

# 「国民皆保険」小考

——「ユニバーサル・ヘルス・カバリッジ」との比較において<sup>①</sup>——

山 田 晋

## 一 はじめに

人間にとって存在すること＝生存することは、最も根元的な価値である。これゆえ存在を確保するための手法として、健康を維持する＝疾病負傷から回復するための医療にもまた重要な意義が見いだされる。

人間にとっての最も根元的な価値を保障する医療が、全ての人々に保障されている社会というのはそう多くはない。経済的な先進国であっても、あるいは途上国の中にも、国民に医療が保障されていない地域は多い。

それゆえ国際社会は、全ての人々が医療へのアクセスを保障される社会の実現を目指し、「ユニバーサル・ヘルス・カバリッジ (Universal health coverage UHC)」(＝普遍的な適用範囲をもつ医療保障制度)の達成を提唱してきた。<sup>②</sup>「持続可能な開発目標 (SDGs)」に「ユニバーサル・ヘルス・カバリッジ」に関連する条項が存在し、国連は「二月二二日を「ユニバーサル・ヘルス・カバリッジ・デー」と定めている。

いっぽうわが国は一九五八年に国民健康保険法を改正することにより、一九六一年にいわゆる「国民皆保険」を達成したといわれている。このことで全ての国民が何らかの医療保険に属することになり、世界に先駆けて全国的な医療保障制度を構築したことになる。現在、「ユニバーサル・ヘルス・カバリッジ」が世界的な課題となる中で、わが国の「国民皆保険」はにわかに注目を浴びている。政府は「健康・医療戦略」(平成二六年七月二二日閣議決定)などで、「国民皆保険」を「ユニバーサル・ヘルス・カバリッジ」実現のリーディングケースと自画自賛し、日本式医療の「輸出」を経済成長戦略の柱と位置づけ、国際協力あるいは「輸出」に意欲的である<sup>(3)</sup>。例えば安部首相は二〇一七年九月の国連総会一般討論演説で「ユニバーサル・ヘルス・カバリッジ」を「日本のブランドにする」と主張した。安部首相が「ユニバーサル・ヘルス・カバリッジ」を理解しているとは思えないが、政府は各種国際会議で「日本のブランド」を強調しその輸出に余念がない。

果たして「国民皆保険」は「ユニバーサル・ヘルス・カバリッジ」といえるのだろうか。また「国民皆保険」は「ユニバーサル・ヘルス・カバリッジ」の原始的形態であるとしても、今日なお社会保険至上主義により医療保障を維持しているわが国のあり方は、他国の参考になるようなもののだろうか。本稿の課題はこの点である。

二〇二〇年三月末、お二人の個人的な教授が定年により広島修道大学を去る。豊田博昭教授は広島修道大学法学部、法科大学院において民事訴訟法の教育と研究に、高橋利安教授は法学部において憲法の教育と研究に尽力・精進された。

私は両教授からご専門の領域についてのみならず、それを越えた深くかつ広範な「教養」の御話をうかがい勉強させて

いただいた。拙いものだが本稿をもって、御礼の意を表すこととしたい。

なお本稿は筆者の「ユニバーサル・ヘルス・カバリッジ」に関する学会報告に基づいている。それらは限られた時間内での研究報告であり、本稿も「主張」を中心に構成し緻密な論証に欠く点はご容赦いただきたい点である。

- (1) 本稿は筆者の以下の「ユニバーサル・ヘルス・カバリッジ」に関する研究報告に基づいている。Shin Yamada, *Universal Coverage: The (Im) Possible Dream?* 3 August 2017, The 14th East Asian Social Policy Research Network Annual Conference 2-3 August 2017, Nagoya University, Nagoya, Japan.; Shin Yamada, *Asian Challenges to the Universal Coverage: The (Im) Possible Dream?* July 18 2018, XIX ISA World Congress of Sociology, Toronto Convention Centre, Toronto, Canada,.; Shin Yamada, *Universal Health Coverage in Aging Society: Lessons from Asia*, June 27 2019, 4th International Conference on Public Policy, 25-28 June 2019, Montreal, Canada.
- (2) Daniel Collear, Somil Nagpal, Owen Smith, Ajay Tandon, Rafael Cortez, *Going Universal -How 24 Developing Countries Are Implementing Universal Health Coverage Reforms from the Bottom Up*, World Bank, 2015.; 安達光「途上国におけるユニバーサル・ヘルス・カバリッジ——現状と課題」みずほ情報総研レポート10号(2015年) 一頁以下など参照。
- (3) 二〇一六年世界銀行のキム総裁は「国民皆保険はユニバーサル・ヘルス・カバリッジは規範である」と述べたし(朝日新聞二〇一六年六月一日)、マクタール・デオップ世界銀行アフリカ地域担当副総裁もアフリカでの「ユニバーサル・ヘルス・カバリッジ」の展開に日本の経験が有効であると述べたが(The Asahi Shinbun GLOBE, August 2016, No. 184, p. 16) かつての世界銀行主導のチリの年金改革同様、警戒すべき発言ではないだろうか。  
一九七〇年、チリで民主的選挙によって成立したアジェンデ(Salvador Allende) 社会主義政権打倒のため、CIAを中心とするアメリカ合衆国政府がピノチエト(Augusto Pinochet) 將軍のクーデターを支援し、一九七三年、チリの民主主義は崩壊した。それに乗じてビジネスチャンスを獲得するため世界銀行とフリードマン(Milton Friedman) の学説の直系である「シカゴ・ボーイズ」は、一九八〇年にチリの公的年金を民営化した。世界銀行によって、国民の生活保障を目的とする公的年金が、

キャンブルに転換させられたのである。Philip Berryman, *Latin America at 200 — A New Introduction*, University of Telax Press, 2016, p.195。; Teresa A Meade, *A History of Modern Latin America 1800 to the Present*, 2ed., WILEY Blackwell, 2016, p.267-.

世界銀行のビジネスチャンス拡大を狙った社会保障改革、特に年金改革については、山田晋「世界銀行の年金戦略」(明治学院大学 社会学・社会福祉研究一〇五号 (一九九九年) 一〇一頁以下)・同「社会保障と構造調整—世界銀行の年金報告書をめぐって」(大山博・炭谷茂・武川正吾・平岡公一編著『福祉国家への視座—揺らぎからの再構築へ』ミネルヴァ書房 (一九九九年) 五三頁以下、参照。

## 二 先行研究

「国民皆保険」に関しては既に数多くの先行研究<sup>(1)</sup>があるが、「国民皆保険」と「ユニバーサル・ヘルス・カバリッジ」の関係に着目したものとして、島崎謙治教授の論文「日本の国民皆保険の実現プロセスと開発途上国への政策的示唆」(早稲田商学四三九号 (二〇一四年) 六一頁以下)がある。同論文はわが国の「国民皆保険」が途上国の「ユニバーサル・ヘルス・カバリッジ」導入に示唆を与えるという前提で、なぜわが国が国民型の医療社会保険を導入できたか、その要因を検証する。教授はわが国の制度をただ「輸入する」だけでは当該国の「ユニバーサル・ヘルス・カバリッジ」実現には貢献しないとして、わが国の制度導入の背景など詳細に検討した。そして教授はわが国の「国民皆保険」実現の経験は途上国に有益であるとする。ただ同論文では「国民皆保険」と「ユニバーサル・ヘルス・カバリッジ」の差異については明確に指摘がない。

なお新田秀樹教授による論文「国民皆保険達成時における『皆保険』の意味」(新田秀樹・米津孝司・川田知子・長谷川聡・河合墨編『現代雇用社会における自由と平等 山田省三先生古稀記念論集』信山社 (二〇一九年) 所収については、

本稿執筆時までに入手できず、教授の所見を本稿で検討することはできなかった。

- (1) 島崎謙治「国民皆保険とその前史の成立過程に関する覚書」青山法学論集五三巻四号(二〇一二年)八七頁以下・堤修三「国民皆保険の構成と機能」大阪大学大学院人間科学研究科紀要二九号(二〇一三年)二五三頁以下・李蓮花「社会政策における「東アジア的な道」——日本・韓国・中国の国民皆保険体制の比較」社会政策三巻二号(二〇一一年)一一〇頁以下参照。「自画自賛」的なものとして前田信雄「国民皆保険への途 先人の偉業百年」勁草書房(二〇一六年)。また日本の「国民皆保険」を「ユニバーサル・ヘルス・カバリッジ」と評価するものとして、雑誌 *Lancet* は特集を組んだ。同誌所収の論文として例えば、Kenji Shibuya, Hideki Hashimoto, Naoki Ikegami, Akhiro Nishi, Tetsuya Tanimoto, Hiroaki Miyata, Keizo Takemi, Michael R Reich, Future of Japan's system of good health at low cost with equity: beyond universal coverage, *Lancet*, vol. 378, 2011, p. 1265; Naoki Ikegami, Byung-Kwang Yoo, Hideki Hashimoto, Masatoshi Matsumoto, Hiroya Ogata, Akira Babazono, Ryo Watanabe, Kenji Shibuya, Bong-Min Yang, Michael R Reich, Yasuki Kobayashi, Japanese universal health coverage: evolution, achievements, and challenges, *Lancet*, vol. 378, 2011 p. 1106-.

### 三 健康について

#### (1) 健康とは何か

「ユニバーサル・ヘルス・カバリッジ」が達成目的とする医療制度の構築のさきにあるものはなにか。医療の概念は拡大化の傾向にあるが、究極の目的である健康とはなにか。世界保健機構 (World Health Organization WHO.) の健康の定義は以下のとおりである。

「健康とは身体的、精神的、社会的に完全に良好な状態であり、ただ単に疾病がないという状態ではない。」<sup>4</sup> “Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.” — Constitution of THE World Health Organization.

一九四八年の世界保健機構憲章に見いだされる「健康」のこの定義は、「ユニバーサル・ヘルス・カバリッジ」の議論が基礎的な医療保障（プライマリ・ケア）のみに収斂しなければならぬわけではないことを示している。

## (2) 健康についての国際規範

「世界人権宣言」に先立ち、一九四八年六月に米州機構 (Organization of American States OAS.) によって採択された「米州人権宣言 (American Declaration of the Rights and Duties of Man)」では、<sup>5</sup> 一条で「健康状態の維持・保持の権利 (the right to the preservation of his health)」が規定された。ただし「公的資源が許容する範囲で (to the extent permitted by public and community resources)」という限定がつけられている。

「米州人権宣言」の半年後に国連によって採択された「世界人権宣言 (Universal Declaration of Human Rights)」<sup>6</sup> 二五条は、すべての人々が衣食住、医療等により、自己及び家族の健康及び福祉に十分な生活水準を保持する権利 (the right to a standard of living adequate for the health and well-being of himself and of his family) を持つことを規定する。

また一九六六年の「経済的、社会的及び文化的権利に関する国際規約 (International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights)」(国際人権規約A規約) は、<sup>7</sup> 一二条で「すべての者が到達可能な最高水準 (the highest attainable stan-

ard) の身体及び精神の健康を享受する権利」規定する。

同規約が要請する、締約国がその権利の完全な実現を達成するためにとる措置には、「伝染病、風土病、職業病その他の疾病の予防、治療及び抑圧」のために必要な措置を含むことに特に留意すべきである(一二条二項(c))。すなわち予防も含む包括的な医療保障であるという点である。

さらに二〇一二年に国際労働機関(International Labour Organization ILO)が採択した「ソーシャル・プロテクション・フロアー勧告」<sup>(1)</sup>(Social Protection Floor Recommendation)でも、加盟国の社会的保護制度の基本的要素として、ソーシャル・プロテクション・フロアーを構築し維持し、その制度は社会的な連帯に基づく普遍性(universality of protection, based on social solidarity)、社会的包摂性(social inclusion)をめ(べき)ことを勧告している(勧告三)。

なお一九四八年の「世界保健機構・憲章」は「健康の到達すべき最高水準(the highest attainable standard of health)の享受(enjoyment)は基本的人権の一つであることを謳う。

(1) ソーシャル・プロテクション・フロアーにつき、山田晋「ソーシャルプロテクション・フロアー…新しい国際機関共働型国際社会政策について」週刊・社会保障二五九五号(二〇一〇年)四四頁以下・同「社会的保護に関するILO勧告とソーシャルプロテクション・フロアー」週刊・社会保障二六五〇号(二〇一一年)五〇頁以下・同「ILO・ソーシャル・プロテクション・フロアー勧告(二〇二号)の検討―シシオン論文を契機に」修道法学三七卷一号(二〇一四年)五三頁以下、参照。

#### 四 「ユニバーサル・ヘルス・カバリッジ」の展開

##### (1) 「ユニバーサル・ヘルス・カバリッジ」の展開

「ユニバーサル・ヘルス・カバリッジ」は、世界保健機構のプライマリ・ヘルスケアに関する宣言に源流があるといえる。その創設以来、健康が基本的人権の一つであると宣言してきた世界保健機構にとっては、その基本的人権の達成のための医療は万人に利用できるものでなければならなかった。一九七八年九月六日～一二日に、旧ソビエト連邦のアルマアタ (Alma-Ata) で「プライマリ・ヘルスケアの国際会議 (the International Conference on Primary Health Care)」が開催され、そこで採択されたいわゆる「アルマアタ宣言 (Declaration of Alma-Ata)」で、すべての政府、開発従事者、国際社会がすべての人々の健康の保護と促進に行動を起こすことが緊急の課題であることを指摘した。

その後も世界保健機構は、「ユニバーサル・ヘルス・カバリッジ」の促進に力を注ぐ。例えば、二〇〇五年の総会では「持続可能な保健財源、ユニバーサル・カバリッジ、そして医療社会保険 (Sustainable health financing, universal coverage and social health insurance)」と題する決議を採択した。<sup>(1)</sup> 同決議は加盟国が「市民の医療とその質の改善をの二ーズの充足と、貧困を削減し、国際社会の合意した開発ゴールを達成することに貢献するために市民のユニバーサル・カバリッジへの移行を計画すること」を規定した。

いっぽう国際社会のより広範な動きもあった。「持続可能な開発目標 (Sustainable Development Goals: SDGs)」を定立した、二〇一五年九月の国連総会で採択された成果文書『われわれの世界を変革する…持続可能な開発のための2030



アジェンダ (Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development)』では、「身体的及び精神的な健康と福祉の増進並びにすべての人々の寿命の延長のために、我々はユニバーサル・ヘルス・カバレッジと質の高い保健医療へのアクセスを達成しなければならない。」(項目二六)として、「ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ」の重要性を強調した。「持続可能な開発目標」においては、「目標三…あらゆる年齢のすべての人々の健康的な生活を確保し、福祉を促進する」とされ、二〇三〇年までの達成基準としては、「ターゲット項目三・八すべての人々に対する経済的リスクからの保護、質の高い必須の保健サービスへのアクセス及び安全で効果的かつ質が高く安価な必須医薬品とワクチンへのアクセスを含む、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジを達成する」とされた。

なお二〇一七年二月、国連決議で二月二日を「世界ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ・デー」とすることが決まった。

## (2) 「ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ」の定義

「ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ」の定義としては、世界保健機構の二〇一三年の報告書『ユニバーサル・ヘルス・カバレッジのための研究 (WHO, *The World Health Report 2013: Research for Universal Health Coverage*)』に記述されたものが参考となる。

すなわち『ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ』の目標は、すべての人々が、彼らの必要とする医療サービス予防、促進、治療、リハビリテーション、苦痛緩和措置 (palliation) を、経済的破綻や貧困化する危険なしに、現在と将来にわたって獲得することである」(同書四頁)とする。

(1) Sustainable health financing, universal coverage and social health insurance, The Fifty-eighth World Health Assembly, WHA58.33, 25 May 2005, Agenda item 13.16.

五 アジアの「ユニバーサル・ヘルス・カバリッジ」

アジアでは既に幾つかの国々が「ユニバーサル・ヘルス・カバリッジ」を達成したと評価されている。一九八九年に韓国、一九九〇年にタイ、一九九五年に台湾、二〇一九年にインドネシアなどである。ベトナム、中国なども挙げられる。ただし両国はともに社会主義国であり、市場経済を採用している諸国とは、そもそも医療保障の前提が異なる。本稿では日本と、特定層を排除しない制度を構築した台湾、インドネシアを比較検討する。

(1) 台湾<sup>(1)</sup>

台湾は一九六〇年代～八〇年代の高度経済成長を背景に、政治の自由化が進行し（戒厳令の解除など）、福祉が政治の主要課題となった。一九八七年に「ユニバーサル・ヘルス・カバリッジ」の最初の委員会が設置されたが、長い政治的・社会的議論を経て、一九九五年の国民保険法の成立により、台湾の全住民に対する医療保障が実現した。

国民保険制度は、単一の保険者により運営され、全台湾国民を六つのカテゴリーに分

	Japan	Taiwan	Indonesia
Date	1961	1995	2019
System	Health Insurance + Public Assistance	Health Insurance	Health Insurance
Payer System	4 Health Insurance Schemes + Public Assistance	Single-Payer	Single-Payer
Remuneration for Treatment	Pay per Performance	Capitation	Capitation

け、それぞれの保険料を決定する。貧困世帯や受刑者も分離された制度に属するのではない。そのカテゴリーは以下の通りである。

- 1 類…公務員、私立学校教職員、民間企業の被用者、職業軍人、自営業者、専門家
- 2 類…職業公会加入者、被用者のいない自営業者
- 3 類…農林漁業
- 4 類…兵役の軍人、受刑者
- 5 類…(社会扶助法の対象となる) 低所得・貧困世帯
- 6 類…退職高齢者

保険料はそれぞれのカテゴリーによって決定され、被用者は報酬比例で、地域住民は平均額である。保険料は以下のように算出される。

$$\text{保険料 (premium)} = \text{給与基礎額 (salary basis)} \times \text{保険料率 (insurance premium rate = 4.69\%)} \times \text{拠出分担割合 (contribution rate)} \times (1 + \text{扶養者数})$$

「国民皆保険」小考 (山田)

Group	Premium Calculation		Contribution rate	
1	Salary basis × 4.69%	Civil Servant	Insured 30%	Organization 70%
		Teacher	Insured 30%	Organization 35% Government 30%
		Specialist	Insured 100%	
2	Salary basis × 4.69%		Insured 60%	Government 40%
3	Salary basis × 4.69%		Insured 30%	Government 70%
4	Average Premium		Government 100%	
5	Average Premium		Government 100%	
6	Average Premium	Veteran	Government 100%	
		Dependents	Insured 30%	Government 70%
		Other Individual	Insured 60%	Government 40%

五三四 (二六八)

「6類退職高齢者」については「標準保険料 (average premium = NT\$1,249) × 拠出分担割合 (contribution rate)」などで決める。

このようにして決定された保険料を、被用者については所属する企業と労働者が一定割合で分担し、4類、5類、6類などは政府が負担する。

給付は、包括的な国民給付パッケージ (the comprehensive national benefit package) であり、通院、入院、歯科、伝統的中国医療、処方箋、リハビリテーション、在宅看護、精神医療、予防サービス、健康診断、ガン検診などを含む。

自己負担はケアの内容による。

全国民保険は人口の九九%をカバーしていると言われている。貧困層、受刑者も単一の制度に包括している。これらから「ユニバーサル・ヘルス・カバリッジ」の優等生といえるが、制度が複雑に過ぎるといふ難点がある。

## (2) インドネシア<sup>(2)</sup>

アジア危機の沈静後、新しい社会的保護政策がインドネシアの重要な課題となった。二〇〇二年には憲法改正が行われ、すべての国民への社会保障制度の展開が政府の義務となった(憲法三四条)。二〇〇四年には「ユニバーサル・ヘルス・カバリッジ」を導入する法が議会を通過したが、その後のめまぐるしい政権交代などで、実際の実現は二〇一四年法により、その達成は二〇一九年となった。

インドネシアの制度は全ての国民を「国民社会医療保険機構 (Badan Penyelenggara Jaminan Social Kesehatan BPJS Kesehatan)」という単一の医療保障制度に包括している。「国民社会医療保険機構」はすべての住民を4つのカテゴリー

に分け、それらは保険料拠出が義務であるカテゴリーと、免除されるカテゴリーに二分される。カテゴリーごとに保険料、付加的給付等が決定される。外来サービスは、カテゴリーに無関係で平等である。

保険料支払いが免除される層は貧困層で、彼らは「保険料補助サービス受給者」(Penerima Bantuan Iuran PBI)と呼ばれる。

保険料拠出をしなければならない層は、さらに①被用者 ②自営業者 ③働いていないが保険料支払い能力のある者(年金受領者等)の三つに分類される。

それぞれのカテゴリーにより保険料の金額、負担者、医療行為以外の受けられるサービスの範囲が異なる。

被用者、公務員、軍人、賃金労働退職者、インフォーマルセクターの労働者の保険料は、報酬比例である。現役労働者は給与(基本給+定額の手当)の5%(使用者4%・労働者1%)の割合で拠出する。給与の上限は四七二五〇〇ルピアである。自営業者、無職であるが保険料拠出が可能な者の保険料は、入院時の病室のレベルに応じて三段階に分類されている。貧困層の保険料は定額であり(二〇一九年現在、一九二二五ルピアで概ね一・四アメリカドルに相当する)、政府によって負担される。

最大五人の家族(本人+配偶者+子供三人)まで含まれる。

②自営業者と、③働いていないが保険料支払い能力のある者は、本人に保険料の支払い義務あり、月額59,500ルピア～25,500ルピアの間の定額である。本人が利用できる医療機関により、保険料が異なる。例えば、クラス1は、入院時の病室が個室であり、クラス3では八人部屋である。

クラス1：59,500ルピア (= 4.1 US\$)

クラス2：42,500ルピア (= 2.9 US\$)

クラス3：25,500ルピア (= 1.7 US\$)

医療サービスについては、納める保険料や上記の Class が異なっても平等にサービスを受けることが出来るが、「国民社会医療保険機構」のサービスを受けるためには、緊急の場合を除いて、以下の通り、順序を踏むことになる。

初期健康サービス↓二次、三次健康サービス↓厚生大臣により規定されたその他の健康サービス

初期健康サービスは、予防のためのサービス、検査、治療、医療相談、専門医による診療や手術、処方等が含まれる。

二次、三次健康サービスは、専門医による検査、治療、医療相談、専門医による診療や手術、

Private and public Employees, Wage-earner, Worker in Informal Sector	Wage related Wage × 5%	Worker 1% Employer 4%
Self-employed	Fixed 25,500~59,500 Rp.	
Contribution Payable Person		
The Poor (PBI)	19,225 Rp.	Government

処方等が含まれる。また入院患者への治療や集中治療室での治療も含まれる。

厚生大臣により規定されたその他の健康サービスは、眼鏡の購入、歯の治療、補聴器、義手義足、コルセット、松葉杖等について一定の金額まで補助を受けることが出来る。

受給できるこれらのサービスはインドネシア国内での医療サービスに限られ、美容関係、不妊治療、薬物依存に対する治療、歯の矯正等は含まれない。

「国民社会医療保険機構」加入の際に、初期健康サービスを受ける医療機関を一つ登録し、最初はその登録した医療機関で診断を受ける必要がある。その後、その医療機関の紹介により、専門医やより大きな病院での診療が受けられるようになる。

受診時の自己負担はない。

インドネシアの「ユニバーサル・ヘルス・カバリッジ」においては、貧困層も同一の機構に属し、一般制度から排除していない。また保険料設定も極めて単純で「ユニバーサル・ヘルス・カバリッジ」の一つの到達点を示している。一方で、保険料でカバーされるのは家族五人（本人、配偶者、子三人）までに限定される点や、自営業者等の保険料が入院時の病室のレベルに依るといいう点は、平等の点で問題を含むといえる。またインドネシアは無数の諸島をも含む人口大国であり、「ユニバーサル・ヘルス・カバリッジ」の現実的展開に疑問なしとしない。

(1) 台湾に学ぶ Annette Hye Kyung Son, Taiwan's path to national health insurance (1950-1995), *Journal of International Social*

「国民皆保険」小考（山田）

五三〇（二六四）

Welfare, 2001, 10, p. 45; Tsung-Mei Cheng, Taiwan's New National Health Insurance Program: Genesis And Experience So Far, *Health Affairs*, vol. 22, No. 3, 2003, p. 61; Tsung-Mei Cheng, Interview: Lessons From Taiwan's National Health Insurance: A Conversation With Taiwan's Health Minister Ching-Chuan Yeh, *Health Affairs*, vol. 28, No. 4, 2009, p. 1035; Tsung-Mei Cheng, Reflections On The 20th Anniversary Of Taiwan's Single-Payer National Health Insurance System, *Health Affairs*, vol. 34, No. 3, 2015, p. 502; 鄭文輝・朱澤民(米沢隆一・訳)「台湾の医療保険制度」医療と社会一八巻一號(二〇〇八年)一四三頁以下・陳小紅「台湾社会施策の発展——示唆と展望」埋橋孝文・木村清美・戸谷裕之編『東アジアの社会保障 日本・韓国・台湾の現状と課題』ナカニシヤ出版(二〇〇九年)所収・宮本義信「台湾」社会福利、通史 1895～2009」同志社女子大学術研究年報六〇巻(二〇〇九年)四五頁以下・小島克久「台湾における医療事情」健保連海外医療保障九二号(二〇一一年)一八頁以下・蔣丙煌「20周年を迎えた全民健康保険制度の挑戦」Fuji Sankei Business Times 二〇一五年五月一六日。

- (2) インドネシアについて Hasbullah Thabrany, *Social Security For All - A Continuous Challenge for Workers in Indonesia*, Friedrich Ebert Stiftung, 2011; Pandu Harimurti, Eko Pambudi, Anna Prgazzini, Aiay Tandon, *The Nuts & Bolts of Jankesmas-Indonesia's Government-Financed Health Coverage Program*, World Bank, 2013; Asep Suryahadi, Vita Febriyani and Athia Yumma, *Expanding Social Security in Indonesia - The Processes and Challenges*, UNRISD Working paper 2014-14, 2014, United Nations Research Institute for Social Development; Yodi Mahendradhata, Gadjah Mada, Laksono Trisnantoro, Shita Lisdiyadewi, Prastuti Soewondo, Tiara Marthias, Pandu Harimurti, John Prawira, *The Republic of Indonesia, Health System Review*, World Health Organization, 2017, Regional Office for South-East Asia, 2017; 福岡藤乃「インドネシアにおける医療保障制度とその課題」海外社会安全保障研究一七〇号(二〇一〇年)七一頁以下・増原綾子「ポスト・スハルト期のインドネシアにおける社会保障・福祉政策の展開——2004年国家社会保障システム法、2009年社会福祉法、2011年貧困者対策法を中心に」亜細亜大学国際関係紀要二二巻一號(二〇一二年)一三頁以下・鈴木久子「インドネシアの公的医療保険制度改革の動向」損保ジャパン総研レポート六四号(二〇一四年)八八頁以下・藤並祐馬・五十嵐久美子「法律で見るインドネシアの新社会保障制度」国際保健医療三〇巻二号(二〇一五年)一〇三頁・新川加奈子・千葉由佳里「インドネシア共和国の国民皆保険制度適用への課題」桐生大学紀要二八号(二〇



一七年) 四七頁以下…吉原未佳・丸光恵・中村安秀「資料・インドネシア共和国の保健医療の現状と視察報告」甲南女子大学研究紀要一二号看護学・リハビリテーション学編(二〇一八年) 五三頁以下など。

## 六 わが国の「国民皆保険」の理論的問題点―UHCと比較して

以上の検討からわが国の「国民皆保険」は「ユニバーサル・ヘルス・カバリッジ」とはおよそかけ離れているものであることがわかる。それだけではなく、国民の「皆」保険という点でも今日の時点で虚偽であることが明らかであり、それは看過できない問題である。

### (1) 社会保険で医療保障を達成しようとしている

わが国では年齢にかかわらず社会保険による医療保障の達成を国是としているため、保険料が支払えない者は保険からはずれる。年金収入しか想定されない高齢者にも保険料賦出を要求する点は、特に問題である。また自己負担の増加、給付率の低下の傾向は、保険料滞納と合わせて、医療機関受診へのブレーキとなっている<sup>(1)</sup>。

例えば全日本民主医療機関連合会の調査によれば、二〇一八年一年間に経済的理由により医療機関での受診が遅れ、死亡した者は七七人にのぼり、うち二二人は公的医療保険に加入していない無保険者だった<sup>(2)</sup>。

第二に、社会保険方式による医療保障では、一国の疾病構造が生活習慣病へと移行してゆくと、対応できない事項が頻出する。たとえば予防的医療には社会保険方式では対応が難しい。当然だが予防の段階では疾病はまだ生じておらず、被保険者は健康である。健康状態を保険事故と措置しない限り、社会保険給付として予防サービスを給付することはできない。

たしかに国民健康保険法は八二条に、特定健康診査、健康教育、健康相談、健康診査、健康管理、疾病の予防に係る被保険者の自助努力についての支援、「その他の被保険者の健康の保持増進のために必要な事業」を行う被保険者の努力義務を規定している(同旨、健康保険法一五〇条)。

問題なのはこれらがあくまでも「事業」であり、被保険者が主体的に関与できるものではない点である。同様のことは後期高齢者医療保険制度についてもいえる。

その一方で、喫煙によるニコチン依存症、ギャンブル依存症に対する「治療」など、従来の社会保険の理論から言えば「自ら危険に近づいてゆく」もので、社会保険給付の対象とならなかったことがらについても、政策的必要性から、医療保険制度において給付を可能とする方向へ転換した。この点で、社会保険方式を死守せんがために医療保険制度が持たねばならない理論的整合性は捨象された。

そもそも医療に社会保険方式は必ずしも適正なものとはいえない。社会保険がヨーロッパで浸透・拡大したのは、極めて歴史的要因が強かった<sup>(3)</sup>。

わが国では社会保険の物神性に拘泥される傾向が、政治家、官僚のみならず研究者の間でも強い。医療保障制度の維持ではなく、医療保険制度の維持に執着するあまり、給付割合の削減には鈍感あるいは諦観している。

(2) 国民健康保険法の扶養家族を国内居住者に限る<sup>(4)</sup>

二〇一九年五月に成立した「医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るための健康保険法等の一部を改正する法律」

(法九号)により健康保険法等、医療保険法が一部改正され、医療保険から給付を受けられる扶養家族を原則として日本国内の居住者に限ることとなった。

これは社会保険をもちいた医療保障の原理を根底から覆す愚行である。

第一に、社会保険制度は当初の加入者本人のみを給付対象とする制度から、順次適用範囲をその扶養する家族へと拡大してきた。扶養家族まで取り込むことではじめて社会保障制度としての医療保険は完成する。この点で今次改正は歴史に逆行し許されるものではない。

第二に、改正法は入管法改正に対応し、外国人労働者を念頭にその扶養する家族への適用を排除することが目的である。これは外国人労働者に対する典型的な「間接差別」である。社会保障における内外人平等待遇は、わが国も加入する国際労働機関（ILO）の一九四九年の移民労働者条約（改正）（九七号条約）（Migration for Employment Convention (Revised)）、一九七五年の移民労働者（補足規定）条約（一四三号条約）（Migrant Workers (Supplementary Provisions) Convention）、一九六二年の均等待遇（社会保障）条約（一一八号条約）（Equality of Treatment (Social Security) Convention）などの諸条約にも体现化されており、社会保障の国際標準でもある。あえて国際標準から今日逸脱する合理的な理由は見いだせない。

第三に、社会保険制度は加入者の連帯を基礎に成り立つものである。同じ制度に加入する労働者でありながら、外国人のみが扶養家族への給付対象から排除されるとなれば、社会保険の根本原理である「連帯」は崩れ、社会保険制度自体が成り立たない。このような改正は、社会保障に関する立法府の裁量を著しく逸脱するもので許されない。

政府が考えなければならないのは、外国人労働者の家族の給付をいかに排除するのではなく、在外の扶養家族にいかに

適正に医療給付を保障するからである。拙速な入管法改正のつけを外国人労働者にまわしてはならない。

要するに、社会保険の形態を守りたいがために、社会保険の根本原理を崩壊させたのである。政府自慢の「国民皆保険」はここで破綻したのである。

(3) 生活保護受給者を排除している

生活保護受給者は健康保険のような被用者保険にも、国民健康保険制度にも加入できない（国民健康保険法六条九号）。生活保護受給者の医療は、医療扶助として医療の現物給付という形態を取る（生活保護法一五条）。給付内容に規定それ自体は、他の医療保険制度と同一であるが、医療へのアクセスは全く異なる。生活保護受給者の場合は、行政（福祉事務所長）に医療券を発行してもらった後、医療機関を受診することになる（「医療扶助運営要領」（昭和三六年九月三〇日・社発第七二七号）。また医薬品に関しては後発医薬品（ジェネリック薬品）の使用が原則となっている。（指定医療機関医療担当規程」（昭和二十五年八月二十三日・厚生省告示第二百二十二号）（平三〇厚劳告三四四・一部改正）六条）これらの点で生活保護受給者が受けることのできる医療は、各公的医療保険制度の被保険者とその家族の利用とは異なる手続き・内容となっている。しかし生活保護受給者の医療が一般と異なる取り扱いを受けるのは合理的な根拠がない。荒木誠之教授が指摘したように、これらの区別は、「医療給付の理論的必然性をもつものではなく、保険医療の「保険」的特質のゆえに、それになじまない医療給付を別の制度で行っているにすぎない<sup>5)</sup>。更に、この生活保護受給者の差別取り扱い扱いは、現在も「固定化」し存続しており、今後も解消される動きは皆目見あたらない。

(4) 受刑者を排除している

受刑者は国民健康保険法の保険給付制限に該当し、療養の給付はなされない（国民健康保険法五九条）。また、後期高齢者医療についても同じ仕組みである（高齢者の医療の確保に関する法八九条）。

「刑事施設及び受刑者の処遇等に関する法律」によれば、刑事施設においては、受刑者の健康及び刑事施設内の衛生を保持するため、「社会一般の保健衛生及び医療の水準に照らし適切な保健衛生上及び医療上の措置を講ずるもの」（五六八条）とされている。

受刑者の受診は刑務所長が決定し、必要な医療上の措置を執るものとされている（「刑事施設及び受刑者の処遇等に関する法律」六二条）。具体的には、受刑者が受診を申し出た場合、刑務所長が看護師らに、診察の緊急性を判断させ、医師に報告し、医師が診察の要否を判断する（「被収容者の保健衛生及び医療に関する訓令」）。

受刑者にあつては、医療機関を受診するか否かの自己決定はない。そのことで受刑者の健康が危機にさらされて場合にはよつては死亡することもある。外部の医療機関を受診できたとしても、その受診態様は通常のものとは異なり、患者の自己決定は保障されず、医師―患者の信頼関係等は構築されないと指摘される。<sup>(6)</sup>「被収容者と医師等の診療関係は、通常の診療契約とは異なる診療関係とならざるを得ないこと、刑事施設においては、その規律、秩序の適正な維持が求められること等を考慮すれば、被収容者については、医療に関する患者の自己決定権が一定の制約を受けることはやむ得ず、患者である被収容者の望むとおりの医療行為が必ずもなされるわけではない」と説示する判決も多い。<sup>(7)</sup>

受刑者はその科刑の目的に照らして合理的・正当な範囲内のみで基本的自由が制限される。では医療を受ける権利の制限が、合理的・正当といえるのだろうか。自由刑は、まさにその行動の自由を制限することに意味があり、それ以上のも



ス・カバリッジ」とはむしろ逆行するものである。医療保障の本質ではなく、医療保険という技術に重点をおき思考し制度を検討する限りは、わが国は「ユニバーサル・ヘルス・カバリッジ」からは遠のいてゆくばかりである。

貧困世帯や受刑者を排除した「国民皆保険」は、「ユニバーサル・ヘルス・カバリッジ」の観点からは、もはや「輸出」に値するものではない。むしろわが国は台湾やインドネシアの経験を「輸入」し、現在の医療保障の問題点を解決に努力すべきである。