

日本の医療制度改革について

—英国の医療保障制度から学ぶ—

山 田 武

第1節 はじめに

この論文は、英国の医療保障制度から学び、日本の今後の医療保障制度の改革について検討することを目的とする。

英国の医療保障制度(NHS)の特徴は次のように要約することができる。国民全体をカバーする医療保険制度と国民全体の医療へのアクセスを維持する医療供給制度を、限られた予算を効率的に活用することに政府が積極的に関与し、競争をうまく活用し、国民のニーズを取り込んでいる。また、これらの目標を政治の強いリーダーシップのもとで、具体的な数値目標に置き換えて政策を推し進めている。

日本の医療保障制度では、少子高齢化ならびに人口減少の長期的なトレンドを国民も十分に承知した上であっても、少子高齢化ならびに人口減少に対応した医療保障制度改革に足踏みし、医療保険制度の持続可能性に危惧を持たざるをえないのが現状である。医療保険制度、医療供給体制について改革するべき点は多く、繰り返して議論されてきた。医療保障制度は民間中心ではなく、公的な制度で、改革のためには政治的な解決が求められているが、先送りが繰り返されている。高齢化が進み、高齢者の投票率が高い日本では高齢者の受益を削減するような政策を掲げて、選挙を戦うのが難しいことも、改革が進まない一因となっている。

少子高齢化ならびに人口減少を前提とすると、2050年以降を含めて長期的には現在のよ様な医療保険制度を維持するのは難しいと思われる。少子高齢化のもとで、高齢者の医療費を現役世代が負担する制度は行き詰まってしまう恐れがあるからである。医療保障制度をゼロから構築することはできない。また、医師の育成などの時間のかかるプロセスも含まれる。その意味では、長期的な目標を定め、目標に向かって制度を組み直す政治が必要である。

社会保障の分野では、北欧モデルや欧米の経験が学ぶべき事例として紹介されてきた。どの国の制度も医療技術、経済環境や社会構造の変化に合わせて絶え間ない修正が加えられてきたという意味で、完璧な制度があるわけではない。また、海外の制度がすばらしく見えても、日本に同じ制度を導入した際に同じような成果を上げられるとは限られない。日本の制度を考える上で、海外から学ぶというのは、日本に制度を単純に移植することを目的とするわけではなく、その背後にある目的や目標を導入することによる成果について研究することが重要である。以下でもこのような視点から議論することとする。

以下の構成は次の通り。まず、第2節で英国の医療保障制度について概観し、特徴を説明する。第3節では日本の少子高齢化と人口減少を前提としてマクロ経済学の観点から、

現在のような医療保険制度続けた場合の問題点を指摘する。第4節では、現在の医療保険制度改革に関していくつか提案し、最後に第5節で本論文を要約する。

第2節 英国の医療保障制度⁽¹⁾

英国の医療保障制度は広く NHS (National Health Service) として知られている。現在の英国の社会保障制度は戦時下の1942年に発表された「ベバリッジ報告」を土台として構築されてきた⁽²⁾。「ベバリッジ報告」には医療保障だけでなく、失業保険、年金保険、公衆衛生など広範な社会政策に関する包括的な政策が提案されている。そのうちの医療保障を実現することを目的として1948年にNHSが設立された。NHSは医療ニーズに対応して、健康状態や支払い能力とは関係なく、医療サービスへアクセスすることができる公平性を実現することをミッションとし、政府の事業として現在も実施されている。

・HNS基本方針

現在のHNSの基本方針は次の通りである⁽³⁾。

- 1.すべての国民に対する包括的なサービスの提供
- 2.支払い能力ではなく、臨床的なニーズに基づく受診
- 3.最高水準の技術と専門性の追求
- 4.患者中心のNHS
- 5.他の組織、地域コミュニティとの連携
- 6.税金をもとに、限られた資源を効率的で、公平で、持続可能に利用
- 7.説明責任

同時に、NHSは国民に権利を認め、義務を求めている。医療機関での無料での受診、専門的で高い質のサービス、NICE (the National Institute for Health and Care Excellence) の推奨する医薬品や治療、治療における患者の尊厳と尊重、同意に基づく選択、健康や治療の選択への関与、苦情の申し立てなどが権利として認めている。それぞれの権利を実現するためにNHSの約束(コミットメント)も逐次述べられている。

一方、義務として、GPへの登録、NHSスタッフの尊重、正確な健康情報の提供、予約の遵守、治療方針の遵守、公衆衛生プログラムへの参加、臓器提供の意思の表明、NHSに対するフィードバックの提供を国民に求めている。さらにNHSのスタッフについての方針、スタッフの義務と権利も説明されている。このような具体的な方針に基づき、制度が運用されていることもNHSの大きな特徴である。

日本では、憲法第25条「すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する。国は、すべての生活部面について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進

(1) NHSについては、Sean Boyle (2011), "United Kingdom(England) Health system review," Health System in Transition, 13(1), 健康保険組合連合会 (2012) 『NHS改革と医療供給体制に関する調査研究』などを参照

(2) William Beveridge (1942) "Social Insurance and Allied Services." 全文は <http://www.sochealth.co.uk/resources/public-health-and-wellbeing/beveridge-report/> (2015年1月16日確認)

(3) "The NHS constitution (2013)", <http://www.nhs.uk/choiceintheNHS/Rightsandpledges/NHSConstitution/Documents/2013/the-nhs-constitution-for-england-2013.pdf> (2015年1月16日確認)

に努めなければならない。」を根本として医療保障制度を含む社会保障全体が組み立てられていると考えられる。医療保障関連の各法律の冒頭には法律の目的は書かれているものの、NHSのような具体的な方針が明示されているわけではない。たとえば、医師法の1条には「医師は、医療及び保健指導を掌ることによつて公衆衛生の向上及び増進に寄与し、もつて国民の健康な生活を確保するものとする。」とあるが、NHSの基本方針に比べると抽象的で、具体的に何が保障されているのかは明かではない。

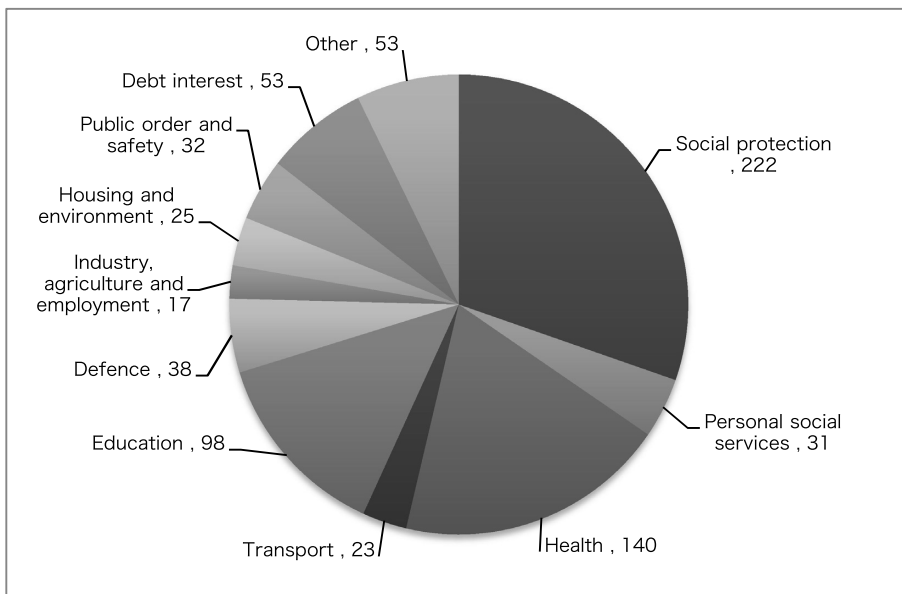
・予算

NHSの基本方針でもうたわれているように、NHSは税を財源の中心としている。世界各国の医療制度の財源は税、社会保険、民間保険、自己負担の組み合わせで分類することができる。英国が税を財源に求めているのに対して、ドイツは社会保険、日本は社会保険と税(公費)、米国が民間保険と公費を財源の中心としている。

図1は2014-2015年の英国の予算⁽⁴⁾である。英国全体の国家予算7320億ポンドのうち、1400億ポンド、約19%が健康関連に配分されている。これらの予算はイングランド、ウェールズ、スコットランド、北アイルランドの4つの地域に分割され、さらに、それぞれの地域の病院、診療所、ケアホームなどに配分される。

税を財源にしているということは、限られた予算全体の中でNHSへの支出は他の分野への支出と競合していることを意味している。社会保障、教育、国防、産業振興、国債償還

図1 英国の予算2014-2015年(10億ポンド)



Source: Office for Budget Responsibility, 2014-15 estimates. Allocations to functions are based on HM Treasury analysis.

(4) HM Treasury, "Budget 2014," March 2014

などへの支出と競合し、政府の方針に従って配分が決められる。NHSの予算には上限があり、予算の範囲内で医療を供給しなければならない。したがって、基本方針にもあるように、税金を最大限活用して、効率的で、公平で、持続可能な制度を設計しなければならないという目標をもつことになる。

・医療サービスの需要と供給

英国では患者は医療機関を自由に選ぶことはできない。患者はまず自分が登録したGP (general practitioner) を訪ねなければならない。GPとは幅広い治療や予防を提供する医師のことである。複数のGPで一つの診療所が運営さえしていることもあるが、ここでは、日本の診療所や開業医と区別するためにGPと呼ぶ。登録したGPで治療が完結しない場合には、GPが紹介した同じ地域の病院で専門医から治療を受ける、あるいは必要に応じて入院することになる。医療費は薬剤費を除き無料である。日本と異なり、英国の患者は医療機関を自由に選択できるわけではない。GPの紹介状がなければ病院で受診することはできない。GPが専門的な医療へのアクセスをコントロールしているという意味で、ゲートキーパー（門番）ということもできる。

GPの紹介で必要に応じて病院で治療・入院するという制度は、GPと病院の役割分担が明確に線引きされていることを意味する。また、そこで働く医師の役割も異なることも意味している。

GPは幅広い疾病や治療や予防に関する知識を求められる一方で、専門的な医療は担当しない。しかし、複数の疾病を患っていても登録したGPで解決できることが多い。その結果、複数の医療機関で次々と受診するいわゆるドクターショッピングや、異なる医療機関が同じ検査や処方を繰り返すような重複を避けることができるため、医療費全体を抑制することができるというメリットがある。

専門的な治療は病院の専門医に任される。医師は養成段階でGPになるか専門医になるかを選択する。病院数が限られているという意味で専門家の定員も実質的に限られているから、専門医になりたくてもなれない場合もあるようだ。病院には専門的な治療が必要な患者だけが紹介されるから、病院は高度な治療が必要な患者の治療に専念することができる。

NHSでは登録患者数に応じて報酬が支払われる人頭制が採用されているから、GPは登録患者を増やすインセンティブを持っている。したがって、GPは競争に直面することになる。登録患者を引きつけるためには、適切な治療や予防を供給することが求められる。同時にGPには所得を最大化するために、支出を抑制するインセンティブもある。所得を増やすためには支出を抑制することが求められるが、たとえば、頻繁な病院へ紹介や医療サービスの質の低下は、登録患者を失うことにもつながる。GPは所得を増やし、医療費を抑制することも目標にしながら、予防対策など地域に関わるサービスを供給することも含めて幅広い医療サービスを提供する。

・NHS小史1 サッチャー政権

NHSが設立された当初は病院、開業医、地域での保健活動などのすべてを保健省 (Department of Health) が集権的に管理していた。また地域の医療全体に関与する地域保健局が開業医や病院、救急医療や公衆衛生も含めて、地域を一つのユニットとして計画や

予算を管理する仕組みだった。NHSは医療関連サービスを一手に引き受ける巨大な組織に成長した。組織運営体制は非常に複雑で、非効率的な側面を含むことになった。NHSの制度の内部にある病院、開業医、地域での医療関連予算を配分する地域保健局の連携が不十分で、制度全体を効率的に経営するのが難しいことがしばしば指摘されていた。

1979年に誕生したサッチャー政権とそれに続くメージャー政権は、NHS改革を実行した。設立当初からの理念である医療ニーズに対応して公平なアクセスを実現するというミッションを、限られた予算で効率的に実施することが求められた。オイルショック以降英国の経済は低迷し、財政赤字と国債の累積残高も増加し、1976年には国際通貨基金から融資を受けるほどの財政状況であった。こうした経済情勢をうけて誕生したサッチャー政権は規制緩和や財政支出の削減などさまざまな政策を推し進めた。NHSについても例外ではなく、限られた予算を効率的に運営する組織へとNHS改革を推し進めた。

限られた予算を効率的なシステムの実現のために導入されたのが内部市場である。内部市場とはNHS内で医療サービス購買者(地域保健局)と医療サービス提供者(病院・診療所)を分離し、医療サービスを売買させる仕組みである。NHSでは患者は窓口で支払うことはないから、価格によって需要と供給が調整されるような一般的な市場ではない。そのため、効率的な市場が形成されない。そこで、地域保健局を需要サイドと見立てることによって擬似的な市場を作り、限られた資源を巡って各病院が競争するインセンティブが働くように仕向けたのである。

保守党政権のもとでのNHS改革を議論する際にしばしば象徴的にとりあげられるのが入院待機者の増加である。日本でも人気のある医師の手術を受けるために何ヶ月も待つという話を聞くことはあるが、一般的にはそれほど待たされることはない。しかし、NHSでは入院までの待機日数は全国的に深刻な問題だった(図2)。この背景には、改革による厳しい予算制約や医師や看護師の不足があると考えられる。

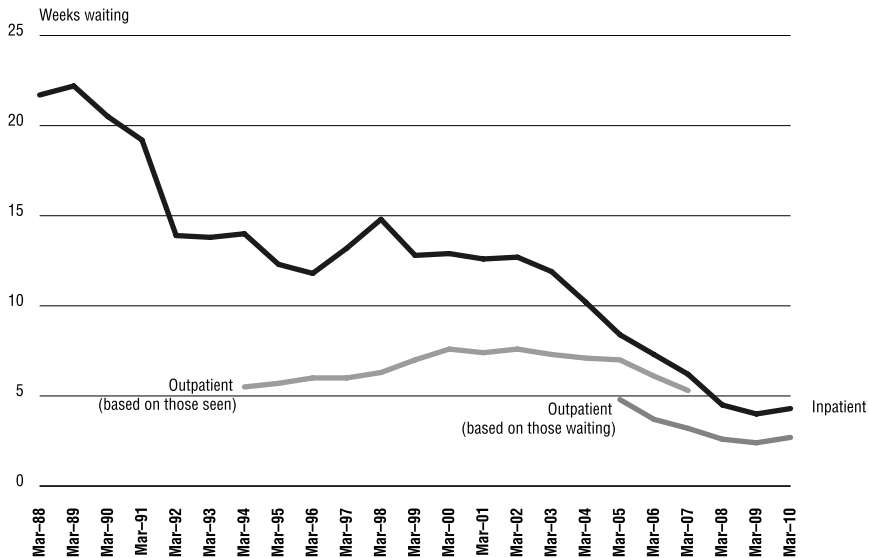
入院待機日数の増加は、医療サービスの質の劣化と見なすことができる。患者にとってはみかけ上、入院費が無料になっているために、過剰な需要が発生し厚生を損ねている、あるいは、予算管理による集権的なメカニズムが医療資源の効率的な配分を実現できないために、厚生を損ねているという意味でも経済学者の関心を集めた⁽⁵⁾。

実際に、入院待機は患者の不満の高めた。しかし、入院費用は無料で、事前に税を通じて費用を支払っていることは強く意識されることはなく、無料でサービスが受けられるのだから待たされても仕方がないという判断も働いていたようだ。早く入院したいのであれば、差額ベッド代を支払って入院する順番を繰り上げる方法や、医療費を全額負担して民間病院に入院することも可能である。高所得者や大企業の就業者は民間保険を使うこともできる。つまり、入院待機患者は、待機時間と費用に関する複数の選択肢から選んだ上で納得して待っていたとも理解できる。行動経済学的な観点からすると、医療費無料がデフォルトであるNHSでは、あえて追加的な費用を支払ってサービスを買うことの負担感が大きく受け止められたのかもしれない。差額を支払うぐらいなら待っている方がましというわけだ。

資源制約による割り当ては、往々にして不満をはらみがちである。しかし、公平なアク

(5) Cullis, Jones, & Propper (2000), "Waiting lists and medical treatment: Analysis and policies," Culyer & Newhouse eds. Handbook of Health Economics, p1201-1249

図2 外来と入院の待機期間(中央値), 1988-2010⁽⁶⁾



セス(ここではだれもが同じように待たされるという意味も含めて)を維持しながら、患者が追加的な費用を負担するかどうかを選ぶことを認めている点は日本でも考慮する余地はある。公的に給付する範囲と、追加的な費用を負担することでそれ以外のサービスを需要することができることによって厚生を高めることができるからである。ただし、現在の日本のように急性病床が余っているような状況では待ち時間を繰り上げるために追加的な費用を支払うような制度は現実的ではない。しかし、医療機関が各種の規制をうけて医療サービスを供給するほかに、競争を認めることによって新しいサービスが開発され、新しい価値を生み出す可能性を認めることも重要である。

・NHS小史2 ブレア政権

18年間続いた保守党政権の後、1997年に労働党政権が発足した。ブレア政権は「第三の道」を目指した。NHS設立当初の中央集権的な運営(第一の道)、効率を実現するための内部市場(第二の道)を経て、公正も効率も共に重視し、協力やパートナーシップを重視した政策に舵をきることになった。具体的には、公衆衛生、プライマリー・ケア(初期治療)、根拠に基づいた医療(EBM)を重視する政策がとられた。

ブレア政権下でも、購買者と供給者を分離する内部市場は残されたが、競争よりもパートナーシップが強調されるようになる。あわせて各種の組織改革も実施された。費用削減に終始した保守党政権の結果に対する反省から、2000年にはThe NHS Plan: A plan for investment, A plan for reformが公表され、10年間をかけて医療機関や病床数の増加、それを支える医師や看護師の増員、入院までの待機時間の削減などが具体的な数値目標として発表された。ブレア政権では、医療機関を競争させるのではなく、個別の目標を達成す

(6) Sean Boyle (2011), "United Kingdom (England) Health system review", Health System in Transition, 13 (1), P381

ることにシステム全体の目標を置き換えた。また、対GDPで評価した医療支出を欧州平均値に近づけることを明言した。その結果、医師や看護師の養成が進むようになっただけでなく、入院待機時間が削減され、一定の成果が上がった。また、開業医の予約を取る前に電話で相談することができるNHS Directや、夜間の予約なしの受診に対応するNHS Walk in Centreも導入した。

ブレア政権下で特筆すべき改革の一つはEBM (Evidenced Based Medicine) の重視である。1999年に設立されたNICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) は、医療の質の向上と効率的な医療資源の活用を推進するために新規に設立された機関である。NICEは医療技術や医薬品についての技術評価を実施し、医療機関が当該医療技術や医薬品を使用するかどうかなどについてのガイドラインを公表している。

EBMは科学的な根拠に基づいて治療方法を選択することを意味する。たとえば、ガンの治療にはさまざまな方法があり、医師はそれまでの経験や信念に基づいて治療方法を推奨するかもしれない。それに対してEBMのもとでは、費用と効果を比較する費用便益分析に基づいてより効果的な治療方法を選択することが可能になる。

NICEでは各種の治療が比較可能になるように効果として質調整生存年QALY (quality adjusted life years) が使われている。QALYとは生存年数を0 (=死亡) から1 (=完全な健康) までの健康状態評価で重み付けした指標である。健康状態評価で重み付けをすることにより、生死に関わる治療を含めて、さまざまな治療について比較が可能になるというメリットがある。たとえば、新しい治療Aは1万円の追加的な支出で1QALYを増加させることができるが、従来の治療Bでは1万円の追加的な支出で0.4QALYを増加させるにとどまるなら、新しい治療Aを推奨するといった具合である。

政府にとってEBMは効率的な資源配分を実施する上で重要な指標となる。限られた予算を配分する方法にはさまざまな方法が考えられるが、EBMは効果的な治療方法に予算を配分する指標となり得るからである。また、より費用がかかる治療方法が見つかった場合でも、それがより大きな効果が得られるのであれば予算を増加させる根拠とすることもできる。

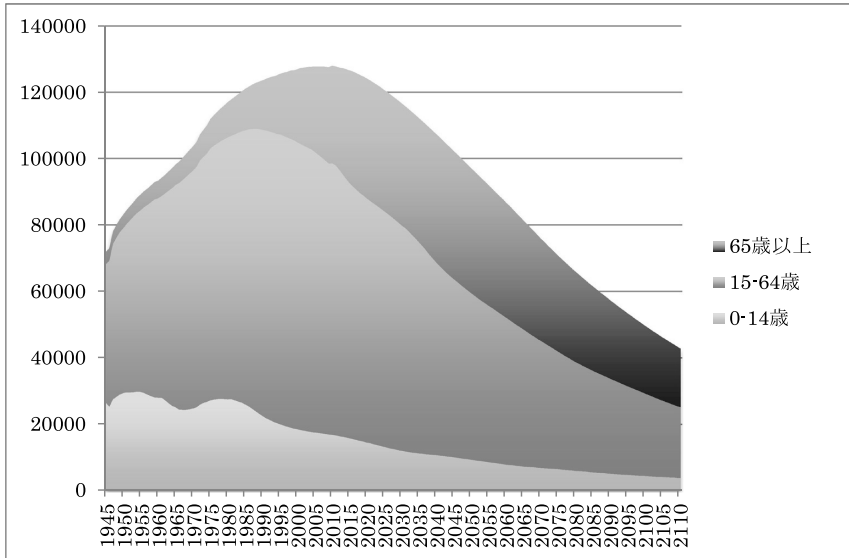
その一方で、NICEの公表するガイドラインによって医師の裁量の範囲は限定されることになる。また、費用便益分析は統計学的な分析に基づいて実施されるため、個別ではなくサンプル全体における結果が重視される。その結果、患者の特性によってはふさわしい治療方法が選択できない可能性もある。それに対応して、NHS内には治療に関するフィードバックや申し立ての制度を組み込んでいる。

第2節 日本の医療保障制度：マクロの視点

・マクロ経済学から見た人口減少、少子高齢化の影響

この節では、おもにマクロ経済学の観点から少子高齢化と人口減少する日本で、現在のような高齢者の医療費を現役世代が負担する賦課方式を維持することが可能かどうかについて検討する。賦課方式という表現は一般には年金保険で、積み立て方式に対する賦課方式という表現で使われることが多いが、現状の高齢者の医療費は現役世代の保険料で高齢者の医療費を負担しているのが賦課方式と呼ぶことにする。

図3 日本の人口 (2011年以降は推計)



単位は1000人。資料:国立社会保障人口問題研究所『日本の将来推計人口(平成24年1月推計)』,総務省『人口推計』

図3は将来の人口推計を含む日本の人口構成の変化を表している。人口のトレンドは少子高齢化であり、人口減少である。日本の人口は1967年に1億人を突破し2007年の1億2771万人を境に減少に転じている。国立社会保障研究によると、2047年ごろには1億人(中位推計)を割ると予想されている。すでに、15歳から64歳の生産人口は1995年以降一貫して減少を続けている。

GDPを Y 、技術 A 、資本 K と労働 L からなるコブダグラス型の生産関数で説明できると仮定する。すなわち $Y=AK^\alpha L^{1-\alpha}$ とすると、賃金 w は労働者一人あたりのGDP(= Y/L)に比例する。すなわち、 $w=(1-\alpha)Y/L$ ($1-\alpha$ は労働分配率)。したがって、賃金の変化率は $\Delta w/w=\Delta Y/Y-\Delta L/L$ となる。 $\Delta Y/Y$ を左辺に移項すると $\Delta Y/Y=\Delta w/w+\Delta L/L$ となり、GDP成長率は賃金成長率と労働力人口成長率の和で表される。図3で見たように労働力人口は減少傾向にあり、高齢者や女性の労働市場への参入が増加しないという悲観的なシナリオでは、賃金成長率が見込めない場合には経済はマイナス成長になることも予想される。

高齢者の増加は資本蓄積を抑制すると考えられる。ライフサイクルモデルに従えば、家計は現役世代のときに働きながら貯蓄し、退職した老後に貯蓄を引き出す。少子高齢化のもとでは、貯蓄する世代よりも、貯蓄を引き出す世代が増えるからマクロの貯蓄率は低下する。第2次世界大戦後日本では貯蓄率が高く、資本が豊富に供給されたことも経済成長の要因となった。一方、高齢化が進むと、高齢者による貯蓄の取り崩しによって資本供給量が減少し、資本蓄積が抑制されて、結果的にGDPを抑制するとも考えられる。

王朝モデルのように、子孫のために遺産を残すというモデルも考えられる。しかし、日本の場合には「病気や不時の災害への備え」や「老後の生活資金」を目的としている場合が

多く⁽⁷⁾、これらの貯蓄は老後に生活費や介護費用などで引き下ろされてしまう可能性が高い。また、実際に、高齢化とともに貯蓄率は継続低下し、2013年度の貯蓄率は-1.3%になった⁽⁸⁾。日本人は貯蓄率が高いという印象はすでに過去の遺物になってしまった。貯蓄率が低下すると市場に供給される資金が不足し、国内投資が減少する。その結果GDPも減少する。もっとも、米国のように貯蓄率が低くても、海外からの直接投資があれば国内での投資規模は減少しないかもしれない。

さらに深刻な問題は少子高齢化と社会保障制度の関係である。年金、医療保険、介護保険ともに現役世代の負担で高齢者の給付をまかなっている。少子高齢化をのむと、高齢者への給付を維持しようとすれば、現役世代の負担が増加することになる。

高齢者一人あたりの社会保障給付を s 、高齢者人口を O 、労働者一人あたりのGDPを y 、就業人口を L とすると、高齢者のための社会保障給付がGDPに占める割合は $sO/yL=s/y \times O/L$ で表すことができる。高齢者の人口の増加は O/L の増加を意味するから、社会保障給付 s を維持したまま高齢化が進めば、社会保障給付がGDPに占める割合は増加する。賦課方式のもとでは現役世代の負担が増加することになる。公的年金保険や公的医療保険の保険料は可処分所得を減少させるという意味では税と同じである。したがって、保険料の増加が可処分所得を減少させ、消費を減少させ、GDPを減少させる方向へ影響すると考えられる。

悲観的な説明が続いたが、規制緩和によって潜在成長率を高める政策も考えられる。潜在成長率を資本生産性の変化率と労働力生産性の変化率と技術進歩などの全要素生産性によって定義すると、全要素生産性には技術進歩だけでなく、資本生産性の変化率と労働力生産性の変化率以外の要因がすべて含まれる。たとえば、生産性が高い分野に労働力や資本が移動することを促進すると、同じ資本と労働力でもより多くの財やサービスを生産することができるので、全要素生産性を高めることになる。これまで規制されてきた産業で、規制を緩和し生産性を高める必要性が強調されるのも全要素生産性を高めるためと見なすことができる。

・長期社会保険料の推計

将来の医療費を検討するためには医療費に関するさまざまな将来推計が報告されてきた。厚生労働省が公開する医療費の予測は、仮定が粗いことや予測の精度が低いこともあって、しばしば批判の対象となってきた。厚生労働省の推計は今後の問題点に警鐘を鳴らすという意味はあったと評価できるかもしれないが、政策決定のための資料としては十分な質ではなかった⁽⁹⁾。最近では、それまでの推計上の問題点を修整した社会保障国民会議の2008年の試算をうけて、政策を反映したうでの試算を厚生労働省は公開している。2012年3月の試算によると、2012年度の国民医療費が35.1兆円に対し、2025年の国民医療費は54兆円である。

もっとも、医療保険や年金保険の制度改革には、国民全体がかかわり、多くの利害関係があり、制度改革に時間がかかることを考慮すると、2025年のように中期-長期の推計で

(7) 金融広報中央委員会(2014)『「家計の金融行動に関する世論調査」[二人以上世帯調査]

(8) 内閣府『平成25年度国民経済計』

(9) たとえば、吉田あつし(2009)『日本の医療の何が問題か』、エヌティティ出版

はなく、より高齢化が深刻なることが予想される2050年以降も含むような長期の推計が必要である。長期の推計では、多くの仮定の妥当性が問題になることもあるが、長期の傾向を理解する上では必要なコストの一部と考えられる。

岩本・福井(2012)⁽¹⁰⁾は、人口と労働力に関するいくつかのシナリオを設定し、2011年から2110年の超長期にわたる均衡財政を運用した場合の公的医療保険負担率、公費負担率、介護保険料負担率を推計している。ただし、国民健康保険の給付費の50%の公費負担、政府管掌健康保険の給付費の13%の公費負担は医療保険の一部として推定されている。公費は医療保険における高齢者医療費への公費負担50%分と介護保険の公費負担50%である。また、負担率の分母となる所得は国民経済計算における雇用者報酬と混合所得の合計である。

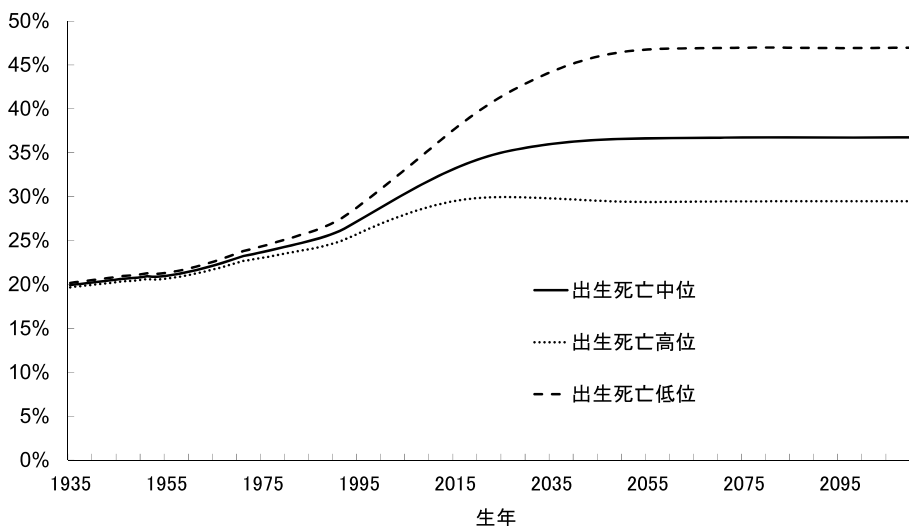
推計結果によると、医療保険の保険料負担比率は2011年度の8.20%から2099年度には12.45%まで上昇する。介護保険料負担率は2011年の2.32%からから、2102年度の9.58%まで上昇する。公費負担率は医療保険については2011年の5.23%からから2094年度の11.02%、介護保険については2011年の1.95%からから2099年度の8.12%まで上昇する。

また、生年別の生涯負担率を推計した図4が明らかにしているように、生まれた時期が遅くなるほど生涯負担率が高くなる。年金保険を考慮すれば、さらに社会保障全体の保険料負担率は増加する。後から生まれた世代が保険料負担に耐えられるかどうか心配せざるを得ない。推計結果は、現役世代の負担は増加し、消費を抑制することも示唆している。

・日本の医療費は海外に比べて少ない？

日本ではしばしば社会保障の水準の表現として、高福祉高負担、中福祉中負担、低福祉低負担などの表現が使われてきた。このような表現の背後には北欧のような福祉に多くの

図4 生年別の生涯負担率⁽¹¹⁾



(10) 岩本康志・福井唯嗣(2012)『医療・介護保険財政モデル(2012年10月版)について』

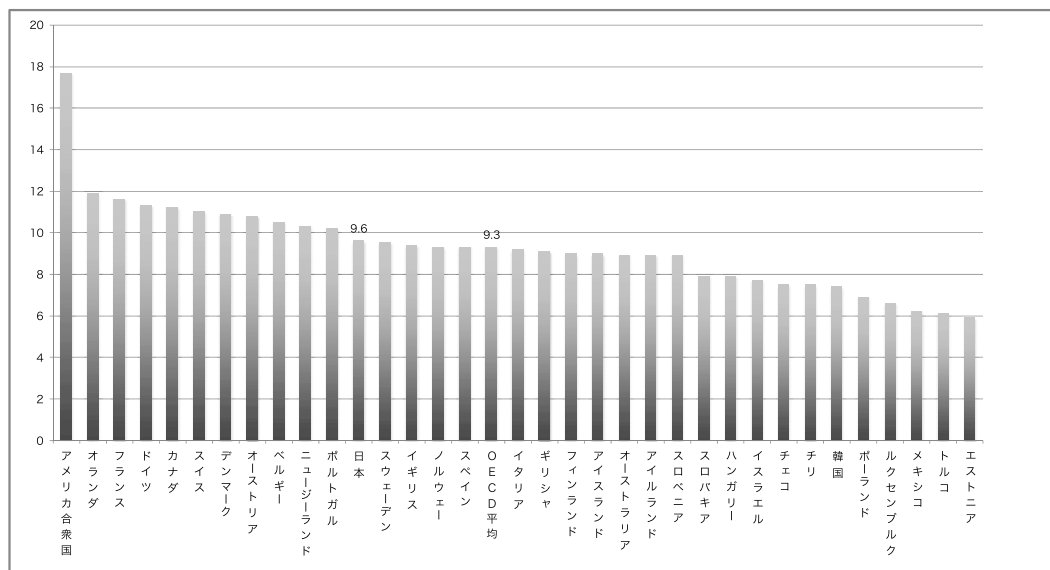
(11) 岩本・福井(2012)の図10

サービスが供給されている（高福祉）が、税負担も重い（高負担）国のような類型に従って、便益と負担を組み合わせて政策目標としているようである。都合よく考えれば負担を考えずに高福祉を選びたくなるが、受益と負担の関係には慎重であるべきだ。

乳幼児死亡率が低く、平均寿命が長いという意味で医療の成果は高い。ところが、医療の現場では医師や看護師を含む医療従事者は忙しく疲弊している。したがって、医療費を増やしてもよいのではないか？また、医療介護を成長産業として位置づけることで、経済成長全体にも貢献することができる。このような負担を考えない議論がしばしば繰り返されてきた。以前は日本の医療費（対GDP比率）はOECDの平均よりも低かったこともあり、医療費の増加を説得する材料になったかもしれない。図5では2011年の日本の医療費の対GDP比は9.6%で、OECDの平均よりも少し高い。しかし、GDPの規模で言えば米国、中国について世界で第3位の日本である。医療費については日本の上にはまだ11カ国があり、日本と同じく社会保険制度のオランダは11.9%で2位、1位のアメリカは17.7%で飛び抜けて1位である。これらの国々と比較すれば、まだ医療費を増やすという論調もありえるかもしれない。

高齢者が増加し医療サービスや介護サービスへの需要の増加が見込まれたため、医療介護を成長産業として位置づけ、生産性を高めるような規制緩和に取り組むことは、結果的に全要素生産性を高めることにつながる。しかし、その費用をだれが負担するかは別の議論である。一般的な市場では費用を負担する主体と便益を受ける主体は一致しているから、特に問題はない。一方、高齢者医療の場合には、高齢者の医療費を現役世代が負担することになるから、所得再分配上の問題を考慮せざるをえない。すでにみたように、少子高齢化によって長期的には現役世代の負担は増加すると考えられる。したがって、医療サービス

図5 医療費の対DGP比（2011年）



資料：OECD Health Data 2013

産業を成長産業として位置づける場合でも、賦課方式に関わらない範囲で、つまり、従来の政府によって規制された社会保険の範囲外で市場を形成するべきである。社会保険の範囲で医療費を増やそうとすれば、ますます現役世代の負担を増やすことになるからである。

・医療費が増加する要因

医療から生じる便益は漠然と想像できるが、何のための医療費の増加なのかという観点や、だれが医療費を負担するかについてはあとまわしになる傾向がある。便益が費用を上回るのであれば、医療費の増加は好ましい。その一方で、高齢者の医療費を増やすために現役世代の負担が増加するような医療費の増加は現役世代にとっては受け入れがたいだろう。医師の報酬を増やすために医療費を増やすというのであれば、患者よっての便益の増加も期待できないから、同意を取り付けるのは難しいだろう。

医療費が増加すると漠然と予想されるのは、医療技術の進歩の結果として医療費が増加するという構図かもしれない。医療技術の進歩が医療費高騰の背景にありそうだとすることはすでにNewhouse (1972)⁽¹²⁾で指摘されており、日本でも高齢化や診療報酬の改定以外のその他の要因の影響があることがわかっている。Newhouseの研究をベースとした愈(2006)⁽¹³⁾によれば、1960 - 2000年の米国の医療費の上昇に与えた影響は、人口高齢化 3.5%、医療保険制度の普及 17%、国民所得の上昇 4.5-9.0%、医師供給数 ほぼゼロ、医療分野と他の産業分野との生産性向上格差 12%、その他の要因 60%と見積もられている。その他の要因が半分以上を占めるが、その中身は医療技術の進歩と考えられている。技術進歩は質的な変化を含み、指標化することが難しいため、その他の要因として分類されることが多い。

医療の現場で言えば、レントゲン(x線撮影)、CTスキャナ、MRI、PETなどを連想するかもしれない。これらの機器は外からは見えない体内を調べるための検査機器で、放射線や磁気などを利用し、それまでには診断できなかった疾病についても診断できるようになるというメリットがある一方で、検査費用は公的医療保険から給付されている。一般に新しい機器による検査の報酬は高くなるから医療費増加に寄与することになる。

医療技術の進歩は、機器だけでなく、術式や医薬品など幅広い分野でみられる。1950年代にはX線撮影、人工透析や心臓ペースメーカー、1960年代には人工血管や人工弁(心臓弁置換術)、1970年代にはCTスキャナや、バルーンカテーテルや内視鏡、人工関節、1980年代にはMRI、血管ステント、1990年代にはバイパス手術、PET、遺伝子解析装置など次々の新しい機器や技術が導入されてきた。

これらの新しい技術の多くは急性期疾患の治療に取り入れられ、診療報酬点数表に記載されると全国的な普及が進んだ。今後は個別に遺伝子を読み取り、医療に反映させる遺伝子医療の進展も期待される。ただし、延命することができるようになったかもしれないが、同時に後遺症によって介護が必要な期間が長くなり、年金の給付期間も長くなる場合もある。したがって、医療だけでなく介護や年金も含めて便益と費用の比較も求められる。

今後も新しい医療技術を公的医療保険の給付対象として取り込んでいくかはどうかは、新しい医療技術の開発に影響を与えるだけでなく、医療費にも影響を与える。同時に少

(12) J. Newhouse (1992), "Medical Care Costs: How Much Welfare Loss?," *Journal of Economic Perspectives*, 6 (3), 3-21.

(13) 兪炳匡 (2006) 『「改革」のための医療経済学』メディカ出版

子高齢化のもとでは、費用と便益を比較して新しい技術を取り入れるかどうかを厳しくチェックする必要がある。

第3節 今後の医療保障改革

・人口成長モデルから脱却

これまで見てきたように、今後日本では少子高齢化がすすみ、経済成長への影響が強く懸念される。また、現役世代の負担する保険料を引き上げにも限界があるだろう。もともと、人口増加、経済成長時代に構築した医療保障制度は、少子高齢化と人口減少、経済成長の鈍化の前では、制度変更は避けられない。以下では、冒頭で紹介したイギリスの医療保障制度を参考にしながら、日本での制度改革について検討する。①すべての国民が公的保険に加入している状態を維持するための国民皆保険、②すべての国民が適切な医療を受診できるためのアクセスの確保、③限られた費用を効率的に利用するための持続可能な制度、④それらを実現するための政治体制の4点の順番で課題の順番でいくつかの提案を説明する。

①国民皆保険

・公費負担の対象の明確化

だれもが医療サービスを受けられる状態を今後も維持することは、公的医療保障制度の重要な目標であると考えられる。英国のNHSにおいても、所得の多寡ではなく、臨床的な必要性に応じて受診できる制度が構築されている。世界的に見れば米国のような民間医療保険を中心とした医療制度はむしろ珍しく、例外である。しかし、民間医療保険を中心とした米国であっても、低所得者にはメディケイドという公的医療制度があり、公費が投入されている。

日本の公的医療保険制度は被用者保険から始まり、中小企業の就業者に広がり、1961年の国民健康保険の成立をもって国民皆保険を実現した。健康保険組合や各種共済組合は給付について公費補助を受けていない。一方、全国健康保険協会（協会けんぽ）には中小企業の被用者が、地域保険としての国民健康保険には自営業者や農家、失業者などが加入していることを考慮して、全国健康保険協会では給付費の13%、国民健康保険では給付費の50%が国庫から拠出されている。また、所得と関係なく、子供の医療費を助成する制度は全国各地で広がっているし、高齢者医療制度では給付の50%も補助されている。

国民皆保険を実現するために、1960年代に全国健康保険協会や国民健康保険に加入する低所得者の保険料を抑制するように、医療給付を補助するという考え方は理解できる。しかし、現在では国民健康保険の加入者には中小企業のサラリーマンも多く⁽¹⁴⁾、加入している制度や年齢をシグナルとして公費を使うのは本来の目的からはずれている。

一方、日本では所得格差が広がっているという現実がある。厚生労働省『平成23年 所得再分配調査報告書』によると、所得の均等度を表すジニ係数は大きくなる傾向がある。ジ

(14) 厚生労働省『国民健康保険実態調査2012年』によると、国民健康保険の加入世帯を世帯主で分類すると、農林水産業が2.8%、その他の自営業が14.7%、被用者35.2%、その他の職業が4.0%、無職が43.4%である。なお、無職には退職後に被用者保険から移動した高齢世帯も多い。

ニ係数は1に近いほど均等度が低くなる、つまり所得分配に偏りがあることを意味する。平成23年のジニ係数は所得再分配前では0.55、所得再分配後でも0.37である。また、子供の相対的貧困度も上昇する傾向にあり、『国民生活基礎調査2009年』によると15.7%である。阿倍(2008)⁽¹⁵⁾は、国民健康保険加入世帯の中でも低所得世帯ほど保険料率が高いことを指摘している。さらに、所得に対して相対的に一部負担が重く受け止められるから、医療機関での受診を避けるようになる。国民皆保険制度はこのような所得によって受診が制限されないことを目的とするべきだ。

一方、高齢者は退職しているという意味ではフローの所得は得ていないかもしれないが、資産を保有している高齢者もいる。高齢者の保有資産の流動化の話題は以前からたびたび言及されてきた課題ではあるが、今後改めて検討する必要があるだろう。

全国健康保険協会や国民健康保険では公費投入はモラルハザードに拍車をかける可能性もある。高齢者や子供は一部負担が軽減され、過剰に受診することになる。また、全国健康保険協会や国民健康保険の保険者は、給付費の一定額が補助されることを見込んで行動することになるため、保険料収入を前提として運営するため規律が緩くなる可能性が高い。介護保険の場合には、保険料収入が予算制約となるため、補助金をあてにした大盤振る舞いをするのはできないから、保険運営上各市町村は規律をもって行動しなければならない。したがって、いわゆるコスト意識が求められる。しかし、全国健康保険協会や国民健康保険では公費投入があらかじめわかっているために規律を守るインセンティブが弱められる。

以上より、全国健康保険協会、国民健康保険、また、子供向け医療費の助成や高齢者医療費の補助は廃止し、低所得者を対象とした保険料の減免や一部負担の減免制度へ変更すべきである。

・高齢者の医療費の負担方法

現在現役世代の保険料のうちの半分程度は高齢者の医療費の拠出金として徴収されている。すでに見たように、今後高齢化が進展すると現役世代の医療費とは関係なく保険料率が上昇する。健康保険組合連合会⁽¹⁶⁾によると、2014年度の経常収支の内訳は、法定給付費の総額3兆8,061億円に対して、支援金・納付金等総額は3兆3,155億円で、支出総額の42.6%である。健康保険組合の収入のほとんどは保険料収入であるから、保険料の約4割は高齢者医療への拠出にあてられている。このような仕組みは受益と負担の関係を不明瞭にするだけでなく、高齢者への拠出のために保険料が増えることを説得するのは難しくなるだろう。実際に、高齢者の医療費を負担することを通じて健康保険組合自体が赤字になり、解散した結果、被用者が協会けんぽに移動するという事態も起きている。

高齢者の医療費をどのように負担するべきかについては、賦課方式と積み立て方式が考えられる。賦課方式の場合でも、現在のような保険料率の一部として徴収し、さらに、高齢者の医療費に拠出するような調整は、受益と負担の関係がわかりづらい。むしろ、賦課方式を維持するにしても、介護保険のように従来の医療保険から除外し、地域ごとに保険料収入が予算の上限になるような制度も検討に値するだろう。介護保険では保険料収入が上

(15) 阿部彩(2008), 格差・貧困と公的医療保険: 新しい保険料設定のマイクロ・シミュレーション, 社会保障研究, 44(3), 332-347

(16) 健康保険組合連合会『平成26年度健保組合予算早期集計結果の概要』

限となるため、規律のある予算運営が期待できるが、現在の後期高齢者医療制度では、給付費の50%は公費で負担されるため、保険者の予算を管理するインセンティブは弱められてしまうことはすでにみた。したがって、制度として公費を投入するような仕組みは避けるべきである。

世代間の所得移転をなくすことで受益と負担の関係を明確にすることを目的とした積み立て方式の医療保険制度も提案されている⁽¹⁷⁾。現状の賦課方式から積み立て方式に移行する際には、保険料について二重の負担が生じることはよく知られている。すでに参照した福井・岩本(2012)によれば、賦課方式から積み立て方式への移行期間を95年間という長期間を取ることによって、二重の負担が生じる世代であっても、賦課方式よりも積み立て方式の方が、生涯の保険料抛出が少なくすむことを報告している。

年金保険のように老後の所得を積み立てるのは異なり、現役世代のうちから現役時代の保険料と高齢になってからの保険料を用意するという考え方は合理的な考え方であるし、保険料負担を軽減できるという意味では魅力的な制度である。しかし、従来の医療保険の考え方からの振れ幅が大きいのも事実である。また、超長期の推計のために置かれている仮定や、年金制度同じく政府が積み立て方式を運営する能力を持っているかどうかに関する疑問も残る。ただし、いずれの場合でも持続可能な制度を構築するためにはさまざまな視点から今後も研究する必要がある。

②アクセスの確保

日本では病院については病床規制によって参入規制があるものの、一般診療所の参入規制は存在しない。したがって、原則としてどこでも開業することができる。その一方で、人口の少ない地域などでは採算が見込めないために、無医地区になっている場合もある。2009年の厚生労働省の調査によると、無医地区は年々減少し、705地域、それらの地域に住む人口は約14万人である。また、無歯科医地区は930地域で約24万人がそれらの地域に住んでいる。

所得や居住地域にかかわらず、適切な医療サービスを受診できるようにするためには、無医地域を含めた僻地医療に対して、政府が積極的に介入するべきである。NHSでも僻地医療に対しては開業医が設置されるように報酬を調整するような制度が設けられている。日本でも僻地でのアクセスを高めるために設置された僻地医療支援機構の役割は今後ますます重要になると予想される。今後地方では人口減少に伴って、今は人口がいても、将来的には僻地になってしまう地域が増加すると予想されるからである。

夜間になると都市部においても僻地と同じように救急外来以外では受診できない地域もある。このような場合には、小児救急電話相談事業のような電話相談も活用できる。小児救急電話相談事業は親が夜間や休日に子供の病気に直面した際に、医療機関を受診する前に、医師や看護師に相談できる制度である。現在全国に設置され、半数以上の都道府県が深夜にも対応する窓口を設置している。

英国のNHSでは一日24時間電話で相談できる111がある。999の電話番号で救急車を呼

(17) 日本を対象とした研究には、すでに参照した岩本・福井(2012)、鈴木亘(2000)「医療保険における世代間不公平と積立金を持つフェアな財政方式への移行」『日本経済研究』Vol.40、西村周三(1997)「長期積立型保険制度の可能性について」『医療経済研究』Vol.4などがある。

ぶほど重篤ではないと判断される場合には、111にアドバイスを求めることができる新しいサービスである⁽¹⁸⁾。NHSでは開業医で受診するためには予約が必要で、予約を取るかどうか判断に迷うこともある。無料でアドバイスをうけられる111を提供することで、患者の不安を軽減し、次にとるべき行動を知ることができる。日本では救急相談センターが同じような機能を果たしていると考えられるが、知名度が低いという問題点も指摘されている⁽¹⁹⁾。次の節で説明する効率的な医療供給体制の実現という観点からもこれらの電話サービスについては救急医療体制と関連して費用と便益を含めて分析すべき課題である。

③効率的な医療の実現

保険料の増加を抑制し、持続可能な医療保険制度に改革するためには効率的な医療の実現が不可欠である。そのためにはいくつかの制度変更が考えられる。

・GPと病院の役割分担

英国のNHSを含め欧米諸国ではGPと病院の役割分担を明確にしている国が多い。日本でもGPと病院が役割分担を明確にするべきである。以下ではGPと病院の役割分担を明確にした制度について説明する。なお、GPは専門性は低いが、予防や地域の健康対策を含めて幅広く医療サービスを供給する診療所をイメージしている。

日本の医療保障制度では、原則として患者は医療機関を自由に選択することができる。その結果、複数の医療機関で同時に受診する重複診療や、次々と受診する医療機関をかえるドクターショッピングなど、患者の選択行動によって過剰な費用が発生していると考えられる。また、開業医も専門分化しているだけでなく、軽度な疾病でも病院での受診を望む傾向があるため、病院が対応する患者の数が多く、病院に期待される専門的な治療に十分な時間を割くことができないという事態も生じている。しかし、専門的な治療だけでは十分な収入が得られないため、幅広い医療サービスを供給しているという側面もある。その結果、専門的な治療は病院、軽度な疾病は開業医のような医療機関の役割分担が機能していない。

Green et al. (2001)⁽²⁰⁾によると地域住民の医療に関する訴えのうち、GP (physician's office) に該当、図6) に対応する部分は幅広く、1000人の地域住民に対して217人がGPを訪問し、そのうち病院での外来が必要な患者は21人、そのうちの8人が入院、大学病院での入院が必要な患者はそのうちの1人である。ところが日本では診療所レベルでの専門化が進み、高血圧、白内障、腰痛などを一人で複数の疾病に罹患する高齢者は内科、眼科、整形外科の診療所で受診することになる。診療所間で患者の情報は共有化されていないので、重複検査や重複処方などの非効率的な治療が温存されることになるし、複数の診療所で受診する患者の時間的負担も大きい。

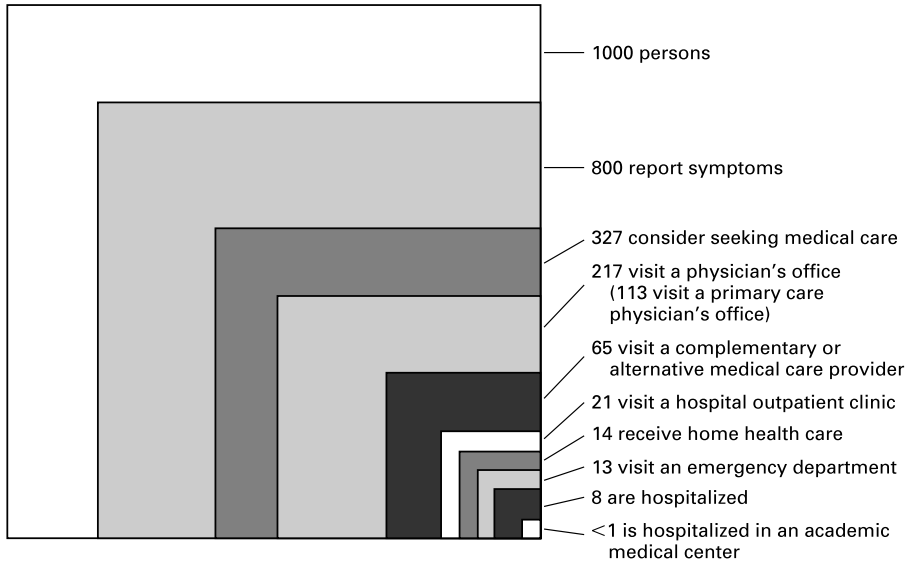
一方病院は、多くの病床を有している。特に急性期の病床と専門家を多く有している。しかし、高齢化に伴って入院を必要とする多くの高齢者は急性期の疾患ではなく、慢性期

(18) 2013年以前はNHS Directと呼ばれていた。予約なしでも各地域にある walk-in centre を利用できる。

(19) 東京都 (2009) 『救急医療と医療情報について』によると、救急相談センターを知らなかった (「全く知らなかった」と「ほとんど知らなかった」の合計) は約6割である。

(20) L.Green, et al (2001), "The Ecology of Medical Care Revised," New England Journal of Medicine, 344 (26)

図6 地域におけるヘルスケア (Green. et al (2001))



の疾病を患っているため、病院が供給できるサービスと、市場が求めているサービスはマッチしていない。結果的に、病院はいわゆる社会的入院を含めて、急性期以外の患者を受け入れることによって収入を得ている。また、外来受診も受け入れているために、医師や看護婦は忙しく働くだけでなく、専門的な治療に割く時間が限られるというしわ寄せも発生している。

このような日本特有の問題を解決するためには、GPと病院の役割分担を明確にした制度の導入が考えられる。NHSと同じように、住民は家庭医に登録する。GPは専門的な治療は担当せず、その地域に必要な幅広い医療サービスや予防サービス、健康診断サービスを提供する。たとえば、先ほどの高血圧、白内障、腰痛を煩う高齢者は一つのGPでそれぞれの治療を受け、健康診断も受けることができる。いわゆるワンストップサービスである。

GPはより専門的な治療や検査が必要であれば専門家や病院を紹介する。GPは高度な医療機器などの設備は保有しない。病院は専門的な治療に特化し、専門的な治療が終了した後は、患者を抱え込まず、GPへと治療をバトンタッチする。したがって、GPと病院間で患者情報を共有化することも重要なポイントである。ITが進歩した現在では、治療履歴や服薬履歴、健康診断の結果などのデータを共有し、治療に役立てるお膳立ては揃っていると考えられる。その結果、無駄な医療サービスを排除し、効率的な医療が実現できると期待される。

ただし、医療体制全般にわたる改革を推し進めるには時間がかかるだろう。たとえば、家庭医の養成には少なくともと大学での6年が必要であるし、ニーズに合わせてGPを医学部で育てて全国各地で十分な数を揃えるにも長い期間が必要になる。医療機関の棲み分けや既存の診療所をどのように推移させるかなど議論すべき点も多い。

・EBMの推進

EBMはEvidenced Based Medicineの頭文字で、根拠に基づいた医療と訳されている。根拠に基づかない医療が実施されていることの裏返しでもあり、医師の裁量権が幅広く認められているために、治療のバリエーションが大きかったことも意味している。EBMのもとでは、医師は、費用便益分析に基づいて効果的な治療方法を選択することが求められる。

ただし、医療技術は日進月歩で進化する。したがって、医師はつねに先端的な論文を参照し続けなければならない。一方、裁量が認められず患者にあわせた治療方法が制限されることは、患者にとっても適切な医療を供給しようとする医療従事者にとっても深刻な問題である。

日本では新薬開発にあたっては、厳密なEBMが適用され、開発プロセスにおける各種の実験はGLP (Good Laboratory Practice) によって厳しく規制されている。EBMにはすでにあるさまざまな治療方法の効果を考慮して整理するという側面もあるが、今後生まれてくるであろう新しい医療技術の保険適用のためにも必要である。新しい医療技術は、古い医療技術と置き換えられるプロセスが必要だが、医薬品の場合でも、整理は進んではいるものの新旧さまざまな医薬品が市場に供給されている。また、新しい医療技術が保険適用された後でも、古い医療技術にも点数が与えられているのが一般的である。新旧にかかわらず、適切で効果的な治療方法が選択されるのが好ましいが、実際には医師の出身大学や、それまでの(限られた)経験、すでに設置してしまった医療機器などをもとに、裁量が認められている。

幅広い範囲をカバーするGPには、あらかじめ診療指針が必要になると予想される。専門的な治療のかわりに、これまでの複数の科目を横断するような医療サービスを供給するGPには、Good Practiceを実現するための指針が必要になるからである。EBMを前提とした診療指針を作成するは、NICEのように政府内に組織を設けることも、学会などが担当することができるかもしれない。いずれにしても、診療指針を作成する組織には、限られた予算で質の高い医療を供給するという目標を満たすことが求められる。

・医療機関の規制緩和

今後の高齢化を考えると、医療や介護が成長産業として発展する可能性は十分考えられる。ただし、そのためには規制緩和が不可欠である。日本では病院参入は非営利に限られているという意味で厳しく規制されている。また、供給できるサービスの種類も規制されている。その結果、規制された範囲内でしか競争が起きないため、新しいサービスが生み出される可能性も制限されてしまう。医療や介護分野が成長産業になるためには、これまでの社会保険診療に該当するサービス以外の市場を開拓する必要がある。

これまでの保険診療では患者がだれでも同じサービスを受けられることを重視していた。その延長線上で、混合診療や低所得者を排除するかもしれないから営利病院の参入も禁止されてきた。社会保険診療内ではだれでも同じ治療が受けられることを政府が担保するにしても、今後、医療や介護が成長産業となるためには規制緩和を通じて新しいサービスを生み出す土壌を醸成するべきである。

④政治

これまで述べてきた医療保障制度の改革は、すべての国民に関係し、現役世代、高齢者、企業、保険者、医師・看護師などの医療就業者、医薬品会社や医療機器メーカーなど関係者も多い。また、長期間の調整を必要とする課題も多い。しかし、国民皆保険、アクセスの保障、持続可能な制度は今後の少子高齢化のもとでは一層重要になる。

医療保障制度は政府が極めて深く関わる制度であり、制度変更には政治が重要であるが、高齢化が進んでしまった現在では、残念ながら、利害関係に拘束されてしまい身動きがつかなくなってしまうようにすら見える。英国では強いリーダーシップのもとで医療制度改革が進められたとも言えるが、日本のように少子高齢化していないイギリスでは、税金を支払っている現役世代を強く意識した政策を実行することができる政治的背景があるとも言える。その意味では日本の政治家に高齢者に負担を強いるような政策を打ち出すことを期待すること自体が、空々しく感じられることすらある。

総務省によると、2014年12月の衆議院議員総選挙年代別投票率は年齢とともに上昇する。20-24歳では35.3%の投票率は年齢とともに上昇し、65-69歳で77%のピークを迎える。その後低下するが70歳代では74%、80歳以上では48%である。これに実際の年齢別の人口構成を掛け合わせると、投票者は実際の人口構成以上に高齢者に偏っていることは容易に想像がつく。今後、年齢別の投票率が同じままで、高齢化が進むとますますこの傾向に拍車がかかる。

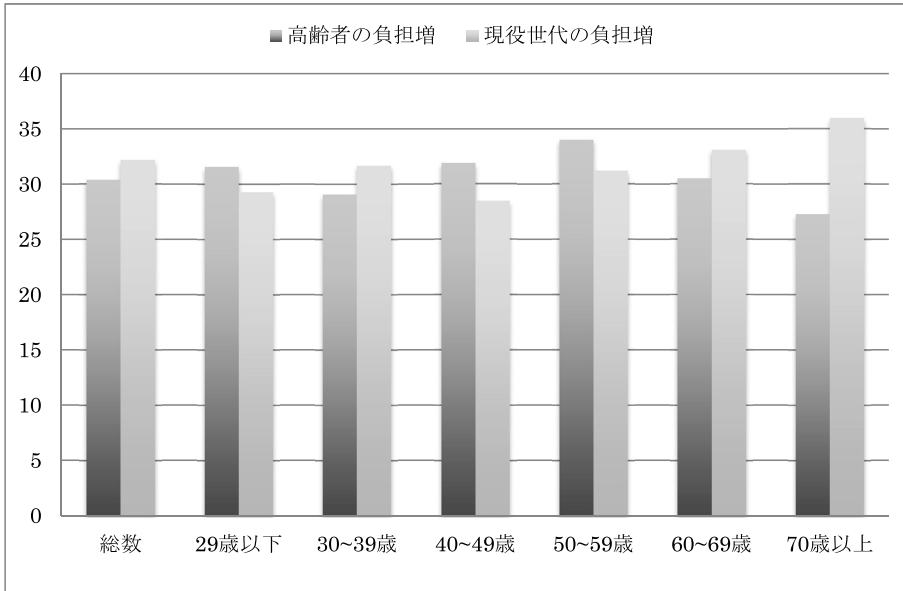
政党は選挙で優位に立つために、中位投票者や高齢者を優遇した政策や現状を維持し、負担を強いるような政策課題を先送りする。その結果、高齢者やもう少しで受給側になる世代を優遇する政策が維持される。裏返してみると、現役世代の負担を維持または強化するような政策が提案される。あるいは、保険料の引き上げが難しいなら、国庫からの補助金を投入し問題を先送りするような政策である。その結果、若い世代は取り残されてしまう。教育や保育に支出することで、高齢者医療への補助金が減少するような政策を各政党は訴えることができない。

厚生労働省調査(図7)は今後進展する高齢化社会において、高齢者と現役世代の負担はどのようにあるべきかを質問した結果である。高齢者ほど現役世代の負担をのぞみ、高齢者の負担を望まない。したがって、選挙で優位に立つためには政治家も高齢者の負担増を避ける傾向がある。実際、2014年12月の選挙では、アベノミクスについては選挙の論点の一つとなったが、社会保障制度の改革については議論されることはほとんどなかった。

ただし、そろそろ退職が近くなり自分自身が給付を受ける側になる、あるいは親の介護などで現実を知っている40歳代、50歳代であっても高齢者の負担を望む比率が高くなっている。高齢になったときの自分を想像してもなお、現在の負担感から現役世代として高齢者の負担増を望む比率が高いことは、現役世代の負担が厳しくなっていることを想起させる。

投票行動を通じて制度を変えていくためには、現役世代の投票率を引き上げることが重要である。そのためには日曜日や限定された場所での事前投票だけでなく、もっと投票しやすい制度の構築も必要である。若い世代の意見を政治に反映するためには有権者の最低

図7 高齢者と現役世代の負担水準の考え方 (%)



資料：厚生労働省『平成24年高齢期における社会保障に関する意識等調査報告書』第22表、高齢者の負担増は「現役世代の負担の上昇を緩和するために、高齢者の負担が今より重くなることは やむを得ない」、現役世代の負担増は「高齢者の負担は現状程度で留めるべきであり、少子高齢化による負担増は、現役世代が負担するべきである」と「高齢者の負担は現状でも重いので負担を引き下げ、現役世代の負担を大幅に増やすべきである」の合計。

年齢を18歳まで引き下げること考えられる。また、青木・Vaithianathan (2009)⁽²¹⁾が紹介するようなDemeny (デーメニ) 投票も考慮する価値がある。デーメニ投票はDemeny (1986)⁽²²⁾で提案された投票方式で、子供が有権者の年齢に達するまでは親が子供の代理として投票する。親は子供の世代に負担が残らないような政策を選択すると予想されるから、少子高齢化社会での現役世代への負担増加を抑制に通じると考えられる。親は子供のために最善を尽くすだろう。政治家のリーダーシップに期待できないなら、デーメニ投票のような投票から変えてしまうことすら検討するべきである。

第5節 まとめ

この論文は、英国の医療保障制度から学び、日本の今後の医療保障制度の改革について検討することを目的とする。英国のHNSは、限られた財源で、国民皆保険とアクセスを実現し、効率的で持続可能な制度を求め続けている。一方、日本では少子高齢化のもとで社会保障制度を含め制度改革が遅れ、問題の先送りが目立つ。少子高齢化によって、現在の賦課方式の高齢者の医療費を負担する制度は行き詰まる可能性が高い。国民皆保険とアクセ

(21) 青木玲子・R. Vaithianathan (2006).『デーメニ投票法は日本の少子化対策になるか?』

(22) Demeny, Paul (1986). "Pronatalist Policies in Low-Fertility Countries: Patterns, Performance and Prospects," *Population and Development Review*, vol. 12 (Supplement) : 335-358.

スを保障し、限られた資源を効率的に活用する持続可能な制度を実現するためには以下の論点を含めて、議論が必要である。制度や年齢による補助を廃止し、低所得者を対象とした補助に切り替える。僻地医療対策を充実させる。GPと病院の役割分担を明確にし無駄な医療費を削減する。少子高齢化による政治の先送りを改善するために選挙制度を変更することすら考える必要がある。

この論文は、平成17年度在外研究員として研究した成果についてとりまとめたものである。在外研究の貴重な機会をいただいたことに感謝を申し上げますとともに、さまざまなご配慮をいただいた国際センターの皆様にお礼を申し上げます。

(2015.1.26 受稿, 2015.3.12 受理)