



Title	医療保険制度の構造とメカニズム
Author(s)	小山, 光一
Citation	経済學研究, 47(2), 203-224
Issue Date	1997-09
Doc URL	http://hdl.handle.net/2115/32072
Type	bulletin (article)
File Information	47(2)_P203-224.pdf



[Instructions for use](#)

医療保険制度の構造とメカニズム

小 山 光 一

1. 序論

本論文は、現代経済学における mechanism design の精神で、わが国の医療保険制度の問題を現実の制度に即しながら検討したものである。わが国の医療は、今まで低い医療コストで優れた健康成果をあげてきたと言ってよい。実際、諸外国と比較して、わが国の医療費は対 GDP に占める割合は低く、OECD のデータによると平成5年度において日本は7.28%、アメリカが14.12%、ドイツが8.57%、フランスが9.78%となっている。わが国の平均寿命は世界で最も長く、乳児死亡率は世界で最も低い水準にある。このような優れた医療の成果にもかかわらず、わが国の医療保険制度は人口の高齢化を背景に深刻な財政危機にみまわれている。

わが国の国民医療費の推移をみると、昭和55年度に12.0兆円だったものが平成7年度において26.7兆円に達しており、毎年平均で約1兆円の増加を示している。次に老人医療費の推移をみると、昭和55年度に2.1兆円であったものが平成7年度においては8.5兆円になり、毎年平均で0.4兆円を超える増加を示している。また、国民医療費に占める老人医療費の割合は、昭和55年度に17.8%であったものが、平成7年度においては31.2%になっており、人口の高齢化がわが国の財政に大きな影響を与え始めていることがわかる。

老人医療費の増加は、必ずしも人口の高齢化を背景にしたものであるとは限らない。医療費の増加の一部は、医療制度の欠陥によって生じているのである。例えば、患者の自己負担金が

定額であるため、限界的な医療サービスの増加にかかるコストがゼロになり、医療に対する過剰な需要が生じている。また、診療報酬の出来高払い方式により、老人の医療に対する過剰な需要に対応して供給が増加し、老人医療費は著しい増加を示すにいたっている。医療制度の改正を通じて、医療の分野において資源配分の効率性を高めるとともに、各経済主体間の医療費の cost sharing を公平なものにしていかなくてはならない。

いま、わが国において医療制度の改革が必要となっているが、制度改革を行う上で現行の制度の構造とメカニズムを解明しない限り、有効な制度改正はありえないのである。ところが、医療保険制度の制度分析は今まで十分に行われてこなかったように思われる。この論文は、現行の医療保険制度を現実の制度に即して検討し、医療保険制度の構造とそのメカニズムを解明することを目的としている。

2. 医療保険制度の現状

2.1 被用者保険

わが国の医療保険制度は、職域保険と地域保険の二つに類別することができる。職域保険は、企業に勤める被用者や公務員等を対象とした被用者保険と都道府県ごとに医師や薬剤師などによって設立されている国民健康保険組合からなっている。被用者保険は、中小企業の被用者を対象にした政府管掌健康保険(政管健保)、大企業等の被用者を対象にした組合管掌健康保険(組合健保)、公務員や私学教職員を対象にそれ

それぞれに設立されている共済組合、船員を対象にした船員保険などからなっている。地域保険は、自営業者や農業者などを対象にした国民健康保険（国保）であり、市町村が保険者となって実施している。わが国は昭和34年より国民皆保険であり、全国民はいずれかの保険に加入している。平成7年3月現在、各制度における加入者数の比率をみると、地域保険である国民健康保険が最も多く、総加入者数の30.5%

であり、次に政管健保で30.0%、組合健保で26.0%、共済組合で9.4%となっている。

まず政管健保についてみていこう。政管健保は、中小企業の被用者を対象に国が保険者となって実施しているものである。保険料は被用者の所得（標準報酬）に比例しており、保険料率は定率（平成8年度において82%）で事業主と被用者との間で折半されている。政管健保は、被保険者数が平均14人程度の事業所を対象とし

医療保険制度の概要

(平成7年3月末現在)

制度名		対象者	保険者	加入者数	医療給付	財源		
						保険料	国庫負担・補助 (平成8年度 予算)	
被用者保険	政管	中小企業被用者	国	3,761万人	本人 9割 (本則は8割だが国会の承認を得て告示するまでは9割) 家族 入院8割 外来7割	給与の8%程度	給付費の13.0% (老健拠出金分 16.4%)	
	組合	大企業被用者等	健康保険組合1,815	3,247万人			補助 128億円	
	69条の7被保険者	日々雇い入られる者	国	9万人			料率は保険者により多少異なる	給付費の13.0% (老健拠出金分 16.4%)
	船員保険	船員	国	33万人			補助 30億円	
	共済組合	国家公務員 地方公務員 私学教職員	27組合 54組合 1組合	1,179万人			労使折半が原則	なし
国民健康保険		農業者	市町村	3,251	7割	世帯毎に応益割(定額)と応能割(負担能力に応じて)を賦課	給付費等の50%	
			市町村	3,819万人			給付費等の32~52%	
		自営業者等	国保組合166	国保組合462万人			なし	
	退職者医療制度	被用者保険の退職者	市町村	3,251	本人 8割 家族 入院8割 外来7割	市町村によって賦課方式は多少異なる	なし	
老人保険			[実施主体] 市町村長	被用者保険340万人 国民健康保険821万人	一部負担(平成8年4月~) ・外来1月 1,020円 ・入院1日710円(低所得者1日300円は2か月を限度、以後無料)	[費用負担] (平成4年1月~)	・国 12/60 ただし、老人 20/60 ・都道府県 3/60 保険施設療養 5/60 ・市町村 3/60 費等について 5/60 ・各制度の保険者 42/60 は 30/60	

資料:厚生省編「厚生白書」平成8年版

ているため、財政基盤は弱く、経済の変動などに左右されやすい構造になっている。このため、国は保険給付費と老人保健拠出金の両方に対して定率の国庫補助を行っている。

政管健保の財政基盤の弱さは、単年度収支の歴史的な変遷の中に表れている。例えば、昭和42年度から昭和55年度の間で単年度収支が黒字となったのは昭和53年度のみであり、他の年度においてすべて赤字であった。特に昭和48年度においては、政管健保の年度末までの累積赤字(3,033億円)はすべて棚上げにされることになった。昭和56年度から平成4年度までは単年度収支は黒字であったが、平成5年度以降は大幅な赤字に転落している。特に、単年度収支の変動が大きいことは、平成2年度と3年度における黒字額はそれぞれ3,432億円、3,747億円であったものが、平成6年度で2,809億円、平成7年度で2,783億円の大幅な赤字に転落していることでもわかる。このように政管健保の財政は、経済の状況に影響を受けやすい不安定な構造をもっているのである。

平成7年度の政管健保の収支決算をみると、収入は6兆6,082億円で、そのうち主な項目として保険料収入が5兆6,920億円、国庫負担が8,809億円となっている。支出は6兆8,865億円であり、その内訳は保険給付費が4兆6,429億円、老人保健拠出金が1兆7,057億円、退職者給付拠出金が3,802億円などとなっている。以上からわかることは、支出に占める老人保健拠出金の割合が24.8%、老人保健拠出金と退職者給付拠出金の合計額が支出に占める割合が30.3%というように、高齢者の医療にかかる負担が非常に高い割合を占めていることである。今後の高齢化社会において、高齢者の医療費は今後増加していくことが予想されるが、これに対応し政管健保は今まで以上の負担を余儀なくされていくことになる。

次に組合健保を検討してみよう。健康保険組合として、被保険者数が一定の値を超えている大企業が単独で設立した単一組合と中小企業の

集団が設立した総合組合があり、平成7年3月現在、組合総数は1,815である。組合健保においては、保険者は被用者の所属する健康保険組合である。保険料は事業主と被保険者で共同で負担するが、保険料率は財政状況や事業内容などに応じて自主的に決定できることになっている。保険料には、一般保険料以外に調整保険料(保険料率:1.2%)があるが、この調整保険料とは健康保険組合相互間での財政調整を目的に実施されている高額医療費共同負担事業と財政窮迫組合助成事業のための拠出金である。平成8年2月現在での保険料率(調整保険料を含む)は平均で、事業主分が47.09%、被保険者分が36.31%となっており、事業主と被用者の間の負担割合は56.5対43.5で事業主が被用者よりも大きな負担を担っている。

組合健保の財政基盤は一般に強く、従来は国庫負担は事務費程度に限られたものであったが、現在、組合健保は深刻な財政悪化に陥っている。いま、組合健保全体での昭和60年度以降の財政収支の変遷をみてみよう。昭和60年度と61年度はそれぞれ2,982億円、2,421億円の大幅な黒字であり、その後、一時的に昭和62年度と63年度にそれぞれ1.8億円、8.8億円のわずかな赤字に陥ったものの、平成元年度から平成5年度まで黒字が続いた。しかし、平成6年度以降は大幅な赤字に転落し、特に平成7年度の赤字額は1,221億円に達している。個別の健康保険組合の財政状況をみると、平成7年度決算で赤字となった組合は1,137組合で全体の62.5%に及んでいる。

平成7年度決算における組合健保の財政収支をみてみると、収入は5兆5,064億円で、そのうち保険料収入が5兆2,696億円、拠出金負担助成金が478億円などとなっている。支出は5兆6,285億円で、内訳は保険給付費が3兆2,904億円、老人保健拠出金が1兆4,000億円、退職者給付拠出金が3,394億円、その他となっている。ここで、収入における拠出金負担助成金とは、国が特別保健福祉事業として実施しているもの

で、老人保健拠出金の負担増を迫られている被用者保険に対して国が負担軽減のため補助するものである。問題は、支出の内訳で明らかのように、支出に占める老人保健拠出金と退職者給付拠出金の合計額の割合が30.9%に達していることである。政管健保と同様に、組合健保においても若い働く世代が高齢者の医療費を負担する構造になっており、老人医療費の著しい増加によって組合健保の財政は窮迫する構造となっている。

現在、被用者保険における財政収支の悪化を改善するため、保険料率の引き上げが行われており、保険料収入の増加が図られている。しかし保険料の引き上げは、働く若い世代の負担を増加させる結果となっている。また、事業主の側からみると、保険料の引き上げは、保険料の半分程度を事業主が負担するため事業主の負担増となっている。事業主は、医療ばかりでなく、今後増加が予想される年金や他の社会保障関係の費用も負担していくことになる。このような事業主の負担増は、企業に雇用政策の変更を迫る結果となる可能性が強い。企業は、終身雇用制や年功賃金制度の度合いを弱め、正規の従業員数を減少させていくことを選択する可能性がある。

2. 2 国民健康保険

市町村の国民健康保険（国保）は、被用者保険とは異なる構造をもっている。国保は、自営業者、農業者、無職の者などを対象としており、保険者は市町村である。市町村の中には一般被保険者数が100人程度の村から50万人以上の市などがあり、保険者の間に大きな規模の格差が生じている。国保の財政は、被用者保険と異なり保険料の事業主負担がないため、保険料収入以外は国や地方からの公的な負担金や補助金によって賄われている。後の節で詳しく説明するが、国は各市町村に負担金や補助金を交付しており、具体的には、療養給付費等負担金、財政調整交付金、保険基盤安定負担金、基準超過費

用負担、および国保財政安定化支援事業などである。特に、国庫負担の中心である療養給付費等負担金と財政調整交付金をみてみよう。まず、療養給付費等負担金であるが、主に一般被保険者への医療給付額と老人保健拠出金の合計額の4割を国が負担するものである。財政調整交付金は、主に一般被保険者への医療給付費と老人保健拠出金の合計額の1割を総額にして、この総額を各市町村の財政窮迫度に応じて再配分するものである。これら二つの国庫負担金は、老人医療費が高くなると国庫負担も増加する仕組みになっている。

市町村の国保の仕組みで重要な点は、各市町村の徴収すべき保険料総額が老人保健拠出金の額と公的負担金の額に依存していることである。被用者保険においては、保険料は被用者の所得に比例しており、原則として国庫負担金や補助金とは独立である。これに対し、市町村国保の徴収すべき保険料総額は老人保健拠出金の額に直接依存しているため、老人医療費の増加は、老人保健拠出金の増加となり各市町村の保険料総額を増加させている。この保険料総額の増加分は、市町村国保の一般被保険者間で負担しあうことになるが、特に中間所得階層の負担が増加する結果となっている。

市町村の国保の財政収支（一般被保険者分）をみてみると、平成6年度において収入は5兆5,276億円であり、そのうち保険料収入が2兆5,464億円である。支出は5兆6,646億円であり、支出の中で保険給付費が4兆7,445億円、老人保健拠出金が1兆6,748億円であり、支出に占める割合は29.6%である。国保の財政収支は、1,370億円の赤字であり、赤字保険者数は2,157市町村で全体の66.3%に及んでいる。特に問題なのは、市町村国保の財政収支の赤字が年々増加していることである。平成4年度において赤字額は658億円であったものが、平成5年度には881億円となり、平成6年度は上記の金額となっている。このような財政赤字を減少させるため、国保は赤字を生み出す主な原因である老人保健拠出金を

減少させようとしてきた。しかし、国保の老人保健拠出金の減少は、必然的に被用者保険の負担の増加を意味することになり、両者の間の公平な負担割合が問われることになる。

2. 3 老人保健制度

老人保健制度は、70歳以上の老人や65歳以上の寝たきり等の人を対象に昭和58年2月から施行されたものである。老人医療においてそれ以前に実施されていた制度は、昭和48年1月から実施されていた老人医療費支給制度である。老人医療費支給制度は、公的負担によってある一定の所得以下の老人の医療費を無料にする制度であった。老人医療費支給制度の欠陥は以下の2点である。第一に、老人医療の無料は医療に対する過剰な需要を生み出し、老人医療費の増加を導いていたことである。このため何らかの患者の自己負担が求められていたのである。第二に、老人加入割合の高い国保は老人医療費の財政負担が大きくなっていった反面、被用者保険の負担は相対的に低くなっていたことである。また、国保の財政は公的負担によって支えられているから、国保の救済は公的負担の軽減を意味していた。老人保健制度は、以上の2つを改善し老人福祉の増進を図るために設けられた制度である。

老人保健制度を老人医療費のcost sharingの側面からみてみよう。この制度の導入によって、従来の制度ごとの垣根は取り除かれ、国保と被用者保険等が全体で老人医療費を賄うため拠出金を出すことになった。後で詳細に検討するが、被用者保険と国保の間での老人医療費のcost sharing ruleは、各保険者の実際の老人加入率に関係なく、すべての保険者が同じ老人加入率であると仮定して、老人医療費に対する拠出金を導出するものである。この結果、実際の老人加入率の高い国保は低い負担となる反面、若い働く世代の多い被用者保険の負担が増加することになる。また近年、財政基盤の弱い国保を救済するため、より一層被用者保険の負担を迫る制

度改革が行われてきており、被用者保険の負担が増加し財政を窮迫させる結果となっている。

国保と被用者保険との間の老人医療費のcost sharingにおいて、国の合理的な選択は何であろうか。国の目的は、国の財政赤字を背景に、国庫の負担金・補助金の額の最小化にあるとしよう。そのとき国の合理的な選択は、できるだけ国保の費用負担を減少させ、被用者保険の負担を増加させていくことである。なぜなら、国保の老人保健拠出金の大きな割合は国庫負担によって賄われており、国は国保を通じて間接的に老人医療費を負担しているからである。これに対し、被用者保険の拠出金に対する国庫負担は、国保と比較して非常に少ない。国保の老人医療の費用負担を減少させていくことは、間接的に国の国庫負担を減少させていくことになる。このように国の歳出削減のため、被用者保険は拠出金が増加して財政が窮迫し、保険料の引き上げを迫られている。この結果、若い働く世代と企業の負担が増加していき、活力ある経済社会の形成が阻害されているのである。

2. 4 退職者医療制度

退職者医療制度は、被用者保険の退職者で年金受給権をもつ高齢者(60歳から69歳までの者)を対象に昭和59年10月から実施しているものである。この制度が創設された理由は二つある。第一に、被用者保険の退職者は市町村の国保に加入することになるが、その結果保険給付水準が低下することになる。退職者の医療費負担の軽減を図るため、国保の水準(7割給付)よりも高い医療給付を行う必要があった。第二に、被用者保険の退職者が国保に加入してくると、国保の財政が悪化し国庫負担が増加する結果となっていた。退職者医療制度は、被用者保険の退職者の医療費を国保が(または、国保を通じて間接的に国が)負担するのではなく、被用者保険等が共同して負担する制度である。被用者保険の間でのcost sharing ruleは、各被用者保険の被保険者の所得総額(標準報酬総額)に応

じて配分することになっている。高齢者の医療費のcost sharingの側面からみて、老人保健制度と同様、この制度は退職者の医療負担を被用者保険に転嫁させる制度である。

この制度の特徴は、被用者保険の退職者が国保に加入しても国保の保険料には直接影響を与えないことである。各市町村の一般被保険者の保険料や保険税の総額は、国民健康保険法施行令（第29条の5）や地方税法（第703条の4）に規定されているが、保険税の総額の決定において退職者被保険者の医療費は除外されている。また、国が国保に対して行う療養給付費等負担金、財政調整交付金、および基準超過費用額は、退職者被保険者の医療費とは独立に決定されている。退職者被保険者の存在は、原則として国保に対して中立的になるように制度が設けられている。この制度は、退職者が国保に「間借り」し、退職者の医療費の残額は被用者保険に引き受けさせる制度であるといえる。

2. 5 医療保険制度の問題

わが国の医療保険制度の問題点は、以下の二つである。第1の問題は、所与の医療費を各被保険者、または各経済主体の間でどのようにcost sharingしているかを検討することである。この問題の重要な点は、これはcost sharingの問題であり、公平性の問題であって効率性の問題ではないことである。また、医療市場でできる医療費の決定でもないことである。医療の効率性は、医療市場における需給に関係するもので、この第1の問題ではないのである。第1の問題を考える上で重要な要素は、医療費のcost sharingは国や地方の公的な負担金や補助金に依存していることである。課題は、国や地方の負担金や補助金の体系を分析し、それらがcost sharingにいかなる影響を及ぼしているかを検討することである。

また、医療費のcost sharingの側面から医療保険制度の安定性を検討する必要がある。いま、国が財政赤字を縮小させる目的で、老人保健拠

出金の負担割合を変更し、国保の割合を低下させ、被用者保険の割合を高めたとしよう。この結果、最終的に企業と被用者の負担が増加することになる。この負担増によって企業は、雇用政策の変更を行い、終身雇用制や年功賃金制の度合いを弱め、社員の解雇や一時的雇用の増加を図る可能性がある。この結果、いままでも被用者保険に加入していた者が低所得者となって国保に移り、国保の財政を悪化させる可能性がある。国保の財政は国庫負担に依存しているため、国の財政赤字が拡大する可能性がある。つまり、国の財政赤字の減少を目的とした制度改正は、結局より大きな国庫負担の増加となって表れ、国が同じプロセスを繰り返していけば、医療保険制度が不安定となる可能性がある。

第2の問題点は、医療の需給による医療費の決定である。医療の需要と供給をコントロールして医療費を抑制する問題である。この問題において効率性が問題となる。現在、医療費の決定の問題で重要なのは老人医療費である。老人医療費の高騰は、社会的な要因によって生じるものと制度的な欠陥から生じているものに区別できる。社会的な要因の一つは、高齢化社会を背景とした老人の増加である。医療保険制度の改革において必要なことは、制度的な欠陥を改善していくことである。制度的な欠陥の一つは、老人の自己負担額が極めて低い定額であることであり、これが医療に対する過剰な需要を引き起こしている。定額の自己負担の下での合理的な被保険者の行動を考えてみよう。現行の医療保険制度で、保険料は医療サービスとは独立な所得などで決定されるため、被保険者にとって固定費用である。被保険者にとって、限界的な医療サービスの価格（対価）が自己負担率であると言える。もし定額な自己負担額であると、限界的な医療サービスの価格（対価）はゼロとなり、過剰な超過需要が発生することになる。老人医療費において、定率の自己負担率を導入し、限界的な医療サービスの価格を正の値にすることによって、過剰な超過需要を排除していく必要

がある。医療の供給は、診療報酬の方式によって変化する。出来高払い方式にするか、定額払い方式にするかによって、同一の患者に対する医療の供給は異なってくる。問題は、医療の供給に対してどのような政策をとれば、医療の質を維持しながら医療費の抑制となるような効率的な成果が得られるかということである。この論文においては、第1の問題を中心に議論する。

3. 国民健康保険の制度分析

3. 1 国庫負担と補助金の構造

本節において国庫の負担金と補助金の構造を体系的に分析していく。国庫負担の体系は、概略として以下のようになっている。まず、主に国庫負担の対象となる医療費はある基準の範囲内の医療費で、基準を超える高額な医療費（基準超過費用額）を除外する。次に、対象となる医療費に対して、定率の国庫負担（療養給付費等負担金）を行い、また財政力の異なる国保間の財政調整を目的とした交付金（財政調整交付金）を支給する。対象外になった基準超過費用額に対しては、国・都道府県・市町村でその金額の5割を負担することになっている。このほか、各国保が低所得者に対して行った保険料の減額分を国が5割負担する制度（保険基盤安定制度）がある。さらに、以下で説明するように、国保財政を支援するため国保安定化支援事業や高額医療費共同事業がある。

(A) 療養給付費等負担金

この負担金は、国保に対する国庫負担金の中心をなすもので、国民健康保険法第70条に規定されている。国は、ある国保（いま国保*i*とする）に対し、一般被保険者の医療給付費 M_Y^i （自己負担金は除く）と老人保健拠出金の額 T_0^i の合計額から、低所得層に対する保険料減額分 G_3^i の $\frac{1}{2}$ の国庫負担と負担対象から除外する基準超過費用額 G_4^i を差し引いた金額の一定の率（4割）を負担することになっている。式で示せば、

$$(1) \quad G_1^i = 0.4[M_Y^i + T_0^i - (1/2)G_3^i - G_4^i]$$

が成立している。

(B) 財政調整交付金

財政調整交付金は、国民健康保険法第72条と「国民健康保険の調整交付金の交付額の算定に関する省令」第2条から第8条までで定められている。この制度の目的は、ある一定の総額を国保の保険者間で再配分して財政を調整することにある。財政調整交付金は、財政窮迫度に応じて再配分する普通調整交付金と、災害その他の事情のある市町村に対して配分する特別調整交付金からなっている。普通調整交付金と特別調整交付金は総額のそれぞれ8割と2割になっている。調整交付金の総額Aは、以下のように定められている。

$$(2) \quad A = 0.1[M_Y + T_0 - (1/2)G_3 - G_4] + (1/4)G_3$$

ここで、 $M_Y = \sum M_Y^i$ 、 $T_0 = \sum T_0^i$ 、 $G_3 = \sum G_3^i$ 、および $G_4 = \sum G_4^i$ であり、総和は市町村国保全体にわたってとられている。普通調整交付金の配分ルールは、調整対象需要額と調整対象収入額を算定し、二つの差額に応じて再配分するものである。国保*i*の調整対象需要額 D_1^i は、以下のように定められている。

$$D_1^i = [M_Y^i + T_0^i + H^i] - [G_1^i + G_3^i + G_4^i]$$

ここで、 H^i は保健事業及びその他の費用を示している。

国保*i*の調整対象収入額 R_1^i は、実際の各国保の収入額とは関係なく、以下のような式で算定される。

$$R_1^i = (a_1 D_1^i + a_2 N_1^i) + (b_1 Y_1 / N_1^i) D_1^i + b_2 Y_1$$

ここで、 N_1^i は国保*i*の一般被保険者数を示し、 Y_1 は国保*i*の（控除後の）総所得額を示している。また、 a_1 と b_1 （ $i=1,2$ ）は定数である。以上から国保*i*の財源不足は

$$(3) D_1 - R_1 = [1 - a_1 - (b_1 Y_1 / N_1^i)] D_1 - a_2 N_1^i - b_2 Y_1$$

となる。財政調整交付金総額の8割が普通調整交付金の配分総額であるから、普通調整交付金の配分総額0.8Aを以下で定義される配分比率 δ_i で各国保間で再配分することになる。

$$\delta_i = (D_1 - R_1) / \sum (D_1 - R_1), \sum \delta_i = 1.$$

ここで、 δ_i は $(M_1^i + T_1^i)$ に依存していることに注意する必要がある。国保iに対する普通調整交付金は、 $\delta_i (0.8A)$ となる。

特別調整交付金は、財政調整交付金総額Aの2割、つまり0.2Aを各国保間で配分するものであるが、配分率 θ_i は災害等の外生的な要因であるのでパラメーターとしてとる。国保iの特別調整交付金の額は、 $\theta_i (0.2A)$ となる。ここで $\sum \theta_i = 1$ である。財政調整交付金は普通調整交付金と特別調整交付金の合計であるので、

$$(4) G_2^i = \delta_i (0.8A) + \theta_i (0.2A)$$

となる。

以上の結果、療養給付費等負担金の国保全体での総額と財政調整交付金総額の合計額は、

$$(5) \sum G_1^i + A = 0.5 [M_y + T_y - G_4]$$

となっている。

(C) 保険基盤安定制度

国保の問題点は、低所得者層が多く加入している上に、その割合が長期的に増加してきていることである。実際、無所得世帯の割合は、昭和51年度で8.0%であったものが、平成5年度には20.7%に達している。所得水準がある一定以下であると保険料は軽減されるが、平成6年度においてこの軽減措置により減額された保険料総額は1,291億円で、保険料を減額された世帯数は477万世帯(国保加入世帯全体の26.6%)になっている。国民健康保険法第72条の2は、このような低所得者に対する軽減措置によって中間

所得層の保険料が高くないように、減額分に対する公的な負担を定めている。国、都道府県、および市町村の間での負担割合は、原則として、国が5割、都道府県が2.5割、および市町村が2.5割となっている。市町村国保全体での保険料減額総額を G_3 とすると、国庫負担はその半分の $(1/2)G_3$ である。

(D) 基準超過医療費共同負担制度

高額医療費地域にある国保の財政運営を安定化させる目的で昭和63年に設けられたのが、基準超過医療費共同負担事業である。国民健康保険法第72条の3により、国は医療費が一定の基準を超えて高い市町村を指定することになっているが、指定された市町村は安定化計画を作成し、医療費適正化対策に取り組むことになっている。一定基準を超えた医療費(基準超過費用額)は、国、都道府県、および市町村でそれぞれ $(1/6)$ づつ負担し、残りの $(1/2)$ を保険者である国保が負担することになっている。基準超過費用額は、以下のような地域差指数 J_1 を基に決められている。

$$(6) J_1 = (M_1^i + T_1^i) / [(\sum m_1^i N_1^i(t)) + 0.7(\sum m_0^i N_0^i(t))]$$

ここで、分子は国保iの実際の医療費で、一般被保険者の医療給付費(自己負担を除く) M_1^i と老人保健拠出金 T_1^i の合計額である。分母は、国保iの平均医療費を示しており、分母の第一項は、国保iの年齢構成の下での一般被保険者の平均医療費を示し、第二項は、国保iの年齢構成の下での平均的な老人保健拠出金の額(老人医療費の7割)を示している。国保iの平均医療費は、年齢tごとに一人当たり全国平均の医療給付費 m_1^i (老人の場合は m_0^i)に国保iの被保険者数 $N_1^i(t)$ (老人の場合は $N_0^i(t)$)を乗じて、総ての年齢階層にわたって合計した金額である。ここで、老人には退職被保険者は含まれない。

国保iの基準超過費用額 G_4^i とは、ある基準 η に対して

$$G_4^i = (M_1^i + T_1^i) - \eta [(\sum m_1^i N_1^i(t)) + 0.7(\sum m_0^i N_0^i(t))]$$

と定義される。基準超過医療費は基準 η に依存するが、この値は地域間の医療費の分布をもとに決められている。平成7年度までは、指定市町村となり安定化計画の作成が必要となる基準は $J_i \geq 1.17$ であり、さらに国・都道府県・市町村からの公的支援が受けられる基準は $J_i \geq 1.2$ となっていた。平成8年度からは指定市町村となる基準が1.14に引き下げられ、公的支援の対象となる基準も平成10年度から1.2から1.17に引き下げられる予定である。地域差指数において注目される点は、地域差指数が1.2を超える都道府県は北海道と大阪府に集中しており、特に、基準を超えた市町村全体の40%以上が北海道に集中していることである。

以上の(A)–(D)の公的負担の総和は

$$(7) \quad \sum G_i + A + G_3 + (1/2)G_4 = 0.5[M_y + T_0] + G_5$$

となる。

(E) 国保財政安定化支援事業

この制度は、国が財政が窮迫している国保財政に対して、地方財政措置により市町村国保を支援するものである。国が国保に対し財政支援する基準は、以下の3つのsignalによって決定されている。第1に、被保険者の所得水準である。国は、低所得者に対する保険料の減額分を負担する保険基盤安定制度の数値を用い、その一定の割合を負担している。第2に、過剰病床数である。人口10万人当たりの病床数をsignalとして、この値が全国平均の1.2倍を超える場合に、超えた分が過剰病床数とされている。国が交付する金額は、基準医療費に過剰病床数を乗じた値である。第3に、高齢者の占める割合であり、交付額はこの割合に比例して決定されている。国は以上の3つの合計額を地方交付税交付金として基準財政需要額に組み入れ、市町村の一般会計を通じて国保財政を支援している。

(F) 高額医療費共同事業

国保の中には被保険者数が数百名程度の小規模な市町村が多数存在するが、このような小規

模な国保の財政は、突然多額の医療給付が発生するといったriskに対し十分に対応できず、riskに対し不安定な構造となっている。このため国民健康保険連合会(国保連)は、小規模保険者の財政の安定化を図るため、各市町村からの拠出金と都道府県からの補助金を財源にして、高額医療費に対する再保険を都道府県単位で実施している。この高額医療費共同事業は、risk sharingの立場から市町村単位での国保の欠陥を補うものであると言える。ここで留意すべき国保の問題点は、小規模な保険者が年々増加していることである。被保険者が3千人未満の市町村数は、昭和40年に340市町村で全体の10%程度であったが、平成5年には1,205市町村に増加し、全体の約37%に及んでいる。このような傾向の中で問題は、国保を実施していく単位の大きさであり、今後とも市町村単位で行うか、あるいは都道府県単位に移行するかの選択に迫られている。

3. 2 保険料総額

各国保が徴収すべき保険料は、国民健康保険法施行令第29条の5第1項において定められている。保険税の場合は、地方税法第703条の4第1項において規定されている。まず、保険税を採用した場合は、一般被保険者の医療給付費 M_i^1 (自己負担金を除く)の65%に老人保健拠出金 T_i^1 を加えた金額から老人保健拠出金 T_i^1 に対する国庫負担を差し引いた金額と定められている。次に保険料の場合、徴収すべき保険料総額は、一般被保険者の医療給付費 M_i^1 (自己負担金を除く)、老人保健拠出金の金額 T_i^1 、およびその他の保健事業等の費用 e_i^1 の合計額から、療養給付費等負担金 G_i^1 、財政調整交付金 G_2^1 、基準超過費用に対する公的負担分 $(1/2)G_i^1$ 、及びその他の公的補助金額等 e_2^1 の合計額を差し引いた金額である。したがって、国保iの保険料総額 P_i は

$$(8) \quad P_i = [M_i^1 + T_i^1 + e_i^1] - [G_i^1 + G_2^1 + (1/2)G_i^1 + e_2^1]$$

となる。

保険料総額は、被保険者の医療費 M_y^i 、老人保健拠出金、および国の国庫負担の金額に依存していることがわかる。市町村国保の保険料総額が被保険者の医療費 M_y^i に依存していることは、高額医療地域に住む健康な人も自己の健康度とは関係なく高い保険料を課されることを意味している。いわば、一種の地域内の外部性の性質を市町村国保の保険料は有していることになる。これに対して、被用者保険の場合は、保険料は所得のみに依存し、このような外部性は生じない。また(8)式は、老人医療費の増加が、老人保健拠出金の増加を通じて保険料総額を引き上げることが示しているが、これは異なる医療保険間の外部性を示している。さらに(8)式から、退職被保険者の医療費は全く保険料総額に影響を与えていないことがわかる。

以下では、国民健康保険法施行令第29条の5の定めに従い保険料を考察の対象とし、保険料総額がどのように国庫負担に依存しているかを検討しよう。いま(1)式、(2)式、(4)式、および(8)式より

$$(9) \quad P_1 = 0.6(M_y^i + T_0^i) - 0.1(0.8\delta_i + 0.2\theta_i)(M_y + T_0) + 0.2[G_3^i - (0.8\delta_i + 0.2\theta_i)G_3] - 0.1[G_4^i - (0.8\delta_i + 0.2\theta_i)G_4] + (e_1^i - e_2^i)$$

を得る。(9)式は、いかに国保 i の保険料総額が国庫負担に依存しているかを示している。右辺の第一項は、療養給付費等負担金による影響であり、他と比較して最も重要なものである。この式から、医療費の増加はそのまま保険料総額にならず、国と国保の間で一定のcost sharingが行われていることがわかる。右辺の第二項から第四項まで、それぞれ財政調整交付金、保険基盤安定制度、および基準超過費用の影響である。第三項と第四項の符号は、保険基盤安定繰入金 G_3^i や基準超過費用額 G_4^i がそれぞれ国保全体での総額(G_3 及び G_4)に対して占める割合と財政

調整交付金の配分率($0.8\delta_i + 0.2\theta_i$)との大小関係により決定される。第三項と第四項の相違は、保険基盤安定制度の繰入金と基準超過費用のそれぞれの割合の増加は、保険料総額に対して正反対の影響を及ぼしていることである。

国保全体にわたる保険料総額を求めてみると、(9)式を用いて

$$(10) \quad \sum P_1 = 0.5(M_y + T_0) + \sum (e_1^i - e_2^i)$$

を得る。この式は、国と国保全体が医療給付費と老人保健拠出金をそれぞれ半分ずつ負担しあっていることを示している。またこの式から、国保全体での保険料総額は、療養給付費等負担金と財政調整交付金のみによって本質的に決定されていることがわかる。

3. 3 保険料総額のcost sharing

以上の議論は、各国保での保険料総額の決定についてであったが、以下では保険料総額を国保に加入している被保険者間でどのようにcost sharingしているかをみていこう。保険料の賦課方法は、ある一定の範囲で各市町村の裁量に委ねられている。まず、保険料を賦課する基準として以下の4つが存在する。第1に所得割で、所得額に応じて課すものである。第2に資産割で、固定資産税、または固定資産税のうち土地と家屋の部分に対して賦課するものである。第3に被保険者一人当たり定額を課す被保険者均等割、そして第4に一世帯当たり定額を課す世帯別平等割がある。所得割と資産割は応能原則に立脚し応能割と呼ばれ、定額の均等割や平等割は応益原則に立脚したもので応益割といわれる。以上の4つのうち、どのような組み合わせを選択するかは市町村に委ねられている。

国民健康保険法施行令第29条の5第2項、または地方税法第703条の4第2項において、国は保険料(税)を賦課する一つの標準として以下の3つの方式を定めている。第1の方式は、上の4つの基準を全て用いる方式(4方式)の場

合で、保険料総額に占める割合は、所得割総額が40%、資産割総額10%、被保険者均等割総額は35%、世帯別平等割総額が15%としている。第2の方式は、4つの基準のうち資産割を除く方式(3方式)の場合で、所得割総額が50%、被保険者均等割総額が35%、世帯別平等割総額が15%となっている。第3の方式は、4つの基準のうち所得割と被保険者均等割のみを用いる2方式の場合で、両者の総額を50%ずつとするように定めている。以上の3つに共通することは、応能原則である所得割と資産割の総額が50%、応益原則である被保険者均等割と世帯別平等割の総額が50%になるように設定されていることである。しかし、実際には、4方式、3方式、および2方式のいずれかを採用するか、また、所得割、資産割、被保険者均等割、および世帯別平等割の金額が保険料総額に占める割合をどの程度にするかは、各市町村に委ねられている。

実際の市町村の賦課方法をみてみよう。まず、4方式、3方式、および2方式の3つの方式のうちいずれを採用しているかであるが、4方式を採用している市町村が圧倒的に多く、平成7年度において2,987市町村が4方式を採用している。3方式は220市町村、2方式はわずか42市町村である。次に、所得割、資産割、被保険者均等割、および世帯別平等割の金額が保険料総額に占めている割合は実際どのくらいであるのかをみてみよう。この割合の決定は、各市町村に委ねられているため、各市町村ごとに大きく異なっている。例えば、東京23区の場合、すべての区において2方式が採用されているが、保険料総額に占める所得割と被保険者均等割の割合は、平均で所得割が8割程度で被保険者均等割が2割程度となっている。また、札幌市の場合、3方式が採用されており、平成7年度においては、所得割は79.3%、被保険者均等割が14.5%、世帯別平等割が6.1%となっている。一般に、大都市において所得割の占める割合が高く、被保険者均等割や世帯別平等割の割合が低

くなっている。平成6年度において、国保全体の保険料総額は2兆6,837億円で、その内訳は、所得割が1兆6,368億円、資産割が2,129億円、被保険者均等割が5,863億円、世帯均等割が2,478億円となっており、応能割が68.9%、応益割が31.1%である。

以上で指摘してきた点以外に、さらに以下の2つの点で保険料の賦課方法は市町村ごとに異なっている。第1の点は、所得割において所得の定義が統一されていないことである。所得の定義として現在、4つの方式が存在している。第1に、市町村全体の97%程度が採用しているのは「ただし書方式」と呼ばれる方式で、総所得額から基礎控除のみを控除した額を用いている。第2の方式は、総所得額から各種所得控除を控除した額を用いる「本文方式」、第3は市町村民税の所得割額をそのまま用いる「市町村民税所得割方式」、第4に道府県民税と市町村民税の合計額を基準にする「道府県民税等」がある。このように、所得の定義自体が統一されていないことは、一つの制度的な欠陥と考えられる。

第2の点は、国は被保険者の負担する保険料に上限を設けているが、市町村はこの上限を国の設定した値よりも低く設定できることである。実際、平成8年度において国は保険料の上限を52万円に設定しているが、この金額に上限を設定している市町村は2,532市町村(市町村全体の78%)であり、残りの市町村はこの基準以下に上限を設けている。特に、46万円未満の市町村は94市町村あり、例えば札幌市の場合には上限を47万円の低い水準に設定している。このように、市町村ごとに保険料を賦課する方式や基準が異なるため、被保険者の保険料は地域間で大きな格差を生じさせているのである。平成7年度において一人当たり保険料は、北海道北村では9万9,808万円であるのに対し、鹿児島県の十島村では1万4,809万円で、この格差は約7倍に達している。

低所得な一般被保険者(退職被保険者を含まない)には、国保の保険料の減額措置がある。

減額される保険料は、応益割である被保険者均等割と世帯別平等割の部分に対してであり、応能割の部分は対象とならない。被保険者の保険料の減額割合は二つの要因によって決定されている。第1の要因は被保険者の所得額であり、ある世帯が保険料の減額を受けるための所得の上限は、住民税の基礎控除額（平成8年度で33万円）に、その世帯の（世帯主を除く）被保険者数に一定の金額（平成8年度で22万円）を乗じた額を加えた合計額となっている。第2の要因は、その被保険者が加入している国保において応益割が保険料総額に対して占めている割合である。被保険者の保険料の減額割合は、その被保険者の加入している国保において応益割の割合が高いほど高くなるように設定されている。このような設定は、国が国保に対し応益割の割合を高めさせようと誘導していることになる。保険料の減額分は、既に3.1節(C)で述べたように、保険基盤安定制度によって、原則として全て国・都道府県・市町村からの公的負担で賄われている。

医療費の増加によって保険料総額が増加したとき、この増加分はどのようにcost sharingされるのであろうか。いま、高所得層、中所得層、比較的所得の低い層、及び低所得層の4つの層に分けて負担の分布を考えてみよう。高所得層は保険料の上限措置によって直接の負担の増加はなく、低所得層は所得そのものが低いことに加えて保険料の軽減措置により保険料負担が増加しない。結局、増加した保険料総額の負担は、中所得層と比較的所得の低い層の間でshareされることになる。所得割を高めると、中所得層の負担が比較的所得の低い層よりも増加し、逆に、均等割や平等割といった応益割の比率を高めると比較的所得の低い層の負担が中所得層よりも増加する。このように現行制度においては、医療費の増加による保険料総額の増加は、中所得層と比較的所得の低い層の間に対する負担増となり、両者の負担割合は応能割と応益割の比率によって決定されている。

4. 高齢者医療と財政

4. 1 老人保健制度におけるcost sharing

老人保健制度において、70歳以上の者と65歳以上の寝たきり等の者の老人医療費（自己負担金を除く）は、国・都道府県・市町村と医療保険の保険者で負担しあうことになっている。老人医療費（老人保健施設療養費等を除く）の30%は国・都道府県・市町村が負担するが、その負担割合は、国20%、都道府県5%、市町村5%となっている。医療保険の保険者である国保、政管健保、組合健保、共済組合などは、残りの70%を負担しあうことになっている。老人医療費の中でも介護に着目した老人保健施設療養費や看護・介護体制の整った老人病院の入院費などについては、これらの費用の50%を国・都道府県・市町村が公的負担している。負担の割合は、国が1/3、都道府県が1/6、市町村が1/6となっている。残りの50%は、医療保険の保険者が全体で負担しあう形になっている。医療保険の保険者は、一定のルールで割り当てられた老人保健拠出金を社会保険診療報酬支払基金に支払い、この支払基金が各市町村に対し交付している。また、国と都道府県は負担金を直接、各市町村に対し交付している。

医療保険の保険者の間で老人医療費がどのようにcost sharingされているかを検討しよう。老人医療費のcost sharing ruleの第1の特徴は、一人当たり老人医療費が全国平均と比較して著しく高い保険者に対しては、ある基準を超えた医療費を調整対象外とし、その部分は保険者の責任とさせている点である。ここでこの調整対象外医療費を厳密に定義すると、ある保険者 i の一人当たり老人医療費 m_o^i と全国1人当たり平均の老人医療費 m_o^0 との比率 (m_o^i/m_o^0) がある基準率 μ を超えている場合、 N_o^i の老人数がある保険者の調整対象外医療費 E_o^i は、

$$E_o^i = [m_o^i - \mu m_o^0] N_o^i$$

である。次に、cost sharing ruleの第2の特徴は、各医療保険者の老人保健拠出金は、実際に加入している老人の割合とは関係なく、どの保険者も同じ老人割合であると仮定して算定されることである。

以上から、ある保険者*i*の老人保険拠出金 T_i^l は、老人保健法第55条により以下のような式として表される。

$$(11) \quad T_i^l = 0.7(1-\lambda) [(M_i^l - E_i^l)(\beta/\beta_i) + E_i^l] \\ + 0.5\lambda [(M_i^l - E_i^l)(\beta/\beta_i) + E_i^l]$$

ここで、 M_i^l は保険者*i*の老人医療費、 β_i は保険者*i*の老人加入率、 β は全保険者の平均加入率、および λ は老人医療費総額に占める老人保健施設療養費等の総額の割合である。右辺の第一項は、保険者*i*の老人医療費（老人保健施設療養費等を除く）に対する7割負担の拠出金の額を示している。第二項は、介護に着眼した老人保健施設療養費等に対する5割負担の拠出金の額を示している。保険者*i*の老人保健拠出金は加入者調整率 (β/β_i) に依存しているが、このルールに従うと、国保のように老人加入率 (β_i) が高い保険者ほど拠出金は減少し、老人加入率が低い被用者保険の拠出金が大きくなっている。

平成元年度まで老人保健拠出金は、以下のよう

$$T_i^l = 0.7 [(1-\gamma)(M_i^l - E_i^l) + \gamma(M_i^l - E_i^l)(\beta/\beta_i) + E_i^l]$$

ここで、 γ は加入者按分率と呼ばれ、加入者調整率 (β/β_i) による調整を行う場合と行わない場合の比率を示している。上の(11)式との相違点は、第1に老人医療費について介護に要する費用を区別せず一律に7割負担となっていること、第2に拠出金が加入者調整率と老人医療費の絶対額の両方にそれぞれ γ と $(1-\gamma)$ によってウェイトづけられてしまっていることである。もし γ の値が小さいと加入者調整率 (β/β_i) による調整のウェイトが低下するため、老人の多い国保の拠出金が増加し、被用者保険の拠出金が減少

することになる。この加入者按分率 γ は、昭和57年に50%、昭和58年に47.2%であったが、その後引き上げられ、昭和61年に80%、昭和62年度から平成元年度まで90%となり、平成2年度から100%となった。この結果、拠出金は加入者調整率のみによって決定されることになり、老人の多い国保の拠出金負担が減少した反面、被用者保険の負担が増加することになった。

各保険者間での老人医療費のcost sharingを決める(11)式について、以下で述べる3つの変更が行われてきている。第1は、老人加入率の上限問題と呼ばれるものである。各保険者の拠出金を決定する上で重要な要因は、老人加入率 (β_i) に上限が設けられていることである。老人加入率に上限を課さないと、老人加入率が非常に高い市町村国保は拠出金が非常に低くなり、他の医療保険との間で不公平な結果となるためである。老人加入率に上限を設けることによって、老人加入率の低い被用者保険と老人の多い国保の間のcost sharingを公平に行うことができるようになってきている。老人加入率の上限は、20%に設定されていたが、徐々に引き上げられ平成7年度で22%、平成8年度において24%、平成9年度で25%となっている。このような老人加入率の上限の引き上げによって、老人の多い国保の拠出金が減少し、若い世代の多い被用者保険の負担が増加してきている。

第2の変更は、調整対象外医療費 (E_i^l) の基準率 μ の変更であり、基準率の値は1.5から1.4に引き下げられてきた。この基準率は、一人当たり老人医療費の分布を基に決定されており、この平均を m_0 、標準偏差を σ とおくと $\mu = (m_0 + 2\sigma)/m_0$ となるように定められている。例えば、平成9年度においては平成7年度の数値を基に定められており、全国平均 m_0 が約71万円で、標準偏差 σ が14.8万円であるため、 $(m_0 + 2\sigma)/m_0 = 1.4$ となっている。基準率の引き下げは、一人当たり老人医療費の分布が変化してきた結果、生じたものである。

第3の変更は、(11)式によって決定する老人保

健拠出金を再調整して、拠出金の負担が著しく大きい被用者保険の保険者の救済を図ろうとするものである。この再調整において、国は新たな国庫負担を行わず、新しい基準を設けて拠出金の負担がその基準を超えるときその超過負担分を全保険間で再配分することになっている。

具体的に、この新しいcost sharing ruleをみていこう。この方式は、老人保健法附則（平成7年）第8条で以下のような定められている。加入者調整率が1よりも大きい保険者*i*について、老人保健拠出金 T_0^i と老人以外の法定給付費等 D^i の合計額に対して、拠出金の負担（拠出金と老人医療費 Z^i の差額）の比率がある基準率 η を超えているとき、つまり、

$$(T_0^i - Z^i) / (T_0^i + D^i) > \eta$$

であるとき、保険者*i*は特別調整対象となる。ここで、 $Z^i = [0.7(1-\lambda) + 0.5\lambda]M_0^i$ である。基準率 η の値は、上の不等式の左辺の値の全保険者間での分布に基づいており、上位3%程度が該当するように定められている。上の不等式から、特別調整対象となる額 Δ^i は、以下のように定義される。

$$\Delta^i = (T_0^i - Z^i) - \eta(T_0^i + D^i).$$

もし $\Delta^i > 0$ であるとき、保険者*i*は特別調整基準超過保険者といわれる。いま、 I を特別調整基準超過保険者の集合とすると、問題は、総ての基準超過保険者にわたって合計した金額（ $\sum_{i \in I} \Delta^i$ ）を保険者全体でどのように再配分して負担しあうかである。特別調整加算率 ε を以下のように定義する。

$$\varepsilon = (\sum_{i \in I} \Delta^i) / [(\sum T_0^i) - (\sum_{i \in I} \Delta^i)]$$

ここで、 $\sum T_0^i$ は全保険者にわたる総和である。このとき、 $\sum_{i \in I} \Delta^i$ は以下のように保険者全体に再配分する。

$$\Delta^{*i} = \varepsilon(T_0^i - \Delta^i) \quad \Delta^i > 0 \text{ のとき}$$

$$= \varepsilon T_0^i \quad \Delta^i \leq 0 \text{ のとき.}$$

このとき、 Δ^{*i} は特別調整見込額と呼ばれ、 $\sum_{i \in I} \Delta^{*i} = \sum_{i \in I} \Delta^i$ が成立している。最終的な各保険者の老人保健拠出金 T_0^{*i} は、以下のように、 Δ^{*i} を加算したものとなる。

$$\begin{aligned} T_0^{*i} &= (T_0^i - \Delta^i) + \Delta^{*i} \quad \Delta^i > 0 \text{ のとき} \\ &= T_0^i + \Delta^{*i} \quad \Delta^i \leq 0 \text{ のとき.} \end{aligned}$$

4. 2 老人医療と国庫負担

国は、都道府県・市町村とともに老人医療費の3割（老人保健施設療養費等の場合は5割）を直接負担しているが、間接的にも医療保険者の老人保健拠出金に対して国庫負担を行っている。既に3. 1節で議論したように、国保の老人保健拠出金に対する国庫の負担金・補助金は、以下のようになっている。第1に、療養給付費等負担金の額を示す(1)式から明らかのように、国は各国保の老人保健拠出金の4割を負担している。第2に、(2)式で示されているように、財政調整交付金において国は国保全体の老人保健拠出金の1割を負担している。結局、国は療養給付費等負担金と財政調整交付金の両方で、国保全体の老人保健拠出金の5割を負担している。第3に、高額医療地域については、基準超過費用額を国、都道府県、および市町村で1/6づつ負担している。この基準となっている地域差指数(6)式においても老人保健拠出金を用いられている。最終的に(7)式より、国保を通じた国と地方の老人医療の負担総額 B_1 は、

$$(12) \quad B_1 = 0.5T_0.$$

となる。ここで、 T_0 は国保全体での老人保健拠出金の総額である。

次に、被用者保険の老人保健拠出金に対する国庫負担をみていこう。国は政管健保の老人保健拠出金 T_0^s の定率 α （平成8年度は16.4%）を負担しているので、国の政管健保に対する国庫負担は、 αT_0^s である。組合健保については、従来は

事務費程度の国庫負担であった。しかし、平成2年度から老人保健拠出金の算定において加入者按分率が100%となり被用者保険の負担が増加したため、国は老人保健拠出金の負担を軽減する事業を行っている。これは特別保健福祉事業と呼ばれるもので、厚生保険特別会計に資金枠を設けその運用益と一般会計からの資金を財源に実施している。この事業の中で、国は調整助成費(平成9年度予算295億円)として老人保健拠出金の負担が大きい被用者保険に対して国庫補助を行っている。具体的には、一定の予算額Sの下で、以下のように被用者保険の間で再配分するものである。ある被用者保険の老人保健拠出金の財源率が基準となる財源率を超える場合は、超える額の2/3を助成することになっている。いま式で表すと、被用者保険者jの所得(標準報酬総額)を Y_j とおくと、保険者jの老人保健拠出金 T_j^l の財源率を $\rho_j(T_j^l)$ 、基準となる老人保健拠出金の財源率を ρ とすると、国庫負担の額は、 $(2/3)(\rho_j(T_j^l) - \rho)Y_j$ となる。ここで健康保険組合を補助する基準となる財源率 ρ は、助成する最低限の基準として政管健保の財源率(約20%)が用いられ、また一層の助成を行う基準として負担限度財源率(約40%)が設けられている。老人保健拠出金の財源率が負担限度財源率を超えるような負担の大きな保険者に対して、国は別途に健康保険組合連合会が助成事業を行う際に助成を行なっている。国は、以上のほかに、拠出金などによって財政の窮迫した健康保険組合に対して補助をおこなっているが、ここでは割愛する。以上から、被用者保険に対する国庫負担金・補助金総額 B_2 は、

$$(13) \quad B_2 = \alpha T_0^s + S$$

以上の国の国保および被用者保険への負担金・補助金に加えて、国と地方は老人医療費総額 M_0 の3割(但し、介護部分に対して5割)を直接負担しているの、老人医療費に対する国の負担Bは、

$$(14) \quad B = [0.3(1-\lambda) + 0.5\lambda]M_0 + B_1 + B_2$$

となる。

4. 3 退職者医療制度と財政

ここでは、被用者保険の退職者で年金受給権をもつ高齢者(60歳から69歳まで)の医療費のcost sharingについてみていこう。被用者保険の退職者全体の医療費(自己負担金を除き、事務費を含む)の総額 M_r から、退職者が加入している国保に支払う保険料総額 P_r を差し引いた金額は、被用者保険等によって賄われることになっている。国民健康保険法第81条の4において、被用者保険の間のcost sharing ruleは、各被用者保険の退職者給付拠出金は各保険者の所得総額(標準報酬月額総額)に応じて決定されることになっている。具体的には、被用者保険jの退職者給付拠出金の額 T_r^j は、

$$T_r^j = [Y_j / (\sum Y_j)] \cdot [M_r - P_r]$$

となる。ここで、 Y_j は被用者保険jの加入者全員の所得総額であり、 $\sum Y_j$ は被用者保険等全体での所得総額である。被用者保険等は、退職者給付拠出金を社会保険診療報酬支払基金に拠出し、支払基金が保険者である市町村に療養給付費交付金として交付している。

退職者医療制度において、退職者の医療費は退職者を受け入れる国保と国の財政に対して中立となっている。実際、国保が国や地方から受け取る負担金や補助金は、3.1節における(1)-(6)式から明らかなように、退職者の医療費とは独立である。さらに、各国保の保険料総額も、3.2節の(8)式で示されているように、退職医療費とは独立である。退職者の医療費の増加は、国・地方の財政に影響を与えないし、国保の財政に対しても中立的となっている。退職者の医療費の増加は、すべて被用者保険等によって負担される構造になっている。

4. 4 高齢者医療費の影響

高齢者の医療費の増加が、国・地方、国保、および被用者保険のcost sharingにおいてどのような影響を及ぼしているかを検討しよう。以下では、国保に対する公的負担は療養給付費等負担金と財政調整交付金のみ限定し、国が健康保険組合などに実施している助成事業は除外することにしよう。まず、自己負担分を除く老人医療費 M_0 の増加による国と地方の公的負担の増加をみると、(12)–(14)式より

$$(15) \quad (dB/dM_0) = [0.3(1-\lambda) + 0.5\lambda] \\ + (dB_1/dM_0) + (dB_2/dM_0)$$

ここで、

$$(16) \quad (dB_1/dM_0) = 0.5[\sum(dT_0^i/dM_0)] \\ (dB_2/dM_0) = \alpha(dT_0^i/dM_0)$$

が成立している。但し、(16)式の右辺における総和は国保全体の保険者にわたるものである。(15)式は、国は地方とともに、直接負担する老人医療費の部分(第一項)と、国保全体および政管健保の拠出金の増加額のそれぞれ50%(第二項)と α の割合(第三項)を負担していることを示している。

国保に対する影響をみてみよう。老人保健拠出金の増加が国保全体での保険料総額に及ぼす影響をみると、(10)式より

$$d(\sum P_i)/dM_0 = 0.5[\sum(dT_0^i/dM_0)]$$

が成立する。この式と(16)式より国は、療養給付費等負担金と財政調整交付金により、国保全体と拠出金の増加を半分ずつcost sharingしていることがわかる。次に、老人医療費の増加が個別の国保に与える影響を検討してみよう。国保 i のネットな負担増とは、拠出金の増加からその増加分に対する国庫負担金を差し引いた額であるが、これは(1)–(4)式および(11)式より以下のようなになる。

$$(17) \quad (dT_0^i/dM_0) - (dG_1^i/dM_0) - (dG_2^i/dM_0) \\ = 0.5(dT_0^i/dM_0) \\ + 0.1(\sum(dT_0^i/dM_0)) [f_i - (0.08\delta_i + 0.02\theta_i)] \\ - 0.048AF[g_i - \delta_i].$$

ここで、 $f_i = (dT_0^i/dM_0) / (\sum(dT_0^i/dM_0))$ 、 $\sum f_i = 1$ 、 $F = [\sum c_i(dT_0^i/dM_0)] / [\sum(D_i - R_i)]$ 、 $g_i = [c_i(dT_0^i/dM_0)] / [\sum c_i(dT_0^i/dM_0)]$ 、 $\sum g_i = 1$ 、 $c_i = [1 - a_i - (b_i Y_i / N_i^i)]$ で、総和は国保全体にわたってとられている。上の(17)式の右辺の第一項は、標準的な国保の負担を示しているが、これは療養給付費等負担金によって本質的に決まっている。老人保健拠出金の増加による財政調整交付金の変化をみてみると、財政調整交付金の変化は二つの要素に分類できる。一つ要素は財政調整交付金の増額 A の変化であり、もう一つの要素は普通調整交付金の配分率 δ_i の変化である。上の式の第二項は、財政調整交付金の増額 A の変化に対応したもので、財政調整交付金総額の増加分を国保間で再配分することを示している。具体的には、国保全体での拠出金の増加額に対して国保 i の負担増の割合 f_i が、財政調整交付金総額の増加によって国保 i に交付される額 $(0.08\delta_i + 0.02\theta_i)$ よりも高い(低い)とき、国保 i の負担は増加(減少)することを示している。上の式の第三項は、第二の要素である普通調整交付金の配分率 δ_i の変化に対応したもので、普通調整交付金の配分率 δ_i の変化によって国保 i への普通調整交付金の額が変化し、その結果、国保 i の負担が変化することを示している。具体的には、(老人医療費の増加による)国保全体での財源不足の増加に占める国保 i の財源不足の増加の割合 g_i が、普通調整交付金の配分率 δ_i よりも大きい(小さい)と、国保 i に対する配分率が高まり(減少し)、その結果、国保 i の負担が減少(増加)することを示している。

国保 i の保険料総額 P_i が老人医療費の増加によってどのように変化するかをみると、(8)式より、

$$(dP_i/dM_0) = (dT_i^j/dM_0) - (dG_i^j/dM_0) \\ - (dG_j^i/dM_0)$$

が成立し、(17)式で示した国保iのネットな負担増とは、保険料総額の増加にほかならないことを示している。従って、老人医療費の増加が各国保の保険料総額に及ぼす影響とは、国保iのネットな負担への影響にほかならない。各国保は、このような保険料総額の増加分を被保険者の間でcost sharingすることになる。このsharing ruleは、既に述べてきたように、増加した費用を被保険者の所得、資産、被保険者数、または世帯数をsignalにして割り当てることになる。各市町村のsharing ruleは同一ではないので、ここではこれ以上立ち入らないことにするが、このsharing ruleは被保険者間の所得再分配をある程度行っている。理論的に2つの興味ある課題がある。一つの問題は、現行の国保における被保険者間でのsharing ruleは、地域間、世代間、および同一世代間の公平の側面から、どのように評価できるのかである。もう一つの問題は、一定の所得分布、資産分布、および人口・世帯構成の下で、どのようなsharing ruleをdesignすれば公平な負担ルールが確立できるかである。

以上は、老人医療費の増加が国・地方の財政と国保に及ぼす影響について検討したが、最後に被用者保険に対する影響をみていこう。被用者保険全体での負担増は二つある。一つは、老人医療費の増加による拠出金の増加である。もう一つは、保険料の引き上げによって生じる負担増である。拠出金の増加は被用者保険の財政悪化を悪化させ、保険料の引き上げを引き起こすことになる。被用者保険全体での負担増は、

$$(1-\alpha)(dT_0^s/dM_0) + \sum(dT_i^j/dM_0) \\ + \sum q_j^i (dT_0^j/dM_0) Y_j$$

となる。ここで、 q_j^i は拠出金の増加による保険料の上昇である。まず、上の第一項は、政管健保における国庫負担を除いた拠出金の負担増を

示し、第二項は、政管健保を除く被用者保険全体での拠出金の増加額の総和を示している。また、第三項は、政管健保を含む被用者保険全体での保険料負担の増加を示している。個別の被用者保険（政管健保を除く）について企業と被用者のcost sharingをみとめる。いま、被用者の負担は保険料のh割とすると、被用者の負担増は $hq_j^i (dT_0^j/dM_0) Y_j$ となり、企業の最終的な負担は拠出金の増加額から被用者の負担した分を除いた額 $(1-h)q_j^i (dT_0^j/dM_0) Y_j$ となる。さらに、退職者医療制度の拠出金を考慮すれば、これが上記の額に加わることになる。以上、各経済主体でのcost sharingをみてきたが、重要な問題は、国が国庫の財政削減のため企業に対し大きな負担を課していくは、経済の不安定性を生むのではないかということである。この点を以下で検討しよう。

5. 医療保険制度の構造

5. 1 医療保険制度の構造の安定性

本節において医療保険制度の安定性を論じよう。既に4. 1節で議論したように、国は老人加入率の上限の引き上げ、調整対象外医療費の基準率の引き下げ、および拠出金の再調整ルールの設定という制度改正を行ってきた。特に政府は、老人加入率の上限の引き上げによって老人医療費の負担を国保から被用者保険へシフトさせてきた。問題は、もし財政赤字に直面した国が、国保の老人保健拠出金を減少させ被用者保険のそれを増加させて歳出削減を図ったとき、医療保険制度の構造が安定か否かである。いま、国は一時的な歳出削減のため被用者保険の老人保健拠出金負担を増加させるとしよう。そのとき企業は、社会保障費用の増加により従来の雇用政策を変更し、被保険者数の減少を図る可能性がある。その結果、国保の加入者が増加することになり、国庫負担は増加する。この増加を回避するため、再び同一のプロセスを繰り返すと、構造は不安定となる可能性がある。

以上のことを厳密にみていこう。いま国は、(7)式で示される公的負担と老人拠出金の合計額を G^* のレベルまで削減させるため、老人医療費 M_0 の拠出金総額 T_0 を国保と被用者保険の間で再配分するとしよう。拠出金総額 T_0 のうち δ の割合を被用者保険が拠出し、残りの $(1-\delta)$ の割合を国保が拠出するとしよう。国は以下のように被用者保険と国保の間の負担割合を調整するとしよう。

$$(18) \quad \dot{\delta} = 0.5[M_k + (1-\delta)T_0] + G_3 + 0.3M_0 - G^*$$

ここで、調整関数は簡単しておく。この調整ルールは、国は実際の歳出と目標となっている歳出水準 G^* の差に応じて δ を調整し、歳出水準を調整するものである。ここで(18)式の最初の2項は、国保への公的負担を示しており、具体的には(7)式より、一般被保険者の医療給付費 M_k と国保の老人保健拠出金の $(1-\delta)T_0$ の合計額の5割に、保険基盤安定負担金 G_3 を加えたものである。第3項は、老人医療費への3割の公的負担を示しており、ここでは介護部分への5割負担は単純化のため捨象している。いま、国保の一般被保険者の医療給付費 M_k と保険基盤安定負担金の総額 G_3 は、国保全体の被保険者数 N_k に依存し、いずれも N_k の増加関数である。

$$M_k = M_k(N_k), \quad M_k'(N_k) > 0 \\ G_3 = G_3(N_k), \quad G_3'(N_k) > 0$$

ここで、 M_k' と G_3' はそれぞれ $M_k(\cdot)$ と $G_3(\cdot)$ の偏微分を示している。

次に、企業の行動を考えよう。被用者保険において、保険料率 q は被用者保険の財政収支によって調整されるとしよう。被用者保険の財政収支は、被保険者の医療給付費 M_e と老人保健拠出金 δT_0 の合計額から保険料収入 qY_e （ここで、 Y_e は所得総額）を差し引いたものである。従って、保険料率の調整ルールは以下のようになる。

$$(19) \quad \dot{q} = M_e + \delta T_0 - qY_e$$

被保険者の医療給付費 M_e と Y_e は、被用者保険の被保険者数 (N_e) に依存し、いずれも N_e の増加関数である。

$$M_e = M_e(N_e), \quad M_e'(N_e) > 0, \\ Y_e = Y_e(N_e), \quad Y_e'(N_e) > 0$$

ここで、 M_e' と Y_e' はそれぞれ $M_e(\cdot)$ と $Y_e(\cdot)$ の偏微分を示している。国保と被用者保険の加入者の合計 N は一定であるとするとする。

$$N_k + N_e = N$$

いま、被用者保険の被保険者数は、保険料率に依存しているとする。実際、保険料率の引き上げは、企業の雇用制度の変更を促し、医療給付の対象となる従業員数の減少を導く可能性がある。つまり

$$N_e = N_e(q), \quad N_e'(q) \leq 0$$

が成立する。ここで、 N_e' は $N_e(\cdot)$ の偏微分を示している。

以上から次のような動学体系を導くことができる。

$$\dot{\delta} = 0.5[M_k(N - N_e(q)) + (1-\delta)T_0] + G_3(N - N_e(q)) + 0.3M_0 - G^* \equiv F(\delta, q) \\ \dot{q} = M_e(N_e(q)) + \delta T_0 - qY_e(N_e(q)) \equiv G(\delta, q)$$

いま、この動学体系において $\dot{\delta} = 0$ かつ $\dot{q} = 0$ となる均衡 (δ^*, q^*) が存在すると仮定しよう。この均衡の近傍における安定性を論じる。いま、均衡からの乖離を、 $(\delta - \delta^*) \equiv Z$, $(q - q^*) \equiv Q$ とする。このとき、均衡は $(Z^*, Q^*) = (0, 0)$ である。動学体系は、

$$(20) \quad \begin{bmatrix} \dot{Z} \\ \dot{Q} \end{bmatrix} = \begin{bmatrix} F_\delta & F_q \\ G_\delta & G_q \end{bmatrix} \begin{bmatrix} Z \\ Q \end{bmatrix}$$

となる。ここで、 F_δ と F_q はそれぞれ $F(\cdot)$ の

δ と q に関する偏微分である。 G_δ と G_q についても同様である。よって、

$$\begin{aligned} F_\delta &= -0.5T_0 < 0 \\ F_q &= -0.5N_e'(M_k' + 2G_3') \geq 0 \\ G_\delta &= T_0 > 0 \\ G_q &= N_e'(M_e' - qY_e') - Y_e. \end{aligned}$$

であり、 G_q の符号は確定しない。この体系の安定条件は、(20)の右辺の行列を D とおくと、 $\text{tr}(D) < 0$ 、かつ $\text{Det}(D) > 0$ が成立することである。ここで、 $\text{tr}(D)$ は主対角要素の和であるtraceを示し、 $\text{Det}(D)$ は行列式を示している。いま、

$$\begin{aligned} \text{tr}(D) &= -0.5T_0 + N_e'(M_e' - qY_e') - Y_e \\ \text{Det}(D) &= 0.5T_0 Y_e + 0.5T_0 N_e'[(qY_e' - M_e') + (M_k' + 2G_3')] \end{aligned}$$

であるから、安定であるための十分条件は、

$$d(qY_e)/dq - N_e'M_e' > -N_e'(M_k' + 2G_3')$$

である。この不等式の左辺は、企業が保険料率の上昇のため従業員数を減少させた結果、得られた財政収支のネットな黒字である。被用者保険の財政収支のネットな黒字とは、雇用の減少によって得られた医療給付費の節約と保険料率 q の引き上げによる保険料の変化との差である。上の不等式の右辺は、企業が雇いを減少させた結果、新たに国保に加入した人々によってもたらされた公的な負担増の2倍の値である。従って、体系が安定であるための十分条件は、企業が雇いを減少させたことにより生じた被用者保険のネットな黒字額が、企業の雇用調整のため増加した公的な負担増の2倍の値を上回っていることである。

では、動学体系がどのようなときに不安定になるか検討しよう。例えば、もし

$$N_e'(M_e' - qY_e') - Y_e > 0.5T_0$$

であるとき、 $\text{tr}(D) > 0$ となり、体系は不安定となる。この不等式の左辺は、企業が保険料率の

上昇による被用者保険の財政収支の変化を示している。具体的にいうと、企業の N_e' 単位の雇用調整による医療給付費の節約から保険料収入の変化を差し引いた金額が不等式の左辺の財政収支の変化である。この不等式が意味することは、左辺の被用者保険の財政収支の変化が、老人保健拠出金総額の半分以上であるということである。

いま、一つの例として、企業が保険料の上昇にも関わらず、雇用調整を全く行わないケースを考察してみよう。つまり、 $N_e' = 0$ のケースである。このとき、 $F_\delta = -0.5T_0$ 、 $F_q = 0$ 、 $G_\delta = T_0$ 、 $G_q = -Y_e$ となる。具体的な微分方程式は、

$$\begin{aligned} \dot{Z} &= -0.5T_0 Z \\ \dot{Q} &= T_0 Z - Y_e Q \end{aligned}$$

となる。この微分方程式の解は、容易に安定であることが確認できる。

5. 2 医療保険制度の制度改革

現行の医療保険制度は、今まで述べてきたことからわかるように、多くの問題点を有している。この制度をどのように改革していくかという議論が最近、活発に行われてきている。いま、ここで岩本(1996)の議論を基に制度改革について論じよう。岩本の改革案は、現行の多元的な制度を改め、制度の一元化を図ることを意図している。いま、岩本の改革案を具体的にみていこう。この改革案の特徴は、医療保険制度の保険者に対して平均費用を基にした「定額払い方式」を採用し、定額を超えた医療費は各保険者の責任にさせ、各保険者の徴収すべき保険料の増加となるようにつくられていることである。また国庫負担は、各保険者の様々な状態を考慮して個別に行われるのではなく、標準的な医療費と標準的な保険料収入の差額のみで交付されるとしている。

いま、保険者 i の医療費を M_i 、医療保険者全体の医療費総額を M 、および国の負担総額を G としよう。問題は、これらを一定にしてどのよう

に国・地方と保険者の間でcost sharingを行っていかである。岩本の改革案は、次のように説明できる。まず、制度全体での財政収支を均衡させる標準保険料総額 P^* を以下のように定義する。任意の M と G にとって

$$P^* = (1-a)M - G.$$

ここで、 a は被保険者の自己負担率である。この P^* の各保険者間でのcost sharingを $\{P_i^*\}$ 、 $\sum P_i^* = P^*$ とし、 P_i^* を保険者 i の標準保険料と呼ぶ。このcost sharingがどのように決まるかは問題にならないとしている。次に、各保険者の標準医療費(M_i^*)は、年齢階層別に一人当たり全国平均医療費に保険者 i の加入者数を乗じて総ての年齢にわたって合計した金額と定義する。標準医療費の定義から、 $\sum M_i^* = M$ が成立している。保険者 i に対する国庫負担 G_i を以下のように定める。

$$G_i = M_i^* - aM_i - P_i^*$$

この設定から、 $\sum G_i = G$ が成立している。各保険者の財政収支均衡は

$$M_i = P_i + aM_i + G_i$$

であるから、すぐ上の二つの式から

$$(2) \quad M_i - M_i^* = P_i - P_i^*$$

が成立する。この式は、保険者 i の医療費が標準医療費よりも高い場合は、標準を超えた医療費はすべてその保険者の保険料の増加になることを示している。

以上の岩本の改革案を評価してみよう。

(1) 国庫負担

以下3つの点を指摘したい。第1の点は、国の国庫負担の額 G は任意に固定されており、医療費の総額に依存していないことである。(2)式より、高額な医療費をもつ保険者の場合、平均以上の医療費は、すべてその保険の加入者の保険料の増加となるため、医療費が直接国の財政に影響を与えることはない。言い換えれば、医

療費高騰のすべてのツケを国は負わず、保険加入者に負わせる制度である。第2に、国庫負担の役割について言えることは、財政調整機能は標準保険料 P_i^* の決定方法に依存しているということである。医療費の高い保険者に対しては、 P_i^* を引き下げて国庫負担 G_i を増加させ、その結果としてその保険者の保険料 P_i を減少させることができる。第3は、国庫負担の増加は、標準保険料 P_i^* の決定方法にもよるが、全ての保険者の標準保険料を減少させ、この減少分だけ各保険者の保険料 P_i は減少する。

(2) インセンティブの問題

いわゆる平均費用に基づく「定額払い方式」は、費用を抑制しようとするインセンティブを誘発するために設定されるものである。例えば、医療機関に対する診療報酬の方式において、出来高払い方式に加えて一部を定額払い方式に移行させていくことが検討されているが、これは医療機関に医療費を増加させるインセンティブを失わせることを目的にしている。ところが問題は、岩本の提示した制度においては医療費抑制機能が働かないことである。高額医療費のツケはすべて保険者にいくが、この保険者は医療機関ではなく、国保であれば市町村なのである。市町村には医療費をコントロールすることは本質的にできない。確かに、市町村は健康などの啓蒙運動を住民に行うことができるかもしれないが、その効果は著しく限定される。結局、「定額払い方式」の導入は、保険者の医療費抑制とはならないのである。ではなぜ、「定額払い方式」を採用するのか疑問である。

(3) 制度が成立する条件

この制度が有効に機能するには、暗黙のいくつかの想定があると思われる。例えば、この制度は保険者の規模が十分大きくないと成立しない。実際、もし保険者の規模が小さいと、上の(2)式を満足することは不可能である。特に、北海道の高額医療地域において国保は小規模な町村によって実施されているが、この地域の医療費の超過分がすべて保険料の増加となった場

合、保険加入者の支払いは不可能になろう。保険者の実施単位は都道府県単位のような大きな単位で実施しない限り、この制度は有効とはならない。

岩本の案は以上述べた以外にも多くの問題を持ち、岩本が制度のパフォーマンスを数理経済学におけるmechanism designの観点からどの程度検討しているか不明である。しかし重要なことは、岩本が積極的に医療保険制度の改革に一つの問題提起を行ったことは高く評価されるべきである。岩本の改革案以外にもいろいろな改革案を考えることができる。例えば、定額払い方式を保険者の保険料に当てはめると、保険者の負担は定額となり、医療費の残りのツケを全て国にまわることになる。また、現行の制度のように、国と保険者が一定の率で費用をcost sharingするケースもある。課題は、どのようなcost sharing ruleを構築すれば、社会的に望ましい公平性を実現できるかである。

6. 残された課題

残された問題は、医療保険制度の中でも医療市場そのものの問題である。医療市場の需給によって医療費は決定され、効率性はこの医療市場の需給に働きかけて実現するのである。わが国の医療制度において、医療の需要を決定する要因は患者の自己負担金であり、かれの支払う保険料ではないのである。保険料は、所得などに応じて支払うもので、いわば医療の固定費用である。限界的な医療サービスの増加に対して支払うのは、患者の自己負担金である。医療の供給は、診療報酬の出来高払い方式における点数である。医療の供給は、一定の支払い報酬の方式の下で、合理的な意志決定により選択された結果決まるものである。医療費は、自己負担率を価格に行動する需要行動と診療報酬の点数を価格にして行動する供給行動の結果として決まるものである。

老人医療費の問題は、老人の自己負担率が定

額であるため限界的な医療の増加に対して支払うコスト、つまり価格がゼロとなり、需要が過剰になっていることである。これに対し、供給は診療報酬の方式が出来高払い方式であるため、供給量の増加が利潤最大化となっている。このため、過剰な需要に対応して供給量も増加し、老人医療費の高騰となっている。解決策は、第1に需要サイドの価格の上昇、つまり自己負担率の増加である。定額の現行制度を改め、低率な自己負担率を採用する必要がある。第2に、供給価格、つまり診療報酬の方式の改善である。現在、従来が出来高払い方式から一部定額を導入した方式に移行することが検討されている。診療報酬の定額払い方式の問題点は、平均費用を基に計算された定額の報酬しか医療機関はもらえないということである。この場合、医療機関の合理的な選択は、患者への医療サービスを最低限に低下させ、定額の報酬から患者のコストを差し引いた自分の利益を最大にすることである。従って、定額払い方式においては、医療機関の患者への医療サービスは量と質において低下する可能性がある。定額払い方式は、平均を超えた医療費のツケを、国や医療機関が負わないで、患者にまわす制度となっている。しかし定額払い方式の下では、国の財政収支は医療費の抑制により安定することになる。

診療報酬の出来高払いの制度的な欠陥は何であろうか。出来高払い方式の場合、患者と医療機関は医療サービスを増加させることによって相互に利益を得る構造になっている。この結果、増加した医療費のツケは国の負担となり、医療費の増加が国の財政収支の不安定性を生じさせている。供給を決定する重要な問題は、診療報酬の点数の付け方である。この点数の付け方を適切に行うことが最も重要な制度改革となる。医療費の抑制は、出来高払い方式を基本とすべきであり、国は財政赤字のみに気を取られ、謝った方法で定額払い方式を採用することは、医療の質と量を悪化させる可能性がある。

医療の経済学において興味深い課題は、医療

費の地域間格差をどのように説明できるかである。北海道の一人当たり老人医療費は98万4千円(平成6年度)で全国第1位である。なぜ北海道の老人医療費はこれほど高いのであろうか。また、地域ごとに、医療費が入院中心であったり、受診中心であったりして、異なるパターンを示している。このような地域ごとの医療の異質性は、患者と医療機関の合理的な選択の結果として説明できる。例えば、北海道の入院費が高いのは、長期滞在を望む社会的な需要と出来高払い方式の下での医療機関の利潤最大化行動が一致したために生じている。なぜ長期滞在の需要が高いかは、単に老人医療費は安価であるばかりでなく、家族のありかたや資産形成の立ち遅れ(例えば、持ち家比率が極めて低い)などが考えられる。このような長期滞在への社会的需要は、供給側における病床数の増加となり、患者と医療機関の利益の合致の下に、一つの体質が北海道に形成されてきたと考えられる。大阪府においても、医療費が極めて高いが、これも供給側の合理的な選択が社会的な需要と一致した結果であると思われる。この点も将来の研究課題にしたい。

参考文献

- 岩本康志 [1996]「試案・医療保険制度一元化」『日本経済研究』。
- 宇沢弘文編 [1987]『医療の経済学的分析』日本評論社。
- 岡崎 昭 [1995]『医療保障とその仕組み』晃洋書房。
- 勝又幸子 [1994]「社会保障における制度間調整の現状と問題点」『季刊・社会保障研究』 Vol.30 No.2。
- 金井利之 [1994]「地域福祉と財政調整」『季刊・社会保障研究』 Vol.30 No.3。
- 厚生保険局国民健康保険課監修『国民健康保険関係法令例規集』平成8年度 法研。
- 社会保障研究所編 [1994]『社会保障の財源政策』東京大学出版会。
- 鴫田忠彦編 [1996]『日本の医療経済』東洋経済新報社。
- 林 宜嗣 [1995]「自治体の国民健康保険財政」『季刊・社会保障研究』 Vol.31 No.3。
- 厚生省大臣官房統計情報部編『国民医療費』厚生統計協会 各年版。
- 厚生統計協会『保険と年金の動向』各年版。
- 国民健康保険中央会『国民健康保険の実態』平成8年版。
- 社会保険庁『事業年報』社会保険協会 平成7年度。