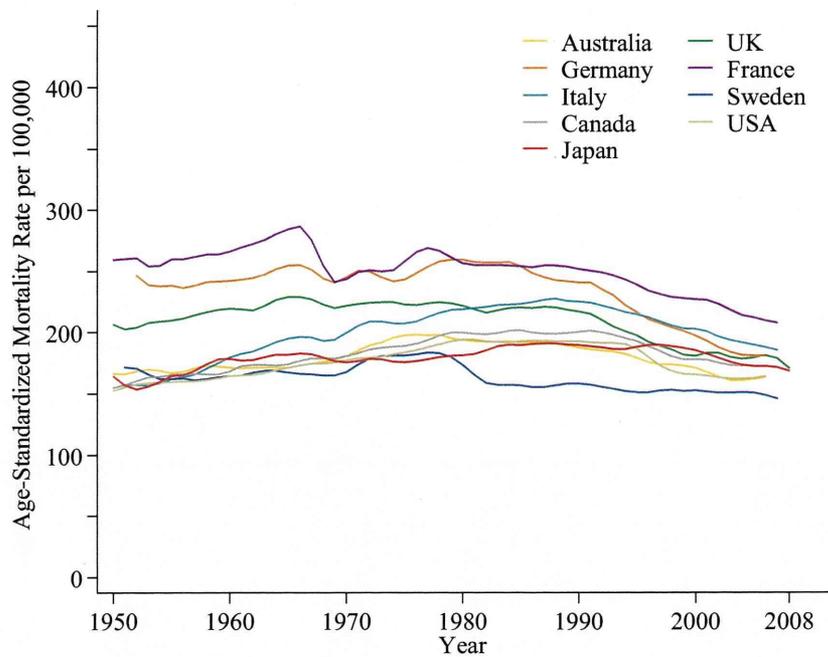


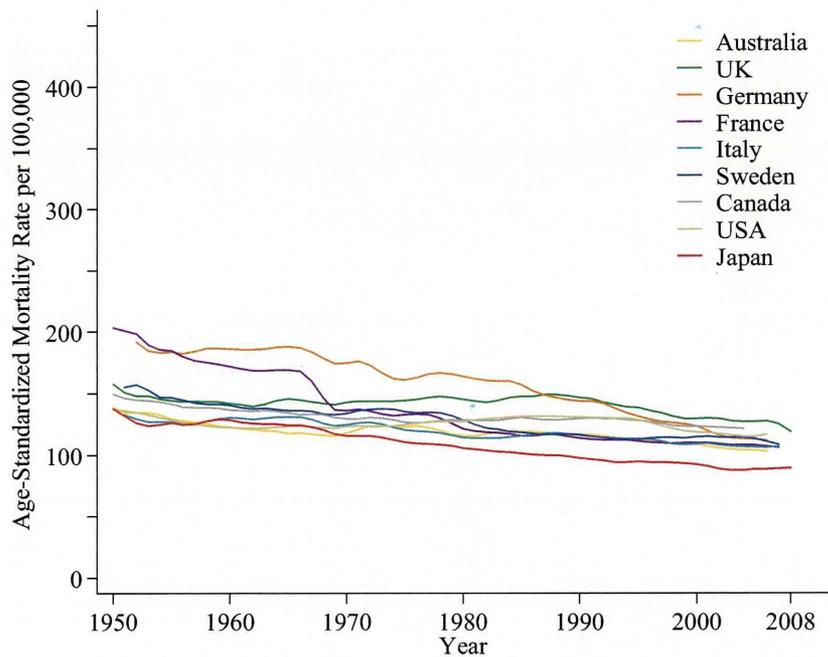
図 6. 日本と一部の先進国における非感染性疾患による死亡率の推移

A) 悪性新生物

男性

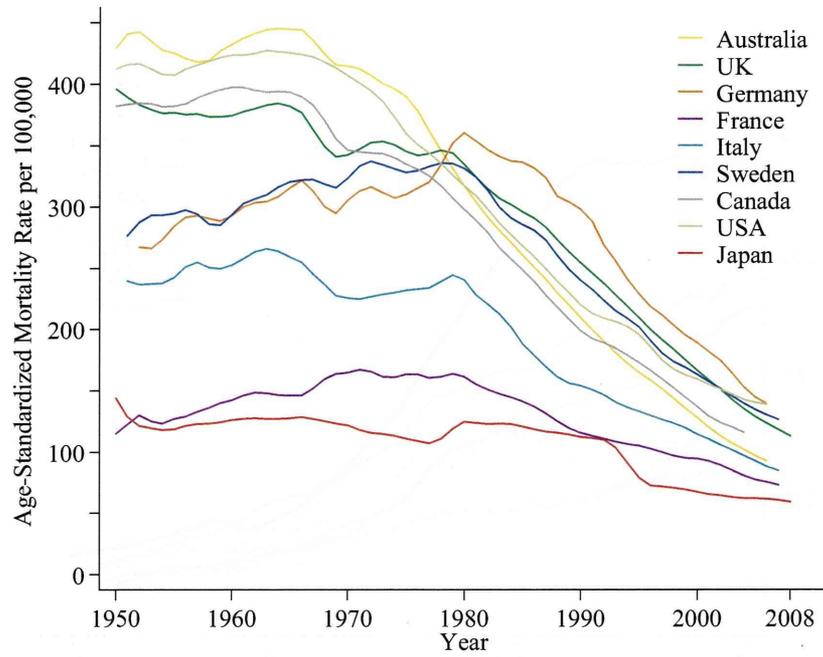


女性

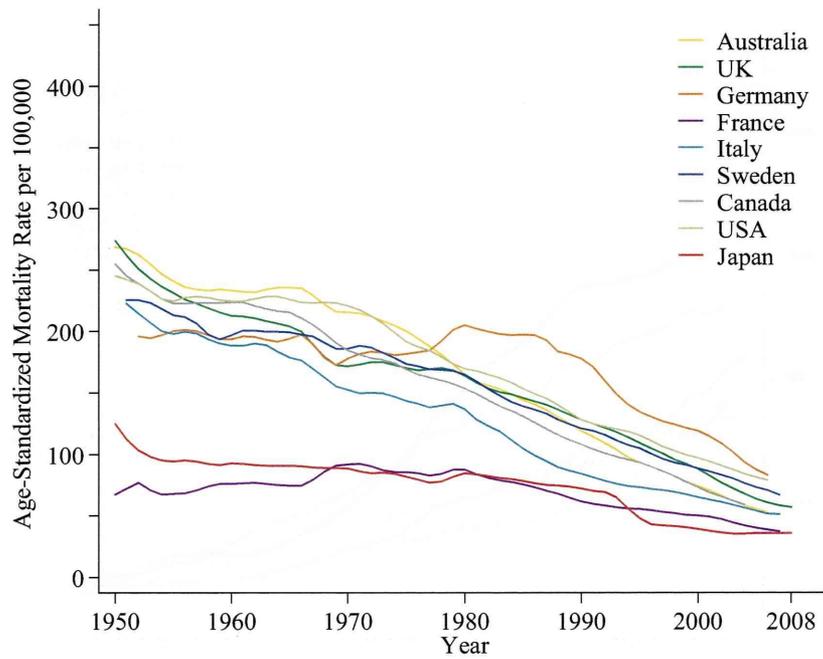


B) 虚血性心疾患

男性

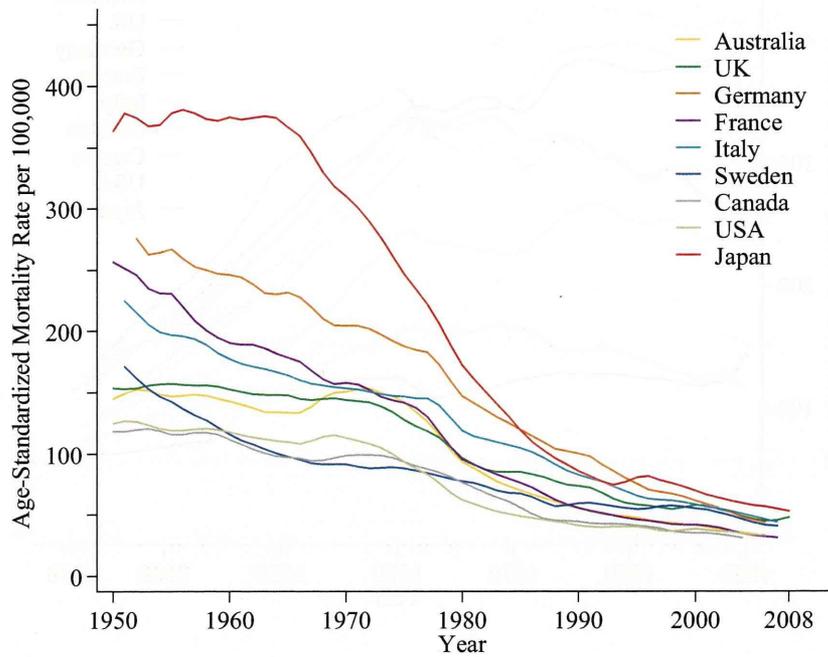


女性



C) 脳血管疾患

男性



女性

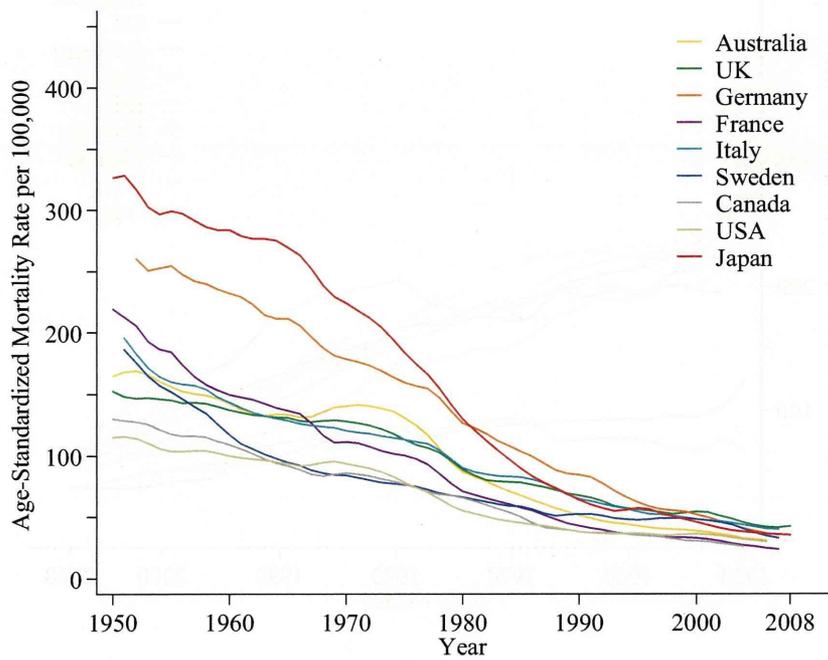


図 7. 30～59 歳日本人男性における全死因による職業別年齢調整死亡率の推移

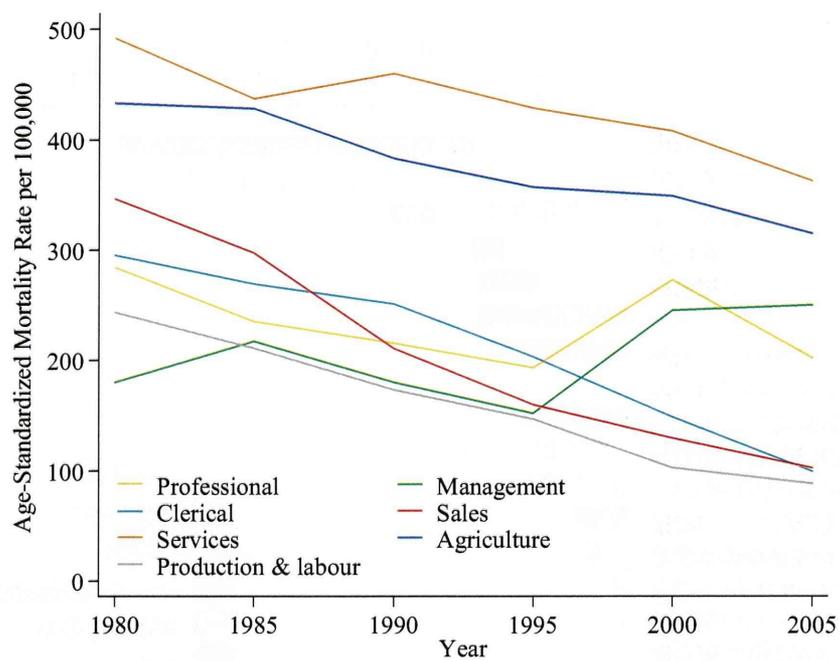
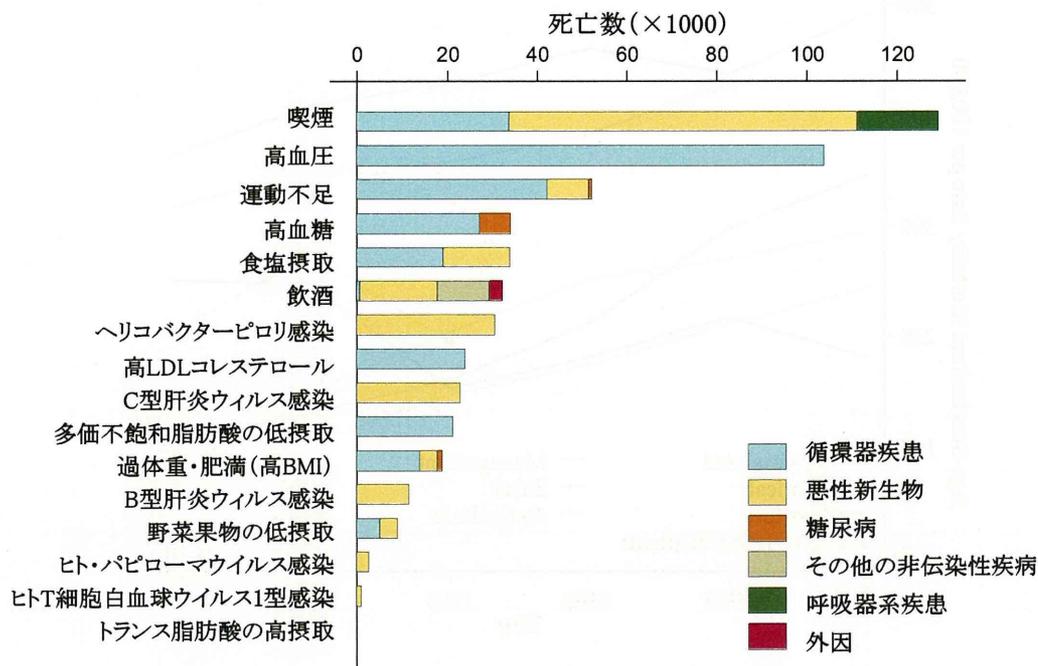
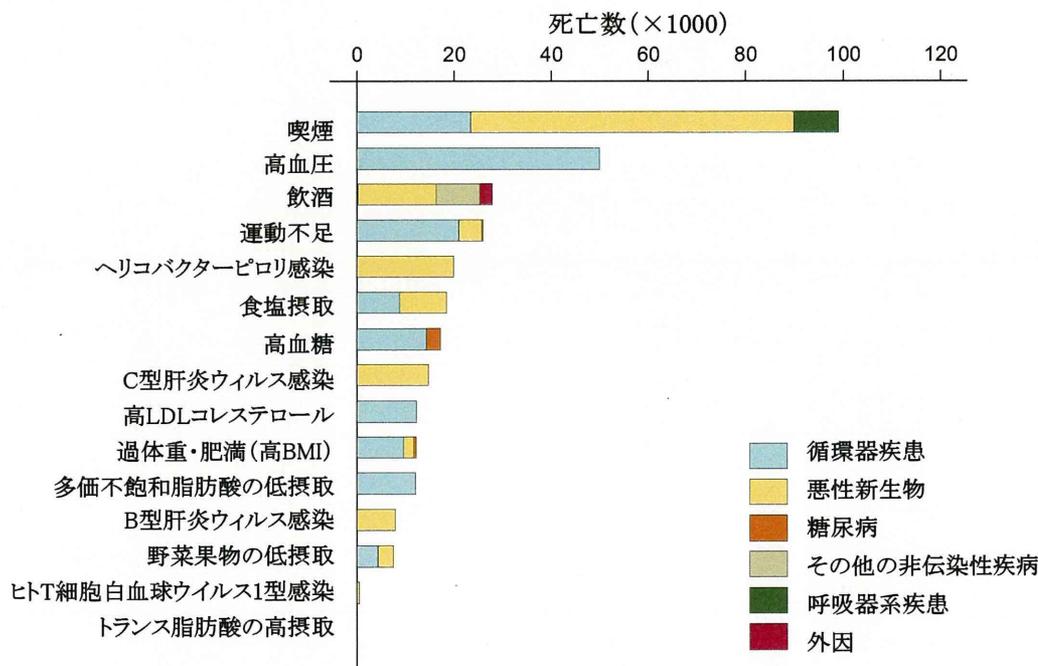


図 8. 2007 年の我が国における危険因子に関連する非伝染性疾病と外因による死亡数

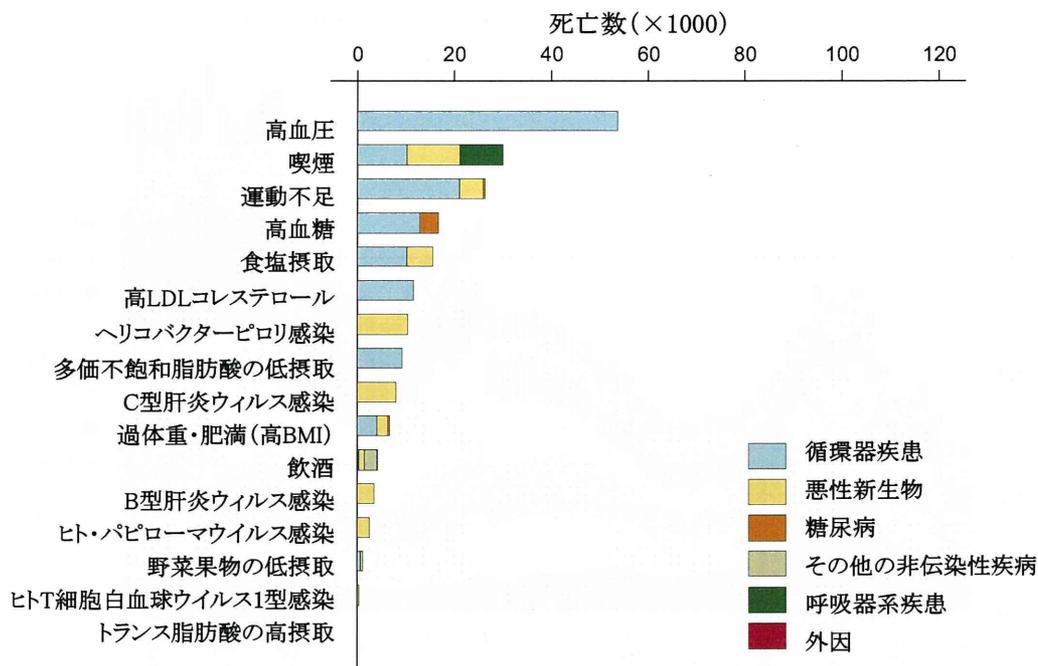
A) 男女計



B) 男性



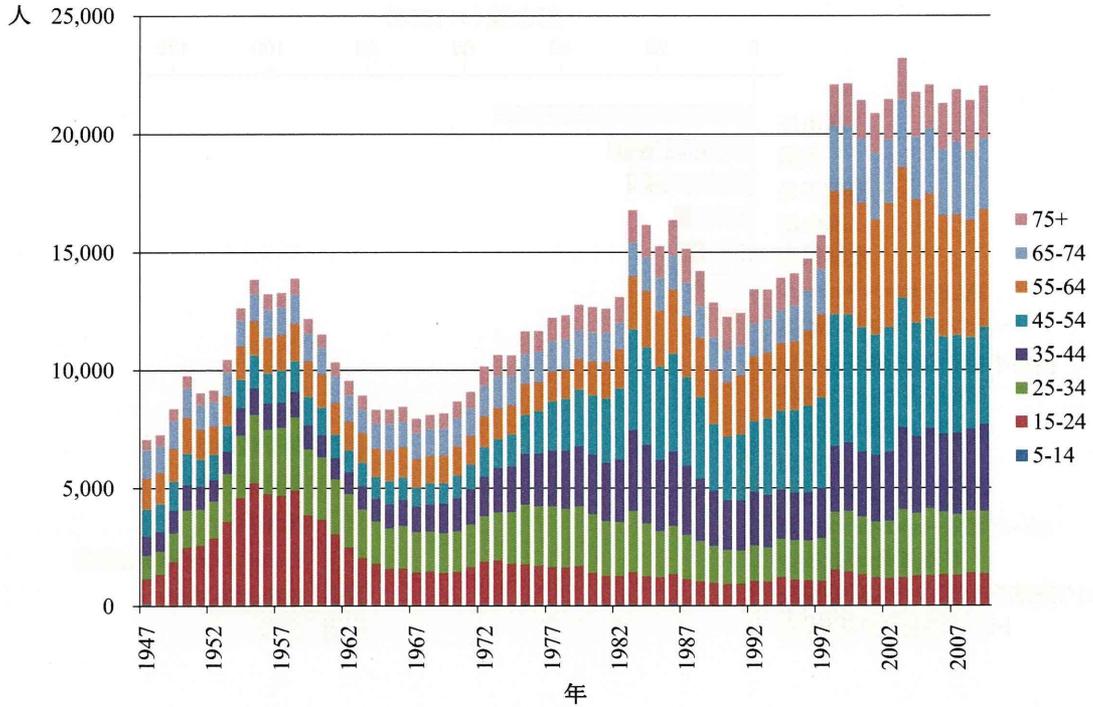
C) 女性



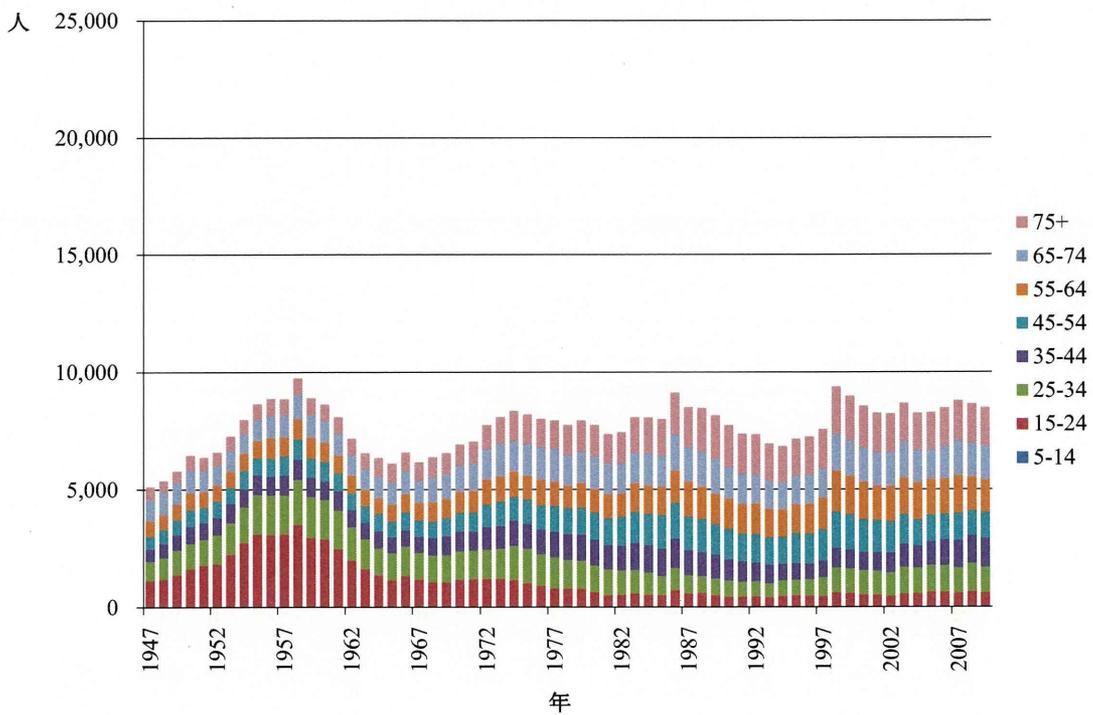
資料：渋谷健司（37）より作成

図9. 1947～2009年の我が国の年齢階級別自殺死亡者数

A) 男性



B) 女性



資料：厚生労働省（62）より作成

厚生労働科学研究費補助金（政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業））
分担研究報告書

日本の皆保険制度の変遷、成果とその課題

- 分担研究者 池上直己（慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教室 教授）
橋本英樹（東京大学大学院医学系研究科臨床疫学・経済学部 教授）
渋谷健司（東京大学大学院医学系研究科国際保健政策学 教授）
尾形裕也（九州大学大学院医学研究院医療経営・管理学講座 教授）
小林廉毅（東京大学大学院医学系研究科公衆衛生学分野 教授）
- 研究協力者 俞炳 匡（米国カリフォルニア州デービス校公衆衛生学部准教授）
松本正俊（広島大学医学部地域医療システム学講座 准教授）
馬場園明（九州大学大学院医学研究院医療経営・管理学講座 教授）
渡邊 亮（東京大学大学院医学系研究科臨床疫学・経済学部）
梁奉玟（ソウル国立大学公衆衛生大学院 教授）
マイケル・R・ライシュ（ハーバード大学公衆衛生大学院 教授）

研究要旨

日本は、被用者医療保険と地域医療保険を設立することによって国民皆保険を追求してきたが、それに伴う長所と短所も明らかとなっている。長所は、1961年に国民のほぼ全員に保険が適用されるようになったことである。また、すべての公的保険制度に共通の診療報酬点数表をほとんどの医療機関に適用することにより公平性と費用抑制が維持されており、自己負担も高齢者と児童以外は一律となった。低所得者が加入している保険者へ一般財源から補填したり、あるいは高齢者の医療費を負担する保険者間に横断的補助を行うことによって、こうした公平性は達成されてきた。一方、保険者が3500も存在するため所得から徴収される保険料の割合に3倍以上の格差があることが短所として挙げられる他、無保険者の増加傾向もある。高齢社会の到来および雇用形態の変化の中で国民皆保険制度と公平な保険の適用を維持するために、われわれは、都道府県レベルですべての保険者を統合するよう提唱する。雇用や居住をベースとした社会保険制度によって国民皆保険を達成しようと考えている諸国は、こうした制度の有する短所にも留意する必要がある。

A. 研究目的

国民皆保険制度に向かうメカニズムとしての社会保険には長所と短所がある。民間保険と比較した際の長所は、連帯の精神に基づく制度であるゆえに保険料が病気のリ

スクではなく支払能力に応じて課されていることである(1)。税方式の制度と比較した際の長所は、給付範囲が権利として規定されていること、さらには使途が医療に限定された保険料が財源となっていることで

ある (2)。一方、保険者が雇用や居住状況によって構成されている社会保険の短所として、連帯の精神が同じ保険の加入者同士に限られることが挙げられる。結果として加入者の平均所得が高くリスクが低い保険制度は、保険料率引き上げにつながるようなあらゆる全国レベルの平等化プロセスに反対する立場をとるであろう。

こうした障壁にもかかわらず、日本は 1961 年に社会保険を全人口にまで拡大し、その後、給付もより公平なものとしてきた。それは、価格およびサービス内容を規定し、すべての医療保険制度に共通の診療報酬点数表による費用抑制の規制措置とともに実現されてきた。これらの措置の強化により、日本は他国と比べて高い費用抑制を達成しており、医療費の国内総生産 (GDP) に占める割合は経済協力開発機構 (OECD) 加盟国の中でも 20 位と低い (3)。費用抑制に成功したことが加入者間、保険者間の公平性の実現の主要因となっている。費用抑制メカニズムと医療の質のコントロールに関する詳細は、橋本らが執筆した本シリーズの第三論文に掲載されている (4)。

しかし、日本は社会保険制度固有の課題に直面している。社会の高齢化により、勤労者が支払う保険料では全国民の医療費をまかなうことができなくなっているのである (5)。また、日本は GDP の 2 倍もの財政赤字を抱えているため、税からの補填を増やすことができず、状況はさらに悪化している。さらには 3500 もの保険者の分立や雇用パターンの変化といった問題も抱えている。本稿は 3 部で構成されており、初めに歴史的展開、次に現状と公平性をめぐる諸問題、最後に課題とわれわれが提唱す

る改革案に触れる。

B. 研究方法

検索方法と選択基準

歴史的変遷に関する導入部は、社会保険医療システムについて国内外で出版されている文献を総合した分析に基づいており、主筆者の過去の研究にも言及している。入手可能だった唯一の全国調査は政府によって行われたものである。患者調査からは、皆保険制度が各年齢階層別の医療サービス利用に与える影響を分析した。患者自己負担率の変化は高齢者に最も影響を与えたと考えられるからだ。また、すでに出版されている文献を PubMed で調べた上で、World Bank Institute Report で説明している方法を採用し日本と諸外国とを比較することで、公平性を確保した。データについては、直近の全国家計調査の個人レベルのデータを入手することができ、家計支出のうち医療費に費やされている割合とその累進度を分析し、さらに高額療養費制度の程度を比較した。水平的公平性の比較のために国民生活基礎調査の個人レベルのデータを入手し、医療ニーズ変数で調整した医療サービスへのアクセスを分析した。課題と改革提案の章では全国健康保険協会の報告や政策ステートメントを調査・分析し、さらに、PubMed, Medline, JSTOR, Google Scholars といった情報ソースを検索して政府の調査報告書や国内の未発表論文の分析も行った。改革案を提案するにあたっては、社会保険制度を統合した経験をもつ他国の経験を分析し、可能な選択肢について議論を重ねた。

C. 研究結果

歴史的展開

1905年以降、一部の公務員は共済組合の包括的給付の一部として医療費を負担してもらえるようになったが、国民皆保険制度への本格的な道のりは1922年に制定された健康保険法に始まる。日本の保険制度はドイツの社会保険モデルに従い、事業主と被用者の双方で保険者（日本の場合は健康保険組合）の運営をすることになった(7)。動機はドイツも日本も同じで、工業生産性を高めることと、労働争議を未然に抑えることである(8)。こうした国家主義的な動機は、直接利害関係を有するすべての勢力からの反対を封じこめた。事業主は保険により労働費用が増加するため反対であったし（事業主は保険料の半分以上を負担しなければならなかった）、被用者も保険料の負担をすることに反対であり、医師もまた従来の報酬よりも低い診療報酬の適用を受け入れなければならないので反対であった。しかし、社会保険制度が適用されれば患者の医療費未払いがなくなり、健康保険に未加入の患者からは高い診療報酬を引き続き徴収することが可能であったため、最終的には医師たちも新しい診療報酬を受け入れた。この診療報酬体系は簡易なもので、日本医師会の北里柴三郎会長が一晩で作成したとされており、プライマリーケアと薬が中心であった。これは、1927年当時調剤が医師の主な収入源であり、病院サービスはさほど大きな割合を占めていなかったからである(9)。

導入直後の日本の社会保険制度は肉体労働者（ブルーカラー層）だけを対象としており、1927年当時、肉体労働者は日本の全人口の3%にすぎなかった。しかし、小規模

企業の被用者は対象に含まれていて、これは中小規模企業の被用者が旧制度下では大企業の被用者と同じ労災制度の下にあったからであろう。中小規模企業は病気になるリスクを分散するのに十分な規模を有さず、また、自ら制度を運営する事務処理能力も持っていなかったため、政府が直接医療保険を運営しなければならなかった。これが政府管掌健康保険の始まりである。このように、政府が各保険者の調整役でも唯一の保険者でもなく、の多くの保険者の中の1つ、そして最大の医療保険者となっていることが、現在でも日本の社会保険制度における最大の特徴である。こうした役割により、政府は診療側との交渉において強い力を持ち、社会保険制度の独立性を弱めていた。しかし、医療が税方式の国とは異なり、政府が財政に直接的な責任を持つことはなかった。

日本の社会保険のもう1つのルーツが国民健康保険であるが、これは1930年代のボランティアな地域主導の運動が発祥である。

(10)。政府は、1938年の国民健康保険法の制定によりこの運動を正式に認定、支援することとなる。被用者保険で保障される労働者と違い、農民や自営業者には定まった収入源がなく、さらにはその所得の捕捉も容易ではなかった。その結果、それぞれの保険者は累進性がさまざまに異なる独自の保険料徴収方法を採用し、加入者間の病気になるリスクを分散させた他、加入者を対象とした直営の診療所や病院を設立した。こうした動きは民間開業医との対立につながったが、通常、診療報酬を交渉することでこうした対立は解決した。

その後の日本の社会保険の歴史は4期に

分けられる。第1期と第2期では社会保険の対象となる人口が増大し、後半の第3期と第4期では自己負担率の保険者間の格差が徐々に縮小していった。明確なグランドデザインがあったわけではないが、制度全体の方向性としては、公平なアクセスと費用負担の実現を目指していた。

1922年から1945年の第1期には、陸軍が医療保険の適用拡大を推進した。これは、1930年代に中国との戦争が激化する中で徴兵された若者の健康状態に関心があったからである。また、出産適齢期の女性にも適用拡大された。1934年には被用者保険の対象はフルタイム労働者を5人以上抱える事業所に拡大され、1939年にはホワイトカラーの勤労者とその扶養家族にも拡大された。この間、多くの市町村で国民健康保険が施行された。図1からも見てとれるとおり、第1期のピークであった1943年には国民の7割が医療保険に加入し、政府の医療保険の拡大も順調に進んでいった(11)。

パネル1：社会保険制度の現状

日本の社会保険制度の特徴は以下のとおりである。

- ・個人は保険者を選択できない。
- ・扶養家族(75歳以上を除く)は世帯主が加入している保険者に加入する。
- ・事業主は被用者(正規雇用者の労働時間の4分の3以下の労働時間の被用者と75歳以上の被用者を除く)を保険に加入させなくてはならない。
- ・被用者保険に加入していない人、定年退職した人は、生活保護を受けていないかぎり国民健康保険(75歳以下の場合)、もしくは居住地域の後期高

齢者医療制度(75歳以上の場合)に加入しなくてはならない。

- ・約3500の保険者が存在し、およそ半数が被用者保険制度で、半数が地域保険制度である。
- ・被用者保険制度では保険料は賃金の一定割合が賃金から差し引かれ、事業主が保険料の少なくとも50%(平均55%)を負担する。地域保険制度では、それぞれの市町村が独自の方法で保険料を定めており、約半額は所得(資産も含む場合もある)に基づいて算出され、残りの約半額は加入者1人当たりの定額(さらに世帯当たり定額の場合もある)となっている。保険料は市町村に支払われる。
- ・医薬品や歯科医療を含め、保険給付の対象範囲と医療に対して支払う額は、どの保険者でも同じである。
- ・一般的に自己負担率は高いが、患者が支払う割合は国民医療費の14%にとどまっている(13)。これは高齢者の負担率が低く設定されている他、高額療養費制度があるからである。(国民医療費は、公的に管理されているすべての医療費支出を含むが、薬局で購入できる一般用医薬品の費用や個室代といった経済協力開発機構(OECD)統計(18)には計上されている要素を除いた、厚生労働省の統計である(14))

第二次世界大戦後の第二期(1945年から1961年)では、主要政党である自由民主党と日本社会党が福祉国家の実現を目指し、国民皆保険をわかりやすく人気のある目標として掲げて競い合った。保険に加入する

国民の割合は戦時中や戦後の混乱期から早々に回復し、さらに拡大していった(11)。1958年には国民健康法が改正され、被用者保険制度に加入していない国民を国民健康保険に強制加入させたことで、国民皆保険制度を確立する正式な基盤が形成された。法改正では、国保にも被用者保険の診療報酬が適用されることとなり、国保でもほとんどすべての医療機関で受診できるようになった。1961年には最後の自治体が国民健康保険を導入し、ほぼ全国民が保険制度に加入することとなった。しかし自己負担率には大きな差があり、被用者は初診時に小額の定額を支払えばよかったが、被用者の扶養家族や国保加入者はすべての医療サービスや処方薬の診療報酬の5割を負担しなければならなかった。

1961年から1982年までの第3期では、5割の自己負担率が3割まで段階的に引き下げられた。1963年から国保の世帯主の負担率が下げられ、1968年にはその扶養家族が、さらに1973年には被用者保険の扶養家族の負担率が引き下げられた。一方、一部の地方自治体は高齢者の医療費の自己負担分を税収で賄うようになり、特に、1969年以降革新的な東京都知事が主導する形で他の道府県にも拡大していった。国もこうした老人医療費無料化への圧力を受け、1973年に老人医療費支給制度を制定し、老人(70歳以上)の医療費が無料(自己負担ゼロ)となった。また、同年、すべての保険制度について高額療養費制度がつけられ、医療費の自己負担分(月額)が3万円(1973年当時の米ドル換算で83ドル)を超える分については負担なくてよいことになった。しかし、1973年はいわゆるオイルショック

で日本の経済成長率が大幅に落ち込んだ年でもあった(12)。

医療費の上昇と経済成長の鈍化が1982年から現在にいたる第4期の背景にあり、この時期には、それまで低かった個人の自己負担率が引き上げられた。その結果、最終的に自己負担率は国民の大半で同率になった。1982年に制定された老人保健法により1983年に高齢者への若干の定額負担が導入され、また、健康保険法が改正されたことで1984年から被用者の医療費1割負担が導入された。その後1997年に被用者の負担は2割に引き上げられ、2003年に3割に引き上げられた。高齢者の定額負担は徐々に引き上げられ、2003年に平均的な被用者の所得以下の高齢者の負担は1割、それ以上の場合は2割となり、さらに2006年に2割から3割に引き上げられた。現在、自己負担率は全国民一律3割であり、例外は平均的な被用者の所得額に満たない所得の70歳以上の高齢者(全高齢者の93%)の負担率1割と、6歳未満の子どもの負担率2割である。高額療養費制度も縮小されたが、同様の公平性への配慮がなされた。医療費の毎月の自己負担限度額も加入者の所得に応じて3段階に分けられ、限度額を超える医療費については1%の自己負担率が課されている(パネル1)。

受療率の推移

保険加入者の拡大と自己負担率の変化で、外来医療と入院医療の受療率はどのように変化しているのだろうか。図2から、1950年から1960年代半ばまでの間、保険に加入する人口が増加し平均所得も増えたことで、どの年齢階層においても外来受療率が伸び

たことがわかる (15)。1960年代半ば以降はこうした傾向が変化し、年齢階層ごとに違いが見られるようになる。若年層と中年層では平坦になり始めたが、子どもと高齢者については自己負担率が引き下げられたことにより受療率は伸び続けた。しかし、70歳以下の受療率は1980年以降徐々に下がり始め、高齢者については1999年以降に下がり始めている。被用者では自己負担率の引き上げにより高血圧症患者や高脂血症患者の受療率が減少したが (16)、高齢者では影響は見られなかった。2002年から薬の処方期間が14日間から3カ月に延長されたが、こうした他の要因が受療率の減少の背景にある可能性もある。こうした受療率の減少にもかかわらず、2007年の1人当たりの通院回数は13.4であり、米国 (4.0) の3倍以上であった (3)。こうした高い受療率は、「健康を害した際にそれを比較的早く認識して医師に相談する日本人の特質」 (17) をあらわしている。日本同様、漢方医学に医療の歴史的ルーツがあり、類似的な文化的背景を持つ韓国の年間受療率の高さ (2008年に13.0) (3) の背景にも、こうした特質があるのかもしれない

こうした傾向は、入院医療でも外来医療とほぼ同様に見られるが、若干の違いもある。まず25歳から34歳の年齢階層の受療率は、結核が大流行していた1950年代半ばがピークであった。2番目に、75歳以上の受療率の増加は目を見張るべきものであり、1990年以降の減少も同様である。こうした増加は1973年の医療費の無料化に起因しており、いわゆる社会的入院 (家族が介護をできなくなった、あるいはしたがいなくなったために入院する患者) に門戸を開い

たことで多くの小規模病院が事実上、ナースィングホームとなった。高額療養費制度により実際に支払う医療費は低く抑えられているので、その後の減少が自己負担率の増加に起因するとは考えられない。むしろ、新たな老人向けの長期介護施設の建設や他の要因が背景にあると考えられる (4, 18)。

複雑な財政体系

高齢者の医療費負担公平化のための一般財源からの補助や保険者間の財政移転により、所得や年齢構成にかなりの開きがあっても、すべての公的な医療保険制度で同じ医療サービスを受けることが可能になった。図3はこうしたメカニズムを示しており、保険者を加入者の平均所得に従って4つの階層に分けている (19, 20)。第1階層から第3階層がそれぞれ人口の約3割を占め、第4階層が残りの1割を占めている。第1階層は大企業被用者および大規模産業従事者が加入している1497の保険者 (組合管掌健康保険) と公的部門に勤務する被用者が加入する77の保険者 (共済組合) で構成されている。第2階層の保険者は公法人である全国健康保険協会 (2008年に政府管掌健康保険より移管された) のみであり、第1階層に比べて所得が低い傾向がある中小企業の被用者が加入している。第3階層は市町村運営の、自営業者、非正規雇用者、75歳未満の年金生活者が加入している1788の市町村国民健康保険と、この階層の約1割が加入している業態別の165の国民健康保険組合 (開業医師、理容師、土木建築労働者など) から成る。第4階層は2008年に設立された、75歳以上の高齢者を対象とした後期高齢者医療制度である。75歳以上に

なれば職種や扶養状況に関係なく全員が加入する義務があり、その運営は、47の各都道府県ごとに設立された市町村の広域連合が行っている。

事業主や個人から入る保険料に補填するために、国は第2階層から第4階層までの保険者に対して一般財源から補助金を支出しており、その総額は国民医療費の25%に達している。こうした補填は第2階層の給付費の16.4%、第3階層の市町村国保の給付費の平均50%（富裕な自治体で40%、貧しい自治体で最高80%）、第4階層の75歳以上の高齢者への給付費の50%に上る。さらに、高齢者の医療費負担を公平化するためにどの保険者も加入者1人当たり一定額を拠出しなければならない。こうした資金は中央の基金を通して移転され、後期高齢者医療制度の支出の40%をカバーするとともに、他の医療保険制度でカバーされている65歳から74歳までの高齢者を補助している。

公平性の範囲

これまでに論じたメカニズムにより、カクワニ指数(21)で計算すると、家計のうち医療にかかる総費用（医療費に充てられる直接税、間接税、社会保険料および自己負担額）は所得にほぼ比例しており、韓国の制度とほぼ同じ、ドイツの制度より若干公平性が高いという結果になった(22, 23)。医療費の自己負担額が食料品を除く総家計支出の25%以上（負担限界値）となる世帯の割合は2004年に1.68%であり、台湾（2000年に1.49%）と同レベル、マレーシア（1998年から99年に0.78%）より高く、韓国（2000年に4.82%）、中国（2000

年に11.23%）よりは低かった(24)。同じ医療ニーズを抱える各国の個人が同じ保障を得ることができるのか、集中度指数(25, 26)を計算して分析した(24, 25)。統計の比較は容易ではないが、患者のニーズをコントロールした際の医師へのアクセスについては英国とほぼ同水準であるようだ。（webappendix1~3 ページ参照）

パネル2：定年退職した山本氏のいやな発見

山本氏は、日本産業株式会社を67歳で定年退職するまで、自分の健康保険料についてあまり考えたことはなかった。保険料は税金や他の社会保険料とともに給与から天引きされていた。給与が上がるとともに天引きされる額も増え、不愉快ではあったが細かい内訳を見たことはなかったのだ。

退職した翌日、市役所の国民健康保険課を訪れ加入手続きをした。支払う保険料が前年の世帯所得に基づいて計算されることを知らされ、さらにこの世帯所得には給与のみならず、山本氏の年金、山本氏の妻がパート勤務で得た100万円（12,000ドル）も含まれることに山本氏は驚いた。さらに自宅にかかる固定資産税の支払いも評価に含まれるというのだ。

前年の世帯所得である500万円（6万ドル）と固定資産税を合わせると、山本氏の国民健康保険の年間の保険料は45万円（5400ドル）であると告げられた。この額は前の年に日本産業株式会社健康保険組合に支払った保険料の3倍以上である。それまでは保険料の半分は会

社が負担してくれ、保険料は年金や妻の所得を除く本人の給与にのみ基づいて計算されていたし、妻の所得も扶養家族と認められる範囲内であったため追加保険料の支払いもなく、保険料の計算には固定資産税も含まれていなかった。そして、市の国民健康保険料は、市内に低所得者層向けの大きな団地があったために高めであった。

しかし、山本氏が新しい保険者証を持って高血圧症のために近所の診療所を訪れると、診療も自己負担額（処方薬も含めて20ドル前後）も組合健康保険で診療所にかかっていたときとまったく同じであった。退職により保険者を変えざるを得なかったが、医療については何も変わらなかったことに、山本氏は安堵した。

この事例はフィクションであり、例示的用途のためのみのものである。

しかし、すべての社会保険制度について保険料率を比較すると、国民健康保険の保険料率の平均は、大企業従事者の健康保険組合の保険料率の平均の3倍となっている(27)。したがって、企業被用者が定年退職して国民健康保険に加入すると、それまでより高い保険料を支払わなければならないことになる。(パネル2)さらに、同じ第1階層内でも健康保険組合によって保険料率には3.12%から9.62%と3倍以上の格差がある(表)(28)。これら保険者の保険料率を分析すると、被用者の平均医療費ではなく、主として被用者の平均年齢と平均所得に関連していることがわかった。年齢が

要因となっているのは、1人あたりの医療費が年齢上昇とともに少しずつ増えるのに(図4)(28, 29)、公平化のための財政調整は65歳以上の個人の医療費に限って行われているからである。

D. 考察

課題と改革に向けた提案

世論調査では、支払能力ではなくニーズに基づいた医療へのアクセスを保証する政策は広く支持されている(31)。しかし、この原則を達成する基盤となってきた社会保険制度は3つの脅威にさらされている。それは、社会の高齢化、雇用形態の変化、そして無保険者という新しい課題である。

まず高齢化によって保険者間の移転支払いが進み、今や大企業被用者が加入する組合健康保険制度の総支出額の5割近くは移転支出となっている。これらは後期高齢者医療制度に移転されるだけでなく、他の保険プランの65歳から74歳の被保険者の加入比率の差(組合健康保険制度の平均4%に過ぎないが、国民健康保険の33%にあたる)を埋めるために行われている(27)。こうした移転支払いは今後も増加するだろう。なぜなら、65歳以上の高齢者が総人口に占める割合は2008年の22%から2020年には30%になり、医療費におけるシェアも52%から66%に増えると予測されているからである(32)。事業主や労働組合は、こうした移転支払いが組合健康保険制度の存続を脅かしていると抗議している。

日本の社会保険制度にとっての2つ目の脅威は、雇用形態の変化と経済構造の変化である。1961年に国民皆保険制度が達成された当時、全勤労働者の29%が農林水産業の

第一次産業に従事し、国民健康保険の屋台骨を背負っていた。しかし最近では、コスト削減競争、規制緩和や被雇用者の福利厚生より株主や経営を優先するという企業の優先順位の変化により、非正規雇用者（33）の雇用が全従業員に占める割合が、1988年の18%から2010年には34%に増加している（34, 35）。勤務時間が正規雇用者の4分の3未満の雇用者は被用者医療保険制度に加入する必要はない。こうした変化により、国民健康保険への加入者の構成が一変した。1965年には第一次産業従事者が42%、自営業者が25%であったのに対し、2008年には第一次産業従事者は3%、自営業者は17%にまで減少した。この間、年金生活者と無職者は7%から40%に増え、被雇用者ではあるが被用者保険制度に加入していない人の割合は25%から34%に増加した（27）。

3つ目の脅威は、法律で加入が定められているものの、国民健康保険に加入したくない、あるいは加入できない人の割合の増加である。市町村は加入すべき人を把握する方法を持たないため、正確な数を市町村から直接得ることはできない。そこで、2007年の国民生活基礎調査を独自に分析したところ、調査対象となった人口の1.3%が、所得が課税対象となるほど高いにもかかわらず社会保険の保険料を支払っていないことがわかった。この値から推定される無保険者数は160万人に上り、国民皆保険制度のある国という日本の現状に疑問を投げかけることになりかねない。これらの保険料未納者に加えて、国民健康保険に加入していても18カ月以上保険料を滞納している人に対しては、保険給付が厳しく制限されることになる（医療費全額を支払い、後か

ら保険給付分が返還される）（36）。市町村国保の加入者のうち1.6%がこうした状況にある。

雇用や居住状況によって社会保険制度が細分化されていることや、保険プランの間で所得水準や年齢構成の格差が広がっていることから、これら3つの脅威はさらに拡大している。格差は一般財源からの補助金の増額により補填することは可能であるが、そのためには増税が必要である。しかし、これまで消費税率を引き上げたり、引き上げを試みた政権はすべてその後の選挙で敗れており、最近では、菅首相による消費税増税の必要性の発表のタイミングが悪かったために、2010年7月の参議院選挙で民主党が敗れている（37）。東日本大震災により党派を越えて増税に向かう可能性はあるが、税収は被災地の復興と大幅な財政赤字の償還に充てられ、医療への資金投入の実質的な増加につながるとは考えにくい。

もう1つの解決策は社会保険でカバーされる給付を縮小して基本的なパッケージとし、差額は自己負担とする、あるいは補足的な民間の医療保険を適用することである。小泉首相の支持の下、2004年に財界指導者や経済学者から構成された総合規制改革会議が、このような改革を試みた。しかし厚生労働省と日本医師会から反対の声があがったため、2005年に出された妥協策では混合診療の規制は残し、診療報酬点数表に掲載されていない新しい技術を提供しようとする病院にはより柔軟性を与えることになった（38）。規制緩和派は常に存在するだろうが、医療へのアクセスの公平性を犠牲にすべきでないならば、カナダやいくつかの欧州諸国と同じく、日本も混合診療につい

ては広く緻密な規制を残すべきである(39)。

医療保険の統合

分析の結果、筆者らは、未来を見据えて医療保険を統合すべきと考える。統合することで保険者間の保険料率は均等化され、現在保険料率が低く設定されている保険者の保険料率を引き上げることで医療全体への資金拠出を増大し、リスク分散を拡大することで運営面での効率性を改善することができる。統合には3つの方法がある。

1 つめは、個人のリスク・プロフィールに影響する所得や年齢などの要因を考慮して、基本的な保険料率を調整した上で、国民が保険者を選択できるようにする方法である。こうした構造的な調整により保険料率の格差は縮小し、ドイツで実際起きたように保険者同士の統合の圧力が高まらざらう(40)。しかし、日本ではほとんどの健康保険は独立した組織として機能していないため、このようなアプローチは機能しないだろう。日本では、組合健康保険は事実上企業の人事部の一部署として、国民健康保険も市町村の一部署として運営されているのである。

2 つめの方法は、すべての医療保険を韓国のように国全体で一本化することである(41)。この方法には、リスク分散が国単位で行われ、国民すべての保険料率が同じになり、運営費が低く抑えられるという利点がある。しかし、このような形での統合は国の機能を分権化しようとする動きに反し、年齢構造で調整した1人当たりの医療費の、47都道府県の間に見られる格差を無視することになる(42)。

3 つめは、地域単位で医療保険を統合し

保険の適用を雇用形態から切り離す方法である。カナダや多くの欧州諸国では歴史的に地方政府に自治権があり、地方自治体ごとに保険システムを組織してきた。この方法の利点は、国が所得、年齢、その他需要サイドの要因の地方間の格差を調整した後の医療保険料率が、地方自治体ごとの医療費水準を反映したものになるという点である。そうすることで、選挙で選ばれる首長が、医療サービス供給の効率を良くするインセンティブを持つだろう。

最初の2つの方法に伴う困難に鑑みると、日本にとって最適な解決策は地方レベルでの統合だと、われわれは考える。同一県内で県民全員が同じ保険者に加入することで無保険者の追跡がしやすくなるという利点もある。厚生労働省が、75歳以上の高齢者の医療制度を廃止するための第二段階として、各47都道府県内の国民健康保険を統合する意向を表明して以来(パネル3)、この方法がより現実味を増している。しかしながら、ほとんどの市町村国保の保険料率はすでに高い状況にあるので、第三段階として被用者医療保険が統合されない限り、資金の実質的な増加は達成されないだろう。

パネル3：後期高齢者のための医療制度に関する議論

2008年4月に75歳以上の高齢者(いわゆる後期高齢者)のための新しい保険制度が導入された。75歳以上の国民は、それまでの保険に加入していても、全員後期高齢者医療制度に加入することになった。他の年齢層に比べて後期高齢者層の医療ニーズや医療リスクは明らかに高いことから、年齢に特化したスキームがより有効だと考

えられた。新制度によってリスク分散はより均一に、医療サービスもこの年齢層により適したものとなり、財源に対する責任もより明快となる、というメリットが強調された。

しかし、この新しい制度は当時政権を担っていた自民党中心の政府にとっては政治的大失敗であった。マスコミは新しい制度を導入する運営面での問題や保険料が引き上げられた高齢者の怒りを報道した。しかし、国民の一番の怒りは年齢差別的とも捉えられる側面に対して向けられた。具体的には、後期高齢者のみを対象とした終末期相談支援料の導入である。これは、相談ではなく説得になると糾弾され、後期高齢者医療制度導入から2カ月で診療報酬から外された。

民主党主導の現政権は2009年9月に政権の座に就き、2013年までに同制度を廃止することを公約に掲げている。診療報酬表の中で高齢者だけに適用されていた診療行為は、2010年4月に行われた同制度の2年ごとの見直しの際に、公式に廃止された。2010年12月、政府の委員会は後期高齢者医療制度に代わる制度として二段階の改革を提案した。一段階目では後期高齢者医療制度導入前の加入制度に戻り、75歳以上の高齢者で被用者の扶養家族、あるいは自身が被用者である場合は被用者保険に加入し続け（20%）、残り的高齢者については国民健康保険に加入する（80%）。二段階目は都道府県内の国民健康保険の統合である。しかし改革案が実行されたとしても、階層間および階層内での格差は残る。

筆者らはリスク分散を拡大した際の効果を測るために、2005年の公的医療保険すべ

てに加入している個人のデータ（解析についてはwebappendix p4を参照）に基づいて、都道府県単位で国民健康保険が統合されたとした場合の1人当たりの入院医療費（年額）の分散を計算し分析した。図5が示すように、統合した市町村国保の加入者が150万人を超え、さらに被用者保険加入者も加えた加入者が450万人を超えると、さらなる統合は全国レベルでの統合と比べてあまり大きな恩恵をもたらさないことがわかる。9つの都道府県でこの値を上回り、この9つの都道府県の総人口は全体の約半数を若干上回る。残りの38都道府県の総人口は経済効率の水準を下回るが、保険制度のさらなる統合は都道府県自体の統合を必要とするだろう。

被用者保険制度と国民健康保険との統合に伴う政治的、制度的な障害が山積みしていることは、われわれも認識している。統合は被用者保険、特に比較的若くて高収入の者が加入する組合健康保険から反対されるだろうし、反対者らは、保険料率の上昇は日本の国際競争力を阻害すると主張するだろう。しかしこうした不安は根拠のないものである。ドイツでは組合健康保険の平均の2倍にもなる保険料率にもかかわらず、競争力を維持し続けている(7)。また、被用者保険と国民健康保険との保険料算出の方法の違いも障害となっている。さらに、同じ市町村国保でもそれぞれの市町村が異なる計算式で保険料を算出しているだけでなく、自治体の一般財源からの補填の程度も異なっている。

しかし、こうした障害は、東日本大震災を機に日本中の連帯感が高まっている現在なら、乗り越えることができる。構造改革

によって、同一都道府県内のすべての世帯が雇用状況に関係なく所得の同じ割合を保険料として支払うようになる。現在の被用者保険のように給与のみが所得とみなされるのではなく、あらゆる所得が対象となる。こうした方法により、働く年金生活者の増加など、雇用形態のさらなる変化にも対応できる。また、医療サービスに対するアクセスの不公平性を改善するために、高齢者だけではなく低所得者層の世帯すべての自己負担率を引き下げるべきである。保険料や自己負担を免除する線をどこで引くかについては、生活保護制度改革（パネル4）の文脈の中で考えなければならない（43）。

パネル 4：生活保護と貧困層のためのセーフティネット

保険料を支払うことができない個人の定義は、社会保険による国民皆保険の前提条件である。日本では、生活保護を受けている人は社会保険に加入しておらず、保険料の支払いや医療費の自己負担も免除されている。生活保護が支払う医療費は全体の3～4%である。生活保護を受けている人の受ける医療サービスは社会保険加入者と同じであり、医療機関には同じ診療報酬が支払われる。

国が定めた基準に該当する人は誰でも生活保護を受ける権利を有するが、実際には生活保護を受けるためのハードルは高い。地方自治体は生活保護資格を与えることを嫌がる傾向がある。それは、自治体が一般財源から支給額の25%を支払わなくてはならないからである。2010年の大阪市では予算全体の17%にあたる額であった。また、濫用がマスミで報じられれば国民から糾弾

される。生活保護を申し込むと、民法で支援を義務づけられている家族にまず援助を申し出るよう言われる。しかし地方自治体には家族からの支援を強制する権限はない。

生活保護受給者は、2011年には過去最高の200万人になり、2010年と比べて10%増加している。国は、生活保護支給額の負担率を現在の75%から引き下げようとしており、都道府県間の生活保護受給者の割合の格差が11倍にもなっていることを指摘している。しかし、地方自治体は、最低限の生活が保障されることは憲法上の権利であるから国が主たる責任を負うべきであり、また生活保護受給者の割合が高い地方自治体は大都市圏にあり、地方と比べるとホームレスの人の割合が高い地域だと主張して、抵抗に成功してきた。

生活保護で支給される生活扶助は基礎年金額より高く、生活保護改革が年金改革とも連動しているため、事態はさらに複雑である。医療分野においては、生活保護は隣接する低所得者層、つまり、国民健康保険に加入していながら自己負担が免除されている人々にも関係する。自己負担免除の対象者を決めるのもまた、地方自治体である。したがって地方自治体が財政危機に陥ると、貧困層のセーフティネットが二重の危機に直面することになる。

各都道府県での統合は、国による責任放棄を意味するわけではない。給付対象である医療サービスや診療報酬の決定、医療の質や医療従事者の資格付与の基準の設定、さらには所得水準が低く高齢者の割合が大きいといった都道府県への補助金配分などにおいては、国はむしろより積極的に主要

な役割を果たすべきである。しかし、医療提供体制への投資やその再構築についての主要な決定は都道府県が行うべきであろう。こうした権限と財政責任の移譲は、日本の公共セクター全体における変化に軌を一にするものである。

D. 考察

国際的な教訓

国際的な観点から見た場合、日本の社会保険制度の主要な業績は、医療システムの公平性を改善しつつ、保険の加入者を拡大し医療費を抑制するという規範的な目標を、時間をかけて達成したことにある。こうした日本の経験は、他国へいくつかの教訓を提供できる。

まず、国民皆保険制度の達成と、医療給付や自己負担及び保険料の公平性確保は、それぞれ異なる目標であり、異なる長期戦略を要する(44)。国民皆保険制度が達成された1961年より前の1959年、被用者保険の診療報酬が市町村国民健康保険に適用された。高齢者と児童以外の自己負担率が統一されたのは2003年になってからのことである。しかし、医療保険間の保険料率には依然として3倍以上の格差がある。改革は継続するプロセスであり、終わることはない。

二点目は、国民皆保険に向けて国を動かす政治的な推進力の重要性である。日本の医療保険拡大の背景には、1930年代と1940年代には戦時国家の建設を、1950年代から1970年代までは福祉国家の建設をめざす政治があった。戦後の日本の民主主義は福祉国家建設のために重要な役割を担い、国民からの支持や党派間の競争を促すことで医

療保険間の自己負担率の格差縮小に向けた試みを後押しした。韓国や台湾で平等に向けた改革が実行されたのも、民主的な政府が選挙で誕生してからのことである(45)。

三点目は、雇用や居住地によって細分化されている日本の社会保険制度に固有の弱点である。それぞれの保険者でリスク構成や所得水準が異なるため、改革に反対する経済的、政治的なインセンティブが働く(46) 地方自治体が保険料率の設定方法を独自に選択することが可能になれば、こうした障壁は増幅される。日本の社会保険モデルの採用を検討している国は、構造改革への反対意見が深く根を張る前に、この制度の弱点に対処すべきである。

引用文献

1. Saltman RB, Busse R, Figueras J, eds. Social health insurance systems in western Europe. Maidenhead: Open University Press, 2004.
2. Hsiao WC. Design and implementation of social health insurance. In: Hsiao WC, Shaw RP, eds. Social health insurance for developing nations. Washington, DC: World Bank, 2007: 21–41.
3. OECD. OECD Health data 2011. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development, 2011.
4. Hashimoto H, Ikegami N, Shibuya K, et al. Cost containment and quality of care in Japan: is there a trade-off? *Lancet* 2011; published online Sept 1. DOI:10.1016/S0140-6736(11)60987-2.
5. WHO. World health report. Geneva: World Health Organization, 2010.