

社会保障研究の発展：医療保障制度の変遷と研究動向を考える

高木 安雄

I はじめに：本稿の目的と構成，医療保障研究の特徴

本稿は、『季刊社会保障研究』の創刊50周年を記念して、医療保障制度を軸とする社会保障研究に本誌がどのように貢献してきたかを中心に、歴史的な制度の変遷を踏まえつつ、これまでの学術的な議論（問題の捉え方・焦点・分析手法）の推移、および今後の発展の方向性を論じるようにとの編集部からの依頼を踏まえたものである。しかし、50年にわたる制度改正の変遷と研究動向のすべてをたどることは簡単なことではなく、著者の力量を超えるものでもある。

そこで本稿では、国民医療費の増加と抑制という指標をベースに医療サービスと財政負担のバランスを目的とした医療保障制度の改正を整理するほか、大きな制度改正など歴史的、象徴的なイベントの前後において、あるいは学術的な議論の際に本誌の掲載論文においてどのような議論がなされたのか、医療保障制度の変遷とその研究動向を整理、考察する。

社会保障研究において、生活保護、児童福祉、障害者福祉などの伝統的な社会福祉サービスなどと異なり、医療保障制度の研究は保険給付の範囲、保険料賦課の水準など保険数理の設計に加えて、現物給付の基盤となる保険診療、医療提供体制のあり方が大きな比重を占めている。社会福祉・社会扶助が、「措置制度」を軸に財政とサービスが公的に統制されるのと対照的に、医療保障制度は国民皆保険制度の下で、「医療をいつでも、だれ

でも、どこでも、安心して」国民に提供することが求められ、患者の期待はもちろん、医療提供者による医療技術の進歩・高度化を保険診療にどのように導入し、かつ標準化・規格化したサービスとして提供するか、最終的な医療保険財政と医療サービスのバランスの調整・実現は社会福祉や年金などとは大きく異なる。診察、検査、投薬、看護などの保険診療の現物給付のサービスが医療保険の目的・原則にそっているのか、医療保障研究の重要なポイントとなる。したがって、研究の焦点は医療提供者の動向とともに、支払側の保険者、患者の両サイドの議論が必要となる。保険診療の利害関係者が被保険者・患者、保険者に加えて、保険医・保険医療機関、審査支払機関の4者から構成されることは医療保障研究の大きな特徴、ひとつの壁となる。

医療保障の給付がこうしたダイナミズムの下で、短期給付として運用されることに対して、長期給付の年金制度は将来人口推計と出生率、運用利回り等の基本的要素をもとに制度設計がなされる。しかも年金は、使用するデータの制約や選択により将来予測は動いてしまい、どのような数理計算にもとづいて制度改正がなされているのか、そして高齢者の所得保障にどう貢献しているのかその解明・検証は容易でない。運用体制のひとつである「年金記録」問題は、社会保険庁の廃止という組織改革までに発展したが、「年金記録」は確実に連結、継続していることを前提に制度研究を進めていたはずである。

医療保障研究はこうした年金と比べて、病院・診療所等の医療サービスの現場において保険給付

の歪みや過剰給付などを検証，研究することが可能であり，研究の面白さでもある。とくに患者負担の引上げや医療サービスの公的価格である診療報酬の改定効果がどう表れているか，まずは病院・診療所の患者の動き，ついで審査支払機関の保険診療の請求件数・点数の動向など地域や医療機関の規模などを踏まえて，政策効果の検証が可能となる。しかも，わが国の医療機関は国や自治体などの公立の医療施設は全体のわずか14%，病床で22%でしかなく，「日本ほど規制緩和された市場依存型の先進国はない」¹⁾。国民皆保険の下で，医療の需要・財政は公的にコントロールされる一方で，医療の供給については自由開業医制，標榜診療科目の自由，フリーアクセスによって自由な市場が形成され，その需給のマッチングこそが医療保障研究の大きな焦点となる。

しかし，わが国の医療費水準はOECD諸国の中で中位にあり，世界一の高齢化を考えれば，むしろ低い水準にあるといえ，その背景について，2013年8月に発表された『社会保障制度改革国民会議』の報告書では，下記のように強調している。

「日本のような皆保険の下では価格交渉の場が集権化され，支払側が供給側と比較的強い交渉力を持つことが，医療単価のコントロールに資してきた。こうした中，日本の医療機関は相当の経営努力を重ねてきており，国民皆保険制度，フリーアクセスなどと相まって，日本の医療は世界に高く評価されるコストパフォーマンスを達成してきたと言える」。「日本の提供体制への診療報酬・介護報酬による誘導は，確かにこれまで効き過ぎるとも言えるほどに効いてきた面があり，政策当局は過去，そうした手段に頼って政策の方向を大きく転換することもあった」²⁾。

日本の医療保障制度はこのように患者負担と診療報酬による制度的な統制によって，医療の供給者側に経営努力や創意工夫を求めて，世界に誇れる医療保障を実現してきたといえる。しかし，世界一の高齢化の進行，超高齢社会の到来とともにこれまでの政策の転換が必要となる。そのひとつが，『社会保障制度改革国民会議』報告書の問題提起でもあるが，その実現は困難である。1950年

の社会保障制度審議会の勧告が戦後の社会保障制度の発展・充実に大きく貢献したように，報告書が新たな社会保障制度の再編・強化の推進力になるかどうか，また推進のための社会的なパワーをどこに求めるか，これまでの医療保障研究について50年の歴史とたどる意義は大きい。

II 医療保障制度の変遷と国民医療費の増加と財源負担

1961年以降の国民皆保険制度の変遷をたどるとき，国民医療費の増加率と国民所得の増加率とのバランス，医療財源負担の変化を軸にいくつかの時代に分けて，その特徴を捉まえることができる。これは，1973年度の国民医療費が老人保健制度のスタートによって，それまでの最低の増加率4.9%を示した際に，厚生省保険局調査課の鎌形健二課長によって国民医療費のマクロ的動向をとらえる視点として明らかにされたものである³⁾。

それによると，国民医療費の増加率の国民所得の伸びに対する弾性値をもとに，①第一次急増期（1961～1965年の4年間），②安定増加期（1966～1973年の7年間），③第二次急増期（1974～1978年の4年間），④1兆円増加期（1979～1982年の4年間），⑤医療費適正化期（1983～1985年）と5つの時代に区分している。

図1は1955年以降の国民医療費と国民所得の増加率，国民医療費の国民所得に対する比率を示しており，1985年以降の増加率をもとに⑤の医療費適正化期を1983～1991年までの8年間に延長するほか，その後には，⑥財源負担混迷期（1992～1999年の7年間），⑦高齢者医療対応期（2000～2011年の11年間）を追加している。表1はこうした国民医療費のライフサイクルの数値を示したものであり，それぞれの時期における国民医療費と国民所得の年平均増加率，国民医療費の公費・保険料・患者負担等の財源負担割合を示している。

これをもとに，国民医療費の増加とその抑制，財源負担の変化など医療保障制度の変遷をたどることとする。

図1 国民医療費と国民所得の増加率, 国民医療費の国民所得に対する比率

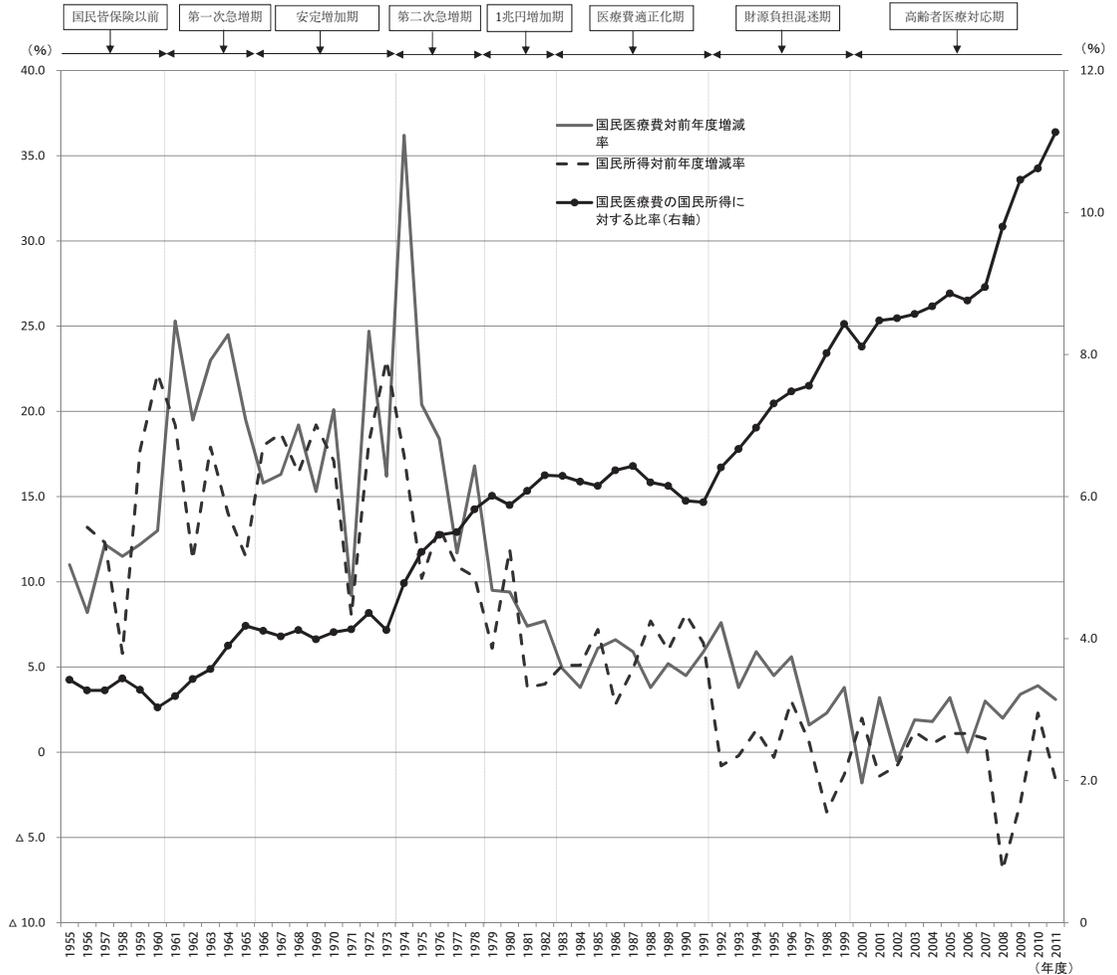


表1 国民医療費のライフサイクル：医療費増加と財源負担の推移

	年度	年度平均増加率 (%)		財源負担割合 (%)		
		国民医療費	国民所得	公費	保険料	患者負担等
国民皆保険以前	1956 ~ 1960年度	11.4	14.1	17.4	47.3	35.4
第一次急増期	1961 ~ 1965	22.3	14.7	23.7	52.5	23.7
安定増加期	1966 ~ 1973	17.0	17.3	28.7	52.7	18.7
第二次増加期	1974 ~ 1978	20.4	12.4	34.3	53.3	12.5
1兆円増加期	1979 ~ 1982	8.5	6.3	35.5	53.4	11.2
医療費適正化期	1983 ~ 1991	5.2	6.0	32.5	55.2	12.2
財源負担混迷期	1992 ~ 1999	4.5	0.4	31.7	55.3	12.9
高齢者医療対応期	2000 ~ 2011	1.9	△0.4	36.2	49.8	14.0

資料：厚生労働省統計情報部『国民医療費』平成23年度より作成

(1) 第一次急増期（1961～1965年の4年間）： 国民皆保険制度の達成

国民皆保険以前も医療費は伸びていたが、1961年度の国民皆保険の達成とともに1961年度の国民医療費は25.3%と大きく伸び始める。国保世帯主7割給付や給付期間の制限撤廃、制限診療の廃止などの給付改善によって⁴⁾、国民医療費は国民所得の伸びを大きく上回り、国民医療費の国民所得に対する割合も急上昇している。第一次急増期の年度平均増加率は22.3%であり、ここから日本の医療保障制度が立ち上がったことが分る⁵⁾。その結果、医療費に占める患者負担割合は皆保険前の35.4%から23.7%と11.7ポイントほど低下するが、皆保険とはいいながらも公費と保険料とで半々に負担増を分け合っている。

(2) 安定増加期（1966～1973年の7年間）：医療費増加の安定と高度経済成長

国民医療費は前期ほど伸びずに、15～20%の安定的な伸びで推移した。幸いにも高度経済成長の始まりと軌を一にして、国民医療費と国民所得の増加率がそれぞれ17.0%、17.3%とバランスできた。この時期、診療報酬改定は1965年、1967年、1970年、1972年と2年おきに実施されており、それは医療費の増加に着実に反映している。この頃になると、皆保険は国民の間に定着して、保険診療ぬきに医療サービスは提供出来なくなっていた。

その象徴が診療報酬の方向性をめぐる厚生省と日本医師会の対立を契機とする1971年度の保険医総辞退であり、この年だけが9.2%の伸びにとどまっている。その前後は20.1%と24.7%であり、これ以後、日本医師会は政治的な対抗手段としての保険医総辞退は医療機関の大幅減収につながる事が判明し、実行不可能となったといわれる。

この時期の患者負担は18.7%と前の時期から5.0ポイントほど低下するが、そのほとんどは公費の大幅増によるものであり、国民健康保険を中心に多額の補助金が投入できる財政状態にあった。

(3) 第二次急増期（1974～1978年の4年間）：

「福祉元年」と医療サービスの歪み

国民医療費が再び増加するのは、1973年1月からの老人医療費無料化制度の創設からである⁶⁾⁷⁾。1974年度の医療費は、第一次石油危機を受けた狂乱物価インフレによる年2回の医療費改定も重なって36.2%という驚異的な増加を示して、それ以後も10%台後半の増加率が続いた。1973年は老人医療費無料化に加えて、健康保険の家族7割給付、高額療養費制度などの給付改善もなされており、また1976年、1978年の診療報酬改定もあって、この時期の医療費の伸びは20.4%と国民所得の12.4%を大きく上回った。

1973年秋のオイルショックによって安定成長期に入った日本経済の下で、国民所得に対する医療費の割合は1973年の4.12%から5.82%と急上昇して、医療費と所得のバランスの課題が静かに生まれ始める。この時期の患者負担は12.5%と6.2ポイントほど低下するが、公費の割合が34.3%と大幅増となり、老人医療費無料化の影響が大きい。

(4) 1兆円増加期（1979～1982年の4年間）： 医療費増加と経済との調整

国民医療費はようやく一ケタ台の伸びに落ち着くが、いちど膨れあがった医療費は毎年1兆円増え続ける。高度経済成長は完全に終わりを告げて、一ケタ台の安定成長、さらに5%以下の低成長経済と変化して、医療費負担の調整が始まる。医療費の国民所得に対する割合も1982年の6.3%とじりじりと上昇を続ける。

この4年間のうち診療報酬改定は1981年のみであり、実質的な引き上げは行われていない。こうした結果、医療費の平均伸び率は8.5%と初めて一ケタ台となったが、増え続ける医療費の抑制・適正化を準備することになる。この時期の患者負担は1.3ポイント下がって、11.2%と制度改革直前の最も低い水準を示すが、公費がそれをカバーしており、保険料の寄与は小さい。

(5) 医療費適正化期（1983～1991年までの8年間）：患者負担引上げと大幅薬価引下げ

医療費適正化対策の第一弾は1983年2月の老人

保健制度の創設であり、第二弾が1984年10月からの健保本人1割負担の導入である⁸⁾。前者の老人保健制度の法改正が1年半もかかってようやく成立したのと対照的に、後者は半年間の審議で成立しており、患者負担引上げを中心とする医療費の財源負担のあり方は大きな転換を遂げたのである⁹⁾。医療費の伸びも1983年は4.9%とひとまずの抑制効果を示し、次いで1984年も3.8%とかつてない低い伸びとなった。

この医療費安定化期は8年続くが、診療報酬改定と薬価引下げは1983年の老人保健制度の創設に伴う老人点数の設定、1989年4月の消費税引上げに伴う診療報酬、薬価基準の引上げなど8回(1988年は4月に医科と調剤、6月に歯科の改定の2回)も実施されている。とくに薬価基準は1984年の16.6%(医療費ベースで5.1%)、1988年の10.2%(同2.9%)など大幅な引下げがなされており、患者負担の引上げに加えて、診療報酬・薬価基準による医療費抑制が始まった時期でもある。この結果、医療費の平均伸び率も5.2%と国民所得の6.0%をわずかに下回り、「国民医療費の伸びを国民所得の伸びの範囲内に収めたい」とする厚生省の政策目標が実現できた幸福な時代であった。

しかし、1973年の老人医療費無料化から新たな政策転換が実現するまで10年を要したことを忘れてはならない。いちど定着した医療保障制度は患者にはもちろん、医療提供者にも安心した医療サービスの提供を保証し、その制度改革は容易には実現できないことを示している。

(6) 財源負担混迷期(1992~1999年の7年間): 老人患者負担の迷走と経済の低迷

こうした医療費適正化策をさらに強化・推進しなければならなくなったのが、バブル崩壊による国民所得の低迷である。図1から明らかのように国民所得の伸びは1992年は△0.8%、1993年も△0.2%などと戦後初めてマイナス成長に変化して、日本経済の「失われた20年」が始まる。しかし、医療保障制度改革は容易には進まず、定額の老人一部負担の消費者物価指数や医療費の伸びに応じた改定、そして外来薬剤負担の導入などを実施

するが、迷走を続ける結果となる。

この時期は医療費の年平均増加率は4.5%と前の医療費適正化期の5.2%に対して0.7ポイント低下しただけであり、医療費の潜在的な増加圧力の強さが明らかとなる。他方、国民所得の伸びは前期の6.0%から0.4%とほぼゼロ状態まで落ち込み、経済の氷河期における医療費負担のあり方が問われる。

この間、老人医療費の抑制・適正化対策として、外来・入院の老人負担の段階的な引上げ(入院1991年12月まで一日当たり400円⇒600円⇒700円⇒710円、外来同月一回当たり800円⇒900円⇒1,000円⇒1,010円⇒1,020円)のほか、1994年10月からは入院時の食事療養費制度の創設、1997年9月からは老人の患者負担が入院一日1,000円(1998年は1,100円、1999年は1,200円)、外来一日500円(月4回まで、1999年は530円)と外来薬剤の種類数・日数に応じた外来薬剤負担が導入された。

1997年9月は健保本人についても1割から2割負担(外来は薬剤一部負担)に引上げ、家族も外来に薬剤一部負担が導入されるなどの制度改革を実施し、医療費の伸びも1997年1.6%、1998年2.3%、1999年3.8%と落ち着くが、国民所得はそれ以上にマイナス成長と低迷しており、従来の制度改革の延長上には医療費と経済のバランスは実現しそうもない。一度、無料化した老人医療費の負担は定額負担の引上げが政治的に精一杯であり、外来薬剤一部負担もその計算方法など医療提供者・患者双方に混乱を生みだし、この時期の制度改革の混迷の象徴でもあった。

(7) 高齢者医療対応期(2000~2011年の11年間): 介護保険と後期高齢者医療の制度創設

1973年の老人医療費無料化によって生まれた医療偏重の高齢者ケアを解決するために、2000年から介護保険制度が始まった。経済が長期的に低迷する中で、社会保険方式による高齢者介護の制度はドイツに次ぐものとして世界の注目を浴びるが、制度の定着・普及のために高齢者の保険料を極力抑制したこと、要支援の虚弱高齢者まで介護

予防給付の対象として介護サービスを提供したことなどによって大きな混乱もなく、順調に実施・運営されていった。

介護保険の国際会議においてアメリカの研究者が、「アメリカはこんなに好景気でも皆保険が作れない。日本は景気が悪いのにこんなに大盤振る舞いの制度をよく作れた」と嘆き、感心していたことを思い出す。

医療保障においても老人保健法を改正して、2001年1月から入院・外来の定率1割負担が実現するが、外来負担は、病院（200床未満）及び診療所は上限・月3,000円まで、病院（200床以上）は上限・月5,000円まで、診療所は一日800円、月4回までの定額制も選択可能とされ、ほとんどの診療所でこの定額負担が継続された。

医療費無料化の「呪縛」を解消するには、2002年10月からの改正（定率1割負担、一定所得者定率2割負担のほか、後期高齢者への施策の重点化として老人保健の対象者を70歳から75歳へ、公費負担割合を3割から5割に5年間で段階的に引上げなど）まで待つ必要があった。1973年の老人医療費無料化を定額負担の老人保健制度に変更するのに10年、そして完全な定率負担に改正されるのに20年、合わせて30年の長い時間を要したのである。

ところが、2008年4月から施行された「後期高齢者医療制度」は10年以上にわたる制度改革の議論を踏まえて、全ての75歳以上の高齢者を独立した保険制度の対象とし、医療費を公費と各保険者からの支援金、高齢者からの保険料で支える仕組みであるが、「後期高齢者」という用語への反発、診療報酬による「終末期医療相談」や「主治医制」への心理的抵抗など高齢者の大きな反発を受けて、厚生労働省は実施半年足らずで「長寿医療制度」という通称への変更と制度見直しの約束を余儀なくされた。

そして、「年金記録」の問題と共にこの新制度への反発は自民党から民主党への政権交代の大きな引き金につながった。しかし、こうした政治的な変動とは別に、この時期の医療費の伸びは1.9%と低い伸びに抑え込むことに成功する一方で、国民所得は△0.4%と失われた20年からの脱出は実

現していない。

財源負担割合の変化にみるように、高齢社会の医療費負担は負担能力の弱い高齢者が増えるために、保険料の割合が49.8%と5.5ポイントも低下するほか、それを埋めるための公費が4.5ポイント増の36.2%、保険料が1.1ポイント増の14.0%となっている。図1に示すように皆保険直前の国民医療費が国民所得に占める比率は3.03%であり、2011年のそれは11.13%と大きく成長してきたことが分る。

しかも1992年以降の比率は急上昇であり、こうして振り返ると、団塊の世代の多くが働き始めた頃にスタートした1973年の老人医療費無料化制度、そのツケを30年間かけて精算してきたが、制度改革は道半ばであり、彼らが後期高齢者となる2025年の超高齢社会に備える社会保障はまだ完成していない。2013年8月の『社会保障制度改革国民会議』報告書はその出発点であり、団塊の世代がどのような高齢者医療・介護のサービスを受け入れて、その社会保障負担を享受するか、社会保障給付も量から質への転換が問われている。

III 『季刊社会保障研究』等における医療保障研究の推移と特徴

社会保障研究所は1965年1月に設立され、本誌『季刊社会保障研究』の第1巻第1号には「社会保障研究所の設立経過について」が掲載されている。

それによると、研究所設立に必要な社会保障研究所法はオリンピック開会間近の1964年6月26日の参議院本会議で可決、成立しているが、参議院の社会労働委員会において附帯決議がなされ、「研究所はあくまでも社会保障全般にわたる総合的調査研究機関としての機能を発揮すべきであって、極めて専門分野に属する具体的事項、たとえば医療費単価、点数の算定等については、それぞれ別の専門分野において検討されるべきであること」を厳守すべきであると要請されている。

この時期、診療報酬は1962年の制限診療の撤廃、1963年の甲地・乙地の地域差の廃止・統一など皆保険制度に伴う新たな診療報酬を模索する過程に

あり、日本医師会など診療側が警戒したとも考えられる。いずれにせよ、医療保障研究は保険者と医療提供者との政治的な対立も含んだ政策研究となるものであり、研究テーマは幅広いものとなる。

表2と表3は、国立社会保障・人口問題研究所「図書システム・キーワード検索」をもとに『季刊社会保障研究』と姉妹誌である『海外社会保障研究』（1998年冬、第125号までは『海外社会保障情報』）から「医療」をキーワードに検索した結果であり、8,838件のなかから465件が抽出された。このうち、書評を削除したものが421件であり、1965年の第1号から2013年2月の第49巻第3号までの医療保障研究について、さらに「医療・介護等の提供体制」「医療財政や医療費推計」「医療保障制度・制度改革」などの研究分野ごとに集計している。ちなみに、「医療保険制度」で検索すると16件が抽出されるだけであり、医療保障研究の研究範囲の広さが明らかとなる。

表2は年代ごとの検索件数を示しているが、これまでの合計421件のうち、一番多いのは医療・介護等の提供体制の136件、32%であり、次いで医療保障制度・制度改革の116件、28%である。この両方で全体の掲載件数の半分以上を占めるが、年代別にみると医療保障制度・制度改革のテーマは1990年代が36件、36%と最も多く、2000年代は医療・介護等の提供体制をテーマにしたものが46件、44%と最も多くなる。医療費急増への対応・制度改革から提供体制への政策展開の広がりなど、時

代に応じて医療保障研究のテーマは変化していることが分る。

創刊間近の1965年からの60年代の医療保障研究は19件と少ない。そのうち、13件、68%は医療保障制度・制度改革が占めているが、全体の8割は海外諸国の事例を基にした研究や情報提供・紹介であり、この当時は社会保障はもちろん、医療保障研究は開発途上であることが興味深い。最初の医療に関する論文掲載は第1巻第3号(1965年12月)の「アメリカにおける公衆衛生・医療制度小史」であり、いちばん直近のものは第49巻第1号(2013年6月)の「都市部と郡部における在宅医療・介護サービス提供体制構築上の課題：福岡県を事例として(第17回厚生政策セミナー)」であり、論文タイトルを見ただけでも医療保障研究の変遷を感じることができる。

表3は論文・事例報告等の対象となった海外の国を整理したものであり、これまでの合計は231カ国となっている(表2では206件となっているが、複数国を対象とする場合もあり、個別各国ごとの集計)。いちばん多いのはアメリカの59件、26%であり、2014年のオバマケアの実施まで公的医療保険制度がなかった国が医療保障研究の大きな研究対象となったことがおもしろい。皆保険がない国だからこそ民間保険会社による保険料の格付け、DRGなど包括払いの医療費支払方式などさまざまな制度改革の挑戦が可能であり、その応用・活用として研究者の関心をよんだといえる。

表2 『季刊社会保障研究』等における「医療」に関する論文等の件数

	1965年～	1970年～	1980年～	1990年～	2000年～	2010年～	計
医療・介護等の提供体制	3	16	23	32	46	16	136
医療財政、医療費推計	3	24	9	17	14	4	71
医療費抑制、健康づくり等予防	0	17	16	3	3	1	40
医療保障制度、制度改革	13	27	11	36	27	2	116
医療産業、人材確保、雇用	0	4	6	2	6	1	19
判例研究	0	0	2	2	1	1	6
その他(医療情報、ネットワーク等)	0	9	6	8	8	2	33
海外諸国の事例、制度改革等(再掲)	15	60	20	58	46	7	206
合計	19	97	73	100	105	27	421

資料出所：国立社会保障・人口問題研究所「図書システム・キーワード検索」2014年3月18日より作成

表3 海外の医療制度改革等の対象国

	1965年～	1970年～	1980年～	1990年～	2000年～	2010年～	計
アメリカ	4	21	3	24	4	3	59
カナダ	1			2	7		10
メキシコ					1		1
コスタリカ	1				1		2
チリ		1					1
EU (ヨーロッパ)			1	3	3		7
フランス	5	8	3	3	8	1	27
イギリス		6	2	4	4		16
ドイツ		15	1	7	7		30
オランダ		2		2	6		10
ユーゴスラビア	1						1
ベルギー	1	1					2
イタリア		2	2	1			5
オーストリア				1			1
スイス				1			1
北欧	1						1
スウェーデン			1	3	1	1	6
フィンランド	1						1
デンマーク			1	1			2
アジア				1			1
インドネシア		1	1			1	3
韓国		2	1	2	3		8
中国				2	3		5
マレーシア					1		1
バングラディッシュ		1					1
タイ				1	1		2
フィリピン		2		1			3
シンガポール			1	1			2
オーストラリア		2		1	1	1	5
イスラエル			1				1
ケニア		1					1
ソビエト連邦		2					2
OECD			3		7		10
WHO		1		1			2
合計	15	68	21	62	58	7	231

資料出所：国立社会保障・人口問題研究所「図書システム・キーワード検索」2014年3月18日より作成

次いで多いのは日本の社会保障制度のモデルとなったドイツの30件、13%のほか、フランス27件、12%、イギリス16件、7%などであり、北欧諸国は少ない。OECDをベースとした研究も10件、4%と2000年以降に増加しており、個別の国の研究よりも国際機関のデータ・情報を活用した研究へと

幅広くなっていることも注目したい。

1970年代にソビエト連邦が2件あがっているが、いずれも『海外社会保障情報』に掲載されたものであり、1971年7月刊行の「医療計画の諸問題：ソ連」(第15号)と1978年3月刊行の「アメリカ人の見たソヴェト医療システム」(第41号)の二つ

である。

皆保険、皆年金が始まったばかりの1962年10月、日本社会党の江田三郎書記長が「心をゆさぶる社会主義を」と江田ビジョンを発表して、人類の達成目標として①高いアメリカの生活水準、②ソ連の徹底した社会保障、③英国の議会制民主主義、④日本の平和憲法を強調したことがある¹⁰⁾。

そこでは、「この国では失業しても病気になっても、年を取って働けなくなっても、全然心配がいらぬ。最低の生活が保障されている」と賛美していたが、1989年のベルリンの壁、1991年のソビエト連邦の崩壊によってその限界が歴史的に明らかとなってしまった。今日、財源論を欠いたままの社会保障の理想や市場経済との接合を考えない制度は継続不能であり、成熟した豊かな社会の社会保障の推進はますます難しくなっている。

ここで、各年代の掲載論文・研究のうちから時代を象徴するものをいくつか紹介して、医療保障研究の変遷を考えることにする（断りがない場合は『季刊社会保障研究』の掲載）。60年代の1968年5月には、「社会保障の抛出と給付—イギリスにおける医療保険の歴史を中心として」（別冊14号）をテーマに4人の研究者と一般討論が紹介されており、わが国の社会保険方式とは異なるNHSの国営医療を取り上げている。まだ皆保険そのものが磐石でなかったと考えられ、イギリスの税方式による医療サービス提供に関心を寄せていることが興味深い。

70年代に入ると、1972年8月に「医療問題の論点」（別冊34号）をテーマにレポート1人・コメント5人・一般討論が掲載されており、1971年の日本医師会による保険医総辞退を契機とした医療問題への関心の高まりが想像できる。80年代には、1981年3月刊行の「OECD方式による日本の公共医療費の分析」（第16巻第4号）の新しい枠組みによる国際比較の研究が登場する。また、1982年12月に「医療サービスの効率化についての考察—昭和57年度年次経済報告を読んで」（第18巻第3号）が発表され、老人医療費の増加や病院の老人患者によるサロン化などを受けて、「経済白書」が初めて医療問題を取り上げたことに対するコメント・考

察を加えていることは評価してよい。また、『海外社会保障情報』でも1984年8月に「ヨーロッパ諸国の医療費対策」（第67号）をテーマにフランス、イギリス、西ドイツ、OECDの4か国の動向を報告しており、医療費増加とその抑制が先進国共通の課題であることが明らかとなる。そして、1989年6月には「医療と福祉の連携」（第25巻第1号）をテーマにレポート3人、コメント2人と討論が紹介されており、医療問題は高齢者福祉と大きく関わる時代になった。

90年代は社会保障の新しい財源政策が求められた時期であり、1991年6月に第25回社会保障研究所シンポジウムのレポートとして「社会保障の新しい財源政策—医療費財源を中心に」（第27巻第1号）が掲載され、財源確保がこれまでとは異なる段階に入ったことを報告している。

また、『海外社会保障情報』でも1994年9月に「アメリカの医療保障」（第108号）の特集を組んで、「保障の拡大・コストの削減：米国の医療制度改革」「米国の医療供給システム」「クリントン改革とマネジド・コンペティションについて」「医療改革をめぐる米国議会の動き」の4つの論文を載せており、ヒラリー・クリントンを中心とした皆保険導入の取組みを紹介している。

他方、1998年3月には「保健・医療・福祉における競争と統制」（第33巻第4号）をテーマに特集が組まれて、5つの研究論文が掲載され、1999年9月には「医療制度改革の方向性」（第35巻第2号）の特集において6つの論文と日野原重明の「望ましい医療制度」（研究の窓）が掲載されている。

同時に『海外社会保障情報』でも1999年12月に「医療サービスの質の確保をめぐる諸問題」（第129号）という医療サービスにおける新しい問題を提起するような特集が組まれて、「日本におけるサービスの質—広告規制の議論を中心に」「イギリスにおける医療情報とサービスの質—患者憲章の実行」「フランスにおける医療情報共有化の動向」など8つの論文が、海外の医療保障の先駆的な取り組み、動向を紹介している。

2000年代になると医療保障研究の範囲はますます拡大して、2002年6月には「医療経済学におけ

る情報利用の拡大について」(第38巻第1号)の特集テーマの下で、「医療保険と患者の受診行動」「重複受診の現状と要因」「患者の診療機関選択と診療費」など保険診療のレセプト分析をもとに6つの研究成果が発表されている。こうした官庁データの活用はますます重要になっており、本誌がその先駆的な役割を担ったことは間違いない。

そして、この延長線上に2003年9月には特集「医療制度改革と市場原理」(第39巻第2号)で7つの論文が、2004年12月には特集「医療と介護に関するマイクロデータ分析」(第40巻第3号)で5つの論文が掲載され、経済学の研究者を中心に医療や介護分野のデータ解析に取り組むようになった。

2009年3月の第13回厚生政策セミナーの特集「新しい社会保障の考え方を求めて—医療・介護等の分野へ、準市場・社会市場からのアプローチと検証」(第44巻第4号)もこれと同じであり、基調講演3人、コメント5人、パネルディスカッションによる研究動向の発表は大きな関心をよんだ。

2010年代はこうした時代の変化を受けながら医療保障研究が進められ、2010年12月には特集「医療・介護政策に関する実証的検証」(第46巻第3号)で6つの研究報告と「政策提言を前提としたデータ整備のあり方—医療・介護政策の場合」(研究の窓)が掲載され、これまで「感と度胸」に頼ってきた医療保障政策が実証的な検証に基づく政策展開に変わろうとしていることが分る。

2011年9月の「医療サービス活動における産業・雇用連関分析の展開」(第47巻第2号)は特集「雇用と産業を生み出す社会保障」の掲載論文だが、2012年3月の特集「地域包括ケア提供体制の現状と課題」(第47巻第4号)などとともに、今後の医療保障研究が地域や雇用、産業など広い視野からアプローチすることの必要性を示している。

IV 終わりに：医療保障研究の発展と本誌の役割

こうしてみると、2025年の超高齢社会を前に医療保障の研究はますます重要となり、研究の視点や範囲も大きく広がろうとしている。今日の状況がかつての延長ではなく、新しい時代に入ってい

ることが分かる。産業構造や雇用形態の変化などによって、国民皆保険制度は大きな転換期にあり、少子高齢化の下での再構築を求められている。しかも、国民医療費を軸とするサービスと公費・保険料・患者負担のバランスは大きく変化し、社会保険方式そのものの安定性、持続可能性が揺らいでいる。

『社会保障制度改革国民会議』の報告書をふまえた医療保険制度の改正が来年度に予定されているが、これまで見てきたように本誌が先駆的な実証研究を提供してきたことは間違いない。むしろ、ビックデータの分析・活用による新しい医療保障制度の構築への貢献を期待されている。国保の都道府県単位での再編、統合などの改革は皆保険の新たな出発であり、地域を軸にサービスと財源をどうバランスさせるか、医療保障研究は政策とサービス提供の現場とのよりよい連結に、そして保険者・被保険者・医療機関・審査支払機関など関係者の合意形成に寄与するものでなければならない。

引用文献・注

- 1) 『社会保障制度改革国民会議』報告書、2013年8月
- 2) 同上
- 3) 「転機を迎えた国民医療費—1兆円増時代の終焉と今後」、社会保険旬報、No.1513、1985年8月
- 4) 「社会保障の検証と展望～国民皆保険・皆年金制度実現から半世紀」、『厚生労働白書』平成23年度版、2011年8月。この白書は皆保険・皆年金の変遷をたどっており、優れた歴史・制度研究となっており、研究的にも価値ある資料といえる。
- 5) 「インタビュー・国民皆保険—伊部英男氏に聞く」、『厚生』厚生省50周年記念特集号、Vol.43, No.1、1988年1月。伊部氏は国保課長としての体験をふまえて、「当時の保険局は国民皆保険なんかできるものかという雰囲気になった。国民皆保険が32年度の自民党及び政府の予算編成方針のトップになったのは、池田勇人大蔵大臣の力が大きかった」と述べている。政治的なリーダーシップが社会保障の推進に必要なことは当初から変わらない。
- 6) 「インタビュー・福祉元年—加藤威二氏に聞く」、『厚生』厚生省50周年記念特集号、Vol.43, No.1、1988年1月。加藤氏は社会局長としての体験をふまえて、老人医療費無料化について「どうすれば将来の膨大な財政負担の歯止めをすることができ

るかで、老人特有の病気に限定できないか等を検討しましたが、結局医学的に難しいということと完全無料化の方向で進むことにした」と述べ、当初から医療費増加を危惧していたことを述べている。

- 7) 「経済史を歩く—福祉元年：医療・年金大盤振る舞い」, 日本経済新聞, 2013年5月26日朝刊。田中角栄首相が革新自治体の施策の後追いして、老人医療費無料化を実施したことを解説している。
- 8) 「インタビュー・改革の時代—山下正臣氏に聞く」, 『厚生』厚生省50周年記念特集号, Vol.43, No.1, 1988年1月。山下氏は事務次官の体験をふまえて、臨調や財政当局からの圧力や昭和59年の医療保険制度の改革, 昭和60年の年金制度の改革の背景と行政の姿勢を述べている。
- 9) 吉村仁「医療費をめぐる情勢と対応に関する私の考え方」, 社会保険旬報, No.1424, 1983年3月。有名な「医療費亡国論」を掲げて、医療費の抑制・適正化に取り組んだ考えを述べており、今日の医療費適正化対策もこの延長上にある。

むしろ、この論文よりも事務次官となった時のインタビュー「高齢社会に向かう医療政策」, 社会保険旬報, No.1527, 1986年1月の方が政策の転換をよく語っており、国民皆保険の原則を変えていくことについて、「画一的な平等主義にもとづく考え方に貫かれていた体制を変えていく一つの方法として、高額所得者は自由にして、保険診療は制限診療なのだから、自由の部分があってもい

いということと少し穴をあける必要がある」と述べている。今日の混合診療の問題にもつながる問題意識であり、1984年の健保法改正は本人1割負担が目されるが、同時に特定療養費制度を創設して、差額診療・料金と保険診療・負担との制度的な調整・接合を図っている。

- 10) 江田三郎「社会主義の新しいビジョン」, 『エコノミスト』1962年10月9日に掲載, 『資料日本社会党40年史』(日本社会党中央本部, 1986年)

参考文献

- 有岡二郎『戦後医療の50年—医療保険制度の舞台裏』, 日本医事新報社, 1997年8月
- 池上直己・J.C.キャンベル『日本の医療：統制とバランス感覚』, 中公新書, 1996年10月
- 荻島國男・小山秀夫・山崎泰彦著『年金・医療・福祉政策論』, 社会保険新報社, 1992年4月
- 厚生省保険局企画課監修『医療保険制度59年大改正の軌跡と展望』, 年金研究所, 1985年12月
- 小山路男編著『戦後医療保障の証言』総合労働研究所, 1985年9月
- 島崎謙治『日本の医療 制度と政策』, 東京大学出版会, 2011年4月
- 吉原健二・和田勝著『日本医療保険制度史』, 東洋経済新報社, 1999年12月

(たかぎ・やすお 慶應義塾大学大学院
健康マネジメント研究科)