

国民皆保険制度の限界と医療貯蓄 口座導入の検討

明治大学 勝悦子研究会 医療分科会

山崎達矢・近藤裕太・佐々木絢也・藤井奈穂美

2010年12月

国民皆保険制度の限界と医療貯蓄 口座導入の検討

2010年12月

はじめに

日本では全ての国民が医療保険に加入し、そのサービスを受ける事ができる国民皆保険制度が存在する。これにより所得の高低に関わらず基本的な医療サービスを受けられる事皆保険の大変な利点である。しかし、このいつでもどこでも誰でも必要な医療サービスを受けられるこのフリーアクセスの政策は、必要以上の医療サービスの享受、複数の医師にかかる重複受信など、過剰な需要を生み出しているともいえる。また供給面でも医師は自由に開業することができるが、その結果医師の少ない地域が発生する、産婦人科・小児科医が不足するといった問題が起きている。決して経済効率が良いとはいえない。

また、現在の日本は高齢化という大きな課題を抱えている。高齢化が進むにつれ、医療費は膨張していくが、その負担は誰がするのであろうか。現行の社会保障では現役世代が高齢者を支えるという構造になっているが、現行制度を維持したままでは現役世代の負担が大きくなり、生活を圧迫するばかりである。

そこで、シンガポール等で行われている MSA 制度（医療貯蓄口座）の導入について検討したい。MSA 制度とは、簡単に言えば、国民に一定の割合の所得を強制的に貯蓄させる制度である。保険料と違い、払ったお金は自分のものであるというのが最大のポイントである。自分のお金であるから、できれば使いたくないという心理が働くため、過剰な需要を抑える効果が期待できる。また、生活習慣病など、予防する事で防ぎうる疾患が減少すればそれだけ医療費も減少するが、「自助」という考え方を取り入れることで健康を維持しようとする風潮が広まることも期待できる。何より貯蓄志向の高い日本人には適した制度だと考えられる。

本論ではまず、日本の現在の皆保険制度がいかに困窮しているかについて述べ、2章で実際シンガポールで行われている MSA 制度について説明する。そして3、4章でどのようにして日本に MSA 制度を取り入れていくかについて考察する。

1 章 国民皆保険制度の限界

1-1 国民皆保険制度の仕組み

全ての国民は下記のいずれかの保険に加入し保険料を納入する。保険事業を運営し、保険料の徴収、給付を行う運営主体を保険者という。一方、保険サービスを受ける主体を被保険者という。被保険者は医療費を一部負担するだけで被保険者の扶養家族を含め、医療サービスを受けることができる。

制度	被保険者	加入者数	保険者	給付事由
健康保険協会 管掌健康保険	中小企業のサラリーマンなど	3,594万人	全国健康 保険協会	業務以外の 病気・怪我、 出産、死亡
組管管掌健康 保険	大企業のサラリーマンなど	3,047万人	健康保険 組合	
船員保険	船員として船舶所有者に使用される人		社会保険 庁	
共済組合	国家公務員、地方公務員、私学の教職員		各種共済 組合	病気・怪我、 出産、死亡
国民健康保険	上記3つの保険に加入していない一般住民（自営業者など）、老齢年金給付を受けている65歳未満の人	4,738万人	市（区）町 村	病気・怪我
長寿医療制度 （後期高齢者 医療制度）	75歳以上の人、65~74歳で一定の障害の状態にある人		後期高齢 者医療広 域連合	

出所：社会保険庁 HP

納入する保険料は加入する保険、被保険者の収入によって異なる。

健康保険協会管掌健康保険の場合、保険料率は 8.2%~9.39%（介護保険第 2 号被保険者に該当するか否かによって異なる）であり、被用者（サラリーマン）と事業主（企業）とで折半している。ちなみに厚生年金保険料は 15.35%である。（平成 21 年 3 月～現在）。

国民健康保険の場合、保険料の徴収方式と保険料率は各市町村が選択する。国民健康保険の給付費には 40 数%の国庫負担が投入されている。うち 9%は市町村の財政力の格差に応じて調整する交付金である。

こうして徴収された保険料は医療費として病院や診療所などに支払われていく。診療報酬の財源は、保険者（健康保険組合や社会保険庁など）が貯蓄している保険金や公費で病院や診療所に支払われる。病院や診療所は患者負担部分を患者に請求し、保険給付部分については「診療報酬明細書（レセプト）」と呼ばれる請求書を起す。社会保険診療報酬支払基金や国民健康保険団体連合会などの審査支払機関が計算間違いや水増しの請求が無いかなどを審査したうえで、診療報酬を支払う。

1-2 地域間における格差

さきほど触れた健康保険協会管掌健康保険（主に中小企業のサラリーマンが加入している保険）などは、ほぼ全国一律の保険料率である。国民健康保険（自営業者等が加入する保険）は自治体によって大きく保険料が異なる。

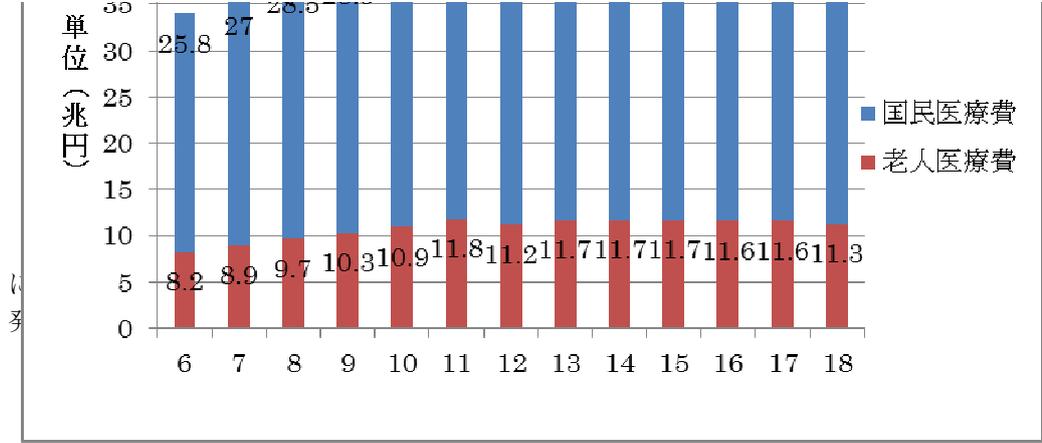
表 2 国民健康保険 1 人当たり保険料上位・下位 10 保険者（2006 年）

順位	保険者	保険料	順位	保険者	保険料
1	羅臼町（北海道）	118,668	1	粟国村（沖縄県）	25,171
2	猿払村（北海道）	115,078	2	伊平屋村（沖縄県）	29,418
3	えりも町（北海道）	113,567	3	天城町（鹿児島県）	30,773
4	千代田区（東京都）	112,990	4	伊仙町（鹿児島県）	31,309
5	標津町（北海道）	110,835	5	多良間村（沖縄県）	33,406
6	利府町（宮城県）	110,695	6	東村（沖縄県）	34,171
7	南幌町（宮城県）	109,746	7	大和村（鹿児島県）	35,737
8	大潟村（秋田県）	109,729	8	伊是名村（沖縄県）	36,317
9	中標津町（北海道）	109,168	9	徳之島町（鹿児島県）	36,888
10	岐南町（岐阜県）	108,768	10	丹波山村（山梨県）	36,903

出所：国民健康保険事業年報

後期高齢者の保険料は区域内で均一の保険料を原則とし、おおむね二年を通じて財政の均衡を保つ事ができる水準に設定される。つまり、高齢者医療費が高い地域ほど高額な保険料を徴収しなければ財政を維持できなくなるため、保険料は高くなる。2008 年 4 月時点での大まかな 1 人あたりの保険料の平均額は年額 72,000 円、月額 6,000 円程度である。しかし区域によって額に大きな差があり、最も安い青森県が平均年額 46,374 円であるのに対し、最も高い神奈川県は 92,750 円と 2 倍近い格差がある。医療費負担の地域格差はこういったところにも見られる。

1-3 医療費増大による現役世代の負担増加



ちなみに、今年度4月における国民健康保険の医療費は9,349億円（対前年同月比2.1%増）、後期高齢者分は10,431億円（同5.6%増）と増加傾向にある。それに対し被保険者数は3,952万人（同0.8%減）、後期高齢者の被保険者数は1,392万人（同3.2%増）である。これらの数字が示すことは保険料を納める現役世代が減少傾向にある一方、高齢者の数は増加し（表4）、またそれにかかる医療費も増加しており、今後高齢者を支える現役世代の負担がますます大きくなる傾向にあるということである。その穴埋めをするためにも、保険料率は年々上昇している。平成22年3月にも保険料率が平均して8.3%だったものが9.34%に上げられた。

表4 主要各国の人口と高齢者の割合

国名	人口(百万人)	65歳以上割合(%)
日本	127.4	23
イギリス	60.9	17
フランス	60.9	16
ロシア	142	14
オーストラリア	21	13
アメリカ	301.6	13
韓国	48	10
タイ	66	7
中国	1242.6	7
ベトナム	76	6
インド	1028.6	5
インドネシア	213	5
南アフリカ	48	5
フィリピン	84	4

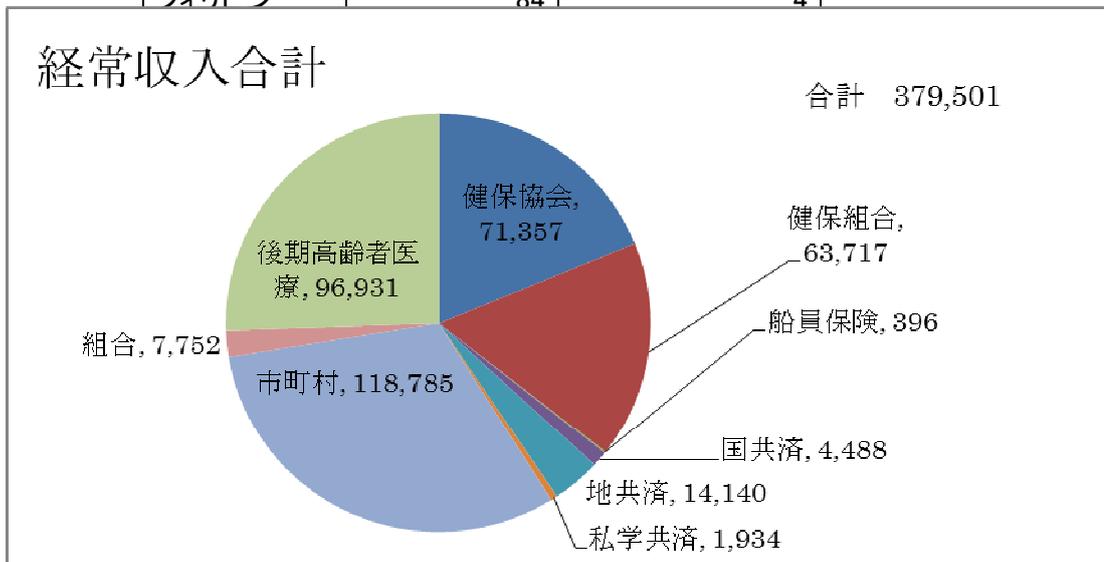
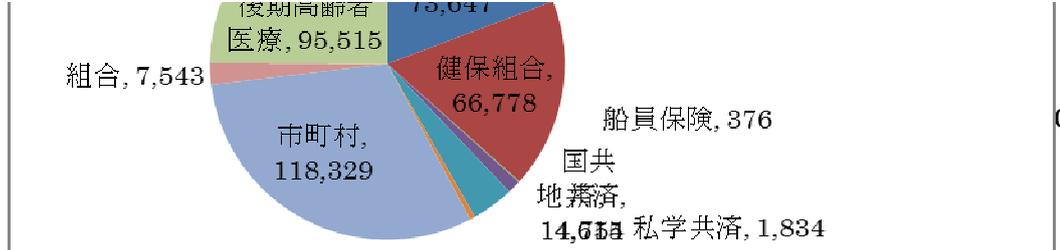


表5



これらの表からも分かるように、支出が収入を上回っており、医療保険の財政状況は芳しくない。医療費、つまり支出は国民所得、つまり保険料、収入の伸び率を超える勢いで上昇しており、保険料率を上げざるを得ない状況にあることが分かる。

平成20年度の国民健康保険の財政状況は、市町村が一般会計から赤字補填をしている額を除いた実質的な収支で2384億円の赤字となった。赤字額は19年度の3620億円に比べ、縮小はみられたものの、依然厳しい状況が続いている。

国民健康保険は各市町村によって運営されている。保険料の算出方法も市町村によって異なるため、保険料にも違いがある。基本的に、国民は市町村に決められた保険料を支払い、自治体は保険料を払った見返りに健康保険証を発行する。支払われた保険料は医療機関からの医療費請求を受けつける国民健康保険組合連合会に受け渡される。最終的には、国民健康保険組合連合会が、医療費に関する審査を行った上で、各医療機関に、医療費の支払いを行う。

こうしたシステムに基づいて国民健康保険の体制はとられているが、健康保険の総収入は、前年度比18.8%（7105億円）の減少となった。これは後期高齢者医療保険制度の施行に伴い、被保険者数の減少が1つの大きな要因とされている。その一方で、保険料の収納率の低下も、収入の減少の大きな要因となりつつある。国内全体の収納率は、前年度より2.14ポイント減って、88.35%と、過去最低の記録となった。これは、不況による生活苦を理由に保険料が払えないケースが増えてきていることによるものである。

一方、支出は0.2%（128億円）の微増を記録した。支出に関する内容としては、老人保健制度が廃止され、後期高齢者医療制度が創設されたことにより、新たに後期高齢者支援金として1兆4,256億円の支出が生じたが、老人保健拠出金は20年3月診療分及び精算分のみとなり、85.1%（1兆9,074億円）減となったことが挙げられる。

国民健康保険の財政状況は厳しい状況にある。保険料の収納率の向上だけでは赤字を賄い切ることが不可能である。根本的に保険体制を見直すことが必要不可欠であり、そのためには保険料の負担金額の増加、国庫支出金の増加といった対策が求められる。しかし、ここではこれ以上保険料の引き上げは困難と考え、保険料を引き上げずに医療費を賄うために自己負担率を引き上げ、その分をMSA制度で補填することを提案する。

2章 MSA (Medical Saving Account) 制度とは

2-1 概要

全ての国民の口座へ強制的に貯蓄させ、これを中央積立基金（CPF: Central Provident Fund）が運用する。医療口座は入院費用と一部の外来医療費の支払いにあてられ、運用益は非課税であり、本人が努力して健康を維持すれば残額は一定額まで非課税で相続することができる。貯蓄のできない低所得者にはCPFの運用益から一定の社会保障費が支給される。政府がほぼ全ての面倒をみるという現在の日本の考え方と大きく異なり、自助努力が求められ、政府の関与は最低限であることが特徴である。シンガポールや中国で実施されている。またアメリカでも1996年から自営業者や中小企業の従業員を対象に開始された。ここでは医療経済において最も成功しているといわれるシンガポールについて触れる。

2-2 シンガポールのCPF及び医療口座について

シンガポールは人口およそ430万人、65歳以上の人口比率が8.5%で、高齢化社会に移行しつつある。シンガポールは、福祉政策の前提として、老後の生活や不慮の事故に対する備えについては、国民の自助努力による対応を原則としている。そのため、公的医療保障制度

は存在しない。そのかわりに、シンガポールにおける医療及び年金といった社会保障制度の中心的役割を果たしているのが、中央積立基金庁(Central Provident Fund Board)が担当する CPF(Central Provident Fund、中央積立基金)である。CPF は勤労者が定年退職後または不慮の事故等で働けなくなった場合に経済的な保障をするため、すべてのシンガポール国民に加入が義務付けられた強制貯蓄制度であり、医療費だけでなく年金、介護保険、生命保険、不動産購入、教育費、株式投資にも使用することができる多目的社会保障制度である。(表 6)

表 6 CPF 口座一覧および用途

普通口座	Ordinary Account	住宅購入資金、各種保険、投資及び教育資金	年利率 2.5%
特別口座	Special Account	年金、不慮の事故への備え及び退職後投資資金	年利率 4.0%
医療口座	Medical Account	入院費用及び医療保険	年利率 4.0% (2007 年時点)

普通口座(Ordinary)

CPF に納められた拠出金のうち、給与額に対する 30% (36~45 歳の加入者は 29%、46 歳以上の加入者は 28%) は普通口座に積み立てられる。これは、住宅購入や住宅購入ローンの返済、政府に認可された投資(日本の NTT にあたるシンガポール・テレコムなど政府に認可された株式、債権の購入、信託投資など)、保険、教育費、また、両親の CPF 口座の上乗せのために引き出すことができる。

メディセイブ(Medisave、医療補助口座)

給与額に対する 6% (高年齢層の医療費増を考慮し、36~45 歳の加入者は 7%、46 歳以上の加入者は 8%) はメディセイブに積み立てられる。加入者やその扶養家族の入院費及び医療費用のために引き出すことができる。

1998 年 1 月現在 55 歳以上である加入者は、メディセイブに 15,000S ドルを積み立てておかなければならない。また、55 歳未満の加入者は、メディセイブが 20,000S ドルに達するまで口座に積み立てることを義務づけられている。この上限を上回った拠出金は CPF の普通口座に積み立てられる。なお、1995 年の満 55 歳の加入者 1 人あたりのメディセイブ残高平均は 10,537S ドルである。

1995 年のメディセイブの引出額は約 2 億 9,090 万 S ドル、引出者数は延べ 370,109 人である。

特別口座(Special)

給与額に対する 4% は特別口座に積み立てられる。これは、定年後または不慮の事故等で働くことが不可能となった場合に備え、留保される額である。

上記のように引き出す目的がそれぞれの口座により制限されているほか、全体額についても、次に掲げる最低限度額(Minimum Sum)を口座に残しておく必要がある。1998 年 1 月 1 日現在の最低限度額は、単身者の場合 50,000S ドル、夫婦の場合は 2 人合わせてこの 15 倍(75,000S ドル)である。なお、この最低限度額は年々引き上げられている。しかしながら、引出目的が政府の認定する資産価値のあるものの購入である場合は、この最低限度額は大きく免除される。

CPF は勤労者が定年退職後また不慮の事故等で働けなくなった場合に経済的な保障をするため、被雇用者と雇用者が、給与に対する一定の割合を積み立てる制度として、1955 年に

創設された。CPF の対象となる給与月額最高 6000S ドルであり、最高で月々1200S ドルを被雇用者と雇用者がそれぞれ負担することになる。

被用者と雇用者が給与に応じて一定割合を拠出し、それが CPF 口座に貯蓄される。拠出率は経済情勢により政府が変更する。特に不況時には企業の負担を軽くするために雇用者拠出率を低下させる。給与に対する拠出率は、CPF 制度発足当初は、雇用者と被雇用者がそれぞれ給与の 5%ずつ、計 10%を拠出するというものであったが、これまで何度も見直されてきた。1994 年 7 月からは、被雇用者、雇用者ともに月々の給与の 20% (ただし、月収が 6,000S ドル以上の被雇用者については、1,200S ドルが上限となる。)を拠出することとなった。2007 年 7 月時点での拠出率は以下の通りである。(表 7、表 8)

表 7 民間企業被用者、永住権取得 3 年経過後の永住権保持者に対する拠出率

年齢層	雇用者拠出率(%、対給与)	被用者拠出率(%、対給与)	総拠出率(%、対給与)	普通口座割合(%、対 CPF)	特別口座割合(%、対 CPF)	医療口座割合(%、対 CPF)
35 歳以下	14.5	20	34.5	66.67	14.49	18.84
36-45 歳	14.5	20	34.5	60.88	17.39	21.73
46-50 歳	14.5	20	34.5	55.09	20.28	24.63
51-55 歳	10.5	18	28.5	45.62	24.56	29.82
56-60 歳	7.5	12.5	20	57.5	0	42.5
61-65 歳	5	7.5	12.5	28.0	0	72.0
66 歳以上	5	5	10	10.0	0	90.0

出所：Central Provident Fund Board

表 8 公務員に対する拠出率

年齢層	雇用者拠出率(%、対給与)	被用者拠出率(%、対給与)	総拠出率(%、対給与)	普通口座割合(%、対 CPF)	特別口座割合(%、対 CPF)	医療口座割合(%、対 CPF)
35 歳以下	10.875	15	25.875	66.67	14.49	18.84
36-45 歳	10.875	15	25.875	60.88	17.39	21.73
46-50 歳	10.875	15	25.875	55.09	20.28	24.63
51-55 歳	7.875	13.5	21.375	45.62	24.56	29.82
56-60 歳	5.625	9.375	15	57.5	0	42.5
61-65 歳	3.75	5.625	9.375	28.0	0	72.0
66 歳以上	53.75	3.75	7.5	10.0	0	90.0

出所：Central Provident Fund Board

例えば月給 3,000S ドルの 40 歳、民間企業勤務の場合、
 雇用者拠出金額：435S ドル
 被用者拠出金額：600S ドル
 CPF 拠出金月額：1,035S ドル となる。

自営業者は医療口座のみに拠出し、他の口座への拠出の規定はない。

現在国民及び永住権保持者の 45%が医療口座を開設している。引き出し額は毎年ほぼ一定で、2000 年は 3 億 6,870 万シンガポールドル、2004 年は 3 億 6,720 万シンガポールドルであった。2004 年の GDP の 0.22%を占めている。この口座は以下の事項に利用することができる。

- ・本人及び扶養家族の入院医療費
- ・MediShield と呼ばれる CPF Board が運営する公的医療保険の年間保険料支払い及び IncomeShield Plus と呼ばれる政府が民間に委託した準公的医療保険の年間保険料支払い
- ・その他 CPF Board が運営する介護保険、扶養家族保障制度の福祉保健の年間保険料支払い

日本の健康保険は外来にも適用できるが、シンガポールのこの制度においては入院費用にしか適用されない。また出産と不妊治療、歯科、美容整形外科関連にも適用されない。外来診療は全額自費であるが、効率診療所 (Polyclinic 若手の医師が診療することが多い) の外来診療費は比較的安価である。薬品代は別途支払いが必要である。

この医療口座の利点は、本人が健康を維持すれば貯蓄額には利息がついて増えていくことである。表 6 の医療口座の年利率 4% は定期預金利息 (1~2%) よりも高い。また、積立金は病気の扶養家族にも使用できることも利点の一つである。2004 年の 55 歳の被用者の平均医療口座残高は 2 万 2,292 シンガポールドル (日本円にして約 178 万 3,360 円) であった。

CPF 制度を所管する中央積立基金庁は、現在は労働省 (MOL, Ministry of Labour) 傘下の法定機関 (Statutory Board、省庁と法定機関の関係については、社会開発省) となっている。議長と 6 人の委員から構成され、これらのメンバーは大統領に任命される。また、その下に実際の運営を行う事務局を持つ。CPF として積み立てられた基金は、中央積立基金庁が所管する保険基金と併せて運用される。保険をあわせた基金総額は、1995 年で約 682 億 4,000 万 S ドルである。この 96.2% にあたる約 656 億 6,000 万 S ドルが長期投資に回されるが、そのうち 451 億 2,000 万 S ドル (基金総額の 66.1%) は国債購入に充てられる。

なお、政府はこの国債により集めた資金を使い、国民の約 88% (1995 年現在) が居住する HDB 住宅 (日本の公団住宅に相当する) を建設し、国民に提供している。この施策により、国民の持ち家率は 90.2% (同年) にのぼっている。

積立金には最低年利 2.5% 以上の利子を付けることが法律で定められている。この積立金及び利子収入は、ともに非課税である。

2-3 シンガポールの医療保険

シンガポールにおける医療保険は日本の公的健康保険とは趣が異なる。これらの保険には検査や治療法に対する支払い上限額と支払期間、支払い上限年齢、免責金額が定められている。また、保険に加入するかどうかは本人が決定することができ、全国民が健康保険に強制加入させられる日本と異なり、民間保険的な一面を持つ。先ほども述べたが、MediShield と IncomeShield Plus と呼ばれる保険があり、この 2 つのどちらかに加入する事が推奨されているが、実際は強制的に加入させられるようである。

表 9 年間保険料

年齢	MediShield(単位 S\$)	日本円に換算 (1S\$=90 円)した金額
30 歳以下	33	2,970
31-40 歳	54	4,860
41-50 歳	114	10,260
51-60 歳	225	20,250
61-65 歳	332	29,880
66-70 歳	372	33,480

71-73 歳	390	35,100
74-75 歳	462	41,580
76-78 歳	524	47,160
79-80 歳	615	55,350
81 歳以上	保険なしとなる	

出所：『アジアの医療保障制度』2 章

ここで注目すべき点は、高齢者になるに従い保険料が上昇することである。日本において高齢者が納付する保険料は極めて低く保険料を払わなくても受診可能であるが、シンガポールはこの点に於いて正反対である。なお、81 歳以上については保険適応外となり家族がその医療費を負担する事になるが、それが困難な場合 Medifund (2-4 で後述) と呼ばれる制度を利用することができる。

日本においては社会保険の支払いは無限であり、さらには高額医療に対する患者の支払上限月額まで規定されているが、シンガポールにおいてはたとえ公的保険であっても民間保険同様に免責額や生涯支払上限額まで規定されている。日本人には違和感を感じるが、これもシンガポールの保健省がホームページ上において国民に求める「自助努力」の 1 つなのである。

さらに、保険の契約内容により保障内容がまったく異なる。Medshield の 2005 年 1 月～3 月における平均保険金支払い金額は 1 人当たり 692S\$ (約 5 万 5,360 円)、MediShield Plus (現在の IncomeShield Plus) は 1,259S\$ (約 10 万 720 円) であった。MediShield の保障内容は入院費及び治療・検査費、手術費用、癌に対する放射線治療、人工透析、臓器移植に対する免疫抑制剤投与などであり、IncomeShield Plus と保険請求上限額が大きく異なる。たとえば、人工透析であれば、MediShield の保険請求上限額は 1,000S\$ であるが、IncomeShield Plus であれば保険請求上限額は 2,000S\$ である。加入する保険内容によりかなり格差が存在することがわかる。さしずめ日本であれば「人間の命に金で格差をつけるのか」という抗議が起こりそうなほどの格差である。IncomeShield Plus Plan MA の保障内容は、被用者の半数近くが加入する通常の MediShield と比較すると平均 2 倍以上の保障額である。シンガポールの感覚では、よい医療を受けたいのであれば、その高い医療費に耐えられるだけの収入を得られるよう努力することが国民に求められるのである。これは日本人には理解しがたい、あるいは受け入れがたい感覚である。

さらに重要な点であるが、外来診療及び外来処方箋にはまったく保険が適用されない。つまり、高血圧や糖尿病などの、入院せず通院し続ける慢性疾患に対する保障は皆無なのである。シンガポールの公的保険は基本的に急性疾患か、高度先進医療に対してのみに限定されている。日本においてはとくに高齢者の循環器疾患に対する薬剤費用の占める割合が高くなってきているが、シンガポールにおいては外来で処方される薬剤費用についての政府支出はほとんどないに等しい。この政策によりシンガポールの医療費に占める政府支払割合を低く抑えることを可能にしているのである。

MediShield は CPF Board の運営する公的保険であるが、2004 年においては 1 億 3,190 万 S\$ の収入に対して 8,800 万 S\$ の保険金支払いであり、この支払額は GDP の 0.05% を占めているにすぎない。公的保険にしては大きな黒字である。2005 年現在 CPF Board は MediShield に 5 億 6,760 万 S\$ の余剰金をもつが、これは年間利益の 6 倍以上である。公的保険がここまで黒字である理由、あるいは必要があるのか、日本であれば議論の対象となるであろうが、シンガポールは言論の自由のない独裁国家であるため、統計は存在しても論議そのものがない。シンガポールの経済学者も統計内容を示し分析するが決して政府の政策批判はしないのである。シンガポール政府は原則的に政府運営機関であっても公開されている統計上は黒字にしており、保険もまた、その例に漏れない。

多くのシンガポール人は、その収入の程度に応じて民間の医療保険に加入、或いは雇用者が医療保険を提供していることが多い。この部分に関してはアメリカ型の医療体制に近いと思わ

れる。とくに大手企業ほど手厚い医療保険を、提携する民間病院で受診するという条件で提供している。逆に中小企業被用者や個人事業者は自身で保険に加入するしかない。しかし、この点に関するシンガポール人の不満あるいは不公平という訴えはあまり聞かれない。ただし、給与に対する不満は強いらしい。民間医療保険の保障内容は様々で、外来診療分を最初に診断されてから 180 日間に限定して保障する条件がつくこともあるという。この部分は MediShield 及び IncomeShield Plus にはないシンガポール人にとっては大変魅力的な内容である。

高齢化が日本以上に進行しているシンガポールでは、2002 年 6 月に新しく介護保険制度 (Elder Shield/ Elder Shield Supplements) が創設されている。40 歳を迎えた時点で全てのシンガポール国民と永住権保持者に加入が義務付けられている。一説によると、日本の介護保険制度導入を参考につくられた制度だとも言われている。2007 年 9 月に制度の再構成が行われ、従来の Elder Shield に加えてその上位保険である Elder Shield Supplements が登場した。この介護保険制度も民間に委託されており、引受会社は政府系企業である NTUC Income Insurance Cooperative Limited と Great Eastern Life Assurance Co. Ltd、そして外資企業の Aviva Limited である。シンガポールでは、たとえ政府が運営管理する公的保険制度であっても、引受保険会社の提供する保険条件さえ整っていれば 100% 外資企業も参画可能である。

月額保険料は収入に関係なく Elder Shield は 400S\$ (約 3 万 2,000 円)、Elder Shield Supplements の場合は 600S\$ (約 4 万 8,000 円) である。この保険料を 72 ヶ月間おさめると介護保険の受給者資格者となる。月額保険料は CPF の Medisave から引き落とされる。保障内容は介護施設の入所料、リハビリテーション費用などである。なお、保険契約以前に存在した肉体的および精神的障害に対する保障は一切ない。

2-4 生活困窮者への対応

シンガポール政府は 1993 年に生活困窮者に対する医療費補助目的の基金 (Medifund) を創設した。いわゆるセーフティネットである。当初は 2 億 S\$ (約 160 億円) であったが、政府財政が黒字の時にこの基金に予算の一部を投入した結果、2007 年時点で 14 億 8 千万 S\$ (約 1,184 億円) となった。ただし日本の生活保護制度のように承認されれば毎月生活が保障されるというわけではない。公立病院における医療費の補助であり、Medisave および Medishield を使用しても不足する場合のみに承認される。

シンガポールでは、路上で金品をねだるにも事前に政府の許可が必要である。もし政府の許可なく路上で金品をねだる行為を行うと逮捕される可能性がある。繁華街では身体障害者や高齢者が楽器演奏やティッシュペーパーを売ることにより通行人からお金を貰う姿が見られる。原則、日本における身体障害者に対する救済制度 (就労不可能であれば生活保護制度、障害者手帳交付による医療費補助制度) と同様の制度はシンガポールにおいてはこの Medifund 以外にはないといえる。身体障害者であっても自助努力を求めていることになり、シンガポール政府が国民に要請する「自助努力」の表れである。基本的に Medifund に医療費補助を申請することはこの「自助努力」の精神に反するため、政府はあまりこの制度を宣伝しない。政府 HP での扱いも極めて小さい。

2002 年統計では、17 万 7,949 人が Medifund の支給を認められたが、総額は 2 億 6,400 万 S\$ (約 21 億 1,200 万円) で一人当たり平均支給額は 148S\$ (約 1 万 1,840 円) であった。収入のない高齢者や身体障害者はこの Medifund の支給額だけでは医療サービスを受けることは困難なので、地域の慈善団体や宗教施設において医療費の援助を受けている場合もあるようだが、いずれにしても日本と同様の老人医療を受けるには不十分と思われる。高齢者や身体障害者の医療費支援のための募金活動は街中でよく見られるが、市民の関心はあまり高くないようである。公立病院自身が医療費補助のための募金活動をしていることもある。日本ではおおよそ見られない光景である。Medisave、Medishield、Medifund の 3 つを総称して

3M と呼ぶ。シンガポールの医療福祉政策の根幹をなす制度であるが、日本のそれに比べれば貧弱であると言わざるをえない。

3章 医療貯蓄口座を日本に取り入れるには

実際に日本へ MSA 制度の導入を検討するに当たり、全く同じように導入することはできない。まずシンガポールとの医療を取り巻く状況の違いについて考慮する必要がある。本章ではそれを踏まえ、日本医療の長所である皆保険制を維持しつつ、MSA 制度を取り入れて行く方法を模索する。

3-1 シンガポールの医療コストについて

日本とシンガポールの医療の大きな違いの一つに、医療コストがあげられる。シンガポールの医療コストは日本に比べて格段に低い。

シンガポールは高度な医療設備を持った病院が数多く存在する一方、比較的安価で医療を享受できる。前提として、医師や病院を、料金に比例したクラス別で患者側が選択するシステムが存在する。

シンガポールは東南アジアの中でも高い医療水準とサービスを誇り、それを求めた近隣諸国の患者の流入は貴重な外貨獲得の手段になっている。近年ではインドネシアやマレーシアで同程度の最新医療を受けることが可能になり、国際競争を意識した料金体系を維持するよう、シンガポール政府は求めている。10 年以上前からインドネシアやブルネイの富裕層を中心に医療サービスを提供してきました。健康省の調査によると、シンガポールで手術を受けた外国人の数は、1993 年の年間 1 万 4,292 人から 1997 年には同 2 万 1014 人と、4 年間で 5 割近くもアップ。しかし、アジア通貨危機でインドネシアや近隣諸国の通貨価値が下がり、1998 年には前年比 37% 減の 1 万 3,225 人と激減しています。シンガポールへのメディカル・ツーリスト数もようやく通貨危機直前のレベルに戻ってき頃、さらに、近隣諸国だけでなく、成長する中国やインド、中東からもメディカル・ツーリストを呼び込もうと、2003 年 10 月には、“Singapore Medicine” というキャンペーン計画を発表する。年間 200 万 S ドルの予算を投じて、シンガポールの医療サービスを海外に PR しようというものです。既に、観光庁 (STB) の手配で、域内各国や中国から 150 人の医師がシンガポールを訪れ、その医療サービスの現状を視察した。また、観光庁は中国の大手旅行代理店とタイアップして、人間ドックを滞在プログラムに組み込んだツアーパッケージを中国で売り出しています。こうしたプロモーションを通じて、2002 年には年間 21 万人強、4 億 1,500 万 S ドルのメディカル・ツーリズム市場を、2012 年には 100 万人、30 億 S ドル市場に成長させる計画である。

ところが近年、タイ、マレーシアといったこの手法での新しい競争相手国が出現、追い上げを見せている。タイ民間病院協会によると、2003 年の外国人患者数は 80 万人で、前年比 20% アップとなった。タイも中東市場への参入を狙っており、タイ民間病院協会は UAE に駐在員事務所を開設する計画です。また、年間 140 ヵ国から 30 万人の患者を受け入れているアメリカ系の Bumrungrade 病院は、9 月にドバイの警察と協定を締結し、警察官とその家族の年次定期健康診断を受け入れることになりました。さらに、タイは今年、30 億バーツ (7,670 万 US ドル) を投じ、タイで最も歴史の古い Siriraj 病院の隣接地にヘルスケア、バイオメディカルリサーチなどの研究所を設立する計画である。一方、マレーシアは昨年、海外からの患者向けに、病院や医師とのアポイント、旅行のアレンジ、ビザ申請のための公式レターの発行などを行う、メディカル・サイエンス・コーディネーション・インターナショナル社 (MSCI) を設立した。イスラム教国というメリットを活かし、オマーン、カタール、アラブ首長国連邦 (UAE) などの中東市場を狙うマレーシアは、MSCI 社の オフィスを UAE のドバイに開設。これらの国々の富裕層は、これまで欧米で医療サービスを受けていましたが、テロ対策で米国や英国への入国が難しくなっているため、マレーシアはこれを好機とみて、同国の医療サービスを積極的に売り込んでいる。特に、UAE は、同国民の海外での医療サービス費用を負担しており、年間 2

億 6,000 万 US ドルを投じている。マレーシアは UAE 市場の 10% 確保を目標に、ドバイ医療局、アブダビ医療局と協力関係を結んでいる。

アジアの人口は、2002 年の 32 億人から 2050 年には 56 億人に増え、経済発展とともに平均寿命も延びていくと予想される中、医療サービス市場も大幅に伸びるとみられている。そのパイをめぐる、シンガポールと新興のタイ、マレーシアは熾烈な競争を繰り広げているようだ。競争により医療の質が上がり、料金が下がり、患者にとっても大きなメリットとなることが期待されている。

3-2 シンガポールの医療環境について

シンガポールにおいては病院や医師をとりまく環境もまた日本と異なる。

シンガポールでは先進国に比べ医師数が不足していた。例えばアメリカでは医師一人当たりに対する国民の数は 400 人、イギリスでは 600 人ですがシンガポールでは 720 人である。従来からも主にイギリスやアメリカなど外国の大学を卒業した医師を認めたり、その他の外国人医師を限定付きで受け入れたりしており、現在外国人医師数だけでも 150 人以上にのぼる。これについても政府は将来的な医療サービスの拡大と医療の質の向上を目指して、より積極的に行っていく方針である。通常、医師の資格というものは、ある種の利権のようなものであり、日本を含む諸外国では外国人には、なかなか資格を与えない。ところがシンガポールは逆の発想で、むしろ外国人医師を多く受け入れることにより、利益を誘導しようと考えている。シンガポールは、今後医療サービスを海外からの患者が来るのを待つのではなく、アセアン経済ブロック誕生をにらんで、様々な形での関係諸国への医療サービスの輸出ということを考えている。

シンガポールではシンガポール医療評議会 (SMC : Singapore Medical Council) という組織があり、そこから免許を受けなければ医療活動は行えない。外国人医師に限らず、シンガポールの現地医師も同様に医療評議会からの許可が必要である。そしてこの資格は 1 年ごとに更新され、今現在、基本的には無条件に更新がなされている。ただし、医学会や講演会、講習会、研究会などに参加したり、論文を書いたりすることがポイントとして積算されていますが、年間一定ポイント以上にならないと次年度に資格が更新できなくなるよう、今後変更するようだ。これは医療継続教育システム (CME : Continuing Medical Education) といい、それぞれの医師が医療における知見や技術の急速な変化に遅れることなく、それにあわせて個人個人のレベルを高め、ひいては患者の期待にこたえることができるようにする事を目的としている。そしてまた、主要疾患に対する最新の知見を取り入れたガイドラインが冊子として疾患ごとに不定期に作成され、全登録医師に送付される。近年、医者個人の主観によらない、エビデンスに基づいた、客観的で E(均一な医療の実践が世界的にも言われているが、シンガポールでは早くから制度として取り入れられている。このような CME システムは 2000 年より IT 化されており、CME に関係した各種情報提供および、各医師のポイントはインターネット経由で登録、確認できる。さらには、日常業務が忙しくなかなか研究会などに出席のできない医師のために、インターネットを利用しての自習システムが近々始まるようだ。

日本ではひとたび資格を取得すると、よほどのことがない限り資格を失うことは無い。医師の継続教育システムは様々な形で存在するが、あくまでも医師個人個人の努力義務の範囲である。もちろんこういったことは本来自主性の上に成り立たせるべきものであって、制度として導入すると形骸化するおそれもありますが、患者の利害に関わることでもあり、シンガポールのように医療全体として取り組むことも大切と考えられる。

3-3 公的医療保険の利点

保険の効用

ここまでシンガポールの医療体制の長所を多く取り上げたが、日本の国民皆保険制度も同様に素晴らしい制度である。この公的医療保険の利点を経済理論を用いて説明する。

そもそも、保険という仕組みが存在するのは、特定の重篤な疾病にかかる確率は非常に低いですが、もしかかった際は家計に壊滅的な打撃を与えるほど高額な医療費の支払いが必要になり、その支払リスクを回避するためである。

一般的に保険は、多数の被保険者のリスクをプールすることによって当該リスクの不確実性を減少させる。このためには多数の保険に加入する者を集め、すべての加入者が事故にあう確率は一定で、それぞれが事故にあう確率は独立であるという条件のもとに運営される必要がある。これは保険が安定的に運営されるための条件であり、大数の法則と呼ばれる。大数の法則とは、お互いに独立で同一の分布をもつ確率変数の列 X_1, X_2, \dots, X_N において、

$$\frac{E(X_1) + E(X_2) + \dots + E(X_N)}{N} = E(X_N) = \mu \text{ が存在するならば、 } N \rightarrow \infty \text{ のとき、}$$

$\frac{X}{N} = \frac{X_1 + X_2 + \dots + X_N}{N}$ は μ に収束するという法則である。従って、地震などの多くの人が同時に事故にあってしまうような場合は、独立の条件が満たされないため、民間の保険にはなじまないとされている。

また、民間保険では赤字を出すと企業として存続できなくなるため、保険料収入と保険給付額の収支が均衡するように保険料水準や保険給付を制御する必要がある。これを収支相等の原則と呼ぶ。したがって、保険料率は保険給付対象となる事故・傷病の発生確率に応じて決定する必要がある。その結果、事故・傷病が発生する確率の高い人ほど保険料率が高くなる。

これを簡単な数式で表すと以下ようになる。

保険料率(rate of premium) : γ

保険として掛ける金額 : L

とすると、保険料収入は $\gamma \times L$ となる。次に、

罹患率 (疾患にかかる確率) : p

保険給付額 : C

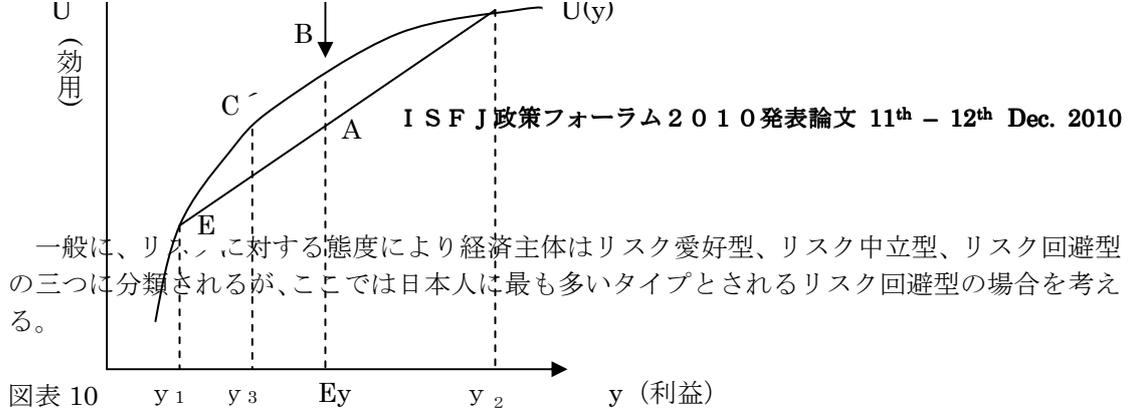
とすると、保険支出は $p \times C$ となる。したがって保険契約ごとの収益は「収益 = $\gamma L - pC$ 」と表わされる。保険市場が完全競争市場の場合には、保険会社の利益はゼロとなるため収益 = 0 より、 $\gamma L = pC$ となる。保険給付で損害を賄える保険(つまり $L = C$)を完全保険(full insurance)と呼び、この場合に完全競争市場では $\gamma = p$ となる。このように罹患率と同じ水準の保険料率を「保険数理的に公平な保険料率(actuarially fair premium)」と呼ぶ。実際の民間保険会社ではこのような保険料率に事務経費を上乗せして保険料率を決定している。

一般的に、不確実性がある状況下で人は「期待効用を最大化」するように行動する。つまり行為 (例えば宝くじを買う) の結果 (宝くじの賞金) が不確定な状況では、効用をその確率で加重平均した期待効用を最大化するように行動するのである。ここで留意しなければならないのは、最大化するのは「効用」であり、「利得」ではないという点である。期待効用(expected utility : EU)は以下の数式で表現される。ただし、選択可能な行動を a、将来生じる状態を s、状態 s が生じる確率を $p(s)$ 、行動の結果としての利得を $y = g(a, s)$ 、利得から得られる効用を $U(y)$ とする。

$$EU(y) = \sum p_i(s_i) U(g(a_i, s_i))$$

この式は、「選択した行動により将来生じる状態」のそれぞれの利得から得られる効用に、それぞれの状態が生じる確率を乗じた値を全て合計すると、期待効用(EU)が得られることを表している。従って a(選択可能な行動)が二者択一の場合には、期待効用は二つの状態の効用とその確率で以下のように簡略化できる。

$$EU(y) = pU(y_1) + (1 - p)U(y_2)$$



図表 10 の横軸は利得(y)、縦軸は効用(U)を示している。効用の水準は、利得の水準により変化する。(U(y))。図表 10 の、 y_1 、 y_2 、 y_3 は、確実な利得の水準を応じて決まる。例えば、利得 y_1 の場合、 $U(y_1)$ は E 点の水準になり、利得 y_2 の場合、 $U(y_2)$ は E'点になる。

次に、 y_1 、 y_2 が一定の割合(p)で利得となる不確実な場合の効用水準を考える。このような場合の効用水準の期待値は、 $EU(y)=pU(y_1)+(1-p)U(y_2)$ は E'点になり、図では EE'線で示される。例えば、 $EU(y)$ の位置を p に応じて設定すると、利得が不確実な場合の効用水準は A 点で示される。もし、この個人がリスク中立的な場合には、期待効用 $EU(y)$ と確実な効用 $U(Ey)$ は同じになるため、A 点の水準がそのまま効用の水準になります。(注 1)

一方、リスク回避的な場合には、不確実な効用 $EU(y)$ よりも確実な効用 $U(Ey)$ を好むため、A 点よりも高い水準 B 点が効用水準になると考えられる。このようなリスク回避的な個人の場合には、効用曲線は上に凸の曲線になる。

リスク回避的な個人にとって、不確実な場合($EU(y)$)と確実な場合($U(Ey)$)の効用水準の差は、A 点と B 点の差で示される。では、この差を両者の効用水準ではなく「確実な利得」の差で見るとどうだろうか。リスク回避的な個人の効用曲線においては、A 点から得られる効用水準は A 点から平行に伸ばした線との交点 C'が示す水準(C 点)になります。これは、確実同値額(cerativity equivalent)とよばれ、 $EU(y)$ 上の点 A と同じ水準となる確実同値は y_3 となる。さらに、この y_3 と Ey の差(図表 10 の ρ)を、リスク・プレミアム(risk premium)と呼ぶ。このリスク・プレミアムは人々が不確実性に対して要求する利潤を表すような指標であると考えられると、リスク回避的な個人にとって、保険契約を締結することは、A 点の利得を確実な利得に確定できるならばリスク・プレミアム以下の費用、つまり保険料を支払っても効用水準が改善される

[注]

1. ここで、 Ey は y_1 と y_2 の期待利得で、 $Ey = P \times y_1 + (1 - p) \times y_2$ で表せる。P の値が定まると、 Ey の値も決まる。

リスク選択と医療保険

保険市場においても、保険加入者と保険会社間に情報の非対称性が存在するとかんがえられる。保険加入者の方が、自分の健康状態や必要な医療サービスを把握しており、保険会社より多くの情報を持っていると考えられる。この場合、逆選択(adverse selection)の問題が起こる。というのは、保険が売り出されると、平均より多くの医療費を使う人が保険加入者として集まる。この結果、平均的な医療費支出を前提とした保険料は高リスク(罹患率が高い)の人に対しては割安となり、さらに多くの保険を購入することになる。一方、低リスク(罹患率が低い)人にとって、この保険料は割高になるため、保険の購入が差し控えられることになる。より低リスクな買い手が保険市場に参加しなくなり、高リスクな買い手ばかりが残った保険市場では保険会社の給付額が増大するため、保険会社は保険料率を上げざるをえなくなる。そうなればますます低リスクな買い手は市場から消える、という悪循環の結果「市場の失敗」を招くことになる。

情報の非対称性が存在するにもかかわらず、ある程度市場が機能している場合でも、逆選択は経済的な非効率をもたらすとされているが、ここでの非効率とは何であろうか。

人々が医療保険を購入する理由は、病気になったときに必要となる資金を保険金でカバーするためである。ところが、逆選択により保険市場が存続できなかつたり、高リスクの加入者ばかり集めることになれば早晩赤字により保険会社は倒産し、保険の供給がなくなる。これは、完全情報のもとでの保険市場に比べて明らかな経済非効率を招いているといえる。

もちろん保険会社はこの逆選択を防止するためにさまざまな対策を講じている。保険会社はさまざまなリスクに関する情報を入手し、消費者に異なる保険料を提示している。例えば加入前の健康診断受診の義務付け、既往症がある場合には告知義務を課すことなどによって、買い手に関する情報不足を補うことができる。保険会社は、得られた情報から顧客層をセグメント化し、利益率が高い層に積極的に医療保険を販売することができると考えられている。極端な場合、医療費をほとんど 保険契約線

にのみ保険を販売する戦略も考えられる。こうした「おいしい」顧客ばかりを集めることをクリーム・スキミング(cream skinning)と呼ぶ。クリーミンが起ると、健康な医療保険の必要性が比較的低い人は容易に保険に加入でき、あまり健康でない、医療保険の必要性が比較的高い人はなかなか保険に加入できないと所得問題が生じる。

この点に対して多くの先進国は強制加入の社会保険方式を導入して対応している。国民は公的医療保障制度に加入し、政府の介入を 無差別曲線

ステイト・スペース・ダイアグラム分析 (state-space diagram)

ステイト・スペース・ダイアグラム分析 E、ある個人の所得の状態を2つのステージ(例えば、健康時と疾病罹 保険未加入状態 災)の観点から「保険の加入状況と個人の効用の関係」を表す図(図表 11)を参照していただく。

図表 11 健康時所得

仮定条件として以下の4点が設定されている。

① 完全保険市場

ここでの完全保険市場とは、完全保険(full insurance；必要な医療費の分のみ保険で償還される)および公平な保険(fair insurance；保険料は必要な医療費に発生確率を乗じて計算される。経費0)の2つを満たす状態にある保険市場。

② 個人は保険を購入することによって、初期所得とは異なる所得の組み合わせに移行することができる。

例えば、①の条件が同時に満たされる場合(完全保険)には、この保険契約の集合(保険契約線 EE)は所得の期待値の集合となる。

③ 個人はリスク回避的である

個人がリスク回避的な場合には、この個人の効用を表す無差別曲線は図表 11 のようになり原点に凸になる。したがって、この個人が効用を最大化するのは、保険契約線 EE の左側の内側(外側の場合は収支赤字)で、無差別曲線が最も右上に位置する点である。つまり保険契約線 EE と無差別曲線が接する A 点で表わされる。

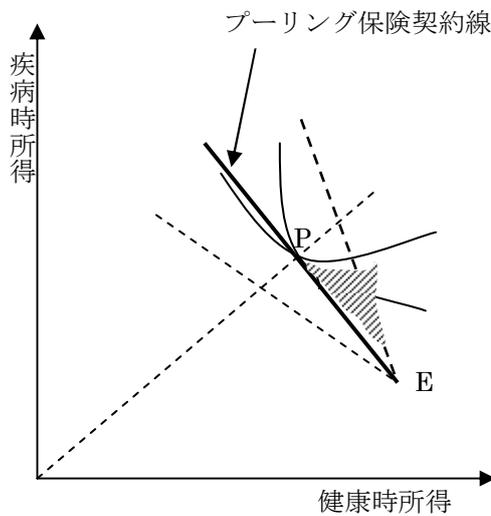
④ 個人には高リスク者と低リスク者がいる

ここでは高リスク者の罹患確立を R_h 、低リスク者の罹患確立を R_l とおく。このとき、それぞれの保険契約線を図表 11 に表すと、低リスク者の場合にはより急な傾き(保険契約線 EL)に、高リスク者の場合はよりゆるやかな傾き(保険契約線 EH)になる。

$$\left| \frac{-(R_h - 1)}{R_h} \right| < \left| \frac{-(R_l - 1)}{R_l} \right| \quad 1 > R_h > R_l > 0$$

完全情報の保険市場では、保険会社は保険契約者のリスクの高低が判別可能である。このため、リスクに応じた保険契約を設定し、それぞれ異なる保険料率を設定する（図表 12）。現実においても経験保険料方式(experient rating)では、過去の病歴からリスクを判定して保険料を設定する。したがって、同じ初期所得を保有する場合でも、高リスク者はH点で、低リスク者はL点で保険契約を締結し、お互いに最適な保険契約を得る事ができる。ただし、2者を比較すると低リスク者(L点)のほうが上位に位置するため、他に比してより高い効用を持つ結果になる。

図表 13 不完全情報におけるプーリング均衡



次に、保険市場において情報の非対称性が強い場合を考える。（図表 13）より現実に近い場合である。この場合、保険会社は保険契約者のリスクを判別する事ができず、高リスク者の割合(λ)と低リスク者の割合($1-\lambda$)のみ知っていると仮定する。一方、加入希望者は、これまでの情報から自分のリスクは分かるとする。すると、高リスク者は低リスク者のふりをして保険料の安い低リスク者向けの保険を購入するという行動に出る可能性がある。このとき保険会社は高リスク者と低リスク者の平均的な保険料を設定せざるをえない。このときの保険料設定方法は地域保険料方式(communit rating)とよばれる。地域保険料は $\bar{P} = \lambda P_H + (1-\lambda)P_L$ で計算され、高リスク契約線と低リスク契約線の間にあるプーリング契約線が設定される。プーリング契約線は λ の値が高いほど高リスク曲線に近づく。プーリング保険契約線が設定されると、リスクの高低に関わらず同じ保険料率を支払い、図表 13 の P 点で契約を締結する。この契約は高リスク者にとっては保険料が割安であり、無差別曲線は分離均衡の場合よりも右上にシフトする。つまり効用が高くなる。一方で低リスク者は保険料が割高であり、保険契約を締結することになり、分離均衡に比して効用は低下する。

ここで注意が必要である。プーリング均衡では高リスク者も低リスク者も同じ保険を利用できるという公平性の面からのメリットはあるが、低リスク者にとって割高な保険料で保険サービスを購入するという点において非効率である。[注 1] 効率性を重要視する新古典派経済学では、この非効率性は重大な欠点であると考えられる。[注 2]

ところでこのプーリング均衡は安定的だろうか。図表 12 の P 点の下方にある斜線部分は、高リスク者にとってはプーリング均衡における効用よりも低く、低リスク者にとっては、プーリング均衡よりも効用が高い域である。もし保険会社が当該部分に

おける保険契約（プーリング均衡点に比べて低リスク者の効用だけを高める保険）を提示すれば、低リスク者の保険加入者だけをプーリング均衡契約から奪う事が可能になる。例えば、図表 12 では完全保険から自己負担部分のある保険契約を作成すれば、低リスク者のみと選択的に契約するクリーム・スキミングが可能になる。すると今度は、プーリング契約線で契約した人は高リスク者のみになり、プーリング契約の保険料では保険給付を賄えなくなり、赤字や倒産につながる。このように、保険会社が低リスク者のみを選択して保険契約を締結できる場合には、プーリング均衡は安定的ではない。

[注]

1. 本来の最適な保険契約点である L 点から P 点に移動するため効用が低下し、その 2 点間の距離が非効率の大きさを示す。
2. 制度派経済学ではこの非効率性は公平を確保するための費用と考える傾向がある。

強制加入の社会保険制度の必要性

プーリング均衡を安定させるために、低リスク者および高リスク者両方に強制的な加入を義務付けたのが、社会保険制度と考えられる。多くの先進国では、保険者が低リスク者と契約し、高リスク者が保険を購入できない問題を避ける一手段として、強制加入方式を採用している。この場合には、個人のリスクに関わらずに政府が一律の保険契約線（プーリング保険契約線）を設定し、高リスク者も低リスク者も同じ P 点の保険契約を有することになる。このプーリング均衡の場合には、個人の支払い能力による保険料格差を解消することができ、誰でも医療保険を利用できるという点で公平性の確保に有効と考えられる。ただし、非効率性が内在する。

4 章 医療貯蓄口座導入の具体案

前章では導入を検討する際に必要な前提、すなわちシンガポールと日本の医療を取り巻く環境の違いと、公的保険の必要性について説明した。本章ではそれを踏まえ、具体的な以下の導入案を複数提案する。1. 医療保険の自己負担率を上げ、同時に医療貯蓄口座を全ての世代に平等に導入する。2. 生活習慣病など、予防により防ぎうるいくつかの疾患について医療保険の自己負担率を引き上げ、同時に同時に医療貯蓄口座を全ての世代に平等に導入する。3. 医療保険の自己負担率を上げるが、貯蓄口座のない高齢者については自己負担率を上げない。以上の 3 案について検討したい。

4-1 MSA 制度導入の意味

1 章で説明したように、現在の国民健康保険の財政は大変厳しい状況にあり、今後さらに悪化することが予想される。しかしこれ以上の保険料の引き上げは負担が大きすぎる。そのため、自己負担率を引き上げ（つまり保険者の支出を抑え）、同時に保険料支払い額を引き下げ、医療貯蓄口座を利用して医療費のための貯えとする。

結局家計から支出する額は変わらないのだが、保険と貯蓄の大きな違いは強制的に徴収された所得が自分のものであるかそうでないか、である。徴収された保険料は保険者の資産になるが、医療貯蓄口座に預金された所得は本人の資産になる。したがって、健康を維持し、疾病を予防すればそれだけ自分の資産を切り崩さず残しておくことができる。貯蓄志向、あるいは「もったいない」志向が強い日本人には適した方式であると考えられる。

受診抑制への懸念

しかし、自己負担率を上げるとなると医療費への支出を抑え、診療にかかることを必要以上に抑える国民が多いのではないかと懸念がある。

1997年に自己負担率が1割から2割に引き上げられた時はどうであったろうか。吉田あつし・伊藤正一の2000年の研究によれば、被保険者本人(主たる収入をもつもの)よりも、被保険者本人の家族(自己負担率は法改正前より2割)に受診抑制効果を及ぼしていることが示唆された。ただし、この研究では医療費の金額は考慮されておらず、医療機関が医療保険に送る請求書(レセプト)の枚数、つまり受信回数を用いて分析している。同じ97年の自己負担引き上げによる効果を分析した鴫田忠彦・細谷圭・林行成・熊本尚雄の2004年の研究は請求書の金額を加味している。当該制度改正前後の3か月間(1996年6~8月と1997年9~11月)を記述統計で比較したところ、本人の医療費は13.4%、家族の医療費は3.4%減少したという異なる結果を示している。さらに、請求書に記載された疾病名をもとに、代表的な4疾患(風邪、けが、高血圧症、喘息)は制度改定により医療費が減少するという影響を受けている。また、その影響は家族よりも本人の方が大きい。また、けがでは制度改正による影響はみられなかった。また、所得階層別に受診行動に大きな差がないことも確認された。これらの結果から、1997年の改定はモラルハザードの抑制には成功したが、その効果の大きさは比較的軽微であったと結論づけられている。また、けがなど病院に行かなければ治療が困難な疾病については改定の影響が見られないことから国民が必要以上に受診を抑制したわけではないことも伺える。

また、泉田信行が2004年に入院医療との関係について研究している。分析には3つの組合健保の5年間のレセプト(請求書)データを用いて、外来受診率及び外来・入院の受信選択に及ぼす影響を分析している。外来受診については、制度改定後6ヶ月間および1年間において、統計的に有意な結果、つまり受診抑制の効果があつたと認められる。これは先の鴫田らの研究と同様の結果である。さらに泉田は制度改定により入院医療が統計的に影響を受けていないことを確認した。この結果から、制度改定による受診抑制によって重症化による直接入院(外来受診の直後に入院する場合)の確率を増加させる効果はほとんどないことが示唆される。

これらの研究結果より、自己負担率の引き上げに受診抑制効果はあるが、けがや入院など、病院での治療が不可欠な疾病の場合の受診抑制にはならないことが分かる。また、所得階層によって受診抑制の有無が異なることもない。したがって自己負担比率を引き上げ、医療貯蓄口座に振り替えたところで国民の健康に深刻な影響はないと考えられる。

若年期と高齢期に分けたモデル

次にMSA制度をモデル化し、保険制度と比較する。

まず、以下の事項を仮定する。個人は若年期と高齢期の二期を生きる。各期において財(価格は1とする)を1つ消費し、若年期に所得 Y を得て、 S だけ貯蓄する。高齢期になると π の確率($\pi \in (0,1)$)で罹患する(sick state, s)か $(1-\pi)$ の確率で罹患しない(health state, h)のどちらかである。若年期の消費を C_1^i 、高齢期の消費を C_2^i で表す。 $(i=s, h)$ で場合分けをする。)罹患した場合、医療費 $M(M < Y)$ が必要になる。罹患するかしないかは高齢期の始めに明らかになるとする。

個人は若年期において消費 C_1^i 、および貯蓄 S を生涯にわたる効用の期待値 EU を最大にするように決める。高齢期は、実際になった健康状態 i に応じて効用を最大化するように C_2^i を決定する($i=s, h$)。効用関数 $u(C)$ は消費に関して増加、かつ上に凸な関数であるとする。簡略化のため、将来割引率、利子率は零とする。

個人が競争的な保険市場から保険を購入する場合、保険料は πM 、保険金は M である。また、高齢期における消費水準は健康状態に関わらず同じであるため $C_2^s = C_2^h$ である。予

算制約式は、若年期が $Y = C_1 + S + \pi M$ 、高齢期は $C_2 \leq S$ である。若年期の効用を最大化する式は以下のとおりである。

$$\max EU^1 = u(C_1) + u(S) \text{ s.t. } C_1 \geq 0$$

このときの最適な消費および貯蓄を C_1^* 、 S^* で表す。若年期の最適消費は $C_1^* = (Y - \pi M)/2$ と表される。最適な状態に於いて若年期の消費と貯蓄は等しく、したがって高齢期の消費も等しい ($C_1^* = S^* = C_2^*$)。

次に政府が MSA 制度を取り入れた場合を考える。若年期に個人は決められた額の医療貯蓄 $d > 0$ を、高齢期に必要となりうる医療費用 M に備えて貯蓄する。医療貯蓄 d は医療費用にのみ使途が限られる。そのため、幸運にも罹患しなかった場合、医療貯蓄口座に蓄えられたお金を通常の消費に振り向けることはできない。医療貯蓄 d が医療費用 M より小さい場合は、高齢期の消費に備える為の貯蓄 S により不足分を賄う。若年期の予算制約線は $Y = C_1 + S + d$ 、高齢期に罹患しなかった場合は $C_2^h \leq S$ 、罹患した場合は $C_2^s \leq S - \alpha$ である。ただし $\alpha = \begin{cases} 0 & \text{if } d \geq M \\ M - d & \text{if } d < M \end{cases}$ とする。 $d \geq M$ ($\alpha = 0$) の場合の若年期の期待効用 (EU^{M1}) を最大化する式は以下のようになる。

$$\max EU^{M1} = u(C_1) + u(S) \text{ s.t. } C_1 \geq 0$$

同様に、 $d < M$ ($\alpha = M - d$) の場合の若年期の期待効用 (EU^{M2}) を最大化する式は以下のようになる。

$$\max EU^{M2} = u(C_1) + \pi u(S - \alpha) + (1 - \pi)u(S) \text{ s.t. } C_1 \geq 0$$

このときの各期の最適消費を C_1^{Mj} 、 C_2^{iMj} 、最適貯蓄を S^{Mj} で表す ($i=s, h, j=1, 2$)。医療貯蓄が医療費以上 ($d \geq M$) の場合、若年期の最適消費は $C_2^{Mj} = (Y - d)/2$ である。最適な状態において各期、各状態の消費は互いに等しい ($C_1^{Mj} = C_2^{h,M1} = C_2^{s,M1} = S^{M1}$)。医療貯蓄が医療費用よりも小さい ($d < M$) 場合、各期の消費は $C_1^{s,M2} < C_1^{h,M2} < C_2^{h,M1}$ という関係になる。最適な状態において、若年期の消費は高齢期に発病しなかったときの消費より小さく高齢期の発病したときの消費より大きい。さらに、若年期の消費は高齢期のための貯蓄よりつねに小さい。

以上より、それぞれの選択肢において期待効用を最大化した結果をまとめると以下の表のようになる。(図表 13)

図表 13 保険、医療貯蓄口座における最適な消費

保険	$C_1^* = \frac{Y - \pi M}{2} = C_2^* = S^*$
医療貯蓄口座 ($d \geq M$)	$C_1^{Mj} = C_2^{h,M1} = C_2^{s,M1} = S^{M1} = \frac{Y - d}{2}$
医療貯蓄口座 ($d < M$)	$S^{M2} - \alpha = C_1^{s,M2} < C_1^{h,M2} < C_2^{h,M1} = S^{M1}, \frac{Y - d}{2} < C_1^{M2} < \frac{Y - d}{2}$

図表 13 より、医療貯蓄が医療費以上の場合、($d \geq M$) 医療貯蓄口座と完全保険においてはどの期もどの状態にあっても消費水準は等しい。つまり、消費水準が平準化されるという意味で完全保険と医療貯蓄口座は同じ機能をもつ。同様にして、医療貯蓄が医療費よりも小さい ($d < M$) 場合、高齢期の消費水準には格差が残りリスクが存在したままとなる。期待効用水準は保険がもっとも高い。ただし、このモデルでは MSA 制度に期待される個人の予防行動などは考慮されていない。

4-2 各案の説明

1. 医療保険の自己負担率を上げ、同時に医療貯蓄口座を全ての世代に平等に導入

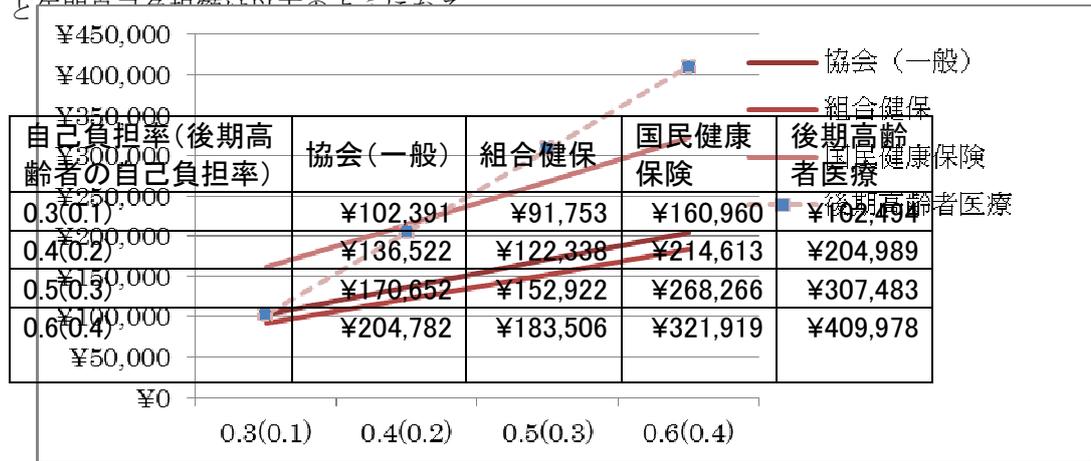
もっとも分かりやすい形の導入である。現在保険適用されている全ての疾病に関して自己負担比率を上げ、同時に所得の一定割合を強制的に貯蓄させるものである。平成 21 年 3 月の患者一人当たりの医療費（患者負担を含む）を保険者別にみると、健康保険協会管掌健康保険（以下、協会（一般）という）では 28,442 円、組合健康保険（以下、組合健保という）では 25,487 円、国民健康保険では 44,711 円、後期高齢者医療では 85,412 円である。これにそれぞれの自己負担率を乗じると、平成 21 年現在の自己負担の医療費は以下ようになる。また、この自己負担額に 12 を乗じて大雑把ではあるが、年間自己負担額を求める。

図表 14 医療保険制度別患者一人当たりの医療費及び自己負担額（単位：円）

	協会（一般）	組合健保	国民健康保険	後期高齢者医療
一人当たりの医療費	28,442	25,487	44,711	85,412
自己負担額	8,532.6	7,646.1	13,413.3	8,541.2
年間自己負担額	102,391.2	91,753.2	160,959.6	102,494.4

出所：保険局調査課公表の資料をもとに作成

仮に、自己負担率を 4 割、5 割、6 割（後期高齢者は 2 割、3 割、4 割）に引き上げると年間自己負担額は以下ようになる。



このグラフからもわかるように、後期高齢者医療は自己負担金額の伸び率が他の保険に比して大きい。つまり、自己負担比率引き上げによる影響が大きいのである。よって後期高齢者医療の自己負担比率を大きく上げることは難しいと考えられるため、ここでは後期高齢者医療の自己負担比率を 0.2 まで上げることを想定する。その他の保険については自己負担比率 0.4、0.5、0.6 についてそれぞれ検討する。

次に減額する支払い保険料について検討する。

図表 16 世帯類型別所得再分配状況（年額）

	一般世帯	高齢者世帯
世帯数	3532	1167
世帯人員数(人)	2.9	1.54
当初所得(万円)	568.5	90.1
再分配所得(万円)	572.6	374.9
社会保険料(万円)	62.6	17.5

出所：厚生労働省（2008）

図表 16 は 2008 年の所得と社会保険料の拠出額を表にしたものである。再分配所得とは、当初所得から税金、社会保険料を控除し、社会保障給付を加えたものである。単純に増加した自己負担額のみだけ社会保険料を減額すると、以下ようになる。ただし、協会（一般）、組合健保、国民健康保険は一般世帯、後期高齢者医療は高齢者世帯として考える。

図表 17 社会保険料の減額

	自己負担率(後期 高齢者医療)	協会(一般)	組合健保	国民健康保 険	後期高齢 者医療
増加分	0.4(0.2)	¥34,130	¥30,584	¥53,653	¥204,989
	0.5	¥68,261	¥61,169	¥107,306	
	0.6	¥102,391	¥91,753	¥160,960	
減額後の支払 保険料	0.4(0.2)	¥591,870	¥595,416	¥572,347	(¥29,989)
	0.5	¥557,739	¥564,831	¥518,694	
	0.6	¥523,609	¥534,247	¥465,040	

計算の結果、後期高齢者医療については自己負担増加額が現在の支払社会保険料を上回ったので、減額した結果 0 円になると考える。

最後に、医療貯蓄口座への貯蓄割合を考える。貯蓄率を S、所得を Y、高齢期にかかる年間医療費を M、若年期を 20 歳から 60 歳の 40 年間、高齢期を 60 歳から平均寿命 82.6 歳（2008 時点）まで、約 20 年と仮定すると

$$S = \frac{20M}{40Y}$$

となる。現在日本の預金金利は大変低く、また家計が証券投資することも一般的ではないため、金利や利回り、時間価値等は考慮しない。この式にこれまで扱った数値をあてはめると、Y=再分配所得(増額した自己負担の分だけ社会保険料は減額されるので増減 0 と考

る)=572.6 万円、M=20.5 (図表 15 より) とすると、

$$S = \frac{20 \times 20.5}{40 \times 572.6} = \frac{410}{22904} = 0.0179$$

となり、金額にすると 572.6 × 0.0179 = 10.24954、約 10 万 2,500 円である。現在日本の家計の貯蓄率が 2.6% であることを考えればそれほど無体な話ではないと思われる。

2. 生活習慣病など、予防により防ぎうるいくつかの疾患について医療保険の自己負担率を引き上げ、同時に同時に医療貯蓄口座を全ての世代に平等に導入する。

MSA 制度導入の主たる目的の一つはモラル・ハザード抑制を実現し、医療費を削減させることである。モラル・ハザード抑制には、風邪など自宅で療養できる病気にかかった際には自宅で療養することもそうであるが、何よりもまず病気にかからないことである。

ここでは「健康日本 21」でも重要視された生活習慣病について自己負担比率を引き上げる提案をする。生活習慣病とは、不規則な食生活、喫煙、飲酒、運動不足など、不健康な生活によって引き起こされる病気を取りまとめたものである。具体的な病気として、高血圧、糖尿病、がん、歯周病などが挙げられる。ただし、不健康な生活をしていなくても、遺伝や性別、年齢などの要因で発症してしまうケースもある。国民の死因全体のうち、生活習慣病による病気に関係する割合は 60.9% にのぼる。また国民の医療費は 32.1 兆円に上るが、このうち生活習慣病の治療にあてられる割合は 10.4 兆円を占める。

図表 17 生活習慣病に関連する医療費の総額と内訳 (単位：兆円)

国民医療費	32.1
内、生活習慣病にかかる医療費	10.4

悪性新生物	2.6
虚血性心疾患	0.9
脳血管疾患	2.6
糖尿病(合併症含む)	1.9
高血圧性疾患	2.8

このように、生活習慣病は国民の代表的な病気であり、その経済的負担も大きい。しかし、生活の中で自ら病気を予防できるため、有効な予防策を行えば治療費も抑えることができる。たとえば、禁煙をするだけでもガンの発症率を約60%に抑えることができる。さらに、ガン患者全体のうち、喫煙者は約25%を占めている。このことを考えると、国民全体が禁煙を行えば、ガン患者を15%減らすことができる。これだけでも、国内全体で3900億円の医療費を削減することができると思われる。

図表 17 より、生活習慣病にかかる医療費は医療費全体の32.4%を占めている。これを先ほどの一人当たりの医療費にも当てはめると、以下ようになる。

図表 18 生活習慣病の医療費に占める割合を32.4%と仮定した場合の生活習慣病の医療費

		協会(一般)	組合健保	国民健康保険	後期高齢者医療
生活習慣病にかかる医療費		¥110,582	¥99,093	¥173,836	¥332,082
自己負担比率(後期高齢者医療)	0.4(0.2)	¥44,233	¥39,637	¥69,535	¥66,416
	0.5	¥55,291	¥49,547	¥86,918	
	0.6	¥66,349	¥59,456	¥104,302	

ただ、この提案に関してはそれぞれの疾病に罹患したさいどのくらいの治療費がかかるのか、罹患する確率及び予防により罹患しない確率についての明確な資料がなく、また本論文で検証するのも本筋から逸れるので、具体的な自己負担比率の算出はできない。

ただ罹患する確率を r とすると、 $r \geq 0$ であるため、1案より自己負担比率は大きくなり、結果貯蓄率も大きくなるといえる。

3. 医療保険の自己負担率を上げるが、貯蓄口座のない高齢者については自己負担率を上げない。

1案では最終的に貯蓄率1.79%を求めたが、これは20歳のときに貯蓄し始めた場合を想定している。MSA制度を導入した際にすでに高齢者となっている世代にはその貯蓄がなく、引き上げられた自己負担額を補うための財がないことになる。そのため、導入時点ですでに高齢者となっている個人については自己負担比率をあげない案、また1案の計算過程で、自己負担の増加分が現行の支払社会保険料を上回っていたため、高齢者の支払社会保険料を0として考えたが、それについて改めて検討する。

まず、自己負担比率を引き上げない案についてであるが、これは今後更なる増加が予想される高齢者医療費の歯止め、世代間格差の是正としてのMSA制度の主旨と相反する。自己負担比率を引き上げることで期待されるモラル・ハザード抑制は実現されないため、高齢者医療費の歯止めになることはできない。また、自己負担以外の9割の高齢者医療費は若年層が支払う社会保険料によって賄われるため、世代間格差の是正にもならない。増大していく高齢者医療費を支えつつ、自らの高齢期については自分で備えろというのでは世代間格差が更に大きくなるだけである。したがって、高齢者についても自己負担比率を引き上げざるをえない。

ではその財源はどうするのか。高齢者には医療貯蓄口座はない。しかし普通の貯金はある。金融広報中央委員会の調査によれば、60歳代の平均貯蓄額は1,601万円、70歳以上の平均貯

蓄額は1,432万円である。(ちなみに20歳代は171万円、30歳代は455万円、40歳代は812万円、50歳代は1,154万円である)。これだけの貯蓄額があれば、自己負担比率を2割に引き上げたとしても対応しうるのではないだろうか。MSA制度を導入する際このような提案をすれば高齢者世代の批判は必至であるが、世代間格差の是正のためであると理解を得なければならない。

また、高齢者の支払保険料を0にするという提案であるが、0にしたとしても高齢者の負担は現状よりも増加するので、致し方ない方策と考える。高齢者の受診抑制による医療費の削減に期待せざるをえない。

4-3 貯蓄のない世帯、低所得の世帯への対応

しかし、貯蓄がない世帯が約2割ある。(各世代とも共通して2割程度貯蓄のない世帯が存在する)。そうした世帯についてはどのような方策を打つべきであろうか。

現在の生活保護制度では、経済的に医療サービスを受けられない人たちに対して、医療扶助という形で医療費を提供している。制度の適用範囲は、一般診察、薬剤または治療材料、手術並びに治療のための施術、自宅における療養管理またはその看護、入院、病院までの移送とされている。給付方法は原則現物給付とされている。

医療扶助費は総額で1兆4000億円にのぼる。これは生活保護費全体の約50%を占める。また、生活保護費は国が全体の3/4を負担し、残りは地方自治体が負担する。医療扶助の法的な建前としては、患者の病状について、医師から福祉事務所に傷病の発生を申告し、主治医と検討のうえ、扶助の可否を判断し、適切な医療機関に診療を委託したのちに医療費を支給するシステムになっている。しかし実際には、受診前の福祉事務所長による扶助の判断は省略されることが多く、風邪などの軽微な病気もこうしたシステムには馴染んでいない。つまり、憲法25条で保障される「健康で文化的な最低限の生活」を過不足なく提供することは困難であり、それは医療サービスにおいても同様なのである。

図表 19 生活保護者と医療扶助人員の規模

	被保護実人員	医療扶助人員	医療扶助総額
平成14年度	1242723	1002866	11622
平成15年度	1344327	1082648	12361
平成16年度	1423388	1154521	13029
平成17年度	1475838	1207814	13470
平成18年度	1513892	1226233	13500

図表18から、生活保護を受けている人の大部分が医療扶助も受けていることがわかる。医療費は生活必需品と同様に価格弾力性、所得弾力性が低いので、当然といえば当然の現象である。

貯蓄のない高齢者の世帯については自己負担率を軽減、あるいは生活保護同様に現物給付の形で支給(つまり自己負担率0)するのはどうであろうか。この場合、貯蓄の定義、「貯蓄がない」とは預金口座にいくら未満の場合とするのか、という2点を明確にしなければならない。これらの定義を明確にしなければ公平性を欠くからである。

まず1点目、貯蓄の定義について明確にする。広辞苑によれば貯蓄とは、「財貨をたくわえること。ためること。また、その財貨。」と定義されている。一般には貯金・預金のことを指すが、いわゆる「たんす預金」も実質的には貯蓄である。これは行政上把握することが不可能である。したがって、もし貯蓄を「金融機関に預けている貯金もしくは預金」と定義し、「貯蓄額がx円に満たない世帯は自己負担率を軽減する(あるいは医療サービスを現物給付する)」

と定めた場合、たんす預金が豊富にある世帯、あるいは故意にたんす預金を創り出した世帯は不当な利益を享受することになり、不公平である。が、行政上正確な実質の貯蓄額を把握することは不可能とはいえ、他に適当な方法もない。ゆえに、貯蓄は「金融機関に預けている貯金もしくは預金」と定義し、たんす預金を故意に創られぬよう、行政のチェック機能を充実させることが肝要である。

次に、自己負担率を軽減する（あるいは医療サービスを現物給付する）世帯の貯蓄額の上限を定めなければならない。これは生活保護の基準を参考にしたいと思う。生活保護の基準は、厚生労働大臣が地域の生活様式や物価等を考慮して定める級地区分表によって、市町村単位で6段階に分けられている。この市町村が定める基準（月額）に貯蓄額が満たない世帯については自己負担率を軽減自己負担率を軽減する（あるいは医療サービスを現物給付する）というのはどうであろうか。

4-4 結論（提案）

以上の事から、以下の事を提案する。

- ・協会（一般）、組合健保、国民健康保険については医療費の自己負担率を0.4~0.6に引き上げる。後期高齢者医療保険については自己負担率を0.2に引き上げる。生活習慣病の疾病についてはさらに自己負担率を引き上げる。
- ・引き上げられた自己負担の分だけ支払社会保険料は減額させる。後期高齢者医療に加入する者は支払保険料を0とする。
- ・国民は所得の一定割合（ここでは1.79%と結論づける）を強制的に医療貯蓄口座に貯蓄される。
- ・生活保護基準の月額に貯蓄額の満たない高齢者の世帯については、自己負担率を引き上げない。または医療サービスを現物給付する。

おわりに

現在ある国民皆保険制度はたいへん素晴らしいものである。しかし、その運営は非常に厳しい状況に立たされており、今後悪化することはあっても改善される見込みはない。また、儒教的な文化をもつわが国では子供世代が親世代を支えるという伝統が有り、この皆保険制度、年金制度はその精神を反映した制度といえる。もちろんその道徳はこれからも大切にすべきなのであるが、減少しつつある子供世代が増加する親世代を支えることが現実的に厳しい状況になりつつある。そうした状況の打開策として私たちはシンガポールで行われている医療貯蓄口座の導入を提案した。論理展開も大変大雑把であり、所得格差や母子家庭についてなど、触れられなかった問題点、思慮の浅い点が多々あるが、論文作成を通してこの問題について深く考えることができた意義は大きいと思う。

また、日本経済団体連合会（御手洗会長）が2007年2月20日に「持続可能で国民の満足度の高い医療の実現に向けて」と題し、医療貯蓄口座についての意見書を公表し、政府に対して「歳出改革プログラム」の実行に向けた具体的な工程表を明らかにするとともに、提言を「歳出改革プログラム」に盛り込むことを要望した。また、国民に対して提言への理解を求めるための働きかけを行う意向を示している。公平で納得性の高い負担の分かち合いの観点から、とくに高齢者医療については、給付を効率化したうえで、「高齢者にも所得や資産に応じた応分の貢献を求めるとともに、現役世代からの所得移転については、より幅広く国民全体が負担を分かち合う公費によることが望ましい」としている。医療保険制度の持続可能性の確保と満足度を高めるために取り組むべき課題として、まず国民が自らの健康は自らで守るという自助努力を行うことを前提とし、国・地方・企業・医療保険者・医療機関等による健康維持や疾病予防に対する支援が重要だと指摘した。

制度改革も重要かつ急務であるが、もっとも重要かつ急務なのは国民の意識を変えることであると思う。仮にこの制度についての研究が更に進み、いつか誰かが国会等で提言するこ

とはあっても、国民に受け入れられるか甚だ疑問であるからである。保険制度の危機的状況や世代間格差については、マスコミで取り上げられる機会も多いが、国民が問題として意識しているかといえば決してそうではない。現状を知らずに保険制度を縮小し、老後の医療費は基本的に自ら貯蓄せよと言われれば、それまで老後の生活は国が保証してくれるものだと思込んでいる国民は反発するであろう。しかし、国は絶対的に安定的なものではなく国民の幸福全てを保証し、幸福が奪われた際はそれを補償できるほど万能な存在ではない。現在の日本の国民の多くは、少なくとも経済面・安全面、は現在・将来にわたり国や企業、あるいはほかの誰かが保証してくれるものとして感じているが、もっと自己の責任において幸福を追求し、実現すべきであると思う。そうした意識の変革がなければ MSA 制度は日本においては受け入れられ難いと思う。

参考文献

- 『日本の医療が危ない』 川渕孝一著 ちくま新書 2005年
『医療改革 痛みを感じない制度設計を』 川渕孝一著 東洋経済新報社 2002年
『アジアの医療保障制度』 井伊雅子編 東京大学出版会 2009年
『世界の統計』 総務省統計研究所編 2010年
『医療の経済学——経済学の視点で日本の医療政策を考える』 河口洋行著 日本評論社 2009年
『入門 金融』(第4版) 黒田晃生著 東洋経済新報社 2007年
『医療経済学入門』 牛越博文著 岩波書店 2009年
『医療マーケティング』 真野俊樹著 日本評論社 2003年
『医療人類学のレッスン——病をめぐる文化を探る』 池田光穂・奥野克己著 学陽書房 2007年
『医療と社会 Vol.18 No.1』 医療科学研究所 2008年
『医療と社会 Vol.17 No.3』 医療科学研究所 2007年
『流通科学大学論集 経済・経営情報編』 流通科学大学学術研究会 “二期間モデルによる医療貯蓄口座の分析” 中島孝子 2006年
『週刊社会保障 No.2592』 社会保険法規研究会 2010年
『週刊社会保障 No.2601』 社会保険法規研究会 2010年
『統計 2010年9月号』 日本統計協会 2010年
『経済分析 第181号』 内閣府 経済社会総合研究所 2009年
社会保険庁 HP <http://www.sia.go.jp/seido/iryo/index-top.htm>
全国健康保険協会 HP <http://www.kyoukaikenpo.or.jp/1.html>
国民健康保険中央会 HP <http://www.kokuho.or.jp/index.html>
厚生労働省 HP <http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryohoken/iryohoken01/01.html>
外務省 <http://www.mofa.go.jp/mofaj/area/singapore/data.html>
シンガポール統計局 <http://www.singstat.gov.sg/statsres/resources.html#international>
財団法人 海外邦人医療基金 http://www.iomf.or.jp/html/jigyuu_iryuu2.html
OECD HEALTH DATA2010
http://www.oecd.org/document/33/0,3343,en_2649_34631_34973665_1_1_1_1,00.html
ハピラボ HP http://www.hapilabo.com/main/post_609.html