

公的医療保険と高齢者の医療アクセスの公平性

遠藤 久夫
駒村 康平

I はじめに

1 問題意識と目的

先進国においては一部の例外を除いて強制加入の公的医療保障が医療費支払いの大部分を占めていることが示すように、医療費の支払いにおいて公的医療保障のもつ役割はきわめて大きい¹⁾。医療費支払いに公的な介入が行われる理由はいくつかあるが最大の理由は所得格差による医療アクセスの不平等を改善することである²⁾。傷病のリスクヘッジのみを目的とするのならば任意加入の民間保険でその機能は満たされるはずであるが、所得水準が低く医療需要が大きい高齢者の医療には公的な医療保障システムが不可欠であることは、医療システムを先進国中最も市場原理に委ねているアメリカですらメディケアが存在していることから明らかである。

しかし、わが国では急速な人口の高齢化を背景に老人医療費の増加が公的医療保険を通じて非高齢世代の負担を上昇させ、年金と同様に世代間の負担の不公平問題を生じさせている。このため老人医療は医療保険制度の抜本改革の重要なテーマの一つとなっている。そこでは非高齢者の負担の上昇をいかに抑制するかということが議論の中心を占めている。たしかに世代間の不公平を拡大させつづけることは公的医療保険制度の存続そのものを脅かす問題であることに疑う余地はない。しかし、世代間の負担の不公平を是正することは、その方法にも依存するが、何らかの形で「所得格差による医療アクセスの不平等を改善する」とい

う公的医療保険の第一義的な機能に影響を及ぼすと考えられる。したがって医療保険改革を合理的に行うためには公的医療保険の世代間負担に関する研究とともに公的医療保険がもつ医療アクセスの改善機能についても実証的な研究が必要である。最近、年金ほどではないものの医療保険についても世代間負担に関する研究が行われるようになってきている。しかし、公的医療保険が医療アクセスの不平等を改善する効果に関する実証的な研究は必ずしも十分に行われているとはいえない。このような問題意識の下、本研究では公的医療保険が高齢者の医療アクセスの不平等をどの程度改善しているのかを実証することを目的とする。

2 分析内容

平成5年および昭和56年『所得再分配調査』を用いて以下の内容の分析を行った。

(1) 高齢者の所得と保険給付額の実態

高齢者の医療費負担のリスクが非高齢者との程度異なるのかを明らかにするため、年齢別に当初所得の平均値、標準偏差、ジニ係数および医療需要を代理する変数として保険給付額の平均値と標準偏差を算出した。

(2) 公的医療保険による医療アクセスの改善の実態

公的医療保険が所得格差による医療アクセスの改善にどの程度貢献しているのかを各年齢階層別に検討する。本稿では「公的医療保険の所得格差による医療アクセスの不平等の改善」と「公的医療保険による所得再分配」という概念の関係をつぎのように捉えている。保険は保険機能を通じて

保険事故が発生した人に対して保険事故の起きなかった人からの所得移転、すなわち保険的再分配が行われることによってリスクヘッジされる仕組みである。つまり保険におけるリスクヘッジの機能と所得再分配機能とは表裏の関係にある。本稿では所得水準の低い人が医療費負担のリスクを回避できる程度を所得格差による医療アクセスの改善効果ととらえることにし、これと表裏の関係にある所得再分配の視点から計測することにする。したがって医療アクセスの改善度を、一般に再分配係数と呼ばれる値、すなわち(当初所得のジニ係数-再分配後(=当初所得-保険料+保険給付)のジニ係数)/当初所得のジニ係数の値で示す。この値が大きいほど高所得者が低所得者の医療費を負担していることを表している。また、このような理由で「公的医療保険による医療アクセスの改善」と「公的医療保険の所得再分配効果」とは同義と考え、文脈においてふさわしいと思うものを適宜使用することにする。

(3) 年齢階層別のアクセスの改善度とその理由

年齢階層別の改善度を計算することで、年齢という同一リスク階層内の所得格差による医療アクセスの不平等が公的医療保険によってどの程度改善されているのかを明らかにし、年齢階層間の改善度が異なる場合はその原因を検討する。

II 公的医療保険による所得再分配の状況

1 保険料負担と保険給付の状況

(1) 当初所得と年金・恩給給付額

平成5年調査における初期所得の平均は、15-69歳が621万円(60-64歳が564万円、65-69歳が394万円)、70歳以上が326万円と高齢者ほど少なくなる。しかし、年金・恩給の純給付額(年金・恩給給付額-保険料)を加えると、15-59歳が645万円、60-69歳が588万円、70歳以上が475万円とこの傾向は緩和される。また当初所得の標準偏差は15-69歳が552であるのに対して70歳以上は572と高齢者階層の方が大きい。一方、当初所得のジニ係数は高齢者層ほど大きくな

り、高齢者層ほど不平等度が拡大していることが明確である(表1のA参照)。当初所得に年金・恩給の純給付額を加えたもののジニ係数は、15-69歳が0.3768、70歳以上が0.5482と、この傾向は緩和するものが高齢者層ほど所得の不平等が拡大している点にかわりはない。

(2) 保険給付額

平成5年調査における保険給付額の平均は、15-69歳が41万円、70歳以上が85万円と高齢者ほど高く、保険給付額の標準偏差も15-69歳が142、70歳以上が187と高齢者ほど大きいことが分かる。さらに、60歳代で3割以上、70歳以上でも2割以上の世帯が保険給付額がゼロ、すなわち医療を受けていない世帯である。これらを併せて考えると、高齢者層の医療需要のばらつきの大きいことがわかる。

以上をまとめると、高齢者層は非高齢者層と比較して、1) 医療需要のばらつきが大きい(保険給付額の標準偏差は、平成5年調査では15-69歳が142であるが70歳以上では187へ上昇、昭和56年調査では15-69歳が87であるが70歳以上では117へ上昇)、2) 所得の格差が大きい(当初所得のジニ係数は平成5年調査では、15-69歳が0.41であるが70歳以上では0.73へ上昇、昭和56年調査では、15-69歳が0.35であるが70歳以上では0.52へ上昇)、3) これらの傾向は平成5年調査の方が昭和56年調査より鮮明になってきている、ということから高齢者層内部の所得格差による医療アクセスの不平等を改善することの重要性が高まっていると考えられる。

2 公的医療保険による所得再分配の状況

(1) 保険料負担段階と保険給付段階の再分配効果

公的医療保険による所得再分配効果は、1) 保険料の負担の段階と、2) 保険的再分配機能を通じた保険給付の段階の二つの段階で生ずる。はじめに、この複合効果を見てみよう。平成5年調査の全サンプルにおける公的医療保険による所得格差の改善度は2.75%である(表1のD参照)。こ

表1 年齢階層別ジニ係数の改善度

平成5年調査

	全体		15-69歳		(60-64歳)		(65-69歳)		70歳-	
	ジニ係数	改善度	ジニ係数	改善度	ジニ係数	改善度	ジニ係数	改善度	ジニ係数	改善度
A	0.4513		0.4082		0.5196		0.6255		0.7335	
B	0.4553	-0.88%	0.4216	-0.96%	0.5257	-1.17%	0.6317	-0.99%	0.7376	-0.56%
C	0.4347	3.69%	0.3995	2.24%	0.4954	4.67%	0.5869	6.17%	0.6587	10.20%
D	0.4389	2.75%	0.4036	1.24%	0.5022	3.35%	0.5952	4.83%	0.6648	9.37%

A：当初所得，B：当初所得－保険料，C：当初所得＋保険給付，D：当初所得－保険料＋保険給付。

昭和56年調査

	全体		15-69歳		(60-64歳)		(65-69歳)		70歳-	
	ジニ係数	改善度	ジニ係数	改善度	ジニ係数	改善度	ジニ係数	改善度	ジニ係数	改善度
A	0.3568		0.3472		0.4595		0.4688		0.5187	
B	0.3602	-0.95%	0.3506	-0.98%	0.4643	-1.04%	0.4726	-0.80%	0.5232	-0.18%
C	0.3519	0.13%	0.3438	0.98%	0.4458	2.98%	0.4530	3.37%	0.4935	4.86%
D	0.3551	0.47%	0.3470	0.06%	0.4500	2.07%	0.4564	2.68%	0.4971	4.16%

A：当初所得，B：当初所得－保険料，C：当初所得＋保険給付，D：当初所得－保険料＋保険給付。

これは税負担による改善度(=(当初所得のジニ係数－税引後所得のジニ係数)/当初所得のジニ係数)の3.2%とほぼ同水準である。

この再分配効果が保険料負担の段階と保険給付の段階のどちらで生じているのだろうか。表1は年齢階層別にみたジニ係数および改善度である³⁾。これによると平成5年調査全サンプルでは保険料負担による改善度は-0.88%とわずかであるが悪化しているのに対し、保険給付の段階での改善度は2.75%と所得格差が改善している。保険料負担の段階で所得格差を改善させるかどうかは保険料率の設定に依存するが、公的医療保険の保険料は所得に応じて徴収されるため、保険料負担の段階で所得再分配効果はほとんどないと考えられ、分析結果はそれを裏付けている。これが税による所得再分配効果と異なる点である。

一方、保険給付によって所得格差が改善するのは、保険給付額と所得との関係が負の相関もしくは無相関の場合である。保険給付額と所得との相関係数は、全サンプルでは平成5年調査が-0.020、昭和56年調査が-0.016と負の相関を

示すもののどちらも有意ではなく(5%有意水準)、保険給付と所得は無相関であることがわかる。

以上のことから、1) 公的医療保険の所得格差を改善する効果は保険料徴収段階ではなく保険給付段階で生じ、2) 保険給付による再分配効果は医療需要と所得との相関がないことから生じていると考えられる。

(2) 年齢階層と改善度

次に年齢階層別に公的医療保険による所得格差の改善度を見てみよう。表1によれば、1) 高齢者ほど同年齢階層内の所得および再分配後の所得の格差がともに拡大している、2) 高齢者ほど公的医療保険による所得格差の改善度が大きくなる、3) 平成5年調査は昭和56年調査と比較して各年齢階層において所得格差は拡大しているものの公的医療保険による改善度は上昇している、という傾向が読み取れる。実際の改善度をみると、平成5年度は15-69歳で1.24%(60-64歳3.35%、65-69歳4.83%)、70歳以上で9.37%、昭和56年度は15-69歳で0.06%(60-64歳2.07%、65-69歳2.68%)、70歳以上で4.16%と高齢者ほど

所得格差の改善度が上昇しているのが明瞭である。

公的医療保険による所得再分配効果は主として所得水準が高く医療需要の小さい非高齢者層から所得水準が低く医療需要の高い高齢者層に対する世代間所得移転によるものだと考えられてきた。この世代間移転による所得再分配効果はサンプル全体の改善度に反映されていると考えられるが、この値は平成5年調査で2.75%、昭和56年調査で0.47%である。注目すべきは、年齢階層別に見ると平成5年調査、昭和56年調査ともに60歳以上の高齢者層ではこれをはるかに上回る改善度が認められることである。このことは、公的医療保険による世代間の所得移転は、所得格差の大きい高齢者層内部の医療アクセスの改善に対しても貢献している可能性があることを示唆している。

III 高齢者層の不平等改善度が大きい理由

次に高齢者ほど公的医療保険によって医療アクセスの改善効果が大きくなる理由について以下の三つの仮説を立て、それぞれ検討する。

1 医療需要と所得との相関関係の相違

全サンプルでは医療給付額と所得の間に有意な相関がないことはすでに示した。しかし、もし非高齢者層ではこの二つの間に正の相関があり、一方、高齢者層においてこの二つの間に負の相関もしくは無相関が認められれば、高齢者層のジニ係数の改善度は非高齢者層の改善度と比較して相対的に高まることになる。仮説の第一は、非高齢者層と高齢者層では医療需要と所得との相関関係が異なるために公的医療保険によるジニ係数の改善度に違いが生じた、というものである。平成5年調査において年齢階層別に当初所得と保険給付額との相関係数を求めると、15-59歳で-0.001、60-69歳で-0.009、70歳以上で0.038であるがいずれも有意でなかった(5%有意水準)。これより、この仮説は支持されなかった⁴⁾。

2 高齢層の所得格差の拡大

高齢者は所得格差が大きいため公的医療保険に

よる再分配効果が大きく表れたというのが第二の仮説である。所得格差の違いが公的医療保険の再分配効果にどのように影響するのかを調べるために、つぎのような感度分析を行った。

- 1) 当初所得を各世帯で均等に定額変化(10万円, 40万円, 70万円)させる。
- 2) 当初所得が変化しても保険料および保険給付額は変化しないと仮定する。
- 3) 当初所得の変化によって変わる当初所得自身のジニ係数と所得変化後のジニ係数の改善度の関係を調べる。

具体的には、当初所得のジニ係数(式1)とジニ係数の改善度を示す(式2)において、 $t=10$ 万円, 40万円, 70万円と変化させ、式1の値と式2の値の関係を見ようというものである。

式1

(Y_{i+t}) のジニ係数

式2

$((Y_{i+t})$ のジニ係数 $- (Y_{i+t} - P_i + S_i)$ のジニ係数) / (Y_{i+t}) のジニ係数

Y_i : i 世帯の当初所得, S_i : i 世帯の保険給付, P_i : i 世帯の保険料, t : 当初所得の定額変化分

平成5年調査データに基づいて計算した「15-69歳」「70歳-」における式1と式2の結果は以下の通りである。「15-69歳」において、初期所得を変化させない場合($t=0$)は当初所得のジニ係数は0.4082、その時の公的医療保険によるジニ係数の改善度は1.24%であるが、10万円増加させると当初所得のジニ係数0.4023、改善度が1.16%へと低下する。40万円増加させると当初所得のジニ係数0.3839、改善度が0.93%へと低下する。70万円増加させると当初所得のジニ係数0.3637、改善度が0.80%へと低下する(70歳以上の場合、 $t=0$ 円では0.7335, 9.37% : $t=10$ 万円では0.7243, 9.09% : $t=40$ 万円では0.6670, 7.15% : $t=70$ 万円では0.6236, 6.39%)。

この感度分析の結果、当初所得の定額増加分を増やすと当初所得のジニ係数も改善度も低下することがわかる。これより、公的医療保険による所

得再分配効果は当初所得の格差が大きいほど強く表れることが示された。よって、高齢者層は非高齢者層より所得格差が大きい公的医療保険による所得再分配効果が大きいという仮説は支持された。

3 非高齢者層からの所得移転

つぎに高齢者層の高齢者層内部の改善度と非高齢者層から高齢者層に対する所得移転との関係を検討しよう。1) 保険料は所得に応じて課される、2) 高齢者は非高齢者より所得水準が低い、3) 高齢者は非高齢者より医療需要が大きい、という関係から公的医療保険は非高齢者層から高齢者層に対して一方向の所得移転を生じさせる。このことは世代間の医療費負担の公平性の視点から広く関心もたれており、先行研究も多い⁶⁾。しかし、世代間所得移転が高齢者層内部の医療アクセスの改善にどの程度影響しているかは明確に示されてこなかった。

そこで、非高齢者層からの所得移転は高齢者層内部の所得格差による医療アクセスの不平等を改善させるはたらきがある、という第三の仮説の検証を行う。直感的には非高齢者層から高齢者層への所得移転がある方が、公的医療保険による高齢者層内部の所得格差の改善効果は高まるように思われるが、必ずしもそうとはいえない。たとえば医療需要が高所得者に偏っている場合には非高齢者層からの所得移転によって保険給付額が増加すると所得格差は拡大することになる。また、高齢者の平均的な所得水準に対して保険給付額が格段に大きいような場合には、所得移転による保険給付額の増額は所得格差を拡大させることもありうる。世代間所得移転が高齢階層内の所得格差改善に及ぼす影響は、高齢者の所得水準と保険給付額の相対関係、所得と保険給付の相関関係などに依存するのであり、先験的には決められるものではない。

そこで本稿では仮説検証のため以下の試みを行った。

1) 基本的な考え方

① 高齢者層の保険給付の財源を当該世代が負

担した保険料のみとするケースを考える。すなわち高齢者層の保険給付の財源から税および非高齢者層が負担した保険料のうち高齢者への移転分を控除する。

② 高齢者層の医療費財源の不足分は各世帯の保険給付を一律に定率減少させることにより、当該世代内で保険料と給付をバランスさせる⁶⁾。

③ 上記の方法で保険給付額が減少した場合の再分配後のジニ係数と改善度を計算し、税および非高齢者層からの所得移転がある場合の改善度と比較する。前者の改善度より後者の改善度の方が高ければ仮説を支持することになる。

2) 具体的な方法

① 各世代の保険料総額と実際の保険給付総額の比を求める。

$$\left(\frac{\sum Si - \sum Pi}{\sum Si} \right) = r^{7)} \quad Si : i \text{ 世帯の保険給付} \quad Pi : i \text{ 世帯の保険料}$$

② 同世代内の保険収入のみを財源とした場合の保険給付額を算出。

$$(1-r) \times Si$$

③ 世代内収支均等条件により保険給付が減額された時の再分配後のジニ係数を算出。

$$(Yi \text{ のジニ係数} - [Yi - Pi + (1-r) \times Si] \text{ のジニ係数}) / Yi \text{ のジニ係数}$$

$$Yi : i \text{ 世帯の当初所得}$$

3) 計算結果

高齢者層に対する非高齢者層からの所得移転が高齢者層の所得再分配におよぼす影響を見てみよう。高齢者が当該世代の保険料のみを医療費財源とするように変更した場合、現実のケースと比較して、改善度は平成5年調査データでは、60-64歳は3.35%が1.57%へ、65-69歳は4.83%が1.42%へ、70歳以上は9.37%が1.51%へと顕著に低下する。すなわち、現行の医療保険制度の下では、高齢者層の医療費財源を高齢者層の保険料によってのみ賄い、不足分は医療給付額を定率で減少させると仮定した場合、高齢者層の同年齢層内部の医療アクセスの不平等は拡大することになる⁸⁾。

以上の検討から税負担および非高齢者層から高齢者層への所得移転は高齢者層内部の所得格差に起因する医療アクセスの不平等を改善させる機能をもっていると考えられる。

4 年金からの保険料徴収と自己負担の引き上げ

3における考察では非高齢者層から高齢者層への所得移転を抑制することによって高齢者層の保険給付額が定率で減少するとして、その場合の所得再分配効果の変化に着目した。しかし、非高齢者層からの所得移転を抑制しても、高齢者層の費用負担を増やせば保険給付額を減らさなくてもよい。この費用負担の引き上げ方法として、1) 年金から定率で保険料を徴収する方法と⁹⁾、2) 自己負担を引き上げる方法を考え、これらが改善度に及ぼす影響を考察しよう。

年金から定率で保険料徴収をする場合は、次の理由で高齢者層内部の改善度を低下させると考えられる。公的年金は定額の基礎年金と被用者年金の報酬比例部分によって構成されているため、年金の支給は所得の不平等度を低下させる方向にはたらく。年金からの定率の保険料徴収は年金を定率で削減することに他ならないのであるから高齢世代内部の所得再分配効果を低下させることになる。したがって、所得再分配上の視点から保険料率に累進性を持たせるなどの設計上の工夫が必要となろう。一方、高齢者層の自己負担を引き上げる場合も、高齢世代内部の所得再分配効果を低下させる可能性が高い。それは、医療需要の価格弾力性は低所得者の方が高所得者より大きいと考えられるため、低所得者の受診抑制を通じて低所得者の保険給付額が減少する可能性がある¹⁰⁾。したがって、自己負担額の設定に際しても所得再分配上の配慮が必要であると考えられる。

IV 分析結果と課題

1 分析結果

これまでの分析結果を整理すると以下の通りである。

(1) 高齢者は非高齢者と比較して、1) 所得

水準は低いが所得格差は大きい、しかし年金を考慮するとこの傾向は緩和される、2) 保険給付額が多く、かつそのばらつきは大きい。

(2) 高齢者は非高齢者と比較して、公的医療保険による所得格差に起因する医療アクセスの不平等を改善する効果が大きい。これは1) 高齢者層の所得格差が大きいことと、2) 高齢者層の医療費財源に占める税と非高齢者層からの所得移転の比率が高いことによると考えられる。

(3) (1)と(2)の特徴は昭和56年調査より平成5年調査の方が明瞭である。これは昭和56年より平成5年の方が、1) 所得格差が拡大していることと、2) 高齢者層の保険財源に占める非高齢者層からの所得移転の比率が上昇していることによると考えられる。

(4) 高齢者の医療費財源として年金から定率で保険料を徴収した場合も、患者自己負担を増やした場合も高齢者層内部の所得再分配効果を低下させる可能性が高い。

高齢者は非高齢者より、高い医療費負担リスクを抱え、所得格差も大きいという状態にあり、しかも経年的にはその傾向は拡大している。本稿の分析から公的医療保険はこのような高齢者の所得格差による医療アクセスの不平等を改善する上で有効な制度であることが明らかになった。しかし、これを実現する上で非高齢者から高齢者への所得移転が不可避であり、高齢化の進展は世代間の負担の不公平の問題を生み出しているのも事実である。今後の高齢化の推移を考慮すれば非高齢者層の負担の増加を放置しておくことはできないものの、本稿の分析結果は世代間の負担の公平を保つことと高齢者の医療アクセスの公平性を確保することはトレードオフの関係にあることを示唆している。このことは老人医療を改革する視点として軽視すべきではないと思われる。

2 本研究の課題

最後に、本研究におけるいくつかの問題点を整理する。

(1) 本研究では保険給付額を「医学的に必要な」医療需要という前提で議論しており、患者や

医師のモラルハザードを反映した「無駄」な医療が行われていないと考えているが、この現実的妥当性は十分な吟味が必要であることはいうまでもない。しかし、特定の医療が無駄か否かを評価することは困難な問題として知られている。これには多くの実際の臨床データをもとに医療効果を評価する evidence-based medicine の進展や多面的な国際比較を待たなければならない。本研究では課題の重要性は認識しつつも便宜上、保険給付の対象となる医療は医学的に必要なものであるという前提に立って議論している。

(2) 所得格差による医療アクセスの不平等を議論するには患者の自己負担に注目するアプローチもある。全国消費実態調査や家計調査から医療費の自己負担額を推計して、これを所得と比較する方法である。たとえば Wagstaff and Doorslaer (1992) がアメリカおよび欧州9カ国を対象に行った医療費支払いの平等に関する国際比較調査では、社会保険料、自己負担額、民間医療保険料などの世帯支出のジニ係数と所得のジニ係数から Kakwani 指標を作成し、医療関連支出の特性を比較している。公的医療保険のカヴァレッジが大きいわが国においても老人病院への入院などにはかなりの自己負担がある場合も多く、自己負担に着目してアクセスの平等を分析する必要性も高いと考えられる。しかし、自己負担分析に用いられる統計データには公的医療保険による保険給付に関連する情報は含まれていないため、公的医療保険によるアクセスの改善効果を見ることはできない。医療アクセスの平等を考える場合、純医療費支出である保険料+自己負担-保険給付と所得との関係を分析する必要があるが、所得再分配調査から得られる情報は所得、保険料、保険給付に関するものであり、家計調査、全国消費実態調査から得られる情報は所得、自己負担に関するものであり両者の統合が難しい。また所得再分配調査から自己負担部分を推計しようとしても、1) 高額療養費制度により自己負担額は保険給付額に(1-給付率)を乗じた額だとはいえないこと、2) 特定療養費制度による自己負担部分は所得再分配調査では補足不可能であること、などの理由で精

度の高い推計は難しい。医療保険改革の議論には自己負担増を視野に入れたものが多く、その意味でも医療費の自己負担と保険給付額を統合した分析の実施が望まれる。

本研究は、平成9年度厚生科学研究費補助金厚生行政科学研究事業「所得再分配の評価手法に関する研究(研究代表 石川経夫(東京大学経済学部教授))」に基づくものである。

注

- 1) Wagstaff (1992) によれば OECD 諸国の中ではアメリカとスイスは国民医療費の過半が私的な支払いによって賄われている。
- 2) 公的医療保険と私的医療保険のメリット・デメリットに関しては遠藤(1998)を参照されたい。
- 3) ジニ係数の計算過程で所得-保険料が負になる場合はその値を0として計算した。
- 4) 所得と医療需要との関係は従来から医療経済学上の関心の一つである。しかし、この分析結果から「どの年齢の人も所得と医療需要とは無関係である」と結論づけるのは早計である。その理由は、所得再分配調査が個人単位ではなく世帯単位で集計されているからである。所得は世帯所得、保険給付額は世帯保険給付額、年齢は世帯主の年齢である。したがって、世帯主が若くても家族が多かったり家族に高齢者がいれば保険給付額が多いということがありうる。そこで、個人ベースで年齢によって所得と医療需要との相関関係に違いがあるのかどうか検討してみよう。世帯の家族構成の影響をできるだけ排除して、個人ベースの所得と医療需要との関係を観察するために、世帯単位の保険給付額を世帯単位の当初所得、世帯主年齢、家族人数、65歳以上の家族人数で説明した下記の医療需要関数を想定した。

$$P = \alpha + \beta_1 \cdot I + \beta_2 \cdot Y + \beta_3 \cdot F + \beta_4 \cdot O$$

P: 世帯単位の医療保険給付額, I: 世帯単位の当初所得, Y: 世帯主の年齢, F: 家族人数, O: 65歳以上の家族人数

平成5年調査データを基に世帯主年齢階層別にこの推計式のパラメータをOLSで推計した結果は次の通りである。

推計結果 () 内はt値 *5%有意 **1%有意
[] 内は自由度調整済決定係数

$$\begin{aligned} \text{(全体)} \quad P = & -19.9611 - 0.0096 \cdot I + 0.8262 \cdot Y \\ & (2.74)** \quad (3.10)** \quad (6.35)** \\ & + 7.2102 \cdot F + 16.4059 \cdot O \quad [0.027] \\ & (6.52)** \quad (5.65)** \end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
 (15-59 \text{ 歳}) \quad P &= -16.4049 - 0.01169 \cdot I + 0.8110 \cdot Y \\
 &\quad (2.19)^* \quad (3.36)^{**} \quad (4.80)^{**} \\
 &\quad + 5.6034 \cdot F + 37.2937 \cdot O \quad [0.032] \\
 &\quad (4.37)^{**} \quad (9.02)^{**} \\
 (60-69 \text{ 歳}) \quad P &= 404.9153 - 0.0096 \cdot I - 5.6609 \cdot Y \\
 &\quad (2.82)^{**} \quad (1.32) \quad (2.48)^* \\
 &\quad + 4.6824 \cdot F + 15.5599 \cdot O \quad [0.004] \\
 &\quad (1.65) \quad (1.75) \\
 (70 \text{ 歳-}) \quad P &= -101.0073 - 0.0041 \cdot I + 2.0560 \cdot Y \\
 &\quad (1.19) \quad (0.36) \quad (1.89) \\
 &\quad + 8.9144 \cdot F + 4.1775 \cdot O \quad [0.007] \\
 &\quad (2.24)^* \quad (0.36)
 \end{aligned}$$

どの年齢階層でも自由度調整済の決定係数の値は小さいものの、15-59歳では世帯所得(I)の係数の符号は有意に負であるが、60歳以上では保険給付額と世帯所得との関係が有意でないことがわかる。この非高齢者層に見られる所得の高い人ほど医療需要が少ないという傾向は、所得が高いため生活環境、労働環境が良好なので傷病の発生が低いという要因と傷病により所得が少ないという要因の複合効果ではないかと推測できる。

- 5) 一圓(1995)、勝又・木村(1999)など。
 6) 保険財源の不足を保険給付の調整でバランスさせるには様々な方法が考えられるが、ここでは定率で保険給付額を減少させることとした最大の理由は保険給付額の減少が再分配後のジニ係数に及ぼす影響をできるだけ少なくするためである。また、保険給付額が減少する場合は患者自己負担が増えるケースが多いが、本研究では自己負担増の影響は考慮の対象外としている。その理由はつぎの二つである。1) 本研究の目的があくまでも公的医療保険による所得再分配効果に絞っていること。2) 分析結果から改善度が大きく悪化することが分かるが、自己負担増による患者の受療行動の変化を考慮すると低所得者の受療抑制がはたらき、この結果以上に改善度が悪化すると予想できる。これは同じ方向の変化であるため結論には影響しない。
 7) 高齢者層の総保険給付額に占める当該階層が負担している保険料の比率は平成5年調査では60-64歳29%、65-69歳34%、70歳以上16%である。また昭和56年調査では60-64歳49%、65-69歳36%、70歳以上20%である。高齢層は

ど税や若い世代の保険料によってまかなわれている比率が高いことが明瞭である。また、平成5年と昭和56年との比較から、高齢層の医療費に対する税や非高齢層の負担の比率が上昇していることもわかる。

- 8) 高齢者層に対する外部からの所得移転がまったくなくなることを前提とするケースは非現実的であるため、より現実的な状況として、非高齢者層からの所得移転の抑制により保険給付額が定率で各年齢層共通に10%減少したという場合の改善度の変化を見てみよう。平成5年調査データに基づけば60-64歳で3.35%が3.31%へ、65-69歳で4.83%が4.46%へ、70歳以上で9.37%が8.83%へと改善度が低下する。
 9) 平成5年所得再分配調査によれば、60-64歳、65-69歳、70歳以上の各年齢階層の保険給付額の10%を当該階層が負担するためには、それぞれ年金から6.6%、2.9%、5.3%の料率で保険料を徴収する必要がある。
 10) たとえば、遠藤・駒村(1998a)の調査によれば、平成9年9月の健保本人の自己負担引上げに際し、受診を抑制した人は家計所得の少ない人ほど多かった。

参考文献

- 一圓光彌(1995)「医療保障における世代間移転」『季刊・社会保障研究』Vol. 31 No. 2。
 遠藤久夫(1998)「医療における市場原理と計画原理の相互補完性」『医療と社会』Vol. 8 No. 2。
 遠藤久夫・駒村康平(1988a)「公的医療保険の自己負担増の影響に関する研究」『経済と社会保障に関する研究』(医療経済研究機構：平成10年3月)。
 ———(1998b)「公的医療保険と所得再分配」『所得再分配の評価手法に関する研究』平成9年度厚生科学研究費補助金 厚生行政科学研究事業。
 勝又幸子・木村陽子(1999)「医療保険制度と所得再分配」『季刊・社会保障研究』Vol. 34 No. 4。
 Wagstaff, A. and E. Doorslaer (1992) "Equity in the finance of health care: Some international comparisons," *Journal of Health economics*, 11.
 (えんどう・ひさお 学習院大学教授)
 (こまむら・こうへい 駿河台大学助教授)