

日本の医療制度改革における「非難回避の政治」と疾病予防政策

Tanaka, Kensuke / 田中, 謙介

(出版者 / Publisher)

法政大学公共政策研究科『公共政策志林』編集委員会

(雑誌名 / Journal or Publication Title)

公共政策志林 / Koukyo Seisaku Shirin : Public Policy and Social Governance

(巻 / Volume)

12

(開始ページ / Start Page)

33

(終了ページ / End Page)

45

(発行年 / Year)

2024-03-24

(URL)

<https://doi.org/10.15002/00030833>

日本の医療制度改革における「非難回避の政治」と 疾病予防政策

“The Politics of Blame Avoidance” and Disease Prevention Policy in Japan’s Health Care Reform

田中謙介

要約

福祉国家の縮減及び再編期の政治は「非難回避の政治」を特徴とする。我が国では、疾病予防や健康増進に関する言説が、高齢者医療制度改革の非難回避戦略として使用されてきた。そして、老人保健制度、後期高齢者医療制度のいずれの創設の場面でも、非難回避の目的のために有効に機能したといえることができる。前者では、負担を正統化するため「総合的な保健対策」言説が用いられ、規範として「国民の自助と連帯」が参照された。後者では、経済財政諮問会議における「給付の総額管理」言説に対抗するため、疾病予防等と医療費抑制を結び付ける「構造的な医療費適正化の取組」言説が使用された。

他方、「総合的な保健対策」言説は非難回避のための修辭的側面が強く、代償政策としては実質を伴わないものであった。また、「構造的な医療費適正化の取組」言説からは「効果の先送り」、「地方への責任転嫁」、「個人の負担の代償政策」の特徴が析出できるが、医療費適正化の成果を上げられていないにもかかわらず、地方と個人に取組の責任を転嫁することで未完の改革として正当化され、命脈を保つことになった。このことは、単に費用対効果の検証が不十分であるということにとどまらず、公衆衛生活動の意義が財政対策に矮小化され、かえって取組が後退しかねない危険性を孕むといえる。

キーワード

非難回避の政治、言説分析、医療制度改革、疾病予防、医療費適正化

1. 問題の所在

社会保障制度の中でも医療分野は、個人に対し費用負担のみならず健康の保持や疾病予防への努力を求める点（高齢者の医療の確保に関する法律2条1項）に特徴がある。職域、地域を問わず医療保険の保険者は、特定健康診査（いわゆる「メタボ健診」）及び特定保健指導の実施が義務付けられるとともに、被保険者の疾病予防に係る自助努力の支援その他健康増進のために必要な事業（「保健事業」）を行うよう努めなければならない（健保150条1項、国

保82条1項）。近年は医療費抑制という政策目標と強く関連して疾病予防や健康増進に向けた取組が重視される傾向があり、ヘルスケアポイントや保険者努力支援制度¹など、個人や保険者に取組を促すためインセンティブを付与する手法も強調されている（笠木他 2018：225-227）。

他方、疾病予防と医療費抑制の相関には否定的な研究が少なくなく²、このため保健事業については費用対効果の検証が必要で、科学的根拠の乏しい数値を政策誘導の手段として用いることは控えるべきとの見解もみられる（島崎 2020：261-262）。また、

健康状態には、その人の経済や社会関係の状況が大きな影響を与える「健康格差」があるとされるところ³、とりわけ市町村国保は被保険者の7割以上が無職者又は非正規就労者であり⁴、平均的な所得水準は職域保険と比べ著しく低く⁵、医療費は相対的に嵩む傾向にある⁶。市町村国保の被保険者には経済状況と健康状態の双方に困難を抱える者が多いといえることができ、このような特徴を有する市町村国保の保健事業では、被保険者の経済や社会関係の状況に着目したアプローチ⁷も必要であると思われる。

つまり、疾病予防や健康増進の取組が医療費抑制の観点と強く関連付けられている我が国の状況は、必ずしも自明のあり方とはいえない。

医療保険制度において被保険者の健康保持に向けた自助努力、あるいは保険者による保健事業が規定されたのは、1982年創設の老人保健制度を初めとする。老人保健制度導入後の我が国の医療制度改革を、福祉政治の変遷（宮本 2013）の議論に引き付けて概観すれば、2000年代初頭までは患者一部負担の拡大を基調とする縮減期、その後は、医療費適正化対策や医療提供体制の改革が前面に打ち出された再編期と、それぞれいうことができる。老人保健制度の創設は、それまで給付拡大の一途を辿っていた我が国の医療保障の制度を、縮減に向かわせる転換点となった。つまり、日本の医療保険制度において疾病予防や健康増進に関する言説は、給付の縮減と引き換えに登場したといえることができる。

福祉国家の縮減及び再編期の政治は「非難回避の政治」を特徴とする（Pierson 1996；新川 2005；西岡 2013）。現状の不利益変更を迫る制度改革に対しては、有権者や受益者集団からの非難が予想され、それゆえ縮減等を推進しようとする政治アクターには非難を回避するための政治戦略が求められるからである（西岡 2013：69）。Hansson（2015）は、政府における非難回避戦略について、談話分析の観点から、「問題の完全な否定」（Total problem denial）、「釈明」（Excuses）、「正当化」（Justifications）等9つの類型に整理し、これらに対応する議論やフレーミング、否定、行為者と行為の表現、正当化、認知操作の方法を同定した。Hanssonの議論は、Hood（2011）

の「見せかけの」（‘presentational’）戦略（Hansson 2015:305）を踏まえ、政府の対外的なコミュニケーションにおける非難回避行動を分析するための枠組みを示すものである。他方、西岡（2013）は、Pierson（1994）、新川（2005）⁸やHood（2011）らの先行研究を参考に、非難回避戦略のレパートリーを操作対象の観点から①認識、②組織、③手続、④政策、⑤利益の5つに区分した上で、各レベルごとのアプローチ（①フレーミング、②責任転嫁、③決定分散・決定共有、④希釈化・集中化、⑤補償）を整理している。例えば、西岡の「責任転嫁アプローチ」は、Hood（2011）の「エージェンシー戦略」に該当する（西岡 2013：76）。西岡の議論は、「痛みをとまなう改革」に対し予想される非難を回避し、あるいは事後的に非難の抑制を図るために講じられる措置に関する、より包括的な分析モデルであるといえる。縮減・再編期における日本の医療制度改革においても、こうした認識操作や責任転嫁、希釈化・集中化、補償といった措置が、非難回避のために講じられてきたのではないだろうか。

日本の医療制度改革の政策過程については、新川（2005）や宮本（2008）など多くの先行研究⁹がある一方、疾病予防や健康増進をめぐる言説にはあまり着目されてこなかった。例えば、北山（2011）は歴史的制度論の立場から、制度の発展に関わらず常に市町村が保険者であり続けた経緯を示しており、老人保健制度の創設と共に保健事業の主たる実施者として市町村が選択されたことも「ロックイン」の概念から説明される。しかし、老人保健制度の創設に係らしめて保健事業が制度化されたことそのものは、歴史的制度論からは説明が難しい。日本の医療制度改革の政策過程を解明するためには、こうした研究の空白を埋め、疾病予防等の変遷も射程に収めた理論モデルの模索が必要であるように思われる。本稿では、老人保健制度の創設に始まる縮減及び再編期の医療制度改革の政策過程において、疾病予防等のアイディアが政策案の正当化／正統化（シュミット 2009：81）のためにどのように用いられてきたかに焦点を当て、それが誰を対象にした言説で、争点構造のどこに位置付けられ、いかなる価

値、規範や先行する政策体系が参照されていたかを経時的に分析し、疾病予防等に係る言説の変遷について析出を試みる。また、これら制度改革の議論において先に指摘したような観点、すなわち保健事業の費用対効果の検証や社会政策的側面に、いかなる顧慮がされてきたかを確認し、医療制度改革における「非難回避の政治」の課題について展望することを本稿の課題とする。

2. 老人保健制度の創設をめぐる言説戦略

2.1 争点構造

日本の医療制度における給付拡大の極北は、1973年の老人福祉法改正による「老人医療費無料化」であったと思われる。しかしながら、老人医療費の無料化は高齢者の受療率の著しい上昇と、老人医療費の急激な増加を招いた（吉原他 2020：279）。第一次オイルショックによる物価高騰とその後の継続的な低経済成長を背景に、老人医療費の無料化は国保財政のひっ迫に拍車をかけるとともに、国保財源の過半を負担する国の財政にも大きな影響を及ぼした（土田 2011：252）。

このため、国保財政のひっ迫緩和の観点から、老人医療費増加への対応が政府のアジェンダとなった（新田 2018：42）。その争点は①老人医療の制度を別建ての制度にするか既存の医療保険制度を引き続き活用するか、②財源調達について保険者間の財政調整を導入し公費負担の抑制を図るか否か、③患者一部負担の導入の是非、の三点に整理することができる。1978年12月のいわゆる「老人医療制度についての小沢厚生大臣私案」は、①については別建ての新制度を、②については現行の公費負担割合の維持を、③については導入をそれぞれ是とした。一方、1979年10月の「老人医療制度についての橋本厚生大臣私案」では、①は既存制度の活用を、②は財政調整の導入を是とし、③は患者一部負担の導入を否とする案であった（社人研 2005）。小沢私案は別建ての制度を支持する市町村が望むものであったが日本医師会と大蔵省が反対し、橋本私案は公費負担の抑制を図りたい大蔵省は賛成したが負担増となる健康

保険組合が反対し、それぞれ進展するに至らなかった（北山 2011：86-87）。

2.2 老人保健制度の創設経緯と保健事業

以上の争点につき、1982年の老人保健制度の創設では、①は既存の医療保険制度の活用、②は保険者間の財政調整の導入、③は患者一部負担（定額負担）の導入との内容で成案を得た。この際、厚生省が合意形成のための非難回避戦略として用いたのが「壮年期からの総合的な保健対策の推進」言説である。言説の要旨を老人保健法案の趣旨説明から見れば、「わが国の老人保健医療対策は（中略）全体として医療費の保障に偏り、予防から機能訓練に至る保健サービスの一貫性に欠けていること」を課題として挙げ、「国民の老後における健康の保持と適切な医療の確保を図るため、疾病の予防、治療、機能訓練等の保健事業を総合的に実施し、国民保健の向上と老人福祉の増進を図る」ことが制度改革の目的であるとする。老人医療費の財政対策をめぐっては、不人気政策であるがゆえに、これまで大蔵省や自治省、経済団体、健保組合、日本医師会等の政策アクター間で利害が激しく対立してきた。これに対し、厚生省は「壮年期からの総合的な保健対策の推進」言説により新たなフレームを再設定することで、一定の合意形成を目指した¹⁰。つまり、「壮年期からの総合的な保健対策の推進」言説は、政策アクターを対象に、新たな老人医療制度に積極的な意味付けを与え、国保の財政対策から争点の再定式化を図る役割を担ったといえることができる。

厚生省は老人保健法案の準備に当たり、疾病予防、リハビリテーション、在宅看護等の先進的な取組事例を参照したとされ（三谷 2022：165-166）、「総合的な保健対策」の内容には、発症前期に早期発見、早期治療を行い重症化を予防する「二次予防」や、疾患の結果生じる障害を軽減し機能保持を目的とする「三次予防」の概念が含まれる。ただし、法案の趣旨説明では「壮年期からの健康管理が老後の健康保持のためにきわめて重要」と、とりわけ「一次予防」の観点が強調された。同年発行の厚生白書では、「高齢化社会における保健医療政策は、成人

病対策が中心となる」として「健康は、基本的には個人一人一人が守っていくもの」と国民の自助努力を説きつつ、「国民の老後の健康を確保するには（中略）疾病の予防や健康増進に結び付けていくことが重要なことであり、このためには適切な保健サービスの機会を確保することが不可欠」（傍点筆者）であると老人保健制度創設の意義を述べる。さらに、「健康への投資は（中略）医療費の節減効果も生ずる」とも説く（厚生省 1982）。

他方で、法案作成に関わった厚生省の担当者たち自身は、保健事業の実効性を当初から疑問視していたことが知られており¹¹、言説と実質との間には乖離があったと思われる。1980年時点で保健センターを持つ市町村は1割に満たず¹²、7割以上の市町村では保健婦の配置人数が2人以下という状況¹³であり、保健事業の実施のためには市町村の体制拡充が不可欠といえた。しかし、地方の行財政を所管する自治省は、定員削減要請と財政難から体制拡充は難しい、基準を定めて市町村に保健事業の実施を強制するのは困る、と強く主張し（菅沼他 2018：195-196）、厚生省もこれを受け入れざるを得なかった（新田 2018：48）。結果、1982年5月からの3年間で常勤保健婦を増員した市町村は約3分の1にとどまる（岩下他 1988：158）。厚生省が参照したという先進事例は、優れた献身的な医師の存在を不可欠¹⁴としており、専門人材や予算確保の困難性も含めて、実際の制度設計との相違は著しいものがあったと思われる。法案の質疑では、市町村保健婦等の不足を挙げて「保健事業が本当にできていくのかどうか（中略）財政対策で終わるのじゃないか」との質問に対し、厚生省は「普通の体操のようなもの、あるいは文化、娯楽というふうなものも含めまして、生活と密着した老人のケアということが非常に大事なわけございまして（中略）ヘルス事業の専門の予算は少ないのではないかとございしますが（中略）その他周辺の生活部門にヘルス事業というものを、正しい健康知識でカバーしていく」との苦しい答弁をしている¹⁵。別の答弁では、「市町村が実施主体となって、市町村の地域の実情、それから市町村長さんのいろいろな創意工夫、そういっ

たものによってやっていただきたい¹⁶と、地方への責任転嫁も見られる。つまり、「壮年期からの総合的な保健対策の推進」言説は、合意形成のためのリフレーミングこそが主たる目的であって、言説自体には修辭的側面が強かったといえることができる。

「壮年期からの総合的な保健対策の推進」言説によるリフレーミングの意義の一つは、争点の②について拠出金方式を採用することにより、保険者間の財政調整の正統化を図ることができた点にあったと思われる。法案の趣旨説明によれば、制度創設の基本的理念は「国民は、自助と連帯の精神に基づき、自ら健康の保持増進に努めるとともに、老人の医療費を公平に負担すること、（中略）適切な保健サービスを受ける機会を与えられること」であるとされた。ここで参照された規範は「国民の自助と連帯の精神」である。振り返れば、1938年制定の旧国民健康保険法には、根本理念として村落共同体を前提とした（新田 2009：228）「相扶共済の精神」が掲げられていたが（旧国保1条）、国民皆保険を期した新国民健康保険法の制定に当たり、「国の責任を明らかにした」規定と引き換えに削除されていた¹⁷。しかし、四半世紀を経て福祉政治の縮減期を迎え、国庫負担の削減を企図する文脈の中で、再び「連帯」の観念が規範として参照されることになったのだと思われる。ただし、ここでの「連帯」は、以前の「相扶共済」と同じではない。かつての自生的な地域を単位とした連帯ではなく、「国民」連帯という新たな観念を持ち出すことにより、保険者間の財政調整の正統化を目指したものといえる。

老人保健拠出金では「老人医療費を国民みんなが公平に分担¹⁸するためとして、加入者按分と医療費按分の組み合わせにより拠出額を算定し、医療保険者から社会保険診療報酬支払基金を経て市町村に交付される仕組みが採用された。健保組合が健康開発事業などを「共同事業」として実施していた実績があるところ（倉田 2009：244）、この拠出金制度が市町村国保を含む全ての保険者を参加者とする「共同事業」の性格を有するものとなった（菊池 2022：387；倉田 2009：242-255）ため、かねて財政調整の導入に反対してきた健保組合にとっても、

名分の上で受入可能な案になった¹⁹。

「壮年期からの総合的な保健対策の推進」言説のもう一つの意義は、争点③の患者一部負担導入を正統化しようとした点にあったと思われる。老人医療費の無料化については、高齢者の「ハシゴ受診」や病院の「サロン化」といった現象を挙げて乱診乱療や過剰診療といった問題が指摘（吉原他 2020：280）されてきた一方、無料化制度の目的であるところの、医療費の自己負担能力が十分でない高齢者の適時適切な受療の観点とは議論が必ずしもかみ合わず、検討の停滞を招いていた。こうした状況に対し、「壮年期からの総合的な保健対策の推進」言説は「国民の自助の精神」と「老後の健康づくり」を結び付け強調することにより、患者一部負担の導入の正統化を図る目的があったと思われる。老人保健法の施行に当たり厚生省が発出した通知（昭57年9月10日発衛163号厚生事務次官通知「老人保健法の施行について」）は、「従来のいわゆる無料化制度が（中略）老人の健康への自覚を弱め、行き過ぎた受診を招いていることなどの弊害が指摘されてきたことから、健康についての自己責任の観点に立つて、老人に健康についての自覚を求め、適切な受診を願う趣旨」（傍点筆者）と説明した。つまり、「壮年期からの総合的な保健対策の推進」言説は、ここでも制度改革の目的を老人医療費の抑制という財政対策ではなく、健康保持についての自己責任の観点へと争点を再定式化し、患者一部負担の導入（保険給付の縮減）を正統化する役割を担った。そして、負担の代償政策として、保健事業の実施が位置付けられたといえる。

ただし、「国民の自助」の前提をなす「壮年期からの総合的な保健対策の推進」が、代償政策として実質を伴わないものであったことは既述のとおりである。それゆえ給付の縮減のために「自助努力」や「自己責任」の観念を規範として参照する非難回避戦略には、限界もあったと思われる。厚生省自身、保健事業の効果について「恐らくかなり長期的の先でないとして出てこない」と認識しており、「一部負担の問題もそういう長い目で考えていただきたい」と弁明した²⁰。老人保健法は1986年改正で、国保財政の負担軽減を目的に拠出金負担に係る加入者按分率

を段階的に100%まで引き上げることとなったが、この国会審議に参考人として招致された健保連関係者は、「その後三年間の経過を見ても当初の予定どおり保健事業がうまくいっていないというのは非常に残念」と、老人保健制度施行後の保健事業が成果を上げていないことへの失望を示している²¹。こうした状況の中で、「自己責任」の観念に訴え更なる給付縮減を要請したとしても、高齢期の健康不安を前にしては説得力に乏しい。例えば、老健法の1986年改正の附則に1990年までの見直し規定が置かれていたところ、1988年に健保連・経済団体が「健康に対する自己責任とコスト意識を養い、世代間の負担の公平を図る観点から」（傍点筆者）、患者一部負担への定率負担の導入を求めた（吉原他 2020：337）。しかし、老人保健審議会が1990年に取りまとめた「老人保健制度の見直しに関する中間意見」（社人研 2005）では、「健康の問題は老人にとって老後の不安であるので、受診を抑制しない程度の定額負担が適当」との反対意見が提起されて定率負担の導入は実現せず、「自己責任」言説による非難回避戦略は成功しなかった。

老人保健制度の検討が進められていた1980年代初頭は、一方で「増税なき財政再建」を掲げる鈴木善幸内閣の下、第二次臨時行政調査会（いわゆる「土光臨調」）が組織されていた。その第一次答申（1981年7月）で老人保健法案の早期成立が要請されるとともに、第一次及び第三次（1982年7月）の答申では医療費適正化や医療費総額抑制のための措置も求められ、具体的には薬価基準の見直し、不正請求の審査体制の強化、乱診乱療の抑制、医療提供体制の改善、そして受益者負担の適正化²²が挙げられた。これらの改革案は、過去に厚生省の審議会で提起されたもの（三谷 2022：172-174）であり、「土光臨調」で新たな医療費適正化対策のアジェンダは登場していない。それゆえ、厚生省は1984年の健康保険法改正（被用者保険本人の定率1割負担の導入等）に「臨調の優等生」として取り組んだのではなく、臨調を利用して制度改革を進めようとしたとの見解も見られる（衛藤 1995：102）が、注目すべきはこれら改革案の中に、疾病予防や健康増進、あるいは自助努

力に関する言説が見当たらないことである。このように、この時点での厚生省は、疾病予防・健康増進と医療費抑制を結び付けるフレーミングに消極的であったといえることができる。

3. 2006年健康保険法等改正をめぐる言説戦略

3.1 争点構造

1990年代に入り、国民医療費は老人医療費の増加を主たる要因に引き続き伸長した一方、日本経済はバブル景気の崩壊以後低成長が続き、医療保険財政の悪化が改めて課題となった（吉原他 2020：406-407）。1997年の介護保険制度の創設も、「社会的入院」に見られる「医療費の無駄」への被用者保険側の批判を背景に、介護部分の医療からの切り離しを政治的に迫られたことが、一つの契機となった（衛藤 1998：68）。

他方、被用者保険本人の患者一部負担割合を2割へと引き上げた1997年健保法改正は、これまでの縮減期の改革と様相を異にする。当時の与党医療保険制度改革協議会が1996年12月に取りまとめた「医療保険制度改革について（試案）」（社人研 2005）では、患者負担の引き上げについて、政管健保に係る財政収支の「危機的状況を回避するため」の「やむを得ない」措置と弁明する一方、新たに「わが国の社会経済のあらゆる分野において、構造改革が求められており、社会保障制度もその例外ではない」との「構造改革」言説が登場し、再編期の改革に連なる出発点となった。「構造改革」のアジェンダとして提起されたのは、これまで医師会などの強い警戒により忌避されてきた（衛藤 1997：151）診療報酬の出来高払い制度の見直しや、老人保健制度等についてである。以後、「やむを得ない措置」としての患者負担の引き上げとともに、将来の「構造改革」の実施を言明（例えば2002年健保法改正の附則では、医療保険制度の体系のあり方、新しい高齢者医療制度の創設、診療報酬体系の見直しが掲げられた）するパターンが繰り返された。

しかし、2002年健保法改正の附則で「給付の割合については、将来にわたり百分の七十を維持する」

と規定されたため、以後、患者負担の引き上げをアジェンダ化することは難しくなる。また、「構造改革」言説の中で登場した老人保健制度の見直しは、その後、医療保険制度の体系の選択として議論されるようになった²³。つまり、この時期の争点構造は、①保険給付の見直し、②医療提供側の「構造改革」、③費用負担のあり方、の三点が分立し、かつ、①、②から③へと争点の中心が遷移していったといえることができる。このため、かつて財政対策をめぐって老人医療費の議論が膠着したように、「新しい高齢者医療制度の創設」も不人気政策化し、合意形成のできない状態が続いた。

3.2 後期高齢者医療制度の創設経緯と保健事業

2006年健康保険法等改正の政策過程は、厚生（労働）省内での検討が専らであったこれまでの医療制度改革と異なり、経済財政諮問会議の場で議論が展開された点に特徴がある。

上述の状況に対し、経済財政諮問会議では、主として企業経営者や学識者などの民間議員から「公的医療と介護を合わせて給付費をGDPの伸び率以下に抑制すること」を求める「給付の総額管理」の手法が提案され（2004年10月22日）²⁴、財務省も同調し²⁵、以後の諮問会議における大きな争点となった。この提案のポイントは、①や②の積み上げによって給付額の抑制を図るにとどまらず、「百年安心」を標榜した2004年年金改革を参照し²⁶、診療報酬の改定が名目成長率の伸び率とリンクするマクロ経済スライド方式の導入を目指した点にある²⁷。また、①の混合診療の解禁や、②の診療報酬の改定にかかわる中央社会保険医療協議会の在り方の見直し（民間議員は「中医協の改革は、医療制度改革の中核にある重要な課題」としていた²⁸）は、当時「規制改革」の文脈においても「重点検討課題」とされており²⁹、これらを併せて主張することで医療制度改革に積極的な意義付けを与え、人気政策化を図るための言説であったと思われる。

これに対し、厚労省は総額管理の導入には強く反対したものの³⁰、医療費抑制に取り組む決意を示す必要に迫られた。そこで、翌2005年2月15日の諮問

会議において、医療機能の分化・連携の推進、平均在院日数の短縮、地域における高齢者の生活機能の重視、そして「総合的な生活習慣病対策の推進」に取り組むことにより、「(医療費の)抑制に必死に努めなければいけない」と言明するに至る³¹。厚労省は続く2005年4月27日の諮問会議で、都道府県単位で取組の目標を定めた「医療費適正化計画」を策定し、「生活習慣病対策の推進」、「医療機能の分化・連携の推進、平均在院日数の短縮」、「地域における高齢者の生活機能の重視」などの「構造的な医療費適正化の取組」を進めるべきと主張した。厚労省は、この政策案を正当化するための根拠として「医療費適正化の効果に関する試算」を提出し、「生活習慣病対策の推進」については「中長期的に」、すなわち2015年に約1.6兆円、2025年には2.8兆円の医療費適正化(抑制)の「効果が期待できる」との見解を示す³²。厚労省はかねて医療制度改革の方向性として、「21世紀における国民健康づくり運動(健康日本21)」の推進や健康増進法の制定準備など、一次予防を重視した「健康づくり、疾病予防の推進」を掲げてきていたが、強調されたのは「健康寿命の延長、生活の質の向上」であり³³、医療費抑制と結び付けるフレーミングには依然として消極的だった。しかし、その後の「給付の総額管理」をめぐる議論を前に、厚労省はこれを回避するために方針を改め、疾病予防・健康増進と医療費抑制を結び付ける立場へと転換した。「国民負担の抑制」という「土光臨調」以来の政策体系を改めて受容し、「構造的な医療費適正化の取組」言説の正統化を図ったといえる。

この結果、同年12月に政府・与党医療改革協議会が取りまとめた「医療制度改革大綱」では、後期高齢者医療制度等の新たな高齢者医療制度の創設とともに、生活習慣病対策を柱の一つとした「医療費適正化計画の推進」が記載された一方で、医療給付費の伸びについては「実績を検証する際の目安となる指標を策定する」とどまり、さらに「医療給付費の実績が目安となる指標を超過した場合であっても、一律、機械的、事後的(遡及的)な調整を行うものではない」とも明記され、民間議員が主張してきたGDPの伸び率による管理の手法は断念される

こととなった。「構造的な医療費適正化の取組」言説は、非難回避の目的のために有効に機能したといえることができる。

それでは、厚労省が示した「医療費適正化の効果に関する試算」は、どのように算出されたのであろうか。上述の試算は、「健康フロンティア戦略の目標値を勘案し、糖尿病は2015年度△10%、2025年度△20%、虚血性心疾患・脳血管疾患は2015年度△25%、2025年度△25%と仮定して算定」³⁴(傍点筆者)されたものだという。「健康フロンティア戦略」とは、与党(自民党・公明党)が国民の健康寿命の延伸を基本目標に2004年5月に策定したもので、2005年からの10か年で、心疾患、脳卒中の死亡率を25%改善、糖尿病の発生率を20%改善することを施策目標とするものであった。これを踏まえ、厚労省と文科省は取り組むべき施策を「働き盛りの健康安心プラン」や「女性のがん緊急対策」、「健康寿命を延ばす科学技術の振興」等とメニュー化した³⁵、それぞれの施策が「健康フロンティア戦略」の施策目標の達成にどのように寄与するかは示されていない。つまり、施策目標の数値には実現の根拠がなく、厚労省の示した医療費適正化の試算額は、このように実現の見込みが必ずしも明らかではない施策目標が達成できたとしたならば、という文字通りの「試算」に過ぎない。2005年12月に内閣府が取りまとめた医療制度改革についての「構造改革評価報告書」では、タスクフォースの委員から「生活習慣病対策による大幅な医療費削減は実効性に疑問がある」との意見も出されていた(内閣府2005:50)³⁶。しかし、政府が取りまとめた「医療制度改革大綱」では、「構造的な医療費適正化の取組」言説の実効性が正面から議論されることはなく、かえって「今後は、治療重点の医療から、疾病の予防を重視した保健医療体系へと転換を図っていく。特に生活習慣病の予防は(中略)医療費の減少にも資することとなる」と謳われることになった。

「構造的な医療費適正化の取組」言説は、「非難回避の政治」の観点からは、大きく三つの特徴を析出することができる。

第一に、「生活習慣病対策の推進」など中長期を

時間軸とした医療費適正化対策を打ち出したことである。これは、諮問会議の民間議員が「集中改革期間」を設け、「保険給付範囲・内容の徹底した見直し」(①)や「診療報酬・薬価の大幅なマイナス改定」(②)といった短期の施策を強く求めていた³⁷ことと対照をなしており、民間議員から「短期的な政策の方が手薄になっているのではないか」³⁸などの指摘を受けた。厚労省の提案は、医師会など拒否権プレイヤーからの抵抗³⁹が見込まれる①や②などの対応をできる限り回避しつつ、疾病予防や健康増進による医療費適正化の効果は将来に先送りする内容であり、制度改革の効果の可視性を低下させるものであったと思われる⁴⁰。

第二に、医療費適正化の主たる取組主体を都道府県とすることで、その実施責任を地方に転嫁したことである。厚労省が2005年10月に示した「医療制度構造改革試案」では、「医療費適正化に向けた総合的な対策の推進」として、国が糖尿病等の患者・予備軍の減少や平均在院日数の短縮に係る政策目標の参酌標準を示し、その下で都道府県が医療費の適正化に取り組む「都道府県医療費適正化計画制度」を導入することが提案された。これに対し、諮問会議の民間議員からは「国がやるというところがしっかりと提案の中に盛り込まれていないのではないか」⁴¹との批判があり、また、地方財政を所管する総務省からも「医療費適正化の基本的要素（診療報酬・病床数等）は国が定めているもの」だから「国自身の取組、それにより達成する数値目標を示すべき」⁴²との指摘がなされた。ただし、生活習慣病対策を通じた医療費適正化は市町村国保にとっても既に人気政策となっていたため、事務の引き受けに当たり都道府県や市町村が拒否権プレイヤーとなることはなく、財政措置を求める条件闘争にとどまった⁴³。

第三に、疾病予防や健康増進について、高齢者の負担の引き上げの代償政策としての側面が示されたことである。上述の「医療制度構造改革試案」では、民間議員の「保険給付範囲・内容の見直し」の求めに配慮し、高齢者の患者一部負担や高額療養費の自己負担限度額の引き上げ、療養病床の入院患者に係る食費・居住費負担の導入などが盛り込まれた。高

齢者に新たな負担が生じることについて、今回の医療制度改革大綱では世代間の負担の「公平」を図ることが理由とされており、「自助」の観念が規範として参照された老人保健制度の創設とは、負担を正統化するための言説は異なる。しかし、国会の質疑で、患者負担の引き上げが受診抑制につながるのではないかと指摘されると、厚労省は「対策としては（中略）予防を重視すべきである、このような観点からそちらの面に入れているということを選択した」⁴⁴と述べており、保健事業が負担の代償政策としても位置付けられていた。このことは、医療費適正化の枠組みにあっても、次項で述べるように、個人の「自助」の観念が改めて規範として参照される契機となった。

3.3 非難回避戦略の帰結

「構造的な医療費適正化の取組」言説は、上述のように不人気政策化した「新しい高齢者医療制度の創設」の非難回避戦略として登場した。この言説が持つ非難回避戦略としての三つの特徴、すなわち「効果の先送り」、「地方への責任転嫁」、「個人の負担の代償政策」がもたらした帰結は、以下のように整理できると思われる。

第一に、疾病予防や健康増進と医療費適正化を結び付け、その効果を先送りすることにより、厚労省は「給付の総額管理」の議論をやり過ごすことができた。つまり、厚労省が2008年6月に策定した「第一次医療費適正化計画」（平成20年厚労省告示442号）では、上述の「健康フロンティア戦略」以来の経緯を踏まえ、2015年末時点で「メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率」を対2008年度比25%以上とする目標⁴⁵が掲げられていた。しかし、「第二次医療費適正化計画」（平成26年厚労省告示108号）の終期である2017年度時点で、「メタボリックシンドロームの該当者及び予備群」は逆に0.9%増加し、目標を達成できなかった（厚労省2019）にもかかわらず、疾病予防や健康増進と医療費適正化を結び付けることの適否が改めて見直されることはなく、引き続き「社会保険料負担の伸びを抑制するため」に「着実に推進」することとされた⁴⁶。

第二に、医療費適正化の実施責任を都道府県等の「地方」に転嫁したことにより、健康格差と「地方」の努力如何を結び付ける言説が力を持ち、社会経済状況の地域差や専門人材の偏在といった構造的な課題は等閑視された。医療費適正化計画の目標が達成できなかったことにつき、厚労省は「都道府県ごとに差が見られる」としつつ、「都道府県や保険者の取組がより一層進むよう、国としても保険者インセンティブ等を活用しながら推進していく」と総括し（厚労省 2019）、インセンティブの強化によって都道府県等の一層の取組を促す立場をとった。諮問会議でも、「インセンティブの評価指標について、アウトカム指標の割合を計画的に引き上げていくべき」との意見が出され⁴⁷、これを受けて取りまとめられた「経済財政運営と改革の基本方針2019」では、保険者努力支援制度の「抜本的な強化」として、とりわけ疾病予防や健康づくりの成果に応じて（課題の大きな地域や社会経済的要因への対策を強化し底上げを図るのではなく⁴⁸）、都道府県や市町村への「配分基準のメリハリを強化する」こととされた⁴⁹。

第三に、疾病予防や健康増進が負担の代償政策と位置付けられたことを踏まえ、インセンティブによって個人の自助努力を促すとの言説が登場するようになった。「個人に対する健康・予防インセンティブの付与」は、第二次安倍内閣が2014年に閣議決定した「日本再興戦略改訂2014－未来への挑戦－」で、「健康増進、予防へのインセンティブを高めるため、医療保険制度において、個人へのヘルスケアポイントの付与や現金給付が可能であることを新たに明確化し、普及させる」と政府の方針として初めて打ち

出され、翌年の「経済財政運営と改革の基本方針2015」では、「健康づくり等を行う個人に対するヘルスケアポイント付与等により、保険者、医療保険制度加入者双方の合理的行動を促し、頑張りを引き出す仕組みを拡充・強化する」と個人の頑張りとその報酬が謳われた。こうした個人へのインセンティブ強化の方向は、ヘルスケア産業の創出に資するとの認識と相まって⁵⁰、その後も継続的に「経済財政運営と改革の基本方針」に記載されるに至る。他方で、「日本再興戦略改訂2014」には「個人の健康・予防の取組に応じて財政上中立な形で各被保険者の保険料に差を設けることも、公的医療保険制度の趣旨を踏まえつつ、検討する」（傍点筆者）とあり、「そうでない者」の保険料負担を重課することも政策アジェンダに挙がっていた。負担の代償政策としての性格上、「頑張る者」と「そうでない者」を区別し、前者に報酬を与えるあり方は、「そうでない者」をスケープゴートにする言説へと容易に転化しうるといえる。

このように、「構造的な医療費適正化の取組」言説は、医療費適正化について必ずしも成果を上げていないにも関わらず、地方と個人に取組の責任を転嫁することで未完の改革として正当化され、命脈を保つことになったのである。

4. 結論

本稿で析出した医療制度改革における疾病予防等に係る言説の変遷は、表のとおりである。

表 医療制度改革における疾病予防等に係る言説の変遷

言説	対象	争点構造上の位置付け	参照した価値、規範、政策体系	非難回避戦略
「壮年期からの総合的な保健対策の推進」言説	大蔵省、自治省、経済団体、健保組合、医師会、市町村	・財政調整の正統化 ・患者負担の正統化	国民の自助と連帯	・財政対策からの再定式化 ・負担の代償政策（実質を伴わない）
「構造的な医療費適正化の取組」言説	経済財政諮問会議（民間議員、財務省、総務省等）、医師会、都道府県、市町村	・疾病予防、健康増進を医療費抑制の施策に	国民負担の抑制	・効果の先送り ・実施責任の転嫁 ・負担の代償政策

出典：筆者作成。

我が国では、疾病予防や健康増進に関する言説が高齢者医療制度改革の非難回避戦略として使用されてきた。そして、老人保健制度、後期高齢者医療制度のいずれの創設の場面でも、非難回避の目的のために有効に機能したといえることができる。

他方、これらの言説が非難回避戦略として用いられたがゆえに、政策形成に歪みを与えた側面も指摘できる。例えば、老人保健制度の創設過程で厚生省が用いた「総合的な保健対策」言説には、既述のように、今日の地域包括ケアシステムに通じる内容が含まれていた。しかし、現実には非難回避のための修辭的側面が強く、負担の代償政策としての実質を伴わないものであったため、在宅医療への転換も、あるいは財政対策としても、中途半端な改革にとどまった。抜本改革を目指した後期高齢者医療制度の創設では、疾病予防、健康増進と医療費抑制を結び付ける「構造的な医療費適正化の取組」言説が非難回避のために登場し、効果の先送りと、地方や個人への責任転嫁によって、未完の改革として正当化され今日に至っている。このことの課題は、単に費用対効果の検証が不十分であるということにとどまらない。財政制度等審議会が、予防・健康づくりについて「医療費適正化を可能とするための施策として考えるにはエビデンスが乏しく」、「他の施策との優先順位づけが求められる」と建議したことに見られるように（財制審 2020：28）、疾病予防や健康増進といった公衆衛生活動の意義が財政対策に矮小化され、かえって取組が後退しかねない危険性を孕むといえる。

年金をめぐる「非難回避の政治」がもたらした負の効果として、年金制度への信頼が損なわれたことが指摘される（新川 2005：317-322）。医療保障の分野でも、「非難回避の政治」が、例えば先に述べたように「そうでない者」をスケープゴートにして、国民の分断を深める懸念がある⁵¹。そうではなく、地域包括ケアシステムの構築に代表される社会的包摂の方向にこそ、高齢者医療の将来はあるべきと思われる⁵²。

注

- 1 保険者努力支援制度は、国が都道府県と市町村の予防・健康づくり等への取組状況について評価を加え、交付金を交付する仕組み（国保72条3項）で、2015年国保法等改正により創設された。
- 2 福井県の特定健康診査受診者（2008～2010年度）のデータを使用し、特定健康診査・特定保健指導による健康指標の改善は確認できないか、確認できたとしても小さなものであったとする分析について岩本他（2016：125-148）。また、文献レビューから予防医療の医療費抑制効果を疑問視する見解について二木（2015：208-218）、康永（2017）。
- 3 文献レビューから総じて低い収入・学歴・職業階層は低い自覚的健康度と関連するとの見解について福田他（2007：56-62）。健康の社会的決定要因に関する研究として川上他（2015）。
- 4 厚生労働省保険局「国民健康保険実態調査」によれば、2021年度における市町村国保被保険者の世帯主職業別構成割合（擬制世帯除く）は、無職が43.3%、非正規就労の被用者が32.5%である。
- 5 加入者一人当たり平均所得（2019年度）は、協会けんぽ159万円、組合健保227万円に対し、市町村国保は86万円である。第154回社会保障審議会医療保険部会（2022年9月29日）資料1-2 厚生労働省保険局「基礎資料」20頁。
- 6 厚生労働省「平成30年度医療給付実態調査報告」から一人当たり入院医療費（2018年度）を保険制度別・年齢階層別に比較すると、未就学児の区分を除くあらゆる年齢階層で、市町村国保の方が職域保険よりも高額である。例えば40～44歳は市町村国保82,202円、協会けんぽ30,474円、組合健保26,403円。45歳～49歳は市町村国保103,813円、協会けんぽ39,054円、組合健保33,165円。50歳～54歳は市町村国保135,052円、協会けんぽ53,360円、組合健保45,101円など。
- 7 海外における健康格差対策としての社会政策に関する研究について松田他（2007：63-75）。
- 8 新川（2005：257）は、福祉縮減の政治における非難回避戦略を①アジェンダの制限、②争点の再定式化、③可視性の低下、④スケープゴートの発見、⑤超党派的合意形成の五つに弁別する。
- 9 本文に掲げたほか、日本医療の近代化過程を分析したものとして宗前（2020）。厚生省内部の改革論議に着目したものとして三谷（2022）。1984年健保法改正の政策過程を分析したものとして、青木（1988）、早川（1991）、大嶽（1994：143-161）、加藤（1995）、中村（2011：117-146）。2021年健保法改正について印南（2023）等。
- 10 1980年から厚生省老人保健医療対策本部副本部長（厚生大臣が本部長）を務めた吉原健二氏は回想で「小沢案や橋本案は・・・老人医療費の増加をどう抑制するか、誰がどうもつかという財政対策を表に出した案になっている。それが・・・受け入れられない一つの原因になっているのではないかと考え」、「老人医療費の増加の抑制とか、それに対する負担の不均衡の是正ではなく、国民の自助

- と連帯の精神に基づいて、国民の老後の健康づくりと適切な医療、そして医療費を国民全部で公平に負担する仕組みをつくるんだということを強調した。「それに誰も反対する理由はないだろうと思ひまして」と述べる（菅沼他 2018：188）。
- 11 1980年から厚生省老人保健医療対策本部事務局次長補佐だった堤修三氏は、「老人保健法のタイトルの所以であるヘルス事業ですが…熱心だったのは吉原審議官でした。若手の医者、若手の事務官…は正直に言えば、あまり信じられなかった」、「何せ医療費の国庫負担を減らすというために、キラキラするものが欲しいということ」、「これがどこまでできるかという、なかなか実効は上げにくいという難しい問題がありました」「（自治省との折衝で）これはアクセサリなんだから…と言って説得して戻ってきた」と回想する（菅沼他 2018：208-209）。
 - 12 1980年時点で3,249市町村に対し保健センターの設置数は303箇所と1割以下であった（JICA 2013：56-57）。
 - 13 第95回国会衆議院社会労働委員会（1981年10月29日）における佐藤誼委員の質疑。
 - 14 老人保健法案の質疑で先進取組として引用された新潟県大和町や長野県佐久町等の事例につき、優れた献身的な医師、高い見識を持った病院長の存在が決定的に重要であるとの指摘として新井（2003：102）。
 - 15 第95回国会衆議院社会労働委員会（1981年10月29日）における大谷藤郎政府委員の答弁。
 - 16 第95回国会衆議院社会労働委員会（1981年10月29日）における吉原健二政府委員の答弁。
 - 17 第30回国会衆議院社会労働委員会（1958年11月1日）における高田正巳政府委員の答弁。
 - 18 第95回国会衆議院社会労働委員会（1981年10月22日）における吉原健二政府委員の答弁。
 - 19 健保連が財政調整を容認した背景には、「土光臨調」の路線を日経連等の財界中央が支持し、老人保健制度の厚生省案についてもこれら上位団体が大筋で認めたことがあると思われる。宗前（2020：282）参照。
 - 20 第95回国会衆議院社会労働委員会（1981年10月15日）における村山達雄厚生大臣の答弁。
 - 21 第104回国会衆議院社会労働委員会（1986年5月8日）における廣瀬治郎参考人（健康保険組合連合会専務理事）の発言。
 - 22 不正請求や過剰診療を、公の機関による監督強化だけではなく、患者自身の「コスト意識」によって抑制を図ろうとした点に「土光臨調」の特徴があったとされる。それゆえ、患者自己負担は定額ではなく定率でなくてはならない。大嶽（1994：146-147）参照。
 - 23 新たな高齢者医療制度について、厚生労働省は①独立保険方式、②突き抜け方式、③年齢リスク構造調整方式、④一本化方式の4類型を示し（厚生労働省高齢者医療制度等改革推進本部事務局「医療制度改革の課題と視点」2001年3月5日）、以後、この4類型をめぐる議論が展開された。菊池（2022：460-461）参照。
 - 24 平成16年第26回経済財政諮問会議（2004年10月22日）有識者議員提出資料「社会保障の一体的見直しに向けて」参照。
 - 25 谷垣禎一議員（財務大臣）は「先ほどの民間議員ペーパーは全く賛成でございます」、「給付費の伸びを抑制していく改革…が緊要の課題ではないか」、「全体で身の丈に合っているかどうかという議論と、常にフィードバックさせていく必要がある」と述べる。平成16年第26回経済財政諮問会議（2004年10月22日）議事録。
 - 26 吉川洋議員（有識者議員）は「今回の年金制度の改正を經まして、年金給付の増加率というのは、名目成長率の内側におさまるような形で今後推移していくことが見込まれています。これに対して、今後名目成長率を大幅に超えて伸びることが予想されているのは、医療・介護給付であります」と、2004年年金改革を参照し、「給付費の総額管理」の提案をしたと説明する。平成16年第26回経済財政諮問会議（2004年10月22日）議事録。
 - 27 平成17年第3回経済財政諮問会議（2005年2月15日）有識者議員提出資料「経済規模に見合った社会保障に向けて」参照。
 - 28 平成17年第6回経済財政諮問会議（2005年3月25日）有識者議員提出資料「社会保障制度改革について」参照。
 - 29 平成16年度第5回規制改革・民間開放推進会議（2004年9月9日）資料1「平成16年度規制改革・民間開放推進会議の運営方針（改定案）」参照。
 - 30 厚労省は「今後の高齢化等によって給付費の増は不可避」であり「GDPの伸び率といった一律の枠の設定によるサービス制限は、限界を超えた利用者負担や国民の健康水準の低下を招く」と主張した。平成17年第3回経済財政諮問会議（2005年2月15日）尾辻秀久臨時議員（厚労大臣）提出資料「社会保障給付費の「伸び率管理」について」。
 - 31 尾辻秀久臨時議員（厚労大臣）の発言。平成17年第3回経済財政諮問会議（2005年2月15日）議事録。
 - 32 平成17年第9回経済財政諮問会議（2005年4月27日）尾辻秀久臨時議員（厚労大臣）提出資料「社会保障制度の一体的見直しについて」参照。
 - 33 平成13年第21回経済財政諮問会議（2001年9月26日）坂口力臨時議員（厚労大臣）提出資料「医療制度改革試案—少子高齢社会に対応した医療制度の構築—」参照。
 - 34 第14回社会保障審議会医療保険部会（2005年4月20日）資料3「医療制度改革について」参照。
 - 35 厚労省第1回生活習慣病健診・保健指導の在り方に関する検討会（2005年7月25日）参考資料1「『健康フロンティア戦略』の推進に向け取り組むべき施策について」参照。
 - 36 池上直己委員は、その理由として、①個人の生活習慣を改めるのは難しいこと、②仮に生活習慣病を予防できたとしても、いずれ他の疾患に罹患し死亡すれば、死亡前医療費は一般に高額であること、を挙げる。また、健診受診率や事後指導実施率に数値目標を設けることについては、「生活習慣病の予防にどこまで効果があるかは疑問であり、さらに医療費を適正化する上での効果につ

- いては一層疑問である」とする（内閣府 2005：50-51）。
- 37 平成17年第26回経済財政諮問会議（2005年11月22日）有識者議員提出資料「医療制度改革の議論の集約に当たって」参照。
- 38 吉川洋議員の発言。平成17年第23回経済財政諮問会議（2005年10月27日）議事録。
- 39 日本医師会は、保険給付範囲の見直しにつながりかねないとして混合診療の解禁に反対し、約600万筆の署名を集めて2004年11月30日に国会に請願を行った。この際、与党議員の約8割が紹介議員になったといい、両院の本会議で採択された。日医ニュース1039号（2004年12月20日）参照。
- 40 なお、日本医師会は厚労省の「医療制度構造改革試案」に対しても、「生活習慣病の予防の徹底などは日医の考えと共通であり問題ないが、在宅医療の促進、病床転換等による平均在院日数の短縮などの達成状況によっては、実質的な医療費の総枠管理につながる可能性がある」と懸念を示した。日医ニュース1060号（2005年11月5日）参照。
- 41 吉川洋議員の発言。平成17年第23回経済財政諮問会議（2005年10月27日）議事録。
- 42 平成17年第23回経済財政諮問会議（2005年10月27日）麻生太郎議員（総務大臣）提出資料「医療制度改革について」参照。
- 43 全国市長会・全国町村会・国民健康保険中央会（2005年10月26日）「厚生労働省・医療制度構造改革試案について」は、「生活習慣病対策を通じた医療費の適正化については、かねてから関係者が糖尿病予防対策をはじめとした生活習慣病対策を推進しているところでもあり、評価できる。（中略）国は、地方が行う対策について、その役割が果たせるよう権限を法律で定め、その裏付けとなる十分な財政措置を講ずること」としている。
- 44 第164回国会衆議院厚生労働委員会（2006年4月14日）における水田邦雄政府委員の答弁。
- 45 第26回社会保障審議会医療保険部会（2007年4月12日）資料4「医療費適正化に関する施策についての基本的な方針（案）について」参照。なお、一次計画の終期である2012年度時点では10%以上の減少率が目標とされていた。
- 46 「経済財政運営と改革の基本方針2019」で「（予防・健康づくりや医療・福祉サービス改革を内容とする）新経済・財政再生計画に基づき、医療・介護改革を着実に推進し社会保険料負担の伸びを抑制する」とされた。
- 47 令和元年第2回経済財政諮問会議（2019年5月31日）有識者議員提出資料「新経済・財政再生計画の着実な推進に向けて～社会保障制度改革～」参照。
- 48 健康格差の縮小のため、地域や社会経済要因など課題の大きなセグメントの底上げを図るべきとの指摘として辻（2022）。
- 49 厚労省は2020年度の保険者努力支援制度につき、予防・健康づくりに関する評価指標の配点割合の引き上げや、特定健診・特定保健指導の受診率が一定割合に満た

- ない場合等のマイナス点の設定、重症化予防のアウトカム指標の導入などの見直しを行った。全国高齢者医療主管課（部）長及び国民健康保健主管課（部）長並びに後期高齢者医療広域連合事務局長会議（2020年2月18日）配付資料「保険局国民健康保険課説明資料〈国民健康保険分科会〉」19頁。
- 50 「日本再興戦略改訂2014」で「健康増進・予防へのインセンティブを高めることにより公的負担の低減と公的保険外の多様なヘルスケア産業の創出を両立すること」を目指すこととされた。
- 51 健康をめぐる「自己責任論」が強化されていくことへの懸念について玉手（2022：66-71）。
- 52 横浜市の例では、地域福祉計画が地域社会のつながりを再確認・再編する制度装置として機能している。コミュニティナースを含めた地域福祉の取組が、「格差社会」の中で困難に陥っている人々へのサポートへと展開していくことが重要であると思われる。名和田（2007；2020）参照。

参考文献

- Hansson, Sten. (2015). Discursive strategies of blame avoidance in government: A framework for analysis. *Discourse & Society*, 26 (3), 297-322.
- Hood, Christopher. (2011). *The Blame Game: Spin, Bureaucracy, and Self-Preservation in Government*. Princeton University Press.
- Pierson, Paul. (1994). *Dismantling the Welfare State? Reagan, Thatcher, and the Politics of Retrenchment*. Cambridge University Press.
- Pierson, Paul. (1996). The New Politics of the Welfare State. *World Politics*, 48 (2), 143-179.
- 青木泰子（1988）「健保改正の政治過程」内田健三他編『税制改革をめぐる政治力学—自民優位下の政治過程』中央公論213-244頁
- 新井米吉（2003）「高齢社会における地域医療の可能性」*経済学研究*69巻5号65-103頁
- 岩下清子他（1988）「保健医療サービス供給構造の変革と看護マンパワーの動向」*季刊社会保障研究*24巻2号152-165頁
- 岩本康志他（2016）『健康政策の経済分析 レセプトデータによる評価と提言』東京大学出版会
- 印南一路（2023）「医療政策の政策過程—合意形成のガバナンスとプロセス」新保史生他編『公共政策と変わる法制度』慶應義塾大学出版会67-90頁
- 衛藤幹子（1995）「福祉国家の『縮小・再編』と厚生行政」*レヴァイアサン*17号91-114頁
- 衛藤幹子（1997）「政策の連続と変容—日本医療制度の構造」*年報政治学*48巻135-153頁
- 衛藤幹子（1998）「連立政権における日本型福祉の転回—介護保険制度創設の政策過程」*レヴァイアサン臨時増刊*（1998年夏）68-94頁

- 大嶽秀夫 (1994) 『自由主義的改革の時代—1980年代前期の日本政治』中央公論
- 笠木映里他 (2018) 『社会保障法』有斐閣
- 加藤淳子 (1995) 「政策知識と政官関係—一九八〇年代の公的年金制度改革, 医療保険制度改革, 税制改革をめぐって」年報政治学46巻107-134頁
- 川上憲人他 (2015) 『社会と健康: 健康格差解消に向けた総合科学的アプローチ』東京大学出版会
- 菊池馨実 (2022) 『社会保障法 [第3版]』有斐閣
- 北山俊哉 (2011) 『福祉国家の制度発展と地方政府 国民健康保険の政治学』有斐閣
- 倉田聡 (2009) 『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
- 厚生省 (1982) 『昭和57年版厚生白書』
- 厚生労働省 (2019) 「第2期医療費適正化計画の実績に関する評価 (実績評価)」
- 国立社会保障・人口問題研究所 (2005) 「日本社会保障資料IV (1980-2000)」
- 財政制度等審議会 (2020) 「令和3年度予算の編成等に関する建議」
- 島崎謙治 (2020) 『日本の医療 制度と政策 [増補改訂版]』東京大学出版会
- ヴィヴィアン・シュミット [加藤雅俊訳] (2009) 「アイデアおよび言説を真摯に受け止める—第四の「新制度論」としての言説的制度論」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75-110頁
- 新川敏光 (2005) 『日本型福祉レジームの発展と変容』ミネルヴァ書房
- 菅沼隆他編 (2018) 『戦後社会保障の証言—厚生官僚120時間オーラルヒストリー』有斐閣
- 玉手慎太郎 (2022) 『公衆衛生の倫理学 国家は健康にどこまで介入すべきか』筑摩書房
- 辻一郎 (2022) 「総論—健康寿命の推移, 最終評価から見えてきた課題—」公衆衛生情報52巻8号6-7頁
- 土田武史 (2011) 「国民皆保険50年の軌跡」季刊社会保障研究47巻3号244-256頁
- 内閣府 (2005) 「構造改革評価報告書5—医療制度改革—」
- 中村昭雄 (2011) 『[新版] 日本政治の政策過程』芦書房
- 名和田是彦 (2007) 「協働型社会構想とその制度装置」名和田編『社会国家・中間団体・市民権』法政大学出版局161-192頁
- 名和田是彦 (2020) 「地域コミュニティの現況と人材発掘・育成の取組み」牛山久仁彦他『コミュニティの人材確保と育成—協働を通じた持続可能な地域社会』日本都市センター33-62頁
- 二木立 (2015) 『地域包括ケアと地域医療連携』勁草書房
- 西岡晋 (2013) 「福祉国家改革の非難回避政治—日英公的扶助制度改革の比較事例分析—」日本比較政治学会年報15巻69-105頁
- 新田秀樹 (2009) 『国民健康保険の保険者—制度創設から市町村公営までの制度論的考察—』信山社
- 新田秀樹 (2018) 「医療保険制度改革を規定するもの—1980年代前半の改革を素材として—」社会保障研究3巻1号40-54頁
- 独立行政法人国際協力機構 (JICA) (2013) 「日本の保健人材開発史の考察」
- 日本医師会 (1997) 『日本医師会創立記念誌 戦後五十年のあゆみ』
- 早川純貴 (1991) 「福祉国家をめぐる政治過程 八四年健康保険法改正過程の事例研究 (1)」法学論集43号, 111-159頁; 同 (2) 政治学論集33号33-93頁
- 福田吉他 (2007) 「日本における『健康格差』研究の現状」保健医療科学56巻2号56-62頁
- 松田亮三他 (2007) 「健康格差と社会政策: 政策内容と政策過程」保健医療科学56巻2号63-75頁
- 三谷宗一郎 (2022) 『戦後日本の医療保険制度改革—改革論議の記録・継承・消失』有斐閣
- 宮本太郎 (2008) 『福祉政治 日本の生活保障とデモクラシー』有斐閣
- 宮本太郎 (2013) 『社会的包摂の政治学 自立と承認をめぐる政治対抗』ミネルヴァ書房
- 宗前清貞 (2020) 『日本医療の近代史—制度形成の歴史分析—』ミネルヴァ書房
- 康永秀生 (2017) 「予防医療で医療費を減らせるか①~⑧」日本経済新聞2017年1月4日~13日朝刊
- 吉原健二他 (2020) 『日本医療保険制度史 [第3版]』東洋経済新報社