

医療給付と医療提供体制における 地方財政の役割

西川 雅史 青山学院大学

國崎 稔 愛知大学

2026 年 10 月 17 日

本ワーキングペーパーは、地方公共団体金融機構の研究プロジェクト「地方財政からみた社会保障」の成果の一部です。その内容は全て執筆者の個人的見解であり、地方公共団体金融機構の公式見解を示すものではありません。また、現段階での成果であり、今後改訂する可能性があります。

医療給付と医療提供体制における地方財政の役割

西川 雅史 (青山学院大学)

國崎 稔 (愛知大学)

要 旨

本稿の目的は、医療システムの選択基準とそれに関連する財政支援の役割について検討することにある。そのために、この医療システムの選択の基礎となる社会的規範を明らかにして、その医療システムの類型化を試みる。また、その選択されたシステムごとの財政支援の在り方について整理する。そのような考察によって、各システムでの医療体制と財政支援の特徴付けを行う。特に、医療システムへの地方財政の役割を明示する。

キーワード：医療システム，国民皆保険制度，限定合理性，市場の失敗，財政支援

JEL Classification：H73 H75 I13 I18

1 はじめに

本稿の目的は、医療システムの選択基準とそれに関連する財政支援の役割について検討することにある。

それぞれの国は、自国の医療に関する社会的規範と実情に則して医療システムを構築している。例えば、英国の国民保険サービス制度（NHS）は、その医療給付は原則無料であり、その費用は租税調達によって予算化されている。また、医療提供は公的医療機関によって主に担われており、その費用も政府予算から支出されている。よく知られているように、英国の医療システムはベヴァリッジ報告で提示された平等主義的規範をその背景として創設された。また英国の制度は集権的であるという特徴を持っている。

他方、ドイツの医療システムでは、法定医療保険（GKV）の中で、行政機関から独立した各種の疾病金庫が保険者となって、医療給付を行っている。また、医療提供については、州政府が「病院計画」などを通じて関与するとともに、保険医が加入する保険医協会（ほぼ各州にある）も「需要計画」などを通じて関与している。したがって、ドイツでの医療システムは、給付と提供において分権的な一面がある¹。

日本においても国民皆保険制度の創設以来、独自の医療システムを構築してきた。日本の医療システムの特徴として、医療提供が、民間医療機関の主導によって行われていることや、地方財政を通じて医療システムへの財政支援が行われていることなどが挙げられる。例えば、国民健康保険や後期高齢者医療制度における保険料率の軽減措置や、保険運営主体である地方自治体への財政支援がある。また、自治体病院への地方交付税の支出は、採算性が取れないような地域、診療科での医療機会の保証に貢献している。

ただし、これら医療給付への公的資金の投入や、公的医療機関への財政支援の背景や根拠については、部分的にしか示されていないようである。

そこで、本稿は以下の順序で上記の問題を検討する。まず第2節では、医療システムの選択における社会的規範に着目して、医療サービスの資金調達と提供体制の組み合わせについて類型化を試みる。そこでは、社会的規範に基づいて医療サービスの資金調達と医療提供主体が決定され、そして、選択された医療システムにおける留意すべき点を整理し、公的資金調達と公私による医療提供の特徴を示す。第3節では、医療給付と医療提供に関する財政支援の役割について検討する。そこでは、公的医療保険制度への財政支援の意義と公的医療機関への財政措置の役割を示す。第4節では、日本の医療システムの特徴である「国民皆保険」、「自由開業制」、「フリーアクセス」について概観し、日本の医療サービスの負担・給付及び提供体制の特徴を明らかにする。さらに、私的供給の補完的役割としての公的医療機関の存在理由についても言及する。また、この節では日本の医療システムにおける地方財政の役割についても考察する。最後に、第5節で

¹ ドイツの医療制度については、田中伸（2025）、田中耕（2025）、藤本（2018）を参考にした。

今後の検討課題を示して結びに代える。なお、付論として近年の医療制度の改正、特に2015年の国民健康保険改正の経済学的意義と政策的意味づけについても検討する。

2 医療システムの選択問題

個人の健康状態は、個人的環境や社会的環境にも依存する。また、医療サービスは健康状態の改善・疾病の予防の手段とみなすことができる。これは、医療サービスと健康状態がインプット・アウトプット関係にあることを意味する。したがって、個人の健康状態は、医療サービスへのアクセスの程度に依存する。その際、医療サービスの選択が完全に個人的意思決定に基づくならば、医療サービスは通常の市場経済によって取引される。しかし、もし医療サービスの受益と負担に公的介入があるならば、その介入の背景には何らかの社会的規範があるはずである。以下では、國崎（1999）に基づいて医療サービスにおける資金調達と提供体制における公私の役割とその背景にある社会的規範について検討する。

2-1 自由主義基準と平等主義基準²

健康状態の決定において、個人がすべての情報を持っており、かつ合理的な選択が可能であれば、他者に依存せずに医療サービスを選択するはずである。このような自己完結的意思決定を重要視する規範が「自由主義基準」と呼ばれるものである。この規範に従えば、健康状態の決定は自己完結的であり、そのインプットである医療サービス消費も個人的意思決定であるべきである³。したがって、医療サービスの消費は通常の財・サービスと同じである。同様に、医療サービスの提供も供給主体の自己意思に従って医療サービスが提供される。このような社会的規範に基づけば、個人の健康状態はあくまで自己決定であり、個人間の健康状態に格差があってもこれは個人の責任となる。

ただし、このような医療サービス市場での取引は、しばしば社会的に望ましくない結果をもたらす。医療サービスの供給特性として「規模の経済性」がある。とくに、病院サービスはその診療科目と病床数に応じて、固定費用が増加する。もし民間部門が医療の供給主体となる場合には、その医療機関が立地する地域の人口数と年齢構成によって、医療機関の参入と規模が決定される。都市部であれば人口規模も大きく年齢構成も多様であるために、多様な医療サービスが提供可能であるが、人口規模が小さく年齢構成が

² 自由主義基準と平等主義基準による医療システムの選択問題は、Willams (1988)によって示されている。本稿も基本的に彼の枠組みを踏襲している。

³ 合理的個人による医療サービスと健康状態の決定については、Grossman (1972)を参照。また Grossman モデルの解説については、橋本・泉田 (2016) に詳しい。

偏りがちな地方部（Rural area）では、医療サービスに付随する固定費用のために、医療機関の多様性が限定されるか、全く参入できない可能性がある。このことは地域間での医療サービスへのアクセスに格差を生じさせる。

また、感染症対策をはじめとする保健衛生行政には、「外部性」が伴うものと考えられる。たとえば、感染症に罹患した個人が十分な治療を受けない場合には、本人の健康状態だけでなく、他者への感染リスクを高める可能性がある。あるいは、予防接種、検査、早期発見・治療などによって感染症の発生やまん延が抑制されれば、その便益は当該サービスを直接利用した本人にとどまらず、地域住民にも及ぶ。さらに、看護師をはじめとする医療従事者の養成・研修も、当該医療機関を越えて地域内に裨益するものと考えられ、正の外部性を有するであろう。教科書的には、正の外部性を有する財は過小供給に陥る。

あるいは、私的保険の運営について、保険会社がすべての個人の疾病リスクを把握できるならば、そのリスクに応じて保険料率を設定できる。しかし、各個人のリスクを完全には識別できなければ、すべての個人が参加可能な保険運営が実行できない。この問題は、「情報の非対称性」や「逆選択」として知られている。

そもそも、個人の意思決定の合理性にも疑問がある。例えば、個人が疾病リスクを完全に認識していれば、そのリスクに応じて民間医療保険に加入するはずであるが、このようなリスクはしばしば過小にしか認識されないことが「プロスペクト理論」によって指摘されている⁴。

このように、「市場の失敗」や「個人の限定的な合理性」を念頭におけば、もはや、自発的な供給に任せては、医療サービス市場はすべての人に望ましい結果をもたらさない。しかも、個人間の健康状態にも格差を生み出すことになる。自由主義基準に基づく医療システムの下では、これらの問題を修正するために、政府による介入が必要になるというのが、標準的経済学の解釈である。

次に、自由主義基準と対極にある平等主義基準について検討する。この規範の下では、個人は市民的権利として医療サービスを享受でき、このサービスの便益は個人の経済状態に依存してはいけなない。この規範に従えば、どのような個人も等しく医療サービスへのアクセスが保証される。言い換えれば、政府は医療アクセスの公平を担保しなければならない。そのためには、人々の行動範囲に限界があることを踏まえて、医療機関の配置に大きな空白を作らず、物理的なアクセスを確保しなければならない。また、経済的な理由によってもアクセスが制限されてはならず、医療費の負担は個人の受益とは切り離される。このことは、医療給付に関する負担が所得水準に応じて異なることを意味し、所得再分配の一面を持つことになる。

⁴ プロスペクト理論を含む行動経済学については、大竹（2019）が平易に理解できる著書である。

このように、すべての個人に医療サービスを保証するためには、物理的な意味でも、経済的な意味でも、その提供体制には非市場型な部分が必要になる。平等主義基準に従えば、極端な場合、公的資金調達と公的供給による医療システムが選択される。

2-2 医療における混合システム

ここまで、自由主義基準と平等主義基準に基づく医療サービスの給付及び提供体制の特徴を整理し、それぞれで異なる医療システムが選択されるであろうことを示した。

しかし、現実の医療システムは、論理的整理が示すような極端な形態ではなく、むしろ折衷的システムが選択されている。例えば、医療の給付に関して、私的保険制度を補完するような公的保険制度が導入されるケースがある。これは、自由主義基準における私的保険の不完全性によって生じ得る保険未加入者を救済するためのものである。このとき、公的医療保険制度は、すべての個人が医療保険に加入できるように再分配機能を持たなければならない。そのため、このような公的保険は、限定的ではあるが、財政移転を受けて運営されることになる。ただし、自由主義基準の下では、政府による保険運営や医療提供は、あくまで私的保険と民間医療機関の補完的役割に限定される。

次に、極端な平等主義基準の下では、租税調達によって医療サービスが提供され、個人の負担と給付に対応関係がない。この場合、医療サービスを通じて、高所得者から低所得者へ所得再分配を行う構図になりやすい。もし再分配の範囲を限定的に留めるならば、個人の負担と給付を対応させるような公的保険制度が選択される。その場合であっても、保険未加入者を救済するために、公的保険への財政移転は必要である。この財政移転については次節でもう一度検討する。また、公的保険において個人が受け取る医療サービスの範囲に制限が課される場合には、追加的サービスを利用するための私的保険が活用され得る。その典型例が英国における「自由診療制度」である。ただし、平等主義基準の下では、私的保険による医療給付は、あくまで公的医療給付の補完的な位置づけである。

医療提供についても、現実的には、混合システムが選択される。自由主義基準の下では、私的主体によって医療サービスが提供されるが、規模の経済性によって市場規模の大きい地域では過大供給となり、いわゆる「医師誘発需要」の発生原因ともなる⁵。さらに、市場規模の小さい地域では固定費用の大きい医療サービスの過小供給となる。結果として、地域間で医療アクセスの度合いに格差が生じる。私的供給を主体とする場合、ある程度の医療アクセスを確保しようとするれば、医療資源の偏在規制や民間医療機関を誘致するための補助金等のインセンティブ政策が求められる。

⁵ 過剰供給となる現象は過剰参入定理として知られている。理論的説明は、Suzumura and Kiyono(1987), Shinozaki and Kunizaki (2017)を参照。

他方で、アクセスの公平を重視するならば、平等主義基準の下で、公的医療機関による直接供給が選択されることになる。例えば、歴史的に医療サービスが私的に提供されてきた日本では、アクセスを保証するために、公的医療機関が私的供給を補完するように医療サービスを提供している。なお、アクセスの保証機能としての公的医療機関については、第4節で再度検討する。

平等主義基準の下であっても、医療システムの公的供給に関して財政制約があれば、補完的に私的供給を容認する場合がある⁶。この私的供給による補完的役割は、英国の「自由診療制度」の供給側の特徴でもある。ここまでの検討をまとめたものが「表1」である。

表1 医療システムと社会的目標設定

区分	公的供給		私的供給	
公的資金調達 (租税調達 / 公的保険)	アクセスの公平	市場の失敗	アクセスの公平	政府の失敗
	非市場的供給		市場的供給	
	モニタリング（費用効果分析）と監査		モニタリングと規制（インセンティブ報酬）	
私的資金調達 (私的保険 / 自己負担)	非市場的供給	市場の失敗	市場的供給	一般企業
	支払意思による価格付け		市場価格（私的保険）	
	モニタリング（費用効果分析）と監査		情報開示	

3 医療システムにおける財政支援の役割

前節では、社会的規範に基づく医療システムの選択とその特徴を示した。そこでは、公的資金調達による医療給付には、租税方式であっても公的保険方式であっても、所得再分配の機能が必要である。また、医療提供が私的資金調達の方式により私的供給に委ねられるならば、民間医療機関が参入できないような地域・診療科など不採算部門へのアクセスは保証できなくなる。そうした事態を避けようとするれば、財政支援が必要である。なお、医療の租税方式による公的供給は、直接的な財政措置であり、医療の受益と負担が切り離されており、財政支援の枠組みの中で、医療サービスが提供されていることと同義である。

公的資金を投入するとき、その調達において負担と給付を分離すべきであれば、租税調達方式が選択され、再分配が過度になることに抵抗があれば、公的保険方式が採用される。また、私的資金調達方式では私的保険が中心となるが、特定の目的がある場合には公的保険制度が部分的に採用される。

⁶ 私的供給が容認される例として、PFIによる水道供給が挙げられる。公的供給が非常に非効率である場合（政府の失敗）、私的供給に頼ることになる。

本節では、特に公的保険制度と公的医療機関に関する財政支援の側面について、その役割を中心に検討する。

3-1 公的医療給付への財政支援

まず、公的保険制度における財政支援の役割を示す。前節でもふれたように、保険運営主体が公共部門である場合、その目的は保険制度の中に多くの個人を参加させることにある。すなわち、異なる疾病リスクを有する個人を公的保険の傘の下に加入させることによって、すべての個人に医療サービスの享受を保証しようとするものである。このことによって、被保険者のリスクを集団化し、リスク回避させる仕組みが公的保険の目的でもある。これはいわゆる「保険原理」と呼ばれるものである。

ここで問題となるのは、所得等の経済状態が異なる個人は、保険料の支払い能力が異なっているという点である。例えば、高所得者と低所得者を同時に加入させ、かつ保険料収入によって医療給付を行うとしよう。この場合、個人の疾病リスクを測定できたとしたら（例えば年齢）、そのリスクの大きさに応じて各個人の保険料率が決定される。これは私的保険の設定と基本的に同じである。この場合、保険料を支払うことができる個人のみが保険に参加することになる。他方、もし疾病リスクではなく個人の支払い能力に応じて保険料率を設定すれば、高所得者は割に合わないと考えて、参加しない可能性がある。もしそうであれば、低所得者の保険料率が上昇するため、結果として未加入者が増えることになる。このように、保険料収入のみを財源とする給付制度では、公的保険制度としての目的が達成できない。

保険対象となるすべての個人を公的保険に参加させるためには、各個人が参加可能な保険料率を設定しなければならない。その場合、個人の支払い能力に応じた保険料率を基本としつつも、高所得者が許容し得る程度に保険料率を抑え、給付に必要な財源の不足分は財政移転によって補うことになる。結果として、疾病リスクに応じた保険料率を設定する「保険原理」とは異なり、公的保険運営は、保険料率を通じた高所得者から低所得者への所得再分配と、一般会計を通じた保険加入者への所得再分配という特徴を持つことになる。また、このようにして保険料率が設定されるからこそ、全員に参加誘因を与えることができるのである（皆保険の成立要件）。

次に、医療給付主体への財政調整について検討する。前節で示したように、一国全体での租税方式や公的保険制度による医療給付の場合、どちらも結果として中央政府の予算で支出が賄われる⁷。しかし、国ではなく地方政府が医療給付の運営主体となれば、各

⁷ 英国では中央政府の予算によって医療が提供されており、フランスでは一国全体を対象とした公的保険制度から医療給付が支出されている。なお、医療システムの比較については、島崎(2020)第4章を参照。

地域の所得水準、人口、年齢構成、疾病リスク等の地域特性によって負担と給付の水準が決まることになる。このとき、地方政府の税収によってのみ地域の医療給付を維持しなければならないとすれば、提供し得る内容に格差が生じてしまう⁸。もし、この地域差を調整したいならば、中央政府による財政調整が必要となる。

上記の一般論を踏まえて、地方政府が公的保険制度を運営する場合について検討してみよう⁹。医療保険の負担と給付を地域ごとに運営したとすれば、保険料率と給付について地域差が生じる。例えば、地域人口規模が大きくかつ平均年齢が若いA地域と人口規模が小さくかつ平均年齢が高いB地域があるとしよう。この場合、両地域が同じ保険料率を設定したとしても、B地域の疾病確率が高いために保険財政に不足額が生じるか、あるいは保険財政均衡のために給付水準を引き下げなければならない。もし給付基準が全国的に統一されているならば、B地域の保険料率を引き上げなければならない。また、A地域の平均所得がB地域より相対的に高ければ、A地域の保険財政は余剰が発生する可能性がある。そのような状況は、A地域の保険料率を引き下げるインセンティブとなる。以上のように、地方政府によって裁量的に保険料率と給付水準が決定できることは、地域特性による地域差の原因となる。

たとえ給付基準を統一しても、地域の経済状態と人口特性によって負担格差が生じる。また、保険料率基準を統一しても、地域間の疾病確率の差異によって保険財政の健全性は毀損する。したがって、地域間の保険料率のこのような問題を是正する手段として、中央政府から地方政府への財政移転が利用される。この財政移転は、保険料率の地域間格差を是正するとともに、保険財政が脆弱な地域での破綻リスクを回避し、安定的な公的保険の負担と給付を実現することに寄与する。

3-2 公的医療機関への財政支援

さて、医療サービスへの財政措置は、医療給付の維持のみならず、医療提供の保全にも寄与している。前節で示したように、もし医療アクセスの公平を保証することが社会的規範となるならば、公的供給による医療提供が選択される。しかし、歴史的経緯や種々の制約によって私的供給が主導的になっている場合、医療資源の偏在への規制と誘導がなければ、このアクセスの公平は十分に保証されない。したがって、医療アクセスを保証するには、公的介入による補完機能が求められる。そこで、ここでは公的医療機関の働きに対する財政支援について検討する。

前節で示したように、市場規模の大きい地域では多様でかつ多くの民間医療機関が立

⁸ イタリアでは、州政府が医療給付の運営主体であり、その原資は地方税収によって充てられている。

⁹ 日本やドイツがこの状況にある。

地する。そうした地域での公的医療機関は、私的供給の補完的機能として不採算な事業を担うことがある。たとえば、多くの人材と設備を必要とする高度医療サービスでは、その不採算性から民間医療機関では限定的しか対応できず、公的医療機関による提供が必要となる。また、Covid-19 のパンデミックへの対応のように、感染症対策等の医療サービスは、その便益範囲の広さと正の外部性という性質から、公共財とみなすことができる。この場合にも、公的医療機関がその機能を担うことに正当な理由が成り立つ。したがって、市場規模が大きい都市部であっても、特定の役割が公的医療機関に与えられている。

また、公的医療機関の存在は、都市部における民間医療機関の過剰参入を是正する手段とみなすこともできる。先に示したように、都市部への医療資源の偏在に対して、有効な政策手段を持たないならば、過剰参入状態という非効率が生じる。ここで、公的医療機関が市場へ参入することで民間医療機関の参入を抑制することができる¹⁰。ただし、ここで留意すべきことは、公的医療機関の規模とその診療科目数が大き過ぎれば、かえって民間医療機関の参入を過度に抑制する可能性があるということである。

次に地方部での公的医療の役割について検討する。地方部は都市とは逆に市場規模が小さいという特徴を持つ。このことは、民間医療機関の参入や医療サービスの多様性に限界があることを意味する。最悪の場合には、その地域で最低限必要となる診療科目が開設されない可能性がある。また、地方部での人口配置は都市部と比較してまばらであるため、医療機関へアクセスするまでの平均距離が遠くなりやすい。こうした条件は医療アクセスに関する著しい地域差をもたらす。

もし、民間医療機関が参入できない地域で住民への医療アクセスを保証しようとするならば、規模や診療内容は別にして、何らかの医療機関が必要となり、その役割を公的医療機関が担うことになる。ただし、民間医療機関が不採算であると考えられる地域であれば、公的医療機関であってもその経営状態は変わらない。不採算地域で医療機関を維持するためには、診療報酬等の医業収入に加えて財政支援が必要となる。もし、当該地域の地方政府に財政的な支援能力があれば、地域内での移転によって医療サービスが維持可能である。しかし、もし地方政府の財政力に限界があるならば、中央政府による財政支援なしでは医療アクセスを保証できなくなる。もし、国民全体に一定の医療サービスへのアクセスを保証すべきであるという規範が設定されるならば、公的医療機関への財政支援は中央政府の役割となる。

ここで留意すべき点は、地方部においても、都市部と同様の水準で、医療の多様性やアクセスの容易さを保証しようとするれば、多大な費用を要することである。地方部の人

¹⁰ 医療の公私による供給状態は「混合寡占」と呼ばれている。医療の混合寡占問題については、Jofre-Bonet (2000) を参照。また、過剰参入問題の修正策については、Shinozaki and Kunizaki (2017) を参照。

口規模は小さく、かつ年齢構成が高齢者に偏っている。このことは、地方部で提供される医療サービスの内容が、都市部と大きく異なり得ることを意味する。人口規模は小さいので、医療機関は小規模でも対応可能である。高度医療を担う機関は、その利用頻度からして、すべての地域に設置するのは非効率である。したがって、地方部で提供される医療サービスは、緊急を要する救急医療を別にして、その地域で必要とされる最小限の規模と最低限の診療科に限定されることになる¹¹。それでもなお、地方部については、医療サービスを維持するための財政支援が必要となる。

以上のように、それぞれの地域特性に応じて公的医療機関が果たす役割は異なるが、これら公的医療機関に共通する課題として運営の不採算性と、医療提供を担う人材の確保の問題がある。公的医療機関が担う範囲が多様であればあるほど、採算性は悪化し、人材確保に苦勞するというジレンマの状態になる。特に、民間医療機関への有効な規制がなければ、これらの課題を解消することは困難である。

このような公的医療機関への支援は、あくまで公的医療機関による医療サービスが公共財的特性を持つことによって、あるいはアクセスの保証という平等主義的規範に基づくことによって妥当とみなされる。ただし、公的財源を投入するのであれば、所望の目的が達成できているか否かを確認するため、その医療提供内容の適正性や公的医療機関の運営の効率性を確保するため、常にモニタリングと監査が必要になる。

4 我が国の医療システムの特徴

前節まで、医療システムの選択問題と財政支援の役割について、社会的規範と経済学的知見から検討した。本節では前節までの解釈に基づいて、日本の医療システムの特徴である「国民皆保険」、「自由開業制」、「フリーアクセス」の意義と課題について検討する。ここでの考察から、日本型医療システムの背景となる社会的規範を明らかにし、さらに制度的な課題に対応する財政支援の役割を示すことにする。さらに、医療アクセスの保証と自治体病院の役割についても検討する。

4-1 国民皆保険

国民皆保険制度のスローガンは「いつでも、どこでも、だれでも」である。これは国民全員が医療保険の傘の下で自由に医療サービスを受けられるということを目的としたものである。確かに、この医療保険制度によって、すべての国民が医療サービスを享

¹¹ 高齢者が多数の地域では、急性疾患よりも慢性疾患が多くなる傾向にある。そのような地域では、総合診療医による医療サービスが望ましいであろう。また、周産期医療や小児医療などに対しては、近隣地域との連携が有効である。

受し得る権利を手に入れた。以下では、この国民皆保険制度の役割について考察する。

よく知られているように皆保険制度とは、被用者保険（健康保険組合や共済などによる職域保険）、国民健康保険、後期高齢者医療制度からなる公的保険制度のことである。被用者保険は通常の医療保険の形態に近いが、その被用者保険でカバーされない個人を対象としたものが国民健康保険（以下、国保と呼ぶ）と後期高齢者医療制度である。これらの保険制度は、すべての国民に医療機会を保障することを目的としたものであるとともに、すべての国民に対して、いずれかの公的保険へ加入することを義務付けてもいる。言い換えれば、公的保険によってすべての個人の疾病リスクを集団化して回避することができるということである。

ただし、国保と後期高齢者医療制度は、被用者保険加入者以外の個人を対象にしており、かつ保険加入を義務付けしているために、保険対象者に対する保険加入のためのインセンティブが必要である。「3-1」で示したように、保険加入可能な保険料率を設定しなければならない。各個人の経済状態が異なるならば、特に低所得層への保険料率を低く設定しなければならない。そのために現行の国保と後期高齢者医療制度には、保険加入の誘因として対象者への保険料の軽減措置が取られている。この被保険者への保険料率軽減を補填するためにも、保険財政への財政移転が国から行われている。

また、これら国保と後期高齢者医療制度は地方自治体によって運営されているため、保険料収入においても地域住民の所得水準に応じて地方自治体間に差異が生じる。このことは、保険料収入が脆弱な地域において保険給付の欠損リスクとなるが、これを回避する手段として、地方自治体への財政調整としての移転も国などによって行われている。

以上のような保険加入者と保険運営主体に対する財政移転（再分配）によって国保や後期高齢者医療制度が運営されていることと、これらの財政移転が地方財政を通じて実行されていることが、国民皆保険制度の特徴なのである。

4-2 自由開業制

次に、日本の医療提供の特徴である「自由開業制」を概説する。民間医療機関の立地は基本的に個人あるいは医療機関の裁量に委ねられている。このような民間医療機関の裁量的行動が許容された背景には、民間医療機関主導による医療提供が整備されてきたという歴史的経緯がある。明治期に形成された開業医を中心とする基本構造が、現在まで継承されたのである。1960年代初頭に国民皆保険制度が実現し保険医制度が広く定着してからは、公的医療保険からの診療報酬が医療機関の主な安定的収入源となったこともあり、民間医療機関の開業と病床数が大きく増加した。この時期には、医療金融公庫も設立され、私立の病院・診療所等に対し、一般金融機関では得にくかった長期・低

利資金を融資するなど、私的供給の拡充が後押しされた¹²。これらの動きは、医療提供の充実という側面から見れば、国民の医療アクセスを改善するという意味で一定の成果を挙げることができた。

しかし、「2-1」で示したように、民間医療機関主導の医療提供体制では、市場規模に応じて医療資源を偏在させてしまう。民間医療機関はより医療需要の大きな地域に参入し、不採算地域には参入しようとしない。すなわち、各地域の医療機会はその地域の医療市場の規模に応じて規定され、結果として偏在する。このような偏在を抑制する手段としては、立地や開設診療科目についての規制や誘導などの追加的政策手段が考えられるが、日本では長らく根本的な民間医療機関への介入が乏しかったといえる。ただし、全くの自由参入ではなく、近年において診療科目や市場規模によって緩やかな制約がある。例えば、「地域医療計画」に基づいて、都道府県知事がその地域で必要とされる診療科目の開設を提示・誘導することができるようになった。それでも医療資源の偏在を是正するほどの手段となっていないのが現状である。この問題は公的保険制度が発足した当時から今日まで解決されない問題として残されている¹³。

4-3 フリーアクセス

ここでは、医療サービスへの「フリーアクセス」を取り上げる。これは、すべての国民に対して医療機会を保証するものであり、「いつでも、どこでも、だれでも」個人は自分の意志で自由に医療機関を選択できることを意味する。言い換えれば、医療機会を平等に保証するということである。

しかし、この制度は必ずしもすべての国民の医療機会の均等化を保証するものではない。これは「アクセスの公平」の問題である。少なくとも、経済的理由によってアクセスが困難になるといった事態は抑制されているかもしれない。しかし、物理的(空間的)な理由によってアクセスが困難になる状況は、厳然として残されている。その一つの要因は、いわゆる医療機関の「自由開業制」にある。「4-2」で見たように、医療資源が偏在すれば、各地域の住民の医療機関へのアクセスの公平は保証されない。都市部では、近くの医療機関で多様な医療サービスを受診することができるが、地方部では少数の医

¹² その間には、府県立医学校の経費を地方税によって支弁することが禁止（1887 年勅令）され、そこに併設されていた公立病院についても廃止や民間移管など再編が進められた時期もあった。また、1962 年の医療法改正を受けて、病床過剰地域では公的病院の新設・増床を抑制する仕組みが導入されている。すなわち、民間医療機関の伸長と、公的医療機関の抑制とが、適宜組み合わせられてきたのである。

¹³ 日本の医療システムにおける医療資源の偏在と医療アクセスの保証問題については、国民皆保険制度が開始して以来の課題である。詳細は土田（2011）を参照。

療機関と限定的診療科目しか受診できず、その地理的アクセスも都市部ほど容易ではない。公的医療機関は、厳しい財政制約の中で、その補完的機能を果たそうとしてきた。

4-4 アクセスの保証と自治体病院の役割

先に示したように、医療機関の自由開業制の下では、立地規制や誘導がなければ医療アクセスの公平は保証されないままである。現在の日本の医療システムが創設されて以来、このアクセス問題は残された課題である。ただし、早い時期からアクセスの改善策として、自治体病院などの公的医療機関が設立され、一定の医療アクセスを保証するようになった。その活動目的と財政支援について最初に問題提起したものが 1962 年に出された「自治体病院財政の改善に関する意見書」である¹⁴。

この意見書は、自治体病院が担うべき役割とその財源の確保を示したものであり、自治体病院の目的が市場規模に関わらず地域住民に医療機会を提供することであるとしている。特に意見書では、自治体病院が担う医療サービスとして不採算地域、へき地医療、救急医療、公衆衛生であると明記している。また、「3-2」で示したように、これらの医療サービスは、民間医療機関による供給では市場規模が小さくかつ採算が取れないために、不十分もしくはまったく供給されない可能性がある。したがって、自治体病院の役割は、これら医療サービスへのアクセスが脆弱な地域において医療アクセスの保証をするということにある。ただし、このような地域で一定の医療サービスを提供するには、必然的に経営困難に陥る。そのために意見書は、自治体病院の存続維持のための財政支援を要請した。具体的には、自治体病院への地方交付税措置によってその経営を維持することの必要性が示されている。

この意見書は、1957 年から 1967 年に実施された一連の医療制度改正の一部であり、今日まで続く自治体病院の骨格を形成するものである。その後の改革により、部分的には制度が整備され、自治体病院が民間医療機関を補完し、医療アクセスの保証機能を担うことが可能になった。

さて、以下では地方部での自治体病院の医療アクセスへの役割について簡単に概観する。「表 2」は、岩手県、高知県、青森県を地方部の代表として、一般病院の割合を示したものである。この表から見ても、地域によって公私の割合が異なっている。例えば、岩手県と青森県の公的医療機関の割合は高いが、高知県は極端に低い。これは、病院設立の歴史的経緯や地理的特性に依存していると考えられる。また岩手県では県立病院の割合が高いが、青森県では市町村立病院が主体である。このように、同じ地方部でも、病院の運営主体の構成にかなりの差異がある。こうした事情も、地域によって医療アクセスの状況が異なる一因になると考えられる。

¹⁴ この 1962 年意見書の意義とその背景については、伊関（2014）を参照。

表 2 岩手県，高知県，青森県にみる一般病院の提供主体の割合

	国	都道府県	市町村	民間（医療法人）
青森県	8%	3%	30%	39%
岩手県	5%	28%	11%	42%
高知県	3%	3%	7%	83%

NOTE：「令和 6 年医療施設調査：一般病院数」から作成。表中に含まれないカテゴリがあるため，各行の合計は 100%にならない。

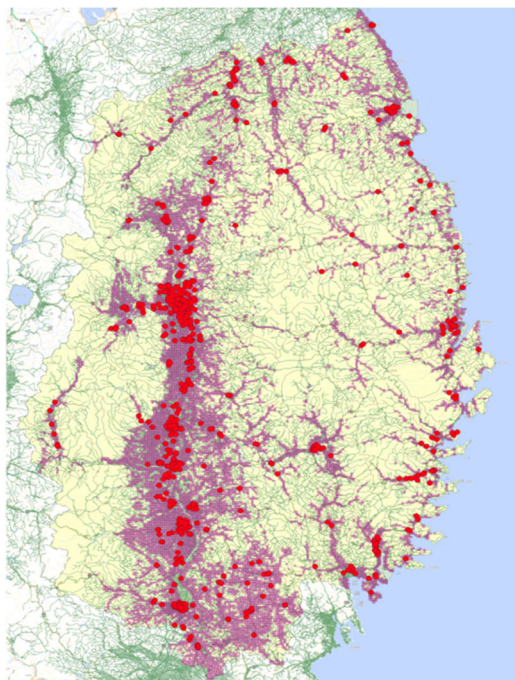
これら地方部のうち岩手県は，「岩手県モデル」と呼ばれる医療機関の地域連携が構築されており，医療アクセスが自治体病院の連携により保証されているといわれている。そこで，国土交通省が提供している「国土数値情報」のうち医療機関立地データを利用して，地図上にプロットしたものが「図 1-1」である¹⁵。この左図の各点（赤丸）は，岩手県内の病院・診療所の立地場所である。岩手県の人口分布（ピンク色のセル）は北上川流域に集中しているために医療機関の分布もこの地域に多く立地している。ただし，三陸沿岸地域や県北部地域にも医療機関が立地していることもこの図から観察できる。

次に「図 1-2」は，「図 1-1」と同じく「国土数値情報」の 500m メッシュ別 2025 年推計人口と OpenStreetMap Contributors / Geofabrik GmbH で提供されている道路データを用いて，時速 20 km の道路移動かつ 60 分以内で医療機関にアクセス可能な地域を示したものである。この図から，山間地域を除いてほぼ岩手県全域で医療への物理的なアクセスは保証されていることが伺える。先に述べたように，岩手県の公的医療機関の立地場所と連携による結果であると考えられ，医療アクセスの保証に関して公的医療機関が一定の役割を果たしているといえる。

ただし，この図は診療科目別医療機関の立地（例えば周産期や小児科等）や患者の年齢構成や介護状況を考慮していない。また，詳細な分析のためには診療科目別医療機関の立地と年齢人口分布を組み合わせる必要がある。それでも，自治体病院を含む公的医療機関が，地方部での医療アクセスに貢献していることは確かである。

¹⁵ 「図 1-1」「図 1-2」の GIS マップの具体的作成手順は紙面の都合上割愛するが，請求があれば詳細は筆者から提供される。

「図 1-1 病院・診療所の立地」



「図 1-2 医療アクセス範囲」
(時速 20 km, 60 分以内)



5 まとめ

本稿の目的は、医療システムの選択基準とそれに関連する財政支援の役割について検討することであった。そして本稿では、医療に関する社会的規範に対応した医療システムが選択されることと、その医療システムの目的に応じて財政支援の形態が決定される、ということを示した。また、地方財政による財政的支援が、日本の医療システムにおける公的保険の給付と公的医療機関での供給の両面において一定の役割を担っていることが示された。以上のことは、医療システムの基本的構造とその運営のための政策手段を理解するうえで有用な検討であるといえる。

以下では、本稿で考察しなかった今後の検討課題を述べてむすびに代える。まず、本稿では、集権的システムと分権的システムを所与として検討した。しかし、集権的もしくは分権的医療システムの選択は医療の担い手を国・地方のどちらが担うべきかという問題である。その選択問題を検討するためには、社会的規範設定と歴史的・経済的背景の相互を理解する必要がある。さらに、医療システムの所得再分配機能の範囲についても検討すべきである。

また、第4節で示したように、公的医療機関は地域住民への医療アクセスを保证する機能を持っている。しかし、地域ごとの医療機関の運営主体の構成にはかなりの差異がある。このことは、医療アクセスについても地域によってかなり異なる状況にあること

を示唆しているかもしれない。そのことを明らかにするためには、地域別の公的医療機関の医療アクセスへの寄与度を実証的に解明し、そのアクセスの不均衡の原因とその修正策を提示する必要がある。このような実証分析によって、医療資源の偏在是正の指標となる再配分基準を提示することができる。

次に、先に見たように、日本では医療提供体制において民間医療機関が主導的であり、公的医療機関が補完的な存在である。しかし、不採算な事業を担うことで赤字となりがちな公的医療機関の運営は、人口減少期において再検討する必要がある。例えば、各地域の人口規模と年齢人口分布の変化に応じて、医療機関の規模と地域配分とを見直す必要がある。その際、医療提供内容の変更を促すような政策手段が必要となる。そのため、新たなインセンティブ政策に関する検討が望まれる。

さらに長期的問題として、将来の低人口期の国保運営において、現行の地域保険型運営と集権的運営のどちらか、もしくは混合型を選択する可能性がある。低人口期での人口の地域分布は、いっそう地域差が大きいものになると考えられる。その場合、現行の都道府県単位での保険運営が可能な地域と維持困難な地域に分かれることになる。もし、地域保険型を選択したとしても、保険運営地域の範囲の見直しが必要となる。また、集権的保険運営を選択するならば、その運営主体の選択とその運営方針を決定しなければならない。この運営主体問題には、これまでの経験・制度とはかなり異なる視点が求められるとともに、そのための社会的規範、つまり、「望ましい状態とはなにか」、という社会的合意について検討することが必要になる。これらのことは、今後の課題としたい。

付論 近年の制度改正の経済学的意義

この付論では 2015 年の国保改正、特に都道府県による単位化の意義について検討する。この改正の目的は、保険運営主体を市町村から都道府県に変更し、国保財政の安定化と地域内の制度統一を目的としている。よく知られているように、市町村間での保険料率にはかなりの差があり、都道府県間で比較しても格差がある。この格差の原因として、「3-1」で示したように所得、人口規模・年齢構成、疾病確率等に地域差があることと、保険運営主体である地方自治体の財政力格差と裁量的保険料率決定などが考えられる。

このような背景から、都道府県への国保運営の変更は、2つの考え方から解釈することができる。まず、保険における「大数法則」に基づけば、保険加入者が多数であればあるほど疾病確率が一定値に近づくというものである。例えば、疾病確率が異なる地域が別々に保険を運営したとしよう。その場合、各地域の保険料率は基本的にその地域の疾病確率に依存して保険料率が決定され、各地域の保険料率に差異が生じる。そこで2つの地域の保険運営を統合すれば、疾病確率は平均値に近づいていくために、保険料率の格差は縮小していくはずである。また、この統合によって、保険給付水準も抑制され

ることが期待できる。

さらに、人口規模が大きく年齢構成も多様な都市部では低い保険料率が設定でき、人口規模が小さく高齢化している地方部では高い保険料率を設定しなければならない。そこで2地域の保険運営を統合すれば、都市部の保険料率の変化は抑えながらも、人口の小さい地方部の保険料率を引き下げることができる。結果として、保険料率の格差が縮小することになる。この保険統合により、地方部での保険財政の欠損リスクを回避することができる。したがって、保険地域の拡大は統合地域全体の保険財政の健全化に寄与することになる。

もうひとつの視点として、都道府県による標準保険料率の設定が挙げられる。これは都道府県が平均的保険料率を設定することで、それまで市町村が裁量的に設定していた保険料率に対して参照点を提示することになる。もし、標準保険料率から乖離した保険料率を設定したならば、市町村はその乖離の説明責任を負うことになる。

さらに、財政的に富裕な地域では、保険財政への繰り入れによって保険料を低く設定しようとする誘因がある。この施策は、市町村税収を保険加入者に再分配することと同じである。一般的な行政サービスに資すべき税収によって特定集団を優遇することになるため、税収の本来の支出目的から逸脱することになる。もし標準保険料率が設定されれば、このような市町村の裁量的行動を抑制する効果が期待される。

以上のような都道府県への国保財政の単位化による直接的な目的のほかに、いくつかの重要な側面を指摘しておきたい。第4節の「自由開業制」や「フリーアクセス」で述べたように、これまで民間医療機関への直接的な規制・誘導がないために医療資源の偏在という問題が解消されないままできた。この問題に対してこれまでは民間医療機関に介入することが事実上できなかった。しかし、都道府県が保険運営主体となることで、保険給付者として医療機関に関与する余地が生じた。また、「地域医療計画」の策定者でもある都道府県は、この計画に則した診療報酬の設定による医療機関への誘導も今後可能になるかもしれない。このような都道府県の地域医療への段階的関与が今後の政策的論点となるであろう¹⁶。

¹⁶ 都道府県の役割については、島崎(2025)を参照。

【参考文献】

- 伊関 友伸 (2014)『自治体病院の歴史：住民医療の歩みとこれから』三輪書店。
- 大竹 文雄 (2019)『行動経済学の使い方』岩波書店。
- 國崎 稔 (1999)「ヘルスケアにおける公共・民間システムの選択－その供給方式と政策的含意－」『愛知大学経済論集』第 149 号, 29－46 頁。
- 島崎 謙治 (2020)『日本の医療 制度と政策』(増補改訂版) 東京大学出版会。
- 島崎 謙治 (2025)『日本の国民皆保険』筑摩書房。
- 田中 伸至 (2025)「ドイツにおける医師偏在対策」『健保連海外医療保障』第 135 号, 1－23 頁。
- 田中 耕太郎 (2025)「ドイツの外来保険診療の特徴とその改革－2025 年医療提供強化法を中心として－」MIMEO。
- 土田 武史 (2011)「国民皆保険 50 年の軌跡」『季刊社会保障』第 47 巻 第 3 号, 244－256 頁。
- 橋本 秀樹・泉田 信行 (編) (2016)『医療経済学講義』(補訂版) 東京大学出版会。
- 藤本 健太郎 (2018)「ドイツの医療保険者機能について」『JR I レビュー』2018 Vol. 4, No. 55, 9－36 頁。
- Michael Grossman (1972) “On the concept of health capital and the demand for health”, *Journal of Political Economy*, Vol.80, No.2, 223-255.
- Mireia Jofre-Bonet (2000) “Health care: private and/or public provision”, *European Journal of Political Economy*, vol.16, 469–489.
- Tsuyoshi Shinozaki and Minoru Kunizaki (2017) “Basic properties of a mixed oligopoly model”, in Mitsuyoshi Yanagihara and Minoru Kunizaki, eds., *The Theory of Mixed Oligopoly: Privatization, Transboundary Activities, and Their Applications*, ch. 1, Springer Nature.
- Kotaro Suzumura and Kazuharu Kiyono (1987) “Entry barriers and economic welfare”, *The Review of Economic Studies*, Volume 54, 157–167.