

「財政破綻後の日本経済の姿」研究会 2013年9月27日（金曜日）
財政破綻は医療を破綻させるか？ 話題提供のためのメモ（加筆後）

医学系研究科 橋本英樹

財政破たんが生じるのか、生じるとしてどのようになにか破たんするのかを巡る経済学的議論については、筆者の専門外でもあり本メモでは触れない。破綻が及ぼす医療サービス・制度への影響としては、税金からの医療費補填が困難になることとそれにより公的保険者の一部（主に国民健康保険）が破たんすること（後述するように医療施設の経営破たんは、中小公立施設を除いては生じない）、（仮にインフレが生じた場合の）価格上昇による供給・需要バランスへの影響が生じることなどを想定する。そうした議論をするうえでむしろ問題なのが、現在の日本の医療供給・financingがどのようなメカニズムで動いているのかについて、十分な情報を経済学者も（さらに多くの）医療系専門家も有していないために生じる「議論の空中戦」である。

本メモの第1の目的は、財政破綻が仮に生じた場合の医療サービス・医療制度への影響を検討するベースとして、日本における現行の医療サービスのfinancingや供給体制の特徴をまず共有することにある。先に結論を言うなら、日本の医療施設はfinancingについては厳しい価格統制下で医業収入の大半を公的財源に頼る一方、無視できない収入源として、差額ベッドや時間外診療費などの保険外併用療養費や、おむつ・衣服貸与・証明書発行など保険外負担など、裁量が許されている収入源も有する。しかし、後者についてはその実態は十分把握されていない。供給については、民間機関に大きく依存しており、供給サービスの内容・体制については、医療法による一定の制約はあるものの、いわゆる「自由開業制」のもとで、欧米などに比べればはるかに大きな裁量を与えられている。これら民間機関は、シャットダウンに陥ることを避けるべく戦略的行動を取ることができる。一方、市区町村立などの小型の公的医療機関については、合理的経営判断以外の要素（集票のための「公約」や地域での政治的利害対立などにより見通しのない存続を求められるなど）に左右されており、その破たんが仮に生じたとしても、それは必ずしも財政破たんそのものが原因とは言い切れない（明らかに加速要因ではあるが）。

本メモの第2の目的は、現状を共有化したうえで、財政破たんによって起こりうるシナリオについて、医療提供者（主に医師）、医療提供施設、家計、保険者（会社・自治体）について、税補填（主に国民健康保険と高齢者医療）の停止、インフレによる価格上昇の影響について、ざっくりと考察する。特に、国民健康保険の崩壊を想定し、その影響については、戦後直後の歴史に学ぶことも一部含めることとしたい。

1. 医療サービスをめぐるfinancingに関する簡単なレビュー

1) 「医療費」の範囲

1-1) 「国民医療費」と「総保健支出」の乖離

意外と関係者以外に知られていないこととして、厚生労働省発表の「国民医療費」は国内の医療関連支出のすべてを捉えているものではない。「国民医療費」には下記が含まれていないが、OECD Health DataのTotal Health Expenditure（総保健支出）では、下記項目などについても「推計値」が含まれた値となっている。さらに2013からは介護費用も含むようになっている。（詳細は井伊 医療費の範囲と「国民医療費」医療経済学講義 14章 東大出版会や、下記医療経済研究機構資料など参照）たとえば古い統計になるが、2007年度では厚生労働省発表国民医療費は34兆1360億円であるが、医療経済研究機構が推計した総保健支出では41兆8497億円となっている。

（医療経済研究機構 OECDのSHA手法に基づく保健医療支出推計；available at

<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000000ye81-att/2r9852000000yeh8.pdf>

国民医療費に含まれていない項目の例

Over-the-counter(OTC)薬剤やメガネ、衛生材料購入費用（家計の支出）
ワクチン・健康診断（主に保険者ならびに自治体・国の支出）
分娩（家計＋出産手当など保険者の負担）
慢性期療養費の一部（家計による負担、民間保険なども）
保険者の事務経費など間接経費（保険者）
医療機関の資本形成（医療機関経営主体）

1－2）医療機関の「保険外負担」による収入

さらに、医療機関では「保険外負担」による収入も無視はできないと考えられるが、その実態はまったく不明である。後述するように病院の収入構造を知る手掛かりは、医療経営実態調査などが公的には主たるものだが、会計基準のあいまいさなども加わり、上記保険外負担が収入構造に与える影響は正確にはつかめていない。上述した総保健支出推計においても、この「保険外負担」は推計から漏れている。保険外負担としては2種類ある。ひとつが、下記に規定される「療養の給付と直接関係ないサービス等」に対して患者から求めることができる実費としての「保険外負担」である。

資料； 保険医療機関等において患者から求めることができる実費：保医発第0901002号

●療養の給付と直接関係ないサービス等

療養の給付と直接関係ないサービス等の具体例としては、次に掲げるものが挙げられること。

- (1) 日常生活上必要なサービスにかかる費用
 - ア. おむつ代、尿とりパット代、腹帯代、T字帯代
 - イ. 病衣貸与料（手術、検査等を行なう場合の病衣貸与を除く）
 - ウ. テレビ代
 - エ. 理髪代
 - オ. クリーニング代
 - カ. ゲーム機、パソコン（インターネットの利用等）の貸出し
 - キ. MD、CD、DVD各プレイヤーの貸出し及びそのソフトの貸出し
 - ク. 患者図書館の利用料等
- (2) 公的保険給付とは関係のない文書の発行に係る費用
 - ア. 証明書代
 - イ. 診療録の開示手数料（閲覧、写しの交付等に係る手数料）等
 - ウ. 外国人患者が自国の保険請求等に必要な診断書等の翻訳料等
- (3) 診療報酬点数上実費徴収が可能なものとして明記されている費用
 - ア. 在宅医療に係る交通費
 - イ. 薬剤の容器代

ただし、原則として保険医療機関等から患者へ貸与するものとする。

- (4) 医療行為ではあるが治療中の疾病または負傷に対するものではないもの
 - ア. インフルエンザ等の予防接種
 - イ. 美容形成（しみとり等）
 - ウ. ニコチン貼付剤の処方等
- (5) その他

ア 保険薬局における患者への調剤した医薬品の持参料
イ 日本語を理解できない患者に対する通訳料
ウ 他院より借りたフィルムの返却時の郵送料
エ 院内併設プールで行なうマタニティスイミングに係る費用
オ 患者の自己利用目的によるレントゲンのコピー代等

いまひとつが「保険外併用療養費」である。いわゆる混合診療に実質相当するものである。混合診療の導入を巡っては医療者・厚生省側の強い反対（診療内容に所得格差が生まれる）と経済側の賛成意見（消費者選択の幅を広げ、効率的資源利用を促進するという新古典派的意見と、単純に医療産業市場の拡大を図ろうとする“エコノミスト”の意見が入り乱れている）が交錯したが、実際にはすでに「保険外併用療養費」は医療機関の収入の無視しえない割合を占めており、実質混合診療は医療サービスの一翼として取り込まれている。

○評価療養（7種類）

先進医療（高度医療を含む）、医薬品の治験に係る診療

医療機器の治験に係る診療、薬事法承認後で保険収載前の医薬品の使用
薬事法承認後で保険収載前の医療機器の使用、適応外の医薬品・機器の使用

○選定療養（10種類）

特別の療養環境（差額ベッド）、歯科の金合金等 金属床総義歯、予約診療
時間外診療、大病院の初診・再診、小児う触の指導管理、180日以上入院
制限回数を超える医療行為

これら保険外負担は、高額療養費制度などの補助対象外であり、家計が負担しており、民間保険の「入院手当金」などがその一部に充てられていると思われる。筆者のまったく個人的な経験に過ぎないが、都内某慢性療養型病院（100床クラス）では差額ベッド代（一日12000円程度）に加えて、おむつ・病衣貸与・クリーニング・理髪代などの名目で一日2000円程度の負担を求められた。差額ベッド代などと併せると月の保険外負担（保険の1割自己負担を含まない）は約40万円に及んだ。ただし、これは極端な事例にあたるかもしれない。別の療養型病院では月の負担は合計で20万程度と言われた。つまり、保険外負担は病院の裁量に任された、かなり幅を持った収入源であることが見て取れる。ちなみに医療保険については高額療養費もあることから収入が低ければ月の負担はせいぜい5-6万円である（療養型入院のように医療密度が少ない入院ならその額の1割負担で、十分医療給付額（50-60万）は収まるだろう）。

中央社会保険医療協議会が診療報酬点数改定の前年に行うのが慣習となっている医療経済実態調査が、一般に入手できる病院の財務会計情報となっている（サンプル病院の偏りや、会計基準のあいまいさなど問題もあるが、ここではそれは追及しない）。平成23年度公表データから上記の保険外負担に相当する収入の規模を推計することを試みるが、すぐにそれが困難なことが分かる。医業収入は入院・「特別の療養環境収入」（差額ベッド）・外来・その他4つに大別されている。また入院・外来それぞれで保険収入・公害など公費収入・その他に分けられている。保険外負担による収入のうち、差額ベッドだけは明示的に計上されているが、それ以外のものは、勘定項目が分散している。療養に関連するもの（評価療養・選定療養）は、おそらく入院収入の「その他」に含まれることになる。「療養の給付と直接関係のない」実費請求については、医業外収入の項目に勘定されることになるとと思われるが、勘定項目がはっきりしない（その他の医業外収入？）。公表値によると差額ベッド代は調査病院では医業収入全体の大体1-2%程度となっている。そして公的保険による収入（入院+外来）が医業収入の90%程度を占める。つまり病院の規模によらず公的保険に収入のほとんどを依存しているのは変わらない。一方、入院診療費と外来診療費の割合は病床規模・機能によって異なり、40床以下病院だと入院診療費50%、外来40%程度、大学病院でも外来診療に25%程度頼っている。保険収入以外の10%程度を公費診療と

その他（上記保険外負担による収入を含む）でほぼシェアしている。

ただし、内訳は病院の規模や機能によって異なるかもしれない。また上述の「某都内病院」であれば、差額ベッド代による収入が医業収入の1-2%では収まらないかもしれない。一方大学病院など特定機能病院であれば、「評価療養」等の先端医療による保険外収入も見られるだろうが、それを含むと思われる「その他診療による入院診療費」の規模は、差額ベッド代よりはるかに小さい。

以上、1-1）、1-2）で見たように、厚生労働省の国民医療費推計で見えているものは、「医療関連費用」のメジャーな部分は捉えているものの、その範疇に含まれていない、決して無視できない額の「医療費」が存在している。しかしその詳細は把握されていない。「保険外負担」については、病院の強い裁量権のもとで決定されている収入であり、病院収支の中で大きくはないが、およそ4-5%は占めているのではないかとラフに推測される。一方、依然、病院収入の90%は公的保険に依存しているのが現状である。以上を押さえたうえで、今一度、「国民医療費」の内訳に戻ってみることにしよう。

1-3) 「医療費」負担の内訳

厚生労働省により発表されている「国民医療費」の財源別構成は、およそ50%が社会保険料、35%が税からの移転、そして約15%が患者のout-of-pocket payment（窓口負担など）となっている。ただし、この財源別医療費は、それぞれの財源支出の統計を積み重ねたものではない。国民医療費は制度区分別国民医療費として、各種公費負担（生活保護法による医療扶助、障害者自立支援法に基づく更生医療費など）、各種医療保険者による給付額、後期高齢者保険者給付額を積み上げ、これに自己負担分・全額自己負担分（既存統計からある仮定を置いて推計したもの）を足して計算したものがベースになっている。財源別は、制度区分別推計にある種の仮定に基づく按分率を掛け合わせて作ったものに過ぎない。（国民医療費がかなりナイーブかつアヤフヤな加工統計であることは、平成20年度推計の時に公表された「国民医療費 推計方法について」というメモに詳細が記載されているので参照されたい。<http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/37-20a.pdf>）

先に触れたように、総保健支出としてはこれを越えるものがあり、家計負担（たとえばover-the-counter medicationなど）や保険者負担（高額療養費の補填や特定健診関連費用など）が主にカバーしていると思われる。その内訳や額を正確につかむことは難しい。OECDに報告されている、「総保健支出」の推計でも、OTC薬剤などの費用は、主に生産統計から推計されており、家計面調査に基づいているわけではない。全国消費実態調査など家計面調査を用いて、公的医療保険のカバーから外れる支出についてはある程度把握できるはずだが、これまで医療費推計に家計面調査データが使われたことは私の知る限りない。なお全国消費実態調査でも、上述した保険外負担費用や高額療養費制度などによる償還などについては、実態が把握できていない。

以上、第1節の内容をまとめると以下のとおりである。

財政破たんの影響を考慮するうえで、現在の医療保健関連の支出がどの程度の規模のもので、だれがそれを負担しているのかについて、全容は把握できていないことに注意が必要である。特に厚生労働省発表の国民医療費統計値だけで議論することは、危うい。制度統計（保険者・政府支出）に主に基づいた数値であり、生産者・消費者の負担がどうなるかについて議論する素地は実は十分用意されていない。医療サービス生産者の統計は、せいぜい患者調査・医療施設調査のみで、経済センサスのようなデータはない（会計準則がばらばらという難問を抱えている）。また家計面の消費者統計としては、全国消費実態調査や家計調査などがあるにも関わらず、医療費

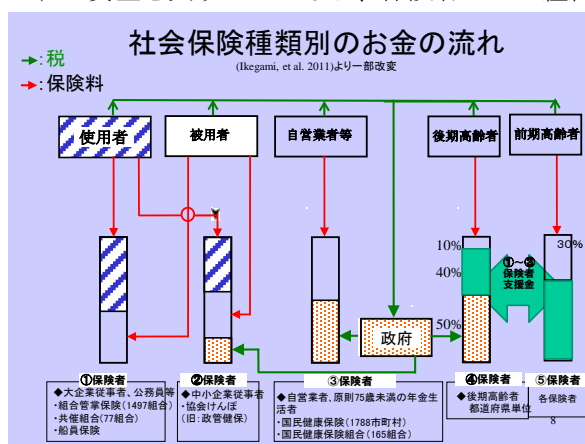
推計に用いられたことはない。

もうひとつ注意すべきことは、公的価格統制のもと、保険収入に基本的に病院収入は依存している一方、保険外収入として決して無視できない額の金を動かす裁量も有している。ただしその実態は把握されていない。また日本の病院施設の特徴として、一定の規制のもとではあるが、比較的自由的な供給体制上の選択ができる（条件さえ整えば、急性期サービス、療養型サービス、リハビリサービス、新しい診療科サービス、画像検査などなど、なにを提供するかは、経営主体の裁量判断で決められる）。特に民間病院は entrepreneur として、価格が統制されている保険範疇のサービスのなかでも戦略的にポートフォリオを選択し、サービスミックスを変化させていくことで、経営持続性を確保することが許されている。収入構造も病院規模により入院・外来診療収入の構成は大きく異なっている。政治的利権や地勢的事情などが絡み、こうした合理的経営が困難な地方・小型の公立病院は、サービスも財政も硬直化して環境変化に追いつけないために「崩壊」が叫ばれるが、これは財政破たんによるものというよりは、経営体質の問題であり、財政破たんはその加速要因にはなっている。

2. 財政破たんが医療サービスに及ぼす影響とは？

「財政破たん」による医療サービスへの影響を考察することとする。なおここでは財政破たんの影響として、税による補填が失われることと、(仮にインフレが進んで) 価格上昇が起こることによる影響の二つについて検討する。

下は現在の公的医療保険制度間の資金の流れを図示したものである。オレンジ色の部分に税が入りこんでいる。これが仮にすべて失われれば、国民健康保険と後期高齢者制度はそれぞれ 50%の資金を失うことになり、保険者として経営破たんすることになる。



もともと国民健康保険は1938年に任意保険制度として開始されて以来、保険料収入だけで成立したことが無い。1927年に施行された健康保険法が formal sector を手厚くカバーするシステムとして強制保険として開始されたのに対して、国民健康保険法は informal sector に対するもので、条件・内容もはるかに見劣りしたものであった。戦時中強制加入制度にされたが、資金的補填がなく有名無実の制度であったし、戦後の混乱・不況のもとでほとんどが保険者としての機能を失った。当時、国民健康保険は保険としての信頼を失い、保険証を持っていても医療機関は自費診療以外受け付けないという事態に陥っていた。しかし、自費診療に耐える患者数は少なく、医療機関からも安定した収入源を確保するうえで、公的医療保険に対する要望が高まっていった。1947年の国民健康保険法改正で、それまで任意団体であった国保保険者は自治体保険者に限定され、さらに1958年の国民健康保険法改正で強制設立・強制加入の「皆保険」制度に進むことが決まった。しかし、これは国民健康保険が資金的に自立する見通しがあったからではなく、経済成長とそこから得

られる税金を用いて、資金補填を行うことを前提とした政治的判断であった。国民健康法改正＝皆保険化は、年金の皆保険化とパッケージで勧められた社会保障制度改革であり、自由民主党・社会党の2大政党体制になって初の第28回衆院総選挙（1958年）において、社会保障が重要なアジェンダになったことを受けた政治的判断の産物である。（当時のことについては新村拓「国民皆保険の時代」法政大学出版局や、島崎謙治「日本の医療—制度と政策」東大出版会などに詳しい）

実際、税による補填が及ぼす効果はいくつかの点で現れている。所得に対する医療サービスアクセスの水平的公平性は、国際比較の観点からすれば日本は極めて高度なものを達成している（see, Watanabe and Hashimoto Soc Sci Med 2012）。また家計支払い能力（食費を除く月の世帯消費）から見れば、Kakwani係数で表現される負担公平性も極めて高度に達成できている（下表）。直接税の累進性が、社会保険料や自己負担の逆進性をほぼ打ち消す効果を有していることがわかる。1958年の政治的判断はサービスアクセス・負担の両面において家計に対する水平的公平性の達成に寄与したと言えそうである。

医療費負担の水平的公平性 (Kakwani 係数)

	直接税	間接税	社会 保険料	自己負担	合計
Japan (2004)	0.186	-0.034	-0.043	-0.061	-0.021
Korea (2000)	0.268	0.038	-0.163	0.012	-0.024
Taiwan (2000)	0.260	0.030	-0.031	-0.096	-0.012
Germany (1989)	0.249	-0.092	-0.098	-0.096	-0.045
France (1989)	NA	NA	0.111	-0.340	0.001
UK (1993)	0.284	-0.152	0.187	-0.223	0.051
US (1987)	0.210	-0.067	0.018	-0.387	-0.130

Estimation of Germany, France, UK, and US cited from Wagstaff, et al. (1999) Table 6.1
Estimation of Taiwan and Korea cited from O'Donnell, et al. (2008) Table 3.7

出典) Ikegami, Yoo, Hashimoto, et al. 2011 Lancet. Web appendix

以上の歴史的背景・現状を踏まえれば、国保保険者の破たんは時計の針を戦後に戻すことになる。主に自営業・引退高齢者とその扶養家族、さらに直接公費によって支えられている生活保護の医療扶助対象者、特定疾患（難病）患者、更生医療や育成医療などの福祉的措置の対象者において医療アクセスが悪化することが予想される。また相対的に直接税の累進性による影響が薄れることで、負担についても逆進性が強まる可能性が高い。アクセス・負担両面の水平的公平性が崩れることをどの程度社会が受け入れるのかによって、健康保険法管理下のシステムからどの程度の補填をするのか、が選択され、その選択の程度によって雇用者負担の増加が企業の財務状況に影響を与えることとなり、企業側の反発や経済成長への懸念とのバランスをどう取るかが問題となるだろう。

高齢者などのサービス需要の低下は、保険診療に収入の大半を頼る医療機関の経営に影響するが、すでに議論したように、民間の中堅医療機関自体は需要構造の変化に併せてそのサービス内容・ポートフォリオを変化させながら、経営判断をしていくことになる。公費診療や補助金による収入に依存している施設では、税補填の停止は収支により強い影響を与える可能性がある。その点で地方自治体立（特に小型の市区町村立）の病院については、経営力の弱さに加えて、経営状況が悪化する要件を持っている。

一方、インフレが仮に生じ、物価が上昇した場合に、特に海外の企業にパテントがある輸入薬・医療材料において急激な価格上昇→保険償還点数とのアンバランスが生じてく

る可能性はある。これらの卸売価格の上昇によって、医療機関はこうした薬剤・医療材料の利用をあきらめざるを得なくなり、代替的なテクノロジーによる医療サービスを提供することになる。代替的なテクノロジーが乏しい医療サービスについては、保険償還点数の引き上げで対応せざるを得なくなるが、保険財政の悪化とあわせて、限定的な措置に留まらざるを得ないだろう。その際、どのテクノロジーを選び、どれを放棄するかを、どのような基準で決めるのかが、問題となる。費用対効果分析でリーグテーブルを作ることがすぐに思いつくが、この試みはすでに米国オレゴン州でその限界をさらしたことから、政治的な駆け引き（臨床学会や患者団体、企業のロビーイングなど）が絡んだものとなり、これまでの日本が「得意」としてきた「平場の交渉」（中央社会保険医療協議会のような）で決まるのかもしれない。需要が一定程度見込まれる場合には、選定療養の対象を拡大して自己負担との併用を図ることも出てくるだろう（それは民間保険の参入機会を増やすことになるかもしれない）。

代替テクノロジーによる医療の結果、どの程度の健康影響が出るのか、については、診療領域・条件によってそのインパクトはかなり異なることが予想される。分野によっては、意外と影響が出ないものもあるだろうし、決定的な影響を受ける部分もあるだろう。高額・先進医療技術のなかで marginal gain が大きなものは多くはない。その点では、高度技術よりも、予防的な医療（高血圧・高脂血症・糖尿病など）に限定した医療保険提供にするほうが、マスで見た場合には健康影響を最小限に食い止める上で有効となることが予想される。