

日本における医療制度改革の現状と医療保険制度設計の概念

目 次

- ．はじめに
- ．国民医療費の現状と将来予測
- ．日本における医療制度改革の方向性
- ．医療保険改革の概念
- ．医療保険民営化に伴う制度分析
- ．おわりに

主任研究員 卯辰 昇

要 約

．はじめに

本稿は、日本の医療制度及び医療保険制度の現状と改革の方向性について整理した上で、現行の公的医療保険制度は如何にして財政的健全性を保ちつつ基本的な役割を果たしうるか、そして将来的な方向性として、私的保険市場との役割分担に関連した具体的な医療保険制度設計を論ずる。

．国民医療費の現状と将来予測

1996 年度の国民医療費は 28.5 兆円であり、前年比 5.8%の増加となっている。疾病構造の変化と少子高齢化といった人口動態の変化を前提とするならば、2025 年にかけて国民医療費は大幅に増加することが予想され、医療制度改革の必要性が唱えられている。

．日本における医療制度改革の方向性

現在主として、診療報酬体系、薬価基準制度、老人医療とそれに関連した各医療保険制度、そして医療提供体制の 4 分野の見直しについての議論が行われている。しかし、関係当事者間での利害対立や政治的思惑から医療制度の抜本改革に対する見通しは不透明になっている。

．医療保険改革の概念

そこで本章では、社会保障制度全体の中で医療保険改革の方向及び概念はどのようなものであるべきかに関して論述する。その際、保険理論を公的医療保険制度へ適用し、効率性と公正の観点からの分析を中心とすることを述べる。

．医療保険民営化に伴う制度分析

とりあえず、現行の保険制度を与件とせず、公的保険たる社会保険として運営されている医療保険に関し、私的保険制度の可能性をリスク差別化を中心に主としてモラル・ハザードと逆選択防止の視点から考察する。

．おわりに

医療保険が競争的な市場で供給され、逆選択同様、モラル・ハザードも防止しうる限り、政府の介入は必要がないといえる。しかし、社会保障の有する所得再分配機能との並立を考慮した上で最適な役割分担に関する考察の深化を図るべきである。

．はじめに

急速に進む少子・高齢化を背景として、医療コストの上昇が多様な議論を引き起こすようになってきた。日本では現在厚生省医療保険福祉審議会において、医療制度の抜本改革に関する議論が進められている。

一方、諸外国においても、国営医療保険制度への私的保険原理の部分的導入を含めた医療保険制度改革の進展等が見られる。

このように、個々の国による社会保障法制の相違はあるにしても、日本を含め多くの国の政府は、従来の寛容ともいえる包括的な社会保障スキームを国民に提供することから脱却し始め、社会保障であっても（特に年金について顕著であるが）金融市場や私的保険市場に委ねる方向性が明確になりつつある。この動きは、1980年代以降の欧米における規制緩和の進展とも整合している。一方、このような動きのより根源的要因は、急速に進む少子高齢化といった人口動態の変化に基づく社会構造の急激な変化に由来するものと考えられる。

従って、社会保障制度改革の必要性は、単に制度財源維持が困難になりつつあるといった理由からではなく（これも根源的には人口動態の変化に帰着しないではないが）、長寿高齢社会が普遍化するにつれ、国民にとっての医療や福祉、年金のあり方に関するパラダイム転換が迫られ、国民生活のあり方全般の中での新しい医療・福祉・年金像の構築が必要とされているととらえるべきではないだろうか。

本稿は、前述のような時代背景を前提として、現行の公的医療保険制度は如何にして財政的健全性を保ちつつ基本的な役割を果たしうるか、そして将来的な方向性として、私的保険市場との役割分担はいかにあるべきかについて論ずるものである。

その際考慮すべき医療保険制度をめぐる効率性と公正の問題は非常に複雑であり、簡単に論じることができないが、本稿では、この問題に対する解を得るために、経済理論たる保険理論を応用して、これらの理論が公的医療保険制度にも適合するかどうかを検討する。このような観点からすると、さしあたり医療保険制度改革にあたって考慮すべき点は、次のようなものであろう。

私的保険のように保険料率をリスクに応じたものにすることが可能かどうか。バッドリスクには高く、グッドリスクには低くというように。

私的保険市場において供給される保険が、規制緩和により従来公的医療保険制度が担っていた費用を担保することができるか、そして私的保険は社会保険原理と適合するか。

これらの問題を検討することによって、公私の保険の相違及び私的保険の社会保険への適用の可能性と限界について明らかにするのに役立つものと考えられる。

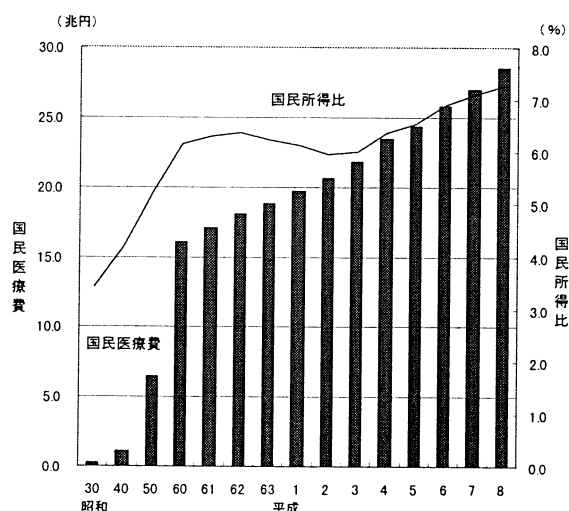
そこで、まず、日本の医療制度及び医療保険制度の現状と改革の方向性について整理した上で、具体的な医療保険制度設計について論ずることにする。

．国民医療費の現状と将来予測

1．国民医療費の現状

1996年度の国民医療費は28兆5210億円であり、1995年度の26兆9577億円に比べ1兆5633億円、5.8%の増加となっている。これを国民一人当たりの医療費に換算すると22万6600円となり、前年度の21万4700円に比較して5.5%の増加となっている。国民医療費の国民所得に対する割合は、7.27%（前年度7.09%）であり、平成3年度以降、医療費の対国民所得比率は上昇基調にある（図表1参照）。

《図表1》1996年度国民医療費の概況



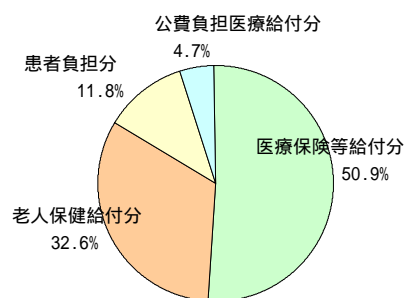
（出典）厚生省「平成8年度国民医療費」より作成

2. 制度区分別国民医療費

(1) 概要

さらに、総額 28.5 兆円の国民医療費の区分別内訳をみると、医療保険等給付分が 14.5 兆円（構成割合 50.9 %）、老人保健給付分 9.3 兆円（32.6 %）、公費負担医療給付分 1.3 兆円（4.7 %）となっている。また、患者自己負担分は 3.4 兆円（11.8 %）である（図表 2 参照）。

《図表 2》制度区分別国民医療費比率



(出典)厚生省「平成 8 年度国民医療費」より作成

(2) 医療費増加の構造

国民医療費の対前年度増加額のうち、医療保険等給付分の寄与率は 32.7%、老人保健給付分の寄与率は 51.3%である。また、それぞれの増加率は医療保険等給付分 3.7%、老人保健給付分 9.5%である。

この中で特徴的なのは、老人保健給付分の対前年増加率が高いことである。従来の受診形態、そして医療費給付形態を与件とする限り、この傾向が継続する事は容易に予測しうところであり、現在の医療制度改革の重点が老人医療費の抑制であることに帰結するのである。

(3) 疾病構造の変化

すなわち、現在の国民の疾病構造は昔と比べて相当程度変化してきており、15～45 歳の人々の受療率（人口あたりの医療機関を訪れる率）は低下傾向にあるのに対し、65 歳以上のそれは 3 倍以上に増加している。これは、疾病の種類が急性疾患中心から慢性疾患中心に変化したためであり、高血圧や糖尿病、さらには高齢者のガンもその生存率の上昇から慢性疾患ともいえる状況が現れていることが要因になっていると考えられる。従って、このような高齢者医療に特有な慢性期疾患と急性疾患とを区別しようという発想から、後述の疾病

群別定額払である DRG(s) / PPS (Diagnosis Related Group / Prospective Payment System) の採用を中心とした診療報酬体系の改正や高齢者だけを対象とする別建ての医療制度にすべきとの議論に帰着していくのである。

そもそも 21 世紀に向けて高齢者人口が増えていく中で高齢者に別の負担の仕組みを設けるのは無理があり、また高齢者は少ない負担で多くの医療費を使っているといったおかしな世代間差別意識が広がる心配があるとの指摘もある¹。

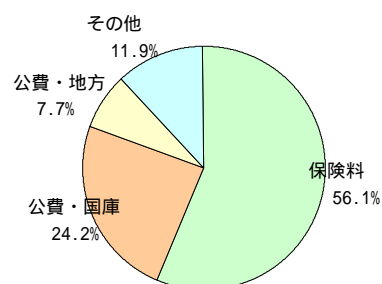
(4) 制度改革議論の必然性

しかし、老人保健給付分 9.3 兆円のうち、相当部分は国庫及び地方からの拠出分（公費）と医療保険の各保険者からの拠出金で賄われている。事実上、現在老人保健給付の 60%以上が各保険者からの拠出からなっている現実を踏まえ、さらに前述の疾病構造の変化と現役世代の将来的な所得増加の状況を勘案すると、現状の制度では保険料率のかなりの引き上げが不可避であり、税金からの公費投入の割合がどうあるべきかといった議論が必要になってくる。

3. 財源別国民医療費

一方、国民医療費 28.5 兆円の財源別分析を行うと、保険料は 16.0 兆円（56.1%）であり、国庫が 7.0 兆円（24.2%）、地方が 2.2 兆円（7.7%）となっている（図表 3 参照）。

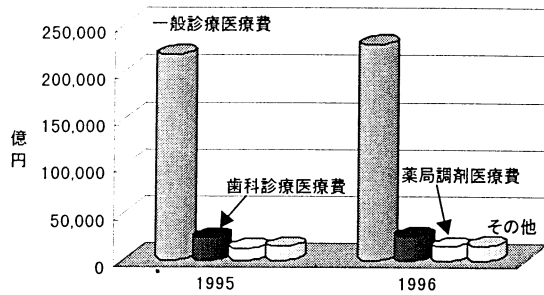
《図表 3》財源別国民医療費比率



(出典)厚生省「平成 8 年度国民医療費」より作成

さらに、国民医療費を診療種類別に分析すると、一般診療医療費が 23.0 兆円と国民医療費の 80.6%を占め、歯科診療医療費は 2.5 兆円（8.9%）、薬局調剤医療費は 1.4 兆円（5.1%）、入院時食事医療費は 1.8 兆円（3.8%）、老人保健施設療養費は 0.4 兆円（1.5%）等となっている（図表 4 参照）。

《図表 4》診療種類別国民医療費



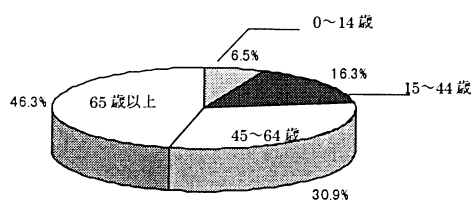
(出典) 厚生省「平成8年度国民医療費」より作成

なお、国民医療費の対前年増加率は、一般診療医療費が 5.1% (入院 5.8%、入院外 4.5%)、歯科診療医療費 6.7%、薬局調剤医療費 14.1% となっており、薬局調剤医療費の伸び率が高くなっている。

4. 年齢階級別一般診療医療費

また、一般診療医療費の年齢別構成をみると、0～14 歳は 1.5 兆円 (6.5%)、15～44 歳 3.7 兆円 (16.3%)、45～64 歳 7.1 兆円 (30.9%)、65 歳以上 10.6 兆円 (46.3%) であり (図表 5 参照) さらに 70 歳以上では 8.2 兆円 (35.7%) となっている。ドイツと比較しても 65 歳以上の老人医療費の占める割合は、約 2 倍ともいわれている。

《図表 5》年齢階級別一般診療医療費



(出典) 厚生省「平成8年度国民医療費」より作成

これをさらに、年齢階級別に一人当たり医療費でみると、45～64 歳では 20 万 800 円、65 歳以上では 55 万 9100 円であり、さらに 70 歳以上では 65 万 8400 円となっている (図表 6 参照)。

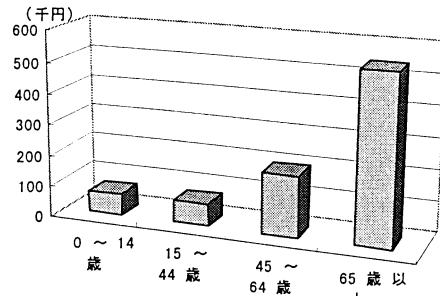
5. 国民医療費の将来推計

(1) 推計の前提

前述のところから、高齢化に伴う医療費負担、すなわち老人医療費を中心に国民医療費が増加していく構図が容易に理解される。

そこで、将来の国民医療費 (年齢階層・入院 / 外来別) を一定の前提をおいて推計すると、次の

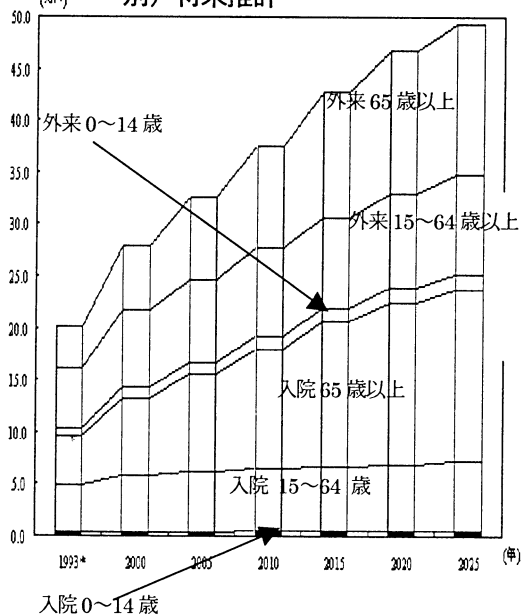
《図表 6》年齢階級別一般診療医療費構成比



(出典) 厚生省「平成8年度国民医療費」より作成

ような結果が得られる (図表 7 参照) ²。

《図表 7》国民医療費 (年齢階層・入院 / 外来別) 将来推計



もちろん、推計はこれと異なる前提も可能であるが、医療保険制度改革が行われないとすれば、このような結果が予測されるとして、一応の理解を得ることは可能であろう。

国民医療費は 2025 年まで平均年率 2.8% で上昇、同年には 1990 年価格で約 50 兆円と推計される。

65 歳以上の入院医療費は平均年率 4.0%、外来は 4.1% とその上昇が顕著となる。

70 歳以上の高齢者比率が 22% に達する 2025 年では、高齢者医療費は国民医療費の 59% を占める。

(2) 政策的含意

そこで、このような予測結果から次のような政策的含意が得られるとされる。

急速な高齢社会の進行の下で、上記の予測期

間の日本の経済成長は一般に鈍化すると予想される。そのことは、患者 1 人当たり医療費の増加率を低下させるかもしれないが、国民医療費の対国民所得の比率を相当程度高めることになる。

前項と関連して、マクロ経済レベルにおいても、国民医療費の上昇は医療への資源のより大きな配分とその負担など、多様かつ深刻な問題を提起する。

1993 年の患者 1 人当たりに必要な医療資源を所与とすれば、国民医療費が老人医療を中心に増大するとともに、病床数などの増加が急務となる。その際に介護と医療の連携によって、質が高くかつ効率的な医療の提供を図ることが望まれる。

・日本における医療制度改革の方向性

1. 健康保険の一部見直し

(1) 医療制度改革構想

前述のように国民医療費の増加傾向が顕著になるにつれ、医療制度改革構想として、1996 年 11 月 19 日の社会保障関係審議会会長会議「社会保障構造改革の方向（中間まとめ）」、同年 11 月 27 日の医療保険審議会の建議書等が出された。これを受け政府は、国民に負担増を求める「健康保険法等の一部を改正する法律案」を 1997 年 6 月 16 日に可決成立させ、改正法は、6 月 20 日に公布の上（平成 9 年法律第 94 号）同年 9 月 1 日から施行されている。本改正では、給付と負担の見直し等が実施され、医療保険改革の第一段階として位置づけられる。

(2) 健康保険改正法の趣旨

改正法の趣旨としては、次のようなことがあげられている。

医療保険制度の安定的な運営の確保、世代間の負担の公平等を図るため、被用者保険の被保険者本人の一部負担の割合及び老人医療受給対象者の一部負担金の額の改定、薬剤に係る一部負担の創設等の措置を講ずること。

医療保険制度及び老人保健制度の全般にわたる改革を図るため、その基本的事項について審議会に諮問する旨の規定を整備すること。

なお、政府は、薬剤の支給に係る一部負担その他この法律による改正に係る事項 について、この法律の施行後の薬剤費を含む医療費の動向、医療保険の財政状況、社会経済情勢の変化等を勘案し、この法律の施行後 3 年以内に検討を加え、必要があると認めるときは、その結果に基づいて所要の措置を講ずることとされている。

2. 医療保険制度改革案

従来、日本では、国民すべてが医療保険制度に加入し、誰もが安心して医療を受けることができる、いわば国民皆保険制度を確立してきた。しかし、急速な人口の高齢化、医療の高度化等により医療費は増大を続ける一方、経済基調の変化に伴い、医療費の伸びと経済成長との間の不均衡が拡大し、このままでは国民皆保険制度そのものが崩壊する可能性がある」と指摘されている。

(1) 21 世紀の医療保険制度（厚生省案）

そこで、前述の健保法の国会審議等を通じて医療保険制度の抜本改革の必要性が強く指摘されることとなり、また、医療保険制度の抜本的改革に向けて 1997 年 4 月に与党医療保険制度改革協議会（以下「与党協議会」という）がまとめた「医療制度改革の基本方針」及び 6 月に閣議決定された「財政構造改革の推進について」の基本的考え方に基づいて、厚生省は、改正法成立後の 1997 年 8 月 7 日、「21 世紀の医療保険制度（厚生省案） - 医療保険及び医療提供体制の抜本的改革の方向 - 」という改革案を与党協議会に提示した。本厚生省案には医療提供体制と医療保険に関する広範多岐にわたる問題についての改革案が盛り込まれている（図表 8 参照）。

(2) 21 世紀の国民医療（与党協案）

前述厚生省案や各方面の意見を踏まえ、与党協議会は、同年 8 月 29 日、「21 世紀の国民医療（与党協案）」をとりまとめた。この中で、抜本改革の実施は 2000（平成 12）年度を目途とするが、可能なものからできる限り速やかに実施することとされた。与党協案の内容は基本的に厚生省案と類似しており、医療費そのものの効率化、無駄の排除という視点でまとめられているが、医療保険制度の新たな患者負担のあり方については、抜本改革

の成果を見極めつつ検討するとしており、厚生省案のような具体的な提言は行っていない。

3. 医療保険福祉審議会における抜本改革の検討

(1) 審議事項

審議の経過

現在、1997 年改正により設置された医療保険福祉審議会は、制度企画部会を設け、同年 11 月以降、与党協案を基本として医療保険制度の抜本改革に関する審議が行われている。制度企画部会は、老

人医療制度を含めた医療保険制度の抜本改革について審議することとされており、主として、診療報酬体系、薬価基準制度、老人医療とそれに関連した各医療保険制度、そして医療提供体制の 4 分野の見直しについて審議が行われている。

診療報酬体系、薬価基準制度に関しては、1998 年 5 月 12 日（第 16 回）、22 日（第 17 回）の会合でおおよその審議を終了し、それぞれ専門家からなる作業チームが具体的な検討を行い部会へ報告書を提出した上で、1999 年 1 月からの通常国

《図表 8》21 世紀の医療保険制度（厚生省案）

項目	問題提起	具体策
《質の高い医療の効率的な提供》 1. 診療報酬体系	○技術、「もの」及び施設管理費用を明確に区分した評価体系 ○医療機関の機能に応じた評価体系 ○疾患の特性に着目した評価体系	(1) 技術の適正な評価 (2) 「もの」の価格の適正化及び透明化 (3) 施設管理費用の適正な評価 (1) 大病院：入院機能を重視した評価体系、外来については、基本的に専門的分野に限定 (2) 中小病院及び診療所：外来のプライマリ・ケア機能を重視した評価 (1) 急性疾患：入院当初は出来高払い、一定期間経過後は 1 日定額払いを原則とする。外来医療については、出来高払いを原則とする。 (2) 慢性疾患：入院医療－1 日定額払い原則、外来医療－高血圧、糖尿病、高脂血症等の定型的な慢性疾患は定額払い、但し、入院、外来とも、治療期間中に急性疾患を併発した場合等には、患者の病態に応じて出来高払い方式を組み合わせる。
2. 薬価基準制度	○薬価基準制度の廃止、新たな仕組みの導入(※) ○手続の透明化等	(1) 市場の実勢価格を基本に医療保険から償還する基準額を定める。 (2) 医療機関が償還基準額を上回る価格で購入した医薬品については、その上回る額は患者の自己負担とする。 (1) 専門家委員会を設置し、基準額の設定等の手続を透明化 (2) 市場実勢価格に関する情報の公開
3. 医療提供体制	○医療機関の機能分担の明確化 ○長期入院の是正と過剰病床の削減 ○医師、歯科医師の数の抑制と資質の向上 ○医療における情報提供の充実	(1) 大病院における外来の集中の是正 (2) かかりつけ医、かかりつけ歯科医の普及、定着 (1) 急性期病床と慢性期病床（療養型病床群）の区分の明確化 (2) 入院医療適正化対策
《給付と負担の公平》 4. 医療保険の制度体系	○保険集団の見直し ○保険給付の見直し	〔第 1 案〕（制度の一本化による地域医療保険制度案） 〔第 2 案〕（被用者保険と国保の二本建て＋高齢者別建て案） （A 案）3 割程度の定率一部負担とする。ただし、大病院の外来は 5 割程度の定率一部負担とする。 （B 案）かかった医療費のうち一定額までは自己負担とし、これを上回る部分について保険給付の対象とする。保険給付の対象部分に対しては、定率の一部負担を適用する。
5. 高齢者医療制度	○新たな高齢者医療制度は、若年者の医療保険制度とは別建てとし、高齢者が負担する保険料は、全額高齢者医療費に充てる。 ○若年世代負担	全ての高齢者について保険料を徴収することとし、その全額を高齢者医療費に充てる。なお、年金収入に対する保険料賦課については、年金受給額を基礎として徴収する。 （A 案）独立の保険制度とする。 （B 案）市町村が各保険者の共同事業として、高齢者の医療を給付する。高齢者は国保又は被用者保険に加入するが、その保険料は若年者の保険料と区分する。 若年世代の負担は、稼得階層（20～69 歳）の加入者数を基礎として各保険者に按分する。
《医療費適正化のための措置》 6. 医療費の適正化の推進	○医療費についての無駄や非効率を徹底的に排除	(1) 高齢者に対する生活指導等健康づくりの推進 (2) 社会的入院の是正 (3) 外来の重複受診等の是正 (4) 面接審査の導入等による超高額医療費の適正化 (5) 医療費請求の審査の充実 (6) 保険医療機関等に対する指導監査の強化 等

会へ法案提出が予定されていた。

医療制度抜本改革論の必要性

しかし、現在までの部会の議論は、診療報酬体系、薬価基準制度といった制度の部品ともいえる議論に集中し、医療制度の抜本改革という大局的な目的には必ずしも則さない議論になっているといわざるを得ない。すなわち、高齢化が進み、医療保険制度の経済的、財政的な制約が出てくる中で、医療資源の配分にあたっての政府による計画原理と私的保険を活用した市場原理を如何に組み合わせるべきかという観点からの議論こそが求められていると考えられる。この問題に関しては、医療保険改革の概念として後述することにするが、本稿の目的が、現在の日本における医療保険制度改革の現状とその射程範囲を明らかにすることでもあるので、とりあえず、各論ともいえる医療保険制度改革論議の現時点における到達点を明確にしてみたい。

(2) 診療報酬体系の見直し

医療費削減方策

医療制度の抜本改革という以上は、本来国民の健康増進につながるといった政策理念に基づいた国民の納得感の得られる方向性がなくてはならないはずであるが、現状ではどうしても医療費の削減という考え方につながりやすい。実際、医療費の伸びをある目標の範囲内に抑制することが困難なのは、診療報酬制度が出来高払い制によるところが大きいことが主因であるとされている。この認識は諸外国でも共通しており、多くの国で報酬の決定の仕組としていわゆる定額払い制度が採用されつつある。

厚生省案の概要

そこで、診療報酬体系の見直しに関して見てみると、厚生省案では、次の3項目があげられている。すなわち、技術、「もの」及び施設管理費用を明確に区分した評価体系とする、医療機関の機能に応じた評価体系とする、疾患の特性に着目した評価体系とする、といったものである。与党協案も基本的に同様であり、主眼は出来高払いと定額払いの最善の方向性を示すべきこととされている。

両者の含意として、医療費の総枠を抑制し、効率的な医療資源の配分を指向するということが容易に読みとれよう。そのための具体策として、マクロレベルでは、県単位の保険者の総枠予算制、セミマクロレベルでは、保険者と医療機関の間で医療サービスのメニューを作り国民に選択させるということが考えられる。これは、従来職人的な診療に陥りがちだった医療を「証拠に立脚した医療(Evidence Based Medicine: EBM)」に転換する方向といえる。EBMは、医療の有する情報非対称性から生ずる非効率を是正し、過剰診療を抑制すると共に、患者にもコスト意識を持たせる効果があるといわれている。

DRG / PPS の採用に関する議論

そしてミクロレベルではDRG / PPSの採用といった考え方があり得る³。中でもDRG / PPSは前述した報酬の定額払い制の中心であり、これは例えば疾病を500種類程度の疾病群に分類し、それぞれについてどのような診療が行われても一定の金額を支払うという制度である。

DRG / PPSは、主として次の2点の理由から、長期的にみれば採用することが有益であるとされている。すなわち、医療機関が費用対効果的な思考から医療費節減といったコスト意識が高まる、

DRG / PPS採用に伴うデータの整備により、医療の標準化が進み、医療の質の向上が期待される、ということである⁴。

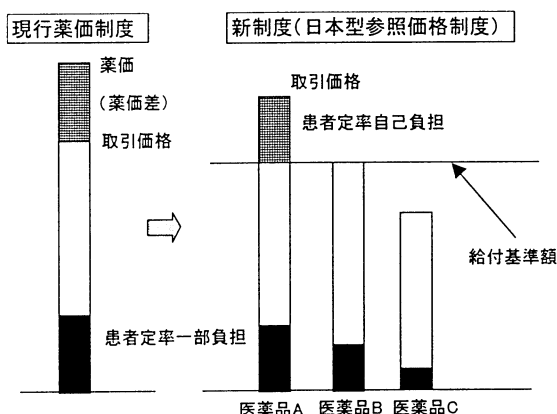
制度企画部会での議論でも、医療行為について定型的な評価が比較的容易な老人医療やプライマリケアなどは定額払いに移行すべきであり、急性期医療についても、定型化や標準化が可能なものは、疾患別の定額払いを導入すべきであるという意見が出されている⁵。少なくとも慢性期医療への定額払いの導入といった点については合意が得られている⁶ようである。

(3) 薬価基準制度

見直しの方向性

診療報酬体系の見直しと並んで、医療制度改革の大きな柱の一つとして、現行薬価基準制度の見直しが提言されており、現行制度を廃止し、日本型参照価格制度に変えようとするものである(図表9参照)。

《図表 9》新薬価制度図



この制度が導入された場合、薬剤メーカーや卸が給付基準額を上回る価格戦略をとるか、それとも給付基準額まで価格を引き下げるか興味のあるところであるが、恐らく彼らの価格戦略は、医師の患者への態度に依存することになると考えられる。根拠はこうである。医師が、あえて患者に追加負担をさせてでも、ある特定の薬剤を用いることが予想されれば、その薬剤の価格は余り下らない（図の医薬品 A）。しかし、医師が患者の経済負担を考慮し、類似薬の安いもので代替すると仮定すれば、給付基準額が購入価格となる可能性が高い（図の医薬品 B）。この場合、前者の選択が医師の普遍的な行動になる場合には、薬剤費の抑制効果は働かず、単なる患者への費用の転嫁しか起こらないということになる⁷。

EBM の展開による帰結

しかし、ここで興味深いのは、前述の EBM が一般化し、医師と患者との間の情報非対称性が解消し患者のコスト意識が高まった場合に、前述の帰結がどのように変化するかということである。恐らく患者は自己負担の増加を回避したいという行動に出ることで給付基準額の薬剤使用への変移が一般的になってくるのではないと思われる。

また、法制度を用いて医療側に情報提供義務を課し、取引当事者の情報格差を解消させることとすれば、これは、適格付与市場設計の一例と考えることができる⁸。

「議論のたたき台」提示

なお、制度企画部会の下に設けられた「薬価基準制度に関する作業チームによる」専門的な検討結果⁹を受け、厚生省が 1998 年 11 月 16 日に「議論

のたたき台」を同企画部会に提示した。これは、概ね作業チームの報告を踏まえたもので、個々の薬価は、メーカーの届出価格を基に全国一律に定める「薬価定価制」と、保険給付の範囲については「給付基準額」を設定し、基準額を超える部分は患者負担とする日本型参照価格制度の提案であり、薬剤費の抑制効果が期待されるが、薬価差が完全に解消されていないことを指摘する声も出ている¹⁰。たとえば、当初提案における医薬品 C を使用した場合の保険償還額は当該取引価格とするとされていたが、現在では、この場合の保険償還額も給付基準額とするか当初案通りとするか不透明である。

（4）高齢者医療制度

高齢者医療改革については、関係各団体の意見は大きく 3 つに分かれている（図表 10 参照）。

一方、高齢者医療制度改革に関しては、医療保険福祉審議会で 1998 年 5 月以降検討していたが、同年 11 月 9 日、厚生大臣に対し、「高齢者に関する保健医療制度のあり方について」と題する意見書を提出した。しかし、費用分担を巡る各団体間の調整が進まず、意見書は、独立型と被用者保険、国保継続加入の二案の枠組みを示す両論併記型となった。高齢者の負担増への懸念から与党内では改革先送り論が台頭し、1999 年の通常国会への法案提出は困難な情勢とされている¹¹。

・医療保険改革の概念

以上、日本における医療制度改革の現状を中心に論じてきた。しかし、ここまでの議論で明らかであると思われるが、現在の議論は制度の個別枠組みの組み替えという視点に特化しているきらいがある。

そこで、以下に社会保障制度全体の中で医療保険改革の方向及び概念はどのようなものになるかに関する手がかりを得るために理論的分析を行うこととしたい。その際、医療制度改革の中で論じられている、診療報酬制度、高齢者医療のあり方等に関して理論的な整序を行うこととする。

1. 医療保険の概念と財政的枠格

（1）リスク移転としての医療保険

《図表 10》高齢者医療制度を巡る各団体の意見

		制度の形	患者負担	財源
①	日本医師会	独立した高齢者医療制度を創設。2005年から介護保険と統合	保険料と合わせ1割程度	費用の9割を公費負担
	経団連	一定所得以下の高齢者を対象に新制度をつくる。一定所得以上は、それぞれ被用者保険や国保に残る	当面は費用の1割	患者負担以外は公費
②	健保連	被用者保険OBと国保OBを別々にした二つの高齢者医療保険制度	当面は費用の1割	費用の5割を公費負担
	日経連	被用者保険OBと国保OBを別々にした二つの高齢者医療保険制度	暫定的に費用の1割	公費を一定割合
	連合	被用者保険の退職者を対象に新制度をつくる。国保は別に、現行制度のまま高齢者を抱える	70歳－75歳以上は患者負担に限度額	公費負担を5割として、国保との間で高齢者の割
③	国保中央会	将来すべての国民を一つの保険制度に統合一本化する		

(出所) 朝日新聞 1998 年 11 月 6 日

医療保険は低リスク者から高リスク者に対するリスク移転と捉えることができる。従って、社会保障として運用される医療保険においては、リスク保有者の集合である保険集団内のリスク差別化を行うことは、社会保障の有する本来の意義を失わせることになり、個々の被保険者の負担（拠出）は、彼らの所得を基準としたものとなる。

（２）分配中立市場設計としての医療保険制度

一方、日本では医療保険制度として、組合健康保険制度、国民健康保険制度等があるが、これらは、社会保障関連法とりわけ保険給付に関する法律の位置づけから考えると、次のように整理される。すなわち、これらは、所得分配に依存しない市場を創出する制度としての分配中立市場の設計に関する法技術ととらえることができる。例えば、国民健康保険法（昭 33 法 192）は、国が一定部分の費用の負担または補助をすると定めつつ（69 条・73 条以下）、保険料については医療給付を受ける者の状況に応じ減免または猶予することができる旨を定めており（77 条参照）その結果として、医療サービスという財は、分配状態に依存せず、国の費用乃至補助金によりいわばその価格が定められたものとして配分されることになる。このことは、厚生年金保険法（昭 29 法 115）、老人保健法（昭 57 法 80）による医療給付なども、国の負担の大小はあるけれども、同様に考えてよいものである¹²。

（３）医療保険の概念と制度改革論

国の社会保障政策の中核として、リスクの差別化を行うことなく、また福祉政策的な配慮に基づき分配中立的に運用されるのが基本とされる医療保険制度に財政的桎梏が生じてくるのは日本だけの問題ではない。

すなわち、少子高齢化の進展に伴う国民医療費の増加は、西欧先進国における共通の問題となっており、制度改革に関する様々な提言が行われている。但し、1960 年から 92 年までの推移を見ると、米国での伸びが大きいのに対し、日本はイギリスと共に、対 GDP 比国民医療費は小さく、1992 年には 6.9%と最下位となっており¹³（図表 11 参照）日本の医療費は、現在のところまだ必ずしも高くない。

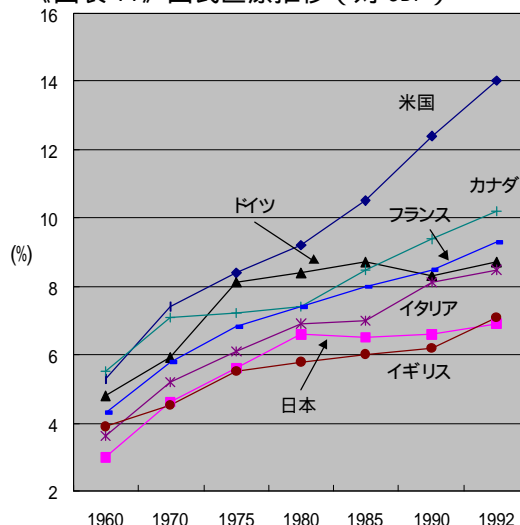
しかし、制度改革に躊躇していると、今後団塊の世代が 65 歳以上に達する 2010 年頃から高齢者比率が急速に高まり、世代間の負担の仕組みのアンバランスが顕在化する可能性が高い。

2．前提とされる取引市場

（１）経済学における効率性基準

そこで、医療保険に関する経済分析を行う場合、一般の市場がどのようなものであるか理解しなくてはならない。すなわち、完全競争として知られる状態の下で達成される効用最大化消費者と利潤最大化企業の独立した意思決定が、全ての市場において同時に、必然的で自発的な均衡に到達する

《図表 11》国民医療推移（対 GDP）



(出所) OECD, "Health Care reform Controlling Spending and Increasing Efficiency", 1994.

ことを一般均衡という。そして、生産においても財の消費者への配分においても経済が効率的であるとき、他の誰かに不利益を課すことなしには誰にも利益をもたらすことができない状態にある時、その状態を厚生経済学的にはパレート最適の状態にあるという。

(2) 限定された合理人としての人間像

しかし、このような一般均衡状態が達成されるのは、全ての商品市場で限界利益と限界費用が一致するように競争が作用した場合だけであり非現実的である。また、このモデルで想定される人間は、全ての情報を得た上で自己の決定により自己の効用を最大化する行動をとることができる人間である。しかし、前述までの議論で明かなように医療保険市場に登場する消費者はこのような人間ではないし、一般の市場においてもこのような人間像は期待できない。

3. 分配の公正について

(1) 正義性の考慮

一方、経済学における効率性重視に対し、法学の立場からは、正義を考慮するあるいは実現することが法の目標であると説かれることが多い。但し、正義は論者によって多様な価値を意味しており、法律において正義が語られるとき、それが何を意味しているか注意する必要があるが、正義として語られる多くのものは、分配的正義の問題であり、自然権や功利主義、また J. ロールズの公正概念などが挙げられる¹⁴。

(2) 日本人の行為規範と医療保険制度

また、社会生活における行為規範（ある行為をすべきあるいはすべきでないとする価値基準）を、法との関係で問題にするときに、伝統的に日本人には「権利」の観念が欠けているといわれる¹⁵。このような視点から各国の社会保障制度改革を俯瞰すると、国民の意識と制度設計の相違がより一層明らかになってくるはずである。

例えば、日本人の規範意識を大胆に規定すると、「貧しきを憂えず、ひとしからざるを憂う」といった根強い平等意識が残っており¹⁶、分配の公平性が確保されることが第一義と考えることになる。そのためには、給付水準自体の切り下げ（権

利意識の希薄性）そして基本的には公正な分配を通じた「最低保障」の確保がなされることが、最低限国民の納得感が得られる論理的帰結ではないだろうか。

4. 効率性と正義性 - 社会保障に対する規制

一方、規制に関していえば、一般的に、社会保障分野における規制は、二分説的には、社会的規制として「良い規制」に分類されるが、その正当化の根拠は、次の二つに求められ、市場の失敗を是正することにあると説明される。

物やサービスを供給する企業と取引する個人は、その品質に関する不十分な情報しか持ち得ず（情報の非対称性）非規制的な市場は個人の期待効用からは隔絶したものとなる可能性がある。

情報の非対称性が存在しないにしても、市場取引は当該取引に関与しない第三者に悪影響を及ぼす（外部不経済）可能性がある。

特に、情報の非対称性の問題は、医療保険制度において顕著に現れ、従来、市場の失敗を防止する観点から社会的規制として社会保障的な問題解決が図られてきた。

・医療保険民営化に伴う制度分析

1. 医療分野における規制緩和の例

そこで、規制緩和と自由市場競争化を前提とした上で、社会保障分野における規制緩和を考察する場合、事業の参入規制を撤廃し、医療への参入アクセスの自由を拡大する事も検討課題となっている¹⁷。

1998年12月15日、政府の行政改革推進本部の規制緩和委員会は、企業による病院経営への参入を検討し、患者への医療サービスの改善を図るとした「見解」を公表した¹⁸。すなわち、病院経営への企業の参入は、個人経営の病院が廃業する場合の受け皿として、株式会社による病院経営を禁止することは、地域の医療サービスの安定的な供給を妨げる可能性もあると指摘している。

2. 私的保険と公的保険の原理的差異

以下、市場の失敗故に社会保障に委ねられている医療保険に関して、近年の「法と経済学」分野

で得られた知見を援用するとともに、これまで形成されてきたモラル・ハザード及び逆選択を中心とした保険理論に立脚して理論分析を行うこととしたい。

そこで、現状の法制度をとりあえず与件とはせず、経済学的（保険理論的）に分析を試みるが、まず、私的保険と公的保険との原理的差異を明らかにするところから始めたい¹⁹。

（１）私的保険成立の契機

私的保険が成立するのは、保険需要がリスク回避者の選好から生ずるという単純な仮定を前提とし、保険需要に対するリスク回避者は、競争的な保険市場で保険者が提供する保険を購入しようとする。

一方保険者は、同質ではあるが相互に関連しないリスクを集め保険集団を構成することによってこれらのリスクを引き受けることができる。何故なら、保険者はそれらのリスクを多数の母集団に分散させることができるからであり、大数の法則と呼ばれる数学上の理論に基づいている。

（２）保険理論上の制約要因

ところで、保険には、モラル・ハザード（moral hazard）と逆選択（adverse selection）の問題があることは良く知られている。

モラル・ハザードを防止するために、保険者は、個々の被保険者が有するリスクに応じてリスクを差別化する。従って、私的保険の重要な特質として、被保険者に課される価格すなわち保険料はリ

スクに対応したものになるということである。

（３）社会保障制度としての公的保険原理

一方、社会保障としての公的保険は私的保険と異なるところが多い。米国でのメディケアを初め、現在多くの国では、少なくとも基本的な医療ニーズに関する限り、国民に対し医療保険は無料か、少額の自己負担付きで提供されている（図表 12 参照）。

各国の社会保障法制は、誰が社会保障から便益を得るか、あるいは支払方法によって異なっているにすぎない。すなわち、医療保険は無料で提供される国がある一方、一旦医療費を患者が支払う必要があるが、その支出を保険者から回収する国や、あるいは、保険者が直接医療機関に医療費を支払う国もある。

このように、程度の差はあるにしても、公的保険においては、医療保険制度へのアクセスの平等は基本的に重要な特質になっている。

（４）公的保険におけるリスク「連帯」原理

さらに、社会保障に関する費用は、通常、被用者に関する限り、全ての被用者の賃金から控除することによって賄われる。一般的には、保険料の一部を被用者が負担し、残りを雇用者が負担するという構造になっている。そして、社会保障として賦課される保険料は、被用者の収入によって決定される。

国によって若干の違いはあるものの、社会保険

《図表 12》患者自己負担の各国間比較（1993 年）

	一般医療	専門医療	薬剤	入院	X線及び病理検査
米国	自己負担額 \$100 超 20%		100%	60 日	
日本	被用者 10%、被用者家族 20%、自営業者 30%				
ドイツ	なし	なし	処方薬あたり \$1.25	当初 14 日間に対して \$3	
フランス	25%	25%	薬剤の種類により 30%、60%、100%	当初 30 日間の費用の 20% 及び 1 日 \$5～\$6	35%
イタリア	なし	\$7～\$8	\$3 プラス 50%	なし	30%
イギリス	なし	なし	処方薬あたり \$4～\$5	なし	なし
カナダ	なし	なし	地域によって異なる	なし	なし

（出所）OECD, "Health Care reform Controlling Spending and Increasing Efficiency". 1994

として提供される社会保障制度の基本的性格は整合的である。すなわち、私的保険とは異なり、リスクによる保険料の差別がなく、グッドリスクとバッドリスクの「連帯」という原理があり、保険料は、リスクによって異ならず、収入によって決定される応能基準になっていることである。

3. モラル・ハザード

(1) モラル・ハザードの原理

医療保険は、私的保険によるべきか公的保険によるべきかという議論の中心的な論点は、医療保険に対して意図的に高まる欲求を保険担保条件の工夫によって防止しうるかという点にある。モラル・ハザードとは、保険契約者の行動が保険購入後に変化して損失発生の確率や損失の規模が大きくなるという問題である。保険契約者にとってみると、保険に加入することによって、あるサービス（この場合には医療費用）に対する価格が減少し、あるいは無料になるために、それに対する需要が増加することをいう。

モラル・ハザードに関する伝統的な論文で、Arrow は、医療費用に対する需要は、十分な保険担保が利用できるようになれば直ちに発生すると論じている²⁰。但し、モラル・ハザードは、全ての保険において潜在的に生ずるものであり、決して私的保険だけの問題ではない。

(2) 供給サイドのモラル・ハザード

一方、モラル・ハザードは需要サイドだけで発生するものではない。情報非対称性を前提にすれば、医者は、どのような医療サービスをどれだけ提供すればよいか自由に決定することができる。このことが、供給サイドでもモラル・ハザードの問題が発生する要因となる。

但し、前述のように EBM が一般化すると、情報非対称性が解消し、医療サイドからの逆モラル・ハザードを防止することができるという帰結になるだろう。

(3) 需要弾力性とモラル・ハザード

ここで再度患者に焦点をあてて考えると、モラル・ハザードの問題が患者の行動にどの程度重要な役割を果たすかは、特定のサービスに対する需要弾力性によって決まってくる。

例えば、需要が完全に非弾力的であり価格によって影響を受けないとすると、モラル・ハザードは全く生じないと考えられる。しかし、需要が価格に弾力的であり、保険で担保されるとわかれれば、それは、医療サービスに対する限界費用の減少につながり、モラル・ハザードが発生することになる。

そこで、モラル・ハザードを防止するために、基本的には従来から 2 つのことがいわれてきた。すなわち、被保険者の行動に対する制御方法として適正な保険料を課すか、リスクの一定割合を被保険者自身に負担させる、ということである。

(4) リスクの差別化

まず、の適正な保険料の賦課に関しては、従来の保険経済学上の議論からすると、被保険者の有するリスクと保険料との間には一定の関係がなければならぬということになるはずである。従って、理論的には、医療をより多く利用する者は、それだけ高い保険料を負担すべきということになる。保険経済理論では、そのような者は、高リスク集団に属する者に分類される。

このようにリスクの差別化を通じて、被保険者はあたかも自分が保険による保護がない状態の如く慎重に行動するようになり、モラル・ハザードは回避されると説明される。

(5) 社会保障制度における保険料

しかし、社会保障制度における保険料の決定方法は、私的保険において伝統的にモラル・ハザード防止のためにとられてきた方法によっているわけではないことがわかる。

前述したように、第一に、保険料は所得に応じて決定され、被保険者のリスクに応じたものにはなっていない。それ故、個々の被保険者のリスク差別化は不可能なようにみえる。

第二に、リスクの厳密な差別化は、多くの社会保障制度が前提としてきたグッドリスクとバッドリスクの連帯という思想に反するように思われる。リスクの差別化の含意は、高リスクの者は、低リスクの者よりも高い保険料を払わなければならないということである。

しかし、政策決定者にとっては、疾病歴や年齢の差異によって、ある者に対して高い保険料を課

すという政策的冒険はなかなかできにくいと考えられる。さらに、リスクに応じた保険料といった保険理論上の考え方は、社会保障の有する所得再分配機能と抵触する事になる。

(6) リスク差別化と社会保障原理との相克

従って、モラル・ハザード防止のためのリスク差別化という保険経済上の必要性和社会保障におけるグッドリスクとバッドリスクとの連帯といった考え方の間の相克が、はたして解決しがたいものかどうかという問題が生じてくることになる。

但し、この問題は、病気になった者が（公的なものであれ私的なものであれ）医療制度に依存するという問題に関する事ではない。むしろ、医療費用が無料であれば、かかりつけの医者に頻繁に通い、無駄な薬を買うようになる人々がいるという事実に起因する問題である。

(7) リスクの大小区分の有益性

そこで、重大なモラル・ハザードの問題が生じているかどうかという問題に答えるためには、リスクの大小を明確にすることが有益である。すなわち、手術のような重大なリスクに対しては、需要の価格弾力性は小さく、一般的には、喜んで手術を受けたいと思う人間はいないと考えられる。従って、医療費が下がった途端に手術数が急激に増加するとは考えにくい。

リスクの大小による同様の区別は、モラル・ハザードに関してもあてはまる。例えば、手術代が無料であるといった理由だけで自分の足を切断しようとする人間はいないだろう。

このように、疾病歴や年齢等による低リスク者と高リスク者との差別化は、重大なリスクに関する限りは問題とはならないことが示唆される。しかし、反対のことは、小リスクの場合には成立する可能性があり、小リスクに対しては、個々のリスクに応じた保険料を適用することが重要であるといえよう。

(8) 被保険者にリスクを負わせること - 自己負担額の導入

モラル・ハザードを防止する第二の方策は、被保険者にリスクの一部を負わせることであった。モラル・ハザードは、特に少額リスクに関する限

り、自己負担額の設定を通じて防止しうる。すなわち、開業医に通うといった少額リスクに対する需要弾力性は大きく、モラル・ハザードは自己負担額を導入することによって防止しうるのである。

(9) モラル・ハザード防止のための最適解

このように、モラル・ハザードを防止するために、差別化した保険料を適用するか、被保険者にリスクの一部を負わせるかといった2つの方法からいずれかを選択する場合、自己負担額の設定によりリスクの一部を被保険者に負担させる方が、被保険者の行動を詳細に管理するよりも、明らかに低額の情報費用ですむという事実に注目すべきである。

さらに、リスクの差別化を通じて被保険者の行動を詳細に管理することは、社会保障に求められているバッドリスクとグッドリスクとの連帯原則に反することになる。すなわち、小さなリスクであっても、高齢者（彼らは多くの薬が投与され頻繁に開業医へ通う）に対して、健康で若い人より高い保険料を課すことになり、相対的に厳しい結果を生むことになる。それよりは、低リスク者、高リスク者双方に自己負担額を設定することは、非効率な過剰診療を抑制すると同時に両者間のリスクの差異を厳密に差別化することを回避することにつながる。

さらに、所得によって保険料が決定される社会保障制度であっても、低リスクに関する限り、医療需要は自己負担額を設定することによって緩和されることが実証されている。需要が価格によって変動するサービスに対して自己負担額が導入された場合にこのような傾向が現れるのは、経済学的見地からも正当化されうる。

従って、自己負担額の設定は、医療サービスに対する過剰需要を抑制するインセンティブを与えるには適切な手段となりうる。

(10) 自己負担額の設定と過剰萎縮の問題

しかし、あまりに高額な自己負担額は、医療に対する過剰萎縮といった副作用が生ずる可能性がある。すなわち、一般開業医に雇われるべきであった者が通院をためらうことによって、医療制度全体の総費用の観点からは結果として入院治療等の高額の費用がかかることにつながる。

従って、自己負担額を設定する場合であっても、過剰萎縮を防ぐために注意深くなければならない。

例えば、1997年9月1日からの健康保険の一部見直しによる被保険者一部負担の引き上げによる需要抑制効果が現れており（図表13参照）高額の自己負担額の設定ではない場合であっても、心理的な影響を無視することはできず困難な問題を生ずる可能性がある。

5. 強制保険導入の可能性

一方、政策当局者が留意すべき別の問題は、医療費用に対して強制保険を導入することが望ましいのか、もしそうであるならば、どのようなサービスに対して導入すべきなのかを決定する必要がある。保険理論上、この問題に対する答えは、特定のリスクと医療需要の弾力性に関する多くの要素（その中には保険商品購入者のリスク回避の程度等がある）によって定まると主張される。

（1）期待効用仮説

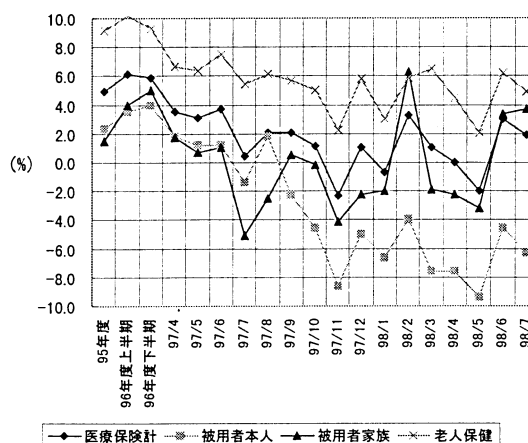
強制保険採用の可否に関する分析にあたって、本稿では、保険はリスク回避者の期待効用を高めるという伝統的な効用論の手法を保険理論に適用して考察する。リスク回避者理論では、リスク回避行動の可能性は、相対的に発生確率は低いが潜在的な損害額が大きいリスクに対して高くなると想定する。

これを医療にあてはめると、消費者のリスク回避行動は、損害額が大きく発生確率は低い、手術や入院に対して最も大きくなることを意味する。

（2）所得によるリスク回避程度の差異

さらに、保険理論上からは、リスク回避の程度は個人の所得程度によるとされている。従って、低所得者は、当然に一般開業医に支払うリスクを回避しようと考えられるし、まして病院（入院）への支払を極端に回避しようと考えられる。逆に富裕者であれば、一般開業医からの請求に関する限りリスク中立であり、恐らく病院の請求に対してもほとんど回避行動をとらないと考えられる。中間所得者は恐らくこの両者の中間的な位置にあるものと考えられる。彼らは、一般開業医の請求に対してはリスク中立であろうが、

《図表13》制度別医療費総額伸び率
（対前年同期比）



（出所）MEDIASによる

病院の請求に対してはリスク回避しようとするだろう。

（3）強制保険と期待効用の昂進

このような概念把握は、医療保険が強制されるべきかどうかに関する議論をするときに有益である。この問題に対する一つのアプローチは、平均的な消費者が、もし彼がリスクと保険付保の可能性に関する完全な情報を有しているとすれば、その特定のリスクに対して保険を付保するかどうかを考えてみることである。

いいかえれば、保険が彼の期待効用を高めることになるかということである。もし結論として、このような場合に、保険が実際に特定の消費者の期待効用を高めるということになるならば、平均的な消費者が保険担保を通じて便益を得ることになるので、強制保険は有益であると主張されうる。

（4）期待効用中立性と大小リスク差別化

しかし、人々が完全に特定のリスクに対する保険とその保険の利用可能性に関する情報が与えられていながら、彼らの期待効用が高まらないことが明らかな場合（恐らく、特定の消費者は特定のリスクに対してリスク中立であるかもしれないために）、付保義務を課すことは、便益を高めることなく、管理費用をかけるだけの結果となる。

従って、医療に即して考えてみると、とりあえず、一方で相対的に小さなリスク（一般開業医に対する支払や相対的に安価な薬代）と、他方入院費や高価な薬代といった大きなリスクとを明確に

区別することが望ましいかもしれないとの仮説をたてることができる。

（５）小リスクに対する強制保険

平均的な国民は、小さなリスクに関する限り、相対的にリスク中立であると仮定すれば、これらのリスクに対して強制保険を導入するといった主張はでてこないはずである。この点に関して、リスク回避行動の局面であっても、保険に対する需要は課される保険料に依存するという事実が考慮されるべきである。もし、課される保険料が人為的に相当高い場合（管理費用が高額であったり独占的な価格設定がされているなど）特定の人間は、そのような特別な状況では保険に対する需要が生じないかもしれない。従って、このような小さなリスクに対する強制保険は、非効率な結果につながる事が予測される。

（６）相対的高リスクに対する強制保険

しかし、強制保険は、消費者が一般的にとにかく保険には加入しておこうとする、より大きなリスクに対しては有効である可能性がある。

このことは、いわゆる小さなリスクに対して保険は不要であるということの意味しているわけではない。しかし、小リスクに対して保険付保義務という形式で規制を行う場合には説得力が弱い。すなわち、これらの小さなリスクに対しては、人々は補償に対する特定の需要に見合った保険を購入しうるのである。

従って、リスク回避行動は、リスクの性質によるという事実を前提とすれば、全ての可能性のある疾病リスクに対して一般的な付保義務を課すのは意味がなく、リスクの性質とリスク回避の程度に応じて付保義務に差を設ける場合にのみ意味があると考えることができる。

（７）不完全情報

しかし、消費者がリスクに関して完全な情報を持っている場合であっても、なぜ規制的な介入が必要なのかといった疑問が一方であり得る。それに対する答えは、リスク回避選好者は、リスクへの対処とリスクに関する情報に基づきどのような保険が彼らにとって必要か注意深く分析するが、世間の多くはこのような者ではないといった事実

によって説明できる。

すなわち、ある者が適切な情報を持っていないというだけで保険を付保しないということが明らかであるならば、強制保険が必要であることの論拠となりうる。従って、強制保険の購入を義務づける規制は、市場の失敗の典型的な例と考えられる。

しかし、不完全情報が必ずしも全てのリスクに対して同じように重大であるとは限らない。前述のように大小リスクを区別することがこの点に関しても有益でありうる。情報は、入院のような大きなリスクに関して、とりわけ不足しているように思われる。人は入院時のリスクを過小評価しがちであり、それに要する費用を正確には知り得ていない。この情報の欠落が少なくともより大きなリスクの場合に重要となり、強制保険の導入を正当化することになる。

（８）支払不能及び取引費用

前述の点を踏まえて、別の点から医療保険の強制保険化を支持する見解がある。特に、確率は低いが潜在的に大きな損害になる可能性のあるリスクに関して、リスクの過小評価が生じやすいことは前述したとおりである。

このことが、不十分な保険付保につながり、支払不能の場合に、支払不能者は恐らく国が提供する医療を求め、その結果被保険者たる税負担者にフリーライド（ただ乗り）することになる。このような場合に、強制保険は、入院のような大きなリスクだけではなく、一般開業医からの請求といった小さなリスクにとっても、より適切な結果を生む。

この特別な場合における強制保険の主たる利点は、医院側にとっても患者の財政状態を考慮する必要がないということである。それ故、全ての者が保険に加入しているとわかっていれば、取引費用の軽減につながると主張される。Skogh は、彼の「保険の取引費用理論」で、期待効用仮説は保険需要に対して一部を説明するにすぎないと強烈に批判し、保険の最も重要な機能は、取引費用を軽減することであるという²¹。

（９）逆選択防止としての強制保険

強制保険の効用に関してさらに強調すべき点は、

逆選択の問題に関してのものである。今日、世界の多くの国が医療保険を公的な強制保険で運用しているのは、医療に対する国民のアクセスの平等を確保するとともに²²、逆選択の問題を回避することが大きな要因となっている。

医療保険で、逆選択は、最大リスク保有者にとって保険は最も魅力的なものになるという保険理論上の典型的な適用場面である。保険者が、誰が高リスク保有者であるかわからない場合に、逆選択の問題が表面化する。高齢者や将来高額の治療費が必要になるだろうという事実を認識している者は、十分な保険担保に対して相対的に強い需要がある。従って、ここに伝統的な情報非対称性の問題が生ずることになる。実際、一般的には、保険を欲する人間は、保険者以上に自分の健康や将来の医療に対する必要性に関する情報を有しているのである。さらに、遺伝子に関する科学的知見が飛躍的に高まるにつれ、将来の疾病リスクについての情報非対称性が拡大することも指摘されている²³。

(10) バッドリスクとグッドリスクとの連帯

強制保険は、逆選択問題を回避するものとして提案されうる。このことは、バッドリスク同様グッドリスクも保険付保が強制されることを意味する。一方、任意の保険では、保険者はバッドリスクのみを引受けることにより収益が減少し、結果として特定のリスクを全く引き受けないといった引受方針をとらせる可能性があるが、強制保険化はこのような事態を防止することにもつながる。従って、逆選択問題を回避するために保険者に引き受け義務を課することが理論的に説明されうる。明らかにこれは、グッドリスクとバッドリスク間の「強制的な連帯」の例として考えられる。

(11) グッドリスクにおける福利上の不効率

一方、これは、バッドリスクに対する解決策にはなるが、グッドリスクの者は、望まない保険を付保することが強制され、著しい福利上の損失が生ずる可能性がある。さらに、リスク差別化なしに、保険者に対して単純にグッドリスクとバッドリスクの引受義務を課すと、モラル・ハザード防止のインセンティブが弱まり、保険料上昇、リスクの増大、そして恐らく保険引受不能といった好

ましくない結果を招来する可能性があり得る。実際、リスク差別化の可能性なしに被保険者のリスクを引き受ける制度である限り、十分な効率性を発揮したという例はあり得ないと考えられる。

6. 市場を通じた医療保険と国営保険

(1) 強制保険と保険供給体制

前述のように、医療保険における逆選択を回避するために強制保険化する事が考えられるが、これを公的保険で運営する必要がある、私的保険では対処できないという論理的帰結にはならないはずである。

すなわち、特定の医療関連保険は、強制保険化することがふさわしいかどうかという問題の次に検討すべきは、強制医療保険は、市場を通じて供給されるのがよいか、国を通じて供給されるのがよいかという問題である。この点に関しては、日本をはじめとして、多くの西欧諸国の制度のように国が介入して供給される社会保険と競争市場において営業する保険会社によって供給される私的保険とを区別しうる。西欧諸国の社会保障制度は、(歴史的、政治的理由から)その点でかなり寛容な制度であるが、いくつかの国(かつてはもっと多くの国)の制度は、前述したような伝統的な大小リスクの差別化を行ってきたように考えられる。

(2) リスク差別化と具体的な保険制度

例えば、ベルギーでは、自営業者に対しては、高リスクは国が供給する社会保険によって担保され、低リスクは私保険市場を通じて得られる保険で担保される。さらに、社会保険は強制であり、低リスクに対する私的保険は任意である。

しかし、これは必ずしも一般化しうるものではない。例えば、オランダでは、低所得者は低リスクに対する追加的な保険を(国が財政措置を行う)医療保険基金を通じて購入することができる。

(3) 公的保険の非効率性

公的保険と私的保険との選択に関し、ある経済学者は、官僚主義理論に依拠して、競争圧力にさらされることのない国営事業は、効率的な生産を行おうとするインセンティブに欠けるので同じ商品を提供するとした場合、民間保険会社よりも高いものになると主張する²⁴。

従って、一般的には、たとえ強制保険の対象とされるべきと決定された保険であっても、当該保険は市場を通じて供給されうると主張される。実際、社会保険や国営保険ではなく民間保険形式で提供される強制保険の例は多い。

すなわち、付保強制はあっても、価格に関する競争は存在し得る。この場合、保険理論上は、異なった保険契約の多様な供給が保険料競争を伴ってなされることになる。例えば、私的保険市場が高度の独占状態にあるために、特定のリスクを担保する保険が供給され得なかったり、非効率な結果を生むような場合にのみ、政府の介入が必要であると主張されうるのではないだろうか。

（４）国営保険の存在理由

また、政府の介入を容認する見解は、例えば逆選択の問題を解決できないので、特定のリスクについては市場を通じた保険は困難であるとするものである。

従って、政府が保険会社より低額の費用でリスクに関する情報を収集する事ができるという前提が成立すれば、保険理論上、国営保険の存在理由を演繹的に証明しうる。

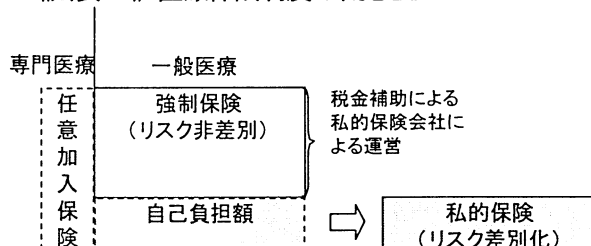
このことから、民間保険会社は原則的に競争的な保険料で保険を提供するので国営保険会社よりも優れており、たとえ強制保険であったとしても私的医療保険は成り立ちうるとの主張は理論的に成立する。

（５）医療保険制度の概念型

そこで、今までの議論をもとに、現在の診療報酬制度と高齢者医療のあり方に関する議論を念頭において、保険理論的に成立しうる医療保険制度の概念型を提示しておきたい（図表 14 参照）。

すなわち、含意はこうである。DRG / PPS を前提とした一般医療は、自己負担付きで強制保険として提供される。但し、強制保険の運営は、リスク非差別とした税金補助付きの制度として私的保険市場を通じて供給される。ここにおいては、医療保険サービスの提供に関する保険者間の競争と被保険者による保険者選択の自由は認められる。一方、自己負担額に相当する部分と専門医療に関する部分は、リスク差別化を前提とした私的保険市場において供給されるのである。

《図表 14》医療保険制度の概念型



（６）セーフティネットとしての政府の関与

但し、特定のリスクは市場を通じた保険供給は困難であるかもしれない。それ故、そのようなリスクは私的保険で担保されるべきではないと主張される。

従って、市場を通じた強制保険であっても、通常の保険市場を通じては供給され得ない範囲の者に対して保険を提供するために政府の関与がなければならない。政府の関与がなければ保険を得られないような者に保険を提供することは、一般的な社会保険制度とは明らかに異なっている。さらに、政府がこのような例外的な者に保険を提供するにしても、リスクは前述の理由の範囲内でできる限り差別化される必要がある。

・おわりに

以上、本稿では日本における医療制度改革の現状と医療保険制度改革の概念について論じてきた。従来の社会保障制度改革は、医療、介護、年金等が個別に議論され続けてきたために全体像がみえず、国民の不安を募らせていると批判されており、包括的な議論の熟成こそが急務とされている。包括的議論の必要性については、筆者も全く異論のないところであり、包括的な検討をすべきではあるが、本稿ではあえて日本における医療制度改革の現状と改革の概念を提示した。年金に関する検討は他日を期すこととしたい。

但し、本稿及び今後の年金改革の検討にあたっての基本的視座は、社会保障制度の機能としての「最低生活保障」といった原点への回帰と、経済情勢の変化に対応しつつ市場原理の導入はどのように考えられるかといった点に共通項を見いだしうることを明らかにしておきたい。

特に、医療保険はリスクに応じた保険料、すなわち保険理論に立脚してリスク差別化といった市

場を通じて提供されうることを前提として、私的保険と公的保険との選択の問題を論じた。この点からすれば、保険が競争的な市場で供給され、逆選択同様、モラル・ハザードも防止しうる限り、政府の介入は必要がないといえる。

しかし、再度問題を整理すると、社会保障政策は明らかに所得再分配を目的としていることが多い。それ故、社会保障制度に関連した保険料は、所得に応じたものであり、リスクに応じたものではないのが普通である。このことが、保険料は実際のリスクを反映すべきという保険理論と必然的に衝突する。この所得再分配という目標は、恐らく政府の介入を通じてのみ実現され得る。また、所得再分配目標以外には、市場を通じた保険よりも政府を通じた医療保険が望ましいといった主張はほとんどなくなるはずである。このことから、政府の介入が必要か否かという疑問は、社会保障政策の目的が明確にされた場合にのみ解消されるし、この選択は必然的に規範的な要素を含むものである。

所得再分配が社会保障の目的と考え、そしてそれが今日の国家理念と考える限り、同時にリスク差別化を行うことは困難であろうし、恐らく医療保険制度に関してこの理念を放棄することは不可能であろう。

しかし、このような理念の実現は前述したように多分に規範的要素を包含し、振幅があるものである。そうであるならば、今後の課題として、公的保険の所得再分配機能を生かしつつ大小リスクの差別化を中心とした私的保険との役割分担はどうあるべきかについて理論的深化を図ることが必要である。

¹ 朝日新聞 1998 年 11 月 6 日朝刊。

² 経済企画庁「国民医療費の現状と将来」(1997 年 8 月 7 日)。なお、推計の前提は、次の通りとする。

(国民医療費) = (患者受療率) × (患者 1 人当たり医療費) × (人口) 受療率は過去 10 年の平均、一人当たり医療費は過去のトレンドで増加する。人口は「日本の将来推計人口(平成 9 年 1 月推計)」(国立社会保障・人口問題研究所)による中位推計を使用。患者 1 人あたりに必要な将来の医療資源は、1993 年水準に止まるとする。

³ 制度企画部会(第 1 回)議事要旨、塩野谷委員発言。

⁴ 西村周三「医療制度改革の展望」(日本経済新聞『やさしい経済学』1998 年 4 月 20 日)。

⁵ 制度企画部会(第 17 回)議事要旨、若杉委員発言。

⁶ 制度企画部会(第 17 回)議事要旨、鵜田委員発言。

⁷ 前掲西村「医療制度改革の展望」

⁸ 修正型市場的決定としての適格付与市場を利用した法制度設計として、たとえば割賦販売法(昭 36 法 159)は、割賦販売条件などの相手方に対する情報の開示を義務付け(3 条他)情報に関する当事者間の格差を補うものとして説明される(平井宜雄「法政策学[第 2 版]」(有斐閣、1995 年)186 頁)。なお、現在立法準備中の消費者契約法(仮称)における契約締結過程規制もこのような適格付与市場設計の一例と考えられる。以下(平井 1995)。

⁹ 1998 年 10 月 23 日、作業チームは、制度企画部会(第 27 回)に「日本型参照価格制度」に関する検討結果を報告した。その主要点は、同一の薬剤グループの給付基準額は、グループ内の薬剤の加重平均値をもとに設定する、個々の薬剤の価格については、メーカーが公表する出荷価格に流通経費等を上乗せした全国一律の価格(みなしの実購入価格)を設定すること等が現実的な方法になると提案した。

¹⁰ 週刊社会保障 No.2014(1998.11.23)。

¹¹ 日本経済新聞 1998 年 11 月 10 日。

¹² 平井 1995、185 頁。

¹³ OECD, "Health Care reform Controlling Spending and Increasing Efficiency", 1994。これによる 1992 年の日本の対 GDP 国民医療費比率は 6.9%となっており、前述の対国民所得医療費比率 6.36%と比較すると非整合(対 GDP 比率の方が低くなるはず)であるが、OECD の統計データ(OECD Health Data)と日本の国民医療費との差が存在することを前提として、過去の医療費増加のトレンドを世界主要国と比較するものとして理解頂きたい。

¹⁴ 林田清明「《法と経済学》の法理論」(北大図書刊行会、1996 年)91 頁及び引用の文献参照。

¹⁵ 川島武宣「日本人の法意識」(岩波新書、1967年) 15 頁。

¹⁶ 西村周三「年金・医療・介護、総合調整を」(日本経済新聞『経済教室』1998年10月27日朝刊)。

¹⁷ 総務庁「規制緩和推進3か年計画」(平成10年3月31日閣議決定)。

¹⁸ 規制緩和委員会が当面の規制緩和の重点項目として70項目を挙げたうちの一つであり、政府はこれを踏まえ、前述の規制緩和推進3か年計画を1999年3月末に改定する(日本経済新聞1998年12月15日夕刊)。

¹⁹ 以下の議論は、Michael G. Faure, "The Applicability of the Principles of Private Insurance to Social Health Care Insurance, Seen from a Law and Economics Perspective", The Geneva Papers on Risk and Insurance, 23(No. 87, April 1998)の所説によるところが多い。

²⁰ Arrow, K., "Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care", American Economic Review(1963), 941, 973.

²¹ Skogh, G., "The Transactions Cost Theory of Insurance: Contracting Impediments and Costs", Journal of Risk and Insurance, 1989, 726,732.

²² 公的健康保険制度の存在しない米国において4000万人が医療保険無保険者であるという事実からも実証されよう(The Economist Oct., 24th 1998)。

²³ Id.

²⁴ Ferejohn, J. and Shipan, Ch., "Congressional Influence on Bureaucracy", Journal of Law, Economics & Organization, Vol. 6, (1990),1,20.