

トピックス

「医療保険制度改革の課題」

研究員: 山田 剛史

Email: yamada@nli-research.co.jp Tel: (03)3597-8537 Fax: (03)5512-7161

要旨

- ① 医療費の増加が続いている。高齢化の進展と保険によるモラルハザードの発生、医療機関による価格の固定化や需要の誘発がその背景にある。この結果医療保険の財政は急速に悪化している。
- ② 医療保険制度改革は、診療報酬体系・薬価制度・医療提供体制・高齢者医療保険の4分野について進められている。論点は薬価制度と高齢者医療保険である。
- ③ 薬価制度については定率制への変更が有力だが、過剰供給を回避できない可能性がある他、保険自体の制度要因による需要増加もあり、効果は期待薄である。
- ④ 医療費削減効果が期待されるのは高齢者医療保険改革である。事実上現役世代から高齢者への所得移転が生じる現行制度を是正し、年金同様最低限度の公費による保障とそれを上回る部分への積立方式の導入を志向し、制度の維持可能性と経済の公平性・効率性を高めるべきである。

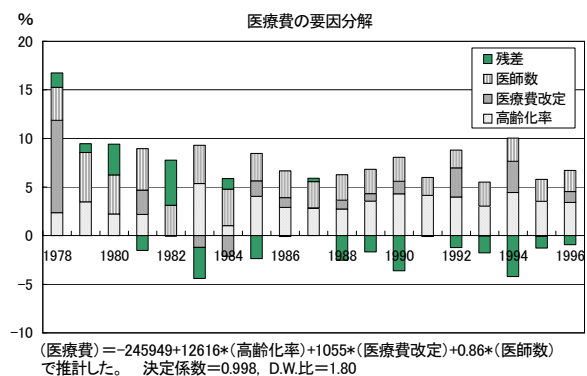
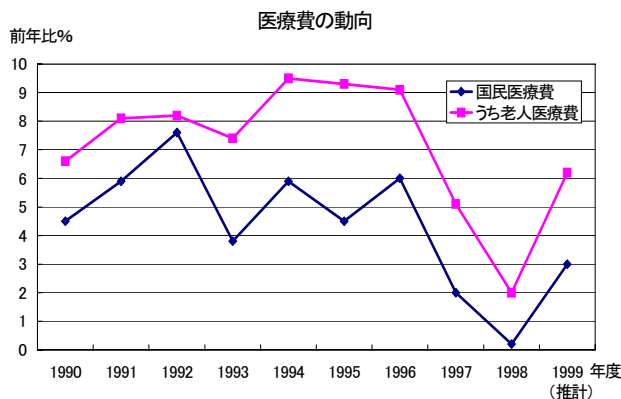
1. 膨張する医療費と悪化する健保会計

1.1 医療費増加の要因分解

景気の低迷が長期化し、個人消費の抑制傾向が見られる中で、医療費支出の増加が続いている。96年度の国民医療費は前年度比5.8%増の28兆5210億円と、国民所得(同3.2%増)を上回る伸びを示した。厚生省では、99年度の国民医療費は前年度比3%増の30兆1000億円と初めて30兆円を突破し、2025年には100兆円に達すると見込んでいる。

医療費増加の理由としては、主に以下の様な要因が考えられる。

- ① 医療サービスの特性：医療サービス需要は上級財(所得弾力性が1以上)の性格を持つため、GDP成長率に相関し、かつそれを上回る伸びを示す傾向がある。
- ② 高齢化の進行：一般に高齢者は若年世代と比べて疾病確率が上昇するため、高齢化率の上昇は



医療費の増加要因となる。また 70 才以上の高齢者は老人保健制度が適用され、少ない自己負担で医療サービスを受けることができるため、モラルハザードによる超過需要が発生しやすい。このため老人医療費の伸びは制度的にも押し上げられている。96 年度では、現役世代が加入する被用者保険の医療費は前年度比+3.7%に対し、老人医療費の伸びは同+9.5%（70 歳以上人口の伸びは同+4.9%）となっている。

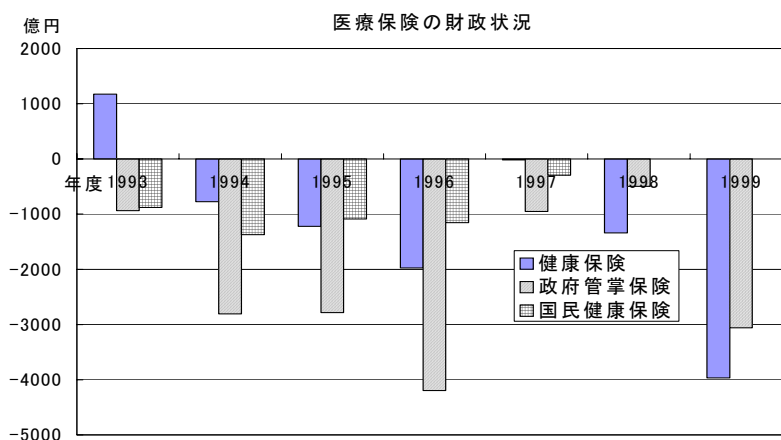
③情報の非対称性：医療サービスの提供（診療・検査・投薬）に関して、医師の能力や薬剤の効能について患者が把握する情報は限られており、供給側の過剰供給（診療）に対する需要側からの数量調整が働きにくい。逆に医師の増加に伴って医療費が増加する医師誘発需要仮説は実証分析で観察される。

④医療産業の非効率性：免許制・病床規制などの参入制限によって医療産業は寡占的性格を持つ。しかし制度上医療法人の営利化は認められていないため、超過利潤を非効率な投資や支出に向ける誘因が大きい。また価格面でも、診療報酬や薬価基準は公定価格で固定され、個々のサービスや薬剤の需給を反映しにくい構造となっている。

これらの理由を考慮した要因分解の結果では、高齢化率と医師数が傾向的な医療費増加要因となっており、需給両面から医療費の増加が生じている。

1.2 健保会計悪化の主因は拠出金増加

こうした医療費の増加を反映して、支払機関である各医療保険では収支が悪化している。一般企業が加入する健康保険組合の 99 年度の収支は▲3969 億円と過去最大の赤字となる見込みである。加入組合のうち赤字組合の割合は 84.6%に達し、企業の倒産などに拠らず自主解散する組合も生じている。財政悪化の原因は、雇用者（被保険者）の減少や保険料の基準となる報酬月額低迷により、収入が 1.3%減少した一方で、老人保健制度などへの拠出金増加の影響で支出が 3%増加したことによる。保険料に占める各種拠出金の割合は 40.1%に達している。拠出金の増加は中小企業向けの政府管掌保険や自営業者向けの国民健康保険でも生じており、全ての組合で収支が悪化している。拠出金の額は全国平均の老人加入率によって制度間調整が行われるため、各組合の自助努力では支出抑制に限界がある。このため健保連では老健拠出金の支払いを一時凍結するなど、医療保険制度の抜本改革を求める動きが広がっている。



現行の医療保険制度では、現役世代が保険原理に基づいて被用者保険等に加入する一方、70 歳以

上の高齢者については独立した老人保健制度が適用され、公費と共に各保険が拠出金の形で負担を行っている。日本は国民皆保険制度を採っているが、こうした社会保険は民間保険と異なり、全員に加入を義務づける一方で、リスクの異なる保険者間で所得移転を行う仕組みになっている。この結果高リスクの個人の負担を緩和すると共に、低リスクの個人が逆選択により保険加入できない状況を回避し、全員の効用を改善する（パレート改善）ことが可能になる。従って、疾病リスクの低い現役世代からリスクの高い高齢者へ所得移転が行われることは、制度上支持される様に思える。しかし老人保健制度は年齢によって適用範囲が決まっているため、リスクの分類が明確であり、個々のリスク保有者（若年世代と高齢者）で独立の保険制度を設計することが可能になる。にもかかわらず高齢者の独立した保険が存在しないのは、高齢者（高リスク者）独立の保険における負担増を緩和するためである。

従って老人保健制度はその言葉が示す通り、保険料により財政運営が行われていても、運用は事実上保険ではなく福祉政策として実施されている。このため保険料（保険原理）と税（福祉原理）の混在が生じていることが収支見通しや負担責任を不明確にし、過度の給付を生じさせ、健保財政の赤字拡大を招いている。

年金制度改革と同様に、医療保険においても、福祉政策として医療の守備範囲の把握と整備（米国の medicaid の様な概念）、及びそれを超える部分についての保険数理的な概念が必要であろう。これにより負担と給付の関係を明確にし、モラルハザードを減少させることが可能になる。加えて市場原理の適用によって医療産業の非効率性を解消することも不可欠である。診療報酬体系や薬価基準制度の見直しはそのための重要な要素といえる。

2. 医療保険制度改革の主要な論点

来年度からの実施を目指して、現在厚生省、医療福祉審議会、自民党などで作業が行われている医療保険制度改革の主要な論点は、①診療報酬体系②薬価基準制度③医療提供体制④高齢者医療保険制度、の4点に集約される。各論点は相互に関連しているが、現在議論されている主要な内容を整理すると以下の様になる。

①診療報酬体系

- ・医療技術の特性と難易度を踏まえた評価体系。また価格に一定の幅（band）を設けて医療の価格と質の競争を促進する。
- ・医療機関の機能に応じた評価体系。大病院では入院機能を重視し、診療所ではプライマリ・ケア（初期診療）の機能を重視する。
- ・疾患の特性に着目した評価体系。慢性疾患は定額払い、急性疾患は出来高払いを原則として、支払方式における両者の最善の組合せを追求する。DRG（Diagnosis Related Group：診断群）別の定額価格設定についても検討を行う。第三者による医療機関の評価体制の強化も必要。
- ・療養環境改善のための投資的経費について、補助金の活用を含め評価

②薬価基準制度

- ・個々の医薬品について同一成分の薬をグループ化し、市場の実勢価格の加重平均値を公定価格とする。
- ・薬剤費の別途自己負担を現行の定額制から定率制に変更する。更に診療報酬と薬剤費を切り離し、それぞれ定率制を導入することも検討する。

- ・薬価差益の解消を図る。具体的には現行制度における市場価格への上乗せ幅をゼロにする、または医療機関が購入した価格を医療保険への請求価格とする。

③医療提供体制

- ・大病院への外来の集中是正と、病院・診療所間の連携強化（医療機関の機能分担を明確化）
- ・急性期医療と慢性期医療の区分の明確化、社会的入院の是正、過剰病床の削減
- ・医師数の抑制と臨床研修の必修による質の向上
- ・インフォームドコンセント、カルテ開示、広告緩和などの情報提供の充実

④高齢者医療保険制度

- ・75歳以上を対象にした独立型の「高齢者健康保険制度」を創設する。財源は基本的に公費（税方式）。ただ公費の割合については若年世代の支援を含めるべきという意見もある。
- ・70歳以上の被用者保険・国保OBを対象に「退職者健康保険制度」を創設し、各グループに引続き加入する。費用は公費と保険（現役世代からの所得移転）で折半する。

このうち、医療費削減への影響が大きく、各機関によって意見に差異がみられる薬価基準制度と高齢者医療保険制度について、改革案における問題点を探り、併せて抜本改革へ向けた試案を考察することとする。

3. 薬価制度改革

薬価制度改革は、これまで厚生省、日本医師会、製薬業界等から参照（上限）価格制度、現物供給制度、自由価格制度の3案（表参照）が出されていたが、自民党が参照価格制度の導入を撤回したことにより、現在①定率制の導入、②薬剤のグループ化、③薬価差益の解消、を軸に議論が展開されている。しかしそれぞれの案は以下の様な問題点を抱えており、医療費削減への効果は不透明である。

主な薬価制度改革案

	参照価格制度	現物供給制度	自由価格制度
価格決定	効能が同じ薬をグループ化し、医療保険から支払う上限を決める	医療保険の運営者の委託を受けた第三者機関と薬品メーカーが価格交渉し、一括購入	製薬業者が自社の製薬価格を自由に決める
患者負担	上限価格の超過分は患者が全額負担、下回る分は定率負担	医療保険の運営者と患者の調整で決定	医薬品の市場価格の一定割合
長所	高価な薬剤の使用抑制	医療機関が交渉に関与せず、薬価差益解消	新薬開発を促進
短所	新薬開発意欲を阻害する	流通システム構築に膨大な費用	患者負担の増大の恐れ
提唱者	厚生省	日本医師会	製薬業界

(出所)「日本経済新聞」1999年4月14日号

①定率制の導入による医療費への影響

現行制度では外来薬剤費は、通常の医療費に加えて薬剤の区分や種類に応じ1日につき30～100円の自己負担が課されている。改革案はこの一部定額の自己負担を廃止し、定率制に変更する方向で検討されている。定率制の導入により高価な薬の使用による自己負担の増加が予想され

るため、医療費の抑制が図られることが期待されている。

患者の医療需要に関する価格弾力性が高く、市販薬との代替性がある（風邪薬など）場合は、定率制の導入による医療費削減効果が期待される。しかし医療サービス需要の価格弾力性は老人保健給付対象者で -0.229 、その他で -0.224 と低いことが報告されている（経済企画庁(1996)）。

更に医療の需給については情報の非対称性が存在するため、医師の処方する薬剤について患者が評価を下し、かつ代替案を選択する余地は限られている。上限価格制が撤廃されたことで、供給側に過剰投薬や収益率の高い高薬価品供給の誘因が生じ、医療費の増加を促進する可能性も否定できない。厚生省も薬価の定額負担廃止により保険給付が8100億円増加すると試算している。

医療費抑制につなげるには、需要者への薬剤に関する情報公開や、米国のHMO（健康維持組織）の様に保険機関に医師の行動に関する制約を生じさせ、市場の失敗を回避する必要がある。

②グループ化による薬剤供給への効果

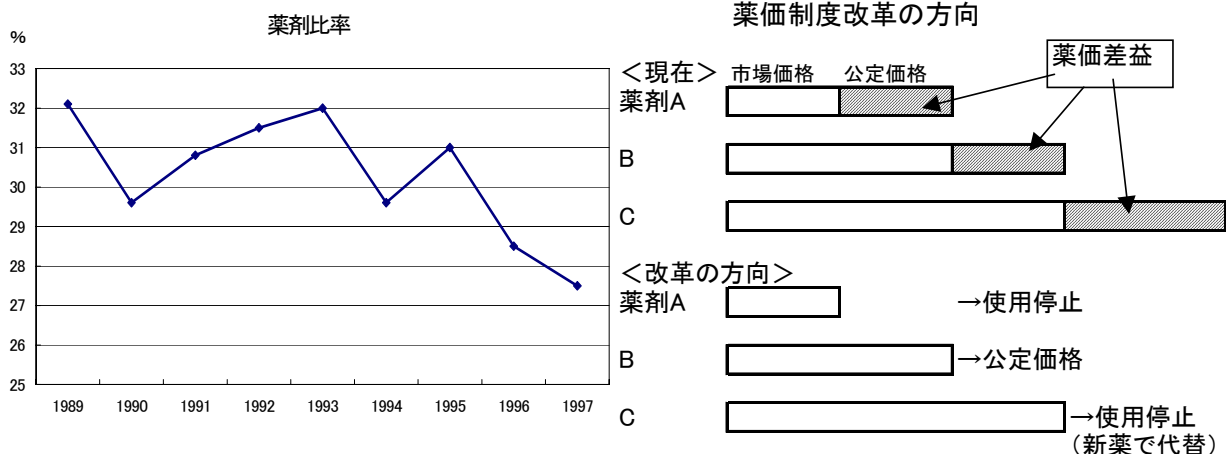
現在個々の薬剤に設定されている公定価格を、効能や薬理が同一の薬剤によりグループ化し、それぞれの価格の加重平均値を公定価格とする。これは診療報酬におけるDRG別の定額払い方式と類似しており、グループ内でより安価な薬を使う様に誘導することを目的としている。

しかしグループ内の基準価格が平均値に設定された場合、当初は、平均価格以上の薬剤が使用されなくなることによる医療費の削減効果が期待されるが、同時に安価な薬剤供給のインセンティブが働かない製薬企業（新薬の方が収益率が高い）や医療機関（安価な薬を使うと長期的な限界利潤は0になる）は、平均価格以下の薬の使用をやめ、全ての薬の価格を平均値に収斂させると考えられ、全体としての医療費削減効果は限られる。特に新薬について開発促進の観点から別途高い薬価を設定すれば、結局高薬価（新薬）へのシフト傾向は解消されない。

こうした事態を回避するには、グループ毎の価格設定を最低価格に設定する、あるいはPPS（予定払い方式）や償還払い制（事後の保険給付）の導入により、需要側の医療保険が薬剤コストの価格決定力を高めることが求められる。

③薬価差益の解消

現行制度では個々の薬剤について流通価格を調べて加重平均値を求め、この価格に一定の幅を上乗せして公定価格を定めている。この市場価格と公定価格との差がいわゆる薬価差益となっている。これが医療機関の過剰な収益につながると共に、不透明な価格形成が市場原理を歪める結果となっており、薬価差益の解消は各機関とも主張している。



薬価差益を解消すれば、薬価に市場原理が反映されやすくなり、需要の少ない薬剤の淘汰が進むと考えられる。しかしここでの薬剤需要は供給側である医療機関によって決定され、厳密な市場原理が成立する訳ではない。また医療費全体に占める薬剤費の割合は、80年代は30%を上回っていたが、97年には27.5%（投薬のみでは19.1%）と過去最低の水準に低下している。薬価差は現在5%なので、医療費に占める薬価差益の割合は1～2%に過ぎない。薬価自体が引き下げ傾向にあることも含めて、薬価差益解消の医療費削減効果は小幅、かつ一時的である。

結局薬価制度改革による医療費削減効果は、薬価制度の枠内による価格調整のみでは限定される。供給面の非効率性や保険によるモラルハザードの解消で数量調整を伴うことが求められる、特に高齢者医療保険制度とのリンクは重要になる。高齢者の薬剤比率は他の世代よりも9%高い。老人保健制度では外来の自己負担は最高月2120円だが、これは定額制による給付抑制の要因は持たず、医療保険からの拠出金や公費で残額が賄われている。こうした制度が需要に関するモラルハザードを生じ、診療報酬や薬剤費の押し上げ要因となっていることは否定できない。薬価制度改革は、以下で述べる高齢者医療保険制度改革を伴って実効性が生じるといえよう。

4. 高齢者医療保険改革

4.1 現行制度の問題点と改革案の内容

現行の高齢者医療保険制度（老人保健制度）は、経済的には以下の様な問題を抱えている。

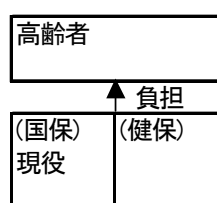
- ①需要者側のモラルハザード。小額の定額負担でフリーアクセスが可能のため、過剰需要が発生すると共に経済的に厚生上の損失（死重損失）をもたらしている。企画庁（1996）の推計では、老人保健医療費に占める死重損失の割合は24%に達する。こうした損失は効用を低下させるだけでなく、資源の効率的配分を妨げ、経済成長に悪影響を与える。
- ②拠出金制度による世代間の所得移転。老人保健制度は自己負担1割、公費3割で残り6割は現役世代が加入する被用者保険からの拠出金により運営されている。高齢化の進展に伴って拠出金の負担割合は年々高まっており、事実上現役世代から高齢者への所得移転という、賦課方式の年金制度と同様の関係が成立している。このため世代間の給付・負担の不公平や、賦課方式が現役時代の負担増と将来へのモラルハザードを招き資本蓄積を抑制するなど、公平性・効率性両面から問題が生じている。

現在高齢者医療保険改革としては、次の様な案が検討されている。

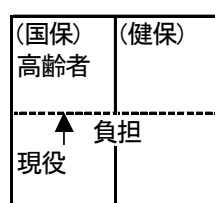
- ①独立した高齢者医療保険制度を創設する。75歳以上を対象にし、財源は公費を中心とする一方自己負担を軽減する。日本医師会が支持している。
- ②現役世代の退職者OBを対象に、現役時代の健保が財政負担を行う突き抜け型の保険を創設す

高齢者医療保険改革案

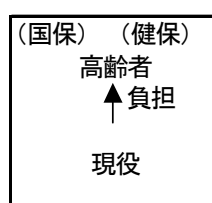
①独立型



②継続型



③一体型



厚生省による将来負担の推計 (2025年度)

	健保 (1人当り)	国保 (1人当り)	公費 (総額)
現行制度	46万円	32万円	29兆円
①案	36万円	22万円	42兆円
②案	43万円	34万円	28兆円

る。この場合健保間の制度間調整は生じない。健保連や日経連が支持している。

③全国民を対象にした統一の医療保険制度をつくる。どの制度も世代別の医療費は平均的と考えられるため、制度間移転を伴わずに給付・負担が行える。国保中央会が支持している。

④現行制度の枠内で、自己負担を定額制から1割程度の定率制にする。自民党が検討している。

①については大部分を公費とすると負担と給付の関係が不明確になり、高齢者の医療費増加を抑制できないとの意見がある。また②については組合健保の拠出金負担が減少する一方、現在でも高齢者の多い国保財政が更に悪化するとの指摘がある。この財政悪化を公費負担などで解消すると、結局国民全体の負担緩和にはつながらない。厚生省は①と②の将来負担について推計しているが、いずれもこうした指摘を裏付けている。③は現行の拠出金制度の負担調整が、事前に行われるか事後かという差異に過ぎない。④はモラルハザードの回避には一定の効果があると考えられる。

しかしこれらの改革案に共通する問題点は、どの制度も現役世代から高齢者への所得移転という現行の賦課方式の要素が維持されていることである。このため世代間の不公平感や資本蓄積へのマイナスの影響は改善されず、今後人口の減少と高齢化、経済（賃金上昇率）の低成長が予想される中で、財政面から長期的な制度維持が困難になることが予想される。また年金と異なり給付を絶対額で認定しにくいと、保険数理的にフェアな設計でなければモラルハザードの誘因を排除できず、更なる財政悪化をもたらす。

高齢者は疾病確率が高いので逆選択が働きやすく、独立型の医療保険にした場合、社会的リスクのプールという保険原理が成立しにくい。従って高齢者医療は保険の概念を外し、各個人（世代）が高齢時の医療に備えて現役時代に事前に貯蓄する積立方式や、福祉的側面を重視して全員に適用される税方式の採用を考慮すべきと考えられる。

4.2 抜本改革に向けた試案

現行の高齢者医療保険制度から賦課方式の要素を排除し、世代間の公平性と制度の維持可能性を志向するには、大きく積立方式と税方式の導入が考えられる。

①積立方式：各個人（または各世代）毎に高齢期の将来医療給付額を算出し、それに見合う負担を各自で現役時代から積み立てておく。年金における賦課方式から積立方式の移行と同様の発想である。この場合世代間の不公平が解消される他、現役世代への過剰な負担が経済成長にマイナスの影響を与えることも回避できる。一方で現役時代に低所得で積立能力がなかった場合の医療給付の保証や、医療技術の将来の進歩やそのためのコストが不確定な中で将来給付を決定できるのか、といった問題がある。

②税方式：保険原理の成立しにくい高齢者には福祉政策として医療給付を実施し、現行制度で混在している税と保険料負担を明確に税で一本化する。これについては先に触れた様に、モラルハザードを排除できずに医療費が増加し、公的部門や健保の財政赤字が拡大する懸念がある。

現在の医療費増加の主因が高齢化の進行と、それに伴う現行方式の負担、及び給付のモラルハザードの増加にある以上、高齢者医療保険は賦課方式から積立方式への移行と、モラルハザードの排除による給付の削減・効率化を図ることが望まれる。積立方式への移行は、年金制度改革で経済戦略会議などが「基礎年金部分の税方式化・報酬比例部分の積立方式化（民営化）」を主張しているのと同様に、最低限度の保証は税で行い、それ以上の部分は積立方式を活用すべきであろう。最低限度の基準としては以下の様な分類が考えられる。

①支払能力：米国の medicaid など、積立能力のない低所得者に対し公費負担を認める。この場合

自ら貯蓄せず低所得を選択して medicaid の適用を受けるより、老後の医療需要に対応して積立を増やすケースが多いため、モラルハザードは回避されるとの分析がある (Levin (1995))。

②疾病別コスト：DRG 別の平均コストや、医療サービスによる生涯効用の改善の度合 (QALYs (Quality-adjusted life years) : 調整後生存年数) を調べ、1 QALYs 当りのコストが一定以下の疾病について適用する。

③治療段階：医療機関の分業を明確にして、プライマリケアに税負担の適用を認め、長期入院等には積立保険で対応する。

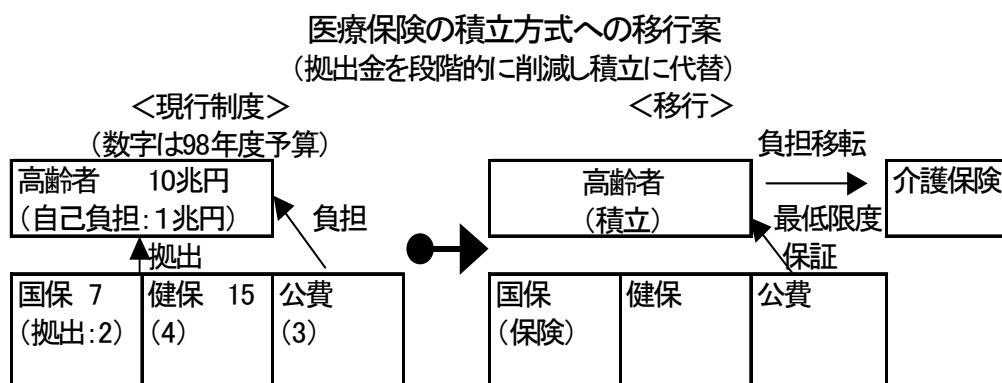
モラルハザードの排除については、高齢者医療保険だけでなく現役世代の被用者保険にも当てはまるが、保険の適用除外 (deductible) の拡大が望ましい。これは HMO の様に保険機関が供給をコントロールすることで高リスクの患者が保険から排除されることを防ぐため、あくまで皆保険制度を維持したまま医療費削減を志向する手段である。除外の基準は次の様な手段が考えられる。

①金額基準：診療報酬が一定額以下の医療費については一律に自己負担とする。

②疾病基準：疾病別の価格弾力性を整理した上で、弾力性が高い (選択的支出の要素が大きい) 疾病については保険の適用を除外する。また疾病毎の健康状態に関する効用を評価し、効用の低下度合いの低い疾病、あるいは効用の改善に関する医療サービスのコストが低い疾病については、適用を除外し自己負担による効用 (健康状態) の改善を促す。

積立部分に関しては、医療サービスの発生額が過去の積立額に必ずしも対応しないため、個人勘定よりも各世代や現行の各被用者保険毎にファンドを形成し、組織間・世代間でリスクをプールする (給付の再分配を行う) 方式が望ましい。所得分布と組み合わせ、一定所得以上の世帯に累進的な料率を課す方法もある。積立方式の場合世代毎の給付・負担関係は人口変動と無関係なので、組織別の医療保険でも制度間調整は発生しない。

これらの医療保険改革により過剰給付を回避すると共に、医療サービスに市場原理を導入し、価格調整を機能させることによって、死重損失 (非効率性) の低下を図ることができる。



5. おわりに

医療保険制度の改革に関する経済的視点は年金制度改革と同様である。すなわち、人口の高齢・少子化の進行や、経済の低成長化に対応して、制度を人口変動リスクや経済成長リスクから切り離し、安定的な運営に移行する必要がある。しかし年金改革法案は依然国会に提出されておらず、医療改革法案も今国会の提出が危ぶまれるなど、社会保障改革は停滞している。人口構成の変動は非可逆的に進行するものであり、将来への先送りは改革に際し更なる負担増と世代間の不公平を生じることになる。年金・医療・介護という社会保障全体について、改革の方向性を早期に示すことが期待される。