

共助の包摂

——社会保障としての国民皆保険制度——

佐藤卓利

目次

はじめに

I 国民皆保険の構造

- (1) 市町村国保を支える公費投入
- (2) 市町村国保の財政危機
- (3) 医療保障の具現化としての「現物給付」
- (4) 医療の供給と財政を結びつける診療報酬制度

II 社会保険の矛盾と歴史性

- (1) 社会保険の扶助原理に内在する「連帯原理」と「人権原理」
- (2) 「人権原理」に支えられた「連帯原理」の展開—社会保険の歴史性の把握

III 「市町村国保の都道府県単位化」の検討

- (1) 「市町村国保の都道府県単位化」とは何か
- (2) 全国市長会・全国町村会・全国知事会の意見
- (3) 「市町村国保の都道府県単位化」へ向けての動き

おわりに

はじめに

英国の医学雑誌『The Lancet』は、わが国の国民皆保険制度確立50周年にあたる2011年、「国民皆保険達成から50年」というタイトルで日本特集号（2011年9月号）を刊行した。編集部による「論説」では、「日本のアプローチの核心は、憲法で追求している保健医療の普遍性という目的を国民皆保険制度という形で実現することであった。日本では一般的に社会における公平性が強調されており、健康の社会的決定要因においては、日本はとてもうまくいっていた」と、国民皆保険制度に対して高い評価を与えている。また「健康社会を目指した日本の過去50年」と題した巻頭のコメントは、「20世紀後半に国民の健康状態を改善し強固な保健医療体制を構築した日本の実績は高く評価されている」と述べ、国民皆保険制度については「1961年に導入され、すべての国民にさまざまな医療へのアクセスを保証している。以来、保険の給付はますます平等となる一方で、医療費は比較的低い水準に抑えられてきている」、また「日本が保険給付の公平性を拡大させつつ医療費を抑制していることは、なおのこと驚異的である」と評価している¹⁾。

このように国民皆保険制度は、国際的には高く評価される一方で、国内ではその「空洞化」あ

るいは「崩壊の危機」が進行している。

国民皆保険の法的な根拠は、1958年に全面改正された国民健康保険法（新国保法）にある。新国保法は、国民皆保険を達成するために、市町村に国保事業の運営を義務づけるとともに、市町村に住所を有する者は被用者保険の加入者等を除いて、市町村国保へ強制加入させられることになった。市町村国保が、それまで無保険者であった国民の受け皿となったのである。失業者や不安定雇用者など企業から排除されその健康保険に加入できない人々も、無職者や自営業者とともに市町村国保が被保険者として受け入れることになった²⁾。すべての国民をその居住する市町村が国民健康保険によって包摂する仕組みが、市町村国保である。その意味で、市町村国保は国民皆保険の土台であり「最後の砦」の機能を果たしてきたといえる³⁾。したがって、市町村国保の危機は、同時に国民皆保険の「空洞化」「崩壊の危機」でもある。「保険証一枚あれば、いつでも、どこでも、だれでも」必要な医療が十分に受けられるという国民皆保険は、わが国固有の医療保障制度であり、その維持については国民の間にコンセンサスがあるといつてよい⁴⁾。

本稿では、国民皆保険の「空洞化」「崩壊の危機」を、1961年以降の日本経済の構造変化のなかで、皆保険制度それ自体が当初からはらんでいた構造上の矛盾が展開する過程として捉える。こうした視点に立ってⅠで国民皆保険の構造を分析し、Ⅱで「共助＝連帯」の仕組みである保険の社会保険への発展とその限界について考察する。そのうえでⅢにおいて近年唱えられている「市町村国保の都道府県単位化」について検討する。

I 国民皆保険の構造

(1) 市町村国保を支える公費投入

わが国の国民皆保険制度に対する『The Lancet』の高い評価について、国民はどの程度自覚しているのだろうか。日本国内で暮らしているかぎり、医療（健康）保険に加入しているのであれば、多くの人は診療所や病院で受診することにとくに大きな障害を感じないであろう。その日のうちに医師に診てもらえるのは当たり前であり、どここの診療所あるいは病院に行くかも患者が決められる。

医療へのアクセスに関しては、外来で3割（ただし、義務教育就学前の子どもは2割、70～74歳までの高齢者は2割、75歳以上の高齢者は1割）の自己負担という経済的な側面と、医療過疎地の存在という地理的側面での障害を無視はできないが、国際的に見れば比較的良好であるといえよう。京都府保険医協会事務局長である久保佐世氏は「日本の皆保険は、当の日本国民にとっては、まるで水か空気のように、そこにあるのがあたりの存在だが、世界の趨勢からみれば、稀にみる、奇跡としかいいようのない医療制度なのである」と述べている⁵⁾。久保氏は、この「奇跡としかいいようのない医療制度」＝「皆保険制度」を、「保険制度」「診療報酬支払制度」「医療提供体制」という3つの制度から構成されたものとして捉え、そこから3つの特徴を抽出している。

それらは、「1つは、すべての国民に保険給付を約束する『保険証の全国民対象無条件交付制度』だ」という点。2つ目は、全国一本の診療報酬制度（保険診療の価格表）による『全国統一給付保障制度』だ」という点。3つ目は、患者の医療の必要性にもとづいた給付を、その必要性がなく

表1 各保険者の比較

	市町村国保	協会けんぽ	組合健保	共済組合	後期高齢者医療制度
保険者数 (平成22年3月末)	1,723	1	1,473	83	47
加入者数 (平成22年3月末)	3,566万人 (2,033万世帯)	3,483万人 被保険者1,952万人 被扶養者1,531万人	2,995万人 被保険者1,572万人 被扶養者1,423万人	912万人 被保険者447万人 被扶養者465万人	1,389万人
加入者平均年齢 (平成21年度)	49.5歳	36.2歳	33.9歳	33.4歳	81.9歳
65～74歳の割合	31.2% (平成21年度)	4.8% (平成21年度)	2.6% (平成21年度)	1.6% (平成21年度)	3.2% (平成21年報)
加入者一人当たり 医療費(※1) (平成21年度)	29.0万円	15.2万円	13.3万円	13.5万円	88.2万円
加入者一人当たり 平均所得(※2) (平成21年度)	91万円 一世帯あたり 158万円	139万円 一世帯あたり (※3) 245万円	195万円 一世帯あたり (※3) 370万円	236万円 一世帯あたり (※3) 479万円	80万円 (平成22年度)
加入者一人当たり 平均保険料(※4) (平成21年度) 〈事業主負担込〉	8.3万円 一世帯あたり 14.7万円	8.6万円 〈17.1万円〉 被保険者一人あたり 15.2万円 〈30.3万円〉	9.0万円 〈20.0万円〉 被保険者一人あたり 16.9万円 〈37.6万円〉	11.0万円 〈22.0万円〉 被保険者一人あたり 22.4万円 〈44.8万円〉	6.3万円
保険料負担率 (※5)	9.1%	6.2%	4.6%	4.7%	7.9%
公費負担 (定率分のみ)	給付費等の50%	給付費等の16.4% (※6)	財政窮迫組合に 対する定額補助	なし	給付費等の約50%
公費負担額(※7) (平成24年度予算 案ベース)	3兆4,459億円	1兆1,822億円	16億円		6兆1,774億円

(※1) 加入者一人当たり医療費について、協会けんぽ及び組合健保については速報値である。また共済組合は審査支払機関における審査分の医療費(療養費等を含まない)である。

(※2) 総所得金額等(収入総額から必要経費や給与所得控除、公的年金等控除を差し引いたもの)を指す。

市町村国保及び後期高齢者医療制度においては、「総所得金額及び山林所得金額」に「雑所得の繰越控除額」と「分離課税所得金額」をくわえたもの。市町村国保は「国民健康保険実態調査」、後期は「後期高齢者医療制度被保険者実態調査」による。

協会けんぽ、組合健保、共済組合については「加入者一人あたり保険料の賦課対象となる額」(標準報酬総額を加入者数で割ったもの)から給与所得控除に相当する額を除いた参考値である。

(※3) 被保険者一人あたりの金額を表す。

(※4) 加入者一人あたり保険料額は、市町村国保・後期高齢者医療制度は現年分保険料調定額、被用者保険は決算における保険料額を基に推計。保険料額に介護分は含まない。

(※5) 保険料負担率は、加入者一人あたり平均保険料を加入者一人あたり平均所得で除した額。

(※6) 平成22年度予算における22年6月までの協会けんぽの国庫補助率は、後期高齢者支援金に係る分を除き、13.0%。

(※7) 介護納付金及び特定健診・特定保健指導、保険料軽減分等に対する負担金・補助金は含まれていない。

(出所) 厚生労働省保険局「市町村国保の現状について」(平成24年1月24日)。

なるまで100%保障する『必要充足型給付保障制度』だという点である」。以上の特徴をもった「皆保険制度」が、新自由主義的な改革によって「いま崩壊の危機に瀕している」というのが久保氏の現状認識である。⁶⁾

政策研究大学院大学教授で元厚生労働省保険局保険課長であった島崎謙治氏は、「国民皆保険に対する国民の支持は高い。医療制度改革では関係者の利害が鋭く対立するが、『国民皆保険の堅持』という点では意見は一致すると」述べている。しかしそれが「国民皆保険制度が将来にわたり盤石であることを意味しない」として、その理由が低成長や高齢化といった社会経済構造の変容だけではなく、「そもそもわが国の国民皆保険は微妙なバランスによって成り立っている制

度である」からだという。

それは以下の3つの要素から成り立っている。「第1に、疾病リスクの大小や所得の多寡にかかわらず『国民皆』をカバーすることと『保険』を成り立たせることは、本質的には相反する要素である。第2に、被用者保険と地域保険の境界は截然と分かれているわけではない。第3に、社会保険方式といっても医療保険の財源は保険料と患者の一部負担以外に多額の公費（租税）が投入されている⁷⁾」。

島崎氏の説明を、表1からもう少し具体的に確認しておこう。およそ3500の保険者からなる医療保険を束ねて皆保険体制が構築されている。「疾病リスクの大小や所得の多寡」は、加入者平均年齢、加入者1人当たりの平均所得、加入者1人当たりの医療費などの格差に表れている。市町村国保と後期高齢者医療制度は地域保険であるが、後期高齢者医療制度は47の都道府県ごとに組織され、都道府県内の全市町村が加入する広域連合である。協会けんぽは、中小企業の被用者を被保険者として国（社会保険庁）が保険者となって運営していた政府管掌健康保険に代わって、2008年10月から公法人・全国健康保険協会が運営することになった保険である。この制度変更と同時に財政単位は都道府県となり、保険料率が都道府県ごとの医療費の高低を反映する仕組みに変わった。協会けんぽは、被用者保険でありながら、都道府県といった地域性が制度に組み込まれている。

「本質的には相反する要素」を1つの「皆保険」として成り立たせている土台が市町村国保であり、その土台を固めるセメントの役割を公費（租税）が果たしている。多額の公費投入という財政（ファイナンス）の構造により、国が社会保障として「すべての国民に保険給付を約束する」ことが国民皆保険制度の主旨である。「皆保険」を支える重要な土台である国民健康保険は、1958年に全面改正されたが、その第1条「この法律の目的」は次のように謳っている。「この法律は、国民健康保険事業の健全な運営を確保し、もつて社会保障及び国民保健の向上に寄与することを目的とする」。そして第2条で「国民健康保険は、被保険者の疾病、負傷、出産又は死亡に関して必要は保険給付を行うものとする」と規定している。

(2) 市町村国保の財政危機

しかし土台へのセメント注入が少なくなれば（公費の投入に抑制がかかれば）「皆保険」は揺らぐことになる。市町村国保には、表1によれば2011（平成23）年度予算ベースで、公費負担（定率分のみ）が給付費等の50%、額にして3兆4,411億円投入されている。さらにこれに加えて国保を運営する市町村は、国保の赤字を補てんするために、多額の法定外負担をしている。国民健康保険中央会が発行する『国保新聞』（2012年3月1日付）は、厚労省が公表した「（平成）22年度国保事業状況年報（速報値）」によれば、法定外一般会計繰入は3978億円、これに「国保特別会計の収支を均衡させるため、翌年度の収入を`先食い、する『前年度繰上充用』を22年度に実施した市町村は、152保険者、総額は1527億円にのぼる」と報じている。市町村は、全国集計で2010（平成22）年度に法定外繰入と合わせて5500億円を国保財政に投じている。

国保運営の当事者である市町村の危機感は強い。この危機感を反映して全国市長会は、「社会保障・税一体改革」と関連して「国民健康保険の構造的な問題分析と基盤強化等について検討するため」厚労省内に設けられた「国民健康保険制度の基盤強化に関する国と地方の協議」に対し

て、意見書を提出した（2011年10月24日）。そこでは、「国保を将来にわたり持続可能な制度とするために」「財政基盤の拡充・強化」が主張されている。「国保は、年齢構成が高く医療費水準が高い、無職者・失業者・非正規労働者等の低所得者が多く所得水準が低い、他の被用者保険に比べ保険料負担が重いなどといった構造的な問題を抱えています。このため市町村は、一般会計からの多額の法定外繰入れを余儀なくされ、保険財政は恒常的に厳しい状況となっています。国保を将来にわたり持続可能な制度とするためには、国が更なる財政基盤の拡充・強化を図り、実効ある措置を講じることが喫緊の課題です。特に、現行の国保財政基盤強化策の恒久化及び低所得者対策の強化や低所得者の多い保険者への支援は不可欠です。また、医療費の増加に伴い被保険者の保険料負担が限界に達している保険者も多いことを踏まえると、公費負担割合を50%以上にする必要があると考えます⁸⁾」。

国保の抱える「構造的な問題は」、国が国民皆保険構築のために国保に負わせた「構造的な問題」である。国が社会保障としてすべての国民に医療サービスを提供する仕組みが国民皆保険なのであるから、国民皆保険を維持するために、国保に財源を投入することは国の義務である。それゆえ旧国保法から新国保法への全面改定によって「国保事業は市町村の固有事務であったのを国の責任を明確化するために団体委任事務として位置づけ、従来の補助金を負担金に改め⁹⁾」たのである。高度成長の過程で国の税収が増大するなかで、国保への国庫負担も拡大していったが、高度成長の終焉と、その後の国の財政赤字の拡大を背景に、国庫負担に抑制がかかることになった。

立教大学教授の芝田英昭氏によれば、「市町村国保に対する国庫支出金は1979年に国保総収入の64.2%を占めて最高率を記録。政府は1984年に国保法を改悪し、国保の医療費部分への国庫負担率を45%から38.5%に引き下げた。なお、1984年の『医療費の38.5%』への引き下げは、それまでの『医療費の45%』としていたのを『医療給付費の50%』と改定したことによる」。さらに「2004年までは、国庫負担50%の内40%が定率負担、10%が国庫負担財政調整交付金であったが、2006年度より定率国庫負担が34%（2005年度は36%）に、国の財政調整交付金が10%から9%にそれぞれ減少し、その合計の減少分7%（2005年度は5%）に相当する分として、都道府県財政調整交付金が導入された¹⁰⁾」。

(3) 医療保障の具現化としての「現物給付」

社会保障の仕組みとして国民皆保険を維持する財政（ファイナンス）面での裏付けが、国庫による財政支援であるとすれば、医療提供体制の面からは、「現物給付」が社会保障としての性格を与える。「現物給付」は、国民健康保険法第36条に「療養の給付」として規定されている。神戸大学教授の二宮厚美氏は、「医療保障とは、現物給付原則にもとづく医療の公的保障を意味する」として、医療保険の「現物給付原則」の意義を高く評価している。「幸い、この日本では、国民健康保険法（国保法）第36条による『療養の給付』規定を典型にして、すべての医療保険がこの現物給付原則のもとにおかれている。すなわち、日本の医療保険は、すべての国民に対して医療費用（傍点は原文）を補償するのではなく、診察、薬剤・治療材料、処置、手術、看護等の医療サービス¹¹⁾を現物のかたちで給付する原則に立っている」。

しかし「療養の給付」は、保険者が直接給付するのではなく「保険者からの委託を受けた医療

者が、保険者に代わって代理給付する。この代理給付を請け負った医師および医療機関のことを『保険医』および『保険医療機関』と呼び、看護師など他の医療者もこの保険医療機関のなかであって、保険医の管理下で療養の給付を分担実施する。「この`医学的専門性を備えた者による医療上の判断にもとづく必要性の充足、こそが、『療養の給付』の本質であり、日本の『皆保険』を、給付に対してあらかじめ上限を設定しない、その意味では青天井と揶揄されるような制度にした¹²⁾と久保氏は指摘している。ここに「皆保険」が「必要充足型給付保障」であるという所以がある。

(4) 医療の供給と財政を結びつける診療報酬制度

そしてこの「現物給付」である医療サービスが、全国どこでも同じように保障される「全国統一給付保障制度」として実現されているのは、全国一本の診療報酬制度によるものである。「医療制度・政策を論じるに当たっては、医療供給制度、医療保険制度、診療報酬について考察する必要がある」と指摘する島崎氏は、これら3つの制度を次のように関連づけている。「医療制度はサービスの供給（デリバリー）に関する医療供給制度と費用の調達・財政（ファイナンス）に関する医療保険制度の2つから成る。もちろん両制度は分断されているわけではない。医療サービスの公的保険上の評価である診療報酬等を通じて結びついている¹³⁾」。「つまり、デリバリーとファイナンスは、保険医療機関・保険医の指定、現物給付原則および診療報酬により結合している。診療報酬によるマクロの医療費制御や政策誘導が奏功してきた主な理由は、国民皆保険の下での医療制度の統合性が高いこと、医療供給が『私』中心であり経営原資の大半を診療報酬に依存していることにある¹⁴⁾」。

以上、おもに久保佐世氏と島崎謙治氏の研究に依拠して国民皆保険の構造を探ってきた。ここであらためて整理しておこう。国民皆保険は、国がすべての国民を社会保険である医療保険に強制加入させるとともに、社会保険という仕組みを使って国民に医療を保障する制度である。それまで医療保険から排除されていた人々を受け入れ、彼ら・彼女らに医療を保障するのが、1958年の新国保法によって義務化された市町村国保であり、1961年にすべての市町村が国保を実施することにより、社会保障としての国民皆保険制度が実現した。

しかしその出発から、国保は多額の公費投入を不可欠の条件としていた。国保や政府管掌健康保険（現在は協会けんぽ）は、保険料だけではなく公費からもファイナンス（資金調達）することにより維持されてきた。とくに国保への公費投入なくして国民皆保険は成り立たず、ここに国民皆保険の構造上の問題点が存在する。

医療サービス供給（デリバリー）は、保険者が直接給付するのではなく、保険医療機関・保険医によって提供される。給付の形態は「現物給付」であって、この形態が医療サービスの「必要充足型給付」を保障し、国民皆保険が社会保障制度であることを保証している。

診療報酬とは、保険医療機関が行う療養の給付の対価として保険者が支払う報酬の「公定価格」であり、「公定価格表」である診療報酬点数表によって、保険医療機関の施設・人員基準、提供される医療サービスの上限などが規定されている。この制度によって国は、全国共通に医療の質を保証するとともに、財政（ファイナンス）の面からの統制を行うことができる。診療報酬制度によって、医療保険と医療提供が結びつけられている。この3つの制度が国民皆保険の基本

構造である。

II 社会保険の矛盾と歴史性

(1) 社会保険の扶助原理に内在する「連帯原理」と「人権原理」

教科書的に説明すれば、社会保険は、保険原理と扶助原理からなり、前者は対価性と等価性という市場の交換ルールに則った原理である。この原理から「給付・反対給付均等の原則」が導かれる。つまり保険からの給付が払い込まれた保険料の額に比例し、保険料は加入者のリスクの高さに比例する原則である。つまりリスクの高い人は高い保険料を支払わなければならない。後者は所得の低い人やリスクの高い人をも包み込み、保険料の額やリスクの高さに関わらず一定水準の給付を保障する原理である。そこには所得の高い人から低い人へ、リスクの低い人から高い人への所得の移転が埋め込まれている。つまり社会的扶助が制度化されている。このように社会保険とは、市場経済の浸透のなかで発展してきた保険原理の限界を、扶助原理によって社会的に乗り越えるものとして発展してきた。

このような社会保険の性格は北海道大学教授であった倉田聡氏が指摘するように「市場メカニズムを前提にした『リスク分散』と積極的な政府介入としての『所得の再分配』の性格を併せもつ、¹⁵⁾ヌエ的な制度」といえる。氏は社会保険の本質は、「『社会＝扶助原理＝所得再分配』機能と『保険＝保険原理＝リスク分散機能』¹⁶⁾という相矛盾した要素の併存」にあるとも指摘している。筆者もこの視点を共有する。財源調達（ファイナンス）の手段として社会保険方式をとりつつ、国保に多額の公費投入をすることにより、職域・地域で多数分立する医療保険から排除された国民を国保によって受け止めることで、すべての国民に医療を保障する国民皆保険は、まさにその構造自体が矛盾した要素により成り立っている。

二宮氏も「国民皆保険体制には、2つの違った考え方が流れ込んでいる」という。それは「一方での医療保障の理念、他方での社会保険方式に潜む¹⁷⁾保険原理」であるという。さらに社会保険は「社会保険の歴史的現実¹⁷⁾に照らしていうと、これは大きく『連帯原理』と『人権原理』との2つに要約される。前者の『連帯原理』とは、生存権が十分に確立していない段階のいわば前史的な原理であり、後者の『人権原理』が生存権を背後にもった現代の成熟段階における社会保険の原理である」という。そして二宮氏によれば、この2つの原理のどちらに立つにせよ「いずれの社会保険も私的保険に内在する¹⁸⁾保険原理を抑え込む」というのだから、「連帯原理」と「人権原理」は、社会保険の「扶助原理」を支える2つの原理と理解できよう。

問題は、「連帯原理」に立つ社会保険と「人権原理」に立つ社会保険の評価である。二宮氏は、「自助のための共助」である「私保险的連帯」と「共助のための連帯」である「社会保険を支える社会連帯」を区別した上で、「共助のための連帯」を次のように評価する。「この『共助のための連帯』とは、市場社会にあっては、たとえば『助け合いの精神』とか『分かち合いの関係』『支え合う社会関係』、また『市民的連帯』といった道義的な精神論でしかないということである。『分かちあい』だの『市民的連帯』だのといったものが道義的紐帯¹⁹⁾でしかないのは、市場社会ではかつての農村共同体的、ゲマインシャフト的¹⁹⁾社会基盤が失われているからである」。

評価のポイントは、「共助のための連帯」が「道義的紐帯でしかない」と言い切れるのかという点である。たしかに「市場社会ではかつての農村共同体的、ゲマインシャフト的社会基盤が失われている」かも知れない。しかし歴史的に見て資本主義社会の発展とともに、働く人々の生活を守る自主的な組織として労働組合・協同組合・共済組合が生まれ成長してきた。これらの組織を貫く原理は「共助のための連帯」である。とりわけ医療保険とのつながりが深い共済組合についていえば、わが国の場合公務員や私学教職員などの職種に限られ、加入者の数も相対的に少ないとはいえ、国民皆保険の1つの柱である。また組合管掌健康保険も主として大企業の従業員に限られるが、「共助のための連帯」にもとづく共済組織である。いずれも職域を基礎とした組織であり、その範囲で「共助のための連帯」が実体化している²⁰⁾。

ついでに、わが国と同様に社会保険による医療保障を柱としているドイツとフランスにおける「共助のための連帯」についても確認しておこう。社会保険の祖国といえるドイツの医療保険は、「創設以来今日に至るまで、当事者の自治による多元的かつ分権的な組織構造を維持してきたという点で注目すべき特徴を有している。もとより、個々の保険者組織（疾病金庫 Krankenkasse）は時代の流れのなかでさまざまな変化を遂げてきたが、医療保険の多元的分権的な組織構造は、被保険者の連帯と当事者自治の原則のもとで一貫して維持されてきた。このようなドイツの医療保険は、年金保険と並んで、ボン基本法（ドイツ憲法）の掲げる社会国家（Sozialstaat 福祉国家とはほぼ同義）の内実をなすものとして、第2次世界大戦後のドイツ社会の支柱をなしてきた²¹⁾」。

フランスについてはどうであろうか。「フランスの医療保険制度にあつては、多様な社会集団の要求のままに制度を積み重ねてきたことからきわめて複雑なモザイク様の制度構成となっており、対象者の範囲、要件等も必ずしも統一的なものとはなっていない。これは、近代市民革命の担い手であった商工業者、自営業者、農民層がそれぞれの利益を主張する社会集団として厳然と存在し続けてきたからだけでなく、革命で勝ち取った市民的自由の観念が姿をかえつつも社会保障制度のなかに生きているからであろう。その端的な現われが労使による自治的な制度の管理運営であり、国庫に依存しない社会保障財源の確立であった²²⁾」。

(2) 「人権原理」に支えられた「連帯原理」の展開—社会保険の歴史性の把握

以上に見たように、日本・ドイツ・フランスの医療保険制度には、「共助のための連帯」が、「道義的紐帯でしかない」のではなく、実体化している。このことを確認したうえで、ここでいいたいことは、「連帯原理」の過度の強調でもなく、「人権原理」の消極的評価でもない。二宮氏がいうように社会保険を貫く原理は「連帯原理」から「人権原理」へと歴史的に発展を遂げてきた。前者が「前史的な原理」で後者が「成熟段階の原理」であるとしても、前者が後者に吸収されてなくなるのではなく、両者は併存しているのである。

大事なことは「社会保険を支える社会連帯」である「共助のための連帯」を眼前にしっかりと見据え、その限界を把握することである。その限界の解明が、社会保険の歴史性を正しく理解することにつながり、また「人権原理」にもとづく社会保障制度のなかに、「共助のための連帯」を正しく位置づけることにもなる。「共助のための連帯」は、あくまでもそのメンバー内の連帯であり、それは同時に非メンバーの排除を意味することは自明である。社会保険は「連帯原理」の存続を前提にいかにもその限界を乗り越えようとしてきたのか。国民皆保険の歴史をこのような視

点からみれば、それは「保険原理」と「扶助原理」の相克を通じた矛盾の展開過程であったといえよう。²³⁾

現在の新自由主義の強まりは、「保険原理」の強化と「扶助原理」の極限までの縮小に向かっている。この流れに「連帯原理」は、抗することができるのか。二宮氏は消極的評価を下す。「社会保険が背骨をもたない、いわば軟体動物的なこの『連帯原理』に依拠するかぎり、『保険原理』が連帯原理を押しつけて台頭するのはそれだけ容易になる。『保険原理』にとって、『人権原理』は難攻不落の鉄壁であるが、『連帯原理』は呑みつくすことのできる相手である」。²⁴⁾確かに「連帯原理」だけでは、「保険原理」には立ち向かえない。「保険原理」は、社会保険において「連帯原理」と調和するからである。それゆえ「人権原理」を単なる理念として「保険原理」に対置するだけでは、「連帯原理」が「保険原理」に呑みつくされるかもしれない。そうならないためには「人権原理」を実体化することが必要であり、その手段が何よりも社会保険への公的財源（税金）の投入である。保険と税の一体化を通じた所得再分配の強化である。新自由主義は、まさにこれとは反対の方向に、つまり保険と税の切り離しの方向に、「連帯原理」と「人権原理」の分断の方向に向かう。「保険者機能の強化」とは、まさにそうした方向を求めるものである。

筆者の問題意識は、「人権原理」を支えに「連帯原理」がその働きを強める方法はないのか、また「連帯原理」の強化によって「人権原理」の具体的展開を促すことはできないのか、ということである。その糸口は2つある。1つは、ドイツにおける「被保険者の連帯と当事者自治の原則」、フランスにおける「労使による自治的な制度の管理運営」を、わが国の医療保険においても形式としてではなく実体として強化することである。わが国において自己の所属する医療保険の財政と管理運営に関心を持ち、それに積極的に関わろうとする被保険者がどれだけいるのであろうか。その点で当事者意識の涵養は必要であるが、もちろん意識だけの問題ではない。「当事者の自治の原則」を実体化する仕組みと運動の強化が求められる。その際、職域保険については、わが国固有の企業主義的性格を脱する方向へ向かう当事者自治の努力が求められる。地域保険としての国保については、国保運営協議会、議会、住民の国保運営への関わり方について、住民自治の強化という観点から検討されなければならない。何ゆえ国保の被保険者ではない住民も、そしてその代表である議会も、国保の運営に関わるのか。単なる「保険者機能の強化」論ではなく、被用者保険の被保険者も納得する議論が求められる。

もう1つは、連帯の範囲の拡大である。先にも述べたように連帯とは、あくまでもそのメンバーの中での連帯である。それは常に非メンバーの排除を伴っている。連帯の範囲の拡大は、まず何よりもそのメンバー（被保険者）の拡大であるが、さらに各保険者間の財政調整による拡大も必要である。ただし各保険者間のリスクや所得水準の格差を埋める財政調整は、公費の積極的投入を伴わなければ進まない。自らの給付水準を下げ保険料を上げるような財政調整を、比較的有利な地位にある被保険者が自発的に望むはずもないからである。また公費投入による財政調整は、保険者および被保険者の当事者性を薄めるという「諸刃の剣」的性格をもつことに留意しなければならない。「当事者の自治の原則」が公費投入による財政調整の仕組みの中で、どのように貫かれなければならないのか、これが探求されるべき課題である。

いずれにせよ、「社会保険を社会保険たらしめる協同の事業、協同組合などによる人びとの主体的な実践の基盤を欠かすことはできない。市場が支配する社会、市場経済、保険を必要とする

社会をくぐりぬけないことには、それを統御する力が人びとの間に形成されない²⁵⁾のである」と、青山学院大学教授の本間照光氏は社会保険の歴史性を強調しているが、筆者の問題意識は、市町村国保を「人びとの主体的な実践の基盤」として位置付け、その視点から「市町村国保の都道府県単位化」を検討することである。

Ⅲ 「市町村国保の都道府県単位化」の検討

(1) 「市町村国保の都道府県単位化」とは何か

政府としてはじめて「市町村国保の都道府県単位化」を打ち出したのは、2003年の自公政権・小泉内閣による閣議決定「健康保険法等の一部を改正する法律附則第2条第2項の規定に基づく基本方針について」である。そこでは市町村国保について、「国、都道府県及び市町村の役割を明確にした上で、都道府県と市町村が連携しつつ、保険者の再編・統合を計画的に進め、広域連合等の活用により、都道府県においてより安定した保険運営を目指す」と定められた。

2006年の「医療改革法」により、2008年度から「老人保健制度」が廃止され「後期高齢者医療制度」が導入されることになった。「後期高齢者医療制度」は、75歳以上の高齢者をそれまで属していた国保・被用者保険から分離・区分し、都道府県単位の独立した医療保険に移し、高齢の加入者が多数を占める国保の財政負担の軽減を狙ったものであった。この制度に対して国民から強い批判の声が上がり、このことも1つの要因となって自公政権に代わり民主党政権が誕生することになった。民主党は、2009年の総選挙で「後期高齢者医療制度の廃止」を訴え国民の支持を得たが、ただちに「廃止」ということにはならず、民主党政権下で「後期高齢者医療制度」廃止後の新たな制度の具体的ありかたについて検討を行うため、厚生労働大臣主宰による会議として2009年11月に高齢者医療制度改革会議が設立された。

同会議は、2010年7月に「高齢者のための新たな医療制度等について（中間とりまとめ）」を提出した。そこでは「国民皆保険の最後の砦である国保は、市町村が運営主体であるため、小規模な市町村国保は、保険財政が不安定になりやすく、運営の広域化を図ることが長年の課題となっている」と、まず「現行制度の問題点」を指摘した上で、「現在、地域保険としては、広域連合を保険者とする『後期高齢者医療』と、市町村を保険者とする『国保』が並立しているが、後期高齢者医療制度を廃止し、地域保険は国保に一本化する」とした。そのうえで「単純に市町村国保に戻ることとすれば、多くの高齢者の保険料が増加し、保険料格差も復活する」ので「市町村国保の基盤を考えれば、再び市町村国保が高齢者医療の財政運営を担うことは不相当である」との判断の下に、「市町村国保の中の、少なくとも75歳以上の高齢者医療については、都道府県単位の財政運営とすることが不可欠となる」との見解を示した。さらに「市町村国保の財政基盤を考えると、高齢者のみならず全年齢を対象に、国保の広域化をはかることが不可欠あり、……都道府県単位の財政運営に向けた環境整備を進めた上で、全年齢を対象に都道府県単位化を図る」と、2段階で国保の都道府県単位化を図るとの案を提出した。

ここには後期高齢者医療制度の廃止と絡めて、懸案の国保の広域化を都道府県単位で実施しようとする厚生労働省の意図が、政権交代に関わりなく明確に示されている。なお「中間とりまと

め」では、「『都道府県単位の運営主体』を具体的にどこにすべきかについては、都道府県が担うべきとする意見が多数であったが、慎重な意見もあり、今回の中間とりまとめにより明らかになる新制度の全体像を踏まえ、また、将来的な財政試算等を明らかにしつつ、引き続き検討する」となっていた。その「運営主体のあり方」については、2010年12月の「最終とりまとめ」では、「市町村による広域連合ではなく、都道府県が担うことが適当であるとの意見が大勢である。なお、財政運営を担うという大きな問題であることから、国は、引き続き、都道府県をはじめとする地方関係者との調整を精力的に行うなど、その理解と納得を得るための努力を重ねることが必要である」と表現されている。ここには新たな制度においても財政運営の責任を担うことに国と都道府県がともに消極的であることが垣間見られよう²⁶⁾。

要するに「市町村国保の都道府県単位化」とは、地域保険としての市町村国保を都道府県単位の再編することである。しかしその運営主体＝保険者が都道府県なのか、広域連合なのか、また広域連合とした場合それに都道府県はどのように関わるのかといった点は、まだ最終的に確定していない²⁷⁾。とくに市町村と都道府県の間には意見の相違があり、早期実現は疑問との声も聞こえる²⁸⁾。

(2) 全国市長会・全国町村会・全国知事会の意見

社会保障・税一体改革の検討に当たって、市町村国保のあり方については地方団体の意見を聞く必要があるとの趣旨で、厚生労働省と都道府県・市町村代表から成る「国民健康保険制度の基盤強化に関する国と地方の協議」が設置され、2011年10月24日と2012年1月24日に政務レベル協議が開催された。そこに全国市長会・全国町村会・全国知事会から意見書が提出された。それぞれの意見書から「市町村国保の都道府県単位化」についての市町村と都道府県の考え方の相違を確認しておこう。

1) 全国市長会の意見書（平成23年10月24日）より

「【国保の広域化は不可欠】本会は、かねてから、……まずは都道府県を保険者とすべきであることを一貫して主張しています。特に、国保の都道府県単位の広域化は、国保が抱える構造的な問題の一つである保険料格差を解消し、負担の公平性を確保するためにも不可欠であると考えます」。

2) 全国町村会の意見書（平成23年10月24日）より

「2. 財政運営の都道府県単位化 市町村国保を都道府県単位の広域化し、制度運営の責任は都道府県が担うこと。その際は、受診機会の相違等による保険料水準の格差に十分配慮すること」。

3) 全国知事会の意見書（平成24年1月24日）より

「2 見直し案について(1)国保の構造的な問題の抜本解決について……国においては、国の定率負担の引き上げなどによる公費負担の拡大など一層の財政責任を果たすとともに、地域の実情に応じた運営のあり方など、引き続き構造的な問題の抜本的な解決に向けた検討を行うこと。……

(3)都道府県の財政調整機能の発揮のためには、保険者である市町村の理解と協力が不可欠である。国は、都道府県を中心に市町村が協調して円滑に調整が行われるような方策についても十分検討し、提示すべきである」。

「3 後期高齢者医療制度について(1)高齢者医療制度改革会議の『最終とりまとめ』について……『最終とりまとめ』は、75歳以上を国保と被用者保険に戻し、別々の医療保険に加入させるという点で、知事会の目指すすべての医療保険制度の全国レベルでの一元化に向けた大きな後退である」。

(3) 「市町村国保の都道府県単位化」へ向けての動き

以上のように、保険料格差の解消を理由として「市町村国保の都道府県単位化」を強く求める市町村側と、「財政調整機能の発揮」に取り組む姿勢は示しつつ「全国レベルでの一元化」を求める都道府県側には、大きな意見の相違がみられる。しかし国は、2010年5月に国保法を改正し、「都道府県は、国民健康保険事業の運営の広域化又は国民健康保険の財政安定化を推進するための市町村に対する支援の方針を定めることができる」（国保法第68条の第1項）との規定にもとづいて都道府県に対し「広域化支援方針」の策定を求めた。

厚生労働省保険局長による都道府県知事あての通達「広域化等支援方針の策定について」（平成22年5月19日）は、「策定要綱」を添付し都道府県に対し「策定のねらい」「策定の手順」「内容」を具体的に示している。個々の項目については別の機会に検討することにしたいが、ここでは「策定のねらい」について注目したい。「策定要綱」は、「市町村国保の現状と課題」において、小規模保険者が多く保険財政が不安定になりやすい、被保険者の年齢構成や所得分布の差違が大きい、医療機関の偏在によって医療給付費の格差が生じていることなどを市町村国保の「構造的な問題」として捉えている。また、保険料が市町村ごとに大きく異なる点に、被保険者側に「不公平感がある」としている。

そのうえで「こうした問題に対しては、保険財政の安定化や保険料の平準化の観点から、これまでも医療給付費の多寡や所得の差異に着目した国、都道府県及び市町村による公費投入、医療保険制度全体あるいは市町村国保間での財政調整、市町村合併や広域連合の活用などによって対応しているが、いまだ十分とはいえない」との現状認識を示し、そのうえで「広域化の必要性」を「このような現状を改善し、さらに、今後医療保険制度について、将来、地域保険として一元的運用を図るという観点から、まずは、市町村国保の運営に関し、都道府県単位による広域化を推進することが必要である」（下線は引用者）と述べている。この「策定要綱」は、当面は「市町村国保の都道府県単位による広域化」を進めるとしているが、注意深く読めば、それにとどまらず「協会けんぽ」や「後期高齢者医療制度」を含めた「都道府県単位化」を狙っていることが分かる。このような国の上からの働きかけに対し、自治の当事者である市町村と都道府県の対応が問われているのである。

おわりに

「都道府県単位化」に消極的姿勢を示す全国知事会にあって、いち早く国保の「都道府県単位での一元化」を提起し注目を浴びたのは、山田啓二京都府知事である。京都府では、2010年8月²⁹⁾に府の医療企画課長と市町の国保課長等6名から成る「市町村国保広域化支援ワーキンググループ

プ」を立ち上げ、2011年3月に「報告書」を提出した。そこには「国民皆保険を堅持し、府民の公平性を確保し、府民の健康を守っていくためには、ナショナルミニマム確保の観点から国保制度への国費投入を充実するとともに、市町村国保を都道府県単位で一元化し、都道府県が市町村と協力して国保を運営していくことが不可欠である」。「京都府は市町村と十分に協議を重ね、利害の対立する市町村間の調整や、厳しい状況にある市町村国保の支援等を行い、市町村国保の一元化に向けた取組みを進めていくべきである」との見解を示した。³⁰⁾

こうした京都府の動きに対しては次のような批判もある。「地域医療の崩壊、住民の受療権の保障、自治体の保険者としての窮状などへの対処が、地域行政の喫緊の課題として浮上してくるなか、自治体の側からも、いまの医療制度改革の流れにそったかたちではあるとはいえ、対応を考えるべきとの発言がみられるようになってきている。その典型例が、京都府の山田啓二知事が全国知事会の場で提案し、自らとりくんでいる国保広域化（都道府県単位化）に向けた検討作業である」。「そのねらいは、……地方自治体の『保険ガバナンス化』に向けた受皿づくりである。こうした改革は、構造改革の結果に対する地域の危機感がむしろテコに使われて、自治体を構造改革のにない手へと転化させてしまう危険性のあることを示している」³¹⁾。

ここでいわれている「保険ガバナンス化」とは、以下の二宮氏の論を受けての指摘である。「ガバナンスとは、民主主義的統治機関（government）とは一線を画した利害関係者の協働統治組織（governance）のことをさす。ガバナンス化というのは、統治機関が公共性を希薄化して経営体的性格を強める過程を述べたものにほかならない」。「公費投入の制限・抑制を圧力にした医療保険のガバナンス化は、3つの要因がはたらくなかで進む。1つは、……医療保険を統合して財政的効率を高めようとする動きである（たとえば国保の広域化）。2つめは、これとは逆に、各保険団体の利害にそって団体ごとの独立性を強め、いわゆる団体自治の強化（保険者機能強化）を図ろうとする動きである（たとえば保険者団体間競争の組織化）。3つめは、これらの2つの動きの妥協的形態として、保険者間の財政調整を再編成しようとする動きである（たとえば高齢者医療に対する保険間財政調整方式³²⁾」。

現実に進行している事態は、「公費投入の制限・抑制を圧力にした医療保険のガバナンス化」である。しかし「利害関係者の協働統治組織（governance）」とは、まさに社会保険そのものである。それを「公費の投入」によって「民主主義的統治機関（government）」が包摂し、自治体である市町村が保険者となって運営しているのが市町村国保である。その市町村国保が土台となって、国民皆保険が作られた。国民皆保険は、「公費投入の制限・抑制」が進むのと表裏で、いくつもの「保険間財政調整方式」によりかろうじて維持されてきた。

3つの要因は、まさに国民皆保険の要素である。3つの要素は、「公費投入の制限・抑制」の手段として使われてきたが、ガバナンスは否定されるべきものではない。ガバナンスは社会保障としての国民皆保険のなかに包摂されるべきものである。そのための必要条件は、公費投入の拡大である。「市町村国保の都道府県単位化」が、国民皆保険の強化につながるか否かの鍵は、公費投入とくに国庫からの投入である。

「長年にわたる国保の国庫負担削減に加え、地方交付税や補助金も大幅に削られ、長引く不況で税収が伸びないなか、国保の財政運営にたいする自治体当局の閉塞感³³⁾は深まっています」と指摘される市町村国保を支援するために、都道府県がなすべきことは何か。国庫負担の増額を前提

に、国保支援の方策を提起することが課題である。

注

- 1) 『The Lancet』日本特集号「国民皆保険達成から50年」2011年9月1日、(公財)日本国際交流センター、7ページおよび9ページ。
- 2) 1958年全面改正の国民健康保険法は、被保険者について第5条で「市町村又は特別区（以下単に「市町村」という。）の区域内に住所を有する者は、当該市町村が行う国民健康保険の被保険者とする」と定め、第6条で「前条の規定にかかわらず、次の各号のいずれかに該当する者は、市町村が行う国民健康保険の被保険者としなす」として、健康保険や共済組合等の被保険者を適用除外としている。

元厚生事務次官である吉原健二氏によれば、「旧法が国民健康保険は市町村の任意の固有事務であるという考え方であったのに対し、新法は国民に対する医療保障は国の責務であり、国民健康保険は団体委任事務であるという考え方に立ち、全市町村に国民健康保険事業の実施を義務づける」というのが、同法を国会に提出した当時の厚生省の考え方であったという。吉原健二・和田勝『日本医療保険制度史』東洋経済新報社、1999年165ページ。
- 3) 結城康博『国民健康保険』岩波ブックレット No.787、2010年、15ページ。
- 4) 国民皆保険をわが国固有の医療保障制度、すなわちすべての国民に医療を社会保障として平等に提供する仕組み、として理解するうえで倉田聡氏の以下の記述が参考になった。「厳密に言えば医療扶助（生保法15条・全額公費負担の医療現物給付）の対象者である生活保護受給者は、保険加入を免除される（国保法6条6号）のであるから、すべての国民が医療保険に加入しているわけではない。それゆえ、保険加入という点からいえば、形式的には「皆保険」といえない。にもかかわらず、この制度状況を指す概念として敢えて「皆保険」の語を用いる（または用いてきた）という事実は、この概念が実質的に別の制度状況ないし政策目標の達成を意味し得ることを示唆する。「それは、わが国においては、適用される制度の違いにかかわらず、社会保障の枠内で『医療』を受ける限り、原則として同じ内容・同じ水準のそれが保障されるという意味に他ならない。例えば、生活保護の医療扶助は、診療方針および診療報酬について国民健康保険の『例による（生保法52条1項）』とされ、身体障害者福祉の更生医療も『健康保険の診療方針及び診療報酬の例による（身障法19条の4）』と規定される。これらの規定の意図するところは、福祉ないし保護給付としての公費負担医療でも、その内容は、原則として医療保険の医療給付（いわゆる『療養の給付』・健保法63条、国保法36条）と同じ程度・水準を維持するということである。それゆえ、生活保護受給者については、保険に加入しなくとも、保険と同等の医療給付が保障されたと評価できる。「このように、わが国における『皆保険』体制とは、保険加入という形式面からではなく、医療保険によって提供されるべき医療給付がすべての国民に平等に保障される（または保障されなければならない）という実質面から積極的に理解されてきたことがわかる。このことは、わが国の医療保障政策が昭和36年以降、複数の分立した保険者で構成された医療保険制度を、給付面では限りなく統一化ないし一元化の方向に導いてきたことから明らかである」。倉田聡『社会保険の構造分析—社会保障における「連帯」のかたち』北海道大学出版会、2009年、284-285ページ。
- 5) 久保佐世「医療保障をめぐる対決点と国民皆保険体制の展望」、二宮厚美・福祉国家構想研究会編『誰でも安心できる医療保障へ—皆保険50年目の岐路』大月書店、2011年、191ページ。
- 6) 同上、145-146ページ。
- 7) 島崎謙治『日本の医療—制度と政策』東京大学出版会、2011年、205ページ。
- 8) 「第1回国民皆保険制度の基盤強化に関する国と地方の協議（2011年10月124日）」提出資料。
- 9) 島崎『前掲書』60ページ。
- 10) 芝田英昭『国民を切り捨てる「社会保障と税の一体改革」の本音』自治体研究社、2012年、100-

101ページ。

- 11) 二宮厚美「医療保障をめぐる現代的対決点と新福祉国家」, 二宮厚美・福祉国家構想研究会編『前掲書』, 6ページ。
- 12) 久保「前掲論文」, 149-150ページ。
- 13) 島崎『前掲書』, はしがき ii-iii.
- 14) 同上, 396ページ。
- 15) 倉田『前掲書』, 326ページ。
- 16) 同上, 328-329ページ。
- 17) 二宮「前掲論文」7ページ。
- 18) 同上, 11ページ。
- 19) 同上, 13ページ。
- 20) 大阪市立大学大学院教授の玉井金五氏は、わが国の社会保険における共済組合の重要性について次のように指摘している。「共済組合の形式がわが国で最初の社会保険といわれた1922（大正11）年の健康保険法にも取り入れられたことは、日本の福祉システムの形成をみるうえで決定的に重要である。なぜなら、共済組合をベースに健康保険組合化が進行していく有様は、国家福祉のなかに企業福祉が解消されたのではなくて、むしろ温存されたからに他ならない。いいかえれば、健康保険のなかの組合管掌健康保険の中身は企業福祉そのものである、といっても過言ではないであろう。しかも、その基本的性格が今日においても厳然として存続していることを銘記すべきである」。玉井金五『共助の稜線—近現代日本社会政策論研究』法律文化社、2012年、40-41ページ。
 わが国の公務員共済組合や健康保険組合が、国や経営者のイニシアチブの下に作られ、それゆえ中央統制的・温情的・労使融和的性格が強く自主的・自治的性格が弱い点は留意されなければならないが、そうした性格がドイツやフランスに比べ職種・職域で分断された医療保険の皆保険体制への統合を容易にしたという面もある。
- 21) 土田武史「医療保険」, 古瀬徹・塩野谷祐一編『先進国の社会保障4 ドイツ』東京大学出版会、1999年、207ページ。
- 22) 江口隆裕「医療保険制度と医療供給体制」, 藤井良治・塩野谷裕一編『先進国の社会保障6 フランス』東京大学出版会、1999年、201ページ。
- 23) 青山学院大学教授の本間照光氏は、「保険や社会保険を『保険技術』としてとらえるのか、歴史的・社会的に形成された『歴史的範疇』としてとらえるのか、その違いは大きい」と指摘している。「社会保険論のフィクションと歴史的現実—急増する無年金・無保険者の政策・理論背景」『隔月刊資料と解説 社会保障』中央社会保障推進協議会、2002年、No.380、40ページ。
 本間氏は、以下のように保険を歴史的に把握している。「いわゆる保険を必要とする社会（保険が局所的存在である社会、あるいは、全面的に浸透した保険増殖社会）から、その陰画紙として、いわゆる保険を必要としなかった社会（共同体〔共同社会〕に保険が包摂）、将来における再び必要としない社会（社会への再包摂）への歴史観がうかびあがって来はしないだろうか」。「保険を必要とする『社会』において〈セルフ・ヘルプ〉を原理とし、その嫡出子として出生した私的保険ではあるが、そこからさらに社会保険が誕生し、社会保険から社会保障が歴史的潮流として形成されてきた」。「保険は、多数の協力による『相互扶助』の形態であるというかぎりにおいて、『社会的』制度とすることができる。ところが、この『社会的』制度は、個人主義的制度を前提とし、その発展を助長する制度にはかならない。『個人的・私的〔非社会性〕=社会的』とする保険制度は、発展そのもののうちにその止揚の契機を含む」。本間照光「保険からみた社会政策・社会保障の再検討」, 社会政策叢書編集委員会編『変化の中の労働と生活 社会政策叢書第17集』啓文社、1993年、254ページ、258ページ、260ページ。
- 24) 二宮「前掲論文」13ページ。
- 25) 本間「前掲論文」262ページ。

- 26) 高齢者医療制度改革会議の委員であった池上直己・慶応大学教授は、後期高齢者医療制度の運営主体が都道府県ではなく、都道府県を含まない市町村による広域連合となった理由を次のように述べている。「後期高齢者医療制度を創設した際に県単位にしたが、県が関与しない市町村によって構成される広域連合に付託した主な理由は、県が財政的な責任を回避したかったことにある」。池上直己「国保の統合は可能か——保険料格差と医療計画——」『社会保険旬報』2012年3月11日, No. 2489, 16ページ。
- 27) 「最終とりまとめ」では、「第一段階における運営の仕組み」として「事務の分担等」が示されているが、そこでは「都道府県と市町村の事務の分担については、『都道府県』は、財政運営、標準（基準）保険料率の設定を行い、『市町村』は、資格管理、標準（基準）保険料率の決定、賦課・徴収、保険給付、保健事業等を行うといった形で、分担と責任を明確にしつつ、共同運営する仕組みとする」と書かれているが、そのすぐ後に「なお、これらの事務については、それぞれ都道府県及び市町村が処理することが基本となるが、地域の実情に応じ、自主的な判断によって地方自治法に基づく広域連合を活用することや市町村の事務の一部を都道府県が行うこととすることも考えられる」と書かれている。
- 28) 「平成30年度までに国保の都道府県単位の統合を完成させることは極めて難しい。なぜなら、国保の運営は各市町村の自治に任されてきたため、それぞれにおける歴史的遺産を清算し、住民の理解を得るには時間を要するからである」。池上直己「高齢者医療制度の改革私案」『社会保険旬報』2010年, 4月11日, 21ページ。
- 29) 「“京都の乱” 国保一元化構想—山田府知事に聞く」『朝日新聞』2009年5月19日付。
- 30) 京都府『市町村国保広域化支援ワーキンググループ 報告書』2011年3月, 11ページ。
- 31) 久保「前掲論文」, 177ページ。
- 32) 二宮「前掲論文」, 20ページ。
- 33) 寺内順子・国保会計研究会『国保の危機は本当か?』日本機関紙出版センター, 55ページ。