

# 医療保険の制度体系を考える

福田 素生

岩手県立大学大学院社会福祉学研究科教授

## 1 はじめに

年金制度について当面の改革が行われたことにより、社会保障政策の最優先課題は、医療の問題に移っていると言ってよい。表1は、「年金」、「医療」、「福祉その他」という各部門別に社会保障の給付と負担の見通しを厚生労働省が示したものである。マクロ経済スライドなどを導入した今回の年金制度改革により、20年後の年金給付は、対国民所得比で従来の制度を維持した場合よりも3ポイントとかなりスリム化され、現在の水準よりも0.5ポイント減少して12%になるとされている。これに対し医療は、このままでは逆に4ポイントも増加して国民所得の11%に達し、ほとんど年金に肩を並べることが予想されている(1)。

これに伴い負担についても、年金の保険料及び公費負担が、従来の制度を維持した場合に比べ、対国民所得比でそれぞれ3及び1ポイント減少し、

上昇がかなり抑制されたのに対し、医療は、保険料が1.5ポイント上昇するのに加え、国民健康保険や老人医療制度に高率で投入されている公費負担が急上昇し、2025年には28兆円と年金に対する公費負担の2倍に達することが予想されている(2)。ちなみに介護保険法の附則で、施行後5年を目途とした制度全般の見直しが規定され、現通常国会に改正法案の提出が予定されている介護保険のマクロ的なプレゼンスは、療養型病床群など本来は医療としてカウントされるべきものを含めて、現時点で医療の2割弱、20年後でも3割強に過ぎない。なお、このような医療費(3)の急上昇の主因は、老人一人当たりの医療費が、他の先進諸国では、若人のその概ね3倍前後であるのに対し、我が国の場合は5倍に近いという特異な状況の中で、急速に高齢化が進行することにある(4)。

医療保障制度の目的は、「医療サービスを必要とする者が、もれなく良質なサービスを利用者本位で、効率的に利用できるようにすること」であり、評価の基準は、「アクセスとその公平性」、「サービスの質」、「効率性」、「利用者本位」である。時として、相反するこれらの要素をバランスよく追求することが重要になるが、これに関連して尾形(2004)は、我が国の医療保障制度の現状を次のように評価している。アクセスの公平性については、国民皆保険体制が採られ、各保険制度

### ふくだ もとお

1982年東京大学法学部卒。同年旧厚生省入省。老人保健福祉局課長輔佐、国立社会保障・人口問題研究所室長等を経て、現職。著書に『社会保障の構造改革』(単著)、『保健医療の財政と供給』(共訳)などがある。

表1 社会保障（部門別）の給付と負担の見通し

	2004年度（予算ベース） （平成16）			2025年度 （平成37）		
	兆円	対NI		兆円	対NI	
社会保障給付費	86	23	1/2	152 (176)	29 (31)	1/2
年金	46	12	1/2	64 (84)	12 (15)	
医療	26	7		59 (60)	11 (11)	
福祉等	14	3	1/2	30 (32)	6 (5)	1/2
うち介護	5	1	1/2	19 (20)	3 (3)	1/2
社会保障に係る負担	78	21	1/2	155 (180)	29 (32)	1/2
年金	38	10	1/2	65 (88)	12 (16)	1/2
医療	26	7		59 (60)	11 (11)	
福祉等	14	4		31 (32)	6 (5)	1/2
うち介護	5	1	1/2	19 (20)	3 (3)	1/2
保険料負担	52	14		96 (116)	18 (21)	
年金	30	8		51 (70)	9 (12)	1/2
医療	16	4	1/2	31 (33)	6 (6)	
福祉等	6	1	1/2	14 (14)	2 (2)	1/2
うち介護	2		1/2	8 (9)	1 (1)	1/2
公費負担	26	7		59 (64)	11 (11)	1/2
年金	8	2		14 (19)	2 (3)	1/2
医療	10	3		28 (27)	5 (5)	
福祉等	8	2		17 (18)	3 (3)	1/2
うち介護	3	1		11 (11)	2 (2)	
国民所得	366	—		525 (557)	—	

(注) 括弧内は2002年5月推計（基礎年金の国庫負担割合を2分の1にした場合）による推計値である。

間で給付の差もほとんどなくなっており、医療機関の地域的な偏在などの問題はあっても、全体としてかなり達成されている。サービスの質と効率性については、医療費の対GDP比の国際比較などからマクロ的な効率性（コストコントロール）は今までのところある程度達成されているのに対し、多発する医療事故などを含め、個別の医療サービスの質や効率性には問題がある。また、

利用者本位については、診療情報の開示など最も遅れている分野であり、改善の余地が大きいとしている。筆者の評価も概ね尾形と共通で、医療保障制度は、公平なアクセスという長所を堅持しながら、将来にわたって医療費の負担が過大にならないよう、社会的入院<sup>(5)</sup>など相当の無駄がある老人医療費を中心に医療費の徹底した効率化を進めるとともに、カルテの開示やインフォームドコ

表2 日本の公的医療保険制度の概要

	制度名	保険者 (数)	加入者数 (万人)	医療給付 (一部負担)	国庫 負担・補助	老人加入率 (%)
職 域	政府管掌 健康保険	国 (1)	3,585	3割  ただし、 3歳未満 2割 70歳以上 1割 (一定以上所得者は2割) 高額療養費も 各制度共通	給付費の13% (老健拠出金分16.4%)	5.4
	組合健保	健保組合 (1,674)	3,057		なし	2.6
	各種共済	共済組合等 (78)	979		なし	4.2
	国民健康保険	国保組合 (166)	411		給付費等の32%~52%	25.1
市町村 (3,224)		4,619	給付費の50%			
地 域						

(注)平成16年版厚生労働白書から作成。船員保険等については省略している。

ンセントの推進など利用者本位のシステムとする方向で改革されるべきであると考えられる。

本稿では、我が国の医療保障制度の基本的構造と近年の改革の動向について概観し、次に一昨年の3月に閣議決定された基本方針を参考に医療保険の制度体系について検討し、今後の医療保障制度の基本的なあり方について考えてみることにしたい。なお、本稿において、意見にかかわる部分については、すべて筆者個人のものであることをあらかじめお断りしておきたい。

## 2 我が国の医療保障制度の基本的構造と近年の改革の動向

### (1) 医療保障制度の基本的構造

我が国の医療保障制度の最大の特徴は、職域または地域をベースに約5,000に分立した公的な医療保険制度により、原則としてすべての国民が、何らかの公的医療保険制度によってカバーされる国民皆保険体制をとっていることである(表2)。つまり、国民皆保険といっても、一国単位で国民が相互に医療費を支えあっているわけではなく、老人医療費を除けば、原則として健康保険組合など各保険者単位でそれぞれの加入者同士が医療費を支えあっているわけである。そして、その土台としての役割を果たしているのが、地域保険とし

ての市町村国民健康保険である。健康保険など職域の公的医療保険制度によってカバーされない者は、すべて居住地の国民健康保険の被保険者となることとされており、その結果、市町村国民健康保険には、農業者、自営業者といった従来からの加入者(6)に加え、定年退職した高齢者、失業者など(7)が加わることになるため、加入者の平均年齢が上昇する一方、その平均所得は低く、高率の公費負担なしには成り立たなくなる。また、国民健康保険が市町村を保険者としていることもあって、保険者の規模は自治体規模をほぼそのまま反映することになり、加入者が数百人の小規模なものから指定都市のように100万人を超えるものまでばらつきが大きい。さらに、制度間で老人加入率に大きな格差が存在するため負担の集中する市町村国民健康保険を被用者保険(拠出金)及び公費の負担で支え、国民皆保険を維持する目的で老人保健制度が設けられ、制度間で財政調整が行われている。

これらの基本的な構造は、職域ごとの保険制度からスタートして適用対象の順次拡大による皆保険体制の構築、経済成長と就労構造の変化、無料化を契機に急増した老人医療費への対応などの歴史的経緯に由来するものである。国際的には、ドイツ、フランスなど主として大陸ヨーロッパ諸国で採られている社会保険方式に近いものと位置づ

けられようが、独自の性格を有する部分も少なくない(8)。

例えば、ドイツでは保険給付費を基本的にすべて保険料で賄っているのに対し、我が国では前述のように、保険と言いながら国民健康保険などへ大量の公費(租税)を投入している。また、医療費の公的保障の度合いが高い反面、ドイツなどと比べ、生産手段の私的所有の比率が高い。さらに、制度を通じた給付と負担の面での公平とは裏腹に保険者の自律性が弱い。中でも保険者と医療提供主体との関係では、保険者の自律性が特に制約されており、サービス提供主体の選択やサービスの価格など本来であれば診療委託契約の内容として各保険者が一方の当事者として決定すべき事項を政府がすべての保険に共通するものとして一括して公定するという世界的にも例のない特異な仕組みがとられている(9)。このため、誰でも希望する医療機関をほぼ同等の負担で受診できる一方、医療提供主体間で競争が生じにくく、非効率な主体などが淘汰されず、温存されることになる。また、ドイツなどでは疾病金庫という(政府から独立した)公法人が保険者となっているのに対し、我が国では政府自らが保険者になる(政府管掌健康保険、国民健康保険)など政府の役割が大きい。

## (2) 近年の改革の動向

こうした状況の中、医療保障制度については、近年、従来に比べると比較的大幅な改革が行われてきた。まず、2000年の改正により、高齢者一部負担の一部定率化(1割)などが実施され、2002年の改正では、高齢者の一部負担の完全定率化(原則1割、上位所得者2割)、老人医療対象年齢(70歳から75歳へ)及び公費負担率(3割から5割へ)の段階的引上げ、被用者本人負担の3割への引き上げ、保険料賦課にかかる総報酬制の導入などが行われた。これらにより、保険者が約5,000に分立しているにもかかわらず、高齢者以外については、保険給付の面で給付率が原則7割

で統一され、基本的な格差はなくなった。また、大量の公費の投入により、世帯当たりの保険料もほぼ均衡しており、制度を通じた給付と負担の公平は、ほぼ達成されたということもできよう(10)。しかし、これらの改革は、いずれも分立した医療保険制度による国民皆保険体制という前述の基本的な構造を前提とした給付と負担の見直しによる保険財政対策としての色彩が濃く、「小泉構造改革」という位置づけにもかかわらず、医療保険制度の再編成など医療保障制度の基本的な構造自体を変革するものではなかった。

## 3 医療保険の制度体系に関する基本方針の検討

前述の2002年改正法の附則で、政府は、(1)「保険者の統合及び再編を含む医療保険制度の体系の在り方」、(2)「新しい高齢者医療制度の創設」、(3)「診療報酬体系の見直し」について、具体的内容、手順などを明らかにした「基本方針」を策定するものとされ、2003年3月に閣議決定された。ここでは、B.エイベルスミスの「各国は、それぞれ独自の医療保障システムを発展させてきたが、それらは利害関係者—医療供給者、消費者、政府、企業、労組など—の相対的な政治的力関係に依存する。」という含蓄ある言葉(11)も踏まえながら、2008年度の実現(12)に向け、改革のベースとなることが予想される「基本方針」に沿って、(1)の医療保険の制度体系について、大きな変化が提案されている国民健康保険(以下「国保」という。)と政府管掌健康保険(以下「政管健保」という。)を中心に検討してみたい(13)。

「基本方針」では、「保険者の財政基盤の安定を図るとともに、保険者としての機能を発揮しやすくするため、再編・統合を推進する」とし、①安定的な運営規模、②都道府県における医療計画の策定、③サービスが概ね都道府県の中で提供されている実態、の3点を根拠に「都道府県単位を軸

とした保険運営について検討」するという基本的な方向が示されている。キーワードは、「都道府県単位」である。具体的には、国保については、「広域連合等の活用により都道府県において、より安定した運営を目指す」とし、政管健保については、都道府県単位で財政運営を行うとしているが、いずれも都道府県の直営になるのかなど具体的な保険者の形態については明らかではない。

自律性が弱い我が国の保険者を、良質なサービスの効率的な提供のため、保険者本来の機能を発揮できる高い専門性を有する自律的な主体とするためには、新しい保険者は、政府（都道府県）から独立し<sup>(14)</sup>、かつ被保険者の参加が民主的に保障された公法人が相応しいということになろう<sup>(15)</sup>。国保、政管健保とも給付費に対する公費の支援は、国保の財政調整交付金を含めこれまで国だけが行っていたが<sup>(16)</sup>、都道府県単位化に伴い、特に国保については、住民福祉の向上などに責任を有する都道府県も応分の財政負担を担う方が自然であろう。ただ現在のように、保険者が給付費をコントロールする手段が実質的にほとんどない、青天井の制度のままでは、将来的な負担増が予想される都道府県が都道府県単位化を簡単に受け入れるとはとても思えない。給付が住民の負担能力に収まるような仕組み、具体的には、総医療費の額や伸びの上限設定、保険者と医療提供主体の直接契約や価格交渉などについても抱き合わせて導入することが不可欠であろう。

国保の場合、都道府県単位の公法人化により、財政基盤の安定化は一定程度進むであろう。また、現在市町村国保において恒常化してしまった一般会計からの繰入<sup>(17)</sup>も、事業が赤字になったからといって都道府県の直営ではないので都道府県が当然に求められるわけではない。他方、現在のような国保を土台とした国民皆保険体制を維持するのであれば、事業が赤字になった場合でも、公法人の財政が破綻し事業の継続が不可能になることがないよう何らかの財政的な下支えが必要とな

る。ただその場合でも、介護保険の財政安定化基金の仕組みのように、保険料による償還を条件とする貸付の制度を原則とすべきであろう。また「基本方針」は、「財政調整交付金の配分方法の見直し」を図るとしているが、現在の収支差補填を基本とする事後的調整から、年齢構成など保険者の責に帰さない要素の調整を目的とする介護保険の調整交付金のような事前的調整に変え、安易な公費依存から脱却し、保険者の努力を促す仕組みとすべきであろう。

問題は、公法人の具体的な担い手と実際の保険料の徴収である。現実的には、担い手として都道府県の国民健康保険団体連合会が頭に浮かぶが、余剰とされる都市部の金融部門の人材の積極的受入れなどによる専門性の向上が不可欠である。また、保険料の徴収を公法人が自ら行うのであれば、保険者の自律の観点からそれに越したことはないが、事務コストが膨大になることが予想され、現実には市町村に徴収事務を委託せざるをえないだろう。その場合、保険者としての財政責任から解放された市町村に従来通りの保険料徴収努力を期待するのは容易ではない。保険料を負担しない者は、給付を受けられないという原則に基づき、介護保険同様、未納者・滞納者に対する給付制限の強化に加え、堤（2004）が提案している保険料徴収率の高い市町村を優遇するメリット制などの導入により、市町村を動機付けする必要があるだろう。

政管健保については、現在国を単位に一つの保険で行われているため、医療費の高い地域の分を、低い地域の被保険者（及び事業者）がかぶる形になっている。都道府県単位化により、年齢構成や所得など保険者の責めに帰さない要素の調整が公費により行われれば、保険料は都道府県間の医療費格差<sup>(18)</sup>をそのまま反映したものとなるので、都道府県で医療費効率化のインセンティブが働くことになる。レセプト点検の強化なども重要であるが、医療費の地域格差は、病床数、医師数など供給側の要因と強い相関関係があることが知られ

ており、既述の医療供給主体との関係における保険者機能の強化が特に重要になる。また、都道府県ごとに独立した公法人を設立するか、会計単位のみ独立させるかも論点になるが、前述の財政調整と保険者機能の強化を前提に前者が望ましいと考える。いずれにしろ、現行一律の保険料率が地域によって相当変動することが予想され、ソフトランディングのため一定の経過措置は導入せざるをえないように思われる。

#### 4 おわりに

1で見たように急増が予想されている医療費を、将来にわたって国民の負担能力の範囲にコントロールするには相当の効率化が必要であるが、基本方針に示されている今回の改革で十分かどうかについて筆者は懐疑的である(19)。医療費の負担はますます深刻な問題になると危惧され、今回の改革を踏まえた抜本改革が不可避になると予想される。中期的には、都道府県域を基本に、標準的な給付を行う公的に認証された(競争が働く程度の)複数の保険があり、年齢構成、所得などのリスク構造調整を前提に、住民(被保険者)は、選択してそのいずれかに加入する義務を負うという形での皆保険体制とし、アクセスの公平を維持しながら保険者間の競争促進による医療費の効率化を図るべきであると考えている。

市民参加などにより、患者、被保険者の利益のために医療提供主体と対等に向き合い、交渉できる自律性、専門性の高い保険者主体を育てられるか、そうした主体が参入し、活躍、成長できるシステムを整備できるか(20)が、今私たちに問われているのではないだろうか。■

#### 《注》

(1) 1994年に厚生省の研究会から発表された「21世紀福祉ビジョン」では、将来的には医療費の伸びを抑制する一方、介護や育児などの福

祉サービスを充実して、「年金」、「医療」、「福祉その他」の構成比を(現在の5:4:1から)5:3:2に変えていくことが望ましいとしているが、現状はそれとは逆の方向に動いていることになる。

- (2) このことは、低迷する経済状況の中で医療保障制度の持続可能性を危うくすると同時に、先進国で最悪の状況にあるとされるわが国の財政の再建に際しても医療が最大の課題になることを意味する。
- (3) 医療費の中味を見ると、そのほぼ半分が医師など医療従事者の人件費である。
- (4) 我が国では、高齢化により医療費は必然的に増加するといった短絡的な議論が多いが、医療システム論の泰斗B.エイベルスミス(1996)は、高齢化は、後期高齢者の(福祉的な)ケアの費用を増加させるかもしれないが、医療費の増加にとっては大きな要因ではなかったとし、将来にわたって高齢化が大きな医療費増加要因になっているのは先進国では日本だけであるとして我が国の老人医療費の特異性を指摘している。
- (5) 日本医師会の幹部が、1996年度に6ヶ月以上入院している65歳以上の高齢者30万人のうち、半数近くが退院可能であるとするなど、1973年の老人医療費無料化を契機に高齢者介護サービスが大量の社会的入院によって肩代わりされてきたことが知られており、介護保険自体が社会的入院を追認するものだったこともあり、介護保険導入後も状況に大きな変化はないように思われる。なお、社会的入院は、精神医療の分野でも深刻な問題になっていることを付言しておきたい。
- (6) 国民健康保険は、総動員体制下の1938年に兵士の供給源だった農村の健康問題に対処するため「健民強兵策」としてスタートした。
- (7) また、約4分の1が原則として職域でカバーされる被用者が占めていることにも留意する必要がある。
- (8) 先進諸国の医療保障制度は、社会保険モデルに加え、英国に代表される一般租税を財源とし、生産手段の公有又は統制を特徴とする国営医療モデル、アメリカの私保険モデル(生産手段は私有が中心)の3つに大別すること

- ができる (OECD(1987))。
- (9) 戦時体制下の1942年に、医療機関を統制下において協力させる趣旨で制度化されたものが、半世紀以上にわたって基本的にそのまま維持されている (福田 (2002))。
  - (10) ただし、国保組合に対する公費の投入などの問題は残っている。
  - (11) B.Abel-smith(1996)pp.17-18
  - (12) 来年の通常国会に関連法案が提出される予定である。
  - (13) (2) の高齢者医療制度も多くの論点、問題点を含んでおり、(1) ととも密接に関係するが、紙幅の関係で本稿では立ち入らない。
  - (14) 政府は、様々な場面で医療供給主体の協力を必要としており、保険者としての政府が、保険の効率的な運営を求める合理的な主体としての立場を貫いて医療供給主体 (の団体) に対峙できるか疑問である。
  - (15) 国保の運営は、被保険者の範囲を超えて条約により定められており、被保険者自治が貫徹されておらず、政治介入の恐れも否定できない。なお、政管健保については、社会保険庁の見直しと重ねて議論されている。
  - (16) いわゆる三位一体改革により来年度から、国保に都道府県財政調整交付金が導入されることになった。
  - (17) 一般会計繰入は、総額で約4,000億円にも達しており、給付と負担の対応関係を不鮮明にし、社会保険の自律性を減殺してきた。
  - (18) 都道府県間の医療費格差は、最大で1.3倍である。
  - (19) ただ、現在の検討状況、政治状況を見る限り、不十分な改革の実現すら楽観できないと筆者は感じている。

- (20) それは、良質な医療提供主体が正当な評価を受けられるようになることを意味し、我が国の医療水準全体の向上につながることを期待できる。

#### 《参考文献》

- 尾形裕也 (2004) 「医療保険制度論」『季刊家計経済研究』2004 Spring No.62
- 菊池馨実 (2003) 「医療保険制度の方向性—医療保険改革のあり方を中心に—」『社会保険旬報』No.2174、No.2175
- 堤 修三 (2004) 『社会保障の構造転換—国家社会保障から自律社会保障へ』社会保険研究所
- 福田素生 (2000a) 「雇用と医療保険制度—コーポラティズムと保険者機能の調和」総理府雇用・福祉研究会『雇用の変化と社会保障法との関係に関する研究報告』
- (2000b) 「介護保険制度により提供される「介護」サービスについて—医療や福祉との関係を中心に—」『季刊社会保障研究』第36巻第2号
- (2003) 「保険者と医療供給主体の関係—日独の制度史を踏まえて—」『医療制度改革と保険者機能』山崎康彦・尾形裕也編著、東洋経済新報社
- B.Abel-smith (1996) “The Escalation of Health Care Costs : How Did We Get There?” in OECD. Health Care Reform : The Will to Change.
- OECD (1987) “FINANCING AND DELIVERING HEALTH CARE” 福田素生・岡本悦司訳『保健医療の財政と供給—OECD諸国の比較分析』社会保険研究所 (1991)
- (1999) “A CARING WORLD THE NEW SOCIAL POLICY AGENDA”



# 高齢者医療制度改革の視点

堤 修三

大阪大学大学院人間科学研究科教授

## はじめに

戦後医療保障の歴史における最大の失敗の1つは、1973年に実施された老人医療費の無料化だと言ったら、多くの皆さんは怪訝に思われたり、反発を感じられたりすることだろう。もちろん、その恩恵に浴した高齢者にとって「善政」であったことは確かであるが、それが医療保険制度の体系や財政、現役世代の保険料や税負担に与えた影響は大きく、その後の医療保険制度の歩みを大きく制約したことは否定できない。

東京都をはじめとするいわゆる革新自治体を中心に燎原の火のごとく広がった老人医療費の公費負担に対し、当時の厚生省は国保財政に対する影響を懸念し否定的な態度を示したが、「善政」に対する国民の支持を敵に回せるはずもなく、逆に、国自らも後を追って老人医療費支給制度を創設することになってしまった。しかも、医療保険制度

の枠内で実施するのではなく、保険制度の自律性が働かない、聖域とも言うべき老人福祉法による福祉の措置として制度化されたのである。

老人医療費無料化の効果はてきめんに見えた。高齢者の受診率が上昇するとともに、その加入割合が高い市町村国保財政を直撃したのである。ここから、30年を超えて今日に至る医療保険の高齢者医療を巡る長い苦難の歴史が始まった。

## 1 高齢者医療を巡る問題の布置状況

高齢者医療を巡るその後の制度改革の流れとこれから本格化するであろう何度目かの改革議論を正確に理解するためには、高齢者医療問題が我が国の医療保険制度の構造上どういう位置関係において生じているかを押えておくことが有益である。

我が国の医療保険は、先行した被用者保険とそれでカバーされない地域住民を対象とする国民健康保険が後を追う形で普及し、皆保険体制もこの職域・地域の二本立てで成立したが、経済発展に伴う平均余命の伸張による高齢者の増加は、この構造自体の妥当性を問うものであった。人生50年・定年55歳という時代であれば問題となることはなかった制度体系も、増加する高齢者への適用に関しては十分に適合的とは言えなかったからである。

実際に医療保険における高齢者への対応は、戦

### つつみ しゅうそう

1948年生。東京大学法学部卒。71年旧厚生省入省。老人保健福祉局企画課長、介護保険制度実施推進本部事務局長、老健局長などを経て2002年社会保険庁長官。03年退官し、現職。著書に、『社会保障の構造転換』、『社会保障—その既往・現在・将来』などがある。



後すぐ健康保険法の施行規則が改正され、それまで配偶者と直系卑属に限られていた被扶養者の範囲が直系尊属まで拡大されることによって始まった。これによって勤労者の年老いた父母が被用者保険の対象となることとなったのである。その後、国保の全国普及によって皆保険が達成され、健保や共済などの被用者保険の被扶養者になれない高齢者も医療保険加入の途が開かれたが、これは、退職した勤労者の相当部分が国保被保険者となることを意味するものであり、平均余命の伸張・就業構造の変化・年金制度の充実などと相俟って、高齢者が医療保険制度の中で市町村国保に偏ってしまうという傾向的構造が生まれてしまった。これを財政面で増幅させたのが、老人医療費の無料化制度だったのである。

この老人医療費無料化による国保の財政負担を軽減するために、まず講じられたのは国保に対する臨時調整補助金の予算措置であり、それが限界に達した後に制度化されたのが老人保健制度である。これは職域・地域の医療保険の基本構造はそのままにして、高齢者の加入割合が全国平均並みであると想定して実質的に被用者保険から市町村国保への財政支援を制度化するものであったが、制度化に当り、給付と負担を分離するという保険制度の基本に反する仕組みを採るという無理をしてしまった。これは、予防からリハビリまでの総合的な保健事業を市町村において実施するという建て前と、財政力の強い保険者から弱い保険者に財源を移転するストレートな保険者間財政調整に対する強いアレルギーを考慮したものだったが、その後、保険料収入のうち拠出金に回る割合が増加し被用者保険の屋台骨を脅かすという構造の導入を意味するものでもあった。

老人保健制度による被用者保険からの財政支援の程度は、その後の制度改正でさらに引き上げられ、市町村国保は、おそらく被用者の退職者分を超える財政支援を受けることとなった。当時、国保と健保の財政状況から見て、老人医療費の財政

調整割合(加入者按分率)は80%程度が相当と考えられていたのだが、「公平な負担」というスローガンの下、100%の完全調整まで突き進んだのである。このことによって、老人医療費の負担問題は、誰がどのような根拠でどれくらい負担すべきであるかという問題から、被用者保険と市町村国保の間の損得問題に変質してしまったことに加え、そもそも我が国の医療保険制度が職域・地域の二本立て体制になっていることの妥当性、換言すれば、制度の一本化の是非までも問う問題となってしまった。すなわち、被用者保険陣営は制度の一本化ではなく、職域・地域の二本立てを前提にいわゆる「突き抜け方式」を主張するのに対し、国保サイドは制度の一本化が目標であると言うようになったのである。

視野を広げて考えれば、問題の布置状況は年金制度においても同様である。野党は公的年金の一元化と称して、国民年金の第1号被保険者も含む全国一本の所得比例保険料・所得比例年金を主張するのに対し、政府は所得捕捉の問題などから、その非現実性を主張しているのは周知のとおりであろう。

## 2 基本方針における高齢者医療制度改革案

老人医療費負担を巡る問題の布置状況をこのように捉えた場合、2003年3月に閣議決定された医療制度改革の基本方針における高齢者医療に関する改革案は、どのようになっているであろうか。

まず、75歳以上の後期高齢者については、それらの者を被保険者とする独立の保険制度を創設し、独自の保険料を賦課徴収するとともに、現役世代からも被用者保険・国保を通じ社会連帯的な保険料の拠出を求めると言う。この独立制度の保険者が誰かは示されていないが、全国一箇の保険者であれば一本化された制度、地域レベルでいくつかに分かれる場合には一元化された制度と言え

るだろう。しかし、独立保険制度の上半身についてはそう言っても、現役世代からの社会連帯的な保険料の具体的な負担の方式によっては、その部分に二本立ての体系が残る可能性もある。

社会連帯的な保険料なるものの根拠付けの困難さは別稿で論じたことがあるので<sup>(1)</sup>、ここでは言及しないが、その形式が医療保険者に拠出義務を課し、医療保険者はそれぞれの保険料賦課方法に準じて社会連帯的な保険料を徴収するとなれば、職域・地域の二本立て構造は色濃く残ると言っていいただろうし、逆に、医療保険者は保険料の徴収機関に過ぎず、各医療保険者が共通の賦課方法で徴収した保険料をそのまま納付するだけというのであれば、その部分も含め実質的に一元化していると言えるだろう。だが、社会連帯的な保険料を後者のような方法で徴収することは、所得捕捉の問題を考えれば、現実問題として極めて困難であり、建て前とは裏腹に実態としては負担の不公平感を招くものと思われる。

介護保険納付金を見るまでもなく、財源確保の安定性や実態的な公平性という観点からは、前者の方が望ましいことは明らかであろう。とすれば、この独立保険は一元化された上半身を二本立ての下半身が支えるものとなる可能性が大きいものと予想される。

65歳から74歳までの前期高齢者については、基本方針では、国保・健保の二元体系はそのままにして年齢構造調整を実施するとしているが、この場合、制度の構造についてはどういう理解に立っていると考えたらいいだろうか。年齢構造調整における保険者拠出の根拠についても上記拙稿で触れているので、詳しくは同稿を参照されたいが、年齢構造調整が従来の医療保険者の存在を前提とした上で皆保険体制の維持のために行われると考えれば、それは完全な調整の実施を当然に意味するものではなく、医療保険者の存続という前提が崩れないことを条件に皆保険維持という目的を達成する上で必要な範囲で行われるものということ

になるだろう。その場合は、二本立て体系は修正されつつも維持されるものと理解してよい。

他方、前期高齢者の年齢構造調整を全年齢を通じる構造調整の一步と考え、さらにそれは所得も含めた完全な財政調整に通じるものと位置づければ、前期高齢者に関する年齢構造調整は、一元化ないしは一本化に向けた過渡的形態ということになるだろう。その場合、形式は二本立てが維持されているように見えるが、財政調整は必然的に完璧に行われることとなり、したがって、その内実は制度の一元化と理解すべきものとなる。

以上見てきたところからも明らかなように、閣議決定された基本方針に基づく高齢者医療制度の構造は、制度の一元化に近づいているようでもあり、二本立て体系の枠内に踏みとどまっているようにも見える、何とも曖昧な姿となっている。このことは、政府自身が、医療保険の体系、ひいては公的年金を含む社会保険の体系をどういう方向に持って行こうとしているのか十分議論し切れていないことを意味する。おそらく基本方針は、複雑に絡み合った関係者の利害と政治的思惑を考慮して継ぎ接ぎ的に組み合わせた“キメラ（頭は獅子・胴は羊・尾が龍というギリシア神話の怪物）”のようなものであり、首尾一貫した制度哲学などというものはないと見るべきだろう。

だが、社会保険の在り方を議論するというのは、その程度のパッチワークをつくるようなお気軽なものなのだろうか。社会保険は、個人と個人、個人と国家、個人と中間的団体と国家の関係をどう考えるかという哲学に立脚しているのであり、そうであるとしたら関係者の利害と思惑だけで制度の在り方などを議論すべきではないはずである。

### 3 一本化・一元化か二元体系か

医療保険、ひいては社会保険が一本化・一元化か二元体系かというのは<sup>(2)</sup>、遡れば、近代国家の本質を「身分制社会を原理的に否定して諸個人

と国家の二極構造」とみるフランス革命の伝統に連なる立場と、「結社の役割を積極的に容認し、社会的権力もまた正統性をもつという多元モデル」であるアメリカ合衆国でイメージされる立場に比定することが出来る。

前者の立場が、「身分制社会の多元性を克服して…『個人』をつかみ出したことによってこそ、人民の政治的統一」を達成できたという歴史的背景に立つことは、否定すべくもなく、また、究極として帰っていくべきところは「個人」であろうとも思われるが、個人の価値観が多様化し、諸国民の国境を越える自由が拡大している現代においては、後者の立場のような多元主義モデル・多極共存型デモクラシーが不可避になっているのではあるまいか。現に、1789年の人権宣言に「結社の自由」がなかったフランスも、その後、結社の自由を認め、保革共存の経験を経て、「国家がもはや引き受けられないイニシアティブを市民社会に移していく」というところまで来ているのである。

さらに個人と国家の二極構造に立つ近代国家は半ば必然的に「保護者国家」→「福祉国家」の途を辿ることとなるが、これについても「バラバラの個人がかえって国家依存を招く」として、この二極構造は批判されることになる（P・ロザンヴァロン『福祉国家の危機』）。

以上のような個人と国家、あるいは中間的団体の関係に関する歴史やそれを踏まえた考察からも明らかなように、今後は、社会保障という局面においても、多元的なモデル・“国家から社会へ”という方向こそが目指されるべきであろう。社会保障＝国家による保障というモデルではなく、社会保障＝国家が作る枠組みの下における社会の諸集団による自律的保障というモデルである。

とすれば、医療保険制度の在り方についても、国による一本化や職域・地域の違いを無視した一元化が目指すべき方向ではなく、現実の中間的諸集団ごとの体系、すなわち基本的には職域・地域

の二元体系が望ましいことになる。

もちろん、社会保障—とりわけ社会保険は、現実ワークさせるべき制度として多くの技術的な側面を持っている。例えば、同時代の相互扶助によるサービスの保障である医療保険では、サービスの供給管理の効率性を確保するという意味で複数の保険者が並立することが適当であるという面があるのに対し、世代を通じた所得移転である年金保険では、就業構造の時代的变化に対する適応力という点に照らせば多くの保険者が分立することは好ましくないといった具合にである。

それでは、我が国の医療保険が、職域—それも多くの場合は企業という既存の中間的集団と、地域—市町村の行政単位という人為的な中間的集団に依拠していることについてはどう考えるべきだろうか。個人を基礎にする多元主義モデルというのであれば、個人が始めから加入する保険者を選ぶ方法や、ドイツのように一定条件の下で保険者を移動できる方式の方がより適合的なのではないかという疑問は当然に出てこよう。この問題について多くを論じる紙幅はないが、我々はここで、強制加入・比例保険料という社会保険の壁はバラバラな個人の自己決定に委ねることで本当に乗り越えられるかという難問に直面する。幾分かの利他的精神の発揮が不可避なこの壁を乗り越えるには、制度以前に現存する中間的団体における成員資格に基づく相互扶助の形式に基づくことがおそらく最も現実的なのではないか。多元主義モデルは、もともと、制度以前から先験的に存在する中間的集団を前提にしているのである。

## 4 二元体系を前提とした高齢者医療制度のイメージ

以上、個人と国家の関係や社会の在り方からは、多元主義的な医療保険の二元体系が現実的であることを述べてきたが、この二元体系が、人生50年・定年55歳時代はともかく、高齢社会に突入り

た現在の状況に適合的でない部分が出てきたことは、既に述べたとおりである。それでは、職域・地域の二元体系を前提としつつ、高齢化の問題、すなわち高齢者の国保への偏在に伴う問題を解決することは出来るのだろうか。そういう制度設計が出来ないとすれば、個人と国家のあるべき姿に反してでも一元的モデルに転換するしかないのか、それとも、国保に多額の税金をつぎ込んで形だけの二元体系を守るといことになるのだろうか。

従来の政府の立場が一本化・一元化を目指すのか、二元体制を維持したいのか、曖昧で外からは分かりにくかったことは、内部でも詰めた議論がなされることなく、「平等」や「公平」という美辞麗句を使って、できれば保険者間の金のやり取りだけで済ませたいという官僚の本音の故と考えられるが、しかし、「平等」や「公平」という言葉が論理必然的に行き着く先は保険者の一本化・一元化であることは明らかであり、そうであるとしたら、多元主義モデルに立つ者は、「平等」や「公平」に代わるコンセプトを提示し、保険者間の金の移動で済ませるのではない、高齢者の保険者間の偏在という問題を根本的に解決する、保険集団のグルーピングの見直しを含む制度提案をしなければならないだろう。

高齢者医療費が現役世代の4～5倍という現状は極端であるにしても、高齢者の医療費が一般的には現役世代より割高である以上、高齢者の医療費は高齢者自身の負担のほか現役の世代の負担で支えなければならないことは明らかであるから、求められる制度は、まず、その2つの要素（高齢者の保険料等の負担・現役世代の支援）が含まれるものでなければならない。そのような制度設計が、医療保険の二元体系を維持した形で可能だろうか。

連合などが主張するいわゆる「突き抜け方式」は、それを目指したものと言えるだろう。だが、突き抜け方式といっても、その具体的な内容は必ずしも、明らかではない。普通、素朴に言われる

“被用者OBは退職後も現役時代の被用者保険にそのまま加入し続けられよう”という提案も、定年退職後、縁の切れた被用者OBの適用や資格管理、さらには保険料徴収を現役時代の保険者が如何にして行うかという技術的難問に対する答を用意していないし、また、保険者によっては先細りになる現役集団が増え続けるOBを支えきれぬかという問題もある。

突き抜け方式のこれらの隘路はどうしたら突破できるだろうか。この問題は、医療保険が収入の中から必要な費用を持ち寄って医療費を賄うものだという基本に立ち戻れば、容易に解決できる。要するに、医療保険は医療費のファイナンスの仕組みであり、それを円滑に成り立たせるためには、同質的な収入で生活している人々で保険集団を構成するのが合理的だということである。現在、75歳以上の後期高齢者を独立制度にする理由を後期高齢者の心身の特性に求める議論が展開されているが、全くのピントはずれと言うほかない。

解決方法は、これも簡単である。高齢者の主たる生活の糧である年金収入の在り方に着目すればよいのだ。年金制度では、1号被保険者は基礎年金のみ、2号（3号）被保険者は基礎年金+所得比例年金ということになっているが、これは、基本的に、定年のない1号被保険者は基礎年金だけでなく他の収入も含めて生活するという前提に立っているのに対し、定年になって収入の途が途絶する2（3）号被保険者は基礎年金+所得比例年金で生活するという前提に立っていることを意味している。であるとすれば、基礎年金のみの受給者と所得比例年金も受給している者とを同じ保険集団で括ることは合理的とは言えないであろう。両者を別々に扱うとすれば、基礎年金収入だけという前提に立っていない1号被保険者OBの場合、いわば総合課税方式である国保に加入し続けることに何ら不自然はないし、基礎年金+所得比例年金を基本収入とする2（3）号被保険者の場合、それらの者だけで独立の保険集団を構成すれ

ばいいのである。すなわち、非被用者の国保への継続加入と被用者年金受給者健康保険の創設である(3)。

被用者年金受給者健康保険によって、高齢者医療にかかる多くの難問が一挙に解決できる。まず、素朴な退職者医療制度においては従前の保険者による被用者OBの適用・資格管理・保険料徴収が困難であるという問題があったが、被用者年金保険者をこの保険の保険者とするか、両保険者間の密接な業務連携を法定することにより、これらの問題も克服できるだろう。すなわち、年金保険者は年金の支払いを行う以上受給者に関する必要な情報を管理しているから、年金の支払決定に合わせて保険の適用を行うことができるし、支払う年金額を保険料の賦課標準にして年金からの保険料の特別徴収(年金天引き)をすることもできるからである。

また、被用者現役からの支援も、被用者年金保険者からの拠出(その費用は年金保険料に上乗せするか、それとは別の付加保険料にするかのいずれかであるが、被用者年金の被保険者が負担する実質に代わりはない)という通路によって行うことが可能である。年金保険制度自体が老後所得に関する世代間扶養であるのと同様に、その制度に乗った被用者年金受給者健康保険も老後の医療費に関する世代間扶養ということになるのである。現役世代の保険料が年金保険料に上乗せされる場合には、高齢者医療給付は本体の年金給付に含まれるべき性格のものとも考えることもできるし、別建の保険料とする場合であっても、本体の年金給付に対する付加的給付と考えることができるだろう。いずれにしても、被用者年金保険のシステムに乗ることによって、被用者OBの費用は現役の被用者が負担するということが制度上も明確になり、現役による支援についての「納得」が得やすくなるはずである。

人は誰でも自分の金を他人に出したくない。残念ながら、それが普通の人間である。社会保険

は、そういう人間を強制加入させ所得に応じて保険料を取るのであるから、もともと容易な制度ではない。高齢者の医療費は社会全体で負担しなければならないと仮に頭では分かっても、平等で公平な負担とするために本来必要な額以上に負担せよと言われて、本当に多くの人が納得して負担するだろうか。前述の別稿で述べたように、従来の高齢者医療に関する制度改革の多くは「平等」や「公平」という理念で説明してきたが、それが多くの国民の「納得」を得られなかったことは、今までの議論の経過が示すとおりである。

老人医療費拠出金と違い、退職者医療費拠出金が法的には乱暴極まりないものであったにもかかわらず、それなりの支持を得てきたのは、被用者OBの医療費は現役の被用者が負担するというコンセプトに一定の「納得」があったからにはほかならない。被用者年金受給者健康保険の構想は、この退職者医療制度のコンセプトを基本に、被用者年金のシステムに乗ることによって社会保険制度としての姿形を整え、保険制度が本来的に持つべき機能—被保険者からその受益の水準に応じた保険料を賦課徴収すること—を備えたものと言ってよい。これからのキーワードは、「平等」や「公平」ではなく、「納得」なのである。■

#### 《注》

- (1) 筆者の「医療制度改革に関する基本方針」に対する意見については次の論文を参照。
  - ・『高齢者独立医療保険の諸問題』社会保険旬報2004.1.1(『社会保障の構造転換』社会保険研究所2004所収)
  - ・『拠出金・納付金・連帯保険料』社会保険旬報2003.11.21(『社会保障の構造転換』社会保険研究所2004所収)
- (2) 「3 一本化・一元化か二元体系か」における議論は、憲法学の樋口陽一氏の論考に負っている。引用は、『自由と国家』岩波新書からである。ほかに、『憲法と国家』岩波新書・『個人と国家』集英社新書・『国法学』有斐閣

が有益。

- (3) 被用者年金受給者健康保険の制度化に当たっては、いくつかの技術的問題がある。1つは、被保険者の範囲であるが、被用者年金が老後生活の支柱になっているという意味では、年金の資格期間が例えば20年以上ある受給者といった限定が必要になろう。したがって、資格期間がそれ未満の受給者は国保の被保険者になるが、その医療費については資格期間に応じ被用者年金保険から国保に拠出すべきである。

また、被用者年金制度の障害年金受給者も同

様に被保険者となるほか、被用者老齢年金受給者の配偶者や生計同一の子も被扶養者となる。したがって、この保険は高齢者に限定された医療保険ではない。もちろん、診療報酬等において高齢者仕様のものを用意することは妨げない。なお、現在の老人保健制度における地方負担は、従来の被用者分も含めて国保に投入することになろう。全国規模の被用者年金受給者健康保険に地方負担を入れることは出来ないし、現在よりも財政的に影響を受ける国保対策として必要だからである。



# 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。低所得者の医療アクセスを保障することができない。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
$\alpha$	-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。

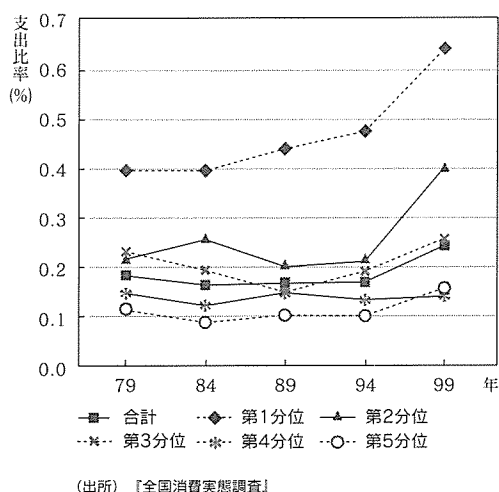
#### 4 混合診療と医療アクセスの公平

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。

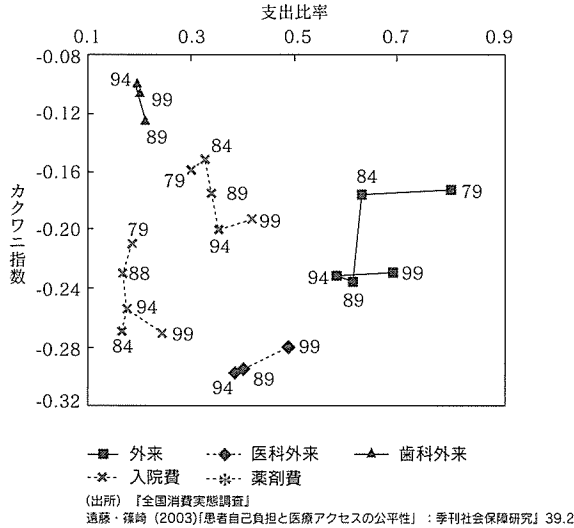
実は逆進性だけで低所得者の医療アクセスを評価することはできない。例えば、医療保険制度が変更されて所得に占める患者自己負担の比率（＝支出比率）が、どの所得階級も同じだけ上昇したという状況を考えてみよう。この場合、逆進性は変わらずカクワニ指数は不変であるが、経済的余裕の少ない低所得層の方が高所得層より苦しい状況になり医療アクセスを阻害する要因としては大きい。これを考慮して縦軸にカクワニ指数、横軸に全世界の平均支出比率（＝平均自己負担額/平

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