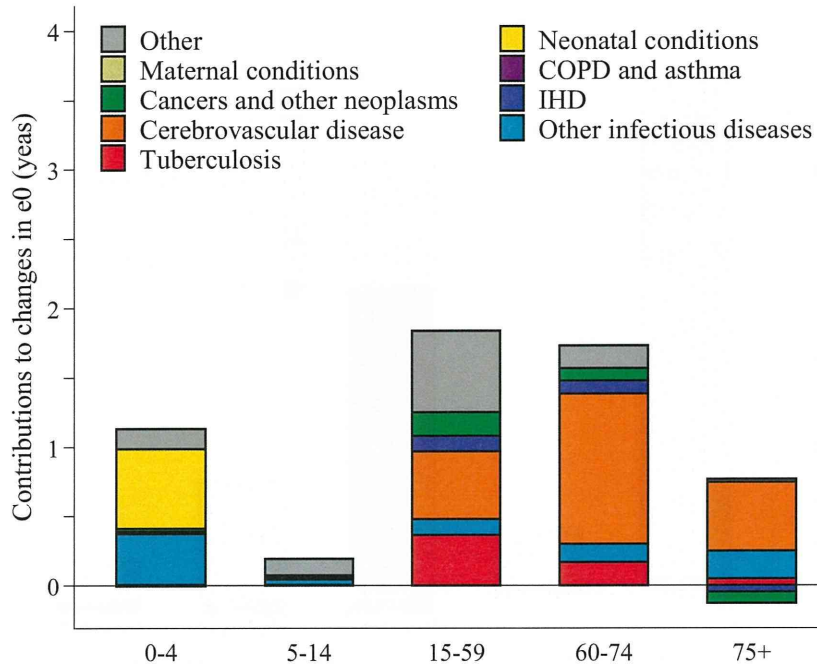
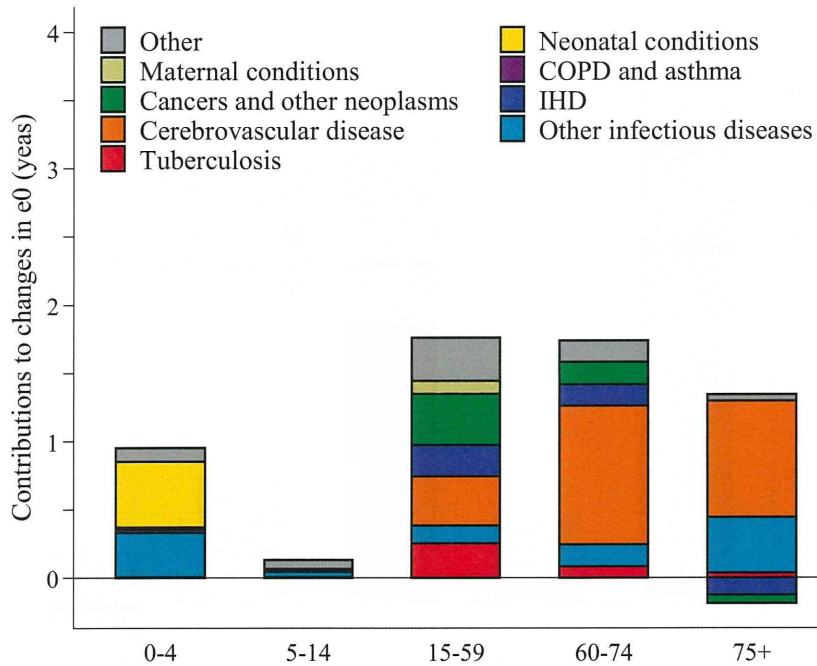


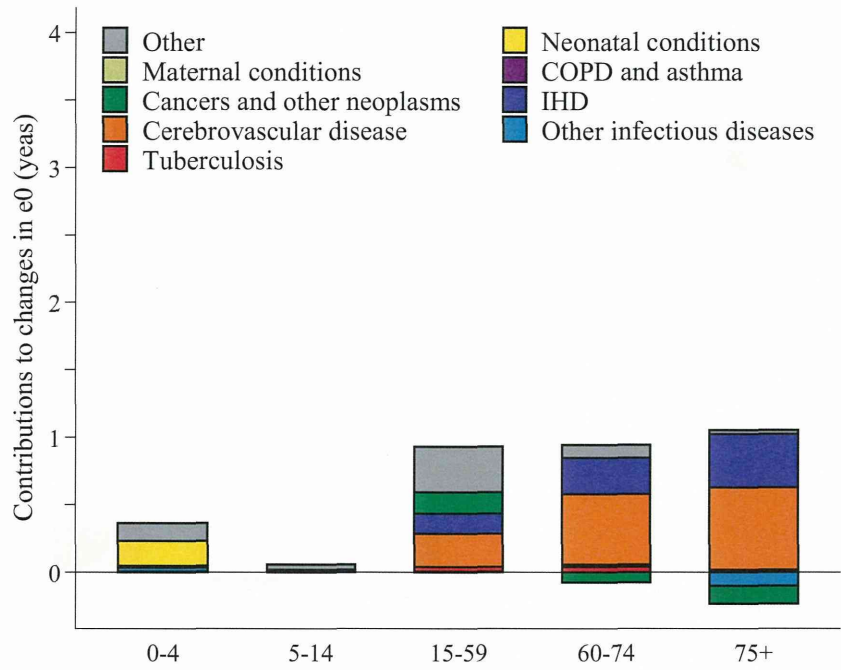
B) 1965~1980 年
男性



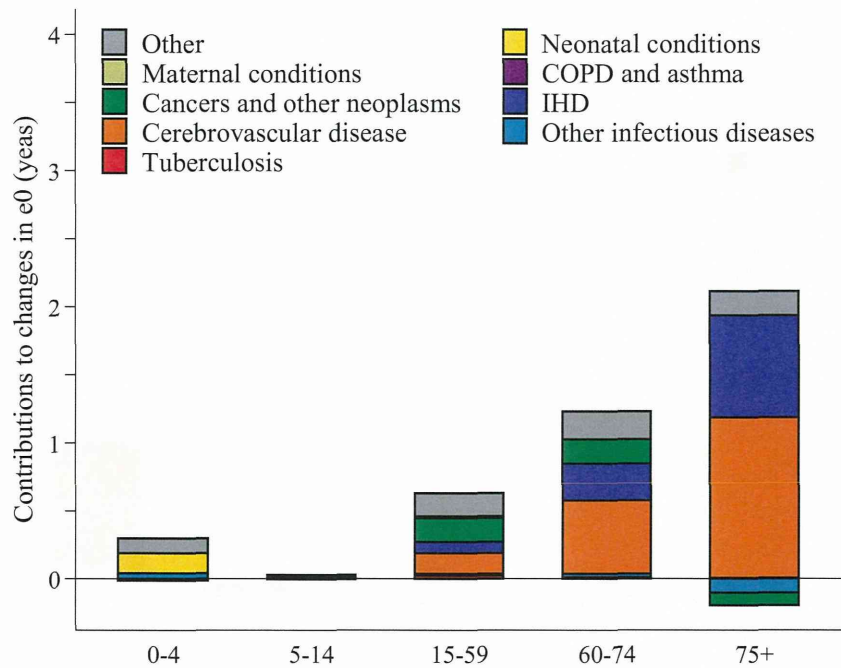
女性



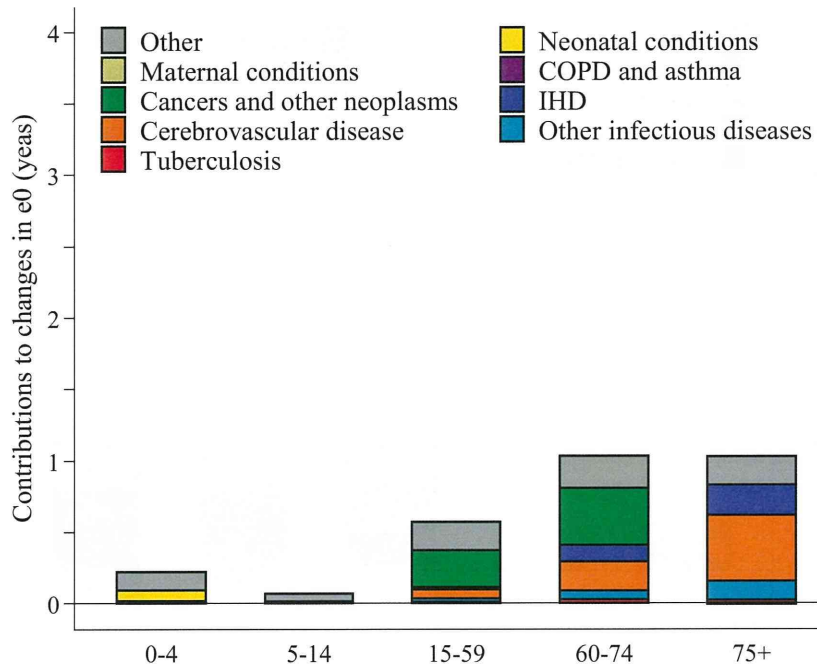
C) 1980~1995 年
男性



女性



D) 1995~2008 年
男性



女性

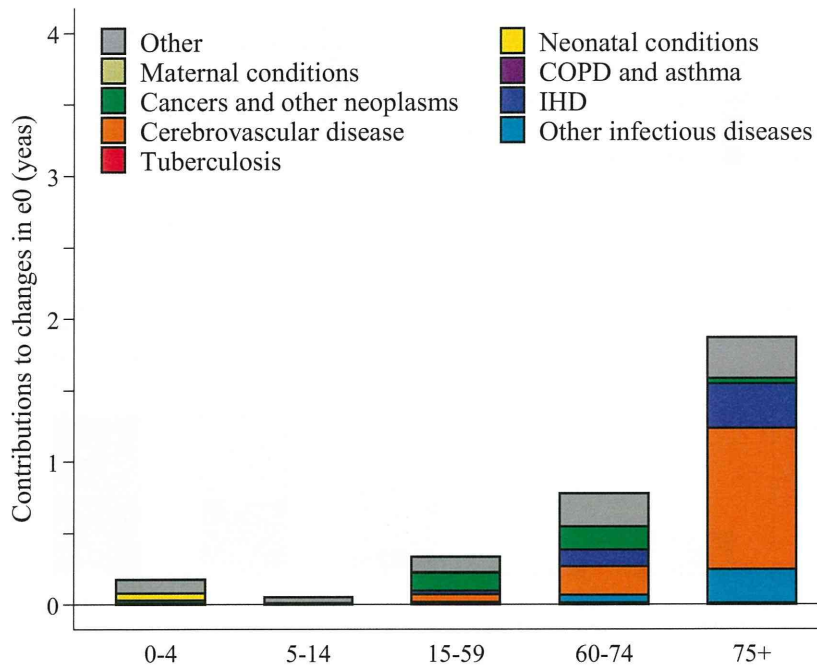
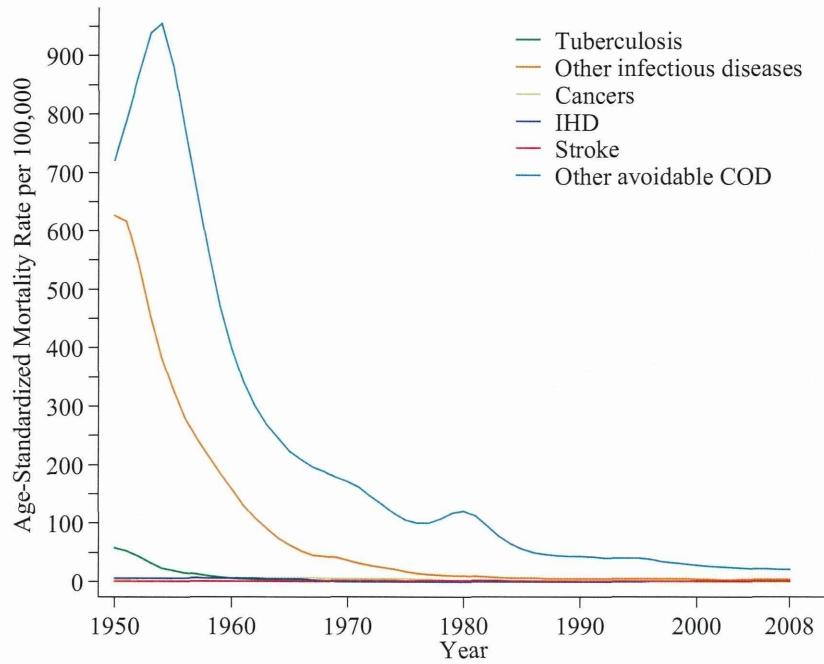
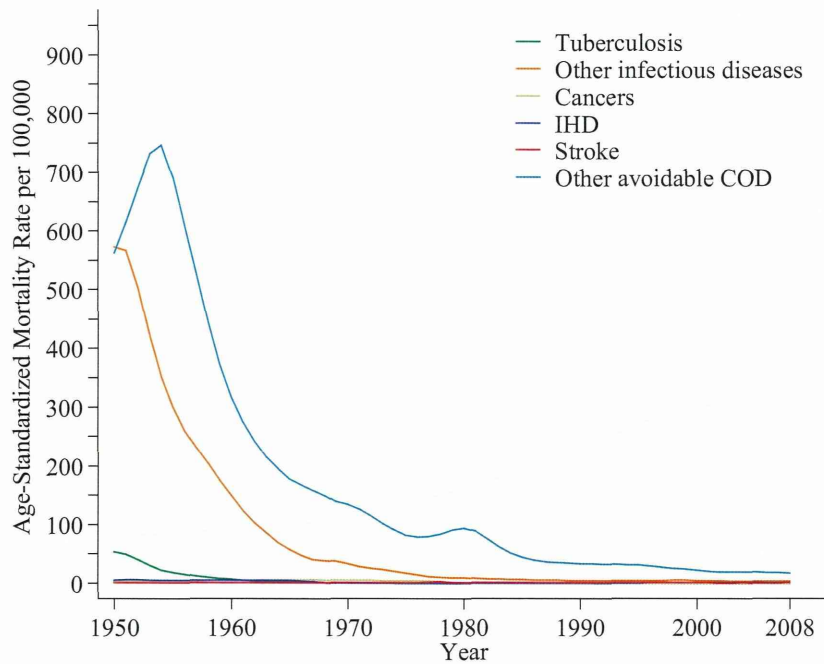


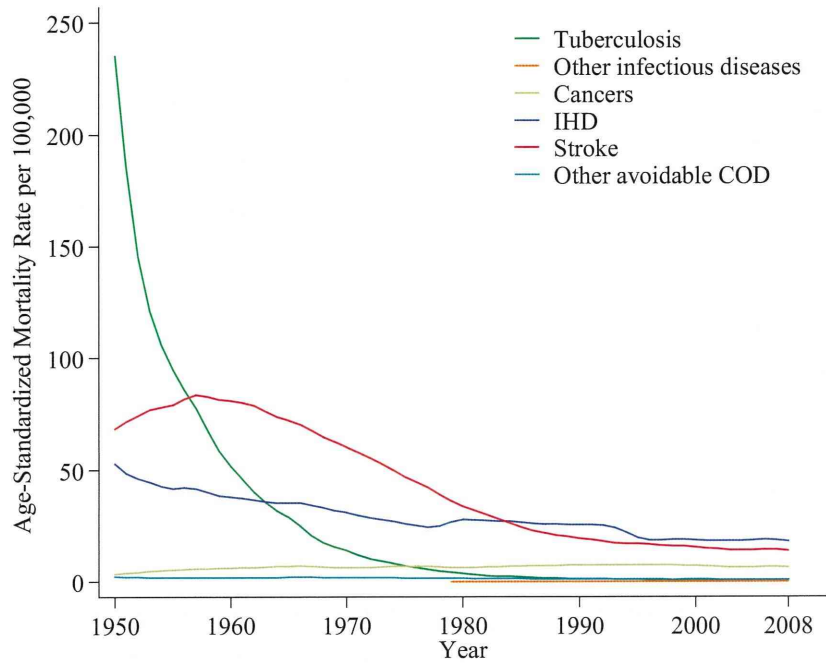
図 4. 1950～2008 年における日本人の医療で回避可能な死因による年齢調整死亡率
 A) 5 歳未満
 男児



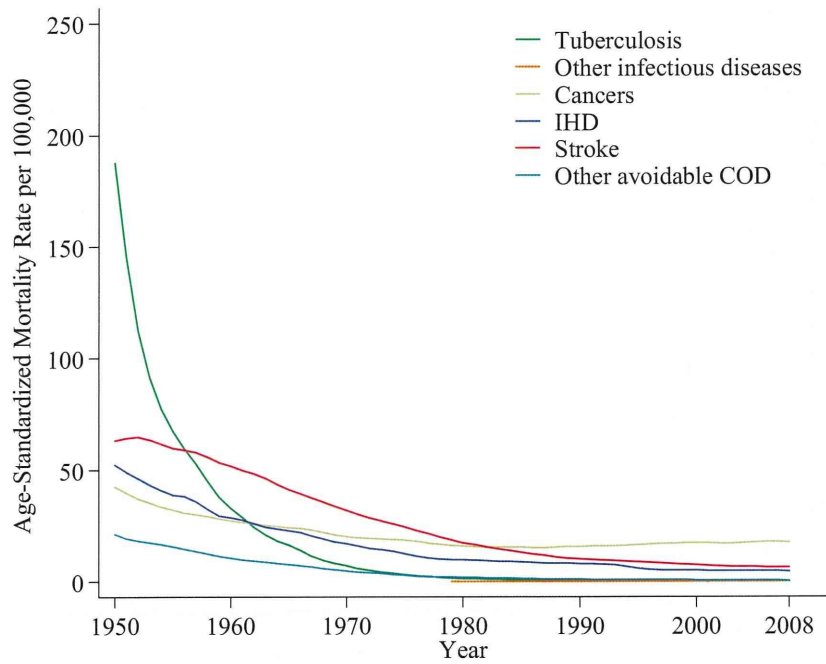
女兒



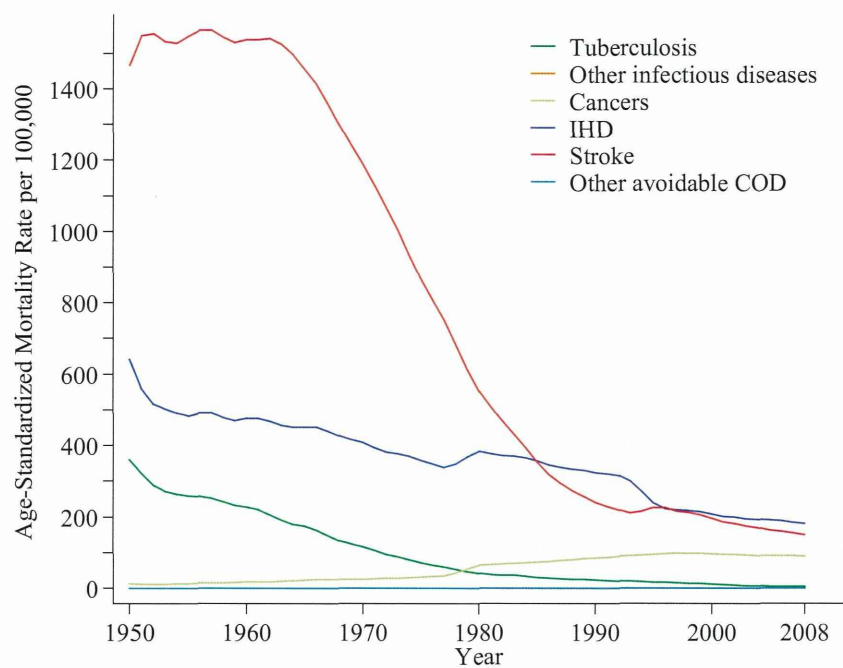
B) 15~59 歳
男性



女性



C) 60~74 歳
男性



女性

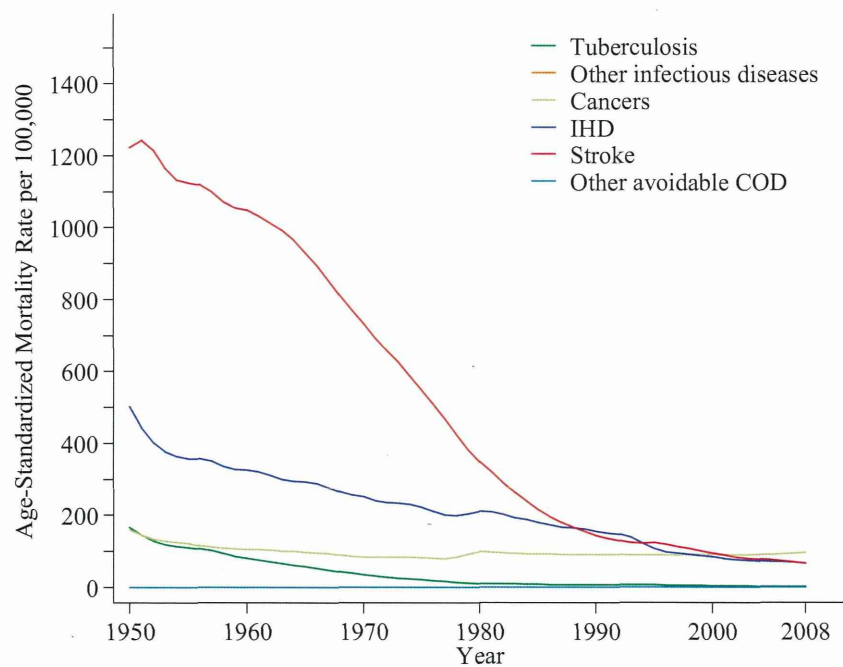
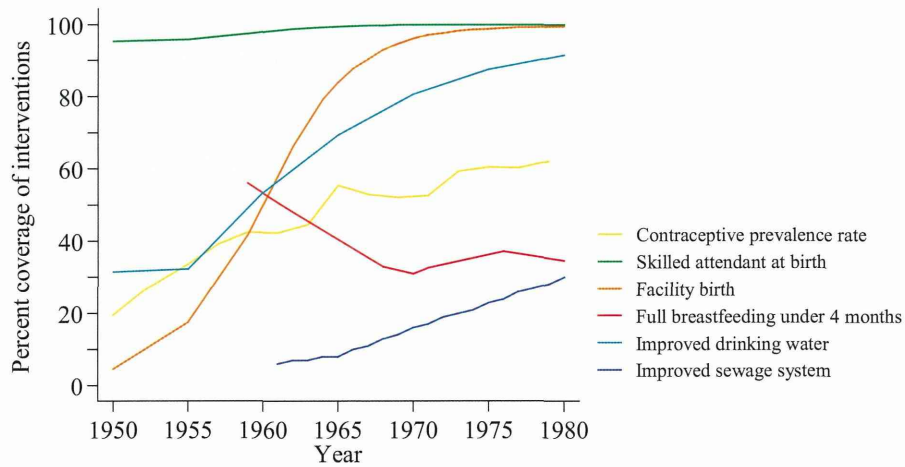


図 5. 1950～1980 年の日本における衛生と母子保健介入の普及率



Skilled attendant at birth includes the births attended by physicians and midwives inside and outside facilities.

Full breastfeeding for 1968, 1971 and 1976 is the coverage of full breastfeeding within 3 months of age.

Improved drinking water through 1955 is the diffusion rate of population having water supply planning to the total population. The data after 1956 is the diffusion rate of the covered population to the total population.

Data sources:

Contraceptive prevalence rate: Japan's Population - Tracking the Post-war 50 Years - Results from the 1st to the 24th Mainichi Newspaper Nationwide Family Planning Surveys. Mainichi Newspaper Population Research Committee.

Skilled attendant at birth: Maternal and child health statistics of Japan, 1960-73, 1975-83. Mother's and Children's Health Organization.

Facility birth: Maternal and child health statistics of Japan, 1960-73, 1975-83. Mother's and Children's Health Organization.

Expectant and nursing mothers care visits: Maternal and child health statistics of Japan, 1960-73, 1975-83. Mother's and Children's Health Organization.

Full breastfeeding at under 4 months: Maternal and child health statistics of Japan, 1960-73, 1975-83. Mother's and Children's Health Organization.

Improved drinking water: Japan Water Works Association. Water Supply Division, Health Service Bureau,

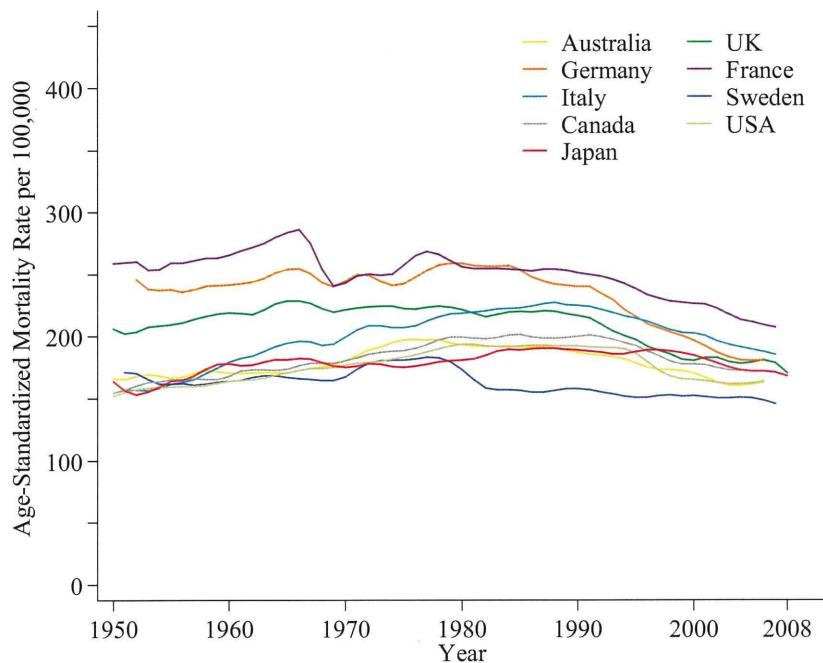
Ministry of Health, Labour and Welfare.

Improved sewer system: Prevalence of water sewage. Japan Sewage Works Association. Retrieved on 22 of July, 2010 from http://www.jswa.jp/05_arekore/07_fukyu/index.html

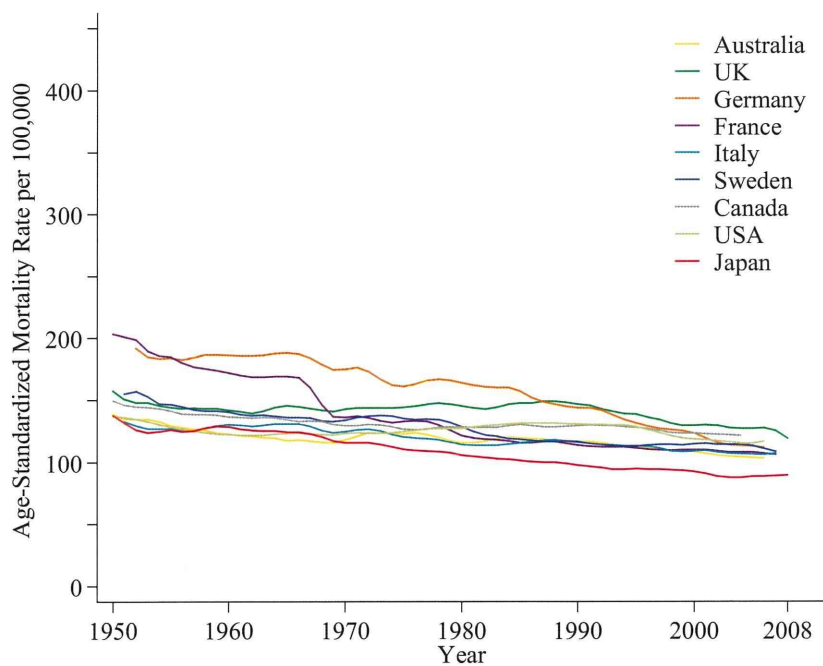
図 6. 日本と一部の先進国における非感染性疾患による死亡率の推移

A) 悪性新生物

男性

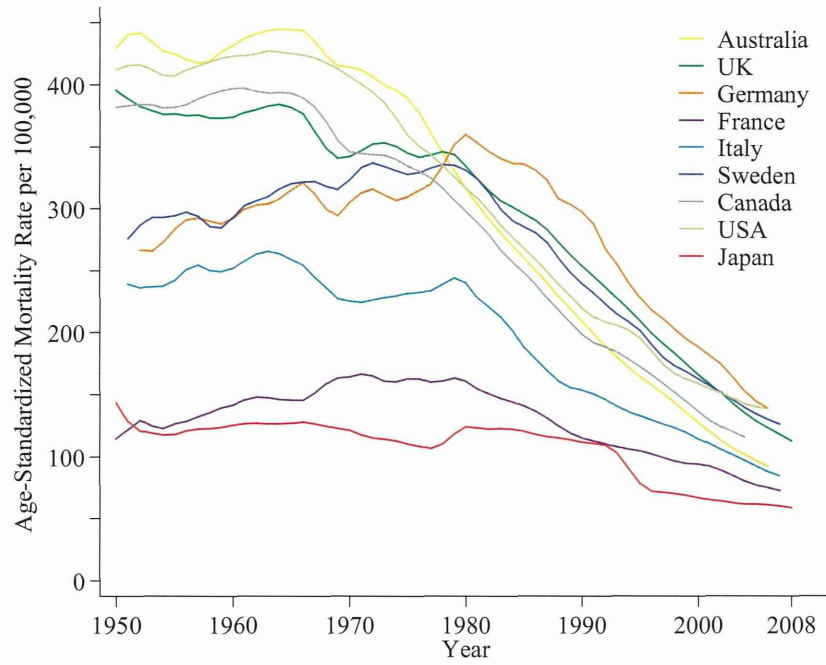


女性

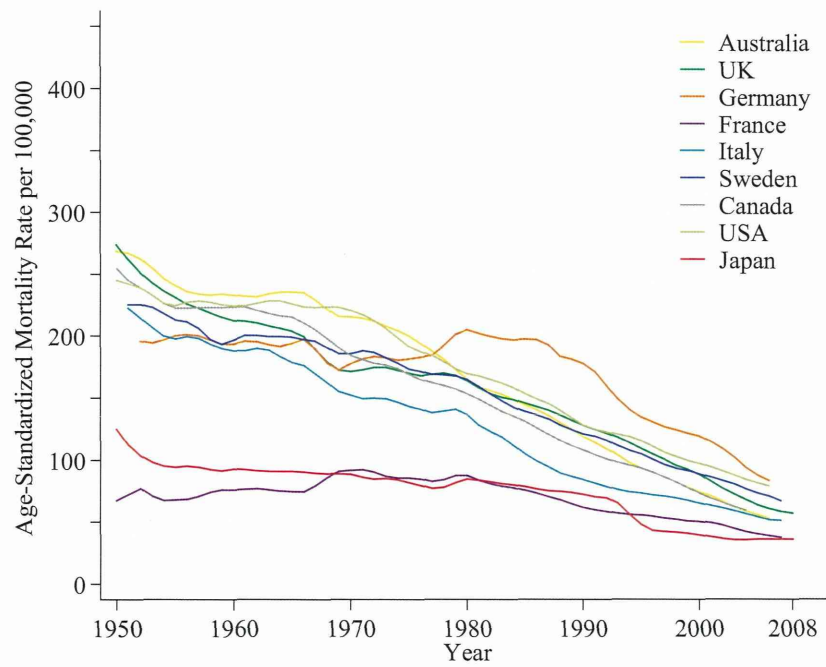


B) 虚血性心疾患

男性

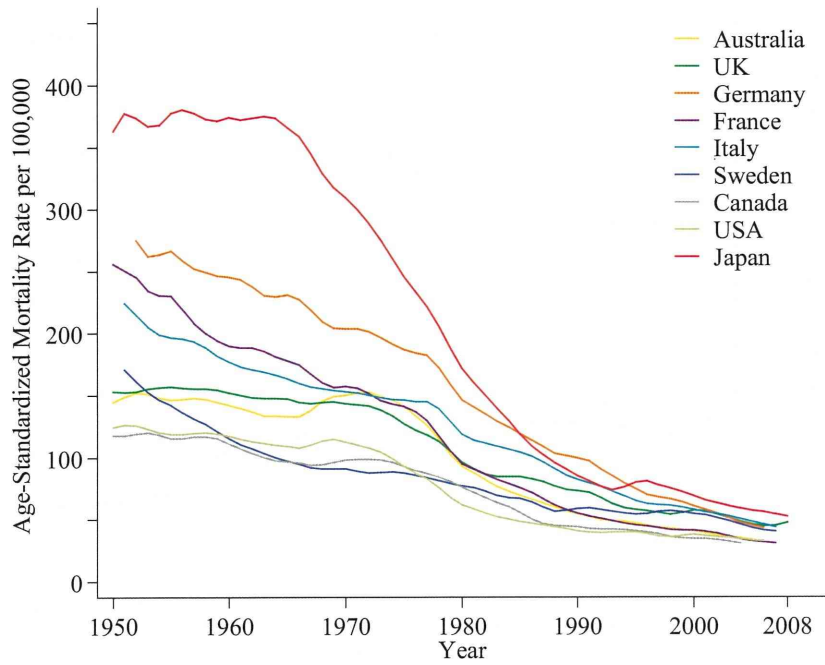


女性



C) 脳血管疾患

男性



女性

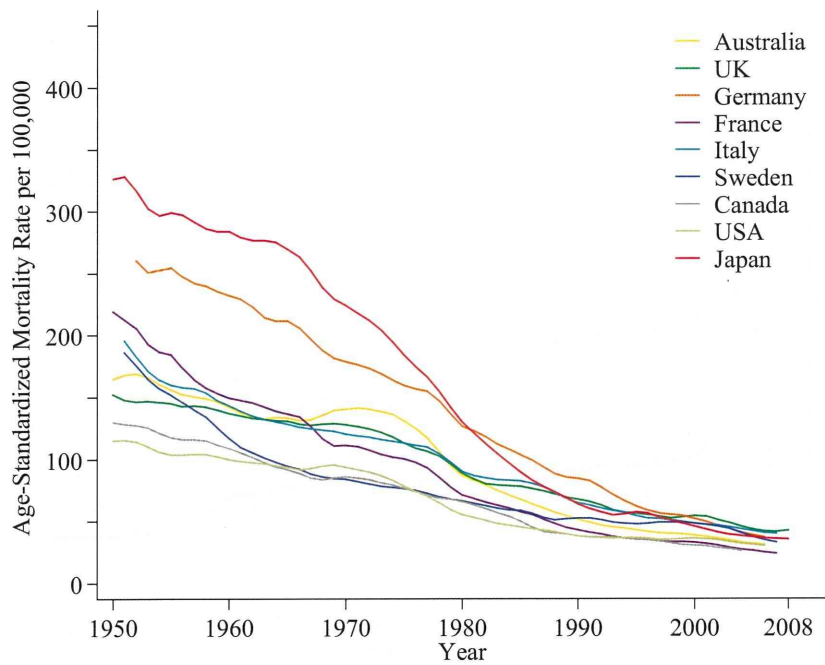


図 7. 30～59 歳日本人男性における全死因による職業別年齢調整死亡率の推移

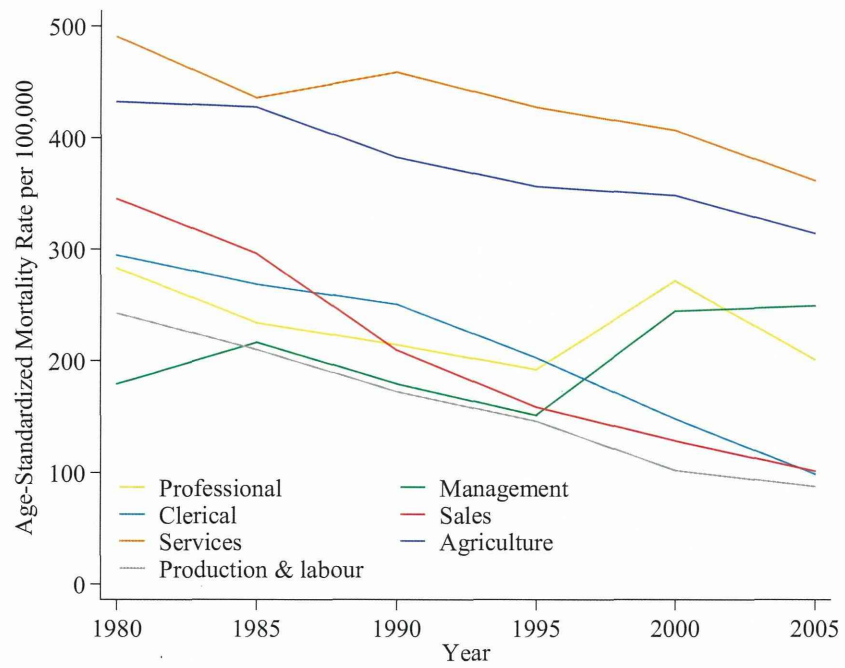
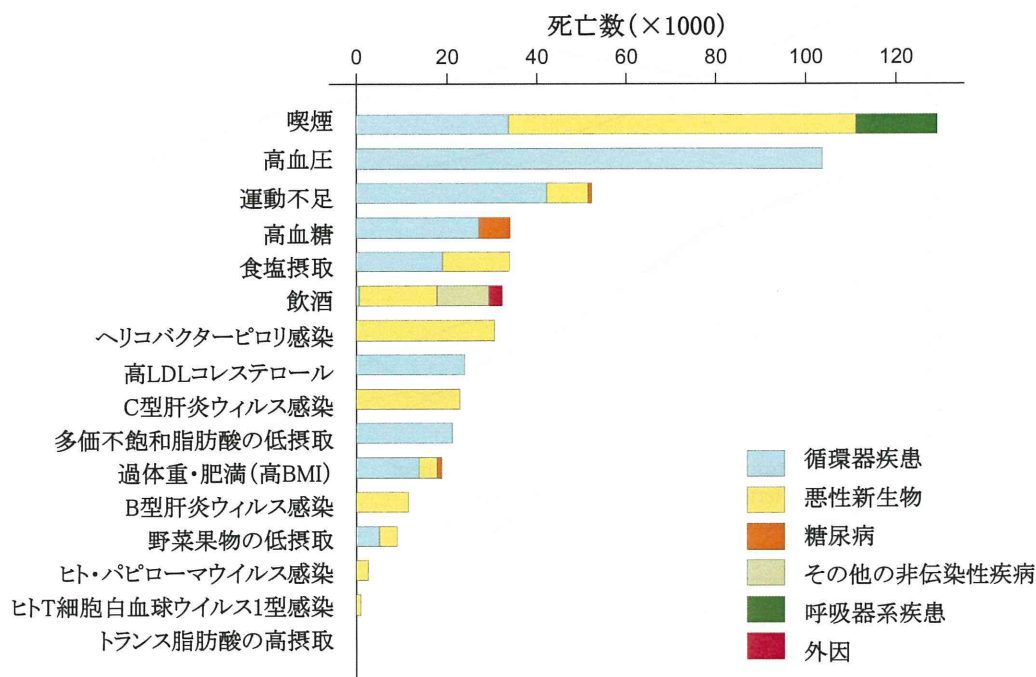
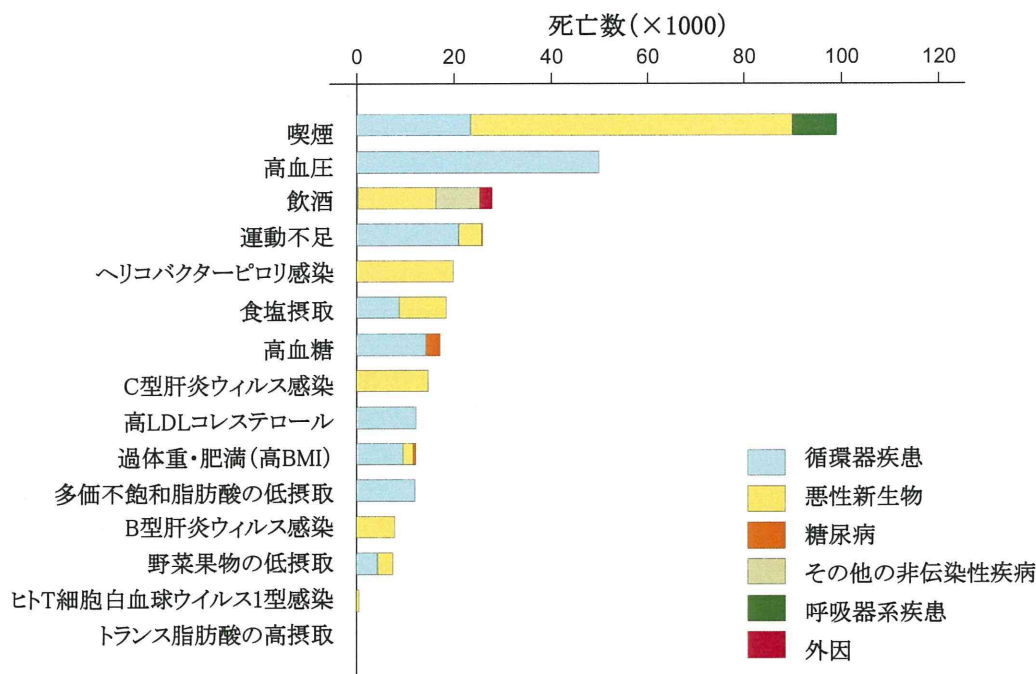


図 8. 2007 年の我が国における危険因子に関連する非伝染性疾病と外因による死亡数

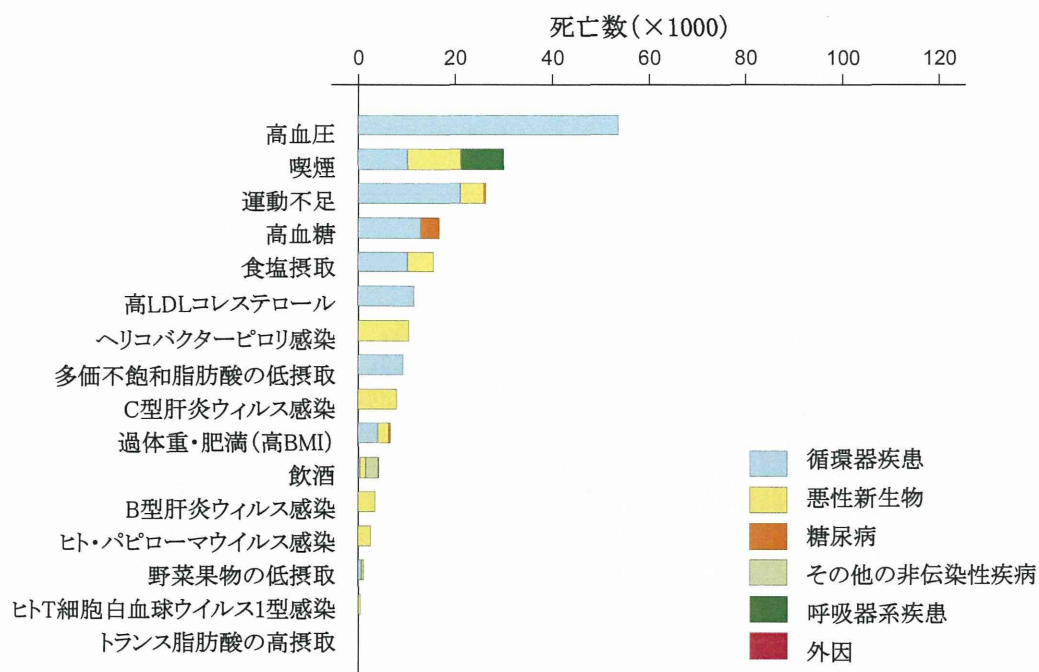
A) 男女計



B) 男性



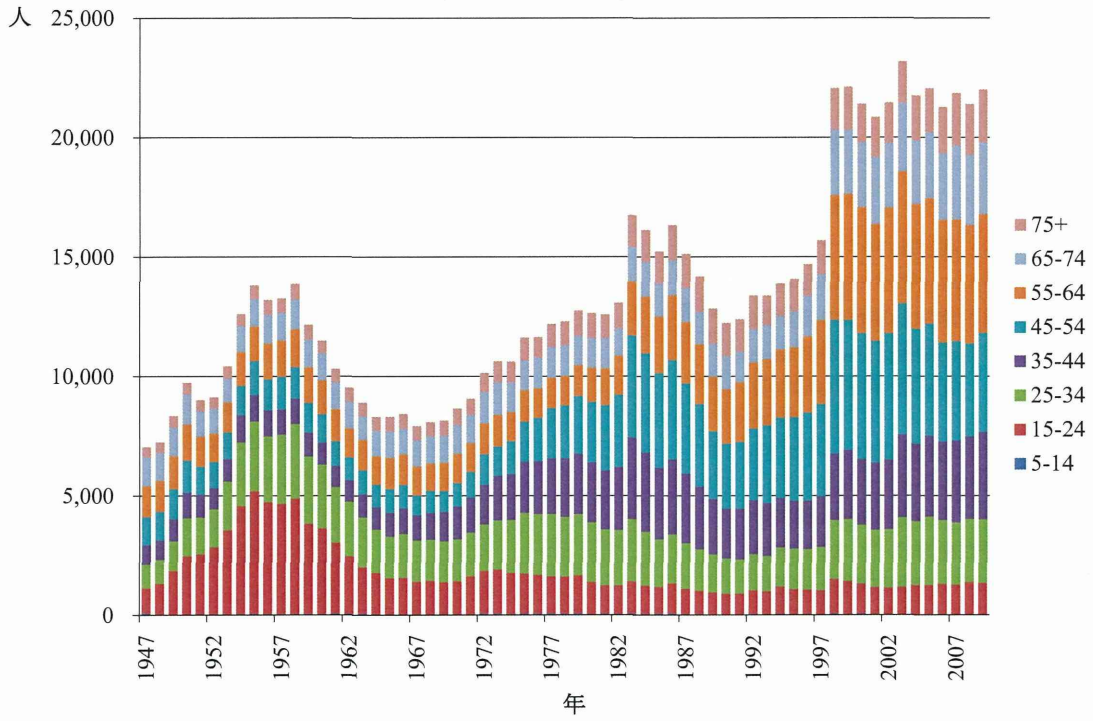
C) 女性



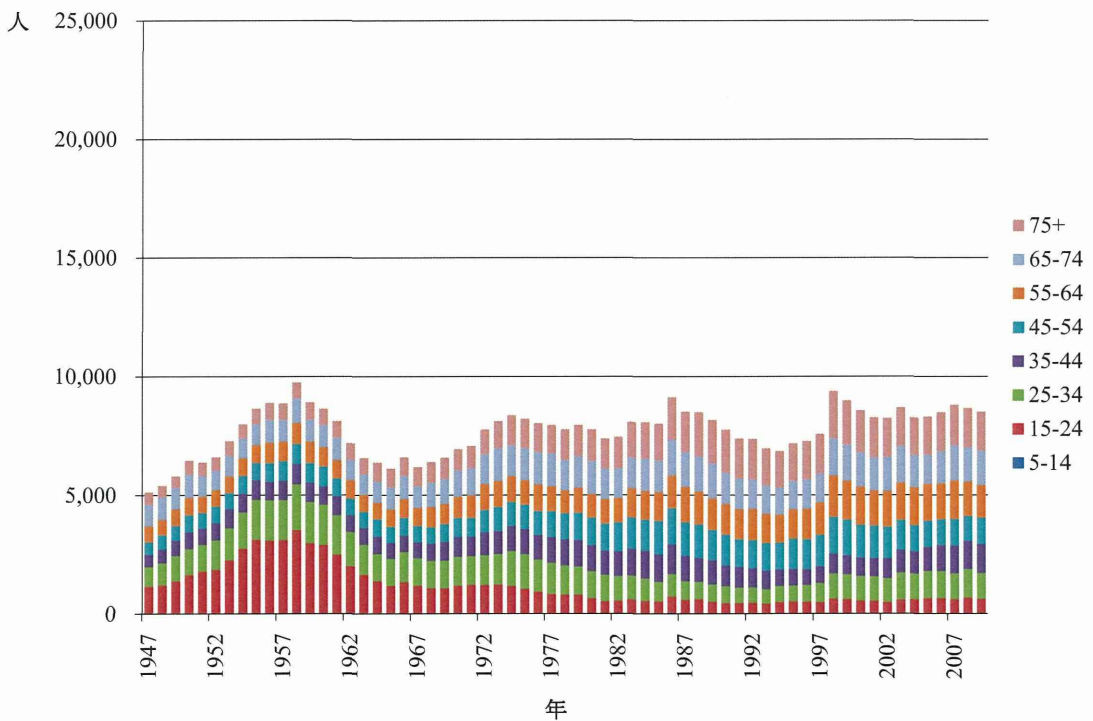
資料：渋谷健司（37）より作成

図 9. 1947～2009 年の我が国の年齢階級別自殺死亡者数

A) 男性



B) 女性



資料：厚生労働省（62）より作成

厚生労働科学研究費補助金（政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業））

分担研究報告書

日本の皆保険制度の変遷、成果とその課題

研究分担者 池上直己（慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教室 教授）
橋本英樹（東京大学大学院医学系研究科臨床疫学・経済学部 教授）
渋谷健司（東京大学大学院医学系研究科国際保健政策学 教授）
尾形裕也（九州大学大学院医学研究院医療経営・管理学講座 教授）
小林廉毅（東京大学大学院医学系研究科公衆衛生学分野 教授）
研究協力者 兪炳 匡（米国カリフォルニア州デービス校公衆衛生学部准教授）
松本正俊（広島大学医学部地域医療システム学講座 准教授）
馬場園明（九州大学大学院医学研究院医療経営・管理学講座 教授）
渡邊 亮（東京大学大学院医学系研究科臨床疫学・経済学部）
梁奉玟（ソウル国立大学公衆衛生大学院 教授）
マイケル・R・ライシュ（ハーバード大学公衆衛生大学院 教授）

研究要旨

日本は、被用者医療保険と地域医療保険を設立することによって国民皆保険を追求してきたが、それに伴う長所と短所も明らかとなっている。長所は、1961年に国民のほぼ全員に保険が適用されるようになったことである。また、すべての公的保険制度に共通の診療報酬点数表をほとんどの医療機関に適用することにより公平性と費用抑制が維持されており、自己負担も高齢者と児童以外は一律となった。低所得者が加入している保険者へ一般財源から補填したり、あるいは高齢者の医療費を負担する保険者間に横断的補助を行うことによって、こうした公平性は達成されてきた。一方、保険者が3500も存在するため所得から徴収される保険料の割合に3倍以上の格差があることが短所として挙げられる他、無保険者の増加傾向もある。高齢社会の到来および雇用形態の変化の中で国民皆保険制度と公平な保険の適用を維持するために、われわれは、都道府県レベルですべての保険者を統合するよう提唱する。雇用や居住をベースとした社会保険制度によって国民皆保険を達成しようと考えている諸国は、こうした制度の有する短所にも留意する必要がある。

A. 研究目的

国民皆保険制度に向かうメカニズムとしての社会保険には長所と短所がある。民間保険と比較した際の長所は、連帯の精神に基づく制度であるゆえに保険料が病気のリ

スクではなく支払能力に応じて課されていることである(1)。税方式の制度と比較した際の長所は、給付範囲が権利として規定されていること、さらには使途が医療に限定された保険料が財源となっていることで

ある (2)。一方、保険者が雇用や居住状況によって構成されている社会保険の短所として、連帯の精神が同じ保険の加入者同士に限られることが挙げられる。結果として加入者の平均所得が高くリスクが低い保険制度は、保険料率引き上げにつながるようなあらゆる全国レベルの平等化プロセスに反対する立場をとるであろう。

こうした障壁にもかかわらず、日本は 1961 年に社会保険を全人口にまで拡大し、その後、給付もより公平なものとしてきた。それは、価格およびサービス内容を規定し、すべての医療保険制度に共通の診療報酬点数表による費用抑制の規制措置とともに実現されてきた。これらの措置の強化により、日本は他国と比べて高い費用抑制を達成しており、医療費の国内総生産 (GDP) に占める割合は経済協力開発機構 (OECD) 加盟国の中でも 20 位と低い (3)。費用抑制に成功したことが加入者間、保険者間の公平性の実現の主要因となっている。費用抑制メカニズムと医療の質のコントロールに関する詳細は、橋本らが執筆した本シリーズの第三論文に掲載されている (4)。

しかし、日本は社会保険制度固有の課題に直面している。社会の高齢化により、勤労者が支払う保険料では全国民の医療費をまかなうことができなくなっているのである (5)。また、日本は GDP の 2 倍もの財政赤字を抱えているため、税からの補填を増やすことができず、状況はさらに悪化している。さらには 3500 もの保険者の分立や雇用パターンの変化といった問題も抱えている。本稿は 3 部で構成されており、初めに歴史的展開、次に現状と公平性をめぐる諸問題、最後に課題とわれわれが提唱す

る改革案に触れる。

B. 研究方法

検索方法と選択基準

歴史的変遷に関する導入部は、社会保険医療システムについて国内外で出版されている文献を総合した分析に基づいており、主筆者の過去の研究にも言及している。入手可能だった唯一の全国調査は政府によって行われたものである。患者調査からは、皆保険制度が各年齢階層別の医療サービス利用に与える影響を分析した。患者自己負担率の変化は高齢者に最も影響を与えたと考えられるからだ。また、すでに出版されている文献を PubMed で調べた上で、World Bank Institute Report で説明している方法を採用し日本と諸外国とを比較することで、公平性を確保した。データについては、直近の全国家計調査の個人レベルのデータを入手することができ、家計支出のうち医療費に費やされている割合とその累進度を分析し、さらに高額療養費制度の程度を比較した。水平的公平性の比較のために国民生活基礎調査の個人レベルのデータを入手し、医療ニーズ変数で調整した医療サービスへのアクセスを分析した。課題と改革提案の章では全国健康保険協会の報告や政策ステートメントを調査・分析し、さらに、PubMed, Medline, JSTOR, Google Scholars といった情報ソースを検索して政府の調査報告書や国内の未発表論文の分析も行った。改革案を提案するにあたっては、社会保険制度を統合した経験をもつ他国の経験を分析し、可能な選択肢について議論を重ねた。

C. 研究結果

歴史的展開

1905年以降、一部の公務員は共済組合の包括的給付の一部として医療費を負担してもらえるようになったが、国民皆保険制度への本格的な道のりは1922年に制定された健康保険法に始まる。日本の保険制度はドイツの社会保険モデルに従い、事業主と被用者の双方で保険者（日本の場合は健康保険組合）の運営をすることになった(7)。動機はドイツも日本も同じで、工業生産性を高めることと、労働争議を未然に抑えることである(8)。こうした国家主義的な動機は、直接利害関係を有するすべての勢力からの反対を封じこめた。事業主は保険により労働費用が増加するため反対であったし（事業主は保険料の半分以上を負担しなければならなかった）、被用者も保険料の負担をすることに反対であり、医師もまた従来の報酬よりも低い診療報酬の適用を受け入れなければならないので反対であった。しかし、社会保険制度が適用されれば患者の医療費未払いがなくなり、健康保険に未加入の患者からは高い診療報酬を引き続き徴収することが可能であったため、最終的には医師たちも新しい診療報酬を受け入れた。この診療報酬体系は簡易なもので、日本医師会の北里柴三郎会長が一晩で作成したとされており、プライマリーケアと薬が中心であった。これは、1927年当時調剤が医師の主な収入源であり、病院サービスはさほど大きな割合を占めていなかったからである(9)。

導入直後の日本の社会保険制度は肉体労働者（ブルーカラー層）だけを対象としており、1927年当時、肉体労働者は日本の全人口の3%にすぎなかった。しかし、小規模

企業の被用者は対象に含まれていて、これは中小規模企業の被用者が旧制度下では大企業の被用者と同じ労災制度の下にあったからであろう。中小規模企業は病気になるリスクを分散するのに十分な規模を有さず、また、自ら制度を運営する事務処理能力も持っていなかったため、政府が直接医療保険を運営しなければならなかった。これが政府管掌健康保険の始まりである。このように、政府が各保険者の調整役でも唯一の保険者でもなく、の多くの保険者の中の1つ、そして最大の医療保険者となっていることが、現在でも日本の社会保険制度における最大の特徴である。こうした役割により、政府は診療側との交渉において強い力を持ち、社会保険制度の独立性を弱めていた。しかし、医療が税方式の国とは異なり、政府が財政に直接的な責任を持つことはなかった。

日本の社会保険のもう1つのルーツが国民健康保険であるが、これは1930年代のボランティアな地域主導の運動が発祥である。(10)。政府は、1938年の国民健康保険法の制定によりこの運動を正式に認定、支援することとなる。被用者保険で保障される労働者と違い、農民や自営業者には定まった収入源がなく、さらにはその所得の捕捉も容易ではなかった。その結果、それぞれの保険者は累進性がさまざまに異なる独自の保険料徴収方法を採用し、加入者間の病気になるリスクを分散させた他、加入者を対象とした直営の診療所や病院を設立した。こうした動きは民間開業医との対立につながったが、通常、診療報酬を交渉することでこうした対立は解決した。

その後の日本の社会保険の歴史は4期に

分けられる。第1期と第2期では社会保険の対象となる人口が増大し、後半の第3期と第4期では自己負担率の保険者間の格差が徐々に縮小していった。明確なグランドデザインがあったわけではないが、制度全体の方向性としては、公平なアクセスと費用負担の実現を目指していた。

1922年から1945年の第1期には、陸軍が医療保険の適用拡大を推進した。これは、1930年代に中国との戦争が激化する中で徴兵された若者の健康状態に関心があったからである。また、出産適齢期の女性にも適用拡大された。1934年には被用者保険の対象はフルタイム労働者を5人以上抱える事業所に拡大され、1939年にはホワイトカラーの勤労者とその扶養家族にも拡大された。この間、多くの市町村で国民健康保険が施行された。図1からも見てとれるとおり、第1期のピークであった1943年には国民の7割が医療保険に加入し、政府の医療保険の拡大も順調に進んでいった(11)。

パネル1：社会保険制度の現状

日本の社会保険制度の特徴は以下のとおりである。

- ・個人は保険者を選択できない。
- ・扶養家族(75歳以上を除く)は世帯主が加入している保険者に加入する。
- ・事業主は被用者(正規雇用者の労働時間の4分の3以下の労働時間の被用者と75歳以上の被用者を除く)を保険に加入させなくてはならない。
- ・被用者保険に加入していない人、定年退職した人は、生活保護を受けていないかぎり国民健康保険(75歳以下の場合)、もしくは居住地の後期高

齢者医療制度(75歳以上の場合)に加入しなくてはならない。

- ・約3500の保険者が存在し、およそ半数が被用者保険制度で、半数が地域保険制度である。
- ・被用者保険制度では保険料は賃金の一定割合が賃金から差し引かれ、事業主が保険料の少なくとも50%(平均55%)を負担する。地域保険制度では、それぞれの市町村が独自の方法で保険料を定めており、約半額は所得(資産も含む場合もある)に基づいて算出され、残りの約半額は加入者1人当たりの定額(さらに世帯当たり定額の場合もある)となっている。保険料は市町村に支払われる。
- ・医薬品や歯科医療を含め、保険給付の対象範囲と医療に対して支払う額は、どの保険者でも同じである。
- ・一般的に自己負担率は高いが、患者が支払う割合は国民医療費の14%にとどまっている(13)。これは高齢者の負担率が低く設定されている他、高額療養費制度があるからである。(国民医療費は、公的に管理されているすべての医療費支出を含むが、薬局で購入できる一般用医薬品の費用や個室代といった経済協力開発機構(OECD)統計(18)には計上されている要素を除いた、厚生労働省の統計である(14))

第二次世界大戦後の第二期(1945年から1961年)では、主要政党である自由民主党と日本社会党が福祉国家の実現を目指し、国民皆保険をわかりやすく人気のある目標として掲げて競い合った。保険に加入する

国民の割合は戦時中や戦後の混乱期から早々に回復し、さらに拡大していった(11)。1958年には国民健康法が改正され、被用者保険制度に加入していない国民を国民健康保険に強制加入させたことで、国民皆保険制度を確立する正式な基盤が形成された。法改正では、国保にも被用者保険の診療報酬が適用されることとなり、国保でもほとんどすべての医療機関で受診できるようになった。1961年には最後の自治体が国民健康保険を導入し、ほぼ全国民が保険制度に加入することとなった。しかし自己負担率には大きな差があり、被用者は初診時に小額の定額を支払えばよかったが、被用者の扶養家族や国保加入者はすべての医療サービスや処方薬の診療報酬の5割を負担しなければならなかった。

1961年から1982年までの第3期では、5割の自己負担率が3割まで段階的に引き下げられた。1963年から国保の世帯主の負担率が下げられ、1968年にはその扶養家族が、さらに1973年には被用者保険の扶養家族の負担率が引き下げられた。一方、一部の地方自治体は高齢者の医療費の自己負担分を税収で賄うようになり、特に、1969年以降革新的な東京都知事が主導する形で他の道府県にも拡大していった。国もこうした老人医療費無料化への圧力を受け、1973年に老人医療費支給制度を制定し、老人(70歳以上)の医療費が無料(自己負担ゼロ)となった。また、同年、すべての保険制度について高額療養費制度がつくられ、医療費の自己負担分(月額)が3万円(1973年当時の米ドル換算で83ドル)を超える分については負担しなくてよいことになった。しかし、1973年はいわゆるオイルショック

で日本の経済成長率が大幅に落ち込んだ年でもあった(12)。

医療費の上昇と経済成長の鈍化が1982年から現在にいたる第4期の背景にあり、この時期には、それまで低かった個人の自己負担率が引き上げられた。その結果、最終的に自己負担率は国民の大半で同率になった。1982年に制定された老人保健法により1983年に高齢者への若干の定額負担が導入され、また、健康保険法が改正されたことで1984年から被用者の医療費1割負担が導入された。その後1997年に被用者の負担は2割に引き上げられ、2003年に3割に引き上げられた。高齢者の定額負担は徐々に引き上げられ、2003年に平均的な被用者の所得以下の高齢者の負担は1割、それ以上の場合は2割となり、さらに2006年に2割から3割に引き上げられた。現在、自己負担率は全国民一律3割であり、例外は平均的な被用者の所得額に満たない所得の70歳以上の高齢者(全高齢者の93%)の負担率1割と、6歳未満の子どもの負担率2割である。高額療養費制度も縮小されたが、同様の公平性への配慮がなされた。医療費の毎月の自己負担限度額も加入者の所得に応じて3段階に分けられ、限度額を超える医療費については1%の自己負担率が課されている(パネル1)。

受療率の推移

保険加入者の拡大と自己負担率の変化で、外来医療と入院医療の受療率はどのように変化しているのだろうか。図2から、1950年から1960年代半ばまでの間、保険に加入する人口が増加し平均所得も増えたことで、どの年齢階層においても外来受療率が伸び