

In April 2022, Osaka City University and Osaka Prefecture University merge to Osaka Metropolitan University

Title	自己強化する制度と政策知識：医療保険制度改革の分析から
Author	砂原, 庸介
Citation	大阪市立大学法学雑誌. 57 卷 3 号, p.287-323.
Issue Date	2011-05-20
ISSN	0441-0351
Type	Departmental Bulletin Paper
Textversion	Publisher
Publisher	大阪市立大学法学会
Description	
DOI	10.24544/ocu.20180117-090

Placed on: Osaka City University

Osaka Metropolitan University

自己強化する制度と政策知識

——医療保険制度改革の分析から——

砂原庸介

目次

- 1 はじめに
- 2 制度変化を説明する
- 3 日本における医療保険制度の形成と変化
- 4 医療保険制度改革——高齢者医療制度の導入へ
- 5 分析と議論
- 6 おわりに

1 はじめに

戦後の高度経済成長が終焉し高齢化が進む中で、第二次世界大戦後に福祉国家を形成してきた先進諸国においては共通して社会保障制度が問題となっている。そして、高度経済成長の中で自然に伸びていく税金を利用して発展してきた社会保障制度が、低成長の時代においてどのように維持されるのか、あるいは縮減されるのかは政治学・行政学

説
論
における分析の課題となってきた。福祉国家が発展の過程にある時期は、政党が選挙に勝つために公的部門を拡大させるインセンティブを持つことに注目した議論が一定の説明力を持っていた。これは主に大きな政府を志向する左派

政党や労働組合といった左翼勢力（あるいは論者によってはキリスト教民主主義勢力）の強さから財政の拡大を説明するという形式をとる（Huber and Stephens 2001, Cusack 1997；1999 など）。しかしこれらの分析によると、対象とする期間が比較的早い時期のものであれば左翼勢力の強さが有効な要因になると主張するものもあるが（Cusack 1997）、変数がある程度操作して分析を行うと必ずしも有意な結果はみられておらず、その影響は安定的ではない（Hicks and Swank 1992, Blais, Blake, and Dion 1993）。特に一九七〇年代以降、福祉国家の縮減期に入るとほとんど影響がなくなっているという主張もある（Cusack 1999）。

それに対して、縮減期における議論で注目されるのは、社会保障に関する制度である。ピアソンは、高度経済成長が終焉して縮減期に入ったと考えられる時代において、イギリスのサッチャー首相やアメリカのレーガン大統領といった「小さな政府」を強調するリーダーの政治指導下ですら、実際に社会保障の縮減が進んでいなかったことを主張し、その要因を政策の「フィードバック」に求めている（Peterson 1994）。一度社会保障関連の政策が形成されると、その政策が一定の受益者を生み出すことで、いかに政治指導者が社会保障を縮減しようとしても容易にそれを行うことができないと議論するのである。このようなピアソンの議論は、「非難回避の政治」など福祉国家縮減期における新しい政治過程についての説明を可能にするとともに、福祉国家の持続と縮減をめぐる議論を巻き起こした（西岡二〇〇五）。

このような議論は、政党の影響力や制度の持続性に注目して、それがアウトプットとしての社会保障政策にどのような影響を与えるかについて注目するものである。しかし、アウトプットとしての社会保障政策の「縮減」を正確に

議論するのは必ずしも容易ではない。例えば小泉内閣では、毎年の医療費の激しい自然増に対して、自然増を抑制することに非常な努力を行ったとされるが（大田二〇〇六、清水二〇〇七など）、だからといって対前年比で純減させるようなかたちで縮減を行ったわけではない。高齢化などによって社会保障のために必要な経費が毎年増大するという前提条件をどのように評価することによって、「縮減」の捉え方についても変わってくると思われる。この点を踏まえて、本稿では、アウトプットとしての社会保障政策ではなく、制度を支える政策知識に注目しつつ、制度それ自体の長期的な変化の過程について議論していく。その対象とするのは、社会保障に関する制度の中でも医療に於いての費用分担をどのように行うかを規定する医療保険制度である。

日本の医療保険制度は、いわゆる「国民皆保険」体制のもとで、複雑で微妙なバランスのうえに成り立っており、一九八〇年代の医療費抑制という基本的な枠組みの中で、官僚が複雑な制度を操作することにより、診療側や支払側のさまざまな圧力や政治状況の変化に柔軟に対応してきたものであると評価されてきた（池上・キャンベル一九九六）。しかし、一九九〇年代に入ると経済成長の停滞とともに医療費のさらなる抑制が重要な政治課題となり、現在に至っている。

これまでの医療保険制度改革の分析は、改革が行われる特定の時期に照準を当てるものが多かった。しかし、論者によって観察する改革の場面は異なり、また重視する改革の要因も異なる。まず池上直己とジョン・キャンベルによって高く評価された一九八〇年代の医療費抑制を可能にする条件であった一九八〇年代前半の改革については、厚生省の官僚が長期的な視点から制度間の負担の公平性を図ろうとして医療保険制度改革を行ってきたという主張がなされる（加藤一九九一、衛藤一九九五）。それに対して、一九九〇年代後半の医療保険制度改革は、大企業や労働組合のような強固な利益集団が妥協を余儀なくされ、組織化されない集団である高齢者への配慮が勝るものとなって

おり、利益集団に注目する単純な多元主義的な政治過程の議論では説明できないことが指摘されている（タルコット二〇〇〇）。一方で、従来は官僚と審議会が一定の方向性をもって保健医療福祉政策を実質的に形成していたが、一九九〇年代後半からは官僚の汚職問題などをきっかけとして政府・官僚に対する信頼が揺らぎ、民間経営者などによる規制改革を求める利益集団の介入を許すことになったという指摘もある（矢野二〇〇九）。

本稿の試みは、個別の改革場面に注目するのではなく、医療保険制度の変化の歴史的過程を分析していくことで、医療保険制度改革を動かすものは何かという問いに答えようとするものである。以下で詳細に議論していくように、重要な要因として取り上げるのは、医療保険制度は中央政府と地方自治体が複雑に結びついた制度であるという点である。これまでの研究は、医療保険制度の分析にあたって基本的に中央政府のみに注目して、その意思決定を説明してきた。それに対して本稿では、地方自治体が運営する国民健康保険こそが、医療保険制度改革を動かすものであると論じる。医療保険制度が、国民健康保険を中心とした財政の悪化と負担の平等という問題に、繰り返し国庫負担の増額や財政調整制度の拡大を行うという対応が取られる制度であるために、国民健康保険の財政規律を機能させることができず、その財政悪化が改革のタイミングを規定することになるのである。本稿では、以下まず制度変化についての理論的な説明を概観した上で、医療保険制度改革における基本的なプロセスを明らかにし、制度形成以来の歴史的過程を跡付ける。さらに、一九九〇年代後半以降の医療保険制度改革の過程を、小泉内閣の経済財政諮問会議における議論を中心に、最近の医療保険制度改革の効果を分析し、制度の継続と変化についての含意を議論する。なお、分析の対象となるのは、自民党から民主党へと政権が交代する前までとなっている。民主党政権による医療保険制度改革の分析については、別稿を期すことにしたい。⁽¹⁾

2 制度変化を説明する

制度変化についての理論的説明

制度はいかに形成されるか、またいかにして変化するか。このような問いは制度に関する分析が長く関心を持ち続けるものである。この問いに対するひとつの有力な回答は、歴史に注目する議論である。ピアソンが整理するように、偶発的に発生する「重大局面」における選択が、制度に対する「正のフィードバック」を発生させることで、後の制度が経路依存的に決定されていくというものである (Pierson 2000: 2004 = 2010)。これは、制度が常に何らかの目的を達成するために存在するという素朴な機能主義的説明に対して、必ずしもその説明が妥当しない多くの制度の存在を理解する際に極めて有用である。例えばピアソンが主張するように、本来は福祉国家の縮減を自己の利益と関連させて主張すると考えられる政治勢力が政権を獲得したとしても、受益者団体の出現など社会に埋め込まれる政策のフィードバック効果のために福祉国家を形成する制度が縮減されず持続していくことが説明される (Pierson 1994)。

しかし、この説明だけでは、「なぜ制度が形成されたのか／なぜ制度が持続するのか」を説明することができたとしても、「なぜ制度が変化するか」を説明することは難しい。もちろん、それまでに構築されてきた制度が何らかの原因で動揺し、再度の「重大局面」を迎える中で新たな制度が形成され、その新たな制度が「正のフィードバック」によってまた強化されていく、という断続的均衡 punctuated equilibrium (Krasner 1984) のような説明もありうる。しかし、その場合でもどのような原因で制度が動揺するのかはしばしばアドホックな説明となる。この点については、特に「アイデア」や「言説」への注目を梃子に、それらが制度形成に携わるアクターの主観的な利益の構造を変化させることで、「正のフィードバック」を通じた経路から外れる制度変化が生じるという主張が見られる (Byth 2002)。

説 Schmidt 2002 など)。しかし、加藤 [二〇〇九] が整理するように、この議論においても依然として「『いつ、どの ように、なぜ特定の制度形態が採用されたか』を明らかにするための制度変化モデルの構築には至っていない」と評 価されることになる。

政治過程における政治的アクターの合理的選択に注目するスタイルの研究でも、説明は異なるものの一般に制度の 形成や変化よりもむしろ継続の説明において有効性を発揮してきたと考えられる。それは、所与の制度から導かれる 「ゲームのルール」に基づいて、政治的アクターの嗜好や選択肢、決定点が規定され、政治的アクターの相互作用を 均衡として理解することで、そのような相互作用が自己拘束的な性格を持つことを主張するものであった (Shepsle 1979, North 1990 = 1994, Kieter and McCubbins 1991 など)。しかし、ある制度のもとで政治的アクターの相互作用 が均衡として理解できるというだけでは、所与の制度自体の変化について説明することはできない。この問題に対し て、例えば制度の変化前後を比較静学的に捉えて、その期間におけるパラメータ（事前確率）の変化可能性と結びつ ける議論 (Bates, de Figueiredo, and Weingast 1998) などが提出されるが、静学的な均衡という概念だけでは制度変 化を説明するのは難しい。

合理的選択に注目する研究の内部で近年発展している分析的記述 *analytic narratives* という方法論は、政治的ア クターの合理的選択に注目しつつ、その選択を取り巻く歴史的文脈を議論しようというものである (Bates et al. 1998)⁽²⁾。ここで注目されるのは、連続的な選択のプロセスであり、政治的アクターの意思決定の経路 *path* を辿った 帰結が「均衡」として理解されることになる。その中でもグライフが、その一連の研究で提示する内生的な制度変化 の議論は重要である (Greif and Laitin 2004, Greif 2006 = 2009)。この議論においては、短期的には制度の外生的な 「パラメータ」と考えられているものの、制度の動学的な変化を考える際にはそれを内生的な「変数」として政治的

アクターの行動に影響を与えるような「準パラメータ」という概念が提起される。⁽³⁾

この「準パラメータ」という概念を導入したとき、制度変化は次のように捉えられる。すなわち、ある制度のもとで政治的アクターの「均衡」における行動が、徐々に「準パラメータ」を変化させ、その制度をより多くの状況下で自己拘束的にするとき、より多くの人々にとってその制度に関連する行動をとることが最適になるという意味で制度が強化される。一方で、「準パラメータ」の変化が政治的アクターの相互作用における自己拘束性を弱めるとき、「準パラメータ」が観察可能であれば制度の弱体化を先取りして従来とは別の方法で制度の強化が試みられるかもしれない。また「準パラメータ」が観察不可能であれば、人々が過去の行動から離れるリスクをどのように評価するかにも依存するが、ある時点で新しい制度へと移行することが予想される (Greif 2004 II 2009)

このような理解に基づいた制度変化の分析は、「いつ、どのように、なぜ特定の制度形態が採用されたか」を考えるに当たって大きな意義があると考えられる。なぜなら、「準パラメータ」を特定することにより、制度変化のタイミングと要因を同定することが可能になるとともに、ある制度形態が引き続いて採用されることになる原因について、制度の自己強化という観点から議論することができるからである。また、このような分析は、歴史に注目するアプローチに対して一定の含意を持つと考えられる。例えばピアソンは、制度変化の長期的過程を捉える制度発展過程について議論する中で、「準パラメータ」という言葉こそ使っていないものの、制度の発展においてある変数に「閾値」が存在し、その「閾値」を超えることが制度発展を促すことを議論しており、問題意識が重なるところが少なくない。さらに重要なのは、歴史に注目するアプローチが重視する「アイデア」あるいは政策についての知識のような外生的な変数がどのような役割を果たすのかについて、相対化することが可能になる点である。すなわち、自己強化されると考えられる制度において、制度変化の場面において「アイデア」あるいは政策に関する知識がどのような影響

を持ちうるかを検討することで、制度の分析において「アイデア」や政策知識に注目する研究と、アクターの合理的選択に注目する研究をつなぐ試みとなると考えられる。

医療保険制度改革における「制度の自己強化」

本稿では、このような制度変化に関する分析のアプローチを踏まえつつ、日本における医療保険制度の展開を分析する。日本の医療保険制度は、その創設以来非常に分立的な体制を採ってきた。そのうち大きな部分を占めるのは、職域で医療保険を形成する被用者保険のうち、(大)企業が形成する民間の組合管掌健康保険(組合健保)⁽⁴⁾と、政府が保険者となり主に中小企業の従業員が加入する政府管掌健康保険(政管健保)、そしていずれの職域にも加入しない自営業者や農林水産業者、無業者や高齢者を対象とした地域保険である国民健康保険(国保)である。

次節以降で詳細に議論するように、成立期の日本の医療保険制度においては、国庫負担や制度間財政調整制度のようなものは存在せず、それぞれの保険者が自ら集めた保険料の範囲で医療給付を行うことが想定されていた。しかしながら、組合健保・政管健保のような被用者保険と比較して、相対的に低所得者層が集まっている国保においては給付水準が低く、それにも関わらず当初から財政悪化が深刻であった。その財政悪化は一九六一年の国民皆保険実現後、分立的な医療保険制度を維持するに当たって常に問題となった。

日本における医療保険制度の制度変化を分析するとき、この国保財政の悪化という現象は、短期的には政治的アクターがコントロール不能な「パラメータ」であるものの、長期的には制度の安定性を考える上で不可欠な「変数」としてコントロールされるべきであるような、「準パラメータ」として理解できると考えられる。つまり、短期的には国保財政の悪化は所与の医療保険制度のもとで実現する帰結として受け入れることを余儀なくされるものの、長期的

に考えて国保財政の悪化による影響が制度の持続可能な水準を超えると考えられるとき、何らかの制度的な対応が必要とされることになるのである。

「準パラメータ」である国保財政の悪化が進行し、何らかの制度的な対応が必要になるとき、問題になるのは「医療に関する費用をどのように分担するか」という点である。一定の給付水準を前提とすれば、国保財政が悪化するとき、大きく分けて三通りの対応があると考えられる。まずひとつは、医療保険の「保険」としての性格を強調するものである。すなわち、給付水準に見合った保険料の徴収を行うという対応になる。次に考えられるのは、国保の保険料収入では足りない部分について、国費つまり税を投入して補填するという方法である。そして最後が、国保以外の医療保険からの制度間財政調整によって補填するという方法である。これらの三通りの対応は、それぞれの政策知識に基づいた、費用分担についての異なる考え方を示している。すなわち、まず給付水準に見合った保険料の徴収を行うという対応は、⁽⁵⁾ いわば保険集団が抱える医療リスクに対する受益と負担を一致させるという意味で、医療保険の「保険」という面を強調する政策知識に基づく対応となっていると考えられる。次に、税を投入して補填する対応と制度間財政調整によって補填するという対応は、医療保険制度の「保険」という面を弱めることになるもの、分立する制度間の公平性に配慮した対応であると考えられる。そして、税を投入する方法よりも制度間財政調整を行う方法において、相対的に負担能力の高い被用者保険から国保への財政移転を伴うという意味で、「負担の公平性」をより重要な要素であると考ええる政策知識に基づく対応であると考えられる。

戦後の制度改革において、「準パラメータ」である国保財政の悪化によって制度的な対応が必要になるとき、厚生省（厚生労働省）は戦後一貫して、「負担の公平性」を重視した政策知識に基づいて制度的な対応を行ってきたと考えられる。厚生省（厚生労働省）の医療保険に関する「正史」ともいえる、『日本医療保険制度史』においても、こ

の負担の公平性を重視する対応について「医療保険制度の一元化」と呼び、「分立している医療保険の保険制度間及び保険者間において、保険制度そのものの統合を行うことなく、給付と負担の両面に見られる過大な格差を縮小し公平化を図ること」として、これが「戦後一貫、厚生省（保険局）と与党はこの考え方を基本としてきた」とされている（吉原・和田二〇〇八・六〇四）。それに対して、「保険」を強調する政策知識に基づく対応は、制度変化の場面においてたびたび提案されるものの、最終的には採用されることなく現在に至っている。

しかしながら、「負担の公平性」に留意して「医療保険制度の一元化」を志向する制度的な対応は、「保険」を強調する発想とは異なつて、国保に自らの規律付けを強く求めることを困難にする。「保険」である以上、一般に医療費が上がるると保険料も上がるという関係が想定されるが、被用者保険とは異なつて、国保においては保険料と医療費の間に正の関係がないとされる。つまり、国保にとっては医療費が上がってもそれがダイレクトに被保険者が払う保険料に跳ね返つてはいない⁽⁶⁾。また、被用者保険と国保で年齢階層別にかかる医療費を比較しても（年齢リスクを調整しても）、国保で医療費が大きく組合健保で相対的に小さくなつていくような傾向からは、被用者保険の支払基金による審査よりも、国保のレセプト審査を行う国保連合会の審査が甘くなつており、それが是正されていない状況があることが指摘されている（吉田二〇〇九）。

国保を運営している地方自治体にとって、国保の財政悪化に対して地元の病院の統廃合を行うなどして給付を切り下げるとか、地域住民からの保険料を大幅に上げるなどという対応を行うことは、選挙を考えると望ましくない。もともと国保に内在的に規律付けのメカニズムが存在しない上に、国保の財政悪化に対して国庫負担の増額や財政調整制度の拡大を行うという「医療保険制度の一元化」を志向する対応がとられてきたために、たとえ財政危機が生じてもまた新たな支援措置が追加されるといふ期待を生むことになるのである（田近・油井一九九九）。そのために、国

保自身の財政に対する規律付けを働かせることができず、問題が発生する度に新たな制度的対応を模索するという「制度の自己強化」が生じることになると考えられる。以下では、ここまでの議論について、医療保険制度の歴史を跡付けつつ分析していく。

3 日本における医療保険制度の形成と変化

国民皆保険以前

日本における医療保険制度は、一九二二年の健康保険法制定に始まる。この法律においては、主に工場等で働くブルーカラーの労働者を対象として、政府または健康保険組合を保険者とした医療保険の創設が定められた。当初の健康保険法では、原則として各保険者が保険医療機関を定め、診療報酬についても保険者と医療機関の契約によるものとされていた。とはいえ、実際は保険者が裁量を働かせて自由な決定を行う余地は少なく、実質的に運営を担っていたのは日本医師会であった。⁽⁷⁾

医療保険制度の発展としてまず重要なのは、一九三八年の国民健康保険法制定である。これは従来から農村部に存在した保険機能・再分配機能を持つ共同体組織を活用して、市町村を単位とする健康保険組合を設立したものである(西村 一九九五)。当時このような組合の設立と設立された組合への加入は任意であり、給付や一部負担金の設定も組合の自治に任されていた。さらに、医師会を通さずに健康保険組合が医師と契約することも可能であり、現在の国民健康保険と比べても自治の度合いの高い形式で制度が設計されていたといえる(井伊 二〇〇九)。

その後も医療保険制度の発展は続く。一九三九年にはホワイトカラーの労働者を対象とした職員健康保険法が作られる。当初は上述の健康保険法とは別の制度であったが、一九四二年には統合されて被用者保険が一本化されること

になる。そして一九四二年には二つの保険の統合とともに、いくつかの重要な法改正が行われている。まずひとつは、知事による保険医療機関の強制指定である。保険医療機関を保険者が選ぶのではなく、戦時体制のもとで健民強兵策への医師の協力を確保するために国の機関である知事が強制的に指定することが定められた。その背景には、医師たちが自由診療で高い診療報酬を得ることを好み、報酬の低い保険医になりたがらなかつたことがある。次に、診療報酬の点数単価制の導入も重要である。⁽⁸⁾点数単価制の導入によって、それ以前のように医師会と保険者の契約によって診療報酬を決めるのではなく、厚生大臣が医師会の意見を聴取したあとに点数表と一点単価を決定し告示することとされた。戦争末期の一九四四年には、学識経験者を加えた「社会保険診療報酬算定協議会」が設けられ、ここで診療報酬関連の協議が進められるようになる。そして最後に、国民健康保険法の改正によって知事が認めた場合に国民健康保険組合が強制設立されることが挙げられる。その結果、一九四三年までの間に九五%の市町村が組合を設立し、第一次国民皆保険の完遂、と評価されることもある（中静 一九九七）。

この法改正は、最初の明確な制度変化を規定するとともに、その後の医療保険制度を形作る重要な意味を持つことになると思われる。つまり、従来の制度においては保険者が保険医・保険医療機関を整備する、保険者中心の医療保険制度が発達する余地があつたのに対して、保険医・医療機関を政府が指定し、またその診療報酬についても政府が単一の点数単価を示すことで、医療供給の面における保険者の裁量が限られることになつたのである。このような制度においては、保険者が加入者から保険料を集めても、自らが医療供給をコントロールすることができず、政府によって整備された医療供給を通じて加入者に対して給付を行うことしかできなくなる。

GHQが主導する戦後改革では、表面的に保険者の自由度が向上するものの、戦時体制が基本的に維持される。特に被用者保険においては知事による保険医の指定が任意制にはなつたものの、その指定が行政によるものとされるこ

とは変わらず、点数単価制も継続された。さらに、給付の審査と支払は保険者によるとされたものの、実質的には保険者と委託契約を結ぶ社会保険支払基金がその任に当たることになり、診療報酬を通じた保険医に対する行政監督のツールとなつていった(中静一九九七)。一方国保については、相対的に自由度が高い制度となつてゐる。一九四八年の法改正で保険者が保険医を指定する直接契約制が導入されたほか、診療報酬についても社会保険診療報酬算定協議会において審議した国保の診療報酬の標準額を基準に、保険者と医療機関との協議により決定されることとなつた。しかし実態としては保険医については医師会との包括的な契約が中心であり、診療報酬についても保険者が個別に価格交渉を行うことはなかつたとされる(福田二〇〇三)。

もつとも、戦後直後においては保険者の自由度を議論する以前に、戦争による疲弊で医療保険制度自体が非常に厳しい状態にあつた。被用者保険については、朝鮮戦争の特需景気で一定の解決が図られ、保険としての運用が可能になつていったのに対して、国保財政の悪化は極めて厳しいものであり、保険料を十分に徴収できず実質的に休眠する組合が続出した。この、国保の財政悪化にいかに対応するかという課題は、その後の医療保険制度の中心的な課題となる。そして、国民皆保険が実現するまでに、組合主義から公営主義への転換(一九四八)、「保険税」の導入(一九五一)⁽⁹⁾、療養給付費への国庫補助(一九五三)というように、政府による関与が強められていく。

国民皆保険とその後の制度変化

国民皆保険は、一九五五年から五六年にかけての社会保障制度審議会(医療保障特別委員会)などによる慎重な議論を踏まえて成立することになる。「どの保険にも加入してない三〇〇万人の人々を医療保険に」をスローガンとして国民皆保険制度の創設を謳つた医療保障特別委員会の勧告では、「わが国においては社会保障方式により、し

かも当分の間健康保険を中軸とする被用者保険と、国民健康保険を中心とする地域保険の二本建てで進み、国民皆保険へ一步でも近づくことが急務である」(吉原・和田二〇〇八・一五四)として、国保の強制設立と強制加入によって保険未加入者を医療保険制度に取り込んでいくことを提案した。結果として、国民皆保険体制はこの路線を歩むことになるが、そのために国保は相対的に低所得の層を大量に抱え込み、さらなる財政的な苦境に陥ることになる。⁽¹⁰⁾そして、国保加入者からの保険料の十分な徴収が難しい状況においては、国保が被用者保険と比較して給付の面で劣ることになり、両者の公平性の観点から問題が生じる。このように、被用者保険と国保の二本建てで国民皆保険を設計する時点で、国保の財政悪化と被用者保険に対する給付の劣位が制度に内在することになっていたと考えられる。

皆保険達成後のこの問題に対する主要な方策は、国保に対する国庫負担を増加させることによって漸進的に給付率を向上させていくことであった。まず給付率が徐々に引き上げられ、一九六三年に世帯主の七割給付が達成されたほか、世帯員についても一九六八年から全保険者で七割給付が実施されている。これにともなう、療養給付に対して当初二五%だった国庫負担は一九六六年に四〇%にまで引き上げられている。⁽¹¹⁾さらに、治療に要する費用が著しく高額である場合に一定額を超える自己負担の額を医療保険から支給するという高額療養費制度がまず被用者保険で、後に国保で導入され、一九七五年度から全保険者で実施されることになった。このように、特に国保の給付改善を国庫負担の拡大で補填していくという方策は、制度間の格差是正と制度の安定に一定の効果を挙げていたと評価できる。

しかし、国庫負担の増大による皆保険制度の安定は、オイルショックによって高度経済成長が減速してからは厳しい局面を迎えることになる。さらに「福祉元年」での老人医療費無料化の影響による給付の拡大は、医療保険財政、特に国保の財政を厳しい状況に追い込んでいく。成長率の低下によって国庫負担のさらなる増大が難しい中で、財政健全化のために現実的に採りうる手法は、保険料負担の強化と、給付抑制による一部負担の強化——いずれにせよ負

担増——となる。⁽¹²⁾ただし、制度間の格差是正を考慮すると、国保のみ保険料負担と一部負担を大幅に増やすということは政治的に困難である。そこで採用された手法は、各保険制度における保険料負担の増加を前提とした被用者保険から国保への財政移転、すなわち制度間財政調整制度の創設と、制度間の給付の公平性という観点からの被用者保険における給付水準引き下げであった。⁽¹³⁾

このような方策が実行に移されていくのは一九八〇年代である。具体的には、制度間財政調整制度として一九八二年に老人保健制度が、また一九八四年に退職者医療制度が導入され、健保における給付水準の引き下げは一九八四年に本人一割負担というかたちで導入された。しかし、これらの方策の決定は、異なる政治過程を経て実現することになる（補渡 一九九五）。すなわち、制度間財政調整制度では、厚生省の老人保健医療対策本部が策定した試案が、大蔵省をはじめとする関係省庁や社会保障制度審議会、さらには関係団体、そして自民党の了承を得て、国会においては最終盤で経済界が反対するが妥結し、それほど大きな対立争点とならずに法案が通過する。⁽¹⁴⁾一方で、第二臨調による行政改革の一環として位置づけられた一九八四年の本人一割負担を含む健康保険法改正では、積極的な経済界、大蔵省・厚生省に対して、労働団体や野党に加えて給付抑制に反対する日本医師会が自民党議員を通じて強行に反対することで、党派的な政治争点として浮上する。⁽¹⁵⁾特に一九八四年の改正においては、給付抑制・自己負担増加（一割負担）と制度間財政調整制度（退職者医療制度）が組み合わせて提案されたものの、後者の費用分担ではなく、前者の「どの程度自己負担を求めるか」という論点のみが焦点化されているのである。

制度間財政調整制度が創設されたあとも国保財政の危機は繰り返し問題となる。その構造的な理由は、まず高齢化の進展によって国保に加入する高齢者が増加することにある。高齢者は、一般に稼働能力が現役時代に比べて低下するとともに、必要となる医療費が増加するため、高齢者の増加は国保財政にとって非常な重荷となってしまう。さら

に、産業構造の転換とともに、国保の加入者として想定された農業者・自営業者の数が著しく減少し、国保財政を支えるべき担い手が空洞化してしまうという現象が生じた。そして、国保の運営に当たる地方自治体は、選挙を考えると医療の給付が増えるような病院の新設などを選択するものの、給付を下げるような政策や、保険料の大幅な値上げなどは取らず、財政規律が機能しづらい。そのため、国保は支出が過増し収入が過減するという構造を抱え、繰り返し財政危機が生じるのである。この問題への対処は、老人保健制度を中心とした制度間財政調整の拡大や、同じ国保内で財政力の強い地方自治体から財政力の弱い地方自治体への実質的な財政移転を伴う制度内財政調整制度としての調整交付金制度や保険財政安定化制度、高額医療費共同事業という形式をとってきた。それぞれの制度で、「老人」や「貧困層」、「高額医療費」のように対象を限定して健保や財政力の相対的に強い地方自治体を説得し（金井 一九九四）、被用者保険と国保の二本建てという体制を維持しながら国保財政の悪化に対応してきたと整理できる。

4 医療保険制度改革——高齢者医療制度の導入へ

老人保健制度の限界

一九八〇年代には一時的に医療費の抑制に成功するが（池上・キャンベル 一九九六）、一九九〇年代に入ると、バブル経済の崩壊によって日本経済は長期的な停滞期に入り、一方で医療費は従来以上のペースで伸びていった。その結果、九〇年代前半を通じて国民医療費の国民所得に対する割合は急速に上昇し、一九九五年には七%を突破した。このような医療費の増大を受けて、被用者保険・国保ともに財政赤字が拡大していく。単年度の赤字が特に問題となったのは政府管掌健康保険制度であり、一九九三年度には九三五億円だった赤字が一九九六年度には四一九三億円にまで達している（尾形二〇〇〇）。こうした中で、一九九七年には被用者保険の給付水準を九割から八割に引き下

げるといふ改正が行われることになつた。⁽¹⁷⁾

医療費の増加は、制度間財政調整制度の持続可能性についても問題を投げかけることになつた。まず医療費の増加と国保財政の悪化に伴つて制度間財政調整制度の規模が拡大し、被用者保険は非常に大きな老健拠出金の負担を抱えることになる。被用者保険の本人負担が二割へと引き上げられた一九九七年度の医療費の財源構成を見ると、被用者保険の保険料一・九兆円のうち三・六兆円、実に保険料の三割が被用者保険の給付に使われず老人保健制度へと拠出されることになつてゐる(吉原・和田二〇〇八・四六〇)。これは被用者保険の側からすれば、明らかに受益に見合わない負担を強いられてゐることになり、国保としても受益と負担が切り離されることは好ましくないという指摘がなされてゐる(林一九九五)。さらに、老健拠出金の算出式の構造から、特に小規模な健康保険組合において、ある時点でそれほど拠出金が大きくないところでも、大きな変動リスクを抱えることになつてゐることが指摘される(勝又一九九四、安部二〇〇〇)。特にこの変動リスクが直撃したサンリオ健康保険組合が、一九九九年六月七日に厚生省に対して一九九九年度の老健拠出金の半額について支払いを猶予するよう求める審査請求を起こすという事案も発生した。その直後の六月一〇日に、健康保険組合連合会(健保連)が各健康保険組合に対して、七月から老人保健拠出金の支払いを一〇日間凍結することを働きかけるに至つてゐる。このような老健拠出金の厳しい負担によつて、解散を検討する健康保険組合も続出し、従来は健康保険組合の解散を認めていなかった厚生省も解散の容認に傾くことになつた。

制度間財政調整制度が抱える構造的な限界に対して、その全面的な改正についての議論は早い段階から行われていた。一九八四年の健康保険法改正に際して自民党の二階堂副総裁及び党三役と三師会(日本医師会・日本歯科医師会・日本薬剤師会)との間の覚書の中で、「医療保険制度の統合一本化を五年後に行う。特に負担の公平と給付の平

説
 等を図る。」とされていたという（吉原・和田二〇〇八：四三八）。その後、一九八七年には社会保険審議会基本問題等小委員会において、医療保険制度の一元化の議論がなされ、審議内容の公表も行われるが、具体的に一元化に向けた制度改革が行われることはなかった。結局のところ、「各制度の歴史と実績も無視できない。実際的な方法としては、国庫負担に依存しないで負担の公平を図らざるを得ない」（「医療保険制度の改革に向かって——昭和五十九年度

概算要求の考え方」という結論に達することになるのである。

一九九二年の健康保険法改正では、国保について所管する審議会が存在しないという問題意識から、従来の社会保険審議会が改組されて医療保険審議会が設置されるが、一九九三年に発表された「医療保険審議会における検討項目」の中には一元化の文字は見えない（吉原・和田二〇〇八：四四〇）。その後の制度改革の検討の結果として一九九六年に医療保険審議会建議書がまとめられるが、ここでは「医療保険制度における高齢者の位置づけを再検討し、介護保険制度の施行（引用者注：二〇〇〇年）を目的に、老人保健制度に代わる新たな仕組みの創設を含め、老人医療の費用負担の仕組みを見直す」という見通しを示し、抜本的な改革を前提としつつ具体的には直近の一九九七年健康保険法改正において、被用者保険における本人負担の引き上げを提起した。その他にも一九九五年の社会保障制度審議会の総合勧告（「社会保障体制の再構築に関する勧告」、一九九六年の老人保健福祉審議会意見書（今後の老人保健制度改革と平成九年改正について）」、という重要な建議が行われており、いずれも老人保健制度を公平性の観点から抜本的に見直すことを求めるものとなっていた。

このような老人保健制度の抜本の見直しを要請を受けて、厚生省が明らかにしたのが「二一世紀の医療保険制度」（一九九七年八月七日）であり、これを受けた自民・社民・さきがけの連立与党の医療保険制度改革協議会が、「二一世紀の国民医療——良質な医療と皆保険制度確保への方針」を取りまとめた。特に厚生省案では、医療保険の制度体系

全体の見直し案が提示されている。具体的には第一案として「制度の一本化による地域医療保険制度案」、第二案として「被用者保険と国保の二本建て＋高齢者別建て案」が挙がっている。しかし、連立与党の協議会案ではほぼ第二案に対応した高齢者医療保険制度の創設のみが提案されており、その後の議論では高齢者に対する医療保障のあり方が中心となっていく。その実質的な議論の場となったのは、医療保険審議会と老人保健福祉審議会が統合された医療保険福祉審議会（制度企画部会）であった。しかし、この審議会では改革案をめぐって四つの案が検討されたものの集約には至らず、予定されていた二〇〇〇年までに新たな仕組みを創設することができなかった。

小泉内閣の医療保険制度改革

二〇〇〇年に予定されていた医療保険制度の抜本改革は、全く成果がなかったわけではないもの（尾形 二〇〇四）、高齢者医療制度を中心とした医療保険の費用負担についての抜本的な改革は、それぞれの改革提案の背後にいる関係者の利害を調整することができず、結局挫折することになった。⁽²⁰⁾そして医療保険制度改革は二〇〇一年四月に発足した小泉内閣に持ち越されることになる。

小泉内閣は、発足当初から「聖域なき構造改革」を掲げ、医療制度を改革すべき重要な対象とみなしていた。そして、その改革の主要な舞台となる経済財政諮問会議は、二〇〇一年の省庁再編によって設立され、政府の経済財政政策の司令塔になることが期待されるとともに、社会保障分野においても総理府社会保障制度審議会という伝統ある審議会を引き継いで社会保障政策の立案に関与する役割が与えられていた。⁽²¹⁾多くの証言や研究が明らかにするように、経済財政諮問会議は経営者や経済学者からなる民間議員が経済学の政策知識に基づいた構造改革のための提案を行って各省の大臣と議論し、経済財政担当大臣として司会を務める竹中平蔵大臣が小泉総理の裁断を効果的に用いながら、

様々な改革を実現に移してきたとされる（大田二〇〇六、伊藤二〇〇六、竹中二〇〇六、内山二〇〇七など）。

このような経済財政諮問会議が、医療保険制度改革に関連して示した最初の重要なメッセージは、いわゆる「骨太二〇〇一」（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）である。この中での「医療制度改革」に触れる部分では、「国民皆保険体制と医療機関へのフリーアクセスの下で」サービスの質を維持しながら医療のコストを下げる事が重視され、そのための手段として「医療サービス効率化プログラム（仮称）」を策定することが求められ、その内容は「保険者機能の強化」のもとで医療機関間の競争を促進して効率の向上を目指すものとなっている。「骨太二〇〇一」以降、九月二五日に厚生労働省が「医療制度改革試案」を提出するが、この内容に対して、諮問会議の民間議員が「医療サービス効率化プログラム」実現の遅れについて坂口力厚生労働大臣・厚生労働省を強く批判する場面も見られている（二〇〇一年二回・二二回）。

依然として医療費の増加が問題となるなかで、小泉内閣が初めて取り組んだ医療制度改革は、二〇〇二年の被用者本人給付引き下げ・診療報酬マイナス改定・政管健保保険料引き上げといういわゆる「三方一両損」を実現した健康保険法改正である。しかし、この具体的な内容について経済財政諮問会議で十分な議論が交わされた形跡はない。医療保険の財政難に対して、給付引き下げを志向する小泉総理と保険料引き上げで対応するべきとする自民党政調会（厚生労働部会）の間の調整が問題となり、官邸と自民党執行部が中心となって法案が国会を通過することになったのである（飯島二〇〇六）。

経済財政諮問会議において、医療保険制度改革の内容について実質的な審議が行われたのは、二〇〇二年の半ばから二〇〇三年三月にかけての短い時期に限られる。二〇〇三―二〇〇四年は混合診療の解禁と株式会社への参入について、そして二〇〇五年は公的医療費総額の管理手法について、「骨太二〇〇一」における「医療サービス効率化プロ

グラム」を根拠に議論する民間議員と現状維持を重視する坂口大臣の間で激しい議論が展開されるものの、その議論はあくまでも増大する医療費をいかに抑えるかという点に主眼があり、どのように費用を分担するかという議論はほとんどなされていない。

それではこの議論は諮問会議においてどのようなようになされたのか。まず注目するのは二〇〇二年二九回における議論である。ここでは関係者の当初の考え方が披瀝されている。まず坂口大臣は、抜本改革の方向として国保や政管健保について都道府県単位での保険者の統合を好ましいとするものの、組合健保への配慮が困難であることを述べている。それに対して片山総務大臣は、都道府県単位とすることに市町村は賛成だとしても、都道府県は好まないであろうことを指摘している。さらに、より大きな議論として、塩川財務大臣と一部の民間議員からは、税で実施すべき社会保障と保険料で実施すべき社会保障について区別するべきであるという議論が出されている。これは「保険者」を強調する観点から、受益と負担が見合うものについては保険料、見合わないものについては税で賄うべきだという議論にリンクする。当然ながら、その問題が直接に関連してくるのは高齢者医療制度である。その点、坂口大臣が税の方を重視することに懸念を表明しつつ、高齢者医療制度について「年齢だとか、あるいは所得の調整をしながら、都道府県単位で統合をしていくということが可能であれば、私は敢えて高齢者保険というものをつくらなくてもいいのではないか」と述べているのは、保険を中心とした現行制度をベースに負担の公平性を図ろうとする態度を示していると考えられる。このような坂口大臣の意向は、二〇〇二年九月二五日の都道府県単位での統合を志向する「坂口私案」としてまとめられ、その記者発表の場においても、坂口大臣は年齢・所得によるリスク調整が可能であれば必ずしも高齢者に特別の制度は必要ないという姿勢を貫いている。⁽²³⁾

その後、一月二七日に「医療保険制度の体系のあり方に関する厚生労働省試案」が提出され、「制度を通じた年

年齢構成や所得に着目した財政調整を行う案」と「後期高齢者に着目した保険制度を創設する案」の二つの試案が公表されたが、その過程において諮問会議で議論があつた形跡はない。この間の医療制度に関する諮問会議の議論は、総合規制改革会議が提起した病院への株式会社への参入と混合診療の解禁に集中しており、次に医療保険制度改革が集中的な議論の対象となつたのは、年が明けた二〇〇三年二月の会議である。このときに坂口大臣から、「いわゆる保険者の統合一元化の話と、そしてそれに合わせて高齢者医療の話」が紹介され、保険の統合については市町村が賛成で都道府県が反対²⁴、医療関係者もおしなべて反対で、健保連をはじめとする支払側の反応も微妙、という報告がされている。一方で、当初消極的であつた高齢者医療制度については、七五歳以上を別枠にしたうえで六五歳から七四歳の部分をどうするかが問題になつていくという具体的な進展が見られている。

厚生労働省の案に対して、民間議員は従来通り「医療サービス効率化プログラム」に言及しながら保険者機能の強化を強調し、坂口大臣は「給付の平等、負担の公平」という観点から医療費抑制が困難な課題であり、年齢構成や所得の違いに基づく負担の差異を是正する必要があることを述べている。両者の主張は必ずしも一致するものではないが、民間議員（本間議員）の「保険者機能の強化を含めて、組合の再編というような問題、高齢者医療の新たなテナジインの問題、さらには診療報酬体系の見直し等十分検討をしていただきたいと思つております」という発言にあるように、具体的な制度設計は最終的に厚生労働省に委ねられることになる。

諮問会議の方針が最終的に固まるのは、二〇〇三年三月二五日に坂口大臣から提出された「医療保険制度体系及び診療報酬体系に関する基本方針（案）」についてによる。この案においては、「都道府県単位を軸とした」保険運営を行うこととして、六五歳から七四歳までの前期高齢者と七五歳以上の後期高齢者の特性に応じた制度が提案されることになつた。前期高齢者については、従来の老人保健制度に近い方法で年齢リスクを調整し、後期高齢者について

は独立の制度を採用する形式となっている。この間の厚生労働省の調整について、坂口大臣は「初めは医療機関等々の問題があるのではないかというふうに思っておりましたが、それよりも地方自治体との問題が非常に難しくございまして、総務大臣にもいろいろと御迷惑をおかけしたところでございます」という発言しており、財政が悪化する国保をどのように扱うかという問題が非常に困難であったことをうかがわせる。

厚生労働省の基本方針(案)に対して、出席する議員からは承認することを認めるものの、いくつかの留保が表明されている。まず有識者議員からは、基本方針をまとめる議論が非公開で行われたことへの不満と、医療費がかかるグループである前期高齢者における財政調整がどのように実施されるか不透明であることが問題視されている。また、片山総務大臣からは、前期高齢者の扱いは仕方ないとしても、後期高齢者の独立制度をどのように運用するかは未定であることが確認されている。しかし、これらはあくまでも懸念の表明にとどまっており、既に政府部内で調整された基本方針を覆すものではなかった。そして、二〇〇三年三月二十八日に「健康保険法改正附則に基づく基本方針」というかたちで閣議決定され、議論の舞台は厚生労働省が所管する社会保障審議会医療保険部会へ移る。

その後、医療保険部会では、各利害関係団体からの代表と公益代表の専門家が二四回にわたる議論を行い、その過程において厚生労働省から「医療制度構造改革試案」(二〇〇五年一〇月一九日)、多少の文言の修正を経て原案を追認するかたちで医療保険部会から「医療保険制度改革について(意見書)」(同年十一月三〇日)が提出され(矢野二〇〇九)、最終的にこれらの案をもとに政府・与党医療改革協議会「医療制度改革大綱」が取りまとめられる。そして、大綱を受けた「健康保険法等の一部を改正する法律案及び良質な医療を提供する体制を確保するための医療法等の一部を改正する法律案」が二〇〇六年二月一〇日国会に提出され、衆参両院の審議を経て、とりわけ大きな混乱もなく六月一四日に可決・成立することになった(矢野二〇〇九)。

5 分析と議論

医療保険制度改革の効果

以上のような経緯を経て、小泉内閣において成立した医療保険制度改革は、一九八二年に創設された制度間財政調整制度である老人保健制度を廃止し、新たに前期・後期高齢者医療制度からなる新しい高齢者医療制度を創設したという点で、三〇年近く続いた制度を大きく変えたものであると評価することができる。その内容については、費用分担の観点から以下のように整理することができる。

まず、保険者の再編・統合という点では従来からの変化は少ない。国保は広域化の推進が謳われるものの、相変わらず市町村単位の国保が中心となっており、二〇一〇年七月現在で国保に関する事務を行う広域連合は五つ（うち北海道に四つ）に過ぎない。⁽²⁵⁾ 医療保険制度改革によって同時に創設された保険財政共同安定化事業によって、レセプト一件三〇万を超える場合には都道府県単位の再保険というかたちで共同事業が行われることになった。従来の高額医療費共同事業がレセプト一件八〇万円を超える場合を対象としていたことを考えると、新たな制度によって都道府県単位での保険者負担の平準化が図られることになる。しかしそれはあくまでも、負担を平準化するものであり、都道府県内での医療費を統制する責任を負う保険者を設定することは異なる。

また、政管健保についても、二〇〇八年一〇月の公法人化（全国健康保険協会（協会けんぽ）への改組）に伴って、都道府県ごとに医療費に応じた保険料を徴収することとされるようになったものの、都道府県単位の保険者が存在するわけではなく、あくまでも協会が各都道府県の年齢と所得についての調整を行った上で都道府県ごとの医療費の地域差を反映した保険料率を定めるものとなっている。そのため、保険料率の上昇を抑えるために医療費を統制

することに責任をもつ保険者が新たに設定されるのとは大きく異なり、従来と比較して地域間の医療費の差を若干考慮するに過ぎない。⁽²⁶⁾

新しい高齢者医療制度については、しばしば議論になる後期高齢者医療制度において、都道府県ごとに市町村が広域連合を設立し、基本的には都道府県ごとに均一の保険料を七五歳以上の高齢者から徴収することとなっている。従来国保に加入していた高齢者のみならず、被用者保険の被扶養者とされて保険料を納めていなかった高齢者を含めて一元的に保険料を徴収することで、少なくとも七五歳以上の高齢者については所得に応じた一定の「保険料」を徴収する制度に変更されたと考えられる。制度としては「保険料」だが、その財源に占める割合は一割であり、その他税金である公費（五割）と、各医療保険制度からの支援金が四割を占める。支援金は、基本的に各医療保険制度を通じて被保険者一人当たりの支援金額が同じになるようなかたちで決められるもので、従来の老健拠出金に不満を抱いていた健康保険組合等に配慮したかたちとなっている。しかし、広域連合が積極的に高齢者医療費を統制するインセンティブが与えられているわけではなく、七五歳以上に限定して包括化された診療報酬項目（後期高齢者診療料など）が構築されるなどの試みも見られるが、制度実施後に医師会などの強い批判を受けて必ずしも有効に機能しているとは言えない状態となっている。⁽²⁸⁾

前期高齢者医療制度は、従来の退職者医療制度を原則廃止する中で新たに設けられた制度間財政調整制度である。この制度では、老人保健制度と同様の前期高齢者加入率を用いたりリスク構造調整が行われる。老人保健制度のもとでは七五歳以上の加入者数を用いて行われていたリスク構造調整が六五歳まで引き下げられることになり、定年制のために前期高齢者の数が少ない健康保険組合においては、老人保健制度のときと同様に納付金の重い負担に悩まされることになる。⁽²⁹⁾ そのため、赤字組合の増加と健康保険組合の解散には歯止めが効かず、制度が導入された二〇〇八年度

には西濃運輸と京樽という規模の大きい健康保険組合の相次ぐ解散が衝撃を持って受け止められることになった。健康保険組合が解散すると、加入者は政管健保（協会けんぽ）に加入することになるが、新しい加入先である政管健保（協会けんぽ）も、前期高齢者納付金・後期高齢者支援金によって慢性的な赤字が続いている。

以上のように、二〇〇六年の医療保険制度改革では、国保・政管健保の改革によって医療保険の「都道府県単位」での運営が強く意識されるものの、都道府県が医療費の統制に責任をもつ保険者となるわけではなく、保険者についてはあくまでも従来の制度を維持したものとなっている。また、高齢者医療制度については、七五歳以上の高齢者において原則として所得に応じた負担が導入されたが、大きな問題となっている高齢者にかかる医療費を抑制するシステムは必ずしも機能していない。被用者保険の側は自らが保険者として統制することができない高齢者医療への負担を、受益に見合わない負担として問題視する状況は続いているといえる。

医療保険制度改革を動かすもの

医療保険制度改革の歴史を振り返ると、2節で議論しているように、「準パラメータ」である国保財政の悪化が制度変化を促していることが明らかである。つまり、まず第二次世界大戦中から戦後の混乱期にかけての国保財政の悪化は、もともと組合主義で自治の度合いが高い形式で考えられていた国保を公営主義へと転換し国庫補助を導入するなど政府が強める制度変化を引き起こした。続いて皆保険達成後に問題になった被用者保険と国保の不平等への対応として、国保に対して継続的に国庫負担を行うことで給付水準を向上させ、被用者保険に近づけるといふ対応が行われることになった。

一九七〇年代に入り、被用者保険・国保の給付水準がさらに向上していく中で、オイルショック以降日本経済は低

成長の時代に陥る。そのために、さらなる国庫負担の拡大が困難になり、再度国保財政の悪化が顕在化するときには制度間財政調整の導入と被用者保険の給付水準引き下げとかたちで「給付の平等」と「負担の公平化」が図られることになる。その後も国保財政の悪化に対して「医療保険制度の一元化」という観点から制度間財政調整の拡大がしばしば行われることになるが、その都度問題となるのは「国庫負担の限定と被用者保険制度からの抵抗を緩和する工夫」（金井一九九四）であり、財政移転の出し手である被用者保険の側が妥協出来る範囲で「負担の公平化」が図られることになった。

この間、「保険」という面を強調する政策知識に基づく対応が考慮されなかつたわけではない。戦後直後のGHQ主導の改革でも当初は組合主義の国保を活性化することが志向されたし、皆保険の導入期に制度間財政調整ではなく国庫負担で国保に対して財政移転を行うことを優先していたのは、被用者保険における「保険」の機能を損なわないようにする意図があつたと考えられる。そして、近年で特にその「保険」という機能が強調されたのは、小泉内閣時の医療保険制度改革である。4節で議論したように、経営者や経済学者からなる民間議員が、二〇〇一年の「骨太の方針」に盛り込んだ「医療サービス効率化プログラム」を梃子として、保険者による財政規律を活用した医療費の抑制を模索していた。しかし、小泉内閣において、社会保障の制度設計を担うとされる経済財政諮問会議の議論で民間議員が「保険」という機能を強調するものの、最終的な制度設計は厚生労働省に委ねざるを得なかつた。結果として、小泉内閣の医療制度改革においても、従来の保険者を維持しつつ「負担の公平性」に配慮した制度間財政調整制度が再構築されることになったのである。

首相が極めて強い影響力を持つと評価される小泉内閣においてすら、「保険」を強調する対応を志向する政治に対して官僚の側が「医療保険制度の一元化」を重視した制度設計を行うことになったという帰結は、本来政治家の代理

人であるはずの官僚が長期的に医療保険制度の意思決定に強く関与していることを想起させ、政治による規律付けの観点からは脅威になると考えられる (Carpenter 2001)。しかしここまでの分析で明らかにしてきたように、問題は短期的な規律付けだけではなく、日本の医療保険制度を貫く制度の自己強化の過程にある。財政基盤の非常に弱い国保を抱えながら国民皆保険体制が形成されたことで、「準パラメータ」である国保財政の悪化によって制度変化が要請され、それに対して初期時点で「医療保険制度の一元化」に基づく対応が行われた。しかし新しい制度変化は、国保の弱い財政規律を変えるものではない。その結果、またもや時間の経過とともに「準パラメータ」が変化し、国民皆保険における国保を維持する方向で財政調整制度が発展していくことになる。「保険」を重視する主張、特に経済財政諮問会議で提起された税に踏み込むまでの議論は、現行制度の問題点を指摘して制度変化の契機になるとしても、国保の財政規律が弱い中で財政調整制度の持続的な発展が続くという制度の自己強化過程を抜本的に変更するのは容易ではなかった。

医療保険制度がこのような制度の自己強化を遂げてきたのは、特に高度経済成長の終焉後、増税が禁じ手とされ、しかも同時に戦時体制以来給付について保険者の裁量が非常に効果を持ちにくいなかで、保険料に限定した受益と負担の関係が議論されることなく、財政調整と保険料の増増という見えにくい方法での対応が技術的に可能とされてきたからである。⁽³⁰⁾政治家にとつては、「保険」が成り立たないところに税を投入することも、「保険」を成り立たせるために給付を削減することも、いずれも一部の有権者から強い非難を浴びうる政策である。そのような政策について自らが決定することによる非難を回避し (Pierson 1994)、厚生省をはじめとする官僚組織に「医療保険制度の一元化」を委ねることは、政権政党にとって合理的であり得た。そして「準パラメータ」である国保財政の悪化を観察しながら、官僚が政治的機会構造を捉えて限定された制度的な対応策を実現に移していったという理解ができるだろう (衛

藤一九九五、田辺一九九五)。そのとき、政治が重要な意味を持つのは何らかの政策知識に基づいた制度的対応の方向性を示すことではなく、「準パラメータ」を考慮しながらいつ制度変化が起きるかというタイミングを決めるころにあったと考えられる。

6 おわりに

本稿で分析してきた「医療保険制度の一元化」を志向する制度の自己強化は、当然ながら小泉内閣の医療保険制度改革を持って終わるわけではない。現実には、二〇〇九年度には国保のみならず協会けんぽの財政悪化が大きな問題となり、保険料の大幅値上げが検討されたものの、最終的には後期高齢者医療制度を一部改正することによって、組合健保が「肩代わり」を行うことになった⁽³¹⁾。これは具体的には、従来各医療保険組合の加入者数に応じて支払っていた後期高齢者支援金を、各医療保険組合加入者の総報酬に応じて支払う仕組みへと変更したものであり、国保のみならず協会けんぽの財政悪化に対応した制度変化が行われたという意味で、依然として制度の自己強化が続いていると考えられる。

このような制度の自己強化が停止することがあるのだろうか。この点について考えるときに重要になるのは、やはり「準パラメータ」である国保財政の悪化である。元来構造的に財政悪化に陥りやすい国保の側に将来の「医療保険制度の一元化」を志向する制度変化への期待がある限り、国保の運営において強い財政規律が機能することを期待するのは難しい。特に高齢化が進む中では、国保に加入する高齢者は選挙においてその支持が政治家の当落を左右する有力な集団であり、高齢者の望まない保険料の引き上げや病院の統廃合などのかたちをとった給付の引き下げは政治的に困難となる。そのため、敢えて財政規律を働かせるよりも、将来の制度変化による救済を待つ行動を招きやすい

と考えられる。一方で、医療保険制度を運営する中央政府が「医療保険制度の一元化」というかたちで将来の救済を行わないという約束をすることも困難である。これまで戦後日本で長期にわたって政権を担ってきた自民党が、急そのようなコミットメントを行おうとしても、それがすぐに信用を得ることは難しい。また二〇〇九年の政権交代後に成立した民主党政権も、組合健保による協会けんぽの「肩代わり」に見られるように、制度の自己強化を是認せざるを得ない状況にあると考えられる。ここには中央と地方が相互に密接に関係する医療保険制度の政治過程において、地方に配慮して強い財政的なコミットメントを行うことができない地方財政制度の政治過程と類似した性格を見出すこともできる(砂原二〇〇八、北村二〇〇九)。

しかしこのような一元化志向に限界がないわけではない。仮に最終的に多くの健康保険組合が協会けんぽに合流することになれば、従来のようなかたちで組合健保による負担を期待した制度変化は不可能となる。現状の制度のままに国保を中心とした医療費の規律付けができずその目を迎えることになれば、医療費を負担に見合ったかたちでどのように抑制するかという医療保険の規律付けが問題になる。しかし、新しい制度がすぐに「均衡」にある政治的アクターの行動を変えろという保障はない。そのとき従来とは異なるかたちでの制度の自己強化が進むのか、あるいは「断続的均衡」(Krasner 1984)の議論が示唆するように、人々が過去の行動から離れて新しい制度のもと「均衡」となる行動へと移るのか。⁽³²⁾ 経済成長が伸びない一方で高齢化によりますます医療財政が厳しくなる中、医療費の費用分担についての議論は、今後の医療費全体の統制を考える上でも重要なものになると考えられる。

【付記】

本研究は、二〇〇九年度—二〇一〇年度に交付された科学研究費補助金(若手研究(スタートアップ))の研究成果のひとつである。

【謝辞】

本稿は、二〇一〇年五月一日に開催された大阪市立大学法学部重点研究会と二〇一〇年五月二日に行われた日本行政学会における報告をもとに、修正を加えた内容となっている。日本行政学会で討論者をお務めいただいた城山英明先生をはじめとして、報告に対してコメントをいただいた方々への感謝を申し上げます。言うまでもなく、本稿における誤りは全て筆者に帰属する。

- (1) 既に行われている分析としては、例えば二本「二〇一一」などがある。
- (2) 日本における重要な議論として戸矢「二〇〇三」、北村「二〇〇九」など。
- (3) ただしグライフ自身が述べているように、「パラメータ」「準パラメータ」「変数」の区別はそれほど厳密なものではない (Grief 2006 = 2010:141)。
- (4) 国家公務員・地方公務員などが形成する共済組合についても組合健保と近い性質を持っていると言える。
- (5) 三通りの対応には含まれていないが、保険料の拠出に併せて給付水準を引き下げる、という選択もこのような対応に近いと考えられる。
- (6) 同様に市町村によって運営されている介護保険の場合は、補助金の支出の仕方に確固たるルールがあり、事後的な救済への期待が生じにくいために、(介護の費用が保険料に反映され) 保険料と介護費の正の関係が見られる (吉田 二〇〇九: 二二九—二四六)。
- (7) 保険者が医師会と診療報酬を含む請負契約を結び、医師会が所属する医師の中から保険診療に従事する担当者を定め、それを保険者である健保組合が指定するというかたちで契約していたため (福田 二〇〇三、新田 一九九八)、「実際に保険医を決めていたのは医師会」となる。
- (8) 単価制については、もともと職員健康保険法で採用されていたが、一本化とともに健康保険法のもとでも採用されることになった (中静 一九九七、福田 二〇〇三)。
- (9) 療養給付費以外の事務費部分や業務費及び直営診療所設置費などについての国庫負担は以前から存在する。一九五一年に事務費の全額補助が行われ、一九五三年には「国民健康保険助成交付金」という名称で療養給付費にたいする二割の国庫補助が行われた (吉原・和田 二〇〇八: 一九〇)。

- (10) なお、皆保険が成立した翌年の一九六二年は赤字となった市町村国保は一九四に過ぎなかったが、その翌年から赤字の国保が加速度的に増えていった(林一九九五)。
- (11) ただし、市町村間の財政調整を目的として財政力の弱い市町村により多く割り振られる財政調整交付金については、当初は療養給付費の一〇%だったが、国庫負担の引き上げに伴って一九六六年に5%となっている。なお、一九八四年にはもう一度一〇%に引き上げられた。
- (12) もちろん、医療費の伸びを抑えるという方法が考えられないというわけではない。医療費抑制についての行政管理的な試みについては、藤田「一九九四」など参照。
- (13) 制度間財政調整という手法については、高度経済成長のさなか早くも一九六二年の社会保障制度審議会の「社会保障制度の総合調整に関する勧告」において意識されている。その中では分立的な医療保険制度をひとつに統合することが理想だとしても、それが難しいので健保と国保の二本建てを維持しながら特に国保の給付水準を引き上げ、制度間財政調整制度を導入して制度間の給付と負担の不均衡を是正する必要があるが議論されている。
- (14) もちろん、全く対立争点がなかったわけではない。問題になったのは老人医療の一部負担(定額)復活に対する野党の反対と、支払い方式をめぐる健保連・経済界と医師会の対立であり、特に後者については健保連が一時廃案を訴えるに至った。
- (15) 最終的には野党と医師会が連携することができずに負担増の方向性が決まってから条件闘争が行われるかたちで収束することになった(加藤一九九一)。
- (16) 具体的には加入者按分率の拡大や、加入者調整率の拡大(二〇%→三〇%)などがある。
- (17) 正確には、一九八四年の改正時に健康保険法の本則で給付水準は八割とされているが、附則において国会の承認が得られるまでの間九割とされていた。一九九七年にはこれを本則通り適用したということになる。
- (18) 関連する審議会として、社会保障審議会は医療のみならず年金や雇用についても審議が行われるものであり、労・使・公益の三者構成がとられていた。その中に国保を代表する委員は存在しなかった。結果として国保の問題は、より大きな問題を扱う総理府の社会保障制度審議会において議論されることが多かった。
- (19) 保険者については市町村(A案)と都道府県(B案)が挙げられている。
- (20) ただし、高齢者医療については、はじめて定率一割負担が導入されたことは注目するべきである。それまで高齢者医療は「定額」負担であり、「定率」負担である若人との負担の不均衡の問題は長く手付かずとされていたが、この問題について

- の一定の解決を見ることができたと理解できる(尾形二〇〇四)。
- (21) しかし、社会保障制度審議会がそれまで社会保障制度の設計に携わってきた委員たちからは、「財政と言う範疇で事柄を論ずるべきことではない」との批判もある(社会保障制度審議会事務局二〇〇〇：一三二)。
- (22) 具体的な議論の内容については、例えば大田[二〇〇六]、矢野[二〇〇九]を参照。
- (23) 平成一四年九月二五日付坂口大臣記者会見概要(<http://www.nhiv.go.jp/kaiken/daijin/2002/09/k0925.html>)
- (24) 同じ会議の中で、片山総務大臣から同趣旨の発言がなされている。
- (25) 総務省「広域連合一覧」。http://www.soumu.go.jp/kouki/pdf/rengo_H22.pdf
- (26) 二〇一〇年現在の保険料率を見ると、最高の北海道(八・二六%)と最低の長野県(八・一五%)の差は〇・一%程度であり、国保における保険料の格差を考えると非常に小さなものとなっている。
- (27) 法的には、都道府県内の不均一保険料も条件付きで認められている。
- (28) 茨城県医師会を始めとして、その導入をポイコットする医師会が続出した。
- (29) 健保連資料(保険料収入に対する拠出の割合は増えている)。(http://www.kenporen.com/press/pdf/20080421184636-0.pdf)
- (30) ただし、なぜ保険料の通増が受け入れられるか、という点については疑問が残る。年金保険であれば「将来戻ってくる」といった説明は不可能ではないだろうが、短期保険である医療保険の場合には、特に医療給付を受けない人々にとって税とほぼ同値な負担増であると思なすことができるからである。
- (31) 二〇一〇年四月一四日に可決した「医療保険制度の安定的運営を図るための国民健康保険法等の一部を改正する法律案」による。
- (32) 二〇一〇年四月二二日に、経済同友会が「抜本的な医療制度改革への提言」持続可能な制度への再構築と産業としての医療の発展を目指す」をまとめた。これは組合健保を段階的に廃止して地域保険に一本化させる構想であり、これまでに繰り返されてきた「抜本的改革」構想のひとつであるが、それが経営者からなる同友会から提出されたことは極めて意義深いと考えられる。

引用文献

- 安部由起子、二〇〇〇、「組合管掌保険のリスク分散機能について」、『季刊社会保障研究』、三六(三)：三〇〇—三三〇頁。
- Bates, Robert H., Avner Greif, Margaret Levi, Jean-Laurent Rosenthal, and Barry R. Weingast, 1998, *Analytic Narratives*, Princeton Univ. Press.
- Bates, Robert H., Rui J. P. de Figueiredo, Jr., and Barry R. Weingast, 1998, "The Politics of Interpretation: Rationality, Culture, and Transition," *Politics & Society*, 26:603-642.
- Biais, Andre, Donald Blake, and Stephane Dion, 1993, "Do Parties Make a Difference? Parties and the Size of Government in Liberal Democracies," *American Journal of Political Science*, 37:40-62.
- Blyth, Mark, 2002, *Great Transformations*, Cambridge Univ. Press.
- Carperter, Daniel P., 2001, *The Forging of Bureaucratic Autonomy: Reputations, Networks, and Policy Innovation in Executive Agencies, 1862-1928*, Princeton Univ. Press.
- Cusack, Thomas R., 1997 "Partisan Politics and Public Finance: Changes in Public Spending in the Industrialized Democracies, 1955-1989," *Public Choice*, 91:375-395.
- Cusack, Thomas R., 1999 "Partisan Politics and Fiscal Policy," *Comparative Political Studies*, 32(4):464-486.
- 衛藤幹子、一九九五、「福祉国家の「縮小・再編」と厚生行政」、『レヴュー・マガジン』、一七：九一—一四頁。
- 藤田由紀子、一九九四、「昭和50年代以降の医療政策における行政の管理手法」、『季刊社会保障研究』、三〇(三)：二六一—二七三頁。
- 福田素生、二〇〇三、「保険者と医療供給主体の関係…日独の制度史を踏まえて」、山崎泰彦・尾形裕也編、『医療制度改革と保険者機能』、東洋経済新報社。
- Greif, Avner, 2004, *Institutions and the Path to the Modern Economy: Lessons from Medieval Trade*, Cambridge Univ. Press. (岡崎哲二・神取道宏監訳、二〇一〇、『比較歴史制度分析』、ノート出版)
- Greif, Avner, and David D. Laitin, 2004, "A Theory of Endogenous Institutional Change," *American Political Science Review*, 94(3):685-695.
- 林宜嗣、一九九五、「自治体の国民健康保険財政」、『季刊社会保障研究』、三二(三)：二四三—二五一頁。

- Hicks, Alexander M. and Duane H. Swank, 1992. "Politics, Institutions, and Welfare Spending in Industrialized Democracies, 1960-82." *American Political Science Review*, 86(3): 658-674.
- 樋渡展洋「一九九五「五五年体制の「終焉」と戦後国家」、『レヴィアイアサン』、一六：一二一—一四四頁。
- Huber, Evelyn, and John D. Stephens, 2001, *Development and Crisis of the Welfare States: Parties and Policies in Global Markets*. Univ. of Chicago Press.
- 池上直己・ジョン・キャンベル、一九九六、「日本の医療——統制とバランス感覚」中央公論社。
- 井伊雅子、二〇〇九、「日本——医療保険制度の歩みとその今日的課題」、井伊雅子編、「アジアの医療保障制度」、東京大学出版会、二三七—二五八頁。
- 飯島勲、二〇〇六、「小泉官邸秘録」、日本経済新聞社。
- 伊藤光利、二〇〇六、「官邸主導型政策決定と自民党——コア・エグゼクティブの集権化」、『レヴィアイアサン』、三八：七—四〇頁。
- 上川龍之進、二〇〇七、「2005年総選挙における政策決定過程の変容」、『選挙研究』、二二：五四—六八頁。
- 金井利之、一九九四、「地域福祉と財政調整」、『季刊社会保障研究』、三〇(三)：一三九—一四八頁。
- 加藤淳子、一九九一、「政策過程研究の理論と実証——公的年金制度改革と医療保険制度改革のケースをめぐって」、『レヴィアイアサン』、八：一六五—一八四頁。
- 加藤雅俊、二〇一〇、「制度変化におけるアイデアの二つの役割——再編期の福祉国家分析を手掛に」、小野耕二編「構成主義的政治理論と比較政治」、ミネルヴァ書房。
- 勝又幸子、一九九四、「社会保障における制度間財政調整の現状と問題点——老人保健拠出金制度を中心として」、『季刊社会保障研究』、三〇(二)：一九五—二〇六頁。
- 北村亘、二〇〇九、「地方財政の行政学的分析」、有斐閣。
- Kiwiet, D. Roderick, and Mathew D. McCubbins, 1991, *The Logic of Delegation*. Univ. of Chicago Press.
- Krasner, Stephen, D. 1984, "Approaches to the State: Alternative Conceptions and Historical Dynamics." *Comparative Politics*, 16(2):223-246.
- 中静未知、一九九七、「医療保険の政治と行政——一八九五—一九五四」、吉川弘文館。

二木立、二〇一、『民主党政権の医療政策』、勁草書房。

西村万里子、一九九五、「国保制度成立過程における地方の役割と社会保障の萌芽——国保・社会福祉構造の地域的基盤と社会保障機能」、『季刊社会保障研究』、三〇(四)：四一五—四三六頁。

西岡晋、二〇〇五、「福祉国家縮減期における福祉政治とその分析視角」、『千葉大学 公共研究』二二(二)：二八三—三〇三頁。

新田秀樹、一九九八、「医療保険における保険者と医療機関の直接契約制の導入の可能性——健康保険組合について」、『名古屋 大学法政論集』一七六：六七—二五頁。

North, Douglass C., 1990, *Institutions, Institutional Change, and Economic Performance* Cambridge Univ. Press. (竹下公視訳、一

九九四、「制度・制度変化・経済成果」、晃洋書房)

尾形裕也、二〇〇〇、「21世紀の医療改革と病院経営」、日本医療企画。

尾形裕也、二〇〇四、「高齢者医療制度の改革・介護と医療の連携の方向」、丸尾直美・川野辺裕幸編著『高齢者福祉サービスの市場化・IT化・人間化』、きょうせい、一六一—一八〇頁。

大田弘子、二〇〇六、「経済財政諮問会議の戦う」、東洋経済新報社。

Pierson, Paul, 1994, *Dismantling the Welfare State?* Cambridge Univ. Press.

Pierson, Paul, 2000, "Path Dependence, Increasing Returns, and Political Science," *American Political Science Review*, 94(2):251-267.

Pierson, Paul, 2004, *Politics in Time: History, Institutions, and Social Analysis*. Princeton Univ. Press. (粕谷祐子監訳、二〇一〇、「ポリティクス・イン・タイム——歴史・制度・社会分析」、勁草書房)

清水真人、二〇〇五、「官邸主導——小泉純一郎の革命」、日本経済新聞社。

清水真人、二〇〇七、「経済財政戦記——官邸主導 小泉から安部へ」、日本経済新聞社。

Schmidt, Vivien A., 2002, *The Future of European Capitalism*. Oxford Univ. Press.

Shepsle, Kenneth A., 1979, "Institutional Arrangements and Equilibrium in Multi-dimensional Voting Models," *American Journal of Political Science*, 23:27-59.

砂原庸介、二〇〇八、「中央政府の財政再建と地方分権改革——地方分権改革推進会議の経験から何を学ぶことができるか」、

『公共政策研究』、七：一三三—一四四頁。

- 社会保障制度新議会議事務局編、二〇〇〇、「社会保障の展開と将来——社会保障制度審議会50年の歴史」、法研。
- 田近栄治・油井雄二、一九九九、「高齢化と国民健康保険・介護保険——財政の視点から」、『季刊社会保障研究』三五（二）：一
二八一—四〇頁。
- 竹中治堅、二〇〇六、『首相支配——日本政治の変貌』、中央公論新社。
- 田辺国昭、一九九五、「戦後日本の社会保障——保守一党優位制の下での福祉国家形成」、『レヴュアイアサン』、一六：八九—二
〇。
- タルコット、ポール、二〇〇一、「庄力グループと日本の医療政策（1995～2000年）」、『季刊社会保障研究』、三七
（一）：二九—四三頁。
- 戸矢哲朗、二〇〇三、『金融ビッグバンの政治経済学——金融と公共政策策定における制度変化』、東洋経済新報社。
- 内山融、二〇〇七、『小泉政権——「パトス」の首相は何を変えたのか』、中央公論新社。
- 矢野聡、二〇〇九、『保健医療福祉政策の変容——官僚と新政策集団をめぐる攻防』、勁草書房。
- 吉田あつし、二〇〇九、『日本の医療のなにか問題か』、N-T-T出版。
- 吉原健二・和田勝、二〇〇八、『日本医療保険制度史【増補改訂版】』、東洋経済新報社。