

(続紙 1)

京都大学	博士 (経済学)	氏名	深見 佳代
論文題目	税方式・社会保険方式が医療アクセスに与える影響 —日本・スウェーデンの医療制度比較分析—		
<p>(論文内容の要旨)</p> <p>現在日本では312.5万世帯が国民健康保険料を滞納しており、市町村国保の全世帯に占める滞納世帯の割合は15.9%である。滞納状況に応じて短期被保険者証や資格証明書が発行されるが、保険料の滞納が長引くほど受診確率の低下がみられる。こうした無保険者の発生は社会保険方式に内在する問題であり、税方式への移行が提言されてきた。これに対峙する形で社会保険方式の利点も主張されてきた。論争は社会保障法学の分野で行われてきたが、二つの主張が対立した結果、税方式と社会保険方式で実現される内容は次のように理解されるに至り、通説化している。すなわち税方式は普遍的に医療アクセスが確保されるが効率/質/供給量に問題があり、社会保険方式は普遍性に問題があるが効率/質/供給量は確保される、という解釈である。しかし理論的・実証的検討が不十分で、一般性に疑問がある。</p> <p>本論文はそのような状況を踏まえて、税方式と社会保険方式という代表的な財源調達方式が医療アクセスに与える影響について日本とスウェーデンの医療制度を例に比較分析をおこなったものである。</p> <p>論点は次の3つである。：(1) 税方式(社会保険方式)は普遍主義的(非普遍主義的)な制度か、(2) 税方式(社会保険方式)は経済的アクセス・ハードルを除去する(除去しない)か、(3) 税方式(社会保険方式)は長い待ち時間をもたらす(もたらさない)か、に分割される。</p> <p>6章からなる構成は以下のとおりである。</p> <p>序章では上記3つの論点について概説し、各論点(1)(2)(3)が医療アクセス・ハードルとして統一的に理解できることを示した。6つある医療アクセス・ハードルのうち(1)は人的範囲のハードル、(2)は金銭的範囲のハードル、(3)は構造的障害のハードルに相当すると解釈した。</p> <p>第1章では、そもそも税方式と社会保険方式のメルクマールが双務性の有無に集約されることを示した。社会保障サービスを受ける権利は、税方式では「国籍やシティズンシップ」などの地位に依拠するのに対し、社会保険方式では拠出義務の遂行に依拠する特徴がある。</p> <p>第2章では第3章以降の具体的制度の理解を助ける目的でスウェーデンの医療制度について概説した。</p> <p>第3章では人的範囲について考察した。この論点は一連の議論のうち税方式の利点(社会保険方式の弱点)として挙げられる特徴である。しかし第1章での検討を踏まえると、税方式では地位のある者への受給権を確立しやすいので拠出能力のない場合も受給権を確立しやすく、社会保険方式では地位がなくとも拠出能力があれば受給権を確立しやすいという特徴の違いがあるといえる。両国の医療制度に含まれる人的範囲について比較すると、一見して明らかなのはスウェーデンの方が制度に対する完全な権利を取得するまでの道のりが険しく、それは国籍や市民権の違いによって歴然とした差があるということである。スウェーデンの場合は高い水準の所得と医療保険加入の証明が求められる一方、日本の場合は国籍や来日目的によって差はあるが、求められる水準が緩やかで、渡航費用支弁能力を示すだけでよく、医療保険に加入している証明は滞在期間や国籍に関わらず一切求められない。従っ</p>			

て通説のようにいずれの方式がより人的普遍性を確保できるかというよりも、対象にできる人的範囲の伸長方向が異なると解釈するべきである。

第4章では金銭的範囲について考察した。両方式をめぐる議論では、低所得者の経済的負担が関心事となっているため、自己負担についても税方式では低負担が前提とされている。しかし自己負担を低く抑えるようなメカニズムが税方式に内在しているわけではない。高額医療より日常的医療の方が容易に抑制されるという点を考慮に入れると、初期医療への経済的ハードルが低く、加えて低所得者への減免制度がある日本の自己負担の設計の方が、定額制で低所得者への減免制度もないスウェーデンの設計よりも、総合的なアクセス量（特に初期医療へのアクセス）は確保しやすいといえる。実際、スウェーデンにおいては80年代とは異なり経済力の低下を背景とした受診格差が発生している。従って、自己負担の設計と受診抑制については財源調達方式によらず個別の特徴を踏まえて検討する問題であるといえる。

第5章では構造的障害、すなわち待ち時間について考察した。待ち時間は税方式に伴う欠点として典型的に指摘されてきた問題である。一般に需給バランスの乱れが原因であると考えられているが、関係する要因が極めて多く、発生原因が財源調達方式にあるかどうか不確定である。待ち時間の解消は制度の正当性維持に関わるため重要な課題であるので、待ち時間が長らく社会問題であったスウェーデンでは1980年代より多くの政策が行われているが、いわば対処療法的である。

第6章は第5章の論点を引き継ぎ、日本との比較を試みた。利用可能な資料に基づいておよその待ち時間を推測したが、スウェーデンより長いとは断言できず、通説が想定するような日本の待ち時間の短さは証明できない。また仮に日本の待ち時間問題が良好であったとしても、医師の過剰労働が指摘でき、評価の際は注意が必要である。第5-6章より、財源調達方式と待ち時間の明確な関係はいえず、また日本と比べてスウェーデンの待ち時間が長いという結論も得られなかった。

以上のように、税方式と社会保険方式のメルクマールは双務性の有無に集約されるのであって、人的範囲の普遍性や低所得者への経済的負担軽減、サービスの質や量といった特徴も財源調達方式に依存すると解する通説には一般性がない、または注釈付きであることが示された。

(続紙 2 )

(論文審査の結果の要旨)

本論文は、公的医療制度の財源調達方式である税方式と社会保険方式とが、医療アクセスにどのような影響を与えているのかを明らかにしようとした意欲的な研究である。

本論文で評価すべき点は、主に以下の4点である。

第1に、税方式が普遍主義的であるのに対して、社会保険方式が普遍的ではないという言説を原理的に批判していることである。この言説は現在でもしばしば無批判に専門家の間でも流布しているだけに極めて重要である。人的範囲において、両方式は「人的範囲の延長方向の違い」にすぎないとする。この説明は、明確で説得的である。

第2に、受診時の自己負担は税方式においても存在しており、自己負担率・額の設定は、財源調達方式と直接的な関係はないとする。低所得者や高額医療に対する政策は別のロジックであることを明快に示していることは高く評価できる。

第3に、税方式の構造的な障害としてしばしば取り上げられる「待ち時間」問題について詳細な検討をおこなったことである。待ち時間の国際比較は極めて困難であり、それだけに、しばしば十分な根拠なく税方式では待ち時間が長いと信じられてきた。深見氏は日本とスウェーデン両国で利用可能な待ち時間に関する資料を徹底的に渉猟した。その結果、スウェーデンの事例を見る限り、時代とともに待ち時間問題は大きく変化しており、財源が本質的な問題ではないこと、さらに、完全な国際比較とは言えないとしても、日本のほうが待ち時間が短いと言い切れないことをデータに基づいて指摘している点も重要である。まさしく、通説の危うさを明らかにしているのである。

第4に、論文全体の議論が明確であり、首尾一貫している点も論文としての完成度の高さを示している。

とはいえ、不満な点がないわけではない。まず、財源負担者の利害関係の分析がされていない。日本の健康保険を例に取れば、社会保険料は使用者と従業員の折半負担であるのに対して、税方式だと労働者だけの負担になりがちである。税方式の財源を所得税や住民税にするのか、消費税にするのか等多様である。これは社会保障制度のインセンティブ構造という観点からすれば、大きな違いを生むのではないかと考えられるが、その点の考察がされていない。さらに、日本の公的医療制度には多額の税金が投入されており、日本を社会保険料方式の代表例として良いのかという疑念もある。

以上のように部分的な問題が見られるものの、筆者自身その点については十分自覚しており、本論文の学術的貢献をいささかも傷つけるものではない。よって本論文は、博士(経済学)の学位論文として価値あるものと認める。

なお、平成30年1月17日、論文内容とそれに関連した口頭試問を行った結果、合格と認めた。