

# 医療保険制度を支える

## 健康観と政策<sup>[1]</sup>

坂井 清香

宇土市役所

地域保健サービスの提供者として保健行政の現場に身を置く筆者は、日頃から政策と政策を実施する現場との間にある種の乖離があると感じている。本稿のねらいは、この乖離が何であるのか、乖離を埋めるための術があるのかを見出すことにより、医療保険制度改革を目指す政策が現状に沿った形で実施されることを展望することにある。分析手法としては、健康に関する言説分析及び政策の歴史的分析を用いて政策と健康観の変化を追った。また、政策システム論を用いて、政策立案及び政策実施の観点から国・都道府県・市町村・国民という4層それぞれの政策に対する認識を探り、その関係性について視覚化することを試みた。その結果、各層の政策に対する認識のズレにより、掲げられた政策と政策を実施する現場との間に乖離が生じることが示唆された。そこで、各層間の政策に対する認識のズレを軽減させるための方策として、政策システムの全体像を把握したうえで、相互に積極的な議論を行うことの必要性を指摘した。

### 1. はじめに

地域住民への保健サービスは、地域保健事業に関する政策を活動根拠として提供される。筆者は、そのような保健サービスの提供者として現場に身を置きながら、疑問を感じるものがしばしばあった。それは、保健政策や医療政策（以下、「保健政策等」とする）が本当に国民の健康づくりに役立つものなのか、その趣旨や意義は受け手である国民に適切に伝わっているのかという疑問である。この疑問をさらに突き詰めると、掲げられた政策と保健サービスの現場との間に、ある種の乖離があると推測される。保健サービスの現場から眺めると、確かに描かれた政策を通して医療制度改革に向けた国のグランドデザインを知ることができる。しかし、トップダウン式の制度設計や政策立案、現状にそぐわない標準化に基づく評価指標の設定は、政策を具体化した制度が地域に根づくことを困難にしているものと思われる。

本稿では、まず、医療保険制度を支える政策の変化がその時代の健康観と影響し合っていることを確認する。そして制度が国レベル、都道府県レベル、市町村レベル、国民レベルの各層で認識される際に生じるズレが上述の乖離を生むものと仮定し、政策検討過程の各層にどのような影響をもたらすかを把握する。

具体的には、特定健康診査（以下、「特定健診」とする）・特定保健指導を医療制度改革実現のために重要な位置を占める保健政策の一つとして捉え、県下市町村（国民健康保険）の実施状況について事例分析を行う。特定健診・特定保健指導は、科学的根拠に基づきモデル地域での調査研究を根拠に始動したとされているが、実際に地域保健活動に携わる中で「放っておいて欲しい」「制度が変わっても自分には関係ない」などと地域住民から批判的意見を受けることが多々ある。これらは、一部の意見ではあるものの、地域住民の生

の声であり、筆者が政策と地域の現状との間に乖離、すなわち政策への認識のズレがあるとの問題意識を持った重要な背景である。

研究手法としては、政策研究の理論的枠組みの中で政策システム論及び言説分析を用い、医療政策研究の系譜から現在の医療保険制度を支える政策の検討過程にフォーカスを当てた分析を行う。これらの分析枠組みの活用により、政策革新の動きを大きく捉えつつコミュニケーションによる相互作用過程を把握することが可能となる。これは、これまで各領域で分析されてきた成果を活用しつつ、単一領域分析のみでは現状理解が困難になっている保健医療福祉分野を複眼的な視点で理解しようとする試みである。なお、政策革新を複眼的視点により捉えた構造は、図-5に示している。

以上により、現状に沿った形で保健政策等が実現されることを展望することを本稿のねらいとする。

## 2. 研究の視点

### (1) 研究の分析枠組み

#### a) 政策研究の視点

政策研究は、これまで政治学、行政学、政策学等において様々な分析枠組みを用いたアプローチがなされてきた。分析枠組みとしては、政策段階論、新制度論、合理的選択論、政策システム論、言説分析などがある。

政策段階論は、一般的な政策過程の流れを捉えるのには有効だが、現実の政策では逐次性・直進性が否定されるという限界を持つ。新制度論は、諸アクターの行動といった動態面に関心を持ち、政治の実態を描き出すことを得意とするが、完全に個人に還元されたり完全に制度に還元されたりはしないという基盤の弱さを持つ。合理的選択論は、アクターが特定の選考を持って普遍的な前提に基づく選択を行うことを想定するが、人間の選択プロセスは消して普遍的でないという主張する批判があり、制度の形成理由を十分に説明できないという限界が存在する。

政策システム論は、これまでの政治空間のダイナミズムと関連づけた政策システムの視点から政策革新の動きを解明することを試みたものである。個々のアクター行動など細かい要素の分析には向かないが、政策形成に関与する主体間の相互作用の構造を把握するのに有効である。政策システムが腐朽して環境変化に十分対応できなくなった場合には、その外に存在する変化のメカニズムが重要な役割を果たす。政策システムにこのような変化をもたらすメカニズムとして「メタ政策システム」がある。メタ政策システムは、政策システムの構造に対して各主体が直接的・間接的に働きかけることにより政策革新を実現するメカニズムを指す。その特徴として、「政策システムに比べて、その構造よりも個人のリーダーシップや特別に組織されたアドホックな場が重要な役割を果たすこともある[城山英明・前田健太郎；2008 15ページ]」こと、政策システム内での課題解決が困難な状況において改革の起爆装置となり得ることが指摘されている。

言説分析は、方法論的に曖昧な部分があるものの、政策の価値観そのものやコミュニケーションによる相互作用過程を把握することができるの特長を持つ。

本稿の関心は、現行の医療保険制度改革に関する政策に対する政策立案・行使主体の認識過程や認識の構造にある。そこで、複雑に絡み合った政策過程を分析するのに適した汎

用性を持ち操作可能性が高い分析枠組みである政策システム論をもとに特定健診・特定保健指導に係る政策認識の構造について分析を試みる。また、健康観と政策の変遷を言説の視角から分析する。

#### b) 医療政策研究の視点

政策の実施次元に近いミクロな視点での医療政策に関する研究は、これまで様々な立場からの議論が展開されている。衛藤によると、政策評価を志向する分析、政策過程に注目し現実描写を試みる分析の2つの論証スタイルがあるという。前者は医療や医療政策のあるべき姿を設定した場合に現状にいかなる問題があり、どのような解決方法があるのかを論じるのに対し、後者は価値規範を設定せずに政策の中身ではなくその過程に注目する。また、「政策」を政府レベルに限定せず、現場の組織レベルまでを研究の射程としている池上の研究では、各局面においてアクターが政策実現のためにできることについて考察し、政策システム全体で改善を志向するとの特長が見られる。

以上により、各研究領域で分析されてきた成果をもとに、複雑化により歴史的分析及び政策過程分析だけでは理解が困難となっている保健医療福祉分野を複眼的視点により考察する。

### 3. 健康観の変遷と医療保険制度

#### (1) 健康観の変遷

わが国の「健康観」は、各時代の国民生活に必要な健康状態を理想像として捉える視点を基礎とし、外国の影響を受けて独自の変遷を遂げた。本節では、言説分析により戦前から戦後にかけての健康観の変遷を追う。

##### a) 世界的潮流

健康の捉え方は国によって異なり、健康課題に対する政策も様相を異にしている。その背景としては、過去の植民地において当時の宗主国の文化の影響を受けた健康観が醸成されたことなどがある。

健康観の協議や審議は、国際機関及びその補助機関において深められた歴史があり、世界の潮流を主導する国際的な諸機関、特に世界保健機関（以下、「WHO」とする）の意向は、わが国の保健政策等に大きな影響を与えている。

第2次世界大戦後には、WHOにおいて「完全な身体的、精神的、社会的に良好な状態であり、単に疾病又は病弱の存在しないことではない」という健康観が提唱された。この時代に、科学技術の飛躍的發展に伴って先進諸国における人々の平均寿命延伸が達成された。しかし、科学技術の発展による高度医療の恩恵は先進諸国のみが享受し、開発途上国は依然として感染症をはじめとした健康問題に直面していた。この格差是正を目指し、特に開発途上国の健康課題改善を目指して1978年にWHOと国際連合児童基金（UNICEF）共催の国際会議にて「アルマ・アタ宣言」が採択された。ここでは、「全ての人に健康を（Health For All）」とのスローガンをもとに、プライマリケアを中心とする医療再編が提唱された。これに対し先進諸国へ向けて発信されたのが「オタワ憲章」であり、健康増進やヘルス・プロモーションの視点が謳われた<sup>[2]</sup>。

このように、国際機関や国際会議における健康観は、人生における目標及び目的ではなく、自己実現のために必要な資源と捉えられるようになった。また、社会的支援は自助努

力の補強として存在すること、指導的立場である専門家が各人の支え手であることが確認された。

#### b) 戦前

「健康」は一般的には近代以後、国民の健康への関心を示す「健康法」は明治末頃に使われるようになった言葉とされる[田中；2006 20ページ]。中国から伝承され、道教の影響を受けた気功や仏教の呪法等が健康法の源流の1つとなったと考えられ、一部は医学知識として伝えられたものもある。健康が言説として利用されていく過程を追ったものには北澤の研究がある(表-1)。

表-1 健康言説誕生とその変遷

年代	内 容
1790	オランダ語の訳語の1つとして「健康」という語が出来る
1810	複数の類義語が試される
1830	生理学概念としての健康の試用例が増える
1850	医学書の中で健康が支配的になる
1870	啓蒙書で類語と一緒に試用され始める
1890	一般的に広く知られる語となる

出典：筆者作成

近代になると、富国強兵・殖産興業の国策の下で、明治初期から「衛生」と表現される健康観が広まっている。国策資源としての国民の身体は健康であることが強要され、病気になることは公益に反する社会的問題と認識されるようになった。

国民に対し、身体・環境の清潔保持を求める教育や国策に耐え得る体格・体力作りを勧める国民運動は、国民生活レベルでの公衆衛生概念の浸透に寄与した。他者の視線が重要となることで健康への願望が自ずと生じ、国民の心情に健康願望が根づく一因となった。田中は、衛生展覧会を例に、他者との関係で自らの健康を捉える視点を享受し、健康状態とは必ずしも一致しない恐怖や清潔のイメージを国民の意識に植えつけてきたことを指摘している[田中聡；2003]。

明治末頃には呼吸法等の健康法が流行し始め、昭和初頭にかけて本格化している。国民の健康観は、大衆社会への移行やマスコミの影響を受けて、健兵健民策・国民体力管理策を支える思想へと変化していった。昭和3年には逓信省発案のラジオ体操の全国放送が始まり、健康を獲得可能なものと捉える新たな健康観が全国に広まった[黒田勇；1999]。

国民の健康を公益と捉える視点は、不健康な者の増加が医療費・社会保障費の高騰、税や保険料の減収を招くという観点から見ると、現在にも共通するものである。戦前においては、ファシズムの影響下にあり、強制力が特に大きかった。徴兵検査やハンセン病患者への差別等に見られるように、国家の健康基準によって健康と不健康は明確に線引きされ、不健康の烙印を負ったものは非国民扱いを受ける状況が作られた。戦時中は、皇国的な健民政策が残る一方で、国民生活レベルの風俗的な健康法は目立たなくなり、戦争のために利用された健康観は、戦争が激化する中で語られなくなった。

### c) 戦後

戦後、ライフスタイルの洋式化に伴い、国民病として成人病（のちの生活習慣病）が増え始め、疾病構造は大きく変化した。産業構造の変化が国民の消費者としての価値比重を高め、理想とする身体は「[「良く働く身体」から「良く消費する身体」へと変化し [田中聡；2006 37ページ]」、健康づくりにおいても消費が中心的志向となった。その状況を表す当時の言説としては、昭和45年に「健康産業」が使われ始めている。

健康づくりにおける個人化の進行は、日常的な消費行動としての運動への関心を高め、ボーリング・ブームなどのファッション・スポーツ全盛期をもたらした。国民の理想とする健康な身体像は変化し、メディアの影響もあり誰もが理想像を目指すようになった。

国民の健康への関心が消費を中心として目前のことに集中する傾向は、同じ言説を様々な媒体を用いて繰り返し国民にアナウンスするメディアにより増強され、価値観を多様化させる反面、「あるべき健康像」を確固たるものとして固定化していく現象をもたらした。本質を理解せずに手軽な方法を利用しようとする傾向は、例えば食材ではなくカロリーや栄養素への関心を喚起するなど、経済の低成長期にあって市場を拡大している健康関連産業に確認することができる。このような現象について、野村は、社会構築主義の立場からメディアの影響下で健康が語られる言説の世界を分析し、健康ブームの実態は健康情報環境であることを指摘し、それを5つの言説群に分類している [野村一夫；2003]<sup>[3]</sup>。

## (2) 健康観と政策

### a) 保健政策等と思想・言説の変遷

政策の変遷は、国民の思想や言説とどのように関わっているのでしょうか。それを明らかにするために、わが国の保健政策等の変遷を概観する。

明治維新当初、文部省の管轄だった保健政策等は、明治8年に内務省に移管された。当時は急性感染症対策が最優先課題であった。大正5年には内務省に衛生局保健衛生調査会が設置され、種々の調査や法律立案までを担当することとなった。この頃、保健政策等が国民全体の体力向上を目指すようになった。その背景には、健康上優秀な国民を増やそうとする優生思想があり、「民族衛生」という鍵概念を用いた言説が使われた。国民は出生前は「国民優生法」、出生後は「国民体力法」により人的資源として国家からの管理を受けた [藤野豊；2003]。

保健政策等の衛生行政を担う新機関設置の構想は、国民の体力低下による兵力不足を危惧した陸軍省の指摘に始まり、昭和13年に「厚生省」の設置という形で具現化した。厚生省は、国民の健康こそが国家に対する義務であることを強調する「健康報国<sup>[4]</sup>」の言説により保健政策の浸透をはかり、設置初年度から種々の健康増進運動を展開した。構成は体力局を中心とし、体力局の名称変更の変遷に厚生省の軌跡は象徴されている<sup>[5]</sup>。健康増進運動は今日でも実施されているが、当時の運動とは目的、強制力において全く性質の異なるものと言える。

### b) 健康づくりを支える環境整備

戦後の衛生環境整備によって、わが国は世界的健康指標の高水準を満たす健康達成国となった。また、法的整備も進められ、憲法第14条「法の下での平等」及び第25条「生存権」において健康が国民の権利であることが明示された。

再び健康づくりへの機運が高まったのは昭和50年であり、政府、文部省、日本体育協会が体力づくりの啓蒙に取り組んだ。昭和52年には渡辺厚生大臣が「一億国民総健康づくり」を提唱し、翌年、厚生省の予算最重要項目として「国民健康づくり対策」が掲げられた。同時期に健康器具が大ヒットし、国民生活においても健康づくりへの関心が高まったことがうかがえる。

昭和58年には、吉村厚生保険局長が「医療費をめぐる情勢と対応に関する私の考え方（いわゆる医療費亡国論）」を公表し、医療費高騰がわが国の将来に亘る発展にとって重要な危険因子となることを訴えた。これが医療サービス供給が拡大から抑制へと方向転換する契機となった。同年、これまで医療偏重だった保健医療サービスを予防・機能訓練を含む総合的なものに変え、急増する老人医療費を国民全体で公平に負担することを目的とした老人保健法が施行されている。

治療中心だった医療行政はより予防医学的配慮を重視するようになり、啓蒙活動を通して各人に健康の自己管理を促すものに変化した。高度経済成長を経て経済情勢が大きく変化する中で、少子高齢化・グローバル化等の社会変容、高度医療の普及・社会的入院に代表される医療問題も加わり、わが国の医療費に対する考え方は経済界を中心として抑制の方向へと突き進むこととなる。

平成18年の医療制度改革は、政府・与党医療改革協議会がまとめた医療制度改革大綱を基礎とする大改革であり、平成13年のものに比べ健康増進により重点を置いたものとなっている。医療制度改革が目指すのは将来に亘る持続可能な医療制度の確立であり、手法としては医療保険制度の見直し、診療報酬改定、薬価改定などが用いられている。市場原理に基づく医療費削減は、小泉政権時代に発言力が増した経済財政諮問会議が中心となって推進された。「聖域なき構造改革」等の言説が繰り返し使用され、メディアを通して繰り返されるこれらの言説は、小泉政権の「road maps」及び国民の「focal point」となり、医療費削減を目指す構造改革を善と捉える社会的認識を醸成した。

経済財政諮問会議は、平成13年の「骨太の方針～今後の経済財政運営及び経済社会の構造改革に関する基本方針～」を皮切りに平成13～16年度の集中調整期間、平成17・18年の重点強化期間を経て毎年同時期に方針の評価・改善を重ね、現在は「経済財政改革の基本方針」と名称を変えた方針に沿って議論を展開している。ここでは、政策段階論における単一の政策循環としてPDCAサイクル<sup>[6]</sup>が活用されている。

「骨太方針」では、構造改革の手段として7つの改革プログラムが提示された。その中で、社会保障制度については、国民が制度の意義や役割を理解したうえで痛みを分かち合い、制度を支える自覚を持つこと、それにより世代間の給付と負担の均衡を図るような制度を再構築すべきとしている。特に医療制度改革については、改革プログラムの1つである「保険機能強化プログラム」が位置づけられ、質を維持したまま医療のコストを下げることを目指している。具体的には医療費総額の伸びの抑制策、「医療サービス効率化プログラム（仮称）」等によって改革が志向されている。

### c) 政策が規定する健康と不健康

わが国の保健政策等を概観すると、標的となる疾病を設定し、その克服のために政策課題の設定を行うという構図がある。これについて「健康の基準というものは国家の政策目標との関係において定められており、目標に適合していれば健康とされ、不健康者は排除

される非合理的なもの [新村拓；2006 8ページ]」との指摘がある。他に、社会の医療化により専門家が個人の訴えに対し病気というレッテルを貼り、自己ケアの権利を放棄させる現象を「社会的医原病 [イヴァン・イリッチ；1998 38ページ]」と表現するものや、誰もが肥満のような小さな健康問題を慢性的に抱えるようになり、病気と健康の区別が曖昧になった社会を「半病人の社会 [田中聡；2006 33ページ]」と表現するものもある。これらは、専門家の働きかけや疾病構造の変化等の社会的な側面が健康の概念を作り上げることが指摘しており、政策も同様の影響力を持つことを示唆するものである。

平成20年度より始動した特定健診・保健指導に見られる標準化の考え方は、全国民への保健サービスの最低限の質を確保しようとするものであり、一見平等な方法に見える。しかし、受け入れる体制が出来ないまま方法の標準化を推進すると、その技術や実施過程に意識が向き、本来の目的とは異なる方向へとインセンティブが働く恐れがある。また、実施主体の体制が整うところとそうでないところとの間に格差が生じ、医療保険制度の公平性が崩壊の危険にさらされることも危惧される。

特定保健指導の対象者選定基準については、捉え方に幅があり、根拠が無いと指摘する報告も多数ある。例えば、平成17年のアメリカ・ヨーロッパ糖尿病学会の共同声明によると、科学的に根拠があるとは言い難い基準により人々にメタボリックシンドロームのレッテルを貼らないようにとの趣旨が訴えられている。

以上のように、政策を反映して語られる健康観に関する言説と政策の変遷を辿ることにより、政策と健康観が影響し合い、時代とともに変遷してきたことが理解できる。明治維新以降におけるわが国の保健政策等は、国家による国民の健康統制に始まり、今なお形を変えつつもその性格を維持している。国の示す健康基準をもとに国民は健康と不健康、その間の予備群に分類され、それが保健政策等の対象となる。一方、地域保健サービスの現場で感じる国民の健康観は、時代を反映する理想的な身体像に基づくものとなっており、重なる部分を持ちつつも、健康の捉え方には政策と国民の間である種のずれが存在していることが示唆される。

#### 4. 医療制度改革の帰結

本章では、医療制度がどのような変遷を辿って今に至り、改革が何をもたらしたのかを分析する。

##### (1) わが国の医療制度の変遷

###### a) 法的整備

明治7年の「医制」発布から法の制定・改正を重ねて現在の医療保険制度の骨格が作られた。戦後は、引揚者によってもたらされた伝染病の大流行、戦災者等の急増、食糧難、インフレなどにより国民生活は困窮を極めた。そこへ占領軍の指導のもと公衆衛生思想が導入され、わが国の保健政策等の体制は大きく変化した。

国の責務として国民の生存権保障、社会福祉、社会保障、公衆衛生の向上・増進に取り組むことが明文化されたのは、昭和22年に制定された新憲法による。戦後最初の健康課題は生活困窮者の援護・防疫対策であったが、厚生省の徹底した取り組みにより伝染病は激減し、この時代に社会保障制度充実の第一歩となる生活保護法も制定されている。

高度経済成長期になると、社会保障を含め政治経済的な発展が見られた。昭和30年頃か

らの大きな目標だった国民皆保険、国民皆年金は、昭和36年に同時に達成された。その後、医療機関の整備が進むにつれて国民の医療アクセスが容易となり、経済成長を上回る国民医療費の増加をもたらした。中でも保険医療費の増加は著しく、昭和20年代後半から30年間増加が続いた。その間に国民健康保険及び健康保険の給付率改正、高額療養費制度の創設が実現したものの、政管健保の赤字等は依然課題として残っていた。そこで、医療保険制度に関する抜本改正論議が繰り広げられることとなる。

経済の安定期に入ると、保健政策等に更なる変化が見られた。例えば、老人医療費の無料化実現の経緯からは、地方分権推進の1例を見ることができる。老人医療費の無料化は、昭和44年の秋田県、東京都の先進的導入を契機として他の地方自治体がそれに追随し、昭和47年には2県を除く全国で導入された。同年、後押しされる形で老人福祉法が改正され、翌年に国の施策として老人医療費無料化が始まった。これまでにない福祉の拡大が見られたことから、この年は「福祉元年」と位置づけられている。老人医療費無料化は、結果として高齢者の医療アクセスを容易にし、必要以上の受診による医療費の高騰をもたらした。70歳以上の受診率は、昭和45～50年の5年間で1.8倍になり、高齢者の受診行動に対し「病院のサロン化」や「社会的入院」の助長と指摘される現象を招いた。これらの状況により、導入からわずか2～3年のうちに老人医療費無料化制度に対する見直し論が出てきた。高齢者の医療費問題は、この頃から表面化し議論され始めている。

他国に類を見ない急速なわが国の高齢化進行は、既存制度の見直しを迫ることとなった。適用拡大、給付改善、患者負担軽減を図ってきたこれまでの社会保障政策及び医療保険制度に実質的な財政調整の仕組みが導入され、老人医療費の無料化から10年後の昭和58年に老人保健法が施行された。これにより、医療偏重ではなく疾病予防からリハビリテーションまでを含む包括的保健サービスを推進する保健事業が定義づけられた。

#### b) 疾病構造・人口構造と政策の関係

わが国の疾病構造が示す健康課題は、時間をかけて段階的に政策化されている。昭和38年の老人福祉法制定を契機とし、行政による国民の生活習慣病予防への取り組みが始まった。その後、保健政策は生活習慣病予防を幅広く捉えた対策、個々の疾病に焦点を当てた対策を経て、生活習慣自体を見直すことによって疾病予防を期待する現行のものへと変化している。

保健政策の政策化への期間は、悪性新生物、心疾患、脳血管疾患の3大死因が戦後日本の疾病構造として認識されてから、具体的な対策である第2次保健事業計画が策定されるまでに約30年間かかっており、問題認識から課題設定に至るまでに時間を要することが示唆される。一方、一旦政策として動き出せばPDCAサイクルを活用した経年的な見直しが行われていることが把握できる。保健政策の見直しは、第1次保健事業計画、第2次保健事業計画との名称が示すように経路依存的であり、制度が変わっても同一の部門及び担当者が対応するなど、実施体制に大きな変化が見られない。これは、健康に関する政策を幅広く捉える一方で、政策化の過程において死因の序列が変わるなど個々の疾病構造の変化に柔軟に対応できない保健政策の限界を示しているといえる。

わが国の人口構造は、戦争や国策など時代の影響を受けながら変化し、多産多死、多産少死を経て少産少死の型へと変化している。65歳以上の人口は、昭和45年に7%に達し、国連の規定する「人口の高齢化段階」に突入した。さらに、14%に達する高齢社会への突



入を倍化年数で見るとわずか24年しか経過しておらず、ドイツの40年、イギリスの47年、フランスの115年と比べて高齢化が急速に進行している。このように65歳以上の高齢者は増加の一途を辿っており、社会保障制度の再編を迫る状況にあることは否定できない。疾病構造・人口構造の変化と政策の関係は、下図のように示すことができる（図-1）。

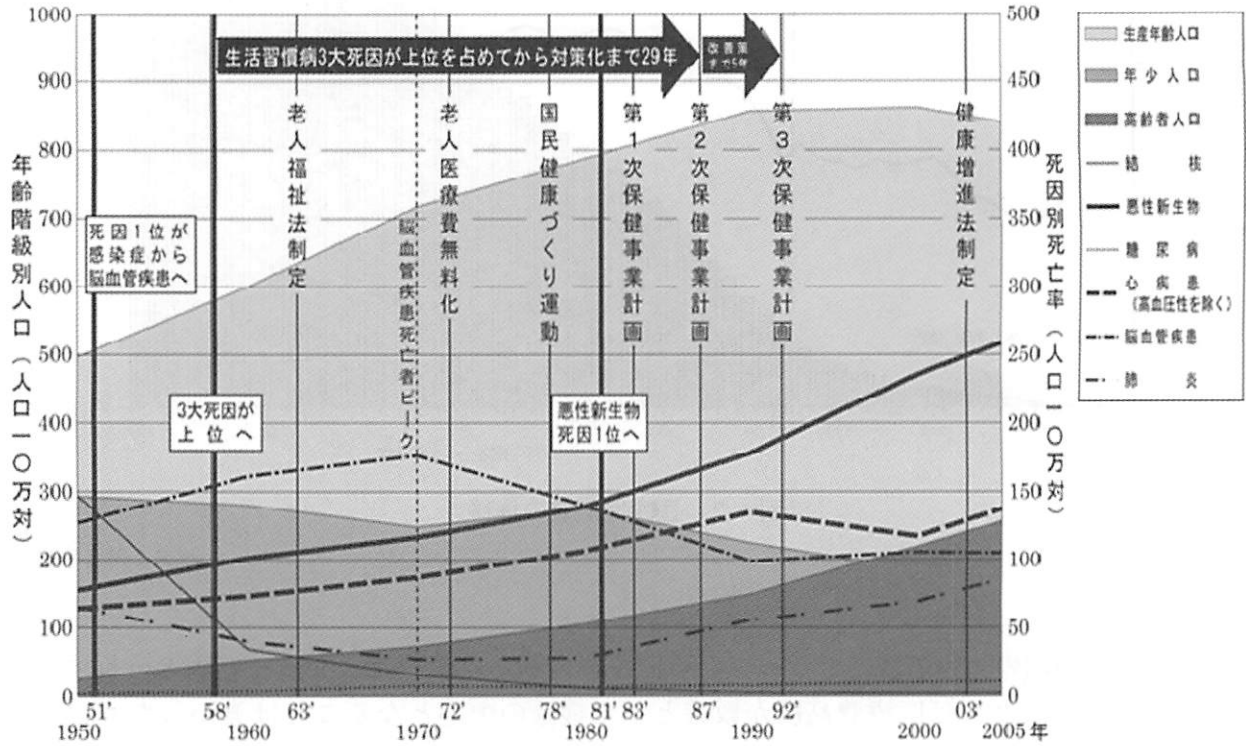


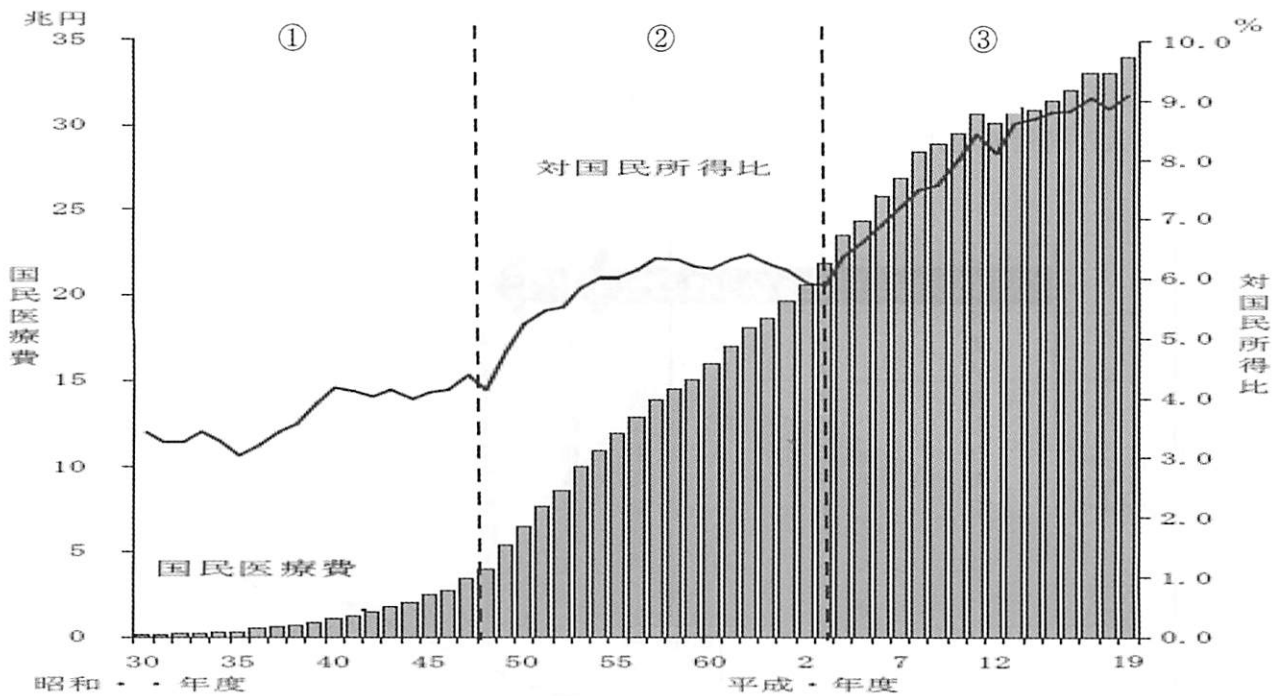
図-1 疾病構造・人口構造の変化と政策の関係

出典：筆者作成

(2) 改革をもたらしたもの

a) 医療費抑制へのパラダイムシフト

まず、国民医療費及び対国民所得比の経年的変化を分析すると、ともに増加していることが分かる（図-2）。国民医療費は、皆保険制度導入から供給拡大路線をとっていた約20年間（図-2中①）は徐々に増加し、対国民所得比は横ばいで安定していた。その後約15年間（図-2中②）は、国民医療費の伸びが続く一方で、対国民所得比に特徴的な変化が見られ、小丘を描いている。小丘の構成を見ると、昭和47年の老人医療費無料化を契機に急増した医療費は、その後のバブル期の所得増加によって所得比6～7%の範囲に止められている。この時代には経済的な安定が前面に出ており、国民医療費の高騰が課題とされつつも政策としての積極的な介入までは行われなかった。平成期に入ってから約20年間（図-2中③）は、国民医療費及び対国民所得比ともに更なる増加の一途を辿っている。OECDによると、低い負担率で国民全てが平等に医療を享受できるわが国の医療保険制度であるが、現行のままでは国民医療費の増加を止めることは難しく、制度維持のために再編が必要な状況にある。これが、医療費抑制への関心を高める大前提となっている。



図一 国民医療費の推移

出典：筆者作成

次に、わが国の長年の課題となっている医療費抑制が政策課題となった経緯を分析する。

高度経済成長期には医療費高騰が政策として議論の中心となることは無かったものの、経済の安定及び低成長期において増加し続ける医療費への注目が高まった。特に、老人医療費は、大蔵省が昭和51年に国保予算増加抑制を求めて以来、毎年予算編成の大きな焦点となっている。老人保健法が施行されたことで、これまで適用拡大、給付改善、患者負担軽減を目指してきたわが国の社会保障制度及び医療保険制度に関する政策に大転換をもたらした。本格的な財政調整の理念が実質的に導入された。ここで、医療保険制度に関する政策が拡大路線から抑制路線へとパラダイム転換を起こしたことが確認できる。

医療費抑制を実現するための方策としては、診療報酬や薬価改定、混合診療の実施、患者の自己負担割合の改定、病床数制限等多くの論点があり、程度の幅はあるものの殆どが実施されている。中でも、診療報酬改定は幾度となく繰り返されている。

これまでの賦課式の医療保険制度は、人口構造がピラミッド型となっている状態、すなわち生産年齢人口が十分に多く、高齢者がそれに比べて少ない状態において適切に運営ができるものであった。しかし、将来の医療費を展望すると、急速な人口高齢化の進行に伴い、これまで以上の高騰状態をもたらされることは容易に見出せる。支え手となる生産年齢人口の減少、労働供給の減少による社会保障費確保の困難性、高齢者の疾病の特徴など、これまでの制度では将来に亘る制度維持が困難であることを示す課題が多く浮上している。制度改革が必要であることは明白だが、問題は、わが国の目指すゴールをどこに置き、それをいかにして実現するかにある。

#### b) 医療保険制度に関する議論の整理

医療資源供給のゴールを最大公約数のサービスとするのか、最小公倍数のサービスとす

るのか、最大多数の幸福を求めるサービスとするのか、これら政策目標のスタンスによって医療保険制度の設計に関する方向性は左右されることとなる。相互扶助の考え方からなる公的な医療保険制度である以上、支払い能力やニーズに合った医療を提供できる制度が現実的であり、現在の日本の医療保険制度はこの理念に沿ったものとなっている。

医療保険制度を理念の面から理解する視点としては、公平性、効率性がある〔府川哲夫；2006 181-184ページ〕が、以下、それぞれについて分析する。

まず、公平性の視点から現行の医療保険制度を見ると、負担・給付の公平性には矛盾がある。それは、加入者が平等に保険料を負担するのに対し、医療の恩恵を受ける機会が多い者ほど医療費を使うとの構図があることから理解できる〔辻一郎他；2006 3-11ページ〕。また、高齢社会が医療費高騰の要因であるとの認識が一般化しつつある現状において、必ずしも年齢が増すごとに一貫して医療費が高騰するわけではないと異を唱える研究もある〔泉田信行；2006 60-69ページ〕。ここでは、生活習慣病による医療費を年齢階級ごとに分析した結果をもとに、年齢構成の高齢化がそのまま医療費高騰につながると考えることの危険性を指摘している。そして、生活習慣病罹患状況には保険者間格差があること、罹患後の負担継続性の性質があることから予防が重要であることについても言及している。

世代ごとの公平性については、世代間格差という見方がある。これは、世代会計という指標により視覚化することが可能である。総体的に見れば世界的にも評価に値するわが国の医療保険制度だが、厳密には全ての国民にとって公平になり得ない制度となっている。この状況下では世代間格差、家計負担と必ずしも一致しない給付配分となる不公平さなどが生じる。

次に、医療保険制度を運営の面から概観する。民間医療保険は、給付反対給付均等の原則に基づく保険的再分配のみに従うのに対し、強制的な公的医療保険は、所得に見合う保険料を支払って保険料にかかわらず給付を受けることができる垂直的再分配、健康度に依らないリスク集団間再分配の機能を持つ。権丈が「強制的公的医療保険を民営化すべきかどうか問うことは、垂直的再分配やリスク集団間再分配を組み込んだ医療保険制度を、われわれはもつべきか、あるいは不要と考えるかという価値判断をすることと同じ問いとなる〔権丈善一；2006 8-9ページ〕」と指摘するように、公的医療保険制度を市場原理に基づく制度へと改変することは、制度維持を本質的に不可能にする危険性を孕んでいる。換言すれば、国民の医療へのアクセス権を例として考えると、その公益性の保障・担保は地域医療の機能を維持する上で不可欠である。このように医療安全に対する危機管理の面から考えると、医療保険制度にはある程度の公益性が必要である。しかし、一方で過剰投資や経営インセンティブの低さ（特に公立医療機関）に対する警鐘を訴える視点もある。他分野では規制緩和が浸透する中で、医療においては慎重に議論すべきとする意見も多く、これこそが医療の特徴を描写しているものと言えよう。

以上のように、種々の影響を受けてわが国の医療制度は変化してきた。この歴史を理念と共に理解することは、新制度への理解を深め、今後の展望に活かすことにつながる。現在は、将来へ国民皆保険をつなぐための政策転換の渦中にあると捉えることができる。

## 5. 政策検討過程における困難性

### (1) 政策課題への認識のズレ

本節では、政策立案・行使主体を国レベル、実施主体を市町村レベル、その中間的立場を都道府県レベルと規定し、国民レベルも含めて政策の検討過程の各層と捉える。また、各レベルの政策への認識と各層間の相互作用のメカニズムについて、特定健診・特定保健指導を例に政策システム論の視点で分析を行う。

#### a) 国レベルの認識

本項では、国レベルとして経済財政諮問会議と厚生労働省に焦点を絞って考察する。

経済財政諮問会議の示す「骨太方針」では、前述の通り「保険機能強化プログラム」が位置づけられ、質を維持したまま医療のコストを下げるのが目指されている。

厚生労働省が医療制度改革大綱を基本として政策目標としたのは、生活習慣病及びその予備群に該当する者を平成20年と比べて平成27年に25%減少させ、中長期的な医療費の伸びの適正化を図ることである。具体的手法として、医療保険者（以下、「保険者」とする）が実施主体となる特定健診・特定保健指導が導入された。また、医療費削減を目指す財政的視点から実績評価に基づく保険者間での差別化を図る参酌標準値<sup>[7]</sup>を設定しており、評価項目は健康診査受診率、特定保健指導実施率、生活習慣病改善率の3項目となっている。これにより、最大10%の幅で後期高齢者医療支援金の加算・減算が行われることとなる。

医療保険制度安定化についての国レベルの認識は、柴畑潤大臣官房審議官のコメントからうかがうことができる。ここでは、両輪の関係にある医療提供体制と医療保険制度の構造的な収支ギャップを国民的議論により埋める必要があること、論点は医療費の伸びの適正化及び財源の拡充強化にあることが指摘されている。制度改革で厚生労働省が捉える視点は5年、10年先の将来への展望であり、検討段階においてグローバルな視点での国際比較も行われている。一方で、政策が現場で制度として活用されるという視点が不十分であり、現場認識を持って政策行使をすべきだとする指摘もある〔中澤；2009 22-25ページ〕。

#### b) 都道府県レベルの認識

本項では、都道府県レベルとして、都道府県衛生担当部局に焦点を絞って考察する。

平成18年に行われた第1回「保険者による健診・保健指導の円滑な実施方策に関する検討会」では、大島厚生保険局企画官が都道府県への期待について言及している。その趣旨は、データで集約したうえで県民の健康状態の現状・課題について、認識の共有化を図ることにある。これは、都道府県が政策を独自のグランドデザインによって具現化し、実施主体へのビジョンの提示を行うことについての裁量権を示唆するものと捉えることができる。しかし、実際の担当部局には依然としてトップダウンの体質が残っており、政策を上意下達する機能が維持されている。ここでは、政策移転論で示されるような教訓導出による政策への取り組みが多く見られ、その枠を超えた政策は稀に見るに留まる。これでは、都道府県レベルに与えられている裁量権を十分に発揮できないことが懸念される。

一方で、都道府県にとっては実施主体の意向を尊重しなければならないこと、役割分担の境界が曖昧であること、政策始動までの時間が十分に確保されていなかったことが能力発揮の阻害因子としてあったことも事実である。

このような現象は、地域医療計画においても確認できる。地域医療計画作成時には、全国的に類似したものが作られた。その中で、奈良県は全国で唯一地域医療計画を作成せず、

独自のブランドデザインによって議員立法である奈良県地域医療条例を作成した。これは、地方自治体の独自性が発揮された1例と捉えることができる。

### c) 市町村レベルの認識

本項では、国民健康保険の保険者である市町村に焦点を絞って考察する。特定健診の実施主体が保険者になることで、現場においては大きな混乱が生じている。健康保険によっては対応しない方がコスト削減ができると判断するところがある。一方、国民健康保険では新制度に積極的に取り組んでいる。しかし、制度は変わっても実施主体は保険者である市町村のままであり、同じ体制内での制度運営に国・都道府県レベルが期待するほどの変化は見られない。

国レベルの「保険者による健診・保健指導の円滑な実施方策に関する検討会」で議論された市町村レベルへの期待として、幾度となく人材確保や民間委託によるマンパワー充足が述べられているが、体制や財政状況によって容易に採用できない現実がある。

保険者評価は、地域性を勘案しづらく、対応に苦慮している保険者も少なくない。これまで視覚化され難かった地域保健サービス等を数値という目に見える形にし、努力に応じて評価するようになったと捉えれば画期的な制度である。しかし、同じ括りの保険者間では地域性や規模に関係なく一律評価となるため、それが本当に保険者の活動実績や努力を示しているといえるのかは疑問である。

特定健診・特定保健指導の実績は、国民健康保険では自治体の政策評価指標の1つとなる。悪い結果が続けば、極端な例では住民の転出が増え、被保険者減少により更なる保険料負担増を招くとの悪循環に陥る可能性がある。一方で、実績を出すことが出来た場合には正反対の効果が生じ、結果として地域格差が大きくなる可能性がある。

国が目指した標準化は、平成20年度においては量的に実現できていない。特定健診・特定保健指導の全国の実施状況を見ると、健診受診者が被用者52.3%、被扶養者21.4%と低迷している。長妻昭厚生労働大臣は、この状況に鑑み、見直しのうえ、新制度へ移行する意思を表明している。熊本県内の状況を分析すると図-3のようにばらつきがあり、ここでも標準化できていない現状が把握できる。現実に即した保健サービスの質の評価のためには、対象者に対する満足度アンケートを行う等の方法で補足する必要がある。

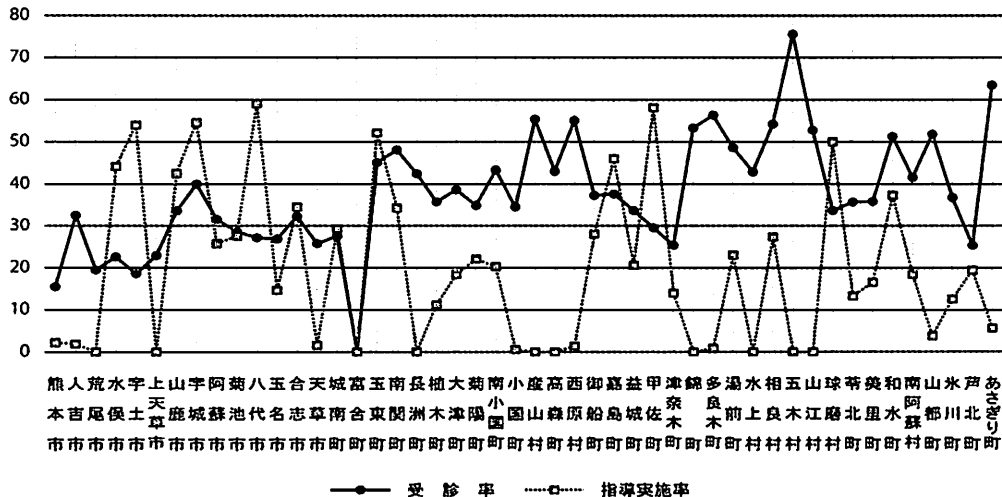


図-3 県内市町村(国民健康保険)における特定健診受診率・特定保健指導実施率状況  
 出典：筆者作成

#### d) 国民レベルの認識

国民の認識については、意識調査によりその一側面を知ることができる。

平成19年の「医療に関する国民意識調査」によると、「現在の医療にかなり不満・やや不満」と答えているのは全体の47.1%、「医療のあり方として希望すること」に対し「医療従事者の確保・育成」が71.5%、「夜間・休日の救急医療体制整備」が64.1%、「長期入院可能な医療機関整備」が48.8%となっており、医療費抑制の行動につながる意識はあまり感じられない。一方で、医療費抑制法として半数以上が「ジェネリック医薬品の普及」、「特定健診・特定保健指導による病気予防」と答えており、無関心ではないことが分かる。医療費への質問に対しては、「非常に高いと感じる・やや高いと感じる」が71.9%と負担感が大きく、賄う方法としては「税金による国・地方自治体の負担金によるもの」が27.6%と「保険料引き上げ」の17.5%よりも高くなっている。

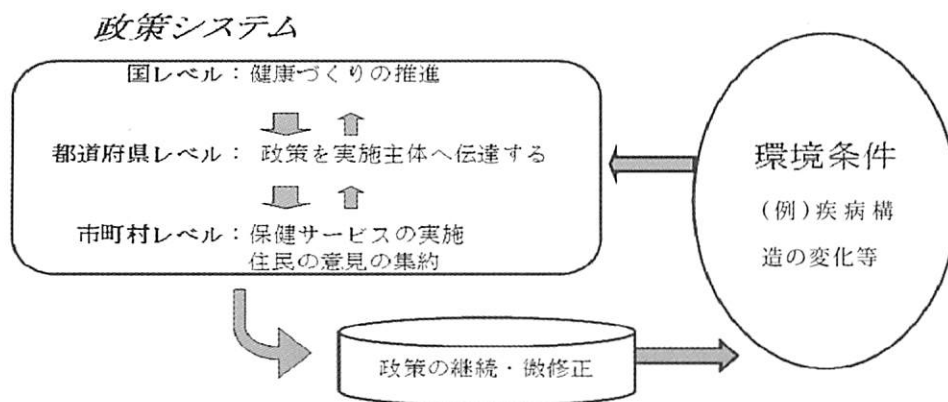
特定健診・特定保健指導については「名前だけ知っている」が23.4%、「知らない」が72.5%と認知度が低い。

実際に、保健サービスの現場においても同様の現象が見られる。例をあげると、制度についての説明を「行政が決めたことで自分には関係ない」「放っておいてほしい」と他人事のように受け取られることがある。また、医療機関受診について分別なく夜間・休日・救急医療を使い、利用面の利便性のみを訴えられることがある。

これらの意識調査及び現場の声から示唆されるのは、国民自身が少なくとも医療制度破綻を招かない程度の関心を持つ必要があることである。現状からは、目前のサービスや直接的な医療等への関心は高いものの、医療及び医療費が社会保障の一つとして有限であることや自らが制度を支えていることへの意識が高いとは言えない国民の認識がうかがえる。

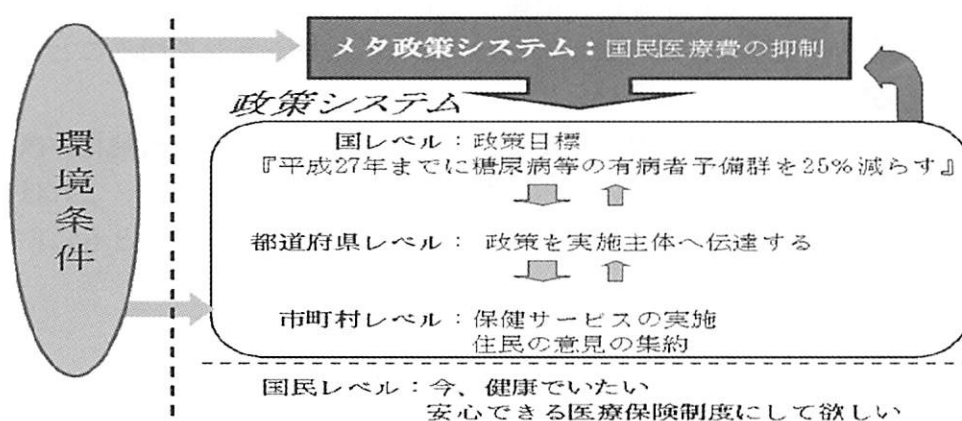
#### e) 認識の構造と相互作用のメカニズム

本節において政策検討過程における各層の政策への認識を分析することにより、政策システム内において他層に対しどのような期待を持っているのかについて理解することができた。また、立場によって認識が異なるためにズレが生じ、掲げた政策と現場の間に乖離が生じることが示唆された。各層における政策への認識の構造について、これまでの議論を踏まえると、図-4のように示すことができる。厚生行政は、基本的には政策システムの中でトップダウンの性格を保持しており、上意下達の流れが確認できる。このような旧来の政策システムでは解決できない状況に対して、メタ政策システムの影響が加わり、政策システムの変革が起こったのが今回の医療制度改革と捉えることができる(図-5)。とはいえ、フィードバックにより意見を反映することは可能であり、いかにこのラインを強くするかがボトムアップによる地方分権の推進につながるものとする。政策に対する認識について、特に国民と市町村との間に生じるズレは、身近なゆえに現状に添った政策実施の妨げとなり易い。国民からの批判的な声は、政策への不信感だけでなく、医療保険制度という社会保障の運営維持の根底を揺るがす危険性を孕み、これが問題の深刻性とも考えられる。



図一 政策への認識の構造(旧来)

出典：筆者作成



図一 医療制度改革における政策への認識の構造

出典：筆者作成

## (2) 保健政策の限界と可能性

### a) 政策への批判と限界

疾病管理を行う視点では、早期介入による健康状態の改善が望ましいことは確かである。しかし、健康に関心を持って健診を受診する者のうち異常値の割合が高い現状は、未受診者の受診時に更にその割合が高くなることを容易に想起させる。社会生活を送る上で生活習慣に改善の余地が全く無い者のみが健康な国民とは現実的に考え難く、生活習慣病の特徴から健康リスクの重なりがある場合を特定保健指導の対象としている点は、新制度の配慮として読み取れる。

特定保健指導では、特定健診の階層化基準によって選出された支援対象者に対して生活習慣改善を求めることとなっている。そこには基準から外れる者を新たな病人として扱う現行の保健政策等の構図があり、新政策ができるたびに社会的な疾病が増えているとの印象を受ける。特定健診で生活習慣改善が必要と判断される個々の判定基準<sup>[8]</sup>は厳しく、何らかの異常値が出る者が殆どである。実際、ある市において、健康診査受診者のうち項目全てにおいて問題の無い者は数%に過ぎないとの結果が出ている。

### b) 保健政策の可能性

適切な医療資源活用による有効な国家財政安定への視座は、医療保険制度維持のために必要不可欠な認識である。しかし、特定健診・特定保健指導は、新自由主義的改革の性格が色濃く出てきたことで政策としての趣旨は財政的な抑制の性格が強くなり、財政的ペナ



ルティを課す制度となった。この状況下で政策への認識のズレを軽減するためには、政策検討過程における各層及び相互間において、ビジョンを提示したうえで政策の認識について積極的に議論を深め、コミュニケーションを図っていくことが有効な方法だと考える。

## 6. おわりに

本稿では、各時代の健康観と政策が影響し合って変化する経緯を歴史的分析により明らかにした。また、複眼的な視点を用いて、政策検討過程における各層において認識のズレが存在し、それが政策と地域の現状との間に影響を与え乖離をもたらしていることを示した。そして、現状に添った政策の実施を困難にしていることが医療保険制度改革の課題の1つであることが、本稿を通して改めて浮き彫りになった。

政策検討過程の各層における政策への認識を1つずつ紐解くことにより、政策具現化の過程を見ることが出来る。その全体像を把握した上で、各層における相互理解や政策への認識のズレを軽減させるためには、相互間でのコミュニケーションを図ることが有効であると筆者は考える。

本稿では、今日の保健政策等において幾度となく強調される人口の高齢化、医療費高騰による国民医療費の負担増についての具体的な分析までは行わなかった。これは、健診受診率・特定保健指導実施率とそれらに影響を与える要因に関する分析とともに、今後の課題としたい。

謝辞：本稿をまとめるにあたり、岩岡中正教授、田口宏昭教授、上野眞也教授、安川文朗教授に熱心なご指導をいただいた。また、図1・3の作成作業は井寺修一氏にご協力をいただいた。心より感謝を申し上げたい。

## 注

- [1] 本稿は、日本公共政策学会2010年度研究大会若手報告にて発表した研究報告を修正し、加筆したものである。
- [2] WHO/HPR/HEP/95.2,1998,Adelaide Recommendations on Healthy Public Policy. [http://www.who.int/hpr/NPH/docs/adelaide\\_recommendations.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/adelaide_recommendations.pdf) (最終閲覧日平成23年1月6日)。
- [3] 野村によると、5つの言説群には①栄養学的言説②ヘルス・プロモーション言説③現代医療批判言説④自然志向・伝統志向言説⑤代替医療言説がある。
- [4] 大臣木戸幸一が1938年に開催された国民精神総動員体力向上大講演会で発言した言説である。
- [5] 体力局は1941年に「人口局」、1943年に「健民局」に改組された。これらは体位・体力向上から人口増殖、健民健兵の創出を目指した厚生省の変遷そのものを象徴している。
- [6] PDCAサイクルとは、Plan(計画)、Do(実行)、Check(評価)、Act(改善)の4段階を繰り返すことによって、業務等を継続的に改善しようとする循環モデルである。
- [7] 2012年の参酌標準値は、健康診査受診率が単一健保・共済80%、総合健保・政管健保(船員保険含む)・国保組合70%、国民健康保険65%である。特定保健指導実施率



45%、メタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少率10%の2項目については、保険者の種別に依らず一律の目標値となっている。

[8] 日本高血圧学会が高血圧の要指導域および要医療域を判断する境界について基準を設定するなど、各種学会が基準値設定を行っている。

#### 【参考文献】

- 1) 城山英明・大串和雄 (2008)：『政治空間の変容と政策革新1 - 政策革新の理論』東京大学出版会。
- 2) 衛藤幹子 (1993)：『医療の政策過程と受益者—難病対策にみる患者組織の政策参加—』信山社。
- 3) 池上直己 (1992)：『医療の政策選択』勁草書房。
- 4) 田中聡 (2006)：『健康法と癒しの社会史』青弓社。
- 5) 野村一夫・北澤一利・田中聡・高岡裕之・柄本三代子 (2003)：『健康ブームを読み解く』青弓社。
- 6) 黒田勇 (1999)：『ラジオ体操の誕生』青弓社。
- 7) 藤野豊 (2000)：『強制された健康—日本ファシズム下の生命と身体』吉川弘文館。
- 8) 吉村仁 (1983)：「医療費をめぐる情勢と対応に対する私の考え方」『社会保険旬報』No.1424、社会保険研究所、12-14。
- 9) 経済財政諮問会議 (2001)：「骨太の方針～今後の経済財政運営及び経済社会の構造改革に関する基本方針～」
- 10) 新村拓 (2006)：『健康の社会史』法政大学出版局。
- 11) イヴァン・イリッチ (金子嗣郎訳) (1998)：『脱病院化社会—医療の限界』晶文社。
- 12) R.Kahn and J.Buse and E.Ferrannini and M.Stern,2005, The Metabolic Syndrome: Time for a Critical Appraisal, Diabetes Care,Vol.28,No.9,pp.2289-2304.
- 13) 吉原健二・和田勝 (2008)：『日本医療保険制度史 増補改訂版』東洋経済新報社。
- 14) 府川哲夫 (2006)：「少子高齢化と医療費をめぐる論点と実証研究」西村周三・田中滋・遠藤久夫編『講座 医療経済・政策学 第一巻』勁草書房。
- 15) 権丈善一 (2006)：「医療経済学の基礎理論と論点」西村周三・田中滋・遠藤久夫編『講座 医療経済・政策学 第一巻』勁草書房。
- 16) 辻一郎・栗山進一・中谷直樹・大森芳・島津太一・菊池信孝・永富良一・渡辺誠・岩松正明・清藤浩也・藤田和樹・鈴木玲子・新田幸恵・三浦千早 (2006)：『厚生労働科学研究費補助金 (政策科学推進研究事業) 総合研究報告書』厚生労働省、3-11。
- 17) 泉田信行 (2006)：『厚生労働科学研究費補助金 (政策科学推進研究事業) 総合研究報告書』厚生労働省、60-69。
- 18) 厚生労働省 (2008)：特定健診等基本指針 (告示第150号)
- 19) 中澤堅次 (2009)：「現場認識を踏まえた医療政策の行使が厚労省には必要だ」『新医療』第36巻第3号、エム・イー振興協会、22-25。
- 20) 榮畑潤 (2009)：「困難が多い医療保険制度の安定化に全力を注ぐ」『新医療』第36巻第3号、エム・イー振興協会、84-87。

- 21) 『週刊 保健衛生ニュース 第1538』 社会保険実務研究所、5、2009。
- 22) 『特定健診対象者等全保険者集計情報（速報値）』 国保連合会、2009。
- 23) 『医療に関する国民意識調査』 健康保険組合連合会、2007。

(2010. 11. 1受付)

## HEALTH OUTLOOK AND A POLICY THAT SUPPORTS THE HEALTH INSURANCE SYSTEM

Kiyoka SAKAI

The author, who put my organization on the site as a community health service provider, feels that a certain kind of unbridgeable gulf has always existed between health insurance policy and the site. This text aims to view policy execution in the present situation targeted at health insurance system reform by determining if this gulf can be bridged. For the analysis, I examined a policy and the change in the outlook on health through verbal explanation analysis of the health system and historic analysis of the policy. In addition, I tried to ascertain the level of recognition of policies related to the country, administrative divisions, municipalities, and the public; I explored each of these four layers from the perspective of policy making and policy execution by using the policy system theory and visualized the relation of four layers. The results showed that the unbridgeable gulf was created by a gap in the recognition of the policy at each level. Therefore it is necessary to conduct positive discussions after understanding the entire image of the policy system as a strategy to reduce the gap in the recognition of the policy across all levels.