

第 1 章

日本の医療制度の政治的・歴史的背景

ジョン・C・キャンベル、池上直己、津川友介

日本の医療制度は漸進的に発展してきた。初期の医療保険制度は、産業革命に伴う新たな需要と社会主義への恐怖から生まれ、戦時中の緊急事態の中で拡大した。そして、西洋諸国に追いつこうという国を挙げての流れに、政党間の競争が加わり、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）が実現するに至った。日本は高所得国に移行する前に UHC を達成することで平等主義の基礎をしっかりと確立し、それが高度経済成長のもたらした政治状況下でさらに強化されることとなった。経済成長の減速により国の財政が悪化すると、自己負担割合と保険料の引き上げを通じて負担の一部を家計や企業に転嫁する一方で、診療報酬制度により総医療費は低く抑えられ、医療制度の公平性は維持された。

背景と目的

日本の医療制度は長い年月をかけて発展してきたが、日本特有のものとは言いがたい。第二次世界大戦前の日本の医療制度発足の経緯、戦中・戦後の発展、国民皆保険の達成、平等性の担保、医療費増大への懸念の高まり、そしてその懸念への対応は、多くの西欧諸国における展開と似ている。全ての国において、医療をはじめとする福祉国家的政策の一番の原動力となったのは産業革命であり、2 番目は他国における進展だった。日本で見られた重要な政策展開の大半は、他国でも日本と経済発展段階が同じ頃に起こっており、日本は諸外国の政策の影響を受けていた（Kasza 2006）。

それでもやはり、新しい医療政策の導入、展開そして変更が、日本におけるその時々政治の産物であったこともまた事実である。政治には、広い意

コラム 1.1 日本の政治体制の主な特徴

- ・1947年施行の日本国憲法では議員内閣制が採用されている。議会（国会）は二院制で、それぞれ別の時期に異なる規定により選挙が行われる。
- ・首相や閣僚の制度上の公式な権力は大きいですが、実際には、日本の指導者は強力なリーダーシップを発揮するというよりも合意形成スタイルをとってきた。
- ・官僚機構、より正確には省庁は、かなり大きな権力を持っている。医療政策においては、財源を握る財務省と、厚生労働省（2001年1月5日までは厚生省）が特に大きな力を持つ。
- ・1993年まで、そしてある意味では2009年まで続いた「55年体制」とは、保守政党である自由民主党（自民党）による長期にわたる政権維持を意味する。他の多くの議員内閣制の国と比べ、役職を持たない自民党国会議員は政策活動が活発で、政策立案に影響力を持っている。
- ・自民党の支持母体となっている利益団体、特に財界と農業団体の二大勢力の影響力が最も大きいですが、他の団体からの反対や社会運動、そして世論も、重要な役割を果たしてきた。

味では、成長と平等の両立、西洋諸国に追いつくこと、国家支出の抑制など、国家目標の変更も含まれる。また他の意味においては、首相や官僚組織、政党、種々の利益団体など、そしてある意味では世論までも含んだ、政治の世界で競い合うプレーヤーの目標や力関係も含まれる。コラム 1.1 に、日本の政治体制の重要な特徴のいくつかを挙げる。

本章では、長年にわたる日本の医療政策における重要な転換点を年代順に取り上げるが、政策そのものについては、別の章で論じられているので、ここでは詳しく取り上げない。ここでは、その時々々の政治状況に焦点を合わせ、政策については簡潔な説明にとどめる。

日本の医療制度の起源

日本は1868年の明治維新から1930年代の戦前の軍備増強に至るまで、複雑な歴史を辿っている。1890年に施行された大日本帝国憲法の下、立法機関が設立され、1910年代からは政党が政権をめぐり競うようになった。しかしながら、こうした民主主義制度の発展も、初期の頃は医療政策と無関

係に近く、医療政策では中央の官僚と産業界の経営者が力をふるっていた。

日本の医療保険制度の際立った特徴は、職域保険と地域保険（国民健康保険）の2つの構造から成り立っていることである。両者は異なる歴史的背景を有しており、国民皆保険の達成において補完的な役割を果たしたと考えられる。職域保険においては、その適用人口拡大の順番は大半の国々と同様、公務員が最初に、次いで労働者が、その他のグループは時間をかけて段階的にカバーされるようになっていった。国民健康保険（コラム1.2を参照）は地域社会に基づく医療保険制度（community-based health insurance）に由来し、国の支援を得て拡大、やがて自営業者や非正規雇用者に加入が強制されるようになった。

日本の公的医療保険制度の歴史上最大の出来事は、1922年の健康保険法の制定であったと言える。その背景には、労働者の健康を維持し社会主義に傾倒しないようにするという、財界と官界で共通の動機があった。日本の制度の珍しい特徴は、被保険者に、中小企業の被用者も含まれたことである。1933年には内務省が「定礼（じょうれい：常礼ともいわれる）」に関する調査を実施し、全国の自営業者や非被用者にも医療保険への加入を拡大していく上で「定礼」が参考になりうるということが明らかになった。1934年から1935年にかけて、国は12の地域保険を試験的に運営し、保険料を支払う余裕のない低所得者には補助金を提供した（小川 他 2003；島崎 他 2011）。

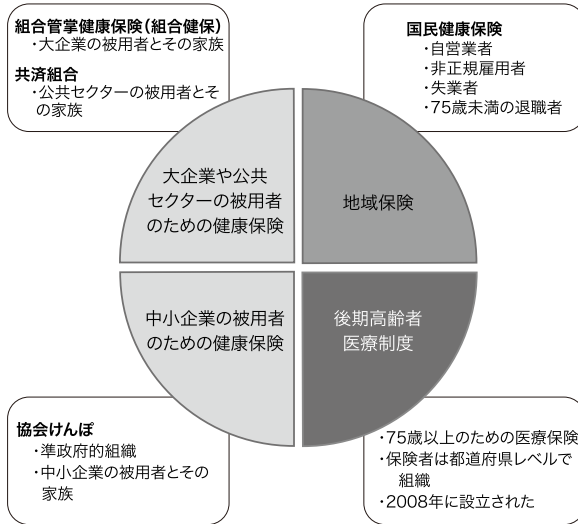
政策の軍事色が次第に強まっていく中、健康な兵士を確保する必要に応えるため、1936年に小泉親彦陸軍軍医総監が、自営業者や非被用者（その大半は農民であった）を対象に公的医療の適用拡大を求める運動を始めた。これを受け、1938年1月に厚生省が設立され、続けて同年4月に国民健康保険法が施行された。同法は、任意加入の地域保険制度が基盤となっており、あまり広くは普及しなかった。

1941年、小泉総監が厚生大臣となり、初めて「国民皆保険」のスローガンを掲げた。1942年の法改正により、国は市町村に地域保険の設立を義務付けた。1944年までに地方自治体の95%に地域保険が設立され、5000万人以上が加入した（ただし、戦争末期の切迫した状況であったことを考えると、これは実際の達成度ではなく名目上の値であったと考えられる）。職域保険と地域保険による保険制度によって、第二次世界大戦の終結時には、日本は少

コラム 1.2 国民健康保険 — 地域保険

国民健康保険は、居住地の自治体が運営する地域保険で、他の社会保険制度を通じた医療保険に加入していない住民に加入が義務付けられている。

図：日本の医療保険制度



出典：著者

地域保険制度は、「定期的に手の届く範囲の金額を支払う」という意味である「定礼」を参考にして作られたといわれている。記録文書に登場する定礼は、1835年の福岡県の宗像（むなかた）という地域のものが最古である（1716年には別の定礼が施行されていた可能性もある）。

定礼は、医師を誘致し繋ぎ止めるという、村民の必要性を反映していた。1800年代初めの不作と飢饉により、農村に医師を繋ぎ止めておくことが難しくなっていたからだ。そのため、地元の医師は村長たちと交渉し、村が住民から金品（実際には米）を前払いで徴収し、医師が安定した報酬を確保できるようにするための定礼という制度を制定することで合意した。前払い高は、世帯収入に合わせて累進的に高くなるよう設定された。つまり、所得の多い人ほど前払い高は大きかった。こうしてあらかじめ徴収された金品は、他の一般的な地方税の歳入とひとまとめにするのではなく、医師への支払いだけに充てられたため、説明責任の求められる透明性の高いシステムであった。

出典：小川 他 2003

なくとも書類上ではUHCをほぼ達成していた。

戦後、社会の混乱と経済の低迷により健康保険の財源が途絶えた。米軍主導の占領下で、厚生省は職域保険の再建に力を注いだ。多くの国民健康保険組合が解散し、加入は再び任意（ただし国の補助金付きであった）となり、その後ゆっくりと復活していった。UHCの枠組み——公務員、大企業と小企業の従事者と非被用者で異なる保険制度を併用したシステム——は戦時中から存在していたものが残っていたが、1956年には日本人の約30%がまだ医療保険に未加入だった（Kondo et al. 2011）。

国民皆保険

1952年に占領が終わり、政治的状況は混乱を呈した。3つの保守政党と2つの社会主義政党（これに共産党と小規模な政党が加わる）が支持の拡大を目指して争い、1955年に両勢力は共にひとつの政党に合併された。医療は当然の流れとして焦点となり、早くも1952年の総選挙において、社会党左派は医療保険と国の医療保障の拡大を求めた。1956年1月30日、国会両院における所信表明演説において、鳩山一郎総理大臣（在任期間1954-56年）は以下のように述べた。

……社会保障の中心課題とも申すべきものは、疾病に対する医療保障の確立にあると思われますので、将来、全国民を包含する総合的な医療保障を達成することを目標として、計画を進めていくつもりでございます¹。

その後ほどなく、1956年7月の参議院選挙までに、新たに結成された自民党が選挙戦において「国民皆保険」のスローガンを再び掲げた。岸信介総理大臣（在任期間1957-60年）は、1957年11月、臨時国会での最初の所信表明演説において、より具体的な内容を表明した。

……経済繁栄の陰に、一家の支柱を失い、あるいは失業・高齢・疾病などのために、その生活を守り得ない人たちのために鋭意施策を講じている

1 『データベース 20世紀・21世紀年表』（1900-2006年12月）の所信表明演説。http://www.ioc.u-tokyo.ac.jp/~worldjpn/index.html

のでありますが、さらに、医療皆保険制度、国民年金制度、最低賃金制度などについて真剣な検討をいたしているのであります。私は、全力を傾け、すみやかに国民の期待にこたえ得る福祉国家の実現をはかる所存であります²。

この演説が明らかにしているように、経済繁栄の陰で生まれた経済格差の問題に取り組むに当たり、国民皆保険は重要な政策目標のひとつであったことが分かる。岸自身は国家安全保障や自由権などについて極めて保守的な考え方で最も知られているが、国の福祉制度を通じた平等への取り組みこそが、自民党がその後の選挙で勝利するための鍵となると信じていた³。

いずれにせよ日本は、同等の経済発展レベルにあった大半の先進国同様、ほどなく UHC を達成することとなった。厚生省がその達成を明確に意識していたことは、いくつかの諮問委員会の報告書からも明らかになっている（土田 2011）。だが結果的には、1958 年に新たな国民健康保険法の公布を実現したのは自民党だった。施行は 1959 年からで、その後の 1961 年には国民皆保険が達成された。統一した制度を立ち上げるのではなく、戦前に作られた医療保険制度を全て存続させた。正規の被用者（及びその家族）はすでに医療保険でカバーされていたので、それ以外の国民健康保険加入を義務付けた上で、実施を全市町村に義務化したことで国民皆保険が達成された。それまでの被用者の医療保険制度が比較的手厚く、その弱体化を雇用主と被用者がどちらも望まなかったため、統一した医療保険制度を作ることは特に短期間で適用人口の拡大を図る中では、不可能であった。

重要な点は、新制度の下で、被用者が既存の制度と同じように医療を利用できることだった。加入者は自分の好きな医師や病院を自由に選び、どこであろうと、同じ治療投薬を受けられた。同じ診療報酬が適用されたため、患者がどの保険の加入者かを問わず、医療機関には同じ金額が支払われ、医療機関側に特定の保険の被保険者を好んで受け入れる理由はなかった。国民健康保険は自己負担割合が 5 割と高いのも事実だったが、実際には被用者保険でも被扶養者は 5 割負担だった（被用者本人だけが無料で医療を受けられた）。

2 『データベース 20 世紀・21 世紀年表』（1900-2006 年 12 月）の所信表明演説。http://www.ioc.u-tokyo.ac.jp/~worldjpn/index.html

3 大嶽 1996 を参照のこと。

国民健康保険制度の発足に際しては、厚生省と日本医師会との間で深刻な政治的対立が生じた。日本医師会は、大半が開業医で構成されており、当時も現在も政治に極めて重要な役割を果たしている（ほかの章でも説明されている通りである）。1957年、戦前の日本の傑出した政治家だった吉田茂の義理の甥に当たる武見太郎が日本医師会会長に就任してからは、この傾向が特に顕著となった。日本医師会には、厚生省は国民皆保険を利用して医療に対する官僚支配を拡大しようとしているように映った⁴。

改正国民健康保険法が施行される直前、日本医師会は医師としての自律を守るとの大義の下に医師の一斉休診を主導した。自民党首脳は直ちに介入し、協議の上、日本医師会が新制度を受け入れる代わりに、高額な薬の処方・調剤に対する規制が緩和すること、診療報酬を引き上げること、そして開業医の優遇税制を認める形で解決した（日本医師会は内実は国民皆保険にあまり強くは反対していなかったようである。それは、当時、戦時中に医学校入学者が倍増したことと、旧植民地から医師が帰国したため、医師の供給過剰が心配されており、そうした中で国民皆保険は医療に対する需要を拡大すると期待されていたからである）。

公平性と拡大を目指して

1960年の米国との安全保障条約改定に反対する大規模デモなどに見られるように、日本国内は政治的に分断されていた。こうした状況も追い風となって、自民党はこの年終盤の総選挙に快勝し、元大蔵官僚の池田隼人が総理大臣（在任期間1960-64年）に就任した。池田総理大臣の戦略は、右派と左派を敵対させる問題を避け、誰もが支持しやすい経済成長に注力することであった。1960年代の日本は、経済学者の下村治が立案し1960年に池田総理大臣が打ち出した国民所得倍增計画に後押しされ、高度経済成長に沸いていた。同計画は、年間GDP成長率11%を達成することにより、10年間で国民1人当たり所得を倍増することを目指したものだ。実際に、1960年から

4 当時、厚生省は、医療費抑制の目的で、高額な薬の処方には厳格な手続きを課すことで医療サービスを制限（「制限診療」と呼ばれた）する政策をとっていた。開業医は当時、薬の処方調剤から収入の多くを得ていた（土田2011; Steslicke 1973）。

1967年にかけて国民1人当たり実質所得は倍増し、日本国民は保険料を支払って公的医療保険制度に貢献しやすくなるとともに、国がより多くの予算を医療に振り向けることも容易になった。

池田総理大臣の著名な国民所得倍増計画は、近代産業部門の急成長に支えられたものであった。自民党幹部は、都市部に住む高学歴の近代産業部門の従事者が野党を支持するようになることは避けられないと池田総理大臣に進言した。自民党は農業、小規模製造業、小売業、建設業従事者や地方の人々から構成される伝統的な産業セクターに大きく依存しており、彼らはバランスの取れた成長戦略を求めた。それ以来、伝統的な産業セクターは国家予算から補助金、公共事業費、さまざまな形の保護主義によって不均等に支援されてきた。この形態は、時に日本型福祉国家と呼ばれることがある。

1960年代、年間平均成長率は10%を超え、経済規模は3倍となり、家計に多くの恩恵をもたらした。都市部か郡部かを問わず、全国の世帯で所得は驚くほど均等であった。しかし、その後、繁栄が進む中で格差に目が向けられるようになり、高齢者や公害被害者など、まったく経済成長の恩恵を受けない人々の存在が浮き彫りになった。革新系の政治家はこうした不満を利用し、国政選挙でも地方選挙で議席を伸ばし、特に知事や市町村長のレベルで多くの議席を得るようになった。1960年代の終わり頃には、日本の半分以上の地域で、知事か市町村長、あるいは知事と市町村長両方が革新系という状況になった。

その結果、まずは自治体レベルで、次いで国レベルで革新的な取り組みが増え、与党自民党はそれに脅威を感じ対策を講じた。医療分野では、診療時の自己負担割合の格差（前述のとおり、当初、被用者本人がゼロ負担で被扶養者は5割負担）が縮小された。1970年代初め、月ごとの医療費について自己負担額の上限（高額療養費制度）が設けられ、すべての医療保険制度の加入者は経済的に保護されることになった。最も劇的な新政策は高齢者医療の無料化であった。

高齢者は中年の人々よりもはるかに高い確率で病気になるのに、同じ診療報酬で医療を利用することから、高齢者医療は重大な問題だった。高齢者の所得は一般的に低く、全員が国民健康保険に加入してはいるものの、自己負担割合は3割から5割だった。この点を、東京都において労働組合など革新

派の活動家が問題視し、美濃部亮吉東京都知事が取り上げた。1967年に社会党と共産党の支持を得て当選した同知事は、自民党と差別化できる政策に敏感だった。

1969年、東京都議会は、極めてゆるい所得審査に通った70歳以上の都民全員について医療費の自己負担分は公的資金で賄うとする条例を通過させた。これはただちに支持を得て、日本中の道府県や市が東京都に倣った。中には、保守的な首長が率いる自治体もあった。多くの自治体は東京都よりコストのかからない法案を施行したが、自治体はすぐにコストが極めて高つくことに気づき（1971年から1972年にかけて高齢者への自治体負担額が倍増した）、国に対応を求めた。もちろん国会においても、革新政党がさらに強く対応を求めた。

こうした状況に、大蔵官僚は当然のことながら、厚生官僚たちも震撼させられた。厚生官僚は、高齢者の医療費無料化が極めて高つき、ほかの政策への脅威となり、さらに、医療政策の支配をめぐる長年にわたり厚生省と対立してきた医師たちの収入源となることを知っていた。事実、厚生官僚は専門家たちと協力して、前から高齢者医療の問題に取り組んできていたが、時間的制約が大きく、関係する4つの局は具体的な政策について合意に達することができず、そのため厚生省は独自の提案を取りまとめられなかったという経緯があった。

そのような状況下で、田中角栄総理大臣（在任期間1972-74年）率いる与党自民党に、鍵となる決定が委ねられた。自民党は冷静さを失い、議員の大半が望んだよりも、はるかに拡張的な計画を採択するに至った。1972年に通った法案により、70歳以上のほぼ全員について自己負担額はゼロとなった。恩恵を被ったのは高齢者だけではない。非被用者の自己負担額も引き下げられた。さらに、医療だけでなく、年金給付額も大幅に引き上げられた。野党からの圧力が高まっていた政治状況にもかかわらず、この法案が採択されたのは、ほぼ15年間にわたり継続した高度成長という「経済の奇跡」を経て、日本の政策立案者が、日本はほとんど何でも支払う余裕があると思いついたためであった。しかし、この幻想は、ほどなく1973年後半のオイル・ショックによりかき消されることになる。

支出抑制への転換⁵

オイル・ショックにより日本は一気に不景気に陥り、その後、経済は再びプラス成長に戻ったものの、はるかに低い成長率となった（成長率8-10%が3-5%に低下した）。1970年代初めの拡張的な政策変更は今や軽率に感じられ、当然社会的支出が削減の対象となった。皮肉なことに、自治体の革新系の首長は突然、深刻な予算の問題に直面し、いち早く福祉の見直しを求め、大蔵省は将来大きな負担となる「無差別的な」支出について強く警告した。だが、国を挙げての支出抑制の努力に政治的障害が立ちだかった。与党自民党が革新政党の躍進を受け大きく議席数を減らし、国会で過半数の議席を維持することがおぼつかなくなっていたのである（保守・革新のバランスが伯仲していた）。政治家は国民に人気の高い制度の撤廃は一番避けたかった。

医療費の急騰はめざましく、1970年代には医療費が高騰し続けている米国とほぼ同じペースで増え続けており、放置しておけない問題であった。支出拡大は主に高齢者の医療費無料化によるものだった。問題は、自己負担をカバーする直接的な公的補助金ではなく、むしろ高齢者が以前と比べはるかに頻繁に医師にかかるようになったこと、特に長期入院するようになったことだった（「社会的入院」と呼ばれる）⁶。高齢者の大半は非被用者であり、地方自治体の運営する国民健康保険制度に加入していた。高齢者医療のための歳出は、1973年の2180億円から1980年には9580億円へと急騰した⁷。歳出増加の原因は、高齢者の自己負担相当額を負担しなくなることだけでなく、利用が増えたことにより、国民健康保険への補助金が増大したことであった。

1970年代終盤には種々の改革が提案されたが、いずれも立法化には至らなかった。状況を変えたのは、1980年の選挙での自民党の地滑り的大勝利であった。鈴木善幸政権（1980-82年）と、特に中曽根康弘政権（1982-87年）

5 詳細はCampbell 1990、本書第7章と第9章を参照。

6 医師はこのニーズの高まりにただちに反応し、新たに多くの「病院」を建てたが、実態は介護施設を少し大きくしたようなものだった。こうした「保険診療による社会的入院」は別として、高齢者による実際の医療サービスの利用は、高齢者が病気になる確率が高まるに高いことを考慮すれば、集中的に増えたわけではない（ただし、過剰利用らしきものはもちろん保守派に非難された）。

7 Campbell 1990 及び本書第9章に引用された厚生省の内部文書。

が、日本を緊縮財政の時代に導いた。これは、海外でも同じように、英国のサッチャー政権や米国のレーガン政権が緊縮財政に舵を切っていた時期である。

強力なトップ・ダウンの改革は「行政改革」と呼ばれたが、その対象は、単に官僚機構だけではなく、大きな政府そのものだった。この改革は、歳出抑制にかなりの成功を取めたほか、規制緩和など、政府による経済への「介入」縮小に一部成功した。医療改革については、行政改革そのものが意義のある提案をしたわけではないが、全般的に厳しい緊縮財政が厚生省に対して強い圧力となる中、種々の政策分野のうち、医療分野だけは大規模な歳出抑制の可能性があった。

こうして厚生省は1980年代初め、2つの大きな改革を打ち出した。ひとつは、診療行為と医薬品の価格変更により医療費増大を抑制するための政策手法である、2年に1回の診療報酬の改定方式を変更することだった。「自然増」による医療機関収入の予測数式を変更することで、価格の大幅な引き下げ、ひいては医療費の増加ペースの抑制が可能になった⁸。もうひとつは、1980年終盤に厚生省が立案した老人保健法であった。同法は、多くの修正を含め長い立法過程を経て、1982年8月に制定され、1983年に施行された。

同法が少額の自己負担を課すことにより、高齢者の無料医療を終わらせたことは象徴的であった。さらに重要なことに、この法律は、70歳以上の高齢者の高い医療費を、保険者間の財政調整によって賄うことを規定し、医療費確保の方法に革命を起こした。高齢者の大半が加入する、市町村運営の国民健康保険制度は財政的に困窮しており、ここに職域保険の保険料収入を移転することとした。この大改革は、おそらく1959年の国民健康保険法施行以来最大の明確な政策変更であり、当時の吉村仁保険局長の下、厚生省の官僚による優れたリーダーシップの功績であるが、当時の緊縮財政という新たな政治的ムードが間違いなく強い刺激となって効いていた。

8 支出抑制の詳細な方法については、本書第5章「日本の診療報酬改定による医療費の抑制」を参照。

歳出管理のための継続的取り組み

医療政策の論点は長年にわたりコストの問題に集中した。厚生省は老人保健法に基づき、高齢入院患者の割合が高い病院のために、診療報酬から包括払い方式への変更など規則を変更することにより、社会的入院問題への直接的な対処を進めた。介護が必要な高齢者のために在宅ケアを改善していく動きは、1997年に法律が制定された介護保険制度として結実する。これは、コストのかかる入院を減らすための、より戦略的な取り組みだった。

また、厚生省は保険者間の財政調整のスキームを60歳から69歳の国民にも拡大した。もうひとつの動きは、被用者（被扶養者だけでなく）にも自己負担を求めたことであった。自己負担割合はその後、さまざまカテゴリー別に徐々に増やされたが、その都度、自民党と野党議員からの反対意見を抑える調整がなされた。

この間、長年にわたり、学識経験者や政治家からは、だましまし部分的に変更されてきた医療制度の「抜本改革」を求める声が常に上がっていた。1970年代終盤以降、日本の組織・制度に対する大半の批評と同様、政府の規制が強すぎるとの判断の下、改善措置として市場志向型、しかもしばしば米国を模範とした改革が提案されていた。

こうした改革が実現に向けて大きく進展したのは、新自由主義の小泉純一郎政権（2001-06年）になってからだ。通常の保険診療と一緒に、私費により種々の高度医療が受けられる「混合診療」の解禁や、投資機関による病院の経営認可について提案が行われた。いずれも、厳しく規制された日本の医療制度に市場競争原理が導入されることを意味した。反対派はこれを平等主義の理念への脅威だと捉え、この提案は、日本医師会からの断固たる反対により、一部の小規模な改革を除き実を結ばなかった。小泉総理大臣は、医療費増大の抑制については成果を上げ、減少に転じた年さえあった^{9, 10}。

9 本書第6章「日本の診療報酬の政治経済学」を参照。

10 10年後、第2次安倍晋三内閣（第1次は2006-07年）は、環太平洋連携協定（TPP）の自由貿易交渉に関連して、同様の新自由主義の医療改革を提案したが同様の反対にあった。

「医療崩壊」

医療政策は約25年にわたり費用抑制を目標とし、ついには小泉総理大臣による厳格な緊縮財政につながったわけだが、これに対する反動が始まった。財政難に起因する、郡部における病院や診療科の閉鎖、特に産科や小児科の専門医の不足、救急救命室の不足などが問題となり、メディアが「医療崩壊」を大きく取り上げるようになった。朝日新聞では2000年から2006年までの7年間にこの表現を使った記事が掲載されたのは10回にすぎなかったが、2007-08年には157回、2009-10年には196回へと増加した。この問題を選挙戦における重要なスローガンに掲げた民主党は、2009年の総選挙で地滑り的大勝利を取めた。民主党は医療費を引き上げ、開業医から急性期病院へと財源を再配分することを公約とした。

民主党は政権の座にあった3年間にこれらの公約を守ろうとしたが¹¹、経済の状況が思わしくない上、日本医師会からの抵抗が続いたため、大きな政策変更は実現できなかった。医療政策に対するメディアの注目と国民の関心は薄れていったが、それでも重要な問題は残っている。例えば、消費税引き上げ後にその歳入を広範な改革の中でいかに使うべきかを検討するため、内閣に社会保障制度改革国民会議が設置された。2013年4月19日の会議で、病院診療や地域医療に対するニーズを満たすためには、重要な医療政策を実施する上で診療報酬改定にだけ頼るのではなく、消費税引き上げによる財源を直接振り向けるべきだとする提案が議論された¹²。

考察

UHCに関して、発展途上国が日本の経験から得られる教訓は、主に具体的な制度や政策にあり、この点は他の章で分析されている。本章はそれよりも、こうした政策が登場した政治的・歴史的背景について論じるものであり、そうした背景は概して、あまりに時代と国に特有で、直接的な教訓を示すことは難しい。しかし、プロセスそのものには、他国にも役立つ示唆がい

11 本書第6章「日本の診療報酬の政治経済学」を参照。

12 最終報告書の要約は、<http://www.kantei.go.jp/foreign/971228finalreport.html> を参照。

くつか含まれている。

政策変更の順番は重要な意味を持つ可能性があり、日本はよい例と悪い例の両方を示している。よい例は、1960年代と1970年代初期に医療保険の加入対象が大幅に拡大する以前に、医療制度がすでに比較的平等だったことだ。医療保険は他の多くの国と同様に公務員から始まり、次に産業従事者へと拡大されたが、日本では大企業の従事者だけでなく中小企業の従事者にも同時に加入対象が拡大された。非被用者のための新制度により国民皆保険が達成されると、職域保険同様の医療が非被用者も受けられるようになり、自己負担割合も職域保健の被扶養者と同じ5割に設定された。平等性はこうして、給付範囲の大幅拡大の前に確保されていた。

悪い教訓は、日本政府が複数の医療保険制度の再編・統合に本気では取り組まなかったことである。1959年が大きなチャンスだったかもしれない。中小企業の被用者、自営業者及び非被用者、貧困層、高齢者など各グループのために新たな異なる制度を積み重ねていくことで、政治的抵抗を極力抑える道を常に選んだのである。その結果、つぎはぎでバランスの悪いシステムが医療政策の立案を阻害し続け、制度がさらに複雑化して理解しにくくなり、ましてや改革などできなくなった。

他の大半の国と比べて特に日本に特徴的な点は、国が医療費抑制に常に目を向け、抑制のためには医療機関の行動をコントロールする必要があると認識していたことである。その方法は、直接抑制する方法から診療報酬を通じたインセンティブの導入へと進化し、診療報酬は頻繁に微調整されるようになった（特に1980年代初めは頻繁に改定された）。これを促した重要な条件は、医療政策立案において国と開業医の団体である日本医師会が毎年対立するという構図があったことだ。本書第6章「日本の診療報酬の政治経済学」の中で指摘されている通り、この対立は、医療政策を実際に断絶させることなく、医療政策への圧力を和らげることができる交渉の仕組みを徐々に築いていった。

最後に、より俯瞰的かつ構造的な点を示す。医療政策を決める上で、厚生省／厚労省の、非常によく訓練された比較的独立性の高い医療を管轄する局が、重要な役割を果たしてきた。この局の有する能力を構築し維持していくことが、費用抑制を含め、有効な政策の鍵となる。一方で、国民の幸せを重

視し、特に十分な医療を受けていない人々のために、医療サービスの質と量を改善（少なくとも維持）するために行動を起こす政治的リーダーシップが、同じぐらい重要になる。制度運営と政治的関心のはざままで医療政策は揺れ動くだろう。日本の教訓から、揺れ幅が大きくても適切な医療政策に落ち着くことは可能と言える。

【参考文献】

- 大嶽秀夫（1996）『戦後日本のイデオロギー対立』（三一書房）
- 沢木耕太郎（2008）『危機の宰相』（文藝春秋）
- 島崎謙治（2011）『日本の医療—制度と政策』（東京大学出版会）44-45 ページ
- 土田武史（2011）「国民皆保険 50 年の軌跡」『季刊社会保障研究』第 47 巻第 3 号 244-256 ページ
- Calder, K. E. 1988. *Crisis and Compensation: Public Policy and Political Stability in Japan, 1949-1986*. Princeton: Princeton University Press.
- Campbell, J. C. 1992. *How Policies Change: The Japanese Government and the Aging Society*. Princeton: Princeton University Press. (ジョン・C・キャンベル (1995) 『日本政府と高齢化社会—政策転換の理論と検証』中央法規出版)
- Ikegami, N. 2006. “Should providers be allowed to extra bill for uncovered services? Debate, resolution, and sequel in Japan” . *Journal of Health Politics, Policy and Law*. December 2006. 31(6): 1129-1149.
- Kasza, G. J. 2006. *One World of Welfare: Japan in Comparative Perspective*. Ithaca NY: Cornell University Press.
- Kondo, A., and H. Shigeoka. 2011. “Effects of universal health insurance on health care utilization, supply-side responses and mortality rates: evidence from Japan.” http://www.columbia.edu/~hs2166/Kondo_Shigeoka_Oct4_2011.pdf
- Ogawa, S. et al. 2003. “Scaling up community health insurance: Japan’s experience with the 19th century Jyorei scheme.” *Health Policy and Planning* 18-3: 270-278.
- Steslicke, W. E. 1973. *Doctors in Politics: The Political Life of the Japan Medical Association*. New York: Praeger.