

医療費負担の公平性について

後藤 励

(慶應義塾大学 大学院経営管理研究科)

1. はじめに

健康がより改善するような医療費の使い方をすべきだという多くの人が納得するだろう。同じ健康改善が得られる安価なヘルスケアがあるかどうかは効率性の問題といえる。効率性の問題は、費用対効果など数値化して議論することが出来る。現在日本でも一部の医薬品や医療機器の価格調整に行われている費用対効果評価が行われている。

しかし、実際の政策上の意思決定は、費用対効果の大小で判断できるほど簡単ではない。同じ費用対効果であっても対象患者や対象疾患が違う場合どうすべきかなど費用対効果の数値だけでは決められない問題がある。実際に、希少な疾患や小児のみに用いられる品目については、費用対効果評価の対象から除かれている。また、適応症の一部に希少な疾患や小児疾患が含まれる場合や、抗がん剤については、費用対効果の指標つまり効率性の指標以外の要素も考慮して価格調整を行っている。

医療資源の配分の問題のなかで効率性についてはひとまず論理的に答えが出るが、論理的に答えが出ず個別の価値判断が必要となってしまう問題がある。その代表が公平性の問題である。

公平性の問題は同じ状況であっても人によって感じ取り方が異なるため、「どうすべき」という規範的な議論をすることは難しい。

だからこそ、「現状はどうか、過去と比べてみてどのように変化しているか」という事実解明が正しくなされる必要がある。

医療における公平性は、負担の公平性と分配の公平性に分けられる。後者の分配の公平性は、何を分配の対象とするかによって異なる。通常日本では給付の公平性、つまり医療サービス利用の公平性に注目が集まるが、医療サービスの目的である健康そのものの公平性も重要である。最近では社会医学の分野でも教育・所得といった社会経済的状況を含む健康の社会的決定要因 (social determinants of health: SDH) に注目が集まっている。

本稿では医療における公平性のうち、負担の公平性を中心にその測定方法や日本の現状について概説する。

2. 負担の公平性をどう測るか?

一般的に公平性には垂直的公平性と水平的公平性の二つがある。前者は違う人々がどれくらい異なっているかを、後者は同じ人々が同様であるかを示す。負担の公平性の文脈では、垂直的公平性は異なる支払い能力の人(世帯)の医療費負担がどの程度異なっているか、水平的公平性では同じ支払い能力の人(世帯)の医療費負担がどの程度異なっているかを示す。

どちらも公平の観点からは重要な問題であるが、垂直的公平性の方がこれまでの分析や

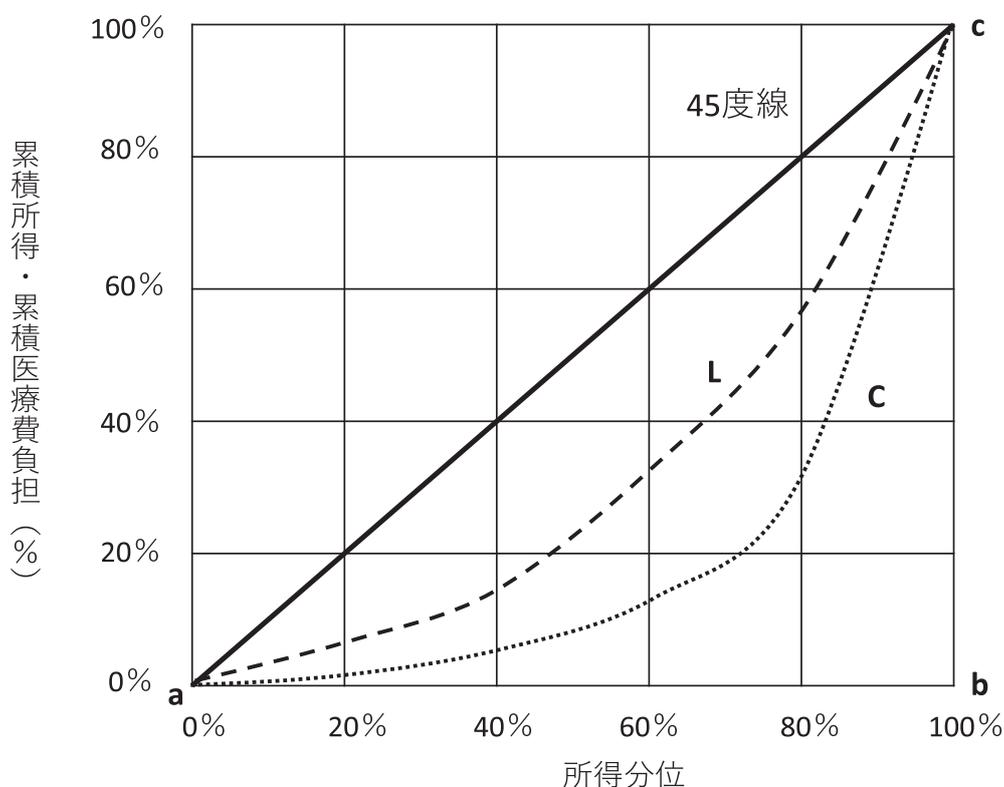
研究が多い。これは、元々存在する支払い能力の格差が医療費負担によってさらに広がっていないかどうか、特に社会保障制度の下で医療サービスを提供する国では重要な政策課題となっているからであろう。

ここでの医療費負担は、受療したときの患者自己負担だけではなく、税や社会保険料を通じて支払った負担の全てを指す。また、支払い能力は所得で測定する場合と、所得だけでなくこれまで蓄積した資産も含めた家計の支払い能力を測定するために実際の消費額で測定する場合、の二つがある。

負担の公平性の測定には、ローレンツ曲線やジニ係数といった所得の不平等と同様の指標が用いられる。図1を見てみよう。横軸は左から家計を所得の低い順に並べた所得の分位を示す。縦軸はある家計の累積所得の全

家計所得の合計に対する割合を示す。実際の家計所得の分布を図示した線をローレンツ曲線(図中L)という。もし所得格差が全くなかったとしたら、ローレンツ曲線は図1の正方形の対角線つまり45度線に一致する。逆にもしある世帯が全ての所得を独占しその他のすべての世帯の所得が0であれば、ローレンツ曲線は線分abcとなる。正方形の面積を1に標準化し、45度線とローレンツ曲線の間の面積を2倍したものをジニ係数と呼ぶ。完全に平等な所得分布の場合のジニ係数は0、極端に不平等な場合のジニ係数は1となる。ローレンツ曲線は、所得順で家計を並べ累積所得の全体の割合を図示するので、必ず45度線より右下にある。ジニ係数も0から1の間の値を取り、大きいほど所得分布は不平等となる。

図1 所得のローレンツ曲線(A)と医療費負担の集中度曲線(B)



同じ図1に所得順に今度はある家計の累積医療費負担の全家計の医療費負担合計に対する割合を書いてみよう。この線を（医療費負担の）集中度曲線（図中C）と呼ぶ。もし、所得の低い家計の方が医療費負担が低い傾向にあれば、集中度曲線も45度線より右下にあることになる。

図1では、集中度曲線が45度線より右下にあるケースを示している。すべての家計で税や社会保険料と患者自己負担が完全に等しい場合は、集中度曲線もやはり45度線と一致する。極端に医療費負担が集中しているケースとして、公的医療制度が全くなく100%自己

負担の医療だったとしよう（途上国では可能性のあるケースである）。そして、低所得者が病気にかかり医療サービスを受ける可能性が高かったとしよう。この場合は集中度曲線は45度線より左上に位置することとなる。

ジニ係数と同様に45度線と集中度曲線との間の面積で集中度係数を計算することができる。集中度曲線が45度線より左上にあるときは集中度係数は負の値を取る。したがって、集中度係数は-1から1までの範囲を取り、数値が高いほど医療費負担が高所得者に偏っていることを示す。

図2 カクワニ係数 累進的な場合(C1)と(極端に)逆進的な場合(C2)

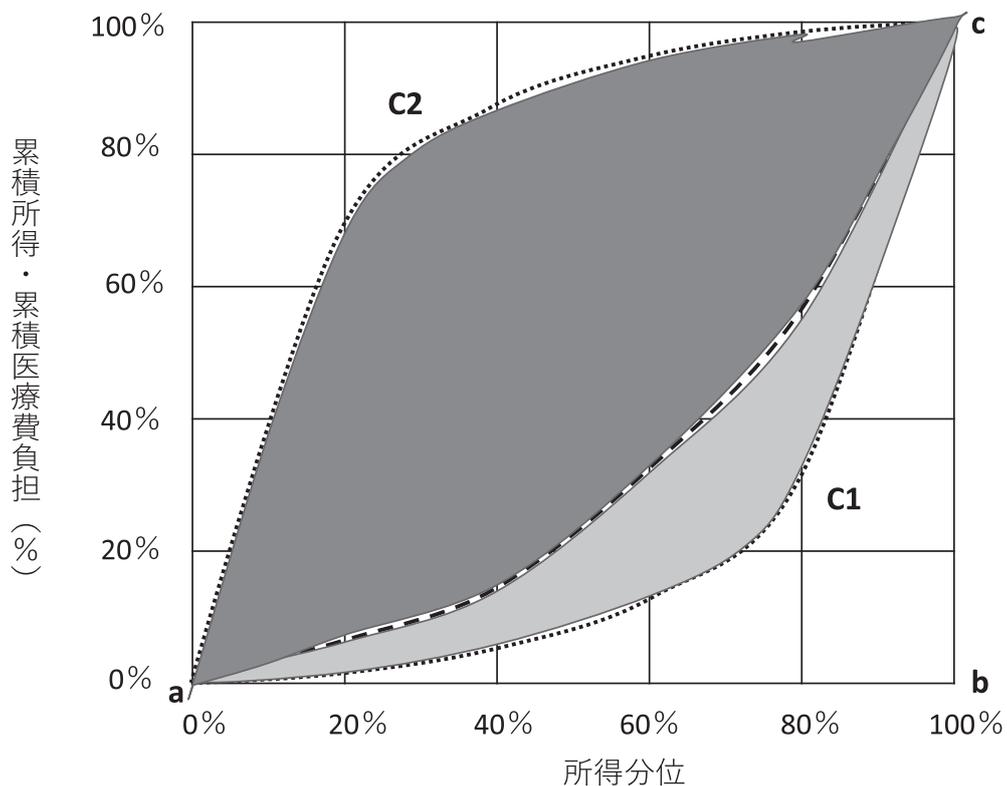


図1で医療費財政を高所得世帯がより多く負担し患者自己負担が0の場合、医療費負担は所得に応じて累進的に高まっていき、その集中度曲線は線分abcに近づくことになる。この場合、医療費負担は元々の所得格差を緩和する影響をもたらす。ある所得分布つまりローレンツ曲線と集中度曲線の関係を数値化

して、医療費負担が元々の所得格差を広げる方向にあるのか狭める方向にあるのかを数値化したものをカクワニ係数と呼ぶ。

カクワニ係数はローレンツ曲線と集中度曲線の間の面積を2倍したものとなる。数値としては、医療費負担の集中度係数からジニ係数を引いた値を取る。

図2のように、ローレンツ曲線が集中度曲線C1の左上にある場合、医療費負担は累進的となっており、所得分配の格差が医療費によって軽減されていることになる。累進度は薄い灰色の面積が大きくなればなるほど大きくなる。図2にはもう一つ極端に逆進度が高い、つまり低所得世帯で医療費負担が高い集中度曲線C2が書かれている。この場合は、カクワニ係数は負の値となり医療費によって所得格差がさらに拡大していることとなる。ジニ係数と違い、カクワニ係数の範囲は、-2から1までの値を取るようになる。

なお、これまでの例では医療費負担全体の集中度曲線について説明したが、税（直接税と間接税）、社会保険料、患者自己負担、民間保険料など各財源の集中度曲線（と係数）を計算し、それぞれの財源について所得の高い家計低い家計、誰が支払っているか集中度係数を、さらに元々の所得格差にどのような影響を与えるかについてカクワニ係数を計算することも出来る。

3. 日本の医療費の負担の公平性

それでは日本の医療費の負担の公平性は他国と比べてどのような特徴があるのだろうか？少し古いがアジア各国の医療費負担のカクワニ係数を分析したO'Donnell et al. (2008) を見てみよう⁽¹⁾。対象国は、日本、韓国、台湾、香港といった高所得国から、中国、タイ、インドネシア、フィリピンといった中低所得国までを含んだ13カ国である。

医療費財源の中で、直接税は集中度係数が正、カクワニ係数が正であった。つまり、高所得者が累進的に直接税を通して医療費を負担しており、それは元々の所得格差を軽減する方向にあるということになる。社会保険料については、日本、韓国、台湾のような皆保険の国では、全ての財源での医療費負担の集中度係数は正であるが、カクワニ係数はほぼゼロ、つまり所得格差を変化させていなかった。患者自己負担については、対象国中日本のみが集中度係数がほぼゼロであり、他の国のように集中度係数が正つまり高所得者が

より患者自己負担を支払っているという結果は見られなかった。

それぞれの財源の全体に占める割合を考慮して医療費負担全体の集中度係数とカクワニ係数を求めると、医療費負担全体の集中度係数はすべての国で正、つまり高所得家計の方が医療費の負担額が多かった。日本、韓国、台湾の3カ国では、社会保険料の割合が高いため集中度係数も他国と比べると低くカクワニ係数はわずかに負であった。したがって、医療費負担によって元々の所得格差はほとんど変化がないか、わずかに拡大するという結果であった。

日本と同様に社会保険を皆保険制度で運営している韓国で、1990年から2016年にかけて医療費負担の集中度係数とカクワニ係数の推移を分析した研究⁽²⁾によると、医療費負担全体のカクワニ係数は2005年以降ほとんど変化していないが、社会保険料負担のカクワニ係数は正の値で上昇、つまり累進度が高まっていた。一方、外来と薬剤費の自己負担のカクワニ係数は負の値で減少、つまり逆進度が高まっていた。韓国では2000年前後に職域や地域で分かれていた保険者を統合した。それまで個々の保険者の財政状況で保険料を決めていた結果、逆進性が高い保険料設定だったが統合によって累進性の高い保険料設定に統一されたためではないかと考察されている。自己負担については、低所得者の方が健康問題を抱える可能性が高いため外来と薬剤費の自己負担については逆進性が高いと考察されている。

筆者の知る限り、長期にわたる医療費負担の公平性について日本での実証分析はない。しかし、厚生労働省が三年に一度報告する所得再分配調査は、医療だけでなく介護や保育サービスなども含めた所得分布についてのデータを収集している。こちらは、所得に年金などの社会保障の現金給付を加えた総所得、総所得から税金と社会保険料を除いた可処分所得、可処分所得に社会保障の現物給付額の推計値を加えた再分配所得、を国民生活基礎調査の所得票での調査が行われる年に

算出している。現物給付については、直接給付額や自己負担額を聞くのではなく、通院・入院日数、要介護度と介護サービス利用日数、保育所の利用状況と保育料を聞いている。それぞれの定義での所得での集中度を計算しジニ係数を算出することで、再分配によってジニ係数が低下したことが示されている。

4. おわりに

医療費負担の公平性については、所得の違いによってどのように負担が違うかという垂直的公平性が研究の中心であった。日本の場合は、税よりも社会保険料の割合が高いため税中心の国よりも累進度が低く、所得格差の調整機能はそれほど高くない可能性がある。

同じ所得の人が同じ負担をしているかに関する水平的公平性については本稿では取り上げなかったが、国保の自治体間の保険料の差や職域保険と地域保健の保険料の差については、水平的公平性の問題と言える。

本稿ではあくまで医療費負担の公平性のみを取り上げたが、医療サービス利用と健康そのものが所得に応じてどのように分配されているかも大きな政策課題である。医療サービス利用についてもアクセスが保証されることを重視するのか、給付そのものの所得格差を是正するかで何を公平に分配するかが異なる。健康の所得間格差については、社会疫学という社会医学の分野でも研究が蓄積されている。ただし、分配の公平についてはそもそも何を公平に分配すべきかの政策目的の議論と、医療サービスのアクセス、利用、健康といった分配の目的をどのように測るかについても課題がある。

負担の公平性は金銭で測ることが出来るため、分配の公平性に比べると指標についてはそれほど議論はないかもしれない。しかし、所得、税、社会保険、自己負担それぞれの金額をどのように正確に測るかについては、負担の公平性の議論の根幹に関わる。多くの国ではこれまで家計に対する標本調査でデータを入手してきたが、これらの金額の記録と回答自体が大きな負担である。上述の所得再分

配調査の回答率も50%台となっており、回答者と非回答者の傾向が違うことでのバイアスの影響は否定できない。今後は、所得や所得からの控除、支払いを自動的にデータベース化していくことも議論が必要であろう。

負担の公平性を英語ではequity of healthcare financeと呼び、日本語の「負担」というどちらかというネガティブな意味の語感はない。個人や社会の価値観に左右され論理だけでは決められない公平だからこそ、正確なデータに基づいてより望ましい医療費支払い・拠出の姿を求めていくことが不可欠である。

【参考文献】

1. O'donnell O, Van Doorslaer E, Rannan-Eliya RP, et al. Who pays for health care in Asia? *Journal of health economics*. 2008; 27: 460-75.
2. Lee T-J, Hwang I, Kim H-L. Equity of health care financing in South Korea: 1990-2016. *BMC Health Services Research*. 2021; 21: 1327.