

## 4.2 実証分析の戦略

実証分析においては、上記の部分均衡モデルの枠組みに載せるために、患者ごとに QALYs に対する(診療水準に対する)需要曲線を計測する。このような計測に当たっては、実際の需要曲線を観察できることがベストであるが、実際にも倫理的にもこれはきわめて困難なことである。したがって、本稿ではアンケートの回答者に仮想的な状況を想定してもらい、その状況下の選択行動を回答してもらうことにより、計測を試みる。これは、仮想的市場法と呼ばれる手法として知られている。

具体的には、アンケートの回答者に、以下のような質問を提示し、1年延命するための価格(250万円、500万円、1千万円、2千万円、3千万円)ごとに、伸ばしたい余命(伸ばすつもりはない、1年以上～3年未満、3年以上～6年未満、6年以上～10年未満、10年以上～15年未満、15年以上)を選択する。

あなたが本日、健康診断をしましたところ、末期の重篤な病気が発見され、治療をしても余命は1年程度と診断されたといたします。ただし、現在、日本で認められていない最先端の医療を受けられるのであれば、健康を完全に回復し、確実に余命をのばすことができると思います。

1年間余命を伸ばすことの値段が、以下のような場合、あなたは何年間余命を伸ばしたいと望みますか？それぞれの値段について、伸ばしたい余命の年数として一番ふさわしいものにチェックを入れてください。ただし、この最先端の治療は医療保険の使用は認められていないため、「伸ばす余命の年数×一年分の値段」の負担が全額自己負担となります。一方、医療保険の中の治療をしても一年間は生きることができるとご注意ください。

アンケートは、1年の余命のほか、10年の余命の場合についても尋ねている。実際の選択者の割合を、表9、表10にとっているが、価格が低いほど需要が高い姿が見て取れる。

表9 治療価格と QALYs (余命1年宣告のケース)

	1年250万円	1年500万円	1年1000万円	1年2000万円	1年3000万円
伸ばさない	0.469	0.621	0.770	0.826	0.848
1年以上3年未満	0.180	0.108	0.048	0.030	0.026
3年以上6年未満	0.073	0.078	0.028	0.017	0.008
6年以上10年未満	0.042	0.044	0.053	0.016	0.006
10年以上15年未満	0.037	0.049	0.023	0.036	0.008
15年以上	0.200	0.100	0.077	0.076	0.105

注)表中の数字は、選択した人々の割合を示す。

表10 治療価格と QALYs (余命10年宣告のケース)

	1年250万円	1年500万円	1年1000万円	1年2000万円	1年3000万円
伸ばさない	0.551	0.683	0.814	0.846	0.867
1年以上3年未満	0.133	0.081	0.028	0.028	0.022
3年以上6年未満	0.062	0.064	0.028	0.015	0.005
6年以上10年未満	0.035	0.035	0.051	0.016	0.008
10年以上15年未満	0.044	0.039	0.019	0.036	0.013
15年以上	0.175	0.098	0.060	0.060	0.085

注)表中の数字は、選択した人々の割合を示す。

分析は1年の余命が宣告されたケースを用いて分析する。ここで、個人ごとの需要曲線を導出するために、次のようなパネルの Interval(Grouped) Regression Model を用いて推定を行う。

$$q_{i,p}^* = \beta_p p + v_i + e_{i,p} \quad e_{i,p} \sim N(0, \sigma_e^2) \quad v_i \sim N(0, \sigma_v^2) \quad (2)$$

$$q_i = j \quad \text{if} \quad A_{j-1} \leq y_i^* < A_j, \quad j = 1, \dots, J, \quad A_0 = -\infty, A_J = +\infty$$

ここで  $q_i$  は QALYs であり、階級値 ( $A_j$ ) となっているために、Interval Regression Model を用いる。下限は追加余命 0 年で固定されているので<sup>18</sup>、上限のみを censored とする。 $p$  は価格であり、同じ個人に対して価格の数だけ選択が存在するのでパネルデータとなっている。 $v_j$  は個人効果である。推定は  $v_j$  を明示的に推定したいために、Fixed Effect モデルで行った。 $v_j$  を推定するのはそれによって個人別の需要曲線の大きさが変わるからである。推定されるモデルの傾きは個人別に同じであるから、この個人効果によって需要曲線は上下にシフトすることになる。図 1 によれば、このシフトによって、△GFH と□BCEF の面積の多寡が変わるから、混合診療禁止下において保険給付範囲にとどまるか自由診療を行うかの選択が変わることになる(実際にシミュレーションではそのように計算を行う)。個人別の需要曲線が導出されれば、後は図 1 に従って各面積の大きさを計算する。その際、もう一つ重要な情報は、供給側の医療の価格  $c$  及び、QALYs あたりの患者の自己負担額  $d$  の金額である。1 年余命にかかる医療費の定義は終末期医療費である。終末期医療には様々な推計があるが、ここでは最も最近時点に行われた推計であり、死亡前 1 年という定義が妥当する今野(2003)による平均医療費の 360 万円を採用することにした。そのほか、2004 年の社会診療行為別調査から、悪性新生物の場合の 1 日あたり入院費を取り出し、それを 365 倍した 1250 万円という金額もシミュレーションの 1 ケースとして用いる。自己負担額  $d$  は既に高額療養費の範疇に入っているため、所得別<sup>19</sup>に 1 年あたり的高額療養費を計算して用いることにした。

## 5. 推定結果

### 5.1 余剰の計測結果

推計結果は、表 11 の推定 (7) の通りである。推定サンプルは 1 年の余命を宣告されたケースである。Fixed Effect Interval Regression の推定値は理論的には一致性を持たないことが知られているが、推定 (8) の Random Effect Model と価格の係数が殆ど変わらないために、Fixed Effect を用いても問題ないと判断した。

<sup>18</sup> 自由診療を行わず、保険診療範囲で 1 年の QALYs を得るとする。

<sup>19</sup> 非課税所得は世帯人員数によっても変わるが、ここでは大まかではあるが、年収 300 万円以下の世帯を非課税世帯、年収 800 万円以上を上位所得世帯と分類して高額療養費の計算を行った。

表 11 QALYs 需要関数の推定結果 1

	推定(7)	推定(8)
	Fixed Effect	Random Effect
価格	-0.0007644 *** ( 0.000034 )	-0.0007556 *** ( 0.000036 )
定数項	9.664376 *** ( 1.4486 )	4.6905 *** ( 0.0825 )
個人ダミー	あり	なし
サンプル数	8560	8560
Log likelihood	-18511.259	-21153.393

注) Panel Interval(Grouped) Data Regression Modelによる推計。\*\*\*は1%、\*\*は5%、\*は10%基準で有意であることを示す。

個人ダミーの係数と定数項から、個人別の定数項を計算し、個人別の需要曲線を計算する。その情報と終末期医療、高額療養費の情報をを用いて、図1の各面積にあたる部分を計算し、比較した結果が表12~14の通りである。表中は全て患者一人当たりの平均値を示している。計算にあたっては、年齢や所持資産の点から見て非現実的な回答を行う可能性があるため、①生涯所得の予想値（資産総額+現在の所得<sup>20</sup>×（65歳-現在の年齢））よりも自己負担額が高いサンプル、②余命と現在の年齢を合計して100歳以上になるサンプルを除いて計算を行っている。

表12は終末期医療費として1年間の価格を360万円を設定した場合であるが、混合診療禁止のもとでも52.1%の人が自由診療を選択している。この場合、予想通りQALYs(本稿の場合、質調整をしないので余命と同じである)は、4.2年から4.3年、医療費は1,501万円から1,547万円と、混合診療の解禁によって増加している。一方、患者の自己負担額は、1,368万円から1,277万円へとむしろ混合診療解禁により下がっていることがわかる。これは混合診療禁止のもとでも多くの人々が自由診療を選んでいたことに原因がある。消費者余剰、社会的余剰も予想通り混合診療の解禁により増加する。社会的余剰の増加額は42.1万円であり、これが混合診療禁止のもとでの1人当たりの死荷重額となっている。さて、「命の不平等」を示す指標としては、QALYsのジニ係数をみることにした。計算されたジニ係数は0.587から0.554に下がっており、混合診療解禁の方が不平等度が低いことが分かった。以上の考察は、表13のように終末期医療費の金額を1,250万円にしたとしても基本的に変わらない。この場合、混合診療禁止のもとでもそもそも自由診療を選択する人の割合は32.3%と少なくなっており影響は小さいが、患者自己負担額およびジニ係数が混合診療解禁により減少する点は変わらない。表14は、「現実の医療ではいくら自由診療でもQALYsを自由自在に伸ばすことはできない」という批判を想定して、余命を最大でも2年(自由診療で1年分延長)に限定した場合の計算である。終末期医療は既定値の360万円を計算している。このような限定を行ったとしても、依然として、患者自己負担額及びジニ係数は混合診療解禁によって下がっている点は変わらない。

<sup>20</sup> 本来は賃金プロファイルを反映した方が望ましいと思われるが、ここでは単純に現在所得を使っている。

表 12 混合診療禁止と解禁下における各指標の比較 1  
(終末期医療費 360 万円のケース)

	混合診療禁止(A)	混合診療解禁(B)	差額(B-A)
QALYs(年数)	4.2	4.3	0
医療費(万円)	1,501	1,547	47
患者自己負担額(万円)	1,368	1,277	-91
消費者余剰(万円)	37,592	37,772	180
社会的余剰(万円)	37,459	37,501	42
死荷重(万円)	42.1	0.0	-42.1
QALYs ジニ係数	0.587	0.554	-0.033

注)混合診療禁止の元で自由診療を選ぶ人の割合は、52.1%

表 13 混合診療禁止と解禁下における各指標の比較 2  
(終末期医療費 1250 万円のケース)

	混合診療禁止(A)	混合診療解禁(B)	差額(B-A)
QALYs(年数)	3.1	3.2	0
医療費(万円)	3,925	3,984	58
患者自己負担額(万円)	3,137	2,824	-312
消費者余剰(万円)	22,057	22,473	416
社会的余剰(万円)	21,268	21,314	45
死荷重(万円)	45.2	0.0	-45.2
QALYs ジニ係数	0.555	0.551	-0.004

注)混合診療禁止の元で自由診療を選ぶ人の割合は、32.3%

表 14 混合診療禁止と解禁下における各指標の比較 3  
(終末期医療費 360 万円、QALYs の最大値 2 年ケース)

	混合診療禁止(A)	混合診療解禁(B)	差額(B-A)
QALYs(年数)	1.5	1.6	0
医療費(万円)	537	582	46
患者自己負担額(万円)	406	312	-94
消費者余剰(万円)	5,720	5,901	181
社会的余剰(万円)	5,589	5,631	41
死荷重(万円)	41.4	0.0	-41.4
QALYs ジニ係数	0.165	0.113	-0.052

注)混合診療禁止の元で自由診療を選ぶ人の割合は、52.8%

次に、表 15、16 はそれぞれ所得階級別、資産階級別に QALYs および 1 年以上の QALYs を選択する確率(混合診療禁止の場合には自由診療を選択する確率と同じ)を比較したものである。まず気づくのは、低所得者や低資産者においても混合診療禁止のケースにおいて自由診療をかなりの割合が選択しているということである。低所得者の 42.8%、低資産者の 44.7%が自由診療を選択しており、高所得者や高資産者との差は 20%程度に過ぎない。もちろん、こうした所得・資産間の自由診療選択率の差を反映して、所得や資産が高いほど QALYs が高くなっており、これは混合診療禁止の場合においても、解禁の場合においても変わらない。しかしながら、よく見ると混合診療解禁のケースの方が、所得間、資産間の QALYs の格差が小さいことがわかる。これは、混合診療解禁によって、それまで保険診療範囲にとどまっていた人々が混合診療を選択するからであり、混合診療解禁は、むしろ低所得・低資産者の QALYs を大きく改善するのである。

表 15 所得階層別の QALYs 比較

		混合診療禁止(A)	混合診療解禁(B)	差額(B-A)
QALYs (年数)	低所得	3.86	4.02	0.16
	中所得	3.95	4.06	0.11
	高所得	5.49	5.59	0.10
1年以上 を選択す る確率 (%)	低所得	42.8%	100.0%	0.57
	中所得	57.0%	100.0%	0.43
	高所得	62.3%	100.0%	0.38

注) 終末期医療費300万円で、年数調整をしないベースで試算。

表 16 資産階層別の QALYs 比較

		混合診療禁止(A)	混合診療解禁(B)	差額(B-A)
QALYs (年数)	低資産	4.00	4.16	0.15
	中資産	3.58	3.70	0.12
	中高資産	4.24	4.35	0.11
	高資産	5.99	6.08	0.09
1年以上 を選択す る確率 (%)	低資産	44.7%	100.0%	0.55
	中資産	54.0%	100.0%	0.46
	中高資産	57.1%	100.0%	0.43
	高資産	65.1%	100.0%	0.35

注) 終末期医療費360万円、年数調整をしないベースで試算。

## 5.2 需要の決定要因の推定結果

それでは、自由診療を選択したり混合診療を選択するより高い質の診療を需要（より高い QALYs を需要）する人々とは、そもそもどのような人々なのであろうか。表 11 の Fixed Effect の推定結果では、説明変数として価格と個人ダミーしか用いていないために、属性としてどのような人々の需要が高いのか分からない。そこで、Random Effect Model を想定して、個人属性を加えた推定を行った。また、データは余命 1 年宣告のケースのほか、余命 10 年宣告のケースもプールして、病状の深刻さが需要に与える効果(余命 10 年宣告の場合に 1 をとり、余命 1 年宣告の場合に 0 となるダミー)を説明に加えることにした。そのほかの説明変数としては、表 7 の混合診療解禁の賛否と同様のものをとっている。推定結果は表 17 の通りである。所得については推定(9)で高所得が有意であるほかは、効果が不明確である。資産については有意となっていない(推定(10)、推定(11))。持病や大病経験についても、推定(12)のほか様々な推定を行ったがいずれも有意ではなかった。一貫して有意なのは価格と余命 10 年宣告のダミーであり、後者は余命の少ない重症者ほど QALYs の需要が高いことを示している。重症度が需要増に影響しているということであれば、混合診療を認めて保険診療範囲外の診療を受けさせることはむしろ命の平等化の観点から望ましいことを意味する。また、学歴についても推定(9)を除いて有意であり、学歴が高いほど需要が高いことがわかる。需要を決める要因は所得や資産だけではないことは、政策論議の場でももっと強調されるべき点である。

表 17 QALYs 需要関数の推定結果 2

	推定(9)	推定(10)	推定(11)	推定(12)	推定(13)
価格	-0.0007247 *** (0.000026)	-0.0007184 *** (0.000025)	-0.0007179 *** (0.000025)	-0.000719 *** (0.000025)	-0.0007187 *** (0.000025)
性別	0.0078591 (0.0749)	0.0602103 (0.0713)	0.0579964 (0.0707)	0.0505657 (0.0715)	0.0472419 (0.0720)
年齢	0.0030733 (0.0034)	-0.0000702 (0.0035)	0.0000348 (0.0035)	-0.000725 (0.0036)	-0.0020078 (0.0039)
学歴	0.1111067 (0.0801)	0.1569944 ** (0.0743)	0.148739 ** (0.0738)	0.1756979 ** (0.0741)	0.1546213 ** (0.0755)
中所得	-0.0577532 (0.0774)	—	0.0051823 (0.0771)	—	0.0133751 (0.0780)
高所得	0.2990589 ** (0.1239)	—	0.0166968 (0.1197)	—	0.0723378 (0.1245)
中資産	—	-0.0259953 (0.0841)	-0.0333392 (0.0866)	—	-0.0227853 (0.0880)
中高資産	—	0.0288998 (0.0927)	0.0240076 (0.0980)	—	0.030593 (0.1009)
高資産	—	0.2168478 (0.1442)	0.2271884 (0.1462)	—	0.1888914 (0.1561)
本人持病	—	—	—	0.0025465 (0.0958)	-0.0010106 (0.0957)
配偶者持病	—	—	—	0.1439401 (0.1502)	0.1372715 (0.1525)
本人大病経験	—	—	—	-0.0876417 (0.0855)	-0.085175 (0.0865)
配偶者大病経験	—	—	—	0.0150724 (0.1138)	-0.0058651 (0.1152)
家族大病経験	—	—	—	-0.0529195 (0.0878)	-0.0904879 (0.0919)
余命10年	-0.3539245 *** (0.0525)	-0.3502032 *** (0.0512)	-0.3499991 ** (0.0512)	-0.3503095 *** (0.0512)	-0.3502866 *** (0.0512)
定数項	4.309666 *** (0.1318)	3.737548 *** (0.1329)	3.78266 ** (0.1336)	3.72129 *** (0.1392)	3.786303 *** (0.1467)
サンプル数	17050	17050	17050	17050	17050
Log likelihood	-41091.664	-41130.416	-41112.012	-41155.613	-41143.634

注) Random-Effects Interval(Grouped) Data Regression Modelによる推計。\*\*\*は1%、\*\*は5%、\*は10%基準で有意であることを示す。

## 6. 結論

混合診療の解禁を反対する理由として、しばしば、(1)患者負担の増大や、(2)負担できる人とできない人の間に「命の不平等」が生じるという点が指摘されている。しかしながら、混合診療に関するこれまでの先行研究では実証分析が皆無であり、実態に基づく政策論議が行われにくい状況にあった。そこで本稿は、アンケート調査から仮想市場法と呼ばれる手法を用いて QALYs(quality-adjusted life years)の需要曲線を計測し、(1)(2)の主張が支持されるかどうか検証を行った。

その結果、①混合診療解禁により平均的な患者負担についてはむしろ減少する、② QALYs のジニ係数をみると、混合診療解禁によってむしろ平等化するということが分かった。また、付随的に、③混合診療禁止下で自由診療を選択するのは必ずしも高所得者だけではなく低所得・中所得者も多い、④混合診療解禁によって余命をより多く伸ばすのはむしろ低所得、低資産者である、⑤QALYs への高い需要と関連するのは所得や資産だけではなく(むしろ、推定結果からは、所得や資産の関係は不明瞭である)、⑥疾病の重症度が明確に関連していることが分かった。また、齋藤・鵜田(2003)のモデルからも示唆されるように、混合診療の解禁によって QALYs 及び医療費は増大するが、それは効用最大化による合理的選択の結果であり、消費者余剰および社会的余剰は増大するということが裏付けられた。したがって、本稿の結果からは、混合診療の解禁に対する上記(1)(2)の反対理由について、実証的な妥当性が低いということが結論付けられる。

もちろん、本稿の分析には多くの欠点や問題があり、政策的な含意を導くためには十分にこの点を留保しなければならない。第1の欠点は、本稿の分析がアンケート調査による仮想的な状況下の質問に基づいているということである。本来は、実際に観察される行動から推定を行うべきことは言うまでもない。本稿では、実際の行動の観察が極めて困難であるために、いわば次善の策として仮想市場法を用いている。第2の欠点は、仮想的なシナリオが「重篤な疾病が判明し、余命1年もしくは10年の宣告された」というタイプのものに限定されているということである。実際には、このような未承認薬や最先端の治療法を求めるタイプだけではなく、アメニティー改善や制限回数を超える医療など様々なタイプの混合診療が考えられることから、さらに多くの仮想的なシナリオが用意されるべきである。また、本稿の議論の前提としては、医師が正しい情報を患者に伝え、それに基づいて患者が合理的に判断するという「消費者主権」が確保されていることが仮定されている。しかしながら、混合診療解禁に対する反対論、特に厚生労働省の議論の中には、患者が必要な医療の範囲を合理的に選択できないことから、混合診療の全面的な解禁をすれば、医師誘発需要が増え、保険診療費の増大をもたらすということを暗黙に前提としている。こうした消費者主権の制限の可能性については本稿では議論ができていない<sup>21</sup>。その意味で、本稿の分析はあくまで「予備的な考察」という域を出ないであろう。

混合診療に関しては、①厚生労働省が主張するように安全性や有効性が混合診療では確保できないのか、②現行の自由診療は安全性や有効性が低いのか、③混合診療が解禁された場合に、医師と患者の情報の非対称性により医師誘発需要は発生するのか、発生するとすればどう対処すべきか、④規制改革・民間開放推進会議が主張するように、情報公開を進めれば安全性や有効性に関する「情報の非対称性」が解消されるのか、⑤混合診療を望む患者はどの程度安全性や有効性を犠牲にしてもよいと考えているのか、⑥国民はどの程度、医療成果の効率性と平等のトレードオフに直面しているのか（平等であることをどれほど強く望んでいるのか）等<sup>22</sup>、まだまだ実証的に解明すべき重要な論点がたくさんある。最近、医療の現場ではEBM（Evidence Based Medicine）ということが言われているが、医療政策においても事実に基づいた政策が重要であり、混合診療について今後数多くの研究、特に実証研究が蓄積される必要がある。

## <参考文献>

池上直己(2005)「第9章 医療保険の給付範囲をめぐる論点」、遠藤久夫・池上直己編『医療保険・診療報酬制度』，勁草書房。

<sup>21</sup> こうした患者の消費者主権の制約の問題に対して、経済財政諮問会議(2004)、規制改革・民間開放推進会議(2004)や八代(2003)は、一定の質以上の病院に限定した混合診療の解禁という条件を提示しており、それによって医師誘発需要を抑制するとともに医療機関の質向上へのインセンティブを促す効果を指摘している。

<sup>22</sup> 医療における効率と平等のトレードオフの計測については、海外では数多くの蓄積があるにもかかわらず、わが国で全く行われていない研究分野の一つである。特定の社会厚生関数のパラメータを計測するタイプの研究(Dolan(1998)、Dolan et al(2003)、Anald(2003))、選好表明法によって柔軟な関数を推定するタイプの研究(Johannesson and Johannesson(1997)、Johannesson and Gerdtham(1996)、Williams(1997))の2つの方向性がある。

大原信・開原成充(2002)「新しい診療技術の普及と保険制度：ピロリ菌除菌法を例として」『社会保険旬報』No2127:6-10.

遠藤久夫(1999)「第1章 医療における規制体系の再構築～医療はどこまで市場原理にゆだねるべきか」

医療経済研究機構監修『医療白書 1999 年度版』日本医療企画.

金子能宏・鈴木亘(2004)「アンケート調査に基づく患者負担と医療給付のあり方に関する予備的考察」2004年医療経済学研究会会議報告.

川渕孝一(2002)「第3章 保険外負担の実態とEBMに基づく経済的評価」, 川渕孝一編『医療改革』, 東洋経済新報社.

経済財政諮問会議(2004)「混合診療解禁について」、経済財政諮問会議・第28回会議説明資料(有識者議員提出資料)

<http://www.keizai-shimon.go.jp/minutes/2004/1115/item7.pdf>

規制改革・民間開放推進会議(2004)「中間とりまとめ－官製市場の民間開放による「民主導の経済社会の実現」－」

<http://www.kisei-kaikaku.go.jp/publication/index.html>

規制改革・民間開放推進会議(2005a)「主要官製市場改革(医療分野)に関する見解」規制改革・民間開放推進会議・第2回官製市場民間開放委員会配布資料(官製市場民間開放委員会提出資料)

<http://www.kisei-kaikaku.go.jp/minutes/commission/2004/02/agenda.html>

規制改革・民間開放推進会議(2005b)「「規制改革・民間開放推進会議『中間とりまとめ』に対する厚生労働省の考え方」に対する見解について」

<http://www.kisei-kaikaku.go.jp/publication/2004/0917/item08.pdf>

厚生労働省(2004a)「規制改革・民間開放推進会議「中間とりまとめ」に対する厚生労働省の考え方」

<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2004/08/dl/h0805-2.pdf>

厚生労働省(2004b)「いわゆる「混合診療」問題に係る基本的合意」,

<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2004/12/h1216-1.html>

今野広紀(2003)「生涯医療費の推計～国保・健保レセプトデータによる分析」Discussion Paper Series No.174.

Project on Intergenerational Equity, Institute of Economic Research, Hitotsubashi University, 2003.

齋藤裕美(2004)「混合診療の論点と考察」『一橋論叢』132(6):155-176.

齋藤裕美・鶴田忠彦(2003)「混合診療をめぐる一考察：効率性と公平性について」『医療と社会』13(2):153-168.

齋藤裕美・林行成・中泉真樹(2005)「第6章 保険理論から見た混合診療」, 田近栄治・佐藤主光編『医療・介護の世代間格差－現状と改革』東洋経済



- 新報社.
- 総合規制改革会議 (2003)「いわゆる「混合診療」の解禁（保険診療と保険外診療の併用）について」第2回アクションプラン実行WG議事録  
<http://www8.cao.go.jp/kisei/giji/02/wg/action/02/gaiyo1.html>
- 田村誠 (1997)「医療の階層化の再検討」『医療経済研究』2:55-69.
- 田村誠 (2003)「なぜ多くの一般市民が医療格差導入に反対するのか—実証研究の結果を元に—」『社会保険旬報』No.2192:6-11.
- 田村誠・川田智恵子・橋本廸夫(1995)「稀少な保険・医療資源の配分の選好に関する研究」,『医療経済研究』2:55-69.
- 中泉真樹 (2004)「情報の非対称性のもとでの医療技術の選択と最適医療保険」『医療と社会』14(3):111-125.
- 二木立(2005)『医療改革と病院』勁草書房.
- 日本医師会医療政策会議(2004)「混合診療についての見解～わが国における医療のあるべき姿～」  
<http://www.med.or.jp/nichikara/isei14.html>
- 日本医師会 (2005)「混合診療について」規制改革・民間開放推進会議・第2回官製市場民間開放委員会配布資料 (日本医師会提出資料)  
<http://www.kisei-kaikaku.go.jp/minutes/commission/2004/02/agenda.html>
- 林行成(2004)「疾病リスクの多様性と混合診療」『医療と社会』14(3):127-138.
- 林行成・山田玲良(2003)「混合診療禁止制度の経済理論的考察」『医療と社会』13(3):73-85.
- 八代尚宏編(2000)『社会的規制の経済分析』シリーズ現代経済研究18, 日本経済新聞社.
- 八代尚宏 (2003)『規制改革—法と経済学からの提言』有斐閣
- Anand, P(2003), "The integration of claims to health-care: a programming approach", *Journal of Health Economics* 22, pp.731-745
- Besley, T and S. Coate(1991) "Public Provision of Private Goods and the Redistribution of Income," *American Economic Review*, 81(4):979-984.
- Dolan, P. Tsuchiya, A. Smith, P. Shaw, R. Williams, A.(2003) "The social welfare function and individual responsibility: Some theoretical issues and empirical evidence from health", *Sheffield Health Economics DP*. 2003, August.
- Dolan, P.(1998) "The measurement of individual utility and social welfare", *Journal of Health Economics* 17:39-52.
- Johannesson, M. and U. Gerdtham(1996), "A note on the estimation of the equity-efficiency trade-off for QALYs", *Journal of Health Economics*

15 : .359-368.

Johannesson, M. and P. Johannesson(1997) "Is the valuation of a QALY gained independent of age? Some empirical evidence", *Journal of Health Economics* 16 : 589-599.

Williams, A.(1997)"Intergenerational equity: an exploration of the 'Fair Innings' argument", *Health Economics* 6 : 117-132.

Williams, A. and R. Cookson(2000), "Equity in Health" *Handbook of Health Economics, Volume1 Chap.35* , Edited by A.J. Culyer and J.P. Newhouse

厚生労働科学研究費補助金（政策科学推進研究事業）

「包括的社会保障財政予測モデルの構築とそれを用いた医療・年金・介護保険改革の評価研究」

（分担）研究報告書

## 厚生労働省・医療制度構造改革試案の批判的検討

鈴木亘 東京学芸大学教育学部助教授

/（社）日本経済研究センター副主任研究員

### 研究要旨

平成 18 年度の医療制度構造改革について、提出された厚生労働省私案の評価を行った。現在これは、医療制度構造改革案として、健康保険法及び医療保険法の一部改正案が国会に提出されている。その骨子は、過去の医療制度改革で積み残し課題となっていた、①後期高齢者医療制度の創設、②都道府県単位を軸とした保険者の再編統合、及び③診療報酬の引き下げ、高齢者の自己負担引上げ、ホテルコスト徴収、長期入院是正、生活習慣病対策等の医療費適正化策である。既に周知のように、わが国の医療保険財政は、急速に進む高齢化によって財政的な危機に直面しているが、今回の改正案はこの危機を打開し、「医療保険制度を長期的に維持可能にする」という目標を達成するのであろうか。「財政面」のみから見た評価を行った場合、残念ながら、今回の改正案で、急速な高齢化に対処することはほとんど不可能である。急速な高齢化に対して財政収支を維持可能なものにするには、①保険料を引き上げるか、②給付を引き下げるか、③財政方式を賦課方式から積立方式へ移行するかという三つの手段しかとり得ない。その意味で、今回の改革のうち、財政面で意味を持ち得るのは、医療費適正化策のみであるが、この医療費適正化策は実効性や量的に不十分な「竹やり戦術」に過ぎない。

### A. 研究目的

本研究プロジェクトの期間に行われた大きな改正である医療制度構造改革についての評価を行った。現在これは、医療制度構造改革案として、健康保険法及び医療保険法の一部改正案が国会に提出されている。今回の改正案は、わが国の医療保険財政の危機を打開し、「医療保険制度を長期的に維持可能にする」という目標を達成するのであろうか。「財政面」のみ

から見た評価を行った。

### B. 研究方法

財政モデルは用いず、これまでの著者の研究から、その計測結果などを引用し、総合的な文献的アプローチにより考察を行った。

### C. 研究結果

まず、原稿案は医療費抑制のインセンテ

イブに関して非常に大きな問題を抱えていることがわかった。そのほかにも、診療報酬引き下げ、平均在院日数など、過去の経験からいっても、ほとんど意味がない手段が用いられている。

2006年3月10日朝刊

G. 知的所有権の取得状況  
なし

#### D. 考察

医療費適正化を真剣に目指すのであれば、保険者、患者に対して、医療費抑制の動機を促す必要がある。まず、保険者に対しては、元加入者であった高齢者の医療費負担が何らかの形で、元の保険者にフィードバックしてくる仕組みを考える必要がある。国保における高額医療費の再保険による共同事業は、再保険の保険料（拠出金）を、労災保険のメリット制のように、医療費にリンクさせる仕組みを考える必要がある。また、患者に対しては、民間生命保険にあるような「病気をしなければ保険料が戻ってくる仕組み」を導入することが考えられる。その逆に、喫煙者・肥満者などの生活習慣病予備軍に対しては追加保険料を徴収することも動機付けとなるだろう。

#### E. 結論

こうした医療費抑制案をいくら行っても、その効果は小さく、または、まったく効果が無い。財政的な長期維持可能性を確保するには、積立制度の導入が必要である。

#### F. 研究発表

鈴木亘「厚生労働省・医療制度構造改革試案の批判的検討」内閣府『ESP』12月号,pp.65-67

鈴木亘「医療改革を斬る（下）・世代格差は正積立式で」日本経済新聞経済教室

## 厚生労働省・医療制度構造改革試案の批判的検討

### 1. 試案の概要

10月19日に厚生労働省は「医療制度構造改革試案」と題する改革案を発表した。これは、先に出た経済財政諮問会議案への対案として提出されたものであり、諮問会議案が経済成長率などにリンクしたマクロ的な総額管理を打ち出しているのに対して、個別施策の積み上げとして医療費抑制を狙う内容となっている。主な内容は次の5点である。

- ① 中長期的な医療費抑制策・・・保険者の検診・保険事業の義務付けによる生活習慣病患者・予備軍の減少や、在宅医療の促進・病床転換による平均在院日数の短縮を実施する。数値目標の実効性を担保するために、都道府県に医療費適正化計画を策定させて実績評価を行い、達成状況に応じて、後期高齢者医療支援金（高齢者独立医療保険に対する各医療保険からの支援金）加算・減額による動機付け、都道府県別の特例的な診療報酬制度導入を実施するとしている。
- ② 短期的な医療費抑制策・・・高齢者の患者負担見直しとして、65—69歳の自己負担率を3割から2割へ引き下げる一方、70—74歳は1割から2割へ、75歳以上は1割で変更なしとなった。また、現役並みの高所得の高齢者の自己負担率は3割となる。このほか、高額療養費の上限を引き上げが導入されたほか、療養型病床に入院患者からのホテルコスト・食費負担引き上げを実施される。
- ③ 都道府県別の保険者再編・統合・・・政掌健保の都道府県単位化を行い、年齢格差・所得格差のリスク構造調整を導入する。一方、市町村国保の都道府県再編は行わず、その代わりに都道府県が、高額医療費共同事業の拡充、国保財政基盤強化策などを通じて、市町村国保に対して財政協力体制を強化する<sup>1</sup>。
- ④ 高齢者独立医療保険制度の創設・・・75歳以上の後期高齢者について独立した医療制度を創設する。財源は、高齢者保険料1割、医療保険からの支援金（後期高齢者医療支援金）4割、公費5割である。運営は市町村単位であり、市町村財政の安定性を保つために、保険基盤安定制度（低所得者の保険料軽減分を公費支援）、高額医療費再保険事業（高額な医療費を都道府県、全国レベルで再保険する仕組み）、財政安定化支援事業（保険料の未納、納付の見込み違いについて貸付・交付を行う基金）を実施する。
- ⑤ 前期高齢者の財政調整制度の創設・・・各保険者の75歳未満の加入数に応じて、前期高齢者文の医療費を負担する財政調整制度を創設する。現行の国保退職者医療制度を経過的に存続させ、適宜移行を行う。

<sup>1</sup> 国保に対する様々な補助金制度については鈴木（2001）を参照されたい。

これらの諸改革の結果、医療費の適正化が行われ、2025年に改革がなかった場合見込まれる56兆円の保険給付費は49兆円へ減少し、医療費の伸び率も抑制されている。また、保険財政の面では、平成20年度において、政管健保が2300億円、市町村国保が2200億円の財政縮減を達成する一方、健保組合は2200億円の財政負担増となるとされる。

## 2. 試案の問題点

### (1) 長期的な医療費抑制策について

生活習慣病対策でもっとも重要なのは、患者や保険者に対する動機付け（インセンティブ）である。だいたい、飲酒や喫煙などの生活悪習慣は「分かっちゃいるけど止められない」というものであって、習慣を変えるためには、患者の意識・行動の変化が欠かせない。また、保険者についても、検診や健康増進運動などによって保険加入者へ直接働きかけることができるから、保険者への動機付けも重要である。今回の試案では、その両者に生活習慣病対策を実施するインセンティブが殆ど存在しないので、その効果はきわめて疑問であるといわざるを得ない。

また、保険者へのインセンティブという観点から問題であるのは高齢者への財政調整制度である。習慣病対策の効果が現れるのは慢性疾患が顕現化する前期・後期高齢者となってからであると考えられる。しかしながら、その時点では既に高齢者独立医療保険制度・前期高齢者の財政調整が入っているので、保険者は生活習慣病対策に努力をしてもしなくても財政に影響しないことから、保険者に対策のインセンティブが存在しない。さらに、今回、高齢者の自己負担率は全体としては大きな変化がなく、前期高齢者はむしろ減ってしまったことも、患者への生活習慣病対策のインセンティブ付けに失敗していると思われる。

今回の試案で、動機付けが働くのは後期高齢者医療支援金を増減される都道府県のみである。しかし、国保や高齢者独立医療保険については、そもそも保険者でもない都道府県に具体的な医療費抑制手段があるかという点、レセプト点検や保険者に対する協力・指導といったもの程度であり、きわめて実効性に乏しい<sup>2</sup>。例外は、今回新たに導入が示された都道府県別の特例的な診療報酬制度であるが、これも後述するように医師誘発需要が起きるという理由から効果は限定的であると考えられる<sup>3</sup>。

さて、長期的な医療費抑制策について試案の最大の問題点は、試算の医療費抑制策

---

<sup>2</sup> それならば、都道府県を保険者にするという考え方もあるが、健康増進運動や検診を機能的に医療費抑制に結びつけるためには、その単位が大きすぎると思われる。なお、この点の指摘は東京大学の岩本康志教授による。

<sup>3</sup> また、現時点では都道府県の特例的な診療報酬制度の詳細は不明であるが、ドイツで行われているような地域を限定した総枠管理のようなものを想定しているのであれば、実効性があると思われる。ただし、そうであるならば、現行の制度からの変化は著しく大きいことから、その導入の是非について国民的な議論を行う必要があるであろう。

が「対策の効果があるとして」計算されたという点である。すなわち、これらの長期医療費抑制策が実際に効果を上げるかどうかは検討されず、ただ単に数値目標が達成されるとして（例えば、生活習慣病患者・予備軍が25%減少する、平均在院日数が全国平均の36日から31日になる）、機械的に計算されたものに過ぎない。つまり、前提＝結論なのであり、プログラムの実効性があるかどうかは別問題である。

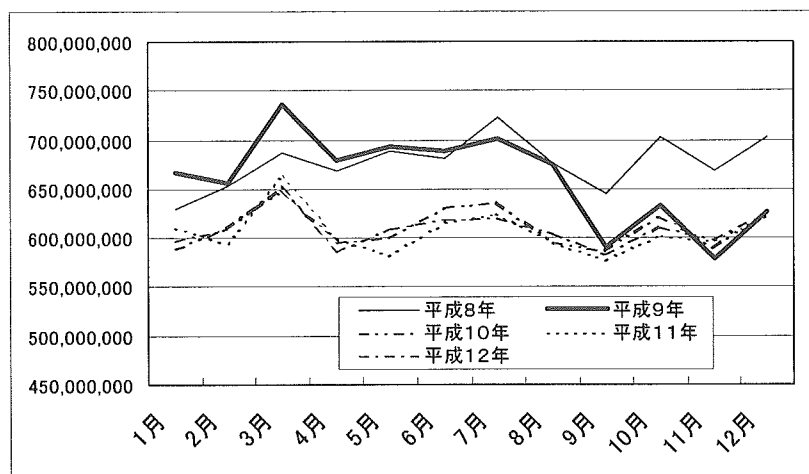
## **(2) 短期的な医療費抑制策**

短期的な医療費抑制策として打ち出された高齢者の自己負担率の部分的引き上げであるが、実はこうした対策は医療費に対してワンショットの水準変化があるだけであり、長期的な医療費抑制を生み出す「伸び率」の低下をもたらさない。これは、1997年、2002年の被用者保険の本人自己負担率の改定時にも見られた現象であるが（図表1）、自己負担率引き上げによって医療費水準が減少したものの、その後の伸びのトレンドは、自己負担率引き上げ前と同じ水準で伸びている。したがって、前年比で医療費が抑制されるのはせいぜい1年程度に過ぎず、また同様の伸び率で医療費が伸びてゆく。これでは、医療費の負担限界に達する年限がわずかに後ずれするだけに過ぎず、根本的な解決にはならないのである（八代・鈴木・鈴木（2004）、鈴木・鈴木・八代（2001））。また、この点は、ホテルコストや食費負担引き上げも基本的に同様である<sup>4</sup>。医療費の伸び率の要因は、高齢化や技術進歩、疾病構造の変化、所得などであると考えられるが、所得や高齢化はコントロール不能であるから、医療費の伸び率を抑制するためには医療の技術進歩（ただし、公的保険に含まれる医療）や疾病構造の変化に働きかける方策を考えなければならないと思われる。

---

<sup>4</sup> ただし、ホテルコスト・食費負担の徴収が、社会的入院から他の介護施設などへのシフトをもたらすとすれば、そのシフトにかかる期間については伸び率の抑制がもたらされると考えられる。しかし、それは技術の伝播と同様で、伝播が尽きるまでの一定期間の問題に過ぎない。

図表1 被用者保険の医療保険給付費の推移（鈴木・鈴木・八代（2001）より）



出所)『月刊基金』社会保険診療報酬支払い基金

### (3) 国保財政の安定についての懸念

試案を示された財政運営方式について、最大の懸念は、高齢者独立医療保険を任せられる国保財政の安定性が果たして保たれるのかという点である。後期高齢者といえども、年齢によって医療費はずいぶん異なる。したがって、後期高齢者の部分についても、一定の年齢調整が必要であると考えられるが、新しく導入される高額医療費再保険事業、財政安定化支援事業がどの程度、年齢調整が存在しない不備を相殺できるのか、現時点では不明である。この点についても、しっかりとした実証的な裏づけのある制度設計が必要な点である。それなくしては、今回の改革の主役ともいえる市町村保険者の納得は得られないであろう<sup>5</sup>。

リスク構造調整という面では、市町村国保(一般)、政管健保、後期高齢者独立保険でそれぞれやり方が違うという矛盾も存在している。つまり、政管健保は年齢と所得、市町村国保(一般)は年齢と低所得者支援、高齢者独立医療保険は年齢調整なしで低所得支援のみである。また、今回財政的には、組合健保一人負けが生じている。これは、後期高齢者の加入比率が低いのが主たる原因とされているが、それならばなぜ共済の財政が悪化しないのか、政管健保がなぜこれほど財政上の得があるのか、その試算の前提・妥当性に疑問を感じる。

### (4) 診療報酬引き下げの効果への疑問

医療費抑制策として、厚生労働省試案だけではなく、経済財政諮問会議案でも診療

<sup>5</sup> 実際には、鈴木・鈴木（2003）が示したように、高齢者の年齢別医療費格差の要因の殆どは終末期医療費に帰すことができる。したがって、適切な大きさの再保険を考えることにより、年齢別医療費格差を解消できる可能性がある。



報酬引下げという手段が実効性ある手段として検討されている。しかしながら、診療報酬引き下げで医療費は本当に抑制可能なのであろうか。この点、鈴木(2005a)は2002年に行われた診療報酬の引き下げについて、その影響が最も大きかった整形外科についてレセプトデータを用いた詳細な分析を行っている。その結果、一度大きく下がった1日当たりの医療費は、投薬や検査、様々な医療行為が付け加わることによって、1年足らずの間に元の水準に戻っていることが分かった。つまり、医療機関は診療報酬の引き下げに対して、それを補うような治療行為を行うのであり(このような行動を医師誘発需要と呼ぶ)、このような行為を封じる制度を設けない限り、診療報酬の引き下げは有力な医療費抑制手段にはならないのである。

### 3. 改革をどう進めるべきか

#### (1) 財政方式の変更：積立制度の一部導入

医療費増の主因は急速に進む高齢化であり、そのスピードと変化幅は巨大なものであるから、単なる医療費抑制だけではすぐに限界に達し対処不能となってしまふ。この場合、年金財政と同様、財政方式として積立方式を一部導入することにより、高齢化の影響を緩和する方法が有効である。積立方式を導入する最も簡単な方法は、現在の保険料率を早めに引上げ、積立金を作るというものである。これは西村(1997a,1997b)によって以前から提案されているものであるが、実際に、アメリカのメディケア(高齢者用の公的医療保険制度)は、医療費にかかるよりも若干高い保険料率を設定することによって高齢化に備えた積立金を作っている。積立方式というと、一般に、2重の負担が存在するために、その切り替えは非現実的だという見方がある。しかしながら、2重の負担はすぐに顕現化させる必要性はまったく無く、将来の多くの世代にわたって少しずつ2重の負担を徴収することで(あるいは、2重の負担が発散しないように負債拡大分だけを徴収することで)、十分に実行可能な保険料引き上げ幅にとどまるのである。鈴木(2000)によって行われたシミュレーション分析では、完全基金を達成する目標年を2100年という遠い将来に設定することにより、改革に必要な保険料引上幅は、健保組合で約2%ポイント(フェアな保険料率からは0.6%ポイント)程度に抑えられることが示されている<sup>6</sup>。

もう一つの方法は、個人レベルでMSA(Medical Saving Account)を導入するというものである。これは既にシンガポールなどで導入されている制度である。現在の高齢者の貯蓄の中には、将来の医療費や介護費負担に備えている目的の貯蓄がずいぶんと存在すると考えられる。こうした貯蓄を、優遇税制を適用することや予定されている高齢者の保険料引上げを減免する引き換えに、医療用にしか使えない貯蓄としてもらう

---

<sup>6</sup> ただし、鈴木(2000)の分析は、論文執筆時点の年金財政再計算の割引率や経済想定などを用いているため保険料率の引上げ幅が過小になっていると思われる。直近の年金財政再計算の各前提値を用いれば、保険料率の引き上げ幅はもう少し高いものとなるであろう。

のである。勤労者については、現在徴収されている保険料の一部を労使折半で MSA 口座に積み立ててゆくことにする。こうすることにより、個人ベースの医療積立金を作ることができる。MSA は、残った場合には年金として受給できるので、生活習慣病予防などにより、個人はなるべくその積立金を減らすまいと努力する。したがって、医療費抑制インセンティブがつく点も重要である。

## (2) 公的保険範囲の縮小

高齢化によって医療保険財政が危機に瀕するもう一つの要因は、わが国の公的保険のカバーする範囲が広すぎるということにもある。つまり、現行の制度では、必要最低限の医療から最先端の医療まで全てが公的保険の範囲に入っており、このような寛容な制度を公的に保とうとする限り、いずれ破綻に直面するのである。年金改革では、保険料引き上げが限界に達するという理由で、給付水準の引き下げが行われているが、公的医療保険についても、保険料引き上げの代わりに、保険範囲の縮小で対応することが対策として考えられる。具体的には、イギリスの NHS (National Health System) のように必要最小限の範囲を公的医療保険とするということも考えられるし、そこまで行かずとも、混合診療を全面解禁する一方で保険範囲を縮小してゆくという方法が考えられる。どの部分について保険範囲から減らしてゆくのかという点については、医療専門家の意見を聞くと袋小路に入る可能性があるので、国民的な意識調査を行って選択してゆくことが考えられる。このような取り組みの萌芽的研究として、金子・鈴木 (2004) があるが、彼らは仮想市場法と呼ばれる手法を用いて、保険料引き上げ、高額医療費の自己負担増、軽医療の保険適用外化、終末期医療の保険適用外化、高度先端医療の保険適用外化といった選択肢間の選好を調べた結果、終末期医療の保険適用外化などがコンセンサスを得られやすいことを示している<sup>7</sup>。

また、保険範囲の縮小については自己負担率の引き上げという手段がある。この点、若者の一般医療については、2002 年改正において 3 割以上の引き上げを行わないことについて付帯決議が行われているし、国際的に見ても 3 割程度が限界であるが、高齢者については、まだ引き上げの余地があると思われる。この点を探った研究として鈴木 (2005b) があるが、これは高齢者医療の弾力性と個人の危険回避度の意識調査を用いて高齢者医療の最適自己負担率を算出している。医療保険には、自己負担が低くなればなるほど保険範囲が拡大して安心感が増すという正の側面がある一方、自己負担率が低くなればなるほど医療費の無駄遣いというモラルハザードが生じるという負の面がある。このトレードオフを測定して、ちょうど最適になる自己負担率を計算したところ、外来については 2 割程度、入院については 0.4 割程度という結果が得られた。これは実質自己負担率 (高額療養費の分を加味した実質ベース) のベースであるが、

<sup>7</sup> 終末期医療の削減方法については、エコノミストと医療関係者の間に大きな論争があるが、現実的な進め方の案としては、たとえば鈴木 (2004) を参照されたい。

外来については引上げ余地がまだあるという可能性がある。一方、今回提案されている高額所得の高齢者における3割の自己負担率はやや高い可能性がある。また、高齢者の自己負担率を上げるにせよ、低所得者への配慮が必要であることは当然であろう。

### (3) 個人のインセンティブ導入

それに加えて、現在の医療費には多くの無駄が存在していることから、それをスリム化すべきことは言うまでもない。しかし、その方法として、診療報酬の引き下げや都道府県へのインセンティブ付けのような実効性の乏しい手段をとるのではなく、個人や保険者に対して動機付けを行う必要がある。既に述べたように、生活習慣病の予防などは最終的に個人の意識改革・行動改善が不可欠であるから、個人にインセンティブが働くような制度を導入することが不可欠である。そのためには、高齢者の自己負担率は今よりも引上げられるべきであるし、高額療養費についても、生活習慣から発生するような疾病（遺伝性ではない糖尿病、高血圧、高脂血症、高尿酸血症など）については、高額療養費の水準を上げたり、高額療養費を超えても一部を自己負担にするなどのインセンティブを導入することが考えられる<sup>8</sup>。また、保険料についても、喫煙者などについては差があつてしかるべきであるし、過去の医療費に応じた保険料率（Experimental Rating）の導入も一案である。さらに、先に述べたMSAの導入も個人への医療費削減インセンティブを持つ。

### (4) 保険者・医療機関へのインセンティブ導入と保険者の機能強化

保険者については、医療費抑制へのインセンティブがあつたとしても、それを実行する手段が乏しいという問題がある。レセプトの点検強化や保険事業、検診のほかにも、悪質な医療機関には保険支払いをしないなどの権限を保険者が持つことが望ましいと思われる。また、先に述べたような喫煙者に対する追加的な保険料などを徴収するような権限も持つてしかるべきと考えられる。こうした保険機能強化の前提として、医療データの電子化や標準化が進められなければならないことはいうまでもない。

また、現在実験的に行われているDPCなどの包括化についても早期に導入を進め、出来高払い制度から、包括化へ移行することも、医療費節約へのインセンティブ付けとして重要である。このための前提としても、医療費の電子化、標準化が不可欠である。

### (5) 財政調整

保険者に対してインセンティブを付与する一方で重要なのは、保険者が努力しよう

---

<sup>8</sup> 現行1%程度のものを例えば5%にするなどの方法が考えられる。

の無い要因（保険者の責めに帰すことができない要因）については、リスク構造調整をして努力が報われるようにするということである。具体的には年齢や所得といった要因については、リスク構造調整をすることが望ましい。

一方で、高額医療費の再保険制度は保険の安定化のためには重要であるが、あまり再保険のカバーする範囲を広げすぎると、各保険者の経営効率化のインセンティブを殺いでしまうので、注意が必要である。再保険の保険料を一種の Experimental Rating にするなどの措置が必要なかもしれない<sup>9</sup>。

さて、そのような観点から見ると、試案で示されたリスク構造調整は非常にパッチワーク的な中途半端なものであるといわざるを得ない。すなわち、既に指摘したように、組合健保、政管健保、国保、高齢者独立医療保険制度、前期高齢者でそれぞれ異なるリスク構造調整を行うことになっているし（組合、高齢者については明示的なりリスク構造調整はない）、そもそも高齢者の財政調整は、すなわち、若者と前期高齢者、後期高齢者の3分類しかない非常に荒っぽいリスク構造調整の仕組みである。医療費の分布を見る限り、若者、前期高齢者、後期高齢者の間の医療費分布は連続的であり、一般に言われていることとは逆に、一部の者が多くの医療費を使うという特性もあり変化が無い（小椋・鈴木（1998）、菅・鈴木（2005））。したがって、そのような粗い調整をすることは効率的ではないのである。理論的に一番すっきりするのは、保険を突き抜け方式にして、全ての年齢階層についてリスク構造調整をするという仕組みである。保険の突き抜け方式は、加入者が前期高齢者、後期高齢者になったときの医療費を負わなければならないから、生活習慣病を予防するなどのインセンティブが働くという望ましさもある。筆者は、分布特性からみても、連続性からみても、インセンティブの観点から見ても、どうして高齢者の医療保険を独立させなければならないのか、いまだに理解ができないのである。しかし、もし、政治的に独立医療保険の設立が不可欠であるならば、少なくとも、高齢者になってからの生活習慣病の高額医療費の発生について、若いころ勤めていた保険者に一部を払わせるといった仕組みが必要なのではないだろうか。

いずれにせよ、今回の厚生労働省試案、経済財政諮問会議案には、インセンティブ、財政方式という観点が欠如あるいは不足している。こうした観点を補うことが今後の医療制度改革論議には必要である。

---

<sup>9</sup> この点は、法政大学の小椋正立教授の指摘による。