

戦後の日独医療保険政策の比較



土田 武史 (つちだ たけし)

早稲田大学 商学部 教授

■略歴

- 1969年 早稲田大学政治経済学部卒業
- 1972年 早稲田大学大学院経済学研究科修士課程修了
- 1971～74年 日本労働協会勤務
- 1974～84年 (社)産業労働研究所研究員、
国士舘大学政経学部教授等を経て
- 1993年 早稲田大学商学部助教授
- 1995年より現職

■専門

社会保障論

■主な著書

『ドイツ医療保険制度の成立』(勁草書房 1997年)、『日本社会保障の歴史』(共著 学文社 1991年)、『比較福祉国家論』(共著 法律文化社 1997年)、『先進諸国の社会保障4・ドイツ』(共著 東京大学出版会 1999年)、『社会保障概説・第6版』(共著 光生館 2009年)、『社会保障改革—日本とドイツの挑戦—』(共著 ミネルヴァ書房 2008年)

はじめに

日本の医療保険制度は、いま大きな転換点を迎えようとしている。今年6月にまとめられた政府・民主党の「社会保障・税一体改革成案」にもみられるように、経済社会の大きな変化をふまえて、従来の制度・政策を抜本的に変えるような政策論が展開されている。そうしたなかで諸外国における医療保障制度改革への関心も高まっているが、ドイツもそうした関心の向けられている国の1つである。日本とドイツの医療保障はともに社会保険方式を基盤とし、制度的にもよく似たところがあり、経済や人口構成なども等身大で比較対照できることなどから、これまでも日本の医療保険改革においてはドイツの改革を参考にすることが少なくなかった。

しかし、両国の医療保険制度の間にはさまざまな違いがみられることも確かである。また、これまでの政策の展開過程においても両国の間には多くの相違がみられる。日本とドイツの医療保険は類似点が多く、参考になることが多いだけに、そうした相違を確認しておくことも必要であろう。以下では、日本の皆保険体制が50年を迎えたことをふまえてやや視野を広げ、両国における第二次世界大戦後の医療保険政策の展開過程を眺め、ドイツとの比較を通して日本の医療保険政策の特徴を考えてみたい。

I 第二次世界大戦後の医療保険制度の再建過程

1. ドイツにおける再建過程

第二次世界大戦後、ドイツは米英仏ソの連合軍によって分割占領された。占領軍はドイツのライヒ保険法（RVO）をはじめ社会保険各法については、ナチス的ないしは軍国主義的と判断して廃止したもの以外は、原則としてその効力を認めたので、各社会保険制度は戦後も存続した。しかし、社会保険を管轄した中央官庁は解散させられ、戦災による財産消失や保険原資の戦時抛出等によって給付のための財源はなく、事実上は社会保険業務を遂行することが不能な状態となっていた（注1）。そのため、旧領土や国外からの引揚者や難民、国内の傷病者、失業者、生活困窮者等から救済を求める声が高まるのに対処して、各地では占領軍政府による特別措置が実施されたが、そうした占領統治を進めるなかで旧来の社会保険を改めようとする動きが強まった。

各占領軍政府における社会保険改革の動きは、占領政策の統一化ないしは調整を行うことを目的とした連合管理理事会で取り上げられ、早くから統一保険の導入などの改革に取り組んできたソ連軍政府の提案を中心に、1946年9月に理事会の改革法案がまとめられた（注2）。その内容は、医療保険・年金保険・労災保険の3つの社会保険を統合して統一保険（Einheitsversicherung）とし、労働者（Arbeiter、ブルーカラー）と職員（Angestellte、ホワイトカラー）の社会保険上の取扱いを平等化するとともに、官吏（Beamte、日本の上級職に近い）を含む全ての被用者と一部の自営業者を対象に地域別に国民保険をつくるというものであった。

この理事会案について各占領地域で意見聴取が行われた。米英仏の占領地域では、社会民主党（以下、SPD）や労働組合は消極的ながらも賛成する意向を示したが、キリスト教民主同盟（以下、CDU）、キリスト教社会同盟（以下、CSU、バイエルン州にあるCDUの姉妹政党）、自由民主党（以下、FDP）、使用者団体、職員、自営業者、社会保険関係者等が激しく反対したため、それらの地域では理事会案の実施が先延ばしされた（注3）。一方、ソ連の占領地域では47年1月に理事会案に基づくものとして統一保険を既成事実化し、ソ連は3カ国に理事会案の実施を強く迫った。しかし、間もなく冷戦が激化し、48年春に管理理事会からソ連代表が退席して管理理事会が機能しなくなるという状況のなかで、西側占領地域では理事会案への激しい反対運動を前にその構想が退けられた。

1949年に冷戦を背景にドイツが東西に分離され、西側占領地域ではドイツ連邦共和国が発足した。同年5月にボン基本法が制定され、8月の連邦議会の総選挙でCDUのアデナウアーを首班とする保守・中道政権が発足し、内政の権限が占領軍から新政権に移管された。アデナウアー政権のもとで社会保険の再建が図られたが、そこで目指された

のはワイマール期の伝統的な社会保険制度への復帰であった。医療保険では、ナチス時代に「指導者原理」(Führerprinzip)のもとで剥奪された疾病金庫(Krankenkasse、医療保険者)の自治権を復活させるとともに、それに加えて労使同権による当事者自治の強化など新たな法整備が行われた。こうして1950年代前半にはほぼ医療保険の再建が達成された。

(注1) Horst Peters (hrsg.), Sozialrecht und Sozialpolitik, Festschrift für Kurt Jantz zum 60. Geburtstag, 1968, S.126.

(注2) 下和田功「社会保険改革のための連合国管理理事会法案」『保険学雑誌』503号、1984年、39ページ以下。

(注3) Hans Günter Hockerts, Sozialpolitische Entscheidungen im Nachkriegsdeutschland : Alliierte und deutsche Sozialversicherungspolitik 1945 bis 1957, 1980, S.36 ff.

2. 制度再建の原動力

ドイツ(以下、東西ドイツの統一まで西ドイツを指すものとする)は統一保険構想を拒否した後、伝統的な医療保険の再建を果たしたが、その再建が比較的スムーズに行われた理由として、次の4点をあげることができよう。

第1には、ドイツの医療保険が企業や職業や地域などを基盤につくられた多くの小規模な組合方式による組織構造で、その運営が各疾病金庫における労使の当事者自治に委ねられており、そうした多元的かつ分権的な組織構造が素早い再構築を可能にしたことがあげられる。第2は、医療保険の給付費も事務費も全て各疾病金庫の保険料収入によって賄われており、国の財政負担を必要としなかったことである。こうした自主財源による医療保険の運営が、疾病金庫の当事者自治を財政面から支える役割を果たしていた。第3には、1948年の通貨改革により経済秩序の安定が図られ、急速な経済復興が実現したが、それにもなって医療保険財政が安定したことがあげられる。現物給付による医療保険では、保険料拠出・医療給付・診療報酬支払いにはタイムラグがあり、インフレーションの激しい状況では貨幣価値の目減り等により保険診療の信頼性が揺らぐことにもなるが、経済秩序が安定したことにより、医療保険への信頼性を維持することができた。第4に、理事会案に対する反対運動を展開してきた保守・中道政党が、かつての医療保険の関係者や民間保険会社、国民等をまきこみながら、保険運営の国家管理化を防止する運動に移行させ、多元的分権的な旧制度への復活につなげていったことがあげられる。

3. 日本の医療保険の再建

日本では、戦前からの健康保険と国民健康保険が存続したが、戦災による工場・設備の破壊や軍需産業の停止などにより、健康保険の被保険者数は戦前のピーク（1944年）の4割程度にまで減少し、国民健康保険も財政状況の悪化により4割以上の国民健康保険組合が事業の休止ないしは不振に陥っていた。医療機関の被害も大きく、医薬品や医療材料も乏しかった。また、保険診療は施療に近いものだという観念が開業医や病院の間に根強くあり、それに加えて、激しい戦後インフレのなかで医師や医療機関は報酬の目減りが大きい保険診療を嫌ったため自由診療が広がり、1947年になっても保険診療の占める割合は3割程度にとどまっていた。医療保険はまさに名存実亡の状態にあった。

終戦から1950年頃まで「生活保護の時代」ともいわれるように、厚生行政は貧困対策や失業対策が中心となっていたが、1948年頃から医療保険の再建に向けた取組みが始まった。厚生省は戦後インフレによる報酬の目減りに対処して頻繁に診療報酬改定を行ってきたが、48年に社会保険診療報酬支払基金を創設し、診療報酬請求事務の簡素化、報酬支払いの迅速化を進め、保険診療の信頼回復に努めた。また、48年に国民健康保険法の改正を行い、国保事業の運営を国保組合から市町村公営に移行した。49年のドッジ・ラインによる不況の影響等から保険診療の受診率が上昇し始めたが、その反面、保険料の収納率が低下し、大きな赤字を抱える市町村が多くなったため、51年に地方税法を改正して国民健康保険税を創設し、各市町村が国保料と国税のいずれかを選択できることとした。しかし、国保財政が依然として安定しなかったため、53年に国保団体等の要請に応じて国保の療養給付費に対する2割の国庫補助が実施された。国保の市町村公営化と国庫負担の導入は、国保再建への転機となるとともに、国民皆保険に向けて国保が大きな役割を果たしていく素地となった。

被用者保険の再建も進められ、1948年に政府管掌健康保険では財政安定のために保険料率が法定化された。さらに50年に勃発した朝鮮戦争による特需景気を背景に、53年に健康保険の適用業種の拡大、給付期間の延長、標準報酬等級の上げが行われた。また53年に健康保険の適用事業所に雇用されながら適用除外となっている日雇労働者からの強い要求を受けて、日雇労働者健康保険法が制定された。さらに同じ年に厚生年金保険から脱退して私立学校教職員共済組合が創設され、それにともなって共済組合の短期保険部門として健康保険からも脱退した。私学共済の設立を契機に市町村職員共済組合、公共企業体職員等共済組合、農林漁業団体職員共済組合が設立され、医療保険も年金保険も分立型社会保険という特性を帯びることになった。

4. ベヴァリッジの影響の相違

このように日独とも戦前の制度を再建する形で戦後の医療保険の再建がなされたが、そこには幾つかの相違がみられる。第1に注目されるのは、ドイツの社会保険の再建過程ではベヴァリッジによる影響が少なかったことである。連合管理理事会の統一保険構想にはベヴァリッジ・プランの影響が指摘されているが(注4)、既に述べたようにドイツ国内の反対が強く実現しなかった。確かにドイツでも、ソ連軍の占領地区(注5)以外で、イギリス軍の占領下におかれたブレーメン州が統一保険を支持し、SPD、共産党、労働組合などのなかにも統一保険を支持する動きがみられたが、多くの国民は旧制度の復活を支持し、東西分離後の社会保険の再建過程においてはそうした勢いがさらに強まった。

それについて、ドイツ社会法学者のマイデル教授は、敗戦後の分割統治下で多くの国民は伝統的な社会保険に対する強いシンパシーを抱き、国民は敗戦後のドイツのアイデンティティをそこに求めるほどであったと述べている(注6)。それに加えてアデナウアー政府が、一方ではナチスの一元的支配の影響を払拭し、他方では東ドイツの統一保険に対抗するために、多元的分権的な社会保険制度を再建し、それを基盤にしてボン基本法に掲げた福祉国家(注7)の建設を目指したことがあげられよう。それによりドイツでは、医療保険においても年金保険においても、普遍主義的・平等主義的なベヴァリッジ・プランとは異なる、選別主義的・能力主義的なドイツ型の社会保険制度が展開されていった。

(注4) Hockerts, S.31. これに関連して下和田は、イギリス政府はドイツでベヴァリッジ・プランの実施を目指したのではなく、統一保険を求めたのは費用削減になることを期待していたからであると指摘している(下和田、前掲論文、47ページ以下)。

(注5) ソ連軍占領地区では統一保険が導入されるとともに、ライヒ保険法が廃止され、ベルリン社会保険庁が全ての社会保険を統括する仕組みが講じられた。東西分離後、ドイツ民主共和国(東ドイツ)において統一保険が維持され、1991年の再統一まで続いた。東ドイツにおけるベヴァリッジの影響については十分な検討を行っていないが、ソ連邦や東欧圏で行われた生活保障の研究などをみた場合、ベヴァリッジの影響というよりも社会主義体制下における生活保障の仕組みとして捉える方が適切のように思われる。ソ連邦や東欧諸国の生活保障については、工藤恒夫『資本制社会保障の一般理論』新日本出版社、2003年、小森田秋夫「脱社会主義と生活保障システムのゆくえ」東京大学社会科学研究所編『20世紀システム5・国家の多様性と市場』東京大学出版会、1998年、239ページ以下。

(注6) 戦後の日独社会保障政策をめぐる対談で、ドイツ社会法の研究者であるマイデル教授の発言による(幸田・吉原・田中・土田編著『日独社会保障政策の回顧と展望』法研、2011年、17-18ページ)。

(注7) ボン基本法の20条には「社会的国家」(soziale Staat)と記されており、社会国家と福祉国家は必ずしも同一の概念ではないが、ここでは一般的な用語として「福祉国家」を用いる。

5. ベヴァリッジ報告の日本への影響

それに対して日本では、ベヴァリッジの影響が強かった。戦時中に厚生省ではベヴァリッジ報告が紹介され、厚生省職員の一部ではベヴァリッジ・プランなどを参考に戦後対策が検討されていた（注8）。また、戦後の早い時期からベヴァリッジ報告等の研究を進めていた研究者グループの社会保障研究会が、1946年7月に「社会保障案」を発表したが、その内容はベヴァリッジの影響を強く受けたものであった（注9）。また、46年3月厚生省保険局に「失業保険その他各種社会保険の整備拡充の対策を研究すること」を目的に設置された社会保険制度調査会には、上記研究会のメンバーやイギリス・ドイツ等の社会保険について見聞した研究者が入っていたが（注10）、47年10月に戦後日本の社会保障制度の方向を示すものとして「社会保障制度要綱」を厚生大臣に答申した。この要綱は統一社会保険の導入をはじめ、その理念や制度の骨子においてベヴァリッジ・プランにきわめて類似していることから「日本のベヴァリッジ報告」ともいわれた。また、50年に社会保障制度審議会から出された「社会保障制度に関する勧告」は、日本の社会保障制度体系を構築していくうえで大きな役割を果たしたが、その理念等においてベヴァリッジ・プランの影響が強くみられる。

しかし、こうした研究者グループの主張に対して、厚生官僚もベヴァリッジ報告の影響を受けてはいたが、医療保険の制度構築にあたっては社会保険制度調査会等の提言を排して、戦前からの制度の再建を図る形で整備拡充を進めていった。そこでは当時の財政状況、社会状況、政治状況、そして既存制度の歴史的経緯等を勘案して、もっとも実現可能性の高い選択として、審議会等の主張とは異なる再建の道を主導していったものと考えられる。

（注8）中静未知は、1943年に厚生省から「海外勤労事情」として「英国に於けるビバリッジ最低生活保障法に就て」という資料が出されており、また厚生省保険局内の雑誌『社会保障時報』1944年4月号に「英・ビバリッジ社会保障計画通覧」と題してその概要が紹介され、さらに同年11月に厚生省保険局調査資料第6号「米国及英国の社会保障」においてベヴァリッジ報告の一部の翻訳が出されたことを記している（中静『医療保険の行政と政治—1895～1954—』吉川弘文館、1998年、288～291ページ）。また、横山和彦は、友納武人「児童手当懐古」（『季刊児童手当』3巻2号、1973年）の記述を引用して、友納が厚生官僚であった戦時中から戦後にかけて、上司からの指示を受けてベヴァリッジ報告等を参考に児童手当試案や社会保険の戦後対策案をとりまとめたことを記し、さらに45年9月に友納が「社会保険部門における戦後対策」という文書を提示したことを述べている（横山「戦後日本の社会保障の展開」東京大学社会科学研究所編『福祉国家5・日本の福祉と社会』東京大学出版会、1985年、9～14ページ）。

（注9）平田富太郎『社会保障—その理論と実際—』日本労働協会、1974年、103ページ。平田は社会保障研究会のメンバーとして、平田のほか大河内一男、近藤文二、園乾治の名前をあげている。その「社会保障案」の内容について、江口栄一は「ベヴァリッジ・プランの生きうつし」と述べている（江口「戦後日本社会保障の焦点（1）—生活保護中心時代—」『社会保障講座1・社会保障の思想と理論』総合労働研究所、1980年、30ページ）。

(注10) 日本の失業保険の成立過程を克明に描いた菅沼隆は、社会保険制度調査会において失業保険をはじめとして各種社会保険の構想やベヴァリッジ等をめぐって行われた活発な議論を考察し「戦後日本の社会保険思想の原点」をなすものと評している（菅沼「日本における失業保険の成立過程―戦後日本の社会保険思想の原点」(1)～(3)、東京大学社会科学研究所『社会科学研究』43巻2号、4号、44巻2号)

6. 保険者の当事者自治と政府の役割における相違

既に述べたように、ドイツの医療保険の運営は疾病金庫の当事者自治に委ねられてきたが、戦後の再建過程で注目されることは、そうした当事者自治が労使同数原則に即して法的に規定されたことである。まず、1948年に「社会保険調整法」が制定され、医療保険の保険料負担が労使の折半負担とされた。これはワイマール期においては労働者が3分の2、使用者が3分の1となっていたのを改めたものである。その後、労使の保険料負担割合に応じて疾病金庫の運営機関における労使の構成割合も変えるべきか否かで、従来の労働者代表3分の2・使用者代表3分の1を主張するSPDやドイツ労働総同盟(以下、DGB)と、労使同数への変更を求めるCDU・CSUとの間で激しい論争があったが、結局、1950年の連邦議会でCDU・CSU側の主張が多数を占め、社会保険の自治機関における労使同数原則が確立した。その背景として、社会保険を円滑に機能させるためには使用者にも等分の責任を負わせる方がいいと考えられたこと、労使同権を経済秩序を支える原理とする考え方が広がってきたこと、階級闘争に否定的な社会的市場経済(Soziale Marktwirtschaft)の理念への支持が強かったことなどが指摘されている(注11)。

続いて1952年に「当事者自治法」(Selbstverwaltungsgesetz)が制定され、社会保険の運営もその対象となり、疾病金庫における当事者自治が法的に確立した。それにより、疾病金庫の運営機関として労使同数の代議員総会と理事会が設けられ、保険料率や予算等が疾病金庫の裁量で決められることになった。それはドイツ政府が推進していた労使共同決定制の一環をなすものであり、労使による運営の仕組みは、ドイツの社会保険が全て労使関係に基礎をおく被用者保険であり、医療保険もそうした構造になっていることに関連している。これによって、労働組合側も使用者側も積極的に疾病金庫の運営に関与するようになった。また、年金受給者や失業手当受給者など使用者不在の被保険者については、年金保険者や失業保険者が保険料の使用者負担分を拠出することによって、労使関係をベースとした構造が維持される仕組みになっている。

さらに、疾病金庫の州連合会や連邦連合会も当事者自治による公法人としての資格を有し、同様に自治的公法人として認可されている保険医協会との協議によって、保険診療の基本指針等を決定し、診療報酬契約を締結し、医療保険事業を遂行することが法的に明確化された。

一方、日本ではドイツとは異なり、政府が直接的に医療保険の事業運営に関与し、同

時に財政支援を行うことによって再建が進められた。先にみたように、政管健保の保険料率の法定化、国保の市町村公営化、国保に対する国の補助金の投入などが行われ、それによって再建への道を歩み始めたのである。

また、健康保険組合では、使用者側代表と被保険者代表による組合会と理事会が設置され、保険料率の決定、健康管理や保養所等の保険施設事業、付加給付などを独自決定することができるが、ドイツに比べると政府の許認可の権限がはるかに大きい。また、組合会や理事会では使用者側が被保険者側よりも優位になっており、保険料負担でも一般に使用者負担分が被保険者負担分よりも多く設定されているなど、企業の労務管理の一手段とみなされることも少なくない。

(注11) 倉田聡が議論の経緯を含めて詳しい検討を行っている(倉田『医療保険の基本構造—ドイツ疾病保険制度史研究』北海道大学図書刊行会、1997年、229～231ページ)。

II 1960年前後の医療保険制度改革

1. ドイツの改革の失敗

東西分離後、ドイツは経済成長、完全雇用、物価の安定、国際収支の安定という、いわゆる「魔法の四角形」を維持しながら、それを背景に福祉国家の実現に向けて目覚ましい発展を遂げた(注12)。その際、福祉国家の内実を形成してきたのが社会保障の充実であった。そうした社会保障政策の画期をなすのが、1957年の年金保険改革である。それにより、従来の積み立て方式による定額年金にかわって、所得比例年金・賦課方式・動態年金による年金保険制度が導入され、世代間連帯を核とした制度へと転換した(注13)。

年金保険改革に続いて、1960年にブランク連邦労働大臣による医療保険改革が試みられた。そこでは、労働者と職員の平等化、就労から年金生活・死亡に至るまでの医療保険による給付の確保、診療科グループ別の包括的な診療報酬体系への改定、外来診療に対する定額患者負担(レセプトのコピーを患者に交付)の導入、医師の認可制限の撤廃、早期発見の促進、コストの抑制など、広範な内容が盛り込まれていた。

しかし、改革法案は、与党のCDU・CSUが連邦議会で絶対多数を占めていたにもかかわらず、外来診療の患者負担導入に対する労働組合と医師団体の反対により成立には至らなかった。ブランク労働大臣によって62年に再び同じ内容の改革法案が、児童手当法と賃金継続支払法とセットで連邦議会に提出されたが、労働組合と医師団体だけではなく、経営者団体も反対に回ったため、まともや失敗に終わった。こうした二度にわたる改革の失敗の影響は大きく、その後ドイツでは、1988年に医療保険改革法が制定されるまで25年余りの間、抜本的な制度改革には消極的な対応を示した。

もともと、そうしたなかで医療保険の適用拡大と給付の拡大が行われていった。また、なかには医療保険に大きな影響を及ぼした改革も行われている。その1つは、56年に制定された「年金受給者医療保険法」である。これによって、年金受給者は現役時の最後に所属した疾病金庫の被保険者となり、一般被保険者と同等の給付を受けることとなった。その保険料については、当初、年金保険者がその全額を負担し、年金受給者本人への負担は課せられなかった。また、「賃金継続支払法」は69年になって成立したが、それによって事業主は傷病休業者の賃金を6週間まで支払うことが義務付けられ、傷病手当金は7週目からの支給となったため、医療保険における現金給付のウエイトは大きく低下するといった変化が生じた。

(注12) ドイツ福祉国家の形成に関しては、宮崎良夫「西ドイツにおける社会国家の展開」東京大学社会科学研究所編『福祉国家2・福祉国家の展開〔1〕』東京大学出版会、1985年、を参照。

(注13) 1957年の年金保険改革については、戸原四郎「西ドイツにおける社会保障の展開」『福祉国家2・福祉国家の展開〔1〕』を参照。

2. 日本の国民皆保険体制の成立

一方、日本では、1955年を境に政治的にも経済的にも大きな変化があった。政治においては55年10月に社会党の左右両派が統一したのに続き、11月には保守2党が合同して自由民主党が生まれ、二大政党を中心とする「55年体制」がつくられた。その後、半世紀にわたってこの体制が続くことになる。

経済においては55年に国民総生産の伸びが12.1%を記録し、多くの経済指標が戦前の水準を超えた。1956年の『経済白書』は「もはや戦後ではない」と戦後経済からの脱皮を宣言し、流行語となった。しかし、国民生活に目を向けると、依然として多くの国民は低い水準にとどまっていた。同じ年に初めて出された『厚生白書』は「果たして戦後は終わったか」と記し、ボーダーライン層と呼ばれた生活保護水準すれすれの状態にある1千万人近くの低所得者層が復興の背後に残されていることを取り上げ、社会保険の充実を訴えた。とくに問題となったのは、経済の二重構造の下での中小零細企業従業員や不安定就労者の状況であった。彼らは大企業労働者に比べて格段に労働条件が劣悪であり、就労も不安定な状態にあった。社会保険でも同様に彼らの多くが医療保険や年金保険の適用外の状態におかれ、病気時や退職後の生活不安にさらされていた。50年代中頃から国民皆保険・皆年金の要求が高まったのは、まさにそうした二重構造という社会的背景があったからにはほかならない。

国民皆保険については、既に社会保障制度審議会が1950年に行った「社会保障制度の関する勧告」においてみられるが、政府の政策として取り上げられるようになったのは、上記のように1955年頃からのことである。その後、1956年末に成立した石橋内閣は、国民皆保険の実現を閣議決定し、これに対応して厚生省は57年に「国民皆保険全国普及

4ヵ年計画」を策定した。58年3月に全ての市町村に国保の実施を義務付け、60年度末までに被用者保険に適用されていない者の全てを国民健康保険に加入させるという新国民健康保険法案を国会に提出した。こうした動きに対して真っ向から反対したのが日本医師会で、皆保険は医師の自由な医療行為を阻害し、全体主義的な医療統制になりかねないとして激しい反対運動を展開した。法案は2度の審議未了・廃案を経た後、58年12月によりやく可決成立し、翌年1月に施行された。それまで国民健康保険は人口50万人以上の大都市ではほとんど実施されておらず、その動向が注目されるなかで、59年11月の東京都特別区が実施に踏み切り、全ての大都市がそれになった。

こうして1961年4月から全ての市町村で「国民健康保険法」が施行されることとなり、それにともなって国民皆保険が達成された。また、新国民健康保険法に続いて、59年4月に「国民年金法」が成立し61年4月に施行されたことにより、国民皆保険と同時に国民皆年金も達成された。

3. 皆保険実現への原動力

国民皆保険が実現した原動力として、当時厚生省職員で後に事務次官となった幸田正孝は、戦後の社会保険行政を回顧した記述のなかで次の3点をあげている（注14）。すなわち、1つは、1954年時点で国民の66%がなんらかの医療保険に加入しており、国民皆保険の実現可能性を示す数値となっていたこと、2つには被用者保険が5人未満企業の従業員をカバーするのは適用や所得把握のうえで難しいとされているなかで、保守と革新の政党がそれぞれ合同して勢力を競い合うという「政治の季節」を背景に市町村長をはじめ「国保マニア」と呼ばれた政治家や地域の有力者たちが5人未満企業従業員を市町村国保に取り込み、皆保険への道筋をつけたこと、3つ目に、皆保険に反対していた日本医師会（以下、日医という）が、当時の医師過剰感を背景に制限診療の撤廃等を条件に、皆保険の実施をやむを得ないものとみなすようになったことである。

この記述で注目されるのは、5人未満企業従業員の加入をめぐる指摘である。この対応は厚生省においてはきわめて難しい問題であったが（注15）、幸田の記述は、5人未満企業従業員を市町村国保に加入させている状況を見て厚生省が彼らを市町村国保の加入者とする方向に舵を切ることになったことを指摘したものである。これは、55年体制の成立という政治状況と関連させて5人未満企業従業員の国保加入を捉える視点であるが、これまで指摘されてこなかったものとして注目される。

また、第3の日医との関係も興味深い指摘である。医師数についてみると、戦時下の医師の大量養成、軍医の復員、植民地医師の引き揚げ等により、1952年に85,374人であった医師が、55年は94,563人、60年には103,131人と増加している（注16）。人口10万人当たりでみると、1950年当時約90人であったのが、60年は110人へと増加している。幸田の見解は、こうした状況を日医は医師過剰として認識し、医師の収入確保策

として制限診療の撤廃等を条件に皆保険を受け入れるということにしたというものである。制限診療の撤廃は、皆保険実施後に日医が保険医総辞退を掲げて診療報酬引き上げを迫ったのに対応して、診療報酬引き上げと一緒に実現された。

これまで皆保険への原動力としては「七人委員会報告」をあげるのが通説ともなっているが（注 17）、幸田は「七人委員会報告」の皆保険に関する影響はそれほど大きくなかったと述べている。当時、厚生省では政管健保の赤字対策が最重要課題であり、「七人委員会報告」についても対策の提言に大きな関心が寄せられていたと述べている。厚生省は 1956 年頃までは皆保険の実現に懐疑的であったとされており（注 18）、厚生省の受け止め方がそのようなものであったことが推察される。

また、5 人未満企業の従業員について、「七人委員会報告」では特別健康保険制度を創設するのが望ましいと述べ、社会保障制度審議会が 56 年に出した「医療保障制度に関する勧告」でも第二種健康保険を創設することを提案していたが、厚生省は先にみたように市町村国保に加入させるという政策を選択した。ここでも厚生官僚は現実の状況をふまえた実現可能性を基準にして、審議会等の提案とは異なる政策を選択し推進していったことがうかがわれる。

（注14）幸田他編、前掲書、3 ページ。

（注15）『厚生白書』1956 年版のなかで、「健康保険の適用外となっている五人未満事業所の従業員の取扱いははなはだ困難な問題を含んでいる」として、「たとえば五人未満事業所の全被用者を将来どのような疾病保険によってカバーしていくか、すなわち、国民健康保険によるか、被用者保険によるかについては種々意見が分かれているところである。純理論的な立場からは、従業員五人以上の事業所の被用者との均衡からできるだけ健康保険に入れるべきであるという意見も出よう。一方、現実論としては、これらの事業所が非常な数に上ること、その雇用関係も明確でなくまた異動も激しいこと、保険料の基礎となる標準報酬額も小さくその把握も困難であること、等の点からみて、事務費もかなり増大し、また現在の保険行政機構を大幅に拡充しない限り、実現困難であるという意見も有力である。」と記されている（『厚生白書』1956 年版、東洋経済新報社、1956 年、171 ページ）。

（注16）厚生省編『厚生省 50 年史』資料編、厚生問題研究会、1988 年、171 ページ。

（注17）七人委員会のメンバーであった平田富太郎は、『七人委員会』の考え方が契機となって、社会保障制度審議会の『医療保障勧告』が打ち出されたし、これを受けて政府の『皆保険計画』が推進せしめられた」（平田、前掲書、125 ページ）と述べており、また佐口卓も「皆保険の実現は厚生省『七人委員会報告』にはじまる」（佐口「戦後日本社会保障の焦点（3）－皆保険・皆年金の展開－」『社会保障講座 1・社会保障の思想と理論』総合労働研究所 97 ページ）と記している。他にもこうした記述が多い。

（注18）有岡二郎『戦後医療の五十年－医療保険制度の舞台裏』日本医事新報社、1997 年、108 ページ。

4. 皆保険をめぐる日独の相違

ドイツでは、戦後の再建が早い時期に行われたが、それに続く改革に失敗した後、1980年代末に至るまで制度改革のないままに適用の拡大と給付の拡充が行われた。それに対して日本は、戦後の医療保険の再建がそのまま継続する形で国民皆保険へと向かい、61年にそれを達成した。そうした両国の相違について若干の検討を加えておこう。

まず、ドイツの医療保険改革においては国民皆保険という構想はなかったことがあげられる。占領統治下にあっては一部でそうした構想がみられたが、西ドイツが伝統的な医療保険の再建に向かってからは、皆保険が目的とされることはなかった。その理由として、第1には、ドイツの医療保険がもともと労働者保険としてつくられたものであり、自分で医療が受けられる経済力のある者は医療保険の対象としないという認識が一般的であったことがあげられる。そうした認識の背景として、ドイツの職業身分制による社会保険の対応の違いがある。すなわち、被用者は労働者、職員、官吏に区分され、それに自営業者、農業者から成る職業身分があり、それに応じて社会保険の扱いが明確に区分されていた。当初、医療保険への加入が義務付けられたのは労働者と低所得の職員のみであった。その後、農業者が加えられ、自営業者には任意加入の選択が与えられ、労働者と職員の社会保険上の扱いが同じになったが、官吏と多くの自営業者は現在でも依然として医療保険には加入していない。

第2に、ドイツでは古くから多くの民間医療保険が存在し、公的医療保険への加入義務のない官吏、自営業者、所得の高い職員や労働者を主な対象として、国民の1割程度を抱え、厳然とした力を有してきたことがあげられる。こうした民間医療保険の加入者は公的医療保険に加入しようとはせず、公的医療保険による皆保険が望ましいという主張はほとんどみられなかった。もっとも、最近になって、SPDの医療保険改革案として皆保険を内容とする「市民保険案」が提示されている。職業身分による差異を解消するという点では抜本的な改革案といえるが、その改革の狙いは財源対策であり、未加入者の医療確保を主な目的とした日本の皆保険とは異なるものである。

5. 日本の皆保険制度の課題

一方、日本では国民皆保険の実現という形で戦後の医療保険の再建が終結した。しかし、そこには大きな課題が残されていた。1つには、3種8制度といわれたように制度が分立し、それらの制度間に大きな格差があった。例えば、被用者保険の本人給付率が10割、被扶養者が5割であったのに対して、国保は世帯主・家族とも5割であった。さらに組合健保では手厚い付加給付がつき、健康管理や保養施設等の保健施設事業があった。保険料についても、国保は全額自己負担であるのに対して、被用者保険は労使折半負担で、さらに組合健保では事業主の負担割合を高くすることが認められていた。これ

らは、健保組合が企業の労務管理施策と密接に結びついていたことを意味している。

2つには、財政状態が不安定であった。とくに国保は財政基盤が脆弱で、1959年から事務費の全額に加え、療養給付について定率分20%、財政調整交付金分5%の国庫負担が組み込まれていたが、皆保険発足後も継続し、62年には定率分が25%、財政調整交付金分が10%となり、66年には定率分が40%、財政調整交付金分が5%への増額が図られた。また、政管健保は給付支出の拡大に保険料収入が追いつかず、62年以降は毎年のように赤字を計上し、いわゆる「3K赤字」の1つとして大きな政治問題に発展した。

3つには、保険給付の水準が低かった。国保の給付率や家族給付率が低かったことに加えて、保険診療に多くの制限があり、傷病手当金や出産手当金のような現金給付も低かった。このうち、保険診療の範囲については、61年に制限診療が撤廃されたが、後に医学の進展・医療技術の高度化に対する保険診療の対応が、いわゆる混合診療の問題として取り上げられるようになった。また給付率については制度間格差の是正が課題となった。

第4に、皆保険体制に対応する医療供給体制が未整備であった。国民皆保険はしばしば「いつでも、どこでも、だれでも」という標語が用いられるが（注19）、それは単に全国民が医療保険に入っているということではなく、いつでも必要かつ適切な医療が受けられ、産業、職業、所得、地域等によって格差が生じないということを示している。したがって、国民皆保険にはそれに対応した医師、医療機関等の医療供給体制が整っていなければならなかったが、そこには手をつけないままのスタートであった。その背後には、診療報酬や保険診療をめぐる厚生省と日医との確執があり、皆保険の実施を急ぐ厚生省が、医療供給体制をめぐる日医と対立することを回避したことがあげられる。その結果、無医村問題にみられたように、医師や医療機関が地域的に偏在するなどの問題が発生した。

日本の医療保険は皆保険体制を基盤に著しい発展を遂げていったが、それは同時に医療保険が上記の課題の解決を迫られ、さまざまな対策を講じていく過程でもあった。

（注19）この標語の由来について二木立が詳細な検討を行っている（日本文化厚生農業協同組合連合会編『文化連情報』402号・404号、2011年を参照）。

Ⅲ 医療保険の拡大政策から抑制政策への転換

1. ドイツにおける拡大政策から抑制政策へ

ドイツで1969年に誕生したSPDとFDPの連立内閣の下で、医療保険の拡大が図られた。まず、被保険者の範囲の拡大が図られた。1970年に職員が医療保険の強制加入の対象となるか否かを区分する報酬の保険加入限度額（Versicherungspflichtgrenze）が引き上げられ、多くの職員が医療保険に加入することとなった。72年に「農業者医療保険法」が成立し、農業者疾病金庫がつくられ、農業経営者およびその家族が強制加入者となった。続いて75年に大学生と職業訓練生および障害者に適用が拡大され、81年には芸術家にも適用が広がった。また、給付面では、70年に疾病の早期発見措置が保険給付に導入され、73年には家事援助給付の導入、子どもが病気時の休業に対する傷病手当金の導入、入院期間制限の廃止等が行われた。

医療供給面でも拡大政策がとられた。1972年に「病院財政安定法」が制定され、病院の建設や大型機器の導入などの投資的経費は公費助成（最初は連邦政府と州政府から、後に州政府から助成が行われた）によって、経常的経費は疾病金庫からの診療報酬によって賄われるという「二元的財政方式」が導入されるとともに、病院における実費用が全て公費助成と診療報酬によってカバーされるという「実費用補填原則」が採用されることとなった。また、入院時の診療報酬が、診療科および治療内容等には関係なく「患者1人1日定額」を基本とすることとされた。これらの改革は病院財政の安定化をもたらしたが、やがて病院医療費が増大し、医療保険財政を逼迫させる要因となった。また、76年に医師不足に対応して、疾病金庫連合会と保険医協会による保険医需要計画（注20）の策定が行われることとなった。

以上のような拡大政策とともに、医療費が急増した。1970年から75年までの間に医療保険の支出総額が25億マルクから610億マルクへと年平均19.5%もの伸びを示し、「費用の爆発」（Kostenexplosion）と呼ばれた。それにともない平均保険料率が70年の8.1%から76年には11.3%へと上昇した。それに加えて、73年の第1次石油危機を契機に経済基調が不況へと向かい、保険料率の抑制を強く求められた。そのため、77年に戦後初めて「医療保険費用抑制法」（Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz）が制定された。

費用抑制法における主な対策としては、①関係団体の代表者による協調行動会議が賃金上昇率を基準に診療報酬引上げ幅の上限を勧告する（法的拘束力はない）、②年金受給者の医療費を医療保険者と年金保険者が折半負担し、医療保険者の負担を疾病金庫間で財政調整を行う（各疾病金庫が被保険者の保険料算定基礎収入に一律の連帯保険料率を乗じた額を拠出する）、③処方薬剤に対する患者負担の導入などがあげられる。

このときの年金受給者への対応は、医療保険よりも年金保険の負担軽減のために行われたものであるが、その後、医療保険も含めて年金受給者の医療費対策が大きな課題となった。財政調整の導入は、その後の医療費対策の中心的役割を担うようになった。また、診療報酬の上げ幅が賃金上昇率にリンクさせられたという点でも画期をなす改革であった。こうした対策により、保険料率は1980年に至るまでほぼ11.4%前後で横ばい状態を続けた。この改革を境にドイツの医療保険政策は拡大から抑制へと転換していった。

(注20) 比較的小さな地域ごとに各診療科における必要な医師数を定めたもの。当初は需要計画を大きく上回っても大きな問題とはならなかったが、次第に厳しくなり、最近では医師数が需要計画を上回る診療科ではそれ以上の医師の開業は原則として認められない地域が多くなっている。

2. 日本における拡大政策とドイツとの相違

ドイツにおける医療保険の拡大政策は経済成長に応じて行われ、抑制政策への転換も、経済基調の変化より数年遅れてではあるが、経済の変化に対応して行われた。しかし日本では、医療保険の拡大政策の展開とそれから抑制政策への転換が、経済の動きから著しく遅れる形で行われた。経済成長が終わる時に大幅な拡大政策を講じ、経済が不況に陥っても医療保険は拡大政策を維持し続け、抑制への改革が行われたのは、経済基調が変わってからほぼ10年が過ぎた頃からであった。

この時期の日本の状況を簡単にフォローしておこう。1955年からの高度経済成長にともなって1970年にはほぼ完全雇用に達した。賃金が上昇し農家所得も上昇するなかで、国民の間で「中流意識」が広がるという状況を呈したが、消費部門におけるモノの豊かさに比べ、住宅や生活環境の未整備、物価上昇、公害、交通難、そして低い社会保障水準などが「経済成長のひずみ」として問題となった。「くたばれGNP」という言葉が流行し、経済成長優先から福祉優先への転換を求める声が高まった。また、70年代に入ると国際収支の累積黒字が海外から批判を受けるようになり、その対応策として内需の拡大が主張され、その一環として社会保障給付の引上げが求められた。72年の『経済白書』は「新しい福祉社会の建設」を副題に掲げ、成長と福祉の乖離を指摘し、内需拡大政策を通じての是正を提言した。

こうした背景のなかで、医療保険は60年代半ばから3つの問題を抱えていた。1つは政管健保の赤字問題である。それに対して政府は、67年に保険料率の引上げ、患者負担の拡大、国庫負担の増額、赤字の一時的棚上げなどを内容とする時限立法の「臨時特例法」を制定し、さらにその本法繰入れを強行したが、赤字問題の解決には至らなかった。2つは、制度間格差の是正のための抜本改正が求められるなかで、与野党、関係団体が対立し、改革案がまとまらない状況が続いていた。3つは、63年に制定された老人福祉法で健康診断が行われるようになったが、病気発見後の保険診療による患者負担が高い

ことが指摘され、60年代末から老人の自己負担を軽減ないしは無料にする自治体が増加していった。当時は革新自治体が広がり、保革伯仲の政治状況のなかで政府自民党は、老人医療費の自己負担に関する対応を迫られていた。

3. 日本の70年代の改革

このような課題に対して、社会保障の充実を図る方向で対応しようとしたのが、70年代の改革であった。その嚆矢となったのが、72年の老人福祉法の改定による「老人医療費支給制度」の導入である。高齢者の自己負担分を公費で負担するというもので「老人医療費の無料化」と呼ばれ、73年1月に実施された。

続いて73年度予算編成にあわせて、給付改善と財政対策をセットにした改革案がつくられ、73年4月に実施された。主な内容は、①被用者保険の被扶養者給付率の7割への引上げ、②高額療養費制度の創設、③政管健保の保険料率の引上げ、④政管健保への10%の定率国庫補助の導入と弾力条項（保険料率を0.1%引き上げた場合に国庫補助率を0.8%引き上げる）の導入、⑤72年度までの政管健保の赤字棚上げと一般会計からの補填、などであった。

こうした改革は、国庫負担を傾斜的に配分することによって、財政力の弱い制度の給付水準を引上げ、制度間格差の是正と財政基盤の強化を図ろうとするものであった。国庫負担主導による改革といえよう。これによって政管健保の赤字問題と制度の抜本改正をめぐる問題は一応の決着をみた。

73年の改革は医療保険だけではなく、年金制度では大幅に年金水準が引き上げられ、生活保護や社会福祉サービスの水準も大幅に引き上げられた。73年の厚生省予算は対前年度比で31.1%も増加し、61年度以来の大きな伸びを示した。こうした予算措置を政府は「福祉元年」として喧伝した。その言葉からもうかがわれるように、政府は経済成長が持続し、それによる潤沢な財源で、福祉2年、福祉3年と続くことを想定していた。

しかし、1973年10月、中東戦争による石油危機が契機となって高度経済成長は終わりを告げた。福祉元年の改革はその前提が消滅し、想像もしなかった大きな困難に直面することになった。しかも石油価格の上昇はインフレを激化させ、医療保険では74年に2度にわたって診療報酬が改定され、あわせて36.3%もの引上げが行われた。国の一般会計における社会保障関係費の伸び率は、74年度、75年度とも30%台となり、一般会計の伸び率を2倍近くも上回った。74年度の実質経済成長率はマイナスとなり、75年度の補正予算で10年ぶりに赤字国債が発行された。しかし、給付の改善は国民の要請に応えるものであったし、保革伯仲の政治状況も絡んで給付の引下げは行われなかった。国民医療費は増大し、70年に2兆4,962億円であったのが、73年改革を経て75年には6兆4,779億円、79年には10兆9,510億円に達した。

経済基調が変化したのに、医療保険は依然として高度成長型のまま拡大を続けていっ

た。この過程で高齢者の受診が促進され、制度間の格差は縮小され、保険診療は国民生活の深奥まで浸透していったが、低成長経済の下で財政赤字が膨らんでいく状況を放置することは許されなかった。こうして医療保険制度の構造改革が求められた。

IV 医療保険の構造改革

1. ドイツの医療保険改革法(GRG)による改革

ドイツでは医療保険費用抑制法によって保険料率の上昇がいったんは収まったが、1980年頃から再び医療費が増大し始め、それにともなって保険料率も上昇していった。それに加えて、1979年の第二次石油危機によって経済状況が著しく悪化し、医療費の抑制が強く求められた。そのため80年代前半から半ばにかけて相次いで医療費抑制策が講じられたが、いずれもその効果は短く、87年には平均保険料率が12.6%まで上昇した。

そうした状況に対して、CDU政権のブリューム連邦労働社会大臣は医療保険制度の包括的な構造改革を行うこととし、議会内外での激しい反対を押し切って、88年12月に「医療保険改革法」(Gesundheitsreformgesetz, GRG)を制定し、89年1月から段階的に実施した。その主な内容は、①医薬品の定額給付制(参照価格制)の導入、②患者負担の拡大と低所得者に対する免除・軽減措置の導入、③予防給付の拡大(2年に1度の心臓・循環器疾患・腎臓病・糖尿病等の健診、乳幼児健診の期間延長など)、④在宅の重度要介護者に対する介護給付の導入、⑤疾病金庫間の財政調整の拡大(年金受給者医療保険、高額療養費、財政窮迫疾病金庫に関する財政調整)、⑥年金受給者に対する保険料賦課(年金受給者に保険料を課し、年金保険者との折半負担になるまで段階的に引き上げる)、⑦医学部定員基準の引下げ、⑧病院費用比較リストの作成、など広範囲にわたっている。

GRGによる改革は、この頃世界的潮流であった新保守主義による市場競争の導入という政策とはかなりかけ離れている。当時のコール政権では、鉄道や郵政の民営化、税制改革など市場主義的な改革が行われたが、その一方で社会保障政策、労働市場政策、家族政策等においてはそれとは異なる改革が行われた。在宅介護給付の導入、予防給付の導入、財政調整の拡大などがその典型で、被保険者間の連帯を強化しながら、新たな社会的ニーズに対応しようとする意図がみられる。なお、在宅介護給付は、1994年に介護保険法が制定(95年に実施)されたこととともない廃止された。医療保険給付費の増大を招いたが、要介護認定や介護給付について介護保険に先立つ試行として大きな意義を有している。

こうした特徴は、当時のCDUにおける「新しい社会問題」への取組みによるものと思われる。すなわち、この政策を主導していたCDU幹事長のガイスラーによると、従来社会政策の対象となってきた労働問題は「古い社会問題」であり、それは既に社会的

強者となっている労働組合が同じ社会的強者である使用者との間で解決できる問題である。それに対して、子ども、母子、主婦、高齢者、障害者などの非組織者、非生産者は、自らの生活に関わる問題を解決できないまま社会的弱者に押しやられ、貧困のまま放置されている。彼らの抱えている問題こそ「新しい社会問題」であり、これからの社会政策は育児、介護、家事、老後生活、障害者支援などの領域に取り組んでいかなければならないというのが、その基本認識である（注 21）。新しい社会問題の認識と対応は、その後、育児手当法や介護保険法の導入など、その後の福祉改革をもたらした。そこでは社会保障給付について、実際のニーズにあったものにする、全体の総額を抑えつつより公平になるように再編成すること、個人の社会的義務心が養われるように行われること、人道的かつ経済的に制度間格差が是正されること、個人的願望への考慮を萎縮させないようにすることが重視されていた（注 22）。こうした取組みにより CDU は左ウイングを広げたといわれ、コール政権の長期にわたる支配をもたらしたともいわれている。ガイスラーやブリュームの社会保障政策は、キリスト教的博愛主義による連帯を基盤にしたもので、後にエスピン・アンデルセンが「保守主義的福祉レジーム」と称したドイツ型福祉国家の理念・政策の特徴をもっとも典型的に示しているともいえよう。

（注21） Mitglieder der CDU-Kommission, Das christliche Menschenbild als Grundlage unser Politik : Diskussionentwurf der vom Bundesvorstand eigesetzten Kommission, 1988; H.Gaißler, Die Neue Soziale Frage,1976. ガイスラーの「新しい社会問題」については、宮崎、前掲論文に詳しく論じられている。

（注22） Geißler, a.aO., S.13-16.

2. GRG による改革の効果

GRG の改革によって、1989 年に 13.4%であった平均保険料率は 90 年に 12.2%まで低下した。しかし、その効果は短く、91 年には再び保険料率が上昇に転じ 13%を超えた。さらに疾病金庫間の保険料率格差が大きくなり、その是正が求められた。このように GRG が当初の目的を達成できなかった原因として、次の 3 点をあげることができる。第 1 点は、医療の需要面からの対策が主であり、供給面からの対応、とくに病院費用の抑制策が講じられなかったことである。第 2 点は、ドイツでの改革法はその大枠を定め、詳細については当事者間の協議で決めるとすることが多いが、GRG では定額給付制をはじめ当事者間の利害対立が激しく、そうした作業が進まなかったことである。第 3 点は、東西ドイツの統合という状況が生まれ、西側の医療保険制度を東側にも導入するということが優先され、改革へのエネルギーが削がれたことがあげられる（注 23）。

（注23） GRG については、土田武史「西ドイツにおける医療保険改革—『新しい社会問題』への対応と医療保険の『効率化』—」国士舘大学政経学会『政経論叢』75・76 合併号、1991 年、を参照。

3. 医療保険構造法(GSG)による競争政策の導入

1989年のGRGによる改革が所期の目的を達成し得ないなかで、東西ドイツの統一を経て東側にも西側の医療保険制度が導入された。その間に医療費は増大を続け、1992年には平均保険料率が14.2%となった。そうしたなかで新たに連邦保健大臣となったCSUのゼーホーファーは、与野党の医療政策担当者を集めて医療保険の改革について検討を行い、合意をとりつけた。いわゆる「ランシュタインの合意」である。これをもとに92年12月に「医療保険構造法」(Gesundheitsstrukturgesetz, GSG)を制定し、93年から段階的に実施した。

GSGでは、費用増大を抑制するための暫定的対策を講じ、その間に中長期的な抜本改革を準備し実施するという二段構えの方策がとられた。暫定的対策は、外来・入院・薬剤の分野ごとに予算を設定し、給付の伸びを保険料算定基礎額の伸びの範囲内に抑えようとするものである。中長期的対策は多岐にわたっているが、その支柱をなすものが、①被保険者の疾病金庫選択権の拡大、②疾病金庫間のリスク構造調整の導入、③疾病金庫の合併要件の緩和、④疾病金庫内の組織改革、という保険者間競争の導入に関する改革と、⑤病院の診療報酬体系の改革(1件当たり包括払い方式の導入など)、⑥保険医需要計画の見直し(保険医の開業許可の制限など)、⑦薬剤価格の引下げなど医療供給体制に関する改革であった。

なかでも疾病金庫選択権の拡大は、全ての被保険者に疾病金庫を選択する権利を与えることにより、疾病金庫間で被保険者獲得のための競争を行わせ、それによって保険料率の抑制と保険料率格差の是正を図ろうとするもので、社会保険の枠内における市場競争策の導入である。疾病金庫の合併要件の緩和は、弱小の地区疾病金庫を州単位で統合し競争力を付与することと、競争に敗れた疾病金庫を勝ち残った疾病金庫が吸収合併できるようにするための措置である。また、リスク構造調整の導入は、疾病金庫間のリスク構造による財政較差を是正し、競争を公正なものとするために、各疾病金庫の被保険者の性・年齢・被扶養者数・所得・障害年金受給者という5つのファクターによる財政較差について事前に財政調整するというものである。また、そうした疾病金庫間の競争に立ち向かうために、疾病金庫の理事は労使の代表から保険経営の専門職に改められた。

この改革により、多くの被保険者が疾病金庫間を移動し、保険料率の高い疾病金庫は淘汰され、疾病金庫数は急激に減少していった。それにともない保険料率格差は縮小され、保険料率の上昇も抑えられた。その一方、被保険者の移動にともない、産業や職域、地域等による疾病金庫の仕切りはなくなり、疾病金庫にはさまざまな業種、職業、地域の被保険者が入るようになり、疾病金庫内の被保険者の連帯も急速に弱くなっていった。疾病金庫と被保険者の関係は、サービス提供者と顧客の関係に変わった。

しかし、被保険者の移動が次第に少なくなるにつれて、疾病金庫間の格差が固定されていった。それにともない保険料率が再び上昇に向かうようになった。また、保険料率

を低く保つことが競争に勝つための必須要件となったことから、傷病者や高齢者などリスクの高い被保険者を疾病金庫が忌避する傾向が強まり、そうした医療保険のあり方への批判も強まっていった。

4. 日本の1980年代の構造改革—老人保健法導入と健康保険法等の改正

日本では、1970年代を通じて医療費が増大し続けるなかでとくに問題となったのが老人医療費であった。老人医療費支給制度の実施にともない、73年度に4,290億円であった老人医療費が75年度には8,670億円へと倍増し、その後も年平均20%近い伸び率を示した。老人医療費の急増は、制度間の老人医療費の負担格差を拡大した。とくに国保では、第一次産業従事者の高齢化に加えて、定年退職による国保への加入者が増大し、国保における老人加入率が著しく高くなった。さらに、老人医療費支給制度と高額療養費制度により、老人医療費のうち公費で負担する自己負担分を除く医療費が国保の負担となり、実質的には老人医療費の大部分が国保にのしかかることになった。このことは国保財源の過半を負担する国の財政負担となつてはねかえてきた。

また、老人医療費支給制度に対する批判も多くなった。患者負担の無料化は老人の受診を容易にした反面、老人のハシゴ受診や病院待合室のサロン化といった現象が指摘され、過剰な検査や投薬、長期入院といった過剰診療が問題となった。さらに老人医療対策が医療費対策に偏り、予防からリハビリテーションに至る総合的な保健医療サービスの提供といった視点が欠けていることも批判された。

厚生省は1976年から老人医療費の見直しに着手し、小沢私案や橋本私案など幾つかの改革をめぐる論議の後、81年6月に老人保健法案を国会に提出した。その主な内容は、①患者一部負担の導入、②70歳以上の医療費について患者負担を除く医療費の30%を公費負担、70%を保険者負担とする、③保険者負担については各制度間の老人加入率の相違を調整して各保険者が共同で負担するという財政調整を行う、④40歳以上に健康診査などの疾病予防やリハビリ等の保健医療サービスを行う、というものであった。これに対して日医、健康保険組合連合会、日本労働組合総評議会等から一斉に反対の声があがるなかで、改革案を支持し側面から大きな援護を行ったのが第二次臨時行政調査会（以下、第二臨調という）であった。第二臨調は新保守主義の流れに沿って「増税なき財政再建」を掲げ、老人保健法の早期実施を求めた。第二臨調の支援を受けて、82年に老人保健法が成立、83年に施行され、それにともなって老人医療費支給制度は廃止された。

この改革により日本で初めて財政調整が実施されたことの意義は大きい。老人保健法の施行によって医療保険政策は拡大から抑制へと転換を遂げ、それを嚆矢として社会保障の各分野において制度改革が展開された。

老人保健法に続いて、1984年に健康保険法等の改正が行われた。この法改正は直接的には医療費抑制を目的としていたが、それにとどまらず、中長期的視点から医療保険制

度の抜本改革を企図したものであった。そこでは医療保険の体系を見直し、医療費の抑制と効率化を図り、財政基盤を強化することに重きが置かれていた。この改正は老健法と並んで、その後 20 年余りにわたって日本の医療保険制度のあり方を規定することとなった。

84 年改革で注目されることとして、次の 3 点があげられる。1 つは医療費の伸びを国民所得の伸び率程度にとどめるという方向がとられるようになったことである。2 つ目は、負担と給付の公平を図るとして、被用者保険の本人給付率を 9 割に引き下げるとともに、退職者医療制度を設けたことである。給付率については、それまで上位平準化を目指して格差の是正が図られてきたが、これを契機に下位平準化に向かうこととなった。また、退職者医療制度は、被用者保険から国保に加入してきた退職者とその家族について被用者保険並みの給付を行う一方、その医療費を本人の保険料と被用者保険からの拠出金で賄うというもので、給付の平準化と財政調整を絡み合わせたものである。そして 3 つ目には、混合診療禁止の原則を維持しつつ医療の高度化や患者ニーズの多様化等に應えるため、厚生大臣の認める高度先進医療と選定療養について、一定の条件下で保険診療と自由診療の併用を認める「特定療養費制度」を創設したことである。これによって、高度な医療技術等を安全性や普及性等を確認した後、徐々に保険診療に移行させていくという対応がとられることになった。

この改革ではさらに、日雇健康保険を廃止し健康保険に組み入れること、5 人未満事業所について段階的な適用拡大を行うこと、被用者保険の標準報酬の上下限を引き上げることなども行われた。また、85 年にはほぼ四半世紀ぶりに医療法の改正が行われた。これ以降、医療供給体制の整備が進められ、また医師や医療機関等に対する厚生省の規制も次第に厳しく行われるようになった。

こうした費用抑制策を盛り込んだ医療保険改革は、第二臨調の答申に適うものであり、厚生省は第二臨調の優等生ともいわれた。この改革は端的にいうと、それまで国庫負担の傾斜的な配分によって行ってきた制度間格差の是正と財政基盤の安定化が限界に達し、それにかわって財政調整を通じて被用者保険に国庫負担の一部を肩代わりさせ、皆保険体制を維持していこうとするものであったといえよう。この改革によって、しばらくの間、医療保険財政の安定がもたらされた。

V 2000年代における日独の医療保険改革

1. ドイツの大連立政権による競争強化法の導入

ドイツではGSGによる改革の後、しばらくの間安定的に推移したが、再び医療費の増大による保険料率の上昇と、疾病金庫のリスク選別という問題をもたらした。そうした問題に対応するため、2000年に公的医療保険連帯強化法、2001年にリスク構造調整改革法、2003年に公的医療保険近代化法などによる改革が行われたが、その効果は短く、抜本的な構造改革が求められた。そうしたなかで2005年の連邦議会選挙では医療保険改革が1つの焦点となり、SPDは「国民保険案」、CDU・CSUは「連帯的医療プレミアム案（包括的人頭払い案）」を掲げて激しく争った。しかし、いずれの政党も過半数に達せず、両党の大連立政権が誕生した。そのため両党は連立与党として政策協定を結び改革案を策定することとなったが、両党の改革の主張を一本化することが難しく、大連立政権発足から8ヵ月後の06年7月ようやく合意に達した。こうして2007年2月に「公的医療保険競争強化法」(Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung, GKV-WSG)が成立し、07年から09年にかけて段階的に実施された。

2. 競争強化法の内容

競争強化法による改革は多岐にわたっているが、主なものとして、①無保険者の解消（無保険者を公的保険または民間保険に加入させ国民皆保険とする）、②給付の拡大（医療リハビリテーションの法定給付化、在宅看護の拡大、病院の外来診療の拡大など）、③法定の統一保険料率の導入、④連邦政府補助金の拡大（注24）、⑤連邦保険庁の管理下に医療基金を設立、⑥罹病率によるリスク構造調整の導入、⑦医療基金が疾病金庫間のリスク構造調整を行い、その算定に基づく交付金（法定給付のための予算）を各疾病金庫に配布、⑧付加保険料の設定、⑨選択タリフの導入、⑩保険医の診療報酬体系の改革（外来診療に対する包括払いの導入）、⑪種類を越えた疾病金庫の合併の認可、⑫疾病金庫の組織改革（注25）、⑬民間医療保険の改革、などがあげられる。

このうち①から⑧の事項が、競争強化法の中核をなす財政改革である。その内容を簡略化していうと、全疾病金庫の保険料収入と連邦補助金を医療基金に集め、医療基金が疾病金庫ごとに被保険者の罹病率等を加味して行ったリスク構造調整によって算定した交付金を各疾病金庫に配布し、各疾病金庫はその交付金で法定給付を行い、赤字が出た場合は付加保険料を徴収して補填することができるが、その場合には被保険者が直ちにその疾病金庫をやめて他の疾病金庫に移動することができるというものである。また、統一保険料率の導入は、従来の保険料率をメルクマールとする疾病金庫間の競争に終止

符を打つものであるが、それにかわって金庫経営の成果（赤字か黒字か、また黒字額はいくらか。黒字分は被保険者に分配できる）をめぐる競争を導入し、赤字経営の疾病金庫は種類を越えた合併によって淘汰していくという施策である。その際、競争を公正なものとするために、新たなリスク構造調整では、性・年齢に加えて「罹病率」をリスクファクターとし、80の疾病に関して調整金を算定し、それらの罹病者を多く抱える疾病金庫が競争上不利とならないような配慮がなされている。

さらに、⑨の選択タリフは、疾病金庫が付加給付的なプログラム（統合的医療、疾病管理プログラム、自営業者への傷病手当金など）や、民間保険的なプログラム（保険免責、保険料償還、保険外給付など）を設定し、被保険者との任意契約でそれらのサービスを提供するもので、これにより疾病金庫間の競争を喚起することを目的としている。また、⑬の民間医療保険の改革では、公的医療保険と同等の給付を行う基本タリフの導入を義務付け、ハイリスクの者に対する割増保険料を禁止し、現金給付に加えて医師による医療サービスが義務付けられた。また、被保険者が他の民間医療保険に移動する際に老齢積立金の携行を認めるなど移動を容易にさせ、民間医療保険間の競争を喚起するような対策も講じられた。これらは、公的保険のなかに民間保険的な手法を取り入れる一方、民間保険を公的保険に接近させるものであり、将来的に両者の統合を企図しているのではないかともしわれた。

(注24) 2004年の医療保険近代化法(GMG)で「保険になじまない給付」として妊娠、出産等の母性保護に関する給付、子の病気による休業時の傷病手当金、病気のため家事を行う者がいなくなった場合の家事援助などが医療保険給付から削除され、連邦政府の補助金で賄われることになったが、2007年改革でその額が増額された。具体的には、2007年25億ユーロ、08年25億ユーロ、09年(財政改革の実施年)40億ユーロとし、10年以降は140億ユーロに達するまで14億ユーロずつ引き上げていくというもの。疾病金庫への補助額は被保険者数に応じて行われるため、用途は「保険になじまない給付」に限定されない。上限の140億ユーロは保険給付総額のほぼ7%程度と推計される。

(注25) 2008年12月31日に疾病金庫の種類ごとに設けられていた連邦連合会が公法人としての資格を失い、民法上の団体に変更された。これに対応して、07年4月に全ての疾病金庫を統合する団体として設立された「連邦中央疾病金庫連合会」(Spitzenverband Bund der Krankenkassen)が、08年12月31日に公法人となった。また、07年4月に地区・企業・同業組合の疾病金庫を統合した「疾病金庫連邦連合会」、「ドイツ鉱夫・鉄道・海員年金保険」(先に統合した年金保険者が医療保険者をかねることになったもの)、各州の農業金庫を統合した「農業疾病金庫」が設立された。この組織は民法上の組織で、社会法典に関わる事項の決定、医療保険メディカル・サービス(MDK、医療給付に関わる専門事項の検討や病院等への立ち入り検査などを行うほか、介護保険の要介護認定を担当している)の共同設置、補助具や療法に関する認可の推薦、医療リハビリテーションの適用カタログの作成などを行う。こうした組織改革の背景として、疾病金庫の統合が進み、多元的分権的組織構造が大きく変化していることがあげられる。

3. 日本の構造改革法の導入

日本では、1980年代の改革の後、幾度かの改革の試みが行われたが、実施には至らなかった。1990年代半ばから経済のグローバル化にともなう市場競争の激化、少子高齢化の進展、長期不況といった経済社会状況が大きく変化するなかで、97年に2000年の実施を目指して、長期的な視点に立った構造改革が試みられ、高齢者医療制度の改革、診療報酬体系の改革、薬価制度の改革、医療供給体制の改革という4分野の改革が企図されたが、いずれも関係団体の合意には至らず、失敗に終わった。

その後、財政対策を中心に暫定的な措置が幾度か講じられた後、2003年に先の改革案に沿って、高齢者医療制度の改革、保険者組織の改革、診療報酬体系の改革を柱とする構造改革を行うことを閣議決定した。それを受けて厚生労働省が改革案を策定し、06年に「医療保険構造改革法」が制定され、段階的に実施された。そこでは上記の3つの改革に加えて、医療費対策が改革の大きな柱になった。また医療供給体制に関して医療法改正が行われた。

その主な内容は、①生活習慣病の予防と在院日数の短縮を中心とする医療費抑制策、②老人保健制度にかわる新しい高齢者医療制度の導入（後期高齢者医療制度の創設、前期高齢者の医療費に関する財政調整の実施）、③医療保険者の再編（政管健保にかわって全国健康保険協会を設立、市町村国保の都道府県単位への移行準備、財政窮迫組合・小規模組合の都道府県を単位とする地域健康保険組合への再編）となっている。

改革の主な特徴としては、医療保険制度と医療供給体制の2つの領域に関わる改革であること、全体的に都道府県を単位とする保険者組織への再編を促すものであること、高齢者を対象とする独立の保険制度を創設するとともに包括的な診療報酬体系導入の試みを講じたこと、中長期的な医療費対策と短期的な医療費対策を併用していること、医師の不足・偏在に関して診療報酬による対応策を講じたことなどをあげることができる。もっとも、そのうちの高齢者に関する新制度については、09年の政権交代により登場した民主党政権のもとで後期高齢者医療制度の廃止を前提とした改革案が策定されている。

おわりに

これまでの日独の医療保険改革をみると、ドイツで1993年に導入した競争政策以来、日独の医療保険制度および医療保険政策の相違が著しく拡大していることが指摘できる。ドイツでは公的医療保険という枠内で市場競争を導入し、しかもその競争を公平に行うことを求めていった結果が、07年の改革による統一保険料率の導入、政府管理下の医療基金による保険料収入と連邦補助金の一括管理、医療基金によるリスク構造調整と各疾病金庫への法定給付交付金（予算）配分という、本来の市場競争からは大きく乖離した

制度・政策へと向かうという逆説的な結果をもたらした。強固であった被保険者間の連帯も、被保険者と使用者の連帯も、著しく弛緩した。保険料率の抑制という目的から導入された保険者間競争が、パンドラの箱を開けたごとく、このような事態をもたらすことになるとは想像もしていなかったものと思われる。社会保険における競争政策を考える際に参考とすべき事例といえよう。

日本については、国民皆保険発足時から制度間格差の是正と保険財政の安定化という課題を抱え、その対応を中心に医療保険政策が展開されてきたが、1980年代前半の改革によってその課題はほぼ克服され、その後10年近くにわたって比較的安定した状況を迎えた。その後、1990年代半ば頃から医療保険が抱えた問題は、同じく格差問題であり財政問題であったが、その内容はかつてのものとは要因が異なっており、対応策もそれに対応したものでなければならないと思われる。

そうした意味で2006年改革が、時代の変化に的確に対応したものであったかどうかについては疑問が残るにしても、新たな時代の変化に対応しようとした改革であるとはいえよう。ドイツの競争強化法のように、制度のパラダイム転換ともいべき大きな改革ではないが、時代の変化に対応しようとする兆しはみられる。

ここで時代の変化というのは、日本の社会保障の前提としてきた条件が大きく変わってきたということである。例をあげると、被用者保険では、前提としてきた正規雇用・長期雇用・完全雇用という状況が大きく変容したなかで、その変化に対応できず、被用者保険のネットからこぼれ落ちていく人びとが増大している。それに対して一部では、非正規雇用の正規雇用化という形で従来の雇用システムを再構築する試みが展開されている。しかし、そうした試みは評価に値するとしても、そこには限界があることは明らかであろう。新しい格差問題への社会保険の対応が求められているといえよう。

また、市町村国保では、被保険者構成が大きく変わり、低所得者や無収入者が増大し、保険料（税）の収納率低下が大きな問題となっている。財政悪化のなかで多額の一般会計繰入れが行われ、財源不足と財政硬直化を招き、そこからの脱却を求められている市町村も少なくない。新しい財政問題といえよう。

現在、新たな改革が模索されているが、各種医療保険の特性に配慮することも必要であろう。健保組合、協会けんぽ、共済組合、市町村国保、国保組合、後期高齢者医療制度によって財政基盤が異なり、保険料収納率、医療費対策、疾病予防対策等の取り組み方も異なる。こうした医療保険組織による相違を無視した措置が、医療保険組織における連帯を後退させることも少なくない。今後の対応に注目したい。