

日本の医療保障制度

——問題と持続可能な制度への改革——

丸尾 直美

Towards a Sustainable Health Insurance System in Japan

MARUO, Naomi

Abstract

The health insurance system in developed countries may be classified into three types of system, namely (1) a national health service, as in the United Kingdom and Sweden, (2) a social insurance and public health service, as in Germany and Japan, (3) private medical services supplemented by public medical services, as in the U.S.

Because of population ageing and the progress of medical technology, the financial situation of social security for health is assumed to be especially severe in Japan where population aging is proceeding rapidly.

Fundamentally three policies are required. First, a higher rate of economic growth and lower rate of unemployment will be required to mitigate the financial difficulties involved in implementing social security policies. Secondly, in the long run, if the ageing of the population slows down, the financial situation of social security and health insurance in the future will be brighter than current forecasting suggests. Thirdly, if the proportion of the direct costs charged to patients becomes higher, medical costs will be restrained to a certain extent.

Regression (1), which is based on time series data of more than fifty years suggests that the above four points are probable.

As characteristic features of, and problems faced by, health services as the social security in Japan the following factors can be identified.

(1) The so-called free access system. However, recently, with a view to mitigating congestion in large hospitals, large hospitals have begun to require patients to have an introduction from family doctors. Family doctors sometimes carry out the role of so-called “gate keepers”.

(3) Excessively long stays in hospitals and a severe shortage of nursing homes are notorious features of health services in Japan. However, thanks to the development of nurs-

ing home and personal social services since 2000, long stays in hospital are decreasing somewhat. Still, there is a serious shortage of personal social services for the elderly.

(4) Too many expensive medical machines per member of the population such as machines to carry out CT scans, MRI scans, etc.

(5) The high proportion of the cost of medicaments within the total medical costs.

(6) The distinguished position of the doctor in the medical team.

The above features and problems in Japan are gradually improving.

The proportion of social security costs for health services to national income is 9.82% in 2012, which is around the middle of OECD countries. Considering the very high rate of population ageing and the long average lifespan of Japanese people, the Japanese medical services function fairly well.

The proportion of social security costs for health services to national income is highly influenced by (1) the proportion of aged people to the total population or to employees, (2) economic factors such as the rate of economic growth and the unemployment rate, (3) the proportion of payments made by patients as a contribution to the total medical costs as regression suggests. The proportion of annual medical costs to national income since 1960 is explained by regression equation (1). Regression (1) suggests that besides the ageing population and the patient fee, economic factors such as economic growth and the unemployment rate influence the financial situation of medical services.

In order to maintain sustainable medical services, the above problems have to be improved.

$$M/Y = 3.811 + 0.102n + 0.254u - 1.024g + 0.110r \text{ ---- (1)}$$

$$(19.174) \quad (14.752) \quad (4.934) \quad (-3.044) \quad (-9954)$$

$$R = 0.993$$

$$\bar{R}^2 \text{ (adjusted co-determined co-efficient)} = 0.985, \text{ Figures in parentheses are t-values}$$

M: Social security costs for health services, Y: National income, n: Proportion of aged people more than 65 years old to the employed persons, g: Rate of economics growth, u: Unemployment rate. r: Proportion paid directly by patients as a contribution towards the total medical costs.

要約

本稿では、人口高齢化と医療技術進歩に伴って増加する社会保障医療給付費とその対国民所得比の趨勢的上昇にどのように対処すれば、医療保障財政及び社会保障財政を持続可能にすることができるかを検討する。日本の社会保障としての医療保障給付費の対国民所得比は9.8%（2012年）でOECD 諸国の中位程度であるので、まだ、その比の上昇に耐える余裕はある。本稿では社会保障給付費特に医療保障給付費が上昇しても、財政的に持続可能にするためには、社会保障の効率化と経済成長の持続が必要であり、長期的には出生率の回復と女性就業率の両立が必要なことを示し、どのような点で効率化の余地があるかを示す。同時に、経済的にはどのような条件が必要かを示そうとするものである。

1. 日本の医療保障の特徴と問題点

医療保障制度の類型

先進諸国の医療保障制度は大きく三つのパターンに大別できる。第一は、イギリス・北欧型の国営医療（national health services）制度に近い制度である。第二は、公的医療保障制度と公的医療保険の組み合わせの国々である。ドイツや日本はこの型に属する。第三は、民間の医療保険が主要な部分を占め、公的医療保障は低所得者や高齢者に限るアメリカのような国の制度である。

日本の社会保障の中で医療保障は比較的良好な成果を挙げてきた。高齢化率が世界で最も高く、すべての国民が公的医療保障の対象であるのに、医療保障給付費総額の対国民所得比は9.82%（『平成23年度社会費用統計』国立社会保障・人口問題研究所、2013年）で、OECD諸国の中では中位であること、平均寿命も健康寿命も世界のトップレベルであること、乳幼児死亡率及び妊産婦死亡率が低いこと。こうした指標からみても日本の医療と医療保障制度の水準は高く効率的でもある。

しかし、同時に日本の医療制度も－特に高齢化の進行につれ－深刻な財政難になること

が予想されるなど問題も多い。日本の場合、65歳以上の高齢者の平均医療費は、それ以下の年齢層の平均医療費よりも4倍ほど高い。だから少子高齢化と医療の技術進歩に伴い、医療費の対国民所得比が高くなることは避けがたい。医療だけではない。年金も介護費も生活保護費も人口高齢化の進行につれて増加する。それゆえ（1）一方で医療・年金・介護などの効率化や制度の工夫で、社会保障給付費の対国民所得比の分子の増加を抑制し、（2）他方において実質経済成長と完全雇用の維持で分母を大きくすることによって、「医療保障給付費／国民所得比」の上昇を極力抑制して、持続可能な社会保障財政を可能にする計画を立てることが要請される。

人口高齢化にともなう社会保障給付費としての医療費増額は財政上、深刻な問題であるが、同時に医療は成長産業であることの自覚が必要である。寿命でも健康寿命でも世界に誇る日本の医療を世界に輸出して、日本の経済成長に役立てようとの機運が安部内閣の成長戦略の一つとして、浮上してきたことが注目される。社会保障医療費は国民所得の10%近くを占める。この膨大な公費を投入している資源を効率的に用いると同時に、資源として成長に寄与する面をも重視すべきである。

図表1 医療保障制度の型

医療制度の 運営主体 費用負担 の主体	国営・公営中心 ナショナル・ヘル ス・サービス	公的医療施設、保 険者の医療機関、 民間の医療機関が 併存	民営・民間保険中心 (ただし高齢者にはメディケ ア、低所得者にはメディケイ ドによる公的医療保障)
公的予算中心+少額 の自己負担	イギリス・北欧		
主に社会保険料+公 的予算+自己負担		ドイツ、日本	
主に民間の医療保険 料と自己負担			アメリカ

欄内はその医療保障制度に近い制度を取っている国
(出所) 筆者作成

医療保障政策の目的と課題

人口高齢化と医療技術の高度化につれて増加する社会保障給付費の増加に耐えるように医療保障財政を持続可能とすることが医療保障の経済的課題である。そのためには第1に、実質経済成長率を年平均で1%以上に維持することが必要である。日本の場合、それができれば医療保障給付費と社会保障給付費が増加し続けても、経済成長で増加する実質国民所得の増分がそれ以上になるので、手取りの実質国民所得を減らさないことも可能である(丸尾稿『週刊社会保障』2012年5月所載)。これを可能にすることが経済的に持続可能な医療財政の課題である。

第2の課題は、医療と医療保障システムの効率化である。医療の場合は人命の尊重と健康の維持という高次の目的がある。

だから医療保障でいう経済的目的は、図表1のように人命の尊重と健康と生活の質の維持を効果的、公正に、そして人間的に行うことである(福祉政策の目的とその方法論に関しては丸尾1980年参照。堀真奈美氏は医療政策の価値規範の検討を試みている。堀真奈美、2013年12月)。このような政策目的に照らして、日本の医療保障制度で特に効率化の観点から具体的に問題になることが幾つかある。

医療保障への公的介入がなぜ必要か

医療経済を民間市場に委ねないで主として

社会保障として行う方が良いと、多くの先進国では考えており、原則として全国民を対象とする医療保障制度を導入しているが、それは医療を市場に委ねると、市場の失敗があると考えからである。

市場の失敗は(1)公共財の場合、(2)外部経済が大きい場合、(3)収穫逓減型の産業の場合、(4)情報の非対称性が大きい場合、(5)最低生活の保障に不可欠な生存財の場合などがある。医療産業の場合は特に(4)(5)の性格が強く、公衆衛生に関する場合は外部性も大きい。(5)は、市場の失敗というよりも生存権の理念からの要請である。

このような理由のため医療の社会保障制度にはいろいろな公的介入が行われているのであるが、その社会保障としての医療保障制度に見られる問題点と改善の方向を主として経済学的観点から示唆することにしよう。

2. 日本の医療保障の改善すべき点は何か

日本の医療保障制度の問題点は、以前から幾つか指摘されてきた(水野肇、2003年、2008年。丸尾直美・藤井良治編著、2003年)。近年ではその問題点は改善の方向にあるが、新たな問題と課題も生じている。

図表2 医療保障政策の目的と政策手段

究極目的 政策目的	人命と健康の維持	治療により健康の 回復・維持	生活の質(QOL)の 維持で健康寿命改善
より効率的に	同額の費用でより 良い成果を挙げる		
より公正に		制度による格差を なくす	
より人間的に			健康寿命の維持

(資料出所) 筆者作成

「出来高払い」制的診療方式と「包括」方式との最適組み合わせを

問題の第1は、一頃よく指摘されたように、いわゆる「出来高制」的な診療報酬制度に伴う問題である。いわゆる「出来高制」とは医療保障制度による診療、入院など医療費の支払い額が点数で表示され、沢山治療するほど、医療保障財源からその点数に応じて支払われる制度である。この「出来高制」と対比されるのが包括払い制度である。出来高制は多く診療をするほど医師への診療報酬が多くなるので、医師の診療時間が長くなり、多くの患者を診療できるという意味では効率的である。日本は人口当たりの医師数でも看護師数でもOECDの平均以下でありながら、医療の成果を挙げている。患者の医師にかかる回数も多く、水野肇氏によれば、日本人は1年に14回も医師にかかっており、北欧の年2～3回に比べて多い。その意味で医師の生産性が高い（1人の医師が多くの患者を診療している）と言えるが、「3時間待って3分診療」と揶揄されるような問題も指摘される。

出来高払い制と対比されるのは、包括払い制であるが、包括払い制では医師や看護婦の働くインセンティブが「出来高制」の場合と比べれば、弱くなり、患者一人当たり診療時間は長くとれるが、診療する患者数が限定される。予約制が普通だが、患者は診療や手術を受けるまでに長く待たされることになり、「診療や治療を受けるときにはもう治っているか死んでいる」というアネクドットが聞かれた。近年の日本の場合は、こうした両制度への批判を頭において、「出来高払い制」的医療に「包括性」の良い点を導入して『「包括出来高払い制」という方向で収斂しつつある』（真野俊樹（2012）『入門医療政策』中公新書）。

ゲートキーパー制とフリーアクセス制の組み合わせ

日本の病院が非常に込み合い、長く待って短時間しか診察してもらえないもう一つの理由は、ヨーロッパで普通に行われているゲート・キーパー制でなくてフリー・アクセス制をとってきたからである。ゲート・キーパーとは門衛のことだが、欧米の多くの大きな病院では開業医や診療所等の紹介がないと診療してくれないので開業医がゲートキーパー的な役割を果たしているのである。日本の多くの大病院では決められた受付時間までに病院に行って診察を申し込めば、その日のうちに医師が診てくれるので、フリー・アクセス制と呼ばれたのである。フリー・アクセス制は非常に便利である。しかし、まったくのフリー・アクセス制だと、大した病気でない患者も評判のよい大病院に殺到するので「3時間待って3分診療」と揶揄されるようになる上に、資源（高度の医療知識と技術を持つ医師や高額な医療機器）の無駄遣いなので、近年では、大病院は開業医などの紹介を必要とするようになった。あるいは紹介がない場合には、別料金を取る病院が増えてきた。ここでも最適な組み合わせの方向に動きつつあるが、開業医がもう少し、一般医の資格を持ち、ゲートキーパーの役割を持つようになる方向への改革が必要であろう（水野肇、2011年）。今年の医療費改定でも身近な診療所や中小病院の医師による糖尿病などの治療や健康管理をする「主治医」制度の導入を決めたが、これも改革への一歩と言えよう。

長い平均入院日数

日本では人口当たりの病院の入院患者が多く、平均入院日数が長く、人口当たりの病床数も欧米主要国よりずっと高いことが問題だった。高齢者介護施設と在宅介護サービスが

不足していた上に、介護施設に親が入所していると世間体をはばかるところがあるが、病院ならその心配がないという事情などもあったと思われるが、そのような理由もあってヨーロッパの最先進国なら介護施設に入る高齢者が、日本では入院するという場合が多かった。しかし、その傾向も1992年をピークに減少してきた。それでもOECDのHealth Data 2012によれば人口千人当たり病床数は米英、スウェーデンの4倍以上、独仏の2倍前後と多い。ここにも高齢者の介護と疾病との総合的地域ケアが要請される理由がある。入院高齢者が入院よりも在宅介護と介護施設入居を選びたくなるような誘導が必要である。

高い薬剤費の比重

日本では一頃、医療費のうち薬価総額の占める比重が高いことが問題になった。欧米に比べ医薬分業があまり進んでいなかったので、多くの薬を処方するほど、処方する医者 の収入が増えることがその一因とみられたが、今日では医薬分業が進んできたので、その弊害は少なくなった。

近年、医薬品で問題になっていることは、ジェネリック医薬品使用の比重が日本ではまだ低いことである。ジェネリック医薬品とは特許期限の切れた医薬品のことであり、特許料と開発費がかからないので、安く買うことができる。それゆえ薬の性能が同じなら、ジェネリック医薬品を用いれば医療費の節減になる。しかし、日本ではジェネリック医薬品の比重（数量ベース）は2010年頃でアメリカの75%、イギリスの66%、ドイツの64%などと比べると、まだ低い。そこでその普及を米、英、独、北欧並みにすれば、薬剤費が下がるのではないかと指摘されてきた。日本でのジェネリック医薬品は2012年で数量ベースで全体の24%台前半（金額ベースでは7～8

%）にとどまるが、政府は2020年までにその比重（数量ベース）を、60%にまで高くすることを目標にしている。その目標を達成することが、医療費節減に役立つであろう。

医療チーム化と役割分担

かつての日本では、医師の地位が権限でも所得でも隔絶的に高く、医師以外の医療関係従事者との連携協力関係が不十分との印象が強かった。しかし、近年になって、医師の業務の一部を行える看護師（ナース・プラクティショナー）ができるなど、パラメディカルの技師や薬局の薬剤師、介護士などとの役割分担と連携が進行し始めている。医薬分業により、薬剤師の果たす役割も拡大されてきた。薬剤手帳を通じての同時に用いることが問題となる薬のチェックをすることをはじめ、医薬品を受け取るとき、ある程度、使い方など相談にのるなど「健康情報の拠点となる」ことが期待される。こうした点でも改善の方向にある。今後、病院でも開業医を中心とする地域でも、医療のチーム化を一層進めることが医療の効率化に役立つであろう。

高額医療機器の過剰設置

日本では医療機関に設置されているCTやMRIのような高額医療機器の人口当たり台数がOECDの3～4倍と非常に多く配置されていたことも医療の非効率の例としてあげられた。日本の医療では家庭医と病院との機能分担が不明瞭で、家庭医的医師が専門医や大病院の機能をも果たそうとした結果である。近年、各地でCTキャスターやMRIなどの高額医療機器を備えたセンターが地域にできて、開業医がそのセンターを利用できるようになり、この点でも効率化の方向へ若干の改善が進んでいる。専門の病院とGP（general practitioner）の家庭医の機能分担の必要性が

指摘されてから、その方向への改善の動きがみられる。

予防・リハビリの遅れ

日本の医療保障は疾病の予防とリハビリの点で遅れていると一頃言われたことがあったが、政府はその後、予防とリハビリに医療保障の対象を拡大してきた。

医療給付者と医療保険負担者の関係

社会保障としての医療保障は全国的に普遍的に行われるのが、普遍性と公正の観点からは好ましいが、日本の医療保障制度はいくつかの職種の医療保険制度が統合して生まれてきたので、全国一律の基準での給付と保険料にはなっておらず、制度により格差が残る。それゆえ制度により給付や保険料に格差がある。医療保険の保険料負担者と医療サービス受給者が一致しておらず、特に高齢者医療給付費のかなりの部分を、現役中心の医療保険団体が負担しているため、その費用を負担する団体に負担を納得させにくいという問題がある。近年では高齢者医療保障の費用の一部を財政的に余力のある社会保険団体の保険料から支援するとの案が出ているが、保険団体の給付と保険料の格差問題の合理的で納得的基準が必要である。

3. 最近の医療保障制度をめぐる論議

高齢者医療と介護を基礎自治体レベルで総合化を

高齢化が進行し、特に後期高齢者が増加すると、医療と介護の境がはっきりしなくなるので、高齢者特に後期高齢者に関しては医療と介護を総合的に扱うことが必要になる。スウェーデンではこのことが早い段階で認識さ

れ、1980年代のエーデル改革で高齢者の医療と介護が基礎自治体のコムーンのレベルで財政的にも総合化された。それ以前では医療は県が中心となってい、介護は基礎自治体が行っていた。エーデル改革で高齢者の医療と介護がともに基礎自治体で行政的にも財政的にも総合化された。その結果、高齢者にとって便利になったうえに、社会的入院の減少等の成果が見られた。スウェーデンの場合は、その前に町村合併が行われていて、基礎自治体のコムーンの人口が数万人に平均化されていたから、基礎自治体に高齢者介護と医療を財政上も総合化して、基礎自治体に任せることができたが、日本の場合は、今の基礎自治体の規模の格差が大きいので、そのまま高齢者医療と介護を基礎自治体のレベルで総合的に行うことは困難である。地域医療区を設定し、さらに高齢者特に後期高齢者に関しては医療と介護の地域包括ケア・システムが必要なことは強く認識され、地域における医療と介護の総合的確保に関する法が採決されたが、総合化の程度はまだまだである。

医療市場における情報の非対称性と保険者機能の活用

医療は人間の生死にかかわるサービスである上に、医療市場は情報が非対称的——医師側が患者側に比して医療に関して多くの情報を持つ——なので、市場競争に委ねることはできない。しかし、医療サービスを効率化するには市場化できるところは市場化するほうが好ましい。それゆえ市場の失敗を回避しつつ、この問題を解決する一つの道は市場を導入する場合には、情報上の弱者を支援するためにスポンサー機能を果たす機関を活用することである (Eenthoven, Allen J., 1988)。

日本で言われている保険者機能とは、このスポンサー機能に準ずるものであるが、日本

でいう保険者機能には「被保険者の資格管理、保険料の設定・徴収、保険給付など」の事務的機能も含まれている（「保険者機能のあり方と評価に関する調査研究報告書」2013年4月）。日本でも情報弱者支援のスポンサー機能をより多く導入すれば、市場の長所を医療サービスにも活かしながら、医療費・保険料の適正化、健康、疾病予防、ジェネリック医薬品の普及をはじめ医療サービスの効率性・公平性を高めていくことができるであろう。

高齢者医療をどうするか

高齢者医療制度をどうするかも医療制度改革の焦点の一つである。高齢者の一人当たり医療費がそれ以下の人の数倍であることはよく指摘される。しかし、他方、高齢者の平均所得は高くない。それゆえすべての年齢の人々を一つの医療保障制度でカバーするのは難しいので、高齢者の医療保障は別建てにすべきであるという考えがある。すべての人を同じ医療保険制度で普遍的にカバーすべきという社会保障の普遍主義の理念からすれば、同一社会保険でカバーすべきだということになる。しかし、市場的に運営できる部門は市場で、計画原理での運営に適する部門は公的に計画でとのポリシー・ミックスの考えからすれば、市場になじまない高齢者医療部門を分離することにも根拠がある。それに高齢者特に後期高齢者の医療は介護と区別し難い部分があるので、高齢者に限って、医療と介護を総合化して運営すべきだとの考えにも一理ある。1980年代のスウェーデンで行われたエーデル改革は、この点に注目して、高齢者の医療と介護をコモンと呼ばれる基礎自治体レベルで総合化した。日本の社会保障審議会介護保険部会でも地域包括ケアシステムの構築のため、在宅医療・介護の連携を重視す

る改革案がいくつか出てきている（前述）。

混合医療の是非

日本の医療保障では、社会保障の保険対象外の医療を受診すると、本来ならば、医療保障の対象となる医療行為の費用が全額自己負担になるが、混合医療とはそのような場合でも医療保障の対象となる部分には社会保障の医療保険が適用できる場合をいう。社会保障や福祉政策の専門家の場合、安易に混合医療を認めると、医療に階級が生ずるし、適切でない医療も公的医療保険の対象になる恐れも高くなるので、混合医療には消極的である。日本では当初、混合医療は認められなかったが、まず「選定療養」という形で、個室や予約診療などは医療そのものでなく「アメニティ」に関係する部分であるとして、混合医療が認められ、次いで先進医療が混合医療の対象となった。先進医療が社会保障の医療保険の対象となるまで、時間がかかるので、医療保障に組み入れられる前にその先進医療にかかるとうとすると、医療費が自己負担になる上、他の医療部分も医療の社会保障給付費を受給できないということになる。この問題解決には、先進医療の効率化と社会保険化とアメニティ部門の拡大を促すことが先決である。

医療費の負担者と医療給付受給者の不一致

保険では保険料の負担者団体が当然医療給付の受給者団体となるが、公的医療保険でも医療の保険料の負担者と医療給付の受給者が一致しないと、なぜ我々が他の保険団体の給付の費用の一部を負担しなくてはならないのかとの不満が生ずる。日本では歴史的経過から大企業の被用者を中心とする組合健保と、より小さい企業の被用者の政管健保と自営業

者の国民健保に分かれており、さらに最近では高齢者の保険も独立してきたので、保険料の負担者と給付の受給者が一致しない場合もあり、所得や保険料にも差があるので、その調整が問題になり、不満も生ずる。そのようなことから生ずる不満をなくするためには、全国に普遍的制度にするか、あるいは傷病と要介護を区別し難い後期高齢者医療保険を地域レベルで介護保険と総合化し、その他の医療保険は一元化する方向で統合化する方向に向かうべきであろう。

医療産業を成長と輸出に

医療の経済的問題と言えば、効率化して支出を抑制するという面だけが取り上げられてきた感があるが、アベノミックスの三本の矢の一つとして産業としての医療サービスの国際的展開が重視されるようになった。民主党政権も医療を産業として位置付けていたが、その観点に立った政策が行われるまでには至らなかった。日本人は寿命でも健康寿命でも世界の先端を行く国であり、医療の社会保障費に多額の支出をしている。医療産業の国際競争力も十分あるはずである。しかし、例えば、医薬品の貿易額は約5兆円だが医薬品の2012年の貿易収支は2兆9700億円の赤字である。優れた医療に膨大な資源を費やしている日本にも、アメリカのように医療関係の技術や医療機器、薬品や医療保険を国際的に輸出できるものが沢山あるはずである。しかし、事実は医療関係の財もサービスも輸入国である。やっと最近になって、日本でも医療が輸出産業として経済成長にも寄与するという自覚が強くなってきたことは新しい動きと言える。

今行われている TPP 交渉は、医療の国際化の良い機会であるが、国際戦略に長け、政治力もあるアメリカの医療、保険関係資本にと

って TPP は医療関連保険、薬品、医療機器などを日本に売り込むチャンスである。医療の自己負担率や混合医療の変更が彼らにとって有利になるように働きかけるであろうが、社会保障としての医療制度を脅かす要求には、日本側としても十分な警戒が必要である。

医療・介護部門の雇用・GDP 拡大効果

介護などの福祉分野への支出増加は、福祉にとっては好ましいが経済成長にとってはマイナスであるかのように見られてきた。筆者達は早くから福祉政策の生産的役割を重視してきたが（丸尾他、1996年）、最近になって医療・介護の雇用増大の経済成長効果が注目されるようになってきた。総務省と経済産業省2012年の『経済センサス・活動調査』によると、医療と老人福祉・介護部門と医療分野が業種別の従業員雇用数では最上位にあり、老人福祉・介護の従業員数は179万人以上であり、病院では175万人以上、一般診療所では91.5万を雇用している。付加価値は病院が1位、老人福祉・介護は9位である。しかも医療・介護は成長分野である。総需要と雇用を増やすだけでなく、生産や輸出に寄与するという側面にも注目すべきである。

4. 医療保障財政を左右する要因と将来予測

医療・介護は年金と並び社会保障給付費の最大項目である。その医療給付費の対国民所得比を左右する要因は、単純化すると、次のような変数に大きく影響されることがわかる。

第1に、高齢者数/生産年齢人口比 n （または高齢者数/就業者数）が高いほど医療給付費の対国民所得比は高くなる。第2に、経済情勢に左右される。すなわち経済成長率 g が高くて、失業率 U が低いと、他の条件が等

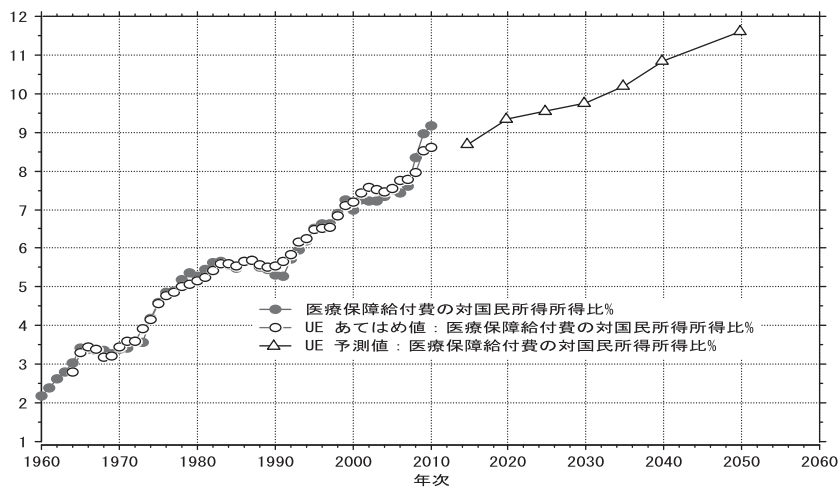
しければ、医療給付費の対国民所得比の分母が大きくなるので、医療給付費の対国民所得比は低くなる（(1)式参照）。第3に、医療費の自己負担比が高いほど、医療給付費とその対国民所得比は抑制され、低くなるが、この政策は財政にはプラスであるとしても、福祉の観点からは推奨できない。1960年～2010年の50年間の年次データを用いて医療保障給付費の対国民所得比を①高齢者数／労働力数比、②雇用失業率、③名目経済成長率、④医療費の患者自己負担比の4変数で回帰すると、(1)式のような結果が得られた。その式による当てはめ値と、各説明変数の推測値を用いた予測値を示すと図表3のようになる。2009年と2010年の値は式による当てはめ値より上に乖離しているが、おおむねこのような推計になる。

(1)式による推計値、2010年以降の高齢者／就業者比率は政府の平成24年1月刊の「日本の将来推計人口」の出生率高位、死亡率中位の予測値を用いた。医療費の自己負担比としては（国民医療費－社会保障医療給付費）／国民医療費を用いたが、将来の自己負担比としては現在とあまり変わらない15%を想定した。

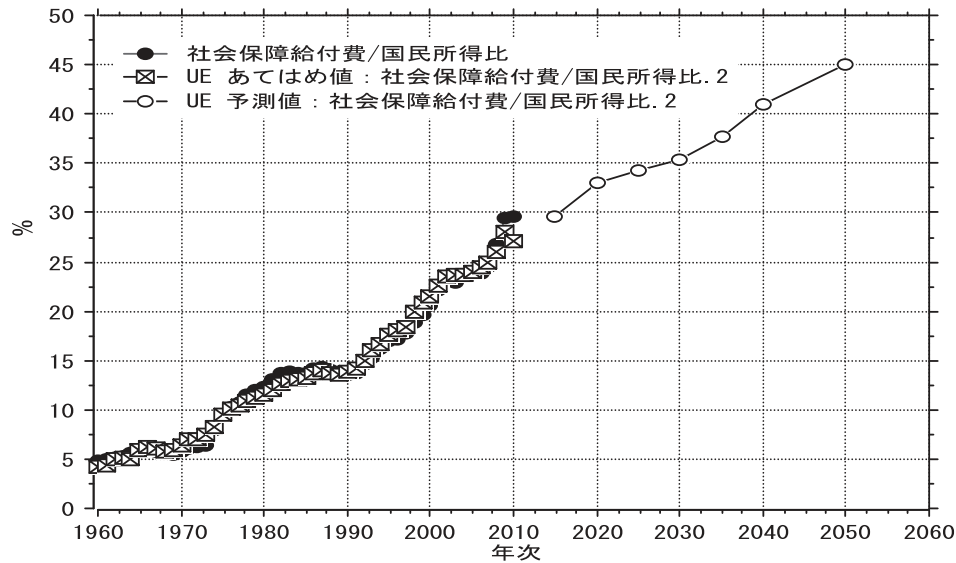
なお参考までに社会保障給付費の対国民所得比に関して同様の推計をすると、図表4のようになる。

説明変数の高齢者数／生産年齢人口比としては社会保障・人口問題研究所の出生率高位推計を用いた。高位推計では合計特殊出生率の予測として1.3台からピーク時には1.611にまでなり、その後、また低下して1.5台になるという予測であるが、日本の合計特殊出生率は2006年の1.26から毎年、少しずつ上昇して2012年には1.41にまでなり、2013年には1.43になった（出生率の予測に関しては、丸尾稿2010年参照）。出生率向上を配慮した政策がとられつつあるので、今後も上昇する確率が高いので、出生率の高位推計を予測値に用いた。

経済成長率を高く、失業率を低く維持できれば、そして長期的には出生率の回復と女性の就業率向上に成果を挙げれば、医療保障給付費の対国民所得比も社会保障の対国民所得比も持続可能な水準に改善できると言える。医療保障を含む社会保障の持続可能な条件の一つとして、「次世代の実質手取り所得を増加させる少なくとも減少させないこと」を重視するエスピノーアンデルセン基準（この基



図表3 医療保障給付費の対国民所得比
当てはめ値○—○ 予測値△—△ 実測値●—●、回帰式(1)による



図表4 社会保障給付費の対国民所得比の観測値、回帰式による推計値、予測値

$$\text{医療保障給付費の対国民所得比} = 3.811 + 0.102n + 0.254u - 1.024g + 0.110r \quad \text{---- (1)}$$

$$(19.174) \quad (14.752) \quad (4.934) \quad (-3.044) \quad (-9.954)$$

R (相関係数) = 0.993, \bar{R}^2 (自由度訂正済み決定係数) = 0.985 (1)式の () 内の数値はt値)

n: 65歳以上の高齢者数の人口の就業者人口に対する比率、u: 雇用失業率(2年平均)、g: 名目経済成長率、r: 医療費の自己負担比 [(国民医療費-医療保障給付費)/国民医療費]。

準は財政学者マスグレーブも政治社会学者のリチャード・ロウズも『国家は破産するか』(1984年)で重視した基準でもある(丸尾、2011年3月および2012年5月)。

代表的予測にとどめるが、どのような要因が医療保障給付費を大きく左右するかを知る上でも、将来の医療保障給付費の規模が対国民所得比でどの程度になるかの目途を探るためにもこの種の計量的予測も参考になるであろう。

参考文献

- 堀真奈美 (2012年2月)「社会保障システムの再構築に向けて」『生活福祉研究』
- 堀真奈美 (2013年12月)「医療政策の価値規範」『公共政策研究』。
- 宇野裕 (1995年11月11日、11月21日)、12月1日)「介護の社会化は日本経済を救う」『社会保険旬報』。
- 真野敏樹 (2012年)『入門医療政策』中公新書。
- 丸尾直美 (1980年5月)「経済政策の基準としての効率・公正・福祉——その方法論的基礎——」中央大学『経済学論纂』。

丸尾直美ほか (1996年)『「価値を創る福祉」——福祉の価値創造とポリシー・マネージメント研究報告書』慶応義塾大学・(株)ライフデザイン研究所コンソシウム、ライフデザイン研究所刊。

丸尾直美、藤井良治編 (2003年)『医療制度改革の論点』社会経済生産性本部生産性本部、労働情報センター刊。

丸尾直美、川野辺祐幸、的場康子編 (2007年)『出生率の回復とワークライフバランス』中央法規。

丸尾直美 (2010年3月)「出生率回復・女性就業・労働市場」『週刊社会保障』法研。

丸尾直美 (2011年3月)「持続可能な社会保障財政のシナリオ」中央大学『企業研究』。

丸尾直美 (2012年5月)「社会保障、税、雇用、成長の一体改革」『週刊社会保障』所載。

水野肇 (2008年)『医療はどこで間違ったのか』リベリタス・クレオ。

水野肇 (2011年)『現代医療をどう改革していくか』社会保険出版社。

Eenthoven, Allen J. (1988), *Theory and Practice of Managed Competition in Health Care Finance*, North-Holland

Culyer, A.J. and J.P. Newhouse eds. (2000) *Handbook of Health Economics*, North-Holland.

