

医療保険改革と市場原理

—混合診療と医療アクセスの公平性—

遠藤 久夫

学習院大学経済学部教授

はじめに

医療改革をめぐる議論の中に、医療制度の行動原理をより市場原理に近づけるべきだという主張がある。医療は社会的規制、経済的規制が最も多い分野の一つである。これらの規制を緩和することにより医療制度に選択の自由と競争を注入しようというものである。

医療の市場化推進論の背景には次のことが考えられる。第1は、医療保険財政の悪化である。混合診療解禁論に見られるように医療費負担を患者にシフトさせることで保険財政の悪化を緩和しようというものである。第2は、医療不信を背景とした患者の自己決定を尊重すべきだという機運の高まりである。これはカルテ開示や医療機関に対する第三者評価の充実といった情報開示を求める声となって表れた。第3が、介護保険制度からの影響である。そもそも生活の延長でもある介護は、

医療と比較すると規制は少ない。医療では混合診療解禁論や株式会社の病院経営の解禁など議論になっているが、介護保険では保険利用に自己負担分を上乗せすることは自由であるし、株式会社の参入も認められている。介護保険の影響が医療分野に浸透していった側面もある。第4が、経済界の競争原理へのシフトの影響である。長期の不況の過程で日本的経営や護送船団行政の欠点が指摘され、日本経済の再生に競争原理が重視されるようになったが、この影響が医療システムにも浸透してきている。具体的には公定価格体系を否定した混合診療の解禁論をはじめ、株式会社形態による病院経営の解禁、病床規制の撤廃などの主張へ影響していると考えられる。

医療に対して不満や不信をもつ多くの人には「自由」「選択」「効率」といったキーワードが取り上げられた市場原理推進論は、ある種の閉塞状況にある医療の現状を打破してくれることを期待させるだけのものがある。しかし、そもそも医療は市場原理では効率的な資源配分が達成されない市場の失敗のケースである。さらに医療サービスの供給については公平性という強い社会規範が存在し、これは市場の采配に委ねても解決できない問題であることは広く知られている。したがって、医療制度に市場原理の導入を検討するのであれば、その効果と弊害を厳しく吟味することが必要なのである。

えんどう ひさお

1954年生。一橋大学大学院博士課程満期退学。東海大学政治経済学部助教授を経て97年より現職。2004年より京都大学大学院医学研究科（医療経済学）非常勤講師。著書に『講座 医療経済・政策学』（共編著）などがある。

医療の市場化推進論の中には情報開示の促進や第三者評価の強化といった明らかに患者の便益を向上させると考えられるものもあるが、反面、医療改革の処方箋として必ずしも適切でないものも多い。医療費の支払い制度に対する市場原理導入の具体的な例として混合診療の解禁がある。市場化推進論の政策メニューはたくさんあるが、紙面の制約から混合診療の解禁論に絞ってその適否を論じてみよう。

1 混合診療解禁論とは

混合診療禁止とは一患者に対する一連の診療行為において保険診療と自由診療を併用することを原則禁止し、その場合は全ての費用が自己負担となるという規制である。混合診療禁止については法律上直接に規定されていないが、1984年の健康保険法の改正において特定療養費制度が設けられたことにより、厚生大臣の定める高度先進医療又は選定療養に核当しない保険適用外の診療は保険給付の対象とならないことが明確となり、結果的に混合診療の禁止の趣旨が明確となった。特定療養費とは患者ニーズの多様化や医療技術の進歩に対応して混合診療の例外として設けられたもので、これは保険対象外の診療行為であっても一定の条件を満たせば、その診療行為についてのみ自己負担して、同時に行われる保険医療は保険給付の対象となる、いわば「管理された混合診療」といえるものである。

2003年時点での主な特定療養費の対象は次の通りである。①特別の療養環境の提供（差額ベッド代、室料差額）、②200床以上の病院における紹介なし初診料、③予約に基づく診療、④患者側の都合による時間外診療、⑤医薬品・医療用具の治験に関わる診療、⑥高度先進医療の提供、⑦200床以上の病院における再診、⑧薬事法承認後であって保険収載前の医薬品の投与、⑨180日超入院患者への特定療養費の給付。特定療養費の対

象となる理由は、当初は療養環境等の医療サービスの周辺部分で患者が適切に評価できるもの(①、③、④等が該当)と高度先進医療の提供(⑥)であった。しかし、特定療養費の対象の選定基準は徐々に柔軟になってきており、今日では医療政策ツールの一つとなっている。

規制改革・民間開放推進会議等から、この混合診療を全面的に解禁することが主張された。その理由は、①国内で未承認の医薬品等を利用する際の経済的負担が大きい、②新医療技術への患者のアクセスを阻害する、③検査の回数制限など保険適用上の規制が患者のニーズに対応できない、④保険財政の悪化の中で今後保険診療だけでは医療機関の健全経営が維持できなくなる懸念がある、⑤保険財政に制約されないことで医薬品・医療機器市場および私的医療保険市場の拡大が見込める、といった点にあると考えられる。

一方、厚生労働省や日本医師会はそれぞれの立場から混合診療の「全面解禁」には反対し、問題があるところは特定療養費の拡大で対応すべきであるという立場をとった。反対理由は大きく二つある。第1は、医療の質を担保するという視点である。現行制度では、医薬品と医療材料は効果や副作用などを科学的に評価する薬事承認をパスしたものが保険医療として認められる。また手術等の医療技術では、その技術を保険に収載する際に、それまで高度先進医療もしくは自由診療として行ってきた実績が評価される。混合診療が全面的に解禁されれば、このプロセスがスキップされるため質の保証のない自由診療が診療現場に多く流れ込むことが懸念される。したがって、あくまでも患者が評価でき、選択のできる領域のみ特定療養費の拡大で対応すべきだというのが反対の理由である。第2の反対理由は、医療アクセスの公平にとってマイナスに働くのではないかという懸念であった。混合診療が解禁されれば、徐々に自由診療部分の比率が事実上患者の自己負担が上昇し、特に低所得層の医療アクセスが不利になるのでは

ないか、というものである。

混合診療解禁の問題は、政治問題にまで発展したが、結局のところ、全面解禁ではなく、①治験対象薬は薬価収載まで制度的に切れ目がないうように混合診療の対象とする、②必ずしも高度でない先進医療技術も混合診療の対象とする、③検査など保険上の使用制限を超える医療行為は一定の条件の下で混合診療の対象とする、といったことが基本合意された。事実上の特定療養費の拡大適用と、医療技術や医薬品の保険収載プロセスを改善することで決着を見たわけである。筆者は全面解禁には反対の立場をとっており、その意味で概ね妥当なところに落ち着いたと評価している。なぜ混合診療の全面解禁に否定的なのか。それは混合診療を全面解禁することは、公的医療保険の主たる目的である医療アクセスの公平性を低下させるからである。そこで、公的医療保険の存在意義について考えてみたい。

2 公的医療保険の存在理由

全ての先進国では、医療費の支払い手段として公的医療保険制度（保険の形態をとらずに税を財源とする公的な医療保障を含む）が存在し医療費支払いの中核を成している。医療費支払い制度として公的医療保険が重要である理由はなぜか。効率性、公平性の両面から考えてみよう。

(1) 効率性の視点

医療需要には二重の意味で不確実性が存在する。一つは、需要の発生時期に関する不確実性である。平均すれば疾病の発生確率は年齢の増加関数であるが、個人によって大きなばらつきがあることは知られている。二つめの不確実性は、費用の不確実性である。医療費は傷病の種類や適用される医療技術や医薬品の種類によって決まるが、多くの場合、患者の選択肢は小さいため将来の医療費を予測することは難しい。この二重の不確実

性のため医療需要の不確実性は非常に大きく、将来の医療需要に備えた最適な貯蓄計画を立てることは難しい。一般に、このような不確実性に対する対処法として保険が有効である。保険には私的保険と公的保険があるが、両者を分ける基準は保険加入の任意性で、私的保険は任意加入、公的保険は強制加入である。医療需要の不確実性に対するためには、私的医療保険でも公的医療保険でも対応可能であるため、医療需要の不確実性は医療費支払に保険が介入することの根拠とはなり得ても、公的医療保険が存在する理由とはならない。

(2) 公平性の視点

不確実性への対応であれば、任意加入の私的保険であっても対応可能である。しかし、医療の需要にはアクセスの公平性という重要な社会規範が存在する。つまり、経済的理由により医療へのアクセスが不公平にならないようにという社会規範である。この社会的要請には強制加入である公的医療保険しか対応できない。任意加入保険では保険料を保険加入者のリスクに対応させなければならぬ。なぜなら任意加入保険で低リスク者と高リスク者に同じ保険料を課すとすれば、損である低リスク者はその保険から離脱し、高リスク者だけが残ることになる。保険収支を維持するためには残された高リスク者は高い保険料を払わなければならない。したがって、民間保険会社は保険加入者のリスクを測定してそれに見合った保険料を設定している。

一般に、所得と医療需要は負の相関があるため、私的医療保険に加入するためには低所得者が高い保険料を払わなければならない。一方、強制加入の公的医療保険では保険料を保険加入者のリスクに対応させる必要がなく、多くの場合、所得に応じて保険料が決定されるため、低所得者も保険加入が可能であり、医療アクセスが保障される。このように、公的医療保険の本来の機能はこの点

表1 公的医療保険によるジニ係数の変化

	全年齢(平成2年)		15-69歳		70歳-	
	ジニ係数	改善度	ジニ係数	改善度	ジニ係数	改善度
A	0.4513		0.4082		0.7335	
B	0.4553	-0.88%	0.4216	-0.96%	0.7376	-0.56%
C	0.4347	3.69%	0.3995	2.24%	0.6587	10.20%
D	0.4389	2.75%	0.4036	1.24%	0.6648	9.37%

全年齢(昭和56年)	
ジニ係数	改善度
A	0.3568
B	0.3602 -0.95%
C	0.3519 0.13%
D	0.3551 0.47%

A：当初所得、 B：当初所得－保険料、
C：当初所得＋保険給付額、 D：当初所得－保険料＋保険給付額

遠藤・駒村（1999）「公的医療保険と医療アクセスの公平性」：季刊社会保障研究35.2

にあるといえる。

3 公的医療保険は低所得者の医療アクセスを改善させている

公的医療保険の最たる存在理由は、低所得者の医療アクセスを保障することだと述べたが、実際にはどの程度機能しているのであろうか。所得再分配調査のデータを用いて次のような分析を行った。「A:当初所得」と「B:当初所得－社会保険料」「D:当初所得－社会保険料＋公的医療保険の給付額」のジニ係数を比較した。医療保険の給付額とは医療機関を受診した際、公的医療保険から医療機関に支払われた診療報酬の額であり、この額と患者自己負担額に相当する医療サービスを患者は需要することになる。ジニ係数は0に近いほど分布が平等であることを示すので、Dのジニ係数がAのジニ係数より小さければ、公的医療保険を通じて高所得層から低所得層に事実上の所得移転が行われて、低所得層の医療アクセスを改善したことになる。

表1の結果は、公的医療保険が低所得層の医療

アクセスを改善していることを示している。もっとも、高齢者は平均所得が少なく、かつ医療需要が大きいので、この結果は世代間移転を表した当然の結果にも思えるが、15歳から69歳という比較的若いサンプルでも同様の結果が出ているため、この所得移転は単純な世代間移転だけではないことが分かる。BとAを比較するとBのジニ係数の方が大きいので保険料を徴収した段階ではむしろ所得分布は不平等になっている。これは所得税などと違い社会保険料が累進的に徴収されていないためである。したがって、公的医療保険が低所得層に対して事実上の所得移転を行っている理由は、低所得層の医療需要が高所得層より大きいためだといえる。

それでは、低所得層の医療需要は高所得層の医療需要より本当に大きいのであろうか。そのことを確認するために所得再分配データを用いて次のような医療需要関数を回帰分析により推計した。

$$P = \alpha + \beta_1 \cdot I + \beta_2 \cdot Y + \beta_3 \cdot F + \beta_4 \cdot O$$

P：世帯単位の公的医療保険の給付額（＝医療需要量の代理変数）、

I：世帯所得、 Y：世帯主の年齢、 F：家族人

表2 医療需要と所得との関係

	全年齢	15~59歳
α	-19.9611**	-16.4049*
$\beta 1$ (所得)	-0.0096**	-0.01169**
$\beta 2$	0.8262**	0.8110**
$\beta 3$	7.2102**	5.6034**
$\beta 4$	16.4059**	37.2937**
adjR2	0.027	0.032

遠藤・駒村 (1999) 「公的医療保険と医療アクセスの公平性」：季刊社会保障研究35.2

表3 入院と外来のカクワニ指数

年	入院費	医科外来医療費
79	-0.211	
84	-0.272	
89	-0.231	-0.298
94	-0.257	-0.301
99	-0.273	-0.283

遠藤・篠崎 (2003) 「患者自己負担と医療アクセスの公平性」：季刊社会保障研究 39.2

数、O：65歳以上の家族の人数

表2に示した推計結果のとおり、世帯所得の係数 $\beta 1$ の値が負であることから、低所得層の医療需要は高所得層より大きいことが確認できた。これより、公的医療保険は高所得者から低所得者へ所得再分配を行い、低所得者の医療アクセスを改善していることが確かになった。

さらに、81年より93年データの方が所得格差の拡大が見られ、そのため再分配効果(=改善度)が大きくなっていることに注目すべきである。つまり、所得格差の拡大が進む中で公的医療保険の存在意義は増しているといえるのである。

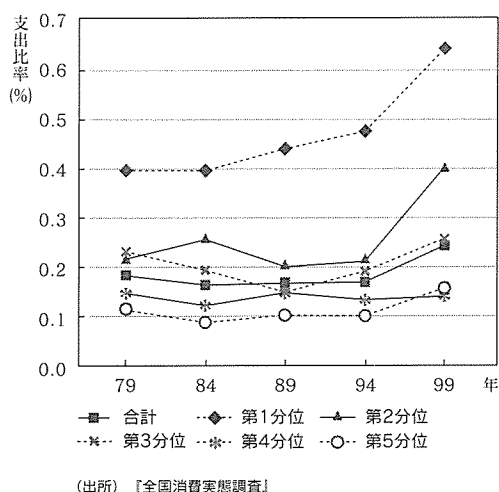
4 混合診療と医療アクセスの公平

これまでの分析により公的医療保険が低所得者に対する所得再分配効果は明らかになったが、混合診療の解禁に伴う自己負担の上昇が低所得層の

医療アクセスに与える影響についてはこの分析では分からない。したがって、混合診療と関連付けるため患者自己負担の視点から医療アクセスを考える。患者の医療アクセスに直接的な影響を与える経済的要因は患者自己負担額である。図1は、「全国消費実態調査」から入院医療費において患者自己負担/所得(=支出比率と仮称する)の値を所得階層別に求めて時系列に示したものである。90年代に入って、低所得層(第1分位、第2分位)の支出比率が他の所得階層の支出比率より高い伸びを示している。このことから入院医療費自己負担の逆進性が上昇していることが分かる。逆進性が高いことは低所得層の所得に占める自己負担が高くなり、低所得者の医療アクセスを不利にしていることを意味する。

ここで逆進性の指標としてカクワニ指数という数値を計算する。カクワニ指数は、値が負で絶対値が大きいくほど逆進性が高いことを示す。表3は、

図1 医療費自己負担/所得（支出比率）の所得階層別推移



入院費と医科外来のカクワニ指数である。入院費については84年を除くと一貫して逆進性が高くなっていることが読み取れる。実は84年はこの調査の実施期間中に保険制度の改正があり、法定の患者自己負担率が引き上げられた。自己負担引き上げ改定による患者の需要調整行動には、一定の時間を要すると考えられる。特に入院は外来と比較して需要量の調整反応は遅いことから、84年では低所得者が退院を早めるなどの入院に関する需要調整が不十分だったため、逆進性が大きく上昇したと推測できる。84年が異常値だとすると、趨勢的に入院医療については低所得層の医療アクセスが不利になってきている状況にあるといえる。

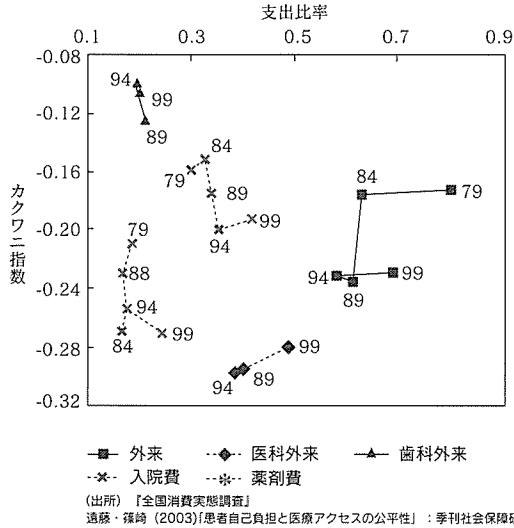
実は逆進性だけで低所得者の医療アクセスを評価することはできない。例えば、医療保険制度が変更されて所得に占める患者自己負担の比率（＝支出比率）が、どの所得階級も同じだけ上昇したという状況を考えてみよう。この場合、逆進性は変わらずカクワニ指数は不変であるが、経済的余裕の少ない低所得層の方が高所得層より苦しい状況になり医療アクセスを阻害する要因としては大きい。これを考慮して縦軸にカクワニ指数、横軸に全世界の平均支出比率（＝平均自己負担額/平

均所得）をとったグラフが図2である。これまでの議論に従えば、逆進性が高いほど、また支出比率が大きいほど、すなわちグラフ上では右下に位置するほど低所得層の医療アクセスが不利な状況にあることがいえる。入院では、84年の逆進性の急伸を調査上の問題に起因すると考えれば80年代以降一貫して逆進性が高まり、94～99年に支出比率が上昇し、結果として入院医療でも低所得者の医療アクセスは不利になっている。

混合診療が全面的に解禁された場合、逆進性と支出比率にどのような影響を及ぼすであろうか。自己負担が増加することから支出比率は増加する可能性は高い。一方、患者が所得に応じて選択的に自由診療を受療するのであれば、高所得者が高い自由診療を選択する傾向が強まるので逆進性は低下する。このような支出比率の上昇と逆進性の低下の複合効果は低所得層の医療アクセスを不利にするとは言い切れない。

しかし、混合診療解禁の最大の問題は、患者が自由診療の内容を的確に理解して、所得に応じて自由に選択することがどこまで可能なのか、という点である。医師・患者間の情報の非対称性の存在や、患者が自由選択できる環境に置かれている保障がないことにより、低所得者も非自発的に高

図2 カクワニ指数と支出比率の推移



い自己負担を行わなければならない状況も予想される。その場合、混合診療の解禁は支出比率の上昇と逆進性の上昇を同時に生じさせて、低所得者の医療アクセスをより不利な状況に移行させてしまう。実は入院には差額ベッド代という大きな特定療養費の対象がある。それにもかかわらず入院の逆進性は上昇しているのである。このことから混合診療は逆進性を増加させる可能性が十分考えられる。このように、混合診療の全面的解禁は、低所得層の医療アクセスを不利にする最近の傾向をさらに助長する可能性が高いといえる。よって、全面解禁ではなく、患者が選択可能な領域に限定して特定療養費を拡大することが妥当だと考えるのである。

5 おわりに

低所得層の医療アクセスが相対的に不利になる傾向が続いていることや、所得格差が拡大する傾向にあることを考慮すると、公的医療保険の機能を低下させる混合診療の全面解禁は医療アクセスの公平性に少なからず影響を及ぼすと考えられる。その意味で、事実上の特定療養費の拡大という形で決着がついたことは評価できる。しかし、

混合診療全面解禁論のメッセージは、診療報酬という公定価格体系に歪みがあるので、それを自由価格で補正しようというものであった。しかし、それはアクセスの不平等の助長という副作用が懸念され、部分的な導入にとどまった。

したがって、今後の残された重要な課題としては、合理的な公定価格の設定ルールをつくることである。2003年に閣議決定された医療保険改革の方向を示す「基本方針」では「保険者の再編・統合」「高齢者医療制度」「診療報酬体系」を掲げている。いずれも重要なテーマであるが、診療報酬体系の改革が解決すべき大きなテーマの一つであることは疑いない。その意味では、現在、中医協の診療報酬調査専門組織で進められている「コストに対応した診療報酬」「技術を適正に評価した診療報酬」の作業の進展に期待したい。■

《参考文献》

- 遠藤久夫・駒村康平 (1999)「公的医療保険と高齢者の医療アクセスの公平性」『季刊・社会保障研究』Vol.35, No.2
- 遠藤久夫・篠崎武久 (2003)「患者自己負担と医療アクセスの公平性」『季刊・社会保障研究』Vol.39, No.2