

医療保険制度論

尾形 裕也

(九州大学大学院医学研究院教授)

1. はじめに——問題の所在

2004年は、「年金の年」になろうとしているように見える。現行制度上、本年は、少なくとも5年に1回実施されることになっている公的年金の「財政再計算」の年に当たっている。「財政再計算」の際には、単に年金の財政見通しの改定にとどまらず、制度全般についての見直しが行われるのが通例である。このため、2003年11月に実施された衆議院の総選挙においては、各党が発表した「マニフェスト」における重要な争点の1つとして、「年金」が取り上げられ、議論されてきた。「政権交代」が現実的な問題として視野に入ってくる中で、年金問題は、もはや避けて通ることのできない内政上の重要課題の1つとなってきていることは、疑いないところであろう。

このことについては、これまでわが国の社会保障政策に多少なりとも関わりを持ってきたものの1人として、感慨なしとしない。かつては、内政上の重要課題は、3K赤字(国鉄、コメ、健保)という言葉に象徴されるように、社会保障分野においては、まず何よりも医療(保険)であった。たとえば、1984年から85年にかけて、わが国の医療保険及び年金の歴史に残る大きな制度改革が行われたが、当時の「内閣の命運をかけた」のは、医療保険制度改革の方であって、年金ではなかった¹⁾。結果的に、このときの「健保改革」は、「(昭和)59年改正」と呼ばれているように、1984年に成立したが、一方、基礎年金の導入を含む年金制度の大改正は、1年後の「60年改正」となって実現している。

しかしながら、その後の急速な少子・高齢化の進展は、年金問題を、医療問題をしのぐ社会保障政策における「トップ・アジェンダ」として、前面に押し出してきているといえる。一方、医療については、2002年から2003年にかけて一定の制度改革が実施された後、現在は、ひとまず「小康状態」にあるように見える。

しかしながら、このことは、医療問題の「解決」や「解消」を意味するわけではない。わが国の医療保険制度については、種々の問題点がつとに指摘されており、後述するように、早晩その基本的な見直しに着手せざるをえない状況にある²⁾。年金に比べ、ステーク・ホルダーが多く、利害関係が複雑に入り組んでいるのが医療の大きな特徴であるが、このことは、年金の場合以上に政策選択をめぐる合意形成の困難さをもたらしている。医療ないしは医療保険制度の改革にはしばしば長い時間がかかるということも、あながち理由のないことではない³⁾。本稿においては、こうした点も踏まえつつ、わが国の医療保険制度の現状と課題について一定の考察を行うこととしたい。

2. 日本の医療保険制度の特色

日本の現行の公的医療保険制度の概要を図表-1に示した。これを見ると、少なくとも次のような5つの特色が見て取れる。

第1に、日本の公的医療保険制度は、複数の制度に分立している。この表では省略しているが、ここに掲げた諸制度のほか、船員保険があり、また、共済組合は国家公務員、地方公務員

図表-1 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)	国庫補助	老人加入率 (%)
政府管掌健保	国 (1)	3,630	給付費の13%*	5.6
組合健保	健保組合 (1,722)	3,102	なし	2.7
各種共済	共済組合等 (78)	994	なし	4.3
国民健康保険	市町村 (3,235)	4,477	給付費の50%	25.3
	国保組合 (166)	418	給付費等の32%~52%	

(注) 厚生労働省監修『平成15年度版厚生労働白書』より作成
いずれも平成14年3月末のデータ。この他、船員保険等については省略している
*老人保健拠出分については、給付費の16.4%

等、私学教職員の3つに分かれているので、大きく分けると8つの制度が存在することになる。これらはいずれも固有の法令によって規定され、国民皆保険体制の一環として位置づけられている公的医療保険制度である。その全体の基盤を構成しているのが、市町村国民健康保険制度であり、制度上は、すべての地域住民は、まず市町村国保の被保険者になることとされている。そして、そこから、他の公的医療保険制度によってカバーされる者は「適用除外」されるという構成がとられているのである⁴⁾。その結果、現役の被用者（及び被扶養者）として他の公的医療保険制度でカバーされている間は市町村国保の適用からは外れているが、定年等によって企業を退職すると、また居住している地域の市町村国保に戻ってくることになる。後述するように、このことが市町村国保に高齢者が不均衡に「たまる」主要な原因となっている。一方、横断面の制度として見れば、あたかも市町村国保と、組合健保や政管健保といった他の諸制度が並列しているかのように考えられがちである（「健保はサラリーマンの制度、国保は農民や自営業者の制度」といったとらえ方がこうした考え方の典型である）。しかしながら、それは皆保険制度についての正確な理解ではない。正確には、上述のように、市町村国保がわが国の医療保険制度のいわばlast resort（最後の拠り所）になるという形で、国民皆保険体制が成立しているのである。そういった意味で、市町村国保は、被保険者数4,000万人を超える日本の公的医療保険における最大の制度として、医療保険制度全体を支える「基礎保険」の役割を果たしているといえ

よう。

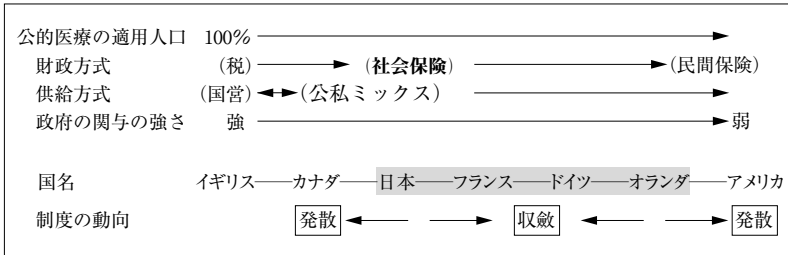
第2に、図表-1に示したように、全体では5,000を超えるきわめて多数の保険者が存在している。その規模はまちまちであり、たとえば市町村国保で見ると、3,235保険者のうち、

被保険者数3,000人未満の小規模保険者が35.8%を占めている一方で、被保険者数10万人以上の大規模な保険者も77（2.4%）ある⁵⁾。被保険者数100人規模の保険者から100万人規模の保険者まで、同じ保険者といっても、その実態は大幅に異なっているといえよう。また、日本の保険者は、そのかなりの部分が行政機関自身が保険者になっているという特徴がある。政府管掌健康保険は、その名の通り、政府（社会保険庁）が保険者であるし、市町村国保は、原則として市町村が保険者となっている。図表-1に見られるように、全体の加入者数に占める健康保険組合や共済組合のシェアは必ずしも大きくなく、この点、行政から独立した「疾病金庫」が中心であるヨーロッパの社会保険方式の各国（ドイツ、フランス、オランダ等）とは異なった状況にあるといえる。

第3に、図表-1には示していないが、このような制度分立の下でも、基本的な保険給付は各制度共通であり、給付内容に大きな違いはない。特に、2003年4月から被用者保険本人の一部負担が3割に引き上げられ、給付率は市町村国保と足並みがそろった。高額療養費制度等は、以前から各制度共通であるので、これによって名実ともに制度間の「給付の公平化」が図られたといえる。一方、医療機関への費用支払い方式である診療報酬や保険医療機関の指定も各制度共通であり、被保険者はどの制度に属しようとして、文字通り被保険者証1枚あれば、好みの医療機関にかかることができることになっている。

第4に、図表-1（政管健保、国保）に見られるように、きわめて手厚い国庫補助が投入されて

図表-2 医療制度の国際比較のための座標軸



いる。マクロの国民医療費ベースで見ると、国民医療費の財源別負担構造（2000年度）は、公費32.1%（国庫負担24.5%、地方負担7.6%）、保険料53.0%、患者負担等14.9%と推計されている⁶⁾。「社会保険方式」といいながら、保険料のシェアは5割強に過ぎず、実に医療費総額の3割を超える公費が投入されているのである。このことも、ヨーロッパの社会保険方式の各国とは異なった、わが国の医療財政上の1つの特徴である。こうした手厚い公費投入の背景には、少なくとも次のような2つの要因が考えられる。1つは、「皆保険」体制の徹底という側面である。一定規模以上の企業に勤務する被用者及びその家族というのが、伝統的な「社会保険」の対象者であったと考えられる⁷⁾が、それ以外の者も含めて全国民（正確には全住民）を公的医療保険の対象とし、しかもできる限り公的扶助（医療扶助）ではなく、医療保険の方でカバーしていこうとすると、保険料だけでこれをまかなっていくことには無理がある。たとえば、国保の低所得者に対する保険料軽減制度が典型的であるが、そこには「社会保険」の原理にはある程度目をつむらざるをえない面が出てくる。こうした「福祉」的な要素については、公費による財政支援が不可欠になってくるものと考えられる⁸⁾。さらに、第2の要因として、後述の老人保健制度の存在があげられる。拠出金に対する財政支援に加えて、老人医療費そのものに対して、医療費総額の30%（老人保健対象年齢の引き上げとともに50%へ引き上げ）の公費による補助が行われている。これは、制度間（年齢）リスク構造調整措置である老人保健制度による調整の緩和（拠出金負担の軽減）機能を果たしている

ものと考えられる。

第5に、図表-1に示したように、（原則70歳以上の）老人の加入比率には制度間で大きな格差が存在する。国保は、第1で述べた理由によつて、被用者保険の数倍の比率の老人加入者を抱え

ることになり、しかも、急速な人口高齢化の中でその格差は拡大傾向にある。さらに、わが国においては、老人の1人当たり医療費はそれ以外の者の約5倍かかるという支出構造があるので、国保の財政を単独で維持していくことは事実上不可能であるといえる。老人保健制度は、まさにこうした日本の皆保険制度に由来する構造問題を調整するために1982年に導入された制度である。社会保険方式を採用し、制度が分立している国では、何らかの形で制度間リスク構造調整が不可避であるが、老人保健制度は、まさに日本型の「年齢リスク構造調整」措置であると考えることができよう。

3. 国際的位置付け

以上のような日本の医療保険制度に関し、諸外国の制度との比較の中で、その相対的な位置付けについて考察してみよう⁹⁾。

図表-2は、左から右へ、公的な医療の適用人口（100%～）、財政方式（税方式→社会保険方式→民間保険中心）、医療サービスの供給方式（完全国営→公私ミックス）、政府の関与の度合いの強さ（強→弱）という基準で、主要7か国の医療制度を並べてみたものである。つまり、この図では、左へ行くほど「公」的色彩が強くなり、逆に右へ行くほど「私」ないしは「民間」的色彩が強くなることになる¹⁰⁾。

この試案的な座標軸において、網掛けをした日本、フランス、ドイツ、オランダの4か国の医療制度は、ちょうど各国のスペクトラムの中央に位置していることになる。これらの国は、基本的

に、イギリスのような一般税源による国営医療（NHS）方式でも、アメリカのような民間保険を中心とした方式でもない、「社会保険方式」を採用していることが最大の特徴である¹¹⁾。全住民に占める公的医療保険の適用人口の割合は、原則100%であるNHS方式ほどではないものの、かなりの高率となっている（日本及びフランスは基本的に皆保険、ドイツは一部高所得者を除き89%、オランダは通常の医療保険は69%、長期介護保険（AWBZ）は100%の適用となっている）。また、政府（中央及び地方政府）の関与の度合いの強さについては、税方式をとっているイギリスやカナダが強いのは当然であるが、同じ社会保険方式といっても、税財源の投入割合が高い日本、及び疾病金庫は周辺の業務管理的な役割にとどまり、政府が中心的な役割を担っているとされるフランスと、疾病金庫の自立性の強いドイツ、オランダとではかなり事情は異なっている。

これらの4か国は、大局的に見れば1つのグループを形成しているにしても、保険者の自立性や政府の関与、公私の役割といった点については、かなりの濃淡があるといえるだろう。図表-2に示したスペクトラムについて考えてみると、右端のアメリカ型の市場原理・競争促進的な方向及び左端の（伝統的な）NHS型の普遍主義的な方向へと、常に制度を「発散」させようとする力が作用している一方で、同時に、「社会保険システム」として中央に「収斂」しようとする力も働いており、4か国の医療保険制度は、まさにこの双方向の力のせめぎあいのただ中にあるといえよう¹²⁾。こうした「収斂」と「発散」というダイナミックな力の働く「場」として、社会保険医療システムのあり方やその改革についての論議をとらえていく必要があるように思われる。

4か国の医療保険制度の基本設計上の相違点としては、第1に、民間保険のウェイトの大きさ及び役割の相違があげられる。特に、オランダは、最も民間保険のウェイトが大きく、通常の医療保険については、人口の31%（一定以上の所得のある者）が公的医療保険のカバーから外れ、民間保険の適用を受けている。ただし、その場合で

あっても、標準的な給付内容を保証する医療保険アクセス法（WTZ）の適用を受けることとされている。ドイツにおいては、公的保険の適用から外れた高所得者等、人口の約9%が民間保険の適用を受けるとともに、アメニティ関連の上乗せ給付のための補足的民間保険に加入する者も増大している（1997年において約700万人と推計されている）。また、フランスにおいては、相対的に高率の患者一部負担を補足的にカバーする任意加入の民間保険が発達しており、人口の85%が加入している。日本においても同様の趣旨の民間保険が拡大しつつあるが、他の3か国に比べれば、相対的にその役割は限られたものとなっている¹³⁾。

第2に、いわゆる「保険者選択の自由」に関しては、1990年代の改革を通じて、ドイツ及びオランダにおいては、被保険者が自由に保険者を選択できるようになった（ドイツは1996年、オランダは1992年以降）。これは、伝統的な社会保険医療における固定的かつ一方向的な保険者・被保険者関係に、一定の「選択」と「競争」を導入したものと考えられる。フランス及び日本においては、これまでのところこうした競争促進的な改革は採用されていない。

第3の相違点として、公費投入の程度の相違があげられる。この点に関しては、すでに第2節で述べたように、日本が最も多く（総医療費の32.4%）、次いでフランス（9.9%）となっている。ドイツ及びオランダにおいては、公費投入はきわめて限られたものとなっている。このことは、各国制度における「皆保険」の徹底の程度、保険者間のリスク構造調整の程度、保険者の自立性の強さ等と密接に関連していると考えられる。日本においては、市町村国保や老人保健制度への高率の国庫補助が象徴的であるが、公費投入は、前述のように、一種の所得リスク調整機能を担っているものと考えられる。

一方で、医療費の増高は、各国医療制度共通の問題であるといえる。総医療費の対GDP比率は、2001年現在で、高い順に、ドイツ（10.7%）、フランス（9.5%）、オランダ（8.9%）、日本（8.0%）となっている（OECD 2003）。いずれも、

アメリカ（13.9%）よりは低い、イギリス（7.6%）よりも高い水準にあり、このグループの「中間的性格」をあらわしているといえる。

1990年時点においては、この比率は、フランス（8.6%）、ドイツ（8.5%）、オランダ（8.0%）、日本（5.9%）という順であり、この10年間では、ドイツ及び日本の伸び率の高さが目立っている。医療費増嵩の要因としては、各国とも、人口の高齢化とともに、医療における技術進歩及び所得水準の向上が重要であるとされている。

こうした医療費の増大に対しては、各国とも、さまざまな医療費コントロール措置を取ってきたが、これまでのところ、これといった「決め手」に欠けているように見える。たとえば、ドイツにおいては、部門別予算管理、薬剤処方適正化、価格引き下げ、ダウンサイジング等のさまざまな費用抑制策がとられてきているが、医療保険財政は好転せず、結局、保険料率の引き上げを余儀なくされている（1991年の平均保険料率12.4%が、2003年には14.3%へ上昇）。フランス及びオランダにおいては、目標予算の設定が行われてきたが、十分な成果をあげているとはいいがたい。オランダにおいては、90年代に入ってから、すでに公的保険の給付範囲の見直しが行われてきているが、フランスにおいても、現在、2003年10月に任命された「医療保険の将来に関する高等評議会」において、強制加入の公的医療保険から償還される部分と任意加入の保険から償還される部分の分離の問題が検討されている。日本においては、伝統的に、患者一部負担の引き上げ及び診療報酬単価の抑制を通じて、全体の医療費をコントロールしようとしてきており、これまでのところ一定の成果をあげてきたといえる。しかしながら、前者については、その効果が比較的短期的なものにとどまること、また、後者については、（需要の価格弾力性が相対的に大きいと考えられる）高齢者医療費の増大に伴い、その機能及び効果が低下してきているという問題があるものと考えられる¹⁴⁾。

4. 医療保険制度改革の基本的方向

わが国の医療ないしは医療保険制度をめぐっては、奇妙に分裂した2つの評価が並存しているように見える。1つは、WHOの報告書が代表的であるが、日本の医療を高く評価する立場である。WHO（2000）によれば、日本の医療はきわめて高い評価を受けており、多くの項目でWHO加盟191か国の中でベスト10に入っており、1位にランクされている項目もある。こうした国際的な高い評価を踏まえて、特に医療供給サイドの論者からは、「日本の医療は世界一である」とする声も聞かれる。これに対して、わが国の医療には種々問題が多く「構造改革」が必要であるというのが、現在の小泉内閣、中でも「総合規制改革会議」等の見解である¹⁵⁾。「医療」は、小泉内閣の「聖域なき構造改革」路線の重要なターゲットの1つに位置付けられている。こうした見解の当否はひとまずおくとしても、一般国民の評価も、必ずしもWHO等の高い評価を無条件に認めているわけではないように見える。

こうした基本的に対立するように見える2つの見解を統合的に理解するためには、OECDの議論が有用であると思われる。OECD（1999）によれば、医療政策の追求すべき基本的な政策目標としては、次の4つが考えられるという。すなわち、equity（公平性）、effectiveness（有効性）、efficiency（効率性）及びempowerment（患者や消費者のエンパワーメント）である。そして、医療政策においては、これらの（相互に矛盾する面を有する）政策目標を同時にバランスよく追求することが重要であるとされている。これらの目標は、WHOのランキングにおける評価基準とも重なる面があるが、こうした問題を考察するに当たって、1つの参考になる考え方であると思われる。

この4つの政策目標に従って、わが国の医療の現状を考察してみよう。まず、equityに関しては、皆保険体制の下で医療に対するアクセスの公平性は相当程度確保されていると考えられる。第2節で述べたように、公的な医療保険制度は分立

しているにもかかわらず、制度間の保険給付の範囲や給付率、費用（診療報酬）にはほとんど差がなく、医療保険への公費投入により、低所得者も含めた皆保険体制が維持されている。へき地等を含め医療供給の地域的な偏在問題はあるが、一般的な医療へのアクセスについては、かなり公平な体制がとられてきていると考えられる。全体として、わが国の医療は、equityに関しては、かなり配慮をした仕組みをとっているといえるだろう。

次に、effectivenessに関しては、平均寿命や乳児死亡率といった、伝統的な医療の「成果（outcome）」指標で見る限り、わが国の医療は、国際的に見てもきわめて優れたパフォーマンスを示している。このことは、WHOのランキングにおいても、障害調整平均余命（DALE）、5歳未満死亡率といった指標が採用され、日本は好成績をあげているところである¹⁶⁾。

第3に、efficiencyに関しては、OECD（1995）によれば、マクロ経済的な効率性（マクロ的なコスト・コントロール）及びミクロ経済的な効率性に分けて考えることができるという。このうち、マクロ経済的な効率性に関しては、所得ないしは経済水準との対比で見たわが国のマクロ的な医療費は、第3節で示したように、諸外国と比べ、まだ相対的にそれほど高い水準にはなっていない。医療機関へのフリーアクセスや診療報酬の出来高払い制といった支出増大につながりやすい政策を取っている中では、少なくともこれまでのところ、わが国のマクロ的な医療費については一定のコントロールが達成されているといえる。一方、ミクロ経済的な効率性に関しては、提供される医療サービスの質や消費者の満足度といった点が問題になるが、これらに関しては、近年の医療事故の多発等を含め、わが国の医療の現状に対して種々の批判や消極的な評価があるところである。

第4に、（患者や消費者の）empowermentに関しては、おそらく上記の3つの政策目標に比べ、わが国の医療が最も立ち遅れている分野であると考えられる。患者に対する診療情報の開示やいわゆるインフォームド・コンセントの推進、医

療機関の一般的な情報開示等については、近年ようやく一定の改善が見られるとはいえ、まだまだ十分とはいえない¹⁷⁾。「消費者主権」や「患者（消費者）の選択」といった、他の分野ではごく当然のことが、医療の分野ではまだ必ずしも当然にはなっていない。

こうしたempowermentやミクロ経済的なefficiencyについては、その程度を定量的に測定し、比較することがむずかしいということもあって、医療（制度）の評価からはしばしば抜け落ちがちである。WHOのランキングにおいても、これらの点についての考慮は必ずしも十分とはいえない。You cannot improve what you cannot measure.（測定できないものは改善できない）という言葉があるが、まさにこれらの測定しにくい指標についての改善が他の政策目標に比べて遅れているという点に、先に述べたわが国の医療に関するWHOの評価と一般国民の評価との間に存在するギャップの主要な要因を求めることができるものと考えられる。

そのように考えていくと、今後のわが国の医療保険制度改革にあたっては、まさにこうした諸点についての配慮が重要であるということになる。逆に言えば、患者や被保険者のempowermentやミクロ経済的なefficiencyを改善することなしには、こうした医療の現状に対する認識ないしは評価のギャップを埋めていくことはできないものと思われる。

5. 今後の展望

わが国の医療保険制度改革をめぐることは、現在、大きく分けて3つの流れがあるように思われる。第1は、医療保険制度の基本的な編成をめぐる問題、第2は、2000年の医療制度改革以来の懸案事項である高齢者医療制度の設計に関わる問題、そして、第3は、診療報酬体系の問題である。これらは、いずれも、政府のいわゆる「基本方針」¹⁸⁾における改革の柱として大きく取り上げられている諸問題である。このうち、診療報酬体系については、それ自体興味深くかつ重要な問

題ではあるが、医療機関に対する診療報酬の支払い方式というやや質の異なる議論が必要なため、本稿では省略することとし、ここでは主として最初の2つの問題に絞って論じることとしたい¹⁹⁾。なお、「基本方針」では、これらの医療保険制度体系に関する改革については、(老人保健制度の対象年齢の75歳への引き上げが完了した後の)2008年度に向けて実現を目指すこととされている。

まず、第1の問題については、「基本方針」では、「都道府県単位を軸とした保険運営についての検討」という基本的な方向が打ち出されている。これは、従来のわが国の保険者が職域と地域(市町村)の2本建てとなっていた基本的構成を大きく改めようという提案である。その理由としては、「基本方針」では、①保険者として安定的な運営ができる規模の確保、②各都道府県において医療計画が策定されていること、③医療サービスがおおむね都道府県の中で提供されている実態の3点があげられている。再編成のイメージとしては、国保は統合・広域化、政管健保は財政運営単位の分割によって、いずれも都道府県単位の保険運営を目指す一方、健保組合等は既存の職域単位の制度に加えて、都道府県単位の地域型健保組合の設立も認めることが述べられている。

筆者はもともと「地域保険」論者であるので、この改革の方向を基本的には支持したいと考えている²⁰⁾。ただ、実際の保険者をどのように都道府県単位で編成していくのか、とりわけ保険者の運営主体をどう考えるかについては、「基本方針」の記述は必ずしも明らかではない。筆者自身は、基本的に保険者は行政機関からは独立した主体(ヨーロッパの社会保険医療諸国における「疾病金庫」的な存在)が担った上で、十分な「保険者機能」を発揮すべきであると考えている²¹⁾。また、あわせて、被保険者のempowerment及び保険者運営の効率化を促進する観点から、第3節で紹介したような「被保険者による保険者選択」の導入についても検討すべきであると考えている。

次に、第2の問題については、「基本方針」は、現行の老人保健制度(及び退職者医療制度)に

替わる制度として、65歳~74歳と、75歳以降の2段階の高齢者医療制度の創設を提案している。そして、前者(前期高齢者)については、若人と同じ国保または被用者保険に加入した上で、制度間調整措置を導入することとしている。さらに後期高齢者については、独立した制度を創設し、その財源は、①加入者の保険料、②国保及び被用者保険からの支援、並びに③公費によりまかなうこととしている。

これは、基本的に、2000年の医療制度改革における議論以来持ち越されてきた高齢者医療に関する2つの提案(いわゆる年齢リスク構造調整方式案及び独立方式案)の折衷案ないしは統合案に他ならない²²⁾。このことは、第1節で述べたように、医療保険をめぐるステーク・ホルダー間の利害調整の困難さを如実に示している事例(政治的妥協の産物)であると考えられる。しかしながら、この案は次のような基本的な問題点をはらんでいるように思われる。

第1に、2段階の高齢者の扱いについての「思想の分裂」である。単純化して言えば、前期高齢者については、制度間年齢リスク構造調整、すなわちヨーロッパ社会保険型の対応をするのに対し、後期高齢者については独立した制度、すなわちアメリカのメディケア型の制度を導入しようというのが、この提案の骨子である。いかにも「木に竹を接いだ」制度設計という印象であるが、そこには、高齢者の医療費を誰がどのように負担し、まかなうべきなのかという基本問題についての統一した思想が欠落しているように見受けられる。

第2に、そもそもなぜ75歳以上の高齢者について「独立した制度」を構成する必要があるのだろうか。地域保険や職域保険というのは、(仮想的なものであれ)被保険者間の一定の「連帯(感)」に基づいて保険の単位を構成しようというものであった。これに対して、「75歳以上の高齢者」に特定の「連帯」を想定することには無理がある。やはり、これは、単なる年齢区分による「ハイリスク・グループ」の分離であると言わざるをえない。そして注意しなければならないのは、このよ

うな「リスクによって人を分ける」という発想は、これまで、わが国のみならず、社会保険方式の国では基本的にとられてこなかったということである²³⁾。そういった意味では、本格的な社会保険方式をとっていないアメリカが、老齢・障害(メディケア)、低所得(メディケイド)といった「リスク」で制度を区分していることは象徴的であるといえる。筆者は、わが国の社会保険医療制度に、このような異質な考えを導入することには慎重であるべきであると考えている。

第3に、こうした高齢者だけを別建てにすることは、二重の意味での不公平につながるおそれがある。別建ての制度にすることによって仮に後期高齢者を若人に比べ給付及び負担面で優遇するとすれば、世代間の不公平を継続・温存することになる。また、逆に、別建てで他の保険制度からの支援を受けているのだから、後期高齢者の給付は制限してもよいとするのであれば、年齢による差別を導入することになる。いずれにせよ、わが国のように急速に高齢化が進展しつつある社会において、これらはどちらも賢明な政策選択の方向であるとは考えがたい(「エイジ・フリー」ではなく、むしろ「エイジズム(ageism)」的な政策である)。高齢者も含め、さまざまなリスクの程度の違う人々を集め(リスク・プーリング)、社会全体としてカバーしていこうという社会保険の基本に立ち返った検討が望まれる。

注

- 1) このことは、もちろん、当該年度の予算編成に直接響いてくる医療保険の方が、長期的には大きな影響を及ぼすが当面の影響は軽微にとどまる年金よりも、政治的に重要視されやすい(されやすかった)ということの反映でもある。ちなみに、医療保険改正法案は通常「予算関連法案」であるのに対し、年金改正法案は通常「予算非関連法案」である。
- 2) たとえば、日本経済新聞(2003年12月26日付)は、政府管掌健康保険の財政危機を報じており、「5年程度はもつ」とされた2002年の医療制度改革の効果が予想より小さく、「前倒しの改革」が必要なことを示唆している。
- 3) 医療制度改革には長い時間がかかるということの1つの事例として、老人医療費の一部負担の問題があげられる。いわゆる「福祉元年」(1973年)の施策の目玉として、老人医療費の無料化政策が実施されて以来、

その問題点(若人との負担の不公平、過剰受診、コスト意識の欠如等)がつとに指摘されてきたにもかかわらず、その改革は遅々として進まなかった。1982年に老人保健制度が創設され、ようやく定額一部負担が導入されたが、定率一部負担の若人に比べ、きわめて低い負担水準(おおむね医療費の5%以下)にとどまっていた。これが定率一部負担(1割。ただし上限付き)に改められたのは、福祉元年以来30年近く経った2000年(上限撤廃は2002年)のことであった。

- 4) 厳密に言うと、このほか生活保護法による保護を受けている世帯に属する者等が適用除外とされている(国民健康保険法第6条)。
- 5) 国民健康保険中央会(2003)平成13年度年間平均値。
- 6) 医療保険制度研究会編集(2003)による。
- 7) すなわち、健康保険組合、共済組合の被保険者及び被扶養者である。これらの制度については、原則として公費負担は投入されていない。
- 8) こうした、いわば「医療扶助の肩代わり」的な側面に着目し、低所得者層を切り離して低所得者だけを対象とした公費中心の制度(いわば「日本型メディケイド」)を別途つくり、低所得者が外れた残りの中間層以上の部分については「本来の社会保険」として機能させようという発想が、1988年の国保制度改革の際に提起された「福祉医療」制度案であったと考えられる。
- 9) 以下、第3節の記述は、基本的に尾形(2004)に基づく。
- 10) この図は、もともと、Esping-Andersen(1990)の有名な福祉国家の3類型論(リベラル型、コーポラティズム型、社会民主主義型)に対する(医療制度についての)批判という形で提案したものである。なお、この図では、医療の供給方式については、イギリスと、カナダを含むそれ以外の諸国との間には、「国営医療」対「公私ミックス」ということで明らかに一線を画すことができるが、「公私ミックス」グループの中における公と私割合の相違については考慮していない。また、イギリスのNHSも、サッチャー政権以来の改革を通じ、制度がかなり変容しつつあるが、ここでは、税財源による「国営医療」という基本性格は変わっていないものとみなしている。
- 11) OECD(2003)によれば、総医療費に占める公的医療費の比率(2001年)は、図表-2の国々の中では、イギリスが82.2%と最も高く、逆にアメリカが44.4%と最も低くなっている。その他の5か国はすべて70%台となっている。
- 12) 図表-2における「発散」の事例としては、90年代のドイツやオランダの制度改革における保険者及び医療機関の間の競争の促進(被保険者による保険者選択、医療機関との選択的保険契約の導入等)があげられる。また、「収斂」の事例としては、オランダにおけるAWBZの拡大による皆保険体制の確立提案(実現していない)や近年の各国におけるDRG/PPS等何らかの形の診療報酬の事前的包括支払い制度の拡大等があげられよう。

- 13) OECD (2003) によれば、民間保険医療費の総医療費に占めるシェア (2001年) は、オランダ15.5%、フランス12.7%、ドイツ12.6%、カナダ11.4% (2000年)、イギリス3.3% (1996年)、日本0.3% (2000年) となっている。
- 14) 総医療費 $M = PyQy + PoQo$ (Py : 若人の診療報酬単価、 Po : 高齢者の診療報酬単価、 Qy : 若人の医療サービス消費量、 Qo : 高齢者の医療サービス消費量) において、伝統的政策は、 Py 、 Po を低く抑え (「低診療報酬政策」)、一方で Qy や Qo のある程度の拡大を容認してきたと考えられる。この政策は、相対的に医療需要の価格弾力性が小さい若人の比率が高いときには総医療費のコントロールにきわめて有効であった (量の拡大を低価格で吸収できた) が、相対的に需要の価格弾力性が大きい高齢者の増加とともにその有効性が失われてきていると考えられる。これらについては、尾形 (2003) を参照。
- 15) 総合規制改革会議 (2001) 等を参照。
- 16) こうした指標と医療サービスの水準との因果関係については議論がありうる。医療がこうした指標の改善に一定の寄与をしていることは間違いないとしても、その寄与の程度については必ずしも確かとはいえない。医療の直接的な介入よりはむしろ一般的な栄養状態や環境条件、公衆衛生等の改善の方が影響が大きいとも考えられる。医史的には、疾病別の死亡率の歴史的な推移と、医学的な介入における革新 (「特効薬」や画期的な治療法の発見等) との間にはあまり直接的な関係はないとされている。この点については、たとえば、Folland他 (2003) 等を参照。
- 17) 厚生労働省「平成14年受療行動調査」によれば、患者の7割近く (外来患者の69.1%、入院患者の67.6%) がカルテ開示を望んでいるのに対し、実際のカルテ開示の状況については、1割未満 (外来患者の9.0%、入院患者の8.7%) にとどまっている。
- 18) 正確には、「健康保険法等の一部を改正する法律附則第2条第2項の規定に基づく基本方針」であり、2003年3月末に閣議決定されている。
- 19) わが国の診療報酬体系に関する筆者の考えについては、尾形 (2003) を参照。
- 20) 筆者自身の保険者再編論については、尾形 (2000) 第11章を参照。
- 21) 保険者機能については、尾形 (2000)、山崎・尾形編著 (2003) を参照。
- 22) 正確に言えば、2000年改革当時の議論としては、このほかに、「突き抜け方式」案及び「一本化方式」案

があった。これらの4つの改革案については、厚生労働省編 (2001) を参照。

- 23) リスクの異なる人々をプールした上で、制度間のリスク構造の相違は調整しようというのが、そこでの基本的発想であり、年齢や障害、所得等の相違に着目して制度を区切ることはしていない。ドイツやオランダ等では、高所得者を強制加入の対象から外す措置が取られているが、これは、基本的に強制社会保険の対象を中間層に設定していることに基づくものと考えられる。

文献

- 医療保険制度研究会編, 2003, 『目で見える医療保険白書 平成15年度版』ぎょうせい。
- 尾形裕也, 2000, 『21世紀の医療改革と病院経営』日本医療企画。
- , 2003, 「わが国の診療報酬体系の見直しに関する考察」『診療報酬体系に関する調査研究』報告書 (平成14年度厚生労働科学研究費補助金研究・松田晋哉主任研究者)。
- , 2004, 「社会保険医療制度の国際比較 (収斂と発散)」『海外社会保障研究』145:5-13。
- 厚生労働省編, 2001, 『医療制度改革の課題と視点』ぎょうせい。
- 国民健康保険中央会, 2003, 『国民健康保険の安定を求めて』。
- 総合規制改革会議, 2001, 『重点6分野に関する中間とりまとめ』。
- 山崎泰彦・尾形裕也編著, 2003, 『医療制度改革と保険者機能』東洋経済新報社。
- Esping-Andersen, Gosta, 1990, *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, Cambridge: Polity Press.
- Folland, Sherman, Allen C. Goodman, and Miron Stano, 2003, *The Economics of Health and Health Care*, 4th ed., Upper Saddle River: Pearson Prentice-Hall.
- OECD, 1995, *New Directions in Health Care Policy*, Paris: OECD.
- , 1999, *A Caring World: The New Social Policy Agenda*, Paris: OECD.
- , 2003, *OECD Health Data 2003*, Paris: OECD.
- WHO, 2000, *World Health Report 2000*, Geneva: WHO.

おがた・ひろや 九州大学大学院医学研究院教授。主な著書に『21世紀の医療改革と病院経営』(日本医療企画, 2000)。医療政策、医療経営、社会保障論専攻。