

# 季刊 社会保障研究

貸  
出  
用

Vol. 40      Spring 2005      No. 4

## 第9回厚生政策セミナー

テーマ 社会保障制度を再考する—国際的潮流と日本の将来像—

- 問題提起 セミナーの主旨と「12の問題提起」……………島崎謙治 308
- 基調講演1 先進諸国の年金改革から得られる政策的意義…ゲイリー・バートレス 315
- 基調講演2 ヨーロッパの医療システム改革と日本への示唆…ピーター・スミス 324
- パネルディスカッション  
……………ゲイリー・バートレス, ピーター・スミス, 貝塚啓明,  
池上直己, 府川哲夫(司会) 337
- ディスカッション1 バートレス論文へのコメント……………貝塚啓明 337
- 日本の医療制度：漸進的調整を続けるべきか？  
……………池上直己 340
- ディスカッション2 ゲイリー・バートレス, ピーター・スミス, 貝塚啓明,  
池上直己, 府川哲夫(司会) 348

## 投稿(研究ノート)

- 1999年7月老人保健適用者外来薬剤費一部負担無料化の効果  
……………増原宏明・村瀬邦彦 362
- 介護事業者密度が介護サービス需要に与える影響……………湯田道夫 373

## 判例研究

- 社会保障法判例……………島崎謙治 387
- 不法在留外国人が国民健康保険法第5条所定の「住所を有する者」に該当する  
とされた事例—

## 書評

- Akira Okamoto 著『Tax Policy for Aging Societies—Lessons from Japan—』  
……………佐藤雅代 400

- 季刊社会保障研究 (Vol. 40, Nos. 1~4) 総目次…………… 403

季刊  
**社会保障研究**

Vol. 40 Spring 2005 No. 4

国立社会保障・人口問題研究所

テーマ

## 社会保障制度を再考する ——国際的潮流と日本の将来像——

- 問題提起……………(国立社会保障・人口問題研究所副所長) 島崎 謙治  
 基調講演1……………(アメリカ ブルッキングス研究所主席研究員) ゲイリー・パートレス  
 基調講演2……………(イギリス ヨーク大学医療経済研究センター教授) ピーター・スミス  
 パネルディスカッション ……(アメリカ ブルッキングス研究所主席研究員) ゲイリー・パートレス  
 (イギリス ヨーク大学医療経済研究センター教授) ピーター・スミス  
 (中央大学研究開発機構教授・社会保障審議会会長) 貝塚 啓明  
 (慶應義塾大学医学部教授) 池上 直己  
 司会：(国立社会保障・人口問題研究所社会保障基礎理論研究部長) 府川 哲夫  
 ディスカッション1  
 パネリスト ……………貝塚 啓明, 池上 直己  
 ディスカッション2  
 ……………ゲイリー・パートレス, ピーター・スミス, 貝塚啓明, 池上直己, 府川哲夫(司会)

### 【問題提起】

#### セミナーの主旨と「12の問題提起」

国立社会保障・人口問題研究所副所長 島崎 謙治

第9回厚生政策セミナーのテーマは、「社会保障制度を再考する—国際的潮流と日本の将来像」といたしました。このようなセミナーのテーマを設定した主旨は、社会保障制度改革をどのように進めていくべきなのか、国際比較も交えながら再考したいということですが、その背景にある問題意識を一言で言えば、「社会保障の果たすべき役割とその持続可能性の確保」ということです。その意味を、「持続可能性」、「社会保障の役割」の

順番で説明します。

社会保障制度を取り巻く環境が大きく変化していることに対応し、特にこの数年、社会保障制度改革が相次いで行われ、あるいは改革がタイムテーブルに載っています。例えば、2002年にはサラリーマンの3割自己負担導入等を内容とする医療保険制度改革が大きな論議を呼び、2004年は年金制度改革が国政選挙の最大の争点になりました。そして、2005年には介護保険法の改正や三

位一体改革との関係で国民健康保険法の改正等が控えています。このように社会保障制度改革が目白押しの状況にあるわけですが、それはなぜかと言えば、改革を行わないことには社会保障制度を維持することが困難となっているからです。

第1に、少子高齢化が急速に進み社会保障給付費が急増します。年金や介護保険の受給者の大半が高齢者であることは当然ですが、医療費も現在65歳以上の高齢者が全体のうち約半分を使っています。表1の「将来人口の基本指標」をご覧くださいと、日本の高齢者数や高齢化率が2000年から2025年にかけて、17.4%から28.7%と1.6倍に増加することがお分かりになると思います。社会保障制度にとって、この20年ないし30年が「最後の胸突き八丁」となることは間違いありません。特にご留意いただきたいことは、1947年から1949年に生まれた「団塊の世代」が2025年頃には75歳以上の後期高齢者の仲間入りをすること等の理由により、高齢者の中でも後期高齢者比率の増加が顕著なことです。具体的な数字を挙げれば、2000年が7.1%であったのが2025年には16.7%と2.4倍、実人数でも901万人から2,026万人と2倍以上に増加することです。現在でも介護給付費の約8割、医療費の約3分の1は後期高齢者が費消していますから、後期高齢者が急増することは社会保障制度に大きな影響を及ぼします。また、少子化も進んでいるため、生産

年齢人口に対する老年人口の比率（老年従属人口指数）は、2000年が25.5%、2025年が48.0%、2050年が66.5%となります。つまり、2000年には生産年齢人口4人でお年寄り1人を支えているのが、2025年には2人で1人を支え、2050年には3人で2人を支える構造になることを意味しています。比喩的にいえば、「お神輿」が重くなるのに、その「担ぎ手」は減りますので、世代間の給付と負担のアンバランスが拡大するとともに、社会保障制度自体の持続可能性が危惧されることとなります。

社会保障改革が必要な第2の理由は経済基調の変容です。1990年代以降の社会保障制度改革を促した直接のきっかけが、バブル崩壊後長引く経済の低迷であったことは間違いありません。それでは、今後どうなるかといえば、日本経済は回復基調にあるとはいえ、それほど高い経済成長は望めないと考えるのが素直だろうと思います。というのは、経済がグローバル化し国際競争が激化しているということも挙げられますが、それ以上に本質的な理由は、日本が「超少子高齢化・人口減少社会」に突入するためです。経済成長の3要素は、①資本蓄積、②労働力、③技術進歩の3つです。まず、資本蓄積については、若い時に貯蓄し老後に取り崩すという「ライフサイクル仮説」に従えば、高齢化の進展に伴い資本蓄積は低下しますし、（それだけが原因であったわけではありま

表1 将来人口の基本指標

〔単位：千人〕

年	総人口 (A)	人口3区分				高齢化率 (65歳以上) (D/A)	(参考) 後期高齢者 の人口比 (75歳以上) (E/A)	老年従属 人口指数 (D/C)
		年少人口 (B) (0歳から14歳)	生産年齢人口 (C) (15歳から64歳)	老年人口 (D) (65歳以上)	(参考) 再掲 (E) (75歳以上)			
2000	126,926 (100)	18,505 (100)	86,380 (100)	22,041 (100)	9,012 (100)	17.4%	7.1%	25.5%
2025	121,136 (95.4)	14,085 (76.1)	72,325 (83.7)	34,726 (157.6)	20,260 (224.8)	28.7%	16.7%	48.0%
2050	100,593 (79.3)	10,842 (58.6)	53,889 (62.4)	35,863 (162.7)	21,616 (239.9)	35.7%	21.5%	66.5%

注) 総人口等のかっこ書きは、2000年を100としたときの指数である。

出典) 国立社会保障・人口問題研究所『将来人口推計(2002年1月)』の中位推計。

せんが)現にこの10年間に国民貯蓄率は大幅に低下しています。また、2000年から2025年にかけて、人口は約580万人程度減少しますが、生産年齢人口はそれ以上の約1,400万人という規模で減少しますので、「労働力不足」が経済成長の「足枷」になりかねません。外国人労働者を受け入れればよいという議論もありますが、社会的統合への影響等も考慮する必要があり、それほど簡単に割り切れる問題ではありません。また、わが国は2006年をピークに「人口減少社会」に突入しますが、これに伴い国内市場が縮小することも経済成長にマイナスの影響を及ぼします。また、技術進歩による生産性向上も、特に医療・福祉サービスのような労働集約的な産業分野ではそれほど期待できない面があります。あまり悲観的になり過ぎるのもどうかと思いますが、ある程度の経済成長を達成していくために経済運営の「舵取り」をどう行っていくかは、今後さらに難しさを増していくだろうと考えられます。

それでは次に、社会保障の給付と負担の将来推計がどうなるかということをもう少し具体的にみていきたいと思えます。2004年5月に厚生労働省が公表した「社会保障の給付と負担の見通し」によれば、社会保障給付費は、2004年度は86兆円であったのが2025年には152兆円と2倍弱伸びると見込まれています。一方、名目国民所得は賃金上昇率や労働力人口の変化を踏まえ設定した値(これは各年度によって異なりますが年平均では1.7%程度となります)で伸びるという前提で推計していますが、社会保障給付費の伸びのほうが上回りますので、社会保障給付費の国民所得比は、2004年度は23.5%であったのが2025年度には29%まで上昇します。現在でも、経済界や財政当局は「社会保障の伸びを経済成長の伸び程度にとどめること」を強く主張していますが、社会保障と経済成長との「折り合い」をどのように付けていくかは、今後さらに問われ続けられると考えられます。

以上申し上げた理由から、社会保障を「スリム化」していくことは、大きな方向として避けられないものと私は考えていますが、国民の多くも

「今のままでは社会保障制度を維持できない」と考えているのではないかと推測されます。社会保障制度改革が俎上に上るたびに「抜本改革」の声が強まるのが、1つの例証として挙げられると思います。しかし、社会保障制度改革は、「総論賛成各論反対」あるいは「言うは易し行うは難し」の典型です。というのは、社会保障は、今日では国民生活の基盤として欠かすことができないものとなっており、将来の生活設計にも大きく関わっているからです。やみくもに社会保障の水準を切り下げれば、ライフサイクルの中で生じるリスクを分散・軽減し国民生活の下支えをするという社会保障の存在意義そのものが問われかねません。社会保障の果たすべき役割はそもそも何なのか、社会保障のどの部分は「守り」どの部分を「見直す」のか、公私の役割分担や所得再配分をどの程度効かせるべきなのか、といった社会保障の原理原則・哲学の確立が求められるゆえんです。また、社会保障制度改革を行う場合、社会保障の個別制度ごとに問題の所在は異なりますから、年金、医療・介護、福祉といった制度ごとに問題を解決していくというアプローチももちろん必要ですが、社会保障制度を横断的に議論することも求められています。社会保障の費用を「払う側」のポケットは年金用・医療用と分かれているわけはありませんし、制度間で重複等があればそれを調整することが社会的公正や効率性の観点からも重要だからです。

このため、今回のセミナーでは、見方によっては多少「欲張りな」企画を立てました。つまり、個別制度として主に年金と医療を取り上げ議論するとともに、制度横断的な議論も行おうという試みです。

また、少子高齢化の進展や経済の先行きが厳しい中で社会保障制度改革をどのように進めていくかということは、今日、先進諸国共通の課題となっています。実際、多くの先進諸国はわが国と同様に“苦しみ”ながら、年金制度改革にせよ医療制度改革にせよ様々なチャレンジを行っています。各国の社会保障制度の歴史や文化は異なっており単純な比較は禁物ですが、各国の取組みの中から、

表2 「12の問題提起」

I. 社会保障制度全体に関わる論点
1. 制度横断的な議論とその背景
2. 社会保障の制度別配分と将来の姿
3. 社会保障財源と社会保障給付の見直し
4. 少子高齢化の進展と社会保障負担の世代間不均衡
5. 経済変動下の社会保障の理念・原則
II. 年金に関わる論点
6. 年金制度の基本論に関する国際的潮流
7. 年金制度と経済変動・人口構造の変化
8. 老後の所得保障における公的年金の水準
9. 年金の制度設計が社会経済等に及ぼす影響
III. 医療・介護に関わる論点
10. 医療・介護のサービスの提供の改善
11. 「(疑似)市場原理」の導入等の評価
12. 効率化等を推進する政策の動向

わが国の社会保障制度改革を進めるに当たってのヒントやインプリケーションが得られることを期待しています。

以上が今回のセミナーの主旨・問題意識ですが、論点をもう少しクリアにするために、「12の問題提起」(表2参照)を設定してみました。

ローマ数字のIは、「社会保障制度全体に関わる論点」です。まず「問題提起の1」(制度横断的な議論とその背景)は、ただ今申し上げたように、日本では年金・医療・福祉といった個別制度ごとではなく社会保障制度を横断的に議論する観点が強調されていますが、欧米諸国でも同様の議論があるのかという問題提起です。例えば、日本では介護施設入所者に現物給付が行われている場合には年金給付は調整してもよいのではないかとといった議論も行われています。欧米諸国でも医療や介護の負担基準等を考える際に所得保障としての年金の給付水準を考慮すべきといった制度相互のリンケージや調整に関する議論があるのかという問いです。

「問題提起の2」(社会保障の制度別配分と将来の姿)は、「問題提起の1」とも関係しますが、社会保障給付費全体の中で、制度別にどのように配分するのかといった議論は、諸外国でも行われているのだろうかということです。また、もし行わ

れているとすれば、それはどのような問題意識や根拠の下に行われているのかという問いです。ちなみに、日本の年金・医療・福祉(介護を含む)の比率は、2004年度予算では、5:3:1.5の比率となっていますが、先般の年金改革の結果、2025年度段階で、4:4:2程度になると見込まれています。

次に「問題提起の3」(社会保障財源と社会保障給付の見直し)に移ります。わが国の社会保障の三本柱である年金・医療保険・介護保険は社会保険方式を採っており、大雑把に言えば保険料の半分は事業主負担です。このため、経済界は「社会保障の増大による企業の負担増が国際競争力の足枷になる」と強く主張しています。本当にどの程度国際競争力の「足を引っ張っている」のかという点は議論の余地があると私は考えていますが、日本に限らず多くの国で企業の負担増を極力抑制する施策が採られているのも事実です。また、日本の公債残高のGDP比は他の先進諸国の約2倍という状態にあります。日本の場合、現行でも基礎年金の3分の1、国民医療費の4分の1が国庫負担、介護保険も半分は公費負担(国庫負担は全体の4分の1)です。したがって、社会保障の増大が国庫や地方財政の硬直化を招くことを懸念するむきもあります。欧米諸国では、こうした問題についてどう考えているのかというのが「問題提起の3」の趣旨です。

「問題提起の4」(少子高齢化の進展と社会保障負担の世代間不均衡)は、少子高齢化が進み人口構造が変化することに伴い社会保障負担の世代間不均衡の問題が顕在化しています。世代間の給付と負担の不均衡について、欧米諸国ではどのような議論がなされているのかということです。また、社会保障は一種の「社会契約的」な色彩を帯びています。異なる世代間における「合意」や、社会経済の変化により制度改正を行わざるを得ない場合の「変更の合意」は、どのような手続により取り付けることができるのかという点についても、多少なりともコメントいただければと思っています。

「問題提起の5」(経済変動下の社会保障の理念・原則)ですが、先ほど申し上げたように、本

来、社会保障は社会経済の変動が国民生活に及ぼす影響を緩和する「バッファー」としての役割を担っているはずですが、社会経済の変動により社会保障の「スリム化」は余儀なくされます。こうした中で、社会保障として譲ることができない理念・原則はどうあるべきなのかということです。また、自由主義社会である以上、個人の自助努力は当然の前提であると思いますが、公私の役割分担、所得再分配をどの程度まで行うべきかという問題があります。また、年金には所得比例部分がありますが、現役世代の時の貢献を老後にどの程度反映させるべきか、効率と公正の両立といった論点について、欧米諸国ではどのような議論がなされているのかという問いです。

以上が「社会保障制度全体に関わる論点」ですが、続いて、ローマ数字のIIの「年金に関わる論点」に移ります。

まず、「問題提起の6」（年金制度の基本論に関する国際的潮流）です。日本では、2004年に保険料率の上限設定と給付水準の見直し等を柱とする年金法改正が行われました。しかし、年金制度の在り方をめぐる議論が終わったわけではありません。例えば、いわゆる一元化を図るべきであるとの議論や、基礎年金部分はすべて税財源で賄う部分であるとの議論、実質的に賦課方式を採っている現行の財政方式の仕組みを積立型にすべきであるといった議論など様々な「抜本改革」の提案や議論があります。私は、こうした年金制度の基本的在り方については、2つの観点から考える必要があると思います。1つは、そもそも老後の所得保障という公的年金制度の基本理念・原則をどのように考えるべきか、例えば、積立方式にした場合、インフレリスクや資産運用の変動リスクを個人が背負いきれるかといった観点です。2つ目は、年金制度は医療保険制度と異なり一種の「長期の社会契約」であることに由来する移行措置の問題（例えば仮に積立方式にした場合のいわゆる「二重負担」問題）や自営業者の正確な所得捕捉が可能かなどフィージビリティの観点です。年金制度改革は“多元連立方程式”を解くような難しさがありますが、いずれにせよ国民的な議論を行うべ

き大きな問題であることは間違いないと思います。欧米諸国とは制度の沿革や仕組みが異なることから、単純に比較はできないとは思いますが、欧米諸国の年金制度改革の基本的潮流あるいは共通論点はいかなるものであるか、これが「問題提起の6」の趣旨です。

「問題提起の7」（年金制度と経済変動・人口構造の変化）は、日本の年金制度は実質的に賦課方式を採っていますが、賦課方式の「弱点」は、経済成長および人口構造の変化に左右されることです。2004年の年金法改正では、こうした変化を一定のルールの下に給付水準に反映する仕組み（マクロ経済スライド）が導入されました。しかし、それでも予想を超える経済低迷あるいは少子化の進展があれば、給付と負担の見直しは避けられません。こうした点を含め制度の安定化を図るために諸外国の年金制度改革ではどのような議論が展開されているのかということです。

「問題提起の8」（老後の所得保障における公的年金の水準）は、公的年金の水準はどのように設定されるべきかという問題提起です。今日、公的年金は老後の所得保障として欠くことができない重要な役割を果たしていますが、老後の生活を公的年金だけで支えることを前提に制度設計されているわけではありません。老後の支えは「三本脚の椅子」（公的年金・企業年金・個人貯蓄）に喩えられることがありますが、公的年金の保障水準をどのように設定すべきか、企業年金や私的な貯蓄などとのバランスについて欧米諸国ではどのような議論が行われているのかという問いです。また、公的年金の最低保障水準と生活保護との関係について、どのような議論があるのかということが「問題提起の8」の趣旨です。

「問題提起の9」（年金の制度設計が社会経済等に及ぼす影響）は、制度設計と社会経済等の関係です。年金制度の設計の仕方、例えば、支給開始年齢、賃金と年金の調整、給付水準をどの程度とするかによって、引退年齢が変わる、貯蓄率が変わるなど、個人の「選択行動」（ビヘイビアー）に変更を及ぼし社会経済にも様々な影響を与えます。日本では高齢者の就業意欲が極めて高いなど、

欧米諸国とは一概に比較はできませんが、こうした問題について欧米諸国ではどのような議論が展開されているのか、ご教示いただければと思います。

続いて、ローマ数字のIIIの「医療・介護に関する論点」です。まず、「問題提起の10」（医療・介護のサービス提供の改善）です。年金制度が突き詰めれば、ファイナンス、つまり「お金」の移転だけの問題であるのに対して、医療・介護についてはファイナンスの前にサービスの供給（デリバリー）があるという相違があります。医療・介護の政策評価基準としては、一般に、①質の向上、②アクセスの公平性、③効率性の改善の3つが挙げられます。欧米諸国では、こうした目標を達成するために具体的にどのような政策が採られているのかということです。また、提供されるサービスの経済的評価としての診療報酬も重要ですが、その在り方等については、どのような議論が展開されているのか、これが「問題提起の10」の趣旨です。

次に、「問題提起の11」（疑似的市場原理の導入等の評価）です。ヨーロッパ諸国では、基本的に医療提供はパブリックセクター中心、ファイナンスも税財源か社会保険料かという違いはありますが、基本的に公的関与の下に運営されています。こうした中で、効率性の向上等を目的として、限定的ではあるにせよ市場原理を導入し競争を喚起する政策、民間セクターへの委託を推進する政策等が採られた国もあります。こうした政策の動向の評価、端的に言えば、こうした政策は果たしてうまくいっているのだろうかという問題提起です。

最後の「問題提起の12」（効率化等を推進する政策の動向）ですが、医療・介護政策については、予防や疾病管理の徹底を図り医療費等の節減を図るという議論があります。また、公的給付を必要性の高い者に重点化する議論、サービス利用者のコスト意識を高めるために自己負担を引き上げるという議論も行われています。欧米諸国では、こうした点について、どのような政策や議論が展開されているのかということです。

以上が、私からの「12の問題提起」ですが、

言うまでもなく、今述べたこれらの論点は相互に密接に関連しますし、12の論点を個々に取り上げることは時間の制約もあって困難です。

したがって、午後の「ディスカッション2」の討論用に、これまで述べてきた問題意識を再整理するとともに、12の問題提起を、議論しやすいように4つにまとめてみました。これは、今まで申し上げてきたことの要約にもなります。

先進諸国の社会保障制度改革を概観すると、制度の沿革や国民の価値観の相違等を反映し各国固有の取組みが行われていますが、各国共通の課題を抱え同様の解決策を指向している面もあります。主要な動向を3つばかり挙げてみます。

第1に、少子高齢化の進展や経済基調が低迷する中で、社会保障の持続可能性の確保が問われています。このため、給付水準の見直しや負担の引上げが推進されあるいは議論されています。

第2に、経済成長がなければ社会保障は成り立ちませんが、他方、社会保障が経済にも大きな影響を及ぼすという双方向の関係にあります。このため、例えば、社会保障が労働供給に及ぼす影響や企業の負担増が国際競争力に及ぼす影響等に関する配慮が求められています。

第3に、社会保障制度は、今後「スリム化」することは避けられないにしても、国民の「安心」を失い社会保障の存在意義が損なわれるものであってはいけません。このため、社会保障制度として果たすべき役割やプライオリティ、私的な仕組みとの関連で公的制度としてカバーする範囲の見直し等の議論が行われています。

これらを一言で括れば、「社会保障の果たすべき役割とその持続可能性の確保」ということになります。そして、社会保障制度の改革に当たっては、年金、医療・介護、福祉といった制度ごとにその在り方や給付や負担の問題を考えることも必要ですが、同時に、社会保障の全体像との関連で制度横断的に議論する必要もあります。実際、年金改正を機に設けられた「社会保障制度の在り方に関する懇談会」では、こうした議論が行われています。

今回のセミナーでは、私どもの以上の問題関心



および基調講演を踏まえ、次の4つについて討論していただきたいと考えています。

第1は、年金制度をめぐる論点です。公的年金について、経済変動や人口構造が変化する中で、制度の持続可能性を確保するために、どのような制度改革の取組みや議論が行われているのか。また、①公的年金と企業年金・私的貯蓄との「役割分担」をどのように考えるべきか、②公的年金制度はどの程度の所得再分配を行うのが良いか(公的年金給付は所得比例であるべきか否か)、③年金制度の中で最低保障給付のある国では、その水準はどのような考え方・理念によって決められるのか、生活保護の水準とどう関連付けられているのか、といった点について、ご議論をお願いしたいと思います。

第2は、医療・介護制度です。高齢者の増加による医療費の増大が先進国共通の課題となっていますが、制度の仕組み方として、高齢者の身体的あるいは経済的特徴は考慮されているのか否か(例えば、高齢者を対象とする医療制度の仕組みを構築するのか、年齢区分を設けない制度の中で対応するのか)ご議論いただきたいと思います。また、医療の入院給付は年金給付と関連付けて議論されているか(例えば、医療と年金の重複調整といった議論の有無)、医療供給や診療報酬制度の改革に関する各国の動向、医療と介護の役割分担と連携に関する各国の政策動向と課題といった諸点が主な論点だと考えられます。

第3は、社会保障制度全般に関する論点、とりわけ社会保障の規模・配分に関する論点です。具体的には、社会保障の規模をどの程度とすべきなのか、社会保障の負担の上限が明示的に議論されているのか、社会保障負担特に企業負担が経済に及ぼす影響に関する論議の動向、社会保障におけ

る制度ごとの配分(例えば、医療・介護に重点を置くのか、年金に重点を置くのか)、といった点について議論をお願いしたいと思います。

第4は、社会保障と個人の「行動・選択」をめぐる論点です。社会保障は受給者やサービス提供者の「行動」や「選択」に大きな影響を及ぼします。社会保障の目的や条件(例：公正や効率)との関係で望ましい「行動」や「選択」に繋がるように各国の制度ではどのような工夫をしているのか。例えば、年金支給開始年齢が個人々の引退年齢や雇用に及ぼす影響に関してどのような議論が行われているか。各国の医療制度(これには診療報酬制度を含みます)の中に、サービス利用者や提供者が疾病予防をはじめ医療の効率化等を図るインセンティブ(動機づけ)は内在しているか、また、どの程度効果があると考えられているか、といった問題です。

以上が今回のセミナー全体の「見取り図」を兼ねた私どもの「問題提起」です。この後、世界各国の年金制度改革に造詣の深い米国からお越しのゲイリー・パートレス氏から「先進諸国の年金改革」について、また、ヨーロッパ諸国の医療政策に通暁しておられます英国からお越しのピーター・スミス氏から「ヨーロッパ諸国の医療システム改革」について、それぞれ基調講演をいただきます。午後には、貝塚、池上両先生から、基調講演に対するコメント等を頂戴するとともに、パートレス氏、スミス氏を交え、問題提起の主要なポイントを中心にさらにディスカッションを行うこととしております。限られた時間ではありますが、実りのある議論が行われ、わが国の社会保障改革を考える上で新しい視野が開けることを心より期待しています。

## 【基調講演 1】

## 先進諸国の年金改革から得られる政策的意義

アメリカ ブルッキングス研究所首席研究員 ギェリー・バートレス

本日は、先進国における年金政策の話をする予定です。特に、先進国において、高齢化のために起こっている深刻な問題に焦点を当てて、どのように政策的に対応しているかを申し上げます。今、島崎副所長が12の問題を提起してくださいました。これらの問題提起については、それぞれ分厚い論文もしくは1冊の本を書かないと対応ができないほど深刻な問題ですが、本日は、このうちのいくつかについてお話をさせていただきたいと思っています。

先進国の多くの国々では、高齢化は社会にとっての脅威であると感じられています。すなわち、総人口に占める退職者の割合が増大することになれば、過度の負担を現役の労働者や雇用者に及ぼすことになり、それが社会経済に何らかのマイナスの影響をもたらすのではないかという意味で脅威として受け止められています。なぜかといえば、年金や高齢者の医療保険の財源は、その多くを労働者や雇用者に依存しているので、給付額を大幅に削減しない限り、税金や公債は持続できない水準まで増大し、その結果利子率の上昇や可処分所得の減少を招き、設備投資や消費が減少して、社会経済に影響を及ぼすと皆考えているわけです。

このような考え方を理解しつつも、本日は3つの基本的なメッセージを申し上げます。

第1のメッセージは、高齢化の意味合いについてです。これは深刻な問題ではありますが、皆さんが日ごろ考えているほど深刻ではないということです。確かに、先進国の高齢化が進んでいることは事実です。ということは、今後、私たちはより多くの高齢者を公的な年金で扶養して、高齢者の健康を維持するために高齢者医療保険を提供していかなければなりません。それは事実ですが、人口転換により高齢化が始まり、さらにそれが少

子高齢化に進むというトレンドがあるからこそ、同じ理由で私たちが扶養しなければならない子供や仕事を持っていない若年成人などの扶養人口が減るわけです。このような人たちも被扶養者として支援が必要ですが、将来は、子供あるいは若年成人の扶養の負担は減りますから、部分的ではありますが、私たちが高齢者をサポートする際にかかる負担をある程度相殺することになります。

第2のメッセージは、社会保障負担に関わるることについてです。児童に関する扶養の負担は下がるとはいつても、世界の先進国においては間違いなく高齢者向けの負担は増大します。ということは、国の予算を圧迫することになりますが、これに対する対応は3つ考えられます。第1は、保険料を引き上げる、あるいは拠出額を拡大することです。第2は、給付額を下げるというものです。この場合、いわゆる前期高齢者については支払わないという方法もあります。第3は、高齢者あるいは非高齢者が働き続けられる奨励策を講じるということが考えられます。なお、先進国においては、公的な年金制度を賦課方式から積立方式に移行するという対応が提案されていますが、このような変更を行ったとしても、それが短期的にしる、中期的にしる、高齢者扶養の負担を下げる効果はないものと思われます。

第3のメッセージは、公的な年金制度の支給開始年齢に関わるることについてです。意外なことですが、日本を含む多くの先進国においては、既に入高齢化の問題に取り組み始めています。取り組み始めた結果として、公的年金制度とこれに関連する諸制度を改正しているのです。例えば、在職老齢年金においては、労働所得が増えることに伴って給付が減額される程度を緩和することにより、労働に対するインセンティブを与えて、高齢にな

っても働き続けるように促す仕組みにしています。ただし、どの先進諸国でも同年齢者の中で、通常の定年の年齢で退職をした人向けの平均的な給付を下げています。同時にどの国でも、受給資格が得られる年齢の支給開始年齢よりも後まで年金受給を繰り下げると給付額が上がる制度となっています。ここで、OECDの数字で老齢年金の所得代替率というものがありますが、これは今後一部の先進国では、約30%の水準まで下がることが予想されています。なぜこうした事態が起こるのかという理由の1つは、引退するメリットを少なくして高齢者が働き続ける方向に導くことが、年金改革に組み込まれているからです。既に年金改革を始めたイタリアやイギリスではこうした事態が起こっているのですが、マスコミ、有権者、政策立案者も、これだけ大型の政策変更が既に実施され、法制化されているという先進国の事実十分に気が付いていないようです。

さて、3つの点を概観したので、第1の点に戻って詳しく考察したいと思います。先ほど冒頭に申し上げたとおり、高齢化は言われているほど深刻な問題ではないということです。確かに、高齢化とこれが進んだ少子高齢化は先進諸国で注目されていますし、特に日本、イタリア、スペインでは、大きな話題になっています。なぜかといえば、平均年齢が最も上昇しているとともに、出生率も最も低いからです。その上、日本とイタリアについては、出生率が低下しているだけではなく、寿命も延びています。しかし、一番心配なのは、日本の皆さんがとても狭い視野をお持ちになって高齢化だけを考えていることです。高齢化が進むことは、高齢者を扶養しなければいけないことだけが問題だと、狭義に考えています。あるいはもっと狭い考え方で、高齢者の消費のために使われる財源のことを考えています。年金あるいは高齢者の医療保険、そして介護保険にかかる財政面だけを考えていることが、その原因にあります。

ところで、我々が社会として扶養しなければならないのは高齢者だけではありません。それ以外にも働いていない扶養者がいます。子供たち、あるいは労働力年齢でありながら賃金収入を得る仕

事をしていない人がいます。もちろんこのような労働力年齢で非就労者であったとしても、例えば資産から得られる所得があるかもしれませんし、それ以外の貯金があるかもしれません。けれども、このように働いていない非高齢者、成人で働ける年齢であるにもかかわらず働いていない人たちは、現役労働者の扶養を受けています。政府移転支出を受けているとすれば税が財源になっています。あるいは私的な扶養を受けているのであれば、これは大半の子供がそうですけれども、家計内の所得の移転ということになります。ですから、この場合の扶養の財源として公的年金あるいは保険料や税だけに焦点を当てて、家族の中で提供している扶養を無視することは間違っていると思います。例えば、私の収入ですけれども、年金や医療保険に15%ほど積み立てています。一方で、私の収入のおよそ20%を教育費にかけて、末の息子が大学に行くことができるようにしています。また、上の息子もいますのでさらに20%ほど教育費をかけています。2人の子供ではなくて、1人しか子供がいなかったとすれば、この子供たちを扶養するためのコストはここまで大きくかからなかったはずですよ。

ある時点における高齢化による負担は2つの要素で決まります。1つは、私たちが異なる年齢の人たちに対してどれだけの支援を提供するか、もう1つは、それぞれの世代において、労働あるいは資産からの所得を、自らの扶養のためにどれだけ稼得しているかということです。

この点について、図1と図2が参考になります。これは、異なる年齢の成人が労働によって、もしくは保有する資産によってどれだけの収益をあげているか、また政府の賦課方式のもとでどれだけ移転支出を受けているかを示しております。図1は、私がデータを得ることができた4つの豊かな国、フィンランド、ドイツ、イギリス、アメリカから推計したグラフです。残念ながらこれに関する同じデータは日本についてまだ集めることができていませんので、日本の社会保障制度を反映したものにはなっていません。まず、左側の棒グラフが、要素所得、すなわち労働と資産から得られ

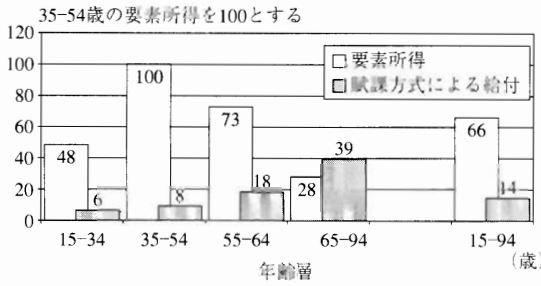


図1 年齢別にみた要素所得と賦課方式による給付のパターン

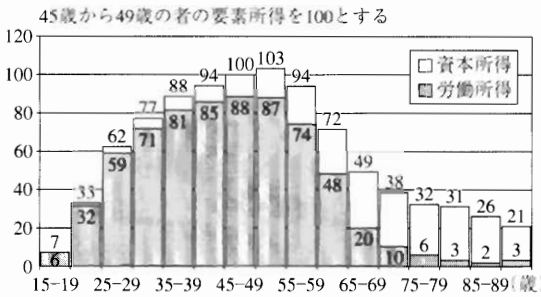


図2 アメリカにおける年齢区分別要素所得

る所得で35歳から54歳の人たちが稼得して得ているものを基準(100)にした相対的な数値です。35歳から54歳が、一番収入が多いので、これを基準にしています。ここで、参考のために、アメリカの要素所得について、労働と資産から得られる所得がどのように年齢別に分布しているかを示したものが図2です。

一方、図1の右側の棒グラフは、政府の移転支出で、35歳から54歳の人たちが得ている要素所得に対する相対的な値です。付加価値税は高齢者の消費にも課税されますが、社会保険の占める割合はこれら4カ国では大きいので、政府の移転支出は主に現役世代に対する負担で賄われているという意味で、賦課方式とみなすことができます。図1の一番右側の2つの棒グラフを見ると、35歳から54歳の人たちの要素所得に対して、収入は66%となっています。一方で、14%は政府からの移転支出という形で受け取っています。ということは、この移転支出のための負担は21%(66分の14)になります。当然高齢化が進めばもっと

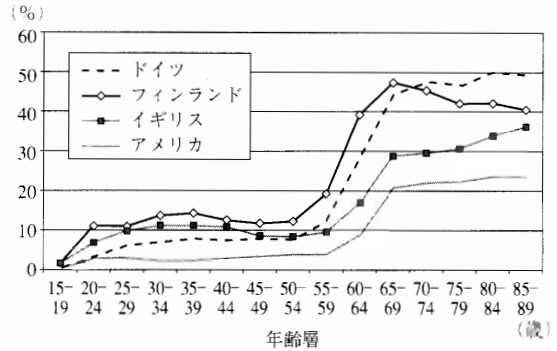


図3 各国別・年齢別の移転支出(45歳から49歳の要素所得を100とした場合の移転支出の比率)

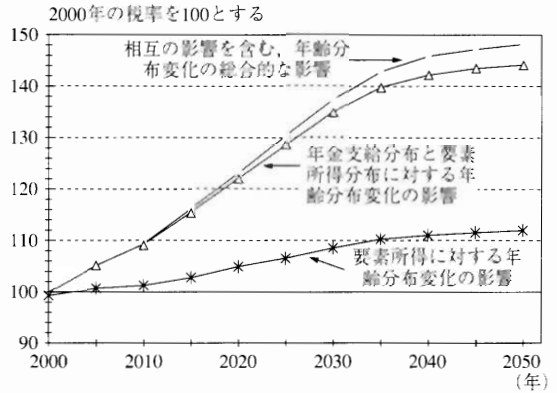


図4 賦課方式による移転支出を賄うための税率に対する高齢化の影響

高齢者が増えますから、移転支出は大きくなり、要素所得は小さくなります。ということは、当然扶養の負担は大きくなります。

図3は、5歳ごとに区分した年齢階層ごとの移転支出の比率を縦軸にとり、先ほど申し上げた4カ国で、政府からの移転支出が国ごとにどのように違っているかを示したものです。フィンランドやドイツは、高齢者に対して寛大な扶養を提供しております。ということは、高齢者に対するサポートが大きい訳ですから、賦課方式のもとでは、負担は一層大きくなりますし、高齢化が進めば進むほど、このような国々ではさらに負担が大きくなります。

図4は、先ほどの4カ国の平均でみて、このよ

うな移転支出に対する負担が、高齢化という年齢構成の変化によって今後どのように変化していくか推計した結果を示したものです。要素所得と政府からの移転支出の年齢分布が先ほどの図1から変わらないという前提で考えた場合、要素所得にかかる扶養のための税あるいは保険料は、労働者の賃金の21%から32%に上がることになります。ということはだいたい50%の増加率になります。保険料率として2000年のものに比べると、いずれこれだけ多く払うことになるだろうということです。この増分のうち4分の1については、より多くの成人が以前ほど多くの要素所得を得ることができないほど高齢になったから起こるのであって、4分の3については、より多くの人たちがより大きな移転支出を受ける年齢層に入ることから起こります。繰り返しますけれども、今ご紹介した計算の前提は、要素所得の年齢分布は向こう50年間全く変わらないという前提であり、また、政府からの移転支出に関しても変わらないという前提です。唯一今後半世紀で変わるという前提になっているのは、年齢構成だけです。すなわち、高齢化が進むという変化があるということです。ただ、今程申し上げましたような前提は、確実に変わり得るということにも留意しておく必要があります。

例えば、要素所得の年齢分布も、先ほど述べた年金改革において労働へのインセンティブを与えることが課題となっていることと関連して、おそらく今よりはもっと高齢になるまで働き続ける場合が多くなる可能性があります。その際、高齢者の経験や能力が労働市場で評価されるとすれば、高齢になれば、それだけ収入、給与も大きくなる可能性があります。また、収入、給与が増加して引退までの期間が延びれば、より多くの貯蓄ができるため、資産からの所得も増えるでしょう。このような変化は、平均余命の伸びよりもこうした高齢者の所得の伸びの影響が上回るとすれば、おそらく年金給付額の総額は減る可能性があります。言い換えれば、移転支出に関しても、高齢者向けのものはそれほど大きくはならない可能性があります。ですから4カ国平均で見た推計の前提とは

言いましたけれども、これがその通り続かない場合があることについては留意しておく必要があります。この推計の意図は、高齢化あるいはそれが進んだ少子高齢化という年齢構成の変化を取り出して、その影響を見ることにあるということを示し添えておきたいと思います。

ところで、同じような推計を日本について計算することができませんでした。それは、これら4カ国と同様のデータが、日本については私の手元に揃っていなかったからです。ただし、もう少し簡素なアプローチを使うことによって、日本の扶養の負担を違う前提のもとで考えてみました。例えば、日本における所得が全部賃金だったと仮定します。資産を除いて賃金だけの所得だと考えた場合に、賃金のうちどれだけの部分を働いていない人の扶養のために使わなければいけないのか。これは異なる年齢群の中の非就労者に対してどれだけの支援を提供するかによって決まってきます。

図5では、成人と比較して子供にどれだけコストがかかるかを示す指標として、子供を扶養する費用が高齢者を扶養する費用に対して占める割合(図5、右の欄の $\alpha$ )をいろいろと変えてみた場合に、子供と高齢者の扶養全体を一時点で賄うとした場合の賃金に対する負担賦課の比率(図5、縦軸)がどのような値をとるか推計してみたものです。子供の扶養のコストが安い場合、例えば成人の扶養の10%しか子供にはお金がかからないと想定した場合、一番下のラインになります。一方で子供の扶養のコストが大きい場合、すなわち、

扶養負担を賄うための賃金に対する租税・保険料負担の割合

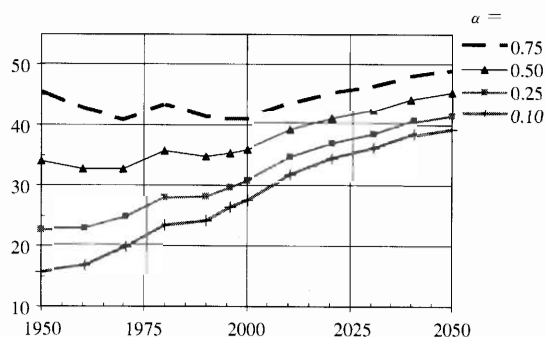


図5 日本における扶養負担

子供であったとしても成人の扶養の75%もかかるということ的前提とした場合には、一番上のラインとなります。日本がこれまで経験した状況は、このようなものです。

このチャートは、日本における非労働者のための扶養の負担について、1950年から2050年までを示したものです。1950年から2000年までは過去の部分になります。そして2000年から2050年についてはこれから先の予測になります。扶養の負担は代替的な前提、つまり子供の養育と高齢者の扶養にどれだけかかるか、この前提が大人の10%だけで済むか、あるいは大人の75%かかるというように場合分けしてみたならばどのようになるかを示したものです。ただし、2000年から2050年までの人口については国立社会保障・人口問題研究所の2002年1月将来推計人口(中位推計)を使い、また将来の日本の労働参加率は変わらないという前提で、向こう50年の予測を立てています。

ここで、2つ申し上げたいことがあります。高齢者の増大による負担が延々と大きくなり続けるという恐ろしい予測が当てはまるのは、子供の扶養があまりかからない場合です。一方で子供の扶養のコストが相当かかる場合には、扶養の負担は増えますが、増大幅はそれほど大きくはありません。なぜかといえば少子化が進んでいるからです。つまり子供を扶養するためのコストが相当かかる場合、扶養の負担は増えますが、その増え方の幅はそれほど大きくないということです。

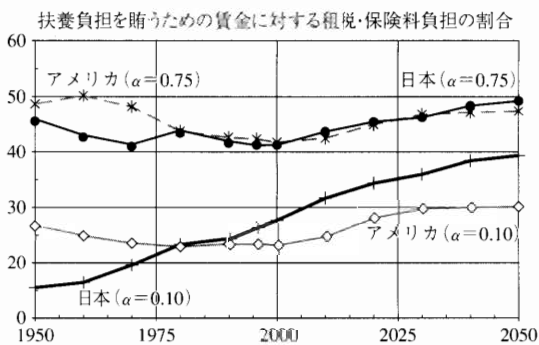


図6 アメリカと日本における扶養負担

図6は、扶養負担の日米比較です。この際、児童扶養の相対コストに関して2つの極端な前提を置いています。下の方では子供の養育が非常に安価にできるという前提に基づいています。この場合、皆様方がよく見慣れた結果が出てくるかと思えます。日本における扶養の負担はアメリカよりもより早く、より大きく伸びるということです。これに対して、上のほうに2本の線がありますが、これらの線で示した推計の前提は、子育てに関して、実際成人を扶養するのと比較して4分の3のコストがかかるということです。すなわち、高齢者であれ非高齢者であれ、そちらとの比較で4分の3ということになります。意外にも、この前提のもとでは、高齢者と子供など扶養する必要がある人々を扶養するための扶養負担の増加は、日本でもアメリカでも同じレベルだということがわかります。少子高齢化が進む日本では、より多くのリソースを高齢者扶養のために費やすことになるのに対して、アメリカは、高齢化しつつも子供や若年人口が同時に増えているために、児童あるいは未就労若年成人の扶養のために財政的な資金を費やすわけです。ただし、どちらの国も賃金の比較でその比率をみると、非就労、被扶養者を扶養するためのパーセンテージはほぼ同じであることがわかります。このような考察から、扶養する人々の社会全体での負担は同様の水準にあるとしても、社会保障制度体系から見ると、明らかに2ヵ国で直面する課題が違うということがわかります。高齢者の扶養は、日米両国において、主として公的プログラムを通して行われます。すなわち税金や社会保険料を徴収して行うということです。これに対して、児童の扶養あるいは未就労の若年成人に対しては教育費や生活費の援助など家計内のやりくり、すなわち私的な所得移転でやります。ただ先ほど申し上げましたとおり、このような家計内のやりくり、私的な所得移転にしても、国全体の要素所得の一部がこれに充てられているという意味で、負担が生じているということです。無料であるというわけではありません。

それでは次に、より広範な国際比較に目を移したいと思います。ここでは、老年従属指数を見て

みたいと思います。この指数は老年人口すなわち65歳以上の人口の、生産年齢人口(20歳から64歳)に対する割合というOECDの定義を使った老年従属指数を見ていきたいと思ひます。図7は、OECDの予測でG7諸国の指数を示したものです。皆さんご存じだと思いますけれども、日本がG7のなかで2番目に高い指数となっています。この指数が一番高いのはイタリアです。そして、OECDでは2050年までのこの指数の伸びを推計していますが、その結果の2050年の値を見ても、1位がイタリアで、日本は2位になります。

冒頭で申し上げましたように、実際の扶養負担額を左右する方法としては3つあります。すなわち老年従属指数がこれから高まると考えた場合には3つあるわけです。1つは、保険料率を引き上げることです。2つ目は、例えば算定式を変えることによって支給額を引き下げることがあります。あるいは支給開始年齢を引き上げるということもあるでしょう。そして3つ目ですが、人々に対して雇用を奨励するという事です。これによって支給のための税や社会保険料などの負担賦課の基盤を拡充することができます。

OECD諸国は既にこの3つの措置を採っています。意外にもその中で一番焦点が当たっているのは、将来の退職者に対する支給額の引き下げと

いう方策です。図8は、OECDが2003年に公表したG7諸国の2000年と2050年の年金支出を比較したものです。まず、イギリスとイタリアにおいて、公的年金の支出は対国民所得比率において減少するだろうと予想しています。日本においても、公的年金支出は対GDPの比率で7.9%から8.5%という微増にとどまっています。この伸びですが、日本の老年従属指数の伸びと比べると非常に小さいものです。どういふ状況になっているのでしょうか。1つ言えることは、各国政府は将来の退職者に対する支給金額の引き下げを既に実施済みだということです。例えば、スライド計算式で物価あるいは手取り賃金とリンクした計算式に変更しているとか、あるいは満額支給年齢を引き上げるとか、あるいは年金計算に使われる勤続年数を引き上げるといった措置を採っています。日本、イタリア、フランス、ドイツ、アメリカ、イギリスはこういった措置を1つあるいは複数採っているという状況にあります。

これによって、将来の平均年金金額の将来の平均賃金比率に対する比率(所得代替率)が下がることとなります。図9は、OECDの予測で、G7各国において、どれだけこの比率が下がっていくかということを示したものです。ここで特に注目していただきたいのは、今後引き下げ幅が最も大

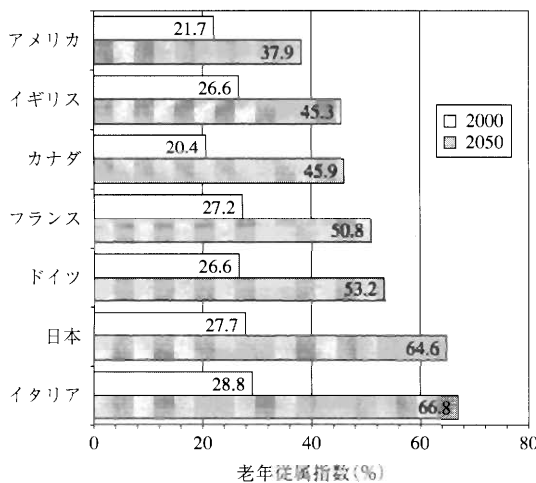


図7 G7諸国における2000年と2050年の老年従属指数

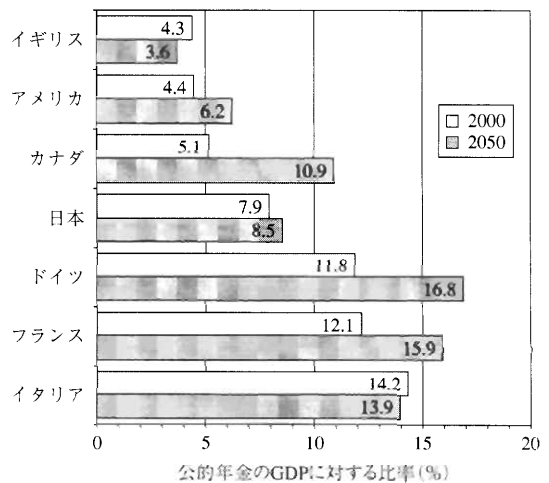


図8 G7諸国における2000年と2050年の年金支出の比較

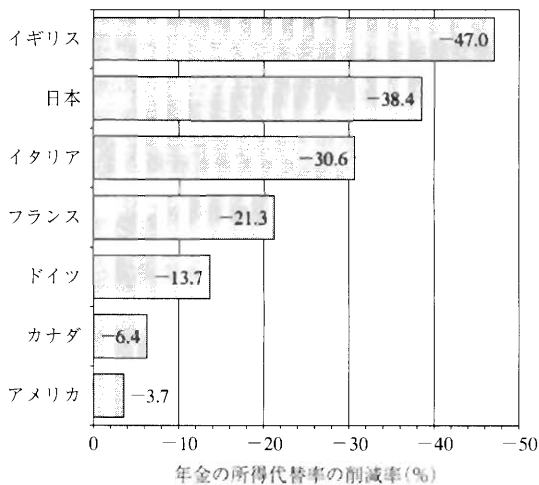


図9 G7諸国における2000年から2050年における年金給付の賃金比率(所得代替率)でみた年金給付額の削減率

きくなる国というのは、既にこのような年金改革を実施する法律を制定している国ということになります。それはイギリス、日本、イタリアの3カ国です。

ただし、ここには注意を要する点があると思います。すなわち、平均賃金との比率において年金を大きくカットすることの危険性です。その1つとして指摘できることは、高齢者の所得格差は若い人々よりも大きいという点に留意してみると、平均的に見た所得代替率が低下することは、高齢者における相対貧困率が上がるという落とし穴があるということです。実際に高齢者における貧困率の国際比較をしてみると、先ほどもお話しした給付引き下げ幅がOECD諸国では最も大きいグループの国々、イギリス、日本、イタリアでは、図10のとおり、既に貧困率が高い状況にあります。それでもなお給付を引き下げるとなると、貧困層の近くにいる人々の状況がより悪くなる可能性があります。したがって、支給の引き下げの仕組みを慎重に実行しなければならないと思います。また、国によっては、公的基礎年金に関して資産調査の導入を考えている国もあります。カナダあるいはイギリスなどがそうです。これもまたデメリットがありますが、ディスカッションの時にお

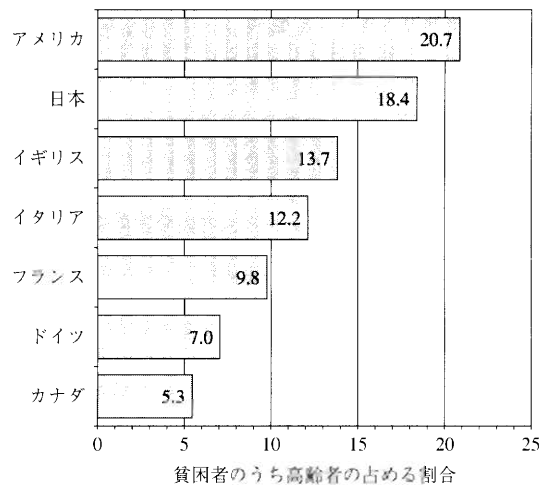


図10 G7諸国における高齢者の貧困率(1992-1997)

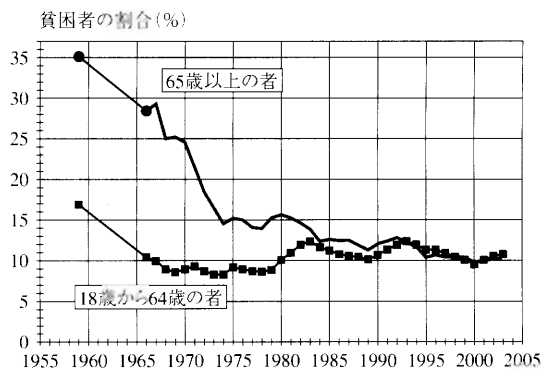


図11 アメリカにおける高齢者及び非高齢者の貧困率(1959-2003)

話しできればと考えております。

高齢者の貧困が増大すると、20世紀後半の社会保障政策の偉大な成果の1つが失われるということにもなりかねません。アメリカの高齢者の貧困率をご覧いただきたいと思います(図11)。ここに2つの貧困線が載っています。1959年には、特に65歳以上の高齢者の貧困線は、若い人々、18歳から64歳の人々の貧困線の倍ありました。ところが1990年代になりますと、この両者の間で違いがほとんど無くなり、同じパターンになっています。ほとんどのOECD諸国においても、第二次大戦後貧困のギャップが高齢者と非高齢者



の間で縮まってきています。これはまさにすべての先進国における社会保障政策の成功のおかげだと思います。ところが、多くのOECD諸国において、公的年金の支給額を大幅に削減することになると、このような社会保障の歴史的成果が非常に大きな危険にさらされることとなります。

もう1点ですが、多くのOECD諸国において、年金制度やこれに関連する制度にインセンティブを導入して引退年齢を延長するように奨励しています。例えば日本において労働参加率は25歳から44歳の女性において平均よりも低い状況ですので、この部分の労働参加率を上げるためのインセンティブを付与することが考えられるでしょう。

図12は、私が想定した予測ですが、日本において労働参加率を増加させた場合どのようなインパクトがあるのかということです。上の線は、児童ならびに高齢者、高齢者扶養者のための賃金に対する保険料率（アメリカでは給与税と呼ばれる年金負担）がどれだけ必要かを表しています。まず、比較の基準として、2000年から2050年まで労働参加率が現在と変わらないことを前提とした場合があります。それに対して下の線ですが、このトレンドは2つの前提に基づいています。第1は、60歳以上の人々の労働参加率が、1950年から1970年の時期のように、一番高いレベルまで上昇するという前提をしています。このようになりますと早期退職というここ50年のトレンドのすべてが逆転されるということになります。

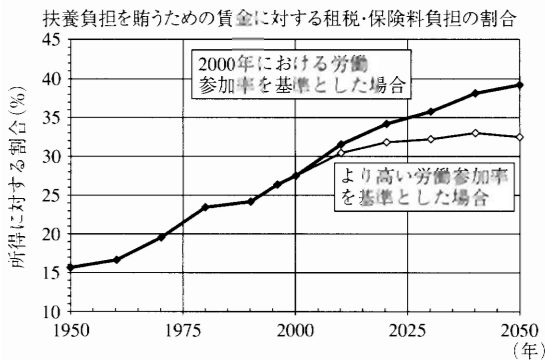


図12 日本における労働参加率の向上に伴う扶養負担

そして、第2は、日本の25歳から44歳の女性の労働参加率が現在のアメリカあるいはフランスのレベルと同じ参加率になるという前提をおいています。どちらの場合にも労働参加率は、2000年から2050年までの間ゆっくり上がっていくということをお前提としています。労働参加率が日本において向こう50年にどれだけ上がるかといった点については、まったくあり得ない前提ではないと思います。もしこの前提が当たっているとすれば、高齢者を扶養するための負担賦課、すなわち年金の保険料率の引き上げ幅の半分以上が縮小できるということになります。すなわち働いていない高齢者あるいは児童を扶養する負担は上がりますが、その上がり幅は労働参加率が高まれば、より低く抑えることができるということです。

それでは結論です。今までお話した点についてまとめ、積立勘定への移行についての提案に対する私の見解についてお話ししたいと思います。

第1点は、高齢化のトレンドは一般的に想定されるほどは悲観的ではないということです。もちろん、高齢者を扶養するために、より多くの負担をしなければなりません。その一方で、例えば児童あるいは若年成人の支援、教育と訓練のための負担が減るということになります。

第2点は、より多くの高齢者を扶養しなければならない必要性は回避できないということです。実際にそのコストを左右する方法として、例えば支給額の引き下げを実施することや、引退の延長を奨励するようなインセンティブを付与することなどがあります。

第3点は、これらの政策変更は、各国の立法府において既に実施されているということです。日本の議会でも然りです。このままいけば、2050年の退職者は2000年に退職した人々と比べて、生涯所得に対する生涯年金受給額が小さくなります。ほとんどの国々は保険料率を上げ、高齢者をサポートしていかなければなりません。ただ、負担賦課を引き上げなければならない引き上げ率は、老年従属指数の伸びよりも遥かに小さいものに抑えられるでしょう。

多くの人々がより劇的な変化を求めているとい

うこともあります。国民年金に対して大きな改革を行うべきだという人々は、もし最低補償額の水準などを先ほど述べた高齢者の貧困率への影響などを考慮して慎重に決めるような努力を怠るとすれば、高齢者の扶養負担をさらに削減することにつながる考えを持っているということになります。また、その際に、賦課方式から積立方式に移転したらどうかという提案も合わせて議論されています。積立方式への移行の1つの案としてアメリカなどで議論されているものは、賦課方式を縮小し、その代わりに徐々に確定拠出部分を公的年金に組み入れて移行していくというものです。例えば、公的年金の一部に、個人の投資勘定あるいは退職勘定などを組み入れて、積立方式に移行するという提案があります。しかしながら、新しい積立勘定は短期的には高齢者の扶養負担を削減する効果はあまりありません。そのようになるという主張は聞かれるかもしれませんが、既に年金給付を受けている人々に対する将来にわたる年金受給額の負担をどうするかという問題を捨象して、賦課方式の支給額を削減する一方で、部分的に積立方式の勘定部分を公的年金に組み入れて移行していくという改革案では、そのような効果はないと言えるでしょう。もしそのような給付の抑制効果を発揮したいのならば、公的年金の支給額は、賦課方式を見直して、積立方式を導入しようがしまいが、今後いろいろな措置を採って実際に高齢負担比率を削減していかなければなりません。その場合には、高齢者の貧困率の変化に留意しなければならないことは既に述べたとおりです。

これに対して、特に新しい積立方式を主張する主な根拠として、例えばこのシステムによって、国民貯蓄を増大させると言われております。これは、アメリカではよく主張されることですが、アメリカの貯蓄率が国際的に見て低い水準にあることを考慮すれば、非常に良いことだと思います。ただし、新しい積立年金制度になりますと、若年労働者に賦課方式の年金支給額が積立方式に移行すればするほど大幅に削減されるということを受け入れてもらわないといけませんので、政治的にはどうしても積立方式に何らかのメリットを付け加えることが必要だということになります。将来的に賦課方式部分と、退職勘定や年金勘定という個人に帰属する積立方式からなる公的年金制度を賄うことができるようにするためには、このような配慮や工夫が必要だということです。それでもなお、積立方式に移ったからといって、向こう25年あるいは40年に老人負担比率が下がることはありません。いろいろな試算表を見ても、むしろ高齢化に伴い賦課方式部分の年金保険負担（アメリカでは賃金に対する給与税）が上がること、さらにまた退職貯蓄勘定を賄うために必要な個人の年金負担が上がることから、現在の若年労働者の支出負担はむしろ上がる傾向にあるかもしれないことも指摘されています。ですから、現在提案されているような積立方式への移行は、向こう25年あるいは40年においてはそれほど大きな解決策にはならない、すなわち高齢者の扶養負担を削減する方向とはなり得ないということ、最後に指摘しておきたいと思います。

## 【基調講演 2】

## ヨーロッパの医療システム改革と日本への示唆

イギリス ヨーク大学教授 ピーター・スミス

## 1 はじめに

西ヨーロッパは、公的医療制度の先陣を切ってきたと言えると思うのですが、一方で、様々な問題に直面してきた国々でもあります。公的医療での原理原則を守るために、多くの問題に直面してきました。西洋諸国はいろいろな努力を払ってシステムの改善を図ってきました。本日は、そのいくつかをお目にかけたと思います。

まず、コスト効率あるいは費用対効果を改善するための努力についてお話しします。過去25年間、一番力が注がれたのは、どのように効率を高めるかということでした。それと同時に、医療の負担をどのように削減するかということに努力が払われました。

本日は、始めにヨーロッパにおける医療制度の現状についてご紹介し、その後ヨーロッパでどのように費用対効果を高める医療が行われてきたか、「費用抑制」、「市場と効率性」、「質の向上」という3点から、費用対効果の向上について申し上げます。その上で、最後に日本の皆様に示唆を申し上げたいと思います。

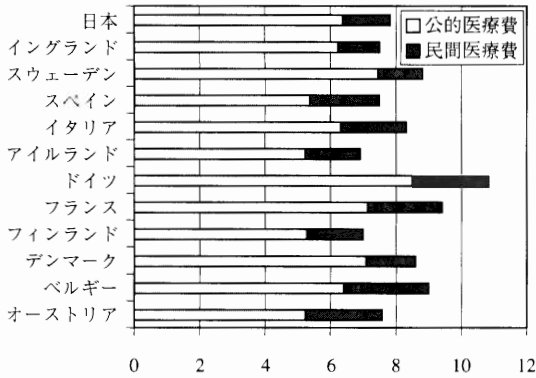
いろいろ差異はありますが、医療システムについては、ヨーロッパでは共通なことが多くあります。まず、主な医療行為のほとんどをカバーする幅広い医療保険のパッケージがあるということです。ただし、全ての国において長期ケアを含むというわけではありません。ほとんど全部の国民をカバーしており、加入に際して、経済状況や健康状態を問いません。また、利用者の自己負担への財政依存度はかなり低くなっています。また、健康状態とは関わりなく、支払能力に応じた自己負担金となっています。約50%は税金ベース、残り50%は社会保険ベースのシステムとなってい

ます。また、医療提供者に対する規制度は高くなっています。そして連帯原則によって、全国民の健康上のリスクをプールし、リスクプールに対して健康状態と関わりなく負担するという共通する特徴を西洋諸国の制度は持っています。

このような類似性がありますが、医療制度の実際の運営方法は国によってさまざまです。医療制度には大きく分類すると4大類型があります。1つは、古い社会保険であり、改革が行われていないものです。例えば、フランスやオーストリアのように、雇用のセクターによって保険のタイプが行われるというものです。これが1番日本に近いものです。一方、多くの社会保険制度では競争を導入しています。保険者間に競争を導入した例として、オランダ、ドイツなどがあります。これが2つ目です。その他のシステムとしては政府部門のものがありますが、スウェーデン、スカンジナビアでは地方政府が行っており、英国、イタリアなどでは中央政府が行っています。これで4つの類型になります。

ヨーロッパでは、GDPの約8%が医療に費やされています。これは国によって異なります。図1は、医療費支出がGDPに占める割合を示しています。また、表1のとおり、欧州諸国では平均寿命は大体同じになっています。さらに、ほとんどの国においてサービスの質は類似しています。

さて、それでは、ヨーロッパの医療制度における優先課題についてお話しします。1980年代の優先課題は費用の抑制でした。1990年代に入ると、優先課題となってきたのは効率性の向上やアウトプットを高めるというものでした。2000年からは優先課題として質の向上が考えられてきました。ということで、私の発表はこの3つの優先課題の大きな分野に分けてお話しします。



出典) OECD医療データ。

図1 医療費支出の公的医療費・民間医療費がGDPに占める割合 (2001年)

表1 平均寿命 (2000年)

オーストリア	78.1
ベルギー	77.7
デンマーク	76.9
フィンランド	77.6
フランス	79.0
ドイツ	78.0
ギリシャ	78.1
アイルランド	76.5
イタリア	79.6
オランダ	78.0
ポルトガル	76.6
スペイン	79.1
スウェーデン	79.7
イングランド	77.9
日本	81.2

出典) OECD医療データ。

## 2 費用抑制

まず、1980年代に行われた「費用抑制」に関しての努力についてお話しさせていただきます。「費用抑制」という見出しのもとに、3つの点についてお話ししていきます。最初が「ゲートキーピング」, 「患者負担」, そして「コミュニティケア」です。これらが3つの大きな分野になります。最初に「ゲートキーピング」です。ゲートキー

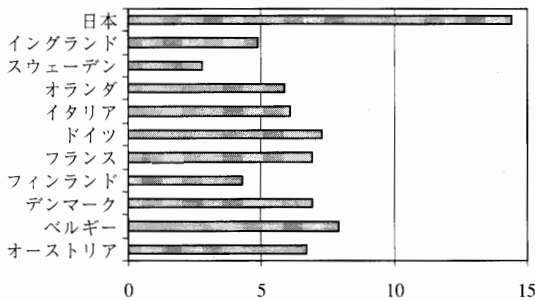
ピングは、国の全ての患者に医師が割り当てられ、医師が患者の他の医療制度、つまり高次ケアや薬などのアクセスに関してコントロールするという制度です。北欧諸国、英国の制度の主要な特徴となっています。ある意味では、このゲートキーピングは、医療の質の向上を指向していると言えます。ゲートキーパー、これは家庭医と呼ばれる人ですが、その人が患者についての記録を取り、患者に対する医療をコーディネートすることができるからです。患者が医療サービスを受けるときに、より良いコントロールをしようとする、すなわち、より良い質の医療を受けられるようにするという意味で、質の向上を志向しています。それがゲートキーピングの1つの目的となります。

ただし、現実には主眼は、高額な医療サービスへのアクセスをコントロールすることにより、費用を抑制することにあります。成功したケースもあるので、これから、それについてのお話をさせていただきます。

社会保険の諸国は、伝統的にゲートキーピングが導入されておらず、患者に対してフリーアクセスを許可していました。外来の患者も専門医など好きなところにアクセスできました。ここで興味深いのは、いくつかの社会保険の諸国が支払メカニズムを通じたゲートキーピングに関心を持っているということです。

例えば、フランスでは、来年この仕組みが導入されることになっています。そこでは患者は、最初にゲートキーパーによらずに専門医に対してアクセスをしようとした場合、手数料を支払わなくてはなりません。図2が、1人当たりの平均医師診察回数に関するOECDの試算です。日本についてははともかくとして、基本的にはゲートキーピングをすることによって、ゲートキーピングをしないときよりは、平均医師診察回数が下がるという傾向があります。

次に、英国の例ですが、英国の家庭医は医療制度でも特に重要な部門でした。家庭医と呼ばれる医師は、大変重要なゲートキーパーとして、高次ケアの前でゲートキーピングをしてきました。1991年から1998年には、予算管理家庭医制度が



出典) OECD 医療データ。

図2 1人当たりの平均医師診察回数 (2000年)

施行されたのですが、家庭医は予算管理家庭医になることができました。これは自発的に参加することができるというものでした。どちらかというと家庭医1人当たりの患者数が多くなければならず、家庭医1人当たり患者数は7500人でした。1997年までに患者の50%がファンドフォールディングと呼ばれる予算管理家庭医を持つようになりました。予算管理家庭医は保険当局から予算を受け取ります。そして日常的、緊急性のない手術や処方薬を患者に代わって購入することになりました。他の緊急手術や複雑な手術は保険当局が支払いました。この予算管理家庭医制度は1999年に廃止されました。なぜかという、予算管理家庭医と非予算管理家庭医でないところに質の差異が見られなかったからです。しかし、ここで興味深いのは、イギリス政府は2005年にはこれを義務的な形で復活させようと考えていることです。

予算管理家庭医制度は、非常に興味深いある実験だったと言えます。この政策を1999年に廃止したことによってどのような影響があるかを見ることができたからです。図3は、予算管理家庭医と非予算管理家庭医の間での入院率の差を示しています。下の線ですが、予算管理家庭医と非予算管理家庭医で、入院に関して、緊急性のない外科手術として紹介されてきたものの率を見ています。廃止の2年前に、予算管理家庭医の病院に対する紹介率が非予算管理家庭医の紹介率より3.5%低くなっています。しかし、この制度が廃止された後、この差異はなくなり、その差異は現在ではゼロになっています。ところで、予算管理家庭医に

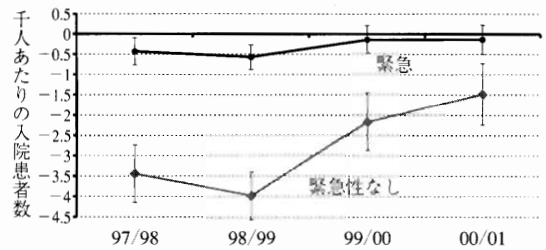


図3 予算管理家庭医と非予算管理家庭医の入院率の差

においても、緊急性のある外科手術についての紹介は、予算管理されておらず、非予算管理家庭医と比較した場合に、これらの中で差異は見られません。したがって、予算管理家庭医の制度によって緊急性のない外科手術の入院率の差が3.5%出たということが、この図から言えると思います。

ゲートキーピングは、この他にも、いくつかのメリットがあります。まず、専門医療への受診を制限します。また、望ましい医療提供者を利用するよう、国民を説得するという点で、ゲートキーパーは患者を効率の高い、あるいは高品質の医療を提供する医師のところに紹介することができます。したがって、費用と質を改善する潜在的な点であると言えます。

そして、ゲートキーピングは、他のさまざまな政策と並行して実施する必要があります。その有効性は、制度が異なると変わってきます。他の医療制度と相互作用があるからです。ゲートキーピングは、検討対象とする政策としては非常に重要ではありますが、導入するという点になれば、どうやってそれを実行するかを非常に注意深く観察して、インパクトを評価する必要があると思います。

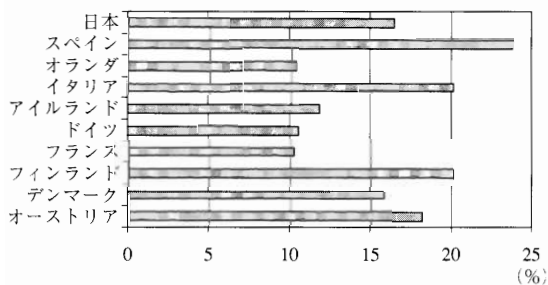
次に、2点目の費用抑制のための「患者負担」の活用についてお話しさせていただきます。日本に比べると、ヨーロッパは伝統的に患者負担水準は低かったのですが、患者負担が高いところ、例えばフランスやアイルランドでは、患者負担を補填するための任意保険がよく普及しており、それによって患者負担による患者行動への動機付けの効果が薄くなっています。もちろん任意保険によ

って、患者が保護されるのですから、任意保険そのものは良いわけですが、コストコントロールの意味でのインセンティブは任意保険があることで希薄化されています。例えば、スウェーデンやオランダでは、それまではあまり大きく患者負担を導入してこなかったのですが、このセミナーの直前に、オランダ議会が患者負担を導入することについて拒否するという事態が起きました。

また、医薬品の患者負担の一形態として参照価格制度というのが行われています。これは、医薬品がある群に分けられ、その群に対して1つの価格が与えられ、これが保険者から伝達されます。もし患者がその群の中でより高価な薬剤を選ぶと、自分が選んだものと参照価格の差を払わなくてはならないというものです。現在、こうした患者負担を、ライフスタイルに応じた形で、例えば喫煙をする人やアルコールをたくさん飲む人には、たくさん負担させるということはある国では検討はしていますが、実施されていません。

図4は、日本も含めた医療費支出総額に占める自己負担額の割合を示しています。フランスやアイルランドについては、任意保険の患者負担分が入っていないため、少し誤解を招きやすくなっているかもしれません。

最近の患者負担の在り方について、ドイツの例を挙げてご説明したいと思います。ドイツは最近になって、3ヵ月間で初診1件につき10ユーロを患者が負担するという制度を導入し始めました。その目的は、患者が、一定の期間に、いろいろな医者のところに行くことを防止するようにしたの



出典) OECD 医療データ。

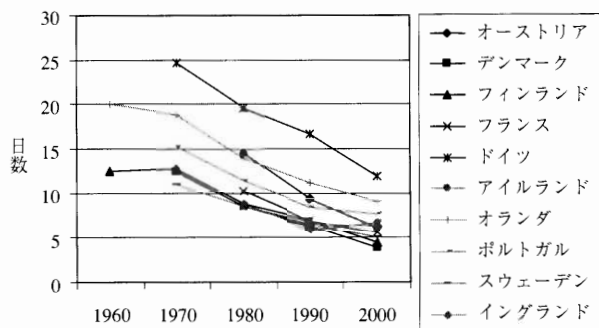
図4 医療費支出総額に占める自己負担額の割合

です。需要に対する効果はある程度見られますが、これはかなり原始的なやり方で、改革が利用パターンを歪める可能性もあります。既に、貧困層や慢性病患者には不利になるのではないかとすることに関心が向いています。

これまでのところ患者負担を補填する民間保険はまだありません。新しい構想があって、社会保険方式の国で新たな試みが始まったわけですが、今後、どうなるか分かりません。次に、参照価格についてですが、これは、欧州で広範に導入されています。例えば、スウェーデン、フランスやドイツですが、一方で、ノルウェーではこれを止めています。これは、技術的に複雑すぎて実施が困難であるということと、あまり効果がなかったということ、特に高額医薬品の使用が目立って減るということがなかったからということとです。

最後に、コスト抑制に関して簡単に「コミュニティケア」について申し上げます。おそらく、欧州における、さらなるコスト削減の余地はここにあるのではないかと私は思っています。目標あるいは目的によって「統合的なケア」という違う表現が使われているところもありますが、つまり不要な入院を回避するということが、万が一入院が発生したとしても在院日数を最小限にするような努力がされています。超長期の入院については、これはベッドブロックという言い方がされていますが、いろいろな試みが始まっています。例えば、ベルギーでは90日の入院を超えた部分には一定料金がかかるという制度が始まっています。ただし、これは、90日の入院の後、転院してしまうのであまり意味がなくなっている場合もあります。オランダでは、あまり病院を使わない、あるいは一定期間、入院をしなかった人については保険料を割引くということが検討されています。また、イギリスでは、地方自治体に対してのインセンティブですが、退院の用意ができていない人に対しては共同体でのケアに移行させるようなインセンティブを考えています。逆に、共同体の方で、受け入れができていない場合には制裁的な料金がかかるということも検討されています。

図5は、欧州で在院日数がどれだけ減少してい



出典) OECD 医療データ。

図5 平均入院日数の傾向 (全て急性疾患)

るかを示しています。1960年から今年まで順調に下がり続けていることが分かります。これにより、さらに短縮の余地があるのではないかと思います。この点をまとめると、「コミュニティケア」を実施することによって得られるメリットは、在院日数を短縮することではなく、入院をなるべくさせないですませるということになります。

### 3 市場と効率性

さて、次に大きな項目の2番目の「市場の役割と医療における効率性」についてお話しさせていただきます。これは1990年代に一番話題になった問題でした。各国で、市場原理を医療提供者側に導入しようと検討しましたし、支払いのメカニズムを考えることによってサービスの在り方を考えました。また、買い手側の市場にも市場原理を導入しようという話があり、市場の機能を高めるためには情報提供が必要だという話題がありました。一方で、何を購入するのか医療のことが分からないという問題があったので、どういう医療手技、医療技術が、医療サービスのパッケージの中に含まれるべきか、それを考えるために医療技術の評価を試みる動きがありました。それらを順に述べていきます。

まず提供側ですが、より競争的になるように多くの努力が払われてきました。最近の状況を見ても、市場という存在は重要で、特に急性期

には意味があることが分かりました。急性期については特に医療の役割が重要で、その転帰に大きな影響が出ます。しかしそれ以外での分野でも意味があり、特に慢性期の疾患についても意味があります。ほとんどの医療制度のもとでは、まだ慢性期に関しては市場原理を導入していないか、導入したとしてもかなり慎重で規制をかけて導入しています。

一方で、提供者側の市場の効率性向上についてはあまりはっきりした証拠は分かっています。医療提供機関のオーナーシップをどこが持っているかで意味があるのかも分かっています。例えば、スウェーデン、スペイン、イギリスなどでは、医療機関を公的な部門から非営利部門に移すこと、あるいは民間保有も検討はされていますが、それによって効率性向上に大きな影響があるかどうかはまだはっきりとつかめていません。

どのような市場であったとしても、きちんと機能している支払メカニズムが必要です。この支払いのメカニズムは欧州では広く議論されていますが、ほぼ全ての欧州諸国においては、医療提供者に対して何らかのDRGに基づいた制度で償還を行っています。ほとんどのDRGにおいては、前年の平均コストによって点数表を設定しており、それを次の年に伸ばしています。診断群別のもので、DRGをより能動的に使うことによって、効果的な部分について伸ばしていき、非効率的なところについてはそれを抑えるような方向に活用することはできるはずなのですが、まだ受身的に

しか使われていません。

欧州のほとんどのシステムにおいてはDRGの制度に加えて、他の制度を整備しています。例えば、税による助成とか、基金を設けておくという方法です。例えば、地方自治体が病院を建設する場合には、地方の医療制度に対して助成するという形になります。外来については、あまりこうした展開はされておらず、これまで主として入院について行われてきました。

治療コストのリスクを支払側と提供者との間でどのように分担するかということにも、まだ問題が残っています。個人的にはどこまでコストを共有していくか、それは疾病にもよると思いますし、医療部門によっても変わってくると考えています。詳しい議論は省略しますが、支払メカニズム、例えばDRGに基づいたメカニズムがどのように調整されているか、それによって複数の当事者間でリスクをどう分担しているかですが、例えば、ノルウェーでは、地方自治体の負担は、一部はDRG（つまり現実の活動）に、一部はリスク調整をした人頭割（つまり予想される活動）に基づいて行っています。また、ドイツでは、登録された慢性プログラムに加入している患者がいると、疾病金庫向けにさらに人頭割支払いが行われます。

次に、支払者の市場についてです。医療における支払いは、伝統的には受身である傾向がありました。保険基金あるいは地方自治体が支払うわけですが、これまでは、受動的にある特定の数字あるいは表に基づいて償還していました。つまり効率や質をあまり考えずに、決められた数字と表に基づいて償還をしている傾向がありました。最近では、このような方法では問題があるということで、ある程度受動的ではなく、能動的になる傾向があり、支払者の態度が変わりつつあります。特に、社会保険制度を採っているオランダ、ドイツ、ベルギー、スイスについては、疾病金庫間で競争させようとしています。すなわち、疾病金庫がもっと受身ではない形で、質も効率も考えるように促すということです。

これまでの経験によると、大体リスク調整のプロセスに注目があてられてきました。つまり疾病

金庫に対して償還をする際に、異なる年齢構造あるいは医療プロフィールに基づいて行うということです。そのため、疾病金庫に対する償還あるいは疾病金庫間の移動について、平等の土俵を整備するということが注目が集まりはじめました。そうなりますと、同じ質のケアであれば、同じ保険料あるいは同じ料金を患者から徴収しようとするようになります。

また、金持ちで保険料も多く納めていて健康な人たちだけを選別することを防止することも話題になっています。初期の段階では、これが懸案事項でしたが、改革をすることによって、実際に効率も質も向上していることがわかってきました。一方で、全ての制度に共通した重要な問題があります。1つは、どのようにして支払者が支払う側の立場から改良を促すことができるか、という点です。また、従来から、社会保険制度のもとで患者はどの医療機関を選んでもいいという自由があるわけですが、固定された診療報酬点数表を維持することによって、支払側が医療提供者をどのようにコントロールできるか、さらに患者が効率的な質の良いところに行くようにどのように仕向けていくかが重要な問題だと思われます。

次に、リスク調整のなかで、どの側面を見れば、保険基金あるいは疾病金庫間で公平な場を設定することができるかを考えたいと思います。図6は

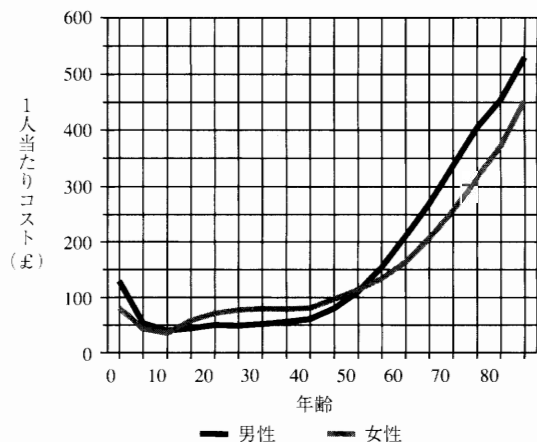


図6 リスク調整その1：年齢・性別：イングランドの急性期治療



日本でもおなじみだと思いますが、これは1人当たりの年齢別の急性期治療における年間のコストについて示したものです。これはイギリスを例にとり、男女別に示したものです。年齢が上がれば上がるほどコストが急増していることが一目で分かります。イギリスの疾病金庫、これは地方の保険当局が行っているわけですが、この差額に関する償還は必要です。一方で、地方が違えば保険者も違い病気の発生の度合いも異なります。年齢構造に関わらず、疾病の発症率に違いがあります。

イギリスでは、複雑な調整算定式を用いて調整することによって、支払者間で異なる発症率を調整しています。死亡率、有病率、失業率のほか、1人で住んでいる高齢者の医療費は高く付く傾向があるので調整を行っています。また、家で介護してくれる人がいない、あるいは片親の家庭については、貧困の1つのインジケータとして調整しています。こういう算定をすると再分配が起きますが、イギリスでは医療地区 (health district) があって、その間での再分配が起きます。図7において、1番上の部分では、リスク調整をしており、1人当たりの予算を平均よりも35%多くとっています。1番下の部分では、平均よりも20%低い額しか受け取らないということです。

表2のとおり、問題があまりないところという意味で、マンチェスターは1番不利で、ウェストサリーが1番豊かで有利なところだということになっています。現在のところ、マンチェスターの死亡率は、平均の135%という高い値で、ウェストサリーの場合は平均の80%という低い死亡率になっています。その点の調整をするわけですが、

平衡交付金 (equalization grant) による利益 (損失) 割合  
(イングランドの183の医療地区)

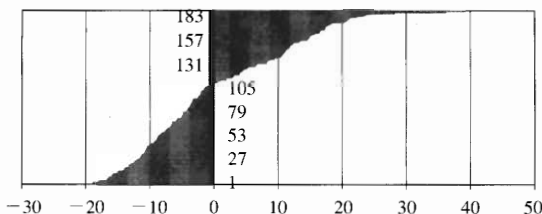


図7 イングランドの再分配システムの結果

マンチェスターには、平均よりも35%多く予算を充て、ウェストサリーは平均よりも20%も少なく予算を充てることで調整しようとしています。今、イギリスでは、いろいろな議論がありまして、このギャップを拡大すべきかどうか、それによって各医療制度の方で格差を縮小するべく努力をする必要があるのではないかという議論になっています。これは公正性の問題です。公正と公平の問題については、議論が進行中でまだ決着がついていません。

次に、情報と市場についてお話しさせていただきます。どの市場であったとしても、質に関する情報がなければ機能はしません。例えば、患者はどの医療機関に行くか決めることができませんし、医者も選ぶことができません。従来、この分野については、支払者にとっても、患者にとってもあまり情報がないことが特徴でした。これからは、欧州においても、より良い情報システムを医療分野で用意する必要があることが話題になっています。これは、IT革命が起こっていますので、革命的に変えることができるはずですが、懸念もあります。公開することによって提供者側の行動に歪みが発生する可能性があるということについて、情報公開を行うとどのような結果になるか、現在、慎重に検討しているところです。

イギリスでは、表3のとおり、これはレストランと同じですが、星マークのランキングを付けています。3ツ星からゼロまでのパフォーマンス格付けのシステムがあります。このランキングの背景にあるターゲットは、ここにイギリスの特徴が反映されていて、表4のとおり、待ち時間が短いか長いかがということが一番重要になっています。皆様もイギリスのことを少しでもお聞きでしたら有名だと思いますが、待ち時間はワールドチャン

表2 負担ギャップをどの程度拡大すべきか？

	75歳未満死亡率	1人当たり負担 (対全国比(%))
マンチェスター	135.4	133.1
ウェストサリー	79.5	81.7
イングランド	100.0	100.0

**表3** イングランドのパフォーマンス格付け：  
急性期治療病院

***	パフォーマンスが最高水準にある病院
**	パフォーマンス全体としてはすぐれているが、一貫して高い水準に達しているとはいえない病院
*	特定のキータラゲットに関して何らかの懸念要因がある病院
!	キータラゲットに関するパフォーマンス水準が最も低い病院

出所) <http://www.doh.gov.uk/performancecratings/2002/>

**表4** パフォーマンス格付け—2002年のキータラゲット

1.	入院治療を18ヵ月以上待つ患者がいない
2.	入院治療を15ヵ月以上待つ患者が少ない
3.	外来治療を26週間以上待つ患者がいない
4.	ストレッチャー(車輪つき担架)に乗せられて12時間以上待つ患者が少ない
5.	当日キャンセルになる手術が1%未満
6.	ガン疑いがありながら病院での診察を2週間以上待つ患者がいない
7.	職員の職業生活の改善
8.	病院の清潔さ
9.	財務状況が良好
—	さらに…
—	…質の検査が良好

ピオンです。とにかく待ち時間を何とかすることが何よりも政治的に重要な問題になっています。実際、このランキングはとても効果があり、少し待ち時間が下がりつつあります。

格付けにおいて、必要な項目はいくつかありますが、例えば、財務状況のチェックも受けなければなりません。待ち時間だけではなく、財務状況も関連があるということです。質に関する調査もあります。臨床上のクオリティも調べられます。私がかかっている病院、私の同僚アラン・メイナード先生が診ている病院は、2002年に3ツ星をもらいました。このパフォーマンス格付けのおかげで、良い影響が出ています。待ち時間がイギリスでは短縮されつつあるということです。ウェールズでも、同様の制度がありますが、この星による格付けは使っていないので待ち時間は減らずに伸びているという違いがはっきり出ています。

とは言うものの、このいくつかのインジケータ

ーだけで縛りをはけるのはいかがなものか、いわばゲーム的な競争になっていないかという懸念の声もあがっています。実際データで不正あるいは操作が行われているという事例も発生しています。また、星が1つも付かなかったということでクビになったトップもいます。予想されない有害事象、副作用もありました。臨床的な質に関する方面でもこのような試みがあるので、これからはこの面を重点的に考えて格付けを付けなければいけません。

さて、どのようなサービスあるいは財を買いたいと思っているのか、その情報がなければ市場は存在しません。医療部門においては固有の特徴があります。それは、市場を運営しようとしながら、何を購入したいのかが明確にわからないという不思議な市場だということです。欧州の多くの国では、基本的に必須な医療パッケージはどのような中身があるべきであるか定義付けようとしています。市民が公的な医療制度から何を期待してよいのか、また提供者側として何を提供することが期待されているのか決定しようとしています。その際の採用基準は、介入あるいは医療主義のコスト効果です。

費用対効果をどのように測定するかの手法に関する研究も進んでいます。医療技術を評価することによって、それを必須の基本パッケージに入れるべきかどうかを判断しようとしています。これは、ヘルスエコノミストが勉強していますが、イギリスでは専門家不足を痛感しています。現在、この医療分野のエコノミストは、自らの会社の技術について費用効果が高いということを実証したい製薬会社に確保されてしまっていて人材が不足しています。

この医療技術については、これまでは新しい手技にばかり焦点が当たる傾向がありましたが、本来は医学的介入方法全てについて検討すべきです。これは、大変な作業になります。ありとあらゆる技術、しかも複雑なものがあるわけです。しかし、多くの国では医療技術評価機関を設置しつつあります。重要な事例としてイングランド、フィンランド、ドイツ、スウェーデンの例があります。概

ね始まってまだ間もないですが、費用対効果の評価は、政策立案者としては良いものだと考えているので、今後、どの技術を必須給付パッケージに含めるべきかという議論は良い方向に向かっています。

#### 4 質の向上

さて、最後に、大きな項目の3番目として、「質の向上」についてお話しさせていただきます。

欧州における制度改革の方向性として、質を改善しなければいけないという懸念があります。医療制度では、均質に良質なケアを提供できていないという問題です。情報技術が革命的に進歩していますが、それと同時に複数の手段で医療の質も改善しなければいけないという議論になっています。そのうち3つだけ申し上げます。まず第1に、専門家が提供する医療の専門性を高めることができるようにすること。第2に、患者の力を高めることによって患者からも良い質を求めるように行動すること。第3に、専門家側に動機付けを与えて質を高めていくモチベーションを起すということです。

専門性を高める場合には、2つの違う側面があります。第1は、専門家を支援して専門家がより良い治療を提供できるようにすることで、継続的な質の改善になります。これは、特にオランダやスウェーデンなどの北欧で目立っています。第2は、安全ではないお医者さんがいた場合、これをチェックするということです。イギリスでは、これが深刻な問題になっているので後で例を申し上げます。

まず、「専門性の改善」については、質を改善すればどのようなところで1番大きなメリットがあるか、スウェーデンの例を紹介します。スウェーデンでは、品質の登録簿を作っておかなければいけません。ある特定の手技を集中的に行っている医療機関をまとめ、その情報を臨床医の間で共有しています。また、国家基金があって、データを中央で集めています。毎年会合を開催し、この中で1番質が高かったところについて、医療機関の情報を公開しています。ただし、その一部の登

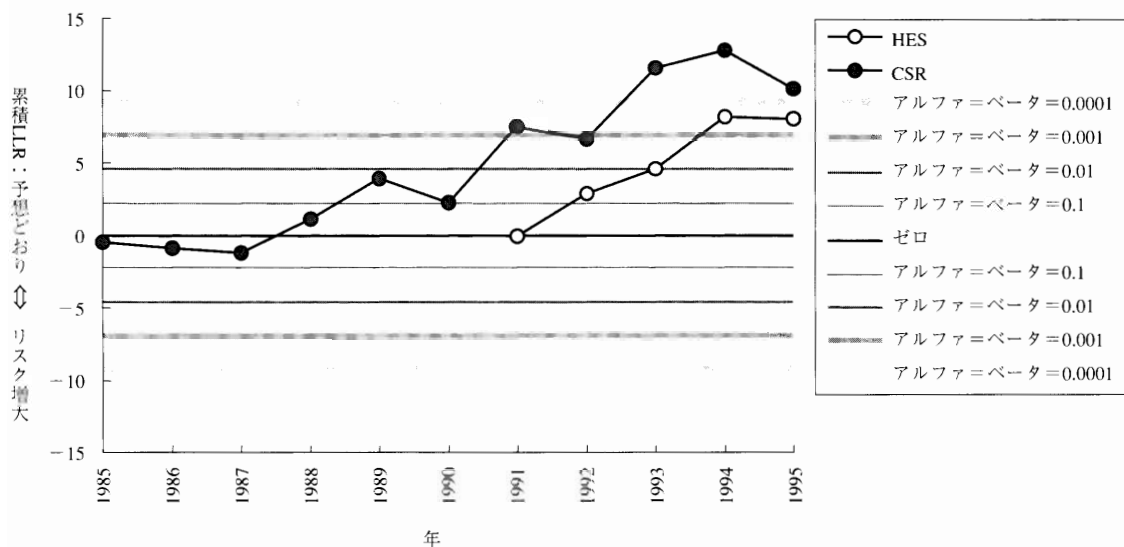
録簿についてはあまりうまく機能しておらず、全く意味がない状況になっているので、スウェーデンではあまり先進的ではない医療機関が、先進的なところからどう学ぶことができるかが今後の課題となっています。

次に、危険な医師がいた場合にどうするかということですが、実際に、スキヤングルが2つ発生しています。お聞きになった方もいるかもしれませんが、少なくとも250人の患者を殺したとされている開業医がいました。しかも10年間以上継続していたにもかかわらず、当局がそれを発見できず、地元の他の先生方も気がつかなかったというスキヤングルが発生しました。これによって少なくともイギリスでは、制度が抜本的に変更され、医療部門において自主規制から第三者によるチェックを入れることになりました。

もう1つのスキヤングルは、プリストルの病院のある1部門での出来事です。子供の心臓手術で長年に亘って非常に転帰が悪い状態が目立っていました。その地域の開業医はその問題に実は気がついていました。子供の心臓手術はあの病院でやると危ないとみんな気がついていたのに、何も行動を起こさなかったのです。

図8のチャートは統計学者が作ったのですが、ルーティンのデータをきちんと分析していたのであれば、このようなスキヤングルについては事前に察知し得たはずであり、特定の医師の手術は危険であると分かったはずであるとされています。これは、子供の特定の傷病における死亡率を国家平均と比較して見ると、危なすぎるということを示しています。水平のラインは、さまざまなリスクの水準を示しており、これを超えたら調査をしなければいけないという閾値になっています。この線をどの段階で引くかということは、どれだけ安全性の違反について深刻だと考えているかどうかによります。聞いたところによりますと、ほとんどの場合において、調査をしなければならないという閾値はレベル5で、それを上回った場合には危険ということになります。

もしここに閾値を設定していれば、1991年のプリストルの病院における調査のきっかけになっ



D. J. Spiegelhalter, R. Kinsman, O. Grigg and T. Treasure (2003) 'Risk-adjusted sequential probability ratio tests: applications to Bristol, Shipman, and adult cardiac surgery', *International Journal for Quality in Health Care* 15: 7-13.

図8 危険な開業医を特定：調査していれば危険な医師を早期発見できたか？

たはずでしょう。ということは、4年早くその診療を止めることができたはずでした。ということで、ルーティンなデータを使ってルーティンな分析をただけでも、問題医療機関に早く介入できたはずであり、それによってそのような危険なチームが事態を改善しない限り、診療行為を継続させないことができたはずだと言われています。

次に、「患者のエンパワーメント」についてです。これについては、ヨーロッパ内部で矛盾するような圧力が作用しています。すなわち、デンマークとイギリスでは患者の選択肢を拡大しようとしていて、医療提供者側に対して待ち時間を短縮するようにプレッシャーがかかっています。一方で、社会保険を採用している国では、患者の選択肢を制限しようとしています。その狙いは、なるべく本当に望ましい医療機関にみんなが集中するように、つまり質的にもコスト的にも望ましいところにみんなが行くように、積極的に選ぶよう促そうということです。そういう意味で、そもそも理念の違いが見られます。

デンマークやイギリスのような国では患者に力を与えることによって、医療者側のパフォーマンス

も上がると期待していて、社会保険の国々では支払側あるいは保険者に力を与えることによってパフォーマンスを改善することができるとしており、考え方の違いがあります。どちらの視点の方が正しいのかは議論すれば面白いと思います。ただし、私は、支払側、すなわち保険者の方が市民よりも力を持ったほうがいいのではないかと考えています。しかし、慢性疾患については違うかもしれません。いわば専門家ようになってしまった患者がいるので、長らく病気を持っている患者の方が慢性疾患については優れた医療機関を選択する力を持っているかもしれません。

もちろん患者のエンパワーメントのためには、質の高い情報がなければなりません。これまでのところ、本当の意味でのそういった情報は存在しませんでした。現時点でも、情報を得た上で、選択を行うに当たっての良い情報はありませんが、将来は変わるはずで、そういう意味で、今後情報はとても大きな役割を果たすはずで、「専門家的患者」の概念はあまりヨーロッパでは定着していませんが、究極的に言えば、患者も支払者としての視点を持つことが大事です。こうした点で、

オランダでは、大変小規模な試みではありますが、現金を慢性患者に与えるという実験が行われています。これはいわば究極的な患者エンパワーメントのロジックです。究極的に患者を支払者の位置に置くという試みでもあります。

ちなみに、イギリスで「drfoster」というデータベースがあり、医療機関のパフォーマンスを比較しています。医師1人1人、それから医療機関ごとに比較対照しています。これはとても儲かっています。「drfoster」から出ている情報は、中立の立場なのです。政府からでもないし、医療機関からでもなく、独立した立場からのデータということで、皆さんお金を払って使っています。

最後に「質に対する動機付け」です。これまでの証拠を見ていきますと、やはり質に大きな違いがあることが分かってきました。最近では質の測定能力も高くなっています。ということであれば、そのデータを公表しない理由はありません。しかし一方で、これは特にアメリカで言われているのですが、医療機関の質のデータを出すだけでは意味がないということです。もっと直接的に医師に動機付けを与えて、医師が自ら質を向上させるようにしていかなければいけないという議論があります。そこでは、医師に対して直接的なモチベーションが必要です。そのなかで最も大胆なやり方が、イギリスで始まっている新しい家庭医契約です。各家庭医がポイントを稼ぐことができます。146の指標がありまして、最高で1050ポイント取ることができます。1ポイントあたり110ユーロ獲得することができるのですが、それも難しい状況であればあるほど、つまり不利な状況あるいは地域であればあるほど、これが増えます。また最低所得保障があるので、家庭医で所得が減ることにはなりません。一方で、うまくやっているのであれば、そしてフルポイントを獲得すれば20%所得は増えるというスキームになっています。

表5のとおり、この指標には、146のインジケータがあり、7つの分野に分けてあります。1番重要なのは臨床分野のパフォーマンスです。ここでは76のインジケータがあり、家庭医の先

表5 GP契約：変動のある指標とポイント

実務分野	PI	ポイント
臨床	76	550
組織	56	184
追加サービス	10	36
患者の経験	4	100
ホリスティックケア（バランスのとれた臨床治療）	—	100
質の支払い（バランスのとれた質）	—	30
アクセスボーナス	—	50
最大値	146	1050

生方は満点で550ポイントになります。この臨床のインジケータを見ると、家庭医がカバーする全ての部門が網羅されています。家庭医の先生方に話すと分かるのですが、精神医療が1番大きな部分の仕事であると皆さんおっしゃっているのですが、精神医療はこの中でたった41ポイントにしかなっていません。

例として高血圧を使います。表6では、5つの指標があり、合わせて105ポイントになるのですが、第1に、当該家庭医が、高血圧と確定された患者の記録を作成できれば9ポイントを得ることができます。次に、継続管理あるいは診断がどのような状況であるかでポイントが決まっています。例えば、高血圧の患者で、最後に測った血圧が150-90あるいはそれ以下であるというデータを出すことができるかどうかであり、これが満点の場合は56ポイントを取ることができます。もし患者のうち25%について特定のデータがあれば、ポイントを得ることができます。70%の患者について最新データの数字が出せるということであれば、最高の56ポイントを取ることができます。こういう新しい情報を活用して効率や質を高めようという努力が行われています。

この他、ヨーロッパにおける懸案事項としては、1つは、そもそも財源が持続できるのかどうかということです。特に社会保険方式の国家では、財源が小さすぎるということが心配されています。欧州の国ではこの問題を乗り越えるために、社会保険基金に上乗せして財源を用意しています。例

表6 高血圧：変動のある指標，等級，ポイント

記録	最低	最高	ポイント
BP 1. 当該家庭医は高血圧と確定された患者の記録を作成できる			9
<b>診断と当初管理</b>			
BP 2. 喫煙の有無についての記録が1回以上ある高血圧患者の割合	25	90	10
BP 3. 喫煙する高血圧患者で、禁煙のアドバイスを1回以上した旨の記録がある患者の割合 (%)	25	90	10
<b>継続的管理</b>			
BP 4. 過去9ヵ月間の血圧の記録がある高血圧患者の割合 (%)	25	90	20
BP 5. (過去9ヵ月間の) 最新の血圧が150/90またはそれ以下の高血圧患者の割合 (%)	25	70	56

えば、ベルギーでは社会保険基金に対して税収からの補填が行われています。また、欧州では、広く人材不足が懸念されています。特に医師と看護師の不足が心配されています。さらに、医薬品に関する規制も継続しています。研究開発を促しながらもコスト高にならないようにということが狙いです。

最後に、これはこの会議のトピックでもありますが、人口高齢化は懸念の1つであります。ただし、医療部門においては高齢化の問題は以前思っていたほどではないのかもしれないという傾向が出ています。少なくとも医療費という意味では、以前考えていたほどではないのかもしれないということです。医療費のコストの大部分は死亡直前に発生します。死亡は1回だけですから、1番コストがかかるのは亡くなる直前の人生1回だけであるということ、高齢化だけでは、我々が思っていたほど深刻な事態にはならないかもしれないという傾向があります。

## 5 日本への示唆

最後に、日本に向けての示唆です。欧州の経験に基づいて日本についてはどうすべきであるか申し上げます。これは、ヨーロッパ発の改革から得た教訓であって、あとは日本に該当するかどうかです。

まず、社会保険制度の4つの弱点について申し上げます。第1に財政基盤が狭いとい

うこと、第2に医療の質や費用に対して保険者の関与が難しいということ、第3に支出増加に対するコントロールが欠如していること、第4に医療提供者の保険者や患者に対する説明責任が欠如しているということです。

さて、これらについては、ヨーロッパで試行された、いくつかのアイデアを使って対応することは可能であると思います。まず一般財源、その他の財源からの相互補助です。これはすぐに導入することが可能です。今の社会保障制度を解体しなくてもできます。また、保険者がより積極的に医療サービスを購入するというのも奨励することはできます。ただし、日本では、保険者は今よりも規模が大きくないとこれが有効性を持たないでしょう。また、患者に対して望ましい医療提供者を利用してもらうための動機付けがあります。例えば、保険料に対して割引を与えるというような動機付けです。また、医療技術評価の適用を拡大するというに関しては大きな余地があります。つまり、費用対効果の高い手技だけが使われるようにするということです。社会保険のシステムのなかではゲートキーピングシステムを検討する良い実験をする場所になりますし、患者自己負担に関する政策の改革も考えられます。最後に、大きなポテンシャルがある部分として情報の強化があります。特に、医療提供者の質やコストに関する情報強化です。

次に、私が日本の政策における3つのトップ項

目は何かと言われたら、私は日本制度に関してごくわずかしら知りませんが、表面的な私の理解ではっきりした3つのメリットがあることとして言えるのは、まず、医療提供者、保険者の質や効率性に関する比較のための情報の改善です。

2つ目は、患者に対する費用面での動機付けを実験してみるということです。日本はユニークな利点を持っています。日本ではすでに患者負担が高いという点です。この患者負担を非常にクリエイティブな形で使って、患者が効率の高い医療提供者を使うように奨励したらどうかと考えます。

最後に、これは全医療制度での普遍的な問題ですが、より積極的で柔軟な形で保険者が医療サービスを購入していく必要があると思われます。より良い形で、より高品質かつ効率性の高いケアを購入してもらうように奨励していくということです。

さらに、日本の医療制度の特徴として、保険者

の規模が小さいということがあります。こういった保険者のいくつかが合併してより大きなパートナーと合併することが必要かもしれません。

医療制度改革については、いろいろな興味深いアイデアが、ヨーロッパで台頭してきているということを指摘しておきます。それに関しては、ごくわずかなものしか評価されていません。そして、それが成功するかしないかということはそれぞれの国によって異なってくるということが挙げられます。日本の政策決定者にとっては、ヨーロッパから出てきている新しいアイデアを実験するためには、どのような改革であっても十分に慎重に評価して、日本の文脈で考慮された上で実施されなければいけないと考えます。そうすれば、5年くらい先に今度はヨーロッパの同僚に対して、日本の改革から学んだ教訓は何であるか、逆に、話せる立場になるのではないかと考えています。

## パネルディスカッション

アメリカ ブルッキングス研究所主席研究員 ゲイリー・バートレス

イギリス ヨーク大学医療経済研究センター教授 ピーター・スミス

中央大学研究開発機構教授 貝塚 啓明

慶應義塾大学医学部教授 池上 直己

国立社会保障・人口問題研究所社会保障基礎理論研究部長 府川 哲夫(司会)

府川 ただいまより、午後の部を開始します。始めに中央大学研究開発機構教授、社会保障審議会会長の貝塚先生及び慶應義塾大学医学部教授の池上先生にスピーチをしていただきます。それでは貝塚先生よろしくお願ひいたします。

### 【ディスカッション1】

#### バートレス論文へのコメント

貝塚 啓明

私は、社会保障審議会に関係しておりますが、英語で言えばオフィシャルラインを必ずしもそのまま支持しているわけではないので、その点は私自身の個人の見解を申し上げます。

私は、バートレス先生の論文に対するコメントをすることになっています。バートレス先生の論文は、非常に興味深い論文であり、かつ、扱われている問題がかなり広い範囲の問題です。

最初に、私の論点を簡単にご説明します。日本では、普通、高齢化という場合は高齢者のみを念頭においた社会保障の給付、その他の負担を意味していますが、バートレス先生は、先ほどこうした切り口だけでなく、家族の中における、例えば、子供をケアする費用とかあるいは教育の費用とか

を入れると、必ずしも高齢化によって問題がそれほど深刻化はしないという、比較的、楽観的な予測をお示しになったわけです。この点が1番主要なご議論ではないかと思います。

教育の問題は非常に複雑で、個人が負担するかあるいは公的に負担するか、公立の学校に行くかあるいは私立の学校に行くかによって、負担は随分違うわけです。したがって、どのような人を標準的と考えるかというのは、そんなに簡単な話ではないのです。ただ、経済学者として議論すれば、教育は必ずしも負担だけではなくて、ヒューマンキャピタルに対する投資であって、全体としては後でリターンが発生すると考えています。また、家族においてもリターンが発生します。すなわち、もし教育が本当に高い効果を持っていますと、将来のキャリアが非常に高くなって、報酬も高い給料を取ることになります。このように、個人的にも歓迎されますし、社会的にもそれ自身はプラスの影響を持っているのではないかとという点で、教育は確かにプライベートにはコストになるケースがありますが、必ずしも社会的に見てコストだけがかかり便益がないというものではないのではないかとというのが、第1点目です。

それから、バートレス先生の論文や統計は、大体2050年ぐらいまでの期間になっていますが、確かに長期的に見ると、この種の人口の変化というものは、非常に変化が激しいように思います。死亡率とか出生率の影響は、実は、非常に少しずつ進んでいくもので、その変化について四半期で





ータや月次データを扱うこともある経済学者が中・長期と言っているのはせいぜい10年ぐらいですが、もっと長い50年ぐらいのスパンを持ったものであるという点を、十分認識する必要があるということが第2点目です。

それからもう1つの問題は、高齢化と非常に関係しているものとして、医学の進歩という問題があります。その一例として話をしますと、私がある機会に、お医者さんのグループに社会保障のお話をしたときに、確か外国から戻られた先生ですが、要するに医学が進歩して余命が伸びるほど高齢者が増して、社会はこれに応える社会保障を必要としているのではないですかと私に言われました。私も、この先生のおっしゃるように、医学の進歩が死亡率などに非常に重要な影響を持っているのではないかと思います。これが第3点目です。

パートレス先生は先進諸国の比較をされて、特にアメリカを念頭においておられます。もちろん、日本も比較の対象になっているわけですが、アメリカと日本との間には相当違いがあるし、歴史的

にも違った傾向があると思います。ここであまり細かいことは触れませんが、要するにアメリカの場合は、たぶん日本とは違って歴史的には遥かに移民が多いわけです。移民が多いということは、社会は、人種的にもエスニックという意味でも非常にヘテロジニアスな(異質的・多様な)社会であって、これがアメリカの社会です。日本の社会は、もちろん最近、かなり外国人の方が増えているわけですが、日本の社会はそういう点ではホモジニアス(同質的)になっているという点がかかなり大きな違いではないかと思います。このように、歴史的に、双方非常に違ったバックグラウンドを持っているとともに、制度的にも非常に違っています。

制度的な一番の違いは、日本はやはり依然として集権化された社会です。今いろいろ議論されていますが、基本的には日本は中央政府が、英語で言うところの「ユニタリーガバメント」であって、官僚機構は中央政府と地方政府がありますが、地方は、中央政府の執行機関として仕事をしている

面が多々あると言えます。したがって、日本では分権化と言ってもあくまでその範囲内の話ですが、アメリカはもともと州が単位でありまして、連邦はある意味では州の集まりです。ですから州が中心になっているという点が日本とは大きく違って、それが、連邦財政主義のようないろいろな制度の違いに影響していると思われます。それが第4点目です。

第5点目は、これはパートレス先生の議論の中でもかなり重要な部分ですが、社会保障や教育における所得移転や給付・サービスに関連してどれだけの部分が私的移転や家計に依存しているかという割合、私的依存度に関わる点です。社会保障において、私的に負担する負担、要するに、家計や個人が負担するとかあるいは福利厚生として企業が負担するということが、どの程度、社会保障や教育において重要であるかということです。これは、最初に申し上げましたように、教育の話などはそういう部分があります。典型的には、日本の場合も、もし私立学校で、幼稚園からずっと小学校、中学校、高等学校、大学、大学院まで行った場合と、公立と国立の学校に通った場合では、随分と負担に差がでます。ですから、どこを標準に取るかということは非常に難しいと思いますが、いずれにしても家族の役割というものが非常に重要になるわけです。その家族の役割が日本の社会で、あるいはアメリカの社会で、どのようにここ20年、30年の間に変わってきたかというのは、かなり重要な意味を持っています。

そもそも、社会保障の問題というのはなぜ発生したかということ、家族の役割が段々限定されてきて、家族では負えないようなリスクを国全体、ないしは地方政府が、税金によってあるいは保険によってやるようになってきたからです。したがって、家族内における扶助機能が弱まってきたということが、基本的に社会保障が必要であるということの重要な条件です。家族の役割がどのようになっているかという点については、経済学者は不得手にして、社会学者の専門の分野ですが、日米の家族において、相互扶助機能がどのように違うのかといったことは、割合とこういう問題を考え

るときには重要ではないかと考えています。

このパネルディスカッションの準備のためパートレス先生とお話を別途する機会があったとき、家族の役割というのは、日本でも相当程度変わってきていることは間違いのないことをお話しさせていただきました。もちろん形の上で見れば、単身者の世帯が増えたということが最も大きな変化です。単身者の世帯というのは、一人で住んでいるという意味です。しかも、住居も完全に独立しているということで、そういう人たちが相当増えたということは間違いありません。さらに、典型的にはお年寄りの女性の単身者が非常に増えたということも間違いありませんが、そうでなくても日本においては、単身者の世帯がかなり増えているということです。それから、三世代家族という家族形態は、今や比重は相当程度減りました。アメリカの場合は、もし必要であれば後からパートレス先生に修正していただきたいのですが、もともと三世代家族というのはほとんどないと思います。二世代家族であって、しかも、最近変わってきたとは言われていますが、従来は、子供は20歳くらい、すなわち大学に入る頃には必ず外へ出るということです。ですから、私はアメリカに大分昔に留学に行ったときには、アメリカのファミリーに泊めてもらいました。なぜなら。息子がもう外へ出ていってしまったから、2階は全部空いていたのです。割と大きい家でしたが、こうしたわけで、2階のベッドルームに泊めていただいたという経験もあります。日本の家族が今のようにかなり形態を変えていったというのは、割合と最近のことですが、アメリカ社会はどちらかというと私の印象ではそれ程大きく変わってないのではないかという気がします。

それから、生涯に互る負担をどのように測るかというのも、非常に魅力的ですが、たぶん測定するというはかなり難しいと思います。財政学で言えば、ライフタイムインカム、すなわち生涯所得というのがありますが、生涯所得に対応して生涯の税金の負担を考えるべきだという議論と対応してきます。これが第6点目です。

それから移民の話にはそれほど触れておられま

せんが、やはり移民がどの程度可能かということを考えなくてはなりません。アメリカ社会は、移民についての過去の蓄積が多いわけです。ドイツなどもそうですが、ヨーロッパなどの研究を見ても、相当、移民は行われているのですが、移民のサイズというものがそれなりにならないといけません。現在、高齢化に際して、労働力が足りなくなる部分を移民で埋めるということは実質的には、そんなことは不可能ではないかと考えていますが、移民の役割をどのようにお考えになるかということが第7点目です。

それから、人口政策の効果がどの程度あるのだろうかという点について、パートレス先生は疑問を呈されていましたが、私もその点は同意します。やはり人口政策がどの程度効果があるかというのは非常に難しいのではないかと思います。日本の場合は、この問題の背景には日本の社会における若い世代の家族観と言いますか、結婚に対する考え方が変わりつつあるということが非常に重要ではないかと思います。単に、経済的な要因というものだけではなく、そういう家族の役割あるいは結婚の役割が非常に変わってきたのではないかと思います。したがって、少子化などの問題の背景にはそういう問題があると考えているわけですが、アメリカにおける状況をお伺いしたいと思います。

それから、社会保障における事前積立の問題、具体的には、年金制度における積立方式あるいは拠出型の活用の可能性と問題点です。この点について、パートレス先生も講演の最後の部分で触れられていました。私もこうした選択肢は重要だろうと思いますが、そこへの移行の過程をどうするかというのは、大変難しい問題ではないかと思えます。いずれにしても長期的にそういう方向に変えていくのは、私は望ましいのではないかと思います。これは成長率とか人口の伸び率とか、あるいは賃金の伸び率と言いますか、要するに人口があまり増えず、成長率、利子率もあまり高くないときは、経済的にも望ましいのではないかと考えています。

最後に、貧困の問題について申し上げますと、私の個人的な見解では、アメリカよりも日本の方

が深刻ではないかと思えます。なぜなら、アメリカでは医療保険制度は65歳以上です。ただし、若い人にとっての医療保険は公的ではありませんから、コストは高くなるので、そういう点で問題はあります。しかし、年金の問題を考えると、たぶんパートレス先生もご存じかもしれませんが、日本の国民年金においてはかなりの方が未加入になっています。未加入になったらどうなるかといえば、年金の受給資格がなくなるわけです。なくなるということは将来その人たちは、年金の保障は得られないということになります。その人たちはどうなるかといえば、簡単に言えば生活保護を受けることとなります。したがって、私は、厚生労働省の人には、いやいや、年金に加入しなければ将来生活保護を受けなければならなくなりますよということを、はっきり言わないとだめですよと言っています。しかしながら、生活保護制度については、日本で今までほとんど検討されたことはありませんでした。従来制度をそのまま引き継いできて、不況になって、生活保護世帯が非常に増えてきたため、最近ようやく生活保護制度を再検討するという状況になってきています。私は、この問題は貧困という問題と非常に関係していると考えているということです。

以上、パートレス先生のお話で扱われている問題が非常に広いので、コメントは非常に難しいのですが、私の意見も含めて、コメントを終わらせていただきます。

## 日本の医療制度：漸進的調整を続けるべきか？

池上 直己

それではスミス先生に対するコメントをさせていただきます。コメントと申しますより、医療を効率化する、あるいは質を上げなければいけないことが課題であるということのスミス先生が言われましたが、それがなぜ日本でできないのか、あるいは少なくとも今まで十分行われてこなかった

かについて、制度的な枠組をご説明したいと思えます。では簡単に、日本の強みと弱みということで総括します。

日本の医療費はGDPの7.6%で、これはOECD諸国と比べて比較的低い水準の下で、国民皆保険という基本的に平等な制度と優れた健康指標があります。それからイギリスで課題になっていますように、入院できなくてずっと半年も待たなければいけないということは少なくとも社会問題になっていませんし、ほとんどすべての病院を自由に受診できます。よく3時間待って3分診療ということが批判されますが、逆に、3時間待てばその日のうちに診てもらえるわけであり、数ヵ月待たなければならないイギリスの状況とは異なると思います。

逆に弱みと申しますと、質の評価です。ただし、日本で質の評価がまったく行われなかったかという、そうではなく行われてきたのですが、行われたのは医師や看護師の人員配置、つまり患者当たり何人医師や看護師がいるか、あるいは1病床当たりの床面積がどのくらいあるかといったことです。これは医療保険制度において、守られているかどうかをチェックしますので、比較的遵守されます。しかし、スミス先生がおっしゃったような、医療の内容に立ち入ったデータベースは、行政も医療機関もほとんど持っていません。こういう状況で、医療費にお金だけはかかっているのに、昔はブラックボックスと言われていました。何かブラックホールという錯覚がもたれていて、お金だけ吸い込んで何も良いことがないという理解が一部にあるのではないかと思います。それはやはり保険料の負担と医療サービスの給付の関係が不明確であるからだと思います。

それから、三位一体の改革と言われていますが、先ほど貝塚先生もおっしゃられたように、日本では、中央の統制が地方のイニシアティブを抑制していて、特に、医療に関しては費用を抑制するために診療報酬を介して給付内容を細かく管理しており、地方の裁量をほとんど認めていません。それからスミス先生がご提案されたパイロットプロジェクトの導入も極めて困難な状況です。保険者

に対して直接補助金を交付していますが、給付する内容については特にヒモ付きではありません。そして都道府県には医療費の財源を調達する責任は無く、財政的な責任は県立病院に対する補助金にほぼ限られています。今現在、政策の岐路に立っています。日本の弱みの原因は何かと言うと、私はスミス先生に対するお答えも含めて、改善が当面の政策目標を達成するための漸進的な調整の積み重ねに留まっている点だと考えています。

スミス先生にお伺いしたいのは、今までのような漸進的な改革で足りるかどうかということです。そして、もし抜本的な改革を行うとしたら医療保険制度の構造改革、それから出来高払いから包括払いへの改革、あるいは混合診療を容認するべきかどうかについて、それぞれ考えていきたいと思えます。

まず、保険者の問題ですが、保険者が非常に細分化されているという問題があります。サラリーマンとその扶養家族は被用者保険、それ以外は市町村が運営する国民健康保険に強制的に加入させられており、5,000以上の保険者があります。保険を運営する組織が5,000以上あるという国は日本以外にはありません。国民皆保険と平等な給付というのは、抜本改革によって達成されたのではなく、保険者によって異なる所得や健康状態の格差に対処するために、漸進的な調整を重ねてきたことによって達成されました。

その5,000の保険者を、分かりやすくするために、ほぼ日本の人口の3分の1ずつが加入している第1層、第2層、第3層の保険者に層別しますと、第1層は、健康で裕福な加入者の割合が比較的高い公務員の共済組合が78、大企業従事者の組合健保が1,600あります。第2層は、中間の層の中小企業の従事者のための政管健保であり、全国一律の一つの保険者です。第3層は、病気や貧しい加入者の割合が比較的高い保険者で、自営業者や年金生活者のための市町村が運営する国民健康保険で、市町村の数だけ、すなわち3,200あります。

このように所得水準が違うことに対して、どのような調整をしたかということ、低所得者の割合が

高い保険者に対しては、国の一般財源から助成します。第1層に対しては原則として助成がなく、第2層に対しては14%（保険給付費と老健拠出金の補助率の加重平均）、第3層に対しては平均で50%強、貧困な市町村の場合には（調整交付金等により）最大80%程度の助成が行われています。助成を増やすことで第3層の給付を改善してきました。まずは、1961年の国民皆保険の達成です。これは一挙に達成したのではなく、最後の市町村が国の助成のおかげで保険を運営できるようになったことにより、国民皆保険が達成されたわけです。

それから、1973年に国保及び被扶養者の患者負担が50%から30%に減り、また70歳以上の患者負担が無料化されました。1975年には、高額療養費が導入され、自己負担額が高い場合には、限度額を超えた分は保険給付されることになりました。

図1に示すように、各層によって、保険料で賄える部分、使用者と被用者が負担する部分、それから税金によって賄う部分の構成が異なります。このように、加入者の所得に対する違いは、税金で補填することによって補って、保険者の形態や数はそのまま温存したわけです。

次に、高齢者の加入割合も非常に違ってきます。被用者は退職すると第3層の国保に加入しますの

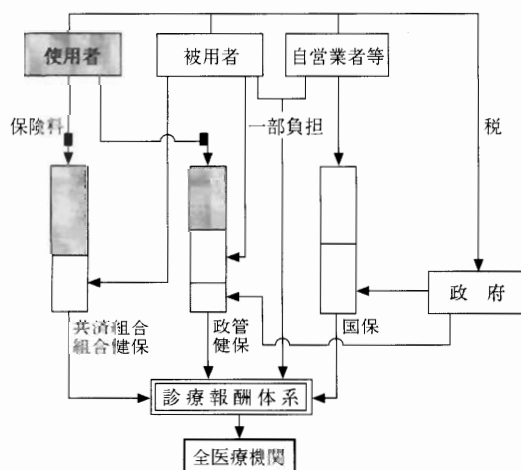


図1 日本の医療におけるお金の流れ

で、全高齢者の4分の3は国保に加入することになるわけですが、こうなると、国保に対する所得を補正するための国の助成では不十分になります。そこで1983年に老人保健の拠出金制度が創設され、全保険者が平等に負担するように改められました。

この制度は分かりにくいので例を申し上げますと、ある保険者において70歳以上の加入者は2%で、医療費の支出は3億円だとします。そして、全国的に見ると70歳以上が14%占めているので、保険者は3億円ではなく7倍の21億円を拠出しなければならないことになります。したがって、高齢化につれて拠出金が増え、今や保険料の40%に達しています。つまり、保険料で自分たちの組合員の病気のために積み立てていると思ったら、実はその40%は自分たちとは関係ない高齢者等のために拠出しているというところが大きな不満となっています。

最後に、不況に対しても弾力的に対応していき、健康保険の患者負担というのは当初はゼロだったのが10%、20%、30%と増えました。高齢者の負担は最初50%が1973年に一挙にゼロになりましたが、また徐々に増えてまいりました。さらに保険料率を上げることによって収支を合わせ、診療報酬の価格を下げるにより対応してまいりました。

保険制度の構造改革の可能性について、現行制度のもとでの保険者の合理的選択は何かということを考えますと、健康保険組合に関しては、加入者が比較的高齢で貧困であれば、できるだけ早く解散して第2層の政管健保に移ることが良いと思われます。そうしますと、政管健保には14%の助成金がついているので助かるわけですが、一方では、政府の助成金は増えていきます。

かねてから国保の合併が課題となっていますが、これはまず市町村そのものが合併しない限り、実現しないと思います。と言いますのは、2つの国保が合併すれば、一方の保険料は必ず上がるので、下がる方は賛成しますが上がる方は絶対反対するからです。

したがって、実現するためには、どうしても年

齢と所得によるリスク調整が必要です。それによって合併するために公平な土俵が生まれるからです。つまり、年齢が高く、所得が低いところは助成を受け、逆に年齢が低く、所得が高いところは拠出するというドイツのような国のレベルで調整する仕組みがない限り、合併は不可能だと考えます。

その際、かねてから都道府県を単位とする保険者の統合が課題となっています。それはほとんどすべてのサービスは県単位で完結するということが、自分が受診する病院が建て変えられたり、あるいはサービスが追加や削減されたりする形で医療サービスの給付と保険料の負担の関連が見えてくるからです。

それから、地方の自治を認めるということで、スミス先生からご提案のあった受診行動によって患者負担を設定することは、国レベルでは調整が付きませんが、都道府県レベルでは可能ですし、同様に実績と質の評価に応じた医療費の支払いということも身近な地域医療の場であればこそ実現可能であると思います。あるいは、住民参加による優先分野の設定、すなわち、新しい病院を作るのか、ヘルス活動に予算を増やすのかという設定もできます。

次に、診療報酬の果たす役割についてお話しさせていただきます。これはなかなか外国人にはおろか日本人にも分かりにくい制度ですが、全保険者、全医療機関に適用されているものです。「診療報酬」と言いますと、医師の報酬だけのように勘違いされますが、それは間違いで、看護師の人員費あるいは薬剤費などもすべて賄っており、料金を決めています。また、その価格だけではなく、給付する際の条件の設定や、量の規定もしています。

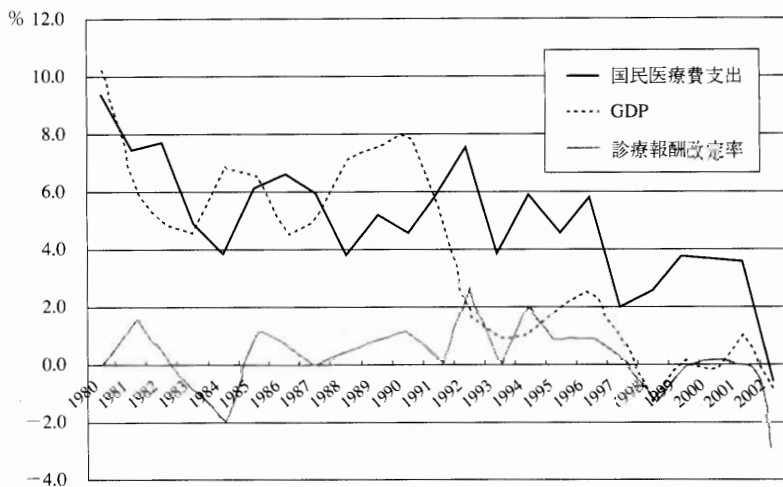
具体的な例を言えば、通院して精神療法を受けるというのは、退院後4週間までは2回請求できますが、それ以降は1回だけに制限するという形で回数も規制しているわけです。これは、保険者から医療機関へのお金の流れを決める唯一のバルブとして機能しています。医療機関が規定されていない内容や条件で医療を提供した場合には、そ

の部分を保険外で請求することは禁止されています。そしてこれを守っているかどうかをレセプトという明細書をチェックして、細かく管理しています。このお金の流れは図1に示しましたように、いろいろな保険者があっていろいろな医療機関がありますが、その全体を束ねるところに診療報酬があって、バルブでお金の流れを調節することによってお金の流れが変わってくるわけです。

改定というのは、すべて中央で行われまして、まず第1段階として政治交渉によって総枠の改定率が決まります。これは、日本医師会と財務省の間で国会議員を仲介役として行い、そのときに医療機関や医師の経済状況、医師の場合はどのくらいの収入を得ているかということが調査されます。次に、第2段階は、診療報酬や薬価を、総枠の改定率の範囲内で個別に改定します。これは量、つまり回数が増えていけば点数を下げるという原則があります。例えば、頭部のMRIを例にすると、2002年の改定前が1回1万6,600円だったのが、改定後は1万1,400円ということで、回数が増えた分値段を下げればトータルのコストは変わらないように繰り返し引き下げています。あるいは政策目標である在宅医療等を達成するために高めに設定して、ということを繰り返していました。ただし、点数による誘導効果を評価するのは非常に難しいです。と言いますのは、回数の増減する要因は非常に複雑に絡んでいるからで、逆に政策決定の検証は難しく、説明責任が十分果たされていないことにもなります。最後に、薬価については、市場価格を反映して下げられています。

このように調整されているので、日本は医療費が高騰していると信じられていますが、実は、医療費の抑制は比較的成功していたのではないかと思います。1980年代は、費用の増加率はGDPの増加率と同じでしたし、1990年代は失われた10年でGDPの増加率がほとんどなかったために、その乖離が生じたところに問題があります。しかしその中で、診療報酬の改定率と医療費の関係を見ますと、非常に強い相関がありまして、効果的に医療費が抑制されたと思います。

この関係を示したのが図2ですが、国民医療費



注) 国民医療費支出に、2000年に介護保険に移管したサービスを含めて算定。

図2 日本におけるGDP、国民医療費、診療報酬改定率の年次推移(1980～2002年)

の毎年の変化とGDPが、80年代はほぼ平行であったのが、90年代になるとGDPの増加が少なくなります。一方、国民医療費と診療報酬改定率については平行な関係で、診療報酬の改定でかなり医療費がコントロールされていることが明らかになると思います。

医療費の増加要因を分解しますと、診療報酬が0.46%（消費者物価指数より1%少ない）、また人口の増加と高齢化を併せると毎年1.8%で増えています。残りが2.8%で技術革新と受診率の変化ですが、この2.8%というのはGDPの4%より低くなっており、アメリカでは逆にGDPより1%高くなっているのです。かなり技術革新も吸収できたと思います。

診療報酬の改革が可能かどうかということについては、2003年に、大学病院等に、DRGに似たDPCという包括評価の導入が試行されました。これは非常に変則的な包括化で、1入院当たりではなく、入院1日当たりで、病院によってそれぞれ異なる係数を乗じています。こうしたことは日本の医療が標準化されていなくて、大学病院でも平均在院日数が2倍近く大きな格差があることにに対する対応です。複雑であるので広げることは非常に難しく、またデータの不足が顕著でして、例

えば病気を分類するICDのコーディングを使っているのは全病院の18%に過ぎません。

最後に混合診療の容認について簡単に触れておきます。診療報酬においては、給付できるサービスや医薬品材料及び提供する際の条件が定められています。ここで定めたもの以外のものを提供することは禁止されていますので、これを自由化すべきであるということが言われていました。本日、決着したようですが、混合診療が解禁されれば、公的保険の枠外のサービスが次第に拡大して民間保険が不可欠になり、民間保険加入者と非加入者の間の不公平ができること、及び有効性に疑問のある治療が拡大することが問題であると思います。したがって、むしろ給付外となっている医療サービスを迅速に保険の給付対象にすることが課題であると考えています。

そこで、将来はどうかと申しますと、経済成長が再び望めるかということ、どうも中2階にあるということで難しいかもしれません。しかし、経済成長がまた回復すれば、改革の圧力が減少するかもしれません。しかしながら、一方では、年金の保険料率に上限ができたので、次の社会保障費抑制のターゲットは医療になるでしょう。これからの漸進的な改革を続けることができるかどうか

か。ただし、スミス先生もおっしゃられていましたが、抜本改革というのは非常に危険な要素を秘めており、破綻の危険性もあります。私自身は、5年計画の行動計画に従って、5年先の明確な目標を示した上で、年毎の調整をして透明性のある改革を行うことが望ましいと思います。そこで、総括的にスミス先生に提示したい私の質問は、これまで日本は漸進的改定を重ねてまいりましたが、今後も、このような漸進的改定で十分なのかどうか。もし十分でないのだったらどのような改革が可能かをお聞きしたい。これをもちまして、私のコメントを終えます。どうぞご清聴ありがとうございます。

~~~~~

府川 続きましてディスカッションを開始します。ただ今貝塚先生、池上先生からいただいたコメントに対して、パートレス先生、スミス先生からお返事をいただきたいと思います。最初にパートレス先生にお願いしますが、貝塚先生のコメントもまた多岐に亘っていて、しかも大変答えにくい質問が多々あったと思います。教育の問題にしましても、あるいは家族の役割の問題にしましても、大変答えにくいとは思いますが、最低限、貝塚先生の指摘された点を考慮すると、パートレス先生の試算結果が大きく変わるかどうかについて、少しご意見をいただければありがたいと思います。それではパートレス先生お願いします。

パートレス 高齢者や非高齢者の被扶養者にかかる費用を負担するというのは、非常に重要なことです。また、いかにこうした扶養にかかる経費を支払うかということも重要です。すなわちこれが政府の予算によるのか、あるいは家計内のやりくりでやるのかということです。また、教育を公立学校でやるのか、あるいは私立学校でやるのかということによっていろいろ違ってまいります。

ただ1つ、ここで強調させていただきたいのは、社会的に全体としてみた負担、すなわち引退後の高齢者と労働力に参入する前の子供や若い人々からなる被扶養者を扶養するための総負担という

のは、いかに手厚くわれわれが被扶養者を扶養する準備があるかどうかによって依存すると思います。実際に彼らを公的資金で扶養するか、あるいは家計内のやりくりで扶養するのかということは関係ないと思います。例えば、私は自分の子供を大学に送るために、私が授業料を払うわけです。これによって私のサラリーの20%を毎年費やさなければいけないわけですが、これは、子供たちを公立の学校に送るということであっても、退職者に対して負担をするということであっても同じだと思います。

すなわち、この被扶養者をいかに扶養するかという問題のうち、社会全体の資源、たとえば国内総生産のうちどれだけの金額を被扶養者のために支出するかという、被扶養者への移転総額の問題は、実際にこれをどのようにファイナンスするのか、言い換えれば、どのような財源を用いるのかとは関係ないと思います。

もちろん政治的には、どこから財源を持つてくるかということも重要かと思えます。すなわち政府が被扶養者に社会保障制度や教育制度を通じてコミットメントする形とその程度によって、被扶養者への資源の移転をいかにファンディングするかということは重要な問題です。資源や所得の移転を公的なチャネル、例えば、公的な年金システムでやるか、あるいはプライベートの家計のやりくりでやるかということによって、制度の形と財政の規模は違ってくるかもしれません。

しかし、全体で見ればこれからの世代にとっての負担ということを考えますと、被扶養者をいかに扶養するかということは、われわれが被扶養者に対してどれだけ手厚く提供するかということだと思います。その財源は関係ないと思います。すなわち寛容性の問題なのだと思います。

それではその他の点、いろいろご指摘いただきました点についても、付言申し上げたいと思います。

1つは、日本とアメリカは随分違うのだということですが、両方の国を訪問してみますとその通りだということによって皆が納得するわけです。日本はやはり非常に均質な社会で中央集権化されてい



ます。それに対して、アメリカは非常に国民の多様化も進んでおり、また、ヘテロジーニアスな(異質的・多様な)社会です。ただ、この2つの社会には多くの重要な点において似ている点も多々あると思います。

ちょうど6年前、私は本を書いております。日本も含めた4大先進国の人々と一緒に書いていたのですが、日本とアメリカの公的な移転システムということについては、特に高齢者の年金をこの4ヵ国で比較しますと、日米が最もよく似ていたということがありました。OECD統計、特に社会保障・社会福祉の公的支出を見えますと、日米のパターンというのが非常に似ているということが分かりました。確かに明確な形で、この2つの社会に違いはあります。しかし、ある意味において似ている部分もあるのだということです。

そして将来はどうかということですが、おそらく将来は、この2ヵ国は、もっと違ってくると思います。それは、日本の出生率がアメリカの出生率よりもずっと低いからです。ですから、日本は高齢者の公的扶養をどうするかという非常に大きな問題に直面せざるを得ません。一方、アメリカにおいては、いかに若い世代を教育するか、また扶養していくのか、あるいは働いていない、学校に行っている、まだ依存状態にある若年成人をサポートしていくかという問題に直面します。

また、貝塚先生からご指摘がありましたとおり、社会制度の展開は日米両国におきまして違うわけですが、共通に言えることは、例えば1人暮らしのお年寄や、若い子供たちと離れてお年寄夫婦で住んでいたりとという例が増えてきているということでしょう。このように、世帯構造や生活形態が変化してきている中で、様々なコストもかかるようになってきたのだと思います。多世代の人々が一緒に住んでいるような時代とは随分違って来たということです。ここ100年の間、社会が非常に豊かになってきた過程で、単独世帯が増えたりあるいは、親と子供だけの2世代世帯が増えたりしてきたことから理解できるように、家族の構成に関して進化が見られるということです。

人々が豊かになれば、やはり1人で住んでみた

い、独立性を維持したいと思うようになるわけです。確かに、家族と一緒に住みたいとか、分かれて住むよりは一緒に住んでいるほうが安いというような動きもあるわけですが、日本においても、高齢者の方々は、今おそらく若い人達と一緒に住むということは、少なくなっているということが分かります。40年前と比べて随分違うと思いますが、これは、どの先進国を見ても同じ状況だと思います。

次に、高齢者の扶養あるいは非高齢者の扶養ということで、生涯の負担というものをどう考えるかといったご指摘がありました。この問題について論文を書いたこともあります。多くの人々がこの世代間における負担の在り方というものに直面しているわけです。自分たちの世代は他の世代を扶養しているため支払いの方が多いと、自分たちが実際に若い人から受ける扶養よりも、支払いの方が多いと考えている人も多いかと思いますが、それは必ずしもそうではないと思います。すなわち、所得あるいは賃金というのは、自分たちの前の世代の所得あるいは賃金との比較ということだと思います。

例えば、先進国におきましては、現在の30代の人たちは、20、30年前の30代よりも豊かになっているわけです。ですから、現在30代の人々が、前の世代よりも支払いが多いからといって、それで負担が多くなっているというわけではありません。生活水準自体が非常に高くなっているということです。ですから、自分はこの世代の犠牲者である、非常に多くの負担を以前の世代よりも払わなければいけない被害者であるというふうを考えるかもしれませんが、一方、受け取っている賃金も前の世代に比べれば非常に高くなっているという点を忘れてはいけません。

ですから、私も、高齢者の保険などの社会保障に対して支払いをしています。このような世代間の連鎖と世代ごとの賃金水準の相違に留意すれば、社会保障の負担は大きな負担になっているかもしれませんが、今高い税金や社会保険料を払っているからということで、不平不満を言うてはいけないと思います。その一方で現在生活水準が非常に

高まっているということで、現役世代はメリットを享受しているということも忘れてはいけないと考えるからです。

**府川** 追加でお聞きしたいことがなければ、次に池上先生のコメントに対するスミス先生のお答えを頂きたいと思います。池上先生が最後におっしゃられましたように、日本の漸進的な改革がこれからも続けられるかどうかについてスミス先生のお考えを聞きたいということでもあります。もちろんスミス先生は日本のシステムについてそれほど詳しくないとおっしゃっていましたが、それでも、ヨーロッパの医療システム改革のご経験から見て、ご感想でも結構ですのでコメントをいただければ幸いです。スミス先生、よろしくお願ひします。

**スミス** 池上先生のお話を伺って最初に思いついたことがあります。どのような医療制度でも、説明責任という根本的な課題は共通であると思います。つまり、保険者、支払者、納税者、誰であれ、お金を出す人たちは自分たちが出したお金が当初、市民として、有権者として想定していた形で使われていることを確認できるかどうかが大変重要だと思います。皆保険制度でユニバーサルなアクセスを維持したいということであれば、本来想定されていたとおりにお金が使われているか確認できることが重要です。公正であると感じることが必要であり、自分たちの出したお金がきちんと使われているということが確認できていなければ、事前に積み立てておくという強制保険という形は維持できないと思います。

こうした点から、保険者が細分化されているという話に繋がるものと思います。お話を伺っていると、この点が日本において潜在的な問題なのかもしれません。それは、それぞれの保険者の規模が小さく、作業が複雑になるので、自分が負担した保険料がきちんと当初想定していたとおりに使われているかどうかを確認するのが難しいからだと思います。

特に、医療機関ごとの質、効率といった点について、保険者がモニタリングできるのかどうかということに疑問があります。ですから、日本では、

保険者についての何らかの改革が必要なのかもしれないという気がしています。

しかし、念のため申し上げておきたいのは、イギリスは、いわば改革の専門家だということです。医療制度に関しても構造改革は2年に1度はやっています。それを20年間やってきましたから、われわれは改革のエキスパートだと言わざるを得ません。そもそも、1回改革と称するものを作ると、システムが復活するために2年はかかります。ですから、いつも、改革の成果があったかどうかを確認するまで続いたことがありません。すぐ次の改革ばかりやっています。

ということで、これは是非お願ひしたいのですが、もちろん改革は必要ですが、一旦変えてみたらそれなりに続けてください。そうしないとその評価はできません。そこから学習することもできません。良かった点は良かったなりに評価できるまでに時間がかかるし、悪かったのであれば改善するためのレビューの時間が必要です。これはイギリスのように朝令暮改で制度が変わる国の経験からのお願ひです。

また、どのような改革をするにしても、特に分権を行う場合に重要なことは、リスク調整の概念あるいは所得格差あるいは健康状態の格差が、自治体間、地域間、あるいは疾病金庫間にある場合に、補填をするという概念です。どのような制度のもとでも、この概念がとても重要です。その狙いとしては、金庫に対して補填をするわけで、それぞれの支払者が、ある特定の保険料率で標準的なサービスを提供できるように確保するという事です。相当の説明責任を果たす仕組みがあれば、地方の機関であったとしても、保険料率を変えて、より質が高いものを購入するなり、あるいはその地域における自己負担を下げるなり、という決定ができるわけです。

そもそのスタートポイントとしてはすべての機会を提供し、同じ水準のケアが提供できるようにしなければいけません。技術的にはこれは可能で、少なくともヨーロッパの全ての国々では行われています。特に、オランダ、スウェーデン、ドイツでは、非常に上手く機能しています。ただし、

質の高い情報がなければ、こうした仕組みは構築できませんが、逆に言えば、良い医療制度があれば、副産物として自然に良い情報は流れてくるはずです。

一方で、多くの欧州の国では、医療制度を管理する単位は、やはり地理的な地方単位であるべきではないかというコンセンサスができています。スペイン、イタリアについても、市町村への分権を行いつつありますし、ノルウェーでは地方レベルでまとめています。イギリスにおきましては、「ヘルスディストリクト (health district)」という医療地区が15万ほどありますが、これでは単位としては小さいのではないかということで、これを再編統合し、大きくしていくことを検討しています。だいたい100万人から200万人ぐらいをカバーできる単位を考えているようです。そう考えれば、日本の場合には都道府県というものが、そうした単位になるかもしれないと思います。このように、地域単位、地方単位での医療制度に、多くのところが収斂しつつあると思いますので、これは真剣に検討する価値があると思います。

次に診療報酬についてです。池上先生が大変すばらしい命題を出してくださったのですが、正直申しまして、完全に理解ができたとは言えません。もう少し勉強すればより良く理解ができると思います。ただ、敢えて申し上げれば、この支払いのメカニズムはとても重要です。細かいところではありますが、償還がどのように設計されているかにより、医療機関にとっても保険者にとってもインセンティブが大変変わってきます。極めて専門的な内容になりますが、重要なポイントです。この償還については、政策立案者として、目標を達成しようという気持ちを持たせられるかどうか、政策立案者が権限を持って診療報酬制度を変えるなりして、それを生かすことによって、政策目標を達成できる仕組みになっているかどうかということが大切です。どのような報酬制度であったとしても、同時にきちんとしたリスク共有の制度がなければ成り立ちません。そうしませんが、純粋な償還制度であれば、最悪な事態として、全く調整が利かないということも考えられますので、そ

うした事態を回避しなければなりません。

一方で、この償還制度について、医療技術の評価と併せて考えていく、すなわち、本当に効果がある医療に対して、きちんと償還をしていくという新しい概念も生まれつつあります。一部の償還については、きちんとした質が達成できた場合のみ償還するという条件を付ける、例えば一部の診療報酬の10%部分は、医療機関が、認定されているガイドラインに則った形で医療を提供している場合に限り、償還を行うという条件を付けることを検討している国もあります。

まとめますと、正直申し上げて、池上先生の質問にきちんとしたお答えはできません。日本は改革をすべきか否かといったことは、一言で言えないのですが、少なくとも積極的に変化の可能性は探るべきだということは考えていくべきだと思います。ただし、慎重に考えて、また実施についても段階的にするべきだと思います。モニタリングをしつつ、改正をするべきときにはできるように、かつ他の国から学ぶ時間が必要だと思います。しかし、日本の医療制度の根幹はとてもしっかりしたものだと思います。もし、政策立案者の方たちが積極的に関心をもって新しい時代に対応しているという気持ちがあるのであれば、もともと健全な基盤があるので、それを活用してより良い制度が必ずでき上がっていくと思います。以上です。

府川 ありがとうございます。具体的な提案までいただきまして感謝申し上げます。それではこれで午後の第1セッションを終了します。

## 【ディスカッション2】

ゲイリー・バートレス、ピーター・スマイス、貝塚 啓明、池上 直己、府川 哲夫 (司会)

府川 それでは、午後の第2セッションを始めさせていただきます。このセッションでは、午前中の問題提起、及びお二方の基調講演を踏まえ、

「社会保障の果たすべき役割とその持続可能性の確保」というテーマで議論を進めていきたいと思えます。便宜上4つのサブテーマに区切って議論を進めていきたいと思えます。

1番目は年金制度、2番目が医療介護制度、3番目に社会保障の全体の規模あるいは給付の配分の問題、そして4番目に社会保障と個人の行動選択です。これらの議論を通して、アメリカやヨーロッパ諸国の経験をもとに、その中でどのようなエビデンスが得られているか、あるいはどのようなアイデアが試されているかということを通して学んでまいりたいと考えています。この過程を通じて、日本における社会保障改革の議論に役に立つ論点が浮かび上がってくるのではないかと考えています。

それでは、最初のテーマに移ります。これは主に年金制度に関するものですので、パートレス先生と貝塚先生にご質問していきたいと思えます。公的年金について、経済変動や人口構造が変化する中で、制度の持続可能性を確保するためにさまざまな制度改革の取り組みや議論が行われているわけですが、具体的に2つの点について伺ってまいりたいと思えます。

1つ目です。パートレス先生の基調講演で、人口の高齢化によって賦課方式の年金制度のもとで、高齢者の扶養負担がいかにか上昇するかということが具体的に示されました。公的年金の給付削減が避けられない中で、先進各国では公的年金、企業年金、私的貯蓄の3つの役割分担について、特に高齢者の所得水準との関連でどのように考えられているか、この点について伺いたいと思えます。また、公的年金給付は、そもそも所得比例であるべきか否かについて、もし議論があればこの点についても言及していただきたいと思えます。

**パートレス** 一部の国においては、国の主たる責任として、最低所得を高齢者に保証するというものがあります。一方、豊かな国の大半においては、年金が何らかの形で過去に稼得された所得に連動しているのではないかと考えています。私の見方では後者のシステムの方が政治的に安定しているように思われます。

まず、前者の形態をとりますと、しばしば年金給付額が変動してしまうような気がします。なぜこのようなことが発生するかといえば、この拠出額の変動も現役労働者から起こるわけですが、その有権者の中でも年金を強く支持しているという人が安定して存在していないわけです。一方、公的年金を拠出、あるいは過去の所得に連動させますと、中産階級あるいは中産階級のうち比較的所得の多い人たちに対しては、彼らが余分に拠出した部分が、退職後、それなりの収入になるということで、年金制度全体を支持する気持ちになると思えます。そうなれば、政治的には給付水準に対する支持も安定してくることになると思えます。

一方で、お金を節減したいということであれば、定額の給付にして、少なくとも誰でも貧困線を少し上回る水準を維持することができるようにし、それ以上のものは給付をしないという方法もあり得ます。しかし、そのような方法であれば、長期的に見て国民の支持が得られない気がしますし、安定的に所得を保障することはできないという気がします。

**貝塚** 日本の場合にご存じのように、ある時期までは税財源の国庫負担によって部分的に賄われる基礎年金の制度はなかったわけです。それ以前は、原則として社会保険料で賄われる社会保険(social insurance)という形で年金は運営されてきました。したがって、日本のシステムは、ある意味でハイブリッド的なところがあります。ただし、基礎年金もまた年金の加入の条件を満たさなくては給付されないで、保険制度の側面を当然持っているわけです。

基礎年金というのは、そうなるか一体どの程度のレベルに設定すべきか、ということはかなり難しい問題で、例えば生活保護のレベルと基礎年金のレベルは関係しているのかどうかという点も考えなくてはなりません。最初に制度が作られたときには、そういう点も考慮されていたようです。したがって、日本の年金制度はややハイブリッドと言いますか、混合形態的な要素があって、その結果日本の年金は、そうした点において完全に報酬比例ではありません。このように制度としては

ミックスした状態になっていて、議論が錯綜したり複雑になったりしているというのが現状ではないかと思います。そういう印象を持ちますが、いずれにしても年金制度は高齢者にとっての生活のある部分を支えるということは間違いありません。

次の問題は、日本でも話題になっておりますが、いわゆる企業年金の問題です。企業年金は、日本では、2000年の確定拠出企業年金法と確定給付企業年金法の成立もあって、最近ようやく受給権が保護されるようになりました。アメリカではエリサ法というのがありまして、このエリサ法はまさに受給権を保護してきたわけですが、日本でも、この法律の趣旨と役割から学ぶことによって、ようやく最近、企業年金制度において受給権を保護するようになりました。ただし、企業が非常に熱心にこの制度を維持し、あるいは拡張するつもりがあるのかどうか、私はやや疑問に思っています。

しかし、全体のバランスとしてみれば、当然公的年金がある程度給付のレベルが下がったときには、それを補完する企業年金の役割は決して小さくはないので、潜在的には企業年金の制度を安定的なものにして、維持していくことは重要な問題だと思えます。

もう1つ付け加えますと、企業年金というのは、もともと退職金というのがありまして、その退職金に変形したものが企業年金になったという経緯があります。そういう成り立ちなので、過去の経緯を引きずっているという部分があるとは思いますが。

最後に、個人貯蓄については、日本の個人貯蓄は最近急速に低下したと言われております。アメリカの貯蓄率は非常に低いというのは昔からよく指摘されてきたことですが、日本は数年前から貯蓄率が急速に低下しています。この現象はエコノミストから見ると非常に重要なファクターではないかと思えます。なぜ落ちたのか。高齢化の影響もあります。そういう点があるということだけ、とりあえず指摘させていただきます。

府川 ありがとうございます。既に貝塚先生の発言の中で触れられていますが、2点目の問題に移ります。公的年金制度は、どの程度の所得再分配

を行うのがよいのかということそれぞれの国で考えるわけですが、その際各国ではどのような点が考慮されているのでしょうか。また、年金制度のなかで最低保障給付のある国では、その水準はどのように決められているのでしょうか。生活保護の水準との関連でどの程度の水準が決められているのでしょうか。この点について、パートレス先生、もしお考えがあればお願いしたいと思います。

パートレス 所得の再分配ということですが、この問題は、公的年金制度を考える際に、学者の方が一生懸命研究の対象としてきました。すなわち、各国の所得分布はどのような状態にあって、これを是正する際に必要となる所得の再分配が、どのようになされているかということ、多くの研究者が調べています。

例えば、私が携わったものとして、25カ国の工業国におきまして、どの程度の所得が、異なる階層から年金システムに拠出されているのか、また、どの程度の給付が、異なる階層に支払われているかということ、これを調べた調査があります。すなわち、去年受け取った、あるいは先月受け取った所得がどのように再分配されているかということ、これを研究しているわけですが。これについては、様々な研究がされていますが、ほとんどの工業国におきまして、この公的年金制度が税制よりも所得再分配に非常に大きな役割を果たしているという調査結果が出ています。すなわち、公的年金制度は、生活保護よりも所得再分配に貢献しており、そういう意味では、一番大きな所得再分配のソースとなっているということです。

ただし、これらの研究の主たる制約として、私が携わった25カ国の比較調査はただ単に再分配がある1年でなされたということ、調べているのであって、生涯の所得変動に対する再分配の累積的效果を見る点ではあまり意味がないという点があります。というのは、年金制度は、働いて所得があるときに拠出をし、引退後に給付を受けるという制度です。その時点において、年金以外の所得は非常に低いレベルになっていますから、ここで再分配ということ、例えば1年の会

計年度だけでも、高い再配分機能を持っているわけですが、別の見方として、年金制度というものが、生涯をかけて、どの程度の所得再配分を行っているのかということ調べることも重要な課題です。労働者の生涯の所得のうち、どの程度保険料を支払っているのか、そして、どの程度の給付金を年金制度から受け取っているのかということを見ていくわけです。

私は、この比較調査を終えたばかりなのですが、私見を述べさせていただけば、こうした点について非常に多くの情報を持っている唯一の国はやはりアメリカのようです。アメリカにおいては、多くのデータソースがあり、しかも、ハーバード大学のマーティン・フェルドシュタイン教授をはじめ、非常に多くの研究者たちが、これらのデータを利用して、ライフサイクルの観点から家計の貯蓄・消費に及ぼす効果あるいは再配分効果などについて実証分析しております。

さて、この再配分というものを、1年の所得ではなく生涯の所得で見えますと、公的年金制度による再配分の効果を所得階層別に見てみると、公的年金制度による再配分効果は、生涯で見た場合と1時点で見た場合とでは相違が生じることが分かります。

理由としては、日本のように基礎年金がある場合や、アメリカの給付設計のように低所得者に厚く給付が支給される場合には、賃金が低い低所得の人々に対しては、高所得者に比べて所得代替率が高くなり、有利になります。しかし、実は、この所得が低い人というのは、所得の高い人と比べた場合には、健康状態の善し悪しによって稼働能力にも相違が見られることなどが背景となって平均的に見るとそれほど長生きしないわけです。つまり、この所得というものについては、どれだけ寿命があるかということと関係があるわけです。このように、生涯所得あるいはライフサイクルで見ると、所得再配分は1時点で計ってみた効果ほどには機能していないということが分かります。

**貝塚** 日本の場合の特徴は、被用者年金、すなわち厚生年金と共済年金というものがありますが、それ以外に国民年金というものがあまして、こ

れは報酬比例ということにはなっていないわけです。定額の保険料とある一定の給付です。ですから、日本の制度は、国民年金の部分については常識的に考えれば再配分的な要素を強く持っていると思います。厚生年金の方が、そういう意味では再配分の要素は低いと言えます。

アメリカの場合は、パートレス先生がおっしゃられたとおり、全部報酬比例であり、かつペイロール・タックスと言われている税金（賃金に課される社会保障税で、給与税と呼ばれる）という形で徴収を行っています。アメリカの税金の中でペイロール・タックスは、租税行政上の効率性から言えば最善のタックスであり、95%の人が払っていると言われています。自営業者もみんな払っているようですし、日本の場合と大きく違っているわけです。

日本の場合は、2つの制度に分立しているというところが特徴で、そこで再配分の程度も、おそらく厚生年金の方が小さくて、基礎年金部分にあたる国民年金の方は高いのではないかという気がします。

**府川** 貝塚先生、ありがとうございます。それでは、サブテーマの2つ目に移りたいと思います。今度は医療・介護制度についてです。医療制度における費用対効果の向上に向けて、ヨーロッパ諸国の医療システム改革から得られるエビデンスと、日本への示唆に関してスミス先生から午前中に包括的なお話を伺いました。関連して具体的にお伺いしたいと思います。

1点目です。高齢者の増加による医療費の増大が先進国共通の課題となっています。日本では高齢者を対象とする医療制度を作るのか、あるいは年齢区分を設けない制度のなかで対応するのかという点が大きな議論になりました。高齢者の医療費に関して、ヨーロッパ諸国ではどのような認識が一般的なのか、これをお伺いしたいと思います。また、高齢者について、医療と介護の区分けはどのように考えられているのか、この点についても言及していただければありがたいと思います。それではスミス先生お願いします。

**スミス** 優先課題がいくつかありまして、国によ

ってそれが異なっています。しかし、多くの国で鍵となっているものは、どのように医療と介護を統合していくかということです。いくつかのイニシアティブが既に見られています。例えば、家族はよりインフォーマルなケアをするよう、奨励すべきというものです。

また、高齢者に対してかなり不必要な入院が行われており、特にイギリスでは、他の国からの教訓を学ぼうとしています。イギリスで、今実施しようとしているシステムとして、カイザー・パーマネンテが挙げられます。これは、カリフォルニアのHMOなのですが、そこではできるだけ老人を入院させないように、なるべく地域社会で生活させようとしています。

次に、これもイギリスの例になりますが、医療について、長期的なレビューを行っています。これは財務省が行っているものですが、そこでは、基本的な問題として次のようなことが提起されました。彼らは、エンゲージドシティズン(engaged citizen)という言葉を考えました。エンゲージドシティズンというのはどのような市民かと言いますと、医療の問題をよく認識しており、そして積極的に自分の健康に気をつけている人たちのことです。3つのシナリオがここで考えられました。1つ目は健康に対して十分に関心を持った人たちです。2つ目は、ある程度関心を持った人たち、最後は、全然関心を持たなかった人たちという3つです。これらの者において、どのくらいの医療費支出がかかるかということを見たときに、大きな差異が発見され、非常に示唆に富んだ結果になりました。

市民、特に高齢者が、より積極的に医療制度に参加し、できるだけ健康な生活をして、彼らがいわゆるエキスパートペイシエント(expert patient)となってもらふようにすることが大事だということがわかりました。と言っても、老人の多くは慢性疾患を抱えていますから、彼らなるべく自分たちの疾患に対して、より積極的にケアするように奨励し、彼らに対しより多くの情報を与えてより良い選択をし、より良い形で医療制度を活用できるようにするということです。こうし

た取組みは、まだ着手されたばかりですが、非常に高い関心が集まっています。長期の介護と高齢者の医療を統合することによって、今と比べてより有効な、より効率性の高い解決策が見出されればと考えています。

池上 高齢者と一般等を分けるべきかどうかと言ったときに、まず「高齢者」とはいつからか、年金の受給年齢は、昔は60歳だったのが65歳になって、医療保険では、70歳から毎年1歳ずつ増えて、いずれ75歳になります。75歳になると、また費用負担が大きいという理由で、今度は80歳になるまで1歳ずつ増えるかもしれません。したがって、年齢で区分すると公平のような印象を与えますが、極めて人工的なものなのです。

スミス先生の説明を思い出していただければおわかりになると思いますが、年齢とともに医療費は増えてますが、65歳の誕生日と同時に医療費が5倍になるわけではありません。40代から生活習慣病が増えて、徐々に医療費が増えていくわけで、さらに、死亡前の1年間の費用が大きいものだから、いつ亡くなるかによって医療費を多く使うかどうかが決まる要素があります。高齢者という範疇で日本人を二分した医療制度というものに私は反対です。したがって、高齢者医療制度というのは、医学的に見ても根拠がない制度だと思えます。

次に、医療保険と介護保険を何を基準に調整するかという問題については、私は非常に簡単なルールが適切だと思います。医療保険は、基本的に普遍平等な体制が必要であって、支払能力、年齢によって受けるサービスが違うことを、国民は歓迎しないと思います。したがって、普遍平等が医療保険の制度構築をする上での大原則だと思います。

しかし、介護保険においては普遍平等ということは求められていませんし、制度的にもそのような仕組みになっていません。したがってまず普遍平等なサービスを国民が享受すべきか、あるいは多少の格差を認めるべきかということを基準に振り分けていく必要があります。その上で、スミス先生がおっしゃったように、両者のサービスの

調整を行っていく必要はあると思いますが、制度的には分けるべきだと思います。

**府川** 池上先生ありがとうございます。それでは2点目に移ります。スミス先生の午前中の基調講演で、医療システムの中に競争原理を持ち込んで効果がある分野とない分野があるというお話がありました。そこで、競争原理を持ち込んで効果がある分野について、もしよろしければもう少し詳しく伺いたいと存じます。

**スミス** その回答の前に、先の質問に答えていませんでした。強く申し上げたいのですが、私も池上先生と同じ意見で、人為的に高齢者の定義を作ることは望ましくないと思います。わが国でも、高齢者については、例えば、私のいるヨークは、グラスゴーと比べると、ヨークの高齢者のほうが10年は年上だと思います。それだけ格差があるのです。ですから、全国平均で高齢者は何歳以上と決めたとしても、それはどこの都市によるかによってもすごく違ってくると思います。その点は池上先生がおっしゃったとおりです。

さて、今のご質問に対する回答に移ります。医療に競争原理を持ち込むことについてですが、ここでの基本的な基準は、そもそも厳密な契約を医療に関して文章として作成することができるかどうかということです。例えば、明確に何が要件であるのか述べることができ、またその期待されている品質についても厳密に表現できるのであれば、競争原理の導入は可能だと思います。

そもそも競争可能性といった議論が可能なのは、非緊急性の医療技術だと思います。ここでは競争原理があってもいいと思います。もちろんある程度安全弁は必要ですが、非緊急の部分では導入可能だと思います。一方で競争原理が導入しにくいところ、これは慢性の分野だと考えられます。それは、患者間でその様態に大きな違いがあり、分類がしにくいので、医療機関が、健康な人を勝手に選ぶかもしれません。儲かる患者だけを選び、あまり儲からない治療が難しい患者さんを排除するクリームスキミングの傾向が出てきます。ですから、慢性期あるいは慢性疾患、特に精神疾患については、競争原理の導入は難しいと思います。

品質保証が一段と難しくなりますし、そもそもいいところ取りを抑止することが難しくなります。

もう1つ問題があるのが、救急部門です。言うまでもありませんが、緊急なわけですから、合理的な意思決定をする時間は、患者側にはありません。ですから、救急部門については、競争原理に馴染まないのではないかと思います。

**池上** 競争というのは単に料金が安い方を選ぶのではなく、質との関係で、質と料金で競争するのですが、その質が測れるかどうか、先ほどスミス先生がおっしゃったように、きちんとした契約が結べるかどうかになるのだと思います。そのきちんとした契約が結べない、特に日本のようにデータベースがほとんどない状況で、競争原理を導入した場合に何が起こるかという、クリームスキミングという言葉でスミス先生がおっしゃったように、保険者はできるだけ医療費のかかる加入者を排除しますし、医療機関は保険の支払額と比べてお金がかかる患者を排除しますから、保険者と医療機関の双方で相対的に医療費のかかる患者を排除することに関しての競争が激化すると思います。

計測可能なもの、例えば床のクリーニング、病院の清掃部門あるいは食事の内容ということになると、これは競争原理が働くと思いますが、それ以外に残念ながら日本では測れるデータベースは、少なくとも国のレベルではありません。したがって、競争を望むのであれば、リスク調整といって患者の重症度を加味して、ここは重い患者が多いからこの程度の生存率でも非常にいい結果である、別の病院では生存率は高いがこんなに軽い患者が集まっているのであれば決して成績がいいということではないというデータベースを整備する必要があります。そのようなデータベースがない段階での競争は、害のほうが大きいと思います。

**府川** 池上先生ありがとうございます。それでは、3つ目のサブテーマに移りたいと思います。社会保障全体の規模あるいは社会保障の給付の配分の問題です。ここでは2つの質問をしたいと思います。パートレス先生にもスミス先生にも関わりますのでお答えをいただきたいと思います。社



会保障の規模に関してヨーロッパ大陸諸国とイギリスやアメリカとではかなりの差が見られます。社会保障の負担の上限が明示的に議論されているのでしょうか。それから、社会保障負担、特に企業負担(事業主負担)が経済に及ぼす影響に関する議論の動向について伺いたいと思います。

**パートレス** 社会保障の規模は国によっても違います。また、高齢者の年金をどの程度にするかということも国によって違ってきます。全体としては、日本とアメリカはおそらくほぼ近いレベルの社会保障の規模になっていると思います。また、高齢者の年金給付のレベルもほぼ同じではないかと思えます。これらのレベルは、ヨーロッパ大陸のレベルよりも低いが、イギリスよりは高いということです。それではその上限はどうなるかということですが、その上限については分かりません。状況としては、手厚い社会保障を提供しているような国々、そして保険料率が高いような国々は、雇用の伸びということで見ますと、低負担、低給付の国々と比較して、過去15年の間、それほど良い成績ではなかったと思います。

ただし、手厚い社会保障を提供しており、かつ、保険料率も高い国が、社会保障の負担が低い国と比べて経済成長率が低いかどうかということは難しい問題です。手厚い社会保障を提供し、保険料率が高い国々においては、雇用の伸びには不利に働くようですが、だからといってそれが全体の経済の成長にはそれほど大きなダメージを与えていないという気はします。

**スミス** パートレス先生がおっしゃったことに対して2,3付け加えさせていただきます。非常に困難な議論が、フランスやドイツなどの社会保険の国々で行われました。これは何についてかと申しますと、社会保険の水準についての議論です。すなわち、フィジビリティの限界に達したかどうか、経済に対しても害を与えるような水準にまでなっているのか、税率が高くそれが雇用に対してどのような影響を与えているかということでした。

確かに、フランスの制度については、これはいわゆる費用調達に関しては革新的な改革だと考えられました。ただし、こうした改革においては、

例えば、午前中にお話し申し上げたとおり、ベルギーではDRGについて補助金を支出したりしていますが、これは経済的な理由というより、政治的な理由だと考えられます。政策決定者は、自分たちの意図が何であるかということを明確にしないてはいませんが、この分野において原理・原則とされているものは極めてシンプルなものです。それは、どれだけ富裕な人が貧しい人に補助金を出すべきか、どれだけ健康者が病人に対して補助金を出すべきか、若い人がどれだけ老人に対して助成金を出すべきかというものです。

このように、原則的には非常に単純な問題です。政策立案者は、まずそれぞれの補助金の額がどれくらいになるのか、そしてそのためにどのような手段を用いるべきかということを決めなくてはなりません。被用者の掛金が、ある国においては限界まで達しているかもしれませんが、これは別に危機的な問題になるというものではありません。税率の水準については、いろいろと批評、批判が行われていますが、こうした議論は、どちらかという一般的なもの、すなわち全体的な税率レベルがどのくらいであるべきかという包括的な議論の一部であると考えています。ですから、政治的なリーダーシップをはっきりさせて、公的保障の規模について、国民に情報提供を行い、有権者が投票時に判断できるようにしてはなりません。

**府川** 今までは社会保障全体像のうちの負担の問題でしたが、次に社会保障の給付の議論に移りたいと思います。まず、社会保障における制度ごとの給付の配分です。医療や介護に重点を置くのか、あるいは現金給付、特に年金に重点を置くのか、このような点に関してそもそも議論があるのか。あるとすればどのような議論があるのか、この点についてまずパートレス先生から伺いたいと思います。

**パートレス** アメリカでそのような議論があることは承知しています。公的な健康保険制度がありまして、貧困者はすべてカバーされ、かつ65歳以上であればカバーされるということになっています。それ以外の人たちは私的な事業主ベースのものに加入をするか、あるいは自ら私的なものに

加入をしなければなりません。ということは、医療部門、健康保険に対する公的部門の支出は、アメリカでは人口構造に深く繋がっていることになりまして、他の先進国に比べてもアメリカでその傾向が強いこととなります。

アメリカ以外の先進国では、公的な医療部門に対する支出が多く、特に65歳以下を対象としたものであっても、近年の所得格差の影響もあって貧困層に対する医療制度(メディケイド)のような公的部分の役割が大きいわけです。アメリカでは、公的部門での支出は、これから急激に上がります。なぜかと言えば、メディケイドに加えて、65歳以上の比率が高くなることにつれて、メディケアを通じた公的支出が増加するからです。

次に、アメリカにおける医療費についてですが、これはケア自体のコストもかかりますし、その頻度も高まっているということで、その拡大の速度は、アメリカの国民所得の増大比やOECDの平均の伸び率よりも大きくなっています。そのため、高齢者医療保険に対する支出は、公的年金の給付額の伸び率よりもはるかに上回ってしまうだろうと考えています。いつの時点でそうなるのか分かりませんが、向こう25年間でおそらくアメリカにおける高齢者1人1人の医療費の額の方が、同じ高齢者向けの公的年金給付額を上回るようになります。今の医療費の伸びが続き、年金給付よりも医療費の方が高くなるということであれば、別の方法で医療費の伸び率を抑制することを考えなければならぬこととなります。

例えば、現行のメディケアの給付内容では、あまりにも退職者に対する給付が大きすぎるという議論になるかもしれません。しかし今のところ、国として、こうした事態にきちんと取り組んで変えていこうという姿勢はありません。アメリカでの改革というのは、いつも少しずつ漸進的に進みます。医療費の支出をある分野で少し抑制をしてみ、ほかの分野でまた少し抑えてみるというやり方ですが、包括的、総合的に国家政策があるわけではありません。例えば医療費全体を国全体で抑えていこう、あるいは高齢者医療費を全体で抑えていこうという国レベルの動きはないのです。

望ましいと思ったとしても、そのための政策はないのが現状です。

**スミス** 社会保険方式のところと、欧州における税方式のところと分けたほうがいいかもしれません。

社会保険方式においては、保険者は大体受動的です。年金については、確定給付を変えるということは長期的な時間がかかるものです。コストを抑えようという動きもありますが、先ほども申し上げましたように漸進的なものです。社会保険方式の国では、保険者が能動的な意思決定ができるようになるためには、制約が大きいと思います。

一方で、税方式の方が、政策決定をすぐにできる余地があると思います。イギリスでも2年に1度、大蔵省がいわば審判となって、税収の配分を決めます。省庁間で奪い合うわけですが、そのなかでも特に医療にどれだけ使うか、あるいは介護にどれだけ重点を置くか、どれだけ公的年金に振り向けるか、厳しい戦いが行われます。政治的な意味合いが強いので、その結果も大体政治的に決まります。

ご参考までに申し上げますと、過去5年間で、一番大きな割合を獲得できたところは医療です。今のところイギリスで最大の問題は、いかにして政府がそこに投入している資金を効果的に活用するかです。

一方でどこが負けているかといえば、公的年金です。これはいわば貧困者のためのセーフティネットです。介護も特に有利な扱いを受けているわけではありません。こういう政策間での奪い合いがあるわけです。そういう意味で政治的にどのように配分をするか、あるいはどれだけの配分をあてるか協議の余地はあるわけで、税方式であるとやはり政治的な結末になります。むろん、このような場合には、必ずしも厳密なコスト効果に合致した結果にはならないということも忘れてはけません。

**貝塚** この問題は随分前から経済学者が議論してきたことで、例えば北欧の例では、スウェーデンの社会保障の手厚いやり方が経済にどのような影響を及ぼしたのかという、スウェーデンの学者と

アメリカの学者が一緒に書いた本があります。その結論はバラエティに富んでいまして、北欧のスカンジナビアのいわゆる福祉国家のやり方が経済を阻害したとは必ずしも言えないという、はっきりとした回答はないというものでした。ですから、論文はそれぞれ違った結論を出しているということです。したがって、私は、必ずしも社会保障負担の上限がはっきりあるということは言えないと思います。

後は、現金給付と現物給付（サービスの提供）の選択と組み合わせの問題です。社会保障制度では、年金給付が現金給付の典型で、医療保険は基本的にはサービスだと思えます。それから介護というのも、現金の部分もあると思えますが、やはりサービスがかなり中心になると思えます。これらの、どちらにウエイトを置くかというのはそれほど単純ではありません。

私の意見では、生活するためには最小限の現金がいるだろう、すなわちそのための所得移転が必要だろうということ、それから先は病気になったら医療サービス、あるいは介護を受けるという形になると思えます。ですから、年金がどのような水準になっていて、その中で医療保険は自己負担がどの程度あって、介護は介護でどの程度の負担をするかという設計が必要ではないと言われていたのではないかというのが、私の意見です。

**池上** まず、負担についてですが、アメリカでは医療保険が公的保障の対象でないで、その分、日本流に国民負担率を計算すれば低くなるわけですが、企業にとっては、そのような仕組みだからといって、従業員に医療保険を与えないかというところというわけにはいきません。

そこで、人件費の一環として負担すべき良質な労働力を得るために必要な費用を加えると、アメリカの方が国民負担率は見た目だけでは似たような水準になっていますが、企業にとっての負担ということを考えると、アメリカの方が大きくなっています。ちなみに、アメリカの車1台あたり従業員の医療費に1,400ドルかかっていると言われています。

もう1つの問題は、従業員のためにかかる医療

費というのは、企業で損金として課税されないもので、かなり給付が優れた保険を提供しても、それは課税されず、二重の不公平が生じるので、その企業における負担といった場合に、私的負担を合わせて考えるべきだと思います。

それから給付について、いずれを中心に置くかと言いますと、まず医療と介護と年金との境界が必ずしも明確ではなく、特に日本の場合、介護のかなりの部分がまだ医療保険の給付の対象になっていますので、その整理が必要であると思えます。

その上で長期入院あるいは介護保険の対象者に対して、いわゆるホテルコストまで給付すべきか否かという議論になります。それを解決するためには、実は、たびたび背景にありました生活保護における給付基準を貝塚先生もご指摘なさったように統一しなければいけません。それを整理した上でどこを中心にすべきかということ、改めて国民に問う必要があって、今の時点でそれを重視すべきかというのは、その境界が明確でないのであまり建設的な議論ではないと思えます。

**府川** 池上先生ありがとうございました。それでは4番目のサブテーマに移りたいと思えます。

4番目は社会保障と個人の行動選択です。社会保障は、受給者やサービス提供者の行動や選択に大きな影響を及ぼしています。社会保障制度の中で、人々が望ましい行動や選択を行うような誘引を与えるために各国でどのような工夫をしているかということについて伺いたいと思えます。

時間があまりありませんので、具体的な点を2つほど伺いたいと思えます。最初の質問は年金制度に関するもので、パートレス先生と貝塚先生にお伺いしますが、年金制度では支給開始年齢が個々人の引退年齢に大きな影響を与えていると考えられます。各国の制度において、保険料を長く納めるインセンティブあるいは長く働くインセンティブをどのように位置付けてどのように工夫されているのか、この点について簡単にコメントをお願いします。

**パートレス** 国によっては早期退職年齢が、特に女性について男性よりも低くなっていますが、これを引き上げています。また、満額もらえる基準

年齢の方も引き上げられていますし、これから主要な国において引き上げられると思います。こうしたことが、労働に対するインセンティブを提供するということになるのではないかと思います。

また、アメリカにおいては、ある程度以下の賃金をもらっている労働者は、年金給付を減額されずに働き続けられますが、それと同じような状況が諸外国にも見られると思います。

**貝塚** 退職に与える社会保障の影響というのは、日本はやはりやや特殊な状況にあるのではないかと思います。他の国ではなるべく早く引退したいと考えている人が多いのですが、日本の場合はたぶんそうではないのではないかと思います。

日本では、とにかく働きたいと考えている高齢者はこれまでも多くいましたし、依然としてかなり多くいるため高齢者の労働力率が比較的高いのが現実であり、この点がヨーロッパ諸国やアメリカと違うのではないかと思います。

したがって、そうした点で、日本の場合ある意味では問題は簡単ではなくて、賃金を年功序列と言いますか、年や勤続年数に応じて賃金が上がっていくシステムをどう考えるかという問題があると思います。

最近の日本の企業はかなりドライになっているようですが、あまり年功序列的でないとすれば、他の企業に勤めることがそう難しくないということになります。年功序列ですと大企業の人は非常に賃金が高くなり、他の企業に勤めるということは難しくなります。こうした状況が、依然として、ヨーロッパ諸国あるいはアメリカと、日本の違いではないかと思います。

**府川** 貝塚先生ありがとうございました。それでは2点目に移ります。

今度は医療の問題です。各国の医療制度、診療報酬制度を含めますが、この中にはサービス利用者や提供者が疾病予防に留意するインセンティブはどの程度内在しているのでしょうか。

また、スミス先生は、患者側に影響を与える政策としてゲートキーピングや、患者の一部負担などを挙げていらっしゃいましたが、これらの需要側に介入するような政策は、どの程度効果がある

と考えられているのでしょうか。

**スミス** 確かに、健康的な活動を奨励するという範囲は非常に広いと思います。先ほど、GP（家庭医）の契約というものをお話ししましたが、その中にはGPに対するインセンティブが多々あるわけですね。健康を奨励していくためのインセンティブであり、例えば、禁煙のアドバイスをしたことによってスモーカーだった人がノンスモーカーになった場合に、GPも報酬を受けるのです。

先ほど申し上げたイギリスの大蔵省が作成したレビューです。ここには、どのくらいの人が健康かによって、医療制度において、支出の規模が全く違ってくることが指摘されています。

イギリス政府は、こうした状況に対して、そのほかの取組みも考えています。特に、GPに関してのものですが、それは、なるべく市民に対してより健康的なライフスタイルを奨励するものです。

この中で興味深い取組みがあります。これは是非、評価してもらいたいと思って楽しみにしているのですが、それはライフスタイル・コーチの導入です。このライフスタイル・コーチという人たちが、あまり健康的ではない人たちにどうすれば健康を改善できるかアドバイスをします。どのようにこれが実施されるかとても楽しみにしているところです。これは政府による政策です。GPは金銭的なインセンティブをもってこうしたことに取り組んでいくことになります。

次に、ゲートキーピングですが、これも主要な役割を担うことになります。予算を持っていますが、その予算をできるだけ健康を増進するような形で使って、お金のかかる病院に入院させなくて済むようにすることが期待されています。

患者一部負担というのは、今までのところあまりクリエイティブには使われていません。ただ、最近、少しずつ有効な手段になりつつあるようです。例えば、スウェーデンでは実験的な試みが実施されているようです。ただし、その規模が非常に小さいのであまり評価はされていません。日本では、この患者一部負担の政策により、健康的な行動を奨励していくという余地は残っていると思います。

池上 まず、診療報酬については、経済インセンティブとして効果的に働き、数百円の違いが行動を変えたいと思います。ただ、疾病予防との関係で言えば、健康保険法の規則に従って疾病予防の給付は禁じられています。したがって、これを組み込むことは法律改正をしない限り難しいので、この点の調整が課題となります。

次に、ゲートキーピングに関しては、これはイギリスが元祖で、GPの方が適切に患者を振り分けられるとともに、患者としても自分が適切に振り分けられていることに対する信頼感が国民の間に定着しています。ゲートキーピングを導入するに当たっては、いわゆるGPの養成と整備をして、初めて可能になりますので、日本でこれを広めたいならば、現在、ほとんど医学教育のなかで行われていないプライマリーケアの分野の教育を拡充することが先決だと考えています。

府川 池上先生ありがとうございました。それでは、当初予定しました4つのサブテーマの議論についてはこれで終わりにして、皆様から頂いた質問票に対する回答を先生方からお伺いしたいと思います。最初にバートレス先生に対する質問です。スウェーデンで導入されました概念上の拠出建て年金(National Defined Contribution, NDCシステム)についてどのような評価をされていますでしょうか。

バートレス 概念上の拠出建て年金(National Defined Contribution)というのは年金の算定方式・財政方式の1つです。その概念ですが、スウェーデンの年金基金に対して拠出をした人は、それに対していわば点数、クレジットを得ることができます。年齢が上がると加入年数やポイントが上がるので、高齢者になったとき受給する給付額が上がることになります。また、早期退職の年齢に達した場合でも、希望するときに給付を請求することができます。早く引退して最低額の年取のところで給付を求めれば給付額は小さくなります。その代わりに、もっと歳をとってから請求をすればより多くの給付を受給することができます。また、その年金の給付のリターン率、いわば利益率は基本的にスウェーデンの経済成長にリンクすること

になります。もしスウェーデンの経済成長があまり伸びなければ、利益率も高くはないですが、一方で年金基金も破綻することはありません。そうなるとスウェーデンの年金制度は回復力あるいは持続性を持つことになります。例えば、人口動態が急に変化したり、経済に衝撃的なことが起こったりしたとしても、年金制度は耐えることができるし、賃金労働者に対しても透明性を維持できます。また、早期に退職した人あるいは遅くまで退職しなかった人にとっても平等なことになるので、これは意味がある改革だったと、私はプラスの評価をしています。

一方で、年金制度の持続性が確保されると、年金制度と医療制度との間に新たな課題が生じる可能性があります。この課題を考えるとき大切なことは、社会保障の目的は、引退後の生活の保障と健康を改善することが目的であり、お金を節約したいからではないということです。

15年前にある会議に参加しました。そのときにタバコ税を高くしようという議論がありました。もし、タバコ税を引き上げた場合、長期的に皆がタバコを吸わなくなる影響はどうかということを考えていたのです。その時に、アメリカの社会保障制度に対してマイナスの影響が及ぶのではないかという意見がありました。皆が長生きをして皆が年金給付をもらい続けると、死亡率が低下して、財政的に、アメリカのメディケアが負の影響を受けてしまうというものです。すなわち、死亡率が低下すると、65歳より前に死亡する人が少なくなり、より多くの人たちが高齢まで生きてメディケアの受給資格を得て、メディケアのコストが増えてしまうという結論になりました。

本来、アメリカでは、なるべくタバコは吸わないほうがいいということになってはいますが、それは、お金の節約ですとか、医療費を削減するとか、年金コストを抑えるという目的ではなく、アメリカの人たちにもっと健康的に長生きをしてもらいたいからです。

府川 続いてスミス先生及び池上先生に対する質問です。GPによるゲートキーパーが適正に機能するための条件や環境があれば、教えていただき

たいと思います。それから、医療費のコストの最大のものが人件費ですが、医師の所得レベルについて日本、欧米で比較した場合にどのような状況になっているのかを、もしお分かりであれば教えていただきたいと思います。

**スミス** ゲートキーピングを機能させるためには複数のシステムが必要です。例えば、すべての市民がたった1人この人と決めた先生のところに登録しておかなければいけません。

私の考えではゲートキーピングはより効率的なものになっていくと思います。なぜかと言えば、電子カルテが広がる予定だからです。これから5年間で本格的に使われることになると思いますが、そうなりますと、国民全体の医療記録ができることとなります。その場合に1人の患者さんのカルテが、受け持ちであるGPのところにあることとなります。

パートレス先生が先ほどおっしゃったのですが、そもそもなぜゲートキーピングをするのか。それは単にコストをコントロールすることだけではなく、医療の質も高めたいという考えが背景にあります。その意味でこのIT技術を使って電子カルテを使うことができるようになりますと、1人の医師が1人の患者を受け持つという形で事態を改善する余地がかなり出てくると思います。これがまずどうしても必要な基準です。

1人の医師、受け持ちの先生が1人の患者を診る。一方で、共同で担当するという別の医師も必要となります。また、この二重の役割に皆さん慣れていただく必要があります。第1の役割というのは、その患者さんの代理の立場であるということ、第2の役割は、支払者にとっても代理人であるということ、医師であると同時に、患者と保険者の間に立つ役割を担うこととなります。イギリスと北欧ではこの役割が既に確立されていて、これが定着しています。ですが、こうしたものが定着していないところに、この風土と雰囲気を生み出すのは難しいかもしれません。もしもこのゲートキーピングを導入するということであれば、まずこの考え方を導入することが必要で、慎重に時間をかけて行う必要があると思います。

人件費に関しては、これは欧州域内でもかなり格差があります。EUについては、急拡大しており、6ヵ国が新たに加盟したところですが、そうした国における医師、歯科医師は従来、他の国々に比べてあまり高い所得は得ていませんでした。

ところで、面白いことに、だからといって東から西への移民が大きく起こっているのではなく、むしろ逆の事態が起こっています。一部の専門分野、専門診療科においては、医療が旧東側の諸国のほうが安いからということで、患者が旧東側の諸国に行って、医療を受けています。これは、特別な専門分野で、特に歯医者は旧東側の諸国が安いようです。一方で、イギリスでの医師の賃金は、ここ数年大きく伸びてきています。ただし、イギリスは、大陸に比べれば医師の所得はもともと高いのですが、にもかかわらず医師になる人は少なく不足しています。

なぜこのような状況になっているかと言えば、私の解釈では、所得の他にも多くの側面があるということです。すなわち、何をもちて医師という仕事が魅力的に思われるか、あるいは医療関係者・医療従事者がどれだけ魅力的に見えるかということであって、所得だけではないということです。何をもちて臨床現場の仕事が魅力的で興味深く、やりがいがあると思えるものになるのかということをもっと考える必要があると思います。

**池上** まずゲートキーパーの導入に必要な条件は、前の質問にお答えしたように、医学教育の中でプライマリーケアの教育を行うことが1点、もう1点はやはりゲートキーパーというのは病院の専門医療に対する関所という役割ですので、当然ながらゲートキーパーの医師が行う診療内容と病院の専門医が行う医療内容とは機能分化しないとゲートキーパーの意味がないのですが、日本はこうした機能分化がされていません。特に、日本の病院の半数は中小病院で、いわゆるゲートキーパーの診療所と専門医の病院の間であって、ケースバイケースで異なるという状況の中で、どのように分化していくかということが悩ましい問題です。そのほか、スミス先生がおっしゃったように、患者の信頼を得る、また保険者に対して一定の役割

を担うという両者の信託に応えるだけの基盤を作ること難しい課題であると思います。

次に、医療費は、国民の立場からすると、払う対象になるわけですが、医療従事者にとっては収入になるわけです。ですから、医療費の問題の解決に対して答えを出すには、医師あるいは看護師を1時間拘束した場合にいくらお金を払うかについて、ある程度のコンセンサスがないと適切な医療費の水準を積算するということができないわけです。

しかしながら、なかなかこれは難しい問題で、かつて中医協において医師は勤労者の2割増であれば良いという支払側の意見と、勤労者の3倍でなくてはいけないという医師会側の意見が対立して平行線になった経緯があります。その上、医師といっても、病院の勤務医と開業医を比べるとそれぞれに差があって、また地域によっても差があります。

医師の報酬は千差万別であって、なかなか適正といえる水準はないと思います。ただ、一言だけ申し上げますと、仮に医師の収入が2,000万円、これは高めに見積もっていますが、それで日本の医師はだいたい25万人いますから、それを単純に掛け合わせると5兆円になるわけです。全体の30兆円の中の5兆円が多いか少ないかというのは議論が分かれますが、医師以外の医療従事者の給与あるいは材料費の費用の問題も同時に検討しないと、医師の収入だけをいじっても、たかが2割、されど2割ということになると思いますし、難しいと思います。

府川 池上先生、ありがとうございます。続きましてパートレス先生に対する質問ですが、先進国で個人年金勘定の導入の動きが見られます。アメリカでもプッシュ・コミッションでそういう議論がありましたし、スウェーデンやドイツではそういう制度が既に実現しています。こういう個人年金勘定の導入についてパートレス先生はどのようにお考えなのか。それからフランスやベルギーなどで、賦課方式で行われているわけですが、その弱点を修正するためにファンドを設けるような動きが出ています。これについてパートレス先生

はどのように評価をしていらっしゃるのか、お答えを伺いたいと思います。

パートレス フランスやベルギーについては残念ながら詳しいことは承知していませんが、スウェーデンやドイツのことはよく知っています。アメリカももちろんよく知っていますが、時間の都合上、ドイツについてのみ説明させていただきます。

ドイツにおける個人年金勘定(IRA)ですが、これは任意のものになっています。ドイツにおいては低所得者や子供がいる世帯に対しては、多額の助成金を支出していますが、今度は、それプラスIRAへの助成ということになります。ドイツにおいては、先ほどもお話し申し上げましたとおり、若い労働者に対して、これから20年の間彼らが受け取る給付金が減るのだということ飲み込んでもらわなければいけない状況になっています。公的な制度を縮小させていき、IRAに対する助成金を提供するわけです。こちらの方は任意のものであり、労働者が拠出金を拠出するという形になります。ドイツでは、このように助成金を提供するというので、特に若年労働者に対して、将来的には給付が減るということを受け入れてもらう政治的手段として、この個人年金勘定を導入しようとしていると思います。

このように、個人年金勘定を政治的に利用すること自体は構わないと思うのですが、将来の負担を削減するためには、この個人年金勘定を導入したところで、効果はないと思います。実際に将来の負担を削減するためには、公的年金給付を減らしていくしかありません。

府川 大変長らく午後のセッションをしていただきましたが、そろそろ時間ですので最後に少しまとめをしたいと思います。

午前中の基調講演でパートレス先生からメッセージをいただきましたが、賦課方式の制度ですと2000年から2050年の間に高齢者の扶養負担が約1.5倍に増加せざるを得ないということでした。高齢者の扶養は主に公的制度による移転所得で賄われています。一方、子供の扶養は主に家計で賄われています。したがって、この両者の相対関係

によって扶養負担は変化するという重要な視点を提供していただきました。

賦課方式から積立方式に切り替えれば良いという議論に対しては、積立方式に替えても短期的あるいは中期的には高齢者の扶養負担は減らないということとして、特にブッシュ大統領の提案している個人年金勘定の導入は保険料の総額が変わらなければ、貯蓄率を増加させる効果はないというメッセージをいただきました。

スミス先生の基調講演では、日本のパフォーマンスに関しまして、日本は低いコストで高い水準の医療を達成しており、むやみに抜本改革を考えずに今後とも漸進的改革を行い、いろいろな国で行われているイノベーションについての評価を慎重に行うのが良いのではないかというコメントをいただいたと思います。

競争に関しては、病院サービスのある部分では競争によるメリットがあるが、多くの慢性疾患や外来サービスでは競争に馴染まない部分も多いということでした。特に、保険者間の競争は、そもそも医療費増加の抑制のためではなく、医療の質の向上のために考えられているわけですが、ヨー

ロッパのこれまでの経験によりますと、あまり今のところ効果はないというようなメッセージをいただいたと思います。

討論のセッションでも様々なご意見をいただきましたが、社会保障制度を財政的に持続可能なものにするために、各国でさまざまな工夫をしていることが分かりました。社会保障の全体像に関しましても、各国でそれぞれでした。

社会保障の持つべきインセンティブ構造に関しましてもそれぞれの国の経過やカルチャーによって多様です。目的を明確にすることが大切なのですが、その目的を達成するための方法も複数あるということ認識しておくことも重要であることが分かりました。少子高齢化のなかで、各国はそれぞれの国の文脈のなかで公的な制度と私的な仕組みの望ましい組み合わせを考えることがますます重要になっています。

大変長い時間でしたが、これで午後の第2セッションを終了したいと思います。パートレス先生、スミス先生、貝塚先生、池上先生、どうもありがとうございました。

(編集 田中 徹)



## 1999年7月老人保健適用者外来薬剤費一部負担無料化の効果

増原宏明  
村瀬邦彦

### I はじめに

1982年に高齢者医療費の負担の公平化と総合的な保健対策による高齢者の健康の確保を目指して、老人保健法が制定され、老人医療において定額の自己負担が導入された。その後、幾度かの改定を経て1997年9月、医療保険制度の安定的な運営の確保と負担の世代間公平性を図るため、健康保険と老人保健(以下老健)の改定が実施された<sup>1)</sup>。薬剤処方に対して、供給者側・需要者側双方にコスト意識を喚起させるべく、外来薬剤に対する種類・日数に応じた一部負担が導入された。しかしながらこの外来薬剤費一部負担は、2年も経たないうちに、老人について1999年7月から特例措置により国が代わって負担することとされ<sup>2)</sup>、実質的に「無料化」となった。この改定に対して、上野(1999)は、無料化による「医科」のマクロの医療費の増加率は軽微なものであるとしている。

無料化が、必要不可欠な医療サービスさえも需要できない状態から脱却させるものであれば、この改定の意義があるが、余分の可能性のある受診を促進させるものであるならば、希少な医療資源を浪費することになる。そこで本稿では、1998年から1999年度における3組合健康保険(以下健保)のレセプトデータとマスターデータを素材とし、マイクロデータの立場から1999年7月に実施された「老人保健適用者外来薬剤費一部負担無料化」が、老人の調剤処方と外来の受診行動にどのような影響を与えたのか、試験的な分析を試み

る。

本稿の分析の特徴はcount dataを用いての分析であり、類似の研究には1997年の医療保険の改定でhurdle negative binomialモデルを用いて外来の分析をした吉田・伊藤(2000)、Yoshida and Takagi(2002)、同じく歯科の分析をした吉田・川村(2004)などがある。Count dataとは被説明変数が非負の整数値を取るデータであり、「受診しない」行動に注意して分析できる。2つ目の特徴として、count dataモデルは、受診することとその後の何日受診するかという意思決定が分離した2段階の意思決定仮説と、何日受診するかのみを決定する1段階の意思決定仮説という2つの受診行動から無料化の評価を行うことができる点が挙げられる。

以下、IIにおいて、健保レセプトデータをもとに調剤と外来の記述統計をとり、外来薬剤費一部負担無料化が実施された1999年7月前後における高齢者医療受診行動の比較を男女別・年齢階級別に行う。IIIにおいて、健保レセプトデータからcount dataを構築し、1段階の意思決定仮説と2段階の意思決定仮説双方の立場から、無料化の効果を分析する。IVでは本稿のまとめを行う。

### II 記述統計

#### 1 使用データ

本節では、組合健康保険レセプトデータ<sup>3)</sup>に対して、分析のため以下の加工・抽出作業を行い、2つのデータを作成した。データは、医療機関から保険者への診療報酬請求(レセプト)と、保険

者が被保険者の加入情報をまとめたデータ（マスターデータ）からなっている<sup>4)</sup>。データの作成方法は以下のとおりである。1), マスターデータから、1998年もしくは1999年7~12月のいずれかに加入していた個人でかつ71歳以上<sup>5)</sup>の個人を抽出する。2), 受診年月が1998(1999)年7~12月のレセプトデータを抽出する<sup>6)</sup>。3), 当該期間中に入院した患者を特定化し、マスターデータから除外する<sup>7)</sup>。4), 3)によって入院患者を除外した加入者の外来、調剤のレセプトデータを、年度別、診療区分別に抽出し、患者ごとに集計する。

データの設定時期を上記のように設定した理由は、1) 1~3月はインフルエンザなどにより年度ごとに受診が大きく変化すること、2) 2000年4月より介護保険制度が始まり外来について代替される可能性があること、を考慮したためである。

外来と調剤のレセプトを分析する理由は、調剤の処方には医師の処方箋が必要であり、外来・歯科を経ないと発生しないからである。また院内処方も存在するので、外来も分析する必要がある。いずれにせよ、外来薬剤費一部負担が無料化されることで、もし調剤処方に影響があるならば、それは調剤レセプトに表れるものと考えられる。

なお調剤レセプトは、一部歯科受診をした個人のものも含まれているが、制度改定の影響は同一であることと、外来からのものか歯科からのものか識別不可能であるため、本稿ではそのまま使用している。無料化以前は外来レセプトの薬剤費一部負担の項目から院内処方を把握できるが、無料化以降と、無料化以前であっても薬剤費一部負担が発生しないような場合には、これを把握できない。データ上外来の院内処方は分析に限界があるので、近似的に調剤・外来レセプトを使用することとする。さらに、老健適用者はその大部分が国民健康保険(国保)に加入していると考えられるが、データの制約から国保を利用できないため、本稿では健保のデータを用いて近似的な分析を行う。

外来については、1999年4月から1回500円から530円(ただし1月4回まで)と自己負担額が引き上げられ、1998年にくらべ受診抑制の方

向に働いたと考えられる。本稿の分析目的は無料化であるから、この影響を除外するため4~6月のレセプトを用いない。しかし、引き上げによる外来受診の減少の可能性は考慮しなくてはならない。

## 2 記述統計結果

まず、調剤・外来ごとに年度別の加入者(患者)あたりの診療日数、決定点数を算出し、その結果を表にまとめた。表1は加入者あたりのもの、表2は患者あたりのもので、それぞれ左側に調剤が、右側に外来の結果が記載されている。

表1より、加入者あたりの調剤の処方日数は、老健適用者外来薬剤費一部負担無料化が実施された1999年7月以降に70-74歳階級と75-79歳階級の女性を除いた階級で増加しており、とりわけ男性の70-74歳階級と75-79歳階級は増加率が10%を超えている。同様に調剤の点数も、1999年7月以降に男性の80-84歳階級と女性の70-74歳階級以外は増加しており、75-79歳階級の女性以外は12%以上の増加率である。

これに対して、表1の右側に記載されている外来は、日数が1999年7月以降に男性の75-79歳階級と80-84歳階級が増加している以外はすべて減少に転じ、とりわけ女性は全ての階級に減少が観察される。

表2は患者あたりの日数と点数である。左側の調剤については、日数が男女問わず全ての年齢階級で1999年7月以降に上昇に転じており、中でも男性の増加率は9%以上と顕著である。同様に下段に示した点数についても、男女問わず全ての年齢階層で無料化後の上昇が確認され、中でも男性の75-79歳階級と85-99歳階級が19%以上の増加率を示している。表2の右側の外来については、日数が男性の70-74歳階級と女性の75-79歳階級と80-84歳階級では1999年7月以降に減少している。また点数についても男女とも、表1の加入者あたりでみたときと同じように、減少を示した年齢階層と上昇に転じた年齢階層が混在している。外来については、女性の加入者あたりで日数が減少しているが、その他については増加して

表1 男女別加入者あたり日数・点数の推移

| 年齢階級     | 調剤日数  |       |        | 外来日数   |        |        |
|----------|-------|-------|--------|--------|--------|--------|
|          | 1998年 | 1999年 | 増加率(%) | 1998年  | 1999年  | 増加率(%) |
| 70-74(男) | 3.113 | 3.528 | 13.316 | 13.430 | 12.240 | -8.856 |
| 75-79(男) | 3.336 | 3.996 | 19.755 | 14.369 | 15.045 | 4.707  |
| 80-84(男) | 3.450 | 3.540 | 2.615  | 13.308 | 15.233 | 14.463 |
| 85-99(男) | 2.214 | 2.292 | 3.551  | 10.682 | 10.528 | -1.442 |
| 70-74(女) | 4.203 | 4.039 | -3.897 | 17.945 | 17.289 | -3.655 |
| 75-79(女) | 4.530 | 4.466 | -1.409 | 19.212 | 17.780 | -7.453 |
| 80-84(女) | 4.282 | 4.614 | 7.764  | 20.443 | 18.944 | -7.334 |
| 85-99(女) | 2.986 | 3.291 | 10.213 | 15.345 | 14.533 | -5.297 |

| 年齢階級     | 調剤点数      |           |        | 外来点数       |            |         |
|----------|-----------|-----------|--------|------------|------------|---------|
|          | 1998年     | 1999年     | 増加率(%) | 1998年      | 1999年      | 増加率(%)  |
| 70-74(男) | 1,863.247 | 2,133.021 | 14.479 | 9,341.009  | 8,304.717  | -11.094 |
| 75-79(男) | 2,248.700 | 2,802.072 | 24.608 | 12,533.171 | 14,800.692 | 18.092  |
| 80-84(男) | 2,449.680 | 2,295.168 | -6.307 | 13,584.970 | 12,182.963 | -10.320 |
| 85-99(男) | 1,357.321 | 1,528.296 | 12.596 | 13,691.695 | 11,274.770 | -17.652 |
| 70-74(女) | 2,330.779 | 2,296.916 | -1.453 | 11,049.245 | 10,748.729 | -2.720  |
| 75-79(女) | 2,460.773 | 2,667.716 | 8.410  | 13,133.948 | 12,054.507 | -8.219  |
| 80-84(女) | 2,568.889 | 2,897.664 | 12.798 | 15,672.644 | 15,971.474 | 1.907   |
| 85-99(女) | 1,701.319 | 1,920.646 | 12.892 | 14,658.689 | 12,320.739 | -15.949 |

出所) 筆者作成。

いる年齢階層もあれば減少している年齢階層もある。

### III 医療需要関数の推定

#### 1 データ

本節では count data の手法を用いて医療需要関数を推定し、その効果をより精緻に分析する<sup>8)</sup>。医療需要の代理変数として、診療日数を用いるものとする。説明変数に使用するものは、マスターデータの情報を用いて、本人ダミー(本人を1とする)、性別ダミー(女性を1とする)、健保組合ダミー(F2, F3の組合に加入しているときそれぞれ1とする)、年齢階級ダミー<sup>9)</sup>、世帯賃金である。さらに薬剤費一部負担無料化前を表す1998年ダミーである<sup>10)</sup>。

世帯賃金とは、被保険者本人の報酬月額であり、被扶養者については扶養者の報酬月額を割り振る。本稿が分析対象とする老健適用者は、年金所得や

利子所得を得ていると考えられるが、データからはこれを利用することができない。そこで世帯賃金を所得の代理変数として使用する。またレセプトデータには疾病分類コードが存在するが、レセプト記載疾病名と実際罹患している疾病との間に隔たりが存在すると、しばしば指摘される。外来受診者と調剤全てを分析対象にするので、疾病分類コードの情報を使用しない。

#### 2 推定モデル

##### (1) Hurdle モデル

Hurdle モデルとは、医療機関で受診するか否かという0か1かの選択に関して、 $f_H$  という累積分布関数に従い、そして一度受診した後河日受診するかは0でtruncateされた  $f_T$  という密度関数に従うと仮定される。またこのモデルは two part model (TPM) とも呼ばれている。 $y_i, i=1, \dots, N$  を被説明変数となる count data,  $\mathbf{x}_i \sim K \times 1$  を説明変数のベクトルとすると、この hurdle

表2 男女別患者あたり日数・点数の推移

| 年齢階級     | 調剤日数   |        |        | 外来日数   |        |        |
|----------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
|          | 1998年  | 1999年  | 増加率(%) | 1998年  | 1999年  | 増加率(%) |
| 70-74(男) | 8.586  | 9.388  | 9.341  | 18.229 | 17.584 | -3.537 |
| 75-79(男) | 8.994  | 10.647 | 18.378 | 19.070 | 22.317 | 17.023 |
| 80-84(男) | 11.087 | 12.955 | 16.840 | 19.152 | 25.154 | 31.337 |
| 85-99(男) | 9.514  | 10.414 | 9.468  | 18.978 | 19.694 | 3.775  |
| 70-74(女) | 9.940  | 10.487 | 5.500  | 22.037 | 22.658 | 2.817  |
| 75-79(女) | 10.932 | 11.431 | 4.568  | 24.764 | 23.754 | -4.076 |
| 80-84(女) | 11.514 | 12.127 | 5.323  | 26.594 | 25.891 | -2.644 |
| 85-99(女) | 10.627 | 11.814 | 11.163 | 23.772 | 24.160 | 1.632  |

| 年齢階級     | 調剤点数      |           |        | 外来点数       |            |         |
|----------|-----------|-----------|--------|------------|------------|---------|
|          | 1998年     | 1999年     | 増加率(%) | 1998年      | 1999年      | 増加率(%)  |
| 70-74(男) | 5,138.764 | 5,676.399 | 10.462 | 12,679.176 | 11,930.375 | -5.906  |
| 75-79(男) | 6,061.714 | 7,466.599 | 23.176 | 16,634.239 | 21,954.360 | 31.983  |
| 80-84(男) | 7,872.272 | 8,398.227 | 6.681  | 19,550.543 | 20,117.508 | 2.900   |
| 85-99(男) | 5,832.811 | 6,942.829 | 19.031 | 24,323.793 | 21,090.453 | -13.293 |
| 70-74(女) | 5,512.171 | 5,963.252 | 8.183  | 13,569.041 | 14,086.764 | 3.815   |
| 75-79(女) | 5,938.028 | 6,827.686 | 14.982 | 16,929.718 | 16,105.450 | -4.869  |
| 80-84(女) | 6,907.805 | 7,615.441 | 10.244 | 20,388.307 | 21,828.748 | 7.065   |
| 85-99(女) | 6,055.233 | 6,894.793 | 13.865 | 22,708.390 | 20,482.987 | -9.800  |

出所) 筆者作成。

モデルの確率密度関数は以下のように表すことができる。

$$f(y_i) = f_H(0)^{d_i} [(1 - f_H(0)) \times f_T(y_i | y_i > 0)]^{1-d_i} \quad (1)$$

$d_i = 1 - \min(1, y_i)$  であり、 $f_T(y_i | y_i > 0) = f_{NB}(y_i) / (1 - f_{NB}(0))$  とする。(1) から容易にわかるように、 $(1 - f_H(0))$  をカッコの外に出すと、2値選択と0でtruncateされた条件付密度に分割することができる。2値選択部分は通常  $f_H(0) = (1 + \exp(\mathbf{x}_i \beta_H))^{-1}$  と logit モデルに特定化される。他方0でtruncateされた部分については、 $f_{NB}(y_i)$  に negative binomial モデルを仮定し、

$$\begin{aligned} f_T(y_i | y_i > 0) &= \frac{f_{NB}(y_i)}{1 - f_{NB}(0)} \\ &= \frac{\Gamma(y_i + \nu_{NB,i})}{\Gamma(\nu_{NB,i}) \Gamma(y_i + 1)} \\ &\quad \times \left( \left( \frac{\nu_{NB,i} + \mu_{NB,i}}{\nu_{NB,i}} \right)^{\nu_{NB,i}} - 1 \right)^{-1} \\ &\quad \times \left( \frac{\mu_{NB,i}}{\nu_{NB,i} + \nu_{NB,i}} \right)^{y_i} \quad (2) \end{aligned}$$

とする。ただし  $\mu_{NB,i} = \exp(\mathbf{x}_i \beta_{NB})$ 、 $\nu_{NB,i} = \alpha_{NB}^{-1} \mu_{NB,i}$  である。また  $\beta_H, \beta_{NB} \sim K \times 1$  はパラメータベクトルであり、 $\alpha_{NB}$  は NB モデルの係数である。このモデルを hurdle negative binomial 1 (HNB1) モデルという。hurdle モデルにおける被説明変数  $y_i$  の平均は、 $E(y_i | x_i) = ((1 - f_H(0)) / (1 - f_{NB}(0))) \mu_{NB,i}$  となる。

この hurdle モデルが医療経済学で用いられる理由は、Pohlmeier and Ulrich (1995)、Gertham (1997) が主張しているように、受診するかしないかは患者が決定をし (contract decision)、その後何日受診をすべきかは主に医師が決定する (frequent decision) という意思決定仮説を近似することである。医師が frequent decision を決定しているかどうかについては議論の分かれるところであるが、少なくとも受診することとしないこと、そして何日受診するかという意思決定が独立した行動と捉えることができる。本稿ではこれを2段階の意思決定仮説と呼ぼう<sup>11)</sup>。

## (2) Finite Mixture モデル

Count data の基本モデルとして用いられる Poisson モデルと、これに Gamma 分布に従う誤差項を仮定した negative binomial モデルを、観察不可能な個人ごとの異質性を考慮し、多頻度患者、少頻度患者というような2つ以上のサブグループに分離して分析するものを finite mixture (FM) モデルという。つまり FM はサンプルをいくつかの潜在的なサブグループに分割し、混合分布として捉える推定方法であり<sup>12)</sup>、latent class model (LCM) と呼ばれる。

ここで  $\pi_j, j=1, \dots, C$  を、あるサンプルがサブサンプル  $j$  に属する確率としよう。ただし  $\sum_{j=1}^C \pi_j = 1$  である。このとき確率密度関数は、

$$f(y_i) = \sum_{j=1}^{C-1} \pi_j f_j(y_i) + \pi_C f_C(y_i) \quad (3)$$

となる<sup>13,14)</sup>。そして  $f_j(y_i), j=1, 2, \dots, C$  は通常以下のような NB モデル

$$f_j(y_i | \mathbf{x}_i) = \frac{\Gamma(y_i + n_{j,i})}{\Gamma(n_{j,i})\Gamma(y_i + 1)} \times \left( \frac{\nu_{j,i}}{\nu_{j,i} + \mu_{j,i}} \right)^{\nu_{j,i}} \left( \frac{\mu_{j,i}}{\mu_{j,i} + \nu_{j,i}} \right)^{y_i} \quad (4)$$

と特定化される。HNB モデルと同様に  $\mu_{j,i} = \exp(\mathbf{x}_i' \beta_j)$ ,  $\nu_{j,i} = \alpha_j^{-1} \mu_{j,i}$  であり、FM-NB1 モデルという。

Hurdle モデルは、未受診者と受診者のみを分離するが、FM モデルは  $\pi_j$  という潜在変数 (latent variable) を用いて「事後的」にはあるが、少頻度患者・多頻度患者という2つのサブグループに分離することができるので、この  $\pi_j$  をある種の健康状態に関する解釈が可能となる<sup>15)</sup>。医療分析において、急性疾患患者と慢性疾患患者を分離することは重要なことであるが、FM モデルを用いることで、近似的に少頻度患者と多頻度患者を分離して観察することができる。

FM モデルは2タイプに分離をしてはいるが、前節で述べたような2段階の意思決定ではなく、受診全てを決定するものと解釈できる。そこで本稿では FM モデルを1段階の意思決定仮説と呼ぶことにする<sup>16)</sup>。

1段階・2段階の意思決定仮説という2つの count data モデルがあることで、政策評価をするさいどちらに立脚するかで、経済学的な解釈が大きく異なる。前者においては、何日受診が増加(減少)したのか、また FM モデルであればどちらのサブグループに強く働いたのかを分析できる。後者については、ある制度改定の効果が、受診するか否かの意思決定と、その後の受診のどちらに強く働くのかを判断できる。

## 3 結 果

## (1) 基本統計量

表3は、調剤と外来の基本統計量である。表の左側は1998年のものであり、右側が1999年のものである。1998年が6,714、1999年が6,726と後者のほうが若干多い。

調剤処方日数は、1998年が3.866日、1999年には3.996日となり、1999年に3.368%増加する。これに対して調剤処方日数が0である0比率は、1998年に0.632、1999年には0.646と2.150%ポイントという若干の上昇が認められる。すなわち0比率が上昇したにもかかわらず、処方日数が増加しており、調剤の処方を受けた個人がより頻繁に調剤薬局に通っていることがわかる。外来に関しては、1998年が17.285日、1999年には16.378日と5.248%下落する。0比率も0.256から0.301と17.571%ポイント増加し、受診の抑制が示唆される。女性ダミーの平均値は0.8であり、また本人ダミーが0.05であることから、本稿で用いた組合健保の老健適用者は、被扶養者の女性が多いということになる。年齢構成については、75-79歳階級がもっとも多く、1998年の0.323、1999年では0.310となる。次いで多いのが70-74歳階級で、1998年・1999年ともに0.235となる。年齢の平均値が1998年では79.383歳、1999年は79.603歳であり、1999年に0.277%上昇する。世帯人数は、1998年・1999年ともに約3.2人となる。

## (2) 推定結果

推定結果を記述する前に、ひとまず先に述べた様々なモデルの情報量基準について言及しよう。

表3 基本統計量

|                 | 1998年             |        | 1999年             |        |
|-----------------|-------------------|--------|-------------------|--------|
|                 | サンプル              | 6,714  | サンプル              | 6,726  |
|                 | 平均                | 標準偏差   | 平均                | 標準偏差   |
| 調剤診療日数<br>(0比率) | 3.866<br>(0.632)  | 7.481  | 3.996<br>(0.646)  | 7.821  |
| 外来診療日数<br>(0比率) | 17.285<br>(0.256) | 25.166 | 16.378<br>(0.301) | 24.392 |
| 女性ダミー           | 0.774             | 0.418  | 0.766             | 0.423  |
| 本人ダミー           | 0.050             | 0.219  | 0.061             | 0.240  |
| F2ダミー           | 0.286             | 0.452  | 0.283             | 0.450  |
| F3ダミー           | 0.389             | 0.488  | 0.433             | 0.496  |
| 年齢              | 79.383            | 5.789  | 79.603            | 5.947  |
| 75-79歳ダミー       | 0.323             | 0.468  | 0.319             | 0.462  |
| 80-84歳ダミー       | 0.246             | 0.431  | 0.251             | 0.433  |
| 85-99歳ダミー       | 0.195             | 0.396  | 0.205             | 0.404  |
| ln(世帯所得)        | 3.849             | 0.413  | 3.828             | 0.427  |
| ln(世帯人数)        | 1.173             | 0.467  | 1.153             | 0.475  |

出所) 筆者作成。

調剤・外来のデータともに Poisson, NB1, HNB1, FM2-NB1 の4つの推定を試みた。調剤データの AIC (Akaike's Information Criterion) はそれぞれ 154,863, 51,051, 49,302, 49,306 であり, BIC (Bayesian Information Criterion) は 154,945, 51,148, 49,482, 49,516 であった。外来データについては, AIC が 374,806, 96,890, 94,382, 93,731 であり, BIC は 374,888, 96,988, 94,562, 93,941 であった。2つのデータに共通する特徴は, HNB1, FM2-NB1 の情報量基準が比較的近い値をとっており, また Poisson, NB よりも低い値となっていることである。情報量基準で見ると, 調剤データについては HNB1 が, 外来データについては FM2-NB1 が優越している。さらに尤度比検定を行ってもどちらのデータとも, Poisson, NB1 モデルが支持されることはなかった。これらの結果から, 少なくとも FM2-NB1 か HNB1 のどちらかといえそうである。

Jemernez-Martin et al. (2002) や Gerdtam (1997) などでは, AIC・BIC をベースにして hurdle モデルと FM モデルの選択を行っている

が, これら情報量基準のみの結果から, 調剤は2段階の意思決定仮説, 外来は1段階の意思決定仮説であると結論付けることは危険である。2段階の意思決定仮説を近似する hurdle モデルは, 受診の有無を表す部分に重点を置いているので, 比較的受診日数が高い部分でのモデルの適合が悪く, FM モデルは混合分布にしているためこの部分での適合がよいことを, Deb and Trivedi (2002) は指摘している。また Winkelmann (2004) では, FM モデルが HNB モデルよりも情報量の観点からは望ましいが, Hurdle モデルに分類される probit Poisson log-normal モデルで推定を試みたところ, これが最も優越する結果となった。つまり, 1段階か2段階かは推定モデルの仮定に依存し, これを変更することでモデル選択は変化するのである。そこで本稿では, 2つの仮説を1つに絞るための議論をここで留め, 1段階と2段階の意思決定仮説双方の立場から, 外来薬剤費一部負担無料化の効果を検証する。

表4は, 調剤データの結果である<sup>17)</sup>。表の左側に FM2-NB1 が, 右側には HNB1 の推定結果が記載されている。まず1段階の意思決定仮説を

近似する FM 2-NB 1 モデルの結果を概観すると、表の上に low, high という項目があり、これはサンプルの平均値で評価した事後的な少頻度患者、多頻度患者を表す。本稿が分析対象とする 1999 年 7 月の外来薬剤費一部負担無料化は 1998 年ダミーで表され、これが少頻度患者の場合負であるが有意でないことから、1999 年 7 月以降の調剤処方増加は限定的なものと考えられる。同様に

多頻度患者についても、1998 年ダミーについては負で有意であることから、1999 年 7 月以降の調剤処方増加したといえる。

2 段階の意思決定仮説を表す HNB 1 モデルの推定結果は、表 4 の右側に記載されている。表の上にある hurdle は調剤処方(受診)するかしないかという事象を表し、正の値であれば調剤処方の確率が大きくなる。NB は調剤処方した後、何日

表 4 調剤推定結果

|                           | FM 2-NB 1            |                      | HNB 1                |                      |
|---------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
|                           | low                  | high                 | Hurdle               | NB                   |
| 定数項                       | 0.231<br>(0.333)     | 2.338***<br>(0.139)  | -0.672***<br>(0.192) | 2.032***<br>(0.133)  |
| 女性ダミー                     | 0.704***<br>(0.089)  | 0.175***<br>(0.042)  | 0.507***<br>(0.050)  | 0.116***<br>(0.039)  |
| 本人ダミー                     | 1.791***<br>(0.145)  | 0.059<br>(0.072)     | 1.518***<br>(0.101)  | 0.069<br>(0.067)     |
| F 2 ダミー                   | -0.738***<br>(0.105) | -0.130***<br>(0.041) | -0.497***<br>(0.049) | -0.055<br>(0.038)    |
| F 3 ダミー                   | -0.294***<br>(0.077) | 0.025<br>(0.032)     | -0.240***<br>(0.045) | 0.054*<br>(0.032)    |
| 75-79 歳ダミー                | 0.164**<br>(0.080)   | 0.109***<br>(0.038)  | 0.096*<br>(0.050)    | 0.119***<br>(0.038)  |
| 80-84 歳ダミー                | -0.036<br>(0.094)    | 0.177***<br>(0.042)  | -0.035<br>(0.054)    | 0.222***<br>(0.040)  |
| 85-99 歳ダミー                | -0.745***<br>(0.132) | 0.055<br>(0.050)     | -0.429***<br>(0.059) | 0.148***<br>(0.046)  |
| ln(世帯賃金)                  | -0.130*<br>(0.076)   | -0.005<br>(0.032)    | -0.105**<br>(0.048)  | 0.018<br>(0.032)     |
| ln(世帯人数)                  | 0.229***<br>(0.078)  | 0.013<br>(0.039)     | 0.241***<br>(0.044)  | 0.034<br>(0.036)     |
| 1998 年ダミー                 | -0.002<br>(0.129)    | -0.101***<br>(0.032) | 0.058<br>(0.037)     | -0.079***<br>(0.027) |
| $\alpha$                  | 23.745***<br>(1.824) | 3.219***<br>(0.358)  |                      | 7.596***<br>(0.376)  |
| $\alpha \times 1998$ 年ダミー | -0.379<br>(2.561)    | 0.216<br>(0.532)     |                      | -0.214<br>(0.514)    |
| $\pi$                     | 0.778***<br>(0.011)  |                      |                      |                      |
| $\pi \times 1998$ 年ダミー    | -0.015<br>(0.015)    |                      |                      |                      |
| Log likelihood            |                      | -24,625,043          |                      | -24,626,794          |

注) 1) \*\*\* は 1% 有意水準, \*\* は 5% 有意水準, \* は 10% 有意水準で係数が 0 であるとする帰無仮説が棄却されることを示す。

2) 括弧内は White の一貫性のある標準誤差である。

3) low, high は平均値に基づく事後的な少頻度患者, 多頻度患者である。

出所) 筆者作成。

調剤薬局に行くかを表す。hurdle部分の1998年ダミーは正であるが、有意でない。NB部分は負で1%水準で有意であり、1999年7月以降に調剤処方が促進されたことを意味する。

続いて外来の推定結果である表5を分析する。表4と同様に左側にFM2-NB1が、右側にHNB1が記載されている。FM2-NB1の1998年ダミーは多頻度患者が負、少頻度患者が正となるが、両者ともに有意でない。HNB1については、hurdle部分の1998年ダミーが正で有意、

NB部分は負であるが有意でなく、受診するかしないかについては1999年に抑制されたといえる。

以上をまとめるならば、調剤については1段階の意思決定仮説に照らし合わせると、多頻度患者は1999年7月以降に調剤処方を促進させ、少頻度患者についてはこれが限定的であった。また2段階の意思決定仮説で評価するならば、1999年7月以降の調剤処方を受けるか受けないかについては限定的ながら抑制させ、1度処方を受けた後については促進させたといえる。外来についても同

表5 外来推定結果

|                           | FM2-NB1             |                      | HNB1                 |                      |
|---------------------------|---------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
|                           | low                 | high                 | Hurdle               | NB                   |
| 定数項                       | 2.737***<br>(0.090) | 2.879***<br>(0.186)  | 1.532***<br>(0.213)  | 2.969***<br>(0.085)  |
| 女性ダミー                     | 0.140***<br>(0.023) | 0.607***<br>(0.052)  | 0.647***<br>(0.049)  | 0.175***<br>(0.023)  |
| 本人ダミー                     | 0.003<br>(0.043)    | 1.431***<br>(0.092)  | 2.290***<br>(0.147)  | 0.040<br>(0.041)     |
| F2ダミー                     | -0.020<br>(0.023)   | -0.854***<br>(0.056) | -1.259***<br>(0.058) | -0.019<br>(0.022)    |
| F3ダミー                     | 0.048***<br>(0.019) | 0.787***<br>(0.046)  | -1.179***<br>(0.056) | 0.036*<br>(0.019)    |
| 75-79歳ダミー                 | 0.075***<br>(0.022) | -0.025<br>(0.048)    | -0.047<br>(0.058)    | 0.101***<br>(0.022)  |
| 80-84歳ダミー                 | 0.082***<br>(0.024) | 0.022<br>(0.050)     | -0.153**<br>(0.060)  | 0.138***<br>(0.024)  |
| 85-99歳ダミー                 | 0.027<br>(0.028)    | -0.460***<br>(0.060) | -0.672***<br>(0.061) | 0.051*<br>(0.027)    |
| ln(世帯賃金)                  | -0.030<br>(0.023)   | -0.144***<br>(0.045) | -0.231***<br>(0.054) | -0.030<br>(0.020)    |
| ln(世帯人数)                  | 0.012<br>(0.022)    | 0.424***<br>(0.042)  | 0.636***<br>(0.048)  | 0.037*<br>(0.021)    |
| 1998年ダミー                  | -0.011<br>(0.024)   | 0.059<br>(0.044)     | 0.203***<br>(0.041)  | -0.011<br>(0.022)    |
| $\alpha$                  | 2.509***<br>(0.229) | 88.827***<br>(3.472) |                      | 18.192***<br>(0.723) |
| $\alpha \times 1998$ 年ダミー | 0.821*<br>(0.444)   | 2.888<br>(5.561)     |                      | 1.279<br>(1.039)     |
| $\pi$                     | 0.407***<br>(0.011) |                      |                      |                      |
| $\pi \times 1998$ 年ダミー    | 0.045**<br>(0.019)  |                      |                      |                      |
| Log likelihood            |                     | -46,837.530          |                      | -47,166.774          |

注) 表4の注)参照。

出所) 筆者作成。



表6 1999年7月薬剤費一部負担無料化の限界効果

|    | 全体      |        | 男       |        | 女       |        |
|----|---------|--------|---------|--------|---------|--------|
|    | FM2-NB1 | HNB1   | FM2-NB1 | HNB1   | FM2-NB1 | HNB1   |
| 調剤 | 0.114   | 0.117  | 0.093   | 0.064  | 0.121   | 0.138  |
| 外来 | -0.483  | -0.809 | -0.484  | -0.925 | -0.477  | -0.755 |
| 調剤 | 0.109   | 0.120  | 0.089   | 0.066  | 0.116   | 0.142  |
| 外来 | -0.516  | -0.852 | -0.507  | -0.951 | -0.514  | -0.801 |

注) 上段2つはサンプルの平均値で評価したもの、下段2つは1998年の平均値で評価したものである。

出所) 筆者作成。

様に、1段階の意思決定仮説で評価すると多頻度患者は受診促進、少頻度患者は受診抑制をしたがどちらも限定的な効果しかなかったといえる。2段階の意思決定仮説では、受診するかしないかという決定については、受診をするという意思決定を1999年7月以降抑制させ、その後何日受診するかという意思決定については限定的な受診の促進があったといえる。

外来については、HNB1モデルのhurdle部分のみに受診抑制が明示的に出ている他は、限定的な抑制・促進しか観察されない。この要因として考えられるのは、1999年4月から導入された自己負担額の引き上げである。1回500円から530円に自己負担額が引き上げられたことで、1999年4月以降には受診の抑制をした可能性がある。ところが1999年7月からの無料化で、今度は自己負担額が引き下げられる個人も存在し、トータルでは1999年7月以降に自己負担がさほど変化しない可能性がある。これが外来の推定結果に表れている。仮に外来受診に対しなら影響もなかったとしても、調剤については無料化以降に、1段階の意思決定仮説での多頻度患者の調剤処方を促進させ、また2段階の意思決定仮説での1度処方を受けた後については促進させたといえることができる。

### (3) 限界効果

表6は薬剤費一部負担無料化の限界効果を計算したものである。推定式が非線形であるので評価点によってこれが異なるが、本稿では、例としてサンプル平均と外来薬剤費無料化前の1998年の

平均値の2つを用いて算出した。表の上段がサンプル平均で評価したものであり、下段が1998年の平均値で評価したものである。それぞれサンプル全体と、男女別に計算した。サンプル平均でみた場合、1999年7-12月で前年同時期に比べ、調剤(外来)はFMモデル0.114(0.483)日、HNBモデルで0.117(0.809)日の増加(下落)をする。1998年平均で評価した場合には、調剤(外来)はFMモデルで0.109(0.516)日、HNBモデルで0.120(0.852)日の増加(下落)をする。

男女別にみると、サンプル平均と1998年平均で評価したものと、男性の調剤はFMモデルで約0.09日、HNB1モデルでは0.06~0.07日の増加、男性の外来はFMモデルで約0.5日、HNB1モデルでは1日弱減少する。女性についても同様に、調剤のFMモデルで約0.1日、HNB1モデルで約0.14日の増加、外来ではFMモデルで約0.5日、HNB1モデルでは約0.8日下落する。

## IV 終わりに

本稿では、1999年7月に行われた外来薬剤費一部負担無料化による、高齢者の外来受診と調剤処方の影響を、組合健保のレセプトデータという限られた素材ではあるが、マイクロデータを用いて分析した。主要な結論は以下のとおりである。第1に、1999年7月から実施された外来薬剤費一部負担無料化は、1999年7月以降の外来受診について、2段階の意思決定仮説の受診の有無を表す

決定については、受診を抑制する方向に作用した。それ以外は限定的な効果しかもたない。第2に調剤では、1段階の意思決定仮説での多頻度患者が調剤処方を促進させ、また2段階の意思決定仮説での1度処方を受けた後の調剤処方を促進させた。第3に1999年7~12月の前年同時期における限界効果は、調剤については双方の仮説ともに0.10~0.12日ほどの増加となり、外来についてはもし存在するのであれば0.5~0.9日の減少となる。また男女別では、女性の限界効果の方が男性のそれよりも高かった。

以上より、1999年7月の薬剤費一部負担の無料化は、調剤の処方日数について処方を受けるか受けないかということと、少頻度患者についてはそれほど処方促進効果を持たなかったので、調剤処方をそれほど必要としない個人は無料化によっても行動を変化させず、必要最低限の医療を受けるためのアクセスの障害は発生しなかったといえる。他方で、多頻度患者と一度調剤処方を受けた個人の処方促進効果があったので、少なくとも調剤処方を必要とした個人は、無料化の恩恵を受けたといえる。これらには、慢性疾患患者と、(慢性疾患患者であってもなくても)余分な可能性のある処方を多くする個人がいると考えられる。もし後者の影響に重点を置くならば、1999年7月に薬剤費一部負担無料化に移行するのではなく、慢性疾患患者の必要な受診を抑制しない程度の「定額制の薬剤費一部負担」(例えば1ヵ月あたりの定額自己負担)などにより、最低限の負担を求めて、余分の可能性のある調剤処方を促進させない政策も考えられうる。

平成15年3月投稿受理

平成16年9月採用決定

## 謝辞

本稿は、文部科学省科学研究費補助金特定領域研究B「世代間利害調整プロジェクト」における研究成果の一部である。また日本学術振興会特別研究員制度より研究助成を受けている。本稿において、各健康保険組合のご協力により、組合健康保険レセプトデータの入手の機会を得ることが可能となった。ここに深く感謝の意を表したい。また執筆段階で、

故鶴田忠彦教授、浅子和美教授(以上一橋大学)、小椋正立教授(法政大学)、鈴木亘助教授(学芸大学)、そしてレフェリーの2人より有益なコメントを頂戴した。ここにあらためて感謝したい。なお、本稿は筆者の個人的な意見であり、研究会を代表するものではない。当然のことながら、本稿に含まれる一切の誤謬の責任は筆者のみに帰すものである。

## 注

- 1) 外来に関しては、1ヵ月4回を限度として1回500円。外来薬剤費一部負担については、内服薬は投薬ごとに1日につき、1種類0円、2~3種類30円、4~5種類60円、6種類以上100円、外用薬は1日分につき1種類50円、2種類100円、3種類以上150円、頓服薬は1種類10円である。また外来自己負担は1999年4月から1回530円となった。
- 2) 本稿では、1999年7月の外来薬剤費一部負担の公費立替を「無料化」と定義する。
- 3) それぞれ組合員が数万人以上の健保組合であり、ここでは便宜上F1、F2、F3と呼ぶ。
- 4) 本稿で用いられたデータのより詳しい記述は、増原他(2002)を参照せよ。
- 5) 年齢を71歳以上に設定したのは、老健制度が70歳を迎えた月、もしくはその翌月から適用されるので、適用、不適用の影響を排除するためである。
- 6) 同一医療機関の同一診療区分で、同じ月に2枚以上のレセプトが発生することは定義上ありえない。本稿で用いたデータには、このような「重複レセプト」と疑われるものが存在したのでこれを除外した。重複レセプトを、ID、受診年月、医療機関、診療区分、診療実日数、決定点数、自己負担、疾病コードが同一のものと定義した。
- 7) 入院患者を分析対象としないのは、例えば1ヵ月入院するとその間は外来受診ができず、これにより外来や調剤の医療費、診療日数はbiasを持つことになる。そこで本稿では、事後的に入院をしなかった個人のみを分析対象とする。
- 8) 制度改定を分析するには時系列情報を含むので、一時的なマクロショックと恒久的な制度改定を識別するdifference-in-differences(D in D)も分析手法として考えられる。本稿の目的は、1段階と2段階という意思決定仮説の立場から制度改定の効果を分析することであるので、D in Dを用いない。
- 9) 70-74歳、75-79歳、80-84歳、85-99歳の4階級。
- 10) F1、F2の健保組合には附加給付制度が存在するが、本稿の分析期間における老健外来は定額制であり、また調剤についても薬剤費一部負担はそれほど高額になるとは考えにくく、実際

に附加給付は発生していなかった。

- 11) Pohlmeier and Ulrich (1995), Gerdtham (1997) のように主に医師が frequent decision を決定していると仮定し、これを2段階の意思決定仮説と呼ぶこともある。しかし、医師が決定しているかどうかはわからないので、Pohlmeier and Ulrich や Gerdtham のような定義は用いない。
- 12) Deb and Trivedi (1997), Cameron and Trivedi (1998) を参照せよ。
- 13) FM モデルは、対数尤度が大域的に一意の最大値を持たず、2つ以上の局所的最大値を持つことがある。本稿においては、初期値を様々とすることによって、対数尤度を最大化した。
- 14) 本稿では、少頻度患者と多頻度患者のみに関心があるので、 $C=2$  の場合を取り上げる。これは 2 point FM モデルと呼ばれ、FM 2-NB モデルと略す。
- 15) Deb and Trivedi (1997, 2002) では、アメリカの National Medical Expenditures Survey (NMES) と Rand Health Insurance Experiment (RHIE) のデータで、Hurdle モデルと FM モデルを用いた受診行動の分析をし、FM モデルを支持している。Gerdtham and Trivedi (2001) では、スウェーデンのデータを用いて、同様に FM モデルを支持している。また、Jemernez-Martin et al. (2002) は、EU 加盟国で gatekeeper 制度の有無に着目して、2つのモデルの比較を行っている。
- 16) FM モデルを、Deb and Trivedi (1997, 2002), Gerdtham and Trivedi (2001) では LCM と呼んでおり、直接1段階の意思決定仮説とは呼んでいない。しかし、一般に Poisson, NB モデルを需要関数とみなすことと、hurdle モデルとの対比を明確にするために、本稿ではこの言葉を用いる。
- 17) クロスダミーを入れたもの、クロスダミーを様々組み合わせて推定を行ったが、これらの推定式のパフォーマンスは芳しくなかったので、本稿ではクロスダミーが説明変数に加えないものを掲載する。

## 参考文献

- 上野智明 (1999) 「老人の薬剤二重負担廃止による影響」, 日医総研ワーキングペーパー No. 26。
- 増原宏明・今野広紀・比佐章一・鶴田忠彦 (2002) 「医療保険と患者の受診行動—国民健康保険と組合健康保険のレセプトによる分析—」『季刊社会保障研究』Vol. 38, No. 1, pp. 1-13。
- 吉田あつし・伊藤正一 (2000) 「健康保険制度の改正が受診行動に与えた影響」『医療経済研究』Vol. 7, pp. 101-119。
- ・川村 颯 (2004) 「1997年自己負担率の改定と歯科サービスの需要及び供給の変化」『医療と社会』Vol. 13, No. 4, pp. 94-112。
- Cameron, A. C., P. K. Trivedi, F. Milne and J. Piggott (1988) “A Microeconomic Model of the Demand for Health Care and Health Insurance in Australia,” *Review of Economic Studies*, Vol. 55, No. 1, pp. 85-106。
- and ——— (1998) *Regression Analysis of Count Data*, Cambridge, Cambridge University Press。
- Deb, P. and P. K. Trivedi (1997) “Demand for Medical Care by the Elderly: A Finite Mixture Approach,” *Journal of Applied Econometrics*, Vol. 12, No. 3, pp. 313-336。
- and ——— (2002) “The Structure of Demand for Health Care: Latent Class versus Two-part Models,” *Journal of Health Economics*, Vol. 21, No. 4, pp. 601-625。
- Gerdtham, U. G. (1997) “Equity in Health Care Utilization: Further Tests Based on Hurdle Models and Swedish Micro Data,” *Health Economics*, Vol. 6, No. 3, pp. 303-319。
- and P. K. Trivedi (2001) “Equity in Swedish Health Care Reconsidered: New Results Based on the Finite Mixture Model,” *Health Economics*, Vol. 10, No. 6, pp. 565-572。
- Jemernez-Martin, S., J. M. Labeaga and M. M. Martinez-Granado (2002) “Latent Class versus Two-Part Models in the Demand for Physician Services across the European Union,” *Health Economics*, Vol. 11, No. 4, pp. 301-321。
- Pohlmeier, W. and V. Ulrich (1995) “An Econometric Model of the Two-Part Decision-making Process in the Demand for Health Care,” *Journal of Human Resources*, Vol. 30, No. 2, pp. 339-361。
- Winkelmann, R. (2004) “Health Care Reform and the Number of Doctor Visits—An Econometric Analysis,” *Journal of Applied Econometrics*, Vol. 19, No. 4, pp. 455-472。
- Yoshida, A. and S. Takagi (2002) “Effects of the Reform of the Social Medical Insurance System in Japan,” *Japanese Economic Review*, Vol. 53, No. 4, pp. 444-465。

(ますはら・ひろあき 日本学術振興会  
特別研究員)

(むらせ・くにひこ (株)日本IBM金融ソ  
リューションセンター IT スペシャリスト)

## 介護事業者密度が介護サービス需要に与える影響

湯田道生

### I はじめに

2000年4月に公的介護保険制度が導入され、現在では、認定者数・受給者数はともに増加している一方で、介護費用も増加傾向にある。今後、より一層の高齢化が進むと予測されているわが国においては、医療費の高騰化の問題と同様に、介護費用の高騰化も決して無視できない問題となっており、介護保険制度の効率化や介護給付の適正化についての議論が行われている。こうした背景の下で、介護サービスの提供が必ずしも利用者の自立支援につながっていないという事例や、介護事業者による過度の利用者の掘り起こしや不正請求など、制度の趣旨からみて不適正、もしくは不正な事例が生じているという報告もされている(厚生労働省(2003))。

このような事例が生じた原因の一つには、介護サービスが提供される際に、本来、意図していたようにケアマネージャーが機能しなかったことが考えられる。介護保険法(第79条第2項)にある通り、ケアマネージャーは要介護者が適切なサービスを受けられるようにその責務を果たすことになっている。しかし、実際にはその身分が事業者に属しているケアマネージャーが多いため<sup>2)</sup>、事業者の意向や都合に合わせたケアプランが作成され、要介護者に最適なサービスが提供されていないというケースがあることや(坂田(2002))、「制度的にも利用者に対して公平な情報提供を行うインセンティブがあるかどうかには疑問が残る」という指摘(鈴木(2002))もあることから、その事

業者の経営状況が思わしくない場合には、ケアマネージャーが意図的にケアプランを歪めて過剰なサービスを提供することで、事業者の収入を一定水準に保ったり、収支を改善させようとするインセンティブを持つ可能性がある。

このような議論は、医療経済学の分野で「供給者誘発需要仮説(Supplier Induced Demand Hypothesis)」と呼ばれるものである。この仮説は、市場の競争激化によって供給者の所得が減少した場合、もし供給者が需要者に比べて過大な情報を有しているならば、供給者はその情報格差を利用して、需要者に対して必要以上にサービス供給を行うことで、その所得損失を補填するというものである。ただし、介護サービスに焦点を当てた場合、特に在宅サービスの内容は利用者や家族にとって身近なものであるため、その情報の非対称性の程度は医療サービスに比べれば小さいかもしれない。仮にサービス内容に関する情報の非対称性が存在しなければ、ケアマネージャーが勘案した介護サービス供給量と利用者が希望する介護サービス需要量は一致するため、適正なサービス提供が行われるであろう。しかしながら、実際には同類のサービス内容でもその種類は多数存在しており、利用者がそれらに関する十分な知識や情報を有しているわけではないため、ケアマネージャーが立てたケアプランを受動的に追認しやすいという傾向がある(伊藤(2000)、丸木・八島(2002))。また、診療報酬と同様に、介護報酬も出来高払い制で支払われているという制度的な背景や、制度開始直後の見込み需要の外れから、市場から撤退する事業者や経営的に苦しい事業者が

存在している（厚生労働省（2002））という現状を踏まえれば、介護事業者が需要を誘発して所得補填を行うインセンティブを持つ可能性は否定できず、介護サービス市場において供給者誘発需要が生じている可能性がある。

このような背景を受けて、山内（2003）では、国民健康保険中央会の介護費用と受給者数の都道府県別データと WAMNET の事業者数データを用いて、訪問介護サービスを対象とした供給者誘発需要仮説の検証を行っている。分析の結果、事業者密度の上昇が介護費用の上昇に正に有意な影響を与えることを確認しており、訪問介護市場では供給者誘発需要が存在するとしている。

このような供給者密度と費用の関係に着目した誘発需要仮説の研究は、医療サービスを対象として、Fuchs（1978）をはじめ、Cromwell and Mitchell（1986）など、国内外で数多くの研究蓄積がある<sup>3)</sup>。しかし、これらの分析方法には様々な批判も行われている。例えば、外来医療では、医師誘発需要がなくとも、ある地域内の人口当たり医師数が増加すれば、病院までの交通費や待ち時間などのアクセスコストが減少するために医療需要が増加し、結果として医療費が増加する可能性が考えられる<sup>4)</sup>。そこで、Rossiter and Wilensky（1984）や Escarce（1992）などは、こうしたアクセスコスト低下による影響と誘発需要を識別するために、医療需要を医師の裁量に左右されない患者主導的需要（patient initiated demand）と、医師の裁量で決定される医師裁量的需要（physician initiated demand）に分ける医療需要の2段階モデル（two-phase model）を用いて分析を行った。特に Escarce（1992）では、医師密度の上昇は患者主導的需要を示す受診率に対しては影響を及ぼすが、医師裁量的需要を示す診療密度に対しては影響を与えないという結果を得ている<sup>5)</sup>。

山内（2003）では、このような誘発需要の識別性に関する問題を考慮していないため、事業者密度と介護費用の正の関係が、供給者による誘発需要によるものか、それとも需要者による自発的需要によるものかという点は識別されていない。

そこで本稿では、介護サービス需要を要介護者

の自発的需要と事業者による誘発需要を捉える部分に分けて分析を行う two-phase model を用いて、介護サービス市場における供給者誘発需要仮説の検討を行う。仮に介護サービス市場で供給者の誘発需要が確認されれば、必要以上に介護サービスが提供されていることになるので、結果として介護費用は過大に支出されていることになる。したがって、誘発需要を抑制するような制度設計や介護報酬の改定を行うことで、介護費用を適正な水準まで抑制することが可能であろう。

本稿の構成は以下の通りである。II では本稿における分析のフレームワークを解説し、実証分析に用いる推定モデルやデータについて解説する。III では、実証分析の結果とその解釈を行う。IV は結語である。

## II 分析のフレームワーク

### 1 実証モデルと使用データ

I で紹介した two-phase model を用いて分析することによって、認定者当たりの介護費用<sup>6)</sup>の決定要因を、要介護認定者が介護サービスを選択することに依存する部分と、サービス供給者による誘発需要の影響を捉える部分に分けて分析を行うことができる。まずは、要介護認定者当たりの介護費用（これを  $y$  とする）を、以下の（1）式のように分解する。

$$\begin{aligned} & \frac{\text{(介護費用額)}}{\text{(要介護認定者数)}} \\ &= \frac{\text{(介護サービス件数)}}{\text{(要介護認定者数)}} \\ & \quad \times \frac{\text{(介護費用額)}}{\text{(介護サービス件数)}} \end{aligned} \quad (1)$$

ここで、介護サービス件数とは、介護サービスが提供されることによって発生する介護給付費明細書<sup>7)</sup>の件数である。つまり、第1項はある介護サービスの受給率( $y_1$ )を示し、これは要介護認定者が介護サービスを受けるか否かという選択に依存するものであると考えられる。したがって、介護サービスに対する需要志向が高いほど、または

介護サービス事業者へのアクセスが容易であるほど、これは高まるものと考えられる。ただし、介護サービス市場の特性を考えた場合、この項に別種の影響が現れる可能性も一考する必要があるだろう。その可能性とは、冒頭で述べた「過度の利用者の掘り起こし」である。これは、例えば病院等の医療機関が介護事業者となっている場合があり、病院側が患者に適正水準以上の介護サービスを勧めた結果、介護サービスの受給率が上昇する可能性があるということである。

一方、第2項の介護サービス1件当たりの介護費用( $y_2$ )は、実際に介護サービスを受給した要介護者1人当たりの費用を示している。したがって、介護サービス市場の競争激化に伴って介護サービス事業者が需要を誘発し、その結果介護費用が増加するというメカニズムは、1件当たり費用と事業者密度の正に有意な関係として示される。

ここで、(1)式について、両辺の対数を取ると、

$$\ln y = \ln y_1 + \ln y_2 \quad (2)$$

と展開できる。実証分析を行うにあたっては、認定者当たりの介護費用と受給率、1件当たりの介護費用を対数化したものを被説明変数として、これらを適当な説明変数群に回帰する。

以下ではそれぞれを、(i)介護費用関数、(ii)受給率関数、(iii)1件当たり費用関数と定義して、本稿における実証モデルを以下のように定める。

$$\begin{aligned} \text{(i)} \quad \ln y_{i,t,s} = & \alpha_1 \ln Dens_{i,t,s} \\ & + \alpha_2 \ln Income_{i,t,s} \\ & + \sum_j \alpha_{3j} \ln x_{j,i,t,s} \\ & + \sum_k \alpha_{4k} \ln z_{i,t,k} \\ & + \sum_l \alpha_{5l} D_{l,i,t,s} + \varepsilon_{i,t,s} \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{(ii)} \quad \ln y_{1i,t,s} = & \beta_1 \ln Dens_{i,t,s} \\ & + \beta_2 \ln Income_{i,t,s} \\ & + \sum_j \beta_{3j} \ln x_{j,i,t,s} \\ & + \sum_k \beta_{4k} \ln z_{i,t,k} \\ & + \sum_l \beta_{5l} D_{l,i,t,s} + \varepsilon_{i,t,s} \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{(iii)} \quad \ln y_{2i,t,s} = & \gamma_1 \ln Dens_{i,t,s} \\ & + \gamma_2 \ln Income_{i,t,s} \\ & + \sum_j \gamma_{3j} \ln x_{j,i,t,s} \\ & + \sum_k \gamma_{4k} \ln z_{i,t,k} \\ & + \sum_l \gamma_{5l} D_{l,i,t,s} + \varepsilon_{i,t,s} \end{aligned}$$

ただし、 $Dens$ は介護事業者密度であり、WAMNETに登録されている各月末時点の介護サービス事業者数<sup>8)</sup>を要介護認定者数で除したものである。受給率関数でこの係数が正の値をとれば、競争激化に伴って、各介護事業者はより多くの要介護者を獲得するために、サービス内容を充実させたり、サービスの質を改善するといった行動をとるため、この需要は増加すると考えられる。また、事業者密度の増加に伴って、その介護サービスの供給不足が解消されるために、受給率が上昇することも考えられる。それに加えて、特に通所系や入所系、及び施設系のサービスについては、要介護者のアクセスコストが低下するため、この需要は増加すると考えられる<sup>9)</sup>。一方、1件当たり費用関数でこの係数が正の値をとれば、事業者密度の増加によって介護事業者の利潤が減少するため、各介護事業者はそれを補填するために介護サービスを誘発させていると判断する。 $Income$ は所得の代理変数として、裁定原簿1件当たりの年金受給額を用いる。これは、厚生年金の受給総額と基礎年金の受給総額の和をその裁定原簿数で除したものに、国民年金の受給総額をその裁定原簿数で除したものを加えた金額である。ただし、元データが年額ベースなので、これをさらに12で除して、月額ベースに修正したものをを用いている。 $x$ は要支援から要介護度5までのサービス受給者数割合(添字 $j$ は要認定を含む各要介護度を示す)であり、各要介護度の居宅及び施設サービス受給者数を受給者総数で除したものをを用いる。これらの変数によって、各要介護度の要介護者数の構成がそれぞれの被説明変数に与える影響を捉えることができる。 $z$ はサービス $s$ 以外の介護事業者密度である(添字 $k$ は各サービスを識別するものである)。これらの変数を入れることによって、他の介護サービスとの関連性を考慮することができ

る。 $D$ は、1月を基準とした各月の月次ダミー変数である(添字  $l$  は2月以降の各月を示す)。 $\varepsilon$ は誤差項である。ただし、 $\varepsilon = u + v$ であり、 $u$ は都道府県特有の効果(individual effect)、 $v$ は通常のOLS推定を行う際の標準的な仮定を全て満たす攪乱項である。また、添字  $i$  は各都道府県を識別するものであり、 $t$  はサービス提供が行われた年月を示す。 $s$  は介護サービスを識別するものである。

推定にあたっては、同一の説明変数を用いることで、各変数が介護費用に与える影響を、受給率に与える影響と1件当たり費用に与える影響に分けて分析することが可能であり、また各関数の係数和を算出することによって、介護費用へ与える全体的な影響も容易に測ることができる。さらに対数線形モデルを用いるため、推定結果の各係数

はそれぞれの被説明変数に対する弾力性を示す。よって、各変数が受給率と1件当たり介護費用へ与える限界的な影響も容易に測ることができる。

本稿の分析対象は、訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、通所介護、通所リハビリテーション(以下、通所リハビリと記す)、福祉用具貸与、短期入所生活介護、短期入所療養介護、痴呆対応型共同生活介護(以下、痴呆介護と記す)、居宅支援介護、介護老人福祉施設(以下、福祉施設と記す)、介護老人保健施設(以下、保健施設と記す)、介護療養型医療施設(以下、療養型施設と記す)の各介護サービスである<sup>10)</sup>。その中でも、制度開始以降からその給付対象や給付サービスに関する問題<sup>11)</sup>や、その適正化について議論があり(坂田(2002)、月刊介護保険編集部(2003))、山内(2003)でも誘発需要の存在が確認されている訪

表1 記述統計量(訪問介護サービス)

| 変数名              | 平均       | 標準偏差     | 最小値      | 最大値      |
|------------------|----------|----------|----------|----------|
| 認定者当たり費用額(訪問介護)  | 0.011118 | 0.003589 | 0.006276 | 0.027975 |
| 受給率(訪問介護)        | 0.232483 | 0.049813 | 0.150822 | 0.409796 |
| 1件当たり費用額(訪問介護)   | 0.047122 | 0.005579 | 0.036675 | 0.069862 |
| 受給者当たり費用額(訪問介護)  | 0.034658 | 0.058940 | 0.000970 | 0.687341 |
| 受給率(訪問介護)        | 0.680799 | 0.948972 | 0.022118 | 9.976843 |
| 年金受給額            | 160235.2 | 11382.36 | 138061.7 | 191966.3 |
| 要支援者割合(居宅サービス)   | 0.159426 | 0.051842 | 0.093404 | 0.275467 |
| 要介護度1割合(居宅サービス)  | 0.352766 | 0.036866 | 0.285306 | 0.429145 |
| 要介護度2割合(居宅サービス)  | 0.202859 | 0.022404 | 0.149151 | 0.263631 |
| 要介護度3割合(居宅サービス)  | 0.117302 | 0.021714 | 0.072958 | 0.157355 |
| 要介護度4割合(居宅サービス)  | 0.088972 | 0.021334 | 0.046668 | 0.128528 |
| 要介護度5割合(居宅サービス)  | 0.078677 | 0.022795 | 0.034591 | 0.128018 |
| 訪問介護事業者密度        | 0.004871 | 0.000814 | 0.033315 | 0.007184 |
| 訪問入浴介護事業者密度      | 0.001113 | 0.000382 | 0.000343 | 0.002027 |
| 訪問看護事業者密度        | 0.019190 | 0.010984 | 0.001574 | 0.057366 |
| 通所介護事業者密度        | 0.003563 | 0.000628 | 0.002311 | 0.005297 |
| 通所リハビリテーション事業者密度 | 0.002057 | 0.000644 | 0.000733 | 0.003975 |
| 福祉用具貸与事業者密度      | 0.000627 | 0.000333 | 0.000114 | 0.002323 |
| 短期入所生活介護事業者密度    | 0.001945 | 0.000499 | 0.000987 | 0.003309 |
| 短期入所療養介護事業者密度    | 0.001775 | 0.000336 | 0.001025 | 0.002995 |
| 痴呆対応型共同生活介護事業者密度 | 0.002514 | 0.001003 | 0.000753 | 0.005475 |
| 居宅介護支援事業者密度      | 0.007899 | 0.001045 | 0.005573 | 0.011348 |
| 介護老人福祉施設密度       | 0.001674 | 0.000266 | 0.000996 | 0.002633 |
| 介護老人保健施設密度       | 0.001047 | 0.000233 | 0.000391 | 0.001742 |
| 介護療養型医療施設事業者密度   | 0.001481 | 0.000881 | 0.000281 | 0.003747 |

注) 1) サンプル数は752。

2) (受給率) = (介護サービス件数) / (認定者数) である。

3) (1件当たり費用額) = (介護費用額) / (介護サービス件数) である。

表2 データの所在

| 使用データ名                                                    | 出典                               |
|-----------------------------------------------------------|----------------------------------|
| 介護費用<br>介護サービス件数                                          | 国民健康保険中央会発表の「介護給付費の状況」, 毎月発表     |
| 認定者数<br>介護サービス受給者数<br>居宅サービス受給者数<br>施設サービス受給者数<br>各要介護度人数 | 国民健康保険中央会発表の「認定者・受給者の状況」, 毎月発表   |
| 裁定原簿数<br>厚生年金受給額<br>基礎年金受給額<br>国民年金受給額                    | 社会保険庁の「事業月報」, 毎月版                |
| 各介護サービス事業者数                                               | 社会医療福祉機構 WAMNET の「介護事業者情報」, 毎月発表 |

注) いずれも、都道府県別のデータを用いている。

表3 Hausman の内生性の検定

| 変数名 | (i)                         | (ii)                        | (iii)                        |
|-----|-----------------------------|-----------------------------|------------------------------|
|     | 介護費用関数                      | 受給率関数                       | 1件当たり費用関数                    |
| 残差  | -4.959<br>(3.213)<br>0.1233 | -0.605<br>(2.848)<br>0.8318 | -3.518*<br>(1.853)<br>0.0576 |

- 注) 1) 分析対象は訪問介護サービスである。  
 2) 上段は推定値, 中段の括弧内は標準誤差, 下段はP値である。  
 3) \*は10%基準で有意であることを示す。  
 4) 「残差」は、訪問介護事業者密度を全外生変数と犯罪件数、労働者の給与、消費者物価指数に回帰させた時に求めた残差である。  
 5) スペースの都合上、残差以外の変数の結果は省略している。

問介護に主な焦点を当てる。なお、山内(2003)との比較のために、受給者当たり費用を被説明変数とした分析も行った。分析期間は、2001年7月から2002年10月の16ヵ月間で、各変数を都道府県別にまとめたパネルデータを作成する(総サンプル数は752である)。これらの変数の記述統計量<sup>12)</sup>は表1、データの出所は表2に示す通りである。

## 2 介護事業者の内生性の問題

先行研究でも指摘されているように、医師誘発需要の実証分析には医師密度の内生性の問題がある。この問題は、民間事業者の参入を認めている

介護保険制度において、その供給主体である介護事業者にも当てはまると考えられる。つまり、介護事業者は(外生的に)決められた地域に開業するのではなく、需要が多そうな地域を(内生的に)選択して事業を展開するため、事業者密度の変数が内生変数である可能性がある。よって、実際に(i)~(iii)式を推定する前に、事業者密度の内生性の有無を確認する必要がある。そこで、Hausmanの内生性の検定<sup>13)</sup>を行った結果、全ての関数において、残差の項は5%有意水準で有意ではなかった(表3)。したがって、いずれの推定式においても、分析を行う上では訪問介護事業者密度は外生変数として取り扱っても問題はないといえる<sup>14)</sup>。

## III 各関数の推定結果と考察

IIの結果より、訪問介護事業者密度の変数には内生性が確認されなかったため、各関数を通常のパネル推定で実証分析を行う。受給率関数と1件当たり費用関数の方程式間の攪乱項には相関がある可能性もあるが、岸田(2001)と同様に説明変数が共通であるので、通常最小二乗法が効率的な推定方法となる。各関数の推定結果は表4に示す通りであった。モデルの定式化の検定であるF検定とHausman検定の結果から、全ての関数においてFixed Effect Modelが採択されており、



表4 Two-Phase Modelの推定結果(訪問介護サービス)

| 変数名           | 認定者ベース               |                      |                      | 受給者ベース               |                      |
|---------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
|               | (i)<br>介護費用関数        | (ii)<br>受給率関数        | (iii)<br>1件当たり費用関数   | (i)<br>介護費用関数        | (ii)<br>受給率関数        |
| 訪問介護事業者密度     | 0.103<br>(0.065)     | 0.131**<br>(0.056)   | -0.028<br>(0.039)    | 0.121**<br>(0.053)   | 0.149***<br>(0.045)  |
| 1件当たり年金額      | -0.978<br>(1.058)    | -0.681<br>(0.854)    | -0.297<br>(0.607)    | 0.743<br>(0.856)     | 1.039<br>(0.670)     |
| 要支援者割合        | -0.279***<br>(0.071) | -0.126*<br>(0.067)   | -0.153***<br>(0.045) | -0.230***<br>(0.059) | -0.077<br>(0.057)    |
| 要介護度1割合       | 0.212<br>(0.151)     | 0.240*<br>(0.142)    | -0.328<br>(0.091)    | 0.178*<br>(0.125)    | 0.207*<br>(0.117)    |
| 要介護度2割合       | 0.091<br>(0.121)     | 0.003<br>(0.109)     | 0.088<br>(0.075)     | 0.100<br>(0.096)     | 0.013<br>(0.088)     |
| 要介護度3割合       | 0.035<br>(0.091)     | 0.094<br>(0.079)     | -0.059<br>(0.058)    | 0.064<br>(0.072)     | 0.124**<br>(0.060)   |
| 要介護度4割合       | -0.272***<br>(0.070) | -0.226***<br>(0.064) | -0.046<br>(0.043)    | -0.161***<br>(0.058) | -0.115**<br>(0.053)  |
| 要介護度5割合       | -0.223***<br>(0.068) | -0.306***<br>(0.062) | 0.083**<br>(0.040)   | -0.076<br>(0.056)    | -0.159***<br>(0.050) |
| 訪問入浴介護事業者密度   | -0.061<br>(0.038)    | -0.074**<br>(0.029)  | 0.014<br>(0.023)     | -0.016<br>(0.031)    | -0.030<br>(0.025)    |
| 訪問看護事業者密度     | -0.023<br>(0.024)    | 0.010<br>(0.020)     | -0.032**<br>(0.016)  | -0.052**<br>(0.020)  | -0.020<br>(0.016)    |
| 通所介護事業者密度     | 0.031<br>(0.065)     | -0.031<br>(0.057)    | 0.061*<br>(0.034)    | -0.033<br>(0.053)    | -0.095**<br>(0.047)  |
| 通所リハビリ事業者密度   | -0.195***<br>(0.072) | -0.128**<br>(0.063)  | -0.067<br>(0.043)    | -0.236***<br>(0.059) | -0.169***<br>(0.051) |
| 福祉用具貸与事業者密度   | 0.000<br>(0.036)     | 0.074***<br>(0.036)  | -0.074***<br>(0.019) | -0.026<br>(0.029)    | 0.048*<br>(0.028)    |
| 短期入所生活介護事業者密度 | -0.060<br>(0.088)    | -0.326***<br>(0.076) | 0.266***<br>(0.045)  | -0.047<br>(0.060)    | -0.313***<br>(0.055) |
| 短期入所療養介護事業者密度 | -0.265***<br>(0.074) | -0.238***<br>(0.066) | -0.027<br>(0.041)    | -0.194***<br>(0.059) | -0.167***<br>(0.053) |
| 痴呆介護事業者密度     | 0.004<br>(0.013)     | 0.030***<br>(0.011)  | -0.027***<br>(0.007) | -0.018*<br>(0.010)   | 0.009<br>(0.008)     |
| 居宅介護支援事業者密度   | 0.310**<br>(0.124)   | 0.225**<br>(0.097)   | 0.085<br>(0.069)     | 0.121<br>(0.100)     | 0.036<br>(0.078)     |
| 福祉施設密度        | -0.133<br>(0.118)    | 0.107<br>(0.098)     | -0.240***<br>(0.065) | -0.123<br>(0.091)    | 0.118<br>(0.076)     |
| 保健施設密度        | 0.059<br>(0.088)     | 0.062<br>(0.090)     | -0.003<br>(0.050)    | 0.119*<br>(0.072)    | 0.122<br>(0.079)     |
| 療養型施設密度       | -0.027***<br>(0.007) | -0.017***<br>(0.006) | -0.009**<br>(0.004)  | -0.019***<br>(0.005) | -0.010**<br>(0.005)  |

表4 Two-Phase Model の推定結果 (訪問介護サービス) (つづき)

| 変数名                     | 認定者ベース               |                      |                      | 受給者ベース               |                      |
|-------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
|                         | (i)<br>介護費用関数        | (ii)<br>受給率関数        | (iii)<br>1件当たり費用関数   | (i)<br>介護費用関数        | (ii)<br>受給率関数        |
| 定数項                     | 3.704<br>(11.398)    | 4.077<br>(10.174)    | -0.373<br>(6.471)    | -16.061*<br>(9.396)  | -15.688*<br>(8.377)  |
| Observations            | 752                  | 752                  | 752                  | 752                  | 752                  |
| Number of prefecture    | 47                   | 47                   | 47                   | 47                   | 47                   |
| R-squared (overall)     | 0.2536               | 0.2007               | 0.0916               | 0.4486               | 0.5776               |
| $\sigma_u$              | 0.1059               | 0.0805               | 0.0566               | 0.0873               | 0.0549               |
| $\sigma_v$              | 0.0110               | 0.0098               | 0.0063               | 0.0091               | 0.0081               |
| F test that all $u_i=0$ | F (46,674)=225.74*** | F (46,674)=174.46*** | F (46,674)=406.22*** | F (46,674)=346.77*** | F (46,674)=295.78*** |
| Hausman Test            | chi 2 (31)=144.96*** | chi 2 (31)=386.55*** | chi 2 (31)=48.14**   | chi 2 (31)=113.50*** | chi 2 (31)=52.09**   |

- 注) 1) 上段は推定値, 下段の括弧内は White (1980) の分散修正を行って求めた標準誤差である。  
 2) \*\*\* は 1% 基準で有意, \*\* は 5% 基準で有意, \* は 10% 基準で有意であることを示す。  
 3) F 検定と Hausman 検定の結果, Fixed Effect Model を用いて推定した結果を用いている。  
 4) 2月~12月の各月次ダミーの結果は省略している。  
 5)  $\sigma_u$  は, 固定効果 (fixed effect) の標準誤差推定値,  $\sigma_v$  は残差の標準誤差推定値である。

地域固有の固定効果を考慮した推定が必要であることが示されている。また, Breusch-Pagan test の結果, 分析対象とする全サービスの全ての関数において, 均一分散の仮定が棄却された。よって, 分散の算出には, 不均一分散に頑健な White (1980) の分散修正値を用いている。

### 1 事業者密度の影響

表4の認定者ベースの(i)介護費用関数の推定結果から, 訪問介護事業者密度は正ではあるが有意ではなく, 訪問介護事業者の増加によって, 介護費用が上昇するという事は確認されなかった。よって, この結果から判断すると, 訪問介護事業者による誘発需要の影響は限定的であるように見受けられる。しかし, これは Fuchs 流のアプローチによって得られた結果であるため, この結果からのみでは訪問介護事業者が本当に需要を誘発しているかどうかは判断できない。そこで, (ii)受給率関数と(iii)1件当たり費用関数の推定結果を見てみると, 訪問介護事業者密度の係数は, (ii)では正に有意であったが, (iii)では有意ではなく正でもなかった。つまり, 訪問介護サービス市場においては, 1件当たり費用関数の部分に現れる誘発需要の影響は確認されず, 競争激化に伴って, 各介護事業者がより多くの要介護者

を獲得するために, サービス内容を充実させたり, サービスの質を改善するといった行動を取っていること, もしくはこれらの介護サービスの供給不足が解消されつつあるために, 訪問介護の受給率が増加したということが見受けられる。

ただし, 係数値の大きさやその説明力の強さを考えれば, 前述した「過度の利用者の掘り起こし」の影響が併せて生じている可能性がある。仮に, そのようにして適正水準以上の介護サービスを受けている人々が存在するのであれば, これも介護事業者が介護需要に与える(誘発需要とは別種の)影響として考えなければならない事項であろう<sup>15)</sup>。

### 2 他サービスの事業者密度の影響

(i)の介護費用関数の推定結果で, 負に有意であった通所リハビリ, 短期入所療養介護, 療養型施設の各事業者密度は, (ii)の受給率に対しても負に有意な影響を与えているので, 訪問介護からこれらのサービスへの需要シフトが窺える。また, 訪問入浴介護と短期入所生活介護の事業者密度も訪問介護の受給率に対して負に有意な影響を与えているため, これらのサービスへの需要シフトも窺える結果を得た。

一方, (i)と(ii)において, 居宅介護支援の

事業者密度の係数が正に有意であり、福祉用具貸与と痴呆介護の各事業者密度は、(ii)において正に有意であった。福祉用具貸与と痴呆介護については、訪問介護サービスとの補完的な関係が反映されたものであると考えられる。また、居宅支援介護<sup>16)</sup>については、同様のフレームワークで分析を行った他サービスの推定結果も参考にすると<sup>17)</sup>、訪問介護と同様に居宅介護支援事業者密度が各サービスの介護費用とその受給率に影響を与えていると確認されたサービスは、訪問入浴介護、訪問看護、通所介護の各居宅サービスであった。これらの推定結果からも、居宅支援介護事業者が増加することによって、居宅介護サービスに対するアクセスがより容易になるため、結果として各居宅サービスの介護需要やサービス受給率が増加するということが反映された結果であると考えられる。

また、(iii)の推定結果から、訪問看護、福祉用具貸与、痴呆介護事業者の事業所密度の係数は負で有意であった。つまり、これらのサービス事業者が増えることによって、訪問介護サービス受給者1人当たりの介護費用が減少するので、訪問介護とこれらのサービスには代替関係があると判断できる。また、施設サービスについては、保健施設密度の係数が有意ではないが符号はマイナスであり、福祉施設密度と療養型施設密度の係数は共に負に有意であった。この結果は田近・菊池(2003)で示されている居宅サービスと施設サービスの代替性の存在を裏付けているものであるといえる。

### 3 他の変数の影響

所得要因をあらわす年金受給額は、いずれの推定結果でも有意ではなかったため、所得が訪問介護費用や受給率などに影響を与えないということが確認された。また、要支援と要介護度4、5の各割合が(i)と(ii)で負に有意であることから、要介護度が低いグループについては、在宅介護や他サービスの受給を選択していると判断できる。一方で、より手厚い介護が必要な要介護度4、5の要介護者については、在宅介護よりも施設介護

に対するニーズが存在しているということが窺える。

### 4 受給者ベースの推定結果

表4の受給者ベースの推定結果は、山内(2003)との比較を行うために、受給者当たりの介護費用を被説明変数として推定したものである。推定結果の(i)では、山内(2003)と同様に、訪問介護事業者密度と介護費用の間には正に有意な関係が確認されている。しかし、受給者ベースのtwo-phase部分、つまり(ii)の推定結果を見てみると、訪問介護事業者の係数は正に有意であり、認定者ベースの推定結果と同じ結果が得られた<sup>18)</sup>。

### 5 訪問介護サービス以外のサービスの推定結果

表6は、訪問介護サービス以外の各介護サービスについて(i)～(iii)式を推定した結果のうち、各被説明変数とそのサービスの事業者密度の推定結果のみを抜き出してまとめたものである<sup>19)</sup>。このなかで介護費用と事業者密度に正で有意な関係のあるサービスは、通所系サービス、福祉用具貸与、短期入所生活介護、居宅支援介護、及び、施設系サービスの計8つであった。しかし、(iii)の推定結果から分かる通り、1件当たり費用と事業者密度の間に正の関係が確認されたサービスは通所介護、福祉用具貸与、老人福祉施設の3サービスにすぎなかった。具体的には、福祉用具貸与では、福祉用具について情報の非対称性があると考えられるため、要介護者に不必要な福祉用具が貸し出されていたり、もしくは似た機能を持つ福祉用具の中でもより介護報酬が高い福祉用具が貸し出されているということが考えられる。また、通所介護については、ケアプラン作成の段階で、通常のリハビリサービスが過剰に組み込まれる可能性や、本来であれば不要であるにもかかわらず、それらに食事や入浴サービスの介護サービスもまとめて提供されている可能性が考えられる。老人福祉施設については、常時介護を必要とする人々に対してサービス提供が行われており、そのサービス内容は多岐にわたる。よって、サービス提供の際に同サービスでも人員配置を変える<sup>20)</sup>など

表5 記述統計量(訪問介護以外の介護サービス)

| (サービス区分)   | 変数名             | 平均       | 標準偏差     | 最小値      | 最大値      |
|------------|-----------------|----------|----------|----------|----------|
| (訪問入浴介護)   | 認定者当たり費用額       | 0.001207 | 0.000708 | 0.000155 | 0.003174 |
|            | 受給率             | 0.024527 | 0.014737 | 0.002824 | 0.066104 |
|            | 1件当たり費用額        | 0.050191 | 0.005119 | 0.038002 | 0.067902 |
| (訪問看護)     | 認定者当たり費用額       | 0.002987 | 0.000817 | 0.001287 | 0.004904 |
|            | 受給率             | 0.070568 | 0.018044 | 0.033601 | 0.123565 |
|            | 1件当たり費用額        | 0.042307 | 0.004663 | 0.032100 | 0.055944 |
| (通所介護)     | 認定者当たり費用額       | 0.012718 | 0.002862 | 0.006568 | 0.021805 |
|            | 受給率             | 0.243545 | 0.042632 | 0.146622 | 0.342925 |
|            | 1件当たり費用額        | 0.052215 | 0.007118 | 0.034236 | 0.068500 |
| (通所リハビリ)   | 認定者当たり費用額       | 0.008742 | 0.002972 | 0.002853 | 0.017205 |
|            | 受給率             | 0.128592 | 0.040518 | 0.046235 | 0.260786 |
|            | 1件当たり費用額        | 0.067583 | 0.006561 | 0.051932 | 0.091512 |
| (福祉用具貸与)   | 認定者当たり費用額       | 0.002263 | 0.000636 | 0.001082 | 0.003842 |
|            | 受給率             | 0.150062 | 0.043113 | 0.073252 | 0.269103 |
|            | 1件当たり費用額        | 0.014121 | 0.000902 | 0.010867 | 0.015889 |
| (短期入所生活介護) | 認定者当たり費用額       | 0.004151 | 0.001634 | 0.001031 | 0.009701 |
|            | 受給率             | 0.045065 | 0.017108 | 0.012658 | 0.105462 |
|            | 1件当たり費用額        | 0.092511 | 0.013495 | 0.065364 | 0.127888 |
| (短期入所療養介護) | 認定者当たり費用額       | 0.001221 | 0.000536 | 0.000413 | 0.003057 |
|            | 受給率             | 0.014554 | 0.005849 | 0.005615 | 0.033361 |
|            | 1件当たり費用額        | 0.083113 | 0.007521 | 0.062494 | 0.101639 |
| (痴呆介護)     | 認定者当たり費用額       | 0.001566 | 0.000880 | 0.000397 | 0.005467 |
|            | 受給率             | 0.006544 | 0.003703 | 0.001586 | 0.022785 |
|            | 1件当たり費用額        | 0.239908 | 0.008105 | 0.213984 | 0.262443 |
| (居宅支援介護)   | 認定者当たり費用額       | 0.004100 | 0.000274 | 0.003273 | 0.004754 |
|            | 受給率             | 0.545095 | 0.033581 | 0.433661 | 0.627672 |
|            | 1件当たり費用額        | 0.007519 | 0.000119 | 0.007222 | 0.007751 |
| (福祉施設)     | 認定者当たり費用額       | 0.036223 | 0.004367 | 0.027583 | 0.050941 |
|            | 受給率             | 0.109695 | 0.012915 | 0.083860 | 0.152243 |
|            | 1件当たり費用額        | 0.330247 | 0.009282 | 0.296876 | 0.350198 |
| (保健施設)     | 認定者当たり費用額       | 0.030656 | 0.006244 | 0.015374 | 0.046667 |
|            | 受給率             | 0.089713 | 0.017292 | 0.047145 | 0.131049 |
|            | 1件当たり費用額        | 0.341108 | 0.010514 | 0.303719 | 0.360820 |
| (療養施設)     | 認定者当たり費用額       | 0.017633 | 0.009991 | 0.003020 | 0.058340 |
|            | 受給率             | 0.039798 | 0.021498 | 0.008058 | 0.125191 |
|            | 1件当たり費用額        | 0.437730 | 0.020546 | 0.369375 | 0.481117 |
|            | 要支援者割合(施設サービス)  | 0.002545 | 0.001522 | 0.000110 | 0.010583 |
|            | 要介護度1割合(施設サービス) | 0.100841 | 0.017101 | 0.069937 | 0.142511 |
|            | 要介護度2割合(施設サービス) | 0.160471 | 0.012329 | 0.129218 | 0.205559 |
|            | 要介護度3割合(施設サービス) | 0.187920 | 0.013261 | 0.157461 | 0.225918 |
|            | 要介護度4割合(施設サービス) | 0.273437 | 0.014817 | 0.235648 | 0.313481 |
|            | 要介護度5割合(施設サービス) | 0.274786 | 0.027266 | 0.211148 | 0.345106 |

注) 1) サンプル数は、各サービスとも752。

2) (受給率)=(介護サービス件数)/(認定者数)である。

3) (1件当たり費用額)=(介護費用額)/(介護サービス件数)である。

4) 訪問介護と同一な説明変数については省略する。

表6 訪問介護サービス以外の各事業者密度の推定結果

| サービス区分      | 介護費用関数               | 受給率関数                | 1件当たり費用関数            |
|-------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| 訪問入浴介護      | -0.136**<br>(0.068)  | -0.126***<br>(0.046) | -0.010<br>(0.035)    |
| 訪問看護        | -0.075***<br>(0.028) | -0.029<br>(0.017)    | -0.046**<br>(0.021)  |
| 通所介護        | 0.514***<br>(0.055)  | 0.359***<br>(0.044)  | 0.156***<br>(0.033)  |
| 通所リハビリテーション | 0.370***<br>(0.065)  | 0.403***<br>(0.051)  | -0.033<br>(0.039)    |
| 福祉用具貸与      | 0.124***<br>(0.020)  | 0.115***<br>(0.018)  | 0.009**<br>(0.004)   |
| 短期入所生活介護    | 0.127*<br>(0.072)    | 0.084*<br>(0.051)    | 0.042<br>(1.014)     |
| 短期入所療養介護    | 0.200<br>(0.180)     | 0.214<br>(0.172)     | -0.001<br>(0.099)    |
| 痴呆対応型共同生活介護 | 0.008<br>(0.178)     | -0.043<br>(0.177)    | 0.051<br>(0.052)     |
| 居宅支援介護      | 0.125**<br>(0.055)   | 0.138**<br>(0.055)   | -0.013***<br>(0.004) |
| 介護老人福祉施設    | 0.759***<br>(0.051)  | 0.691***<br>(0.051)  | 0.067***<br>(0.019)  |
| 介護老人保健施設    | 0.645***<br>(0.042)  | 0.740***<br>(0.032)  | -0.030<br>(0.028)    |
| 介護療養型医療施設   | 0.063***<br>(0.017)  | 0.074***<br>(0.016)  | -0.011*<br>(0.006)   |

- 注) 1) 上段は推定値, 下段の括弧内は White (1980) の分散修正を行って求めた標準誤差である。  
 2) \*\*\* は 1% 基準で有意, \*\* は 5% 基準で有意, \* は 10% 基準で有意であることを示す。  
 3) F 検定と Hausman 検定の結果から, Fixed Effect Model と Random Effect Model の適切なモデルを用いて推定している。  
 4) 推定結果は, 各サービスの認定者当たりの費用, 受給率, および 1 件当たり費用とその事業者密度の推定結果だけをまとめたものである。

して, より介護報酬の高いサービスが提供されている可能性が考えられる<sup>21)</sup>。つまり, 介護サービスの種類によって, 需要を誘発しやすいものとそうでないものがあるといえよう。また, (ii) の推定結果から, 各事業者密度の増加はその介護サービスの受給率に大きな影響を与えていることが確認された。

また, 1 件当たり費用に対する事業者密度の弾力性は, 通所介護で 0.196, 福祉用具貸与で 0.009, 福祉施設で 0.067 であるが, 医師誘発需

要の分析でその存在を確認している山田 (2002) では, 治療費に対する医師人口比率の弾力性が, 0.02 (人口 2 万人以上の市町村) と 0.12 (人口 2 万人以下の市町村) であり, 都道府県単位と 2 次医療圏単位の老人を対象とした分析において, その存在を確認している岸田 (2002) では, それぞれ 0.30 と 0.02 である。ただし, 岸田 (2002) では, 0.02 という値について, 「係数の値が非常に小さいため, 仮説を支持する意味のある結果とはいえない」としている。したがって, 介護サービ

ス市場において誘発需要が生じていると判断されるのは通所介護のみで、福祉用具貸与と福祉施設については、誘発需要の影響は限定的であると判断される。

#### IV 結 語

介護事業者による利用者の掘り起こしや不正請求など、制度の趣旨からみて不適正、もしくは不正な事例が生じているという背景や、制度的な背景等を受けて、本稿では、介護サービス市場における供給者誘発需要仮説の実証分析を行った。分析にあたっては、医師誘発需要の一連の先行研究にならって、two-phase modelを用いることで、要介護認定者当たりの介護費用を、要介護者が介護サービス受給を選択することに依存する受給率で示される部分と、介護事業者の誘発需要の影響を捉えることができる1件当たり介護費用で示される部分とに分けて分析を行った。

その結果、通所系サービス、福祉用具貸与、短期入所生活介護、居宅支援、及び、施設系サービスにおいて、各介護サービスの事業者密度がそれぞれの介護費用に正に有意な影響を与えていることが認められた。しかし、その中で1件当たり費用と正の関係が確認された介護サービスは通所介護、福祉用具貸与、老人福祉施設の3サービスにすぎず、各事業者密度の増加はそれぞれの介護サービスの受給率に大きな影響を与えていることが確認された。

また、各事業者密度の1件当たり介護費用に対する弾力性は、医師誘発需要の分析結果を参考にすると、通所介護ではそれを上回るが、福祉用具貸与と福祉施設では仮説を支持するほど大きくはなかった。つまり、介護サービス市場において誘発需要が生じていると判断されるサービスは通所介護のみで、福祉用具貸与と福祉施設に関しては、その影響は限定的であると判断できる。したがって、医師誘発需要のフレームワークに従えば、通所介護以外のサービスにおいては、介護事業者密度の増加に伴って、需要者のアクセスコストが低下したために需要が増加したと結論付けられる。

実際に、介護事業者の市場への参入や退出は、医療機関に比べて容易であるため、競争激化によって経営的に苦しい状況に直面した介護事業者は、需要を誘発することで所得損失の補填や経営改善を図ろうとするのではなく、市場から撤退することでその損失を最小限に抑えようとする行動をとる可能性がある。ゆえに、本稿の分析結果では、ほとんどのサービスで事業者密度が1件当たり費用に与える正の影響が確認されなかったり、確認されてもその影響は非常に限定的であるという結果を得たと思われる。

ただし、介護サービス市場の特性を考えた際に、注意しなければならないことは、事業者密度の増加が各介護サービスの受給率に大きな影響を与えているサービスについて、それらの介護事業者が必ずしも必要ではない介護サービスの受給を要介護者に勧めるといった「過度の利用者の掘り起こし」という形で、受給率の部分にも介護事業者の影響が生じている可能性も考えられるという点である。本稿の実証分析では、アクセスコストの低下による需要増と介護事業者の利用者の掘り起こしによる需要増の影響が識別されていないため、将来の課題としては、これらの影響を識別できるような分析方法を構築することが望まれる。また、データの制約上、要介護者の性別や年齢・職業・要介護度などの個人属性に関する情報や、子との同居率・世帯の所得金額・貯蓄残高などの世帯情報、及び開設主体や職員数などの介護事業者の属性などに関するマイクロレベルの情報や、介護サービスと代替的な関係があると思われる医療サービスの需要状況に関する情報などを組み込むことができなかつたため、これらの変数を用いて、より精緻な実証分析を行うことも将来の課題である。

平成16年4月投稿受理

平成16年9月採用決定

#### 謝 辞

本稿は2004年度日本経済学会春季大会(於:明治学院大学)における報告論文に加筆・修正を行ったものである。本稿の作成段階において、岩本康志教授(一橋大学)からは、常時手厚いご指導と有益なコメントを頂いた。また、故・鶴田忠彦教授、田近栄治

付表1 厚労省統計とWAMNET統計の事業所数の相関係数

| サービス種類      | 相関係数   | サービス種類      | 相関係数   |
|-------------|--------|-------------|--------|
| 訪問介護        | 0.9897 | 痴呆対応型共同生活介護 | 0.9947 |
| 訪問入浴介護      | 0.9747 | 福祉用具貸与      | 0.9936 |
| 訪問看護        | 0.6257 | 居宅介護支援事業者   | 0.9964 |
| 通所介護        | 0.9979 | 老人福祉施設      | 0.9999 |
| 通所リハビリテーション | 0.9990 | 老人保健施設      | 0.9997 |
| 短期入所生活介護    | 0.9986 | 療養型医療施設     | 0.9791 |
| 短期入所療養介護    | 0.9791 |             |        |

注) 厚労省統計は「平成13年度 介護サービス施設・事業所調査」(平成13年10月1日現在)のものであり、WAMNETの統計は「都道府県別事業所登録数」(平成13年9月30日現在)のものである。

教授、井伊雅子教授、佐藤主光助教授(以上、一橋大学)、岸田研作助教授(岡山大学)、筆者が大学院で参加していた鶴田ゼミナールの先輩方、及び本誌レフェリーからも多くの非常に有益なコメントを頂いた。ここに記して感謝の意を表したい。また、文中における一切の誤りは、全て筆者に帰するものである。

#### 注

- 1) 本稿では、特に断りがない限り、「介護費用」とは、介護保険から給付される介護保険給付費に、利用者が支払う自己負担額を加えたサービスにかかる費用総額を示す。
- 2) 独立行政法人福祉医療機構のホームページ「WAMNET」(以下、WAMNETと記す)の都道府県別サービス登録数の東京都の例を挙げると、居宅介護支援サービスを提供している事業者は2,625ほど存在するが、その35.2%に相当する924事業者が他のサービスも提供している。また、介護施設については、ケアマネージャーを含むことが指定基準として設けられている。
- 3) 医師誘発需要に関する先行研究の詳細な展望はMcGuire (2000)にまとめられている。なお、日本で最初に医師誘発需要の分析を行った西村(1986)は、医師人口比率が1件当たりの医療費に正の影響を与えていることを確認しており、医師誘発需要の存在を支持する結果を得ている。
- 4) この他には、推定方法に関する問題が指摘されている。例えば、Dranove and Wehner (1994)では、出生数と医師密度について、Fuchs (1978)と同様のアプローチに沿って分析を行った結果、医師が産産を誘発するという不合理な結果を得た。
- 5) 日本において、これらを明確に区別した実証分析には、鈴木(1998)、岸田(2001)、山田(2002)があり、鈴木(1998)と岸田(2001)では、医師誘発需要の影響は極めて限定的だという結果を得ているが、山田(2002)では、それを支持する結果を得ている。なお、two-phase model

についての解説はIIで行う。

- 6) 山内(2003)では、受給者当たりの介護費用について分析を行っているが、国民健康保険中央会発表の「認定者数・受給者数の推移(各月版)」から、サービス受給者数を要介護認定者数で除してサービス利用率を算出すると、2001年6月以降は78%前後で推移している。つまり、約22%の要介護者は、要介護認定は受けているが、実際にサービス利用をしていない。よって、受給者ベースでの分析では、サービスを受けないことが最適行動であるという個人の影響を捉えていないことになるため、本稿では認定者当たりの介護費用を用いて分析を行う。
- 7) 介護給付明細書とは、介護事業者が、提供した介護サービスに対して介護報酬を得るために、国民健康保険中央会に送付する請求書類である。これは、医療サービスが提供された際に発生する診療報酬明細書(レセプト)に相当するものである。
- 8) WAMNETで公開されている介護保険事業所情報は、これらの指定事業所を所管する各都道府県から提供された事業所の情報をもとに集計されたものである。これは、活動を停止している事業者も含めて、都道府県が随時送信してくる情報を月末時点で集計しているものである。一方、厚生労働省が「介護サービス施設・事業所調査」で発表している介護事業者数は、調査時点を固定して、その時点で活動している事業者のその日の状況を調査したものである。したがって、これらの事業者数は異なる値をとっていることに注意されたい。なお、厚生労働省の統計(平成13年10月1日現在)とWAMNET発表の統計(平成13年9月30日現在)の各介護サービス事業者数の相関係数は、付表1に示す通りである。
- 9) 本稿で用いるデータは、各都道府県において指定を受けた介護事業者の集計数であり、事業者の属性を考慮できないため、これらの影響を詳細に識別することはできない。また、実際に

- は都道府県内の地域間でも、事業者密度には相当な偏りがあると考えられるので、この点に関しては留意が必要である。
- 10) データの制約上、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導、特定施設入所者生活介護については、分析を行っていない。
  - 11) 例えば、坂田(2002)では、実際に家事援助が必要な要介護者に、より介護報酬が高額な身体介護サービスが提供されているという事例が紹介されている。
  - 12) 訪問介護サービスのみを示している。他サービスの記述統計量については表5に示す。また、それぞれの記述統計量は対数化する前の値である。
  - 13) まず、第1段階として、内生変数の疑いがある事業者密度を被説明変数とし、(i)～(iii)式で用いる外生変数に「犯罪認知件数」、「労働者給与」、「消費者物価指数」を加えて推定して、その残差を求めた。第2段階では、(i)～(iii)式に第1段階で求めた残差を加えてそれぞれ推定した。詳しくは、Wooldridge(2002)などを参照されたい。
  - 14) この結果にはサンプルセレクションの影響が考えられる。冒頭でも述べたように、介護保険制度導入前後には、事業者の参入や撤退が著しく、その背景を考えれば、明らかに事業者密度は内生変数であるといえる。しかしながら、本稿における分析期間は2001年7月から2002年10月であり、この期間はそれらの動きがある程度おさまった時期である。したがって、ここでは統計学的に事業者密度の内生性が確認されなかったと解釈されることに注意されたい。
  - 15) ただし、本稿の分析のフレームワークでは、この影響までは識別できないため、受給率の部分に現れる可能性のある事業者密度の影響については取り扱わない。
  - 16) 通常の場合、居宅サービス利用者のほとんど全員が居宅支援介護を利用するため、説明変数間に多重共線性(multicollinearity)が生じる可能性がある。しかし、それらの相関係数を調べた結果、その絶対値の最大値が0.4785であった。また、確認のために居宅支援介護事業者密度の変数を除いた推定も試みたが、表4で示されている推定結果とほとんど変わらなかったため、この問題は特に懸念する必要はないと思われる。
  - 17) これらの結果の一部は表6に示しているが、それ以外の結果についてはスペースの都合上、割愛している。
  - 18) この結果も、認定者ベースでの推定結果と同様に、1件当たり費用の部分に現れる誘発需要の影響は確認されないということで、受給率の部分に現れる事業者密度の影響は存在している可能性がある。また、(1)式からも分かる通り、1

件当たり費用は同じ値となるので、受給者ベースの(iii)式の推定結果は、認定者ベースの結果と全く同じである。

- 19) 例えば、訪問入浴介護の行は、訪問入浴介護に関する各関数の推定結果のうち、訪問介護事業者密度の推定結果のみを抜粋したものである。詳細な推定結果は、スペースの都合上、割愛している。
- 20) 介護報酬基準額と人員配置については、小山(2000)を参照のこと。
- 21) ただし、施設サービスについては、要介護度や人員基準といった要件から施設サービス費が決定されるため、無制限に需要を誘発するというわけではなく、その限度額まで需要を誘発させていると解釈すべきであろう。

## 参考文献

- 井伊雅子・大日康史(2001)『医療サービス需要の経済分析』, 日本経済新聞社。
- 泉田信行・中西悟志・漆 博雄(1998)「医師誘発需要仮説の実証分析—支出関数アプローチによる老人医療費の分析—」『季刊社会保障研究』 Vol. 33, No. 4, pp. 374-381。
- 伊藤周平(2000)『検証 介護保険』, 青木書店。
- 岩本康志(編)(2001)『社会福祉と家族の経済学』, 東洋経済新報社。
- 漆 博雄(編)(1998)『医療経済学』, 東京大学出版会。
- 小山秀夫(2000)「介護報酬」『季刊社会保障研究』 Vol. 36, No. 2, pp. 224-234。
- 岸田研作(2001)「医師誘発需要仮説とアクセスコスト仮説—2次医療圏、市単位のパネルデータによる分析—」『季刊社会保障研究』 Vol. 37, No. 3, pp. 246-258。
- 月刊介護保険編集部(2003)『介護保険ハンドブック』, 法研。
- 厚生労働省(2001)『平成13年介護労働実態調査』。
- (2002)『平成14年介護事業経営実態調査』。
- (監修)(2003)『平成15年厚生労働白書』。
- 坂田期雄(2002)『介護保険—自治体最前線の対応』, ぎょうせい。
- 下野恵子・大日康史・大津廣子(2003)『介護サービスの経済分析』, 東洋経済新報社。
- 鈴木玲子(1998)「医療資源密度と受診・診療行動との関係」『老人医療費の研究』, pp. 50-60。
- 鈴木 亘(2002)「非営利訪問介護業者は有利か?」『季刊社会保障研究』 Vol. 38, No. 1, pp. 74-88。
- 田近栄治・菊池 潤(2003)「介護保険財政の展開—居宅給付費増大の要因—」『季刊社会保障研究』 Vol. 39, No. 2, pp. 174-188。
- 西村周三(1987)「医師誘発需要理論をめぐって」



- 『医療の経済学』, pp. 25-45, 東洋経済新報社。  
丸木和子・八島妙子(編)(2002)『介護保障の課題と展望』, 中央法規出版。
- 山内康弘(2003)「訪問介護給付は適正か?—供給者誘発需要仮説アプローチによる検証—」, OSIPP Discussion Paper, DP-2003-J-008。
- 山田 武(2002)「国民健康保険支払い業務データを利用した医師誘発需要の検討」『季刊社会保障研究』Vol. 38, No. 2, pp. 39-51。
- Cromwell, J. and Mitchell, B. (1986) "Physician-Induced Demand for Surgery", *Journal of Health Economics*, Vol. 5, pp. 293-298.
- Dranove, D. and Wehner, P. (1994) "Physician-induced for childbirth", *Journal of Health Economics*, Vol. 13, pp. 61-73.
- Escarce, J. J. (1992) "Explaining the association between surgeon supply and utilization", *Inquiry*, Vol. 29, pp. 403-415.
- Evans, R. G. (1974) "Supplier-Induced Demand: Some Empirical Evidence and Implications", *The Economics of Health and Medical Care*: ed. by M. Perlman (Macmillan London), pp. 162-173.
- Fuchs, V. R. (1978) "The Supply of Surgeons and The Demand for Operations", *The Journal of Human Resources (Supplement)*, pp. 35-56.
- McGuire, T. G. (2000) "Physician Agency", *Handbook of Health Economics*, Vol. 1 A, pp. 461-536.
- Rossiter, L. F. and Wilensky, G. R. (1984) "Identification of Physician-Induced Demand", *Journal of Human Resources*, Vol. 19, pp. 611-627.
- Wooldridge, J. M. (2002) *Econometric Analysis of Cross Section and Panel Data*, The MIT Press.  
(ゆだ・みちお 一橋大学大学院博士後期課程)

## 社会保険法判例

島崎謙治

不法在留外国人が国民健康保険法第5条所定の「住所を有する者」に該当するとされた事例

最高裁判所第一小法廷平成16年1月15日判決(平成14年(受)第687号損害賠償請求上告事件)民集58巻1号226頁、『判例時報』1850号16頁

### I 事実の概要

1 X(原告・控訴人・上告人)は、昭和27年12月2日、在外華僑を父母として大韓民国において出生した。Xは昭和46年2月26日、短期滞在の在留資格で日本に入国したが、その際、大韓民国の再入国許可を受けなかったため、同国における永住資格を喪失した。その後、Xは、大韓民国と台湾を行き来し、大韓民国における永住資格の回復あるいは台湾での国籍の確認を図ったがいずれも成就せず、昭和51年7月2日、72時間の寄港地上陸許可を得て日本に上陸し、上陸時間経過後も日本に残留し調理師として稼働した。

2 Xは、昭和52年3月28日、台湾国籍の女性と結婚し、昭和60年12月頃から平成12年12月まで、妻子と横浜市K区内に居住していた。この間、Xは、不法滞在状態を解消するため平成6年及び平成8年に入国管理局に出頭したが、Xの国籍を確認できなかったこともあり、違反調査が数回行われただけで、入国管理局からの連絡は途絶えた。

3 Xは、平成9年3月21日に横浜市K区役

所で外国人登録をし、その際、国民健康保険(以下「国保」という)の被保険者証の交付を請求したが拒否された。Xは、長男が脳腫瘍に罹患していることが判明した後、平成10年5月1日、妻子と共に東京入国管理局横浜支局に在留特別許可を求める書面を提出し、同月20日付けで国保の被保険者証の交付を請求した。横浜市K区長は、同年6月9日、Xに対し、在留資格がなく国民健康保険法(以下「法」という)5条所定の被保険者に該当しないとして、被保険者証を交付しない旨の処分(以下「本件処分」という)を行った。

4 そこで、Xは、国(被告・被控訴人・被上告人：Y<sub>1</sub>)が法5条につき誤った解釈を前提とする通知を発し、横浜市(被告・被控訴人・被上告人：Y<sub>2</sub>)K区長がこれに従ったことにより違法な本件処分がされたとして、Y<sub>1</sub>及びY<sub>2</sub>に対し、国家賠償法に基づき損害賠償を請求した。

5 1審(横浜地判平成13年1月26日・判例時報1791号68頁)は、在留資格の有無は法5条の「住所」該当性を判断する重要な要素ではあるが、これを一律の要件とする解釈は妥当性を欠き、本事案の諸事実に照らせばXは法5条所定の「住

所を有する者」である旨判示した。ただし、国家賠償責任は否定し請求は棄却した。

6 Xは控訴したが、原審（東京高判平成14年2月6日・判例時報1791号63頁）は、法5条の「住所」の意義として、外国人については一定の在留資格を有していることを「住所」の概念に内包しており、Xは「住所を有する者」とは認められず国保の被保険者資格は有しないとして、控訴を棄却した。Xはこれを不服として上告した。

## II 判 旨

### 上 告 棄 却

1 法5条にいう「住所を有する者」は、市町村の区域内に継続的に生活の本拠を有する者と解するのが相当である。法制定当初は外国人を適用除外とする規定が存在したが、その後、この規定が削除されたことにかんがみれば、法5条が、在留資格を有しない外国人を被保険者から一律に除外する趣旨を定めた規定であると解することはできない。

2 一般的には、社会保障制度を外国人に適用する場合には、社会連帯と相互扶助の理念から、国内に適法な居住関係を有する者のみを対象とするのが一応の原則であるが、具体的な社会保障制度においてどの範囲の外国人を適用対象とするかは、それぞれの制度における政策決定の問題であり（最判昭和53年3月30日・民集32巻2号435頁）、法の規定や法施行規則の改廃の経緯に照らして、法が上記の原則を当然の前提としていると解することはできない。

3 また、国保は、国民の税負担に由来する補助金や一般会計からの繰入金等によって費用の一部が賄われているとはいえ、基本的には、国保保険料（税）によって保険給付を行う保険制度の一種であるから、我が国に適法に在留する資格のない外国人を被保険者とするのが国保の制度趣旨に反するとまでいうことはできない。

4 なお、社会保障制度を外国人に適用する場合には、その対象者を国内に適法な居住関係を有

する者に限定することに合理的な理由があるから、法施行規則又は各市町村の条例において、在留資格を有しない外国人を適用除外者として規定することが許されることはいうまでもない。（筆者注：判決原文は判旨4に続く長い括弧書きであり、傍論として述べられている。）

5 もっとも、外国人は、憲法上我が国に在留する権利等を保障されているものではなく、適法に入国した者であっても、在留期間を経過して残留する者については、退去強制することができるものとされている。

6 「このような我が国に在留する外国人の法的地位にかんがみると、外国人が法5条所定の『住所を有する者』に該当するかどうかを判断する際には、当該外国人が在留資格を有するかどうか、その者の有する在留資格及び在留期間がどのようなものであるかが重要な考慮要素となる。」。そして、「在留資格を有しない外国人が法5条所定の『住所を有する者』に該当するというためには、単に市町村の区域内に居住しているという事実だけでは足りず、少なくとも、当該外国人が、当該市町村を居住地とする外国人登録をして、入管法50条所定の在留特別許可を求めており、入国の経緯、入国時の在留資格の有無及び在留期間、その後における在留資格の更新又は変更の経緯、配偶者や子の有無及びその国籍等を含む家族に関する事情、我が国における滞在期間、生活状況等に照らし、当該市町村の区域内で安定した生活を継続的に営み、将来にわたってこれを維持し続ける蓋然性が高いと認められることが必要であると解するのが相当である。」。

7 Xは、①大韓民国で出生し、同国での永住資格を喪失し、台湾でも国籍が確認されないという特殊な境遇にあったため、やむなく我が国に残留し続け、この間、不法滞在状態を解消するため、二度にわたり、自ら入国管理局に出頭したものの、上記事情から不法滞在状態を解消することができず、その後入国管理局からは何の連絡もなかったものであり、②本件処分までの滞在期間は約22年間もの長期に及び、本件処分当時の居住地である横浜市では、調理師として稼働しながら、約

13年間にわたって妻と我が国で生まれた二人の子と共に定住して家庭生活を営んできたものであって、③本件請求時には、横浜市を居住地とする外国人登録をして、在留特別許可を求めており、その約半年後には、在留資格を定住者とする在留特別許可を受けた。これらの事情に照らせば、Xは、横浜市の区域内で家族と共に安定した生活を継続的に営んでおり、将来にわたってこれを維持し続ける蓋然性が高いものと認められ、法5条にいう「住所を有する者」に該当する。そうすると、本件処分は違法であるというべきであり、これと異なる原審の判断は是認することができない。

8 しかし、ある事項に関する法律解釈につき異なる見解が対立し、実務上の取扱いも分かれていて、そのいずれについても相当の根拠が認められる場合に、公務員がその一方の見解を正当と解し公務を遂行したときは、後にその執行が違法と判断されたからといって、直ちに上記公務員に過失があったものとするのは相当ではない(最判昭和46年6月24日・民集25巻4号574頁、最判平成3年7月9日・民集45巻6号1049頁)。

9 本件各通知には相当の根拠があり、在留資格を有しない外国人が国保の適用対象となるかどうかについては定説がなく、本件処分当時には、これを否定する判断を示した東京地裁判決があっただけで、本件各通知と異なる見解に立つ裁判例はなかった。したがって、Y<sub>1</sub>及びY<sub>2</sub>の担当者に過失があったとはいえず国家賠償責任は認められないから、Xの請求を棄却すべきものとした原審の判断は、結論において是認することができる。

10 なお、主文判決は裁判官全員一致の意見であるが、2名の裁判官から「本件処分が違法とはいえないとした原審の判断を正当と考える」旨の意見が付されている。(筆者注：この少数意見の内容等についてはⅢの解説の中で紹介する。)

### Ⅲ 解 説

主文判決には賛成。法5条の該当性を認めた結論及び判旨に反対

#### 1 はじめに

外国人に対する国保の適用については、昭和61年3月7日の法施行規則改正(施行は同年4月1日)により国籍条項が削除され、日本に適法に在留する外国人で1年以上滞在が見込まれる等の要件<sup>1)</sup>を満たす場合には国保の適用が行われている(平成4年3月31日保険発41号国保課長通知等を参照)。しかし、不法入国者や不法残留者(以下、これらを併せて「不法滞在外国人」ということがある)については、退去強制の対象となること等から法5条の「住所」を有さず国保の被保険者資格はないとの行政解釈<sup>2)</sup>に基づき運用されてきた。しかし、在留資格のない外国人は当然に法5条の「住所」を有しないといえるかは議論の余地があり、現に訴訟として争われる事例が生じた。

この問題をめぐっては学説上争いがあるのみならず下級審の判決も分かれ、最高裁がどのような判断を下すのか注目されていた。本判決の意義は、最高裁が初めてこの問題に判断を示したことにある。ただし、7で後述するように、本判決後、不法滞在外国人は法の適用除外とする旨の法施行規則改正が行われており、「本判決の意義は事実上ほとんど失われた」(高杉 2005, 223頁)ことにも留意する必要がある。

なお、本事案は国家賠償請求事件であり<sup>3)</sup>、最高裁判決は、本件処分は違法であるとしつつも、Y<sub>1</sub>及びY<sub>2</sub>の担当者に過失はないとし、上告を棄却した。この論理構成については、判旨8で引用する最高裁判決の先例があり、学説上も争いはない(今村・雄川 1966, 古崎 1971等)。したがって、本判決の意義及び争点はもっぱら不法滞在外国人に対する国保の適用の可否にあり、本稿においても、この点に焦点を絞り検討を行う。

#### 2 下級審裁判例及び学説

最高裁判決の具体的検討に入る前に、下級審裁判例及び学説について概観しておく。

##### (1) 下級審裁判例

本件以外に不法滞在外国人に対する国保の適用をめぐる下級審裁判例は二つある。

一つは、東京地判平成7年9月27日・判例時報1562号41頁(以下「平成7年判決」という)である。これは、他人名義の旅券で不法入国し、その後日本人男性と婚姻して長女を出生した外国籍女性が、国保の被保険者証の交付申請を行いそれが拒否された事案である。判決は、国保の被保険者は我が国社会の構成員として社会生活を始めることができる者を当然の前提としており、違法な入国を基礎として作られた居住の事実状態だけをとらえて「住所を有する」と評価することには躊躇を感じざるをえないと判示し、原告の法5条の「住所」該当性を否定した。ただし、この事案は不法入国であり(しかも不法入国発覚後に国保の被保険者証の交付申請を行っている)、本事案とは内容・性格が異なる。

もう一つは、東京地判平成10年7月16日・判例時報1649号3頁(以下「平成10年判決」という)である。この事案は、日本人の前夫と婚姻し「日本人の配偶者」として適法に在留を開始した外国人女性が、来日して間もなく再上陸許可を得て一時帰国し、再上陸後在留期間の更新を受けず不法在留となったものである。同人は前夫と離婚した後現在の夫(日本人)と婚姻し在留特別許可申請を行い、その数ヵ月後に国保被保険者証の交付申請を行ったが、在留資格がないことを理由に拒否されたため訴訟に至ったものである。判決は、在留資格のない外国人であっても、当該外国人が我が国に入国した経緯、入国時ないしその後における在留資格の有無及び在留期間の長短等を考慮し、法5条の「住所を有する者」として認められる場合があるとして、原告の国保の被保険者資格を認めた。

## (2) 学 説

学説も分かれている。大別すれば次の三つがある。第1は、不法滞在外国人に対する国保の適用を否定する見解〔否定説〕(岡村 1997)である。ただし、岡村の論稿は平成7年判決の評釈であり、不法入国外国人に限定して議論を展開していることに注意を要する。第2は、社会権規約等を根拠に不法滞在外国人にも国保が適用されるという見解〔肯定説〕(高藤 2001, 国京 2000)である。

第3は、入国形態、在留期間の長短等を考慮して不法滞在外国人でも国保が適用される場合があり得るとする見解〔限定肯定説〕(岩村 1998, 山田 1997, 中野 1999, 倉田 1996, 水谷 1999, 原田 2003等)である。

学説の多数説は③の限定肯定説であるが、仔細にみれば、限定的に認められる範囲をどの程度広く考えるか、いずれの要件(例えば、入国時の適法性、居住期間の実績、配偶者の有無など生活態様)を重要視するか等については、論者によって差異がある<sup>9)</sup>。

ちなみに、判例で肯定説が採られたものはなく、本件最高裁判決法廷意見(3名の多数意見。以下「多数意見」という)及び1審判決並びに平成10年判決は限定肯定説に、本件最高裁判決少数意見(2名)及び原審判決並びに平成7年判決は否定説に分類できる。

## 3 争 点

本件の最大の争点は、法5条の「住所」の意義として、外国人については在留資格があることを要するかということである。多数意見が「在留資格を有しない外国人を一律に除外する趣旨を定めたと解することはできない」と判示するのに対し、少数意見は「不法在留外国人は日本国内に生活の本拠を置くことが法律上認められていない以上、法5条の住所は有しない」とし、見解は対立する。

もっとも、多数意見も、在留資格の有無は法5条の「住所」を判断する際の重要な考慮要素であることは否定しておらず、さらに、不法在留外国人が「住所を有する」というためには、少なくとも在留特別許可を求めているほか、判旨6で列挙する要件を満たす必要があるとしている。実際、不法滞在外国人がこれらの要件をすべて満たすことは容易ではなく、本判決の射程は広いとはいえない。また、多数意見は、(傍論とはいえ)判旨4で、「法施行規則又は各市町村の条例において、在留資格を有しない外国人を適用除外者として規定することが許される」とまで判示している。しかし、在留資格を有することが法5条の「住所」の概念に内包されると解するか否かは、多数意見

と少数意見の根本的な相違である。そして、両者の判断の分岐点を突き詰めれば、①法5条の「住所」の解釈に当たって、国保制度の趣旨・目的に由来するいわば内在的制約（例えば逆選択防止）をどの程度重視するか、②外国人の法的地位と法5条の「住所」との関係をどのように捉えるか、にある。また、③不法滞在外国人の法5条の「住所」該当性の考慮要素についても本判決は判示しているが、この判断枠組みについても多数意見と少数意見は対立する。以下、これら三つの論点ごとに検討を行い、筆者の見解を述べる。

#### 4 法5条の「住所」の意義と国保の趣旨・目的による内在的制約

##### (1) 法5条の「住所」の意義

社会保障法において法律関係等を「場所」で律する基準としては、大別すれば、①生活保護法19条や原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律2条など居住地主義を採っているもの、②法5条や国民年金法7条など住所地主義を採っているもの、の二つがある<sup>9)</sup>。

①の居住地主義を採っている法令の場合、「居住地を有する」という文言は受給要件を規定したのではなく、「居住地」は管轄行政庁を決定する技術的基準にとどまる<sup>10)</sup>。これに対し、②の住所地主義を採っている法令において、「住所を有する」ことは各法令の適用要件であり、「住所」は権利・義務を律する基準である。例えば、法5条の「市町村に住所を有する者」は、被用者保険に属さない等の適用除外要件に該当しない限り、当該市町村国保に強制的に加入することとされ、国保の受給権が付与される一方、保険料(税)の賦課・強制徴収の対象となる(法76条、79条の2等)。

なお、民法21条の「住所」(生活の本拠)は、客観的な居住事実を基礎とし定住意思を補充的に考慮し決められると解されている(谷口・石田編1988, 336頁等)。論者の中には、法5条の「住所」も一般規定である民法21条の「住所」と同様に素直に解釈し、「外国人のなまの居住・生活実態を直視」(高藤 2004, 72頁, 傍点は高藤

すべきと説く者がいる。また、不法滞在外国人が仮に法5条の「住所」を有しないとしても、民法22条及び23条の規定を援用し、居所をもって法5条の「住所」とみなすべきであるとの議論(一例として上告理由)もある。しかし、各法における「住所」は、文理を逸脱しない限り、当該各法の趣旨・目的に即して解釈されるべきものであり<sup>11)</sup>、民法上の「住所」(債務履行の場所の標準や裁判管轄の標準等の法律効果が主なもの)と、法の権利・義務を律する基準としての意義を有する法5条の「住所」とを同一のものと解すべき理由は無い。

##### (2) 国保の趣旨・目的と内在的制約

むしろ問われるべきことは、法5条の「住所」にこのような法律効果を付与する実質的な理由は何かである。それは、我が国は公的医療費保障制度として社会保険方式を採用し、被用者保険と地域保険の二本建てにより国民皆保険を成立させていることに由来すると考えるべきである。その意味は次のとおりである。

社会保険は、一定の社会政策上の目的(医療保険に即していえば罹患状況・既往歴や所得の多寡に関わらず傷病リスクをヘッジする)を達成するために「保険」という技術的手法を用いた制度である。ただし、社会保険も保険制度であるが、民間保険と全く同一には論じられない。民間保険の場合には、保険に加入しようとする者が自由意思に基づき保険会社に加入の申込みを行い、保険会社が応諾した時点で保険契約が成立する。また、脱退も原則として自由である。これに対して、社会保険の場合には、個々人の保険事故の発生確率や所得に関わりなくリスクヘッジ(危険分散)することに本質があり、こうした社会政策目的を達成するには、一定の保険集団を設定し、本人の意思に関わりなくその集団に強制加入させなければならない。仮に、民間保険のように「加入・脱退自由原則」を認め、また、リスクに見合った保険料設定を行えば、いわゆる「逆選択」(正確に定義すれば、リスクが低いうちは保険に加入せず、リスクが高まるあるいは発現すれば保険に加入するというプロセスないしはその行動)等が生じ、

社会保険は本来カバーすべき者（医療保険でいえば病気がちで低所得の者）が脱漏する結果を招き、所期の目的を達することができない<sup>81</sup>。

そして、我が国の公的医療保険においては、保険集団を、構成員の帰属意識（相扶共済意識）に着目し、大別すれば被用者と非被用者に区分した。前者が被用者保険、後者が地域保険としての国保であり、被用者保険に属さない者すべてを地域保険である国保に強制加入させることにより国民皆保険を達成するという社会政策が我が国では採られている。そして、保険関係の成立の根拠を、被用者に関しては「雇用関係」（正確には「使用関係」）に、非被用者に関しては「住所を有する」ことに求めた。もとより、後者は前者に比べ保険関係を成立させる要件・基準としては「緩やかな」ものである。しかし、「緩やかな」要件・基準であるとはいえ、法5条の「住所」は、単なる「居住」（事実上人がある場所で起居していること）とは異なり、法の権利・義務を律するに足る居住の継続性・安定性が求められる。

以上をまとめれば、法5条所定の「住所」は、単なる「居住」とは異なり、権利・義務を律する基準としての意義を有しており、その実質的根拠は、「社会保険としての国保の政策目的」と「強制加入」、「逆選択の防止」、「保険料（税）の納付」が分かちがたく結びついていることにある。強制加入は社会保険の本質として揺るがせにできず、また、逆選択を容認すれば強制加入は形骸化し社会保険としての国保制度はその目的を達し得ない。筆者は、国保制度の趣旨・目的に内在する制約として、法5条の「住所」の解釈においてこのような判断要素を持ち込むことは、文理を逸脱しない限り許されると考える。

### （3）本論点についての検討

本論点について、多数意見は、判旨3で「国保制度は、基本的には、国保保険料（税）によって保険給付を行う保険制度の一種であるから、我が国に適法に在留する資格のない外国人を被保険者とすることが国保の制定趣旨に反するとまではいうことはできない」旨述べる。この論旨は筆者には理解しがたい。むしろ国保も保険制度の一種で

あるというならば、「国保の制定趣旨に反する」ことになるか否かについて、国保制度の存立基盤まで掘り下げ緻密な検討が行われなければならない。

一方、少数意見は次のように述べる。「国保制度は、市町村の区域内に住所を有する者を被保険者として強制加入させて保険団体を形成した上、保険料（税）の納付を義務付けて共同の基金を作り、偶発的に疾病等の保険事故に遭遇した住民に療養等の保険給付を行い、当該住民個人の経済的負担を市町村の住民全員で分担するもので、住民の相扶共済の精神に立脚した地域保険である（最判昭和33年2月12日・民集12巻2号190頁）。国保制度の健全な維持運営のためには、住民の強制加入と、大数の法則、収支均等の原則を基本として算出される保険料等の徴収が不可欠であり、また、疾病等が発生する場合に初めて加入するという、保険事故の偶発性を排除するいわゆる逆選択を防止する必要もある。法5条の『住所』は、客観的居住の事実を基礎とし、これに当該居住者の主観的居住意思を総合して認定するべきであるが、国保の上記のような地域保険としての性格に照らし、この居住には継続性・安定性が要求される。」（なお原文を適宜省略し引用している）。

法5条の「住所」の意義について、国保の強制加入や逆選択の防止の必要性を含め国保制度の趣旨・目的を的確に捉えている点において、筆者は少数意見に賛成する。

## 5 外国人の法的地位と法5条の「住所」との関係

### （1）多数意見と少数意見の論理構成の相違

外国人の法的地位について、多数意見は、判旨2において、昭和53年3月30日の最高裁判決（不法入国した外国人被爆者の原子爆弾被爆者の医療等に関する法律の適用の可否が争われた事案の判決。以下「孫振斗訴訟判決」という）を引用し、「具体的な社会保障制度においてどの範囲の外国人を適用対象とするかは、それぞれの制度における政策決定の問題」と述べる。そして、不法滞在外国人を国保の適用除外とすることは法令・条例に規定することは許されるが、そのよう

な規定がない以上、法5条の解釈論としては、一律に適用除外とすることは認められないとする。ただし、多数意見は、入国管理の法秩序との整合ないしはその規範性を無視しているわけではない。すなわち、我が国に在留する外国人は憲法上我が国に在留する権利等が保障されているわけではなく、不法在留外国人については入管法に基づき退去強制することができることとされており、このような外国人の法的地位にかんがみると、法5条の「住所を有する者」に該当するかどうかを判断する際には、在留資格及び在留期間がどのようなものであるかが重要な考慮要素である旨判示する。そしてさらに、不法滞在外国人が法5条の「住所を有する者」に該当するための要件を列挙した上で、本事案への「当てはめ」を行うという論理構成を採っている。

率直な印象を述べれば、多数意見は、原則論としては不法滞在外国人の国保適用について厳しい立場を採りつつ（少なくとも肯定説には立っていない）、本事案について法の適用を認めるために、相当無理な論理構成となっている。また、多数意見が不法滞在外国人の国保適用に途を開くことに主眼があるのであれば、あるいは（行政裁量ではなく）立法的解決を要するという趣旨であれば、あえて傍論として、「法施行規則又は条例において不法滞在外国人を適用除外者として規定することは許される」（傍点は筆者）と判示する必要はなかった。

いずれにせよ、多数意見の論理が逆接や留保条件の連続であるのに対して、少数説の論理は単純明快である。すなわち、不法滞在外国人は日本国内に生活の本拠を置くことが法律上認められておらず出入国管理法に基づき退去強制されうる状態にある以上、その居住地を法5条の「住所」と評価することはできず、不法滞在外国人は地域保険たる国保の被保険者になじまない、とする。

## （2）本論点についての検討

筆者は、本論点についても、国保制度の趣旨・目的に由来する内在的制約と結びつけた論理の展開が図られるべきであったと考える。その意味は次のとおりである。

孫振斗訴訟判決では、「一般の社会保障法についてこれを外国人に適用する場合には、そのよって立つ社会連帯と相互扶助の理念から、わが国内に適法な居住関係を有する外国人のみを対象とすることが一応の原則であるとしても、原爆医療法について当然に同様の原則が前提とされているものと解すべき根拠はない。」とし、「不法入国した被爆者に同法の適用を認めた場合でも、その者に対し入国管理法令に基づく退去強制手続をとることはなんら妨げられるものではないから、右の適用を認めることが、外国人被爆者の不法入国を助長することになるとか、入国管理制度の適正な執行を阻害することになるとかを危惧することは、当たらないというべきである。」旨述べられている。

つまり、①不法滞在外国人には一般的には社会保障法は適用されないが、法律の性格・立法趣旨等から適用されることがある、②入国管理制度の問題と社会保障法の適用の問題は直接には連動しない、ということが孫振斗訴訟判決の要点である。したがって、本件に関し多数意見が同判決を引用するのであれば、「具体的な社会保障制度においてどの範囲の外国人を適用対象とするかは、それぞれの制度における政策決定の問題」という部分のみを引用するのではなく、解釈論として、（法の改廃経緯等を論拠にするのではなく）法の性格・立法趣旨を真正面から分析し適用の可否を判断する必要がある。また、少数意見も法廷意見に反対するならば、上記②の点につき見解を述べるべきであったと思われる。

順番を変え、まず②に関していえば、入国管理法制上の規範と法5条の「住所」の存否は観念的には別箇の問題であるというべきである。例えば、仮に不法滞在者に法の適用を認めたとしても、そのことが入管法上の取扱い（例：特別在留許可に係る法務大臣の判断）に直接影響を及ぼすものではない。確かに、我が国全体の法秩序の維持という規範的な観点を無視することはできない<sup>91</sup>が、少数意見のように、公法上の違法性等の規範概念を法5条の「住所」の解釈と連動させ、「在留資格を有しない外国人は（中略）日本国内に生活の



本拠を置くことが法律上認められていないというべきであるから、その居住地を法5条の住所と評価することはできない」とまでいい切ることは法解釈論としては疑問である<sup>10)</sup>。

次に①についていえば、不法滞在者外国人に国保の適用を行った場合に国保制度の存立基盤が損なわれるかどうかの吟味が重要である。筆者は、社会保険制度は、その字義どおり「社会的要素」と「保険的要素」の微妙なバランスの上に成り立つ制度であり、それゆえ、制度に対する国民(住民)の信頼が失われれば瓦解しかねないという意味において「脆弱な制度」であると考えている。むしろ、だからこそ、国保の存立基盤を損ないかねない要素、具体的には、①対象者を捕捉できないなど強制加入が形骸化すること、②逆選択を容認すること、③国民(住民)の保険料の納付意欲を減退させること、は避けなければならない<sup>11)</sup>。そして、この三つが相互に関連することは4で既述したとおりである。

以上のような観点を重視すると、外国人登録を行わず、また、不法滞在の状態を解消する努力(具体的には、在留特別許可の求め)もせず、いわば「逃げ回った」あげく、病気に罹った時点で国保被保険者証の交付申請を行う不法滞在外国人については、仮に居住期間が長期にわたるなどの事情があったとしても、「住所を有する者」とは認めるべきではない。また、国保制度は保険制度であり、法5条の「住所」の解釈に当たっては、法の権利・義務を律するに足る居住の継続性と安定性が見込まれることが重要であることから、このように解することは文理解釈上も不合理ではない。

そして、一般論でいえば、不法滞在外国人であって「住所を有する者」と認められる事例はそれほど多くはないと考えられる。なぜなら、仮に本最高裁判決の判断枠組みに準拠したとしても、「設定しているハードルはかなり高い」(福井2005, 155頁)からである。外国人登録を一例として挙げれば、不法滞在外国人も外国人登録の義務がある(外国人登録法18条1項1号, 最判昭和56年11月26日・刑集35巻8号896頁参照)

とはいえ、不法滞在事実の発覚を恐れ外国人登録が行われていない例が圧倒的に多い<sup>12)</sup>。

ただし、不法滞在外国人であっても法5条の「住所を有する者」と認められる事例が想定できないわけではない。例えば、留学の在留資格で入国し国保の適用が認められ、国保保険料(税)の納付実績もあるが、日本人と結婚したことを契機として在留資格を「日本人の配偶者等」や「永住者」に変更申請をし、(その許可が下りないまま)適法な在留期間が過ぎ不法残留となっているといった事例である。このような場合、在留許可の変更事務手続が遅延し不法残留の状態となっているからといって、そのことを理由に国保の適用除外とすることは適当ではない。「逃げ回っている」不法滞在外国人とは異なり、保険料(税)の徴収等も可能であり逆選択も生じないことから、国保の存立基盤を崩すことにならず、文理上も居住の継続性と安定性が見込まれると考えることに違和感はないからである。

問題は、どのような要素を重視しどこで「線引き」するかであるが、これは各人の社会保険観が反映される。本事案は、それに加えXの特殊事情など斟酌すべき内容を含んでおり、だからこそ、1審と原審で判断が分かれ、最高裁判決においても裁判官の判断が3対2に分かれたとみることもできる。確かに、Xは大韓民国の永住資格を喪失し台湾でも国籍が確認されないという特殊な境遇にあり、自ら入国管理局に出頭し不法滞在状態を解消しようと試みたこと等の斟酌すべき事情がある。少なくとも「逃げ回っている」外国人とは同一には論じられない。また、入国管理局に出頭した際、Xの国籍を確認できなかったこともあり、違反調査を数回行っただけで連絡が途絶えたというのは、入国管理局の「落ち度」でもある。以上の事情等は、在留特別許可の諾否に当たって斟酌されたと推測されるし、多数意見の心証形成にも大きく影響したと考えられる。しかし、筆者は、Xの法5条の「住所」該当性を認めた判断及びその論理構成については、なお疑問を感じざるをえない。なぜなら、多数意見は、判旨7のとおり、Xの在留特別許可が認められた(Xは本件

処分の約半年後の平成10年11月24日に在留特別許可を受け、横浜市K区長は同月25日付けでXに対し国保の被保険者証を交付している)ことを法5条の「住所を有する者」に該当する理由の一つに挙げているが、在留特別許可が認められたのは結果論である。また、少数意見も指摘するように、Xは長男が脳腫瘍に罹患したことが判明した後に在留特別許可を求め、その20日後に国保被保険者証の交付申請を行ったものであって、このような場合に国保の被保険者証の交付を行うことは逆選択を容認することになるからである<sup>13)</sup>。

以上を要約すれば、筆者は、不法滞在在外国人は当然に法5条の「住所を有する者」とは認められないとする部分を除き、基本的に少数意見の論旨及び結論に賛成する。多数意見については、Xの法5条の「住所」該当性を判断するに当たっては、国保の内在的制約に由来する逆選択の是非にまで踏み込んで審理すべきであったと考える。

## 6 本判決が判示する法5条の「住所」該当性の判断枠組みの是非

### (1) 本判決が判示する考慮要素と国保実務の対応可能性

多数意見は、判旨6のとおり、不法滞在在外国人が法5条の「住所を有する者」に該当するかどうかを判断する際の考慮要素を六つ掲げている。筆者は、国保の内在的制約を重視すれば、この六つの考慮要素は等しい重要性を有するものではないと考えている。すなわち、外国人登録を行っていること(なお現に登録地に居住していることも必要)及び在留特別許可を求めていることは、(強制加入との関係上)対象者を捕捉できるという意味で必要不可欠であるが、逆選択の防止の観点を重視すれば、これらの行為を行った時期も重要である。また、配偶者や子が日本国籍を有するかも重要な考慮要素である。これは、在留特別許可裁決の「大きな有利な情状」(山田・黒木 2004, 99頁)に該当するということもさることながら、将来に向けて我が国における居住が継続する蓋然性の高さを判断する重要な要素だからである。これらに比べ在留期間(実績)の長短はそれほど重

要な考慮要素ではないと考える。

それはさて置き、最高裁判決が示した六つの考慮要素につき市町村によって判断が区々にならず客観的・統一的に判断できるか検討する。これについては、実務という「尻尾」が法の適用という「本体」を振り回すことは本末転倒した論理であり、個別具体的な事案に即した「当てはめ」を行えばよいとの批判もあり得よう。しかし、筆者は、実務が対応できるかは国保制度の存立基盤に関わる問題であると考え。その理由は、ミーンズテストをはじめ多くの調査を必要とする生活保護とは異なり、本来定型的に行うべき社会保険事務に過重な負担を課すことを避けるという理由もさることながら、保険者(市町村)によって判断が区々となることは法の適用という制度の根幹が揺らぐことを意味するからである。また、要件の具体化ができるとともに市町村の実務対応が可能でなければ(要件が具体化されても市町村がその確認を行えないことはあり得る。両者は観念的には別箇の問題である)、市町村は処分の違法性が問われるリスク(例えば、国保被保険者証不交付処分を行ったが事後に在留特別許可が認められた場合には、当該不交付処分が違法であると訴えられるリスクがある)を抱える。そして、市町村はこれを回避するため、結果として本来法の適用を認めることが適当ではない事例にまで適用を拡大する事態を招き、国保の制度的基盤(加入者の信頼や公平感等)を損ないかねない。

以上のような観点に立ち、具体的に要件化できるか、また、市町村において実務対応が可能であるかについて検討すると次のとおりである。

六つの考慮要素のうち、要件化でき、かつ、どうか国保実務の対応が可能なのは、a. 外国人登録をしていること、b. 在留特別許可を求めていること、c. 入国の経緯、入国時の在留資格の有無及び在留期間その後における在留資格の更新又は変更の経緯、の三つである。ただし、b及びcについては、地方入管局が市町村の照会に応じる仕組みの構築が必要であるという条件がつく。また、d. 我が国における滞在期間については、在留特別許可における総合勘案の一要素であって

何年という基準を設定できず、しかも不法入国の場合には確認は困難、e. 配偶者や子の有無及びその国籍等を含む家族に関する事情については、要件の明確化はある程度できても、事実関係を調査し実態判断を行うことが求められ客観的・統一的な国保実務の運用は困難、f. 生活状況等については、要件の明確化自体ができず、また、事実関係を調査し実態判断を行うことが求められ客観的・統一的な国保実務の運用は困難であるといわざるをえない<sup>14)</sup>。

## (2) 在留特別許可の法的性格と法5条の「住所」認定

多数意見は、入国管理法における法規範性と国保制度上の被保険者資格の有無を一旦は遮断したように見えながら、在留特別許可を求めていること等を重視している。こうした論理は、帰するところ、少数意見がいうように、「法廷意見は、言葉を換えれば、在留特別許可が与えられる可能性が高い場合は、当該外国人を法5条の『住所を有する者』と認定すべきであるというもの」である。しかし、そもそも在留特別許可の法的性格は、「容疑者が退去強制事由に該当する場合においてなお特別に在留を許可すべき事情があると認めるときに、法務大臣がその自由裁量権に基づき恩恵的措置として在留を許可するもの」であり、「在留特別許可を与えるかどうかは、単に容疑者の在日経歴、家族関係等の個人的事情のみならず、出入国管理を取り巻く状況、送還に関する事情、内政外交政策等を総合的に考慮した上、法務大臣の責任において決定されるものであって(中略)、これらの考慮すべき諸事情は相互に関連し、個人的事情、客観的事情は個々に異なり、国内事情、国際情勢は時代とともに変化するものであるから、在留特別許可の諾否についての固定的、一義的な基準は存在しない」(坂中・齋藤 2000, 655-657頁)。

以上を要約すれば、不法滞在外国人について六つの考慮要素により法5条の「住所」該当性を国保の保険者(市町村)に判断させるという枠組みは、客観的・統一的な判断が行えないことに加え在留特別許可の性格等からみても適切ではない。

## 7 本判決後の行政当局の対応

本判決が下された約半年後、厚生労働省は法施行規則1条を改正(平成16年6月8日厚生労働省令103号)し、不法滞在外国人については法5条の適用除外とした。これは、次のような論理を辿ったと考えられる。

既述したとおり、本判決が出されるまで、行政当局は、不法滞在外国人は法5条の「住所を有する者」には当然に該当しないと解釈していた。したがって、法施行規則で不法滞在外国人を適用除外者と規定することは、その必要がないばかりか論理的に矛盾することになる。しかし、本判決は、不法滞在者も一定の要件を満たせば「住所を有する者」と認められることがあり得ると判示した。ただし、本判決は、同時に傍論としてはあるが、社会保障制度の適用に関する原則を踏まえると、法施行規則等において不法滞在外国人を適用除外者として規定することは許されることも判示している。したがって、本判決を踏まえれば、行政当局として採り得る選択肢としては、次の二つしかない。

A：最高裁が判示した判断基準に沿って、不法滞在外国人であっても「住所を有する者」に該当する場合の要件を具体化し、一定の割り切りの下に国保の適用を行う。

B：法施行規則において不法滞在外国人については適用除外者であることを明記する。

新聞報道等によればAの選択肢も検討された模様であるが<sup>15)</sup>、6で述べたとおり市町村の実務対応が可能な要件の客観化は困難であり、国保の存立基盤を損ないかねないこと等からAの選択肢は採り得ず、結局、Bの選択肢を採ったものと考えられる。

本判決は不法滞在外国人について法の適用を認めた判決でありながら、不法滞在外国人は法の適用がないことを法施行規則に明記する結果を「誘引」したことになる。

本最高裁判決の評釈の中には、「在留資格を有しない外国人の法5条該当性が肯定されるかについては、今後の事例判断の集積が待たれる」(福井 2004, 155頁)と述べるものがある。また、

筆者は、かつて、不法滞在外国人であっても例外的に法の適用が認められるべき事例として、5で既述したような事例（これは要件化も認定も可能である）を挙げ、それ以外にも、（偽装結婚も考えると多少乱暴ではあるが）日本人配偶者との婚姻という市町村が客観的かつ統一的に判断できる事情等があれば<sup>16)</sup>、在留特別許可の判断が速やかに行われるという条件整備等を前提に、不法滞在外国人であっても法の適用が認められないかは一考の余地がある、と論じたことがある<sup>17)</sup>。本判決は、結果的にこうした議論の途をも閉ざすこととなった。

#### IV おわりに

最後に、判例解説の域を超えるが二点述べておく。

第1は、不法滞在外国人の緊急医療の取扱いである。筆者は、本稿で社会保険としての国保制度の存立基盤を損なってはならないことを強調した。しかし、当然のことながら、不法滞在外国人であっても緊急に医療が必要な場合にそれを放置することは人道に許されない。この点について、医師には応招義務があり（医師法19条1項）、医療費の支払いが行えないことは同条の「正当な事由」には該当しないと解されている<sup>18)</sup>。法制的には、医療自体の提供と費用負担の問題は別箇の問題である。ただし、国保の適用や生活保護の適用（準用）も受けられない（最判平成13年9月25日・判例時報1768号47頁参照）ということになれば、その費用は医療機関が被ることになるため、実態上は診療拒否といったことも生じうる。こうした事態を避けるため、国も外国人の緊急医療の未払い費用の負担措置等を講じているが<sup>19)</sup>、これらの措置も含め不法滞在外国人の緊急医療の取扱いについては別途議論する必要がある。

第2は、入国管理局と国保担当部局との事務連携の必要性である。入国管理行政と国保行政はその趣旨・目的が異なるが、適法滞在者が在留資格等の変更申請が行ったが入国管理局の審査が日時を要し不法在留状態となったり、不法滞在者が在

留特別許可の求めを行ったが長期にわたり判断が保留されることは、法的安定性や適正な法秩序の確保という観点からみて適当ではない。入国管理局の審査事務が実態に追いつかない感が否めないが、本件のような特別な事情がある事案が国保担当部局に持ち込まれた場合には、当該部局から入国管理局に連絡し、在留特別許可の諾否の判断が速やかに行われるようにすることも行政課題であると考えられる。

#### 注

- 1) 国保課長通知等で滞在が見込まれる期間を「1年以上」としている理由や、これが内外無差別原則に反しないことについては、島崎（1995 a）及び（1995 b）を参照。
- 2) 行政当局が不法滞在外国人には国保の適用を認めることができないと考えていた理由については、（国保の適用の可否について直裁に答弁したのではないが）草川昭三議員の質問趣意書に対する平成3年4月19日の答弁で、「我が国に不法滞在する外国人は入管法の規定に基づき退去強制の対象となること、また、これらの者に対し医療保障を行うことが結果として不法滞在を容認し、更にこれを助長するおそれがあることから、不法滞在であることを前提とした医療保障を行うことは、困難である」と述べられている。我が国の入管管理政策との整合・法秩序維持違反に重きを置いていることがうかがえる。
- 3) 抗告訴訟ではなく国家賠償請求訴訟とした理由は、三木（2005）、37頁を参照。
- 4) 例えば、筆者も限定肯定説論者に分類されることがある（例えば、中野 1999、125頁）が、筆者の主張は社会保険制度としての国保の内在的制約を強調するものであり、否定説に近い限定肯定説である。
- 5) 詳しくは、島崎（1995 b）を参照されたい。
- 6) 孫振斗訴訟の福岡地判昭和49年3月30日・判例時報736号29頁では、居住地等は「管轄特定のための技術規定」（同34頁参照）であり住所地とは区分されるべき旨が明確に述べられている。同旨、堀勝洋（2004）『社会保障法総論第2版』、東京大学出版会、236頁。したがって、居住地を有しない場合（生活保護法19条1項、被爆者援護法2条1項）であっても受給資格は喪失しない。
- 7) この「法律関係基準・相対説」はほぼ通説化している（谷口・石田編 1988、339頁以下参照）。なお、「住所主義」を採っている各法令でも、趣旨・目的が異なれば「住所」の解釈は同一とは限らない。

- 8) 筆者の社会保険観について、詳しくは島崎(2005)を参照されたい。
- 9) 不法滞在は自然犯ではないという論者がいるが、出入国管理法違反は決して微罪というべきではない。
- 10) 同旨、岩村(1998), 109頁, 中野(1999), 124頁, 岡村(1997), 212頁。
- 11) 日本人でも逆選択は生じうる。しかし、だからといって不法滞在外国人の場合に逆選択を容認してよいという理由にはならない。筆者は、日本人についても逆選択は容認すべきでないという立場を採る。
- 12) 不法滞在外国人で外国人登録を行っている者の数は不詳であるが、法務省入国管理局(2004), 35頁の表中「その他」の一部に含まれていると考えられる。仮に、「その他」がすべて不法滞在者であると仮定しても、不法滞在外国人は約25万人と推定される(同著, 50頁)から、外国人登録率は最大でも7%ないし8%程度である。なお、外国人登録が行われても当該登録地に居住しているとは限らない。
- 13) なお、それ以前の平成9年3月21日にXは外国人登録をしており、その際、国保の被保険者証の交付申請を行っている(事実の概要3参照)。そして甲の長男が同年3月27日に倒れ30日に脳腫瘍が発見されている(三木 2005, 36頁)。事実認定に関わる問題であるが、少数意見も逆選択の防止を原審賛成の論拠にするのであれば、この点についても判断が加えられて然るべきであったと考えられる。
- 14) ちなみに、平成16年8月、法務省入国管理局は、「在留特別許可処分の透明性・公平性の観点から、平成15年度に許可された事例のうち今後の参考になると思われる事例を公表することとし」、26事例を掲げている。しかし、これらの事例は個性が非常に強く、帰納的にこれらの事例から共通項を抽出し要件化を図ることは困難である。また、26事例のうち「他に法令違反が認められなかった」ことが記載されているものが20例あり、不法滞在以外の法令違反の有無が重要な斟酌要素であることがうかがえるが、他の法令違反の有無を市町村に調査・判断させることは到底困難であるとともに適当でもない。
- 15) 『国保新聞』(国民健康保険中央会発行)2004年1月20日号, 同年6月20日号を参照。
- 16) なお、外国人が日本人と婚姻しその後破綻の危機に瀕しているが未だ離婚していない場合に、当該外国人に対して行われた「日本人の配偶者等」の在留資格での在留期間の更新を許可しないという入国管理事務所の処分が取り消された裁判例(東京地判平成6年4月28日・判例時報1501号90頁)もある。
- 17) 島崎(1995 a), 12頁を参照。筆者は、市町村

の判断が区々になるくらいならば、多少の割り切りを行っても統一的・客観的な基準により法5条の「住所」該当性を判断するほうが適当であると考えている。

- 18) 昭和24年9月10日医発752号医務局長通知参照。
- 19) 1996年度以降、救命救急センターに対する補助金の中で、不法滞在外国人を含め在日外国人に係る前年度の未収金に限って、30万円を超える部分について、国は3分の1、都道府県が3分の1を補助している(厚生労働省発医政0816001号平成16年8月16日医政局長通知参照)。

### 参考文献

- ※判例評釈については、対象となる判決の特定の便宜及び紙幅の都合上、論文の正式な題名ではなく、「平成7年判決評釈」のように略称を用いている。
- 今村成和・雄川一郎(1966)『国家補償法・行政争訟法(再版改訂)』, 有斐閣, 114頁。
- 岩村正彦(1998)「不法在留の外国人と国民健康保険の被保険者資格」『ジュリスト』1147号, 107-109頁。
- 岡村世里奈(1997)「社会保障判例—平成7年判決評釈」『季刊社会保障研究』33巻2号, 209-218頁。
- 国京則幸(2000)「不法在留外国人の国民健康保険被保険者資格」『別冊ジュリスト社会保障判例百選(第3版)』, 34-35頁。
- 倉田 聡(1996)「外国人の社会保障」『ジュリスト』1101号, 46-50頁。
- 坂中英徳・齋藤利男(2000)『全訂出入国管理及び難民認定法逐条解説』, 日本加除出版, 655-657頁。
- 島崎謙治(1995 a)「外国人医療費保障問題について—医療保険の適用を中心として—」『社会保険旬報』1871号, 6-13頁。
- (1995 b)「居住移動と社会保障(上)」『千葉大学法学論集』9巻3号, 75-127頁。
- (2005)「わが国の医療保険制度の歴史と展開」, 遠藤久夫・池上直己編著『講座医療経済・政策学(第2巻)医療保険・診療報酬制度』, 勁草書房, 1-53頁。
- 高杉 直(2005)「涉外判例研究—平成16年本最高裁判決評釈」『ジュリスト』1282号, 220-223頁。
- 高藤 昭(2001)『外国人と社会保障法—生存権の国際的保障法理の構築に向けて—』, 明石書店, 243-261頁。
- (2004)「最高裁, 外国人の社会保障権保障に半歩前進」『法学セミナー』593号, 70-74頁。
- 谷口知平・石田喜久夫編(1988)『新版注釈民法(1)総則(1)』, 有斐閣, 334-352頁。

- 中野妙子 (1999) 「行政判例研究—平成 10 年判決評  
積」『自治研究』77 卷 1 号, 118-127 頁。
- 原田啓一郎 (2003) 「社会保障法判例—平成 14 年高  
裁判決評積」『季刊社会保障研究』39 卷 2 号,  
204-209 頁。
- 福井章代 (2005) 「時の判例—平成 16 年本最高裁判  
決判例評積」『ジュリスト』1281 号, 153-155 頁。
- 古崎慶長 (1971) 『国家賠償法』, 有斐閣, 154 頁。
- 法務省入国管理局編 (2004) 『出入国管理 (平成 16  
年版)』, アイネット, 35, 50 頁。
- 三木恵美子 (2005) 「在留無資格外国人の社会保障  
訴訟」『法学セミナー』602 号, 36-39 頁。
- 水谷里枝子 (1999) 「平成 10 年判決評積」『判例タ  
イムズ』1005 号, 296-297 頁。
- 山田 洋 (1997) 「行政判例研究—平成 7 年判決評  
積」『自治研究』73 卷 2 号, 102-110 頁。
- 山田鎌一・黒木忠正 (2004) 『わかりやすい入管法  
(第 6 版)』, 有斐閣, 97-99 頁。  
(しまぎき・けんじ 国立社会保障  
・人口問題研究所副所長)

Akira Okamoto 著

## 『Tax Policy for Aging Societies —Lessons from Japan—』

(Springer-Verlag, 2004年)

佐藤雅代

高齢化社会を迎えた日本は深刻な財政危機に直面しており、今後の人口構造の変化に対応可能な税制度や社会保障制度の構築は喫緊の課題である。長引く不況や高齢化の進展の影響で、公的年金を中心とした社会保障支出が増大の一途をたどり、税や社会保険料の国民負担率が上昇を余儀なくされる中で、これらの財源をどのように調達するかは極めてデリケートな国民的選択事項であり、判断材料を吟味した上での慎重かつ説得力のある議論によりその選択肢が国民に提示される必要がある。

本書の目的は、効率性・公平性の両面から、日本における租税及び社会保障政策改革の在り方について、財源調達の方法に関して検討することにある。そのため、著者は、日本の高齢化社会を見据えて、世代重複モデルに労働者の所得不均一性を導入した一般均衡モデルを構成し、税方式の導入の程度と、税の種類に基づく複数のシナリオで、各所得層の経済厚生の変化に関する実に精緻で様々な数値計算を行い、それらについて詳細な検討を加えている。また、本書の大きな特徴は、「累進支出(消費)課税」に関する積極的な考察にある。著者の主張によれば、消費税の導入により効率性を達成し、その分配上の逆進性を排除するために累進制を導入することで、資本蓄積や経済成長を阻害せずに個人の厚生を高めるような最適な資源配分を達成しうる課税が、累進支出課税なのである。著者は、数値計算の結果から、累進支出課税への移行は、現行の税制度が抱える莫大な厚生損失の懸念を克服しうるとの結論を導き出している。税制改革の有効性を評価するにあたって、日本における累進支出税を取り上げた研究は極めて稀であり、本書はその点についてパイオニア的役割を果たしていると言えよう。

以下では、構成順に展開されている議論を簡単に紹介することにした。

第1章は、本書を通じて分析モデルのベースとしているライフサイクル仮説が、果たして日本に適用可能かについての議論を皮切りに始まる。そして、分析モデルの2つ目のベースであるライフサイクル一般均衡モデルについて簡単に言及した後に、本書で幾度となく触れられる人口構造、世代間の公平などの日本の現状を説明し、最後に本書の構成を概観している。

第2章では、異時点間の消費の相対価格に歪みをもたらすという経済的特殊性を有するにもかかわらず、これまで労働所得税と共に所得税としてモデル上では同一のパラメータで取り扱われていた利子所得税に焦点をあてている。すなわち、貯蓄に対する利子に課税する利子所得税が、将来の消費に対する課税と同義であり、将来消費の現在消費に対する相対価格を上昇させる効果に着目しているのである。同時に、部分均衡分析の枠組みでは実質的な所得の減少としてあらわれる利子所得税率上昇の影響を、モデルを一般均衡分析に拡張することにより、税収一定の仮定の下での利子所得税増加分を労働所得税や消費税の引き下げに充当するケースを検討している。具体的には、利子所得税を労働所得税と明示的に分離し、寿命の不確実性を導入したライフサイクル一般均衡モデルを用いたシミュレーション分析でその効果を定量的に捉えることを試みたのである。各ケースとも非常に興味深い試算となっている中で、労働所得税・利子所得税・消費税を評価した結果、高齢化社会への移行においては、利子所得税は家計における将来消費から現在消費への代替を促進し資本蓄積を阻害することが明らかにされた。また、この3つの課税ベースの違いを効率性の観点から評価したところ、財源調達法としては消費税が最も望ましいが、消費税増税が困難な場合のその他2つの課税ベースの組み合わせ方が、高齢化の進展度合いに応じて異なることも示されている。

第3章では、高齢化社会への移行において累進労働所得税・累進消費（あるいは支出）税などの税制の違いが、資本ストックや資産格差にどのような影響を与えるかを、効率性と公平性の観点から検討している。前章で用いたライフサイクル一般均衡モデルの枠組みに、所得の異なる低・中・高所得層の3つの代表的家計の概念を取り入れることで、労働所得の異質性とそれともなう遺産の異質性を導入し、世代内の分配に関する定量的分析と累進税制に関する議論を可能にしている点が大きな特徴である。分析の結果、累進課税の場合は、生涯効用を最大化するために家計が比例税の場合よりも貯蓄をすることから、資産増加効果があることが明らかにされた。また、累進労働所得税の導入は高所得層の資産を減少させるが、累進消費税の導入では資産増加効果が顕著にあらわれるため実質的に資本蓄積を促進させることが定量的に示されている。さらに、非弾力的な労働供給という仮定の下ではアウトプットの水準が資本ストックのみに依拠するため、累進労働所得税は累進消費税よりも強い再分配効果を持つが故に公平性の観点からは望ましいものの、家計の労働供給に大きな歪みをもたらすために、高齢化する日本には累積消費税が最適な税制であると結んでいる。

第4章では、現行の日本の税制がベースとしている累進労働所得課税が、高齢化する日本において効率性と公平性の観点から望ましいものであるのかについて、累進支出課税が社会厚生に与える影響と比較することで評価すると同時に、累進労働所得課税から累進支出課税への税制改革が、資本蓄積や世代間所得再分配に与える影響について定量的に分析している。モデルは前章と同様に世代が重複するライフサイクル一般均衡モデルで、定常状態の比較分析の手法が用いられている。シミュレーションの結果、人口高齢化に伴い、多くのコーホートで資産の取り崩しが発生するために、資本ストックが減少することが明らかになり、そのような中では、累進支出課税は累進労働所得課税よりも資本蓄積を促進し、前章と同様に効率性の観点から優位性を持つという結論が得られた。また、労働供給が非弾力的であるこのモデルでは、累進支出税は、第2章における利子所得税と同様に、将来消費の現在消費に対する相対価格を上昇させることによって個人の行動を歪ませることにより、家計の異時点間の消費決定に歪みをもたらしている。そして、完全に効率と公平が達成されれば、累進支出課税により社会厚

生が最高水準に達すると結論づけている。

第5章では、前々章から続くモデルの枠組みで、労働所得・利子所得・資産所得という3つの課税ベースに加えて、4つ目の課税ベースである遺産すなわち世代間移転が資本蓄積に与える影響について検討している。なお、ここで新たに想定している税とは寿命の不確実性に基づく意図せざる遺産に対する相続税であり、これら4つの課税ベースをいかに組み合わせることによって望ましい税制を実現することができるかが主題である。高齢化社会においては、資産の多くが相続や贈与などにより蓄積されている可能性が高く、相続税の重要性が相対的に高まることが直観的に予想される上に、遺産動機の有無により異なる分析結果が導き出されるであろうことが先行研究からも明らかであることから、相続税に関してこの章の貢献するところは大きい。シミュレーションの結果、資本ストックは高齢化社会になるにつれ減少し、消費税は資本蓄積を促すと同時に貯蓄の取り崩しをもたらすこと、累進支出税は生涯所得の分散を小さくして社会全体の厚生を高めることが確認された。このことから、著者は、累進支出課税を日本の税制の中心に据えること、そしてその補完として消費税に次いで資本形成を促進する相続税を導入することが、望ましいタックス・ミックスであると結論づけている。

第6章では、賦課方式の公的年金制度における財源調達法の観点から、税制と社会保障制度の統合について検討している。家計支出調査のデータから推計したパラメータを用いることで、275の異なる稼得能力を持った代表的家計を発生させ、より現実に近い世界を成立させた分析の結果、税と公的年金制度の統合、すなわち社会保険料の徴収を租税で代替することが望ましく、その際の税としては累進支出税がより望ましいとの結論が得られている。

第7章では、所得分布の変化が経済変数にどのような影響を与えるかを検討し、コーホート内の税引き後所得の分散の変化が、人口高齢化の進んだ日本における効率性と公平性に与える影響について検討している。この検討のために、実際の家計支出調査のデータから算出した所得の連続分布を導入している。分析の結果、所得分布の分散の減少は社会厚生を向上させ、労働所得に対する累進制の微少な強化が社会厚生を改善することが明らかになった。このことは、税の累進制を削減し、フラット税を志向しつつある最近の傾向が、社会厚生に深刻なダメージを与えることを意味す



る。高所得層は低所得層に比べて高い負担率の税金を納めること、利子や相続財産には勤労で得た所得に比べて重い税金を課すことが公平な税金である、とされてきた従来の考え方とは一線を画すものと言えよう。

第8章では、高齢化社会への移行にともない、累進支出税を導入した場合のマクロ経済と厚生に対する影響について定量的に分析している。将来の高齢化にともない予測される世代内の不平等を踏まえて資本蓄積と社会厚生をシミュレートした結果、コーホート内不平等が増加しているところで、累進支出税にシフトすることは人口高齢化のマイナスの影響を相殺することで期待生涯効用を改善させることが明らかになった。消費税が定常状態の資本ストックを増加させることにより厚生を改善することと、累進支出税が生涯の稼得格差を効率的に減少させることにより、社会厚生を改善させる

最終章である第9章は、各章の要約と結論、そして残された課題をまとめている。残された課題としては、第1に、本書のモデルでは非弾力的な労働供給が仮定されており、累進課税の影響の一部分しか捉えられなかったことがあげられている。第2は、人口構造変化の前後の状態を比較することを重視したモデル設計であったため、移行過程に関する分析が抜けている点を指摘している。他に、人的資本投資、戦略的遺産動機、高齢者に対する公的保険等に関する検討が欠けていることを、丁寧に解説している。

以上、簡単に本書を紹介してきたが、今後の発展として期待したい点などをいくつか指摘して、締めくくりとしたい。複雑な事象を単純化したモデルで検討し、徐々にモデルを現実妥当な複雑なものにしていく作業には頭が下がる。また、本書は、各章が、問題意識と先行研究のサーベイ、分析の枠組み、シミュレーション分析の方法、結果と解釈および政策的インプリケーション、そして要約と結論、今後の課題、としっかりと経済論文の作法にのっとった形で構成されている上に、章末付録が非常に充実しており好印象である。

しかし、学術論文の集大成として、シミュレーション結果や経済学的な観点からは著者の主張に肯ける点が多いものの、現実の政策論議と主張するには、今後さらに詰めなければならない課題が多く残されているように思う。まずは、累進支出課税の政策的実現性に関する検討が必要であろう。本書でも、納税者番号制度の導入と金融機関の名寄せで個人の総所得—総貯蓄

である消費を把握し、累進制を持った支出税を課することが中長期的には可能であるとしているが、果たしてそうであろうか。また、それは徴収事務として効率的であろうか。別の観点から現実と照らし合わせて考えると、法人税に関する考察が不十分ではなかったであろうか。社会保障に関して企業の役割が大きいことは、平成14年度社会保障給付費によれば社会保障財源の3割強が事業主拠出であり、この規模が国庫負担と地方負担をあわせた税財源とほぼ同じであることから明らかである。税の帰着の問題とも相まって非常に難しい論点ではあるものの、企業にとっても、働き手にとっても、そして政府にとっても避けては通れない論点であろう。

モデルへの寿命の不確実性の導入に当たって、第8章以外では『日本の将来推計人口(平成4年9月推計)』の生存確率が用いられている。各章の元となる論文の発表時点では最新の将来推計であったかもしれないが、毎5年の公表スケジュールからして現時点から見ると前々回の推計値に該当し、データの古さを認めないであろう。第1章で日本の人口構造を説明した際に用いた『日本の将来推計人口(平成14年1月推計)』のデータによる再計算は、本書の刊行スケジュール上困難であったかもしれないが、『日本の将来推計人口(平成9年1月推計)』を用いない積極的な理由があったのであろうか。生命表の数値が大幅に変化したとは考えていないが、税制にしても社会保険料にしても最新の推計値をもとに再計算され制度改革がなされることを考えると、直近のデータでの数値結果でなかったことが残念である。

税や社会保険料の徴収についても、社会保障制度にしても、現実には遠い単純化した想定の下での議論であり、累進支出税の導入を国民が受け入れるに足る資料にはまだまだ遠いと言えよう。しかしながら、本書は高齢化に直面する日本社会の租税政策について、効率性と公平性をキーワードにライフサイクル一般均衡モデルを用いた様々な視点からの分析を行っており、非常に示唆に富むものとなっている。税制改革や社会保障改革において、世代間だけでなく世代内の効率性と公平性の視点からの考察も重要であることを改めて教えてくれるものであり、データの更新を含め、著者による今後の研究の発展に目が離せない。

(さとう・まさよ 国立社会保障・人口問題研究所  
企画部研究員)

## 季刊社会保障研究 (Vol. 40, Nos. 1~4) 総目次

凡例：I, II, III…は号数, 1, 2, 3は頁数を示す。

## 巻頭言

|                                  |     |     |
|----------------------------------|-----|-----|
| 自殺予防：心の健康リスクに応えるための社会保障……………金子能宏 | I   | 2   |
| 非典型労働者の増加と社会保障政策……………古郡鞆子        | II  | 114 |
| マイクロデータによる医療の効率性評価……………植村尚史      | III | 212 |

## Foreword

|                                                                                                         |     |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| Suicide Prevention: Social Security Policy for Risk Reduction in Mental Health<br>……………YOSHIHIRO KANEKO | I   | 2   |
| Atypical Workers and Social Security Policy……………TOMOKO FURUGORI                                         | II  | 114 |
| Evaluation of Efficiency of Medical Care Using Microdata ……HISASHI UEMURA                               | III | 212 |

## 特集&lt;社会経済の変化と自殺予防&gt;

|                                                                              |   |    |
|------------------------------------------------------------------------------|---|----|
| 自殺予防に対する一提言—精神科医の視点から—……………高橋祥友                                              | I | 4  |
| 自殺は予防できる—自殺予防研究のフロンティア— ……ダヌータ・バッセルマン/山下志穂 訳                                 | I | 17 |
| 職場における心のケアと自殺予防……………川上憲人・廣尚典・高橋祥友・永田頌史                                       | I | 26 |
| 高齢者の心のケアと地域における自殺予防の在り方<br>……………大野裕・坂本真士・田中江里子・根市恵子                          | I | 36 |
| わが国の自殺死亡をめぐる状況断面と公衆衛生施策としての自殺予防対策の在り方……………谷畑健生                               | I | 45 |
| 自殺予防に関する公衆衛生・教育的アプローチと社会的規制の役割—世界の取り組みとその考察—<br>……………アントーン・リーナース/音山若穂・金子能宏 訳 | I | 60 |
| 自殺の社会経済的要因と自殺予防の経済効果……………金子能宏・篠崎武久・山崎暁子                                      | I | 75 |

## Special Issue: Socioeconomic Changes and Suicide Prevention

|                                                                                                                                                                              |   |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|----|
| A Recommendation for Suicide Prevention: From a Psychiatrist's Perspective<br>……………YOSHITOMO TAKAHASHI                                                                       | I | 4  |
| Suicide Can Be Prevented: Frontiers of Studies on Suicide Prevention<br>……………DANUTA WASSERMAN (translated by SHIHO YAMASHITA)                                                | I | 17 |
| Mental Health and Suicide Prevention at Work<br>……………NORITO KAWAKAMI, HISANORI HIRO, YOSHITOMO TAKAHASHI and SHOJI NAGATA                                                    | I | 26 |
| Suicide Prevention Program and Stressmanagement of Community Seniors<br>……………YUTAKA ONO, SHINJI SAKAMOTO, ERIKO TANAKA and KEIKO NEICHI                                      | I | 36 |
| Current Situation over Suicide Death in Japan and Desirable Approaches of Suicide Prevention as a<br>Health Policy ……TAKEO TANIHATA                                          | I | 45 |
| The Role of Public Health and Educational Approaches and Social Regulation in Suicide Prevention<br>……………ANTOON LEENAARS (translated by WAKAHO OTOYAMA and YOSHIHIRO KANEKO) | I | 60 |
| Socioeconomic Factors of Suicide and Economic Effects of Suicide Prevention<br>……………YOSHIHIRO KANEKO, TAKEHISA SHINOZAKI and AKIKO YAMAZAKI                                  | I | 75 |

## 特集&lt;非正規就業者の社会保障&gt;

|                                 |    |     |
|---------------------------------|----|-----|
| 非典型的雇用者に対する社会的保護の現状と課題……………永瀬伸子 | II | 116 |
| 非正規就業の増加と社会保障法の課題……………倉田聡       | II | 127 |

|                                           |                |    |     |
|-------------------------------------------|----------------|----|-----|
| 製造分野における請負労働者の労働条件とキャリアー社会政策の視点から……………    | 佐野嘉秀           | II | 139 |
| 非正規就業者増大のもとでの厚生年金適用拡大と国民年金の経済的効果<br>…………… | 金子能宏・石川英樹・中田大悟 | II | 153 |

### Special Issue: Social Security Policy for Atypical Workers

|                                                                                                                                                                     |                                                    |    |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|----|-----|
| Vulnerabilities and Social Protection of Non-Standard Workers in Japan ……………                                                                                        | NOBUKO NAGASE                                      | II | 116 |
| The Jurisprudential Issue for the Increase of Atypical Employees in Japan ……………                                                                                     | SATOSHI KURATA                                     | II | 127 |
| Working Conditions and Career Opportunities for the Contract Company Worker in the Japanese<br>Manufacturing Sector: From the Viewpoint of Social Policy ……………      | YOSHIHIDE SANO                                     | II | 139 |
| The Economic Effects of Extending Employees' Welfare Pension Coverage and the Role of National<br>Pension Insurance under the Increase in Atypical Workers<br>…………… | YOSHIHIRO KANEKO, HIDEKI ISHIKAWA and DAIGO NAKATA | II | 153 |

### 特集<医療と介護に関するマイクロデータ分析>

|                             |           |     |     |
|-----------------------------|-----------|-----|-----|
| 入院医療サービス利用に関する分析……………       | 泉田信行      | III | 214 |
| 居宅介護サービスの公平性……………           | 山田篤裕      | III | 224 |
| 死亡前一年間の医療および介護費用の検討……………    | 阿波谷敏英     | III | 236 |
| 個票データを用いた歯科受診動向の考察……………     | 田中健一・佐藤雅代 | III | 244 |
| 社会医療を用いた在院日数抑制の波及効果の研究…………… | 山本克也      | III | 255 |

### Special Issue: Some Topics in Microdata Analysis on Health Care Sector

|                                                                                                 |                                |     |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|-----|-----|
| An Analysis on In-patient Service Utilization in Japan: An Evaluation of Health Policy<br>…………… | NOBUYUKI IZUMIDA               | III | 214 |
| Measuring Inequalities in Co-payment for Home-care Services ……………                               | ATSUHIRO YAMADA                | III | 224 |
| A Study of Medical and Nursing Care Expenditure in the Final Year of Life ……………                 | TOSHIHIDE AWATANI              | III | 236 |
| A Study of Dental Services Utilization in Japan ……………                                           | KENICHI TANAKA and MASAYO SATO | III | 244 |
| Average Length of Hospital Stays: A Study Using MHLW's Microdata ……………                          | KATSUYA YAMAMOTO               | III | 255 |

### 第9回厚生政策セミナー

|                                                                   |            |    |     |
|-------------------------------------------------------------------|------------|----|-----|
| テーマ 社会保障制度を再考する—国際的潮流と日本の将来像—                                     |            |    |     |
| 問題提起 セミナーの主旨と「12の問題提起」……………                                       | 島崎謙治       | IV | 308 |
| 基調講演1 先進諸国の年金改革から得られる政策的意義……………                                   | ゲイリー・パートレス | IV | 315 |
| 基調講演2 ヨーロッパの医療システム改革と日本への示唆……………                                  | ピーター・スミス   | IV | 324 |
| パネルディスカッション…ゲイリー・パートレス, ピーター・スミス, 貝塚啓明, 池上直己,<br>府川哲夫(司会)……………    |            | IV | 337 |
| ディスカッション1 パートレス論文へのコメント……………                                      | 貝塚啓明       | IV | 337 |
| 日本の医療制度: 漸進的調整を続けるべきか? ……………                                      | 池上直己       | IV | 340 |
| ディスカッション2<br>……………ゲイリー・パートレス, ピーター・スミス, 貝塚啓明, 池上直己, 府川哲夫(司会)…………… |            | IV | 348 |

### The Ninth IPSS Annual Seminar

|                                                                                                                                                                                            |                 |    |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|----|-----|
| Subject: Rethinking Social Security Systems: International Trends and Japan's Future<br>Background of the Seminar and Twelve Issues Regarding the Japanese Social Security System<br>…………… | KENJI SHIMAZAKI | IV | 308 |
| Keynote Speech 1. Pension Policy Differences and Reform in Developed Countries…                                                                                                            | GARY BURTRESS   | IV | 315 |
| Keynote Speech 2. Health Care Reforms in Europe and Their Implications for Japan<br>……………                                                                                                  | PETER C. SMITH  | IV | 324 |

|                                                                                                                 |    |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-----|
| Panel Discussion. GARY BURTLESS, PETER C. SMITH, KEIMEI KAIZUKA, NAOKI IKEGAMI<br>and TETSUO FUKAWA (Moderator) | IV | 337 |
| Discussion 1. Comments on Burtless's Paper                                                                      | IV | 337 |
| Japan's Health-Care System: Should Incremental Adjustments Continue?                                            | IV | 340 |
| Discussion 2. GARY BURTLESS, PETER C. SMITH, KEIMEI KAIZUKA, NAOKI IKEGAMI<br>and TETSUO FUKAWA (Moderator)     | IV | 348 |

## 投稿 (論文)

|                                             |       |     |     |
|---------------------------------------------|-------|-----|-----|
| 老人保健制度と外来受診—組合健康保険レセプトデータによる count data 分析— | 増原 宏明 | III | 266 |
|---------------------------------------------|-------|-----|-----|

## Articles

|                                                                                                                                    |                  |     |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-----|-----|
| Health Services System for the Elderly and Out-patient Visits: Count Data Analysis Using Employee's<br>Health Insurance Claim Data | HIROAKI MASUHARA | III | 266 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-----|-----|

## 投稿 (研究ノート)

|                                                |                       |     |     |
|------------------------------------------------|-----------------------|-----|-----|
| 高齢者の食事保障に関する考察—地域類型でみた東京都各自治体の配食サービス事業—        | 松井 順子                 | I   | 88  |
| 別居祖母へのヒアリングデータにみる孫育ての悩みと求められる支援                | 小野寺 理佳                | II  | 166 |
| 診療報酬支払が対面治療と検査・投薬に及ぼす効果—出来高払と包括支払における実験経済学的検証— | 赤木 博文・稲垣 秀夫・鎌田 繁則・森 徹 | II  | 177 |
| 医師の非金銭的インセンティブに関する実証研究                         | 佐野 洋史・岸田 研作           | II  | 193 |
| 1990年代における所得格差の動向                              | 小塩 隆士                 | III | 277 |
| 1999年7月老人保健適用者外来薬剤費一部負担無料化の効果                  | 増原 宏明・村瀬 邦彦           | IV  | 362 |
| 介護事業者密度が介護サービス需要に与える影響                         | 湯田 道生                 | IV  | 373 |

## Research Notes

|                                                                                                                                                 |                                                               |     |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----|-----|
| A Study in Social Security on the Dietary Life of an Elderly Person: Types of Home Delivery Meal<br>Services in Tokyo Local Governments         | JUNKO MATSUI                                                  | I   | 88  |
| A Discussion on the Problems of the Grandmother who Supports Grandchild Care                                                                    | RIKA ONODERA                                                  | II  | 166 |
| The Effect of the Medical Payment System on Face-to-Face Treatment and Medical Inspection/<br>Medication: An Examination by Experimental Method | HIROBUMI AKAGI, HIDEO INAGAKI, SHIGENORI KAMATA and TORU MORI | II  | 177 |
| The Analysis of Doctors' Non-Pecuniary Incentives in the Hedonic Approach                                                                       | HIROSHI SANO and KENSAKU KISHIDA                              | II  | 193 |
| An Overview of Income Distribution in Japan in the 1990s                                                                                        | TAKASHI OSHIO                                                 | III | 277 |
| Effects of the July 1999 Reform of the Health Services System for the Elderly                                                                   | HIROAKI MASUHARA and KUNIHICO MURASE                          | IV  | 362 |
| The Effect of Long-term Care-Provider Density on the Demand for Long-term Care                                                                  | MICHIO YUDA                                                   | IV  | 373 |

## 書評

|                                                                     |       |     |     |
|---------------------------------------------------------------------|-------|-----|-----|
| 宮本太郎編著『福祉国家再編の政治』                                                   | 武川 正吾 | I   | 107 |
| 武智秀之編著『福祉国家のガヴァナンス』                                                 | 佐藤 主光 | III | 301 |
| Akira Okamoto 著『Tax Policy for Aging Societies—Lessons from Japan—』 | 佐藤 雅代 | IV  | 400 |

## Book Reviews

|                                                                        |                |     |     |
|------------------------------------------------------------------------|----------------|-----|-----|
| Miyamoto, T. (ed.), <i>The Politics of Welfare State Restructuring</i> | SHOGO TAKEGAWA | I   | 107 |
| Hideyuki Takechi, <i>Public Governance in Welfare State</i>            | MOTOHIRO SATO  | III | 301 |
| Akira Okamoto, <i>Tax Policy for Aging Societies</i>                   | MASAYO SATO    | IV  | 400 |

**動 向**

平成 14 年度社会保障費—解説と分析— ……国立社会保障・人口問題研究所 企画部 III 286

**Report and Statistics**

Cost of Social Security in Fiscal Year 2002  
 ……National Institute of Population and Social Security Research III 286

**判例研究**

社会保障法判例 ……福田 素 生 I 101

—夫が経営する会社から監査役としての報酬を受けていた妻につき、厚生年金保険法 59 条 1 項所定の「(被保険者の死亡の当時その者によって) 生計を維持したもの」との要件に該当しないとしてされた遺族厚生年金不支給処分が適法であるとされた事例—

社会保障法判例 ……江 口 隆 裕 II 204

—在外被爆者に対する被爆者援護法に基づく健康管理手当の支給が認められた事例—

社会保障法判例 ……清 水 泰 幸 III 293

—生活保護受給者が受領した学資保険満期返戻金を収入認定して保護を減額した処分が違法とされた事例(学資保険訴訟上告審判決)—

社会保障法判例 ……島 崎 謙 治 IV 387

—不法在留外国人が国民健康保険法第 5 条所定の「住所を有する者」に該当するとされた事例—

**Report and Statistics**

Social Security Law Case ……MOTO-O FUKUDA I 101

Social Security Law Case ……TAKAHIRO EGUCHI II 204

Social Security Law Case ……YASUYUKI SHIMIZU III 293

Social Security Law Case ……KENJI SHIMAZAKI IV 387

季刊社会保障研究 (Vol. 40, No. 1~4) 総目次 …… IV 403

General Index to the Quarterly of Social Security Research (Vol. 40, No. 1~4) …… IV 403



**編集後記**

本号では、昨年12月に開催された第9回厚生政策セミナー「社会保障制度を再考する—国際的潮流と日本の将来像」を特集しました。

医療、年金、介護など改めて社会保障制度の間口の広さと課題の多さが浮き彫りになるとともに、諸外国での改革の功罪、少子高齢社会に対する考え方などについて、多角的な視点から議論された有意義なセミナーであったのではないかと思います。

社会保障制度は、国家の柱であり、日本という国家の存亡をかけて改革を進めていくことが求められています。  
(T. T.)

**編集委員長**

阿藤 誠 (国立社会保障・人口問題研究所長)

**編集委員**

岩村正彦 (東京大学教授)

岩本康志 (一橋大学教授)

江口隆裕 (筑波大学教授)

遠藤久夫 (学習院大学教授)

新川敏光 (京都大学教授)

田近栄治 (一橋大学教授)

永瀬伸子 (お茶の水女子大学助教授)

平岡公一 (お茶の水女子大学教授)

島崎謙治 (国立社会保障・人口問題研究所副所長)

漆原克文 (同研究所・政策研究調整官)

本田達郎 (同研究所・企画部長)

府川哲夫 (同研究所・社会保障基礎理論研究部長)

金子能宏 (同研究所・社会保障応用分析研究部長)

**編集幹事**

田中 徹 (同研究所・企画部第2室長)

大石亜希子 (同研究所・社会保障基礎理論研究部第2室長)

泉田信行 (同研究所・社会保障応用分析研究部第1室長)

西村幸満 (同研究所・社会保障応用分析研究部第2室長)

小島克久 (同研究所・社会保障応用分析研究部第3室長)

尾澤 恵 (同研究所・社会保障応用分析研究部研究員)

季刊

社会保障研究 Vol. 40, No. 4, Spring 2005 (通巻167号)

平成17年3月25日 発行

編集

国立社会保障・人口問題研究所

〒100-0011 東京都千代田区千代田2丁目2番3号

日比谷国際ビル6階

電話 (03) 3595-2984

<http://www.ipss.go.jp>

制作 (株)UTP制作センター





# THE QUARTERLY OF SOCIAL SECURITY RESEARCH (KIKAN SHAKAI HOSHO KENKYU)

Vol. 40

Spring 2005

No. 4

## The Ninth IPSS Annual Seminar

- Subject: Rethinking Social Security Systems: International Trends and Japan's Future  
Background of the Seminar and Twelve Issues Regarding the Japanese Social Security System .....KENJI SHIMAZAKI 308
- Keynote Speech 1. Pension Policy Differences and Reform in Developed Countries  
.....GARY BURTLESS 315
- Keynote Speech 2. Health Care Reforms in Europe and Their Implications for Japan  
.....PETER C. SMITH 324
- Panel Discussion. GARY BURTLESS, PETER C. SMITH, KEIMEI KAIZUKA, NAOKI IKEGAMI  
and TETSUO FUKAWA (Moderator) 337
- Discussion 1. Comments on Burtless's Paper .....KEIMEI KAIZUKA 337  
Japan's Health-Care System: Should Incremental Adjustments  
Continue? .....NAOKI IKEGAMI 340
- Discussion 2. GARY BURTLESS, PETER C. SMITH, KEIMEI KAIZUKA, NAOKI IKEGAMI  
and TETSUO FUKAWA (Moderator) 348

## Research Notes

- Effects of the July 1999 Reform of the Health Services System for the Elderly  
.....HIROAKI MASUHARA and KUNHIKO MURASE 362
- The Effect of Long-term Care-Provider Density on the Demand for Long-term Care  
.....MICHIO YUDA 373

## Report and Statistics

- Social Security Law Case .....KENJI SHIMAZAKI 387

## Book Review

- Akira Okamoto, *Tax Policy for Aging Societies* .....MASAYO SATO 400

## General Index to the Quarterly of Social Security Research (Vol. 40, Nos. 1~4)

- ..... 403

Edited by

National Institute of Population and Social Security Research  
(KOKURITSU SHAKAI HOSHO • JINKO MONDAI KENKYUSHO)