

- 阿部 彩(2008b)「子どもの貧困のダイナミズム－厚生労働省「21世紀出生児縦断調査」を使って－」厚生労働科学研究費補助金政策科学推進研究事業「パネル調査（縦断調査）に関する総合的分析システムの開発研究」平成19年度報告書 2008.3.31、p.189-204.
- 阿部彩・國枝繁樹・鈴木亘・林正義（2008）『生活保護の経済分析』東京大学出版会.
- 阿部彩(2002)「EITC(Earned Income Tax Credit)の就労と貧困削減に対する効果：文献サーベイから」『海外社会保障研究』Vol.140.pp.79-85. 2002.9.25.
- 阿部彩(2001)「国民年金の保険料免除制度改正：未加入、未納率と逆進性への影響」『日本経済研究』No.43, 2001.7, pp.134-154.
- 新たなセーフティネット検討会（全国知事会・全国市長会）（2006）『新たなセーフティネットの提案：「保護する制度」から「再チャレンジする人に手を差し伸べる制度」へ』全国知事会・全国市長会 HP.
- 石井加代子・山田篤裕（2007）「貧困の動態分析－KHP Sに基づく3年間の動態およびその国際比較」樋口美雄・瀬古美喜・慶應義塾大学経商連携 21世紀COE編『日本の家計行動のダイナミズム III』慶應義塾大学出版会, p.101-129.
- 岩田正美（1999）「女性と生活水準変動－貧困のダイナミクス研究－」樋口美雄・岩田正美編著『パネルデータからみた現代女性－結婚・出産・就業・消費・貯蓄』東洋経済新報社.
- 岩田正美（2007）『現代の貧困－ワーキング・プア／ホームレス／生活保護』ちくま新書.
- 岩田正美・濱本知寿香（2004）「デフレ不況下の『貧困経験』」樋口美雄・太田清・家計経済研究所編『女性たちの平成不況』日本経済新聞社.
- 内閣府（男女共同参画会議監視・影響評価委員会生活困難を抱える男女に関する検討委員会）（2009）『…・資料』（2009.7.31.）内閣府 HP.
- 太田清・坂本和靖（2004）「所得格差と階層の固定化」樋口美雄・太田清・家計経済研究所編『女性たちの平成不況』日本経済新聞社.
- 門倉貴史（2006）『ワーキング・プア：いくら働いても報われない時代が来る』宝島社新書.
- 川口大司・森悠子（2009）「最低賃金は有効な貧困対策か？」東京財団発表資料.
- 厚生労働省（2007）「日雇い派遣労働者の実態に関する調査及び住居喪失不安定就労者の実態に関する調査の概要」2007年8月28日発表.
- 厚生労働省（2009）「ホームレスの実態に関する全国調査（概数調査）結果」2009年3月9日発表.
- 白石浩介（2009）「給付つき税額控除による所得保障」一橋大学世代間問題研究プロジェクトディスカッション・ペーパーNo.456.
- 白波瀬佐和子編（2006）『変化する社会の不平等－少子高齢化にひそむ格差』東京大学出版会.
- 鈴木亘・周燕飛(2005)「コホート効果を考慮した国民年金未加入者の経済分析」『季刊社会保障研究』第41巻第4号、pp.385-395.

- 生活保護の在り方に関する専門委員会（2004）『生活保護の在り方に関する専門委員会報告書』 <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/03/s0303-9f.html>
- 生活保護の動向編集委員会（2008）『平成 20 年版 生活保護の動向』中央法規.
- 副田義也（1995）『生活保護の社会史』東京大学出版会.
- 高山憲之・白石浩介・川島秀樹（2009）「日本版 EITC の暫定試算」一橋大学世代間問題研究プロジェクトディスカッション・ペーパーNo.422.
- 濱本知寿香（2005）「収入からみた貧困の分析とダイナミックス」岩田正美・西澤晃彦編著『貧困と社会的排除－福祉社会を蝕むもの』ミネルヴァ書房, pp.71-94.
- 樋口美雄・岩田正美(1999)『パネルデータからみた現代女性』東洋経済新報社.
- 樋口美雄他（2003）「パネルデータに見る所得階層の固定性と意識変化」樋口美雄・財務省財務総合政策研究所編『日本の所得格差と社会階層』, 日本評論社.
- 水島宏明（2007）『ネットカフェ難民と貧困ニッポン』日テレ BOOKS.
- General Accounting Office (2001) "Federal Taxes: Information on Payroll Taxes and Earned Income Tax Credit Noncompliance," Statement of Michael Brostek, Director, Tax Issues, GAO-01-487T.
- Holt, Steve (2006) "The Earned Income Tax Credit at Age 30: What We Know" The Brookings Institution Research Brief, [http://www.brookings.edu/reports/2006/02childrenfamilies\\_holt.aspx](http://www.brookings.edu/reports/2006/02childrenfamilies_holt.aspx)
- White, James (2001) "Earned Income Tax Credit Eligibility and Participation," A letter to The Honorable William J. Coyne, Ranking Minority Member, Subcommittee on Oversight, Committee on Ways and Means, House of Representatives dated December 14, 2001, GAO-02-290R Earned Income Tax Credit Participation, GAO.
- Bureau of Labor Statistics, US Department of Labor . "Characteristics of Minimum Wage Workers: 2005".. 2007-01-17. <http://www.bls.gov/cps/minwage2005.htm>.

- 
- i 医療費と住宅費以外の大きな費目としては教育費が挙げられるが、教育費を含む子どもに関する費用は「子ども手当」「教育費無償化」などの政策によって充当されると想定する。
- ii 厚生労働省「国民生活基礎調査」では、一日の主な活動を訊ねており、ここでは就労をしているとした人でも主な活動が「通学」「家事」である人は除いている。
- iii 厚生労働省「平成 19 年国民生活基礎調査」から筆者推計（内閣府 2009）。ただし、就労状況は平成 19 年 5 月、所得は平成 18 年度のものである。
- iv 例えば、過去においては、若年期に貧困であっても、年齢の上昇とともに経済状況が改善していくといったモデルが一般的であった。
- v これら、最低賃金の議論については、1 章を参照されたい。
- vi 門倉（2006）は、異なるデータ、異なる手法でワーキング・ペア数を推計しており、550 万人という数値を出している。門倉（2009）の方法は、厚生労働省「就業構造基本調査」より年収が 200 万円以下の賃金労働者の割合を推計したものであるを。異なる手法で近似した数値が出たことにより、ある程度の信頼性が得られたと言えよう。
- vii アメリカの 2006 年の総人口が得られなかったため、ここでは 2010 年の推計値を用いている。
- viii 「反貧困」の活動家として著名な湯浅誠氏は、これを「溜め」と名付けている。

## 1. はじめに

日本は、「国民皆保険」を社会保障の理念として掲げており、1961年の国民健康保険の成立によりすべての国民が何らかの公的な医療保険に加入することを意図する制度が構築された。しかしながら、この「国民皆保険」制度は全ての国民が「健康保険」に加入していることを意味し、必ずしも、全ての国民が最適な医療を受給することを意味していない。「国民皆保険」が「国民皆医療」を意味しない理由は明確である。まず、第一に、日本の公的医療制度は、全ての国民が本人ないし家族を通して保険料を納めることを前提としている。そのため、保険料納付能力がない人々にはこの制度の恩恵を受けることができない。第二に、日本の公的医療制度は、自己負担が課せられており、これを負担することができない人々は公的医療保険に入っても医療サービスを受けることができない。この二つの制約が、貧困層や多大な医療サービスを必要とする人々にとって、必要な医療サービスの受診を不可能とすることは早くから認識されていた。そのため、公的医療制度には、その設立当初から、いくつかの配慮が施されている。例えば、保険料に関しては、低所得者に対する国民健康保険の保険料軽減制度が設けられており、高額な医療費が発生した場合には、高額療養費制度によって自己負担が家計を圧迫しないように設計されている。

しかし、このような制度をもってしても、「国民皆保険・皆医療」は崩壊の危機にある。国民の一部はすでに「皆保険」から排除された状況にある。また、公的医療保険に加入してはいても、自己負担分を避けるために医療の受診抑制が少なからぬ割合で起こっていることも徐々にわかってきている。

本稿は、このような問題を背景に、低所得の人々に対する新しい医療費軽減制度を提案するものである。なお、高齢者については独自の制度が存在するため、本稿が対象とするのは65歳未満の現役世代および子どもに限定する。

## 2. 公的医療保険の加入状況

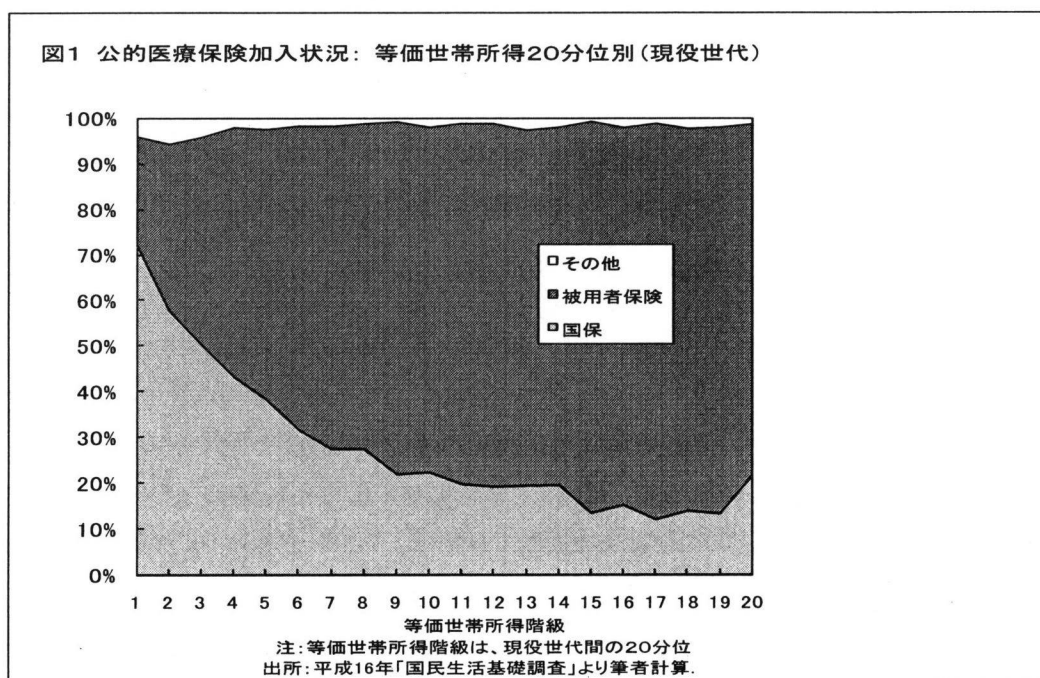
### 1) 無保険者数

まず、公的医療保険の加入状況を確認しよう。「国民皆保険」を建前とする制度上においては、無保険者は存在しないはずであるが、実際には公的医療保険に全く加入していないと考えられる人々は存在する。その最も確たる数値は、2008年10月に厚生労働省が公表した、「資格証明書」発行世帯数であろう。厚労省の調査によると、国民健康保険の保険料を滞納したため保険証を返還し、代わりに「資格証明書」を交付された世帯は全国約33

万世帯にのぼる。これは全世帯数（4,822万世帯、平成17年値、総務省統計局）の0.7%にあたる。しかし、この数値はあくまでも国民健康保険に加入している世帯の中での保険料滞納世帯のデータであり、この他にも、国民健康保険や職場からの健康保険などすべての公的医療保険制度から脱落している人々も存在する可能性がある。すべての無保険者を把握した総数が国民のどれほどになるのかというデータは存在しないが、例えば、厚生労働省『国民生活基礎調査』によると、公的医療保険に未加入であると考えられる人は全サンプルの1.8%であった（厚生労働省2009）。この一部分は生活保護制度の受給者である（生活保護制度から医療費が100%給付される）と考えられるため、やはり、国民の1%弱の人々が公的な医療保障制度から脱落していると推計することが妥当であろう。

## 2) 所得と公的医療保険

日本の公的医療保険制度においては、全ての国民は、国民健康保険（以下、国保）か職場からの健康保険（以下、健保）に加入することとなっている。この二つのタイプの公的医療保険は、もともとは雇用者と、農業従業者・自営業者を区分とした制度設計であったが、現在は、どちらの制度に加入しているかは所得階級による大きな偏りが生じている。阿部（2008）が「国民生活基礎調査」を用いた推計を行ったところ、勤労世代（20～64歳）を等価世帯所得20分位に分けると、最低所得層（第1・20分位）の72%が国保、24%が健保、4%が無保険者と考えられる「その他」であり、国民健康保険に低所得層が多く偏っている。国保加入者の割合は、所得階層が上がるとともに減少し、代わりに健保加入者が大多数を占めるようになる<sup>ii</sup>。高所得層においても、2割程度の国保加入者が存在し、国保加入者のすべてが低所得層であるわけではないものの、国保と健保の加入者の間には職域だけではなく所得階級においても差が出てきていることがわかる。



### 3. 公的健康保険の保険料の滞納問題

#### 1) 公的健康保険の保険料の設定

このような国保と健保の加入者の所得階級の偏りは、低所得者の公的医療保険の保険料の支払い問題（滞納問題）を「国保問題」にすり替えることを意味する。しかし、国保の保険料の滞納問題は、ただ単に国保に支払い能力の低い人々が集まっていることのみで起因するものではない。滞納問題の根源は、国保と健保において、保険料負担の考え方が異なっていることに起因する。

被用者健康保険（健保）においては、保険料は、勤労所得に対して定率の設定となっており、低所得者は低い保険料、高所得者は高い保険料を支払う設定となっている。これは、世帯の支払い能力に応じた負担を求める「応能負担」の考え方に基づいている。厚生年金も同様の方法で保険料設定をしているものの、年金においては、将来受け取る受給額が支払った保険料額に比例しているため、純粋な「応能負担」原理とはいえないものの、健康保険（健保）においては、便益（受け取る医療費）が所得階層によって異なるとは考えにくい。より純粋に「応能負担」の原理が貫かれている。

一方で、国民健康保険の保険料には、支払い能力に応じた負担を求める「応能負担」部分と、得られた便益に応じた負担を求める「応益負担」の部分が混在している。国保の保険料設定は自治体によって異なるものの、一般には、「応能負担」に基づく所得割（収入に応じて徴収）部分と、資産割（固定資産税に応じて徴収）部分があると同時に、「応益負担」に基づく平等割（世帯ごとに徴収）部分と均等割（世帯内の被保険者数に応じて徴収）部分からなっている。そのため、平等割や勤労割部分が、特に世帯人数が多い低所得世帯にとっては大きな負担（所得に対する割合が高い）となっている。

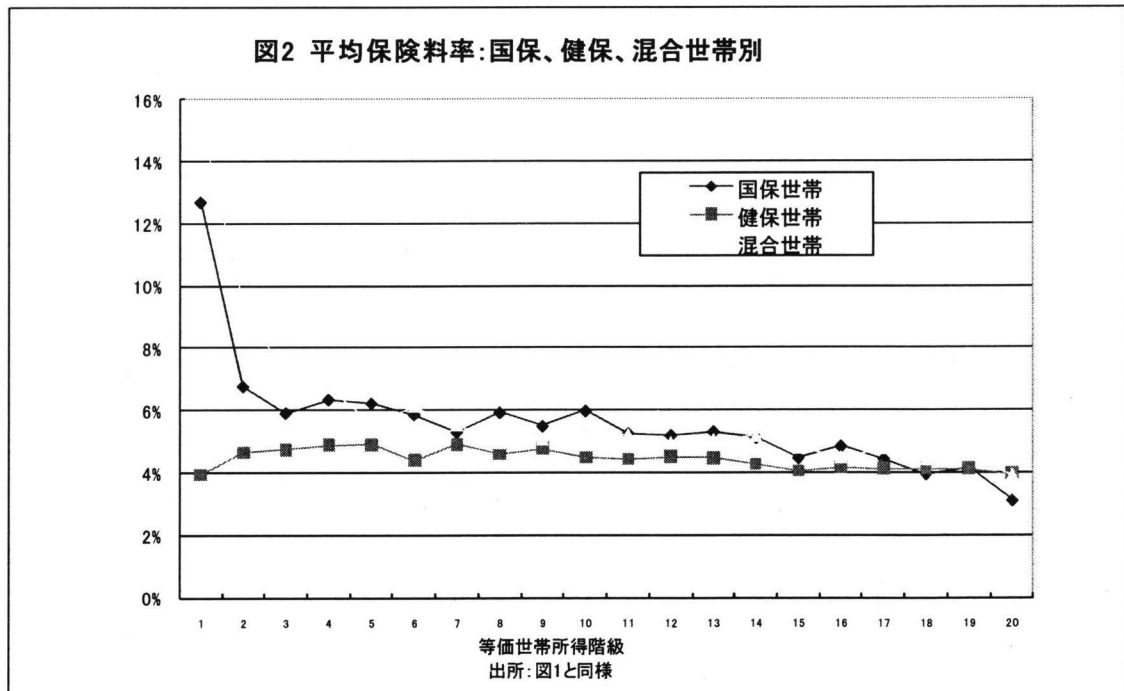
保険料の負担能力がない低所得層に対して、国民健康保険は保険料軽減（減額）制度を設けている。軽減制度は、前年の所得が一定額以下の世帯の均等割と平等割部分が減額される制度である。全国一律、申請必要なし、ただし所得申告する必要あり、減額割合は原則3区分で、①7割から5割減額、②5割から3割減額、③2割減額、となっているが、各市町村の応益割合（均等割+平等割の占める割合）によって減額度も異なる。これとは他に、減免制度（申請必要、減免が認められる基準は市町村によって異なる）を設けている市町村もある。

健保と国保の保険料設計の概念の違いは、いくつかの不公平を生んでいる。第一に、世帯が負担する保険料は、同じ所得であっても、どの公的医療保険制度に加入するかによって大きく異なる。これは、国民健康保険と被用者保険の間に最も顕著であるが、被用者保険の間においても、政府管轄健康保険、組合健康保険、共済会など、雇用主の規模やタイプによって保険料率は異なる。そのため、低所得であっても比較的高い率の保険料を支払っている世帯もあれば、逆に、高所得であっても低い率の保険料を支払っている世帯がある。また、国民健康保険の保険料設定も各自治体によって行われているので画一的では

ない。第二に、公的医療保険の保険料の設定は、家族構成と密接な関係がある。被用者保険においては、扶養家族の人数にかかわらず保険料の設定がなされているので、同じ所得であっても、扶養家族が多い世帯のほうが「得」である。一方、国民健康保険では、被保険者数に応じて課せられる均等割の部分があるので、扶養家族が多いと、保険料も上昇する。

## 2) 保険料負担の実態

上記の不公平の実態は、データによっても確認することができる(阿部 2008)。図2は、平成16(2004)年「国民生活基礎調査」の個票から計算される国保世帯、健保世帯、混合世帯<sup>vii</sup>の所得に対する公的健康保険の保険料率である。まず、第一に、国保の被保険者世帯は、健康保険の被保険者世帯よりも、同じ所得であっても平均的に高い保険料を払っている。これは、ほぼすべての所得階層で確認することができるが、特に、低所得層ではこの差が大きい。次に、所得に対する保険料の割合を見ると、健保の被保険者世帯は、ほぼ4%と一定であるのに対し、国保の被保険者世帯は低所得層ほど高い割合となっている。特に、第1、第2・20分位では高い割合であり、国民健康保険の保険料減免制度をもってしても、この負担の格差は解消できていないことがわかる。



## 3) 国民健康保険の保険料滞納問題

このような状況の中、低所得の国保世帯における保険料負担は大きく、多くの滞納が発生している。平成20年6月時点において、国民健康保険の保険料を滞納している世帯は、全国で約453万世帯、滞納率は20.9%に達する(厚生労働省2009c)。国民健康保険料の滞納が続くと、保険証を返還させられ、「短期被保険者証」が発行され、最後には「被保険者

資格証明書」が交付される。「短期被保険者証」は、短期間に更新手続き（保険料納付）をしなければならず、「被保険者資格証明書」は、医療機関での支払いは全額自己負担となるので、事実上の「無保険状態」であることを意味する（全額から自己負担分3割を除いた額は市区町村に返還を求めることができるが、実際に、返還を受けるためには、滞納している保険料を払わなければならない）。先に述べたように、全国で資格証明書が発行された世帯は33万世帯あり、これらに属する中学生以下の子どもは3万2776人（1万8302世帯）に上る（厚生労働省2008）。

無保険となる要因について実証分析を行った先行文献によると、世帯の所得状況や本人の就業状態が無保険者となる確率に有意に影響するという一貫した結果となっており（鈴木・大日2000、湯田2006）、低所得層に対する公的医療保険の保険料の設定のあり方を再考する必要があることは明らかである。

#### 4. 患者負担額

##### 1) 患者負担の実態と受診抑制

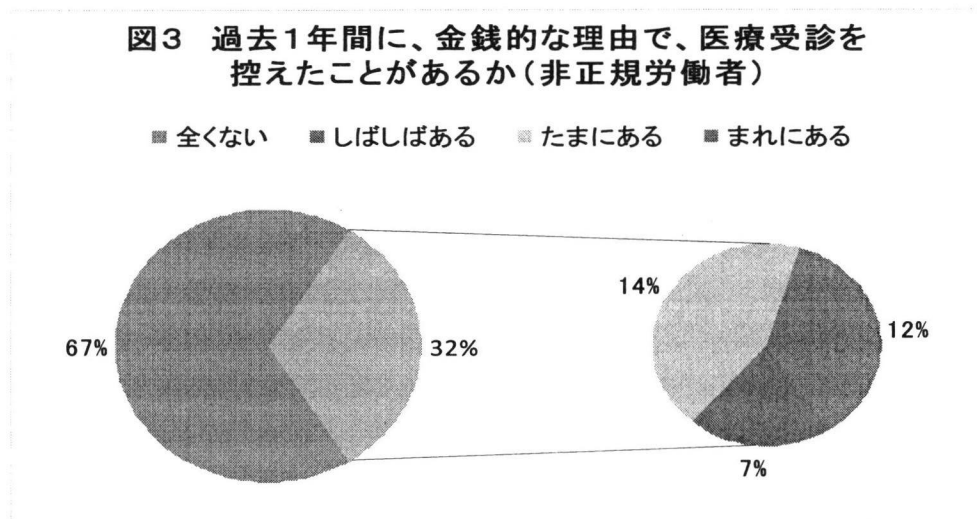
公的医療保険の社会保険料を払っているとしても、実際に医療サービスを受ける際には新たな負担が生じる。それが自己（患者）負担である。現行の国民健康保険、被用者健康保険においては、対象者の年齢によって、自己負担率が変化する仕組みとなっており、義務教育就学前では2割、70歳以上では1割（現役並み所得の人は3割）、その他の年齢では3割となっている。これのほかに、後述する乳幼児医療費助成制度や高額療養費制度などの患者負担軽減措置が加わることによって、総医療費に占める患者負担の比率は、3割を下回る数値（14.1%）となっている。しかしながら、この率は近年上昇傾向にある。厚生労働省「平成19年度国民医療費」によると、総医療費に占める患者負担の割合は、平成8（1996）年度の11.0%を最低として、その後は上昇しており、平成19（2007）年度には14.1%となった（厚生労働省2009b）。

患者負担の増加は、医療費に対する需要を減少させるが、その需要抑制力は低所得になるほど強い。それでは、医療サービスの受給の抑制はどれほどの頻度で起こっているのだろうか。全国保険医団体連合会（2007）の研究によると、国民健康保険の保険料を滞納している世帯の多くは、低所得世帯であり、無保険者の受診率は、一般被保険者世帯の32分の1から113分の1であるという（全国保険医団体連合会2007）。比較的に健康に問題がないから無保険者になる（なれる）というバイアスを考えたとしても、無保険者が医療受診を抑制している様子が伺える<sup>viii</sup>。

受診抑制の問題は、無保険者でなくても起こっている可能性がある。日本の公的医療制度においては、患者負担が1割から3割まで引き上げられた経緯があり、これが低所得者にとっては大きな負担となり得るからである。欧米の研究によると、患者負担を設けることによる受診抑制の影響は低所得層ほど大きいことが検証されており、患者負担割合が徐々に引き上げられてきた日本においても低所得層における医療受診抑制は起こっている

と考えるのが自然であろう。例えば、連合が2008年6月にパート・派遣等労働者を対象とした調査<sup>13</sup>（回答者数12,658人、男性3,316人、女性9,304人、性別不詳38人）においては、「過去1年間において、あなた、またはご家族が、金銭的な理由で、医療（歯科を含む）の受診を控えたこと（医者に行かずに薬局で買える薬で間に合わせたなど）がありますか。ただし、美容など医学的に不要な医療は除きます。」という問と調査票に含めている（連合2009）。この問に対し、「しばしばある」とした回答者は6.4%、「たまにある」とした人は13.6%、「まれにある」とした人は11.5%であり、計31.5%の回答者に受診抑制の経験があった（図3）。この調査は、パート、派遣労働者と比較的に労働条件が厳しい状況の人々が対象であること、受診抑制が実際の受診記録に基づくものでなく本人の自己申告によるものであること、を考慮すると、約3割という数値は一般化できないものの、少なくとも人々が受診抑制をしていることは確かであろう。

図3 過去1年間に、金銭的な理由で、医療受診を控えたことがあるか（非正規労働者）



## 2) 自己負担の軽減制度

医療サービスにおける自己負担分の軽減について、政府は何も制度を整えてこなかったわけではない。例えば、子どもの医療費を軽減する乳幼児医療費助成制度、医療費が高額となった場合に適用される高額療養費制度、難病患者の負担を軽減することを目的とする特定疾患医療給付制度が、生活困難者のための無料低額診療事業などが、これらの制度にあたる。

中でも、乳幼児医療費助成制度と、高額療養費制度は、一般世帯における医療費軽減に重要な役割を果たしており、本稿で論じる貧困世帯のための医療費補助制度にも通じるものである。しかし、両者の制度設計は全く異なっており、前者は、医療費負担の多寡にかかわらず、対象者を限定（この場合、子ども）して患者およびその家族の患者負担を全額または一部軽減する制度、後者は、対象者は限定しないものの、患者負担が高額となった時のみにその軽減を行うものである。共通するのは、両制度ともに、公的医療保険に加入



していることを前提としていることであり、公的医療保険の給付でカバーされる7割（乳幼児の場合は8割）の負担は通常通り社会保険から給付される。しかし、財源は異なり、前者は自治体が独自に行っている制度であるため、自治体の一般財源から支出され、後者は各公的医療保険の給付の一環として行われている。

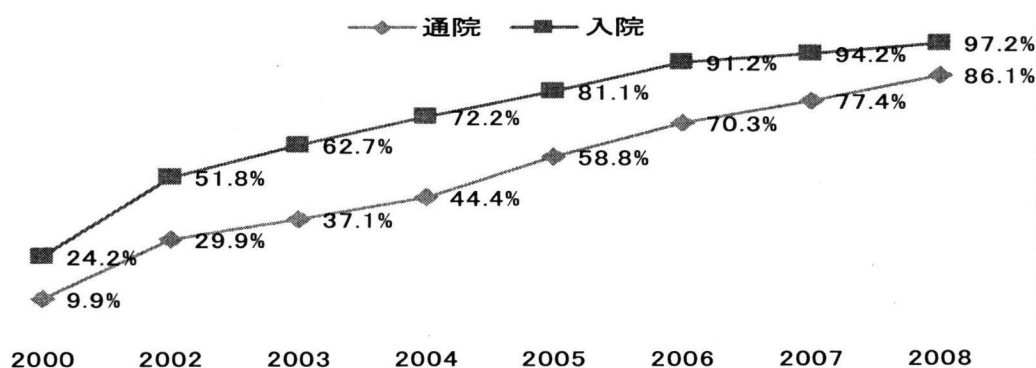
一方で、無料低額診療事業は、公的医療保険の枠組みが外れた福祉サービスとしての医療行為という色合いが濃い制度である。しかし、この事業は税制優遇措置がとられるものの、実質的には各医療機関の慈善行為であり行政の政策とは言い難い。

以下に、これら制度の簡単に説明を加える。

#### ア) 乳幼児医療費助成制度

乳幼児医療費助成制度は、自治体が乳幼児にかかる医療費の患者負担分を独自の財源で補助する制度であり、2009年の時点において日本全国の全自治体において実施されている（乳幼児医療費無料制度を国に求める全国ネットワーク HP）。本制度は、都道府県レベルでの制度、市町村レベルの制度と、複数のレベルの制度が重なって構成されているところが多い。対象年齢や所得制限は自治体によって、大きく異なることが特徴的である。対象年齢については、基本は、就学前の児童であるが、就学後（6歳以降）の児童を対象とする自治体も増加しており、2008年4月現在にて全自治体の86.1%が就学後の児童の通院を、97.2%が入院を助成している（図4、Ibid.）。このように対象年齢を拡大していく傾向については全国的に広がってきているものの、財政状況の厳しさからか所得制限を設定したり、患者負担を一部求めている自治体は増えている。所得制限については、2000年度には、全自治体の26%が課していたものの、2006年度にはそれが32%に増加、対象者の一部に患者負担を求めている自治体は2000年度の39%から2006年度の54%に増加している（Ibid.）。

図4 乳幼児医療費助成制度：就学後の児童を対象とする自治体（対 総自治体数）



出所：乳幼児医療費無料制度を国に求める全国ネットワーク HP

### イ) 高額療養費制度

一方で、高額療養費制度は、公的医療保険に加入していれば誰でも対象となる制度であり、1か月あたりの患者負担額が多額になった場合に、上限以上の医療費が免除となる制度である。重篤な病気や長期の病気などで、医療費が家計の大きな負担となる場合には、非常にありがたい制度である。この制度には、3段階による所得区分が設けられており、最低の「生活保護の被保険者や市区町村民税非課税世帯など」の区分においては1か月あたりの上限が35,400円（平成21年度）に定められている（表1）。

表1 70歳未満、1か月あたりの医療費の患者負担限度額

条件	1か月あたりの上限	1年の間に該当月が4回あった人の4回目以降の上限
生活保護の被保険者や市区町村民税非課税世帯など	35,400円	24,600円
標準報酬月額が53万円以上の被保険者およびその被扶養者	150,000円+(医療費-500,000円)×1%	83,400円
一般(上記2つに該当しない人)	80,100円+(医療費-267,000円)×1%	44,400円

### ウ) 無料低額診療事業

無料低額診療事業は、社会福祉法（第2条第3項第9号）によって規定されている事業である。生活困難者（低所得者、ホームレス、DV被害者、外国人、無保険者など）に無料または低額の診療行為を行うことを目的としており、医療機関は、のべ患者数の10%以上が無料低額診療事業の対象者であることなどの条件を満たすことによって、都道府県の認可を受け、法人税、法人住民税、固定資産税など税制上の優遇措置を受けることができる。現在、社会福祉法人などによって、全国の約260の医療施設がこの事業の認可を受けており、のべ約600万人が利用している（2006年度）。利用者の内訳は、生活保護受給者が約半数(53%)を占めており、そのほかは公的医療保険加入者（35%）、公的医療保険未加入者(3%)、ホームレス(0.4%)、外国人などとなっている（厚生労働省社会・援護局2008b）。

しかし、本事業を行う医療機関が都市部などに偏在していたり、その存在が知られていないなどの理由により、一般市民の利用は限られている。厚生労働省は、2001年に本事業の必要性が薄らいだとの認識の基に、事業の抑制を勧告する通知を出しているが、全日本民医連などの団体からは本事業の拡充を求める声明が出されている（2009年5月、全日本民医連HP）。

## エ) 自治体による国民健康保険の患者負担減免措置

限定的ではあるが、いくつかの自治体においては国民健康保険における患者負担金の一部を減免する制度を設けている。厚生労働省の調査によると（平成 18 年度）、減免基準を設けている市町村数は 1,003、設けていないのは 815 であるが、減免理由に低所得を定めている市町村数は 155 に過ぎない。しかし、実際に減免にいたっているケースは少なく、調査時点においては 28 の市町村で約 4,500 件の申請があったのみであった（厚生労働省 2008a）。

## 5. 医療費軽減制度の設計

本章では、拡大しつつある医療サービスの受診抑制および医療保険制度そのものからの脱落（無保険状況）の実態を踏まえ、全ての人々が医療を受けることを可能とする医療費軽減制度の設計を検討する。適切な医療サービスが受けられないという問題は、金銭的な制約のみならず、医療機関へのアクセスの問題（近辺に適切な医療機関がない、車や公共交通手段などがなく、身体的な理由で医療機関に行けない等）、時間の問題（仕事や家事が忙しく、医療機関に行く時間がない等）、家族の問題（家にケアが必要な人がおり、家をあけることができない等）なども挙げられる。しかし、ここでは、金銭的な理由による無保険および受診抑制に対処するための制度として医療費軽減制度を考える。

また、他章との整合性を考慮し、本章で提案する医療費軽減制度は、非正規労働者をも加入対象とする被用者保険（健保）が存在することを前提とする。非正規労働者を始めとする低所得者が、被用者保険に移行するとすれば、保険料は所得の定率となり、源泉徴収となるため、彼らの保険料滞納問題は解決すると想定される。

### 1) 基本設計

医療サービスの費用を払うことができない人々に適切な医療サービスを公的に提供する方法はいくつも考案できるものの、現行の二分された社会保険（国民健康保険と被用者保険）を軸とする公的医療保険制度を前提とすると、以下が提案される。

一つの方法は、低所得層に特化した無料もしくは低価の医療サービスを公的に提供することである (①)。この方法は、例えば、野宿者が多い地域において、野宿者を対象とする無料低額診療所を設置するような場合が考えられる。第二の方法は、医療提供体制はそのままに、発生する医療費を公的に負担する制度 (②) が考えられる。これは、現在の生活保護制度における医療扶助と同様に、公的医療保険には加入せずに、税負担によって医療費の全額ないし大部分（一部は患者負担）を国ないし自治体が負担することとなる。三つ目の方法は、全ての人を公的医療保険に加入させ、医療費の自己負担分（3割）のみを助成の対象とする方法である (③)。これは、既に乳幼児医療費助成制度などで行われている手法である。また、高額療養費制度も、自己負担分を助成するという意味でこの方式の一

つの形態と考えることができる。

これらには、どれも利点と欠点が存在する（表2）。①の専用の医療提供制度の利点は、野宿者など特別なニーズ（例えば、結核などの疾病において一般群とはかけ離れた罹患率の高さ、一般群とは異なる生活様式など）をもった弱者層を想定した場合には、彼らのニーズにテーラーメイドされた医療サービスを提供することが可能な点である。一方で、低所得者「専用」の医療提供制度を設けることには、医療サービスの二分化を引き起こし、医療格差が起ることが懸念される。例えば、アメリカには低所得者専用の医療機関が存在するものの、待ち時間の長さや医療の質に、一般の医療機関とは大きな格差が生じている（堤 2008）。また、医療費軽減制度の対象者であることが、どの医療機関に行くのかによって明らかになるため、スティグマが発生することも懸念される。②の医療費全額扶助は、低所得層も一般層も同じ医療提供機関で受診するため、医療格差やスティグマは発生しにくい。しかし、対象者（ユーザー）にとって費用が伴わないため、過剰受診のモラル・ハザードが発生する恐れがある。既に、生活保護制度における医療扶助にてはモラル・ハザードが発生しているとの指摘もある（鈴木 2008<sup>x</sup>）。また、医療費の全額が医療費軽減制度の負担となるため、その財源のあり方によって、保険者（自治体）が全く関与しないシステムとなり、医療提供機関をチェックするという保険者の機能が失われる。例えば、生活保護制度の医療扶助では、生活保護にかかっている患者自身の発言力が少なかったり、患者のために発言する家族などの欠如という状況があった場合に、過剰または劣悪な医療行為を行う医療機関があることが度々ニュースになるが（cite, cite）、これは、診療報酬が保険者を通して支払われ、保険者がチェックする機能が保たれていればある程度は避けることができるはずである。なお、過剰受診・過剰診療のモラル・ハザードは①でもおこる問題である。③の医療保険加入方式であれば、過剰診療をチェックする保険者の機能は保たれる。しかし、この方式は、全てに対象者が何らかの医療保険制度に加入していることが前提であるため、対象者が被用者保険にてカバーされない場合は、国民健康保険の保険料を別に助成する必要がある。また、保険者（自治体）が自己負担分を除く7割の医療費を支出することになるため、医療費軽減制度の対象者が多い地域の国保財政が悪化する懸念がある。

表2 低所得者に対する医療扶助制度の設計案

	利点	欠点	参考
低所得者専用の医療提供制度	特殊なニーズをもつ弱者層へのきめ細かい医療サービスを提供することが可能	医療格差を誘発する可能性 スティグマの発生 保険者機能の喪失	
医療費全額扶助方式	新たな制度が不必要。 自治体(国保)財政への負担が少ない。	過剰受診・過剰診療のモラル・ハザード 保険者機能の喪失	現行の生活保護制度の医療扶助の方式。医療扶助の単給。
医療保険加入方式	新たな制度が不必要。 財政への負担が少ない。	過剰受診のモラル・ハザード 自治体(国保)財政への負担が大きい。	現行の児童医療費助成制度の方式。医療保険に加入していることが前提。

本書が提案するのは、③の医療保険加入方式である。基本的な医療サービス提供体制や公的医療保険制度はそのままに、発生する自己負担分のみを助成の対象とすることが、モラル・ハザードが発生しにくいという点で優れていると考える。この方式による自治体の国保財政への負担は、自治体と国の間の財政措置で調整することとする。しかし、③の医療保険加入方式の前提は、全ての人が公的医療保険に加入していることであるため、「国民皆保険」をより徹底させる手立ても必要である。本章では、被用者保険（健保）によって、非正規労働者を含む全ての被用者はカバーされることを前提としているが、それでも国民健康保険には自営業者、無業者などが残ることとなる。彼らの低所得率（貧困率）も高いレベルにある（阿部 2008b）ことから、国民健康保険の保険料の抜本的改革がない限り、無保険者の問題は依然として残ることとなる。そこで、本稿では、国民健康保険と被用者保険の保険料の新設計と、両者における自己負担軽減制度の導入という二つの改革を提案する。

## 2) 公的医療保険の保険料の新設計

3項で論じたように、現行の公的健康保険制度においては二つ（国民健康保険と被用者保険）の制度が共通の概念によって保険料設定がされていないために、いくつかの不公平が生じており、これが低所得層における保険料の滞納に繋がっている。応能負担という観点から、所得に対する保険料の割合で見ると、まず、第一に、国民健康保険の被保険者は、同所得の被用者保険の被保険者に比べて、高い割合の保険料を課せられている。第二に、国民健康保険の被保険者の中では、低所得層が高所得層に比べ高い割合の保険料を課せられている。第三に、国民健康保険の保険料設定には平等割、均等割部分があるため、世帯人数が多い世帯ほど高い割合の保険料を払うこととなる。

低所得者に配慮した「新しい制度設計」において、公的医療保険の保険料はどのような理念をもって設定されるべきなのであろうか。筆者は、「応能負担」の原理に基づき、それが国民健康保険であっても、被用者保険であっても、（世帯）所得に対する割合が一定の保険料設定を提案する。同じ社会保険であっても、厚生年金においては、負担（支払った保険料）と便益（給付される年金額）が関連づけられているので、「応能負担」の理念がそれほど強いとは言えないものの、医療保険においては、低所得者と高所得者の間には、便益（給付される医療費）の差がないと考えられる<sup>xi</sup>ので、同一の便益を得るために、それぞれの負担能力に応じた保険料が適切である。

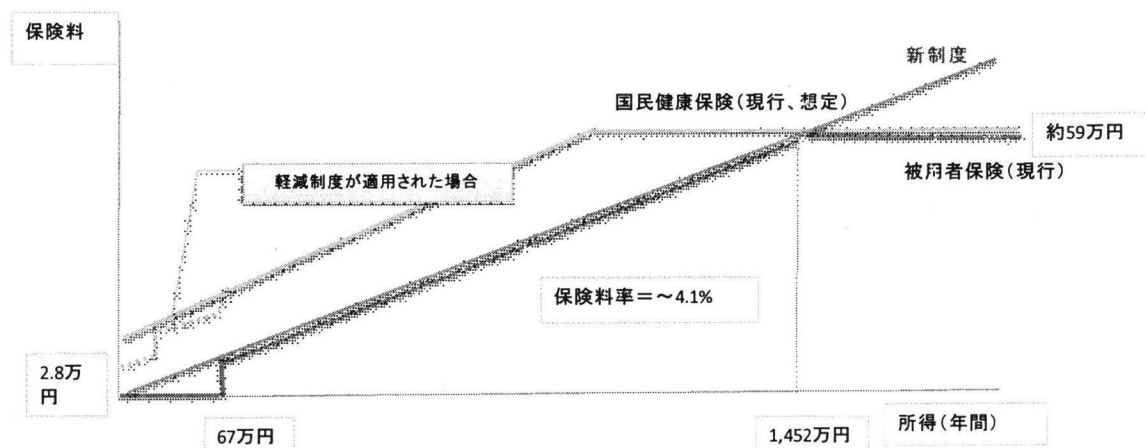
そこで、本稿が提案する保険料設定は以下である（BOX1 参照、なお、これらは第3章の「参加保障型社会保険」の内容と整合的である）。

## BOX 1 公的医療保険の保険料設定の提案

被用者保険も国民健康保険も同じ設定：

- 保険料は、各個人の所得に対する一定の割合
- 政府管轄健康保険、組合健康保険、共済会などの被用者保険の保険料も一元化
- 130万円の扶養家族の所得制限は撤廃
- 被用者保険の、標準報酬月額の上限の撤廃。国民健康保険の総賦課限度額の撤廃
- 国民健康保険の保険料の減免制度は廃止

図5 保険料の改革



出典 筆者作成。

国民健康保険も被用者保険も、原則、所得に対する一定割合とし、保険料の上限や下限を撤廃する。また、現行の国民健康保険に設けられている保険料の減免制度も撤廃する。保険料の上限の撤廃によって、高所得層は国民健康保険であっても被用者保険であっても現行の制度より多くの保険料を負担することとなる。低所得層に関しては、被用者保険の被保険者であれば、保険料下限が撤廃されるので、保険料増となる可能性がある。一方で、国民健康保険の被保険者であれば、現行の制度では軽減措置があっても被用者保険より高い保険料となっているので、保険料減となる可能性が高い。減免制度を撤廃することによって、低所得層において保険料の負担が大きくなる（所得の比率としては全ての所得階層で同じであるが）なる可能性は否めないものの、全ての人が応能の一定割合の負担をするという社会保険の理念を徹底する。低所得者の所得保障・生活保障については、給付つき税額控除や住宅扶助、求職者手当、そして次に記述する医療費自己負担の軽減制度などによ

て対応されているとする。

### 3) 自己（患者）負担の軽減制度

患者負担の軽減については、基本的に二つの方法がある。一つは、家計における医療費の全体額が一定額以上にならないように、限度額（シーリング）以上の医療費を100%補填する方法である（以下、シーリング方式）。これは、まさに、現行の高額療養費制度である。高額療養費制度は、シーリングを3段階に設定しており、また、各段階の中ではかかった医療費の1%が加算される。シーリング方式に代わるもう一つの方法は、医療費の一定割合を軽減する方式である（以下、自己負担率軽減方式）。現行の国民健康保険、健康保険においては、就学前児童と高齢者について、一般の3割負担よりも低い負担率となっているが、これがこの方式にあたる。例えば、ある一定の所得以下の世帯については、医療費を3割負担ではなく、2割にする、さらに下の所得の世帯には1割、0割という風に、段階的に医療費を軽減していく。シーリング方式・自己負担軽減方式で限度額を一律に0円、負担率を0割と設定した例が、自治体による乳幼児医療費助成制度である。乳幼児医療費助成制度では、所得制限が設けられている自治体も多いが、通常は、所得制限以下か以上の2段階で設定されており、以下であれば0円、以上であれば通常の自己負担額となる。

この二つの方式は、それぞれに利点と欠点がある（表3）。シーリング方式は、入院や高価な薬の継続的服用など医療費が高額になった場合に、非常に有効なセーフティ・ネットである。一方で、比較的に小額な医療費支出が家計を圧迫している場合には効果がない。負担率軽減方式は、小額の自己負担から対応するものの、医療費支出が高額の場合には負担が大きくなる。また、医療サービスの価格が低くなることにより、過剰受診するモラル・ハザードを生むという批判がある。この二つの制度は、お互いに補完しており、二つ揃って初めて様々な医療ニーズに対応することができる。

表3 医療費助成制度のいろいろ

	利点	欠点	参考
シーリング方式	所得に応じて段階的に設定可能 高額の医療費が発生した場合には、シーリング以上の負担が課せられない	シーリングが0以上の場合、それに達するまでの費用が受診抑制を生む可能性	現行の高額療養費制度がこれにあたる
負担率軽減方式	所得に応じて段階的に設定可能 小額の医療費の場合にも軽減される	過剰受診のモラルハザード 高額の医療費が発生した場合は、負担割合が0%でない限り負担が大きくなる	現行制度では、乳幼児、高齢者が負担率を軽減されている
無料化方式	医療費の全てを保障することができる	過剰受診のモラルハザード	自治体による乳幼児医療費助成制度がこれにあたる

本稿が提案する新制度は、既存の制度（高額療養費制度、乳幼児・高齢者の自己負担率軽減、自治体による乳幼児医療費助成制度）をそのままに、それらを拡充するものである（BOX 2 参照）。

## BOX 2 医療費軽減制度の提案

高額療養費制度の改革：

- 対象者 全ての国民（現行制度と変わらず）
- 軽減度 現行の3段階による設定から、連続的な制度に変換。世帯の合算の自己負担額の上限は所得の14%（標準報酬月額が25万円未満）、14～28%（25～53万円未満）、28%（53万円以上）（図6参照）

医療費助成制度：

- 対象者 65歳未満の低所得者（世帯所得が保護基準の1.0倍以下）
- 軽減度 自己負担率を3割から1割に軽減

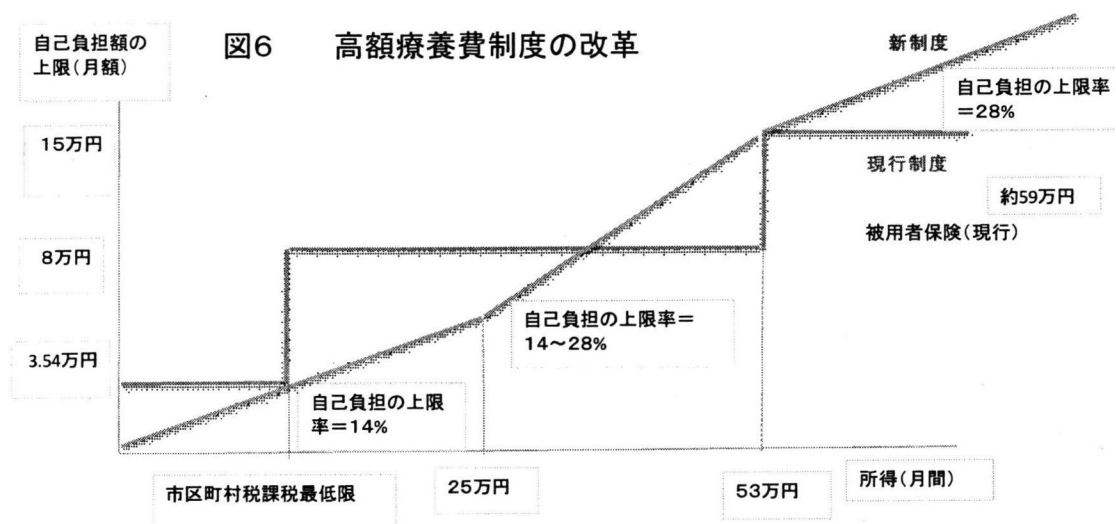
乳幼児医療費助成制度：

- 対象者 18歳未満の児童
- 軽減度 基本的に無料

まず、高額療養費制度については、既存の3段階によるフラットな設計から、所得に対する医療費自己負担の上限が徐々に引き上げられる連続的な制度に改革する。具体的には、標準報酬月額が25万円までの世帯は、自己負担額の上限が標準報酬月額の14%と定める。14%という数値の根拠は、現在の国民医療費全体の患者負担の割合が約14%であるからである。社会全体の平均値に引き下げられることより、高額な医療費を必要とする世帯であっても過度な負担を軽減することとなる。また、低所得でありながら、高い医療負担を強いられている世帯の負担率を社会全体の平均まで軽減するという理念は、国民の理解を得られやすいであろう。標準報酬月額が25万円から53万円までの世帯は、段階的に自己負担額の上限を標準報酬月額の14%から28%までに設定する。これにより、標準報酬月額が約30万円未満の世帯にとっては、自己負担の上限が引き下げとなり、30万円以上、53万円未満の世帯においては引き上げとなる。標準報酬月額が53万円以上の世帯については、上限を28%とする。標準報酬月額が53万円ちょうどの世帯においては、現行の高額療養費制度の上限が約15万円であり約28%となるので、現行制度とほぼ同じであるが、それ以上の世帯においては上限の引き上げとなる。このように、現行制度に比べ、新制度は、低所得層および中所得層の下層については、所得に対する自己負担の上限額の割合が引き下げられ、中所得層の上層と高所得層については引き上げとなる。また、新制度は、現行制度が「階段式」に行われていることによって発生している



「屈点」（ある所得を越えると、上限額が大幅に上昇する）をなくし、よりスムーズな制度設計となる。



出典 筆者作成

次に、高額とははならなくても、3割の自己負担が医療受診の抑制となっている可能性に対処するために、低所得層の自己負担率の軽減を行う。現行制度においては、乳幼児、高齢者といったカテゴリー別に軽減が行われているが、これに加えて、世帯所得が生活保護制度の保護基準の1.0倍未満の世帯に対しては、自己負担率（医療費に対する割合）を3割から1割に軽減する。生活保護制度の保護基準を目安とする所得制限の方法は、既に就学支援費などで用いられている手段であるため、比較的にわかりやすく、運用しやすいと考えられる。自己負担率の軽減については、モラル・ハザードを発生させるという批判があるが、1割の自己負担を残すことにより、これについて対処する。モラル・ハザードについて付け加えて言うと、本稿が対象とするのは高齢者医療制度にカバーされない70歳未満の人々であり、時間的制約などから、高齢者に比べて、過剰診療の懸念は少ないと考えられる。

三つ目の軽減制度は、全ての子どもに医療サービスを提供するために、18歳未満の全ての児童の医療費は無料とする。民主党政権の「子ども手当」と同様に、子どもは社会の責任として子育て費用を負担するという理念に基づき、所得制限や国籍条項などは設けない。これは、既に、多くの自治体が行っている乳幼児医療費助成制度を全国的に普及させるものであり、自治体間の格差を解消するとともに、寛容な制度をもつ自治体の財政的負担を軽減することを目的とする。そのため、必要な経費は、国から自治体への補助金として補填される。

## 【参考文献】

- 阿部彩 (2008) 「格差・貧困と公的医療保険－新しい保険料設定のマイクロ・シミュレーション」『季刊社会保障研究』第 44 巻第 3 号 (2008.12.31.) pp.332-347.
- 厚生労働省(2008)『「資格証明書の発行に関する調査」の結果等について」(2008.10.30. 発表資料)
- 厚生労働省 (2007) 『住居喪失不安定就労者等の実態に関する調査報告書』.
- 厚生労働省 (2009a) 『ホームレスの実態に関する全国調査 (概数調査) 結果』.
- 厚生労働省 (2009b) 『平成 19 年国民医療費の概況』.
- 厚生労働省 (2009c) 『平成 19 年度国民健康保険 (市町村) の財政状況について＝速報＝』報道発表資料、<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2009/01/h0116-1.html>
- 厚生労働省保険局国民健康保険課 (2008a) 『医療機関の未収金問題に関する検討会報告書』
- 厚生労働省社会・援護局総務課(2008b) 「無料低額診療事業について」第 4 回医療機関の未収金問題に関する検討会資料 (平成 20 年 1 月 21 日)
- 厚生労働省大臣官房統計情報部編『国民生活基礎調査』平成元年、4 年、7 年、10 年、13 年、16 年.
- 近藤克則 (2005) 『健康格差社会』医学書院.
- 鈴木亘 (2008) 「医療と生活保護」阿部彩・國枝繁樹・鈴木亘・林正義『生活保護の経済分析』東京大学出版会, pp.147-171.
- 鈴木亘・大日康史 (2000) 「医療需要行動の Conjoint Analysis」『医療と社会』10(1), pp.125-144.
- 全国保険医団体連合会 (2007) 『資格証明書の交付を受けた被保険者の受診率(推計)一覽』全日本民医連 HP (<http://www.min-iren.gr.jp/syuppan/shinbun/2009/1452/1452-03.html>)
- 堤未香 (2008) 『貧困大国アメリカ』岩波書店.
- 日本労働組合総連合会 (連合) (2009) 『れんごう政策資料 187: 2008 年連合パート・派遣等労働者生活アンケート調査報告』日本労働組合総連合会.
- 湯田道生 (2006) 「国民年金・国民健康保険未加入者の計量分析」『経済研究』57(4), pp.344-356.
- 乳幼児医療費無料制度を国に求める全国ネットワーク HP (<http://babynet.doc-net.or.jp/>)

---

i 『国民生活基礎調査』では、医療保険の加入状況を「国民健康保険 (市町村、組合)」「被用者保険 (本人、家族)」「その他」「不詳」として聞いており、このうち、「その他」は未加入の状況であると考えられる。

ii 阿部 (2009) によると、同様の傾向は子どもでも確認できる。

v また、被用者保険と同様に総賦課限度額が設定されているので、所得割部分が多い高所得世帯でも限度額以上の保険料は払わなくてもよい。

---

vii 国保世帯は、世帯員の全員が国民健康保険の被保険者である世帯、健保世帯は世帯員全員が健康保険などの被用者保険の被保険者である世帯、混合世帯は国保と健保の被保険者が両方いる世帯である。

viii 鈴木・大日（2000）は、調査対象者に「仮に病気になった時、自己負担がいくらであれば受診するか」という仮想的な場面への回答を基に（このような分析は Conjoint Analysis と呼ばれる）受診行動を分析しており、それによると、通常の風邪を想定した場合、無保険者は国民健康保険加入者に比べて受診率が 36.2%ポイント低いと推計された。

ix 本調査は、以下を対象に行われた：①連合傘下の組合が所属する企業・官公庁で働いているパート・派遣等労働者、②組合員・組合約賞金の家族や友人・知人の非正規労働者、③連合及び地方連合会と関係する NPO・NGO 団体等、外部団体が配布した非正規労働者。調査票の配布は、非正規労働者の母体が無作為に抽出したものではないため、偏りがある可能性がある。

x 鈴木（2008）は、生活保護制度の医療扶助のデータから、以下を述べている。まず、生活保護制度受給者の医療費が高いことは、「その前の段階で放置されたり、貧困化したり、重篤化したりして、生活保護の中に落ちてくることにあ（り）」、医療扶助自体の問題とは言えないこと、そして、もしモラルハザードが発生しているのであれば、それは患者側のモラルハザードとともに「医療機関側のモラルハザード」にも着目しなければいけない（鈴木 2008, p.158）。

xi 実際には、低所得層と高所得層の間に健康格差が存在することが知られているが（近藤 2005）、医療受診行動の違いも考慮すれば、低所得層と高所得層の公的医療保険の便益の差があるかどうかは不明である。

[ 3 ] 公的扶助を始めとする低所得者支援  
制度のあり方に関する研究