

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、類似の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、あるいはしたがら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るであろう (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、それまでど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、濫用がマスコ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、雇用や居住地域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. <http://www.who.int/whr/en> (accessed April 20, 2011).
 6. 財務省「債務残高の国際比較（対GDP比）」2011年, <http://www.zaisei.mof.go.jp/data/> (2011年7月20日アクセス).
 7. 島崎謙治『日本の医療 制度と政策』東京大学出版, 2011年.
 8. Campbell JC, Ikegami N. The art of balance in health policy: maintaining Japan's low-cost, egalitarian system. Cambridge: Cambridge University Press, 1998.
 9. 布施昌一『医師の歴史 その日本的特徴』中央公論社, 1979年.
 10. Higuchi T. Medical care through social insurance in the Japanese rural sector. *Int Labour Rev* 1974; 109: 251-74.
 11. 高木安雄「国民健康保険と地域福祉 長期入院の是正対策の実際と国保安定化をとりまく問題点」『季刊社会保障研究』30巻3号239頁, 1994年.
 12. 社会保険研究所『社会保険のあゆみ』社会保険研究所出版, 1991年.
 13. 健保連 社会保障研究グループ『図表で見る医療保険（平成22年度版）』株式会社ぎょうせい出版, 2010年.
 14. Katsumata Y. Comparison of health expenditure estimates between Japan and the United States. In: Ikegami N, Campbell JC, eds. Containing health care costs in Japan. Ann Arbor, MI: Michigan University Press, 1996: 19-33.
 15. 厚生労働省『患者調査1950年～2008年』厚生労働統計協会, 2010年.
 16. Babazono A, Tsuda T, Yamamoto E, Mino Y, Une H, Hillman AL. Effects of an increase in patient co-payments on medical service demands of the insured in Japan. *Int J Technol Assess Health Care* 2003; 19: 465-75.
 17. Ohnuki-Tierney E. Illness and culture in contemporary Japan: an anthropological view. New York, NY: Cambridge University Press, 1984.
 18. Tamiya N, Noguchi H, Nishi A, et al. Population ageing and wellbeing: lessons from Japan's long-term care insurance policy. *Lancet* 2011; published online Sept 1. DOI:10.1016/S0140-6736(11)61176-8.
 19. Ministry of Health, Labour and Welfare. Status of insurance and pensions. *J Health Welfare Stat* 2010; 57: 46-47.
 20. 池上直己「高齢者医療制度の改革私案」, 『社会保険旬報』2420号 16-21頁, 2010年.
 21. Kakwani N, Wagstaff A, van Doorslaer E. Socioeconomic inequalities in health: measurement, computation, and statistical inference. *J Econometrics* 1997; 77: 87-103.
 22. O'Donnell O, van Doorslaer E, Rannan-Eliya RP, et al. Who pays for health care in Asia? *J Health Econ* 2008;

- 27: 460–75.
23. Wagstaff A, van Doorslaer E, van der Burg H, et al. Equity in the finance of health care: some further international comparisons. *J Health Econ* 1999; 18: 263–90.
 24. van Doorslaer E, O'Donnell O, Rannan-Eliya RP, et al. Catastrophic payments for health care in Asia. *Health Econ* 2007; 16: 1159–84.
 25. van Doorslaer E, Koolman X, Jones AM. Explaining income-related inequities in doctor utilisation in Europe. *Health Econ* 2004; 13: 629–47.
 26. Lu JF, Leung GM, Kwon S, Tin KY, Van Doorslaer E, O'Donnell O. Horizontal equity in health care utilization evidence from three high-income Asian economies. *Soc Sci Med* 2007; 64: 199–212.
 27. 国民健康保険中央会『国民健康保険の安定を求めて』国民健康保険中央会, 2010年.
 28. Federation of Health Insurance Societies. Fiscal year 2007—data of health insurance societies. Tokyo: Federation of Health Insurance Societies, 2008.
 29. Ministry of Health, Labour and Welfare. Basic data about health insurance, 52nd edn. Tokyo: Ministry of Health, Labour and Welfare, 2007.
 30. Ministry of Health, Labour and Welfare. For reference: cost burden. Council for the reform of health system for elders. Tokyo: Ministry of Health, Labour and Welfare, 2010.
 31. 田村誠「なぜ多くの一般市民が医療格差導入に反対するのか? 実証研究の結果をもとに」『社会保険旬報』2192号 6-15頁, 2003年.
 32. Ministry of Health, Labour and Welfare. Data 3: projections for national medical expenditures. Tokyo: Ministry of Health, Labour and Welfare, 2005.
 33. Vogel SK. Japan remodeled: how government and industry are reforming Japanese capitalism. Ithaca, NY: Cornell University Press, 2006.
 34. 総務省「長期時系列表10 年齢階級, 雇用形態別雇用者数—全国」2011年, <http://www.stat.go.jp/data/roudou/longtime/zuhyou/lt52.xls> (2011年4月12日アクセス).
 35. 総務省「産業分類別の結果について」2011年, <http://www.stat.go.jp/data/roudou/sangyo.htm> (2011年4月12日アクセス).
 36. 厚生労働省「『資格証明書の発行に関する調査』の結果等について」2010年, <http://www.mhlw.go.jp/houdou/2008/10/h1030-2.html> (2011年7月19日アクセス).
 37. Anonymous. Even with VAT at 10% still not able to pay for social security. Tokyo: The Nikkei, 2011.
 38. Ikegami N. Should providers be allowed to extra bill for uncovered services? Debate, resolution, and sequel in Japan. *J Health Polit Policy Law* 2006; 31: 1129–49.
 39. Flood CM, Haugan A. Is Canada odd? A comparison of European and Canadian approaches to choice and regulation of the public/private divide in health care. *Health*

- Econ Policy Law* 2010; 5: 319–41.
40. Moynihan R. Focus on health policy in times of crisis, competition and regulation, evaluation in health care. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung, 2010.
 41. Kwon S. Healthcare financing reform and the new single payer system in the Republic of Korea: social solidarity or efficiency? *Int Social Security Rev* 2003; 56: 75–94.
 42. 地域差研究会『医療費の地域差』東洋経済新報社, 2001年
 43. 本田良一『ルポ 生活保護 貧困をなくす新たな取り組み』中央公論新社, 2010年.
 44. Bump J. The long road to universal health coverage: a century of lessons for development strategy. Seattle, WA: PATH, 2010.
 45. Wong J. Healthy democracies: welfare politics in Taiwan and South Korea. Ithaca, NY: Cornell University Press, 2004.
 46. Pierson P. Increasing returns, path dependence, and the study of politics. *Am Political Sci Rev* 2000; 94: 251–67.
- G. 研究発表
1. 論文発表
 1. Reich MR, Ikegami N, Shibuya K, Takemi K. 50 years of pursuing a healthy society in Japan. *Lancet* . 2011; 378(9796): 1051-1053.
 2. Ikegami N, et al. Japanese universal health coverage: evolution, achievements, and challenges. *Lancet*. 2011 Sep 17;378(9796):1106-15.
 3. Ikeda N, et al. What has made the population of Japan healthy? *Lancet*. 2011 Sep 17;378(9796):1094-105.
 2. 学会発表

国際シンポジウム「医療構造改革の課題と展望－3月11日の大災害を超えて21世紀型の新たな皆保険制度－日本の保健システムを再考する」（2011.9.1）にて本研究の概要を発表し、ランセット編集部や国際諮問員の専門家と今後の研究方針について意見交換を行った。
 - H. 知的財産権の出願・登録状況

（予定を含む。）

 1. 特許取得
なし
 2. 実用新案登録
なし
 3. その他

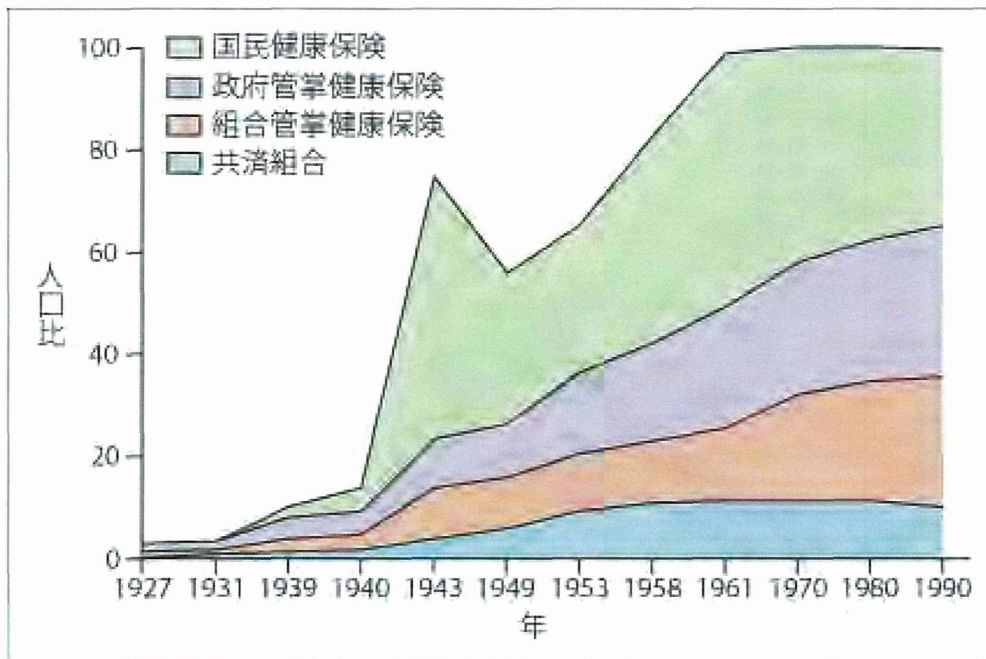


図1: 日本における医療保険適用人口比率の変遷 (1927-90年)

資料: 高木安雄 (1994) 『国民健康保険と地域福祉—長期入院の是非と
国保安定化対策の実際と問題点』『季刊社会保障研究』30(3):239

注) 戦時下の数値は推計値

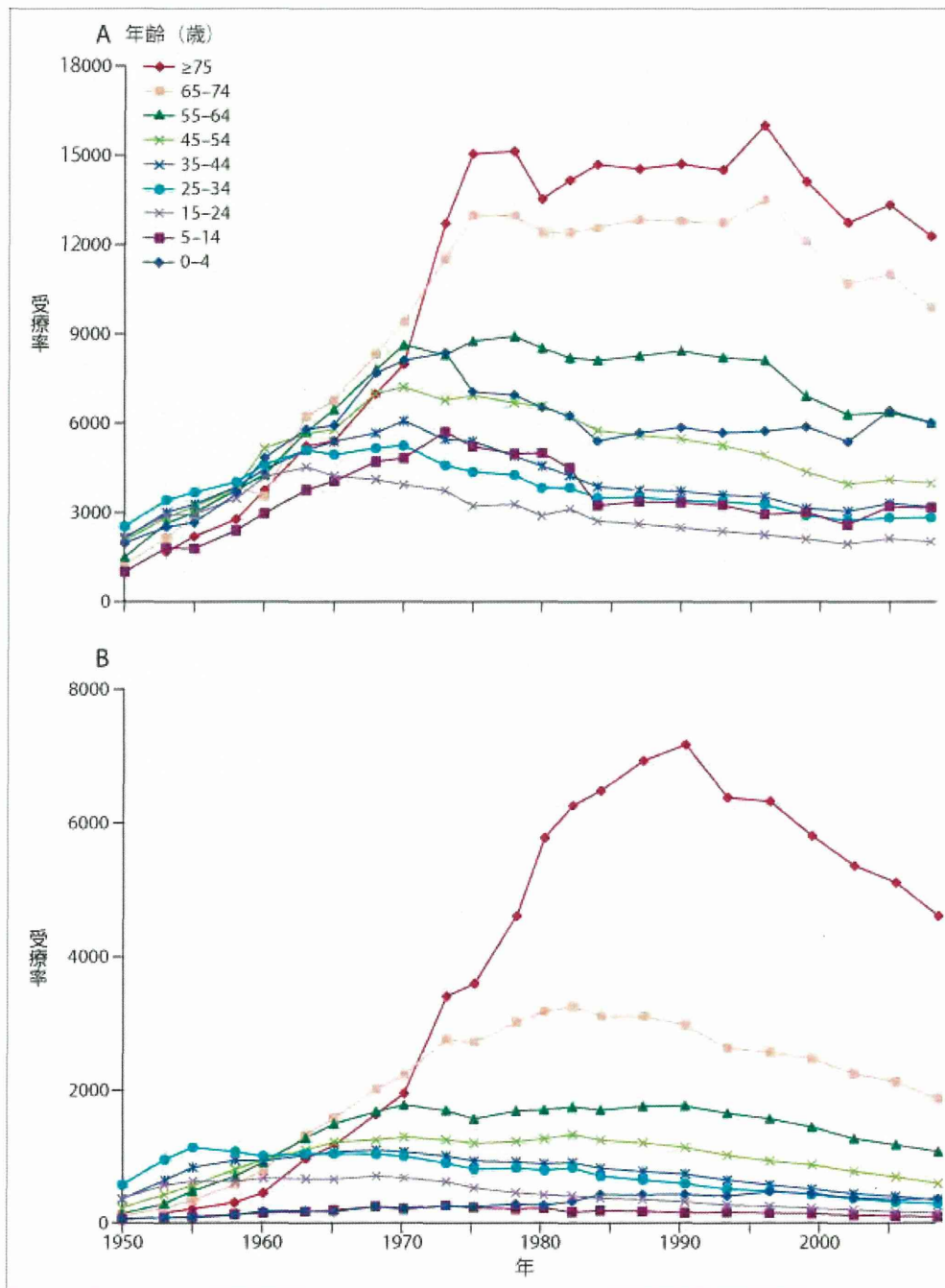


図2: 年齢階層ごとの外来受療率 (2A) および入院受療率 (2B) の推移

注: 受療率とは「患者調査」調査日における、年齢階層ごとの人口10万人あたり医療機関受診者数である。「患者調査」は現在3年おきに行われており、直近のものは2008年である(文献:厚生労働省「患者調査」)

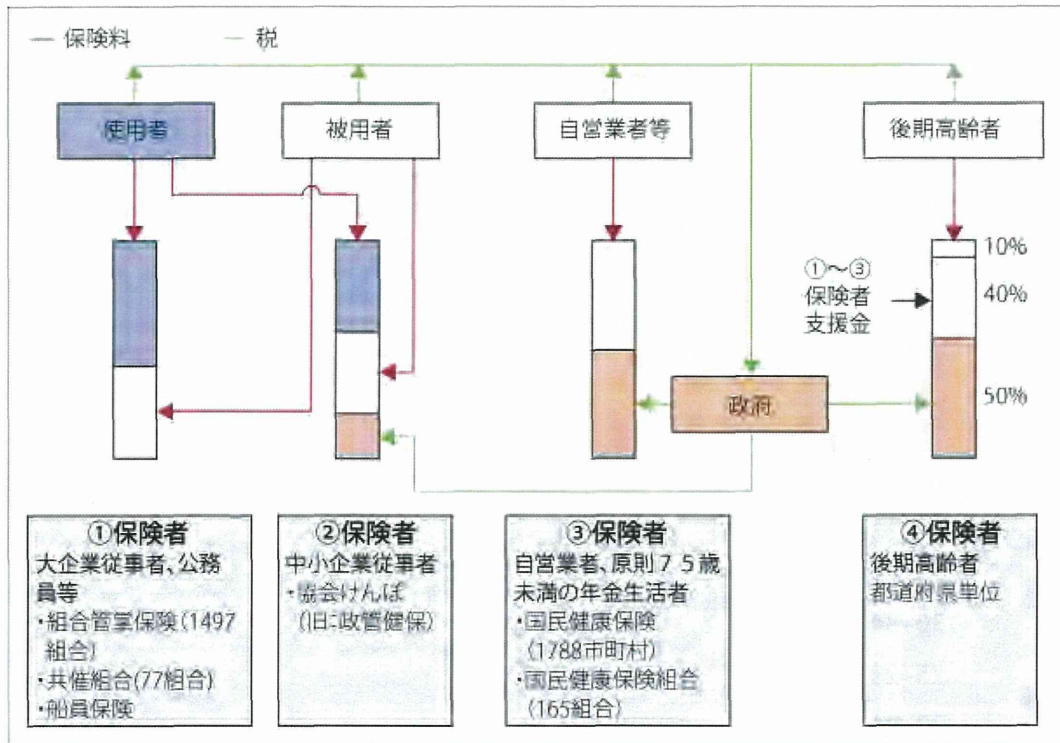


図3：社会保険の4つの階層におけるお金の流れ

数値は平成18年4月、厚生労働省の統計¹⁹

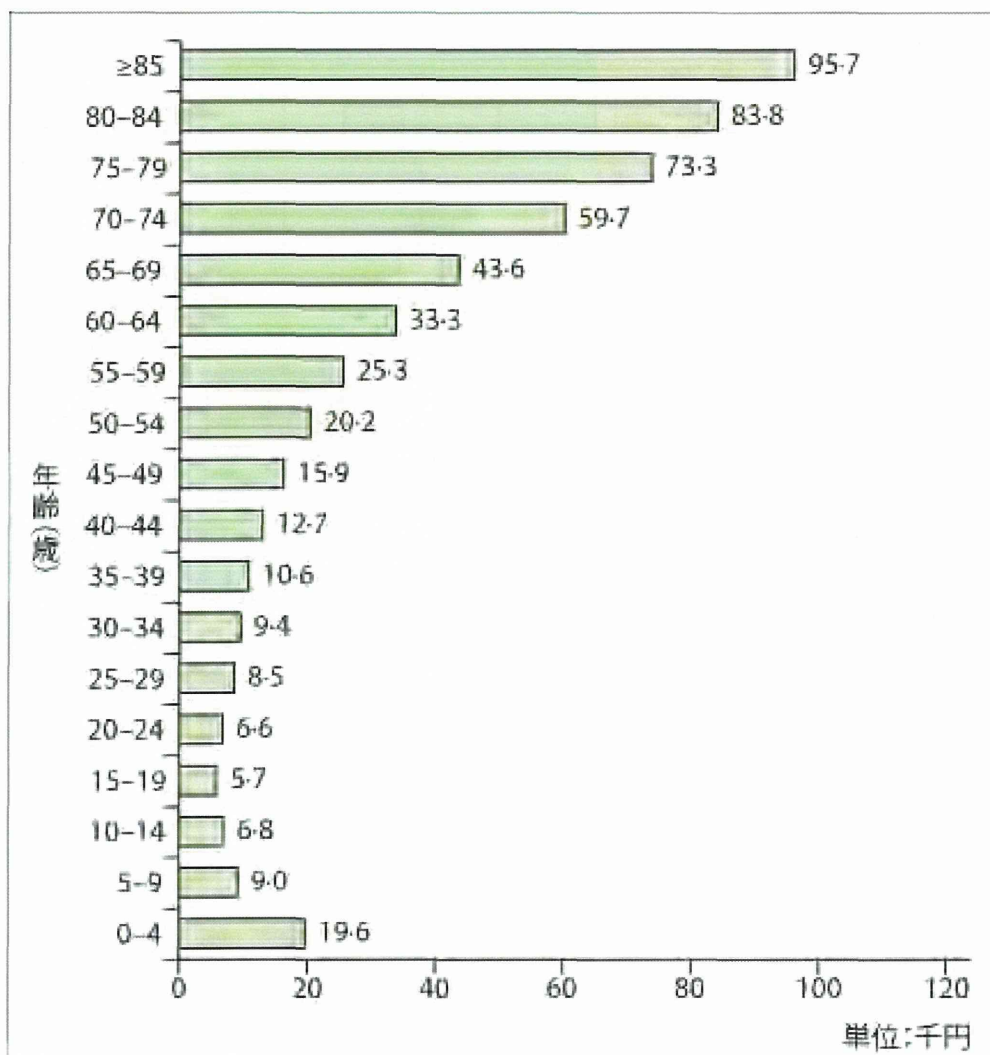


図4:年齢別一人当たりの年間医療費(2007年)

出所:厚生労働省

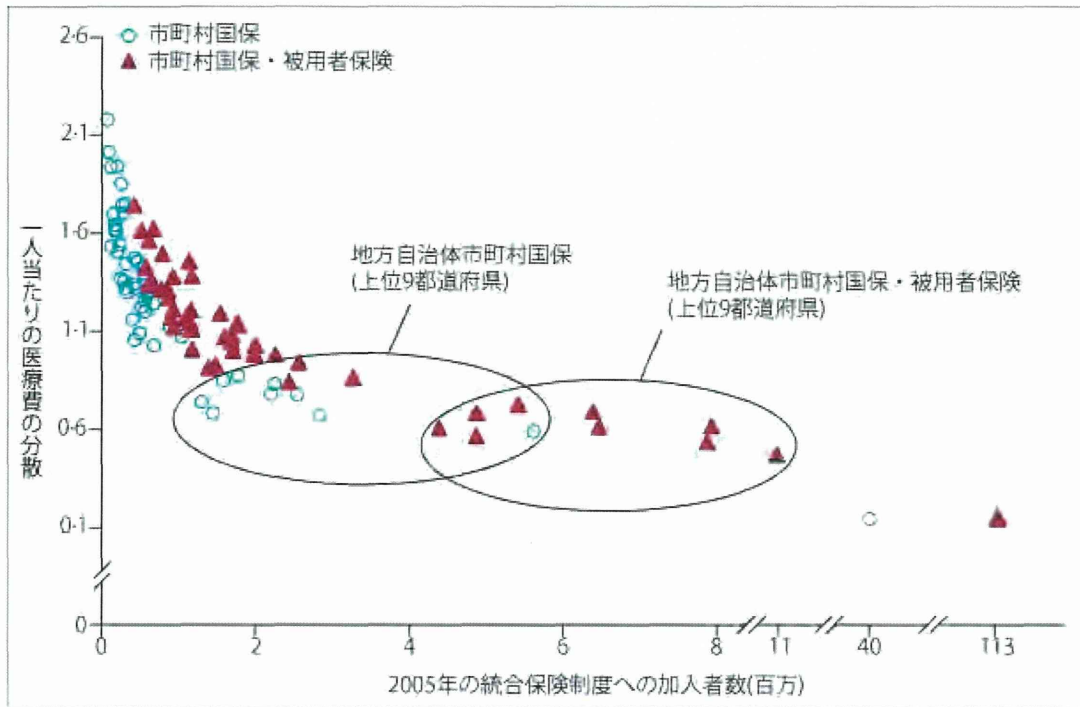


図5: 日本における市町村国保と被用者保険を統合した場合の規模(加入者数)と医療費の分散(2005年)

注: 1番右端の青い丸と赤い三角は、全国レベルで統合された場合の分散を示している。

出所: 厚生労働省(未公開データ)

	最小値	最大値	中央値	IQR	平均値	標準偏差
加入者数	26	584681	7585	14015	20184.7	44147.1
雇者の年齢	25.8	54.1	41.6	3.6	41.3	3.3
月収平均 (¥)	210463.0	1030349.0	368333.0	84839.5	379381.6	81462.7
加入者一人当たりの保険費用 (¥)	21113.0	271336.2	152946.2	35812.2	151222.9	29535.3
加入者一人当たりの補足給付 (¥)	0	37973	4842.5	6732.8	5179.9	4614.7
月収に占める保険料の割合 (%)	3.12%	9.62%	7.40%	1.50%	7.31%	1.04%

保険料を減額できる補足給付は組合管掌健康保険の 86.5% で利用可能である。データは健康保険組合連合会より入手[※]。

表：組合管掌健康保険間の差

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

我が国における医療費抑制と医療の質

- 研究分担者 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）
池上直己（慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教室 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）
野口晴子（国立社会保障・人口問題研究所 室長）
泉田信行（国立社会保障・人口問題研究所 室長）
- 研究協力者 康永秀生（東京大学大学院医学系研究科医療経営政策学 准教授）
宮田裕章（東京大学大学院医学系研究科医療品質評価学 准教授）
J・M・アキン（デラサール保健科学研究所 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

平均寿命などの日本の健康指標は、世界でもトップレベルである。一方、2008年の医療費の対国内総生産比は、経済協力開発機構加盟国中20位の8.5%であり、米国の医療費の約半分に過ぎない。医療費は全国一律の診療報酬点数表によって管理されており、診療報酬点数表は、全体改定率がまず設定されてから項目別の改定が行われるようになっている。医療の質の構造的側面およびプロセス面は不十分と見られるが、それは、主に日本における医師と病院の発展の歴史的経緯によるものであって、医療費抑制政策によるものではない。一方、手術死亡率などのアウトカムは、他の先進国に劣らない。日本では、支払条件については厳格な管理を行いながら、医療サービス提供の体制については自由放任主義的なアプローチを取ることを経済政策の基本方針としてきた。その結果、医師や病院などの専門家集団のガバナンスが弱く、説明責任が十分果たされてこなかった。医療制度が直面している構造的諸問題を考慮すれば、報酬ルールを簡素化して支払条件をより緩和する一方、地域医療計画を強化してサービス提供の管理を強める方向へとシフトしていくべきであろう。これらはいずれも、医療提供者のパフォーマンスに対する公的モニタリングを伴わなくてはならない。良好な健康状態と低コストを達成した日本の実績は、まずサービス利用の機会拡大・均等化、および医療費支払いによる世帯の貧困化を予防することを保健医療政策の最優先課題とし、その後にサービスの効率性と質の向上を追求すべきであることを示唆している。

- A. 研究目的 維持しつつ医療費を統制するにはどうすればよいか、よく議論に上る (1)。この点
国民皆保険制度のもとでサービスの質を

では日本はうまく行っているように思われる。平均寿命などの健康指標が世界トップレベルである一方、医療費はかなり低い—国内総生産（GDP）のわずか8.5%程度が保健医療に支出されているにすぎず、2008年には経済協力開発機構（OECD）加盟国中20位であり、米国の半分に過ぎなかった（2）。

日本では、どのような仕組みによって医療費を抑制してきたのだろうか。日本では、医療費を抑えるために品質管理の面で大幅な妥協してきたのだろうか。特に医療に対して高まる社会の期待や技術の進歩、高齢化社会に直面する現在、この医療制度は持続可能なのだろうか。本論文の第1部では、日本が、全国一律の診療報酬点数表を用いてどのように医療費を統制してきたのかを検討する。第2部では、構造・プロセス・アウトカムにより医療の質を評価し、なぜ現在の水準が達成できたのかを説明する。第3部では、日本が直面している課題と、筆者らの改革案を提示する。最後に、医療費を管理しながら質を維持していく上で、全世界が日本の経験から学ぶべき教訓を提示する。

日本はいかにして医療費を抑制してきたか

過去30年間、日本の医療制度は、民間セクターに強く依存した医療提供制度、出来高払い、家庭医によるゲートキーパー機能の不在など、一般的には高いコストを伴うはずの数多くの要因に直面しながらも効果的に医療費を抑制してきた（3）。他のOECD諸国と比べると、日本では人々が医師にかかる頻度が高く、1人あたりの入院日数が多く、入院期間が長い（表1）。さらに、65

歳以上の人口は1980年に9%であったのに対し、2010年には23%と2倍以上に増加している（4, 5）。このような状況の中で、日本はどのようにして医療費抑制を達成したのだろうか。

まずは、入院治療よりも外来治療のほうが多く利用されていることが挙げられる。日本は、1人あたりの医師受診回数がOECD加盟国の中で最も多い。1人あたり病床数も多いが、日本では病床回転率

（OECD平均が1病床あたり年間43.6人であるのに対し、1病床あたり年間14.8人）と、1病床あたりの医師・看護師数（OECD平均がそれぞれ100病床あたり99.8人、248.9人であるのに対し、100病床あたり27.2人と117.3人）が極めて低いため、入院治療の利用は見た目ほどには高くない。これには歴史的な理由がある。

わが国では、ほぼすべての病院が診療所を母体として設立され、拡大されてきた（6-8）。その結果、病院と診療所の機能分化が未熟で、有効な紹介制度が欠如している。高次病院ですら外来治療の割合が多く。その結果、病院の医師が入院治療に充てられる時間が制限されている。このような状況は、文化的に患者がより非侵襲的な治療を好むことと相まって、外科的処置の利用が日本では少ないことの説明になりえるであろう。全身麻酔を伴う外科手術の1人あたりの件数は、2008年に米国が人口1千人あたり年間39件であるのに対し、日本では18件と約半分であった（9, 10）。

日本の医療費抑制の第2の理由は、主にその支払制度に求めることができる。供給側に対する医療費抑制は、全国一律の診療報酬点数表により行われている。診療報酬

点数表の改定は総枠の改定と項目別の改定からなり(3, 11), すべての保険者からほぼすべての医療提供者への金銭の流れを統制している。したがって, 日本には複数の支払者(すなわち約3,500の保険者)があるにもかかわらず(12), 1つの支払制度が一律に適用されているのである。この構造によって, 社会保険制度下のすべての保険者に対して支給パッケージが実質的に同一のものとなり公平性が高まるとともに, 管理運営コストの削減により効率性を高めることにもつながっている。

診療報酬点数表で設定されている請求要件の順守状況は, 審査支払機関が診療報酬明細書を審査・点検しており, その結果, 請求額に占める請求却下率は1.4%となっている(13)。さらに, 医療記録の現場監査も実施されており, その頻度は医療提供者の過去の順守実績により決定される。監査で組織的な不正が発見された場合, 医療提供者は, 6-12カ月前に遡って不適切な請求額分の報酬を払い戻さなければならない。

診療報酬明細書審査と監査の主な目的は医療費抑制であるが, 規定に沿って医師の業務を標準化することで質の管理にも役立っている。医療費を抑制する他の方法としては, 保険外請求(診療報酬点数表に記載されていないサービスや医薬品の費用の患者への請求)は, 個室などの特別料金や有効性評価実施中の新技術に関するものを除いて制限されていることや, 差額請求(規定価格を超えた部分の費用に対する患者への請求)が禁止されていることなどが挙げられる。

診療報酬点数表の改定は, 以下の通り実施される(3)。まず, 国家の政治経済状況

に関する内閣総理大臣の評価を踏まえ, 内閣がすべてのサービス・医薬品の全体価格改定率を決定する。このプロセスにおいては, 財務省が引き下げを要求し, 医療提供者団体が引き上げの陳情を行い, 厚生労働省が専門知識を提供して主導的役割を果たす。この改定は2年毎に実施される。2008年度改定においては改定率が0.82%引き下げられ, 2010年度改定においては0.19%引き上げられた。全サービス・医薬品の総量は大枠では変わらないことから, この全体改定率の設定により, 事実上翌年度の医療費が決定される。

次に, 医薬品・医療機器・サービスの価格を項目別に改定し, その正味の影響が全体改定率と同じになるようにする。各改定の影響額はその給付量から計算され, 当該給付量は社会医療診療行為別調査のデータに基づいて推計される。これらの項目別の決定は, 厚生労働省が任命した支払者・医療提供者・公益代表者で構成される中央社会保険医療協議会が公式に決定する。しかし, 各項目の価格決定プロセスは専門的であると同時に複雑であるため, 実際の交渉は, 関係医療提供者団体と厚生労働省医系技官との間で行われる。

医薬品・医療機器の価格は, 主として市場価格調査の結果に基づいて改定される。各医薬品の価格は, 医療提供者の支払った出来高加重平均価格を反映させるよう個別に改定しているが, この平均価格は通常, 診療報酬点数表の価格よりも低い。新薬の価格は, その有効性および革新性を既存の医薬品と比較した上で設定される。しかし, 費用対効果は考慮されない。さらに, 新薬の売上げが製造業者の見込みを超えた場合