

多摩大学 統合リスクマネジメント研究所
医療リスクマネジメントセンター 教授

ま 真 の とし き
野 俊 樹

目次

1. はじめに	4. 社会保障からみた医療
2. 文科系の学問と医療	4-1. 社会保障と医療の枠組み
2-1. 経済学と医療	4-2. 社会保障におけるパワーバランスの変化と今後
2-2. 社会学と医療	5. 諸外国の医療政策
2-3. 倫理・公共哲学と医療	5-1. 自由主義の国の医療政策
3. 政権の変化と医療	5-2. 保守主義の国の医療政策
3-1. 日本の医療政策のプレーヤー	5-3. 新興国の医療政策
3-2. 自民党政権下での医療政策	6. 今後の日本における選択の必要性
3-3. 小泉政権下の医療政策	6-1. 医療における類型化
3-4. 政権交代以後の医療政策	6-2. 西欧モデルかイギリス、アメリカモデルか
	6-3. キュアモデルかケアモデルか：あり得る究極の選択

1. はじめに

医療がもはや聖域ではなく、国の政策の大きな位置を占めていることは、その財政規模、産業としての位置づけからも明らかである。

本稿では、最初に、医療を支えるはずの学問体系と医療へのつながりについて概説する。扱うのは経済学、社会学、倫理学である。つまり、前半では、医療を分析する学問として、エスピン・アンデルセンの議論のような福祉国家の位置づけの基本、あるいは経済哲学と政治哲学などを紹介し、後半での医療政策議論の基礎とする。

医療における金銭の役割が大きくなるにつれて、最も注目されているのが医療経済学である。書籍も近年、矢継ぎ早に出版されているし、審議会などでも重要な役割を演じる学

者も多い。

筆者の『入門医療経済学』では、経済学の役割を、医療の分析、とおいた。なお、ここでは財政学も、もちろん違う学問であるが、金銭あるいは経済を扱うという意味で医療経済学の中に入れてさせていただいている。

まず、日本の医療保険システムの構造を明らかにした上で、戦中戦後における医療政策の変遷を政治思想との関係から検証し、次いで、エスピン・アンデルセンが提唱した福祉レジーム論に照らして日本の医療制度の持つ特徴を浮き彫りにした。さらに社会保障としての医療の特殊性に着目しながら、先進諸外国の近年の動向も踏まえて国際比較を行う。

後半では、自由主義的福祉レジームの代表国として分類されるイギリスとアメリカの対比を、現場の医療者が抱くであろうと思われ

る疑問に応えるかたちで行い、念のために保守主義的福祉レジーム発祥の経緯にも触れる。また、保険という観点から再分類を試みたアルベールの考察をもとに、社会保障政策における保険の捉え方の相違を明らかにした。

最後に、諸外国における医療制度の今後を展望しながら、日本の公的医療保険制度が抱える財政的課題を踏まえ、制度を維持するために想定し得る今後の選択肢を提示する。

2. 文科系の学問と医療

2-1. 経済学と医療

経世済民という言葉に代表されるように、国を富ませ国民に安寧をもたらすことが経済学の目的である。しかし、抽象性、普遍性が高く、共通言語としてお金を扱うので、医療政策を決定づけたり方向づけたりするのに経済学のみを手段としてフォーカスすることが良いとは思えない。前出『入門医療経済学』で述べたように、幅広く医療経済学をとらえればよいが、一歩間違えると現場を無視した政策になりがちである。

中西輝政の『国家はなぜ衰亡するのか』によれば、

『「国防はつねに富よりも優先すべき」という『国富論』の言葉や、「神の見えざる手」という考えは、市場原理には、元来、秩序と人間関係の要請に従属すべきものという大前提があることを教えている。「経済学は、つねに政治学に従属する学問」とされてきたこともごく当然のことなのである。したがって、たとえば、日本が大量の製品を、一方的に輸出してアメリカ市場を席卷すれば、それを「市場の倫理」によるものだといっても通用

しないのは当然のことなのである。』という。この立場であれば、政治学に経済学が従属することになる。

ここからは、今までの医療経済学の流れを概説し、その医療政策への適応、あるいはその問題点を概説する。

まず、日本の医療経済学あるいはその分野の研究者には少し混乱があるようである。学習院大学経済学部の鈴木亘教授のブログから引用しよう。

これは、日本の医療政策における対立の構図をそのまま医療経済の世界でも同じことをしているように見えるからである。逆に、政治がそれをあおっているのかもしれないが、ここに審議会政治と言われる日本の政治の問題点が見え隠れする。

このブログの内容は、制度派経済学と新古典派経済学という二分法を使って、日本の医療政策を論議することに対する強力なアンチテーゼである。

<http://news.livedoor.com/article/detail/4603090/?p=2>

『医療経済学は広範な市場の失敗を扱っている学問分野なので、市場万能の「新古典派的」ではもともとないし、もはや（というより昔から）医療経済学に「新古典派」と分類される学派など、どこにも存在していない。新古典派（医療）経済学というのは、制度派を称する人々の標準的経済学に対するレッテル張りに過ぎず、実際には存在しない「わら人形」なのである。医療経済学に限らず、現代の標準的経済学は、市場機能と同じように、市場を通じない調整機能を重視しているし、

医療経済学は昔から契約理論やゲーム理論を標準的なツールとして、制度に対する分析を行ってきた。昔も今も、医療経済学者が市場メカニズム礼賛主義者では決してないのである。

また、日本の医療経済学会では「制度派経済学」という言葉は、「現実を良く知らない」と彼等が批判する標準的な経済学者に対して、現実を良く知っている医療関係者出身の医療経済学者や、厚労省OBなどの実務に詳しい学者、もともと標準的な経済学のトレーニングを受けていない（したがって、経済学のジャーナルや学会で業績がつかれない）自称経済学者などに使われているようであるが、これは本来の使い方ではない。

制度派経済学というのはヴェブレンやミューラールダールなどを中心に、歴史上の一時に存在していた学派であり、その後、ゲーム理論や契約理論、メカニズムデザインやマーケットデザインの発展と共に、標準的な経済学の中に制度分析が根付く中で（そういった分析をもって「新制度学派」という言い方はあるが、これは標準的な経済学の中の言葉である）、「経済学史のゴミ箱」の中に消えていった。日本の医療経済学に、今だに「新古典派経済学」なり「制度派経済学」なりがあるとすれば、経済学の世界潮流から取り残されたガラパゴス的な状況であることを意味しており、研究者のクオリティーコントロールが出来ていない医療経済学会の悲しい現実を表しているといわざるを得ない。そして、こうしたガラパゴス化が、日本の医療経済学への新規参入が途絶えている最大の原因なのかもしれない。』

このブログの標準的な経済学のトレーニングが何を意味するかがわからない。標準的な経済学のトレーニングとは、計量経済を意味することが多いと思われるのであるが、そうだとすればそのトレーニングを受けていない方が、用語や歴史から入るために、そのあたりが厳密である可能性がある。それも学問ではないか。同じことは医学でもあり、医学史の学者は、歴史や用語の正確さおよびそれから演繹される内容を重視する。たとえば、ガルブレイスという異端の経済学者がいた。政治経済学者と言った方がいいかもしれない。彼は、いわゆる標準経済学者からは無視されていた制度派経済学者であろうが社会的には影響力があり、政策決定にも関与していた。

いずれにせよ、現在の医療政策の決定は本稿で記載していくように、プレーヤーが多く、政策決定も交渉などの要素が多く、少なくとも合理的には決まらない。おそらく、日本のように複雑な制度を持ち、医師の力が相対的に強い国では、歴史や規制制度あるいは現場からの考察が、同じ社会保障であっても年金とは異なり、少なくとも医療や介護の経済分析には重要であろう。プリンストン大学のラインハルト教授は「どの国でも、原則として医療保険制度は国民の価値観や国民性で決まる」という。その意味で、標準的経済学では死語になったかもしれないいわゆる制度派経済学者^(注1)は医療や介護においてはいまだ必要であるのではないかと筆者には思える。

つまり、標準経済学の際立った特徴として、組織を重視しないことが挙げられるが、ここではロナルド・コース、オリヴァー・ウィリアムソン等による、取引コストや組織に関係

する議論が医療経済学にも有益である、ことを指摘するにとどめる。この指摘は、松山幸弘が医療改革と経済成長の中で触れている。

なお、通常の経済学では、技術進歩は外生的な要素とされることが多い。実は民主党の言う経済政策の「成長」というキーワードを経済学が内生的に扱うようになったのは最近のことである。

きわめて有力な分析手段や、方法論を持つのが、(文系の)学問の女王と言われる経済学である。また、近年の医療政策決定におけるデータ重視の傾向と相まって注目されているが、それゆえに、偏重しないよう、また学際的なアプローチの重要性も含めて、あえて厳しめに評価させていただいた。

いずれにせよ、学問あるいは学者の立場から言えば、経済学が議論のための議論あるいは政治に使われないための気構えが必要である。

2-2. 社会学と医療

次いで社会学からエスピン＝アンデルセンの福祉国家類型論を紹介しよう。

医療政策の世界でも、対GDP比の医療費の数字がよく議論の対象として使われる。かつては社会保障でも同様であったようだ。たとえばハロルド・ウィレンスキーは、64カ国の社会保障支出における対GDP比の差異の説明変数としては経済水準や人口の高齢化が最も重要であり、一方、イデオロギーや政治体制

の差異は説明変数として有意ではない、と指摘している。ウィレンスキーは、工業化が都市化と共に進み、従来農村などの共同体で生活扶助がなされていたのが不可能となる。そして、政府が介入せざるをえなくなり、社会保障という形での新しいシステムが形成されたと見る。このため、ウィレンスキーは、経済成長に伴って福祉国家が発展するという論の代表的論者と見られた。

ウィレンスキーの研究以来、GDPに占める社会(保障)支出の比率を手がかりにした研究がひとつの有力な流れとなっていた。日本でも、『政府の大きさと社会保障制度』(橋本俊詔編)といった書籍がある^(注2)。

社会(保障)支出の比率を決めるものは何か、どういう背景から比率の高い国(福祉先進国)、比率の低い国(福祉後進国)に分かれるかに研究の関心が向けられたのである。こうした研究からはいくつかの異なった結論が導かれており、コンセンサスが得られていないわけではない。

このような流れのアンチテーゼとして、エスピン＝アンデルセンの福祉レジームの類型論は、資本主義および福祉国家の発展の歴史認識から演繹されて導き出された。福祉レジーム論は、福祉国家の発展における労働組合や社会民主主義政党の主導性を重視している。

図1に、このタイプの概要を示す。なお、イギリスを自由主義に入れるかどうかは議論があるが、ここでは、ミッチェルの福祉国家の

注1) 制度学派は、制度を歴史的、文化的な産物とし、制度を重視する経済学者のグループである。新制度学派は、そのような制度の議論を引き継ぎながらも、新古典派経済学のミクロ理論を補完するという立場をとっている。近接方法は違うが、制度や組織の形成の論理を解明しようとしていることに大きな特徴を見出せる。

また、新制度学派は、制度を合理的経済人の活動の諸制約として規定した。ここに古い制度派との大きな違いがある。

注2) もっともこの書籍では、序に公共哲学などの考察もかなり加えられており、数字だけを見ているものではない。なお、この書籍の結論の1つは国民負担率を40-50%に抑えたいという日本人が多いというものである。

図 1

エスピン=アンデルセンによる類型			
福祉レジーム	社会民主主義	自由主義	保守主義
モデル国家	スウェーデン など北欧諸国	アメリカ、カナダ、オーストラリアとイギリス	南欧、ドイツ、日本
脱商品化	高位	低位	中位
階層化	低位	高位	中位
脱家族化	高位	中位	低位
主たる政策目標	所得平等および雇用拡大	租税軽減および雇用拡大	所得平等および租税軽減

国際比較研究によった。

理橋孝文の『現代福祉国家の国際比較—日本モデルの位置づけと展望』から要点を記すと、

第一の指標である「脱商品化」の概念は直接的には、カール・ポランニーに由来するが、個人あるいは家族が、市場参加の有無にかかわらず社会的に認められた一定水準の生活を維持することがどれだけできるか、あるいはその程度である。福祉国家は、経済の構造で言えば混合経済の体制をとっているの、どこまでが市場経済であるのかという、市場経済の範囲の規定と言いかえてもいい。

第二の指標である「社会的階層化」指標は、福祉国家は不平等の構造に干渉し、是正するひとつのメカニズムであるはずなのだが、それ自身が一種の階層化のシステムであるという点がポイントである。たとえば、社会保険制度自体がすでに社会の階層化である場合があるということだ。これは、たとえば、日本においても長らく大企業の健保組合、かつての政府管掌健康保険組合、国民健康保険において、受診率の自己負担割合が異なっていること、最近でも企業の負担する保険料の有無

によって、月々の自己の支払う保険料が違うことから示される。実際、健保に入りたいために就職するという例もある。また、ドイツでは現在でも高級官吏は公的な強制保険ではなく、民間保険に加入していることや、新興国では国家公務員の保険における待遇がいいことでも裏付けられるであろう。中国でも国民皆保険が目標とされているが、背景には国民の格差が広がり、医療を金で買う状態があることは言うまでもない。

三つ目の指標である「脱家族化」は、当初はなかった指標であり、福祉関係の書籍によっては省いている指標である。要するに、女性の労働参画の問題であり、女性が無償の家事労働から脱却して労働市場に参加することができているかということである。スウェーデンのような北欧では、医療や介護分野で働く人が女性である場合が多く、高福祉と労働参画の両立が行われている。

ただし、残念ながら類型化はできても、解がない。言いかえれば、解がないからひとつの報告に収斂していないとも言えるのである。

第1の類型では平等な福祉の権利を保障するが国民負担が高くなる。一般的には、競争がないからであるとされる。第2の類型では家族がサービスを提供できなくなった時に初めて公的介入が行われるが、それまでの家族の負担が家族のきずなを弱めていると言われる。これは、日本でも介護保険の導入時に言われた議論であり、逆に介護保険が家族のきずなを弱めるという意見もあった。なお、1人の女性が生涯に何人の子供を産むかの合計特殊出生率が一番低いのはこの型である^(注3)。

注3) フランスは、例外的に合計特殊出生率が回復した。

第3の型では所得に応じた福祉のために、たとえば医療の場合には無保険者のような、新たな格差を生みだし社会不安の原因となる。

ただ、この第3の類型は、世界的にも評価が低いのか、新興国では財務状況の改善に伴い少なくなり、総本山のアメリカでもオバマにより国民皆保険の議論がなされ、立法までこぎつけた。なお、医療に関してはオーストラリアはイギリス連邦成立後、ミーンズテストを通じて、社会保障の給付を、貧困者に対し選別的・限定的に行ってきた。その後幾多の経緯があったが労働党政権下の1984年にメディケアという税金を財源にした公的医療保障が導入されており^(注4)、またカナダでも一般税、その他企業雇用主への社会保障税、州の一般財源、連邦政府補助金が財源となる保障制度になっている。このように医療に関しては、第3の類型は、かなり旗色が悪いようだ。

2-3. 倫理・公共哲学と医療

この分野は社会保障の論理的な基礎になっているが、諸説があり、また同じ学者であっても、たとえばロールズのように意見が変化する場合があるので、詳細をこの論文で解説することは不可能である。したがって、医療に関係しそうな大まかな流れに触れる。

自由と平等を両立させることを理論的に支えてきたのが、有名なロールズの「正義論」である。ロールズは自由と平等を両立させる

「正義論」として二つの原理を導き出した。一つ目の原理は、各人は自由に対する平等な機会を持つというものである。二つ目の原理は、「格差原理」と呼ばれるもので、個々人間の格差は「その格差が最も恵まれない人の利益になると期待される場合にのみ許される」という考え方である。なお、ロールズ自体はリベラリズムの学者として位置づけられる。

表現は難しいが、広井良典の「日本の社会保障」の説明によれば、合理的経済人が情報ゼロの状態を「無知のベール」とし、その状態での社会契約^(注5)であれば人々が公正に最悪の状態に陥ることを最大限回避する条件として社会保障を選ぶであろう、ということである。

ただ、ここで言うリベラリズムは、ジョン・ロックが唱えるような、いわゆる古典的自由主義とは異なる。古典的自由主義は個人の自由と小さな政府を強調する思想であり、伝統的自由主義とも言われる^{(注6)(注7)}。

ロールズの言うリベラリズムは社会自由主義と言われることもあり、政策的には社会民主主義に近い。社会民主主義は国民の人生に発生する生活不安を解消する社会を目指すもので、西欧では、社会民主主義政党が伝統的自由主義の保守主義政党と並ぶ二大勢力として政権交代を繰り返している。たとえばドイツでは新自由主義的な考えの自由党との政権交代が医療にも大きな影響を及ぼす。また、北欧では、社会民主主義政党が長期間政権を

注4) オーストラリアでは民間保険の活用も多く行われている。http://www.nli-research.co.jp/report/report/2009/10/repo0910-1.pdf

注5) 社会契約とは、ある国家内で、その国家とその国民との関係についての理論上の契約を言う。

注6) 当然福祉国家には反対である。

注7) リバタリアニズムともいう。リバタリアニズムは、新自由主義の思想的根拠で他者の権利を侵害しない限り、各個人の自由を最大限尊重すべきだと考える考え方である。

維持・運営している。

ここで言うリベラリズムは積極的自由^(注8)にもとづく自己決定を推奨し、国家による富の再配分または地域社会による相互扶助を肯定する。すなわち、市場原理主義では大企業が利益を最大化しようとする行為のために、失業問題や構造的貧困や環境問題など様々な弊害・社会問題が生じ、それは古典的自由主義の意図に反して人々の社会的自由をかえって阻害しているとし、古典的自由主義を修正する思想である。

ただ気をつけねばならないことは、ロールズはいわゆる福祉国家の批判者でもある点だ。すなわち、正義は自己の利益を求める合理的な人々が共存するために相互の合意によってもたらされ、人々には平等な基本的自由と機会の平等が与えられており、かつ人々の自由な経済活動できる社会を肯定する。逆に、結果の平等に関しては必ずしも是としない。

近年では、このロールズの正義論に対しての反論も生まれてきた。コミュニタリアニズム（共同体主義）である。

代表例が、マイケル・サンデルの議論である。サンデルはリベラリズムが想定する人間観が、特定の共同体の伝統や慣習から切り離された合理的な人々で、いわば「原子」のような個人である点を批判している。この批判は、筆者が『入門医療経済学』において、経済学による医療への分析としてのリスクと考えた点でもあるし、まさに、本稿でも前述した問題点でもある。

この合理的な個人は社会契約によって自由

に社会から出たり入ったりでき、社会の価値観とはまったく無関係に「善き生」の構想をつくらることができる。そればかりでなく、個人の性別、人種、家族、等々の属性は偶然的で切り離すことが可能なものと考えられ、個人はこうした属性と無関係に人格あるいはアイデンティティを形成することができると考えられる。要するに、リベラリズムは個人をその所属する共同体からあまりに切り離して考えすぎだ、ということである。

なお、ここまで哲学的な批判ではなくても、国家の役割をリスクマネジメントという視点（広義の安全保障）ととらえることでも、ロールズへの批判と、現代の福祉国家の位置づけが明確になる。もちろん、筆者は結果の平等のみを求める立場ではないが、下記の意見には賛成である。

たとえば、京都大学の経済学者の橋木は、『安心の経済学』で下記のように述べる。

『不確実性が高まっている。人間は生まれてから死ぬまで、不確実に発生する様々な事象に遭遇する。いわばリスクの多い時代にわれわれは生きている。喜びを感じることもあるが、悲しみに遭うことの方が多いし、深刻度も高い。わが国における身近な大惨事は阪神大震災である。ごく最近ではアメリカのニューヨークやワシントンにおけるテロ事件がある。双方とも数千人の死亡者が発生した。こんな大事件のみならず、個人には小さな出来事がよく発生する。これらの人生上で起きる様々な重要な事象を系統的に分析し、対策

注8) 積極的自由は、自己実現や自己の能力によって規定される概念であり、自己の意志を実現しうる自由に重点を置く。一方、消極的自由は他者の権力に従わない状態、他者の強制的干渉が不在の状態を意味する。

を考えるのが本書の目的である。いわば安心ある生活を送るためにどうしたらよいか、が主要な論点である。

人生上でどのように思いがけないこと、あるいは意図的な事象に遭遇するかと言えば、結婚、子供の誕生と子育て、教育、就職、解雇、失業、離婚、火災、交通事故、地震、労働からの引退（すなわち老後）、病気、寝たきり、死亡など様々な経験がある…。

すべての人が遭遇するのは、人生の最終点である死亡である。さらに、勤労している人もいつかは遭遇する事象として労働市場からの引退があり、年金や老後のために用意された金融資産を用いて生活する。ところで年老いた人には寝たきりになるリスクもあり、誰がどのような介護をするのか、という問題も重要である。』

同じく、橋木は「政府の大きさと社会保障制度」において保険は最も恵まれない人のみならず、中間階級あるいは高所得の人にまでメリットがおよぶ制度であることを強調している。経済学で言う、正の外部経済^(注9)もそうであるが、もっと卑近な例で言えば、新興国において貧困な病気の人が苦しみながら道を歩いていけば、日本的な感覚かもしれないが中所得層もつらいであろうし、何より海外先進国からの観光客にプラスの印象は与えないであろう。

同じように、元社会保障人口問題研究所の所長で、広義のリスク対策としての社会保険

の意義を強調する、経済学者の塩野谷裕一は、『経済と倫理 福祉国家の哲学』で、さらに公的医療保険の方が効率的であるという。

『保険とは、多数の同様な危険に曝されている個々人が集団を形成し、比較的わずかな保険料を拠出し合い、偶然的な事故が発生した時、事故に直面した人々に対して拠出金のプールから損害の補填をするという仕組みである。(中略) もしこれによってリスクに有効に対処できるならば、人々は政府の介入なしに基礎的ニーズを充たすことができるはずである。』

ところが、リスクの把握に関しては需要者と供給者との間に大きな情報の非対称性が存在する。効率の観点から言えば、高リスクの個人は高い保険料を払い、低リスクの個人は低い保険料を払わなければならない。保険の供給者は個々の需要者に特有のリスクの程度に応じた保険料を設定しようとするが、需要者は自分のリスクの程度を隠そうとする。(中略)

私的保険は個々人に特定のリスクに応じた保険料を適用すると一般的に考えられ易いが、これが厳密に行われることはない。市場における保険供給者は、リスクをある程度細分化した上で、全加入者集団に対して何らかの平均的保険料率を適用せざるをえない。その場合には、健康保険を例にとれば、健康な人にとっては保険加入は不利な取引であり、他方、保険に入る人はそれよりも疾病のリス

注9) アルフレッド・マーシャルは、コストの削減の原因を個々の企業の自助努力によるものと、産業全体の規模の拡大がその産業全体の環境を改善することによるものと分けて考え、前者を内部経済、後者を外部経済と名づけた。ある種の制限はあるにせよ、隣の花壇に対して対価を払わなくてもその花を愛でること、すなわち便益を得ることが可能である。これが正の外部経済である。

ク確率が高いとみずからを考える人たちがばかりになるという逆選択が発生する。(中略)その結果、集団全体の保険金の支払いは保険料収入を上回ることとなり、保険供給者は平均保険率をさらに引き上げなければならず、結局市場が成立しないことになる。これは情報問題にもとづく「市場の失敗」の一ケースである。これに対して、政府による社会保障の仕組みは強制加入制度を採用し、個々人のリスク確率から独立した平均料率を適用する。社会全体の保険金の支払いを賄えるように、加入者に対する平均料率を定めればよい。このように社会保障の第3の理念的根拠としてリスクへの対応における保険市場の失敗を是正して「効率」を実現するという理由が成立する。』

これは、まさにアメリカにおいて医療費が高い理由を説明している。もう少し卑近に言えば、国家の場合には、保険料や支払い価格を強制的に規定することが可能であるからでもある。

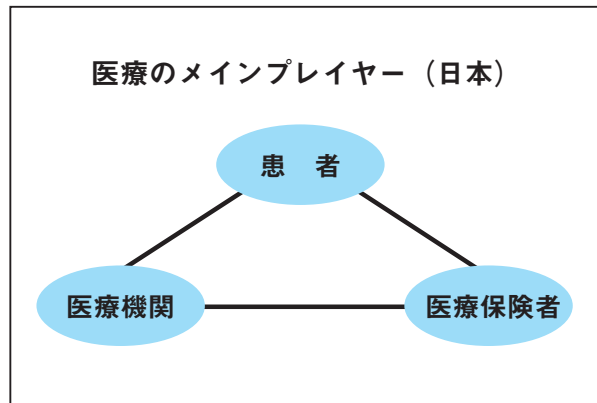
3. 政権の変化と医療

3-1. 日本の医療政策のプレイヤー

さて、基礎になる学問を概観したところで、ここからは現実の分析に入りたい。

日本の医療政策体系は、消費者である患者と医療提供者（医師と医療機関）と費用補償者である医療保険者の三者間の関係で考えるとわかりやすい（図2）。簡単に整理すると、患者は医療提供者から医療サービスを受ける。医療提供者は行った医療行為に対して、医療保険者から診療報酬として支払いを受け

図2



る。患者は医療保険者に保険料を支払うという関係である。この三者間の関係は静的なものではなく、医療制度の変更によっておたがいの力関係のバランスは大きく変化する。

これまでは、この三者のバランスでなり立っており、なかでも医療提供者の力が強かった。そして、その医療提供者の裏側に、厚生労働省が厳然と医療をコントロールしていたことは言うまでもない。なお、コントロールという強めの表現は適切な表現ではないかもしれない。同じような構図にあったのは単に医療行政だけではないからだ。

ただ、ややこしいのは政治家の顔が見えるようになったことである。従来の自民党政権においては、このあと詳細に見ていくが、いわゆる族議員がいて、あまりマスコミに見える形になっていなかったために、生活者にも知らされない形で、厚生行政に関与していたのである。

3-2. 自民党政権下での医療政策

自民党政権下の体制のおおもとは、野口悠紀雄が言う1940年体制である。この体制が、現在まで引き継がれているのが、日本の構造上の問題であるというのが、野口の主張であ

る。この1940年体制とは、当時の大日本帝国が戦争をより効果的に遂行するために政治・経済・社会を改革した国家社会主義的戦時体制のことであるが、国家総動員法のもとで所有と経営の分離、国による資源配分、業界組織の編成、地主の権利制限、生産倫理の高揚が図られた。その後GHQによる占領を経てもこの体制は温存され、官僚統制、銀行本位制など高度経済成長を支えた体制へと継承されたというのである。詳細は医療に関係は少ないが、官僚制度については、厚生省が旧内務省系であり、ドイツの思想を受け継いでいた点がポイントになる（ドイツの思想を受け継いでいた点は当初の日本医療がドイツ医学の影響を大きくうけていたことにつながる）。

その後、政治体制においては、「改憲・保守・安保護持」を掲げる自由民主党と、「護憲・革新・反安保」を掲げる日本社会党の二大政党体制、いわゆる55年体制が誕生した。

55年体制の定義は与党の自民党と野党の社会党という構図、自民党と社会党が対立している構図、自民党が第一党で社会党が第二党という構図など諸説あるが、一般的には第一与党の自民党と第一野党の社会党という構図が有力である。

1955年当時の国際情勢はアメリカ合衆国とソビエト連邦による冷戦体制であったので、55年体制も冷戦という国際社会に合わせた日本の政治構造である。

ポイントは、社会党がほぼ万年野党であり、自民党がさほど野党を気にする必要がなかったという点である。

このような状況で、自民党政権下では、医療については上述した3つのプレイヤーの分

析で状況が把握できた。さらに、同じ自民党政権下でも2000年代とは異なり、人口も増加し経済も成長を遂げていたために、保険者が医療費の増加を求めている。逆に言えば、医師会、保険者の思惑は一致し、厚生省はそれに反対しているのかどうかはわかりにくい構図であった。言いかえれば、お金の削減を迫る大蔵省と、医師会や保険者を背景にして医療費の増加を確保する厚生省という構図である。医師会は現在と異なり、武見体制下では医師の自由を追求していた。その意味で管理を迫る厚生省と対立することはあったが、医療費の増加という点では、同じ方向であったのである。したがって分析の必要も少なかったといってもいいかもしれない。

こういった状況下での医療政策はどうなっていたのであろうか。

この時代には、財源はあった。医療法が長らく改正されなかったことでもわかるように、大きな方向性の変更はなく、量的拡大を追求してきた時代であったといえよう。

もちろん、高齢社会への波はおとずれており、1980年代から厚生省主導での医療費抑制の動き、さらには1990年代の後半から医療制度改革の動きは起きる。さらに、レーガンやサッチャーに習った、小さな政府路線が1996年の橋本政権から始まった。

しかし、それであっても矢継ぎ早に医療法を改正するといった、現在のような急な改革を起こそうという動きはなかったといえてよい。

池上、キャンベルの『日本の医療』からまとめると、

『厚生省は公衆衛生政策の実践であり、具体的には、すべての地域住民の健康水準の向上を目的として、行政が立案した計画に従って医療が提供される様な体制が目標であり、日本医師会の目的はプロフェッションの自由であり、具体的には、それぞれの医師が長い臨床経験によって「芸」として極めた医療を、誰にも拘束されることなく、各々の患者のニーズに応じて提供できるような態勢が目標である。』

税金で医療を行っている国（言い換えれば国が医療全体を強い力で管理しているイギリスのような国であるが）の方が、公衆衛生、すなわち疾病予防に力を入れる傾向にある点が重要だ。これを公衆衛生（主導）モデルと呼ぼう。この分野は、なかなか生活者から対価を得にくく、いわゆる保険原理になじみにくいので、税金で医療を行っている国が強い。

逆にアメリカのように、公的な保険制度さえなく民間が中心になっている国では、公衆衛生より産業としての医療、言い換えれば最先端の技術を使って疾病を治療し、それで対価を得る、という疾患モデルになる。

なお、このモデル化は、簡単なようで難しい部分がある。まず、MECE（Mutually Exclusive and Collectively Exhaustive）^{（注10）}のように、お互いが排他的であるモデルが望ましい。

しかし、社会学のモデルでは、そうはいかないことが多い。たとえば、池上、キャンベルの『日本の医療』では、公衆衛生モデルと

医療経済モデルといった表現をしているが、MECEではない。この場合には、注目点で分類しているといえよう。エスピン・アンデルセンのモデルでも、MECEになっていない。

その意味では、筆者の公衆衛生モデルと疾患モデルは、完全にMECEではないが、重点項目で分けており、エスピン・アンデルセンのモデル化に近い。もうひとつの、医療費に対する考え方は、この2つでほぼMECEと言ってよいであろう。

これらのモデルは、後述していくように、日本医師会のスタンスを、アメリカ医師会と対比して考える時に非常に参考になる視点である。すなわち、日本医師会は、ある時点から民間でありながら公衆衛生モデルを追求しているようになっているのである。

各プレーヤーの分析では、少し乱暴であるが公衆衛生モデルか疾患モデルで分類していく。これに、医療費増を容認するかどうかという視点で4つの象限に分離できることになる。なお、日本ではこの公衆衛生モデルか疾患モデルを明示的に示しているプレーヤーはいないので、その行動パターンから分析するほかはない。

さらに、ややこしいのは、たとえばアメリカやイギリスでは、医療費増についても国の中で、現実には別にして、抑制、効率化という方向で比較的コンセンサスが得られており、また、イギリスは公衆衛生モデル、アメリカは疾患モデルなのかがわかりやすいのだが、社会保険で医療財源を賄ってきた国、たとえばドイツやフランスでは同じ国の中でも意見

注10) Mutually Exclusive and Collectively Exhaustiveとは、「相互に排他的な項目」による「完全な全体集合」を意味する言葉である。要するに「ダブリなく・漏れなく」という意味で、経営学的手法。

が分かれる。社会保険財源と言いながらかなり公費を医療に注いでいる日本においては言うまでもなく混迷しているのである。

ここで自民党政権下で起きた大きな爆発と民主党政権での医療政策への圧力を見てみなければならぬ。

3-3. 小泉政権下の医療政策

変化あるいは改革の萌芽が爆発したと言えるのがいわゆる2000年代に入ってからである。小泉首相の諮問機関である経済財政諮問会議は「小さな政府」を志向し、厚生労働省は「大きな政府」志向、日本医師会と健保組合は思想的にはどっちとも言えず、業界の意見を代表している。財務省は旧大蔵省なので予算の縮小しか頭にない。また日本医師会も健保組合も厚生労働省も基本的に経済財政諮問会議の意見に反対という状況でバトルが起きた。

経済財政諮問会議がまとめた医療サービス効率化プログラムは厳しい改革案であった。

- 1 医療サービスの標準化と診療報酬体系の見直し：「根拠にもとづく医療」(EBM)を促進
- 2 患者本位の医療サービスの実現：医療・医療機関に関する情報開示、医療情報のデータベース化・ネットワーク化による国民への情報提供の拡充
- 3 医療提供体制の見直し
- 4 医療機関経営の近代化・効率化：医療サービスのIT化の促進、電子カルテ、電子レセプトの促進により、医療機関運営コストの削減を促進する。
- 5 消費者（支払い者－患者・保険者）機

能の強化

- 6 公的医療保険の守備範囲の見直し
- 7 負担の適正化

この医療制度改革の柱は、①診療報酬（制度）の改革、②高齢者医療制度の改革、③医療保険制度の改革（高齢者医療制度とのリンクが強い）、④医療提供体制の改革などに分類される。このうち、焦眉の急とでも言うべき問題は、②ないしは③である。なぜなら、日本の医療提供体制は、医療事故とか、医療の質などに問題点は残してはいるものの、相対的（たとえば海外比較）には一定のレベルを満たしていると考えられるからである。

このような論点のもとで、医療費の増加が抑制され、それが医療崩壊につながったというのが、医療提供者側から見た主張になっている。

3-4. 政権交代以後の医療政策

民主党、特に長妻厚生労働大臣は、民主党の政権交代前の方針をかなり忠実に守った。なかでも現場主義、官僚排除を徹底しようとした。しかし、現場主義は直接にすべての情報が集まるわけではないので、バイアスのおそれがあり、同じように現場主義をとっていた、仙石大臣、足立政務官などとの意見が合わなかったと言われる。また、過度の官僚排除は、仮に政策立案はできても、実行できるのか、という点において疑問があったが、それが、正しいか誤りなのかが実証される前に職を退いた。

最後に、経済成長と社会保障はバスターではないという主張が残った。これは、民主党の医療政策の大きな特徴である。

民主党政権では、経済財政諮問会議の後継とされる国家戦略室（局）^(注11)と行政刷新会議が重要政策決定機関（いわゆる重要政策会議^(注12)）として位置づけられる（まだ国会を通過していないので現状では閣議決定のみ）。

旧来の規制改革会議は審議会レベルであったのに対し、民主党は行政刷新会議のなかに規制制度改革の分科会をつくっている。なお、重要政策会議では本会議の委員は民間議員になる。

この二つが両輪として、2010年6月に閣議決定された新成長戦略のなかで医療・介護を産業として伸ばしていくということとされた。いいかえれば、医療が産業政策の対象になったということである。

さて、産業政策には規制緩和、補助金、減税などの方法がある。なかでも規制緩和は財政政策に頼らずに経済を活性化する効果がある。

もうひとつの、産業政策としてのポイントはイノベーションということである。経済学者のフランク・ナイトは、不確実性、つまりわからないことへの挑戦が利潤の源泉だという。過去データで客観的な判断ができるビジネスでは、競争相手が増えて利潤が消える。だから、客観的な判断の不可能な不確実性に利潤を求めるといふ。また、シュンペーターの重視するイノベーションも、産業政策ならではの部分もある。

さらにもうひとつのキーワードは「グローバリゼーション」であろう。民主党政権の「開かれた日本」といった言葉に代表される。グローバル化あるいはグローバリゼーション

とは、これまでの国家や地域などの境界を越えて地球規模で複数の社会とその構成要素の間での結びつきが強くなることに伴う社会における変化やその過程、と定義されるであろう。

しかし、その言葉が一般的に用いられ始めたのは、実はそれほど古くからのことではない。セオドア・レビットという著名なマーケティング学者は、1983年に『グローバル化する市場』という論文の中で、『世界がある強い力によって、共通の方向に急速に収束しつつある。その結果今まで予想もつかなかった規模の標準化された消費財の市場が地球的なスケールで出現した。こうした地球的な規模の同質化に適応できない企業は淘汰される。』と述べた。

これが、「グローバリゼーション」という言葉の嚆矢とされている。ここでは消費財に焦点が当てられているが、その後、その範囲は拡大した。いずれにせよ、筆者が『グローバル化する医療』で述べたように、社会のグローバル化あるいは流動化は下記の順でおきる。

①情報→②資本→③人（旅行者（健常者）、労働者、患者）

そしてその最終形という形で、患者までが流動化しているのが現在と言える。

さらに言えば、制度自体が流動化というか、ひとつの方向に収斂していく、あるいはEUのようにひとつの制度に統合されていくのもグローバル化と言える。ただポイントは、制度の統一は、上記の順で言えば第4段階とも

注11) 厳密には経済財政諮問会議は法的には存在している。

注12) 審議会より上の総理大臣直下の組織、他には総合科学技術会議など。

言える、最終の段階であるということである。

4. 社会保障からみた医療

4-1. 社会保障と医療の枠組み

次いで、社会保障についてのフレームワークの定番であるエスピン＝アンデルセンの福祉国家レジームである、自由主義、社会民主主義、保守主義に準じて議論を進めたい。

すでに述べたように、エスピン＝アンデルセンという社会学の著名な教授は、社会保障の枠組みを、三つに大きく分類している。すなわちアングロサクソン系の国、アメリカなどに見られる最小限の保障を行うモデルと、北欧諸国に見られる高福祉のモデル、それにフランス、ドイツといったヨーロッパ大陸のモデルである。

ヨーロッパ大陸モデルは社会保険システムで医療の保障をしていて、一応、日本もこのモデルに入ることになるが、すでに述べたように、戦後急速に整備されたために、税の投入や、公共事業による福祉政策と相まって、広井の言う「途上国モデル」とでも言うべき変形になっている。

また、このフレームワークには若干の問題がある。それは、ひとつの原因は社会保障という視点での枠組みで類型化されているのであるが、その中のひとつではあるが、社会保障の中でボリュームが増大しかつ技術の要素が大きく、さらに雇用増加の面もあるために産業としての側面をも大きく併せ持つ医療というものの置かれている独特なポジションが考慮されていないからだ。

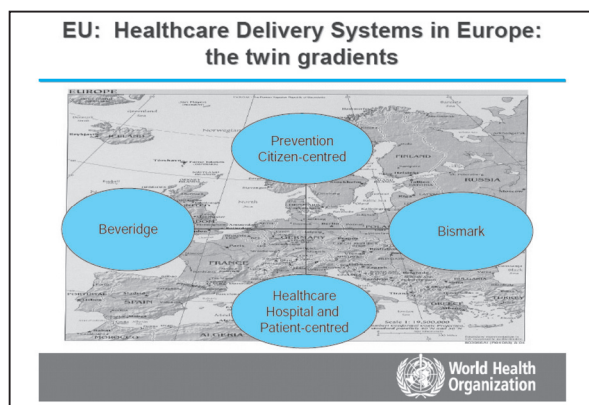
特に、純粋な福祉政策と医療政策は似ている部分と異なる部分があり、国の財政におい

て医療のウエイトが大きくなっている今、旧来の分類では必ずしも当てはまらない。また、広井は、こういった思想と給付のレベルは必ずしも同じではないと指摘する。さらに言えば、中身も対GDP比の割合などの金額ではなくて、その質が問題だということが医療者の視点になろう。

なかでも、イギリスとアメリカを同じ位置に置く点は医療者には疑問もあろうと思うので、このあたりも含め検討していく。

また、図3にWHOの示す社会保障としての医療の分類を示す。ここでは、ベバリッジのモデルはもちろんイギリス型なのだが、その給付の度をあげたものとして、スウェーデンなどの北欧をとらえ、ビスマルクの開始による社会保険型と対峙させている。そして、公衆衛生モデルと治療モデルを対比させている。ベバリッジ型は公衆衛生モデルが強く、ビスマルク型は治療モデルになりがちだというのはすでに述べたとおりである。そして、このどこにも入らない形として、民間保険が中心のアメリカがあるという見方もあり、医療者にはこの見方の方がなじみやすいと思われる。

図3



そこで、次に医療の社会保障としての特殊性を踏まえつつ国際比較を考えよう。

4-2. 社会保障におけるパワーバランスの変化と今後

1970年代半ばにイギリスではサッチャー、アメリカではレーガン、そして日本ではやや遅れて90年代に橋本が新自由主義的改革を行った。そこでは、「福祉国家の再編」、「福祉国家の危機」が脚光を浴び、財政が転換期にあることが強調された。

社会保障については、①従来のパターンリズム、福祉の視点にもとづく公正重視の大きな政府の考え方と、②新保守主義に代表される小さな政府の考え方、③社会学者のギデンスの考え方^(注13)にもとづき、1997年からイギリスのブレア首相、98年にドイツのシュレーダー首相が打ち出した第三の道という三つの方向性がある。

アンデルセンの議論の繰り返しになるが、①は、旧来の福祉国家群、すなわち北欧諸国の考え方だ。保守主義は市場万能主義でかつ伝統を重んじ、異端にも厳しいが、②の新保守主義は、市場万能主義をよりいっそう鮮明にしつつ、社会的異端に対しては比較的寛容であろうとする立場である。^{(注14) (注15)}

第三の道の思想は、①と②の間で、個人が社会保障の一方的な受益者であってはならず、国家は個人の自立を支援するような制度設計を行うものとされる^(注16)。特に、ブレアによる第三の道の改革には、コミュニタリア

ンの考え方も組み入れられている。

今日の先進資本主義諸国では、公的所得再分配のウエイトが、資本主義発展の初期の段階に比べていちじるしく増大している。これは住民の高負担をまねき、活力の低下をまねくおそれがある。そこで、スウェーデンのような、上述した①のタイプに当てはまる国であっても、基礎年金を廃止したりして、自己責任や自己選択を重視するようになってきている。そこで、これからの大きな流れとしては、社会保障を国まかせにしない、言い換えれば自己責任の方向に向いていると考えられる。その結果国家が直接社会保障の供給主体から後退し、民間企業やNPOが参入する条件整備を主たる役割とする支援国家へと変容しつつある。

その流れの中で、第三の道による方法論のひとつとして、ワークフェアという概念が起きてきた。

ワークフェアは、welfare to workとも言えて、2通りの解釈を含んでいる。(1)「福祉から労働へ」と解釈すれば、従来の普遍主義から、就労を条件とした選別主義的な福祉給付へという大転換になる。(2)「働くための福祉」と解釈すれば、そもそも福祉の目標を自活できる状態に置くことになり、就労支援を政府が積極的に行うことが特徴となる。通常は後者の意味と考えられ、本稿も後者の位置づけをとる。

注13) アンソニー・ギデンス『第三の道—効率と公正の新たな同盟』佐和隆光訳、日本経済新聞社、1999年

注14) 佐和隆光『漂流する資本主義』ダイヤモンド社、1999年

注15) 佐和隆光編『改革の条件』岩波書店、2001年

注16) 木村陽子「先進諸国における社会保障構造改革」『公共政策研究』、2001年、P54-56

5. 諸外国の医療政策

5-1. 自由主義の国の医療政策

ここからは、エスピン・アンデルセンの洞察にいたる社会保障の歴史に触れながら、医療制度の状況について考えてみたい。

最初に、そこを見習うべきかどうかは別に、自由主義の代表国のイギリスとアメリカを挙げよう。

実は、イギリスというのは医療に関してはわかりにくい国である。イギリスにはNHS (national health service : 国民保健サービス) という公的な医療組織があるが、一方では、この組織を民営化することで効率的な医療を目指そうとしているからである。

この組織の創設の状況を見てみよう。

19世紀には、国の役割というものはきわめて限定されていた。これは、ヨーロッパの国々の歴史が、王制からの脱却の歴史であり、王制イコール国家であったから、国民が国に対して権力を持たせることを嫌っていたという歴史が背景にある。このころは、国の役割は公衆衛生とか貧しい人への援助くらいであった。

15世紀中ごろから17世紀中ごろまでの大航海時代に世界貿易は発展し、商業の一大変革が起き、さらにイギリスでは世界に先駆け1760年代から1830年代に産業革命が起きる。農地から追い出された農民たちは、都市へ流れ込み貧民となった。農村での共同体が崩壊し、都市の時代になったのである。

1601年、イギリスではこれまでの救貧施策をまとめて、家族による支援が得られない貧困者を救済する法を制定した。このいわゆる

エリザベス救貧法 (Poor Law) により救貧行政は国家の管轄となった。しかし、目的は救済ではなくあくまで治安維持にあった。したがって貧民の待遇は抑圧的であった。その後、救貧法は現在の公的扶助にいたる原形となり、失業手当を含む恩恵的な性格の救済と就労促進の2面を持つ生活保護 (扶助) 法へと変化していった。

前述の公的扶助制度 (救貧法) と社会保険を起源とし、ドイツやフランスなど各国は国民の生活を保障する制度を発達させていった。イギリスでも1870年代から徐々に状況が変わり、社会保険、国民健康保険がつけられた。20世紀初頭には福祉の対象は労働者階級まで拡大された。このよさを伝える言葉として、「ゆりかごから墓場まで」という言葉が有名だ。そしてそれらを融合し実際に制度としても伴った社会保障の本格的な登場は、イギリスにおける1942年ベバリッジ報告であった。

救貧法からの離脱を最終的に可能にしたものこそ、ベバリッジ報告によって提言された社会保険の制度であった。生活扶助と社会保険を一体とした総合的な保障制度が提示された。ベバリッジは、国が強制保険として拠出と引き換えに国民に与えるこのような給付を国民の「権利」であるとした。

1946年には、NHS (national health service) 法が制定され、1948年に施行された。ベバリッジモデルは、ビスマルクのような労働者主体の職域主義ではなく国民対象の地域主義で、個人単位の保障を考える。基本的に各人定額に納付、給付も一律定額とする。一律保障のため所得の最低保障に適した制度とされている。国家は最低限の所得保障を行い、自

助努力を奨励し、この概念は、イギリスの医療システムに現われている。すなわち、

- (1) 医療を必要とするものは誰でも、無料で医療を受けることができる
- (2) 患者に、その医師を選択する自由がある
- (3) 医師に、その患者を選択したり自由診療に従事したりする自由がある
- (4) 病院サービスと地方自治体保健当局のサービスとのあいだを結ぶリンクの役割を果たすものとしての家庭医について、伝統的な医師・患者関係を維持すること

であるという。

このような概念を基に、プライマリケア重視、かかりつけ医 (general practitioner : GP) 重視、公衆衛生モデルのイギリスの医療が生まれた。ゲートキーパーとしてのかかりつけ医制度は北欧とイギリスにかなり特徴的と言っている。この意味では、前述したサッチャー改革もあり、給付のレベルが低いので、医療者からも、エスピン・アンデルセンからも同じモデルとはみなされにくいだが、思想においてはイギリス医療は社会民主主義モデルであるといえよう。

しかし、一方では、自由主義的な変革も大きな国である。イギリスは、労働党政権から自由民主党と保守党の政権になり、NHSに対する大幅な予算の削減とNHSの仕事をプライマリケア医に大幅に移管し効率化を目指すこととした。それに対し、2010年にキングス・ファンズ (ロンドン) の首席エコノミストで

あるジョン・アプルビー (John Appleby) 氏は、NHS予算を一律に削減することはあまりにも大きな痛みを伴い非現実的であるとして、NHS予算は聖域として確保されるべきであると主張している。

さらに、同氏はもしNHS予算が保護されなかった場合、今後数年間に、NHS予算の14% (180億ポンドに相当) のコスト削減を図る必要があると述べ、それを実現するには、たとえば人件費を30%削減する、コンサルタント医師^(注17)とGPの全員を解雇する、あるいはスコットランド地方とウェールズ地方のNHSを解体するといった手段が必要になると説明している。

このように、イギリスは二大政党制の中、財政主導で医療にも大きな変動が起きる体制である。

アメリカは、イギリスに比べれば、マクロには非常に分かりやすい。実はミクロな視点では、保険者が多くあったり、州ごとの方向性が違ったりして難解なのだが、社会保障の中の医療、という視点ではかなり明快である。

この国の医療に対する価値観は、自由と効率になる。また治療モデルである。ではなぜ、効率すなわち医療費が高いのか、という点については、まさに、前述した、塩野谷の議論が当てはまる。すなわち、情報の非対称性等の問題によって、個別の契約が非効率になるために、むしろアメリカ以外の先進国のように、国全体で医療費をコントロールした方が結果的に医療費が安くなるというものだ。しかし、これは、必ずしもアメリカの医療が悪

注17) イギリスでは病院での上級医師をこう呼ぶ。このタイトルがあると、民間保険対応や自費診療も可能である。

いということの意味しているわけでもない。むしろ、お金がある人には最高の医療を、そうでない人にはそこそこの医療を、という自由の概念から見れば、個別には満足がいくものなのかもしれないからだ。実際に、日本では当然である国民皆保険制度の創設にこれほど手間取り、かつ、オバマの法制化にも反对者が非常に多いところに国として、いや国民としての意向が見え隠れする。

5-2. 保守主義の国の医療政策

産業政策あるいは国家の安寧のために、社会保険を導入した国々、エスピン・アンデルセンのモデルで言う保守主義の国はどうであろうか。ヨーロッパ大陸では、産業革命を経て、労働者階級が形成されると、自治組織は各産業レベルで発達し共済制度、共済全市と組織化されていった。ここが、この保守主義モデルの特異な点である。その後、各金庫の制度が統合され、社会保険の形で公的保険となっていく。

また、そもそも適切な治療法がない時代には、医療費はさほど高額ではなく、保険はむしろ疾病により就労できないための所得保障の色合いが濃かったために、このころの社会保障は所得保障の要素が強かった。また、疾病も慢性疾患中心ではなく、保障の費用はあまり多くなかった。

アルベールは『資本主義対資本主義』において、保険についても対比を行っている（図4）。アルベールは、冷戦終結前には、対社会主義ということ目立たなかった資本主義の差に注目した。その著書『資本主義対資本主義』において、ライン型資本主義とは、ライ

図 4

	アルペン型保険	アングロサクソン型保険
基本的特質	連帯／相互扶助	選択、競争
制度の基本的単位	共同体	個人
保険者への加入	自生的	(個人の)選択
保険料の設定	平均保険料	リスク比例
保険者の規模	小規模運営	スケールメリットの追求

広井良典 日本の社会保障より

ン川に沿ったヨーロッパ諸国に典型的に見られるような資本主義で、政府主導、結果の平等、雇用の安定、福祉などに重心を置いている資本主義であるとした。日本の資本主義もライン型と多くの共通項を持っているためライン型に属するという。

一方、アングロサクソン型資本主義は、政府より市場を重視、結果の平等より機会の平等、雇用の安定より株主の利益を優先させるような資本主義であり、典型例はアメリカで、イギリス資本主義もこれに準じているという。

さらに、アルベールは保険についても対比を行っている。

『資本主義対資本主義』から引用すれば、

『保険の最古のものは、アルプスの山々の村人たちが、16世紀に相互救援の会社を組織した時に始まる。このアルプスの伝統的組織から保険、共済の共同機関が派生した。ギルド、同業組合、職業組合、相互扶助運動等である。このアルペン型のやり方は、危険をみなで分かち合う方法である。各人が、リスクの生じる確率とは関係のない料金を負担する。つまり連帯観念があるのであり、それは、

社会の内部へ再分配の形で移転する。このシステムはそれが生まれた土地に残った。スイス、ドイツ等である。それと、同じ感受性を持つ国々。たとえば日本にも存在する。

もうひとつの保険の起源は海のものである。ベニスの船の船荷に賭けられた、冒険的な貸し付け金である。それがその後ロンドンで発展した。形式としての特徴は、ロンドンの酒場ロイドで形成され、それは、イギリス船の紅茶の積荷に当てられるものだった。この系統はアルペン型とは異なる。安全よりも投機的で、競争力のあるリスク管理に関心を払っていた。再配分や連帯はここでは問題にされない。ただ各人のリスクの確率を正しく見積もることに徹する。

これら二つの保険形態は、現代の社会の選択そのものに結びつく。アルペンのシステムでは、保険は、連帯組織の形態のひとつである。「海運型」では、料金の高い契約によって連帯性は弱められる。その料金が非常に細分化されているからでもある。一方では社会の結びつきは否定され、他方では肯定されるのである。

今日、資本主義の二つの形に、新たな光明を伴ってこれらの二つの保険の起源が映し出される理由は、以上のようなことである。一方は短期収益、株主、個人の成功が優先されるアングロサクソン型資本主義であり、他方はライン型資本主義で、そこでの目標は長期的な配慮と、資本と労働を結びつける社会的共同体としての企業の優先である。』

という。アングロサクソン型では、社会保障たる保険制度が生まれにくく、逆に言えば、

イギリスではその補完のために税での社会保障が生まれたという見方も可能である。

一方、医師については早くから、同業での組合ができていた。それは、当初は医師と患者の関係で支払いも含めてすべてが完結していたところに、第三者である保険者が介入することになったからで、これへの対抗である。近代で言えば、アメリカでマネジドケアに対抗して、医師あるいは病院が共同で交渉を行うことと類似であるが、このころのヨーロッパではそれが医師会として、国で唯一の組織として統一されていった。

このように長い歴史があるヨーロッパ諸国に比べると、新興国の医療制度は近年になってその必要性が増した。言い換えれば、慢性疾患、高額な医療に当初から対応を迫られたと言える。

5-3. 新興国の医療政策

新興国では財務基盤が脆弱な中、医療を産業と位置づけており、福祉国家論とは異なるレジームでの論考が必要である。また世界における新興国での医療のウエイトも高くなっており、たとえば2006年、インドで糖尿病と診断された患者は3千8百万人を超え、アメリカを抜き世界1位になった。貧困のため病院に行けない患者も多い。世界糖尿病財団は、2030年にはインドの糖尿病患者は8千万人に達すると予測している。こういった変化にどう対応するのかが問われる時代である。モデルとしては治療モデルが中心になっているがモデル以前の国も多い。

6. 今後の日本における選択の必要性

6-1. 医療における類型化

以上を踏まえると、医療においては、1) ドイツ、フランスを中心にする産業政策としての社会保険から派生した医療保障制度を持つが、提供者の民営化を着実に進めている国、2) 北欧のように社会民主主義の思想を持つ国、イギリスはこの亜型として位置づけられる。3) アメリカのように社会保障は残余的な考えであるが、医療においては完全に産業化している国、シンガポールもここに入るのであろう。4) 新興国の中では医療保障を充実し、その維持のために医療を産業化している韓国、タイやマレーシア、のような国、5) 新興国で社会保障をあまり制度化できていないインド、中国、ラオス、ミャンマーといった国、といった分類になると思われる。

日本は、アンデルセンの分類のように1)に入ると思われるが、イギリスのように亜型になろう。そして、イギリスの方向性は、EUの一員として、社会保険制度を持つという意味ではないが、1)に近くなると考えられる。財政の状況では、NHSはそのまま続くとしても、公的な医療提供のレベルを落とし、同じ自由主義の考えや制度を持つアメリカ型に行く可能性もないわけではない。

問題は日本である。社会保障制度としては、厚生労働省は1)から2)への脱却を図ろうとしたが、高度成長期が終わり、人口減少社会を迎えた今、2)への脱皮は、負担増がかなりのものとなり現実的ではないのではないのか。しかし、一方では、政府自体も明確なビジョンを描くことができず、混迷を起こして

いる状態であると考えられる。しかし、近い将来に日本は、医療について2つの選択を強いられるのではなからうか。

6-2. 西欧モデルかイギリス、アメリカモデルか

経済政策学者の伊東光晴は、『政権交代の政治経済学』において、教育が無料の西欧型と、教育費が家計に重くのしかかるアメリカ、イギリス型を対比し、経済システムに限らず社会の在り方まで西欧モデルかアメリカ、イギリスモデルかの選択をしなければならないと説く。

本稿でも触れてきたように、医療においては社会民主主義モデルの北欧を追加しなければならないかもしれないが、この方向性の選択は重要である。

ここで、伊東が自民党と民主党を区分しているのは、減税か家計直接支援かの違いである。民主党が家計直接支援のひとつである子供手当に所得制限を設けないという方針を打ち出したことは普遍主義に当たる。この点から判断すると、民主党は西欧モデル、社会保障で言えば保守主義を向いているといえよう。

同じように、思想のバックグラウンドも変わってくる。前述したコミュニタリアリズムは中道左派であるし、リベラリズムは中道右派にあたり、自由主義とは対峙する。

6-3. キュアモデルかケアモデルか：あり得る究極の選択

最後に、究極の選択を提示したい。すなわち、医療費がもし増加できなくなった場合、いや、イギリスで行われたように医療費を何

割かカットするという、今の日本では非現実的なようにみえる仮定で考えてみたい。

このときに、各論で、救急には重点配分があるいは在宅には重点配分をと、中医協型の決定でいいのであろうか。というのが本論文の最後の投げかけである。

すなわち、大きな方向性を考えて各論を決めなければならないのではないだろうか。

キュアモデルをとった場合には国内での高度医療は充実するであろう。しかし、超高齢化社会を迎えた日本で、ケアを無視した社会保障はあり得ないというのが筆者の認識である。

ケアモデルに重点配分した場合には、高度な医療が犠牲になる、あるいは国内で行うことが難しくなる可能性が高い。百歩譲って、高度先進医療等で、費用負担を行うようにして、制度的にドラッグラグ、デバイスラグをなくすようにしたところで、どこかで予算面の制約が出てくるのは間違いない。

このふたつは、極端な選択であり、もちろんどちらをとるべきなのか、筆者にはわからない。一番いいのは両方とも充実させることであるが、スウェーデンのような高福祉高負担の国でさえ、ケアモデルであって、キュアは世界最先端とは言い難い。

世界最高水準の医療を享受してきた日本が、世界最速で高齢化問題を解決しなければならなくなったのも歴史の皮肉、あるいは、天が日本国民に与えた試練なのかもしれない。

引用文献

真野俊樹『入門医療経済学』中公新書 2006年
中西輝政『国家はなぜ衰亡するのか』PHP 1998年

松山幸弘『医療改革と経済成長 改革論争の常識は誤り！ “日本版医療ニューディール計画” 成功への提言』日本医療企画 2010年
橋本俊詔編『政府の大きさと社会保障制度 —国民の受益・負担からみた分析と提言』東京大学出版会 2008年
理橋孝文『現代福祉国家の国際比較—日本モデルの位置づけと展望』日本評論社 1997年
広井良典『日本の社会保障』岩波書店 1999年
マイケル・サンデル 小林正弥『サンデルの政治哲学—<正義>とは何か』平凡社新書 2010年
橋本俊詔『安心の経済学 — ライフサイクルのリスクにどう対処するか』—2002年 岩波書店
塩野谷裕一『経済と倫理 福祉国家の哲学』東京大学出版会 2002年
野口悠紀雄『1940年体制—さらば戦時経済』東洋経済新報社 新版 2002年
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』中央公論社 1996年
伊東光晴『政権交代の政治経済学 期待と現実』岩波書店 2010年
『資本主義対資本主義 フランスから世界に広がる 21世紀への大論争』竹内書店新社 新装版 1996年

参考文献

真野俊樹『医療マネジメント』日本評論社 2004年
真野俊樹「英国における最近の医療状況とG P」『週刊社会保障』No2545 2009.8.31
真野俊樹「ドイツにおける社会保障の動き：新自由主義の萌芽？」『週刊社会保障』No2604 2010.11.15
真野俊樹「日本に似た医療制度を持つフランスでの医療改革」『週刊社会保障』No2496 2008.9.8
イエスタ・エスピン=アンデルセン（著）、岡沢憲美（翻訳）、宮本太郎（翻訳）『福祉資本主義の三つの世界』（MINERVA福祉ライブラリー）ミネルヴァ書房 2001年
イエスタ・エスピン=アンデルセン（著）、渡辺雅男（翻訳）、渡辺 景子（翻訳）『ポスト工業経済の社会的基礎—市場・福祉国家・家族の政治経済学』桜井書店 2000年
猪飼周平『病院の世紀の理論』有斐閣 2010年
松葉卓哉『「患者中心の医療」という言説』有斐閣 2010年
ブルーノ・パリエ、近藤純五郎 林昌宏『医療制度改革—先進国の実情とその課題』（文庫クセジュ）白水社 2010年
アンソニー・ギデンズ（著）、佐和隆光（翻訳）『第三の道—効率と公正の新たな同盟』日本経済新聞社 1999年
オリヴァー・イトン・ウィリアムソン（著）、浅沼万里（翻訳）、岩崎晃（翻訳）『市場と企業組織』日本評論社 1980年
『企業・市場・法』ロナルド・H. コース（著）、宮沢健一（翻訳）、藤垣芳文（翻訳）、後藤晃（翻訳）東洋経済新報社 1992年