

Title	国民皆保険の構成と機能
Author(s)	堤, 修三
Citation	大阪大学大学院人間科学研究科紀要. 2013, 39, p. 253-275
Version Type	VoR
URL	https://doi.org/10.18910/24771
rights	
Note	

Osaka University Knowledge Archive : OUKA

<https://ir.library.osaka-u.ac.jp/>

Osaka University

国民皆保険の構成と機能

堤 修 三

目 次

1. はじめに
2. 国民皆保険の構成
3. 国民皆保険の機能（分析）
4. 国民皆保険の機能（方向）
5. むすびに代えて—国民皆保険の憲法的保護—

国民皆保険の構成と機能

堤 修 三

1. はじめに

日本の医療保険制度は1922年公布／1927年施行の健康保険法に始まり、日中戦争下の1938年に公布された旧・国民健康保険法の下でいったん国民皆保険に近いところまで到達した。この取組みは敗戦による国保の崩壊により頓挫したが、1948年の新・国民健康保険法により再スタートした後、1959年、国民皆保険の実施に向けて同法が全面改正され、1961年に全市町村での国保実施が実現して国民皆保険体制が成立した。

国民皆保険成立後50年、それは国民にとって存在するのが当然のものとなり、その維持は国民のコンセンサスとなっていると言っていい。だが、少子高齢化が進行し、国民経済の負担能力に限界が見え始めた今日、それを維持するには容易ならざる努力が必要となりつつある。国民皆保険は国民の医療に対するニーズと費用負担の微妙なバランスの上に成り立っており、それを維持するには国民各層の理解とその自制・深慮・覚悟が求められるからである。

本稿のねらいは、現在の日本の国民皆保険について、個々の制度や仕組みに囚われることなく、それらを総体として捉えて、国民皆保険の構成を明らかにした上で、それがどのように機能しているか、また、今後とも機能し続けていくにはどのような見直しが必要かを考察することである。

2. 国民皆保険の構成

現在の国民皆保険体制がどのように構成されているかについては、さまざま観点があるだろうが、ここでは次の3点をその特徴として提示しよう。すなわち、①極めて律儀に全国民をカバーする皆保険体制であること、②負担は被用者保険(健康保険・共済組合)と地域保険の二元体系である¹⁾が、給付は事実上一本の統一的体系であること、③実体面のみならず制度面においても、基本的に医療機関の自由開業制を認めると同時に患者のフリーアクセスも保障していること²⁾の3点である。これらについて簡単に説明し、そこからどういうことが帰結するかを以下に述べることにする。

2.1 律儀な国民皆保険体制

前述のとおり日本の医療保険制度は、第1次大戦後の不況に伴い労働運動が盛んになるなかで、大正の末期(1922年)に成立した健康保険法を嚆矢とする。一般的な医療保障の方

法としては、社会保険方式による場合と税方式による方法があるが、日本において社会保険方式による健康保険が採用されたのは、資本主義経済社会である以上、半ば当然の選択であった。個人の自己責任を基礎としつつ、リスク分散のために、それを共同化する保険の仕組みは近代市民社会の原理に適合的だったからである²⁾。ちなみに税による医療保障の典型とされるイギリスの国民保健サービス(NHS)は1948年、アトリー労働党内閣のA・ベヴァン(Aneurin Bevan)保健相によって公立病院や篤志病院の国営化とともに制度化されるまで待たなければならない³⁾。

日本の健康保険制度は、ビスマルクが創設した疾病保険の例に倣い、ドイツ型の労働者保険を採用したが、ドイツとは異なり、高収入の者も含む適用事業所のすべての被用者(経営者も法人の被用者と見做す)を対象とするものであった。

戦後、国民皆保険体制を再建しようというとき考えられる方法はいくつかあったが、実際に採られたのは、この健康保険制度の存続を前提として、当時の健康保険が適用対象としていなかった事業所(使用されている者が5人未満)の被用者も含め、既存の制度に加入していない残りの者はすべて地域住民として国民健康保険の下でカバーするという方法であった。労働者保険である健康保険と地域保険たる国民健康保険を統合して新たな一元的な制度を創設するという選択肢も理論的にはなくなかったろうが、現に存在する健康保険制度を解体して新たな制度を創設するという選択は、実際問題としては政治的にも行政的にもほとんどあり得なかったものと思われる。また、ドイツのように被用者保険の適用を拡大して出来る限り多くの国民を医療保険に加入させるという方法も、第1次産業の就業者が人口の約1/3を占めるという当時の日本の状況では、“国民皆保険”という政策目的を達成するには不相当であったろう。ただ、健保加入者以外を強制的に加入させる国民健康保険は、勤労収入があることが定義上想定される被用者保険と異なり、所得のあることを確認できない住民まで加入の対象とするものであり、生活保護の適用を受けていない以上、何らかの所得があるだろうという推定の下に立つものでしかなかった。保険料徴収を前提とする保険制度としては何とも心許ない制度と言うほかない。逆に言えば、それほどまでして(生保受給者以外の)全国民を強制加入させようという律儀な皆保険体制を選択したのである⁴⁾。

このような律儀な国民皆保険体制は、制度設計や運用における様々な局面で、例外がない故の要請をもたらす。例えば、医療給付に関しては、すべての国民が医療保険に加入している以上、国内に存在する医療機関および国内で利用可能な医療技術や医薬品はすべからず保険で利用できるべきであるとされ、その結果、現に開設されている医療機関や標準的な医療技術、薬事承認済みの医薬品はすべての国民に一律に保険適用されることが原則となったのである。そうなるや医療機関の収入の大部分が医療保険の診療報酬により賄われるため、その内容や水準が医療機関の経営のみならず、医療内容までも事実上規定してしまう事態が生じてくることとなった。

また、強制的にすべての国民を医療保険に加入させる以上、それは国民すべてに通常

必要な医療サービスを提供することを約束するものと受け止められ、保険給付のみで必要な医療はカバーするという観点から、保険適用と保険適用外の診療行為の併用を原則として認めない“混合診療の禁止”という要請が導かれた。

さらに、給付の程度もこの皆保険の約束を実効あらしめるため、国保や健保家族の給付率が当初の5割から逐次、7割に引き上げられてきた。もちろん、健保・国保という二元的制度の下で分立する保険者への加入を法的に強制する以上、各制度・保険者間で給付や負担はできる限り平等・公平であるべきとの要請があったからである。

2.2 統一的な給付体系

2.1のとおり国民皆保険体制は、制度としては被用者保険・地域保険の二元体系となり、必然的に保険料負担はそれぞれの制度に属する保険者ごとに行われることとなったが、給付面は幾多の曲折があったものの、各制度・保険者を通じ、現在ではすべて統一されるに至っている。まず、医療機関に支払われる診療報酬は1959年の国保法の全面改正以来、各制度を通じ、厚生(労働)大臣が定める健康保険の診療報酬の例によることとされ、その基本は今日まで変わっていない。また、当初は健保と国保で保険医療機関と療養取扱機関に分かれていた保険医療の担当機関も1994年には保険医療機関に一本化され、その指定・指導監督権限も2001年からは厚生労働大臣の下に集約された。さらに、給付率も2008年から原則として各制度・保険者を通じて7割(患者負担割合3割)に統一されている。患者負担が一定額を超えた場合にその分が償還される高額療養費制度も各制度共通である。

このように給付面が統一された日本の国民皆保険体制は、1つの形をした上半身(給付)を持ちつつ、下半身は3000近い脚に分かれて保険料という養分を集めている巨大な1つの生命体に比すことができるだろう。この給付体系の統一は、前述のとおり、各制度が強制加入である以上、給付内容(診療報酬)は同一、医療の給付率は平等でなければならないという建て前の下で進められた。

このうち、給付率の統一は、皆保険である以上“給付の平等”が望ましいという要請があったとはいえ、結果として、給付レベルに関する保険者の権限をほとんど否定してしまう結果となってしまった。比較的近年まで、給付率は制度によって異なり、保険者に給付率を上乘せする権限が認められる場合もあったが、現在は保険者にはこれらの権限は与えられていない。また、入転院の承認などの給付手続きに関する保険者権限も一切なくなってしまった。残ったのは、保険者が保険給付に関連して行う事務事業⁹⁾の機能だけであり、そのような保険者機能の強化に保険者としてのアイデンティティが見出されている現状である。結果として、保険者が自律的な保険運営組織ではなく保険料徴収機関に近い存在となってしまっていることは否定しがたい。このような給付に関する保険者権限がほとんど失われた医療保険においては、保険者のレベルで医療費規模を適切にコントロールすることは極めて困難である。

2.3 制度の二元体系と制度内での保険者の分立

国民皆保険体制が被用者保険と地域保険という性格の異なる2つの制度体系の下に多くの保険者が分立する構造となっていることをどう考えるべきだろうか。これに関しては、日本のように律儀に国民すべてを医療保険でカバーするのであれば、制度体系を一元化し、保険者も1つに統一して、皆が公平に統一的な基準により保険料を負担すべきではないか、さらには、国民全員を対象とするのであれば、わざわざ保険料として費用を徴収する意味があるのか、保険料のように未納などで受給が制限されることのない、税を財源とする制度の方が医療保障の確実性を担保できるのではないかといった意見が当然に出て来よう。すなわち、律儀な国民皆保険制度は、全国民が統一的に保険料を負担する一本化された制度や、さらには広く国民が負担する税による制度へと直結する契機を内包しているのである。それにもかかわらず、被用者保険と地域保険という二元体系、その下において多くの保険者が分立するという現在の皆保険体制は合理的であると言えるだろうか。

この問題を考える場合、そもそも国民に対する医療保障をどのような性格のものとして理解するかが議論の岐路になるだろう。1つの理解は、貧困者などに限定することなく、国民一般に対する医療の保障は国家の義務であるとする立場である。これは憲法レベルでは、25条2項に規定された“社会保障の向上・増進に努める”という国の責務を医療保障の直接的な責任を国が負うという前提に立っているものと理解する立場であり、そこからは、A-1) 国が税財源で直接医療サービスを提供するという制度か、A-2) 憲法13条の趣旨も加味して、医療保険の制度を採用した上で国が自ら全国一本の保険者となって医療給付を行うという制度のいずれかが導かれる⁷⁾。もう1つの理解は、憲法25条と13条を同程度の重みで受け止め、国民が、自ら健康で文化的な生活を追求する自律的な個人として、傷病により貧困に陥ることを防ぐため相互に助け合う医療保険をそれぞれの集団ごとに組織することとし、国の責務は、その権限を利用して医療保険の枠組みを設けることにあるとする立場である。ここからは、B) それぞれが属する経済的社会的な同質性のある集団ごとに医療保険を組織するという国民の選択を前提として、その結果としての制度や保険者が分立する皆保険体制も許容される余地が出てくる。国の責務は、強制加入や強制徴収を伴うそれらの制度を法により定立することで果たされるのである。

これらのうち、どの理解に立脚するかは、それぞれの社会観・国家観によって異なると言うほかないが、A-1)の考え方は、前述のとおり、個人を基本とする自由社会である日本の国柄に相応しいかどうか疑問である一方、A-2)およびB)の方法は、個人の自助を共同化する社会保険であるから、国家の関与に程度の濃淡はあるが、一応は日本社会の基本的なあり方に即しているとは言えるだろう。A-2)およびB)の方法の差は、前者が保険料負担も統一されるのに対し、後者は制度や保険者の分立により制度間・保険者間で格差が生じることである。したがって、仮にB)の立場を選択するとすれば、現行の制度・保険者分立体制に全国的な保険料負担の統一による“公平の達成”を超える現実的な合

理性があるか否かが問われることになる(3.2で詳述)。ただ、実際に辿ってきた医療保険の制度改革の歴史を見ると、そのような現実的な合理性の有無が問われることなく、給付の平等・負担の公平という理念的な議論のみが行われてきたことは否定し難い⁸⁾。

仮に日本の医療保険制度がドイツの疾病保険のようにすべての国民をカバーするものでなかったなら、平等や公平がこれほど争点になることはなかったであろう。国民皆保険体制を採る一方で、保険者間格差が不可避な制度・保険者の分立を採用したことによる困難、そこに現実的な合理性があったとしても、実際の制度議論では常にその格差を是正する対応を求め続けられたのは、律儀な現行皆保険体制の抱える宿命と言えるかもしれない。

2.4 自由開業制とフリーアクセス

自由な経済社会においては医療も市場サービスの1つとして、サービス提供者と利用者の自由な取引により行われるのが原則である。しかし、公的医療保険を組織する場合、その対象となる医療サービスの提供と利用をどのような仕組みにより行うこととするかについて一義的な方式は存在しない。もちろん、公的な医療保険でファイナンスする以上、その収入の範囲内に収まるように保険者(全国を通じて1つであれ、複数であれ)が医療サービスの提供と利用をコントロールしたいという発想は普通に出てくるだろう。例えば、医療給付はすべて保険者の直営病院で取り扱うというのは医療保険のプロトタイプの1つである。あるいは保険給付を担当する医療機関をすべて公営または公的医療機関にして、保険者もしくは政府の統制の行き届きやすいものにすることも考えられる。だが、健康保険法制定時に限らず、救貧医療的な医療機関を除けば、民間病院が太宗を占め、公的あるいは慈善的な医療機関が少なかった日本では、現実にはそれらの方法を採用ことはありえなかった。社会主義勢力が政治の主導権を握ることのなかった日本では、ファイナンス面で強制加入の医療保険を整備するという“社会民主主義的政策”が限界だったのである。

したがって、そのような伝統の下では医療機関の自由開業制も当然のこととされ、それと裏腹な関係において患者の医療機関の自由選択制(フリーアクセス)を否定することもまた困難であった。また、これらの実体面における慣行は、保険制度においてもそのまま承認するほかなかった。それらは、医療法における開設許可を受けた医療機関を原則としてそのまま保険医療機関として指定する条項(健保法65条3項)と療養の給付を受けようとする者は自己の選定する保険医療機関から受けるものとする条項(健保法63条3項)によって担保されている。しかも前述のように、保険者は被保険者の受診に関してはゲートキーパー的な権限は何ら与えられていないので、保険診療は結果として、公定された診療報酬の下で自由な医療サービスの提供と利用を認める「準市場」において行われるものとなったのである。

医療保険制度上、準市場における患者のフリーアクセスと(診療方針・診療報酬に従う

限りでの)医師の自由な診療⁹⁾を認めるということは、医療機関が被保険者である患者を診療した途端、事実上、その保険者に対する診療報酬債権が発生することを意味する。換言すれば保険者にとっては自分の与り知らないところで受診した患者に係る診療報酬債務を自動的に負ってしまうのである。特に、DPC(診断群分類別包括評価)などの包括払いが増えてきたものの、出来高払いを原則とする現在の診療報酬の下では、この一方的構造は、審査支払機関や保険者自身が行う事後的な審査があるとは言え、給付体系の統一によって給付レベルに関する保険者権限が失われていることと並ぶ、日本の医療保険者が抱えている根源的な困難の1つである。

他方、国民皆保険であることは、この保険診療の準市場とは相矛盾する要請も内包している。それは、国民全員に加入を義務付ける以上、全国どこでも必要な医療サービスを受けられる機会が与えられるべきだという要請である。皆保険達成時に全国の市町村に国保直営診療所が拡がったのは“保険あって医療なし”は許されないという、このような要請に基づくものであった。だが、医療資源には限度があるばかりでなく、自由開業制を前提としている限り、この要請に制度上確実に応えることは困難である。したがって最終的には、この問いかけに対しては、必要とあれば医療機関のあるところに出かけて受診できるのだから、必要な医療サービスの保障という皆保険の要請に応えていないわけではないという苦しい釈明で済ますこととなる。しかし、この要請には根強いものがあり、近年の医療法改正では、都道府県が策定する医療計画において具体的な医療機能に即した医療機関の配置を記載することとされた¹⁰⁾が、それを強制的に実現する手段がないことは前述のとおりである。

3. 国民皆保険の機能（分析）

日本の国民皆保険に対する評価は世界的にも高い。すべての国民を対象に、医療機関へのフリーアクセスを保障した上で、極めて質が高いとは言えないかもしれないが、国際的に見れば相当なレベルの医療を、それほど高くないコストで提供できているからである¹¹⁾。しかし何故、それが可能だったのか。人間の長寿や健康への願望を背景に続く医学技術の高度化や経済社会の成熟に伴って半ば必然的に進行する高齢化によって、国民医療費は傾向的に増加する一方、自由開業制と患者フリーアクセス(医療提供・利用の統制の困難)・出来高払い原則の診療報酬(個別医療費抑制の難しさ)、律儀な国民皆保険であるが故に求められる必要な医療内容(混合診療の禁止)などのため直接的な医療費コントロールの手段をほとんど持たない制度において、①医療給付費の伸びを長期的に見れば概ね国民経済の負担能力を超えることのないよう抑制し、②それでも増加する費用を何とか調達することができた要因は何だったのか。

3.1 医療給付費の伸びのコントロール

まず、①の増加する医療給付費を国民の負担能力の範囲を超えないようにすることについては、患者負担分の引上げ・拡大(給付率の引下げ・入院中の食費やホテルコスト負担の導入)などの考えられる措置はほぼ実施され、このような給付費の範囲縮小による抑制は限界にあることから、近年の医療給付費抑制は主としてマクロの診療報酬改定幅の調整によって行われてきた。もちろん、年度ごとのGDP伸び率と厳密にリンクさせるということではないが、2007年の厚生労働省の「医療費の将来見通しに関する検討会」で明らかにされたとおり、医療費は4～5年のタイムラグを持って経済成長の伸びを大きく上回らないように診療報酬の改定幅の操作によって長期的にコントロールされてきたのである¹²⁾。問題は、このマクロの診療報酬改定幅の決定が予算編成過程で内閣によって行われるため、主に国庫負担抑制の見地から行われることであつた¹³⁾。小泉内閣時代、厳しい概算要求基準の設定によって診療報酬の改定幅が3回にわたってマイナス～ゼロに抑えられ、“医療荒廃”の一因となつたことは記憶に新しい。

そういう問題はあるが、マクロの診療報酬改定によって医療費をコントロールするという方法は、それなりに現実妥当性を持っていたように思われる。そう考える理由の1つは、医療機関の診療行動や患者の受診行動を直接コントロールするものではないということである。自由開業制やフリーアクセスに触らず、価値判断に絡む感情の問題を勘定(お金)の問題として扱うのは賢明な対応だつたと言ってよい。もう1つは、逆説的ではあるが、水漏れのない完璧な方策ではないことである。医療費の支払いは総額予算制ではないので、疾病の流行などによる患者数の変動や丁寧な診療行為(例えば、念のための再診を促す)などによって診療報酬の支払い額が変動しうることや、実質的に医療機関の収入となる薬価差¹⁴⁾などによって診療報酬の減を補うことができたり、室料差額や日用品費などの保険外負担額を医療機関が決められたりすることなどがバッファの機能を果たしているからである。これらのことが医療機関にとって診療報酬の抑制を総体として我慢可能なものにしていただけると言えるだろう。なお、言うまでもないが、このようなマクロの診療報酬改定幅の調整によって国民医療費のコントロールがほぼ成功していると言えるのは、2.2で指摘したとおり、国民皆保険下ですべての医療機関が厚生労働大臣による保険指定を受け、厚生労働大臣が全国一本で定める診療報酬の適用を受けるとともに、それ以外の収入の途がほぼ閉ざされているからにはかならない。いわば、日本の医療機関は出口なしの状況で“日本に1つだけのHMO¹⁵⁾”に組織されているのであり、そのことが日本のマクロ医療給付費のコントロールを可能にした条件だつたのである。

3.2 財源の調達

では、②の必要な医療給付費を賄うための財源調達はどうなっていたらだろうか。必要な保険料や公費の確保は円滑にできたのだろうか。ここで登場するのは、2.3で述べた制度の二元体系と制度内での保険者の分立の評価である。

前述のとおり、国民皆保険と言いながら、制度体系は二元的で、そのなかで保険者も分立している状況は、“給付の平等・負担の公平”という理念によって常にその非合理性を批判される宿命にある。給付体系の統一が成った以上、残るは“負担の公平”ということになるが、医療保険がファイナンスの仕組みである以上、これをどう考えるかは本質的な問題である。すなわち、“負担の公平”をあらゆる困難を乗り越えても実現すべき理念と考えるか、それぞれが属する経済的社会的な同質性のある集団ごとに医療保険を組織するという国民の選択を尊重し、帰属集団の属性に起因する負担の格差は不可避なものとして、社会的許容範囲を超えない限り、許容されるべきもの¹⁰と考えるかの違いである。筆者は、医療保険を自由な個人による自助の共同化の企てとして位置付けるべきであると考えてるので、各人が加入する制度・保険者間に生じる負担の格差もある程度はやむを得ないものであるとする立場であるが、さらに国民皆保険を維持するためには、“負担の公平”という理想主義的なスローガンを超えて、実際のかつ政治的にも制度の二元体系・保険者の分立にはそれなりの合理性・妥当性があつたのではないかと思う。

仮に医療保険が全国一本の保険者に統合されたとしよう。2.1で指摘したとおり勤労収入があることを前提とする、その意味で保険料調達力に優れた、換言すれば強固な地盤の上に立つ被用者保険とは異なり、地域保険は、保険料負担能力の有無を確認できない、その意味では極めて脆弱な地盤の上に構築される制度である。問題は、この2つの異なる地盤にまたがって一本の制度が立つ危険をどう見るかである。完全に統合一本化された医療保険では、保険料は、後期高齢者医療と同様、住民税の課税所得をベースに定額部分(負担能力に応じた軽減あり)と所得割部分に分けられ、しかも全国単一の方式で決められるだろう。被用者・非被用者を通じた保険料であるから、当然、被用者といえども事業主負担はなく、その分の保険料は増えるに違いない。また、所得捕捉率の差による不公平感から保険料負担に対する不満が強まることも予想される。しかし、より深刻な問題は保険料に定額部分があることにより、保険料水準が実額で表示され、その水準が全国一本の平均保険料額として常に政治的争点となることである。比例保険料率であれば引上げとは受け取られない場合(所得水準が上がれば料率が同じであっても保険料額は上がるが、保険料引上げとは受け取られない)であっても、実額表示の保険料では、その引上げ幅が所得の伸びを上回らなくとも、常に負担増と受け止められてしまうからである。それを考慮すれば、収入比例保険料率制の被用者保険は一般的には保険料調達力に優れているといえるだろう。また、(数が多すぎるという嫌いはあるが)国保も含め多くの保険者が分立しているため、個々の保険料引上げについては具体的な給付と負担の関係に基づき被保険者の理解を得やすいということもある。

比喩的に言えば、2つの異なる地盤にまたがって構築された建物は、脆弱な部分の地盤に耐えるよう、その全体が国庫負担などによって強力に補強されなければならない制度となるであろう。また、それにもかかわらず、経済社会情勢の激変で地盤が大きく揺らげば、制度が一気に崩壊してしまう恐れがあることも避けられない。それに対し、

二元的な制度体系であれば、少なくとも強固な地盤に立つ被用者保険は倒れずにすむであろう。戦後、西ドイツの医療保険制度が早期に復活できたのは自治的な疾病金庫の伝統があったからだとされているし¹⁷⁾、日本でも第2次大戦によって市町村国保は崩壊したが、健康保険は完全に崩壊することなく生き延びたのであった。

これらにかんがみれば、日本の国民皆保険の強みは、その主要部分を構成する被用者保険の保険料調達力が確実であったからだと考えられる。高齢者医療費の負担に関し、強引ともいえる財政調整により被用者保険、とりわけ健康保険組合に多くを負うことができた理由も、その保険料調達力に求められるだろう。被用者保険の確実な保険料調達力、これが国民皆保険を支えた二元体系・保険者分立の現実的合理的根拠である¹⁸⁾。

4. 国民皆保険の機能（方向）

これまで日本の国民皆保険体制が、フリーアクセスを保障しつつ、質・コストの両面ではほぼ良好なパフォーマンスを維持することができたのは、診療報酬改定幅の調整によるマクロの医療給付費コントロールと、二元体系・保険者分立の制度下における被用者保険の保険料調達力の確かさであった。だが、今後、一層の高齢化の進展や医学医術の間断ない進歩、長期低迷する経済環境が続く下で、混合診療を現在の保険外併用療養費以上に拡大させることなく、原則7割の給付率をこれ以上引き下げずに、国民皆保険の機能を維持することができるだろうか。国民皆保険の維持を可能にしてきた2つの要因は、これからも機能し得るだろうか。2つの要因が今後も機能し続けるためにはどうすれば良いかを考えてみよう。

4.1 診療報酬改定幅の調整

医療給付費の規模が国民の負担能力を大きく超えないようにすることは、日本に限らず、先進各国の医療制度に共通する課題である。各国がそれぞれの国情・制度の実態に応じて工夫するほかない問題であり、日本の場合も、すべての国民に必要な医療を提供するという律儀な皆保険体制の実質と患者のフリーアクセスという利便を守りながら、多様な手段を組み合わせるようになるだろう。診療報酬の個別内容の工夫(包括化など)・保険者権限や機能の強化(給付関与権限の付与・保健事業の推進など)・物のコストの低減(薬価や材料価格の適正化・後発品の使用促進など)・医療供給面からのアプローチ(病床数の削減など)ほかのさまざまな方法が考えられるが、それらの取り組みを進めつつも、中心的な役割を果たすのは、これまでと同様、診療報酬改定幅の調整によるコントロールであると思われる。

では、現在の診療報酬改定幅の決定のあり方について見直すべき点はないのだろうか。診療報酬改定幅の決定は中央社会保険医療協議会の議を経て決めることとされていたが、2004年以降、内閣の権限とされた。医療給付費の約3割を国庫負担が占めている以上、

予算編成とは不可分であり、その意味で予算編成に関する内閣権限と無関係ではあり得ないが、診療報酬は保険者から保険医療機関に支払う費用なのであるから、その本質にかんがみれば、政府も国庫負担者として強い発言権は有するにしろ、中医協における支払い側と診療側の協議を基に決定するのが筋であろう。もちろん、2004年以前においても実際は政府と与党間の調整により決められていたが、保険者の意思や負担能力とは関係なく政治的に決定されるのは不合理であり、保険の仕組みに沿った決定方式に改めるべきである。現在の方法では、診療側の政治的な圧力により保険者の支払い能力を超える引上げが求められたり、逆に、医療レベル維持のために改定の必要性が認められる場合であっても国の財政事情から過度な抑制が行われたりする可能性があるからである。

したがって、中医協の審議対象に戻すとしても、実質的に政治決定を温存することでは意味がない。中医協において双方がそれぞれの主張とデータをぶつけ合い、オープンな場で実質的な当事者協議が行われるようにする必要がある。医療給付に関する権限が与えられていない保険者にとって、その代表が出席して診療側と対峙する中医協は医療給付費の規模の決定に関与できる唯一の場だからである。このような協議のプロセスを経て医療費の規模が決まることは、次の費用調達における納得に繋がるであろう。

4.2 保険者の再編

国民皆保険が機能してきた要因の1つとして、3.2では二元体系と保険者分立を挙げ、そこでの被用者保険の保険料調達力に焦点を当てたが、これについては今後どう考えるべきだろうか。論者のなかには、雇用形態の多様化・労働市場の流動化が進行していることをもって、被用者保険という制度の括り方は時代にそぐわないとする意見もある。“負担の公平”を掲げる理念派もそのことに一元的な制度の必要性の根拠を求めるかもしれない。だが、雇用形態・就労形態がどのように変化しようと賃金労働であることに変わりはない。賃金労働という稼得形態に変化がない以上、稼得形態の同質性に基づく保険集団の編成にも基本的な変わりはないはずである¹⁹⁾。また、雇用者責任に基づく事業主の社会保険関与の根拠が失われるものでもない。

しかし、被用者保険という制度構成の基本は変わらないとしても、被用者保険のあり方は今までどおりでいいのか、現在、高齢者医療費に関して財政調整が行われている被用者保険と国保の関係についてどう考えるべきか、そもそも空洞化が進んでいるとされる国保はこのままでいいのかといった問題は残っている。

4.2.1 被用者保険の拡大

被用者保険のもつ確実な保険料調達力に着目すれば、被用者およびそれに準ずる集団はできる限り被用者保険に取り込んで、国民皆保険において被用者保険がカバーする範囲の拡大を図るべきであろう。そのためには、多くが国保の適用を受けている短時間労働者の被用者保険への適用をさらに拡大する必要がある。また、被用者OB(被用者年金の

受給資格期間が一定年数、例えば20年以上の者)のための被用者年金受給者保険を創設する²⁰ことも考えられよう。この構想は、高齢者医療に関するいわゆる突き抜け方式の1つであるが、被用者OBが現役時代に所属していた医療保険者が、そのOBから個々に保険料を徴収することは困難であることから、被用者OBが被用者年金受給者という地位にあることに着目し、委託を受けた年金保険者によって被用者年金から天引きされるOBの保険料と被用者年金被保険者(現役)が年金保険料の例により負担する連帯保険料(保険料率はOBと現役で共通)で必要な給付費を賄う新しい保険制度を創設するというものである。基礎年金のみの受給者と被用者年金の受給資格期間が一定年数未満の者は原則として国保に加入し、年金収入以外の収入も含めた合計所得に応じて保険料を負担する。公的年金制度が基礎年金のみの者と被用者年金も受給する者を想定して設計されていることを踏まえ、年金受給者に対する医療保険もその整理に倣うものと理解すればよい。さらに、特定求職者支援法の対象者など、被用者であった者および被用者になろうとしている者を被用者保険の対象とすることを検討することも考えられる。このように被用者連帯をできる限り拡大しようとする方向は、国民皆保険達成時の考え方を前提に、それをドイツ型の被用者保険中心の制度体系として再構成するものと言えるだろう。

4.2.2 被用者保険と国保の関係

4.2.1の被用者年金受給者保険の創設に伴い、高齢者医療費に関して財政調整が行われている被用者保険と国保との関係は、抜本的に見直すべきこととなる。その理由はまず、①両保険の保険制度としての性格のあまりに大きな違いである。被用者保険は収入比例保険料制を採っているが、これは必要経費(給与所得控除)や基礎控除額・人的控除額を差し引く前の収入額を保険料の賦課標準とするものであり、いわば仲間内の助け合いが課税より優先されるという位置づけとなっている。これに対し、国保では所得比例保険料制(定額部分の軽減も所得額が基準)であり、課税所得(収入－必要経費－基礎控除－人的控除)または地方税法の「旧ただし書き所得」(収入－必要経費－基礎控除)が保険料の賦課標準となっている。保険による相互扶助は課税以降に位置づけられているのである。換言すれば、国家以前にある被用者保険と国家以降の国保と言ってもいい。この両者の間で高齢者の加入率という単純な指標を用いた財政調整により“相互交通”を行うことは相当に乱暴なやり方というべきである。次には②現在の高齢者医療費の財政調整の規模が大き過ぎることである。多くの健保組合では高齢者医療費のための拠出や支援が保険料収入の1/2近くに達しており、今後さらに、この割合は拡大するものと予想される。自分たちの給付費用に充てるべき保険料収入の過半が他に流出するようでは保険料の域を超えと言わざるを得ない。それは保険料負担への納得を弱め、その拠出意欲の低下を招くだろう。国民皆保険を機能させてきた被用者保険の保険料調達力が劣化することは必至である。さらに③被用者年金受給者保険が創設されれば、制度間の高齢加入者の偏りが相当程度まで是正されることである。この点に関連して、被用者年金受給者が国保

から抜けてしまうと“国保財政がもたない”との指摘がある。しかし、これは本末転倒の議論と言うべきであろう。被用者年金受給者は、その稼得形態や生活実態からして、どのような保険集団で括るのが適切かということが“本”であって、結果として生じる財政影響は“末”の問題だからである。また、国保への高齢者加入の偏りは、農業や自営業者層の減少とその高齢化にも原因があるのであって、被用者のOBが退職後に健保から流入することだけが原因ではないという指摘もあるかもしれない。だが、これは、保険者の責めに帰することができない格差はすべて是正すべきであるという立場～この立場では、前述(注16)のとおり、年齢構造の差に止まらず、健康水準や所得水準の差も同様に是正すべきであり、実質的に保険者を全国一本に統合すべきだとなる～に繋がるものであり、二元体系と制度分立が国民皆保険の機能を支えたと理解する本稿の立場とは相容れない。もちろん制度や保険者間の負担の格差が社会的許容限度を超える場合には何らかの対応が必要ではあるが、被用者保険と地域保険という性格の大きく異なる制度間においては、被用者サイドが責任を持って対応すべきは、被用者保険から退出させたOBの扱いだけである。

4.2.3 国保の見直し

現在の国保から被用者である者や被用者OBを外したら、国保は限られた自営業者等のほかは、無業やそれに近い者が多くを占める制度となる。文字どおり、被用者保険に加入しない者のための“その他保険”である。それに加えて被用者保険との間で現在行われている財政調整も原則として行わないとしたら、国保は極めて厳しい財政状況に置かれることになるだろう。また、国保が国民健康保険の名の下に全国民を対象とし、被用者保険の加入者は国保の適用から除外するという法律構成を採っていることも不自然さを免れまい。

もちろん、そうなった国保であっても、国民皆保険を支える最後の砦であることに変わりはない。とすれば国保は、保険としての性格を残しつつ、公費負担を重点的に投入する“基礎的医療保障”制度に衣替えするほかないのではないか。被用者保険や高齢者医療制度の改革によって浮く公費を思い切って投入することによって、適用拡大される被用者保険でも対象とならない者を最後に受け止めることができる制度である。その際には、現在は国保の適用除外となっている生保受給者について、介護保険と同様、保険料相当額を生活扶助に上乗せして、その基礎的医療保障制度の対象とすることも検討されよう。基礎的医療保障制度では給付費のごく一部に保険料を当て、残りを公費で賄うこととなるが、被用者年金の資格期間が所定の年数に満たない者の医療給付費の一部に充てるために行われる被用者サイドからの財政支援は残る可能性がある。また、公費負担は、給付費全体に対するものと個々の被保険者の保険料軽減分に対するものの2つが考えられるが、現在の国保より後者のウエイトを思い切って拡大すべきであろう。所得のある自営業者等とそれ以外の者との所得格差が大きいと考えられるからである。なお、

保険者は現在の高額医療費の共同事業を拡大することを前提に、国保と同様、市町村との方が現実的かもしれない。

4.2.4 被用者保険の再編成

被用者保険は共済組合のほか、長く政府管掌健康保険と健康保険組合という2つの健康保険制度によって行われてきたが、2008年10月から政府が管掌していた健康保険は全国健康保険協会が管掌することとされ、併せて保険料率も都道府県単位で設定されることになった。それまでは健保組合であれ、政管健保であれ、保険料率は全国を通じて一本であり、被用者は企業や業種に応じた縦割りのグループごとに助け合いをしていたが、協会健保へ移行したことにより、健保組合に加入していない事業所の被用者は都道府県単位という横割りのグループごとの助け合いを行うこととなったのである。地域の医療費が保険料率に反映される中小企業の被用者(協会健保)と地域の医療費とは関係なく全国一本の保険料率で企業集団内の助け合いが優先される大企業の被用者(組合健保)という異なる2つの原理で保険集団が構成されることをどう理解すべきだろうか。

どちらの原理もそれぞれ医療保険の理屈からして不合理というわけではない。だが、医療保険の集団を構成する原理として異質な2つの原理が併存することを合理的に説明することは困難であろう。被保険者集団の経済的同質性・結び付きを重視して、地域とは関係なく、そのグループごとに保険料を設定すべきであるとしたら、協会健保の保険料は政管健保と同様に全国一本とすべきであるし、逆に、地域の医療費水準の差は保険料水準に反映させるべきである²¹⁾とするのなら、健保組合(共済組合も)はすべて地域ごとに分割すべきこととなるだろう。仮に、どちらかに統一するというのであれば、保険の原点に戻って被保険者集団の経済的同質性・結び付きを重視した方が理解を得やすいかもしれない。収入比例保険料制を採る被用者保険では、被保険者にとって、地域ごとの医療費の差による保険料率の違いより、被保険者の収入水準の差による保険料率の格差がより切実だからである。ただ、そういう前提に立てば、協会健保と健保組合・共済組合が併存するより、同じ収入であれば同じ保険料額になるよう、すべての被用者を通じて全国一本の保険者に加入させるべきであるという意見も出てくるだろう²²⁾。かつての退職者医療制度や後期高齢者医療制度における保険者の負担の総報酬割とも親和的な意見である。仮に、その途を選択する場合は、どうすれば巨大保険者のデメリットを回避し、被用者保険としての自律性が発揮される保険者組織とすることができるかという問題がクリアされなければならない。

5. むすびに代えて—国民皆保険の憲法的保護—

1961年の国民皆保険・皆年金の成立をもって日本における福祉国家の枠組みが成立したことは衆目の一致するところである。他方、憲法25条が明らかにしているように、日

本があるべき国家の姿として福祉国家を想定していることも国民の共通理解となっている。なかでも国民皆保険については、国民はその存在を空気のように感じており、日本の福祉国家を支える中核的的制度として完全に定着している。しかし最近では、長期化する経済の停滞、グローバル競争の激化などを背景に、一部政党のなかには、国民皆保険を実体的に崩壊へと導きかねない主張も散見されるようになってきた²³⁾。また、社会的閉塞感の増大、既存制度への根拠なき不信などという社会心理に訴えて、“医療にも市場原理を導入すべし”・“既存制度はいったん解体して、再構築すべし”といった乱暴な主張をして支持を集める政治家が増える兆候もある。

従来、生存権の充実を訴える論者は行政府の取り組みの遅れを批判することに重点を置いていたが、これからは、前述のような市場原理主義もしくは大衆デマゴギーに立つ立法府を中心とする攻撃から、日本の社会保障制度の根幹をどう守るかが焦点となるだろう。もちろん、国権の最高機関たる立法府の決定は尊重すべきであり、民主主義の下では、福祉国家のあり方についても政治過程に委ねるべきという考え方も成り立たなくはないが、社会保障制度の多くが憲法25条1項および2項を踏まえて制定され運用されてきた以上、その改変をできる限り憲法的統制に服させようという試みも「憲法は、全体として、福祉国家的理想の下に、すべての国民に生存権を保障し…」(最大判昭47.11.22 刑集26巻9号)という認識に照らせば、当然のことであろう。

ただ、問題は福祉国家の後退を招く事例として取り上げられるケースの大半が、生活保護などのような国が(税財源により)国民に直接給付する制度における給付水準切り下げの妥当性を争うものだったことである。例えば、近年行われた生活保護の老齢加算の引下げについて、“憲法25条1項の生存権は抽象的権利に過ぎないとは言っても、それが制度化された後の水準切り下げの局面では「制度後退禁止原則」という形で法的規範としての効力を発揮するのではないか”といった議論²⁴⁾である。全体の保険料収入との見合いで給付水準が決まる社会保険の場合も、司法の場で問題となることが多いのは労働保険や年金保険のように国が給付主体である制度であり、司法的統制の視点も制度の自己完結的な性格に応じて憲法25条のみではなく、憲法14条(法の下での平等)などを根拠とする場合も多いように思われる。

これに対し医療保険については、2.3で述べたようにその制度の性格付けには幅があり、司法的統制に服する範囲は制度の性格付けによって異なってくるはずである。特に2.3で述べたBのタイプ(制度や保険者が分立しており、本来は保険者に給付レベルや保険料水準の決定権限が付与されている、自律性の強い被保険者自治的保険)の場合、被保険者の同意を得た保険料水準の決定など、制度の枠内で保険者権限とされている部分には司法的統制は直接的には及ばないだろう。筆者は保険者の給付に関する権限をもっと強化すべきものと考えているが、そうなると被保険者自治に委ねられる部分が拡大し、司法的統制の範囲はさらに狭まるに違いない。

それでは、現在の国民皆保険制度において国がその枠組みとして決めている部分を改

変しようとする立法的介入があった場合にも、憲法は歯止めの役割を何ら果たしてくれないのだろうか。

医療保険各法の憲法上の根拠をあえて求めれば、国民年金法1条の例が明示しており、憲法25条2項に求められる。同項は「国は、すべての生活部面について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない」と定めるが、ここでいう“社会保障”はGHQでの原案が“社会保険”であったことから、通常はそのような前提(社会保険などによる普遍的な生活保障)に立って解釈されている²⁵⁾。この25条2項の規定ぶりなどを根拠に、「後退禁止原則」より厳格な「現状保障原理」を導き出す論者²⁶⁾もいるが、仮に25条2項を根拠とするにしても、社会経済情勢や国家財政の制約から自由ではあり得ない社会保険について「現状保障」を主張することには無理がある。医療保険では具体的な給付水準が保険料水準とのバランスに基づく選択によって決まると考えた場合、それを前提とする国民皆保険において社会経済情勢が変わっても守るべき核心的な利益とは何であろうか。それは、本稿の考察に従えば、①すべての国民をカバーする保障、②通常必要とされる医療内容の保障(例えば、プライマリケアのみの保障では足りない)、③保障として意味のある給付程度(例えば、5割未満の給付率は許されない)といったことだろう²⁷⁾。もちろん、“保障”という以上、恩恵的に与えられるのではなく、権利として要求できるものでなければならないのは当然である。

憲法25条2項はドイツ憲法学でいう国家目標規定にあたる条文である。国家目標規定とは“市民に主観的権利を与えることなく、国家権力(立法、執行、司法)を特定の目標の遂行に向けて法的拘束力をもって義務づける憲法規範”であるが、それは、ある規範(全国民に必要な医療保障がなされるべき)が国家目標として特定の制度(例えば、国民皆保険)の創設を求め、この目標が達成された後に、さらなる目標の実現に向けて努力するという積極的な制度形成を内容とするだけでなく、創設された後、定着して制度の伝統と化した核心部分を立法者による侵害から防護するという消極的側面を持つ「制度保障」に性格を変えることもあるとされる²⁸⁾。「制度保障」とは難しい概念であるが、財産権や婚姻自由、契約自由などのように具体的な法制度によって初めて「守るべき権利内容」が形成され、具体的に確定される～そのような制度によって権利が保障されることと理解していいだろう。とすれば、憲法25条2項の国家目標規定の指示を受けて創設された国民皆保険制度によって保障される“すべての国民が必要な医療を受けることができる地位もしくは権利”は、個々の受給権としてではなく、拠出を求め、その対価として給付するという制度全体のなかで保障されるに至っていると考えられないだろうか。特に、被用者保険の受給権については、課税以前の収入から拠出を求める保険法により形成される財産権²⁹⁾と考え、憲法29条1項の財産権保障という観点からも捉えることができるかもしれない。いずれにしても、①すべての国民をカバーする保障、②通常必要とされる医療内容の保障、③保障として意味のある給付程度の3つは、国民皆保険制度の核心的部分として、憲法的保護の下に置かれると考えるべきであろう。

社会保障、なかんずく社会保険は本来、人々の共同の企て・自助の共同化のはずであった。しかし、専ら国家が福祉国家を主導するという歴史を辿った日本では、多くの国民にとって、社会保険とは国家が行っているもの、保険料は国家から一方的に取られ、給付は国家がしてくれるものという理解が一般的である。国家も、政府が自ら保険者となっただけでなく、保険者のものとされていた権限を次々と政府に回収するなど、そんな国民の理解を後付けするようなことをしてきた。国民の社会保険に対する認識もあながち間違いとは言えない面もあるのである。

国民の間に、社会保障は自分たちのために自分たちで行っている共同の企てであるという認識が正しく行きわたっていれば、“現在の制度は行き詰っている、一度壊して抜本的に作り直したらよい”といった威勢がいいだけの議論が政治的に支持を集めることもないはずであるが、最近の風潮はその懸念なしとしないように思われる。出来上がっている制度を壊し、再度、組み立て直すことは途方もなく難しい。歴史のある制度の場合にはなおさらのことである。わざわざ憲法の議論を持ち出し、その保護を求めることはできないかと論じた理由もここにある。しかし、医療保険における被保険者自治の要素を強化するなど、それが人々の共同の企て・自助の共同化であることを確認した上で、国民皆保険の構成と機能の基本部分を守り、それが将来とも機能し続けていくことができるよう再構成すること、それは最終的には、裁判所ではなく、医療関係者を含む国民の自覚と深慮と覚悟にかかっている。 [2012/9記]

注

- 1) 2008年スタートの後期高齢者医療制度は、被用者と否とを問わず、後期高齢者を一律に地域住民と捉えて適用する一元的な制度であり、その限りで二元体系の例外というべきであるが、給付費の相当部分を医療保険者からの支援金で賄うこととなっており、二元体系と完全に無関係とは言えない。
- 2) 社会保険方式は、自由な個人が、個人主義の基本原則である自己責任を放擲することなく、自助を共同化することによってリスクに備えるものである。P・ロザンヴァロンは、それは「(分配正義によって統治される)理想の社会国家と(交換正義に基づく)厳密な法治国家との間の距離を減じせしめる」というライブニッツの文を引用した後、だからこそ「19世紀後半に法律家たちが保険原理に熱狂した」のであったと書いている(P・ロザンヴァロン『連帯の新たなる哲学』北垣 徹・訳／2006勁草書房P13・19)。
- 3) NHSの主要部分はベヴァリッジ報告をベースにしたものであるが、自治体病院や篤志病院の国営化は当時の労働党内閣の手で行われた(一圓光彌「イギリスの国民保健サービスと医療の社会化」、『国際社会保障研究』第16号1975/9所収P51)。これらの改革は保健相であった労働党最左派のA・ベヴァンが主導したと言われている。もっとも、ベヴァンは後に、その改革案が自ら作成したものであることは否定し、自分が保健省に着任したときには既に机の引き出しにNHSの案が用意されていたという(エイベル・ス

ミスがベヴァンからの直話として一圓光彌教授に語った内容)。

- 4) もっとも、新・国民健康保険法の制定時(1959年)は、生保の被保護者も3か月間は国保の適用対象とする一方、貧困のため市町村民税を免除されている者とその世帯に属する者は適用除外とする条例準則が制定されるなど、皆保険の“律儀さ”は必ずしも腰が据わったものではなかった(島崎謙治『日本の医療』2011東京大学出版会P63)。
- 5) 保険適用外の診療との併用を認めると、自費となる保険適用外部分の費用を負担できない者が出てきて、結果として、強制加入させられ保険料も納めさせられていたにもかかわらず、必要な医療を受けられないこととなるおそれがあるというのが、混合診療禁止の理由である。現在は保険外併用療養費という仕組みによって、将来保険適用するか否かの評価という位置づけの下、限定的に混合診療が認められている。
- 6) 医療費の事後審査(レセプト点検)、受診状況や医療費額の被保険者への通知、メタボリック症候群対策のための健康診査や保健指導などがその例である。
- 7) 政府が全国民を対象とする全国一本の保険者となっても残るのは、①保険料を負担しない者の保険給付は認められない、②給付が保険料負担の対価である限り、受給権は強く保障される、③これらを前提に、医療費水準は被保険者である国民自身が保険料負担との見合いで決めるべきであるという3点であろう。換言すれば、これらが医療保険の本質部分である。
- 8) 2005/12「政府・与党医療制度改革大綱」では、“都道府県を単位とする保険者の再編統合を進め、保険財政の基盤の安定化を図り、医療保険制度の一元化を目指す”とされたほか、2009「民主党マニフェスト政策各論」では、“被用者保険と国民健康保険を段階的に統合し、将来、地域保険として一元的運用を図る”と書かれている。
- 9) 1960年代初頭に行われたいわゆる制限診療(抗生物質の使用方法を制限していたルール)の撤廃により、医師の診療の自由がほぼ完全に実現した。
- 10) 4疾病(がん・脳卒中・急性心筋梗塞・糖尿病)、5事業(救急・災害・僻地・周産期・小児)にかかる医療計画であるが、医療関係者は、これらに必要な医療従事者の確保などに関する協議に参画するよう都道府県から求めがあった場合には、それに協力するよう努めなければならないとされているのみである。
- 11) 総医療費支出のGDP比は8.1%(2007)、米16.0%・仏11.2%・独10.5%・英8.7%(いずれも2008)OECD Health Data 2010。日本の比率は、近年は比較的低い伸び率にとどまっている。
- 12) <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/03/dl/s0322-11d.pdf>。
- 13) 内閣が予算編成過程で行う以上、与党の介入は必然であった。医療側の意を受けた与党が診療報酬の引き上げを強く要求するのに対し、国庫負担を抑制したい財政当局が抵抗するという構図であるが、小泉政権時代は後者の意向がより大きく反映された。
- 14) 薬価差益額は1990年代ほぼ一貫して減少していたが、2003年度以降増加傾向にあるとの分析がある(川口秀祐「医療用医薬品卸にとって薬価差益とは何か(2)」『国際医薬品情報』2011/6/27国際商業出版P33、同誌2012/8/13 P27も参照)。もちろん、薬価差益は

次期薬価改定で回収され、医療費の自然増も大きくなれば診療報酬改定幅に影響を与えることになる。

- 15) Health Maintenance Organization: アメリカの会員制民間保険組織。会員は組織が契約を結んだ医療機関で受診する。
- 16) 政策的議論では、「保険者の責めに帰すべき事由」による負担の格差は容認されるが、「保険者の責めに帰すべきではない事由」による負担の格差は是正すべきであるとして、保険者間の財政調整が正当化されることがある。しかし、本当に「保険者の責めに帰すべき事由」として皆が納得するのは、保健事業による医療費効果(の一部)やレセプト点検などの保険者事務により生じる医療費効果くらいではないか。そうであるとすれば、保険者間の負担の格差の大部分は容認できないものとなり、医療保険は一本化すべきということになるはずである。
- 17) 土田武史「戦後医療保険政策の展開―日独比較の視点から―」(『日独社会保険政策の回顧と展望』所収2011法研P303)
- 18) もちろん、医療給付費の財源は保険料だけではない。医療保険給付費の約3割が公費負担である以上、その安定的な確保も重要な課題であり、相当部分を赤字公債に依存している現状が続けば、公費財源の保険料への置き換えでもしない限り、公費負担の制約から国民皆保険の維持が難しくなる可能性もある。
- 19) 行き過ぎた労働規制の緩和を見直して、安定した雇用を増やすべきことは言うまでもない。
- 20) 被用者年金受給者健康保険の構想については、拙稿「高齢者医療制度をもう1度考える」(『文化連情報』2009/6～2009/8日本文化厚生農業協同組合連合会)を参照。なお、この保険制度が創設されれば、現在の後期高齢者医療制度および前期高齢者医療費の財政調整は廃止される。
- 21) 被用者保険の負担のメルクマールが保険料収入額(給付費支出額)ではなく、保険料率であるとしたら、それが負担能力に見合った水準となるよう地域の医療費がコントロールされなければならない。そのためには、保険者と医療担当者が協議して都道府県ごとに診療報酬の1点単価を変えられる仕組みも必要になるだろう。
- 22) 医療保険の連帯の基礎が経済的社会的集団の同質性にあることを重く見れば、企業グループや業界ごとに別の保険集団とすることにも十分な合理性はある。その場合、保険者間の保険料負担の格差が生じるが、それについては従来のように国庫補助により是正する方法もなくはないが、むしろ被用者全体の連帯を組み込む方法(被用者保険内の部分的財政調整)が検討されるべきであろう。
- 23) 2012年6月の民主党・自民党・公明党の3党合意をそのまま条文化した社会保障制度改革推進法では、それまで政府の公式文書で使われていた「国民皆保険制度の堅持」という表現が「医療保険制度に原則として全ての国民が加入する仕組みを維持する」という微妙に緩やかな表現に変わったほか、混合診療の拡大を窺わせる「保険給付の対象とな

る療養の範囲の適正化等を図る」という表現も加わっている。日福大・二木 立教授の教示による。

- 24) 棟居快行「生存権と『制度後退禁止原則』をめぐって」(『佐藤幸治先生古希記念論文集 国民主権と法の支配(下巻)』所収2008成文堂P388)など
- 25) この条項を「社会全体の幸福・社会全体の安全・社会全体の健康」と極めて拡散的に解釈するユニークな論者(武川正吾『福祉社会 新版』2011有斐閣P8)もいるが、憲法解釈としては一般的ではない。
- 26) 岡田裕光「ドイツの国家目標規定について—わが国の憲法25条、特に同条2項が有する規範的拘束力を論じる手がかりとして—」(『関西大学法学論集』50巻4号2000 P92)
- 27) 憲法25条2項から当然に社会保険方式を導くことは困難かもしれない。これらの核心的利益が保障されるのであれば、税方式による医療保障も許容されるだろう。
- 28) 小山 剛『基本権の内容形成—立法による憲法価値の実現—』2004尚学社が紹介する K.-P.ゾンマーマンの議論(同書P271)
- 29) 税についてはあるが、L・マーフィー／T・ネーゲルは、「『所有』は租税システムによって攪乱されたり浸食されたりするものではなく、租税システムによって創出されたものと考えるべきで、所有権は課税前にはではなく、課税後に人々が支配する資格を与えられた資源に対して持つ権利にすぎない」と言う(伊藤恭彦訳『税と正義』2006名古屋大学出版会P199)。

文献

- Abel-Smith, B. (1964), *The Hospitals 1800—1948: A Study in Social Administration in England and Wales* (=1981, 多田羅浩三・大和田建太郎訳『英国の病院と医療—100年のあゆみ—』保健同人社)
- 一圓光彌(1975), 「イギリスの国民保健サービスと医療の社会化」, 社会保障研究所『国際社会保障研究』第16号
- 川口秀祐(2011), 「医療用医薬品卸にとって薬価差とは何か」, 『国際医薬品情報』2011年6月27号 国際商業出版
- 厚生労働省・医療費の将来見通しに関する研究会, 2007年3月22日第3回検討会配布資料4 「医療費の伸びと経済成長率について」
- 厚生省保険局・社会保険庁医療保険部監修・医療保険半世紀の記録編集委員会編(1975), 『医療保険半世紀の記録』社会保険法規研究会
- 小山 剛(2004), 『基本権の内容形成—立法による憲法価値の実現』尚学社
- 小山 剛(2012), 『「憲法上の権利」の作法 新版』尚学社
- 棟居快行(2008), 「生存権と『制度後退禁止原則』をめぐって」, 『佐藤幸治先生古希記念論文集 国民主権と法の支配』下巻2008成文堂
- Nagel, T & Murphy, L. (2002), *The Myth of Ownership: Taxes and Justice* (=2006, 伊藤光

彦訳『税と正義』名古屋大学出版会)

OECD Health Data 2010, OECD

岡田裕光(2000), 「ドイツの国家目標規定について－わが国の憲法25条、特に同条2項が有する規範的効力を論じる手がかりとして－」, 『関西大学法学論集』第50巻第4号

Rosanvallon, P. (1995), *La nouvelle question sociale: Repenser l'Etat-providence*(=2006, 北垣 徹訳『連帯の新たなる哲学－福祉国家再考－』勁草書房)

島崎謙治(2011), 『日本の医療』東京大学出版会

武川正吾(2011), 『福祉社会 新版』有斐閣

土田武史(2011), 「戦後医療保険政策の展開－日独比較の視点から－」, 幸田正孝・吉原健二・田中耕太郎・土田武史編著『日独社会保険政策の回顧と展望－テクノクラートと語る医療と年金の歩み－』法研

堤 修三(2009), 「高齢者医療制度をもう一度考える」, 『文化連情報』2009年6月号～8月号 日本文化厚生連農業協同組合連合会

The Constitution and Function of Universal Medical Care Insurance in Japan

Shuzo TSUTSUMI

The history of medical care insurance in Japan begins with the Health Insurance Act in 1927, and universal coverage was achieved in 1961 with the amendment of the National Health Insurance Act. While the Universal Medical Care Insurance (UMCI) system secures every citizen's right to have free access to hospitals and to receive medical treatments as needed, it has performed well relative to the nation's insurance rates and tax levels. The UMCI system has become established in Japan and has received international recognition. This paper analyzes the constitution and function of the UMCI as well as its maintenance.

The characteristics of the UMCI system are summarized as follows. First, it completely covers all citizens. Second, its burden is divided into two entities: community-based insurance (National Health Insurance) and employees' insurance, whereas the benefits are in fact uniformly distributed. Third, the system permits free medical practitioners and free access to hospitals. These are comprehensive features that have been difficult to sustain financially.

How has the UMCI system responded to this problem? First, the benefits of medical care insurance have been managed uniformly. That is, changes in medical fees paid to medical care facilities by the insurers are uniformly determined by the government; thus, though there is a time lag of 4-5 years, total cost inflation is controlled within the growth rate of the GDP. Second, the insurance premiums that are essential for covering medical care cost inflation have been properly raised especially through employees' insurance.

To maintain the functions of the UMCI in light of decreasing birthrates, an aging population, economic stagnation, and advancements in medical technology, we need system reforms that enable the two aspects mentioned above to work. The control for medical care costs would continue to depend on fee revisions. However, such changes must be agreed upon by both payers and providers—not by the government and the ruling party—based on objective data and rational discussions in accordance with the insurance system. As for raising insurance premiums, it is important to make employees and their equivalents—for example, retired employees—participate in employees' insurance and make use of the insurance premiums. As a result, current community-based insurance (National Health Insurance), which focuses on those who are not covered by employees' insurance, will shift to a fundamental medical security system whose financial resources are mostly covered by public expense, and a small amount of the remainder by insurance premiums. To achieve these reforms, it is essential for citizens, including medical personnel, to understand the constitution of the UMCI and to have the awareness and determination to maintain the system.