

める割合が低下することを意味する。そのため、財政悪化の構造要因となる。近年の合計特殊出生率の低下は、その傾向をさらに強くしているといえる。

このような社会環境の変化を背景として深刻化した構造問題として、老人保健拠出金の負担問題があげられる。老人保健拠出金とは、保険者の責任に帰したい老人加入率の違いによる老人医療費の負担の不均衡を是正するために、国、都道府県、市町村、医療保険各保険者が共同で老人医療費を公平に負担するためにできた老人保健制度の仕組みである。具体的には、全保険者の平均老人加入率を当該保険者の老人加入率で除した当該保険者の加入者調整率を当該保険者の老人医療費に乗じて、拠出金の支払いが求められる仕組みである⁵。老人保健制度の創設当初は、高齢者を構造的に抱える国民健康保険を救済する色彩があったが、景気低迷により国民健康保険を支える健康保険の保険財政が悪化することで、社会問題としてとらえられるようになった。

老人保健拠出金の規模は、制度創設翌年の1983年(昭和58年度)に2.3兆円だったものが、1999年度(平成11年度)は老人医療費の伸びと同様に増大し10兆円規模に達しており、拠出側にまわる健保組合など多くの保険者の安定運営を脅かすものとなったことから、見直しが強く求められるようになった。また、給付責任と財政責任が市町村と保険者に分離しているため、制度全体の責任が不明瞭であり、拠出者である保険者のコントロールが全く効かないという問題も指摘され、見直しが求められた。

1.7. 2002年度医療制度改革

これまでに述べたように、急速な少子高齢化、経済の低迷に加え、国民の意識やライフスタイルの変化など、社会保障制度を取り巻く環境変化を理由として、2002年度(平成14年度)医療制度改革は実行に移された。

2002年度(平成14年度)改革では、「将来にわたり、医療制度を持続可能な制度へと再構築していくために、医療制度を構成する保健医療システム、診療報酬体系、医療保険制度の全てについて、総合的な構造改革を進めていく」ことを明示しており、ポイントは1)将来へ向けた改革であるということと、2)総合的な構造改革であるということである。

だが、主な改正は、①患者自己負担増(制度を問わず3割負担に統一)、②診療報酬引き下げ、③保険料の引き上げ(被用者保険における総報酬制度導入)であり、理念で掲げたほどの総合的な構造改革ではなかった。この改革により、被用者保険の加入者は、患者自己負担だけでなく保険料も引き上げられたことから、二重の負担増となった。一方、診療報酬改訂は、全体-2.7%(本体-1.3、薬価-1.4)と医療機関経営者にとっても極めて厳しい内容であった。

このほか、2002年度(平成14年度)改革の目玉は、老人保健制度の廃止決定と高齢者医療制度のあり方を提示することであったが、利害調整が政治的な思惑から難航し、老人保健の廃止は決まったものの、

5 厳密な式は複雑なので省略するが、単純に数式化すると、拠出金総額＝一人当たり老人医療給付費×加入者総数×全国平均高齢者加入率＝老人医療給付費総額×(全国平均高齢者加入率/各保険者の高齢者加入率)となる。仮に保険者Aと保険者Bという2つの保険者が存在するとしよう。各保険者の加入者数はともに2000人であるが、年齢構成は異なり、保険者Aは若い世代が多く高齢者が少ない(全体の10%、200人)、保険者Bは高齢者が多い(全体の50%、1000人)とする。高齢者加入率の全国平均は30%とする。また、一人当たり老人医療給付費(老人保健適用)は、2つの保険者で全く同じとする。どちらも、拠出金総額は同じで3億6000万円となる(2000×600,000×0.3＝3億6000万円)。仮に老人保健拠出金の制度がないとすると、保険者Aの高齢者加入率は10%であるので、Aは1億2000万円、保険者Bでは、高齢者加入率は50%であるので、6億円の老人医療給付費総額となる。なお、この制度は高齢者加入率の差異による財源調整のみを行うものであり、地域における医療費構造や性別などのリスクを調整することはない。

代替案を決定することは先延ばしされ、継続審議することになった。当面は、老人保健の適用対象者の年齢を75歳まで段階的に引き上げること、公費負担を5割まで拡大すること、現役並みの所得がある高齢者の自己負担を増加させること(1割から2割)、「老人医療費の伸びを適正化するための指針」(平成15年9月11日公表)を策定することだけが決まった。一方で、3歳未満の乳幼児の一部負担を2割に軽減するなど少子化対策を行った。

2002年度改革そのものは従来路線の延長線上にあるものであったが、この改革で示された将来の方向性はその後の制度改革を決定づけたという意味で重要な改革である。2002年度の中で、総合的な抜本改革が必要とされたことから、質の確保や医療機能の分化など医療提供体制の見直しも進められた。そのため、前年度に行われた第4次医療法改正では、臨床研修の必修化(平成16年4月より新臨床研修医制度の導入)や広告規制緩和の拡大、療養病床、一般病床の病床区分の届出義務(平成15年8月まで)が規定された。

さらに、2003年度(平成15年度)の閣議決定『医療制度改革の基本方針』は2002年度(平成14年度)改革を受けて決定されたものであり、この基本方針では、診療報酬体系については、2年毎の改定の都度、見直しを図ることとされた。これが過去最大級の改革となる2006年度改革につながる。この二度の改革の共通事項として、1980年代に使われた医療費適正化という用語が、再び政策目標として公式に使われるようになったことをあげられる。2002年度から現在までを「第二次医療費適正化」と呼ぶことにする。

1.8. 2006年度医療制度改革

2005年(平成17年)6月の閣議決定『骨太の方針2005』、同年10月厚生労働省「医療制度構造改革試案」の公表、同年12月の政府・与党医療改革協議会『医療制度改革大綱』というプロセスを経て、2006年度(平成18年度)医療制度改革が実行に移される。

2006年度医療制度改革のポイントは、国民健康・健康保険法関連では、1)懸案であった新しい高齢者医療制度のあり方を提示したこと⁶(「老人保健法」を「高齢者の医療の確保に関する法律」に全面改正⁷、施行は平成20年4月)、2)「医療費適正化計画」の作成を都道府県に義務付けたこと(地域性に配慮した医療費適正化の推進)、3)都道府県単位の保険者再編を行ったこと(財政強化)、4)特定健診・特定保健指導等予防の充実を図ったことがあげられる。

同時に議論が進められた医療法関連(第五次医療法改正)では、1)患者等への医療に関する情報提供の推進、2)都道府県の医療計画の見直し等による医療機能の分化・連携の推進、3)社会医療法人の設置等、医療法人制度改革が行われた。

6 この制度は、平成14年度改革で提案された代替案(一元化以外の案)の折衷案ともいうべき案である。たとえば、公費投入を多くし75歳以上の独立保険制度を創設するという案が、後期高齢者医療制度に採用されている。この案は、医師会や経団連等が主張していたが、彼らの主張と最も大きく異なる点は、公費負担の割合が50%と老人保健拠出金と同等と少なくなっていることである。また、前期高齢者については、健保連や連合などが主張していた被用者、突き抜け方式、リスク構造方式(国民健康保険という枠組みを残したまま制度間の不均衡を調整する仕組みが採用されている。ただし、これらの団体では、前期、後期という年齢区分をおかず生涯にわたって同じグループに所属するという案を提案していたため根本的には同じものではない。むしろ、拠出金によって財政調整するという意味では、老人保健制度の発想に近い。

7 この法律は、平成18年5月に国会で可決された(自民党・公明党の与党側は強行採決によりこの法案を成立させた)。

さらに、前年度に実施された介護保険法改正⁸において、介護療養病床の廃止、費用負担見直し(食費・居住費等いわゆるホテルコスト徴収)がはかられたが、平成 18 年度医療制度改革でも、療養病床のホテルコストの徴収および医療療養病床の大幅削減方針が打ち出された(図 2)⁹。療養病床の再編の主な狙いは、1)「社会的入院」といわれる高齢者の医療ニーズでない長期入院の問題の是正、2)医療機能の分化・推進を一層進めること、3)高齢者にとってふさわしいケアを受けられるような体制を構築すること(現在の療養病床が高齢者の ADL¹⁰、QOL 改善にふさわしいとは必ずしもいえない)にある。都道府県は、「医療費適正化計画」の策定だけでなく、「地域ケア整備構想」において、病床再編に向けて地域としてどのように連携を進めるのか、「地域医療計画」において、急性期から回復期までのシームレス(継続的な)治療を地域単位で実現できる体制づくりをどのように進めるのかを示すことが求められることになった。

なお、2006 年度改革以降、この病床再編を進めるために、施設転換のための補助金設置や医療区分によって獲得可能な診療報酬を変更するなど診療報酬改定を行った。具体的には、1)全体で-1.36%のマイナス改訂(本体-1.8、薬価-3.16)、2)7:1 など新看護基準を導入¹¹、2)急性期の支払方式として DPC¹²の適用対象病院を拡大、3)療養病床の診療報酬の見直し¹³など医療機能に応じた診療報酬の支払いを導入した(表 2)。

だが、医療側の反発も大きく、必ずしも病床再編は順調に進まなかったことから、医療療養病床の当初の目標を厚生労働省は撤廃している。また、法律で廃止が決まった介護療養病床については、2009 年(平成 21 年)秋の政権交代により与党になった民主党の方針で凍結されている。

8 このほか、平成 17 年度介護保険の改正では、要介護認定の見直しにより要支援が 2 区分化、要支援など要介護度の低い人向けのサービスとして新たに予防給付が新設された。また、地域包括ケアセンターなど地域における予防マネジメントが重視されることになった。

9 厚生労働省の療養病床に関する資料では、当初の目標値の 15 万床は、削除されている。

10 ADL は Activities of Daily Living の略で、日常生活動作能力または、日常生活活動における自立性を評価するときに用いられる用語である。

11 入院患者 7 人に対し看護師 1 人(日勤・夜勤等の各勤務の平均で実施 26 人患者に 1 人)という配置基準であり、これまでは 10:1(実質 18 人に 1 人)が最高であった。入院基本料が基準(7:1、10:1、13:1、15:1)によって異なり、高い配置基準を達成するほど入院基本料が高く算定できる仕組みとなっている。これは、医療機能の分化に応じた診療報酬という考えのもと、重症患者の多い病棟に看護師を手厚く配置するなど、質の確保と労働条件の向上を推進する意味があったが、医療機能とは関係なく入院基本料を獲得するために看護師確保に奔走したため、全国的に看護師不足の問題が生じた。平成 18 年 5 月 1 日に 7:1 取得病院は一般病棟で 280(全病床の 6.2%)、平成 18 年 10 月 1 日時点で 544 病院(全病床の 14.4%)、平成 19 年 5 月 1 日時点で 787 病院(全病床の 23.1%)となっている。中医協平成 19 年 11 月 11 日資料参照。

12 2003 年から大学病院など国 82 の特定機能病院等に導入されているが、2006 年より対象病院が拡大した。DPC とは Diagnosis Procedure Combination の略で、診断群分類包括評価を意味する。米国で開発された DRG

(Diagnosis Related Group)の影響を少なからず受けている。メディケアで採用される DRG/PPS(DRG を用いた事後包括払い)という支払方式では、エピソードベース(治療に要した期間)で償還されるのに対し、診断群ごとに必要とされる治療行為の価格をもとに一日単位で定額化された額(傷病名や年齢、意識障害レベル(JCS)、手術、処置の有無などで調整)が支払われるという違いがある。出来高払い制度が治療にどれだけの費用が掛かったかで支払い額が決まったのに対し、DPC では、過剰な診療行為等を排除すると同時に、平均在院日数の短縮、医療サービスの標準化、経営・医療情報の可視化につながるものと期待されている。

13 ADL 区分、医療区分でそれぞれ 3 区分があり、それぞれに応じて診療報酬の一日の入院基本料が決定される仕組みがとられた。平成 18 年の診療改訂ではさらに点数をマイナス化しており、療養病床削減を誘導する診療報酬になっている。なお、介護療養病床では医療区分はないが、要介護認定によって介護報酬が異なる。

2. 医療費適正化政策の歴史的変遷と評価

2.1. 医療政策における医療費適正化政策の位置づけ—医療費適正化政策の登場

ここまでの医療政策の歴史部分で詳述したように、「医療費適正化」が活発に議論され政策として実施された時期は、第1次医療費適正化期(1981年～1990年)と第2次医療費適正化期(2002年～現在まで)に、便宜上区分することができる。以下では、医療政策の中でも医療費適正化政策に的を絞って議論を展開する。まず、第1次医療費適正化期と第2次医療費適正化期に実施された医療費適正化政策の目的と内容について振り返ってみよう。

第1次医療費適正化期は、GDPに占める医療費と公債残高の割合が急増した時期の直後に当たる。1973年(昭和48年)には、高額療養費制度¹⁴が創設され、国民健康保険の世帯員の給付率が7割に引き上げられた。続く1974年、1976年、1978年の診療報酬改定では、物価・賃金スライド方式により、診療報酬が大幅に引き上げられた。その結果、1974年度～1982年度の9年間で医療費は年平均15.0%増加したのに対し、GDPは年平均10.0%の成長に留まった。また、1961年にほぼ皆無に等しかった公債発行残高は1981年度には82.3兆円に膨れ上がり、1979年度には公債依存度が34.1%に達した¹⁵。1981(昭和56年)に発足した第二次臨時行政調査会では「増税なき財政再建」が掲げられ、その答申で医療費をはじめとする社会保障給付費が国民経済と無関係に増大することは問題であるという認識が示された。この時に、医療費の伸び率を国民所得の伸び率の範囲内に留めることが、医療政策の目標になったと言われている(広井 1994、和田 2008)。この医療費と財政赤字が急増した時代を経て、第一次医療費適正化期が到来する。

では、その当時医療費適正化は、どのような意味で使用されていたのであろうか。初めて医療費適正化という言葉が登場するのは、既に述べたように、1981年(昭和56年)の厚生白書である。その翌年の1982年(昭和56年)の厚生白書で、当時の厚生省は、医療費適正化に対する考えを詳しく述べている。少々長いが、そのまま引用する。

「国民経済の動向とは無関係に、医療費のみが増大し続けることについては最近各方面から厳しい批判の眼が向けられている。(中略)このように、経済、財政、社会保障負担の現状などを考えると、現在伸び続けている医療費の効率的かつ有効な活用を図ることが急務である。ただし、医療費の問題を考える際には、医療の持つ本質的な役割を忘れてはならない。医療に投入された費用は、サービスに対する単なる消費と見なすべきではない。生命や健康の価値を金銭に換算することは困難であるが、医療に投入されたコストはそのかなりの部分が健康の回復を通じて生産力の向上に寄与している。また、医療が個人、家庭及び社会の物心両面の幸福を支えている役割の大きさには測り知れないものがある。

後述するとおり、今後は医療費の適正化に最大限努力していくが、上のような理由から、医療費全体にかかる無差別な抑制を図ることは望ましい姿ではない。重要なことは、制度に随伴する不正や不当な行為、非効率に基づく無駄を厳しく排除し、それと同時に必要な医療には十分な費用を投下していくことである」。(傍点、著者)

この当時の厚生省の医療費適正化の意味合いを要約すれば「医療は生命や健康の維持・回復に資する特別なサービスであるため、無差別に医療費を抑制することは望ましくない。重要なことは、不正や不

¹⁴ 高額療養費制度とは、自己負担が過大とならないよう、自己負担が一定額以上に達した場合に、その一定額以上の部分を後から償還給付する仕組みである。1973年(昭和48年)に初めて導入され、導入時は自己負担限度額3万円/月であった。平成18年時点では、自己負担限度額は一般所得者で8.01万円+医療費の1%となっている。

¹⁵ 財務省 HP 日本の財政を考える「公債残高の推移」から入手

当、あるいは無駄を厳しく排除し、同時に必要な医療に十分な費用を投下していくことであり、医療費の効率的かつ有効な活用こそが医療費適正化である」ということになる。

繰り返しになるが、医療費適正化は、単純に医療費総額を抑制(まして削減ではない)することとは考えられておらず(むしろ批判的である)、医療費の非効率な面を是正する部分と、必要な医療に十分な費用を投下することの双方が重要であることが謳われ、その結果として国民経済と無関係に増大すること(つまり、経済成長と調和する範囲に医療費を留めること)が目指されていたといえよう。

さて、そのような理念の下で、実際にはどのような政策が展開されたのであろうか。1982年の白書では、医療費適正化政策を次の6つに整理している。1)指導監査の強化、2)レセプト審査の充実、改善、3)薬価基準の適正化、4)検査の適正化、5)高額医療機器の共同利用の促進等、6)医療費通知の充実である。残念ながら、どの政策も医療費適正化の一側面である医療費の非効率の是正に着目した政策であり、必要な医療に重点投資する政策は明示的には語られていない。もちろん、重点投資の観点からの政策が全くなかったわけではない。実際、この第1次医療費適正化期においても、新しい薬や治療技術が保険対象にされており、1986年には医療費適正化政策の一環として、在宅医療関係の指導料や、新医療技術に対する報酬が評価されている。

つまりは、第一次医療費適正化政策は、医療費の非効率の是正と重点投資の二つを理念に掲げて導入されたのであるが、実際の政策は非効率を是正する政策が主であったということである。少なくとも、当時の厚生省は、医療費適正化政策として重点投資を行うような政策を積極的には実施していないと言える。この点に医療費適正化政策が、医療費の抑制や削減と受け取られる原因の一端がある。そして、第2次医療費適正化期(2002年～)において、厚生労働省は自らこの誤解を助長するような形で、医療費適正化政策を本格化させるのである。

2.2. 第2次医療費適正化期—医療費の伸び率を適正化する政策への偏重

第2次医療費適正化期は、2002年度(平成14年)から2008年度に至るまでである。2001年(平成13年)4月に発足した小泉内閣は、その後の医療費適正化路線を決定づける改革を実施した。

まず、2002年度の医療制度改革において、戦後初めて診療報酬(医科分)を引き下げ、患者の自己負担と保険料率(被用者保険の総報酬制の導入)も同時に引き上げた。さらに、老人保健制度の廃止と新たな高齢者医療制度を決定した(この時は、老人保健制度の廃止のみが決定されただけで、代替案は先延ばしにされた)。また、翌年の2003年(平成15年)9月には、「老人医療費の伸びを適正化するための指針」を策定し、都道府県及び市町村に対し計画の策定と推進体制の整備を求めた。

そして、2006年度(平成18年度)の医療制度改革において、本格的に医療費適正化対策が実施されることになる。この改革で、国及び都道府県は医療費適正化計画を策定することが義務付けられ、1)メタボリックシンドローム患者及び予備軍の減少、2)平均在院日数の短縮、介護療養病床の廃止を柱とする医療費適正化政策を推進することが定められた。

第1次医療費適正化期と第2次医療費適正化期の大きな違いは、第2次医療費適正化期では、1)医療費適正化のための専門的な計画を策定することを義務付け、しかも具体的な目標を掲げたこと、2)予防を医療費適正化政策の柱に据えたこと、3)医療提供体制を効率化することの重要性が強調される一方で、必要な医療に対し重点投資を行うという理念が語られなくなったことにある。2006年度の改革までは、医療費適正化の重要性は説かれても、国と都道府県がそのための専門的な計画を策定するところまでは至っておらず、ましてや患者数や平均在院日数のように具体的な数値目標を掲げたことはない。

そして、第 1 次医療費適正化期にも重要性が認識されていたが本格的な対策が取られなかった生活習慣予防についても、医療費適正化政策の一環として具体的に推進することとなった。

政策の実効性を高める仕組みを導入し、国民の健康の維持・向上に資する予防政策を医療費適正化政策の一貫として位置づけたことは、画期的であると言える。しかしその一方で、医療費の伸びを適正化することが強調され、必要な医療に対し重点投資を行うということが、理念的にも語られなかったことは残念である。2005 年～2007 年の厚生労働白書では、医療費の伸び率を適正化することの必要性を強く打ち出しているが、必要な医療に対し重点投資を行うことを謳う記述は見当たらない。

一般的に医療費適正化は、医療費を削減すること、あるいはその伸び率を抑制することと同義、あるいはそれを目標としていると受け取られている。しかし、当の厚生労働省は医療費の伸び率を適正化すること(あるいは引き下げること)を、医療費適正化の目標としては掲げていない。厚生労働省の説明は、医療費の伸び率自体を抑制することの重要性は認めるものの、それを直接的な目標とするような政策は医療費適正化政策と位置付けないという、わかりにくいものである。

この厚生労働省の判然としない表現が、医療費適正化政策に対する誤解を招くもう一つの原因になっているように思われる。しかし、厚生労働省がこうした表現を使う背景には、次のような理由があると思われる。厚生労働省には、国民の健康を守らなければならないという厚生行政の使命を追求する立場と、保険財政状況(あるいは国の財政状況)を無視することはできない立場の二つがあり、この二律背反的な立場を取らざるをえない事情がある。本来、厚生労働省の最大の使命は、国民の生命や健康を守ることにあるが、保険や国の財政状況が厳しい中、国民の生命や健康を守る使命だけを優先できない事情がある。そこで、苦肉の策?として考え出されたのが、先の医療費の伸び率自体の重要性は認めるが、直接的な目標とはしないというわかりにくい説明なのであろう。

2.3. 医療費適正化政策は、医療費の伸び率を上手く管理してきたか

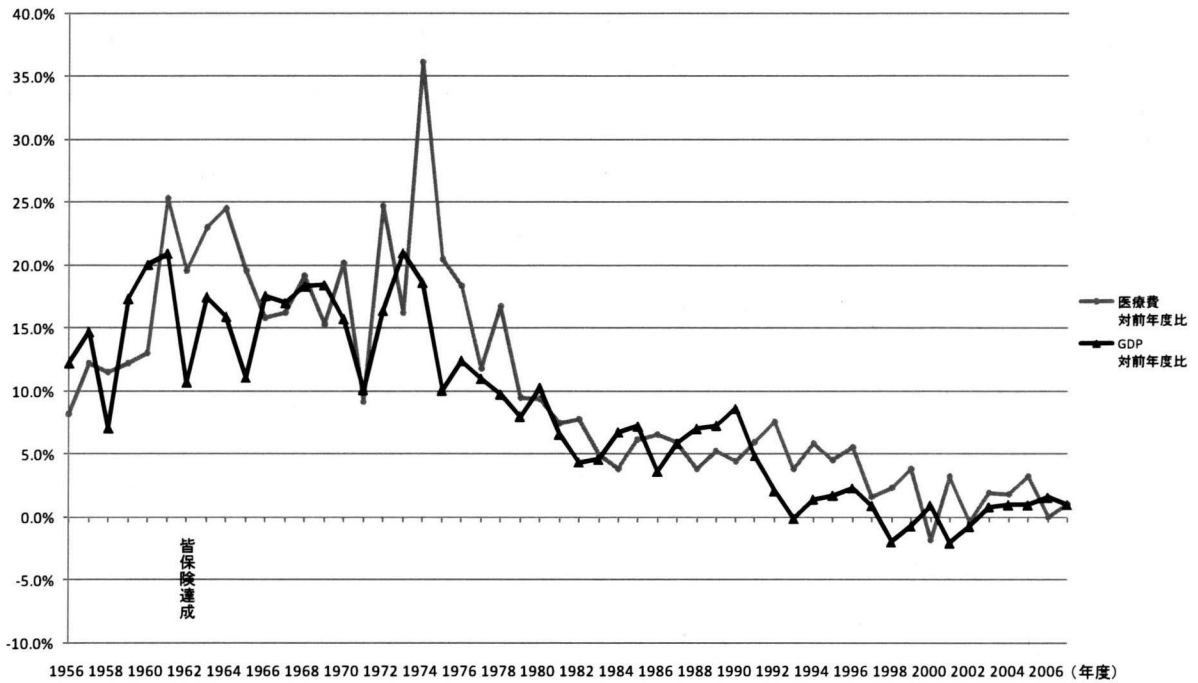
以上から、医療費の伸び率を経済成長の伸び率程度に留めるということが、医療費適正化政策を推進する大きな要因であったと言えよう。そこで、これまでの医療費と経済成長(GDP)の伸び率の推移を確認した(図 2)。全体的な傾向として、国民医療費、GDP はともに 1960 年代～1970 年代の中頃まで、前年度比 10%以上の成長率で伸びており、1980 年代、1990 年代以降には成長率が鈍化していくことが分かる。しかし、この図からは、医療費の伸びが GDP の範囲内に納まっているのかが分かりにくい。

そこで、GDP に対する国民医療費の割合(以下、医療費負担率)の推移を確認した。もし、GDP の成長率の範囲内で医療費が成長しているのであれば、医療費負担率は一定ないし、低下するはずである。逆に、医療費が GDP の成長率を超えて増えているのであれば、医療費負担率は上昇する。実際に医療費負担率を見てみると、興味深いことがわかる。一つは、1961 年に皆保険が達成されて以降、医療費負担率が上昇する拡大期と、安定または多少低下する安定期が交互に現れているということである。二つ目は、拡大期には財政赤字を埋めるための新規公債発行額が増加し、安定期には低下する傾向がみられるということである(ただし、第 3 次安定期は、後半で公債発行額が低下する)。三つ目は、医療費適正化に関する政策が実施される時期が、医療費負担率の第 2 次・第 3 次安定期と重なる点である。

もし、医療費適正化の目標が医療費伸び率の抑制することならば、その目標は結果からみて着実に達成されてきたと言えるだろう。念のため断っておくが、このことで政策の正当性を主張しようとしているのではなく、事実をもとに評価すればという話である。

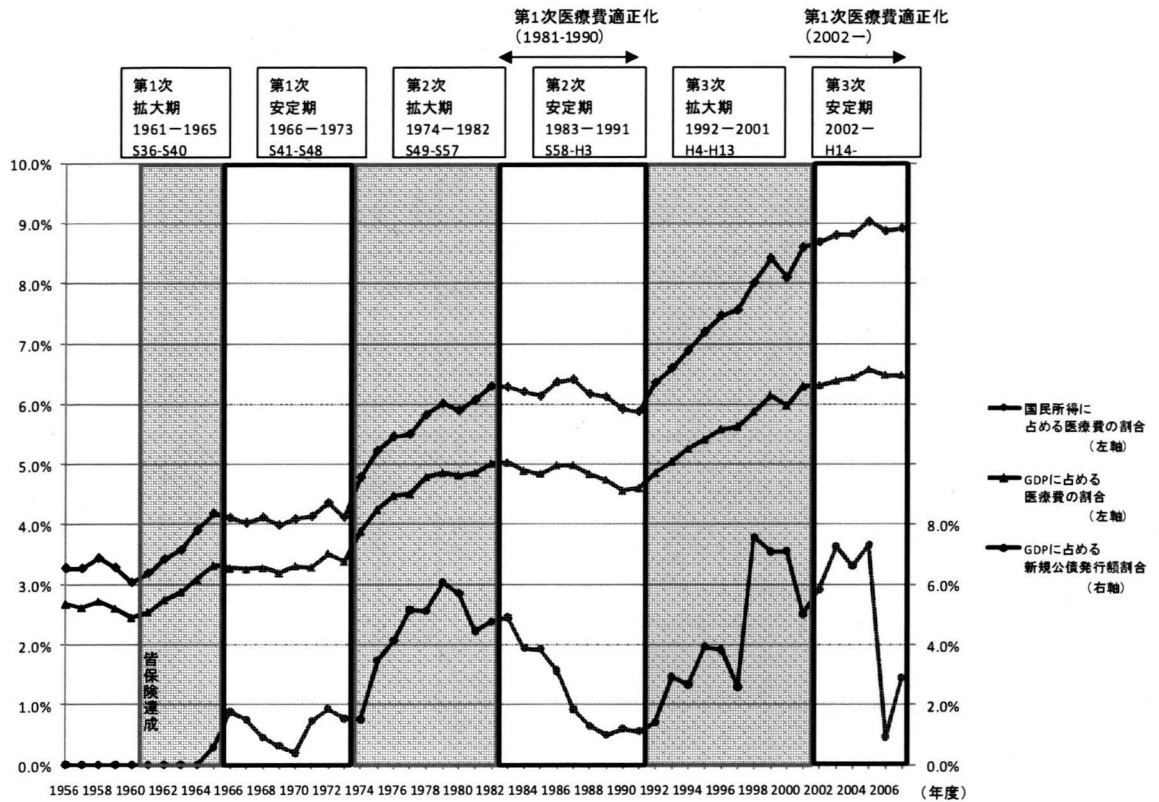
ただし、医療費適正化期と医療費負担率の安定期が重なるという事実だけから、政策の有効性を判断

することは、やや結論を急ぎすぎであろう。そこで、なぜそのように医療費の伸び率を抑制することが達成できたのかを詳しく見ていきたい。おそらく最初に考えられる仮説は、医療費負担率が安定している時は景気がよく、拡大している時は不景気ではないかという仮説である(景気循環説と呼ぶ)。次にあげられる仮説は、高齢化が急激に進んだ時期は、医療費負担率が上昇しているのではないかという、高齢化説である。そして最後は、診療報酬改定の改定により医療費負担率をコントロールしてきたという、診療報酬改定説である。



※GDPは、1979年度までは平成2年基準、1980年度からは平成12年基準値の国内総生産の値を使用
出所：国民医療費、国民経済計算から計算

図 2 医療費と経済成長(GDP)の伸び率の推移



※GDPは、1979年度までは平成2年基準、1980年度からは平成12年基準値の国内総生産の値を使用
出所：国民医療費、国民経済計算から計算

図 3 医療費負担率の推移

2.4. 景気循環により医療費負担率の変動を説明できるか

まず、景気循環説を検証する。景気には拡張期と後退期があり、これを合わせて景気循環期と呼ぶ。内閣府の経済社会総合研究所は、この景気循環の拡張期間と後退期間を月単位で発表している。例えば、有名ないざなぎ景気(拡張期間)は1965年10月～1970年7月の57カ月間である。今回の医療費の安定期・拡大期の総月数に占める景気拡張期間月数の割合を計算すれば、景気循環との関係が分かる(図4)。確かに医療費負担率の拡大期には、安定期と比べて景気拡張期間が長い傾向にありそうである。例外は第1次拡大期で、拡張期間の割合が78.3%と大きい。この第1次拡大期の初頭にあたる1961年には皆保険が達成されるおり、医療サービスが急速に普及した特別な時期である。この第1次拡大期を除けば、景気循環は医療費負担率に影響を与えていると言えよう。

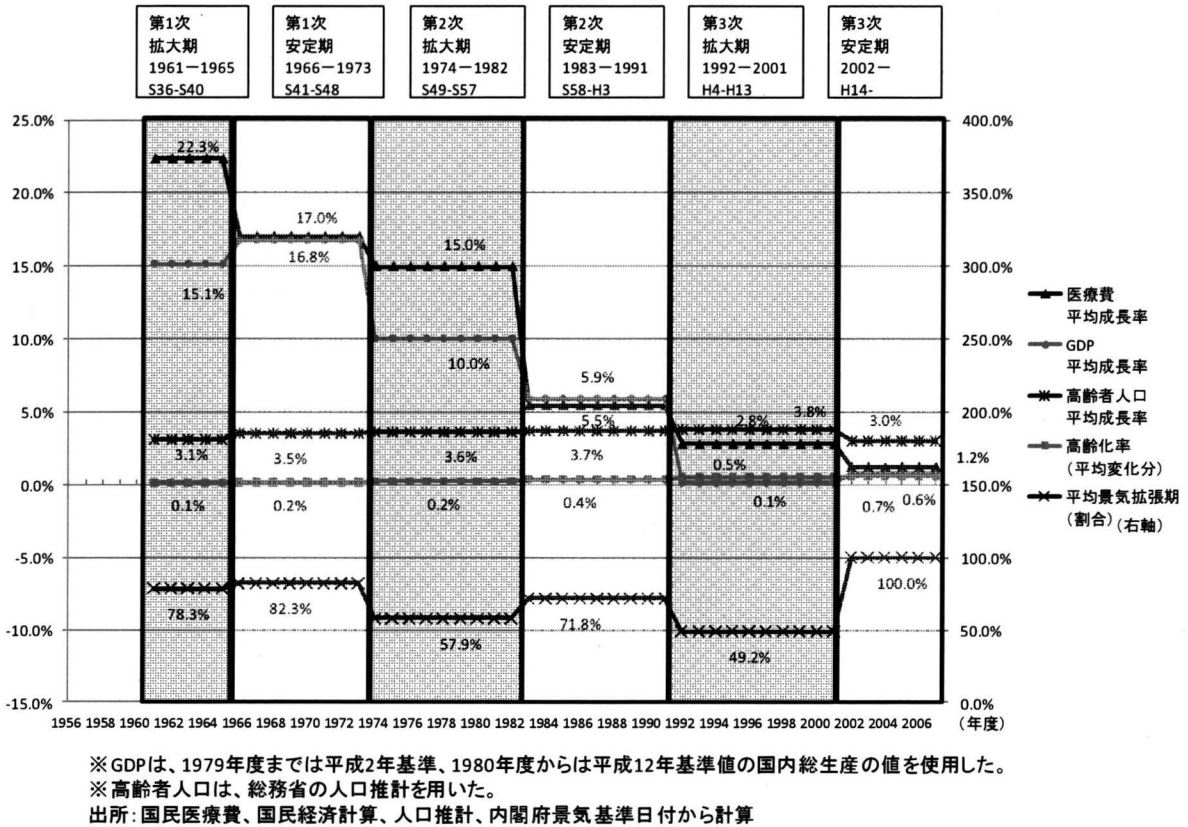


図 4 国民医療費、GDP、高齢者人口の期間別平均成長率

2.5. 高齢化により医療費負担率の変動を説明できるか

次に、高齢化循環説を考えてみる。高齢化が医療費総額の増大にもたらす影響は、高齢者数が増加すること(人数の影響)と高齢者の割合が増加すること(割合の影響)の二つに分けられる。高齢者数の期間別平均増加率を見ると、全期間を通じて3%強の値(安定期の値は、3.5%、3.7%、3.0%であり、拡大期の値は3.1%、3.6%、3.8%である)と安定しており、拡大期に上昇し、安定期に低下するというような傾向は見られない。高齢者数の増加が医療費負担率に与えている影響は、期間を通じてほぼ一定と言ってよいだろう。

一方の高齢化率の上昇率の影響を見てみよう。第1次拡大期～第2次拡大期までは0.1%～0.2%高齢化率が毎年上昇し、第2次安定期～第3次安定期は0.4%～0.6%と高齢化率が毎年上昇していることが分かる。安定期と拡大期によって、高齢化率が変化したという事実はないことがわかる。

このことから、高齢化(高齢者人口と高齢者割合の増加)により、医療費負担率の安定期と拡大期が生じているという高齢化循環説の説明力は低いと言えるだろう。

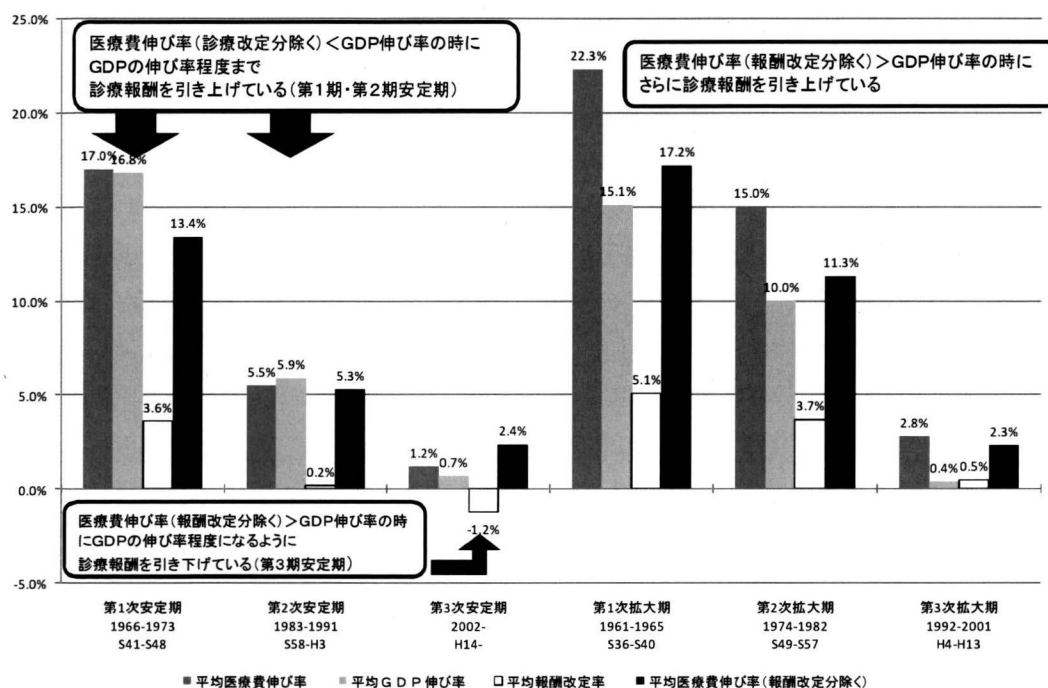
2.6. 診療報酬改定により医療費負担率の変動を説明できるか

日本では、個々の医療行為に係る保険償還価格を点数により定めている(1点10円)。つまり、医療は公定価格であるといえる。国は、この診療報酬体系を約2年ごとに見直すことで、国民医療費の総額を実質的に管理しようと努力してきた。大雑把に診療報酬改定の手順を説明すると、はじめに政府・与党の間で国民医療費の総額を決め(例えば、来年は総額を2%増額する)、その総額目標値に合やすように厚

厚生労働省が個別の診療報酬を改定(個々の医療行為の点数を変化させる)してきた。正確に言えば、厚生労働省が医療費の総額を管理しているのではなく、政府・与党が医療費の総額を決定しており、厚生労働省は決められた総額の範囲内で個々の診療報酬を定めているのである。

さて、もし医療費負担率を一定に保つために診療報酬改定をするならば、どうすればよいであろうか。誤解のないように断わっておくが、そのようにすることが望ましいということを主張しているのではない。あくまでも、医療費負担率を一定に保つために診療報酬改定を行うならば、どうすべきかについて、思考実験をしているだけである。そして政府・与党は、医療費負担率を一定に保つために診療報酬改定を行ってきたのかを検証することが目的である。

医療費負担率を一定あるいは低下させるためには、医療費の伸び率を GDP の伸び率と同等かそれ以下に設定すればよい。各期間の医療費の伸び率(報酬改定分除く)と GDP の伸び率をグラフに表した(図 5)。



※ GDPは、1979年度までは平成2年基準、1980年度からは平成12年基準値の国内総生産の値を使用した。
 ※ 高齢者人口は、総務省の人口推計を用いた。
 ※ 報酬改定率は、国民医療費を用いた。ただし、1976年以前は、全体の報酬改定率が記載されていないため、医科分と薬価の改定率の合計値を用いた。
 出所: 国民医療費、国民経済計算、人口推計、から計算

図 5 診療報酬改定が医療費負担率に与える影響

ここから興味深いことが分かる。拡大期の医療費の伸び率(報酬改定分除く)と GDP の伸び率を比較すると、全ての期間において医療費の伸び率(報酬改定分除く)が GDP の伸び率を超えているのである。そして、この拡大期では必ず診療報酬を引き上げる改定がなされている。つまり、診療報酬改定を引き上げなくても、既に医療費の伸び率が GDP の伸び率を超えている時期に、さらに追い打ちをかけるように診療報酬を引き上げたために、医療費負担率が拡大しているのである。

一方の安定期は、対照的に医療費の伸び率を GDP の伸び率に合わせて診療報酬改定が行わ

れていることが分かる。第1次・第2次安定期では、医療費の伸び率(報酬改定分除く)がGDPの伸び率を下回っている。この期間は、GDPの伸び率を上回らない程度に診療報酬が引き上げられている。逆に、第3次安定期は、医療費の伸び率(報酬改定分除く)がGDPの伸び率よりも高い。そこで、この期間ではGDPの伸び率を下回るように診療報酬が引き下げられている。つまり、安定期では、医療費の伸び率がGDPの伸び率と調和するように診療報酬改定がなされてきたのである。

医療費負担率に対する診療報酬改定説の説明力については、上手くコントロールできた時期(安定期)とそうでない時期(拡大期)の二つがあるため、単純には結論付けられないであろう。

2.7. 1980年代の強力な診療報酬改定は、なぜできたか

先に説明したように、医療費負担率は拡大期と安定期を交互に繰り返しながら推移してきた。そしてその変動は、高齢化の変動によるものではなく、景気循環によるものと、安定期における医療負担率を一定に保とうとする診療報酬改定があったことを示した(ただし、拡大期には正反対の診療報酬改定を行っていることに注意が必要である)。特に、1980年代は強力に診療報酬改定の上げ幅を抑制し、第2次安定期の平均診療報酬改定率を0.2%と極度に抑えていた。

診療報酬は、医療機関の経営だけでなく医療資源の配分に大きな影響をもたらすため、そう簡単には思惑どおりには動かせないものである。なぜこの第2次安定期において、抑制的な診療報酬改定が実施できたかについて、広井(1994)¹⁶は次の4つの要因、①武見太郎日本医師会長退任(82年3月)という個別的な要因、②開業医から勤務医(ないし診療所から病院)への日本の医療構造の変化、③臨調最終答申(83年3月)に代表される80年代以降の緊縮財政政策、④「経済全体に占める医療の比重」の許容値についての日本社会の(文化的)特質、を指摘している。特に、②と④については、詳細な説明がなされている。

まず、②については、「近代化ないし産業化の進展にともなって、医療は一方において「サイエンス」と結びつくとともに、サービスの提供形態においても診療所(含む往診)に代わって「病院」が前面に登場し、この中で、医師集団も開業医、勤務医、(基礎医学)の研究者の三極に分化していく。換言すれば、「開業医の利益(ないし意見)が医師全体の利益(ないし意見)を代表する」ということが成り立ち得なくなっていくことを意味する」と説明している。また④についても、実証が難しいことではあると断ったうえで、「さまざまな社会において、“「資源の総体」のうち「医療にどれだけをつぎ込んでよいか」ということについての、一定の許容限度というべきものがあるのではないかと指摘している。そしてアメリカの許容限度が高いことについて、①心身の健康こそが資本という価値観とピューリタニズムの伝統にたつ独特の「健康」志向の両者、②医療の分野に限らない「公的介入」への不信と自由放任主義の基調、③医師や弁護士といった「専門職(プロフェッション)」が高い報酬を受け取るのは当然という価値観、の3つをあげている。

3. 医療費の適正化はなぜ必要とされたのか

ここまで、医療費適正化政策が導入されてきた経緯と、医療費の伸び率管理に対する医療費適正化政策の有効性について概観してきた。しかし、そもそも医療費を適正化することがなぜ必要なのだろうか。医療費適正化の必要性について詳しく検討せずに、医療費適正化を推進することの正当性が主張されてきたところもあったのではないだろうか。ここからは、医療費適正化政策の必要性について、これまで

¹⁶ 広井良典(1994)「医療の経済学」日本経済新聞社 p116-125

の議論を振り返りながら考察する。

医療費の適正化の必要性を議論する時には、そもそも医療費適正化の目的や内容と整合的に議論しなければならない。医療費適正化の内容を大雑把に分類すれば、医療費の規模、範囲、内容を適正化することと3分することができるだろう。医療費の規模を適正化することは、つまり医療費総額の伸び率が経済成長の伸び率と同程度になるようにすることであり、医療費の範囲を適正化することは、公的保険の給付範囲としての適切性を判断・整理することであった。また、医療費の内容を適正化することは、医療費の非効率を是正することを意味していた。

医療費適正化の必要性、あるいはその正当性を議論する時に、医療費の内容を適正化することに対する批判は少なかったように思う。なぜなら、医療費の非効率を是正することや、一步進めて必要な医療へ重点的に投資することは、そのこと自体について何ら正当性が疑われる余地が少なかったからであろう。むしろ、医療費適正化の必要性に関する論点は、医療費の規模や範囲を適正化する部分にある。そこで、医療費の規模や範囲を適正化すること(=医療費の伸び率を経済成長の伸び率程度にすることと、公的医療保険の給付の範囲を整理すること)の必要性に的を絞って、議論を展開する。

3.1. 医療費の規模を適正化することの必要性

まず、これまで行われた議論をもとに、医療費の規模を適正化すること(医療費の伸び率を経済成長の伸び率程度にすること)の必要性について整理する。これまで医療費の規模を適正化することの根拠としてあげられてきた説明を分類すると、1)医療費をはじめとする社会保障費が増大すると経済成長への悪影響が出るという経済成長弊害論、2)増加する医療費を賄うために必要な財源(保険料、公費、自己負担)に限界があるという財源制約論、の2つに大別することができるだろう。そこで、経済成長弊害論と財源制約論、それぞれについて考察を行う。

3.1.1. 社会保障費の増大は、経済成長へ悪影響を及ぼすか(経済成長弊害論)

医療費をはじめとする社会保障費の増大が、経済成長へ悪影響をもたらすことは長い間懸念されてきた。国民負担率(租税と社会保障費の国民所得ないし GDP に対する比率)の上昇を抑制するという政策目標は、この考え方を具体化したものである。実際に、臨時行政調査会答申(1982年7月)¹⁷や財政構造改革五原則(1997年3月)¹⁸、経済財政運営と構造改革に関する基本方針2003(いわゆる骨太方針2003)¹⁹では、具体的な政策目標として社会保障費の抑制が採用されている。なお、1983年当時厚生省保険局長であった吉村仁氏が、この考え方から医療費亡国論(医療費が増え続ければ国家がつぶれる)を展開したとする記述を見かけるが、これは誤解である。根拠となっている吉村(1983)の論文では、当時医療費の増加に対してあげられた批判を3つに整理し、その一つとして医療費亡国論を紹介していることを確認した²⁰。

それでは、国民負担率の上昇は経済成長に実際に悪影響を及ぼすのであろうか。国民負担率と社会

¹⁷ 「租税負担と社会保障負担とを合わせた全体としての国民の負担率(対国民所得比)は、現状(35%程度)よりは上昇することとならざるを得ないが、徹底的な制度改革の推進により現在のヨーロッパ諸国の水準(50%前後)よりはかなり低位にとどめることが必要である」

¹⁸ 「国民負担率(財政赤字を含む)が50パーセントを超えない財政運営を行う。」

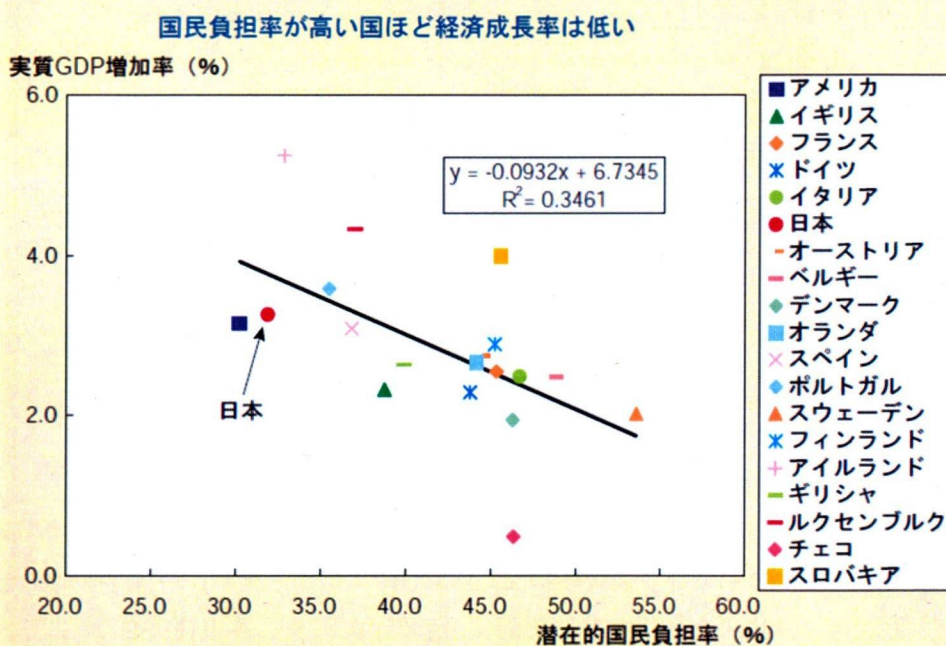
¹⁹ 「【改革のポイント】(1)経済と調和し、かつ、国民生活の安心を確保できる、持続可能な社会保障制度を確立することが、経済社会の活力の源である。このため、活力ある高齢社会を構築する中で、国民の安心を確保しながら、社会保障給付費の伸びを抑制し、国民負担率の上昇を極力抑制する。」

²⁰ 吉村仁(1983)「医療費をめぐる情勢と対応に関する私の考え方」健康保険37(3) p28-32

保障の関係について分析を行った研究を総合的にレビューした京極(2007)は、社会保障費の増大が経済成長を阻害するかは、断定的に結論を出すのは危険であると指摘している。京極(2007)を参考にしながら、国民負担率と経済成長がどのような関係にあるのかを見てみたい。

はじめに、国民負担率の上昇が経済成長を低下させることを主張する文献を紹介する。平成15年度経済財政白書は、その第3章でOECD諸国における潜在的国民負担率と経済成長の関係について分析し、潜在的国民負担率と実質GDP増加率の間に負の相関関係があることを指摘している(潜在国民負担率が1%上昇すると、実質GDPの増加率が0.09%下がる)(エラー! 参照元が見つかりません。)。さらに、翌年の平成16年度経済財政白書では、単純な相関だけでなく、多変量解析の分析を用いて、税や社会保険料が国際競争力に与える影響について詳しく分析している(図7)。

第3-3-6図 OECD諸国における潜在的国民負担率と経済成長率の関係



(備考) OECD「National Accounts」により作成
1971年から2001年までの平均値

出所:平成15年度経済財政白書

図6 国民負担率と経済成長率の関係

第3-4-14表 競争力指数の要因分析

名目実効為替レートの影響が大きい

被説明変数	国際競争力指数		
		係数	t 値
説明変数	労働生産性	-0.52	-4.3
	一人当たり雇用者報酬（手取り分）	0.40	8.5
	税・社会保険料のくさび（個人所得税と社会保険料負担の実額）	0.02	2.2
	名目実効為替レート	0.96	23.7

- (備考) 1. 労働生産性、一人当たり手取り報酬、税・社会保険料のくさび、名目実効為替レートが国際競争力指数に与える影響について、OECD加盟国のうち21カ国を対象にしたパネル分析（固定効果モデル）。
 2. 被説明変数、説明変数ともに前年比伸び率により推計。
 3. 推計期間は1987年から2002年。自由度修正済決定係数 0.69。
 4. OECD Economic Outlook、OECD Database OLIS、IMF International Financial Statistics より作成。

出所：平成16年度経済財政白書

図 7 税・社会保険料と国際競争力の関係

平成 16 年度経済財政白書では、国際競争力を付加価値当たりの労働コストであると見なして、これを指数化した「国際競争力指数」を計算している。そしてこの「国際競争力指数」を被説明変数にとり、説明変数に、労働生産性、一人当たり雇用者報酬（手取り分）、税・保険料のくさび（個人所得税と社会保険料負担の実額）、名目実効為替レートを投入して、分析を行っている。分析した結果は、名目実効為替レート（偏回帰係数、0.96）、一人当たり雇用者報酬（0.4）、税・保険料のくさび（0.02）の順に、国際競争力に対して負の影響を与えることがわかった。そしてこの分析結果に基づき、1990年～2002年かけて日本の競争力が43%低下した要因を分解し、その約8割は為替レートが円高になったこと、約2割は労働生産性上昇率が低下したこと、約2%は税や社会保険料の増加による影響であったと結論づけた。税や社会保険料が国際競争力に負の影響を与えるものの、その影響力は小さいことを明らかにしたことになる。ただし、今後は税・社会保険料が増加することが見込まれるため、持続可能な財政・社会保障制度の確立を図ることが重要としている。

次に、国民負担率が経済成長に与える影響に懐疑的な論者として、岩本(2006)や宮島(1992)、佐藤(2006)の分析を紹介する。岩本(2006)²¹は、国民負担率が経済成長に与える影響について、二つの観点から注意が必要だと指摘をしている。

その指摘の第一は、国民負担率が経済成長に悪影響を及ぼすのではなく、経済成長が国民負担率に影響を与えている可能性があること、あるいは第3の変数が国民負担率と経済成長に影響を与えているために、両者に見せかけの相関が生じているという指摘である。つまり、社会保障費は、そもそも景気が悪い時に支出が増大するものであるから、経済成長が国民負担率を引き上げるという、逆の因果関係も成り立つ²²。また、高齢化という第3の変数により社会保障費が増大し国民負担率が上昇する一方で、他方では、労働力人口の減少が経済成長率の低下を招くというように、両者の相関には見せかけの可能性があることを指摘である（しかし茂呂(2004)²³は、OECD 諸国のパネルデータを用いた分析から、高齢化

²¹ 岩本康志 (2006) 「社会保障の規模拡大は経済に悪影響を与えるのか」『季刊社会保障研究』42 (1) p2-3

²² 同様な指摘をするものに、atkinson,A.B.(1995) "The Welfare State and Economic Performance", National Tax Journal, Vol.48, pp171-198

²³ 茂呂賢吾 (2004) 「政府の規模と経済成長 ↑ — 先進国パネル分析に見る負の相関の再検証 —」内閣府経済社

率などの制御変数を入れたとしても、政府の規模と経済成長の負の関係は安定的であるとしている)

第2の指摘は、仮に社会保障費の増大が経済成長へ負の影響を与えるとしても、そこから社会保障の規模縮小を唱えることは性急すぎるというものである。岩本は、「社会保障の規模を議論するのであれば、その純便益(便益と費用の差)を判断の根拠とすべきである」と主張し、社会保障の便益についてはGDPに十分反映されないため、注意が必要であることを指摘している。例えば、高所得者に社会保障のために一定額(例えば50万円)を負担してもらい、それを低所得者への給付に回すことを考えてみよう。高所得者が50万円を負担することによって減った効用と低所得者が50万円から得られる効用を比べた場合、両者を勘案した全体の効用水準は上昇していると考えられる。しかし、GDPの統計では、このことを適切に評価することはできない。

宮島(1992)²⁴も異なる観点から疑問を投げかけている。まず、国民負担率の上昇が家計や貯蓄行動や労働供給に及ぼすマイクロ経済的影響は実は明確でないことを指摘している。そして、社会保障の充実が生活リスクの軽減を通じて勤労意欲や貯蓄意欲を減退させるというモラル・ハザード説も一面的であって、社会保障の充実が逆に高齢者生活保障の重要性を目覚めさせ、むしろ自助努力を促す効果もあるとしている。さらに、「政府、市場という外部経済組織とは異なり、費用負担が直接把握できないからといって、家族内部の経済行動をインビジブル・エコノミー、すなわち、コストレス・エコノミーと観念することは大きな誤りである」と指摘している。

佐藤(2006)²⁵は、国民負担率と経済成長の関係を見た論文がOECD諸国のデータを用いて分析していることに着目し、異質性が大きいOECD諸国のデータを同等に扱った研究結果を日本に適用することには注意が必要であり、日本に絞った分析が必要であることを主張している。そこで、日本の時系列データを用いて、社会保障の規模、あるいは人口の変化が貯蓄率や資本労働比率、経済成長率、経済厚生といった変数に与える影響を分析した。分析結果から、「経済成長率は社会保障の規模の影響をほとんど受けない」ことを明らかにした。また、公的年金の給付水準あるいは保険料率を変更したとしても、それが経済成長を促進する効果は僅かであり、むしろ、厚生を低下させてしまう世代が発生するという意味でデメリットが大きい」と説明している。

ここまで紹介した研究結果を整理する。まず、OECD諸国のデータを用いた分析では、国民負担率と経済成長の関係については実証研究では負の関係が認められている。ただし、税や社会保障負担が上昇することによる経済成長への影響は、その他の要因と比べて小さいことも確かめられている。その上、因果の逆転や社会保障の便益に関して過小推計になっている可能性があること、また実証研究ではOECD諸国のデータを分析していることから、研究結果を日本にそのまま適用することについては、注意が必要であることが指摘されていた。日本の時系列データを用いた分析では、経済成長率は社会保障の規模からはほとんど影響を受けていなかった。

紹介した研究結果を基に類推すれば、公費や保険料を引き上げて医療の財源を確保した場合、経済成長に対する負の影響はあったとしても、それは限定的である可能性が高いだろう。

3.1.2. 医療費負担に必要な財源は限界に達しつつあるか(財源制約論)

次に、増加する医療費を賄うために必要な財源(保険料、公費、自己負担)に限界があるという、財源

会総合研究所ディスカッションペーパー、No.103

²⁴ 宮島洋(1992)「高齢化時代の社会経済学」岩波書店 p39-43

²⁵ 佐藤格(2006)「社会保障の規模と経済成長 - 公的年金制度を中心に -」季刊社会保障研究 Vol42. No.1 p17-28

制約論を検討する。はじめに、今後どのくらいの財源が必要となるのかを確認しよう。

厚生労働省が発表した「社会保障の給付と負担の見通し-平成18年5月」によれば、医療制度改革の効果を考慮した場合の医療給付費は、2006年度～2015年度にかけて27.5兆円から37兆円に達し、この間に9.5兆円増加すると予測されている²⁶。ただし、この医療給付費は公費と保険料の合計であり、患者負担部分が含まれていない。そこで、公費、保険料、患者負担の比率²⁷が2015年度も2006年度時点と同じであると仮定して推計してみると、患者負担は4.4兆円から6.2兆円に達し、この間に1.8兆円増加することがわかった。つまり、2006年度から2015年度にかけて国民医療費全体(公費、保険料、患者負担の合計)は、11.3兆円増加することになる。

この11.3兆円を公費、保険料、患者負担の組み合わせで確保しなければならない。ちなみ、この11.3兆円は2006年度の国民所得約373兆の3.0%に当たり、国民負担率を3.0%押し上げることになる。先の経済成長弊害論で紹介した平成15年度経済白書によれば、潜在国民負担率が1.0%上昇すると、実質GDPの増加率が0.09%低下するということであつたから、そのまま当てはめると実質経済成長率を0.27%押し下げることになる。ただし、この期間に国民所得もある程度増加することが見込まれ、他の要因による影響も考慮していないことを考えると、実際に国民負担率の上昇が経済成長率に与える影響はさらに小さいものになるであろう。

経済成長への影響以外に、この11.3兆円の財源を確保できない理由は何であろうか。まずあげられるのが国の財政赤字の問題であろう。次に、医療保険制度の機能不全の問題があげられる。保険料や患者負担を引き上げることで、未納者や無保険者が増加したり、低所得者を中心に医療サービスへのアクセスが阻害されたりするのであれば、公的医療保険制度の機能が果たせなくなる。第三に考えられるのは、世代間の公平性の観点や給付と負担の関係から、国民の理解が得られないことという点である。順番に検討したい。なお、歳出削減により医療費を賄うべきだという主張がしばしばなされるが、井堀(2008)はその提案の説得力は低いと主張している。

財政赤字を理由に公費を引き上げられないか

健康保険組合や共済組合には、公費がほとんど投入されていないが、市町村国保、国保組合、政府管掌健康保険には多額の公費が投入されており、それぞれ経常収入占める割合は41.5%、38.3%、11.4%に達する²⁸。また、今回新しく創設した後期高齢者制度では、給付部分の58%が公費であり²⁹、医療保険に対して公費が果たす役割は大きい。

しかしその一方で、国の財政は厳しい状況にある。平成21年度の一般会計の予算では、一般会計の税収が46.1兆円(所得税15.6兆円、法人税10.5兆円、消費税10.3兆円など)とその他収入が9.1兆円であるのに対して、歳出総額は88.5兆円に膨んでおり、その差額33.3兆円を公債発行により穴埋めしている状況にある。毎年の財政赤字を公債で穴埋めしてきた結果、国と地方の長期債務残高は平成2008年度末で約783兆円に達しており、対GDP比147.6%と先進国の中でも突出して悪い状況にある。政府の純債務残高から政府が保有する金融資産を差し引いた純債務残高で見ても、86.8%(2008年)

²⁶ 厚生労働省は、これまでも定期的に推計値を公表しているが、過大推計となる場合が多く、その推計値の妥当性については懐疑的な意見が多々ある。

²⁷ 平成18年度時点で、国民医療費の負担内訳を見ても公費(36.6%)、保険料(事業主負担20.2%、被保険者28.8%)、患者負担(14.4%)²⁷であった。

²⁸ 中央社会保険医療協議会(2008)「平成19年6月実施、第16回医療経済実態調査(保険者調査)報告」

²⁹ 健康保険組合連合会(2008)「社会保障年鑑 2008年版」東洋経済新報社

に達している³⁰。政府は、骨太の方針 2006 で、2010 年代初頭に基礎的財政収支（プライマリーバランス）³¹の黒字化を目標に掲げ、平成 20 年度は－5.2 兆円まで改善した。しかし、2008 年の世界同時不況により経済成長が急激にマイナスに転じ、骨太の方針 2009 で今後 10 年以内に黒字化を達成すると目標を先送りした³²。

もし財政赤字が拡大し、長期債務残高が対 GDP 比で発散し続けた場合、財政の持続可能性に対する信頼が揺らぎ、通貨の減価や長期金利の上昇が急激に生じ、経済に深刻なダメージを与える可能性がある（石 2004）³³。もちろん、現在のところではその傾向は見られておらず、また長期金利の上昇が起きる明確な絶対的な基準も存在しない。しかし、毎年の基礎的財政収支の赤字に加えて今後増え続ける医療費を増税や公債費の発行により賄い続けることは、単年度だけならばともかく、継続的に行うことには理解が得られないだろう。現状では国民医療費全体の 36.6%を公費に依存しており、その割合を大幅に増やすことは厳しいだろう。

ただし、公費の割合をこれ以上引き上げることは難しいかもしれないが、税金をどこから取るかということには議論の余地があるかもしれない。現在の税収の大半は所得税や法人税などの直接税である。現役世代の割合が小さくなるこれからの日本では、所得税に頼ることは難しくなるだろう。一方、消費税には、所得税にない1) 税収の安定性、2) 世代間を超えた公平な負担、3) 負担能力からみた公平な負担というメリットがある。所得税は、景気変動により大きく変動するが、消費税は消費自体が相対的に安定しているため税入が安定しているという特徴がある。実際、消費税 1%の税収は約 2 兆円強で安定的に推移してきた。また消費税は、消費に課税されるため、所得税と比較し支払う世代が広範囲に及ぶ。医療に関わらず社会保障は国民の社会的連帯に基づき運営される制度であるため、その税源負担も広く負担を求められることができる消費税の方が望ましい。さらに消費量は、所得だけでなく資産にも強く影響を受けることから、その個人の担税力を総合的に反映する指標となりえる。高齢者は、所得よりも資産が大きくなる世代であることから、個人の担税力を反映した負担という意味でも、消費税は望ましいであろう。

公費の割合をこれ以上引き上げることは難しいかもしれないが、安定的にその財源を確保するという意味では改善の余地があると思われる。

保険料と自己負担を引き上げることは、医療保険の機能不全をもたらすか

公的医療保険制度の最も重要な目的の一つが、国民の医療サービスへのアクセスの保障であろう。経済的な負担能力に限らず、国民に対して公平に医療サービスを提供することにこそ、公的医療保険制度の存在意義があると思われる。しかし、単純に保険料を引き上げれば、保険料を払えない未納者が増加し、場合によっては保険を脱退する無保険者が生まれることになる。また、患者負担が高くなってしまえば、低所得者を中心に受診抑制が起きてしまうだろう。そうなれば、公的医療保険制度の存在意義が失われてしまう。

そのため、保険料や自己負担を引き上げる場合には、医療保険制度の機能を阻害しないような形で行う必要であろう。逆に言えば、医療保険制度の機能を阻害しない形であれば、保険料や患者負担を引き上げることは不可能ではないだろう。

³⁰ 財務省 HP「日本の財政を考える」<http://www.mof.go.jp/zaisei/index.htm>

³¹ 基礎的財政収支（プライマリーバランス）は、国債費－公債金収入を引いたものを表し、その年の一般歳出等を税収等が上回ると黒字化となる。

³² 経済財政運営と構造改革に関する基本方針 2006、経済財政改革の基本方針 2009

³³ 石 弘光「税の負担はどうなるか」中公新書 2004

保険料を引き上げることは可能か

まず保険料の引き上げについて検討しよう。注意すべきは、低所得者の保険料が過大にならないようにすることである。二つの方法がある。一つは全体の保険料率は引き上げるが、低所得者の保険料軽減措置を強化するという方法である。もう一つは、保険料率はそのままにして、保険料賦課限度額を引き上げるか、保険料の算定基礎となっている標準報酬月額等の等級の上限を引き上げるという方法である。

保険料は、所得に保険料率を掛けて計算する。理論的には、所得に上限がない以上、保険料にも限度がないことになる。しかし、それではあまりにも高所得者の保険料負担が大きくなるということで、一定の歯止めがかかるようになっている。一つは、理論上の保険料金額がどうであれ、実際の保険料金額の限度額(保険料賦課限度額)を設定するという方法である。この制度は市町村国保で実際に採用されている。もう一つの方法は、保険料率を掛ける所得に上限を定める方法である。この方法は、被用者保険で採用されており被保険者の給与を第1級の5万8,000円～第47級の121万円まで区分している。保険料賦課限度額あるいは標準報酬月額の等級を引き上げれば、高所得者からの保険料収入が増え、低所得者の保険料負担が増えることはない。もちろん、所得税や法人税のように保険料の限度額を撤廃することも可能である。しかし、そうすれば保険財政の収入を一部の高所得者からの保険料収入に依存することになり、社会連帯を基盤とする公的保険制度の趣旨に反する。低所得者にも少なくとも良いから一定の負担をお願いするという方が望ましい姿であろう。

このように低所得者の保険料負担を引き上げずに、保険料収入全体を増やす方法はある。しかし、今後は次の二つの問題も考えていく必要があるのではないだろうか。それは、経済的に保険料を負担する力(経済的負担能力)を何をもって測定し、それをどうやって適切に把握するかという問題である。市町村国保を除けば、経済的負担能力を所得で把握している。しかし、所得というフローだけが経済的負担能力ではなく、ストックに当たる資産も重要な経済的負担能力である。特に高齢化が進んだ社会では、フローの所得は少ないが資産を十分に持つ世代が増えることになる。これからは、所得と資産の両方を経済的負担能力と見なし、保険料を賦課することが重要である。現在の後期高齢者医療制度は、一人当たり均等に賦課する均等割と所得に応じて賦課する所得割の二つから保険料を定めている。資産を持つ割合が高い後期高齢者にこそ、資産ベースの保険料を課すべきである。

次に、経済的負担能力をどうやって正確に把握するかという問題について考えよう。トーゴーサンピンやクロヨンと言われるように、所得の捕捉率には、給与所得者、自営業者、農林水産業者、政治家では大きな違いがあると言われる。また最近では、株式の売買をはじめとする多様な金融商品の売買が個人でも容易にできるようになったため、給与所得者であっても正確な所得を把握することが難しくなっている。したがって、納税者番号制度や社会保障会計のように、個々人の所得者や資産を一律に管理できるような仕組みが必要不可欠になっている。

また、個人の経済的負担能力を直接的にはなく、間接的に測る方法も考えられる。その最たる例が、消費能力である。経済的負担能力と実際の消費能力には一定の相関関係が成り立つことが予想されるため、消費能力を経済的負担能力の代替指標として捉えるのである。消費に対して課税する場合、二つの大きなメリットがある。一つは、直接的に経済的負担能力するよりも、把握コストを抑えられることである。もう一つは、保険料(税)収入を安定的に得られることである。所得税や法人税をはじめとする直接税は景気変動の影響を強く受けるために、その税収が大きく変動する。一方、景気変動の影響が消費量に与える影響は相対的に低く、消費税の収入は安定している。もちろん、消費税の一部を医療保険収入として

考える場合には、それは保険料ではなく税金であるため、正確には保険料と言えない³⁴。また、実際に導入する場合には、生活必需品に対する税率を低く設定するなどして、逆進性の問題を回避するように努める必要がある。

ここまでの議論をまとめれば、保険料の引き上げ方法に工夫をすれば、保険料を引き上げることにより保険料収入を増やす余地は残されていると思われる。

患者負担を引き上げることができるか

現在、義務教育就学前までの児童を除いて、患者負担の割合は 3 割に統一されている(高額療養費制度によって実質的な負担は緩和されている)。患者負担の引上げに際し注意すべきことは、過度の受診抑制と家計の経済的な破綻を引き起こさないことである。過度な受診抑制が起きれば、早期に治療していれば回復した病気でも、重症化して生命の危機に直結してしまう可能性もあるだろう。また、患者負担の割合が大きくなれば、家計破綻が生じてしまい、実質的に保険の意義が失われてしまう可能性がある。患者負担を引き上げる際には、この 2 点を十分に考慮する必要があるだろう。

まず、過度な受診抑制について考えてみる。早期に医療機関に受診することは、重症化を予防することにつながる可能性がある。しかも、自覚症状から早期受診の重要性を患者自身が判断することは困難である。もし、軽度な疾病を対象に自己負担を引き上げた場合、患者自身が誤って軽症だと勝手に判断し、結果的に重症化するケースが増える可能性がある。経済財政諮問会議の有識者が提案していた疾病ではなく最初の 1,000 円まで全額自己負担にするような方法も、疾病を対象にする方法よりも弊害は少ないと思われるが、同じような問題を引き起こす可能性がある。もちろん金額を調節すれば、問題の発生を最小限にとどめることはできよう。

ここは発想を変えて、過剰受診を抑制することを考えてはどうだろうか。典型的な例として、患者の大病院志向があげられる。診療所、専門科病院、地域の拠点となる病院、高度な治療を行える大学病院など、医療機関にはそれぞれの役割と機能があり、各医療機関ではそれに適した患者を診療すべきである。患者の勝手な判断で、大病院を初めから受診することは医療資源の非効率な利用を招くことにつながるだろう³⁵。したがって、理想的には初めに近くの診療所に受診し、医師の判断の下、必要に応じて専門的あるいは高度な医療機関を受診することが望ましい。現在でも、一定規模以上の医療機関に紹介状なしで受診する場合は、初診料を全額自己負担とするように定められており、ゆるやかにアクセスが制限されている(フリーアクセスに対して、コーディネートアクセスと呼ばれることもある)。しかし、この初診料が低いために大学病院に直接受診する患者も多いと言われている。この初診料、あるいは診療全体の自己負担率を引き上げることは、患者の QOL と医療機関の選択権(フリーアクセス)を過度に阻害することなく、患者の受診行動の適切性を高めることにつながるだろう。

次に、家計破綻の防止を考慮した患者負担の引き上げを考える。ここで考えるべきことは、表面上の患者負担割合ではなく、実質的な患者負担の割合である。つまり、表面上の患者負担の割合がどうであろうと、実質的な患者負担の割合が低ければ家計破綻が生じることはない。患者負担の上限を定める高額療養費制度は、まさに実質的な患者負担に着目した制度である。現在、月額患者負担の上限額が、低所

³⁴ 現在でも市町村国保の多くは、地方税法に則り保険料ではなく保険税として集金している。

³⁵ ただし、健診等で悪性新生物のような重度な疾患や専門的な治療が見つかった場合に、紹介状のためだけにわざわざ診療所を受診することはかえって非効率であろう。そのような明らかに患者の利益に反するような場合は、別途考える必要がある。

得者は 35,400 円、一般所得者は 63,300 円+(医療費-318,000 円)×1%、上位所得者は、121,800 円+(医療費-609,000 円)×1%と定められている。この方法では、所得階層の区分が荒く、しかも同じ階層では上位の所得者の実質負担率が低下し逆進性が起きている。この方法を改め、一定の低所得者を除いて、収入と資産を合わせた負担能力の一定割合を患者負担の上限額に設定してはどうだろうか。

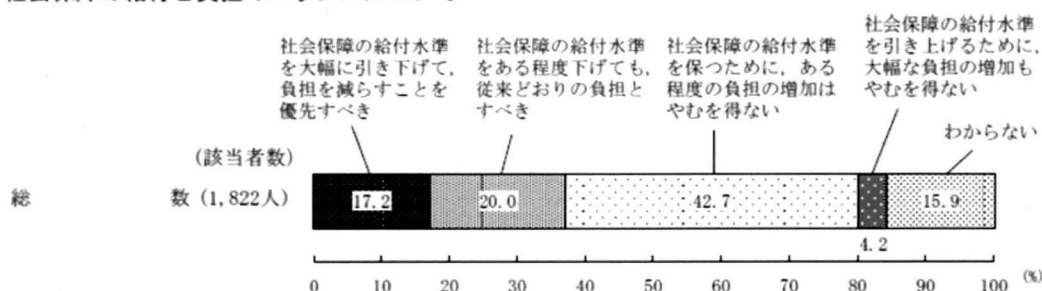
このように患者の自己負担の引き上げには、考慮すべき点が多い。しかし、患者の自己負担を引き上げる余地が全くないかと言えばそうではなく、工夫の余地が残っていると見えよう。医療費の適正化を推進する根拠として、患者の自己負担の引き上げに限界があることをあげることは、保険料負担の引上げを根拠とするよりは説得力を持つものの、工夫の余地がある以上、説得力が低いと言えよう。

負担を増やすことに国民の理解が得られないか

保険料や税金を引き上げて増大する医療費を賄うことは、国民の理解が得られないという反論があるかもしれない。医療に限定したものではないが、平成 20 年 9 月に内閣府は、「社会保障制度に関する特別世論調査」を実施し、社会保障制度の給付と負担について、全国 20 歳以上を対象に世論調査を行っている。

社会保障と給付のバランスについて意見を聞いたところ、社会保障の給付水準を保つために、ある程度の負担の増加はやむを得ないと回答した者が 42.7%と最も多く、給付水準を引き上げるために大幅な負担の増加もやむを得ないと回答した者 4.2%と合わせると、負担の増加に肯定的な者が全体の 44.9%であった。一方、社会保障費の給付水準を引き下げて、負担を減らすことを優先すべきと答えたのは 17.2%であり、従来通りの負担とすべきと答えたのは 20.0%であった(図 8)。国民の約 45%は負担の増加に肯定的であり、負担を減らすべきと答えた者は約 17%に留まるため、負担を求めることに理解が得られないという事実はなさそうである。

4 社会保障の給付と負担のバランスについて



出所：内閣府「社会保障制度に関する特別世論調査」平成20年9月

図 8 社会保障の給付と負担のバランスについての意見調査結果

この結果を年齢階層別に詳しく分析すると、興味深い傾向があることに気づく。若い世代の方が負担に否定的で、恩恵を受ける立場にある高齢者ほど負担に肯定的であるというのが、一般的な予想ではないだろうか。しかし、給付水準を保つのにある程度の負担の増加はやむを得ないと答えた割合が最も多かったのは 20 代の 49.3%であり、最も少なかったのは 70 代以上の 32.4%であった(図 9)。もう一つ興味深いことは、20 代と 30 代の間、60 代と 70 代以上の間での意識の差が大きいことである。先ほども述べたように、20 代は負担の増加に肯定的な割合が約半数を占める。しかし、30 代では給付水準を保つため