

論文要旨

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—

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。これに對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。

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行ったものである。

問いは次の 3 つの論点：（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。

全体の構成は以下である。

序章では上記 3 つの論点について概説し、各論（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。

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。

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。

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被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に足りればよく、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、どのような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。