

ISFJ2015

政策フォーラム発表論

医療保険改革

法政大学 小黑研究会 財政分科会

木村将紀、増田武、

千原拓郎、小倉裕太

松河紘平、城山太郎、志賀悠平

2015 年 11 月

要約

現在の日本では公的年金制度をはじめとして公的医療保険制度の持続可能性も危ぶまれている。年金制度の持続案は様々な人が提唱しているが、一方で公的医療保険制度の持続案はあまり出ていない。先の消費増税のような先延ばし案だけで今の制度を維持できるのであろうか。そこで本稿では医療の高度化や高齢者の増加を背景とした国民医療費の増加という状況下で維持可能な公的医療保険制度について考察している。

平成 25 年度の国民医療費は約 40 兆円で、その財源として公費が 4 割、保険料が 5 割、自己負担が 1 割となっている。国民医療費の年齢階層別内訳では 65 歳以上が 5 割を占める。国民医療費の財源にみる公費の割合は平成 14 年度において 34.1%であり増加している。

以上のような背景を元に制度の持続可能性を高める方策として以下が考えられる。診療報酬の引き下げ、自己負担の見直し、保険料の引き上げ、増税の 4 つである。しかし、それぞれの方策には問題点が挙げられる。本稿では自己負担の見直しに関して検討することとした。

自己負担の見直しは年齢階層別の定率負担の見直しや高額療養費制度の見直し、混合診療を解禁するか否かなどが挙げられる。一概に自己負担の見直しといっても様々であるが、本稿では主に自己負担率の見直しを研究対象としている。具体的には現行の年齢階層別の定率負担ではなく、疾病を重症度や緊急性が高いものから順に分類し、重要度が高いと分類されたものについては高水準の給付を、低いものに分類されたものについては高負担とする。これは所得や年齢による区分ではない。

それでは具体的にどういった分類になるのか。氏はまず医師国家試験における基本問題である疾患・症候群 111 項目を基本に臨床医等に話し合ってもらい、さらに細分化した 116 項目を分類した。分類に際して氏は社会的妥当性と医学的必要性という二つの軸を利用している。結果的に 6 段階(A から F)に分類している。A は緊急性・致命性が共に高いもの、B は緊急性においては高くはないが致命性が高いもの、C は他者への感染や自傷・互いの可能性があるもの、D は機能障害の恐れがあるもの、E は苦痛緩和が必要なもの、F はその他となっている。氏は A から B を救命医療、C から F を自立医療としている。それぞれの区分に対する給付に関して、氏は救命医療については高い給付を、自立医療につい

では C から E までは低い給付、F については給付外とするか高い自己負担を課す案を提唱する。

以上を踏まえて分析を行う。分析について簡単にまとめると、まず厚生労働省の国民医療費の概況の性、傷病分類、入院—入院外別の医療費を用いる。こちらには傷病別にかかった医療費の内訳が載っている。次に先行研究にあった印南氏の分類を適用してこれらの傷病を同様に A から F の 6 段階に分類する。そして段階ごとに負担率を変更して概算を出すことにする。平成 25 年度の国民医療費は約 40 兆円であるが、今回の対象となるのはその内の医科診療にあたる約 28 兆円である。今回分類する傷病は 19 項目に渡る。望ましい自己負担率を設定する前に高額療養費制度などの負担軽減措置によって本来の自己負担率より得られる自己負担額が小さくなることを考慮し、調整値 α を導入した。そして疾病分類ごとにかかる負担率を刻み値という独自の値によってスライドさせてそのときに求まる値 β を算出する数式を導出し、その数式を利用して設定したい自己負担額に合わせて負担率を求められるようにした。また、入院における高額な診療の軽減策として調整値 γ の導入を検討した。それらの数式については分析の項を参照して頂きたい。

本稿での提言として上記で記したように現行の自己負担の在り方を見直すこと。そしてそれに伴うモラルハザードの解決策としてプライマリ・ケアの導入。さらには民間保険の参入を促進することを挙げさせて頂いた。

目次

はじめに

第1章 現状分析

- ・問題意識
- ・現状分析
- ・持続可能性を高める方策
- ・モラルハザード問題
- ・モラルハザードの解決策
- ・イギリスにおける例
- ・戦前の医療保険制度の歴史
- ・戦前の医療保険制度の歴史
- ・給付拡大の背景
- ・介護保険制定の背景
- ・各国の自己負担率の実態
- ・フランスの医療費給付
- ・ドイツの医療費抑制施策
- ・自己負担

第2章 先行研究

- ・医療保障の理念
- ・分類可能か
- ・財政的保護とは
- ・具体的な分類
- ・分類に関する更なる言及

第3章 分析

- ・前提条件
- ・調整値 α の算出
- ・負担率 β の算出

第4章 政策提言

先行論文・参考文献・データ出典

はじめに

我々小黒研究会では近年問題視されている社会保障をテーマとしており、その一環として公的医療保険制度に着目した。現在日本では社会保障制度の持続可能性が問題となっているが、公的医療保険制度でも同様である。公的医療保険制度の持続可能性を高める方法は医療費の抑制など様々に考えられるが、本稿では医療費の自己負担の見直しについて研究させて頂いた。その際、高額療養費制度については据え置く方針で考察していることに注意して頂きたい。自己負担の見直し方法については後述するが、学生なりの視点で考察できたのではないかと考えている。分析については具体的な言及は避けているが、今後の我々の研究テーマとしても有意義な結果になったのではないだろうか。先行研究にあたっては印南氏の研究を中心に考察し、それを分析にも活かす形をとらせて頂いた。自己負担の見直しに対して発生する問題については出来る限りの考察をしているが、深くやりすぎでは本稿の趣旨と逸れてしまうため最低限の言及はさせて頂いたつもりである。

現状分析

・問題意識

現在日本では少子高齢化や人口増加、医療技術の発達を背景として国民医療費が増加している。国民医療費の増加は社会支出における医療給付費の増加に繋がるため、今後の社会保障の持続可能性を高めるために公的医療保険の見直しは必須である。そこで我々は公的医療保険の持続可能性を高める方策について考察してみることにした。

・現状分析

公的医療制度の持続可能性を高める方策を考察する前に公的医療保険の現状について触れる。平成 25 年度の国民医療費¹は 40 兆 610 億円(GDP 比 8.29%)で人口一人当たりの国民医療費は 31 万 4700 円である。国民医療費の年齢階層別内訳(平成 25 年度)では 65 歳以上で 57.7%、70 歳以上で 47.2%、75 歳以上で 35.2%(年齢階層別の医療費は図 1 参照)。平成 23 年度の国民医療費の財源別負担構造では保険料が 48.6%、公費が 38.4%、患者負担が 12.3%となっている。つまり、国民医療比は GDP の 8%を占め、その内の 5 割は高齢者に対するものである。このことから医療費の過半数を占める高齢者の増加(70 歳以上の人口比率推移は図 2)が国民医療費の増加の主要因となるといえる。そして財源では保険料、公費、患者負担が 5 対 4 対 1 の比になっている。ここで注目したいのは公費の割合である。日本の公的医療制度は社会保険制度であり、本来は国民から徴収した保険料で運用すべきものである。そのため公費の割合が大きいことは運用が上手くいっていないことを示しているともいえる。国民医療費の財源にみる公費の割合は平成 14 年度において 34.1%であり増加していることが分かる。

次に日本の公的医療制度について述べる。本稿で触れたい特徴として国民皆保険、年齢階層による定率負担、高額療養費制度、後期高齢者医療制度、混合診療原則禁止がある。

・ 1 国民医療費に関するデータは厚生労働省,平成 25 年国民医療費の概況より。

日本の医療保険制度の最大の特徴は国民皆保険である。平成 24 年度の健康保険の加入率は約 89%となっている²。このように高い水準にあるのは運用方式が社会保険方式だからと言える。そのため医療給付を受給するためには社会保険料を納める必要がある。

自己負担においては日本の場合年齢階層別に定率になっており、原則として小学生未満は 2 割、小学生から 70 歳未満は 3 割、70 歳から 75 歳未満は 2 割、75 歳以上(後期高齢者)は 1 割となっている(70 歳以上でも現役並みの所得あれば 3 割負担。)。これらの負担額以外の部分は保険者によって現金給付が行われる。この制度は定額ではないため、受診料が大きくなるのに比例して自己負担額も大きくなる。

この負担を軽減するために負担金に上限を設けているのが高額療養費制度である。高額療養費制度は月単位での負担金上限を設けており、長期入院や複数回の高額診療にも対応しているため柔軟性が高い制度であると言える。上限水準は受給者の所得によって異なり、近年においては公的給付縮小の流れにより従来の 3 つの分類から 5 つの分類に細分化された。

後期高齢者医療制度は 75 歳未満の国民医療保険とは独立した医療制度であり、財源は国民健康保険と被用者保険からの後期高齢者支援金が約 4 割、高齢者の保険金が約 1 割、公費が約 5 割である。この制度の成立要因としては高齢者からも保険料を取ることや世代間不公平の解消、そして国民健康保険の負担解消が主なものである。

混合診療とは保険の対象となる保険診療と対象外である自由診療を同時に行うことであり、日本では原則禁止となっている。もし混合診療を行った場合、保険診療も保険対象外となるが、例外として保険外併用療養費制度がある。この制度は保険外診療でも評価療養と選定療養に関しては例外として保険療養との併用を可能とするものである。評価療養とは所謂先進治療などのことで選定療養は差額ベッド代などのことを指す。その他にも幅広い給付が行われており、日本の医療保険は給付範囲の広い優れた制度だと考えられる。

・ 持続可能性を高める方策

問題提起でも述べたが、日本の公的医療保険制度の持続可能性を高めるためには具体的にどのような方策が考えられるのか。私は主に 4 つあると考える。診療報酬の引き下げ、自己負担の見直し、保険料の引き上げ、増税の 4 つである。しかし、それぞれの方策には

²国土交通省、公共事業労務費調査(平成 24 年度)より。

問題点が挙げられる。まず診療報酬の引き下げには医療サービスの供給低下や待ち時間の長期化、勤務医の待遇悪化、病院機能の低下など多くの問題がある。自己負担の見直しについては後述するがモラルハザードの発生が考えられる。また、保険料を引き上げれば無保険者の増加が起こる。増税は公的年金制度でも先の消費税の引き上げなどによって行われているが、本来の社会保険制度の運用に必要な保険料による担保が小さくなるため制度そのものの持続可能性が著しく低下するという問題がある。制度を持続させるために保険料の引き上げや増税による歳入の増加は民意に沿わなくても比較的安易にできる。しかし、そういった医療給付費の増加という問題を先送りにする方策は将来的に限界があるといえる。そこで歳出における方策である診療報酬の引き下げや自己負担の見直しを検討したい。本稿では報酬引き下げは多くの問題があるため、自己負担の見直しに関して検討することとした。

・モラルハザード

医療保障にはモラルハザードという問題が付きまとう。現在のような幅広い保障が行われている状況では国民の健康への意識は希薄になってしまう。生活習慣病は一律に生活習慣だけが要因ではないが喫煙や暴食などの不摂生も大きな原因であり、それらの不摂生を行うものを広く保障するのであれば健康を意識する国民が割りを食う形となる。そこで致命度が低い疾病に対する自己負担を引き上げた場合、軽度の疾病では病院へ行かずに重症化するというケースが考えられる。そこで印南氏は給付資格の厳格化や健康診断を受けない者への保険料・自己負担引き上げなどが有効だとしている。また、プライマリ・ケアを導入することによって重症化を防ぐことも有効である。

・モラルハザード問題の解決策

軽度の疾病では病院に行かずに重症化するというモラルハザードの問題の解決策として、日本におけるプライマリ・ケア、家庭医、総合診療医（ジェネラリスト）の推進が有効ではないかと考えている。プライマリ・ケアとは、国民のあらゆる健康上の問題、疾病に対し、総合的・継続的、そして全人的に対応する地域の保健医療福祉機能を指す。直ちに生命の危険がない新規患者を診察し、患者の長期的な健康状態をサポートし、必要な患者は病院に紹介するサービスのことであり、軽度の疾病の自己負担を高くした際の重症化

を防ぐ確率を高められることが考えられる。また、家庭医とは、疾病臓器・患者の性別・年齢・その他医学的技能の専門性にとらわれず、患者ならびに地域住民の健康問題を幅広く担当する家庭医療という医療分野に対し、専門的に従事する医師のことで、プライマリ・ケアとならんで予防医療としての役割を果たすものである。総合診療医とは、かかりつけ医と近い意味のもので、患者の特定臓器に着目するのではなく、全体的な健康問題に向き合って治療を行う医師のことである。総合診療医が担う役割は、世界各国やまた地方自治レベルでもさまざまであるが、先進国の都市地区においては、総合診療医は患者に密着した慢性期医療、および生命を脅かさない急性期医療が主な役割であり、深刻な疾病の早期発見、健康教育、予防医療なども担っており、これも軽度の疾病の重症化を防ぐ役割を担うことができると考えられる。

現在日本ではプライマリ・ケア医としてのスペシャリティは存在せず、家庭医や総合診療医は開業医や一般病院の外来などの一般内科医、小児科医などがその役割の大半を担っている。しかし、高齢者は複数の疾患を抱えており、長期入院や過剰な医療機関受診が財政的保護の観点から問題になっている。さらには、近年日本プライマリ・ケア学会が認定する「プライマリ・ケア専門医」、日本家庭医療学会が認定する「家庭医療専門医」などの資格が発足したが、ジェネラリストとしての専門性が統一されておらず検討中の段階である。また、2009年のOECD対日審査においては、日本は不必要な専門医受診を防ぐゲートキーパー制度を導入し、総合診療医の数を増やし、かつ専門医の役割を明確にするよう勧告されている状態ではあるが、2017年より日本でもイギリスのGP（General Practitioner）と同様の機能が期待されている総合診療医の専門教育がスタートし、それと同時に総合診療専門医が発足することが決まっている。

・イギリスにおける例

イギリスでは「NHS」(National Health Service)を通じて税金による無料の医療供給サービスを提供しており、GPと呼ばれる家庭医がプライマリ・ケアを供給している。また、イギリスは総合診療医としてGP制度というものを採用しており、総合診療医が一次医療を担っている。そのため、救急などの場合を除いて、担当GPの許可なく上位医療を受診することはできないようになっている。また、英国医師の32%(約43,000人)はGPとして就業しており、国民の認知自体も高くプライマリ・ケアが広く普及している。イギリスのGPの診察の内容は対話を重視したカウンセリングの

ようなものであり、医師が全て決めるのではなく、エビデンスに基づいて選択肢を示しつつ患者・利用者に解決策を選ばせるような患者の自己決定がベースとなって問題解決に努めるというものである。また、必ずしも医学的なアプローチだけに頼らず GP は継続的な関係と対話しやすい雰囲気の中で、職場のストレスを原因とする頭痛であれば職場の原因を、家庭の人間関係に起因するメンタル的な悩みならば家族の課題を解決しようとする中で、医学の世界に持ち込まない方策も含めて患者の問題解決を図る。これは病院中心の医療とは明らかに異なるものである。しかし、それでも患者・利用者が高度で複雑な医学知識を全て理解するのは困難である。経済学で言う「情報の非対称性」が必ず残ってしまう。そのため、イギリスの医療制度は患者の自己決定を支える仕掛けが幾つか存在しており、部分的に市場原理を取り入れる「準市場」の考え方を内在させている。まず、診療所や GP にかかる際、患者が自らの判断で診療所を近所から選べる。さらには、「NHS Choices」というウェブサイト(<http://www.nhs.uk/Pages/HomePage.aspx>)において様々なデータが公開されており、診療所の住所や名称を入力すると、住所や電話番号、営業時間、障害者用施設の有無などの基本情報のほか、その診療所の GP 名前が他の 4 人の GP と並んで出て来る。さらに「5 人のうち 1 人は女性」「日本語も対応可」などといった付加情報も知ることができるほか、患者満足度調査や平均値に対する格付け評価なども把握できるようになっている。

・戦前の医療保険制度の歴史

医療保険制度の歴史は古く、明治の中期より一部の国鉄の従業員などのために共済組合が組織されていた。国の制度として整った日本最初の医療保険制度である健康保険法は 1922(大正 11)年に公布、昭和 2 年からそのサービスが開始されており、これは他の先進国のたどった道筋と同じであり、政策の動機も、労働運動に対して産業を復興させることにあった点でも共通する。厚生労働省の厚生労働白書(19)によると、その内容は被保険者として工場法と鉱業法の適用を受けている企業で働く常用従業者を対象とし、多くの臨時の雇用従業者は除外されているものであったという。しかし、池上氏は大企業だけでなく独自に健康保険組合を設立することの難しい中小企業の従業者に対しても当初から保険制度が用意されていたことに関しては日本独特のものであったと評価している。当時の保険料は賃金の 3%であり、事業主と従業者が負担した。保険給付(サービス)は、従業者の傷病に対する療養(現物給付)と労働不能に対する手当金を中心となっていた。なお、この給付は、あくまでも被保険者本人だけで、家族に対する給付はなく、支給期間は 180 日以内であり、あ

まり効果がなかったとの指摘を厚生労働白書（19）においてされている。さらには、池上氏によると、この医療保険の加入者数は施行された当初は国民全体のわずか3%程度にすぎず、人口の半分を占めていた農民には敷居の高いものであった。しかし、被用者保険の関心が高まっていき、昭和の初期より徐々に草の根の協同組合を設立する市町村も現れ、政府も1938(昭和 13)年に国民健康保険法を施行して財政的にも支援するようになったという。また、池上氏は政府が医療保険の拡大に熱心であった最大の理由として、中国との戦争が拡大するに従って健康的な兵隊を徴収できるようにするために国民の体力を増強するべきであるという陸軍からの圧力が背景にあると述べている。こういった圧力は太平洋戦争が勃発すると一段と大きなものになり、保険の加入率も比例して増え、昭和 18 年には 7 割以上に達したという。このことについて池上氏は、「戦争による危機的状況が社会保険拡大の原動力となったといえよう。」と分析している。

・戦後の医療保険制度の歴史

池上氏によると、敗戦後日本は戦後の混乱のため国保組合のある市町村数は減り、昭和 23 年には加入率は 6 割を下回ったという。しかし、徐々に経済状態が回復するにつれて、国保組合を再開する市町村の数は増えていった。このような国保組合の拡大と被用者保険の充足により、昭和 30 年代前半には国民の 9 割近くが保険に加入するようになったという。そして、それに伴い皆保険に向けての政治的圧力が高まり、こうした背景から 1961（昭和 36）年に国民皆保険制度が確立された。

このようにして皆保険は実現したが、医療保険の体制としてはバラバラのままであったと池上氏は言及する。各市町村は国保組合の保険者になることが義務づけられたが、地域を単位する国保組合が保険制度中心にはならなかったそう。しかし、国民皆保険が実現する 3 年前に、国保組合を含めてどの保険であっても、すべての医療機関に対して診療報酬体系の点数を円に換算するレートを同じにすることが義務付けられるようになり、国保組合が診療所や病院を直営する利点がなくなってしまった。池上氏はこのことについて、「国保の裁量権が未然に大幅に制限されたが、その反面、今日のように国民は保健証一枚あれば日本中どの医療機関も受信できて同じレベルの医療が保障されるような体制になった。」と述べている。

・給付拡大の背景

池上氏によると、皆保険は平等な医療体制に向けての大きな一歩であったが、大きな不平等が依然として存在したという。これは、国保組合の加入者には雇用者がなく、また被用者保険の加入者と比べて健康水準や所得レベルは相対的に低かったために、当時、被用者保険の本人は自己負担なしなのに対し、自己負担割合が五割という高い水準にあったからである。このように高い自己負担率は特に高齢者にとって受診の敷居を高くするものであり、当時の統計によれば高齢者の有病率は中年よりも高かったにもかかわらず医療受診率は低かったことがわかっている。このような不平等は昭和 40 年代前半においておおばに改善されることとなった。1973（昭和 48）年は「福祉元年」とも呼ばれる年で、同年において自己負担の最大割合が三割に引き下げられたのをはじめ、高額医療費に対しては各保険に共通な自己負担額の上限が設けられた。さらに、老人に対して「ただ」の医療を政府が自己負担分を一般財源で手当てすることによって実現したのも同年である。この財政調節による平等を実現しようとする世の中の流れにより、保険料収入の不足分を税金で補うことによって、相対的に恵まれない人々が受診しやすくなった。その結果、とくに高齢者については自己負担がなくなり、受診率は大幅に増加した。さらには、池上氏によると、必ずしも十分に予期されなかったことであるが、入院医療が大幅に増加し、その結果、施設介護が日本において初めて本格的に普及しだしたという。また、老人医療に対する政府の補助金は昭和 50 年代前半においてはほぼ倍増し、1980（昭和 55）年には一兆円近くに達し、「福祉垂れ流し」として批判を受けるようになり、その背景により昭和 50 年代後半の行革による財政支出削減の標的となった。そしてそこで起こった制度改革の一つに 1983（昭和 58）年に施行された老人保健法があり、これによってそれまで国が老人の自己負担分を払っていたのを改め、老人医療費全体を、保険者が七割、国が二割、都道府県と市町村が残り一割を折半するプールから支払うよう改めた。そして、このプールに対して各保険者は加入している老人の割合に関係なく均等に拠出することが義務づけられたため、老人加入割合が低かった保険者ほど大きな負担が強いられるようになった。また、この頃の制度改革のもう一つとして 1984（昭和 59）年に創設された退職者医療制度がある。これにより、退職したサラリーマンとその家族は国保組合に加入しつつ、自己負担の割合は本人二割、その家族は入院二割、外来三割に軽減された。財源としては、被保険者の国保組合の保険料と被用者保険からの拠出金であり、被用者保険にとっては新しい負担となった。そして、この頃最後の制度改革として同じく 1984（昭和 59）年に実施された健康保険本人に対する一割の自己負担

導入がある。これにより、従来は無料であった健保本人も受診した際には定率の負担をするようになった。

・介護保険制定の背景

昭和 50 年代後半に行われた一連の制度改革により、政府の財政的保護と同時に制度全体として平等の推進となったが、拠出金が増えたことに対して日経連や健保連などからの不満がおさえがたくなり、また、これまでのような制度の微調整では早いペースで高齢化が進んでいる日本でこれからの高齢者ケアに対応することは困難であった。そこで厚生労働白書（19）によると、1989（平成元）年 12 月には、ホームヘルプ、デイサービス、ショートステイといった在宅福祉対策の緊急整備に重点が置かれた「高齢者保健福祉推進十か年戦略（ゴールドプラン）」が策定され、それを節目に在宅介護の充実が図られることとなった。また、1990（平成 2）年には、ゴールドプランを円滑に推進するため、①在宅福祉サービスを高齢者保健福祉の一つとして法律上位置づけること、②全市町村及び都道府県において老人保健福祉計画の作成を義務づけること、③老人福祉、身体障害者福祉にかかわる実施責任を都道府県から市町村に委譲することなどを内容とした老人福祉法等の改正が行われた。さらには、1994（平成 6）年には、全国の市町村及び都道府県で作成された老人保健福祉計画の内容を踏まえ、ゴールドプランの内容を見直して一層の充実を図る「新・高齢者保健福祉推進十か年戦略（新ゴールドプラン）」が策定され、在宅、施設両面にわたる基盤整備が急速に進められた。

・各国の自己負担率の実態

医療費の自己負担のあり方は、医療サービスの提供体制によって異なる。各国の医療サービスの提供体制については大きく 3 パターンに分かれる。ドイツとフランスは日本と同様に社会保険制度で運営している。イギリスやスウェーデンについては原則として政府が主体となって税方式で運営している。これらに対しアメリカは基本的に民間保険で運営し、高齢者、障害者、貧困層などといった社会的弱者に対するセーフティネットだけ政府が用意している。自己負担については、イギリスは処方薬の自己負担だけでほぼ無償（処方薬の支払免除制度あり）で、スウェーデンとドイツは受診料や処方薬代を定額とし、かつ年間の医療費負担総額に上限を定めており、フランスでは医療保険の給付率（償還率）が疾病や薬効によって幅広く設定され、任意加入の補足給付制度によって自己負担軽減を実現している。

アメリカに関しては医療における選択の自由を重視し、必要最小限のセーフティネット以外に公的医療制度を持たずにきたため、医療費の高騰（GDP の 15%）、民間保険料の高騰と無保険者の増加（人口の 15%にあたる約 4600 万人）を引き起こしている。ここでは、医療費を疾病別に給付しているフランスと、過去に公的医療保険の費用が増大し、その抑制政策を行ったドイツの医療費抑制施策に関して述べる。

・フランスの医療費給付

フランスの公的医療保険の支給は償還払い制を採用しており、医療者に対し患者が直接医療費を支払ったのち、疾病などに応じてその約 8 割を保険において給付（償還）される。その給付率、保険給付の範囲等については表の通りである。疾病だけでなく、医療行為や薬剤などの種類によっても給付率に差が設けられている。また、医療供給サイドに関しては、医師等の医療職が行う場合の方が看護師等の医療補助職が行う場合よりも給付率が高く設定されている。さらに、同じセクター1の医師であっても、診察に対する報酬の額は、一般医よりも専門医の方が高く、専門医よりも精神・神経科医の方が高くなっている。このように、職種に対する評価が診療報酬額に反映されている。

なお、出産保険給付や傷病手当金などは現金給付される。

・ドイツの医療費抑制施策

ドイツ（統一前の旧西ドイツ）では 1970 年代半ば以降、「コスト爆発」と呼ばれたほど保険医療費が増加した。労使が負担する保険料率の平均は 1970 年の 8.21%から 1976 年には 11.28%へと急上昇する。また、保険医も増加し、1991 年の時点で過去 20 年間に 1.5 倍になっていた。このため保険医療費抑制をめざす様々な措置がとられたが、公的医療保険制度の構造そのものの改革はなされず、1992 年に制定された医療保障構造法（GSG）により、初めて抜本的な制度改革が実施された。ここでは医療保障構造法（GSG）によって行われた医療費抑制策について簡潔に述べる。

（1）保険医数の制限

ドイツでは、前述した通り保険医の増加が問題になっていた。そこで、医療保障構造法（GSG）において「110%制限」規定が導入された。これは、開業している医師 1 名に対する住民数より一般比率の数字のほうが 10%以上大きい場合を「供給過剰」（Überversorgung）と呼び、州委員会が「供給過剰」と判定した場合に州委員会が新規の保険医認可を制限する

よう認可委員会に命ずるというものである。しかしその結果、家庭医については医師不足といえる状況となってしまった。

(2) 定年制

前述した保険医数の制限は新規に開業を希望する若い医師にとって不利となるため、医療保障構造法（GSG）の「110%制限」の新設と同時に保険医の定年制を導入した。これは、保険医が 65 歳に達した四半期の末に保険医資格は終了するといった内容である。（現在は 68 歳に引き上げられている。）

(3) 診療報酬の予算制

1 つの保険医協会に所属するすべての保険医の診療報酬総額は、保険医協会と疾病金庫の州レベルの連合会との契約により取り決められ、個々の保険医への診療報酬の配分は保険医協会が行っている。診療報酬総額の大部分は、被保険者 1 人あたりの基準額を被保険者数に乗じた額であり、基準額の基礎は、各々の疾病金庫の 1991 年の診療報酬総額を加入者数で割った人頭単価である。これに賃金の上昇や医療技術の進歩による診療報酬の引上げ等を加味して毎年改定されてきた。これは、医療保障構造法（GSG）以前も同様の方式であったが、診療報酬総額の上昇に歯止めをかける規定が法律にはなかった。

医療保障構造法（GSG）において、1993 年から 1995 年までについて診療報酬総額を定める際、その上昇率が保険料徴収の対象となる賃金の上昇率を超えてはならないとする規定を新設し、診療報酬総額に上限を設けた。なお、疾病の早期発見のための診療、救急など、予算制からはずされている給付もある。また、個々の保険医は行った診療を「統一評価基準」によって点数化し、四半期毎に保険医協会に請求する。請求内容が審査委員会（保険医協会と疾病金庫で構成）によって審査された後、保険医協会は診療科毎の配分額を保険医の総点数で割り、1 点の単価を決めて個々の保険医の点数に乗じて報酬を得る。

これらの施策により、1992 年以降の平均保険料は近年また徐々に上がりつつあるが、当初は 1970 年代後半の平均保険料程度まで低下させることが出来た。しかし、医師不足などといった新しい問題も出てきており、近年はそういった新しい問題について解消を目指しており、様々な制度改革が進められている。

・ 自己負担の見直し

自己負担の見直しは年齢階層別の定率負担の見直しや高額療養費制度の見直し、混合診療を解禁するか否かなどが挙げられる。

現状分析で挙げたように現行の公的医療保険制度の自己負担は定率であり、収入による差異もあるが基本的に 70 歳未満は 3 割、70 歳から 74 歳は 2 割、75 歳以上は 1 割となっている。自己負担率を見直す方法としては年齢階層をより細分化して負担率を同様に細分化することも考えられる。しかし過度の細分化はシステムをより複雑なものとするため利用者に混乱が生じるという問題がある。また、この年齢階層別の負担率というものは傾向として高齢になるほど低い負担になるが、上述したように 65 歳以上が医療費の 5 割を占めているため医療給付費が肥大化する恐れもある。

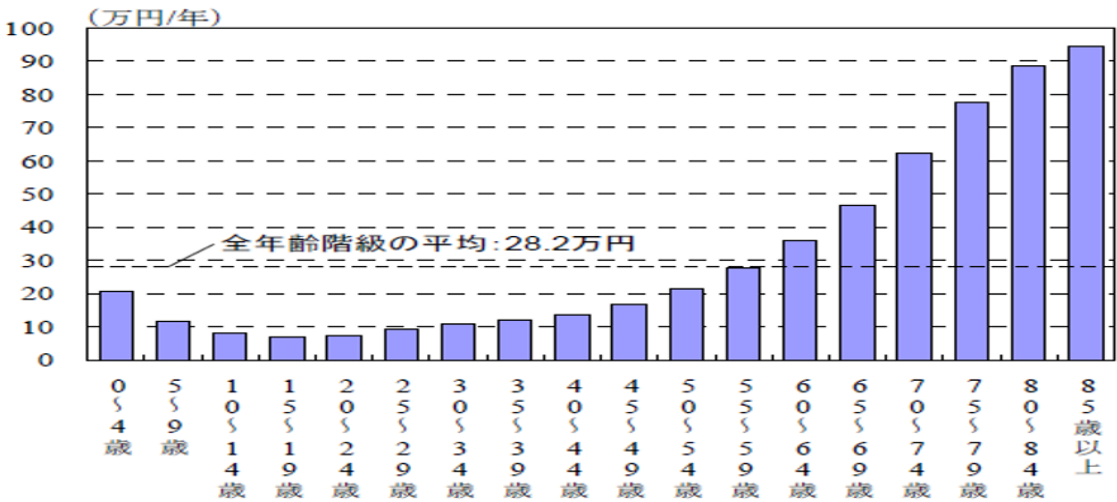
高額療養費の見直しは医療費負担の上限金を引き下げることが考えられる。高額療養費の支給額は平成 13 年度において約 8000 億円であったが、平成 22 年度は約 2 兆円と十年で 2 倍以上と膨張している。最近では所得によって上限金に変化するなど実質的に負担を引き上げているものの、財政的保護の観点から見ると高額療養費制度は公的医療制度の根幹を成すものであるため、引き上げによって経済的に破綻する国民が発生することは好ましくない。

混合医療の見直しについては全面解禁とは行かないまでも、保険外併用療養費制度のように評価療養や選定療養との併用の幅を拡大することは医療給付費削減に貢献するものとする。田近・菊池(2012)³は現在の保険適用サービスの一部を選定療養とし、そこを民間保険が実損填補するという案を挙げている。後述するが本稿では公的医療の給付範囲を見直すことを提言しており、その際に給付範囲外となった傷病については選定療養として民間保険の参入を促すのは面白い議題だと考えている。

以上のように一概に自己負担の見直しといっても様々であるが、本稿では主に自己負担率の見直しを研究対象としている。具体的には現行の年齢階層別の定率負担ではなく、疾病を重症度や緊急性が高いものから順に分類し、重要度が高いと分類されたものについては高水準の給付を、低いものに分類されたものについては高負担とする。これは所得や年齢による区分ではない。

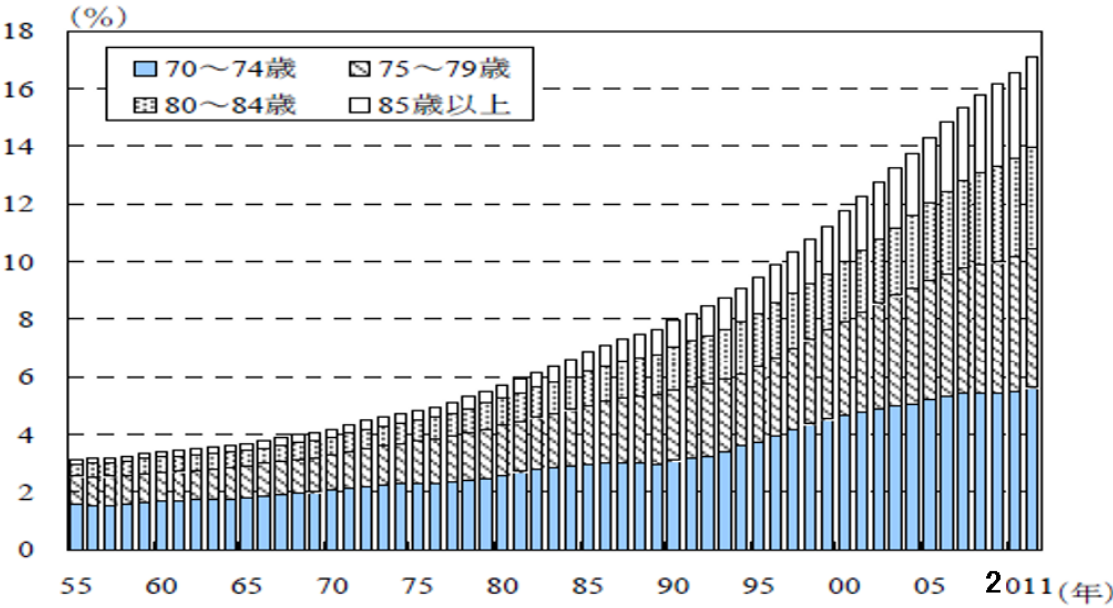
³田近栄治、菊池潤(2012)「日本の公的医療制度の課題と民間医療保険の可能性」財務省財務総合政策研究所

図1:年齢階級別の医療費(2009)



(出典: 高山(2012),「経済レビュー」三菱東京UFJ銀行)

図2:70歳以上の人口比率推移



(出典: 高山(2012),「経済レビュー」三菱東京UFJ銀行)

図 3：基礎医療保険制度の給付率(2010 年

	一般	高齢者連帯手当 受給者等 ^{※1}
(外来診療報酬)		
医師、歯科医師、助産師の報酬	70%	80%
医療補助者（看護師等 ^{※2} ）の報酬	60%	80%
(検査費用)		
B 分類の行為（生物学的行為）	60%	80%
P 分類の行為（病理細胞・解剖検査）	70%	80%
医師、歯科医師、助産師による検体採取	70%	80%
医療補助者等による検体採取	60%	80%
HIV 及び C 型肝炎の抗体検査	100%	100%
(薬剤)		
白ラベルの薬剤	65%	65%
青ラベルの薬剤	35%	35%
オレンジラベルの薬剤	15%	15%
代替性のない特に高価な薬剤	100%	100%
薬剤師によって調剤された薬剤	65%	80%
ホメオパシーの調剤等 ^{※3}	35%	80%
(その他の医療費)		
眼鏡・コンタクトレンズ	65%	80%
補聴器	65%	80%
包帯、付随品、小型機器	65%	80%
整形外科	65%	80%
大型機器（補装具、義肢、車椅子）	100%	100%
人体からの生産物（血液、母乳、精液）	100%	100%
移送費	65%	100%
(温泉療法)		
診療報酬（包括的医療指導、補足的医療行為）	70%	80%
水治療法	65%	80%
宿泊費用・移送費用	65%	80%
入院による温泉療法	80%	100%
(入院)		
入院費用 ^{※4}	80%	80%
他の病院への転院	100%	100%

※1 低所得高齢者とは、高齢者連帯手当（ASPA）及び老齢連帯基金（FSV）の補足手当の受給者をいう。

※2 看護師の他に、マッサージ運動療法士、言語療法士、視能矯正士、足治療・専門医が含まれる。

※3 他に、制限が解除された給付率 35% の特別調剤がある。

※4 入院費用には、滞在費、手術室費、医師・医療補助者への報酬及び検査費用が含まれる。

（出典）ameli.fr-Relevé et taux de remboursement（2011/03/30 アクセス）

（出典）江口隆裕、筑波ロー・ジャーナル 10 号（2011：10）「フランス医療保障の制度体系と給付の実態

—基礎制度と補足制度の関係を中心に—」

図 4：診察に係る保険給付額

	料金	給付基礎	給付率	給付額
セクター 1 の一般医	23 €	23 €	70 %	$23 \text{ €} \times 0.7 - 1 \text{ €} = 15.1 \text{ €}$
(かかりつけ医を通さない場合)	23 €	23 €	30 %	$23 \text{ €} \times 0.3 - 1 \text{ €} = 5.9 \text{ €}$
セクター 2 の一般医	自由料金	23 €	70 %	$23 \text{ €} \times 0.7 - 1 \text{ €} = 15.1 \text{ €}$
セクター 1 の専門医	25 €	25 €	70 %	$25 \text{ €} \times 0.7 - 1 \text{ €} = 16.5 \text{ €}$
(かかりつけ医を通さない場合)	25 €	25 €	30 %	$25 \text{ €} \times 0.3 - 1 \text{ €} = 6.5 \text{ €}$
セクター 2 の専門医	自由料金	23 €	70 %	$23 \text{ €} \times 0.7 - 1 \text{ €} = 15.1 \text{ €}$
セクター 1 の精神・神経科医	37 €	37 €	70 %	$37 \text{ €} \times 0.7 - 1 \text{ €} = 24.9 \text{ €}$
セクター 2 の精神・神経科医	自由料金	34.3 €	70 %	$34.3 \text{ €} \times 0.7 - 1 \text{ €} = 23.01 \text{ €}$

(出典) ameli.fr-Les consultation en métropole (2011/04/04 アクセス)

(出典) 江口隆裕、筑波ロー・ジャーナル 10 号 (2011 : 10) 「フランス医療保障の制度体系と給付の実態 ―基礎制度と補足制度の関係を中心に―」

先行研究

現状分析において我々は自己負担の在り方を見直す方策として現行の年齢階層別の定率負担を疾病の分類による定率負担へと変更することを提唱した。先行研究の項においてはその疾病の分類に際して印南氏⁴の研究を参考にさせて頂いた。

・医療保障の理念

我々が幸福を追求するためには自由に生きることが必要であり、他者から強制されてはならない。そのためには国や社会などのコミュニティーの中で一人一人が平等に尊重されなければならない。印南氏は医療の保障、中でも生命保持を最も重要視している。生命や健康が保障されなければ自由を追求することはできないからである。しかし、医療の保障にも限界がある。第一の理由として医療の内容や機能は生命保持の観点から見れば千差万別であり必要性には開きがあること。第二に医療とは幸福追求の手段に過ぎず、医療の保障が他者の幸福追求を侵害してはならないこと。第三に資源の制約がある。印南氏は生命の回復・維持・向上すべてを保障するのが望ましいが生命の保持、つまり救命に関わるようなもの以外を全て保障するのは難しいとしている。健康の維持や向上というものは個人でも食生活や運動など自助努力が可能なものもあるため、保障する範囲を線引きすることは難しい。そして冒頭で挙げたように公的医療保障制度の維持可能性が危ぶまれる中では今のように広い範囲の保障は不可能である。

印南氏は医療の無条件・無定量の保障が結果的に経済的自由を侵害するとして医療保障と幸福追求とのバランスをとる選択肢として4つの区分を提示している。

第一は年齢による区分である。現在では後期高齢者医療制度がそれにあたるが印南氏は高齢者を一律に弱者とする点に疑問を呈している。高齢者間にも世代内格差があるためである。このため中流以上の高齢者に対して過大な所得移転が生じているとしている。

第二は所得による区分である。現在においては高額療養費制度における上限や生活保護の医療扶助制度に見られる。ここでも印南氏は資産を考慮していないために真の経済的弱者を救済するということできていない点を問題視している。

⁴印南一路、堀真奈美、古城隆(2011)「生命と自由を守る医療政策」東洋経済新報社

第三として自己責任による区分を挙げている。これは自己責任の有無により保障すべきかどうかを区分するものであるがどこまでを自己責任とするのかという点が非常に難しい。疾病というものは単に自己責任によるものだけが要因とは言えないからである。

第四として医療目的による区分を挙げる。これは医療の内容や機能による区分である。医療の目的は救命救急からリハビリまで様々だが、氏はそれらを生命に関わるもの、緊急性はないが致命的、感染症や精神疾患、機能障害、苦痛緩和などの類型に分けることができるとしている。氏は医療を無制限に保障できないのであれば生命保持のための救命医療を優先すべきだとする。生命は付加逆的なものであり、幸福追求において最も重要なものだからである。しかし、氏は医療の目的は生命保持以外にもあるとしている。幸福追求のためには身体的・精神的・経済的に自立していることが必要だとし、自立の確保・維持・回復の支援も同様に目的であり、自立医療も保障されるべきだとする。ただし、救命医療とは違い、等しく保障されるべきものではなく自由とのバランスを考慮して公平で相対的な保障に留めるものとする。つまり過大で無制限な保障により他者の財産権を侵害してはならないということである。ここで氏が言いたいのは救命医療が第一であって自立医療はできる範囲で提供すべきだということである。

以上のように印南氏は医療を救命医療と自立医療の二段階に分け、段階に応じて保障水準を変えることを提唱している。

・分類可能か

印南氏は医療を救命医療保障と自立医療保障の二段階保障に分類できると考えており、それは我々が本稿で提言したい医療給付の改革案にも適用できる。印南氏は国民の幸福追求の権利として生命の維持が重要であり且つ国民が経済的に破産しないようにするべきだとしているがそれは我々も社会保障の基本概念である財政的保護の観点から同じように考えている。そのためには生命の維持である救命医療を第一として国民に平等に提供し、自立医療は公正で且つ維持可能な範囲で提供すべきである。

印南氏は医療を分類するにあたってまず現行の給付範囲の確認、分類可能かどうか、そして氏の理念に沿った給付範囲の決定というプロセスで考察している。

現行の給付制度では歯科や眼科から鍼灸、マッサージと欧州の国がカバーしていない領域までも保障している。また欧州では薬剤の分類によって負担率に違いが出ることもあるが日本では定率である。このように日本の給付範囲は比較的広範囲に及ぶものであり、他国と比較して優位な点であると言える。逆に諸外国と比較して正常分娩が保障外となっ

いる。ここまで日本の医療給付は比較的広範囲であることを述べたが、一方で医療費の観点から見れば日本の公的医療給付の範囲は比較的狭いと言える。OECD による加盟国の総保健医療支出において日本の総保健医療支出は約 42 兆円であるのに対して社会保障給付費は 29 兆円となっており、印南氏はこの給付割合の水準は低いとしている。しかし、総医療給付費は約 42 兆円と比較的大きい額となっている。

現行の医療給付では救命医療と自立医療は区別されておらず、そのため救命医療においては高額療養費制度を利用しても高額負担になる可能性がある。それでは医療を二段階に分けることは可能なのか。印南氏は医療行為の結果については患者の特性に依存する部分が大きく予測することは難しいとしている。つまり軽度の傷病であっても患者の特性によっては重症化したりするケースがある。よって医師ができるのは患者の治癒確率を予測することだけである。結果の観点からは区別は難しいが、必要性の観点からはその医療行為が致命性や緊急性という尺度によって区別できると氏は考えている。実際の医療現場では患者の状態から暗黙的に治療の必要性が判断されており、その判断基準を医療行為の区分に応用できるとしている。それにより致命性や必要性の高いと判断されるものを救命医療、それ以外を自立医療という形で分類可能である。

・ 財政的保護とは

ここで財政的保護の概念について触れる。財政的保護とは社会保障の根底にある概念であり、国民を破産させないように保護するべきだという考えである。そこでお金がかかる重い疾病を重点的に保障するべきではいかと考える。

・ 具体的な分類

それでは具体的にどういった分類になるのか。氏はまず医師国家試験における基本問題である疾患・症候群 111 項目を基本に臨床医等に話し合ってもらい、さらに細分化した 116 項目を分類した。分類に際して氏は社会的妥当性と医学的必要性という二つの軸を利用している(図 5 を参照)。社会的妥当性とは、適法であるか、本人又は代理人の意思が確認できているか、患者の利益に沿うものか、その医療行為は効率的であり且つ費用効果の高いものかどうかという 4 つの条件からなる。医学的必要性は先に挙げたように致命性や必要性という尺度によるものである。以上の二つの軸を縦軸と横軸にとり、右上方に位置

するもの程重要度の高いものと分類している。そして結果的に6段階(AからF)に分類している(分類表は図6)。Aは緊急性・致命性が共に高いもの(脳出血・心筋症・腎不全など)、Bは緊急性においては高くないが致命性が高いもの(糖尿病・各種がん・急性胃腸炎・正常分娩など)、Cは他者への感染や自傷・互いの可能性がるもの(結膜炎・統合失調症・うつ病・ウイルス性発疹症・肺結核など)、Dは機能障害の恐れがあるもの(脳性麻痺・白内障・扁桃炎・気管支炎など)、Eは苦痛緩和が必要なもの(逆流性食道炎・便秘症・睡眠障害・てんかん・尿路結石など)、Fはその他(更年期障害・各種依存症・鉄欠乏性貧血など)となっている。氏はAからBを救命医療、CからFを自立医療としている。それぞれの区分に対する給付に関して、氏は救命医療については高い給付を、自立医療についてはCからEまでは低い給付、Fについては給付外とするか高い自己負担を課す案を提唱する。

以上のように医療を大枠によって分類可能である。また、実際の導入に際してはより多くの医療があり、それらをさらに細分化する必要性がある。氏は自立医療の給付範囲を問題視する。致命性や緊急性の観点から救命医療を分類するのは比較的容易であるが、それ以外の自立医療は非常に幅広いためである。医療給付は患者と医療機関の間では利害が一致する。一方で患者、つまり医療サービスを受けるものとそれ以外の国民との間で利害が対立している。先に述べたように過大な医療サービスの供給は利用しない国民の財産権の侵害となる。氏は適正な給付範囲を考察するにあたって連帯の範囲と無知のヴェールという概念を導入している。連帯の範囲とは財の強制的な移転を伴う給付のことである。そして無知のヴェールとは、国民が疾病にかかるリスクや医療費の水準、公的医療制度についての知識をある程度持ち合わせているが、自分たちの収入や職業などの属性に関する知識を持ち合わせていないとし、生まれつきの障害等の有無に関わらず皆が健常者であり、民間保険に国民全員が加入できるわけではないとする仮定のことを指している。この仮定のような初期状態の下で合理的な意思決定を行うこととしている。これはつまり一般的に議論の際には様々な立場があるが、それを無くして考えることを意味する。

・分類に関する更なる言及

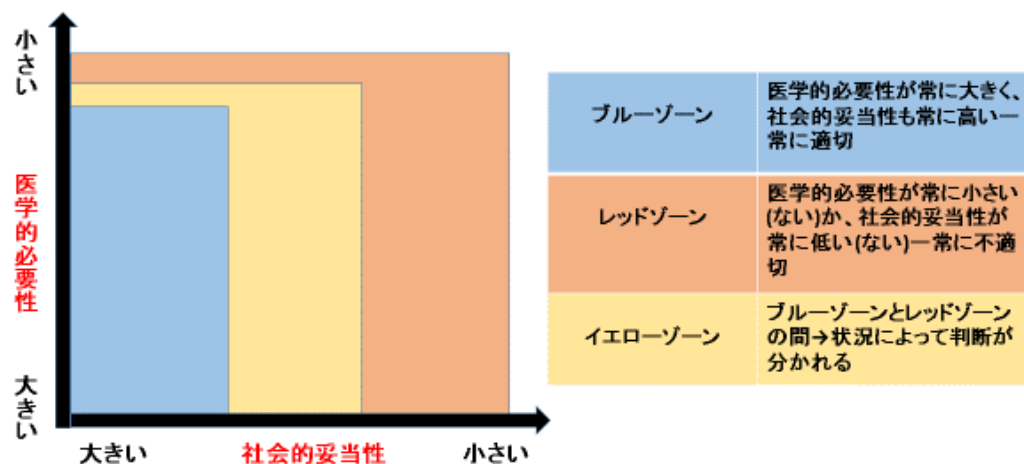
以上の2つの概念により氏は自立医療について更に言及している。氏は自立医療には3つのカテゴリーがあるとしている。第一はCの感染や自傷・加害の可能性のある疾病である。第二はDの治療しなければ重度の機能障害を起こす可能性のある疾病。第三はEの

大きな苦痛をとまなう疾病である。第一と第二については高い自己負担による受診の抑制は好ましくないとする。しかし、第三のカテゴリーに関して苦痛といっても物理的苦痛と違い精神的苦痛は主観による部分が大きいために対応が難しい。精神的苦痛を認めることになれば際限なく給付する事態に成りかねないからである。そこで氏は一定の免責金額を決めて対処するのが望ましいとしている。

では、給付範囲外に成り得るものはどれか。氏は第一に風邪や筋肉痛など軽傷で大きな苦痛をとまなわない疾病を挙げる。現行の公的医療制度では治療しなくても大きな事態とならない疾病の治療も対象としている。第二に自己責任の明確な疾病を挙げる。例えば精神疾患に起因しない自傷行為や美容整形の失敗がある。第三に治療の効果が明確でないものを挙げる。これには実験的な医療の他に、効果があるが非常に効果な先進医療も含まれる(致命的なものを除く)。第四に治療行為でないものを挙げる。例えば入院中の高熱費や食事代や現在選定療法と考えられるものである。

以上をまとめる。医療行為は社会的妥当性と医学的必要性によって6つに分類でき、さらに大きな枠組みでは救命医療と自立医療に区別できる。救命医療は国民が平等に保障されるべきであるが、自立医療は治療を行わなければ周囲にも被害が及び得るものから治療の効果が確認されていないものまで多岐に渡り、給付に関しては公正に行われる必要がある。社会的妥当性・医学的必要性共に低い傷病まで保障することは過大な医療供給となるために他者の財産権の侵害にあたる恐れがある。よって自立医療をさらに分類し、分類によっては高い自己負担を課すべきである。

図5:分類に関する2次元モデル



(印南(2012),『日本の医療政策と医療の経済評価』を元に作成)

図6:印南(2013)による疾病の分類

		傷病
救命医療	(A)緊急、かつ致命的 (35疾患)	脳出血、くも膜下出血、胃潰瘍、骨折など
	(B)緊急性ないが致命的 (37疾患)	糖尿病、高血圧症、不整脈、正常妊娠、急性胃腸炎など
自立医療	(C)感染・危害 (5疾患)	結膜炎、うつ病、肺結核など
	(D)機能障害 (10疾患)	上気道炎、扁桃炎、急性気管支炎、脳性麻痺、白内障など
	(E)苦痛緩和 (21疾患)	不安障害、てんかん、胃食道逆流症、睡眠障害など
	(F)その他 (8疾患)	更年期障害、アルコール・薬物依存症など

(印南(2012),「日本の医療政策と医療の経済評価」を元に作成)

分析

本稿において日本の公的医療保険の負担を疾病ごとの一律にすることを提唱してきた。実際に導入する際には分類や負担率をどうするのかといった課題から、導入後のモラルハザードのような問題の解決策を考察する必要がある。疾病の分類に関しては先行研究で示したように印南氏の分類を適用するのが望ましいと考える。また、モラルハザードの問題についてはプライマリ・ケアなどの一次医療の導入が解決策だと考える。

では、新たな自己負担の税率はどうするべきか。この項目では望ましい負担率に関する分析をさせて頂いた。我々は現在の国民医療費における自己負担額の割合を増加させることを考えている。本稿では具体的にどれぐらいの割合にすべきかという提示はできないが、任意の割合に応じて負担率を求めることができる数式を求めている。

それでは実際にはどうやって負担率を設定するのか。まず厚生労働省の平成 25 年度国民医療費の概況の性、傷病分類、入院—入院外別の医療費⁵を用いる。こちらには傷病別にかかった医療費の内訳が載っている。次に先行研究で挙げた印南氏の分類を適用してこれらの傷病を同様に A から F の 6 段階に分類する。以下は本稿での分類である。尚、新生物について印南氏は言及していないため B の分類とさせて頂く。

分類	傷病	医療費(億円)
A	呼吸器系の疾患、損傷、中毒及びその他の外因の影響	41,677
B	内分泌、栄養及び代謝疾患、循環器系の疾患、消化器系の疾患、妊娠、分娩及び産じょく、周産期に発生した病態、新生物	139170
C	感染症及び寄生虫症、精神及び行動の障害	25128

⁵厚生労働省,平成 25 年国民医療費の概況 p18 より。

D	眼及び付属器の疾患、耳及び乳様突起の疾患、皮膚及び皮下組織の疾患、筋骨格系及び結合組織の疾患、先天奇形、変形及び染色体異常、血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	44183
E	腎尿路生殖器系の疾患	20440
F	神経系の疾患、症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	16851

・ 前提条件

ここで負担率設定の際の前提条件を提示する。国民医療費の内訳として医科診療医療費、歯科診療医療費、薬局調剤医療費、入院時食事・生活医療費、訪問看護医療費、療養費等があるが、本稿が対象としているのはこのうち医科診療医療費に対する自己負担額である。つまり医科診療医療費における自己負担割合を増加させることによって公的医療保険制度の持続可能性を高めるということになる(医療費の内訳の割合は図を参照)。平成 25 年度における医科診療医療費は 71.8%であり医療費の大部分を占めている。尚、分析において次に大きい薬局調剤費(17.8%)の自己負担を増加させることは考慮していない。

平成 25 年度の自己負担額は約 5 兆円(正確には 49,918 億円)である(国民医療費における構成比 12.5%)。医科診療医療費の割合は上述した 71.8%なので自己負担額の内約 3.6 兆円が医科診療医療費からの自己負担額と仮定する。

・ 調整値 α の算出

医科診療医療費における自己負担額は単純に負担率を乗じた値にはならない。高額療養

費制度や年収による自己負担額の調整等といった負担軽減策が行われているからである。分析するにあたってはまずその調整値を算出する必要がある。そこで我々は以下の等式によって調整値(以後この調整値を α とする)を求めた。

$$\alpha = (0.3X + 0.2Y + 0.1Z) = E_{all} \cdot \theta$$

上の等式において X, Y, Z とは各年代別における医科診療費のことを指している。各年代とは現在の公的医療制度における基本自己負担割合が変化する年代のことで、 X は 70 歳未満の世代、 Y は 70 歳以上 75 歳未満の前期高齢者、 Z は 75 歳以上の後期高齢者となっている。尚、それぞれに掛かっている係数はそれらの年代における基本的な自己負担割合である。実際は小学生未満が 2 割、前期高齢者でも所得の大きいものは 3 割負担となるなど多少の変動はある。それらの要素も調整値 α に含まれていることとする。 E_{all} とは医科診療医療費全体のことを指し、 θ は財源別に見る自己負担額の割合の値である。平成 25 年度の医療費財源別割合において自己負担額は約 12.5%であり医科診療医療費でも同じ割合であると仮定している。

各年代において 70 歳未満の医科診療医療費が 146,632 億円、前期高齢者 34,834 億円、後期高齢者 105,981 億円であり、全体の医科診療医療費が 287,447 億円。それらより α は 0.584(実際は 0.583724...)となった。

・ 負担率 β の算出

では、望ましい負担率である β を算出する。本稿では従来の年齢別の自己負担から疾病別の自己負担へと変更することを提示している。つまり疾病分類毎に自己負担割合は異なるということになる。まず、算出するために用いる等式を見て頂きたい。等式は以下である。

$$\alpha(E_A \delta_A \beta + E_B \delta_B \beta + \cdots + E_F \delta_F \beta) = E_{all} \cdot \mu$$

上の等式において、 μ とは自己負担が医科診療医療費に占める割合($0 < \mu < 1$)を指している。つまり μ の値は任意で変更できるものである。 E_X とは疾病ごとによる医科診療医療費のことを指している。つまり E_A とは疾病分類が A の医科診療の医療費のことである。

この等式で問題となるのは δ_x に入れる値である。疾病ごとに負担割合を変えるには δ に入る値はそれぞれ別の値にしなければならない。我々の考えでは分類において医学的必要性と社会的妥当性の高いものにていては低い自己負担率、低いものについては高い自己負担率を課すことを考えているが、実際に具体的な値を考察するのは難しい。そこで本稿においてはいくつか例として設定した値を入れた場合の自己負担率を算出した。 δ に値を入れるだけで求めたい負担率が求まる為、そこにどのような値を入れるかは μ と同様任意である。

本稿では分類 A である δ_A を基準の 1 として B,D,E,F と刻む毎に値を加算してみた。例えば刻み値が 0.1 であれば分類 A が 1、分類 B が 1.1、分類 C が 1.2 というようになる。また、 μ の値は平成 25 年度時点での値が 0.125 なので、0.15、0.2、0.25、0.3 の 4 通りで算出した。その結果が以下である。

	$\mu=0.15$	$\mu=0.2$	$\mu=0.25$	$\mu=0.3$
刻み値 =0.1	0.219572	0.292762	0.365953	0.439144
刻み値 =0.2	0.191744	0.255659	0.319574	0.383489
刻み値 =0.3	0.170177	0.226903	0.283628	0.340354
刻み値 =0.4	0.152971	0.203961	0.254951	0.305941
刻み値 =0.5	0.138924	0.185233	0.231541	0.277849
刻み値 =0.6	0.127241	0.169654	0.212068	0.254482
刻み値 =0.7	0.11737	0.156493	0.195616	0.23474
刻み値 =0.8	0.10892	0.145227	0.181534	0.21784
刻み値 =0.9	0.101605	0.135474	0.169342	0.203211

刻み値 =1.0	0.095211	0.126948	0.158686	0.190423
-------------	----------	----------	----------	----------

例えば $\mu=0.15$ であれば刻み値 0.1 のとき $\beta=0.219572$ ということである。 μ は医科診療医療費において財源として設定したい自己負担割合なのでこれに応じた疾病毎の自己負担率が求まる。こういった形で望ましい負担率を求めることができる。 β が求まっているためそのときの疾病別の自己負担割合は β と刻み値によって求まる。例えば刻み値が 0.1、 β が 0.2 であれば負担割合は A が 0.2、B が 0.22、C が 0.24、D が 0.26、E が 0.28、F が 0.3 となる。以上が望ましい負担率を求める数式の導出である。

・負担軽減率 γ の導入

これで求めたい負担率を定める β を求める数式が求まった。疾病分類毎に負担割合を変える際、高い自己負担割合を課す疾病にも費用が高いものがあり重い負担になるのではないかという問題点が生じる。この点を無視することも可能であるが、本稿ではこの点を改善する策を考察した。医科診療医療費は大きく分けて入院、入院外があり、勿論入院の方が一回の診察にかかる医療費が高額となる。これはどの疾病分類にも言えることであり、風邪のような一見軽い疾病でも入院するほどのものとなれば高額なものとなるのである。財政的保護の観点を取り入れているというのであれば分類だけでなくそういった高額医療も考慮すべきだという指摘に答えるために今回分析することにした。

平成 25 年における度厚生労働省医療給付の実態調査によると、入院外の医療点数毎(1点=10円)の分類で最も大きいのは2万点以上となっている。2万点以上に分類された診療の一件あたりの点数は約 38,750 点である。これが入院における最高額水準の診療ということになる。入院外の方ではどうか。入院の方では最も大きい分類は8万点以上となっており入院外よりも非常に大きいことが分かる。入院における 5 万点以上の診療の平均は約 94,000 点である。

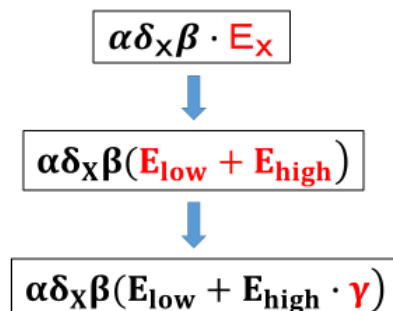
ではこれらの違いを考慮するにはどうすれば良いのか。我々は入院外診療における5万点以上の自己負担率を調整値 γ によって小さくするのが良いのではないかと考えている。そこで以下に調整値 γ を用いた数式を示しておく。

$$E_{low} \cdot \alpha \cdot \delta_x \beta + E_{high} \cdot \alpha \cdot \delta_x \beta \cdot \gamma = \alpha \delta_x \beta (E_{low} + E_{high} \cdot \gamma)$$

これは E_{low} が 5 万点未満の診療における医療費を表しており、 E_{high} は 5 万点以上の診療における医療費を表している。 γ は負担額の軽減率で 5 万点以上の診療における自己負担率を軽減する作用を持っている。尚、 γ の取り得る範囲は $(0 < \gamma < 1)$ である。実際に自己負担率を導出するには負担率 β を求めた時と同様に疾病の分類一つ一つについて上の数式を利用することになる。 γ の値については β と同様に任意の値をあてはめることが可能であり、選択の幅を持たせている。軽減するのを 5 万点以上の診療としたのは入院外の診療における医療費の最高水準が約 38,750 点で、入院における診療の点数分類において 3 万点～5 万点未満に該当していたからである。よってそれ以上の分類である 5 万点以上の分類に適用するのが妥当だと考えた。 β と γ が共に任意の値であり本稿で値を紹介するには煩雑になりすぎるため今回は概念式を導入するに留まった。以上で分析とさせて頂く。

以下に γ に導入に際しての概念図を示す。

図7:負担軽減率 γ の導入



政策提言

本稿では年々増加する国民医療費とそれに伴う政府負担の増加を問題視し、それらを解決して制度の持続可能性を高める方策について論を展開してきた。そして我々は自己負担の見直しを望ましいと考える。具体的には現行の年齢階層別の定率負担ではなく、疾病ごとに分類、分類ごとの定率とする。これにより所得や年齢による区分のような問題点を克服することができる。求めたい負担率は分析の項で導出した β を用いて求めることが可能である。また、入院における高額な診察については調整値 γ の導入を検討するのがよいかと考えている。

自己負担の在り方を変える際には発生する新たな問題に対しても何らかの対処を考えなければならない。例えばモラルハザードの問題である。今までは風邪のような軽度の疾病が高負担化すれば、放置することにより重症化する恐れがある。この問題を解決するにはプライマリ・ケアの導入は不可欠である。国民が気軽に相談できる環境を用意することが問題解決に繋がると考えている。プライマリ・ケアについては現状分析の項で説明している。

また、従来のような幅広い保障でなくなった場合、重要さを増してくるのは民間保険の役割である。国民医療費に占める民間保険の割合⁶において、日本は2.5%とカナダ12.8%、オランダ5.6%、オーストラリア7.8%、ドイツ9.5%に比べて低い水準にある。勿論国によって制度や背景は様々であり一概には言えないものの、日本の民間保険の役割を大きくすることは一考する価値があるのではないだろうか。田近・菊池(2012)は現在の日本における民間保険の割合が小さいのは現行の公的医療保険制度が幅広く保障しているためだとしている。つまり、制度の導入によって民間保険の参入する余地を大きくすれば進出が促進される可能性がある。

また、今回の分析対象は国民医療費の中の医科診療医療費であったが、医療費には医科診療医療費以外にも次いで大きい薬剤費などがある。フランスなどの欧州では薬剤の負担率も傷病によって異なっており、同様に日本においても導入するのが望ましいと考える。また、歯科診療については欧州では保険適用外とする国が多く、同様に日本でも検討する余地はあるのではないだろうか。

⁶ (出典:河川(2012),「公的医療保障制度と民間医療に関する国際比較」)

田近・菊池(2012)は現行の財源構造にも問題があるとしている。現在では公費が約4割であるがこれを保険者側があてにしているために競争力が低下し、国民医療費の合理化がなされていないということである。そこで公費負担を割合ではなく定額とし、保険者の医療費管理を徹底させることも興味深い研究対象だと考えている。以上で提言とさせていただく。

先行研究・参考文献・データ出典

主要参考文献：

- ・印南一路、堀真奈美、古城隆(2011)「生命と自由を守る医療政策」東洋経済新報社
- ・田近栄治、菊池潤(2012)「日本の公的医療制度の課題と民間医療保険の可能性」財務省財務総合政策研究所
https://www.mof.go.jp/pri/publication/financial_review/fr_list6/r111/r111_03.pdf#search='%E5%85%AC%E7%9A%84%E5%8C%BB%E7%99%82+%E7%B5%A6%E4%BB%98%E7%AF%84%E5%9B%B2%E3%81%AE%E7%B8%AE%E5%B0%8F'
- ・三原 岳（2012）「医療・介護制度改革の基本的な考え方～真の国民的議論を実現するために～」東京財団 政策提言
- ・・泉眞樹子（2010.9）「医療費における自己負担と医療アクセス ―保険給付と高額療養費、難病対策その他の公費医療―」国立国会図書館―National Diet Library
- ・戸田典子（2008.11）「ドイツの医療費抑制施策 ―保険医を中心に―」国立国会図書館―National Diet Library
http://www.ndl.go.jp/jp/diet/publication/refer/200811_694/069402.pdf
- ・江口隆裕、筑波ロー・ジャーナル 10 号（2011：10）「フランス医療保障の制度体系と給付の実態 ―基礎制度と補足制度の関係を中心に―」
http://www.lawschool.tsukuba.ac.jp/pdf_kiyou/tlj-10/tlj-10-eguchi.pdf
- ・厚生労働省（2006）、厚生労働白書（19）、我が国の保険医療をめぐるこれまでの軌跡
www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/07/dl/0101.pdf
- ・池上直己、J.C.キャンベル（1996）「日本の医療 統計とバランス感覚」中公新書 p45～p48、p104～p115

データ出典：

- ・河川洋行(2012)「公的医療保障制度と民間医療保険に関する国際比較」成城・経済研究
<http://www.seijo.ac.jp/pdf/faeco/kenkyu/196/196-kawaguchi.pdf#search='%E6%B2%B3%E5%8F%A3+%E5%85%AC%E7%9A%84%E5%8C%BB%E7%99%82%E4%BF%9D%E9%9A%9C%E5%88%B6%E5%BA%A6%E3%81%A8%E6%B0%91%E9%96%93%E5%8C%BB%E7%99%82%E4%BF%9D%E9%99%BA%E3%81%AB%E9%96%A2%E3%81%99%E3%82%8B%E5%9B%BD%E9%9A%9B%E6%AF%94%E8%BC%83'>

- ・国土交通省、公共事業労務費調査(平成 24 年度)
- ・印南一路(2012),「日本の医療政策と医療の経済評価」(<http://ispor-jp.org/gs/hs8-2.pdf#search='%E5%8D%B0%E5%8D%97%E4%B8%80%E8%B7%AF+%E7%B5%A6%E4%BB%98%E7%AF%84%E5%9B%B2'>)
- ・厚生労働省,平成 25 年国民医療費の概況(<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-iryohi/13/dl/data.pdf>)
- ・厚生労働省,平成 25 年度医療給付実態調査(https://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/GL08020103.do?_toGL08020103_&tcID=000001061273&cycleCode=0&requestSender=estat)
- ・高山真(2012),「経済レビュー」三菱東京 UFJ 銀行(http://www.bk.mufg.jp/report/ecorevi2012/review_0220120725.pdf#search='%E5%9B%BD%E6%B0%91%E5%8C%BB%E7%99%82+%E5%85%AC%E8%B2%BB+%E5%86%85%E8%A8%B3')