

## 患者自己負担と医療アクセスの公平性 ——支出比率とカクワニ指数から見た患者自己負担の実態——

遠藤 久夫  
篠崎 武久

### I 背景と目的

公的医療保険の主たる目的は所得格差による医療アクセスの不平等を回避することであるが、この効果を把握するためには二つのアプローチが可能である。一つは公的医療保険の社会保険料（および税）負担と医療保険給付に着目することである。現役世代から平均所得が低い高齢者世代に対して医療保険を通じて実質的な所得移転が行われることにより、高齢者の医療アクセスが改善されていることはよく知られている。遠藤・駒村(1999)による所得再分配調査データを使った分析によれば、所得と保険給付額（医療需要）の間には負の相関があり、公的医療保険を通じて世代間のみならず同一世代内でも高所得者から低所得者に対する所得移転が行われ、低所得者の医療アクセスが改善されていることが明らかにされている。

医療アクセスの公平性に関するもう一つのアプローチは公的医療保険の患者自己負担に着目するものである。個人にとって社会保険料や税はいわば埋没費用のようなものであり、負担した保険料の多寡が医療需要に影響を与えることはほとんどなく、医療アクセスに直接的に影響を与える経済的要因は自己負担額の大きさである。患者自己負担に着目した医療需要の価格弾力性の計測は日本でも精力的に研究されているが、公平性の視点から自己負担額と所得との関係を調査した研究はほとんどない。

本稿では後者のアプローチに立ち、1980年代

以降の医療アクセスの時系列変化および国際比較を行う。また医療改革の政策メニューとして混合診療<sup>1)</sup>解禁の議論があるが、この問題を論ずる上で所得と自己負担との関係は重要な意味をもつと考えられるため、上記の分析結果を踏まえて混合診療解禁に関する所見を述べる。

### II 分析方法

#### 1 支出比率とカクワニ指数

本稿で用いる指標は支出比率とカクワニ指数である。支出比率とは「医療費関連の自己負担（以下医療費支出）を課税前所得で除した値」として定義し、家計の実質的な医療費の負担感を示す指標ととらえる。本稿のアプローチは社会保険料等の負担を埋没費用とみなしているため、実質的な医療費負担感を表すためには医療費支出を可処分所得で除す方が合理的であるが、本稿の分析に用いる『全国消費実態調査』（総務省統計局、旧総務庁統計局）で可処分所得が計算可能なデータは勤労者世帯のみであることから課税前所得を採用した。

一方、カクワニ指数は税金の累進度、逆進度を計る指標として発案されたものである（Kakwani 1977）。Wagstaff et al. (1992, 1999) はこれを医療費支出の公平性を計る指標として用いたが、本稿では同様の視点で医療費支出の累進性、逆進性を計る指標として用いる。

カクワニ指数を視覚的に説明したものが図1である。横軸に所得の昇順で並べた人数の累積度数、縦軸にこれらの人々の所得および医療費支出の累

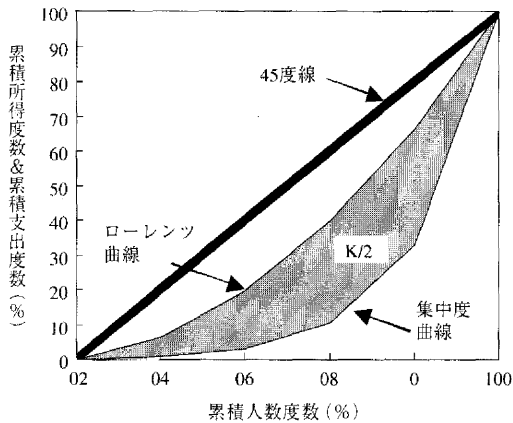


図1 カクワニ指数の概念図

積度数をとり、所得データからローレンツ曲線を、医療費支出データから曲線（集中度曲線と呼ぶ）を描く。ローレンツ曲線と45度線に囲まれた領域の面積の2倍がジニ係数（ $G_b$ ）、集中度曲線と45度線に囲まれた領域の面積の2倍が集中度係数（ $G_a$ ）となり、カクワニ指数（ $K$ ）は、 $K = G_a - G_b$ で計算される。集中度曲線がローレンツ曲線より右下に向かって膨らんでいるときには、高額所得者が所得に比してより多く医療費を支出しているため、支出は累進的、逆の場合は逆進的となる。したがって、カクワニ指数が正であれば支出は累進的、負であれば逆進的となる<sup>2)</sup>。

医療費支出のカクワニ指数に影響を及ぼす大きな要因は次の二つである。

### ① 医療需要と所得

医療需要と所得の負の相関が高いほど低所得者の医療支出が相対的に高くなるため、医療支出は逆進的となる。したがって高齢者は現役世代と比較して平均所得が低く医療需要は大きいいため、高齢化の進展は医療支出の逆進性を高めることになると考えられる。

### ② 公的医療保険の給付範囲と自己負担率

多くの医療は必需性の高いサービスであることから価格弾力性が1より小さいと考えられるため、保険の給付範囲の縮小や自己負担率の引き上げは低所得層の医療支出比率を相対的に上昇させるため逆進性は上昇すると考えられる。

## 2 アクセスの公平性の基準

ただ患者自己負担の累進性、逆進性を示すカクワニ指数の数値を以てアクセスの公平性を一意的に決定することはできない。それは以下の三つの理由による。

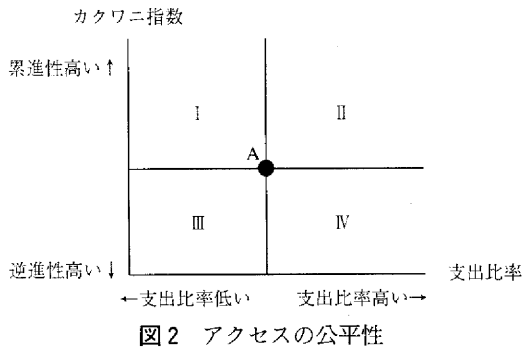
### 1) 公平の基準の多様性

たとえば「実際の医療需要量とは関係なく、誰でも所得に対する自己負担額が同程度であることが公平である」という公平に対する基準をとれば、医療費自己負担が所得と同じ比率で支出されている状態、すなわち各所得階層間で支出比率が同じ水準の状態が公平なアクセスが達成されている状況だといえる。この基準ではカクワニ指数がゼロの時にアクセスが公平だということになり、カクワニ指数が負値であれば（支出が逆進的な場合）、低所得者の支出比率が相対的に高いのであるから、低所得者の医療アクセスが相対的に不利な状況にあるということになる。しかし、「所得に関係なく全ての人が同額の自己負担をするのが公平である」という別の価値基準をとれば、集中度係数がゼロの時に公平な制度となり、カクワニ指数がゼロの場合は高所得者にとってアクセスが不利な状況になってしまう。このように、公平性の基準によりカクワニ指数の値の意味が異なることになる。

### 2) 支出比率とアクセスの公平性

アクセスの公平性を論ずる場合、カクワニ指数だけでなく支出比率も公平性に影響を与える大きな要素である。所得がそれぞれA 100万円、B 1000万円の2人がいて、医療支出がA 1万円、B 10万円の場合と、A 20万円、B 200万円の場合とではカクワニ指数は同じ値をとるが、後者の方が低所得者の医療費負担感は大きいと考えられる。なぜなら高所得者の方が低所得者より所得に占める貯蓄額や奢侈財に対する支出が多いため、これらから必需性の高い医療支出へ振り替えることが低所得者より容易だと考えられるからである。したがって、同じカクワニ指数であっても、各所得階層で支出比率が大きい場合と、支出比率が小さい場合とでは、前者のほうが低所得者の医療アクセスが不利な状況にあると考えられる。

### 3) 選択的な消費としての医療



医療費支出の中には入院の療養環境や先端医療のように患者が自らの意思で選択する、ある意味で奢侈財的なものも含まれている。したがって、高所得者がこれらのサービスを利用した結果、支出が累進的になったからといって高所得者の医療アクセスが不利な状況にあるとはいえない。

本稿では、1)と2)に考慮して、支出比率とカクワニ指数は状態間の相対的關係を示す指標として扱う。すなわち、同じカクワニ指数であれば支出比率が大きい方が、同じ支出比率ならカクワニ指数が小さい(逆進性が高い)方が、低所得者の医療アクセスが不利な状況にあると考える。これを図示したものが図2である。Aの状況はIの範囲にある任意の状態より低所得者のアクセスに不利な状況である。またAの状況はIVの領域にある任意の状態より低所得者のアクセスにとって不利な状況ではないということになる。

### 3 使用データ

[日本のデータ]

家計ベースでの医療関連支出が把握できる調査としては『家計調査』と『全国消費実態調査』(いずれも総務省統計局)がある。前者は毎年、後者は5年ごとに行われるが、本稿では標本数が多いという理由で『全国消費実態調査』の公表データを用いた。『家計調査』の標本数は約8千世帯であるのに対し『全国消費実態調査』の標本数は約6万世帯と多い。『患者調査』(厚生労働省、旧厚生省)によれば、99年の受療率は外来5.4%、入院1.2%と入院の受診率はかなり低い。特に40

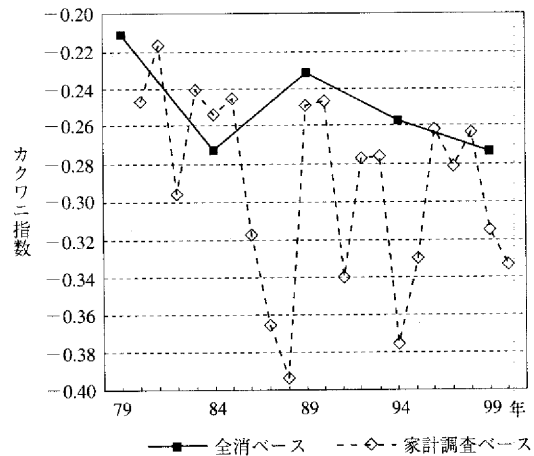


図3 全消ベースと家計調査ベースのカクワニ指数の比較(入院費、全世帯(単身世帯除く))

歳代では約0.6%と若年・壮年期ではさらに低くなる。したがって、『家計調査』の標本数では入院に対して代表性が確保できない可能性が高い。事実、図3は『家計調査』と『全国消費実態調査』の入院医療費に関するカクワニ指数のグラフであるが、家計調査の値が不安定であることが読み取れる。

[外国のデータ]

外国のデータは表1の調査を用いた。データは日本のデータ同様、すべて公表されたものである。

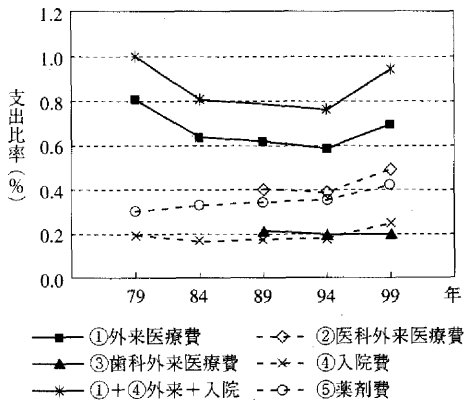
## III 分析結果1: 時系列分析

### 1 支出比率の変化

図4および表2は支出比率の経年推移を示したものである。99年の支出比率は外来医療費が0.69%、入院医療費0.25%と自己負担額の平均値では入院は外来の0.36倍である<sup>3)</sup>。時系列変化を見ると外来医療費の支出比率は79~84年に大きく低下し、84~94年はほぼ横ばいで推移したが、94~99年では大きく上昇した。入院費の支出比率は94~99年に大きく上昇した。支出比率の増加率を支出額増加率と所得増加率に分解したものが図5である。外来医療費では、84~89

表1 本稿の分析に使用する統計一覧

国名	統計名(下段カッコ内:英語訳)	調査機関(下段カッコ内:英語訳)
アメリカ	Consumer Expenditure Survey	Bureau of Labor Statistics
イギリス	Family Expenditure Survey	Office for National Statistics
オランダ	Budgetonderzoek (Family Budget Survey)	Centrale Bureau voor de Statistiek (Central Bureau of Statistics)
カナダ	Family Expenditure in Canada	Statistics Canada
韓国	National Survey of Family Income and Expenditure	National Statistical Office
スウェーデン	Hushållens utgifter (1995年より Utgiftsbarometern) (Family Expenditure Survey)	Statistiska Centralbyrån (Statistics Sweden)
ドイツ	Einkommens- und Verbrauchsstichproben (Income and Expenditure Survey)	Statistisches Bundesamt (Federal Statistical Office)
日本	日本消費実態調査報告, 家計調査年報	総務庁統計局(2001年より総務省統計局)
フランス	Budget des Ménages (Family Budget Survey)	Institut National de la Statistique et des Études Économiques (National Institute of Statistics and Economic Studies)



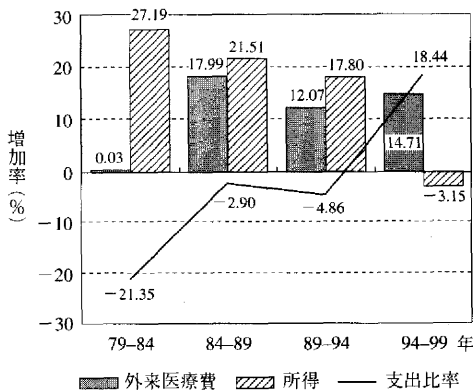
資料出所) 「全国消費実態調査」。

図4 医療項目別に見た支出比率の経年変化(全世帯(単身世帯除く))

表2 医療項目別に見た支出比率の経年変化(全世帯(単身世帯除く)) (単位: %)

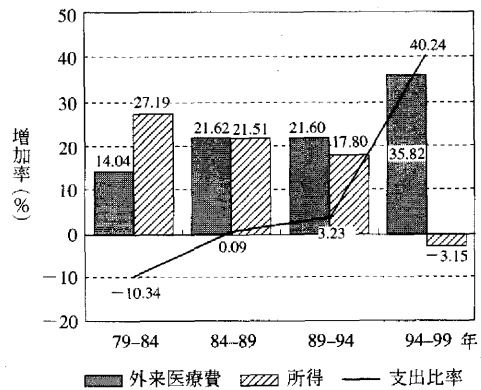
	①(②+③)	②	③	④	①+④	⑤
年	外来医療費	医科外来医療費	歯科外来医療費	入院費	外来+入院	薬剤費
79	0.80			0.19	0.99	0.30
84	0.63			0.17	0.80	0.33
89	0.61	0.40	0.21	0.17	0.78	0.34
94	0.58	0.39	0.20	0.18	0.76	0.35
99	0.69	0.49	0.20	0.25	0.94	0.42

資料出所) 「全国消費実態調査」。



資料出所) 「全国消費実態調査」。

図5 支出比率の要因分解(外来医療費と入院医療費, 全世帯(単身世帯除く))



年, 89~94年, 94~99年はほぼ同じ伸び率で支出額は増加した。84~89年, 89~94年は所得の伸び率が支出の伸び率を上回ったため支出比率の増加率はマイナスとなったが, 94~99年では所得の伸び率がマイナスに落ち込んだため支出比率の増加率はプラスに転じた。一方, 入院医療費では, 84~89年, 89~94年は支出額が増加したが, 所得が同程度に上昇したため支出比率は同水準にとどまった。94~99年は支出額の伸び率が大きく増加し, 一方で所得の伸び率がマイナスに落ち込んだため支出比率は大きく上昇した。以上の結果, 入院医療費の支出比率は84年の0.17%から99年には0.25%へと上昇した。

2 カクワニ指数の変化

(1) 外来医療費と入院医療費

図6, 表3は外来と入院のカクワニ指数の時系列変化を示したものである。医科外来, 歯科外来と入院医療費の比較では, 歯科外来が最も逆進性が小さい。これは歯科外来は医科外来と比較して特定療養費(金属床義歯等)や自由診療(矯正歯科等)のウェイトが高いことが大きな理由だと考えられる。入院医療費(大半が医科)と医科外来では入院の方が逆進性が低い。一般に入退院の意思決定は外来受診の意思決定と比較して患者の選択の余地は小さいため, 入院需要の方が外来需要

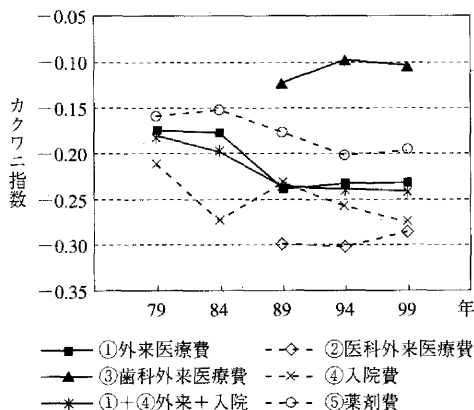
より所得非弾力的になると考えられる。そうだとすれば, 入院の方が外来より逆進性は高くなると考えられる。一方, 入院には室料差額代(差額ベッド代)という支出額の大きな特定療養費があるのに対して, 外来の特定療養費は予約診療代や時間外診療代など支出額が大きなものではない。このことは入院の方が外来より支出の逆進性が低くなる可能性が高いことを示している。実際には入院の方が医科外来より逆進性が低いのであるから, 後者の要因が強く働いていると考えられる。

89年以降の時系列変化を見ると入院医療費の逆進性は上昇傾向にあり, その結果, 外来と入院の逆進性の差は縮小してきている。これは入院医療費において低所得層(第1分位, 第2分位)の支出比率が他の所得階層の支出比率より高い伸び

表3 医療項目別に見たカクワニ指数の経年変化(全世界帯(単身世帯除く))

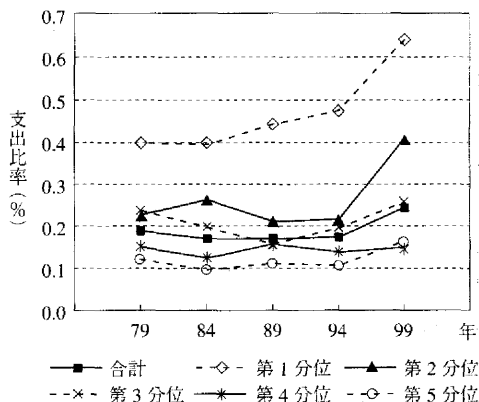
年	①(②+③) 外来医療費	② 医科外来医療費	③ 歯科外来医療費	④ 入院費	①+④ 外来+入院	⑤ 薬剤費
79	-0.174			-0.211	-0.181	-0.159
84	-0.177			-0.272	-0.197	-0.152
89	-0.238	-0.298	-0.123	-0.231	-0.236	-0.175
94	-0.233	-0.301	-0.099	-0.257	-0.238	-0.201
99	-0.231	-0.283	-0.105	-0.273	-0.242	-0.195

資料出所) 『全国消費実態調査』。



資料出所) 『全国消費実態調査』。

図6 医療項目別に見たカクワニ指数の経年変化(全世界帯(単身世帯除く))



資料出所) 『全国消費実態調査』。

図7 所得分位別に見た支出比率の経年変化(入院費, 全世界帯(単身世帯除く))

を示したためである(図7)。この理由については次のことが考えられる。

第一は、高齢化の影響である。高齢者の増加は外来より入院の需要を増やすが、高齢者世帯は全世帯より平均所得は少なく医療費支出は大きい(表4)。したがって、高齢者の増加が入院患者の逆進性を高めたと考えられる。表5は高齢化の影響をできるだけ除くために、標本集団に高齢世帯が含まれる割合が小さい勤労者世帯を標本としたカクワニ指数である。勤労者世帯のデータでは、1) すべての支出項目で全世帯データより逆進性が低く、2) 94~99年に入院医療費の逆進性が上昇するという全世帯データに見られる傾向が認められない。このことから、高齢化は入院医療費を中心に医療費支出全体の逆進性を高める方向に働いたことがうかがえる。

高齢化により入院医療費の逆進性が上昇するのであれば、表3の入院医療費のカクワニ指標は趨勢的に低下してもよさそうなものだが、84年に大きな低下を示し、89年に上昇し、その後は趨勢的に低下している。我々はこの原因を84年の保険制度改正と『全国消費実態調査』の調査期間が重なったためだと考える。84年改正(被保険者

本人の自己負担をそれまでの定額負担(初診時800円、入院時1日500円)から定率1割負担(外来および入院)へ変更)の施行月は10月であり、一方、『全国消費実態調査』の調査月は9、10、11月の3ヵ月であった。すなわち、84年は『全国消費実態調査』の調査対象月に自己負担引上げの改定があったことになる。自己負担引上げ改定に伴う患者の需要調整行動には一定の時間を要すると思われる。特に入院は外来と比較して需要量の調整反応は遅いことから、84年では低所得者が退院を早めるなどの入院に関する需要調整が不十分だったため、逆進性が大きく上昇したと推測できる。84年の外来医療費のカクワニ指数が安定的であったことや(表3)、澤野(2001)の『家計調査』データを用いた分析で84年改正の家計支出に与えた影響が軽微であったという結論などもこの推論を支持するものと考えられる。したがって84年の逆進性の急伸は特殊事情を反映した異常値だと考えられる。

入院の逆進性が上昇傾向にある第二の理由は、保険制度の改正に伴う患者の自己負担増加の影響である。84年改正以降では97年に外来・入院ともに被保険者本人の自己負担率を2割に引き上げ、薬剤費の一部負担を課すという改正が実施された。入院に対する需要の価格弾力性が1より小さく、かつ価格弾力性は入院の方が外来より小さいこと

表4 所得と保健医療サービス支出の世帯別比較

(単位:円)

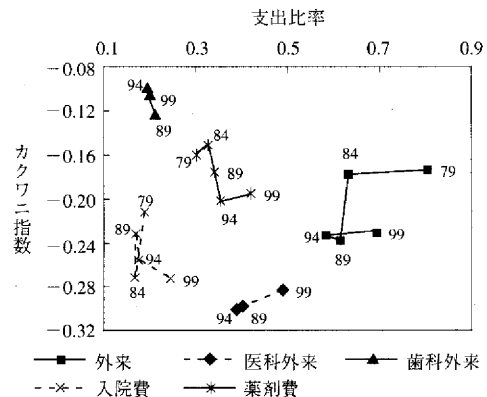
	所得	保健医療サービス支出
全世帯	7,590,200	79,606
勤労者世帯	7,991,600	73,368
高齢者夫婦世帯	4,876,024	92,778

資料出所) 『全国消費実態調査』。

表5 医療項目別に見たカクワニ指数の経年変化(二人以上の世帯, 勤労者世帯(単身世帯除く))

	①(②+③)	②	③	④	①+④	⑤
年	外来 医療費	歯科外来 医療費	歯科外来 医療費	外来 入院費	外来 +入院	薬剤費
79	-0.149			-0.175	-0.154	-0.116
84	-0.149			-0.273	-0.174	-0.106
89	-0.192	-0.257	-0.075	-0.227	-0.199	-0.114
94	-0.186	-0.256	-0.049	-0.205	-0.190	-0.130
99	-0.173	-0.220	-0.061	-0.227	-0.186	-0.116

資料出所) 『全国消費実態調査』。



資料出所) 『全国消費実態調査』。

図8 医療項目別に見た支出比率とカクワニ指数の経年変化(全世帯(単身者除く))

が予想されるため、これらの改正は外来より入院において低所得者の医療費を相対的に増加させ、結果として逆進性を高めたことが考えられる。

### (2) 支出比率とカクワニ指数の経年変化

図8は医療項目別に支出比率とカクワニ指数の経年変化を同一の図に示したものである。84年以降の傾向を見ると、外来では84～89年に逆進性が高まり94～99年に支出比率の上昇が見られ、結果として84～99年では低所得者の医療アクセスが不利になっている。入院では84年の逆進性の上昇を調査のタイミングに起因する異常値と考えれば、80年代以降は一貫して逆進性が高まり、94～99年に支出比率が上昇し、結果として入院医療でも低所得者の医療アクセスは不利になっていることが分かる。この傾向は高齢化の進展、所得の伸び悩み、2000年以降の保険制度改定<sup>4)</sup>により、観測年以降も継続していると予想される。

### (3) 高齢世帯の支出比率

高齢者夫婦世帯の医療関連費の支出比率を全世帯と比較したものが図9である。高齢者夫婦世帯の統計では医療関連の支出として保健医療サービス<sup>5)</sup>、薬剤費、総医療関連支出しかデータがないため、公的医療保険との関連が最も高い保健医療サービスを全世帯と比較した。84年の支出比率は全世帯0.90、高齢者夫婦世帯1.20(有業0.96、無業1.64)であったが、99年では全世帯1.05、

高齢者夫婦世帯1.90(有業1.52、無業2.27)と支出比率の伸び率は高齢者が全体を上回った。制度的には自己負担の軽減が図られている高齢者であるが、支出比率では全世帯平均より高く、かつその差は拡大している。このことから高齢者の増加が医療支出の逆進性を上昇させる方向ではたらくことが分かる。

## IV 分析結果2：国際比較

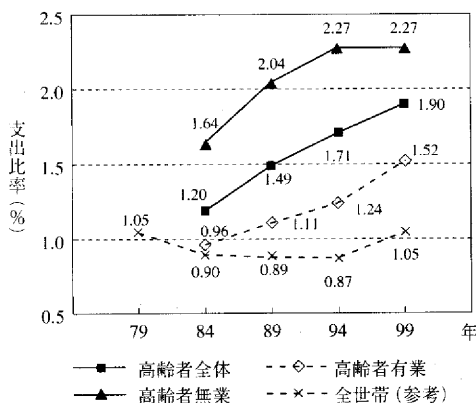
次に、わが国の医療関連支出の特徴を他の国と比較する。

### 1 総医療関連支出による比較

総医療関連支出とは、①公的医療保険の対象となる財・サービスへの支出、②保険対象外の医療関連の財・サービスへの支出の合計である。本研究の対象とする医療関連支出とは原則として①を考えるが、国際比較では支出項目を統一させる必要があるため、全ての調査対象国で把握可能な総医療関連支出を用いた(表6参照)。全ての医療関連の財・サービスが代替的であると仮定すれば総医療関連支出を用いて比較することも一定の合理性を有すると考える<sup>6)</sup>。

図10は8カ国において各観測年の毎に支出比率とカクワニ指数を計算して平均値を算出している。低所得者の医療アクセスが高所得者より不利である程度を図2の基準に従うと、日本はカナダとほぼ同じ水準にあり、イギリスより低所得者のアクセスは不利な状況にあるが、アメリカや韓国よりは不利な状況にないことが読み取れる。

イギリスはNHS(National Health Service)により全ての人の自己負担が少ないため支出比率は低いが、経済的に余裕のある層は入院の待機期間の短縮などを目的とした民間病院やペイ・ベッド(公立病院内にある自費で優先的に使用できる病床)を自費で利用する傾向があり、その分逆進性は低下している。その結果イギリスは支出比率が低く、逆進性はそれほど大きくない。アメリカは医療費が高額なことに加え、公的医療保険の対象者が高齢者と低所得者に限定されているため支



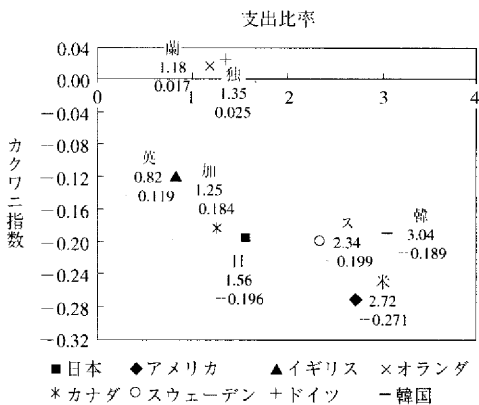
資料出所) 【全国消費実態調査】。

図9 医療項目別に見た支出比率の経年変化(高齢者夫婦のみの世帯)

表6 各国で利用可能な医療項目の一覧

国名	医療費用区分											所得のタイプ
	① 外来 医療費	② 医科外来 医療費	③ 歯科外来 医療費	④ 入院 医療費	⑤ 薬剤費	⑥ その他医療 関連サー ビス費用	⑦ その他 医療用具 費用	⑧ 私的医療 保険料	①+④+⑤ +⑥+⑦	①+④+⑤ +⑥+⑦+⑧	①+④+⑥ 保健医療 サービス 支出	
アメリカ					○		○	○	○	○	○	課税前・世帯所得
イギリス					○			○	○	○	○	課税前・世帯所得
オランダ								○	○	○	○	可処分・世帯所得
カナダ			○		○			○	○	○	○	課税前・世帯所得
韓国					○		○		○		○	課税前・世帯所得
スウェーデン									○			可処分・世帯所得
ドイツ					○			○	○	○	○	課税前・世帯所得
日本	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	課税前・世帯所得
フランス				○					○	○		課税前・等価所得

- 注1) 94年以降のイギリスの薬剤費は眼鏡を含む。
- 注2) 93年以前のイギリスの私的医療保険料は傷害保険料、共済組合費等を含む。
- 注3) 93年以前のイギリスの保健医療サービス支出は眼鏡を含む。
- 注4) ドイツの薬剤費は包帯、湿布などの消費財を含む。



資料出所) 表1参照。

- 注1) 図中の各国の位置は以下の年次の平均値  
 日本)79, 84, 89, 94, 99    カナダ)86, 92  
 アメリカ)84-99                      スウェーデン)88,92,96  
 イギリス)80, 84-99                  ドイツ)78, 83, 88, 93  
 オランダ)80, 84, 95                  韓国)96

注2) オランダ、スウェーデンは可処分所得から計算。

図10 各国の支出比率とカクワニ指数(総医療関連支出)

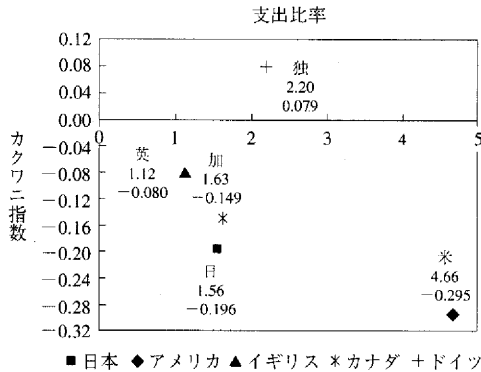
出比率は非常に大きい。また逆進性が非常に高いのは次の理由によると考えられる。1) 非高齢者は公的医療保険の対象とならないため私的医療保険に加入しないかぎり無保険者となるため、低所得層の医療費支出は相対的に大きくなる(2000年

では国民の約17%は無保険者といわれる)、2) 大企業の役員・従業員は福利厚生として保険料を企業が負担する団体保険に加入する慣行があるため、大企業従業員(=高所得者)の医療関連支出は相対的に少なくなる。その結果、アメリカは先進国の中で最も低所得者の医療アクセスが不利な状況にあるといえる。ドイツの支出比率は日本並であるが、支出が累進的であるのが特徴である。ドイツは一定の所得水準を越える被雇用者、自営業者、公務員は公的医療保険への加入義務はなく自由意思で公的医療保険から離脱できる。そのため、高所得者の医療費支出が増え医療関連支出は累進的となっていると考えられる。この場合、自由意思で公的医療保険から離脱しているのであるから、支出が累進的だといっても高所得者のアクセスが不利だということはいえない。

## 2 私的医療保険

多くの国では公的医療保険とは別に医療費自己負担をカバーする方法として私的医療保険が利用されている。その場合、医療関連支出に私的医療保険の保険料を加えることが正しい自己負担額だということもできる。そこで所得階層別に私的医療保険の保険料が把握できるドイツ、イギリス、





■日本 ◆アメリカ ▲イギリス \*カナダ +ドイツ

資料出所) 表1参照。

注1) 図中の各国の位置は以下の年次の平均値

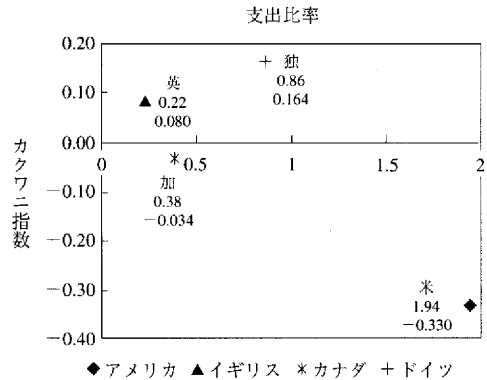
日本)79, 84, 89, 94, 99 カナダ)86, 92  
 アメリカ)84-99 ドイツ)78, 83, 88, 93  
 イギリス)94-99

注2) 日本は私的医療保険料のデータが取れないため総医療関連支出のデータを参考値として記載。

図11 各国の支出比率とカクワニ指数(総医療関連支出+私的医療保険料)

カナダ、アメリカについて総医療関連支出に私的医療保険料を加えた支出パターンを示したのが図11である。総医療関連支出だけの場合と比較して、4カ国とも保険料の支出の分だけ支出比率は増加する。一方、上下方向では、ドイツ、イギリス、カナダは上方シフトするが、アメリカは下方シフトする。これは、前3カ国の私的医療保険とアメリカでの私的医療保険の経済的意味が異なることに起因する。

図12は4カ国の私的医療保険の保険料に関する支出比率とカクワニ指数を記したものであるが、ドイツ、イギリスは累進的、カナダとアメリカは逆進的である。特にアメリカの逆進性は非常に高い。私的医療保険の保険料支出の累進性・逆進性はその国の公的医療保険の仕組みに依存するところが大きい。ドイツの私的医療保険は2タイプに大別できる。一つは公的医療保険を自分の意思で離脱した高所得の被雇用者、自営業者、公務員などが加入する保険である(約720万人が加入)。もう一つのタイプは差額ベッドや歯科補綴を対象とした公的医療保険を補完するものである。どちらのタイプの保険も経済的余裕のある層が積極的



◆アメリカ ▲イギリス \*カナダ +ドイツ

資料出所) 表1参照。

注) 図中の各国の位置は以下の年次の平均値

アメリカ)84-99 カナダ)86, 92  
 イギリス)94-99 ドイツ)78, 83, 88, 93

図12 各国の支出比率とカクワニ指数(私的医療保険料)

表7 私的保険料のカクワニ指数(勤労者世帯(単身世帯除く))

年	私的保険料
79	-0.078
84	-0.070
89	-0.059
94	-0.072
99	-0.060

資料出所) 『全国消費実態調査』。

注) 私的保険料には医療保険のほか、生損保の保険料を含む。

に加入する傾向があるため支出が累進的となる。自己負担の低いNHSを採用するイギリスでは、私的医療保険加入の主たる目的はペイ・ベッドや民間病院の利用であるため、高所得者が積極的に加入する。このようにドイツ、イギリスでは私的医療保険は奢侈財的性格をもっており、保険料支出も累進的である。

それに対して、アメリカは公的医療保険の対象は高齢者と貧困者であるため、非高齢者にとって私的医療保険は必需性の高い財であり、そのため保険料支出は逆進性をもつと考えられる。さらにアメリカの特徴として大企業は福利厚生の一環として私的保険料の大半を企業が負担するため、低所得者の保険料負担は相対的に大きくなることも、逆進性を高める理由だと考えられる。

日本では所得階層別に私的医療保険の保険料を補足した公表データが存在しないため、私的保険料(医療保険を含む生損保の保険料)支出のカクワニ指数を調べたものが表7である。所得階層別の医療保険加入状況が同様のパターンを示すと仮定すれば、日本の私的医療保険も逆進性が低いと考えられる<sup>7)</sup>。

## V 混合診療に関する考察

本稿の分析結果は混合診療の解禁を考える上で有益な情報を提供している。混合診療の解禁は医療費支出に関して二つの影響を与えられられる。一つは所得に応じた医療費支出が促進されるため逆進性を低下させる可能性が高いことであり、もう一つは確実に支出比率を上昇させることである。

まず逆進性について考えてみよう。①国内的には自由診療のウェイトの高い歯科医療においてアクセス上の大きな不平等が生じていないこと、②国際比較では日本は皆保険制度を持たないアメリカを除くと逆進性は最も高い水準にあることなどから、混合診療の解禁により逆進性が低下したとしても医療アクセス上大きな問題が生ずるとは考えにくい。しかし支出比率の視点からは混合診療の解禁に慎重であるべきというメッセージが示される。①国内的には保険制度の改定、不況および高齢化により入院を中心に医療関連支出の支出比率が上昇しており、その傾向は今後も続く予想されること、②国際比較では日本の総医療費支出の支出比率は1.72%(99年)で、アメリカの2.7%(99年)を下回るもののドイツの1.76%(93年)、カナダの1.80%(96年)と同水準で、イギリスの1.11%(99年)、オランダの1.17%(95年)を上回っていること、などを考慮すれば混合診療の解禁により支出比率がさらに上昇することは問題視すべきである。

混合診療の最大の問題は、患者が自由診療の内容を的確に理解して、所得に応じて自由に選択することがどこまで可能なのか、という点である。医師・患者間の情報の非対称性の存在や患者が自

由選択できる環境に置かれている保証がないことにより、低所得者も非自発的に高い自己負担を行わなければならない状況も予想される。その場合、混合診療の解禁は支出比率の上昇と逆進性の上昇を同時に生じさせて、低所得者の医療アクセスをより不利な状況に移行させてしまう。日本の状況をアメリカに近づけることになる。このことを回避するためには、自由診療の対象としてすべてを自由にするのはではなく、限定的に対象を選定する特定療養費の運用拡大が妥当だと考える。運用拡大の対象としては、患者の利便性の向上、患者の評価可能性などを考慮して、①アメニティに代表される医療の中核とならないもの、②諸外国で標準的に使用されている医薬品や高度な医療技術、③検査を中心とした予防的医療の一部、④鍼灸など国家資格が必要なサービスなどに適用するのが適切ではないだろうか。

### 注

- 1) 混合診療の禁止とは一疾患に対する一連の診療行為において保険診療と自由診療を併用した場合、全額を患者負担とする制度である。
- 2) ローレンツ曲線と集中度曲線が途中で交差する、あるいは集中度曲線が45度線と交差する場合があるが、この場合カクワニ指数は累進度・逆進度を正しく評価できない。本稿で行ったカクワニ指数の計算では交差の例は少数であり、それも大きな交差ではなく、交差によるバイアスは小さいことを確認した。
- 3) 入院医療費は外来医療費より高いが、①入院は外来受診より頻度が小さい、②自己負担率が低く設定されている高齢者の占める割合は入院の方が外来より大きい、③入院の方が高額療養費の適用者が多い、という理由で自己負担額の平均値は入院の方が低くなっていると考えられる。
- 4) 2000年改正は①70歳以上の高齢者の外来、入院が定額から定率1割(上限あり)へ変更、②高額療養費の上限引上げを実施。2002年改正では一定以上の所得のある高齢者は自己負担率2割へ引上げ、被保険者本人の自己負担率3割に引上げ(2003年実施)。
- 5) 保健医療サービスとは日本では医科外来、歯科外来、入院、その他の保健サービス(人間ドック代、予防注射代、検眼料、鍼・灸・あんま・指圧代、接骨医治療代など)の合計である。
- 6) 日本の99年『全国消費実態調査』(全世帯)では総医療関連支出に占める割合は外来医療費

38%, 入院医療費 14%, 薬剤費 23%であった。  
 7) 日本でも最近では私的医療保険の加入が急増しているが、その実証研究は非常に少ない。その中でも先駆的な研究として滋野(2000)と澤野・大竹(2002)があげられる。滋野(2000)が独自のアンケート調査に基づき分析した結果では、生命保険の加入の有無は勤労所得と有意に正の関係があるが、私的医療保険の加入の有無と勤労所得とは有意な関係が認められなかった。一方、生命保険文化センターが実施したアンケート調査の結果を用いた澤野・大竹(2002)の分析では、私的医療保険の入院給付金額と世帯所得は有意に正の関係が認められたが、生命保険の加入の有無と世帯所得とは有意な関係が認められなかった。このように生命保険の需要と私的医療保険の需要の関係は明確でないため、生命保険料が多くを占める私的保険全体の保険料を私的医療保険の保険料に代理させてカクワニ指数を計算した表7の結果については慎重に読む必要がある。

本研究に用いたデータは医療経済研究機構平成12年度自主研究『医療費自己負担の分析：支出比率とカクワニ指数の国際比較と時系列分析』の調査結果に負うものである。

#### 参考文献

Kakwani, N. C. (1977) "Measurement of Tax Progressivity: An International Comparison",

*Economic Journal*, Vol. 87, March, pp. 71-80.

Wagstaff, Adam et al. (1992) "Equity in the Finance of Health Care: Some International Comparisons", *Journal of Health Economics*, Vol. 11, pp. 361-87.

Wagstaff, Adam et al. (1999) "Equity in the Finance of Health Care: Some Further International Comparisons", *Journal of Health Economics*, Vol. 18, pp. 263-90.

医療経済研究機構(2001)『医療費自己負担の分析報告書』, 医療経済研究機構・社会保険福祉協会。

遠藤久夫・駒村康平(1999)「公的医療保険と高齢者の医療アクセスの公平性」『季刊社会保障研究』Vol. 35, No. 2, pp. 141-48。

厚生労働省大臣官房統計情報部編, 平成11年『国民医療費』。

澤野孝一朗(2001)「家計消費における医療費自己負担 エンゲル曲線アプローチ」『日本経済研究』No. 42, pp. 61-84。

澤野孝一朗・大竹文雄(2002)「私的医療保険需要の決定要因：入院診療と医療費負担」『医療と社会』Vol. 12, No. 3, pp. 117-36。

滋野由紀子(2000)「私的医療保険の需要と公的医療保険」『季刊社会保障研究』Vol. 36, No. 3, pp. 378-90。

(えんどう・ひさお 学習院大学教授)

(しのざき・たけひさ 東京大学社会科学研究所 助手)