

社会保険と保険者機能

中泉真樹

(國學院大學経済学部)

2002 年 3 月

Social Insurance and the More Active Managerial Role of Insurers

Maki Nakaizumi

(Kokugakuin University)

March 2002

本稿の目的は、医療保険制度（システム）のあり方をめぐる経済学を展望し、そうした知見が日本の医療保険制度改革にどのような意義をもちうるかを論じることである。医療保険制度のあり方を経済学的に分析するときに採用される「望ましさ」の評価基準は、一般に、公平性と効率性である。公平性と効率性に照らしたとき、現行の医療保険制度にはどのような問題があり、どのような改革をなすべきであろうか。これが本稿の根底にある問題意識である。少子高齢化の進展に伴い、日本の医療保険制度は抜本的な改革を迫られていると考えられる。日本の医療保険制度は世代間の相互扶助という性格をもっているために、少子高齢化の進展は制度の持続可能性をゆるがしかねない。あらためて効率性と公平性の観点から経済理論にそくして検証する意義は大きいと思われる。ことに本稿では効率性の視点を重視する。給付と負担にかんする世代間の公平を具現化するうえでも、効率性との折り合いを無視できないからである。

本稿の構成は以下の通りである。第1節では、日本の医療保険制度を概観し、問題点を簡潔に指摘しよう。第2節では、医療保険を経済学的に考えるための理論的な枠組み（モデル）を説明する。第3節では、第2節のモデルに依拠して、主に公平性に力点をおいて公的保険と民間保険の分担を考える。第4節では、「保険者機能」とよばれるものについて検討し、それを強化する意義を論じる。第5節では、医療保険市場では不可避と考えられる逆選択について説明し、それを是正する手段であるリスク調整について論じる。本稿での結論を先取りして述べれば、現行の医療保険制度の問題点は「市場の規律」の欠如であり、改革の方向は「市場の規律」が適正に働く環境の整備である。

1 日本の医療保険制度

日本の医療保障制度は社会保険方式によって運営され、国民の100%がいずれかの医療保険制度に加入する「国民皆保険制度」となっている。その保険料は、病気等になるリスクとは独立であり、主に所得（標準報酬）水準に依拠して定められる。注目すべき制度的な特徴としては、「国民皆保険」が成立するまでの歴史的な経緯もあって、複数の制度が林立する複雑なシステムになっている点を指摘できる。

日本の医療保険制度は、おおまかには被用者保険と地域保険に分けられる。被用者保険は会社等に雇用されている人とその家族を対象とする保険である。大きな企業の場合、事業主単位かあるいは複数の事業主によって共同でつくられる保険組合があり、それらは組合管掌健康保険とよばれている。中小企業の従業員の場合は、国が運営する政府管掌健康保険に加入する。被用者保険には他に共済組合と船員保険がある。次に、地域保険とは市町村の運

営する保険のことである。その対象は、たとえば商店主、農業従事者、あるいは退職した人たちである（高齢者や無職の人が多くに特徴がある）。また、これらの制度以外に、医師、弁護士、理容師など、特定の職種ごとにつくられる国民健康保険組合がある。市町村の運営する保険と国民健康保険組合をあわせて国民健康保険という（ただし、国民健康保険という場合、たいていは市町村の運営する地域保険を念頭においているのが一般的である）。さらに、縦割りで林立するこうした保険制度にまたがって老人保健制度がある。老人保健制度が対象とするのは、70歳以上の老人と、65歳から69歳で寝たきり等になっている人たちである。これらの人たちの医療費は、上述の各医療保険制度からの拠出金と公費（国と地方自治体からの補助）で賄われる。この制度は1983年にスタートしているが、その背景には保険制度間の格差という問題があった。被用者保険ことに組合管掌健康保険には相対的に所得が高く、若くて病気にならない人が加入し、その保険収支は黒字基調であった。逆に、国民健康保険の加入者は相対的に所得も低く、病気になりやすい層（その多くは高齢者）なので、赤字基調であった。この赤字分は当初、国庫補助（その財源は税金）によって賄われていたが、それに加えて各医療保険制度が相互補助する仕組みとして、老人保健制度が成立したのである（つまり、各保険制度は老人保健制度に拠出することになった）。

このように社会化された医療保険制度のもとで、国民は保険医療機関を自由に選んで受診することができ、日本の医療保障が公平性の達成に大きく寄与したことは疑いの余地がないだろう。しかしながら、少子高齢化の波とともに、その制度的疲弊が顕在化しつつある。不況の長期化という要因も加わって、医療保険財政はどの制度についても赤字基調であり、従来は黒字基調であった組合管掌健康保険についても、過半数を越える組合（1999年度でおよそ70%）が赤字に転落している（表1を参照）。

表 1

こうした状況を打破すべく、1996年の11月には医療保険審議会による建議書「今後の医療保険制度のあり方と平成9年の改正について」が（旧）厚生大臣に提出され、翌97年には建議書の一部を踏まえ、患者自己負担の引き上げなどの制度変更が実施された。さらに、2001年の9月には、「医療制度改革試案」が厚生労働省によって提出され、そこには、高齢者医療における給付率の見直し（75歳以上は9割、70歳以上74歳以下は8割など）や被用者保険と国民健康保険の給付率を7割へ一元化するなどの方針が盛り込まれている。ただし、この試案には供給体制の抜本的改革に向けた具体的施策が必ずしも明示されていないわけではない。むしろ、保険財政の悪化にたいする対症療法的な性格が濃く、患者自己負担の引き上げが目立つ形になっている。

図 1

図1には保険診療の概念図が描かれている。保険診療における主要なプレイヤーは、被保険者、保険医、保険者の3者である。被保険者は保険者に保険料（社会保険料）を事前に支払い、病気になると保険医にかかる。その際に保険医の窓口で払うのが一部負担金である。

一方で、保険医は保険者にたいして診療報酬（医療費）を請求する。この請求書がレセプトといわれるものである。保険者は保険医による請求の妥当性を審査し、妥当であれば診療報酬を支払う。ただし、保険者はそうした審査（一次審査）を審査支払機関に委託している。ゆえに、図のごとく、保険医と保険者のあいだに審査支払機関が介在するのである。

被保険者、保険医、保険者の関係は、健康保険法などの法律や通牒などによって規制されている（保険者と審査支払機関の関係も法的規制の下にある）。したがって、抜本的な改革とは、それらの諸規制を大幅に見直すことであり、緩和や撤廃なども視野に入ってくる。被保険者と保険者の関係では、保険料や自己負担のあり方が問題になろう。現行では社会保険によるカバーの比率が高いために、過度なモラルハザードが発生している、と推測される。保険者と保険医の関係では、保険者の積極的な役割つまり保険者機能が問われるだろう（「保険者機能の強化」は先の建議書でも言及され、2001年の厚生労働省試案にも「保険者に関する規制緩和等」の提案がある）。現行での保険者は、極論すれば、保険料を徴収して診療報酬を払い出すだけの機能しか果していないと言うべきである。最後に、保険者を律する規律とは何かが問われるべきである。それは保険者間の市場競争のあり方を考えることであり、従来の社会保険に代替する、「市場の失敗」を是正するための仕組みを工夫することである。以下の4つの節では、こうした論点を経済学的に分析し、日本の医療保険制度改革に方向性を与える¹⁾。

2 モラルハザードのもとでの医療保険

この節では、医療保険制度改革にかんする議論を厳密に進めるための基本的な理論モデルを構築しよう。それはモラルハザードのもとでの保険のあり方を考えるためのモデルである。かかった医療費の全額、またはその大部分が保険から支給されると、患者は自己負担が少なくなるので医療サービスを過大に需要するようになる。そのために、医療サービスの生産・消費にかんして資源配分の効率性がそこなわれるのである。この意味でのモラルハザードは、社会（公的）保険か、民間保険かにかかわりなく起こりうる。そこで、非常に単純化された理論モデルを構築して、モラルハザードのもとでの保険のあり方を説明しよう²⁾。

2.1 基本的なモデル

事前に Y という量の初期所得（これは医療サービス以外の財・サービスが入ったバスケットの量で測られるとしよう）を保有する人々が、「健康」か「病気」かというリスクに直面しているとしよう。また、「病気」の症状に「重症」と「軽症」があるとしよう。「病気」になる確率を f （したがって「健康」の確率は $1 - f$ ）、「病気」になった人が「重症」である確率を α （「軽症」の確率は $1 - \alpha$ ）とすれば、人々には確率 $1 - f$ で「健康」、確率 $f(1 - \alpha)$ で「軽症」、確率 $f\alpha$ で「重症」となる可能性がある。そこで、状態ごとに効用関数を次のように指定しよう。

$$U = u(x) - L_{ij} \quad (1)$$

ここで x は医療サービス以外の財・サービスが入ったバスケットの消費量（以下では所得とよぶことにしよう）を表し、 $u(x)$ はそれがもたらす効用である。人々は危険回避型であり、 $u(x)$ のグラフは上に向かって凸の右上がりの曲線として描かれるとしよう。2 つめの L_{ij} は、医療サービスの消費がもたらす効果にかかわる項で、やや丁寧な説明を要する。ここでは、人々が購入する医療サービスとは、投薬や処置、手術などの治療行為が組み合わされたパッケージであり、「病気」に陥った人はこれを 1 単位購入する（受診する）か、どうかを決定するものとしよう。このとき、 L_{ij} の下付き i は状態を意味し、 $i=0$ ならば「健康」、 $i=1$ ならば「軽症」、 $i=2$ ならば「重症」としよう。次に L_{ij} の下付き j は医療サービスを購入するか、どうかを表し、 $j=0$ ならば「購入（受診）しない」、 $j=1$ ならば「購入（受診）する」を意味するとしよう。よって、たとえば L_{21} は、「重症」の人が「購入（受診）」を選択した場合に、どれだけ効用の損失が発生するかを表すことになる。このとき、医療サービスによる効用の改善効果を次のように想定できる。

$$L_{00}=0, L_{ij} > 0 \text{ (「} i=0 \text{ かつ } j=0 \text{」以外の } i \text{ と } j \text{ について)}$$

$$L_{20} - L_{21} > L_{10} - L_{11} > 0 \tag{a1}$$

つまり「健康」ならば医療サービスの必要はなく（むしろ有害であり）、「病気」ならば、医療サービスによる効用の改善効果は「軽症」の場合よりも「重症」の方が高いと考えるのである（これはモラルハザードを考える場合の典型的な仮定である）。最後に、医療サービス 1 単位あたりの費用を C で表そう。また、ここでは、どの人も(1)式で表される同じ効用関数を持ち、罹患した場合の医療サービスの費用 C についても同じと仮定しよう。

以上の準備のもとで、最善の医療保険とは何かを考えてみよう。リスクの分散を図る最善の保険では、各状態の所得の限界効用が等しくなっている必要がある。したがって、(1)式のような効用関数を想定しているこのモデルでは、かかった医療費が全額支給されるような完全カバーの保険（完全保険）が成立しなければならない。もし「病気」の人すべてに受診を認めるとすれば、保険料を fC 、保険給付を C とする保険が望ましい。そのとき、期待効用は、

$$u(Y - fC) - f\{(1 - \pi)L_{11} + \pi L_{21}\}$$

となる。一方で「重症」の人だけに受診を認めるとすれば、保険料を fC 、保険給付を C とする保険が望ましい。そのとき、期待効用は、

$$u(Y - fC) - f\{(1 - \pi)L_{10} + \pi L_{21}\}$$

となる。

問題は「病気」の人すべてに受診を認めるか、「重症」の人に限定して認めるかであり、医療サービスにかんする資源配分の効率性を考えることになる。「病気」の人すべてに受診を認めるのが望ましいのは、それにとともなう期待効用の増分が保険料の上昇による（効用で測った）費用の増分を上回る、つまり、

$$f(1 - \pi)(L_{10} - L_{11}) > u(Y - fC) - u(Y - fC)$$

となる場合である。逆に、

$$f(1 - \pi)(L_{10} - L_{11}) < u(Y - fC) - u(Y - fC) \tag{a2}$$

となるならば、受診を「重症」の人に限定すべきである。モラルハザードが問題となるのは、まさにこの場合であり、以下では(a2)を仮定しよう。

2.2 モラルハザードのもとでの最適保険

仮定(a2)のもとで最善の保険が実現するのは、保険者が「医療費 C に相当する保険給付は「重症」の場合に限定される」ことを、保険契約に盛り込める場合である。言いかえると、状態に依拠した保険契約が可能でなければならない。しかし、保険者が被保険者の状態(ここでいう「健康」、「軽症」、「重症」)を見分けられないか、かりに見分けられたとしても第三者(たとえば裁判所)に立証(verify)できなければ、状態に依拠した保険契約の締結は不可能である。そこで、保険契約を書く上で依拠できるのは、事後にわかる医療費だけとしよう。この簡単なモデルでは医療費が 0 か、C かということである。一方で、人々が自分のおかれた状態を見分けられないとしても、医師による診断の費用は 0 であり、医師は診断結果を患者へ正直に伝えるとしよう。その診断結果に基づいて患者は受診の意思決定をする(これは医師が患者の利害を完全に代表することを意味する)。

このとき、最善保険のように各状態で保証される所得が等しかったら、たとえ改善効果が低いとしても、 $L_{10} - L_{11}$ にあたる効用の増分を得ようとして、「軽症」の人も受診するだろう。「軽症」の人はこぞって同じように行動すると考えられるから、明らかに保険は採算割れとなる。このような事態を回避するには、適切な自己負担を導入するか、そうでなければ「軽症」の人にも受診を認めるしかないのである。

ここで、事後的に医療費が 0 の人に保証する所得を y_0 、医療費が C の人に保証する所得を y_1 としよう。「軽症」の人が受診を自発的に控え、「重症」の人だけが自発的に受診する条件は、

$$u(y_0) - L_{10} \geq u(y_1) - L_{11} \quad (2-1)$$

$$u(y_0) - L_{20} \geq u(y_1) - L_{21} \quad (2-2)$$

となるだろう。これらは誘因両立(incentive compatibility)条件とよばれている。前者の(2-1)式を変形すれば $u(y_0) - u(y_1) \geq L_{10} - L_{11}$ となり、 $L_{10} - L_{11} > 0$ であるから、これは $y_0 > y_1$ を意味する。つまり、 $y_0 - y_1$ が医療サービスの自己負担価格となる。保険本来のリスク分散の機能を発揮させ、最善の保険に近づけるには、この自己負担価格をできるだけ小さくする必要がある。したがって、「軽症」の人に自発的に受診を控えさせるのであれば、(2-1)式は等号で成立すべきである。つまり、

$$u(y_0) - L_{10} = u(y_1) - L_{11} \quad (3)$$

である(このように(2-1)式が等号で成立する場合にも、「軽症」の人は受診しない方を選択すると仮定しよう)。(3)式が成り立てば、(2-2)式は自動的に(不等号で)満たされる(このことの確認は読者にまかせよう)。よって以下では(2-2)式を無視できる。

図 2

モラルハザードのもとで達成できる最適保険について、図 2 を使って考えてみよう³⁾。横軸は y_0 、縦軸は y_1 である。(3)式を満たす y_0 と y_1 の組み合わせは、傾きが 1 よりも小さい、右上がりの曲線 hh として描かれる。この曲線よりも下の領域にある y_0 と y_1 の組

み合わせでは(2-1)式が成立し、「軽症」の人は受診しない。しかし、上の領域にある y_0 と y_1 の組み合わせでは(2-1)式が成立しないので、「軽症」の人も受診する。このことを踏まえて、図2には保険者の予算線と被保険者の無差別曲線とが描き込まれている。

保険者の予算線は、以下の式で表される。

$$Y - f - C = (1 - f) y_0 + f y_1 \quad ((2-1)式が成立する y_0、y_1 の場合)$$

$$Y - fC = (1 - f)y_0 + fy_1 \quad ((2-1)式が成立しない y_0、y_1 の場合)$$

図2の点Aは人々が保険に加入しない場合を意味し、 $y_0=Y$ 、 $y_1=Y-C$ である。したがって、保険者の予算線は、(2-1)式が成立する場合の線分AFと成立しない場合の半直線GE'で表される。ここでAFとGE'の傾きの違いに注意しよう。

次に無差別曲線のみよう。被保険者の期待効用Vは、次の式で表される。

$$V = (1 - f) u(y_0) + f u(y_1) - f \{ (1 -) L_{10} + L_{21} \} \\ ((2-1)式が成立する y_0、y_1 の場合)$$

$$V = (1 - f) u(y_0) + f u(y_1) - f \{ (1 -) L_{11} + L_{21} \} \\ ((2-1)式が成立しない y_0、y_1 の場合)$$

このとき、無差別曲線は、右下がりではあるが原点に向かって凸にはならず、曲線hhを通過するときにツン尖る形に描かれた曲線となる。理由は、(2-1)式が成立する場合としない場合で、限界代替率、つまり無差別曲線の傾きが違って来るからであり、(2-1)式の成立する範囲での傾きのほうが大きくなる。

モラルハザードのもとでの保険者の予算線と被保険者の無差別曲線がそろったところで、モラルハザードのもとでの最適保険、つまり次善の保険がどの点で表せるかを容易に理解できよう。それは、点Fか、点E'である。図2の場合、点Fが最適点である。点Fが最適点であれば $y_0=y_0^*$ 、 $y_1=y_1^*$ となり、「軽症」の人は受診を控える。受診を控える誘因を与えるための最小の自己負担 $y_0^* - y_1^*$ が課されるのである。しかし、この負担を実際に負うのは「重症」の人である。そのために保険による危険分散のメリットが減殺される。カバーが不完全なことによる厚生損失が発生するのである。そのような損失が過大になれば、カバーを完全にする保険が選択されるだろう。それが点E'である。その場合は、「軽症」の人の受診を抑制せず、保険料の増大を許容することになる。いずれの点が選択されるにせよ、モラルハザードによる制約のない最善保険(図2の上では点Eで表される)と比べて、実現される期待効用は低下するのであり、この低下分がモラルハザードのもたらす「費用」となる。

3 分配の公正とモラルハザードのもとでの社会保険

前節のモデルを使って、分配の公正あるいは公平性という観点から、社会保険の意義を考察しよう。人々による保険プランの選択を民間市場に任せておくと、事前の初期所得が同じでも罹病のリスクが異なれば、実現される期待効用に不平等が生まれる。こうした不平等を公平性に照らして是正する仕組みとして、社会保険の意義を考えることができる。しかし、国民をあらかじめリスクで類別して、直接税と補助金による事前の所得再分配を図ることが可能であれば、社会保険という形にこだわる必要はない。問題は、そのような類別

とそれに基づく所得の再分配を中央集権的に実施することは不可能であるか、きわめて困難なことである。ゆえに、リスクとは独立に社会保険料（保険税）を徴収して、これを財源として病気時に給付するという、間接的な所得の再分配が考えられる。では、不平等を解消するために社会保険を大幅に拡大し、民間保険をことごとく締め出すべきであろうか。こうした点を前節のモデルで分析しよう⁴。

3.1 公正の実現としての社会保険

競争的な民間保険市場が存在することを前提にして、社会保険が低リスクの人から高リスクの人への所得再分配として機能することを確かめてみよう。そのために、高リスク・タイプほど医療費が高いという場合を考える。低リスク・タイプの医療費を C_1 、高リスク・タイプの医療費を C_2 で表し、 $C_1 < C_2$ を仮定して、その他に（初期所得水準などに）差異はないとしよう。また、分析を簡単化するために、誰が低リスク・タイプで、誰が高リスク・タイプかは、「病気」になる事前に確率 1 でわかっているものとし、低リスク・タイプの存在比率を g_1 、高リスク・タイプの存在比率を g_2 とする ($g_1 + g_2 = 1$)。社会保険給付も医療費に依存して支払われるので、この状況では C_1 の場合と C_2 の場合を差別化することが可能である。そこで、医療費が C_1 の場合の給付を B_1 、 C_2 の場合の給付を B_2 としよう。また、こうした社会保険を導入した後も、各リスク・タイプが合理的に購入する民間保険は、「軽症」の人の受診を制限する性格のものだとしよう（どのタイプも図 2 の F に対応する民間保険に加入するということである）。すると、リスク・タイプとは独立に徴収される社会保険料を t とすれば、社会保険の予算収支条件は、

$$t = f(g_1 B_1 + g_2 B_2)$$

と表せる。したがって、各リスク・タイプの民間保険における予算収支条件は、それぞれ次のようになる。

$$Y - f(g_1 B_1 + g_2 B_2) - f(C_1 - B_1) = (1 - f)y_0 + f y_1 \quad (\text{低リスク・タイプ})$$

$$Y - f(g_1 B_1 + g_2 B_2) - f(C_2 - B_2) = (1 - f)y_0 + f y_1 \quad (\text{高リスク・タイプ})$$

このとき、完全な平等の実現が可能であれば、 $C_1 - B_1 = C_2 - B_2$ とすべきことが示唆されよう。こうした社会保険のもとでは、各リスク・タイプの直面する予算収支条件は一致し、以下のようになることを容易に確認できる。

$$Y - f(g_1 C_1 + g_2 C_2) = (1 - f)y_0 + f y_1$$

図 3 には、 $B_1 = 0$ 、 $B_2 = C_2 - C_1$ とする社会保険を導入した場合の効果が図示されている。低リスク・タイプの予算線は $A_1 F_1$ から $A'F'$ に、高リスク・タイプの予算線は $A_2 F_2$ から $A'F'$ に、それぞれシフトする。どのリスク・タイプも同じ予算線 $A'F'$ のもとで F' に対応する民間保険に加入する。各タイプの期待効用は一致し、完全な平等が実現されるのである。

図 3

ここで注目すべき点は、こうした社会保険による公平性の実現において、必ずしも競争的な民間保険を市場から締め出すべきではない、ということである。もし、すべての医療費

を社会保険で賄う ($B_1 - C_1 = B_2 - C_2 = 0$) とすれば、たしかに公平性の実現は可能であるが、単に民間保険が締め出されるだけでなく、モラルハザードが不可避となるだろう。どのタイプについても「軽症」の人がこぞって受診するために、社会保険料は $t=f(g_1C_1+g_2C_2)$ に上昇し、どのタイプの期待効用も低下するということが起こりうる。医療費の全額を社会保険でカバーしないとしても、どのタイプについても合理的に購入する民間保険が「軽症」の人の受診を許容するものになれば(当初の仮定に反して)、やはり、どのタイプの期待効用も低下するということが起こりうるだろう。こうした事態は回避する必要がある。このとき、社会保険がカバーするのは相対的に高額な医療費(ここでの高リスク・タイプ)であるが、その全額をカバーすべきではなく、カバーされない部分は民間保険と自己負担によってまかなわれるべきである。こうした分担によってこそモラルハザードは抑止され、効率性と公平性の両立が可能な限り図られるのである。

3.2 医療保険制度改革への意義

社会保険のひとつの意義は、公平性に照らしてリスクの高い人を社会的に保護するという点にもとめられるが、過度な社会保険によるカバーは効率性を阻害し、すべての人の厚生を低下させるということが起こりうる。この点は、日本の医療保険制度改革を考えるうえでも十分に認識されるべきである。たしかに高額医療費というリスクにたいしては社会保険によって相対的に手厚くカバーすべきであろう(これは、いわゆる高額療養費給付制度に妥当性を与えるものである)。ただし全額をカバーするのではなく、社会保険のカバーしない部分については民間保険の活用を考えるべきである。現行(2002年2月現在)の制度では、社会保険診療とそれ以外の自由診療を組み合わせることが可能な領域(「特定療養費制度」の対象であり、いわゆる「差額ベッド」や、脳死肝臓移植などの高度先進医療はその代表例である)は限定されている(「混合診療」の禁止)。これに対して2001年の厚生労働省試案では、医療技術の急速な進歩に対応するため、その導入ルールを明確化するとともに、「特定療養費制度」の拡大を図るとしている。民間保険の積極的な活用には混合診療に向けた弾力化は不可避であろう。また、上のモデルにおける高リスク・タイプを高齢者と解釈すれば、高齢者にも応分の負担(民間保険の活用と自己負担)を求めることで、効率性を損なうことなく世代間の公平を図ることができると考えられるのである。

ただし、ここでのモデル分析は、医師が患者の完全な代理人であることや競争的な民間保険市場が整備されている(市場の失敗がない)ことを前提にしているため、留保すべき点も多い。次節では、医師が患者の完全な代理人となりえない場合に目を向け、保険者機能のあり方を検討する。また、第5節では民間保険市場でとくに問題となる逆選択について検討しよう。

4 「保険者機能」の経済学

日本の医療保険制度改革にかんする議論の中でいわれる「保険者機能の強化」の保険者機能とは、保険者による医師・医療機関にたいする積極的な働きかけや管理を意味してい

る。具体的には、医師・医療機関にたいして医療サービスの価格や質について交渉する権限や能力のことであると理解すればよい(中泉・鴫田(2000)の第15章)。したがって、保険者機能とは、米国における「管理医療(managed care)」に触発された概念であるといっても大きな誤解ではないだろう。米国では管理医療保険プラン市場が急成長を遂げており、医療経済学者の関心も高い⁵⁾。管理医療は、医療保険市場に固有の「失敗」を回避しようとする試みでもある。保険者による医師・医療機関にたいする管理は、被保険者の受診行動を自己負担の導入などで管理する、いわば需要側の管理(demand-side controls)にたいして、供給側の管理(supply-side controls)とよばれている。保険者による供給側の管理が「市場の失敗」を克服するうえで有効となるのはなぜだろうか。この点を、主にプリンシパル=エージェント(principal=agent)の理論を使って、あくまで経済学的に検証するのが本節の課題である。なお、ここでの議論は民間保険か、社会保険かの区別なく適用可能である。また、保険者による供給側の管理は診療報酬契約の工夫によるところが大きいいため、以下の内容は診療報酬制度の経済学ともなっている。

4.1 供給者誘発需要

いままでの節では、医師が患者の利害にそって行動することを前提にしてきた。しかし、医師・医療機関が独自の効用関数(目標関数)をもって行動するとすれば、その利害は保険者の利害とばかりでなく患者の利害とも一致する保証はない。医師の行動仮説にはさまざまなものが考えられるが、ここでは伝統的なミクロ経済学にしたがって、利潤もしくは所得動機を重視した仮説を取り上げる。この仮説のもとで最初に考えたいのは「供給者(医師)誘発需要」についてである。第2節のモデルの枠で「供給者(医師)誘発需要」の仕組みを説明しよう⁶⁾。

ある医師の医療サービス1単位あたりの価格がPとなっているとしよう。また、この医師の供給する医療サービス量(このモデルでは患者数に一致する)をDとしよう。さらに、いままで無視してきた固定費用をgとしよう。すると、医師の得る利潤は、

$$=(P - C)D - g$$

と表すことができる。あるいは医療サービス1単位あたりの粗利潤(マージン)をmとすれば、医師の利潤は、

$$=mD - g$$

と表すことができる。

ここで市場が独占的であるか、それに近い状態であれば、 $P - C > 0$ もしくは $m > 0$ となるような価格、つまり、医療サービス1単位あたりの粗利潤(マージン)あるいは差益が正となる価格が成立するだろう。また、市場が競争的で、保険者が医療サービスを確保するために必要な最小価格を医師に提示するとすれば、それは $(P - C)D - g = 0$ となる価格、つまり、

$$P^* = C + g/D$$

である。このP*は平均費用価格であり、市場がコンテストブルであるときに成立すると考えられる価格でもある⁷⁾。このときも、医療サービス1単位あたりの粗利潤は正となる(こ

れは固定費用が存在するためである)。

しかし、医療サービス1単位あたりの粗利潤あるいは差益が正となる価格が成立するとき、医師には需要を誘発する誘因が働くことになる。理由は患者と医師のあいだにある情報の非対称性による。そこで、診断費用を0としても、それはあくまで医師にとってであり、患者には診断結果の判別ができないと仮定してみよう。ただし、「病気」になったかどうかは判別でき、また、「病気」になったときに「重症」である確率が θ であることについては知っているとしよう。このとき、医師は「軽症」の人にも「重症」と告げ、医療サービスの購入を推奨することで利益を上げることができる。とはいえ、もし患者が合理的であれば、こうした医師の動機を察知するだろう。すると、医療サービスの購入(受診)を推奨されたとき、患者は自分が「重症」である確率が θ であることを考慮して、受診する場合、しない場合の期待効用を比較することになる。第2節のモデルで「病気」の人が受診する期待効用は、

$$u(y_1) - \{ L_{21} + (1 - \theta)L_{11} \}$$

受診しない期待効用は、

$$u(y_0) - \{ L_{20} + (1 - \theta)L_{10} \}$$

となり、受診するのは前者が後者を上回る場合である。

ここで、保険者が受診の抑制を促すように自己負担を導入するとすれば、それは全員が受診しないことに等しい。保険者は「軽症」の人の受診も許容する完全カバーの保険を提示せざるをえないのである(ただし、保険料は固定費用分だけ高くなる)。これは図2の点E'に対応し、次善の保険が点Fであるときには、次善さえ実現されないことを意味する。しかし、人によって θ の値が異なりバラツキがあれば、自己負担を導入することで相対的に θ の値が低い人の受診を制限して保険料の負担を抑え、事前の期待効用を高めることができるだろう。ただし、その場合には受診を控えた人の中に「重症」の人も混じることになる。いずれにせよ、「供給者(医師)誘発需要」の存在は保険の設計を歪め、「市場の失敗」に帰結するのである。

「供給者(医師)誘発需要」はどうすれば抑止できるだろうか。すぐにわかるように、医療サービス1単位あたりの粗利潤(マージン)を0とすべきである。価格をCに設定し、固定費用にあたる g を定額分として支払うとすれば、供給者(医師)による誘発需要の誘因を中立化できるだろう。その場合には、第2節で検討した次善の保険(図2の点F)が成立するのである。これは、いわゆる限界費用価格原理にほかならない。限界費用価格原理によって需要誘発の抑止が可能となるのである。しかしながら、限界費用価格原理には重大な欠陥が隠されている。この点は、後の4.3節で論じることにして、以下の4.2節では、「供給者(医師)誘発需要」を抑止したうえで次善ならず最善の保険(図2の点E)さえ可能になるような診療報酬設計の可能性を考えてみよう。

4.2 積極的な供給側の管理

米国における管理医療プランの理論的な研究の多くは、供給側を積極的に管理することによって需要側の管理を緩和できるか、あるいは需要側の管理と組み合わせることによっ

て、いっそう望ましい保険設計が可能になることを論じている⁸⁾。そうした議論の論拠は何だろうか。

ここでも分析の枠組みは第2節のモデルである。被保険者の「病気」になる確率 f 、さらに「病気」の人が「重症」である確率 D について、保険者が十分な情報をもっている（過去に蓄積された経験から推定できる）とすれば、「重症」の人だけが受診する場合の総医療費（可変費用部分）を予測できるだろう。そこで、保険者が医師にたいして次のような契約を提示するとしてしよう。

医療サービス1単位あたりの価格 P について、

$$P = C \quad (D \leq f \text{ の場合})$$

$$P = 0 \quad (D > f \text{ の場合})$$

とし、定額支払額を g とする。ここで、 D は医療サービスの供給量である。

このような契約のもとで、医師は供給制約の誘因を与えられたこととなる。つまり、供給量 D を f より大きくする誘因をもたず、それより大きな需要があっても、診療を拒否することになる。こうして患者にたいする医療サービスの割り当ては、自己負担の導入という需要管理政策によってではなく、医師に供給制約の誘因を与える供給管理政策によって実施されるのである。

ここで、医師が医療サービスを「重症」の人に割り当てると仮定しよう。医師にとっては「軽症」に割り当てても、「重症」に割り当てても、得られる利益は同じである。「重症」の人に割り当てないで、その悪影響が事後に評判になれば、それは長い目で見れば医師にとって不利に働くだらう。ゆえにこの仮定は正当化できる。ところが、この仮定のもとでは、まさに最善の保険、つまり図2の点Eを実現できることになる。点Eで「軽症」の人にはたしかに受診誘因はあるのだが、医師によって診療（正確には治療）が拒否されるのである。モラルハザードと誘発需要を完全に抑止できるというこのシナリオは、管理医療モデルの理想的なワーキングを描いたものと言えるだろう。

では、積極的な供給側の管理によって需要側の管理はことごとく代替され、第2節や第3節で検討したモラルハザードの問題は解消されるのであろうか。いままで分析してきた簡単なモデルにかなする限り、たしかにその通りだろう。しかし、診断費用が0ではなく、「重症」の確率 D の値にパラツキがある（さらに真の状態が「健康」であっても、診断の事前には「重症」である確率が0でないという人もいるだろう）とすれば、自己負担による受診誘因の管理は、いぜんとして重要な役割を果たすことになる。保険者は被保険者が陥ることになる「罹病不安の程度」までも、保険契約に盛り込むことはできないからである。したがって、保険者には、需要側の誘因を制御する政策と供給側の誘因を制御する政策を、いかにうまく組み合わせるかが問われるのである。

4.3 報酬契約による管理

これまでの議論の方向は薔薇色を帯びているように見えるが、限界費用価格原理にかかわる重大な論点が見落とされている。限界費用価格原理のもとではサービス1単位あたりにつき限界費用分が償還されるので、医師・医療機関は限界費用そのものを低下させよう

という努力を怠ってしまうかもしれない。そこで、次のように第2節のモデルを修正する。医療サービス1単位あたりの医療費（つまり限界費用） C には患者によってバラツキがあるとしよう。 C_1 の人と C_2 の人がいるとし、 $C_1 < C_2$ と仮定する。しかし、第3節とは違って、ある患者の費用が C_1 であるか、 C_2 であるかは事前にわかっているのではなく、その分布（頻度）が医師・医療機関の努力（経営努力というべきだろう）に依存すると考えることにしよう。努力が高くなると、 C_1 の患者の出る頻度が上昇し、逆に C_2 の患者の出る頻度が低下して、期待限界費用が低下すると想定するのである。もちろん、そうした努力は医師・医療機関にマイナスの効用（費用）をもたらすことになる。一方で、保険者は、医師によるそうした努力やそれがもたらす費用分布への効果を実際には観察できないとしよう。したがって、それらに依拠した診療報酬契約を結ぶことはできないのである。

この新たなモデルで第4.1節の限界費用原理を適用すると、 C_1 の患者に C_1 という価格、 C_2 の患者に C_2 という価格を付けることになる。結局、かかった費用分が医師・医療機関に支払われることになる。つまり、出来高払い（fee-for-service、略してFFS）である。ところが、出来高払い方式のもとでは経営努力への誘因は存在しない。医師・医療機関に経営努力への誘因を与えるには、経営努力の成果（期待費用の削減）が医師・医療機関に利益として返ってくるようにすべきである。そのためには、患者1人あたりの価格 P を、実際の費用とは独立に設定すればよい。つまり、見込み払い方式（prospective payment system、略してPPS）の導入である。PPSによって医師・医療機関の経営努力への誘因は最大化されるのである。

しかし、PPSを採用することによって新たな問題が浮上することに注意しなければならない。価格 P^* を $C_1 < P^* < C_2$ となるように設定したとしよう。このとき、 C_2 の患者を診療することは、医師・医療機関にマイナスの粗利潤をもたらす。したがって、医師・医療機関にはこうした高額医療費の患者の診療を拒否するか、他へ紹介するという誘因が働いてしまう（このような行動はダンピング(dumping)とよばれている）。そうでなくとも治療の質を低下させるという選択もある（ただし、医療サービスの質を一定としているこのモデルでは、この問題は捨象されている）。もちろん、こうした行動は後の評判に悪影響を及ぼし、長期的にみれば医師の利益は低下するだろう。しかし、今期の損失が相対的に大きく、しかも発覚の可能性が低ければ、こうした行動の可能性を払拭することはできない。こうしたことから、標準的な診療報酬の仕組みはPPSとしても、極端に限界費用の高い患者（outlier）にたいしてはFFSで対応するという方法が考えられることになる。

しかし、PPSの問題はこれにとどまらない。ここで、新たに次のように仮定してみよう。すなわち、「軽症」の人に医療サービスを供給する費用は、常に C_1 に等しいと想定してみよう。この想定は必ずしも突飛なものではないだろう。ところが、この想定のもとで $C_1 < P^*$ であれば、実に、「供給者（医師）誘発需要」の誘因が発生することになる。理由は4.1節の議論から明らかであろう。保険者にとっての問題は、「供給者（医師）誘発需要」の誘因とダンピング等の誘因をいかに抑え、経営努力の誘因をいかに引き出すかであり、そのあいだには明らかにトレードオフが存在している。報酬契約の工夫を通じて供給側の管理を実施する場合、保険者はこのトレードオフ上の点を模索することになる。したがって、次善ならず、第三の善をもとめることになる⁹⁾。そして、第三善における診療報酬制度は、

一般に、出来高払いと見込み払い方式を組み合わせた形態になると考えられるのである。

それでは、このトレードオフを緩和させることは不可能なのであろうか。必ずしもそうではない。保険者は報酬契約を工夫する以外にも管理の方法をもっている。それが審査であり、医療情報の収集と開示である。

4.4 審査機能の強化

< 審査の強化による誘発需要の抑止 >

米国における多くの管理医療プランは、医師・医療機関にたいする審査を実施しており、それらは utilization review とよばれている。また、日本でも請求されたレセプトにたいする審査が審査支払機関によって実施されている。そうした審査をいっそう強化する意義を分析しよう¹⁰⁾。

ここで考えているのは、保険者が付加的な費用をかけて患者の状態を見分け、医療サービスの供給が適切だったか、どうかを審査することである。たとえば、第2節のモデルで、患者がある医師によって「重症」と診断され、医療サービスを受けた場合、その患者がたしかに「重症」であったかを保険者は審査する。このような審査が可能であるとしても、問題は審査結果に基づいた診療報酬や、患者自己負担の設定が可能かどうかである。いままでの議論のもっとも本質的な仮定は、保険契約(医師への診療報酬契約を含め)を状態に依存させることができないというものであった。そこで、この仮定を次のように緩めてみよう。すなわち、審査の結果が確定的である(立証可能である)場合にのみ、それに依拠する契約が可能であるとしよう。すると、審査費用を高め、審査の精度を高くする(あるいは審査対象とする患者の数を増やす)ことによって、審査結果を活用する契約の有効性も高くなるだろう。このような場合、 $C_1 < P^*$ であっても、「供給者(医師)誘発需要」を抑止できるかもしれない。審査によって「供給者(医師)誘発需要」が立証された場合に、保険者は診療報酬の支払いを拒否できる。ゆえに「供給者(医師)誘発需要」への誘因は低下するのである。

では、審査結果に基づく契約がまったく不可能であれば、審査は無意味ということだろうか。必ずしもそうではない。契約が短期的で每期更新できるとしよう。この場合、契約そのものを審査結果に依存させることができないとしても、保険者はその期の審査結果に基づいて次期の契約を見直すことが可能である。見直しのなかには、「誘発需要」の医師に対する価格を低下させるか、その医師に受診する患者の自己負担を高めるか、あるいは保険医契約そのものを継続しないという選択が含まれうる。「誘発需要」を起こした医師に多大な「暗黙の罰金」(機会費用)をもたらすような工夫をこらすのである。こうして医師が「誘発需要」による一時的な利益よりも、長期的な利益を重視して「暗黙の罰金」を回避しようとするれば、このような契約見直しの可能性は「誘発需要」を抑止する誘因として機能するのである¹¹⁾。

< 医療サービスの質の管理 >

上で述べた論理は、医療サービスの質を確保するうえでも有効である。質の問題はいまま

で捨象されてきた。ここでは医療サービスの質を患者の健康回復の程度と考え、それが効用の増加につながると想定しよう。医療サービスの質は、新しい医学的知見・診療技術の習得から日常的な診療にいたるさまざまな次元で、医師の努力水準に依存するだろう。第2節のモデルにおける L_{i1} ($i=1,2$) の値は、医師の努力水準に依存する（その減少関数になる）と考えられるのである。しかしながら、一般に診療行為には不確実性がある。同じ努力水準であっても、患者側の特異性(idiosyncrasy)によって、まったく同一の症例と診断される場合の手術が成功することもあるれば、失敗することもあるだろう。したがって、たとえば過去5年間の手術の成功率や、癌の場合のいわゆる5年生存率などの治癒実績にかかわるデータは、医療サービスの質を代理する不確実な指標である。

とはいえ、契約関係にある各医師・医療機関のこうした情報を系統だって収集し、蓄積する作業は、保険者の重要な仕事となりうる。医療情報の収集を他の機関に委託するとしても、保険者はそうした情報を積極的に活用する立場にある。なぜなら、医療情報に依拠した診療報酬契約を結ぶことができるならば、たとえ医師の努力水準が観察できなくても、医師の努力を引き出す報酬設計が可能となるからである。たとえば、治癒実績の高かった医師には高い価格を設定し、治癒実績の低かった医師には低い価格を設定するというような工夫である。逆に、そうした報酬と懲罰の仕組みがなければ、医師から適切な努力水準を引き出すことはできないだろう。

また、このような指標データは、それに依拠した診療報酬契約を結ぶことができないとしても、契約の見直し時には活用できる。「誘発需要」の抑止について述べたのと同じ論理によって、相対的に悪い指標データの医師との保険医契約を見直すという可能性が、医師の努力水準を引き出すのである。

4.5 保険者による管理された競争と情報の開示

保険者の重要な役割は、医師・医療機関の審査や診療の成果にかんするデータの蓄積を踏まえて、「誘発需要」の誘因を抑え、質の向上をはかる誘因を与えるメカニズムを作り出すことである。診療報酬契約がそうした情報に直接依拠して結べない場合には、各期ごとに契約を見直すという方法がある。このことは、保険者による主体的な医師・医療機関の選別を意味する。このために保険医契約を獲得するための競争が医師・医療機関で働くことになる。これは保険者によって意図的に組織あるいは管理された競争(managed competition)であり、こうした競争が「誘発需要」を抑え、質を向上させる規律を医師・医療機関にもたらすのである。

保険者によって組織された競争は、被保険者の立場からみると、自らが医師・医療機関を選抜するための探索費用(情報収集費用)を節約することである。被保険者は、医師・医療機関の選抜を、情報上優位にある保険者に委託するのである(鶴田編(1995)第4章)。しかし、このことは犠牲を伴う。被保険者自身による医師・医療機関の選抜が制約を受けるからである。たとえば、保険者から契約を打ち切られた医師にかかっていた患者のなかには、この医師と長期的な関係を構築している慢性患者もいるだろう。実際に契約の見直しが発生してしまうと、こうした患者が犠牲になる可能性がでてくる。したがって、このような被保

険者への配慮(自己負担のあり方)をどのように工夫するかは、デリケートな問題となる。

だとすれば、保険者がみずから医師・医療機関を選別するのではなく、むしろ被保険者による医療機関の選抜を「助ける」という意味での緩やかな保険者機能の可能性はないだろうか。それが保険者による医療情報の開示である。一般に医療サービスは、消費という経験を経ても消費者による質の評価が困難な「専門財」であるといわれる。患者による事後の評価は個別的であり、局所的なものにとどまる。したがって、医師・医療機関が質への努力を怠っても、ライバルに患者を奪われ需要が極端に落ち込むということはない。つまり、質にかんする需要の弾力性は相対的に低いと考えられるのである。そこで、同じ病気(診断群)ごとに、各医師・医療機関にかかった患者の治療成果(の平均値)にかんして、保険者が被保険者全員に情報公開するとしよう。すると、明らかに市場は競争的となって、各医師・医療機関の質にかんする需要の弾力性は上昇するだろう。情報の開示が質の向上に規律を与えるのである。

4.6 医療保険制度改革への意義

いままでの議論から明らかなように、保険者機能の強化とは、保険者が医師・医療機関に「市場の規律」を与えることである。診療報酬制度も国から一律に与えられるものではなく、保険者機能の一環として保険者が主体的に設計するものである。しかし、日本の現行(2002年2月現在)の医療保険制度のもとでは、いぜんとして出来高払い的な性格の強い診療報酬制度がどの医師・医療機関にも一律に適用され、各保険者(保険組合)が医師・医療機関と主体的に交渉する余地はない。また、健康保険組合が独自の保険医契約を医師・医療機関と結ぶことは認められていない。保険医療機関の指定は、医療機関の申請に基づいて地方社会保険事務局長が行うのであり、保険医療機関は厚生労働大臣(地方社会保険事務局長)または都道府県知事の指導監督下におかれるのである。さらに、保険者が利用可能な医療情報はレセプトに限られ、患者のカルテにかんする情報を入手する権限はない(レセプト・データも標準化されているとはいいがたい)。それは主に患者のプライバシーを保護するためであるが、4.4節で議論した「患者の状態を見分け、医療サービスの供給が適切だったか、どうかを審査する」ことを不可能にしている。患者のプライバシーの保護は、むしろ情報管理の問題というべきで、新たに規制のあり方が問われるべきであろう。最後に、医療評価という点では、第三の機関である「日本医療機能評価機構」が評価を希望する病院に評価サービスの提供を1997年より開始しているなど、積極的な動きもあるが、そうした評価情報が「市場の規律」のために生かされているとはいいがたい。したがって、いままでの社会保険の枠組みを維持するにせよ、保険者機能を強化するためには、かなり抜本的な改革が要請されるのである。とはいえ、2001年の厚生労働省試案には、保険者機能の強化に関連する提案が、いぜんとして抽象的ではあれ、盛り込まれるにいたっている。情報開示の前提はカルテやレセプト・データの標準化であり、いわゆる医療のIT化(電子カルテシステムの導入やレセプト・データの電算化)は、医師・医療機関の比較を可能にする第一歩である。また、試案には、「保険者と医療機関が合意により、保険者自らがレセプトの審査支払いを行うこと及びその民間委託を可能とする」ことや「健康保険法

等の規定に基づき、保険者と医療機関が保険診療につき診療報酬に係る個別の契約を締結することを可能にする」ことに加え、広告規制のさらなる緩和なども提案されている。ただし、これらがどのような形で具現化されるかは現段階では不透明である。

5 逆選択とリスク調整

医療サービス市場における「市場の規律」が保険者機能の強化によってつくられるとすれば、保険者は何によって律せられるのであろうか。保険者を律するのが市場であれば、そこには適切な競争環境が整備されていなければならない。それを阻むものが逆選択といわれる問題である。保険者は被保険者のリスクを見分けられないために、加入を希望する人の平均的なリスクをもとに保険料を設定するようになる。その結果、低リスクでも本来は保険に加入すべき人が加入を断念したり、本来はより手厚いカバーの保険に加入すべき人が給付の薄い保険に加入したりするようになる。保険者のほうは、低リスクの人だけを加入させようと、給付範囲と保険料の組み合わせを工夫しようとする。そのような工夫はプラン操作(plan manipulation)とよばれている。いずれにせよ、保険者と被保険者のあいだにある情報の非対称性によって歪み(distortion)が発生する。リスクとは独立の保険料で一律のカバーを提供する社会保険は、こうした歪みを是正する仕組みの一つである。しかし、社会保険だけが是正手段ではない。民間保険市場をできる限り活用する補正的な政策もありうるだろう。以下ではその可能性を分析する。

5.1 逆選択のモデル

ここでは逆選択という問題の本質を分析するために、いくつか単純化したモデルを考える¹²⁾。まず、人々が危険中立的(所得の限界効用が一定)で、所得効果を見捨てた余剰分析が適用できるとしよう¹³⁾。また、市場にはすでに2種類の保険プランが提供されているとしよう。そのひとつは給付範囲が狭く、これをプラン1とする。もうひとつは、給付範囲が広く、これをプラン2とする。長期的にみれば保険者はさまざまに保険プランを企画して製品差別化を図る、あるいは「プランを操作する」ことが可能であるが、ここでは市場に出されているプランの種類を前提に議論をすすめるのである¹⁴⁾。各プランが被保険者にもたらす期待便益や、保険者にもたらす期待費用は、一般に被保険者のリスク・タイプに依存する。被保険者のリスク・タイプは、予想される病気の重症度に代表されよう。そこで、

リスク・タイプあるいは予想重症度を s で表し、 s は 0 から \bar{s} までのあいだに連続して分布しているとしよう。このとき、タイプ s の被保険者がプラン1に加入する便益を $B_1(s)$ 、プラン2に加入する便益を $B_2(s)$ としよう。 $B_1(s)$ と $B_2(s)$ は、予想重症度 s が高いほど大きくなるだろう。ただし、給付範囲の差を反映して、 $s > 0$ ならば $B_2(s) > B_1(s)$ である。プラン間の便益の差を $b(s) = B_2(s) - B_1(s)$ と表そう。 $b(s)$ はプラン2の給付範囲の相対的な広さがもたらす付加的な便益である。付加的便益 $b(s)$ も予想重症度 s が高いほど大きくなると想定できるだろう。一方で、タイプ s の加入がプラン1にもたらす費用を $Ds + K$ 、プラン2に

もたらす費用を $(D+d)s+K$ としよう。D、d、Kはそれぞれ正の一定値であり、各プランの費用は、被保険者の予想重症度 s に依存して増大すると仮定するのである。Kは予想重症度には依存しない経費（取引費用など）であり、dはプラン2の給付範囲の相対的な広さがもたらす付加的な費用を表すものと解釈できる。

図4

以上の準備のもとに、競争的な保険プランの市場を考えよう。まず、保険者が被保険者のリスクを見分けられる完全情報下の競争均衡を考えよう。保険者は被保険者のリスクどおりに保険料を付ける。すると、タイプ s がプラン1に加入する利益（余剰）と、プラン2に加入する利益（余剰）は、それぞれの次のように表される。

$$V_1(s)=B_1(s) - (Ds+K)$$

$$V_2(s)=B_2(s) - \{(D+d)s+K\}$$

各リスク・タイプの人々は、利益が最大になる選択をするだろう。保険に加入するのであれば、利益の大きなプランを選択するだろうし、どのプランも正の利益をもたらさないのであれば、未加入を選択するだろう。図4に描かれた状況では、0から s^* までのタイプは未加入を選択し、 s^* から s^{**} までがプラン1に、 s^{**} 以上がプラン2にそれぞれ加入するようになる。ここで、タイプ s^* は、未加入とプラン1への加入が無差別となる限界的なタイプで、式で表せば、

$$V_1(s^*)=0 \text{ あるいは } B_1(s^*) - (Ds+K)=0$$

を満たすタイプである。また、タイプ s^{**} は、プラン1への加入とプラン2への加入が無差別となる限界的なタイプで、式で表せば、

$$V_2(s^{**}) - V_1(s^{**})=0 \text{ あるいは } b(s^{**}) - ds^{**}=0$$

を満たすタイプである。

では、逆選択の状況を考えてみよう。各保険プランの保険料は、加入者の平均的なリスクを反映して決定されるようになる。そのような状況でのプラン1の保険料を P_1 、プラン2の保険料を P_2 としよう。このとき、タイプ s がプラン1に加入する利益（余剰）と、プラン2に加入する利益（余剰）は、それぞれ次のように表される。

$$v_1(s)=B_1(s) - P_1$$

$$v_2(s)=B_2(s) - P_2$$

被保険者の目標は、保険者がリスク・タイプを見分けられる場合と同じように、利益の最大化である。図4の状況では、0から s_0 までのタイプは未加入を選択し、 s_0 から s_1 までがプラン1に、 s_1 以上がプラン2にそれぞれ加入する。ここで、タイプ s_0 は、未加入とプラン1への加入が無差別となるタイプで、式で表せば、

$$v_1(s_0)=0 \text{ あるいは } B_1(s_0) - P_1=0 \tag{4-1}$$

を満たすタイプである。また、タイプ s_1 は、プラン1への加入とプラン2への加入が無差別となるタイプで、式で表せば、

$$v_2(s_1) - v_1(s_1)=0 \text{ または } b(s_1) - (P_2 - P_1)=0 \tag{4-2}$$

を満たすタイプである。

問題が複雑になるのは、このような被保険者の選択が P_1 と P_2 の値に影響を及ぼすためである。競争的な保険市場で P_1 と P_2 の値は、加入者の平均的なリスクに基づいて算定されるので、

$$P_1 = E[Ds + K | s_0 \leq s < s_1] \quad (5-1)$$

$$P_2 = E[(D+d)s + K | s_1 \leq s < \bar{s}] \quad (5-2)$$

がそれぞれ成立する。ここで、 $E[Ds + K | s_0 \leq s < s_1]$ は、タイプ s_0 から s_1 までの加入を条件とした、プラン 1 の費用の期待（平均）値であり、 $E[(D+d)s + K | s_1 \leq s < \bar{s}]$ は、タイプ s_1 から \bar{s} までの加入を条件とした、プラン 2 の費用の期待（平均）値である。たとえば、 s が一様に（同じ確からしさをもって）分布しているという場合に、 P_1 と P_2 の値はそれぞれ次のように計算できる。

$$P_1 = D(s_0 + s_1)/2 + K$$

$$P_2 = (D+d)(s_1 + \bar{s})/2 + K$$

逆選択下の競争均衡は、(4-1)、(4-2)、(5-1)、(5-2)の各式が同時に満たされる状態である。この逆選択下の競争均衡では、プラン間の保険料格差が、単に給付範囲の違いを反映する以上に拡大する。このことは、以下の式から明らかである。

$$P_2 - P_1 = (E[Ds | s_1 \leq s < \bar{s}] - E[Ds | s_0 \leq s < s_1]) + E[ds | s_1 \leq s < \bar{s}] \quad (6)$$

右辺の第一項（括弧でくくられた差の部分）が、逆選択が原因で起こる保険料格差となる。

そこで、完全情報下の均衡と逆選択下の均衡を比較してみよう。図 4 では $s_0 > s^*$ 、 $s_1 > s^{**}$ という関係が成立している。その理由を考えてみよう。まず、プラン 1 とプラン 2 が無差別となるリスク・タイプ s_1 について検討しよう。各プランの保険料は加入者のリスクを正確に反映してきめられる場合と違って、自分以外の加入者のリスクも反映するようになるために、プラン 2 の保険料 P_2 がプラン 1 の保険料 P_1 に比べて相対的に高すぎると判断するリスク・タイプもあれば、低すぎると判断するリスク・タイプもいるだろう。しかし、プラン 2 を選好するという高リスク・タイプが多く混じるようになると、(6)式における逆選択のもたらし保険料格差が広がるために、 P_2 を高すぎると判断するリスク・タイプが相対的に多くなるだろう。ゆえに s_1 は上昇し、 s^{**} よりも高く、右に位置するのが一般的となる。さらに、このことはプラン 1 に加入する人の平均的なリスクを高めることを意味するので、 P_1 も上昇するだろう。その結果、未加入の選択とプラン 1 への加入が無差別となるリスク・タイプ s_0 も上昇し、 s^* よりも高く、右に位置するのが一般的となる。

本来は給付範囲の広い（より手厚いカバーの）保険プランに加入すべき人が、給付範囲の狭い保険プランに加入するようになり、本来は保険に加入すべき（それが給付範囲の狭いものであれ）人が未加入を選択するようになる。米国での実証研究によれば、管理型のなかでも HMO などの給付範囲が限定されるプランには低リスクの人が偏って加入し、従来の FFS 型プランや PPO などの給付範囲の相対的に広いプランには高リスクの人が偏って

加入するということが報告されている。民間保険市場では明らかに逆選択が起こりうる。そのもっとも極端な形態はデス・スパイラル(death spiral)といわれ、給付範囲の広い(手厚いカバーの)プラン(ここでいうプラン2)が加入者を集められず、市場から駆逐されてしまうのである¹⁵⁾。

5.2 リスク調整

競争的な民間保険市場のワーキングをできる限り尊重するという立場で、逆選択を是正する方法を考えよう。それがリスク調整(risk adjustment)である。5.1節のモデルを用いてその仕組みを説明しよう。

プラン1にたいして加入者1人あたり t を課税し、それを原資にしてプラン2にたいしては加入者1人あたり r を補助するとしてみよう。保険者へのこのような課税・補助金政策は加入者に転嫁されるので、未加入とプラン1への加入が無差別となる限界的なタイプ s_0^* は、次の式で表されるようになる。

$$B_1(s_0^*) - P_1 - t = 0$$

P_1 はプラン1の受け取る供給(保険)者価格である。一方で、プラン1への加入とプラン2への加入が無差別となる限界的なタイプ s_1^* は、次の式で表されるようになる。

$$b(s_1^*) - (P_2 - P_1) + r + t = 0$$

P_2 はプラン2の受け取る供給(保険)者価格である。

このように課税・補助金政策が導入されると、保険加入を考える人たちの誘因が変化する。ゆえに各プランの平均的なリスク・タイプが変化し、それは保険料 P_1 と P_2 に影響を及ぼすのである。これがリスク調整にほかならない。ただし、このような政策は収支制約を満たす必要がある。すなわち、

$$\{F(s_1^*) - F(s_0^*)\}t = \{1 - F(s_1^*)\}r$$

となっていなければならない。ここで、 $F(s)$ は s の確率分布関数である。この式は、プラン1からの課税収入(左辺)がプラン2への補助金(右辺)に等しいことを意味している。

補助金政策によってプラン2に加入していた人の期待効用が高くなることは明らかである。しかし、それだけにとどまらない。課税・補助金政策の結果、被保険者にとっての保険料格差は、直接的に $r+t$ だけ縮小する。したがって、いままでプラン1に加入していた人がプラン2に加入するようになる。その結果、プラン2の保険料 P_2 が低下するのである。さらにプラン1の平均的なリスクも低下するので、プラン1の保険料 P_1 も低下し、その下落幅がプラン1への課税負担 t を上回れば、プラン1の加入者の期待効用も上昇する。図5はこのシナリオを図示したものである。リスク調整の結果、 s_0 は s_0^* に、 s_1 は s_1^* に移動する。つまり、どの被保険者(補助されるプランの加入者だけでなく、課税されるプランの加入者)の期待効用も改善するのである。

図5

現実のリスク調整は、各プランの加入者の平均年齢や過去の診療実績などから平均リス

クを予測し、それに基づいて実施されることになる。したがって、課税を回避し、より多くの補助金を獲得しようとする保険者は、意図的に医療費を増大させるようなプラン操作を試みるかもしれない。そうした誘因にたいして中立的なリスク調整の仕組みを構築することは、きわめてデリケートな問題といえよう¹⁶⁾。

5.3 医療保険制度改革への意義

実施にまつわるいくつかの困難は予想されるが、リスク調整の仕組みがうまく機能すれば、逆選択が問題となる民間保険市場でも、効率性の改善が見込まれることがわかった。この仕組みの利点は、保険プランの選択をあくまで被保険者にゆだねていることにある。被保険者（消費者）のタイプは、リスク以外に危険回避の程度など、さまざまに異なる。そうした多様な消費者ニーズを反映して、給付範囲の異なる複数のプランが競争するのはむしろ好ましいことである（もちろん、過剰な差別化によるセグメント独占の弊害についても考慮すべきであるが）。また、給付範囲を同じくするプランのあいだには価格競争が働いて、保険料を引き下げるのである（5.1節と5.2節のモデルではそのような価格競争を前提にしている）¹⁷⁾。

しかしながら、日本の現行の医療保険制度では、民間保険会社が参入できる領域は限定されており、消費者（国民）にも保険者選択の自由はない。さらに、リスクの異なる保険制度間で財政調整の必要が生じ、最終的には老人保健制度が成立するにいたった経緯は、リスク調整のプロセスのように見えるが、そこには各保険者を律する「市場の規律」は存在しなかったのである。

とはいえ、リスク調整の仕組みが機能するにせよ、医療保険をすべて自由な民間市場にゆだねることについては、第3節で明らかにしたように、公平性の観点から受け入れがたいであろう。ここでも公的なカバーと私的なカバーをいかに調整するかが問われるのである。そうした調整において公平性と効率性を折り合わせる手段と考えられるのが、クリントンの医療改革案に多大な影響を与えた（保険者間の）「管理された競争」である¹⁸⁾。そこで、「管理された競争」の応用可能性を探ってみよう。

まず、この「競争」に参加する保険プランは、第4節で論じた意味での保険者機能を備えているべきであろう。そのもとで、各プランは、リスク・タイプや所得水準とは独立にどの被保険者にも、標準化された医療サービスの基本給付を提供し、その同じ給付範囲に依拠して医療サービスの質と価格（保険料）で競争する。各プランの保険料は、加入者の平均的なリスクを反映して決定されるようになるが、加入者の平均リスクに格差が発生する場合には、リスク調整のための課税と補助が不可欠となる。また、どんな人でも基本給付をカバーする保険に加入できるように、低所得層にたいしては保険料への補助が必要となるが、プランの選択はあくまで価格（費用）にたいして敏感になされるべきである。最後に、基本給付を越えたサービスにかんする保険については、原則として自由競争にゆだねるべきであろう。

問題は、こうした競争をいかに組織するかであり、組織の主体はスポンサーあるいは購買組合とよばれる。購買組合は、適格な複数のプランを選別して傘下の消費者に提示する。そ

して、各プランの質と価格の情報を十分に開示し、プラン操作を防止しなければならない。また、必要が生ずれば、リスク調整の担い手となる。さらに、購買組合傘下の消費者の規模は一定以上でなければならないだろう（たとえば、地域や職域を統合した都道府県単位での購買組合を想定できるだろう）。これは、保険本来のリスク分散機能を十分に発揮させるためであり、また、保険契約とその履行にともなう取引費用に規模の経済が働くためでもある。

ただし、保険者を「市場の規律」に晒すためのこうした仕組みは、明らかに行政費用を高めるし、そもそも購買組合を律する規律も問われるだろう。また、どこまでを基本給付とするかについてはさまざまな考え方があり、合意の形成は困難であろう。このように克服すべき点は多いが、保険者も「市場の規律」で律せられるような仕組みが模索されるべきである¹⁹⁾。

しかしながら、現在の日本で、そうした方向での議論が十分になされているとは言いがたい。高齢者医療保険制度をめぐる活発な議論も、世代間の相互補助をめぐる保険制度の再編（高齢者の医療費を誰が負担するか）という性格にとどまっていると思われる。問題は、高齢者医療を対象とする保険プラン市場のあり方である。平均的なリスクが事前に推定しやすい高齢者医療については、米国のメディケア(Medicare)がそうであるように、別立てで準公的にカバーするという選択肢もありうるだろう。しかし、その場合でも、複数の競合する保険プランを被保険者が選択できる仕組みが模索されるべきであろう。将来的には、保険者にたいする「市場の規律」をいかに創出するかも問われるべきなのである。

注釈

*)本稿のもとになっている研究については、研究報告会等を通じて鴛田忠彦(一橋大学)、小椋正立(法政大学)、知野哲朗(岡山大学)の各氏を始めとする多くの方々から有益なコメントをいただいたこと、また、文部科学省科学研究費補助金特定領域研究B「世代間の利害調整に関する研究」の助成を受けていることに感謝の意を表したい。もちろん、本稿にありうる誤りはすべて筆者の責任に帰すものである。

) nmaki@kokugakuin.ac.jp 國學院大學経済学部 〒150-8440 渋谷区東 4-10-28

1) 日本の医療保険制度改革については、西村(1997)、広井(1997)、八代監修・通産省サービス産業課編(1999)、八代(2000)、川淵(2002)などに代表されるように、すでいくつかの提案が出されており、以下の節でも、そうした業績を参考にしている。ただし、以下で展開する議論の特徴は、最近までの医療経済学の理論的な展開を明示的に踏まえている点である。なお、日本の医療問題への経済学的な入門としては、小塩(1998)の第10章と第11章がよく整理されている。

2) 以下のモデルは、中泉(1986)(1992)や鴛田編(1995)の第11章に基づいている。漆編(1998)の第4章も参照のこと。また、いまや古典的な論文である Zeckhauser(1970)や、より精緻な展開としては最近の業績に属する Blomqvist(1997)も参照のこと。なお、本節での議論は、不確実性の経済学の初歩を前提にしている。それらになじみのない読者は、漆編

(1998)第4章以外に、中泉・鴫田(2000)の第5章や第10章などを参照のこと。

3)ここでの説明の仕方は、中泉・鴫田(2000)の第10章第3節にしたがっている。より専門的には Arnott and Stiglitz(1988)を参照のこと。

4)効率性や公平性の観点から、社会保険と民間保険のあり方を考えている最近の論文に、Blomqvist and Johansson(1997)や Petretto(1999)がある。以下の展開は Petretto(1999)にそうものである。ただし、Petretto(1999)では、本節と違って、モラルハザードの背後にある契約の不完備性が説明されていない。

5)管理医療(マネージド・ケア、managed care)の経済学的な研究は多岐にわたるが、最近までの研究に展望を与えたものとして Glied(2000)が包括的である。

6)「供給者(医師)誘発需要」についての詳細な説明は漆編(1998)の第3章、または McGuire(2000)を参照のこと。なお、ここでの議論の枠組みは中泉(1993)(1995)に依拠している。

7)コンテストビリティの理論については、中泉・鴫田(2000)の第12章を参照のこと。

8)管理医療の初期の理論研究としては、Ellis and McGuire(1986)(1990)や Baumgardner(1991)が代表的である。最近の研究、とくに需要側の管理と供給側の管理をいかに組み合わせるかという視点での研究として、Ma and McGuire(1997)、Pauly and Ramsey(1998)、Ma and Riordan(2000)などがある。なお、Ma and Riordan(2000)のモデリングは、中泉(1986)(1992)と問題意識を共有している。

9)ダンピングの可能性を考慮に入れた診療報酬設計の問題は、たとえば Ma(1994)や Ellis(1998)で知ることができる。本節での説明は Ma(1994)に負っている。Newhouse(1996)も参照のこと。また、「供給者(医師)誘発需要」を考慮に入れた最適保険・最適診療報酬設計は筆者の目下の研究テーマである。相対的に費用の低い患者に対しては定額払い、相対的に費用の高い人(outlier)には出来高払いにすることで、ダンピングの誘因を抑えて医師・費用節減努力を引き出すことができるが、相対的に費用の低い患者には誘発需要が発生しうる。こうした誘発需要による非効率性は、需要側の管理(自己負担の導入)によって緩和できるが、それは第三の善をもとめることにほかならない。いずれにせよ、「供給者(医師)誘発需要」の存在は、需要側の管理と供給側の管理を組み合わせることを不可避とする、というのがこれまで筆者が得ている結論である。

10)ここでの議論の基本的な枠組みは、4.1節と同様に中泉(1993)(1995)に依拠している。泉田(1999)も参照のこと。

11)このような論理の立て方は、ゲームの理論、なかでもくり返しゲームの理論に依拠している。くり返しゲームの理論については中泉・鴫田(2000)の第7章を参照のこと。

12)以下のモデルは Cutler and Zeckhauser(1997)(2000)に依拠している。

13)この点については、保険市場を分析するのに危険回避型の効用関数を想定しないのは不適當ではないか、という疑問が出るだろう。たしかに、より精緻な分析を試みるには危険回避型の効用関数を想定すべきであろう。しかし分析が複雑になる反面、本質的な結論に大きな影響を及ぼすことはないと考えられるのである。

14)プラン操作のモデルの代表は Rothchild and Stiglitz(1976)であり、保険者は保険料と給付範囲で競争しあう。Rothchild and Stiglitz(1976)のモデルとそれに依拠した補正政策

の分析については漆編(1998)第4章を参照のこと。

15) 逆選択にかんする実証研究の展望は Cutler and Zeckhauser(2000)で与えられている。また、デス・スパイラルの興味深い事例については Cutler and Reber(1998) または Cutler and Zeckhauser(1997)を参照のこと。90年代初頭、ハーバード大学では職員にPPOと複数のHMOのなかから加入プランを選択させる仕組みを導入したが、逆選択の結果、PPOの保険料が増大し、結局そのPPOは解散することになったという。

16) リスク調整にかんする包括的な議論は van de Ven and Ellis(2000)で与えられている。

17) Cutler and Reber(1998)の実証研究は、複数のプランを競争させることによるメリットが逆選択による損失を上回るという結果を導き出している。

18) 詳しくは鶴田編(1995)の第5章を参照のこと。さらに専門的に調べたい方は Enthoven(1988)(1993)などを参照のこと。4.5節でも「管理された競争」という概念を使ったが、もともとは Enthoven が保険者間の競争をいかに組織すべきかを論じる上で用いた用語である。

19) すでにドイツでは90年代に、公的保険制度の枠組みを崩さないまま「市場の規律」を導入することが試みられている。ドイツでは、日本の健康組合や国民健康保険に対応する「疾病金庫」が公的保険者となっている。「疾病金庫」は医療機関と診療契約を結ぶことができ、独立採算原則のもとに運営されるが、「疾病金庫」間ではリスク調整(リスク構造調整)が実施されている。そのもとで、国民には保険者を選択する自由があり、「疾病金庫」間に競争が働いていると考えられる。

文献一覧

[邦語文献]

泉田信行(1999),「患者の受診行動と保険者に対する規制」『医療と社会』Vol.9, 47-57頁.

漆博雄編(1998),『医療経済学』東京大学出版会.

小塩隆士(1998),『社会保障の経済学』日本評論社.

川淵孝一(2002)『医療改革 痛みを感じない制度設計を』東洋経済新報社.

鶴田忠彦編(1995),『日本の医療経済』東洋経済新報社.

中泉真樹(1986),「医療サービス」の特質と医療保険制度」『経済と経済学』第58号,29-40頁.

_____ (1992),「モラル・ハザードと医療保険の理論」『国学院経済学』第40巻,51-66頁.

_____ (1993),「供給者による需要誘発」抑止のメカニズムとしての管理医療保険モデル」『医療と社会』Vol.3, 1-25頁.

_____ (1995),「供給者による需要誘発と暗黙契約に基づく規制の経済理論」『季刊社会保障研究』第31巻,252-263頁.

_____・鶴田忠彦(2000),『ミクロ経済学 理論と応用』東洋経済新報社.

西村周三(1997),『医療と福祉の経済システム』筑摩書房.

広井良典(1997),『医療保険改革の構想』日本経済新聞社.

八代尚宏監修・通産省サービス産業課編(1999),『改革始動する日本の医療サービス』東洋経済新聞社。

八代尚宏(2000),『医療の規制改革 保険者機能強化と医療機関の競争促進』八代尚宏編『社会的規制の経済分析』第4章,日本経済新聞社,99 131頁。

[英語文献]

Arnott,R.J.,and J.E.Stiglitz(1988), “The Basic Analytics of Moral Hazard”, *Scand. Journal of Economics* 90(3): 383 413.

Baumgardner,J.(1991), “The Interaction between Forms of Insurance Contract and Types of Technical Change in Medical Care”, *Rand Journal of Economics* 22(1) : 36 53.

Blomqvist,A.G.(1997), “Optimal Non-linear Health Insurance”, *Journal of Health Economics* 16(3):303 321.

Blomqvist,A.G.,and P-O.Johansson(1997), “Economic Efficiency and Mixed Public/Private Insurance”, *Journal of Public Economics* 66 : 505 516.

Cutler,D.M.,and S.J.Rever(1998), “Paying for Health Insurance :The Tradeoff between Competition and Adverse Selection”, *Quarterly Journal of Economics* 113(2) : 433 466.

Cutler,D.M.,and R.J.Zeckhauser(1997), “Adverse Selection in Health Insurance”, Working Paper 6107,National Bureau of Economic Research.

Cutler,D.M.,and R.J.Zeckhauser(2000), “The Anatomy of Health Insurance”, in A.J.Culyer and J.P.Newhouse,eds., *Handbook of Health Economics*, Elsevier, Amsterdam.

Ellis,R.P.,and T.G.McGuire(1986), “Provider Behavior under Prospective Reimbursement”, *Journal of Health Economics* 5: 129 151.

Ellis,R.P.,and T.G.McGuire(1990), “Optimal Payment Systems for Health Services”, *Journal of Health Economics* 9: 375 396.

Ellis,R.P.(1998), “Creaming, Skimping, and Dumping: Provider Competition on the Intensive and Extensive Margins”, *Journal of Health Economics* 17(5): 537 555.

Enthoven,A.C.(1988), *Theory and Practice of Managed Competition in Health Care Finance*, North-Holland, Amsterdam.

Enthoven,A.C.(1993),“The History and Principles of Managed Competition”, *Health Affairs* 12, Supplement : 24 48.

Glied,S.(2000), “Managed Care” in A.J.Culyer and J.P.Newhouse,eds., *Handbook of Health Economics*, Elsevier, Amsterdam.

Ma,C.A.(1994), “Health Care Payment Systems: Cost and Quality Incentives”, *Journal of Economics and Management Strategy* 6(1) : 93 112.

Ma,C.A.,and T.G.McGuire(1997), “Optimal Health Insurance and Provider Payment”, *American Economic Review* 87(4) : 685 704.

- Ma,C.A.,and M.H.Riordan(2000), "Health Insurance, Moral Hazard, and Managed Care", Working Paper, Department of Economics, Boston University.
- McGuire,T.G.(2000),"Physician Agency", in A.J.Culyer and J.P.Newhouse, eds., *Handbook of Health Economics*, Elsevier, Amsterdam.
- Newhouse,J.P.(1996), "Reimbursing Health Plans and Health Providers: Efficiency in production Versus Selection", *Journal of Economic Literature* 34(3) : 1236 1263.
- Pauly,M.V.,and S.D.Ramsey(1999), "Would You Like Suspenders to Go with that Belt ? An Analysis of Optimal Combinations of Cost Sharing and Managed Care", *Journal of Health Economics* 18:443 458.
- Petretto,A.(1999), "Optimal Social Health Insurance with Supplementary Private Insurance", *Journal of Health Economics* 18:727 745.
- Rothchiled,M.,andJ.E.Stiglitz(1976),"Equilibrium in Competitive Insurance Markets : An Essay on the Economics of Imperfect Information", *Quarterly Journal of Economics* 90(4) : 630 649.
- van de Ven,W.P.M.M.,and R.P.Ellis(2000), "Risk Adjustment in Competitive Health Plan Markets", in A.J.Culyer and J.P.Newhouse,eds., *Handbook of Health Economics*, Elsevier, Amsterdam.
- Zeckhauser,R.J.(1970), "Medical Insurance : a Case Study of the Tradeoff between Risk Spreading and Appropriate Incentives", *Journal of Economic Theory* 2(1):10 26.

表1 医療保険制度の財政状況

政府管掌健康保険

(単位 億円)

| | 1995年度 | 1996年度 | 1997年度 | 1998年度 | 1999年度 |
|---------|--------|--------|--------|----------|--------|
| 収入 | 66,082 | 67,509 | 69,257 | 69,805 | 69,091 |
| 支出 | 68,865 | 71,702 | 70,207 | 69,771 | 72,254 |
| うち老健拠出金 | 17,052 | 18,566 | 18,897 | 20,769 | 23,372 |
| 収支差 | ▲2,783 | ▲4,193 | ▲950 | 34(▲35)* | ▲3,168 |
| 積立金 | 8,914 | 6,260 | 6,857 | 6,932 | 8,039 |

* ()は、健康保険組合の解散に伴う承継財産を除いた場合の金額

組合管掌健康保険

(単位 億円)

| | 1995年度 | 1996年度 | 1997年度 | 1998年度 | 1999年度(見込み) |
|---------|--------|--------|--------|--------|-------------|
| 収入 | 55,064 | 56,257 | 59,249 | 59,580 | 58,744 |
| 支出 | 56,286 | 58,232 | 59,266 | 59,175 | 60,766 |
| うち老健拠出金 | 14,000 | 15,065 | 15,678 | 17,107 | 18,802 |
| 収支差 | ▲1,222 | ▲1,976 | ▲17 | 405 | ▲2,033 |
| 積立金 | 33,146 | 32,358 | 35,516 | 36,444 | 35,493 |
| 赤字組合数 | 1,137 | 1,293 | 998 | 966 | 1,243 |
| 赤字組合の割合 | 62.5% | 71.2% | 55.1% | 53.8% | 69.8% |

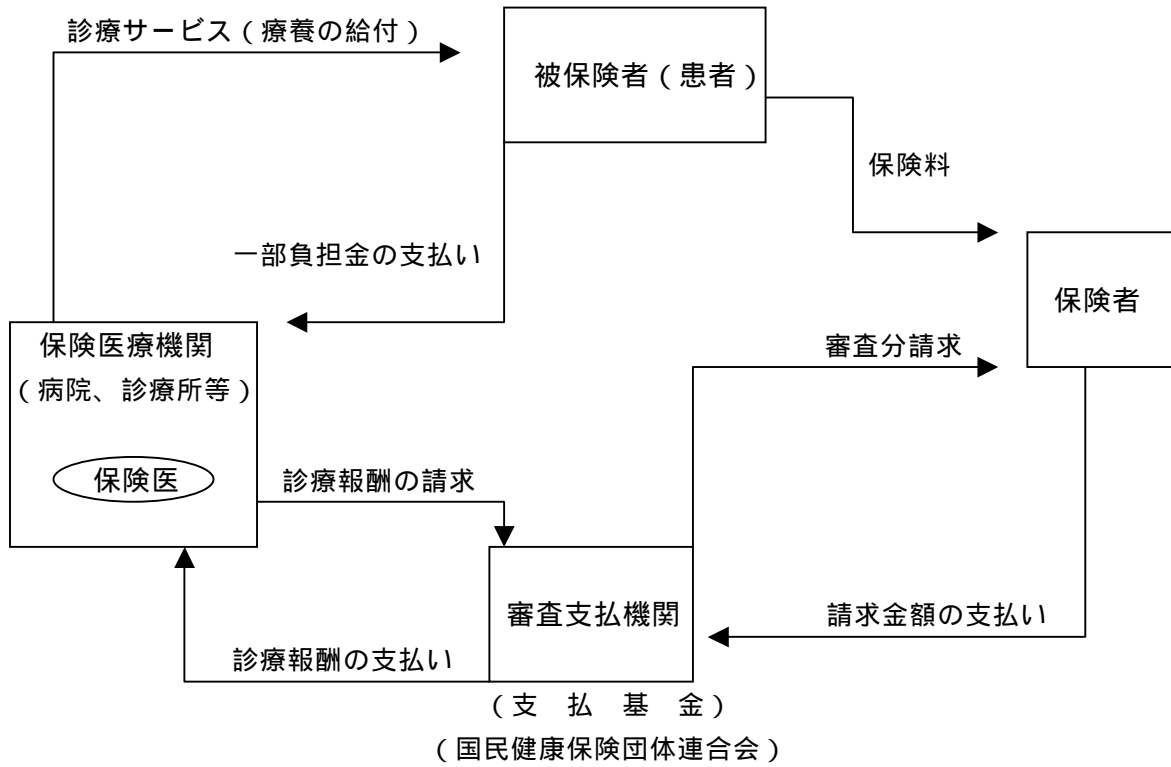
国民健康保険(市町村一般被保険者分)

(単位 億円)

| | 1995年度 | 1996年度 | 1997年度 | 1998年度 | 1999年度(見込み) |
|----------|--------|--------|--------|--------|-------------|
| 収入 | 57,708 | 60,486 | 62,173 | 62,940 | 66,927 |
| 支出 | 58,798 | 61,640 | 62,465 | 63,960 | 68,117 |
| うち老健拠出金 | 17,734 | 19,260 | 19,959 | 21,050 | 23,686 |
| 収支差 | ▲1,090 | ▲1,154 | ▲292 | ▲1,020 | ▲1,190 |
| 積立金 | 4,568 | 4,410 | 4,562 | 4,725 | 4,640 |
| 赤字保険者数 | 2,157 | 2,117 | 1,543 | 1,817 | 1,697 |
| 赤字保険者の割合 | 66.4% | 65.2% | 47.5% | 55.9% | 60.6% |

出所:厚生労働省「医療制度改革の課題と視点」、2001年3月。

図1 保険診療の概念図



出所：厚生労働省監修『厚生労働白書』(各年版)

図2 モラルハザードのもとでの最適保険

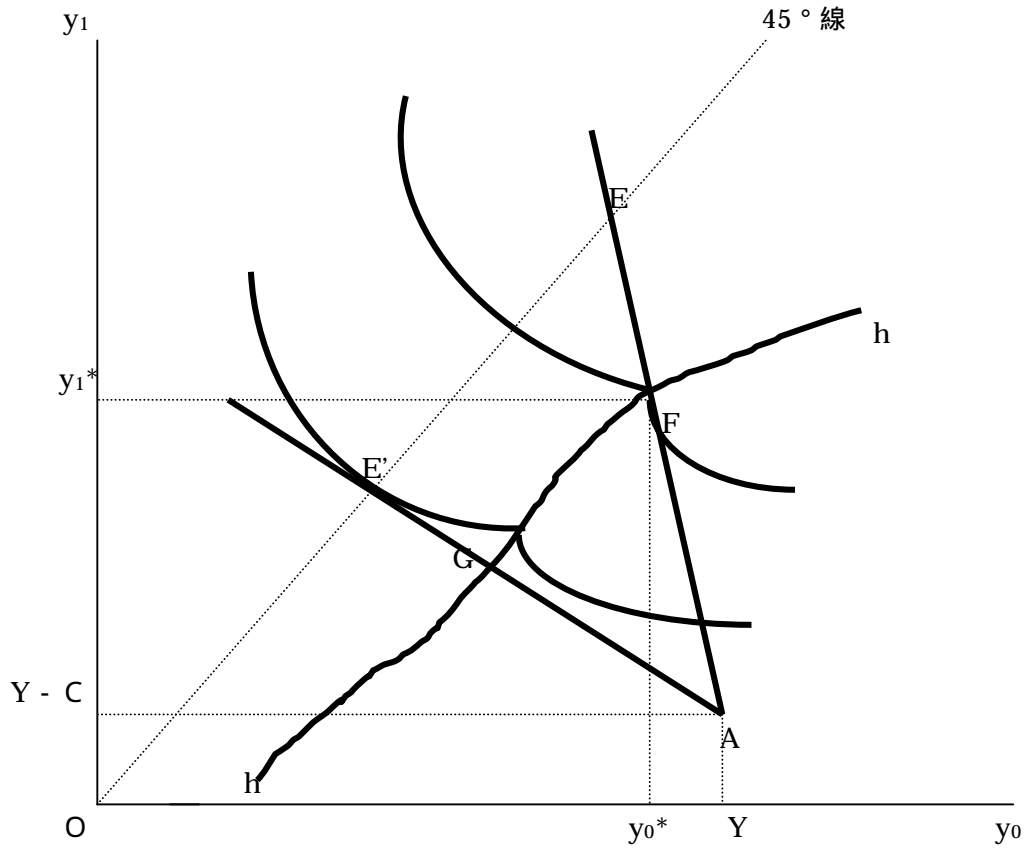


図3 公平性と社会保険

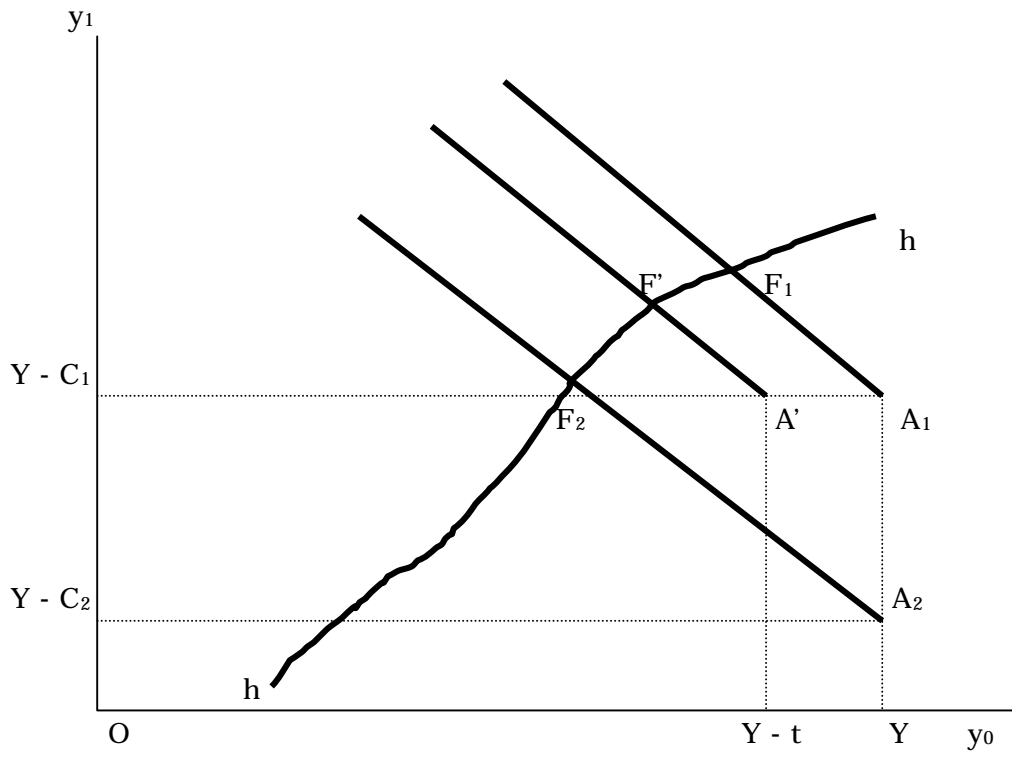


図4 競争的保険市場における逆選択

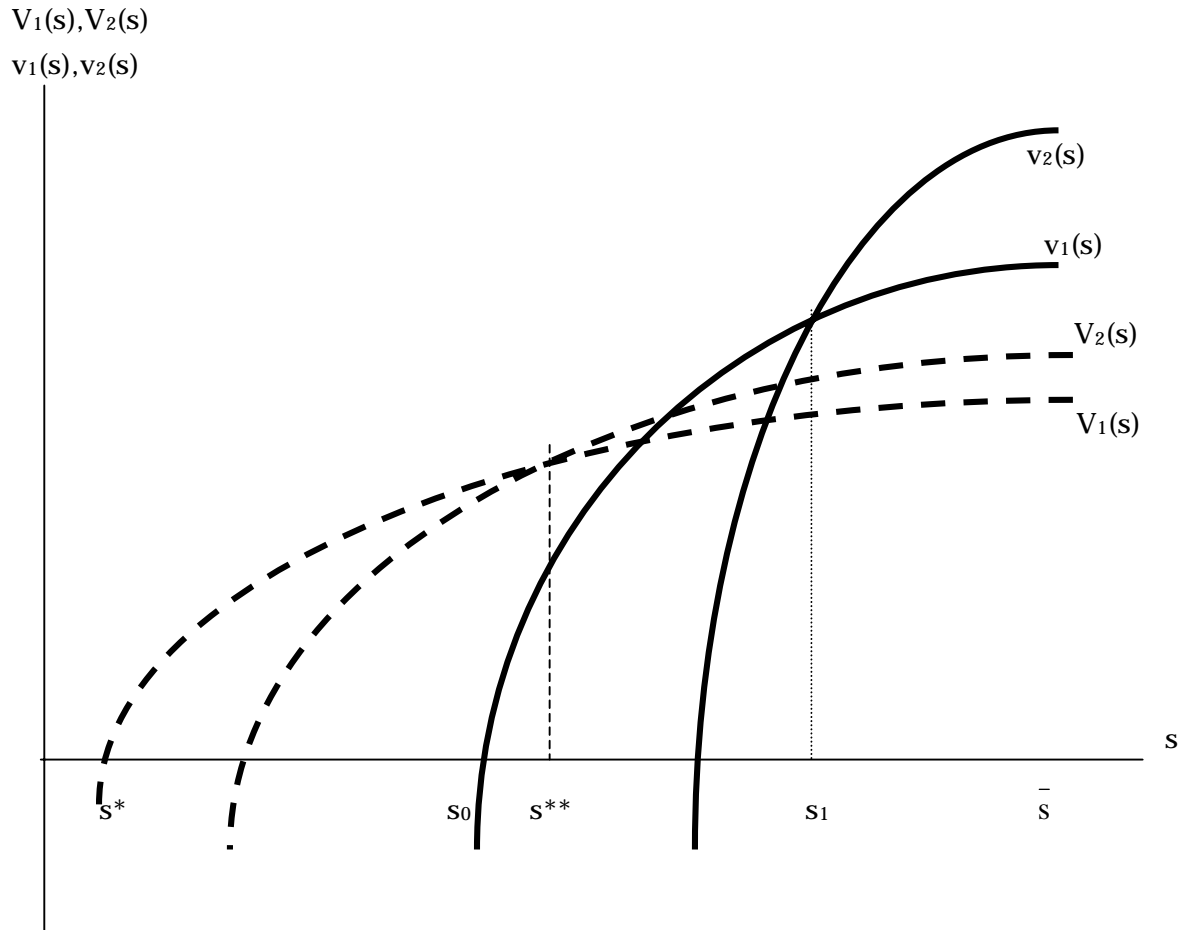


図5 リスク調整

