を謳う現政権下においても、行政刷新会議の規制・制度改革分科会で、従前以上に強調されている。その前身たる規制改革会議の時代から一貫して委員を務めている、ある証券会社社長は「議事録は公開されるのか」と自らの発言が白日の下になることを恐れながらも、いかにして混合診療全面解禁を推し進めるか、の議論を展開し、公的医療保険を守ろうとする厚生労働省の廃止論までぶち上げた。議長を務める与党政

治家が「表に出さない方がよいというようなことでも発言できるようにして、議事録からは削除するようにする」と答えているような会議²⁾が公共政策に携わっていいのだろうか。2010年4月から約2ヶ月間にわたって開催されたその会議の結論としては、結局混合診療全面解禁の文言は入らなかったが、保険外併用療養制度の拡大と事後チェックがその目玉となった。事後チェックとは保険外併用療養の評価療養にリストアップされていないものでも、つまりその有効性と安全性が本当に担保されているか疑わしいものも含めて、保険診療と併用して無制限に行い、その効用は事後に検証しようというものである。確かに先端的な技術は保険収載を待っていないのは普及しにくいという部分もあるかもしれないが、果たしてそうした未知の世界に踏み込むことを、情報の非対称性が大きい医療分野で、患者は同意の上で受け入れるのだろうか。過去の東京医大事件の再現につながるのだろうか。しかも、その事後チェックを一番強く主張したのが、税金で運営されているナショナルセンターの前総長であったというのは、税は国民の福祉に使われるという原理に鑑みて公正な姿なのだろうか。

とにかく混合診療全面解禁は、保険・金融を生業とする方々に見渡す限り広がる新たな市場をもたらし、彼らに広告料収入を依存しているマスコミ各社も常に援護射撃をしている。図1はそうしたマスコミがいつも引き合いに出す、混合診療全面解禁が国民の健康増進に寄与するとする欺瞞に満ちた図である。混合診療こそが、廉価で先端医療にアクセスすることを可能にする最良の方法なのだと主張するが、果たしてそうだろうか。現実の先端技術、新薬はその

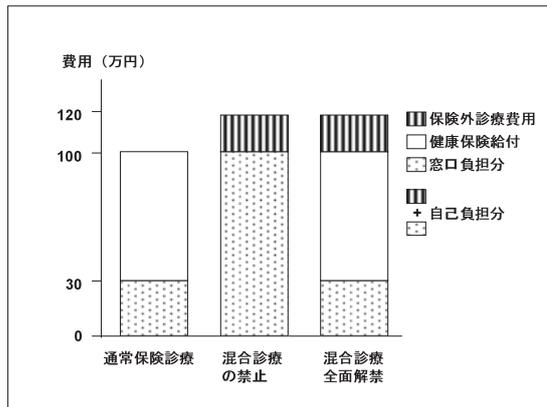
研究開発費を回収しなければならないため非常に高額なものとなっている。つまり、新薬や新技術が保険収載されず、いつまでも保険外併用療養のまま留め置かれたら、図2に示すがごとき状態に成るに違いない。ここに民間医療保険会社の大きな市場が姿を現すのである。図3は、規制改革会議（当時は規制改革・民間開放推進会議と名乗っていた。議長は宮内義彦オリックス会長で「医療を受けようと思えば、家売ってでも受けるという選択をする人もいるでしょう」との発言で有名）の意図を如実に表現するものだ。いったん混合診療が全面的に解禁されてしまえば、公的保険適用となるのは最低限に限定されてしまい自費診療分のみが増大、

民間医療保険会社が潤うという図式である。しかし、日本の公的医療保険はヨーロッパ諸国と同様、少なくとも理念の上では必要最低限ではなく最適水準を維持してきた³⁾し、今後もそうすべきである。アメリカがGDPの15%もの医療費をつぎ込みながら短い平均寿命や、高い周産期死亡率などに示されるように非効率な医療体制であるのは民間医療保険主導であるからだろう。

では、公的医療保険の強みとは何だろう。以下、それについて論じたい。

1) 価格交渉力の優位性：国内の医療費が全国一律の公定価格により決められ、支払基金が一

図1. 混合診療全面解禁派が頻繁に引き合いに出す医療費構成の図
(日本経済新聞2009年10月26日朝刊第19面¹¹⁾より著者改変)



通常の保険診療では、かかった医療費100万円のうち3割(30万円)を医療機関窓口で支払い、あとの70万円は健康保険から給付される。新しい治療法が開発され、それが20万円で供用された場合を考える。それを保険診療と併用した場合(混合診療) 現行では120万円全てが自己負担となる(混合診療の禁止)。混合診療全面解禁を果たせば、その新治療に係わる20万円と保険診療の窓口負担30万円、合わせて50万円のみを自己負担分として支払えばよいことになる。

図2. 混合診療全面解禁となった場合の実際の医療費構成の図

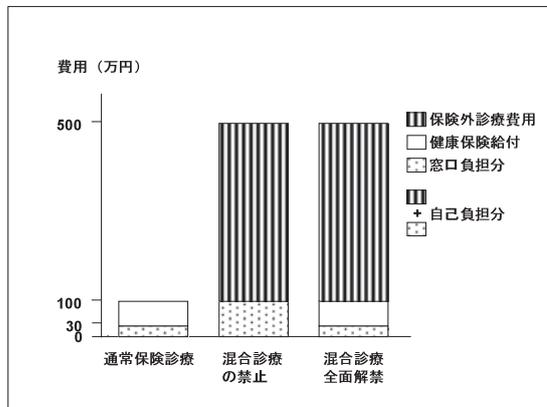
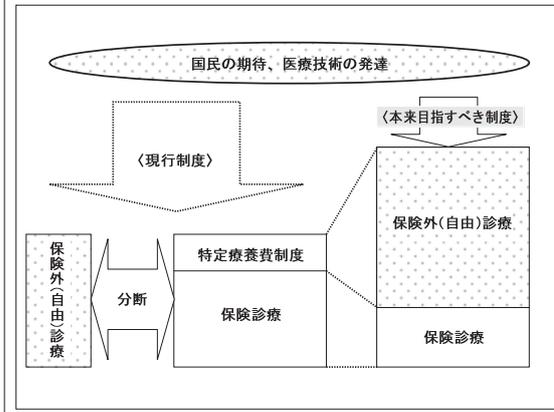


図1とは異なり、新薬や新技術が保険診療(標準治療)のただの20%で供用されると考えるのはあまりにナイーブと言えよう。分子標的薬に代表される新薬や、遺伝子治療に代表される新技術はその費用をそのまま負担できるほど安価ではない。即ち、保険診療(標準治療)の費用100万円を大きく上回る(例えば)400万円を自ら都合しなければならないと考えるのが自然である。これでは混合診療全面解禁によっても、全医療費500万円のうち保険給付されるのはただの14%で、86%は自己負担となり、現行制度の全額自己負担と大きく変わりはない。

図3 . 混合診療の解禁の意義



規制改革・民間開放推進会議が2003年7月11日に公表した「規制改革推進のためのアクションプラン」の参考資料¹²⁾。混合診療全面解禁後の保険診療範囲の削減が明示されている。この図は、同会議のホームページ上に掲載されていたが、植松治雄日本医師会長（当時）が「混合診療全面解禁による公的医療保険縮小の意図」と指摘した直後の2004年12月に突然削除された。

括して診療報酬を支払うという日本のシステムは、他国に比べ格段に廉価で薬剤や技術を提供してきた。それは、健康保険以外に、医療提供側のより高い診療報酬要求を聞き入れる他の保険者が存在しないからである。そして中央社会保険医療協議会が合議制で診療報酬を決定する体制は、透明性が高く、製薬会社も価格設定で譲歩せざるを得ず、医療費の高騰を抑止している。

例えば、最近頼りに話題になっている分子標的薬について、ラグはあるものの、日本の健康保険はその多くを欧米より低価格にて保険収載してきた。英国の医療システムは税により運営されており、基本的には医療費の窓口負担は不要であるが、一方で、コスト・便益パフォーマンスの評価が厳しく使用できない薬剤も多い。米国でも高い保険料を取る一部の民間医療保険に加入している者以外は、受けられる医療行為が厳しく制限され（例えばある民間医療保険では眼科や歯科の診療は保険適用されない）、メディケアパートDでも認められる薬剤は決して多くはない⁴⁾。しかし、驚くことに日本ではそのどちらをもしのぐ種類の抗悪性腫瘍薬が保険適用となっており、常用量での治療を継続したものとして6ヶ月で200 - 300万円もかかる薬剤費を日本の医療保険は給付している。もし、これらが保険適用とならなければ、公定価格より高額を請求されるだろうから、毎月百万円単位の

薬剤費がかかるのである。

2) 少ない事務経費：保険料率決定に係わる費用や、供給側（個々の医療機関）との価格交渉の経費、あるいは宣伝費といった取引費用（営業経費）がほとんど不要である。携わっている職員は公務員である。このことは、医療行為に支払われる金額の保険料全体に占める割合（被保険者還元率）が極めて高い事を意味する。民間医療保険会社のテレビ広告の頻度を見れば、支出のうちかなりの割合が保険給付とは関係のないことに当てられていることが容易に想像されよう。公的医療保険では、保険給付以外の余計な経費を要しない。米国でも民間の医療保険の被保険者還元率がおよそ80%である一方、メディケアのそれは98%ときわめて効率的である⁵⁾。規制改革会議は、「民業圧迫」と言う言葉で公的医療保険を批判したいのだろうが、あまりに牽強付会な主張であるために、保険外併用療養制度の拡大、承認範囲の事後チェックといったオブラートで包まなければならない。マスコミもなぜか口をつぐんでいるが、患者が保険外併用療養費制度の拡大を望んでいる事実はない⁶⁾。

3) 公的医療保険料は応能負担：もう一つ、これが一番大切なことであるが、公的医療保険は保険原理で動いておらず、応能負担であって、

リスク階層分析の手間が不要である。保険の原理により運営されている民間保険会社は、疾病リスクの高い人を加入させない。そうでなければ会社はつぶれる。長坂健次郎氏⁷⁾は、日本の医療制度の混迷を打破するためには、公的医療保険の縮小と自己責任による民間医療保険導入が必須であると主張するが、医療の持つ情報の非対称性から、自己責任で自らに最適な民間医療保険を選びだすことは不可能である。氏は著書⁷⁾で、若い子育て世代は子供の医療費に重点を置いた保険を、生活習慣病の罹患率の高い世代の人は虚血性心疾患、脳血管疾患、癌に対する予防、治療に重点を置いた保険を購入すればよい、と述べている。しかし、若い子育て世代でも癌になることもあるし、中年になってからは、高血圧や糖尿病といった疾患のために保険加入ができない、あるいは保険料が非常に高額になってしまうといった事態が強く懸念される。民間医療保険に加入しているにもかかわらず、家を売らないと治療費を工面できない患者がいる一方で、国民医療費が世界一という不正な制度を何故、アメリカ国民は是認しているのだろうか。

最近、友人に興味深い話を聞かされた。心臓移植が多く行われているアメリカであるが、社会復帰率は移植を受けた患者の実に2割にすぎないというのである。手術成績が悪いのではない。全ての資産を抛って手術を受けた後、フォローアップの医療費を工面できずに、メディケイドの給付を受ける目的で、あえて社会復帰せずにいるとのこと。そのためせっかく心臓移植を受けた患者の8割もが、社会復帰できずにいる、そのことこそがアメリカの大きな社会問題なのである。我が国では想像だにできない話である。

さて、公的サービスは効率が悪いので、民営化すべきであるという意見が喧しい。公的機関は競争がないため、効率が悪く、質、量が改善されにくいという、一見確からしい議論であるが、公共サービスはその生産技術の特性上生産性を改善すること自体が困難なのだ⁸⁾。最近頓に公務員バッシングが激しさを増しているが、

それが本当に自分たち国民のためになることなのかどうか、一度冷静に考えるべきである。OECD諸国の中でも特に少ない公務員数とそして彼らの給料⁹⁾が、公僕として公的サービスを支えるのに必要十分なのか精査が必要であるし、マスコミも受けばかりをねらわず、考えた報道をすべきである。

以上のように、たゆまぬ改革は必要であるにせよ、公的医療保険の優位は決して揺らぐものではない。もし、民間医療保険の方が好ましいという議論があれば、国民の利益よりは、ある特定集団の利益を優先したものであり、その論旨には必ずトリックが潜んでいるはずである。「一人で生きていけない者を社会が助ける必要はない」と考えている国民が40%弱存在するこの日本¹⁰⁾において(アメリカで30%程度、ヨーロッパ諸国で10%以下) 社会の連帯と互助の精神を取り戻すためにも、私たちに、現在の公的医療保険制度を守り抜く不断の努力が必要である。

引用文献

- 1) 学校教育費の対GDP比(2005):本川 裕編、社会実情データ、<http://www2.ttcn.ne.jp/honkawa/3950.html>
- 2) 内閣府行政刷新会議、規制制度分科会第一回ライフイノベーションワーキンググループ議事概要<http://www.cao.go.jp/sasshin/kisei-seido/meeting/2010/life/0405/summary0405.pdf>
- 3) 医療を通じた成長 - 混合診療拡大の是非: 週間東洋経済6266号82 - 87、2010年6月12日
- 4) Faden RR, et al: Expensive cancer drugs: A comparison between the United States and the United kingdom, the Milbank Quarterly 2009, 87: 789-812
- 5) 李啓充: 米国医療保険制度改革 5 Public options. 週間医療界新聞, 2885号、2010年6月28日第5面
- 6) 患者、医療界を蚊帳の外に大手病院限定で規制緩和: 週間東洋経済6266号80 - 81、2010年6月12日

-
- 7) 長坂健次郎編著：日本の医療制度、東洋経済新報社、東京、2010年
- 8) 坂本崇：公共サービスの『民営化』は万能薬ではない。週間エコノミスト4120号46 - 49、2010年7月27日
- 9) OECD諸国の公務員数(2005): 本川 裕編、社会実情データ、<http://www2.ttcn.ne.jp/honkawa/5192.html>
- 10) 波頭亮編著：成熟日本への進路、ちくま新書、東京、2010年
- 11) 日本経済新聞2009年10月26日朝刊19面
- 12) 混合診療の解禁の意義：週間社会保障2311号 p.8、2004年12月6日
(2010年10月20日脱稿)
- (札幌宮の沢病院)