

## 社会保険方式から税方式への医療制度改革について

安岡ゼミ

石本・阪井・谷口・牧野・南

はじめに

日本の医療制度については、少子高齢化による財政問題と社会保険方式であることによって発生する医療にアクセスできない無保険者の問題がある。本稿はそれを改善するために諸外国の制度を我が国に導入した場合、どのような結果がもたらされるのかを分析した。本稿はスウェーデンとイギリスの全額税方式制度とかかりつけ医制度という 2 種類の制度を日本に導入するというシミュレーションを行い、社会保険方式から税方式への医療制度改革の財政的負担について明らかにした。

### 1. 日本の医療制度

始めに日本の医療制度を確認していく。日本の医療制度は先進国でも保健医療水準が高く、国民皆保険（すべての国民が何らかの医療保険制度に加入している）を実現している。国民皆保険制度によって、比較的低い自己負担で医療サービスを受けることができる。日本人の平均寿命の長さや乳児死亡率の低さはこうした政策とも関係がある。

その他の特徴として、病院を自由に選択できるフリーアクセスが保証され、医療保険の給付が現金給付で行われることも特徴といえる。被保険者の医療費自己負担の割合を年齢別に見ていくと、75 歳以上が 1 割負担、70 から 74 歳が 2 割負担、義務教育就学後から 69 歳は 3 割負担、義務教育就学前は 2 割負担となる。少子高齢化の進展とともに、国民の医療費も増大傾向にある。国民医療費の推移は近年の経済成長の鈍化にもかかわらず、ほぼ毎年医療費は増大傾向にある。日本の社会保障政策の特徴は、社会保険方式をとりながらも社会保険料負担の伸び以上に公債費負担への依存が増している点にあり、しかし本来税財源により賄われるべき公債負担の財源について、特例公債を通じた将来世代への負担の先送りを行ってきたことにある。この、将来世代への負担の先送りを避けるために、日本は現在 8% の消費税率を平成 27 年 10 月に 10% へと引き上げる社会保障と税の一体改革を行うこととしている。

次に国民皆保険制度のメリットを述べていく。まず、保険証さえあれば、誰もが必要な時に必要な医療を受けられることが挙げられる。これは現代の日本では非常に重要かつ必要なことである。日本の医療は年々諸外国と比肩するほど進歩している。その恩恵を享受できるのもこの国民皆保険制度が基盤として国民の生活に存在しているからである。また関連してこの制度の特徴は誰でも平等に医療を受けられるということが挙げられる。私たちの生まれや育ち、人柄で医療を受けることを断られることもなく、保険料を納めることで誰もが皆平等に医療を受け健康な生活を送ることができるのである。これにより、副産物的な利点として安定した生活を送ることができることになる。

また、日本の医療制度の特徴としては比較的低い自己負担割合が挙げられる。GDP 比で比較すると日本の医療費の割合は 8.5%、アメリカが 17.4%と低いことが分かる。<sup>1</sup>このように日本の医療制度は国民皆保険制度の上で成り立っており、私たち国民に非常に大きな恩恵をもたらしている。しかし、日本の医療制度には次章で述べるように財政的問題がある。

## 2. 日本の医療・保険財政

では、次に日本の医療・保険における関連財政の現状を厚生労働省「国民医療費の概況」と財務省「財政関係資料集」を参考に説明を行う。まず国の医療に関する予算であるが、平成 25 年度の厚生労働省における医療関係の予算は 10.6 兆円であった。これは厚生労働省の予算において 36.5%を占める。国の一般歳出における社会保障費は 54%であるので計算すると、一般歳出において約 2 割を医療が占めているということになる。また、医療関係費はこの 5 年平均で毎年約 3000 億円の自然増加を見せている。この自然増加の大きな原因は高齢化にあると考えられる。医療保険や老人医療関係費に対する国庫負担の割合が決まっており、老人が増えることによりこれらの費用が増加する。そうすると国の負担も自然と増加していくのである。

次に各保険組合の状況であるが、いずれも厳しい状況となっている。各保険組合の状況を説明する前に、日本には 4 つの保険組合があることを説明する。日本国民に最も馴染み深い国民健康保険組合と企業の従業員で構成される健康保険組合と全国健康保険協会、そして後期高齢者医療制度である。これらの団体はそれぞれの団体の中で相互扶助の仕組みを作っている。本題に戻ると、健康保険組合は組合中 4 割が保険料率を引き上げ、8 割が赤字という状況であり、全国健康保険協会も保険料を平成 23 年度から 24 年度で 0.5%上昇させた。また、国民健康保険組合は国からの補助率を引き上げ、後期高齢者医療制度は他の保険組合からの補助金を引き上げている。

最後に国民医療費であるが、平成 21 年度で約 35 兆円、1 人当たり 28 万円となっている。国民医療費は平成 23 年度までで 7 年連続増加しており、今後も増加していくと見られている。

なぜこのような厳しい状況にあるのかという理由を説明する。1 つ目の要因は、最も大きな要因であるが、人口構成の変化だと考えられる。現在日本では高齢化の進行とともに医療費が増大しており、また、その増加を支えるはずの若者も少子化により少なくなっている。現在の仕組みを作った当時の、ピラミッド型の人口構成比という前提が崩れてしまっているのである。先ほど挙げた各保険団体の厳しい状態も、後期高齢者医療制度への補助金が原因の一つとなっている。

2 つ目は医療費の増大である。先ほど述べたように高齢者の増大も、もちろん原因の 1 つだが、過剰な診察や投薬、通院もまた医療費の増大に拍車をかけている。日本での医者への報酬は、どのような治療をどれだけ行ったかを点数化し、その点数に応じて診療報酬

---

<sup>1</sup> いずれも 2009 年データで厚生労働省「国民医療費の概況」を参照。

が決まる仕組みになっている。これを利用し過剰な治療より点数を増やし、報酬を貰おうとする医者が存在するのである。

最後に保険料収納率の低下である。現在、未収納者は少し改善され 1.5 割となっており、影響は少ないと感じる人もいるかもしれない。しかし、この未納問題は次の章で説明される新たな別の問題を引き起こすのである。

### 3. 医療・保険財政悪化の悪影響

では、この財政悪化がどのような影響を及ぼすのかを考察していく。まず1つ目に医療サービスの質の低下が考えられる。このまま国の医療予算の割合に対して保険制度を維持するための予算が増えていけば、その分だけその他の難病対策や研究開発の予算が少なくなり、医療サービスの質が低下してしまう恐れがある。

2つ目は前述の無保険者の出現である。そもそも保険料を滞納するとどうなるのだろうか。矢吹紀人(2003)によれば、まず、保険料を滞納すると短期被保険者証が発行される。これは、有効期限は短い保険証と同じ働きをするものである。この短期被保険者証を更新するときに役所の方から保険料を納めるように注意を受ける。これによって滞納者は今までよりも滞納しにくくなるのである。それでも滞納し1年が過ぎると、被保険者資格証明書が発行される。これが発行されると窓口では一度 10 割を負担し、後日役所に申請すると自己負担分以外の料金を支給されるようになる。この支給は滞納分と相殺されることが多いとのことである。つまり、被保険者資格証明書が発行されると、滞納分が相殺されるまでの間医療費が 10 割負担となり、事実上国民皆保険の輪から外れることになる。この事実上の無保険者がどのくらい存在するかというと、平成 24 年時点で予備軍である保険料滞納世帯が約 372 万世帯、事実上の無保険者である被保険者資格証明書が発行されている世帯は 28 万世帯にも及ぶ。

なぜ財政悪化がこの無保険者を生むのか。財政が厳しくなると保険団体は保険料を引き上げる。するとこの上昇した保険料を払えない人たちが出現する。ここで無保険者が生まれる。そして収納率が低下しより財政が悪化する。財政悪化により、保険団体はさらに保険料を引き上げようとする。するとまた保険料を払えない人が出現し無保険者となる。このループの先に待っているのは国民皆保険の崩壊である。

では現在の日本の医療の財政状況を改善するためにはどうすればいいのだろうか。以上述べた多くの問題点を解決するためには、社会保険方式から税方式への移行と医療費を抑える仕組みを導入する必要があると考えられる。それらの導入については既に海外において行われている。その事例として本稿ではスウェーデンとイギリスの例を挙げて説明したい。

### 4. スウェーデンの医療システム

本章ではスウェーデンの医療システムの説明を財団法人自治体国際化協会 (2004)、樋口

修(2009)、湯元健治・佐藤吉宗(2010)、木下淑恵 (2012)、山崎加津子 (2012)に基づいて行う。

#### 4.1 医療制度における国と地方の役割

スウェーデンでは全ての住民に平等に同質の医療サービスが提供されることを目的としており、

- ・国(社会保健省)
- ・広域自治体であるランスティング
- ・基礎的自治体であるコミューン

の三者によって運営されている。

国は主に法律の制定やガイドラインの作成、監督、評価、補助金の配分などを行い、医療保険政策全般の責任を負う。管轄下にある保健福祉庁はすべての医療従事者・医療機関の監督や、医療の改善等を行っている。

日本の県に相当する 20 のランスティング (Lansting; County council) が保険医療サービスの主な担い手で、他にも公共交通などを担っているが、予算のほとんどが医療保健サービス関連である。また、これらは 6 つの地域グループと呼ばれる保健医療圏に分けられる。

一方、全国に 290 あるコミューン (Kommun; Municipalities) は日本でいう市町村であり、主に学校や保育園、高齢者や障害者のケア、公園や道路の整備などを担う。ランスティングとコミューンの業務分野は明確に分かれており、日本のように上下関係は存在しない強い自治権を持っている。これはスウェーデン保健医療サービス法により決められ、医療保健サービスの提供内容や提供方法についてはランスティングの裁量に大きく委ねられている。

#### 4.2 医療供給体制

医療サービスについて説明を行う。基礎医療 (primary health care) は、誰もがいつでも利用できるかかりつけの家庭医によって提供されている医療である。基礎医療の役割は、国民の健康状態を改善し、入院の必要がないように病気や怪我の治療を早期に行うことであり、公立私立合わせて 1000 以上の診療所が設置されている。

病院医療 (county health care) は、基礎医療の次の段階であり、病院での治療を必要とする場合に、ランスティングまたはランスティングより広域の地域レベルの病院において医療サービスが提供される。65 の中央ランスティング病院と地方ランスティング病院において各種専門分野における治療が外来及び入院で提供されている。広域的な地域レベルの医療機関は 9 つの地域病院であり、この地域病院はランスティングの中央病院より専門的な医療サービスを提供している。

高度専門医療病院 (regional health care) は、「スウェーデンにおける高度専門医療は 6 つの高度専門医療地域に分かれ、それぞれの地域で専門化した高度医療を提供する高度専門病院がある。この高度専門医療地域の人口は約 100 万人から 190 万人の間で、各地域には最低一つの大学病院も設置されている。この高度専門医療病院は同地区のレーン府及

び同地区内のランスティング間で協議され、高度医療に対するサービス利用や支払いについての契約を結んでいる。」<sup>2</sup>

そしてスウェーデンでは 2003 年より Care choice system が始まった。これはランスティングによって患者が入院などの治療方針を決められた場合、どの地域のどの病院で治療を受けるのかを自由に決めることができるというものである。もちろんどの病院でも同質の医療サービスを受けることができるのである。

また、2005 年 11 月より、全国医療保障制度 (Vårdgaranti; National health care guarantee) が開始され、「ランスティングは治療を行う決定がなされてから 90 日以内に治療を始める義務を負い、できない場合には他のランスティングで治療を受けられるようにしなければならなくなった。この制度は 2010 年に法制化され、2011 年現在患者の 9 割が保障期限内に治療を受けられている。」<sup>3</sup>そうして大きな問題となっていた待ち時間も幾分かは改善されたもののまだまだ待機時間は長い。

#### 4.3 医療財政制度

スウェーデンと日本では主となる財源の種類が異なる。先ほども説明した通りではあるが、日本は保険料を財源とする社会保険方式である。これは保険料を負担したものが医療サービスを受けられるというものである。図 1 の 2 つのグラフは財源別医療費の割合を表している。割合をみるために作ったものなので総医療費などの数値は出していない。左が日本、右がスウェーデンである。グラフを見てもらったら分かるように日本では 49%が「保険料」、38%が「公費」、そして残りの 13%が「その他」となっているがこれはほとんど患者の自己負担分である。

そしてスウェーデンは税方式となり、「地方県税」が約 70%を占めている。所得の中から約 30%の地方税が徴収となり、また高所得者になるとさらに 20%以上の税率が課せられる。補足するとこれは医療費関連のみの税率であり、他にも年金関連費等も徴収されることとなる。そして残りの 20%が「国家補助金」で「その他」が 10%となっている。「その他」の内訳は日本と同じく患者の自己負担分や民間の医療保険分である。

財源の比較をしてみるとそれぞれ 1 番多くの割合を占める「保険料」と「地方県税」以外ではほとんど同じ財源構成となっていることがわかるだろう。

---

<sup>2</sup>HGPI Hearth and Global Policy Institute 「参考資料：スウェーデンの医療制度改革と高齢化対策」 [http://www.hgpi.org/handout/Sweden\\_120315.pdf](http://www.hgpi.org/handout/Sweden_120315.pdf) より引用

<sup>3</sup>HGPI Hearth and Global Policy Institute 「参考資料：スウェーデンの医療制度改革と高齢化対策」 [http://www.hgpi.org/handout/Sweden\\_120315.pdf](http://www.hgpi.org/handout/Sweden_120315.pdf) より引用

図1 財源別医療費の割合

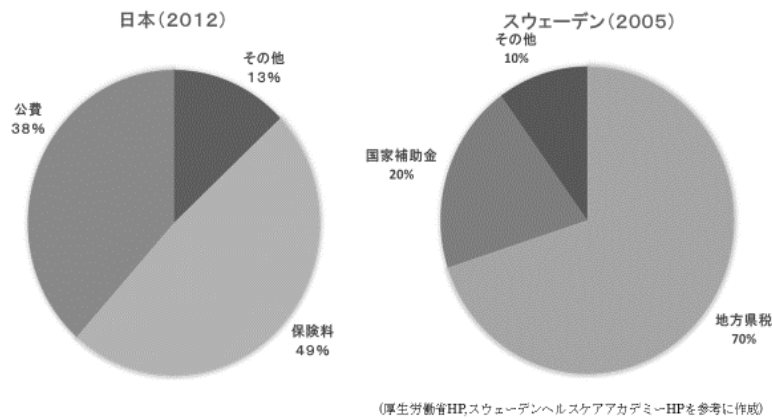


図 1：財源別医療費の割合

## 5. スウェーデンの全額税方式の導入

スウェーデンのような全額税方式を日本に導入することによって、社会保険方式で起きうる無保険の問題を解消することが可能であり、日本の医療保険制度の問題の1つを解決することとなる。では、スウェーデンの全額税方式を日本に当てはめた場合どのような影響があるのだろうか。メリットとデメリットを説明する。

まず前提となる条件だが、財源とする税の種類は安定した税収が見込める消費税とする。これは所得税や法人税などは景気による変動が激しく、大幅な税率引き上げで景気に悪影響を及ぼす恐れがあるためである。この点では確かに消費税でも大幅に引き上げをすれば景気へのダメージはあるのだが、比較的軽く済むであろうと推測される。

次に自己負担額だが、今の日本では基本的に医療費の3割となっている。これをスウェーデンに倣い年間最高でも11300円とする。

最後に、消費税分で「保険料」約50%を賄うと考える。それに加えて先ほど述べた自己負担の大幅減額によって「その他」の割合が13%から3%になると計算できるので、減収となる10%も賄うとする以上に述べた点を前提として置き、シミュレーションを行う。

### ○ メリット

メリットは、年間最高の限度負担額が約1万1300円と低いコストで、費用がかさまないことが挙げられる。また通院費の合計が限度負担額に到達すると、年度末まで利用することができる無料受診券(フリーコートと呼ばれる)が支給されることになっている。また税方式を日本に導入した場合、安定した財源の確保が可能になる。消費税は全国民が等しく納めるものであるために取りこぼしが考えられにくい。所得税や法人税などは景気による変動と影響を受けやすく、大幅な税率引き上げによって景気に悪影響を及ぼす恐れがある。このような理由のために消費税のような安定した税収が見込まれる消費税にした方がいい

と考えられる。

また未払保険料が無くなることが予想される。理由として挙げられるのは保険料の納付の必要がなくなるからだ。そして同時に無保険であるがために、医療機関に受診することができずに病死してしまうケースや、親が保険料を支払っていないために子供までも無保険になってしまったりするというケースを未然に防ぐことができる。そして何よりも無保険者がいなくなるという点でも大きなメリットとなる。日本では保険証が無ければ10割負担となり、全額自己負担となってしまう。しかし税方式を導入すれば先述したように保険証が不要になるので、全員が一律の医療を受けることが可能になる。

#### × デメリット

デメリットが高い税率がかかるので、国民の負担が大きくなることである。消費税を1%引き上げると税収は約2.5兆円増えるというデータがあるが、現時点での日本の総医療費である約39兆円を消費税のみで賄うとなると、現在の8%から18%まで引き上げなければ税収では賄いきれない。そして例え2~3%ずつ引き上げていくとしても、国民からの反発や、人口減少によって十分な徴収が難しくなるといった問題も出てくるので慎重に引き上げざるを得ない。つまり移行に相当の年月がかかることが推測することができる。

○ メリット	× デメリット
・低い自己負担 ・無保険の解消	・高い国民負担

表1：スウェーデンの全額税方式の導入のメリットとデメリット

以上をまとめると財政面での問題となる未払い保険料・無保険者は解決する。しかし制度面が問題となってくる。スウェーデンは税収で得られた予算の中からいわば配給制によって医療サービスが提供されている。これはいつでも診察を受けられるフリーアクセスが基本の日本では問題が大きい。例えば風邪といった比較的症状が軽いような場合は、自宅療養か処方箋が不要な薬をドラッグストア等で購入し、自分で治療することになる。アドバイスや指導が欲しい場合は医療相談の電話をかけ、看護師が症状を聞いて診察を手配するか判断することとなる。このとき診察が必要だと判断されて初めて医師の診察を受けることができる。緊急でない限り、「自宅で様子を見てください」と言われる事が多い。数日後にまだ調子が悪く、診察が必要だと判断され手配されてもなお病院で待たなければならず、待ち時間が長くなってしまふ。これは無駄な治療を減らすことによって医療費の膨張を抑えることができるというメリットも存在するが、フリーアクセスに慣れている日本人にとってはこのように病院にかかるということは不便であり、医者に診てもらえたという安心感が得られないことは精神面でもデメリットとして大きいことは確かである。

近年ではそういった問題を解決するための制度がスウェーデンでも設けられようとして

いる。医療サービスの供給のムラが存在しないようにイギリスではかかりつけ医というのが存在している。かかりつけ医は無駄な医療費の膨張を防ぐ役割も持っている。日本において、かかりつけ医を導入することによって、もう1つの日本の問題であった、医療費の問題が解決できる。次の章ではイギリスのかかりつけ医制度の仕組みを紹介したい。

## 6. イギリスのかかりつけ医制度

近藤克則 (2004)、武内和久・竹之下泰志(2009)、一圓光彌 (2013)を参考に本章ではイギリスの医療制度について説明を行う。

### 6.1 かかりつけ医制度の概要

イギリスにおいて公的医療サービスは原則無料で受けることができる。たとえばがんの手術、風邪の治療、内臓疾患の治療など日本では3割負担の医療費がかかるが、イギリスに住む人は無料で受けることができる。ただし自己責任とされる目の治療や歯の治療などには医療費が例外的にかかる。

別の特徴として、日本では3割が税金などの公費であるのに対して、イギリスではほとんどが税金でまかなわれているということがある。

さらに、大きな特徴として、イギリスにはかかりつけ医 (**general practitioner**) 略して GP がいる。これは地域ごとに存在する診療所の医師のようなもので、その地域ごとに 1500 人から 2000 人の患者を受け持つ。そして第一次的な診察や日々の健康指導を行う。第一次的診察とはつまり、具合が悪い人は病院には行かずにこのような、かかりつけ医のところに最初に行くということである。そしてそこで診察を受ける。これはプライマリケアとも呼ばれる。基本的にイギリスに住む人はこのかかりつけ医を最初に受診する。かかりつけ医が判断をしてから初めて大病院などの専門性の高いところに行くことができるのであり、必要がないと判断されれば、イギリスに住む人は病院には原則行くことができない。

またかかりつけ医は心理的な理由や、日本でいうところの高齢者が退屈だから医者と話をしに来るといった患者を歓迎していない。そういう人たちには簡単なカウンセリングを行ったり、地元の慈善団体に紹介したりしている。そうすることによってかかりつけ医たちは不必要な診療を減らしている。ここには医療資源を有効活用しようという意図があるのである。

しかしもちろん例外は存在しており、それはプライベート病院と呼ばれている。これは自己負担が発生しても待機したくない患者が受診する病院であり、全体の医療費の約1割がこのプライベート病院に使われている。それ以外にも、緊急を要するときなどは直接病院に行くことができる。

### 6.2 かかりつけ医制度のメリット

次にイギリス医療のメリットについて説明する。メリットは大きく分けて3つ存在する。



1つ目はかかりつけ医は患者の家族がどのような病気にかかっているのか、これまで本人がどのような病気にかかってきたのか、どのような社会環境で生きているのかを把握しているため、的確な診断や指導ができる。これは家族全員が同じかかりつけ医に登録してあるからできることである。基本的にかかりつけ医は地域ごとに存在するためこのようなことが発生する。病気の診断をする上でこのような情報は非常に有益なものであり、これはかかりつけ医制度特有のメリットといえる。

2つ目のメリットとして、原則無料で医療を受けられるため医療格差が広がりにくいという点が挙げられる。たとえば日本では医療費がかかり、がんの治療がしたくてもできないという状況が発生する可能性がある。これでは経済状態によって医療格差が広がってしまう。しかしイギリスでは医療費が原則無料であるため、このような不平等は発生しない。

3つ目のメリットとしては、過剰な治療や投薬を防ぐことができるというのも挙げられる。日本では診療報酬制度によって、治療を行えば行うほど医師の側に利益が生まれるが、イギリスでは何人の患者を担当しているのかによって報酬が決まる。つまり診療の回数が少ないほど医師の労働時間は少なくなるのである。

したがって、かかりつけ医にはできるだけ診察の回数を減らして報酬をもらおうとするインセンティブが生まれる。そのため利益目的の過剰な治療や投薬を防ぐことができる。

イギリスでは先述したように、かかりつけ医の制度が導入されている。したがって病院や診療所を交互に受診する、重複受診というものが発生しないため、医薬品の過剰投与が発生しづらい。したがってイギリスでは薬の過剰な投与や必要性の薄い検査は発生しづらいのである。

さらに、イギリスでは各病院のサービスの質などのデータがインターネット上で公開されるといった形で評価されており、それが医療のサービス向上に向けた見えないプレッシャーともなっているのである。

### 6.3 かかりつけ医制度のデメリット

しかし無料であるが故のデメリットとして、患者の待機が発生してしまう。近年の改革によって約半分の待機患者が減少したが、それでも数ヶ月以上も手術を待たざるを得ない人も存在する。風邪にかかったとしても一週間は待たされたりして、その間に完治してしまったり、体調が悪いにもかかわらず長期間待たされてしまうため病状が悪化したりしてしまう場合もある。それに伴い、より早く治療を受けたいがために軽度の病状や怪我でも病院の救急外来を受診してしまう人が存在する。救急外来に来る人の約半分は軽度のものである。

## 7. かかりつけ医制度の日本への適用

本章ではかかりつけ医制度を日本へ導入した場合について考察を行う。日本では診療所数が約10万件以上あり、コンビニエンスストアの2倍ある。少しデータ古いが、平成8年

には特定機能病院で1割以上の患者が1ヶ月以上待機しているという現状があった。<sup>5</sup>これに対して、小さな病院では待機する時間は少ないと言われている。このような現象が発生する理由として、日本人の中にある大病院志向が挙げられる。これはつまり、大病院なら安心だろうという心理が働き、近くの診療所は利用しないことから発生すると考えられる。そのためイギリスのように病院と診療所の機能分担ができていない。

そのような事態を解決するためにもこの診療所を有効活用するべきだと考えられる。ここでイギリスのかかりつけ医を日本に導入したと仮定する。<sup>6</sup>

単純に考えて約10万軒の診療所のうち約半分の診療所がかかりつけ医になったとする。診療所1つにつき1000人の患者を受け持ったとすると、それだけで約5000万人の患者をカバーすることができる。数は足りないが、今後かかりつけ医の数を増やしていくことができれば総人口をカバーできるのではないのだろうか。また人口の多い都市部では患者が集中しすぎる可能性があるため、かかりつけ医が複数集まってできる診療所を作るべきだと考えられる。そうすることによって多くの患者を受け持つことができる。このように、数多く存在する診療所をかかりつけ医とすることによって日本の待機患者数は0に近づくと考えられる。

次に財政的なメリットについて考える。2005年にかかりつけ医を導入したフランスは3年間で約1400億円の節約になった。これを人口比と人口構成比でとると、日本の約3150億円になる。

年間1000億円では少ないかもしれない。しかし先ほど説明した全額税方式を導入することによって医療需要は高まると考えられるので、少しでもコストを抑えることができることは非常に重要である。

## 8. まとめ

本稿では日本の医療制度の問題であった、医療保険制度の持続可能性と無保険者の問題を解決するための方策として、スウェーデン及びイギリスの制度を参考に医療制度改革を行い、さらにそのような改革を行うことによって具体的に財政負担がどの程度となるのかの試算を行った。分析の結果として、かかりつけ医の導入は出来高払いにおける日本の医療制度においては医療の無駄な需要を抑え、医療費の節約になるということ、無保険者が存在しないことによって、子どもも含めたすべての国民が医療にアクセスできることとなり、健康格差を縮小させることが可能となることを明らかにした。

より精緻な分析が必要であるとは思われるが、それは今後の課題としたい。

---

<sup>5</sup> データは厚生労働省(1996)「平成8年 受療行動調査の概要 第II編 関連分析 (入院患者の状況) 1入院までの待機期間」。

<sup>6</sup> 以下の試算は世界経済のネタ帳「名目GDP(USドル)の推移(1980~2014年)(フランス日本)」、都道府県別統計とランキングで見る県民性「診療所数」、一圓光彌(2013)を参考。

参考文献

一圓光彌 (2013)「ヨーロッパの医療保障制度と家庭医制度」関西大学経済・政治研究所編『セミナー年報 2011』関西大学経済・政治研究所

[http://www.kansai-u.ac.jp/Keiseiken/books/seminar12/s196\\_2.pdf](http://www.kansai-u.ac.jp/Keiseiken/books/seminar12/s196_2.pdf) (2014.12.1 アクセス)

木下淑恵 (2012)「分権国家スウェーデンにおける社会保障の財源確保」  
<<http://www.ipss.go.jp/syoushika/bunken/data/pdf/19689205.pdf>>(2014/11/06 アクセス)

厚生労働省統計情報「国民医療費の概要」

<<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-iryohi/11/>>(2014/11/06 アクセス)

厚生労働省 (1996)「平成8年 受療行動調査の概要 第Ⅱ編 関連分析(入院患者の状況)

1 入院までの待機期間」, [http://www1.mhlw.go.jp/toukei/h8jyuryo\\_8/02-21.html](http://www1.mhlw.go.jp/toukei/h8jyuryo_8/02-21.html)  
(2014.12.1 アクセス)

近藤克則 (2004)『「医療費抑制の時代」を超えて—イギリスの医療・福祉改革』医学書院

財団法人自治体国際化協会 (2004)「スウェーデンの地方自治」スウェーデンヘルスケアアカデミー<<http://www.swedishhealthcare.jp/start.html>>(2014/11/06 アクセス)

財務省「財政関係資料」

<[http://www.mof.go.jp/budget/fiscal\\_condition/related\\_data/](http://www.mof.go.jp/budget/fiscal_condition/related_data/)> (2015/01/09 アクセス)

武内和久・竹之下泰志 (2009)、『公平・無料・国営を貫く英国の医療改革』、集英社

樋口修(2009)「スウェーデンの社会保障財政の政府間関係」国立国会図書館『レファレンス』  
2009.9

矢吹紀人(2003)「国保崩壊」あけび書房

山崎加津子 (2012)「スウェーデンの社会保障に学ぶ」『大和総研調査季報』2012 年新春号  
vol.5 pp.6-17.

湯元健治・佐藤吉宗(2010)『スウェーデン・パラドックス』日本経済新聞出版社

世界経済のネタ帳「名目 GDP (US ドル) の推移 (1980～2014 年) (フランス日本)」

[http://ecodb.net/exec/trans\\_country.php?type=WEO&d=NGDPD&c1=FR&c2=JP](http://ecodb.net/exec/trans_country.php?type=WEO&d=NGDPD&c1=FR&c2=JP)  
(2014.12.1 アクセス)

都道府県別統計とランキングで見る県民性「診療所数」  
<http://todo-ran.com/t/kiji/14382> (2014.12.1 アクセス)

HGPI Health and Global Policy Institute 「参考資料：スウェーデンの医療制度改革と高齢化対策」 [http://www.hgpi.org/handout/Sweden\\_120315.pdf](http://www.hgpi.org/handout/Sweden_120315.pdf) (2014/11/18 アクセス)