

医療政策論の現況

浜田 淳

岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 医療政策・管理学

キーワード：医療制度，社会連帯，国際比較，社会保険，国民皆保険

はじめに

日本の医療制度は、WHO が2000年において世界第一位と評価したように、国際的には高く評価されている。誰もが平等に医療サービスを受けることができ、国民経済に占める医療費比率も高くないことがその理由であろう。しかし、国内的には、医療提供者は診療報酬が低いために最高のサービスを提供できないとし、費用負担者は医療費には無駄があり過重な負担になっているとするなど、医療制度に対する評価は厳しいものとなっている。そして、このような議論の根底には、医療分野に投入する財源をどの程度とし、その負担はだれがどれほど行うべきなのか、という論点が存在する。さらに、より基本的な問題として、日本の医療制度は「社会連帯の精神」により高齢者や病弱な人を支える仕組みになっているが、その社会連帯の根拠は何か、という論点が存在する。

この小論では、①日本の医療制度の国際的な位置づけ②国家観や社会観からみた制度の根拠づけ③制度の歴史的な発展過程を、最近の政策研究から概観することにより、現代における社会連帯の根拠を探るとともに

に私見を述べる。

国際比較から見た日本の医療制度

医療制度は、サービスの供給と医療費の財源調達の仕事に二分される。表1は、この二つの側面から各国の制度を図式的に整理したものであるが、これらを概観した場合、三つの対比を描くことができる。

第一は、アメリカ対日欧というものである。日欧各国が国民を幅広く保障する医療費保障制度を持っているのに対して、アメリカの公的な制度は、高齢者、障害者に対する「メディケア」と低所得者に対する「メディケド」だけであり、国民の4分の1をカバーするに過ぎない。国民の多数は民間保険に加入している一方で、約4,000万人とされる無保険者が存在しており、政策的な課題となってきた。1993年には医療費の抑制と国民皆保険の創設を同時にめざすクリントン改革が行われたが、既得権を侵される民間保険会社や保険料負担が新たに生じる中小企業の反対にあい、失敗に終わった¹⁾。

アメリカは、自己責任に基づく自助の仕組みであり、メディケアやメディケドもハイリスクグループを対象としており、他の先進国が個人のリスクの差異によるグルーピングを行うことはせず普遍主義を志向しているのとは著しく異なっている²⁾。他方、日欧では、「病気になるのは決して自業自得でなく、社会全体と

平成19年5月受理
〒700-8558 岡山市鹿田町2-5-1
電話：086-235-7171 FAX：086-235-7178
E-mail：j-hamada@md.okayama-u.ac.jp

◆プロフィール◆



2007年4月に、医療政策・管理学担当教授として着任いたしました。それまで厚生労働省の事務官として勤務してまいりましたが、2001年から3年間、信州大学医学部社会予防医学講座に出向させていただいたのが、医学部における教育・研究に関心をもつ契機になりました。本学では、さらに研鑽を積んで、マクロの医療政策からミクロの医療機関経営までを包含する研究を行ってまいりたいと考えております。同時に、これまでの経験を教育に生かし、学生や大学院生が良き医師、医学研究者となるのを私なりに支援していく考えです。さらに、本学には近い将来に公衆衛生大学院を創設する構想がありますが、国、地方自治体、医療機関を通じて公衆衛生や病院経営の専門家が求められている時代において、本学の構想は意義深いものであり、この構想の実現に向かって微力を尽くす所存です。

表1 医療制度の国際比較

	イギリス	日本	フランス	ドイツ	アメリカ
医療供給	公的セクター中心	公私ミックス (民間病院の病床が7割)	公私ミックス (公的病院中心)	公私ミックス (公的病院中心)	公私ミックス (非営利病院の比重が大きい)
医療財政	NHSによる租税を財源とする方式	社会保険方式による国民皆保険	社会保険方式で国民の99%をカバー	社会保険方式だが、自営業者や被用者の高額所得者は任意加入。	民間保険中心(高齢者、障害者、低所得者には公的制度あり)
医療費のGDP比(2001年)	7.6%	8.0%	9.5%	10.7%	13.9%
(政府の関与)	強い ←		↔		→ 弱い
(考え方)	普遍主義的 公助 ←		↔		→ 市場主義・競争志向 自助

(出典)『目で見える医療保険白書 平成16年版』(ぎょうせい)等を参考に作成

して連帯して支える必要がある、という共通認識があり「支払能力によって医療サービスの内容に関して格差をつけるべきではない、というコンセンサス」³⁾が存在しているといえるだろう。

医療費をみても、アメリカは医療サービスの公定料金がメディケア、メディケードを除いては存在しないことなどから医療費の対GDP比は突出して高くなっている。

第二は、イギリス対日独仏という対比である。イギリスの医療は、NHS(National Health Service 国民保健制度)によって、医療供給、医療財政とも租税を財源とする公的な仕組みで運営されている。これに対して日独仏は、医療財政は社会保険方式、医療供給は公私ミックスの方式で行われている。両者は連帯の精神に基づく社会保障制度として医療をとらえているといえるが、イギリスが政府主体の「公助」であるのに対して、社会保険による日独仏は「共助」すなわち相互扶助の立場に立っているといえよう。なお、イギリスにおいては、近年、政府の医療サービスの部門のうち、サービスの供給部門と購入部門を分離し、購入部門が医療機関を選択するという、公営の枠内で競争的なメカニズムを取り入れる医療改革が進められている。

第三は、同じ社会保険グループであるドイツと日仏との対比である。ドイツにおける90年代の制度改革により、日本は、健康保険創設の際にモデルとしたドイツよりもフランスの制度に近づいたといわれる。制度上の違いとしては、第一に、日仏では被保険者が保険者を選択することができないのに対し、ドイツでは

1996年から被保険者が自由に保険者を選択できるようになり、その結果、保険者数は大幅に減少した。第二は租税導入の程度であり、日本が医療費の3分の1を、フランスが約1割を租税で負担しているのに対し、ドイツの公費投入はきわめて限定されたものとなっている。日仏が保険者間の財政力の差異を公費負担で調整する傾向が強いのに対して、ドイツでは保険者の自立性が伝統的に尊重されている。第三は、日仏が原則国民皆保険になっているのに対し、ドイツでは、自営業者や高額所得の被用者等は任意加入とされており、国民の約1割は社会保険に加入していない。

この3カ国は保険者の分立を前提としつつ制度間のリスク調整措置を行っている。ドイツにおいては、1994年から保険者である疾病金庫の間での、年齢構成や被保険者の収入等の相違に着目したリスク構造調整の措置が導入されたのに対し、日仏では、年齢に着目した調整措置が行われている。尾形は、この点を共通点として捕らえ、「制度が分立していても、同じ公的医療保険制度という枠組みの下における「連帯」の精神が脈々と生きていることを表している」⁴⁾としている。

自己責任や競争的な市場主義を基調とするアメリカと、政府の責任を重視する普遍主義的なイギリスを両端において、日独仏は中間的な地位を占めているが、ドイツが保険者の自立性の重視、被保険者の選択などの競争的なメカニズムの導入に積極的なものに対して、日本とフランスは、公的な関与が強い従来の社会保険の枠組みをなお堅持している。

日本の医療制度の特色として諸外国との対比で最も

重要なのは、職域保険及び地域保険の二本立ての社会保険制度による国民皆保険である。国民の社会連帯の根拠をさぐるためには、「社会保険方式による国民皆保険」の理論的な検討とそれが成立し発展してきた歴史的経緯の総括が不可欠である。

国家観からみた社会保険方式をとる理由

1. サービスの特性からみた公的な関与の必要性

医療サービスは、経済学的には公共財とはされず、一般の私的財と同様の性格を持つ。一方、専門性の強いサービスであり、提供者と患者との間には「情報の非対称性」が存在するから、患者側にも理解できる情報提供が要請される。また、医療には患者の心身に対する侵襲性がつきまとうから、適切なサービスが必要最小限に提供されるよう医療従事者の資格や医療機関の施設・人員の基準の設定等が要求される。

最も重要なのは医療の必需性であって、誰もが病気やケガをする可能性が常にあり、病気やけがをした場合には医療サービスを受けざるを得ない場合が多い。そのために、「誰でも、所得や年齢に関わらず、必要に応じて適切なサービスを受けられるようにすべきであり、医療財政、供給両面にわたる公的関与が必要である」という考え方が日欧では国民的な合意を得ている⁵⁾。なお、アメリカにおいても、貧富でサービスに格差が生じることは公式には容認されておらず、「医療は国民の権利として定着している」⁶⁾と指摘されている。

2. 税方式と社会保険方式

医療費の保障を租税によって行う「税方式」の場合には、その基本に「国が国民の医療費保障の責任を全うすべきだ」という哲学がある。これに対して社会保険方式をとる立場は、自由社会においては、自分や家族が病気やケガをすることが事前に予測される以上、保険の手法を活用して病気などに備えることが国家に頼ることよりも社会の仕組みとしてふさわしい、と考える。ただ、民間保険では、①若年者などの低リスクの者や低所得の者は保険加入を回避する「逆選択」が生じる、とともに②保険者は高齢者や既往症を持つ者などハイリスクの者とは契約をしない「選択」が生じるために、適切なサービスを保障することが困難である。そこで社会保険方式を採用することにより、被保険者には保険加入を強制し、保険料を強制的に徴収するとともに、民間保険の原則である給付・反対給付均

等の原則を否定し、その個人のリスクではなく所得に応じた応能保険料を設定している。

堤は、社会保険においてなぜ強制加入が正当化されるのかについて、「逆選択などによって保険市場が成立しなくなるため強制加入が正当化される」という見解は「(市場への参加が)不利益につながると信じている者に参加を強制する論理としては」説得的でなく、逆選択については、「低リスクと信じている者にとっても本当に低リスクかはわからないというところまで遡って、そうである以上、低リスクと信じている者であっても保険への加入は合理的選択である」ことを強制加入の理由づけとするしかないとする。そして、高リスクの者を救済するために保険者の「選択」を許さないことを含めて、「加入強制的論理はパターンリズムなのだ」と述べている⁷⁾。

3. 自助・互助・共助・公助

社会保障は、「自助・互助・共助・公助の組み合わせ」といわれることがあるが、ここでは、自助は「利己主義」、互助は「相互扶助的な利己主義」（「将来自分も助けられる」というように「見返り」を期待して利他的な行動をとる）、共助は「相互扶助的な利他主義」、公助は「利他主義」という意味合いで使われている。日本の制度においては、自分や家族の病気やケガに備えるために「互助」的に社会保険に加入させられることを納得し、結果的に高齢者等の医療費の多くを現役世代が負担することになっているとしても、その負担自体は「共助」「公助」として甘受している。日本の医療保険は、広い意味での利己主義（社会保険の保険原理的要素）をベースに一定の利他主義（社会保険の社会政策的要素）を組み合わせたものといえる⁸⁾。

医療保険制度の歴史的な経緯

1. 二本立ての保険制度による国民皆保険の成立

表2に示すように、1922年の健康保険法制定以来、日本の制度も80年余りの歴史を有している。まず、皆保険制度ができあがっていなかった時代の担当官がどのような制度設計を行っていたかを見るために、昭和初年から内務省社会局で旧国民健康保険法の立案に携わった川村の回想を引用する⁹⁾。

「まず農村経済事情の調査をまとめ上げると共に、諸外国の農村における医療保険の制度を調べてみた。しかし当時欧米諸国の制度は何れも労働保険であって、日本のような自小作農の形態による小規模農業の

表2 医療保険制度に関する主要事項

1922年	健康保険法の制定（保険者は政府管掌健康保険と健康保険組合、適用事業所の労働者は強制加入、保険料負担は原則労使折半、国庫補助を導入）
1938年	旧国民健康保険法の制定（組合主義を採用、組合設立、組合加入とも任意、組合に広範な裁量権）
1958年	新国保法制定（皆保険を達成するため、市町村に国保事業の運営を義務づけとともに市町村に住所を有する者は被用者保険加入者等でないかぎり強制加入とした）
1961年	国民皆保険の実現（1956年当時の推計によれば、約3,000万人の国民が保険未適用の状態にあった）
1973年	健保法等改正（いわゆる「福祉元年」で、老人医療費の無料化、高額療養費支給制度等が施行）
1982年	老人保健制度の創設（老人一部自己負担導入、加入者按分による老人医療費の負担調整）
1984年	健保法等改正（被用者本人一割負担導入、退職者医療制度の創設等）
1990年	国保法改正（保険基盤安定制度の確立、国庫助成拡充）
1997年	健保法等改正（被用者本人2割負担、外来薬剤別途負担導入）
2002年	健保法等改正（被用者本人3割負担、老人定率1割負担の徹底、老人医療対象年齢引き上げ） 診療報酬改定で初めて本体部分を1.3%引き下げ。
2003年	「医療保険制度体系に関する基本方針」策定（新しい高齢者医療制度の創設、保険者の再編・統合）
2006年	健保法等改正（後期高齢者医療制度創設、予防検診の義務化・医療費適正化計画の策定義務付け、保険者を都道府県単位に再編）

（出典）島崎謙治「わが国の医療保険制度の歴史と展開」などを参考に作成

国にとってはお手本にならないのでどうしても独自の方法を創作しなければならない。いろいろ考えた揚句日本の農村には家族制度及び封建制度の産物である郷土的団結が未だに強く従ってそこには隣保相扶の美風が伝わっている。この郷土的団結を基盤とする一定地域を劃して国及び地方公共団体の指揮監督の下に地域疾病金庫を作らせるということは十分考えられることではなかろうか、この仕組みでゆけばある程度逆選択の弊も防げるし又費用の負担の問題も当時戸数割（住民税）というものがあったからこれを基礎とすることによって応能負担の実行も可能であろう（略）—というようなことで一応の構想ができ上がったのである。」（略）「この構想によって農山漁村は救われるであろうがこの方式を大都市にあてはめることは相当困難が予想される。（略）どうせ新しい制度を作るならば農民ばかりでなくこのような都市の中産以下の大衆をも掬いあげて総国民的な医療保険にしたいものだと考えていろいろ思案の結果考え出したのが職能別に保険の組織をつくるという構想であってこれを特別健康保険組合と名づけた」（下線は筆者）。

ここには、昭和初年の内務省担当官が、被用者保険と地域保険の二本立てによる「総国民的な医療保険」を既に構想していたことが示されている。この当時既に健康保険法が成立し、大震災の影響によって遅れて1927年から施行されていた。この法律は、第一次大戦後の戦後恐慌から始まった経済不況のもとで労働争議

も頻発する中で「労使協調・産業平和を目的とする労働政策立法」¹⁰⁾として成立したものである。その後、昭和に至って農業恐慌や大凶作などで疲弊する農村農民を救済し、戦時下における「挙国銃後の護り」とするために、1938年に旧国民健康保険法が成立したのであるが、川村らの当初の構想とは異なり、旧国保法は強制保険とはされず、組合設立も組合加入も任意とされたのであった。このように出発は多難なものであったが、1943年までに約95%の市町村に普通国保組合が設立されるなど、国保制度は概ね順調な発展をみせ、健康保険についてもすでに1942年までに職種の大変や家族給付の導入がなされるなどの展開をみた。そして昭和初年における川村らの構想は、1961年の国民皆保険達成により実現に至った。

2. 「カイシャ」と「ムラ」

二本立ての医療保険制度が日本の社会に適合し定着をした理由として、島崎は、「「カイシャ」と「ムラ」という2つの強固な共同体が存在し、こうした社会実態を基に保険集団を設定したからである」¹¹⁾と述べている。つまり、日本の農村では村落単位での共同作業を通じて「ムラ」社会が形成され、「隣保相扶の美風」の伝わる「郷土的団結」の基盤となった。そこでは既に、頼母子講など、明治時代からの互助的な経済講も存在したし、福岡県の宗像郡では江戸時代から住民が米を抛出して医師を雇い上げる国保類似の仕組みも存在した。

企業においても、健康保険法の成立以前にも慶弔等を行う互助的な組織が存在していたほか、1905年の八幡官営製鉄所職工共済会や鐘紡共済組合などの先駆的な事例が存在し、健康保険法による健康保険組合のモデルとされた。ムラで育った人材が企業の労働力の供給源となっていたことから、カイシャには「ムラと類似した共同体意識や職場慣行が数多く存在」したのも自然なことであった。いわばゲゼルシャフトとしての企業にゲマインシャフトとしてのムラの原理が持ち込まれたのであり、「身分保障や福利厚生等を通じて従業員に帰属意識を持たせようとした」のであった¹²⁾。二本立ての医療保険制度は、「カイシャ」と「ムラ」という人々が強い帰属意識を持っていた共同体になじむものとして構想され、定着をみたわけである。

国民皆保険から40年余りの現在、企業社会では、雇用の流動化や多様化が進展し、企業に対する帰属意識も薄まってきている。同時に、かつて国保被保険者の過半を占めていた農林水産業従事者や自営業者は現在では約2割に減少し、その半数は「無職」の者になったように、ムラ社会も国保も変貌した。

3. 社会保険の二つの要素

島崎は医療保険制度の歴史を総括して、制度が社会保険のもつ「社会的要素」および「保険的要素」という相反する2つの「引力」の間で動いてきた」としつつ、概していえば、「保険的要素」よりも「社会的要素」の理念に引っ張られてきた面が強い」と指摘している¹³⁾。戦後の制度改正で「社会的要素」の強い改革といえば、「福祉元年」といわれた1973年に実施された「老人医療費の無料化」が典型例であろう。無料化によって老人医療費は急増し、特に国保の財政ひっ迫を招いた。これに対応するために、1983年には老人保健法が制定された。そのうち、高齢者に患者一部負担を復活させた改正は、「保険的要素」の発露であろう。一方、老人医療の拠出金制度は、①費用負担者（各保険者）と給付の主体（市町村）が別の機関になり財政責任が明確でなくなったこと、②拠出金の算定に当たって各保険者の高齢者加入率を実際の数値ではなく全国平均値とみなして財政調整を行っていること（その結果、老人加入率の低い保険者から高い保険者への「財政調整」がなされた）から、「社会的要素」の「引力」に引っ張られた制度導入といえる。これは「実質的には老人医療費の増大に喘ぐ国保財政とそれに多額の財政支援を行っている国の財政負担を軽減しようとした

もの」¹⁴⁾であり、国保という地域保険に立脚している国民皆保険を堅持するためにはやむを得ない面があったが、後年、拠出金増大による被用者保険財政の逼迫を招き、見直しを余儀なくされた。

おわりに

二本立ての社会保険制度は、我が国のムラ社会や企業社会に社会連帯の基盤を置いていたが、かつての共同体が変容し、相互扶助の契機となる連帯感が存在しにくくなった以上、その土台の上に医療費の連帯負担をおくことは無理がある。しかし、にもかかわらず、各種の世論調査からすると、国民は国民皆保険制度を支持しており、医療サービスを平等に受けられることも支持している。このことは、加入強制や応能保険料といった社会保険の社会的要素を国民が基本的には許容していることを意味している。我が国において、「自助」や「互助」を基本に踏まえつつ、個人の責任を超えていると納得される部分には利他主義的な「共助」や「公助」で対応するという原則は、医療保険制度の基本理念として社会的に受け入れられているともいえる。

同時に、「カイシャ」も「ムラ」も変容を遂げた今、二本立ての制度を維持するべきなのか、あるいは保険一本化など別の途を模索すべきなのか、が問われている。しかし、国家単位で保険者を設定するような一元化は、制度の効率的かつきめ細かな運営が果たして可能なのか、といった新たな問題を喚起する¹⁵⁾。加えて、保険者の自立性や機動性の確保の観点や、働き方の中で雇用労働者としての働き方がいぜんとして主流であるといった事実があり、なにより現状の枠組みを国民が支持している以上、現在の二本立ての仕組みそのものは継続することが妥当である。同時に、現状の枠組みの中で、負担と給付との関係の明確化、保険者の被保険者に対する情報提供の充実など、国民各層が制度の仕組みを理解し、社会連帯的な負担を納得できるようにするための工夫の余地は多々あるだろう。

最後に、社会保険の社会的要素と保険的要素とのいずれに重点を置くべきかは、結局価値観に帰する問題であり、決定的な回答はないとされている。これまでの医療政策は、医療提供者間、保険者間、及び医療提供者と保険者間で「バランスをとる」ことを最優先に展開されてきた¹⁶⁾。しかし、近年の、財政再建を背景とする診療報酬の引き下げや利用者負担の引き上げ

などの「保険的要素」の発露は、必要にして十分な医療サービスの提供に影を落としている。医療関係者にとって、医療分野における必要な資源と財源をどのように調達すべきなのか、が緊急を要する課題となっている。

文 献

- 1) 池上直己：医療問題（新版），日本経済新聞社，東京（2002）pp 83-85.
- 2) 尾形裕也：社会保険医療制度の国際比較（収斂と発散）：ISSA Initiative における研究動向を踏まえて．海外社会保障研究（2003）145，p 8．
- 3) 池上直己：医療問題（新版），日本経済新聞社，東京（2002）p 109.
- 4) 尾形裕也：社会保険医療制度の国際比較（収斂と発散）：ISSA Initiative における研究動向を踏まえて．海外社会保障研究（2003）145，pp 5-13.
- 5) 新田秀樹：社会保障改革の視座，信山社，東京（2000）pp 77-80.
- 6) 池上直己：医療問題（新版），日本経済新聞社，東京（2002）p 23.
- 7) 堤 修三：社会保障—その既在・現在・将来，社会保険研究所，東京（2000）pp 7-21
- 8) 堤 修三：社会保障の構造転換，社会保険研究所，東京（2004）pp 12-14.
- 9) 川村秀文，他：医療保険半世紀の記録，社会保険法規研究会（1974）pp 238-244.
- 10) 島崎謙治：わが国の医療保険制度の歴史と展開：医療保険・診療報酬制度，遠藤久夫・池上直己編，勁草書房，東京（2005）p 4．
- 11) 島崎謙治：わが国の医療保険制度の歴史と展開：医療保険・診療報酬制度，遠藤久夫・池上直己編，勁草書房，東京（2005）p 10.
- 12) 島崎謙治：わが国の医療保険制度の歴史と展開：医療保険・診療報酬制度，遠藤久夫・池上直己編，勁草書房，東京（2005）pp 11-12.
- 13) 島崎謙治：わが国の医療保険制度の歴史と展開：医療保険・診療報酬制度，遠藤久夫・池上直己編，勁草書房，東京（2005）p 39.
- 14) 堤 修三：社会保障—その既在・現在・将来，社会保険研究所，東京（2000）p 76.
- 15) 堤 修三：社会保障の構造転換，社会保険研究所，東京（2004）pp 32-41.
- 16) 池上直己，キャンベルJ：日本の医療，中公新書，東京（1996）pp 232-235.