

# 医療福祉政策研究

第1巻第1号 2018

---

## 目次

### 巻頭言

医療福祉政策研究—多様な課題とアプローチを受け入れて……………松田 亮三 (1)

### シンポジウム報告から

「我が事・丸ごと」地域共生社会が、医療・介護をどう変質させるか……………芝田 英昭 (7)

### 原著論文

部門別収支計算に見る国保会計の構造と変化……………大野 博 (23)

### 研究論文

子どもの貧困対策としての学習支援の展開と政策的課題

— 保護者を含めた世帯全体への支援の重要性 —……………坂本 毅啓 (41)

### 事例報告

子ども医療費助成制度と国庫負担減額措置について……………日下 紀生 (55)

### 研究ノート

韓国における公的医療保険の課題と民間医療保険の拡大

— 医療保険における公共性と市場原理との衝突 —……………小笠原信実 (63)



# 医療福祉政策研究 —多様な課題とアプローチを受け入れて

Health and welfare policy studies:  
embracing various issues and approaches

松田 亮三 (立命館大学・産業社会学部)

Ryozo Matsuda (College of Social Sciences, Ritsumeikan University)

『医療福祉政策研究』は、医療と福祉領域における政策研究を掲載する学術誌として発刊されるものであるが、さて政策研究とはどのような研究をさすのであろうか？新しい名称で学術誌を発行するにあたり、投稿を考えている方の参考になるべく、網羅的ではないにしろいくつかの視点からこの課題に検討を加えてみたい。

まず政策研究の研究主題は、程度の差はあれ、何らかの意味で政府の政策に関わるものであるが、さて政策そのものの定義も、社会科学における重要概念の多くがそうであるように、単純にはいかないものである。統治のあり方を検討する中心概念の一つであることは間違いなくにしても (Colebatch, 2002, p. 1)、それをいかなる理論的枠組みでとらえるかには相当の幅がありうる。

例えば、米国の著名な研究者ガイ・ピーターズは、市民生活に関与する—直接的あるいは関連機関を通じた—政府活動の総和、という定義を公共政策にあてており、政策を形成と実施、そしてその実社会への影響を含めた概念として把握している (Peters, 2013, pp. 4-5) <sup>(1)</sup>。こうしたいわば中立的なとらえ方を超え、政策科学を提唱したハロルド・ラスウェルの伝統に従い、「公共的問題を解決するための、解決の方

向性と具体的手段」(秋吉, 伊藤, & 北山, 2015, p. 26)と問題解決志向を重視した公共政策の定義を与えることも可能である。ただし、この定義はあまりテクノクラットの文脈で理解されるべきではない。ラスウェル自身も当初はエリート主義の傾向があったものの、1970年代にまとめた本では民主主義過程とそこでの批判的議論を重視した「文脈・問題志向・多元的方法」という枠組みを述べている (Lasswell, 1971; Torgerson, 2015)。

## 研究対象としての公共政策

公共政策そのものは実際の社会において行われることである。それは社会的行為を生み出す—あるいは生み出さない—政府による政策決定過程、それを受けた実施過程、それらの影響などに関わっている。では、学術の対象として政策をみた場合に、どのような接近法があるのだろうか。

この問題を考えるにあたって注意すべきなのは、単一の接近法ではなく、さまざまな接近法がありうるということである。つまり、さまざまな理論的枠組みによる、多様な手法による研究がありうる。実際のところ、政策と政治に関わる領域を学術的にどのように取り扱っていく

(受理日：2017年9月1日)

か、そこでの前提と方法をいかに考えるかは、それ自体重要なテーマである。人間の行為そのものにもとづく諸現象を検討する学術領域において、自然科学とは異なる枠組みの可能性が長らく議論されてきたし、その議論は続いている。

アプローチの多様性は、問題関心の多様性でもある。たとえば、医療のアクセスの確保や児童虐待の予防などの具体的な政策課題がある場合に、どのような政策を行えばよいのか、という政策形成志向の研究がありうる。こうした政策形成志向の研究においても、問題をどのように把握するのかにより、そこで用いられる方法は異なってくる。アクセスの確保について利用者負担という経済的要因を重視する場合であれば、診療場面における費用負担がアクセスに与える効果を定量的に示すことが試みられるかもしれない。しかし、そこでの患者の経験を検討したければ、質的研究法も重要な研究手法となる。このように問題関心に応じて、多様な接近がなされうる。

## 政策のための知識

具体的な政策形成の前提として、政策とは何か、そして政策が形成あるいは実施されるのはどのようなことなのか、制度や社会はそれにどのように関わるか、といった、あらゆる政策に関わる領域がある。このような政策に関わる総論的事項の検討は、政策研究において重要な位置をしめている。ラスウェルは、公共の秩序と市民的秩序について、その意思決定過程についての知識 (knowledge of the decision process) と、意思決定過程における知識 (knowledge in the decision process) とを扱うものとして、暫定的に政策科学の定義を定めた (Lasswell, 1971)<sup>(2)</sup>。この定義における「意思決定過程についての知識」は、まさにそうした総論的事項

としておおむね理解できる。そして、先に述べたような具体的な政策の形成に寄与する知識が、同時に重要な位置づけをもつ。

この区分を医療・福祉政策領域で敷衍すれば、前者は、医療福祉に関わる政策形成がいかに決定・実施されていくか、ということに関する研究であり、一般的な立法・行政に関する研究をふましつつ、特に医療・福祉政策形成の場合における特徴をみる研究ということになる。例えば、厚生労働省、保険者や自治体などの利害関係者、政策形成に具体的知識—意思決定過程における知識—を産出する審議会や関連する研究組織の動向とそこでのコミュニケーションやネットワークのあり方、などが研究課題としてあげられよう。

後者についていえば、医療・福祉政策における研究課題は、個別的にみればいくらかでもあげることができ、その際に事柄の性質に応じた学術研究の蓄積をふまえたアプローチが行われることとなる。例えば、ある治療法を医療保険の給付対象とするかどうかは医学的な知識が基礎となるであろうし、医療保険や介護保険の支払いを定める際には、むしろ経済学的な知識が重用となる。社会学、経営学、保健医療サービス研究など、医療福祉政策に関連する学術領域をここですべて数え上げることは難しい。そして、そこで用いられる手法も、観察、フィールド実験など、さまざまな手法がありうる (John, 2017; Weiss & Birckmayer, 2009)<sup>(3)</sup>。

## 「政策のための分析」と「政策の分析」

Lasswellの定義は意思決定の内容だけでなく、その過程を検討することを示しているが、現実の政策との関係で研究を構想していく場合に有用と思われるのが、「政策のための分析 (analysis for policy)」と、「政策の分析 (analysis

of policy)」とを区別する考え方である (Brans, Geva-May, & Howlett, 2017; Colebatch, 2011)。ゴードンらは、両者の区別をふまえて、政策過程に沿った5つの区分を、提示している (Gordon, Lewis, & Young, 1977)。政策のための分析には、「政策の提唱」、「政策に向けた情報」、「政策の状況把握・評価」という項目が含まれ、政策の分析には「政策決定の分析」と「政策内容の分析」をあげている。

再び医療福祉政策においてこの区分を敷衍してみよう。「政策の提唱」とは、例えば、まだ社会的には注目されていないけれども現実には生じている生活上の問題や不健康を明らかにし、それに対応する政策を形成する必要性を示すことである。「政策に向けた情報」は、その生活問題を解決するのに寄与しうる事項を明らかにし、課題に対して政府が実施すべきことを示すための分析である。「政策の状況把握・評価」は政策の実施状況を行い、その効果や限界を示すとともに、それらをふまえたさらなる取り組みへの示唆を示すことを目指すものともいえる。

具体的政策に役立とうとする動機とは異なる動機のもとで行われるのが「政策の分析 (analysis of policy)」である。「政策決定の分析」では、例えば医療福祉の課題がある場合に、それに対する政策が適切に形成・実施された—あるいは、されなかった—のはなぜか、といったことを分析し、政策が定め、実施される過程のあり方を問題にする。「政策内容の分析」は、行われた政策をめぐる、学術的な、あるいは—政府からいえば—外在的な基準をもとに検討するものである。これらも、広い意味では政策に寄与するものではあるが、政策形成過程において直接関与することを目指しているものではない。この政策内容の分析は、たとえば医

療福祉政策の課題についての分析など、何らかの政策領域における具体的な政策を対象とした分析である。どちらかといえば学術的な色彩の強い政策研究 (policy research あるいは policy studies) を超えて、幅広い担い手—たとえば政府・シンクタンク・市民団体—によっても行われるものでもある (Blum & Brans, 2017)。

とはいえ、社会科学におけるポスト実証主義あるいは社会構築主義の台頭を背景とし、このような実証主義的な研究として構想されている科学としての政策研究だけでは、今日の政策研究はとらえきれなくなっており、ポスト実証主義のあるいは批判的な政策研究といったアプローチが広がっている。

### 政策分析の多様な潮流

政策分析は、政策への助言だけを目的として行われるものではなく、多様な文脈の中で、異なる目的をもって行われうる。カナダにおける政策分析の状況をまとめた本では、政府による政策分析、行政主体から一定独立した組織—議会の委員会や必要に応じて設けられる委員会など—による政策分析、政党・利害関係団体による政策分析、学術・社会議論組織志向の政策文政、がそれぞれ記述されている (Dobuzinskis, Howlett & Laycock, 2007)。別の言い方をすれば、民主制の中の討議材料を提供するべく政府の課題設定や代替政策手段を検討するもの、関係者の意見が異なる複合的な状況の中でどのように折り合いをつけるかの見通しをつけるためのもの、さらに、権力への対抗を念頭において行われる批判的な政策分析などがありうる (Goodin, Moran, & Rein, 2008; 松田, 2017)。かつて1968年に出された『講座 医療政策史』で、ボスの交渉によって決まるような一種のエリート主義的な医療政策観ではなく、「社会全体の

運動の中で、医療政策の発展方向を把握」することを目指すべき、と野村が唱えたのもこのような批判的分析の潮流に位置付けることも可能であろう(野村, 2009)。

近年発達してきた批判的政策研究で重視されるのは、「ある政治的状況において、どのようにして政策が決定されるのか」ということであり、政策分析の実践、とりわけ特定の政策とその帰結の形成・評価がどのように行われているかかということである(Fischer, Torgerson, Durnová, & Orsini, 2015)。ここでは、利益、価値、規範に関する諸前提が問題とされ、厳格に中立的な検討という立場ではなく、むしろこれらに関わる積極的論点が検討される。つまり、専門家やテクノクラットによる支配に疑問を投げかけ、知識が生産とその生産が構築される文脈や権力関係を検討しようとする<sup>(4)</sup>。

医療福祉の領域でいえば、例えば、なぜ介護保険が成立されたかという歴史的評価に関わることでもあるし、介護保険の給付の範囲、要介護度の設計、介護報酬の変更がいかなる価値、規範をもとにし、どのような利害関係において提案されているかを分析し、検討することがこれにあたる。どのような場合に、どのような原案を厚生労働省が提出するか、現に検討されている政策案にどのような限界があるかを示すなど、批判的政策分析は、幅広い社会的議論を組織することにつながることを期待される。この点に注目すれば、批判的政策分析は、ラスウェルの構想とも親和性をもつものという評価もある(Torgerson, 2015)。

## むすび

最後に、本誌そのものについて、二つの希望を述べておきたい。まずは、内容の幅広さである。政策の分析はさまざまな文脈において行わ

れるものであり、そのことは政策研究の学際性や多様性につながるものである。日本医療福祉政策学会は医療福祉政策に関する幅広い問題関心や方法論を射程に入れた学際的な研究組織であり、「政策をめぐる長期的分析、経済体制・思想と政策との関わり、政策のもつ政治的意味合い、医療政策過程に関する分析など、これまで行われてきた研究の領域を制限することなく、さまざまな研究の潮流が集まり議論し、相互に刺激する場となる」ことを目指している(日本医療経済学会幹事会, 2017)。それゆえ、そこで議論されるテーマは、単に専門領域としての公共政策学に限定されるものではないことは付記しておきたい<sup>(5)</sup>。制度に関する歴史研究、記述・分析、国際比較など、現下の政策を直接取り扱わないテーマも含めて、医療福祉政策に関わる多様な主題について—当然に多様なアプローチを用いた—研究の成果が本誌に寄せられることを期待する。

もう一つの希望は、本誌の読者と投稿者についてである。かつてラスウェルは、政策科学が発展する上で、その分野の知識を共有するネットワークがあり、そこでは出版が大きな意味を持つとしていた。出版を通したつながりは、当該領域における学術の発展に寄与し、その分野で特別の修練を受けたものだけでなく、関連する多くの人々が集う機会を提供するものになりうる(Lasswell, 1971, p. 113)。このラスウェルの指摘は、大筋のところ『医療福祉政策研究』にも合致するであろう。本誌が、医療福祉政策を研究する職業研究者だけでなく、政策に関わるあるいは関わろうとする幅広い投稿者と読者に恵まれることを願っている<sup>(6)</sup>。

## 注

(1) ピーターズは、政治家などによってなされる

- 政策の選択 (policy choices), その選択により実際になされる諸活動—具体的な施策—を政策の産物 (policy outcomes), これらの結果市民が受けた効果である政策の影響 (policy impacts) に分けて検討する枠組みを提唱している。
- (2) 秋吉らは「of の知識」と「in の知識」という呼び方をしている(秋吉 et al., 2015, pp. 7-9)。
- (3) ランダム化比較試験 (RCT) は医学領域ではあたりまえに用いられている手法であるが、近年では、低所得国における貧困対策の文脈などにおいて政策研究においても注目されている(バナジー, デュフロ, & 山形, 2012)。もっとも、医療保険関係では、1970年代から1980年代にかけてランド研究所が実施した医療保険実験が有名である。
- (4) Fishcerらは、批判的政策分析は1960年代半ばから1970年代にかけての社会政治的な動乱に対する学術的な応答だとしている(Fischer et al., 2015)。
- (5) 一般的な意味で公共政策に関わる研究そのものを主題とする公共政策学会が、1996年より活動している(日本公共政策学会, 2017)。また、国際的な学会としてInternational Public Policy Association (IPPA) が2014年に発足している(<http://www.ippapublicpolicy.org/>)。
- (6) 本稿の内容の一部は、JSP 科研費 (26285140) の交付を受けてなされた成果によっている。
- Colebatch, H. K. (2002). *Policy*. Buckingham: Open University Press.
- Colebatch, H. K. (2011). Policy analysis. In B. Badie, D. Berg-Schlosser, & L. Morlino (Eds.), *International Encyclopedia of Political Science* (Vol. 6, pp. 1893-). Los Angeles: SAGE.
- Dobuzinskis, L., Howlett, M., & Laycock, D. H. (2007) *Policy Analysis in Canada: the State of the Art*. Toronto: University of Toronto Press.
- Fischer, F., Torgerson, D., Durnová, A., & Orsini, M. (2015). Introduction to critical policy studies. In F. Fischer, D. Torgerson, A. Durnová, & M. Orsini (Eds.), *Handbook of Critical Policy Studies* (pp. 27-46). Cheltenham: Edward Elgar.
- Goodin, R. E., Moran, M., & Rein, M. (Eds.). (2008). *The Oxford Handbook of Public Policy*. Oxford: Oxford University Press.
- Gordon, I., Lewis, J., & Young, K. (1977). Perspectives on policy analysis. *Public Administrative Bulletin*, 25 (26-30).
- John, P. (2017). *Field Experiments in Political Science and Public Policy*. New York and Abingdon: Routledge.
- Lasswell, H. D. (1971). *A Pre-View of Policy Sciences*. New York: American Elsevier.
- Peters, B. G. (2013). *American Public Policy : Promise and Performance*. Washington, D.C.: CQ Press.
- Torgerson, D. (2015). Harold D. Lasswell and critical policy studies: the threats and temptations of power. In F. Fischer, D. Torgerson, A. Durnová, & M. Orsini (Eds.), *Handbook of Critical Policy Studies* (pp. 27-46). Cheltenham: Edward Elgar.
- Weiss, C. H., & Birckmayer, J. (2009). Social Experimentation for Public Policy. In R. E. Goodin, M. Moran, & M. Rein (Eds.), *The Oxford Handbook of Public Policy* (pp. 806-830). Oxford: Oxford University Press.

## 文献

- Blum, S., & Brans, M. (2017). Academic policy analysis and research utilization in policy making. In M. Brans, I. Geva-May, & M. Howlett (Eds.), *Routledge Handbook of Comparative Policy Analysis* (pp. 1-23). New York, NY: Routledge.
- Brans, M., Geva-May, I., & Howlett, M. (2017). Policy Analysis in Comparative Perspective: An Introduction. In M. Brans, I. Geva-May, & M. Howlett (Eds.), *Routledge Handbook of Comparative Policy Analysis* (pp. 1-23). New York, NY: Routledge.

- 秋吉貴雄、伊藤修一郎、北山俊哉 (2015). 公共政策学の基礎, 有斐閣ブックス. 東京: 有斐閣.
- アビジット・V・バナジー、エスター・デュフロ (2012). 貧乏人の経済学: もういちど貧困問題を根っこから考える. 東京: みすず書房.
- 日本医療経済学会幹事会 (2017). 日本医療福祉政策学会への参加・『医療福祉政策研究』への投稿の呼びかけ. 京都: 日本医療経済学会.
- 日本公共政策学会 (2017). 日本公共政策学会のあゆみ. 日本公共政策学会, [http://www.ppsa.jp/\\_src/1071/kinensasshi.pdf](http://www.ppsa.jp/_src/1071/kinensasshi.pdf) (2017年8月24日閲覧).
- 野村 拓 (2009). 講座医療政策史. 東京: 桐書房.
- 松田亮三 (2017). 政策分析という学術・技法: 医療政策での活用を展望して. 日本医療経済学会会報 33: 41-52.



# 「我が事・丸ごと」地域共生社会が、 医療・介護をどう変質させるか

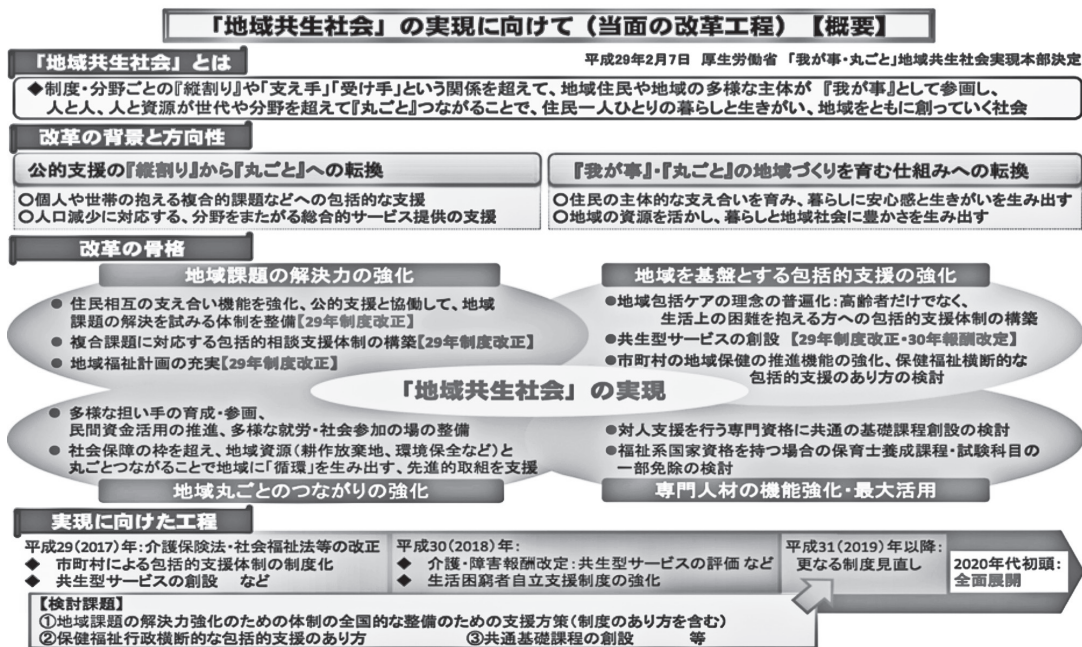
芝田 英昭 (立教大学)

## はじめに

2016年7月15日、厚生労働省に設置された「我が事・丸ごと」地域共生社会実現本部(以下「実現本部」)が、第一回会合を開き、その場に厚生労働省は、2020年代初頭までに実現すべき地域共生社会のあり方を、「地域包括ケアの深化・地域共生社会の実現」[厚生労働省

(2016a)] との文書で示した。また、2017年2月7日実現本部は、「『地域共生社会』の実現に向けて(当面の改革工程)」(資料1) [厚生労働省(2017)] をとりまとめた。厚生労働省は、この改革工程に従って2017年以降、介護保険制度や医療保険制度等の改定が行なわれている。改革工程が閣議決定された同日、「地域包

資料1 「地域共生社会」の実現にむけての改革工程



出典：厚生労働省(2017)「我が事・丸ごと」地域共生社会実現本部「『地域共生社会』の実現に向けて(当面の改革工程)【概要】」、2017年2月7日。

(受理日：2017年9月26日)

括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律案(以下「介護保険法等改正法案」)が閣議決定され同日衆議院に提出されたが、同法案の中身は、改革工程に忠実に沿うものである事は言うまでもない<sup>(1)</sup>。同改正法案は、2017年5月26日参議院本会議にて可決・成立した。

さて、改革工程が目指すのは、介護保険法の改正だけに止まらない。今回の介護保険法等改正法は、介護保険法、健康保険法、児童福祉法、医療法、社会福祉法、老人福祉法、地域保健法、生活保護法、地域再生法、子ども・子育て支援法等を含む31法の改正であり、多岐に渡る。地域は、高齢者だけではなく、各世代が様々な生活課題を抱える「場」であることから、多様な課題解決として多くの法改正を内包するのは、ある意味当然なのかもしれない。

実現本部は、「地域共生社会」の名の下に、地域に生起するあらゆる課題・問題を地域住民が自助・共助を基本に解決して行くとしている

が、この方向性は、生存権を公的責任のもと具現化した社会保障制度の基盤を揺るがす重大な誤謬を犯しかねない。本稿では、医療保険における自己負担が、受診抑制の装置として機能している事、さらに実現本部の「地域共生社会」が社会保障を崩壊させ、監視国家へ変貌する危険性を孕んでいる事、地域共生社会と「地域社会での住民共同の運動・実践」との本質的な違い等に関して私論を展開したい。

## 1. 自己負担増を強いる医療保険制度等改定

### 1) 医療保険制度改定案の概要と問題点

厚生労働省は、2016年11月30日社会保障審議会医療保険部会に2017年度における医療保険制度改革の素案を示した。高額療養費制度の上限引き上げ、後期高齢者医療制度における保険料軽減特例措置の廃止、子ども医療費助成制度の罰則措置の一定軽減等である。これらの改革は政府の既定方針として、2017年度予算に

表1 高額療養費制度の見直し

区分(年収)	窓口負担	限度額(月単位)	
		外来	限度額(月単位)
69歳	3割	1160万～	
		252,600+1% <140,100>	
		770～1160万	
		167,400+1% <93,000>	
		370～770万	
80,100+1% <44,400>			
～370万		57,600 <44,400>	
住民税非課税		35,400 <24,600>	
70歳以上	3割	現役並み370万～	
		44,400円	80,100+1% <44,400>
	70～74歳 2割(※)	一般	
		12,000円	44,400円
75歳以上 1割	住民税非課税		
	8,000円	24,600円	
住民税非課税(所得が一定以下)		15,000円	

注：〈 〉内は、年4回以上利用で、4回目以降の負担額。※は、2014年4月1日迄に70歳に達している人は、1割負担。

出典：厚生労働省「高額療養費制度の見直しについて」、社会保障審議会医療保険部会、2016年11月30日。

反映された。また、2017年度予算は、2017年1月20日第193回国会において麻生財務大臣が2017年度予算案説明を行い、2017年3月27日政府案通り可決・成立している。

現在、70歳以上人口は2,437万人で総人口の約2割を占める。その内高額療養費の影響を受ける70歳以上の住民税非課税人口は約1,400万人と言われ、彼らが69歳以下と同水準の負担に引き上げられる(表1)。租税における「最低生活費非課税原則」に鑑みれば、住民税非課税は、最低の生活を行うには厳しい世帯であると理解され、この層の負担増は益々高齢者の貧困を深化させるものである。

後期高齢者医療制度では、約916万人が保険料算定定額部分の特例措置(9割、8.5割、5割、2割軽減)廃止で、従来の軽減幅に戻され、数倍の保険料になる可能性があり、かなり大幅な

負担増になる。収入が264万円を超える後期高齢者の所得比例部分の保険料は、5割軽減特例措置を2017年度で廃止にすることとなった。療養病床入院中の65歳以上の人は、居住費が現行日額320円から日額370円に増額される。2016年から入院給食も増額されており、合計で1月5万2,500円の負担となる。

子ども医療費助成に関しては、国保財政に対する一定の罰則措置(国庫負担の削減)を軽減する案(2018年4月1日施行)であるが、極めて不十分である<sup>(2)</sup>。見直しは、未就学児まで限定でその部分の罰則を軽減するが、そもそも子ども医療費は、ある自治体では中学まで外来・入院ともに無料、別の自治体では入院は無料だが外来は一定負担がある等、自治体によって相違がある。

生まれ育った自治体によって子ども医療費負

表2 主要国の医療保障制度と自己負担

国	ドイツ	フランス	スウェーデン	イギリス
制度類型	社会保険方式	社会保険方式	税方式による公営保健・医療サービス *広域自治体(ランスタイングが運営)	税方式による国営国民保健サービス
自己負担	<ul style="list-style-type: none"> <li>・外来：<u>2013年より自己負担撤廃</u>(それ以前は、四半期毎に10ユーロの負担が求められた)</li> <li>・入院：入院診療1日10ユーロ(年間28日まで)。ただし、<u>18歳未満は無料</u>。</li> <li>・薬剤：10%(5～10ユーロの範囲内)ただし<u>18歳未満は無料</u>。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・外来：30%</li> <li>・入院：20%</li> <li>・薬剤：35%</li> </ul> 自己負担分を補填する「補足疾病保険」が発達しており、 <u>ほとんどの自己負担はカバーされる</u> 。国民の約8割が加入。ただし、外来診療負担金(1回1ユーロ、年間50回まで)、入院定額負担金(1日18ユーロ)は、補足疾病保険からの補填が禁じられている。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・外来：ランスタイングが独自に設定。法律により、患者の年間自己負担上限は、1,100クローナと定められている。ただし、<u>20歳未満は無料</u>。</li> <li>・入院：日額上限100クローナの範囲内でランスタイングが独自に設定。ただし、<u>20歳(ランスタイングによっては18歳)未満は無料</u>。</li> <li>・薬剤：全国一律の自己負担額</li> </ul>	原則自己負担なし

出典：厚生労働省「OECD加盟国の医療費の状況」(www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/最終閲覧日2017年9月20日)より筆者作成。

担に相違が存在することは、世帯の所得により医療へのアクセスに支障をきたすことであり、法の下での平等(憲法14条)や生存権保障(憲法25条)を侵すものと考えられる。すべての子どもは、親の所得に左右されることなく適宜医療機関にアクセスできるのが世界的な潮流<sup>(3)</sup>(表2)であることから、早急に国の制度として「子ども医療費無料化」を確立すべきである。

また、かかりつけ医以外の受診の際の追加の定額負担、あるいは市販品類似薬の保険外し等に関しては引き続き検討となり、2017年通常国会には提案されないが、2017~18年中に結論を得て2018年以降に改正を行う方針が打ち出されている<sup>(4)</sup>。

## 2) 社会保険における自己負担(増)は、受診・サービス利用抑制につながる

実現本部文書「地域包括ケアの深化・地域共生社会の実現」では、「2035年の保健医療システムの構築」[厚生労働省(2016a)、p.1]を目指し、『『地域医療構想』の策定支援。『構想』と統合的な医療費適正化計画の策定前倒し』[厚生労働省(2016a)、P.1]をする、と冒頭に記載している。この点からも、地域共生社会構築の前提には「医療費適正化」が存在すると言える。また、医療費適正化は、供給面でのコントロールとして地域医療構想の策定であり、それに沿った病床削減・転換であることは当然であるが、1970年代以降の医療保険サイドの改革は、患者自己負担(患者窓口負担、一部負担)増加による医療費適正化という流れもある。

患者自己負担は、被用者本人に限って見てみても、1961年の皆保険体制以降、基本的には患者自己負担はなかったが、1973年に一部定額負担、1984年に1割負担、1997年に2割負担、2003年に3割負担(被用者家族も基本3割となっ

た)と大幅に増額されていった。

地域共生社会実現の基本となる今後の医療保険制度改革も自己負担等(或いは、一部負担、窓口負担)の増額が主である。勿論、政府は一部の高所得階層に対する自己負担増だとして、“応能負担原則”を踏襲する方向性だと主張している<sup>(5)</sup>。しかし、筆者は、そもそも社会保険における自己負担の存在自体に懐疑的である。

さて、医療保険等におけるサービス受給時の自己負担の存在・増額に受診抑制効果があることはよく知られているが、幾つかの研究でその実態を検証したい。

我が国の医療実態を調査し、医療政策等を提案している非営利団体「日本医療政策機構」は、医療に関する世論調査を毎年行っている。例えば、2008年1月に実施され同年8月に公表された「日本の医療に関する2008年世論調査」<sup>(6)</sup>[日本医療政策機構(2008)、pp.21・22]では、「過去12ヶ月以内に、費用がかかるという理由で、医療を受けることを控えたことがありますか(下線筆者)」との問いに対して、「薬を処方してもらわなかったことがある」は、高所得・高資産層(年間世帯収入800万円以上かつ純金融資産2,000万円以上)で2%、中間層(高所得・高資産層、低所得・低資産層、以外)で11%、低所得・低資産層(年間世帯収入300万円未満かつ純金融資産300万円未満)で16%、であった[日本医療政策機構(2008)、p.22]。また、「具合が悪いところがあるのに医療機関に行かなかったことがある」は、高所得・高資産層で18%、中間層で29%、低所得・低資産層で39%、であった[日本医療政策機構(2008)、p.22]。この結果から、同機構は、「経済力により受診抑制の実態に差があること、とくに所得・資産が低くなるほど、より受診を控える傾向にあることが明らかになり、経済力により医

療へのアクセスに『格差』が生じている実態が改めて明らかとなった」[日本医療政策機構(2008)、p.21]としている。

また、同機構が2013年7月に公表した「2013年日本の医療に関する世論調査」(日本医療政策機構が、2012年12月～2013年1月、全国無作為抽出の男女1,650人に対して訪問留置で実施した世論調査。有効回答率は、61.4%)では、「過去12ヶ月以内に、具合が悪いのに医療を受けること控えたことがありますか」との問いに、26%が「ある」と回答している[日本医療政策機構(2013)、p.7]。

前記両調査、特に2008年調査からは、医療受診における自己負担の存在には受診抑制があり、またそれが低所得・低資産層に顕著であったことが明らかとなった。

さて、自己負担増が医療受診行動にどのような影響を及ぼしたのかに関しては、以下の2つの有益な研究が存在する。1つは、吉田あつし、伊藤正一の論文「健康保険制度の改正が受診行動に与えた影響」[吉田あつし、伊藤正一(2000)、pp.101-121]である。もう1つは、畝博の調査「医療費の自己負担増による高血圧症患者と糖尿病患者の受診行動の変化」[畝博(2002)、pp.1-19]である。

この2つの調査研究は、年代的には若干古いですが、患者自己負担が1割から2割へと倍加した1997年9月を画期としていることと、受診抑制に関して吉田らの研究では年齢階層別の差異、畝の研究では疾病別の差異を扱い、この点は、それ以後の研究ではあまり見られない特徴と言える。また、本節の狙いは、患者自己負担の増加が、受診行動にどう影響を及ぼすかであることから、少し古い調査であることが現時点でその傾向を否定する要因にはならないし、また、日本医療政策機構の2008・2013年調査結果が

その点を補強するものと考ええる。

さて、吉田と伊藤は、1997年9月実施の健康保険制度改正により、被用者本人自己負担の1割が2割への増加、扶養家族の薬剤等の一部負担の導入が、若人(老人医療制度の適用を受けない医療保険被保険者とその家族)の外來の受診行動にどのように影響を与えたのかを、レセプトを用い統計的な分析を行っている。吉田らは、「医療機関に1年間で一度も行かない確率については、改正により『本人』、『家族』ともにほぼ同程度上昇し、年齢が高くなるほどこの確率が大きくなっている」[吉田あつし、伊藤正一(2000)、p.117]、「診療日数については、『本人』はほとんどの年齢層で同程度に減少したが、『家族』については高い年齢層ほど大きな影響を受け、特に『61歳-69歳』層にもっとも大きな抑制効果をもった」[吉田あつし、伊藤正一(2000)、p.117]とし、自己負担増が受診抑制に繋がったことを明らかにした。

畝は、1997年9月実施の健康保険制度改正により、被用者本人自己負担1割から2割への増加が、高血圧症患者と糖尿病患者の受診行動に与えた影響について実証研究を行っている。畝は、「定率1割から2割への自己負担増は高血圧症および糖尿病の患者の受診行動に影響を与えており、その影響は糖尿病患者に、より顕著であった」[畝博(2004)、pp.2・3]とし、当時2003年に実施が予定された健康保険被用者本人3割負担への負担増に対し、「このような医療費の自己負担増は高血圧症や糖尿病などの慢性疾患の受診を抑制し、その結果、脳血管疾患や腎不全などの重篤な合併症を引き起こし、結果として、より多くの医療費が必要となり、社会のコストが増大する可能性がある」[畝博(2002)、p.16]との見解を示している。

社会保険における“自己負担”が、受診・サー

ビス利用抑制につながるのは、前述の通りであるが、世界的には負担が無いかあっても僅かである。例えば、社会保険の祖国と言われるドイツは、介護保険に関してはサービス利用に際しての自己負担は存在しない。また、医療保険では、外来は2013年より無料、入院診療1日10ユーロ(年間28日まで)、薬剤処方10%(5~10ユーロの範囲内)の低額負担であり、一般的に患者の年間負担上限は世帯年間実質所得の2%以内と定められている。また、重症慢性疾患患者(連邦共同委員会のガイドラインによる)の年間負担上限は世帯年間実質所得の1%以内である。

社会保険は、私的保険とは異なり国民に加入を強制することから、当然保険料を支払えない加入者を抱える。従って、低所得者等の保険料部分をカバーする国庫負担・公費負担が存在する。また、社会保険に守られる労働者や国民がいることで、企業は労働者が抱える社会問題である疾病・介護・失業等に対して、予想を超える個別的費用支出を回避できることから、応分の保険料支払いを求められる(リスク分散)。この国庫負担・公費負担や企業負担を“社会保険における社会扶養原理(=人権原理)<sup>(7)</sup>”と呼ぶ。当然、社会保険においては、労働者・国民のうち支払い可能な人が、保険料を納付することとなる。つまり、社会保険財政を支えるために、企業の保険料、労働者・国民の保険料、国庫負担・公費負担が存在することから、社会保険によるサービス給付時に労働者・国民から再度自己負担を要求することは、受診抑制・サービス利用抑制のそしりを免れないし、ましてや費用の二重徴収と言わざるを得ない。

この観点から自己負担を考察すれば、自己負担の増額に問題があるというよりも、そもそも社会保険においては、利用時の自己負担はあってはならないと考えられる。

では、なぜ我が国では社会保険における自己負担の存在が当然視されているのか。2012年版『厚生労働白書』は、「もし一部負担がなければ、不安に駆られた患者側は、安心を得るために医学的・客観的に必要な回数以上に受診(過剰受診)してしまう可能性がある」[厚生労働省(2012)、p.42]、「『モラルハザード』ともいえる事態を回避するための工夫の一つが、患者の一部負担の導入である」[厚生労働省(2012)、p.42]としていることから、過剰受診やモラルハザードが要因の医療費増を回避することが目的と考える。

しかし、最新の研究では、例えば子どもの外来通院費の助成拡大が、結果的に入院を減らす効果があったことが報告されている[毎日新聞2017年9月5日付]。慶応大学准教授の後藤励と京都大学大学院経済研究科大学院生の加藤弘陸は、2012・13年に全国の977病院に1390市区町村から入院した6~18歳の延36万6566人分の患者データを入院費との関連で分析した。その結果、低所得地域(2012年の市町村の一人当たり課税対象所得が中央値275万5000円よりも上の自治体を「高所得地域」、下を「低所得地域」とした)は助成対象年齢を引きあげた所で、全体的に入院が少なくなった、としている。また、助成対象を12歳から15歳に引き上げると、入院数が5%減少する関連性も発見したとしている。

後藤らは、「低所得地域では家計が苦しく病院に行けなかったり、慢性的な病気にかかりやすかったりした患者が、医療費助成で外来診療を利用しやすくなり、結果として入院が減った可能性がある」[毎日新聞2017年9月5日付]と指摘している。この調査からは、過剰受診やモラルハザードの問題よりも、医療費助成による実質的無料化により、必要な外来が受診でき、結果的に入院治療を回避できていたことが

窺え、医療費適正化の観点からでも、「自己負担増」ではなく「自己負担無料化」が一定の効果性があることが理解できる。そろそろ我が国においても過剰受診を恐れるのではなく、適切な治療が受けられる意味でも「自己負担無料化」を真剣に議論すべき、と考える。

## 2. 「我が事・丸ごと」地域共生社会の本質を見抜く

### 1) 地域共生社会は社会保障概念を矮小化

筆者は、実現本部の「社会保障」概念理解が意図的かそうでないかは別にして、極めて偏向していることに驚きを禁じ得ない。先ず、改革工程本文中に、「社会保障」の単語は4度しか使用されていないし、ほとんどが社会保障を「公的な支援制度」、「公的支援」、「保健福祉」、「福祉分野、保健・医療」、「保健、医療、福祉」と言い換えていることである。

例えば、実現本部は「社会保障」が必要となった背景を、「戦後、高度成長期を経て今日に至るまで、工業化に伴う人々の都市部への移動、個人主義化や核家族化、共働き世帯の増加などの社会の変化の過程において、地域や家庭が果たしてきた役割の一部を代替する必要性が高まってきた。これに応える形で、疾病や障害・介護、出産・子育てなど、人生における支援が必要となる典型的な要因を想定し、高齢者、障害者、子どもなどの対象者ごとに、公的な支援制度が整備(下線筆者)〔厚生労働省(2017)、p.1〕されたとしている。また、この文章は、改革工程の最初に記述されており、実現本部が社会保障をどう理解したのかを示していると解すべきである。

社会保障は、地域や家庭が果たしてきた役割の代替なのであろうか。我々が生きている現代社会(資本主義社会)は、生産手段を所有してい

るもの以外は、賃金労働者であり自らが持てる労働力を売ることで初めて生活(労働力の再生産)できる。ただ、賃金は、労働力の価値に対しての対価であることから、個々人が抱える生活問題(生活過程に起こる社会問題。具体的には、失業、保育、介護、疾病、障害などから生じする生活困難等)全てを個人で解決できるだけの金額は支払われない。したがって、労働者が生活問題を抱えれば、いともたやすく人が人らしく生きるレベル(健康で文化的な生活)を下回ってしまい、生存権が侵害されることとなる。つまり、社会保障は生活問題を緩和・解決するための制度・政策であり、そのことを通して生存権を保障する機能を有しているのである。

改革工程には、この観点が全く欠落している、というよりは意図的に歪曲したと捉えるべきである。つまり、社会保障(改革工程では公的な支援制度等としている)を、家庭や地域の役割の代替制度だとすることで、地域課題解決の責任を地域住民や個人にすり替えることが可能となるからであろう。

### 2) 自助・共助を強調する地域共生社会の先にある憲法改正

実現本部が言う「地域共生社会」とはいかなるものであろうか。当面の改革工程では「地域住民や地域の多様な主体が『我が事』として参画し、人と人、人と資源が世代や分野を超えて『丸ごと』つながることで、住民一人ひとりの暮らしと生きがい、地域をともに創っていく社会」〔厚生労働省(2017)、p.2〕としている。確かに理念的には同意できるが、その実態は国や自治体の責任を曖昧にし、地域住民に地域生活課題解決の責任を丸ごと丸投げする方向性とも受け取れる。

介護保険法等改正法の中の社会福祉法改正法

では、4条(地域福祉の推進)に新たに2項が加えられた。同項は、「地域住民等は、地域福祉の推進に当たっては、福祉サービスを必要とする地域住民及びその世帯が抱える福祉、介護、介護予防、保健医療、住まい、就労及び教育に関する課題、福祉サービスを必要とする地域住民の地域社会からの孤立その他の福祉サービスを必要とする地域住民が日常生活を営み、あらゆる分野の活動に参加する機会が確保される上での各般の課題(地域生活課題)を把握し、地域生活課題の解決に資する支援を行う関係機関との連携等によりその解決を図るよう特に留意するものとする(下線筆者)」としている。確かに、地域住民が抱える課題は、多岐にわたり「福祉領域」に限定するのは困難であろう。ただ、同項の主語が「地域住民等」で、地域住民が関係機関と連携し解決を図るようにしており、自治体や公的団体の役割を副次的に捉え、地域住民を主体化しているが、地域における地域力には相当の格差がある中での責任の丸投げは、結果的には生活問題の解決にはつながらず、地域住民の主体性との美名の下に、生活問題が解決されず放置される可能性がある。

また、福祉にとどまらず、住まい、就労、教育、孤立や参加までを包摂した課題を、地域住民自らが解決を図れとしているが、国は2017年度予算において、社会保障自然増分6400億円(概算要求)を4997億円に圧縮している事実を鑑みれば、社会保障予算削減とセットでの地域共生社会の提案であることは極めて矛盾している。

実現本部が示した地域共生社会実現イメージ図によると、「我が事・丸ごとの地域づくり」では、「市町村による包括的な相談支援体制の整備」を行うとしているが、後述するように、介護保険法改正案では、この体制の根幹はあく

までも民間の地区社協等に委託するとなっていることから、国や自治体の責任が不明確であることは否めない。

地域生活課題に関しては、地域住民が自ら共同の運動の一環として取り組むことは重要であるが、国家が上意下達的に自治体の責任を曖昧にして地域住民に丸投げすれば、地域間格差が拡大し、ますます地域が疲弊するのではなからうか。また、地域共生社会の実現は、地域住民に共助を強制するだけではなく、その先にある憲法改正への布石と見るべきではなからうか。

ちなみに、2012年4月27日に決定された自由民主党の「日本国憲法改正草案」[自由民主党(2012)]前文は、「日本国民は、国と郷土を誇りと気概を持って自ら守り、基本的人権を尊重するとともに、和を尊び、家族や社会全体が互いに助け合って国家を形成する(下線筆者)」[自由民主党(2012)、p.1]とし、自助・互助を謳っており、この点こそが、地域共生社会とも共通する「精神」である。

### 3) 総合的相談窓口の設置

「地域の住民が抱える課題について、分野を超え『丸ごと』の相談を受け止める場」[厚生労働省(2017)、p.5]を設置するとし、住民が抱える課題は、「福祉分野だけではなく、保健・医療、権利擁護、雇用・就労、産業、教育、住まいなど(下線筆者)」[厚生労働省(2017)、p.5]であるとしている。この住民の抱える課題の相談窓口一元化を、先ず2017年度全国100カ所でモデル事業として実施し、法成立を受けて2018年度より全国で実施するとしている。相談窓口の一元化それ自体は、住民の利便性や抱える課題の複合化を考えれば必要であろう。

しかし、この相談を担う体制は、「例えば、地区社協、市町村社協の地区担当、地域包括支



援センター、相談支援事業所、地域子育て支援拠点、利用者支援事業、社会福祉法人、NPO法人等」[政府(2017)、p.4] としていることから、自治体が公的責任に則り独自に総合的相談窓口を設置するのではなく、社協等に委託するとみられ、これまで自治体が直接行ってきた福祉関係の相談や様々な行政サービスも外部化・縮小が懸念される。いわば、公助の縮小を共助(住民同士の助け合い)にすり替えるといっても過言ではない。

#### 4) 共生型サービスの創設は、介護保険法と障害者総合支援法の一元化の第一歩となる

介護保険法等改正法案は、「高齢者と障害者が同一事業所でサービスを受けやすくするため、介護保険と障害福祉制度に新たに共生型サービスを位置付ける」[政府(2017)、p.1] とし、児童福祉法上の指定事業者(居宅サービス等の種類に該当する障害児通所支援に係るものに限定)、または障害者総合支援法上の指定事業者(居宅サービス等の種類に該当する障害福祉サービスに係るものに限定)から、介護保険法の訪問介護・通所介護等の居宅サービス事業に申請があった場合、当該事業に照らして、都道府県または市町村が「共生型サービス事業者」に指定するとしている。

確かに、介護保険には65歳問題が存在し、障害者が64歳までは障害者総合支援法上のサービスを利用しているが、65歳を境に多くが介護保険優先の名の下に、介護保険指定事業者へのサービスに移行することを求められている。その意味では、共生型サービスであれば、同じ事業所からのサービスを継続できる優位点は存在する。

しかし、障害者にとって64歳までのサービス量は、65歳からの介護保険適用で激減し、

自己負担も増えているのが実態である。この点の改善がないまま、同一事業所でサービスが受けられるメリットを強調しても、当事者の納得は得られない。また、共生型サービス導入の狙いは、介護保険法と障害者総合支援法の統合であり、その第一歩であるとするべきである。共生型サービスの導入で、サービス供給面において両法の統合を図り(報酬は、それぞれ別で支出される)、その利便性を誇張して、一気に統合への道筋をつけると見るべきである。

両法が統合されれば、国民全てが被保険者となり、障害者も含めて総て国民が保険料の支払いを求められるであろう。また、統合された介護保険から障害者がサービスを利用する場合も、介護保険法上の自己負担が求められることになる。

少なくとも、障害当事者抜きでこのような流れが作り出されるのは、民主党政権時の歴史的 basic 合意<sup>(8)</sup>や障害者の権利に関する条約の「前文(O)障害者が、政策及び計画(障害者に直接関連する政策及び計画を含む)に係る意思決定の過程に積極的に関与する機会を有すべきである」に反すると言わざるを得ない。

#### 5) 療養病床の介護医療院への転換

介護療養病床等は、2011年の介護保険法の改正で、2017年度末までに廃止することとなっていたが、今回の法改正では廃止を6年間延長(2023年末)するものの、その間に新たな介護保険施設「介護医療院」に転換させるとしている。現在療養病床数(2015年3月末時点)[厚生労働省(2016b)]の内訳は、介護療養病床は約6.3万床、医療療養病床は約27.7万床で、介護療養病床約6.3万床と、医療療養病床のうち看護師及び准看護師人員基準が25対1の約7.6万床分の合計約13.9万床を介護医療院に移行するもの

表3 医療療養病床(20対1・25対1)と介護療養病床の現状

		医療療養病床		介護療養病床
		20対1	25対1	
人員	医師	48対1(3人以上)	48対1(3人以上)	48対1(3人以上)
	看護師及び 准看護師	20対1 (医療法では4対1)	25対1 (医療法では、4対1が原則だが、29年度末まで経過的に6対1が認められている。)	6対1 (診療報酬基準でいう30対1に相当) (医療法では、4対1が原則だが、29年度末まで経過的に6対1が認められている。)
	看護補助者	20対1 (医療法では、4対1)	25対1 (医療法では、4対1が原則だが、29年度末まで経過的に6対1が認められている。)	—
	介護職員	—	—	6対1
施設基準	6.4㎡以上	6.4㎡以上	6.4㎡以上	
設置の根拠	医療法(病院・診療所)	医療法(病院・診療所)	医療法(病院・診療所)	
病床数	約13.7万床 <sup>(※1)</sup>	約7.6万床 <sup>(※1)</sup>	約6.1万床 <sup>(※2)</sup>	
財源	医療保険	医療保険	介護保険	
報酬(例) <sup>(※3)</sup>	療養病棟入院基本料1	療養病棟入院基本料2	療養機能強化型A、療養機能強化型B、その他	

(※1)施設基準届出(平成26年7月1日現在)  
 (※2)病院報告(平成27年4月分掲載)  
 (※3)療養病棟入院基本料は、医療区分・ADL区分等に基づく患者分類に基づき評価。介護療養施設サービス費は、要介護度等に基づく分類に基づき評価。

出典：厚生労働省(2016b)「療養病床・慢性期医療の在り方の検討に向けて」、第45回社会保障審議会医療部会、2016年4月6日、p.17。

である。

表3からもわかる様に、医療療養病床25対1は、その財源を「医療保険」としているが、介護医療院に移行することで、財源を介護保険に付け替えることとなる。また、1月に要する1人当たりの平均的費用〔厚生労働省(2016c)、p.15〕は、療養病棟入院基本料1は約59.6万円、療養病棟入院基本料2は約45.8万円、介護療養病床は約35.8万円である。さらに、看護師配置基準

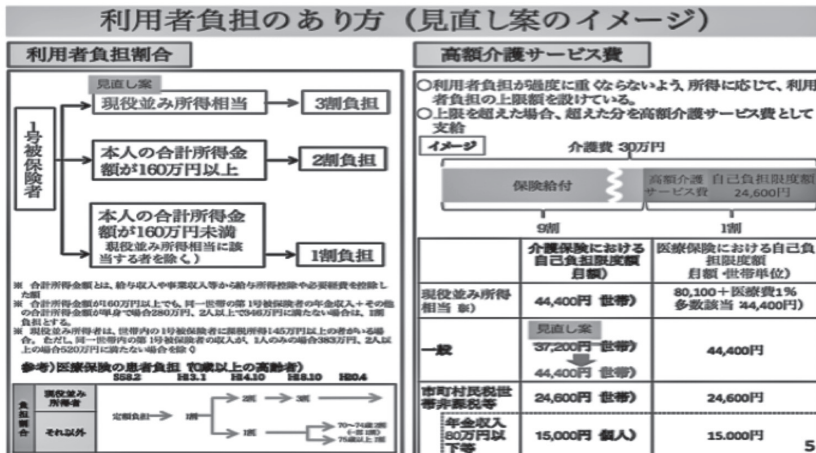
であるが、療養病棟入院基本料2は25対1、介護療養病床は30対1(介護報酬上は6対1)である。

このことから、より安く、より看護師人員基準の緩い介護保険施設に転換するのが狙いであると思われる。

### 6) 3割負担の導入と介護納付金への総報酬割制の導入

現役並所得(単身者、年金収入だけで383万

表4 介護保険利用者負担のあり方



出典：厚生労働省「資料」、社会保障審議会介護保険部会、2016年11月25日。

円)の利用料負担を3割にする、と提案された。2015年8月より280万円を超える人の負担が2割になっており、今後自己負担割合が3割、2割、1割が存在し、結果3割が標準負担であり、2割や1割負担を軽減負担とみなす可能性が高い。

今日まで社会保障運動の一部では、自己負担は所得に応じて支出されるべきとの“応能負担原則”を掲げてきた。厚生労働省は、一定所得以上の所得のある人を対象に3割負担にすることで、国民要求に応え応能負担を導入したと思われる効果を狙ったと言えよう。しかし、社会保険の原理原則を考えれば、社会保険における一部負担・自己負担は、受診抑制を招く傾向があり、国の医療費・介護費の抑制の一翼を担う可能性が高いことは、前述の通りである。

また、応能負担を理由に現役世代(第2号被保険者)の介護納付金に、現在は加入者数に応じて決定されている制度を2017年より総報酬割制を導入する。既に、厚生労働省は2017年度予算案にて総報酬割制導入を見越し、協会けんぽへの国庫負担削減を示した。

確かに所得から勘案すれば、健康保険組合や共済組合加入者の平均所得は高く、所得に見合った保険料の納付が求められるのは事実であろう(表5)。しかし、中小零細企業の従業員が多く加入する協会けんぽは恒常的に財政難で、2015年度においても1,470億円の国庫負担が投入されており、結果的には総報酬割制導入で、健康保険組合と共済組合の分担金を増額し、その分を協会けんぽへの国庫負担削減分の補填に

まわすのが狙いである。

2017年度からは納付金を、加入者の収入(報酬総額)に応じた総報酬割制に段階的に移行する。17年、18年度は総報酬割の2分の1、2019年度は4分の3、2020年度から全面实施する。ちなみに、2017年度は8月からの実施となっており、国庫負担削減額は約440億円となる。

## 7) 地域共生社会と国民監視国家の親和性

2013年に「行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律(以下「マイナンバー法」)」が成立した(2013年5月24日)。マイナンバー法は、社会保障領域等への利用拡大を目指して2015年9月に、2013年法が施行される前に改正され、同年10月5日に施行された。同年10月より、マイナンバーの通知がなされた。2016年年明けから自治体においてマイナンバー・カード(任意)の交付が始まったが、交付の際「顔認証システム」での本人確認が行われた。この顔認証データは、マイナンバー交付以外には使用しないとしているが、破棄されない限り住民の膨大な顔認証データが、自治体に蓄積されることとなる。

また、「刑事訴訟法等の一部を改正する法律」が2016年5月24日に可決・成立し、取り調べの可視化(部分的な録音・録画)、司法取引(合意制度等)の導入、通信傍受(盗聴)の拡大、等が盛り込まれた。捜査当局による盗聴は、国民的批判の下、対象犯罪を薬物、銃器、組織的殺人など、暴力団関係の組織犯罪4類型に限定し、

表5 総報酬割制導入で保険料変化

	平均賃金	1人当り保険料月額	
健康保険組合	456万円	5,125円→5,852円	727円増額
協会けんぽ	315万円	4,284円→4,043円	241円軽減
共済組合	553万円	5,125円→7,097円	1,972円増額

出典：厚生労働省「資料」、社会保障審議会介護保険部会、2016年11月25日、より筆者作成。

通信事業者の常時立会いを義務付けすることで1999年に成立した。しかし、2016年改正法は、盗聴対象を組織犯罪4類型から、窃盗、詐欺、恐喝、逮捕監禁、傷害等の一般犯罪を含む広範囲に拡大し、実質的に一般市民を盗聴対象とした。また、通信事業者の立会い義務を外したことで、国家が常時国民を監視できることとなった。

さらに、2017年3月21日には、犯罪を計画段階で処罰する「共謀罪」の趣旨を盛り込んだ組織犯罪処罰法改正法が、2017年6月15日可決・成立した。

この一連の流れから見えてくるのは、国民が国家から常時監視されていることで、民主的な政治的発言や行動・活動をしにくくする狙いが透けて見えてくる。ただ、国家が監視しているだけでは、国民を完全には統制できないことから、一段進んだ形態として、「住民相互の監視システム」を構築させようとしている。それが、まさしく「現代版隣組制度」としての「地域共生社会」ではなからうか。

改革工程は、「地域共生社会」の実現が求められる背景を、「歴史的に見ると、かつて我が国では、地域の相互扶助や家族同士の助け合いにより、人々の暮らしが支えられてきた(下線筆者)」[厚生労働省(2017)、p.1]とし、「このような日常の様々な場面における『つながり』の弱まりを背景に、『社会的孤立』や『制度の狭間』などの課題が表面化している(下線筆者)」[厚生労働省(2017)、p.2]なかで、「人と人との繋がりや支え合いにおいては、支援の必要な人を含め誰しものが役割を持ち、それぞれが、日々の生活における安心感と生きがいを得ることができる。このような人と人とのつながりの再構築が求められている(下線筆者)」[厚生労働省(2017)、p.2]からとしている。

地域共生社会が言う「つながり」は、戦前の相互扶助組織であった隣組制度(隣保)を想起させる。同組織は、いわゆる「五人組」という部落内の相互扶助・相互監視組織にまで遡ることができる。

日中戦争時に、戦争遂行・国家監視体制の強化のため、五人組の慣習を発展させ、隣組が強化された。具体的には、1940年9月11日通達された「部落会町内会等整備要領」[内務省(1940)]により、部落会や町内会が戦時国家体制に内包されていった。

同要領はその目的(第一条)に、

- 一、隣保団結ノ精神ニ基キ市町村住民ヲ組織結合シ万民翼賛ノ本旨ニ則リ地方共同ノ任務ヲ遂行セシムルコト
- 二、国民ノ道徳的錬成ト精神的団結ヲ図ルノ基礎組織タラシムルコト
- 三、国策ヲ汎ク国民ニ透徹セシメ国策万般ノ円滑ナル運用ニ資セシムルコト
- 四、国民経済生活ノ地域的統制単位トシテ統制経済ノ運用ト国民生活ノ安定上必要ナル機能ヲ發揮セシムルコト

とし、第二条十の口項では、本内務省訓令の目的を達成するために「部落会及町内常会ハ第一ノ目的ヲ達成スル爲物心両面ニ亘リ住民生活各般ノ事項ヲ協議シ住民相互ノ教化向上ヲ図ルコト」とした。これは、地域共生社会の実現に向けてこの程改正され、社会福祉法4条に新たに加えられた2項に通じる思想とも読み取れる。条文は先述していることから再掲はしないが、「部落会及町内常会ハ」は「地域住民等は」に、「住民生活各般ノ事項」は「地域生活課題」に、「協議シ住民相互ノ教化向上ヲ図ルコト」は「関係機関との連携等によりその解決を図るよう特に留意するものとする」と読み替えも可能である。

地域社会を、住民自治の観点から論じることは極めて重要であるが、それはあくまでも住民の自発的運動・実践によって達成されるべきであって、国が一律に住民の組織化を奨励・強制することがあってはならないし、その場合は戦前の隣保組織の体制内化を教訓として学ぶべきではないだろう。

今後、地域共生社会が地域生活課題に我が事・丸ごと関わる住民とそうでない住民を峻別する「装置」として機能する可能性を、筆者は危惧している。

### おわりに…共同の力と繰り出し梯子理論

シドニー・ウェッブが1911年に著した『防貧策』は、社会福祉領域における公私関係論を論じた歴史的著作と言われている。同書において、ウェッブは、「この理論(「繰り出し梯子」理論: extension ladder)のもと、新たな支援方法を常に追求し、困難な事例に対しても愛情に溢れたケアを心がけ、(中略)公的機関だけによって実施される比較的低水準のサービスを上回るサービスを実践・実施することで、結果的に公的サービスにおける健康で文化的な水準を押し上げる効果がある」[Webb, S. & B. (1911)、p.252]と指摘している。この「繰り出し梯子理論」には、現代にも通じる示唆がある。

地域における住民共同の運動・実践が、公的サービス(社会保障やその他の公共サービスも含む)を上回る内容を有することがしばしばある。この住民共同の運動・実践が、私的サービスを公的サービスに昇華させられる流れが、あたかも繰り出し梯子が伸びるように見えることから、そう命名された。例えば、介護保険における訪問介護事業は、1956年に長野県で制定された「家庭養護婦派遣事業」を端緒として、その後大阪市など革新自治体に広がり、結果的に

1963年老人福祉法12条に「老人家庭奉仕事業」として法定され、2000年施行の介護保険法では、8条2項に明記された。

また、保育運動においても、同様の状況があった。1960年代の高度経済成長に伴い女性労働者の増大の中、労働と保育の両立を求めて、「ポストの数ほど保育所を」を合言葉に大きな運動が広がり、結果的に公的保育所(認可保育所等)の増設につながった。

さらに、老人医療無料化(医療保険給付における自己負担の無料化)も、住民共同の運動・実践が結果的に国の制度として位置づけることとなった。端緒は、岩手県沢内村(現・西和賀町)の取り組みで、1960年、同村は住民の要求受ける形で、全国で初めて65歳以上の老人医療の無料化を実施、翌年には対象を60歳以上に拡大した。これをきっかけに60年代後半以降に老人医療無料化が拡大、1969年革新自治体東京都で70歳以上の医療費無料化実施が画期となり、1973年1月から、70歳以上の老人医療費無料化が国の制度として実施されたのである。

現在政府が言う「地域共生社会」は、社会保障等の公的サービスを縮小したところに、その代替として地域住民に地域課題解決責任を押し付けるものであり、住民共同の運動・実践とは全く異なるものである。

住民共同の運動・実践は、その目的に公的責任の強化、あるいはその実践を公的制度に押し上げる狙いがあるが、「地域共生社会」は、そもそも公的責任を捨象し住民の自助・共助(助け合い)に変質させることが狙いであることを鑑みれば、ますます住民共同の運動・実践が必要になってきたと言えるのではなかろうか。

注

- (1) この点の詳細は、以下の論文を参照されたい。芝田英昭(2017)「高齢者を直撃する社会保障解体—医療・介護改革の本質を読み解く」『月刊保団連』No. 1239、全国保険医団体連合会、pp.16-24
- (2) 子ども医療費を独自に助成している自治体に対して国が実施している国民健康保険国庫負担の軽減(罰則)について、未就学児までを対象にした医療費助成分については、2018年4月から国保の減額措置を廃止する方針を2016年12月22日までに都道府県に事務連絡した。厚生労働省(2016)「『ニッポン一億総活躍プラン』に基づく子ども医療費助成に係る国保の減額調整措置に関する検討結果について」、保国発1222第1号、2016年12月22日。
- (3) ニュージーランドは、2008年に7歳以下についてGP受診費無料制度を実施し、2016年7月より同制度対象年齢を13歳以下の子どもに拡大した。芝田英昭(2015)「ニュージーランド社会保障の概要と課題」『立教大学コミュニティ福祉研究所紀要』第3号、立教大学、pp.99-211を参照されたい。
- (4) この点は、財務省が2016年末に明らかにした「改訂社会保障改革工程表」に記載されている。
- (5) 2017年4月12日、衆議院厚生労働委員会において、安倍首相に対する質疑が行われた。首相は、自己負担増に関して「制度の持続可能性を高めるため負担能力に応じた負担を実現する観点から行った」と述べている。法研編集部(2017)「持続可能性を高めるための介護保険制度の基盤強化」『週刊社会保障』N0.2921、株式会社法研、p.14。
- (6) 日本医療政策機構が、2008年1月、全国無作為抽出の男女4,000人に対して郵送返送方式で実施した世論調査。有効回答率は、27%。
- (7) この点に関しては、以下を参照されたい。中村正文(1968)『社会保障概論』日本評論社、大野吉輝(1991)『社会サービスの経済学』勁草書房、相澤與一(1991)『社会保障の基本原理解』未来社、神田敏史・長友薫輝(2017)『新しい国保

のしくみと財政』自治体研究社。ただし、研究者によって同様の原理を別の文言で表記している。中村は、「扶養原理」、大野は「扶助原理」、相澤は「扶助の原理」、神田・長友は「社会原理」としている。

- (8) 2009年8月に実施された第45回衆議院総選挙において、民主党が圧勝し、自民党から民主党へ政権交代され、明けて2010年1月7日、障害者自立支援法訴訟原告団・弁護士と厚生労働省との間で、「障害者自立支援法訴訟の基本合意書」が取り交わされた。基本合意書には、「遅くとも平成25年(2013年)8月までに、障害者自立支援法を廃止し新たな総合的な福祉法制を実施する。そこにおいては、障害者福祉施策の充実は、憲法に基づく障害者の基本的人権の行使を支援するものであることを基本とする」と記載された。

引用参考文献

\*邦文

- ・畝博(2002)「医療費の自己負担増による高血圧症患者と糖尿病患者の受診行動の変化」、2003年度厚生科学研究費補助金政策科学推進研究事業研究報告書、2002年3月。
- ・厚生労働省(2012)『平成24年版厚生労働白書』、日経印刷、2012年9月。
- ・厚生労働省(2016a)「地域包括ケアの深化・地域共生社会の実現」、我が事・丸ごと地域共生社会実現本部第一回会合、2016年7月15日。
- ・厚生労働省(2016b)「療養病床に関する基礎資料」、第7回社会保障審議会療養病床の在り方等に関する特別部会、2016年12月7日。
- ・厚生労働省(2016c)「療養病床・慢性期医療の在り方の検討に向けて」、第45回社会保障審議会医療部会、2016年4月6日。
- ・厚生労働省(2017)「『地域共生社会』の実現に向けて(当面の改革工程)【概要】」、我が事・丸ごと地域共生社会実現本部、2017年2月7日。
- ・政府(2017)「地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律案のポイント」、2017年2月7日。

- ・内務省(1940)「部落会町内会等整備要領(内務省訓令第十七号)」1940年9月11日。
- ・日本医療政策機構(2008)「日本の医療に関する2008年世論調査」、2008年8月。
- ・日本医療政策機構(2013)「2013年日本の医療に関する世論調査」
- ・毎日新聞2017年9月5日付。
- ・吉田あつし、伊藤正一(2000)「健康保健制度の改正が受診行動に与えた影響」、『医療経済研究』VoL.7、医療経済研究機構。

\* 英文

- ・Webb, Sidney. & Beatrice. [1911], *The Prevention of Destitution*, Longmans, Green & Co.

(筆者注)

本稿は、全日本民医連発行月刊誌『民医連医療』2017年7月号拙稿「2017年医療保険制度改定と『我が事・丸ごと』地域共生社会の本質」を加筆・修正したものである。

(編集委員会注)

本論文は、第40回日本医療経済学会総会・研究大会シンポジウム「地域医療構想を考える」(2016年12月3日、京都橘大学)の報告者の一人である芝田英昭教授に、研究大会後の情勢の推移に係る加筆・修正も含めて、編集委員会より執筆を依頼した論文である。シンポジウムでは、地域医療構想の評価や地域ケア構想会議の動向などをめぐって、活発な討論がなされた。本論文を通じて、その一端を伝えることができれば幸いである。なお、本論文の内容はあくまで芝田教授ご自身の見解であり、日本医療福祉政策学会(旧:日本医療経済学会)および同編集委員会を代表するものではない。





# 部門別収支計算に見る国保会計の構造と変化

## The Financial Structure and Transformation of National Health Insurance Found by Sectoral Balance Calculations

大野 博

(元東北大学大学院経済学研究科博士研究員、元さいたま市国民健康保険運営協議会委員)

**要約：**本研究では、国保会計が多様な機能を持っていることに着目し、これらを「医療部門」「介護部門」「後期高齢者部門」に区分して部門別収支計算を実施した。その結果、医療部門の収支は改善傾向にあり、国保会計の赤字の主要な要因は、介護部門及び後期高齢者部門の赤字であることが示された。また、背景として、保険税収入の低迷、国費の役割の低下があること、法定外繰入が国保会計の維持に欠かせない現状等が、明らかになった。

**キーワード：**国民健康保険 国保会計 部門別収支計算

### 1 研究の目的及び背景

本研究の目的は市町村が運営する国民健康保険(以下「国保」)<sup>(1)</sup>の会計の収支を分析してその構造や数年来の変化を論じることである。関連して国保会計の赤字の要因や法定外繰入の意味についても言及する。

自治体国保については、2018年度より、これまでに無い新しい制度が実施される。その一つの柱は、国保への財政支援等の拡充により、財政基盤を強化することであり、もう一つの柱は、都道府県が国保の運営に中心的な役割を担うことであるとされている(厚労省2016a、p.390)。国保については、これまでも、医療費水準が高い高齢者や保険料(税)負担能力の低い低所得者が多く加入しているという構造的な問題があること、実質的な赤字が継続しこれを補てんするために自治体の一般会計からの法定外

繰入が行われていることなどが、問題として指摘されてきた(国保中央会2016b、p.7,p.17)。

今回の改革は、このような年来の問題を、新しい仕組みのもとで解消を図るものであるともされている(厚労省2016b、p.3,15)が、今回の改革は、市町村自治の否定、法定外繰入金(税)の解消の非合理性、高すぎる保険料(税)問題が抜け落ちているなどの問題があり、国保の構造的問題の解決にはつながらないとの批判も続けられている(寺内2016、pp.4-16。京都保険医協会2016、p.4)。一方では、2018年度からの実施に向けて、県レベルの国保運営協議会の設置、標準保険料率の試算などの準備が着々と進められており、保険料(税)高騰への危惧も報道されている(読売新聞2017)。

このように、国保は大きな曲がり角に差ししかかっており、筆者は、今回の措置によって構造

(受理日：2017年9月11日)

的問題に起因する種々の課題は解決されるのか等を現実に即して分析するためにも、国保会計の構造を知ることが欠かせないと考える。

## 2 先行研究と本研究の意義

2018年度からの大きな改革を控えて、国保のあり方について論じる文献が多く見られる。そのすべてに触れることは困難であるが、国保会計の構造に触れた研究もいくつか発表されているので、本稿において参考とすべく、研究の方法、論点、結論等について検討を加えておく。まず、最も包括的に国保会計を論じているものとして寺内(2015)をあげることができる。寺内(2015)は、国保財政がひっ迫しているのは事実だが、それは、国庫負担削減路線が引き起こしたものであり、国が本来の責任を果たし、国庫負担を計画的に復元するならば、解決への道が開けるとする立場である。同時に、それにとどまらず、自治体によって赤字・黒字の大きな格差があり、各自治体の国保財政がどうなっているのか、個別の分析が必要であることを指摘している(同、pp. 21-22)。また、国保会計には他の保険者からの収入、後期高齢者支援金のような支出、共同事業に関わる収入・支出などが大きな費目となっており、自治体当局の説明を鵜呑みにしないで、全費目を分析することが重要である(同前)とも述べ、いくつかの自治体の分析を行っている。全費目を対象に自治体ごとの分析が必要との主張には、筆者も同意できるところであるが、費目ごとの異なる機能に着目した分析は今後の課題であると思われる。

西沢(2015)は、「市町村の一般会計からの国保特別会計への法定外繰入金(2012年度は全国合計で3,882億円)をもって赤字であると政府からは説明される。それが真にそう言い切れるのか(同、p28)」との疑問を提起し、普通調整交

付金を受けていない、すなわち豊かな財政力があるにもかかわらず、法定外繰入を行っている事例、あるいは、保険料(税)が平均以下であるのに法定外繰入を行っている事例が多々見られることを指摘し、こうした自治体は赤字とは言えないとしている。本研究との関係に限れば、法定外繰入分が国保会計の赤字であると言う単純な説明は妥当ではなく、保険者間の相違に着目した分析が必要であるとする点では、本研究の前提をなす貴重な提言と思われる。一方、普通調整交付金を医療分に限って取り上げ、後期高齢者支援金分や介護分を考慮していない点、法定外繰入金は保健事業費にも充当されている可能性があり、その場合は不当とは言えないこと等、更に詳細な検討も必要であると筆者は考える。

林(2012)は、単年度の支出の変動が、一世帯あたりの保険料(税)にどの程度影響を与えているか、保険料(税)以外の収入はどのような役割を果たしているかを分析し、「法定外の繰入金は、国民健康保険財政のいわゆる予算のソフト化の源としてしばしば批判されているが、この結果は予算のソフト化とは相容れない結果となった(同、p.112)」「2000年代を通して、保険料の変動は単年度支出の変動に殆ど相関しておらず、主に財政調整を中心とする収入項目の緩衝効果によって100%に近い平準化がなされている。この結果は、[中略-筆者]いわゆる『受益と負担のリンク』が存在しないという、国民健康保険に対する『批判』を傍証するものになるであろう(同前)」と結論付けている。本研究との関係では、普通調整交付金のみならず、全ての収入項目を対象とする視点が重要であること、法定外繰入の保険料(税)への影響がそれほど大きくないことを示し得たこと等、参考になる点が論じられている。一方、保険料(税)や普

通調整交付金には、介護分や後期高齢者支援分等の、目的の異なるものが混在していることには触れておらず、より説得力のある結論にはこれらを分離して考えることが今後の課題であることは、他と同様である。

尾山(2014)は林(2012)も参考にしつつ、保険料(税)及び普通調整交付金を取り上げ、それぞれの決定要因を推定している。結果によれば、保険料(税)は、医療サービス等の水準など「保険者の責めに帰する」医療費支出を反映せず、他方、普通調整交付金は、本来の目的である「保険者の責めに帰することができない格差」以上に保険者間の格差を調整していることが示されたとする(同、p.86)。しかしながら、保険料(税)の全額または普通調整交付金の全額を、それぞれ被説明変数としている点については、異なる機能ごとに区分したモデルの検討も必要ではないだろうか。

以上、本研究に関係する先行研究について触れたが、収支の項目と金額に立ち入って国保会計の問題点を指摘する方向を示していることは確認できた。財政困難の要因についても、国庫からの支出削減、不合理な財政支援、不適正な保険料(税)額の設定等の見解が見られるのであるが、更なる詳細な分析が必要なことは共通しているように思える。筆者の方法もその一つであり、先行研究の知見を活かしつつ、いまだ取り組まれていない方法と言う点でオリジナリティは高いと考えられる。

### 3 研究の対象

本研究では、埼玉県内の国保(2014年度末時点で全63市町村が実施、広域連合等の複数自治体によるものはない)を対象とする。このように対象を定めたのは、今回の国保改革の柱が、都道府県が国保の運営に中心的な役割を

担うことにあるので、県を対象とすることが合理的であると考えたからである。埼玉県は、東京に隣接する南部は、都市化が著しく、北東部には農業地域が展開し、北西部には山間部が広がっている。市町村数、すなわち国保の保険者数は63を数え、北海道、長野に次ぐ規模である。このような埼玉県の現状は、全国の都道府県の一つの典型をなすものであり、全国的な趨勢を知ることには貢献できるものと考えられる。また、保険者数の多さから、統計的に意味のある結果を期待できるものでもある。

一定の傾向を把握するためには、数年間のデータが必要であるが、本稿では、2007年度から2014年度までの8年分とした。2008年度から後期高齢者医療保険制度が発足し、従来の国保の被保険者から75歳以上の者が除かれることになり、国保の被保険者の構成や収支の金額に大きな変化が生じた。この際の影響が把握できるよう2007年度からのデータを利用することとした。また、本研究を開始した時点で利用できる最新のデータは2014年度分であったので、これを最終年度とした。

国保の収支状況は、保険者である各市町村の特別会計によって処理され、処理基準は法令によって詳細に定められているので、異なる市町村間や年度間でも比較可能である。具体的なデータは、埼玉県のウェブサイトに掲載されている年度別「事業状況」の「事業状況報告書(Excelファイル)」から取得した。また、補足的なデータを政府のウェブサイト「政府統計の総合窓口」に掲載されている年度別の「国民健康保険事業年報」の「保険者別データ(Excelファイル)」から取得した。データの取得先は、本稿の末尾に記載してある。

## 4 研究の方法

### (1) 研究方法の概略

本研究における研究方法の概略は以下の通りである。

- ① 実際の決算数値を基に国保会計がどのような機能を持っているかを確認する。ここでは、国保会計が、単に被保険者のための保険給付とその財源によって成り立っているのではなく、複雑な機能を持っていることを仮定している。
- ② 確認された機能を基に、独立した資金の流

れを国保会計内部の「部門」として把握し、全ての収入・支出科目をいずれかの部門に振り分け、部門ごとの収支計算(部門別収支計算)を実施する。筆者は、これによって国保会計の構造や赤字の要因を考察する本研究の目的を達成できると考える。

- ③ 部門別収支計算の結果を散布図や基本統計量を使用して分析する。63の保険者のメジアンなどの代表値だけでなく、できるだけ全体像が把握できる方法について考えた結果である。

表1 収入状況及び支出状況

(単位: 百万円)

保 険 料  ( 税 )	収 入					支 出				
	科 目	収入額	(再掲)介 護分	(再掲)後期 高齢者支援 金等分		科 目	支出額	(再掲)介 護分	(再掲)後期 高齢者支援 金等分	
一 般 被 保 険 者 分  一 般 退 職 者 等 分 保 険 者 分	医療給付費分	123,750				総務費	7,452			
	後期高齢者支援金分	35,400		35,400		保 険 給 付 費	療養給付費	422,781		
	介護納付金分	11,324	11,324				療養費	7,214		
	一般被保険者分計	170,475	11,324	35,400			小計	429,995		
	医療給付費分	6,580					高額療養費	51,162		
	後期高齢者支援金分	1,882		1,882			高額介護合算療養費	32		
	介護納付金分	1,526	1,526				移送費	0		
	退職被保険者等分計	9,989	1,526	1,882			出産育児諸費	3,599		
	計	180,464	12,850	37,283			葬祭諸費	586		
							育児諸費	0		
					その他		0			
国 庫 支 出 金	事務費負担金	0	0	0		計	485,377			
	療養給付費等負担金	136,112	14,424	33,350		保 険 退 職 者 等 分 保 険 者 分	療養給付費療養費	21,527		
	高額医療費共同事業負担金	4,178					高額療養費	3,191		
	特定健康診査等負担金	911					高額介護合算療養費	2		
	普通調整交付金	22,567	3,485	8,646			移送費	0		
	特別調整交付金	2,153		0			小計	24,721		
	出産育児一時金補助金	9					審査支払手数料	1,153		
	特別対策費補助金	0	0	0			計	511,252		
	計	165,931	17,909	41,996			後期高齢者支援金	109,009		
	療養給付費等交付金	29,441		4,789			事務費拠出金	7		
前期高齢者交付金	201,013				計		109,016		109,016	
都 道 府 県 支 出 金	高額医療費共同事業負担金	4,178				前期高齢者納付金	78			
	特定健康診査等負担金	925				事務費拠出金	7			
	第一号都道府県調整交付金	28,030	3,350			計	85			
	第二号都道府県調整交付金	11,859				医療費拠出金	0			
	広域化等支援基金支出金	0				事務費拠出金	3			
	その他	0	0	0		計	3			
連合会支出金	0				支 援 金 等 納 付 金 等 提 入 保 健	介護納付金	45,075	45,075		
共同事業交付金	16,905					共同事業拠出金	16,712			
高額医療費共同事業交付金	16,905					保険財政共同安定化事業拠出金	78,151			
保険財政共同安定化事業交付金	78,151					その他	0			
保険基盤安定(保険税軽減分)	12,959	1,066				特定健康診査等事業費	5,547	**		
保険基盤安定(保険者支援分)	4,129	276				保健事業費	1,852	**		
基準超過費用	0					健康管理センター事業費	13	**		
職員給与等	7,294	*				直診勘定繰入金	24	**		
出産育児一時金等	2,551					その他の支出	9,370	150	201	
財政安定化支援事業	2,389									
その他	35,682	**								
直診勘定	0	**								
その他の収入	3,696									
小計(単年度収入)	785,604	35,454	84,070		小計(単年度支出)	784,558	45,226	109,218		
					単年度収支差引額	1,046	-9,771	-25,148		
					単年度赤字額(36)	4,384				
					単年度赤字額(27)	3,338				

注1 本表は厚生労働省の「国民健康保険事業状況報告書(事業年報)B表集計表」の単年度収支の表である。  
 注2 表中の数字は、2014年度の埼玉県市町村国保の決算数値の合計である。百万円未満を切り捨ててあるので、明細の合計は小計欄の数値とは必ずしも一致しない。また、0と表記されている欄も百万円未満の実績がある場合がある。  
 注3 都道府県支出金および市町村の一般会計繰入金は、それぞれの一般会計から支出しているように見えるが実体は国庫からの支出金であり、地方交付税等として一般会計の歳入に計上されたものである。  
 注4 \* 印の項目については保険税の医療給付費分、医療給付費分、介護納付金分それぞれの割合に応じて按分する。  
 注5 \*\*印の項目については部門別収支の計算から除外する。詳細は本文参照。

(2) 国保会計の機能の確認

表1は、国保の収支を処理する全ての科目を一覧表示したものである。まずこの表に沿って、国保会計がどのような機能を持っているかを確認する。国保会計は、一般の会計とは異なり、支出額に応じて収入額を確保しなければならない点に大きな特色がある(国保中央会2015、pp.93)ので、まず支出に着目する必要がある。この点について(国民健康保険中央会2016a)では「国保事業に要する費用は、『保険給付に必要な経費』『保健事業に要する費用』、事業の管理運営のための『事務的経費』の三つに大別される」(同、p.446)とされ、(市町村税務研究会2012)においても同様の説明がなされている(同、p.54)。

しかし、表1を詳細に見れば、このような説明が必ずしも妥当ではないことが分かる<sup>(2)</sup>。支出の科目では「保険給付費」は支出全体の約65%を占めているが、「後期高齢者支援金等」は約14%、「介護納付金」は約6%を占めており、

しかも、これらはいずれも当該国保の被保険者のための支出ではなく、他の保険制度の被保険者への給付に充てるための支出であって、「保険給付費」とは本質を異にするものである。また「共同事業拠出金」も約12%を占め無視できない大きさであるが、異なる保険者間の財政調整のための支出である。

収入科目を見ると、「保険料(税)」は、「医療給付費分」「後期高齢者支援金分」「介護納付金分」に区分され、「国庫支出金」も「療養給付費等負担金」や「普通調整交付金」等に区分されている。更に、個々の収入科目に「介護分」及び「後期高齢者支援金等分」が含まれる場合には、その金額が再掲されているのである。すなわち、支出の科目は、支出の目的に沿って設定され、収入の科目はどの支出に充当するかを特定して表示されており、支出との対応関係は基本的に明確である。「基本的に」とするのは、一部に例外があるからであるが、それについては後述する。そこで、更に分かりやすくするため

表2 支出の機能・科目に対応する収入科目

支出の機能	支出科目	財源の区分と収入科目					
		保険料(税)	国庫支出金	都道府県支出金	保険者間の財政調整による収入		一般会計繰入金
					他の保険者からの補てん	共同事業交付金	
被保険者への給付のための支出	保険給付費	保険料(税)医療給付費分	療養給付費等負担金 普通調整交付金	都道府県調整交付金	療養給付費等交付金 前期高齢者交付金	高額医療費共同事業交付金 保険財政共同安定化事業交付金	保険基盤安定繰入金 財政安定化支援事業
	保健事業費	保険料(税)医療給付費分	特定健康診査等負担金	特定健康診査等負担金	-	-	-
他の保険の保険給付のための支出	介護納付金	保険料(税)介護納付金分	療養給付費等負担金 普通調整交付金	都道府県調整交付金	-	-	保険基盤安定繰入金
	後期高齢者支援金	保険料(税)後期高齢者支援金分	療養給付費等負担金 普通調整交付金	-	療養給付費等交付金	-	-
保険者間の財政調整のための支出	前期高齢者納付金	保険料(税)医療給付費分	-	-	-	-	-
	高額医療費共同事業拠出金	保険料(税)医療給付費分	高額医療費共同事業負担金	高額医療費共同事業負担金	-	-	-
	保険財政共同安定化事業拠出金	保険料(税)医療給付費分	-	-	-	-	-

注1 この表は表1をもとに筆者が作成した。

に、表1の支出科目を機能別に再構成し、それに対応する財源と収入科目を表示したものが表2である。表2に示したように国保会計は以下の三つの機能を有している。

① 被保険者への給付のための支出：「保険給付費」と「保健事業費」がこれに該当する。国保の被保険者が保険医療機関を受診した際の費用や健診に要した費用を補てんするものであり、国保の主たる機能あるいは本来の機能と言ってもよい。

② 他の保険の保険給付のための支出：「介護納付金」及び「後期高齢者支援金等」が該当する。前者は国保の被保険者を対象にし、後者は国保内の介護保険第2号被保険者を対象とする違いはあるが、いずれも他の保険制度の財政を支えるものであり、他制度の保険者からの通知に沿って支出されている点は共通している。

③ 保険者間の財政調整のための支出：「前期高齢者納付金」、「高額医療費共同事業納付金」等がこれに該当する。保険給付費のうち「退職被保険者等分」には健保組合等の現役世代から受け取る「療養給付費等交付金」が充てられている。「前期高齢者交付金」及び「同納付金」は65歳から74歳までの医療費を全国規模で調整する制度である。また、「高額医療費共同事業交付金」、「同拠出金」、「保険財政共同安定化事業交付金」及び「同拠出金」は同一都道府県内の国保間で負担を分かち合うものである。このように、目的や仕組みは異なるが、いずれも異なる保険者間での相互支援の機能を持つ点は共通していると言える。

### (3) 部門別収支計算の可能性

国保会計には異なる機能が混在していることが確認できたが、更に、表2を検討すると、③の保険者間の財政調整のための支出は、①及び

②の機能を補完するものであることが分かる。外部の機構である社会保険診療報酬支払基金や国保連合会を経由して、保険者間の資金の受け入れや相互のやり取りが行われ、表2にあるように「保険給付費」及び「後期高齢者支援金」に充当されているわけである。従って異なる機能を発揮する独立した資金の流れとしては、本来の国保の給付に関するもの、介護保険に関するもの及び後期高齢者医療保険に関するものの三つがあり、全ての収入・支出はこの三つのいずれかに振り分けることができる。本研究では、それぞれを「医療部門」「介護部門」「後期高齢者部門」と呼称して、保険者ごとの部門別収支計算を行った。その詳細な方法は以下のとおりである。

① 表1において「(再掲)介護分」及び「(再掲)後期高齢者支援金等分」の欄に金額が記載されている科目は、その金額をそれぞれ「介護部門」及び「後期高齢者部門」に振り分け、「収入額」の金額から再掲欄の金額を差し引いた金額を「医療部門」に振り分ける。

② 「(再掲)介護分」及び「(再掲)後期高齢者支援金等分」のいずれにも金額がない場合は、原則として、「収入額」の金額を「医療部門」に振り分ける。

③ 「総務費」及び「職員給与費等」は3部門に共通する科目であるから、保険料(税)収入総額に対する「医療給付費分」、「介護納付金分」及び「後期高齢者支援金分」の割合に応じた「総務費」及び「職員給与費等」の金額を算出し、それぞれ「医療部門」、「介護部門」及び「後期高齢者部門」に按分する。

④ 「直診勘定」は部門別収支計算からは除外する。本稿の執筆時点で63保険者のうち「直診勘定」を使用しているのは、2保険者のみであり、いずれも支出科目のみに金額が計上され

ている。すなわち、医療事業の赤字分を国保会計から補てんしていることになり、対応する収入科目は一般会計繰入金の「その他」ということになる<sup>(3)</sup>。そこで、「直診勘定」は次の⑥の方針に沿って、検討することとし、部門収支計算からは除外する。

⑥ 一般会計繰入金の「その他」は部門別収支計算からは除外し、別途その機能を考える。この科目は法定外繰入金とも言われるように、単年度の収支を赤字にしないための埋め合わせとして機能しており、2018年度からの国保改革においては廃止の対象とされている(厚生労働省2016b, pp.14-15)。本研究においては、部門別収支計算によって、赤字の要因を考察しようとするわけであるから、部門別収支計算からこれを除外し、別途その機能を検討することが妥当である<sup>(4)</sup>。

⑦ 「保健事業費」も部門別収支計算からは除外し、別途その機能を考える。

保険料(税)の見積りの前提となる、医療費等の支出の見積りの際に、保健事業に要する費用も考慮して保険料(税)に反映させることとされているので、「保健事業費」を「医療部門」に割り振ることもできるが、一方で、一般会計

からの繰入も可能とされており、「その他」に含まれている(厚生労働省2016b, pp.14-15)。しかし、現状ではその区分は不明確であり部門別収支計算からは除外して別途検討することが妥当である。

以上の方法により、保険者ごとに、3種類の収支計算表、すなわち表1を「医療部門」「介護部門」「後期高齢者分部門」に分割した表を作成することができる。これを、対象とする2007年度から2014年度の年度ごとに作成するわけであるから、最大70、最小63の保険者<sup>(5)</sup>ごとに24通り(3種類×8年度)の収支計算表を得ることができる。

#### (4) 年度ごとの傾向と8年間の変化を把握する

前記の保険者ごとの部門別収支計算のデータを対象に、収支構造や数年来の変化を、散布図や基本統計量を使用して分析する。データの集計・分析にはMicrosoft Excel 2013を用いた。

### 5 集計及び分析

#### (1) 部門別収支差率<sup>(6)</sup>の変化と特徴

まず、国保の収支は全体としてどのような経過をたどり、その特徴はどのようなものかを考

図1 年度別保険者別収支差率の分布及びメジアン(合計)

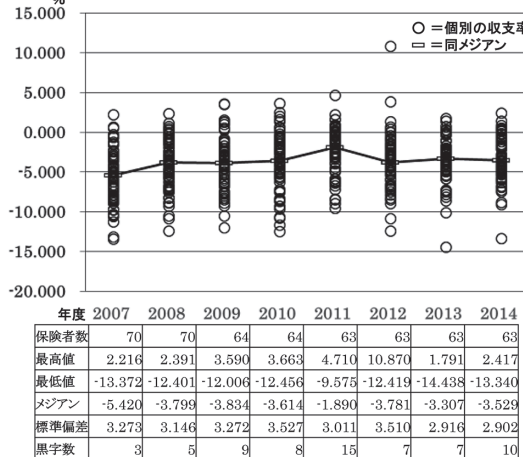


図2 年度別保険者別収支差率の分布及びメジアン(医療部門)

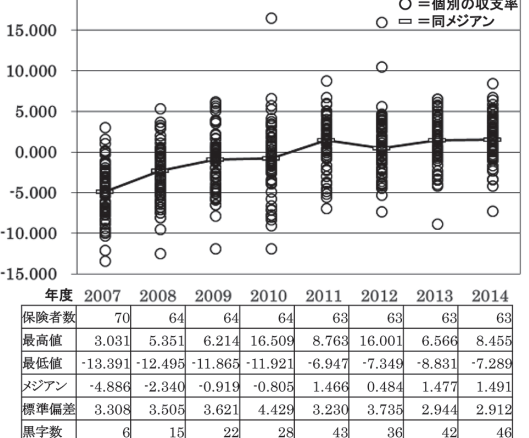


図3 年度別保険者別収支差率の分布及びメジアン推移(介護部門)

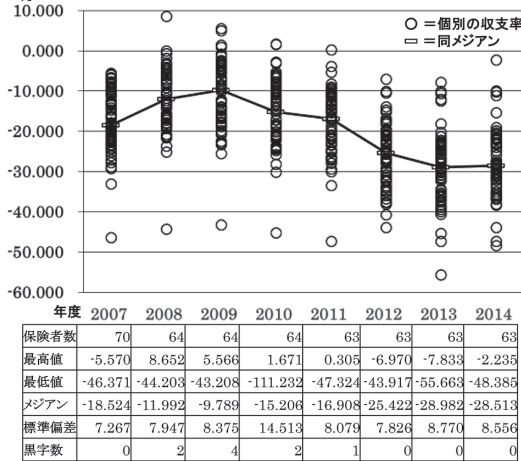
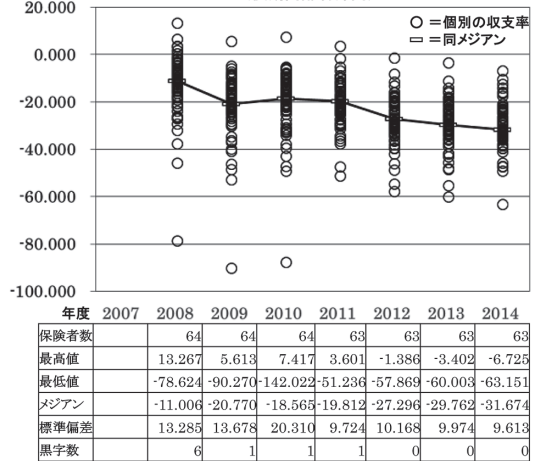


図4 年度別保険者別収支差率の分布及びメジアン推移(後期高齢者部門)



える。図1は3部門を合計した場合の収支差率である。メジアン及び標準偏差の動向から若干の改善傾向は認められるが、赤字幅の縮小という範囲であって、2014年度時点で53保険者(約84%)が赤字である。10%程度の赤字幅で安定的に推移していると言えなくもない。図2～図3は、部門別収支計算の結果であるが、図1とはかなり異なる傾向が見られる。まず、医療部門(図2)は、明らかに収支の改善傾向と保険者間の格差の縮小が認められる。2007年度には64保険者(約91%)が赤字であったが2014年度時点で17保険者(約27%)のみが赤字である。

一方、介護部門(図3)と後期高齢者部門(図4)はいずれも経年的な収支悪化の傾向をたどっている。メジアンは下方にシフトし、2014年度時点でいずれの部門もすべての保険者が赤字である。

## (2) 支出構成の変化と特徴

前項のような部門によって異なる収支差率に影響を与える要因として、まず、主要な支出科目の状況を見る。

図5は、医療部門における保険給付費、図6は、介護部門における介護納付金、図7は、後

図5 一人あたり保険給付費の分布及びメジアン推移

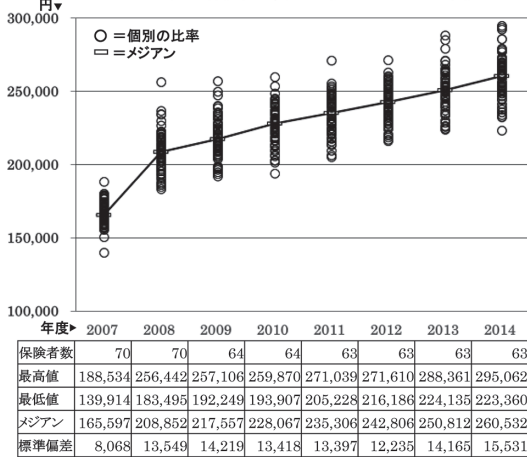
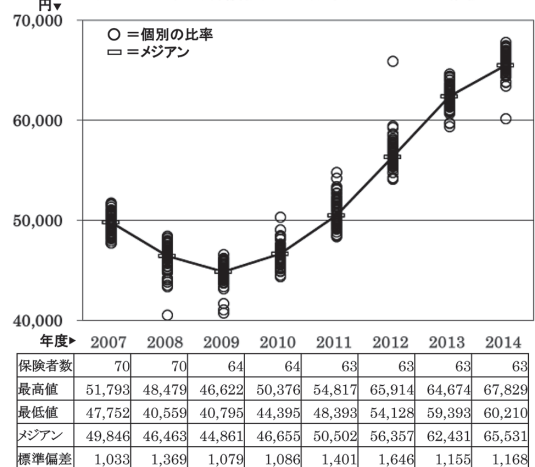
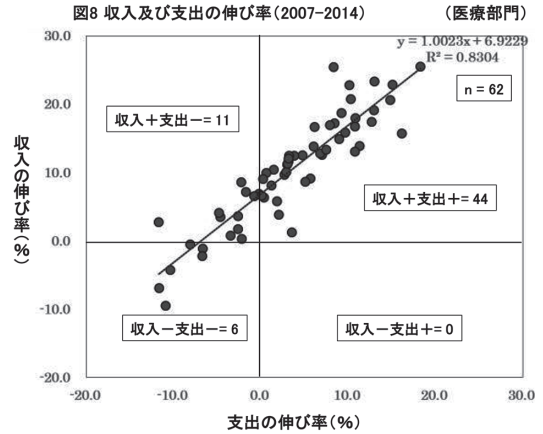
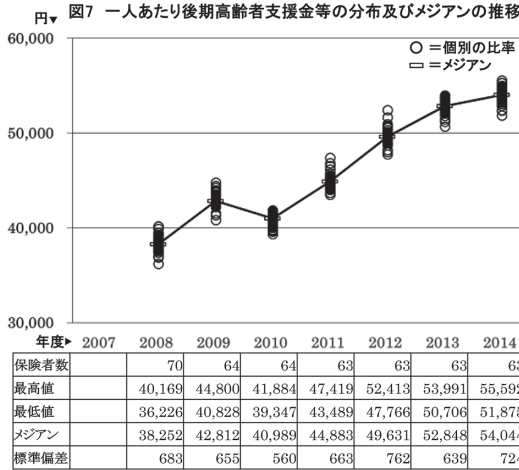


図6 一人あたり介護納付金の分布及びメジアン推移





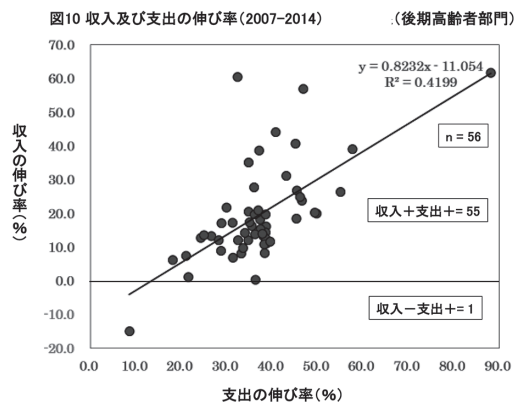
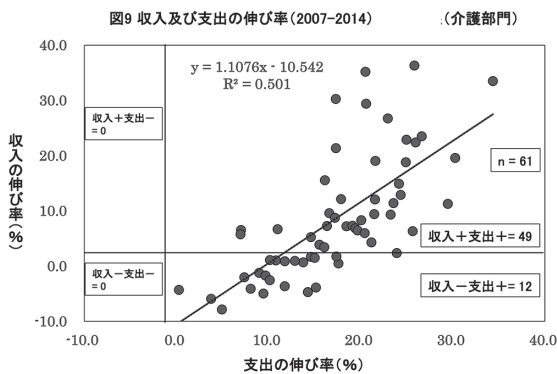


期高齢者部門における後期高齢者支援金等の年度ごとの分布と変化を示したものである。すべての部門の主要な支出は大きく増加傾向を示し、最高値、最低値、メジアンともに上方にシフトしている。結果として、介護部門及び後期高齢者部門では、支出の伸びと収支の悪化が概ね整合し、医療部門では、支出の伸びと収支の改善とは相反するものとなり、2007年度から2014年度に至る収支の傾向が、介護部門及び後期高齢者部門と医療部門とで異なる傾向をとったのは、支出の増加よりは、収入の変化によるものと想定できる。

### (3) 収入構成の変化と特徴

#### ① 収入及び支出の伸び率

上記の結果を踏まえて、収入面の変化を検討する。図8～図10<sup>(7)</sup>は、2014年度と2007年度を比較した、収入及び支出の伸び率を示した散布図である。図中の「収入+支出+=44」等の表示は、収入の伸び率がプラスの場合に収入+、マイナスの場合に収入-とし、4種類の組み合わせごとの保険者数を表したものである。また、図中に示した直線及びその数式は、同散布図上でExcel 2013のオプション「線形近似」を指定して得られたものであり、収入の伸び率(縦軸)を被説明変数(y)、支出の伸び率(横軸)を説明変数(x)とする単回帰直線及びその数式



に基本的な一致する。そこで、図8～図10を比較してみると、医療部門では、xの係数は1.0023、R<sup>2</sup>(決定係数)は0.8304で、支出と収入に強い正の相関が見られる。支出が増加すればそれに必要な収入が確保され、いずれもほぼ同率で伸びるので収支の改善に結びつくと思われる。このことは、図2で示された医療部門の収支率の改善傾向とも符合している。一方、介護部門及び後期高齢者部門では、xの係数はそれぞれ、1.107と0.8232、R<sup>2</sup>は同じく0.501と0.4199である。支出と収入には正の相関があるように見えるが、その度合いは弱く、支出の伸び率よりは収入の伸び率がかなり高い保険者群に影響されており、大半は支出の伸び率よりは収入の伸び率が低い群に属している。医療部門においては、収支をバランスさせる、なんらかの収入の仕組みがあり、介護部門及び後期高齢者部門ではその仕組みの機能が弱いと考えられる。

② 収入を構成する財源とその比率

次に、3部門ごとの収入の構成について検討する。表2に示したように、収入を構成する財源は、保険料(税)、国庫支出金、都道府県負担金、(市町村)一般会計繰入金、保険者間の財政調整による収入である。また、都道府県負担

金及び(市町村)一般会計繰入金は、それぞれの一般会計に国庫から繰り入れられたものであるから、これらを国庫支出金にまとめて、国庫支出金等と表示することとし、三種類の財源について部門ごとに検討する。

③ 全収入に占める保険税、国庫支出金等、財政調整による収入の比率

図11～図13は収入に占める保険税の比率、図14～図16は収入に占める国庫支出金等の比率、図17～図18は財政調整財源の収入に占める比率を示したものである。

図11～図13は収入に占める保険税の比率、図14～図16は収入に占める国庫支出金等の比率、図17～図18は財政調整財源の収入に占める比率を示したものである。まず、財源別には以下の特徴が見られる。

【保険税】 保険税については、三つの部門ともその収入に占める比率は低下している。

【国庫支出金等】 国庫支出金等は、医療部門において比率が減少し、介護部門及び後期高齢者部門においては、増加している。

【財政調整財源】 財政調整財源については、国庫支出金等の比率は、医療部門において比率が増加し、後期高齢者部門においては、ほとん

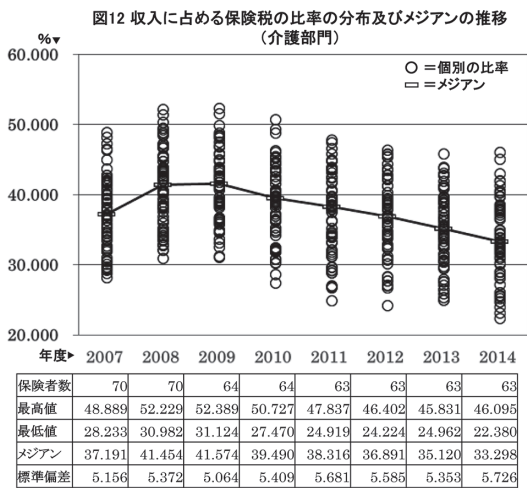
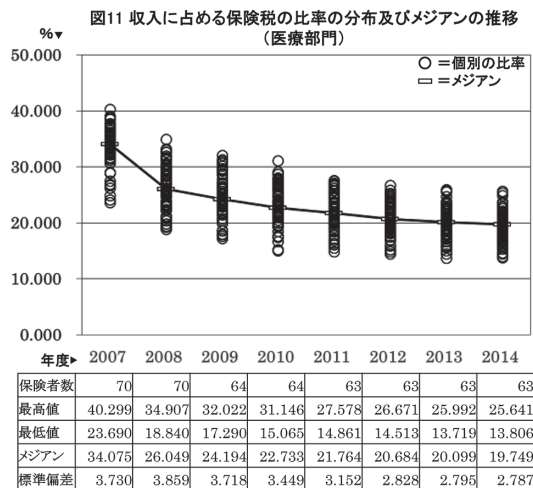


図13 収入に占める保険料の比率の分布及びメジアン推移  
(後期高齢部門)

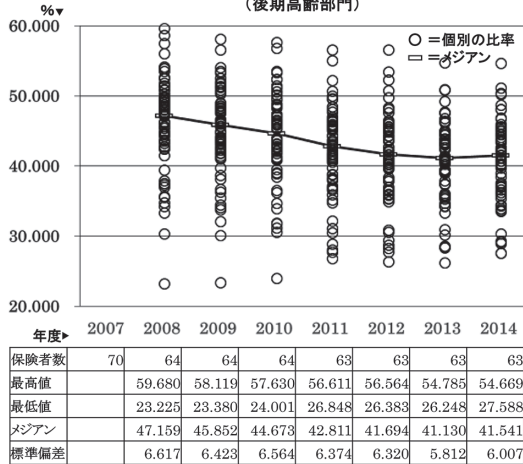


図14 収入に占める国庫支出金等の比率の分布及びメジアン推移  
(医療部門)

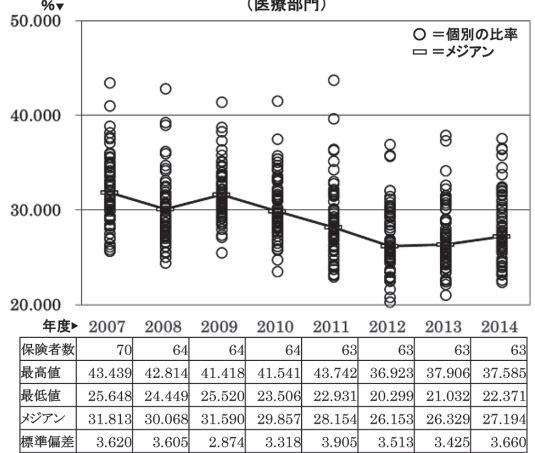


図15 収入に占める国庫支出金等の比率の分布及びメジアン推移  
(介護部門)

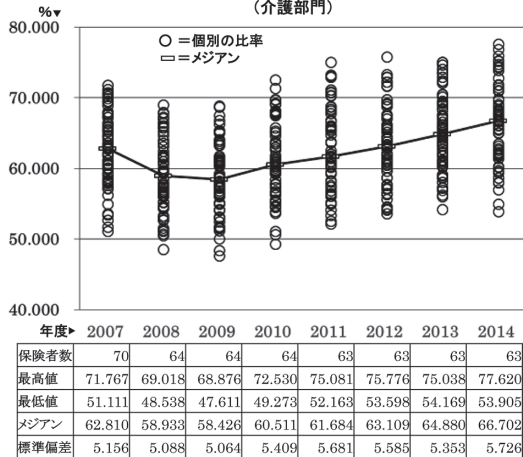


図16 収入に占める国庫支出金等の比率の分布及びメジアン推移  
(後期高齢者部門)

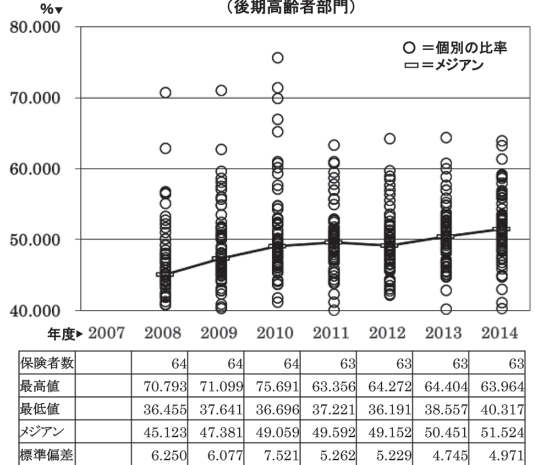


図17 収入に占める財政調整財源の比率の分布及びメジアン推移  
(医療部門)

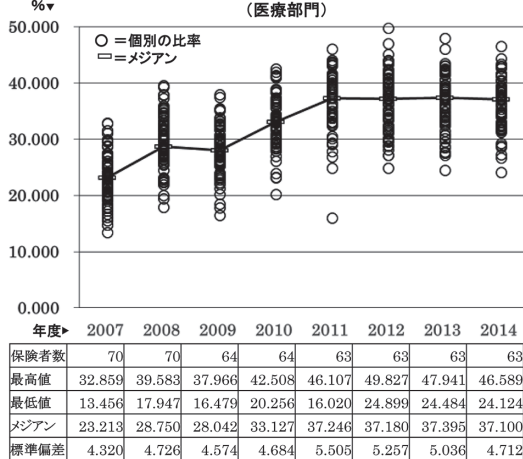
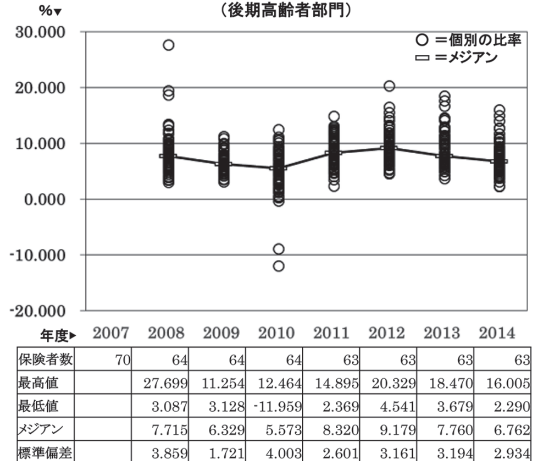


図18 収入に占める財政調整財源の比率の分布及びメジアン推移  
(後期高齢者部門)



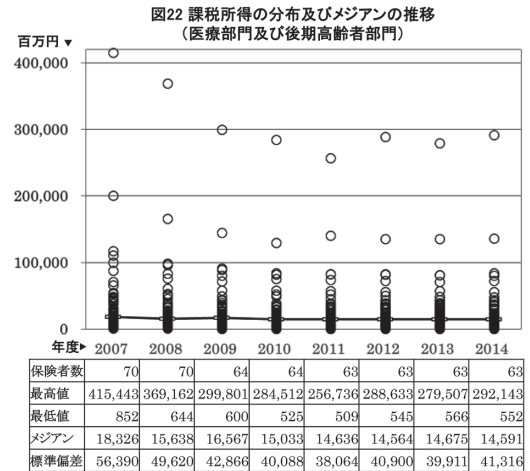
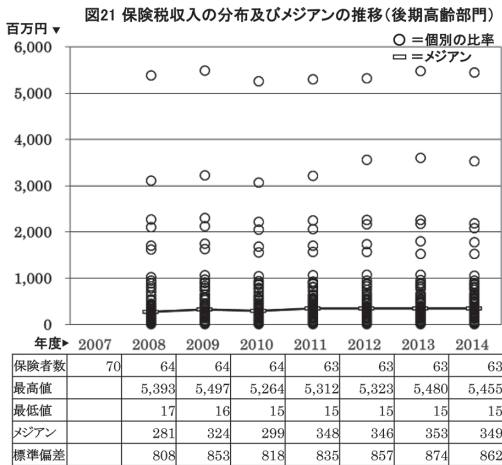
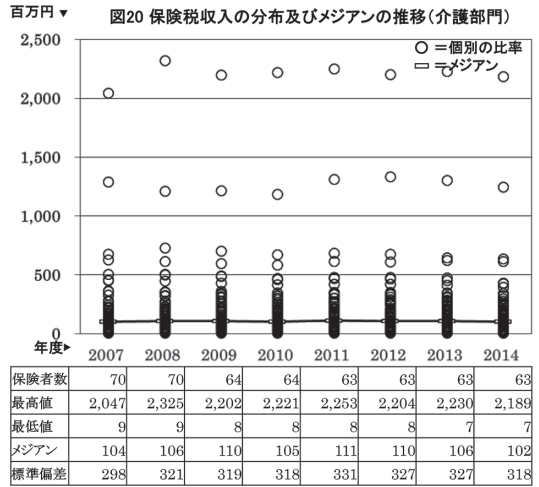
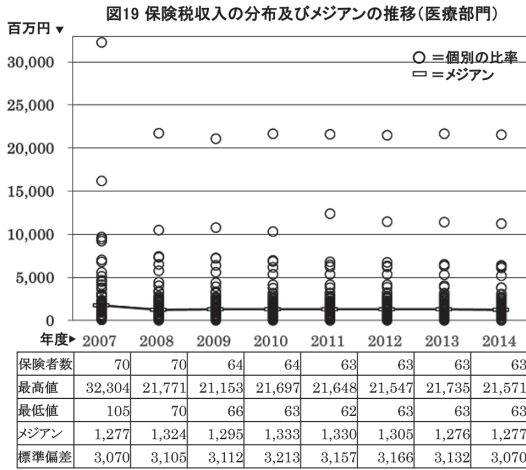
ど変化が見られない。また、介護部門については、財政調整の仕組みは設定されていない。

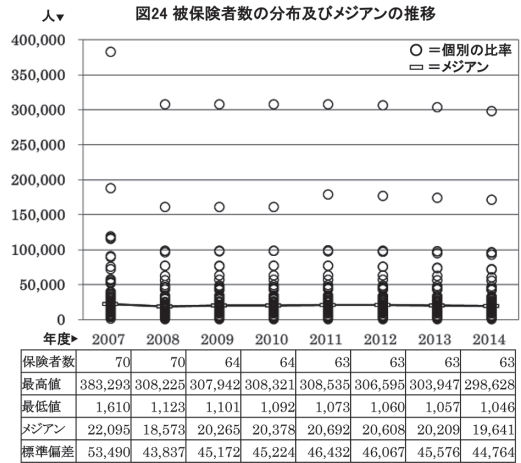
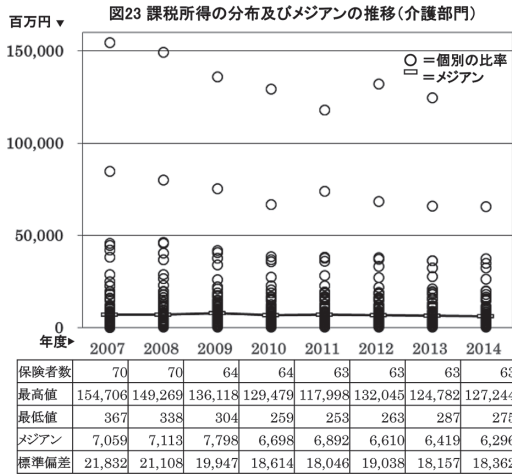
④ 保険税と課税対象額の動向

③では収入を構成する財源とその比率について検討したが、収支の結果に影響を与えた要因を探るために、比率だけでなく、実額の動向についても見ておく必要がある。ここでは、保険税について、その動向を更に詳しく検討する。

図19～図21は、三つの部門における保険税収入の推移である。図22～図23は、同じく課

税所得の推移である。グラフからは読み取りにくいのが、最高値、最低値、メジアン等の数値からは、いずれの部門も保険税収入及び課税所得とも減少あるいは停滞と言える状況が認められる。また、図24は、被保険者数の推移を示しているが、こちらも大きな変化はなく推移している。なお、2007年度から2008年度にかけての減少幅が大きいのは後期高齢者医療制度の創設に伴い、75歳以上の被保険者が、一時に同制度に移動したためである。





#### (4) 小括

表3は、(1)～(3)までの分析結果を概念図として一覧表にしたものである。これを参照しつつ部門別収支計算の結果について以下のようにまとめることができる。

表3 部門ごとの指標の趨勢(2007年度～2014年度)

	医療部門	介護部門	後期高齢者部門	参考図
収支差率	▲	▼	▼	図2～図4
一人あたり保険給付費等	▲	▲	▲	図5～図7
収入の伸び	▲	▲	▲	図8～図10
収入の構成	保険税の比率	▼	▼	図11～図13
	国庫支出金等の比率	▼	▲	図14～図16
	財政調整財源の比率	▲	—	図17～図18
保険税収入	◀	◀	◀	図19～図21
課税所得	◀	◀	◀	図22～図23
被保険者数	◀	◀	◀	図24

注1 本表は、図2～図24及び前項までの検討結果をもとに作成した概念図である。  
▲は増加傾向、▼は減少傾向、◀は停滞傾向を表す。

① 全ての部門において収入支出ともに増加したが、収支の結果は異なる傾向をたどった。医療部門においては、全体として経年的な改善を基調とし、2007年度に6保険者が黒字であったが、2014年度には、46保険者が黒字となった。介護部門及び後期高齢者部門では、逆の傾向をたどり、2014年度にはすべての保険者が赤字という結果になった。医療部門が黒字ならば、赤字の要因は、介護部門及び後期高齢者部門にあると言えるが、医療部門が赤字の場合は、どうだろうか。三つの部門すべてが赤字の保険者数は17であるが、このうち医療部門の赤字が最も大きいのは、2保険者だけである。こうした傾向から、国保会計の赤字の主要な要因は、

介護部門及び後期高齢者部門の赤字であると言える。

② 収入の傾向を見ると、三部門に共通しているのは、保険税の、財源としての構成比率の低下である。同時に、保険税収入の実額、課税所得、被保険者数のいずれも、三部門ともほとんど変化が見られないことをも明らかになった。本稿で対象とした8年間に、被保険者数の増加による課税所得の増加はなく、また、個々の被保険者の所得の増加による課税所得の増加も起こらなかったわけである。

③ 部門間の差異の要因としては、医療部門における財政調整財源の増加が考えられる。すなわち、介護部門及び後期高齢者部門では、収

入における国庫支出金等の比率の増加は、実額の増加によるものであるが、その増加の程度は支出の増加に及ばなかったと考えられる。逆に、医療部門においては、国庫支出金等の比率の減少は、実額の減少によるものであるが、同時に財政調整財源が実額で増加し、国庫支出金等の減少を上回った結果、収支が改善傾向に向かったと考えられる。

④ 2008年度からの後期高齢者医療制度の実施は、医療部門の収支に影響を与えたと思われる。保険税収入(図19)、課税所得額(図23)、被保険者数(図24)のいずれれもが2008年度に大きく減少しているのは、その影響として理解できる。また、一人あたり保険給付費(図5)は増加しており、後期高齢者の一人あたり保険給付費は、被保険者全体の中では低かった可能性がある。しかし、医療部門の2008年度の収支(図2)は改善傾向を示しているので、後期高齢者の国保からの分離だけでなく、これにともなう前期高齢者の医療費の調整制度の実施を含めて、2008年度からの制度変更の国保にとっての功罪を検討する必要がある。

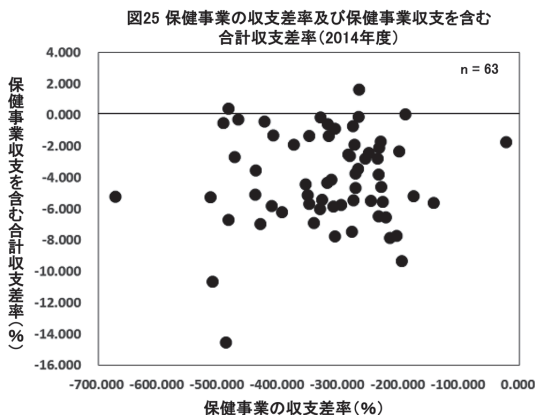
⑤ 本稿での集計結果は、保険者ごとの数値の分布を基本としている。従って、個々の保険者の数値は、分布の範囲内で変動している可能性があるが、おおまかな動向は把握できたと考える。

### (5) 保健事業費について

国保の保健事業は、国保法に定められた事業であるが、会計上保健事業費に充当すべき財源として明示されているのは、国庫支出金の中の特定健康診査等負担金と都道府県支出金の中の特定健康診査等負担金のみである。不足分は保険料(税)を充当することになるが、一方で、(国保中央会2015)は「国保の保健事業は、定めら

れた特定健康審査等を実施するものであるが、同時に一般の保健・医療行政と重複する面も多く、一般会計で行われる保健事業と有機的連携を取りつつ実施することも必要とされている(同、p.86)」とし、(厚労省2016b)も「法定外の一般会計繰入の内訳についてみると、①決算補填等を目的としたもののほか、②保健事業に係る費用についての繰入などの決算補填等目的以外のものがある。○国民健康保険特別会計において、解消又は削減すべき対象としての法定外の一般会計繰入とは、法定外の一般会計繰入のうち上記①を指すものであり、各市町村の政策判断により積極的に行われている上記②については、解消・削減すべき対象とは言えないものである(同、p.15)」と指摘するなど、保健事業費がどのような財源によって充当されるべきか、分かりにくく、市町村の予算書等にも明示されていないのが、現状である。

このようなことから、本稿においては、部門別収支計算からは除外し、国及び県の特健康診査等負担金を収入とし、保健事業費を支出とする収支計算を2014年度について実施した。その結果は、図25であるが、ほとんどの保険者が国・県の負担金をかなり上回る支出をしており、この部分が全体の収支に影響を与えてい



ることが分かる。三部門の合計で10であった黒字の保険者は3にまで減少している。

### (6) 法定外繰入金の機能

最後に、法定外繰入金について検討する。2014年度において、法定外繰入金を計上した保険者は、63のうち62である。図26は、繰入前と繰入後の収支差率を示したものであるが、前項で述べたように、保険事業費までを含めて、黒字が3保険者、赤字が60保険者であった状況は、黒字36保険者、赤字27保険者へと変化し、赤字の保険者についても赤字額が減少している。法定外繰入は、予算編成時の計上されている場合も含めて、2月の市町村議会での決算議案において、必要な補正を実施したうえで、金額が確定されており、大多数は、赤字を補てんするかあるいは赤字を縮小するための繰り入れと理解できる。

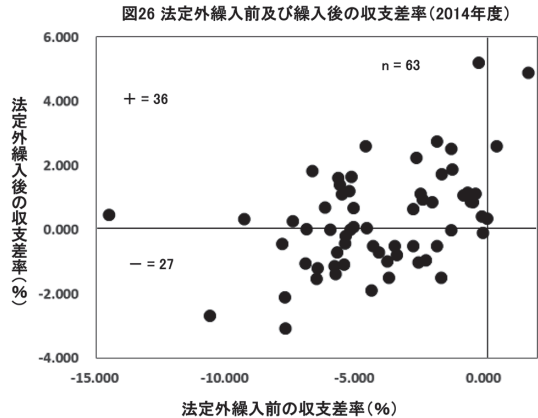
現状では、法定外繰入なくしては、国保会計の維持は困難と言わざるを得ない。なお、大多数はとしたのは、例外的ではあるが、黒字なのに繰り入れを実施する自治体や、あるいは、決算結果にかかわらず毎年同額を計上し続ける自治体が見受けられるからであり、

これらも含めて、法定外繰入については更に詳しい分析が必要であろう。

## 6 まとめ

本研究の目的に照らして、限られた範囲ではあるが、以下の点が明らかになった。

① 国保会計は、国保加入者の保険給付(医療費)とこれを賄うための保険料(税)という対応関係を超えて、他の医療保険制度からの資金の受け入れ、他の医療保険制度等を維持するための資金の移動等の機能を持っている。これらの機能は、国保の被保険者への給付に関するも



の、介護保険に関するもの及び後期高齢者医療保険に関するものの三つに整理することができる。

② 本研究では、前記の機能を、収支計算の単位として「医療部門」「介護部門」「後期高齢者部門」と呼称し、埼玉県内の国保を対象に、保険者ごとの部門別収支計算を行った。その結果、医療部門の収支は、全体として改善傾向を示し、介護部門及び後期高齢者部門では、すべての保険者が赤字で推移するという結果になった。また、医療部門が赤字の場合でも、ほとんどの保険者では、介護部門及び後期高齢者部門の赤字額が医療部門の赤字額を上回っている。こうした傾向から、国保会計の赤字の主要な要因は、介護部門及び後期高齢者部門の赤字であると言える。

③ 以上のような結果は、三部門ともに保険税収入が低迷していること、及び、国庫支出金の役割の相対的な低下、医療部門における財政調整の仕組みの拡充等によるものである。医療部門では過大に保険税が賦課され、余剰分が介護部門及び後期高齢者部門に充当されていると想定できる。一方、介護部門及び後期高齢者部門については、法令では、支出に要する額=介護納付金および後期高齢者支援金から、国の負担

金を控除した額を保険税として被保険者に賦課することとされているにもかかわらず、各市町村では、負担増に対応しきれず、医療分の余剰と法定外繰入によって、辻褃を合わせているのが実態である。

国保の医療保険としての機能は、当該国保の加入者のためのものであるが、介護保険への納付金および後期高齢者医療保険への支援金の本質は、全国規模の財政調整をおこなうための分担金である。筆者としては、2018年度から都道府県を国保の財政運営の責任主体とするにあたって、改めて国保の実態に沿った財政負担の検討が必要であり、全国規模の調整のあり方や国費投入のあり方も対象とされるべきではないかと考える。

④ 保険税については、三部門とも共通して8年間変化が無い、あるいは、低下傾向にある。これは、林(2012)が「保険料の変動は単年度支出の変動に殆ど相関しておらず、主に財政調整を中心とする収入項目の緩衝効果によって100%に近い平準化がなされている(同、p.112)」と指摘していることと一致する結果である。

一方、本研究では、保険税が伸びない背景には、課税所得そのものに変化がない状況があることも明らかにしたのであり、筆者としては、個々の被保険者の所得から保険税を算出するための係数(いわゆる税率)を上げれば国保会計の赤字は防げる、という単純な構図ではないことを考慮した対処が必要なように思える。

⑤ 保健事業費についても、保険者の大きな負担になっていると思われる。また、これに充当する財源は何か、不透明であることは問題である。保険税によるとしても、あるいは、一般会計からの繰り入れによるとしても、その根拠や予算措置を明確にする必要がある。

⑥ 法定外繰入金は、現状では、国保会計を維

持するための欠かせない収入となっている。筆者は、これを廃止することは非現実的であると考えるが、更に、何のための繰り入れなのか、保健事業費、保険給付費、介護納付金、後期高齢者支援金、それぞれにどのように活かされるのかを明確にすることも必要であると考えられる。

⑦ 本研究の結果から、後期高齢者医療制度の実施によって、国保の保険税収入が減少したが、保険給付費はそれに見合うほどには減少していないことが示唆された。また、後期高齢者支援金の増加は著しく、単純化すれば、後期高齢者の国保からの分離は、国保会計の改善には効果は無かったのではないと思われる。

## 7 本研究の限界と今後の課題

最後に、本研究の限界及び今後の課題について述べておく。

① 本研究の対象は、埼玉県内の63の国保に限られている。埼玉県は、東京に隣接し、政令市も含む都市化された地域が多く、自治体数や人口も多い。従って、農村部や小都市が支配的な県では、異なる結果が見られる可能性がある。全国的なデータを比較検討することによって、国保の機能がより鮮明になることも期待でき、本研究は、他の都道府県についての研究によって批判的に検討されるべきである。

② 国民皆保険の最後の受け皿と言われた国保も、後期高齢者医療制度の実施によって、その機能は大きく変化している。本研究はあくまで国保に限った分析であるが、国保にとっての収入は、健保組合にとっての大きな負担であったり、国保にとっての大きな支出が、後期高齢者医療制度にとっての収入の源泉であったり、国庫支出金も含めて、資金の流れは複雑に絡み合っている。本研究は、国民皆保険制度の総合的な分析によって更に補強されるべきであろう。



③ 本研究では、保険者の個別データの分布とその変化をもとに、全体の動向を把握しようとしたが、部門ごとの赤字額を被説明変数とする多変量解析などの別の方法によって本研究の結論を実証的に再検討することも必要であろう。

また、支出が変動しても保険料(税)はなぜ平準化したのか、についても、より詳しい研究が必要と思われる。

④ 2018年度から実施される、都道府県単位の財政運営についても本研究の到達点を踏まえた検討が必要である。表1からも明らかなように、法定外繰入を廃止すれば、巨額な赤字が発生することは明らかである。しかも、保険税を大幅に上げることが困難であることは、過去数年来の傾向からも明らかであろう。

また、国の方針として、国保財政への国費の追加投入が実施されるが、この国費の追加投入は、市町村の一般会計からの保険基盤安定繰入金に対するものや財政安定化基金への支援等であり、医療部門への支援、財政安定化への間接的な支援が中心であり、本研究において示した介護納付金及び後期高齢支援金の負担を直接軽減するものではない。

国の財政支援の強化は既に開始されており、埼玉県では法定外繰入の廃止が検討されている。本研究の到達点を活かして2015年度及び2016年度決算に基づく検討も含めて、2018年度以降への課題を検討することが急がれる。

### 〈謝辞〉

本稿の原型は、日本医療経済学会第40回研究大会での発表である。当日は、長友薫輝先生(三重短期大学生生活科学科教授)、佐藤英仁先生(東北福祉大学総合福祉学部准教授)をはじめ、参加者から貴重なご意見をいただいた。改めて感謝の意を表したい。また、埼玉県さいたま市

国民健康保険課及び埼玉県国保医療課には、筆者からの質問や要請に丁寧にお答えいただき、資料提供等にも応じていただいた。記して謝意を表したい。

### 注

- (1) 国民健康保険には、市町村及び特別区が運営する自治体国保と、同種の事業者による国保組合とがあるが、本稿で対象とするのは自治体国保である。
- (2) このことは、表1によって直感的に仮定できることである。再掲欄が設定されていることから、表1は、医療、介護、後期高齢者の三つに分割できること、また、介護と後期高齢者は赤字だが医療は黒字らしいことなどである。しかし、表1の数値は県合計であるから、個々の保険者の結果は不明であり、三つに分割した際の収支の状況も精確には把握できない。本研究は、このような表1の特徴とその意味を論理的に整理したうえで、詳細な方法を設定して表1の再計算を試みるものである。
- (3) 他の自治体は医療事業を特別会計で処理し、その赤字については独自に一般会計から補てんする方法を取っている。
- (4) 本稿の主題ではないので、詳論は避けるが、そもそも国保の財政は、毎年支出見込み総額を算定し、そこから、法令で定められたとおりの国庫支出金及びその他の収入見込み額を控除した額を、被保険者に賦課する(加入世帯や被保険者に割り振る)こととされている。すなわち、赤字=収入不足にはならない仕組みが作られているわけである。

しかし、現実には国保の単年度の収支はほとんど実質赤字である。これをめぐって、保険料(税)が不当に低く設定されて赤字を生み出し法定外繰り入れが漫然と継続されて自治体財政を圧迫している、あるいは、一部の住民のために市税を使うのは不公平である等の批判が行われている。逆に、既に保険料(税)は支払い能力に対して著しく高く、「赤字」の原因は国庫から

の支出が削減され、不当に少ないことにある等の議論がなされているわけであるが、現実には、毎年度の決算で一般会計からの法定外繰り入れが無ければ国保会計の維持は困難な状況が続いている。

- (5) 保険者数が年度によって異なるのは、市町村合併の結果である。
- (6) 収支差率は、収入と支出の差(収支差引額)の収入に対する比率であり、プラスの数値なら黒字、マイナスなら赤字とすることになる。企業会計で言えば、利益率あるいは損失率と言えるものであるが、国保会計は企業会計ではないので、表1にある収支差引額という用語を使用した。
- (7) 図8～図10については極端な外れ値を除いたので、統計対象の保険者数が2014年度時点の保険者数63とは異なっている。この極端な外れ値は市町村合併によって生じたものである。

#### 分析に用いたデータの取得先

埼玉県

<<http://www.pref.saitama.lg.jp/kenko/kokuho/kokuho/jokyo/index.html>>2016.4.1アクセス

厚生労働省

<<http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/GL02100104.do?gaid=GL02100102&toacd=00450396>>2016.4.1アクセス

#### 参考文献(編著者名五十音順)

尾山明子(2014)「市町村国民健康保険の保険料(税)と財政移転の決定要因」、

財務省編『ファイナンス』、49(11)：pp.77-86

京都保険医協会(2016)「京都保険医新聞」第2971号、2016.7.20

厚生労働省(2016a)『平成28年版厚生労働白書』、

<<http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/16/>>2016.12.1アクセス

厚生労働省(2016b)『都道府県国民健康保険運営方針策定要領』

<<https://www.kokuho.or.jp/whlw/lib/hoken29-1.pdf>>2016.5.30アクセス

国民健康保険中央会(2015)『運営協議会委員のための国民健康保険必携 改訂21版』、社会保険出版社

国民健康保険中央会(2016a)『国保担当者ハンドブック 改訂20版』、社会保険出版社

国民健康保険中央会(2016b)『国民健康保険の安定を求めて』

市町村税務研究会(2012)『新版 実務解説 国民健康保険税』、ぎょうせい

寺内順子、国保会計研究会(2015)『国保の危機は本当か』、日本機関紙出版センター

寺内順子(2016)『検証！国保都道府県単位化問題』、日本機関紙出版センター

西沢和彦(2015)「国民健康保険財政『赤字』の分析」、日本総合研究所『JRIレビュー』、3(22)：pp.27-42

林正義、半間清崇(2012)「市町村国民健康保険における保険料の平準化要因」、財務省総合政策研究所『フィナンシャル・レビュー』、No.108：pp.112-125

讀賣新聞(2017)「国保料 全県で値上げか」、2017.1.29：p.27

# 子どもの貧困対策としての学習支援の展開と政策的課題 ～保護者を含めた世帯全体への支援の重要性～

坂本 毅 啓(北九州市立大学地域創生学群 准教授)

**概要：**子どもの貧困とは、経済的困窮と社会的排除によってもたらされる子どもの幸福を追求する自由の欠如・権利の不全と定義できる。この定義を踏まえ、北九州市においてNPOが取り組んでいる学習支援事業での支援記録、アセスメントデータを基にした分析から、子どもと保護者への支援効果が連動して変化することを明らかにし、子どもと保護者を一体的に世帯支援することの必要性を示した。この分析結果から、政府が閣議決定した「子供の貧困対策大綱」の内容を検討し、「できること」を前提としたような保護者への「自立助長」的な支援内容では、脱貧困を目指した学習支援が効果を挙げることは困難であるという政策的課題について明らかにした。

## 1. はじめに

約100年前に、河上肇は名著『貧乏物語』において、「教育の効果をあげるためには、まず教わる者に腹一杯飯を食わしてかからねばならぬ。いくら教育を普及したからとて、まずパンを普及させなければだめである。」と指摘している。それから100年が過ぎ、現代に生きる我々は、この河上肇の指摘を克服することができているのであろうか。残念ながら、子どもの貧困は、近年大きな社会的テーマとなっている。そのアプローチは様々ではあるが、その対策の中でよく取り組まれているものとして、「子どもの学習支援」と「子ども食堂」を挙げることができる。この2つについては、子どもの貧困対策法を中心とした日本における子どもの貧困対策の政策的方向性と連動して拡大しているのと同時に、以前から地域福祉レベルでの先進的事

例があり、一定のノウハウがあったためと考えられる。

一方で、国が掲げた子どもの貧困対策の政策的内容は、果たして脱貧困としての機能を持ち得ていると言えるのであろうか。これまでの実践を踏まえた、実効性のある、根拠に基づいた政策を打ち出すことができているのであろうか。あるいは政策的に選別された「対象化された対象」(石倉2015:122)のみに、支援をしようとしてはいないだろうか。

このような問題意識を基に、本論では子どもの貧困対策の中でも学習支援に焦点化し、北九州における学習支援事業の評価分析の結果から、政府が掲げる子どもの貧困対策の政策的課題について考察をする。

(受理日：2017年9月21日)

## 2. 問題の背景と仮説の設定

### (1) 概念の整理

ここで、本論で用いる概念をあらかじめ整理しておきたい。まず、子どもとは、0歳から18歳未満とし、児童福祉法の理念に則って国籍は問わないこととする。保護者とは親等の子どもを監護・養育するものであり、世帯とは子ども、保護者、及びその他の者によって構成された、生計を同一にして生活している集合体のこととする。

次に、子どもの貧困とは、子どもの成長に影響する「①経済的な困窮(生活困窮)」、「②親子の生活・心身の成り立ちに寄与する環境と選択肢の欠如(社会的排除)」と位置づけ、「子どもの幸福(well-being)を追求する自由の欠如・権利の不全」と定義する(日向市2017:25)。単に「お金がない」や「食べるものがない」といった絶対的貧困状態をさすものではない。

次に政策的概念の整理もしておく。子どもの貧困対策とは、子どもが担わされている貧困問題の解決を目指して行われる、公私にわたる取り組み全般を指すこととする。子どもの貧困対策法とは法律のこととする。そして、子どもの貧困対策大綱とは、子どもの貧困対策法を受けて2014年8月に閣議決定された内容とする。最後に政策とは、子どもの貧困を解決するための方向性、その方策全般のこととする。

### (2) 子どもの貧困対策法成立までの経緯

先行研究やマスメディアによって、子どもが担わされている貧困の現状が提起され、社会問題として認識されるようになった。そして、市民団体による働きかけもあり、議員立法によって子どもの貧困対策法は提案され、2013年6月に国会で成立した(鷹2014:93-94)。2014年1月に同法は施行された。子どもの貧困対策法第

1条には、その目的が規定されている。

第1条 子どもの将来が生まれ育った環境によって左右されることのないよう、貧困の状況にある子どもが健やかに育成される環境を整備するとともに、教育の機会均等を図るため、子どもの貧困対策に関し、基本理念を定め、国等の責務を明らかにし、及び子どもの貧困対策の基本となる事項を定めることにより、子どもの貧困対策を総合的に推進することを目的とする。

この目的から、同法が子どもを中心的に位置づけ、子どもの健全育成の環境整備と教育保障を大きな柱立てとして対策を定め、進めていくことを目指していることがわかる<sup>(1)</sup>。

同法の施行をうけて、同年8月には子どもの貧困対策大綱が閣議決定された。この大綱の具体的な内容については、後ほど政策的課題を検討する際に掘り下げることにする。

### (3) 先行研究による批判的検討

閣議決定された子どもの貧困対策大綱によって、具体的にどのような方向性で支援を展開するのが明確化されたのを受けて、複数の研究者によって、すでに批判的検討によって政策的課題が指摘されている。

湯澤(2013:11)によれば、「遂行する政策に実効性があるのか、法律の真価は施行後の取り組みによって問われることになる」と指摘している。それに対して鷹(2014:99-102)は、早い段階から解決すべき主な課題点として①就学援助と生活保護の地域格差の是正、②保護者に対する支援、以上2点を挙げている。さらに廣田(2015:126)は、「財政的保障について何ら定めていない。子どもの貧困率縮減を定めることを

求める条項が欠けている。『地域の子育て環境』を見ることのできる指標の設定が必要」と実効性のための具体的な課題点を指摘している。

また、畠中(2015:29)は「子どもの貧困対策法において、貧困概念が明確に規定されていない。どのような支援を実施すべきなのかが曖昧である」として、対象課題である貧困の不明確さを指摘している。

小澤(2016:154-155)は先の廣田と同じく①「貧困の原因である構造改革による労働市場の破壊や社会保障の欠落に正面から対処した施策になっていない」と財政的課題を指摘すると同時に、②「民間頼みで国の責務を果たしていない」、「『国民運動』といえは聞こえはいいが、要するに国は予算を積極的に投入せず、財政的措置も不十分な民間頼みの対策に陥っている」と国家責任の視点の欠如を指摘している。そして、③「子どもの貧困対策法は子どもの権利擁護の視点が弱い自助努力型の自立支援政策」であるとして、権利主体としての子どもの権利擁護という視点から貧困が「撲滅されなければならない」と述べている。

ここまで見てきたように、すでに先行研究で指摘されている政策的課題点を整理すると、①実効性、②対象課題の明確化、③子どもの権利擁護、④保護者を含む世帯に対する支援、の以上4点にまとめることができる。

既に指摘されてきた政策的課題の中で、①実効性については「生活困窮者自立支援のあり方等に関する論点整理のための検討会」などでも議論がなされてきており、また財政的保障に関する点については政治的判断も含めた選択が求められ、この課題に対する検証については今後、時間を要すると考えられる。②対象課題の明確化については、畠中によって指摘されている通りであり、ここで再検討する必要性は無いと考えられる。③子どもの権利擁護に関する指摘については、「あるべき姿」として理念が提起されており、「権利主体としての子どもの権利擁護という視点から貧困が『撲滅されなければならない』」という指摘は再検討する必要はない。

④保護者を含む世帯に対する支援については、支援の実践レベルでは必要性が言われている。生活困窮者自立支援のあり方等に関する論点整理のための検討会がとりまとめた「生活困窮者自立支援のあり方に関する論点整理」(2017年3月17日、以下「論点整理」と表記)においても、世帯に対する支援については「親」もしくは「世帯」への支援という表現で論点を提起している。「論点整理」における「【現状の評価と課題】」から、少々長くなるが引用して紹介しておく。

(4) 貧困の連鎖防止・子どもの貧困への対応のあり方

【現状の評価と課題】

○ 子どもの学習支援事業は、低学力・低学歴が貧困の連鎖を生んでいるという問題意識から、学校ではない地域の場で高校進学・中退防止の支援を行うことを主眼とした事業である。実際の支援においては、学習支援を中心としつつも本人の意欲やソーシャルスキル、生活環境も向上させていく実践、そのために子どもだけでなく世帯にも支援を行うといった実践が広がってきている。

(実績)

- ・実施自治体数 301(H27年度) → 423(H28年度)
- ・利用者数 20,421人(うち生活保護世帯58.7%、生活保護以外世帯41.3%)
- ・学習支援事業の参加者のうち中学3年生が30.5%、その高校進学率98.2%(⇔全世界帯平均は98.8%)

- ・学習支援以外の支援の実施状況 居場所の提供：47.2%、訪問支援：39.9%、親に対する養育支援：39.2%、高校中退防止：28.9%
- ・高校中退防止の支援対象者の高校中退率 5.3%

○ 特に、子どもの学習支援事業を入り口として世帯支援を行うに当たっては、養育相談や進学資金相談等であれば子どもの学習支援事業で行われているが、親の就労支援等まで含める場合は自立相談支援事業で行われているのが一般的である。

(実績)

- ・事業利用に当たり親の自立相談支援機関への相談(登録)を必須としている自治体 19.3%
- ・事業利用に当たり親の自立相談支援機関への相談(登録)を必須としていない80.7%の自治体において、親支援を行った人数 978人(このうち94.7%)の自治体が学習支援事業において親支援を実施しており、その内容は養育相談や進学資金相談等)

(以下略)

引用：生活困窮者自立支援のあり方等に関する論点整理のための検討会(2017：24)下線・太字による文言の強調については筆者による。

「論点整理」が指摘しているように、子どもの学習支援事業においては、子どもだけでなく保護者への支援が実践面では広がってきており、養育支援や自立相談支援事業が行う世帯支援につながる入口としていくべきではないかという論点が提起されている。これまでも、教育学及び隣接する学問の領域において保護者の状態が子どもの学力や成長、発達に影響を与えるという点については先行研究がなされている。最近であれば中室(2015)による研究や、その中でも触れられているアメリカの「ペリー幼稚園プログラム」による実践とその分析はその一例として挙げることができる。さらには、アメリカにおいて2002年に成立したNCLB(No Child Left Behind Act of 2001：落ちこぼれをつくらないための法)に関する片山(2009)による研究、イギリスにおいて1990年代から2000年代に行われたシュアスタート地域プログラム(Sure Start Local Programmes：SSLP)に関する尾島(2015)による研究においても、保護者への支援の重要性については既に指摘されている。

しかし、このように保護者への支援の重要性

は指摘されていても、それが脱貧困に向けた一つの取り組みである学習支援においてどのような位置づけが可能であり、どのように関連しているのかということについて実証的に研究し、政策課題として提起されている研究は管見の限り発表されていない。そこで本研究では④保護者を含む世帯全体への支援について焦点化していくこととする。

#### (4) 仮説の設定

ここまでの先行研究による政策的課題を踏まえた考察から、本論では、以下の仮説を設定し、子どもの学習支援事業の活動を分析し、検証を進めていくこととする。

仮説 生活困窮世帯に属する子ども達への学習支援事業の分析結果から、「保護者(家族・世帯)に対する支援」については、脱貧困に向けた学習支援において重要な支援である。

検証方法としては、北九州市においてNPO

法人が取り組んでいる子どもの学習支援事業で収集した資料・効果測定データなどを活用して、仮説の検証をする。その上で、改めて子どもに貧困対策大綱における方針・支援内容を検討し、子どもの貧困対策としての学習支援事業のあり方について考察を行うこととする。

### 3. 研究結果

#### (1) 北九州市における子どもの貧困の概況

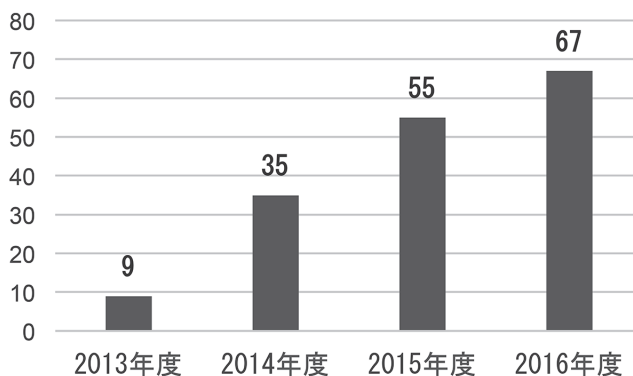
北九州市は福岡県東部にあり、九州の玄関口に位置する。人口は95万2,075人(2017年6月1日時点推計)で、高齢化率は29.0%(住民基本台帳、2016年3月末時点)となっており、政令指定都市の中では最も高齢化の進んだ地方都市である。子どもに目を向けると、2015年9月30日時点で18歳未満人口は15万1,027人、人口全体に占める割合は15.5%となっており、毎年0.1%ずつ低下が見られる<sup>(2)</sup>。

次に、子どもの貧困の概況を見ていく。その一つの指標として学校教育法第19条において規定されている、就学援助を受けている子どもの割合に注目する<sup>(3)</sup>。生活保護受給世帯に属する子ども(要保護児童)と、それに準ずる経済水準にある世帯に属する子ども(準要保護児童)に対して実施される就学援助の割合について、北九州市では2014年度時点で20%以上25%未満となっている<sup>(4)</sup>。同年度の全国の修学援助率は15.39%であり、北九州市は全国平均より高めとなっている。

#### (2) 子どもの学習支援事業の概要

本研究における仮説検証として用いるデータは、北九州市内のNPOが実施している子どもの学習支援事業で得られた支援記録、アセスメントデータである。まずここでは、その学習支援事業の概要について紹介する。

図1 学習支援事業への参加者数の推移



2013年の9月に、主に生活困窮世帯(生活保護受給世帯を含む)で生活する小・中学生を対象として、無料の学習支援を開始した。当初は中学3年生2名の参加から始まり、2016年度(2017年3月末時点)は67名の参加となっている。年齢層についても、2013年度は中学生のみであったが、その後、小学生や中卒生、高校生、そして高卒浪人生までが学習支援に参加し

ている。

参加している子どもたちの状況としては、支援前の時点で28.3%(19名)がひきこもり状態、同じく28.3%(19名)が不登校状態であった。

参加している子どもたちを世帯単位で見ると、母子・父子などのひとり親世帯は63.8%(30世帯/47世帯)であり、さらに保護者が「ひきこもり状態」にある世帯は19.1%(9世帯/47

世帯)であった。生活保護世帯は38.3% (18世帯 / 47世帯)であり、世帯内におけるDV(ドメスティック・バイオレンス)<sup>(5)</sup>被害経験については40.3%の子ども達(27名 / 67名)にあった<sup>(6)</sup>。このように、学習支援事業に参加する子ども達というのは、単に経済的に困窮しているだけでなく、家族機能の低下や不登校・引きこもりなど、多様な問題を抱えた状態にある子ども達である。

この学習支援事業では、大きく見て集合型学習支援、訪問型学習支援の2つの学習支援を行うとともに、社会参加支援として月に1度イベント等を開催している。2つの学習支援事業では、大学生や社会人によるボランティアによって週1～2回の支援を行っている。本事業の特徴としては訪問型学習支援において、アウトリーチ型支援であると同時に、子どもだけでなく保護者を含む世帯全員を視野に収めているという点である。保護者への支援としては、日常生活に関する相談、トラブル解決や家事に関する伴走型支援(寄り添い型生活援助)、学校との相談・交渉時における同伴・アドボカシーなど、総合的支援を行った。

### (3)事業の分析・評価結果

本事業では、NPO法人職員である支援員が、支援開始前と合計3回のケースカンファレンス(10月、1月、3月)において、学習支援事業に参加している子どもの状態と、世帯を支援している場合はその保護者の状態を、7項目にわたって点数化した。ここではこのデータを活用し、その分析を通して、子どもだけではなく保護者も含めた世帯全体への支援が重要であるという仮説について検証を行う。

まず、点数化方法としては、支援員がアセスメントをし、支援開始前と、ケースカンファレンスに合わせて状態像を点数化した。点数化する項目と基準については、奥田ら(2014)を参考に、当該著書の執筆者の一人である稲月正北九州市立大学教授とともに、NPO法人の支援員、そして筆者で基準を作成した。評価する項目については、表1の通りである。子どもの状態は60点満点、保護者の状態は細項目の関係から55点満点で、点数(スコア)化した。

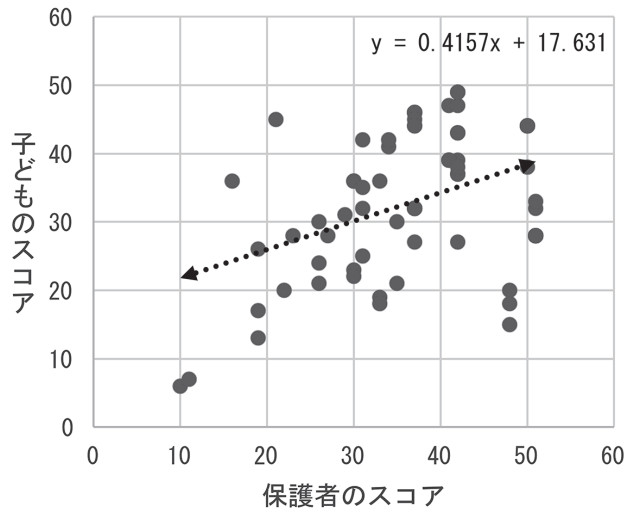
なお、今回使用するデータは、子どもだけではなく保護者にも何らかの困難を抱えているために支援を要する11の世帯のデータとした。その内訳は、子どもが17名、保護者が11名で

表1 保護者と子どもの状態像の評価項目

子どもの状態(60点満点)	保護者の状態(55点満点)
1. 登校	1. 収入源
2. 学力・学習習慣	2. 家計管理
3. 日常生活 ➡ 生活習慣(食事、掃除、清潔維持)	3. 日常生活 ➡ 生活習慣(食事、掃除、清潔維持)
4. 健康 ➡ 身体疾病・治療、精神疾病・治療	4. 健康 ➡ 身体疾病・治療、精神疾病・治療
5. トラブル対応 ➡ DV、借金	5. トラブル対応 ➡ DV、借金
6. ネットワーク ➡ 日常の良好な関係【種類・人数】	6. ネットワーク ➡ 日常の良好な関係【種類・人数】
7. 社会参加	7. 社会参加



図2 子どもと保護者のスコアの関係

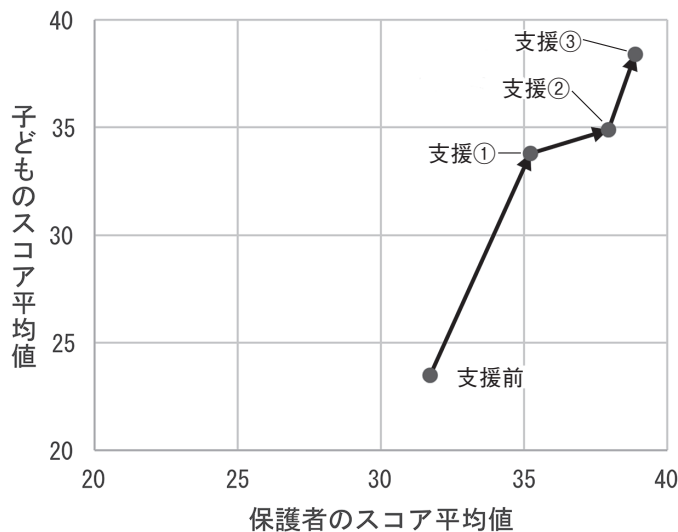


ある。データは2016年4月から2017年3月まで<sup>(7)</sup>のものであり、子どものスコアと保護者のスコアを紐付けしたデータベースは66レコードであった。

(スコア)を、世帯(親子)関係を踏まえて二次平面上にプロットしたものが図2である。両者の間には一定の相関が見ることができ、近似直線の方程式は「 $y = 0.4157x + 17.631$ 」である。

同時期の子どもと保護者の状態像の評価点数

図3 各段階のスコアの平均値



さらに、参加していた子ども達と、支援対象であった保護者のスコアについて、支援開始前、ケースカンファレンスの各回の全体の平均値の推移について見てみると、図3のように支

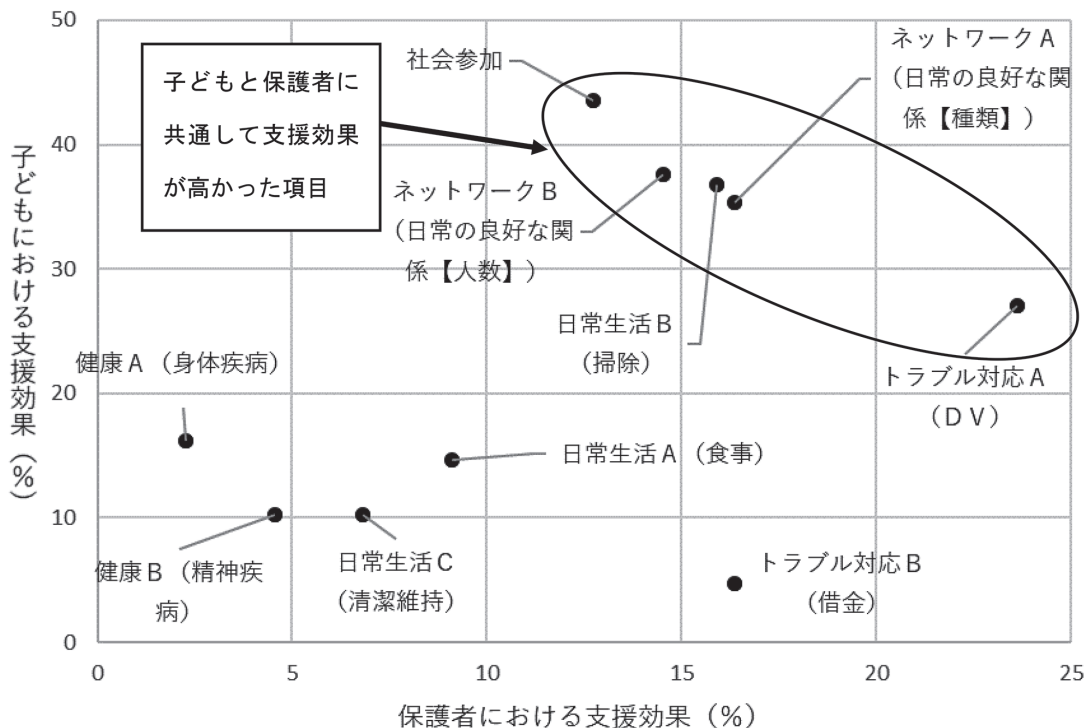
援が進むと、子どもと保護者のスコアが連動して改善方向へ向かっている。

次に、項目ごとのスコアの変化からスコアの変動率、すなわち支援の効果率を計算し、どの

ような項目において支援効果が高かったのかを考えてみる。計算方法としては、例えば各ケースについて支援段階③(3月時点)のスコアから支援開始前のスコアを引き、子どもと保護者でそれぞれ合算して、スコアの変化の平均値を求める。求められた変化の平均値を、その項目の

スコアの満点(4~5点)で割り、スコアの変動率を求めた。このスコアの変動率を支援効果率とし、二次平面の横軸に保護者の各項目の支援効果率を、縦軸に子どもの支援効果率をプロットしたものが、図4である。

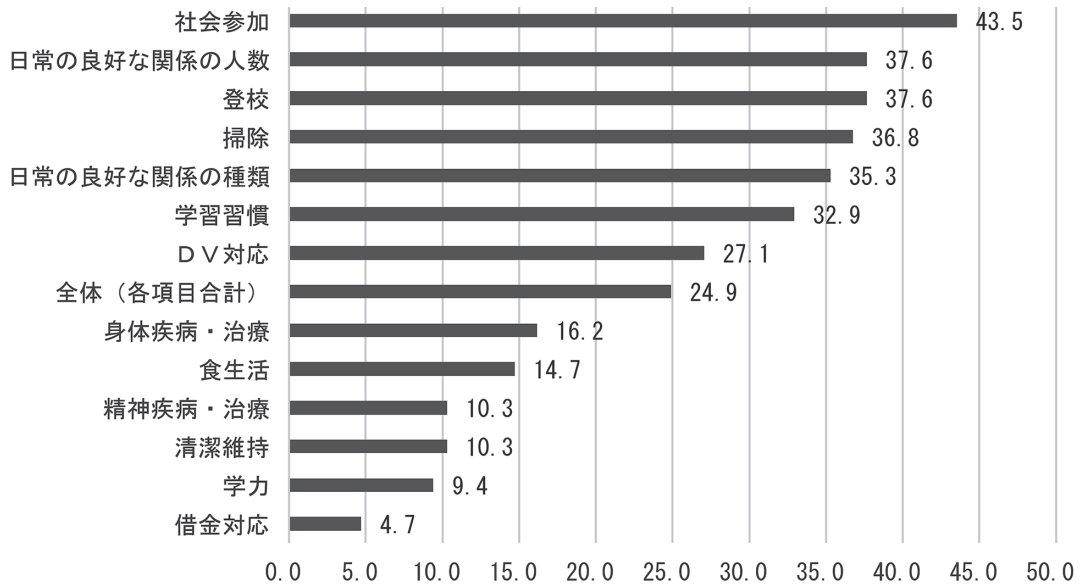
図4 子どもと保護者における項目別にみた支援効果



この図からは、子どもと保護者に共通して支援効果が高かった項目として、①社会参加、②日常の良好な関係(人数・種類)、③掃除、④家庭内暴力の解決(DV対応)を挙げることができる。参加している子ども達の家庭的背景には、複合的な問題が存在し、特に社会や他者との関係性において支援効果が高かった。身体疾病や精神疾病については、支援効果の割合が低かったが、これは1年程度で大きく改善するような課題では無く、むしろ長期にわたって支援が必要な課題であるという認識が必要である。

子どもの支援効果に焦点化すると、最も支援効果が高かったのは社会参加、日常の良好な関係、登校といった社会や人とのつながりの領域であった。逆に学力や精神疾病の治療については、時間がかかるものであるため、半年から1年間の支援期間では大きな支援効果率が見られない。ただし、子ども達へのヒアリングでは、「勉強で分からなかったところが分かるようになった」、「テストの点数が上がった」、「希望していた進路先へ進学することができた」等、数値には現れない効果があったことがわかっている。

図5 子どもの項目別に見た支援効果 (単位: %)



#### (4)小括

ここまで見てきたように、仮説「生活困窮世帯に属する子ども達への学習支援事業の分析結果から、『保護者(家族・世帯)に対する支援』については、脱貧困に向けた学習支援において重要な支援である」に対して、多様な問題背景を持つ子どもの脱貧困を目指した学習支援では、子どもと保護者の状態は連動しており、保護者を含めた世帯全体への支援が重要であるということが明らかとなった。

## 4. 政策的課題と支援の在り方の考察

### (1)政策的課題の検討

ここまでの仮説の検証結果を踏まえて、子どもの貧困対策大綱による方針と支援内容は、「世帯に対する支援」が子どもの学習環境を整える上で実効のある内容となっているのかについて、政府が定めた子どもの貧困対策大綱(以下「対策大綱」)を検討しながら、考察を進めていくことにする。

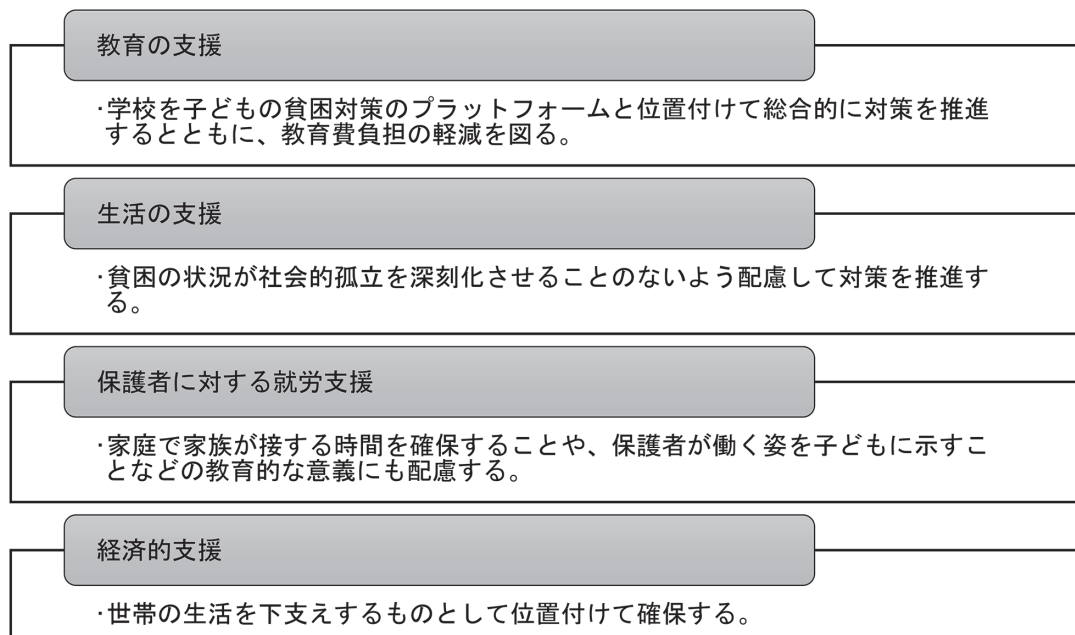
「対策大綱」は、子どもの貧困対策法制定に

伴い、2014年8月29日に閣議決定された。その目的・理念は、「子供の将来がその生まれ育った環境によって左右されることのないよう、また、貧困が世代を超えて連鎖することのないよう、必要な環境整備と教育均等を図る」、「全ての子供たちが夢と希望を持って成長していける社会の実現を目指し、子供の貧困対策を総合的に推進する」と定められている<sup>(8)</sup>。

この「対策大綱」では、基本的な方針、子どもの貧困に関する指標なども定め、その指標の改善に向けた当面の重点施策として①教育の支援、②生活の支援、③保護者に対する就労の支援、④経済的支援、⑤子どもの貧困に関する調査研究等、⑥施策の推進体制等、以上6つの柱を立てている。この内、子どもや保護者への直接的支援である①から④に焦点化し、内容を検討していくことにする。

まず、4つの領域の支援における基本的方針としては、図6に整理した通りである。このうち、本論で重視している保護者に対する支援に注目すると、「保護者に対する就労支援」と表

図6 子どもの貧困対策における各支援の基本的方針



資料：「子供の貧困対策に関する大綱 ～全ての子供たちが夢と希望を持って成長していける社会の実現を目指して～」(2014年8月29日閣議決定)より抜粋し、坂本が作成した。

現されている。その基本的方針の内容を掘り下げるために、少々長くなるが「対策大綱」から以下に引用する。

保護者の就労支援は、労働によって一定の収入を得て、生活の安定を図る上で重要であることはいうまでもない。

収入面のみならず、家庭で家族がゆとりを持って接する時間を確保することや、親等の保護者が働く姿を子供に示すことによって、子供が労働の価値や意味を学ぶことなど、貧困の連鎖を防止する上で大きな教育的意義が認められることから、保護者の就労支援の充実を図る必要がある。(「対策大綱」、P.5より)

これらの基本的方針を踏まえて、「対策大綱」では、先に述べたように6つの領域の支援や調

査研究、推進体制等について、具体的な支援や取り組み内容について明らかにしている。そこで、前の章で分析した支援効果で、特に支援効果が高く、またその支援の重要性を指摘した①不登校、②経済的困窮、③DV、④生活機能低下、⑤社会参加、といった5つのニーズに対してどのような支援が掲げられているのかを、「対策大綱」から抜き出して整理したのが表2である。

経済的困窮(12支援)や家族機能の低下に関する支援(8支援)は、多く掲げられている。一方で、不登校(3支援)やDV(1支援)、社会参加(2支援)に関する支援については比較的支援メニューが乏しい。これによれば、不登校状態にある子どもの場合、学校が窓口である以上、教育者による福祉的理解がどの程度であるのかが鍵となるであろう。また地域における学習支援についても、NPOやボランティアへの依存が

表2 ニーズと大綱における支援メニュー

ニーズ・課題	大綱上の支援
不登校	① 学校を窓口とした福祉関連機関等との連携 ② 地域による学習支援 ③ 高等学校等における就学継続のための支援
経済的困窮	① 義務教育段階の修学支援の充実 ② 「高校生等奨学給付金(奨学のための給付金)制度」などによる経済的負担の軽減 ③ 特別支援教育に関する支援の充実 ④ 高等教育の機会を保障するような奨学金制度等の経済的支援の充実 ⑤ 国公立立大学生・専門学校生等に対する経済的支援 ⑥ 生活困窮世帯等への学習支援 ⑦ 児童扶養手当の公的年金との併給調整に関する見直し ⑧ ひとり親家庭の支援施策についての調査・研究の実施に向けた検討 ⑨ 母子福祉資金貸付金等の父子家庭への拡大 ⑩ 教育扶助の支給方法 ⑪ 生活保護世帯の子供の進学時の支援 ⑫ 養育費の確保に関する支援
DV	① 母子生活支援施設等の活用
生活機能低下	① 子どもの食事・栄養状態の確保 ② 保護者の自立支援 ③ 保育等の確保 ④ 保護者の健康確保 ⑤ 食育の推進に関する支援 ⑥ 保護者に対する就労の支援 ⑦ 親の学び直しの支援 ⑧ 就労機会の確保
社会参加	① 多様な体験活動の機会の提供 ② ひとり親家庭や生活困窮世帯の子どもの居場所づくりに関する支援

前提であり、地方ではそのような社会資源が乏しく十分に支援できないことも考えられ、ここには明確な公的責任に基づく実施体制が見られない。

生活機能の低下に対する支援として、保護者の自立支援や保護者に対する就労支援が含まれているが、例えば掃除や清潔維持、食事の用意といった日常生活に関わる機能(家事・育児機能)の低下に対する支援は、「相談支援を行う」や「相談し支え合う場の提供を行う」程度であり、具体的なケア(生活援助)にまでは踏み込めていない。先に紹介した「保護者に対する就労

支援」の基本的方針、そして相談支援を基本とするような支援メニューというのは、親は働くことが当たり前であり、日常生活に関する機能(家事・育児機能等)は相談に応じればできるはずであるという認識を前提としている。しかし、このような認識は誤りである。親は相談に乗ってほしいだけではなく、精神疾患や、場合によっては生活歴に基づく生活文化(家庭内文化)から、日常生活に関する機能として世間で「当たり前」とされることができない可能性もあることを視野に入れるべきである。機能の獲得を支援するメニューも必要である。さらに、

ここに挙げられているメニューはひとり親世帯を前提とした支援が多く、両親がそろっている世帯の保護者に対する生活機能低下にする支援も乏しい点は、施策として抜けがあると言える。

これだけではない。世帯に対して具体的に誰がその支援のためのマネジメントを行うのかも不明確でもある。生活機能の代替・補完、そしてエンパワメントを達成するようなじっくりと寄り添った支援を通した、家族全体のエンパワメントが必要であり、そのような視点と支援の欠如が、子どもの貧困対策における政策的問題点である。

子どもが安心して、落ち着いた環境の中で学び、成長・発達していくためには、安定した家庭環境が不可欠であり、そのためには子どもと保護者の一体的な世帯支援が重要であるのは前章で述べた通りである。しかし、「対策大綱」による方針と支援では、「保護者(家族・世帯)に対する支援」が、子どもの学習環境を整える上で実効のある内容となっていない。

## (2) 脱貧困対策としての子どもの学習支援の在り方の考察

それでは、脱貧困対策としての子どもの学習支援は、どのような在り方が必要なのであろうか。

子どもの貧困対策としての学習支援において、子どもだけではなく保護者を一体的に捉えた世帯全体への支援が必要である。何故なら、保護者の状態が改善することと子どもの学習や生活に関する状態は連動して改善する傾向にあるからである。

しかし、現時点における子どもの貧困対策では、子どもだけを中心に置いたために、保護者に対して「自立助長」は求めるものの、家事援助等の生活機能の回復を目指したような支援は

乏しい。今後の在り方としては、生活機能等へ直接的に働きかけるような支援(ケア)を盛り込み、財政的裏付けを基にして具体化することが必要である。子どもへ無料で学習する機会を提供するだけでなく、子どもを取り巻く環境である保護者を含めた一体的な世帯支援をすることで、子どもが学習に集中できる環境は整っていくのである。

保護者もまた、直接的に支援を要する存在であるという視点を持った、そのような学習支援を展開することにより、複合的多問題状態にある生活困窮世帯で生活する子どもに対して、脱貧困を目指した学習支援を行うことが可能となるのである。

## 5. おわりに

本論では、北九州市における脱貧困を目指した子どもの学習支援と、その世帯への一体的な支援の効果分析を通して、子どもと保護者を一体的にとらえ、世帯全体を支援することの重要性を明らかにした。その結果を基に、子どもの貧困対策としての学習支援に関する政策的課題について「対策大綱」を基に考察を行い、保護者への「自立助長」的支援やひとり親世帯を前提とした施策のあり方について批判的に考察を行った。「論点整理」においても指摘されているが、世帯を一体のものとしてとらえた支援を政策として盛り込み、制度化することが必要である。

今後の研究上の課題としては、「対策大綱」を踏まえて、実際にどのようなサービスが現時点において実施されているのかを調査し、実証的に検証を行うことが必要である。そして、本研究では保護者が子どもの対して与える負の影響から、児童相談所などによる子どもと保護者の分離保護ということまでは視野に入れていな

い。あくまで世帯内の関係性を維持することを前提とした研究考察であるということをつけ加えておきたい。

## 謝辞

本論は、坂本が執筆に加わった稲月(2016)の資料及び分析結果を基にした、日本医療経済学会第19回研究例会「子どもの貧困と医療福祉政策」(2016年9月25日、同朋大学)での研究発表を基にして、執筆したものである。研究例会では研究上大変有意義な示唆をいただくことができた。この場をお借りして、御礼を申し上げたい。さらに、子どもや保護者への支援に関する実証分析の内容については、先述の報告書の最新版である稲月(2017)の筆者が担当執筆した箇所を参考したことを付け加えておく。

## 注

- (1) 一方で、この条文には家族を包摂する概念が見られない。子どもが生まれ育った環境によって将来が左右されるべきではないというところに、家族が包摂されているとも受け取れるが、しかし支援の対象として包摂されているとは解釈することは難しい。子どもと、その子どもが生活する家族も含めて支援の対象であるという、この不可分な関係性を政策的前提にしているのか、この条文からは明確ではない。
- (2) 北九州に関連する統計データは、「北九州市ウェブサイト」(北九州市統計年鑑、[http://www.city.kitakyushu.lg.jp/shisei/menu05\\_0125.html](http://www.city.kitakyushu.lg.jp/shisei/menu05_0125.html)、2017年6月30日時点)より。
- (3) 学校教育法第19条には「経済的理由によって、就学困難と認められる学齢児童又は学齢生徒の保護者に対しては、市町村は、必要な援助を与えなければならない。」と規定されている。
- (4) 文部科学省初等中等教育局児童生徒課(2017)「平成26年度就学援助実施状況等調査」等結果」(<http://www.mext.go.jp/component/>

a\_menu/education/detail/\_\_\_icsFiles/afieldfile/2017/04/03/1362483\_18.pdf、2017年6月30日時点)より。

- (5) このDV被害の経験については、暴力的被害だけではなく、ネグレクト(育児放棄)も含む。
- (6) 本章の分析で使用したデータは、稲月正(2017)による。本論における分析枠組みや図についても、特に注釈を付けていないが、この報告書において坂本が担当執筆した箇所から転載・引用している。
- (7) 支援開始前のスコアについては、2016年4月より前であるものが含まれている。また、参加者の中には2016年10月以降に参加したケースもあり、そのためにスコアが合計4回分ではないケースも含まれる。
- (8) 「子供の貧困対策に関する大綱について(平成26年8月29日閣議決定)」の概要版より。なお、原文では「子供」と表記されているものは、本論ではそのままとした。

## 参考文献

1. 阿部彩(2014)『子どもの貧困Ⅱ——解決策を考える』岩波書店。
2. 稲月正(2016)『厚生労働省平成27年度生活困窮者就労準備支援事業費等補助金(社会福祉推進事業)官民企(業)地(域)連携による地域の生活困窮世帯への包括的な支援体制の構築及び社会参加のための支援メニューの開発に関する調査・研究事業報告書』特定非営利活動法人抱樸。
3. 稲月正(2017)『厚生労働省平成28年度生活困窮者就労準備支援事業費等補助金(社会福祉推進事業)ひきこもり状態にある若年者・児童およびスネップ状態にある者とその家族を支える包摂型世帯支援の構築と、世帯の支援メニューと支援ツールの開発、および困窮世帯を支える市民参加型の地域連携の在り方に関する調査・研究事業報告書』特定非営利活動法人抱樸。
4. 石倉康次(2015)「社会保障・社会福祉の制度と政策」『現代社会と福祉』東山書房

5. 埋橋孝文・矢野裕俊(2015)『子どもの貧困／不利／困難を考えるⅠ：理論的アプローチと各国の取組み』ミネルヴァ書房.
6. 埋橋孝文・大塩まゆみ・居神浩(2015)『子どもの貧困／不利／困難を考えるⅡ：社会的支援をめぐる政策的アプローチ』ミネルヴァ書房.
7. 奥田知志・稲月正・垣田裕介・堤圭史郎(2014)『生活困窮者への伴走型支援——経済的困窮と社会的孤立に対応するトータルサポート』明石書店.
8. 小澤浩明(2016)「子どもの貧困をめぐる状況と新福祉国家構想：子どもの貧困対策法・大綱の批判的検討(特集 貧困大国・ニッポン(上))」『季論21：intellectual and creative』31, 149-159.
9. 尾島豊(2015)「労働政権下のイギリスにおける児童福祉政策に関する考察：シュア・スタートからチルドレンズ・センターへの政策移行」『長野県短期大学紀要』69, 155-166.
10. 片山紀子(2009)「NCLB法下に見るアメリカの幼児教育」『京都教育大学紀要』114, 63-75.
11. 鷹咲子(2013)『子どもの貧困と教育機会の不平等——就学援助・学校給食・母子家庭をめぐる——』明石書店.
12. 鷹咲子(2014)「議員立法による子どもの貧困対策法の成立」『跡見学園女子大学マネジメント学部紀要』18, 93-107.
13. 坂本毅啓・志賀信夫(2017)『地方都市におけるインクルーシブな地域づくり』大阪市立大学都市研究プラザ.
14. 志賀信夫・畠中亨(2016)『地方都市から子どもの貧困をなくす』旬報社.
15. 志賀信夫(2016)『貧困理論の再検討——相対的貧困から社会的排除へ』法律文化社.
16. 生活困窮者自立支援のあり方等に関する論点整理のための検討会(2017)「生活困窮者自立支援のあり方に関する論点整理」(厚生労働省ウェブサイト：<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000155576.html>, 2017年8月31日時点)
17. 中室牧子(2015)『「学力」の経済学』ディスカヴァー・トゥエンティワン.
18. 難波利光・坂本毅啓(2017)『雇用創出と地域——地域経済・福祉・国際視点からのアプローチ』大学教育出版.
19. 畠中亨(2015)「子どもの貧困対策法と貧困の概念」『生活経済政策』224, 29-33.
20. 廣田健(2015)「地域における子どもの貧困と『子どもの貧困対策法』：北海道・道東地域における課題を中心として(新教育基本法と教育再生実行戦略)--(公開シンポジウム 体罰・いじめ・子どもの貧困と教育法)」『日本教育法学会年報』44, 124-133.
21. 日向市(2017)『日向市子どもの未来応援推進計画』日向市.
22. 湯澤直美(2013)「21世紀の教育ビジョン「子どもの貧困対策法」と学校」『教職研修』42(2), 11-13.



## 事例報告

# 子ども医療費助成制度と国庫負担減額措置について

日 下 紀 生(愛知県保険医協会)

**要約：**全市町村で実施されている子ども医療費助成制度をめぐる、国は窓口負担無料にすると医療費が増えるという理由で、国民健康保険への減額調整措置を講じている。国は、子育て支援・地方創生等の観点から子ども医療のあり方を検討し、未就学児までの減額調整を廃止するに至った。しかし、子ども医療費助成の充実は、医療費増や安易な受診につながらず、地域経済活性化という効果まで指摘されている。

**キーワード：**「子ども医療」「減額調整」

## はじめに

厚生労働省(以下、厚労省)が2017年6月2日に発表した2016年人口動態統計(速報値)では、1人の女性が生涯に産む子どもの推計人数「合計特殊出生率」は1.44で、前年から0.01ポイント低下したことが明らかになった。2016年の出生数が約97万7千人と初めて100万人を割ったことと、死亡数が戦後最多の約130万8千人に上ったことで、「人口減少の加速化」と報道された<sup>(1)</sup>。日本社会は、人口を維持するのに必要とされる2.08への回復は依然として困難な状況にある。

一方、厚労省が2017年6月27日発表した国民生活基礎調査によると、2015年時点の子どもの貧困率は13.9%で、前回調査(2012年)より2.4ポイント低下した。しかし、子どもの7人に1人がまだ貧困状態にあり、ひとり親世帯の貧困率

は5割を超えるなど、改善したとはいえない。

少子化の進行は、人口構造の高齢化や将来の生産年齢人口の減少にもつながり、子どもの健全な成長への影響のみならず、社会経済や社会保障のあり方にも重大な影響を及ぼしうるものである。

このようなもとで、子育てをする家庭の経済的負担を軽減する措置が少子化対策の重要施策となっており、子ども医療費助成制度は、全国の多くの自治体で実施され、乳幼児の健全な育成と児童福祉の向上に大きな役割を果たしている。

しかしながら、都道府県・市町村ごとに制度の内容が異なる現状となっているため、国が子育て支援に実効性のある施策を講じることをめぐって議論がなされるに至っている。

本稿では、子ども医療費助成をめぐる現状と

(受理日：2017年7月4日)

国の対応をみながら、子ども医療費助成制度のあるべき方向を探る。

## 1. 子ども医療費助成をめぐる現状

子ども医療費助成を独自に行っている自治体は、今や全都道府県・全市町村になっている。厚生労働省発表(2015年4月1日現在)では、中学校卒業以上を助成対象としている市町村は「通院」で全国の73%、「入院」で86%の市町村にのぼる。助成内容も「所得制限なし」は8割、「自己負担なし」も6割と手厚い(資料1)。

上記厚生労働省調査によると、愛知県内の現状はさらに進んでいて、県制度自体「通院・入院と

も所得制限なし」「窓口負担なし」で、群馬県に次いで全国2位の水準を維持している。市町村の現状は、「通院」で91%、「入院」は県制度が中卒まで対象としており、「18歳年度末まで無料」は13%の市町村が無料制度を拡大している<sup>(2)</sup>。

## 2. 現物給付・無料化で減額措置

国の医療費患者負担割合は、義務教育就学前は2割、就学後は3割の窓口負担が必要となっている<sup>(3)</sup>。

一方、医療費助成制度には、償還払い方式(2割または3割の自己負担を支払い、後から助成

### 資料1 乳幼児医療費に対する援助の実施状況

(2015年4月1日現在)

#### <都道府県における実施状況>

対象年齢	通院	入院
3歳未満～就学前	32(68%)	23(49%)
9歳年度末～12歳年度末	9(19%)	9(19%)
中学校卒業(15歳年度末)～18歳年度末	6(13%)	15(32%)

#### <県制度の上位>

県名	対象年齢		所得制限		一部負担
	通院	入院	通院	入院	
群馬	15歳年度末	15歳年度末	なし	なし	なし
愛知	就学前	15歳年度末	なし	なし	なし

※所得制限(通院・入院)、一部負担ともに「なし」は、群馬・愛知・岐阜・山梨の4県

#### <市区町村における実施状況>

対象年齢	通院	入院
中学校卒業(15歳年度末)～22歳年度末	1,268(73%)	1,489(86%)
所得制限		
所得制限なし	1,402(81%)	
所得制限あり	339(19%)	
一部自己負担		
自己負担なし	1,030(59%)	
自己負担あり	711(41%)	

※数値は実施数(全数に占める割合)。

※厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課発表(2016年6月3日)資料を筆者が加工した。

分の償還を受ける方法)と現物給付方式(2割または3割の自己負担を支払わなくてよい方法)がある。このうち、国は現物給付で窓口負担無料にすると医療費が増えるという理屈で、増えた医療費については国保への国庫負担を減額する仕組みを国民健康保険法で規定している(資料2)。

その際に用いているのが、「長瀬指数」(資料3)で、患者の窓口負担の割合によってどれだけ医療需要が抑制されるかを示して国保への国庫負担を減額調整している。これによって、最大15%の減額が措置されることになる。社会保障

制度審議会医療保険部会(2016年5月26日)資料によると、未就学児(乳幼児)の減額調整対象市町村数と規模は1,410市町村、75.6億円、小学生以上は1,188市町村、37.6億円となっている。

愛知県保険医協会が2015年実施した受診実態調査では、「過去半年間での経済的理由によると思われる治療中断」を経験した医療機関は医科で33%、歯科で46%と多く、「受診回数を減らした」「検査・投薬を減らしてほしいと言われた」などの実態が明らかになっている(資料4)。

窓口負担があることで必要な受診が妨げられ

**資料2** 国民健康保険法第70条2項

第43条第1項の規定により一部負担金の割合を減じている市町村及び都道府県又は市町村が被保険者の全部又は一部について、その一部負担金に相当する額の全部又は一部を負担することとしている市町村に対する前項の規定の適用については、同項第1号に掲げる額は、当該一部負担金の割合の軽減又は一部負担金に相当する額の全部若しくは一部の負担の措置が講ぜられないものとして、政令の定めるところにより算定した同号に掲げる額に相当する額とする。

**資料3**

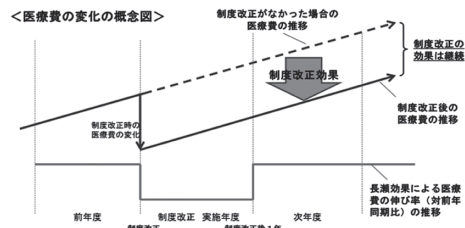
**長瀬効果とは**

**1 長瀬効果とは**

- 制度的な給付率の変更に伴い、医療費の水準が変化することが経験的に知られており、この効果を「長瀬効果」と呼んでいる。
- 例えば、給付率が低くなる(=患者負担が増加する)制度改革が実施されると、患者の受診行動が変化し、受診日数が減少する。このため、医療費の伸びが例年と比べ小さくなる。

**2 制度改革後の医療費の動き**

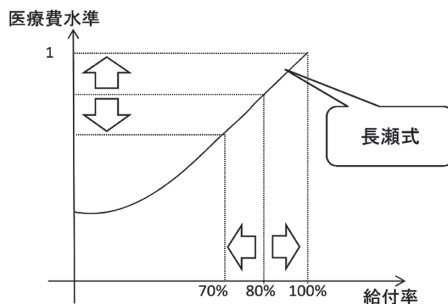
- 医療費や受診日数の伸び率(対前年度同期比)が低くなる(給付率が上がった場合は高くなる)効果は1年間続くが、翌年以降は、元の水準に戻ることになる。
- 翌年以降は、伸び率が元に戻っても、医療費の水準は従前と比較して低くなる(給付率が上がった場合は高くなる)ことになる。



**3 長瀬効果の推計式**

- 長瀬効果は、過去の制度改革の実績から推定した給付率(x)と医療費水準(y)の関係式(長瀬式)を用いて算出される。
- 現在国民健康保険の国庫負担の調整に用いられている長瀬式は以下のとおりであり、この式による波及効果の8割を見込んでいる。

$$Y = 0.784X^2 - 0.536X + 0.752$$



**4 未就学児に対する調整率**

- 長瀬効果の考え方に則り、未就学児の医療給付費に以下の調整率を乗じたうえで国庫負担を算出。

	2割負担	1.5割	1割	0.5割	無料
調整率	1.0000	0.9641	0.9349	0.8980	0.8611

※出典:医療費の波及増について(第4回子どもの医療制度の在り方等に関する検討会)2016年2月25日

**資料 4 愛知県保険医協会「受診実態調査」から**

※2015年12月実施。調査は、愛知県保険医協会のファクシミリ登録のある会員に調査票を送信して実施。12月末までに合計846人から回収を得た(対象数5,493人。回収率15.4%)。

(内訳：医科604人、歯科242人)

この半年間に、主に患者の経済的理由によると思われる、治療を中断する事例がありましたか？

	医科	歯科
①あった	33.1%	46.3%

この半年間に次のような事例がありましたか？(複数回答可)

薬が切れているはずなのに受診に来ない(医科)	70.2%
痛みがとれたら受診に来ない(歯科)	72.7%
「保険のきく範囲で治療してほしい」といわれた(歯科)	66.5%
「薬代の負担を減らしてほしい」(ジェネリックを希望など)と言われた(医科)	64.9%
受診回数を減らしてほしい(「月1回を2カ月に1回に」「長期投薬を希望」など)と言われた(医科)	64.2%

ているというべき事態であり、安心の子育てのためにも医療費助成の拡大は是非とも必要な課題だ。

### 3. 子ども医療制度の在り方等に関する検討会が「議論の取りまとめ」

厚労省は、子育て支援・地方創生等の観点から「子どもの医療制度の在り方等に関する検討会」の第1回会合を2015年9月2日に開催した。以降、5回の議論を経て2016年3月28日「議論の取りまとめ」(以下、「取りまとめ」)を示した。

「取りまとめ」では、「(子ども医療費助成制度は)国の制度として全国一律の制度としてどこに住んでも同じであるべき」「医療費無償化は子どもの命を守る仕組みになっている」など、子ども医療費助成による負担軽減を肯定する意見が多数紹介され、子ども医療に関する国庫負担減額調整措置については「政府全体として少子化対策を推進する中で、地方自治体の取り組みを支援する観点から、早急に見直すべきとの意見が大勢を占めた」と明記された。そして、2016年6月の「ニッポン一億総活躍プラン<sup>(4)</sup>」で国庫負担減額調整措置については「年末までに結論を得る」とされた。国会でも、塩崎厚生

労働大臣は「これ(減額措置)を導入してきた論理と、子育て支援を応援していくかということとの兼ね合いで、どうしていくか決めないといけない」と述べている<sup>(5)</sup>。

全国知事会・全国市長会・全国町村会は、「減額調整措置は、(中略)地方自治体の懸命な取組を阻害するものであり、極めて不合理な措置であることから、直ちに廃止すべき」「国の責任において、子どもの医療に関わる全国一律の制度を構築すべき」<sup>(6)</sup>など、繰り返し要望を提出、愛知県議会も「国庫負担に係る減額調整措置の見直し」を求める意見書を提出<sup>(7)</sup>している。また、総務省も、地方財政措置に関して「国民健康保険の国庫負担減額調整措置について、地方の意見を十分に聞きながら検討を進め、廃止するなどの見直しを行うこと」と申し入れを行っている<sup>(8)</sup>。

### 4. 未就学児まで減額調整廃止

2016年末までの結論が注目されたが、2016年12月22日付の厚労省課長通知『「ニッポン一億総活躍プラン」に基づく子ども医療費助成に係る国保の減額調整措置に関する検討結果について』で「全ての市町村が未就学児までは何

らかの助成措置を実施している実態等を踏まえ、自治体の少子化対策の取組を支援する観点から、平成30年度より、未就学児までを対象とする医療費助成については、国保の減額調整措置を行わないこととする。なお、見直しにより生じた財源については、各自治体において、更なる医療費助成の拡大ではなく他の少子化対策の拡充に充てることを求めるものとする」という内容の決着となった(2018年4月から実施。関連省令も発出)。

しかし、すでに紹介したように、中学校卒業までを対象としている市町村が通院・入院で7割～8割という現状を見れば、今回の国の対応は多くの国民・自治体の願いに背く内容といえる。しかも、同通知では「見直しにより生じた財源については、各自治体において、更なる医療費助成の拡大ではなく他の少子化対策の拡充に充てることを求める」と、減額調整がなくなることで生じた財源の使途にまで言及しており、子ども医療費助成を行い、子育て支援・少子化対策を行う市町村の努力に水を差すものであり、地方自治の裁量権からみても問題とすべきものである。そして、なにより、国の制度として医療費助成制度の創設に至っていないことを直視し、この改善が必要である。

## 5. 子ども医療費無料化は、安心の子育て、地域経済の活性化に寄与

2009年10月から群馬県では、15歳まで所得制限無しで外来・入院の窓口負担無料にしているが、2012年の県議会で健康福祉部長は、「早期の受診による重症化の防止に役立っている」「小中学生の虫歯の治癒率は、拡大後は全国平均を大きく5～10ポイントぐらい上回って治癒率が向上していて、子どものときから歯を健康な状態に保つことは生涯にわたる健康にとつ

てもとても大切なことであり、ひいては医療費の抑制につながる」と答弁している<sup>(9)</sup>。群馬県知事も「子どもの医療費無料化は活力ある豊かな社会を築くための未来への投資」と答弁している<sup>(10)</sup>。また、「救急医療への過度の依存や時間外診療の増加が懸念されたが、国保診療分の時間外受診件数を検証したところ、拡大前の92.7%となり減少」「(夜間休日の受診が増え小児科医師の激務を助長するとの指摘に)子どもの救急電話相談や市町村の啓発活動により防ぐことができる」と国保援護課長が答弁している<sup>(11)</sup>。群馬県が高崎市内の保護者に実施したアンケートでは、「子ども医療費助成制度は、どのような点で生活に役立っていますか」との質問に、「約9割が『経済的負担の軽減』『早期治療による子どもの健全な成長促進』と回答」という結果が出ており、「子どもの受診にあたり、どのようなことに気を付けていますか」との質問には「約9割が『軽度な症状の場合は様子を見守る』と回答するほか、『過剰な受診を控える』等の回答が多い」「多くの保護者が適正受診を心がける行動をとっていると推察される」という内容を紹介している(資料5)。

愛知県犬山市の例を紹介しよう。犬山市は、2016年4月から中学生まで完全無料化を実施したが、市広報でその意義を、次のように述べている。

「お母さんが安心して子育てしやすくなり、これが定住や出産の促進につながるほか、病気の早期対応で重症になるのを防ぎ、健康増進や安心の確保につなげることができます。また、若い世代の定住促進により、地域経済の活性化、さらには高齢者対策も含めた自治体運営の安定化にも役立ちます」(広報いぬやま、2016年2月15日号、資料6)

資料 5

全国知事会 御提出資料

(厚労省「第4回子どもの医療制度の在り方等に関する検討会」2016年2月25日)

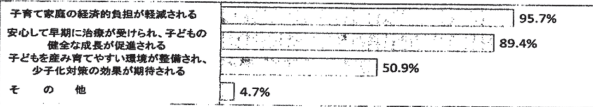
子ども医療費無料化アンケート集計結果

国保課 福祉医療係

- 目的 子ども医療費助成制度について、今後の同事業の参考とするために、子どもの保護者に対してアンケートを実施した。
- 実施期間 平成24年7月19日～31日
- 調査対象者 高橋市内において抽出した保育園、小学校、中学校に通う子ども約3,000名のうち、福祉医療費受給資格証の交付を受けている子どもの保護者
- 回答率 約31.9% (有効回答数 809件/調査依頼数 2,535世帯)

【問2】子ども医療費助成制度は、どのような点で生活に役立っていますか。(複数回答可)

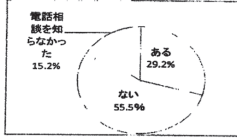
○約9割が「経済的負担の軽減」・「早期治療による子どもの健全な成長促進」と回答



「その他」で寄せられた保護者の意見(抜粋)

- ◆ 自分のことであればつい我慢してしまうが、子どもにはきちんとした医療を受けさせたいのでとても助かっている。
- ◆ 昼間は元気にしていても、夜中に高熱を出したりするので、その際に自己負担がないのはとても良い。特に、新型インフルエンザに感染し、夜中に医療機関で診てもらえたときは助かった。
- ◆ 早期治療のおかげで、仕事を休むこともなく助かっている。
- ◆ 多くの自治体ではいったんは自分で支払いを済ませ、申請するとお金が戻ると聞くので、本制度は非常にありがたい。

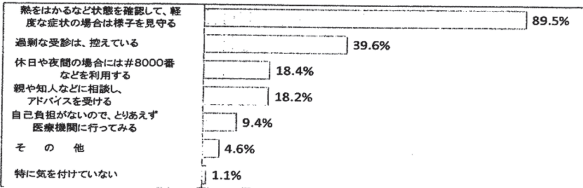
【問3】#8000番(群馬子ども救急相談)を利用したことがありますか。



○約29%が制度を利用したことがあると回答。制度を利用したことがないと回答した約55%と合わせると、約85%が#8000番を知っていた。

【問4】子どもの受診にあたり、どのようなことに気を付けていますか。(回答は2つまで)

○約9割が「軽度な症状の場合は様子を見守る」と回答するほか、「過剰な受診を控える」#8000番を利用する等の回答が多い。一方、「自己負担がないので、とりあえず医療機関に行ってみる」の回答数は76件あるが、このうちこの項目のみを選択したのは16件(本アンケート回答者の2.0%)にとどまっており、多くの保護者が適正受診を心がける行動をとっていると推察される。



資料 6

地域経済にも効果 子ども医療費全額助成

市では現在、年間2億7,000万円の経費を投入(平成26年度決算額)していますが、中学卒業まで通院・入院とも医療費を全額助成とすることにより、平成27年度決算見込額よりさらに年間約3,300万円の経費が必要と試算しています。

しかし、お母さん方が安心して子育てしやすくなり、これが定住や出産の促進につながるほか、病気の早期対応で重症になるのを防ぎ、健康増進や安心の確保につながることもできます。

また、若い世代の定住促進により、地域経済の活性化、さらには高齢者対策も含めた自治体運営の安定化にも役立ちます。

## 6. 国として医療費無料化制度創設を

以上みてきたように、子ども医療費助成制度は、子育て世帯の経済的負担の軽減や早期治療による子どもの健全な成長促進に効果を発揮している。そして、市町村では、単に保健医療施策・子育て世帯への経済支援にとどまらず、地域経済や地域社会の活性化にもつながる意義をもたらすことも紹介してきた。

国が子どもの医療制度のあり方について検討をした意義は大きい。しかし、国が出した結論が未就学児までの国庫減額措置の廃止だけでは、極めて不十分と言わざるを得ない。国の対応は、通院で7割を超え、入院では9割に迫る全国の市町村が中学校卒業までの医療費助成を行っている現状に追いついていないのであり、国として積極的に子育て支援を掲げるならば、国の制度として中学校卒業までの医療費無料化の制度創設が待ったなしの課題といえる。

康保険の国庫負担減額調整措置の見直し等についての意見書」(愛知県議会)

- (8) 2016年8月2日「平成29年度の地方財政措置についての各府省への申し入れ概要」
- (9) 群馬県議会：2012年5月定例会、6月5日本会議・一般質問での片野健康福祉部長の答弁
- (10) 群馬県議会：2012年9月定例会、9月25日本会議・一般質問での大澤正明知事の答弁
- (11) 群馬県議会：2011年9月厚生文化常任委員会、萩原国保援護課長の答弁

## 注

- (1) 時事ドットコム(2017年6月2日付)  
[http://www.jiji.com/jc/graphics?p=ve\\_soc\\_general20170602j-05-w350](http://www.jiji.com/jc/graphics?p=ve_soc_general20170602j-05-w350)
- (2) 愛知県保険医協会が2017年4月1日現在の子ども医療費助成制度の実施状況について、調査票を愛知県内全市町村に郵送で送付し、全市町村から回答を得た。回答一覧は、同協会ホームページに掲載している。[https://aichi-hkn.jp/bt/updata/bt\\_20170623120611.pdf](https://aichi-hkn.jp/bt/updata/bt_20170623120611.pdf)
- (3) 厚労省ホームページ(2017年6月30日付)：  
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihoshou/iryouseido01/info02d-37.html>
- (4) 2016年6月2日閣議決定
- (5) 2016年3月17日、参議院厚生労働委員会
- (6) 2016年3月29日「子どもの医療に関わる制度に関する要望」(全国知事会・全国市長会・全国町村会)
- (7) 2015年7月7日「地方単独事業に係る国民健





# 「韓国における公的医療保険の課題と民間医療保険の拡大」

## — 医療保険における公共性と市場原理との衝突 —

「Problem of public health care insurance

and expansion of private health care insurance in South Korea」

— Conflict between public and market principle on medical care —

小笠原信実

(京都大学経済学研究科後期博士課程、日本医療福祉政策学会会員、  
現代韓国朝鮮学会会員、社会政策学会会員)

**要約：**韓国では国民皆保険が実現しているが、医療保険から排除される人々が二重に存在する課題をかかえている。2004年に新自由主義的医療改革が始まると、民間医療保険が急成長した。そして民間保険会社は民間医療保険が公的な医療保険に代替することを目標とした。しかし営利目的に設計された民間医療保険には、公共の責任を果たすことが求められる公的な医療保険の問題を解決することはできないし、代替することは望ましくない。

**キーワード：**医療保険、韓国、公共性、市場原理、民間保険

### 第1節 問題提起と先行研究

#### 1—1 問題提起

本論文の目的は、「韓国における公的医療保険の課題と民間医療保険の拡大」の実態を明らかにするとともに、その実態を分析することにより「医療における公共性と市場原理」という普遍的な問題について考察することにある。韓国の公的医療保険に関する研究は韓国において多数あるが、これらの先行研究において公的医療保険の課題について議論する時に、公的医療保険のみに焦点をあてて議論されることが多い。しかし筆者はこのような議論のあり方に限界を感じており、本論文は「公的医療保険」と「民間医療保険」の関係に注目して韓国の医療

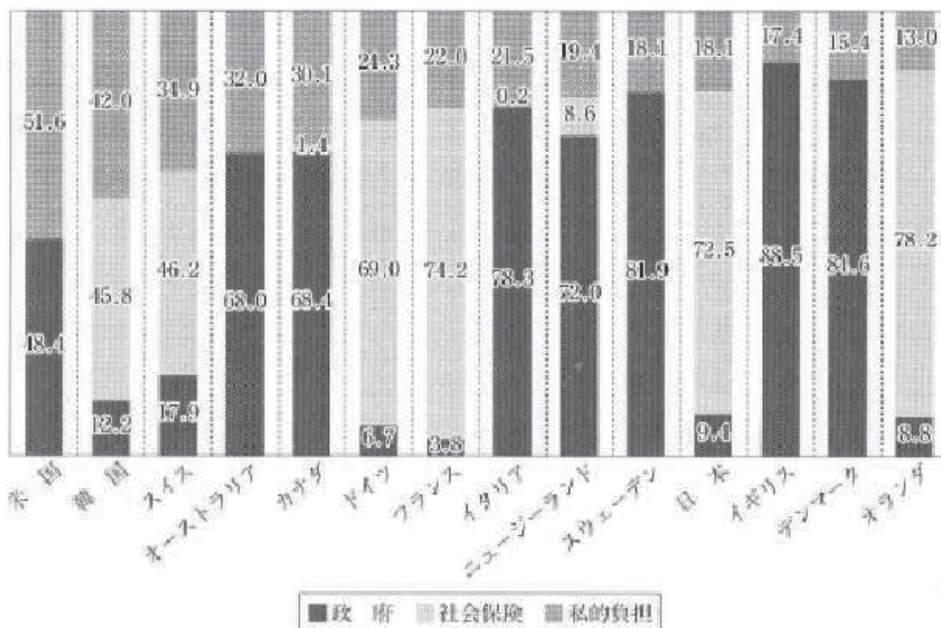
財源の問題点にせまる。

これにあたり、まず医療財源別医療支出についての国際比較表を提示する。

このうち〔表1—2〕における韓国に関する数字は次の点に留意する必要がある。韓国の民間医療保険に加入している患者は、病院で治療を受けた時に、先に自己負担で治療費を払い、後で民間保険会社から必要給付を受け取る。韓国政府が経済開発協力機構(OECD)に提出している資料は聴き取り調査の結果であるが、筆者がインタビューした韓国の調査関係者によると、このような民間医療保険加入者の中には、後で民間保険会社から給付を受けても、一度本人が医療機関に支払いを行っているため、聴

(受理日：2017年10月10日)

【図1—1 いくつかのOECD諸国における医療財源別医療支出(2010)】



(出所)OECDデータより松田が作成、松田亮三・鎮目真人編著(2016)第3章より

【表1—2 いくつかのOECD諸国における私保険と利用者負担(2010年)】

国	利用者負担 (%)	私保険 (%)	私的負担合計 (%)	国	利用者負担 (%)	私保険 (%)	私的負担合計 (%)
オランダ	5.3	6.0	13.0	日本	14.6	2.4	18.1
フランス	7.7	13.5	22.0	カナダ	15.4	12.8	30.1
イギリス	10.2	3.3	17.4	スウェーデン	17.0	0.5	18.1
米国	12.5	35.1	51.6	オーストラリア	20.4	8.3	32.0
ニュージーランド	12.6	4.7	19.4	イタリア	20.5	1.0	21.5
デンマーク	13.7	1.7	15.4	スイス	26.4	8.5	34.9
ドイツ	14.1	9.4	24.3	韓国	35.7	5.6	42.0

(出所)OECDデータより松田が作成、松田亮三・鎮目真人編著(2016)第3章より

き取り調査には、「私保険」から給付を受けていても、「利用者負担」と返答する場合があるという。そのために [表1—2] における韓国の「私保険」は5.6%よりは高く、「利用者負担」は35.7%よりは低いことはほぼ確実で、これらを合わせた「私的負担合計」の42.0%は信憑性のある数字である。

以上を留意する必要はあるが、これらの図表は韓国の医療財源の現状をよく反映しており、

特に [図1—1] より韓国の医療財源について、次の2点の特徴を確認できる。

- 1 韓国はスイス、日本、フランス、ドイツ、オランダと同様に、医療財源を主に社会保険により賄っており、医療財源における政府の比率が非常に低い。
- 2 韓国は医療財源において利用者負担と私保険の合計である私的負担の比率がアメリカに次いで高く、政府と社会保険の比率がアメリ

かに次いで低い。

本論文の主題に照らし合わせるなら、医療財源のうち「政府と社会保険」は「公的医療保険」の財源であり、「私的保険」は「民間医療保険」そのものである。[表1—1]における韓国の医療財源において「政府と社会保険」つまり「公的医療保険」の比率が低く、「私的負担」の比率が高いことは韓国の医療財源の在り方をよく表しており、韓国の医療財源に関する問題がここに凝縮されているといっても過言ではない。本論文では、以上をふまえ、このような状況がなぜ、韓国で生まれてきたのか、その実態はどうなのか、そこにどのような問題があるのかなど、この図表からだけではわからない韓国の状況を多数の韓国語資料を用いながら明らかにする。そしてこの韓国の事例を前提に「医療における公共性と市場原理」という、より普遍的な課題について考察を行う。

## 1—2 先行研究および韓国語の日本語表記

韓国の研究では新自由主義的医療改革を「医療民営化(의료민영화)」と述べる言葉使いが定着している。しかし民営化は「公営のものを民営にする」ことを本来は意味し、営利企業による病院経営の容認や民間医療保険の活性化などの幅広い医療改革の動きを総称するには、新自由主義的医療改革と表現した方が適切であると考へて、本論文では新自由主義的医療改革という表現を用いる。しかし韓国語文献の翻訳では「의료민영화」はその直訳のとおり「医療民営化」と翻訳するのが適当と考へて本論文ではそのように翻訳した。そこで本論文において韓国語文献の翻訳の「医療民営化」という表現は、公的な医療機関の民営化のみをさすのではなく、一連のすべての新自由主義的医療改革を意味していると理解いただきたい。

また韓国人の人物名について、近年の韓国ではハングルが定着して漢字がほとんど使われないので一般的に人物の名前の漢字表記は把握することが容易でない。そのために本論文では原則として、韓国人の名前はカタカナ表記する。ただし歴代大統領については日本でも漢字の表記が定着しており、「ノムヒョン」と表記するより、「盧武鉉」と表記したほうが、日本語読者にはわかりやすいので歴代大統領名だけは漢字表記する。

韓国の医療保険についての先行研究は、日本語文献では非常に少ない。その中でも李蓮花(2011)は韓国の医療保険政策について台湾と比較した優れた研究である。しかしこの著作は主に1950～80年代を中心に公的な医療保険を扱っており、本論文が扱う現代の課題や民間医療保険についてはこの著作からはわからない。本論文は李蓮花(2011)が述べなかった2004年以降に新自由主義的医療改革が始まって以降の韓国の医療保険について民間医療保険の拡大を含めて考察する。また鄭在哲(2014)は韓国の医療営利化について述べているが、サムソン財閥の動きについての言及がないことなどにより、韓国における新自由主義的医療改革の核心がこの論文では把握できない。一方、韓国語文献では韓国の医療保険についての先行研究は多数存在する。第2節において扱う「公的医療保険制度とその課題」については、シンヒョンウン(2009)、キムヨンミョン(2010)、シンヨンソク(2012)、シンヨンジョン(2014)など韓国において優れた先行研究が多数存在する。これらの論文は、韓国の公的な医療保険制度に二重の死角つまり医療から排除される人たちが二重に存在し、その課題を解決すべきであるという基本的認識でほぼ一致しており、解決のための提案には差異はあるが、現在の韓国の公的な医療

保険制度がかかえている問題点は議論の余地が少なく、本論文の第2節もこれらの先行研究を継承した。これに対し、第3節において扱う「新自由主義的医療改革と民間保険会社」については、韓国においても先行研究は少ない。その理由の一つは新自由主義的医療改革が、2004年に本格的に始まっており、公的な医療保険に比べその歴史がかなり浅いことなどが考えられる。その中で非常にすぐれた研究としてシン ヨンジョン(2009)があり、本論文もこの論文が指摘した内容を取り込んでいる。そして本論文第4節では、第2節と第3節の内容をふまえ、これらの論文で議論されていない「公的医療保険制度とその課題」と「新自由主義的医療改革と民間保険会社」の関係について述べる。筆者は公的医療保険の課題と新自由主義的医療改革は密接に結びついていると本論文で主張するが、韓国では特に「公的医療保険制度の課題」を主題とした論文で民間保険会社との関係を述べた論文は少なく、本論文は韓国の先行研究が関心をよせてこなかったこの点を新たに明らかにする。

## 第2節 韓国における公的医療保険制度とその課題

### 2-1 公的医療保険制度と二重の死角

韓国の医療安全網は3段階で構成されている

[表2-1]。このうち2次安全網である医療給与制度は、1977年に制定された「医療保護に関する規則」に始まったもので、所得認定額基準で最低生計費以下の世帯を対象に支給され、政府が徴税を財源として医療サービスを提供する公的扶助制度である。この医療給与受給者を除いた全国民を対象とした健康保険制度が1次安全網として存在している。

この全国民を対象とした健康保険制度の財源は基本的に保険料を財源としており、一部政府からの補助がはいっている。この健康保険制度は、1977年に職場保険から始まり、職場保険は保険料を使用者と労働者が折半して支払う。また職場保険に加入していない国民のために後に地域保険が整備され、国民皆保険が実現している [表2-2]。また韓国では公的な医療保険に加えて、民間の医療保険が発達しており、これについては第3節で述べる。

このような国民皆保険制度が整備されているにもかかわらず、韓国には実質的に医療から排除された人々が存在しており、これが国民健康保険における死角である。そしてその国民健康保険における死角が二重に存在しており、この二重の死角を解消して全国民が必要な医療を受けられるようにすべきであるというのが、韓国の専門家のほぼ共通した認識である。この二重

[表2-1 韓国の医療安全網の概要]

区分	対象	主要事業	
1次	全国民	健康保険制度	
2次	医療給与受給者	医療給与制度	
3次	緊急資格に該当する者	(医療費中心支援) 緊急医療費支援	
その他	公的支援	健康増進基金	疾患中心支援
		一般会計	特定階層中心支援
	民間医療費支援事業	子供の癌、白血病・子供、障害者、老人	

(出所)シン ヨンソク(2012)をもとに筆者が再構成

[表2-2 韓国の医療保険の現状]

民間保険		民間保険	民間保険
公的保険	公的保険 対象除外	地域保険 (本人が保険料全額負担)	職場保険(+その被扶養者) (使用者と保険料折半)

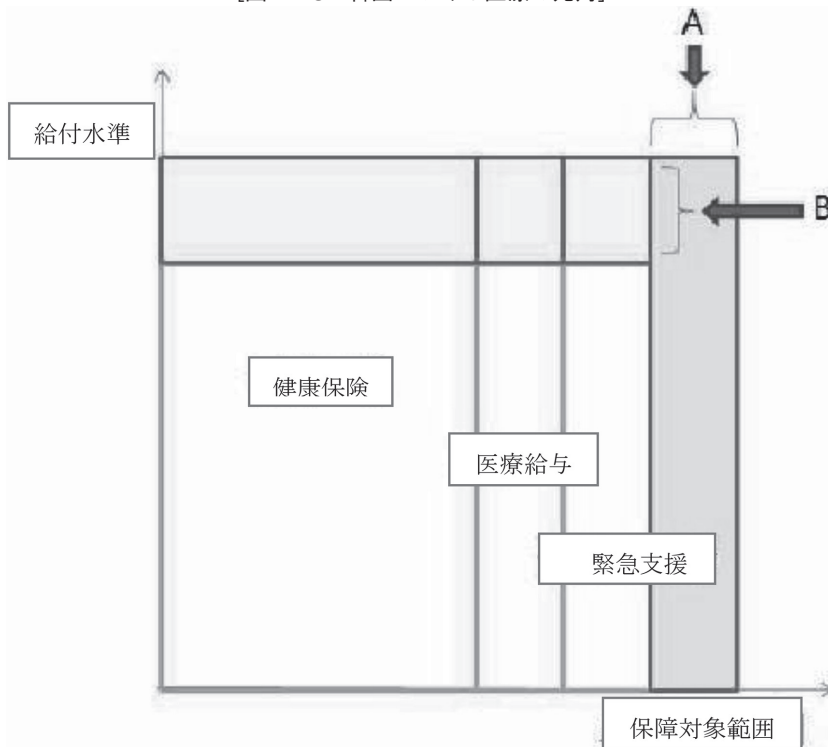
(出所)筆者が作成

の死角とは、第一に、公的医療保障対象除外による死角で、主には保険料滞納により資格停止になり国民健康保険から排除される問題である [図2-3]A。第二に、韓国の国民健康保険は給付水準が低いとともに、国民健康保険が適用されない治療の範囲が比較的広く、このために自己負担金が相対的に多額になり、保険料を支払っていても、自己負担分が支払えないために生じる死角が存在する [図2-3] B。

### 2-2 医療保障対象除外による死角

医療保障対象除外による死角は、[図2-3]ではAに該当し、健康保険制度から事実上、排除された人々により構成され、その大部分は保険料の長期滞納による資格停止者である。地域保険加入者の保険料納付義務は世帯が連帯して納付するように規定されており、世帯が一定期間保険料を滞納した場合、保険給与制限を受けるように健康保険法に規定されている。現在は6回以上<sup>(1)</sup>、つまり事実上は6か月以上保険料を滞納すると、公的保険給付の制限を受けるの

[図2-3 韓国における医療の死角]



(出所)シン ヨンジョン(2014)、翻訳は筆者

[表2—4 雇用形態別健康保険適用率(2014年8月)]

単位：%

	資格 停止者	職場 加入者	地域 加入者	医療 受給権者	職業加入 被扶養者
賃金労働者	1.2	71.4	14.6	0.8	12.0
正 規 職	0.0	98.9	0.7	0.1	0.3
非 正 規 職	2.7	38.3	31.4	1.6	26.0

(出所)キム ユソン(2015)を筆者が一部修正、翻訳は筆者

で、6回以上の保険料滞納者は、医療保障制度から事実上排除されることになる。2013年末時点で保険料の長期滞納により健康保険給付が停止されている人は165万5千人におよび、これは全人口の約3.2%にあたる。そして滞納世帯の95%が年所得1000万ウォン未満の低所得層である。

国民健康保険の加入形態と長期滞納による公的保険からの排除は、雇用形態、企業規模、性別により顕著な特徴があり、これが韓国における社会問題を象徴している。

まず雇用形態では、非正規労働者が正規労働者より差別的な状況におかれている [表2—4]。正規職の98.9%が職場加入者であるのに対し、非正規職は38.3%にすぎない。これは事業主が労働者の保険料を払うのを嫌って非正規職の職場加入を認めないことが主要な原因であるが、賃金の安い非正規労働者が保険料を払うのを嫌って事業主と談合して職場加入しない場合もある。職場加入できなかった非正規労働者は地域加入することになる。保険料の算定は、職場加入は賃金をもとに算定されるのに対し、地域加入は賃金に加えて、世帯人数、世帯構成員の年齢、資産などを考慮して算定されるので、単純な比較はできないが、全般的に職場加入のほうが保険料は安い。ということは、賃金の安い非正規労働者のほうが、職場加入から排除され、地域加入することで、相対的に高い保険料

を払っていることになり、その意味で公的な医療保険が逆進的な役割を果たしていることになる。また保険料滞納による資格停止者は、非正規職で2.7%いるのに対し、正規職ではゼロである。

またキム ヨンミョン(2010)は国民健康保険の長期滞納による資格停止者は、大企業従業員よりも零細企業従業員に、男性より女性により多くいることが顕著であることを明らかにしている<sup>(2)</sup>。

このような保険料の長期滞納により健康保健給付制限をうける低所得層は本来、医療給与の対象者であるべきである。しかしこれら保険料を払えない低所得層が、医療給与の対象者になれない重要な理由は扶養義務者規定のために基層生活保障受給者になれないからである。基層生活保障受給者でなければ、医療給与対象者にはなれない。家族の中で一人が就職すれば、扶養義務者基準により受給資格を受けられなくなる。政府資料によると、所得が最低生計費以下であるにもかかわらず、扶養義務者基準により受給者になれない人数は117万名にのぼる(キム ヨンミョン、2010)。

保険料長期滞納者以外にも、ホームレス、未登録移住労働者、結婚移住女性も国民健康保険から排除されている比率が高い。

[図2—5 病院医療費の構成]

給付部分		非給付部分
公団負担分(A)		(C)
本人負担分(B)		

- ・給付：国民健康保険公団で保障する診療費項目で、国民健康保険公団が保障する部分(公団負担分)と本人が直接出さないといけない本人負担分で構成される。
- ・非給付：国民健康保険公団では保障しない診療費項目をいい、選択診療費、上級病室との差額、超音波検査費などが該当する。

(出所)チャン ウンソ(2016)、翻訳は筆者

### 2—3 給付水準の低さと健康保険適用外治療の多さによる死角

給付水準の低さと健康保険適用外治療の多さによる死角は、[図2—3] ではBに該当する。そしてこれは [図2—5] において、国民健康保険の保険料を支払っていたり、医療給付を受けていても、公団負担分(A)つまり国民健康保険の給付水準が低いことにより本人の医療費負担率ひいては本人負担分(B)が低所得層にとり高額になること、国民健康保険の対象にならない治療の範囲つまり非給付部分(C)が存在するために本人が全額負担しなければならない治療が比較的多いため生じている。

[表2—5] の非給付部分(C)つまり国民健康保険公団では保障しない診療費項目は非常に多く、しかも実質的に患者にとり、必要な内容を多く含んでいる。まず日本では公的な医療保険の対象になる検査のうち韓国ではならない検査

があり、MRI検査費などは最近まで韓国の国民健康保険の対象外であった。また選択診療費は大学病院で教授級医療陣を選択する時に払う費用であるが、大学病院の医師の約80%が選択診療医師なので、大学病院にいけば患者の意志に関係なく無条件に選択診療費を払う場合が多い。上級病室費は5人以下の病室を使う時に払う費用である。大学病院では6人室が常に不足しているので、入院の必要があれば、選択の余地なく上級病室に入るケースも多い。選択診療費や上級病室費はこのように特別に恵まれた治療をうけるための費用ではなく、多くの場合は治療に必要な費用であるが、国民健康保険の給付対象になっていない。

実際の健康保険保障率が、[表2—6] である。日本では本人負担分(B)は、一般的には3割であるが、年齢などにより負担が軽減される患者がいるために、平均すると3割から下がり、約

[表2—6 健康保険保障率]

(単位：%)

区 分	2005年	2006年	2007年	2008年	2009年	2010年
健康保険保障率	61.8	64.3	64.6	62.2	64.0	62.7
法的本人負担率	22.5	22.4	21.9	22.6	22.7	21.3
非給付本人負担率	15.7	13.3	13.5	15.2	13.3	16.0

注：障率は全体医療費中、補綴費、貼薬費、一般買薬費、整形などは除外し、健康保険で負担する給付費が占める比率

(出所)国民健康保険公団報道資料、2012年2月8日

[表2—7 所得分位別保険医療費負担の実態(2007年)]

分位	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	合計
A	19.76	9.26	7.53	7.04	6.66	5.99	5.88	5.45	5.53	4.74	5.50

A = (保険医療費 + 健康保険料) / 平均所得

(出所)シン ヨンソク他(2010)。健康保険の政策と課題、韓国保険社会研究所

12%程度(2012年)になっており、これと比較しても韓国における本人負担率の高さがよくわかる。また[図1—1]の国際比較において、韓国の「政府と社会保険」つまり公的な医療保険の保障率が58%と低く、結果として私的負担が42%とアメリカを除く他のOECD諸国に比べ高いことは、このような健康保険保障率の低さと健康保健適用外診療の多さからきている。

そしてこのような本人負担比率の高さが、低所得者にとり相対的に重い負担になり、低所得層の生活を圧迫している[表2—7]。

#### 2—4 公的医療保険制度の改善にむけた提案

このような公的医療保険制度の二重の死角の解決について、韓国の研究者は多くの提案を述べている。シン ヒョンウン(2009)は、貧困層に対する一部国庫支援、健康保険の給付水準の向上などを提案、キム ヨンミョン(2010)は現在の保険料中心のあり方の限界を述べながら、税を財源とするベバリッジ式への転換の可

能性について述べている。またシン ヨンソク(2012)は、医療安全網基金の創設、貧困層に対する保険料免除、非給付本人負担保障制度の導入を提案している。しかし大統領選挙や国会議員選挙の公約として、国民健康保険制度の改善についてふれられることはあっても、韓国政府はこの問題を抜本的に改善してこなかった。

こうした中で、市民団体、労働組合、医療従事者、患者団体、国会議員、専門家がこのような状況を憂慮して、様々な社会運動を展開してきた。特に第2節で述べてきた国民健康保健の問題を解決するために、「すべての医療費を健康保険一つに」をスローガンとした運動がこの間、行われてきた。この運動は、「コンポ ハナ運動」(「건보 하나운동」)<sup>(4)</sup>として一定の広がりを見せてきた。韓国における公的医療保険制度の改善にむけた提案を代表するものとして、ここで2017年3月30日に行われた政策討論会の概要とこの討論会の発題の内容を紹介する[表2—8]。その理由は、この集会の主催

[表2—8 2017年3月30日「すべての医療費を健康保険一つに」討論会の概要]

主 題	「健康保険の保障性強化のための次期政府の課題 — すべての医療費を健康保険一つに —」
日 時	2017年3月30日
場 所	国会議員会館第1セミナー室
主 催	国会ナム インスン議員室、社団法人・福祉国家ソサエティ、すべての医療費を健康保険一つに運動本部、保健医療産業労組
発 題	イ サング(社団法人・福祉国家ソサエティ運営委員長)
討 論 者	患者団体連合会、保健医療産業労組、私がつくる福祉国家、その他専門家など

(出所)2017年3月30日に開催された「すべての医療費を健康保険一つに」討論会で配布された資料をもとに筆者が作成



[表2—9 国民健康保険累積黒字規模]

単位：ウォン

年 度	2011年	2012年	2013年	2014年	2015年
健康保険累積黒字規模	1.6兆	4.6兆	8.2兆	12.8兆	17.0兆

(出所)国民健康保険公団、翻訳は筆者

および関係団体が具体的に「コンポ ハナ運動」の主要な担い手であること、その発題の内容にこれら団体がほぼ同意していることなどからである。また主催者の一つである国会議員ナムインスンが「共に民主党」に所属する国会議員で、2017年5月9に行われた韓国大統領選挙で「共に民主党」の文在寅(ムン ジェイン)が当選したことをふまえると、この討論会で提案された内容が今後の韓国の健康保険制度に影響を与える可能性に注目する意義はあると考えられる。

「韓国の公的な医療保険は国民健康保険一つ」のはずなのに、なぜこの討論会の主題および社会運動のスローガンを「健康保険 一つに」とする必要があるのだろうか。それは「国民健康保険があるにもかかわらず、その給付水準が低いために、利用者負担が高く、そのために民間医療保険に入る人が多い。そこで国民健康保健の給付水準を高くすることで、利用者負担を低め、民間医療保険に入る必要をなくする方向に改善されるべきである」との認識がその根底にある。イ サングの発題の骨子はまさにそこにあった。以下、この討論会に出席した筆者の記録と発題したイ サングから筆者が提供された資料をもとにイ サングの発題の要約を簡潔に紹介する。

[2017年3月30日「すべての医療費を健康保険一つに」討論会でのイ サング発題要約]

1 韓国においては国民健康保険の給付水準が低い。そのために貧困層を中心に経済的な理由で医療を受けられない人たちが多数存在す

る問題が発生している。また低い給付水準を補うために民間医療保険に加入する人が多い。

2 国民健康保険の累積財政黒字の規模が増額し、2015年で17兆ウォンという巨大な規模になっている [表2—9]。この累積黒字は、保険料長期滞納による資格停止者の救済や給付水準の低さを高めるなど、現在の健康保険がかかえている問題の解消にむけて使われるべきである。

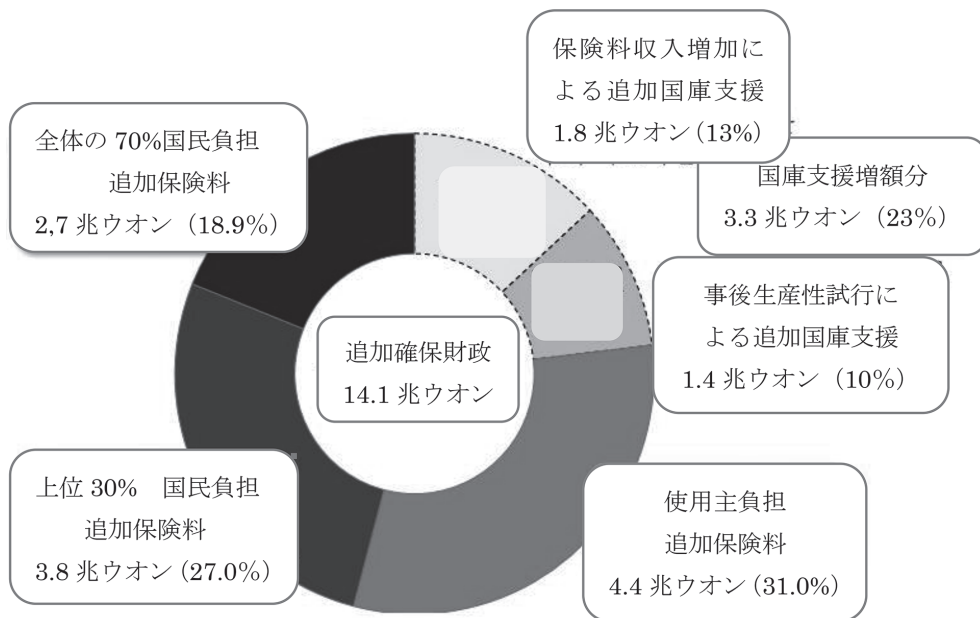
3 現在の「脆弱な健康保険保障率(62%)」は、「過度な負担(38%)」を国民に課し、これが「民間医療保険の膨張」を生んでいる。これに対し、「健康保険の保証性を拡大」をすることで、「私的支出を最小化」し、「民間保険の縮小」をめざす運動を展開すべきである。

4 政策目標として、現在の「健康保険保障率(62%)」を、「健康保険・通院保障率80%、入院保障率90%」まで引き上げることをかけ、そのための財源として「国民の70%負担額：2.7兆ウォン(18.9%)、上位30%/政府/企業負担額：11.4兆ウォン(81.1%)」を新たに徴収することを提案する [図2—10]。

5 健康保険給付水準の引き上げのための国民負担・追加保険料は、累進的に引き上げる [表2—11]。

[表2—11] は地域加入者の保険料引き上げに関する試算だが、討論会では職場加入者についても試算が提案された。また保険料の長期滞納のために給付制限をうけている低所得者については、所得1分位の最貧困層は保険料

[図2—10 「健康保険、一つに」必要財政の主体別負担]



(出所) イ サングより提供された資料を筆者が翻訳

[表2—11 所得分位別、国民健康保険料引き上げ額(地域加入者)と長期滞納者対策]

	1分位	2分位	3分位	5分位	10分位	15分位	20分位
現行	3179	6274	12489	18925	49378	104025	291956
「健保一つに」	0	8156	16235	24603	64192	135233	379560
長期滞納者対策	保険料免除	無利子貸出					

注：地域加入者所得分位別世帯あたり月平均健康保険料(ウオン)

(出所) イ サングより提供を受けた資料を筆者が再構成して翻訳

を免除し、所得2分位層と3分位層には無利子貸与することを提案した。

韓国において保険料未納や給付水準の低さのために医療を受けられない国民が多数おり、自殺者まででている中で国民健康保険が近年、黒字をだしてその累積規模が2015年で17兆ウオンにのぼる [表2—9] とところに近年の韓国政府の医療保険政策の問題が表れている。討論会では、主催団体および討論者はおおむね発題に賛同の意志を示し、むしろ「この提案を実現す

るためには、国民の合意が必要である」など、イ サング提案の実現のための課題が語られた。

イ サング発題には、次のような反論、議論の余地がある。

- 1 国民健康保険への国庫支援の増額分の財源はどうするのか。増税か、それとも国債発行に依存するのか。
- 2 事業主負担を増額することで、中小企業の経営を圧迫したり、韓国企業の国際競争力に深刻な悪影響を与えることはないのか。

3 累進的な保険料の増額が、低所得層の保険料免除とあわせて、高所得層の反発を受けることはないか。

4 保険料長期滞納者のうち低所得層への無利子貸出への返済が滞った時はどうするのか。事実上の保険料免除と同じでないか。

これらの課題はもしイ・サング提案が実行に移されることがあるなら、その段階で議論の余地がある。しかし [図1—1] の国際比較表において、韓国は明らかにOECD諸国の中で税と保険料をあわせた公的医療保険の規模がアメリカを除いて小さく(60%前後)、私的負担の合計が大きい。一部専門家が主張するように、これをベバリッジ式の税を財源とするシステムへ転換を図るなら、それこそ大幅な増税または国債発行が必要で韓国の現状では現実的ではない。イ・サングは現状から公的な医療保険の規模を80%程度に引き上げようと提案しているのであって、現在の日本程度の水準を目標とするもので、アメリカを除くOECD諸国の現状と比較するなら決して無理な提案をしているわけではない。むしろイ・サング提案が実現したとしても政府負担はスウェーデンやイギリスと比較するとはるかに低い。イ・サングが具体的に財源をかなり具体的に示していることとイ・サングをはじめとする市民団体や労働組合が国民健康保険の水準を、一度ではなく段階的に改善することを提案していることをかんがみると、本論文第2節で述べてきた韓国の公的な医療保険の改善にとり、イ・サングの提案は妥当なものであると筆者は評価する。

### 第3節 韓国における新自由主義的医療改革と民間保険会社

#### 3—1 新自由主義的医療改革と財閥

韓国における新自由主義的医療改革は、盧武

鉉大統領(ノムヒョン、2003～08年)が2004年1月新年年頭記者会見で「金融・医療・法律・コンサルティングのような知識産業も集中育成していく」と発表したことにより始まった。盧武鉉政権の新自由主義的医療改革の方向は「サービス産業競争力強化総合対策」によく表れている。これ以降、韓国における新自由主義的医療改革は、李明博政権(イ・ミョンバク、2008～13年)の時に本格化し、朴槿恵政権(パク・クネ、2013～17年)は歴代政権の中で最も熱心に新自由主義的医療改革を推し進めようとした。このような過程で、営利企業による病院経営の容認、病院付帯事業の大幅増加、付帯事業を非営利病院の営利子会社に許容、病院の合併許容、私企業による健康管理サービス導入、遠隔医療、民間医療保険の活性化など新自由主義的医療改革の推進が試みられた。しかしこれら一連の政策は、市民団体、医療関係者、医療専門家などの反対により挫折した内容もあり、法改定ができないで、行政ガイドラインとして定められたものもある。

韓国の新自由主義的医療改革において、韓国政府内における主要な推進者は企画財政部を中心とする経済官僚であったが、これら経済官僚に影響を与えて、新自由主義的医療改革を企画、推進したのは民間保険会社を擁する財閥であった。韓国の主要な財閥は、民間保険会社、大型民間病院を傘下においている。これら財閥の傘下にある民間保険会社は、民間保険業界における最大手であり、業界において高い市場占有率を占めている。韓国の4大財閥のうち現代自動車が現代海上、LGがKB損害保険(旧ILG損害保険)、SKが未来アセット生命(旧SK生命、生命保険9位)を保有しているが、サムソンが保有するサムソン火災、サムソン生命の総資本は他の民間保険会社の群を抜いて

[表3-1 韓国における民間保険会社の総資本と比率(2015年6月末)] 単位: ウォン、%

生命保険会社	総資本	比率	損害保険会社	総資本	比率
サムソン生命	22兆1475億	36.2	サムソン火災	9兆8192億	34.8
ハンファ生命	8兆8066億	14.3	トンプ火災	3兆5140億	12.4
キョボ生命	7兆0110億	11.4	現代海上	2兆3935億	8.4
ノンヒョブ生命	3兆7385億	6.1	ILG損害保険	1兆8418億	6.5
ING生命	2兆9375億	4.8	メリズ火災	1兆4346億	5.0
合計	61兆1762億	100	合計	28兆1928億	100

注: ILG損害保険は現在のKB損害保険

合計は業界6位以下の民間保険会社を含めた総合計  
(出所)金融監督院(韓国)の資料をもとに筆者が比率を加えて再構成

いる [表3-1]。

韓国財閥の中で新自由主義的医療改革を主導してきたのは、このように民間保険業界において最大手のサムソン火災、サムソン生命を傘下におくサムソン財閥であった。このサムソン財閥の新自由主義的医療改革にむけた意図は、「サムソン生命戦略報告書・民間医療保険の発展段階」(以下、「サムソン戦略報告書」と略す)によくあらわれている。

「サムソン戦略報告書」では、「民間医療保険の発達段階」を6段階にわけて設定しており、第1段階が「定額方式の癌保険」で、「現在第4段階まで施行されている状態である」と述べられている。そして『第4段階「シルソン(実損)医療保険<sup>(5)</sup>」→第5段階「病院と連携した部分競争型」→第6段階「政府保険に代替する包括的保険』と「民間医療保険の発達段階」が設定されている。「サムソン戦略報告書」は、民間医療保険が「政府保険に代替する包括的保険」となることを最終目標にしているのである。そして実際に韓国の民間医療保険は「サムソン戦略報告書」が示す内容にそって発達してきており、2004年に新自由主義的医療改革が始まるにともない、第4段階「シルソン(実損)医療保

険」が急速に販売をのばしてきた。本論文はサムソン戦略報告書のうち、この第4段階「シルソン(実損)保険」の内容を十分に検証することで、「シルソン(実損)保険」の販売、拡大が6段階目「政府保険に代替する包括的保険」の実現にむけた布石であることを明らかにすることにする。

### 3-2 「サムソン生命戦略報告書」とシルソン(実損)保険

新自由主義的医療改革が盧武鉉大統領の2004年1月新年年頭記者会見に始まり、これを受けて2005年に「医療産業化・営利病院設立許容、民間医療保険活性化」などを論議するために大統領直属の委員会として発足した医療産業化委員会で最初に議論された内容の一つがシルソン(実損)保険であった。シルソン(実損)保険は、2006年に医療産業先進化委員会で「シルソン(実損)保険制度活性化方案」が発表されるのにもない急拡大した。「サムソン戦略報告書」の4段階目で「シルソン(実損)保険」が目標とされたのと連動するように、韓国政府が「シルソン(実損)保険制度活性化方案」を発表するなど、韓国政府の新自由主義的医療改革は

[表3—2 シルソン(実損)保険の概要]

関連法・運営	保険業法・民間保険会社が運営主体
構成	疾病および傷害による通院型と入院型に大別される
保障方法	国民健康保険で保障しない医療費を対象に民間保険会社が保障
給付	治療目的で発生した医療費領収証から、国民健康保険公団の給付部分に対して90%支給、非給付部分に対して80%支給
単独型と特約型	単独型商品—実損医療費だけで構成 特約型商品—死亡、後遺症または診断費保険に実損特約付加
保障しない事項	精神科疾患および行動障害、女性生殖器の非炎症性障害による習慣性流産、不妊および人口受精関連合併症、肥満、泌尿器系の障害 その他、合計18項目
販売保険会社	元来は損害保険会社の伝統商品であったが、2008年から生命保険会社も販売を始めた

(出所)チャン ウンソ(2016)をもとに筆者が作成

[表3—3 民間医療保険加入率と月保険料]

単位：ウオン、%

年 度	2008年	2009年	2010年	2011年	2012年	
区 分	頻度(比率)	頻度(比率)	頻度(比率)	頻度(比率)	頻度(比率)	
加入世帯	5021(71.6)	4718(74.7)	4540(76.2)	4473(77.9)	4368(80.4)	
未加入世帯	1988(28.4)	1596(25.3)	1416(23.8)	1268(22.1)	1066(19.6)	
全体世帯	7000(100)	6314(100)	5956(100)	5741(100)	5434(100)	
全体世帯対比	加入件数	2.98件	3.25件	3.58件	4.07件	4.64件
	金 額	179850	195162	213360	240675	276046
加入世帯対比	加入件数	4.16件	4.34件	4.70件	5.22件	5.78件
	金 額	251975	261751	280142	308948	343488

筆者注：表の中の「金額」は、一月の民間保険の保険料の納付金額  
(出所)韓国医療パネル2014、キム ソンジュ議員室資料、翻訳は筆者

サムソン財閥の戦略と密接に関連して試みられてきた。シルソン(実損)保険の概要が[表3—2]である。

このシルソン(実損)保険の加入率は、16.2%(2006年)から66.3%(2014年)と急拡大した。これにともない、民間医療保険加入率と月保険料は増加の一途をたどった[表3—3]。

チャン ウンソ(2016)はわかりやすく書かれた保険案内書であるが、その中でシルソン(実

損)保険について、「病院治療を受けたり、転んでケガをして使う治療費用の最大90%はもどってくる商品として、第2の国民健康保険と呼ばれる」と紹介している。この言葉は、現在の韓国においてシルソン(実損)保険がもつ意味を象徴しており、筆者はこの言葉に焦点をあててシルソン(実損)保険について考察することにする。

「第一に加入しないといけない保険はシルソ

ン(実損)保険である。些細な疾病は無論、急な事故、大きな疾病まで幅広く保障する商品だからである。」(チャン ウンソ(2016))との叙述は、シルソン(実損)保険の保険商品としてのすぐれた性格とこれが急速に拡大した理由をよく説明している。癌など特定の疾病のみにそなえた医療保険商品が多い中、一部を除いた疾病、ケガに対して、国民健康保健公団の給付分部に対して90%支給、非給付分部に対して80%支給という高い保障を提供した。「シルソン(実損)保険が第二の国民健康保険である」とチャン ウンソが述べたのは、このようなシルソン(実損)保険のすぐれた商品設計と現在の韓国における広範な普及の現実からであると思われる。

韓国における医療費が現実に上昇を続けているにもかかわらず、公的な医療保険においてそれに応じた拡大がなされず、国民健康保険の低い給付水準と保険適用外診療の多さが続いてきたことが、シルソン(実損)保険の急速な拡大を支えた。この医療費上昇にあわせて国民健康保険の現状維持が続くならば、シルソン(実損)保険はさらに拡大することが予想される。またもし国民健康保険が縮小した場合、シルソン(実損)保険の市場はさらに拡大し、さらに国民健康保険が消滅するならば、シルソン(実損)保険以外に健康保険にかわる医療保険は考えられない。このような視点にたつて「サムソン戦略報告書」を見直すときに、「シルソン(実損)保険」の販売と拡大は、6段階目「政府保険に代替する包括的保険」を民間保険会社が担うにあたり、基礎となる一里塚と理解することが可能である。もし韓国で「政府保険に代替する包括的保険」を民間保険会社が担う日がくるならば、シルソン(実損)保険は「まず加入すべき基礎的な民間保険」となり、シルソン(実損)保険が「第二の国民健康保険」から「第一の国民健康保険」

へと昇格することになろう。

### 3—3 公的医療保険の代替を企図する民間医療保険

パク ヒョンゲン(2008)は、韓国政府が医療サービス産業先進化<sup>6)</sup>の一環として論議してきた民間医療保険活性化は次の3つの側面から理解できるとしている。

第一は、民間医療保険商品開発の支援である。国民健康保険公団が保有している国民の医療にかかわる個人情報、つまり性別、年齢別、地域別、所得水準別に、いつ、どのような疾病に、どのような医療機関で、どのような治療をどの程度受けたかについての情報を民間保険会社に提供してほしいというものである。これは医療保険市場に本格的に進出するために民間保険会社と企業研究所が繰り返し提起してきた内容である。もし民間保険会社がこれを確保できるなら、収益算出が可能な多様な民間医療保険商品を開発することができ、医療保険市場に本格的に参入し、公的な医療保険と本格的に競争することも可能になる。商品開発のためなら、あえて個人別の情報でなくてもよく、特性別に医療利用情報だけ確保できれば十分である。第二は、民間医療保険の給付範囲設定に関するものである。既存の民間医療保険市場と商品は国民健康保険に対して補完的で、民間医療保険商品の独立的給付領域が存在しない。このため民間医療保険商品は国民健康保険に対して依存적であるうえにその範囲が制限的で、国民健康保険の制度変化により市場の未来が不確実になることが避けられない。そこで制限的であっても民間医療保険独自の給付領域を確保することができるなら、安全な市場領域を確保することができ、供給者との契約を前提とした多様な商品開発が可能になる。もしこれが合法化されたな

ら、それ以降は非給付領域を健康保険の保障領域に含めようとする場合に民間保険会社の干渉を排除することができなくなる。第三は、民間保険会社と供給者間の自律的な価格契約を前提とした商品である。現在までの民間保険商品は供給者との価格契約が排除された保険会社と加入者間の関係に限定されたものであったが、制限的な範囲であっても民間保険会社と供給者間の価格契約による商品をだすこと可能になれば、民間保険会社の健康保険への代替性が現実化することになるのでその意味は大きい。

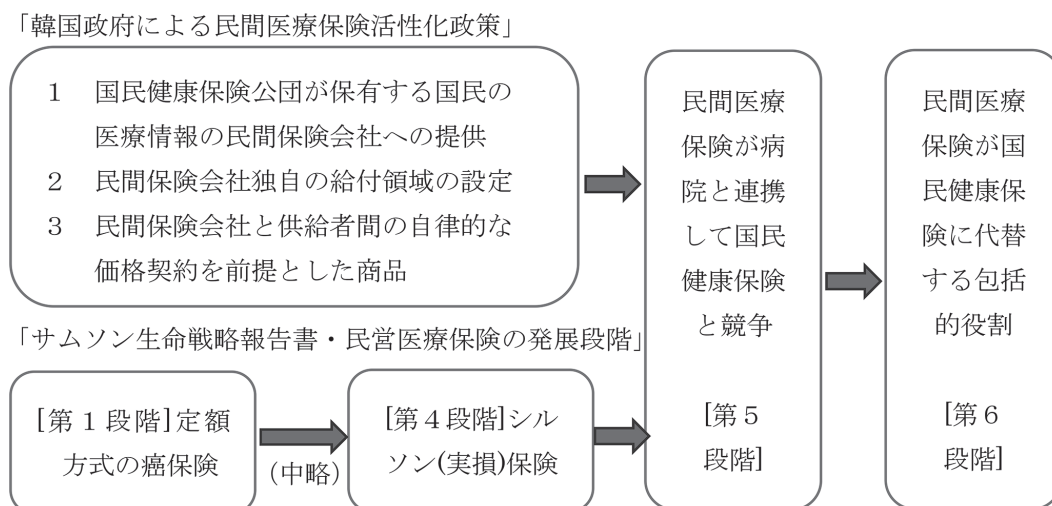
パク ヒョンゲンは、これら民間医療保険活性化政策について次のように述べている。

「総合すれば民間医療保険活性化政策の目標と方向が明らかになる。民間医療保険が健康保険に代替するか、全面的に競争する体制を想定しているのである。(中略)民間医療保険活性化方案は健康保険制度の根幹をゆるがすとても重要な事案である。」(パク ヒョンゲン(2008)、翻訳は筆者)。パク ヒョンゲンの指摘は、韓国政府による民間医療保険活性化政策の目標と方向

は、「サムソン戦略報告書」の最終目標「政府保険に代替する包括的保険」と同様のものであることを示している [図3—4]。

「サムソン戦略報告書」の6段階のうち、すでに実現した4段階目「シルソン(実損)保険」の拡大、定着と現在、民間保険会社の実現を主張している5段階の「病院と連携した部分競争型」の内容を検証すると、もうその先には「政府保険に代替する包括的保険」しかない。仮に6段階目に「政府保険に代替する包括的保険」と記載されていないとしても、アメリカ合衆国の医療の状況を少しでも知っているなら、「シルソン(実損)保険」の拡大、定着と「病院と連携した部分競争型」の先に「政府保険に代替する包括的保険」の姿を想像することは可能である。まさに「サムソン戦略報告書」は現在のアメリカのような医療環境を韓国において作りだすことを狙っている。「サムソン戦略報告書」は専門家集団が、民間保険会社、製薬会社、大病院が莫大な収益をあげているアメリカの医療の状況を入念に研究して、韓国において長期的

【図3—4 韓国政府の民間医療保険活性化政策とサムソン戦略報告書】



(出所)パク ヒョンゲン(2008)と「サムソン生命戦略報告書」を参考に筆者が作成

に同様のシステムを構築するために考え抜かれた計画書であることに疑念の余地は少ない。そしてその最終段階である6段階目「政府保険に代替する包括的保険」の中心的な担い手は、現在の韓国における保険会社の総資本規模からしてサムソン生命とサムソン火災を置いて他に考えられない〔表3—1〕。

### 3—4 新自由主義的医療改革と公的医療保険の抑制

韓国において、「国民健康保険の死角およびその解決にむけた提案」についての論文は多数あるが、新自由主義的医療改革や民間保険会社と関連づけて書かれた論文は多くはない。しかし筆者は、国民健康保険の死角の問題と新自由主義的医療改革の推進を関連づけて、「国民健康保険の給付水準の低さと保険適用外診療の項目の多さを放置したことは、新自由主義的医療改革の核心の一つである民間医療保険活性化の重要な一環であった。」と考える。

筆者が「国民健康保険の給付水準の低さと保険適用外診療の項目多さを放置したことは、新自由主義的医療改革の核心の一つである民間医療保険活性化の重要な一環であった。」と考える理由は次の5点である。

- 1 国民健康保険の給付水準が60%代前半と低い水準のまま、向上していない〔表2—6〕。
- 2 国民健康保険の累積財政黒字の規模が増額し、2015年には17兆ウォンになっている〔表2—9〕にもかかわらず、この黒字を国民健康保険の給付水準の拡大のために使ってこなかった。
- 3 「健康保険保険料収入対比実際の政府支援の比率」が減少の一途をたどってきた〔表3—5〕。2006年に「国民健康保険法」と「国民健康推進法」が改定され、国民健康保健への政府支援の規模が、保険料予想収入の20% (国庫14%、基金6%) に縮小された。それだけではなくこの間、政府は縮小された20%以下の支援水準を続け、政府支援の比率は下がり続けた。
- 4 2008年3月企画財政部は大統領業務報告で、営利医療法人の導入を検討、民間医療保険活性化案を発表し、政府の政策として民間医療保険の活性化にのりだした。「大統領業務報告における民間医療保険活性化案」は、政府が積極的に民間医療保険活性化を推進することを表明したことを意味するが、民間医療保険を活性化させたければ、公的な医療保険の給付水準を低さと保険適用外診療の項目が多さを放置することが、合理的な政策である。
- 5 シルソン (実損) 保険の加入率は、16.2%

〔表3—5 健康保険保険料収入対比実際の政府支援の比率〕 単位：億ウォン、%

年 度	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
実支援額：予想保険料の20% (A)	36718	40262	46786	48561	50283	53432	57994	63149
実際保険料の20% (B)	43457	49946	52332	56915	65844	72780	78064	83188
差額(B—A)	6739	9684	5546	8354	15561	19348	20070	20039
実保険料収入対比政府支援金の比率	18.5%	16.1%	17.9%	17.1%	15.6%	14.8%	14.9%	15.2%

(出所) 健康保健公団財政管理室(2015)、保険福祉部、報道資料(2015. 2. 17)の内容をシン ヨンソクが再構成



(2006年)から66.3%(2014年)と急拡大し、これにともない民間医療保険の加入率も上昇の一途をたどった [表3—3]。

以上1～5が、筆者が「国民健康保険の給付水準の低さと保険適用外診療の項目の多さを放置したことは、新自由主義的医療改革の核心の一つである民間医療保険活性化の重要な一環であった。」と主張する根拠である。「国民健康保険の財政黒字の累積額の増大」や「国民健康保険への政府支援額の減少」は、国民健康保険の給付水準が十分であるなら理解できる。しかし [表2—6] で示した60%強という国民健康保険の給付水準は、韓国の専門家もほぼ一致して低いと評価しており、[表1—1] の国際比較からも「政府+社会保険」の比率は顕著に低い。このように顕著に低い国民健康保険の給付水準を改善させる意思があるなら、国民健康保険の黒字は給付水準の向上に使い切り、国民健康保健への政府支援額は法定の20%は最低維持して引き下げないのは当然のことであろう。しかし政府が民間医療保険活性化を推進すると表明しているように、「民間医療保険を活性化させるために、国民健康保険の給付水準を意図的に低いまま維持した」と理解すると実に一貫した政策が貫徹されたことになる。実際に国民健康保健の給付水準を低さと保険適用外診療の項目の

多さに強い不安感をもった韓国国民の民間医療保険の加入率は急速に拡大した。

#### 第4節 医療における公共性と市場原理の衝突

##### 4—1 公的な医療保険と民間医療保険の比較

本論文第2節で述べた韓国における公的な医療保険とその二重の死角などの課題と第3節で述べた新自由主義的医療改革と民間医療保険の拡大は、密接に結び付いた一つの問題として考察する必要があるというのが、本論文の核心的な問題提起である。したがって医療における公共性と市場原理について考察する第4節は、本論文の核心をなす。

この「公的な医療保険」と「民間医療保険」の関係、また「医療における公共性」と「医療における市場原理」の関係を、エバンズ(Evans 1998)が考案した等式を示し、理論的に考察する。エバンズは、医療の財源調達に関して [式4—1] で示した等式を考案した。

韓国の国民健康保健には租税が投入されているので、[式4—1] の等式において、「国民健康保険収入 = TF + SI」になるが、この間国民健康保険の黒字が続き、累積黒字規模17兆ウォン(2014年)に達しても [表2—9]、この黒字が国民健康保険の給付水準の向上のために支出さ

##### [式4—1 エバンズによる医療の財源調達に関する等式]

$$TF + SI + UC + PI = P \times Q = W \times Z$$

[左辺：収入]

TF—租税収入

SI—強制的な保険料または社会保険料

UC—患者の直接支払いや自己負担

PI—任意加入の保険または民間保険の合計

[右辺：支出]

P—財およびサービスの価格

Q—財およびサービスの数量

W—医療サービスを提供する人たちの所得

諸々の投入量

Z—Wの価格

注：赤字がない場合を想定している。

(出所)エバンズ(1998)、エリアス・モシアロス他編著(2004)

れてないので、「国民健康保険の給付 = TF + SI - 国民健康保険の黒字額」になる。

このエバングの等式は、「医療支出 :  $P \times Q = W \times Z$ 」が一定もしくは変化する時に、「公的な医療保険 : TF + SI」が減少すれば、「自己負担と民間医療保険の合計 : UC + PI」は増加せざるを得ないことを示している。すなわち、民間医療保険を活性化させれば、公的な医療保険の給付水準を低さと保険適用外診療の項目の多さを放置することが、合理的な政策であるということになる。

これをふまえてエバングの等式を韓国の状況にあわせて考察すると、この間に次のような現象が生じたことになる。まず医療支出について、高齢化などにより医療サービスの需要が増大して「財およびサービスの数量」(Q)が増加するとともに、医療技術の進歩などにより「財およびサービスの価格」(P)も上昇し、医療支出( $P \times Q$ )が増大した。実際、この間、韓国で

は医療支出は増大している。にもかかわらず、公的な医療保険部門である「租税収入(TF) + 強制的な保険料または社会保険料(SI) - 健康保険の黒字額」は政府の政策により横ばいが続いた。そのために患者の直接支払いや自己負担(UC)が増大するとともに、給付水準の低さに対する不安もあいまって「任意加入の保険または民間保険の合計(PI)」を増大させた。

このような韓国の状況をふまえて、医療における公共性と市場原理について考察するにあたり、第2節で述べた国民健康保険と第3節で述べたシルソン(実損)保険をはじめとする民間医療保険の違いを比較する [表4-2]。

[表4-2] をふまえ、国民健康保険とシルソン(実損)保険の主要な差異を(1)~(7)のように整理できる。

(1) 保険への加入

国民健康保険が全国民を対象とした強制加入であるのに対し、シルソン(実損)保険は本人の

[表4-2 国民健康保険とシルソン(失損)医療保険(民間保険)の相違点]

	国民健康保険	シルソン(失損)保険(民間医療保険)
運営主体	国民健康保険公団	民間保険会社
加入	全国民を対象の強制加入	民間保険会社に加入申請、加入時審査あり、65歳以下に加入を制限 <sup>(7)</sup> (老後シルソン医療保険は75歳以下に加入制限)、慢性疾患などの病歴などにより加入を拒否
加入率	全国民100%	シルソン保険66.3%(2014年)、民間医療保険80.4%(2012年)
保険料算定方法	地域加入—所得、資産、世帯人数などをもとに差等付加 職場加入—所得をもとに差等付加	「給付反対給付均等の原則」により算出、高リスクと評価されるほど保険料は高額になる
保険料の値上げ	政府が諸状況をかんがみ策定、値上げされても値上げ幅は小さい	3年ごとに保険料を更新 2012年の保険料引上げ率は60%
保険料以外の収入	地域加入には国庫支援 職場加入は保険料を使用者と折半	なし
保障範囲	保険料に関係なく平等	保障範囲を保険料により差等徴収、保険料が高いほど保障範囲は広がる

(出所)筆者が作成

加入申請により加入し、高リスクとみなされた人々は加入を拒否される。国民健康保険も実質6カ月保険料を未納にすると、資格停止になり、実質的に排除される。しかし未加入になるのではなく加入している状態は継続し、筆者が関係者に取材したところ資格停止であっても、一定の条件の下、運用により実質的に給付が受けられる場合もある。これに対し、シルソン(実損)保険は最初から保険料を払えない低所得者は加入できず、高リスクと民間保険会社が判断した慢性病患者などは加入を拒否される。また65歳以下という年齢による加入制限があり、そのために老後シルソン(実損)医療保険もあるが、これも75歳以下という加入制限があるために、年齢が高いほど加入が容易でなく、そのために高齢者の加入率が極端に低くなっている。保険社会研究院によると、2009年30～50代の民間医療保険の加入率が80%近くあるのに対し、60代が50%、70代は15%にすぎない。これは民間医療保険が最初から高齢者を排除する構造をもっていることを示している。しかしこれらの人々はむしろ医療が必要な人々である。[表4-3]のように高齢者ほど医療支出が大きく、シルソン(実損)保険は医療の必要度が低い時は容易に加入できて、必要度が最も高くなる時に加入できない構造になっている。

高所得者よりも低所得者、健康な人より慢性

疾病患者、若年層よりも高齢者のほうがより医療を必要とする傾向が強いことを考慮すると、シルソン(実損)保険は低所得者、慢性疾患者など高リスクと民間保険会社が判断した人たち、高齢者など医療を本当に必要とする人たちほど医療保険から排除される傾向が強い。

## (2) 保険料の算定基準

国民健康保険は所得などに応じた差等算定をすることで、累進性をもたせ、低所得者の負担を軽減して貧困層が保険料未納により保険から排除されるのを防止する配慮がなされている。つまり国民健康保険のうち、地域保険の保険料は所得、資産、世帯人数などにより差等算定し、職場保険の保険料は所得により差等算定される。これに対し、シルソン(実損)保険を始めとする民間医療保険は、「給付反対給付均等の原則」<sup>(8)</sup>により算定される。給付反対給付均等の原則は、契約者が支払う保険料は、受け取る保険金の期待値と一致するように設定されなければならないという原則である [式4-4]。[式4-4]において両者が等式で結ばれていることは、リスクが等価でコスト化されていることを意味し、個別の保険契約における公平性が実現されれば、併せて契約者相互の公平性も保証することになるのであり、これは保険があくまでも自己責任原則に基づいた経済取引であることを示している。

[表4-3 年齢別医療費支出現況]

単位：万ウォン

年齢	0～10	11～20	21～30	31～40	41～50	51～60	61～70	70以上
医療費	664	236	329	417	637	1126	1903	2422

(出所)国民健康保険公団

[式4-4 給付反対給付均等の原則]

$$P = wZ$$

P：保険料、w：危険度(リスク)、Z：保険金

(3) 保険料の価格

シルソン(実損)保険は国民健康保険に比べて相対的に保険料が高いうえに、更新時の値上げ幅が大きく、そのために更新時に解約する人も多数でている。シルソン(実損)保険の保険料の高さは、(2)で述べた保険料の算定基準の違いに加え、管理運営費の高さ、株主への配当金支払い、莫大な広告費、保険営業者への支払い、過剰診療などが原因である。また民間保険会社は保険料のうちの事業費を過度に策定し、超過利潤を得ており、これが保険料高騰の一因になっている。標準化以前3年更新のシルソン(実損)保険の場合、2012年には値上げ幅が60%もの高さになっている。これに比べると、国民健康保険の値上げ幅は小さい。

(4) 保険の保障範囲

国民健康保険の保証範囲は国民すべて平等であるのに対し、シルソン(実損)保険は保障範囲により保険料を差等徴収する。結果として、シルソン(実損)保険においては、高額な保険料が支払える高所得者ほど広い保障が受けられ、低所得層は保障範囲が狭い保険に加入するか、加入しないという医療利用の不平等を引き起こしている。

(5) 本人負担保険料に対する保障性

国民健康保険は保険料を上回る給付があるのに対し、シルソン(実損)保険の給付率は40～50%であると推定され、非常に低い。

シサインの試算によると、1万ウオンを支払ったのに対し、国民健康保険はその1.68倍の給付を受けられるのに対し、民間医療保険は約0.2～0.44倍と支払った額を大幅に下回り、スロットマシンのような賭博よりも低い [表4—5]。この比較は試算の方法により、保障率の数字に差異が生じる。しかし国民健康保険は、収入が本人の保険料に加え、事業主負担と国庫支援が入っているのに対し、管理運営費が2.8%と非常に小さいので収入のかなりの部分が給付にあてられるために、本人が支払った保険料よりも多くの給付が受けられるのは確実である。これに対し、民間医療保険の収入は本人の保険料のみであるのに対し、管理運営費が23.6%と比重が高く、株主配当、広告費も高く、営業担当者への支払いもあるために、本人が支払った保険料よりも給付は大幅に低くなることは必然のことである。

(6) 過剰治療

シルソン(実損)保険は過剰治療を誘発している。病院はシルソン(実損)保険に加入している患者に対し、シルソン(実損)保険の保障により患者の自己負担なく受けられるが必ずしも必要のない治療をすすめて利潤をえようとし、患者も保険により自己負担が生じないために安易に不必要な治療を受け入れるために過剰治療が発生する結果を生んでいる。過剰治療はいうまでもなく医療資源の浪費であるとともに、これが

[表4—5 加入者負担保険料対比保障性比較、「1万ウオン出せばいくら戻ってくるか?」]

単位：万ウオン

ACE火災	ライナ生命	AIA生命	ホングック生命	ロト	スロットマシン	国民健康保険
2080	3140	3530	4400	5000	7500	16800

民間医療保険—高い管理運営費(シルソン(実損)保険23.6%)、高い株主利潤費用

国民健康保険—170～190%が給付として戻ってくる(管理運営費2.8%)

(出所)シサイン<sup>(9)</sup>「1万ウオン出せば、3千ウオン受け取るみみっちい民営保険」(2011年1月9日)(翻訳は筆者)

民間保険会社の支払いを増大させ、保険料が大幅値上げされる原因の一つになっている。

#### (7) 給付拒否

シルソン(実損)保険において、病歴、書類不十分を理由に保険給付を拒否したために民間保険会社が訴訟をおこされるケースが頻発している。これに対し、国民健康保険は治療を受けた病院で本人は治療費を支払わず、病院が国民健康保険公団から治療費を受け取るしくみになっているために、給付拒否の問題は発生しえない。

### 4-2 医療保険における公共性と市場原理との衝突

このような国民健康保険と民間医療保険の違いがある中で、韓国においてこの両者の間で非常に激しい対立が生じてきた [図4-6]。本論文第2節で述べたように、国民健康保険には二重の死角が存在し、これを解決するために市民団体、労働組合、医療関係者らが、公的な医療保険の拡大を主張して運動を展開してきた。また第3節で述べたように、民間保険会社を有するサムソンは「サムソン戦略報告」において民間医療保険を「政府保険に代替する包括的保険」とすることを目標とし、これにそって韓国政府が新自由主義的医療改革を推進し民間医療保険、特にシルソン(実損)保険の拡大が進んできた。

この状況をふまえ、筆者は次の2点の問題提

起を行う。

問1 シルソン(実損)保険はじめ民間医療保険は国民健康保険が現在かかえている二重の死角の問題を解消しえるのだろうか。

問2 「サムソン戦略報告」は民間医療保険を「政府保険に代替する包括的保険」とすることを目標にしたが、これが実現することはすべての国民が人間らしい生活を営むために望ましいのだろうか。シルソン(実損)保険をはじめとする民間医療保険は医療保険としての普遍性を実現できるだろうか。

この二つの問いについて、本論文4-1をふまえ、考察する。

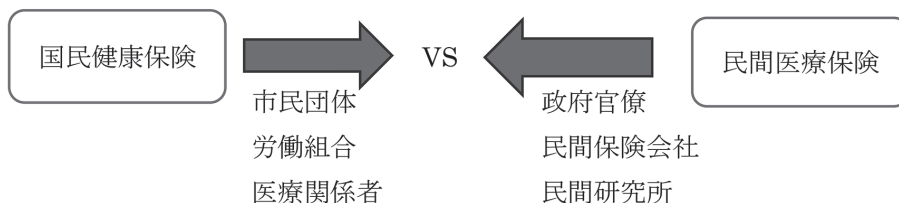
問1 民間医療保険は国民健康保険の二重の死角を解消しえるのか

シルソン(実損)保険はじめ民間医療保険は国民健康保険の二重の死角、つまり [図2-3] における死角ABのうち、Aの死角つまり保険料の長期滞納のために資格停止になった人々などをはじめとする国民健康保険から事実上、排除された人々の問題は全く解決できない。この国民健康保険の資格停止者は主に貧困により国民健康保険の保険料を支払えないで資格停止になった人々である。4-1(4)で述べたようにシルソン(実損)保険の保険料は国民健康保険の保険料よりも高額で、その料金は値上がりを続け、さらに3年ごとの更新時には保険料が引き上げられる。国民健康保険の保険料を滞納する

[図4-6 韓国における健康保険拡大と民間医療保険拡大の対立]

「健保 一つに」運動

「サムソン生命戦略報告書」



しかない貧困層に民間医療保険の保険料が払えないはずがない。

[図2—3]における死角ABうち、Bの死角つまり給付水準の低さと保険適用外治療の多さによる死角は、民間医療保険がこの死角を補完する側面をもっているが、その補完のされ方はきわめて差別的で、低所得者、慢性疾病患者、高齢者など医療を本当に必要とする人たちほど民間医療保険から排除される傾向が強い。シルソン(実損)保険はこの[図2—3]におけるBの死角を補うものとして急速に拡大し、この死角が広がれば広がるほど民間医療保険は販売を増加させることができるので、むしろシルソン(実損)保険の販売拡大つまり民間医療保険活性化の一環としてBの死角を韓国政府が意図的に放置した疑いが濃いことは本論文ですでに述べた。しかし4—1(1)で述べたように、シルソン(実損)保険は低所得者が保険料を支払えないために加入できず、高リスクと民間保険会社が判断した慢性疾病患者は加入を拒否され、高齢者は年齢制限のために加入できない。また4—1(2)で述べたようにシルソン(実損)保険の保険料の算定基準には所得による差等算定はなく、過去の病歴などをもとに民間保険会社にリスクの高いとみなされた人ほど保険料が高くなるように設計されているために、民間保険会社にリスクの高いとみなされた人ほどつまり医療保険の必要な人ほど保険料が高額になり、低所得層にとっては加入への壁が高くなる構造になっている。

問1の結論は、[図2—3]における国民健康保険の死角のうち、民間医療保険はAの死角は全く解消しえず、Bの死角は富裕層については解消できるが、所得が低いほど、高リスクと民間保険会社が判断した人ほど、年齢が高いほど民間医療保険への加入が困難で、シルソン(実

損)保険はじめ民間医療保険は国民健康保険の二重の死角を解消するには、全く不適切である。

問2 民間医療保険は医療保険としての普遍性を実現できるだろうか

この問いには本論文の4—2で述べた内容を再確認することで明確になる。簡潔に述べると次のようになる。

- (1) 国民健康保健が全国民を対象とした強制加入であるのに対し、シルソン(実損)保険は本人の加入申請により加入し、高リスクとみなされた人々は加入を拒否される。
- (2) 国民健康保険は所得などに応じた差等算定がなされるのに対し、シルソン(実損)保険はこれがなく、「給付反対給付均等の原則」を基礎として保険料が設定される。
- (3) 国民健康保険に比べて、シルソン(実損)保険は相対的に保険料が高いうえに、更新時の値上げ幅は大きく、そのために更新時に解約する人も多数でている。
- (4) 国民健康保険の保証範囲は国民すべて平等であるのに対し、シルソン(実損)保険は保険料により保障範囲が決まるために、所得により保障範囲が左右されるという医療利用の不平等を引き起こす。
- (5) 国民健康保険は保険料を上回る給付があるのに対し、シルソン(実損)保険の給付率は40～50%と非常に低い。
- (6) シルソン(実損)保険は国民健康保険ではおこりにくい過剰治療を誘発している。
- (7) シルソン(実損)保険において、病歴、書類不十分を理由に保険給付を拒否したために民間保険会社が訴訟をおこされるケースが頻発している。

問2について(1)～(7)による結論は、シルソン(実損)保険をはじめとする民間医療保険は「政府保険に代替する包括的保険」にはなりえ

[式4—7 収支相等の原則]

$$nP = rZ$$

n：被保険者数、P：保険料、r：保険事故の発生件数、Z：保険金

ず、民間医療保険が政府保険に代替する包括的保険になることはすべての国民が人間らしい生活を営むために望ましくない。シルソン(実損)保険をはじめとする民間医療保険は医療保険としての普遍性を実現できない。

筆者はシルソン(実損)保険はじめ民間医療保険の存在そのものを批判しているのではない。保険経済学が明らかにしてきたように、保険には「リスクのコスト化」、「リスク移転」、「リスク分散」の機能が存在し、民間医療保険もこの例外ではなく、民間医療保険の存在価値は社会的に十分ある。また民間企業がどのような商品を販売するかは自由で、民間保険会社がどのような民間保険商品を販売するのも自由である。しかし筆者が強調したいのは、民間保険会社が公的な医療保険の代替にはなりえない点である。その理由は次の3点である。

第一に、民間医療保険は「給付反対給付均等の原則」と「収支相等の原則」の二大原則を基礎に制度の設計がなされている。この二大原則は医療保険だけではなく、保険制度一般の原則であるが、韓国の民間医療保険もこの二大原則を基礎に制度設計がなされている。

収支相等の原則の原則は、保険制度全体からみると、保険事業が成り立つためには、保険者にとって収入と収支が均衡していなければならないという原則である [式4—7]。[式4—7]の左辺は収入保険料総額を、右辺は支払保険金総額を示している。収支相等の原則は、保険経営の継続のための必要原則であるとともに、保険制度が集団性を有することを示唆している。

医療保険含め保険は、この二大原則を両立さ

せるように設計することを原理としている。これらの原則が同時に満たされる保険は、被保険者間において公平であり、健全な保険経営を維持できることになる。韓国の民間医療保険もこの二大原則を基礎として制度設計が行われている。本論文4—1で述べた(1)～(7)のシルソン(実損)保険が公的な役割を担うにあたって生じる限界の多くは、韓国の民間保険会社の保険商品の開発のあり方から発生した問題ではなく、この二大原則を基礎として制度設計が行われた結果、必然的に生じた限界である。この二大原則を基礎として民間医療保険を運営しなければ、被保険者間において公平で、健全な保険経営を維持できないが、この二大原則を基礎にした時、「低所得の慢性疾患患者や高齢者」は自らのもつ高リスクに応じた高額な保険料を払えないために、実質的に民間医療保険から排除される結果になる。これでは民間医療保険は公的な責任を果たせない。これに対し、公的な医療保険は社会保障を目的として政府により設計されるためにこの二大原則を基礎としていない。

第二に、営利目的で運営される民間医療保険は、私的な利益が優先され、それを犠牲にしてまで公共の役割を果たすことはできない。民間保険会社は高利潤を確保することによる高配当を出すことが求められる。「低所得層、慢性疾患患者、高齢者を含むすべての国民」に対して医療を保証するという公的な責任を担うことと、私的な利益の追求の両方を満たすことができない時に、民間企業である民間保険会社に私的な利益を犠牲にしてまで公共の役割を果たすことを求めることはそもそも無理である。

[表4—8 公的医療保険と民間医療保険の主な収入・支出項目の概略]

国民健康保険			収入	民間医療保険	
保険料(本人)	事業者負担	国庫		保険料(本人)	
給		付	支出	給	付
				管理費、広告費、配当	

(出所)筆者が作成

第三に、民間医療保険の運営に公的な機関である政府は原則として財政支出ができないし、企業に対して労働者の民間医療保険の保険料の負担をするように義務づけることはできない。民間医療保険に政府が財政支援を行わないことが健全な市場形成にとり望ましいのは、政府が市場をゆがめるなど古典派アダム＝スミス以来強調されてきた。これに対し公共性を基礎とした国民健康保険には、必要に応じて政府の財政支援を行うことはむしろ求められていることであり、企業に対して労働者の保険料の半分を払うように義務づけることができる。この3点において、民間医療保険と公的な医療保険は基本的な性格が違う [表4—8]。

問1の結論「民間医療保険は国民健康保険の二重の死角を解消できない」、問2の結論「民間医療保険は国民健康保険の代替になりえない」の理由のほとんどは、いずれもこの3点から生じているといっても過言ではない。民間保険会社は、その本質において、病気のリスクの低い若い高所得層を民間医療保険に加入させて、その人たちの多くが疾病やケガをせずに掛け捨てにしてはじめて高利潤を確保し、高配当を出すことが可能になる。「給付反対給付均等の原則」と「収支相等の原則」を基礎とし、高配当を出すことを求められる民間医療保険に低所得層、慢性疾患、高齢者の医療保障を行うのに大きな限界が生じることは必然のことなのである。

これに対し公的な医療保険には、政府の財政

支出は可能であるし、企業に対して労働者の保険料の半分を払うように義務づけることが可能である。それは公的な医療保険が公共性の原理を基礎として設計されているからに他ならない。そして韓国においては、現行の大韓民国憲法がこれを行うように政府に義務づけている。

[資料4—9 大韓民国憲法、1987年10月29日公布、1988年2月25日施行]

- 第34条① すべて国民は、人間らしい生活を営む権利を有する。
- ② 国は、社会保障及び社会福祉の増進に努力する義務を負う。
- ⑤ 身体障害者及び疾病又は老齢その他の事由により、生活能力がない国民は、法律の定めるところにより、国の保護を受ける。

安心して医療を受けられることは、「すべて国民は、人間らしい生活を営む権利を有する。」(大韓民国憲法第34条①)を保障するために最も基礎的なものであり、「国は、社会保障及び社会福祉の増進に努力する義務を負う。」(第34条①)とうたわれた社会保障に公的な医療保険の整備は含まれる。ならば政府は必要に応じて、公的な医療保険に財政支出を行うことが義務づけられており、企業に対して労働者の保険料の半分を払うように義務づけることが可能である。そしてその資金を原資として「低所得層、慢性疾患、高齢者を含むすべての国民」に「人



「人間らしい生活を営む権利」を保障するために、「医療保険を整備する義務」を負っているのである。新自由主義的医療改革の下での民間医療保険活性化政策は、「患者の治療と国民の健康のための医療」というその本来の目的ではなく、「医療産業の集中育成」(盧武鉉)、「新成長動力総合推進計画」(李明博)、「投資活性化対策」(朴槿恵)と経済成長のための手段として提起されてきた。「すべて国民は、人間らしい生活を営む権利を有する。」を実現するための重要な手段である医療を、「産業育成」や「投資活性化」のための手段とするのは、「国は、社会保障及び社会福祉の増進に努力する義務を負う。」(大韓民国憲法第34条②)の義務の放棄である。

このように民間医療保険は公的な医療保険の代替にはなりえない。しかし2004年に新自由主義的医療改革が開始されて以降の韓国において顕著なのは、それにもかかわらず民間保険会社が「政府保険に代替する包括的保険」をめざして積極的に動き、韓国政府がこれに動かされてきた事実である。第3節で述べたように民間保険会社と民間研究所は、「国民健康保険公団が保有している国民の健康関連情報を提供する」ことや「民間医療保険独自の医療給付領域を確保する」ことを要求してきた。国民健康保険公団が民間保険会社にはもちえない国民全体の健康関連情報を保有しているのは、「すべての国民が有する人間らしい生活を営む権利」を確保するために責任を負っているからである。また国民健康保険公団が国民の健康に必要な給付を優先的に行うのも同様の責任を負っているからである。しかし韓国の民間保険会社は、「低所得層、慢性疾患患者、高齢者を含むすべての国民」に「人間らしい生活を営む権利」を保障する意志もなく、責任を果たすつもりもないのに、ただ自らの利潤追求のために「公共に対す

る責任と義務をもった国民健康保険公団」のもつ情報を要求し、公団のもつ領域を奪うことを主張してきた。韓国の民間保険会社が、「低所得層、慢性疾患患者、高齢者を含むすべての国民」に「人間らしい生活を営む権利」を保障する意志もなく、責任を果たすつもりもないことは、現在まで民間保険会社が販売を行ってきたシルソン(実損)保険の実態を検証すれば明らかである。公的な情報を保有するには、公的な役割を担うには、責任がともなう。韓国の民間保険会社が、「低所得層、慢性疾患患者、高齢者を含むすべての国民」に「人間らしい生活を営む権利」を保障する意志もなく、責任を果たすつもりもないのに、自らの利益確保のためだけに公共性の信頼を基礎とした情報や役割を望むのは、身勝手であるとしかしいようがない。「サムソン戦略報告」は「政府保険に代替する包括的保険」を目標とし、民間医療保険が公的な医療保険にとってかわることを企て、その一環としてシルソン(実損)保険の拡大が実現した。「すべて国民は、人間らしい生活を営む権利を有する。」(大韓民国憲法第34条①)という人権の保障の手段として設計された国民健康保険に、営利を目的とした民間医療保険が代替しようというサムソンの私的な企てに韓国政府がのったことは、この憲法の本質から逸脱したものであった。

以上の分析結果は、モシアロス他編著「医療財源論」(2004)の分析結果とも一致する。この著作の第1章において、モシアロスとディクソンは、エバンズ(1998)の等式[式4—1]を紹介して、「この等式の左辺の異なった財源の組み合わせを採用することが、どういう意味あいをもつかを検討する」とし、「西ヨーロッパ、中東欧、旧ソ連における医療保障の財源政策に関する最近の経験について、最新の分析

[表4-10 国民健康保険の責任と民間医療保険の要求]

	国民健康保険	民間医療保険の実態と要求
責 任	「すべての国民に人間らしい生活を営む権利」を保障するための医療保険、国民皆医療保険	加入者にのみ給付、低所得者は事実上加入できない、慢性疾患者は加入拒否、年齢制限
給 付	全国民に平等に給付(資格停止者を除く)、所得による保険料差付加	高額保険料支払い者に手厚い給付、給付拒否による裁判多発
責 任 要 求	全国民の健康情報を包括的に保有 医療保険において主要な責任	←国民の健康情報を公団に要求 ←独自の給付領域を要求

(出所)筆者が作成

を提示する」と述べている(モシアロス他編著(2004))。ヨーロッパの状況を分析したこの著作における主要な結論を韓国の状況を分析した本論文の内容を照らし合わせる。

「民間医療保険は、高支出と関連している。なぜなら、管理、マーケティング、および利潤のための追加費用が必要」(モシアロス他編著(2004))。

— 「シルソン(実損)保険の保険料の高さは、管理運営費の高さ、株主への配当金支払い、莫大な広告費、保険営業者への支払い、過剰診療などが原因である。標準化以前3年更新のシルソン(実損)保険の場合、2012年には値上げ幅が60%もの高さになっている。」という本論文における韓国におけるシルソン(実損)保険の実態と同様のものである。

「租税を財源とする制度が比較的累進的であり、私的な財源調達が非常に逆進的であるというのは、まったくはっきりしたことである。」(モシアロス他編著(2004))

— 「国民健康保険は所得などに応じた差等算定をすることで、貧困層が保険料未納により保険から排除されるのを防止する配慮がなされているのに対し、シルソン(実損)保険は所得による差等算定はなく、過去の病歴などをもとに様々なリスクの高い人ほ

ど保険料が高くなるように設計されている。」という分析結果と同様である。

## 第5節 結論

本論文は、現代の韓国の医療財源について、次のことを明らかにしてきた。

- 1 国民皆保険が実現しているが国民健康保険には二重の死角の問題が存在するために医療から実質的に排除される人々が存在する。死角の一つは保険料の長期滞納などにより国民健康保険の給付制限をうける人々で、もう一つは給付水準の低さと健康保険適用外治療の多さのために自己負担分の負担が重くて支払うことが困難な人々である。
- 2 2004年に新自由主義的医療改革が始まり、医療が政府により「新たな経済成長戦略」の一環として位置づけられるようになった。これをうけて民間医療保険は急成長した。しかし民間医療保険には高額な保険料を支払えない低所得層は加入できず、高齢者、慢性疾患患者などは高リスクであるとして排除された。
- 3 シルソン(実損)保険はじめ民間医療保険は国民健康保険の二重の死角を解消しえない。また「サムソン戦略報告」は民間医療保険を「政府保険に代替する包括的保険」とすることを目標にしたが、これが実現することはす

すべての国民が人間らしい生活を営むために望ましくはない。シルソン(実損)保険をはじめとする民間医療保険は医療保険としての普遍性を実現できない。

4 民間保険会社は次の三つの理由により公的な医療保険の代替にはなりえない。第一に、民間医療保険は「給付反対給付均等の原則」と「収支相等の原則」を基礎に制度設計がなされている。第二に、営利目的で運営される民間医療保険は、私的な利益が優先され、それを犠牲にしてまで公共的な役割を果たすことはできない。第三に、民間医療保険の運営に原則として政府の財政支出ができないのに対し、公的な医療保険に必要なに応じて政府の財政支援を行うことは、韓国憲法が保障する生存権の確立ためにむしろ求められていることである。

韓国同様に医療財源を主に社会保険により賄っているフランスではモニカ・ステフェン(2016)によると、普遍的医療給付というセーフティーネットはほとんど私的補完健保からの資金によっている<sup>(10)</sup>。つまりフランスでは「国民連帯」の経費を、私的に支払いを行っている加入者へ転嫁している。[図1—1]において「医療財源を主に社会保険により賄っている国」の中でも、その内実は多様であるが、本文が明らかにした民間保険会社が利潤目的に「政府保険に代替する包括的保険」をねらう韓国の姿はこれらの諸国とくらべても特異である。

[図1—1]において韓国は私的負担の比率がアメリカに次いで高いが、以前からこの傾向はみられたものの、本論文は韓国政府が医療費の増加にもかかわらず、公的な医療保険の給付を水準の低さを維持して、民間医療保険活性化政策を積極的に行うことで、私的な負担の比率を政策的に増加させてきたことを明らかにした。

[図1—1]において、韓国は日本に類似した医療財源構造から、新自由主義的医療改革に進展にとまない急速にアメリカに類似した構造にむかって変化してきたということが出来る。

韓国の医療財源の構造は元来、日本に類似しており、日本においてもアメリカの圧力を受けながら、韓国と同様の新自由主義的医療改革の提案がなされてきた。本論文が明らかにした韓国の状況は日本の今後の医療財源を考えるうえで、大変に貴重な教訓である。日本においても、外資の参入をとまないながら民間医療保険が拡大する傾向をみせており、韓国の医療財源に関する研究は、日本の大企業やアメリカによる日本における新自由主義的医療改革の意図をよりの確に理解するために大変に有意義である。本論文の研究はそのような意味においても重要であると考えられる。

本論文は、韓国における医療保険について、「公共性を基礎として設計された公的医療保険」と「営利目的に設計された民間医療保険」との衝突を主題に考察を行い、国民の健康と福祉のためには民間医療保険ではなく公的な医療保険こそが主要な役割を担うべきであることを明らかにしたが、これは単に現代の韓国だけの課題ではない。モシアロス他編著「医療財源論」(2004)もヨーロッパ諸国の医療財源について本論文と同様の結論を述べている。またマイケル・ムーア監督の映画「シッコ」や堤未果(2015)などの著作で知られているように、民間医療保険が主要な役割を果たしているアメリカで低所得者が医療から排除されるなど、現実に民間医療保険が主要な役割を果たした時におこる深刻なアメリカの状況は本論文が明らかにした内容と一致する。

宇沢弘文は「制度資本は、社会的共通資本<sup>(11)</sup>の機能、役割を考えると、重要な意味をも

つ。そのなかで、とくに大切なのは教育と医療である。」「社会的共通資本は決して国家の統治機構の一部として官僚的に管理されたり、また利潤追求の対象として市場的な条件によって左右されてはならない。」(宇沢弘文(2000))と述べている。本論文が明らかにした韓国の医療の状況は、宇沢弘文が憂慮した医療を「利潤追求の対象として市場的な条件」によって利用しようとした時におこる諸問題を最も尖鋭に映し出している。

1970年代末から1980年代にかけて世界的に影響力を拡大した新自由主義は、経済における公的な領域を縮小し、市場を拡大することを主張し、これを実現してきた。しかし人間の経済活動には、営利を目的とする市場の論理が入ってはいけない領域、あるいは市場の論理に制限をかけるべき領域、公共機関が公共性の論理を基礎として運営されるべき領域が存在する。医療保険もまた営利を目的とする市場の論理になじまない、公共の論理を基礎に運営されるべき領域である。

## 注

- (1) 2008年より3回以上滞納から6回以上滞納に変わった。
- (2) 国民健康保険の資格停止者が大企業従業員よりも零細企業従業員に、男性より女性により多くいることが顕著であることについての詳細は、김연명(キムヨンミョン)(2010)「비정규직의 사회보험 사각지대 규모와 실태 재검토」を参照。
- (3) 基層生活保障受給者とは、日本における公的扶助の受給資格者をさす。
- (4)「콘포 하나운동」(「건보 하나운동」)について、韓国語で「コンポ」は健保、「ハナ」は一つという意味。
- (5) シルソン(実損)の韓国語は실손である。실손とは「実際に生じた損失に対して保障する」という意味なので実損と翻訳することも可能であ

るが、실손保険は韓国の民間保険会社の商品であり、この固有名詞の翻訳語は定着していない。このことから、本論文ではシルソンと韓国語の発音をそのまま表記し、これに(実損)を加えて、シルソン(実損)と表記した。

- (6) 第1節で述べたように、韓国では新自由主義的医療改革を「医療民営化(의료민영화)」という言葉で表現する言葉使いが定着しているが、これについて李明博政権は「医療サービス産業先進化」という表現を使用した。しかしその内実は、営利病院の許容や民間医療保険活性化など従来の「医療民営化」とかわらない新自由主義的医療改革である。
- (7) そのために老後シルソン(実損)保険が後につくられたが、これも75歳以下という加入制限があり、一般のシルソン(実損)保険とは異なる制度設計になっている。
- (8) 「給付反対給付均等の原則」と「収支相等の原則」については、堀田一吉(2016)を参考にした。
- (9) シサイン(시사인)は、ホームページ(www.sisain.co.kr)によると「シサインは正直な人たちがつくる伝統時事週刊誌」である。
- (10) フランスの医療財源についての詳細は、モニカ・ステフェン(2016)「普遍主義と私的財政」を参照。
- (11) 社会的共通資本について詳細は、宇沢弘文(2000)、宇沢弘文・鴨下重彦編著(2010)『社会的共通資本としての医療』を参照。

## 参考文献

### [日本語参考文献]

- 宇沢弘文(2000)『社会的共通資本』岩波新書  
 宇沢弘文・鴨下重彦編著(2010)『社会的共通資本としての医療』東京大学出版会  
 エリアス・モシアロス/アンナ・ディクソン/ジョセフ・フィゲラス/ジョークーチン/編著(2004)『医療財源論』(一圓光彌監訳)光生館  
 近見正彦・堀田一吉・江澤雅彦(2016)『保険学 [補訂版]』有斐閣ブックス  
 堤未果(2015)『沈みゆく大国アメリカ 2<逃げき

れ日本の医療>』集英社文庫  
鄭在哲(2014)「韓国の医療営利化論争」『早稲田商学』  
439号、1145-1163頁。  
堀田一吉(2011)「リスクと保険の経済分析」近見  
正彦・堀田一吉・江澤雅彦編『保険学』有斐閣、  
第2章所収。  
松田亮三・鎮目真人編著(2016)『社会保障の公私  
ミックス再論』ミネルヴァ書房  
松田亮三『医療財政の公私ミックス』第3章  
モニカ・ステフェン「普遍主義と私的財政」(松田  
亮三監訳、中澤平訳)第7章  
李蓮花(2011)『東アジアにおける後発近代化と社  
会政策』ミネルヴァ書房

[韓国語参考文献](文献の表題の翻訳は筆者)

김유선(キム ユソン)(2015)  
『비정규직 규모와 실태(非正規職の規模と実  
態)2014 8』노동사회2015 1. 2  
김연명(キム ヨンミョン)(2010)  
『비정규직의 사회보험 사각지대 규모와 실태  
점검토(非正規職の社会保険死角地帯 規模  
と実態の再検討)』사회복지정책 Vol37. NO4  
2010. 12  
신영전(シン ヨンジョン)  
(2009)『‘의료민영화’ 정책과 이에 대한 사회  
적 대응의 역사적 맥락과 전개  
(「医療民営化」政策とこれに対する社会的対  
応の歴史的脈絡と展開)』상황과복지 제29호  
(2014)『의료급여 사각지대의 정치경제학(医  
療給与死角地帯の政治経済学)』2014 사회정  
책연합 공동학술대회  
신영석(シン ヨンソク)  
(2012)『의료 사각지대 해소방안(医療死角地  
帯解消方案)』보건복지포럼2012. 3  
(2016)『건강보험 국고지원 방식에 대한 검토  
(健康保険国庫支援方式についての検討)』보  
건복지 현안분석과 정책과제 2016  
신현웅(シン ヒョンウン)  
(2009)『의료보장 사각지대 현황 및 해소방안  
(医療保障死角地帯の現況および解消方案)』  
보건복지포럼2009. 9

장은서(チャン ウンソ)(2016)  
『내몸에 꼭 맞는 보험활용백서(私の体にぴっ  
たり合う保険活用白書)』더블:엔  
정희정(チョン ヒジョン) 송민정(송민 정)  
(2011)『한국과 일본 의료보험제도 비교연구  
— 본인부담률을 중심으로 —(韓国と日本の医  
療保険制度の比較研究 —本人負担率を中心  
に)』日本近代学研究・第31号  
박형근(パク ヒョンゲン)(2008)  
『의료서비스산업 선진화 정책이 건강보험에  
미칠 영향(医療サービス産業先進化政策が健  
康保険に与える影響)』건강보험포럼, 2008, 가  
울호

[英語参考文献]

Evans,R.G.(1998) Going for gold; the redistributive  
agenda behind market-based health care  
reform, in D. Chinitz, J. Cohen and C. Doron  
(eds) *Governments and Health Systems;  
Implications of Differing Involvements,*  
Chichester; wiley



日本医療福祉政策学会学術誌編集委員(2018年3月1日現在)

編集長 高山一夫(京都橘大学)

編集委員 佐藤英仁(東北福祉大学)

鶴田禎人(同朋大学)

村上慎司(金沢大学)

Editor-in-Chief Kazuo TAKAYAMA (Kyoto Tachibana University)

Editorial Committee Members

Hidenori SATO (Tohoku Fukushi University)

Yoshito TSURUTA (Doho University)

Shinji MURAKAMI (Kanazawa University)

医療福祉政策研究 第1巻・第1号

ISSN 2433-6858

2018年3月1日発行

編集：日本医療福祉政策学会学術誌編集委員会(編集長 高山一夫)

発行：日本医療福祉政策学会(会長 松田亮三)

(連絡先)〒606-8446

京都市左京区南禅寺北ノ坊町21番地 永井ハウス内

# Journal of Health and Welfare Policy

Volume 1 Issue 1 2018

---

## Contents

### **Prefatory Note**

Health and welfare policy studies: embracing various issues and approaches

Ryozo Matsuda (1)

### **Special Article of the 40<sup>th</sup> Annual Conference (Symposium)**

The “Inclusive Society” and its effects on Japanese health care system

Hideaki Shibata (7)

### **Original Article**

The Financial Structure and Transformation of National Health Insurance Fund by Sectoral Balance Calculations

Hiroshi Ohno (23)

### **Research and Discussion**

Development and Policy Issues of Study Support as a Poverty Program

Takehiro Sakamoto (41)

### **Case Report**

Decline of National Funding policy for the Medical Expense Subsidy for Children in Japan

Norio Kusaka (55)

### **Research and Discussion**

Problem of public health care insurance and expansion of private health care insurance in South Korea

— Conflict between public and market principle on medical care —

Nobumi Ogasawara (63)

---