

# 博士論文

論文題目 医療保険改革の比較政治学：日本とフランス

氏 名 尾玉 剛士



## 目次

第1章 序論 先進諸国の医療保険改革——財政制約下の選択肢 .....	1
1-1. 研究目的 .....	1
1-2. 日仏比較の可能性と意義（両国の共通点・相違点の概要） .....	4
a. 医療制度の国際比較研究 .....	5
b. 比較福祉国家研究 .....	6
c. 政治制度・官僚制の国際比較研究 .....	8
1-3. 説明すべき対象——医療保険改革に関するコントラスト .....	9
a. 日本の場合——厳しい医療費抑制と財源改革の先送り .....	10
b. フランスの場合——医療費抑制政策の失敗と財源改革の進展 .....	12
1-4. 福祉国家の改革を説明する議論 .....	13
a. 政治制度の違いに着目したアプローチ .....	13
b. 社会保障の制度設計に着目したアプローチ .....	15
c. 改革の際に選ばれる選択肢に関する研究 .....	16
1-5. 本論文の構成 .....	17
第2章 医療保険改革の分析枠組み——日仏における医療保険制度と医療政治の概要 .....	21
2-1. 日仏の医療保険制度体系の成立過程 .....	22
a. 日本における公的医療保険制度の登場 .....	23
b. 日本における国民皆保険体制の確立 .....	26
c. フランスにおける公的医療保険制度の登場 .....	31
d. 第二次世界大戦後の状況 .....	35
2-2. 医療保険制度の日仏比較——有意味な違いを特定する .....	40
a. 共通点——皆保険・フリーアクセス・出来高払い制 .....	40
b. 相違点①——医療サービスの価格（診療報酬）体系の違い .....	41
c. 相違点②——診療報酬の改定方法の違い .....	43
d. 相違点③——財源構成の違い .....	49
2-3. 政治制度が医療保険改革に与える影響——行政府・与党の凝集性とリーダーシップ .....	53
a. 行政府の凝集性 .....	55
b. 与党の凝集性 .....	64
c. 行政府と与党・議会の関係 .....	69
d. 結論 .....	72

2-4. 利益団体——医療費抑制のための妥協形成の成否 .....	74
a. 日本の医師組織と保険者 .....	74
b. フランスの医師組織と保険者 .....	83
2-5. 結論 .....	89
第3章 石油危機以降 1980 年代までの日本の医療保険改革——給付拡大から医療費抑制へ .....	93
3-1. 石油危機後の経済財政状況と政策対応——日本の場合 .....	94
a. 福祉削減の先送り .....	94
b. 一般消費税導入の挫折 .....	99
3-2. 第二臨調と医療保険改革——国庫負担削減路線の始まり .....	103
a. 鈴木内閣と「増税なき財政再建」 .....	103
b. 老人保健法の成立過程——老人医療の有料化と制度間財政調整の制度化へ .....	106
c. 考察 .....	114
3-3. 中曽根内閣の医療保険改革（1984 年改正）——医療費抑制の本格化 .....	116
a. 厚生省原案の公表とそれへの反応（1982～83 年） .....	117
b. 自民党による介入から国会提出まで（1984 年 1 月～4 月） .....	121
c. 国会審議（1984 年 4 月～8 月） .....	122
d. 考察 .....	124
e. 改正の影響——国庫負担の縮小と自己負担の拡大 .....	126
3-4. 日本における福祉国家の財源改革——消費税と社会保障の曖昧な関係 .....	128
a. 中曽根内閣の売上税法案の失敗 .....	128
b. 竹下内閣による消費税導入 .....	132
c. 消費税導入がもたらした社会保障制度への限定的影響 .....	133
第4章 石油危機以降 1980 年代までのフランスの医療保険改革——相次ぐ財政再建計画 .....	137
4-1. 石油危機後の経済財政状況と政策対応——フランスの場合 .....	138
a. シラク内閣（1974～76 年）の医療・社会保障政策 .....	139
b. バール内閣（1976～81 年）の医療・社会保障政策 .....	140
4-2. 1980 年代のフランスの医療保険改革 .....	143
a. ミッテラン社会党政権（1981～86 年）の医療保険改革 .....	143
b. シラク内閣（1986～88 年）の福祉削減と抵抗運動 .....	147
4-3. フランスの社会保障財源改革——社会保険料の引き上げから一般社会保障税（CSG）導入へ .....	152
a. 社会保険料の引き上げとアドホックな増税（1970 年代後半から 1980 年代まで） .....	152

b. 社会保険料に代わる新たな財源の模索（1980 年代） .....	154
c. ロカール内閣による CSG 導入（1990 年） .....	157
d. バラデュール内閣による CSG 引き上げ（1993 年） .....	164
4-4. 結論——医療保険の財政対策に関する日仏のコントラスト .....	165
第 5 章 1990 年代の日本の医療保険改革——財源改革の先送り .....	167
5-1. 自民党政権崩壊前の医療保険改革①——1991 年の老人保健法改正による介護に関する公費負担の引き上げ .....	169
a. 老人保健法制定後の動向 .....	170
b. 1991 年改正の経緯 .....	170
c. 1991 年改正の内容 .....	172
d. 考察 .....	173
5-2. 自民党政権崩壊前の医療保険改革②——1992 年の健保改正と社会保障負担の抑制 .....	174
a. 政府案の決定過程 .....	174
b. 審議会の反応 .....	176
c. 国会過程 .....	177
d. 考察 .....	178
5-3. 細川・羽田非自民連立政権下の医療保険改革（1994 年） .....	179
a. 1994 年改正の経緯 .....	180
b. 1994 年改正の内容 .....	181
c. 考察 .....	181
5-4. 1997 年の健保改正——財政危機への応急処置 .....	183
a. 1997 年改正に至る議論の状況 .....	183
b. 改革案の作成 .....	185
c. 審議会・国会での審議過程 .....	187
d. 1997 年改正の影響——患者負担は増えたが、財政は健全化せず .....	188
5-5. 2000 年の健保改正——抜本改革先送り .....	190
a. 厚生省と与党協による改革案（1997 年 8 月） .....	191
b. 財政構造改革法と医療保険改革（1997～98 年） .....	194
c. 1999 年度予算編成における薬剤特別負担の廃止（1998 年末） .....	196
d. 抜本改革案の不成立（1999 年） .....	197
e. 国会過程 .....	199
f. 2000 年改正の内容と考察 .....	200
5-6. 介護保険——不十分な財政基盤 .....	202
a. 細川内閣での動き——国民福祉税構想と「21 世紀福祉ビジョン」（1994 年） .....	204

b. 自社さ連立政権での動き①——消費税増税と新ゴールドプラン（1994 年） .....	207
c. 1994 年の税制改革が福祉国家にもたらした影響 .....	208
d. 自社さ連立政権での動き②——介護保険法の制定（1997 年） .....	210
e. 参院選敗北後の自民党の介護政策 .....	213
5-7. 結論——負担増の先送りと財政の悪化 .....	216
第 6 章 1990 年代のフランスの医療保険改革——医療費抑制政策の挫折と財源改革の進展 .....	221
6-1. 1990 年代前半の諸改革 .....	222
a. 1990 年代の議論状況——医療学的費用抑制の構想 .....	223
b. 当事者自治の行き詰まりと政府主導の医療費抑制の試み（1990～93 年） .....	224
6-2. ジュペ改革（1995～96 年）——首相のリーダーシップとその限界 .....	231
a. 行政府内でのコンセンサスの形成 .....	231
b. ジュペ・プランの発表（1995 年 11 月） .....	234
c. ジュペ改革の政治過程——挑戦と挫折 .....	237
d. 医療費抑制の失敗 .....	241
6-3. 医療保険の財源改革——社会保険料から CSG へ .....	244
6-4. 普遍的医療保障（CMU）制度の導入（2000 年）——低所得者対策の強化 .....	247
6-5. 結論——1990 年代の諸改革がもたらした帰結 .....	249
第 7 章 2000 年代の日本の医療保険改革——さらなる医療費抑制 .....	251
7-1. 小泉政権の特徴 .....	252
a. 景気回復よりも構造改革を——小泉内閣の誕生 .....	252
b. 1990 年代以降の政治制度の変容——政府・与党の凝集性向上と首相のリーダーシップ強化 .....	253
7-2. 小泉政権の医療保険改革（2002 年改正） .....	256
a. 2000 年改正以降の動き .....	256
b. 小泉内閣誕生から 2002 年の改革まで .....	261
c. 改正の過程と内容に関する考察——強まる支出削減と財源拡大の先送り .....	275
7-3. 規制緩和をめぐる攻防 .....	280
a. 医療保険制度に関する規制 .....	281
b. 医療供給体制に関する規制 .....	283
c. 結論——規制緩和はほとんど行われなかった .....	284
7-4. 医療費の伸び率管理をめぐる攻防と高齢者医療制度改革（2005～06 年） .....	285
a. 「骨太の方針 2005」と医療費の伸び率管理 .....	285
b. 2006 年改革——高齢者負担の増強と国庫負担削減 .....	289

7-5. 小泉政権の医療保険改革に関する結論 .....	303
補論 小泉政権以降の展開（2006～12 年） .....	307
a. 生活重視を打ち出す民主党の躍進（2007 年参議院選挙） .....	307
b. 福田内閣・麻生内閣の「小さな政府」・新自由主義路線からの転換 .....	308
c. 民主党政権——道半ばにして終わった生活保障の強化 .....	310
d. 社会保障と税の一体改革（2012 年） .....	310
 第 8 章 2000 年代のフランスにおける医療保険改革——医師との対決の回避から受益者負担の強化へ .....	313
8-1. 2004 年の医療保険改革 .....	313
a. 政権交代から改革実現までの経緯 .....	313
b. 2004 年改革の内容 .....	316
c. ジュペ・プランからの変更点——医療費抑制政策の後退 .....	319
d. 2004 年改革に関する結論 .....	322
8-2. サルコジ政権の医療政策 .....	323
a. 政権公約に見るサルコジの経済戦略 .....	324
b. サルコジ政権の経済・社会政策 .....	325
c. 医療保険改革——受益者負担の強化 .....	326
d. サルコジ政権の社会政策に関する結論 .....	328
8-3. 2000 年代フランスの医療保険改革に関する結論——日本との比較 .....	330
 第 9 章 結論 .....	333
 巻末資料 .....	339
 参考文献 .....	341

## 図表一覧

表 1-1 総医療費対 GDP 比 (%)	11
表 1-2 一人当たり総医療費 (購買力平価・US ドル)	11
表 1-3 患者自己負担が総医療費に占める割合 (%)	11
表 1-4 高齢化率 (65 歳以上人口比率) (%)	11
表 1-5 医療保険料率	11
表 1-6 総税収対 GDP 比 (%)	11
表 2-1 日仏の政治制度におけるコントラスト	53
表 3-1 老人保健法関連年表	107
表 3-2 1984 年改革関連年表	118
表 4-1 全国被用者医療保険金庫 (CNAMTS) の収支 (100 万フラン)、1970～1999 年	138
表 4-2 全国被用者医療保険金庫の保険料率の推移 (%), 1967～1988 年	153
表 5-1 国民医療費と経済の推移	168
表 5-2 診療報酬改定・薬価基準改正の経緯、1983～2000 年度	175
表 5-3 1990～2000 年の日本における医療・介護政策	216
表 6-1 総医療消費の名目増加率 (%), 1991～2010 年	230
表 6-2 ジュペ・プランの概要	234
表 6-3 医療保険給付費全国目標 (ONDAM) と実績 (%), 1997～2008 年	242
表 7-1 2002 年改革関連年表	256
表 7-2 厚生労働省「医療制度改革試案」(2001 年 9 月) の主な内容	265
表 7-3 診療報酬改定・薬価基準改正の経緯、2002～2012 年度	272
表 7-4 2000 年代前半における規制改革	284
表 7-5 2006 年改革関連年表	285
表 7-6 厚生労働省「医療制度構造改革試案」(2005 年 10 月) の概要	291-2
図 7-1 療養病床数の推移	299
表 7-7 2006 年改革の主な内容	302
表 8-1 全国被用者医療保険金庫 (CNAMTS) の収支 (10 億ユーロ)、2000～2012 年	314
表 8-2 総医療消費の名目増加率 (%), 2001～2010 年	319



## 巻末資料

表 1 総医療費対 GDP 比 (%)	339
表 2 一人当たり総医療費 (購買力平価・US ドル)	339
表 3 患者自己負担が総医療費に占める割合 (%)	339
表 4 公的医療費が総医療費に占める割合 (%)	339
表 5 日仏のマクロ経済指標の推移 (%)	340

## 略号一覧

AAH	Allocation adulte handicapé	成人障害者手当
ALD	Affection de longue durée	長期疾患
ANAES	Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en Santé	全国医療認証評価庁
ARH	Agence régionale de l'hospitalisation	州病院庁
ARS	Agence régionale de santé	州医療庁
CADES	Caisse d'amortissement de la dette sociale	社会保障債務償還基金
CANAM	Caisse nationale d'assurance maladie des professions indépendantes	全国自営業者医療保険金庫
CAPI	Contrat d'amélioration des pratiques individuelles	診療改善契約
CCMSA	Caisse centrale de la mutualité sociale agricole	農業社会共済中央金庫
CERES	Centre d'études, de recherches et d'éducation socialiste	社会主義調査研究教育センター
CFDT	Confédération française démocratique du travail	フランス民主主義労働同盟
CFTC	Confédération française des travailleurs chrétiens	フランスキリスト教労働者同盟
CGC	Confédération générale des cadres	幹部職員総同盟
CGT	Confédération générale du travail	労働総同盟
CGTU	Confédération générale du travail unitaire	統一労働総同盟
CMU	Couverture maladie universelle	普遍的医療保障
CNAF	Caisse nationale des allocations familiales	全国家族手当金庫
CNAMTS	Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés	全国被用者医療保険金庫
CNPF	Conseil national du patronat français	フランス経営者全国評議会
CRDS	Contribution pour le remboursement de la dette sociale	社会保障債務返済税
CREDES	Centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé	医療経済研究調査出版センター
CSA	Contribution solidarité autonomie	自律連帯拠出金
CSG	Contribution sociale généralisée	一般社会保障税
CSMF	Confédération des syndicats médicaux français	フランス医師組合連合

DL	Démocratie libérale	自由民主党
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques	研究調査評価統計局
FEN	Fédération de l'Éducation nationale	国民教育連盟
FMF	Fédération des médecins de France	フランス医師連盟
FN	Front national	国民戦線
FNMF	Fédération nationale de la mutualité française	フランス共済組合全国連盟
FO	Force ouvrière	労働者の力
FSV	Fonds de solidarité vieillesse	老齡連帯基金
HAS	Haute autorité de santé	高等医療庁
IMF	International Monetary Fund	国際通貨基金
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques	国立統計経済研究所
MG France	Fédération française des médecins généralistes	フランス一般医連盟（MG フランス）
MIRE	Mission recherche du ministère des Affaires sociales	社会問題省研究ミッション
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development	経済協力開発機構
ONDAM	Objectif national de dépenses d'assurance maladie	医療保険給付費全国目標
RMI	Revenu minimum d'insertion	参入最低所得
RMO	Références médicales opposables	拘束力のある医療指標
RPR	Rassemblement pour la République	共和国連合
RSA	Revenu de solidarité active	積極的連帯所得
SML	Syndicat des médecins libéraux	自由医組合
SOFRES	Société française d'enquêtes par sondages	フランス世論調査会社
UCCSF	Union collégiale des chirurgiens et spécialistes français	フランス外科医・専門医合 議連合
UDC	Union du centre	中道連合
UDF	Union pour la démocratie française	フランス民主連合
UDR	Union des démocrates pour la République	共和国民主連合
UMP	Union pour un mouvement populaire	人民運動連合
UN	United Nations	国際連合
UNCAM	Union nationale des caisses d'assurance maladie	全国医療保険金庫連合
UNOCAM	Union nationale des organismes d'assurances maladie complémentaire	全国補足医療保険者連合
URCAM	Union régionale des caisses d'assurance maladie	州医療保険金庫連合
URML	Union régionale des médecins libéraux	州自由医連合

## 第1章 序論 先進諸国の医療保険改革——財政制約下の選択肢

### 1-1. 研究目的

第二次世界大戦後の福祉国家は、政治的には普通選挙制度の下での大衆民主主義を前提とし、経済・社会の面では経済成長・完全雇用の実現と社会保障制度の整備を目標としてきた<sup>1</sup>。戦後の経済成長が続くなかで、福祉国家は全国民に医療へのアクセスを保障するために公的な医療保障制度を拡充していった。医学・医療技術の進歩とともに、公的医療保障制度が整備されたことで、医療機関へのアクセスは飛躍的に改善されていった。日本では1961年に国民皆保険が達成され、西欧諸国でもこれに前後して公的医療保険などの医療保障制度が一般化している<sup>2</sup>。高成長期においては、経済成長によって医療制度の充実が促され、医療制度の充実が経済成長を下支えするという相互補完的な関係があった<sup>3</sup>。

しかしながら、1970年代に入り経済の高成長にブレーキがかかると、医療費の膨張が政策担当者にとっては悩みの種に転化していく。それまでの経済成長によって住民の所得水準が向上し、また医療保障制度が充実したことによって、国民の医療サービスに対する需要は旺盛となったが、公的な医療保障制度を支えるための税金や保険料収入の方は伸び悩むようになった。こうして、国家財政が逼迫するなかで膨張する医療費をどうやって抑制するか、これまで拡大してきた医療保険・医療供給体制をどのように合理化していくかが政策課題となる<sup>4</sup>。

ただし、医療保障制度の支出と収入のギャップを埋める方法は支出の抑制のみではなく、収入を増やすという方法も考えられる。先進福祉国家にとってのもう一つの課題は高齢化や医療技術の進歩に伴い増大が予想される医療費を賄うために必要な財源をいかにして確保していくかということであった。確かに、短期的には様々な医療費抑制政策の実施や経済成長によって医療保険の保険料率が引き下げられることもあったが、1980年代以降、日本を含む先進諸国のなかで経済に対する公的医療費の規模を中長期的に縮小することができた国は存在せず、なんらかの形で医療保障の財源を拡大することは重要な政策課題であった。

実際に、先進諸国においては医療費抑制と財源拡大の双方が追求されてきたが、全ての国々においてこれらの目標が同じように達成されたわけではない。また、医療費抑制と財

---

<sup>1</sup> 福祉国家の概念規定に関しては、田多英範，2007、『現代日本社会保障論（第2版）』光生館，pp. 15-25 参照。

<sup>2</sup> ただし、よく知られているようにアメリカでは高齢者のための公的医療保険（メディケア）と低所得者向けの医療扶助（メディケイド）などが存在するものの、全国民を対象とした公的な医療保障制度は存在しない。現役世代の多くは職場を通じて民間の医療保険に加入している。

<sup>3</sup> Bruno Palier, 2011, *La réforme des systèmes de santé*, (5<sup>e</sup> éd.), Paris : Presses Universitaires de France, « Que sais-je ? », pp. 23-5 (=2010, 林昌宏訳『医療制度改革：先進国の実情とその課題』文庫クセジュ, pp. 26-9)。なお、日本語訳書は原書の第4版に依拠している。

<sup>4</sup> *Ibid.*, chap. 3（同訳書，第3章）。

源の拡大をどのように組み合わせてきたか、二つの選択肢のうちどちらを優先させてきたかという点でも、先進諸国が辿った経緯は一樣ではなかった<sup>5</sup>。つまり、医療費の抑制に成功した国では少なくとも短期的には財源を拡大する必要性は低下し、反対に財源の拡大に成功した国では少なくとも短期的には医療費を抑制する必要性は低下するだろう。

また、第三の選択肢として国債の発行に頼ることもできる。支出の抑制と収入の拡大のいずれかあるいは両方に失敗した場合、医療保障制度は財政赤字に依存することになる。医療費の抑制には医師や医療機関の収入の減少、医療機関の統廃合、患者負担の増大などが含まれるため、しばしば政治的に困難な課題である。他方、増税や医療保険の保険料率の引き上げが企業・労働組合・納税者らの反発を招くこともめずらしいことではない。それゆえ、政府が医療費抑制や財源の拡大に政治的に失敗し（あるいは急激な経済状況の悪化が原因で）、国債に依存することがある。国債の蓄積はやがては増税や厳しい医療費抑制につながっていくだろう。

このように財政制約に直面した政府が採用できる医療保障制度改革の選択肢には大きく分けて医療費抑制・財源の拡大・公債への依存という三つがあり、それらのうちでどれを優先するかについて、多様なパターンが存在しうるのである<sup>6</sup>。それでは、ある国ではどの選択肢が優先され、またなぜそうなったのであろうか。これがこの論文の出発点となる問いである。

主要先進国中で 1980 年代、90 年代に最も医療費を抑制することに成功したのはイギリスである（巻末資料・表 1）。戦後イギリスでは 1948 年に労働党政権によってナショナル・ヘルス・サービス（NHS）が創設され、国営・無償を原則とする医療が実現してきた<sup>7</sup>。とはいえ、公的医療費が他の国に比べて膨張したわけではない。NHS の予算の大半は一般税財源によって賄われており、政府・議会が予め医療費の規模を決定することができたのである。1980 年代にサッチャー保守政権は NHS の民営化こそ断念したものの厳しい医療費抑制政策を行い、病院での治療を受けるまでの待機期間の長期化（いわゆる待機者リスト問題）や病院医療の質が問題視されるようになった。その後、ブレア労働党政権は 2000 年代から医療費の拡大へと舵を切ったが、それでも現在に至るまでイギリスの医療費の規模（総医療費対 GDP 比）は先進国のなかで最も低い水準に位置している。

<sup>5</sup> 本文で再度検討するが、フィリップ・マノウは財政制約に直面した福祉国家が支出抑制・財源拡大・公債発行の三つの選択肢のうちでどれをどのような順番で採用してきたかの説明を試みている。Philip Manow, 2010, “Trajectories of Fiscal Adjustment in Bismarckian Welfare Systems,” Bruno Palier (ed.), *A Long Goodbye to Bismarck?: the Politics of Welfare Reform in Continental Europe*, Amsterdam: Amsterdam University Press, pp. 279-99.

<sup>6</sup> なお、医療費抑制には患者自己負担も含めた「総医療費の抑制」と、患者負担を除いた医療保険などの給付費、すなわち「公的医療費の抑制」の二種類を区別することができる。総医療費と公的医療費の乖離が大きくなると、患者負担の拡大によって医療機関へのアクセスが阻害されかねないため、アクセスの公平性を重視する立場からは公的医療費のみを抑制すればよいということにはならず、総医療費の抑制が課題となる。

<sup>7</sup> 武内和久、竹之下泰志, 2009, 『公平・無料・国営を貫く英国の医療制度改革』集英社新書。

イギリスの対極に位置するのがアメリカである。アメリカでは総医療費対 GDP 比が先進国中で飛び抜けて高い水準に達しており、しかも公的医療保障制度を高齢者や貧困層などに限定しているという意味でもイギリスとは正反対に位置している。民間医療保険・民間医療機関を主役とするアメリカの医療制度において、国家は全国的に医療費を抑制する権限と手段を持たず、医療費抑制に失敗してきた<sup>8</sup>。高騰する医療費と医療保険料は企業や家計にとって大きな負担となり、1990 年代以降は無保険者の増加と医療へのアクセスの不平等、また治療費による破産などが社会問題化するようになった。こうしたなかバラク・オバマ大統領は全てのアメリカ人が（民間）保険に加入することを公約し、法整備を進めてきた。

このようにイギリスとアメリカは医療制度の設計においても、医療費の規模においても先進諸国の両極端を代表しているといえるが、その中間に位置するのがドイツ・フランス・日本などの社会保険としての公的医療保険制度を有する国々である。これらの国々では加入者の職業ステータスごとに異なるいくつかの医療保険制度が併存することによって全ての国民がなんらかの医療保険に加入できるようになっている（保険者は必ずしも公的機関であるとは限らない）。こうすることで国営型とは異なる形で医療費の大部分が社会化されている。また、NHS における医療機関が予算を中央から配分される形となっているのに対して、社会保険型の国々では医師・医療機関にはしばしば出来高払い方式で報酬が支払われており、医療費抑制が課題になりやすい。実際、ドイツやフランスの総医療費対 GDP 比はアメリカに次いで高い水準となっている。ここで注目されるのは、社会保険型内部での差異、とくに日本の医療費が非常に低い水準に抑えられてきたということである<sup>9</sup>。

1980 年代まで日本の総医療費対 GDP 比が低水準に抑制されてきた経済・社会的な背景として、例外的な経済の高成長と、高齢化が本格化していなかったことが挙げられよう。しかし、1990 年代以降長期にわたる低成長と高齢化の進展に直面しながらも医療費の規模が低水準に抑えられてきたことは特筆に値する。2000 年代に入り、日本の医療費対 GDP 比の水準はイギリスのそれさえ下回るようになった。2000 年代の後半には医療崩壊が叫ばれるようになり<sup>10</sup>、医療費抑制政策の見直しや医療・介護にとって将来的に必要な人材と財源の確保の必要性などが議論されるようになったが、税収や社会保険料収入は伸び悩み、結果的に国債発行に依存する形で医療保険制度が維持されている<sup>11</sup>。

---

<sup>8</sup> Susan Giaimo, 2001, “Who Pays for Health Care Reform?,” Paul Pierson (ed.), *The New Politics of the Welfare State*, New York : Oxford University Press, pp. 334-67.

<sup>9</sup> OECD の資料では、日本の生活水準や高齢化率の高さに対して医療費が抑えられていること、医療機関へのアクセスの公平性などが医療制度の長所として指摘されている。Jeong Hyoung-Sun and Jeremy Hurst, 2001, “An Assessment of the Performance of the Japanese Health Care System,” *Labour Market and Social Policy Occasional Papers*, 56, Paris : OECD.

<sup>10</sup> 例えば、村上正泰, 2009, 『医療崩壊の真犯人』PHP 新書を見よ。

<sup>11</sup> 1990 年代の後半から社会保障制度の主財源である社会保険料は 55 兆円前後で停滞する一方、社会保障給付費は増加を続けた。2010 年度の社会保険料収入は約 58 兆円であり、社会保障財源約 112 兆円の 52% しか賄えていない。このため国庫負担が約 29 兆円投入されているが、同年度の一般会計当初予算の公債依存度は 48% であり、国の財政赤字に依存しなければ社会保障制度

他方、ドイツ・フランス・オランダなど西欧の社会保険型の国々では 2010 年の時点で総医療費対 GDP 比が 11%から 12%程度の水準にあり、日本よりも高コストである。社会保険型の国々のなかでなぜこうした違いが生じているのだろうか。本論文では次節で述べる理由から西欧の社会保険型の国のなかでもフランスに注目し、日仏の医療保険改革の展開の異同を理解することを目指す。日本が長期にわたり医療費抑制政策をとってきたのに対し、フランスは医療費抑制政策の制度化にたびたび失敗してきた。フランスの政策担当者や研究者自身、他国に比べてフランスでは医療費抑制に失敗しているという論調をとることが多い<sup>12</sup>。ただし、その反面で社会保障財源の確保に関する議論が進み、1990 年代には一般社会保障税（CSG : contribution sociale généralisée）の導入によって象徴される財源改革に成功した。日本では高齢社会への対応を名目としつつ 1989 年に消費税が導入されるが、実際には福祉目的化はされず<sup>13</sup>、社会保障の財源改革に関して遅れをとってきたといわざるを得ない。

こうした社会保険型の国々の内部での様々な差異をどのように理解すればよいのであろうか。本論文の目的は第一次石油危機以降の日仏における公的医療保険改革の展開の相違を、両国の政治制度・医療保険制度上の異同に着目して説明することである<sup>14</sup>。日仏比較を行っていく上でのリサーチ・クエスチョンは以下のように要約される。なぜ日本では医療費抑制に成功し、反対に財源改革には成功しなかったのか、そしてなぜ反対にフランスでは財源改革に成功し、医療費抑制には成功しなかったのでしょうか。この問いに答えるためには両国の医療制度の特徴を研究するのみならず、医療をとりまく政治のあり方をも検討していく必要がある。医療費抑制に伴う損失を誰に負担させるか、また医療費の財源を誰に負担させるかは政治的な駆け引きの対象だからである。

## 1-2. 日仏比較の可能性と意義（両国の共通点・相違点の概要）

日本とフランスという二つの国における医療保険制度やその改革を本格的に比較した研究はほとんど存在しないので、まず日本とフランスが比較可能であり、また比較する意義

---

は維持できない状態が続いている。国立社会保障・人口問題研究所, 2012, 「社会保障費用統計 (平成 22 年度)」国立社会保障・人口問題研究所ホームページ 2012 年 11 月 29 日 < [http://www.ipss.go.jp/ss-cost/j/fsss-h22/fsss\\_h22.asp](http://www.ipss.go.jp/ss-cost/j/fsss-h22/fsss_h22.asp) > 2014 年 3 月 27 日閲覧。

<sup>12</sup> 例えば、Commissariat général du Plan, 1993, *Santé 2010*, Paris : La Documentation française を見よ。この他に政治学者による以下の論文では、隣国ドイツに比べてフランスでは医療費抑制に関する合意形成が失敗してきたことが強調されている。Patrick Hassenteufel et Bruno Palier, 2005, « Les trompe-l'œil de la gouvernance de l'assurance maladie. Contrastes franco-allemands », *Revue française d'administration publique*, 113, pp. 13-27.

<sup>13</sup> 第 5 章 5-6. c. で検討するように、1999 年から消費税の税率の一定割合を高齢者の社会保障費に充当することになったが、初年度から必要経費を賄えず実質的な変化はなかった。

<sup>14</sup> ただし、フランスでは公的医療保険を補完する上で民間の医療保険が住民にとっても政策担当者にとっても無視できない役割を担っているため、本文でも随時言及していく。

があるということから論証する必要がある<sup>15</sup>。以下では日仏はどのような点で比較の前提となる共通性を有しており、またどのような点では興味深いコントラストを示すことになるのか説明していく。

#### a. 医療制度の国際比較研究

社会保障制度や医療制度の国際比較研究において日仏は同じグループに分類されてきた。医療制度の国際比較研究では先進諸国は三つのグループに大別される<sup>16</sup>。第一に、イギリスやスウェーデンなどの国営（公営）医療型の国々では、税を財源として医療サービスが全ての人々に提供され、医療機関は公立であるかあるいは行政の強いコントロールを受ける。このグループでは財源についても医療サービスの供給についても国家の役割が大きい。

第二に、ドイツ・フランス・日本などの社会保険型のグループでは民間部門被用者・公務員・農民などの職業別に公的医療保険制度が複数併存することで、全体として国民皆保険かそれに近い状態を実現している。社会保険としての公的医療保険制度においては本来労使の代表と医師の代表が交渉を通じて自治的に医療保険を運営することが期待されており、国家の役割は全体的な法的枠組みの設計に限定される。また、公的医療保険制度においては労使が拠出する社会保険料を主たる財源として、治療費や休業時の賃金を代替する手当金が支払われる。ただし、実際には多かれ少なかれ国による補助金も投入されており、近年社会保険料収入の確保が困難になるにつれそうした傾向が強まっている。管理運営面についても類似した傾向が見られ、理念型としては社会保険としての公的医療保険制度の運営は労使が自治的に行うものだが、ドイツでもフランスでも 1990 年代以降の諸改革によって国家によるコントロールが強化されている<sup>17</sup>。また、日本の中小企業被用者が加入していた政府管掌健康保険（現・協会けんぽ）や市町村の国民健康保険のように、そもそも政府が保険者の場合もある（前者では旧社会保険庁、後者では市町村）。医療サービスの供給においては開業医の診療所や私立病院などの民間の医療機関の役割が無視できず、報酬支払い方式としてはしばしば出来高払い制が採用されてきた。国営型に比べれば国家の役割は財源面とサービス供給の両面において部分的・間接的なものとなる。

第三に、最も国家の権限・役割が小さいのがアメリカに代表される市場重視型の国々である。アメリカでは職場や個人ベースで民間の医療保険を購入することが一般的であり、

<sup>15</sup> 法学者による日独仏三か国の比較研究として、笠木映里, 2008, 『公的医療保険の給付範囲：比較法を手がかりとした基礎的考察』有斐閣がある。また、以下の拙稿は日仏における診療報酬抑制の政治を比較しつつ素描したものである。尾玉剛士, 2011, 「医療費抑制の比較政治経済学——日本とフランスを事例として」『レゾナンス』7, pp. 54-61。

<sup>16</sup> Robert H. Blank and Viola Burau, 2007, *Comparative Health Policy*, 2<sup>nd</sup> ed., Basingstoke, Hampshire : Palgrave Macmillan.

<sup>17</sup> ドイツについては、Blank and Burau, *op. cit.*, pp. 157-8 を、フランスについては、Bruno Palier, 2005, *Gouverner la sécurité sociale. Les réformes du système français de protection sociale depuis 1945*, Paris : Presses Universitaires de France, « Quadrige », pp. 387-99 を参照。

公的な医療保障制度の対象は高齢者・障害者・貧困層・軍人などの特定のカテゴリーの人々に限定される<sup>18</sup>。民間の医療保険への公的介入の強化は企業活動への不当な介入として保険会社や経営者らによる反発を招いてきた<sup>19</sup>。サービス供給においても民間の医療機関の経営の自由（例えば、価格の自由）が重視される。

#### b. 比較福祉国家研究

次に福祉国家の国際比較研究・福祉国家類型論においても日本とフランスはしばしば同じグループに分類されてきた。この分野の代表的な研究であるエスピン-アンデルセンの『福祉資本主義の三つの世界』（1990）は様々な福祉国家を、①普遍的な社会政策によって高水準の再分配を実現している社会民主主義レジーム（典型的には北欧諸国）、②社会保険による被用者の賃金代替を中核とするため、階層再生産的な傾向を持つ保守主義レジーム（典型的にはドイツ、フランス、イタリアなど大陸ヨーロッパ諸国）、③貧困層向けの最低限の所得保障に社会政策を限定しようとするため、最も階層格差が大きい自由主義レジーム（典型的にはアメリカ、イギリスなどアングロサクソン諸国）という三つにグループ分けした<sup>20</sup>。

日本の位置づけについては、社会保険制度が発達しているものの、民間福祉すなわち公的ではない企業単位のフリンジ・ベネフィットとしての福祉制度の規模が大きいことから、エスピン-アンデルセンは差し当たり保守主義と自由主義の混合型としている<sup>21</sup>。また、日本の社会支出の規模が低水準であるという観点から、英米などの自由主義グループとの共通性が指摘されることもある<sup>22</sup>。

このように、『三つの世界』以降分類の適切性や境界事例の扱いをめぐる多くの研究が生産された。例えば、フランスについては家族のケア負担を軽減する政策が発達していることに着目する限りにおいて、「保守的」という分類は適切ではないという指摘がなされた<sup>23</sup>。

<sup>18</sup> かつてはオーストラリアでも現役層は民間保険に加入していたが、1984年に労働党政権によってメディケア（Medicare）という税財源の公的医療保障制度が実施された。Balnk and Burau, *op. cit.*, p. 69.

<sup>19</sup> Giaimo, *art. cit.*

<sup>20</sup> Gøsta Esping-Andersen, 1990, *The Three World of Welfare Capitalism*, Cambridge: Polity Press (=2001, 岡沢憲英, 宮本太郎監訳『福祉資本主義の三つの世界：比較福祉国家の理論と動態』ミネルヴァ書房)。

<sup>21</sup> Gøsta Esping-Andersen, 1997, “Hybrid or Unique?: the Japanese Welfare State Between Europe and America,” *Journal of European Social Policy*, 7(3), pp. 179-89. または、『福祉資本主義の三つの世界』の「日本語版への序文」（前掲訳書, pp. i-xvi）を見よ。

<sup>22</sup> 飯島大邦, 2010, 「エスピン・アンデルセンの福祉資本主義の変容——OECDの社会支出統計の公私分類の観点から」飯島大邦, 谷口洋志, 中野守編『制度改革と経済政策』中央大学出版部, pp. 71-103.

<sup>23</sup> 後にエスピン-アンデルセン自身、福祉レジームの分類基準として「家族主義（familialism）」ないし子どもや高齢者のケアの「脱家族化（de-familialization）」を加えており、フランスは保守主義諸国のなかでは家族主義の程度が弱いとされる。Gøsta Esping-Andersen, 1999, *Social Foundations of Postindustrial Economies*, Oxford; New York: Oxford University Press (=2000, 渡辺雅男, 渡辺景子訳『ポスト工業経済の社会的基礎：市場・福祉国家・家族の政治経済学』桜井書店)。



また、『三つの世界』の類型はもともと年金・失業保険・疾病給付（日本でいう傷病手当金）の給付水準をベースにしたものであり、上述の医療制度の類型とは食い違うことが知られている<sup>24</sup>。すなわち、『三つの世界』では国営医療型のイギリスと市場重視型のアメリカが同じ自由主義レジームに分類されてしまうのである。

福祉国家の類型論争が過熱するなかで指摘されたように、結局のところ何を基準とするか、またどの時点を基準とするかによって類型化のあり様は変わってくる。また、武川正吾が強調するように、もとよりエスピン・アンデルセンの研究の意義は欧米諸国の歴史的な社会構造・政治構造から福祉国家の発展の方向を論じていることであり、ある時点、ある政策分野の類型化作業に還元されるものではない<sup>25</sup>。そうした観点からすれば、ある時点における社会保障制度の設計原理の異同や給付水準の高低のみを問題とするのではなく、各福祉国家が形成された歴史的な背景を理解することが重要となってくるといえよう。そうすることでそれぞれの福祉国家の近年の動向もより理解しやすくなるはずである。

確かに、日本とフランスは年金・医療保険などの社会保険を社会保障制度の中核としており、そしてそれらが職域に応じて分立してきたという社会保障制度史上の大きな共通点を有している。しかし、日仏で福祉国家の財政制約への本格的な対応が始まった 1980 年代以降の医療保険改革の展開の異同を理解する上でより重要なことは、両国の医療保険制度やその発展史における有意義な差異の方を特定することである。これが第 2 章の最初の課題となる。

とはいえ、ここではまずこれまでの議論を踏まえて日仏の医療制度の基本的な共通点を整理しよう。日本とフランスはともに国営医療制度を導入するのではなく、社会保険としての公的医療保険を職域別に複数組織することで万人のための医療保障を実現しようとしてきた。日本では 1960 年代初頭に、フランスでは 70 年代に原則的には全ての人々が公的な医療保険制度に加入可能となっている。また、医師や医療機関への報酬の支払い方式は予算制ではなく、出来高払い制が中心であった。さらに、基本的に患者は好きな医療機関にかかることができるというフリーアクセス制が原則とされてきた。患者が自由に医療機関を受診することができ、医師が好きなだけ治療を行うことができれば医療費は高騰するだろう。この点をどう改革していくかが 1980 年代以降の医療費抑制政策の大きな課題となっていく。こうした共通性から日本の専門家のなかにもフランスの医療制度（改革）から示唆を得ようとする向きもある<sup>26</sup>。両国における医療保険制度の発展の歴史的な経緯や制度設計上の相違点の詳しい検討は次章で行うとして、次に両国における医療保険改革の推進

<sup>24</sup> 例えば、Clare Bambra, 2005, “Cash Versus Services : ‘Worlds of Welfare’ and the Decommodification of Cash Benefits and Health Care Services.” *Journal of Social Policy*, 34(2), pp. 195-213 参照。

<sup>25</sup> 武川正吾, 2007, 『連帯と承認：グローバル化と個人化のなかの福祉国家』東京大学出版会, pp. 121-2, 173-4 など。

<sup>26</sup> 真野俊樹, 2011, 「フランス医療制度から日本への示唆——日本に近い制度を持つ国からの学び」『共済総合研究』63, pp. 64-81；真野俊樹, 2013, 『比較医療政策：社会民主主義・保守主義・自由主義』ミネルヴァ書房；松田晋哉, 2013, 『医療のなにが問題なのか：超高齢社会日本の医療モデル』勁草書房。

主体である国家のあり方について、どのような共通点があるのか見ていきたい。

### c. 政治制度・官僚制の国際比較研究

政治制度や官僚制の国際比較研究においても日仏の共通性を指摘する研究は多い。確かに、直接選挙によって選ばれ実質的な権力を有する大統領が存在するか否かという一見して明らかな憲法上の違いがある。しかし、第五共和制フランスの政治制度は「半大統領制 (régime semi-présidentiel)」<sup>27</sup>と呼ばれ、直接選挙によって選ばれた大統領が首相を任命する一方で、内閣は下院の多数派の支持に依存する仕組みとなっている。こうした内閣が議会の信任の下に存立するという議院内閣制的な側面に着目し、日仏の政治の実態の類似性を指摘する研究もある。例えば、国会学者の大山礼子は、内閣と与党が混然一体となっているイギリスと比較して、内閣が議会の外部に存在し、下院の支持によって内閣が存在しているという点で日仏が同様であることを強調し、日本の国会を考える上ではイギリスよりもフランスに代表される大陸ヨーロッパ諸国との比較の方が容易であると指摘している<sup>28</sup>。

もともとフランスの大統領は第三共和制以来象徴的な存在であり、政治制度の実態は議院内閣制のそれであった。現在の第五共和制の政治制度は上記のように議院内閣制的な政治制度を存続させつつ、大統領権限を強化したものとみなすことができる<sup>29</sup>。なお、大統領の出身政党と下院の与党が異なるコアビタシオン (cohabitation)<sup>30</sup>の下では、大統領は内政に関する実権を失い、政治体制のあり方はとりわけ議院内閣制に接近する。

他方、行政官僚制の国際比較研究においても日本とフランスはどちらも強力な官僚機構を有する国とされてきた。両国では歴史的に議会政治が本格化するのに先立って中央集権的な官僚制が整備されている<sup>31</sup>。

シルバーマンによる比較官僚制史研究によれば、歴史的にアメリカとイギリスで「専門指向型 (professional orientation)」の官僚制が発展してきた一方で、日本とフランスは「組織指向型 (organizational orientation)」の官僚制を発展させてきたという<sup>32</sup>。専門志向型の官僚制では既に専門的な能力を有する個人が登用されるため、組織内でのキャリア構造はパタ

<sup>27</sup> Maurice Duverger (dir.), 1986, *Les régimes semi-présidentiels*, Paris : Presses Universitaires de France.

<sup>28</sup> 大山礼子, 2003, 『国会学入門 (第二版)』三省堂, pp. 26-7。ヒューバーもフランス政治の議院内閣制的性格を強調している。John D. Huber, 1996, *Rationalizing Parliament : Legislative Institutions and Party Politics in France*, Cambridge : Cambridge University Press.

<sup>29</sup> 大山礼子, 2011, 『日本の国会 : 審議する立法府へ』岩波新書, p. 113.

<sup>30</sup> 一般に保革共存政権と訳される。大統領の任期が 7 年、下院の任期が 5 年であることから生じていたが、2000 年の憲法改正によって大統領任期が下院の任期と同じ 5 年に短縮され、それ以来コアビタシオン政権は誕生していない。

<sup>31</sup> 大嶽秀夫, 野中尚人, 1999, 『政治過程の比較分析 : フランスと日本』放送大学教育振興会, pp. 127-8.

<sup>32</sup> Bernard S. Silberman, 1993, *Cages of Reason : the Rise of the Rational State in France, Japan, the United States, and Great Britain*, Chicago : University of Chicago Press (=1999, 武藤博己ほか訳『比較官僚制成立史 : フランス、日本、アメリカ、イギリスにおける政治と官僚制』三嶺書房)。

ーン化されておらず、組織と個人の結びつきは緩やかである。行政と企業との垣根も低く、個人にとって官僚組織への所属は職業キャリアの一時期をなすに過ぎない。これに対して組織指向型の官僚制では早い段階からの組織への忠誠が重視され、組織内での人事パターンが高度に体系化されているため、官僚組織と個人の一体性は高い。人事は閉鎖的であり企業からの中途採用は稀である。日本の場合のように、大学卒業後に中央省庁に入省した若者が退官するまでその省庁内で昇進を続けていくのは分かりやすい例だろう。組織志向型の官僚制はフランス革命や明治維新のように大規模な政治体制の変動が生じて政治リーダーの権力の継承における不確実性が高まった場合に（政治的な不安定性が高まった場合に）、脱政治化した形で官僚制の合理化が進んだことによるという。

より最近の時代を扱った研究においても、第二次大戦後の日仏では自律的な官僚制<sup>33</sup>が社会の様々な領域に介入し、経済・社会の発展を指導してきたとされる<sup>34</sup>。医療保険改革の領域に限ってみても、日本では1980年代に厚生省のキャリア官僚が改革の推進者であったことが多くの論者によって指摘されており、フランスについても同様の研究が存在している<sup>35</sup>。

以上のように、日仏に関しては医療保険制度についても、1980年代以降それらの改革に取り組むことになるアクターが組み込まれている政治・行政の仕組みについても、基本的な特徴を共有しているとされてきた。ところが、日仏の医療保険改革は1980年代から異なる展開を見せるようになる。

### 1-3. 説明すべき対象——医療保険改革に関するコントラスト

まず、日仏両国の医療に関連する重要な指標をいくつか比較検討する。第一に、総医療費対GDP比、一人当たり総医療費ともに日本の方が低水準で推移しており、2000年には

---

<sup>33</sup> 梶田孝道は日本の官僚制と似てフランスの官僚制は自律的性格が強いとしている。梶田孝道, 1985, 「テクノクラートと現代フランス——グランゼコール、グランコールとフランス政治」 宮島喬ほか『先進社会のジレンマ：現代フランス社会の実像をもとめて』有斐閣選書, p. 250.

<sup>34</sup> 例えば, John Zysman, 1983, *Governments, Markets and Growth : Financial Systems and the Politics of Industrial Change*, Oxford : Robertson 参照。

<sup>35</sup> 代表的な研究は以下の通り。加藤淳子, 1991, 「政策決定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」『レヴィアサン』18, pp. 165-84 ; John Creighton Campbell, 1992, *How Policies Change : the Japanese Government and the Aging Society*, Princeton, N.J. : Princeton University Press (=1995, 三浦文夫, 坂田周一監訳『日本政府と高齢化社会：政策転換の理論と検証』中央法規出版)。フランスについてはパトリック・アッサントゥフルらが医療保険改革に強い影響力を有する一群の高級官僚を「福祉エリート (élite du Welfare)」と名付け、そのキャリア・パターン、政策アイディア、政策決定への影響を分析している。Patrick Hassenteufel (dir.), 1999, *L'émergence d'une "élite du Welfare"? Sociologie des sommets de l'État en interaction. Le cas des politiques de protection maladie et en matière de prestations familiales (1981-1997)*, Rapport de recherche pour la MIRE ; Patrick Hassenteufel (dir.), 2008, *Les nouveaux acteurs de la gouvernance de la protection maladie en Europe (Allemagne, Angleterre, Espagne, France)*, Rapport de recherche pour la MIRE ; William Genieys, 2005, « La construction d'une élite du Welfare dans la France des années 1990 », *Sociologie du travail*, 47, pp. 205-22.

1980 年の時点と比べ両国の差が広がっている（表 1-1, 表 1-2）。第二に、高齢化率は 1980 年代の段階では日本の方が低かったが、フランスでは上昇の速度が緩慢であり、日本では急上昇したため、2000 年には両国の高齢化率は逆転している（表 1-4）。それにもかかわらず日本の方が医療費の水準が抑えられているのは注目に値する。第三に、患者自己負担が総医療費に占める割合はフランスの方が大分低くなっており、1 割を下回っている（表 1-3）。これはフランスでは公的医療保険に加えて民間の医療保険が普及していることにより、最終的な自己負担が抑えられているためである<sup>36</sup>。第四に、フランスの方が公的医療保険制度を運営するための社会保障負担がかなり重たくなっている（ここにさらに私的医療保険の保険料が加わる）（表 1-5）。第五に、社会保険料を含む総税収の規模もフランスの方が非常に大きい（表 1-6）。以上を要約すると、日本では医療費の水準は低く、社会保険料負担や総税収の規模も小さなものとなっている。

続いて 1980 年代以来の両国の医療保険政策の流れをまとめてみたい。1-1. で述べたように、財政制約下における医療保険改革の選択肢は医療費抑制・財源拡大・公債発行の三つである。1970 年代以降どの国も医療費抑制に取り組んできたが、その達成度は異なる。財源の拡大についても同様である。つまり、三つの選択肢のうちどれを優先してきたか、またどの程度達成してきたかは国によって異なるのである。

#### a. 日本の場合——厳しい医療費抑制と財源改革の先送り

1980 年代以降、日本では医療費抑制が優先され、財源の拡大は絶えず後回しにされてきた。1980 年代に入ると国家財政の逼迫を背景として公的医療保険制度への税の投入（国庫負担）が繰り返し縮小され、なおかつ医療保険の保険料率引き上げもかなりの程度抑制された。他方、医療サービスの公定価格（診療報酬）を低く抑えることや患者自己負担の引き上げを通じて医療費を主要先進国中でもとくに低い水準に抑えてきた（巻末資料・表 1, 表 2）。1980 年代には高成長と医療費抑制によって医療保険財政は支えられ、財源ベースの拡大には取り組まずともすんだ。

しかし、1990 年代に入ると被用者の給与が伸び悩むことで社会保険料収入も停滞するようになるが、財源調達方式の改革はおろか議論さえ遅々として進まなかった。低成長と高齢化の時代には労使の社会保険料収入に依存した社会保障制度の運営は困難になっていく。1989 年に高齢社会への準備を名目として導入された消費税は 10 年後の 1999 年からようやく税収の一定割合を高齢者の社会保障に用いることがルール化されたが、初年度から必要経費を賄うことができなかった。2000 年代に入ってから消費増税は行われない一方で社

---

<sup>36</sup> ただし、1990 年代以降、公的医療費が総医療費に占める割合は日本の方がフランスよりも大きい（巻末資料・表 4）。第 2 章以降で詳しく検討するが、日本ではフランスに比べ医療費をなるべく公的医療費によって賄い、患者負担を抑えようとしてきたが、フランスでは公的医療保険適用外の私的医療費の拡大を許してきてしまった。このため民間保険の役割が重要になるのである。笠木映里, 2012, 『社会保障と私保険：フランスの補足的医療保険』有斐閣, pp. 28-30 参照。

＜表 1-1 総医療費対 GDP 比（％）＞

	1980	1990	2000
日本	6.4	5.8	7.6
フランス	7.0	8.4	10.1

出典：OECD, 2013, *OECD Health Statistics 2013*, OECD ホームページ November 2013 < <http://www.oecd.org/health/health-systems/oecdhealthdata.htm> > 2014 年 3 月 27 日閲覧.

＜表 1-2 一人当たり総医療費（購買力平価・US ドル）＞

	1980	1990	2000
日本	540	1114	1969
フランス	665	1440	2544

出典：表 1-1 に同じ。

＜表 1-3 患者自己負担が総医療費に占める割合（％）、2000 年＞

日本	15.4
フランス	7.1

出典：表 1-1 に同じ。

＜表 1-4 高齢化率（65 歳以上人口比率）（％）＞

	1980	1990	2000
日本	9.0	11.9	17.2
フランス	14.0	14.1	16.0

出典：UN, *World Population Prospects : The 2012 Revision*, UN ホームページ < [http://esa.un.org/unpd/wpp/unpp/panel\\_population.htm](http://esa.un.org/unpd/wpp/unpp/panel_population.htm) > 2014 年 3 月 27 日閲覧.

＜表 1-5 医療保険料率＞

	1984	2000
日本	8.4%＋ボーナスの 0.8%	8.5%＋ボーナスの 0.8%
フランス	18.1%（全給与）	13.55%（全給与）＋一般社会保険税（CSG）7.5%のうち 5.1%

出典：医療保険制度研究会編，各年，『目で見る医療保険白書：医療保障の現状と課題』ぎょうせい。

＜表 1-6 総税収対 GDP 比（％）＞

	1980	1990	2000
日本	25.1	29.0	27.0
フランス	40.2	42.0	44.4

出典：OECD, 2011, *Revenue Statistics 1965-2010*, Paris : OECD, pp. 79-81.

会保障費は伸び続けたため、収入と支出のギャップは拡大し続けた。

1990 年代に歴代内閣が減税と財政出動による景気対策を繰り返した結果、2000 年代に入る頃には政府債務残高は膨大な規模に達し、医療費はさらに抑制されなければならなくなっていた<sup>37</sup>。小泉政権は患者自己負担の引き上げと診療報酬の引き下げによって徹底的に医療費を抑制しようとした。これにより確かに一時的には医療保険財政は好転した。ところが、その後も社会保障のための財源ないし税収が確保されぬまま 2008 年に経済危機が訪れ、社会保障制度は国の財政赤字（国債発行）無しでは運営できないという状態が定着した。

要するに、日本では医療費抑制による医療保険制度の財政均衡が重視され、2000 年代に至っても社会保険料負担の拡大以外の顕著な財源改革が行われなかった。医療保険制度の給付水準を維持するための財源が確保されなかったため、翻ってまた厳しい医療費抑制を行うか、それでも足りない財源については公債発行に依存する形となった。

#### b. フランスの場合——医療費抑制政策の失敗と財源改革の進展

フランスでは医療費抑制は日本ほどに成功せず、総医療費対 GDP 比、一人当たり医療費ともに比較的高水準のまま推移してきた。その代わり、1990 年代には財源調達方式の改革が進められた。

1980 年代のフランスでは公立病院に総枠予算制が導入されたことを除けば、医療費抑制のための重要な施策は導入されなかった。他方、日本に比べて早くから保険料の引き上げが繰り返された。

1990 年代に入り、重複した受診・処方をするための施策や、公的医療保険の給付費全体の伸びを議会が決定する仕組みが導入されたが、実質的な効果は乏しかった。医師の協力をとりつけることができなかったためである。他方、1990 年には稼働所得だけでなく資産所得や投資益などにも課税される一般社会保障税（CSG : contribution sociale généralisée）が導入され、医療保険料がこれによって代替されるようになったことで、医療保険の財源ベースが拡大していった<sup>38</sup>。ミッテラン政権の U ターン以降には既に財政健全主義の経済・社

<sup>37</sup> ポール・ピアソンによる、減税などによる福祉国家の財源ベースの縮小（defunding）は将来の社会保障プログラムの給付削減を準備するという指摘は重要である。Paul Pierson, 1994, *Dismantling the Welfare State?: Reagan, Thatcher, and the Politics of Retrenchment*, Cambridge, England ; New York : Cambridge University Press, pp. 7, 15-6. つまり、政府が短期的には社会保障プログラムの給付水準の引き下げに失敗したとしても（あるいは引き下げようとしなかったとしても）、減税や財政均衡に必要な増税の回避を行うとすれば、中長期的には社会保障制度に対する支出削減圧力が強まることになる。また、加藤淳子は、戦後の高成長期の段階で所得税だけでなく付加価値税のような逆進税制を導入して福祉国家の税収基盤を確立することができたか否かによって、1980 年代以降の政府の財源調達能力が決まり、それゆえ福祉削減の動きに対する当該福祉国家の抵抗力が規定されるとしている。Junko Kato, 2003, *Regressive Taxation and the Welfare State : Path Dependence and Policy Diffusion*, Cambridge : Cambridge University Press.

<sup>38</sup> CSG 以外にも社会保障債務返済税（CRDS : contribution pour le remboursement de la dette sociale）などが導入され、フランスでは 1990 年代以降社会保障財源が多様化している（第 4 章・第 6 章）。

会政策が追求されていたが、1990年代に入ると欧州経済通貨統合に参加するためにも公債発行は制約されるようになった。他の先進諸国のようにフランスも90年代の初めに深刻な不況に陥ったが、日本とは対照的にフランスでは90年代を通じて税収の規模が増し、90年代末には国家財政の赤字は縮小され、2000年には被用者の公的医療保険制度もほぼ財政均衡を達成した。

2000年代に入ると保守政権は90年代の医療費抑制の実験によって悪化していた医師の組合との関係修復を優先し、医療費抑制を軽視するようになった。2004年の医療保険改革はCSGの引き上げと患者自己負担の拡大によって財政均衡を目指したものであった。つまり、医療費を抑制できない（しない）分のコストは納税者の社会保障負担や患者の自己負担として負担されている。医療費の増加を賄うもう一つの手段は公的医療保険から非営利の共済組合を中心とした民間の補足医療保険へとコスト・シフティングを行うことである。サルコジ政権時代にはCSG引き上げという1990年代以来の伝統的手段が用いられず、患者負担の拡大と共済組合の役割強化が進められた。

結局、フランスでは増大する医療費を公的財源の拡大で賄い、それでも賄いきれない部分は共済組合の公的ではないが集合的な財源で賄うという、二種類の医療保険の組み合わせによって医療費の増大に対応してきた。これら二つの医療保険に入っていれば最終的な患者自己負担はごく低水準に抑えられるが（巻末資料・表3）、公的医療保険・補足医療保険双方を合わせた国民の負担は重いものとなっている。

以上のように、日本とフランスは同じ社会保険型の医療制度を有するものの、財政制約下での政策対応において優先されてきた選択肢は異なっている。日本では医療費抑制に成功してきた一方、財源改革が先送りされ、足りない財源は公債発行で賄われるようになった。フランスでは医療費抑制に関して顕著な成果を挙げることはできなかったが、1990年代の段階で財源調達方式の改革に成功し、社会保険料収入の停滞という社会保険型福祉国家の財政問題を乗り越えることができた。こうした相違をどのように説明すればよいのだろうか。

#### 1-4. 福祉国家の改革を説明する議論

##### a. 政治制度の違いに着目したアプローチ<sup>39</sup>

医療政治の国際比較を行ってきた代表的な研究者の一人であるウィルスフォードは日本を強い国家と強い医師組織の組み合わせの例として、フランスを強い国家と弱い医師組織

---

<sup>39</sup> 本項の記述は尾玉前掲論文, p. 55 の整理を発展させたものである。

の組み合わせの例として分類している<sup>40</sup>。上述のように、戦後日本とフランスでは強力な官僚制が経済・社会の発展を指導してきたとされる。また、日本では多くの医師が日本医師会という単一の組織に加入し、一定の組織率が維持されてきたのに対し、フランスでは医師組合が分裂を繰り返しており、各組合の組織規模は小さい。その意味ではウィルスフォードによる日仏両国の国家と医師組織の特徴づけは誤りではない。ところが、弱い医師組織しか存在しないフランスと比較して、強い医師組織が存在する日本でむしろ医療費抑制が強力に推し進められてきたというパラドクスが存在しており、彼はこの問題に対する一貫した解決策を提示するには至っていない。

また、インマーガットによるフランス・スイス・スウェーデンにおける医療政治の比較研究においても、第五共和制（1958 年～）のフランスは強力な政府が医療制度改革を有利に実施できる例として扱われている<sup>41</sup>。インマーガットによれば医師が医療政策に影響を与えることができるか否かは、医師の専門職化の歴史的な経緯や医師の組織の強弱ではなく、医師が政府・議会などの政治制度上の「拒否点（veto point）」へアクセスできるか否かに依存しているという。例えば、議会の多数派が連立与党であるため政権基盤が脆弱な場合や政党の規律が弱い場合、医師は議会の政治家との接触によって法案の成立を阻止することができる（この場合、議会が拒否点となる）。しかし、第五共和制のフランスでは多くの場合政府が安定的に議会の多数派の支持を得ることができ、また政府の議会に対する優位が確立されているため、医師は政治制度上の拒否点を利用できず政府の改革案を妨害することができないことになる。やはり、この枠組みでも強い国家の無力というパラドクスが説明できない。また、1990 年代まで日本の与党（自民党）は規律が弱く、首相の与党に対するリーダーシップも弱体であったため、医師会のような利益団体の圧力に対して政府は脆弱なはずだが、1980 年代以降長期にわたって医療費を低水準にとどめてきた<sup>42</sup>。

利益団体が政治制度上の拒否点（内閣・議会）にアクセスできる場合、政府の改革案を阻止できるという知見は、基本的な視座としては有益であろうが、利益団体が影響力を行使する機会構造の分析視覚としてはかなり大雑把なものである。ある国における医療保険改革においてどのような政策選択肢が優先的に用いられるかという問いに対して、政治制度上の拒否点のみに着目することで一貫した説明を行うのは困難である。

また、拒否点概念はなんらかの社会保障改革が成立しやすいかそうでないかを説明することはできても、改革の方向性までは説明できない。この点はツェベリスの「拒否権プレイヤー（veto player）」論についても同様である<sup>43</sup>。拒否権プレイヤーとは、政策を変更する

<sup>40</sup> David Wilsford, 1991, *Doctors and the State : the Politics of Health Care in France and the United States*, Durham ; London : Duke University Press ; David Wilsford, 1995, "States Facing Interests : Struggles over Health Care Policy in Advanced, Industrial Democracies," *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 20(3), pp. 571-613.

<sup>41</sup> Ellen M. Immergut, 1992, *Health Politics : Interests and Institutions in Western Europe*, Cambridge : Cambridge University Press.

<sup>42</sup> 日本とフランスの政治制度の特徴については第 2 章 2-3. で詳しく検討する。

<sup>43</sup> George Tsebelis, 2002, *Veto Players : How Political Institutions Work*, New York : Russell Sage



ためにその同意が必要となるアクターのことを指し、拒否権プレイヤーが多数存在する場合、拒否権プレイヤー間のイデオロギー的距離が大きい場合、拒否権プレイヤー内部の結束が強い場合、政策の重要な変更は困難となるという。ただし、ある国の政府が現状よりも福祉国家を拡大する方向に向かうのか、それとも縮小する方向に向かうのかは、拒否権プレイヤーの多寡によっては説明されない。つまり、大きな福祉国家で多数の拒否権プレイヤーが存在していれば福祉国家の縮小は困難となろうし、小さな福祉国家で多数の拒否権プレイヤーが存在するようなら福祉国家の拡大は困難になろう<sup>44</sup>。

以上のように、ある国における社会保障改革の流れを理解するためには、その国の政治制度の一般的な特徴のみに着目するだけでは不十分であるように思われる。

#### b. 社会保障の制度設計に着目したアプローチ

同じ新制度論 (new institutionalism) の流れのなかでも、福祉国家 (社会政策) の研究者たちは政治制度の特徴だけでなく、社会政策の制度的な特徴に着目する必要性を指摘してきた<sup>45</sup>。つまり、同じ政治制度的コンテキストにおいても、福祉プログラムの制度的特徴 (万人を対象とした給付か、低所得者に限定された給付かなど) に応じて、改革の展開は変わってくるというわけである。

こうした研究潮流における代表的な研究者はポール・ピアソンである<sup>46</sup>。彼の研究はひとたび確立された社会保障制度がそれ自体としてその後の改革の展開を規定することを含意している。とりわけ、1970 年代以降の先進諸国における財政問題の深刻化や新自由主義の台頭にもかかわらず社会保障制度が安定的に存続していることを説明することが目標であった。こうした社会政策における「ロックイン効果 (lock-in effects)」ないし「経路依存 (path dependence)」現象が見られるのは、社会保障制度が発展するにつれ、その維持に利益を見出す集団が組織化されることになり、その制度を大幅に変更 (とくに縮小) することが政治的に高コスト化するからである (より広くは未組織の世論が福祉縮小への重要な反対勢力となる)。また、福祉縮小に対する補償措置や移行措置が財政的に高コストになる場合、支出削減という目標に矛盾することにもなる。

このようにピアソンの研究は、発達した社会保障制度に対して政府が真正面から攻撃を行うことの政治的困難さを説明してきた。ただし、社会保障制度が全く縮小していないということではなく、社会保障プログラムごとの特徴に応じて「削減 (retrenchment)」に反対

---

Foundation ; Princeton, N.J. : Princeton University Press (=2009, 眞柄秀子, 井戸正伸監訳『拒否権プレイヤー』早稲田大学出版部)。

<sup>44</sup> Margarita Estévez-Abe, 2008, *Welfare and Capitalism in Postwar Japan*, New York, N.Y. : Cambridge University Press, p. 11 note 24.

<sup>45</sup> Pierson, *op. cit.* ; Paul Pierson, 1996, "The New Politics of the Welfare State," *World Politics*, 48(2), pp. 143-79 ; Pierson (ed.), *op. cit.* ; Palier, 2005, *op. cit.* ; Bruno Palier, 2010a, "Ordering Change : Understanding the 'Bismarckian' Welfare Reform Trajectory," Palier (ed.), *op. cit.*, pp. 19-44 ; Manow, art. cit.

<sup>46</sup> Pierson, *op. cit.* ; Pierson, art. cit. ; Pierson (ed.), *op. cit.*

する人々がどのように動員されるかが異なるという。例えば、サッチャー政権時代のイギリスでは住宅政策や失業保険に関して顕著な削減が見られたものの、医療に関してはそうではなかった<sup>47</sup>。

こうした研究は各社会保障制度にはそれに特有の政治過程が付随することを指摘している点で重要である。日本でも、例えば年金と医療保険では改革の政治過程が異なることが指摘されている<sup>48</sup>。年金の場合、支出削減は直ちに給付削減となって現れるが、医療の場合、医師や薬剤師などのサービス提供者が介在しており、医療保険の給付水準を下げなくても、医療サービス・医薬品の価格引き下げや医療供給体制の効率化などによって医療費を削減することが可能である。医師や薬剤師などの利益団体はそうした医療費抑制に対する重要な拒否権プレイヤーとなるであろう。ここで重要なことは、こうした利益団体の組織化のされ方や、影響力を行使する機会の構造が、日仏では異なっているということである。したがって、両国における医療保険政策もまた異なる展開を見ることになる。次章では日仏の医療保険制度の特徴を詳しく比較検討することで、医療保険制度の設計自体が両国の医療保険改革のダイナミズムに与える影響を明らかにしていく。同じ公的医療保険制度とはいっても日仏では診療報酬の改定メカニズムが異なっていること、また財源基盤が異なっていることがとくに重要な違いである。

#### c. 改革の際に選ばれる選択肢に関する研究

最後に、社会保障制度の財政均衡を達成するために用いられる選択肢がいかんにして決められるのかという問いに取り組んだ先行研究としてフィリップ・マノウの論文が挙げられる<sup>49</sup>。マノウは福祉国家改革の「順序 (order)」の説明を試みている。彼はピアソンの「福祉削減 (welfare retrenchment)」に関する研究を批判し、1970 年代以降の社会保障改革を給付削減とそれへの抵抗にのみ着目することに反対している。つまり、社会保障の財政対策には給付削減・財源拡大・公債発行の三通りの手段があり、これらはいずれも不人気な政策であるが、実現されてもいる。OECD 諸国においてこれらの選択肢がどのように組み合わせられてきたのか、またどのような順序で実施されてきたのかは、その国の福祉国家の制度に応じて異なるという。

例えば、社会保険料の引き上げは増税に比べて政治的可視性が低く実施しやすいため、社会保険型福祉国家では社会保険料の引き上げという選択肢が差し当たり財政問題への解決策として用いられるとしている。選択肢は社会保障制度の設計によって規定されており、政権が交代してもその都度「制度的に支持された戦略 (institutionally supported strategies)」<sup>50</sup>が採用されるという。次章ではこうした観点から日仏の医療保険政策において何が制度的

<sup>47</sup> Pierson, *op. cit.*

<sup>48</sup> 加藤前掲論文；中野実, 1992, 『現代日本の政策過程』東京大学出版会第 1 章第 1 節。

<sup>49</sup> Manow, *art. cit.*

<sup>50</sup> *Ibid.*, p. 299.

に支持された戦略なのかを明らかにしていく。

## 1-5. 本論文の構成

第 1 章の締めくくりとして、第 2 章以下の構成と概要を示すことにしたい。本論文は日本とフランスにおける医療保険改革の展開の異同を、比較によってよりよく理解することを目的としている。第 2 章では、同じグループに属している、あるいは、基本的な特徴を共有しているとされる日本とフランスの医療保険制度・政治制度をより詳しく比較することで、医療保険改革の展開の分岐を生み出すと考えられる重要な制度的相違を特定することを目指す。これによって、日仏の医療保険制度・政治制度の特徴が鮮明に浮かび上がり、よりよく理解できるようになるだろう。また、医療保険の財政対策として、支出削減・財源拡大・公債依存の三つの手段のうち、どれが選択されやすいのかが明らかにされよう。

第 3 章以降では、そうした重要な制度的違いが、実際の医療保険改革の過程においてどのように作用しているのかを事例研究によって明らかにしていく。すなわち、第 2 章で得られた知見をもとに、日本では医療費抑制に成功し、財源改革には成功しなかった経緯と、フランスでは財源改革に成功し、医療費抑制には成功しなかった経緯を、事例分析に即して解明していく。以下では第 3 章以下で扱われる時代と対象を示す。

第 3 章から第 8 章までは交互に日本とフランスにおける医療保険改革の展開を検討する。第 3 章・第 4 章は第一次石油危機から 1990 年までの時期を、第 5 章・第 6 章は 1990 年から 2000 年、第 7 章・第 8 章は 2000 年代を検討の対象としている。したがって、第 3 章以下は異なるテーマごとに区切られているのではなく、医療保険制度の財政対策のうちどれが採用されるのかという同じ問いを異なる時代について追求している。これは、各時代の支配的戦略を特定したかったためであり、また、ある時代における戦略を先行する時代の戦略との関連で理解したかったためである。概ね 1980 年代、1990 年代、2000 年代という時期区分となっているが、これは全く便宜的な区分というわけではなく、以下で示すように両国における政治や社会保障政策の流れを区切る上で、1980 年頃や 1990 年頃が重要な転換点となっていると考えられるためである(第 3 章・第 4 章では日仏とも 1970 年代と 1980 年代で節を分けてある)。

第 3 章では、1970 年代後半から 1980 年代までの日本の医療保険政策の展開を検討する。この時期の政策展開について重要なのは以下の三点である。第一に、1970 年代後半には医療保険財政の悪化、国家財政の悪化への対策として厚生省・大蔵省はそれぞれ給付引き下げや増税を画策するが、いずれも自民党の抵抗によって挫折した。第二に、増税が否定された結果、1980 年代には財源の拡大ではなく、医療費抑制政策(患者自己負担増と診療報酬抑制)による医療保険の財政均衡が明確に選択された(「増税なき財政再建」)。国庫負担に相対的に大きく依存した日本の医療保険制度体系は厳しい歳出削減圧力にさらされるよ

うになった。第三に、大平・中曽根内閣での失敗の後、1989 年によりやく消費税が実施されるが、税収は社会保障財源には結び付けられなかった。また、実質減税型の税制改革であり社会保障財源の確保という意味では不十分であった。1980 年代には医療費の抑制が顕著に進められたものの、90 年代以降の高齢化と低成長に備えられるような社会保障財源の基盤は整備されなかったのである。以上の経緯を分析することで、第 2 章で検討する、日本では財源拡大が行いにくく、支出削減が選択されやすいメカニズムが具体的な事例を通じて明らかにされるだろう。

第 4 章では、同じ時期のフランスの動向を分析する。第一に、1974 年から 1981 年までの保守政権下での医療保険改革を、第二に、ミッテラン社会党政権（1981～86 年）とシラク保守内閣（1986～88 年）の医療保険改革を検討し、政策対応の基本が医療保険料引き上げを中心とした財源拡大と、小規模な患者自己負担拡大であったことを示す。診療側に対する費用抑制策として、公立病院には予算制が導入されたが、開業医部門には公定料金に対する超過料金請求権が（改めて）認められ、医療費の増加要因を作った。他方、1980 年代には社会保障財源改革の準備が進められ、1990 年には社会保険料よりも賦課対象が広い定率所得税である一般社会保障税（CSG）が導入される。1980 年代を通じてフランスでは医療費が増加し、構造的な対応策は限られたが、1990 年代の社会保障財源拡大の鍵となる社会保障目的税の導入に成功したのである。

第 5 章では、1990 年から 2000 年までの日本の医療保険改革を扱っている。80 年代には医療費抑制の進展と経済の高成長によって、財源の拡充に努めずとも医療保険制度体系を維持することができた。ところが、90 年代には不況への突入と高齢化の速度の上昇によって状況が一変する。好況による保険料収入の増大が期待できなくなったのである。90 年代後半になると、高齢者医療費の増加を支えるための公費負担の増強が与党によっても議論されるようになるが、実際には財源改革は進まなかった。このため、患者負担増と診療報酬抑制によって、ともかく次年度の予算を切り抜けるという対応が行われた（1997 年改革）。90 年代には介護保険法の制定という重要な決定も行われているのだが、これについても自民党は介護保険料負担の徴収に躊躇していた。介護保険制度は、独自の財源基盤の不十分さ、絶えずかかる費用抑制圧力という特徴を医療保険と共有しており、この章ではその創設過程も検討している。1990 年代の日本では相次ぐ景気対策と減税によって税収は減り、財政赤字は拡大していった。日本の場合、1990 年代は国家財政の公債依存が顕著になり、高齢化と低成長に耐えうる社会保障財源の確保が先送りされ続けた時期といえよう。ところが、日本の医療保険制度体系が国庫負担に依存する構造自体は変わっておらず、2000 年代に入ってからかつてなく厳しい医療費抑制が行われることになる。

第 6 章では、1990 年代のフランスにおける医療保険改革の展開を検討する。この時期のポイントは以下の三点である。第一に、フランスでは労使が管理する医療保険金庫と医師の組合が交渉を通じて保険診療に関する諸条件を決めてきたが、これらのアクターは医療費の伸びの抑制や医療供給体制の改革について合意することができなかった。第二に、そ

ここで政府主導で医療保険給付費の総枠予算制を含む抜本的な医療費抑制が着手されたが、これも定着には至らなかった（ジュベ改革の挫折）。政府は分裂・競合する労働組合や医師組合の一部を味方につけることに成功したが、競合組織間の調整を行う仕組みがなかったのである。欧州通貨統合を控え、公債発行という選択肢は制約されており、社会保障の財政健全化は重要な政策課題であった。第三に、結局社会保障目的財源の拡大によって財政対策が行われた。1990年に社会保障目的の所得税が導入されていたことで、90年代にはこれを繰り返し引き上げることによって社会保障改革が進められた。日本とは反対にフランスでは1990年代に総税収対GDP比が増加している。90年代末には無保険者対策が強化され、また医療扶助の仕組みも刷新されている。1980年代までは社会保険料の引き上げが財源拡大策の中心だったが、1990年代には社会保障目的税の税率引き上げや課税対象の拡大が繰り返された。

第7章では、2000年代の日本の医療保険改革、とりわけ小泉政権時代の2002年、2006年の医療保険改革を扱う。2002年、2006年には診療報酬本体のマイナス改定が行われており、小泉政権時代の日本では従来以上に厳しい医療費抑制政策が行われた。1990年代末に自民党を中心とする連立政権は公債発行を容認しつつ高齢者負担の軽減や医師会との妥協を重視する政策をとったが、2001年の小泉内閣発足により国債発行の抑制・公共支出抑制が優先課題になると、受診側（高齢者を含む）・診療側双方に対する医療費抑制政策が強化されることになった。減税と赤字国債の発行という1990年代に繰り返された解決策は今や膨大な財政赤字という問題へと転化し、反動的に厳しい支出抑制策がとられるようになった。さらに、90年代以来社会保障財源の候補とされてきた消費税の引き上げは、小泉が自分の首相在任中は行わないと公言したことで2001年以降もタブーとなり、社会保障財源を確保するための税制改革は進まず、支出抑制が徹底されることになった。このため、確かに医療費は抑制されたのだが、医療供給の不足やアクセスの困難が問題視されるようになった。

第8章では、2000年代のフランスの政策展開を検討している。この時期のフランスでは、医療の供給側（診療側）に対する医療費抑制政策が後退し、1ユーロの保険免責制のような需要側（患者側）に対する負担拡大策が重視されるようになった。1990年代の医療費抑制政策に対しては医療関係者による激しい反対運動が生じていた。2002年以降、保守政権は診療報酬の引き上げによって医師との和解に努め、医療保険財政の健全化のためには需要側に対して社会保障負担・患者自己負担の引き上げが求められた。ラファラン内閣による2004年の医療保険改革では小規模な患者自己負担拡大とともに一般社会保障税（CSG）引き上げを中心とした財政対策がとられたが、2007年に誕生したサルコジ政権では減税・社会保険料負担の軽減が政権の基本戦略とされ、患者自己負担の拡大が前面に押し出された。いずれにせよ、診療側の効率化にはあまり踏み込まず、総医療費の規模は大きなものにとどまった。患者負担の微増が繰り返された結果、これを補うために民間医療保険の役割が政策担当者・住民双方にとってますます重要になってきている。

長期的な傾向を要約すると、日本では 1970 年代後半以降社会保障財源確保のための増税が失敗したため医療費抑制が必要になり、その後も増税が先送りされた結果、再び医療費抑制政策が強められている。他方、フランスでは 1980 年代まで社会保険料の引き上げが、1990 年代から 2000 年代前半までは社会保障目的税の引き上げが中心的な戦略であった。その後、2000 年代の後半になって税や社会保障負担の抑制がついに政権課題とされると、患者自己負担が少しずつ引き上げられるようになった。

それではなぜこのような政策展開が生じたのであろうか。第 2 章では、1970 年代後半以降の政策展開を理解する上での大前提となる日仏の医療保険制度体系の詳しい比較を行い、また両国の政治制度（政府、与党、およびそれらの間の関係性）を比較分析することで、実現されやすい政策選択肢とそうでない選択肢について見通しを得ることを目指す。

## 第 2 章 医療保険改革の分析枠組み——日仏における医療保険制度と医療政治の概要

本章では日仏の医療保険制度体系の比較を行った後で、医療保険改革に関連する政府・与党・利益団体といったアクターの特徴を同じく比較する。それによって 1970 年代以降の両国の医療保険制度改革において医療費抑制が成功（失敗）しやすい理由、財源改革が成功（失敗）しやすい理由を政治制度・医療保険制度の両面から明らかにしていく。

まず、2-1.では日仏における医療保険制度体系の確立に至る歴史的経緯を振り返り、日本の医療保険制度においては運営面でも財源面でも政府の役割が大きく、政府によるコントロールが効きやすくなっていること、フランスでは医療保険制度は労使が管理し、財源面でも労使の社会保険料拠出が用いられているため政府からの自律性が相対的に高く、政府による医療保険制度を通じた医療費のコントロールが困難になりやすいことを示す。いいかえれば、フランスの医療保険制度がドイツ型（ビスマルク型）の社会保障制度の理念型<sup>1</sup>に近く、日本のそれは政府・税財源の役割が大きく、ドイツ型からの逸脱が顕著であることが要点である。

2-2.では 1960 年代以降確立された両国の医療保険制度をより詳しく比較することで日本の制度設計の方が費用抑制圧力がかかりやすく、また費用抑制を実施しやすいことを示す。検討対象は医療機関が受け取る診療報酬のシステム、その改定方法、医療保険の財源構成の三点である。

2-3.では両国の政治制度を比較することで、医療保険改革の政治過程がどのような特徴を帯びることになるか検討する。日本では行政府・与党の凝集性が低く、首相・内閣が官僚制や与党に対してリーダーシップを発揮することが困難であり、反対にフランスでは行政府・与党の凝集性が高く、執行府（大統領・首相）のリーダーシップが確立されているというコントラストを提示し、こうした政治制度上の違いが社会保障改革にもたらす影響に

---

<sup>1</sup> ブルーノ・パリエはビスマルク型の社会保障制度の特徴を以下の四点にまとめている。すなわち、①労働・社会保険料拠出に基づく受給権、②拠出実績に応じた給付、③税ではなく社会保険料による財源調達、④政府機関ではなく労使が管理する社会保障基金などの準公的組織による運営である。パリエやジュリアーノ・ボノーリなどの大陸ヨーロッパの研究者はビスマルク型とベヴァリッジ型の社会保障制度を対置している。ベヴァリッジ型の社会保障制度では、①受給権は居住または必要によって得られ、②給付は均一であり、③税を財源とし、④制度の管理者は国家であるとされる。Bruno Palier, 2010a, “Ordering Change : Understanding the ‘Bismarckian’ Welfare Reform Trajectory,” Bruno Palier (ed.), *A Long Goodbye to Bismarck? : the Politics of Welfare Reform in Continental Europe*, Amsterdam : Amsterdam University Press, p. 24 ; Giuliano Bonoli, 1997a, “Classifying Welfare States : a Two-dimension Approach,” *Journal of Social Policy*, 26(3), pp. 351-72 ; Jean-Claude Barbier et Bruno Théret, 2009, *Le système français de protection sociale*, Paris : La Découverte, pp. 16-8. ただし、ボノーリも上記の論文で認めているように、ベヴァリッジ型という類型にはミーンズテスト付きの選別主義的な給付と万人に受給権がある普遍主義的な給付の区別ができないという欠点があり、そもそもウィリアム・ベヴァリッジ (William H. Beveridge) はミーンズテストを嫌い拠出制の制度を重視していたため名称にも難がある。Bonoli, art. cit., pp. 357-8.

ついて考察する。

最後に、2-4.では医療保険改革に関係する重要な利益団体である医師の団体と、労使などの保険者のあり方について比較分析を行う。日本で医療費抑制のための妥協が形成されやすい理由、フランスではされにくい理由を利益団体の配置から考察していく。

## 2-1. 日仏の医療保険制度体系の成立過程

本節の狙いは日仏の医療保険制度の歴史的な形成過程を検討し、基本設計における共通点と相違点を明らかにすることである。とくに 1970 年代以降の日仏における医療保険改革の展開の相違を説明するために鍵となる医療保険制度上の重要な相違点を特定していく。

第二次世界大戦後に西欧では普遍的な医療保障を実現するために大きく二つの方法がとられた。イギリスのナショナル・ヘルス・サービス（NHS）に代表される税財源の国営医療制度を創設する方法と、社会保険としての医療保険制度を賃金労働者のみならず全国民（住民）に拡張適用していく方法である<sup>2</sup>。日本とフランスでも第一次世界大戦後にまず賃金労働者向けの公的医療保険制度が創設され、続いてそれ以外の農民や自営業者などの人々が公的医療保険制度に包摂されていった。したがって、両国とも第二の方法をとった国々、すなわち社会保険の多元化によって万人のための医療保障を整備した国々に分類されよう。

ただし、日本は被用者保険（労働者保険）とは別に、農民や自営業者らのために地域単位の国民健康保険制度を導入し、ドイツ型の職域保険と北欧型の地域保険の二本立てによる国民皆保険体制を実現していくという独特の経路を辿ってきた。こうした制度創設期におけるデザインの違いはその後の医療保険改革の展開にも大きな影響を与えていく。

以下では第一次大戦後の最初の公的医療保険制度の創設から第二次大戦後の公的医療保険の一般化に至る歴史的な経緯を検討する。日仏どちらも社会保険の分立によって医療保障の一般化を目指すのだが、その分立社会保険に対する政府の関与の仕方には重要な違いが見られる。つまり、保険者は誰か、財源には何が用いられているかという点で日本では中央・地方政府の役割が大きく、フランスでは医療保険制度を労使の代表が管理し、財源には税ではなく労使の社会保険料を用いるという意味で社会保険制度の国家からの自律性が相対的に高い。本節では両国の医療保険制度の歴史的な特徴を整理し、次節 2-2.ではより詳しい制度比較を行っていく。

---

<sup>2</sup> Bruno Palier, 2011, *La réforme des systèmes de santé* (5<sup>e</sup> éd.), Paris : Presses Universitaires de France, « Que sais-je », pp. 19-22 (=2010, 林昌宏訳『医療制度改革：先進国の実情とその課題』文庫クセジュ, pp. 22-5)。なお、日本語訳書は原書の第 4 版に依拠している。



a. 日本における公的医療保険制度の登場<sup>3</sup>

### 健康保険法（1922 年）

日本で健康保険法が制定されたのは第一次世界大戦後の 1922 年のことである（1927 年実施）。明治維新以降、とくに 19 世紀末から産業化が進んだことに伴い、日本でも労働運動が勃興するようになった。明治政府は労働運動・社会主義運動対策に取り組み、治安警察法の制定（1900 年）に見られるような弾圧策をとっている。他方、重化学工業化を進めていく上で工場労働者を保護する必要もあったため、1911 年の工場法のように労働者保護法制も行われた。1922 年の健康保険法制定もこのような労働運動の抑止と産業労働者の保護という政策の流れに位置づけられる。第一次大戦後には労働運動が激化しており、また大戦を通じて工業化がさらに進展していた。

健康保険法には以下のような特徴があった<sup>4</sup>。第一に、労働者を対象とした労働者保険であるとともに、多数の保険者が分立する職域保険であった。上記のような経緯から、健康保険法の適用対象は鉱山・工場などで働くブルーカラー労働者に限定され、農民や従業員 10 人未満の零細事業所の労働者は対象外とされていた<sup>5</sup>。また、保険者は大企業については独自の健康保険組合の設立が可能とされ（組合管掌健康保険）、中小企業については政府とされた（政府管掌健康保険）。第二の特徴は、政府の役割が大きいことである。既に一部の大企業は独自の共済組合を有していたが<sup>6</sup>、民間の共済組合には健康保険法の事務代行が認められず、健康保険組合への移行が強制された。政府管掌健康保険についてその名の通り政府が保険者となっている<sup>7</sup>。第三に、財源として労使の保険料のみならず国庫補助が導入されたことである。

---

<sup>3</sup> 日本の公的医療保険制度の成立史については以下の文献を参考にした。横山和彦、田多英範編、1991、『日本社会保障の歴史』学文社；相澤與一、2003、『日本社会保険の成立』日本史リブレット；島崎謙治、2005、「わが国の医療保険制度の歴史と展開」池上直己、遠藤久夫編『医療保険・診療報酬制度（講座：医療経済・政策学 2）』勁草書房、pp. 1-53；吉原健二、和田勝、2008、『日本医療保険制度史（増補改訂版）』東洋経済新報社；井伊雅子、2009、「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、pp. 237-58；田多英範、2009、『日本社会保障制度成立史論』光生館；佐口卓、1977、『日本社会保険制度史』勁草書房；坂口正之、1985、『日本健康保険法成立史論』晃洋書房；厚生省五十年史編集委員会編、1988、『厚生省五十年史（記述編・資料編）』厚生問題研究会：中央法規出版。

<sup>4</sup> 西崎緑、1991、「社会保険制度の歩み」横山、田多編前掲『日本社会保障の歴史』、pp. 46-8；井伊前掲論文、pp. 240-1。

<sup>5</sup> 1934 年改正による適用範囲の拡大や、1942 年改正によるホワイトカラー労働者の職員健康保険（1939 年創設）との統合により、1944 年には約 470 万人が被保険者となった（西崎前掲論文、pp. 49-50）。

<sup>6</sup> 健康保険法制定に先立ち、長崎三菱造船所や鐘紡などの一部の企業の経営者が労働者に対する福利厚生として傷害・疾病・死亡などに対する給付を行う共済組合を組織していた。また、国鉄共済のような官業共済も設立されていた。

<sup>7</sup> これはドイツとは異なり医療保険の運営を担えるような自治的共済組織が十分発達していなかったためと指摘されている（島崎前掲論文、p. 4）。

要約すると、日本の医療保険制度はドイツの疾病保険<sup>8</sup>を範とした職域社会保険であるものの、保険者の自律的・自治的性格が弱く（政府の役割が大きく）、その意味でビスマルク型の社会保険制度の理念型から逸脱した形で出発することになった。こうした特徴はその後医療保険制度体系の発展を通じて維持されていく。

なお、この健康保険制度における保険診療は、政府管掌健康保険では、政府と医師会の契約に基づき、被保険者数に基づく総額を医師会に支払い、これが個々の医師に活動実績に応じて配分されるという仕組みで行われていた（人頭割請負方式）。この仕組みのもとでは医師は低額の報酬しか受け取れず、粗診粗療や差別診療が生じていたとされる<sup>9</sup>。また、組管掌健康保険はそれぞれ医療機関と直接契約を結び、人頭式や定額式で診療報酬が支払われていた。

### 国民健康保険法（1938 年）

労働者保険に続けて 1938 年には農民・零細事業者のために国民健康保険の導入が決まった。健康保険法が導入された 1920 年代の日本では有業者に占める第二次産業（鉱業、建設業、製造業）従事者の割合は 20%に過ぎず、第一次産業（農林漁業）従事者が 50%を占めており<sup>10</sup>、第一次大戦後の不況や社会不安への対策としてはブルーカラー労働者のみならず農民や零細事業者の保護が重要であった。

1920 年代後半以降、金融恐慌の発生に続いてアメリカ発の世界恐慌の波及により都市では銀行や企業が倒産し、失業者が増加した。農村でも輸出の減少により生糸や繭を生産していた農家が打撃を受けており、都市の失業者が帰村したことで農村はさらに窮乏した<sup>11</sup>。農村では貧困と健康状態の悪化（結核が蔓延）が深刻化し、無医村の問題も認識されていた。また、兵力の供給源でもある農村における健康状態の悪化は軍事的な観点からも問題視されていた。こうして政府は 1930 年代に農民の医療費軽減と医療供給の確保の検討に取り組み、1938 年に国民健康保険法が制定された。

国民健康保険の加入対象者は、市町村単位で設立される普通国民健康保険組合（農村）の場合、先に成立していた健康保険の被保険者以外の者（典型的には農民）とされ、また同業者を組合員とする特別国民健康保険組合（都市）の結成も可能とされた。これによって労働者以外への公的医療保険制度の適用が図られることになった。組合の設立・加入は任意とされたが、1941 年には約 2,000 組合、630 万人程度が制度の対象となった<sup>12</sup>。財源には組合員の保険料に加えて、国庫補助も導入された。

---

<sup>8</sup> 1880 年代にドイツで初めて導入された公的医療保険はビスマルクによる上からの労働者懐柔策であった。明治日本の官僚たちはドイツで導入された社会保険を研究していた。

<sup>9</sup> 西崎前掲論文, pp. 48-51。

<sup>10</sup> 国立社会保障・人口問題研究所, 2010, 『人口統計資料集（2010 年版）』国立社会保障・人口問題研究所ホームページ <<http://www.ipss.go.jp/syoushika/tohkei/Popular/Popular2010.asp?chap=0>> 2014 年 3 月 27 日閲覧。

<sup>11</sup> 井伊前掲論文, p. 242。

<sup>12</sup> 西崎前掲論文, p. 55。

被用者の健康保険組合でも新設された国民健康保険組合でも、保険診療は組合と医療機関との契約によって行われる仕組みであったが、1942 年の法改正によって政府による医療保険・医療機関に対する統制が強められた。第一に、知事が必要と認めた場合、国民健康保険組合の強制設立が可能とされた。第二に、知事が各保険共通の保険医療機関を強制指定できるようになった。第三に、診療報酬については厚生大臣が全国的な公定料金を定めることになった（支払いは出来高払い制）。戦時下の健民健兵政策の一環として、政府による医師に対する統制、医療保険に対する統制（それを通じた農村社会の統制）が図られたのだった<sup>13</sup>。これによってほとんどの市町村に国民健康保険組合が一応設立されたが（第一次国民皆保険）、実際には医師・医薬品不足によって医療保険としての実質は備わっていなかった。とはいえ、診療報酬公定価格制や行政による保険医の指定制（戦後、強制指定制から同意指定制に戻される）など、戦後の医療保険制度の骨格がこの時作られたとも評価されている<sup>14</sup>。

### 被用者保険と地域保険の二元体制

このように第二次世界大戦前の段階で日本では労働者のための健康保険と、それ以外の農民や自営業者のための国民健康保険の二本立てによる医療保険制度体系が成立することになった。ここで注目されるのは、後者の普通国民健康保険組合が、企業や同一職種を単位としたビスマルク型の職域保険とは異なり、北欧型の地域保険であるということである<sup>15</sup>。先述のように、20 世紀前半の日本では有業者の約半分が第一次産業に従事しており、都市労働者を対象とするドイツ型の社会保険だけでは医療保険の一般化（そして、それを通じた貧困の削減と社会の安定）を達成することができなかったのである<sup>16</sup>。このため日本の公的医療保険はドイツ型と北欧型の折衷型と特徴づけられている<sup>17</sup>。

こうした被用者保険と地域保険の二元体制は戦後の国民皆保険実現時においても維持される。つまり、国民皆保険の実現は、地域保険たる国民健康保険の全国的普及によって達成されるのである。フランスとの比較の上で重要なのは、戦後国民健康保険が公営化され、また国庫補助の増強によって発展していくことである。第二次世界大戦後には、運営面でも財源面でも政府の役割が大きいという日本の医療保険制度体系の特徴が明確化していく。そうした制度的な特徴が高成長終焉後の医療保険改革の展開に重要な影響を与えるのである。

---

<sup>13</sup> 西崎前掲論文, pp. 55-6; 吉原, 和田前掲書, pp. 105-8。

<sup>14</sup> 吉原, 和田前掲書, pp. 106-7。

<sup>15</sup> 李蓮花, 2011, 「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』3(2), p. 112。

<sup>16</sup> 広井良典, 1999, 『日本の社会保障』岩波新書, pp. 55-61。

<sup>17</sup> 同上, pp. 38-48; 李前掲論文; 金成垣, 2013, 「ポスト「三つの世界」論の可能性——比較福祉国家研究における類型論と段階論」武川正吾編『公共性の福祉社会学：公正な社会とは』東京大学出版会, pp. 180-2。これらの研究はこうした日本の医療保険制度の特徴を日本が後発資本主義国であるという視点から把握している。この点については後で再び触れる。

## b. 日本における国民皆保険体制の確立

### 医療保険制度の再建

第二次大戦後に日本の医療保険制度は危機的な状況に陥るが、1950年代には経済復興に伴って既存の制度の再建を超えて制度の拡大・完成へと向かっていく。終戦後の物資不足と激しいインフレのなかで、戦前に創設された医療保険制度は機能停止に陥った。被用者の健康保険・農村の国民健康保険ともに被保険者数が激減し、またインフレを背景として保険診療を拒否する医療機関が多数存在していた。こうした状況に対して、医療保険から医療機関に支払われる診療報酬の単価の引き上げが繰り返され、また支払いの迅速化が図られたことなどにより、1940年代の終わりから保険診療が広く行われるようになった。

1950年代に入ると朝鮮特需景気によって医療保険財政は好転し、1953年には健康保険の適用業種の拡大や給付期間の延長などの拡大策がとられている。また、加入者の減少と財政赤字によって存亡の危機に立たされていた国民健康保険の建て直しも行われた。第一に、1948年改正によって保険者が従来の国民健康保険組合から市町村公営に変更され、引き続き設立は任意とされたものの、いったん制度が設立された場合の対象者の加入は強制とされた。第二に、1951年からは保険料徴収を確実なものとするために、保険料ではなく国民健康保険税としての徴収が可能になった<sup>18</sup>。第三に、1953年に医療費の2割にあたる国庫補助が導入された。その後、国庫補助率は法定化され、現在に至るまで国民健康保険は国庫負担を前提として成り立っている。国庫補助の増強によって国民健康保険の運営は次第に安定化していった<sup>19</sup>。

なお、健保・国保の再建と並行して終戦から1950年代にかけて国家公務員共済や私学共済などの多数の共済組合が創設された。こうして、職域保険が多数存在するとともに、各市町村には地域保険としての国保が存在するという、独特の二元的医療保険制度体系が成立することになった。

しかし、それでも公的医療保険の未適用問題は存続していた。とりわけ、市町村国保の設立が任意であったため、1950年代になっても約4割の市町村は国保を設立していなかった。国保未設立の市町村では農業従事者や自営業者は医療保険に加入できず、また従業員5人未満の零細企業も健康保険が任意適用とされていたため、1950年代後半にはなお2,000万人を超える人々が公的医療保険に未加入の無保険者となっていた<sup>20</sup>。

---

<sup>18</sup> 保険料よりも税とした方が住民の滞納が減るだろうという考えに基づく「収納率向上のための一種の便法」であり、法律効果の違いはほとんどない（島崎謙治, 2011, 『日本の医療：制度と政策』東京大学出版会, p. 59）。

<sup>19</sup> 以上、戦後の再建については以下の文献に依拠した。横山和彦, 1991, 「分立型国民皆保険体制の確立」横山, 田多編前掲『日本社会保障の歴史』, pp. 123-32; 田多前掲書, pp. 111-8; 井伊前掲論文, pp. 246-7。

<sup>20</sup> 以上、田多前掲書, pp. 133-4。

## 国民皆保険の実現

無保険者対策に弾みをつけたのは 1955 年に政府管掌健康保険の赤字問題を検討するために設置された「7 人委員会」である<sup>21</sup>。政管健保の再建・拡大に伴い給付費も増加し、再び赤字が深刻化していたが、同委員会は、医療保険未適用者が多数存在するなかで政管健保の財政対策として国庫負担を導入するのは認めがたいとして、未適用者問題に触れることになった。同年、同委員会は従業員 5 人未満の零細企業の従業員のために特別健康保険制度を創設し、また農民や商人など被用者以外の人々にも医療保障を提供するために、国民健康保険の強制設立を提言した<sup>22</sup>。

その後、1955 年に保守合同によって結成された自由民主党の鳩山一郎首相も 1956 年 1 月 30 日の施政方針演説で「将来、全国民を包含する総合的な医療保障を達成すること为目标として、計画を進めていくつもりでございます」と皆保険実現計画を明らかにし、社会保障制度審議会の「医療保障制度に関する勧告」（1956 年）でも皆保険実現が強調された。これらを受けて、政府は 1957 年 2 月に「国民健康保険全国普及 4 カ年計画」の大綱を発表し、4 月には厚生省に国民皆保険推進本部を設置して、国民健康保険法の全面改正のための作業に着手した。新国民健康保険法案は 1958 年 3 月に国会に提出され、同年末に成立した<sup>23</sup>。

新国保法では市町村に国民健康保険事業の運営が義務づけられ、他の医療保険制度に加入していない全ての住民が加入することになった。財源としては加入者の保険料に加えて、医療費の 25% を国が負担することになった。同法は 1959 年から施行され、1961 年に国民皆保険が実現した。この時点で日本の公的医療保険制度体系は完成されたといえよう。また、1963 年には診療報酬の地域差が撤廃され、全ての国民がなんらかの公的医療保険制度に加入し、全国一律の料金体系に基づいて自由に医療機関を受診することができるという現在まで続く医療制度が成立する<sup>24</sup>。

## 考察——運営・財源における国家の役割の大きさ

このように戦後日本における国民皆保険の達成は、労働者向けの健康保険の拡張適用（および各種共済組合の設立）を経て、これらの保険に加入できない農民・自営業者らのための受け皿として地域保険である国民健康保険を各市町村に設立することによって最終的に実現された。したがって、日本は、まず賃金労働者向けの公的医療保険制度を創設し、その後制度の多元化によって万人のための医療保障を実現した国々のなかに分類されよう。

ただし、日本の公的医療保険制度体系にはドイツやフランスには見られない重要な特徴

---

<sup>21</sup> 正式名称は「健康保険および船員保険の財政対策に関し審議するため臨時に委嘱された委員会」。田多前掲書, p. 140。

<sup>22</sup> なお、政管健保の財政対策としては 1957 年改正によって 30 億円の国庫補助が導入され、被保険者に初診料 100 円・入院 1 日 30 円という一部負担金が課された。

<sup>23</sup> 以上、田多前掲書, pp. 140-3 に依拠してまとめた。

<sup>24</sup> ただし、加入する医療保険制度によって保険料負担や給付水準が異なるという現在も残る制度間格差もまた存在していた。

が見られる。第一に、被用者保険における政府の役割の大きさである<sup>25</sup>。日本では大企業は独自に健康保険組合を設立することができるが、中小企業の被用者は一括して政府管掌健康保険に加入している。ビスマルク型の社会保険制度が本来職域の代表（労使）によって自治的に運営されることが期待されているのに対して、政府管掌健康保険の保険者はその名の通り政府（厚生省）であり、政府（厚生省）が直接その財政や運営に責任を有しているのである<sup>26</sup>。千を超える健康保険組合があるなかで、全国の中小企業被用者が加入する政管健保は突出して大きな保険者であり、しかもそれを厚生省が管轄しているということは、診療側との交渉においても政府が大きな役割を果たすことを含意する。日本の医療保険制度体系においては、政府は保険者間の調整役や、保険者と診療側の調整役を超えて、自身が保険者であり交渉当事者でもあるのである。

第二の特徴は、地域保険としての国民健康保険である。ドイツやフランスでは職域保険の分立によって医療保険の適用対象が拡大していったのに対して、日本ではドイツ型の職域保険と北欧型の地域保険の双方を組み合わせるという独特の手法で国民皆保険を達成することになった<sup>27</sup>。国保の保険者は全国の市町村であり、診療報酬をめぐる診療側との交渉には市町村代表が参加してきた。なお、1958年の新国保法により国保事業は市町村の固有事務から団体委任事務に改められ、国の責任が明確化された<sup>28</sup>。また、国保には後述するように多額の国庫補助が投入されている。以上を要約すると、ドイツやフランスと比較した場合、保険者としての政府（とりわけ中央政府）の役割が大きいことが日本の医療保険制度体系の特徴といえる。

日本でビスマルク型社会保険の理念型に近い組合健保とは別に政管健保や市町村国保が導入されてきたことは、後発資本主義国としての日本における「経済の二重構造問題」への対応として説明されてきた。後発国がキャッチアップを急ぐ過程では大企業と中小企業の間で生産性と賃金の格差が広がる。両大戦間期の日本でも、重工業化を目指すなかでこうした経済の二重構造化が生じており<sup>29</sup>、政管健保は「中小企業対策」として機能したというのである<sup>30</sup>。

戦後、1950年代に至っても日本では農業・自営業・零細企業部門の規模が欧米の先進資本主義国に比べて大きなままであった。1957年の『経済白書』は「わが国雇用構造におい

---

<sup>25</sup> 広井前掲書, pp. 52-5; 池上直己, ジョン・C・キャンベル, 1996, 『日本の医療：統制とバランス感覚』中公新書, pp. 105-6。

<sup>26</sup> 正確には、厚生省保険局の医療課が医療費の推計を行い、診療側との交渉にあたり、同じ局の企画課が政管健保の企画面を担当し、同省の外局である旧社会保険庁が運用面を担っていた（池上, キャンベル前掲書, p. 126）。昭和期の厚生省の組織については、厚生省五十年史編集委員会編前掲『厚生省五十年史（記述編・資料編）』を見よ。

<sup>27</sup> 注 17 の参考文献を見よ。

<sup>28</sup> 島崎前掲書, p. 60。

<sup>29</sup> 速水佑次郎, 1995, 『開発経済学：諸国民の貧困と富』, 創文社, pp. 188-9。

<sup>30</sup> 広井良典はこれをまた「一種の国家パターンリズム」、「国家主導の社会保険」としている（広井前掲書, pp. 53-4）。

ては一方に近代的大企業、他方に前近代的な労資関係に立つ小企業および家族経営による零細企業と農業が両極に対立し、…いわば一国のうちに、先進国と後進国の二重構造が存在するのに等しい」と述べ、二重構造問題の解決を重要政策課題としている<sup>31</sup>。1950年代半ばの日本の就業構造を従業上の地位別に見ると、①賃金労働者の割合は46%にすぎず、イギリスの9割、アメリカの8割に比べてはるかに及ばなかった<sup>32</sup>。他方、②農民や中小商工主のような自営業者は24%、③農村の婦女子のような家族労働者は30%と欧米先進諸国に比べてきわめて高水準だった。この他にも、1955年の時点の農業人口の割合は日本では38%であり、アメリカの10%、イギリスの4%に比べて圧倒的に大きいこと、企業規模別に見た場合、国際比較上日本では零細企業の比重が大きいことが指摘されている<sup>33</sup>。

こうした就業構造においては、被用者保険のみでは国民皆保険の実現は不可能であった。安定した雇用関係と労使の保険料拠出を前提とする労働者保険を零細企業や農民に適用するのは困難であり、別途地方政府を保険者とする地域保険が導入されることになったというわけである<sup>34</sup>。

こうして全国民を対象とする医療保険制度体系の確立にあたっては、①規模が大きく高賃金の大企業は独自の健保組合を有し（組合管掌健康保険）、②中小企業被用者のためには政府が保険を提供し（政府管掌健康保険）、③これにも加入できない零細企業従業員や農民などのために市町村が保険を提供することになった（国民健康保険）。これ以降、日本の医療保険制度体系においてはこれらが三大医療保険制度であり続けている。

また、こうした医療保険制度体系の設計方法からは大陸ヨーロッパ諸国に比べた際のもう一つの大きな特徴である税財源（国庫負担）の割合の高さが導かれることになる<sup>35</sup>。すなわち、国保に加入する自営業者には使用者負担分の保険料を拠出してくれるような事業主が存在せず、零細企業の従業員には大企業の被用者に比べて保険料の負担能力が限られるため、加入者の保険料以外にも税の投入がなければ制度の運営が困難であった<sup>36</sup>。国保における国庫負担の割合は1953年の段階で医療費の2割だったが、繰り返し引き上げが実施され、1966年には医療費の45%が国庫負担となる<sup>37</sup>。また、大企業の組合健保と比べ、中小

<sup>31</sup> 経済企画庁編, 1957, 『経済白書（昭和32年版）』至誠堂, pp. 35-36。

<sup>32</sup> 同上, pp. 34-5（1956年版のILO Year Bookが引用されている）。

<sup>33</sup> 同上。

<sup>34</sup> 国民皆年金も、被用者向けの厚生年金（1941年創設）とは別に1959年に農民・自営業者らのための国民年金制度が法制化されることで実現された。

<sup>35</sup> 広井前掲書, p. 47；田多前掲書, pp. 180-1；李前掲論文, pp. 115-6。

<sup>36</sup> 同様の事情から、国民年金においても国庫負担が投入された。

<sup>37</sup> なお、就業構造の変化によって、皆保険発足当時の主たる国保加入者であった農林水産業者は急速に減少に向かったが、被用者保険の退職者が国保に移行するという仕組みが存在するため、国保が医療保険制度体系に占める重要性は必ずしも低下しなかった。時代を経るにつれ、農民・自営業者の保険だった国保は高齢者・退職者の保険という性格を強めていく。さらに、1990年代から雇用環境の悪化によって被用者保険から国保に移る者も増え、医療保険制度加入者全体に占める国保加入者の割合は増加に転じている。この点に関しては2-2. d.で再び触れる。

企業被用者が加入する政管健保でも保険料収入に限られ、やはり国庫補助なしでは給付水準を維持・改善することができなかった<sup>38</sup>。1973年には政管健保への国庫補助が定率化(10%)され、国保ほどではないせよ、一定の国庫負担が投入され続けている。

このように財源面についても日本の医療保険制度はビスマルク型の理念型から逸脱しており、保険料方式と税方式の混合型であるといえる<sup>39</sup>。第二次世界大戦後、ドイツやフランスの医療保険制度にも税財源が全く投入されていないわけではないが、各保険者が保険料を自主財源とすることが原則であり、日本のように大規模に税負担が導入されているというわけではない。これに対して日本では国庫負担の増強が医療保険の充実のための財源として用いられ、国民医療費に占める国庫負担の割合は1960年度の15.7%からピーク時の1983年度には30.6%にも達した<sup>40</sup>。しかし、国庫負担への依存度の高さは、高度経済成長が終わり国家財政が逼迫するようになると医療保険制度に対する財務担当官庁（大蔵省）からの厳しい費用抑制圧力を招くことになるだろう。

以上の日本に関する議論を要約すると、日本の医療保険制度体系の第一の特徴は、政府自身が保険者（の一員）となり、保険者間の調整や保険者と診療側の調整にとどまらず、政府自ら医療保険制度の運営に責任を持ち、診療側との交渉にも参加するということである。中小企業被用者については政府が保険者となり（政府管掌健康保険）、被用者保険に加入できない者については地方政府（市町村）が保険者となっている（国民健康保険）<sup>41</sup>。第二の特徴は、医療保険制度体系を運営するにあたって、税負担（その大部分は国庫負担）の規模が大きいことである。高成長時代に市町村国保は財源の半分を国庫負担に依存し、被用者保険である政管健保でさえ国庫負担による財政対策がとられていた。これに対してフランスでは社会保険の管理運営と財政の双方における国家からの自律が制度設計の基本原則であった。

---

<sup>38</sup> 1970年代まで政管健保は国鉄・コメと並ぶ3K赤字などといわれていた。

<sup>39</sup> 広井前掲書, p. 47。

<sup>40</sup> 厚生省, 1997, 『平成7年度版国民医療費の概況』厚生労働省ホームページ <<http://www1.mhlw.go.jp/toukei/k-iryo/index.html>> 2014年3月27日閲覧。国民医療費とは1年間に保険診療による治療にかかった費用を指し、財源別に見ると公費負担（国庫負担・地方負担）、保険料負担（事業主負担・被保険者負担）、患者負担の三つからなる。

<sup>41</sup> 大企業の健康保険組合は労使が運営しているが、これは国の健康保険事業を委託されたものである。



### c. フランスにおける公的医療保険制度の登場<sup>42</sup>

フランスの社会保険の発展の前史として重要なのは 19 世紀の後半以降増加した共済組合である<sup>43</sup>。フランス革命期以降、一時同業組合が禁止されたが、19 世紀半ばになるとむしろ国家と個人の間に中間団体が存在することによってこそ個人の自由が確立されるという考え方が強くなっていき、共済組合の合法化と設立の推進が行われた。第二帝政期の 1860 年代には、「福祉国家 (l'État-providence)」という言葉は社会改良主義らによって否定的なニュアンスで用いられていた。つまり、フランス革命以来国家と個人の間に位置する労働組合や共済組合などの中間団体の活動が抑圧され、国家が「神の摂理 (la divine providence, la providence de Dieu)」に代わって救済を独占的に実施しようとするのを批判するために用いられていたのである<sup>44</sup>。19 世紀後半以降、各地に組織された共済組合は組合員<sup>45</sup>からの掛け金を原資として疾病、老齢、傷害などのリスクに対する給付を行っており、組合員は無料または有料で医師の治療を受けることができた<sup>46</sup>。両大戦間期に社会保険制度が導入される際に共済組合は国家管理に反対し、保険者としての役割を維持することになる。

フランスで法定の医療保険制度が成立したのは隣国であるドイツやイギリス、さらには日本よりも遅く 1928 年のことである<sup>47</sup>（ドイツでは 1880 年代に疾病保険制度が、イギリス

<sup>42</sup> フランスの医療保険制度成立史については以下のような文献がある。加藤智章, 1984, 「フランス社会保障制度の構造とその特徴——ラロックプランの成立まで」『北大法学論集』35(3・4), pp. 451-513; 田端博邦, 1985, 「フランスにおける社会保障制度の成立過程」東京大学社会科学研究所編『福祉国家 2: 福祉国家の展開 1』東京大学出版会, pp. 113-168; 久塚純一, 1991, 『フランス社会保障医療形成史: 伝統的自由医療から社会保障医療へ』九州大学法学叢書; 加藤智章, 1995, 『医療保険と年金保険: フランス社会保障制度における自律と平等』北海道大学図書刊行会; 松本由美, 2012, 『フランスの医療保障システムの歴史的変容』早稲田大学モノグラフ; Henry C. Galant, 1955, *Histoire politique de la sécurité sociale française*, Paris: Armand Colin; Henri Hatzfeld, 1971, *Du paupérisme à la sécurité sociale: essai sur les origines de la sécurité sociale en France 1850-1940*, Paris: Armand Colin; Peter Baldwin, 1990, *The Politics of Social Solidarity: Class Bases of the European Welfare State 1875-1975*, Cambridge [Cambridgeshire]; New York: Cambridge University Press; Ellen M. Immergut, 1992, *Health Politics: Interests and Institutions in Western Europe*, Cambridge: Cambridge University Press.

<sup>43</sup> 中上光夫, 1979a, 「19 世紀末におけるフランスの共済組合 (上)」『三田学会雑誌』72(4), pp. 63(467)-93(497); 中上光夫, 1979b, 「19 世紀末におけるフランスの共済組合 (下)」『三田学会雑誌』72(5), pp. 62(620)-79(637); 松本前掲書; Bernard Gibaud, 1986, *De la mutualité à la sécurité sociale: conflits et convergences*, Paris: Editions ouvrières.

<sup>44</sup> François-Xavier Merrien, 2000, *L'État-providence* (2<sup>e</sup> éd.), Paris: Presses Universitaires de France, « Que sais-je? », pp. 7-9 (=2001, 石塚秀雄訳『福祉国家』文庫クセジュ, pp. 13-5); 深澤敦, 2013, 「『福祉国家』とマルチチュード的抵抗主体」『社会政策』4(3), pp. 1-3.

<sup>45</sup> もともと労働運動との結びつきが強かったが、時代を経るにつれ小商人・手工業者などの比重が増大した。第三共和制期の 1898 年の共済組合法によって設立が容易になり、同年 190 万人だった組合員数は 1914 年には 530 万人へと増加した (松本前掲書, pp. 46-7)。

<sup>46</sup> この他に一部の経営者によるパトロナージュ、パターナリズムとしての企業福祉も行われていた。

<sup>47</sup> これに先立ち、貧困者に対する医療保障制度として 1893 年に無償医療扶助法 (assistance médicale gratuite) が成立している。

では 1910 年代に国民保険制度が誕生している)。しかし、この法律は共済組合、農民、医師など多くの社会集団による反発を招き、上院による修正を受けて 1930 年に再可決されている(このため 1928-30 年法などと表記される)<sup>48</sup>。

このようにフランスで社会保険制度の創設が遅れた理由として、第一に工業化のペースが緩慢で自営業者(農民・職人・小商人)が多数存在し続けたという社会構造上の理由が指摘されている<sup>49</sup>。つまり、都市労働者の失業や貧困に対処する緊急性が相対的に乏しかったというのである<sup>50</sup>。

第二に、イデオロギー的な背景として、第三共和制期(1870～1940 年)における自由主義的な国家観、すなわち介入主義的国家に対する強い警戒が挙げられる<sup>51</sup>。ナポレオン 3 世を皇帝とする第二帝政の崩壊後に成立した第三共和制では、大統領・内閣の権限を極力抑制することが共和主義的と考えられ、実際に政治制度はそのように運用されていた<sup>52</sup>。第三共和制時代の中核的社会集団である小ブルジョワジー(農業経営者・自営業者)は保護主義的な経済政策を享受しており、彼らにとっては国家による社会政策は必要以上の余計な介入であった<sup>53</sup>。それが彼ら小ブルジョワジーから都市労働者への再分配を含むのであればなおさらである。第三共和制期の多くの社会集団は国家による社会政策に対して消極的であった<sup>54</sup>。

第三に、政治制度上の要因として、弱体な国家の存在を指摘できるだろう。第三共和制の政治体制は一言でいえば「議会絶対主義」である<sup>55</sup>。大統領は第三共和制初期の段階で実権を持たない象徴的な存在となり、内閣も議会の支持を得られない場合に議会解散権を行使することができず、総辞職に追い込まれていた。第三共和制の内閣は短命かつ弱体であり、70 年間に 100 回以上内閣が交代していた。国家には政策革新に取り組んだり、それを社会に定着させる能力が欠けていた。20 世紀前半のフランスでは社会立法の成立や定着は様々な社会集団の抵抗に直面し、推進者の期待通りには進まなかった。この点、ドイツで

<sup>48</sup> 公的年金制度の導入も抵抗に直面した。1910 年には一定所得以下の商工業・農業部門雇用者を対象とする強制加入の年金制度が創設されたが、加入を強制すること(保険料の徴収)に対する反発が強く、破棄院の判決によって創設後まもなくして任意加入とされた。

<sup>49</sup> Baldwin, *op. cit.*, p. 103.

<sup>50</sup> 20 世紀の前半に英米に比べてフランスでは失業者が少なかった理由として、そもそも失業者を生み出すような都市労働者層自体が薄かったことが挙げられる(竹岡敬温, 2001, 「世界恐慌期フランスの失業率」『大阪学院大学経済論集』15(1), pp. 1-17)。なお、フランスは 19 世紀後半の段階で既に高齢化社会に突入しており、人口増加のペースが緩やかであったため、20 世紀前半には失業よりも労働力不足の方が懸念されていた。このため家族政策の充実による出生促進や移民の受け入れによって労働力の確保が目指された。

<sup>51</sup> Baldwin, *op. cit.*, p. 102 ; Sylvie Guillaume 2002, *Le consensus à la française*, Paris : Belin, pp. 203-4.

<sup>52</sup> 押村高, 1993, 「国家体制史」奥島孝康, 中村紘一編『フランスの政治: 中央集権国家の伝統と変容』早稲田大学出版部, pp. 11-34 ; 渡辺和行, 南充彦, 森本哲郎, 1997, 『現代フランス政治史』ナカニシヤ出版。

<sup>53</sup> Baldwin, *op. cit.*, p. 104.

<sup>54</sup> 後述するように、社会政策の主たる対象となるはずの労働者たちのなかにも(他の国々と同様に)社会政策に対する警戒・反発が見られた。

<sup>55</sup> 押村前掲論文, pp. 27-9.

ビスマルク宰相が国家主導で社会保険の導入を推進することができたのとは対照的であった<sup>56</sup>。

1928-30 年の社会保険法制定の経緯を振り返ってみよう<sup>57</sup>。第一次世界大戦後にアルザス・ロレーヌ地方がドイツから返還されたことで、当地に存在していたドイツ式社会保険をフランス全土に一般化しようという機運が高まった。しかし、上記のように社会保険制度の導入は容易ではなかった。大企業経営者は保険料負担を強制されることを嫌い、CGT (Confédération générale du travail : 労働総同盟) と社会党は社会保険法案を支持したものの、CGTU (Confédération générale du travail unitaire : 統一労働総同盟) と共産党は反対し続けた<sup>58</sup>。手工業者・小商人などの自営業者は個人の自由の名の下に公的医療保険への強制加入に反対した。農民たちは農業における自営業者と雇用者の区別が困難であることや保険料負担を強制されることに反対し、労働者とは別建ての制度を創設することを要求した。従来から疾病リスクなどへの対応を担ってきた共済組合も自分たちの活動に対する国家管理の強化に抵抗した。

様々な社会集団による反発のなかでも重要なのは、医師たちが公的医療保険の創設に反対していたことである。一般に共済組合や公的医療保険のように医療費を集团的に負担しようとするメカニズムは医師にとってチャンスとリスクの双方を提供する<sup>59</sup>。つまり、医療保障の仕組みによって患者は医師の治療を受けやすくなり、これは医師にとっては顧客が増加することを意味する。しかしながら他方では、保険制度の運営を維持するために保険者が医師の診療や報酬について介入してくる恐れもある。実際、日本でもフランスでも公的医療保険の歴史は、医師が公的医療保険によって様々なコントロールを受けることで、診療や報酬に関する自由（自律性）を奪われていく歴史でもある。第 3 章以降で見ていくように、医療費抑制が政府の重要課題になるにつれこうした傾向はより一層強まっていく。

19 世紀後半には既にフランス各地で医師の組合が結成されていたが、公的医療保険制度創設に対して医師たちは診療の自由と経済的利益を守るために団結を強めていった。こうした動きが 1927 年の「自由医療憲章 (Charte de la médecine libérale)」の採択につながる。この憲章は医療保険制度創設の動きに対して医師の診療に関する自由・報酬に関する自由の確保を目指したものであり、その 7 原則は以下の通りである<sup>60</sup>。

<sup>56</sup> Baldwin, *op. cit.*, pp. 102-3.

<sup>57</sup> 加藤前掲論文；田端前掲論文；松本前掲書；Hatzfeld, *op. cit.*；Palier, 2011, *op. cit.*による。

<sup>58</sup> 第一次世界大戦後の社会党分裂・共産党結成に伴い労働運動も社会党系の CGT と共産党系の CGTU に分裂していた。CGTU は社会保険を労働者懐柔策として攻撃し、年金のための保険料の積立が軍国主義国家や資本家に利用されることに反対していた (Hatzfeld, *op. cit.*, p. 254)。

<sup>59</sup> Palier, *op. cit.*；Patrick Hassenteufel, 1997, *Les médecins face à l'État : Une comparaison européenne*, Paris : Presses de Sciences Po.

<sup>60</sup> Palier, *op. cit.*, p. 17 (同訳書, p. 20) . ただし、本文の訳は筆者が原書第 5 版に基づき行ったものである。また、Hassenteufel, *op. cit.*, pp. 97-8 も見よ。

1. 患者による医師の自由な選択（医療保険金庫が医師に患者を押し付けることへの拒否）
2. 職業上の秘密の遵守（医療保険金庫が医師の活動をコントロールすることへの拒否）
3. 患者を診察する度に報酬を受け取る権利（出来高払い制への執着、定額制や俸給制への拒否）
4. 患者から医師への料金の直接払いと、医師による自由な料金設定（医療保険からの第三者払いの拒否と、医師と患者による料金の直接取決め、すなわち医療保険金庫による料金決定の拒否）
5. 診療と処方自由（医療保険金庫による医師の診療のコントロールの拒否）
6. 医療保険金庫による患者のコントロールと、医師組合および医療仲裁委員会（*commission médicale d'arbitrage*）による医師のコントロール（医療保険金庫による医師に対するあらゆるコントロールの拒否）
7. 医療保険金庫における医師組合の代表の参加（同業組合的なコントロールへの意志）

憲章に掲げられたこれらの原則は 21 世紀に至るまでフランスの医師組合の行動規範となっている<sup>61</sup>。7 原則からは医師と患者との一対一の関係に対して第三者である保険者が介入することを極力防ごうとする意図が読み取れる。とくに重要なのは、医師と患者が料金を決めること、そして患者が医師に料金を直接支払うことが明記されていることである。前者は医療保険創設によって診療に対する統一的な料金表が設定されることを拒否したものであり、後者は患者がいったん治療費を全額支払った上で患者が保険者たる医療保険金庫に保険給付の申請を行う償還払い制を志向したものと見える。これ以降、フランス政府は現在に至るまで医師に全国一律の料金表を受け入れさせるのに苦勞していくことになる。また、保険者が診療の内容をコントロールすることが困難な状況が続いていく。次節 2-2. で述べるように、日本では全国一律の公定料金システムと、医療機関が保険者に保険給付を請求する第三者払い方式の確立に成功し、これらが 1980 年代以降に政府が医療費抑制政策を推し進めるにあたって有利な制度的条件となるのである。

難産の末、最終的に 1930 年に成立した社会保険制度は疾病・出産・老齢・障害・死亡を保険事故とする総合的な社会保険であり、フランス社会保障史上の重要な一步であった<sup>62</sup>。一定賃金以下の商工業被用者が強制加入の対象とされ、労働者の大半が社会保険の対象となった<sup>63</sup>。しかしながら、様々な社会集団に対する妥協も見られた。第一に、保険者は各県に設置される県金庫 (*caisse départementale*) と共済組合等が設立する初級金庫 (*caisse primaire*)

<sup>61</sup> もう一つの自由は、医師は好きな場所で開業することができるという「開業の自由」である。しかし、この自由を認めると医者が過剰または過少な地域が生じるため、近年フランス政府は開業の自由を制限しようと試みている（日本でも同様の状況が見られる）。

<sup>62</sup> 内容については、松本前掲書, pp. 75-81 が詳しく検討している。

<sup>63</sup> 1936 年の時点で非農業部門では就業人口の約 80% が加入していた。Pierre Guillaume, 1999, « L'assurance maladie-maternité-invalidité-décès dans les années trente », Michel Laroque (dir.), *Contribution à l'histoire financière de la Sécurité sociale*, Paris : La Documentation Française, p. 256.

とされ、共済組合が役割を果たし続けることになった。当初は県ごとに金庫を設置し、対象者を強制加入させるはずだったが、共済組合金庫・労働組合金庫・事業主金庫などの多様な金庫の設立が容認され、被保険者は金庫を自由に選択できることになった。第二に、財源については当初 10%の保険料を労使折半するはずだったが、負担が重すぎるとして労使の反発を招き、引き下げが決まった<sup>64</sup>。これを補うために国庫補助が導入されたが、1935年に減額、1941年には廃止された<sup>65</sup>。第三に、医師たちは出来高払い・償還払い・自由な料金設定という医療保険に対する自律を維持した。自由な料金設定について補足すると、疾病に関する金庫からの給付は金庫が定める責任料金表 (*tarif de responsabilité*) に基づいて行われ、診療費・薬剤費の 80%から 85%が金庫によって償還されることになったが、医師たちは金庫が定めた料金を上回る額を患者に請求していた。医師による報酬の超過請求 (*dépassement d'honoraires*) はその後医療政策上の重要争点となる。最後に、農民に対しては別建ての制度を創設した上で財源を補うために国庫補助金を投入することになった。日本のように地域保険は導入されず、農業被用者は独自の職域保険に加入し、これが財政移転によって維持される形となる。要するに、様々な政治的妥協の結果、金庫の設立の自由・被保険者による金庫の選択の自由・治療費の自由な料金設定といった種々の自由が認められ、政府による社会保険制度の直接的な管理や社会保険制度を通じた医師の活動の管理が避けられる形となった。

日本との比較の視点からこの社会保険制度について指摘しなければならない重要な特徴は、創設過程における議論および実際の制度化において社会保険の国営化が否定されたことである<sup>66</sup>。公的社会保険の保険者として共済組合などの役割が認められており、財源に関しても保険料不足分を補うため当初国庫補助が導入されたが、社会保険の財政上・管理運営上の自律性を強化するために後に廃止されている。管理運営面・財源面での自律性という原則は第二次大戦後の社会保障制度の設計においても重視されることになる。

#### d. 第二次世界大戦後の状況

#### 一元的制度創設の失敗と分立型社会保険体制の確立

他の先進諸国と同様に、フランスでも第二次大戦直後に社会保障制度の刷新が試みられるが、国家は戦後になっても社会集団の抵抗に直面した。終戦前の 1944 年の時点で対独レジスタンスによって戦後社会保障制度の構想が明らかにされ、終戦後の 1945 年秋には、社会保障の組織に関する 1945 年 10 月 4 日のオルドナンスと社会保険制度について定める 1945 年 10 月 19 日のオルドナンスが制定されている<sup>67</sup>。労働省の高級官僚として戦後社会保障保

<sup>64</sup> 詳細は、松本前掲書, pp. 77-8。

<sup>65</sup> 同上；加藤前掲論文, pp. 470-1。

<sup>66</sup> 加藤前掲論文, p. 471。

<sup>67</sup> オルドナンス (*ordonnance*) とは政府が委任立法の形で制定する法規である。滝沢正, 2002, 『フランス法 (第 2 版)』三省堂, pp. 136-7。この時にはまだ大統領も正式な議会も存在せず、臨時政

制度の創設に携わったピエール・ラロック (Pierre Laroque) は、ラロック・プランとも呼ばれる社会保障計画のなかで、全人口への社会保障の一般化 (généralisation)、全制度の単一組織への一元化 (organisation unique)、国家ではなく当事者自身 (労使の代表) による管理運営という三原則を掲げていた<sup>68</sup>。

しかし、全国民を単一の制度によってカバーするという目標は達成されず、職業別に異なる制度が併存していくことになる。以前から存在していた公務員や鉱山労働者などの職域保険は戦後も存続が認められ、農民や自営業者も労働者と同一の制度に加入することを拒否したため、全国民を対象とする単一の制度は創設されなかった。

結局、職域社会保険の分立によって、社会保険の一般化が目指されることになった。1945年に創設された一般制度 (régime général) は商工業部門の全ての被用者を対象としており、これによって人口の約半分が公的医療保険に加入することになった。その後、1961年に農業経営者に対する医療保険制度が、1966年に自営業者に対する制度が創設されたことではほぼ全住民がカバーされるようになった<sup>69</sup>。1978年には個人加入できる医療保険制度も法制化された。

一般制度は当初全てのリスクへの保険給付を行うはずであったが、これも実現せず、1967年以降、老齢年金金庫・医療保険金庫・家族手当金庫の三つに分かれている<sup>70</sup>。このため全リスク・全住民をカバーする単一の社会保障制度は確立されなかった。

また、戦後になってからもフランス政府は医師に公定診療報酬を強制適用するのに苦勞した。一般制度での償還率は80%とされたが、実際の給付率はこれを下回った<sup>71</sup>。1945年10月19日のオルドナンスによって、診療報酬料金表は各県で医師組合が作成し、医師組合と社会保障金庫が協約を締結することで決定されることとされたが、多くの県で医師組合は協約を締結しなかった。この場合、医師・社会保障金庫・政府の三者構成からなる全国料金表委員会 (Commission nationale des tarifs) において、料金表が作成されるルールになっており、政府と社会保障金庫の代表によって低額の料金表が設定されたが、医師たちは料金表に対して超過料金を請求することによって対抗した。1950年の時点で協約が締結されたのは91県中57県にとどまり、協約未締結県では患者自己負担率が5割を超えることもめずらしくなかった。医師の報酬の出来高払い、償還払い、そして超過料金の請求は戦後

---

府によるオルドナンスという法形式をとることで戦後社会保障制度の刷新が急がれた。

<sup>68</sup> Pierre Laroque, 1946, « Le plan français de Sécurité sociale », *Revue française du travail*, 1, pp. 9-20 ; 加藤前掲論文 ; 加藤前掲書。

<sup>69</sup> 松本前掲書, pp. 133-8。

<sup>70</sup> 1958年には労働協約に基づいて失業保険制度も創設されている。

<sup>71</sup> 松本前掲書, pp. 127-33 ; 藤井良治, 1996, 『現代フランスの社会保障』東京大学出版会, pp. 37-40 による。なお、公的医療保険制度の公式の償還率を80%に抑えることで、残りの自己負担部分に関しては共済組合の活動の余地が残された。公的医療保険制度と共済組合などの補足医療保険制度を組み合わせることで最終的な患者自己負担を抑えるという手法は現在でも用いられており、近年公的医療保険の給付範囲縮小に伴い共済組合の役割が再び重要となっている(第8章)。フランスの民間医療保険については、笠木映里, 2012, 『社会保障と私保険：フランスの補足的医療保険』有斐閣, pp. 27-30 を参照。

も続いたのである。

第四共和制になっても政権の不安定性という問題は克服されなかった<sup>72</sup>。1946年に新憲法の成立によって始まった第四共和制では、第三共和制の議会政治の混乱への反省から首相による議会解散権が認められたり、議会内では上院に対する下院の優越を規定<sup>73</sup>したりすることで、政権の不安定性を克服しようとした。しかし、下院選挙が比例代表制で行われたため多党制が続き、内閣は以前と同様に議会に安定した支持基盤を持てなかった。しかも、内閣による議会解散権は一度だけしか行使されず、結局 12 年間に 21 回内閣が交代する結果となった。

戦後の就業構造に目を向けると、農業従事者の割合は減少傾向にあるもののその速度は緩やかであり、1950年代に入っても約3割が農業部門に従事していた<sup>74</sup>。経済近代化のなかで農民・手工業者・商店主などの旧中間層が淘汰の危機にさらされると、プジャードイズムに代表される抗議運動が盛り上がりを見せた。1956年の総選挙ではプジャード主義者たちが52議席を獲得している。いいかえれば、この時期にはまだ旧中間層が一定の政治的影響力を持っていたものと考えられる。

要するに、第四共和制期のフランスでは引き続き様々な社会集団の抵抗によって当初の政策目標が実現できない状況が続いた。一元的な社会保障制度の確立に失敗したことや、医師の診療報酬の統制に失敗したことはその例である。

診療報酬の全国的な料金表が実現したのは、第五共和制に入ってから1971年のことであつた<sup>75</sup>。医師組合と全国医療保険金庫の間で全国協約が締結されたのである。もっとも、既に超過料金請求を行う権利を認められていた医学部教授や大病院の医師<sup>76</sup>には協約料金への超過請求権が認められ、協約の適用を望まない医師は協約から脱退することも可能とされた。ほとんどの医師は協約医となったが、1974年の時点で2割程度の医師が超過料金請求権を有していた<sup>77</sup>。1980年の第三次全国協約では一部の医師に対して新たに超過料金の請求を許してしまう。医師は出来高払い制・償還払い制・金庫に縛られない超過料金請求という戦前以来の要求を維持しているのである。この点が医師の報酬のあり方に関して日本と大きく異なる点であり（日本では超過料金請求は認められておらず、医師は患者からではなく医療保険から主に報酬を受け取っている）、超過料金の容認はフランスの総医療費を押し上げる要因になった。超過料金請求の問題は2000年代に至るまで医療保険改革に影響を及ぼし続けている。

---

<sup>72</sup> 押村前掲論文, pp. 31-3.

<sup>73</sup> 上院は内閣不信任動議の提出権を奪われた。1954年から上院にも法案の議決権が与えられるが、下院と議決が異なる場合、下院の判断が優先された。

<sup>74</sup> Thomas Piketty, 1998, « L'emploi dans les services en France et aux États-Unis : une analyse structurelle sur longue période », *Économie et Statistique*, 318, p. 77.

<sup>75</sup> 加藤前掲書, pp. 279-95 ; 久塚前掲書, pp. 100-6 ; 藤井前掲書, pp. 40-2 ; 松本前掲書, pp. 187-90。なお、第五共和制の政治制度については本章 2-3. で詳しく検討している。

<sup>76</sup> 加藤前掲書, pp. 216-8.

<sup>77</sup> 藤井前掲書, p. 42 ; 松本前掲書, p. 190.

## 労使自身による管理と財源調達——日本との違い

次に第二次大戦後に確立されたフランスの医療保険制度体系が日本とどのような点で異なっているのかまとめたい。最終的に、フランスの医療保険制度体系は大きく分けて被用者一般制度・農業制度・自営業者制度の三つによって構成される形となった。公務員や公共企業体の職員は年金に関しては独自の制度を有しているが、医療保険に関しては一般制度に統合されており、個人保険も一般制度によって管理されている。日本の場合、被用者保険に加入できない人々に対しては市町村の国民健康保険が受け皿になってきたが、フランスではそうした地域保険は存在せず、他の医療保険制度に加入できない人々のためには被用者の一般制度が受け皿となっている。また、退職者は現役時代に加入していた制度に加入し続ける<sup>78</sup>。

したがって、被用者（とその家族）が加入する一般制度が圧倒的に大きな制度となっている。1980年代には住民の約80%が一般制度に加入しており、近年では90%に達している（2012年）<sup>79</sup>。このため、医療保険の一般化が達成されて以降のフランスの医療保険改革論議は一般制度を中心として行われている。この点、国民皆保険達成後の日本で高齢者・低所得者を多く含む地域保険（国保）と若年層・高所得者を多く含む被用者保険が併存してきたのとは状況が大きく異なる。全住民を単一の制度に包含するという戦後初期の構想は挫折したものの、結局のところほとんどの人々は一般制度に加入することになったのである。ここで重要なことは、最大の医療保険制度である一般制度の管理運営は労使に委ねられ、財源も原則的に労使の保険料が用いられてきたということである。

ラロック・プランにおける当事者自身による管理運営という原則は（後述するように不完全ながらも）制度化を見た。これは国家ではなく被保険者を中心にした管理運営を意味し、具体的には労働者を社会保障制度の管理運営に参加させることを通じて戦後の新たな社会秩序へと統合することが目指されていた。そのため社会保障制度の管理運営は社会保障金庫（*caisse de sécurité sociale*）と呼ばれる国の行政機関とは区別される組織に委ねられた<sup>80</sup>。金庫の理事会（*conseil d'administration*）は労使の代表を中心に構成され、労使代表の比率は労働側に有利に設定された。左翼が圧倒的優位を占めた終戦直後の政治状況<sup>81</sup>において、社会保障における社会民主主義の実験が試みられたのである<sup>82</sup>。

社会保障制度の財源が租税ではなく労使の拠出する社会保険料とされたのも、このよう

<sup>78</sup> 大田晋, 1989, 「医療保険」社会保障研究所編『フランスの社会保障』東京大学出版会, p. 267; 江口隆裕, 1999, 「医療保険制度と医療供給体制」藤井良治, 塩野谷祐一編, 1999, 『先進諸国の社会保障 6: フランス』東京大学出版会, pp. 205-6.

<sup>79</sup> 大田前掲論文, pp. 268-9; Direction de la Sécurité sociale, 2013, *Les chiffres clés de la Sécurité sociale 2012*, p. 11.

<sup>80</sup> 全国金庫は公法人とされたが、地方に設置された金庫は私法人である。

<sup>81</sup> 戦時中のヴィシー政府やドイツ軍への協力によって大企業経営者は戦後になって政治的に極めて不利な立場に立たされた。ルノーなどは懲罰的国有化の対象となっている。反対に、共産党は対独レジスタンスへの貢献というレジスタンス神話によって、戦後国民から圧倒的な支持を受けた。終戦後の10月の総選挙で第一党となったのは共産党であった。

<sup>82</sup> Guillaume, 2002, *op. cit.*, pp. 207-8.



な当事者自身による管理の追求という文脈において理解される。戦後日本の医療保険制度では国庫負担の増額によって制度の拡充や赤字の解消が図られたのに対して、フランスでは社会保険料によって社会保険を運営することが原則とされた。これは国家財政を司る財務当局の社会保障財政への介入度を決定するに際して重要なポイントとなる。財政対策として保険料以外にも自動車保険に対する課税（1967 年）、タバコ税・アルコール税（1982 年）などが導入されたものの、これらはあくまでも補足的なものであり、1994 年には一般制度の医療保険の財源の 94.5%が保険料で賄われていた<sup>83</sup>。

## 考察

以上の検討から分かるように、戦後フランスの医療保険制度は日本よりもビスマルク型の社会保障制度の理念型に近い。ビスマルク型の社会保障制度においては、受給資格を持つのは保険料を納めた労働者とその家族であり、財源は労使が拠出する社会保険料によって賄われ、運営は職域ごとに労使の代表によって行われる<sup>84</sup>。こうした制度設計は、財政や管理運営について医療保険制度が国家に対して自律的性格を有するということを意味する。戦後初期には労使は独自に保険料や給付の水準を決定する権限を与えられなかったが（先に当事者による管理運営が不完全な形で制度化されたと述べたのはこのためである）、1967 年の改革によって医療保険金庫はそうした決定を行うことが可能とされた<sup>85</sup>。

ところが、医療保険財政が悪化しても医療保険金庫（その理事長ポストは労組の代表が握ってきた）は医療保険料の引き上げや医療費抑制のための施策を自主的に行うことを避け、結局政府が保険料引き上げや自己負担増などの財政対策を決定してきた。労組は寛大な給付の維持と国庫負担による低所得者対策を望んでおり、当事者による自主的な財政再建は達成されなかった。

とはいえ、労使が社会保障金庫の日常的な管理運営を担ってきたのは事実であり、そのことの政治的な含意は、社会保障改革をめぐる政治的対立が左右の政党間というよりも、社会保障制度の財政持続性を重視する政府と、寛大な社会保障給付ないし社会的既得権（*aquis sociaux*）の守護者としての労働組合との間に位置するようになるということである<sup>86</sup>。実際、1980 年代以降給付削減型の改革が行われるようになると労働組合は反対運動の先頭に立つことで改革の行方に強い影響を及ぼしてきた。政府の側では労使に管理を委ねてきた医療保険制度に対する国家統制の強化、国家化（*étatisation*）を通じて財政再建を達成しようとしてきたのに対して、労使の側では内部に目標の相違を抱えつつも自治的な運営を

---

<sup>83</sup> Jean-Baptiste de Foucauld, 1995, *Le financement de la protection sociale : rapport au Premier ministre*, Paris : La Documentation française, p. 154.

<sup>84</sup> 本章注 1 参照。

<sup>85</sup> 加藤前掲書第 4 章第 2 節 ; Bruno Palier, 2005, *Gouverner la sécurité sociale. Les réformes du système français de protection sociale depuis 1945*, Paris : Presses Universitaires de France, « Quadrige », p. 141.

<sup>86</sup> Palier, 2005, *op. cit.*, p. 183.

維持しようと努めてきたのである<sup>87</sup>。いいかえれば、こうした医療保険金庫の自律志向は、政府と医療保険金庫が医療費抑制のために足並みを揃えることを阻害する可能性をはらんでいた。

もう一つの含意は、医療保険制度が原則的に社会保険料によって運営されてきたことで、日本のように多額の国庫負担金が投入されている場合に比べて、財務当局による介入の必要性和正当性が低くとどめられたということである。次節 2-2. d. で詳しく検討するが、この知見は 1970 年代以降の医療保険改革がどのように展開していくかを分析していく上で一つのポイントになる<sup>88</sup>。

フランスに関する議論を整理しよう。戦後フランスでは医療保険の保険者は労使であり、政府が直接保険者になることはなかった。財源面でも労使の保険料拠出による運営が原則であり、国家予算からの財政的な自律性の確保が重視された。また、医師は公的医療保険による診療報酬の統制に反対を続け、償還払い制や料金の超過請求が 20 世紀後半になっても続けられた。要するに、国家は医療保険を直接運営せず、その医療保険は医師の診療に対する統制を十分に行うことができないという体制が成立したのである。日本の場合とは異なり、こうした状況下では政府は医療保険制度を通じた医療費の統制が行いにくくなる。次節では日仏の医療保険制度の設計の仕方によって医療費抑制や財源調達の難易度がどのように変わるのか、より詳しく検討する。

## 2-2. 医療保険制度の日仏比較——有意味な違いを特定する

### a. 共通点——皆保険・フリーアクセス・出来高払い制

前節で見たように、戦後日本とフランスでは公的医療保険制度を職業別に多元化することで、1960～70 年代には全ての人がなんらかの公的医療保険制度に加入できるようになった。これによって患者が医療機関にかかる際の自己負担額は抑制され、医療サービスへのアクセスが改善された。また、経済の高成長が続いたことによって国民の所得水準が向上したこともあり、医療サービスの消費は旺盛になった<sup>89</sup>。

日仏の医療保険制度には医療費の高騰を招くような特徴がいくつか組み込まれてきた。第一に、患者が病院であれ開業医の診療所であれ好きな医療機関を選んで受診することが

<sup>87</sup> 伊奈川秀和, 2000, 『フランスに学ぶ社会保障改革』中央法規, pp. 150-61。

<sup>88</sup> フィリップ・マノウは社会保険の一般財源からの財政的自律性をビスマルク型福祉国家における改革の軌道を規定する要因の一つとして重視している。Philip Manow, 2010, “Trajectories of Fiscal Adjustment in Bismarckian Welfare Systems,” Palier (ed.), *A Long Goodbye to Bismarck?*, *op. cit.*, pp. 279-99.

<sup>89</sup> Palier, 2011, *op. cit.*, pp. 60-2 (同訳書, pp. 65-7)。

できるフリーアクセス制を享受してきたことである。フリーアクセス制は先進諸国であっても一般的というわけではなく、例えばイギリスでは患者は予め決めた一般医を受診し、続いて病院への紹介状を書いてもらうという形でアクセスが制限されてきた<sup>90</sup>。こうした一般医によるゲートキーパー制が採用されてきたことで、病院医療へのアクセスが制限され（一般医についても特定の医師を受診することが原則である）、それが英国の患者の NHS に対する大きな不満の種となっていた。1990 年代には病院での治療を待つ待機患者リストの縮小が大きな政策課題となる。他方、ゲートキーパー制のような仕組みによって医療サービスの利用が適正化されることで、総医療費を抑制する効果が期待されている（もともと、イギリスの場合、予め NHS の予算が決定されているため、その予算内でしか医療サービスを提供することができず、そのためゲートキーパー制や長い待機期間が必要となっている）。日本やフランスなどでかかりつけ制の導入が議論されている理由の一端はここにある。また、ゲートキーパー制には治療の継続性や一般医と病院の連携を高めることで医療の質を向上させる効果が期待されている。

医療費増につながる第二の制度的な特徴は医療機関に対する報酬が出来高払い制に基づいて支払われてきたことである。出来高払い制の下では医師はより多くの患者を診るほど、また一人の患者についてもより多くの検査や投薬などを行うほど受け取る報酬が増加する。この場合、予算制の下で過少診療が行われるリスクを回避することができるものの、反対に過剰診療が発生するリスクがあるため<sup>91</sup>、出来高払い制を修正することが日仏の医療費抑制政策の焦点の一つをなしてきた。

国民皆保険によって治療費は社会化され、患者は医療機関に自由にアクセスすることができ、医師は出来高払い方式の下で存分に治療を行うことができるとなれば、総医療費は高騰するはずである。しかし、実際には日本では医療費がかなり低い水準に抑制されてきた。第 1 章で強調したように、日本の高齢化率がフランスのそれを大きく追い抜くようになってこの状況が維持されている。このパズルを解くために日仏の医療保険制度における有意味な違いを以下で特定していく。

#### b. 相違点①——医療サービスの価格（診療報酬）体系の違い

医療制度がどのように設計されているかによって、政府として制度に働きかけるための手段は異なってくる。ジアイモもいうように、政府が医療費を抑制したり公平性を確保したりするためには、政府が医療「制度のパラメーターを設定する法的権限と制度的な手段」<sup>92</sup>を有するか否かが重要である。

<sup>90</sup> 他方、アメリカでは民間の保険会社が治療費の高騰を防ぐために被保険者が利用できる医療機関を制限している。ヘルス・メンテナンス・オーガナイゼーション（HMO）はその典型である。

<sup>91</sup> 池上直己, 2010, 『医療問題（第4版）』日経文庫, p. 32 参照。

<sup>92</sup> Susan Giaimo, 2001, “Who Pays for Health Care Reform?,” Paul Pierson (ed.), *The New Politics of the*

## 日本

日本では保険診療を行う全ての医師・医療機関は全国一律の診療報酬点数表に基づいて患者と医療保険から報酬を受け取っている<sup>93</sup>。次項 c. で検討するように、この診療報酬の操作が日本の医療費抑制政策の要である。1980 年代から入院時の個室料金やアメニティの部分については料金の自由化が認められており、この点では患者の所得による格差が容認されてきたが、医療行為本体については料金の超過請求は認められていない。また、保険が適用される治療とそうでない治療を併用する場合、治療費を全額患者が負担することになっており（混合診療の禁止）、これが保険適用対象の拡大を促すとともに所得による医療格差の予防に貢献していると考えられている<sup>94</sup>。いいかえれば、必要な治療は全て公的医療保険によってカバーされることが前提となっているのである<sup>95</sup>。こうした仕組みの下では公定料金を抑制することで治療費を抑えることができる。

## フランス

他方、フランスでは戦前から医師組合が公的医療保険によって医療行為の価格を固定されることに反対してきた。全国的な公定価格体系の確立は 1971 年と遅く、しかも料金の超過請求権が少なからぬ医師に既得権として認められていた。1980 年には公的料金に対する超過請求権が新たに一部の開業医に認められた。この後、セクター 2 (secteur 2) の医師と呼ばれる超過料金請求を行う医師は増加し続け、1990 年には開業医の 32% がセクター 2 に属していた（都市部の医師や専門医に多い）<sup>96</sup>。このように医師に公定料金を上回る超過料金請求権を認めると公定料金の操作による医療費抑制政策が機能しなくなる。これはフランスの公的医療保険のカバレッジが小さいことの一因であり、処置によっては超過料金も含めた治療費全体に対する公的医療保険の給付率が 5 割を下回ることもめずらしくない<sup>97</sup>。マクロ・レベルでは 2010 年にフランスの公的医療費が総医療費に占める割合は 76.9% であり、同年の日本の 82.1% を下回っている（巻末資料・表 4）。このため住民の大半が共済組合などの提供する私保険に加入することで自己負担を抑制している（低所得者は公費で加

---

*Welfare State*, New York : Oxford University Press, p. 343. アメリカの医療費が極端に高水準なのは国家がこうした医療費抑制の制度的手段を持たないためとされる。

<sup>93</sup> 1927 年に健康保険制度が実施された際には、政府管掌健康保険では、被保険者数に基づく総額を医師会に支払い、これが個々の医師に配分されるという仕組みだった（人頭割請負方式）。その後、1942 年に点数単価方式が採用され、診療報酬は厚生大臣が告示する公定料金となった（支払いは出来高払い制）。第二次大戦後には 1958 年から点数の一点単価が 10 円に固定され、1963 年に医療機関の都市部への集中是正のために点数表の地域差が撤廃された。吉原, 和田前掲書；西村万里子, 1996, 「診療報酬改定のメカニズムに関する歴史的考察——医療費の規定要因：新改定率の決定と医療政策」 社会保障研究所編『医療保障と医療費』東京大学出版会, pp. 37-70。

<sup>94</sup> 遠藤久夫, 2005, 「医療制度のガバナンス——医療制度運営における計画原理と市場原理」『季刊社会保障研究』41(3), p. 227。

<sup>95</sup> 笠木映里, 2008, 『公的医療保険の給付範囲：比較法を手がかりとした基礎的考察』有斐閣, p. 34。

<sup>96</sup> Barbier et Théret, *op. cit.*, p. 70 Tableau 12。

<sup>97</sup> *Le Parisien*, 23 juillet 2012 « Négociation cruciale sur des honoraires trop élevés » ; Didier Tabuteau, 2010, « La métamorphose silencieuse des assurances maladie », *Droit social*, 1, pp. 85-92。

入できる)<sup>98</sup>。1990年代からセクター2の縮小が進められているが、2007年には25%の医師がなおセクター2に属している<sup>99</sup>。

### 超過料金請求の有無

日本でもしばしば指摘されるように、全国一律の公定料金システムの下では医師の治療の経験や実績によらず同じ医療行為については同じ料金が支払われる。このため超過料金の請求を医師の評判や技能に応じた上乘せ評価を行う一つの方法として積極的に評価することもあり得る。他方、患者負担の増大や医療へのアクセスの不平等を問題視する立場からは超過料金請求は否定的に捉えられよう。いずれの立場をとるにせよ、医療費抑制との関連で指摘しなければならないことは、超過料金請求が認められていることで、フランスでは公的医療保険適用外の患者負担が押し上げられ、したがって総医療費が押し上げられているということである。

これに対して日本では病院・診療所を包括する診療報酬システムが成立しており、それに対する超過料金を認めないことで、医療費全体の抑制と、医療費全体に対する高い公的医療費の割合を実現してきた。さらに、以下で述べるように診療報酬全体の改定率を閉鎖的な仕方では決定可能であることが分権的な日本の政治システムにおいて医療費抑制を可能にしてきた。政府は制度的に医療費抑制の手段を有しており、かつ医師との政治的な妥協を形成する余地もあったのである。

#### c. 相違点②——診療報酬の改定方法の違い

##### 日本

日本では診療報酬が2年に一度、物価・賃金・医療機関の経営動向を考慮して改定されている<sup>100</sup>。戦後長らく診療報酬の改定は厚生省の審議会である中央社会保険医療協議会（中医協）において行われてきた<sup>101</sup>。中医協は診療側委員8名（日本医師会・病院団体など）、支払側委員8名（旧社会保険庁・労働組合・経営者団体・市町村代表など）、公益委員4名（学者・ジャーナリスト）の三者構成となっている<sup>102</sup>。日本医師会を盟主として医療費増（診療報酬引き上げ）を求める診療側委員に対して、政府・労働組合・経営者団体などの支払側委員は一致して医療費抑制を求めてきた<sup>103</sup>。

<sup>98</sup> 民間保険への加入率の推移は1960年には住民の31%だったが、1980年には69%、2005年には92%に至っている。Bruno Fantino et Gérard Ropert, 2008, *Le système de santé en France : diagnostic et propositions*, Paris : Dunod, p. 291.

<sup>99</sup> Barbier et Théret, *op. cit.*, p. 70 Tableau 12.

<sup>100</sup> 島崎前掲書, p. 364。以下、本項c.は、尾玉剛士, 2011, 「医療費抑制の比較政治経済学——日本とフランスを事例として」『レゾナンス』7, pp. 56-9の基礎的検討を発展させたものである。

<sup>101</sup> 1950年設置。沿革については、島崎前掲書, p. 106 参照。

<sup>102</sup> 2006年に3者の比率は7:7:6に変更された（第7章）。

<sup>103</sup> 池上, キャンベル前掲書第1章参照。

診療報酬の改定は二段階に分けられ、まず診療報酬全体の改定率を決めた上で、個々の医療行為の点数を配分・調整していくという仕組みから成っている。診療報酬全体の改定率を低く抑えた上で、個々の点数を操作することが日本における医療費抑制政策の決定的な手段をなしてきた<sup>104</sup>。出来高払い制の下では政府・議会は予め医療費の総額を固定できないが、代替策として診療報酬の操作を通じた医療費抑制が行われてきたのである。前項b.で述べたように、日本では必要な治療は全て診療報酬体系の内部に含まれ、公定価格が設定されることになっているため、診療報酬改定を通じた医療費全体に対する統制も行いやすくなっていることが重要である。また、診療報酬の点数配分は中医協に一本化されており、そこでの決定が全ての医療保険・全ての保険医療機関に適用されるため、個別の保険者が個別の医療機関と料金の交渉を行う場合と比べてはるかに効率的である<sup>105</sup>。

インフレが昂進していた1970年代には薬価部分を除いた診療報酬本体部分（医科）の改定率は平均して10%を上回っていたが、1984年の改定時には2.8%まで低下し、それ以降1990年代の半ばまで3%前後の改定率が続く（表5-2, p. 175）。薬価部分の引き下げも含めると全体としての改定率はさらに低くなる。二木立はこうした長期的な診療報酬の抑制を先進諸国でも例をみない「世界一の医療費抑制政策」としている<sup>106</sup>。

小泉政権時代の2002年改定の際には、中医協で改定率について合意が得られず、塩川正十郎財務相と坂口力厚労相との閣僚折衝によって決着が付けられ、診療報酬本体部分の史上初のマイナス改定が決められた（第7章）。もっとも、それ以前から改定率は中医協ではなく自民党と日医トップの非公式な会談によって政治的に決定されていた<sup>107</sup>。実質的には、診療報酬全体の改定率は首相・大蔵（財務）大臣・厚生（厚生労働）大臣・与党幹部・日本医師会トップらの間で密室的に決定され、これによって医療費の総枠が概ね決められてきた<sup>108</sup>。2004年に歯科の診療報酬改定に関する贈収賄事件が発覚すると中医協の改革が行われ、2006年には中医協に代わって内閣が年末の予算編成過程で診療報酬の改定率を決定することが明確化されるに至った<sup>109</sup>。

医療費抑制の別の手段としては、他にも患者自己負担を引き上げるという方法もあるが、そのためには法律の改正が必要となるため、多くの与党議員が関与することになる上に、国会審議を経る以上野党対策（国会対策）も必要となってくる。しかし、診療報酬改定は上記のように閣僚と与党幹部（政調会長や厚生族のリーダー）が医師会トップと交渉する

<sup>104</sup> 二木立は、診療報酬の点数操作が厚労省にとって「医療費抑制の最大の武器」であるとしている（二木立, 2001, 『21世紀初頭の医療と介護：幻想の「抜本改革」を超えて』勁草書房, p. 67）。元厚労官僚の島崎謙治も、医療費増加型の日本の医療制度において、診療報酬の抑制が「疑似的な総額予算制」としてマクロ管理機能を果たしてきたと指摘している（島崎前掲書, p. 365）。

<sup>105</sup> 池上, キャンベル前掲書, p. 153。

<sup>106</sup> 二木立, 1994, 『「世界一」の医療費抑制政策を見直す時期』勁草書房。

<sup>107</sup> 西村前掲論文；池上, キャンベル前掲書；吉原, 和田前掲書；結城康博, 2006, 『医療の値段：診療報酬と政治』岩波新書。

<sup>108</sup> 島崎前掲書, p. 365；印南一路, 堀真奈美, 古城隆雄, 2011, 『生命と自由を守る医療政策』東洋経済新報社, pp. 111-4。

<sup>109</sup> 島崎前掲書, pp. 106, 364。

という密室的・集権的な決定スタイルをとっているため、政治的抵抗（骨抜き攻勢）を受ける機会が少ない。また、年末の予算編成の日程に合わせて改定率が決定されるため、決定過程が長期化することもない。したがって、診療報酬の抑制は政治的にコストの少ない医療費抑制の手段といえよう。小泉政権時代の2002年にマイナス改定、2004年にプラスマイナスゼロ改定、2006年に再びマイナス改定が行われたことから、この仕組みを極めて費用抑制的に運用することができることが明らかになった。なお、理論上はこの仕組みを用いて医療費の引き上げを政治的に決断することも可能だが、そのためには財源の捻出が必要である（あるいは財政赤字を覚悟する必要がある）。医療費増を公約した民主党は2009年の政権交代後に十分な財源を確保することができず、2010年の改定はプラス1.55%（本体部分）にとどまった（表7-3, p. 272）。

さらに、診療報酬改定率の抑制が政府・与党と医師会との間で成立可能な妥協点となりうることを指摘しておきたい。つまり、医師会の側にも診療報酬の抑制を受け入れることで他の重要な利益を守るという戦略を採用する余地があるのである。例えば、患者自己負担の引き上げによって受診抑制が発生すれば医療機関にとっては顧客である患者そのものの減少を意味し、その経済的損失は診療報酬の点数を引き下げられた場合よりも大きなものとなる（受診抑制による医学的な損失も懸念される）。また、仮に診療報酬点数が抑制されても、患者自己負担が低く抑えられ、出来高払い制が維持されていれば経済的損失を抑制できるであろう。日本医師会は国民皆保険体制のもとで全国民が平等に医療機関にアクセスできるという体制の維持（およびその体制における医療機関の共存共栄）を重視しており、診療報酬のある程度の抑制を受け入れることを交換条件として、患者自己負担の拡大や混合診療の解禁などによる国民皆保険の空洞化に反対するという戦略をとる可能性が考えられる<sup>110</sup>。実際に、小泉政権時代に坪井栄孝日医会長は小泉首相にこうした取引をもちかけていたとされる（第7章）。医師会が改定率の引き上げ（あるいはより少ない引き下げ）を求めてきたのは確かだが、改定率の抑制を受け入れることが、他の重要な利害を脅かすような改革を阻止するための手段、政権との妥協形成の手段ともなりうるのである。こうした政治的メカニズムによって、国家財政の逼迫時には診療報酬改定率の抑制が医療費抑制の手段として採用されやすいものとなるだろう。次節2-3.で述べるように、自民党政権は本来利益団体に対して脆弱なはずだが、それにもかかわらず診療報酬の抑制が長期的に実現した背景にこのような政治的メカニズムがあった。

診療報酬全体の改定率が決められてからは、第二段階として個々の医療行為に対する点数配分が中医協で行われてきた。上記のように診療報酬改定率の決定は中医協の外部で政

---

<sup>110</sup> また、患者自己負担を導入するとしても定率制よりも（少額の）定額制を要求するはずである。なぜなら、定率の患者自己負担が導入された場合、診療報酬の点数を引き上げるとそれに伴って患者負担まで増えてしまうからである。また、定額負担の方が窓口処理が容易である。反対に、医療費抑制を目指す政府は定率制を主張するだろう。定率制と定額制の違いに関する旧厚生省の整理として、以下を参照。厚生省保険局企画課監修，1985，『医療保険制度 59 年大改正の軌跡と展望』年金研究所，pp. 62-3。

治的に決定されることが多く、1970年代以降中医協の実質的な役割はこちらにあった<sup>111</sup>。第二段階においても個別の点数の操作や定額払い制の導入などによって医療費抑制が目指されてきた<sup>112</sup>。ここで重要なことは、点数配分に医師会が関与することで、様々な医療機関や診療科、診療行為に対して医療費を配分し、利害を調整するという役目を医療界の代表自身が担ってきたことである。この点、開業医・公立病院・私立病院の三部門で診療報酬システムが異なり、開業医も複数の団体に分裂し調整がままならないフランスとは対照的である。

日医は中医協の診療側委員のなかで最大の影響力を持っており、診療報酬全体の改定率が抑制されるなかでも主たる会員である開業医の利益を守る機会を有してきた。全体の改定率の決定という第一ラウンドで敗北しても、個々の点数配分という第二ラウンドで開業医に対する被害を縮小しようとしてきたのである。実際に、日本の診療報酬体系においては、比較的安価な開業医の診察料と、より費用のかかる病院の手術や手厚い看護体制に対する診療報酬とでは、前者の伸びの方が大きいことが明らかにされている<sup>113</sup>。こうした点数配分によって厚生省としては全体としての医療費を抑制し、日本医師会はそのなかでも開業医への重点配分を獲得することがき、両者の利害は一致している<sup>114</sup>。この点は診療報酬改定率の抑制に関する妥協がなぜ成立しうるのかを理解するために重要である。

以上の日本に関する議論を要約すると、第一に、政府は総医療費をコントロールするための手段を有している。つまり、日本では制度設計上診療報酬全体の改定率の引き下げを行うことが可能になっており、これが政府にとっては医療費抑制を行う上での重要な手段となっている。第二に、政治的にも、診療報酬抑制による医療費抑制が、政府・与党と医師会との間で成立可能な妥協点となっていたものと思われる。まず、必要な治療には全て公定価格が設定され、公的医療保険の対象となること、それによって患者が必要な治療を受けられるようにすることに関して、厚生（労働）省と医師会は一致している。また、医師会には、第一段階の改定率の決定においては低い改定率を受け入れる代わりに、その他の改革案を後退させるという取引を行って重要な利害を守る余地があり、第二段階の点数配分では開業医への重点配分を獲得することで開業医の利益を守ることができたのである。

1980年代以降の日本で医療費抑制政策が機能するようになった理由として、しばしば厚生省・大蔵省といった財政当局が、日本医師会に対して優位に立つようになったからであ

---

<sup>111</sup> 西村前掲論文, p. 60。

<sup>112</sup> ただし、抑制一辺倒というわけではなく、一部重点化も図られてきた。また、現行の診療報酬体系は医療機関の経営にとってリスク要因になっていたり、意図せぬ結果を招いたりするといった問題点も指摘されている（島崎前掲書, pp. 366-7）。

<sup>113</sup> 高木安雄, 2005, 「わが国の診療報酬政策の展開と今日的課題——技術評価と医療費配分のジレンマ」池上, 遠藤編前掲『医療保険・診療報酬制度（講座：医療経済・政策学2）』, pp. 93-122。池上, キャンベル前掲書, pp. 158-9, 211 にも同様の指摘がある。

<sup>114</sup> 高木前掲論文, p. 96。



るといわれるが<sup>115</sup>、医師会が完全に屈服したと見るのではなく、診療報酬改定率の抑制に関して妥協の余地があることにも注意するべきであろう。そうでなければ、利益団体や与党議員からの反発に脆弱な日本の政府が診療報酬抑制に漕ぎ着けた理由がうまく理解できないのではないだろうか。

これに対して、政府がほかの医療費抑制策として患者自己負担の引き上げを提案する場合、受診抑制が生じることで医師会の利益はより大きく損なわれる。医師会は与党議員への働きかけによって負担増を撤回ないし極力縮小させようとするだろう。第 3 章以下で見ていくように、日本では実際に患者自己負担の引き上げが医師会と与党の反発によって度々撤回・緩和されている。

## フランス

フランスでは日本のように医療費の総枠を決定した上で報酬の配分を行うというメカニズムが成立していない。1971 年以来、診療報酬や医療費抑制政策などの開業医の保険診療に関わる諸条件は全国協約 (*convention nationale*) の枠内で決定されてきた。全国協約とは労使が中心となって管理する医療保険金庫 (*caisse d'assurance maladie*) と医師組合 (*syndicats médicaux*) <sup>116</sup>の二者によって締結されるもので、政府 (保健医療担当大臣など) が承認することで効力を発揮する。協約は概ね 5 年おきに締結されており、診療報酬は協約の付属書において毎年改定可能である<sup>117</sup>。このようにして全国一律の医療サービスの公定価格を設定しているのは日本と同じである。

しかし、重要な違いが残っている。日本の場合、診療報酬の改定が国の財政事情から捻出可能な範囲に限定されることで、医療費の総枠がある程度決定されてきた。フランスにはこのように全体の改定率を決定する仕組みがない。つまり、医療費総枠を管理する仕組みがないのである。

また、日本では長い間診療側の意見を日本医師会が代表し、政治決着によって診療報酬改定率を決めてきたが、フランスの場合、一般医の組合、専門医の組合など複数に分裂した医師組合がそれぞれ報酬引き上げを要求するため、診療側の対立の收拾が困難であった (本章 2-4.)。ある医師組合が協約に合意しても、別の組合が反対することで協約締結が困難になり (あるいは締結後に取り消され) <sup>118</sup>、結局報酬の引き上げによってしか新たな協約が締結されえないという状況が続いている<sup>119</sup>。

---

<sup>115</sup> 例えば、池上、キャンベル前掲書, pp. 137-9; 二木前掲書, 1994, pp. 8-9。

<sup>116</sup> 利益団体については本章 2-4. で詳しく検討する。

<sup>117</sup> 正確には、医療行為の単価が協約によって設定され、これに対して行政が定める当該医療行為の難易度を乗じたものが最終的な料金とされた (加藤前掲書, pp. 68-9)。例えば、「虫垂炎手術 = 50KC」とは、50 が手術の難易度を、KC が外科的治療を意味し、KC の単価が協約によって決められていた。1986 年には KC は 12.45 フランであり、虫垂炎手術は  $50 \times 12.45 = 622.5$  フラン (1 万 4300 円) だった (大田前掲論文, p. 271)。

<sup>118</sup> こうした全国協約の法的不安定性について、加藤前掲書, p. 291。

<sup>119</sup> Hassenteufel, *op. cit.*, p. 272; Patrick Hassenteufel et Bruno Palier, 2005, « Les trompe-l'œil de la

こうした状況のもと、政府としては一方で保険料の引き上げに努め、他方では患者自己負担を拡大することで財政対策を行ってきた。しかしながら、公的医療保険制度の給付縮小は共済組合の普及によってカバーされ、患者自己負担増を通じた医療費抑制効果は相殺された。このため 2004 年から公的医療保険のみならず、共済組合も費用負担してはならない少額の患者自己負担が導入されることになる。

なお、フランスでは開業医部門・公立病院部門・私立病院部門で料金体系が異なっており、公立病院部門に対して 1984 年から従来の日額制（患者の入院日数に応じて病院に報酬が支払われる仕組み）に代えて総枠予算制が導入されたことで費用が抑制されるようになった。1990 年代には私立病院部門にも費用を抑制する枠組みが導入されている。したがって、それ以降は開業医部門の医療費抑制が課題とされてきた。1996 年には開業医部門をとくに標的として議会が公的医療保険の費用の伸び率を決定する仕組みが法制化され、全国協約に盛り込まれたが、医師による行政訴訟を含む反対運動によって拘束力を持たない形に骨抜きにされている（第 6 章 6-2.）。

以上の議論をまとめると、日本では必要な治療が全て公的医療保険の範囲内で提供されることを原則として（2-2.b.）<sup>120</sup>、診療報酬の操作を通じて総医療費を圧縮しようとしてきた（2-2. c.）。これに対して、フランスでは公定診療報酬に対する超過請求が認められており（2-2. b.）、日本の診療報酬改定率のような医療費総額を管理するメカニズムが欠如してきた上に、診療報酬を定める全国協約が安定して更新されていない（2-2. c.）。フランスで医療費（医療保険給付費）のマクロ管理の強化が本格化するのには 1990 年代に入ってからのことである。

いいかえれば、日本の医師は超過請求および混合診療の禁止、第三者払い方式などに見られるように公的医療保険制度のなかに深く埋め込まれているのだが、フランスの医師は超過請求が容認されていたり償還払い制がとられていたり公的医療保険制度に対する自律性が強い。その結果、公的医療保険の関連制度を通じた医療費の管理が行いにくくなっているといえよう<sup>121</sup>。1927 年の「自由医療憲章」によって象徴されるように、歴史的にフ

---

*gouvernance de l'assurance maladie. Contrastes franco-allemands* », *Revue française d'administration publique*, pp. 13-27.

<sup>120</sup> ただし、既に述べたように個室料金やアメニティなどの医療行為以外の費用については必ずしも抑制政策はとられていない。

<sup>121</sup> 公的医療保険制度に関連した医療費抑制の仕組みについて、もう一つ日仏の違い付け加えるとするならば、診療に対する事後的なチェックのあり方が挙げられよう。日本の医療機関では患者は窓口負担部分のみを支払えばよく、医療機関が保険者に保険給付を請求するという第三者払い方式が一般的である。被用者保険に関しては診療報酬支払基金が、国保に関しては都道府県単位の国保団体連合会がそれぞれ医療機関から送られてきた診療報酬明細書（レセプト）をチェックしている。この時、計算ミスなどの形式的な審査に限らず、医学的な妥当性の審査も行われる。診療報酬の算定要件を満たしていない場合、減点査定が行われる。これに対して、フランスでは診療に対する事後的なチェックが弱いと指摘されている（真野俊樹, 2011, 「フランス医療制度から日本への示唆——日本に近い制度を持つ国からの学び」『共済総合研究』63, p. 80）。日本にお

ランスでは国家や保険者による診療への介入を排除し、個々の医師の判断を尊重することが医療の世界における基本原則であった<sup>122</sup>。1990 年代に入りフランスの医療保険改革は医療費と医療の質に対するコントロールを強化するために、医療保険における国家の役割の強化、医療保険の国家化（étatisation）に向けて大きく舵を切っていくことになる。次に、医療保険の財源構成の違いが、医療費抑制や財源の拡大にどのような影響を与えるのかについて考察したい。

#### d. 相違点③——財源構成の違い

#### 支出削減圧力の強弱

既に述べたように、日本の医療保険制度体系の特徴は民間部門被用者の健康保険や公務員の共済組合などの職域保険に加えて国民健康保険という地域保険を導入したことにある。これに対してフランスではあくまでも職域保険の多元化という形での医療保険の一般化が図られた。

もう一つの重要な違いは、フランスの医療保険制度は被保険者が退職後も従来の制度に加入し続ける突き抜け方式だが、日本の被用者保険の被保険者は退職後には国保に加入<sup>123</sup>することになっている。当然ながら国保加入者の平均年齢は高くなるし、退職者の保険料拠出能力は乏しいため<sup>124</sup>、国保は自主財源による運営がますます困難となる。しかも、就業構造上農業従事者などの占める割合が低下しても<sup>125</sup>、他制度に加入していた人々が退職後に移入してくるため、国保はなお重要な制度であり続けた。1990 年代以降失業の増加や雇用の不安定化によって被用者保険から国保に移る者も加わり、医療保険制度の加入者全体に占める国保加入者の割合は増加に転じ、1995 年度末から 2002 年度末にかけて 34.4% から 39.7% へと増えた<sup>126</sup>。こうした事情によって国保では加入者の平均年齢が高く、平均所得は低くなり、絶えず公費負担と他の医療保険制度からの財政移転によって支援することが必要になる。

---

けるレセプトの審査については、池上・キャンベル前掲書, pp. 170-7; 島崎前掲書, pp. 362-3 を、フランスについては、奥田七峰子、池田俊也, 2001, 「フランスにおける保険者機能の動向——薬剤費抑制策を中心に」『海外社会保障研究』136, pp. 39-49 を、またこの点について日独仏の比較を行っている、笠木前掲書『公的医療保険の給付範囲』をとくに参照されたい。

<sup>122</sup> 笠木前掲書; 松本前掲書。

<sup>123</sup> もともと、退職した高齢者は被用者である子どもの扶養に入ること、被用者の健康保険制度の被扶養者になるものと考えられていたが、年金の給付水準が高まるにつれて退職者が子どもの扶養から外れて国保に加入する例が続出するようになった（広井良典, 1997, 『医療保険改革の構想』日本経済新聞社, p. 85）。

<sup>124</sup> また、公的年金等控除によって保険料負担が軽減されている（同上）。

<sup>125</sup> 国民皆保険発足直後の 1962 年には市町村国保加入者（世帯主）の職業は農林水産業と自営業が全体の約 7 割を占めていたが、1994 年には全体の 3 分の 1 まで減少し、他方で無職の割合は 1 割から 4 割へと増えた（吉原、和田前掲書, p. 457）。

<sup>126</sup> 医療保険制度研究会編, 1997, 『目で見える医療保険保険白書：医療保障の現状と課題（平成 9 年版）』ぎょうせい, p. 66; 同, 2007, 『目で見える医療保険保険白書（平成 17 年版）』, p. 66。

したがって、1970年代まで日本の健康保険は国庫負担の増強によって給付水準が改善されてきた（公的年金制度も同様である）<sup>127</sup>。とりわけ国保では1966年に給付費の45%が国庫負担で賄われるまでに至った。確かに、「歴史的にみれば、繰り返し行われた国庫負担の引き上げという財政的弥縫策の結果、国民健康保険や国民年金の所得再分配効果がアクシデンタルに高まったというプラスの側面が生じたと評価することもできる」<sup>128</sup>。しかし、国庫負担が多いということは医療保険制度の財政的自律性が低いということであり、国家財政の状況が悪化するにつれて財務当局から支出削減圧力がかかりやすくなる<sup>129</sup>。1970年代の半ば以降社会保障費は国の一般会計歳出の約20%を占め、地方交付税交付金と公共事業費と並ぶ三大支出の一つをなしてきた<sup>130</sup>。社会保障費は膨張を続け、上記の割合は2010年代の現在では約30%となっている。増額の決定をせずとも高齢化に伴い自然に増加する社会保障費（とりわけそのなかの国庫負担）をいかに抑制するかは、国の財政赤字縮小を目指す大蔵省（現・財務省）にとって重要課題となろう<sup>131</sup>。

実際に、1980年代から大蔵省は社会保険への国庫補助を減らしてきた。1980年度の国民医療費の財源（患者負担を含む）に占める国庫負担の割合は30.4%だったが、1990年度には24.6%まで低下している<sup>132</sup>。2-3.で検討するように（純）増税は政治的に困難であったため、差し当たり1980年代には財政的に余裕がある医療保険制度からそうでない制度への財政調整が選択され、次いで1990年代には保険料引き上げオプションが選択された。一般に社会保険料は使途が明確であること、引き上げに伴う政治的可視性が低いことなどから増税に比べて実施しやすいとされる<sup>133</sup>。ところが、1990年代半ば以降、賃金や被保険者数の伸び悩みにより、保険料率を引き上げても十分に保険料収入が伸びないという隘路に入り込んでしまった<sup>134</sup>。1990年代には実質増税が回避され続けた結果、税収も社会保険料収入も伸び悩む状態となった。こうして高齢化に伴って増大する医療費を賄えるだけの財源基盤の拡充が行われぬまま2000年代に突入し、小泉政権下では患者負担引き上げと診療報酬引き下げを中心とした厳しい医療費抑制政策が繰り返されることになるのである。

<sup>127</sup> 田多英範, 2007, 『現代日本社会保障論（第2版）』光生館, pp. 55-60。

<sup>128</sup> 権丈善一, 2005, 『再分配政策の政治経済学Ⅰ：日本の社会保障と医療（第2版）』慶應義塾大学出版会, p. 262。

<sup>129</sup> Manow, art. cit. 田多前掲書, 2007 も参照せよ。

<sup>130</sup> 草野厚, 2012, 『歴代首相の経済政策全データ（増補版）』角川 one テーマ 21。

<sup>131</sup> 池上直己と J. C. キャンベルは、日本の場合、「医療費の増加に対して一つは保険料、もう一つは国の予算という二重の縛り」があり、片方のみの場合よりも医療費が抑制されるという見方を示している（池上, キャンベル前掲書, pp. 211-2）。

<sup>132</sup> 厚生省, 1997, 『平成7年度版国民医療費の概況』厚生労働省ホームページ <<http://www1.mhlw.go.jp/toukei/k-iryo/index.html>> 2014年3月27日閲覧。

<sup>133</sup> Manow, art. cit., pp. 282-4 ; Palier, 2005, *op. cit.*, pp. 43-4. 国や制度によっても異なるが、社会保険料率の上げ下げは各保険者に多かれ少なかれ委任されており、必ずしも法改正を必要としない。

<sup>134</sup> 労働時間や日数が一定以下の非正社員は被用者保険が適用されないため、企業は非正規雇用者を活用することで社会保障負担を回避することができる。こうして正規雇用者には社会保障負担が集中し、増大する非正規雇用者は不十分なセーフティネットに甘んじることになった。佐藤主光, 2013, 「社会保険料を社会連帯税へ」『エコノミスト』2013.5.28, pp. 52-3 を参照せよ。

他方、フランスでは社会保険の財源には社会保険料を用いることが原則であったため、国家予算と社会保障予算の分離が相対的に明確である。戦後社会保障制度の創設の段階で国家ではなく労使の代表が保険者となり、財源としても税ではなく社会保険料が選択された背景には、まさに国家の財政状況によって社会保障制度が影響を受けないようにするという意図があった<sup>135</sup>。前節でも述べたように、1994年には一般制度の医療保険の財源の94.5%が保険料で賄われていた<sup>136</sup>。確かに、農業制度のように元来国の補助金に依存した制度もあるが、農民人口の縮小に伴って同制度の規模も縮小している。時代を経るにつれ国民の大半が被用者一般制度に加入するようになった。医療保険制度間の財政調整が実施されているが、今や住民の90%程度が被用者一般制度に加入しており（前節2-1. d.）、また突き抜け方式が採用されているため、日本のように制度間の財政調整は大きな争点にはならないといえるだろう。最大の制度である一般制度は労使の保険料という目的財源を中心にして運営される以上、一般会計からの補助金に依存する程度が高い日本に比べて財務当局からの支出削減圧力は小さくなる。

### 財源拡大の難しさ、容易さ

とはいえ、社会保険制度の財政状況が悪化した場合、保険者ないしそれを監督する社会保障担当大臣は、財政対策として保険料の引き上げと給付の削減という二者択一を迫られることになる。マノウは、ビスマルク型の福祉国家ではコスト削減よりも収入の増加、とりわけ社会保険料の引き上げが選ばれるだろうとしている<sup>137</sup>。なぜなら、第一に、先にも述べたように社会保険料の引き上げは増税に比べて政治的に争点化しにくく、また使途が明確であることから増税に比べて実現しやすい。したがって、専ら社会保険料によって財源が調達されている制度では、税財源の制度よりも増収措置がとりやすい。第二に、国庫補助が投入されていない社会保険制度について財務大臣は意見を述べる公式の権限がなく、また社会保障担当大臣は大抵支出増バイアスを有している。第三に、財務担当省庁は社会保険への国庫補助を要求されるのであれば、社会保険料の引き上げに賛成するだろうというのである。

給付の削減と保険料の引き上げとでどちらが選択されるかは、政権の方針や選挙までの

---

<sup>135</sup> Laroque, art. cit., p. 19. ただし、本来祖税で賄うべき低所得者に対する給付が社会保険料を財源として支出されることがあり（年金の保険料を用いて高齢者の最低所得保障を行うなど）、社会保障金庫の側ではこれを「不当な負担（charges indues）」として政府を批判していた。Franz Masnago, 1978, « Les charges indues », *Droit social*, 9/10, pp. 116-27. 1990年代以降は一般社会保障税（CSG : contribution sociale généralisée）が不当な負担の問題を解消するための財源として用いられていくことになる（第4章）。

<sup>136</sup> De Foucauld, *op. cit.*, p. 154. また、1991年の時点で社会保険以外の制度も含めた社会保護（protection sociale）制度全体の財源に占める社会保険料の割合も約80%であり、これは同時期のドイツやイタリアよりも高い水準である（Eurostat, 2003, *European Social Statistics : Social Protection Expenditure and Receipts Data 1991-2000*, Luxembourg : Office for Official Publications of the European Communities, pp. 237-8）。

<sup>137</sup> Manow, art. cit., pp. 282-4.

余裕などほかの様々な要因によっても左右されるであろうし、社会保障担当大臣が支出増バイアスを有しているとも限らない。実際に、ビスマルク型の福祉国家でも年金や医療保険の給付削減は行われている。それでも、マノウの議論は、社会保障制度がそれに結びついた財源を中心として運営され、財政的な自律性が高い場合に、財源拡大という選択肢がよりとられやすいことを示唆している点で重要であろう。

フランスでは1970年代に医療保険の財政が悪化してから保険料の引き上げが繰り返されてきた。1976年から1981年までに一般制度では6回も保険料の引き上げが行われている(表4-2, p. 153)。1984年度の日本の政管健保の保険料率が賃金の8.4% (労使折半) であったのに対して、フランスの一般制度の保険料率は18.1% (事業主負担12.6%、被用者負担5.5%) にも達していた。保険料引き上げは増税に比べて相対的に行ないやすいとされるが、フランスの場合、一般制度の保険料率の改定には議会の投票を必要とせず、医療保険金庫(労使)の自主的な判断あるいは政令で変更できるため、やはり保険料率の引き上げに伴う政治的コストは小さいといえよう。

さらに、1980年代に保険料引き上げに伴う労働コストの高騰、企業競争力の低下、新規雇用の抑制などの問題点が指摘されるようになり、保険料引き上げオプションが限界に達したと認識されると、財源調達方式の改革への流れができた。1990年には賃金だけでなく、資産・投資運用益・賭博益など公的扶助以外の所得に広く課税される一般社会保障税(CSG)の導入が決定され、社会保険料以外の社会保障目的財源が確保されることになった<sup>138</sup>。一般に高齢化・低成長・高失業・雇用の不安定化などが進行するにつれ、被保険者数の減少と被保険者の収入の減少によって社会保険料収入は停滞することになるが、フランスでは1990年代の初めに保険料に代わる社会保障財源を導入することに成功した。導入以降、CSGの税率の引き上げや課税ベースの拡大が繰り返し行われており(1993年、97年、98年、2004年)、90年代の終わりには所得税よりも税収の規模が大きくなった。こうして社会保障支出の削減がある程度回避されたのである<sup>139</sup>。以上を要約すると、フランスの医療保険制度は医療保険目的財源による運営がかなりの程度実現されてきたことで、財務当局による医療費抑制圧力が緩和されてきたといえよう。

これに対して、日本では1970年代末以降増税の失敗・先送りが目立ち、多額の国庫補助によって発展した医療保険制度体系は国家財政の赤字を背景として1980年代以降大蔵省によって厳しい費用抑制圧力がかけられた(第3章)。増税が先送りされるなかで大蔵省としては医療保険のために国庫補助を拡大するわけにはいかず、財源拡充策としては1990年代の後半になってようやく保険料の引き上げが行われるようになる(第5章)。

以上、本節では社会保険型の国々のなかでも日本では医療費が抑制され、フランスでは

<sup>138</sup> CSGは税とされるが、社会保険料の徴収ベースを拡張したものであり、用途も明確である。

<sup>139</sup> Manow, art. cit.; Junko Kato, 2003, *Regressive Taxation and the Welfare State: Path Dependence and Policy Diffusion*, Cambridge: Cambridge University Press, pp. 94-112.

医療費が高水準となっている原因を医療保険制度の設計に関して考察してきた<sup>140</sup>。日本では診療報酬制度によって医療費抑制が実現されやすくなっており、また財源構成上財務当局による費用抑制圧力がかかりやすくなっていた。フランスでは反対に診療報酬システムによる医療費抑制が機能しづらくなっており、また財源構成上も財務当局による費用抑制圧力がかかりにくくなっていた。

政治的には、日本では政府・与党と医師会との間で診療報酬抑制について妥協の余地がありえたのに対し、フランスでは医療保険金庫（労使）と医師組合が全国協約を通じて診療報酬を改定する仕組みの機能不全<sup>141</sup>が費用の高騰を招いた。

本節の検討は医療保険に関連するアクターたちが行動する前提となる医療保険制度の設計に関するものであった。続いて医療保険改革をめぐるアクターたちがどのような目標と権力を有しており、相互にどのような関係にあるのかを整理してみたい。医療保険制度の比較検討に続いて両国の政治制度の分析を行うことで、日仏の医療政治の全体像を描き出すことが狙いである。

## 2-3. 政治制度が医療保険改革に与える影響——行政府・与党の凝集性とリーダーシップ

＜表 2-1 日仏の政治制度におけるコントラスト＞

	行政府の凝集性	与党の凝集性	行政府と与党・議会の関係	政策的帰結
日本	低い	低い	内閣と与党の二元体制とリーダーシップの不在	非決定の問題と与党による骨抜き
フランス	高い	高い	政官のトップエリートのリーダーシップが確立	行政府の決定が貫徹されやすい

出典：筆者作成。

本節では日仏における医療保険改革に関連するアクターを行政府と政党（与党）の二つに分け、それぞれのアクターが埋め込まれている制度的環境を検討する。それによって両国における医療保険改革の政治過程がどのような展開を辿ることになるかについて見通しを立てることを目指す。

行政府・与党の特徴づけのために、両者の凝集性が高いか否かという点に着目する。内山融によれば、行政府や与党の凝集性の高低は、①リーダーとメンバーとの政策選好の

<sup>140</sup> 無論、一国の医療費の規模を規定する要因としては所得水準や人口構造などの影響が考えられるが、本節の分析は医療保険の制度設計上、医療費抑制圧力がかかりやすいか否か、また実際に医療費抑制を行うことが容易であるか否かという問題を扱ったものと理解されたい。

<sup>141</sup> この問題については本章 2-4. b. で詳しく検討する。

距離と、②リーダーとメンバーの力関係によって決まる<sup>142</sup>。つまり、行政府内で首相と各省の選好の乖離が大きく、各省の自律性が高い場合、行政府の凝集性は低くなる。凝集性を高めるには、政策課題を行政府内で共有したり、首相の決断の重みを増すための制度的な枠組みの設定が必要になる。政党についても、党首と各議員の選好の乖離が大きく、各議員の自律性が高い場合、政党の凝集性は低くなる。ここで凝集性を高めるためには、党としての明確な政策プログラムを共有したり、党首の権限を大きくする仕組みが必要である。

リーダーとメンバーで完全に利害が一致していれば、前者の後者に対する統制は不要であろうが、選好の乖離が大きくなるにつれ、リーダーによるメンバーの統制力が、組織の凝集性を維持する上で重要になってくる。また、リーダーのメンバーに対する優越が完全に確立されている場合、考え方の共有は不要であろうが、リーダーによる統制力が低下するにつれ、考え方の共有が必要になってくる。目標の共有が図られている方が、より組織としての凝集性が高くなり、リーダーの目指す目標が実現されやすいだろう。

要するに、凝集性の高い行政府・政党では、メンバー間で目標・利害が共有されており、リーダーのメンバーに対する優位が確保されている。それゆえ、リーダーの目指す政策が貫徹されやすいのである。

予め日本とフランスの場合の概要を述べておくと、1990年代までの日本では行政府・与党（自民党）ともに凝集性が低く分権的であり、内閣に対する与党の独立性が高く（内閣と与党の二元体制）、首相が行政府においても与党に対しても強いリーダーシップを発揮することが困難であった<sup>143</sup>。重要な問題について意思決定が下されない非決定の問題が発生したり、政策の当初案が与党やそれを支持する利益団体、官僚らによって骨抜きにされたりというように、リーダーシップの不在やリーダーシップの貫徹の困難が顕著であった。利益団体に関していえば、政策領域ごとに中央省庁・族議員とともに連合を形成し、業界に対する補助金・優遇税制・有利な規制などを求めてきた<sup>144</sup>。以上のように、政府が与党や利益団体からの反発に対して脆弱な立場に置かれるという政治状況下において、日本では税制や医療保険の抜本改革は先送りされ、財政均衡を達成するためには既存の制度的な枠組みを前提とした上での医療費抑制策の強化が行われてきた。

他方、第五共和制（1958年～）のフランスでは行政府・与党ともに日本に比べて凝集性

<sup>142</sup> 内山融, 2005, 「政策アイデアの伝播と制度——行政組織改革の日英比較を題材として」『公共政策研究』5, p. 121。

<sup>143</sup> 日本の政治制度の特徴に関しては以下の文献に依拠している。飯尾潤, 1995, 「政治的官僚と行政的政治家——現代日本の政官融合体制」『年報政治学』, pp. 135-49; 野中尚人, 1995, 『自民党政権下の政治エリート：新制度論による日仏比較』東京大学出版会; 山口二郎, 1998, 『イギリスの政治：日本の政治』ちくま新書; 内山前掲論文。これらの論文ではイギリスまたはフランスが比較対象とされているが、いずれにしても日本の行政府・与党の凝集性の低さや、内閣・与党の二元体制という基本的な特徴に関しては一致している。

<sup>144</sup> 他省庁の場合とは異なり、厚生省は医療に関連する最も重要な利益団体である日本医師会とは対立関係にある。日本医師会は自民党との密接な関係を通じて厚生省による医療機関に対する統制の強化や医療費抑制政策に抵抗してきた。池上, キャンベル前掲書。



が高く、執行府（とりわけ大統領、次いで首相）の行政府・与党に対するリーダーシップが確立されている<sup>145</sup>。また、行政府の立法府に対する優位が様々な形で確保されており、行政府主導で迅速な法制化を実現することができる。とりわけ新政権の発足直後においては大統領の政権公約に従ってトップダウン型の政策革新が目指され、政府案の迅速な法制化が実現しやすい。しかし、利益団体の側に目を向けると、フランスの政治社会は高度に分裂・断片化しており、利益団体間での調整や国家による調整のメカニズムが存在しないため、採用された政策が市民社会レベルでの定着に失敗してしまうことも指摘されている<sup>146</sup>。フランスの医師組合は複数の分裂・競合しており、政府の社会保障改革案に対してしばしば激しい反対運動を繰り広げてきた（一般労働者の労働組合についても同じことがいえる）。このためフランスでは行政府主導の政策革新が議会を通過することはできても結局市民社会のレベルで覆されるということがしばしば観察される。1980年代末からフランスでは新しいタイプの社会保障政策が多数打ち出され<sup>147</sup>、広く薄く負担を求める社会保障財源改革には成功するが、医師組合という利益団体との妥協形成に失敗してしまい医療費抑制に関する新施策を有効に定着させることができなかった。

#### a. 行政府の凝集性

### 日本

日本の行政府では首相の求心力が弱く、各省庁の自律性が高い。いいかえれば、行政府全体の凝集性が低い。以下では内山の整理に依拠しつつ<sup>148</sup>、a) 内閣において首相が各大臣を統制できるか、b) 各省において大臣が官僚を統制できるのかという二つのレベルに分けて検討していく。

a) 内閣のレベルでは、日本の首相は閣内で強いリーダーシップを発揮することは多くの場合困難であった。確かに、戦後日本国憲法によって首相には大臣の罷免権が与えられ（憲法 68 条第 2 項）、行政各部を指揮監督する（同 72 条）とされたように首相の法的権限は強

<sup>145</sup> フランスの政治過程の概要に関しては以下を参照。大山礼子, 2013, 『フランスの政治制度（改訂版）』東信堂；Frank R. Baumgartner, 1989, *Conflict and Rhetoric in French Policymaking*, Pittsburgh: University of Pittsburgh Press；John D. Huber, 1996, *Rationalizing Parliament: Legislative Institutions and Party Politics in France*, Cambridge: Cambridge University Press；Jack Hayward and Vincent Wright, 2002, *Governing from the Centre: Core Executive Coordination in France*, Oxford: Oxford University Press. また、日仏の比較政治学研究の貴重な例として、野中前掲書；大嶽秀夫, 野中尚人, 1999, 『政治過程の比較分析：フランスと日本』放送大学教育振興会がある。

<sup>146</sup> Cf. 吉田徹, 2004, 「フランス——避けがたい国家？」小川有美, 岩崎正洋編『アクセス地域研究 II』日本経済評論社, pp. 107-26；Hayward and Wright, *op. cit.*

<sup>147</sup> 例えば、1988 年に導入が決まった参入最低所得（RMI）をはじめとして、1990 年代から社会保険型・ビスマルク型福祉国家の範疇に収まらない新施策が相次いで導入されるようになった。Palier, 2005, *op. cit.*；Bruno Palier, 2010b, “The Dualizations of the French Welfare System,” Palier (ed.), *A Long Goodbye to Bismarck?*, *op. cit.*, pp. 73-99. 後で事例研究として検討する一般社会保障税（CSG）や普遍的医療保障（CMU）などはその例である。

<sup>148</sup> 内山前掲論文, pp. 122-4.

化されたものの、実際には様々なフォーマル、インフォーマルな制約が首相のリーダーシップの行使を阻んできた。以下では内閣に関するフォーマル、インフォーマルな制度に由来する制約と、自民党の組織的特徴に由来する政治的制約に注目したい。

まず、内閣に関するフォーマルな制度としては、内閣法上首相の地位は他の大臣と同等に近いものとされており、各大臣は「主任の大臣として、行政事務を分担管理する」という所轄の原則が規定されている（内閣法3条）。法律によらないインフォーマルな制度としては、閣議に上げられる案件は全て官僚制内（各省協議と事務次官等会議）で合意が得られるようになっていた。同様に、慣行として閣議では全会一致による意思決定がルール化され、首相が多数決を迫ることはできなかった（そもそも閣議は形式的なものであり、ここでの修正や否決は行われず、事前に行政府内部や与党との調整が済んだもののみが案件となっていた）。

次に、与党のあり方と関連した政治的制約である。後述するように、自民党は派閥の連合体であり、閣僚の人事において首相は派閥間の均衡に配慮する必要があった。自分の方針を支持する者や自派閥の者だけで閣内を固めることはできなかった。同様の理由から、首相による大臣の罷免権の行使にも強い政治的制約があった。自民党政権の内閣では与党の派閥連合体としての構造が再生産され、首相の地位も党内で多数派を形成する派閥連合に依存する不安定なものであった。派閥間の競争を一因として内閣の存続期間は概して短く、佐藤栄作・中曽根康弘・小泉純一郎のような少数の例外を除いて首相の任期も短かった。

最後に、首相がリーダーシップを発揮しようにも、その方向性を定める政策プログラムを内閣が持っていなかったことが挙げられる。自民党の選挙公約には既定の政策がそのまま盛り込まれていることが多く、政策全体を指揮する理念が欠けていた。この背景にも自民党の凝集性が低く分権的な組織構造が存在しており、党の政策プログラムはそれぞれの選挙区や支持団体の利益を代表する個別の政策の寄せ集めとなってしまう、総花的な内容にならざるを得なかった。

こうした首相のリーダーシップの弱さ、内閣としての一体性の低さは1990年代の行政改革論議において克服すべき重要課題とされ、2001年には内閣府が設置されることになる（そのなかには小泉政権の司令塔となる経済財政諮問会議も設置される）。

b) 各省庁のレベルでは、大臣がリーダーシップを発揮することは稀であり、官僚制内部での決定を追認することが多い。この理由として、第一に官僚制と与党の密接な協働関係の存在を挙げることができる。自民党長期政権下においては与党政治家は政策立案を官僚に委任し、自分は再選を目指して選挙活動に勤しむというパターンが形成されていた<sup>149</sup>。各省の官僚と結びついた族議員が官僚と協調しつつ支持基盤への利益誘導を行うことで、官僚は天下り先を確保し、政治家は票や献金を手にする。この過程で官僚制と与党（政務調査会）の間で水平的・組織的に調整が行われるのであって、各省の大臣が官僚制に対し

<sup>149</sup> 村松岐夫, 2010, 『政官スクラム型リーダーシップの崩壊』東洋経済新報社第1章。

てトップダウン型のリーダーシップを発揮するという形にはなっていない。

第二に、大臣個人と組織としての官僚制の関係のあり方も重要である。自民党政権の派閥均衡人事の下では頻繁に内閣改造が行われ、閣僚の任期が概して短い。戦後の閣僚の平均任期は 1 年以下である<sup>150</sup>。他方、日本の中央省庁の高級官僚たちは昇進の過程で他省庁や地方などへの出向を経ることはあっても、基本的に退官するまで入省時の省庁に所属し続ける。彼らの人事は退職後のポストまで含めて各省内で組織的に管理されており、これが各省庁（場合によっては各局）の組織的な一体性の源泉となっている。人事に対する政治介入がかなりの程度遮断され、人事面での政治家に対する自律性も高い<sup>151</sup>。こうした人事パターンが制度化されている状況下では、大臣が自分の政治的意志を支えてくれるスタッフで周囲を固めてリーダーシップを発揮することは困難である。そもそも自民党政権下における大臣ポスト（および党の重要ポスト）は派閥間競争と年功序列に基づいて配分されていたのであって、大臣となった政治家は任期中に必ずしも独自の成果をアピールする必要性に迫っていたわけではなかった<sup>152</sup>。支持基盤への利益誘導を行う財政的余裕が存在していた時代には、大臣にはあえて官僚と対決する必要性も乏しかったといえよう。大臣は政策立案に関して強固な自律性を有した官僚組織に依存していたのである。

第三に、上述したように自民党が一貫した政策プログラムを持てなかったことで、大臣も官僚制に対するリーダーシップを発揮する上での基本的な方針を持つことができなかった。それゆえ、大臣は内閣の方針を基に省庁に対してリーダーシップを発揮するというより、各省の官僚の代表として行動しがちとなったのである。

1990 年代には首相のリーダーシップの強化とともに、大臣による各省の統制強化も行政改革の焦点になり、1999 年に制定された、国会審議の活性化および政治主導の政策決定システムの確立に関する法律により、2001 年に各省に副大臣と大臣政務官が設置され（どちらも与党議員から任命される）、国会答弁は大臣・副大臣・大臣政務官が行うこととされた（ただし、細かい事項については官僚が答弁できるという規定も新設された）<sup>153</sup>。その後、民主党は官僚依存からの脱却、政治主導の確立を掲げ、2009 年 8 月の政権交代後には内閣が任命する大臣・副大臣・政務官という政務三役をトップとした政策決定の推進を政権課題とすることになる。

---

<sup>150</sup> 内山前掲論文, p. 123.

<sup>151</sup> 野中尚人, 2005, 「高級行政官僚の人事システムについての日仏比較と執政中枢論への展望」日本政治学会編『日本政治を比較する』早稲田大学出版部, pp. 165-228 ; 同, 2008a, 「幹部行政官僚の人事システムと政策の総合調整——フランスと日本」『学習院大学法学会雑誌』43(2), pp. 1-35.

<sup>152</sup> それでは自民党以外の政党の政治家が大臣となった場合に何が起きるのであろうか。1990 年代の自社さ連立政権において、さけがけの菅直人は厚生大臣となった際、従来の自民党政権に対する独自色として市民参加をアピールしていた。また、HIV 問題に対する厚生官僚の姿勢を徹底的に追求する姿勢を示した。1993 年の自民党下野後、非自民の諸政党は自民党政権の政治システムの見直し（政治改革および行政改革）を掲げていく。1990 年代以降の変化については小泉政権の医療保険改革を扱う第 7 章の冒頭で改めて整理する。

<sup>153</sup> 大山礼子, 2003, 『国会学入門（第二版）』三省堂, pp. 112-6.

a)、b)の検討内容をまとめなおすと、戦後日本では首相が大臣に対してリーダーシップを発揮し、大臣が官僚に対してリーダーシップを発揮するというヒエラルキー的な意思決定構造が成立してこなかったといえる。内閣も官僚制も縦割り割拠型であり、政治リーダー（首相・大臣）による垂直的な統制は機能しづらく（これは政治家によって官僚批判が行われる一因でもある）、省庁間の水平的な調整もしばしば容易ではない<sup>154</sup>。その結果、政治的リーダーシップが空白化することで非決定の問題が生じる。また、政策は経路依存的になり、政治的な推進力を背景とした政策革新が起こりにくい。

医療保険のような社会保障制度の改革においても、首相や大臣が政治的にリーダーシップを発揮することは稀であった。この場合、厚生官僚が重要な改革案をとりまとめられる限りはそれでも社会保障改革は実現していくが、そうでない時には抜本改革を指揮するリーダーシップは不在となってしまう。実際、1980年代半ば以降の日本の医療保険改革は政策革新というよりも古典的な医療費抑制政策（患者負担の引き上げや診療報酬の抑制）とコスト・シフティング（負担の擦り付け合い）を中心とした、財政の帳尻合わせとして展開していくことになる。高齢化に伴って増大する社会保障費を支えるための税制改革も政治的な推進力を得ることができず先送りが続く。

もう一つの問題はメリハリのきいた予算配分が困難になることである<sup>155</sup>。一般に官僚は自己の予算と権限の拡大を目指すと考えられ<sup>156</sup>、日本では各省の官僚が与党族議員の支援を受けつつ予算の拡大と業界への優遇税制の獲得を要求してきたため、予算配分は漸増主義的になり、また財政赤字が生じやすくなる。分権的で求心力が欠如した政治システムのなかで官僚と族議員は結託することで互いの影響力を強めており、これがいわば財政赤字連合を形成してきた。ここで大蔵省主計局にとって可能な対応は支出の凍結や予算の一律削減であり、複数の政策ないし事業の間で優先順位を決めるには政治的な意思決定が必要であった。

こうした状況下では高齢化に伴い社会保障費が伸びていくとしても、そのための安定財源を確保していくことは容易ではない。第一に、そもそも大蔵省以外の各省庁と応援団議員が求めているのは業界への減税であり、また与党議員は増税による有権者からの反発をできれば回避したいため、とくに選挙基盤が固まっていない若手議員を中心に増税には消

---

<sup>154</sup> このため「省あって国なし」さらには「局あって省なし」ともいわれる。後者の例として、旧大蔵省における公平・簡素な税制の確立を目指す主税局と、毎年の財政の健全性を目指す主計局の機関哲学の違いや人事面での隔たり、旧厚生省内部で医療と福祉を担当する部局間の対立などが指摘されている（真淵勝, 1989, 「大蔵省主税局の機関哲学」『レヴァイアサン』4, pp 41-58; 池上, キャンベル前掲書, pp. 5-7）。

<sup>155</sup> John Creighton Campbell, 1977, *Contemporary Japanese Budget Politics*, Berkeley: University of California Press (= 1984, 小島昭, 佐藤和義訳『予算ぶんどり: 日本型予算政治の研究』サイマル出版会)。

<sup>156</sup> Anthony Downs, 1967, *Inside Bureaucracy*, Boston: Little, Brown (= 1975, 渡辺保男『官僚制の解剖: 官僚と官僚機構の行動様式』サイマル出版会); William A. Niskanen, Jr, 1971, *Bureaucracy and Representative Government*, Chicago: Aldine, Atherton.

極的である<sup>157</sup>。つまり、日本の分権的な政治システムでは増税を増やすこと自体が困難なのである。第二に、仮に消費税率の引き上げなどのなんらかの増税が決定したとしても、増収分に関心を持つのは厚生省だけではなく、各省庁とそれに結びついた政治家や利益団体の利害が反映される結果、新たな財源を社会保障のみに充当するのは容易ではない<sup>158</sup>。財政を司る大蔵省としてもせつかくの新たな財源は福祉の拡大よりも財政赤字の解消に用いることを選好するはずであり、社会保障目的税の導入には消極的となろう。

こうしたなかで社会保障目的財源を拡充するには、政治リーダーの意志とそれを貫徹できるような行政府と与党のシステムが必要である。ところが、日本の分権的な政治システムにおいてはそれは困難であった。結果的に、厚生省は 1990 年代以降経済社会状況の変化によって社会保険料の収入が伸び悩むようになっても新たに十分な税財源を確保することができず、ほとんど恒常的に厳しい医療費抑制政策を策定する必要に迫られてきたのである。

自民党長期政権下における税制改正の過程では、行政側では大蔵省主税局の管轄となり、与党の側では自民党税制調査会が外部に対する自律性を保持していた。党税調は税制のプロで構成されており、短期的な財政収支のために税制を歪めたり、支出ありきで税制の方を改正していくことを嫌っていた<sup>159</sup>。主税局が事務局となる政府税制調査会も存在しているが、最終的な決定に影響力を有するのは党税調の方であった（いわゆる党高政低）。

大蔵省主税局と党税調の専権事項である税制改正の過程に厚生省が直接的に影響力を行使するのは困難であり、大蔵省主計局と厚生省の間では予算編成のための帳尻合わせ的な調整こそできるものの、中長期的な視点に立った社会保障財源に関する議論ができない。行政府内部に福祉国家の財源をどうやって調達していくか議論するための制度的な基盤が不十分なのである。大蔵省が社会保障目的税の導入を嫌い、厚生省が社会保険料という既存の社会保障目的財源にこだわるという状況が続けば、中長期的に必要な財源のあり方に関する議論は遅れてしまうだろう。第 5 章で検討するように、政党政治のレベルでもバブル経済崩壊以降、減税と公共支出による景気刺激が各政権の経済政策の基本となり、結局これが 1990 年代いっぱい続いたのであった。

## フランス

フランスでは日本に比べて行政府全体の凝集性が高く、行政府内における大統領と首相のリーダーシップが確立されている<sup>160</sup>。日本の場合の検討と同様に、a) 内閣において大統領・首相が各大臣を統制できるか、b) 各省において大臣が官僚を統制できるかという二つのレベルに分けて説明していく。

<sup>157</sup> 加藤淳子, 1997, 『税制改革と官僚制』 東京大学出版会。

<sup>158</sup> 権丈前掲論文参照。

<sup>159</sup> 加藤前掲書；木代泰之, 1985, 『自民党税制調査会』 東洋経済新報社；上川龍之進, 2010, 『小泉改革の政治学：小泉純一郎は本当に「強い首相」だったのか』 東洋経済新報社。

<sup>160</sup> 以下、注 145・151 の文献に依拠している。

a) 第五共和制のフランスでは大統領による首相を含めた閣僚に対する統制が確立されている。第三・第四共和制時代における内閣の不安定性と政治的イモビリズムに対する反省から、第五共和制では執行権の強化、とくに大統領権限の強化が行われた。現在のフランスの大統領に憲法上与えられている権限には、首相と大臣の任免・下院（国民議会）の解散・法律案の国民投票手続きの請求・軍事と外交の指揮・非常事態措置権などがある<sup>161</sup>。1958年にドゴール大統領は間接選挙によって選ばれたが、1962年に憲法が改正されて大統領は国民の直接選挙によって選ばれることになり、民主的な正統性が高まった。ドイツやイタリアの大統領のように象徴的な存在ではなく、フランスの大統領は実質的な影響力を行使することができる。その背景として、日本の首相とは異なり、フランスでは大統領こそが与党のリーダーであるということが挙げられる。

組閣に際して大統領は首相として自分に忠実な協力者を選ぶことが多く<sup>162</sup>、その他の閣僚の任命についても、論功行賞的なポスト配分が全く行われないということではないにせよ、大統領の意向が大きな影響力を持つ。また、フランスでは組閣の度に閣僚の人数が大きく変動し、大臣の所管領域も変化する<sup>163</sup>。つまり、組閣の段階で政権の重要課題に応じて大臣の所管領域と大臣を補佐する担当大臣 (*ministre délégué*)、閣外大臣 (*secrétaire d'État*) の所管領域を調整することで、意思決定のラインを整備することが可能となっているのである。なお、閣僚ポストは当選回数による年功序列に則って配分されているわけではなく、抜擢と実力主義が基本である。このため当選一回の財務大臣（エドゥアール・バラデュール：*Édouard Balladur*）や政治家としての経験のない首相（ジョルジュ・ポンピドゥー：*Georges Pompidou*, ドミニク・ドヴィルパン：*Dominique de Villepin*）といった抜擢人事もありうる。バラデュールもドヴィルパンも高級官僚として保守政権内で経験を積んで来た人物であり、実績を買われての人事といえよう。このように、組閣の時点から大統領（コアビタシオン政権の場合、首相）の政権公約実現に向けた取り組みが始まっているのである。

次に、首相の役割について見てみよう。外交・安全保障に関する重大決定を除けば、日常的な政策立案や調整における首相の役割はとても大きい。これはコアビタシオンではない政権に関してもいえることである。省庁間の調整については、首相を頂点として首相官房・各省大臣官房・各省各局からなるヒエラルキー的な調整が発達している<sup>164</sup>。このため

<sup>161</sup> 大山前掲書, 2013, pp. 55-9。

<sup>162</sup> ドゴールとポンピドゥー、ミッテランとファビウス、シラクとジュペなど。シラクはジョスパンとのコアビタシオン（保革共存）期を除けば、ジュペ、ラファラン、ドヴィルパンという自分に忠実な人物を首相に任命している。ただし、ジスカール＝デスタンとシラク、ミッテランとロカールのように右翼陣営・左翼陣営それぞれの内部でライバル関係にある政治家が首相に任命されることもある。なお、コアビタシオン政権の場合、外交・安全保障以外の政策に関しては首相がリーダーとなって内閣を指揮する。

<sup>163</sup> 日本では省庁再編は滅多に行われず、閣僚の数や所管も変更されない。新たに省庁が設置される場合や特命担当大臣が任命されることを除けば、省庁組織の大枠は硬直的である。ただし、同一省庁内での組織改革はしばしば行われる。例えば、高齢化対策の強化の流れのなかで旧厚生省では1992年7月から老人保健福祉部が局に昇格している。

<sup>164</sup> 総合調整と首相（府）について、以下を参考にした。大嶽, 野中前掲書, pp.187-90; 野中前掲

首相の側近官僚の役割も大きく、とりわけ有能な高級官僚が首相官房にリクルートされる仕組みとなっている。日常的な首相の役割の大きさを反映して首相の補佐機構も充実している。大統領が最高の政治的意志を体現する一方で、首相はその意を受けつつ政策立案や調整のトップに立っているといえよう。

大統領・首相がリーダーシップを発揮する際の指針となるのは大統領選挙や総選挙における政権公約である。ミッテラン政権の社会主義の実験とそれに対する右翼 RPR（後述）の民営化路線、あるいはサルコジの減税路線とオランダの高所得者増税公約にも見られるように、左右の大政党は選挙の際に重要争点に関する立場を明らかにし、政権獲得後にはそれらの実現を目指す動きが活発になる。一貫した政策プログラムの形成が可能になる背景には、大政党の凝集性の高さ、集権的な組織構造がある。フランス社会党内では政策プログラムをめぐる党内競争が活発だが、いったん党執行部が選ばれた後はその指導力が確立される。ドゴール派の RPR（現 UMP）も党首であるジャック・シラクとその側近グループが権力を確立し、その後はニコラ・サルコジが引き継いだ。

b) フランスでは各省において大臣が官僚に対してリーダーシップを発揮している。その理由として、第一に大臣を補佐する大臣官房のスタッフや各省庁の局長が政治任用ポストとなっていることが重要である。政治任用ポストには多くの場合、ENA やポリテクニーク<sup>165</sup>出身の高級官僚から、大臣に政治的・個人的に近い者が任命される。大臣の側では優秀な政策スタッフである官僚の助けを必要としており、官僚の側では大臣の側に仕えることで、政策の実現を通じて名声を高めることができるとともに政界や財界への進出の機会を得るので、大臣と協力する動機を有している。このため大臣と官僚が協力して政策形成においてリーダーシップを発揮している。日本では不安定な大臣の地位と高い凝集性を有する省庁組織が対比されるが、フランスの中央省庁では年功制があまり整備されておらず、個人のイニシアティブでポストを獲得していくことが多い<sup>166</sup>。こうしたなかで官僚が政策形成に影響力を及ぼしたり出世したりするためには、大臣と協力する必要があるのである。

第二に、政策形成の起点が各省大臣官房になっていることである。自民党長期政権下の日本における政策形成は省庁内におけるボトムアップ式の立案・調整過程と並行して与党内でもボトムアップ式の検討が進み、官僚制内および官僚制・与党間の全ての調整が済んだ段階で閣議に上げられるというものであった。一方、フランスでは政策形成の出発点は各省の大臣官房（さらには与党の選挙公約）であり、各局は大臣官房の指示の下で技術的

---

論文, 2008a, pp. 27-9 ; Hayward and Wright, *op. cit.*, pp. 73-7.

<sup>165</sup> ENA (École nationale d'administration : 国立行政学院) とポリテクニーク (École polytechnique : 理工科学学校) はいずれもエリート官僚の養成を担う高等教育機関である。

<sup>166</sup> 官僚がキャリアの途中で所属省庁やコール (corps : フランスの官僚はコールと呼ばれる官僚団に所属した上で対応した省庁組織などで勤務している) そのものを変えてしまうこともある。このため省庁組織の凝集性が日本の中央省庁に比べて低いものと考えられる。ただし、後述するグラン・コールに関しては年功制がより整備されており、組織的な凝集力も一般省庁に比べてとても強い。野中前掲論文, 2005, 2008a 参照。

な側面を担当するというトップダウン型の過程が基本である<sup>167</sup>。また、本節 c. で述べるように、政府・与党間の調整は議会審議を通じて行われ、政策立案過程には与党は介入しない。大臣が政権の基本方針を踏まえつつ、自分でリクルートした側近の官僚たちとともに政策形成を担うのである。大臣官房は行政府の一部であるとともに、政策の立案や利害調整、国会对策という政治的な役割も担い、また政治家としての大臣の広報活動なども担うことから、日本に比べて政治的な色彩が強く、政治家としての大臣と行政機関たる省庁部局との結節点として重要な役割を担っている<sup>168</sup>。

第三に、さらにいえば、フランスでは行政府のトップレベルでは政治家と官僚という区別があいまいになり、両者は混然一体となっている。日本では憲法上の規定により国務大臣の過半数は国会議員でなければならないが（憲法 68 条）、フランスでは行政と立法を明確に分離するために、大臣となった政治家は国会議員としての資格を失う（議席補充者が予め選ばれている）。大統領・首相・閣僚たち自身が高級官僚（とりわけグラン・コール官僚）出身であることが多く、このことも行政府の凝集性を高めている。官僚出身の閣僚が官僚のなかから自分の側近スタッフを選ぶ以上、両者の選好の乖離は小さくなるだろう。また、エリート官僚たちは日本とは異なり官職を保持したまま政治家になることができ、政治と行政の垣根は非常に低くなっている<sup>169</sup>。ドゴール派政党にとっても社会党にとってもエリート官僚は将来のリーダーの供給源である<sup>170</sup>。こうした政治と行政の役割をあわせもつエリート官僚が第五共和制の政治過程の主役として行政府と与党の双方に対してリーダーシップを発揮しているのである。反対に、閣僚になれないような与党議員は日本に比べて影響力が小さい。

政治・行政のトップエリートの供給源となっているのがグラン・コールである。ENA を最も優秀な成績で卒業した一握りのエリートたちは一般省庁とは区別されるグラン・コールに所属することができる。コンセイユ・デタ（Conseil d'État）・会計検査院（Cour des comptes）・財務監察官団（Inspection générale des Finances）などのグラン・コールは省庁横断的に統制・チェック活動を行うことを任務としている。グラン・コールの官僚には、コールのメンバーとしての資格を保持したまま、一般省庁の局長ポストに就いたり政治家となったり企業で勤務したりする特権が認められている。大臣官房のスタッフにも多くの場合高級官僚（とくにグラン・コール官僚）が任用されている。というのも、官房に「グラン・コールの職員がいればこそ、他の省庁、特に財務省との交渉が可能になる」ためであ

---

<sup>167</sup> 大嶽，野中前掲書，pp. 136-8 および第 4 章以下の医療保険改革の事例を見よ。ただし、省庁部局の側から大臣官房へと政策案を上げることもある（野中尚人，2008b，「フランスの公務員制度」村松岐夫編『公務員制度改革：米・英・独・仏の動向を踏まえて』学陽書房，p. 242）。そもそも各局の局長は大臣官房での勤務経験がある場合も少なくなく、大臣官房と省庁部局は人事面で断絶しているわけでない。

<sup>168</sup> 大嶽，野中前掲書，pp. 136-8；野中前掲論文，2008a，pp. 28-30。

<sup>169</sup> 野中前掲論文，2005；Jean-Patrice Lacam，2000，*La France, une République de mandarins ? : les hauts fonctionnaires et la politique*，Bruxelles : Éditions Complexe。

<sup>170</sup> 反対に、有能な有力政治家が高級官僚団に迎え入れられることもある。



る<sup>171</sup>。このようにグラン・コール官僚が省庁横断的に局長や大臣官房ポストを占め、さらには閣僚になっていくことで、フランスでは行政府の上層部においてゆるやかな統合が存在しており、これが行政府全体としての凝集性を高めることに一定程度貢献していると思われる<sup>172</sup>。なお、グラン・コール官僚でなくとも複数の省庁間を異動することはめずらしくなく、例えば、予算担当省庁と社会保障担当省庁の間にも人的な交流がある。予算局(direction du Budget)で社会保障財政を担当しているスタッフのなかには元々社会保障行政に携わっていた者が含まれており、また財務省の側から社会問題省へと異動する者もいる<sup>173</sup>。

最後に、明確な政権公約が存在していることには、大臣が各省庁にとりこまれるという事態を防ぐ効果があるだろう。個別的な政策の提案や政策の技術的な側面について大臣が各省の官僚に依存することはフランスでも当然あるが、政権の方針が定まっていることで大臣として各省の官僚を指揮することが可能になる。

a)、b)の検討内容をまとめなおすと、第五共和制のフランスでは大統領が閣僚に対してリーダーシップを発揮し、首相がその他の閣僚に対してリーダーシップを発揮し、大臣が官僚に対してリーダーシップを発揮するというヒエラルキー的な意思決定構造が成立している。内閣の凝集性は高く、省庁間の縦割り問題は日本ほど深刻ではない。省庁間の調整については、首相を頂点とした垂直的な調整様式が発達している。省庁内での調整は大臣官房を頂点として行われる。こうしたメカニズムによって、大統領を頂点とする政治的な意志が貫徹されやすくなっている。いいかえれば、いったん政府内で決定された新規の政策は貫徹されやすい。また、政権交代に伴い政治的な推進力を背景とした大胆な政策革新が起こることが期待される。

医療保険などの社会保障改革においても、首相や大臣が側近の高級官僚の力を借りながらリーダーシップを発揮している。本論文で扱う 1970 年代から 2000 年代の医療保険改革では、社会保障行政を専門とする高級官僚たちが政策立案や政府組織間の調整において中心的な役割を果たし続け、また政治リーダーが決定において重要な役割を果たしている。とりわけ 1990 年代にはかねて高級官僚たちが準備してきた政策アイディアが政治的推進力を得ることで次々に法制化に向かった。1980 年代までに繰り返された保険料と患者負担の引き上げではなく、医療費の総枠予算制や医療供給体制の効率化という新たなアプローチ

---

<sup>171</sup> 人事院, 1999, 『フランス ENA 官僚の実像: 人事院創立 50 周年記念セミナー報告書』人事院, p. 41。

<sup>172</sup> グラン・コール官僚が官房で勤務したり、局長ポストに就いたりするというキャリア・パターンだけでなく、省庁部局で局長まで出世した者が後にグラン・コールに迎えられるというキャリア・パターンも見られ、トップレベルの高級官僚は柔軟に重要ポストを異動している。フランスの厚生官僚のキャリアの分析として、以下を参照。尾玉剛士, 2013, 「フランスにおける厚生官僚の人事と政策形成における自律性——医療保険改革の日仏比較に向けて」『日仏政治研究』7, pp. 53-65。

<sup>173</sup> 筆者が 2013 年 2 月 6 日に聞き取りを行った社会問題省の高級官僚も、以前は予算省に所属していた。

が模索されるようになった。財源面でも社会保険料が抱える限界に対処するために社会保障目的税が導入されている。政治的なリーダーシップに支えられながら医療保険制度の運営・財源から医療供給体制に至るまでの抜本改革が目指されたのである。

予算に関しても首相のリーダーシップが強い。財務省予算局と他省庁の水平的な交渉に対して首相官房が垂直的に仲裁の役割を果たすことでメリハリのきいた予算配分が行われている<sup>174</sup>。社会保障の財源確保のための税制改革についても、大統領・首相という執行府のリーダーシップが重要である<sup>175</sup>。与党議員が（とりわけ選挙前の）増税を嫌うこと（一般的に、右翼政党の政治家は高所得者や企業への課税を嫌い、左翼政党の政治家は逆進的な税制や庶民増税を嫌っている）、財務担当省庁が税率の上昇が予想される社会保障目的税の導入を嫌うことは日本と同じである<sup>176</sup>。しかし、第4章で詳しく検討するように社会保障のための増税の決定は大統領と首相の決断で決まっている。ここでフランスの行政府・与党の凝集性の高さと執行府のリーダーシップの確立が重要となるわけである。結果的に、フランスの厚生官僚たちは社会保険料に加えて別種の社会保障目的税を獲得することができ、社会保障制度に対する支出削減圧力のある程度緩和することに成功する。社会保障目的税の導入は政府に厳しい医療費抑制政策をとって医師と対決する必要性を少なくとも短期的には低下させたはずである。

#### b. 与党の凝集性

##### 日本

日本では与党の凝集性も低い。その原因として、第一に各議員が政治資源（資金・票）を党執行部に依存せずに各自で準備してきたことが重要である<sup>177</sup>。政治資金は各政治家が企業や個人からの政治献金やパーティ収入によって調達しており、選挙での集票活動も後援会などの議員個人の支持基盤を通じて行われていた。このように自民党議員は政治資源を調達する上で党中央にあまり依存していないため、党中央が資源配分を通じて議員を統制することが困難になっていた。自民党の政治家が党の方針に反する政策を掲げることができたのはこのためである。小泉首相が「聖域なき構造改革」を掲げ、郵政民営化法案に反対する与党政治家を追放したことは、1990年代以前の自民党であれば考えられないことであった。

また、政治家が個人で資金や票を集めなければならないということは、各政治家に地元

<sup>174</sup> Hayward and Wright, *op. cit.*, pp. 77-87, 164-87.

<sup>175</sup> 社会保障目的の増税に関する省庁間の調整も社会問題省・財務省間の水平的な二者関係ではなく、各省から首相レベルに要望を上げ、そこで再生産される対立を首相が裁定しているという。2013年2月5日にコンセイユ・デタで行った聞き取りによる。

<sup>176</sup> 政党や財務省などの税制に対するスタンスについては、Palier, 2005, *op. cit.*, pp. 358-75 ; Kato, *op. cit.*, pp. 94-112 などを見よ。

<sup>177</sup> 以下の整理は、内山前掲論文, pp. 121-4 に基づく。

や利益団体への利益誘導を行うインセンティブを与えている<sup>178</sup>。そして政治家が官庁や利益団体と同盟関係を形成することで、行政府・与党を横断して複数の政策コミュニティが自律性を獲得する。もし党としての方針が自分の支持基盤の利益に反するものであった場合、その政治家は党の方針に反発するだろう。官僚や利益団体はこうした与党議員の応援をあてにできる。こうして行政府も与党も凝集性が低下することになる。

第二に、衆議院議員選挙で用いられていた中選挙区制という選挙制度も自民党内部の対立を助長した<sup>179</sup>。各選挙区において3人から5人の当選者が出る中選挙区制では、各選挙区で自民党から複数の候補者が出馬し、自民党候補者同士で競争していた。党内の派閥は各選挙区で競い合い、派閥はメンバー議員の政治資源を資金面などで補っていった。なお、衆院選の公認候補は党本部が一方的に決めるのではなく、地元選挙区で地盤を確立した政治家が自民党の県連を通じて党本部に公認の申請を行っていた。公認の仕組みにも党中央の弱体性と各議員（候補者）の自律性の強さが見られる。

このように自民党では一般議員の党中央に対する自律性が強く、また派閥対立の存在によって、党としての凝集性は低いものとなっていた。こうした状況下では、やはり首相＝党総裁がリーダーシップを発揮することは困難である。患者自己負担拡大のような医療費抑制政策を行おうとすれば医師会の支持を受ける議員たちを中心とした抵抗が生じ、消費税の導入・増税のように住民一般に関係する増税の場合にも当選回数が少なく支持基盤が固まっていない議員（いわゆる陣笠議員）を中心に反発が生じてきた。負担は少なく給付は多くという与党議員の姿勢は絶えず社会保障制度に赤字圧力をかけることになる。

ただし、1990年代以降、選挙制度改革と政治資金制度改革によって政治家を取り巻く状況に変化が訪れ、それが首相のリーダーシップにも影響を与えていくことになる。政治改革・行政改革の成果によって首相のリーダーシップ強化が明確になるのは小泉政権になってからなので、第7章で小泉政権下の医療保険改革を分析する際に改めて検討したい。

## フランス

フランスでは与党の凝集性も高い。ここでは1980年代以降政権の座に就いた社会党と、右翼政権の中核をなしたドゴール派政党RPR（Rassemblement pour la République：共和国連合）を例としてとりあげたい。最初に、シラク総裁を頂点とした党の凝集性の高さが明白であるRPRから検討しよう<sup>180</sup>。

第五共和制初期のドゴール派政党はドゴール個人とその政府を支持する政治家集団という幹部政党的な性格が強かったが、1960年代後半にドゴールからポンピドゥーへとリーダーが移行する頃には地方組織が強化され、組織政党としての性格を帯びるようになってい

<sup>178</sup> 「…自民党の組織構造は、一般議員の権力を強めることにより彼（女）らが利益誘導を行うことを可能にすると同時に、彼（女）らにとって利益誘導を必要なものとするという二つの役割を持つ」（内山前掲論文, p. 122）。

<sup>179</sup> 大嶽, 野中前掲書第12章；野中前掲書, pp. 10, 15, 102-5。

<sup>180</sup> 以下のRPRに関する記述は主に野中前掲書, pp. 57-69に依拠している。

った。RPR とはシラクがこれに乗っ取って 1976 年に創設（再編）したものであり、シラクは 1981 年の大統領選挙を目指してきわめて集権的な支配体制を確立していた。

まず、党中央では総裁と側近グループに権力が集中している。総裁を補佐するナンバー2 ポストである幹事長（*Secrétaire général*）は総裁によって任命され、意思決定を担う常設組織についても総裁が人事を掌握することで、集権的な支配体制が構築されていた<sup>181</sup>。

また、地方支部に対する党中央の統制も確立されている。とりわけ重要なのは、各県の連合（*Fédération*）の活動を指揮する県幹事（*Secrétaire départemental*）が党綱領に基づいて幹事長によって任命されていたことである。これによって、RPR 誕生以前に地方組織を牛耳ってきた地方名望家層が排除され、党中央の意向に沿った人物が各地に押し込まれていった。総裁-幹事長-県幹事というヒエラルキー構造によって地方統制が行われるようになったのである。RPR 誕生以前に、地方組織の強化が課題であった 1967 年のリール党大会では公認候補の決定は県レベルの組織が権限を持つとされたが、シラクはこうしたゴースト政党の分権化の流れを覆し、国政選挙での公認候補の決定権をシラクと側近グループに集中させたのだった<sup>182</sup>。このため自民党に比べて落下傘候補が多く、世襲議員は少ない<sup>183</sup>。地盤（*fief électoral*）を確立している政治家もいるが、同じ政治家が選挙区を移動する例も多い<sup>184</sup>。第五共和制の下院選挙では定数 1 の小選挙区二回投票制<sup>185</sup>が用いられており、候補者が当選するためには大政党の公認を得られるか否かが決定的に重要である。このため公認権を有する党執行部の各政治家への権力は非常に強いものとなる<sup>186</sup>。

以上を要約すると、シラクは党中央と地方支部の双方に対する総裁の支配体制を築き上げたといえよう。このため RPR はシラクによる独裁政党であるとかシラクを大統領に選出するための選挙マシンであるといった評価がなされてきた<sup>187</sup>。野中尚人は RPR の組織構

---

<sup>181</sup> 総裁自身は 2 年に一度全国党大会にて選出されるが、1995 年に大統領に選出される前年までシラクは総裁の座にとどまり続けた（後任は彼の側近であるアラン・ジュペ）。なお、シラク総裁は臨時党大会を招集することもでき、そこで下部党員の支持を直接調達することによるプレビシット的な権力基盤の強化も可能であった（野中前掲書, p. 62）。

<sup>182</sup> 野中前掲書, pp. 103-4。RPR になってからも地方組織の活動の強化が推進されたが、上意下達型の構造が支配的であった（同上, p. 68-9）。

<sup>183</sup> 1988 年の時点で下院における RPR の世襲議員の割合はわずか 8.5% であった。社会党下院議員ではさらに低く 4.9%、下院議員全体では 5.9% であり、同時期の自民党衆議院議員の約 3 分の 1 が二世議員であったことと比べればその差は明らかであろう（野中前掲書, pp. 113-4；大嶽, 野中前掲書, pp. 162-4）。

<sup>184</sup> また、公選職の兼任が許されているため、地方選挙と国政選挙で異なる地域で出馬することもある。例えば、シラクはパリ市長であると同時にコレーズ県選出の下院議員でもあった。

<sup>185</sup> 一回目の投票で有効投票の過半数かつ選挙人（棄権者を含む）の 25% 以上の得票を獲得した候補がいないう場合、選挙人の 12.5% 以上の得票を得た候補の間で二回目の投票を行い、その相対多数得票者が当選者とされる。1986 年の総選挙のみ比例代表制が用いられ、結果的に極右・国民戦線（FN : Front national）が躍進することになった。選挙後に成立したシラク内閣は選挙制度を元の小選挙区二回投票制に戻した。

<sup>186</sup> 日本でも 1996 年以降、衆議院選挙において小選挙区比例代表並立制が導入され、公認権を有する党執行部の個々の議員への統制が強化される（第 7 章）。

<sup>187</sup> André Passeron, 1984, « Le parti d'un homme », *Pouvoirs*, 28, pp. 27-34 ; Pierre Crisol et Jean-Yves

造が「強力な総裁権限」と「中央による地方統制」という二重の意味で集権的であるとしている<sup>188</sup>。シラク総裁とその側近グループを中心として、RPR の凝集性は長い間かなり高い水準に達していたといえるだろう。

ただし、国会内の議員団の党に対する自律性は自民党やフランスの社会党に比べて高い<sup>189</sup>。自民党議員団は党本部の出先機関に過ぎず、そもそも政府・与党間の調整が議会審議ではなく事前審査を通じて行われてきた。フランス社会党の議員団の活動は RPR の場合に比べると党本部によって統制されているが、党のリーダーたちは国会議員でもあるので結局のところ党本部と議員団は一体化している。つまり、党と議員団の凝集性は自民党とフランス社会党の方が RPR よりも高い。これに対して RPR の議員団はある程度党から自律しつつ活動していた。これには初期の RPR に固有の事情と、議員団の活動の基盤が確保されているという日仏の比較政治研究上重要となる一般的な理由の双方がある。

初期の RPR に固有の事情とは、国政選挙での公認候補の決定に際して現職が優先されたため、党組織でのシラク支配が進む一方で、議会内にはシラク派以外の古参のドゴール派政治家がしばらくの間とどまり続けたということである<sup>190</sup>。もう一つの、日仏比較の観点から重要な理由とは、議員団の事務局が議会別館のなかに設置され、議会からの補助金を受けつつも独自の財源を確保していることである。いいかえれば、物理的にも財政的にも議員団が党に対して独自の活動基盤を持っていたということになる。議員団には固有の規約もあり（1978 年に議員団規則が採択）、党から一定の自律性を保持しつつ活動してきた。

フランスでは政府・与党間の調整が議会審議を通じて行われるため、議会内の与党議員は政府提出法案に対して積極的に修正を試みている。ただし、これは政府が議会審議の運行をコントロールできるという状況下においてのことであり、政府と党本部の方針が議会内の与党政治家によって容易に覆されるということではない。この点については次項で改めて触れる。

RPR 創設後、シラクは 1981 年、1988 年の大統領選挙でミッテランに敗北するが、1995 年によりやうく社会党のリオネル・ジョスパン（Lionel Jospin）を破り当選し、腹心のアラン・ジュペ（Alain Juppé）を首相に据えて強力な政権を構築することになる。2002 年にはシラクの大統領再選のために UMP が結成され、元 UDF の政治家の大部分がこれに合流した。

新生社会党（PS : Parti socialiste）では下部党员による投票と地方（県連）の自律性が重要

---

Lhomeau, 1977, *La machine RPR*, Paris : Fayolle.

<sup>188</sup> 野中前掲書, pp. 61-3.

<sup>189</sup> 同上, pp. 63-8.

<sup>190</sup> シラクはジャック・シャバン＝デルマスらの古参の反シラク派だけでなく、より若い世代によって挑戦を受けたこともあった。例えば、1988 年の大統領選挙でシラクが二度目の敗北を喫した後では RPR の内部から 86 年以降のシラク内閣の政策やその独裁的な党支配体制が厳しく批判された。フィリップ・セガンはその代表であったが、シャルル・パスクワやのようなシラクの盟友までもがシラク執行部の批判に回った。ただし、これはそれ以前のシラクの支配体制の強固さの裏返しでもある（同上, p. 68）。

な原則であり、民主性・分権性が重視されている<sup>191</sup>。また、1971 年の結党以来派閥の連合体である上に、党中央の指導委員会（Comité directeur）と、そのなかから選出される執行局（Bureau exécutif）では、メンバーの選出が派閥間の比例代表制に基づいて行われてきた。したがって、社会党は地方組織・党員の重視と、比例代表原則に基づく派閥の公認という二重の意味で分権的な特徴を有している。

まず、派閥対立がどのように管理されているのか説明しよう。新生社会党は結党以来異なる思想潮流を持った諸派閥<sup>192</sup>の連合体であるが、それらは自民党の派閥に比べて多くの点で活動に制約が課されている。すなわち、独自の事務所や資金源、党の合意を得ない集会の開催、党の公式見解とは異なる立場の公開は党中党的な派閥活動として除名の事由となる<sup>193</sup>。党の運営上派閥の存在を公認した上で、その活動をコントロールしているのである<sup>194</sup>。ただし、実際にはこうしたルールが主流派以外の派閥によっていつも遵守されていたわけではない。派閥活動は党の公式見解通りに純粋に思想的な多様性の表現というわけではなく、党内での主導権をめぐる権力闘争でもあったことは否定できない。

ここで重要なことは、党中央の上層部において第一書記のリーダーシップが強化されてきたことである。第一に、投票による人事が党中央-地方支部を貫く原則とはいえ、実質的な党の最高指導機関である全国書記局（Secrétariat national）<sup>195</sup>の人選における第一書記<sup>196</sup>の指名権限は大きい。党の他の機関とは異なり、全国書記局においては比例代表制が徹底されておらず、多数派連合を形成する諸派閥のなかでもミッテラン派が有力ポストの占有率を高めていった。第二に、1970 年代の段階でミッテラン第一書記の周辺に補佐機構と側近グループが組織化され、第一書記個人によって任命される者たちが党務や政策の研究において重要な役割を果たすようになった<sup>197</sup>。要するに、全国書記局の周辺では第一書記による裁量的な指名・任命がかなり広く行われている<sup>198</sup>。全国書記局では集団指導が原則のはずだが、実際にはミッテラン第一書記へと権力が集中していった<sup>199</sup>。派閥間の競争が強い

---

<sup>191</sup> 社会党に関する記述は、野中前掲書、とくに pp. 69-87 による。

<sup>192</sup> 1981 年の政権獲得前後の主なもの、ミッテランをリーダーとする主流派、そのライバルである旧統一社会党系のロカール派、ミッテラン派とは同盟関係にあったドフェール派、大統領選挙にあたりロカール派からミッテラン派に乗り換えたモーロワ派、シュヴェーヌマンを代表とする最左派の CERES（Centre d'études, de recherches et d'éducation socialiste）などである。

<sup>193</sup> 野中前掲書, p. 83。

<sup>194</sup> これに対して RPR 内に存在するグループ（sensibilité）は社会党の派閥と異なり党内の手続きにおいて公認されたものではない（同上, p. 86）。

<sup>195</sup> 1971 年に 10 名で出発し、その後人数が増加していった（同上, p. 76）。

<sup>196</sup> 第一書記自身は執行局によって選出される。執行局のメンバーは派閥間で比例代表制に基づいて選出されるので、第一書記には多数派連合のリーダーが選ばれる（同上, pp. 94-5 注 80）。

<sup>197</sup> 例えば、1978 年 6 月時点でのミッテラン第一書記の側近グループは経済担当のジャック・アタリを含む特別補佐 7 名、特別顧問ロラン・ファビウス、その他の顧問 5 名からなっていた（同上, p. 94 注 79）。

<sup>198</sup> 同上, p. 76。

<sup>199</sup> ジョスパン、ファビウス、クレッソンなどのミッテランの若手の側近たちはこうして抜擢された（同上, p. 86）。

のは確かだが、こうした仕組みにより、いったん党大会<sup>200</sup>で多数派が構成され運動方針が決定されれば、党執行部の指導力強力なものとなる。指導委員会、執行局のポストは比例代表制によって各派閥に配分されるが、全国書記局では多数派のリーダーの意向が強く働くのである。

なお、各派閥には比例代表制に基づいて党機関のポストが配分されるのだが、それらのポストに就く者を選出するための派閥内での選挙では多数代表制がルール化されており、派閥内では集権的な構造が生まれやすい。党が地方の自律、派閥の併存という二重の分権性を有するなかで、派閥ごとの凝集性は高く、派閥が中央-県-支部を垂直的に連結する機能を果たしている。そして、こうした縦のつながりを党中央執行部で束ねることで党全体の凝集性を維持していると見ることができよう<sup>201</sup>。また、選挙での公認候補の決定についても、党员による投票・県連の承認・党中央での最終決定という手続きを基礎としながらも、1970年代以降地方に対する中央の権限が徐々に強化された<sup>202</sup>。

以上を要約すれば、党中央の最上層部においては第一書記が裁量的な人事権を有しており、リーダーシップが確保されている<sup>203</sup>。また、地方支部に対する党中央の権限強化と派閥を通じた縦の統合によって、党全体の凝集性が高められている。

このように与党となる大政党の執行部の権力が大きいため、日本でしばしば見られる与党議員の反対による政府の方針の撤回や倒閣運動といった現象はまず起きない。次項で検討するように、政府提出法案の国会提出前に与党の一般議員は介入せず、国会審議を通じて事後的に拒否権を発動することも稀である。政府の与党に対する優位が確立されているのである。このため日本に比べて社会保障改革や増税が与党の抵抗によって混乱することはあまりない。次に、この点についてより詳しく考察したい。

### c. 行政府と与党・議会の関係

#### 日本

日本では政府（内閣）が与党を指揮することができず、反対に、与党内の組織（政務調査会・総務会）の意向による制約を受けてきた。自民党の長期政権が続くなかで、内閣が議会に法案を提出する前に自民党が内容をチェックし、ここです承されないと内閣は法案

---

<sup>200</sup> 党大会は2年に一度開催され、その際に採択された方針（motion）に従って2年間の党運営が行われる。異なる派閥がそれぞれ方針を提出することで競争している。

<sup>201</sup> 野中前掲書, pp. 86-7.

<sup>202</sup> 同上, pp. 81-3, 104.

<sup>203</sup> 1980年代後半にミッテランの病状が悪化して以降、社会党はリーダー不在の状況となり、後継者（大統領候補）の座をめぐる党内抗争が深刻化していった。つまり、派閥対立の管理にはミッテラン個人の資質や影響力も重要であったと思われる。とはいえ、社会党が政策の方針を競わせるために派閥の存在を意図的に制度化しており（党大会はそうした方針＝派閥を選ぶ機会である）、その上でさらに派閥の活動条件のコントロールと第一書記のリーダーシップ強化によって、派閥対立を克服するための制度作りも進められてきたということに注意されたい。

を国会に提出できないという、与党による法案の事前審査が慣行として制度化されていた。自民党政務調査会は中央省庁の管轄に対応する部会に分かれており、各部会の族議員たちは政府の法案に対して実質的に拒否権を行使することができた。これが内閣と与党の二元体制と呼ばれるものである。

こうした事態を招いた制度的な原因として、いったん召集された国会の運営について、政府が介入することができないことが挙げられている<sup>204</sup>。つまり、政府は議事日程をコントロールすることができず、閣僚は国会議員からの質問に答えることしかできないため、政府は国会の外で実質的な意思決定を行うようになった。与党政治家の側としても法案作成の段階で自己の利害（支持母体の利害）を反映させることに利益を見出すであろう。こうして議会審議よりも与党との事前調整が優先されるようになったのである。

また、既に述べたように自民党政権の首相は派閥の合従連衡を通じて決まっており、党総裁＝首相よりも与党内の派閥の領袖がキングメーカーとして強い影響力を有してきた（例えば、退陣後の田中角栄）。こうした意味でも、首相は内閣と与党に対するリーダーシップを確立できる状況にはなかった。国会議員自身、政策形成・決定における政党の影響力の強さを自覚していた。1992年に野中尚人は日仏の国会議員全員に対するアンケート調査のなかで「国の政策の形成及び決定の過程に於て最も強力なアクターはどれですか」という質問を行った<sup>205</sup>。その結果、日本では政党、首相、中央官庁の順に最も強力なアクターとみなされていた（回答リストにはその他に閣僚・利益団体・マスメディアなどがある）。総理大臣よりも政党の方が影響力が大きいと考えられており、中央官庁の影響力も大きいと認識されている。このように、自民党長期政権下の日本における政策形成過程の主役は与党と各省庁であり、首相や内閣ではなかった。

こうした内閣と与党の二元体制ないし後者の前者に対する優位は社会保障改革に対してどのような影響を与えるであろうか。自民党政調会の部会では若手議員にも発言権が与えられており、ボトムアップ式で意思決定を行っていく過程は民主的であるともいえるが、調整過程が複雑で決定に至るまでに時間がかかった<sup>206</sup>。社会保障改革の際にも厚生省が原案を作成し、与党政調会の社会部会や医療基本問題調査会がこれを審査して最終的な法案の内容を詰めていた。厚生族議員たちは有権者一般や利益団体の反応を考慮することで、場合によっては官僚が作成した原案の骨抜きにかかった。例えば、特定の利益団体を持たない年金改革と異なり、医療保険改革には日本医師会という自民党の支持団体の利益が関わってくるため、健保改正は利益政治の舞台になりやすく、法案作成や国会審議の過程が長引くことが指摘されてきた<sup>207</sup>。

<sup>204</sup> 大嶽，野中前掲書，pp. 103-5, 121-2。

<sup>205</sup> 野中前掲書，pp. 242-3（pp. 325-6で調査の概要が説明されている）。

<sup>206</sup> 大嶽，野中前掲書，pp. 151-2および第13, 14章。

<sup>207</sup> 加藤淳子，1991，「政策決定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」『レヴュアイアサン』18，pp. 165-84；中野実，1992，『現代日本の政策過程』東京大学出版会第1章第1節。



以上を要約すると、日本では首相・内閣は与党に対して受け身の立場にあり、政府の議会に対する権限も弱体である。このため首相がトップダウン方式でリーダーシップを発揮することは困難であった。ただし、2001～02年に日本で行われた調査では1986～87年の調査に比べて、政党の影響力が重要であると答えた政治家は減少し、官僚の間では首相や大臣の影響力が強いと考える者が増えた<sup>208</sup>。日本でも政治的リーダーシップの強化の兆しが見える。2000年代に入り首相となった小泉純一郎は慣行であった派閥均衡人事や与党による事前審査の仕組みに挑戦（軽視）していく。第7章で詳しく見るように、2002年の健保改正では与党族議員との対立が激化するが、2005年のいわゆる郵政選挙後には内閣への政策決定の一元化が進む。これによってますます厳しい医療費抑制政策が進むことになった。

## フランス

フランスでは与党のリーダーである大統領・首相の一般与党議員に対するリーダーシップは強く、行政府の立法府への優越が法的にも実質的にも確立されている<sup>209</sup>。

第一に、日本とは異なり、法案の作成過程に与党の一般議員は介入しない。政策立案は閣僚と側近（官房）の官僚が担い、省庁部局が技術的な細部を詰めるという仕組みになっている。しかも、行政府内では大統領・首相のリーダーシップが確立されているため、政策決定までの調整コストが小さい。

第二に、政府による議会への介入が広く行われ、政府は議会審議をコントロールすることができる。第三共和制以来の議会中心主義の弊害への反省から、第五共和制では議会の権限は制約されている（合理化された議会制：parlementarisme rationalisé）。具体的には、議会審議における優先順位や審議日程を政府がコントロールできるようになっている。このため議会審議を通じて与党議員が抵抗を続けたり拒否権を行使したりすることは難しい。政府・与党間の調整は議会審議を通じて行われるため、与党議員からも修正案が提出されるが、重大な修正が行われることは稀である<sup>210</sup>。

第三に、小選挙区二回投票制の下では大政党に議席が集中するため、第五共和制の政府は与党からの安定した支持を得ている場合が多い。例外は1988年の総選挙の結果、社会党が単独で過半数の議席を確保することができなかった後の時期である（続く1993年の総選挙でRPR・UDFの右翼連合が圧勝することでこの状態は解消された）。また、日本と比べた場合、下院の上院に対する優越が憲法上明確化されているため、上下院で与野党が逆転すること（いわゆるねじれ国会）による影響も小さい。両院で意見が一致しない場合、国民

<sup>208</sup> 村松前掲書, pp. 108-9, 265-6。

<sup>209</sup> フランスの政府・与党関係、政府・議会関係については、大嶽、野中前掲書、とくに pp. 100-5, 122-3 を参考にした。なお、既に触れた野中による1992年の調査におけるフランスの国会議員の回答を確認すると、最も強力なアクターは大統領、首相、中央官庁の順となっており、大統領が圧倒的な影響力を持つと認識されていた。続いて首相の影響力の大きさが明確に認識され、中央官庁や政党の影響力は日本ほどには強く意識されていない（野中前掲書, pp. 242-3）。

<sup>210</sup> また、官僚の側から与党議員に修正案を渡すことで花を持たせるということも行われている。2013年2月6日に社会問題省で行った聞き取りによる。

議会の絶対多数によって最終的な議決が行われるため、上院にできることは法案成立を遅延させることに限られる（ただし、憲法改正案と上院の組織法律案については上院が拒否権を有している）<sup>211</sup>。

第四に、そもそも第五共和制憲法下では政府の政令（*décret*）事項の範囲がとて広く、行政府内での決定を法制化しやすい。例えば、公的医療保険の保険料率や給付水準は政令で決定できるため議会での投票を必要としない。また、授權法律（*loi d'habilitation*）が成立すれば、政府がオルドナンス（*ordonnance*）によって委任立法を行うことができる。1995年のジュペ・プランに基づく社会保障改革の多くはオルドナンスによって法制化されている（第6章6-2.）。

最後に、第五共和制憲法49条3項は議会審議の役割を著しく制約している。この条文によれば、首相が法案について国民議会に政府の責任をかけた場合、24時間以内に提出された内閣不信任動議が可決されなければ、審議なしで政府は法案を通過させることができる。第五共和制憲法が規定する議会に対する政府の優位を保證する手段の一つである<sup>212</sup>。1990年に一般社会保障税（CSG）が導入された際にはこの規定が用いられている（第4章4-3.）。

このようにフランスでは内閣が与党を指導するという議院内閣制の下での標準的な政府・与党関係が成立している<sup>213</sup>。ただし、イギリスのような仕方で内閣と与党が一体化しているというわけではない。フランスでは閣僚が国会議員を兼任することは禁止されているが、これは「議会内における党派的争いから政府構成員を引き離し、執行権の独立性を確保すること」を目的としている<sup>214</sup>。行政府と立法府の分離と前者の後者に対する優越が第五共和制の政治体制の基本的な構図である。とはいえ、1980年代以降右派政権においても社会党政権においても党のリーダーたちが閣僚になっており、実質的には内閣と与党は一体化している<sup>215</sup>。

#### d. 結論

日本における行政府と与党の凝集性の低さ、政府・与党の二元的意思決定体制は社会保障改革にどのような影響を与えと考えられるかまとめてみよう。第一に、首相が一貫したプログラムに基づいてリーダーシップを発揮できないということは、社会保障改革にお

<sup>211</sup> 上下院の関係については、大山前掲書, 2013, pp. 105-8; 大嶽, 野中前掲書, pp. 109, 111; 今関源成, 1993, 「第五共和制の基本的枠組み」奥島, 中村編前掲『フランスの政治』, pp. 52-3 参照。

<sup>212</sup> ただし、2008年の憲法改正によりこの条文を利用できる範囲が財政（予算）法案または社会保障財政法案に限定され、他の法案については一會期につき一度のみとされた。Guy Carcassonne, 2013, *La Constitution* (11<sup>e</sup> éd.), Paris : Seuil, pp. 247-50.

<sup>213</sup> 大嶽, 野中前掲書, p. 102.

<sup>214</sup> 今関前掲論文, p. 50.

<sup>215</sup> 例えば、サルコジ大統領時代にUMP総裁ポストは不在となっていた。自民党政権でも党総裁＝首相となっているが、党総裁が党に対して強い統制力を有していなかったことは既に見た通りである。

いても理念が欠如し、弥縫策による対応が支配的になるだろう。政策革新は起こりにくく、経路依存的な対応が繰り返されることが予想される。第二に、与党の凝集性が低く、かつそうした与党が重要な影響力を持つということは、利益団体による介入の余地が大きく、利益団体の利益に抵触する改革案は与党議員によって骨抜きにされる可能性が大きい。医療保険に関しては改革の度に日本医師会が自民党議員への活発な働きかけを行っている。

社会保障の財源改革に関してもこうした日本の政治制度上の特徴が足かせとなろう。社会保障の安定財源の確保を目指す税制改革においては誰かに新たな負担を求めることになり、その選択を貫徹させるには政治的なリーダーシップが必要である。ところが、日本では首相のリーダーシップには多くの場合様々な制約が課されていた。石油危機後の財政危機以降、首相が増税を目指した場合でも、与党の反発によってしばしば増税は先送りされてきた。例えば、消費税の導入が大平内閣・中曽根内閣の失敗を経て竹下内閣によってようやく決まったことを想起されたい。選挙での敗北を恐れる与党議員（とくにリーダー格とはいえない若手議員）を統制できない限り、増税提案の貫徹は困難であった<sup>216</sup>。増税の回避は社会保障改革の方向性に影響を与え、日本では1980年代初め以来行政改革（歳出削減）を増税に先行させようとする議論や政策が繰り返されている。1989年の消費税導入、1997年の税率引き上げは減税とのセットであり、1990年代を通じて日本では総税収が減少してしまった。純増税型の消費税率引き上げが決まったのは2012年になってのことである。もっとも、この間に社会保障費の伸びと税収の停滞のギャップは広がっており、それによって社会保障費を十分賄えるという見通しはあまりない。

要するに、日本では医療保険改革に関しても、社会保障財源改革に関しても、政策革新は起こりにくく、結局のところ古典的な医療費抑制策（医師への報酬の削減・病床の削減）を繰り返すか、あるいは国債発行（財政赤字の容認）によって制度の当面の維持が図られることになったのである。

他方、フランスでは正反対の政治的メカニズムが作動しており、政治的リーダーシップを背景として政策革新が目指されてきた<sup>217</sup>。1990年代には医療費総枠予算制のようなマクロ的な医療費抑制策や、保険者による診療に対するコントロールの強化、かかりつけ医制度の導入のようなミクロ的な効率化策が多数打ち出されるようになった。2-2. a.で検討した、医療費の増加を招くような既存の制度設計を修正しようとしたのである。これらの新施策は凝集性の高い行政府の構造や行政府の与党・議会への優位を活かして迅速に法制化された。

---

<sup>216</sup> 加藤前掲書, 1997。

<sup>217</sup> 大統領・首相・与党が一体となって行動した場合、少数派がそれに抵抗するのはほとんど不可能だが、第五共和制のフランスでは憲法院（Conseil constitutionnel）が、「唯一、強い政府に対する歯止めとして機能」している（大山前掲書, 2013, p. 129）。憲法院は法律の合憲性を審査する憲法裁判所であり、1974年の憲法改正によって上院議員60名以上または下院議員60名以上の連名によって提訴が可能になり、与党が可決した法案の審査を野党議員が求めることができるようになった。とはいえ、政府は違憲とされた条文だけを削除して、法案の残りの部分だけを成立させることができる。

ところが、医師の団体との妥協形成に失敗したことで、これらは結局実質的な効果をもたらすことができなかった。強いはずの国家は医療費抑制に失敗してきたのである。ここにはフランスの政治社会の分裂と、そうした分裂した利益団体との調整を不得手とする国家の姿が見られる。とりわけ、開業医部門の医療費抑制に関する施策は医療保険金庫と医師組合の合意が形成されなければ機能しない仕組みとなっていることが事態を悪化させた。

このため患者自己負担の引き上げと、医療費の伸びに合わせて財源を拡充することによる財政均衡が目指されてきた。1990年代には社会保険料からより算定基礎が広い一般社会保障税（CSG）への財源の切り替えが進められた。これらの措置は利益団体（とりわけ労働組合）の反発を受けたとしても、行政府主導で決定が可能であった。行政府内では計画庁（Commissariat général du Plan）での議論や首相官房による調整によって社会保障財源に関する省庁横断的な合意形成が可能であった。

以上、本節では日仏の政治制度上の特徴が社会保障改革の展開に与えるであろう影響について考察してきた。続いて、医療保険改革に関連する利益団体のあり方を整理したい。日仏両国では医師の団体や経営者団体、労働組合などの利益団体が医療保険制度の運営や政策決定に関与してきた。これらの利益団体の特徴や役割を比較検討することで両国の医療保険部門における政治的な構図をより明確にできるであろう。

## 2-4. 利益団体——医療費抑制のための妥協形成の成否

### a. 日本の医師組織と保険者

#### 日本医師会

日本の医療政策に関係する最も重要な利益団体は医師の全国組織である日本医師会である<sup>218</sup>。厚生省が医療制度の統制と医療費抑制を目指すのに対して、日医はプロフェッショナル・フリーダム（医師の裁量）の確保と医療費増を求めてきた。他の政策分野とは異なり、ここでは利益団体と監督官庁が天下り先と政策を交換するという結合関係は見られない。他方、他の政策分野と同様に、日医は票とカネ（政治献金）で自民党の政治家を支援し、自民党の政治家は日医の要求を医療政策に反映させようとするという利益政治のパタ

---

<sup>218</sup> 日本医師会に関する研究として以下を参照した。田口富久治, 1969, 『社会集団の政治機能』未来社第2部第2章；高橋秀行, 1986, 「日本医師会の政治行動と意思決定」中野実編『日本型政策決定の変容』東洋経済新報社, pp. 237-66；池上, キャンベル前掲書；水野肇, 2003, 『誰も書かなかった日本医師会』草思社；水卷中正, 2003, 『ドキュメント日本医師会：崩落する聖域』中央公論新社；結城前掲書；辰濃哲郎, 医薬経済編集部, 2010, 『歪んだ権威：密着ルポ日本医師会積怨と権力闘争の舞台裏』医薬経済社。また、以下の本文の記述は、尾玉前掲論文, 2011, pp. 56-8を基礎として大幅な加筆を行ったものである。

ーンが見られた。第二次世界大戦後の高度成長期には日本医師会は農協と並んで自民党の最も重要な支持団体であった。しかし、1970年代の後半に国家財政が悪化し、1980年代に「増税なき財政再建」が自民党政権の公式目標となると、大蔵省・厚生省が医療費抑制政策を追求しやすい環境が訪れた<sup>219</sup>。いずれにせよ、過去数年十年間にわたる日本の医療政策は厚生省、日本医師会と両者の間に位置する自民党の三者を中心として展開してきた。

以下では日本医師会の組織上の特徴および行政府・与党との関係を検討することで、医療政策の決定過程に対する日医の影響力行使の可能性と限界を明らかにしていく。それによって1980年代以降日医が厳しい医療費抑制政策に妥協するようになった背景が理解できよう。

日本の医療提供者の様々な団体のなかで医療政策に最も強い影響力を有してきたのは日本医師会である。1947年の発足時<sup>220</sup>に約5万3,000人であった会員数は増加を続け、2000年代に入り伸びが鈍化しているが、2010年12月1日現在の会員数は約16万6,000人に達している<sup>221</sup>。他方、組織率は減少傾向にあり、1960年代の全盛期には全医師の7割以上が加入していたが、2010年現在では約56%まで低下している<sup>222</sup>。とはいえ、医師の団体として日医に競合する勢力は存在せず、日本政治における医師（とりわけ開業医<sup>223</sup>）の利益は日医によって代表されてきたといつてよい<sup>224</sup>。中医協をはじめとした政府の医療関係の審議会には必ず日医が推薦委員を送り込んできた。

---

<sup>219</sup> 池上, キャンベル前掲書, pp. 12-4 は自民党を日医の支援者と位置づけているが、厚生族の有力政治家が厚生省の政策の支援者としても振舞ってきたことを考慮に入れるならば、仲介者としての位置づけが適切であろう。

<sup>220</sup> 1916年に北里柴三郎によって大日本医師会が結成され、戦時期には翼賛体制に組み込まれたが、戦後、1947年に日本医師会として再出発することになった。

<sup>221</sup> 結城前掲書, pp. 40; 『日本医師会会員数調査（平成22年12月1日現在）』。

<sup>222</sup> 結城前掲書, pp. 40-1。2010年の組織率は、『日本医師会会員数調査（平成22年12月1日現在）』による会員総数165,841人を厚生労働省『平成22年（2010年）医師・歯科医師・薬剤師調査』の医師数295,049（平成22年12月31日現在）によって除したもの。なお、日医の中核メンバーである病院・診療所の開設者に関しては組織率が高く、病院勤務医に関しては低いとされてきたが、厚労省の『医師・歯科医師・薬剤師調査』と『日本医師会会員数調査』とでは医師の分類の仕方が異なるらしく、下位分類ごとの組織率の計算が困難になっている。例えば、厚労省の上記資料によれば2010年の「診療所の開設者又は法人の代表者」は72,566人だが、日医の資料の「診療所開設者」は73,402人であり、組織率が100%を超えてしまう。ともあれ、厚労省資料では「診療所の従事者」が約10万人弱、「病院の従事者」が約18万人であるのに対し、日医では診療所開設者を中心とするA①会員が約8万5千人、勤務医や研修医などのその他の会員が約8万人であるということから、開業医の方が加入率が高いことは間違いない。

<sup>223</sup> 開業医は通常開業に際して地区医師会に加入する。加入を通じて地区医師会の組織する学術集会や研修会、医師年金、医療事故の際の医師賠償責任保険などを利用することができる。

<sup>224</sup> 日医以外の大規模な医師の団体として、保険医協会の全国組織である全国保険医団体連合会（保団連）がある。2013年8月1日現在の会員数は医科約6万5,000人、歯科約3万9,000人であり、開業医が中心である。無視できない会員数を有しているが、政治団体を組織しておらず政治的な影響力は日医に比べて小さい（ただし、国会の公聴会に呼ばれることがある）。全国保険医団体連合会ホームページ < <http://hodanren.doc-net.or.jp/nyuukai/> > 2014年3月27日閲覧。

日医以外の医療関係団体<sup>225</sup>では、日本歯科医師会（日歯）と日本薬剤師会（日薬）が各自の領域で自律性を保っており、日医と合わせて三師会と呼ばれてきた。この他には日本看護協会が看護師の地位向上を目指して独自の活動を続けてきた。これらの団体は医療費のパイや専門職としての縄張り（仕事の範囲）を巡って日医と対立することもあるが、医療界の意見を団結して主張する際に盟主となるのは日医であった。例えば、中医協改革直前の 2005 年には診療側委員 8 名のうち 5 名が日医推薦委員、2 名が日歯推薦委員、1 名が日薬推薦委員であった（ただし、当時の日医推薦枠のうち 2 名は実際には病院団体枠となっていた）<sup>226</sup>。日医は開業医中心の団体であり、病院勤務医の組織率が低くなっているが、病院部門では病院単位で加入する病院団体が複数存在している<sup>227</sup>。

それでは、医療関連団体の頂点に立つ日医の組織的な特徴を検討してみよう。日医は非常に集権的な組織であることが指摘されてきた<sup>228</sup>。日医は三層構造からなる医師会の頂点に位置している。つまり、各地区の郡市区医師会からその地区の会員数に応じて都道府県医師会の代議員が選出され、各都道府県医師会からは再び会員数に応じて（会員 500 人につき一人）全国組織たる日本医師会の代議員が選出されるという選出経路が成立している。日医の会長は 2 年ごとに日医代議員によって選出され、会長の座をめぐるしばしば激しい対立が繰り返されてきた<sup>229</sup>。都道府県医師会にも会長とそれを支える執行部が存在しており、各都道府県の代議員は日医会長選において団結して行動すると考えられている。日医会長選では各候補は副会長や常任理事などの役員ポストを餌に都道府県医師会の支持を集める。このため会長が選出されるときには役員のリストも選出されることになり、いったん新会長が決まれば新執行部の面々は新会長を支持する陣営の人物で固められる（キャビネット選挙）。したがって、利害を共有したメンバーからなる日医執行部の凝集性は高いものとなる<sup>230</sup>。

日医の意思決定に関する権限は会長・副会長・常任理事らからなる執行部に集中しており、医療保険改革の際には執行部の決定した対応が都道府県医師会へとトップダウン式で伝達される<sup>231</sup>。与党自民党との合意形成も執行部のメンバーが密室的に行ってきたため、医師会内部では組織の民主化を求める声が古くから存在している<sup>232</sup>。したがって、日医は執行部への権力集中、また地方の医師会へのトップダウン型の影響力の優位という二つの

<sup>225</sup> 池上、キャンベル前掲書, p 12 ; 結城前掲書第 2 章。

<sup>226</sup> 結城前掲書, pp. 25-6。

<sup>227</sup> 代表的な病院団体は公私立の病院が加入する日本病院会（日病）と、そこから中小の私立病院が分離して設立した全日本病院協会（全日病）である。病院団体には対立と融和の歴史があるが、簡潔にまとめたものとして、結城前掲書, pp. 51-4 を参照。

<sup>228</sup> 田口前掲書, pp. 165-70 ; 高橋前掲論文, pp. 239-44。

<sup>229</sup> 辰濃、医薬経済編集部前掲書参照。最大の日医代議員数を有するのは東京都医師会であり、日医会長には 1957 年から 1982 年まで会長を務めた武見太郎をはじめ東京都医師会出身者が多い。

<sup>230</sup> ただし、キャビネット選挙は 2010 年の日医会長選の際に廃止され、新会長の陣営以外からも執行部に参加する者が多数出現した。

<sup>231</sup> 田口前掲書, pp 165-70 ; 高橋前掲論文, pp. 239-44。

<sup>232</sup> 例えば、水巻前掲書参照。

意味で集権性が高い。

政治的には、自民党の一党優位体制において日医は同党の代表的な支持団体であり続けた。正確には、日医は学術団体としての性格を有する社団法人（2013年に公益社団法人に移行）であり、政治活動は制限されている。そのため政治団体としては日本医師連盟（日医連）が別個に存在しているのだが、日医連のトップはほとんどの場合日医会長が兼任しており、都道府県医師会の加入者は自動的に都道府県医師連盟にも加入することになっていたため、医師会と医師連盟は実質的に一体である。このため日医連の活動は日医のそれとしてまとめて語られることが多い。本論文でもこうした慣行に従い表記を日本医師会（日医）に統一することにする。

選挙の際には日医は主として自民党の政治家を推薦し、多額の献金を行ってきた<sup>233</sup>。現在でも16万人程度の会員数しか持たない日医の集票力が実際にどの程度のものではあったのかは定かではないが、参議院の日医の組織内候補は自民党の全国区の名簿の上位に置かれていた。1977年の参院選では福島茂夫が100万票を超える票を得て当選している。21世紀に入り参院選の比例区に非拘束名簿式が導入されてからは、日医の組織内候補は20万票強を獲得している。また、献金額に関しては長年日医は自民党にとって最大の貢献者であった。日医と政権与党との関係は概ね協調的であったといっていよう。日医は中医協などの審議会に参加するだけでなく、自民党の政治家との結びつきを通じて政府・議会という拒否点にアクセスし、厚生省の政策を後退させる機会を有していた。

次に、日医の目標を理念と利益に分けて解説しよう。日医の定款には「本会は、都道府県医師会及び郡市区等医師会との連携のもと、医道の高揚、医学及び医術の発達並びに公衆衛生の向上を図り、もって社会福祉を増進することを目的とする」とあり、学術団体として日医は日本医学学会を下部組織としてきた。日医は医学・医療の向上と国民の健康の増進を理念として掲げており、これは単に建前であるというわけではなく、実際に専門職者としての医師会メンバーたちの活動の原動力の一つをなしてきたと考えられる。

他方、日医が医師の職業的・経済的利益を守ることを目標としてきたことも否定できない。職業的利益とは医療の世界における医師の職業的自律性の確保（官僚統制の回避）と医師の支配的地位を守ることを指し、経済的利益とは中核メンバーたる開業医の診療所を経営難から保護することである。仮に日医執行部のメンバーが住民の目線に立って（あるいは一般的な利益を考慮して）僻地医療の義務化や診療報酬の引き下げを受け入れようとするれば、日医内からは自由開業医制の堅持と医療費増を望む声上がり、これらを見做すれば会長選での再選はおぼつかなくなってしまう<sup>234</sup>。このように官僚統制を忌避する一方で診療報酬の引き上げや優遇税制を要求する日医の会員たちは「欲張り村の村長たち」などとも称されてきた<sup>235</sup>。

<sup>233</sup> 池上、キャンベル前掲書、p. 13；加藤前掲論文、1991、pp. 175-6。

<sup>234</sup> 日医内部からの反発について、水巻前掲書；辰濃、医薬経済編集部前掲書参照。

<sup>235</sup> 水野前掲書、p. 96。

結局のところ、日医の重要な使命は中核メンバーたる開業医の診療所の経営を保護することであり、この点で日医は（他の先進諸国における医師の団体と同様<sup>236</sup>）非常に同業組合的かつ保守的である。医療の世界で極端に勝ち組と負け組が発生することを避けようとする護送船団方式的な発想が日医の基本的な行動原理であるともいえる。

こうした日医の組織基盤と行動原理からはいくつかの重要な方針が生じる。第一に、日医は国民皆保険堅持の立場をとってきた。国民皆保険の存在は住民の医療機関へのアクセスを保障するという意味で日医の理念に合致するとともに、医療機関に対して顧客の存在を保障することで利益にも合致している。1970年代までは日医と自民党とは医療保障制度の拡充に関して利害が一致していた。この点、保守政党と医師会が同盟して医療の社会化に反対してきたアメリカとは対照的である。フランスでも国民皆保険下での医療サービスの公定価格制に医師たちが激しく反対してきたのは既述の通りである。日本医師会が皆保険体制を重視してきたのは、後述するように医療機関間の平等を重視してきたことと関連している。

なお、国民皆保険維持を掲げてきた点で厚生省は日医と立場を同じくするが、その手法に関しては主張が大きく異なる。1980年代以降、財政制約下でこの目標を実現するために厚生省は診療報酬抑制と患者自己負担の拡大を繰り返すことになる。これに対して日医は公的な医療保障の充実、具体的には患者自己負担の縮小と医療保障制度に対する公費負担の拡大を求めてきたのである<sup>237</sup>。

第二に、日医は医療の世界における市場原理の導入に反対してきた。小泉内閣時代に争点となった混合診療の解禁や株式会社による医療機関経営の解禁に日医は断固として反対していた（第7章）。これらを認めれば所得による医療サービスのアクセスが発生することで日医の理念が侵害され、また高所得者向けに先端治療や高額サービスを提供する医療機関と低所得者向けに最低限の医療を提供する医療機関への二極化が発生する恐れがあり、医療機関間の平等という日医の組織目標が損なわれかねないためである。端的に言えば、町の小さな診療所の経営が圧迫されることを恐れているのである。

日医と厚生省（厚労省）は医療費抑制をめぐる対立関係にあるもの、こうした点では利害が一致しているといえよう。確かに、現在の国民皆保険体制の下では、診療報酬点数表、療養担当規則、医療法などに基づく様々な規制が存在しており、これらによって医師・医療機関の活動が事細かに束縛されている。厚生省はこれらの規制を通じて画一的な医療サービスを全住民に平等に提供することを医療政策の基本としてきた<sup>238</sup>。ところが、こうした厚生省の方針は所得による医療格差や医療機関間の格差を避けようとする日医にとっても都合のよいものでもあるのである。要するに、日医と厚生省は反新自由主義（市場原理義）という点においては一致しているといえよう。このことは2000年代の医療制度

<sup>236</sup> Richard Freeman, 2000, *The Politics of Health in Europe*, Manchester : Manchester University Press.

<sup>237</sup> 加藤淳子, 1995, 「政策知識と政官関係——1980年代の公的年金制度改革、医療保険制度改革、税制改革をめぐる」『年報政治学』, p. 120.

<sup>238</sup> 池上, キャンベル前掲書。



改革の構図を規定していく。

続いて日医が医療政策にどのようにして影響を及ぼしてきたのか、その限界を含めて検討したい。自民党の長期政権時代、日医は医師の頂上団体として強力な資金力と一定の集票力を有し、大規模な分裂や競合する医師組織の存在にも直面してこなかった。こうした医師を代表する独占的な地位、集権的な組織構造、政治献金と票による与党への影響力などから日医は日本における最も強力な利益団体の一つに数えられてきた。1957年から1982年まで四半世紀にわたって続いた武見太郎会長時代は日医の絶頂期とされる。武見は吉田茂の義理の甥にあたり、銀座の彼の診療所では多くの政治家が彼の診察を受けていたという<sup>239</sup>。武見は吉田を通じて知己を得た自民党幹部に対する直接的な働きかけを影響力行使のチャンネルの一つとしていた。

これまでに述べた選挙に際してのカネとフダによる与党の支援、組織内候補の擁立、中医協などの審議会への推薦委員の派遣、与党政治家へのインフォーマルな働きかけに加えて、武見時代の日医は要求貫徹のために中医協に対する空席戦術や保険医総辞退のような実行使も行っていた。保険医総辞退とは全国の開業医が一斉に保険診療をやめることである。患者は治療費を窓口で全額支払った上で、領収書を用いて自分で保険者に保険給付を要求することになる。要するに、フランスのように償還払いが行われるようになるのである。

1971年2月に、日医常任理事会は中医協で公益委員が提出した診療報酬の包括払いと薬剤費削減などを含む「審議用メモ（診療報酬体系の適正化について）」が撤回されない限り、厚生行政には協力しないとする決定を行い、中医協から診療側委員を引き揚げさせた。5月31日に日医は会員の保険医総辞退を一斉に各知事に提出した。山口県などを除く約7万1,000人の辞退届が提出された。6月に入り保利茂官房長官や佐藤栄作首相は武見に新たな厚生大臣の人選などを持ちかけ説得に努めたが武見は応じず、最終的に7月1日に約6万6,000人の医師が保険医総辞退に突入した。このことは日医のトップダウン式の命令がかなりの程度貫徹されたことを示している。

保険医総辞退が行われた1971年7月には前年度に比べて受診件数の大幅な落ち込みが見られ、同年度政管健保では100億円、組合健保では140億円医療費が下がった。結城康博は保険医総辞退の意義を以下のようにまとめている。「償還払いによって、これだけの受診抑制がなされたことは、現物給付による医療制度が患者の医療機関へのアクセスを容易にしていることを改めて印象づけることになった。1971年の保険医総辞退突入の結果、一か月の医療費は大幅に削減され、結果的には医療費削減のシミュレーションとなった」<sup>240</sup>。もっとも、これ以降保険医総辞退戦略は用いられていない。一度実行してしまえばその政治的効果は薄れ、患者の受診抑制、医療機関の収入減、そして世論の医師会に対する非難といった副作用にも耐えなければならないからである。1971年7月には公立病院に患者が

<sup>239</sup> 田口前掲書, p. 169 ; 結城前掲書, p. 69。

<sup>240</sup> 結城前掲書, p. 90。

殺到し、待ち時間が長引く結果となった<sup>241</sup>。1980年代以降、医師会は他の団体と協力して政府の医療保険改革に対する反対集会を組織したり署名運動を行ったりはするものの、1970年代以前に見られたような実力行使は行わなくなっていく。

日医の医療費増という要求の実現が経済の高成長によって財源的に可能になっていたという側面は否定できない。1980年代から自民党政権の優先課題が「増税なき財政再建」になると日医は患者自己負担の引き上げや診療報酬の抑制などの医療費抑制政策に対する妥協を迫られるようになった。2-3.で述べたように自民党は分権的で凝集性が低く、また政策決定における与党の影響力が強いいため、日医は与党に揺さぶりをかけて医療費抑制政策の撤回を求めた。ここで医療費抑制型の改革が実現するか否かは、与党執行部が医師会の支援を受ける一般議員の抵抗を抑え込むことができるか否かにかかっていた。1980年代前半の医療保険改革では政府・与党は医療費抑制という方針を堅持したため、日医は条件闘争を強いられた。結局、患者自己負担の引き上げ幅を当初案よりも縮小することで自民党政権と日医は辛うじて妥協している（第3章で詳しく論じる）。

その後、小泉政権時代には政府・与党の凝集性が高まり、日医は1980年代以上に厳しい医療費抑制政策（診療報酬本体のマイナス改定と患者自己負担の大幅引き上げ）を押し付けられることになる（第7章）<sup>242</sup>。医療費抑制が政府・与党の基本方針として堅持される場合、日医は政治制度上の拒否点を利用することができない。ここで日医がとりうる戦略は厳しい改革を押し付けられるリスクを負ってでも全面対決や交渉拒否を方針とするか、交渉の枠内に留まりつつ可能な限り妥協を引き出すかのいずれかであろう。結局、日医は2009年の民主党政権誕生に至るまで自民党の支持団体としての立場を崩さず、条件闘争を続けていく。小泉政権時代に二度の診療報酬マイナス改定が決まったのも、首相の裁定によるさらに厳しい引き下げを避けるために、日医トップと与党政治家との間で妥協を形成したのだった。2002年の史上初のマイナス改定の際には、日医会長だった坪井栄孝は診療報酬引き下げを受け入れることと引き換えに、老人医療費の伸び率管理や株式会社病院解禁の撤回を首相に求めている（第7章7-2.b.）。

医療費抑制政策の成否を見る上でもう一つのポイントは医師会側の組織的特徴である。組織率が低下傾向にあるとはいえ、医師が日医という単一の団体によって代表されており、しかも執行部に権限が集中している状況は、政権側にとっては交渉窓口が一本化されることを意味し、交渉コストが低く保たれるのである。全ての医師を代表しようとする以上、日医の内部には潜在的に様々な利害対立が存在している。勤務医の増加による病院・診療所（開業医）間の利害対立はその代表であり、日医執行部のポストをめぐる地域対立も強い。日本の医師の過半数は日医という単一の組織に統合されており、一見して非常に強力に見えるが、加入者の同質性は低い。したがって、日医は本来的に弱いはずの組織の凝集

<sup>241</sup> 以上の保険医総辞退に至る経緯と帰結に関する記述は、結城前掲書, pp. 88-90 による。

<sup>242</sup> 小泉政権が厳しい歳出削減策を打ち出すに至った財政的コンテクストとして、1990年代を通じて増税の回避と景気対策によって膨大な財政赤字が蓄積されたこと、増大する社会保障費を賄える財源が用意されなかったことが挙げられる（第5章）。

性を執行部への権力集中によって克服しようとしてきたともいえよう。

政府・与党としては日医執行部と合意をまとめてしまえば、医療界内部での調整は日医が行ってくれる（2-2. c.）。日医執行部が自民党政権との診療報酬改定率の抑制について密室的に妥協を形成し、その後の点数配分においても指導力を発揮してきたことは、日医の下部メンバーからは反発を招いてきたが、自民党政権にとっては医療費抑制政策を実施しやすい環境をなしてきたといえよう<sup>243</sup>。つまり、医師が日医によって代表され、また直接行動が回避されてきたことで、政府は医療費抑制政策の押し付けを行いやすい状況にあったということである。

最後に、21 世紀に入ってから日本医師会は様々な困難に直面していることを指摘したい。小泉政権は医療費抑制政策を追求するだけでなく、医療政策に対する医師会の影響力の低下を狙った。第一に、2006 年の中医協改革によって日医の推薦枠は一つ減らされ、しかも診療報酬の改定率は内閣が決定するものと明確化された。したがって、中医協という場で改定率に関する拒否権を行使することは不可能になった。第二に、日医の組織率が低下傾向にあることに加え、都道府県医師会と都道府県医師連盟への加入の分離が進んだことで、日医連の組織力・資金力も低下したものと想像される<sup>244</sup>。以上の変化によって、日医は利益団体として、あるいは拒否権プレイヤーとして弱体化していった。第三に、小泉政権の医療費抑制政策に対して日医では内部対立が深刻化し、2009 年の衆院選では一部が民主党支持へと離反した。翌年の日医会長選では親民主党を掲げる原中勝征・茨城県医師会長が勝利し、初の親民主党の日医会長が誕生した。支持政党である自民党を中心とした政権が続くなかで日医にできることは医療費抑制政策の広がりになるべく抑制するという条件闘争であったが、民主党という政権獲得が可能な別の政党を支持することに、医療費抑制政策の支配から脱却するための活路が見出されたのである。小泉政権時代に日医執行部は医療費抑制政策に対して全面对決に踏み切らず妥協を強いられていたが、日医内の不満は限界に達していた。しかし、民主党の台頭に対する対応は日医内の対立の火種となり、2010 年の参院選では組織内候補をまとめることができず、3 名全員が落選してしまう。2000 年代の終わりから政府・与党と医師の関係は流動化するようになった。日本医師会は利益団体として自民党政権に圧力をかけていた時代、自民党の医療費抑制政策をなるべく後退させるという防衛戦を強いられた時代を経て、混沌とした状況に突入している。

以上のような重要な変化の兆しは見られるものの、1980 年代以降日医の独占的・集権的な性格と自民党との協力関係は政府が医療費抑制に取り組むにあたって安定的な環境を提供してきた。こうした点は、医師組織が複数の組合に分裂・競合しつつ政府に非妥協的な姿勢をとってきたフランスの場合と比較することでより明確になるだろう。

---

<sup>243</sup> 診療報酬制度とその改定の仕組みこそが日本で医療費抑制を可能にした重要な要因であることは本章 2-2. で述べた。

<sup>244</sup> 結城前掲書, pp. 59-60。

## 保険者

日本における公的医療保険制度の保険者たる労使（被用者保険）と市町村（国民健康保険）は、厚生省とともに支払側として日医に対して医療費抑制の立場をとってきた。また、これらの保険者は国庫負担の増額による財政的な支援を要求しており、この点に関して厚生省は保険者と大蔵省を仲裁する立場にあった<sup>245</sup>。

国民健康保険<sup>246</sup>は各市町村の自営業者や退職者などによる保険料と公費負担（都道府県と国の補助金を含む）によって運営されてきたが、加入者の平均年齢が高く所得水準も低いため構造的に赤字化しやすく、財源が不足した場合、市町村の一般会計から繰り入れが行われてきた。多くの市町村にとって国保は財政を圧迫する重要な要因である。このため、国民健康保険中央会（各都道府県の国民健康保険団体連合会によって構成）は全国市長会、全国町村会とともに各種の医療保険制度の一本化とそれによる市町村の負担軽減を要求してきた<sup>247</sup>。

他方、大企業の組合管掌健康保険は組合ごとに労使によって運営されており、健保組合の連合組織である健康保険組合連合会（健保連）の役員には日経連（現・経団連）と連合の代表が含まれている<sup>248</sup>。また、健保連は厚生官僚の天下り先の一つでもあった<sup>249</sup>。健保連と労使の団体は高齢者医療制度（1983年から老人保健制度、2008年から後期高齢者医療制度）への健保組合からの拠出金の廃止と国庫負担の強化を一致して要求してきた<sup>250</sup>。健保組合では他制度への財政支援が支出の半分にもおよぶことがあり、市町村とは反対に各制度の財政的な分離をうたえてきた。

以上を要約すると、保険者のなかでも支援される側の市町村と支援する側の健保連（労使）には目指す医療保険制度体系に違いがあるが、医療費抑制と医療保険料負担の抑制を目指すという点では一致していた。これらの目標は厚生省によっても共有されており、日本の場合、保険者と医療保険担当省庁の一体性が高く、医療保険改革の際に保険者の反対が重要な障害となることはフランスに比べて少ないといえよう。

日本における利益団体の構図をまとめたい。医療提供者の各団体は内部対立を抱えつつも日本医師会を盟主として厚生省の医療費抑制政策に反対してきた。他方、保険者の側で

<sup>245</sup> 以上、池上、キャンベル前掲書, pp. 10-1。

<sup>246</sup> 2009年3月末現在の市町村国保の加入者は約3,600万人。この他、中小企業被用者が加入する全国健康保険協会（2008年に旧社会保険庁から政府管掌健康保険の業務を受け継いだ）の加入者が約3,470万人、大企業被用者向けの組合管掌健康保険の加入者が約3,030万人、公務員などの共済組合の加入者が合わせて約900万人、後期高齢者医療制度の加入者が約1,350万人などとなっている。健康保険組合連合会編, 2011, 『図表で見る医療保障（平成23年度版）』ぎょうせい, pp. 62-3。

<sup>247</sup> 国民健康保険中央会ホームページ < <http://www.kokuho.or.jp/insistence/index.html> > 2014年3月27日閲覧。

<sup>248</sup> 日医会長だった武見太郎は健保連を「日経連の番犬」と痛罵していたという。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, p. 142。

<sup>249</sup> 池上、キャンベル前掲書, p. 11。

<sup>250</sup> 健保連と労使の主張の内容については第3章以降の医療保険改革の事例分析を参照されたい。

も内部対立を抱えつつも厚生省の低医療費・低保険料路線を支援してきた<sup>251</sup>。1980年代以降、日医は自民党政権の医療費抑制政策に妥協するようになり、医療界における利益（不利益）の配分・調整は中医協での点数配分を通じて行われてきた。日医は診療報酬改定率が抑制されるなかで、個別の点数配分に影響力を行使することと、患者自己負担をなるべく抑制することで開業医の利益を守ろうとしてきた。

他方、フランスでは利益団体の配置や医療費抑制政策の展開は大きく異なるものであった。医師の団体は複数に分裂・競合しており、保険者と政府の関係も日本に比べて敵対的であった。このため医療費抑制に関する妥協はなかなか形成されなかった。しかしながら、開業医の報酬や医療費抑制に関する措置は保険者たる医療保険金庫と医師組合が締結する全国医療協約によって有効化されねばならないため、政府が一方的に医療費抑制を行う余地が制度的に制約されていた。

#### b. フランスの医師組織と保険者

##### 医師の団体

フランスの医師の団体は公的医療保険制度に対する対応、とりわけ医師の報酬のあり方をめぐって対立と分裂を繰り返し、これが医療費抑制のための妥協形成を困難にしてきた<sup>252</sup>。フランスでは職業倫理の遵守と懲戒ための強制加入の団体としての医師会（*Ordre des médecins*）<sup>253</sup>とは別に医師の経済的利益を守るための任意加入団体として医師組合（*syndicats médicaux*）が存在するという二元構造が成立している。このうち後者が診療報酬など医療保険に関する保険者（労使）との交渉にあたる。

交渉を行う代表性を政府によって認められている医師組合のうち、最古のものは1928年に設立されたCSMF（*Confédération des syndicats médicaux français*：フランス医師組合連合）である。CSMFは当時設立が議論されていた公的な医療保険制度に対して医師の利益を守るために結成された。患者と医師の直接交渉による料金の決定を含む「自由医療（*médecine libérale*）」を標榜し、公的な医療保険制度の枠内で医師の報酬が決定・抑制されることに基本的に反対してきた。しかし、1950年代から政府が公定診療報酬の拘束力を強化しようすると、交渉の枠内に留まって妥協を模索しようとする路線と交渉から離脱して抵抗しようとする路線との間で対立が深まっていった<sup>254</sup>。結局、CSMFから分離した強硬派は1968年にFMF（*Fédération des médecins de France*：フランス医師連盟）を結成する。なお、1980

<sup>251</sup> 労使は日医と対決する上では利害が一致していた（池上、キャンベル前掲書、pp. 10-1；新川前掲書、p. 142）。

<sup>252</sup> 以下の記述は、尾玉前掲論文、2011、pp. 58-9を加筆・修正したものである。

<sup>253</sup> 久塚前掲書、pp. 212-20；松本前掲書、pp. 94-5, 151；David Wilsford, 1991, *Doctors and the State : the Politics of Health Care in France and the United States*, Durham ; London : Duke University Press, pp. 142-3 参照。

<sup>254</sup> Jean-Claude Stephan, *Économie et pouvoir médical*, Paris : Economica, pp. 24-5.

年代前半における両組合を合わせた開業医の組織率は 40%を下回っており<sup>255</sup>、先進国中でもとくに低い値であった。

さらに、1980 年代に入って CSMF 内部で一般医と専門医の利害が対立するようになると、CSMF を離脱した一般医たちが 1986 年に MG フランス（Fédération française des médecins généralistes：フランス一般医連盟）を結成し、1989 年には協約交渉に参加する代表制を有する組合として認可されている。1994 年に州レベルでの開業医の代表を決める最初の選挙が行われると、MG フランスは一般医の過半数の議席を獲得している<sup>256</sup>。これらの医師組合は加入者数の推移を公表していないため組織率の正確な把握は困難だが<sup>257</sup>、これまでの選挙結果を見る限り 1990 年代以降 MG フランスと CSMF が一般医の世界では二大勢力をなしているようである。この他に、1981 年には料金の超過請求権を守るために SML (Syndicat des médecins libéraux：自由医組合) が結成され、また 2002 年には二つの小規模な組合が合体することで同盟 (Alliance intersyndicale des médecins indépendants de France) が形成されており、代表制を有する組合が五つも並存する状況となっている。

このようにフランスの医師組織は「セクト主義 (particularism)」<sup>258</sup>によって特徴づけられ、日本医師会のように実質的な独占性を有する医師の組合は存在しない。また、これらの組合の内部で加入者に対するコントロールが確保されておらず集権性も低い。政治的には、医療費抑制が政策課題になるにつれ、とくに 1990 年代以降政府と医師組合はしばしば深刻な対立関係に陥ってきた。ところが、第五共和制の政治制度においては医師は拒否点（内閣・議会）を利用することが困難であるとされる<sup>259</sup>。また、協約交渉を除いて医師組合には医療政策の形成過程への参加がほとんど制度化されていない。以上から、フランスの医師組合の組織率・独占性・集権性は低く、政府の政策形成過程への参加も確立されていない。

ところが、同様に分裂し組織率も低い一般労働者の労働組合と並んで医師組合はフランスの社会保障改革に対する強力な拒否権プレイヤーとして考えられている<sup>260</sup>。複数分立し

<sup>255</sup> Wilsford, *op. cit.*, p. 100.

<sup>256</sup> MG France ホームページ < <http://www.mgfrance.org/content/view/337/4004/> > 2014 年 3 月 27 日閲覧。

<sup>257</sup> 筆者が 2011 年 5 月 18 日に MG フランスのホームページを閲覧した際には、1995 年には 11,000 人が加入していたとの記述があったが（尾玉前掲論文, p. 58 注 17）、2014 年 3 月 27 日現在その記述は削除されたらしく確認することができない。

<sup>258</sup> Wilsford, *op. cit.*, chap. 4.

<sup>259</sup> Immergut, *op. cit.*

<sup>260</sup> Palier, 2005, *op. cit.* など。ウィルスフォードはフランスにおける中央集権的で一体性の高い国家と分断されて受動的な医師組合を、アメリカの分権的な国家と強力な医師会と対置させており、フランスの国家の方が有効に政策を実施できるとしている。ただし、ときにはフランスでも国家が社会集団の抵抗によって後退を余儀なくされることを認めており（Wilsford, *op. cit.*, p. 161）、その後 1990 年代の状況については政策が麻痺していると見ている。David Wilsford, 2001, “Paradoxes of health care reform in France : state autonomy and policy paralysis,” Mark Bovens, Paul ‘t Hart and B. Guy Peters (eds.), *Success and Failure in Public Governance : A Comparative Analysis*, Northampton, Mass. : Edward Elgar, pp. 184-98 ; Lise Rochaix and David Wilsford, 2005, “State autonomy, policy paralysis : paradoxes of institutions and culture in the French health care system,”

た医師組合が「集合行為の問題」<sup>261</sup>を解決できないため、医療費抑制政策の成立にとって重大な障害となるのである。一般に、医療費抑制が政策課題となっている時代には医師内部での利害対立に拍車がかかる。組合が分裂・対立した状況において、複数の医師組合が協調して費用抑制に関するコンセンサスを形成することは困難であった。分裂した各組合の規模は小さいものの、それぞれの組合には利害が同質的な医師が集まりやすくなるため、各組合の凝集性が高く個別的な利益がむしろ強力に主張される。例えば、FMF は専門医中心の組合として自由医療の原則と専門医の高い地位の維持を重視しており、MG フランスは一般医の組合として一般医の経済的利益と専門医に対する地位向上をうたえてきた<sup>262</sup>。全国協約に関する交渉において全ての医師組合が合意に至った例は少なく、政府・医療保険金庫は医師組合との安定したパートナーシップの構築に失敗してきた。

仮にある組合が全国協約に調印した場合でも、別の組合が反対運動の組織的基盤となってきた。実際に、ある組合が政府・医療保険金庫と医療費抑制について合意した後で、反対姿勢をとった他の組合が医師の間で人気を博すようになるというパターンが繰り返されている<sup>263</sup>。MG フランスは 1993 年の全国協約への調印を拒否した翌年の選挙で一般医の投票の過半数を獲得したが、1997 年の協約に調印した後の 2000 年の選挙では調印を拒否した CSMF に敗れている。その後、MG フランスは 2005 年の協約への調印を拒否し、翌年の選挙で多数派に復帰した。このように政府・金庫が特定の医師組合とパートナーシップを構築しようとしても、かえってその組合を周縁化してしまう結果になった。医師組合の側では政府・金庫との交渉の枠内に留まることで影響力の維持を図ろうとしても、組合員の反発や他の組合へと支持が移る恐れを考えると、組合のリーダーは対決姿勢を取らざるを得ないのである。例えば、1992 年には CSMF のリーダーであったジャック・ボーペール(Jacques Baupère) が医療費抑制に対して妥協的であるとして辞任に追い込まれている。

こうしたなかで全国協約は医療費抑制に関して骨抜きにされた形で締結されるか、そうでない場合は締結後に街頭デモによる反対運動や訴訟によって無力化されてきた。1996 年から議会が公的医療費の伸びを決定するのに伴い、目標額が達成されなかった場合には医師は報酬を返還するという制裁措置が全国協約に盛り込まれたが、協約に合意しなかった CSMF や FMF が取消訴訟やデモなどの反対運動を繰り広げ、結局制裁措置は葬り去られた<sup>264</sup>。協約に先立って政府が委任立法(オルドナンス)によって改革を強行したことも反発を招いた。医療保険金庫と医師組合の協約は医師組合のうちいずれか一つと締結でき

---

*Journal of Health Politics, Policy and Law*, 30(1/2), pp. 97-119.

<sup>261</sup> Mancur Olson, 1965, *The Logic of Collective Action: Public Goods and the Theory of Groups*, Cambridge, Mass.: Harvard University Press (= 1996, 依田博, 森脇俊雅訳『集合行為論: 公共財と集団理論(新装版)』ミネルヴァ書房)。

<sup>262</sup> これに対して CSMF は一般医・専門医双方が加入しており加入者の同質性が低く、内部の調整に苦労している。Dominique Dammame et Bruno Jobert, 2000, « Coalitions sociales et innovations institutionnelles: le cas du "Plan Juppe" », Michèle Tallard, Bruno Théret et Uri Didier (dir.), *Innovations institutionnelles et territoires*, Paris: L'Harmattan, p. 189.

<sup>263</sup> このパラグラフの記述は、Hassenteufel et Palier, art. cit., pp. 22-3 を参考にしている。

<sup>264</sup> この問題は第 6 章で再検討する。



ば有効であるとされていたが、一つの組合の開業医全体に対する代表性はかなり低いものにならざるを得ない。1997年に協約に合意した専門医の組合（UCCSF）はその規模の小ささから協約交渉の当事者としての代表性を法的に認められず、翌年に協約は取り消されている。結局、協約を無事に機能させるために政府・保険者は可能な限り多くの医師組合との協約の締結を成立させねばならない状況に追い込まれている。その後、交渉による費用抑制は完全に行き詰まり、2002年に医師の報酬の大幅引き上げを認めることで政府はようやく医師組合との（一時的な）関係修復に漕ぎ着けた（表 8-2, p. 319）。ここで重要なことは、組合の組織率が低いとはいえ抗議運動を組織する能力はあるということである。また、こうした直接行動は医師組合の政策形成過程への統合度が低いことと、与党議員を通じて拒否点を利用することが多くの場合困難であることの裏返しでもある。

こうしたフランスの状況は日本で日本医師会という単一の集権的な組織が政府・与党と密接な関係を維持してきたのとは対照的である。日本の場合、診療報酬全体の改定率は政府・与党の一部の政治家と日医のトップによって決められ、診療所と病院間や診療科間の医療費の配分はその枠の中で事後的に調整されてきた。フランスではこのような枠組みが成立しておらず、それぞれの団体が報酬引き上げを要求するため、支払側と診療側での統一的な妥協形成や医療界内部での調整が困難であった。本章 2-3. で検討したように、フランスでは政官のトップレベルでの調整・決定は容易である。ところが、医療保険金庫と医師組合との協約交渉においては妥協の形成が困難であり、政府主導で医療費抑制政策を制度化しようとする場合にはデモ・スト・訴訟による反対運動が繰り広げられてきた<sup>265</sup>。1990年代には医療保険給付費の年間総枠予算制や拘束力のある診療ガイドラインなどの医療費抑制策が矢継ぎ早に打ち出されたが、ほとんどが失敗に終わった。1996年のジュベ改革が政官のエリートにより密室的に作成され、一気に法制化されたのはトップダウン的政策決定過程を有する国家の強さを示しているが、その後医師組合の反対によって新施策が葬り去られたのは、社会との調整が不得手な国家の無力<sup>266</sup>をむしろ示している。1997年の総選挙で保守派が敗北し、新たに成立した左翼連立政権は戦略を転換し、医療費抑制政策の拘束力を弱め、押し付けから協力・インセンティブ付与へと政策スタイルを変えた。さらに、2002年の政権交代後には保守政権が医師との妥協をより鮮明にしていく（第8章）。

なお、状況を打開するために1990年代から政府のイニシアティブによって医療保険関係者間の関係の整理が図られてきた。医師組合の協調行動を促すために1993年には州自由医連合（URML : Union régionale des médecins libéraux）が設置され、職域ごとに複数存在している医療保険金庫についても1996年に州単位の医療保険金庫連合（URCAM : Union régionale des caisses d'assurance maladie）が、2004年に全国レベルでの医療保険金庫連合

<sup>265</sup> 日本に比べると街頭運動（街頭の政治）の存在感が大きいのもフランス政治の特徴である。これは住民や様々な団体が政府・議会へのアクセス・ルートを持たず、政治から排除されているという感覚を元に街頭運動に打って出ているものと理解されてきた。中山洋平, 1999, 「フランス」小川有美編『EU諸国』自由国民社, pp. 229-80 を参照。

<sup>266</sup> 吉田前掲論文 ; Hayward and Wright, *op. cit.*



(UNCAM : Union nationale des caisses d'assurance maladie) がそれぞれ設立されている。また、2004 年の医療保険改革以降開業医との交渉を医療保険金庫（労使）ではなく国家（高級官僚）が担うようになり、労使の役割が相対化され支払側の代表の一本化が進んでいる。

しかし、2004 年の全国協約では医師（とくに専門医）との関係修復を優先する保守政権が報酬の大幅引き上げによって医師組合を交渉のテーブルに着かせたものの（例えば、専門医の診察料は 23 ユーロから 27 ユーロへと約 17% も引き上げられた）、それでも全ての医師組合が合意したわけではない。2004 年の医療保険改革によって協約交渉の枠組み自体が医師組織に有利なように改変されたが、2010 年の協約交渉は不調に終わった。政府は医療保険金庫と医師組合が全国協約を締結するという枠組みを維持した上での交渉過程の合理化に取り組んできたが、医療費を合理化するための妥協が形成される見通しは明らかではない。

## 保険者

戦後初期にフランスで重視された社会保障の三大原則の一つは当事者による自治的管理であり、公的医療保険についても政府が直接保険者となるのではなく、当事者による管理運営が基本原則であった（本章 2-1.）。被用者とその扶養家族が加入する一般制度の管理運営は労使の代表によって担われてきた。具体的には、1967 年に社会保障金庫が老齢年金金庫・医療保険金庫・家族手当金庫の三部門に分離されて以来、CNPF（Conseil national du patronat français : フランス経営者全国評議会）と労働者のナショナル・センターの一つである労働者の力（FO : Force ouvrière）が全国被用者医療保険金庫（CNAMTS : Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés）の理事会において多数派連合を形成してきた。左翼による政権奪取を懸念しつつ、CNPF は反共産主義・反 CGT（Confédération générale du travail : 労働総同盟）の立場をとる FO という相対的に協力しやすい労組をパートナーとしていた。CNPF の狙いは FO との妥協による社会的平和の維持と、共産党および CGT の影響力拡大の阻止にあった<sup>267</sup>。診療側では 1980 年代まで CSMF と FMF が二大医師組合であり、どちらも小企業家としての開業医の組合として自由医療を掲げ、CNPF とは自由主義的な価値観を共有していた<sup>268</sup>。

また、これらのアクターは反共産主義と自由主義という価値観だけでなく、反国家介入主義という立場も共有していた。FO は医療保険金庫における役割を自分たちの正統性や影響力の源泉としており<sup>269</sup>、政府による医療保険に対する介入を批判し続けることになる。

<sup>267</sup> 1970 年代の終わりまでフランス共産党は下院国民議会で 80 議席強を確保し、二極四党体制の一角を担っていた。70 年代後半には地方選挙でも勢力を拡大していた。大嶽秀夫は石油危機後にシラク内閣が労働者に対して厳しい賃下げ政策をとらなかった理由として、保革伯仲状況・左翼への政権交代の恐怖を挙げている（大嶽秀夫, 1996, 「フランスにおけるネオ・リベラル合意の形成——日本との比較の試み」『法學論叢』140(1/2), pp. 27-9)。なお、ミッテラン政権が誕生した 1981 年の総選挙で共産党の下院における議席数は半減し、その後も勢力が縮小していく。

<sup>268</sup> 以上のアクターの立場は、Damamme et Jobert, art. cit, pp. 187-90 による。

<sup>269</sup> こうした象徴的な利益のみならず、金庫の管理に携わることでポストや資金という物質的な

CNPF も政府による一方的な決定には批判的であった。医師組合が自由医療を根本的な価値規範としてきたことは本章 2-1. で述べた通りである。

こうした支払側・診療側の組み合わせは医療費の増大を促した<sup>270</sup>。FO は医療費抑制よりも医療へのアクセスの保障を強調することで医療保険部門における自己の立場を安定化させようとした。CNPF は医療費の増大を警戒しつつも上記のような政治的理由から FO との妥協の維持を重視していた。医師組合は無論医療費の増加と医療機関の経営の安定を望んだ。

しかし、第一次石油危機の翌年以降、全国被用者医療保険金庫では赤字が続き、政府の医療政策の基調は医療保険・医療供給体制の拡大から医療費抑制へと移行していく。1977 年には政府の最初の医療費抑制計画が発表される（第 4 章）。ところが、医療保険金庫（労使）は医療費抑制のために独自の努力を行うのではなく、政府による保険料率の引き上げや患者負担の拡大に依存してきた。金庫は独自に保険料を引き上げるという決定もできるのだが、そうした決定を政府に転嫁し、なおかつ政府が金庫をバイパスして決定を行うことを非難していた。FO は医療保険財政が逼迫するのは、本来国家が税金を用いて負担すべき費用が医療保険料によって賄われているという「不当な負担（charges indues）」のせいだという主張を続けた<sup>271</sup>。

このように支払側の内部で政府と金庫の間に対立が存在しており、政官のエリートや専門家の間ではこれが医療費用抑制政策の障害になっていると考えられてきた<sup>272</sup>。その意味では支払側の性格を把握するにあたってウィルスフォードのように「強い国家」の一体性のみを想定するのは的確ではないといえよう<sup>273</sup>。社会保障行政は国家が直接担うのではなく、保険者たる金庫の活動を国家が監督するという形で行われてきたのである。

1980 年代には上記のアクターの配置は動揺し始める<sup>274</sup>。共産主義（フランス共産党と CGT）の脅威が縮小するにつれて CNPF には FO と連合する政治的意義が低下し、また医療費抑制の方が主要な関心事となっていく。1990 年代初頭の不況と欧州統合による企業の国際競争の強化によってこうした関心はより強まり、医療費抑制と企業の社会保険料負担の抑制が明確に主張された。1988 年にロカール政権が成立すると、新政権では社会党系（しかもロカールに近い）労組 CFDT（Confédération française démocratique du travail : フランス民主主義労働同盟）をパートナーとして社会保障改革に取り組もうとする動きが活発になる。社会党政権の官僚と CFDT は医療保障の一般化とそのための財源の一般化（社会保険料以外の財源の確保）、医療供給体制の合理化などのアイディアを共有していった。政府は労働界の支援を必要としており、CFDT も労働界での影響力強化を狙っていたため、両者の利害は一

---

利益も得ていた。

<sup>270</sup> Damamme et Jobert, art. cit, pp. 187-90.

<sup>271</sup> *Ibid.*, p. 197.

<sup>272</sup> Palier, 2005, *op. cit.*, pp. 383-4.

<sup>273</sup> Wilsford, *op. cit.*

<sup>274</sup> このパラグラフの記述は、Dammame et Jobert, art. cit, pp. 193-7 に基づく。

致していた。CFDT を改革のパートナーとする戦略は 1993 年以降保守政権にも受け継がれていく（第 6 章）。他方、FO は上記のような社会保障改革に反対であり、CGT と連携していくことになる。診療側では 1989 年に MG フランスが新たな医師組合として協約に参加する権利が認可されたことで開業医の組合間の勢力関係および政府と医師組合の関係が再編された。一般医の組合である MG フランスは医療供給体制の組織化、とりわけ一般医をかりつけ医とすることを説き、1990 年代の医療制度改革論議に影響を与えていく。

1990 年代に入り政府が医療費抑制と医療供給体制の再編に本腰を入れるようになると、妥協形成の困難が顕在化することになった。1990 年の全国協約をめぐる交渉のなかで政府と医療保険金庫が提案したセクター2凍結（専門医の報酬抑制）と、MG フランスが主張していた一般医のかかりつけ医化（医療供給体制の再編と医療費の抑制）は、専門医にとっては受け入れがたいものだった。一般医と専門医の利益を代表する組合が別個に存在し、それぞれの利害を主張している事態は、日本医師会という単一の組織が曲がりなりにも全医師を代表し、医療費抑制政策を前提としつつ診療報酬の点数配分に影響力を行使してきたのとは対照的である。一般医と専門医の利害対立はこれ以降の医療保険改革においても繰り返し見られることになる。また、1992 年には政府・医療保険金庫・FMF・CSMF が地域医療費抑制契約などについて合意したが、これが元で CSMF のトップ (Jacques Beaupère) は辞任に追い込まれる。同年には CNPF は医療費抑制の行き詰まりに業を煮やし金庫の運営から離脱してしまう（1995 年に新会長選出後、医療保険金庫の理事会の構成を労働側優位ではなく労使同数制にすることを条件に復帰する）<sup>275</sup>。医療保険金庫（労使）と医師組合による医療費抑制をめぐる妥協形成は容易ではなかった。

以上のように、フランスでは支払側は政・労・使に、診療側は保険診療を重視する一般医の組合、超過料金請求を重視する専門医の組合などに分裂しており、政府主導で医療費抑制を進めることが困難であった。1990 年代以降のフランスの社会保障改革ではアクター間の関係の整理そのものが課題となっていく。ジャック・シラクが 1995 年の大統領選挙に当選した後で、アラン・ジュペ首相は国と社会保障金庫（労使）の関係そのものを改革し、社会保障制度の運営の立て直しを図ることになる（第 6 章）。

## 2-5. 結論

本章では、日仏の医療保険制度の形成過程から議論を始め、両国における医療保険制度改革の展開を規定する様々な制度的要因について検討してきた。まず、2-1.の検討によって日本では医療保険制度が運営面でも財源面でも国家からの自律性が低く、政府による医療費抑制圧力がかかりやすく、また医療費抑制政策を実施しやすい制度設計になっていることを示した。反対に、フランスの医療保険制度では管理者である労使と診療側との自律的

<sup>275</sup> 以上の 1992 年の動向は、*Ibid.*, p. 197 による。

な交渉が重視されており、国家主導で医療費抑制政策を実施しづらいといえよう。

2-2.では、1960～70年代に医療保険制度体系が確立された後の両国の医療保険制度を詳しく比較検討した。日本は病院・診療所を包括する診療報酬システムが成立しており、それに対する超過料金を認めないことで、総医療費の抑制と、総医療費に対する高い公的医療費の割合を実現してきた。かつ、診療報酬全体の改定率を閉鎖的な仕方決定可能であることが、分権的な日本の政治システムにおいて医療費抑制を可能にしてきた。公的医療費の割合を高い水準に維持することを目指す日本医師会にとっても、診療報酬の抑制は患者自己負担率の引き上げや混合診療解禁に比べて妥協しやすい政策選択肢であった。また、国庫負担の拡大に依存してきた医療保険制度が国家財政悪化後には厳しい費用抑制圧力の下に置かれることを指摘した。

他方、フランスでは開業医・公立病院・私立病院の三部門で料金体系が異なっている上に、一部の開業医には公定価格に対する超過料金が認められており、単一の診療報酬システムの操作によって医療費を抑制することが不可能になっている。公立病院部門に関しては1980年代に予算制が導入されたが、開業医部門には医療費の総枠を決定するメカニズムは導入されずにいる。開業医の診療報酬などは医療保険金庫と医師組合が全国協約を通じて決定することが原則であり、国家主導で医療費抑制政策を強制することはできなかった。患者自己負担の引き上げが繰り返されたものの、それによる医療費抑制効果は短期間に限られる。また、自己負担増は共済組合の存在によって相殺された。財源面に関しては、フランスでは社会保険の財源には社会保険料を用いることが原則であり、医療保険制度も目的財源の割合が高く、外部（財務当局）からの費用抑制圧力が日本の場合に比べて相対的に低い。以上のような背景から、医療保険の財政対策の基本は社会保険料の引き上げであった。

2-3.では、両国の政治制度、具体的には行政府・与党の凝集性と両者の関係を比較検討した。その結果、日本では行政府・与党ともに凝集性が低く、首相・内閣がリーダーシップを発揮することが困難であり、大胆な医療保険改革や社会保障財源改革（端的には増税）が実現しにくく、大蔵省と厚生省によって診療報酬抑制などの古典的な医療費抑制政策による対応が繰り返されることになる政治的背景が明らかになった。他方、フランスでは行政府・与党とも凝集性が高く、大統領・首相が与党と官僚制に対してリーダーシップを発揮できる。また、行政府の立法府に対する優位が法制度上確立されている。このため行政府主導で大胆な政策革新が目指されることになる。1990年代には社会保険料よりも賦課対象の広い一般社会保障税（CSG）が導入され、社会保障目的財源が確保された。しかしながら、医療保険のように利益団体の自律的な合意に重要な役割が与えられている政策分野では、強いはずの国家が思うように政策を推進できないことにも注意が必要である。

そこで2-4.では、国家外のアクターである利益団体の配置を比較検討した。日本では過半数の医師が日本医師会という単一の組織に加入しており、強力な利益団体として自民党政権に影響力を有してきたが、政府が大規模な補正予算を組めなくなって以降、医療費抑制

政策への妥協を迫られるようになった。ここで日医は診療報酬抑制をある程度受け入れつつ他の政策の変更には激しく抵抗して妥協を引き出し、点数配分で影響力を行使するという仕方の開業医の利益を守ろうとした。ところが、2000年代に入り小泉政権下で政府・与党の凝集性が高まると診療報酬抑制のみならず患者自己負担の引き上げも貫徹されるようになった。他方、医療保険の支払側では、市町村・経営者団体・労働組合・健保連といった保険者たちは目指す医療保険制度体系は異なるものの、厚生省とともに医療費抑制を追求してきた。

これに対してフランスでは医師の組合が複数に分裂・競合しており、医療界で資源配分を担うことができる頂上団体が存在していない。それぞれの組合が異なる利害を主張するため医療費総枠の抑制に至る合意が形成されないのである。また、保険者（労使）の国家からの自律性が相対的に高く、とりわけ労働組合（FO）は政府の医療費抑制に協力するよりも医療へのアクセスの保障を重視していた。このため保険者と医師組合による自律的な交渉によっては医療費抑制のための妥協が形成されなかった。

以上のように、両国の政治制度と医療保険制度の双方を詳しく比較分析することで、日本とフランスにおいて医療保険の財政対策として選択されやすい手段の解明を試みた。日本では診療報酬システムを通じた医療費抑制政策がとられやすく、その効果が現れたことおよび政治的な推進力の欠如から財源調達方式の改革が先送りされやすい。フランスでは医療保険部門のアクターと権限の配置から医療費抑制に関する妥協が成立しにくく、政府にとってより容易な手段である社会保険料の引き上げが選択されやすい。また、財源調達方式の改革の方は執行府の与党・議会に対するリーダーシップが確保されていることによって実現に至った。次章からは以上の分析枠組みに基づいて、石油危機以降の両国の実際の医療保険改革・社会保障財源改革の内容と過程を検証していく。



### 第3章 石油危機以降 1980 年代までの日本の医療保険改革——給付拡大から医療費抑制へ

本章では第一次石油危機以降 1980 年代前半までの日本の医療保険政策の展開を検討する。考察の焦点は 80 年代前半の日本で自民党政権が医療保険の財政対策として社会保障財源の拡大ではなく、医療費抑制政策（診療報酬の抑制と患者自己負担の拡大）を選択したことである。自民党と日本医師会との政治的妥協によって医療費抑制政策が成立し、医療費の経済に対する規模は抑えられ、健康保険料負担の引き上げも極力回避された。しかしながら、経済の高成長に依存した社会保障財源システムは温存され、低成長と高齢化に対応するための社会保障財源の準備は先送りされる結果となった。1989 年に高齢化への備えを名目に消費税が導入されたが、実際には税収の一部しか社会保障には充当されなかったのである。

3-1.では 1975 年以降日本では財政赤字に依存した景気対策が行われ、大蔵省は歳出削減と増税の双方から赤字縮小を目指したが、これらがどちらも自民党内の抵抗によって失敗したことを示す。大蔵省とその関連審議会などは 70 年代後半には社会保障拡大路線からの転換をうったえ、73 年に始まった老人医療費無料化などの施策の見直しを求めたが、自民党の抵抗によって福祉削減は先送りされた。また、1979 年には大平正芳首相が一般消費税を導入しようとしたが、世論と党の反発によって断念に追い込まれている。つまり、1970 年代には国民に不人気の福祉削減や増税を回避して公債発行に依存する形で高福祉低負担路線がとられたといえよう。

政治家の間でも財政危機への対処が重視されるようになっていったが、大平首相の失敗により増税という選択肢が否定されたため、1980 年代初頭には「増税なき財政再建」が自民党政権の公式目標となった。3-2.では 1981 年の第二次臨時行政調査会（第二臨調）の設置から翌年の老人保健法成立までの過程を分析する。80 年代前半の行財政改革の流れのなかで各種社会保障制度も見直し（給付引き下げ）の対象とされるようになった。70 年代の後半にはレトリックの段階にとどまっていた、西欧型福祉国家を目指さず日本型福祉社会を目指すという日本型福祉社会論が実際に政策として追求され始めたのである。1982 年に成立した老人保健法は 70 歳以上の高齢者医療費を増税ではなく、高齢者の患者自己負担の導入（老人医療費無料化制度の廃止）と、現役世代の健康保険料の一部を拠出金として集めることで賄おうとしたものだった。

老人保健法はあくまでも老人保健事業の推進を建前としたものだったが、続く 1984 年の医療保険改革では医療費の抑制とそれによる租税・社会保障負担の抑制という臨調路線がはっきりと打ち出された（3-3.）。1984 年の健保改正はサラリーマンに 1 割の患者自己負担を導入するとともに、それによって浮いた資金を 70 歳未満の退職者の医療費に充てようとしたものだったが（退職者医療制度の創設）、財政効果としては国庫負担の削減が顕著であった。つまり、患者負担を増やし、国庫負担は減らすという改革であった。

自民党政権の「増税なき財政再建」路線が世論に支持され、サラリーマンの患者負担増などが成立した背景には、サラリーマン層の税負担に対する不満があった。とりわけ大企業のサラリーマンたちは企業単位の雇用保障・年功賃金・企業独自の福祉制度（医療保険の付加給付など）を享受しており、国の社会保障制度への依存度が低かった。1984 年の健保改正の際にも企業ベースでの公的医療保険に対する付加給付が認められたことが抵抗を抑える一つの要因となった。彼らが求めていたのは高福祉高負担よりも減税であった。3-4. では中曽根政権が行政内閣の不一致と与党および世論の反発によって大型間接税導入に失敗したこと、竹下内閣によってようやく消費税が導入されるが、高齢化に備えるという名目に反して税収の一部のみしか社会保障には充当されなかったことを述べる。

要するに、1980 年代前半の日本では企業ベースの生活保障（終身雇用・年功賃金・企業福祉）が健在であったことを前提として、社会保障費の抑制や租税・社会保障負担の抑制が目指された。確かに、政府管掌健康保険は 80 年代に入り財政が健全化し、保険料率も 8% 台に抑制された。しかし、高齢化率が低水準であること、企業業績が堅調であることを前提とした福祉国家モデルは 1990 年代に入って困難に直面することになる。80 年代の成功体験ゆえに、日本では雇用や賃金が伸びることを前提とした福祉国家モデルから、低成長と雇用の不安定化の時代にも持続可能な福祉国家モデルへの転換が遅れることになる。

### 3-1. 石油危機後の経済財政状況と政策対応——日本の場合

他の先進諸国と同様に 1973 年 10 月の第一次石油危機以降、日本でも不況が深刻化し、財政赤字が発生するようになった。1975 年度補正予算において歳入欠陥を補うために赤字国債が発行され、78 年度当初予算では国債依存度が 30% を超えた。その後、1980 年代の終わりまで毎年赤字国債に依存して予算が組まれることになる。1973 年は老人医療費無料化や年金額の大幅引き上げなどが実現し、社会保障関係費の大幅な増額が行われたことから「福祉元年」ともいわれた年でもあったが、それ以降大蔵省や保守系の知識人などによって社会保障費の抑制、福祉見直しが盛んに唱えられるようになる。しかし、実際には 70 年代の終わりまで自民党政権は福祉削減型の改革には踏み切らなかった。他方、財源面での動きに目を向けると、大蔵省は付加価値税の導入を検討し、1979 年には大平首相が一般消費税導入を宣言するが世論と党内の反発に直面して失敗してしまう。こうして 1980 年代の初めに自民党政権は「増税なき財政再建」を公式目標として掲げ、行財政改革が課題になる。

#### a. 福祉削減の先送り

石油危機後の狂乱物価に対処するため、田中、三木内閣では総需要抑制政策と個別の物



価対策がとられた<sup>1</sup>。1974年には戦後初のマイナス成長に陥ったが、日本経済は他の先進諸国に比べると早い段階で回復する。実質成長率は1975年には3%に回復し、76年、77年には5%を超えている。景気回復とともに経常収支の黒字も拡大したが、これは他の先進諸国の批判を招き、とりわけ対日貿易収支が悪化していたアメリカは日本に内需拡大を要求した。1977年5月のロンドン・サミットで福田赳夫首相は日本が世界の経済成長を牽引するという機関車論を展開する。国内の経済団体からも積極財政を望む声があがっていた。日本商工会議所は中小企業に打撃を与える総需要抑制策に反対していたし、当初はインフレ抑制を重視していた経団連も1975年の春闘で賃上げの抑制に成功すると一転して積極的財政政策を要求するようになった。1974年度、75年度には一般会計の公共事業関係費の伸びはそれぞれ0%、2.4%と抑えられていたが、76年度には21.2%と大幅に伸び、79年度まで20%台の伸びが続く。75年度の補正予算から赤字国債が発行されるようになり、78年度には当初予算の段階で国債依存度が30%を超えた。1979年までこうした積極財政がとられた。

国家財政が悪化するなかで、1970年代には福祉見直し論が台頭した。1975年9月に村上泰亮らによって『生涯設計（ライフサイクル）計画：日本型福祉社会のビジョン』が三木首相への提言として提出・刊行される<sup>2</sup>。その内容は、社会保障制度はナショナル・ミニマムの保障に限定されるべきであり（例えば、公的年金制度は基礎年金を導入しこれに限定する）、それ以上の部分は家族・地域を利用しながら個人の自助努力によって確保されるべきであるというものだった。これ以降、政府・与党によって政府の社会保障費ではなく民間の自助努力・家族・地域・企業の役割を強調する議論が相次いで出されるようになる。

同年には財政制度審議会が中間報告「安定成長下の財政運営」（7月）および「社会保障についての報告」（12月）によって、福祉拡大路線からの転換を強く求めた。経済企画庁も『総合社会政策を求めて』<sup>3</sup>のなかで、政府の社会保障制度の拡大は過度な財政負担や社会の活力の減退を招くので、基礎的な部分に限定した総合社会政策を模索するべきだとした。1976年の「昭和50年代前期経済計画」でも同様に「国民の福祉の向上は、そのすべてが政府の手によって実現されるべきものではなく、個人、家庭、企業の役割や社会的、地域的連帯感に基づく相互扶助が重要であることはいうまでもない」（序）と主張された<sup>4</sup>。

要するに、財政赤字が拡大するなかで社会保障費が公共支出抑制のターゲットとなり、社会保障制度の役割はナショナル・ミニマムの保障に限定するべきだという主張が勢いを増していったのである。ナショナル・ミニマムを超える領域については、日本社会におい

<sup>1</sup> 石油危機後の日本の経済財政状況と政策対応については主に、新川敏光、2005、『日本型福祉レジームの発展と変容』ミネルヴァ書房の第1篇第5章1を参考にした。

<sup>2</sup> 村上泰亮、蛭山昌一ほか、1975、『生涯設計（ライフサイクル）計画：日本型福祉社会のビジョン』日本経済新聞社。

<sup>3</sup> 経済企画庁国民生活政策課編、1977、『総合社会政策を求めて：福祉社会への論理』大蔵省印刷局。

<sup>4</sup> 経済企画庁編、1976、『昭和50年代前期経済計画：安定した社会を目指して』大蔵省印刷局、p. 4。以上、田多英範の整理に依拠した。田多英範、2007、『現代日本社会保障論（第2版）』光生館、pp. 72-4。

て重要な役割を担っているという家族・企業・地域社会による相互扶助と個人の自助努力に委ねるべきであるとされた。1970年代後半以降、戦後の福祉先進国であるイギリスの経済停滞が英国病などといわれ、それに対して日本の進むべき道を示した思想として、日本型福祉社会論が保守系の知識人によって唱えられ<sup>5</sup>、自民党も1979年8月に『日本型福祉社会』を発表し、「できるだけ多くを政府よりは民間（個人、家庭、企業など）の手に委ねる」ことが適切であり、日本の現実に合致しているとうったえた<sup>6</sup>。

他方、厚生省と関連審議会は1975年になっても高福祉高負担を主張していた<sup>7</sup>。75年8月に厚生大臣の私的諮問委員会である社会保障長期計画懇談会は意見書「今後の社会保障のあり方について」のなかで、今後も西欧並みの社会保障の整備を目指すべきであり、そのためには相応の負担が必要になるとして、高福祉高負担を主張した。同年12月には社会保障制度審議会も建議「今後の高齢化社会に対応すべき社会保障の在り方について」を発表し、将来高齢者の社会的扶養の必要性が増加するという観点から公共支出に占める「社会保障関係費の比重を思い切ってふや」すべきであり、そのための高負担は「自明の理」とであると主張した。厚生省も1975年版の『厚生白書』<sup>8</sup>で支出の合理化という観点を踏まえつつも、社会保障の充実が必要であり、そのためには負担増を図っていくことが考えられると指摘していた。

ところが、厚生省も1977年版の『厚生白書』<sup>9</sup>から社会保障制度見直しに転じるようになった。次の引用文には上記の『生涯設計計画』などに見られた日本型福祉社会論の要素が見られる。「我が国の社会保障の将来については、例えば積極的な健康づくりや高齢者の就労援助のほかコミュニティ、家族、企業等の役割の評価と整理等により社会保障をめぐる諸条件の整備を図るとともに、また各制度の重点化、効率化を進めつつ、給付と負担の両面を含めた社会保障の姿について国民の選択と合意を得て日本に適合した福祉社会を形成する必要がある」<sup>10</sup>。このように1970年代後半にはレトリックにおいては社会保障の見直しが支配的となった。

1979年1月に大平正芳首相は施政方針演説で「日本型福祉社会の建設に努めたい」という考えを明らかにし<sup>11</sup>、8月には「新経済社会7カ年計画」が閣議決定され、日本型福祉社会論は政策目標として採用されるに至る<sup>12</sup>。同計画では、「欧米諸国へキャッチアップした

<sup>5</sup> 新川前掲書, pp. 98-102; 早川純貴, 1991, 「福祉国家をめぐる政治過程(1)——84年健康保険法改正過程の事例研究」『駒澤大学法学論集』43, pp. 128-32。

<sup>6</sup> 自由民主党, 1979, 『日本型福祉社会（自由民主党研究叢書 8）』自由民主党広報委員会出版局, p. 97。堀勝洋は「日本型福祉社会論」を分析論、政府・自民党による推進論、それに対する批判論に分けて整理しており参考になる。堀勝洋, 1981, 「日本型福祉社会論」『季刊社会保障研究』17(1), pp. 37-50。

<sup>7</sup> 以下の記述は、田多前掲書, pp. 74-6 に依拠した。

<sup>8</sup> 厚生省編, 1976, 『厚生白書（昭和50年版）』大蔵省印刷局。

<sup>9</sup> 厚生省編, 1977, 『厚生白書（昭和52年版）』大蔵省印刷局。

<sup>10</sup> 厚生省編前掲書, 1977, p. 142。

<sup>11</sup> 堀前掲論文, p. 38。

<sup>12</sup> 田多前掲書, p. 91。

我が国経済社会の今後の方向としては、先進国に範を求め続けるのではなく、…個人の自助努力と家庭や近隣・地域社会等の連帯を基礎としつつ、効率のよい政府が適正な公的福祉を重点的に保障するという自由経済社会のもつ創造的活力を原動力とした我が国独自の道を選択創出する、いわば日本型ともいえるべき新しい福祉社会の実現を目指すものでなければならない<sup>13</sup>とされ、今後は欧米諸国とは異なる日本独自の道を目指すべきだという。こうして日本型福祉社会論は自民党政権にとって公式目標となった。

次に 1970 年代の社会保障改革の実態を検討したい。日本型福祉社会論が登場したとはいえ、実際の社会保障政策は石油危機以降も 70 年代の間は拡充路線が基本であった。日本型福祉社会論は大平内閣によって政策の方針として公式に採用されたが、それが実施に移されるのは 80 年代に入ってからである。

70 年代後半に大蔵省は公共支出抑制のために社会保障政策の見直しを主張した<sup>14</sup>。具体的には、①社会保険料の引き上げと②給付の削減（受益者負担の強化・所得制限の強化）によって、国庫負担増額による給付の拡大という高度経済成長期の社会保障政策の転換をうったえた。注目されるのは、大蔵省がこの時期にはまだ社会保険料の引き上げを容認していることである。社会保障制度に対する国庫負担の削減、それによる国家財政健全化を目指す大蔵省にとって、社会保険料の引き上げは給付削減とともに国庫負担を抑制するための手段の一つであった。ところが、大蔵省の福祉見直し提案は自民党の支持を得られず見送りとされるか、あるいは国会に法案が提出された場合でも審議を通じて与野党によって拡張的な路線に修正された。以下でその例を見ていこう。

1976 年には医療保険の赤字解消のための被用者の患者一部負担の引き上げ（初診時 200 円を 600 円に、入院時 1 日 60 円を 200 円に）を狙いとした健康保険法改正案が国会に提出された。しかし、国会で与野党の議席数が伯仲するなか野党の強い抵抗にあい、自己負担の引き上げに関する部分は削除され、「改正案を通過させるためのアメとでもいえるべき」<sup>15</sup>分娩費・埋葬料の給付水準引き上げのみが通過した（以降の健保改正案にもこうした部分的な給付改善案が往々にして含まれている）。また、1977 年度の予算編成の際には初診時・入院時の一部負担の引き上げやボーナスに対する 2% の新たな特別徴収などの増収のための措置が政府案に含まれていたが、これらも国会審議過程で修正された。いずれの場合も、負担は少なく給付は多くという方向に沿って修正が行われた。このため赤字対策のはずであったものがかえって給付水準の引き上げを進め、収入不足には国庫負担の増額という石油危機以前の対応策が用いられたのだった<sup>16</sup>。1978 年 1 月にはボーナスに対する 1% の特別保

<sup>13</sup> 経済企画庁編, 1979, 『新経済社会 7 カ年計画』大蔵省印刷局, p. 11。

<sup>14</sup> 1970 年代後半の社会保障改革については、田多前掲書, pp. 76-80 ; 新川前掲書, pp. 109-19 を見よ。

<sup>15</sup> 田多前掲書, p. 76。

<sup>16</sup> 以上、田多前掲書, pp. 76-7 ; 吉原健二, 和田勝, 2008, 『日本医療保険制度史（増補改訂版）』東洋経済新報社, pp. 278-81。

険料が課され、赤字続きだった政管健保は 78 年度に黒字に転じた<sup>17</sup>。しかし、高福祉路線の継続によって社会保障制度を支える国家財政の方は悪化していった。

この他にも大蔵省は 1976 年度予算の編成過程で 73 年に導入された老人医療費の無料化の見直しを提案したが、自民党の支持を得られず、三木武夫首相の裁定によって見送りとされた<sup>18</sup>。76 年に入り厚生省は無料化継続の方針を明らかにする一方、大蔵省は一部負担金の導入を主張し続ける。しかし、その後も有料化は実現せず、1979 年 12 月に自民党三役の立ち会いの下で、野呂恭一厚相と竹下登蔵相が 81 年度からの有料化でようやく合意に至った。実際には無料化廃止（一部負担金導入）は 1982 年の老人保健法制定によって実現するのだが、大蔵省の再三の要求にもかかわらず 70 年代の間は自民党は高福祉路線を追求したのだった<sup>19</sup>。

要するに、大蔵省原案では社会保障関係費の削減が意図されていても、その後の政治過程において削減は見送られるか、かえって給付が充実させられたのだった。大蔵省の主張する福祉削減案は自民党によって拒否されるか、改正案や予算案が国会に提出された場合でも審議を通じて修正されるかのいずれかであった。

このように 1970 年代に社会保障関連費用の削減が困難になっていた政治的理由として、国会における保革伯仲状況が指摘されてきた。1974 年 7 月の参議院選挙で自民党は選挙前の 135 議席から 129 議席へと後退した（保守系無所属議員を含む）。残りを野党とすれば与野党差は 6 議席にまで縮小した。その後、ロッキード事件の発覚後に行われた 1976 年 12 月の総選挙でも自民党は大敗し（511 議席中 249 議席）、保守系無所属議員を入党させて辛うじて過半数を維持することになった<sup>20</sup>。田多英範は、社会保障制度の充実を唱える野党が議席数で接近してきたという状況下で、与党自民党も政権を維持するためには容易に社会保障の削減には手をつけられなかったとしている<sup>21</sup>。この点については新川敏光も同様の見解を示している。すなわち、「1970 年代後半において大蔵省の福祉見直しを抑えたのは、厚生省ではなく自民党であった。…自民党は社会福祉の後退が選挙に与える影響を考慮し、具体的政策変更に関しては慎重な態度をとった。長期低落傾向にあった自民党にとって、国民の間で人気の高い社会保障政策を見直すことは、リスクの高すぎる政治的判断であっ

---

<sup>17</sup> ただし、政管健保にはまだ巨額の累積赤字が存在していた。

<sup>18</sup> 1976 年度予算では生活保護費の引き上げ、4 級地の 3 級地への指定替え、標準モデル厚生年金の約 7.3 万円から約 9 万円への引き上げなど、むしろ社会保障給付の改善が行われた（田多前掲書, p. 76）。

<sup>19</sup> その他に、大蔵省は 1977 年度予算編成から老齢福祉年金や老人医療費支給制度の所得制限の強化を提案していた。これらの給付は高齢者が子や孫に扶養されている場合、扶養者の所得が一定以下であることが支給の条件となっていたが、この所得制限を強化しようとしたのだった。しかし、復活折衝の結果、所得制限の基準は据え置きとなり、その後も 1980 年度まで据え置となった。大蔵省は 1980 年度予算編成の際には児童手当の所得制限強化も迫ったが、野党のみならず自民党の一部議員が反対にまわったことで結局否決された（以上、田多前掲書, pp. 76-8）。

<sup>20</sup> 田多前掲書, p. 80；石川真澄, 山口二郎, 2010, 『戦後政治史（第 3 版）』岩波新書, pp. 124-34.

<sup>21</sup> 田多前掲書同所。

たといえよう」<sup>22</sup>。

ただし、自民党の政治家が選挙への影響を考慮して福祉削減に反対するという事態は 1980 年代以降にも繰り返し見られる。第 2 章で詳しく検討したように、凝集性の弱い自民党は党本部の方針への造反が生じやすい。このため自民党政権が福祉削減を行うことができるかどうかは、党内の反対の抑え込みに成功するか否かによって左右されることになる。第 4 章で検討するように、フランスでも石油危機以降毎年のように社会保障財政再建のための計画が発表されるが、政府によって給付削減と保険料や税負担の引き上げが迅速に決定・実施されている。日本で国会審議を通じて政府の社会保障改革案に対して重大な修正が行われたのは、フランスの場合と比べて政府の議会と与党に対する指導力が弱いこと、また与党の凝集性が弱く造反を許してしまいがちであることを示している。自民党の政治的介入によって、政府原案に対して負担は少なく給付は多くという方向での修正が加えられるという場面は 1980 年代以降にも見られることになる。

以上の経緯のまとめを行いたい。1975 年以降、自民党政権は景気対策のため赤字国債の発行を続けた。大蔵省は危機感を強め公共支出削減を主張し、社会保障費についても聖域扱いをやめて削減に踏み込むことを求めるようになる。大蔵省や関連審議会などによって福祉見直し（削減）論が盛んに唱えられ、厚生省もやがてそれに妥協するようになる。ところが、実際には 1970 年代の社会保障改革は給付削減型ではなく拡大型であった。国会で保革伯仲状況が出現するなかで自民党は福祉削減に踏み込まなかったのである。しかしながら、財政赤字に依存した公共支出の拡大という政策選択肢は短期的には解決策たりえても長引けば財政赤字の増大という解決すべき問題へと転化してしまう<sup>23</sup>。1980 年代には反動的に財政再建が重要政策課題となり、社会保障政策にも行政改革の波が押し寄せることになる。

1970 年代末には公共支出の削減だけでなく、歳入の拡大も試みられたが、こちらも自民党の支持を得ることができず失敗に終わる。財政再建に向けた首相の決意が与党の反対によって挫かれるのである。以下では大平正芳首相による一般消費税導入失敗の経緯を検討する。

#### b. 一般消費税導入の挫折<sup>24</sup>

財政赤字の拡大のなかで大蔵省は手をこまねいていたわけではなかった。同省では 1970

---

<sup>22</sup> 新川前掲書, p. 119。

<sup>23</sup> Cf. Philip Manow, 2010, “Trajectories of Fiscal Adjustment in Bismarckian Welfare Systems,” Bruno Palier (ed.), *A Long Goodbye to Bismarck? : the Politics of Welfare Reform in Continental Europe*, Amsterdam : Amsterdam University Press, pp. 279-99.

<sup>24</sup> 大平正芳による一般消費税導入の失敗については主に以下の文献に依拠している。新川前掲書, pp. 129-31 ; 加藤淳子, 1997, 『税制改革と官僚制』東京大学出版会, 第 II 部第 3 章。

年代の初めから EC 諸国の付加価値税を研究していたが、とりわけ 1975 年度の赤字国債発行以降、安定した税収が見込まれる付加価値税の導入が大蔵省と関連審議会によって検討されるようになった。政府税制調査会は 75 年 11 月に中期的税制の見直しを始め、77 年 10 月に一般消費税<sup>25</sup>の導入を提案する。78 年 11 月には財政制度審議会も一般消費税の検討をうったえた。内需拡大を国際公約していた福田赳夫首相はこうした提案を受け入れなかったが、1978 年 12 月に首相となった大平正芳は一般消費税導入に積極的だった。12 月に大蔵省主計局長・主税局長が大平に消費税導入を直談判すると、大平はこれに好意的な反応を示したという<sup>26</sup>。大平は大蔵官僚出身であるというだけでなく、三木内閣時代に大蔵大臣として赤字国債発行を決断し、その後も自民党幹事長として赤字財政に関与してきたことに対して自責の念を持っていたとされる。財政再建に向けた大平の決意は固く、一般消費税導入を熱心にうたえていく。首相の支持を背景に、年末に政府税調は『昭和 54 年度の税制改正に関する答申』で 1980 年度内の一般消費税導入を求めた。1979 年度予算編成では一般会計の伸びは 12.6%と過去 14 年間で最低に抑えられたが、国債依存度は 40%近くにも到達した。

しかし、大蔵省の狙いとは裏腹に新税に対する世論の反発は強かった。大平内閣誕生以前から消費者団体、婦人団体、労働組合、大企業、小売・卸売業者などが新税導入に反対しており、自民党の政治家たちは新税導入に消極的とならざるを得なかった。大平内閣成立前の 10 月半ばに行われた『朝日新聞』による世論調査でも、新税による物価上昇と生活水準の低下、新税導入以前に不公平税制を見直す必要性、付加価値税の逆進性などが指摘されていた（11 月 4 日朝刊 11 面に掲載）。さらに、行政府内でも経済企画庁は新税による企業業績悪化を懸念し、通産省も不況脱却を優先したいという立場であった<sup>27</sup>。大平と大蔵省は四面楚歌の状況で一般消費税導入へと向かっていくことになる。

1979 年 1 月に大平は 80 年代の早い時期に一般消費税を導入したいという意向を明らかにし、金子一平蔵相が閣議で 80 年 4 月からの導入を発議して了承された。1 月 25 日の財政演説で金子は、現状では自然増収による財政均衡が困難であること、税負担の引き上げなしでは福祉の向上は不可能であることをうたえ、「一般消費税を昭和 55 年度のできるだけ早い時期に実施するために必要な諸準備を積極的に進めてまいる所存であります」と述べた<sup>28</sup>。しかし、自民党の大勢は新税導入論議が 79 年 4 月の統一地方選挙に与える影響を懸念していた。選挙後になって大平は再び新税導入をうたえるが、秋の解散総選挙をにらむ自民党は慎重姿勢を取り続けた。首相の熱心さにもかかわらず、自民党衆参両院の議員団 217 名は導入反対を公表した。前章の 2-3. で述べたように、首相は与党を統制できていなかった。それでも大平は 9 月 3 日に臨時国会での所信表明演説で改めて「極力歳出の削減

<sup>25</sup> それ以前にも奢侈品など特定の物品に対する物品税は存在していた。

<sup>26</sup> 新川前掲書, p. 129。

<sup>27</sup> 以上、加藤前掲書, pp. 132-3。

<sup>28</sup> 東京大学東洋文化研究所田中明彦研究室ホームページ（データベース「世界と日本」）< <http://www.ioc.u-tokyo.ac.jp/~worldjpn/documents/texts/fim/19790125.SYJ.html> > 2014 年 3 月 27 日閲覧。

に努めるが、どうしても必要とする歳出を賄うに不足する財源は、国民の理解を得て、新たな負担を求めることにせざるを得ない」と財政再建のための新税導入の必要性をうったえた<sup>29</sup>。解散総選挙を控えた首相としては「異例ともいえる率直な態度」<sup>30</sup>であった。

大平が党内で孤立を深める一方、大蔵省は財政危機の深刻さをうったえるために大規模なキャンペーン実施した。1979年8月末から9月にかけて各地で財政再建をうったえるフォーラムを開催した。また、消費税導入に消極的な財界<sup>31</sup>に対して、マスコミを通じて一般消費税導入か、所得税・法人税の引き上げかという二者択一を迫った。中小企業への打撃を恐れる日本商工会議所は一般消費税には断固反対の立場であったが、大企業が法人税率引き上げを消費税導入以上に警戒していたため、その他の経済団体は態度を軟化させた。

しかし、総選挙を控えた自民党の政治家に対して大蔵省のうったえは大きな影響を与えなかった<sup>32</sup>。三木武夫や中曽根康弘のような派閥のリーダーたちは消費税導入への反対を表明し、大平派の斎藤邦吉幹事長も首相に対して消費税に関する発言の自粛を求めた。党内および世論の反発によって大平は消費税導入の撤回に追い込まれ、9月26日に「一般消費税を導入しないで、財政再建をすることに全力をあげたい」と消費税導入を断念する意向を明らかにした。結局、10月7日の衆議院選挙で自民党の公認候補は511議席中248議席しか獲得することができず、再び過半数割れを喫してしまった。保守系無所属議員10名を加えることでようやく過半数が確保された。

事前の世論調査では自民党の復調が伝えられていたので、敗北の原因は大平の消費税導入提案に求められることになった<sup>33</sup>。かくして選挙後の国会で一般消費税に頼らずに財政再建に取り組むことが決議される(1979年12月21日)。自民党税制調査会も一般消費税は国民の十分な理解を得るに至っていないと認め、別の手段による財政再建を実現するべきだとして方向転換した。また、自民党内の福田・三木・中曽根派は総選挙敗北について大平の責任を追及し、辞任を要求した。10月から11月にかけての「40日抗争」の後、最大派閥である田中派の支持により大平は辞任を免れ第二次大平内閣が発足したが、党内対立は深刻化していた。1980年5月に社会党が提出した内閣不信任案は自民党の反主流派議員たちが欠席したことで成立してしまう。大平は解散総選挙に打って出るが、6月の衆参同日選挙を前に死去する。総選挙後には大蔵省は消費税によって大平を死に迫りやったとして世論の非難を受けることになる。この後、自民党は結束して選挙に臨み衆参両院にて大勝利を

<sup>29</sup> 同上 < <http://www.ioc.u-tokyo.ac.jp/~worldjpn/documents/texts/pm/19790903.SWJ.html> > 2014年3月27日閲覧。

<sup>30</sup> 新川前掲書, p. 130。

<sup>31</sup> 財界は財政再建の必要性は認めていたが、一般消費税導入よりも経済正常化を優先させるべきであるという立場をとっていた(新川前掲書同所)。

<sup>32</sup> 以下、同前掲書, pp. 130-1; 加藤前掲書, pp. 135-7による。

<sup>33</sup> このパラグラフは以下の文献に依拠している。加藤前掲書, pp. 136-41; 加藤淳子, 1995, 「政策知識と政官関係——1980年代の公的年金制度改革、医療保険制度改革、税制改革をめぐる」『年報政治学』, p. 123; Junko Kato, 2003, *Regressive Taxation and the Welfare State: Path Dependence and Policy Diffusion*, Cambridge: Cambridge University Press, pp. 172-3.



収め、保革伯仲状況は解消されたものの、1979年から80年にかけての一連の出来事によって一般消費税導入は政治的なタブーとなった<sup>34</sup>。増税の道が断たれたことで、1980年代には社会保障制度には厳しい歳出削減圧力がかかることになるだろう。

第2章で検討した日本の政治制度の特徴を念頭に置きながら以上の経緯を整理してみよう。まず首相・大蔵省は消費税導入に賛成であったが、内閣は与党に対するリーダーシップを発揮することはできなかった。反対に、与党議員や非主流派閥のリーダーたちが反対を表明したことで、首相は消費税導入の撤回に追い込まれた。大平は財政再建に向けて政策の転換を図ったが、首相の意図する政策転換を支える制度的基盤はあまりに弱体であった。さらに、総選挙敗北をきっかけとして党内抗争が激化し、大平は首相の座にとどまったものの内閣改造を余儀なくされた。こうして大平のリーダーシップがさらに低下してしまった。前章で整理した首相・内閣のリーダーシップの弱体性（与党の自律性）、与党の凝集性の低さ、内閣の頻繁な交代といった特徴が見出される。これらが政府による増税の実現にとって不利な条件となることはいうまでもない。

石油危機以降、フランスでは増税に関して対照的な政治過程が見られる。財政状況が悪化した際には、行政府主導で増税（または社会保険料の引き上げ）が行われてきた。大統領・首相の与党に対するリーダーシップが確立され、議会の役割が制度的に制約されているため、政治リーダーの増税の意図が貫徹されやすいのである。また、世論も増税そのものを好むわけではないものの、それ以上に福祉国家の維持のための財源確保を重視してきたことが重要である（第4章）。

次節では増税失敗後の日本で行政改革による財政再建が課題となり、社会保障給付の切り下げと医療費抑制政策が行われていく様を検討する。具体的には、1973年以来の老人医療費無料化政策を廃止し、また高齢者医療費について医療保険制度間の財政調整の仕組み（老人保健制度）を導入した老人保健法の制定（1982年）と、サラリーマンに1割の患者負担を導入するとともに、老人保健制度の対象とならない70歳未満の退職者の医療費についても制度間財政調整の仕組み取り入れた健康保険法等改正（1984年）の内容と過程を検討する。第2章では、増税とともに社会保障の給付削減や医療費抑制もまた困難な政治的課題であると述べた。それがどのようにして可能になっていくのかが焦点となろう。医療保険改革実現の成否を観察する上では、自民党政権がその凝集性の低さ（与党の規律の低さ）を克服できるか否かが鍵となる。

一般消費税導入失敗後、1980年代の初めに自民党政権は「増税なき財政再建」を公式目標として掲げ、行政改革が課題になり、世論もこれを支持した。1981年に行革の司令塔として第二次臨時行政調査会が設置され、国民医療費の伸び率が国民所得の伸び率と関係付けて考えられるようになった。一方、大蔵省はゼロ・シーリング（各省予算の一律凍結）

---

<sup>34</sup> 以下も参照せよ。金指正雄, 1988, 「売上税登場の経緯」内田健三, 金指正雄, 福岡政行編『税制改革をめぐる政治力学：自民優位下の政治過程』中央公論社, p. 13。



を開始して社会保障費への締め付けを強める。当初厚生省は高齢者の窓口負担復活や第二臨調への対応に消極的であったが、やがて臨調路線のなかでこれまで実現できなかった医療制度改革の実現を目指すようになる。1980年代前半に行われた医療保険改革は、第二臨調の推進する行革の一環として位置づけられたことで政治的推進力を得ることができた。

### 3-2. 第二臨調と医療保険改革——国庫負担削減路線の始まり

#### a. 鈴木内閣と「増税なき財政再建」

1980年6月の衆参同日選挙で自民党が大勝したことにより、保革伯仲状況は解消された。この時、党内抗争への反省から自民党では挙党体制が実現しており、党の凝集性が高まっていた。これらの理由から、選挙後に成立した鈴木善幸内閣ではそれ以前の内閣に比べて行財政改革に取り組みやすい状況にあった。既に大平内閣の時点で公団・事業団の統廃合、補助金の整理削減、各省外局・特殊法人の新設停止などの行政改革の目標がセットされており、経団連も増税を回避するために行政改革による財政再建を求めるようになった（『財政再建と今後の財政運営に関する意見』1980年10月）<sup>35</sup>。1980年10月3日の鈴木善幸首相の所信表明演説では臨時行政調査会設置の方針が明確にされ、秋の臨時国会で臨時行政調査会設置法が成立し（11月28日）、翌年3月には第二次臨時行政調査会（第二臨調）が発足する<sup>36</sup>。

第二臨調の役割は行政の非効率性の改善という行政改革本来の目標の達成よりも歳出削減による財政再建の実現へと絞られた<sup>37</sup>。臨調の会長に任命された土光敏夫・前経団連会長は「徹底的な行政の合理化を図って『小さな政府』を目ざし、増税によることなく財政再建を実現することが、臨時行政調査会の重大な使命の一つである」という申し入れを鈴木首相に行い、首相もこれを支持した<sup>38</sup>。鈴木内閣においては行政改革とそれによる「増税なき財政再建」こそが政権の課題となった<sup>39</sup>。当時、国際的に見れば日本の一般政府支出対GDP比や租税・社会保障負担率は先進国中でも最低の水準であったが、なおも歳出削減と

<sup>35</sup> 新川前掲書, pp. 132-3。一般消費税の導入が失敗したので大蔵省は別の増税によって歳入を補うことにした。1980年度は退職給与引き当て金の繰り入れ限度額を50%から40%に引き下げるなど実質企業増税が行われ、翌年度は法人税の2%引き上げや物品税などが増税の対象となった。財界は企業増税に猛反発して行革による財政再建を迫るようになった（田多前掲書, pp. 94-5）。

<sup>36</sup> 第二臨調については、神原勝, 1986, 『転換期の政治過程：臨調の軌跡とその機能』総合労働研究所；新川前掲書, pp. 133-5；多田前掲書, pp. 92-8；Kato, *op. cit.*, pp. 173-4を参考にした。

<sup>37</sup> 新川前掲書, p. 134；Kato, *op. cit.*, p. 174。

<sup>38</sup> 神原前掲書, p. 20。

<sup>39</sup> このため鈴木は行政改革ではなく行財政改革という言葉を頻繁に用いていた。新川前掲書, p. 134；神原前掲書, p. 14。

国民負担率の抑制が選択されたのだった<sup>40</sup>。既に 1970 年代末に大平内閣は日本型福祉社会論を公式目標としていたが、80 年代前半に臨調と自民党政権は西欧型福祉国家を目指さないという方針を改めて明確にした。

各種経営者団体は行革の推進に熱心に取り組んだ。臨調発足前には財界トップ 5 人による「行政改革推進五人委員会」が結成され<sup>41</sup>、4 月 2 日に「行政改革の基本方向と緊急課題について」と題した提言を発表し、補助金一括削減、児童手当と老人医療費の所得制限強化、教科書無償の廃止などを主張した。これらは臨調の第一特別部会の報告に盛り込まれることになる。とりわけ重要な役割を果たしたのは臨調の会長に就任した土光敏夫であった。マスコミを通じて土光は「神格化」され、土光人気によって臨調は世論の圧倒的な支持を受けることができた。かくして「土光臨調」には聖域とされた福祉に手を付けることが可能になったのである<sup>42</sup>。

大蔵省はもともと「増税なき財政再建」ではなく増税と歳出削減の両面から財政再建を進めるつもりでいたし、また予算編成への外部からの介入を忌避していたが、首相と国民が臨調を支持している以上、当面臨調を利用する戦略をとった。臨調発足に際して渡辺美智雄蔵相は 1982 年度に大型新税は導入しないと明言し、臨調路線への協力を明確化した。他方、大蔵省は前年より概算要求を 1 か月早め、1981 年 7 月の「臨調一次答申」に先立って予算の大枠を設定した。予算査定権が臨調に奪われないよう「先手を打った」のである<sup>43</sup>。

一方、厚生省は大蔵省からの圧力を受けつつ医療保険制度・年金制度の抜本的改革を検討してはいたものの、「あくまで制度の合理化という長期的展望のもとに福祉抑制を考えていたので、省内には臨調の財政再建のための福祉抑制という方向には不満の声もあった」<sup>44</sup>。しかし、吉村仁官房長は、支出削減に協力しつつ「臨調第一次答申」をできるだけ厚生省の主張に近づけるという戦略をとり、省内各局にはほとんど相談せずに大臣官房主導で大蔵省のゼロ・シーリング（対前年度伸び率ゼロ）に積極的に協力していたという<sup>45</sup>。80 年代前半の医療保険改革は厚生省主導だったのか、あるいは臨調や大蔵省主導だったのかという問いに対する答えは吉村のこの姿勢に要約されていると思われる。つまり、臨調・大蔵省によって厚生省が厳しい支出削減を迫られたのは確かだが、一方で厚生省は行財政改革

<sup>40</sup> 加藤淳子, 1991, 「政策決定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」『レヴアイアサン』18, p. 168。1980 年当時の日本の総税収対 GDP 比は 25.1% であり、アメリカの 26.4%、イギリスの 34.8%、ドイツの 36.4%、フランスの 40.2% を下回っていた (OECD, 2011, *Revenue Statistics 1965-2010*, Paris : OECD, p. 79)。

<sup>41</sup> メンバーは、稲山嘉寛・経団連会長、大槻文平・日経連会長、佐々木直・経済同友会代表幹事、永野重雄・日商會頭、日向方齊・関経連会長。

<sup>42</sup> 以上の財界の動きに関する記述は、新川前掲書, pp. 134-5 に基づく。

<sup>43</sup> 新川前掲書, p. 135 に依拠してまとめた。大蔵省と第二臨調の関係については以下も参照せよ。西尾勝, 1984, 「政治の変動と社会保障」社会保障研究所編『経済社会の変動と社会保障』東京大学出版会, pp. 242-3。

<sup>44</sup> 新川前掲書, p. 136。

<sup>45</sup> 橋本五郎, 1981, 「官界人脈地理 (厚生省の巻)」『月刊官界』12, pp. 36-47。以下も参照せよ。衛藤幹子, 1995, 「福祉国家の『縮小・再編』と厚生行政」『レヴアイアサン』17, pp. 101-2。

機運の高まりを好機として従来から準備してきた医療保険などの構造的な改革を推し進めたのである<sup>46</sup>。医療保険改革を行革の一環として位置づけることができれば、厚生省は行革実現を至上命題とする自民党政権の強い支援を期待することができた。実際、1982 年の老人保健法にも 84 年の健保改正にも短期的な支出削減に留まらない長期的な影響のある施策が含まれていた。厚生省が医療保険制度の合理化に取り組むにあたって臨調は有利な環境を整備したともいえるのである<sup>47</sup>。厚生官僚たちは自民党の政治家の支持をとりつけるよう注意しながら、これまで挫折してきた医療保険改革の実現を目指していく。

### 臨調第一次答申（1981 年 7 月）

1981 年 3 月の臨調発足に際して、鈴木首相は来年度予算編成に向けた改革案を夏までに提出することを求めていた。つまり、臨調の「第一次答申」は 1982 年度の予算削減のための提言としての性格を帯びることになった<sup>48</sup>。81 年 7 月に提出された臨調「行政改革に関する第一次答申」<sup>49</sup>の二大理念は「活力ある福祉社会の実現」と「国際社会に対する貢献の増大」であった<sup>50</sup>。前者の「活力ある福祉社会」を実現するためには「自由経済社会の持つ民間の創造的活力を生かし、適正な経済成長を確保することが大前提」であるという。また、日本社会の特性として家庭、地域、企業などが大きな役割を果たしてきたことが重視され、「個人の自立・自助の精神に立脚した家庭や近隣、職場や地域社会での連帯を基礎としつつ、効率の良い政府が適正な負担の下に福祉の充実を図ることが望ましい」と述べられている。要するに、1970 年代後半に台頭した日本型福祉社会論が繰り返されている<sup>51</sup>。

こうして「増税なき財政再建」、「活力ある福祉社会」の実現のために、国庫負担削減を主眼とした社会保障制度の改革が提案される。社会保障関係費の対前年度伸び率は 1970 年代の終わりにはまだ 10%を上回っていたが、一般会計予算の伸び率を下回るようになっていた<sup>52</sup>。80 年代に入ると社会保障関係費の伸びは急速に抑えられ、1982 年度予算ではゼロ・

---

<sup>46</sup> こうした経緯は 1990 年代に通貨統合を控えたヨーロッパ諸国が財政再建の必要性を梃子に社会保障の構造改革に活発に取り組むようになったことと類似している。

<sup>47</sup> 加藤淳子も 1984 年の健保改正や翌年の年金改正は臨調の設置という環境の変化があつての政策転換であったとしている（加藤前掲論文, 1991, p. 181-2）。

<sup>48</sup> 新川前掲書, p. 136。

<sup>49</sup> 第二臨調の諸答申は以下に収録されている。臨時行政調査会 OB 会編, 1983, 『臨調と行革：2 年間の記録』文真舎。

<sup>50</sup> アメリカとの貿易摩擦の問題を抱えるなか、1980 年代に自民党と経営者団体は公共支出削減を進めつつも防衛費と国際協力費に優先的に予算を配分することでアメリカとの関係改善・西側陣営における立場の改善を図った（早川前掲論文, pp. 139-42）。以下の本文では答申のうち社会保障に関する部分に焦点を絞る。

<sup>51</sup> 「活力ある福祉社会」という表現は 1973 年の『経済社会基本計画』にも登場するが、この時には経済成長第一主義の是正と社会保障の充実という文脈で用いられていた（新川前掲書, p. 137）。「臨調第一次答申」で「活力ある福祉社会」の語が採用されるに至った経緯については、神原前掲書, p. 112 参照。

<sup>52</sup> 田多前掲書, p. 82 第 8 表。

シーリング例外項目とはいえ伸び率は 2.5%まで下がった<sup>53</sup>。翌年以降もこうした傾向が続いていく。

医療保険改革については、国庫負担の削減が求められるとともに、老人保健法案の早期成立が促され、高齢者医療の有料化、診療報酬支払い方式の変更、医療保険制度間の財政調整などが挙げられた<sup>54</sup>。老人保健法案は行革関連法案となり、1981 年秋の国会への提出が求められた。厚生省は首相・世論の支持を受けた第二臨調によって医療制度改革に向けた強い推進力を与えられたのだった。

また、公的年金制度については、国庫負担の削減、支給開始年齢の段階的引き上げ、保険料の段階的な引き上げ等が要請されていた。この他に、児童手当の低所得世帯への限定などが提案された。基本的に財政的な観点からの社会保障改革案であり、普遍主義ではなく選別主義原理を志向したものであった<sup>55</sup>。

1980 年代前半の医療保険制度に対する国庫負担削減のための第一の選択肢は給付削減（自己負担引き上げ）であり、次いで社会保険料負担の引き上げであった（ただし、社会保険料負担も極力抑制が求められた）。次節 3-3.で述べるように、老人保健法成立以降は医療費抑制が厚生省の公式目標となる。年金に関して保険料率の引き上げが見込まれるため、医療保険については保険料率の引き上げも極力抑制することで国民の税・保険料負担を全体として抑制し、医療保険制度の財政均衡のためには自己負担引き上げ・医療費抑制が重視され、財源の拡充を避けることが基本となっていく。

#### b. 老人保健法の成立過程——老人医療の有料化と制度間財政調整の制度化へ

1973 年の老人医療費無料化以降、国民医療費は急速な増加を続けていた。1970 年度に約 2 兆 5,000 億円だった国民医療費は 1975 年度に約 6 兆 5,000 億円、1980 年度に約 12 兆円と急速に増加した。国民医療費対国民所得比で見ても 70 年度には 4.1%であったものが 75 年度に 5.2%、80 年度には 6.0%と急増するようになった<sup>56</sup>。とりわけ老人医療費の伸びが著しく、国民医療費に占める老人医療費の割合が 1970 年度の 7.6%から 1975 年度には 13.4%まで伸び、1980 年度には 17.8%へとさらに伸びていく<sup>57</sup>。このため 1980 年代の前半には、老人医療費の増加傾向が国民医療費の動向を左右するともいわれていた<sup>58</sup>。当時厚生省にとっての政策課題は老人医療費の抑制と、老人加入者の多い国民健康保険制度を財政難から救

<sup>53</sup> 加藤前掲論文, 1991, p. 167。

<sup>54</sup> 臨時行政調査会 OB 会編前掲書, p. 246。

<sup>55</sup> 三浦文夫, 1987, 『社会福祉政策研究：社会福祉経営論ノート（増補版）』全国社会福祉協議会, pp. 177-82。

<sup>56</sup> 厚生省, 1997, 『平成 7 年度版国民医療費の概況』厚生労働省ホームページ < <http://www1.mhlw.go.jp/toukei/k-iryo/index.html> > 2014 年 3 月 27 日閲覧。

<sup>57</sup> 地主重美, 1985, 「高齢化社会の医療保障——老人医療保険の展開を中心に」『福祉国家 5：日本の経済と福祉』東京大学出版会, p. 325 第 16 表。

<sup>58</sup> 同上, p. 326。

うことであった<sup>59</sup>。1970年代までは国庫負担の増額によって赤字制度を救済したり給付の格差を改善したりすることも可能であった<sup>60</sup>。ところが、鈴木善幸内閣以降自民党政権が「増税なき財政再建」を公式目標とすると、そうした選択肢は利用できなくなった。そこで提出されたのが老人保健法案であった。

## 老人保健法案の内容

1981年5月に国会に提出された老人保健法案は相互に関連した複数の要素からなっている。ここではジョン・C・キャンベルの整理に沿って四つの論点を順に見ていこう<sup>61</sup>。

＜表 3-1 老人保健法関連年表＞

1981 年	
3 月 16 日	第二次臨時行政調査会発足
5 月 15 日	老人保健法案が国会に提出
7 月 10 日	第二臨調「第一次答申」発表
10 月 15 日	臨時国会にて老人保健法案の審議開始
11 月 13 日	衆議院本会議で可決
1982 年	
4 月 1 日	武見太郎引退後の日医会長選で花岡堅而が当選
4 月 6 日	参議院で老人保健法案の審議再開
8 月 4 日	参議院本会議で可決
8 月 10 日	衆議院本会議で可決・成立
12 月	中医協で老人医療に関する特別な診療報酬の設定で合意（29 日答申）
1983 年	
2 月 1 日	老人保健法施行

出典：筆者作成。

第一に、老人医療の有料化が打ち出された。これは大蔵省がかねて要求してきたものであり、臨調と大企業が求める福祉削減のシンボルでもあった。第二の目的は高齢者の医療

<sup>59</sup> 1980 年度末時点での老人医療費支給対象者の加入割合は、最も多い国民健康保険で 8.9%だったのに対して、政府管掌健康保険では 3.0%、最も少ない組合管掌健康保険では 2.4%と大きな開きがあった（厚生省編, 1983, 『厚生白書（昭和 57 年度版）』大蔵省印刷局, p. 224）。

<sup>60</sup> 旧国民年金制度や国民健康保険制度の財政難は就業構造の変化や制度設計そのものに起因する不可抗力のものだったため、国庫負担による援助が正当化されてきた（多田前掲書, pp. 122-3）。

<sup>61</sup> John Creighton Campbell, 1992, *How Policies Change: the Japanese Government and the Aging Society*, Princeton, N.J.: Princeton University Press, pp. 290-4（= 1995, 三浦文夫, 坂田周一監訳『日本政府と高齢化社会：政策転換の理論と検証』中央法規, pp. 420-4）。この他に以下の文献を参照した。新川前掲書, pp. 138-46；吉原, 和田前掲書, 第 22 章；土田武史, 1991, 「医療保険の制度改革」横山和彦, 田多英範編, 『日本社会保障の歴史』学文社, pp. 277-98；岡光序治編, 1993, 『老人保健制度解説：第一次、第二次改正と制度の全容』ぎょうせい, pp. 45-66。

費を医療保険各制度が共同で負担する仕組みを導入することで、高齢加入者の多い国民健康保険を財政難から救うこと、つまり、財政的に余裕のある制度からそうでない制度への財政調整の仕組みを制度化することであった。同時に、大蔵省にとっての目標は被用者保険の負担を増やすことで高齢者医療に対する国庫負担を削減することであった。第三に、疾病の予防・治療・機能訓練などからなる老人に対する総合的な保健事業の実施である。厚生省にとってはこれこそが老人保健法案の目的であり、上記の二点は総合的な老人保健事業のうちの医療部分に関する規定という位置づけであった。法案提出に際して、厚生省としては自己負担の拡大や国庫負担の削減ではなく、「疾病の予防や健康づくりを含む総合的な老人保健対策を推進するための制度」<sup>62</sup>としての側面を前面に押し出していた。1970年代までに追求されてきた医療機関へのアクセスの保障だけでなく、予防・機能訓練を含む保健事業を公共政策として積極的に推進することで高齢者の健康を促進できるという論理であった。第四に、法案そのものには明記されていない点だが、1981年から翌年にかけて診療報酬の出来高払い制の見直しが国会の内外で争点となった。老人医療の有料化は患者側に対する医療費抑制策であり、出来高払い制の見直しは診療側に対する医療費抑制策であった。

最終的に、老人医療の有料化、保険制度間の財政調整、保健事業は実施に移され、老人医療費の支払い方式の変更については抜本改革こそ実現しなかったものの、法案成立後に中央社会保険医療協議会（中医協）で合意が得られていく。

個々の争点をめぐる経緯を検討する前に国会過程を簡単に要約しておこう（表 3-1）。1981年3月の臨調発足後、老人保健法案は5月15日に国会に提出されたが、会期末であったため委員会付託もなされぬまま継続審議となった。7月に臨調の「第一次答申」が提出され、老人保健法案の早期成立が促されたことが厚生省にとって追い風となった。9月に臨時国会が召集されると、老人保健法案の審議が開始された。社会党、公明党、民社党などの野党が一致して強く要求したのは診療報酬の支払い方式の見直し（総額請負方式または登録人頭方式への変更）と患者の一部負担の軽減であった<sup>63</sup>。自民党は日医への配慮から支払い方式の変更については中医協に委ねることにし、一部負担については野党の要求を取り入れて軽減を図った。11月には衆議院本会議にて自民党・公明党・民社党の賛成により法案は可決された。しかし、参議院では趣旨説明が行われただけで継続審議となった。翌82年4月に通常国会での参院審議が始まるが、健康保険組合連合会（健保連）が出来高払い方式の見直しをせぬまま健康保険組合に負担増（老人保健制度への拠出金）を求めることに激しく反発し、健保組合の拠出金の増加率は老人人口の増加率程度に抑えるという修正が行われた。法案成立の遅れから実施期日が原案の82年10月から83年2月へと延期され、最終的に法案は82年8月10日に成立した。

<sup>62</sup> 1981年10月の村山達雄厚生大臣による国会での趣旨説明（吉和，和田前掲書，p. 303）。

<sup>63</sup> 吉原，和田前掲書，p. 307。

## 老人医療の有料化

臨調発足に先立つ 1980 年 6 月に厚生省は老人保健医療対策本部を省内に設置し、9 月には「厚生省試案」を公表している<sup>64</sup>。そのなかでは老人医療費無料化制度については原則維持するとしつつも所得制限を強化するとの方向が示された。同省は、70 歳以上の 7、8 割の者が引き続き無料で医療を受けられる程度の所得基準を設けることで「福祉後退」との批判を避けようとしていた。また、高齢者向けの新たな医療制度は国・都道府県・市町村および各医療保険制度の共同負担によって運営されること、国保が老人医療費の 60%を負担している現状を是正することが提起された。その他には、40 歳以上の全国民を対象とした健康診断などの保健事業の実施が提案されている（この案では医師への報酬支払い方式の見直しはとりあげられていない）。これに対して大蔵省は原則有料となる程度の所得制限を目指しており、鈴木首相が 1981 年度予算編成に向けて「歳出削減に聖域なし」との方針を発表していることを追い風として厚生省に所得制限を強化するように求めた。

1981 年 3 月の臨調発足により自民党政権が財政再建に本格的に取り組むようになると、厚生省は高齢者医療の原則有料化へと方針を転換する<sup>65</sup>。同月、厚生省が社会保障制度審議会（社制審）<sup>66</sup>と社会保険審議会（社保審）<sup>67</sup>に諮問した「老人保健法案要綱」では「医療を受けるものは、その給付を受ける際、老人の心身の特性および負担能力のほか、医療保険各法の一部負担金の額等を勘案して、法令に定めるところにより、一部負担金を支払う」とされた。厚生省は自己負担導入の意義として、「福祉はただではないと自覚させるという意識革命」<sup>68</sup>を起こし、過剰受診を抑制する効果があるとうたえていく。

行政府内で大蔵省と厚生省が原則有料化で一致する一方、自民党や労働組合は患者負担の抑制を望んでいた<sup>69</sup>。自民党の社会部会は老人クラブなどの陳情を受けて負担額の引き下げを要求していた<sup>70</sup>。労働組合のうち、総評は有料化そのものに反対であり、同盟は初診料

---

<sup>64</sup> このパラグラフの記述は、新川前掲書, p. 138 による。

<sup>65</sup> 新川前掲書, pp. 138-9。厚生省は当初から大蔵省と臨調の福祉見直しに全面的に協力的であったわけではなかったが、臨調路線に協力することで医療改革を進めようとする動きが強まっていた。こうした動きを代表する人物として吉村仁の名前が挙げられている。新川前掲書, p. 136；加藤前掲論文, 1991, p. 180；Campbell, *op. cit.*, p. 297（同訳書, pp. 427-8）。

<sup>66</sup> 1948 年に設置された総理大臣の諮問機関であり、戦後の社会保障制度の立案に影響を及ぼした。委員として学識経験者のほか国会議員や関係省庁の官僚を任命することが法定されていた。2001 年に廃止され、関連審議会の統廃合によって新たに社会保障審議会が設置された。医療保険に関連する審議会については、島崎謙治, 2011, 『日本の医療：制度と政策』東京大学出版会, pp. 105-6 参照。

<sup>67</sup> 1950 年に設置された厚生大臣の諮問機関であり、労・私・公益の三者代表制の下で政管健保・船員保険の事業運営（とりわけ保険料率）に関する審議を行っていた。

<sup>68</sup> 新川前掲書, p. 145。

<sup>69</sup> 以下、本文中の各アクターの立場は、新川前掲書, p. 139 による。

<sup>70</sup> 一方、キャンベルが 1982 年に厚生官僚に対して行ったインタビューによれば「最大の老人団体である全国老人クラブ連合会は、厚生省の官僚との折衝で、病院医療費の自己負担分（差額ベッド代、付き添い看護料）を医療保険に取り込むように努めるという約束を得て、この法案を事実上是認した」という。Campbell, *op. cit.*, pp. 290-1（同訳書, p. 420）。なお、付添い看護の問題は 1990 年代に入り非自民連立政権によって対応がとられることになるが（第 5 章 5-3.）、差額ベ

のみ有料化という立場であった。大蔵省は本来患者負担の軽減には反対であったが、まずは有料化によって老人の病院通いに歯止めをかけることを優先し、自己負担額の引き下げに抵抗しなかった。厚生省の当初案では高齢者の自己負担は初診料 300 円、それ以降は診察の度に 100 円、入院費用は 1 日 300 円というものであったが、1981 年 5 月 15 日に国会に提出された法案では診察料は回数にかかわらず一か月 500 円、入院費用は 4 か月（老人の平均入院期間）を限度として 1 日 300 円とされた。その後、衆議院での野党との交渉を通じて負担額はさらに引き下げられ、一部負担金は外来月 400 円、入院は 2 か月を限度に 1 日 300 円となった<sup>71</sup>。これが 82 年 8 月に最終的に成立した老人保健法の負担額となる。

一部負担金の問題はほかの争点に比べて短期間で決着が付いた。法案成立にとってより大きな問題は健保連が医療機関への報酬支払い方式の見直しを強く求めるとともに保険制度間の財政調整による負担増に反対し、他方で医師会が支払い方式の見直しに反対したこと、自民党が板挟みに陥ったことであった。

## 財政調整制度

今日では老人保健法といえば、医療保険制度間の財政調整の仕組みである老人保健制度を導入した法律であり、同制度が 2008 年に後期高齢者医療制度にとってかわられたというのが日本の医療保険制度史の一般的な理解であると思われるが、1981 年の時点では財政調整の導入は技術的な問題ととらえられ、一般の人々の注意を引かなかったようだ<sup>72</sup>。与野党にとっても最大の争点是一部負担金の導入であった。他方、政策担当者にとっては老人医療に必要な費用を長期的に賄っていくための仕組みとして、また国庫負担の削減を可能にする仕組みとして財政調整の導入は重要な意味を持っていた。

財政調整の実施によって被用者保険（とりわけ組合健保）は持ち出しとなり、反対に市町村は国保の負担が軽減されることになるのだが、厚生省は当初この点を明確にしていなかった。ところが、衆議院で野党が被用者保険の負担増と、国庫負担の縮小を問題にしたため、被用者保険の負担拡大を制限するための修正案が可決された<sup>73</sup>。このため一度は健保連も法案賛成に回るのだが、老人医療費の増加に伴い健保連の拠出金負担の将来的な増加が予想されたこと、また出来高払い方式の見直しによる医療費抑制について自民党が積極的な姿勢を見せなかったことから一転して法案に反対するようになる<sup>74</sup>。健保連によって財政調整と診療報酬支払い方式の抜本改革とが結び付けられるようになったのである。支払い方式の変更が行われず、医療費抑制の見通しがなく、財政調整によって拠出金負担のみを押し付けられるのは健保連にとって受け入れがたかった。健保連を通じて経済四団体も自民党に支払い方式の見直しを迫り、自民党は行革を支えるはずの財界から反発を受

---

ッド代は現在も混合診療の禁止に対する例外事項として認められている。

<sup>71</sup> 吉原, 和田前掲書, pp. 300, 302, 307。

<sup>72</sup> Campbell, *op. cit.*, p. 291 (同訳書, p. 421)。

<sup>73</sup> 吉原, 和田前掲書, pp. 304-7。

<sup>74</sup> 同上, p. 309 ; Campbell, *op. cit.*, p. 294 (同訳書, p. 425)。



けることになった（次項参照）。

法案の衆院通過後、政府・与党にとっての課題は健保連との妥協の形成となった。最終的に、政府と経営者団体は老人保健制度に対する被用者保険からの拠出金については高齢人口の増加率である3%程度に抑えること、法施行から3年後の見直しを行うことで合意に達した。1982年の8月に参院ではこの合意に沿った修正案が可決されている。老人医療費については患者一部負担を除く医療給付費のうち、3割が公費負担（国20%、地方10%）、残りの7割を各保険制度からの拠出金で賄うことになった。拠出金については、70歳以上の高齢者の治療にかかった医療費の2分の1をその高齢者が加入する制度が支払い、残りの費用負担を各医療保険制度に対して老人加入率に逆比例して按分するという複雑な方式がとられることになった（つまり、老人加入率が少ない制度ほど拠出金負担が大きくなる）。

### 出来高払い方式の見直し

もう一つの重要争点は診療報酬の支払い方式の見直し、つまり出来高払い方式の見直しであった。高齢者自己負担の導入の目的は過剰な通院（病院のサロン化）の抑制であったが、出来高払い方式の見直しの狙いは医療機関による過剰診療の抑制である。

出来高払い方式の見直しは診療側と支払側の激しい対立を招いた。開業医にとって出来高払い制は医師優遇税制と並ぶ最も重要な関心事であり、日本医師会は出来高払い制の堅持を一貫して要求していた<sup>75</sup>。武見太郎会長率いる日医は支払い方式の見直しに対して徹底抗戦する姿勢であった。他方、支払側では健保連が、出来高払い方式が医療費の無駄を生んでいるとして見直しを強くうったえた。1980年9月の「厚生省試案」では支払い方式の見直しはとりあげられていなかったが、園田直厚生大臣は健保連の主張に理解を示し、81年1月8日の社会保障制度審議会（社制審）で老人保健制度発足を契機とした出来高払い制の見直しを示唆した。3月に社制審、社会保険審議会（社保審）に諮問した「老人保健法案要綱」にも支払い方式の見直しが盛り込まれ、4月25日の社保審答申には現行の支払い方式の見直しが明記されたが、社制審答申では日医推薦委員の強い反対によりこの点は触れられなかった。

この後、日医と健保連（およびその背後に控える経営者団体）との対立は続き、政府・与党は妥協案の形成に苦労して方針を二転三転させる。1981年5月15日に国会に提出された老人保健法案では、支払い方式の変更に関する具体的な記述はなく、老人保健審議会を新設し、支払い方式や老人保健制度に関する重要事項はそこで検討されることにされた。ところが、9月6日に日医の武見会長は老人保健制度では出来高払い制が維持されることを自民党首脳や厚生省との間で合意済みであると暴露する。同月18日に村山達雄厚相は密約の存在を否定しつつも、出来高払い制を維持することを表明する。これを受けて武見会長も前言を撤回したが、10月5日に自民党社会労働委員会有志委員との会合で法案への全面

---

<sup>75</sup> 新川前掲書，pp. 140-1。以下、診療報酬の支払い方式をめぐる対立については主に、同書，pp. 138-46の記述に依拠している。

対決姿勢を改めて示した。もっとも、水面下での調整は続けられていた。鈴木首相が法案の早期成立をうたえていたこともあり、政府は10月29日に老人保健審議会を設置せず、診療報酬は中央社会保険医療協議会（中医協）で議論するという、日医に完全に譲歩した修正案を発表する<sup>76</sup>。日医は老人保健審議会が診療報酬の決定権を持つことを恐れ、日医が強い影響力を及ぼしてきた中医協にて診療報酬を決定することと、出来高払い制を維持することを望んでいた。

政府案の後退、日医に対する譲歩に対して健保連と労使は一致して反対した。中医協では診療側と支払側の対立によって診療報酬の決定機能が麻痺しており、老人保健審議会を設けなければ支払い方式の変更は不可能であった。政府は今度は支払側との調整に追い込まれた。10月31日に政府と日医は再調整を行い、老人保健審議会を設置するが、支払い方式の見直しはしないという妥協に至った。翌月衆議院では「老人保健審議会は保険者の拠出金や一部負担のこのみを審議することとし、老人の診療報酬は中医協で審議する」という修正案が可決されている<sup>77</sup>。

しかし、健保連はこれに納得せず、11月12日の全国大会において「支払い方式改善の道を閉ざす老人保健法案には絶対反対」という決議を満場一致で採択し、労使の団体との連携強化に向かう。また、老人保健制度を導入した場合、同制度に対する拠出金負担は一人当たり年間7,744円の保険料アップにつながると公表し、このままでは保険料負担が増加することをアピールするとともに、支払い方式の見直しを再度うたえた<sup>78</sup>。健保連の意向を受けて、経済四団体（経団連、日経連、日本商工会議所、経済同友会）は翌年の1月27日に自民党三役との定例懇談会にて、医療費への歯止めがなければ企業負担が増え続けるとして支払い方式の変更を迫った。政府・自民党は日医との約束がある以上、老人保健審議会に支払い方式の検討を委ねるわけにはゆかず、診療報酬については中医協に諮問して検討することを約束した<sup>79</sup>。しかし、支払側は中医協の機能に懐疑的であり交渉はさらに続いた<sup>80</sup>。最終的に、5月6日になって政府と経営者団体は老人保健制度に対する被用者保険か

<sup>76</sup> 当時、衆議院で野党は総額請負方式か登録人头方式への変更を要求していたが、それに対する厚生省の答弁は以下の通りである。「診療報酬支払方式については、老人には慢性疾患が多く、いったん罹ると治りにくい、投薬や検査より生活指導が重要であるという老人の心身の特性を踏まえたものにするために、老人保健審議会ですべて審議したうえで決める。現在の出来高払いをそのまま使うつもりはないが、それをまったく変えることも難しい」（吉原，和田前掲書，p. 305）。

<sup>77</sup> 吉原，和田前掲書，p. 307。

<sup>78</sup> 新川前掲書，p. 143。

<sup>79</sup> 1982年に入り厚生官僚たちが登録患者ごとに一月当たりの支払いを定額にする人头制方式の導入を検討していたことがリークされ、医師会はこの支払い方式への変更は行わないという厚生省の確約を得るよう努めた。Campbell, *op. cit.*, pp. 294-5（同訳書，p. 425）。

<sup>80</sup> 自民党社労族の四ボス（斎藤邦吉・小沢辰男・田中正巳・橋本龍太郎——いずれも厚相経験者）が調整に走り回った。日本経済新聞社編，1983，『自民党政調会』日本経済新聞社，pp. 91-5。ただし、キャンベルが自民党スタッフに対して行ったインタビューによれば、参議院での審議が困難なものになったのは、厚生省が「族」のボスだけに相談して計画を立て陣笠議員と十分に話し合わなかったことに主たる理由があるという。Campbell, *op. cit.*, p. 295 note 20（同訳書，p. 448 注 20）。

らの拠出金については高齢人口の増加率である 3%程度に収めることで合意に達した<sup>81</sup>。こうして大企業の医療費負担の増加に上限が設定されることになり、関係団体間の妥協が形成された。82 年 8 月 10 日に衆議院本会議にて老人保健法案は可決・成立する（翌年 2 月 1 日から施行）。

経営者団体が出来高払い制の見直しに固執せずに政府案に妥協した背景として、新川は「老人医療有料化が、臨調第一次答申を具体化するものとして位置づけられていた点」を挙げており、「臨調の頭に土光経団連前会長を送り込み、行革を全面的に支援していた財界としては、支払い方式の変更にあくまでこだわって老人保健法案を廃案に追い込み、行革に水を差すつもりは毛頭なかったと思われる」と述べている<sup>82</sup>。しかし、老人保健制度導入以降、健保連と労使は彼らが懸念していた通りに繰り返し拠出金負担の増加を求められていく。新川と田多は臨調路線の社会保障改革を自民党政権が資本（財界）と手を組んで進めたものと把握しているが<sup>83</sup>、経営者は企業増税を回避する代わりに老人医療費を支えるための拠出金負担を押し付けられることになった。労使の負担増による高齢者医療費の調達は、大蔵省による医療保険に対する国庫負担削減戦略と軌を一にしており、結局のところ臨調路線による医療制度改革における最大の勝者は大蔵省であったといえるかもしれない。ついに大蔵省は老人医療の有料化と国庫負担削減を勝ち取ったのである<sup>84</sup>。

### 老人病院に関する診療報酬の改革

法案成立の翌月に厚生省は老人の入院期間短縮や過剰診療（投薬、検査、点滴）の抑制による老人医療費の削減を狙った診療報酬の設定を中医協に諮問し、12 月には出来高払い制を維持するものの老人病院にて注射、検査、点滴などを包括化（いわゆるマルメ）した点数を設定することで合意に至った<sup>85</sup>。この時にも医師会は反対したが、出来高払い制を原則としつつその内部に一定の包括払い方式の要素を導入するという一方で、診療側・支払側の妥協が形成されたのだった。医師会が恐れていた、老人保健審議会のなかで老人医療の包括払い制や人頭払い制が決められるという事態は回避された。また、出来高払い方式のなかでの評価単位の包括化が行われたのであって、包括払い制そのものが導入されたわけではない<sup>86</sup>。

とはいえ、1980 年代にはこうした部分的包括化が進められ、これが医療費抑制に貢献し

<sup>81</sup> これに先立ち、4 月の日本医師会会長選では武見引退後の新会長として反武見派の花岡堅而が選出された。花岡は対話と協調を方針として武見日医との違いをアピールしていた。花岡らは当初法案に対して「全面反対」の立場であったが、出来高払い制度を維持するために議論に加わることを是認する「原則反対」に軌道修正した。Campbell, *op. cit.*, p. 296（同訳書, p. 426）。

<sup>82</sup> 新川前掲書, p. 144。

<sup>83</sup> 同上, p. 153; 田多前掲書, pp. 95-7, 150。

<sup>84</sup> 一方、厚生省は医療保険制度改革を進めることができたものの厳しい歳出削減を求められており、日本医師会も少額とはいえ高齢者の自己負担や後述する部分的包括払い制の導入によって妥協を強いられている。

<sup>85</sup> 吉原, 和田前掲書, pp. 310-2; 岡光編前掲書, pp. 257-8。

<sup>86</sup> 島崎前掲書, p. 364 参照。

たとえられている<sup>87</sup>。投薬や検査のように数をこなして収入を増やすことができる部分に枠がはめられるようになったためである。1983年1月と1984年2月の診療報酬改定率は医科本体ではプラスだったが、薬価基準の引き下げによって差し引きマイナス改定だった（それぞれマイナス 1.2%、2.3%）<sup>88</sup>。さらに個別の点数操作やマルメの導入によって医療費抑制が達成されたのである。

### c. 考察

老人保健法の制定は高齢者医療における患者自己負担、保険制度間の財政調整、老人保健事業を導入し、また診療報酬システムの中に包括払い方式の要素を部分的に導入したという点で、その後の医療保険改革の経路を決定付けた重要な改革であった。増大する（高齢者）医療費を国庫負担ではなく患者負担と大企業の保険料（拠出金）負担によって賄うという戦略はこれ以降 2000 年代に至るまで日本の医療保険改革の基本戦略となっていく。

大改革であったとはいえ、1981年10月の衆議院での趣旨説明から翌年8月の成立まで1年もかかっておらず、日本の医療保険改革としては長期間を要したわけではなかった<sup>89</sup>。1973年、77年、80年の健保改正は審議未了・廃案・再提出・継続審議などを経て数年がかりでようやく成立している<sup>90</sup>。今回の老人保健法案は1981年10月15日に衆議院本会議で趣旨説明、11月12日に社会労働委員会にて修正の上可決、翌日本会議で可決というように衆院では迅速に可決されている。この点をどう理解すればよいであろうか。

第一に、首相と臨調によって行政改革を通じた増税なき財政再建が政権課題として明確に位置づけられ、公共政策全般が歳出削減という共通目標に支配されていた<sup>91</sup>。新藤宗幸の言葉を借りれば、第二臨調は「党内調整の外部委託機関としての性格を持ち、『超権力』の機関として権勢をふる」っていた<sup>92</sup>。財界の強い支援をバックに臨調は政府の政策を歳出削減・増税なき財政再建へと方向づける上で強力な権威を有していたとされる。

第二に、行政府内では、臨調行革のなかで老人保健法を成立させることについて大蔵省・厚生省は利害が一致していた。大蔵省は国庫負担削減を勝ち取り、厚生省も老人医療費の抑制措置の導入（自己負担導入、包括払い制の部分的導入）や長期的な財源の確保（保険者間財政調整の制度化）に成功し、不十分とはいえ保健事業という新事業<sup>93</sup>を獲得すること

<sup>87</sup> 二木立, 1994, 『「世界一」の医療費抑制政策を見直す時期』勁草書房, pp. 4-6; 広井良典, 1992, 『アメリカの医療政策と日本: 科学・文化・経済のインターフェイス』勁草書房, pp. 9-18。

<sup>88</sup> 吉原, 和田前掲書, p. 370。

<sup>89</sup> Campbell, *op. cit.*, p. 295 (同訳書, p. 426)。

<sup>90</sup> 加藤前掲論文, 1991, p. 175。

<sup>91</sup> Campbell, *op. cit.*, p. 296 (同訳書, pp. 426-7)。

<sup>92</sup> 新藤宗幸, 1989, 『財政破綻と税制改革』岩波書店, p. 44。

<sup>93</sup> 老人保健法第一条では、「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、もって国民保健の向上および老人福祉の増進を図ること」が目的とされているが、その後の保健事業の不十分さが批判の対象となった。健保連の『社会保障年鑑（1984年版）』は、保健事業が一部

もできた。臨調路線に乗りながら中長期的に必要な改革を実現するという吉村仁の戦略はかなりの程度成功したといえるだろう。これ以降、厚生省はもはや国庫負担の増額を望めないという環境変化のなかで医療保険制度体系の合理化（国民皆保険体制のなかでの負担と給付の公平化）という目標の達成に努めるようになる。

第三に、政治状況に関しては、1980年6月の衆参同日選挙で自民党が大勝したことで保革伯仲状況は解消されており、70年代後半に自民党に福祉拡張を促していた要因は存在しなくなっていた。鈴木首相が組閣以来党内融和路線をとったことも重要である。また、自民党政権は老人保健法案を福祉見直しではなく行政改革の一環として提示したことで、世論の反発を緩和しようとした<sup>94</sup>。もっとも、1980年5月に厚生省が実施した「昭和55年度高齢化問題調査」では、老人医療費支給（無料化）制度について、「税金や保険料があまり高くなならないようにして、余裕のある老人には医療費を一部負担」が48.4%、「余裕のある家庭の老人には一部負担をしてもらい、その財源を老人福祉にまわすのであれば賛成」が31.3%、「今の制度は続けていくべきだ、そのために負担が高くなってもしかたがない」が18.2%との回答結果になっており、一部負担導入を容認する意見の方が多かった<sup>95</sup>。

このように、1980年代前半の様々な給付削減型の社会保障改革にとって世論は必ずしも大きな障害とはならなかった。後述するように、社会保障費の削減自体が世論によって強く支持されていたわけではないが、サラリーマン世帯を中心とする豊かな新中間層は増税によって福祉国家を維持・拡大するよりも、税負担の軽減を望んでいた<sup>96</sup>。1980年代の日本は先進国中でも際立った高成長、低失業を享受し、多くの人々にとって社会保障給付に依存する必要性自体が低下していた<sup>97</sup>。とりわけ大企業のサラリーマンは企業単位の雇用保障・年功賃金・企業福祉を享受しており、公的な社会保障制度への依存度が低いため、高福祉高負担路線は彼らにとっては社会保障負担の拡大を意味した<sup>98</sup>。こうした意味において、臨調の掲げる「活力ある福祉社会」や税と社会保障負担の抑制という方針は彼らの利害に合致していたのである。

---

の市町村でしか実施に移されておらず、老人保健法が単なる財政調整であるという批判を避けるためにも保健事業の強力な推進が求められるとしている（p. 50）。この点と老人医療費の有料化が始まったことを考慮して、新川は「厚生省が老人保健法によって政策的合理性・統一性を追求したのは事実であるが」、それはあくまでも福祉見直し論に沿ってなされたものであり、「医療費増大の抑制に主眼を置くものであった」と結論を下している（新川前掲書, p. 146）。

<sup>94</sup> 新川前掲書, p. 153。

<sup>95</sup> 堀勝洋, 1980, 「これからの社会保障を考える——昭和55年高齢化問題調査結果から」『厚生』12, p. 24。

<sup>96</sup> 加藤前掲書。本章3-4.で述べるように、中曽根康弘は自民党総裁二期目の政権課題として税制改革を選ぶが、間接税導入を目指す大蔵省に対して彼は所得税減税（サラリーマン減税）を重視していた。

<sup>97</sup> 田多前掲書, pp. 101-2。

<sup>98</sup> 神野直彦, 1992, 「日本型福祉国家財政の特質」林健久, 加藤榮一編『福祉国家財政の国際比較』, pp. 217-38。反対に、社会保障支出に占める現役世代向けの給付（失業手当・家族手当・住宅手当など）の比重が高いフランスなどの西ヨーロッパ諸国では現役世代の社会保障制度への支持が強くなるものと思われる。

最後に、市民社会のレベルでは、経営者団体は臨調行革の明確な支援者であり、臨調は老人保健法案の早期成立を促していた（「第一次答申」）。国会審議の過程で大企業の負担が増加することに気が付いた健保連と財界は自民党に圧力をかけるようになるが、負担の増大に歯止めをかける修正案によって妥協が図られた。日本医師会は出来高払い制を維持すること、老人保健審議会では診療報酬の議論を行わないことを勝ち取り、支払い方式の抜本改革の実現を阻止している。とはいえ、老人医療の有料化や部分的な包括払い方式の導入が決まったことからすれば、日医も全面的な勝利者とはいえず、妥協を迫られたと見るのが適切であろう<sup>99</sup>。

要約すると、臨調の設置とそれが世論の強い支持を受けたことで行革による歳出削減が政策分野横断的な課題となっていたこと、また衆参両院で自民党が単独過半数を確保していたことで、この時期自民党政権の凝集性の弱さが一時的に克服されていたことが重要であった。しかしながら、与党の介入によって一部負担の額の軽減が図られたこと、また医師会の抵抗によって原案の修正がなされたこと（老健審の権限の縮小）も無視できない。1984年の健康保険法改正では与党と医師会の抵抗による修正と法案成立の遅延という事態がより明確にみられることになるだろう。

なお、老人保健法の施行後、短期的には老人医療費の伸び率は抑制された。1982年度の対前年度伸び率は13.2%だったが、同法が施行された83年度には8.2%となった。しかし、その後84年度には8.8%、85年度には12.7%と再び高い伸びを見せるようになる<sup>100</sup>。このようにして、高齢者医療費をどうやって負担するのが80年代以降の日本の医療保険改革の基本問題であり続けることになる。老人保健法は70歳以上の高齢者を対象としたものだったが、1984年には現役層の患者自己負担を拡大することで浮いた資金を用いて、70歳未満の退職者の医療費を賄う仕組み（退職者医療制度）が導入されることになる。

### 3-3. 中曽根内閣の医療保険改革（1984年改正）——医療費抑制の本格化

「増税なき財政再建」に向けた鈴木首相の決意に反して国家財政は好転しなかった（巻末資料・表5）。1982年8月には大蔵省が6兆円の歳入欠陥を公表し、10月に鈴木は引退を表明する<sup>101</sup>。翌月新たに首相となった中曽根康弘はもともと鈴木内閣時代に行政管理庁長

<sup>99</sup> この他に、新川と田多はそれぞれ1970年代半ば以降の左派労働勢力の衰退を挙げている（新川前掲書, p. 153; 田多前掲書, pp. 99-101）。また、キャンベルは法案の内容が多次的で条項によって関係団体の利害が食い違っており、一貫した反対戦略を作り上げるのが困難であったことも法案通過の助けとなったと指摘している。これは偶然ではなく、吉村仁を中心とした厚生官僚たちが長年の関係団体との駆け引きを通じて、支持を最大化し反対を最小化するために提案を巧妙に構成するように訓練されていたことによるものだという。Campbell, *op. cit.*, pp. 296-7（同記書, pp. 426-8）。

<sup>100</sup> 田多前掲書, p. 109。

<sup>101</sup> 草野厚, 2012, 『歴代首相の経済政策全データ（増補版）』角川 one テーマ 21, p. 155。

官として臨調設置を提案した本人でもあり、臨調を司令塔とした行革路線・増税なき財政再建を継続することにした。1982年度の予算はゼロ・シーリングだったが、83年度からはマイナス・シーリング予算が編成されることになった。中曽根は政策決定を官僚制や党に委ねるのではなく、臨調のような政府・与党の外部に位置する機関に政策立案を求め、首相主導のリーダーシップスタイルを確立しようとした<sup>102</sup>。小派閥のリーダーだった中曽根は国民に自身の政策をアピールして直接支持をとりつけることで与党に対する影響力を高めようとしたのである。とはいえ、中曽根派は田中派、鈴木派、福田派に次ぐ第四派閥でしかなく、田中派と鈴木派（とりわけ前者）の支持なしでは政権を維持することはできなかった。1984年の医療保険改革の行方にもこうした党内力学が影響を与えることになる。

前節で検討した老人保健法は建前としては高齢者の保健事業の充実を目的としたものであった。これに対して1984年の健康保険法等改正では厚生省はついに医療費と保険料負担の抑制を正面から目標として掲げた<sup>103</sup>。国家財政の健全化が進まぬなかで老人保健法成立後も医療保険制度は歳出削減の標的であり続けた。1984年2月に国会に提出された健保改正案は、サラリーマンに対して1割の患者自己負担を導入する条項を中心に野党や医師会などによる厳しい批判にさらされたが、一国会で成立に至る。その背景には、健保改正案が行革関連法案、そして中曽根総裁再選をうらなう重要法案として位置づけられたこと、また改正案が通らなければ1984年度予算が成立しないという事情があった。厚生省は吉村仁保険局長を司令塔として行革・財政再建路線を逆手にとって医療保険制度体系の合理化を推し進めていく。この改正によって、国庫負担や保険料負担を引き上げずに医療保険制度間の財政調整と徹底的な医療費抑制<sup>104</sup>によって医療保険財政を維持しようとする厚生省の方針が明確となる。医療費の伸びを国民所得の伸び以下に抑える、それによって保険料の引き上げを回避する。以上が1980年代以降の厚生省の政策目標となる。

#### a. 厚生省原案の公表とそれへの反応（1982～83年）

1980年代前半当時厚生省が医療保険や年金改革に熱心だったのは、臨調答申により支出削減と国民の税・社会保障負担の抑制が強く求められていたということもあるが<sup>105</sup>、日本

<sup>102</sup> 佐々木毅, 1986, 『保守化と政治的意味空間：日本とアメリカを考える』岩波書店, p. 56；石川真澄, 広瀬道真, 1989, 『自民党：長期支配の構造』岩波書店, pp. 234-7；五十嵐仁, 1989, 「中曽根元首相におけるリーダーシップの研究」『レヴァイアサン』5, pp. 167-82。

<sup>103</sup> 1984年の健保改正については以下の先行研究がある。加藤前掲論文, 1991；土田前掲論文；青木泰子, 1988, 「健保改正の政治過程」内田ほか編前掲書, pp. 213-44；早川純貴, 1991, 「福祉国家をめぐる政治過程(2)——84年健康保険法改正過程の事例研究」『駒澤大学政治学論集』33, pp. 33-93。また、改正に携わった関係者による出版物として以下がある。吉原, 和田前掲書, 第23章；有馬元治, 1984, 『健保国会波高し：海の男たちの群像』春苑堂書店；厚生省保険局企画課監修, 1985, 『医療保険制度59年大改正の軌跡と展望』年金研究所。

<sup>104</sup> 吉原, 和田前掲書, p. 320。

<sup>105</sup> 第二臨調の「行政改革に関する第三次答申」によれば、今後年金を中心に社会保障費の増大が予想され、「租税負担と社会保障負担とを合わせた全体としての国民の負担率(対国民所得比)

の高齢化の速度が非常に早く将来的な社会保障費の急増が見込まれるなかで、厚生官僚たちが社会保険制度の維持に危機感をもっていたからでもあった<sup>106</sup>。実際、日本では 65 歳以上人口比率が 1970 年の 7% から 94 年の 14% まで上昇するのに四半世紀しかかかっておらず、欧米諸国に比べて人口高齢化の速度が非常に速い<sup>107</sup>。年金については給付の引き下げと支給開始年齢の引き上げを行っただとしても将来的に保険料負担が増大することが見込まれ、国民負担率の抑制のためには医療費を効率化して医療保険料の引き上げを回避することが必要であった。そこで、「第二臨調の答申や、年金制度改革後の国民負担の将来動向といったことを踏まえると医療費の伸びは国民所得の伸び率程度に止め、国民負担率が上昇しないようにする」ことが健保改正の目的とされた<sup>108</sup>。医療費の伸びを国民所得の伸び程度に抑えること、またそうすることで保険料の引き上げを抑制することは 1980 年代以降の厚生省の医療保険政策の基本的な目標となる。

＜表 3-2 1984 年改革関連年表＞

1982 年	
7 月 30 日	第二次臨時行政調査会「第三次答申」発表
10 月 1 日	厚生省内に「国民医療費適正化対策第一総合対策推進本部」が発足
1983 年	
8 月 25 日	翌年度予算の概算要求で厚生省の医療保険改革案が明らかに
12 月 18 日	総選挙で自民党敗北
1984 年	
1 月 19 日	自民党トップの裁定により厚生省案が修正（患者負担縮小）
2 月 25 日	健康保険法改正案国会提出
4 月 3 日	衆議院で審議入り
7 月 13 日	衆議院本会議で可決
8 月 7 日	参議院本会議で可決
8 月 8 日	衆議院本会議で可決・成立

出典：筆者作成。

は、現状（35%程度）よりは上昇することとならざるを得ないが、徹底的な制度改革の推進により現在のヨーロッパ諸国の水準（50%前後）よりはかなり低位にとどめることが必要である」（臨時行政調査会 OB 会編前掲書, pp. 281-2）。

<sup>106</sup> 加藤前掲論文, 1991, p. 168。

<sup>107</sup> 対照的にフランスは高齢化社会への突入が世界で最も早く、19 世紀後半には高齢化率が 7% を超えていた。ただし、その後の高齢化の進展は緩慢なものであった（表 1-4, p. 11）。

<sup>108</sup> 厚生省保険局企画課監修前掲書, p. 37。租税負担と社会保障負担を合わせた国民負担率（対国民所得比）は 1960 年度に 22.3%、1970 年度に 24.3%と 60 年代には緩慢に推移していたが、70 年代に上昇速度を速め 1980 年度には 31.3%に達した。その後、1985 年度には 35.3%、1988 年度には 39.7%と上昇を続けている（厚生大臣官房政策課, 1990, 『社会保障入門（平成 2 年度版）』中央法規出版, p. 198）。



政府・臨調は財政赤字の原因を社会保障費の伸びに求め、国民負担率抑制のためには社会保障給付の抑制が必要であるという論理に依っていた<sup>109</sup>。これに対しては財政赤字の原因は社会保障のみによるものではないという反論がありうるし、社会保障費への予算配分を増やすか国民負担を増やすという代案を対置することも可能なはずであった。当時の世論調査では増税よりも歳出削減による財政再建が支持されていたものの、社会保障や文教予算の削減を支持する意見は少数であった<sup>110</sup>。このため厚生省は「福祉切り捨て」批判が拡大するのを恐れ、年金・医療保険改革の提案理由としては、制度間の公平性や給付の適正化による制度の維持を前面に押し出していた。

1982年7月に第二臨調が発表した「行政改革に関する第三次答申」では、「医療費適正化対策を一層推進し、医療費総額を抑制する」ことを基本に、軽費な医療については受益者負担を求める、本人、家族間の給付率の格差の見直しを行うといった給付率見直しの方向性が示された<sup>111</sup>。8月の老人保健法成立後、厚生省は直ちに医療費適正化対策に取り組むこととし、医療保険改革の具体案作成へと向かう<sup>112</sup>。

厚生省では1982年7月に吉村仁が保険局長に就任していた。吉村は臨調発足後のシーリング方式による厚生省の予算削減に際して官房長として省内の反対を抑え込んでおり、今回改正でも臨調行革路線のなかで歳出削減を前提としつつ医療保険制度体系を改革するべく尽力することになる<sup>113</sup>。10月1日には事務次官を長とする「国民医療費適正化対策第一総合対策推進本部」が発足し、医療保険抜本改革に向けた体制が整えられていく。翌年2月に吉村は『社会保険旬報』（1424号）において、医療費の抑制の必要性とその進め方について述べた論文「医療費をめぐる情勢と対応に関する私の考え方」を発表している<sup>114</sup>。「今、医療費は財政再建、行政改革の上でも、予算編成の上でも、租税・社会保障負担の上でも、最大の問題の一つである」という一文で始まる吉村の論文では、このまま医療費の増大を許せば国民の租税・社会保障負担が上昇し、西欧諸国のような「先進国病」にとりつかれることで「日本社会の活力が失われる」という「医療費亡国論」が披露されている。これは吉村保険局長の私見として公表されたものだが、厚生省幹部によって西欧福祉国家を目指さないという臨調の方針（日本型福祉社会論）が踏襲されたことは注目に値する。

マイナス・シーリングが原則とされた1983年夏の84年度厚生省概算要求によって、医療保険改革の具体案が明らかになった（8月25日公表）。厚生省は高齢化による社会保障費

<sup>109</sup> このパラグラフの記述は、加藤前掲論文、1991, p. 169 に依拠している。

<sup>110</sup> 1982年6月の時事通信社による世論調査によると、増税には52.9%が絶対反対であり、その内財政赤字を解消する方法として歳出削減を挙げる回答は53.3%であった。削減すべき予算については、社会保障や文教予算を削ることを支持する回答は全体の11.3%に過ぎず、防衛費・経済協力予算の削減を支持する回答は51.1%であった（加藤前掲論文、1991, pp. 182-3 にて引用）。

<sup>111</sup> 臨時行政調査会 OB 会編前掲書、pp. 286-7。

<sup>112</sup> 以下の経過に関する記述は、加藤前掲論文、1991；吉原、和田前掲書、第23章；厚生省保険局企画課監修前掲書による。

<sup>113</sup> 加藤前掲論文、1991, pp. 176, 180。

<sup>114</sup> 厚生省保険局企画課監修前掲書、pp. 267-72 および吉原、和田前掲書、pp. 744-9 に再録。

の当然増約 9,000 億円のうち、シーリング外であった年金の費用増を除いた約 6,900 億円の予算削減が必要になり、その大部分を医療費の削減で対応することになった。つまり、医療保険改革は翌年度予算を成立させるための歳出削減策という形で発表されたのである。

概算要求に盛り込まれた厚生省の医療保険改革案は、①医療費適正化対策の推進、②給付の見直し、③負担の公平の三本柱からなっていた。主たる改革案は、第一に被用者保険の本人について 2 割の自己負担を導入すること、第二に退職者医療制度を創設することである<sup>115</sup>。当時被用者保険では本人負担が初診時 800 円・入院 1 日 500 円という定額制であり、家族（被扶養者）は外来 7 割・入院 8 割給付、国民健康保険では外来・入院とも 7 割給付というように給付率に格差があった。また、被用者が退職すると国保に移動することで高齢期にもかかわらず医療保険の給付率が 10 割から 7 割に低下してしまい、かつその財源として国庫と他の国保加入者（自営業・農業者など）に依存することになっていた。厚生省はこうした状況を改めるために、被用者が退職して国保に加入してから老人保健制度の対象となる 70 歳までの間は、退職した被用者とその家族が被用者保険並みの給付を受けられるようにし、その財源として各保険制度からの拠出金を利用する仕組みを退職者医療制度として新設しようとしたのである。要するに、老人保健法によって導入された保険制度間の財政調整の仕組みを 70 歳未満の退職者にも適用しようとしたのだ<sup>116</sup>。被用者本人の給付引き下げには退職者医療制度の財源を確保するという意図と、将来的に医療保険各制度の給付率を 8 割に統一しようという意図が込められていた。また、退職者医療制度導入によって国保の負担が軽減されるので、国保に対する国庫補助の削減も予定された<sup>117</sup>。

この他には、医療費適正化対策として医療機関による保険者に対する不正請求や過剰診療に対するチェック体制の強化、給付見直しとして給食材料費とビタミン剤などの給付除外、特定療養費制度の創設による差額徴収に関するルールを導入<sup>118</sup>、さらには高所得者の公的医療保険からの適用除外という大胆な案も盛り込まれた。以上の改革によって、国庫負担は約 4,200 億円の削減<sup>119</sup>、保険料負担は約 800 億円の減少、患者負担は約 900 億円の増加になると推計された<sup>120</sup>。

これに対して医師会・労働組合・健保連などがそれぞれ反対を表明した<sup>121</sup>。日本医師会

<sup>115</sup> 概算要求に盛り込まれた医療費適正化対策・医療保険改革の内容については、厚生省保険局企画課監修前掲書, pp. 45-58 および吉原, 和田前掲書, pp. 321-4 を見よ。

<sup>116</sup> ただし、後述するように退職者医療制度には国庫負担が投入されないなど老人保健制度と同一の制度設計が行われたわけではない。

<sup>117</sup> 退職者した被用者とその家族の医療保険給付は該当者の保険料と各保険制度からの拠出金によってまかなわれる。国庫負担は行われない。

<sup>118</sup> まだ保険適用が認められていない高度先進医療や、入院時の個室料金、歯科の補綴材料など患者の選択に委ねるべきものについて、保険診療との併用が認められた。混合診療に関するルールの設定が目指されたのである。

<sup>119</sup> この他に、薬価基準の引き下げによって約 2,000 億円が削減され、医療のみで合計約 6,200 億円分の国庫負担が削減される見込みであった。

<sup>120</sup> 吉原, 和田前掲書, pp. 324, 327。

<sup>121</sup> 厚生省保険局企画課監修前掲書, p. 59 ; 加藤前掲論文, 1991, p. 177。

は、給付引き下げは受診抑制と健康水準の低下を引き起こすとして厚生省の改革案に全面的に反対し、総評・同盟などの労組も被用者負担引き上げを批判した。健保連は給付引き下げを行うにしても段階的に行うべきであり、退職者医療制度は被用者保険の枠内で創設するべきであるとした。負担減となる国保中央会は退職者医療制度創設には賛成だが、国庫補助の引き下げには慎重な配慮を求めた。他方、日経連など経済団体は第二臨調の答申に沿うものとして厚生省案を評価した。

与党自民党はというと、厚生省の概算要求については「それまでの例とは異なり、概算要求自体は政府部内の手続きであるとして大蔵省への提出そのものは容認し、年末の政府案閣議決定までの間に党として最善の案をまとめるという異例の取り扱い」を行った<sup>122</sup>。10月に東京地裁でロッキード事件に関して田中角栄に対して実刑判決が言い渡され、解散総選挙が予定されるようになると与党は健保改正に対して慎重姿勢を強めていく。結局、田中六助政調会長が党の声明として「原案にこだわらず最善の方途を講ずる」と言明し、厚生省案の修正を前提として総選挙後に具体案を詰めることになった<sup>123</sup>。1983年12月18日に行われた総選挙では田中角栄自身は当選したものの、自民党は敗北し再び過半数割れが生じた（511議席中250議席獲得）。このため自民党は新自由クラブと連立内閣を組織することになった。このように自民党が大敗する一方、医師会推薦議員が多数当選しており（後述）、医師会が反対する健保改正の行方は不透明さを増すことになった。

#### b. 自民党による介入から国会提出まで（1984年1月～4月）

1984年に入り政府・与党による調整が開始される。まず老人保健法成立過程でも触れた四人の厚生族のリーダー（斎藤邦吉・小沢辰男・田中正巳・橋本龍太郎）を含む自民党政調会社会部会の幹部たちが話し合い、続いて党四役（二階堂進副総裁・田中六助幹事長、藤尾正行政調会長、金丸信総務会長）と渡部恒三厚相、竹下登蔵相による政権トップレベルでの裁定によって給付引き下げが大幅に緩和された。すなわち、84、85年度の間はサラリーマン本人負担を1割にとどめること、給食材料費・一部薬剤費の給付除外と高所得者の医療保険適用除外は見送ること、その代わり保険料の算定基礎となる標準報酬の引き上げによって保険料負担を引き上げることとされた<sup>124</sup>。

厚生省は自民党四役の裁定に従って改正案を修正し、標準報酬の上下限を大幅に引き上げ（上限を47万円から71万円へ、下限を3万円から6万8,000円へ）、1月25日に社会保険審議会・社会保障制度審議会に諮問した。予算関連法案の閣議決定に間に合わせるべく、答申までの期間は一か月足らずという短いものになった。被用者本人の負担引き上げを中心に意見が分かれ、社保審からは賛否両論併記の答申、社制審からは「給付内容の見直し

<sup>122</sup> 吉原，和田前掲書，p. 321。

<sup>123</sup> 加藤前掲論文，1991，p. 176；厚生省保険局企画課監修前掲書，p. 60。

<sup>124</sup> 加藤前掲論文，1991，pp. 176-7；吉原，和田前掲書，pp. 325-6, 777。

…など国民の生活に大きな影響を及ぼしかねない内容を含むだけに、改革案を進めるためには慎重でなければならない」という答申が出された（それぞれ2月22日、23日）<sup>125</sup>。給付の見直しについては事業主と学識経験者が賛成したものの、労働代表と日医代表が反対であり、退職者医療制度についても国庫補助の要求や拠出する保険者の意向の反映を求める意見などがあり、政府案に対して一致した支持・不支持は与えられなかった。結局、審議会での合意が形成されぬまま、政府は2月25日に国会への法案提出に踏み切った。医療費削減を含むこの法案が成立しなければ翌年度予算が成立しないためである。自民党の介入によって患者負担の引き上げが当初案に比べてかなり抑制されているが<sup>126</sup>、サラリーマン負担の導入とそれを財源とした退職者医療制度創設という改革案の方向性は維持された形での国会提出となった。

一方、関係団体による反対の動きは強まっていた<sup>127</sup>。総評・同盟など労働四団体と全労協（全日本民間労働組合協議会）は2月下旬に「健保改悪案」の撤回を労働団体統一要求として掲げた。また、与党にとりわけ大きな影響を与えたのは医師会による反対運動である。今回の改正に際しては保険医総辞退のような行動はとられなかったが、票とカネの力は与野党双方に対して発揮された。先に触れた1983年末の総選挙では医師会推薦議員が271名当選し（多くが健保改正反対を掲げていた）、同年度の日本医師連盟（日医の政治団体）の政治資金の支出額は約15億3,000万円にものぼり、政党とその政治資金団体を除いた利益団体のなかでは2年連続のトップだった。日医は給付引き下げが患者の受診抑制を招くとして改正案を厳しく批判し、猛烈な反対運動を繰り広げた。84年2月上旬には常任理事会で「全面対決」の方針を決定し、中曽根首相・渡部厚相に改正案撤回を申し入れ、中旬には全国の日本医師連盟に自民党党员・党友約12万6,000人の引き上げを指示し、下旬には日本歯科医師会・日本薬剤師会と合同で国民医療破壊阻止全国三師会大会を開いて、自民党議員が出席するなかで政府・自民党の姿勢を非難した。4月の日医会長選では花岡堅而前会長は敗れ、改革反対強硬派の羽田春兎が新会長に選ばれた。花岡前会長は老人保健法制定や診療報酬の抑制に有効に対抗することができず、会員の不評を買っていた<sup>128</sup>。

### c. 国会審議（1984年4月～8月）

改正案の国会での実質審議は4月3日に衆議院社会労働委員会にて始まった<sup>129</sup>。先に年金改正法案が上程されていたが、健保改正案は予算関連法案とされ優先的に審議された。健保改正案は後半国会の最重要法案となった。野党は被用者本人負担の導入を中心として

<sup>125</sup> 厚生省保険局企画課監修前掲書, pp. 65-70; 加藤前掲論文, 1991, p. 177。

<sup>126</sup> また、社会保険審議会の答申を受けて退職者医療の拠出金などに関する重要事項は同審議会の諮問事項とし、拠出側の意見を反映させるという修正が行われた。

<sup>127</sup> このパラグラフの記述は、加藤前掲論文, 1991, pp. 175-7; 同前掲論文, 1995, pp. 119-22 による。

<sup>128</sup> 板垣英憲, 1987, 『族の研究：政・官・財を牛耳る政界実力者集団の群像』経済界, p. 103。

<sup>129</sup> 加藤前掲論文, 1991, pp. 177-8; 吉原, 和田前掲書, pp. 328-34。

一斉に改正案に反対した。負担引き上げによる受診抑制・健康水準の低下を批判する野党に対して厚生省はこれまでも給付率の違いがあっても受診率の差がほとんどみられないこと、被用者本人以外で健康が阻害されている実態も見られないことを指摘し、自己負担がないと過剰診療が誘発されやすいこと、患者自己負担を導入することで患者のコスト意識を喚起し、医療費の適正化が図れることなどのメリットを挙げた<sup>130</sup>。その他には、退職者医療制度に国庫負担の導入を求める意見や、特定療養費制度の創設によって高度先進医療が公的医療保険の給付範囲にとりいれられないままになるのではないかといった疑問が出された。野党は法案の撤回を求める立場であったが、厚生省は法案が成立しなければ予算の補正要因（一月の遅れで約 500 億円）になり、国民の医療にも重大な支障が出かねないとして早期成立をうったえた。

こうした野党の抵抗に加えて、政府と与党執行部にとってより大きな脅威だったのは医師会によって自民党議員の造反が促されたことであった<sup>131</sup>。4 月下旬には医師会の支援を受けた 100 名を超える与党議員たちが党本部で「21 世紀の国民医療を考える会」を開き、慎重審議を決議した。既に 1983 年の 9 月には非主流派であり医系議員を抱える福田派は被用者本人負担導入に反対という決議を行っていたが、今回の会合には中曽根内閣を支える最大派閥の田中派からも参加者が出ていた。与党内での造反の広がりには政府・与党の改正推進派を慌てさせ、5 月に入り同会が二度目の会合を開こうとした際には田中幹事長から出席自粛の通達が出されたが、日医は全国の医師会に推薦議員への出席要請を指示して対抗し、田中幹事長と羽田日医会長がこれを「勉強会」とすることで合意して改正推進派も参加しての開催となった。

与党内の凝集性が回復したのは、健保改正が 1984 年秋の自民党総裁選での中曽根再選をうらなう法案と位置づけられるようになったためであった。健保改正は中曽根内閣の公約である行政改革の関連法案であり、これが成立しなければ 1984 年度予算に歳入欠陥が生じる上に中曽根行革に対する評価も影響を受けることになる。中曽根首相支持の立場から田中派では田中元首相が改正案の無修正での成立を強調し、5 月 13 日には二階堂副総裁が健保改正を中曽根再選の条件と述べて改正推進を呼びかけた。また、厚生官僚による田中派への働きかけも行われていた。1970 年代後半に武見日医との対決を経験していた吉村保険局長は与党政治家に対する根回しの必要性を重視しており、田中元首相を説得して支持を得たとされる<sup>132</sup>。

5 月中旬以降、田中派を中心に改正推進派が日医との関係修復をはかり始める<sup>133</sup>。また、

<sup>130</sup> 吉原、和田前掲書、p. 331。なお、給付率の引き下げは実施した年には医療費が押し下げられるが、翌年以降元に戻ることが知られており、医療費抑制策としては効果が不十分であることが指摘されている。例えば、西村周三、1997、『医療と福祉の経済システム』ちくま新書、pp. 18-21 参照。

<sup>131</sup> 以下の法案成立までの経緯に関する記述は、加藤前掲論文、1991；厚生省保険局企画課監修前掲書によっている。

<sup>132</sup> 田原総一郎、1986、『日本大改造：新・日本の官僚』文藝春秋、p. 301；加藤前掲論文、1991、p. 180。

<sup>133</sup> 加藤前掲論文、pp. 178-80。閣僚では渡部厚相・竹下蔵相が田中派に属し、党執行部では二階

与党執行部は造反派の集まりに改正推進派議員（橋本龍太郎医療基本問題懇談会長・稲垣実男社会部会長など）を参加させることで組織の骨抜きをはかった。同じ頃、日医は社会党から関係緊密化を求められていたものの、社会党の目指す医療国営化には賛成できず、自民党の支持団体としての立場を明確化した。ここにおよんで日医も野党も全面対決から条件闘争へと移ることになった。

6月に国会審議が再開すると野党と日医との妥協点を探る修正折衝が行われた。修正案では2割負担の導入を条件として退職者医療制度を受け入れた財界に配慮してこれを原則維持する一方<sup>134</sup>、日医と野党の反対を弱めるために附則で1986年度以降も国会の議決承認を受けるまでは9割給付を継続することが示された。社会党は本人・家族の10割給付に固執したが、公明党・民社党は本人・家族の給付率統一を前提に本人負担導入を容認した<sup>135</sup>。また、日医には被用者の少額の医療費負担を定額制とする、高額療養費<sup>136</sup>の自己負担限度額を5万1,000円に据え置きとするといった妥協がなされている。7月13日に与党による賛成多数で改正案は衆議院を通過し、参議院では高額療養費についてさらに患者負担の軽減のための修正が行われ、8月6日に本会議で可決、改正案は衆議院に回付され翌日可決・成立した。

改正案の審議は衆院では7日46時間、公聴会・連合審査を含めれば60時間近くにもおよび、異例の長さであった<sup>137</sup>。参院でも4日間の審議は合計20時間にもものぼる。それだけ与野党の駆け引きが行われたということである。とはいえ、健保改正案は会期延長をとまったものの一国会で成立した。与党の介入によって本人負担が1割にとどめられたが、給付率の統一と退職者医療制度導入による制度間財政調整という厚生省案の骨格は守られた。

#### d. 考察

1984年の医療保険改革は医療費抑制や患者負担引き上げを正面から打ち出していたこと、それにもかかわらず迅速に成立したこと、それ以前に比して異例の改正であったといえる。一国会での成立はいかにして可能になったのであろうか。

第一に、老人保健法制定の時と同様に、行政改革と財政再建が政権課題であり、健保改

---

堂副総裁・金丸総務会長、社会部会のリーダーのなかでは小沢・橋本両元厚相も田中派であった。

<sup>134</sup> 加藤前掲論文, 1991, p. 179. 健保連は当初退職者医療制度に反対していたが、既に一部の大企業で実施されていた付加給付（退職後の医療費を健保組合と本人が負担する仕組み）の存続と被用者本人負担の導入とを条件に容認の立場に転じた（樋渡展洋, 1995, 「55年体制の『終焉』と戦後国家」『レヴァイアサン』16, p. 133）。

<sup>135</sup> 樋渡前掲論文同所。

<sup>136</sup> 日本の公的医療保険では一か月の患者自己負担額が一定額に達した場合、それ以上の自己負担が免除されるという高額療養費制度が設けられている。2000年改正によって自己負担が上限額に達してからも医療費の1%を追加的に負担するよう改められた（第5章5-5.）。

<sup>137</sup> 加藤前掲論文, 1991, p. 179.

正がその一環に位置づけられたことが改正の推進力となった。国家財政の赤字が解消されず、第二臨調によって増税・保険料引き上げオプションが否定されているという状況下で、医療保険は社会保障制度のなかでも歳出削減の重要な対象とされ、84 年改正が実現しなければ大規模な補正予算が必要となることが見込まれていた。

第二に、与党内の造反は健保改正が中曽根総裁再選と結び付けられ、与党内主流派の結束が強まったことで克服された。とはいえ、与党内に足並みの乱れがあったことは否定できず、与党の凝集性の低さ、利益団体からの介入に対する脆弱さが法案の国会提出の前後に明るみに出た。日本の政治過程における与党内力学の重要性が再確認されたともいえる。今回改正に際しては、歳入欠陥や総裁選を人質にして党内の求心力が高められた<sup>138</sup>。とりわけ、最大派閥の田中派が改革推進の姿勢を維持できたことが重要であろう<sup>139</sup>。

第三に、医師会は自民党との関係の決裂を回避し、条件闘争に甘んじた。1970 年代までとは異なり、「増税なき財政再建」が自民政権の課題となって大幅な補正予算を組めなくなると、医師会が医療費増を勝ち取ることは困難になった<sup>140</sup>。今回の改正では日医は本人負担を 1 割にとどめ、その他の譲歩を引き出すことでなんとか面子を保った<sup>141</sup>。

第四に、厚生省が反対を最小化とするという政治的考慮を働かせつつ、巧みに政策を設計したことが挙げられる。今回改正は 84 年度予算を成立させるために短期的に必要な措置であった一方で、実際には被用者本人負担の引き下げと退職者医療制度創設による給付と負担の公平化という中長期的観点に立った措置が含まれており、こうした改革案は吉村仁がかねて準備してきたものであった。味方を最大化し、敵を最小化するという戦略は今回の改正でも見てとることができる。医師会に限らず、今回の改正案に反対する勢力（労組・野党）は改正案の各条が相互に関連していたために部分的な反対という立場に追い込まれていた<sup>142</sup>。老健法の際には経済団体の反発が生じたが、今回は全体として社会保険料負担が減となり、保険料引き上げも示されなかったことで、財界の反対が抑えられた<sup>143</sup>。1984 年には政管健保の保険料率は 8.5% から 8.4% に引き下げられている<sup>144</sup>。被用者本人の負担を導入することで退職者医療制度を創設し、退職者の給付を改善するとともに国保の財政状況を助け、国庫負担を削減するというパッケージに対して、包括的な代替案を示すことは

---

<sup>138</sup> 加藤前掲論文, p. 180。

<sup>139</sup> 田原前掲書, p. 301。

<sup>140</sup> 西村万里子, 1996, 「診療報酬改定のメカニズムに関する歴史的考察——医療費の規定要因：新改定率の決定と医療政策」 社会保障研究所編『医療保障と医療費』東京大学出版会, pp. 55-6。

<sup>141</sup> ただし、少額医療費の定額化はほとんど実施されなかった(吉原, 和田前掲書, p. 339)。また、三師会は医療保険制度の統合一本化の時期の明示を強く要求し、法案成立後 8 月中に自民党と「医療保険制度の統合一本化を 5 年後に行う。特に負担の公平と給付の平等をはかる」という覚書を交わしたが、これは現在に至るまで実現していない(社会保険制度の一元化は 1950 年の社会保障制度審議会の勧告以来繰り返し提案されてきた)。覚書の内容は、吉原, 和田前掲書, p. 327 に掲載されている。

<sup>142</sup> 加藤前掲論文, 1991, p. 177。

<sup>143</sup> 田多前掲書, p. 124。

<sup>144</sup> ただし、84 年改正によって標準報酬月額の上限は 47 万円から 71 万円に引き上げられた。

容易ではなかった。こうして反対勢力は弱体化された。

今回改正には歳出削減策と合わせて医療保険制度体系の合理化を進めるという老人保健法の際に見られた厚生省の戦略が再び見出される。歳入欠陥を回避するためには自民党政権は厚生省に協力せざるを得ない。そして厚生省の側では単に短期的な歳出削減策のみを並べるのではなく、中長期的な観点に立った医療保険制度体系の改革を推し進めようとしたのである。また、吉村は日医との対決を経験済みであり、自民党政治家への根回しも忘れなかった。選挙や自民党の党内力学という不確定要素はあったものの、結果的には厚生省は自民党の支持をつなぎとめることができた。

#### e. 改正の影響——国庫負担の縮小と自己負担の拡大

当時の厚生省の目標は、分立した医療保険制度間の格差を国庫負担拡充によって解決することがもはや困難になったため、各制度の給付水準を 8 割程度に統一し、制度間の財政調整を行うという形で医療保険制度体系の合理化を図ることであった<sup>145</sup>。この時点では医療費を賄うための財源は制度間の財政調整（被用者保険からの財政移転）と患者自己負担に求められており、同時に診療側に対する医療費抑制策を強化することで、保険料率の引き上げを回避することが目指されている。つまり、税・社会保険料負担の増大を回避することが目標であり、医療保険制度を維持していくための財源を中長期的にどこに求めるのかという点は明らかではない。

また、老人保健法といい今回の健保改正といい給付の削減と同時でなければ医療保険制度体系の構造改革が実施できていないことに注意されたい。これまで被用者の健康保険の改革といえば保険料負担の引き上げと国庫補助の増額が常であったが、今回改正では初めて医療費抑制と保険料負担の抑制が正面から目的に掲げられた。将来的には家族の給付率も 10 割に引き上げるという前回改正までの目標は撤回され、8 割への統一を目指すという方針の大転換が行われた<sup>146</sup>。改正に先立って吉村保険局長は「医療費亡国論」を唱え、厚生省保険局の『医療保険制度 59 年大改正の軌跡と展望』（1985 年）でも医療費が膨張を続ければ、将来社会保障負担が過重になる「先進国病」にかかりかねないとされている<sup>147</sup>。

確かに、1980 年代に入って老人保健法の制定、診療報酬の抑制（1984 年改定は医科 2.8% 引き上げ、薬価 5.1% 引き下げで差し引き 2.3% のマイナス改定だった）、そして今回改正と医療費抑制政策がとられた結果、1983 年から 85 年までの国民医療費の伸びは国民所得の伸

<sup>145</sup> 吉原、和田前掲書、p. 338。給付を抑制しつつ、制度間の財政調整によって公平性を確保するという手法は 1985 年の年金改革でも見られる（加藤前掲論文、1991 参照）。この改革では将来の年金制度維持のための給付抑制と、就業構造の変化によって財政難に陥っていた旧国民年金制度を救済するために基礎年金の一元化が行われた。

<sup>146</sup> 吉原、和田前掲書、pp. 334-5。本文でも触れたように、厚生省原案には高所得者の適用除外さえ盛り込まれていた。これは吉村の持論でもあった。吉村仁、1986、「高齢化社会へ向かう医療政策——厚生事務次官吉村仁氏にきく」『社会保険旬報』1527, 1986.1.1, p. 16。

<sup>147</sup> 厚生省保険局企画課監修前掲書、pp. 1（刊行によせて）、36。



びを下回った<sup>148</sup>。しかしながら、他方では医療保険各制度の給付率を 8 割に統一するという目標は結局達成されなかった。今回改正によって退職者本人の給付率は入院外来とも 8 割、その家族は入院 8 割・外来 7 割とされ従来の国保よりも給付水準が引き上げられたが、衆議院での修正案で設けられた被用者保険の被扶養者と国保の被保険者の給付率を 8 割とするよう必要な措置を講ずるという規定はその後実施されず、厚生省の 8 割程度への統一という当時の目標は現在まで達成されていない。

今回改正の財政効果として目立ったのは国庫負担の削減である。まず、従来退職してから国保に加入していた人々については退職者医療制度が適用されることになり、その医療費は退職被保険者と被用者保険からの拠出金で賄い、国庫負担は行われなくなった。また、国保への国庫補助率は 1960 年代以来患者負担を含む「医療費全体の 45%」とされてきたが、退職者医療制度の導入によって国保の負担が軽減されるのに合わせて、補助率が患者一部負担を除いた「医療保険給付費の 50%」に改められた。その結果、総医療費ベースでは 45%から 38.5%への切り下げとなった<sup>149</sup>。こうして国庫負担削減（「増税なき財政再建」への貢献）という目標は実現することになった。

1980 年代に入り、国民医療費に占める国庫負担の割合は医療保険改革の内容に対応して低下し始めた。1961 年の国民皆保険達成以来国民医療費に占める国庫負担の割合は増加し続け、1980 年には 30%を超えたが、84 年には 28.6%、85 年には 26.6%と縮小していく<sup>150</sup>。とりわけ国民健康保険制度に関しては、1980 年度には収入に占める国庫負担の割合が 63.9%であったが、85 年度には 50.6%、90 年度には 40%まで減少し、10 年足らずの間に国庫負担率が 20%も低下した<sup>151</sup>。反対に、国民皆保険発足以来低下してきた国民医療費に占める患者負担の割合は 1982 年の 10.5%を底にして次年度から微増を始め、1985 年には 12%へと増大した<sup>152</sup>。

第 2 章 2-1.と 2-2.で検討したように、国庫負担依存型の日本の医療保険制度体系は、国家財政の悪化によって厳しい歳出削減圧力にさらされることになった。国庫負担が減るのを補うためには保険料を上げるという手段もあるが、臨調の国民負担率抑制路線のなかでそれは封じられた。収入を増やせないのならば、余裕のある制度から別の制度へと財政移転を行うか、支出を減らすしかない。実際、1980 年代前半に実施された老人保健法制定と 84 年健保改正という二大改革はどちらも国庫負担を削減し、その代わりとなる財源を被用者保険からの財政移転と患者自己負担に求めるものであった（ただし、84 年改正では保険料

<sup>148</sup> 吉原、和田前掲書、p. 338。

<sup>149</sup> 国保の給付率は 7 割なので、給付費の 50%は医療費全体でみると  $50\% \times 7$  割で 35%となるが、高額療養費が適用されると給付率が 7 割を超えるため、医療費全体に対して約 38.5%の補助率となる（寺内順子、国保会計研究会、2011、『国保の危機は本当か？：作られた赤字の理由を知るために』日本機関紙出版センター、p. 28）。

<sup>150</sup> 厚生省、1997、『平成 7 年度版国民医療費の概況』厚生労働省ホームページ <<http://www1.mhlw.go.jp/toukei/k-iryo/index.html>> 2014 年 3 月 27 日閲覧。

<sup>151</sup> 田多前掲書、p. 146 第 17 表。

<sup>152</sup> 注 150 に同じ。

負担は減少している)<sup>153</sup>。また、これと並行して診療報酬の抑制や支払い方式の部分的変更（老人医療における部分的な包括払い制の導入）が行われていることにも注意が必要である。

それでも経済が成長し続けている間は医療保険制度体系の財政は制度間の財政移転と医療費抑制政策の徹底によって維持することができた。実際、1980年代に入り政管健保の財政は好転した。70年代には政管健保は国鉄、コメと並ぶ3K赤字といわれていたが、1980年の改正によって保険料率が引き上げられ、81年度から黒字基調となった。83年度には累積赤字も償還され「もはや3Kとはいえない」とされた<sup>154</sup>。このため84年には保険料率が8.5%から8.4%に引き下げられ、86年にはさらに8.3%へと引き下げられている。黒字化の背景には、社会保険料収入の増加要因として1981年以降の経済成長と標準報酬の伸び、被保険者数の増加、女性の社会進出などによる扶養率の減少などがあり、他方で支出減少の要因として84年の被用者1割負担導入、薬価基準の引き下げなどがあつた<sup>155</sup>。要するに、景気拡大と医療費抑制政策によって保険料負担を抑えつつも財政健全性が保たれたといえよう。1980年代後半になっても国庫負担の抑制は続けられ、1986年の老人保健法改正では労使の拠出金と患者負担の引き上げによる財政対策が繰り返されている<sup>156</sup>。

しかし、1990年代に入り経済成長がストップし他方で高齢化が急速に進むことで状況は一変する。国民医療費は経済成長率を上回って伸びるようになり、財源の拡大が不可避となった。次節では、1980年代の段階で福祉国家を支える財源構造改革が日本ではどのように先送りされ、また不十分なものとどまったかを検討する。

### 3-4. 日本における福祉国家の財源改革——消費税と社会保障の曖昧な関係

#### a. 中曽根内閣の売上税法案の失敗<sup>157</sup>

1984年の健保改正が実現した後の10月に自民党総裁に再選された中曽根は税制構造改革を政権課題とした。中曽根は大蔵官僚のいいなりになることを嫌い、首相としてのリーダー

<sup>153</sup> 1980年代後半以降、健保連と労使は国庫負担の増強を求める立場に転じていく（第5章）。

<sup>154</sup> 医療保険制度研究会編、1993、『目で見える医療保険白書：医療保障の現状と課題（平成5年版）』ぎょうせい、p. 81。

<sup>155</sup> 吉原、和田前掲書、p. 432。

<sup>156</sup> とはいえ、厚生省は社会保障の縮小ばかりを検討していたわけではない。1986年からバブル景気が始まり、当時の厚生省はいかに高齢社会にふさわしい福祉サービスを整備していくかという福祉充実志向の検討を行っていた。1980年代前半に大改革を実現し、また医療費抑制政策の強化によって健康保険制度の黒字を維持できたことで、厚生省にとっては高齢者向け施策の充実が課題となっていた。吉村前掲論文参照。

<sup>157</sup> 以下の文献を参考にした。加藤前掲論文、1995、「政策知識と政官関係」、pp. 122-8；同前掲書『税制改革と官僚制』第5章；Kato, *Regressive Taxation and the Welfare State*, op. cit., pp. 174-80；内田ほか前掲書『税制改革をめぐる政治力学』；新藤前掲書『財政破綻と税制改革』。

ーシップを発揮することにこだわったが、大蔵省との意見の不一致や党内からの反発に直面して政治過程は混乱した。結局、中曽根は持論の税制改革を実現できず、大蔵省も付加価値税の導入に失敗してしまう。84 年健保改正が厚生官僚による周到な準備のもとで厚生族議員による政治的修正を経て、最終的に医師会との妥協によって成立に至ったのに対して、この税制改革では首相が十分な制度的基盤を欠いたままリーダーシップを発揮しようとして政治過程の混乱を招くことになった。行政府・与党の凝集性の低さと首相のリーダーシップ発揮の困難という、自民党政権の凝集性問題が顕在化した事例といえる。

一般消費税が否定されてから 1980 年代前半には「増税なき財政再建」の下での緊縮政策が実施されたが、結局のところ赤字国債の発行が続いた<sup>158</sup>。鈴木首相は 1983 年度予算での赤字国債発行を防げぬまま辞任している。1984 年まで財政赤字の減少は見られず<sup>159</sup>、歳出削減のみで財政再建を行うことは困難であるという認識が与党政治家<sup>160</sup>や世論<sup>161</sup>の間で広まっていった。また、実際には全く増税が行われなかったわけではなく、大蔵省は法人税などの小規模な引き上げによって対応していた。1984 年春から夏にかけて経団連が国際的に高い法人税が国際競争力を損なっているというキャンペーンを行い、法人税引き上げを避けるために付加価値税の導入に前向きになっていった。このため大蔵省は経団連を付加価値税導入の潜在的な支援者とみなし、支持を得られるよう腐心した<sup>162</sup>。ただし、大企業の利益を代表する経団連と中小企業や流通業界とでは付加価値税に対する態度は異なっていた。

中曽根は自民党総裁任期の 1 期目（1982～84 年）には行革に取り組んだが、84 年 10 月に再選されると今度は税制構造改革を政権課題とした。大蔵省は付加価値税導入に向けて動き始めていたが、大平正芳が財政再建のための一般消費税導入を率直にうたえて失敗した経緯もあり、慎重な姿勢をとっていた。歳出削減による財政赤字解消は説得力を失いつつあったが、世論は増税を積極的に支持していたわけではなかった。他方、中曽根首相はアメリカでロナルド・レーガン政権が行っていた税制抜本改革（所得税の最高税率の引き下げと税率構造の簡素化）に影響され、所得税と法人税の減税を重視しつつ同額の増税を行うという歳入中立型の税制改革を主張していた<sup>163</sup>。

こうして大蔵省は 1985 年に 1987 年度の税制改革を所得税の減税と大規模な付加価値税

---

<sup>158</sup> このパラグラフは、Kato, *op. cit.*, pp. 174-5 を参考にまとめた。

<sup>159</sup> 一般政府（中央・地方政府・社会保障基金）の単年度財政収支は 1980 年から 83 年まで 4% 台の赤字であり、84 年にマイナス 2.8%、85 年にマイナス 1.5%と縮小に向かう（巻末資料・表 5）。

<sup>160</sup> 自民党内では予算凍結に対する不満が高まっており、中曽根の 2 期目には金丸信幹事長や藤尾正行政調会長らが公共投資増額のための間接税導入を主張していた（金指前掲論文, pp 14-6）。

<sup>161</sup> Kato, *op. cit.*, p. 174 note 4.

<sup>162</sup> 加藤前掲論文, 1995, pp. 123-4.

<sup>163</sup> 加藤前掲書, pp. 173-4。1984 年 12 月の来年度税制改正に関する議論のなかで大蔵省はマル優の廃止と OA 機器への物品税の課税を提案したが、利益団体と与党議員によって阻止された。この時、他に税収を確保する策として与党議員によって付加価値税が再度注目されるようになった。中曽根が税制構造改革の意図を表明したのは同じ 84 年 12 月だった（Kato, *op. cit.*, p. 175 note 5）。

の導入とを組み合わせた歳入中立の改革とすることに決めた<sup>164</sup>。大蔵省も純増税を持ち出して失敗することを恐れ、直接税と間接税の比率を改めることを目標に掲げつつ、消費課税の導入によって税収基盤を改善することが目標であった<sup>165</sup>。大蔵官僚たちは消費課税の導入を優先し、歳入中立性という中曽根の主張を受け入れたのだった。

他方、中曽根は歳入中立型の税制改革のなかでも所得税減税の方を重視していた。クロヨン（9・6・4）問題<sup>166</sup>といわれたように当時サラリーマンには自営業者に比べて所得税を不公平に課税されているという不満があった。中曽根は所得減税によってサラリーマン層にアピールすることで都市部の選挙区での自民党の支持基盤を固めようとしたのである<sup>167</sup>。このため中曽根にとっては付加価値税の導入は二次的なものでしかなかった。このように行政内での首相と大蔵省の合意は不十分なものでしなく、これが新税導入にとって足かせとなっていく。

1985年1月に通常国会で中曽根内閣は間接税と直接税の改革を含む包括的税制改革に取り組むことを公表した。ところが、中曽根首相が大規模な消費税、大型間接税の導入を否定していたのに対して、竹下登蔵相は課税ベースの広い消費課税の導入を主張したため、政府内の矛盾が野党による攻撃の対象となった<sup>168</sup>。

その後も中曽根は大蔵省に対して自己の主張を譲らず、同省に対して政治的指導力を発揮することに固執する<sup>169</sup>。1986年4月25日には政府税制調査会が中間報告を発表するが、所得減税のみが強調され、減税分を賄うためのマル優制度（少額貯蓄非課税制度）の見直しや付加価値税の導入は、議論はされていたのだが言及されなかった。衆参同日選挙をにらむ中曽根が公表を許さなかったという<sup>170</sup>。

この後、中曽根は衆議院を解散し7月6日に衆参同日選挙が行われることになった<sup>171</sup>。この選挙では税制改革が重要争点の一つとなり、野党は中曽根政権の減税案は財源が曖昧であり、選挙後の増税を隠しているという批判を繰り広げた。また、自民党内部からも増税の必要性を公表する議員が現れた。ポスト中曽根総裁を狙う自民党幹部たちは中曽根政権下で減税のみが実施されることを恐れ、また中曽根自民党が大勝することで彼の任期が延長されることを懸念していた。第2章で検討した自民党の凝集性の低さが露呈したといえる。6月半ばに中曽根は「国民と党が反対するような大型間接税と称するものは、やる考

<sup>164</sup> 加藤前掲書, p. 177。

<sup>165</sup> 同上, pp. 167-9。

<sup>166</sup> 収入に対する課税所得の割合がサラリーマンでは9割、自営業者は6割、農家は4割であることを問題視した言葉。

<sup>167</sup> 宮本太郎によれば、中曽根総裁1期目の「行政改革は、歳出についての都市新中間層の不信をテコにしたものであった。それに手応えを感じた中曽根は、今度は歳入面、つまり税制についての不信をテコにした税制改革で、都市新中間層の支持を広げようとした」という。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, p. 115。

<sup>168</sup> 加藤前掲書, pp. 175-6。

<sup>169</sup> 同上, pp. 178, 183。

<sup>170</sup> 同上, pp. 178-9; Kato, *op. cit.*, p. 176。

<sup>171</sup> 以下、このパラグラフの記述は、加藤前掲書, pp. 180-1 に依拠している。

えはない」と言明し、増税隠しに対する疑念の払拭に努めた。こうした経緯にもかかわらず、自民党は衆議院で 512 議席中 304 議席、参議院で改選 126 議席中 72 議席を獲得して大勝した。9 月 11 日に自民党の両院議員総会で中曽根の総裁任期はさらに 1 年延長されることになり、税制改革の実現が政治課題となった。

選挙後も中曽根は大型間接税を導入しないという方針を堅持し、大蔵省に対する政治的指導力を発揮することを望んだが、11 月頃から態度に変化が現れた。付加価値税の導入なしでは所得税・法人税の減税分を賄うことができないこと、自民党税制調査会の山中貞則会長が税の専門家としての自負から付加価値税導入を支持したこと、中曽根の後を狙う竹下登、宮澤喜一、安倍晋太郎らのいわゆるニューリーダーたちが中曽根政権の間に増税をやってしまうとしたこと、経団連・経済同友会が付加価値税を支持したことが背景として指摘されている<sup>172</sup>。

こうして売上税と呼ばれる日本型付加価値税の導入を目的とした法案が国会に提出されることになった。選挙で自民党が圧勝した後、自民党税制調査会の税制族議員たちは大蔵省を支援して首相を説得し、いったんは党内の反対派を抑え込んだ<sup>173</sup>。1986 年 12 月に政府税調・党税調が改正案を公表し、それを受けて自民党は「税制改正大綱」を決定した。ここでは所得税・法人税の引き下げ、所得税の課税区分を 15 から 6 へと減らすこと、マル優の廃止、そして 5%の売上税導入が提案されていた。翌年 2 月までに関連 7 法案が国会に提出された。

ところが、今回も間接税の導入は世論には支持されなかった。サラリーマンはクロヨン問題解消のために打ち出された所得税改革を支持せず、売上税導入に対する批判ばかりが募った<sup>174</sup>。売上税法案に対しては様々な業界・団体が適用除外を要求して自民党議員に圧力をかけ、党税調に参加していた中堅・若手議員たちはそうした利益団体の利害を代表しようとした。自民党内では 300 人を超える議員が「財政再建議員研究会」に集まって大型間接税導入反対の決議を行っていた（86 年 11 月）<sup>175</sup>。また、流通業界、中小企業団体、消費者団体、労働組合は立場は違えど売上税反対の統一戦線を組織した。反対派は衆参同日選挙時の大型間接税を導入しないという首相の公約違反を追及した<sup>176</sup>。

こうして中小企業への適用除外や非課税品目の拡大という大幅な妥協が図られたが<sup>177</sup>、それでも法案は 1987 年 4 月に審議未了のまま廃案となった。同月の統一地方選を控えて自民党政権は地方支部の反乱にも直面していた。その後、野党との妥協を経て 9 月に成立した税制改革ではマル優の廃止と前年末の案よりも小規模な所得税減税が決まった<sup>178</sup>。

<sup>172</sup> 同上, pp. 183-5。ただし、中小企業を抱える日本商工会議所は付加価値税導入に反対していた。

<sup>173</sup> 同上, pp. 186-7 ; Kato, *op. cit.*, pp. 176-7.

<sup>174</sup> 加藤前掲論文, 1995, p. 125。

<sup>175</sup> 同上, pp. 127-8 ; 加藤前掲書, p. 187。

<sup>176</sup> 加藤前掲論文, p. 124 ; 加藤前掲書, p. 194。

<sup>177</sup> 1986 年 12 月 5 日の自民党内での売上税導入決定から翌年 2 月の閣議決定までに非課税品目は 51 品目までに拡大した（加藤前掲論文, 1995, p. 127 ; 新藤前掲書, pp. 207-8）。

<sup>178</sup> 加藤前掲論文, 1995, p. 124 ; 加藤前掲書, pp. 199-200。

当初首相がリーダーシップを発揮しようとした税制改革であったが、首相と大蔵省との意見の不一致という行政内での足並みの乱れに加え、自民党議員が利益団体の利害を優先しようとしたため政治的な混乱が発生し、大規模な税制改正は実現せずに終わったのである。自民党長期政権下の日本の行政・与党の凝集性の低さ、首相の行政・与党に対するリーダーシップの弱体性、利益団体の影響力の強さといった政策転換を阻む諸特徴がよく表れている事例といえよう。

#### b. 竹下内閣による消費税導入<sup>179</sup>

翌 1988 年末に竹下登内閣によって消費税と名付けられた付加価値税の導入がようやく決定される（12 月 24 日に税制改革関連法案が参議院本会議で可決・成立）。消費税導入の提案も所得税・法人税の減税と組み合わせられ、しかも減税額を超過させることで付加価値税の持つ逆進性に対する世論の批判を抑えようとした。社会党・共産党など野党は激しく反対し、国会で審議拒否の構えを見せたが、世論の支持を得ることはできず、消費税導入を含む税制改革関連法案は自民党の賛成多数によって 1988 年末に可決・成立した。

売上税の失敗後も大蔵省は付加価値税の導入を諦めなかった。1987 年に同省が付加価値税制の詳細を説明する努力を行った結果、新税に対する不安を抑制することができた。また、税制改革の目標が直間比率の是正ではなく、所得税制の不公平性の是正と高齢化社会に向けた安定税収の確保に切り替えられたことで、消費税の逆進性に由来する否定的なイメージが緩和された。ただし、所得税改革による不公平性の是正は不徹底なものであったし、消費税収は福祉目的化されず、十分な低所得者対策もとられなかった<sup>180</sup>。また、高齢化に備えるといっても福祉国家の財源基盤が拡充されたわけではなく、消費税導入と所得税・相続税・法人税などの減税の差し引きで実質減税であった。これは、当時好況による自然増収があつての税制改革であつた<sup>181</sup>。

中曽根政権下での失敗と比較すると次のような成功要因が見出される。第一に、自民党内の税制通の政治家と大蔵省との協力関係がより緊密に維持された<sup>182</sup>。中曽根は大蔵省に対する自己のリーダーシップの発揮にこだわっていたが、今回は税制通の政治家である竹下首相と大蔵省が協力関係にあった。つまり、行政内での足並みの乱れが抑えられた。第二に、自民党税制調査会の幹部たちが大蔵省の方針を支持し、業界利益を代表する一般

<sup>179</sup> 加藤前掲論文, 1995, pp. 122-8 ; 加藤前掲書第 6 章 ; Kato, *op. cit.*, pp. 178-80 ; 新藤前掲書第 IV 章 2 を参照した。

<sup>180</sup> 以上、このパラグラフの記述は Kato, *op. cit.*, p. 178 に基づく。小規模事業者への免税措置や納税手続きの簡素化措置などがとられたが、これらは消費税収の大きな低下には結びつかない範囲で認められた。なお、同時に決まった所得税改革は減税となった。課税区分が 12 (1987 年に 15 から 12 に縮小) から 5 へと減らされ、税率は 10~50% とされた。課税最低限は引き上げられ、各種の控除が寛大に設定された (*Ibid.*, pp. 178-9)。

<sup>181</sup> 新藤前掲書, p. 220。

<sup>182</sup> Kato, *op. cit.*, p. 178.

議員による非課税措置の要求を認めなかった<sup>183</sup>。消費税導入反対派の議員に対しては各派閥を通じて統制が図られた。自民党の凝集性は各派閥内の凝集性の強化と派閥間の対立の減少によって 1980 年代を通じて高められていた。1970 年代と比べ 1980 年代には自民党内での派閥間の競争が穏やかになっており、非主流派閥が党内役職に関して冷遇されることも減ったため、派閥のリーダーたちが協力しやすくなっていた。他方、党・政府・国会での役職に関して派閥均衡人事が制度化されたことによって各議員は派閥への依存度を高めていた<sup>184</sup>。消費税導入の決定過程ではこうした派閥を通じた一般議員統制のメカニズムが機能したことが重要であった。こうして自民党の凝集性問題が克服されたのである。

しかし、自民党政権は大きな代償を支払うことになる。税制改革関連法案の審議中の 1988 年 6 月に発覚したリクルート事件<sup>185</sup>に対する批判と合わさって消費税は世論の強い反発を受けた。消費税が実施された 1989 年 4 月に内閣の支持率は一桁まで低下し、6 月に竹下内閣は総辞職に追い込まれた。その後成立した宇野宗佑内閣では税制の見直しが表明されるが、新内閣は 2 か月しかもたなかった。同年の 7 月 23 日に行われた参院選では、消費税、リクルート事件、農業自由化問題<sup>186</sup>に宇野首相の個人的スキャンダルも付け加わって自民党は大敗し（改選 126 議席中 38 議席獲得）、過半数割れを経験することになった。翌月に宇野内閣は敗北の責任をとって総辞職している。

#### c. 消費税導入がもたらした社会保障制度への限定的影響

大平正芳の失敗以来、消費税は 10 年がかりでようやく導入されることになった。大平・中曽根の時とは異なり、竹下内閣の下での消費税提案の理由には高齢化社会への準備が挙げられていた。しかし、実際には消費税導入に伴う社会保障政策の充実は限られていた。そもそも消費税は導入に際してなんらかの社会保障制度に対して目的税化されたわけではない。大蔵省はせっかく導入した消費税の税収を福祉支出にまわすのではなく財政赤字の償還財源に用いることを望むはずであり、厚生省以外の官庁も消費税収には関心を持つであろう。このため消費税の社会保障目的化は一部の政党や専門家によって検討されたものの一向に実現しなかった。1999 年にようやく予算総則に消費税収の一定割合を高齢者の社会保障財源に充当することが明記されるが、膨張を続ける高齢者向け社会保障費を賄うには足りず、結局さらなる財源の確保が課題であり続けることになる。

<sup>183</sup> 加藤前掲論文, 1995, p. 128.

<sup>184</sup> 同上, pp. 130-1 注 28。自民党内の人事と結束については以下を参照せよ。野中尚人, 1995, 『自民党政権下の政治エリート：新制度論による日仏比較』東京大学出版会, pp. 172-9; 石川, 山口前掲書, p. 164。

<sup>185</sup> リクルート社が 1985 年から翌年にかけて関連会社であるリクルート・コスモス社の未公開株を中曽根・竹下らを含む与野党の有力議員や官僚などに譲渡し、公開後に売却益をあげさせたインサイダー取引事件。税制改革では株式譲渡益に対する課税措置が含まれておらず、消費税の負担を迫られた世論の怒りを買った（Kato, *op. cit.*, pp. 179-80）。

<sup>186</sup> 牛肉、オレンジなど農産物が自由化され小規模生産者への打撃となった。

自民党が消費税収を社会保障支出へと充当する動きを見せるようになったのは 1989 年の参院選惨敗後のことである。選挙後に自民党は逆進的であり消費者に負担を求める消費税について見直しを行うように追い込まれ、12 月初めに「消費税見直しに関する基本方針」をまとめた。この際に、消費税導入の目的とされていた高齢化社会への準備が前面に押し出され、「高齢化に対応した公共福祉サービスの充実」がうたわれた<sup>187</sup>。これを受けて厚生省が策定したのが「高齢者保健福祉推進 10 か年戦略（ゴールドプラン）」である<sup>188</sup>。

ゴールドプランは 1989 年 12 月の予算編成の過程で大蔵・自治・厚生 3 大臣の合意により策定されたもので、介護サービス充実の達成目標が数字を挙げて示されるとともに財源面での裏付けも得ることができた。1990 年から 1999 年までの 10 年間の総事業費は地方分、民間分も含めて 6 兆円強とされ、1980 年代の 3 倍以上となり、「福祉元年以来の大方針」ともいわれた<sup>189</sup>。社会保障関係費全体も 1990 年度の前後には 1980 年代の平均に比べて大きく伸びている。1970 年代には二桁成長が続いた一般会計における社会保障関係費の伸びは 1983 年度には 0.6% まで抑え込まれ、その後 2~3% 程度の伸びが続いたが、1989 年度は 4.9%、1990 年度には 6.6%、1991 年度には 5.1% と一時的に伸びが回復している<sup>190</sup>。1990 年 6 月に老人福祉法などの社会福祉関係八法が改正<sup>191</sup>され、翌年には老人保健法が改正<sup>192</sup>されたことで高齢者福祉サービス充実のための制度的な基盤が整えられていった<sup>193</sup>。その後、1994 年 12 月にはゴールドプランの目標を上方修正した新ゴールドプランが策定され、1997 年 12 月には介護保険法が制定されるに至る<sup>194</sup>。1990 年代以降の高齢者介護政策の展開にとってゴールドプラン策定は確かに重要な一歩であった。

しかしながら、消費税収の多くがゴールドプランのために割かれたとはいいいがたい。1990~92 年の開始 3 年間でゴールドプランのために計 4,400 億円の国費が投入されたが<sup>195</sup>、消費税収は初年度 3.3 兆円、90 年度 4.6 兆円、91 年度 5.0 兆円、92 年度 5.2 兆円となっており桁が違う。また、厚生省としてはかねて検討を続けていたとはいえ、自民党の参院選大敗

<sup>187</sup> 田多前掲書, p. 190 注 17。

<sup>188</sup> 詳しい経緯は以下を参照。岡光編前掲『老人保健制度解説』, pp. 20-3。

<sup>189</sup> 田多前掲書, pp. 190-1。

<sup>190</sup> 同上, pp. 82 第 8 表, 189。

<sup>191</sup> 主な改正点は以下の通り。第一に、在宅福祉サービスが居宅生活支援事業として社会福祉各法において明確に位置づけられた。第二に、福祉サービスに関する市町村の権限が強化された。第三に、市長村と都道府県は保健と福祉が一体となった老人保健福祉計画の策定を義務づけられた。同上, p. 192。

<sup>192</sup> 1986 年の第一次改正に続き再度高齢者の患者自己負担が増額された。他方、老人訪問看護制度が創設されるとともに、高齢者の介護に係る費用については公費負担が 3 割から 5 割に引き上げられたことで高齢者看護・介護対策が強化された。1990 年代初頭には国家財政の改善を背景とした一定の福祉改善努力が見られる。1991 年の第二次老人保健法改正については第 5 章で再度検討する。

<sup>193</sup> この他にも、看護・介護職者を確保するために 1990 年 8 月に厚生事務次官を本部長とする保健医療・福祉マンパワー対策本部が設置され、翌年にはその中間報告を受けて 8 月に「平成 4 年度保健医療・福祉マンパワー対策大綱」がまとめられた。田多前掲書, pp. 195-6。

<sup>194</sup> 介護保険法の成立過程については第 5 章で検討する。

<sup>195</sup> 『週刊社会保障』 1672, 1992.1.20, p. 33。



という偶然的要因によって高齢者福祉対策の充実が急遽政治的に推進されることになったことにも注意が必要であろう<sup>196</sup>。上述の通り、1980年代の終わりから1990年代の初めにかけて社会保障費が大きく伸びたが、これは自民党の選挙での敗北とバブル景気による税収の伸びによって一時的に可能になったものだった<sup>197</sup>。要するに、消費税実施に対する世論の不満をなだめるための策として高齢者福祉の充実が打ち出されたものの、1990年代以降の高齢化に備えるための社会保障（これには当然介護のみならず年金と医療が含まれる）の財源のあり方は不透明なままであった。

1990年に日本では従属人口比率（15歳未満の年少人口と65歳以上の老齢人口の和を15歳から64歳の生産年齢人口で除した値）が43.5%で底を打ち、それ以降子供の減少数が老齢人口の増加数を下回るようになって従属人口比率が上昇していく<sup>198</sup>。高齢化は労働力人口の減少と貯蓄率低下によって経済成長を阻害し、年金や医療費などの増大によって財政支出の拡大を招くことになる<sup>199</sup>。このため国家財政は逼迫する。高齢化対策に余裕を持って取り組む上では、従属人口比率が上昇していく人口オーナス期に入る時点（日仏は1990年代）で、「その後の膨大な高齢化費用を賄える財政的余裕をもつこと、少なくともその時期の財政的負債が少ない」か否かが重要である<sup>200</sup>。ところが、日本では1990年代までに福祉国家の財源改革を進めることができなかった。

1980年代前半の医療保険改革に見られたように、80年代には社会保障システムを維持するための財源は被用者保険から他の制度への財政移転に求められていた。経済が高成長を続け、雇用環境が安定している限りにおいては、社会保険料収入に依存することができた。政管健保では1981年度以来黒字が続き、1991年度には過去最高の黒字（約3,800億円）を計上している。また、1986年11月以降の好況によって税収も大きく伸びたことで、1990年度予算ではついに赤字国債依存からの脱却に成功した。このように1990年頃には国家財政や社会保障財政は一時的に健全性を確保することができた。自民党政権と第二臨調が目標にした通り、ヨーロッパ諸国に比べて租税・社会保障負担を低水準に保つこともできた（表1-6, p. 11）。しかしながら、企業業績が堅調であり、また従業員が企業に安定的に雇用

<sup>196</sup> こうして支出増が目指される一方、1990年度に予定されていた高齢者医療の自己負担増は見送られた。こうした自民党の財政均衡より選挙を優先する姿勢は90年代後半の政権復帰後にも見られる（以上、第5章で詳しく検討する）。

<sup>197</sup> また、支出の増加はとりわけ社会福祉分野で生じており、年金・医療など社会保険支出は相対的に抑制されていた。つまり、高齢者福祉（介護）というそれまで比較的小規模にとどまっていた分野の支出が増強された一方、年金・医療を含む高齢者向けの社会保障全般が強化されたとはいえない。

<sup>198</sup> 日本の従属人口比率は1950年の67.6%から1970年には45.3%へと急速に低下し、1990年に43.5%で底を打ってから2000年に46.6%、2010年に56.9%と近年急上昇している。他方、フランスでも90年代に入り従属人口比率が上昇に転じたが、1990年に51.5%、2010年に54.2%と上昇速度がより緩やかである。UN, *World Population Prospects : The 2012 Revision*, UN ホームページ < <http://esa.un.org/unpd/wpp/Excel-Data/population.htm> > 2014年3月22日閲覧。

<sup>199</sup> 大泉啓一郎, 2007, 『老いてゆくアジア：繁栄の構図が変わるとき』中公新書。

<sup>200</sup> 埋橋孝文, 2011, 『福祉政策の国際動向と日本の選択：ポスト「三つの世界」論』法律文化社, p. 67。

されることを前提とした福祉国家モデルは 1990 年代以降(とりわけ 90 年代末の不況以降)大きな試練に直面する<sup>201</sup>。社会保険料以外の重要な社会保障目的財源を整備しなかったことは 1990 年代以降の社会保障改革に影響を及ぼすことになる。

税率 3%と低率に設定された消費税の税収は限られ、日本の税収構造を大きく変えることもなかった<sup>202</sup>。導入から 8 年後の 1997 年に税率は 5%に引き上げられるが、この時も所得税などの減税とセットとされたため総税収は増大せず、また福祉支出の増額も限られた。1990 年代に入り低成長と少子高齢化が同時進行するなかで社会保障財源の確保は急務であったが、重要な改革は先送りされ、国家財政の赤字は再び急拡大していく。1990 年代に社会保障財源改革が進められたフランスとは対照的である。

次章では石油危機以降のフランスにおける医療保険改革と社会保障財源改革を検討していく。第五共和制のフランスでは行政府・与党の凝集性が高く、大統領・首相による行政府・与党に対するリーダーシップが確立されている。また、政令事項の範囲が広く、議会の権限が制度的に制約されている。こうした政治制度を背景として、石油危機以降のフランスでは医療保険財政健全化のために医療保険料の引き上げと患者自己負担の引き上げが政府によって迅速に決定されている。また、1980 年代には社会保険料に代わる新たな社会保障目的財源の検討も進められ、1990 年末に導入が決定される。

---

<sup>201</sup> 1990 年代には終身雇用と企業ベースの福祉、低水準の社会保障支出の組み合わせからなる日本の福祉国家モデルがゆらぐようになったという指摘は、宮本前掲書などによっても行われている。また、90 年代の不況期に国民年金や国民健康保険はとりわけ財政状況が悪化していく。

<sup>202</sup> Kato, *op. cit.*, p. 181.

## 第4章 石油危機以降 1980年代までのフランスの医療保険改革——相次ぐ財政再建計画

本章では第一次石油危機以降 1980年代までのフランスの医療保険政策の展開を検討する。日本に比べるとフランスでは総医療費の抑制に成功せず、社会保障負担の拡大を中心とした財政対策がとられてきた。

1970年代後半から社会保障財政再建のためのプランが各内閣によって打ち出されるようになり、それらは給付削減（入院定額負担金の導入・一部の薬剤の償還率引き下げ）と社会保険料などの社会保障負担の引き上げからなっていた。ミッテラン社会党政権は発足当初は社会保障費拡大路線をとるが、すぐに緊縮政策へと転じ、社会保障の財政均衡を重視するスタンスは左右両方の政権に共有されることとなった。

とはいえ、医療費抑制政策はあまり進展しなかった。バール内閣時代の 1980年には開業医に新たに超過料金請求を行うことが認められ（セクター2）、公的医療保険適用外の医療費増加が許されている。また、1981年のミッテラン政権の誕生は医療国営化をもたらさず、公立病院への総枠予算制の導入にとどまった。

他方、社会保障財源改革の面では 1980年代に入ると社会保険料を補完する財源として所得一般に賦課される定率の社会保障目的税が左翼・右翼両政権によって実験されるようになった。1970年代半ば以降の財政対策の中心は第2章 2-2. d.で予想されたように医療保険料の引き上げであったが、1990年末にはより賦課対象の広い一般社会保障税（CSG : *contribution sociale généralisée*）の導入へと至る<sup>1</sup>。

以上のような医療保険財政対策はフランスの行政府優位の政治構造を活かして迅速に決定された。前章で見てきたように、日本で消費税の導入や患者自己負担の導入が与党の反発によって先送りされたり骨抜きにされたりしたのとは対照的である。1990年代の初頭の段階でCSGという強力な財源確保の手段を手に入れたことでフランス政府は90年代の社会保障赤字の深刻化に対応することができた。

他方、医療費抑制政策に関しては 1984年から公立病院に総枠予算制が導入されたことを除けば、80年代を通じて構造的な対応は限られることになった。同時期の日本で診療報酬抑制と患者自己負担拡大による医療費抑制が進められ、医療保険に対する国庫負担や保険料負担が抑制されたのとは、政策展開が大きく異なっているといえよう。石油危機以降フランスでは社会保障負担が急増していった。

以下、4-1.では 1974年から 81年までの保守政権下での医療保険改革を、4-2.ではミッテ

---

<sup>1</sup> CSG は定率の社会保障目的所得税というユニークな税制であり、近年日本でも社会保険料以外に社会保障の安定財源を確保することが喫緊の課題となったことで再度注目が集まっている。例えば、以下を参照。柴田洋二郎, 2012, 「フランス社会保障財源の「租税化」(fiscalisation)——議論・帰結・展開」『海外社会保障研究 (特集: 社会保障における財源論——税と社会保険料の役割分担)』179, pp. 17-28; 佐藤主光, 2013, 「社会保険料を社会連帯税へ」『エコノミスト』2013.5.28, pp. 52-3。

ラン社会党政権（1981～86 年）とシラク保守内閣（1986～88 年）の医療保険改革を検討し、政策対応の基本が小規模な患者自己負担拡大と、医療保険料を中心とした財源拡大であったことを示す。4-3.では財政対策の中心であった財源の拡大に注目し、社会保険料の引き上げという初期の対応から、1990 年の CSG 導入までの経緯を検討する。

#### 4-1. 石油危機後の経済財政状況と政策対応——フランスの場合

1973 年の第一次石油危機の後でフランスでは社会保障制度の赤字化が進む<sup>2</sup>。医療保険金庫<sup>3</sup>は 1960 年代末から既に赤字基調であったが、1974 年には被用者一般制度の医療保険・年金・家族手当の三部門全てが赤字となった<sup>4</sup>。石油危機後の経済と労働市場の状況はフランスの社会保障財政を大きく悪化させた。ビスマルク型福祉国家であるフランスでは社会保障の財源に占める社会保険料の割合が大きい。ところが、第一次石油危機以降フランスでは賃金総額が停滞し、また失業の増加と若者・女性・高齢者の労働市場からの退出によって被保険者数が減少したことで社会保険料収入が伸び悩むようになる。他方でそれまでの社会保障改革による給付水準・対象の拡大や、高齢化・失業の増加などの経済社会状況の変化は社会保障費を増加させた。このため社会保障制度の収入と支出の乖離が生じ赤字が増加していった。

<表 4-1 全国被用者医療保険金庫（CNAMTS）の収支（100 万フラン）、1970～1999 年>

1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979
- 442	- 431	- 2 021	- 2 029	- 2 742	- 6 323	- 3 855	2 935	- 5 521	- 289
1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989
8577	- 2 889	5 377	13 048	7 520	15 204	- 5 089	7 830	5 409	732
1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
- 6 791	- 2 578	- 4 228	- 27 614	- 31 502	- 38 594	- 35 724	- 14 141	- 14 355	- 8 292

出典：Palier, *op. cit.*, p. 171 Tableau 5. 1.より医療保険部分を抜粋。

かくして社会保障政策の中心課題は給付の改善から赤字への対応に変化し、1975 年以降

<sup>2</sup> 第一次石油危機後のフランスにおける社会保障政策については以下を参考にした。Marie-Thérèse Join-Lambert (et al.), 1997, *Politiques sociales* (2<sup>e</sup> éd.), Paris : Presses de la Fondation nationale des sciences politiques et Dalloz, chap. 12 ; Bruno Palier, 2005, *Gouverner la sécurité sociale. Les réformes du système français de protection sociale depuis 1945*, Paris : Presses Universitaires de France, « Quadrige », chap. 4.

<sup>3</sup> 以下で医療保険金庫と記述する場合、一般制度の全国被用者医療保険金庫（CNAMTS : Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés）のことを指す。

<sup>4</sup> Palier, *op. cit.*, p. 171.

毎年のように政府は社会保障財政を再建するための計画を発表するようになる<sup>5</sup>。これらの計画は一方での社会保険料率の引き上げや賦課対象の拡大（財源拡大）と、他方での給付水準の引き下げや給付対象の縮小（支出削減）からなっている。いいかえれば、1970年代後半から1980年代までの社会保障改革は既存の社会保障制度のデザインを前提とした上でのパラメーターの変更が主たるものであり、構造的な改革は少数である。医療保険についても、1983年に公立病院への総枠予算制の導入が決まったことを除けば、保険料の引き上げと自己負担の拡大による赤字対策が繰り返された。1980年代まではとりわけ社会保険料負担の引き上げによる対応が顕著である。この章では第一次石油危機から1980年代にかけてのフランスの医療保険改革の特徴を日本との異同に注意しながら明らかにしていく。

第一次石油危機後のフランスにおける経済・社会政策は1980年代の初めまで内閣の交代にともないケインズ主義的な景気浮揚路線とマネタリスト的な緊縮路線との間を行きつ戻りつする。すなわち、第一次石油危機直後の段階ではシラク内閣（1974～76年）はケインズ主義的な景気浮揚策をとるが、バール内閣（1976～81年）が成立すると緊縮政策が採用され社会保障費の抑制が始まる。その後、1981年に成立した社会党と共産党からなるモーロワ内閣（1981～84年）の初期においては社会主義の実験が行われるが、1983年には緊縮政策への転換が決定的となり、それ以降フランスでは左右の政権間に経済・社会政策に関する一定の収斂が見られるようになる。国際的な政治・経済戦略の基本方針が欧州統合の推進と競争的ディスインフレ政策（物価と賃金を抑えることでフランス企業の国際競争力を高めようとする政策）となり、こうした方針との関連で社会政策の位置づけも変化していく。ケインズ主義的なマクロ経済政策の観点からは社会保障支出の増加は需要の拡大によって経済成長を支えるものとなるが、こうした発想はシラク、モーロワ両内閣の失敗によって説得力を失ってしまった<sup>6</sup>。マクロ経済政策の基本はインフレを抑制することになり、政府・経営者団体にとって社会保険料は労働コストを押し上げる要因とみなされた。1980年代には社会保険料負担の引き上げが続けられるものの、それに代わる新たな社会保障財源を確保することが政権を超えた政策課題となった。

#### a. シラク内閣（1974～76年）の医療・社会保障政策

1974年にヴァレリー・ジスカル＝デスタン（Valéry Giscard d'Estaing）新大統領によって首相に任命されたジャック・シラク（Jacques Chirac）は伝統的な景気浮揚策をとった。同年以降の社会保障制度の赤字化は経済状況の悪化に起因するだけではなく、シラク内閣

<sup>5</sup> *Ibid.*, p. 170.

<sup>6</sup> *Ibid.*, p. 174. OECDの『福祉国家の危機』はこのように経済政策と社会政策の調和が困難になったことを問題にしている。OECD, 1981, *The Welfare State in Crisis*, Paris: OECD (=1983, 厚生省大臣官房政策課調査室ほか監訳『福祉国家の危機：経済・社会・労働の活路を求めて』ぎょうせい)。また、福祉国家が非効率な官僚機構となった結果、かえって社会連帯を阻害しているという左派からの福祉国家批判も見られた。フランスの知識人による福祉国家批判の代表的文献として以下を参照。Pierre Rosanvallon, 1992 [1981], *La crise de l'État-providence*, Paris: Seuil, « Points ».

による社会保障支出増額の帰結でもあった。首相就任直後の1974年6月にシラクは新内閣の社会政策を発表し、最低賃金・家族手当・最低年金などが増額された<sup>7</sup>。翌年にも年金の増額や成人障害者手当（AAH : Allocation adulte handicapé）の創設などが行われ、他方で社会保障の赤字化に対処するために医療保険料と年金保険料の引き上げが決まる。このようにシラク内閣の社会保障政策は基本的に拡張志向であり、給付改善と保険料引き上げが行われた。この他にも社会保障制度の適用対象の拡大や失業手当の改善、大量解雇の規制なども行われている。

しかし、そうした政策によって経済財政状況は好転しなかった。1975年は不況の底であり、GDP成長率はマイナスとなり、政府の財政収支もマイナスとなった<sup>8</sup>。失業者数は100万人に達し、1975年の年末にはCGT、CFDTと左翼政党が失業と物価高に抗議する運動を繰り広げ、翌年3月には大規模なストによって公共サービスが麻痺してしまう<sup>9</sup>。シラクはジスカール＝デスタン大統領と緊縮政策の実施（これはドゴール派の支持基盤である農民・商店主・中小企業に打撃を与える）や外交路線をめぐって対立を深め、1976年8月に辞任する<sup>10</sup>。

#### b. バール内閣（1976～81年）の医療・社会保障政策

続くレイモン・バール（Raymond Barre）内閣ではシラク派が一掃され、経済学者でもある首相が経済・財務相を兼任することでマネタリズム的な緊縮政策への転換が明白となった。石油危機以降、先進諸国ではインフレと不況が同時進行するスタグフレーションという新たな状況、失業の増加、貿易収支の悪化、財政赤字の増大といった問題への対処が求められるようになった。そしてこの状況を打開するための方法論として新自由主義や「小さな政府」を目指す議論が様々な国で台頭していった。バール内閣はフランスにおける新自由主義的経済政策の端緒を開いた<sup>11</sup>。1976年9月にはインフレ抑制・貿易収支改善・財政赤字克服を目標とする最初の緊縮政策（バール・プラン）が閣議決定された。とくに貿易収支の改善が重視され、企業の生産が回復することで雇用も回復するという経済認識が見られる<sup>12</sup>。具体的には、物価と公共料金の凍結、自動車・ガソリン税の増税、そして社会保障赤字縮小のための社会保険料引き上げなどが含まれていた。さらに、労働組合との合意

<sup>7</sup> 詳細は以下を見よ。Palier, *op. cit.*, p. 176.

<sup>8</sup> シラク内閣からモーロワ内閣までの期間のフランスの経済（政策）については以下が詳しい。葉山滉, 1991, 『現代フランス経済論』日本評論社。

<sup>9</sup> Palier, *op. cit.*, pp. 176-7.

<sup>10</sup> この後、シラクはドゴール派政党UDR（Union des démocrates pour la République：共和国民主連合）を乗っ取りRPR（Rassemblement pour la République：共和国連合）へと改組し、党内での権力の集中化を進めるのである（第2章2-3.b.）。

<sup>11</sup> 大嶽秀夫, 1996, 「フランスにおけるネオ・リベラル合意の形成——日本との比較の試み」『法學論叢』140(1/2), pp. 25-57 参照。

<sup>12</sup> 渡邊啓貴, 1998, 『フランス現代史』中公新書, p. 195。

形成をせずに賃金抑制政策が決められ、翌月にはプランに反対するため労組と左翼政党による大規模なストが再び組織されている<sup>13</sup>。

翌 1977 年 4 月にはシモーヌ・ヴェイユ (Simone Veil) 医療・社会保障大臣が社会保障財政がさらに悪化するとの予測に基づき、いくつかの社会保険料と患者自己負担額の引き上げ (入院定額負担金の導入と一部の薬剤の償還率の引き下げ) を含むヴェイユ・プランを発表する<sup>14</sup>。しかし、その後予想ほどに赤字が大規模なものではないことが判明し、労組による激しい抗議を招くことになった。

ブルーノ・パリエはこれを財政状況の悪化を強調することで施策の必要性を正当化するという政府の手法がとられた最初のケースの一つとしている<sup>15</sup>。CGT、FO などの労組は本来国家が租税を用いて実施すべき給付に社会保険料が用いられているという「不当な負担 (charges indues)」<sup>16</sup>のせいで社会保険制度の赤字が生じていると主張し、社会保障金庫、つまり自分たち労働者の代表をバイパスして社会保険料引き上げを決めようとする政府のあり方を非難していた。これらの労働組合は、政府は社会保障制度を解体しようとしており、自分たちこそが社会保障制度の守護者であるという対立図式を構築するようになる<sup>17</sup>。

1978 年にはヴェイユ大臣によって再び医療保険料と入院費用の引き上げからなる財政再建プランが発表され、翌年にはジャック・バロ (Jacques Barrot) 新大臣によってさらに厳しいプランが発表された。バロ・プランには医療保険料の一時的な引き上げ、退職者からの医療保険料の徴収、公立病院予算の凍結、予定されていた医師の診療報酬引き上げの取り消し、共済組合に対する保険免責制の導入<sup>18</sup>などが含まれていた。

また、社会保障制度の財政状況の透明化とより堅実な根拠に基づいた社会保障政策の現のために、1979 年 3 月に社会保障会計委員会 (Commission des comptes de la Sécurité sociale) が設置された<sup>19</sup>。このことも社会保障政策の中心課題が財政健全性の維持に移行したことを示している。社会保障担当大臣や社会問題省にとっての主要な論点は連帯や社会正義から財政均衡へと変化していった<sup>20</sup>。

<sup>13</sup> Pascal Beau (dir.), 1995, *L'œuvre collective : 50 ans de la sécurité sociale*, Paris : Observatoire européen de la protection sociale, p. 99.

<sup>14</sup> 石油危機以降発表された「～プラン」と通称される社会保障財政再建計画の内容は以下の文献のなかでまとめられている。藤井良治, 1997, 「フランスにおける医療費適正化政策」『海外社会保障情報』120, pp. 15-31 ; Palier, *op. cit.*, pp. 435-54.

<sup>15</sup> Palier, *op. cit.*, p. 177. 「社会保障の赤字 (trou de la Sécu)」がメディアによってとりあげられフランスの社会保障改革論議の中心を占めるようになったことを批判的に分析した研究として以下を参照。Julien Duval, 2007, *Le mythe du « trou de la sécu »*, Paris : Raison d'agir.

<sup>16</sup> Franz Masnago, 1978, « Les charges indues », *Droit social*, 9/10, pp. 116-27.

<sup>17</sup> Palier, *op. cit.*, p. 183.

<sup>18</sup> 共済組合による給付の対象を制限し、患者負担額を増やそうとした結果、共済組合は大統領府に抗議の葉書を 700 万通送り、社会党政権が成立した 1981 年にこの制度の導入は撤回されている。Palier, *op. cit.*, pp. 436-7. 保険免責制は 2004 年の医療保険改革の際に改めて導入が決定される (第 8 章)。

<sup>19</sup> 社会保障担当大臣が主催し、上下院議員・官僚・社会保障金庫・労働組合代表が参加する。Palier, *op. cit.*, pp. 177-8.

<sup>20</sup> 社会問題省内では社会的公正に関心のある人々は社会保険を扱う社会保障局 (direction de la

## セクター2 の導入

1979 年には一般制度全体の収支は辛うじて均衡し、1980 年には医療保険を中心に一般制度は大幅な黒字となった（表 4-1）。翌年に大統領選挙を控えていることもあり、この年には新たな財政再建計画は発表されていない。ただし、医療保険の分野では重要な変化が生じている。第三次全国協約によってセクター2 という新たな協約医のカテゴリーが導入され、この仕組みを利用する専門医や私立病院長には公定料金に制約されずに患者に料金を請求することが認められることになった（第2章 2-2.参照）。公定料金を上回る超過請求部分は患者が自分で負担するか、共済組合などの私保険（補足医療保険）によって負担される。バール政権は診療報酬凍結・総枠予算制導入によって医療保険給付の伸びを抑えようとしていたが、セクター2 を利用すれば医師には公定料金に対して超過料金を請求することで収入を増やす道が残される。そして、社会保障金庫としては超過料金部分を負担する必要がない。つまり、医療保険金庫（労使）と医師組合は新たな医療費負担を外部的化することで妥協したのである。この妥協は公的な医療保険給付以外の私的医療費を含む総医療費を抑制する上で大きな障害となっていく。また、セクター2 の導入は医師の内部に事実上専門医と一般医の格差を認めたということであり、医師の世界での内部利立を助長することになる。専門医の医師組合である FMF（*Fédération des médecins de France*：フランス医師連盟）はセクター2 を導入する全国協約に署名したが、一般医・専門医双方からなる CSMF（*Confédération des syndicats médicaux français*：フランス医師組合連合）はセクター2 が「貧富2通りの医療（*médecine à deux vitesses*）」を生むものとして反対していた<sup>21</sup>。なお、総枠予算制は実施されぬまま 1985 年の第四次全国協約で廃止された。

以上を要約すると、バール内閣の緊縮政策のなかでは社会保障についても財政赤字の縮小が主要な政策課題となった。1979 年には社会保障会計委員会が設置されたことも、こうした政策目標の変化を表している。目標実現のための手段は社会保険料の引き上げ（1976 年から 1979 年まで毎年なんらかの形で引き上げが決まっている）と、医療費の抑制（患者自己負担の拡大・診療報酬の抑制）であった。小幅な給付削減が行われるようになったものの、保険料の引き上げという財源拡大と同時並行的に行われていることに注意が必要である。第一次石油危機以降、日本では 1970 年代末まで与党が給付削減と増税に抵抗したことで財政再建のための諸改革は先送りされ、1980 年代に入り患者自己負担拡大と診療報酬抑制を医師会との政治的妥協によってなんとか実現し、これによって社会保障負担の拡大

---

Sécurité sociale) から公的扶助などを扱う社会援護局 (direction de l'Action sociale) へと移るようになったという。Patrick Hassenteufel (dir.), 1999, *L'émergence d'une "élite du Welfare"? Sociologie des sommets de l'État en interaction. Le cas des politiques de protection maladie et en matière de prestations familiales (1981-1997)*, Rapport de recherche pour la MIRE, p. 81.

<sup>21</sup> 藤井良治, 1996, 『現代フランスの社会保障』東京大学出版会, p. 44. 藤井は、医療保険金庫と政府に、あえて高い料金を請求する医師を患者は選ばないだろうと期待があったとみている。ところが、セクター2 を選ぶ医師は増加し、1990 年には開業医の 32% がセクター2 に属していた（都市部の医師や専門医に多い）。Jean-Claude Barbier et Bruno Théret, 2009, *Le système français de protection sociale*, Paris : La Découverte, p. 70 Tableau 12.



が回避された。これに対してフランスでは 1970 年代後半以降政府の社会保障財政再建改革によって行政府主導で自己負担増・保険料負担増の両面から機動的に財政対策がとられている。

他方、医師に対する報酬に関しては 80 年代以降の日本とは逆にコントロールが弱められている。患者負担・保険料負担の引き上げは既存の制度的な枠組みを前提とした上での変化に過ぎず、バール内閣期の医療保険分野で最も重要な変化はセクター2 の導入、すなわち一部の医師への超過料金請求権の容認であった。この措置がとられたことによってその後の総医療費の抑制が困難になってしまい、異なる医師組合の間での意見の対立も（再び）表面化した。このため後の政権にとっては医療費を抑制するための個々の施策を導入するだけでなく、アクター間の関係自体を改革することが重要な課題となっていく。この点、自民党と大蔵省・厚生省が診療報酬改定を通じた医療費抑制政策について日本医師会と長期的に妥協を形成してきたのとは大きく事情が異なっている。フランスでは競合関係にある医師組合のいずれかが協約に合意しても別の組合が反対運動や訴訟を起こすため、医療費抑制に関する妥協を保険者側と診療側で形成することが困難なのである。患者自己負担や社会保険負担の増大については政府主導で迅速に決定がなされる一方で、社会のレベルでは労使と医師組合の妥協形成が難航するということになる。

最後に政権交代直前の 1980 年の時点での経済社会状況を確認しておこう。1980 年には医療保険金庫の収支は大幅な黒字となった（表 4-1）。同年には一般政府の財政収支もマイナス 0.3% とほぼ均衡していた（巻末資料・表 5）。他方、失業者数は増加し続け、1975 年に 3.4% だった失業率は 1980 年には 5.3% に達した<sup>22</sup>。1970 年代後半には経済成長率は回復したものの、70 年代末には物価上昇率が再び 10% を超え、1980 年に入ると貿易収支も悪化した。つまり、国家財政は健全化に向かったが、経済社会情勢の先行きは不透明であった。バール内閣は緊縮政策へと舵を切ったが、1981 年に社会党を中心とする左翼政権が誕生し、再度ケインズ主義的景気浮揚策が採用されることになる。

## 4-2. 1980 年代のフランスの医療保険改革

### a. ミッテラン社会党政権（1981～86 年）の医療保険改革

#### 社会主義の実験と社会保障給付の拡大

1981 年 5 月に社会党のフランソワ・ミッテラン（François Mitterrand）が大統領に選出されると社会保障担当大臣（当時の名称は国民連帯大臣）には CERES のニコル・ケスチオー（Nicole Questiaux）が任命された。新政権の社会政策は給付改善型であり、年金の支給開始

<sup>22</sup> INSEE, *Enquêtes Emploi 1975-2012, séries longues*, INSEE ホームページ < [http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg\\_id=0&ref\\_id=NATnon03337](http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATnon03337) > 2014 年 3 月 27 日閲覧。

年齢の 65 歳から 60 歳への引き下げ（1983 年 4 月から実施）や最低年金の増額（1981 年 7 月に 20%引き上げ）などが打ち出された。また、1982 年の 12 月には社会保障金庫の理事会における労使代表の構成割合が 5 対 2 とされ、1967 年以来の労使同数制が改められるとともに、労使代表を選出する選挙が再導入された。

ケスチオー大臣は記者会見の場で財政均衡自体が社会保障の目的ではないこと、自分は会計担当大臣ではないことをうったえ、前政権との違いをアピールしていた<sup>23</sup>。とはいえ、給付の改善と経済状況から再び社会保障制度の赤字が発生することが予想され、夏にはピエール・モーロワ（Pierre Mauroy）首相はケスチオーに財源調達計画の作成を命じる。11 月に発表されたケスチオー・プランは医療保険料の引き上げを中心として自動車保険に対する課税の強化と国庫補助の投入などからなっていた<sup>24</sup>。

経済政策として社会党政権は国有化の拡大<sup>25</sup>、最低賃金の引き上げ、有給休暇の延長、公務員の増員などの施策を実施し、購買力の増大による経済と雇用の回復を図ったのだが、周知のようにこの実験は失敗に終わった。購買力の増加は輸入品に向けられ国内の経済活動の再建には結びつかなかった。財政赤字の拡大、経常収支の悪化、フランの価値の下落、資本の国外逃避、インフレ、失業の増大などが生じ、かえって経済状況は悪化した。

当時社会党内には経済政策をめぐる二つの立場が存在していた。党内左派 CERES の代表であるシュヴェーヌマン（Jean-Pierre Chevènement）はヨーロッパ通貨制度（EMS : European Monetary System）からの離脱と景気浮揚策の実施を主張し、ドロール（Jacques Delors）やファビウス（Laurent Fabius）らは EMS 残留と欧州統合のなかでのフランス企業の国際競争力強化・企業の社会保障負担抑制を主張していた<sup>26</sup>。勝利を収めたのは後者であり、1983 年 3 月には EMS 残留が決定され経済政策の U ターンが明確化されるのだが<sup>27</sup>、1982 年の段階で既に緊縮政策がとられはじめている。

## 緊縮政策への転換

1982 年 6 月にケスチオーに代えてピエール・ベレゴヴォワ（Pierre Bérégovoy）が社会保障担当大臣に任命され、ドロール経済・財務大臣が強く要求していた緊縮政策を社会保障

---

<sup>23</sup> Palier, *op. cit.*, p. 179 ; David Wilsford, 1991, *Doctors and the State : the Politics of Health Care in France and the United States*, Durham ; London : Duke University Press, p. 141.

<sup>24</sup> Palier, *op. cit.*, p. 437.

<sup>25</sup> ローヌ・プーラン（Rhône-Poulenc）など大手製薬企業の国有化も進められ、薬価がインフレ率以下に抑制された。とはいえ、医療国営化までは行われず「自由医療（médecine libérale）」の原則（第 2 章 2-1 c.参照）は維持された。公立病院における私的診療の廃止は不徹底なものに終わり、医師会を廃止するという案も撤回されている。Wilsford, *op. cit.*, pp. 141-6.

<sup>26</sup> 畑山敏夫, 2012, 『フランス緑の党とニュー・ポリティクス：近代社会を超えて緑の社会へ』吉田書店, p. 164.

<sup>27</sup> このプロセスを研究した吉田徹はミッテラン政権の U ターンを「20 世紀最後の体制的闘争」の「敗北」としている。吉田徹, 2008, 『ミッテラン社会党の転換：社会主義から欧州統合へ』法政大学出版局, p. iv.

部門で実施することになった<sup>28</sup>。ベレゴヴォワはそれまでミッテランの大統領府事務総長を務めていた大統領の腹心であり、毎週火曜の会合にミッテラン大統領、モーロワ首相、ドロール財務相、ジョスパン（Lionel Jospin）社会党第一書記らとともに参加し、政府執行部で一丸となって緊縮政策の実現に取り組んでいく<sup>29</sup>。7月には物価と賃金の凍結が決定され、社会保障部門では節約のためにケスチオーによって予定されていた家族手当や住宅手当の増額が延期されることになった<sup>30</sup>。その後、11月のベレゴヴォワ・プランでは財源拡大策として所得に対する1%の定率課税（*contribution de solidarité*）、タバコ・アルコール・医薬品の広告への課税が、支出削減策として患者自己負担の引き上げ（20フランの入院定額負担金、一部医薬品の償還率の70%から40%への引き下げ）と病院への総枠予算制の導入などが発表された<sup>31</sup>。「社会進歩は良好な経済運営と不可分である」というのがベレゴヴォワの言い分であり、ケスチオーとは反対に会計担当大臣を自認するほどであった<sup>32</sup>。しかし、労組は年金支給開始年齢引き下げとそのための国庫補助を勝ち取っており、これらの施策に対して反対運動を組織しなかった。

1983年の10月には1962年以来行われていなかった社会保障金庫の代表を選ぶ選挙が実施された<sup>33</sup>。争点となったのは社会保障の赤字であり、経営者団体（および官僚）が保険料の引き上げには限度があり、費用抑制と別の財源が必要であるとうったえ、労組の側では本来税金で実施すべき無保険者への医療保険給付や最低所得保障給付などの無拠出制給付を国が負担すれば、社会保険制度の赤字は解消とするとして、「不当な負担」問題の解決を求めた。こうした議論を受けて1984年に失業保険給付と税財源の失業手当の分離が行われるが<sup>34</sup>、1980年代いっぱい各内閣は（とくに被用者の）保険料負担の引き上げとタバコ税のような新たな税財源の導入を繰り返すことで財源問題に対処していく。

1984年にファビウス内閣が組閣されるとベレゴヴォワは社会保障担当大臣から経済・財務大臣に昇格し、後任には家族担当閣外大臣であったジョルジーナ・デュフォワ（Georgina Dufoix）が就いた。医療保険制度は1982年以来黒字基調だったが（表4-1）、1984年には節約策としていくつかの診療行為の係数が引き下げられ、翌年にも一部医薬品の償還率が70%から40%に引き下げられている。

ミッテラン政権の医療保険政策のうち、財源の拡大という面から注目されるのはベレゴ

<sup>28</sup> 以下、本項の経緯記述は主に、Palier, *op. cit.*, pp. 179-81 に依拠している。

<sup>29</sup> Hassenteufel (dir.), *op. cit.*, p. 189.

<sup>30</sup> この緊急措置はドロール経済・財務相が内閣改造に先立ってモーロワ首相と合意していたものであり、「実質的にはドロール・プラン」であった。ベレゴヴォワの官房長もドロールによって推薦された人物であった。Ibid., p. 189.

<sup>31</sup> 1983年3月にも薬価引き上げの延期や病院医療費の抑制などの節約策が発表された。Palier, *op. cit.*, pp. 437-9.

<sup>32</sup> Ibid., p. 180.

<sup>33</sup> 最も得票が多かったのはCGTであり、これにFO、CFDT、CGC、CFTCが続いた。Ibid., p. 180 note 3.

<sup>34</sup> 失業保険の受給期間が切れた者に対する税財源の失業扶助として特別連帯手当（ASS : Allocation de solidarité spécifique）が導入された。

ヴォワ・プランによってタバコ・アルコールなど特定の財に対する課税の税収が医療保険の費用に充てられるようになったこと、また賃金以外の所得に対しても社会保障目的の課税（1%の定率課税）が時限的にだが行われるようになったことである。こうした財源対策はシラク保守内閣によっても受け継がれることになる。社会保障目的の所得課税はロカル内閣によって一般社会保障税（CSG）として改めて制度化され、やがて社会保障財源の切り札となっていく。

### 公立病院への総枠予算制の導入

他方、ミッテラン政権の医療費抑制政策の目玉は公立病院への総枠予算制の導入である<sup>35</sup>。18 世紀来、フランスの病院の費用は日額方式（*tarif journalier*）によって賄われてきた。戦後、1953 年 3 月 28 日のデクレによって病院の建設費・設備費は医療保険金庫と国庫が負担し、スタッフの給与と運営費用は患者の入院日数に応じて医療保険金庫が病院に支払うことになった。一種の出来高払い制がとられていたといえよう。この仕組みの下では病院の収入を増やすためには多くの患者が長く病院に留まるようにすればよいと、費用が節約されにくい。このため医療費抑制が政府の優先課題となると日額方式の見直しが始まった。総入院日数に応じた事後的な支払い方式から事前に予算総額を決定する方式への転換が目指されたのである。1980 年代前半の当時、病院医療費は医療費全体の半分以上を超えており、病院医療費の大半は公立病院のものであったため、公立病院の医療費を抑制することはとりわけ重要な課題であった<sup>36</sup>。

総枠予算制はバール内閣時代の 1977 年、78 年に既に実験されていた<sup>37</sup>。社会党政権の目標はこれを公立病院一般に定着させることであった。本論文で扱う多くの他の医療制度改革とは異なり、公立病院の改革はスムーズに実現に至った。1982 年 6 月にベレゴヴォワが社会保障担当大臣に就任してから、財政再建計画の内容は大臣官房の官僚たちによって考案され、病院局長であったジャン・ド・ケルヴァスドゥエ（Jean de Kervasdoué）と協力しつつ病院改革案が練り上げられていった<sup>38</sup>。彼も政権交代以前から日額方式の修正に積極的であり、やがては病院の活動の実態に合わせた予算を保障することを目指していた<sup>39</sup>。11 月のベレゴヴォワ・プランで 1984 年からの予算制導入が発表される。翌 1983 年 1 月に総枠予算制を一般化する法案は早々と可決され、詳細はデクレと省令で規定することになっ

<sup>35</sup> 以下の公立病院改革に関する記述は主に Wilsford, *op.cit.*, pp. 162-7 に依拠している。

<sup>36</sup> 1985 年 1 月現在で、フランスの公立病院数は 1,058、私立病院数は 2,572 と施設数では私立の方が多いが、病床数は公立病院のものが約 51 万床、私立病院のものが約 21 万床であり、総予算も公立約 1,390 億フラン、私立約 510 億フランと公立の方が大規模であった。*Ibid.*, pp. 163-4 Table 6. 1., Table 6. 2. こうした構図は現在も変わっていない。なお、私立病院部門では各病院が医療保険金庫と交渉することで医療保険給付費の支払いが行われてきた。私立病院部門における医療保険給付の仕組みが改革されるのは 1990 年代に入ってからである。

<sup>37</sup> その他の社会党政権の医療制度改革もジスカール政権に起源を持つものが多い。*Ibid.*, p. 180.

<sup>38</sup> Hassenteufel (dir.), *op. cit.*, pp. 193-4.

<sup>39</sup> *Ibid.* ; Jean de Kervasdoué, 2004, *L'hôpital*, Paris : Presses Universitaires de France, « Que sais-je ? ».

た。大臣による費用抑制実現に向けた強い後押しを受けつつ、予算制の導入は当初案の練り上げから最終的な法制化まで官僚主導で実現しようとしていた。一方、予算制の導入に対する主な反対勢力は公立病院長たちであった。公立病院長の組合はデクレの試案に対してコスト抑制の厳しさから反発し、公立病院が被るであろう財政的影響をうったえるべく下院議員たちに投書キャンペーンを行った。しかしながら、予算制導入が政府の重要政策として位置づけられており、かつ社会党が単独で下院の過半数を保有している状況下において、改革案を覆すことは困難であった。改革案は貫徹され、1983年8月12日に当初案に沿った形でデクレが官報に掲載された。

労使と医師組合が合意しなければ報酬に関する決定を行うことができない開業医部門とは異なり、国家行政機構の末端である公立病院の改革は行政府主導で実現された。これによって公立病院の医療費の伸びは確実に抑制され、インフレ率を大きく下回るようになった<sup>40</sup>。シラク内閣もこの仕組みを利用してさらに予算の伸び率を抑えた。ただし、病院長や病院の医師たちは予算の不足が医療の進歩を阻み、高額な治療の実施を困難にするとして不満を強めていった。このように医療の質の低下が懸念されたことに加えて、予算の設定が過去の実績に基づいていたため、病院間・地域間の格差を固定化するという問題も指摘された<sup>41</sup>。1990年代にはより合理的な予算配分を実現することでこれらの副作用を解消することが課題となる。また、私立病院（cliniques）部門には総枠予算制が適用されず、開業医部門の医療費抑制も課題として残った。

#### b. シラク内閣（1986～88年）の福祉削減と抵抗運動

1986年3月の総選挙に際してRPRは社会党に対抗するべく民営化路線・新自由主義路線を明確に打ち出し、社会保障についても法定給付の縮小や積立方式の年金の導入をうたった。しかし、実際のシラク内閣の社会保障政策は社会党政権時代のものとは大きく変わらなかった<sup>42</sup>。公立病院の総枠予算制は維持され、1987年度の予算総額の伸びは1.9%まで抑え

---

<sup>40</sup> 公立病院の予算総額の伸び率は1981年に14%、82年に13.4%、83年に9%、84年に6.6%、85年に5%、86年に3.4%と一貫して減少している。Ministère des Affaires sociales, 1985, *Informations hospitalières*, décembre cited in Wilsford, *op. cit.*, p. 317 note 2. なお、各病院は年度中に医療保険金庫に対して特別なプロジェクトや予期せぬ支出を事由として追加予算を要求することができるが、医療保険金庫は政府に費用抑制を厳命されており、例外措置は容易に認められなかった。Wilsford, *op. cit.*, pp. 165-6. また、1982年をピークとして病院の病床数は減少に転じた。松本由美, 2012, 『フランスの医療保障システムの歴史的変容』早稲田大学モノグラフ, p. 304.

<sup>41</sup> Barbier et Théret, *op. cit.*, p. 70.

<sup>42</sup> 1970年代以降のフランスの自由主義者たちは福祉国家が社会連帯を有効に実現できていないことを批判するとしても、社会保障制度の解体を主張したわけではなかった。また、社会主義政権への熱狂が冷めたからといって世論が社会保障制度の廃止を望むようになったわけでもなかった。Suzanne Berger, 1987, “Liberalism reborn : the new liberal synthesis in France,” Jolyon Howorth and George Ross (eds.), *Contemporary France : A Review of Interdisciplinary Studies*, vol. 1, pp. 84-108. 世論の動向については本文で後述する。

込まれた<sup>43</sup>。1970年代以来の医療学部定員の削減も続けられた。医療保険部門では引き続き医療費抑制と財政均衡が重視され、新自由主義的な政策、あるいは社会党政権とは異なる政策といえ、公立病院内での私的診療を復活させたことくらいである<sup>44</sup>。

総選挙で医師組合 CSMF は RPR を支持し、新内閣の医療担当の副大臣として、RPR の医療政策の責任者を務めてきた婦人科医であるミシェル・バルザック (Michèle Barzach) が任命されたことを歓迎した<sup>45</sup>。ところが、6月に CSMF がパリで開催した「自由医療に関する会議 (Congrès de la médecine libérale)」に招かれたバルザックが発表した施策は医療保険の給付範囲の改善、医師に対する優遇税制、医学部定員抑制などであり、肝心の診療報酬引き上げについては明言を避けた。会議の参加者はパリ市長を兼任していたシラクに市庁舎に招かれたが、そこでシラクは医療費抑制政策の継続と、もし診療報酬引き上げる場合にはその後半年間にわたって医師のサービス量をコントロールすると明言し、参加した医師たちの罵声を浴びた。

CSMF と FMF は保守内閣の医療費抑制政策にできる限り協力することで合意するが、自分たち開業医が医療費上昇のスケープゴートにされることに不満だった。CSMF の医師たちは医療費の増加は医師のせいではなく医療保険金庫 (労使) と医療技術の進歩のせいであると考えていた。FMF も医療費抑制策がプロフェッショナル・フリーダムを侵害することには断固反対だった。

政府に促された全国被用者医療保険金庫 (CNAMTS) は各県の初級金庫に医師組合と協力して医療費の評価を行うよう要請し、医師と金庫とで医療費の伸びの抑制と「賢い治療の利用 (bon usage des soins)」についてキャンペーンを行うことになるが、医師組合は協力の見返りとして診察料の引き上げを要求する。結局、1986年12月に一般医の診察料は75フランから80フランに引き上げられた。診療報酬に関する金庫と両医師組合との交渉は数か月に及んだが、政府もこれを承認した。CSMF と FMF の代表は十分に満足 of いく結果ではないとしながらも、診療という知的行為の評価が高まったことを喜んだ。翌年6月には一般医の診察料は85フランへと再度引き上げられ、専門医の診察料も同年の4月に110フランから118フランに、9月には125フランに引き上げられた。

医師の診察料の引き上げは容認したものの、シラク内閣は前政権の医療費抑制路線を基本的に踏襲した。次に保守内閣の社会保障財政再建計画の内容を見てみよう。

シラク内閣ではフィリップ・セガン (Philippe Séguin) が社会保障担当大臣に任命された (バルザックは彼の副大臣として医療・家族問題を担当していた)。社会党のベレゴヴォワのようにセガンもまた会計担当大臣を自認し、社会保障制度は破綻寸前であると誇張する手法を用いて財政再建計画を正当化しようとした<sup>46</sup>。1986年の7月にセガンは財源拡大策と

<sup>43</sup> Wilsford, *op. cit.*, p. 167.

<sup>44</sup> その他、病院の食事や洗濯が民間委託された。 *Ibid.*, p. 151.

<sup>45</sup> この頁の診察料引き上げに至る経緯については、以下に依拠した。 *Ibid.*, pp. 146-8.

<sup>46</sup> Palier, *op. cit.*, pp. 182-3.

して被保険者の年金保険料の 5.7%から 6.4%への引き上げに加えて、1983 年にベレゴヴォワが導入した全ての所得に課される社会保障税（1985 年に廃止）を税率 0.4%で 1 年間に限り復活させること、また資本所得に対しても 1%の徴収を行うことを決めた<sup>47</sup>。さらに、同年末には医療保険支出の合理化計画、いわゆるセガン・プランを発表した。このプランは入院時の定額負担金の 25 フランへ増額やビタミン剤の保険適用除外などの節約策からなっているが、最も大きな財政的効果が見込まれたのは、長期にわたる疾患の場合に患者負担を 100%免除してきた仕組みの見直しであった。フランスには日本の高額療養費制度<sup>48</sup>に当たる仕組みはないが、糖尿病などの長期にわたる治療を必要とする一定数の疾患（ALD : *affection de longue durée*）については患者負担が免除されている。セガン・プランは糖尿病患者が風邪をひいた際の治療のように、ALD に該当する疾患以外に関する診察や医薬品には自己負担を導入しようとしたのだ<sup>49</sup>。

大幅な入院時自己負担の拡大によって医療費を抑制しようとしたこの計画は労働組合の強い反発を招き、翌 1987 年に入り計画が実施に移されると反対運動は大きな広がりを見せた<sup>50</sup>。CGT、FO、CFDT、CFTC といったナショナル・センターに加えて、教員組合を中心とする FEN (*Fédération de l'Éducation nationale* : 国民教育連盟) や FNMF (*Fédération nationale de la mutualité française* : フランス共済組合全国連盟) などの団体が集会やデモを組織した。3 月には CGT の呼びかけで計画反対のデモに 20 万人が集い、5 月に入ってから社会保険防衛の行進に 10 万人が参加した。1970 年代の終わりから失業者の増加や新しい社会運動の台頭によって労働組合の動員力は低下したかに見えたが、社会保障改革を争点とする限りにおいてなお一定の動員力を発揮する可能性があることが確認された。政府の社会保障財政再建計画が頻繁に繰り出されるようになるにつれ、CGT と FO を筆頭として労働組合は「社会保障の守護者 (*défenseurs de la Sécu*)」として振る舞うようになり、政府との対決姿勢を強めていった。

左翼・右翼両政権が社会保障の削減に取り組むようになると、市民の社会保障制度への愛着を代弁してくれるのは労働組合となった。各種世論調査によってフランス人の社会保障制度への愛着の強さが明らかにされている。SOFRES の調査では 1976 年に社会保障制度の廃止を非常に深刻である (*très grave*) と回答した者の割合は 79%にのぼり、1983 年には同様の回答が 85%、1989 年の調査では 84%であった<sup>51</sup>。また、1997 年の『レクスプレス (*L'Express*)』誌によると、西欧諸国のなかでもフランス人の自国の社会保障制度への満足度は非常に高い。西欧五カ国の市民に対する世論調査で、「あなたの国の社会保護の水準は満足 of いくものだと思いますか (*Jugez-vous le niveau de protection sociale de votre pays satisfaisant*

<sup>47</sup> *Ibid.*, pp. 439-40.

<sup>48</sup> 日本の公的医療保険では一か月の患者自己負担額が一定額に達した場合、それ以上の自己負担が免除される（高額療養費制度）。

<sup>49</sup> Palier, *op. cit.*, p. 440 ; Wilsford, *op. cit.*, p. 150.

<sup>50</sup> このパラグラフの記述は、Palier, *op. cit.*, p. 183 に基づく。

<sup>51</sup> *Ibid.*, pp. 154 note 1, 185 note 3.

ou non?)」という問いに「満足できる (satisfaisant)」と回答した者の割合は、フランスで 77%、スペインで 56%、ドイツで 53%、イギリスで 44%、イタリアで 26%となっている<sup>52</sup>。

政府が社会保障削減に取り組むようになると、労使が制度を管理し政府が監督するという第二次大戦後に社会保障部門に成立した妥協が動揺するようになった<sup>53</sup>。1990 年代に入るとフランス政府は国家と社会保障金庫の責任の明確化に取り組むようになるとともに、公立病院だけでなく開業医の組合との直接対決に乗り出していく。労使と医師組合による交渉に任せるのではなく、社会保障制度の国家化 (étatisation) と国家主導の費用抑制が本格的に行われるようになるのである<sup>54</sup>。

費用抑制策に対する反対運動が続く一方、1987 年 5 月には再度財源拡大のための計画が発表されている。内容は被用者の医療保険料と年金保険料の 1 年限りの引き上げ (それぞれ 0.4%と 0.2%)、0.4%の所得課税の継続、資産所得課税の強化 (1%増)、タバコの値上げ (2%)、精神科治療に対する国庫補助などである。前年末のセガン・プランによる入院医療費の節約策の効果が約 100 億フランであったのに対して、今回の財源拡大計画の効果は 213 億フランと予測された<sup>55</sup>。つまり、保守政権とはいえ支出削減策のみで財政均衡を達成しようとはしておらず、保険料の引き上げとその他の税財源を複数組み合わせることで財源を確保しようとしている点で、社会党政権時代の財政再建計画との類似性が見られる。

それでは破綻寸前のはずの社会保障制度の財政はセガン大臣の改革によってどのように変わったのだろうか。まず 1986 年の医療費の伸び率は 8.2%だったが 1987 年には 5.1%に低下している<sup>56</sup>。1986 年に一般制度の医療保険部門は赤字に陥ったが、翌年の収支は黒字となった。1989 年まで全国被用者医療保険金庫 (CNAMTS) の財政は黒字が続く。相次ぐ財政再建改革の甲斐もあって 1980 年代には医療保険金庫は 81 年度・86 年度を除けば黒字基調であった (表 4-1)。ところが、1990 年代初頭の世界不況の影響を受けフランスでは失業率が上昇し、医療保険を含め社会保障財政は再び赤字化することになる。

## 1980 年代フランスの医療保険改革に関する結論

社会党政権と保守政権の医療保険改革に関する結論を述べよう。第一に、社会党政権が緊縮路線・欧州統合重視に転じたことで、社会保障の財政均衡を重視するスタンスは左右両方の政権に共有されることとなった<sup>57</sup>。つまり、医療費抑制の必要性、社会保険料負担の

<sup>52</sup> Christophe Barbier, « L'Europe sociale, c'est possible », *L'Express*, 2385, 20 mars 1997, p. 25.

<sup>53</sup> Palier, *op. cit.*, p. 183. こうした観察に基づき、パリエはフランスの社会保障改革に関しては左右の政党間の対立軸よりも、政府と労働組合との対立軸の方が重要であるとみなしている。

<sup>54</sup> 尾玉剛士, 2010b, 「フランスにおける福祉国家の再編——労使自治の衰退と国家の優越」『ソシオロゴス』34, pp. 65-84.

<sup>55</sup> Palier, *op. cit.*, pp. 440-1 ; Wilsford, *op. cit.*, p. 150.

<sup>56</sup> Wilsford, *op. cit.*, p. 149.

<sup>57</sup> もちろん、ゴースト政党の方が積立年金の普及に積極的であり、社会党の方が税制と社会保障を通じた再分配により熱心であるといった相違点はある。とはいえ、政権獲得後に社会党内では左派の影響力が低下し、右翼内部では超自由主義 (ultra libéral) 的な政治家は存在するもののサルコジ政権に至るまでそうした勢力が主流派となったことはなく、左右の大政党間で社会保



抑制と新たな税財源の開拓の必要性は左右の政治的立場を超えて政官のエリートの間ではコンセンサスとなった。

第二に、改革の基本的な方向性のみならず、利用される施策も多くの場合共有されている。医療費抑制策・財源拡大策の双方について、政権交代を経ても新内閣が前内閣までのレパートリーを再利用している例が数多く見られ、医療保険政策には強い連続性が見られる<sup>58</sup>。例えば、公立病院の総枠予算制や税財源の投入による保険料負担の上昇の抑制などがそれにあたる。反対に、政権交代に伴う前政権の政策の見直しは部分的なものにとどまる。シラク内閣は公立病院での私的診療を復活させたが、それによる経済的影響は限定的なものにとどまり<sup>59</sup>、政権の基本方針である新自由主義を医療分野で辛うじて達成したに過ぎない（そもそも社会党政権以前から存在していたものを元に戻しただけである）。また、シラク内閣退陣後、社会党閣僚を中心とするロカール内閣は長期疾患（ALD）に関するセガン改革を見直したが、その他の医療費抑制政策が続けられることに変わりはなく、これも部分的に左翼政権らしさを実現したものといえる。

第三に、公立病院部門での医療費の伸びの抑制には成功したものの、開業医部門の医療費抑制に踏み込まなかった点でも左右両政権は共通している。労使が管理する医療保険金庫と開業医の組合が交渉を通じて保険診療を行うという枠組みは維持された。とりわけ、シラク保守内閣は社会保障財政が危機だとして患者負担と社会保障負担の引き上げを行っている一方で、医師の報酬増額を認めている。セクター2の登場によって超過料金請求が続いたことも重要である。結局、フランスの総医療費対GDP比は1980年の7%から1990年の8.4%へと増大した（巻末資料・表1）。

第四に、両政権とも増大する医療費を賄うために社会保険料の引き上げを繰り返しただけでなく、新たな税財源の投入を試みていることが注目される。1980年代の日本の医療保険改革が医療費の抑制とそれによる国庫負担の抑制であったのに対し、フランスでは国庫負担の拡大による医療保険財政問題への対応が開始されていた。

要するに、1980年代の日本で医療費の抑制が達成され、財源の確保は先送りされたのに対して、フランスでは医療費抑制は公立病院部門でしか進まず、医療費の膨張を主として社会保険料の引き上げの繰り返しや新規税財源の投入という財源拡大によって賄ってきた。とりわけ重要なことは、社会保険料への依存の限界が意識され、早くから新規財源の調達

---

障政策の基本的な方向性について一定のコンセンサスがあると見ることができよう。このコンセンサスについては次節で再度検討する。Cf. Sylvie Guillaume, 2002, *Le consensus à la française*, Paris : Belin, pp. 203-18.

<sup>58</sup> 1980年代以降の政権交代が医療保険政策に関してあまり大きな影響をおよぼしていないことはアッサントゥールやウィルスフォードなどの専門家によっても指摘されている。Hassenteufel (dir.), *op. cit.* ; Wilsford, *op. cit.*, pp. 156-60. こうした医療保険政策の連続性を理解するにあたって、フランスの厚生官僚が政権を超えて政策アイディアの貯蔵庫として機能し続けているメカニズムに着目した研究として、以下の拙稿を参照されたい。尾玉剛士「フランスにおける厚生官僚の人事と政策形成における自律性——医療保険改革の日仏比較に向けて」『日仏政治研究』7, pp. 53-65。

<sup>59</sup> Wilsford, *op. cit.*, p. 144.

が模索されていたことである。このためフランスでは（日本とは正反対に）1990年代に入り社会保障財源の拡大、ひいては政府の総税収の拡大に成功することになる。次節では1990年の一般社会保障税（CSG）導入決定に至る社会保障財源改革の過程を詳しく検討したい。議論の焦点は、第一にフランスにおける社会保障財源改革はいずれかの政権が一举に実現したものではなく左右両政権下での長い準備期間を経て具体化したものであったこと、そして第二にロカール内閣によるCSG導入が政府執行部のリーダーシップの発揮を可能とする第五共和制の政治制度によって達成されたということである。

#### 4-3. フランスの社会保障財源改革——社会保険料の引き上げから一般社会保障税（CSG）導入へ

これまでに見てきたように石油危機以降のフランスの各内閣は社会保障制度の財政対策として支出削減とともに財源の拡大に努めてきた。社会保険制度を中核とし、かつその財源として労使が拠出する社会保険料を用いることを原則としてきたフランスの社会保障システムでは財源に占める社会保険料の割合が圧倒的に高い（第2章）。社会保障金庫の管理者であり、費用負担者でもある労使の発言権は強く、税財源への転換は労使の強い抵抗を招いてきた。1980年までの政府の対応は社会保険料率の引き上げ、同じく社会保険料の賦課対象の拡大、そして補足的な手段として各種の新税の創設であった。しかし、社会保険料による財源調達には様々な限界に直面することになり、財源調達方法の改革が検討されるようになっていく。以下では1990年の一般社会保障税（CSG）導入に至る経緯と、導入時の政治過程を検討したい。

##### a. 社会保険料の引き上げとアドホックな増税（1970年代後半から1980年代まで）

社会保障制度の収入を増やす第一の方法は主財源である社会保険料負担を引き上げることである。医療保険料の料率の変更は医療保険金庫が独自に行うか、あるいは政府が政令によって行うことができるが、医療保険金庫は保険料負担増という労使双方にとって好ましくない決定を行うことを回避し続け、結局政府が社会保障財政再建のための様々なプランのなかで引き上げを決めていた。第一次石油危機以降、医療保険の保険料率は頻繁に引き上げられ（同年中に二回変更されることさえある）、1984年の時点で賃金全体の18.1%（事業主負担が12.6%、被用者負担が5.5%）に達した（表4-2）。これは同年度の日本で政管健保の保険料率が8.4%（労使折半）に抑えられ、また賦課対象に上限が定められていたのとは比べて非常に重たい負担であるといえる。こうした急速な引き上げが可能になった背景として、保険料率の変更が議会による決定を必要としないこと、そして1980年代当時世論が

社会保障給付の削減よりも負担増の方を選好していたことが挙げられよう<sup>60</sup>。また、フランス人は租税に比べ使途が明確な社会保険料の支払いに積極的であったことが明らかにされている<sup>61</sup>。

＜表 4-2 全国被用者医療保険金庫の保険料率の推移（％）、1967～1988 年＞

施行日	事業主	被用者	合計
1967 年 10 月 1 日	9.5	2.5	12
	2	1	3
1970 年 8 月 1 日	10.25	2.5	12.75
	2	1	3
1971 年 1 月 1 日	10.45	2.5	12.95
	2	1	3
1976 年 1 月 1 日	10.45	2.5	12.95
	2.5	1.5	4
1976 年 10 月 1 日	10.95	3	13.95
	2.5	1.5	4
1979 年 1 月 1 日	8.95	1	9.95
	4.5	3.5	8
1979 年 8 月 1 日	8.95	1	9.95
	4.5	4.5	9
1980 年 1 月 1 日	8.95	-	8.95
	4.5	5.5	10
1981 年 2 月 1 日	8.95	-	8.95
	4.5	4.5	9
1981 年 11 月 1 日	5.45	-	5.45
	8	5.5	13.5
1984 年 1 月 1 日	-	-	-
	12.6	5.5	18.1
1987 年 7 月 1 日	-	-	-
	12.6	5.9	18.5

注：上段は賦課上限（plafond）以下の賃金に対する保険料率、下段は賃金全体に対する保険料率。

出典：Michel Laroque (dir.), 1999, *Contribution à l'histoire financière de la Sécurité sociale*, Paris : La Documentation Française, pp. 534-5 の表より医療保険部分を抜粋。

<sup>60</sup> Daniel Gaxie (et al.), 1990, *Le « social » transfigure : sur la représentation politique des préoccupations « sociales »*, Paris : Presses Universitaires de France, p. 174. ただし、財政問題に対して給付削減を支持した回答が 11%、財源の拡大を支持した回答が 21%だったのに対して、無回答が 25%あった。ともあれ、フランス人の社会保障制度への愛着の強さは前節で引用した調査結果からも明らかであろう。

<sup>61</sup> Jean Dubergé, 1984, « Résistance comparée à l'impôt et aux cotisations de couverture sociale », *Revue française de finances publiques*, 5, pp. 35-67. Gaxie, *op. cit.* も参照せよ。

なお、保険料収入を拡大する方法には料率の引き上げとは別に社会保険料の算定基礎を拡大するという方法がある<sup>62</sup>。1950年代、60年代には主として事業主負担の社会保険料の引き上げが繰り返されたが、賃金の一定額を超えた部分には保険料は課されなかった。1967年からこうした上限（*plafond*）を引き上げる動きが始まる（*déplafonnement*）。これには、定率である上に賃金の一定額以上の部分は賦課対象とされないという社会保険料の逆進性を緩和し、公平性を改善する効果もあった。

社会保険料の賦課上限は徐々に引き上げられ、やがて全ての賃金が賦課対象となっていた。医療保険料については1984年に上限が廃止され、家族手当と労働災害保険についても1989年に上限が廃止されている。年金だけは上限が残されたが、上限を超える部分の賃金に基づいて補足退職年金（公的年金の二階建て部分）の保険料が計算される仕組みになっている。したがって、1980年代の終わりには年金を除いて社会保険料の賦課上限は撤廃されることになったが、社会保障支出の方は伸び続けた。このため社会保険料とは別の方法で財源を確保する必要が生じたのである。

また、1980年代から主として被用者負担の社会保険料率の引き上げが行われるが、それと並行して各種の社会保障目的税が導入されるようになった。そのうちの一つは物品税（*taxes sur les produits*）である。古くは1967年に自動車保険に対する課税が行われ、1982年には前述のベレゴヴォワ・プランによってタバコ・アルコール・医薬品の広告にも課税されるようになった。その後、これらの物品税は社会保障財政再建計画のなかで繰り返し引き上げられていく。1999年には緑の党が参加する左翼連立政権によって環境税が導入され、これも社会保障財源に充当された。もっとも、これらの社会保障目的税が一般制度の収入に占めた割合は1988年の時点で約1%に過ぎず、その後増加したとはいえ小規模なものにとどまっている<sup>63</sup>。社会保障財政を短期的に均衡させるための補足的な手段として導入されてきたものといってよいだろう。社会保障財源に占める目的税の割合が顕著に増大するのは1990年の一般社会保障税（CSG）導入以降のことである。

#### b. 社会保険料に代わる新たな財源の模索（1980年代）

1970年代以降、社会保険料の経済に対する悪影響を指摘する分析が増加した<sup>64</sup>。また、社会保障給付の対象が全住民へと拡大されるにつれ、社会保険料を納めていない人々への給付までもが社会保険料によって負担されるのは不公正だとみなされるようになった。1970年代以降、社会保障の財源改革を扱った多くのレポートが提出されたが、パリエによれば

<sup>62</sup> 以下の本項の記述は、Palier, *op. cit.*, pp. 359-61 に依拠している。

<sup>63</sup> *Ibid.*, p. 361.

<sup>64</sup> 社会保険料に対する批判から一般社会保障税導入提案に至るまでの議論の経過については以下の先行研究がある。Join-Lambert (et al.), *op. cit.*, chap. 12 ; Palier, *op. cit.*, pp. 361-4 ; 小西杏奈, 2013, 「一般社会税（CSG）の導入過程の考察——90年代のフランスにおける増税」井手英策編『危機と再建の比較財政史』ミネルヴァ書房, pp. 341-61。

新たな財源システムを構築するにあたっての争点は以下の三つであった<sup>65</sup>。第一に、より経済的に効率的であること（雇用を阻害しないこと）、第二に、より社会的に公正であること（全ての者が負担すること）、第三に、政治的に実現可能であること（とりわけ労働組合によって受け入れられること）である。

これらの分析では財源改革の必要性の根拠として、社会保険料が雇用に与える悪影響が挙げられている。1970年代後半には付加価値税の活用が有力視されていたが、1981年以降企業に負担となる付加価値税ではなく家計に負担を求める提案の方が有力となった<sup>66</sup>。具体的には、所得に対して定率の徴収を行うことが検討されるようになる。計画庁 (*Commissariat général du Plan*) や 1987年に召集された社会保障三部会 (*États généraux de la Sécurité sociale*) でも所得に対する定率保険料の創設が提案されており、80年代の後半には左右の政権を超えて共有される改革案となっていた。

計画庁は第二次大戦後にジャン・モネ (*Jean Monnet*) によって経済計画の立案と政府内の各部局の調整のために設置された機関である。1990年代前半まで計画庁の経済・社会5か年計画の枠内で、社会保障政策や医療政策が財源面を含めて定期的に議論されてきた。報告書の作成にあたっては、経済・財務・社会保障などの分野の官僚、労使の代表、医師、学者らが招かれ、現状の診断と解決策の提案が行われていた。意見の厳密な一本化は目指されておらず、むしろ野党に近い官僚や利益団体の主張をさぐることで、可能な妥協点を事前調査することが一つの目的となっていた<sup>67</sup>。この計画は政策決定を直接拘束するものではないが、計画庁での議論が1990年代以降の一般社会保障税 (CSG) の導入や医療制度改革に与えた影響は見逃ごせない。計画庁は政策の目的や手段が行政府内で組織を超えて共有されるための社会化の基盤となっていた。計画庁内では1981年に所得に対する定率徴収が検討され<sup>68</sup>、「第9次計画 (1984～1988年)」の準備資料でもとりあげられている<sup>69</sup>。

また、1987年にシラク首相が召集した社会保障三部会 (官僚・有識者・労使・共済組合・医師組合など社会保障関係者の意見が聴取された) のピエール・ラロック (*Pierre Laroque*) をリーダーとする賢人委員会の報告書でも定率の所得税導入が支持された<sup>70</sup>。

所得全般に対して定率の徴収を行うという改革案の根拠としては以下の点が挙げられていた<sup>71</sup>。

・賃金のみに課される社会保険料よりも公正である。

<sup>65</sup> Palier, *op. cit.*, pp. 361-2.

<sup>66</sup> *Ibid.*

<sup>67</sup> Bruno Jobert, 1981, *Le social en plan*, Paris : Éditions ouvrières ; Hassenteufel (dir.), *op. cit.*, pp. 59-64.

<sup>68</sup> 1983年にレスキュールとストロスカールが論文として発表している。Guy Lescure et Dominique Strauss-Kahn, 1983, « Pour une réforme du prélèvement social », *Droit Social*, 4, pp. 245-50.

<sup>69</sup> Commissariat général du Plan, 1983, *Financement de l'économie : choix et méthodes*, Paris : La Documentation française. 以下の「第10次計画 (1988～1992年)」の資料も見よ。Commissariat général du Plan, 1989, *Rapport de la Commission « protection sociale » du X<sup>e</sup> Plan*, Paris : La Documentation française, pp. 77-9.

<sup>70</sup> États généraux de la Sécurité sociale, 1987, *Rapport du comité des sages*, Paris, pp. 58-61.

<sup>71</sup> Jean-Marc Dupuis, 1989, *La réforme du financement de la protection sociale : inventaire bilan, rapport pour la MIRE* cité dans Palier, *op. cit.*, pp. 362-3.

- ・全ての世帯が徴収の対象となるので、約半分の世帯が課税を免除されている所得税よりも徴税能力が高い。
- ・企業の収入ではなく家計の収入（全ての収入）が徴収の対象となるので、企業活動が阻害されない。企業の「社会保障負担（charges sociales）」を抑制できる。この点について、社会保障三部会の賢人委員会報告書では以下のように述べられている。「今後新たに徴収が必要になる場合、…企業が追加的な負担を背負うのではなく、全ての個人とあらゆる種類の収入が徴収の対象となるべきであろう」<sup>72</sup>。
- ・普遍的な給付を実現している家族手当の財源として、企業に課される社会保険料よりも適切である。つまり、年金や失業保険は被保険者の保険料拠出によって受給権が発生するが、フランスの家族手当は就労と拠出が受給要件となっていない。基本的な家族手当（allocation familiale）については所得制限もない。こうした万人が受給できる給付の財源は万人が負担するべきだということである。

パリエはこの施策がより公正であるという点で左翼にとって魅力的であるだけでなく、より経済的に効率的であるという点で右翼にとっても魅力的であることを強調している<sup>73</sup>。左右双方の政党にとって受け入れ可能な解決策となるためである。他方、一部の労働組合（CGT と FO）はこうした施策には反対であった。社会保険制度はあくまでも労使の保険料拠出、とりわけ資本の側の負担によって運営されるべきであるという考え方をとっていたためである。

差し当たり新たな社会保障財源の導入は小規模なものとして始まった。1983 年にはベレゴヴォワ・プランに基づき 1%の定率負担が全ての課税所得から徴収されることになった。これはもともと時限的な措置であり、1983 年から一般制度が黒字化したこともあり、1985 年には賃金からの徴収は廃止され動産収入からの徴収のみ維持されたが、1986 年の総選挙の後でシラク保守内閣は赤字対策のために賃金からの徴収を復活させている（0.4%）<sup>74</sup>。

1980 年代後半には全ての所得に定率の課税を行い社会保障財源とすることについて政官のエリートの間でコンセンサスが醸成されていった。保守内閣では社会保障担当相のセガンのみならず、予算担当相のジュペ（Alain Juppé）も全ての所得に広く薄く課税され、源泉徴収され、議会によって決定される新税の導入に好意的であった<sup>75</sup>。1988 年の春に大統領選挙を控えたシラクは新税の導入に関する議論を控えたが、同年の 3 月に内閣では密かに低率の所得税の導入が決められていたという<sup>76</sup>。

<sup>72</sup> États généraux de la Sécurité sociale, *op. cit.*, p. 58.

<sup>73</sup> Palier, *op. cit.*, p. 363.

<sup>74</sup> *Ibid.*

<sup>75</sup> Scott S. Shaughnessy, 1994, “The Cotisation Sociale Généralisée : an idea whose time had come,” *Modern and Contemporary France*, 2(4), p. 411.

<sup>76</sup> *Ibid.*, p. 412.

### c. ロカル内閣による CSG 導入（1990 年）

1980 年代初頭以来検討と実験が行われてきた社会保険料に代わる新たな社会保障財源は 1990 年の年末に一般社会保障税（CSG : contribution sociale généralisée）として導入されることが決まった。ミシェル・ロカール（Michel Rocard）を首相とする社会党政権は少数与党政権であったにもかかわらず、10 月に閣議決定が行われてから短期間で新たな税の導入が決着したことは注目に値する。いかなる政治的な条件の下で新税の導入が可能になったのであろうか。結論を先取りして述べると、第一に、政府のレベルではクロード・エヴァン（Claude Évin）社会保障担当大臣の CSG 導入に向けたイニシアティブをミッテラン大統領、ロカール首相が支持し、執行府のリーダーシップが発揮されたことが重要である。第二に、議会のレベルではロカール首相が憲法 49 条 3 項の規定を利用したことで、下院で過半数の議席を確保できていないという政権の弱点が克服された。第三に、市民社会のレベルでは CSG 導入に反対する労働組合が大規模な反対運動の組織に失敗してしまった。1990 年代以降の社会保障改革の切り札となる CSG はこうして導入されたのである。

1988 年 5 月の大統領選挙でミッテランは再選を果たしたものの、続いて行われた下院の総選挙で社会党が単独で過半数を確保できなかったため、ロカール首相の政権運営は困難なものとなった。中道保守政党フランス民主連合（UDF : Union pour la démocratie française）にも閣僚ポストを用意しなければならず、第五共和制のそれまでの内閣に比べてロカール内閣は議会の影響を受けやすかった。野党は政権を覆すため内閣不信任動議を繰り返した。つまり、議会内に「拒否権プレイヤー（veto player）」<sup>77</sup>が存在しており、CSG の導入も野党による格好の攻撃の対象となった。

ロカール内閣ではベレゴヴォワが経済・財務大臣に、社会保障担当大臣には社会党のクロード・エヴァンが任命された。組閣後にエヴァンは社会保障財源改革に関するプロジェクトチームを発足させ、1989 年 5 月には「全ての所得に対する徴収（prélèvement sur tous les revenus）」を年内に創設すると宣言する<sup>78</sup>。11 月にはプロジェクトチームの基本構想が閣議にかけられ、社会保障財源のための定率所得税を創設する法案を国民議会に提出することが決まった。財務省は消極的であったが、ロカールは CSG 導入を支持する立場を明確にしたのだった。この過程は首相府による調整と裁定のあり方を見る上での好例ともいえる。

まず社会問題省の意図を見てみよう<sup>79</sup>。第一に、10 年来の議論をベースにしつつ、社会問題省はエヴァン大臣を筆頭に社会保障目的税として全ての所得に課税される定率所得税の

<sup>77</sup> George Tsebelis, 2002, *Veto Players : How Political Institutions Work*, New York : Russell Sage Foundation ; Princeton, N.J. : Princeton University Press (=2009, 眞柄秀子, 井戸正伸監訳『拒否権プレイヤー』早稲田大学出版部)。

<sup>78</sup> ロカール内閣における CSG 導入過程については以下の文献を参考にした。小西前掲論文 ; Shaughnessy, art. cit. ; Palier, op. cit., pp. 364-5 ; Junko Kato, 2003, *Regressive Taxation and the Welfare State : Path Dependence and Policy Diffusion*, Cambridge : Cambridge University Press, pp. 100-1.

<sup>79</sup> 以下の社会問題省・財務省の対立と首相府による調整については、小西前掲論文, pp. 351-6 に依拠している。

導入を推進していた。給与所得以外にも課税することで社会保障財源の安定性と公平性を同時に実現することができるというわけである。第二に、社会問題省によれば、新たな税は上記のように公平であるから将来的な増税が比較的容易であり、増加が予想される社会保障費を賄う役割が期待されていた。第三に、同省は社会保険料から新税への財源の切り替えとともに社会保障金庫の運営見直しに踏み込むことには消極的であった。社会保障金庫の監督官庁たる社会問題省は労使とのつながりが深く、労使の意見を取り入れつつ改革案を作成した。こうしてなるべく既存の社会保険料に近い形での改革が目指された。具体的には、新税の税収は一般会計を通過せずに直接家族手当金庫に振り込まれ、課税標準についても従来社会保険料で用いられていたものが提案された<sup>80</sup>。

他方、財務省はこうした社会問題省による財源改革案に反対だった。第一に、財務省は垂直的公平性の観点から、既存の累進所得税の付加税として新税を徴収し、それを社会保障支出に充当する方が望ましいという立場であった。第二に、財務省は CSG 導入によって既に高水準に達しているフランスの国民負担率がさらに上昇してしまうことを懸念しており、社会保障支出の抑制の見通しが立たない限り新税の導入には反対だった。第三に、国民連帯に基づく支出（普遍主義的な社会支出）は国の予算で行うべきであり、CSG も国民連帯のための支出に用いられるのであれば、税収は労使が管理する社会保障金庫ではなく、国が管理する基金に振り込むことが適切であると主張した。

両者の対立は平行線をたどり、当初法案の提出が予定されていた 1990 年の春までに妥協案を形成することはできなかった。最終的な判断は首相府に委ねられ、社会問題省と財務省の対立の調整はロカル首相と側近の官僚によって行われた。首相府は、幅広く所得に課税される定率所得税を創設すること、税収を直接社会保障金庫に振り込むことについては社会問題省を支持し、新税導入と同時に社会保障費の増加を抑制するという点では財務省を支持した。

さらに、首相府独自のアイディアとして、新税の創設を契機として社会保障金庫の運営のあり方を見直すことが提案された。社会保障費の抑制は 1970 年代後半以降ミッテラン政権の初期を除けば各内閣にとって重要課題であったが、社会保障金庫（とくに労働組合）は費用抑制に対して消極的であった。このため、費用抑制を実現するためには社会保障金庫のあり方自体の問い直しが課題とみなされてきたのだった。首相府の官僚は新税の導入、政府と議会による社会保障金庫に対する権限の強化、社会保障費の抑制の三つを明確に関連づけていた。すなわち、首相府でロカールの社会保障顧問を務めていたドミニク・ルフェーヴル（Dominique Lefebvre）はロカルに宛てたノートの中で、新しい税の税率を議会が決定し、社会保障支出を操作するようになれば、議会の権限が増し、議会・政府・労

---

<sup>80</sup> 従来から医療保険料については年金などの所得代替給付からも徴収され、年金保険料は資産所得から徴収されていた経緯から、社会問題省はこうした既存の保険料徴収ベースを基礎とすることを主張していた。



使の権限配分を見直すきっかけになると述べていた<sup>81</sup>。このように CSG の導入は単に社会保障財源の確保策であるというだけでなく、社会保障制度全体の構造改革につながっていく可能性を有していた。

CSG の創設はミッテラン大統領の支持するところとなり、1990 年 10 月 3 日の閣議で家族手当金庫の財源として税率 1.1% の CSG を導入するために関連法案を国会に提出することが決定される。エヴァンは CSG 創設を 1981 年の富裕税、1988 年の参入最低所得 (RMI : *revenu minimum d'insertion*) 創設と並ぶ「社会正義の大改革」としてその意義を強調した<sup>82</sup>。大統領・首相の CSG 支持が明確になり、ベレゴヴォワ財務相やファビウスらの社会党の政治家は沈黙を余儀なくされた<sup>83</sup>。同月中に CSG 創設法案は 1991 年財政（予算）法案の一部として議会に提出される。

野党は CSG 法案を激しく攻撃した。政府の説明では CSG 導入に伴い被用者の年金保険料を引き下げるので歳入中立であり、低所得者にとってはむしろ減税効果があるため社会保障負担の公平性が高まるということを強調していたが、RPR のアラン・ジュペ（前予算担当大臣であり、定率所得課税の支持者でもあった）は CSG の社会的性格など誰も信じておらず、RPR は反対すると述べた<sup>84</sup>。RPR からは他にも社会保障費の抑制努力が不十分なままに新たな財源を導入しようとするに対する批判や、1.1% という税率が将来にわたって不変なのかといった点に関する疑念が出された。

CFDT を除く労組も反対の立場であった<sup>85</sup>。とりわけ CGT と FO は政府案を厳しく批判した。これらの労組は社会保険制度と国民連帯制度（低所得者に対する各種手当）の分離と、前者の国家に対する自律性の確保を求めており、CSG は自分たちの要求に反して社会保障の国家化 (*étatisation*) を進めるものだと断固反対の立場であった。先の首相府の提案に見られるように政府内でそうした思惑があったのは事実だが、ロカールは国家化に対する批判をかわすべく、CSG の導入は財源の租税代替化であり社会保障金庫の国家化ではないこと、税収は従来通り社会保障金庫に振り込まれることを強調した<sup>86</sup>。

他方、もともとロカールの主張する非マルクス主義系の「第二の左翼 (*deuxième gauche*)」に近い CFDT はジャン・カスパル (Jean Kaspar) 書記長 (1988～92 年) の時代に政府との協調を強め、全ての所得に財源を求めるというアイディアを政府と共有していた。1990 年代に CFDT は社会保障の財源改革の方向性として、財源を多様化すること、とりわけ従来あまり社会保険料負担が課されてこなかった代替所得（社会保障給付）からも徴収すること、また社会保障目的財源を確保することで政権のきまぐれによる影響を受けないようにすることを挙げている<sup>87</sup>。CFDT は CSG 導入以降も政府の社会保障改革に協力する姿勢をと

<sup>81</sup> 1990 年 4 月 3 日にルフェーヴルが首相に宛てたノート（小西前掲論文、p. 355）。

<sup>82</sup> *Le Monde*, 4 octobre 1990.

<sup>83</sup> Shaughnessy, art. cit., p. 413.

<sup>84</sup> *Ibid.* 第 6 章で述べるように、彼は首相になってから CSG の引き上げを決定する。

<sup>85</sup> Palier, *op. cit.*, p. 369.

<sup>86</sup> 小西前掲論文、p. 355.

<sup>87</sup> Palier, *op. cit.*, pp. 369-70. ただし、年金や失業保険のように保険原理に則るべき制度について

り、90年代の医療保険改革の推移にも影響を及ぼすようになっていく（第6章）。CFDTが全ての所得に対する課税を受け入れる立場をとったことで労働組合は統一戦線を組織できなくなっていた<sup>88</sup>。

フランス経営者全国評議会（CNPF : Conseil national du patronat français）は家族手当を事業主の負担による制度ではなく税負担の制度に改革することには賛成だったが<sup>89</sup>、CSG導入に伴って企業の保険料負担が引き下げられない以上、今回の改革の熱心な支持者ではなかった。事業主の家族手当保険料は引き下げられるのだが、その分だけ年金の保険料が引き上げられることになっていた<sup>90</sup>。

下院でのCSG法案の審議を翌日に控えた11月14日に、CGT、FO、CGCがそれぞれ全国抗議デーを組織した<sup>91</sup>。幹部職員の組合であるCGCは、社会保障財源改革によって高所得者の負担が高まることに反発していた<sup>92</sup>。また、年金へのCSGの課税に反対して退職者の団体も反対運動を支持していた。とはいえ、これらの運動は政府案を覆すほどの広がりには至らなかった<sup>93</sup>。

11月15日の国民議会でロカールは現行の社会保障財源は社会的に不公正であり、経済的に非効率であり改革する必要があること、CSGは社会正義の改革であることを強調した<sup>94</sup>。具体的には、CSGは税であり控除の対象にはならないこと、全ての所得に課税されること、ただし、既存の社会保険料に置き換えられるので追加的な税ではないこと、税率は毎年議会によって決定されること、そして税金は全て家族手当金庫へと充当されることを説明した。そして、一般社会保障税（CSG）の創設は、1914年の所得税、1953年の付加価値税、1981年の富裕税の導入に連なり、「我々の税制および社会保障徴収制度の改革の重要な一時期」を画することになるとしてその意義を強調した。

これに対し、UDFとRPRの議員は、CSGは詐欺にすぎない、年金の財源という真の問題を解決しないと断じた<sup>95</sup>。他方、UDC（Union du centre : 中道連合）<sup>96</sup>のジャック・バロは数か月後であれば自分たちは賛成するだろうとしながらも、CSG導入は現時点では時期尚早であり、説明が不十分なせいで良い改革が不人気になってしまうことを懸念した。バロはレイモン・バール内閣時代の1979年に社会保障担当大臣として退職者に医療保険料を課しており（本章4-1.）、社会保障財源の拡大というアイディアを共有していた。最後に、共産党ナンバー2のジャン＝クロード・ゲソ（Jean-Claude Gayssot）はCSGが全くもって左翼の

---

は社会保険料による運営を認めている。

<sup>88</sup> *Ibid.*, p. 363.

<sup>89</sup> *Ibid.*, p. 367.

<sup>90</sup> 松本前掲書, pp. 285-6.

<sup>91</sup> *Le Monde*, 15 novembre 1990.

<sup>92</sup> *Le Monde*, 26 septembre 1990.

<sup>93</sup> *Le Monde*, 12 décembre 1990.

<sup>94</sup> *Le Monde*, 17 novembre 1990.

<sup>95</sup> *Le Monde*, 17 novembre 1990.

<sup>96</sup> 1988年以降一時的に結成されていたUDF系の中道派政治家の議員団。

ものではなく、不信任動議に賛成せざるを得ないだろうと述べた<sup>97</sup>。

10 時間におよぶ審議の末、16 日未明に首相は 1991 年財政法案のうち CSG に関する条文について内閣の責任をかけた。憲法 49 条 3 項<sup>98</sup>にうったえることで、なんとしても CSG を創設しようとしたのである。これに対して UDF、RPR、UDC は不信任動議を提出し、共産党も同調した。不信任動議の内容は UDC の要求により CSG そのものを否定するのではなく、新税が十分な検討なしに導入されようとしていることを問題にする形となった。社会党は無所属議員と海外領土の議員の支持をあてにできたため、不信任動議は成立しないと考えられていた<sup>99</sup>。19 日の下院での不信任案の審議に際してロカールは改めて CSG が全ての所得に課されること、家族手当のような万人のための支出は万人によって負担されるべきことを主張した<sup>100</sup>。下院の定数は 577 議席なので不信任動議の成立には 289 票が必要だが、結果は 284 票にとどまり、CSG 導入法案は成立することになった<sup>101</sup>。12 月に入り上院で CSG を含む予算案が否決されてしまうが、政府は再度 49 条 3 項を利用して再可決している。また、野党は憲法院に CSG 法案を付託することで廃案に追い込もうとしたが、合憲判決が下された<sup>102</sup>。こうして 1990 年 12 月 29 日に 1991 年財政法が成立し、一般社会保障税 (CSG) の導入が決定された。

## 考察

第 2 章で行ったフランスの政治制度に関する検討によってこの CSG 導入の経緯はどのように説明できるであろうか。本項冒頭の問いを振り返ってみよう。1988 年に成立したロカール政権は社会党が単独で下院議席の過半数を確保することができず、少数与党政権であった。それにもかかわらず CSG は無事に導入された。この点をどのように説明すればよいのだろうか。

第一に、執行府とりわけ首相のリーダーシップが確立されていることが重要である。行政府のレベルではエヴァン社会保障担当大臣の CSG 導入に向けたイニシアティブをミッテ

---

<sup>97</sup> ただし、共産党は与党時代の 1983 年に定率所得課税を含むベレゴヴォワ・プランを承認している。

<sup>98</sup> 首相が法案について議会で責任をかけた場合、24 時間以内に提出された内閣不信任動議が可決されなければ、審議なしで政府は法案を通過させることができる。第五共和制憲法が規定する、議会に対する政府の優位を保証する手段の一つである (第 2 章 2-3. c.)。Guy Carcassonne, 2013, *La Constitution* (11<sup>e</sup> éd.), Paris : Seuil, pp. 247-50.

<sup>99</sup> *Le Monde*, 15 novembre 1990.

<sup>100</sup> Beau (dir.), *op. cit.*, p. 140.

<sup>101</sup> 本文でも述べたようにこれは予想された結果であった。当時シラクとジスカールの対立が再燃しており、RPR と UDF の議員は解散総選挙を戦える状況ではなかった。*Le Monde*, 15 novembre 1990.

<sup>102</sup> 憲法院 (Conseil constitutionnel) は法律の合憲性を審査する憲法裁判所であり、1974 年の憲法改正によって上院議員 60 名以上または下院議員 60 名以上の連名によって提訴が可能になり、与党が可決した法案の審査を野党議員が求めることができるようになった。第五共和制のフランスにおいて憲法院は「唯一、強い政府に対する歯止めとして機能」している (大山礼子, 2013, 『フランスの政治制度 (改訂版)』東信堂, p. 129)。

ラン大統領、ロカール首相が支持し、執行府のリーダーシップが発揮されたことが CSG 導入の前提条件であった。財務省は社会問題省の提案に反対であったが、首相府の調整によって全ての所得に課税する社会保障目的税という制度の本質は守られた。

予備的な考察として、ロカールの決断によって CSG 以外の選択肢がとられる可能性はあったか検討してみよう。全ての所得に対して定率の社会保障目的税を課するというアイディアはロカール政権期に突如登場したものではなく、80 年代を通じて左右両政権で議論と実験が行われてきたものであった。計画庁や 1987 年の賢人委員会などの報告書で繰り返し提案されるのみならず、ベレゴヴォワ・プラン、セガン・プランにおいて時限的な導入も試みられていた。全ての所得に課税する社会保障目的税による財源の確保は官僚制と政権与党の間で共有されてきた政策レパートリーの一部をなしており、いわば社会保障財源改革の既定路線であった。これを覆すにはロカールあるいはミッテランに明確な代替案の構想が必要であり、またそれを助けるスタッフが必要であろう。ところが、実際にはエヴァンが幅広く課税される定率所得税という既存のアイディアを支持し、ロカールもこれを追認した。政権与党が明確な代替案の構想を持たない場合、大統領や閣僚の政策立案は基本的に高級官僚に依存することになるため、官僚制内で蓄積されてきたレパートリーのなかから CSG という既定路線に沿ったアイディアが再利用されることになる。こうして CSG が財源改革の切り札として改めて打ち出されたものと考えられる。

第二の要因として、行政府の立法府に対する優位を確立し、議会審議の役割を制限する第五共和制の政治システムの特徴がロカールにとって有利に作用した。この場合、投票結果は僅差ではあったが、ロカールが憲法 49 条 3 項にうったえたことが決定的であった。49 条 3 項を利用することで政府は法案の迅速な成立と議会審議による修正の回避を同時に達成することができるのである。

第三に、市民社会との調整を不得手とするのがフランスにおける国家の弱点と指摘されてきたが<sup>103</sup>、この事例では社会問題省は労使の団体との事前調整を行い、主要労組のうちで CFDT の支持を取り付けることができた。社会保障給付の削減が行われた時とは異なり、CSG 導入に反対する労働組合は大規模な反対運動の組織に失敗してしまった。CSG の税率が歳入中立とされたことは世論の反発を抑制したものと考えられる。また、家族手当は保険料拠出を受給要件とする給付ではなく（支給要件はフランスへの合法的な居住であり所得制限もない）、ロカールが議会でうったえたように普遍的な給付にはそれに対応する財源を用いるべきであるという主張には説得力があった。

要するに、元来政府・議会レベルでの拒否権プレイヤーには悩まされにくい第五共和制の政治システムにおいて、市民社会レベルでの反対勢力が十分に力を発揮できなかったことで CSG は無事に創設が決まったのだった<sup>104</sup>。1990 年代以降の社会保障改革の切り札とな

<sup>103</sup> 吉田徹, 2004, 「フランス——避けがたい国家?」小川有美, 岩崎正洋編『アクセス地域研究 II』日本経済評論社, pp. 107-26 ; Jack Hayward and Vincent Wright, 2002, *Governing from the Centre : Core Executive Coordination in France*, Oxford : Oxford University Press.

<sup>104</sup> また、保守派議員たちは反対してみせたものの、本文でも述べたように実際には CSG の意義

る CSG はこうして導入されたのである。1993 年には CSG 引き上げによって年金改革が進められ、1997 年、1998 年には繰り返し医療保険料から CSG への切り替えを行うことで収入の増加が図られる。1990 年から 2000 年にかけてフランスでは歳入面では総税収が伸び（社会保険料を含む総税収対 GDP 比が 42%から 44.4%に増加<sup>105</sup>）、支出面では社会保障支出が伸びていくが（社会支出対 GDP 比が 25.1%から 28%に増加<sup>106</sup>）、こうした大きな福祉国家を財源面から支えたのがこの CSG であった<sup>107</sup>。

次に、CSG 導入によって公平性・経済的効率性などの目標は実現されたのか検討してみよう。CSG の税率は 1.1%とされ 1991 年から徴収が開始された。税収は家族手当の財源に用いられ、事業主が支払ってきた保険料の一部を代替することになった。家族手当のための企業の保険料負担は賃金全体の 7%から 5.4%に引き下げられ、その代わり年金については一定の報酬限度額内で 8.2%だった保険料に加えて、新たに賃金全体に対して 1.6%の保険料負担が企業に課されることになった。このため企業の社会保険料負担は全体としては変化しなかった。また、それまで家族手当の財源は全額事業主が負担していたのだが、被用者にも家族手当の負担が発生することになった。ただし、被用者の年金保険料が 1.05%引き下げられて 6.55%となり、被用者側でも全体として負担増とはならなかった。

CSG 導入によって 1980 年代を通じて議論されてきた全ての所得に対する定率の所得課税が恒久的な社会保障財源として制度化されることになった。稼働所得だけでなく、年金・失業保険などの代替所得、資産所得や投資運用益にも広く負担を求めることで財源の水平的公平性を高めるという目標は実現した。また、1970 年代以来無拠出制の普遍的な給付となっていた（つまり、受給権者が賃金労働者だけではなくになっていた）家族手当の財源が、社会保険料よりも広い課税基盤を持つ CSG によって賄われるようになったことで、負担と給付の整合性がとられるようになった。他方、もう一つの目標であったはずの企業の社会保険料負担の抑制は今回の改革では実現しなかった。この点は 1990 年代の諸改革を通じてより明確になっていく。また、社会問題省は CSG 導入を将来的な社会保障財源拡大の布石にしようとしていたが<sup>108</sup>、ロカール政権以降実際に CSG は繰り返し引き上げられていく。1990 年代に入り不況によって社会保険料が伸び悩み社会保障赤字が深刻化していくが、賃金のみに依存しない CSG の引き上げによって財政対策がとられた。CSG 導入により（とりわけ企業の）社会保険料負担を抑制しつつ社会保障財源を拡大していくという政策パスが 1990 年代の入り口の段階でセットされたことで、1990 年代のフランスでは財源の調達に苦勞せずに済んだのである。次項でその一例を検討したい。

---

を認めていた。

<sup>105</sup> OECD, 2011, *Revenue Statistics 1965-2010*, Paris : OECD, pp. 80-1.

<sup>106</sup> OECD, *Social Expenditure Database*, OECD ホームページ <<http://www.oecd.org/social/expenditure.htm>> 2014 年 3 月 27 日閲覧。

<sup>107</sup> 小西前掲論文, pp. 343-4.

<sup>108</sup> 同上, p. 352.

#### d. バラデュール内閣による CSG 引き上げ（1993 年）

ロカール内閣に先行するシラク右派内閣時代にも全所得に対する定率負担の導入は検討されており、またセガンが所得に対する定率負担を実際に利用していたことから分かるように、右派政党（RPR、UDF）も CSG の利用価値は理解していた。1993 年の総選挙によって RPR と UDF が多数派に復帰してから、右派内閣も CSG の税率引き上げに踏み切ることになる。

1993 年の 7 月にエドゥアール・バラデュール（Édouard Balladur）内閣は CSG の 1.3% 引き上げを決定した。税金は新設された老齢連帯基金（FSV : Fonds de solidarité vieillesse）の財源に用いられることになった。これは現役時代に十分な保険料を納めることができなかったため、少額の年金しか受給できない高齢者のために、無拠出制の最低保障年金を給付するための基金であった。労働組合はかねてから年金の保険料の一部が高齢者の最低所得保障給付の財源に用いられていることを「不当な負担」とみなし、租税による代替を求めていたので、CSG の税率引き上げ分の税金をその原資にしたのであった。1993 年の年金改革の焦点は民間部門の年金の給付削減であり、CSG を引き上げて税金を最低保障年金に充当することは労働組合の反発を抑制するための交換条件であった<sup>109</sup>。こうして CSG 導入時に家族手当部門について行われた改革が年金部門についても行われることになった。つまり、最低保障年金は保険料拠出実績に応じた給付を受け取るという意味での社会保険の論理には従っておらず、国民連帯の論理に属する無拠出制の制度であり、その財源を労使だけではなく広く国民が負担するようになったのである。やはり、CSG は財源拡大のためのツールであるというだけではなく、社会保障制度の構造を改革するための梃子として用いられているといえる。

もともと、今回の税率引き上げでは財源拡大という側面も重視されていた。1990 年代に入ってから一般制度の赤字は急拡大しており、バラデュールが首相となった 1993 年には不況が深刻化し（マイナス成長）、失業者数は 300 万人を超えた。CSG 導入時にロカールは被用者の保険料引き下げなどの措置を同時にとることで歳入中立であることをアピールしつつ導入に漕ぎ着けたが、今回は実質増税であった。CSG 引き上げと老齢連帯基金の設立は社会保障赤字の返済という役割も担っていたのである<sup>110</sup>。

その後、1990 年代にはジュペ内閣とジョスパン内閣によって医療保険改革と連動した形で CSG の引き上げが行われる（第 6 章）。とりわけジョスパン率いる左翼連立政権下において CSG は大幅に引き上げられることになるだろう。医療費抑制政策が挫折するなかで財源拡大による財政対策が重視されたのである。

<sup>109</sup> Palier, *op. cit.*, pp. 234-5 ; Giuliano Bonoli, 1997b, “Pension politics in France : Patterns of Co-operation and Conflict in Two Recent Reforms,” *West European Politics*, 20(4), pp. 118-9.

<sup>110</sup> 伊奈川秀和, 2000, 『フランスに学ぶ社会保障改革』中央法規, p. 200 注 11 ; 松本前掲書, p. 286.

#### 4-4. 結論——医療保険の財政対策に関する日仏のコントラスト

第一次石油危機以降の医療保険赤字対策としてフランスでも入院時定額負担の導入や一部医薬品の償還率引き下げなどの形で患者自己負担の引き上げが行われるようになった。こうした給付削減は少しずつ行われており、老人保健制度導入以来日本の高齢者の自己負担額が改正の度に増額されたことに類似している。

他方、日本で1980年代の初めに租税・社会保障負担を抑制することが自民党政権の方針になり、実際にそうした方針に沿って医療費抑制を重視した医療保険改革が行われてきたのに対して、フランスでは社会保障負担の拡大が進んだ。表4-2に示されているように1970年代後半以降フランスでは社会保険料負担の引き上げが急速に進んだ。さらに、1990年には社会保険料よりも課税標準の広いCSGの導入も決まった。

日本で1970年代いっぱい給付削減が回避され、また福祉を含む公共支出を賄うための財源として提案された消費税が最初の提案から導入までに10年かかったのと比べると、フランスでは給付削減・財源拡大による財政対策が迅速に決定されている。この背景には、フランスの場合、医療保険の償還率や保険料率を政府が政令の形で決定できること、また議会が関与する場合でも、行政府の優位が確立されており、与党の規律も高いため、議会審議を通じた政府案の骨抜きを回避しやすいことが挙げられる。自民党政権では行政府・与党の凝集性の低さ、内閣と与党の二元体制（後者の優位）によって政府の社会保障改革案がしばしば後退・撤回されたのに対して、フランスでは大統領・首相という執行府のリーダー（彼らは与党のリーダーでもある）の意志が貫徹されやすい<sup>111</sup>。

しかしながら、総医療費の規模を抑制することに関しては日本の方が成功している。日本では1980年から1990年までに総医療費対GDPが6.4%から5.8%へと縮小したのに対して、フランスでは7%から8.4%へと増大した（巻末資料・表1）。対GDP比を指標とする場合、日本の方がGDP成長率が高いことによる影響があるが、一人当たり医療費で見てもやはり日本の方が医療費が抑制されている（巻末資料・表2）。1980年代に入り日本では年末の予算編成過程を通じて医療費を包括的に抑制する政策がとられるようになったのに対し、フランスでは1983年に公立病院への予算制導入を決めたものの、開業医部門については本格的な医療費抑制政策がとられなかった。そもそも、フランスでは開業医の報酬は医療保険金庫（労使）と医師の組合が交渉によって決めることになっており、政府の影響力行使には限界があった。1990年代にはこうした状況を改め、国家主導の医療費抑制が本格的に目指されるようになる。

1990年代に入り、日本では長引く不況と政権の不安定性によって医療保険の財政対策が先送りされていく（第5章）。その結果、2000年代には再び厳しい医療費抑制政策が実施されることになる（第7章）。フランスでは90年代に入り医療費抑制を目指した抜本改革が

---

<sup>111</sup> ただし、ロカル内閣がシラク内閣によって導入された長期疾患患者の自己負担拡大措置を廃止したように、政権交代に伴って前政権の政策の見直しが行われることがある。

挫折し、結局CSG引き上げを中心とした財源の拡大が行われることになるだろう(第6章)。  
次章では1990年代を通じて日本で福祉国家の財源基盤の確保が先送りされ、1997年、2000  
年と弥縫策的な医療保険改革が行われていく過程を検討する。



## 第5章 1990年代の日本の医療保険改革——財源改革の先送り

### 低成長時代への突入と高齢化対策の必要性の高まり

日本の場合、1980年代には経済の高成長がほぼ一貫して続いたことで医療保険料収入は拡大し、他方で医療費抑制政策が本格化したことで、財源の拡充に努めずとも健康保険の財政健全性がなんとか維持された。しかし、1991年にはバブル経済が崩壊し日本経済は「失われた10年」へと突入する。1992年から国民医療費の伸びと経済の伸びの乖離が一挙に深刻化していった（表5-1）。さらに、人口の高齢化も加速していく。1980年から90年までに65歳以上人口比率は9.1%から12.1%へと3%増加したが、2000年には17.4%に達し10年間で5%を超える急速な伸びが生じた<sup>1</sup>。人口高齢化は当然高齢者医療費の増加をもたらす。もっとも、国民医療費の抑制は続けられ（90年代後半にはとりわけ低く抑制される）、医療保険財政にとって危機をもたらしたのは高齢化や支出の伸びというよりも、経済成長が急激にストップしたことによる収入の停滞であった（表5-1）。

こうして1993年から政府管掌健康保険は赤字基調となり、組合健保や国保の財政も悪化していく。従属人口比率の上昇や雇用の非正規化が進むなかで労使の社会保険料に依存した社会保障制度の運営は次第に困難となっていく。しかし、1990年代以降の医療保険改革では自己負担増と保険料引き上げという技術的対応が繰り返され、財源改革は先送りされた。租税財源の確保は進まず、支出と収入のギャップは最終的には国債発行によって埋められた。90年代には減税と国債発行による景気対策が繰り返され、90年代末からは患者負担・社会保障負担を抑制するための赤字国債の発行も行われる。福祉国家の財源改革が先送りされ、減税と国債発行が繰り返された結果、2000年代に入る頃には膨大な国家財政赤字が蓄積されることになった。

本章では1990年代の医療保険改革が短期的な財政対策に終わり、財源の確保が先送りされた経緯を分析する。1980年代前半の医療保険制度改革に関しては多数の先行研究が存在するのに対して、1990年代の改革を詳しく研究した論文は少ない<sup>2</sup>。この理由として結局のところ重要な改革が先送りされたためあまり注目を集めなかったということが考えられるが、90年代の諸改革における議論の状況や、重要な改革の先送りに至った経緯を検討することには一定の意義があるだろう。とりわけ、2000年代以降の医療保険改革の展開を理解する上で、90年代の改革（の先送り）を研究することは不可欠である。以下では順に1991年の老人保健法改正と1992年の健康保険法改正というバブル期の税収・社会保険料収入の増加を背景にした改革（5-1.、5-2.）、1994年の非自民連立政権下の医療保険改革（5-3.）、1997年の自社さ連立政権下の改革（5-4.）を検討する。また、正確には90年代ではないが自公

<sup>1</sup> 総務省統計局『国勢調査』。

<sup>2</sup> 貴重な例外として以下の論文がある。ポール・タルコット（打越綾子訳）、2002、「日本の医療政策における連立政権の影響（1990～2000年）」『社会科学研究』53(2/3), p. 243-68；同（渡瀬義男、根岸毅宏、櫻井潤訳）、2003、「福祉国家日本における1990年代の医療改革」『経済学論纂』43(3/4), p. 221-48。

＜表 5-1 国民医療費と経済の推移＞

年次	国民医療費 (億円)	国民医療費対 前年度増減率 (%)	国内総生産 (GDP) 対前年 度増減率 (%)	国民所得 (NI) 対前年度増減 率 (%)	国民医療費の GDP に対する 比率 (%)	国民医療費の NI に対する比 率 (%)
1955 年度	2 388	11.0	…	…	2.78	3.42
1965	11 224	19.5	11.1	11.5	3.32	4.18
1975	64 779	20.4	10.0	10.2	4.25	5.22
1985	160 159	6.1	7.2	7.2	4.85	6.15
1986	170 690	6.6	3.6	2.8	4.99	6.37
1987	180 759	5.9	5.9	4.9	4.99	6.43
1988	187 554	3.8	7.0	7.7	4.84	6.20
1989	197 290	5.2	7.3	6.0	4.74	6.15
1990	206 074	4.5	8.6	8.1	4.56	5.94
1991	218 260	5.9	4.9	6.4	4.61	5.92
1992	234 784	7.6	2.0	△ 0.8	4.86	6.41
1993	243 631	3.8	△ 0.1	△ 0.2	5.05	6.67
1994	257 908	5.9	1.4	1.3	5.27	6.97
1995	269 577	4.5	1.7	△ 0.3	5.42	7.31
1996	284 542	5.6	2.3	3.0	5.59	7.48
1997	289 149	1.6	0.9	0.6	5.63	7.56
1998	295 823	2.3	△ 2.0	△ 3.5	5.88	8.02
1999	307 019	3.8	△ 0.8	△ 1.3	6.15	8.43
2000	301 418	△ 1.8	0.9	2.0	5.98	8.11
2001	310 998	3.2	△ 0.5	△ 1.4	6.20	8.48
2002	309 507	△ 0.5	△ 0.7	△ 0.8	6.21	8.51
2003	315 375	1.9	0.8	1.2	6.28	8.57
2004	321 111	1.8	0.2	0.5	6.39	8.68
2005	331 289	3.2	0.5	1.1	6.56	8.86
2006	331 276	△ 0.0	0.7	1.1	6.51	8.76
2007	341 360	3.0	0.8	0.8	6.65	8.96
2008	348 084	2.0	△ 4.6	△ 6.9	7.11	9.81
2009	360 067	3.4	△ 3.2	△ 3.5	7.60	10.51
2010	374 202	3.9	1.1	2.0	7.81	10.71

出典：厚生労働省，2012，『国民医療費の概況（平成 22 年度）』厚生労働省ホームページ 2014 年 9 月 27 日 < <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-iryohi/10/index.html> > 2014 年 3 月 27 日閲覧。

保連立政権による 2000 年の医療保険改革も続けて分析する (5-5.)。これは 97 年改正の際に約束された抜本改革を結局先送りしたものであり、小泉政権成立以降の医療保険改革と一緒にまとめるよりも、1997 年の医療保険改革とまとめた方が政策の区切りとして適切であると思われるためである。

他方、1990 年代には介護保険制度という新たな社会保険制度が創設されており、こちらの経緯については多数の研究が発表されている。介護保険創設の目的は従来不十分であった高齢者介護サービスを質・量ともに改善することにあつたが、同時に社会的入院<sup>3</sup>の解消による高齢者医療費の削減、つまり医療保険制度の負担軽減という目的もあった。また、実現には至らなかったものの、介護保険の導入後に高齢者の医療と介護を一体的に提供する制度の導入も考えられていた。このように介護保険の導入は医療保険政策とも関連しており、また医療保険と同様に負担の先送りが行われたということから、その創設過程を分析対象に加えることにした (5-6.)。介護保障の充実は消費税増税との関連で議論されていたが (例えば、1994 年の「21 世紀福祉ビジョン」)、1989 年と同様に (3-4.)、1997 年の消費税の増税の際にも税収と高齢者福祉支出の制度的な結びつきは確立されなかった。結局、消費税ではなく介護保険料という別の財源が導入されることになるのだが、自民党は総選挙を控えて 1996 年には介護保険法案の国会提出を見送り、制度実施直前の 1999 年秋にも保険料免除措置の財源を赤字国債で賄うという負担先送りを決めている。

要するに、1990 年代の後半から 2000 年にかけて医療・介護とも社会保障負担をなるべく先送りする傾向が見られ、財政対策として患者負担の増加・医療費抑制が行われるか、あるいは公債発行によってこれらの措置が回避されたのである。高齢化・雇用の非正規化などに対処するための社会保障財源改革は 1990 年代を通じて実現されぬままとなった。社会保障財源が確保されず、しかも膨大な国家財政赤字が蓄積されたことで、2000 年代には社会保障費は再び公共支出削減の標的とされることになる (第 7 章)。

#### 5-1. 自民党政権崩壊前の医療保険改革①——1991 年の老人保健法改正による介護に関する公費負担の引き上げ<sup>4</sup>

1991 年の老人保健法改正では労使の負担 (老人保健制度への拠出金) を増やして国庫負担を減らすという 80 年代の路線とは反対に、高齢者介護に関する公費負担の割合を 3 割か

<sup>3</sup> 医学的な治療を必要としない者が、家庭の事情、経済的理由、高齢者福祉施設の不足などから入院を余儀なくされること。医療費の無駄、入院患者の生活の質の低下などから問題視された。高齢者介護の充実の目的の一つはこの社会的入院の是正にある。

<sup>4</sup> この改正の内容や経緯については、岡光序治編、1993、『老人保健制度解説：第一次、第二次改正と制度の全容』ぎょうせい、p. 81 以下が詳しい。この他に、吉原健二、和田勝、2008、『日本医療保険制度史 (増補改訂版)』東洋経済新報社、pp. 349-53；田多英範、2007、『現代日本社会保障論 (第 2 版)』光生館、pp. 192-4 などがある。

ら 5 割に増やすことが決まった。また、老人訪問看護制度が創設されこれも公費負担 5 割の対象となった。80 年代末以来高齢者介護を重視する政策の流れができており、また 80 年代後半から続いていた好況と税収の伸びによってこうした決定が財政的に容易となっていた。老人保健制度の財政問題への公費負担増額による対応は労使や野党の賛成を得やすく、大蔵省の合意が得られて以降は法案成立にとって大きな障害はなかった。なお、改正案には高齢者の患者自己負担の引き上げが含まれていたが、国会審議を通じて負担が軽減された。

#### a. 老人保健法制定後の動向

1982 年に制定された老人保健法には施行 3 年後の見直しが規定されており、1986 年には最初の改正が行われた。1983 年に高齢者の患者一部負担が導入された直後の時期には老人医療費は顕著に抑制されたが、その後再び急増するようになり財政対策が求められていた。また、不十分さを指摘されていた老人保健事業の充実も課題であった。

そこで 1986 年改正では患者一部負担金の増額、各医療保険制度からの拠出金に関する加入者按分率（後述）の 100%への引き上げという財政対策とともに、病院（医療）と特別養護老人ホーム（福祉）の中間施設としての老人保健施設の創設が決まった。老人保健制度発足時には、医療保険の各保険者が老人保健制度に納める拠出金のうち 50%は治療を受けた 70 歳以上の高齢者が加入する保険者が負担し、残りの 50%は各保険者の老人加入率に逆比例して算出されるものとされた。加入者按分率の引き上げとは後者の比率を高めること、要するに老人加入率の少ない被用者保険制度からの老人保健制度への拠出金を増加させるということであり、1987 年度と翌年には健康保険組合全体で初めて 2 年連続の赤字となった<sup>5</sup>。老人保健法の制定に健康保険組合連合会（健保連）が反対に回ったのはこうした事態を危惧してのことであったが、「こんなに早くしかも 100%まで引き上げられることは予想外であった」<sup>6</sup>。これ以降、高齢者医療費をどうやって負担していくのが日本の医療保険改革の主たる争点であり続けることになる。

#### b. 1991 年改正の経緯

1986 年の改正時には 1990 年度までの見直しが規定されており、1988 年 10 月には老人保健審議会（老健審）で費用負担の見直しについて検討が始められた。健保連と経営者団体は被用者保険財政の危機をうったえ、老人保健制度への公費負担率の 3 割から 5 割への引き上げと高齢者の患者一部負担を定額ではなく 5%の定率負担にすることを強く要求した。

---

<sup>5</sup> 吉原，和田前掲書，p. 348。

<sup>6</sup> 同上。

他方、大蔵省は公費負担の引き上げには慎重だった<sup>7</sup>。その後、1989年4月の消費税実施後に行われた7月の参議院選挙で自民党は大敗し、1990年に衆議院選挙が予定されていることから与党は患者一部負担の引き上げを含む老健法改正に消極的となった<sup>8</sup>。また、老健審では公費負担率の引き上げや患者の定率負担について意見を集約できず、1989年12月18日に戸井田三郎厚相に賛否両論を併記した上で「更に検討を重ねていく」とした中間答申を提出した<sup>9</sup>。このため1990年度内の改正は見送られることになった<sup>10</sup>。他方、12月にはゴールドプラン（高齢者保健福祉推進10か年戦略）が策定され、高齢者福祉の充実が約束された（3-4.）。

1990年2月18日の総選挙で自民党は512議席中275議席を獲得し、過半数の議席を確保することができた。7月に論点整理と意見集約のために老健審内に6名の学識経験者（大学教員）からなる老人保健制度研究会（座長・伊藤善市東京女子大教授）が設置され、11月16日に報告書がまとめられた<sup>11</sup>。このなかで介護サービスに限定した公費負担率の引き上げが老健審に提言され、患者一部負担の自動改定措置（スライド制）の必要性も指摘された。

11月末には健保連・日経連・連合が老人保健法改正を要求し、厚生省は次期国会に改正案を提出する方向で予算編成へと向かう。12月3日に老健審では経営者側委員が一部負担について定率制ではなく定額制を前提とした引き上げもやむなしとする意見を表明し、6日には健保連・日経連・連合が公費負担率を5割へと引き上げるとともに、患者一部負担は定額制を前提としつつも物価変動に合わせて数年毎に見直す必要があるとする共同提言を発表した<sup>12</sup>。老人保健制度は医療のみならず社会福祉的な性格のサービスが含まれており、公費で対応するべきであるというのが彼らの主張であった。

最終的に老健審が津島雄二厚相に具申した「老人保健制度の見直しに関する意見」（12月21日）<sup>13</sup>では、公費負担については「老人保健の分野における喫緊の課題である介護の充実を図る見地にたつて、老人医療のうち介護的要素の大きい分野に着目して、重点的に公費負担の拡大を行うべきである」とされ、一部負担については「現行の定額負担制を維持しつつ見直すことについて意見の一致をみた」。老健審の意見が発表されたのと同じ日に1991年度予算編成について大臣事前折衝が行われ、改正内容について厚生省と大蔵省が合意した<sup>14</sup>。主な内容は、①老人訪問看護の創設、②介護関連の医療費（老人保健施設療養費・介護体制の整った老人病院の入院費）に対する公費負担の3割から5割への引き上げ、③老

---

<sup>7</sup> 岡光編前掲書, p. 81。

<sup>8</sup> 吉原, 和田前掲書, p. 349。

<sup>9</sup> 「老人保健制度の見直しに関する中間意見」（岡光編前掲書, pp. 494-500 に収録）。

<sup>10</sup> その代わり、被用者向け医療保険には公費による老人保健拠出金の負担軽減措置がとられ、保険料引き上げが回避された。1989年当時の国家財政は黒字状況にあり、こうした措置が可能であった。岡光編前掲書, pp. 82-4。

<sup>11</sup> 同上, pp. 501-18 に所収。

<sup>12</sup> 同上, pp. 89-91。

<sup>13</sup> 同上, pp. 519-20 に所収。

<sup>14</sup> 同上, pp. 91-2 による。

人の一部負担の引き上げ（外来を一か月 800 円から 1,000 円に、入院を 1 日 400 円から 800 円に）およびスライド制の導入である。

1991 年 1 月に改正案が老人保健審議会・社会保障制度審議会に諮問され、それぞれ 1 月 29 日と 2 月 5 日に概ね了承との答申を行った<sup>15</sup>。2 月 12 日に老人保健法等の一部を改正する法律案が閣議決定され、同日に通常国会へと提出された<sup>16</sup>。4 月に統一地方選挙が行われるという政治日程により審議入りは遅れ、4 月 11 日に衆院本会議で趣旨説明と質疑が、社会労働委員会にて提案理由説明が行われ、翌日以降社労委で質疑が行われた。法案に対して社会党、公明党などの野党各党はそろって公費負担の拡充、患者一部負担の抑制、スライド制反対を主張していた<sup>17</sup>。5 月 8 日に通常国会は閉会し改正案は継続審議とされたが、次期国会で議事を進めることについて与野党間には合意があった。

8 月 5 日に臨時国会が開会される。この時、社会労働委員会が厚生委員会と労働委員会に分離されたことで審議日数が増え、法案成立が容易となった。予算委員会の後で 30 日に衆議院で第一回厚生委員会が開かれ、社会・公明・民社・進民連・連合参議院の野党五党によって共同修正要求が提出された<sup>18</sup>。9 月 10 日に共産党を除く与野党によって修正案が可決され、患者負担は抑制され、公費負担引き上げの範囲は拡大された<sup>19</sup>。政府原案では 1991 年 7 月から高齢者の一部負担を外来月 800 円から 1,000 円に、入院月 400 円から 800 円に増額し、1992 年度からは医療費の伸びに合わせてスライドさせることになっていたが、修正により一部負担は 1991・92 年度には外来月 900 円、入院月 600 円、1993・94 年度には外来月 1,000 円、入院月 700 円とし、1995 年度から物価スライド制を実施することとされた。また、公費負担 5 割の対象は当初老人保健施設の利用料や介護体制の整った老人病院の入院費用とされていたが、新設の老人訪問介護も対象に加えられた。参議院ではさらに精神病院での老人性痴呆症患者の入院費用も公費負担 5 割の対象とされた。9 月 24 日に参院厚生委員会で一部修正の上共産党を除く与野党五党によって法案は可決され、翌日本会議でも可決された。27 日に衆院本会議で法案は成立し、10 月 4 日に公布された。

### c. 1991 年改正の内容

改正の内容は以下の通りである。第一に、老人訪問看護制度が創設された<sup>20</sup>。第二に、患者一部負担が上記の通り引き上げられることになった。第三に、1992 年から介護に関する

<sup>15</sup> 岡光編前掲書, pp. 522-3 に所収。

<sup>16</sup> 法案の国会提出から成立までの経緯については、同上, pp. 92-7 に依拠している。国会審議の経過は同書, p. 113 にまとめられている。

<sup>17</sup> 審議入り前の 4 月 9 日には連合が「老人保健制度・児童手当制度についての連合の対応」を作成し、公費負担拡充や一部負担圧縮などを求め、野党統一修正要求作りを呼びかけていた。

<sup>18</sup> 詳細は岡光編前掲書, pp. 120-1 参照。

<sup>19</sup> 政府原案・衆議院修正・参議院修正の比較は、同上, p. 114 にまとめられている。

<sup>20</sup> ゴールドプランにも全国 5,000 か所の訪問看護ステーションの整備が付け加えられた（吉原, 和田前掲書, p. 353）。

費用などについて公費負担割合が 3 割から 5 割に引き上げられた（社会福祉制度の公費負担割合と同じになった）。公費に占める国 3 分の 2、都道府県 6 分の 1、市町村 6 分の 1 という負担割合は維持された。また、都道府県と市町村の負担増については地方財政計画により地方交付税による財政措置が行われることになった。

要するに、今回の改正では国と高齢患者の負担が増える一方で、健康保険の保険者の負担（老人保健制度への拠出金）は減少した<sup>21</sup>。老人医療費のうち公費負担引き上げの対象となる介護部分はごくわずかであり、1992 年度には老人医療費全体の公費負担率は 30%から 31.2%に変わっただけだったが、老人保健制度発足以来初の公費負担増となった<sup>22</sup>。このため労使双方、そして健保組合と国民健康保険とが共同歩調をとることができた<sup>23</sup>。

#### d. 考察

財政的な観点から見て今回の改正内容で特徴的なのは、国庫負担を減らして保険者の負担を増やすという 1980 年代の路線とは逆に、国庫負担を増やして保険者の負担を減らしていることである。介護の充実とは 1989 年のゴールドプラン、1990 年の老人福祉法等の改正でも追求されており、今回の老健法改正でもそうした流れに沿って介護部分について国庫負担増額が行われている<sup>24</sup>。国庫負担引き上げの対象となったのは一部のサービスに限られたが、それでも国庫負担の増額が盛り込まれたことで日経連・連合・健保連のみならずかねて国庫負担による社会保障の改善を求めてきた社会党などの野党の合意が得やすい改正案であった。自民党は政府原案を支持する立場であったが、野党との妥協により患者負担額の増額は抑制され、公費負担増の適用対象は拡大された。

また、この時期にはそれを大蔵省に受け入れさせるような良好な国家財政状況が存在していたことも無視できないだろう。1985～90 年の間には毎年 4 兆円から 5 兆円のペースで一般会計の税収が伸びていた。1990 年度予算では 1975 年度以来続いていた赤字国債への依存からついに脱却し、公債依存度は 8.4%まで低下していた<sup>25</sup>。1989 年から 1991 年までは財政状況の好転と自民党の選挙での苦戦を背景として厚生省が介護対策の充実を推し進める

---

<sup>21</sup> 岡光編前掲書, pp. 108-10。

<sup>22</sup> 老人保健施設などが増えれば公費負担も増えていくだろうというのが政府・与党の立場だった。同上, pp. 93, 110。

<sup>23</sup> 吉原, 和田前掲書, p. 353。この他に、国会審議を通じて付添看護問題の適正化が附則に規定された（岡光編前掲書, p. 111）。付添看護問題とは、看護・介護体制が不十分な医療機関において医療機関に雇用されていない付添婦が付添看護・介護を行っていることが安全性や費用負担の面から問題視されていたものである。1991 年 11 月 26 日には老健審の「老人医療における付添看護の問題について（意見具申）」が提出され、将来的には付添看護を解消する方向が打ち出される。付添看護の解消は 1994 年に非自民連立政権下の医療保険改革によって法制化されることになる（本章 5-3.参照）。

<sup>24</sup> 「高齢社会に向けた一連の改革としての位置づけが、結局は制度改革実現の基本であったといえよう」（岡光編前掲書, p. 97）。

<sup>25</sup> 久保田勇夫編, 1990, 『図説日本の財政（平成 2 年度版）』東洋経済新報社, p. 133。

ことができた時期であり、一時的な福祉拡大期であったといえよう。

ところが、老健法改正が審議されていた 1991 年にはバブル景気の失速が明らかになり、税収は減少傾向に転じる。一般会計税収は 1990 年度の 60.1 兆円をピークとし、2000 年度には 50.7 兆円、2010 年度には 41.5 兆円と減少していく<sup>26</sup>。1991 年末の予算編成では再び社会保障費の抑制が始まる。高成長が続いた 80 年代までとは国家財政の状況が一変し、高齢者介護需要の増大に備えるためにサービスを拡充するつもりでいた厚生省は再び厳しい財政制約に直面する。

## 5-2. 自民党政権崩壊前の医療保険改革②——1992 年の健保改正と社会保障負担の抑制

1990 年代最初の健康保険法改正である 1992 年改正では政府管掌健康保険（政管健保）の財政運営を従来の単年度主義から 5 年程度の中期的運営方式に変更するとともに、国庫補助率と保険料率を引き下げることが決まった。現時点から振り返れば、「失われた 10 年」の入り口でわざわざ財源を縮小するような改革が行われたのは奇妙に思えるが、当時政管健保には好況期に蓄積された多額の積立金が存在していた。この改正は健保改正としてはめずらしくスムーズに実現された。多額の積立金を背景に、診療報酬の大幅引き上げ、保険料率の引き下げを行うという政府案は関係団体の利害に合致していた。他方、こうした改正によって医療保険の財政悪化を懸念する向きも存在していた。

### a. 政府案の決定過程

1991 年にはバブル経済の崩壊により 1980 年代後半から続いた好況に終止符が打たれるとともに、法人税・有価証券取引税などの税収が大きく落ち込んだ。そのため 1991 年末に行われた 1992 年度予算編成は 5 年ぶりの緊縮予算となった。一般会計予算の伸びは 2.7%と過去 4 年間の平均伸び率 6.8%を大きく下回り、厚生省予算の伸びも概算要求時の 5.7%から 4.8%へと引き下げられた<sup>27</sup>。税収の低下が予想されたため、12 月に予算編成がやり直されたのだった。

当時、厚生省にとっては医療機関の経営危機への対処と高齢者医療・介護のためのマンパワー確保が課題となっており、1992 年の診療報酬改定では一定の引き上げを行う必要があった。従来、診療報酬の改定は厚生省予算の枠内で対処してきたが、国の財政状況が悪化するなかでの大幅なプラス改定は困難であり、財源の捻出が課題となった<sup>28</sup>。そこで厚生省は、黒字が続いている政管健保に対する国庫補助率を引き下げ、それによって浮いた額

<sup>26</sup> 財務省, 2013b, 「一般会計税収の推移」財務省ホームページ <[http://www.mof.go.jp/tax\\_policy/summary/condition/010.htm](http://www.mof.go.jp/tax_policy/summary/condition/010.htm)> 2013 年 3 月 27 日閲覧。

<sup>27</sup> 吉原, 和田前掲書, p. 432。

<sup>28</sup> 『週刊社会保障』1672, 1992.1.20, p. 13。



を看護婦などの処遇改善を中心とした診療報酬引き上げの財源として利用することに決めた。

＜表 5-2 診療報酬改定・薬価基準改正の経緯、1983～2000 年度＞

	医科・歯科・薬局（調剤）の平均改定率（％）	薬価基準の改定 （医療費ベース、％）
1983 年 2 月 1 日	0.3（医科のみ）	
1984 年 3 月 1 日	2.8	▲5.1
1985 年 3 月 1 日	3.3	▲1.9
1986 年 4 月 1 日	2.3	▲1.5
1988 年 4 月 1 日	3.4（医科、薬局のみ）	▲2.9
1988 年 6 月 1 日	1.0（歯科のみ）	
1989 年 4 月 1 日	0.11	0.65
1990 年 4 月 1 日	3.7	▲2.7
1992 年 4 月 1 日	5.0	▲2.4
1994 年 4 月 1 日	3.3	▲2.1
1994 年 10 月 1 日	1.5	
1996 年 4 月 1 日	3.4	▲2.6
1997 年 4 月 1 日	消費税引き上げに伴う 医科 0.32％，歯科 0.43％，調剤 0.15％ 診療報酬改定に伴う 医科 0.99％，歯科 0.32％，調剤 1.00％	▲1.32
1998 年 4 月 1 日	1.5	▲2.7（外に材料価格▲0.1％）
2000 年 4 月 1 日	1.9	▲1.7

出典：吉原，和田前掲書，p. 517 第 32-1 表。

政管健保では 1981 年度以来黒字が続いていた。好況が続いたことによる被保険者数の増加、女性の社会進出等による扶養率の減少、標準報酬の上昇による保険料収入の増加といった経済社会状況は政管健保の財政状況を助け、1980 年代に行われた患者自己負担の引き上げや診療報酬の抑制のような制度改革によって医療費の伸びも抑えられていた。政管健保の 1990 年度決算では約 3,400 億円という過去最高の黒字が計上され、1991 年度末には積立金が 1 兆 4 千億円程度に達するものと予測されていた<sup>29</sup>。こうしたなかで政管健保への国庫補助の削減によって診療報酬引き上げのための財源が確保されることになった。また、多額の積立金の活用方法も議論の対象となった。1991 年 12 月の予算編成を通じて厚生省は

<sup>29</sup> 吉原，和田前掲書，p. 432。こうした黒字傾向により 1985 年度から 1989 年度までの政管健保への国庫補助は特例的に減額されており、合計 4,600 億円が返済されずにいた（同書，pp. 441-2）。

単年度の財政均衡を前提とする従来の財政運営を改め、積立金の存在を前提とした 5 年程度の中期的財政運営方式を導入し、景気動向に左右されない安定した保険料率を設定するという健保改正の方針を大蔵省と合意する。

12 月 20 日に山下徳夫厚相は羽田孜蔵相と 1992 年度予算編成の事前折衝を行い、診療報酬の引き上げと健保改正の方針について合意した。診療報酬の改定幅は本体プラス 5%、薬価基準が医療費ベースでマイナス 2.4%という差し引き 2.5%のプラス改定となった(表 5-2)。日本医師会や日本病院会・全日本病院協会などの病院団体はより大幅な引き上げを要求して不満を表明したが、「大方の予想を上回る引き上げ幅」だった<sup>30</sup>。他方、健保改正に関する合意内容は、①中期運営方式の採用と事業運営安定資金の創設、②保険料率と国庫補助率の引き下げ、③安定資金の運用益の一部を用いた保健福祉施設事業の拡充、④保険給付の改善(分娩費の最低保証額を 20 万円から 24 万円に引き上げ、出産手当の支給期間の改善)からなり、1992 年 4 月 1 日から実施することとされた<sup>31</sup>。12 月 28 日には臨時閣議において 1992 度の政府予算案が決定され、このなかに健保改正案が組み込まれた。

#### b. 審議会の反応

予算案の決定を受けて厚生省は健康保険制度等の改正案要綱を作成し、関連審議会の諮問に向かう。年が明けた 1992 年 1 月 14 日に山下厚相は社会保険審議会(会長・宮澤健一社会保障研究所長)に政管健保の財政運営方式の変更や医療保険審議会<sup>32</sup>の創設などの制度改革を諮問する。厚生省保険局の説明は以下のようなものであった<sup>33</sup>。すなわち、保険料率は健保組合の平均保険料率を考慮して 8.4%から 8.2%への引き下げにするが、それでもまだ黒字が出るので国庫補助を減らして診療報酬引き上げ財源に利用する。ただし、老人保健制度への拠出金は今後も増えるので、これに関する国庫補助率は下げない(16.4%のまま据え置き)。保険料率と国庫補助率は今後 5 年間は原則として変更されない。1996 年度まで黒字が増えていく見込みである<sup>34</sup>。厚生省としては経済変動を吸収できる中期的財政運営を健保組合や国保にも取り入れていきたいとの主張であった。

改正案に対して連合を中心とした被保険者側(労働側)委員は国庫補助率の引き下げに難色を示したが、1 月 30 日の総会では国庫補助率引き下げは暫定的な措置であり、中期的な財政運営の安定を確保できる範囲での引き下げで、診療報酬改定の財源にもなることから「やむをえざる措置として容認するものである」とされ、「基本的には了承する」との答

<sup>30</sup> 『週刊社会保障』1671, 1992.1.13, p. 39。

<sup>31</sup> 『週刊社会保障』1670, 1992.1.6, p. 61。

<sup>32</sup> 政管健保と船員保険を所掌する社会保険審議会を改組し、国保に関する事項も審議する場として設置された(吉原, 和田前掲書, p. 438-41)。1997 年には老人保健福祉審議会と統合され医療保険福祉審議会となるが、その後、審議会全般の統合再編の一環として廃止され、2000 年 6 月に社会保障審議会が設置された際にそのなかに医療保険部会が置かれた。

<sup>33</sup> 『週刊社会保障』1672, 1992.1.20, pp. 12-7。

<sup>34</sup> 同上, p. 16 に政管健保財政の見通しを示した表が掲載されている。

申が行われた<sup>35</sup>。なお、社会保険審議会が医療保険審議会に改組されるにあたって、従来の労・使・公益代表各 7 名の三者構成ではなく学識経験者が参加することについて、労働側委員から発言力の低下を懸念する声が出され、答申でも委員の構成に配慮するよう求められた<sup>36</sup>。1980 年代以前の健保改正に際して社会保険審議会では激しく意見が戦わされるのが常であったが、今回は利害対立が少なく順調な審議となった。厚生省も「内容は難しいものではない」、「日切れ法案並みの扱いで国会審議を」との姿勢だった<sup>37</sup>。

他方、社会保障制度審議会（会長・隅谷三喜男東大名誉教授）は 1 月 27 日に諮問を受け審議入りし、医師会、総評センター、社会党・自民党衆院議員らが厚生省に質問を行い議論が交わされた<sup>38</sup>。2 月 3 日には早くも答申を行っている。その内容は、中期的安定的運営はそれまでも繰り返し答申してきたことで「基本的に了解する」、国庫補助率引き下げは「当面やむを得ないものと認める」、医療保険審議会については「委員の構成等に慎重な配慮を求めたい」というものであった<sup>39</sup>。

こうして 1 月 30 日に社会保険審議会が、2 月 3 日に社会保障制度審議会がそれぞれ健保改正案を了承する答申を行った。厚生省は法案作成に入り、2 月 12 日には自民党の政務調査会・総務会でも了承された<sup>40</sup>。

#### c. 国会過程<sup>41</sup>

1992 年 2 月 14 日、健康保険法等改正案が国会に提出された。主な内容は、①政管健保への中期財政運営方式の導入、②保険料率と国庫負担率の引き下げ（前者は 8.4%から 8.2%、後者は 16.4%から 13%）、③出産手当金の支給期間と分娩費の改善、④医療保険審議会の設置、⑤標準報酬月額の上下限の引き上げ、⑥事業運営安定資金の創設などである。

衆議院では民社党は賛成、共産党が反対の立場を示し、社会党・公明党は国庫補助率の見直し規定を要求した。そこで、財政状況が悪化した場合には国庫補助率を戻すという修正案を自民党が提示したところ共産党以外の各党が了承し、3 月 12 日に衆院本会議で修正の上可決された<sup>42</sup>。法案は参議院に送られ、3 月 27 日に参院本会議で修正案通り可決・成立した<sup>43</sup>。国会提出からわずか 43 日間という異例の短期間で成立となった。

<sup>35</sup> 答申の内容は、『週刊社会保障』1675, 1992.2.10, pp. 48-9 参照。

<sup>36</sup> 結局、新設された医療保険審議会では学識経験者を委員とするものの、被用者保険については従来の三者構成の実が挙がるように臨時委員が任命された（吉原, 和田前掲書, pp. 438-41）。

<sup>37</sup> 『週刊社会保障』1674, 1992.2.3, pp. 36-7。『週刊社会保障』1672, 1992.1.20, p. 36 も参照した。

<sup>38</sup> 『週刊社会保障』1674, 1992.2.3, pp. 54-5。

<sup>39</sup> 『週刊社会保障』1675, 1992.2.10, pp. 48-9。

<sup>40</sup> 『週刊社会保障』1677, 1992.2.24, p. 16。

<sup>41</sup> 国会審議の経過は『週刊社会保障』1683, 1992.4.6, p. 13 にまとめられている。

<sup>42</sup> 『週刊社会保障』1680, 1992.3.16, pp. 44-5。

<sup>43</sup> 参議院では分娩費の最低保障額の適正化等に関する共産党を除く五党共同提出の付帯決議も採択された（『週刊社会保障』1683, 1992.4.6, p. 12）。なお、同じく積立金が累積していた雇用保険でも保険料率と国庫補助率が引き下げられている。『週刊社会保障』1671, 1992.1.13, p. 29 ; 1674,

#### d. 考察

以上のように 1992 年の健保改正はまず官僚制内で（与党の反応を予想しつつ）閉鎖的に合意形成を行い、審議会による了承と与党による事前承認を経て、法案が閣議決定・国会提出され、国会の日程に応じて可決されるという自民党長期政権下の典型的な政策決定のパターンをなぞっている<sup>44</sup>。審議会でも国会においても大きな混乱は見られなかった。保険料負担の引き下げに労使は賛成であり<sup>45</sup>、いつもならば労組と野党が反対するはずの国庫補助率引き下げも診療報酬引き上げ（看護婦の処遇改善など）のための財源確保策として正当化されていた。そのため労組も野党も強硬には反対できなかった。また、医療費増（診療報酬 2.5%引き上げ）と給付改善（出産関連）を目的とした改正であり、医師会の介入による骨抜きもみられない。被保険者に不利益を与えるような政策でもなかった。参議院で自民党は過半数の議席を有していなかったが、保険料率の引き下げが遡及適用できないため、衆議院での審議の段階で、日切れ法案と一緒に年度内に成立させるという合意が与野党間でできていた<sup>46</sup>。

1984 年以来ひさしぶりに行われた健保改正は医療費抑制ではなく医療費増、保険者負担増ではなく負担減を狙ったものであった。これはバブル経済の恩恵（多額の積立金）を活かした最後の負担抑制・給付拡大型の健保改正である<sup>47</sup>。1992 年 4 月には改正健保法の施行と同時に診療報酬も 10 年ぶりの大幅引き上げとなった。いわば、積立金の存在を担保にして診療報酬引き上げに踏み切ったようなものであった。しかし、この時には既に景気後退が明白化しており、まさに財政危機の入り口で国庫補助率と保険料率を引き下げ、診療報酬を引き上げることになった<sup>48</sup>。

こうした制度改正が政管健保の財政難に結びつくことを懸念する向きは当時からあった。例えば、1992 年 1 月 20 日の社会保障制度審議会の総会にて恒例の厚生・労働両省の新年度予算の説明の後の質疑で浜西寿三郎（兵庫県医師会長）は健保改正で赤字が生じないか厚

---

1992.2.3, pp. 6-9 参照。

<sup>44</sup> タルコット前掲論文, 2002, pp. 246-7。

<sup>45</sup> なお、保険料率が下がる一方、保険料徴収の基準となる標準報酬月額の下限を最低賃金月 8 万円に合わせ 6 万 8 千から 8 万円へ（厚生年金では既に 8 万円に変更されていた）、上限を 71 万円から 98 万円へと改定することになった。上限引き上げの影響を受ける被保険者の数は全体の 1%程度に限定され、多くの被用者と事業主にとっては保険料負担減であった。とはいえ、標準報酬月額の引き上げによって保険料率引き下げの効果の相殺が期待されていた（『週刊社会保障』1672, 1992.1.20, p. 17 右上の囲み参照）。

<sup>46</sup> 『週刊社会保障』1683, 1992.4.6, p. 13。

<sup>47</sup> 「1991 年にバブル経済が崩壊したとはいえ、この当時はまだ好景気の余韻があった」（島崎謙治, 2011, 『日本の医療：制度と政策』東京大学出版会, p. 104）。

<sup>48</sup> 1993 年にも国庫負担の縮減と繰り延べが決定されている。同年の国民健康保険法改正でも保険基盤安定制度（1987 年の国保法改正で暫定的に導入された低所得の国保加入者の保険料軽減分を公費で補填する仕組みであり、1990 年改正で恒久化された）の国庫補助が定率 5 割から定額制に変更され、補助金が削減された。93、94 年度の暫定措置だったが、95、96 年度も定額負担方式が延長継続された。吉原, 和田前掲書, pp. 441-5 参照。

生省に説明を要求していた<sup>49</sup>。また、健保連常任理事の澤江禎夫は改正内容を冷ややかに受け止め、診療報酬の10年ぶりの大幅引き上げと景気後退で組合健保の財政は「極めて厳しくなる」と予想していた<sup>50</sup>。

こうした懸念に対して厚生省は1996年まで安定的な財政運営は可能であると主張していたが、中期的な財政の安定の根拠となった試算は1986年から1990年の5年間という好況期の実績がベースとなっており、改正健保法の施行後には厚生省の公式の予測を裏切る形で財政状況は悪化していく。1993年には政管健保は赤字に転落し、1996年には早くも積立金は枯渇寸前の状況に陥る。国家財政の悪化も続き、1992年改正の附則で定められた国庫補助率の引き上げがその後の健保改正で活かされることはなかった。結局、1992年改正は政管健保の積立金の取り崩しによって差し当たり数年間の保険料率の安定を確保するにとどまった<sup>51</sup>。しかし、1992年を境に経済の伸びと医療費の伸びの乖離が深刻化していく（表5-1）。1997年には政管健保の財政維持のために健康保険法が再び改正されるが、この改革も将来的に必要なであろう医療保障の財源の確保に関して議論を深めるのではなく、短期的な帳尻合わせに終わることになる（5-4）。

1992年以降、国家財政・医療保険財政が悪化するなかで1993年に自民党が下野することで医療保険改革の過程は複雑化していく。1980年代に大蔵省とともに財政再建を追求してきた自民党は政権復帰・維持のために財政健全主義を軽視し、予算拡張主義的な立場をとるようになる。次節では自民党下野後の非自民連立政権下における医療・社会保障政策を検討する。

### 5-3. 細川・羽田非自民連立政権下の医療保険改革（1994年）

1990年代の二度目の健康保険法改正は1994年6月に非自民連立政権によって実現された。もっとも、この改正は非自民連立政権の誕生以前に厚生省と関連審議会によって準備されていた内容を法制化したものであった。政策決定過程についても、審議会が厚生省に建議書を提出し、それをもとに厚生省が政府原案を作成し、国会審議を通じて患者負担が抑制された上で法案が可決・成立するという自民党政権下で見られたパターンが再現された<sup>52</sup>。

<sup>49</sup> 『週刊社会保障』1673, 1992.1.27, p. 16。

<sup>50</sup> 『週刊社会保障』1683, 1992.4.6, p. 32。

<sup>51</sup> 1992年には第二次医療法改正も行われ、特定機能病院・療養型病床群・一般病院の類型化が行われた。高度先端医療を担う特定機能病院の受診には紹介状が必要になり、療養病床は病状の安定した患者の長期療養のために導入された。こうして医療機関の機能分担の推進が図られた。

<sup>52</sup> 1980年代までの社会保障改革では与野党が異なる政策パッケージを対決させるというより、厚生省が作成した原案に対して与野党双方が社会保障給付の抑制への反対を中心とした限定的・受動的な対応をとるのが基本であった。与野党は給付の拡大（ないし給付抑制への反対）という同じ方向性に沿って競合していた。樋渡展洋, 1995, 「55年体制の『終焉』と戦後国家」『レヴァイアサン』16, pp. 121-44 参照。

改正案では 1 日 800 円の入院時食事負担を導入することになっていたが、野党となった自民党は負担の軽減を主張し、与党もこれを受け入れた。以下では 1994 年健保改正の経緯と内容を検討する。

#### a. 1994 年改正の経緯

1994 年の健康保険法改正の内容を準備したのは 1992 年の改正によって設置された医療保険審議会である<sup>53</sup>。発足後、医療保険審議会では公的医療保険の給付範囲・内容の見直しを中心に議論が進められ、1993 年 12 月 8 日に大内啓吾厚相（民社党委員長）に建議書が提出された。主な論点として、①かねて問題視されていた付添婦等に対する保険給付を廃止し、そもそも付添いを必要としない看護・介護体制を確立すること（そうすることで付添婦のお世話料などの保険外負担を解消すること）<sup>54</sup>、②入院時の給食は引き続き保険給付対象としながらも患者のニーズに対応したサービスが必要であること、③介護サービス体系の確立が急務であることが指摘された。

建議書を受けて厚生省は健保改正案要綱をとりまとめ、1994 年 2 月 16 日に医療保険審議会に諮問する。2 日後には同審議会から建議書の内容に沿ったものとして了承する答申が行われた。その後、21 日に諮問を受けた社会保障制度審も付添看護の解消を評価し、3 月 3 日に改正案要綱を了承する答申を行った。法案は 3 月 22 日に閣議決定され、同日国会に提出された。改正案には付添看護の解消と保険給付の廃止、1 日 800 円の入院時食事費の導入（低所得者には減額措置あり）のほか、訪問看護サービスの拡充や出産育児一時金の創設などが含まれていた<sup>55</sup>。

国会提出後、4 月 8 日に細川護熙首相の退陣表明、28 日の羽田孜内閣発足をはさんで 6 月 3 日になってようやく衆議院厚生委員会で審議が始まった<sup>56</sup>。衆院では共産党を除く与野党共同提案で入院時食事負担を 1 日 800 円から 600 円へと引き下げる経過措置を設ける修正が行われた。これは自民党と社会党が調整した案に与党が相乗りして共同提案となったものであった<sup>57</sup>。改正案は 6 月 21 日に衆院本会議で可決され、2 日後に参院本会議で可決・成立した。審議入りしてから余り曲折があったが、国会会期末を控え、衆院では約 7 時

<sup>53</sup> 改正の経緯と内容については、吉原、和田前掲書、pp. 496-52 と『週刊社会保障』1795, 1994.6.27 に依拠している。

<sup>54</sup> 付添いの費用に対する保険給付は償還払い制だったが、給付額と患者の実際の負担に差額があり、こうした保険外負担や付添婦の専門知識、病院における立場（患者との直接契約なので病院の管理に属さない）などが問題視されていた（吉原、和田前掲書、p. 449）。

<sup>55</sup> 『週刊社会保障』1795, 1994.6.27, pp. 51-2。

<sup>56</sup> 同上、pp. 44-53（「特集 入院時食事療養費の創設等平成 6 年 10 月から施行——健保法等改正案は一部修正のうえ成立」）。このなかで改正原案・修正条文・付帯決議もまとめられている。

<sup>57</sup> 共産党は国の負担ではなく食事代の自己負担化を財源として在宅医療や付添看護解消の費用を賄うことや、老人保健施設や老人訪問看護ステーションを国の負担ではなく「各医療保険からの拠出金、すなわち国民の保険料負担」でまかなっていることを批判していた（同上、p. 50）。

間半、参院では約 5 時間というスピード審議による改正となった<sup>58</sup>。

#### b. 1994 年改正の内容

今回実現した改正の概要は以下の通りである<sup>59</sup>。第一に、付添看護の見直しが行われた。入院時の看護・介護は医療機関が提供するものと法律上明確化され、付添いに関する保険給付が廃止されることになった。同時に付添を必要としない院内での看護・介護体制の確立が図られた（関連する診療報酬の点数も引き上げられた）<sup>60</sup>。

第二に、在宅医療の推進が図られた。在宅医療が療養の給付の範囲（公的医療保険の給付対象）として明確に位置づけられ、1992 年 4 月に始まった老人訪問看護が高齢者以外にも適用されるようになった（訪問看護療養費）。

第三に、入院時食事療養費が創設され、入院時の給食について各制度共通の定額負担が導入された。1 日 800 円という政府案は衆議院で修正され、1996 年 9 月末まで 2 年間の経過措置として 1 日 600 円に負担が抑制された。

第四に、最低保障 24 万円だった分娩費が定額 30 万円の「出産育児一時金」へと改められた<sup>61</sup>。また、育児休業期間中の健康保険料（本人負担）が申請により免除されるようになった。

この他に、標準報酬月額の下限の引き上げ（8 万円から 9 万 2 千円へ）と老人保健福祉審議会の設置が決まった。既存の老人保健審議会、中央社会福祉審議会老人専門分科会、公衆衛生審議会老人保健部会が統合されてできた新審議会は、老人保健制度の改革や介護保険制度創設に向けた検討を担うことになる。

#### c. 考察

以上のように 1994 年改正では公的医療保険の給付範囲の見直しが焦点であり、一方では入院時の食事が療養の給付から外され（入院時食事療養費という別の給付とした上で一部負担が導入された）、他方では在宅医療が公的医療保険の対象に位置づけられ、付添看護・介護は医療機関の行うものと明確化された。同年には看護等の診療報酬の引き上げが決まっており、診療報酬改定と連動した改正であった<sup>62</sup>。また、出産育児一時金創設などには少

<sup>58</sup> 『週刊社会保障』1795, 1994.6.27, pp. 36, 44。

<sup>59</sup> 吉原, 和田前掲書, p. 449-52 ; 『週刊社会保障』1795, 1994.6.27, pp. 44-53。

<sup>60</sup> その後、病院は付添を自前で行うことになり、人件費抑制のための派遣労働者を雇用しようとしたが、その是非が問題になった。自治労・連合・厚生省が派遣解禁に反対したため、病院は派遣労働者を利用することができず、人件費が押し上げられることになった。自治労の支持を受ける社会党が連立政権に参加していたことの帰結であった（タルコット前掲論文, 2002, p. 252）。

<sup>61</sup> 現物給付化も検討されたが産科関係団体の合意が得られず最終的に見送られた（吉原, 和田前掲書, p. 451 ; 『週刊社会保障』1795, 1994.6.27, p. 50）。

<sup>62</sup> 4 月実施分・10 月実施分を合わせて前回改定を上回る 2.7% の引き上げであった（表 5-2, p. 175）。

子化対策としての側面も見られる。1993 年から翌年にかけて自民党の下野、八党による連立政権の樹立と瓦解など政局は波乱に満ちていたが、1994 年健保改正の内容は従来から厚生省・関連審議会・国会で議論されてきた問題への対処からなっており、自民党政権下での議論を覆すような内容ではなかった。

なお、1994 年改正の財政効果は厚生省原案では入院時食事負担の導入と給付改善の差し引きにより 1994 年度平年度ベースで 70 億円の給付費増の予定であったが、国会での修正によって食事負担の軽減措置がとられたため給付費は 1,120 億円へと増える見込みとなった<sup>63</sup>。野党となった自民党は患者負担を引き下げ、財政均衡を妨げるという方向で影響力を行使したのだった。同年 3 月に国会に提出されていた年金改革案に対しても、自民党は財政維持のために必要とされた基礎年金の支給開始年齢の 60 歳から 65 歳への引き上げを国庫負担率の 3 分の 1 から 2 分の 1 への引き上げによって緩和するという与党よりも「甘い」案を出していた<sup>64</sup>。タルコットも指摘するように、自民党は政権奪回のために負担は少なく給付は多くという方向で社会保障政策を打ち出さざるを得なくなった<sup>65</sup>。1994 年に与党に復帰した後も不安定な政権が続き、また頻繁に選挙が行われたことで自民党は社会保障財源の確保を後回しにするようになる。

健保改正案が成立した 6 月 23 日には 1994 年度予算がようやく成立し、自民党は内閣不信任案を提出する。羽田首相は辞意を表明し、非自民連立政権は短期間で終わった。1993 年 8 月に誕生した非自民連立政権は政治改革や国民福祉税問題への対応に追われ、細川・羽田内閣合わせて 1 年にも満たない短い期間に大規模な社会保障改革を実現することは不可能であった<sup>66</sup>。健保改正は 1994 年度予算と同時に成立したものの、年金改正は継続審議とされた。

1994 年度に各医療保険制度の財政は悪化し、政管健保では約 2,800 億円、組合健保全体では約 800 億円、国民健康保険では約 1,400 億円の赤字が出ていた<sup>67</sup>。1990 年前後に見られた福祉拡大期は過ぎ去り、90 年代の後半以降、医療保険の財政問題に対処するため患者自己負担率の引き上げや診療報酬の抑制が行われるようになる。

---

内容については、吉原，和田前掲書，pp. 511-5 参照。

<sup>63</sup> 『週刊社会保障』1795，1994.6.27，p. 47。そのうち国庫負担は 350 億円（実際には 10 月実施のため 150 億円）と見込まれた。

<sup>64</sup> 田中雅子，2010，「連立政権下の福祉縮減過程——1994 年と 2004 年の年金改正を中心に」『公共政策研究』10，p. 65。

<sup>65</sup> タルコット前掲論文，2002，p. 249。

<sup>66</sup> ともあれ、非自民連立政権時代に高齢者福祉の充実・介護の社会化に向けた検討は続けられており、国民福祉税構想は失敗に終わったものの「21 世紀福祉ビジョン」では間接税収の社会保障財源への充当が改めて示唆された。非自民連立政権がその後の介護政策や社会保障財源をめぐる議論に与えた影響については本章 5-6. で考察する。

<sup>67</sup> 吉原，和田前掲書，p. 437。



#### 5-4. 1997 年の健保改正——財政危機への応急処置

1992 年改正の翌年、政管健保は 13 年ぶりに赤字に陥り財政状況は急速に悪化していった。90 年代には組合健保と国保でも赤字化が進み、1995 年度の決算では健保組合は全体で約 1,200 億円の赤字（全体の 63%にあたる 1137 組合が赤字）となり、市町村国保も全体で約 1,100 億円の赤字（全体の 66%にあたる 2157 市町村が赤字）という状況だった<sup>68</sup>。景気停滞（表 5-1）により保険料収入が伸びやむ一方で医療費の方は老人医療費を中心に増加を続けていた。1996 年度には政権健保の収支は約 5,000 億円もの赤字となり、何も対策をとらなければ翌年度にはさらに赤字が拡大して積立金が枯渇することが予想された<sup>69</sup>。被用者保険の保険者は老人保健制度への拠出金が被用者保険の財政を圧迫しているという不満を強め、医療保険制度体系の抜本改革を要求するようになる。

しかし、抜本的改革については意見がまとまらず、1997 年の健保改正は 1997 年度予算を成立させるための帳尻合わせにとどまった。患者負担の引き上げ、被用者保険の負担増、国庫負担圧縮からなる改正内容は関係団体の批判にさらされ、自民・社会・さきがけの与党三党は高齢者の医療保険・診療報酬・薬価基準・医療提供体制の四つの抜本改革の検討に着手することになる。与党内では、現役世代の医療保険から老人保健制度への拠出金を増やすことで高齢者医療費を賄うというこれまでのやり方が限界に達したと認識され、公費負担の思い切った引き上げが議論されるようになる。ところが、そのための財源のありかは不明だった。

##### a. 1997 年改正に至る議論の状況

1994 年 6 月 30 日に発足した村山富市内閣では介護保険の導入と老人保健制度の見直しに関する検討が進められた。1994 年の健保改正によって発足した老人保健福祉審議会はその年の 12 月に医療保険改革の基本的方向について合意し、3 年以内に老人保健制度の全体的改革を行うとするとともに、暫定的措置として老人加入率の高い国民健康保険に対する被用者保険からの拠出金を段階的に増やすことを提案した<sup>70</sup>。また、1995 年 7 月には社会保障制度審議会が「社会保障体制の再構築」<sup>71</sup>を首相に勧告し、介護保険の創設と老人保健制度の抜本改革を要求し、8 月には医療保険審議会が中間報告で医療費（とりわけ老人医療費）の適正化、高齢者の患者負担・被用者本人負担・薬剤費負担の見直し（引き上げ）の必要性を述べた<sup>72</sup>。後者は老人保健福祉審議会でも検討されていた高齢者介護システムについても

<sup>68</sup> 吉原，和田前掲書，p. 461。

<sup>69</sup> 同上，pp. 460-1。政管健保・組合健保・国保の 1990 年代の財政状況については同書 p. 437 参照。

<sup>70</sup> 『読売新聞』1994 年 12 月 8 日朝刊。

<sup>71</sup> 社会保障制度審議会事務局編，2000，『社会保障の展開と将来：社会保障制度審議会五十年の歴史』法研，pp. 217-52 に所収。

<sup>72</sup> 医療保険審議会，1995，「検討項目 III、IV、V を中心としたこれまでの検討内容の中間取りま

言及し、それによって社会的入院が解決されることを期待している。このように、介護保険の創設と合わせて老人保健制度の改革を行うべきとする議論の流れができていった。

1996 年 1 月に橋本龍太郎内閣が発足すると、橋本首相は施政方針演説で少子高齢化対策の必要性をうったえた<sup>73</sup>。当時日本経済には生産・消費とも回復の兆しが見られていたが、国家財政は悪化する一方だった<sup>74</sup>。宮澤喜一内閣以来財政出動による景気対策が繰り返された結果、1996 年度には 7 年ぶりに赤字国債が発行されることとなった<sup>75</sup>。橋本内閣では消費税増税を含む財政再建が追求され、社会保障費にはいっそうの効率化が求められた。1996 年 4 月の診療報酬改定は本体部分プラス 3.4%、薬価マイナス 2.6%で差し引き 0.8%の引き上げという 1990 年代に入ってから最も低い引き上げ幅となった（表 5-2, p. 175）。同年 5 月には社会保障関係八審議会の会長によって構成される社会保障関係審議会会長会議が厚生省に設置され、11 月の報告では国民負担率を 50%以下にするためには医療・年金の給付を 2 割以上抑制する必要があるとされた<sup>76</sup>。

1996 年 10 月 20 日の総選挙では自民党は勝利を収め、小勢力に転落した社民党とさきがけは閣外協力に回った。第二次橋本内閣はひさびさの自民党単独内閣であり、厚生大臣には小泉純一郎が就任した（彼は竹下内閣、宇野内閣でも厚相を務めている）。総選挙では与野党とも行政改革を公約し、社会保障に関しては新たな介護制度の創設がうったえられた。第二次橋本内閣は行政改革・経済構造改革・金融システム改革・社会保障構造改革・財政構造改革・教育改革からなる六大改革を掲げ、医療保険改革も財政再建に向けた内閣の一連の政策に位置づけられることになる。1997 年 11 月には財政構造改革法が成立し、社会保障費にも伸びの上限が設けられた。村山内閣までとは異なり、橋本内閣はバブル崩壊後初めて財政再建に本腰を入れた内閣であった。

1996 年には医療保険審議会と老人保健福祉審議会がそれぞれ医療保険制度改革に関する検討を続けていた。11 月 27 日に医療保険審議会が建議書「今後の医療保険制度のあり方と平成 9 年改正について」をまとめた<sup>77</sup>。介護保険創設を念頭に老人保健制度に代わる新制度を創設するという見通しが示され、1997 年の医療保険改革に向けては医療保険各制度間の公平、現役世代と高齢者世代との公平、保険給付の重点化という観点から、高齢者の患者負担の定率化（ただし、1 割・2 割・定額負担を併記）、若年層の自己負担の少なくとも 2

---

とめ（1995 年 8 月 4 日）」（国立社会保障・人口問題研究所，2005，『日本社会保障資料 IV』国立社会保障・人口問題研究所ホームページ < <http://www.ipss.go.jp/publication/j/shiryu/no.13/data/kai-dai/03.html> > 2014 年 3 月 27 日閲覧）。

<sup>73</sup> 「第 136 回国会における橋本内閣総理大臣施政方針演説（1996 年 1 月 22 日）」首相官邸ホームページ < <http://www.kantei.go.jp/jp/hasimotosouri/speech/1996/danwa-122.html> > 2014 年 3 月 27 日閲覧。

<sup>74</sup> 草野厚，2012，『歴代首相の経済政策全データ（増補版）』角川 one テーマ 21, p. 202。

<sup>75</sup> 同上，p. 198。

<sup>76</sup> 吉原，和田前掲書，p. 431。

<sup>77</sup> 概要は、吉原，和田前掲書，pp. 461, 781-2, 800 にまとめられている。

割への引き上げ、薬剤に関する給付除外ないし 3～5 割負担、保険料率の引き上げなどが提案されている<sup>78</sup>。

12 月 2 日には老人保健福祉審議会も意見書「今後の老人保健制度改革と平成 9 年改正について」を作成し、介護保険実施と同時に老人保健制度に代わる新たな制度を創設して老人医療費の負担の仕方を見直すとしたが、関係団体の意見の相違から改革案を一つにまとめるには至らず、独立方式・突き抜け方式・全制度の統合一本化・現行制度の微修正の四つの選択肢が提示されることになった<sup>79</sup>。1996～97 年当時、日本医師会は高齢者のための独立した保険制度と現役世代からの積立型保険料の徴収を、経団連と日経連は老人保健制度と拠出金の廃止、公費負担の強化（歳出削減・消費税）による新制度創設を、連合も突き抜け方式による制度と制度間財政調整の廃止、公費負担割合の強化を、健保連も拠出金制度廃止を、また市町村は統合一本化を主張していた<sup>80</sup>。

他方、高齢者の患者自己負担について老人保健福祉審議会は世代間の公平、医療を受ける者と受けない者との公平、コスト意識の一層の喚起といった観点から 1 割程度への引き上げを提案した<sup>81</sup>。また、11 月には経団連と健保連がそれぞれ拠出金制度の廃止と高齢者の 1 割負担の導入をうたっている<sup>82</sup>。関係団体からの抜本改革の要求は強まっていた。

#### b. 改革案の作成

しかし、政府と与党三党の調整は難航し、翌年の通常国会に抜本的改革案を提出することは日程的に困難となり、1997 年度予算編成を切り抜けることが当面の課題となった<sup>83</sup>。大蔵省原案の内示を控えた 12 月 16 日、自民党の丹羽雄哉元厚相を座長とする与党三党の医療保険制度改革協議会（与党協）が発足し<sup>84</sup>、翌日には座長試案として①高齢者の自己負担

---

<sup>78</sup> その他、特定療養費の拡大（混合診療の規制緩和）、紹介がない病院受診の患者負担強化、参照価格制度（薬剤に対して医療保険給付の基準となる価格を定め、薬剤の価格がそれを超える場合、超過部分は患者の自己負担とする仕組み）の導入、民間保険の活用、予防・健康増進の推進、保険証のカード化、レセプト電算処理の本格実施などが提案された。

<sup>79</sup> 四つの選択肢の内容は以下の通り。「①全高齢者を対象とした独立の保険制度を創設する、②高齢退職者が被用者保険制度、国保制度にそれぞれ継続加入し、高齢者の加入率の違いに着目した制度間の財政調整を実施する、③医療保険制度を全国民を対象とするものへと統合し、そのなかに高齢者を位置づける、④現行老人保健制度の基本的枠組みは維持しつつ、必要な見直しを実施する」（吉原、和田前掲書、pp. 461, 463）。

<sup>80</sup> 1996～97 年における各審議会・関係団体の意見は、吉原、和田前掲書、pp. 799-802 にまとめられている。

<sup>81</sup> 同上、p. 463。

<sup>82</sup> 経済団体連合会、1996、「国民の信頼が得られる医療保障制度の再構築（1996 年 11 月 12 日）」、健康保険組合連合会、1996、「医療保険等改革に対する考え方（1996 年 11 月 15 日）」。

いずれも、国立社会保障・人口問題研究所前掲『日本社会保障資料 IV』所収（同研究所ホームページで閲覧可能 <<http://www.ipss.go.jp/publication/j/shiryou/no.13/data/kaidai/03.html>> 2014 年 3 月 27 日閲覧）。

<sup>83</sup> 吉原、和田前掲書、p. 463。

<sup>84</sup> 医療保険制度改革協議会は自民党議員 4 名、社民党議員 2 名、さきがけの議員 1 名からなっ

を月 1,020 円から受診ごとに 500 円とする、②被用者の本人負担は 1 割から 2 割へと引き上げる、③薬剤外来 1 種類につき定額 15 円を別途徴収するという考えが示された。丹羽はもともと高齢者負担の定率制に賛成だったのだが、医療関係者の反発が強く撤回せざるを得なかったという。自民党の社会部会では丹羽の案に対して厳しい批判が出たが最後には了承され、社民党も予算編成を目前にして丹羽の案に乗らざるを得なかった。19 日には三党の幹事長・政調会長の出席のもと被用者自己負担の 2 割への引き上げや保険料率の引き上げなどの応急処置からなる改革案が合意される。同時に、患者負担と保険料の引き上げを求める以上は医療機関にも経費削減努力を求める必要があるとして、1997 年度内に医療保険制度の抜本改革の検討を進めることも確認された。このとき合意された検討事項 10 項目には医療費総枠の設定や病院における定額払い方式の試行などが含まれている<sup>85</sup>。与党三党の合意を受け厚生省は「平成 9 年厚生省予算案の考え方」をとりまとめ、「厳しい財政制約の下で国民のニーズに年金・医療・福祉等社会保障各制度間の相互の関係にも着目した横断的な視点で構造的な改革に取り組んでいく必要がある」とした<sup>86</sup>。国家財政が悪化するなかでの 1997 年度予算編成は緊縮的なものとなり（巻末資料・表 5）、厚生省の改革案は医療保険と老人保健制度の国庫負担削減を重視したものとなった。つまり、今回の改正案は医療保険の財政難を国庫負担で救済するのではなく、財政難を患者負担増と保険料引き上げで切り抜け、かつ国庫負担を縮小しようとしたものであった。

1997 年の医療保険改革の当初案は以下の通りである<sup>87</sup>。施行予定日は 1997 年 5 月 1 日とされた。

- ①被用者本人負担の 2 割への引き上げ（もともと第 3 章で検討した 1984 年改正の際に本則に規定されていたのだが、その後凍結されていた）。
- ②70 歳以上の高齢者の一部負担を入院 1 日 710 円から 1,000 円に引き上げ（低所得者についても引き上げ）、外来月 1,020 円を 1 回 500 円、同一医療機関につき月 4 回までに変更。1995 年度から一部負担額は消費者物価の伸びに応じて改定してきたが、老人医療費の伸びに応じたスライド制に変更。
- ③薬剤について特別負担を新設。年齢によらず外来薬剤一種類につき 1 日 15 円。薬価制度の改革は引き続き検討。以上の措置により老人の実質的な自己負担割合は 5.5%から 9%に上昇する。
- ④政管健保の保険料率を 8.2%から 8.6%に引き上げ。
- ⑤国保基盤安定制度は 1999 年度から定率制に復帰、国保財政安定化支援事業はさらに 3 年

---

ていた。与党協に関する以下の記述は、丹羽雄哉, 1998, 『生きるために：医療が変わる』日経メディカル開発：日経 BP 出版センターに依拠している。同書は自民党厚生族のリーダーから見た 1997 年改正の経緯やその後の議論の展開をまとめたものとして参考になる。

<sup>85</sup> 検討事項 10 項目は丹羽前掲書, pp. 76-8; 吉原, 和田前掲書, p. 464 に掲載されている。

<sup>86</sup> 吉原, 和田前掲書, p. 463。

<sup>87</sup> 同上, pp. 463-5。

継続<sup>88</sup>。

- ⑥老人保健拠出金の算定方法の見直し（被用者保険は 230 億円の負担増、国保と国庫はそれぞれ 230 億円、100 億円の負担減）。

以上の改正案のうち、保険料引き上げで 2,800 億円、患者負担引き上げで 7,700 億円の財政効果があり、現行制度を維持した場合に 1997 年度から 1999 年度までに政管健保に生じるはずの赤字は相殺できるものとされた。また、これまで繰り延べられてきた政管健保への国庫負担 7,139 億円（利子収入を加えると約 9,500 億円）のうち、1,543 億円が 1996 年度の補正予算で返済された<sup>89</sup>。しかしながら、今回の改正案は 3 年間の財政均衡を条件として設計されたもので、2000 年度以降の先行きは不透明であった<sup>90</sup>。こうしたことから自己負担増や保険料引き上げのみならず医療制度自体の効率化が求める声が高まり、改正案の内容は短期的な財政対策との批判を受けることになった。

#### c. 審議会・国会での審議過程

医療保険改革案は 1997 年 1 月に医療保険審議会、老人保健福祉審議会、社会保障制度審議会に諮問され、三審議会とも一時しのぎ的な財政対策と抜本改革の先送りを批判しながらも、当面必要な改革として容認する答申を行った<sup>91</sup>。医師会は既に自民党に対して高齢患者の定率負担制導入を断念させていたが、さらに薬剤費負担の軽減を求め、反対に労使や保険者の代表は定率制断念など高齢者医療に関する踏み込みが甘いことに不満だった<sup>92</sup>。自民党は医師会の利益を、社民党・民主党は連合の利益を擁護せねばならず、政党間の協議の行方は定かではなかった<sup>93</sup>。他方、小泉純一郎厚相は改革案について、患者自己負担増に対する批判は承知の上だが、医療費の増大や大病院への患者集中などの「医療がかかえる構造的な問題を、ひとつひとつ解決するためにも、当面の医療保険財政を持ちこたえさせなければなりません」と述べていた<sup>94</sup>。

2 月 10 日に医療保険制度改革関連法案（健康保険法、老人保健法、国民健康保険法などの一部改正法案）が閣議決定され、国会に提出された。野党のみならず与党内部からも医療制度の抜本改革を抜きに患者負担の引き上げを進めようとする改革案を批判する声の上

---

<sup>88</sup> 国保基盤安定制度については本章注 48 を見よ。国保財政安定化支援事業は自治省が市町村の要望を受けて独自に策定したもので、1992 年に 1,000 億円が地方財政計画に計上された（吉原，和田前掲書，p. 445）。

<sup>89</sup> 吉原，和田前掲書，p. 465。

<sup>90</sup> 『朝日新聞』1997 年 1 月 28 日朝刊。

<sup>91</sup> 『週刊社会保障』1997.2.3, pp. 54-9。

<sup>92</sup> 『朝日新聞』1997 年 1 月 28 日朝刊。

<sup>93</sup> 『日本経済新聞』1997 年 4 月 12 日朝刊。

<sup>94</sup> 小泉純一郎，1997，『小泉純一郎の暴論・青論』集英社，p. 117。小泉は 1997 年の改正の成立後も首相になってからも患者自己負担の引き上げを重視している。

がっていた。与党内では社民党は医療制度の効率化の見通しが立たぬうちに患者負担を引き上げることに抵抗し、政府案通り 5 月 1 日に改正を施行することに否定的であった。民主党、新進党も社民党と同様の立場から政府案を批判した。財政対策の代替案として、2 月 12 日の衆議院予算委員会では民主党の五島正規（社会党出身・医師）から政管健保の国庫負担率を 13% から 1992 年改正以前の 16.4% に戻すべきだとの意見が出されたが、小泉厚相は「歳出削減を聖域なしに考えると、今の財政状況からは国庫負担引き上げは大変難しい」と否定的だった<sup>95</sup>。

与党医療保険制度改革協議会では前年の合意に基づき抜本改革に関する検討を続けており、4 月 7 日に中間報告<sup>96</sup>が発表されたことで 1997 年改正案を国会で審議する条件が整った。1996 年の衆院選の前に社民党とさきがけの議員が中心になって結成された民主党も与党協に加わることになり、改正案のなかでは負担増の最大の要因となる薬剤負担の特別徴収の修正が焦点となった<sup>97</sup>。結局、土壇場になって民主党は医療保険改革反対に回るのだが<sup>98</sup>、与党三党などの賛成によって一部修正の上で改正案は成立することになる。医療保険改革関連法案は 5 月 8 日に衆議院で、6 月 13 日に参議院でそれぞれ薬剤の特別負担について一部修正の上で可決され、6 月 16 日に衆議院本会議で可決・成立した。5 月に予定されていた改正法の実施時期は 9 月に延期されることになった。

医師会からの圧力を受け、自民党は高齢者定率負担を国会審議以前の段階で断念し、国会では薬剤の特別負担の見直しに追い込まれた。他方、野党時代に国庫負担増と給付増を要求していた社民党は与党に加わることで国庫負担圧縮と患者負担増を目指す改革の片棒をかつぐことになり、薬剤特別負担に関する修正を行うことで辛うじて実績をアピールしようとした。社民党は沖縄の駐留軍用地特別措置法の改正に対してほとんどの議員が反対しており、「与党内でこれ以上の孤立は避けるべき」との判断から、医療保険改革の成立に協力していた<sup>99</sup>。結果的に、部分的な修正と施行の数か月の延期を除けば自己負担増・保険料負担増という財政対策は成立したのだった。

#### d. 1997 年改正の影響——患者負担は増えたが、財政は健全化せず

1997 年改正によって患者自己負担は様々な形で拡大された。第一に、政管健保の本人負担が 2 割へと引き上げられた。第二に、高齢者の定額負担が増額された。70 歳以上の高齢者の一部負担は外来では月 1,020 円から通院 1 回につき 500 円（月 4 回まで）に、入院では

<sup>95</sup> 『朝日新聞』1997 年 2 月 13 日朝刊。

<sup>96</sup> 丹羽前掲書, pp. 93-9 に収録。

<sup>97</sup> 同上, pp. 101-3 ; 『日本経済新聞』1997 年 4 月 16 日朝刊 ; 『読売新聞』1997 年 6 月 17 日朝刊。

<sup>98</sup> これは民主党が国会閉会後に行われる予定の東京都議会選挙をにらみ、患者負担を増やす改革から手を引いたものと見られていた（丹羽前掲書, pp. 102-3 ; 『読売新聞』1997 年 6 月 17 日朝刊）。

<sup>99</sup> 『読売新聞』1997 年 6 月 17 日朝刊。ただし、採決に際して造反する議員もいた（同紙 5 月 9 日朝刊）。

1日710円から1,000円に改定された（後者は1998年度には1,100円、1999年度には1,200円に引き上げられる）。第三に、従来の薬剤に関する患者負担に加えて、新たに特別な負担が導入されることになった。外来患者の薬剤費負担は参院での再修正によって見直され、投薬が1種類の場合は負担ゼロ（従来通りの定率負担はある）、2～3種類は1日分30円、4～5種類で同60円、6種類以上は同100円とされ、6歳未満の乳幼児と低所得高齢者は免除された。とはいえ、新たな患者負担のカテゴリーが追加されたことには違いない。

他方、財源拡大策としては政管健保の保険料率が8.2%から8.5%へと引き上げられるとともに、被用者保険から老人保健制度への拠出金が再度増額されることになった。労使の団体や健保連は拠出金の廃止と公費負担の増額を望んでいたが、現行制度の枠内での被用者保険の負担増という選択肢がとられることになった。サラリーマン層は患者負担の引き上げと保険料の引き上げの双方を求められることになり、1997年改正はサラリーマン層に多くの負担を求めた改革だった<sup>100</sup>。

1997年9月にサラリーマン本人負担の引き上げなどが開始されると医療費の伸びは顕著に抑制された。1997年度の医療保険医療費の対前年度伸び率は1.5%にとどまり、統計を取り始めた1986年度以降最低となった（1995年度4.9%、1996年度6.0%、1997年度上期2.5%、1997年度9月以降0.8%、1998年度4月から8月まで0.7%）<sup>101</sup>。サラリーマンとその家族の医療保険医療費は初めて減少した（マイナス1.9%）。消費税率が5%に引き上げられた4月から8月までも0.1%増にとどまっていたが、被用者の本人負担が2割に増えた9月以降はマイナス3.3%と減少に転じた（被用者本人に限ればマイナス5.6%）。なお、被用者本人の受診率は1997年9月から翌年8月までの間に5%減少したが、老人の受診率は2.3%増と伸び続けていた。

こうして1997年度の後半から各医療保険制度の赤字は縮小したが、それでも黒字化には至らなかった。1999年度から再び赤字が増大していく。大幅な患者負担増を求めた以上、与党協は医療制度の抜本改革に取り組まないわけにはいかなかった。1997年改正以降、制度間の財政調整（被用者保険の負担への依存）による対応は限界に達したと認識され、与党協では独立した高齢者医療保険制度の創設と公費負担の引き上げが検討されるようになる。しかしながら、そのための財源をどこに求めればよいのかは明らかではなかった。

他方、医師会は1997年改正による患者負担の増額（患者の受診抑制により健康水準の悪化と医療機関経営の悪化が懸念された）や、その後の抜本改革に含まれるであろう医療費抑制策に対して危機感を強め、自民党への働きかけを行っていく。1998年の参院選以降、

<sup>100</sup> タルコット前掲論文, 2003, p. 242。なお、「今回の制度改革の結果、厚生省のモデルケースに基づく試算によると、一か月に外来患者が病院などの窓口で支払う一部負担は、サラリーマンが現行の1,470円から3,490円に、70歳の高齢者が1,020円から2,510円に引き上げられる。高齢者の負担増は特に糖尿病や高血圧などの慢性疾患で重くなり、一か月の負担は2,800円（現行・1,020円）となる見込み」だった（『読売新聞』1997年6月17日朝刊）。

<sup>101</sup> 以下の数値は『朝日新聞』1998年8月8日朝刊；吉原, 和田前掲書, p. 473による。

医師会は再び自民党への影響力を強める。結局、続く 2000 年の健保改正でも日医に対する配慮から抜本改革は先送りされ、有権者に社会保障負担の引き上げを求めることも回避されたため、患者負担の引き上げが繰り返されることになる。

要約すれば、1997 年改正は患者負担の増額の条件として医療制度の抜本改革論議を活発化させる契機にはなったが、実際には自民党の脆弱化によって 2000 年改正では抜本改革は達成されぬままとなる。患者負担増と診療報酬抑制を通じた医療費抑制策が繰り返されるものの、財源調達方式の改革は先送りされ、そのため 2000 年代には再び医療保障制度は縮小し、診療報酬は引き下げられるのである。

### 5-5. 2000 年の健保改正——抜本改革先送り

患者自己負担と保険料率の引き上げを中心とした 1997 年 6 月の医療保険改革はあくまでも財政危機回避のための応急処置であり、与党三党はこれに続けて抜本改革を実施することを公約していた。6 月の初めには健保改正法案成立に先立ち財政構造改革会議も最終報告「財政構造改革の推進方策」<sup>102</sup>のなかで老人保健制度の抜本的改革と高齢者についても定率の患者負担を導入することなどを求めていた。こうした経緯から与党医療保険制度改革協議会（与党協）は健保改正法が施行される 9 月までに抜本改革案をまとめなければならなかった。8 月 7 日に厚生省が与党協に提出した医療保険改革案「21 世紀の医療保険制度」<sup>103</sup>はさらなる患者自己負担を求める一方、老人保健制度の改革については地域ごとに医療保険を一本化する案と高齢者医療制度を別建てにする案の二つを併記したものだ。これに対して与党協は被用者負担の引き上げは抜本改革の成果が出てからとして反発し、8 月末にまとめた「21 世紀の国民医療」<sup>104</sup>では被用者自己負担の引き上げには言及せず、高齢者医療制度については独立した保険制度の創設を明記した。与党協では老人保健制度を維持するために被用者保険からの拠出金の引き上げに頼ることの限界が意識され、公費負担割合の 3 割からの引き上げが主張されるようになった。この他に、医療費抑制策として定額払い制の拡大や医薬品に関する参照価格制度の導入などが打ち出された。

しかし、老人保健制度の抜本改革について審議会では意見の集約ができない状況が続いた。また、1998 年の参議院選挙で大敗してから自民党は医師会や（とりわけ高齢の）有権者の反発を買うような医療保険改革に消極的になり、抜本改革となるはずだった 2000 年の医療保険改革は小幅なものに終わってしまう。

1997 年 9 月の医療保険改革の実施以降の経済財政状況に目を向けると、11 月には北海道拓殖銀行や山一証券が不良債権により破綻し景況感が深刻に悪化した。同年 4 月の消費税

<sup>102</sup> 吉原，和田前掲書，p. 800（概要）。

<sup>103</sup> 同上，pp. 468（概要），783-98（全文）。

<sup>104</sup> 同上，p. 469（概要）；丹羽前掲書，pp. 237-56（全文）。



増税や 9 月の医療費自己負担の引き上げも消費を冷え込ませ不況を悪化させたとみなされた<sup>105</sup>。財政構造改革に乗り出したはずの橋本政権は 1997 年度の補正予算で赤字国債を財源とした減税を実施し、翌年 4 月にも暫定的な所得税減税と公共事業からなる経済対策を発表する<sup>106</sup>。結局、1998 年 7 月の参院選で自民党は敗北し、橋本内閣退陣後の自民党は財政再建よりも景気浮揚を重視するようになる。1998 年、99 年は実質 GDP がマイナス成長となり、景気浮揚策によって財政赤字は拡大した。政策の基調は減税と国債発行であり、高齢者医療費を賄う財源の確保は 1990 年代を通じて先送りされたのである。以下では 1997 年の厚生省・与党協の改革案発表から 2000 年改正までの経緯を検討する。

#### a. 厚生省と与党協による改革案（1997 年 8 月）

厚生省の「21 世紀の医療保険制度——医療保険及び医療提供体制の抜本的改革の方向」（1997 年 8 月 7 日）<sup>107</sup>は国民皆保険の堅持を基本方針とした上での抜本改革実現を目指したもので四つの柱からなっている<sup>108</sup>。第一に、診療報酬体系に関しては急性疾患には出来高払いを、慢性疾患には定額払いを原則としている。第二に、薬価基準については公定価格制の廃止と市場実勢価格を基本に公的医療保険の償還額を決める方式（参照価格制度）の導入をうたっている。第三に、医療提供体制に関しては医療機関の機能分担、長期入院の是正、過剰病床の削減という従来の路線に沿った方針が列举されている。第四に、医療保険制度体系については高齢者を含む全国民が加入する地域医療保険制度の創設という案と、現行の被用者保険と国保の二本立てに加えて高齢者医療制度を別建てとする案の二案が挙げられている。

また、保険給付の見直し案として現役世代については自己負担を 3 割とし、大病院の外来については 5 割負担とする<sup>109</sup>、あるいは一定額まではそもそも公的医療保険の対象とせず自己負担とする、高齢者については 1 割または 2 割の定率負担とするなど負担拡大メニューが並んだ。当時小泉厚相は著書のなかで国民皆保険の堅持をうたえる一方で<sup>110</sup>、医

<sup>105</sup> 草野前掲書, p. 205 ; 石川真澄, 山口二郎, 2010, 『戦後政治史 (第 3 版)』岩波新書, p. 194。また、1997 年のアジア通貨危機の影響も看過できないだろう。

<sup>106</sup> 加藤淳子, ボー・ロススタイン (前田健太郎訳), 2005, 「政府の党派性と経済運営——日本とスウェーデンの比較」『レヴアイアサン』37, p. 67。

<sup>107</sup> 吉原, 和田前掲書, pp. 468 (概要), 783-98 (全文)。

<sup>108</sup> 厚生省案も同月の与党協案も四つの柱からなっており、柱ごとに比較するとわかりやすい。この四つの柱は同月以降の医療制度改革論議の出発点であった (尾形裕也, 2005, 「高齢者医療制度の改革——介護と医療の連携の方向」川野辺裕幸, 丸尾直美編『高齢者福祉サービスの市場化・IT 化・人間化: 福祉ミックスによる高齢者福祉改革』ぎょうせい, p. 163)。厚生省案の大匠による解説として、小泉前掲書を、与党医療保険制度改革協議会としてそれをどう受け止め、与党協案を作成したかについては、丹羽前掲書をそれぞれ参照せよ。

<sup>109</sup> これは大病院への患者の集中の是正策として提案された (小泉前掲書, p. 43 ; 丹羽前掲書, p. 142)。

<sup>110</sup> 「私は、アメリカのような医療状況にすることだけは、避けたいと考えています。アメリカでは、民間の医療保険などが普及していますが、いちど病気になると、法外な医療費を負担しなけ

療保険制度の財源問題への解決策については、「増税はできる状況にありません。まして、次世代にツケを残す国債の発行は避けなければなりません」と明確に述べた上で、批判を覚悟で患者自己負担引き上げを選択している<sup>111</sup>。財源の拡大によって患者の必要を充足するのではなく、受益者負担の拡大を志向しているといえよう。

これに対して与党協の座長である丹羽雄哉は 1997 年改正によって 9 月に自己負担をあげるのにすぐまた自己負担増など論外であると反対した。患者負担増だけでは制度改革ではない、国民の理解は得られないというのが丹羽らの言い分だった<sup>112</sup>。丹羽は著書のなかで以下のように憤慨している。「(厚生省は) とにかく医療保険のつけを自己負担に回し、帳尻を合わすことで、頭が一杯だ。口を開けば『これでは来年度の予算編成ができない』。1 年後だけで、5 年後、10 年後を見据えた発想はみられない」<sup>113</sup>。丹羽はもともと持論でもある高齢者の定率負担導入については否定しないものの<sup>114</sup>、被用者の自己負担増は診療報酬・医療提供体制などの抜本改革の成果が出てからだと主張していた<sup>115</sup>。

自己負担増を強調する厚生省案に対して、与党協では老人保健制度に対する公費負担の引き上げが議論されていた。同制度への拠出金を負担してきた被用者保険自体の財政が 1990 年代に入り急速に悪化したためである。大企業の組合健保の 1995 年度の保険料収入の伸びは前年度比 2.5%であったのに対し、経常支出の伸びは 3%であり、なかでも拠出金は 5%伸びた。また、保険料収入に対する拠出金の割合は平均 27%であり、50%を超える組合さえあった<sup>116</sup>。このため健康保険組合の間では拠出金負担に対する不満が高まっていた。改正の度に「お年寄りの負担増と各保険者からの拠出金による財政調整で、どうにかここまで取り繕ってきたが、もはや限界にきたといえる」<sup>117</sup>。こうして「いくら財政再建優先とはいえ、公費を削減することだけでなく、医療に対する国の責任をもっと明らかにすべ

---

ればならないのです。そうならなたいめには、国民皆保険での医療保険は維持しなければならないのです」(小泉前掲書, pp. 58-9)。後の小泉内閣においても国民皆保険の堅持が基本政策であり、民営化は議論されていない。とはいえ、第 7 章で検討するように受益者負担の拡大が繰り返し実施されているのも確かであり、皆保険とはいえ給付水準は低下している。

<sup>111</sup> 小泉前掲書, pp. 39-40。この厚生省案は「反対が出ないようでは改革案ではない、根回しは不要だ」と小泉厚相がはっぱをかけて生まれたとされ(丹羽前掲書, p. 126)、小泉自身も「基本的な発想から各論に至るまで、私の考えも盛り込みました」と主張している(小泉前掲書, p. 60)。

<sup>112</sup> 丹羽前掲書, pp. 107, 126。

<sup>113</sup> 同上, p. 127。

<sup>114</sup> 「70 歳になったら高齢者すべてが優遇されるという制度は、すでに限界に達していた」(同上, p. 112)。

<sup>115</sup> 「医療費のムダをできるだけはぶいて、高齢者医療保険制度の創設をもって、被用者保険の患者負担の引き上げは少なくとも向こう 10 年間は凍結しなければならない」(同上, p. 133)。

<sup>116</sup> 同上, p. 173。政府管掌健康保険では 1997 年度(改正後満年度ベース)の保険料収入 11.9 兆円に対して老健拠出金は 3.6 兆円となっており、後者の前者に対する比率は 30%であった(吉原, 和田前掲書, p. 460 第 30-11 図)。

<sup>117</sup> 丹羽前掲書, p. 174。

きだ」という主張が出されるようになった<sup>118</sup>。与党協では高齢者の独立した医療保険制度を創設する方向で意見が一致し、社民党は介護保険に合わせて 5 割の公費負担を主張していた<sup>119</sup>。丹羽は独立した制度に「思い切って公費を投入し、独立して保険料、一部負担をとらなければ、現役世代がいくら支援しても限界がある」という考えであった<sup>120</sup>。公費の追加投入は与党協だけではなく労使（経団連・日経連・連合）の希望でもあった。ところが、小泉厚相は国庫負担引き上げには消極的であった。1997 年 8 月 24 日朝のテレビ番組（フジテレビ「報道 2001」）で小泉と丹羽は激論を交わし、公費負担引き上げの必要性をうったえる丹羽に対して小泉は「税金は投入したくない。どの税を引き上げるのか。消費税を上げるのは容易ではない」と応じた<sup>121</sup>。

8 月 29 日に与党協がとりまとめた最終報告「21 世紀の国民医療——良質な医療と皆保険制度確保への指針」<sup>122</sup>は以下のような内容からなっていた。まず診療報酬体系については出来高払いと定額払いの最善の組み合わせを目指すとし<sup>123</sup>、薬価制度については日本型参照価格制度の導入を明記した。医療提供体制については第三者による病院機能評価事業の充実や医療費明細書の発行などの情報公開の推進が強調された。この他に、丹羽は大病院への患者の集中を是正するために、まず近所のかかりつけ医を受診し、必要に応じてその紹介で大病院にかかるというシステムの確立を主張したが、さきがけの堂本暁子と社民党の上山和人が反対した結果、紹介制の「制」の字を削除して大病院の「外来については原則として紹介とし、入院医療に重点を置く」という文言となったという<sup>124</sup>。また、老人医療費の適正化のために介護と在宅医療の推進による社会的入院の是正が提唱されている。

高齢者の医療制度については独立した医療保険制度の創設が明記され、中長期的には介護保険との一元化も視野に入れるとしている<sup>125</sup>。財源は高齢者の保険料負担・公費・若年世代の負担であり、公費負担は 3 割から 4 割が目安とされた<sup>126</sup>。当時は 70 歳以上の高齢者

---

<sup>118</sup> 同上, p. 131。

<sup>119</sup> 同上, p. 180。

<sup>120</sup> 丹羽前掲書, p. 112。

<sup>121</sup> 同上, p. 109。なお、1990 年代末には消費税の増税によって基礎年金の国庫負担を 3 分の 1 から 2 分の 1 に引き上げる案が浮上するが、小泉の首相としての任期中には消費増税はタブーとされた。

<sup>122</sup> 吉原, 和田前掲書, p. 469 (概要) ; 丹羽前掲書, pp. 237-56 (全文)。

<sup>123</sup> 社民党とさきがけは定額払い制の拡大に積極的であったが、自民党は医師会の反発から及び腰だった。4 月の与党協中間報告の作成の際には三党の政調会長・政審会長レベルまで上げて調整がなされ、結局「定額、出来高の両制度の最善の組み合わせを目指す」という表現に落ち着いた (丹羽前掲書, p. 89-91)。

<sup>124</sup> 丹羽前掲書, p. 141。

<sup>125</sup> 全国市長会・町村会は地域保険統合論を唱え、日医は独立方式で高齢者からも保険料を徴収すると主張し、日経連・連合は制度間の財政調整反対・突き抜け方式支持で共闘していた (同上, p. 175-6)。

<sup>126</sup> 老人保健制度への公費負担は 3 割 (1992 年より介護部分は 5 割) だったが、国保や被用者保険からの拠出金には国庫負担の助成があるので実質公費負担は 46% だった。丹羽は現役世代の制度に対する補助金を減らし、公費を高齢者医療に集中させることで、実質 5 割負担を目指すべきだとしていた (丹羽前掲書, p. 181)。

でも世帯主であるサラリーマンの被扶養者である場合には保険料をとられていなかったが、全ての高齢者から保険料を徴収し、年金から徴収するとした。患者負担は介護保険との整合性をとるために「定率」負担<sup>127</sup>とし（ただし、現役世代のように高額療養費制度を設けることで自己負担を抑制する）、一定収入以上の者には現役世代と同程度の負担を求めている。このように高齢者の定率負担が明記される一方、厚生省案にあった現役世代自己負担3割（大病院外来5割）は無視された。なお、肝心の制度の運営主体については「今後引き続き検討する」とされている。丹羽は市町村または都道府県を提案したが、社民党は国が運営するべきだとして反対したため曖昧化されたのだった<sup>128</sup>。

以上の抜本改革実施は2000年を目途とし、新しい高齢者医療保険制度については「介護保険の導入状況をも踏まえてできるだけ速やかに実現する」とされた。丹羽としては、2000年にまず高齢者からの保険料徴収と定率自己負担を導入し、中長期的には介護保険との一元化も視野に入れるという計画であった<sup>129</sup>。

こうして与党三党で合意できる範囲にとどまり詰め甘い部分を残しつつも与党協による抜本改革案が一応まとめられた。ところが、これ以降関連審議会では老人保健制度改革について意見をまとめることができず、翌年の参院選で自民党が敗北すると連立政権の組み換えも生じてしまう。結局、2000年「抜本」改革は幻に終わることになる。

#### b. 財政構造改革法と医療保険改革（1997～98年）

1998年には抜本改革に関する法案の国会提出は医師会の反対により見送られ、他方で1997年11月に成立した財政構造改革法により歳出削減を求められた厚生省は再び予算編成を通じて国庫負担の抑制と被用者保険の負担増という1997年改正時にも使われた手法にうったえることになる。短期的な財政対策と抜本改革の先送りは1998年にも繰り返されたのだった。以下でその経緯を振り返る。

1997年10月末に医療保険抜本改革を具体化するための諮問機関として医療保険審議会と老人保健福祉審議会とを統合し、医療保険福祉審議会を設置することが決まった（初代会長は元東京都副知事の金平輝子・東京都歴史文化財団理事長）。先に見た97年8月の厚生省案「21世紀の医療保険制度」では診療報酬と薬価基準の改革については1999年度実施とされており、厚生省は診療報酬と薬価基準の改革に関する法案を1998年の通常国会に提出する予定だった。11月から新審議会は定額払い制の拡大と参照価格制度の導入に関する審

<sup>127</sup> 丹羽は「(1997年の)健保改正の際には、定率制導入に強い反発があったが、今回は定率があっさり決まった。あの騒ぎはなんだったか」と述べているが（丹羽前掲書, p. 178）、メディアの報道によれば、医師会や社民党の反対に配慮し、「1割」負担の明記は避けられたという（『読売新聞』1998年8月27日朝刊）。

<sup>128</sup> 丹羽前掲書, pp. 181-3。

<sup>129</sup> 同上, pp. 182-3。丹羽は「地方自治体など関係者間での合意を得るためにはなお相当な期間が必要」であり、「介護保険制度が2000年からスタートすることを考えると、私は早くても3年遅れの2003年ぐらいの導入を目指すのが現実的だと思う」と述べていた（同書, p. 133）。

議を行ったが、医師会側委員がこれらに反対したため議論が膠着状態に陥ってしまう。定額払い制は医療費抑制を目的としたものであり、参照価格制度に対して医師会は患者負担が過大になるとして反対していた<sup>130</sup>。夏の参議院選挙を前に医師会の支持を期待する自民党内にも法案提出への慎重論が出ていた<sup>131</sup>。結局、1998年5月に厚生省は国会への法案提出を断念し、抜本改革は出鼻をくじかれた<sup>132</sup>。秋に審議会での議論を再開し、法案提出は1999年度通常国会に先送りすることになった。

他方、1997年の秋には財政構造改革法案と介護保険法案という二つの重要法案が成立した<sup>133</sup>。11月に成立した財政構造改革法では、2003年までに国と地方の財政赤字を合わせてGDPの3%以下にし、赤字国債をゼロすることが目標とされた。一方、同じ月には山一証券と北海道拓殖銀行が破綻し不況が深刻化した。4月に消費税増税、9月には医療費自己負担の引き上げ（サラリーマン2割負担）という財政再建策を実施してきた橋本政権だったが、ここに至って財政赤字を出してでも経済対策を行うことが求められた<sup>134</sup>。金融機関への公的資金注入の財源として赤字国債の発行が不可避となり、また緊急対策として1997年度補正予算では2兆円規模の減税も実施された。年末に成立した1998年度予算は財政構造改革法にのっとり11年ぶりに一般歳出（一般会計のうち国債費と地方交付税を除いた政策経費）がマイナスになったが、国債発行額は先進国中でも最大規模となった。

1998年に入り橋本政権は財政規律を重視する方針をついに放棄した<sup>135</sup>。4月24日には一時的な所得税減税と公共事業からなる総合経済対策が発表された。減税を含む支出の合計は16兆円に達し、細川内閣時代の1994年2月の15兆2,500億円を超える過去最大規模のものとなった。5月末には財政構造改革法が改正され、赤字国債の発行をゼロにする目標は2003年から2005年へと早くも延期された。

国家財政の悪化は再度予算編成を通じた医療保険に対する国庫負担の削減と被用者保険の負担増をもたらした<sup>136</sup>。財政構造改革法によって社会保障費にはキャップ制が設けられ、1998年度厚生省予算は前年度当初予算に対する増加額を3,000億円以内に抑えることになり、医療費については高齢化による自然増1,800億円のみが認められた。厚生省は1998年度予算編成にあたって被用者保険の老人保健拠出金の引き上げと国庫負担の縮減、薬価の引き下げによってシーリングを切り抜けることにした。被用者保険の負担増に関する措置は1998年2月に国保法等改正案として国会に提出され、6月に成立している。この際に参

<sup>130</sup> この他に、厚生省の改革案には診療報酬体系を医師の技術を重視したものに改めるために、医師が技術や経験に応じて患者から別途負担を徴収することができる方式の導入が含まれていたが、医師会と連合は患者の所得によって医療水準に差が生じることを懸念して反対していた。『朝日新聞』1997年11月13日朝刊；1998年3月24日朝刊。

<sup>131</sup> 『朝日新聞』1998年3月24日朝刊。

<sup>132</sup> 『読売新聞』1998年5月13日朝刊。

<sup>133</sup> 介護保険創設過程については次節5-6.で検討する。

<sup>134</sup> 以下、橋本政権の経済対策については、加藤、ロススタイン前掲論文, p. 67；石川, 山口前掲書, pp. 193-4を参照した。

<sup>135</sup> 同上。

<sup>136</sup> 以下の1998年改正に関する記述は、吉原, 和田前掲書, pp. 471-3に依拠している。

議院では抜本改正について「平成 12 年度までのできるだけ早い時期に」と実現を促す修正が行われた。また、1998 年 4 月の診療報酬改定では医療機関の人件費などの上昇に対応するため本体部分は 1.5%の引き上げとされたが、医療費ベースで 2.7%の薬価引き下げが行われたため実質マイナス改定となった。前回の 1996 年改定では差し引きプラス 0.8%に改定率が抑えられたが、今回はこれをさらに下回るマイナス 1.3%となった（表 5-2, p. 175）。

再び国庫負担の圧縮と被用者保険の負担増に直面した健保連・日経連・連合は厚生省の姿勢を厳しく批判した。また、1997 年 9 月から被用者保険の自己負担引き上げと薬剤別途徴収（定率負担に加えて外来の薬剤について種類数や日数に応じて患者が支払う定額負担金）が始まってから医療費の伸びが抑えられ、医師会は不満を強めていた。

その後、1998 年 7 月の参院選での選挙支援にあたって医師会は自民党と薬剤特別負担の見直しを合意する<sup>137</sup>。12 月には自民党の首相・厚相経験者や医系議員が中心となって「21 世紀の社会保障制度を考える議員連盟」（会長・竹下登）が発足し、約 170 名もの議員が入会した<sup>138</sup>。自民党内では患者負担縮小に向けた動きが強まっていた。ところが、その費用を賄うための財源は確保されず、参院選敗北後に誕生した小渕内閣では赤字国債への依存によって社会保障費を賄う姿勢が顕著になっていく。税収・社会保険料収入の低迷が鮮明化したにもかかわらず、福祉国家の財源改革は先送りされていった。

#### c. 1999 年度予算編成における薬剤特別負担の廃止（1998 年末）

1998 年 7 月 12 日の参議院選挙で自民党は改選 61 議席を下回る 44 議席しか獲得することができず敗北した。消費税増税や医療費負担の引き上げが消費を冷え込ませたとみなされ、恒久減税に関する首相の発言が一貫しなかったことが国民の不信を招いたとされる<sup>139</sup>。橋本退陣後の自民党総裁選挙では小渕恵三が選ばれ首相に就任した。自民党は参議院で過半数を確保しておらず、1998 年秋以降自由党・公明党との連携を模索していく。

同年 10 月には政管健保の標準報酬が定時改定で戦後初のマイナス（0.3%）になった<sup>140</sup>。1997 年の健保法改正、1998 年の国保法改正には被用者保険から老人保健制度への拠出金を高める規定が含まれていたこともあり、現役世代にさらなる負担を求めるのは困難な状況だった。こうして薬剤の特別負担の廃止と高齢者の定率 1 割負担が医療保険改革に関する議論の中心に位置するようになった。

<sup>137</sup> 吉原, 和田前掲書, p. 473。ただし、他方で日医は高齢者の定率 1 割負担を受け入れることを含む医療保険改革案を 8 月 26 日に医療保険福祉審議会に提出している。既に 1997 年 9 月の一部負担の改定と薬剤費の別途徴収によって高齢者の実質負担率は 10%に近付いており、またこれらの費用負担に関する医療機関の事務が煩雑になったため、日医は定率制容認に傾いていった（『読売新聞』1998 年 8 月 27 日朝刊；丹羽前掲書, p. 73）。

<sup>138</sup> 『日医ニュース』872, 1998 年 1 月 5 日（日本医師会ホームページ <[http://www.med.or.jp/nichi\\_news/n100105h.html](http://www.med.or.jp/nichi_news/n100105h.html)> 2014 年 3 月 27 日閲覧）；タルコット前掲論文, 2003, p. 242。

<sup>139</sup> 石川, 山口前掲書, p. 194；草野前掲書, p. 205。

<sup>140</sup> このパラグラフは、吉原, 和田前掲書, p. 476 を参考にしてまとめた。

11月9日に医療保険福祉審議会・制度企画部会（金平輝子部会長）が意見書「高齢者に関する保健医療制度のあり方について」を宮下創平厚相に提出し、1割程度の定率負担の実施、被扶養者である高齢者からの保険料徴収、そして独立型と突き抜け型の選択肢を提案した（ただし、両制度の具体像は示されていない）<sup>141</sup>。厚生省としては薬価制度・診療報酬体系の改革とともに、2000年度に医療制度の抜本改革を実現しようとしていた。

12月には1999年度予算編成の最終段階で、1997年改正によって導入された薬剤費の特別負担を翌年7月から高齢者についてのみ国庫負担で肩代わりすることになった（国庫負担増加額は1,270億円）<sup>142</sup>。前項で述べたように、これは参院選支援にあたっての日医との合意事項だった。選挙の前に社民党・さきがけとの連立関係が解消されたことで、自民党は日医と接近しやすくなっていた<sup>143</sup>。自社さ連立政権の医療政策とは異なり、1998年後半以降、選挙戦略として財源の裏付けが乏しい費用拡張が行われるようになる。

#### d. 抜本改革案の不成立（1999年）

厚生省は1999年の通常国会への高齢者医療制度改革関連法案の提出を目指していたが、負担の配分をめぐる関係者間の合意形成は難航した<sup>144</sup>。結局、1999年の内に合意は形成されず、2000年抜本改革は実現不可能となった。1999年1月に厚生省は医療保険福祉審議会に対し高齢者医療制度改革の方向として、独立方式で医師会の主張に近い制度モデルA案、突き抜け方式で労使の主張に近い制度モデルB案、突き抜け方式だが制度間で財政調整を行う制度モデルBプラス年齢リスク構造調整案の三案を提出した<sup>145</sup>。その後、8月13日になって医療保険福祉審議会・制度企画部会では報告書「新たな高齢者医療制度のあり方について」がとりまとめられた<sup>146</sup>。このなかで、若年者の保険料負担を抑制するためにも高齢者医療の費用抑制が必要であり、高齢者にも1割程度の患者負担を求めるべきであるとの指摘が行われたが、新たな高齢者医療制度のあり方については四つの改革案とそれぞれに対して指摘された問題点が併記され、改革案の一本化には至らなかった。結局、2000年の医療保険改革では高齢者医療制度の抜本改革は先送りされることになる。

診療報酬体については高齢者・慢性疾患に関する定額払い方式の拡大が決まったが、参照価格制度（同じ効果の薬剤グループごとに保険給付の対象となる上限価格を定め、価格が上限を上回る場合、差額を患者が負担する仕組み）については自民党が撤回を決めた。1999年1月に医療保険福祉審議会・制度企画部会の診療報酬体系見直し作業委員会が医療

<sup>141</sup> 同上, p. 474; 『朝日新聞』1998年11月10日朝刊。

<sup>142</sup> 吉原, 和田前掲書, p. 473。

<sup>143</sup> 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, pp. 338-40。

<sup>144</sup> 吉原, 和田前掲書, p. 475。

<sup>145</sup> 同上, p. 474。各モデルの詳細は、同書, pp. 803-7。

<sup>146</sup> 同上, p. 475。冒頭部分を除き同書, pp. 808-17に原文が掲載。以下の厚生労働省ホームページで全文を閲覧可能 < [http://www1.mhlw.go.jp/shingi/s9908/s0813-1\\_17.html](http://www1.mhlw.go.jp/shingi/s9908/s0813-1_17.html) > 2014年3月27日閲覧。



機関の機能別の評価体系、定額払いの拡大、参照価格制度の導入などを基本とする報告書を作成した<sup>147</sup>。同部会ではその後も評価体系見直しの検討が続けられ、4月16日に宮下厚相に意見書が提出された<sup>148</sup>。複数意見の併記が多く、1回または1日あたりの包括払い方式の導入についても粗診粗療を招く恐れや、原材料費や人件費のコスト削減につながる恐れが指摘されたが、高齢者や定型的な治療で対処できる慢性疾患については「段階的に包括払いの導入を図ることが必要」と明記された。

他方、これに先立って自民党の医療基本問題調査会（会長・丹羽雄哉）と社会部会は4月13日の合同会議で「薬剤定価・給付基準額制」（日本型参照価格制）を白紙に戻すことを決めた。参照価格制度によって同じ効能でもより安価な医薬品の利用が促進され、医療費全体が抑えられるというのが厚生省の立場だったが、医師会は患者負担の増大を招き、高価な医薬品の使用が困難になるとして反発していた<sup>149</sup>。また、日医とは異なる立場から製薬業界も反対していた。製薬企業の団体である日本製薬団体連合会（日薬）は医薬品の公定価格制を廃止し自由価格制とした上で、上限なしで公的医療保険の給付対象とすることを主張していた<sup>150</sup>。いいかえれば、長きにわたる薬価基準（公定価格）引き下げ政策の廃止を求めたのである（表5-2, p. 175）<sup>151</sup>。翌年には総選挙が控えていたこともあり、自民党厚生族は日医や医系議員の反発に配慮して参照価格制度を撤回したのだった<sup>152</sup>。

ところが、財政赤字にあえぐ健保連はこれに反発し、6月に老人保健拠出金の支払いを一時凍結する方針を決め、加盟健康保険組合に協力を求めた<sup>153</sup>。7月5日にはほとんどの健康保険組合が一時凍結に参加し、健保連の千葉一男会長らは宮下厚相に医療保険改革を促す要請書を手渡している<sup>154</sup>。

その後、7月末に自民党医療基本問題調査会・社会部会が基本方針を作成し、2000年改革では70歳以上の高齢者の自己負担を1割の定率制に変更し、薬剤の別途負担を廃止する

<sup>147</sup> 同上, pp. 476-7; 『朝日新聞』1999年4月13日夕刊。

<sup>148</sup> 同上, p. 518; 『朝日新聞』1999年4月17日朝刊。

<sup>149</sup> 『朝日新聞』1999年4月13日夕刊。日医の坪井栄孝会長時代（1996～2004年）に副会長を務めていた糸氏英吉は丹羽前掲書に寄せた文のなかで、参照価格制度が混合診療に連動することになるとして「断乎反対」と述べている（p. 220）。ただし、不透明な薬価差益（医療機関は公定価格よりも安く薬を仕入れ、経営の助けにしてきた）の解消には積極的であり、その代わりに医師の技術料を評価することを望んでいた（同前掲書, pp. 146-7, 219）。

<sup>150</sup> 丹羽前掲書, pp. 227-30。参照価格制度については、同書, pp. 145-6 参照。

<sup>151</sup> 日医と製薬業界は限られた医療費のパイをめぐって競合関係にあり、日医は医薬品の価格引き下げによる医療費抑制を認めることによって、診療報酬本体へと医療費抑制の被害が及ぶのを避けようとしてきた。例えば、丹羽前掲書, p. 220 を見よ。

<sup>152</sup> 『朝日新聞』、『読売新聞』は自社さ政権時代に自民党がリードしてまとめた案を自民党自ら撤回したことを批判している（それぞれ1999年4月13日夕刊1面、15日朝刊社説を見よ）。

<sup>153</sup> 『朝日新聞』1999年6月11日朝刊。6月7日にはサンリオの健康保険組合が1999年度の老健拠出金のうち半額の支払い猶予を求め、厚生省に対して審査請求を行っている（同紙6月8日朝刊）。

<sup>154</sup> 『朝日新聞』1999年7月5日朝刊・夕刊。ただし、延滞金を課されるのを避けるため拠出金支払い凍結は短期間で終わった。



方針が明らかにされた<sup>155</sup>。

薬剤別途負担の廃止の財政的影響は国・地方・保険者合わせて 8 千億円にものぼり、年末の診療報酬改定では合理化が不可欠な情勢となった<sup>156</sup>。中医協では日医は 3.6%という大幅な引き上げを求めたが、支払側は賃金・物価動向を勘案すれば 0.3%の引き下げになると主張して合意が得られず、12 月 19 日に政府・自民党と日医との政治決着で 0.2%の引き上げ（本体 1.9%引き上げ、薬価 1.7%引き下げ）という小幅なプラス改定が決定された<sup>157</sup>。自民党は総選挙が近づくなかで保険料率の引き上げは避けるべきと判断し、小幅な患者自己負担増によってプラス改定の財源を確保することにした。1998 年、2002 年の改定では差し引きマイナス改定だったが、2000 年改定は辛うじてプラス改定となった。なお、この改定を通じて、包括払いの範囲拡大とともに、歯科と薬局も含めてかかりつけ機能の強化などによって医療機関の機能分担が進められた<sup>158</sup>。

#### e. 国会過程

以上のような経緯から医療保険制度の抜本改革は先送りされ、2000 年 2 月に国会に提出された健康保険法等改正案は 1997 年の時と同様に当面必要な措置からなるものとなった。主な内容は、①老人医療費の月額上限付き定率 1 割負担制への移行（コスト意識の喚起と介護保険の利用者 1 割負担との公平確保が提案理由）、②老人の薬剤別途負担を廃止（若年層については廃止に伴って必要となる財源の確保ができず、2002 年までに廃止とされた）、③高額療養費制度の患者自己負担額の引き上げの三つであった<sup>159</sup>。通常国会では法案は成立せず、6 月の衆議院選挙を挟んで秋の臨時国会で審議が行われた。選挙で自民党は敗北したが、与党三党で過半数の議席が確保された。

9 月 21 日に召集された臨時国会では参議院の選挙制度の改革<sup>160</sup>をめぐって野党が当初審議拒否の姿勢をとったが、10 月後半以降国会は正常化し、健保法等改正案は 11 月 2 日に衆議院で、同 30 日には参議院で自民・公明・保守の与党三党の賛成多数によって可決された。30 日の参院国民福祉委員会では 15 の付帯決議が採択され、冒頭に 2002 年度に必ず新たな高齢者医療制度を創設することが明記された。

10 月後半の衆院厚生委での審議では高齢者医療制度のための公費負担の財源をどこに求めるのが議論の対象となったが、津島雄二厚相（自民党）は景気に左右されない安定財

---

<sup>155</sup> ただし、丹羽雄哉・医療基本問題調査会長は記者会見で「1 割相当額」という表現によって、定率 1 割負担の明言を避けた（『朝日新聞』1999 年 7 月 30 日朝刊）。

<sup>156</sup> 吉原、和田前掲書, pp. 477-8。

<sup>157</sup> 新川前掲書, pp. 339-40; 吉原、和田前掲書, p. 518; 『朝日新聞』1999 年 12 月 19 日朝刊, 20 日朝刊; 『読売新聞』1999 年 12 月 19 日朝刊, 20 日朝刊。

<sup>158</sup> 2000 年改定の内容については、吉原、和田前掲書, p. 519 参照。

<sup>159</sup> 同上, pp. 478-9。

<sup>160</sup> 有権者が政党名を投票用紙に記入し、各政党の候補者名簿の順位に従って当選者が決められる拘束名簿式に代えて、候補者個人への投票を可能にする非拘束名簿式が導入された。

源の必要性を強調する一方で消費税引き上げなど具体的な案は示さず、今後国民的合意を得て決めると述べるにとどめた<sup>161</sup>。31日に参考人からの意見陳述と質疑が行われ、健保連・全国市長会は抜本改革へ一歩前進として評価した。他方、連合は抜本改革の先送りを批判し、高齢者1割負担・高額療養費に関する自己負担引き上げ・保険料率上限の引き上げの撤回を求め、保険医団体連合会は全ての患者負担増に反対した。日医は同時に審議されていた医療法改正案について看護職員の増加を求める人員配置基準の変更に強く反対し、診療情報の開示についても反対した。11月1日、野党四党の反対を押し切り与党三党で健保法等改正案を可決した。翌日に衆議院本会議でも可決され、法案は参院へ送付された。

11月後半の参院国民福祉委員会での質疑で津島厚相は民主党の今井澄から高齢者医療制度について突き抜け方式で年齢リスク構造調整を行う方向性の是非を問われ、「独立方式と突き抜け方式の間で、自分なりの結論が出せないのが現状である」と述べている<sup>162</sup>。11月30日午前に同委員会で森喜朗首相、津島厚相の質疑を経て採決が行われ、改正案は可決された。首相は1997年以降議論されてきた四つの課題について2000年度には薬価差の縮小、診療報酬の包括化（以上、診療報酬改定）、高齢者1割負担（健保法等改正）、病床区分の見直し（医療法改正）によって抜本改革に向けて一歩踏み出したと述べ、高齢者医療制度の見直しについては考え方を一つに集約するに至っていないが、2002年度を目途に実現を図る予定とした。また、首相・厚相はそれぞれ医療費の伸びをできるだけ経済の動向とバランスのとれたものとする、老人医療費の伸びを抑制する仕組みづくりを提唱しており、これが小泉政権時代の医療費伸び率管理論争につながっていく。同日午後、参議院本会議で健保法等改正案が可決・成立した（2001年1月1日施行）。

#### f. 2000年改正の内容と考察

2000年改正の主な内容は、①高齢者について定率1割負担制の（一応の）導入、②1997年改正によって導入された薬剤特別負担の廃止<sup>163</sup>、③現役世代の高額療養費制度の見直し（高所得者の患者自己負担額の増額）であり、高齢者・現役世代のいずれにとっても小幅な自己負担増であった<sup>164</sup>。

定率1割負担制には月額上限が設定されており、診療所と200床未満の病院の外来では自己負担は月額3,000円まで、200床以上の病院では5,000円までとされた<sup>165</sup>。改正前は外来受診一回につき530円（月4回まで）だったので自己負担の上限が引き上げられている。

<sup>161</sup> 衆議院での審議については、『週刊社会保障』2110, 2000.11.6, pp. 40-5 参照。

<sup>162</sup> 参議院での審議については、『週刊社会保障』2114, 2000.12.4, pp. 40-5 参照。

<sup>163</sup> 若年層については改正健保法の附則で「平成14年度までに…必要な財源措置に関し検討を行い、その結果に基づいて廃止する」（2条）とされた。

<sup>164</sup> 2000年改正の内容については以下を参照せよ。吉田一生, 2001, 「健康保険法等の一部を改正する法律」『ジュリスト』1195, 2001.3.1, pp. 71-3。

<sup>165</sup> 大病院の自己負担限度額が高く設定されているのは、外来患者を診療所や中小病院へと誘導するためである。

他方、入院の自己負担は1日1,200円だったものを月額上限37,200円に改め（1,200×31日分と同額）、市町村民税非課税の低所得世帯については月額上限を35,400円から24,600円に下げて自己負担額を抑えている。この他に薬剤一部負担金が廃止（負担減）されたため、差し引きで高齢者の実効負担率は7.7%から7.9%へと微増した<sup>166</sup>。定率1割負担といっても上記のように月額上限が設定されており、また診療所では事務処理負担を考慮して従来通り定額制を選択することも可能とされたため、現役世代と同様の仕組みが導入されたわけではない。1997年以来懸案だった高齢者の定率1割負担が導入されたわけだが、月額上限つき、診療所では定額制も選択可能という形で高齢患者・診療側双方に配慮した内容となっている。

他方、高額療養費の見直しについては現行制度では一か月の患者自己負担の上限は63,600円であり、それ以上の自己負担は免除されることになっていたが、月収56万円以上の上位所得者の区分を新設し、その自己負担限度額を121,800円とした。さらに、市町村民税非課税の低所得世帯を除き、自己負担限度額を超えた部分の医療費の1%を追加的に負担することになった<sup>167</sup>。この他に、入院時の食事の標準負担額が760円から780円に引き上げられた。

要するに、低所得者に配慮しつつも様々な形で患者自己負担を微増させた改正だった。政府は今回の改正を「医療制度抜本改革の第一歩」と位置づけていたが、関係団体との妥協や抜本改革の先送りが目立った。自民党が日医とかねて約束していた薬剤特別負担は廃止され、定率負担も選択制とされたことには日医との妥協が見られ<sup>168</sup>、定率1割負担といながらも高齢者の患者負担の引き上げはわずかなものにとどめられた<sup>169</sup>。こうした小幅な改革だったにもかかわらず、選挙への影響を考慮して自民党は法案成立を秋の臨時国会に先送りした<sup>170</sup>。1998年の参院選、2000年の衆院選と選挙での敗北が続き、自民党は医療費抑制や患者負担の拡大が困難になっていた。高齢者医療制度改革に必要なはずの財源の拡充についても同じことがいえるだろう。

結局、高齢者医療制度の抜本改革や公費負担の財源問題の解決は2002年に先送りされた。臨時国会での審議過程で津島厚相はこれらの問題に関する具体案が定まっていないことを認めており、改正附則には「医療保険制度等については…抜本的な改革を行うための検討を行い、その結果に基づいて所要の措置が講ぜられるものとする」（3条）という規定が盛り込まれた。また、今回改正では財源の拡充も見送られた。財政的には2000改革は患者自己負担の引き上げによって診療報酬の引き上げを賄うという構造になっており、保険料率の引き上げや老人保健制度に対する公費負担の増強は実施されなかった<sup>171</sup>。1997年8月の

<sup>166</sup> 実効負担率は衆院厚生委での厚生省の説明による（『週刊社会保障』2110, 2000.11.6, p. 42）。

<sup>167</sup> 詳細は、吉田前掲論文または『週刊社会保障』2114, 2000.12.4, p. 47 参照。

<sup>168</sup> 同時に成立した医療法改正でも日医の反対によってカルテ開示義務の法制化は見送られた。

<sup>169</sup> タルコット前掲論文, 2003, p. 244 を参照せよ。

<sup>170</sup> 新川前掲書, p. 340。

<sup>171</sup> ただし、標準報酬月額の下限が9万2千円から9万8千円に引き上げられた。

厚生省・与党協の高齢者医療制度の改革案に含まれていた、全ての高齢者からの保険料徴収という案も先送りされた。次節で述べるように、2000 年改正の内容が議論されていた 1999 年には介護保険料の徴収延期も決められている。

2000 年度には介護保険制度の実施により従来医療費とされてきたものが介護費に移し替えられたので、国民医療費・老人医療費ともに減少した。このため被用者保険からの老健拠出金も減少した。しかし、政管健保は黒字化せず、健保組合も約 8 割が赤字であり解散する組合も出始めた。1980 年代には経済成長を背景に大企業労使の保険料というリソースに頼ることで制度間財政調整が実現されてきた。ところが、1990 年代には政管健保・大企業の組合健保とも赤字基調に転落し、後者では解散する組合が現れた。現役世代の保険料負担引き上げを回避するとなれば、残る財源調達方法は高齢者からの保険料徴収の強化か、公費負担の増強であったが、前者は見送られ、後者に関しては政府と自民党のなかで方向性さえ定まっていなかった。次節では介護保険においても財源の確保が不十分であったこと、負担の先送りを国債で賄ったことを指摘し、その後で 1990 年代に関するまとめを行う。

## 5-6. 介護保険——不十分な財政基盤

医療保険の抜本改革が先送りされた一方で、1997 年には介護保険法の制定という 1990 年代の日本の社会保障政策における最も重要な立法が行われた。介護保険創設の目的の一つは社会的入院を解消すること、つまり介護サービスの充実によって高齢者医療費を削減することであった。厚生省は 40 歳以上の人々が収める介護保険料という新たな社会保障財源を獲得し、その一部は従来医療保険によって賄われてきた費用に用いられることになった。

ただし、新たに導入された介護保険制度は医療保険制度と同様の財源制約の下に置かれ、介護保険料の徴収が開始されたからといって介護サービスの需要（とくに施設サービスの需要）が充足されるだけの財源が確保されたわけではなかった。つまり、財政基盤の脆弱性と厳しい費用抑制圧力という日本型福祉国家の特徴<sup>172</sup>は介護保険においても再生産されたのである。介護保険制度の財源のうち 50%は 40 歳以上の被保険者が納める介護保険料によって賄われるが、残りの 50%は公費負担（国 25%、都道府県 12.5%、市町村 12.5%）とされた。専門家たちが指摘していた通り<sup>173</sup>、厚生省は介護保険実施後の介護サービス需要を過少に見積もっていたため、2000 年の制度実施後にはサービス利用量の急増によって介護保険制度はすぐに費用を抑制しようとする圧力にさらされることになった<sup>174</sup>。戦後の医療

<sup>172</sup> 衛藤幹子, 1995, 「福祉国家の『縮小・再編』と厚生行政」『レヴィアサン』17, pp. 94-5; 西尾勝, 1984, 「政治の変動と社会保障」社会保障研究所編『経済社会の変動と社会保障』東京大学出版会, pp. 242-4 参照。

<sup>173</sup> 例えば、西村周三, 1997, 『医療と福祉の経済システム』ちくま新書, pp. 86-92 を見よ。

<sup>174</sup> 国民健康保険とは異なり、介護保険について市町村は赤字を一般会計からの繰り入れで補填することが認められていない。各市町村は財政均衡のために保険料を引き上げて財源を増やすか、

保険の発展過程においては、保険料の不足を国庫負担で補填することができたが、2000 年代の日本では国・地方ともに財政的な余力は乏しく、2003 年と 2006 年の介護報酬の改定では二回ともマイナス改定が行われている<sup>175</sup>。2005 年の最初の介護保険法改正では給付範囲も縮小された<sup>176</sup>。

1989 年の消費税導入、1997 年の税率引き上げは高齢者福祉予算の増額によって正当化されてきたが、急速に進む高齢化のなかで介護重要を充足できるだけの財源は確保されず、介護保険導入後も介護従事者の低賃金、利用者負担の拡大、介護施設の供給不足といった問題が指摘されてきた<sup>177</sup>。また、介護保険の導入が福祉国家の財源改革の突破口になることもなかった。介護保険料という一種の福祉目的税が新設されたのは事実だが、それがより大きな社会保障財源改革への道を開いたわけではない<sup>178</sup>。残りの 5 割の公費負担についても、国と地方の財政がそもそも公債に依存している以上、介護保険制度への費用抑制圧力をビルトインしたものという理解も可能である<sup>179</sup>。そのうえ、制度実施の直前になって自民党は赤字国債を発行することで介護保険料の徴収猶予措置をとることに決めた。後述するように、介護保険制度の実施までに自民党は繰り返し保険料負担の軽減と先送りを行っている。

弥縫策に終始した 1997 年、2000 年の医療保険改革とは異なり、介護保険導入の経緯に関しては多数の先行研究が存在している<sup>180</sup>。そこで、以下では福祉国家の財源に関する議論との関連に焦点を絞って、介護保険導入の準備・法制化・実施に至るまでの過程を検討することにする。1990 年代を通じて福祉国家の財源改革が進まなかったこと、90 年代末の自民党が医療保険に関する保険料負担引き上げに消極的であったように、介護保険についても負担先送りを行ったことが示されよう。

---

サービス量を減らすか（例えば、介護施設を建設しない）の選択を迫られる。池上直己, 2010, 『医療問題（第 4 版）』日経文庫, pp. 176, 191。

<sup>175</sup> 医療における診療報酬とは異なり、介護報酬は 3 年に一度見直される。

<sup>176</sup> 介護の必要性が少ないと判定された「要支援者」については給付が「予防給付」（筋力トレーニング、栄養改善の指導、口腔機能の向上など）のみに限定された（2006 年 4 月から実施）。また、2005 年 10 月から介護保険施設の入所者は 1 割の自己負担と食費に加えて居住費（調理費・光熱水費・個室料金）を支払わなければならなくなった。

<sup>177</sup> 無論、公費の投入を拡大しさえすれば介護保険制度に関連する諸問題が全て解決に向かうというわけではないが、それが必要条件であるということについては（介護保険制度自体を否定するか、その役割を限定しようというのでない限り）異論はないだろう。

<sup>178</sup> 強いていえば、高齢者は個人単位で介護保険料を納めており、医療保険について先送りされていた全ての高齢者からの保険料徴収（正確には、世帯単位ではなく個人単位の保険料徴収）が先に実現している。

<sup>179</sup> 同様の見方として、二木立, 2007a, 『介護保険制度の総合的研究』勁草書房, pp. 44-5 参照。

<sup>180</sup> 日本医師会総合政策研究機構, 1997, 「介護保険導入の政策形成過程」；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』臨時増刊号, pp. 68-94；増山幹高, 1998, 「介護保険の政治学——政策理念の対立と収斂」『日本公共政策学会年報』1, pp. 1-26；タルコット前掲論文, 2002；増田雅暢, 2003, 『介護保険見直しの争点：政策過程からみえる今後の課題』法律文化社；二木前掲書；吉原, 和田前掲書など。

a. 細川内閣での動き——国民福祉税構想と「21 世紀福祉ビジョン」（1994 年）

厚生省は 1980 年代半ば以降高齢者福祉の拡大に関する検討を行っており、1989 年 4 月の消費税導入、7 月の参院選での自民党大敗によって政治的な推進力が得られることになった。89 年末にゴールドプラン（高齢者保健福祉推進 10 か年戦略）が策定され、翌年老人福祉法等の改正によって市町村に老人保健福祉計画の策定が義務づけられると、ゴールドプランの目標以上に介護需要があることが判明した。その後、1993 年 8 月に成立した非自民連立政権下において介護システムの充実が社会保障政策の課題として打ち出され、間接税収が財源として示唆されることになる。

細川護熙内閣が誕生した 1993 年には景気停滞のため税収が前年度当初見積もりを下回り、大蔵省は財政危機を明確に認識していた。当時同省は 1994 年から所得税を 5 兆円程度減税し、その財源をつなぎ国債で賄い、1995 年から消費税率を 6%程度に引き上げることで増減税一体の租税構造改革を実現することを目標にしていた<sup>181</sup>。細川首相も 8 月 23 日の所信表明演説のなかでバブル崩壊と高齢化の進展を念頭においた税制改革の必要性をうたえている<sup>182</sup>。翌月、政府税制調査会は首相から「直間比率是正など抜本的改革」についての諮問を受け、11 月 19 日に「今後の税制のあり方について——公正で活力ある高齢化社会を目指して」と題した答申を行った<sup>183</sup>。答申のなかでは所得税・住民税の減税（両者を合わせた最高税率の 65%から 50%への引き下げ）と、その代わり高齢化社会に必要な安定した税収を消費税によって確保することがうたわれた。消費税の具体的な引き上げ率は明示されなかったが、経団連・日本商工会議所など経済団体や連合、消費者団体はそれぞれ消費税引き上げを批判した<sup>184</sup>。連立与党内でも社会党が反発することは容易に予想できた。

ところが、1994 年 2 月 3 日に細川首相は税率 7%の国民福祉税構想を突如発表した。これ

<sup>181</sup> 加藤淳子, 1997, 『税制改革と官僚制』東京大学出版会, pp. 266, 268.

<sup>182</sup> 「…また、税制については、平成元年度に抜本的な税制改正を行って以来、約 5 年が経過しておりますが、その間、バブルの発生とその崩壊、高齢化の一層の加速などの事態が生じております。私は、このような経済社会情勢の変化に現行の税制が即応したものになっているのかどうかを点検し、公正で活力ある高齢化社会を実現するため、年金など国民負担全体を視野に入れ、所得、資産、消費のバランスのとれた税体系の構築について、国民の皆様方の御意見にも十分耳を傾けながら総合的な検討を行ってまいりたいと存じます」。東京大学東洋文化研究所田中明彦研究室ホームページ（データベース「世界と日本」）<<http://www.ioc.u-tokyo.ac.jp/~worldjpn/documents/texts/pm/19930823.SWJ.html>> 2013 年 3 月 27 日閲覧。

<sup>183</sup> 加藤前掲書, p. 267; 『朝日新聞』1993 年 11 月 20 日朝刊。

<sup>184</sup> 加藤前掲書, p. 268。社会保障研究者の間でも逆進税制である消費税を社会保障財源に充てることには強い抵抗があった。仮に消費税増税に伴って社会支出の増額が行われ、税制と社会保障制度を通じたトータルの再分配度が向上することが期待できれば消費増税に対する反発は緩和されるであろう。ところが、日本では 1980 年代に保守政権によって所得税の最高税率引き下げと累進性緩和が行われた一方で、消費税導入によって庶民増税が行われ、またその後の高齢者福祉予算の増額が限られたことで、そうした期待の形成が困難になった。例えば、高藤昭は以下のように述べている。「連立与党の、税率引き上げ後の間接税の一部を漠然と福祉財源に回すとの案は、逆進課税を納得させるための子供だましの言辞以外のものでない」（高藤昭, 1994, 「目下の社会保障・高齢化財政論議とその議論に欠けるもの」『週刊社会保障』1795, 1994.6.27, p. 24）。

は連立与党の合意に基づいて発表されたものではなく、大蔵省の一部の官僚と小沢一郎新生党代表幹事、市川雄一公明党書記長が密かに合意し細川首相を説得して発表させたものだった<sup>185</sup>。内閣官房長官だった新党さけがけの武村正義代表は蚊帳の外であり、福祉税という名称にもかかわらず、厚生大臣であった大内啓伍民社党委員長も知らされていなかった<sup>186</sup>。保革を横断した八党からなる連立政権で増税に関する合意を形成するのは容易ではなく、一挙に既成事実化を狙ったのであろう。しかしながら、新税の税収をいかなる福祉政策に用いるのかも明らかにされておらず、記者会見でその点を質された首相は3月までに「福祉ビジョン」を策定すると答えた。突然の国民福祉税構想の発表は与党内からの強い反発を招き直ちに撤回されたが、その後も間接税の引き上げは社会保障との関連で議論されていくことになる。

大内厚相の私的諮問機関として発足していた福祉ビジョン懇談会は3月28日に「21世紀福祉ビジョン——少子・高齢社会に向けて」<sup>187</sup>を発表し、介護システムの充実と、間接税増税の際には税収の一部を「緊急の課題である介護対策の充実等」に用いることを提案した。「21世紀福祉ビジョン」のなかの社会保障の財源に関する記述は以下のようなものであった。まず、少子高齢社会において増大する社会保障費を賄うためには、相当の負担増は避けられないという認識から出発し、租税負担と社会保険料負担の関係については「受益と負担の関係が最も明確である社会保険料負担中心の枠組みは…今後とも、基本的に維持する必要がある」として、社会保険料中心主義をうたっている。ただし、租税財源も増大は不可避であるとした上で、現行の直接税中心の税体系では税収が不安定化する恐れがあり、また所得税・社会保険料負担の増加によって現役世代、とくにサラリーマン層の負担が過重となる恐れがあるとして、財源構造の改革を促している。消費税を何%引き上げよという直接的な提案は行われてはいないが、「間接税の増収措置が講じられる場合には、その一定程度を社会保障の経費に充当するといった考え方についても検討するに値するものと考えられる」と述べられ、社会保障政策のなかでも「当面の方向としては、緊急の課題である介護対策の充実等に充てていくことが適切であろう」としている。なお、福祉目的税の導入は財政の硬直化を招く懸念から「慎重な対応が必要である」として退けられている。要するに、①今後の社会保障財源は社会保険料を中心とする、②福祉目的税は導入しない、③租税財源としては間接税収の一部を利用するというわけである。

<sup>185</sup> このパラグラフの記述は、衛藤前掲論文、1998, p. 77; 加藤前掲書, p. 271 による。

<sup>186</sup> 当日の夕刊には大内の『『国民福祉税』という名前なのに、厚相が何も知らない税金が出てくるのは、バカな話だ』という発言が引かれている（『朝日新聞』1994年2月3日夕刊）。また、小沢としては社会党が受け入れやすいように消費税を国民福祉税という福祉目的税に改め、税率も持論の10%ではなく7%に抑えて提案することで黙認をとりつけたはずであったが、村山富市委員長は聞いていなかったと主張しており、証言が食い違っている（草野厚、1999、『連立政権：日本の政治 1993～』文春新書, pp. 38-9）。

<sup>187</sup> 高齢社会福祉ビジョン懇談会、1994、「21世紀福祉ビジョン——少子・高齢社会に向けて（1994年3月28日）」（国立社会保障・人口問題研究所、2005、『日本社会保障資料 IV』国立社会保障・人口問題研究所 < <http://www.ipss.go.jp/publication/j/shiryu/no.13/data/syakaihosyou01.html> > 2014年3月27日閲覧）。



これは大蔵省・厚生省双方の利害を代弁した提案となっており、実際にこれ以降の介護政策はこの線に沿って実施されていく。つまり、1989 年の消費税導入以来大蔵省には税収の一部を福祉財源にまわすことで間接税増税と税制構造改革を進めようとする考え方があった。もともと大蔵省は、社会保険制度は社会保険料のみで運営されるべきであり、社会福祉制度の水準は必要最低限にとどめるべきであるとの立場であったが<sup>188</sup>、二度にわたる付加価値税導入の失敗以降、福祉の充実には増税に際して「国民を納得させる切り札」となった<sup>189</sup>。他方、厚生省としては社会保険特別会計という一般会計とは区別された自分たちの聖域を守りつつ<sup>190</sup>、間接税の増収の一部を厚生省予算として利用しようとしていた。

実際に、1994 年には村山内閣のもとで消費税増税が福祉予算上積みを経済成長の条件として決められ、1997 年には新たな社会保障制度として公的介護保険が法制化されることになる。後者について補足すると、厚生省としては保険料のみで介護保険を運営しようとするれば貧弱な給付しか行うことができないため公費による支援を必要としており、大蔵省の側では将来の増税の布石のために介護保険の財源に国庫負担を導入することに利益を見出すことができた<sup>191</sup>。

また、「21 世紀福祉ビジョン」では当時の年金・医療・福祉などの給付費の比率が 5 : 4 : 1 となっていたのを改め、「年金制度の安定化、医療制度の安定化、効率化を図るとともに福祉等の水準を思い切って引き上げることににより、そのバランスをおおよそ 5 : 3 : 2 程度とすること」を目指す方針が示された。これはその後の介護保険導入論議のなかで老人医療費の削減が論点の一つとなったこと<sup>192</sup>、また 1990 年代半ば以降年金支出は上昇を続けたのに対して、医療費の方は「効率化」が図られ伸びが低く抑えられたことを考えると示唆的である。1995 年度から 2005 年度にかけて公的年金給付費は 33.5 兆円から 46.3 兆円へと 10 兆円以上伸びたのに対して、医療給付費は 24.1 兆円から 28.1 兆円へと 4 兆円の伸びにとどまった<sup>193</sup>。また、同じ期間に介護対策を含む「福祉その他」の給付費は 7.2 兆円から 13.4 兆円へと 6 兆円以上伸びた。この結果、年金・医療・福祉その他の比率は 52 : 37 : 11 から 53 : 32 : 15 へと変化した。「21 世紀福祉ビジョン」は 1990 年代半ば以降の社会保障政策の展開を予言していたといえよう。

介護サービスについては新ゴールドプランの策定が提案され、「施設サービスと在宅サービスを通じて目標水準の思い切った引き上げを行う」としている<sup>194</sup>。今後の制度設計の方

---

<sup>188</sup> 衛藤前掲論文, 1995, p. 95。

<sup>189</sup> 衛藤前掲論文, 1998, p. 84。

<sup>190</sup> 同上, p. 76。

<sup>191</sup> 同上, p. 84。

<sup>192</sup> 「21 世紀福祉ビジョン」自体のなかにも医療に関する項で「ゴールドプランの進展に伴う長期入院患者の減少などの動向によっては、将来において医師が過剰となる可能性もある」という記述が見られ、介護の充実による老人医療のスリム化という方向性が示唆されている。

<sup>193</sup> 国立社会保障・人口問題研究所, 2008, 『社会保障給付費（平成 18 年度）』。

<sup>194</sup> 医療に関する提案は、高齢化時代に適した医療供給体制の整備、疾病の予防・健康づくりのための支援、入院日数適正化と在宅医療の推進などからなっており、介護サービスの充実と合わ



向としては高齢者本人の意思・選択を重視した「利用者本位のサービス」やサービス提供者間の「健全な競争」などが強調され、その後の介護保険論議における論点が既に見られる。とはいえ、公的介護保険制度の創設が本格的に議論されるようになるのは村山内閣発足以降である。

こうして非自民連立政権下における国民福祉税構想と「21 世紀福祉ビジョン」によって間接税引き上げと福祉（高齢者介護）充実をセットで行うという流れができた。もともと、こうした流れは 1989 年には既に出現しており、「21 世紀福祉ビジョン」の内容も自民党政権時代の政策を覆すというより、その充実を狙ったものであった。新ゴールドプラン策定の提案はその典型である。消費税の増税と介護保険の創設は自民党の与党復帰後に現実のものとなっていく。

#### b. 自社さ連立政権での動き①——消費税増税と新ゴールドプラン（1994 年）

連立与党内での合意を経ずに国民福祉税構想が発表されたことで新生党・公明党と社会党・さきがけの亀裂は深刻化し、この対立が非自民連立政権の崩壊と自社さ連立政権の誕生へとつながっていった。1994 年 6 月 30 日に自民党・社会党・さきがけの三党によって発足した村山富市内閣では消費税増税の決定およびそれと連動した新ゴールドプランの策定が行われている。

連立与党の組み替えが起きた後も税制改革は課題であり続けた<sup>195</sup>。バブル崩壊後のゼロ成長による税収の低迷と宮澤・細川内閣の財政出動を通じた景気回復策は国家財政を急速に悪化させていった。村山首相は 7 月 18 日の所信表明演説で「年内の税制改革の実現に努力」と述べ<sup>196</sup>、翌日には与党三党による税制改革プロジェクトチームが発足している。村山内閣を構成する自民党・社会党・さきがけは景気対策のための減税の実施では一致していたが、その後の赤字償還財源として消費税増税を行うという大蔵省の主張に対する態度はまとまっていなかった。自民党は増減税の一体処理による歳入中立型の改革を支持していたが、社会党は 1980 年代以来消費税撤廃の立場をとっており、さきがけも減税の穴埋めのためだけに増税を行うことに消極的であった<sup>197</sup>。

ここで消費税増税に関して連立与党が合意する上で鍵となったのが新ゴールドプランであった。税制改革を好機として厚生省は社会保障予算拡大に向けた動きを活発化させ、1994 年 9 月 6 日には新ゴールドプランを与党福祉プロジェクトチームに提示している<sup>198</sup>。新ゴ

---

せた医療供給体制の再編と医療費の効率化が志向されている。医療保険に関しては、患者の多様なニーズやアメニティに対応するために公的医療保険を補完する民間保険の育成普及を図っていく必要があるとしている。

<sup>195</sup> 1994 年の消費税増税を含む税制改革の経緯については、加藤前掲書第 8 章第 3 節を参照した。

<sup>196</sup> 「第 130 回国会における村山内閣総理大臣所信表明演説（1994 年 7 月 18 日）」首相官邸ホームページ <<http://www.kantei.go.jp/jp/murayamasouri/speech/murayama.html>> 2014 年 3 月 27 日閲覧。

<sup>197</sup> 加藤前掲書, pp. 281-3。

<sup>198</sup> 同上, p. 283。

ールドプランでは 1995 年度から 1999 年度までの 5 年間に新たに 5 兆 2,500 億円（このうち国費は 2 兆 5,000 億円）の事業費が必要であるとしていた。これに先立ち大蔵省も 5 月に発表した「税制改革に関する機械的試算」のなかで消費増税が必要となる根拠として「21 世紀福祉ビジョン」に示された福祉サービスの充実のために社会保障関係費を 5.5 兆円計上することを挙げており、社会保障費の増額と消費増税をセットで提示していた<sup>199</sup>。福祉支出の増額を条件にさきがけや社会党が消費増税に積極的になる可能性が浮上したのである。1980 年代末に消費税反対を掲げて党勢を回復した社会党は消費増税の容認に慎重であったが、9 月 22 日に大蔵省が福祉予算をさらに上積みすることを提案したことで妥協し、与党の税制改革大綱が決定されるに至った<sup>200</sup>。

その後、税制改革関連法案は 11 月に成立している。その要点は 1994 年 4 月からの所得税減税と 1997 年 4 月からの消費税増税を一体処理することであった。具体的には、1994 年度から所得税の減税（3 兆 5,000 億円）、相続税の減税（3,000 億円）および景気対策としての 1996 年度までの一律減税（2 兆円）が実施され、1997 年 4 月から消費税率の 5% への引き上げが行われることとなった<sup>201</sup>。

#### c. 1994 年の税制改革が福祉国家にもたらした影響

上述のように、福祉支出の上積みが消費税増税に関する連立与党の合意が成立する上での条件となった。しかし、今回の税制改革が福祉国家の財政基盤を強化したかという点に関してはいくつかの留保が必要である。

第一に、1989 年のゴールドプランの時と同様に新ゴールドプランにも十分な予算は与えられなかった。1994 年の税制改革の際に大蔵省から提案された福祉予算の上積み額は 1995 年度には 1,000 億円であり必要額の 8 分の 1 にすぎなかった<sup>202</sup>。

第二に、今回も消費税の福祉目的化はなされなかった。大蔵省は財政の硬直化を招く福祉目的税には反対であり、新ゴールドプランが予算化されることも危惧していた。厚生省の側でも大蔵省から提示された少額の予算で新ゴールドプランの目標を達成できるという見方を否定するために、今回の福祉予算の上積みとプランとの関係を否定していた<sup>203</sup>。

第三に、大蔵省の狙いとは異なり、連立与党にとって今回の税制改正は最初から純増税を目指したものではなく、消費増税を所得減税の後で実施するという増減税一体処理が辛うじて合意されたものだった。

幸い 1994 年から景気が復調しはじめ、一般会計税収は 1994 年度の 51.0 兆円を底として

---

<sup>199</sup> 加藤前掲書, pp. 278-9.

<sup>200</sup> 同上, p. 285.

<sup>201</sup> 同上, p. 286. 消費税 5% のうち 1% は地方消費税として地方自治体に配分された。また、消費税の各種減免措置の縮小も決められた。

<sup>202</sup> 同上, p. 288.

<sup>203</sup> 同上, p. 289.

1997 年度には 53.9 兆円まで回復する<sup>204</sup>。消費税収は増税によって 1996 年度の 6.1 兆円から翌年度には 9.3 兆円へと増加し、その後 2000 年代に至るまで毎年 10 兆円前後の税収が得られている。しかし、1997 年から景気が後退し始め、一般会計税収は 1998 年度には 49.4 兆円、1999 年度には 47.2 兆円まで落ち込んでしまう。国家財政の悪化も続き、1996 年度には 7 年ぶりに赤字国債の発行が再開された。橋本内閣の後半から再度減税と財政出動による景気対策が図られたため、歳出と歳入のギャップは大幅に拡大していった。要するに、日本型福祉国家の財政基盤の脆弱性が持続したのである。

その後、1999 年度予算から消費税の福祉目的化がようやく決まったが、これは社会保障財源の拡大には結びつかなかった。参議院での過半数割れによって国会運営に苦しむ自民党は小沢一郎率いる自由党との接近を図り、両党の連立交渉のなかで消費税の福祉目的化が確認され、1999 年度から予算総則に「消費税の使途を基礎年金、老人医療及び介護に限る」ことが明記された<sup>205</sup>。正確には、消費税 5%のうち 1%は地方消費税であり、さらに国税分 4%のうち 29.5%は地方交付税として地方に移転されるため、これらを除いた消費税収全体のうちの 56.4%が高齢者の社会保障費に充当されることになった<sup>206</sup>。

しかし、1999 年度の段階で高齢者の社会保障費を賄うために必要な国庫負担額 8.8 兆円に対して利用できる消費税収は 7.3 兆円にとどまり、最初から必要な額を賄えていなかった。その後、社会保障費は増大する一方なのに対して消費税の増税は回避され続けてきたため、この差は広がり続けていく<sup>207</sup>。2013 年度当初予算では必要経費 17.8 兆円に対して利用できる消費税収は 7.5 兆円にとどまり、その差は 10.3 兆円にものぼっている。結局、その他の税収や国債発行に頼らなければ必要経費を調達できないのである。

1997 年から不況と減税によって税収は低下しており、1999 年度の当初予算では国債依存度が 38%にも達した<sup>208</sup>。「失われた 10 年」の間に各内閣は減税と景気対策を繰り返したが、1980 年代のような高成長は到底取り戻すことができず、一般会計税収は 1990 年度の 60.1 兆円をピークに 1998 年度には 49.4 兆円、99 年度には 47.2 兆円と 1990 年代で最低の水準に至る<sup>209</sup>。公債発行に依存して減税と財政出動を行い、景気浮揚と支持獲得を目指す自民党の戦略によって、財政赤字は拡大していった。少ない財源と大きな赤字という福祉国家の財政状況は 2000 年代の社会保障改革の方向性を規定していく。

---

<sup>204</sup> 財務省ホームページ, 2013b, 「一般会計税収の推移 (2013 年 5 月末現在)」財務省ホームページ < [http://www.mof.go.jp/tax\\_policy/summary/condition/010.htm](http://www.mof.go.jp/tax_policy/summary/condition/010.htm) > 2014 年 3 月 27 日閲覧。

<sup>205</sup> 小池拓自, 2008, 「消費税を巡る議論」『調査と情報』609, p. 9。

<sup>206</sup> なお、自由党は景気対策として消費税の一時凍結か引き下げを要求していたが、宮澤喜一蔵相はマスコミに対して「福祉はやめられないのだから、(その財源になる) 消費税をゼロの方向にすることはない」と述べ、自由党案を否定している (『朝日新聞』1999 年 1 月 19 日朝刊)。

<sup>207</sup> 財務省, 2013d, 『福祉目的化』の推移 (2013 年 5 月末現在)」財務省ホームページ < [http://www.mof.go.jp/tax\\_policy/summary/consumption/120.htm](http://www.mof.go.jp/tax_policy/summary/consumption/120.htm) > 2014 年 3 月 27 日閲覧。

<sup>208</sup> 『朝日新聞』1999 年 1 月 19 日朝刊。

<sup>209</sup> 財務省, 2013b, 「一般会計税収の推移 (2013 年 5 月末現在)」財務省ホームページ < [http://www.mof.go.jp/tax\\_policy/summary/condition/010.htm](http://www.mof.go.jp/tax_policy/summary/condition/010.htm) > 2014 年 3 月 27 日閲覧。

#### d. 自社さ連立政権での動き②——介護保険法の制定（1997 年）

### 合意形成の難航

村山内閣では新ゴールドプランの策定に加え、介護保険法案の議論も進められた。介護保険の創設過程に関しては多数の研究が生み出されているため<sup>210</sup>、以下では自民党が（とりわけ高齢の）有権者に社会保障負担増を迫るのを嫌ったことが介護保険の創設を遅らせた一因となったこと、同様に介護保険実施初期に保険料免除措置の財源を赤字国債でまかになったこと、結局その次の段階として厳しい費用抑制政策が登場したことを示す。

介護保険法案の具体的な中身は村山内閣において検討が始められ、制度的枠組みの設定では厚生省がリードした。羽田内閣時代の 1994 年 4 月に同省では事務次官を本部長とする「高齢者介護対策本部」が設置されており、村山内閣発足後の 7 月には専門家が参加する「高齢者介護・自立支援システム研究会」（座長・大森彌東大教授）が結成される。同研究会は 12 月に高齢者介護対策本部に報告書を提出し、社会保険方式による介護システムという厚生省の既定路線にお墨付きを与えている<sup>211</sup>。これに先立ち 9 月には社会保障制度審議会・社会保障将来像委員会の第二次報告でも公的介護保険の導入が提案されていた。翌 1995 年の 2 月から老人保健福祉審議会（老健審）で法案の骨子を固めるための議論が開始される<sup>212</sup>。厚生省としては 1996 年の通常国会に法案を提出し、97 年 4 月から消費増税に合わせて介護保険を実施に移したかったのだが<sup>213</sup>、老人保健制度改革に関する議論と同様に誰が費用を負担するのかをめぐり老健審での意見集約は難航し、翌年まで審議がずれこむことになった。

厚生省の当初の腹案は、①保険給付の財源は公費（国と地方で分担）と保険料で半分ずつ負担する<sup>214</sup>、②保険者（保険運営主体）は市町村、③被保険者は 20 歳以上、受給資格者は 65 歳以上、④現役労働者の保険料負担は労使折半、⑤家族による介護は給付の対象外、⑥給付率 9 割（自己負担率 1 割）、⑦1997 年 4 月から実施というものであった<sup>215</sup>。

厚生省は介護保険の実施によって老人医療費を削減し、国保の負担を軽減することを狙っていたのだが<sup>216</sup>、市町村は介護保険が「第二の国保」となり、赤字が生じて市町村の財

<sup>210</sup> 注 180, p. 203 参照。

<sup>211</sup> 衛藤前掲論文, 1998, p. 78 ; 『読売新聞』1994 年 12 月 14 日朝刊。

<sup>212</sup> 当時の老健審の委員は医療・福祉サービス提供者（三師会・社会福祉施設関係者）、市町村（全国市長会・全国町村会・国保中央会）、健保連、経営者団体、連合、自治労の代表と学識経験者の総勢 26 名であった（委員長は鳥居康彦・慶応大学塾長）。衛藤前掲論文, p. 79。

<sup>213</sup> 衛藤前掲論文, p. 84。

<sup>214</sup> 50% という公費負担割合はかねて高齢者介護で採用されていたものだった（本章 5-1. 参照）。

<sup>215</sup> 衛藤前掲論文, p. 79。

<sup>216</sup> 1994 年 12 月の「高齢者介護・自立支援システム研究会報告」では触れられていなかったが、95 年 7 月の老健審中間報告「新たな高齢者介護システムの確立について」では老人医療費対策の必要性が言及されている（二木前掲書, 2007a, pp. 25, 187）。ただし、元厚生省事務次官の幸田正孝は「医療費でまかなっている介護は 1 兆数千億円にすぎ」ず、「これが介護保険に移ったとしても、医療保険の負担はそれほど軽くなないと強調」していた（『朝日新聞』1995 年 8 月 10

政が圧迫されることを恐れていた。また、経営者団体と健保連は介護保険のために新たな保険料負担を求められることに反対だった。最終的に厚生省の腹案の大部分は維持されることになるが、被保険者の年齢は40歳以上に引き上げられ<sup>217</sup>、65歳未満であっても「加齢に伴う障害」については受給資格が与えられた。また、実施の時期は2000年4月まで遅れることになった。

審議会での審議の難航に加え、連立与党内の調整にも時間がかかった。1996年1月には村山首相辞任の後を受けて自民党の橋本龍太郎が首相の座に就き、厚相にはさきがけの菅直人が就任した。1月末に老健審は第二次報告を提出したが、これへの対応によって連立与党内および自民党内での意見の不一致が明らかになった。社会党とさきがけは厚生省案の早期実現で有権者に与党としての実績をアピールしようとしていた。一方、自民党では厚生族のドンでもある橋本首相は当初厚生省案を支持していたが、保険料負担のあり方が不明確なままで新規事業を行うことに反対する議員が相当数いることから、梶山静六官房長官は厚生省案の早期成立を否定していた<sup>218</sup>。3月13日には与党福祉プロジェクトチームの座長を務めていた丹羽雄哉が私案として、保険料の徴収対象を20歳以上ではなく40歳以上とすること、差し当たり在宅サービスに限って保険制度を発足させることで、保険料負担を厚生省案の月額2,000円から700円程度に抑制することを提案した<sup>219</sup>。

1996年4月22日に老健審が最終報告書「高齢者介護保険制度の創設について」<sup>220</sup>を菅厚相に提出するが、対立した意見が併記されており、また介護保険制度施行までに「必要な準備期間」を置くよう求めていたため、厚生省は1997年度導入を見送ることになった。ともあれ、同省は国会への法案提出を目指して先に見た丹羽私案に沿った形で修正した試案を5月15日に老健審に提示したが<sup>221</sup>、合意は形成されなかった。厚生省は事務処理や財政上の負担から反対を続けていた市町村に対して都道府県単位の「介護保険者連合会」を設置して各市町村に財政支援を行うという案を提示することで妥協を迫った<sup>222</sup>。ようやく市町村が折れて厚生省は5月30日に「介護保険制度案大綱」を決定し、6月6日にこれが社会保障制度審議会と老健審に諮られた。両審議会はこれを了承し、11日に法案は与党審査にかけられた。

国会では住専への公的資金による救済策が審議されており、橋本首相は国民に介護保険

---

日朝刊；二木前掲書, p. 50)。

<sup>217</sup> 現役層には受給資格がないのに保険料負担のみ課されることを与党福祉プロジェクトチームが問題視し、老健審でも健保連や経営者団体が同じ立場に立っていた。老健審での各種の意見対立とその後の調整については、衛藤前掲論文, pp. 80-5 参照。

<sup>218</sup> 以上、タルコット前掲論文, 2002, p. 253。

<sup>219</sup> 『朝日新聞』1996年3月14日朝刊。

<sup>220</sup> 老人保健福祉審議会, 1996, 「高齢者介護保険制度の創設について (1996年4月22日)」(国立社会保障・人口問題研究所, 2005, 『日本社会保障資料 IV』国立社会保障・人口問題研究所ホームページ <<http://www.ipss.go.jp/publication/j/shiryou/no.13/data/kaidai/10.html>> 2014年3月27日閲覧。

<sup>221</sup> 『朝日新聞』1996年5月16日朝刊。

<sup>222</sup> 以下の経緯記述は、衛藤前掲論文, 1998, pp. 85-6 による。

料という新たな負担を求める法案を提出することに慎重であった<sup>223</sup>。1996年の秋には総選挙が予定されており、自民党内では消極論が根強く存在していた<sup>224</sup>。介護保険料負担が有権者の反発を招くことが懸念されただけでなく、小選挙区制のもとで重要になるであろう市町村長の支持が得られなくなることも不安視されていた。また、与党福祉プロジェクトチームに属した丹羽のような議員や自社さの連立維持派の自民党議員は法案提出に積極的であったが、新進党との保保連合を狙うグループは自社さ政権のもとで法案が提出されることに反対していた<sup>225</sup>。

厚生省原案が決定されてから、社民党（1996年1月に社会党が党名を変更）とさきがけは今国会への提出という方針を出したものの、自民党は結論を出せなかった。結局、6月17日に与党三党の幹部からなる与党責任者会議では、厚生省原案を検討しなおすことになり、法案の国会提出は見送られた<sup>226</sup>。連立与党内の足並みの乱れ、具体的には総選挙を前にした自民党が態度を一本化できなかったことで介護保険法案の国会提出は断念され、総選挙後の臨時国会まで先送りされることになった。

## 国会提出後

その後、介護保険関連法案は総選挙後の1996年11月に臨時国会に提出され、翌年5月に衆議院本会議で可決された<sup>227</sup>。1996年10月の総選挙の際に社民党・さきがけの政治家の一部は民主党を結成し野党に転じていたが、介護保険創設と医療保険改革に関しては協力体制ができていた。自民党内では亀井静香を中心とする議員たちが新進党と接近していたが、山崎拓政調会長・加藤紘一幹事長・小泉純一郎厚生大臣の3人（いわゆるYKK）は自社さ連合の維持を優先し、小泉厚相が民主党の菅直人代表（前厚相）に働きかけた。菅も保保連合への流れが加速することを警戒し、また介護保険法案への協力とひきかえに、国会で審議中の健保改正案（本章5-4.参照）について修正を求めることを狙った<sup>228</sup>。1997年5月に自民党・民主党が市町村レベルでの市民参加を導入することで合意を形成し、衆議院厚生委員会における介護保険法案の最終的な修正案ができあがった<sup>229</sup>。自民・社民の与党と民主党などの共同提案で「市町村の事業計画作成への被保険者（市民）の意見の反映」などを含む修正を行った上で介護保険関連法案は1997年5月21日に衆院厚生委で可決され、翌日本会議で自社さの与党三党と民主党などの賛成多数で可決された<sup>230</sup>。

<sup>223</sup> タルコット前掲論文, 2002, p. 255。

<sup>224</sup> 『朝日新聞』1996年5月16日朝刊；タルコット前掲論文, pp. 255-6；衛藤前掲論文, 1998, p. 86。

<sup>225</sup> 衛藤前掲論文同所。

<sup>226</sup> 同上；タルコット前掲論文, p. 255。

<sup>227</sup> 以下の法案成立までの経緯については、タルコット前掲論文, pp. 257-9 を参照した。

<sup>228</sup> 『日本経済新聞』1997年4月12日朝刊, 16日朝刊。

<sup>229</sup> 「自民党内の一部分（YKK トリオ）が、党内の別集団に他党と連立させないようにと行った抑止努力（民主党との合意）が、介護保険の最終修正案の内容を規定したと言えよう」（タルコット前掲論文, p. 258）。

<sup>230</sup> 『朝日新聞』1997年5月22日朝刊, 23日朝刊。最大野党であった新進党は社会保険方式では



法案は参議院に送付されたが、参院では健保改正案や臓器移植法案などの審議を抱え日程に余裕がなく、介護保険関連法案の審議は秋の臨時国会に持ち越しとなった<sup>231</sup>。ともあれ、自社さ路線を捨てて保保連合を結成しようとする自民党内の動きが失敗したため、参院での審議も5月の自民党・民主党の合意に沿った方向で行われた。参院での審議は10月に再開され、新進党と公明（新進党に合流しなかった公明党の参議院議員と地方議員によって結成された政党）の院内統一会派である平成会が消費税を財源とする対案を作成したが、翌月平成会が国会提出を取りやめたことで介護保険制度の枠組みが確定した。介護保険関連法案は1997年12月3日に参院本会議で一部修正の上可決され、衆議院への回付後、9日に衆院本会議で可決・成立している。既述の通り、厚生省の当初案は大部分が維持されたが、被保険者の年齢が20歳から40歳へと引き上げられ、施行時期が1997年4月から2000年4月へと延期された。介護サービスの単価や要介護認定の基準などの重要事項は施行規則によって定められることになった。

ところが、法案成立の翌年に自民党は参院選で敗北し、参議院での過半数割れに苦しむことになり、1999年には新たに自由党・公明党との連立政権が組織されることになる。介護保険制度の施行規則を作成するにあたって自民党はそれまでとは異なる政党と連立を組むことになった。また、介護保険実施の予定される2000年に衆院選が行われることから、自民党は介護保険の負担を有権者に迫ることに消極的になっていく。医療保険政策に対してと同様に、自民党の政権基盤の脆弱化は介護保険政策にも影響を及ぼした。

#### e. 参院選敗北後の自民党の介護政策

1998年7月の参院選で自民党は大敗した。これ以降、自民党の高齢者票を重視する姿勢が介護保険法の施行に影響を与えることになる。具体的には、制度施行後に介護保険料の徴収猶予期間を設け、その財源を赤字国債で調達することが決められた。経済財政政策全般についても橋本内閣の前半期に見られた財政再建志向が見られなくなり、財政再建を無視してでも景気浮揚をはかることが小渕内閣の課題であった。参院選後に発足した小渕内閣は財政構造改革法を凍結し、1997、1998年度と2年続いたマイナス成長からの脱却を公約して、積極財政路線に方向転換した。また、自社さ連立から保守連立政権へと連立の組み換えが起きたため、介護保険制度の骨格についても見直しの動きが生じることになった。

介護保険制度の2000年4月からの実施を控え、1999年には春から関連審議会で議論が行われていた。一方、与党の側では高齢者の負担軽減を目指す動きが活発化していく。1999年7月に自民党の一部議員が介護保険の保険料を半額にする考えを発表した。小渕首相は参議院での質疑でこれが少数派の意見であると説明したが、秋には保険料減額は多数派の

---

なく税方式の制度を主張し、共産党は現行の高齢者福祉制度と社会保険方式の組み合わせを主張してそれぞれ反対した。

<sup>231</sup> 以下、このパラグラフの記述は、タルコット前掲論文、2002, pp. 258-9を参照して行った。

意見になった<sup>232</sup>。翌年には総選挙が予定されており、自民党は保険料負担の先送りを狙ったのである。厚生省は財源を確保しようとしていたが、与党の選挙戦略に押し切られた。

1999 年の 10 月末に自民・自由・公明の三党は介護保険制度について予定通り 2000 年 4 月から実施するが、以下のような見直しを行うことで合意した。①65 歳以上の第一号被保険者に対して保険料徴収はおおむね 6 か月間実施せず、国が肩代わりする、②40 歳から 64 歳の第二号被保険者についてもおおむね 6 か月間国が医療保険者に財政支援を行う（サラリーマンの介護保険料は労使折半であり、医療保険の保険者が医療保険料とともに徴収する）、③ホームヘルプサービスを利用する低所得者の利用者負担は 1 割ではなく当面 3%程度に軽減する、④家族による介護を支援するための慰労金を給付する、⑤介護体制の充実を図るため、スーパーゴールドプランを早急に作成する。要するに、保険料負担や利用者自己負担を縮小し、反対に慰労金やスーパーゴールドプランによって給付やサービス量を増大しようとしたのであった<sup>233</sup>。

自自公の合意内容が明らかになると新聞各紙は選挙目当ての負担の先送りを非難し、家族介護への現金給付も「介護の社会化」という制度の理念に逆行するものとして厳しく批判した<sup>234</sup>。介護保険法案成立当時は与党だった社民党は保険料徴収の延期や現金給付に対して批判的だった<sup>235</sup>。経済同友会も国家歳入が停滞するなかで保険料を軽減しようとすることを批判した<sup>236</sup>。自民党内でもこうした見直しに反対がなかったわけではない。上記の見直しは保守連立のキーパーソンでもある自民党の亀井静香政調会長が主張したものだが、同党の社会部会はこうした修正に対して批判的であった。丹羽雄哉厚相は現金給付に強く反対し、厚生省の意向を守ろうとした。しかし、勝利を収めたのは選挙を前にした自民党の補助金戦略だった。

11 月に入り上記の修正案は「特別対策（介護保険法の円滑な支援に向けて）」<sup>237</sup>として政府の決定となり、補正予算を通じて保険料徴収の延期の財源（1 兆円）は赤字国債によって賄われることになった<sup>238</sup>。この秋には年金改革も審議されたが、ここでも不況対策として

<sup>232</sup> タルコット前掲論文, p. 262。

<sup>233</sup> 『朝日新聞』1999 年 10 月 29 日朝刊・夕刊。

<sup>234</sup> 『新聞協会報（紙面展望）』1999 年 11 月 16 日。ただし、神戸新聞は「離島やへき地などで民間の参入が望めないなどサービス確保が難しい地域に限って、現金給付も選択肢とすべきだろう」としていた。介護保険の実施については「保険あってサービスなし」という事態が広く懸念されていた。また、二木立は与党による修正について、赤字国債による財源調達には強い危機感を持っているとしながらも、介護保険の基盤整備は厚生省の計画よりも遅れており、また低所得者対策が不備であるため、介護保険制度をそのまま実施すれば混乱は避けられない情勢だったことに注意を促している（二木前掲書, 2007a, p. 138）。

<sup>235</sup> 社会民主党, 2000, 「介護保険制度の施行にあたって（声明）（2000 年 4 月 1 日）」社会民主党ホームページ < <http://www5.sdp.or.jp/comment/2000/> > 2014 年 3 月 27 日閲覧。

<sup>236</sup> タルコット前掲論文, p. 262。以下の自民党政治家の動向については、同論文 p. 264 による。

<sup>237</sup> 「介護保険法の円滑な実施に向けて（1999 年 11 月 5 日）」国立社会保障・人口問題研究所, 2005, 『日本社会保障資料 IV』国立社会保障・人口問題研究所ホームページ < <http://www.ipss.go.jp/publication/j/shiryoi/no.13/data/kaidai/10.html> > 2014 年 3 月 27 日閲覧。

<sup>238</sup> 『朝日新聞』1999 年 11 月 6 日朝刊。



保険料の引き上げが延期されている<sup>239</sup>。当時の財政状況を振り返ると<sup>240</sup>、相次ぐ減税と景気低迷によって税収が低下し、1999年度予算の国債依存度は40%にも達していた。同年度には9兆円を超える大型減税が実施され、秋の補正予算ではさらに公共事業追加のための建設国債と赤字国債が増発された。1999年の1～3月、4～6月と2期連続で実質国内総生産（GDP）の伸びはプラスとなり、景気は回復に向かいつつあったが、政府は「だめ押しが必要」（宮沢蔵相）として経済対策の規模を拡大した。財政赤字は拡大する一方であった。

1999年12月に99年度第二次補正予算が成立した。高齢者に対しては半年間の保険料支払猶予に加えて1年間の半減措置が決定された。他方、同月には「ゴールドプラン21」（2000年度から2004年度までの5か年計画）<sup>241</sup>が大蔵・厚生・自治三大臣により合意された。こうして負担を先送りにする一方、サービスの拡大が決定された。保守連立政権の介護保険政策は負担は少なく、給付は多くという方向を目指したものであった。こうした自民党の参院選敗北後の介護保険見直しをポール・タルコットは「1973年の老人医療費無料化政策に近いもの」であり、「費用を顧みずに高齢者介護を充実させる旨の公約」をしたものと評価している<sup>242</sup>。

なお、自社さ連立政権から保守連立政権へと連立の組み換えが起きたため、介護保険制度の骨格についても見直しの動きが生じていた<sup>243</sup>。というのも、自民党は社会保険方式を支持していたのに対して、自由党は税方式への変更を求め、公明党は施設サービスについては税方式、在宅サービスについては社会保険方式を主張しており、制度の骨格について合意が得られていなかったのである。結局、11月に自由党の小沢一郎党首が「（介護よりも）教育、防衛・安全保障、国際協力の方が国家的なレベルとしてはるかに重要だ」と言明し<sup>244</sup>、社会保険方式が維持されることになった。

以上のように、介護保険は赤字国債に依存しながら出発することになった。このことをどのように理解すればよいのであろうか。第一に、参議院選挙敗北後の自民党は政権基盤の脆弱性に悩まされ、財政均衡よりも高齢有権者の得票を重視する立場が強くなった<sup>245</sup>。第二に、参議院での過半数確保のために新たに自民党の連立のパートナーとなった自由党・公明党はそれぞれが目指す社会保障政策像は異なるものの、負担の軽減という点では一致していた。これらの理由から、1980年代前半の自民党政権下の医療保険改革とは異な

---

<sup>239</sup> 田多前掲書, 2007, p. 220。厚生年金の支給乗率の5%引き下げ、報酬比例部分の支給開始年齢の引き上げ、賃金でなく物価スライド制への移行が決められた。

<sup>240</sup> 以下、『朝日新聞』1999年11月9日朝刊による。

<sup>241</sup> 厚生省, 1999, 「今後5か年間の高齢者保健福祉施策の方向——ゴールドプラン21(概要) (1999年12月21日)」厚生労働省ホームページ < [http://www1.mhlw.go.jp/houdou/1112/h1221-2\\_17.html](http://www1.mhlw.go.jp/houdou/1112/h1221-2_17.html) > 2014年3月27日閲覧。

<sup>242</sup> タルコット前掲論文, 2002, p. 265。

<sup>243</sup> 同上, pp. 263, 265。

<sup>244</sup> 『日本経済新聞』1999年11月18日朝刊。

<sup>245</sup> タルコット前掲論文, 2002, pp. 259-66。

り、厚生省の官僚が与党派議員の支持を得ながら財政健全化を目指すという政策形成過程が成立しなくなっていた<sup>246</sup>。丹羽厚相は厚生省の意向を守ろうとしたが、結局与党に押し切られている。この背景として、上記のように自民党内部で高齢者票を重視する立場が強くなったことと、自由党・公明党との連立合意に逆らえなかったことが挙げられよう<sup>247</sup>。

公的介護保険制度の創設は 1990 年代の日本の社会保障政策における最も重要な出来事であったが、その財政基盤は不十分なまま出発した。2000 年 4 月の実施以降介護保険サービスの利用は厚生省の予想を上回って急増し、政策目標はすぐにサービスの拡大から抑制へと転換した。介護保険料の引き上げが繰り返されたものの、国にも自治体にも新たな費用を支えられるだけの財政力が準備されておらず、医療保険と同様に介護保険も費用抑制政策の対象となっていく。介護保険が実施された 2000 年には保険料を補うはずの国と地方自治体の財政自体が深刻な赤字を抱えており、誕生してすぐにサービス単価の引き下げと給付範囲の縮小が検討されている。

## 5-7. 結論——負担増の先送りと財政の悪化

＜表 5-3 1990～2000 年の日本における医療・介護政策＞

1991 年 9 月	老人保健法改正	介護に関する公費負担を 3 割から 5 割へ引き上げ
1992 年 3 月	健康保険法改正	政管健保の国庫負担率と保険料率を引き下げ
1994 年 6 月	健康保険法改正	給食費の導入など保険給付範囲の見直し
1997 年 6 月	健康保険法改正	被用者 2 割負担など患者負担増、保険料率引き上げ、薬剤特別負担導入、公費負担引き上げ論含む抜本改革論議開始
1997 年 12 月	介護保険法成立	40 歳以上が介護保険料を納付することに
1999 年 11 月	特別対策決定	国債発行により介護保険料猶予・軽減措置を決定
2000 年 4 月	介護保険制度実施	老人医療費の一部が介護保険へと移行
2000 年 11 月	健康保険法改正	高齢者 1 割負担導入、薬剤特別負担廃止、高額療養費の自己負担上限額引き上げ、他方で公費負担増など抜本改革先送り

出典：筆者作成。

<sup>246</sup> 念のため補足すると、第 3 章で示したように 1980 年代の医療保険改革でも厚生省原案は与党によって負担を軽減する方向で修正されている。とはいえ、1990 年代に連立政権が続くなかで厚生省が政策形成過程をコントロールする可能性がよりいっそう低下していることをこの事例は示している。

<sup>247</sup> 二木は 1996 年に発覚した薬害エイズ問題と福祉汚職事件によって「厚生省全体の政策立案・実施能力とモラル（志気）が極度に低下したため、『政治主導』が強まった」と指摘した後で、「1980～90 年代前半までのように、厚生省の独走が続くことは考えられない」と述べている（二木前掲書, pp. 138-9）。

1980年代には一方での医療費抑制（支出の抑制）と他方での好況による保険料収入の増加によって、財源の拡充に努めずとも公的医療保険制度は財政健全性をなんとか保つことができた。国家財政再建のために国庫負担が圧縮されても、景気拡大に支えられた保険料収入の伸びによって補うことができたのである。80年代の医療保険改革は零細企業・自営業者・高齢者の医療費を国ではなく大企業労使が支える仕組みにしようとしたものであり、当時の経済状況ではまだそれが可能であった。

しかし、1990年代には高成長による保険料収入の増加は望めなくなってしまい、給付水準を維持するためには財源調達方式の改革が必要であった。政管健保の標準報酬月額の下にも見られるように、社会保険料率の引き上げによる増収という解決策の有効性には陰りが見え始めていた。ここで社会保障支出を賄うためには社会保険料の徴収対象を拡大するか、別途国庫負担を増強することが必要となる。1990年にフランスで導入が決定された一般社会保障税（CSG）はまさに賃金に対する社会保険料の徴収に依存した社会保障財源システムの限界を乗り越えるという役割を担ってきた。

ところが、日本では社会保険料の改革もそれに代わる医療保険財源の確保も議論も進まなかった。医療保険の赤字化が明確化した後の1997年改革、2000年改革はどちらも診療報酬抑制と患者負担増<sup>248</sup>という医療費抑制が中心であり、中長期的な財源確保の見通しを立てることは先送りされた。1997年の健保改正のように来年度予算編成のために短期的な財政対策が行われるか、あるいは1999年に決まった介護保険の保険料免除措置のように選挙を切り抜けるために補正予算によって短期的に有権者の負担を軽減するかのどちらかであり、加速する人口の高齢化を支えるために中長期的に必要な福祉国家の財源に関する議論が深められたとはいえない。

1990年代に行われた医療保険関連の財源拡大策は保険料率の引き上げと標準報酬の上下限の引き上げにとどまり（政管健保では1997年に保険料率が8.2%から8.5%へと久しぶりに引き上げられ、組合健保や国保では随時引き上げが行われている）、公的医療保険制度全体の財源確保策としては相変わらず被用者保険から他制度への財政移転に依存する政策が繰り返された（1997年、1998年、2000年改正）。経済的な環境が変化したにもかかわらず、政策の方向性は大企業労使の保険料への依存という80年代のモデルから転換できなかったのである。被扶養高齢者からの保険料徴収は1997年の夏に一度は政府・与党が提案したものの、2000年改正では見送られた。また、1997年から公費負担の引き上げが主張されるようになったが、その財源をどこから調達するのかについては議論がまとまらぬままであった。1997年の5%への引き上げ以降も消費税が将来的な社会保障財源の有力候補であり続けたが、自民党はいつ何%に引き上げるのかを明らかにしなかった。厳しい国家財政状況のなかで公費負担を増やすには増税が不可避であったが、その具体的な方針は明確化されなか

---

<sup>248</sup> 国民医療費全体に占める患者負担の割合は1990年の12.1%から2000年には13.4%まで増大した。厚生労働省、2002、『平成12年度国民医療費の概況』厚生労働省ホームページ2002年7月31日 <<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-iryohi/00/index.html>> 2014年3月27日閲覧。

ったのである。

日本の医療保険制度体系は老人保健制度と国保を中心に多額の国庫負担を投入することで成り立っているが、その大本となる国家歳入の拡大も実現しなかった。細川内閣以降減税と公共支出増による景気対策が各内閣の基本路線となった。1994 年の国民福祉税提案の後で 1997 年に消費税の引き上げが行われたものの、増収分が全て社会保障費に充当されたされたわけではなく、また減税とセットで決定されたものであり、税収の回復は景気回復頼みであった。消費税収は 97 年以降増加したものの、その他の減税と景気低迷により総税収は縮小してしまった。一般会計税収は 1990 年度から 2000 年度にかけて 60.1 兆円から 50.7 兆円へと減少し、社会保険料も含めた総税収対 GDP も 29.0%から 27.0%へと縮小してしまった<sup>249</sup>。結局、1990 年代を通じて福祉国家の財源改革は進まず、支出と収入のギャップは最終的には国債発行によって埋められていくことになる。1990 年度には 10%を下回った国債依存度は 99 年度には 40%まで上昇していった。

このように社会保障財源の確保が進まぬ一方で、医療保険の赤字対策として患者自己負担の拡大と診療報酬の抑制が進んだ。1997 年には被用者負担が 1 割から 2 割へと引き上げられ、2000 年には上限つきとはいえ高齢者にも定率 1 割負担が課せられた。1996 年以降の診療報酬改定は実質プラス 0.8% (1996 年 4 月)、マイナス 1.3 (1998 年 4 月)、プラス 0.2% (2000 年 4 月) と低く抑えられた。つまり、1980 年代と同じく財源拡大ではなく費用抑制オプションが優先されていた。

### なぜ財源改革は進まなかったのか？

被用者保険の保険料収入への依存という従来の政策のレパートリーの有効性が低下し始めていたにもかかわらず、なぜ財源調達方式の改革は達成されなかったのでしょうか。いいかえれば、非自民連立政権の成立以降、社会保障の安定財源の確保が税制改革のテーマとして浮上したものの (1993 年 11 月 19 日の政府税調答申や「21 世紀福祉ビジョン」、実際にはそれが実現されなかったのはなぜなのだろうか。減税と財政出動が繰り返された背景に深刻な不況があったことは否定できないが、政治的な要因も作用していることにも注意が必要であろう (1990 年代に入り深刻な不況に直面したのはフランスなど他のヨーロッパ諸国も同じである)。

1990 年代の日本で社会保障財源の確保が先送りされた政治的要因として、連立政権が継続するなかで政府・与党の凝集性が低下しており、有権者に税負担の増加を迫ることが困難であったということが挙げられる。政策の異なる八党からなる非自民連立政権は不況脱出のための減税と公共投資には合意できても、増税に関する合意を形成するのは容易ではなかった。細川首相自身は高齢化に備えるための税制改正に積極的であったようだが、国民福祉税構想は社会党などの反発によって撤回され、政権崩壊の引き金となった。他方、

---

<sup>249</sup> OECD, 2011, *Revenue Statistics 1965-2010*, Paris : OECD, pp. 80-1.

野党に転落した自民党も政権回復のために予算拡張的な主張を行うようになった<sup>250</sup>。その後の自社さ連立政権では消費増税が合意されるが、先行減税が前提であった。1990年代の日本はOECD加盟国のなかで「唯一、一貫して税負担を軽減してきた」のである<sup>251</sup>。このように減税と財政出動が重視される流れのなかで、1997年まで橋本内閣が財政健全化路線を追求しえたのは、景気が回復傾向にあったことに加えて、96年の衆議院選挙の後で自民党単独内閣が成立し、最大派閥のリーダーである橋本が首相に就任したことで政府・与党の凝集性が回復していたという政治的な背景があった。しかしながら、1998年の参議院選挙敗北後、自民党の政権基盤は再び脆弱化し、経済政策では積極財政に転じるとともに社会政策については医師会や高齢者の利益を考慮した医療・介護政策を採用するようになった。与党復帰後も自民党は衆参両院を通じた安定した政権基盤の確保に成功せず、差し当たり次の予算、次の選挙を切り抜けるための社会保障改革を優先するようになったのであった。

こうした政治状況下では厚生省が重要な政策転換を実現することは困難であった。1980年代前半には厚生省は行財政改革を進めようとする与党の支持を期待することができたが、90年代に入り財源の拡大が必要となっても、そうした方向で与党と協力することは容易ではなかった。つまり、80年代には国の歳出を削減するという目標を政府・与党は共有しており、厚生省もその線に沿って老人保健制度・退職者医療制度の創設や医療費抑制政策への転換などを実現することができた。しかし、90年代の非自民連立政権・自社さ連立政権・保守連立政権は減税による景気対策を重視しており、財政再建は後回しにしていた。また、これらの連立与党は社会保障財源改革の方向性について一致したビジョンを持っていなかった。高齢者医療制度の抜本改革や公費負担の大幅引き上げのような改革について、厚生省は強い政治的推進力を得ることができず、患者自己負担引き上げや診療報酬抑制などの既存のレパートリーに依存するほかなかった。

公的介護保険制度についても、自民・社民・さきがけ・民主の四党が社会保険方式での新制度の導入で一致していたため法制化に漕ぎ着けたものの、法案提出の先送りや実施直前での見直しが観察されることに注意されたい。審議会での意見の調整に時間がかかっただけでなく、自民党が介護保険料の徴収に消極的だったことで、厚生省は思い通りに介護保険制度を実施に移すことができなかったのである。

連立政権時代に困難に直面したのは大蔵省も同じである。大蔵省が自民党のリーダーと考え方を共有し、自民党内の抵抗を克服できれば財政再建に向けて税制改革が可能であった自民党政権時代とは異なり、連立政権時代には大蔵省が政策過程をコントロールする可能性が低下してしまった<sup>252</sup>。大蔵省は減税と景気対策によって国家財政が悪化することを止めることができず、そのしわよせが社会保障費の抑制として現れることになった。

<sup>250</sup> タルコット前掲論文, 2002, p. 249。

<sup>251</sup> 加藤, ロススタイン前掲論文, p. 68。

<sup>252</sup> 加藤前掲書第8章。

1990年代日本の医療関連の財源拡大策は健康保険料の引き上げ（1997年改正）と介護保険料の導入であったが、これらは増大する医療費（とくに老人医療費の増加率は若年層のそれより高かった）を賄えるものではなかった<sup>253</sup>。財源の拡充に向けた政治的推進力が得られなかったため、1990年代も医療費抑制とそれによる国庫負担抑制が政府（大蔵省・厚生省）の医療政策の基本方針であり続けた。1990年代を通じて福祉国家の財源改革は進まず、社会保障制度は直接・間接に公債に依存するようになった。介護保険の保険料免除のように特例的に赤字国債が発行される場合もあったが、1990年代には一般会計自体の公債依存度が上昇していったため、国庫負担に依存する社会保険制度は間接的に公債に依存する度合いが強まっていった。

1990年の前半には積極的な景気対策を求める意見が強かったが、90年代末には財政赤字のへの懸念が強まっていき、民主党は保守連立政権の財政政策を批判するようになった。2001年に首相となった小泉純一郎は自身の任期中の消費増税を否定し、徹底的な社会保障費抑制・医療費抑制政策を採用していく。1980年代の前半のように、深刻な公債依存からの脱却は差し当たり公共支出の抑制によって追求されることになった（第7章）。

一方、フランスでは1990年代に社会保障の財源改革が進み、総税収対GDP比も増加している。次章では1990年代のフランスで行われた医療費抑制と医療保険財源の両面での抜本改革を検討する。医療保険給付費の総枠予算制のような新たな医療費抑制政策が水泡に帰した一方で、90年代末に財源調達方式の改革と低所得者に対する給付改善が行われた経緯が分析の対象となる。

---

<sup>253</sup> なお、介護保険制度の導入によってそれまで医療保険が適用されてきた療養病床は介護保険へと移管されるはずだったが、2000年以降も医療保険適用の療養病床の数は増え続けていった。療養病床再編（削減）問題については第7章7-4. b.で改めてとりあげる。

## 第6章 1990年代のフランスの医療保険改革——医療費抑制政策の挫折と財源改革の進展

### 低成長と欧州統合の進展のなかでの社会保障改革

1990年代に入りフランス経済は深刻な不況に直面し、1991年、1992年には実質GDP成長率は1%台にとどまり、1993年には0.7%のマイナス成長に陥った（巻末資料・表5）。同年以降失業率は10%を超えるようになった。低成長と高失業は税収・社会保険料収入の伸びを抑え、政府の財政赤字と社会保障赤字が拡大した。一般政府財政赤字は1993年のピーク時にはGDPの6.2%に達し、社会保障財政については1989年には一般制度全体（医療保険・年金・家族手当）としてほぼ均衡していたが、1990年に赤字が急拡大し、その後も赤字基調が続く。一般制度のうち医療保険部門は1980年代には1981年、1986年を除いて黒字基調だったが、1990年度以降赤字が続く。また、65歳以上人口の比率は1985年の12.9%から1990年には14.1%、1995年には15.2%へと、日本ほど急速ではないものの増加が続いていた<sup>1</sup>。こうして医療支出の伸びに対して保険料収入の伸びが追い付かなくなったのである。さらに、欧州通貨統合に参加するためには単年度財政赤字をGDPの3%以内に、累積債務を同じくGDPの60%以下に抑えなければならないなどといった条件を満たすことが必要となり、社会保障財政の健全化が政府の重要課題となった。

1990年代には1980年代までとは異なる様々な医療費抑制政策が打ち出されるようになり、社会保険料から一般社会保障税（CSG）への切り替えを中心とした財源面での改革も進められた。また、医療保険金庫の組織改革も行われ、1990年代にフランスでは支出・収入・組織を対象とした包括的な医療保険改革が試みられたといっていよう。

しかし、医療費の伸び率は1980年代と比べて抑制されるようになったものの、開業医に対する医療費総枠予算制には強制力を持たせることができず、一部医師による超過料金請求の問題も持ち越しとなった。行政府優位の政治制度のなかで大胆な政策が一举に法制化されたものの、社会集団（この場合、医師の組合）による反発を抑制することができず、結局、医療費抑制のための構造的な改革は定着しなかった。このため財政対策としては80年代までと同様に財源の拡大に依存することになった。

以下、6-1.では1990年代の初頭には労使と医師組合による交渉が行き詰まり、医療費の合理化・医療保険財政の健全化のために政府の介入が不可避となったことを示す。続いて6-2.では1995年に発表された包括的社会保障計画ジュペ・プランの準備・発表・法制化から挫折に至る経緯を検討する。ジュペ・プランは当事者自治という医療保険の歴史的原則に修正を迫り、国家による医療保険への統制、医療保険による医師への統制をそれぞれ強化しようとしたものであった。医療保険赤字の解消のためにジュペは患者負担の拡大ではなく診療側に対する医療費抑制と財源改革を打ち出したが、成果の定着が見られたのは財

<sup>1</sup> UN, *World Population Prospects : The 2012 Revision*, UN ホームページ < [http://esa.un.org/unpd/wpp/unpp/panel\\_population.htm](http://esa.un.org/unpd/wpp/unpp/panel_population.htm) > 2014年3月27日閲覧。



源改革のみであった。6-3.では 1990 年代後半に医療保険の財源改革が急速に進み、社会保険料負担の上昇を抑制しつつ医療保険財源が確保されていったことを明らかにする。こうした財源改革と連動して、公的医療保険の未加入者、さらには民間の補足医療保険の未加入者に対する税財源による支援が強化された。1970 年代以来財政対策として患者自己負担の引き上げが少しずつ行われてきたが、1990 年代後半には医療へのアクセスの改善が課題となった。6-4.では無保険者を減らし、また低所得者の患者自己負担を減らすための制度として普遍的医療保障（CMU）制度が導入された経緯を扱う。結論部では 1990 年代の医療保険改革がどのような経緯をなぜ辿ることになったのか改めて整理し、改革がもたらした帰結にも触れる。

## 6-1. 1990 年代前半の諸改革

第 4 章で検討したように第一次石油危機後のフランスでは社会保障財政再建計画が毎年のように発表されるようになった。医療保険に関しては、医療サービスの需要側（被保険者）に対する施策として、保険料と患者自己負担の引き上げが繰り返された<sup>2</sup>（とりわけ一部薬剤の償還率引き下げや保険適用対象からの除外が節約手段として頻繁に利用された）。しかし、こうした施策は対症療法に過ぎない上に低所得者の受診抑制を引き起こすという問題を抱えていた<sup>3</sup>。他方、医療の供給側に対する施策としては、医学部学生定員数の削減<sup>4</sup>や公立病院への総枠予算制の導入（1984 年）が行われたが、これらの会計的医療費抑制（*maîtrise comptable*）政策は医療の質の向上やアクセスの平等を考慮に入れておらず、医療の社会的・地理的不平等を増大させ、また病院勤務医と看護師の反対運動を招いた<sup>5</sup>。結局、1980 年代には医療費は増大し続けた（巻末資料・表 1）<sup>6</sup>。そこで 1990 年代には患者負担の引き上げや予算制といった技術的な手段によって医療費を抑制することを至上目標とするのではなく、医療の質を確保しつつ医療供給体制を効率化することが政策課題となった。

1990 年代のフランスでは政治リーダーの側近官僚たちが従来の制度的な妥協を否定する大胆な医療費抑制政策を多数打ち出していく。ところが、医師組合との調整不足によってそのほとんどは失敗に終わった。1995 年の包括的社会保障改革案ジュペ・プランのうち、医療費抑制に関する措置は行政府主導で一举に法制化されたが、その後撤回されたり実質

<sup>2</sup> 以下の本文と 6-1. a. の記述は、尾玉剛士, 2009, 「1990 年代以降のフランスにおける医療制度改革——福祉エリート論を越えて」『年報地域文化研究』12, pp. 114-6 を改稿したものである。

<sup>3</sup> Gilles Johanet, 1998, *Sécurité sociale : l'échec et le défi*, Paris : Seuil, p. 29.

<sup>4</sup> 2 年生の定員が 1975 年から 1993 年までに 8,700 人から 3,800 人まで減らされた。CREDES, « La démographie et l'activité des médecins », *Éco-Santé infos*, 3, mars 2001.

<sup>5</sup> Jean-Claude Barbier et Bruno Théret, 2009, *Le système français de protection sociale*, Paris : La Découverte, p. 70.

<sup>6</sup> Bruno Palier, 2005, *Gouverner la sécurité sociale. Les réformes du système français de protection sociale depuis 1945*, Paris : Presses Universitaires de France, « Quadrige », p. 255.



的に機能しなくなっていった。他方、医療保険の財源改革や低所得者対策は進み、1990 年代以降も「大きな福祉国家」が維持されることになった。

以下ではまず 1990 年代の初めに従来の医療制度の基本設計がどのように問い直され、医学的費用抑制 (*maîtrise médicalisée*) という概念が生み出されていったかを検討し、その後で実際の医療保険改革の分析へと移っていききたい。

#### a. 1990 年代の議論状況——医療学的費用抑制の構想

医療政策における伝統的な価値は医療機関へのアクセスの平等さらには健康の平等であり、医療保険行政を担当する官僚たちにとっては経済的効率性という新たな政策規範をそこにどのように統合させるのかが問題となった。フランスの医療・社会政策部門の官僚は財政制約を十分に内面化しているが、それは平等や医療の質を犠牲にしてまで効率性を追求することを意味してはいない<sup>7</sup>。そのことを象徴するのが医学的費用抑制 (*maîtrise médicalisée*) 政策である。医療費の医学的抑制政策とは医療費抑制と医療の質の両立を目指して 1990 年代以降導入された一連の施策を指しており、とくに不要または危険な治療・処方を減らすことで医療費の医学的有効性を高めることを目的とした施策のことをいう。

医学的費用抑制の登場の背景には厚生官僚によるフランスの医療制度の様々な側面に対する批判的な認識が存在している。ここでは医学的抑制というアイディアの提唱者であるジル・ジョアネ (*Gilles Johanet*)<sup>8</sup>による過去の制度・政策に対する批判を検討しよう。

ジョアネはフランスにおける自由医療 (*médecine libérale*) の原則<sup>9</sup>を効率性・医療の質・平等という他の価値と対立するものとして批判しており、自由の原則を修正して患者と医師の行動をコントロールすることを主張していた。彼は一方で患者が医療機関を自由にまた複数選ぶことができ、他方で医療機関の間で連携が取れていないことに重複受診や矛盾した診療の原因を求めている<sup>10</sup>。そこで各患者がかかりつけ医を選択し、継続的に診療記録をつけるための書類を作ることで医師と患者が責任のある自由を行使することができることを主張する。さらに、医師が共通のガイドラインに沿って診療を行い、医療保険金庫が遵守状況を監視することで医療の質の向上と浪費の減少が達成されることを期待していた。そこで考案されたのが医学的費用抑制のシンボルである拘束力のある医療指標 (*RMO : références médicales opposables*) であり、後述する 1993 年の全国医療協約によって導入され

<sup>7</sup> Patrick Hassenteufel (dir.), 1999, *L'émergence d'une "élite du Welfare"? Sociologie des sommets de l'État en interaction. Le cas des politiques de protection maladie et en matière de prestations familiales (1981-1997)*, Rapport de recherche pour la MIRE, pp. 100-6.

<sup>8</sup> 会計検査院に所属し、1980 年代以降首相官房、全国被用者医療保険金庫 (CNAMTS) 事務局長などのポストを歴任した重要な厚生官僚の一人である。以下の記述は Johanet, *op. cit.*に基づく。

<sup>9</sup> 第 2 章 2-1., 2-2. 参照。

<sup>10</sup> 2000 年代の報告書でも「治療システムがシステムとして組織化されていない」ことが問題視されている。Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, 2004, *Rapport du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie : 23 janvier 2004*, Paris : La Documentation française, p. 23.

ている。医学的費用抑制のアイディアはジュペ・プランによって体系的に実施されることになる。

また、ジョアネは患者と医師の自由に任せるのみで公衆衛生政策の目標を欠いた医療制度では効率化も健康の平等も実現できないと指摘している。なぜなら、医療機関へのアクセスを保障するだけでは治療以前に存在する社会経済的不平等に由来する健康の格差を縮小できないからである<sup>11</sup>。健康の平等を実現するためには傷病が発生した後の治療のみならず予防を含む公衆衛生政策が必要なのである。ジョアネは予防プログラムのような医療政策の戦略と目標が存在しないことこそが浪費と不平等の存続の原因だという。

私はフランスにおいて公衆衛生政策さらには公衆衛生の文化が全く欠如していることがいかに重大なことか徐々にわかってきた。あらゆる欠如の原因を見つけ出さなければならないとするならば、ここにその原因がある<sup>12</sup>。

フランスの公衆衛生政策の脆弱性は1980年代のHIV危機に際して決定的に認識されることになった。いわば、医療政策なき医療制度の機能不全が暴露されたのであり、1990年代には費用抑制と同時に医療政策の再建が課題になったのである<sup>13</sup>。

このようにフランスの厚生官僚が90年代に構想していた医療政策は市場メカニズムや競争の導入による効率化というよりも、患者の選択の自由を制限し、医療機関の間でも競争より連携を強化することであった<sup>14</sup>。平等と医療の質を尊重しつつ医療費を適正化するためには当事者の自由には任せておけず、国家が医療政策を策定した上で関係者の行動を組織化する必要があるというわけである。この政策規範は「国家化 (étatisation)」を通じた医療制度の根本的な再編を含意している。歴史的にフランスでは診療の場面では医師と患者の自由を、医療保険の運営に関しては労使と医師組合の自律的な交渉が重視されてきたが、1990年代にはそうした自由・自律を重視したシステムこそが費用の無駄を生んでいるという認識から、国家による患者・医師・医療保険者のコントロール強化が追求されたのである。次項では1990年代の初頭には労使と医師組合の交渉による合意形成が不可能になり、政府による介入が不可避となった経緯を見ていきたい。

#### b. 当事者自治の行き詰まりと政府主導の医療費抑制の試み (1990～93年)

1980年代の終わりから医療費抑制をめぐる診療側・支払側の当事者による合意形成が

---

<sup>11</sup> Johanet, *op. cit.*, p. 27.

<sup>12</sup> *Ibid.*, p. 13.

<sup>13</sup> 医療保険政策と医療（公衆衛生）政策の接続は1990年代以降のフランスの医療制度改革の主要課題の一つである。この点については尾玉前掲論文を参照。

<sup>14</sup> 自由化ではなく官僚統制による医療制度の合理化・医療費抑制を目指す発想は日本の厚生官僚のそれに類似している。

困難になった。このため 1990 年代には国家主導の医療費抑制政策が展開していくことになる。1990 年の全国医療協約<sup>15</sup>によってセクター2<sup>16</sup>の凍結が決まるが、協約に署名しなかった医師組合による提訴によって協約は無効化されてしまう。このため 1993 年に改めて協約が締結され、拘束力のある診療ガイドラインや医療費の伸びの目標値が医療費抑制のための新たな施策として導入される。その翌年には患者が指定する一般医に医療ファイルを保有させ、継続的に診療と処方に関する情報を蓄積させるというかかりつけ医制度を志向した施策も導入される。ところが、これらの措置も強制力を欠き医療費抑制政策としての成果はあがらなかった。当事者自治の機能不全によって医療費抑制に関する合意は形成されず、国家は医療保険への介入を強めるが、結局医師組合の抵抗に遭って新たな施策は骨抜きにされた。こうしたパターンは 90 年代後半にも繰り返されることになる。

### 1990 年の全国協約——分裂する医師組合と合意形成の困難<sup>17</sup>

1988 年に社会党が与党に復帰して以降、政府にとって 1989 年に締結が予定された全国医療協約の焦点はセクター2 の縮小と開業医部門の医療費の伸びを抑制する仕組みの導入であった。1980 年の全国協約によって導入されて以降、予想以上にセクター2 を選択する医師が（とりわけ大都市で）増えた結果、公的医療保険の実質的な給付率が低下し、患者の医療へのアクセスが脅かされるようになった。また、バール内閣時代に提案された開業医の医療費の総枠予算制は実施に至らなかった。

それまで全国協約の交渉は、全国被用者医療保険金庫（CNAMTS : Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés）の理事会で連合を形成していた FO と CNPF の代表と医師組合の代表らによるインフォーマルな会合において実質的に行われ、保険者と医師組合とで妥協を形成することで医療保険への国家介入を避けてきた<sup>18</sup>。ところが、今回は協約の更新をめぐる支払側・診療側双方に内部対立が生じ、複雑な経過を辿ることになった。

1989 年 7 月の基本合意では医療費の伸びを抑制する仕組みの導入に CSMF (Confédération des syndicats médicaux français : フランス医師組合連合)<sup>19</sup>と FMF (Fédération des médecins de

<sup>15</sup> 1971 年以来、診療報酬や保険診療に関する諸条件は 5 年に一度医療保険金庫と医師組合によって締結される全国医療協約によって定められることになっている（第 2 章 2-2.）。

<sup>16</sup> 保険診療を行う医師でもセクター2 の場合、協約によって定められた公定料金を上回る超過料金を請求することができる（第 2 章 2-2.）。

<sup>17</sup> 1990 年協約の交渉の「混沌とした (chaotique)」経緯については、Patrick Hassenteufel, 1997, *Les médecins face à l'État : une comparaison européenne*, Paris : Presses de Sciences Po, pp. 273-9 に依拠している。この他に以下の文献も参考にした。藤井良治, 1996, 『現代フランスの社会保障』東京大学出版会, pp. 45-8 ; David Wilsford, 1991, *Doctors and the State : the Politics of Health Care in France and the United States*, Durham ; London : Duke University Press, pp. 151-3.

<sup>18</sup> Hassenteufel, *op. cit.*, pp. 273-4.

<sup>19</sup> セクター2 を利用できない一般医を抱える CSMF にはセクター2 の導入は失敗であったという意見があり、そもそもセクター2 導入時には所得によって医療機関へのアクセスが生じるとして反対していた。藤井前掲書, pp. 44, 46.

France : フランス医師連盟) が合意した。しかし、MG フランス (Fédération française des médecins generalists : フランス一般医連合)<sup>20</sup> は合意しなかった。セクター1 (一般医) の報酬引き上げが予定されていないことと、彼らが要求していた健康契約 (contrat de santé) というかかりつけ医指定制度が実験的なものとしてしか認められなかったためである。また、医療費の伸びを管理する仕組みに対する反対運動も生じ、CSMF と FMF も態度を硬化させるを得なくなった。

交渉はやり直しとなり、10 月末に医療保険金庫はセクター2 の医師の割合に上限を設けること、セクター1 (一般医) の診察料を 85 フランから 100 フランに増額することなどを提示して医師組合の妥協を期待した。ところが、CSMF は 11 月の総会でジャック・ボーペール (Jacques Beaupère) 代表に協約に一切署名をさせないと決議している。FMF の総会でも医療費抑制に反対する立場がとられた。このため社会党のクロード・エヴァン (Claude Évin) 連帯相は MG フランスとの連携を狙ったが、ほかの医師組合の反発を招いた。

1990 年に入ると病院のインターンの医師たちがストに入った。彼らはセクター2 の凍結によって将来の開業や医療機関経営が困難になることを危惧していた。これに私立病院や開業医の診療所のストが加わった。エヴァンは反対運動に直面してセクター2 への新規参入を制限付きで認める譲歩案を示したが、医療保険金庫では理事長の出身団体である労組 FO が 89 年の春にセクター2 廃止を決議していたため、譲歩に消極的であった。

2 月になって政府が協約による当事者管理に代えて法令によって医療保障を行う可能性を示唆したことで、労組・医師組合双方ともに医療国営化への危機感を抱くようになった<sup>21</sup>。最終的に、FMF が診療報酬引き上げを条件として協約締結に前向きとなり、急遽協約は締結されることになった。全国協約は 1990 年 3 月 9 日に締結され、27 日の省令として公布されている。新たな協約では、診察料の 15 フラン引き上げ、反対運動の急先鋒だった病院のインターンにセクター2 への道を開くことを除いてセクター2 を凍結すること、既にセクター2 で診療を行っている医師の診療の 4 分の 1 を協約で定められた料金によって行うことなどが取り決められた。医療費の伸びの目標に関する項目も盛り込まれたが、強制力のない形にされた。また、かかりつけ医制度に関する記述は削除された。

診療側では一般医・専門医の双方からなる CSMF、専門医の組合である FMF、一般医の組合である MG フランスの間で利害が分かれており、ある組合が別の組合に先んじて支払側と妥協を形成しようとする組合メンバーの反発を受けてしまう。かといって交渉に乗り遅れた場合、不利な協約が締結されかねない。このため組合のリーダーたちはジレンマに陥ってしまう<sup>22</sup>。日本のように診療側で日本医師会が明確に最大の発言権を有し、診療報酬改定率の枠内で利益 (そして不利益) の配分をリードしてきたのとは異なり、利害の調停を果たすアクターが存在しないのである。

<sup>20</sup> 1980 年代に CSMF 内の専門医と一般医の対立から生まれた一般医の組合。

<sup>21</sup> 藤井前掲書, p. 47。

<sup>22</sup> Hassenteufel, *op. cit.*, pp. 271-2.

支払側から見ると、ある医師組合と優先的にパートナーシップを構築しようとする、別の組合やその組合のメンバーの反発を招いてしまい、かえってその組合を周縁化してしまう。また、支払側の内部で政府と医療保険金で立場が一本化できていなかった<sup>23</sup>。交渉の過程は混乱し、結局当初の医療費の伸びを抑制するというアイディアは貫徹されず、報酬引き上げのような譲歩案が残るのである。政府としては患者自己負担の引き上げを行うことで、受診抑制による短期的な医療費抑制を狙うことはできても、医療費の伸びを抑える構造的な仕組みを導入することが課題であり続けることになる。

### 協約締結後の動き——政府の後押しを受け医療保険金庫は医療費抑制に取り組むが、コンセイユ・デタ判決によって 1990 年協約は無効に

この協約締結交渉を通じて明らかになったのは医療保険金庫と医師組合という協約交渉当事者による医療費抑制をめぐる合意形成の困難と、政府による介入の不可避性であった。協約締結の翌 1991 年 2 月に政府は検査センターとの間で医療費抑制に関する合意文書の調印に成功し、同じ年の 12 月には医療保険金庫を含む三者間でも合意文書が調印された<sup>24</sup>。フランスでは病院や開業医の診療所とは別に検査センターが存在しており、医療費全体に占める検査センターの割合は数パーセントに過ぎないが、政府は検査センターを突破口として医療費抑制の枠組みを導入・拡大しようとしたのである。医療費抑制の枠組みとは、具体的には検査センターに対する総枠予算制 (*enveloppe globale*) の導入であった。「社会保障の当事者管理体制の弱体に乗ずる形で政府は総枠支払い方式への地ならしを進めていったのである」<sup>25</sup>。1991 年 4 月には私立病院への総枠予算制導入についても政府・医療保険金庫・私立病院の間で合意文書が調印され、これ以降私立病院は公立病院と同様の財政制約下に置かれることになり、医療費が抑制されるようになった<sup>26</sup>。この他に、看護婦や患者輸送機関についても医療費抑制に関する合意が成立した。同年の 10 月には政府と医療保険金庫との間で、交渉を通じた医療費抑制に関する合意文書が調印されている。

開業医についても総枠予算方式の導入が進められていく。1992 年 2 月 27 日には CSMF と医療保険金庫は全国協約の付属文書第 3 号を調印し、医療費の伸びの目標値の設定や超過料金の扱いなどに関する取り決めを行った。前者については医療費の伸びの目標値を毎年設定し、目標に対する超過が生じた場合には翌年度の診療報酬改定にて対処することになった。後者についてはとくに一定数の医師に対して新たに昇格セクター (*secteur promotionnel*) を創設し、協約料金よりも高い料金請求を認め、かつ協約料金と同じ償還率を認めることにした。昇格セクターを利用することでセクター1の医師はこれまでよりも高

<sup>23</sup> さらに、後で見るように一般制度の全国被用者医療保険金庫 (CNAMTS) の内部でも労使の対立の可能性があり、また農業制度や自営業者制度といった保険者も小規模とはいえ協約交渉の当事者であるため、保険者の立場も一貫するとは限らない。

<sup>24</sup> 以下、このパラグラフの記述は藤井前掲書, pp. 49-50 に依拠している。

<sup>25</sup> 同上, p. 50。

<sup>26</sup> 松本由美, 2012, 『フランスの医療保障システムの歴史的変容』早稲田大学モノグラフ, pp. 245-52。

い料金で診療を行うことが可能となるが、その背景には医学生の特権志向に歯止めをかけようとする政府の意向があった<sup>27</sup>。また、セクター2の医師が昇格セクターを利用する場合にも、患者は協約料金よりも高い昇格セクター料金に基づいて償還を受けることができるので、自己負担額が抑制されるというメリットがあった<sup>28</sup>。こうした動きは超過料金を認められたセクター2（専門医）の方に合わせてセクター1の医師（一般医）の報酬を高めようとしたものであり、医療保険金庫にとっては医療保険給付費の増額を意味した。セクター2凍結の代償として結局新たな例外規定を導入することになったのである。

以上のように1990年の協約締結以降、個別の医療専門職や開業医の組合との合意形成が進められたのだが、1990年協約に署名しなかったCSFMとMGフランスが協約の認可省令（arrêté）無効をうたえてコンセイユ・デタ（Conseil d'État；行政裁判所）に提訴した結果、1992年7月10日に協約は無効化されてしまった<sup>29</sup>。無効の理由は締結後の省令が協約の定めた料金引き上げの適用を限定したことと、協約がFMFのみによって締結されたことであった。後者について補足すると、社会保障法典第162条の65によれば、全国協約が成立するには医療保険金庫と開業医を最もよく代表する一つ以上の医師組合が協約を締結するか、金庫が一般医と専門医のそれぞれについて少なくとも一つの全国的医師組合と協約を締結しなければならず、FMFのみとの締結では協約が成立しないとされたのである（同様の理由で1997年に締結された専門医との協約も無効化される）。このため1993年には新たに協約を締結しなおすことになった。

### 1993年協約とヴェイユ・プラン

1993年3月の総選挙で保守派が圧勝してバラデュール内閣が発足すると、シモーヌ・ヴェイユ（Simone Veil）社会問題相とフィリップ・ドスト＝ブラジ（Philippe Douste-Blazy）保健医療担当相は関係者に書簡を送り、7月31日までに全国協約を締結し、そのなかで拘束力のある医療指標（RMO）、医療費抑制に関する契約、これらに関する義務が遵守されなかった場合の制裁措置などを盛り込むことを希望した<sup>30</sup>。

協約締結に先立ち、6月には社会保障会計委員会が赤字の拡大を予測し、財政再建のためのヴェイユ・プラン<sup>31</sup>が発表される。これによって開業医の診療の償還率が75%から70%に引き下げられ、入院定額負担金が50フランから55フランへと引き上げられることなどが

<sup>27</sup> 医師全体に占める専門医の割合は1985年から1990年にかけて43.2%から47.0%へと増加し、その後2000年には51.2%に達した。DREES, 2001, « Les médecins - Estimations de 1984 à 2000 - Séries longues », *Série statistiques*, 22, p. 12.

<sup>28</sup> 以上、付属文書第3号の内容については、藤井前掲書, pp. 50-2 に依拠した。

<sup>29</sup> 藤井前掲書, p. 64 注 36。

<sup>30</sup> 同上, pp. 52-3。政府によるこれらの要求は社会党政権時代の1993年1月4日の「医療職種と医療保険の関係に関する法律第93-8号」によって新たな協約に盛り込むべきことが定められていた（同書, p. 64 注 37）。

<sup>31</sup> 藤井良治, 1997, 「フランスにおける医療費適正化政策」『海外社会保障情報』120, p. 20 ; Palier, *op. cit.*, pp. 443-4 参照。なお、1993年には保守政権によってCSGの1.3%引き上げとともに年金改革が行われた（第4章4-3. d.）。これによって年金制度の収支は改善に向かった。

決まった。患者負担拡大に対して各労組は激しく反発し、医療保険金庫の理事会（トップは労組のポスト）も政府が独断で財政対策を実施することを非難した。

9月末になって107億フランの費用節減を行う合意を含む協約が締結されたが、今回も満場一致とはいかなかった<sup>32</sup>。医師組合の側ではCSMFが署名したがMGフランスとFMFは協約を認めなかった。医療保険金庫の側では全国被用者医療保険金庫（CNAMTS）と農業社会共済中央金庫（CCMSA : Caisse centrale de la mutualité sociale agricole）は署名したものの、全国自営業者医療保険金庫（CANAM : Caisse nationale d'assurance maladie des professions indépendantes）は医療費増加率の目標値 3.4%の算定根拠が不明確なこと、医療費抑制を目標としながらも診療報酬の引き上げが含まれていること、セクター2の継続を認めていることを不服とし署名しなかった。

新たに締結された協約の主な内容は、①24種類の拘束力のある医療指標（RMO）の導入<sup>33</sup>、②1994年度の医療費の増加率を3.4%に抑えること、③セクター2を凍結し、選択セクター（secteur optionnel）（先述の昇格セクターと類似の仕組み）を導入すること、④1994年7月から診察料を5フラン引き上げることなどであった<sup>34</sup>。前年に合意された1990年協約の付属文書第3号の内容が改めて導入されている。拘束力のある医療指標は無駄または危険な治療を排除することで医療費を効率化するという医学的費用抑制政策のシンボルであり、これが守られない場合には金銭的な制裁措置がとられることになった<sup>35</sup>。他方、開業医の医療費の増加を一定範囲内に抑制するための目標値を毎年12月15日までに定めることになったが、この医療費増加目標値（objectifs prévisionnels d'évolution des dépenses médicales）は強制力を持つものではなかった。

今回の協約交渉においても政府が協約の枠組みを予め示しており、また協約交渉と並行して政府によって財政再建案（ヴェイユ・プラン）が決められている。他方で医療保険金庫と医師組合はどちらも一部しか協約締結に合意しておらず、交渉当事者による自律的な意思決定がなされたとはいえない。1992年に全国被用者医療保険金庫では経営側のCNPFがこうした状況に業を煮やして理事会から離脱するに至っている。その上、医療費増加目

<sup>32</sup> 以下、藤井前掲書, p. 53による。

<sup>33</sup> 一例を挙げると「高血圧の管理が満足な状態であり、明らかな左心室肥大や関連する心異常がない場合に、心エコーを行うのは適切ではない」など、RMOには採用してはいけない治療方針が列挙されている。奥田七峰子、池田俊也、2001、「フランスにおける保険者機能の動向——薬剤費抑制策を中心に」『海外社会保障研究』136, p. 43。

<sup>34</sup> 1993年の全国協約の内容については、藤井前掲書, pp. 53-8；同前掲論文, p. 24を参照した。

<sup>35</sup> 翌年には1994年1月18日の「公衆衛生および社会保護に関する法律第94-43号」によって患者ごとの医療ファイル（dossier médical）が創設された。医療ファイルを患者の指定する一般医に保有させ、患者には副本（dossier reflet）を持たせることで、その他の医師の治療・処方についての情報も蓄積できるようにするという仕組みであった（藤井前掲書, p. 57；同前掲論文, p. 24）。これも継続的な治療と医療機関の連携によって重複受診・検査や無駄な治療を防ぐこと、そうして医療費を効率化することを目指した、医学的費用抑制政策の一種といえるだろう。ただし、かかりつけ医の指定と診療歴の保存は1990年代以降繰り返し制度化が試みられているが、医療費抑制効果をあげるような実効性が与えられるには至っていない（第8章参照）。

標値が拘束力を持たなかったように今回の協約によって医療費が抑制されるという見通しは確かなものではなかった。総医療消費（consommation de soins et de biens médicaux）<sup>36</sup>の伸び率は1993年の5.8%から1994年には2.9%へと低下したが、1995年には5%へと再び伸びが拡大している（表 6-1）。こうした当事者による医療費抑制の行き詰まりを打開するために、1995年にはジュペ首相が国家主導の医療費抑制へと邁進することになる。

＜表 6-1 総医療消費の名目増加率（%）、1991～2000 年＞

1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
6.7	6.4	5.8	2.9	5.0	2.5	1.8	3.7	3.9	5.5

出典：DREES, 2005, *Comptes nationaux de la santé 2003*, Paris : La Documentation française, p. 77.

## 日本との比較

ジュペ改革の検討に移る前に、本節で見てきたフランスにおける医療費抑制措置の定着の困難を日本と比較しながら整理してみたい。まず日本では診療所・病院を包括する公定診療報酬システムが成立しており、診療側では日本医師会という単一の集権的組織が最大の発言権を有してきた<sup>37</sup>。政府・与党は2年ごとに診療報酬全体の改定率について日本医師会と妥協を形成することで疑似的な医療費のマクロ管理を行ってきた<sup>38</sup>。

これに対してフランスでは開業医部門・公立病院部門・私立病院部門で公的医療保険からの費用の支払い方式が異なっており、開業医部門のなかでも医師の組合が複数に分裂している。医療保険金庫も職域に応じて複数に分裂しており、開業医の保険診療に関する全国協約交渉は複数の診療側・支払側代表が参加する複雑なものとなっている。協約締結には時間がかかり、締結を承認しなかった医師の組合が司法に訴えることで締結後に無効化されることもある。一般医を優遇しようとするれば専門医が反発し、専門医に譲歩すれば一般医が反発する。医師内部での利害調整を行う主体やメカニズムが存在していないのである。保険者の側でも経営者代表（CNPF）や一部の金庫（CANAM）も医療費抑制が進まないことに不満を隠さなかった。

政府は協約交渉にとって代わる意思決定方式を示唆しつつも、協約当事者による合意形成を促すという立場を崩さずにいたが、既存の全国協約方式の下で医療費抑制に関する妥協が成立するという見通しは明らかではなかった。結局、ヴェイユ・プランのように政府が患者自己負担の拡大を（それ以前のプランであれば保険料などの負担の引き上げも）決定することで公的医療保険の財政均衡が目指されてきた。フランスの政治的コンテクストにおいてはその方が決定に至るコストが低く、確実な選択肢だったためである。

<sup>36</sup> 1年間に消費された医療サービスと財の価格の合計（予防費用を除く）。

<sup>37</sup> 日仏の医師の団体と保険者については第2章2-4.で詳しく比較している。

<sup>38</sup> 第2章でも指摘したように、日本医師会にとっては診療報酬のある程度の抑制は、患者の自己負担率の引き上げや混合診療の解禁のような患者と医療機関にとってより大きな影響を与える改革案を認めるよりは受け入れやすいものと考えられる。



日本医師会が受診抑制や医療機関の経営難の原因となる恐れから患者自己負担の導入や拡大に強く反対し、与党に働きかけることで患者負担の拡大が高度に政治争点化してきたのに対して、フランスの医師（とりわけ専門医）は公的医療保険に対する超過料金請求を重視してきたように、患者自己負担の存在に相対的に寛容であるように思われる。これには共済組合などの補足医療保険によって自己負担部分がカバーされるという事情も関連しているであろう。フランスの場合、患者自己負担の拡大は行政府優位の政治制度の下で迅速に決定されている。

しかしながら、患者自己負担の引き上げや医療保険料負担の引き上げという技術的な財政再建手法にばかり頼るのではなく、医療制度の効率性を高めることで医療費を抑制するという発想（医療費の医学的抑制）が政府内では広まりつつあった。全国協約を通じた医療費抑制の行き詰まりに対処するため、1995年の大統領選挙・総選挙の後でシラク-ジュペ政権は公的医療保険制度のガバナンスの再建と医療費の抑制に本格的に取り組んでいく。

## 6-2. ジュペ改革（1995～96年）——首相のリーダーシップとその限界

### a. 行政府内でのコンセンサスの形成<sup>39</sup>

拘束力のある診療ガイドラインやかかりつけ医制度のようなミクロ・レベルの医学的抑制策を考案するのみならず、厚生官僚たちはジュペ・プランに先立つ公式報告書の作成を通じてマクロな医療費抑制を医療の現実と関連づけて行うことについてコンセンサスを形成していった。以下ではジュペ・プラン発表に至る行政府内での議論の経緯を確認したい。

### 『健康 2010』（1993年）

1993年に計画庁（Commissariat général du Plan）内のレイモン・スビィ（Raymond Soubie）<sup>40</sup>がリーダーを務める「医療制度の将来検討グループ」が『健康 2010』<sup>41</sup>という全三巻からなる報告書を発表している。作成にはグラン・コールの官僚を始めとして中央省庁の局長、学者、医療専門職の代表等多くの人物が参加しており、その後の政策方針に影響を与えた1990年代の最重要テキストである。同報告書はフランスの医療費には無視できない浪費が含まれているという認識から出発し、ローカルな医療需要を基礎にして医療供給体制を再編することを提案している。

報告書の「2010年に向けてのモデル」<sup>42</sup>は全国レベルとローカル・レベルに分けると理解

<sup>39</sup> 尾玉前掲論文, pp. 116-9 を加筆・修正した。

<sup>40</sup> 元々保守系の官僚だが社会・医療政策のエキスパートとして1970年代以来政権の左右を越えて政策形成に関与し続けてきた。最近ではサルコジ大統領の社会政策顧問を務めていた。

<sup>41</sup> Commissariat général du Plan, 1993, *Santé 2010*, Paris : La Documentation française.

<sup>42</sup> *Ibid.*, pp. 71-88.

しやすい。まず、全国レベルでは医療費増加率の目標を設定する手続きが提案されている。戦後フランスの社会保険は労使による管理が原則であり、政府が政令事項として保険料率や自己負担率を上下することはできても、議会が毎年社会保障予算を決定することはできなかった。『健康 2010』は労使・医師組合・議会・政府が協議によって事前に医療費増加率の目標値を決め、議会が議決するという方式に変更するべきであるとしている。増加率の目標は人口変動と経済成長率の予測とともに公衆衛生上の需要の分析に従って決定されるという。また、国家が大規模な検診や臓器移植、高度医療機器の設置等に関して全国公衆衛生プログラムを策定することが提案されている。

ローカルな調整については第一に各州（*région*）に医療サービス庁（*Agence régionale des services de santé*）を設立して需要の変化に応じて医療供給体制を組織し、予防や検診を含めたサービスの優先順位を州ごとに設定することが提案されている。第二に、医療保険支出に関しては議会が投票した全国目標に応じて州ごとに支出総額を割り振り、州間の健康水準の不平等を考慮して調整を行うとしている。ただし、実際には需要に基づいた医療費の決定を行うために必要なデータがほとんど存在しなかったため、当面は昨年度までの実績値を高齢化率等の単純な指標で調整するという方法が提案されるにとどまっている。とはいえ、医療供給体制の調整と医療費の決定を住民の医療需要に基づいて行うことが提案されていることは注目に値する<sup>43</sup>。より計画的に医療供給体制を組織し、支出を合理化しようという意図が見られる。

### 『医療及び医療保険制度に関する白書』（1994 年）

『健康 2010』出版の翌年には再びスビーと計画庁によって『医療及び医療保険制度に関する白書』<sup>44</sup>という大部の報告書が出版された。『健康 2010』が長期的な展望に立って根本的な医療制度再編を視野に入れていたのに対して、この『白書』は財政危機（表 4-1, p. 138）に対する緊急対策の提言を目的にしており、ジュペ・プラン前夜の大型報告書として検討の価値がある。その基本的なモチーフは医療費を単純に減少させることなく「より良く支出する（*dépenser mieux*）」<sup>45</sup>ことである。

『白書』冒頭では「毎年の緊急プラン政策から公衆衛生の目標を軸としたより継続的な活動に移行すること」<sup>46</sup>が勧められている。問題はこの提案と財政制約との折り合いをいかにしてつけるかということである。

財政制約の考慮は公衆衛生の目標設定を伴わなければならない。実際、GDP に対する医

<sup>43</sup> 「医療サービスは第一に現場のサービスであり、ローカルな当事者こそが最も住民の需要に合致したサービスの種類と組織化の方法を最も適切に見出すことができるのだ」（*Ibid.*, p. 73）。

<sup>44</sup> Commissariat général du Plan, 1994, *Livre blanc sur le système de santé et d'assurance maladie : rapport au Premier ministre*, Paris : La Documentation française.

<sup>45</sup> *Ibid.*, p. 195.

<sup>46</sup> *Ibid.*, p. 112.

療費の割合を恣意的に決定するだけでは不適當であると思われる。…直ちに医学的な指標の利用によってこの方法が医学的現実に基づいた政策を伴うようにならなければならない<sup>47</sup>。

この発想の背景には自己負担の増加による需要抑制や経済指標のみに基づいた医療費総枠の決定に対する懷疑が存在している。費用抑制は健康水準の改善という目標と同時に追求されねばならないのである。そこで公衆衛生政策の数値目標を作成し政府に提出するワーキング・グループを設立することが提案されている。

ただし、『白書』は医療政策と医療保険の関係について曖昧さを残している。一方で『白書』は需要と医療実践の変化に従って医療費を調整するという『健康 2010』のモデルを踏襲している。『白書』によれば「知的な調整 (régulation intelligente)」<sup>48</sup>を実現するための医療政策の必要性、つまり、公衆衛生政策の目標設定の必要性に関して専門家の間ではコンセンサスが存在しているという。

公衆衛生のアプローチ…は経済的アプローチの必要な補足であり、そのみが長期的に費用抑制を実現できる<sup>49</sup>。

しかし、『白書』はこの点に関して『健康 2010』以上に踏み込んではいない。なぜなら、

毎年全国の医療需要を予測することを可能にするほど情報システムが整備されることは決してないだろう。ましてや需要予測から必要な財源の割り当てを演繹することなど不可能である<sup>50</sup>。

かくして『白書』は医療政策の目標設定と費用抑制の関係に関して曖昧さを残したままであるように思われる。

以上二つの大型報告書を検討することで医療制度再編の基礎となる枠組みを検討してきた。ジュベ・プラン発表の前夜には曖昧さを残しつつも国家が医療政策を定義しそれを基に医学的費用抑制を推進するという政策枠組みが行政府内で確認されていたのである。

---

<sup>47</sup> *Ibid.*, p. 183.

<sup>48</sup> *Ibid.*, p. 294.

<sup>49</sup> *Ibid.*, p. 295.

<sup>50</sup> *Ibid.*, p. 162.

b. ジュペ・プランの発表（1995 年 11 月）<sup>51</sup>

<表 6-2 ジュペ・プランの概要>

社会保障財政改革
<ul style="list-style-type: none"><li>・ 憲法改正によって社会保障の毎年の予算総額を議会が決定できるようにする（社会保障財政法の導入）</li><li>・ 一般社会保障税（CSG : contribution sociale généralisée）よりもさらに広い所得に対して課税される税率 0.5% の社会保障債務返済税（CRDS : contribution pour le remboursement de la dette sociale）の新設</li></ul>
年金制度改革
<ul style="list-style-type: none"><li>・ 公共部門被用者制度の満額受給に必要な保険料拠出期間を 37.5 年から 40 年へと延長</li></ul>
医療保険制度改革
<ul style="list-style-type: none"><li>・ 普遍的医療保険制度（assurance maladie universelle）の創設</li><li>・ 医療保険の保険料の一部を CSG で代替</li><li>・ 医療保険給付費全国目標（ONDAM : objectif national de dépenses d'assurance maladie）の創設</li><li>・ 政府が任命する全国被用者医療保険金庫の事務局長（高級官僚）の権限拡大</li><li>・ 医療保険金庫理事会における労働側優位を改めて労使同数制へ復帰</li></ul>
その他の医療制度改革
<ul style="list-style-type: none"><li>・ 拘束力のある医療指標（RMO : références médicales opposables）の一般化・強化（遵守しない医師には罰則として医療保険の償還率を引き下げる）</li><li>・ 医療保険金庫の医療監視部門（contrôle médical）の権限強化</li><li>・ 州病院庁（ARH : Agence régionale de l'hospitalisation）の創設</li><li>・ 国立医療認証評価庁（ANAES : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en Santé）による病院の認証・評価のプロセスの実施</li></ul>

出典：筆者作成。

1995 年 11 月 15 日、アラン・ジュペ（Alain Juppé）首相は下院・国民議会において「公平（justice）」「責任（responsabilité）」「緊急性（urgence）」を三原則とする政府の社会保障改革案を発表した<sup>52</sup>。今や「社会保障の真の改造、本当の再建」こそが問題であり、国家と社

<sup>51</sup> 尾玉前掲論文, pp. 119-21 を加筆・修正した。

<sup>52</sup> Alain Juppé, 1996, « Intervention du Premier ministre Alain Juppé sur la réforme de la protection sociale », *Droit social*, 3, pp. 221-37.

会保障金庫（労使）の関係、年金、医療保険、家族手当に関する包括的な改革案が提示された。医療保険についてはこれまで検討してきた議論の蓄積を元にして償還率の引き下げや被保険者負担の増加などではない構造的な改革が提案されている。すなわち、財源面では租税代替化の推進、支出面では議会のコントロールの強化による医療費の抑制を提案し、医療保険制度のあり方については普遍的な医療保険制度の創設と医療保険金庫の組織改革を目指していた。予算編成を切り抜けるために患者自己負担率の引き上げと診療報酬の抑制を繰り返してきた日本の医療保険改革に比べると、首相自身がリーダーシップをとって医療保険制度や医療供給体制の構造的な改革を進めることで医療費の効率化を図ろうとしたことは注目に値する。以下では医療保険に関して実施された諸改革の内容を検討する。

## 社会保障財政法

最も革新的な提案は議会が毎年社会保障費の目標を定めるというものである。議会の決定の後には政府が医療費増加率を含む契約を医療保険金庫と締結するとされた。1996 年 2 月には憲法改正が行われ、毎年議会が社会保障財政法 (*loi de financement de la Sécurité sociale*) の第一条で医療政策と社会保障政策の方針を決定することになった。また、政府には医療政策の策定が義務づけられた。こうして医療保険行政に携わる厚生官僚や政治家によって欠落が嘆かれていた医療政策（本章 6-1. a. で検討したジョアネの著作を想起されたい）を実施するための法的基盤が整備されたのである。さらに、この医療政策の方針を土台として議会が毎年医療保険給付費全国目標（ONDAM: *objectif national de dépenses d'assurance maladie*）の投票を行い、この目標を超過した場合には医師に対して診療報酬の引き下げと超過分の報酬の医療保険への返還という経済的制裁措置が取られることになった。

第 2 章で検討したように国家から独立した保険者が社会保障制度の運営を行うのがフランスの社会保障制度における歴史的な原則であったが、ジュベ改革によってついに議会が毎年の社会保障予算を決定するようになったのである。

## 医療政策に基づいた医療費抑制

その他の改革案もほぼジュベの演説の内容通りに法制化されていった。1996 年 4 月の病院改革に関するオルドナンスによって州病院庁（ARH: *Agence régionale de l'hospitalisation*）が創設され、州レベルの医療費の配分を公衆衛生の目標に従って、また地理的不平等の縮小を目指して行うこととされた。『健康 2010』のアイディアが活かされているといえる。

公衆衛生プログラムを基に医療費を調整するというアイディアは 1996 年 4 月の医療費の医学的抑制に関するオルドナンスによっても具体化された。同オルドナンスはそれまで試験的に存在していた全国医療会議（*Conférence nationale de santé*）と州医療会議（*Conférences régionales de santé*）の機能を刷新している。州医療会議には各州の医療需要を調査しそれに基づいた公衆衛生政策を形成する役割が与えられた<sup>53</sup>。また、実施された州公衆衛生プログ

<sup>53</sup> 国、州、医療保険、医療・社会部門従事者、医療・社会施設の利用者が参加するとされた。

ラムの評価を行い全国医療会議に報告書を提出することとされた。

全国医療会議にも同様に全国レベルで国民の保健状況と医療需要の変化を分析し、予防・診断・治療技術の発展を考慮に入れて公衆衛生政策の目標と方針を提案することが課せられた<sup>54</sup>。また、全国医療会議の年次報告書が上述の社会保障財政法案の作成において考察の材料とされることになった。

かくして医療サービスの供給と医療保険の費用は全国レベルの公衆衛生戦略によって先導されることになった。医療制度再編を財政制約のロジックではなく公衆衛生のロジックに基づいて行うためには全国・州医療会議の役割が不可欠となった。

### その他の医学的費用抑制政策

ジュベ・プランはミクロ・レベルでの医学的抑制策を強化し、自由医療を体系的に制限しようとした。第一に、病院は新たに設立された国立医療認証評価庁（ANAES：Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en Santé）の監督下に置かれた。第二に、開業医部門については先述の拘束力のある医療指標（RMO）が拡張され、医師がこれを遵守しない場合には医療保険による償還率の低下等の制裁措置がとられることになった。第三に、医療の質の向上、治療の継続性向上のための施策として新たに参照医（médecin référent）制度と継続的に診療記録をつけるための健康手帳（carnet de santé）が導入された。第四に、医療保険金庫の医療監視部門（金庫の顧問医によって構成される）は拘束力のある医療指標を医師に遵守させる責任を負った。具体的には、医療監視部門が医師の活動の評価を集団的に行うようになった。医療保険金庫には受動的な支払い機関であることを止めて、医学的費用抑制の担い手として能動的に活動することが求められるようになったのである。

その他に医療保険の組織改革も行われた。まず、保健医療担当大臣によって任命される全国被用者医療保険金庫（CNAMTS）の事務局長<sup>55</sup>の権限が強化され、従来地方レベル（県・州）の金庫の事務局長はその金庫の理事会が任命していたのだが、今後はCNAMTSの事務局長が任命できるようになった。第二に、州レベルで並存する複数の医療保険金庫の活動を調整するために州医療保険金庫連合（URCAM：Union régionale des caisses d'assurance maladie）が創設された。後者には国の代表が参加しており、医療保険の運営に関して国家の介入を強化しようとする傾向が見られる。

これらのジュベ改革の様々な施策は社会保障行政に詳しい政官のエリートが1980年代以来準備してきたものがようやく具体化を見たものであり、「より良く支出する」ために全ての医療関係者に対する国家のコントロールの強化を目指したものといえよう。

ジュベの医療保険改革の目標は医療費と医療の質のコントロールを改善することであり、

<sup>54</sup> 主に医療従事者、医療機関及び州医療会議の代表によって構成されると規定された。

<sup>55</sup> 1990年代にはジョアネラ会計検査院出身の高級官僚が務めていた。1980年代以降のCNAMTSトップの経歴は、尾玉剛士, 2013, 「フランスにおける厚生官僚の人事と政策形成における自律性——医療保険改革の日仏比較に向けて」『日仏政治研究』7, p. 57 にまとめられている。

手段は自由化ではなく、医師と保険者（労使）の活動に対する政府・議会の統制を強めるものばかりであった。機能不全に陥っていた当事者自治に対するガヴァナンス改革によって医療費抑制を目指したものともしよう。議会が社会保障予算を決定する仕組みの導入はとりわけ医療保険給付費の抑制を目標としていた。

なお、ジュペ・プランに対しては当初社会保障の民営化を目指すものであるという評価も行われていたが<sup>56</sup>、その後サルコジ政権に至るまでフランスの保守政権は年金や医療保険の抜本的な民営化を試みたことはない。低所得者に給付を重点化し、社会保険の縮小を私的年金や医療保険で補うというモデルが 1990 年代以降の保守政権の社会保障改革の基本戦略である（この点については第 8 章で再び述べる）。社会党政権は私的年金の普及に消極的であるものの、後述するように民間医療保険への加入を公費によって後押ししており、やはり社会保険の縮小を私保険で補うという戦略を保守政権と共有しているといえる。

1995 年 11 月に発表されたジュペ・プランの諸施策は翌年の春までに行政府主導で一挙に法制化されていった。ただし、公共部門年金改革は大規模な反対運動に直面して法制化には至らず、医療費抑制に関する諸施策も強制力を持つには至らなかった。次にジュペ・プランの発表、法制化、そして失敗の経緯を検討したい。

#### c. ジュペ改革の政治過程——挑戦と挫折

1995 年の大統領選挙でシラクが当選した後、腹心であるジュペ首相は議会多数派による信任の下で一挙に包括的な社会保障改革を実現しようとした。ところが、改革案の発表後に政府・議会外で大規模な反対運動に直面したことで公営企業の年金改革は撤回に追い込まれ、医療費抑制に関する一連の施策は法制化されたものの医師の協力を得られず成果を挙げるができなかった。ジュペは経営者団体（CNPF）、一部労組（CFDT）、一部医師組合（MG フランス）の支持を期待して、大統領選挙後間もない時期に改革案を迅速に法制化に持ち込む戦略に打って出たのだが、医療費抑制政策はミクロ・マクロ両面とも失敗に終わった。

#### シラク政権の置かれた政治状況・利益団体の立場<sup>57</sup>

まず 1995 年当時の政治状況を振り返ってみよう。5 月 17 日にジャック・シラクが大統領に就任した時、下院では 1993 年の総選挙のまま RPR と UDF の保守連合が圧倒的多数の議席を保有していた。コアビタシオンが解消されただけでなく、RPR 出身のジュペはシラク

<sup>56</sup> 藤井前掲論文, p. 29 ; Marc Blondel, 1996, « L'étatisation, antichambre de la privatisation », *Droit social*, 3, pp. 241-5.

<sup>57</sup> ジュペ改革の政治過程については以下の先行研究がある。Hassenteufel (dir.), 1999, *op. cit.*, chap. 4 ; Dominique Dammame et Bruno Jobert, 2000, « Coalitions sociales et innovations institutionnelles : le cas du 'plan Juppé' », Michèle Tallard, Bruno Théret et Uri Didier (dir.), *Innovations institutionnelles et territoires*, Paris : L'Harmattan, pp. 185-203.

の腹心でもあり、極めて強力な政権が誕生していた。

医療保険関連団体のうち経営者団体 CNPF は医療保険金庫の管理から離脱していたが、金庫理事会の構成を労働側優位から労使同数制に戻すことを条件に復帰を約束していた<sup>58</sup>。CNPF トップのジャン・ガンドワ (Jean Gandois) はジュペ・プランを支持していた。他方、全国被用者医療保険金庫 (CNAMTS) 理事会の理事長ポストを得てきた労組 FO は医療費抑制と患者のアクセスへの制限に断固反対との姿勢をとり続けていた。もともと FO は反共産主義の立場から CGT より分離して結成された労組だが、この頃には政府の社会保障改革に反対するために CGT と接近するようになっていた。

一方、CFDT は一般社会保障税 (CSG) 導入 (第4章4-3.) の際にも見られたように政府の社会保障改革に対してより融和的であった。つまり、年金・失業保険などの労働者の所得代替を目的とする制度は社会保険料によって運営されるべきだが、家族手当や医療保険のように普遍的な給付を行うための制度については CSG のような普遍的な財源を用いるべきだという社会保障改革のビジョンを CFDT は政府と共有していた。社会党政権時代以降も政府は CFDT との関係を重視し、ジュペ改革の際には医療保険金庫理事会において 1960 年代後半に確立された CNPF と FO による反共連合に代えて CNPF と CFDT による改革連合を樹立するという根回しが前もって行われていた。このため CFDT はジュペ・プランを大筋で支持していた。

医師組合のなかでは 1980 年代末の結成以来 MG フランスが一般医をかかりつけ医とする医療供給体制の組織化案を掲げており、これは 90 年代の政府の医療制度改革の方針でもあった。ジュペ改革によっても新たなかかりつけ医制度の仕組み (参照医) が導入されており、政府は MG フランスの支持をあてにしていた。他方、その他の保守政党に近い開業医の組合が与党 (RPR、UDF) を通じて影響力を行使する可能性があったが、これは以下で説明するようにジュペ改革の内容がオルドナンス (委任立法) によって法制化されることで回避された。

### ジュペ・プラン発表までの経緯

続いてジュペ・プラン発表に至る経緯を見ていこう<sup>59</sup>。1995 年 5 月 17 日のシラク大統領就任後、23 日にはジュペ首相が施政方針演説にて社会保障 (とくに医療保険) の財政健全化をうたった。7 月には社会保障会計委員会が 1995 年度の医療保険の赤字を 335 億フランと予測し (前年度の赤字は 315 億フラン)、医療保険給付費の増加率は 4.9% と予測する発表を行っている。1993 年協約の枠組みによる医療費抑制の限界が認識され、社会保障の構造改革が政府のアジェンダに載せられた。同月末には首相が関係省庁を横断した対策委員会を設置している。

その後、8 月末にシラク大統領・ジュペ首相の会談の後で秋に社会保障改革を行うことが

<sup>58</sup> 以下、関係団体の立場については、Dammame et Jobert, art. cit. を参照した。

<sup>59</sup> 主に Hassenteufel (dir.), *op. cit.*, pp. 191-2 に依拠してまとめた。



発表される。9月には翌年の公務員の賃金凍結が発表され<sup>60</sup>、新政権の緊縮政策への傾斜が明らかになっていった。10月に入り下院・社会保障委員会にて公聴会が開始される。26日にはシラク大統領がテレビ演説で欧州通貨統合を引き合いに出しつつ社会保障赤字、とくに医療費の削減を主張し、社会保障改革の実現は政権課題となった<sup>61</sup>。同時期に社会保障会計委員会が1995年度の医療保険赤字を335億フランから366億フランへと上方修正し、社会保障全体の赤字は644億フランと予測している。11月7日には内閣改造が行われ、労働・社会保障・医療が単一の省庁へと統合され社会保障改革が政府の最優先課題に位置づけられる（ジャック・バロが大臣に着任）。この後、11月15日にジュペ首相が下院国民議会にて政府の包括的社会保障改革案（ジュペ・プラン）を発表するに至った。

政権発足時から改革の日程は綿密に準備されており、社会保障改革はシラクが選挙の際に強調していた「社会的断絶との戦い（*lutte contre la fracture sociale*）」のシンボルとして打ち出されることになった<sup>62</sup>。10月から大統領官邸でシラク、ジュペと側近のスタッフたちは会合を重ねており、ジュペ・プランの作成は大統領官房・首相官房の官房長・次長と、会計検査院の社会保障に詳しい官僚および医療保険金庫事務局長など少人数のエリート官僚によって密室的に行われた<sup>63</sup>。つまり、ジュペ・プランは政治リーダーとその側近スタッフおよび社会保障行政のトップに位置する高級官僚によって行政府の最上層において生み出されたのである。ジュペはもともと財務監察官であり、予算担当大臣の経験もある。また、RPRの政治家のなかでも医療・社会保障問題に詳しい<sup>64</sup>。そうした首相が中心となって政官のエリートによって生み出されたのがジュペ・プランだった。社会保障局は組織的には関与していないが、プランの内容自体は同局が従来から準備してきた施策そのものであり、政治的リーダーシップによって日の目を見た形となった<sup>65</sup>。いいかえれば、政治的リーダーシップは厚生官僚と対決する形ではなく官僚のアイディアを動員する形で発揮されている。こうしたプロセスにはフランスの行政府内での凝集性の高さがよく表れている。

第8章で検討する2004年の医療保険改革にもいえることだが、一般に意思決定の内容への厚生官僚の影響力は強く、首相・大臣官房と省庁部局のうちでは前者の官房組織が機軸となる<sup>66</sup>。官房のスタッフにはとりわけ有力な厚生官僚が任命され、改革案の内容を作成す

<sup>60</sup> 松村文人, 2000, 『現代フランスの労使関係：雇用・賃金と企業交渉』ミネルヴァ書房, p. 174.

<sup>61</sup> *Le Monde*, 28 octobre 1995.

<sup>62</sup> Hassenteufel (dir.), *op. cit.*, p. 192.

<sup>63</sup> *Ibid.*, p. 198. ヘイワードとライトはジュペ・プランの作成過程を「超集権的調整（ultra-centralized coordination）」としている。Jack Hayward and Vincent Wright, 2002, *Governing from the Centre : Core Executive Coordination in France*, Oxford : Oxford University Press, pp. 180-4.

<sup>64</sup> Hassenteufel (dir.), *op. cit.*, p. 198.

<sup>65</sup> *Ibid.*, p. 199. 例えば、プランに含まれる普遍的医療保険は社会保障局が準備してきたものをジュペが採用したものであり、技術的な面での準備が行われていた（*Ibid.*, p. 196）。

<sup>66</sup> ジュペの演説とその後の政策は本章で分析してきた高級官僚たちによる考察をほぼ正確に反映している。これは官僚による政策の選択肢に対するコントロール能力を示しており、「福祉エリート（*élite du Welfare*）」官僚の確立の証拠とされている（*Ibid.*, p. 203）。また、平等重視・規制重視・官僚の役割増大という点でジュペの医療保険改革は厚生官僚の理念・利害に合致している。例えば、医療保険金庫の事務局長（官僚ポスト）の権限拡大、州病院庁（ARH）などの新

ることになる。ただし、官僚組織間の相互作用のあり方は改革ごとに異なる。ジュペ・プランの場合、社会保障担当大臣官房よりも首相官房の役割が大きかった。とくにジュペの社会問題担当顧問のアントワヌ・デュルルマン（Antoine Durrleman）の果たした役割が重要であった<sup>67</sup>。ジュペ自身も 1980 年代後半に RPR 内の医療保険改革に関する検討に参加しており、ジュペ・プランの内容は既に RPR に近い専門家のレポートにも含まれていた。他方、社会保障局はジュペ・プラン発表後のオルドナンスの作成という技術的な側面を担当した。大臣官房の監督の下、週に一度バロ大臣のチェックを受けつつ作業は行われた。

### プラン発表から法制化まで

1995 年 11 月 15 日のジュペ・プラン発表後、政府はとりわけ大規模な反対運動に直面した。既にプラン発表前の 10 月には教育環境の向上を求める学生や教員の抗議運動やストが発生しており、これに社会保障改革反対運動や欧州統合・グローバル化に反対する運動が合流することできわめて大規模かつ長期にわたる抗議運動が展開されることになった<sup>68</sup>。11 月から 12 月にかけて国鉄、パリ交通公団、電力・ガス公社、郵便局、電話局などの公共部門の労働組合による大規模ストが続く<sup>69</sup>。主要労組のなかでは、CFDT のニコル・ノタ（Nicole Notat）書記長が政府案支持を表明したものの、CGT と FO はデモを呼びかけ、1947 年の分裂以来初めて両組合の書記長が並んでデモに参加することになった<sup>70</sup>。CSMF、FMF などの医師組合も自由医療の原則の防衛を掲げて抗議デモを行った<sup>71</sup>。12 月 10 日には国鉄改革の無期限延期が、13 日には公共部門年金制度改革案の撤回が発表される。こうして公務員ストは沈静化へと向かった。

12 月には社会保障改革について議会が政府に立法権を委任する授權法律（loi d'habilitation）が成立し、翌年に入りプランの施策が法制化されていく。1996 年 1 月 24 日のオルドナンスによって社会保障債務返済税（CRDS）<sup>72</sup>が創設され、2 月 22 日には憲法改正が行われ国の

---

設は厚生官僚の利害に合致している（尾玉前掲論文、2013）。

<sup>67</sup> 以下、Hassenteufel (dir.), *op. cit.*, pp. 198-200 による。デュルルマンは長年会計検査院で社会保障財政を担当してきた。

<sup>68</sup> 松村前掲書第 5 章第 3 節；軍司康史、2003、『シラクのフランス』岩波新書第 1 章。

<sup>69</sup> 当時、時事通信の特派員としてパリにいた安達功はストの様子を以下のように記している。「フランスの民主主義を象徴するような労働組合のストは、95 年冬の交通ゼネストで最大規模に発展した。この交通ゼネストでは、三週間以上にわたって、フランス全土のあらゆる公共交通が止まり、パリなど大都市でもバス、地下鉄、国鉄などすべての公共交通機関がストップし、文字通り一本も動かなかった。その結果、ストやデモに慣れっこになっているフランス人でさえ、『こんなのは生まれて初めてだ』と言うほど、深刻な状況が生まれた。特に年末商戦は大打撃を受け、95 年の第四四半期の経済成長率はストの影響で 0.4%のマイナス成長に落ち込んだ」。安達功、2001、『知っていそうで知らないフランス：愛すべきトンデモ民主主義国』平凡社新書、pp. 14-5。

<sup>70</sup> 松村前掲書、p. 174。

<sup>71</sup> Patrick Hassenteufel, 2003, « Le premier septennat du plan Juppé : un non-changement décisif », Jean De Kervasdoué (dir.), *Carnet de santé de la France 2003*, Paris : Dunod, pp. 128-9.

<sup>72</sup> 社会保障の累積赤字約 2500 億フランを償還するために、1996 年 2 月から 2009 年 1 月までの 13 年間にわたって、最低所得保障給付などを除く所得から一律 0.5%を徴収すると規定された。

予算に関わる財政法に加えて社会保障財政法が新設された。4月24日にはオルドナンスによって年金改革を除くジュペ・プランの内容が法制化された。

年金改革の撤回によって抗議運動が沈静化に向かったこと、労働組合のうち中道左派のCFDT、医師組合のうち一般医の組合であるMGフランスがジュペ・プランの医療保険改革案を支持したことが改革の成立を助けた。また、オルドナンス（委任立法）の形をとることで迅速に法制化がなされた。ジュペ改革の過程にはフランスの行政府の凝集性の強さ、立法府に対する制度的優位性が顕著に表れているといえる。

しかし、医師組合の多くは医療保険給付費の目標（ONDAM）に強制力をもたせることを断固として認めようとしなかった。結局、開業医部門では医療費抑制に関する様々な施策は成果をあげることができなかった。ジュペ・プランは議会による社会保障予算の決定を中心として、当事者による自治という戦後社会保障制度の基本原則に修正を迫るものであったが、医師との合意形成なしで医療保険改革を断行することの困難さを明らかにした。ことの顛末は、中央集権的な「強い国家」が関係者を無視して政策を断行するがゆえに反発を招き、その結果当初国家が期待していた成果が達成されないというフランスの政治過程に対する通説<sup>73</sup>を裏付けているといえよう。おそらくジュペはそれまでの社会保障改革の経緯から事前の広範な合意形成を困難と判断し、密室的に改革案を作成した上で迅速な法制化を目指す戦略をあえてとったものと思われるが、結果的にこの戦略は裏目に出た<sup>74</sup>。これ以降、左翼政権・右翼政権ともに労働組合や医師組合との事前調整を重視するスタイルが見られるようになる。ジュペ改革の翌年の1997年5～6月にはシラク大統領が解散・総選挙に打って出るが、社会党の大躍進を招き、保守政権は退陣することになる。

#### d. 医療費抑制の失敗<sup>75</sup>

社会党のリオネル・ジョスパン（Lionel Jospin）首相率いる左派政権時代（1997～2002年）には、ジュペ改革を定着させるための努力が続けられたが、その手段はより穏健になっていった。結果的に医療費抑制政策は徐々に形骸化してしまう。

医療保険給付費全国目標（ONDAM）は最初の1997年度こそ達成されたものの、翌年以降開業医部門では目標の超過が続いた（表6-3）。1997年には目標を超過した場合の制裁措置を含む全国協約が一般医についてはMGフランスと、専門医についてはフランス外科医・

<sup>73</sup> 吉田徹, 2004, 「フランス——避けがたい国家?」小川有美, 岩崎正洋編『アクセス地域研究 II』日本経済評論社, pp. 107-26; Hayward and Wright, *op. cit.*

<sup>74</sup> 念のため補足しておく、ジュペ・プランの全ての施策が定着に至らなかったというわけではない。法制化以前に撤回された公共企業の年金改革、法制化後に撤回された開業医部門に対する医療費総枠予算制の強制（制裁措置）などを除けば、社会保障財政法、医療保険金庫の組織改革、州病院庁の創設など多くの新施策が定着を見ている。次節でとりあげるように、医療保険料からCSGへの財源の切り替え、社会保障債務返済税（CRDS）の導入など社会保障財源改革も実現している。

<sup>75</sup> 尾玉前掲論文, 2009, pp. 122-3 を加筆・修正した。

専門医合議連合（UCCSF : Union collégiale des chirurgiens et spécialistes français）と個別に締結されたが、CSMF 等の医師組合の取り消し訴訟によってコンセイユ・デタが協約を認可した省令を無効と判断した。一般医の協約では全国目標の他に州ごとに目標が設定され、目標が達成されなかった州では、州単位で診療報酬を医療保険金庫に返還することになっていたが、それでは個々の医師の活動量が考慮されないため認可は取り消しとされた（1998 年 7 月 3 日判決）。専門医の協約については UCCSF に専門医の組合としての全国的な代表制が認められず無効とされた（1998 年 6 月 26 日判決）<sup>76</sup>。医療保険金庫と医師組合の協約に基づく医療保険運営の行き詰まりが再度明らかになった。ジュペ改革によって医療保険金庫と政府・議会の関係が法的に整理され、また医療保険金庫の理事長ポストが FO から CFDT に移行したことで、国家と医療保険金庫の関係は以前に比べて強固なものになった。しかしながら、開業医の報酬や医療費抑制に関する取り決めは医療保険金庫と医師組合の協約に基づくという枠組みは残され、協約の不成立によって医療費抑制政策が実現しないという状況も続いたのである。

＜表 6-3 医療保険給付費全国目標（ONDAM）と実績（%）、1997～2008 年＞

	1997	1998	1999	2000	2001	2002
ONDAM	1.7	2.4	1.0	2.9	2.6	4.0
実績	1.5	4.0	2.6	5.6	5.6	7.2
	2003	2004	2005	2006	2007	2008
ONDAM	5.3	4.0	3.2	2.5	2.6	2.8
実績	6.4	4.9	4	3.1	4.2	3.3

出典 : Bruno Palier, 2011, *La réforme des systèmes de santé* (5<sup>e</sup> éd.), Paris : Presses Universitaires de France, « Que sais-je ? », p. 103 Tableau 5 (= 2010, 林昌宏訳『医療制度改革：先進国の実情とその課題』文庫クセジュ, p. 111 表 4) . なお、日本語訳書は原書の第 4 版に依拠している。  
注 : 数値は前年度の医療保険給付費総額に対する増加率。

その後、1999 年社会保障財政法のなかで左派政権は改めて報酬返還措置を規定したが、今度は憲法院による違憲判決が下されたことで制裁措置の設計は断念された。1999 年社会保障財政法では、目標超過時の返還額を各医師の所得水準や報酬に関するセクター区分に応じて定めることになっていたが、憲法院は本来コントロールすべき各医師の活動量とは異なる基準によって返還額が決められることを平等原則に対する違反としたのである<sup>77</sup>。

需要に基づいた医療政策形成の要である医療会議も直ちに複数の困難に直面した<sup>78</sup>。新た

<sup>76</sup> 以上の経緯については、Hassenteufel, art. cit., p. 129 ; 稲森公嘉, 2003, 「フランスの医療保険制度改革」『海外社会保障研究』145, p. 29 参照。

<sup>77</sup> 注 76 に同じ。

<sup>78</sup> Didier Vinot, 2002, « Les conférences régionales de santé au milieu du gué : un outil en transition pour une politique de santé publique », *Politiques et management publique*, 20(2), pp. 97-115.

な試みを支える方法論の準備がなされておらず、公衆衛生の優先目標が厳密な研究や方法論に依拠して作成されることは稀であった。実効性という点では目標を遵守させるための強制力を欠いていたことが致命的だった。また、州医療会議と全国医療会議の接続が不十分であったため、ローカル・州・全国の順にボトムアップ方式で医療政策を策定し、それに基づいて医療費を決定するというアイディアは全く実現しなかった。各州の需要を考慮して州間の医療費の調整を行うことも不可能であった。結局、医療保険給付費全国目標（ONDAM）は医学的観点に依拠して決定されることはなかった<sup>79</sup>。

ミクロ・レベルの施策に関しても状況は同様である。拘束力のある医療指標（RMO）はジュペ改革によって数こそ増えたものの医師に対する制裁措置はほとんど発動されなかった<sup>80</sup>。参照医制度はもともと任意加入の制度だったこともあり広範な普及には至らず<sup>81</sup>、健康手帳に至っては素朴な紙媒体が配布されたのみで個人情報保護が十分といえずほとんど利用されなかった<sup>82</sup>。要するに、ジュペ・プランの野心的な施策の多くは医療関係者の十分な協力を得られず、当初期待された可能性をほとんど実現できなかった。

全国協約の締結が困難になって以降ジョスパン政権は医師組合との協調を模索し、自由医療の制限は減速することになった。2000年社会保障財政法では制裁措置ではなく医療費抑制への協力に対する報酬を与える制度が導入されており、押し付けからインセンティブの付与へと目的達成手段の変化が見られる<sup>83</sup>。また、1999年には全国被用者医療保険金庫事務局長であったジョアネが医療保険改革の戦略プラン<sup>84</sup>を提案したが左派政権は医療制度の合理化案よりも医療従事者との関係悪化の回避を優先しこれを拒否している。ジョスパン政権の医療政策は基本的にはジュペ改革の諸施策を継承しており、それらの定着を目指して試行錯誤していたものといえるが、医療費のコントロールには至らず、2000年以降医療費は再び大きく伸びるようになった（表 8-2, p. 319）。

このように医療費抑制政策が停滞した一方で左派政権時代には医療保険の財源改革が一挙に進み、公的医療保険や民間保険に加入していない者に対する対策も打ち出された。それらを順に検討してみよう。

---

<sup>79</sup> そもそも翌年の医療保険給付費を合理的に予測することは困難である。医療保険給付費の目標は12月に社会保障財政法によって決められるが、その時点ではその年の医療費の実績値も判明していない。社会保障財政法案の内容は財務省と交渉しつつ社会保障局が準備しているが、医療保険給付費の目標値は政治的判断によって決定されているようだ。Hassenteufel, art. cit., p. 126 ; Patrick Hassenteufel (dir.), 2008, *Les nouveaux acteurs de la gouvernance de la protection maladie en Europe (Allemagne, Angleterre, Espagne, France)*, Rapport de recherche pour la MIRE, p. 24.

<sup>80</sup> Pascal Breuil-Genier et Frédéric Rupprecht, 1999, « La maîtrise des dépenses de santé, la réforme de l'assurance-maladie (1996-1999) », *Revue française d'économie*, 14(3), p. 152 ; Hassenteufel, art. cit., pp. 134-5.

<sup>81</sup> Hassenteufel, art. cit., p. 139.

<sup>82</sup> 笠木映里, 2007, 「医療制度——近年の動向・現状・課題」『海外社会保障研究』161, pp. 18-9.

<sup>83</sup> 稲森前掲論文, pp. 30-1.

<sup>84</sup> このジョアネ・プランの内容については以下を参照。Jean De Kervasdoué (dir.), 2000, *Carnet de santé de la France en 2000*, Paris : Syros, pp. 159-74.

### 6-3. 医療保険の財源改革——社会保険料から CSG へ

第4章 4-3.で検討したように、1990 年末に導入が決められた一般社会保障税（CSG）は当初家族手当の財源に用いられ、1993 年に税率が 1.1%から 2.4%へと引き上げられた際には最低保障年金の財源に充てられた。こうした財源改革においては、家族手当や最低保障年金が社会保険料の拠出に応じて受給権が得られる給付ではない以上、従来のように労使の社会保険料拠出を財源とするのではなく、労働者・退職者・失業者・資産を有する者・投資で利益を得ている者など万人が負担する CSG へと財源を切り替えることが正当化されてきたのだった。

1990 年代には左右の大政党は医療保険の給付も既に全住民が対象となっている以上、医療保険料ではなく租税によって財源を調達することに賛成であった<sup>85</sup>。そうして国家が財源面で責任を持つだけでなく、公衆衛生政策を展開することで医療保険・医療供給体制双方に対する国家の主導性を回復することが検討されていた<sup>86</sup>。しかし、CGT と FO は社会保険料を支払える者で引き続き医療保険制度を構成し、拠出能力の乏しい者（例えば、失業者）については国家が租税を用いて給付を保障するという二元的な枠組みを望んでいた。医療保険制度の財源に税を用いるとなれば、制度に対する国家の影響力は強化され、労働組合のそれは低下するであろう。CGT と FO は労使が管理する医療保険制度という枠組みに執着し、医療保険の国家化（étatisation）に反対していた。他方、CFDT は普遍的な財源による普遍的な医療保障を選好していた。

要するに、左右の主要政党と CFDT は戦後社会保障制度の改革に積極的であり、CGT と FO は戦後社会保障制度の理念の徹底を求めていた<sup>87</sup>。これは財源改革に限らずその他の社会保障改革においても見出された構図である。CFDT は CSG の導入・拡大に賛成であり、1996 年に CSG の医療保険財源への充当が決定されるとともに CFDT は全国被用者医療保険金庫理事会の理事長ポストを得ている。1990 年代の社会保障改革の実現の条件として、CFDT が社会保障に関する立場を変えて政府と協力できるようになったことは無視できない<sup>88</sup>。

ジュペ内閣以降、実際に医療保険料の CSG への切り替えが進んでいく。これによって医療保険の収入が拡大するとともに、医療保険制度自体の性格も賃金労働者のための医療保険制度から万人のための医療保障制度へと変化していくことになる。1996 年末に成立した 1997 年社会保障財政法によって CSG の税率は 2.4%から 3.4%へと引き上げられ、同時に賦

<sup>85</sup> ただし、左右の政党間で力点の違いがある。右翼政党（および経営者団体）は企業の社会保障負担（charges sociales）を減らすことで労働コストを抑制することに關心を持っており、社会党のメンバーもこうした關心は共有しているが、どちらかといえば社会保険制度の有効性の危機を強調し、低所得者対策を強化すること、そのために賃金以外の収入にも財源を求めることをうったえていた（Palier, 2005, *op. cit.*, pp. 367-9）。

<sup>86</sup> *Ibid.*

<sup>87</sup> このパラグラフの記述は、*Ibid.*, p. 370 に依拠してまとめた。

<sup>88</sup> *Ibid.* ; Damme et Jobert, *art. cit.*

課対象が賭博益<sup>89</sup>にも拡大された。この改正によって社会保険料と比べた CSG の収入がさらに大きくなった。増収分は医療保険の財源に充当されることになり、反対に被用者の医療保険料率が 6.8% から 5.5% へと引き下げられた。こうした財源調達方法の変更は普遍的医療保険制度 (assurance maladie universelle) 創設の前提であり、職域連帯ではなく国民連帯に基づく給付には税財源を用いるべきだとする論理が医療保険についても適用され始めた<sup>90</sup>。

1997 年に成立したジョスパン内閣はこうした変化をさらに推し進めた。1998 年社会保障財政法によって CSG の税率は 3.4% から 7.5% まで一気に 4.1 ポイントも引き上げられ<sup>91</sup>、その代わり被用者の医療保険料率は 5.5% から 0.75% へと 4.75% 引き下げられた。残された 0.75% の被用者保険料は傷病手当金 (indemnité journalière) の財源として用いられている。休業時の所得を保障する傷病手当金は拠出実績 (従前賃金) に応じて給付されるものであり、年金や失業保険と同様に引き続き社会保険の論理に属している。他方、医療サービスの現物給付を賄うための財源については社会保険料ではなく CSG によって負担されることになった。

1997 年の 9 月に CSG の大幅引き上げが発表されると、共産党の議員たちはこれに反対し、企業負担のよりいっそうの強化を求めた<sup>92</sup>。もっとも、ジョスパン内閣による社会保障財源改革は、賃金から資産への社会保障負担の徴収ベースの移行、すなわち一般被用者の負担軽減を目指したものであった<sup>93</sup>。左翼政権は保険料から CSG への財源切り替えに加えて、資産と投資所得に課される 2% の社会保障目的の徴収金を新設しており、資産所得からの財源調達を強化したのである。共産党議員たちは投票を棄権し、成立後半年で左翼連立政権が分裂するという事態は回避された。上院では修正案が提出されたが、最終的に 12 月 2 日に 1998 年社会保障財政法は可決された。RPR と UDF の議員たちはこれを憲法院に付託し、部分的に違憲判決がなされたが、23 日に公布された<sup>94</sup>。

こうして医療保険の現物給付に関しては被用者負担の租税代替化が完遂されるに至り、医療保険財源の約 3 割が CSG によって占められるようになった<sup>95</sup>。1998 年には CSG の税収は 3,360 億フランに達し、同年の所得税 (impôt sur le revenu des personnes physiques) の税収 2,900 億フランを抜いて、最も税収の多い直接税となった。CSG を筆頭に社会保障目的税の規模は 1995 年から 2000 年にかけて 1,683 億フランから 5,294 億フランへと 3.1 倍になった。とりわけ 1998 年に CSG の税率が大幅に引き上げられた影響が大きい。

---

<sup>89</sup> 具体的には、宝くじの賞金、競馬の獲得金、カジノの獲得金が課税対象とされた。CSG の賦課基準は、伊奈川秀和、2000、『フランスに学ぶ社会保障改革』中央法規, pp. 190-1 で整理されている。その他の賦課基準拡大措置については、松本前掲書, pp. 287-8 を見よ。

<sup>90</sup> Palier, *op. cit.*, p. 370.

<sup>91</sup> 年金などの代替所得に対する税率は 3.4% から 6.2% へと引き上げられた。

<sup>92</sup> *Le Monde*, 18 septembre 1997, 2 novembre 1997, 15 novembre 1997.

<sup>93</sup> 松本前掲書, pp. 288-9.

<sup>94</sup> ジュペ内閣時代の最初の 1997 年社会保障財政法以来、ジョスパン内閣の間は毎年憲法院への付託が行われ、何らかの規定が違憲とされる状態が続いた (稲森前掲論文, p. 28)。

<sup>95</sup> 以下、このパラグラフの記述は、Palier, *op. cit.*, pp. 371-2 に基づく。

全国被用者医療保険金庫（CNAMTS）の赤字はピーク時の 1995 年度には 386 億フランに達していたが、1998 年度には景気回復と財源の拡大に支えられ 144 億フランまで縮小し、2000 年度にはほぼ財政が均衡する（表 4-1、表 8-1）。財源改革に成功したことでジョスパン内閣は厳しい医療費抑制や給付削減を行わずに済んだのである。その後、2004 年にはドスト＝ブラジ・プランによって再度 CSG の引き上げが決まる。翌年から CSG の賦課ベースは賃金の 95%から 97%へと引き上げられ、退職者・障害年金受給者に対する税率が 0.4%引き上げられ 6.6%となった（第 8 章）。要するに、1990 年代後半以降医療費抑制政策が停滞するなかで、CSG による収入拡大が財政対策の鍵となったのである。

なお、CSG は企業の社会保険料負担を抑制するという右翼政党および左翼政党内の右派の目的も達成した。医療保険料の事業主負担は 1984 年に賃金全体の 12.6%とされたが、2013 年の料率は 12.8%にとどめられている<sup>96</sup>。社会保険料から CSG への租税代替化は社会保障負担を企業から個人へと移転することでもあった。社会保障財源全体に占める事業主の保険料負担は長期的に減少してきた<sup>97</sup>。1990 年から 2000 年までに社会保障（protection sociale）費全体に占める事業主の保険料負担の割合は 51.9%から 46.5%へと低下した<sup>98</sup>。

とはいえ、CSG という新たな社会保障目的税が導入されたことで、社会保障費の財源に占める社会保険料と各種目的税を合わせた社会保障目的財源の割合は同時期に 83.5%から 86.1%へと向上した<sup>99</sup>。フランスは社会保険料の役割を限定しつつも新たな社会保障財源の確保に成功したのである。

なお、1996 年にはジュペ・プランによってもう一つの新たな社会保障財源として、社会保障債務返済税（CRDS : contribution pour le remboursement de la dette sociale）が導入されている<sup>100</sup>。これは CSG をモデルとしたものだが CSG よりもさらに賦課対象が広く、最低生活保障のための社会保障給付以外の収入が課税対象となる。CRDS の税率は所得の 0.5%とされ、1991 年以降の社会保障赤字を引き受けるために 1996 年に創設された社会保障債務償還基金（CADES : caisse d’amortissement de la dette sociale）の支払い原資として用いられることになった。当初債務返済の期限は 2009 年までの 13 年間とされたが、1997 年 10 月にジョスパン内閣が 2014 年までの延長を決めた。2004 年にはドスト＝ブラジ・プランによってさらに延長されており、時限立法だったはずが恒常的に利用されるようになった。

CSG が医療保険の財源に用いられるようになったことで、労使が保険料を拠出して制度を管理するというフランスのビスマルク的な医療保険制度において、国家が租税によって普遍的な給付を行うという異質な要素が強まることになった。CSG は財源を拡大するという機能を果たしただけではなく、医療保険制度の基本的な性格を変化させたのである。ジ

<sup>96</sup> 2005 年、2006 年の保険料率は 13.1%だったが翌年から引き下げられた。

<sup>97</sup> Palier, *op. cit.*, p. 373. これは租税代替化が進んだこととは別に、社会保険料の免除措置が雇用拡大策として繰り返されてきた結果でもある。

<sup>98</sup> Jean-Claude Barbier et Bruno Théret, 2009, *Le système français de protection sociale*, Paris : La Découverte, p. 33 Tableau 5.

<sup>99</sup> *Ibid.*

<sup>100</sup> 以下、CRDS については、Palier, *op. cit.*, p. 371 に依拠してまとめた。



ジョスパン内閣は財源の普遍化とともに給付の普遍化も行った。次項ではこの点を扱う。

#### 6-4. 普遍的医療保障（CMU）制度の導入（2000 年）——低所得者対策の強化

財源の租税代替化と並んでジョスパン内閣が医療保険に関してもたらした重要な改革は普遍的医療保障（CMU : *couverture maladie universelle*）制度の創設である。CMU 導入の第一の目的は約 15 万人存在していた無保険者を公的医療保険制度に加入させることであり<sup>101</sup>、第二の目的は任意加入の補足医療保険<sup>102</sup>に加入していない一定所得以下の住民（約 600 万人）に対して補足 CMU（CMU *complémentaire*）を無償で適用することで、医療機関における自己負担を完全に免除することであった。

普遍的な医療保障制度の創設は 1980 年代以来医療へのアクセスの不平等の是正という観点から、また社会的排除対策の観点から要求されていた<sup>103</sup>。従来は職域別の医療保険制度から漏れてしまう人々のためには個人保険制度が用意され、また医療保険料を納めることが困難な低所得者については県の医療扶助による対応が行われてきた。問題は医療扶助を受けるための所得制限を超える所得を有するものの、医療保険料を納める余裕のない所得層の人々が、無保険者となっていたことである。また、医療扶助の水準が県によって異なっていることも問題視されていた。

もう一つの問題は公的医療保険に加入している人々の間でも医療機関へのアクセスに格差があったことである。1980 年代以降、公的医療保険の給付水準の低下や給付が適用される範囲の縮小による自己負担の増加に加え、超過料金を請求するセクター2 の医師の増加などによって医療へのアクセスの不平等化が進んでいた。失業の長期化や若年失業の問題は事態をより悪化させていた。とりわけ、共済組合や民間保険などの補足医療保険制度に加入しているか否かによって医療へのアクセスには大きな違いが生じていた。

これらの不平等を解消するためジョスパン内閣は 1999 年に普遍的医療保障（CMU）を創設したのである。CMU 導入によって全住民に公的医療保険が適用され（低所得者は拠出を免除される）、補足医療保険に加入していない月収 3,500 フラン以下の人々（約 600 万人）には補足 CMU が無償で適用され、公費による医療機関における自己負担の免除措置がとら

---

<sup>101</sup> また、それまで個人保険（1978 年創設の公的医療保険）に加入していた約 55 万人も CMU の対象者とされた（低所得者は保険料拠出を免除される）。CMU の適用要件は合法的な居住であり、居住要件を満たせない非正規滞在者や難民などは国による扶助を受ける。

<sup>102</sup> 補足医療保険制度とは公的医療保険制度の適用外の自己負担部分をカバーするためのものであり、任意加入とはいえ事実上公的医療保険の二階建て部分を形成している。非営利の共済組合のシェアが大きい。

<sup>103</sup> CMU 導入の背景については以下を参照。松本前掲書、pp. 290-1 ; Pierre Volovitch, 1999, « Egalité devant les soins, égalité devant la santé : quel rôle pour l'assurance-maladie? », *Revue de l'IRES*, 30, pp. 149-76.

れた<sup>104</sup>。公的医療保険制度への加入を確保するだけでなく、自己負担免除措置を大規模に導入することで、医療機関へのアクセスの実質的な平等化を進めたと評価できよう<sup>105</sup>。

CMU 法案は 1999 年 3 月に閣議決定を経て議会に提出された<sup>106</sup>。議会内では右派の RPR・UDF・DL (Démocratie libérale: 自由民主党)<sup>107</sup>の議員は普遍的な医療保障の実現には賛同していたが(普遍的医療保険はジュペ・プランの一部でもあったが、議会解散とともに廃案になっていた)、拠出と給付のあり方について対案を出していた。他方、左派の共産党や緑の党は補足 CMU の所得制限を月収 3,500 フランではなく月収 3,800 フランにするようにと、より寛大な措置を要求していた。法案は共産党の賛成を得て 5 月 5 日に国民議会の第一読会を通過し、6 月 30 日に可決されている。下院の右派議員たちが憲法院に提訴したが合憲とされ、7 月 28 日に公布された。

CMU の財源にはタバコ税、アルコール税、資産所得に対する社会的徴収金、補足医療保険の保険者に対する課税などが用いられ、一定所得以下の受益者には拠出義務を課さないため保険原理には則っていない<sup>108</sup>。参入最低所得 (RMI)<sup>109</sup>と同様に無拠出制の所得制限付き給付である。1997 年以降の CSG による医療保険料の代替は医療保険の財源について職域連帯から国民連帯への移行を促したが、CMU の導入は給付の面で同様の変化を引き起こしたといえよう<sup>110</sup>。税財源の投入と無拠出者の受給権の保障によって、フランスの医療保険制度においては社会保険料を財源とする職域ごとの社会保険という職域連帯の論理が希薄化し、税財源による普遍的な給付という国民連帯の論理が強まったのである。租税代替化と CMU の導入は、保険料を支払う正規労働者を支え手および受益者とするビスマルク型の社会保障制度が、大量失業や雇用の不安定化といった現実には適合しなくなっていることへの対応策であった。それゆえ、1990 年代以降経営者団体は自分たちに医療制度を管理する正統性がないことを認めている<sup>111</sup>。名称としては医療保険のままだが、財政面に関し

<sup>104</sup> CMU 導入によって県の医療扶助は廃止された。

<sup>105</sup> 松本前掲書, p. 294。

<sup>106</sup> 以下、*Le Monde*, 2, 6 et 28 mai 1999, 4 juin 1999, 2 et 25 juillet 1999 による。

<sup>107</sup> 1998 年に UDF から分離した。

<sup>108</sup> 以下の CMU に関するまとめは、尾玉剛士, 2010b, 「フランスにおける福祉国家の再編——労使自治の衰退と国家の優越」『ソシオロギス』34, pp. 73-4 を加筆・修正したものである。

<sup>109</sup> RMI は 1988 年にロカル政権によって社会的排除対策の要として導入された、25 歳以上の人々を対象とした税財源の最低所得保障制度である。詳しくは以下を参照。都留民子, 2000, 『フランスの貧困と社会保護：参入最低限所得 (RMI) への途とその経験』法律文化社。

<sup>110</sup> 笠木前掲論文, p. 21。本文で述べたように CMU 自体の財源には CSG ではなくその他の税収が利用されているが、社会問題省の官僚は両者を関連づけて議論している。Anne-Marie Brocas, 2001, « L'universalisation à la française », Christine Daniel et Bruno Palier, *La protection sociale : le temps des réformes*, Paris : La Documentation française, p. 228。なお、財源の租税代替化を進めながらも、公営医療保障制度への移行が行われず、CMU が既存の公的医療保険や補足医療保険を残した形になっているのは、労働組合や共済組合の抵抗を避けるためだったという。Brocas, art. cit., pp 228-9 ; Palier, 2005, *op. cit.*, p. 268。つまり、既存のシステムの内部で既得権を有している集団の抵抗を抑制できるように配慮した制度設計が行われたということである。

<sup>111</sup> Pierre-Louis Bras, 2009, « La création des agences régionales de santé : notre système de santé sera-t-il encore mieux gouverné ? », *Droit social*, 11, p. 1129。

ては税財源によって普遍主義的な医療保障を達成しようとするイギリスや北欧の医療保障制度に接近したといえよう。

#### 6-5. 結論——1990年代の諸改革がもたらした帰結

1990年度から医療保険制度は赤字が深刻化していくが、医療保険金庫（労使）と医師組合は自律的に医療費抑制に関する合意を形成することができなかった。このため政府の側では無駄な治療や重複受診などを排除するための医学的費用抑制政策を提案し（拘束力のある医療指標、かかりつけ医制度、健康手帳）、全国協約を通じた定着を狙った。医療保険の当事者自治は機能不全に陥り、政府内では国家主導の医療費抑制政策を推進しようとする動きが強まっていた。

1995年のジュペ・プランはこうした動きを体系的に推し進め、議会が医療保険給付費の伸びを定め、金庫は目標実現を政府と契約するという法的枠組みを導入した。医療保険金庫の理事長ポストには改革反対派のFOではなく推進派のCFDTが就くことになった。ところが、分裂・競合する医師組合の協力をとりつけることができず、ジュペ・プランのうちに医療費抑制に関する施策は機能せず、医療保険給付費の伸びの目標は最初の1997年度を除いて達成されなかった。行政府の凝集性が高く、また行政府の立法府への優位が確立されていることで大統領・首相が強いリーダーシップを発揮できるという政治制度上の仕組みの下で、ジュペ・プランの改革案は次々と法制化されたものの、医師との合意形成が不十分であったため、医療費の伸びが守られなかった際の制裁措置は葬り去られてしまった。拘束力のある医療指標（RMO）不順守の際の制裁措置もほとんど発動されず、かかりつけ医制度や健康手帳も普及しなかった。政治制度上、行政府内で形成されたアイディアを法制化するところまでは一挙に進めることは可能だったが、市民社会レベルでの合意を醸成し、制度として定着させるという段階で躓いたのだった。分裂した政治社会における合意形成の困難が表れている。医療費抑制の必要性は政権の左右を問わず共有されており、ジョスパン内閣はジュペ・プランの諸施策の定着に向けて努力したが、目立った成果をあげることができなかった。結局、総医療費対GDP比は1990年の8.4%から2000年の10.1%まで増加した（巻末資料・表1）。

このように医療費抑制政策が行き詰まる一方、医療保険の財源改革が進められた。ジュペ政権は1997年社会保障財政法によってCSGを2.4%から3.4%へと引き上げ、医療保険についても財源の一部がCSGによって賄われるようになった。さらに、ジョスパン政権が1998年社会保障財政法でCSGを一挙に7.5%まで引き上げ、医療保険の現物給付の財源（治療費の財源）については租税代替化が完了した。一部労働組合（CGT、FO）は社会保険料からCSGへの財源切り替えに反対していたが、左右の主要政党は租税代替化の推進による社会保障財源の多様化、企業の社会保険料負担抑制に積極的であり、ジュペ内閣・ジョスパン

内閣とも社会保障財政法を通じた租税代替化に成功した。1990年から2000年にかけてフランスでは社会保険料を含む総税収対GDP比が42%から44.4%に増加し<sup>112</sup>、社会支出対GDP比が25.1%から28%に増加したが<sup>113</sup>、こうした大きな福祉国家路線を財源面から支えたのがCSGであった<sup>114</sup>。また、1996年に社会保障債務返済税（CRDS）が2009年までの時限立法として所得に対して0.5%徴収されることになり、左派連立内閣によって5年間の延長が決められている。医療保険金庫の赤字はピークだった1995年度の386億フランから1999年度には83億フランまで減少した。全国被用者医療保険金庫の赤字は解消されたなかったものの、一般制度全体（医療保険・年金・家族手当）としては1999年度から2001年まで黒字が続く<sup>115</sup>。

社会保険料よりも賦課基準が広いCSGへと財源が変更されたのに合わせて、給付面でも普遍的医療保障（CMU）の導入が決まった（2000年実施）。これによって公的医療保険の未加入者対策がとられるとともに、補足医療保険の未加入者への財政支援も行われることとなった。1993年に医師の診察料の償還率が75%から70%へと引き下げられたのを始めとして、医薬品の償還率の引き下げや適用除外などの措置が行われたことで医療費全体に占める公的医療保険の割合は微減したが<sup>116</sup>、これに対しては補足医療保険への加入を促進するという解決策がとられることになった。このため患者自己負担（家計負担）が総医療費に占める割合は1990年には11.4%だったが、2000年には7.1%に縮小している（巻末資料・表3）。日本と比較すると、最終的な家計負担の割合は低くなっているが、その代わり公的医療保険・補足医療保険を合計した医療保険負担も大きくなっている。

最後に、国家財政全体の収支は、1997年から景気が回復に向かい、また公営企業の民営化収入が得られたことで改善に向かった。1998年から2000年には実質GDP成長率が3%台で堅調に推移し（巻末資料・表5）、失業率も2000年には8.5%まで低下した<sup>117</sup>。単年度財政収支の赤字は1990年代後半に縮小が続き、2000年度にはマイナス1.5%まで低下した。一般政府の累積債務残高（グロス）は1990年度の35%から1998年度には60%へと増加したが、その後縮小に向かい2000年度には57%となった。フランスは無事にヨーロッパ通貨統合に参加することができ、1999年に単一通貨ユーロが誕生した。

<sup>112</sup> OECD, 2011, *Revenue Statistics 1965-2010*, Paris : OECD, pp. 80-1.

<sup>113</sup> OECD, *Social Expenditure Database*, OECD ホームページ < <http://www.oecd.org/social/expenditure.htm> > 2014年3月27日閲覧.

<sup>114</sup> 小西杏奈, 2013, 「一般社会税（CSG）の導入過程の考察——90年代のフランスにおける増税」井手英策編『危機と再建の比較財政史』ミネルヴァ書房, pp. 343-4.

<sup>115</sup> Palier, 2005, *op. cit.*, pp. 171-2.

<sup>116</sup> 治療費が医療保険によって償還される割合は1980年には76.5%だったが、1990年には74%、1994年には73.5%、1995年には73.9%となった。Marie-Thérèse Join-Lambert (et al.), 1997, *Politiques sociales* (2<sup>e</sup> éd.), Paris : Presses de la Fondation nationale des sciences politiques et Dalloz, p. 510 Tableau 99.

<sup>117</sup> INSEE, *Enquêtes Emploi 1975-2012, séries longues*, INSEE ホームページ < [http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg\\_id=0&ref\\_id=NATnon03337](http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATnon03337) > 2014年3月27日閲覧.

## 第7章 2000年代の日本の医療保険改革——さらなる医療費抑制

2000年代の日本では2002年と2006年に重要な医療保険改革が行われており、いずれも小泉内閣によるものである。2002年、2006年には診療報酬本体部分のマイナス改定が行われており、小泉政権時代の日本では従来以上に厳しい医療費抑制政策が行われた。1990年代末に自民党を中心とする連立政権は公債発行を容認しつつ高齢者負担の軽減や医師会との妥協を重視する政策をとったが、2001年4月の小泉政権成立により国債発行の抑制・公的支出抑制が優先課題になると、受診側（高齢者を含む）・診療側双方に対する医療費抑制政策が強化されることになった。減税と赤字国債の発行という1990年代に繰り返された解決策は今や膨大な財政赤字という問題へと転化し、反動的に厳しい支出抑制策がとられるようになった<sup>1</sup>。公共支出削減を回避できるような財源は1990年代を通じて用意されなかったのである。さらに、年金財源として考えられてきた消費税の引き上げは小泉が自分の首相在任中は行わないと公言したことで2001年以降もタブーとなり、小泉政権期においても社会保障財源を確保するための税制改革は進まず、支出抑制が徹底されることになった。

また、小泉政権時代には日本の政治制度の特徴に変化が生じたことで、緊縮政策への方針転換がより貫徹されやすくなった。つまり、政府・与党それぞれの凝集性が高まり、政府・与党関係についても前者の優位が目立つようになった。とりわけ2005年の郵政選挙後には首相の権威が強まった。このように意思決定過程の集権性が高まったことは医療費用抑制の貫徹を助けた。国債発行を抑制する場合、残された選択肢は財源の拡大と支出の削減だが、強化された首相の権威は後者の選択肢を追求するために用いられたのだった。1996～98年にかけて厚生大臣を務めていた小泉は1997年、2000年の医療保険改革の不徹底さに不満を持っており、首相となってから医療保険改革においてリーダーシップを発揮しようとする。また、それまで医療制度改革の原案作成を担当してきた厚生労働省（旧厚生省）は首相とその周辺に位置する経済財政諮問会議や規制改革会議によって作成された新自由主義的な医療制度改革案への対処を迫られるようになる。

以下ではまず小泉政権誕生後の政治状況を検討した上で（7-1.）、「三方一両損の改革」といわれた2002年改革（7-2.）、医療に関する規制緩和の（非）展開（7-3.）、高齢者医療制度改革（後期高齢者医療制度の導入）を実現した2006年改革（7-4.）の経緯と内容を分析していく。小泉政権時代の医療保険改革は診療報酬の引き下げと患者自己負担の拡大という診療側・患者側双方に対する医療費抑制政策の徹底からなり、1990年代後半に議論されるようになった公費負担の拡大は回避された。90年代以前であれば医師会と与野党の政治家

---

<sup>1</sup> こうした「改革の軌道 (reform trajectory)」の変化という観点から福祉国家の政策を長期的に捉えようとした研究として、以下を参照。Bruno Palier, 2010a, “Ordering Change : Understanding the ‘Bismarckian’ Welfare Reform Trajectory,” Bruno Palier (ed.), *A Long Goodbye to Bismarck? : the Politics of Welfare Reform in Continental Europe*, Amsterdam : Amsterdam University Press, pp. 19-72 ; Philip Manow, 2010, “Trajectories of Fiscal Adjustment in Bismarckian Welfare Systems,” Palier (ed.), *op. cit.*, pp. 279-99.

の反発によって医療費抑制政策の程度が緩和されるのが常であったが、2000年代には首相のリーダーシップが強化されたことで政府（首相）の方針が貫徹されやすくなった。こうした支出削減に偏った財政均衡戦略は医療現場の疲弊や医療機関へのアクセスの低下を招き、福田康夫内閣以降医療費抑制政策からの転換が目指されるようになったが、不安定な政権が連続したことと、経済危機によって劇的に税収が落ち込んだことによって、医療保障の強化のための財源の確保は進捗しなかった（補論）。

## 7-1. 小泉政権の特徴

### a. 景気回復よりも構造改革を——小泉内閣の誕生

2001年4月の自民党総裁選挙で小泉純一郎は「構造改革なくして景気回復なし」という立場を打ち出し、景気回復優先の麻生太郎・亀井静香、景気回復と構造改革の両立を唱える橋本龍太郎を抑えて当選する<sup>2</sup>。5月7日の所信表明演説で小泉は不良債権の最終処理、競争的な経済システムの確立（規制改革）、財政構造改革を主張している<sup>3</sup>。小泉政権成立直前の2000年度補正予算では国債発行額は34兆6,000億円となり、国債依存度は38.5%にも上っていた<sup>4</sup>。小泉は先の演説のなかで財政健全化に向けて2002年度の国債発行額を30兆円以下に抑えると公約している。財政改革の標的となったのは、まず1990年代の度重なる景気対策で膨れ上がった公共事業費、そして公共事業費と並んで一般会計予算を圧迫していた社会保障費であった。2001年度の当初予算で社会保障費は17兆6,000億円に上り、一般会計の21%を占めていた<sup>5</sup>。後述するように、小泉政権の「聖域なき構造改革」では社会保障制度のなかでも医療制度が主な標的になっていく<sup>6</sup>。

小泉政権は閣僚人事においても政策形成においても従来の自民党政権の慣行から逸脱していた。第一に、小泉新総裁は党役職と閣僚の人事について派閥均衡人事の慣行を無視した。最大派閥の橋本派は冷遇され、総裁選の際に小泉と政策協定を結んで辞退した亀井静香も見返りを得ることはできなかった<sup>7</sup>。第二に、各省各局が自民党の族議員と協調しながらボトムアップ式で政策を形成するという慣行に対して、経済財政諮問会議を司令塔とし

<sup>2</sup> 草野厚, 2012, 『歴代首相の経済政策全データ（増補版）』角川 one テーマ 21, p. 222。

<sup>3</sup> 「第151回国会における小泉内閣総理大臣所信表明演説（2001年5月7日）」首相官邸ホームページ < <http://www.kantei.go.jp/jp/koizumispeech/2001/0507syosin.html> > 2014年3月27日閲覧。

<sup>4</sup> 内山融, 2007, 『小泉政権：「パトスの首相」は何を変えたのか』中公新書, p. 46。

<sup>5</sup> 同上, p. 74。

<sup>6</sup> 二本立, 2001, 『21世紀初頭の医療と介護：幻想の「抜本改革」を超えて』勁草書房；尾形裕也, 2005, 「高齢者医療制度の改革——介護と医療の連携の方向」川野辺裕幸, 丸尾直美編『高齢者福祉サービスの市場化・IT化・人間化：福祉ミックスによる高齢者福祉改革』ぎょうせい, p. 165。

<sup>7</sup> 草野前掲書, p. 221。

た首相官邸主導のトップダウン式の政策形成が目指された<sup>8</sup>。つまり、首相官邸が省庁横断的にリーダーシップを発揮することで、増分主義的ではないメリハリのきいた予算配分や経済・財政の構造改革を実現しようとしたのである。医療保険改革にもこうした小泉政権時代の政治過程の特徴が明確に観察される。そこで次に、1990年代以降の政治改革・行政改革がどのように自民党政権の凝集性の低さを補い、首相のリーダーシップを強化するようになったのかを検討したい。

#### b. 1990年代以降の政治制度の変容——政府・与党の凝集性向上と首相のリーダーシップ強化

1990年代の政治改革・行政改革は小泉が官邸主導の政策決定を行うための制度的な基盤を整備していた。第2章で概要を示し、第3章、第5章の事例研究で具体例を確認した日本の行政府と与党の凝集性の低さが、これらの改革によってある程度克服されるようになったのである。

#### 行政改革の成果——行政府の凝集性の高まり

まず、橋本政権下で決定された行政改革によって首相のリーダーシップ強化と個々の政策の統合の条件が整えられた<sup>9</sup>。1998年の中央省庁等改革基本法に基づき、森内閣時代の2001年1月には国の行政機関が1府22省庁から1府12省庁へと再編された。より重要なのは同時に内閣機能が強化されたことである。第一に、内閣官房に政策立案権が認められるとともにスタッフが拡充され、政治任命の補佐官を置けるようになった。例えば、郵政民営化法案の作成は総務省ではなく内閣官房に設置された郵政民営化準備室で行われたため、首相によるコントロールが容易になった。第二に、総理府・経済企画庁・沖縄開発庁が統合され、首相直属の内閣府が設置された。内閣府は首相と内閣官房を助けて重要政策の立案や省庁間の調整を担うことを任務としており、重要政策に関しては特命担当大臣が置かれることになった（例えば、経済財政政策担当、男女共同参画担当、少子化対策担当など）。また、内閣府には首相の諮問に応じて経済・財政政策の基本方針を調査審議することを目的とした経済財政諮問会議が設置された。

小泉政権時代に首相のリーダーシップを発揮するための場として、また個別の政策の統合（政策の体系性の向上）<sup>10</sup>を行うための場としてとくに重要な役割を果たしたのが経済財政諮問会議（以下、諮問会議と略称）であった<sup>11</sup>。まず、政策の統合についてだが、第2章

<sup>8</sup> 内山前掲書；竹中平蔵, 2006, 『構造改革の真実：竹中平蔵大臣日誌』日本経済新聞社；上川龍之進, 2010, 『小泉改革の政治学：小泉純一郎は本当に「強い首相」だったのか』東洋経済新報社。

<sup>9</sup> 以下の記述は、上川前掲書, pp. 9-10；内山前掲書, pp. 36-46 に依拠している。

<sup>10</sup> 内山は「議題（アジェンダ）の統合」という言葉を用いている（内山前掲書, p. 41）。

<sup>11</sup> 諮問会議の議長は首相であり、その他に内閣官房長官、経済財政政策担当大臣、財務大臣、経済産業大臣、総務大臣、日銀総裁、民間議員4名によって構成された。小泉政権時代の民間議

2-3.で述べたように自民党長期政権下において政策立案は各省庁の官僚が担い、首相・内閣はこれらに受動的に対処していた。また、行政の縦割り構造・割拠状態の下で政策の体系的性が考慮されにくかった。しかし、毎年6月に諮問会議によって「骨太の方針」が発表されるようになるとアジェンダ設定の主導権が各省庁から諮問会議へと移行し、また諮問会議において首相・官房長官らのメンバーとテーマに応じて関連省庁の大臣が臨時議員として一堂に会することで、各省の政策が政府全体の基本方針と関連づけられるようになった。形骸化していた閣議の機能が、諮問会議の活用によって代替されるようになった。

また、諮問会議では意見の対立が生じた場合、最終的には首相の裁断が求められており、議論が公開されていることもあって（諮問会議ホームページでも議事録や配布資料を閲覧可能）、首相の判断が重みを増すようになった。小泉政権ではその大半の期間に経済財政政策担当大臣を務めていた竹中平蔵が諮問会議の運営にあたり、事前にシナリオを準備した上で小泉と打ち合わせを行っていた<sup>12</sup>。つまり、諮問会議は意見の対立が予想される問題に対して、予め準備された首相の裁断を広く公開するという機能を担っていたのである。

このように小泉政権下で経済財政諮問会議が活用されたことで省庁横断的な政策の統合と首相のリーダーシップ発揮の機会が訪れた。行政府の凝集性の低さ、首相のリーダーシップの欠如が諮問会議において克服されようとしていたのである。

この他に、民間議員の参加によって官僚機構の内部からは出てこないような政策アイデアがアジェンダに載せられるようになった。具体的には、公共支出の削減と規制緩和による「小さな政府」の実現、そして市場競争の強化による経済成長が諮問会議によって提案されるようになった。こうしたアイデアは予算の拡大と規制をかけることによる権限行使を目指す官僚制の内部からは登場しにくい。つまり、諮問会議には政策転換の促進という機能も期待された。例えば、諮問会議によって厚生労働省は従来よりもはるかに厳しい医療費抑制政策や規制緩和の推進を要求され、対応に迫られることになる。

### 政治改革の成果——与党の凝集性の高まり

こうした行政府の求心力の高まりとともに、自民党内でも総裁（首相）と党執行部に権力が集中するようになった。1990年代以降の政治改革、すなわち小選挙区制の導入と政治資金改革によって、政党の凝集性の向上、いいかえれば党執行部の強化と派閥の役割の低下、各議員の自律性の低下が生じた<sup>13</sup>。

第一に、1994年に選挙制度改革が実現し小選挙区制が導入されたことで、候補者が当選する上で大政党の公認候補となることの重要性が高まり、公認候補の決定権を有する党総裁・執行部の一般議員に対する影響力が強まった<sup>14</sup>。2000年の「加藤の乱」と2005年の郵

---

員は奥田碩・トヨタ自動車会長、牛尾治朗・ウシオ電機会長、本間正明・大阪大学教授、吉川洋・東京大学教授の4人だった。

<sup>12</sup> 竹中前掲書, p. 257。

<sup>13</sup> 以下の記述は、上川前掲書, pp. 7-9 の整理に依拠している。

<sup>14</sup> また、2003年の衆議院選挙以来個々の政治家ではなく政党同士が争うマニフェスト選挙が定



政選挙はそのことを示している。2000 年の 11 月に自民党の加藤紘一が野党による森内閣への不信任決議案に賛意を示し、盟友の山崎拓も同調した。一方、野中広務幹事長は不信任案が可決された場合、解散総選挙を行い、不信任案の成立に手を貸した議員は公認しないとして加藤・山崎両派の議員に圧力をかけた。結局、加藤と山崎は十分な数の同調者を集められず、採決を欠席して党執行部との妥協に甘んじた（周知のようにこの不信任案は反対多数で否決された）。また、2005 年の総選挙では小泉首相は郵政民営化法案に反対した議員を公認せず、造反議員の選挙区に刺客候補を送りこむことで、党総裁による（非）公認権行使の威力を示した。

第二に、1994 年の政党助成法制定・政治資金規正法改正によって政党への公的助成制度が導入され、さらに 2000 年から政治家個人の資金管理団体向けの企業・団体献金が禁止されたことで、以前に比べて党執行部が配分権を持つ資金が重要になった。政治家が支部長を務める政党支部への企業献金は認められているので、実質的には政党に所属していれば企業献金を受け取ることは可能だが、政党から除名された場合の資金面でのリスクは大きい<sup>15</sup>。つまり、個々の政治家の資金面での自律性が低下し、党執行部の権限は強化されたのである。また、派閥のリーダーが個人で集めた資金を派閥のメンバーに配分することも困難になり、派閥の役割が低下した。

以上のように党総裁・執行部の権力が強化され、小泉総裁時代の自民党では党の凝集性が以前に比べて高まったといえよう。さらに、小泉の個人的人気という要素も無視できない。もともと小泉は党内に強い基盤を持っていなかったが、以上のような 1990 年代以降の政治改革や行政改革の成果を利用することができただけでなく、世論による強い支持によっても支えられていた。小泉内閣の発足当時の支持率は 80%を超える驚異的な水準に達していた<sup>16</sup>。小選挙区制の下では「選挙の顔」としての首相の人气が重要であり、内閣が高支持率を維持している限りは首相を退陣に追い込むことは困難であった<sup>17</sup>。とりわけ自民党は党のイメージが低下していたため、選挙の際には小泉個人の人気を頼りとせざるを得なくなっていた<sup>18</sup>。

以上のように 1990 年代以降進められた行政改革・政治改革によって、首相が官僚制と与党に対してリーダーシップを発揮できるような制度的な基盤が強化された。また、小泉首相の権威は世論による圧倒的な支持によってさらに強められていた<sup>19</sup>。2001 年 7 月の参議院

---

着し、個別利益誘導型の選挙からの脱却が図られるようになった。

<sup>15</sup> 内山融, 2010, 「日本政治のアクターと政策決定パターン」『季刊政策・経営研究』3, p. 12.

<sup>16</sup> マスメディアの世論調査における小泉内閣の支持率の推移は、内山前掲書, pp. 254-5 にまとめられている。

<sup>17</sup> 上川前掲書, p. 9.

<sup>18</sup> 同上, p. 29 注 21.

<sup>19</sup> いいかえれば、そうした首相（内閣）への高支持率という条件なしでは強いリーダーシップの発揮はなお困難であった。実際に、小泉内閣退陣以降、低支持率を背景とした首相の辞任が見られた。

選挙と 10 月末の衆議院補欠選挙で勝利を収めると自民・公明・保守の連立与党が両院の過半数を確保し、当分の間選挙を気にしなくてもよい状況が訪れた。こうして公的支出の抑制と市場競争の強化を掲げる強力な政治権力が到来した。

ただし、以上の整理は自民党長期政権時代の行政府と与党の特徴とのコントラストを強調したものであり、実際には各省庁と族議員たちは官邸主導のトップダウン式的意思決定方式にすぐに従属するようになったわけではなかった。首相となった小泉はこれまで不徹底なものに終わってきたとみなしていた医療保険改革に乗り出していくが、2002 年の医療保険改革は小泉が与党や利益団体（この場合、日本医師会）の抵抗に負けずに改革を実現することができるか否かを占う試金石の一つとなった。

## 7-2. 小泉政権の医療保険改革（2002 年改正）

<表 7-1 2002 年改革関連年表>

2001 年	
3 月 5 日	厚生労働省『医療制度改革の課題と視点』 発表
3 月 30 日	政府・与党社会保障改革協議会「社会保障改革大綱」発表
4 月 26 日	第一次小泉内閣発足
6 月 26 日	「骨太の方針 2001」閣議決定
9 月 25 日	厚生労働省「医療制度改革試案」公表
11 月 29 日	政府・与党社会保障改革協議会「医療制度改革大綱」決定
12 月 17 日	史上初の診療報酬本体のマイナス改定が決定
2002 年	
2 月	政府・与党が健保改正について合意
3 月 1 日	医療制度改革関連法案閣議決定、国会提出
7 月 26 日	健康保険法等改正案が政府原案通り成立

出典：筆者作成。

### a. 2000 年改正以降の動き

以下ではまず小泉政権誕生直前期における医療保険改革をめぐる議論の状況を確認しておこう。2000 年の 11 月末に健保改正案が成立した際、改正附則には「医療保険制度等については…抜本的な改革を行うための検討を行い、その結果に基づいて所要の措置が講ぜられるものとする」（3 条）という規定が盛り込まれた。1997 年の健保改正の際に連立与党が合意した抜本改革が先送りされたことに対して設けられたものだった<sup>20</sup>。翌 2001 年 1 月 6

<sup>20</sup> 抜本改革先送りの経緯については第 5 章 5-5.参照。

日には中央省庁再編により第二次森改造内閣における初代厚生労働大臣には公明党の坂口力が就任した。3月には厚生省と政府・与党社会保障改革協議会がそれぞれ医療制度改革に関する論点をまとめている。

### 厚生労働省『医療制度改革の課題と視点』（2001年3月）

3月5日に厚生労働省は『医療制度改革の課題と視点』<sup>21</sup>を発表した。この資料はパンフレット形式の本編と、より厚手の解説・資料編（150頁）からなり、「国民生活に密接に関係する医療制度の現状や課題について、共に考えるための資料として作成」された。しかしながら、高齢者医療制度の抜本改革の方向性は明確化されておらず、また7月に参院選を控えていたためか医療費抑制や社会保障負担・患者負担の引き上げも具体的には提案されていない<sup>22</sup>。とはいえ、厚労省による日本の医療保険制度に関する見方をうかがいしることができ、以降の医療保険改革との関連で注目される点もある。

第一に、高齢者医療制度についてはかねて議論されてきた、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、④一本化方式の四つの改革案が紹介され、このうち前二者のみについて公費の増減や各保険者への影響に関する財政試算が提示されている。二木立は「四類型中の③と④が無視されていることに、厚生省の姿勢が見て取れる」と述べ、最終的に選ばれるのは四つのうちどれでもなく「現行の老人保健制度の微修正（国庫負担割合の多少の引き上げ）」であると予測していた<sup>23</sup>。この『課題と視点』の発表に先立つ2月に幸田正孝元厚生事務次官も講演のなかで「老人保健制度というのはかなり良くできた制度だ…再来年度（2002年度）の改革に向けて、現在の制度を多少調整するということで話し合いがまとまる…おそらく（公費）5割の線で意見が一致する」と発言していた<sup>24</sup>。

実際、2002年の医療保険改革では老人保健制度の改革は対象年齢の70歳から75歳への引き上げや公費負担割合の5割への引き上げといったパラメーターの変更に終わり、新たな高齢者医療制度の創設は先送りされることになる。さらに議論を先取りするならば、2006年に創設が決まる後期高齢者医療制度は上記①の独立方式の一種であり、公費負担を抑制しつつ高齢者自身の保険料拠出と若年世代の医療保険からの支援金の増加によって運営されることになる。

第二に、小泉政権登場以降の医療制度改革論議との関連で注目されるのは、解説・資料編の後半部「Ⅱ医療制度改革の視点（高齢者医療制度の改革を中心として）」のなかで、「改革案を取りまとめるための基本的な留意点」の一番目に「高齢者が増加する中で、全体と

<sup>21</sup> 厚生労働省高齢者医療制度等改革推進本部事務局編、2001、『医療制度改革の課題と視点：解説・資料編』ぎょうせい。この資料の分析として、二木前掲書、pp. 80-95がある。

<sup>22</sup> 二木前掲書、pp. 80-81。4月に小泉内閣が発足した際にも7月の参院選での自民党の不利が噂され、自民党内にも小泉内閣は参院選までしか続かないという見方があったという（竹中前掲書、pp. 2-3）。

<sup>23</sup> 二木前掲書、pp. 89-90。

<sup>24</sup> 幸田正孝、2001、「21世紀初頭の医療」『病院新聞』2001年2月15日号（二木前掲書、p. 92に引用）。

しての負担の上昇は避けられないが、老人医療費の伸びを経済とバランスのとれたものにする仕組みであることが必要ではないか<sup>25</sup>と指摘されていることである。1980年代前半以降厚生省は若年世代も含めた国民医療費の伸びを国民所得の伸びの範囲内に抑えることを目標としてきたが<sup>26</sup>、老人医療費の伸び率を経済成長率と同程度に抑制するためにはきわめて厳しい医療費抑制政策が必要になってくる<sup>27</sup>。後に高齢者医療費の伸び率管理は経済財政諮問会議によっても採りあげられるところとなり、小泉政権時代の医療保険改革の重要争点となっていく。なお、『課題と視点』発表後の4月には厚労省の中村秀一大臣官房審議官も高齢者医療制度改革について、「四案云々はさして重要ではない、本質には関係のないこと」であり、「現在の制度（老人保健制度——筆者注）で不合理な点はあまりない」と述べ、問題は老人医療費が全体の38%を占めていることだとしている<sup>28</sup>。「請求書の割り勘の仕方」でもめるよりも、医療供給体制の見直しによってコスト削減を図っていくこと（請求書の額を減らすこと）を重視していたのである。

最後に、『課題と視点』で注目されるもう一つの点は、経済戦略会議や規制改革委員会などが求めている混合診療<sup>29</sup>解禁や保険者と医療機関の直接契約（マネージドケア）といった市場志向の改革案には否定的なことである。混合診療解禁については、解説・資料編の「コラム 混合診療について」のなかで保険医療機関における混合診療の禁止と例外としての特定療養費の制度の簡潔な解説に続けて、以下のように述べられている。「昨今、規制改革委員会等において、この混合診療をより自由に認めるべきだとの意見も出されています。しかし、基本的な医療サービスについて患者から費用徴収を自由化することについては、標準的な医療とは何かが確立しておらず、また、医療についての患者への情報提供が十分でない現状では、所得によって受けられる医療サービスに格差ができ、必要な医療サービスを受けることができなくなる可能性があるとの意見もあり、慎重に検討することが必要です。なお、良質な療養環境や医療技術の高度化等への対応については、現在の特定療養費制度<sup>30</sup>をより積極的に活用することが考えられます」<sup>31</sup>。つまり、厚労省は医療行為本体

<sup>25</sup> 厚生労働省高齢者医療制度等改革推進本部事務局編前掲書, p. 137。

<sup>26</sup> 第3章 3-3. 参照。

<sup>27</sup> 「わが国では、老人人口が急増しているため、老人医療費の増加率は国民医療費の増加率よりはるかに高い。たとえば、1998年度の国民医療費の対前年度増加率は2.6%だが、老人医療費の増加率はその2倍以上の6.0%である」（二木前掲書, p. 83）。新聞でも同様の解説が行われていた。「同省（厚生労働省——筆者注）が総額30兆円に上る国民医療費の4割近くを占める老人医療費を総額抑制の対象にしたのは、過去10年間の平均で国民所得は約2%、国民医療費は約5%の伸びなのにに対し、老人医療費は約8%と際だっているからだ。高齢者一人当たりの医療費は一般の約5倍で、長期入院への対応などで医療費を節約する余地があると見ている」（『朝日新聞』2001年6月13日朝刊）。

<sup>28</sup> 中村秀一, 2001, 「老人医療費の適正化と公平分担を」『週刊社会保障』2134, 2001.4.30/5.7, pp. 8-11。

<sup>29</sup> 医療保険が適用される診療とそうでない診療を併用する場合、患者が全額治療費を自己負担しなければならない（混合診療の禁止）。第2章 2-2. b. 参照。

<sup>30</sup> 混合診療の禁止に対して、入院時の個室料金や保険未適用の高度先進医療は例外扱いとされてきた（特定療養費制度）。

<sup>31</sup> 厚生労働省高齢者医療制度等改革推進本部事務局編前掲書, p. 55。

については所得格差によるアクセスの格差を認めず、差額ベッド代などの療養環境については価格自由化を認め、高度先進医療については差し当たり保険診療との併用を認めるという立場をとっている<sup>32</sup>。

また、「各保険者による医療機関の選別や診療報酬の独自決定を認めるべき」という意見に対しても否定的である。これは1999年2月の経済戦略会議答申「日本経済再生への戦略」<sup>33</sup>に見られた発想で、アメリカのマネージドケアをモデルにしている。簡潔に説明すれば、マネージドケアにおいては人々は自由に医療保険を選択することができるため、保険会社はより安価で充実した保険商品を開発するよう競争する。医療機関も保険会社と契約するためにより安価で充実した医療サービスを提供できるよう競争する。保険者間・医療機関間に競争メカニズムが働くことで効率性が高まるというわけである<sup>34</sup>。

『課題と視点』はこうした発想に対して三つの反論を行っている。「①保険者が一部の医療機関とのみ契約を結ぶようになると、被保険者等の医療機関へのフリーアクセスを保障しようとする公的医療保険制度の基本的考えに反しないか。②多数の保険者が膨大な数にのぼる医療機関を個々に選択して、しかもお互いに合意したうえで、契約を結ぶことは事実上不可能ではないか。③被保険者は保険者を選択することができないため、所属する保険者によって診療についての不公平が生じるのではないか」<sup>35</sup>。したがって、「慎重な検討を要するため、実際問題として困難ではないか」としている<sup>36</sup>。いいかえれば、厚生省は医

<sup>32</sup> 旧厚生省は1997年の「21世紀の医療保険制度」(第5章5-5. a.)のなかで診療報酬のあり方について「一定の範囲内で医師及び歯科医師がその技術や経験に応じて患者から徴収できるような途を開く」、「地域格差を考慮しつつ、施設管理費用に対応する診療報酬上の評価を明確にする」という言い回しによって、従来の画一的な料金体系の見直しを提案していた。二木はこれを一種の混合診療の導入提案であったとして、『課題と視点』では厚生省は方向転換したものと評価している(二木前掲書, pp. 92-3)。なお、同じ頁で二木は厚生省が特定療養費制度の拡大によって日本の医療保険制度を「公私二階建て制度」に転換しようとしているととらえているが、「戦後最大の『平成大不況』による国民の消費意欲の落ち込み(それは私費診療を含めた『贅沢品』で特に強い)と混合診療に対する国民の強い反発のために、それ(公私二階建て制度への転換——筆者注)の全面実施は躊躇している」と指摘している。

<sup>33</sup> 経済戦略会議, 1999, 「日本経済再生への戦略(1999年2月26日)」(国立社会保障・人口問題研究所, 2005, 『日本社会保障資料IV』国立社会保障・人口問題研究所ホームページ <<http://www.ipss.go.jp/publication/j/shiryu/no.13/data/syakaihoshyou01.html>> 2014年3月27日閲覧)。

<sup>34</sup> 池上直己, 2002, 『医療問題(第2版)』日経文庫, pp. 85-7 参照。1990年代の後半にはマネージドケアに触発された医療制度改革案が専門家によっても提案されていた。例えば、広井良典, 1997, 『医療保険改革の構想』日本経済新聞社, pp. 45-8 では、保険者と医療機関の直接契約が提案されている。競争メカニズムの導入は90年代の先進諸国の医療制度改革における流行のテーマであり、例えばドイツでは90年代に入って保険者の選択が可能になり、保険者の合併が進んだ。

<sup>35</sup> 日本では職業ステータスに応じて加入する医療保険制度が自動的に決定されている。なお、直接契約を導入しないとしても、加入する医療保険制度によって給付や負担についてもともと格差が存在してきた。

<sup>36</sup> 以上、厚生労働省高齢者医療制度等改革推進本部事務局編前掲書, p. 147 より引用。この他にマネージドケアの問題点として、保険者は安価で充実した保険商品を開発しなくても、健康な人々だけに保険商品売りつけば利潤を上げることができるというクリーム・スキミングの問題(このため保険者には年齢・性別・健康状態などを理由とした保険加入の拒否を行ってはならないというルール of 強制が必要になる)、医療機関の側でも保険者ごとに異なる料金体系に対処

療保険制度の民営化や人々が自由に保険者を選択することによって保険者間に競争を促すといった改革案を考えていないといえよう。また、保険者と医療機関の直接契約を認めれば全国一律の診療報酬点数制度は成立しなくなり、厚労省は「診療報酬点数操作という医療費抑制の最大の武器」<sup>37</sup>を失うということからしても、反対は当然であった。

他方、保険者の側では健康保険組合連合会（健保連）の幹部は「米国では保険者が医療機関と契約を結んで、予防からリハビリまで一貫して請け負う HMO（マネージドケアの代表であるヘルス・メンテナンス・オーガニゼーションの略称——筆者注）方式も急激に拡大しており、こうした試みも実行できるようにしなければならない」<sup>38</sup>と述べてはいるが、実際に直接契約を行うには保険者が医師や看護師を直接雇用したり電算化のために投資を行ったりする必要があるため本音では消極的だった<sup>39</sup>。

要するに、厚労省は小泉政権発足前の時点で、医療保険制度体系の抜本改革よりも老人医療費の抑制を重視していた。また、同省は市場志向の改革には反対であったが、混合診療の解禁や保険者と医療機関との直接契約は小泉政権下において医療分野における規制緩和の目玉とされ、攻防が繰り返されていくことになる。

#### 政府・与党社会保障改革協議会「社会保障改革大綱」（2001 年 3 月）

小泉政権発足直前のもう一つの重要テキストは 2001 年 3 月 30 日に発表された政府・与党社会保障改革協議会の「社会保障改革大綱」<sup>40</sup>である。冒頭部分では、「近年、経済の伸びを大きく上回って社会保障の給付と負担が増大することが見込まれ、また、国・地方の財政は極めて厳しい状況に陥っており、経済・財政との関係が無視できないものとなっている」として経済成長と社会保障費の伸びの乖離が問題視され、「経済・財政と均衡のとれた持続可能な社会保障制度を再構築」することが重要な課題とされている。医療制度改革については今後の課題や改革の方向性が 8 項目にわたり列挙されているが、厚労省の『課題と視点』同様に、医療保険の負担や給付に関する具体的な数値は挙げられていない。ここでは翌年の医療保険改革との関連で注目される二つの項目に触れたい。

第一に、6 番目の「高齢者医療制度などにおいて、高齢者の経済的能力に見合った適切な負担も求め、これから増加する負担を若い世代とともに分かち合う」という項目からは（高

---

するために膨大な事務コストがかかるといった問題が指摘されている。要するに、マネージドケアによる医療費抑制効果自体が疑問視されており、一本化された公的医療保険制度や国営医療制度の方が公平であるだけでなく、多数の保険者が存在する場合に比べて事務コストも抑制されるという指摘が行われている。例えば、池上前掲書, pp. 80-96 を参照。

<sup>37</sup> 二木前掲書, p. 67。

<sup>38</sup> 健保連副会長だった下村健（元厚生省保険局長・社会保険庁長官でもある）の主張（丹羽雄哉, 1998, 『生きるために：医療が変わる』日経メディカル開発；日経 BP 出版センター, p. 223）。

<sup>39</sup> 二木前掲書, pp. 67-8, 91-2。また、この点に関しては二木立氏から直接ご教示をいただいた。記してお礼申し上げる。

<sup>40</sup> 政府・与党社会保障改革協議会, 2001, 「社会保障改革大綱（2001 年 3 月 30 日）」首相官邸ホームページ < <http://www.kantei.go.jp/jp/kakugikettei/2001/syakaihousyoku/syakaihousyoku.html> > 2014 年 3 月 27 日閲覧。

所得の) 高齢者に対する負担強化が示唆されている。第二に、最後の項目として「上記の諸点を踏まえ医療や医療費の在り方を改めて見直すとともに、とくに高齢化の進展に伴って増加する老人医療費が、経済の動向と大きく乖離しないようその伸びを抑制するための枠組みを構築する」と書かれており、『課題と視点』と同様に老人医療費の伸びの抑制が提案されている。

なお、社会保障財源のあり方についても独立した項目が設けられているが、公費負担の財源については具体的な記述はない。2000 年の年金改正法附則に規定された基礎年金の国庫負担割合の 2 分の 1 への引き上げの実現方法についても「鋭意検討する」とされているのみである。ただし、唯一具体的な検討課題として「世代間の公平や高齢世代内の公平の視点に立って、公的年金収入に対する課税の適正化等、税制の在り方を検討する」ことが挙げられている。

「大綱」の終わりでは「今後の進め方」のなかで「特に、医療制度については、昨今の医療保険財政の厳しい状況にかんがみ、検討作業を急ぎ、平成 14 年度には、高齢者医療制度の見直しをはじめとする医療制度改革の実現を図るものとする」と締めくくられている。小泉政権成立後、医療保険改革は経済財政諮問会議によって重要課題として採りあげられ改革への流れができていく。

#### b. 小泉内閣誕生から 2002 年の改革まで

##### 「骨太の方針 2001」——官邸主導の医療保険改革へ

竹中平蔵は著書のなかで不良債権処理や郵政民営化と並ぶ小泉改革の柱の一つとして「政策プロセスの改革」を挙げている<sup>41</sup>。本章冒頭で述べたように、小泉政権のトップダウン式の予算編成・政策決定の司令塔となったのが首相を議長とする経済財政諮問会議であった。2001 年 5 月以降諮問会議で株式会社による医療機関経営の解禁、保険者と医療機関の直接契約、混合診療の拡大、老人医療費の伸び率管理などが議論されるようになると、日本医師会や自民党厚生労働部会からは反対論が相次いだ。自民党厚生労働部会は 7 月の参院選の前に医師会の反発が明らかな改革案を決めようとする諮問会議に対して強く反発し、「こんな絵にかいたモチみたいなものがうまくいくわけがない」、「具体的な議論は参院選が終わってからというのが常識」などと不満をもらしていた<sup>42</sup>。こうした反応からは従来いかに党が政府に対して強い立場にあったかをうかがいしることができよう。厚生省にとってもこれらの改革案は従来の路線から逸脱しており、そのまま受け入れられるものではなかった。同省は株式会社病院や直接契約をかねて否定しており、混合診療や医療費の伸び率管理については運用方法をめぐって諮問会議と対立していくことになる。こうした反発をよそに、6 月に閣議決定された諮問会議の「今後の経済財政運営及び経済社会の構造改革に

<sup>41</sup> 竹中前掲書, p. 9。

<sup>42</sup> 『読売新聞』2001 年 6 月 24 日朝刊。



関する基本方針」（骨太の方針）<sup>43</sup>には上記の医療制度改革案は全て盛り込まれた。ある厚労省幹部は基本方針について、「下から議論を積み上げる従来の政策決定方式であれば、できなかった」と認めている<sup>44</sup>。もはや厚労省のみが医療制度改革のイニシアティブを握ることはできず、同省は諮問会議（および総合規制改革会議）の改革案への対応に追われるようになったのである。

「骨太の方針 2001」では冒頭から「市場」と「競争」が強調されており、「小泉構造改革」の基本方針が示されている。ここで重要なのは、官僚と族議員からは提出され得ないような新自由主義的アイディアが民間議員を含む諮問会議によって小泉政権の中心課題として据えられるようになったことである<sup>45</sup>。市場メカニズムや競争原理の導入による効率化という発想は「骨太の方針 2001」の医療制度改革案にも見ることができる。「骨太の方針 2001」の第 3 章は「社会保障制度改革」であり、そのなかでも「医療制度改革」には「年金制度改革」以上の大きなスペースが与えられている。

まず、医療制度改革にあたって最も重要なことは、「医療供給体制を効率化することなどにより、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つつコストを削減し、増加の著しい老人医療費を中心に医療費全体が経済と『両立可能』なものとなるよう再設計することである（傍点筆者）」という。国民皆保険とフリーアクセスという日本の医療制度の重要な特徴自体は守るとされており、かつての経済戦略会議における議論に見られたような国民皆保険解体論や日本版マネージドケア論は姿を消した<sup>46</sup>。小泉首相も橋本内閣の厚生大臣を務めていた際に、自著で皆保険の維持とアメリカのような状況の回避を強調していた<sup>47</sup>。また、3 月の二つの資料にも見られた老人医療費の伸びの抑制が最も重要な課題とされていることが注目される。これを受けて厚労省は老人医療費の伸びのうち高齢者人口の増加による伸びは容認し、それ以外の治療費などによる医療費については伸び率の上限を設定して、上限を超えた場合には医療機関に負担を求めるという構想を明らかにしている<sup>48</sup>。伸びの上限の設定については「高齢者増加による伸びが 4% の場合、例えば国民所得の伸びが 1% なら、高齢者増加分の 4% を足した 5% とする案など」が検討されていたという。超過分については、老人医療に携わる各医療機関に対して診療報酬の単価を引き下げることによって負担してもらうという案が報道されている<sup>49</sup>。

<sup>43</sup> 経済財政諮問会議、2001、「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（骨太の方針）」経済財政諮問会議ホームページ <<http://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/cabinet/2001/discision0626.html>> 2014 年 3 月 27 日閲覧。

<sup>44</sup> 『読売新聞』2001 年 6 月 24 日朝刊。

<sup>45</sup> 内山前掲書, pp. 44-6. 医療制度改革案に関しては、二木前掲書, pp. 53-76 の分析を参考にした。

<sup>46</sup> 戦略会議の議長代理であった中谷巖一橋大学教授（当時）は医療保険を民営化した上でマネージドケアを導入し、無保険者が発生した場合政府が救済すればよいと発言したという。「経済戦略会議委員と各省庁との政策対話（第 7 回）議事概要（1999 年 9 月 9 日）」（一般公開されていない資料だが二木前掲書, p. 73 に引用されている）。

<sup>47</sup> 小泉純一郎, 1997, 『小泉純一郎の暴論・青論』集英社, pp. 58-9. 第 5 章 5-5. a. 参照。

<sup>48</sup> 『朝日新聞』2001 年 6 月 13 日朝刊。

<sup>49</sup> 同上。ただし、単価を一律で切り下げることの不合理性も指摘されていた（『読売新聞』2001



これ以降、諮問会議と厚労省の間では伸び率の指標のあり方（単純に経済成長率と老人医療費の伸び率が乖離しないようにするのか、老人医療費のうちで高齢者人口の増加分は除外するのか）と、伸び率管理制度の拘束力（医療費の伸び率を機械的に経済成長率以下に抑えるのか、あくまで努力目標としての目安を設定するのか）をめぐって攻防が繰り返される。

続いて「医療サービス効率化プログラム（仮称）」では、医療に関する情報基盤の整備と情報公開を通じた患者による「選択」、そして医療機関の「競争」による効率化を実現するための様々な施策が列挙されている。このなかにはかねて厚労省が主張・実施してきた施策に加えて、厚労省の伝統的な方針とは異なる改革案が含まれている。後者の代表は株式会社方式の医療機関経営、保険者と医療機関による直接契約、混合診療に関する規制緩和の三つである。発表当時、日本医師会はこの「効率化プログラム」を「いずれもこれまで審議会でも検討されたものばかりで、いわばゴミ箱だ」と評し<sup>50</sup>、二木立は諮問会議の議員には社会保障や医療の専門家が一人もおらず、「医療の現実を知らない『学者の作文』が少なくない」とした上で、上記三つの改革案はかえって医療費を増加させる上に、厚労省と日本医師会が強く反対している以上全面的な実現は困難だろうと予想していた<sup>51</sup>。とはいえ、首相が議長を務める諮問会議によって提案された以上、厚労省はこうした規制緩和の要求を全く無視するわけにはいかなかった。

医療制度改革に関する記述の最後のパラグラフは「医療費総額の伸びの抑制」に割かれており、老人医療費の伸び率管理のための仕組みの導入が再度強調されている。他方、1990年代後半以降あれほど議論の対象となってきた高齢者医療制度改革については医療制度改革に関する記述の締めくくりとして、「高齢者医療制度などについて、費用負担の仕組みをはじめ、そのあり方を見直していく」と言及されているのみである。ここから経済財政諮問会議にとって重要なのは経済の伸びに見合った医療費（とくに老人医療費）の伸びの抑制および「効率化プログラム」に見られた医療における規制緩和・競争原理の導入であり、高齢者医療制度改革への関心が低いことがわかる。こうして医療制度改革の焦点が高齢者医療制度改革から医療費の伸び率管理や規制緩和に移行していった<sup>52</sup>。2001年当時、政府管掌健康保険は再び破綻の瀬戸際に立たされており<sup>53</sup>、厚労省は諮問会議の改革案を受けて秋までに医療制度改革案をまとめることになった。

---

年 11 月 21 日朝刊；二木前掲書, pp. 62-3)。なお、1958 年に診療報酬点数 1 点が 10 円に固定される以前には点数と単価の双方が操作されていた。

<sup>50</sup> 『読売新聞』2001 年 6 月 24 日朝刊。

<sup>51</sup> 二木前掲書, pp. 54, 64-5。

<sup>52</sup> 二木は、老人保健制度については微修正を行っていきたいというのが厚労省の本音であり、老人保健制度の抜本改正から医療費抑制の是非や医療の非営利性へと医療制度改革の争点が行ったことに「骨太の方針 2001」の意義があったと締めくくっている（二木前掲書, pp. 74-5）。

<sup>53</sup> 9 月 7 日の社会保障審議会・医療保険部会で坂口厚労相は 2002 年度には政管健保の赤字が約 7,300 億円となり、積立金を全額投入しても約 4,300 億円の資金不足の見込みとなることを報告した。『読売新聞』2001 年 9 月 8 日朝刊。

## 厚生労働省「医療制度改革試案」（2001 年 9 月）

2001 年 9 月 25 日に厚労省が公表した「医療制度改革試案」<sup>54</sup>では、サラリーマンと高齢者の患者自己負担の引き上げとともに、老人医療費の伸び率管理制度の導入が明記された。試案に示された改革案は表 7-2 の通りである。

患者負担の増加、保険料負担の増加、伸び率管理制度や診療報酬の見直しによる医療費抑制などの改革案が並んでおり、患者・保険者（労使）・医療機関の三者に痛みを求める「三方一両損」の改革が提案されたのだった<sup>55</sup>。2002 年の診療報酬改定については「最近の経済の動向、保険財政の状況等を勘案」するという表現にとどまったが、9 月上旬の素案の段階では診療報酬本体部分のマイナス改定が盛り込まれており<sup>56</sup>、首相はマイナス改定実現を公言していく。また、1990 年代後半から議論されてきた老人保健制度に対する公費負担割合の 3 割から 5 割への引き上げが明記されていることが注目されるが、これは対象年齢を 70 歳から 75 歳へと引き上げ、かつ高齢者自身の自己負担も引き上げることと同時に提案されているのであって、単純に公費負担の 3 割から 5 割への大幅増を提案したものではない。ここから、痛みを分かち合うというものの国が身を切っていないという批判が生まれていく。翌年には国会審議を通じて、高齢者医療制度改革が完了する 2007 年度には患者負担は 5,000 億円増、現役世代の医療保険制度からの老人保健拠出金は 1 兆 1,000 億円減なのに対して、老人保健制度に対する公費負担の規模は現行水準とほぼ変わらないことが明らかになる<sup>57</sup>。

老人医療費の伸び率管理制度については、高齢者数の伸び率に一人当たり GDP 成長率を乗ずることによって目標値を設定し、目標値を超過した場合には 2 年後に診療報酬支払総額を調整するとしている。経済財政諮問会議と財務省は単純に一人当たり GDP 成長率を目標値とすることを主張していたが、厚労省は高齢者人口の伸びによる老人医療費の伸びは認めるという立場を堅持したことになる。

その他、諮問会議が要求していた三つの規制緩和案についての対応を見ると、まず株式会社による医療機関経営については具体的な言及はない。第二に、混合診療については「特定療養費制度の拡大」が提案されているものの、混合診療の解禁やそれを示唆する記述はない。第三に、保険者と医療機関による直接契約のみ「健康保険法等の規定に基づき、保険者と医療機関が保険診療につき診療報酬に係る個別の契約を締結することを可能とする」と明記されている。ただし、直接契約について二木は実際に利用する保険者はほとんど現れず、この項目が盛り込まれたのは諮問会議に対するリップサービスに過ぎないと判断し

<sup>54</sup> 厚生労働省, 2001, 「医療制度改革試案 (2001 年 9 月 25 日)」厚生労働省ホームページ < <http://www.mhlw.go.jp/houdou/0109/h0925-2.html> > 2014 年 3 月 27 日閲覧。同試案の分析として、二木前掲書, pp. 77-9 参照。

<sup>55</sup> ただし、乳幼児の給付率改善が提案されており、医療費抑制基調のなかで辛うじて一定の重点化を図ろうとしたものと評価できる。

<sup>56</sup> 『読売新聞』2001 年 9 月 7 日朝刊。

<sup>57</sup> ただし、現役世代の保険者の負担減については 74 歳までの退職者医療制度への拠出金が増加するので相殺される (『週刊社会保障』2190, 2002.6.24, p. 3)。

<表 7-2 厚生労働省「医療制度改革試案」(2001 年 9 月)の主な内容>

給付引き下げ

- ・サラリーマン（健康保険被保険者本人）の患者負担割合の 2 割から 3 割への引き上げ
- ・老人保健制度の対象年齢を 70 歳以上から 75 歳以上に段階的に引き上げた上で、75 歳以上の高齢者には 1 割の自己負担を徹底（一定所得以上の高齢者については 2 割負担）
- ・70 歳から 74 歳までの高齢者<sup>58</sup>の一部負担を 2 割に引き上げ
- ・高額療養費の自己負担限度額を引き上げ（低所得者については据え置き）

給付改善

- ・3 歳未満の乳幼児の患者負担割合を 3 割から 2 割に引き下げ
- ・外来薬剤一部負担金制度の廃止

財源拡大策

- ・社会保険料の算定について総報酬制を導入（ボーナスを賦課対象に）（2003 年度実施予定）
- ・政府管掌健康保険の保険料率の引き上げ

老人保健制度の改革

- ・老人医療費の伸び率管理制度の導入（2002 年度実施予定）
- ・対象年齢を 70 歳から 75 歳へと段階的に引き上げ（2002 年から 5 年間かけて実施）
- ・公費負担割合を 3 割から 5 割に段階的に引き上げ（同上）

診療報酬

- ・医療保険適用の療養病床と介護保険適用病床の機能分化の促進と、長期入院に係る医療保険給付の見直し（医療保険適用の療養病床の点数引き下げによって介護保険適用病床への転換を促す、つまり医療保険から介護保険へのコスト・シフティング）
- ・包括払いの拡大
- ・特定療養費制度<sup>59</sup>の拡大（目的は「医療技術の急速な進歩に対応するため」）など

その他

- ・保険者自身によるレセプトの審査支払いあるいはその民間委託
- ・保険者と医療機関の直接契約（2002 年度実施予定）
- ・パート労働者や派遣労働者への社会保険適用など

出典：注 54 の厚生労働省資料に基づき筆者が作成。

<sup>58</sup> 当時の老人保健制度の対象者の約 4 割に相当（二木前掲書, p. 77）。

<sup>59</sup> 注 29, 30 参照。

ていた<sup>60</sup>。その理由として、かえって保険者の事務経費を増やすこと、直接契約によって保険者が医療費抑制（保険給付費の抑制）に成功する見込みは乏しいこと、実務上保険者にはそのようなことに取り組む能力がないことが挙げられている<sup>61</sup>。

要約すれば、この「試案」の内容は、一方で①患者自己負担と保険料負担の引き上げ、②診療報酬の抑制、③微修正による老人保健制度の延命という 1980 年代以来のレパートリーが再利用されたものと見るができる。他方、老人医療費の伸び率管理制度のあり方や各種の規制緩和に関して、厚労省が外部からの圧力に対して抵抗している様子もうかがえる。しかしながら、「試案」の内容は抜本改革（それがどのようなものであるかについての合意はもともと存在しなかったが）を抜きにして再び患者や保険者に負担の増加ばかりを求めるものとして読むこともでき、与党・医師会・労使などから一斉に批判を浴びることになる。

### 厚生労働省「医療制度改革試案」に対する関連アクターの反応

1990 年代まで政府の医療保険改革案は、厚生省が大蔵省や与党と調整を行った上で作成するのが通例であったが、今回改正ではそうした事前調整なしで厚労省案が発表され、財務省が独自に対案を公表するという異例の展開となった<sup>62</sup>。厚労省の「試案」に対する関連アクターの反応を見てみよう。

まず、諮問会議と財務省は「試案」の内容に不満であったが、これらのアクターは「試案」の踏み込み不足を問題視したのであって、患者自己負担拡大や伸び率管理制度を含む「試案」の方向性に反対だったわけではない。財務省は 10 月の初めに「試案」よりもさらに厳しい医療費抑制、患者自己負担増の方向性を打ち出した「医療制度改革の論点」を発表し、反対勢力に囲まれる厚労省を支援していく<sup>63</sup>。財務省は医療費の伸び率管理を高齢者医療費だけではなく現役世代の医療費に対しても行うこと、高齢者にも 3 割の自己負担を適用することを求め、厚労省の「試案」では曖昧化されていた診療報酬改定については経済動向（物価・賃金動向、医療費の伸びと経済成長の乖離）に合わせた引き下げの必要性をうったえた。財務当局が厚生行政の具体的な選択肢にまで踏み込んだ提案を独自に発表するのは異例のことであった。経済財政諮問会議を司令塔として財政再建を目指す小泉政権において財務省の影響力はさらに強まっていた。10 月 9 日の経済財政諮問会議第 22 回会議で本間正明ら民間議員は「試案」の内容を不十分とし、財務省とほぼ同様の主張を行っている<sup>64</sup>。もっとも、坂口厚労相は、「財務省が財政上の問題をご指摘になるのは当然だが、

<sup>60</sup> 二木前掲書, p. 79。

<sup>61</sup> レセプト（診療報酬明細書）の審査は各保険者から診療報酬支払基金に委託されており、保険者による直接審査でさえ下村健・健保連副会長は「実務的には難しい」としていた（同上）。ましてや事務量を増やす医療機関との直接契約などとてもおぼつかないだろう。

<sup>62</sup> 『読売新聞』2001 年 10 月 12 日朝刊。

<sup>63</sup> 『読売新聞』2001 年 10 月 3 日朝刊, 6 日朝刊, 12 日朝刊, 11 月 23 日朝刊。

<sup>64</sup> 経済財政諮問会議ホームページ < <http://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/minutes/2001/1009/agenda.html> > 2014 年 3 月 27 日閲覧。

各省庁が出す政策案まで作って出すのはいささか越権行為ではないか」と反発し、政府・与党内の意見集約は先に発表された厚労省の「試案」を基本に進めたいと考えていた<sup>65</sup>。

他方、医師会や保険者などの関係団体は「試案」を短期的な財政均衡ばかりを重視し、医療保険制度の将来像を欠いたものとして、こぞって批判した<sup>66</sup>。診療側では日医は「試案」を「財政偏重の誤った改革」として反発し、高齢者医療制度の改革案にも不満を表明した<sup>67</sup>。保険者側では健保連・連合・日経連は老人保健制度と拠出金の存続を批判し、国保中央会も医療保険の一元化が進められずに、老人保健制度の対象年齢が引き上げられることを不満とした。要するに、これらの団体が各々主張してきた高齢者医療制度の抜本改革が退けられた上に、保険料負担や患者自己負担の引き上げが繰り返されることに反発の原因があった。

「試案」に含まれた改革案のなかで主たる争点となったのはサラリーマン本人負担の3割への引き上げと老人医療費の伸び率管理制度であった。患者自己負担引き上げや医療費の伸び率管理制度は患者が必要な治療を受ける機会を奪う恐れがあるだけでなく、医療機関の経営を悪化させる恐れがあった。このため日医は理念の面でも利益の面でも「試案」に抵抗する必要があった。また、医療費の伸び率管理制度の導入によって診療報酬の改定が経済成長率に合わせて自動的に行われるようになれば、日医は政府・与党に圧力をかけることで政治的に診療報酬引き上げを勝ち取る機会を失ってしまうため断固反対する必要があった<sup>68</sup>。

日医は署名運動、意見広告（新聞広告・チラシの配布）、決起大会の三本柱で反対運動を繰り広げた<sup>69</sup>。11月14日に日医は請願として合計500万人分の署名簿を衆参両院の議長に提出した。衆院議員167名、参院議員65名が紹介議員となり、政治家に対する影響力の強さを見せつけている。都道府県医師会も地元紙への意見広告の掲載やチラシの配布を通じて住民への働きかけを行った。さらに、12月1日には日医ほか日本歯科医師会、日本看護協会、日本病院会、全日本病院協会など23団体によって日比谷公会堂で「国民医療を守る全国総決起大会」が開催され、2500人が参加した<sup>70</sup>。全国16カ所で地域大会も組織され、大阪では2万人規模の集会が実現した<sup>71</sup>。

<sup>65</sup> 『読売新聞』2001年10月6日朝刊。

<sup>66</sup> 『読売新聞』2001年11月10日朝刊；『週刊社会保障』2155, 2001.10.8, p. 3；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, p. 341。

<sup>67</sup> 注66の文献の他に、以下を参照。水巻中正, 2003, 『ドキュメント日本医師会：崩落する聖域』中央公論新社, p. 17。2002年改革の前後の日医の動向については同書が詳しい。

<sup>68</sup> 「医療機関の収入源である診療報酬を仕切ってきた日医は、診療報酬の自動抑制装置とも言えるこの仕組み（伸び率管理制度のこと——筆者）に猛反発しており、首相と日医・厚生族議員が全面対決する構図は決定的になった」（『読売新聞』2001年11月23日朝刊）。他方、支払側の健保連、日経連、連合は伸び率管理制度を支持していた（同11月10日朝刊）。

<sup>69</sup> 以下の記述は、水巻前掲書, pp. 14-9 に依拠している。

<sup>70</sup> ただし、日本薬剤師会は医薬分業に関して日医と対立しており参加しなかった（水巻前掲書, pp. 24-8, 30）。

<sup>71</sup> 「ある健康保険組合の関係者は『今回の日本医師会の動きはすごかった』と驚きを隠さない。

次に与党の反応を見ていこう。「試案」の発表を受けて自民党政調会内の医療基本問題調査会と厚生労働部会は厚労省から説明を受けつつ議論を進めていくが、党内からも自己負担増や伸び率管理制度への反対論が生じていた。前回 1997 年 9 月のサラリーマン負担の 1 割から 2 割への引き上げの後には受診抑制が生じており、医師会に近い議員は負担引き上げを先送りしたがっていた<sup>72</sup>。前回の引き上げから 5 年も経たずに再び自己負担割合を引き上げることで有権者の反発も予想された<sup>73</sup>。また、医師会の支援を受ける政治家は伸び率管理制度を是非とも阻止せねばならなかった。

公明党内にも患者負担引き上げに対する反発が生じていた。当時厚生労働大臣を務めていた坂口力厚は厚労省の立場を代弁するだけでなく、公明党の政治家であるということからも経済財政諮問会議や財務省による給付削減・市場原理重視の改革路線に対して慎重な姿勢を見せていた<sup>74</sup>。連立与党に参加する以前から公明党は社会保障を重視し、福祉拡大をうったえてきたのであり、坂口は党内から「自己負担の引き上げが重過ぎる」、「低所得者の負担軽減策が不可欠だ」などと突き上げを受けていたという<sup>75</sup>。

そもそも、坂口は厚労省事務方が準備していた「試案」の内容に不満であり、「試案」の公表前に独自の「私案」を発表していた（9 月 18 日）。坂口は厚労省「試案」が患者負担増に偏り、将来的な医療保険制度体系の改革の方向性が示されていないことを不満とし、医療保険制度の将来的な一元化の方向性を示すとともに、増税をしない前提でまとめた厚労省原案とは異なり、増税によって高齢者医療制度への国庫負担を引き上げる必要性を強調した<sup>76</sup>。医療保険制度体系の抜本改革を重視し、患者負担を抑制しようとする坂口私案の方向性は自民党厚生族議員のそれに近く、坂口と丹羽雄哉前厚相（橋本龍太郎に次ぐ自民党厚生族のリーダー）は懇意でもあったとされる<sup>77</sup>。また、坂口私案の内容は日医の意向に沿

---

日医は 12 月 1 日に医療制度改革に反対する全国総決起大会を予定しており、『日医は国会議員四百人の考え方のリストを作って管理している。先週末、国会議員を地元で待ちかまえて、最後の陳情攻勢をかけた』（同関係者）という（『読売新聞』2001 年 11 月 30 日朝刊）。

<sup>72</sup> 『読売新聞』2001 年 11 月 30 日朝刊。サラリーマン自己負担引き上げの影響については、第 5 章 5-4. d., p. 189 参照。

<sup>73</sup> 第 5 章 5-5. a., p. 192 注 115 で見たように、1997 年改正の際に連立与党の医療制度改革協議会のリーダーだった丹羽雄哉は「被用者保険の患者負担の引き上げは少なくとも向こう 10 年間は凍結しなければならないと考えている」と著書のなかで述べていた（丹羽雄哉, 1998, 『生きるために：医療が変わる』日経メディカル開発：日経 BP 出版センター, p. 133）。

<sup>74</sup> 例えば、坂口は株式会社による医療機関経営を認めるという小泉首相の方針に対し、「利益優先の経営が進むことへの懸念」を挙げて反対していた。なお、「医療機関の株式会社化は、日本医師会が一貫して反対し、政府の規制緩和論議でも常に実現が見送られたテーマでもある」（以上、『読売新聞』2001 年 11 月 24 日朝刊）。

<sup>75</sup> 同上。2004 年の年金改革の際にも坂口は給付削減を抑制するべく諮問会議において「孤軍奮闘」していたと述懐している（田中雅子, 2010, 「連立政権下の福祉縮減過程——1994 年と 2004 年の年金改正を中心に」『公共政策研究』10, p. 68 注 14）。

<sup>76</sup> 『読売新聞』2001 年 9 月 16 日朝刊, 19 日朝刊。

<sup>77</sup> 『読売新聞』2002 年 2 月 9 日朝刊。なお、政府・与党内部には「抜本改革」の捉え方に相違があることに注意されたい。1997 年以来、自民党厚生族や医療保険関係団体にとって抜本改革という言葉には高齢者医療制度改革による医療保険制度体系の見直しが含意されてきた。厚労省は

ったものと見ることもでき（坂口自身もともと医師である）、坪井栄孝日医会長は「坂口厚労相の私案は私の主張と似ている。市場原理主義者の案とは違い医療の哲学があり、共感するところが多い」と評価していた<sup>78</sup>。厚労省「試案」が公表された後も坂口は記者会見で改革の実施は「経済動向を踏まえて最終的に決定する」と発言し、慎重姿勢をとっていた<sup>79</sup>。大臣自身が厚労省案の不支持を鮮明にする事態となっていた。

他方、厚労省にとって最大の後ろ盾は小泉首相であった。より正確には、厚労省のイニシアティブを首相が支援するというよりも、与党の支持が得られそうもない改革案の作成に消極的な厚労省を首相と官邸スタッフが叱咤して改革案をとりまとめさせたというのが実態だった<sup>80</sup>。小泉の医療制度改革実現への決意は固く、与党との調整に自ら乗り出していく。

### 政府・与党間の調整

1980年代の医療保険改革が厚生省と自民党族議員の連携の下で練り上げられ、医師会との妥協を経て成立したものであったとすると、今回改正におけるアクターの配置は大きく異なっている。まず、厚生労働大臣が臨時議員として出席していたとはいえ、医療制度改革の大きな方向性や個別の改革案までもが経済財政諮問会議によって予め設定され、厚労省はそれへの対応を迫られる形となった。自民党の厚労族議員は「骨太の方針 2001」に含まれた患者自己負担引き上げなどの改革案の方向性もさることながら、諮問会議が細かい改革の内容にまで立ち入ること自体に不満であった<sup>81</sup>。厚労省は患者負担引き上げと厳しい医療費抑制政策を迫る首相・諮問会議・財務省と、それに反発する与党議員との間で板挟みになった。また、医療制度改革のもう一つのテーマとなった規制緩和については、首相・諮問会議・総合規制改革会議は推進派だが、厚労省は対応に消極的であり、与党からも反発が生じていた<sup>82</sup>。

「試案」をめぐる政府・与党間の調整は森内閣時代に設置された政府・与党社会保障改革協議会を舞台として行われた<sup>83</sup>。党との調整を円滑に進めるために協議会は「試案」の発表

---

現行の医療保険制度体系の変更に消極的であり、その意味で抜本改革を目指していなかったように思われる。他方、小泉は抜本改革といいつつ患者自己負担の引き上げや診療報酬引き下げを重視している。

<sup>78</sup> 『朝日新聞』2001年10月29日朝刊。

<sup>79</sup> 『読売新聞』2001年11月24日朝刊。

<sup>80</sup> 飯島勲, 2006, 『小泉官邸秘録』日本経済新聞社, pp. 82, 94; 新川前掲書, p. 343; 水野肇, 2003, 『誰も書かなかった日本医師会』草思社, p. 137。

<sup>81</sup> 「骨太の方針 2001」の医療制度改革案については『内容が細かすぎる』『政治への介入、越権行為だ』等々、厚生労働部会を中心に不満が渦巻いていた（飯島前掲書, p. 84）。

<sup>82</sup> 財務省は財政の立て直しを目標としている以上、公的支出をかえって増やすような規制緩和には反対すると考えられ、実際そうした発言が財務官僚によってなされている（二木立, 2007b, 『医療改革：危機から希望へ』勁草書房, pp. 100, 115-6 [注] 参照）。規制改革（の失敗）については節を改めて論じる。

<sup>83</sup> 協議会のメンバーは政府側が官房長官、財務大臣、厚生労働大臣、総務大臣などの関係閣僚、党側が幹事長、政調会長、参議院幹事長、社会保障制度調査会長など党三役・調査会長クラスで



前から設置されていたが、議論はなかなか進まなかった。11 月に入ると首相自らが協議会の改革案とりまとめのために活発に動いていく。協議会の下に置かれ政府・与党の合意案のとりまとめを実質的に担うワーキングチームの座長を務めていた宮下創平元厚相を小泉は首相官邸に呼び、「先延ばし、先延ばしで来て全くできなかった。ここでどうしてもやってほしい」と改革案の早期作成を指示すると、宮下は首相自身による説得を要求し、歴代厚生大臣の懇談会が 11 月 9 日に行われることになった。歴代厚生大臣の懇談会や、そこに総理大臣自身が元厚相として参加して医療制度改革への協力を要請するのは異例であった<sup>84</sup>。この後、宮下座長と彼のサポートを務めた安倍晋三官房副長官が与党議員の説得と調整に当たった<sup>85</sup>。

12 月初めの「予算編成方針」の閣議決定に間に合わせるためには 11 月中に政府・与党案のとりまとめが必要であった。11 月 16 日の協議会には小泉が自ら出席し、患者負担引き上げ、高齢者医療の対象年齢引き上げ、診療報酬引き下げ、老人医療費の伸び率管理の四点について月末までに結論を出すよう要請し、皆保険体制維持のための「三方一両損」の改革実現に向けた尽力を求めた<sup>86</sup>。山崎拓幹事長も小泉を支持する発言を行った。

もっとも、この日作成された政府・与党社会保障改革協議会の中間報告では厚労省「試案」の柱は骨抜きにされた<sup>87</sup>。患者負担引き上げについては「更に意見の集約を図る必要がある」とされ、老人医療費の伸び率管理制度の導入も「公平・公正な具体的手法を見極め、意見の集約を図る必要がある」と曖昧化された。来年度の診療報酬改定は「昨今の経済動向等に応じて判断すべきだとの意見があった」とされ、引き下げの明記は避けられた。小泉首相はこれを目にして「中間報告は仕方ない。絶対最後にやるからな」と発言したという。ここで患者負担増や診療報酬引き下げに失敗すれば、特殊法人改革や財政構造改革などについても「抵抗勢力」を勢いづかせかねず、小泉は一切妥協しない構えだった<sup>88</sup>。

最終報告のとりまとめに向かう政府・与党の調整ではサラリーマン 3 割負担の実施が焦点になっていった。自民党の側では保険料引き上げを先行させて 3 割負担実施の先送りを要求していたが、小泉は官邸スタッフや自民党幹部に対して保険料引き上げよりも自己負担引き上げと診療報酬引き下げを優先させるべきだと主張しており、財源拡大よりも支出

---

あった。協議会の下には副大臣、党部会長クラスのメンバーで構成されるワーキングチームが置かれていた（飯島前掲書, p. 83）。以下、政府・与党間の調整については同書を参考にした。

<sup>84</sup> 飯島前掲書, p. 85; 『読売新聞』2001 年 11 月 23 日朝刊, 24 日朝刊。

<sup>85</sup> 安倍副長官がかつて自民党社会部会長や衆院厚生委員会の理事を務めており、厚生労働関係議員との人脈を持っていたことも政府・与党の調整に際して有利な材料であったと指摘されている（飯島前掲書, p. 86）。『読売新聞』2001 年 11 月 23 日朝刊でも以下のように評価されていた。「元厚相の首相、元厚生関係部会長の安倍副長官、元厚生事務次官の古川貞二郎官房副長官と、現在の官邸は医療改革にとって『最強の布陣』と言える。…首相は、ぜい弱な党内基盤を克服して改革の実を上げるのか、それとも再び挫折の涙をのむのか。いまはまだ予測がつかない」。

<sup>86</sup> 飯島前掲書, p. 86; 『読売新聞』2001 年 11 月 23 日朝刊。

<sup>87</sup> 以下、このパラグラフの記述は『読売新聞』2001 年 11 月 22 日朝刊による。

<sup>88</sup> 同上。飯島前掲書, p. 90 にも同様の記述がある。



削減を重視する姿勢が見られる<sup>89</sup>。今後年金の保険料率を上げていかなければならず、医療については支出削減によってなるべく保険料率を抑えるべきである、国保も被用者の家族も以前から自己負担率は3割だ、というのが小泉の言い分だった。

他方、首相官邸と医師会との調整も行われていた。官邸側からの働きかけもあり、11月20日に坪井栄孝日医会長は首相官邸で小泉に会い、診療報酬引き下げと高齢者医療制度改革は容認するが、伸び率管理・株式会社・混合診療解禁はやめてほしいと直談判した<sup>90</sup>。2年連続でサラリーマンの給与が減少するという経済状況下で、日医トップは診療報酬の引き下げを受け入れることで、その他のこれまでの慣行を打ち破るような改革案を撤回させるという取引をもちかけたのである。日医は山崎拓幹事長、麻生太郎政調会長、丹羽雄哉医療基本問題調査会長らにも働きかけ、「水面下で条件闘争」を行っていた<sup>91</sup>。その後、11月23日には大阪城ホールで反対集会（2万人）が開催され、同25日には植松治雄大阪府医師会長は塩川正十郎財務大臣の自宅を訪問し伸び率管理撤回を要求している<sup>92</sup>。

11月29日になって政府・与党社会保障改革協議会の「医療制度改革大綱」<sup>93</sup>が決定された。厚労省試案との異同を見てみよう。まず、サラリーマンの自己負担については、2003年度から政管健保の保険料引き上げと同時に自己負担率を3割に引き上げるというのが政府（首相）の立場、3割への引き上げは保険料引き上げの成果を見極めてからというのが自民党政調会（麻生政調会長・丹羽医療基本問題調査会長など）の立場であったが、「大綱」では「必要な時に」3割負担を導入することで妥協が図られた<sup>94</sup>。高齢者医療制度については「完全定率負担」（窓口負担の月額上限3,200円を撤廃）が明記されたが、伸び率管理制度については、老人医療費の「伸びを適正なものとするよう、伸び率抑制のための指針を定め、その指針を順守できるよう、速やかに、診療報酬の在り方、公私病院の役割分担など有効な方策を検討し、実施する」という形へと骨抜きにされた。既に触れた12月1日に医療関係者によって開かれた「国民医療を守る全国総決起大会」では伸び率管理制度を粉碎したことで先勝ムードが漂っていたという<sup>95</sup>。他方、診療報酬については「引き下げの方向で検討」することになり、12月中に引き下げ率をめぐる駆け引きが行われていく。

---

<sup>89</sup> 飯島前掲書, pp. 90, 92, 94-5。

<sup>90</sup> 同上, pp. 87-8; 『読売新聞』2001年12月1日朝刊。

<sup>91</sup> 水巻前掲書, pp. 20-1。

<sup>92</sup> 辰濃哲郎, 医薬経済編集部, 2010, 『歪んだ権威: 密着ルポ日本医師会積怨と権力闘争の舞台裏』医薬経済社, pp. 163-4。

<sup>93</sup> 吉原健二, 和田勝, 2008, 『日本医療保険制度史（増補改訂版）』東洋経済新報社, pp. 823-8に収録。「大綱」の文書の作成は財務省・厚労省の事務方が行った（飯島前掲書, p. 93）。

<sup>94</sup> 『読売新聞』2001年12月1日朝刊。

<sup>95</sup> 水巻前掲書, pp. 14-6。

## 診療報酬マイナス改定の経緯

12月3日、坪井日医会長と坂口厚労相によるトップ会談がもたれ、坂口は「医師会にも応分の負担をお願いしたい」と求めた<sup>96</sup>。日医首脳部では引き下げの覚悟はできており、あとは引き下げ率をどの程度にとどめることができるか、あるいはどの程度日医として抵抗ぶりを示すことができるかという、医師会メンバーや他の医療団体に対する体面の問題であったともいわれる<sup>97</sup>。過去2年間の賃金が平均で1.5%低下していたことや景気の状態から引き下げは既定路線であった<sup>98</sup>。12月14日には中央社会保険医療協議会（中医協）が総会を開き「痛みを公平に分ち合う観点から、相応の見直しを行う」との報告をまとめている<sup>99</sup>。この頃、具体的な改定率をめぐる与党と日医の交渉は橋本龍太郎元首相の影響力を背にしつつ丹羽雄哉自民党医療基本問題調査会長が坪井会長と直接行っていた<sup>100</sup>。12月15日に帝国ホテルでの坪井・丹羽極秘会談においてマイナス2.7%という引き下げ幅について合意が得られ、翌日報告を受けた小泉首相も了解した。こうして治療・調剤などの本体マイナス1.3%、薬価マイナス1.4%という診療報酬引き下げ率が決着する（表7-3）。既に1984年と1998年に薬価引き下げを含めた差し引きマイナス改定は行われていたが（表5-2, p. 175）、本体部分自体の引き下げは初めてのことであった。20日には来年度予算の財務省原案が決まる。政府方針では医療関係予算を2,800億円削減することになっていたが、70歳以上の患者負担を1割の定率（一定以上の所得がある場合には2割）にすることで1,000億円の削減となり、残り1,800億円の削減は診療報酬引き下げで達成されることになった<sup>101</sup>。

＜表 7-3 診療報酬改定・薬価基準改正の経緯、2002～2012 年度＞

	医科・歯科・薬局（調剤）の平均改定率（%）	薬価基準の改定（医療費ベース、%）
2002年4月1日	▲1.3	▲1.4
2004年4月1日	±0	▲1.0
2006年4月1日	▲1.36	▲1.8
2008年4月1日	0.38%	▲1.2
2010年4月1日	1.55	▲1.36
2012年4月1日	1.379	▲1.375

出典：辰濃ほか前掲書, p. 174 表 3（2012 年のみ『読売新聞』2011 年 12 月 22 日朝刊 2 面）。

<sup>96</sup> 水巻前掲書, p. 31。

<sup>97</sup> 同上, pp. 31-2。

<sup>98</sup> 同上, p. 33；二木前掲書, 2001, p. 78。

<sup>99</sup> 水巻前掲書, p. 32。

<sup>100</sup> 『読売新聞』2001 年 12 月 21 日朝刊。

<sup>101</sup> 同上, p. 32。第 2 章 2-2. で検討したように、日本では診療報酬制度とその改定方法こそが医療費抑制政策（医療関係予算削減）の要となっている。2000 年代初めの時点では診療報酬を 1%引き下げることで国庫負担が 700 億円程度節約できるとして予算が組まれていた（同書, p. 32-3；吉原, 和田前掲書, p. 477）。

史上初の医療行為本体のマイナス改定が素早く決着した背景には、11月の段階で医療費の伸び率管理制度の見送りとの取引があったこと、賃金動向などから日医としてもマイナス改定への覚悟ができていたこと、さらには橋本・丹羽ら厚労族議員が改定への首相官邸の介入を避けたがっていたことが挙げられる<sup>102</sup>。つまり、決定が遅延することで小泉が改定率について介入することを避けようとしたのである。厚労族議員と医師会という伝統的なアクターによる妥協形成を優先したといえよう。ただし、2.7%という引き下げ幅については坪井が単独で丹羽と交渉したものであり、坪井は副会長ら日医幹部からの批判を受けることになる<sup>103</sup>。坪井としては取引に成功したともいえるのかもしれないが、医師会内部では小泉政権と坪井執行部への不満が募っていった<sup>104</sup>。

### 法案の国会提出へ

自民党厚労族と日医は伸び率管理制度の骨抜きには成功したが、前者は3割負担について玉虫色の合意に甘んじ、後者は診療報酬マイナス改定で妥協することになった。しかし、与党も日医もこれであきらめたわけではなかった。通常国会への法案提出に向けて政府・与党の調整が続く。また、日医は高齢者の自己負担上限制限の復活と低所得者への配慮を自民党と合意していく。

2002年1月18日に、小泉は日本記者クラブでの会見で2003年度の3割負担実施を明言し、一部自民党議員や厚労省の改革見直しの動き（坂口厚労相は厚労省「試案」発表の前後に負担引き上げに消極姿勢を見せていた）を牽制した<sup>105</sup>。2月4日、連立与党三党の幹事長・政調会長会談で厚労省が「政府の方針（つまりは総理の方針）」<sup>106</sup>を説明するが、数字の説明ばかりで法案とりまとめの方針については言葉を濁した。報告を受けた小泉は激怒し、近藤純五郎厚労事務次官を電話で叱責したという。翌日の閣議後に小泉は坂口に「抜本改革はもちろん大事だ。今までやらずに來たことがおかしい。本当は2000年にやるはずだったんだ」と改革の必要性を強調した<sup>107</sup>。この頃、坂口は公明党出身の大臣であるため自民党内の調整に直接乗り出すわけにもいかず、自民党の改革反対派の議員から「言われっぱなし」に近い、困難な立場に置かれていた<sup>108</sup>。自民党内の事情に振り回され、面子を潰された坂口が辞任するといひ出す一幕もあり、連立与党内部の足並みの乱れは隠しよう

---

<sup>102</sup> 『読売新聞』2001年12月21日朝刊。

<sup>103</sup> 飯島前掲書, p. 93; 『読売新聞』2001年12月21日朝刊。

<sup>104</sup> 糸氏英吉日医副会長はマイナス改定について「日医とて苦渋の選択だ」と表明し、薬価を引き下げることで本体部分にまで引き下げの被害が及ぶのをとどめたかったがそれを十分に成し遂げられなかったと釈明している（水巻前掲書, p. 33）。このように、日医と製薬業界は医療費という限られたパイをめぐる競合関係にあるといえよう。

<sup>105</sup> 以下の記述は、飯島前掲書, pp. 94-9 に依拠している。

<sup>106</sup> 同上, p. 95。

<sup>107</sup> 同上, pp. 96-7。

<sup>108</sup> 同上, p. 98。

もなかった<sup>109</sup>。2月に入り小泉内閣の支持率が40%台にまで急落しており、自民党内には首相の譲歩を期待する向きもあった<sup>110</sup>。

ところが、小泉は慣行である与党による法案の事前審査を省略してでも方針を貫く構えを見せ、これ以上の混乱の拡大を防ぐために政府・与党内の意見の不一致を解消しようとする動きが強まっていった。2月8日の午後に開かれた与党三党の幹事長会談では「首相の決意は固く合わせざるを得ない」との認識から、首相の意向を受け入れることが決まった。坂口は連立の維持を重視する公明党の冬柴鉄三幹事長の説得により、自民党内で意見がまとめられることを条件に、患者自己負担の引き上げを2003年4月から実施することを認めた<sup>111</sup>。山崎拓幹事長はもともと小泉首相の医療保険改革に関する意向を支持しており<sup>112</sup>、堀内光雄総務会長も対立の解消を求めるようになると、自民党内では反対を続ける厚生族が孤立するようになった<sup>113</sup>。

結局、2月22日、28日の二度にわたり政府・与党が合意事項を列挙した確認書を交わすことで事態の収拾が図られた。11日には与党三党の幹事長・政調会長、福田康夫官房長官、安倍副長官、坂口厚労大臣が参加する会議が持たれ、「政調会長（麻生太郎——筆者注）が党内強硬派を押さえ込んだ形で最終的な合意が行われた」という<sup>114</sup>。会議後、三党幹事長・政調会長が記者会見を行い、法案の国会提出は20日を目途にし、法案審査については厚生労働部会、政調審議会、総務会の了承という通常の党内手続きをとるつもりであることが明らかにされた<sup>115</sup>。その後も自民党厚生労働部会内には首相官邸や政調会長、部会長への不満が残る<sup>116</sup>、28日に合意事項が追加されている。主な合意事項は、将来にわたり医療保険各制度の7割給付を維持すること、2002年度中に、保険者の統合再編・新しい高齢者医療制度の創設・診療報酬体系の見直しについて基本方針を策定すること、以上を法律案の附則に明記することなどであった<sup>117</sup>。これらは実際に改正法の附則に盛り込まれることになる。翌3月1日、医療保険改革関連法案が閣議決定され、国会に提出された。

## 国会過程

4月19日に衆議院本会議で坂口大臣による趣旨説明と質疑が行われ審議が始まった。質疑は約3時間におよび、野党からは抜本改革抜きで患者負担を引き上げることに批判が集

---

<sup>109</sup> 飯島前掲書, p. 99; 『読売新聞』2002年2月9日朝刊。

<sup>110</sup> 『朝日新聞』2002年2月9日朝刊2面。

<sup>111</sup> 以上、『朝日新聞』2002年2月9日朝刊1面, 2面。新川前掲書, p. 343も参照せよ。

<sup>112</sup> 『読売新聞』2001年11月23日朝刊; 新川前掲書, p. 343。

<sup>113</sup> 『朝日新聞』2002年2月9日朝刊2面。

<sup>114</sup> 飯島前掲書, p. 99。

<sup>115</sup> 同上; 『朝日新聞』2002年2月12日朝刊・夕刊。

<sup>116</sup> 飯島前掲書, pp. 99-100。

<sup>117</sup> 二つの確認書は、吉原、和田前掲書, pp. 482-3に掲載されている。2002年改革当時厚生省で保険課長を務めていた島崎謙治の論文も参照せよ。島崎謙治, 2002, 「健康保険法等の一部を改正する法律」『ジュリスト』1231, 2002.10.1, pp. 48-55。

中した<sup>118</sup>。1997年に厚相として小泉はサラリーマンの患者自己負担を1割から2割に引き上げ、2000年までの抜本改革実現を公約しており、今回首相として抜本改革なしで再び患者負担増を提案することが批判的となった。これに対する小泉の主張は1997年の時と同様に国民皆保険制度維持のためには自己負担の引き上げが必要だというものだった。なお、4月から診療報酬マイナス改定が実施され、医師会はこれに抗議して再改定を要求していたが、この日小泉は再改定の必要性を否定し、坂口大臣も会期中の法案成立に全力を挙げると述べた<sup>119</sup>。

国会審議では抜本改革先送りに対する批判の他に、自己負担増により受診抑制や景気の悪化が生じる恐れ、行政の痛みの欠如などが野党による攻撃の対象となった<sup>120</sup>。衆議院では委員会質疑、参考人からの意見聴取と質疑、地方公聴会の合計審議時間が約60時間に及び、民主・自由・共産・社民の野党四党は廃案を求めているが、与党は「審議は十分に尽くされた」と判断し採決が行われた<sup>121</sup>。6月14日の厚生労働委員会で、医療制度改革関連法案は与党三党の単独採決によって原案通り賛成多数で可決された。強行採決に対する野党の反発から一時国会が空転したが、会期延長後の6月21日に衆議院本会議で、7月26日には参議院本会議でそれぞれ自民・公明・保守の与党三党の賛成多数で原案通り可決された。26日の記者会見で小泉は「患者負担を引き上げなかったら国民に痛みはないか、というところじゃない。もっと大きな痛みは皆保険制度が壊れること。長い目で見れば痛みを和らげる法案だ」と改正の意義を改めて強調した<sup>122</sup>。

#### c. 改正の過程と内容に関する考察——強まる支出削減と財源拡大の先送り

### 2002年改正の政治過程

2002年4月に史上初の診療報酬本体部分のマイナス改定が実施されたのに続き、7月に医療制度改革関連法案が成立したことで患者自己負担の引き上げと保険料負担の引き上げが決まった。こうして「三方一両損」の改革が実現することになった。医師会や労使などの関係団体、与党議員の強い反発に加え、厚生労働大臣までもが慎重姿勢をとり、実現が危ぶまれていた法改正だったが、結果的には一国会で原案通りの可決となった。

今回改正の経緯は自民党長期政権下および1990年代の連立政権時代までに見られた医療保険改革の過程とは大きく異なっていた。最大の特徴は首相を頂点とするトップダウン型の政策決定ないし首相のリーダーシップの発揮が顕著に観察されたことである。小泉首相は厚生労働省の大臣・官僚を牽引し、与党に対する働きかけも自ら行っていた。自民党長期政権下においては、政策形成は行政内・与党内でボトムアップ方式で行われ、大臣や

<sup>118</sup> 『読売新聞』2002年4月20日朝刊。

<sup>119</sup> 水巻前掲書, pp. 69-70。

<sup>120</sup> 島崎前掲論文, p. 53。

<sup>121</sup> 『週刊社会保障』2190, 2002.6.24, p. 41。

<sup>122</sup> 『朝日新聞』2002年7月27日朝刊。

首相は受動的に対応するという過程が典型的であった。これに対して、2002 年の医療保険改革ではまず 2001 年 6 月の「骨太の方針」によって経済財政政策全般、社会保障政策、医療政策のアジェンダが設定され、厚生労働省は完全に受け入れたわけではないもののこれを受けて「試案」を作成している。また、厚労大臣や与党からの反発に対して政府案の貫徹を支えたのは首相と官邸のスタッフだった。要するに、首相官邸の厚労省と与党に対するリーダーシップが重要な役割を果たした。

それが可能になった背景として、第一に本章 7-1. b. で説明したように 1990 年代後半に決められた行政改革の成果、とりわけ経済財政諮問会議が政府の政策全体の方向付けを行うようになったことが挙げられる。一般会計のなかでも社会保障費は最大の政策経費であり、「骨太の方針 2001」でも重視されていたが、社会保障のなかでも医療は支出削減と規制緩和の標的とされていた。財務省もここぞとばかりに厳しい支出削減案を発表していた。第二に、厚相経験者でもある小泉自身が医療保険改革の実現にとりわけ熱心であったことと、彼の非妥協的なスタイルといったパーソナルな要因も働いていた。したがって、行政府のレベルでは改革実現に向けて強い推進力があったといえよう。また、政府・与党の協議会への参加や厚相経験者懇親会にも見られるように、小泉は与党に対する働きかけも自ら積極的に行っていた。首相の熱心な支持がなければ厚労省案の与党による骨抜きは避けられなかっただろう。さらにいえば、そもそも改革案の内容自体が与党に（したがって医師会に）配慮した、より穏健なものになっていたであろう。

ただし、与党に対する首相のリーダーシップはこの時点では必ずしも確立されていたわけではなかった。例えば、老人医療費の伸び率管理の仕組みは 2001 年 9 月の厚労省「試案」の段階ではまだ存在していたが、11 月の政府・与党の「大綱」では機械的な費用抑制は行わない形へと骨抜きにされている。また、「試案」では 70 歳から 74 歳までの患者自己負担は 2 割とされていたが、最終的に改正法では 1 割負担を基本として現役世代並み所得者は 2 割負担とされた。2002 年 2 月には首相の意向により関連法案が与党審査にかけられず与党の反対によって廃案に追い込まれることが懸念されていたが<sup>123</sup>、7 割給付の維持などの政府・与党の合意事項を改正法の附則に盛り込むことで妥協が図られた。法案の与党審査の仕組みは残っており、首相と与党族議員の対立が続いた結果、最終局面において前者が辛うじて優越したというのが正確な描写であろう。こうして医療制度改革関連法案はとりまとめの段階では調整が長引いたが、国会提出後には与党三党の賛成多数によって一国会で成立したのであった。

## 2002 年改正の内容

問題はこのような意思決定の仕組みが変わったことで医療保険政策の内容がどのように変化したかである。今回の改正によって、第一に、被用者本人の自己負担率が 2 割から 3

---

<sup>123</sup> 『朝日新聞』2002 年 2 月 9 日朝刊。

割に引き上げられ、家族の入院費用についても 2 割から 3 割に引き上げられた<sup>124</sup>。現役世代の自己負担率は 3 割に統一されることになった。高額療養費に関する自己負担限度額も引き上げられている（72,300 円＋医療費の 1%）。他方、1997 年改正で導入された薬剤一部負担は廃止され、少子化対策の観点から 3 歳未満の乳幼児の給付率は 8 割に改善された。

第二に、70 歳以上の自己負担については 2000 年改正の際に診療所では定額制の選択が可能とされたが、定率 1 割負担が徹底されることになった（現役世代と同等以上の収入がある高所得者については 2 割負担）<sup>125</sup>。

第三に、被用者保険の保険料がボーナスにも課される総報酬制が導入され、政管健保では保険料率が総報酬ベースで 7.5%から 8.2%へと引き上げられた。同一年収であってもボーナスが年収に占める割合によって保険料負担に差が出るという不公平の改善が目的だった<sup>126</sup>。なお、社会保険庁長官は中期的に政管健保の財政均衡が図られるように少なくとも 2 年ごとに保険料率の見直しを行うこととされ、「被保険者及び標準報酬の減少傾向を踏まえ、社会保険庁長官による厚生労働大臣への保険料率引上げの申出事由として『保険料総額の減少を補うために必要がある場合』を追加する」ことになった<sup>127</sup>。総報酬制の導入といい、保険料収入の確保が深刻な課題となりつつあったことがうかがえる。ところが、過去最高の失業率（2001 年 7 月に 5%突破）に対する小泉政権の雇用政策は派遣労働の規制緩和であり、保険料拠出能力の乏しい非正規雇用者が増加していくことになる。

第四に、老人保健制度の対象年齢を 5 年間かけて 70 歳から 75 歳に引き上げ、同様に老人医療費の公費負担を 5 割へと引き上げることにした。また、老人保健拠出金について国民健康保険の負担を軽減し、被用者保険の負担を増やす措置が再び導入された<sup>128</sup>。老人医療費の伸びの抑制については、「厚生労働大臣は、老人医療費の伸びを適正化するための事項を内容とする指針を定め、当該指針に即した都道府県及び市町村の取組に対する必要な助言その他の援助に努める」という規定が設けられるにとどまり、経済成長率などと機械的に連動させる仕組みは導入されなかった。

第五に、国民健康保険制度の財政基盤強化のためのいくつかの措置が導入された（都道府県単位での高額医療費共同事業の拡充など）。

最後に、法案提出前の与党の強い要求により、改正法の附則には将来にわたり医療保険

<sup>124</sup> 厚生労働省、2002、「健康保険法等の一部を改正する法律案の概要」厚生労働省ホームページ <<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2002/03/h0306-2.html>> 2014 年 3 月 27 日閲覧。日医執行部は診療報酬再改定、3 割負担凍結に失敗してしまい内部からの反発に直面した。2003 年 3 月 30 日の定例代議員会では反執行部派が坪井会長の自主的な辞任を要求し、同年 10 月に坪井会長は引退を表明するに至る（水巻前掲書、p. 1；辰濃ほか前掲書、pp. 108-10）。

<sup>125</sup> また、自己負担が限度額（1 万 2 千円）を超えた場合、高齢者の申請に基づきその金額が払い戻される償還払い制が導入された。低所得の高齢者に対する負担軽減措置の適用対象の拡大も行われた。島崎前掲論文、pp. 50-1。

<sup>126</sup> 同上、p. 51。厚生年金についても 1999 年改正により 2003 年 4 月からの総報酬制実施が決定済みだった。

<sup>127</sup> 同上、pp. 52-3。

<sup>128</sup> 同上。

の給付率 7 割を維持すること、新しい高齢者医療制度の創設などに関する方針を 2002 年度中に策定することなどが規定された<sup>129</sup>。

以上のように 2002 年改正の内容は政管健保の財政危機への対処を中心として、当面 5 年間の医療保険制度の財政安定を目指したものであった。改革の方向性は医療費の増大に対処するために財源を拡大するというものではなく、医療費を圧縮することで社会保障負担の増大を抑制することが目標であった。すなわち、現行制度を維持した場合、医療保険医療費は 2002 年度の 29.1 兆円から 2007 年度には 35.4 兆円となるが、2002 年の改革により改革が完了する 2007 年には 34.7 兆円へと 7,000 億円程度費用の伸びが抑制される見通しであった<sup>130</sup>。患者負担・保険料負担・公費負担の推移にはどのように影響が出るかという、現行制度下では患者負担は 2002 年度の 4.8 兆円から 2007 年度の 5.6 兆円へ増加し、2002 年改正によって 2007 年度には 6.1 兆円と増加する。保険料負担は現行制度下では 2002 年度の 16.4 兆円から 2007 年度の 19.5 兆円へ増加し、2002 年改正によって 2007 年度には 18.4 兆円と抑制される。公費負担は現行制度下では 2002 年度の 7.9 兆円から 2007 年度の 10.2 兆円へ増加し、2002 年改正後も 2007 年度には 10.2 兆円であり同規模が維持される。つまり、患者負担・保険料負担・公費負担からなる医療費全体の規模自体を縮小しつつ、そのなかでは公費負担は一定、保険料負担は減少、患者自己負担は増大するという見通しであった<sup>131</sup>。

これは小泉政権の増税はしない、国債発行には頼らない、支出の削減によって財政再建を目指すという基本方針が医療保険にも適用されたものといえよう<sup>132</sup>。確かに、保険料負担の引き上げは行われているのだが、小泉の方針は診療報酬引き下げと患者自己負担引き上げによって医療保険給付費を抑制し、それによって保険料負担の引き上げをなるべく抑制するというものであり、厚労族議員の保険料率引き上げによって自己負担引き上げを抑制するという方針は打ち負かされたのだった<sup>133</sup>。その上、上記のように今回の改正によって総額として実質増となるのは患者自己負担であり、保険料負担総額は抑制されるというのが厚労省の予測であった。老人保健制度に対する公費負担率が 3 割から 5 割へと引き上げられたものの、対象年齢自体が 75 歳へと引き上げられ、また患者自己負担が増加させられたため、公費負担の規模は改正によって増加しないことにも注意が必要である。公費負担の 3 割から 5 割への引き上げという表現が与える印象とは異なり、公費負担の増強は巧妙に回避されたのである。

<sup>129</sup> 島崎前掲論文, p. 52 ; 吉原, 和田前掲書, p. 487。

<sup>130</sup> 島崎前掲論文, p. 54 図表 4。

<sup>131</sup> 診療報酬引き下げによる減収分を医療機関が補うために差額ベッド代などの保険適用外の患者負担がさらに拡大する可能性も懸念された(『朝日新聞』2005 年 12 月 19 日朝刊 3 面)。

<sup>132</sup> 正確には、小泉政権時代に全く増税が行われなかったわけではなく、最も優先されたのは国債発行額を抑制することであり、そのための手段として第一に支出削減、次いで増税という優先順位であった。上川前掲書, p. 195 参照。

<sup>133</sup> 当時保険課長を務めていた島崎謙治は 3 割負担導入による保険料率の抑制、医療保険給付費全体の圧縮の意義を強調している(島崎前掲論文, pp. 53-4)。また、3 割への給付率統一という保険制度間の公平性、高齢者 1 割負担徹底による世代間の負担の公平性も指摘し、低所得者への配慮を行っていることも強調している。



端的に言えば、強化された首相のリーダーシップは小泉の増税はしない、国債発行には頼らないという方針の貫徹を助け、支出削減を重視する「小さな政府」路線での財政均衡実現が医療保険改革の基本方針となった。2002 年度には初の診療報酬本体のマイナス改定が実現するとともに、国民医療費も 0.5%のマイナス成長となった（表 5-1, p. 168）。政管健保では 1993 年度以来赤字が続き、2002 年度には過去最大の赤字を記録したが、2003 年度に収支が改善され黒字に転じた。被用者保険の短期的な財政対策としては「三方一両損」の改革は成功したといえよう。小泉は 1990 年代末の路線から方向転換して与党や医師会の反発を押し切り、厳しい支出削減策を実現したのである。ただし、いくつかの重要な課題は残されたままであった。

### 残された課題

第一に、小泉にとっては診療報酬引き下げ、自己負担 3 割という抜本改革が実現されたことになるのであろうが、与党や関係団体が求めてきた新たな高齢者医療制度の創設という抜本改革は再び先送りされた。2000 年改正の際に参院の付帯決議で 2002 年度中に必ず新たな高齢者医療制度を創設することになっていたにもかかわらずである。患者自己負担増、老人保健制度の対象年齢引き上げなどの措置は現行制度のパラメーターを変更したものであり、構造的な改革は行われていない。将来的に高齢者医療費をどう賄っていくのか、社会保険料収入の伸び悩みにどう対処していくのかという財源調達問題への対応は先送りされた。2007 年までは老人保健制度の対象年齢を引き上げていくことで公費負担を増やさないこととされたが、それ以降 75 歳以上の人口が増えれば、公費負担の規模も増加せざるを得ない。また、2003 年には政管健保の収支は改善され小康状態に入るが、その後も高齢者医療を支えるための拠出金が増加して 2007 年から再び赤字化する。同様に組合健保も 2008 年から全体として赤字に戻ってしまう。市町村国保の多くも赤字体質が続く。

高齢者制度改革先送りの背景にあった要因として、首相・経済財政諮問会・財務省・厚労省といった政府アクターがこの問題に対してあまり関心を持っておらず、（高齢者）医療費の抑制の方を重視していたことが挙げられよう。高齢者医療の財源に限らず、小泉は税制に対する関心が低く、税制抜本改革に向けたリーダーシップを発揮しようとしなかったとされる<sup>134</sup>。2002 年改正法の附則に高齢者医療制度の新設が盛り込まれたため、法案成立後には直ちに検討が再開されるが、その後も支出削減が医療保険政策の基調となる。

第二に、首相・諮問会議・財務省が主張していた老人医療費の伸び率管理の仕組みは与党によって骨抜きにされた<sup>135</sup>。老人医療費の伸び率管理制度が消えてしまったことについて、厚労省の大塚義治保険局長は衆院厚労委員会で「都道府県・市町村の協力を得て、医療の質を確保しながら、少し長い目で取り組むという意味を含めて、老人医療費の伸び率

<sup>134</sup> 上川前掲書, pp. 193-6 参照。

<sup>135</sup> もっとも、診療報酬のマイナス改定は実現しているので、方法は違えど短期的には目標はほぼ達成されたともいえる。2002 年度の GDP 成長率はマイナス 0.7%だったが、国民医療費の伸び率もマイナス 0.5%であり、その差は小さく抑えられた（表 5-1, p. 168）。

の指針を厚生労働大臣が策定し、それにしたがって、都道府県・市町村のみならず、保険者やその他幅広い協力を得て、老人医療費の問題に取り組んでいくこととした。形としてはソフトであるが、基本的な趣旨は同様である」と答弁している<sup>136</sup>。つまり、厚労省としては中長期的な視点から高齢者医療の供給体制や診療報酬体系などを合理化して医療費抑制につなげたいと考えている。換言すれば、厚労省は医療制度全体に対する統制強化という従来からの政策目標の内部での医療費抑制を考えており、財務省や諮問会議などの外部のアクターとは医療費抑制の方法論や速度について考え方に違いがあるといえる。この対立は後に再燃することになる。

第三に、諮問会議や規制改革会議が求めてきた混合診療の解禁や株式会社による病院経営などの規制緩和も今回改正ではとりあげられていない。これらは厚労省の従来の政策方針に逆らった提案であり、与党が首相官邸に抵抗したように厚労省も諮問会議などの圧力に対して完全には屈服していないことがわかる。ところが、これらの提案は「小さな政府」と市場競争を重視する小泉政権にとって重要なテーマであった。改正法の附則によって自己負担を3割以上引き上げられないこととされたが、それでも公的医療保険給付の総額を縮小しようとするのであれば、混合診療の拡大によって公的医療保険の給付範囲自体を縮小することが選択肢になるであろう。

要するに、2002年改正は前政権の医療保険政策と比べて厳しい支出削減路線へと転換したものだといえるが、政策的なイノベーションは導入されなかった。診療報酬本体のマイナス改定、患者自己負担の引き上げ、社会保険料負担の総報酬制への変更などは既存の制度的枠組みを前提とした対応であった。高齢者医療制度改革、老人医療費の伸び率管理、規制緩和は残された課題となった。よりいっそう市場の役割を強め、公的負担は縮小させるのか、それとも公的医療保障を重視し、財源調達方式を改革していくのかという方向性の選択は明示されなかったのである。健保改正法の附則に従い、2002年後半から高齢者医療制度改革に関する厚労省案が提出されるが、諮問会議での議論はむしろ総合規制改革会議の提案でもある株式会社の参入と混合診療解禁に集中する。公費負担の増強どころか、医療の市場化が目指されることになる。高齢者医療制度改革や医療費の伸び率管理が再度政策課題として浮上するのは2005年に入ってからである。

### 7-3. 規制緩和をめぐる攻防

イギリスのナショナル・ヘルス・サービス（NHS）の改革を始めとして、1990年代以降先進福祉国家では医療制度への市場原理の導入が相次いだ<sup>137</sup>。日本でも1990年代後半から

<sup>136</sup> 『週刊社会保障』2190, 2002.6.24, p. 43。

<sup>137</sup> 1990年のサッチャー改革によって、イギリスの一般医は患者のために病院医療サービスを購入する役割を担うようになり、病院はサービスを買ってもらうために競争することが期待された。

医療の世界に対する市場原理導入を目指す議論が盛んになった。従来の規制体系が画一性や非効率性などの点から批判の対象となったのである。市場原理を強化する政策として、保険者選択の自由化・価格規制の緩和・混合診療の解禁・保険者と医療機関の直接契約・医療機関の参入規制および広告規制の緩和などが提案されるようになった。経済財政諮問会議や総合規制改革会議などの首相に近い機関が自由化・規制緩和を求めるのに対して、規制体系を維持してきた厚労省は守勢に立たされることになった。とはいえ、上記のような規制緩和はごく限定的にしか実現しなかった。

#### a. 医療保険制度に関する規制<sup>138</sup>

##### ①公的保険への強制加入

医療保険の自由化を代表する政策アイディアは「民営化」（ないし新たな保険者の参入）と「保険者選択の自由化」である。保険者を選択する自由が認められることで、保険者間に競争圧力が作用することになる。そこで期待されるメリットは、第一に、保険者が経営効率を高めて保険料を抑制するよう努力すること、第二に、医療機関に対して保険者が患者の有効な代理人となること<sup>139</sup>、つまり、医療の質の向上と無駄遣いの削減に貢献すること、第三に、保険者の合併が進むことで管理コストが抑制されることである。

しかし、今日に至るまで日本では公的医療保険を代替しうる給付範囲を持った私的保険の参入は認められておらず、ドイツで行われたような高所得者の民間保険へのオプト・アウトは実施されていない<sup>140</sup>。抜本改革を目指して2003年3月に閣議決定された「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（医療保険制度体系及び診療報酬体系に関する基本方針について）」<sup>141</sup>でも「将来にわたり国民皆保険制度を堅持する」ことが確認されている。厚生労働省は国民皆保険の堅持を基本的な政策規範としており<sup>142</sup>、公的保険者による独占に近い状況が存続している。民間保険の役割は小さく、治療の現物給付ではなく入院時などの現金給付を主に提供している（例えば、差額ベッド代をカバーする）。また、既存の公的な保険者のなかから選択を行う自由も導入されていない。したがって、日本では医療保険に対して民営化も競争の強化も実施されておらず、自

---

国営医療制度の内部に競争原理を導入しようとしたものといえる。

<sup>138</sup> 医療に関する規制を整理した先行研究として、遠藤久夫, 2005, 「医療制度のガバナンス——医療制度運営における計画原理と市場原理」『季刊社会保障研究』41(3), pp. 224-37 を参照した。

<sup>139</sup> 尾形前掲論文, 2005, 「高齢者医療制度の改革」；遠藤久夫, 1998, 「医療における市場原理と計画原理の相互補完性」『医療と社会』8(2), pp. 183-205。

<sup>140</sup> ドイツでは1992年に保険者選択の自由化が決定され、保険者の合併・再編が進んだ。

<sup>141</sup> 厚生労働省ホームページ <<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2003/04/s0421-7d.html>> 2014年3月27日閲覧。

<sup>142</sup> 例えば、以下を見よ。厚生労働省編, 2007, 『平成19年版厚生労働白書：医療構造改革の目指すもの』ぎょうせい, p. 15。

由化は限られている<sup>143</sup>。

## ②診療報酬公定価格制（価格規制）

日本では医療サービス・医薬品には公定価格が設定されており、繰り返し述べたようにこれを操作することが医療費抑制政策の要であった。厚生省は、診療と医薬品の価格を市場価格に委ねるのではなく、必要な医療行為・医薬品をなるべく公的医療保険の対象とした上で、その点数を抑制することで国民の医療へのアクセスと医療費抑制を両立しようとしてきた<sup>144</sup>。価格の自由化が許されたのは個室料金など医療本体以外の部分に限られてきた。この点は 2000 年代に入っても変わっていない。これに対して、自由価格制の対象範囲を拡大しようとしたのが混合診療解禁論である。

## ③混合診療の禁止<sup>145</sup>

規制緩和論者たちが最も重視したものの一つが混合診療の解禁である。2001 年 3 月 30 日に閣議決定された「規制改革推進 3 か年計画」<sup>146</sup>に混合診療の規制緩和が盛り込まれてから、総合規制改革会議は繰り返しこれを要求した。保険診療と保険外診療の併用が禁止されていることで、医療サービスの多様性が低下し、医療機関が患者の医療ニーズの多様化に対応するのを妨げているというのが解禁派の主張であった。しかし、混合診療の解禁は所得による医療機関へのアクセスの不平等を生むとして、厚生労働省と日本医師会は反対していた。反対派は解禁によって保険収載が停滞し、保険診療の対象が縮小することを懸念していた。結局、2004 年 12 月に尾辻秀久厚生労働大臣と村上誠一郎規制改革担当大臣との間で、保険診療との併用が例外的に認められている特定療養費の対象を拡大するという妥協に落ち着いた<sup>147</sup>。混合診療全面解禁には至らず、自由化はごく一部にとどまった。

## ④保険者と医療機関の直接契約の禁止

保険者と医療機関の直接契約は、独自の料金設定や診療報酬の割引を可能にするとして健保組合、経団連、一部の専門家などが導入に賛成してきたが、厚労省と医師会はフリー

<sup>143</sup> ただし、1980 年代以来患者自己負担の拡大が続いており、部分的な自由化・民営化が生じているともいえる。

<sup>144</sup> 個々の点数の抑制だけでなく、入院部門では包括払い方式が拡大されてきた。1980 年代から検査料などのマルメという形で部分的な包括化が行われ（第 3 章 3-2. b.）、1990 年には老人病院に対して検査・薬代などが包括された入院料金（入院医療管理料）が導入された。急性期の入院治療についても、2003 年から包括払い方式が導入された。

<sup>145</sup> 遠藤前掲論文, 2005 ; 二木立, 2009, 「小泉・安倍政権の医療改革——新自由主義的改革の登場と挫折」『社会政策』1(2), pp. 12-21 ; Naoki Ikegami, 2006, “Should Providers Be Allowed to Extra Bill for Uncovered Services? Debate, Resolution, and Sequel in Japan,” *Journal of health politics, policy and law*, 31(6), pp. 1129-49.

<sup>146</sup> 総合規制改革会議ホームページ < <http://www8.cao.go.jp/kisei/siryo/010330/index.html> > 2014 年 3 月 27 日閲覧。

<sup>147</sup> 「いわゆる『混合診療』問題に係る基本的合意（2004 年 12 月 15 日）」厚生労働省ホームページ < <http://www.mhlw.go.jp/houdou/2004/12/h1216-1.html> > 2014 年 3 月 27 日閲覧。

アクセスの保障や公平性などの観点から反対してきた<sup>148</sup>。2002年3月29日に小泉内閣が閣議決定した「規制改革推進3か年計画（改定）」<sup>149</sup>では、フリーアクセスの確保に十分配慮した上での診療報酬の個別契約を2002年度から解禁すると明記された。厚生労働省は2003年5月20日に医療サービスや診療報酬に関する保険者と医療機関の個別契約について、条件や手続きを各健康保険組合に通知した（「健康保険法第76条第3項の認可基準等について」）。こうして保険者と医療機関の直接契約は一応解禁されたが、厳しい条件が課せられたため全く利用されなかった<sup>150</sup>。

## b. 医療供給体制に関する規制

### ①経営形態の制約（参入規制）

総合規制改革会議などが強く求めていた株式会社による医療機関経営も全面解禁には至らず、2004年から構造改革特区（「医療特区」）において、公的医療保険が適用されない自由診療・高度医療を行う場合のみ認可されることになった。これを利用して2006年には初の株式会社立診療所が誕生したが、開設はこの一件のみだった<sup>151</sup>。

### ②供給規制（医師数抑制・病床規制）<sup>152</sup>

1970年代まで医師数・病床数ともに拡大が目指されたが、1980年代には医療費抑制のためにこの傾向は反転する。政府は1980年代半ばから医学部定員の削減に乗り出し、最大時の1981～84年に8,280人だった定員は、2003～07年には7,625人へと約9%減少した。診療報酬の抑制と並ぶマクロ的な医療費抑制策といえる。

病床についても1980年代から規制が強化された。地域医療計画が1985年に導入されたことで、従来のように公立病院のみならず私立病院も病床規制の対象となった。こうして病院の開設や増床が抑制された。1992年の168.7万床をピークに病院病床数は減少を続け、2012年には157.8万床となっている<sup>153</sup>。

要するに、数量規制は2000年代に入っても継続された。ただし、小泉政権退陣以降医療崩壊論への対応として医学部の定員は増員され、療養病床削減計画が緩和されるようになる（本章補論参照）。

<sup>148</sup> 本章 7-2. a. 参照。

<sup>149</sup> 総合規制改革会議ホームページ < <http://www8.cao.go.jp/kisei/siryo/020329/> > 2014年3月27日閲覧。

<sup>150</sup> 遠藤前掲論文, 2005, p. 231 ; 二木前掲論文, pp. 13-4。

<sup>151</sup> 二木前掲論文, p. 13。

<sup>152</sup> 遠藤久夫, 2010, 「日本経済と医療・介護政策の展開」 宮島洋, 西村周三, 京極高宣編『社会保障と経済 3 : 社会サービスと地域』東京大学出版会, pp. 13-4。

<sup>153</sup> 厚生労働省, 2013, 『平成 24 年医療施設（動態）調査・病院報告の概況』。

### ③広告規制

唯一大幅な規制緩和が実現したのは医療機関の広告規制である。医師会は患者による医療機関の選択が活発化することで医療機関間の競争が激しくなることを懸念していたが<sup>154</sup>、患者主権を強化し、医療機関の選択を容易にするために、1990年代に入ってから広告規制の緩和が繰り返された。その結果、2000年代前半までに病床数、スタッフ数、医療機器、治療方法、手術件数、平均在院日数など多くの事項が広告に記載可能となった<sup>155</sup>。

#### c. 結論——規制緩和はほとんど行われなかった

＜表 7-4 2000 年代前半における規制改革＞

【医療保険制度に関する規制】
①公的保険への強制加入・・・自由化せず
②診療報酬公定価格制（価格規制）・・・自由化せず
③混合診療の禁止・・・限定的自由化
④保険者と医療機関の直接契約の禁止・・・実質自由化せず
【医療供給体制に関する規制】
①経営形態の制約（参入規制）・・・限定的自由化
②供給規制（医師数抑制・病床規制）・・・自由化せず
③広告規制・・・自由化

出典：筆者作成。

本節で検討してきた様々な規制のうちで、顕著に自由化が進んだのは広告規制のみである。国民皆保険の堅持は小泉首相にとっても与党にとっても変わらぬ基本方針であり、小渕内閣時代に一部で提案されていた医療保険の民営化論は小泉政権期には姿を消した。混合診療の禁止・保険者と医療機関の直接契約の禁止・医療機関の経営形態の制約については、限定的・条件付きの規制緩和が行われるにとどまった<sup>156</sup>。厚生労働省と日本医師会は混合診療の解禁や営利目的病院の参入に反対していた。これらが所得によるアクセスの不平等を生み出すことが懸念されたためである（医師会は医療機関間の格差拡大も恐れていたものと思われる）。財務省も公共支出の統制を重視する観点からこれらの規制緩和には慎重だった<sup>157</sup>。また、保険者と医療機関の直接契約については、本章 7-2. a.でも説明したよう

<sup>154</sup> 『読売新聞』2002年2月11日朝刊。

<sup>155</sup> 遠藤前掲論文, 2005, pp. 228-30。

<sup>156</sup> 二木前掲論文, pp. 13-4。

<sup>157</sup> 二木前掲書, 2007b, pp. 100, 115-6 [注]。マーガレット・サッチャーによる NHS の民営化に英国財務省が反対したのも、財政のコントロールが困難になることを懸念したためであった。Wendy Ranade, 1998, “Reforming the British National Health Service : all change, no change?,” Wendy

に厚労省はフリーアクセス・実現可能性・公平性の観点から消極的であったし、財政難にあえぐ保険者もわざわざ人件費や設備投資を支出してまで直接契約に乗り出すはずがなかった。その他の価格規制や医療供給量に関する規制はむしろ長期的に強化されてきた。厚労省は診療報酬や医療供給体制に関する規制を通じて医療費の抑制とアクセスの公平性を維持しようとしてきたのである。

小泉政権においても、医療の世界に市場原理を導入しようとする改革案はほとんど実現しなかった。他方、医療費抑制政策が断念されたわけではなく、2005 年以降医療保険改革の焦点は医療費の伸び率管理制度の導入へと移行していく。

#### 7-4. 医療費の伸び率管理をめぐる攻防と高齢者医療制度改革（2005～06 年）

<表 7-5 2006 年改革関連年表>

2005 年	
6 月 21 日	「骨太の方針 2005」閣議決定
7 月 20 日	中医協改革有識者会議「報告書」を尾辻秀久厚労相に提出
10 月 19 日	厚生労働省「医療保険制度構造改革試案」公表
12 月 1 日	政府・与党医療改革協議会「医療制度改革大綱」決定
12 月 18 日	診療報酬本体の二度目のマイナス改定決定
2006 年	
2 月 10 日	医療制度改革関連法案閣議決定、国会提出
6 月 14 日	医療制度改革関連法成立

出典：筆者作成。

郵政選挙の翌年の 2006 年には 2002 年と同様に診療報酬の引き下げと患者自己負担の引き上げを含む医療保険改革が行われている。2006 年の改革によって後期高齢者医療制度の導入が決まり、高齢者医療制度改革には独立方式が採用されることになった。

##### a. 「骨太の方針 2005」と医療費の伸び率管理

2005 年の「骨太の方針」の策定へと至る議論なかで医療費の伸び率管理が再び争点として登場した<sup>158</sup>。2005 年 2 月 15 日の平成 17 年度第 3 回経済財政諮問会議では民間議員（牛

---

Ranade (ed.), *Markets and Health Care : A Comparative Analysis*, New York ; London : Addison Wesley Longman Ranade, p. 103 参照。

<sup>158</sup> 伸び率管理をめぐる争いについては、内山前掲書, pp. 75-8 ; 大田弘子, 2006, 『経済財政諮問会議の戦い』東洋経済新報社, pp. 151-65 ; 二木前掲書, 2007b, pp. 91-2 ; 吉岡充, 村上正泰, 2008, 『高齢者医療難民：介護療養病床をなぜ潰すのか』PHP 新書, pp. 145-56 ; 村上正泰, 2009, 『医療



尾治朗・奥田碩・本間正明・吉川洋）が「経済規模に見合った社会保障に向けて」と題した資料を提出し、「後世代まで安定的に続く社会保障制度のためには、給付費について何らかの指標を設け、伸びを管理することが不可欠である」として、「名目 GDP の伸び率」を妥当な指標として提案している<sup>159</sup>。注目すべきは先の引用部分に続けて「安易に増税や保険料引上げを行わず、総額の目安を決め、制度改革や効率化を図るべきである（傍点筆者）」と明記されていることである。この他にも、「団塊の世代が老後を迎え、社会保障給付費が急増する 2010 年度までに給付の伸び率を管理する仕組みを完成させ、負担の急増を回避する必要がある」という一文からも分かるように、どのようにして適切な財源を確保するかではなく、専ら社会保障負担の増加を回避するにはどうすればよいのかという観点に立っている。社会保障のなかでもとくに医療と介護の伸びは名目 GDP の伸びを大きく上回るとされ、「診療報酬・介護報酬の改定方式のルール化」、すなわち「名目成長の伸び率とリンクするマクロ経済スライド方式の導入」が提案されている。既に年金については 2004 年の改革で物価・賃金の伸びに合わせて年金額を引き上げるだけでなく、被保険者数の減少や平均余命の伸びに合わせて給付額を調整（減額）する仕組みが導入されていた<sup>160</sup>。医療費についてもマクロ経済指標に連動した伸び率管理を行うことが改めて争点となったのである。

これに対して、臨時議員として会議に出席していた尾辻秀久厚生労働大臣（自民党）は社会保障費の機械的な抑制に真っ向から反論した。そもそも社会保障の規模と経済の規模は機械的に連動するものではなく、今後の高齢化などによって医療・介護の給付費の増加は不可避であり、「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」と主張したのである<sup>161</sup>。3 月 18 日の社会保障の在り方に関する懇談会（第 7 回）<sup>162</sup>に提出された厚労省資料では、もし医療給付費

---

崩壊の真犯人』PHP 新書, pp. 165-74；辰濃ほか前掲書第 3 章など参照。

<sup>159</sup> 経済財政諮問会議ホームページ < <http://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/minutes/2005/0215/agenda.html> > 2014 年 3 月 27 日閲覧。

<sup>160</sup> 具体的には、物価・賃金の上昇率から 0.9%（被保険者数の減少分 0.6%＋平均余命の伸びの分 0.3%）を差し引いた率で年金支給額を調整するとされた（例えば、物価が 1.5% 上昇した場合、支給額は 0.6% だけ増額させられる）。

<sup>161</sup> 「社会保障給付費の『伸び率管理』について（尾辻臨時議員提出資料）」（注 160 の経済財政諮問会議ホームページ参照）。この資料のなかでは、諸外国の例としてイギリスでは医療費の予算を厳しく抑制したことで待機患者リスト問題の深刻化や年度末の医療機関の閉鎖等の弊害が生じ、2002 年から医療予算の増額に転換したこと、フランスでは目標超過時に開業医に一律の医療費返還義務を課そうとしたが違憲判決が出されたことが挙げられ（前章 6-2. d.）、後者に関連して医療機関に対して一律に診療報酬引き下げを行うのは不公平であると指摘されている。これは厚生労働省が医療機関へのフリーアクセスを重視していること、医療費の一律の返還請求や診療報酬の一律引き下げを困難と認識していることを示している。

<sup>162</sup> 2004 年 7 月に「社会保障制度を将来にわたり持続可能なものとしていくため、社会保障制度全般について、税、保険料等の負担と給付の在り方を含め、一体的な見直しを行う」ことを目的として細田博之官房長官の私的懇談会として設置された。内閣官房長官が主宰し、厚生労働大臣のほか経済財政政策担当大臣、財務大臣などの閣僚と、石弘光政府税制調査会長、宮島洋社会保障審議会年金部会長、労働界代表、経済界代表などによって構成された（首相官邸ホームページ



の伸びを名目 GDP の伸びに合わせて抑制し、それを患者自己負担の増加のみによって賄うとすると、2025 年には現役世代の自己負担割合は少なくとも 5 割、高齢者の場合少なくとも 3 割まで引き上げることになるとして諮問会議を牽制している<sup>163</sup>。第 3 章で検討したように 1980 年代以来厚生省（厚労省）は医療費抑制を政策目標にしてきたが、その手法や程度については自律的に決定することを望んでいた。そこで厚労省は対案として生活習慣病対策の推進と平均在院日数短縮を二本柱として都道府県ごとに医療費適正化計画を策定し、中長期的に医療費の伸びを抑えるという案を打ち出していく<sup>164</sup>。いわば、ミクロな施策の積み上げによって医療費を抑制することを主張したのだった<sup>165</sup>。

尾辻大臣と民間議員の対立は続き、4 月 27 日の第 9 回会議<sup>166</sup>では民間議員が高齢者人口の増加を加味した「高齢化修正 GDP」<sup>167</sup>を指標とすることで譲歩し、ミクロな効率化策の積み上げによって医療費抑制を達成するべきだという厚労省の立場にも賛同した上で、厚労省の側からもどのようなマクロ指標がよいか検討して欲しいと迫ったが、尾辻はマクロ経済指標の伸びに基づいて社会保障給付費の伸びを管理するという考え方にあくまでも疑義を呈した。最終的には（おそらく既定のシナリオに沿って）議長である小泉が「国会の審議になると、どうしても『給付は厚く、負担は軽く』になってしまう。…何らかの管理をしないと、誰だって『給付は厚く、負担は軽く』と言うのだから。税負担は嫌だと言うのだから一番難しいところだけれども、何らかの管理が必要です」と締めくくっている。

その後、民間議員は「骨太の方針 2005」に医療費の総額抑制の仕組みを明記することを目指す、丹羽雄哉・武見敬三（武見太郎元日医会長の次男）・自見庄三郎（医師）ら厚労族議員は反発を続けた。日本医師会は自民党の国会対策委員長だった中川秀直にも働きか

---

< <http://www.kantei.go.jp/jp/singi/syakaihoshyou/konkyo.html> > 2014 年 3 月 27 日閲覧）。なお、石政府税調会長が起用されたのは今後の社会保障財源確保のための税制改革、具体的には消費税引き上げに関する議論を行うためであった（『読売新聞』2004 年 7 月 7 日朝刊、29 日夕刊）。小泉や諮問会議の方針とは異なり、政府内には税財源の確保なしには社会保障制度を維持することできないという認識が存在していた。

<sup>163</sup> 厚生労働省、2005a、「医療制度改革について（社会保障の在り方に関する懇談会・第 7 回 2005 年 3 月 18 日）」首相官邸ホームページ < [http://www.kantei.go.jp/jp/singi/syakaihoshyou/dai7/7gijisi\\_dai.html](http://www.kantei.go.jp/jp/singi/syakaihoshyou/dai7/7gijisi_dai.html) > 2014 年 3 月 27 日閲覧。二木前掲書、2007b, pp. 106-7 も参照。

<sup>164</sup> 健康づくりや在宅医療の推進による医療費適正化は、抜本改革に向けて 2003 年 3 月に閣議決定された「医療保険制度体系及び診療報酬体系に関する基本方針について」（注 141）にも盛り込まれた規定路線であり、2005 年当時辻哲夫厚生労働審議官（翌年事務次官に就任）が熱心に提唱していたという（村上前掲書、pp. 170-1；辻哲夫、2008、『日本の医療制度改革がめざすもの』時事通信社、pp. 54-5）。つまり、厚労省は省内の既定の方針を守ろうとしたのである。

<sup>165</sup> 吉岡、村上前掲書、p. 154。財務官僚として医療保険改革に関与していた村上正康は当時の経済財政諮問会議民間議員と厚生労働省の主張を比較して、マクロの給付費とミクロの個別指標という違いはあっても、給付費の削減ありきという点では共通しており、保険料や税の引き上げという選択肢が除外されていたと指摘している（同書、pp. 150-6）。

<sup>166</sup> 経済財政諮問会議ホームページ < <http://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/minutes/2005/0427/agenda.html> > 2014 年 3 月 27 日閲覧。

<sup>167</sup> 社会保障給付費の伸び率（高齢化修正 GDP）＝名目 GDP 成長率＋（65 歳以上人口の増加数×1/2）÷全人口（前年度）。人口 1000 人で高齢者が 3 人増えた場合、名目 GDP 成長率＋0.15%が伸び率管理の指標となる。

けて骨抜きにかかったという<sup>168</sup>。自民党の与謝野馨政調会長が仲裁に入り、厚労族議員に対して、「マクロ指標」という文言を削除して「医療費適正化のための定性的・定量的政策目標を設定する」という代案を示したが、これも受け入れられなかった<sup>169</sup>。こうして 6 月 21 日に決定された「骨太の方針 2005」では以下のように抽象的な方針が記載された。

社会保障給付費の伸びについて、特に伸びの著しい医療を念頭に、医療費適正化の実質的な成果を目指す政策目標を設定し、定期的にその達成状況をあらゆる観点から検証した上で、達成のための必要な措置を講ずることとする。上記目標については、国民が受容しうる負担水準、人口高齢化、地域での取組、医療の特性等を踏まえ、具体的な措置の内容とあわせて平成 17 年中に結論を得る。その上で、平成 18 年度医療制度改革を断行する<sup>170</sup>。

「一部調整未了である」と冒頭に但し書きされた 6 月 13 日の原案では「マクロ指標を設定し、実績と指標を照らし合わせ、適時制度・コストを見直すといった管理手法を導入する」とされていたのだが、最終的に「マクロ指標」の文言は消え去っている。これを「かろうじて生き残った」と評価する向きもあるが<sup>171</sup>、なんらかの指標に合わせて医療費を機械的に管理するという当初のアイディアの本質は明記されずに終わった。厚労省・厚労族議員・日本医師会というかつての医療保険政策の主役はみなマクロ指標の導入に反対しており、反対派が勝利を収めたといってもよいだろう<sup>172</sup>。2004 年 7 月の参議院選挙で自民党は敗北し<sup>173</sup>、小泉内閣の支持率も 2001 年当初ほどの高水準は維持できなくなっていた。このため小泉首相の権威には陰りが生じており、「骨太の方針 2005」の策定当時自民党内では 2006 年 9 月の小泉の総裁任期切れをにらんで諮問会議に対して政策決定の主導権を奪い返そうとするベテラン議員の動きが活発化していた<sup>174</sup>。

とはいえ、医療費抑制政策自体が否定されたわけではなく、翌年には診療報酬の引き下げと患者自己負担の引き上げが繰り返されている。マクロ指標を退けただけに、厚労

<sup>168</sup> 辰濃ほか前掲書, pp. 137-41。日医は 2004 年から中川への献金を始めていた(同書, pp. 153-4)。

<sup>169</sup> 『読売新聞』2005 年 6 月 17 日朝刊。

<sup>170</sup> 「経済財政運営と構造改革に関する基本方針 2005 (2005 年 6 月 21 日)」経済財政諮問会議ホームページ <<http://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/minutes/2005/0621/agenda.html>> 2014 年 3 月 27 日閲覧。

<sup>171</sup> 太田前掲書, pp. 157-8。

<sup>172</sup> 他方、「骨太の方針 2005」には医療に関連したその他の検討項目として社会保険庁改革(政管健保の運営形態の見直し)と中医協改革(委員構成の見直しと内閣による診療報酬改定率の決定)が挙げられており、これらは後に実現していく。

<sup>173</sup> 自民党は改選 51 議席に対して 49 議席しか獲得できず、50 議席を獲得した民主党の後塵を拝することになった。年金改革やイラクへの自衛隊派遣が有権者の不安や反発を招いたといわれ、この頃には「小泉ブーム」の冷却化が語られていた(石川真澄, 山口二郎, 2010, 『戦後政治史(第 3 版)』岩波新書, pp. 210-2)。

<sup>174</sup> 『読売新聞』2005 年 6 月 18 日朝刊。

省は翌年の医療制度改革では厳しい医療費抑制策を具体化する必要に迫られることになった<sup>175</sup>。2005 年末には過去最大の診療報酬引き下げが決められる。「骨太の方針 2005」でマクロ指標が骨抜きにされた翌月には、中医協の在り方に関する有識者会議が尾辻大臣に報告書を提出し、診療報酬全体の改定率を中医協ではなく内閣が決定するという方向性が打ち出され、これ以降実際にこうした仕方で改定率が決定されるようになる<sup>176</sup>。かねて診療報酬改定率は中医協ではなく政府・与党トップと日本医師会トップのインフォーマルな交渉によって決められることが少なくなかったため、これをもって直ちに診療側の影響力の低下とはみなすことはできないかもしれない。日医は政府・与党に直接働きかけることもできるからである。ところが、同年 9 月の衆議院選挙（いわゆる郵政選挙）は医師会にとって不利に作用した。この選挙を契機として小泉首相は求心力を取り戻し、族議員と医師会の影響力が急速に低下していった。「骨太の方針 2005」の決定後、こうした政治状況の変化が医療保険改革の方向性に影響を与えることになる。

#### b. 2006 年改革——高齢者負担の増強と国庫負担削減

2005 年 8 月 11 日に 2006 年度予算の概算要求基準が閣議了解され、厚労省は社会保障関係費の自然増 8,000 億円のうち、2,200 億円を圧縮することとされた。さらに、9 月 13 日の記者会見で谷垣禎一財務大臣はシーリング以上に医療費を抑制する意向を表明している<sup>177</sup>。総選挙で自民党が圧勝したことで再び診療報酬本体のマイナス改定が現実味を帯びていった。

2005 年 9 月 11 日の衆議院選挙（いわゆる郵政選挙）で小泉自民党は圧勝した。自民党は 296 議席を獲得することで単独で過半数を制し、公明党の 31 議席を加えれば連立与党は 3 分の 2 を超える議席を有するようになった。小泉は党内からの反対派の一掃に成功し、ついに与党に対するリーダーシップを確立した<sup>178</sup>。小泉が郵政民営化法案に反対した議員たちを公認せず、「刺客」を差し向けたことで自民党議員たちは首相に歯向かうことの恐ろしさを理解するようになった。

総選挙での自民党のマニフェスト<sup>179</sup>では、社会保障の「過大な伸びを抑制し、…税と社

<sup>175</sup> 吉岡，村上前掲書，p. 155；『読売新聞』2005 年 12 月 2 日朝刊 3 面。

<sup>176</sup> 中医協の在り方に関する有識者会議，2005，「中央社会保険医療協議会の新たな出発のために（2005 年 7 月 20 日）」厚生労働省ホームページ <<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/07/s0720-7.html>> 2014 年 3 月 27 日閲覧；吉原，和田前掲書，pp. 840-51（抄）。2004 年に発覚した日本歯科医師会による中医協支払側委員に対する贈収賄事件をきっかけとして、中医協改革の検討が進められていた。

<sup>177</sup> 二木前掲書，2007b，pp. 95-6；『日本経済新聞』2005 年 9 月 15 日朝刊。

<sup>178</sup> 内山前掲書，pp. 195-9；上川前掲書第 6 章；『朝日新聞』2005 年 12 月 16 日朝刊，17 日朝刊。もはや「党内には首相に表だって反対する勢力は見あたらなくなった。『今は首相の方針に反対すれば、何でも「倒閣運動」「抵抗勢力」と言われる』（閣僚経験者）というばやきも漏れる」（『朝日新聞』2005 年 12 月 29 日朝刊）。

<sup>179</sup> 自由民主党，2005，「自民党政権公約 2005」慶應義塾大学マニフェスト研究会ホームページ

会保険料負担等をあわせた国民負担率を 50%以内に維持する」という目標が掲げられた。また、社会保険庁を廃止して政管健保の運営を国から切り離し、全国単位の公法人を設立するため、次期通常国会に関連法案を提出するとしている（公的年金の運営も新たな政府組織に担わせる）。医療制度改革については国民皆保険の堅持を前提としつつ、新たな高齢者医療制度を創設する改革案を年内にまとめ次期通常国会に提出することが明記された。ただし、給付と負担などに関する具体的な方針は書かれておらず、総選挙でも医療制度改革は争点にはならなかった<sup>180</sup>。税制改革に関しては、「所得税については、所得が捕捉しやすい『サラリーマン増税』を行うとの政府税調の考え方はとらない」とした上で「19 年度を目途に、…消費税を含む税体系の抜本的改革を実現する」とされた。

選挙に際して日医はどう行動したのだろうか。当時日医の常任理事だった伯井俊明は自民党の政治家と頻繁に接触しており、郵政選挙にも協力している<sup>181</sup>。医師会内部からは打倒小泉を望む声もあったが、診療報酬で復讐されることを恐れた植松治雄会長（2004～2006 年）は慎重姿勢をとり、日医としては支持政党を鮮明にせず各地の医師会に判断を任せた。福岡の医師会は医師会員である郵政造反派の自見庄三郎を支持したが自見は落選してしまい、結局植松日医は反小泉・抵抗勢力とみなされてしまう<sup>182</sup>。日医は自民党への支援を続けており、見返りに医療費削減を抑制してもらはずだったが、総選挙後の年末には再度診療報酬本体のマイナス改定が決められてしまう<sup>183</sup>。郵政選挙後、族議員の影響力低下もあり、日医の影響力は劇的に低下していた。

### 厚生労働省「医療制度構造改革試案」（2005 年 10 月）

選挙から約一か月後の 10 月 19 日に厚労省の「医療制度構造改革試案」<sup>184</sup>が発表される。小泉政権の旗印である「構造改革」という表現が医療制度改革についても用いられるようになった<sup>185</sup>。

マクロ指標を退けた厚労省はそれに代わる医療費抑制の見通しと、裏付けとなる施策を提示しなければならなかった<sup>186</sup>。表 7-6 でまとめたように、医療費の伸びの抑制は生活習慣

---

< <http://www.mag.keio.ac.jp/manifesto/archive.html> > 2014 年 3 月 27 日閲覧。

<sup>180</sup> 二木前掲書, 2007b, p. 101。

<sup>181</sup> 辰濃ほか前掲書, pp. 144-5。以下、同書の第 3 章に依拠している。

<sup>182</sup> 『朝日新聞』2005 年 11 月 29 日朝刊。ただし、植松会長は医師会の自見支持について山崎拓元幹事長から了解を得ていたという指摘もある（辰濃ほか前掲書, p. 170）。

<sup>183</sup> 日医にとっては選挙で自民党がある程度苦戦してくれた方が影響力を行使する上で都合が良い。総選挙前に植松会長は「自民党が圧勝するとなると、経済財政諮問会議、規制改革・民間開放推進会議の発言力はさらに増す。その矛先は、医療費の抑制が一番に出てくると思う」と予想していた（『日本醫事新報』4246, 2005.9.10, p. 63）。小泉自民党が圧勝すれば厳しい医療費抑制政策がとられるだろうが、かといって選挙に協力しなければさらに報復を受けかねないという複雑な立場に日医は立たされていた。

<sup>184</sup> 厚生労働省, 2005b, 「医療制度構造改革試案（2005 年 10 月 19 日）」厚生労働省ホームページ < <http://www.mhlw.go.jp/topics/2005/10/tp1019-1.html> > 2014 年 3 月 27 日閲覧。

<sup>185</sup> 二木前掲書, 2007b, p. 101。

<sup>186</sup> 「試案」が発表された頃、小泉は引き続き「歳出削減と言いながら医療費だけ例外とはいかな

＜表 7-6 厚生労働省「医療制度構造改革試案」（2005 年 10 月）の概要＞

【医療費の伸びの抑制】

1. 中長期的対策

- ・都道府県に 5 年計画の医療費適正化計画（仮称）の策定を義務づける（生活習慣病の予防・平均在院日数の短縮）⇒達成状況に応じて各都道府県は費用負担・診療報酬について特例的な設定を行うことができるようにする。
- ・保険者に健診・保健指導の実施を義務づけ（生活習慣病予防の徹底）

2. 短期的対策

- ・高齢者の患者負担の見直し：2006 年度から現役並み所得の 70 歳以上の者の負担を 2 割から 3 割に引き上げ、2008 年度から 65 歳から 74 歳の前期高齢者の負担を 2 割とし、75 歳以上の後期高齢者の負担は現行通り 1 割に据え置き<sup>187</sup>
- ・療養病床に入院している 70 歳以上の高齢者の食費・居住費の負担引き上げ（2005 年の介護保険法改正によって介護保険施設での食費・居住費が自己負担化されたのに合わせる）
- ・高額療養費の見直し（患者負担の引き上げ）<sup>188</sup>

【医療保険制度体系の見直し】

1. 都道府県単位の保険者の再編・統合

- (1) 政管健保：国とは切り離れた全国単位の公法人を保険者として設立し（2008 年 10 月を目途）、都道府県ごとに医療費を反映した保険料を設定
- (2) 国民健康保険：都道府県単位での広域化を推進（共同事業拡充・国保財政基盤強化策）
- (3) 健康保険組合：同一都道府県内の健保組合の再編・統合の受け皿として、企業・業種を超えた地域型健保組合の設立を許可（2006 年 10 月目途実施）

い。ある程度の管理は必要だ」と発言している。10 月末に新たに厚労相に就任した川崎二郎に対しても、医療費の適正化策実施と高齢者負担の見直しなどを指示している（『朝日新聞』2005 年 11 月 29 日朝刊）。

<sup>187</sup> 65 歳から 69 歳までの患者負担は現行の 3 割から 2 割への引き下げとなることに注意されたい。なお、より患者負担の大きい別案として「前期高齢者・後期高齢者双方とも、一般は 2 割負担、現役並みの所得を有する者は 3 割負担、後期高齢者のうち、低所得者は 1 割負担とする」案や、さらには「65 歳から 69 歳までの者は現行の 3 割負担を維持しつつ、70 歳以上の者について、一般は 2 割負担、現役並みの所得を有する者は 3 割負担、低所得者は 1 割負担とする案」も併記されている。

<sup>188</sup> この他に、「試案」の最後には「参考」として経済財政諮問会議で提案された「保険免責制」の導入による医療費抑制額が試算されている。すなわち、「外来診療について、低所得者を除き、かかった医療費のうち、受診 1 回ごとに一定額（1,000 円又は 500 円）までは自己負担とする」ことで、2025 年度には 1,000 円の場合 4 兆円、500 円の場合には 2.3 兆円医療給付費が削減されるという。次章 8-1 で検討するように、フランスでは 2004 年にこうした制度が導入されているが、これは公的医療保険と民間医療保険を合わせて自己負担がゼロになる患者が多いという状況において、患者にコスト意識を持たせようとしたものである。



## 2.新たな高齢者医療制度の創設

- (1) 独立した「後期高齢者医療制度」(75 歳以上)の創設。運営主体は市町村であり、給付費の財源は後期高齢者による保険料が 1 割(全ての後期高齢者から保険料を徴収)、現役世代の保険者からの支援金が 4 割、公費が 5 割。
- (2) 前期高齢者(65~74 歳)については被用者保険と国保の間で財政調整を導入し、国保の負担を軽減。現行の退職者医療制度と異なり、給付費と被用者保険からの財政調整について公費負担を導入。

### 【その他】

- 1.混合診療:特定療養費制度の適用対象を将来的な保険導入のための評価を行うものと保険導入を前提としないものに再構成する(2006 年 10 月目途実施)
- 2.中医協:診療報酬全体の改定率は内閣で決定し、改定に係る基本的な医療政策の審議は社会保障審議会の医療保険部会及び医療部会が担当し、中医協はこれらを前提として、具体的な診療報酬点数の設定に係る審議を行う。中医協が診療報酬点数の改定案を作成するに至る過程においては、広く国民の意見を募集する。また、支払側 8 名・診療側 8 名・公益委員 4 名となっている委員構成を見直し、公益委員を支払側委員及び診療側委員のそれぞれと同数程度とする(2006 年 10 月目途実施)。支払側委員及び診療側委員の団体推薦制の在り方については、引き続き検討する。
- 3.社会保険料に関する見直し(2007 年 4 月目途実施):健康保険の標準報酬月額の上下限の範囲の拡大、負担の公平化を図るための標準賞与額の範囲の見直し

出典:注 184 の厚生労働省資料に基づき筆者が作成。

病予防と平均在院日数の短縮からなる中長期的な対策と、患者自己負担の引き上げという短期的対策の二つからなっている<sup>189</sup>。2002 年改正法の附則で「医療保険各法に規定する被保険者及び被扶養者の医療に係る給付の割合については、将来にわたり 100 分の 70 を維持するものとする」(附則 2 条 1 項)とされたため、若年層の負担割合こそ引き上げられていないものの、高齢者の負担割合の引き上げや、保険給付の範囲の縮小(高齢者の入院費用の拡大や高額療養費制度の縮小)によって再度患者負担の引き上げが目指されている。これらの措置によって、2025 年度には医療給付費が現行の制度を前提とした 56 兆円から 49 兆円まで圧縮できると試算されている(なお、経済財政諮問会議民間議員が提案していた高齢化修正 GDP をマクロ指標として適用した場合の同年の給付費は 42 兆円)<sup>190</sup>。全体と

<sup>189</sup> 今回の「試案」の詳しい先行研究として、二木前掲書, 2007b, pp. 101-16 がある。

<sup>190</sup> 「試案」では旧厚生省以来用いられてきた国民医療費ではなく、医療給付費(国民医療費から患者自己負担分を除いた公的医療費のこと)が主に用いられており、経済財政諮問会議が 2005

して「試案」では患者負担の引き上げとその他の医療費抑制が前面に押し出されており、財源拡大策については医療保険料の賦課対象の拡大（全ての後期高齢者からの保険料徴収<sup>191</sup>、被用者保険の標準報酬月額の上下限の拡大）が記載されているのみである。

2004 年 12 月に混合診療の全面解禁が否定され、2005 年に入ってから医療制度改革の争点はもはや市場原理の導入ではなく「医療費…抑制の程度と手法」になった<sup>192</sup>。「試案」では、「医療費の適正化を短期的方策のみにより行うこととすれば、将来、過度の患者負担増による公的医療保険の意義の低下や、医療機関の経営悪化による医療確保への不安を招くおそれもある」として中長期的手法の重要性が強調されている。しかしながら、生活習慣病予防と在院日数の短縮で医療費抑制が可能であるという根拠は不確かであり、患者自己負担の引き上げと診療報酬抑制という従来型の短期的対策が医療費抑制の要となることが予想された<sup>193</sup>。

他方、医療保険制度体系の改革案としては 75 歳以上の高齢者を対象とした「後期高齢者医療制度」を独立した保険制度として創設することが明記された。現行の老人保健制度は被用者保険と国保の共同事業であり、対象年齢に到達しても被保険者資格はそのままだったのだが、後期高齢者医療制度は独立した保険制度とされている。これと関連して、給付費の財源については、老人保健制度では 2002 年改正によって公費負担 5 割・各医療保険制度からの拠出金 5 割という構成であり、高齢者自身の保険料負担は後者に含まれる形になっていたが、新制度では公費負担 5 割・現役世代の保険者からの支援金 4 割・後期高齢者自身の保険料 1 割という形に改めることで保険料負担に関する老若比率の明確化が意図された<sup>194</sup>。また、「今後、後期高齢者の増加等を勘案して、後期高齢者の保険料総額の負担割合を高めていくことにより、現役世代の負担の軽減が図られる仕組みとする」とされ、改革後の 2008 年度には 75 歳以上の一人当たり保険料は 6.9 万円から 7.2 万円に増加すると試算された。高齢者自身による保険料負担が強調されているといえる。なお、当初運営主体は市町村とされていた<sup>195</sup>。

---

年に入って公的医療費の抑制に焦点を絞ったことに対応している。「小さな政府」を目指す立場からすれば、公的医療費の抑制が重視される一方で私的医療費の拡大は民間医療機関や保険会社などの経済活動を拡大する機会として歓迎される。二木立は「試案」におけるこうした用語法の変化を、厚労省が諮問会議に「迎合・屈服」したものとみなしている（二木前掲書、2007b, p. 104）。

<sup>191</sup> 現行制度においては被用者保険の被扶養者となっている高齢者は保険料納付が免除されており、家族単位での保険料徴収の仕組みがとられているが、これを個人単位での徴収に改めようということである（介護保険に合わせる形となる）。

<sup>192</sup> 二木前掲書、2007b, p. 108。

<sup>193</sup> 同上、pp. 108-10。

<sup>194</sup> なお、公費負担は 5 割のままとされたが、実際には減少が見込まれた。被用者保険などからの老人保健制度への拠出金には公費による補助が行われていたが、高齢者医療給付費に占める拠出金（支援金）の割合が 5 割から 4 割に減ることに伴って公費負担の規模も縮小するためである。吉岡、村上前掲書、pp. 169-70 参照。

<sup>195</sup> 「試案」に示された新制度の運営主体、財源構成、患者負担といった基本設計は介護保険のそれに類似しており、二木は高齢者医療保険制度と介護保険制度の統合の可能性を厚労省がまだ捨てていないことを示唆しているものとみなしていた（二木前掲書、2007b, p. 113）。実際には、後

最後に、誰が今回の医療保険制度改革の負担を引き受けることになるのかを確認したい。「試案」の財政試算によると、改革が実施される 2008 年度には医療保険制度全体を通じて給付に必要な費用が 2,000 億円程度減少し、政管健保・市町村国保ではそれぞれ 2,000 億円以上負担が減少する一方、健保組合では 2,200 億円負担が増え、75 歳以上の高齢者の保険料負担も 400 億円増となっている。また、公費負担は全体として 2,200 億円減少し、とくに国庫負担は 2,200 億円の減少となる。新たな高齢者医療制度の創設に際しても国庫負担削減という方針が貫かれていることは注目に値しよう<sup>196</sup>。1990 年代後半に老人保健制度の抜本改革が議論されていた際には、公費負担の引き上げないし国の責任の明確化と、それによって若年世代が加入する医療保険制度の負担を軽減することが議論されていたのだが、この財政試算では国庫負担削減と健保組合（大企業労使）の負担増という 1980 年代以来の定番の費用配分方式が示されている。また、高齢者については保険料負担の増加に加えて、70 歳以上の食費・居住費の負担の引き上げや高所得者の自己負担割合の引き上げが提案されており、国の負担の増強ではなく高齢者自身の保険料と患者負担によって医療費を賄おうとしていた。

#### 政府・与党「医療制度改革大綱」（2005 年 12 月）

11 月上旬に政府・与党医療改革協議会が審議を始め、12 月 1 日に「医療制度改革大綱」が決定された<sup>197</sup>。10 月の厚労省「試案」との主な異同を検討してみよう。第一に、高齢者の患者負担の引き上げについては骨抜きにされるどころかかえって厳しい案が採用されている。つまり、厚労省と厚労族議員が推していた 65～69 歳の負担を 3 割から 2 割に引き下げ、65 歳から 74 歳までを 2 割負担にする案は退けられ、70 歳未満の負担を従来通り 3 割に据え置いた上で、70 歳から 74 歳までの負担を 1 割から 2 割に引き上げるとしている（低所得者については自己負担限度額を据え置き）。これは小泉首相が「せっかく 3 割に上げたのに、なんでまた下げるのか」と拒否したためという<sup>198</sup>。3 割負担は 2002 年改正の際に首相が与党の猛烈な反対を押し切って導入したものだったが（7-2.）、今回は首相の優位が確

---

期高齢者医療制度の運営主体は都道府県単位の広域連合（広域行政需要に対応するために複数の地方自治体によって構成される特別地方自治体）になる。

<sup>196</sup> 公費負担が減少するメカニズムについて、詳しくは、吉岡，村上前掲書，pp. 168-71 参照。ただし、少々複雑だが、国民医療費全体に占める国庫負担の割合は 1993 年度の 23.7%を底にそれ以降微増しており、2011 年度には 26%だった（厚生労働省，各年，『国民医療費の概況』）。高齢化によって、国庫負担割合の高い国保や高齢者医療制度の加入者が増加したことが原因として考えられる。1990 年代以降の日本では医療保険改革のたびにこうした国庫負担の増加に歯止めをかけようとしてきたのであった。

<sup>197</sup> 政府・与党医療改革協議会，2005，「医療制度改革大綱（2005 年 12 月 1 日）」厚生労働省ホームページ <<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihoshou/iryouseido01/>> 2014 年 3 月 27 日閲覧；吉原，和田前掲書，pp. 860-70 にも所収。「大綱」決定に先立ち、11 月 30 日に社会保障審議会・医療保険部会が「医療保険制度改革について（意見書）」を提出し、厚労省原案を承認している。厚生労働省ホームページ <<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/11/s1130-6a.html>> 2014 年 3 月 27 日閲覧；吉原，和田前掲書，pp. 852-9 にも所収。

<sup>198</sup> 『朝日新聞』2005 年 12 月 16 日朝刊。『読売新聞』2005 年 12 月 2 日朝刊も参照。



立されており激しい対立が再燃することはなかった。その他、現役並みの所得のある 70 歳以上の高齢者の 3 割負担や、入院中の高齢者の食費・居住費の自己負担化、高額療養費に関する負担引き上げなどの患者負担を増やす施策は維持されている。このように高齢患者を中心に負担を求める一方、出産育児一時金を 30 万円から 35 万円に引き上げ、乳幼児医療費の負担軽減（2 割）を 3 歳未満から就学前までに拡大するという給付改善も見られる。とはいえ、全体的な財政効果としては厚労省「試案」以上に医療保険給付費は抑制される見通しとなった。厚労省は「大綱」に示された施策によって 2025 年度の医療保険の給付費を厚労省「試案」の 49 兆円よりさらに抑制できるとし、2006 年度には患者負担の増加によって給付費が約 1,400 億円削減される見通しと報じられた<sup>199</sup>。

第二に、高齢者医療制度については、75 歳以上の高齢者を対象に新たな医療制度を創設し、全ての高齢者から保険料を徴収するものとされたが、厚労省「試案」とは異なり財政運営は都道府県単位で全市町村が加入する広域連合に委ねられることとされた。厚労省「試案」では、国民健康保険や介護保険の保険者である市町村が運営主体とされていたが、市町村が難色を示したため修正されたのだった<sup>200</sup>。

第三に、医療関係者にも「痛み」を求める必要があるとして<sup>201</sup>、「平成 18 年度の診療報酬改定については、賃金・物価の動向等の昨今の経済動向、医療経済実態調査（医療機関や薬局の経営実態調査——筆者注）の結果、さらに保険財政の状況等を踏まえ、引下げの方向で検討し、措置する」と明記された。また、中医協委員の団体推薦制について「試案」では「支払側委員及び診療側委員の団体推薦制の在り方については、引き続き検討する」とされていたが、「大綱」では団体推薦規定の廃止が盛り込まれた（ただし、「これに併せ、委員任命に当たっての、地域医療を担う関係者等の意見の配慮に関する規定を設ける」という補足も付け加えられている）。この点についても小泉首相の意向が反映されており、11 月に厚労省から大綱案の説明を受けた際に首相は廃止の方向で指示を出していた<sup>202</sup>。診療報酬改定率の決定権の中医協から内閣への移行、公益委員の増員に加えて、団体推薦制の廃止によって診療報酬に関する医師会などの関係団体の影響力をさらに削ぐことが狙いとみられた。

なお、経済財政諮問会議の民間議員が求めているマクロ指標は「試案」と同様に「大綱」でも復活しておらず、代わりに医療費適正化対策や自己負担増の効果を考慮に入れた医療給付費の規模の見通しを、実際の給付費の伸びを検証する際の「目安となる指標」として策定することになっている。「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」との注意書きまであり、生活習慣病対策や平均在院日数短縮などの施策の積み上げによって中長期的に医療費を抑制

<sup>199</sup> 『朝日新聞』2005 年 12 月 2 日朝刊 1 面。

<sup>200</sup> 同上 3 面。

<sup>201</sup> 『朝日新聞』2005 年 12 月 19 日朝刊。

<sup>202</sup> 『朝日新聞』2005 年 11 月 29 日朝刊。同紙 12 月 16 日朝刊も参照。

していくという厚労省の立場が守られている<sup>203</sup>。また、一定額までを公的医療保険の対象外（患者自己負担）とする保険免責制についても記述はない。

以上のように、「大綱」では高齢患者を中心とした負担増と 75 歳以上の独立型保険の創設という厚労省試案の骨格は守られ、そのうえ高齢患者負担のさらなる強化や中医協の団体推薦制廃止といった厚労族・医師会の反発が想像される提案が追加されている。2001 年の厚労省「試案」発表から政府・与党の「大綱」決定までの経緯とは対照的に、今回は首相の与党に対するリーダーシップが明確に発揮されたのであった。この違いの背景として、2005 年 9 月の郵政選挙の際に自民党から反小泉派が追放され、しかも小泉自民党が圧勝したことで、与党における党総裁＝首相の求心力の強化が生じたことが重要である。反対に、族議員の影響力は急速に低下することとなった。今回の医療制度改革においては首相のリーダーシップの貫徹と与党・医師会の影響力の凋落が顕著であった。

2002 年改革の際には「大綱」決定まで政府・与党の調整が難航し、決定後も与党がサラリーマンの負担増に反発を続けた結果、翌年の 2 月まで決着がもつれこんだが、今回の「大綱」の内容はスムーズに決定された<sup>204</sup>。政府と厚労族議員の幹部で党内論議を経ずして患者負担増について合意したというのに、与党内から強い異論は生じなかった<sup>205</sup>。従来、健保改正といえば医師会とその支持を受けた族議員によって改革のプロセスが遅延するものであったが、今回は首相のリーダーシップ確立によって迅速に決定へと至った。また、1990 年代までの健保改正では政府の自己負担引き上げ案が与党の介入によって緩和・撤回されることがしばしば見られたが、今回は首相が官僚制・与党を抑えて自己負担をさらに引き上げたことも注目される。厚労族議員らが準備した医療制度改革案が首相によって覆されたことで党内からは不満も聞かれたが<sup>206</sup>、「抵抗勢力」「倒閣運動」といったレッテル貼りをされることを恐れる与党議員たちにもはや首相に逆らうだけの力はなく、与党内には諦念が漂っていたという<sup>207</sup>。2002 年改革の際に小泉は伸び率管理制度の骨抜きなど与党との妥協を迫られたが、今回は首相のトップダウン型の政策決定がより明確であったといえよう。「大綱」決定後には診療報酬改定と予算編成が焦点となった。

---

<sup>203</sup> なお、医療費適正化計画の達成状況に応じて都道府県が特例的に診療報酬を設定するという「試案」に示された案は残されたが、費用負担の地方特例は「大綱」では消えている。

<sup>204</sup> 上川前掲書, pp. 210-1。

<sup>205</sup> 『朝日新聞』2005 年 11 月 29 日朝刊。

<sup>206</sup> 「大綱」の内容が固まった 11 月末、日医の推薦を受ける武見敬三参議院議員は自民党医療委員会で「我々が議論したのは何だったのか。総理が言ったら、ひっくり返るのか。いくらなんでもひどすぎる」と嘆いたという（『朝日新聞』2005 年 12 月 16 日朝刊）。

<sup>207</sup> 「郵政民営化反対派への徹底した締め付けが族議員たちをすくませている。…党内には『ボスが集まって答えを出しても、今は簡単にひっくり返される』（厚労族幹部）と無力感やあきらめムードが広がる」（『朝日新聞』2005 年 11 月 29 日朝刊 2 面）。同じ記事（「族議員音なし、波風なし 医療制度改革」）では、郵政選挙を境に族議員と業界団体の力が弱まったことに加え、厚労族についてはリーダーだった橋本龍太郎元首相の引退による影響力の低下も指摘されている。

## 過去最大の診療報酬マイナス改定

2005 年 12 月 18 日には政府・与党が診療報酬の過去最大のマイナス改定を決定する。治療や調剤などの本体部分がマイナス 1.36%、薬価・医療材料部分はマイナス 1.8%であり、合わせてマイナス 3.16%の引き下げとなった（表 7-3, p. 272）。2002 年度改定に続く二度目の本体部分引き下げであり、本体マイナス 1.3%、薬価マイナス 1.4%だった 2002 年度よりも引き下げ幅が大きい。今回の改定によって、国の医療費負担を約 2,370 億円減らす効果が見込まれた<sup>208</sup>。

2002 年改定時には自民党厚労族議員と日医の坪井栄孝会長（1996～2004 年）がマイナス改定で合意することで首相の介入を避けたのだが、小泉が主導した郵政選挙で自民党が圧勝して以降、族議員と医師会の影響力は低下していた<sup>209</sup>。小泉は 2002 年改定以上の引き下げ幅に固執し、財務省（谷垣財務相）も同様に大幅引き下げを要求する姿勢だった<sup>210</sup>。小泉が過去最大の引き下げ幅にこだわったのは、日医が混合診療の解禁を妨害したり、郵政選挙の際に自民党支持を明確にせず、郵政民営化反対派の自見庄三郎元郵政相の支援を容認したりしてきたことへの仕返しであるとも指摘されている<sup>211</sup>。財務省もマクロ指標と保険免責制の見送りで厚労省に花を持たせた見返りに大幅なマイナス改定を望んでいた<sup>212</sup>。他方、日医の側では 2002 年改定の本体部分マイナス 1.3%より下げ幅を小さくしないと植松執行部はもたないという危機意識を持っており<sup>213</sup>、厚労省（川崎厚労相）・厚労族は 2002 年度改定時並みの 1.3%の引き下げでの決着を目指していた。ところが、小泉に川崎らの意見を聞き入れる気配なく、植松会長と伯井常任理事は中川秀直自民党政調会長を頼り、中川のとりなしで四捨五入すれば 1.4%になる 1.36%で妥協が図られたという。小数第二位を含む改定率となったのはこのためである。日医にとっても自民党にとっても交渉を長引かせれば首相の裁断が待っており、12 月 18 日には安倍晋三官房長官が「もう上（首相）がきつ니까、これで行くしかない。納得して欲しい」と関係者に連絡し、過去最大のマイナ

<sup>208</sup> ただし、「医師不足などに対応するため、小児科・産科・麻酔科や救急医療、一般病床の看護配置などに報酬を手厚くする方針で、川崎厚労相はこれらの分野の報酬については今より 0.3%以上引き上げる考えを表明」し、「今後の中医協での議論に異例の注文をつけた」。点数配分を日医に委ねることへの懸念と報道されている。以上、『朝日新聞』2005 年 12 月 19 日朝刊。

<sup>209</sup> 衆院選後に小泉首相の権威が確立して以降、族議員は日医と接触しづらくなり、日医は与党を通じて影響力を行使することが困難になっていた。『朝日新聞』2005 年 11 月 29 日朝刊。

<sup>210</sup> 前回の 2004 年改定時にも小泉は本体部分のマイナス改定を意図していたが、医師会と与党の抵抗によって実現できなかった。中医協では政治決着によってマイナス改定が実現することを恐れ、プラスマイナスゼロ改定という「苦渋の合意」に至った（吉原、和田前掲書, pp. 520-1）。中医協による改定率の決定はこれが最後となった。

<sup>211</sup> 以下、辰濃ほか前掲書, pp. 171-5；『朝日新聞』2005 年 11 月 29 日朝刊, 12 月 19 日朝刊に依拠している。

<sup>212</sup> 『読売新聞』2005 年 12 月 2 日朝刊。

<sup>213</sup> 植松会長は「診療報酬引き下げに反対しても国民はついてこない」と判断していたと報じられており（『朝日新聞』2005 年 11 月 29 日朝刊）、そもそも引き下げ幅の縮小という条件闘争を考えていたものと思われる。

ス改定が決着した<sup>214</sup>。翌 2006 年 4 月の日医会長選で植松会長は敗北し、1 期 2 年のみで退陣することになる。

### 残された問題——療養病床削減をめぐる混乱（2005 年 12 月～）

9 月の郵政選挙で自民党の政権基盤が固められて以降、10 月中旬に厚労省「試案」、12 月初めて政府・与党「大綱」が決められ、2006 年改革に向けた準備が急速に進められた。ところが、「大綱」決定の後になって厚労省は長期入院患者の療養病床を 38 万床から 15 万床へと削減するという改革案を突然追加し、与党や医療関係者の反発を招くことになる。

10 月の厚労省「試案」と 12 月の政府・与党「大綱」には平均在院日数の短縮や療養病床のホテルコストの引き上げは提案されていたが、療養病床の削減に関する具体的な目標が挙げられていたわけではなかった。ところが、12 月に入り診療報酬・介護報酬の改定に関する議論のなかで療養病床の削減案が浮上した。12 月 18 日に政府・与党は翌年 4 月からの診療報酬マイナス改定（3.16%）とともに、介護報酬についても 0.5%のマイナス改定を決定している<sup>215</sup>。社会保障審議会・介護給付費分科会では介護報酬改定の方針として、介護療養病床（長期入院患者の療養病床のなかで介護保険に移管されていたもの）の廃止が打ち出されていた。介護保険が適用される三種類の施設のうちで、介護療養型医療施設（介護療養病床）では特別養護老人ホームと老人保健施設よりも医師や看護師の数が多く、その分利用料金も高くなっていたが、利用者の半数は医療の提供がほとんど必要ないという実態調査が出たことで、費用の無駄を指摘されていたのである<sup>216</sup>。12 月 21 日に厚労省は 2012 年度に介護療養病床 14 万床を全廃する方針を決めた<sup>217</sup>。社会的入院<sup>218</sup>の解消が狙いとされ、

<sup>214</sup> 『朝日新聞』2005 年 12 月 29 日朝刊。

<sup>215</sup> 介護報酬については 10 月に先行実施された改定と合わせれば 2.4%のマイナス改定だった（『読売新聞』2005 年 12 月 19 日朝刊）。なお、介護報酬は 3 年に一度、診療報酬は 2 年に一度改定されるため 6 年ごとに同時改定の機会が訪れる。

<sup>216</sup> 『読売新聞』2005 年 12 月 14 日朝刊。中医協の慢性期入院評価分科会平成 17 年度第 4 回会合（2005 年 11 月 11 日）で提出された「慢性期入院医療実態調査（中間集計結果）」のなかで（p. 13）、療養病床では医療型・介護型とも「医師による直接医療提供頻度」が「ほとんど必要なし」が約 5 割、「週 1 回程度」が約 3 割と示されたことが、療養病床削減の根拠とされた（厚生労働省ホームページ <<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/11/s1111-3.html>> 2014 年 3 月 27 日閲覧）。しかし、上記の「医師による直接医療提供頻度」とは実は「医師による指示の見直しの頻度」であって、村上正泰は「指示の『見直し』が必要ないからといって、医療が不要だということにはならない」と療養病床削減の根拠に反論している（吉岡，村上前掲書，pp. 134-5）。

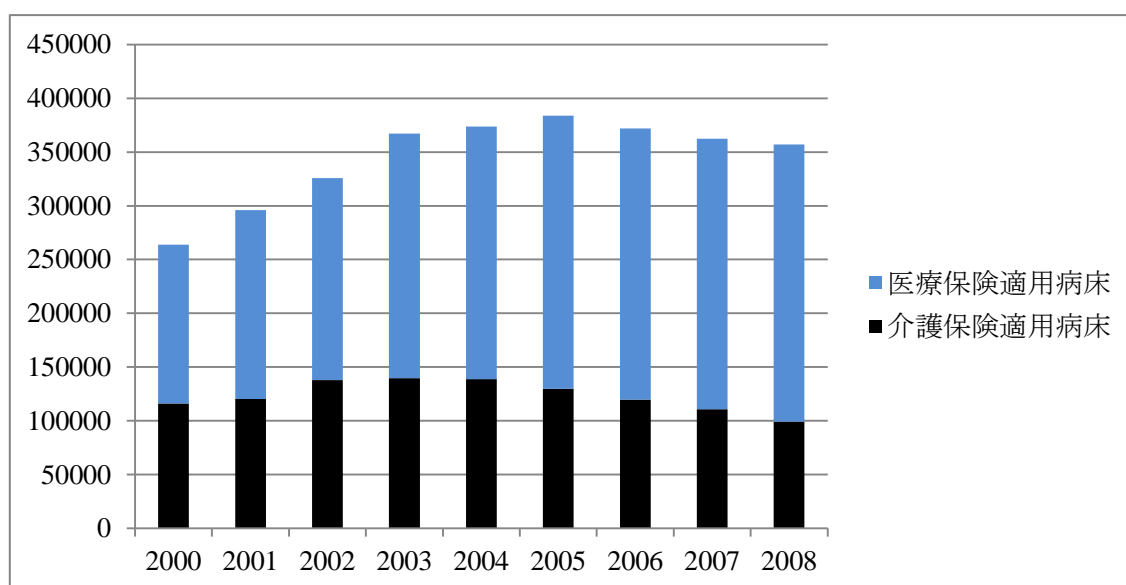
<sup>217</sup> 『朝日新聞』2005 年 12 月 22 日朝刊。

<sup>218</sup> 1990 年代には、入院医療管理料（1990 年）と療養型病床群（1992 年）の導入によって病院の介護施設化が進み、社会的入院が政策的に後押しされていた（池上直己，2010，『医療問題（第 4 版）』日経文庫，pp. 172-3）。療養病床は急性期病床に比べて利益率が非常に高いため、多くの病院が一般病床を療養病床に転換した。介護保険導入に伴ってそれまで医療保険が適用されてきた療養病床は介護保険へと移管されるはずだったが、2000 年以降前者はむしろ増加した（図 7-1）。介護保険適用病床への移行は病院にとっては減収となり、また市町村は介護施設が増えることで介護保険負担が重くなることを警戒していた。したがって、介護保険実施以降も病院と医療保険が高齢者介護を担い続けていた。OECD，2009，*OECD Economic Surveys：Japan*，Paris：OECD，pp. 112-3（=2010，吉川淳ほか訳『OECD 対日経済審査報告書 2009 年版：日本の経済政策に対す

医療保険が適用される 24 万床についても医療の必要性が低い患者については診療報酬を引き下げることで介護保険施設への転換を促す方針だった。その後、厚労省は 2012 年度までに介護保険適用の療養病床 14 万床に医療保険適用の療養病床 9 万床を合わせて計 23 万床を削減する方針を医療制度改革関連法案の要綱に盛り込んでいく。元来、社会的入院の解消には患者の生活の質の向上という目標もあったはずだが<sup>219</sup>、費用を抑制することが優先される形になった。

療養病床の大量削減が急遽提案された背景には以下のような経緯があった<sup>220</sup>。12 月にまず介護保険を所管する厚労省老健局が介護保険適用の療養病床を廃止する方針を打ち出したが、医療保険を担当する保険局は時間をかけて検討するべきではないかと慎重姿勢をとっていた。ところが、診療報酬マイナス改定のなかで医療保険適用の療養病床の点数を引き下げることになり、療養病床の減少（すなわち、平均在院日数の短縮）が確実化したので、先に決定されていた平均在院日数短縮の目標と辻褄を合わせる必要が生じ、法案提出直前になって急遽療養病床再編計画が発表されることになった。6 月の介護保険法改正の際にも介護療養病床の廃止は議論されておらず、医療・介護関係者との事前調整は不十分なままであった。

<図 7-1 療養病床数の推移>



出典：厚生労働省，各年、『医療施設調査』（10 月 1 日現在）；同，各年、『介護サービス施設・事業所調査』（10 月 1 日現在）。

る評価と勧告』明石書店，pp. 123-4）。

<sup>219</sup> 池上前掲書，2002，p. 156。

<sup>220</sup> このパラグラフの記述は、吉岡，村上前掲書，pp. 132-7 による。

保険局はかねて医療保険適用の療養病床を介護保険に移管することによるコスト・シフティングを狙っていた<sup>221</sup>。ところが、老健局としては介護保険施設のなかでは高コストの介護療養型医療施設（介護療養病床）の縮小を狙っており、医療制度改革の枠内でそれを実現しようとした<sup>222</sup>。このため保険局は医療保険適用病床から介護保険適用病床への転換というステップをとばして一挙に介護施設への転換を進めることになった。ところが、強引に療養病床削減を進めれば医療・介護難民が発生することが予想され、医療・介護関係者から激しく非難されることになる。

突然の提案に自民党厚生労働部会でも「議論が拙速だ」、「これまで議論していない話をいきなり出してきて『決定を急げ』とは乱暴だ」、「重度の人の受け皿は本当にあるのか」といった異論が噴出した<sup>223</sup>。最終的に、2006年2月7日に自民党の厚生労働部会・社会保障制度調査会の合同会議で、療養病床削減については、老人保健施設や有料老人ホームなどへの転換を病院経営者が行いやすいように、医師や看護師の配置基準を緩和した病床の類型を経過措置として設けることとされ、医療制度改革関連法案の要綱が了承された<sup>224</sup>。厚労省は厚生労働部会幹部には事前に根回しをして了解をとりつけていたが、武見敬三のような医系議員や飯島夕雁のような1年生議員らが反発し、大村秀章部会長の強行採決によって了承に漕ぎ着けたという<sup>225</sup>。同日に医療制度改革関連法案の要綱は総務会でも了承され、10日に閣議決定された。

## 国会過程

2006年2月10日に国会に提出された医療制度改革関連二法案<sup>226</sup>は4月4日に衆院本会議で趣旨説明が行われ審議入りした。4月7日に衆議院厚生労働委員会で川崎二郎厚労相が行った提案理由の説明によれば、「急速な高齢化など大きな環境変化に直面している中、国民皆保険を堅持し、医療制度を将来にわたり持続可能なものとしていくためには、その構造改革が必要」であり、そのため①医療費適正化の総合的な推進（予防・生活習慣病対策・平均在院日数短縮・患者自己負担の引き上げ）、②新たな高齢者医療制度の創設、③都道府県単位を軸とした保険者の再編・統合を行うという<sup>227</sup>。12日に委員会審議が始まり、参考人質疑、地方公聴会を含め約46時間の審議を経て、5月17日に首相が出席して質疑が行われた後、与党（自民・公明）の賛成多数で可決された。民主・共産・社民・国民新の野党

<sup>221</sup> 二木前掲書, 2007b, p. 97。

<sup>222</sup> 吉岡, 村上前掲書, pp. 135-6。

<sup>223</sup> 『朝日新聞』2006年1月20日朝刊, 2月4日朝刊。

<sup>224</sup> 他方、僻地医療への従事を開業の条件にするという医師不足対策案は与党や医療関係者らの反発から撤回された。以上、『朝日新聞』2006年2月7日夕刊。

<sup>225</sup> 吉岡, 村上前掲書, pp. 131-2。

<sup>226</sup> 「健康保険法等の一部を改正する法律案」および「良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律案」（第五次医療法改正案）。双方の概要は、吉原, 和田前掲書, pp. 492-3 にまとめられている。

<sup>227</sup> 吉原, 和田前掲書, p. 494。以下、衆議院審議については、同書, p. 495; 『朝日新聞』2006年5月17日夕刊, 18日朝刊・夕刊; 『読売新聞』2006年5月17日夕刊, 18日夕刊, 19日朝刊による。

四党は審議時間の不足などをうったえ抵抗したが与党が採決を強行した。野党は医療費抑制の根拠として用いられた医療費の将来推計や、健診による医療費抑制効果などを問題にしたが、原案通り可決された。この国会で最初の強行採決だった。翌日本会議でも可決され、法案は参議院に送られた。

参院では5月22日に審議入りし、6月13日に厚生労働委員会で与党の賛成多数により可決されたが（参考人質疑、地方公聴会を含めた参院での審議時間は40時間）、同日には21項目にも及ぶ付帯決議が与党と民主党・社民党の賛成によって採択されている<sup>228</sup>。特定療養費制度の保険外併用療養費制度への改革<sup>229</sup>に伴って混合診療の範囲が無制限に拡大しないようにすることから始まり、これまで被用者保険の被扶養者として保険料を負担していなかった高齢者に課される新たな保険料負担については特段の軽減措置を講ずること、療養病床から老人保健施設等への転換支援策<sup>230</sup>を講ずることなど、今回改正の内容による影響を限定しようとする規定が並び、最後に2002年改正法の附則第2条第1項に明記されていた、医療保険各制度における給付割合は「将来にわたり100分の70を維持する」というルールを確認し、「安易に公的医療保険の範囲の縮小を行わず、現行の公的医療保険の範囲の堅持に努めること」という規定が置かれている。翌14日に参院本会議で医療制度改革関連二法案は可決・成立した。衆院厚生労働委員会での採決が与野党間の対立によって遅れ、参院での審議日程も当初の予想より遅れたが<sup>231</sup>、会期延長なしでの成立となった。

## 考察

郵政選挙後に首相の求心力が高まったこと、族議員の影響力が低下したこと、またこれに反比例して財務省の影響力が強まったことで、2006年には再び厳しい支出削減策が進められることになった。療養病床の削減が急速に決められたもこうした首相・財務省からの歳出削減圧力に厚労省が押された結果といえよう。また、2002年改正の時と比べると今回改正の過程では与党と医師会の影響力の低下が鮮明となった。「大綱」決定時にも法案提出前にも与党議員は政府の（究極的には首相の）方針に逆らえずにいた。医師会や野党は医療費の推移を過大に予測して患者負担増などの医療費抑制を迫ろうとする政府の姿勢を批判していたが、医療費抑制と国庫負担抑制という方針が貫かれることになった。

1970年代から1980年代までの自民党長期政権下の日本の医療保険改革では患者自己負担

<sup>228</sup> 吉原，和田前掲書，p. 498。付帯決議は同書，pp. 496-8に全文が掲載されている。

<sup>229</sup> 混合診療が認められるのは、将来的に保険給付の対象となるか否かの評価の対象となる「評価療養」と、差額ベッド代などの保険適用を前提としない「選定療養」とされた。また、保険導入手続きの透明化・迅速化も図られた。島崎謙治，2011，『日本の医療：制度と政策』東京大学出版会，p. 241。

<sup>230</sup> 受け皿として新設された「介護医療型老人保健施設」では病院に比べて医師・看護師の配置が少なく、移行を促すことで費用を抑制することが狙いだった。しかし、病院側としては医療サービスが手薄になることや、減収につながることから転換に躊躇していた（池上前掲書，2010，p. 199）。

<sup>231</sup> 『読売新聞』2006年5月22日朝刊2面。

の拡大を求める政府原案は与党によって修正・撤回され、国会では野党との交渉を通じてさらに自己負担が緩和されていた。小泉政権下の 2002 年改正の際にも自民党族議員がサラリーマン 3 割負担に猛反対したのは本章 7-2. で見た通りである。ところが、今回改正では首相の官僚制・与党に対するリーダーシップが明確になり、その結果、史上最大の診療報酬マイナス改定が決められたのみならず、高齢者を中心とした患者自己負担の引き上げまでが一国会で決定された。改正に先立ち、厚労族議員と医師会は再度医療費の伸び率管理という構造的な変化を阻止することができたが、郵政選挙を通じて権威を取り戻した首相のリーダーシップを前にして診療報酬引き下げと患者自己負担増という伝統的な医療費抑制政策の強化を受け入れさせられたのである。

＜表 7-7 2006 年改革の主な内容＞

<p><b>【2006 年 4 月実施】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・診療報酬改定（マイナス 3.16%）</li> </ul> <p><b>【2006 年 10 月実施】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・現役並みの所得がある 70 歳以上の高齢者（老年者控除の廃止などにより対象範囲が拡大された）の自己負担を 2 割から 3 割へ引き上げ</li> <li>・療養病床に入院している 70 歳以上の患者の食費・居住費を自己負担化</li> <li>・70 未満の一般所得者について高額療養費の自己負担限度額を月 7 万 2,300 円＋（医療費－24 万 1,000 円）×1%から、月 8 万 100 円＋（医療費－26 万 7,000 円）×1%に引き上げ</li> <li>・出産育児一時金を 30 万円から 35 万円に増額</li> <li>・混合診療に関するルールを再構成</li> </ul> <p><b>【2007 年 3 月実施】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・中医協の委員構成の見直し、団体推薦規定の廃止</li> </ul> <p><b>【2008 年 4 月実施】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・70～74 歳の医療費の窓口負担を 1 割から 2 割に引き上げ</li> <li>・70～74 歳の一般所得者について、高額療養費の自己負担限度額を月 4 万 200 円から月 6 万 2,100 円に引き上げ</li> <li>・75 歳以上を対象とした「後期高齢者医療制度」を創設（老人保健制度は廃止）</li> <li>・3 歳未満の乳幼児を対象とした自己負担軽減措置（2 割負担）を小学校就学前までに拡大</li> <li>・都道府県ごとに医療費適正化計画を策定（入院日数短縮や生活習慣病予防）</li> <li>・40 歳以上の健康診断・保健指導を医療保険の保険者に義務づけ</li> </ul> <p><b>【2008 年 10 月実施】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・政管健保の公法人化</li> </ul> <p><b>【2012 年 4 月まで】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・介護療養型医療施設（介護療養病床）の廃止</li> </ul>
---

出典：吉原，和田前掲書，p. 493 第 31-1 表；『朝日新聞』2006 年 6 月 14 日夕刊を参考に作成。



すなわち、2006 年改革の本質は需要・供給両面からの包括的な医療費抑制政策であり、「小さな政府」・受益者負担強化の論理に基づいた改革であった。需要面では高齢者の自己負担割合の引き上げ、療養病床の食費・居住費の自己負担化、高額療養費の自己負担限度額の引き上げといった患者自己負担の引き上げが行われ、供給面でも診療報酬の過去最大のマイナス改定、療養病床の削減、都道府県に対する医療費適正化計画の義務づけなどが決定されている。3 歳未満の乳幼児に適用されていた自己負担 2 割ルールを就学前まで拡大したり、出産育児一時金を 30 万円から 35 万円に引き上げたりといった出産・育児に関連した給付拡大策も見られたが、国会審議やマスコミ報道では患者負担増や療養病床削減によって高齢者が医療や介護サービスを受けられなくなる危険性の方が注目を集めた。

ようやく高齢者医療制度改革が決着したものの、公費負担の増強は行われず、財源面で改革は 2000 年改革以来先送りされてきた全ての高齢者からの保険料徴収が規定されたことにとどまった（後に年金からの天引きが野党や高齢者による強い批判を招くことになる）。後期高齢者医療制度の財源構成では被用者保険、とりわけ大企業労使からの財政移転に依存する構造が残されており、経済団体・労働組合や医師会が要求していたような抜本改革（拠出金廃止と公費負担の大幅引き上げ）は行われなかった。1990 年代までの医療保険改革に比べて高齢者の自己負担・保険料負担が強調された改革だったが、いずれにせよ改革の基調は患者自己負担増・診療報酬抑制などの医療費抑制政策であった。

#### 7-5. 小泉政権の医療保険改革に関する結論

5 年 5 か月にわたり続いた小泉政権期には不良債権処理が進むとともに政府の財政状況も改善に向かった。1999 年度のピーク時に 37.5 兆円に達していた公債発行額は小泉政権末期の 2006 年度には 27.5 兆円にまで抑え込まれた<sup>232</sup>。その反面、公共事業費や地方交付税とともに社会保障費も厳しい抑制の対象となった。以下では小泉政権の医療保険改革に関する結論をまとめたい。

#### 徹底した支出削減——患者負担引き上げと診療報酬引き下げ

小泉政権時代には歳出削減・規制緩和が政策分野横断的な基本方針となり、医療制度改革は政権の重要課題の一つであったが、公的医療保険制度そのものは民営化政策の対象にはならなかった。2002 年改革、2003 年 3 月に閣議決定された「医療保険制度体系及び診療報酬体系に関する基本方針について」<sup>233</sup>、2006 年改革を通じて国民皆保険の堅持という方針が貫かれたのである。

---

<sup>232</sup> 一方、グロス政府債務残高対 GDP 比は 2001 年の 154%から 2006 年の 186%まで増加している（巻末資料・表 5）。

<sup>233</sup> 注 141, p. 281 参照。

ただし、改革の方向性としては「小さな政府」・受益者負担の論理が追求されており、「大きな政府」・応能負担の論理に従って財源を拡大することは避けられた。1997 年の改革も含め、小泉の医療保険改革は、国民皆保険を維持していくために患者の負担を拡大する、すなわち、医療保険の給付水準を下げるという論理構成となっている。2002 年の改革、2006 年の改革とも財源調達方式に関する改革は総報酬制の導入、高齢者からの保険料徴収という医療保険料の徴収ベースの拡大であり、税負担の増強は避けられている。1990 年代以来、社会保障財源の切り札は消費税の増税と考えられていたが、小泉は自身の総裁任期中の消費増税を否定しており、社会保障の財源改革は進まなかった<sup>234</sup>。医療保険部門では患者負担増・診療報酬マイナス改定を中心とした支出削減による財政均衡が政権の基本戦略であった。

こうした戦略は小泉自身の政策選好が反映されたものであり、首相の意志貫徹を助けた要因として以下の三点を指摘することができる。第一に、本章冒頭で整理したように 1990 年代以降の行政改革・政治改革によって首相のリーダーシップの制度的な基盤が強化されていた。経済財政諮問会議の活用や郵政造反派議員への制裁に見られるように、小泉は自らのリーダーシップの確立のために利用可能な手段を惜しまず利用した<sup>235</sup>。患者自己負担増と診療報酬抑制については、首相と厚労省は程度の差はあれ基本的な方向性としては一致していたと考えられるため、与党の抵抗を克服できるか否かがより重要だったが、郵政選挙後の 2006 年改正では与党に対する首相の優越が明確になった。

第二に、一番目の点と関連して首相個人に対する世論の高支持が首相のリーダーシップをさらに強化していた。選挙での再選を目指す与党議員たちは、たとえ不満があっても小泉首相＝総裁の意向に従わざるを得なかった<sup>236</sup>。

第三に、日本の診療報酬システムの構造によって医療費をマイナス成長にまで持ち込むことが制度的に可能であったことも挙げられよう。2002 年度、2006 年度には国民医療費はマイナス成長となっている（表 5-1, p. 168）。医療費の伸びを抑え込むこと（支出削減）が可能ならば、財源拡大という選択肢は後退することになる。また、診療報酬の 2002 年改定交渉の過程で観察されたように、診療報酬引き下げを受け入れることは日本医師会にとって別の改革案を撤回させるための交換条件でもあった。

こうして小泉は与党議員や医療関係者らの反対を押し切り、2002 年の「三方一両損」の改革、2006 年の高齢者医療制度改革を実現させた。いずれの改革においても患者自己負担増・診療報酬マイナス改定による医療費抑制と歳出削減が図られた。2000 年代に入り日本

<sup>234</sup> 上川龍之進は、小泉が消費増税を否定していた理由として、消費増税による増収が歳出削減の手綱を緩めることが懸念されたこと、そして世論による支持に権力基盤を置く小泉にとって消費増税が命取りになる危険性があったことを挙げている（上川前掲書, pp. 196-8）。ただし、財政再建・国債発行額の縮小を政策理念とする小泉は、財源の裏付けのない減税に消極的であり、小渕内閣が導入した定率減税の廃止などの増税も行っている（同上, pp. 195-7）。このため 1990 年代の諸内閣とは異なり小泉内閣は大規模な減税に取り組まなかった。

<sup>235</sup> 内山前掲論文, 2010, 「日本政治のアクターと政策決定パターン」, pp. 14-5。

<sup>236</sup> 同上, p. 14。

の総医療費対 GDP 比はイギリスを下回り、主要先進国中で最低の水準となった（巻末資料・表 1）。医療費抑制に関しては小泉政権は成功したといえるだろう。

### 小泉政権の医療保険改革の限界

しかしながら、小泉政権下の医療保険改革にも限界があった。第一に、規制改革会議や経済財政諮問会議の民間議員が求めている混合診療の解禁、株式会社の参入、保険者と医療機関の直接契約などの市場原理志向の改革案はほとんどが実現しなかった。厚労省・族議員・医師会が反対しただけでなく、財務省もこれらの措置によって医療費抑制政策が機能しなくなることを恐れていた。小泉政権期に用いられた患者負担増・診療報酬抑制・病床削減などの医療費抑制策は旧厚生省以来の施策が強化されつつ再利用されたものであり、厚労省が真っ向から反対した混合診療解禁などの施策は実現していないのである<sup>237</sup>。つまり、首相とその周辺に位置する規制改革会議や経済財政諮問会議が決定した方針に厚労省・族議員が肅々と従うという政策決定パターンが確立されたわけではなく、厚労省は選択的に拒否権を行使することができたといえる。また、2002 年改正に見られたように、諮問会議や財務省が厚労省とは異なる改革案を提示したとしても、政府・与党の調整については厚労省案をベースにした事前（国会提出前）調整という形態が存続したのである。したがって、小泉政権下の医療保険改革では従来の意思決定方式が存続しつつ、首相とその周辺の機関の発言権が増大したというのが実態であり、ある意思決定方式から別のものへと完全に变化したわけではないというのが正確な描写であろう。それゆえ、診療報酬の抑制や患者自己負担の引き上げとは異なり、厚労省が真っ向から反対していた新自由主義的な医療保険改革についてはごく一部しか実現しなかったのである。

第二に、患者負担増と診療報酬抑制によって公的医療保険の財政は一時的に健全化したが、財源調達の問題は解決されなかった。2002 年改正に基づいて 2003 年度から総報酬制が導入されたことで保険料収入が増加し、またサラリーマン 3 割負担実施によって保険給付が減少したことなどにより被用者保険は 2003 年度から黒字に転じた<sup>238</sup>。ところが、支出の伸びと収入の停滞により、政管健保は 2007 年度に、組合健保は 2008 年度に再び赤字化してしまった。政管健保（2008 年から協会けんぽ）では 2010 年度には保険料率が都道府県平均で 9.34%と 2003 年度以来の 8.2%から 1 ポイント以上引き上げられ、その後も保険料率が上昇している（2012 年度は平均 10%）。高齢者医療を支えるための支出の増大に加え、2008 年のリーマン・ショック以降、加入者の賃金が減少したことも保険料引き上げを不可避にした。協会けんぽの標準報酬月額も 2003 年度末には平均 28.4 万円だったのに対し、2011 年度末には 27.5 万円へと低下している<sup>239</sup>。2006 年の改革は前期・後期高齢者医療制度の創

<sup>237</sup> 医療費に対するキャップ制も厚労省・族議員・医師会の反対によって実現しなかった。

<sup>238</sup> 健康保険組合連合会編, 2011, 『図表で見る医療保障（平成 23 年度版）』ぎょうせい, pp.126-9。

<sup>239</sup> 『読売新聞』2012 年 6 月 18 日朝刊 17 面。

設に伴い被用者保険の負担を強化しており<sup>240</sup>、組合健保では2008年に西濃運輸や京樽などの健保組合が解散するに至り<sup>241</sup>、翌年には約80%の組合が赤字となるとともに全体として過去最高の赤字が出た（5,234億円）<sup>242</sup>。このため被用者保険からは高齢者医療制度への財政移転の見直しと公費負担の引き上げという従来からの要求が出続けている。

しかしながら、小泉政権の医療保険改革は医療費抑制による社会保障負担の引き上げの回避が基本路線であり、首相の強大な権力が財源調達方式の改革のために用いられることはなかった。医療保険の財源拡大策は、総報酬制の導入と高齢者からの保険料徴収の強化という社会保険料徴収ベースに関する改革にとどまったのである。

第三に、厳しい医療費抑制政策の弊害が医療関係者のみならず広く世論に認識されるようになった。2006年5月に小松秀樹医師が医療現場の疲弊をうったえた『医療崩壊』を出版してから、「医療崩壊」は日本の医療を語る上でのキーワードとなった<sup>243</sup>。また既に述べたように、平均在院日数短縮・療養病床削減を目指す政策は医療・介護難民を発生させたとして強い反発を招いた。診療報酬や医療供給の抑制はかねて行われてきたものだが、小泉政権期の政策はそれらをさらに強化した。国民皆保険体制を堅持するために必要とされた改革は患者負担の増大、医療現場（とりわけ病院）の疲弊、医療機関へのアクセスの困難を生み出すことになった。また、保険料滞納による無保険者の増大も指摘されている。国民健康保険の保険料を1年以上滞納し、国民健康保険被保険者資格証明書の交付を受けた世帯数は2000年の9万6,849世帯から2006年には35万1,270世帯へと3.6倍になった<sup>244</sup>。

こうして医療費抑制政策の限界が認識され、小泉の引退後に自公政権の内部から医療や社会保障政策の転換を目指す動きが現れる。ところが、小泉政権以降不安定な政権が続くことで社会保障財源改革はさらに遅滞することになる。以下では補論として、小泉退陣後の安倍政権から民主党政権までの医療・社会保障に関する動向を簡潔に整理したい。

---

<sup>240</sup> 1984年改正で導入された退職者医療制度は退職して国保に移った元サラリーマン・元公務員の医療費について制度間の財政調整を行うものだったが、前期高齢者医療制度では65歳以上75歳未満の全ての者の医療費について制度間財政調整を行うものであり、市町村国保の負担は軽減され、被用者保険の負担が強化された。

<sup>241</sup> 『読売新聞』2008年9月13日朝刊。

<sup>242</sup> 健康保険組合連合会, 2011, 『平成22年度健保組合決算見込の概要（2011年9月8日）』健康保険組合連合会ホームページ <<https://www.kenporen.com/include/press/2011/201109082.pdf>> 2014年3月27日閲覧。

<sup>243</sup> 小松秀樹, 2006, 『医療崩壊：「立ち去り型サボタージュ」とは何か』朝日新聞社；同, 2007, 『医療の限界』新潮新書；『世界（特集：医療崩壊をくい止める）』岩波書店, 775, 2008年2月号；岩本裕, NHK取材班, 2010, 『失われた「医療先進国」：「救われぬ患者」「報われぬ医師」の袋小路』講談社ブルーバックス。

<sup>244</sup> 資格証明書の交付を受けた世帯は医療機関受診時に全額自己負担をしなければならないため実質無保険状態といえるが、形式上は国保に加入していることになっており当然その数が把握される。これに加えて資格証明もない本当の無保険者も実数は不明とはいえ相当数いるものと考えられている。例えば、厚生労働省「社会福祉行政業務報告（平成20年度）」によれば、2008年の生活保護の新規受給者のうち、受給開始時に医療保険に「未加入」または「その他」の者が全体の31.8%を占めていた。以上、二木立, 2010, 「医療・健康の社会格差と医療政策の役割（二木立教授の医療時評その80）」『文化連情報』390, pp. 14-21。

## 補論 小泉政権以降の展開（2006～12 年）

### a. 生活重視を打ち出す民主党の躍進（2007 年参議院選挙）

小泉政権時代の医療・介護・社会福祉などの社会保障改革の基本路線は受益者負担の拡大であった。2005 年の介護保険法改正では居住費の自己負担化や給付限度額の引き下げが行われ、同年制定された障害者自立支援法では 1 割の利用者自己負担が導入された。2002 年、2006 年の医療保険改革がそうした論理に従ったものだったことは既に示した通りである。また、小泉政権が誕生した 2001 年には失業率が過去最高の 5%を突破したが、雇用対策の基本は製造業部門での派遣労働の解禁（2004 年）のように規制緩和であった。こうした「小さな政府」・規制緩和を基本路線とする政策が推し進められる一方で格差社会論<sup>245</sup>や医療崩壊論<sup>246</sup>が流行するようになり、生活不安が高まっていった。

小泉の後を受けて 2006 年 9 月に自民党総裁＝首相となった安倍晋三はこうした世論の動向を意識し、所信表明演説では「新たな日本が目指すべきは、…勝ち組と負け組が固定化せず、…誰でも再チャレンジが可能な社会」であるとしたが<sup>247</sup>、小泉構造改革路線を継続するのか、方向転換を図るのかが不明瞭であった。小泉政権が終わったことで、それまで回避されてきた消費税率の引き上げがいよいよ重要課題となっていたが、「骨太の方針 2007」では税制抜本改革は参院選以降に先送りされた<sup>248</sup>。ところが、郵政造反組の衆議院議員の復党を認めたことや「消えた年金記録」問題などが打撃となり、2007 年 7 月の参議院選挙で自民党は大敗を喫し（改選 121 議席中 37 議席獲得）、公明党の議席を合わせても過半数を確保できなかった<sup>249</sup>。選挙後の 9 月には安倍は体調の悪化により辞任している。

一方、最大野党であった民主党では 2006 年 3 月に小沢一郎が党代表に就任し、翌年の参院選では「国民の生活が第一」というスローガンを掲げ、小泉構造改革路線との対決姿勢

---

<sup>245</sup> OECD の研究者によって日本の相対貧困率は先進諸国のなかで上位に位置すると指摘され、政府の『経済財政白書』でも経済的格差の拡大がとりあげられるようになった。Michael Förster and Marco Mira d'Ercole, 2005, "Income Distribution and Poverty in OECD Countries in the Second Half of the 1990s," *OECD Social, Employment and Migration Working Papers*, 22, Paris : OECD ; 内閣府編, 2006, 『経済財政白書（平成 18 年版）』国立印刷局。この他に、日本における格差社会論に関する論評を集めた文献として、文春新書編集部編, 2006, 『論争格差社会』文春新書参照。

<sup>246</sup> 注 243 参照。

<sup>247</sup> 「第 165 回国会における安倍内閣総理大臣所信表明演説（2006 年 9 月 29 日）」首相官邸ホームページ <<http://www.kantei.go.jp/jp/abespeech/2006/09/29syosin.html>> 2014 年 3 月 27 日閲覧。

<sup>248</sup> 草野前掲書, p. 245。「骨太の方針 2007」における原文は以下の通り。「平成 19 年秋以降、税制改革の本格的な議論を行い、平成 19 年度を目途に、社会保障給付や少子化対策に要する費用の見通しなどを踏まえつつ、その費用をあらゆる世代が広く公平に分かち合う観点から、消費税を含む税体系の抜本的改革を実現させるべく、取り組む」。経済財政諮問会議, 2007, 「経済財政改革の基本方針 2007——『美しい国』へのシナリオ（2007 年 6 月 19 日）」経済財政諮問会議ホームページ <<http://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/minutes/2007/0619/agenda.html>> 2014 年 3 月 27 日閲覧。

<sup>249</sup> 石川, 山口前掲書, pp. 218-21。

を鮮明にしていた<sup>250</sup>。参院選のマニフェスト<sup>251</sup>では「消えない年金」、「子ども手当」、農家への「戸別所得補償制度」、「雇用を守り、格差を正す」、「医師不足を解消して、安心の医療をつくる」などの政策を掲げ、ついに参議院での第一党の座を得た（改選 121 議席中 60 議席獲得）。

参院選大敗の後で、自民党・公明党の側でも社会保障の強化を目指す動きが強まっていた。2007 年 9 月の自民党総裁選で福田康夫は国際的な経済合理主義の行き過ぎを考え直すべきだとうったえ、2008 年 4 月からの後期高齢者医療制度実施に伴う患者自己負担増を凍結すると公約した。福田の当選後、自公両党は連立継続のために重点政策課題について合意を交わし、高齢者自己負担増の凍結を確認した<sup>252</sup>。参院選大敗の衝撃から自民党内では構造改革路線からの方向転換が議論され、公明党からも福祉重視への転換を求める圧力が高まっていた。

#### b. 福田内閣・麻生内閣の「小さな政府」・新自由主義路線からの転換

福田康夫内閣発足によりこうした政策転換が具体化していく。2008 年 1 月に設置された社会保障国民会議では「社会保障の機能強化」がうたわれ、従来とは異なり費用抑制ありきではなく医療や介護について将来的に必要なマンパワーや費用が予測された<sup>253</sup>。同年 4 月の診療報酬改定では本体部分が 0.38%の引き上げとなり、わずかとはいえ 2000 年改定以来のプラス改定となった（薬価は引き下げられたので、全体としては 0.82%のマイナス改定）（表 7-3, p. 272）。また、医師不足への対応のため四半世紀ぶりに医学部定員の増員も決められた。後期高齢者医療制度は 2008 年 4 月から実施に移されたが、上記の合意に基づき 70～74 歳までの患者自己負担の 1 割から 2 割への引き上げは 1 年間凍結、高齢者の新たな保険料負担は半年間凍結、続く半年間は 9 割軽減して国庫負担で肩代わりすることになった。また、健康保険組合などの現役世代の保険料負担が増加し、地方負担も増えた<sup>254</sup>。この他に、7 月には医療保険適用の療養病床の削減目標が 15 万床から 22 万床へと緩和されている（当初は 38 万床から 15 万床へと削減する予定だった）。

続く麻生太郎内閣でも社会保障費抑制路線からの転換が続けられた。2009 年の介護報酬改定は初のプラス改定（3%）となり、とりわけホームヘルパー不足に対処するために訪問

<sup>250</sup> 石川，山口前掲書，pp. 220-1。

<sup>251</sup> 民主党，2007，「Manifesto 2007」民主党ホームページ < <http://archive.dpj.or.jp/policy/manifesto/> > 2014 年 3 月 27 日閲覧。

<sup>252</sup> 負担増凍結については、吉原，和田前掲書，pp. 502-3 参照。

<sup>253</sup> 社会保障国民会議，2008，『最終報告（2008 年 11 月 4 日）』社会保障国民会議ホームページ < <http://www.kantei.go.jp/jp/singi/syakaihosyokukuminkaigi/saishu.html> > 2014 年 3 月 27 日閲覧。

<sup>254</sup> 新制度は「後期高齢者」という名称に対する批判、新たな保険料負担に対する反発や保険証の発送の遅れなどの実務上の混乱などに見舞われ、野党から政権批判のための格好の標的とされた。2008 年 5 月末に野党は共同して後期高齢者医療制度の廃止と老人保健制度の復活を柱とした法案を参議院に提出している。以上、吉原，和田前掲書，pp. 502-3。



介護サービス関連の報酬が引き上げられた<sup>255</sup>。また、小泉内閣最後の「骨太の方針 2006」に掲げられた、社会保障費の自然増分を 2011 年度まで毎年 2,200 億円抑制するという目標が棚上げされた（「骨太の方針 2009」<sup>256</sup>）。

医療の市場化に関しては、小泉内閣以降も規制改革会議が混合診療解禁論を主張したが、小泉政権期ほどの勢いは得られなくなった。福田内閣以降、自公連立政権は社会保障費の抑制からの方向転換を図っており、新自由主義的医療制度改革を求める勢力は後退したといえよう<sup>257</sup>。

ただし、福田内閣以降の動きは大幅な福祉増というよりは抑制が停止されたという段階であり、社会保障制度の安定・強化のための財源の確保が課題となった。福田内閣以降の自己負担軽減、保険料負担軽減、診療報酬・介護報酬引き上げといった決定は当然社会保険制度の財政、ひいては国家財政を悪化させた。福田・麻生内閣は財源改革の問題を解決せぬまま支出増に踏み切ったのだった。社会保障国民会議の『最終報告』でも示されたように、現状の医療・介護のサービス水準を維持するだけでも費用は増加していくのであり、財源の確保がなしとげられなければ費用抑制政策への回帰は避けられない。そのうえ、2008 年・2009 年は世界金融危機の影響を受け経済成長率はマイナスとなり、税収や社会保険料収入も落ちこんだ。2008 年度当初予算では公債発行額 25.3 兆円、公債依存度は 30.5% という 2000 年代に入り最も良好な財政状況が実現されたが、補正予算ではそれぞれ 33.2 兆円、37.3% に跳ね上がった<sup>258</sup>。2008 年以降国家財政の状況は再び悪化していった。国債発行額は 2009 年度補正予算では 53.5 兆円へと激増した。また、2000 年代に増大した非正規労働者がリーマン・ショック以降雇い止め、派遣切りなどによる雇用調整の対象となり、セーフティネットの強化が課題となった。非正規労働者層の拡大は安定して社会保険料拠出を行うことのできる集団の縮小でもあり、無保険者対策とともに社会保障財源の調達方式の改革が不可欠になった。

自公政権の方向転換により、社会保障政策の方針は他の先進諸国でも見られた新自由主義の問い直しに向かった。そのため厚労省は費用抑制圧力や医療の市場化の要求をあまり受けずにすむようになったが、社会保障の機能強化のための財源の裏付けは不透明なままだった。

---

<sup>255</sup> 池上前掲書, 2010, p. 195。

<sup>256</sup> 経済財政諮問会議, 2009, 「経済財政改革の基本方針 2009——安心・活力・責任 (2009 年 6 月 23 日)」経済財政諮問会議ホームページ < <http://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/cabinet/2009/index.html> > 2014 年 3 月 27 日閲覧。

<sup>257</sup> 二木前掲論文, 2009 参照。

<sup>258</sup> 財務省, 2014, 「財政関係基礎データ (2014 年 2 月)」財務省ホームページ < [http://www.mof.go.jp/budget/fiscal\\_condition/basic\\_data/201402/index.html](http://www.mof.go.jp/budget/fiscal_condition/basic_data/201402/index.html) > 2014 年 3 月 27 日閲覧。

### c. 民主党政権——道半ばにして終わった生活保障の強化

2009 年 8 月の総選挙に向けて、民主党は改めて「国民の生活が第一」というスローガンの下で子ども手当の創設などを掲げるとともに、医療に関連した政策としては社会保障費自然増 2,200 億円削減という自公政権の方針の廃止、後期高齢者医療制度の廃止、人口 1,000 人あたり医師数を 2.1 から OECD 平均の 3.1 まで引き上げる（医学部生の増員）、入院に関する診療報酬の増額などの公約を行った<sup>259</sup>。

総選挙で民主党が 308 議席を獲得して圧勝すると鳩山由紀夫政権はマニフェスト通り社会保障費抑制政策を停止し、小泉政権によって廃止された生活保護の母子加算の復活や子ども手当の創設、高校の授業料の無償化、農家への戸別所得補償などの政策を実現していった<sup>260</sup>。福田内閣によって始められた医学部定員拡大政策も継続されている<sup>261</sup>。2010 年の診療報酬改定では本体部分は 1.55% のプラス改定となり、薬価を含めても 0.19% のプラス改定だった（表 7-3, p. 272）。全体としてのプラス改定は 2000 年改定以来 10 年ぶりであった。中医協からは日医の代表が排除され、病院への重点配分も行われた<sup>262</sup>。また、2010 年度には協会けんぽの国庫補助率が 13% から 16.4% へと引き上げられた。

もっとも、景気後退による歳入の低下に加えて、政権公約だった予算の組み替えによる財源の捻出に成功せず、増税が不可避となった。財源の制約に直面した結果、2012 年の診療報酬改定は本体プラス 1.379%、薬価・材料はマイナス 1.375% でプラス 0.004% という実質プラスマイナスゼロ改定となり、目玉公約の一つであった子ども手当は 1 万 3 千円の半額支給のまま終わることになる。また、後期高齢者医療制度の廃止は結局見送られた。

### d. 社会保障と税の一体改革（2012 年）

2010 年 6 月の鳩山由紀夫辞任後に首相となった菅直人は消費増税の必要性を主張したが、2009 年の衆院選マニフェストには消費増税の記載はなく野党による攻撃の対象となった。2010 年 7 月の参議院選挙で民主党は明確な税制改革のビジョンを示せぬまま敗北し<sup>263</sup>、過半数を確保することができなかった。しかも、自公政権の時とは異なり、与党は衆議院で 3 分の 2 の議席を確保しておらず、参議院で否決された法案を再可決できない状況に陥った。もっとも、消費税増税に関しては自民党は参院選のマニフェストで 10% への引き上げと社

<sup>259</sup> 民主党, 2009, 「民主党の政権政策 Manifesto2009」民主党ホームページ 2011 年 6 月 28 日 <<http://www.dpj.or.jp/policies/manifesto2009>> 2014 年 3 月 27 日閲覧。

<sup>260</sup> 石川, 山口前掲書, pp. 228-9。

<sup>261</sup> 2010 年度の定員は 8,846 人と過去最多を記録している。

<sup>262</sup> 民主党政権の医療政策については、二木立, 2011, 『民主党政権の医療政策』勁草書房を参照。

<sup>263</sup> 民主党の参院選マニフェストでの消費税に関する公約は「早期に結論を得ることをめざして、消費税を含む税制の抜本改革に関する協議を超党派で開始します」という曖昧なものだった。民主党, 2010, 「民主党の政権政策 Manifesto2010」民主党ホームページ 2011 年 06 月 28 日 <<http://www.dpj.or.jp/policies/manifesto2010>> 2014 年 3 月 27 日閲覧。



会保障への充当、超党派での合意形成を明確に公約しており、公明党も社会保障への充当と低所得者への配慮措置実施などを条件として消費税増税には実質賛成の立場であった<sup>264</sup>。最終的に、2012年8月に社会保障と税の一体改革が民主・自民・公明の三党の賛成によって決まり、消費税率を2014年4月に8%に、2015年10月に10%へと引き上げ、増収分全額を社会保障費に充当することになった<sup>265</sup>。小泉政権退陣から既に6年が経っていた。

消費税の増税が決定されたのは、1994年以来18年ぶりのことであった。この間に社会保障給付費は1995年度の64.7兆円から2010年度の103.5兆円へと60%増加したのに対し、社会保険料収入は51.2兆円から57.8兆円へと13%の増加にとどまっており、不足分は税と公債発行によって賄われてきた<sup>266</sup>。社会保障財源に占める社会保険料の割合は1995年の60.2%から2010年の51.6%へと低下し、国庫負担の割合は19.5%から26.2%へと増加している。

ところが、社会保障制度を支えるはずの国家財政も同時に悪化しており、公債依存度が上昇していたため、1990年代以降の日本の医療保険改革は国庫負担の増加傾向に極力歯止めをかけようとしてきたのだった。国庫負担を抑制するためには、第一に患者自己負担の拡大と診療報酬抑制などの医療費抑制政策が行われ、第二に（とくに大企業）労使の社会保険料負担が引き上げられてきた。

社会保険料収入は1990年代半ばから伸び悩むようになったが、税収に至っては1990年度以来長期的に減少する傾向にあるため、日本では総税収に占める社会保険料の割合が1990年の26.4%から2005年の36.8%へと増加した<sup>267</sup>。総税収に占める社会保険料負担の割合の増大は保険料収入以外の租税財源の確保を日本政府が怠ってきたことを示している。医療保険制度体系や年金制度体系の設計上、社会保険料のみによる運営が想定されていないにもかかわらずである。

では、今度の消費税増によって十分な国庫負担財源が確保され、医療保険制度は支出削減圧力から解放されるのであろうか。財務省は5%の消費増税が実現した場合の税収を約13.5兆円と予測しており、このうち1%分2.7兆円が社会保障の充実に、残りの4%分10.8兆円が社会保障の安定化に用いられるという<sup>268</sup>。増税前の2013年度の消費税収のうち社会

<sup>264</sup> 自由民主党, 2010, 「自民党政策集 J-ファイル 2010 (マニフェスト)」自由民主党ホームページ <<https://www.jimin.jp/policy/pamphlet/>> 2014年3月27日閲覧；公明党, 2010, 「公明党マニフェスト 2010」公明党ホームページ <<http://www.komei.or.jp/campaign/sanin10/>> 2014年3月27日閲覧。

<sup>265</sup> 伊藤裕香子, 2013, 『消費税日記：検証増税 786 日の攻防』プレジデント社；清水真人, 2013, 『消費税：政と官との「十年戦争」』新潮社。

<sup>266</sup> 以下、社会保障費に関する数値は、国立社会保障・人口問題研究所, 2012, 『社会保障費用統計（平成22年度）』に基づく。

<sup>267</sup> OECD, 2011, *Revenue Statistics 1965-2010*, Paris : OECD, p. 94. 税収が減っているにもかかわらず、社会保障給付費に対する国庫負担の割合が増えているのは、国の一般会計が公債に依存しているためである。端的に言えば、借金に依存して社会保障費の一部を賄っているということである。

<sup>268</sup> 財務省, 2013a, 「税制について考えてみよう（2013年1月）」財務省ホームページ <<http://www>

保障に充当される分と対象経費（基礎年金・老人医療・介護）のギャップは 10.3 兆円とされており<sup>269</sup>、今後も社会保障費が増加していくことを考えると 5%の消費増税のみで現在の給付水準を維持することは困難であろう。要するに、ようやく財源の拡充が決まったものの、8割はこれまで先送りされてきた既存制度の財政安定化に用いられるに過ぎず、それも十分なものとはいいがたいのである。

このため 2013 年 8 月の社会保障制度改革国民会議の報告書では給付の重点化が強調されている<sup>270</sup>。医療に関しては、民主党政権下でも凍結されてきた 70～74 歳の自己負担割合を 2 割に引き上げること、紹介状なしの大病院受診に際して定額負担を導入すること、低所得者の負担軽減措置などが提案されている。財政制約が続くなかで給付を低所得者に重点化しようとする方針が示されたものといえよう。

また、混合診療の拡大や医療ツーリズムなど医療の市場化に関して民主党政権下で議論が復活し、2012 年末に自民党が与党に復帰して以降も混合診療の拡大は規制改革会議の重要検討項目の一として数えられている。公的医療費や介護費の伸びが続き、医療・介護分野に営利活動の機会が見出される限り、今後も公的医療・介護保険の給付範囲を限定しようとする動きが、影響力の差はあれ存在し続けるであろう。

---

[w.mof.go.jp/tax\\_policy/publication/brochure/backnumber.htm](http://www.mof.go.jp/tax_policy/publication/brochure/backnumber.htm) > 2014 年 3 月 27 日閲覧。

<sup>269</sup> 財務省, 2013d, 『福祉目的化』の推移 (2013 年 5 月末現在) 財務省ホームページ < [http://www.mof.go.jp/tax\\_policy/summary/consumption/120.htm](http://www.mof.go.jp/tax_policy/summary/consumption/120.htm) > 2014 年 3 月 27 日閲覧。

<sup>270</sup> 社会保障制度改革国民会議, 2013, 「報告書——確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋 (2013 年 8 月 6 日)」社会保障制度改革国民会議ホームページ < <http://www.kantei.go.jp/jp/singi/kokuminkaigi/> > 2014 年 3 月 27 日閲覧。

## 第 8 章 2000 年代のフランスにおける医療保険改革——医師との対決の回避から受益者負担の強化へ

2000 年代のフランスでは医療の供給側（診療側）に働きかける医療費抑制政策が後退し、保守政権によって 1 ユーロの保険免責制のような需要側（患者側）に対する負担拡大策が重視されるようになった。2002 年以降、保守政権は診療報酬の引き上げによって医師との和解に努め、医療保険財政の健全化のためには公的医療保険制度を縮小し、それを民間保険によって補完する戦略へと傾斜していった。2004 年の医療保険改革では患者自己負担拡大とともに CSG（*contribution sociale généralisée*：一般社会保障税）引き上げによる財政対策がとられたが（8-1.）、サルコジ政権では減税・社会保険料負担の軽減が政権の基本戦略とされ、患者自己負担の拡大が前面に出る形となった（8-2.）。ラファラン政権下の 2004 年改革では CSG 引き上げが財政対策の要であり、サルコジ政権下では財源拡大よりも患者負担の拡大が重視されたという違いはあるものの、いずれも診療側の効率化にはあまり踏み込まず、総医療費の規模は大きなものにとどまった。

1990 年代にはジュペ・プランを頂点として診療側に対する医療費抑制政策が推進されたが、2000 年代にはそうした路線からの転換が進み、患者負担の微増が繰り返された。これを補うために民間医療保険の役割が政策担当者・住民双方にとってますます重要になってきている。

### 8-1. 2004 年の医療保険改革

#### a. 政権交代から改革実現までの経緯<sup>1</sup>

1999 から 2001 年にかけて被用者一般制度全体（年金・医療・家族手当）としては黒字が出ていたが、医療保険部門では 1990 年代半ばに比べれば収支は改善されていたとはいえまだ赤字が続いていた（表 8-1）。2002 年度から医療保険の赤字が再び拡大し、社会保障局は改革の必要性をうったえた<sup>2</sup>。後述するように、2002 年からの赤字拡大は景気後退のみならず保守政権が医療費抑制を放棄して診療報酬引き上げによる医師との融和を優先したこと

<sup>1</sup> 2004 年改革の経緯については以下を参照した。Bruno Palier, 2011, *La réforme des systèmes de santé* (5<sup>e</sup> éd.), Paris : Presses Universitaires de France, « Que sais-je ? », pp. 104-11 (= 2010, 林昌宏訳『医療制度改革：先進国の実情とその課題』文庫クセジュ, pp. 112-8)。なお、日本語訳書は原書の第 4 版に依拠している。Patrick Hassenteufel (dir.), 2008, *Les nouveaux acteurs de la gouvernance de la protection maladie en Europe (Allemagne, Angleterre, Espagne, France)*, Rapport de recherche pour la MIRE, とくに pp. 41-6.

<sup>2</sup> 国家財政の赤字も拡大し、2002 年度からフランスは EU の安定・成長協定に違反するようになった。

タバコ税の増税や入院定額負担金の 10.6 ユーロから 13 ユーロへの引き上げなどの財政対策がとられたが<sup>3</sup>、2004 年の医療保険改革では医療供給体制の合理化や責任の明確化といった 1990 年代以来のテーマが再び争点となった。

2002 年春の大統領選挙・総選挙によって 5 年ぶりに保守政権が成立すると、ジャン＝フランソワ・マティ（Jean-François Mattei）保健相はすぐに社会保障会計委員会に三つのワーキング・グループを設置し、医療保険関係者に今後の改革に関する検討を行わせた<sup>4</sup>。続いて 2003 年 10 月には「医療保険の将来のための高等評議会（Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie）」が組織され、翌年 1 月に報告書が提出されている<sup>5</sup>。

<表 8-1 全国被用者医療保険金庫（CNAMTS）の収支（10 億ユーロ）、2000～2012 年>

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
- 1.6	- 2.1	- 6.1	- 11.1	- 11.6	- 8.0	- 5.9
2007	2008	2009	2010	2011	2012	
- 4.6	- 4.4	- 10.6	- 11.6	- 8.6	- 5.9	

出典：Direction de la Sécurité sociale, 2013, *Les chiffres clés de la Sécurité sociale 2012*, p. 13 (Le portail du service public de la sécurité sociale ホームページ 21 août 2013 <<http://www.securite-sociale.fr/Chiffres-cles-2012-de-la-Securite-sociale>> 2014 年 3 月 27 日閲覧).

高等評議会には政治家・官僚・労使・共済組合・医師組合・病院・患者の代表や有識者など 50 名を超す医療保険関係者が参加し、議長は会計検査院所属の大物厚生官僚であるベルトラン・フラゴナール（Bertrand Fragonard）が務めた<sup>6</sup>。ジュペ・プランの時とは異なり、事前に広範な参加者を招いて改革に関する正当な合意を準備させたのである。高等評議会設置の公式の目的は「医療保険制度の現状の評価」と「制度の持続可能性のために必要な条件の確定」だったが、利益団体の反応の事前調査という政治的な目的もあった<sup>7</sup>。ジャン＝ピエール・ラファラン（Jean-Pierre Raffarin）首相は事前のコンセンサス形成と反対デモの回避を重視していた（2003 年に成立した年金改革でも同様の手法がとられた）。

<sup>3</sup> Palier, *op. cit.*, p. 105（同訳書, pp. 112-3）。

<sup>4</sup> それぞれの報告書は以下の通り。Rolande Ruellan, 2002, *Rapport sur les relations entre l'Etat et l'assurance maladie*, La Documentation française ; Alain Coulomb, 2003, *Médicalisation de l'ONDAM*, La Documentation française ; Jean-François Chadelat, 2003, *La répartition des interventions entre les assurances maladie obligatoires et complémentaires en matière de dépenses de santé*, La Documentation française.

<sup>5</sup> Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, 2004, *Rapport du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie : 23 janvier 2004*, Paris : La Documentation française.

<sup>6</sup> フラゴナールは 1997 年から翌年にかけて全国被用者医療保険金庫（CNAMTS : Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés）の事務局長を務めている。また、全国家族手当金庫（CNAF : Caisse nationale des allocations familiales）事務局長としての経験や計画庁（Commissariat général du Plan）での勤務経験もあり、組織横断的に活躍するグラン・コール官僚の典型である。

<sup>7</sup> この点でかつての計画庁での議論と類似している。

2004 年 1 月に公表された高等評議会報告書のテーマは「緊急性」（危機的な赤字）と「ガバナンス改革」であった<sup>8</sup>。基本的な発想はジュペ・プランのそれと共通しており、自己負担や保険料負担の引き上げよりも医療制度（医療供給体制）の効率性を改善することが重視されている。すなわち、開業医部門と病院部門の連携不足や医師の地理的偏在、医師の間の所得格差などが問題視され、医療保険は単なる支払い機関ではなく、「治療の組織化の問題、公衆衛生一般の問題、ケアの社会的・社会医療的側面と不分離」<sup>9</sup>であるとしている。組織化の問題は医療供給体制のみならず医療保険制度についても指摘され、多様な関係者が存在し複雑な役割分担がなされているなかで責任が不明確であること、指揮者が不在であることが問題視されている。

提案としては小幅な CSG の引き上げ、自己負担引き上げとともに、1990 年代以来のテーマである責任の明確化（ガバナンス改革）と医療機関の連携強化が改めて強調された。ガバナンス改革については、全国被用者医療保険金庫の事務局長（官僚ポスト）の独立性・権限の強化や医療保険給付の適用対象を機動的に変更できるようにすることなどが提案され、医療供給体制の改革に関しては組織化の改善、すなわち開業医・病院・社会福祉部門の縦割りの解消によって治療の質と効率性が高まるという 1990 年代以来のテーマが改めて強調されている。

報告書が発表された 2004 年 1 月には政府社会保障局（*direction de la Sécurité sociale*）のワーキング・グループも内部レポートを作成し、『高等評議会報告書』と同様にガバナンス改革が主題とされた<sup>10</sup>。改革の三本柱は、①医療保険金庫の改革（事務局長の権限拡大、被保険者のリスク管理の実施）、②高等医療庁（HAS : *Haute autorité de santé*）<sup>11</sup>の設立、③州医療庁（ARH : *Agence régionale de santé*）<sup>12</sup>の実験的設置であった。これらの改革案は同年夏の医療保険改革で全て実現することになる。

他方、財務省でも 2003 年末に予算局（*direction du Budget*）内にワーキング・グループ（*mission assurance maladie*）が設置されている<sup>13</sup>。ここでなされた提案は、①普遍的な保険免責制（*ticket maladie universel*）の導入（後述）、②公的医療保険と任意加入の民間保険の境界線の再定義<sup>14</sup>、③在宅療養や外来での外科治療の発展による入院の縮小であり、いずれも

<sup>8</sup> 内容を整理するにあたって、Palier, *op. cit.*, p. 106（同訳書, p. 113-4）; Hassenteufel (dir.), *op. cit.*, pp. 44-5 を参考にした。

<sup>9</sup> Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, *op. cit.*, p. 26.

<sup>10</sup> 未公開資料だが、Hassenteufel (dir.), *op. cit.*, p. 43 に概要の記述がある。

<sup>11</sup> 2004 年改革によって設置され、医薬品・医療行為の評価や診療ガイドラインの作成を担い、保険対象外とするべき医薬品について担当大臣に勧告を行うことになる。

<sup>12</sup> 病院行政は国の出先機関（州病院庁）が、開業医部門のコントロールは医療保険金庫が行うという二元構造を改め、国の出先機関（州医療庁）に役割を一元化しようとした。これは官僚の権限増大と労使の役割の周縁化につながる。

<sup>13</sup> そのメンバーは上述の高等評議会にも参加していた。Hassenteufel (dir.), *op. cit.*, pp. 43-4.

<sup>14</sup> これは上述の 2002 年に設置された三つのワーキング・グループのうちの 하나가検討していた課題でもある（Chadelat, *op. cit.*）。後で述べるように、保守政権内では医療費抑制を断念し、公的医療保険から共済組合などの補足医療保険へとコスト・シフティングを行うことが検討されて

医療保険給付費の縮小を狙ったものであった。

次に当時の政治状況を確認しておこう。2002 年 5 月の大統領選挙の決選投票では国民戦線 (Front national) のジャン=マリー・ルペン (Jean-Marie Le Pen) に対してジャック・シラク (Jacques Chirac) が左翼の支持も得て圧倒的勝利を収めた。翌月の総選挙ではそれまで RPR (Rassemblement pour la République : 共和国連合) や DL (Démocratie libérale : 自由民主党)<sup>15</sup>などの政党に分かれていた中道保守勢力の議員の大半が UMP (Union pour la majorité présidentielle : 大統領多数派連合)<sup>16</sup>の旗印の下に結集し、577 議席中 355 議席を獲得して与党となった。単独政党が下院国民議会の過半数を制したのは 1981 年の社会党以来のことであった。首相には UMP 結成に功のあったラファランが任命されている。ラファラン内閣の発足によってシラクと左派連立内閣によって 5 年間も続いたコアビタシオンは解消された。ラファランは 2003 年の夏に保険料拠出期間の延長などからなる年金改革を実現しており、続けて医療保険の改革にも取り組もうとしていた。ところが、2004 年 3 月の州議会選挙で UMP は大敗してしまい、有権者に負担を迫る改革の実施が困難になった<sup>17</sup>。既に『高等評議会報告書』で大幅な患者負担増は否定されていたが、こうした政治状況によって財務省が提案するような給付抑制策の実施がより困難になった。

省庁間の調整では社会保障局の方針がほぼ忠実に反映され、財務省予算局の提案は大幅な変更を経てから採用された。例えば、公的医療保険も共済組合も償還することができない定額負担 (保険免責制) は、開業医の診察料に関してのみ導入されることになった (1 ユーロ)。

利益団体 (共済組合・経営者団体) との調整は社会問題省の大臣官房のスタッフが担当し、法案の作成は社会保障局と社会問題省の大臣官房が中心となって行われた。議会審議では多くの修正案が提出されたが大きな修正は行われず、2004 年 8 月に医療保険改革法案が成立した。

#### b. 2004 年改革の内容

2004 年の医療保険改革<sup>18</sup>の内容は、①財政対策 (患者自己負担と CSG の引き上げ)、②医療供給体制の改革 (患者のフォローアップの強化)、③ガヴァナンス改革 (医療保険金庫ト

---

いた。

<sup>15</sup> 1998 年に UDF (Union pour la Démocratie Française : フランス民主連合) から分離した。

<sup>16</sup> 同年の 11 月に略号はそのままだが、人民運動連合 (Union pour un mouvement populaire) へと改称された。

<sup>17</sup> 以下、Hassenteufel (dir.), *op. cit.*, pp. 44-6 に基づく。

<sup>18</sup> 当時の保健・社会保障担当大臣フィリップ・ドスト=ブラジ (Philippe Douste-Blazy) の名前をとってドスト=ブラジ改革とも呼ばれる。内容の分析として以下の文献を参照した。加藤智章, 2006, 「フランスにおける医療費抑制策の変遷——2004 年 8 月 13 日の医療保険に関する法律をめぐって」『社会保険旬報』2272, pp. 18-27 ; Palier, *op. cit.*, pp. 106-11 (同訳書, pp. 114-8) ; Pierre-Louis Bras, 2004, « Notre système de soins sera-t-il mieux gouverné ? », *Droit social*, 11, pp. 967-78.

ップの権限強化) からなっている。いずれも 1990 年代の改革の延長線上に位置づけられようが、政権に復帰した保守派はジュペ改革からの方向転換も行っている。第一に、2002 年の政権復帰以来保守政党 (UMP) は診療報酬引き上げによって医師との融和を図るようになった。第二に、ジュペ改革によって打ち出された、国が医療政策を定めることによって医療保険支出を合理化するという方向性は放棄された。以上の点を順に検討していこう。

## 財政対策

まず財源拡大措置としては、①年金に対する CSG の税率を 6.2% から 6.6% に、同じく資産所得・投資益に対する税率を 7.5% から 8.2% に、賭博益に対する税率を 7.5% から 9.5% に引き上げ、賃金に対する CSG の課税標準を 95% から 97% に拡大する<sup>19</sup> (以上の CSG の引き上げと算定基礎の拡大によって 23 億ユーロの増収が見込まれた)、②企業の保険料負担の引き上げ (9 億ユーロの増収)、③たばこ税の税收 10 億ユーロの充当などが決められた<sup>20</sup>。

自己負担拡大措置は、①13 ユーロの入院定額負担金を 2007 年まで毎年 1 ユーロずつ引き上げること (年間 3 億ユーロの節約効果) および②1 ユーロの保険免責制の導入 (同 7 億ユーロ) であった。後者は開業医と病院外来の診察のたびに、たとえ補足医療保険に入っている場合でも 1 ユーロは必ず自己負担を課すことで患者にコスト意識を喚起させようとするものであった<sup>21</sup>。

以上、増収措置によって 42 億ユーロ、自己負担拡大措置により 10 億ユーロ、合計 52 億ユーロの財政効果が見込まれた<sup>22</sup>。2004 年度の全国被用者医療保険金庫の赤字額は 116 億ユーロであったが、翌年度には 80 億ユーロに減少し、その後も 2008 年度まで減少が続いていく (表 8-1)。

## 医療供給体制の改革

医療強体制の合理化のためには、①主治医制度 (*médecin traitant*) と②個人診療情報記録 (DMP: *dossier médical personnel*) の導入が決まった。第 6 章で見たようにこれらは 1990 年代にも導入が試みられていたものだが、今回もそれが実質的な効果をもたらすには至らなかった。

主治医制度は 1998 年に導入された参照医 (*médecin référent*) 制度に代わって創設されたもので、16 歳以上の患者には主治医を選択することが義務づけられた。2003 年末に参照医を登録していた患者は 110 万人程度だったが<sup>23</sup>、2006 年には 80% のフランス人が主治医を決

<sup>19</sup> 正確には、2001 年以来 CSG の税率は稼働所得の全額に対して 2.4%、稼働所得の 95% に対して 5.1% とされていたが、二段階制を改めて稼働所得の 97% に 7.5% を賦課することにした。これによって稼働所得に対する実質的な税率が 7.245% から 7.275% に上がった。

<sup>20</sup> また、社会保障債務返済税 (CRDS) の算定基礎も稼働所得の 97% に引き上げられるとともに、返済完了まで恒久化されることになった。

<sup>21</sup> ただし、妊娠 6 か月以降または出産後の女性と CMU 受給者は免除された。

<sup>22</sup> Palier, *op. cit.*, p. 107 (同訳書, pp. 114-5)。

<sup>23</sup> Pierre-Louis Bras, 2006, « *Le médecin traitant : raisons et déraison d'une politique publique* », *Droit*

めていた（ほとんどの場合一般医だが頻繁に診察を受ける専門医を選ぶことも可能）<sup>24</sup>。ただし、主治医の受診が義務化されたわけではなく、主治医を経由せずに専門医を受診した場合、その専門医は超過料金を請求できるという仕組みになった。反対に、参照医制度とは異なり主治医になった一般医はそれによって特別の報酬を得ることはできなくなった。これは一般医の組合である MG フランスの反発を招いた。

他方、個人診療情報記録（DMP）は被保険者に IC カード（*carte Vitale*）を持たせそのなかに診療録を蓄積させることで検査の重複や処方との矛盾を減らし、医療機関の連携を強化するというアイディアに基づいたものであった。しかし、個人情報保護の問題や診療の内容をコントロールされることを懸念する医師の消極的姿勢から実施が進まず、2007 年には予算が凍結されてしまった<sup>25</sup>。後述するように、保守政権は医師との対立をなるべく回避するようになった。

### ガヴァナンス改革

ドスト＝ブラジ改革の三番目の柱は責任の明確化、すなわち権限の再配分である。とりわけ重要なのは全国被用者医療保険金庫（CNAMTS）の事務局長の権限強化と労使の役割の縮小である。CNAMTS の事務局長は三つの全国医療保険金庫（被用者一般制度、農業者制度、自営業者制度）を新たに束ねる全国医療保険金庫連合（UNCAM : *Union nationale des caisses d'assurance maladie*）の事務総長（*directeur général*）を兼任することになった。UNCAM の事務総長は官僚ポストであり、閣議によって任命される。初代事務局長にはドスト＝ブラジ大臣の官房長を務めていたフレデリック・ヴァン＝ルケゲム（*Frédéric Van Rookeghem*）が任命されている。各県の初級医療保険金庫の事務局長の任免権はこの UNCAM の事務総長が握っている。こうして医療保険金庫のヒエラルキー体系が整理された。また、これ以降医療保険の償還率の決定は UNCAM の事務総長が行い、労使に代わって医師組合との交渉を行うこともその役割となった。彼こそが医療保険制度体系の指揮者となったのである。他方、労使の代表によって構成されてきた医療保険金庫の理事会（*conseil d'administration*）は廃止され、労使の役割は原則や方針に関する助言にとどめられることになった。

1996 年のジュベ改革については、当事者管理の終焉ではなく、労使が果たすべき責任と国家に対する関係の明確化を通じた再出発の機会ととらえる余地もあったが<sup>26</sup>、2004 年改革によって労使の役割の縮小が鮮明になった。医療保険金庫という組織が廃止されたり他の行政機関に置き換えられたわけではないものの、金庫はもはや社会民主主義を体現した機関ではなく、ほとんど国家化されたものと見なせよう<sup>27</sup>。地方レベルでも州医療庁（ARS :

---

*social*, 1, p. 60.

<sup>24</sup> Palier, *op. cit.*, p. 108（同訳書, p. 116）.

<sup>25</sup> *Ibid.*, pp. 107-8（同訳書, p. 115）.

<sup>26</sup> Patrick Hassenteufel, 1997, « Le 'plan Juppé': fin ou renouveau d'une régulation paritaire de l'assurance maladie ? », *La Revue de l'IREs*, 24, pp. 175-89.

<sup>27</sup> 尾玉剛士, 2010b, 「フランスにおける福祉国家の再編——労使自治の衰退と国家の優越」『ソシオロギス』34, p. 76.



Agence régionale de santé) の設立が予告され、金庫と行政の二元体制を改め、後者に一本化する方向が打ち出された。

こうしたガバナンスの改革は金庫内部の組織改革にとどまらず、医師との協約交渉の枠組みにも変化をもたらした。UNCAM の設立によって全国医療協約の当事者のうち支払側の代表は UNCAM の事務総長に一本化されることになった。ところが、協約当事者たりうる代表制を有する医師組合は五つも併存しており、2004 年の改革によって、締結された協約を不服とする医師組合が異議申し立てを行う手続きも導入された<sup>28</sup>。第7章で見たように、日本では 2006 年に診療報酬の改定権が正式に中医協から内閣へと移行したが、フランスの場合なお医療保険金庫と医師組合の協約によって医師の報酬を決めるという枠組みが維持されている。結果的に、2004 年の改革によって医療費抑制政策の導入の見通しは開けなかった<sup>29</sup>。2005 年の協約では一般医の組合である MG フランスは新たな主治医制度などに反対して、協約を締結していない。

#### c. ジュペ・プランからの変更点——医療費抑制政策の後退

以上の医療供給体制の効率性向上を目指す施策や医療保険金庫に対する国家のコントロール強化を目指す改革はジュペ・プランの延長線上に位置づけられるであろう。他方、保守政権はジュペ・プランからの方向転換も行っている。

＜表 8-2 総医療消費の名目増加率（%）、2001～2010 年＞

2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
5.4	6.1	5.9	5.2	3.8	3.8	4.3	3.3	3.3	2.4

出典：DREES, 2013, « Comptes nationaux de la santé 2012 », *Série Statistiques*, 185, p. 219.

注：表 6-1 とは集計基準が異なっており連続性がない。

#### 診療報酬の引き上げ<sup>30</sup>

第一に、政権復帰後に与党（UMP）は医療費抑制政策を強行して医師と対決することを避け、診療報酬引き上げを受け入れるようになった。2002 年 6 月の政権交代後、マティ大臣は 2001 年末から続いていた医師の抗議運動を鎮静化するために一般医の診察料を 20 ユーロへと大幅に引き上げた。大統領選挙前の 2001 年には医療費抑制のための重要な措置が

<sup>28</sup> 加藤前掲論文, p. 23 ; Bras, 2004, art. cit., pp. 969-70.

<sup>29</sup> この他に、高等医療庁（HAS : Haute autorité de santé）が設立され、医薬品・医療行為の評価や診療ガイドラインの作成を担うことになった。保険対象外とするべき医薬品について担当大臣に勧告を行うことも役割とされたが、大臣はこれに従う義務はなく、また償還対象の決定権は UNCAM の事務総長が握っている。Palier, *op. cit.*, pp. 109-10（同訳書, pp. 117）。

<sup>30</sup> この項の記述は、Palier, *op. cit.*, pp. 103-4, 111-2（同訳書, pp. 110-2, 118-20）; Hassenteufel (dir.), *op. cit.*, pp. 48-50 に依拠している。

とられず外来部門の医療費が6%も伸びていたが、新政権は医療費の増加を容認する姿勢だった。2002年秋にはマテイは医療費の会計的抑制（*maîtrise comptable*）は全て失敗したと宣言し、赤字拡大を覚悟でONDAMの目標値を緩く設定した（4%）。2002年度の実質GDP成長率は0.9%だったのに対して、医療保険給付費の伸びは7.2%に達した<sup>31</sup>。2002年度以降の赤字拡大は景気後退だけではなく政治的な妥協によって増幅されたのである。

ドスト＝ブラジ改革後の2005年1月の全国医療協約でも、長期疾患や医薬品などに関して医療費を10億ユーロ節約することと引き換えに診療報酬の大幅引き上げが決められている（専門医の診察料が23から27ユーロへ）。2005年に保健医療・連帯大臣に就任したグザヴィエ・ベルトラン（Xavier Bertrand）は秋に患者負担拡大による赤字縮小策を決定したが、その一方で2007年の大統領選挙・総選挙が近づくにつれ診療報酬の引き上げに踏み切った。2006年から91ユーロ以上費用がかかる病院治療について18ユーロの患者負担が導入され、医学的有効性が低いと判断された156種類の薬が償還対象から外された。さらに、主治医を受診しなかった場合の償還率が70%から60%に引き下げられた（2007年には50%、2009年には40%）。患者負担拡大の影響を緩和するために政府は低所得者への支援を33%増額することを決定し、補足CMUを受給するための所得上限から15%までの所得を有する世帯に対して補助金を出すことで補足医療保険（共済組合など）の利用を促した。他方、2006年の3月には協約の付属文書によって診療報酬の引き上げが決まった。ベルトラン大臣と医師組合は一般医の診察料を23ユーロに引き上げることを望んだが、UNCAMのヴァン＝ルケゲム事務総長が反対した結果22ユーロへと引き上げることになった。その後、2006年10月には2004年に新設された高等医療庁（HAS）が一部の医薬品の保険給付対象からの除外を勧告したが、ベルトランは拒否している。大統領選挙前の給付対象の縮小は回避されたのである（また、2005年から医療保険の赤字が順調に縮小したため楽観主義が広がっていた）。

以上から明らかであるように、政権復帰後の保守政党の戦略は、①診療側に対する医療費抑制の断念（診療報酬の引き上げ）、②患者負担の拡大、③共済組合によるその補完と低所得者に対する支援強化の組み合わせからなっていた。1994年から1999年にかけて医療保険支出の増加率は年3.5%だったが、2000年から2008年までの増加率は年平均6.3%となり、ペースが上がっている<sup>32</sup>。こうした医療費の増加はCSGなどの納税者負担および患者自己負担の拡大によって賄われた。そして公的医療保険の給付水準の低下を共済組合などの補足医療保険によって緩和しようとする政権の意図が見られる。フランスでは2000年代に民間保険市場が急速に成長した<sup>33</sup>。

<sup>31</sup> それぞれ巻末資料・表5と表6-3, p. 242を見よ。表8-2は一年間に消費された医療サービスと財の価値の総計の伸びを表しており、やはり2000年代の前半に大きな伸びを示している。

<sup>32</sup> Palier, *op. cit.*, p. 104（同訳書, p. 111）。

<sup>33</sup> 笠木映里, 2012, 『社会保障と私保険：フランスの補足的医療保険』有斐閣, pp. 28-30。

## 医療保険と医療（公衆衛生）政策の接続の断念<sup>34</sup>

診療報酬引き上げの容認に加え、2004年にはジュペ・プラン以来の医療費抑制の枠組み、すなわち医療保険と医療政策の接続による医療保険支出の合理化・医学化（*médicalisation*）は断念されてしまった。1990年代末には地域の医療需要に基づいて必要な医療費を決定するという政策は具体的に実現する手段が欠如しており行き詰まっていたが<sup>35</sup>、ジョスパン政権末期の2002年の3月に制定された患者の権利と医療制度の質に関する法律によって改めて国の医療政策を基に社会保障財政法を審議するという法的枠組みが整備された。しかし、2002年6月に政権が保守派の手に戻ってからこうした方針の見直しが進められる。

マティ大臣が組織した医療保険改革に関する三つのワーキング・グループのうち、ジュペ・プラン発表時に社会保障局長を務めていたロランド・リュエラン（*Rollande Ruellan*）が議長を務めたワーキング・グループは、国家と医療保険（労使）の関係についての共通理解を打ち立てることを目的としていた。ワーキング・グループの参加者は医療政策策定の際には医療需要の分析から出発しなければならないという点については一致していたが、それを可能にする情報システムが存在しないことも認識されており、参加者の多数派は需要による財源の決定というアプローチは時期尚早であり、さらには望ましくないと述べている<sup>36</sup>。

また、当時国立医療認証評価庁（*ANAES*）<sup>37</sup>の事務局長だったアラン・クロン（*Alain Coulomb*）が議長を務めたワーキング・グループは医療保険給付費全国目標（*ONDAM*）をより医学的観点に基づいたものにすることを課題としていたが、報告書は需要を出発点とするアプローチを明確に拒否している。なぜなら、『医療需要』という観念は主観的な側面が強く、その不正確さを考慮すると、医療需要によるアプローチは *ONDAM* の医学的決定にとって操作的な性格を持ち得ない<sup>38</sup>からである。したがって、代替案として医療費の決定要因に政策的な働きかけを行うことが提案されており、短・中期的に改革可能性が高い三つの要因として社会文化的な行動・医療制度・社会保障制度が挙げられている<sup>39</sup>。

この報告書は *ONDAM* が最初の1997年を除いて達成されていないことと、目標設定の経済的ロジックが医療従事者の強い反発を招いたことから、先の『リュエラン報告書』に比べてジュペ・プランに対して批判的である。とはいえ、需要に基づく費用抑制に対する代替案は関係者に責任のある行動を取らせること、治療の組織化、治療と処方の評価などで

<sup>34</sup> 以下の記述は、尾玉剛士、2009、「1990年代以降のフランスにおける医療制度改革——福祉エリート論を越えて」『年報地域文化研究』12, pp. 123-6 を改稿したものである。また、このテーマに関しては、Didier Tabuteau, 2006, « Politique d'assurance maladie et politique de santé publique : cohérence et incohérences des lois des 9 et 13 août 2004 », *Droit social*, 2, pp. 200-5 を参照されたい。

<sup>35</sup> 第6章 6-2. d. を見よ。

<sup>36</sup> *Ruellan, op. cit.*, p. 19.

<sup>37</sup> ジュペ・プランによって設立された医療機関のチェック（認証）機関。

<sup>38</sup> *Coulomb, op. cit.*, p. 15.

<sup>39</sup> ただし、この報告書も医療需要の調査とそれに依拠した医療供給政策の策定を全面的に否定しているわけではない。例えば、医療需要の概念は一定の診療料が不足している地域で医師が開業するように促すことに利用できるとしている。*Ibid.*, p. 16.

あり従来から行われてきた提案と変わるところがない。報告書の医療従事者に対する極端に慎重な態度は医療保険費用目標の医学化というよりも医師に対する非武装化とでもいった方が適切に思われる。

最後に、『医療保険の将来のための高等評議会報告書』（2004 年）<sup>40</sup>では 1994 年の『医療保険白書』<sup>41</sup>とは異なり公衆衛生の目標に関する記述は少なく、会計検査院の年次報告書において社会保障財政法が公衆衛生の目標に実効的に依拠するよううたえられている箇所が引用されているのみである<sup>42</sup>。ONDAM が達成されなかった場合の制裁措置の失敗を認識し、ONDAM を医学的に正当化する必要性を認めているものの、医療政策と医療保険政策の関係は明示していない。

こうして医療需要・医療政策を出発点として医療費を決定するというアプローチに対する疑念（『リュエラン報告書』）、拒否（『クロン報告書』）、関心の低下（『高等評議会報告書』）が表明されるに至った。二つの失敗の学習が医療費抑制政策の修正を迫ったといえる。第一に、ジュペ・プランによる制裁措置の押し付けは医師組合の猛反発によって最終的に断念され、医師との協調が国家アクター（とくに政治家）によって目指されるようになった。第二に、もともと曖昧さを残していた需要に基づく医療費の合理化に対しても、その非現実性が認識され修正が試みられたのである。

2004 年 8 月にはドスト＝ブラジ保健・社会保障大臣によって、公衆衛生政策に関する法律（8 月 9 日）と医療保険（改革）に関する法律（8 月 13 日）という二つの医療関連法案が成立したが、医療政策と医療保険の接続は完成されただどころか後退さえしている<sup>43</sup>。公衆衛生政策法の第 2 条はジョスパン政権時代に規定された医療政策の形成手続きを削除し、引き続き「国家が多年度目標に従って医療政策を決定する」としたものの、その政策は社会保障財政法とは分離されてしまった。他方、医療保険改革法は第 1 条にて「医療従事者とのパートナーシップにおいて、医療保険諸制度は…国家が決定した公衆衛生政策の目標の実現に向けて協力する」と規定しているものの、公衆衛生政策と医療保険政策にどのように相補性が存在するのかは不明瞭である。こうして二つの政策の関係に関する全体的なビジョンは変化した。ローカルな公衆衛生上の需要を出発点としてマクロな医学的費用抑制を行うという 1990 年代以来追及されてきた枠組みは放棄されたのである。

#### d. 2004 年改革に関する結論

以上のように、ジュペ・プランからの方向転換は左派政権ではなく政権に復帰した保守政権によって進められた。医師に対する押し付けから誘導への政策スタイルの変容はジョ

<sup>40</sup> Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, *op. cit.*

<sup>41</sup> Commissariat général du Plan, 1994, *Livre blanc sur le système de santé et d'assurance maladie : rapport au Premier ministre*, Paris : La Documentation française. 第 6 章 6-2. a. で内容を検討している。

<sup>42</sup> Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, *op. cit.*, p. 131.

<sup>43</sup> Tabuteau, *art. cit.*

スパン政権期にも既に見られたが（例えば、医療費抑制策を押し付けるのではなく経済的インセンティブを与えて賛同を促した）、元々CSMF（Confédération des syndicats médicaux français：フランス医師組合連合）などの医師組合と政治的距離が近い保守派の政治家が政権に復帰して以降、政府の医師に対する譲歩が目立つようになった<sup>44</sup>。診療報酬の引き上げに見られる医師との妥協の優先や、1990年代以来の医療費抑制の枠組みが放棄されたことによって、医療費抑制政策の見通しは不透明になった。増大する医療費を賄うために2004年の医療保険改革ではCSGの引き上げや1ユーロの保険免責制導入などの納税者負担・患者自己負担の拡大が行われた。2004年改革の財政対策はCSG引き上げによる財源の拡大が中心だったが（p. 317）、サルコジ政権では財源の拡大ではなく患者負担の引き上げによる財政均衡が目指されるようになる。減税・社会保険料負担の軽減が政権公約とされ、また、財務官僚の影響力が増したためである。

## 8-2. サルコジ政権の医療政策<sup>45</sup>

1990年代の初めから2004年のドスト＝ブラジ改革に至るまで、開業医に対する医療費抑制政策はことごとく失敗してきた。残された手段は診療報酬の凍結という消極的なものであり、2002年以降保守政権はこれも放棄して診療報酬の引き上げを繰り返した。増大する医療費を賄ってきたのは入院時の定額負担金の増額、医薬品の償還対象の縮小などの患者側に対する給付抑制措置とCSGの引き上げを中心とした収入拡大策であった。1990年代には被保険者の保険料負担のCSGへの切り替えが進んだことで医療保険の財源ベースが拡大され、2004年の改革でも最も財政効果が大きかったのはCSGの引き上げ・算定基礎の拡大であった。

ところが、2007年に大統領になったUMPのニコラ・サルコジ（Nicolas Sarkozy）は減税と社会保障負担の引き下げによる経済と雇用の拡大を選挙公約としていた。実際、彼の政権期間中にはCSGの引き上げは行われなかった。また、サルコジ政権下では社会保障局が社会問題担当大臣だけでなく、予算担当大臣の管轄下に置かれるという組織改革が行われた。こうして医療保険制度は厳しい財政制約下に置かれることになり、抜本的な民営化こそ目指されなかったものの、財源の拡大よりも患者自己負担の引き上げによる財政均衡が優先されるようになった。サルコジは公的年金制度や医療保険制度の解体を目指したわけではなかったが、減税と社会保険料負担の軽減を重視する経済戦略は少しずつ社会保障の機能を弱体化させていった。

---

<sup>44</sup> 尾玉前掲論文, pp. 126-7.

<sup>45</sup> 本節は、尾玉剛士, 2014, 「サルコジ政権の社会政策——減税路線と福祉削減」『レゾナンス』8, pp. 82-3 を加筆・修正（とくに医療保険に関する記述を補強）したものである。

#### a. 政権公約に見るサルコジの経済戦略

以下ではまずサルコジ政権の全体的な経済戦略を理解するために政権公約を振り返ってみよう。「一緒なら全てが可能になる (Ensemble tout devient possible)」<sup>46</sup>と銘打たれた大統領選挙のパンフレットは 15 項目からなっており、「1. 国家の無力状態に終止符を打つ」では、グローバル化時代における強い国家の必要性和、機会の平等のために公共サービスが果たす役割が強調されている。

しかし、いわゆる「大きな政府」を志向しているとはいいいがたい。むしろ、経済戦略として強調されているのは減税である。「3. 失業を克服する」では、ジョスパン政権によって導入された週 35 時間労働制は失業対策にはなりえず、労働に対する減税によって雇用創出を促すとしている。また、「5. 購買力を増加させる」でも、フランスの世界最高水準の税率が購買力低下の一因となっているとして「私は増税はしない、反対に減税のためならなんでもする」と述べている。とくに、残業代に対する税と社会保険料を免除するから「もっと働いてもっと稼ごう (travailler plus pour gagner plus)」というわけである。ここには、失業も貧困も減税を通じた経済と雇用の拡大によって克服されるという論理が見られる。

社会政策に関連したもう一つの重要なテーマは「4. 労働を復権する」である。サルコジは「労働は自由と尊厳の条件であり、社会的上昇と成長の原動力であり、仕事のない人に仕事を与えるためにはあらゆることがなされねばならず、働けるのに働かない人がいることは受け入れられない」と述べた上で、勤労所得が必ず公的扶助の額を上回るようにすること、扶助受給者には就労復帰を促すことなどを公約している。

このように、サルコジの政権公約においては減税の重視と労働を義務とする見方という新自由主義的な基調が見られる一方で<sup>47</sup>、公的年金や医療保険などの社会保障制度への直接的な攻撃は見られない。おそらく有権者の反発を買うようなテーマに触れることを回避したのであろう<sup>48</sup>。他方、最低年金の 25%増額、障害者向けの施策の充実、介護保障制度の確立などいくつかの社会政策の強化が公約されている。

---

<sup>46</sup> 以下の文献に再録されている。Pierre Cahuc et André Zylberberg, 2010, *Les réformes ratées du président Sarkozy*, Paris : Flammarion, « Champs actuel », pp. 234-58.

<sup>47</sup> もっとも、福祉から就労への移行を支援する政策はとくに 1990 年代後半以降政権の左右を越えて追求されてきたものである。Patrick Hassenteufel, 2012, « La sécurité sociale, entre ruptures affichées et transformations silencieuses », Jacques de Maillard et Yves Surel (dir.), *Les politiques publiques sous Sarkozy*, Paris : Presses de SciencesPo, p. 353 参照。

<sup>48</sup> ただし、最低年金増額の財源を確保するために、かつてシラク-ジュペ政権が失敗した国鉄やパリ交通公団などの公営企業の職員が加入する年金制度 (régimes spéciaux de retraite) の給付削減が示唆されていることは波乱を予感させた。実際、2007 年の秋には大規模な交通ストが生じており、特別制度改革は成立したものの (過去の一般被用者・公務員の年金制度改革と同様に、満額受給のために必要な保険料拠出期間が 37.5 年から 40 年へと延長され、支給額の調整も賃金ではなく物価スライド制とされた)、代償措置がとられたため改革による財政効果は曖昧なものとなった。Cahuc et Zylberberg, *op. cit.*, pp. 29-34 ; Hassenteufel, *art. cit.*, pp. 344-5, 354.

## b. サルコジ政権の経済・社会政策

それでは、実際にはどのような政策がとられたのだろうか。2007年6月の総選挙でUMPが過半数の議席を確保すると、サルコジ政権は公約で示された経済戦略の実現に取り組み、8月には労働・雇用・購買力促進法（TEPA 法）<sup>49</sup>を成立させる。これは減税を通じた経済活動の促進、とりわけ超過勤務手当に対する所得税と社会保険料を免除することで労働時間と購買力の増加を目指したものであった。このように減税路線が選択されたことは後の社会政策の展開にとって重要である。減税後に経済と雇用が十分に拡大しなければ、社会保障制度は財源不足に陥り、給付削減を余儀なくされるからである。

現実には2008年秋以降世界経済危機の影響が波及するにつれ、フランスでも景気は低迷し、失業率は増加した<sup>50</sup>。国家財政も急激に悪化し、財政赤字縮小のために社会保障制度の削減が行われていった。それまでフランスでは1980年代には社会保険料が、1990年代には社会保険料よりも賦課対象が広いCSGが繰り返し引き上げられることによって社会保障の財源が確保されてきたのだが（第4章4-3.、第6章6-3.）、サルコジ政権は社会保険料の免除措置を優先し、CSGの引き上げも行わなかった<sup>51</sup>。増税よりも公共支出削減による財政均衡を優先したのである。

次に主な社会保障制度がどのように変化したのか見てみよう<sup>52</sup>。まず、就労支援と購買力増加のための目玉政策として、参入最低所得（RMI : *revenu minimum d'insertion*）が積極的連帯所得（RSA : *revenu de solidarité active*）へと再編された（2009年6月から実施）。改正のポイントは従来の最低所得保障（基本手当）に加えて、一定額以下の勤労所得に対する所得補助が制度化されたことである。しかし、新施策の導入と大規模減税の両立は難しく、資産所得に対する課税（1.1%）が行われた。減税公約を部分的に放棄することで、購買力増加・貧困削減という他の重要公約の実現を図ったといえよう。勤労所得の補助により一定の貧困削減効果が見られたものの、経済・雇用状況が悪化するなかで基本手当の受給者の就労は進まず、与党内からは福祉依存を糾弾する声が上がった<sup>53</sup>。

第二に、経済危機によって2010年に年金改革が繰り上げ実施されている。これによって年金の法定支給開始年齢が60歳から62歳へ、満額受給開始年齢が65歳から67歳へと段階的に引き上げられることになった。労組や左翼政党の参加も含む大規模な反対運動が繰り広げられたが、サルコジはギリシャのような事態を避けるには財政赤字削減が重要であ

<sup>49</sup> Loi du 21 août 2007 en faveur du travail, de l'emploi et du pouvoir d'achat.

<sup>50</sup> 失業率は2008年の7.4%から翌年には9.1%に跳ね上がった。INSEE, *Enquêtes Emploi 1975-2012, séries longues*, INSEE ホームページ <[http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg\\_id=0&ref\\_id=NATnon03337](http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATnon03337)> 2014年3月27日閲覧。

<sup>51</sup> Hassenteufel, art. cit., p. 358.

<sup>52</sup> サルコジ政権の社会政策に関する本節の主要参考文献として以下を参照。Cahuc et Zylberberg, *op. cit.* ; Hassenteufel, art. cit.

<sup>53</sup> Hassenteufel, art. cit., p. 355.

ると強調し、改革を断行したのだった<sup>54</sup>。抜本的な民営化こそ目指されなかったものの、公的年金制度の所得代替率のさらなる低下が見込まれている。

第三に、社会福祉政策に関しては障害者手当（AAH : Allocation adulte handicapé）の増額は行われたが、もともと財源問題がネックとなっていた介護保障の刷新は先送りされた<sup>55</sup>。

#### c. 医療保険改革——受益者負担の強化

#### 給付削減と民間保険の役割の強化

年金と同様に医療保険についても給付削減が進んだ。これは減税路線の帰結であるとともに、サルコジ政権下で財務省の影響力が強まったためでもある。さらに 2009 年以降は世界金融危機による国家財政・社会保障財政の急激な悪化という条件が付け加わることになる。

サルコジには財務大臣を務めていた経験があり<sup>56</sup>、大統領就任後には社会保障顧問を含めた彼の側近スタッフには財務官僚が多く登用された<sup>57</sup>。また、それまで国の予算を決める財政法と社会保障財政法は別々の省庁によって作成されていたが、新政権では社会保障局が社会保障担当大臣のみならず予算担当大臣の管轄下にも置かれたことで社会保障制度の財政的な自律性が低下した。こうして医療保険改革にも財務官僚の影響が色濃く反映されるようになった。

サルコジが大統領に就任した 2007 年には医療保険の赤字拡大が予想され、年末の 2008 年社会保障財政法によって節約策が導入されることになった<sup>58</sup>。とりわけ注目されたのは医薬品などに対する保険免責制（franchise médicale）の導入であった。これはもともと 2004 年改革の際に財務省の予算局が提案していたものであり、今回は大統領の支持のもと医薬品の容器一つにつき 50 サンチーム、パラメディカル診察ごとに 50 サンチーム、患者の輸送には 2 ユーロの自己負担が導入された（ただし、年間 50 ユーロの負担上限が設けられた）。これによって年間 8.5 億ユーロの節約が見込まれた。世論調査では反対意見が多数だったが、ロズリーヌ・バシュロ（Roselyne Bachelot）保健医療・スポーツ相はアルツハイマー対策や癌対策の財源確保に必要な措置であると説明した<sup>59</sup>。2004 年に導入された 1 ユーロの保険免責制に続けて受益者負担の論理が前面に押し出された。また、2008 年の ONDAM の目標値は大統領の介入によって引き下げられ、2.8%に設定された（表 6-3, p. 242）。2008

<sup>54</sup> *Ibid.*, p. 350.

<sup>55</sup> フランスには公的介護保険制度は存在せず、県の社会福祉政策として介護サービスが提供されている。県の一般財源に加えて CSG の一部、企業負担（CSA : contribution solidarité autonomie）、年金・医療保険からの拠出金などによって財源が調達されている。

<sup>56</sup> バラデュール内閣時代の 1993 年から 1995 年にかけて予算相、ラファラン内閣時代の 2004 年に経済・財務相を務めている。

<sup>57</sup> このパラグラフの記述は、Hassenteufel, art. cit., pp. 356-7 を参考にして行った。

<sup>58</sup> 以下、Palier, *op. cit.*, pp. 112-4（同訳書, pp. 120-1）；Hassenteufel, art. cit., p. 357 に依拠した。

<sup>59</sup> Palier, *op. cit.*, p. 113（同訳書, p. 121）。



年には再び患者負担を引き上げるのを避けるためにアルコール度数の高い飲料と民間の補足医療保険への課税強化が行われたが、翌年にはまた患者負担が引き上げられた。世界金融危機の影響で医療保険赤字の増加が見込まれるなか、2010 年社会保障財政法によって入院定額負担金の増額（18 ユーロ）と医学的有効性の低い薬の償還率引き下げという手法が再度とられたのである。

こうして徐々に患者自己負担の引き上げ、つまりは給付水準の縮小が進んでいる<sup>60</sup>。2005 年から 2010 年までに医療費に占める公的医療保険の割合は 76.8%から 75.8%へと減少し、反対に家計負担は 9%から 9.4%へと増加した<sup>61</sup>。同様に共済組合などの民間の補足医療保険が占める割合も 13%から 13.5%へと増加している。ここで注目されるのは補足医療保険の役割がますます強化されていることである。上記の補足医療保険への課税の条件として、2008 年 7 月には共済組合が匿名化された医療データベースへのアクセスなどを通じて疾病リスクの管理に参加することが政府との間で合意された<sup>62</sup>。また、2004 年の医療保険改革の際には民間の保険者の全国組織として全国補足医療保険者連合（UNOCAM : Union nationale des organismes d'assurances maladie complémentaire）が創設され、医療保険政策に関する発言権を与えられていた。このように、抜本的な民営化が行われたわけではないものの、公的医療保険・民間医療保険の「静かなる変容」が起きているのである<sup>63</sup>。しかしながら、補足医療保険は公的医療保険制度とは異なり所得の再分配効果が乏しく（充実した保険商品は価格も高い）、また CMU 創設以降も人口の数%は補足医療保険に加入していない。このため補足 CMU などの公的支援の対象となる所得制限をやや上回る所得層において、補足医療保険の保険料負担や、それが購入できない場合には患者自己負担額がとくに重たくなっているものと考えられる。

## 医療供給体制改革の進展と限界

サルコジ政権下では医療供給体制の改革も進められたが、過去の政権と同じく医師の消極姿勢に直面することになった。行政面では 2009 年 7 月に病院・患者・保健医療・地域法（HPST 法）<sup>64</sup>が制定されたことにより州医療庁（ARS : Agence régionale de santé）の創設が決まり、州単位での医療供給体制の合理化を推進する役割を与えられた。1990 年代以来の州単位で医療制度の合理化を進めようとする政策がまた一歩推し進められたのだった<sup>65</sup>。ジュペ・ブランによって設立された州病院庁（ARH : Agence régionale d'hospitalisation）は公・

<sup>60</sup> 社会保障給付の削減とは別に、公共政策全般の見直しによって社会保障担当省庁の人員削減も進められた（Hassenteufel, art. cit., pp. 358-9）。

<sup>61</sup> DREES, 2011, *Les comptes nationaux de la santé 2010*, p. 241.

<sup>62</sup> Palier, *op. cit.*, p. 114（同訳書, pp. 121-2）。

<sup>63</sup> Didier Tabuteau, 2010, « La métamorphose silencieuse des assurances maladie », *Droit social*, 1, pp. 85-92.

<sup>64</sup> Loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

<sup>65</sup> 1990 年代から 2000 年代半ばまでのフランスにおける医療政策の州単位化（régionalisation）の進展について、以下を参照。尾玉剛士, 2010a, 「ヨーロッパの医療制度における中央-地方関係の変容——1990 年代以降のフランスの事例」『ヨーロッパ研究』9, pp. 7-27.

私立病院に関する政策立案を担っていたが、新設の州医療庁は開業医部門も含め、医療専門職の配置、病院・開業医部門間の連携、予防政策など州レベルの医療政策全般の立案主体となった（これにともない州病院庁は廃止）。同時に公立病院の事務局長（公務員）の権限が強化され、中央政府-州医療庁-各病院というヒエラルキーの下で病院の再編が進められることになった<sup>66</sup>。

ただし、行政組織の改革が進んだ一方で、医療機関の連携や医療過疎地域対策は必ずしも進展しなかった<sup>67</sup>。医療専門職や病院の連携は強制的なものではなく、財政的なインセンティブが与えられたもののあまり普及していない。同様に、医学生に医療過疎地域での開業を勧める公共サービス参加契約（*contrat d'engagement de service public*）に署名したのは2011 年末の時点で 300 人程度であった<sup>68</sup>。2011 年には開業医の医師組合の反対が集中していた医療過疎地域への協力義務を課す連帯医療契約（*contrat santé solidarité*）と休暇の州医療庁への報告義務が廃止された<sup>69</sup>。

#### d. サルコジ政権の社会政策に関する結論

本節のまとめとして、サルコジ政権の社会政策と従来の政権までの政策との異同を整理することでその特徴を浮かび上がらせたい。第一に、社会保障制度に対する攻撃を政治的にアピールしないという点では、サルコジ政権は前政権までと同様であった。年金や医療制度についてサルコジがうったえたのは民営化ではなく制度の救済や維持だった。第二に、年金・医療・就労支援政策などの改革の内容についても、既存のレパートリーを再利用するか、従来の路線を継承した施策を採用している。つまり、サルコジ政権の社会政策は従来の路線から大きく逸脱するものではなかった<sup>70</sup>。

社会政策の長期的な連続性を説明する要因として、1980 年代以来左右の大政党の間で社会政策に関する一定のコンセンサスが形成されてきたこと<sup>71</sup>、そして政策立案を担う主要なスタッフの人的連続性を指摘することができる。例えば、2010 年までサルコジの社会政策

<sup>66</sup> Pierre-Louis Bras, 2009, « La création des agences régionales de santé : notre système de santé sera-t-il encore mieux gouverné ? », *Droit social*, 11, pp. 1131-4.

<sup>67</sup> 以下の記述は、Hassenteufel, art. cit., p. 356 に依拠している。

<sup>68</sup> 2007 年の秋には自由開業医制を制限する改革案が病院のインターンらの反対運動によって撤回されている。

<sup>69</sup> 他方、2009 年社会保障財政法によって、診療改善契約（CAPI : *contrat d'amélioration des pratiques individuelles*）と呼ばれる一般医に対する成果報酬の仕組みが導入され、2009 年末には対象となる医師の約 3 分の 1 が合意した。65 歳以上へのインフルエンザの予防接種や 50 歳以上の乳がん検診など高等医療庁（HAS）が推奨する目標を達成した場合に成果報酬が支払われることになった。Palier, *op. cit.*, p. 115（版が異なるため日本語訳書にはこの記述はない）。

<sup>70</sup> Hassenteufel, art. cit.

<sup>71</sup> Bruno Palier, 2005, *Gouverner la sécurité sociale. Les réformes du système français de protection sociale depuis 1945*, Paris : Presses Universitaires de France, « Quadrige ». 第二次大戦後のフランスにおける福祉国家に関する政治的コンセンサスについては以下を参照。Sylvie Guillaume, 2002, *Le consensus à la française*, Paris : Belin, pp. 203-18.

顧問を務めていたのは 1990 年代前半に計画庁で医療制度改革に関する検討をリードしていたレイモン・スビィ (Raymond Soubie) であり、また社会保障局長は 2002 年から 2012 年までドミニク・リボー (Dominique Libault) が務めていた。社会的排除対策の分野でも、積極的連帯所得 (RSA) の創設において左派系官僚のマルタン・イルシュ (Martin Hirsch) が大きな役割を果たしている。有力な厚生官僚たちは政権交代を越えて「椅子取りゲーム」のように重要ポストを交代で担ってきたのである<sup>72</sup>。

他方、サルコジ政権は社会保障の財政均衡のために財源の拡大よりも給付の削減を優先する傾向が強く、その点に関しては従来の政権とは区別されよう。政権後半には経済危機の影響によって年金・医療の給付削減の動きは加速した。ただし、サルコジ時代の社会保障財政の悪化は世界経済危機という外在的な要因のみによるものではなく、減税を重視する政権戦略にも由来していることに注意が必要である<sup>73</sup>。また、給付削減が決められたとはいえ、一方でサルコジは社会保障支出を彼の政権公約の一つである購買力の向上の手段として位置づけており (最低年金などの増額や RSA の導入はその具体例である)、急激な給付削減にも踏み切らなかった。景気後退後の 2009 年・2010 年社会保障財政法でも社会保障給付削減による家計の購買力の低下を避けることが基本的な目標のなかに挙げられていた。このためサルコジ時代の公的医療保険の給付削減はいくつかの小幅なものにとどまったのである。本節の冒頭で、「サルコジは公的年金制度や医療保険制度の解体を目指したわけではなかったが、減税と社会保険料負担の軽減を重視する経済戦略は少しずつ社会保障の機能を弱体化させていった」と述べたのはこうした理由からである。

結局、減税路線は国家財政の悪化を招いた割には大きな経済効果をもたらさなかった<sup>74</sup>。皮肉なことに、グローバル化時代における強い国家の必要性をうったえたサルコジ自身が政権後半には欧州経済危機への対応に追われることになった。さらにいえば、そもそも彼の減税公約自体も投資の呼び込みや富裕層の国外逃避の予防を目標とした、グローバルな経済競争の制約に従属した戦略にも見える。サルコジは一方で減税を行い、他方で社会保障給付の大幅な削減も行わない (購買力向上のためには給付増の方が望ましい) という相反する目標の間で板挟みとなり、その社会保障改革は小幅なものにとどまらざるを得なかった。

---

<sup>72</sup> William Genieys, 2005, « La construction d'une élite du Welfare dans la France des années 1990 », *Sociologie du travail*, 47, pp. 217-8. フランスの厚生官僚の人事については、以下も参照。尾玉剛士, 2013, 「フランスにおける厚生官僚の人事と政策形成における自律性——医療保険改革の日仏比較に向けて」『日仏政治研究』7, pp. 53-65。

<sup>73</sup> Hassenteufel, art. cit., p. 358.

<sup>74</sup> グロスの一般政府債務残高対 GDP 比は 2006 年の 64% から、2008 年には 68%、2010 年には 82% に達した (巻末資料・表 5)。他方、総税収対 GDP 比は 2005 年の 44.1% から 2008 年には 43.5%、2009 年には 42.4% に縮小した。OECD, 2011, *Revenue Statistics 1965-2010*, Paris : OECD, p. 82.

### 8-3. 2000 年代フランスの医療保険改革に関する結論——日本との比較

1997 年に誕生したリオネル・ジョスパン（Lionel Jospin）率いる左翼連立政権がジュペ・プランに由来する医療保険改革の定着を目指したのに対し、2002 年に政権に復帰した保守派の政治家たちは医師との関係修復を優先し、医療費抑制を軽視するようになった。2004 年の医療保険改革における財政対策は主として CSG 引き上げなどの財源拡大措置であった（ただし、患者自己負担引き上げ措置として 1 ユーロの保険免責制も導入された）。つまり、医療費の抑制・医療供給体制の効率化に踏み込まずに、財源の拡大によって財政健全化を目指していた。前章で検討したように、2000 年代前半の日本で小泉政権が社会保障財源の拡大よりも医療費の抑制を明確に優先した対応を行っていたのとは対照的といえよう。また、小泉政権が診療報酬全体の改定率の決定権を中医協から内閣へと移行させたのに対して、2004 年のドスト＝ブラジ改革では引き続き医師組合と医療保険金庫が全国医療協約を締結することで診療報酬に関する取り決めを行うという枠組みを維持し、医師組合の協約に対する拒否権を強化さえしている。2004 年の改革の後も診療報酬の引き上げが続けられたが、サルコジが減税・社会保険料負担の縮小を政権公約としたため社会保障財源の拡大という選択肢がついに否定されることになり、財政再建のためには入院定額負担金や保険免責制などの患者自己負担の小幅な拡大策が利用された<sup>75</sup>。

2002 年以降こうした医療費抑制の軽視と患者自己負担の拡大に保守政権が頼ることができた背景には、共済組合などの補足医療保険の普及があった。2000 年代に入ってから、フランスでは住民の 90% 以上がなんらかの補足医療保険を利用しており<sup>76</sup>、マクロ的には公的医療保険・補足医療保険の給付を除いた最終的な患者自己負担率は 7% 程度という主要先進国中でも低い水準に抑制されている（巻末資料・表 3）。同時期の日本における患者自己負担率は 15% 程度であった。

しかし、公的医療保険から補足医療保険へとコスト・シフティングを行っても、総医療費が抑制されるわけではない。財務省が補足医療保険によっても償還することができない保険免責制を導入したのは、患者の受診抑制による総医療費の抑制を狙ったものと思われる。とはいえ、これも医療供給体制の効率化に寄与するものではない。2004 年改革によって医療保険金庫のガヴァナンス改革は進められたが、医療供給体制の効率化は課題として残ったといえるだろう。かかりつけ医制度や診療情報の蓄積といった政策のレパートリーは 1990 年代以来変わっていないが<sup>77</sup>、これらの施策による成果はあまりあがっておらず、

<sup>75</sup> 8-2. c. で述べたように、サルコジ政権における財務省の影響力の拡大、社会保障局が社会保障担当大臣のみならず予算担当大臣の管轄下にも置かれるようになったという行政内での変化も無視できない。

<sup>76</sup> 民間保険への加入率の推移は 1960 年には住民の 31% だったが、1980 年には 69%、2005 年には 92% に至っている。Bruno Fantino et Gérard Ropert, 2008, *Le système de santé en France : diagnostic et propositions*, Paris : Dunod, p. 291.

<sup>77</sup> フランスの場合、2000 年代以降も官僚が首相・大臣と協働しつつ政策形成への強い影響力を維持し続けている。行政官僚制の外部に政治リーダーを支える政策スタッフがおらず、日本の経

2000 年代には患者負担増と共済組合へのコスト・シフティングによって増大する医療費を賄うという保守政権の政治的イニシアティブが目立つようになった。結局、2000 年代には医療費が大きく伸びるようになり（表 8-2, p. 319）、総医療費対 GDP 比の規模は欧州諸国のなかでも最大規模のままであった（巻末資料・表 1）。

日本で長期的に医療費の抑制（診療報酬の抑制）が政治的妥協の対象となり、医療費を賄う財源調達方式の改革が先送りされてきたのに対して、フランスでは増大する医療費を集散的な財源の拡大によって賄うという傾向が強い。1980 年代には社会保険料の引き上げが、1990 年代には CSG の引き上げが主たる財源調達方式であったが、2000 年代に入ってから補足医療保険による治療費の負担が役割を増すようになっている。企業の医療保険料負担、被用者の保険料と CSG の負担、さらに補足医療保険の保険料負担<sup>78</sup>を組み合わせると、フランスでは治療費を賄うための集散的負担の規模が非常に大きなものになっている。

さらなる財源をいかにして確保することになるのだろうか。2010 年度に 116 億ユーロだった医療保険の赤字は 2011 年度には 86 億ユーロ、2012 年度には 59 億ユーロまで減少した（表 8-1, p. 314）。とはいえ、今後も医療保険の財政対策が必要になることは間違いない。2012 年の大統領選挙でサルコジは社会的付加価値税（TVA sociale）を主張していたが、当選した社会党のフランソワ・オランド（François Hollande）はこれを否定した。2007 年の大統領選挙でのサルコジと主張とは正反対に、オランドは富裕層に対する課税強化を掲げて当選したが、政権初期の段階での実現に失敗してしまった（一部富裕層の国外脱出騒動も起きた）。新政権発足後には、社会保障財源調達のために CSG の引き上げや所得税自体の社会保障目的化などが議論されている。

---

済財政諮問会議や規制改革会議のようなアクターが従来のアクターに対抗するという現象が起きていない。また、政権交代を越えて厚生官僚は長期的に同一の基本的な政策目標（国家による医療保険と医療制度の統制、低所得者への重点化）を追求している。尾玉前掲論文, 2013 ; Genieys, art. cit. ; Hassenteufel (dir.), *op. cit.*, chap. 1.

<sup>78</sup> 第 6 章 6-4. で検討したように、低所得者は補足 CMU を利用することで加入費を国に肩代わりしてもらうことができる。



## 第9章 結論

1970年代以降、低成長や高齢化などによって公的医療保険制度における収入と支出のギャップが拡大するようになると、先進諸国では一方での医療費の抑制と他方での必要な財源の確保が課題になった。日本では医療費抑制に成功し、反対に財源改革には成功しなかった。そしてフランスでは財源改革が成功を収め、医療費抑制は成功しなかった。なぜそうなったのだろうか。これが第1章で提示したリサーチ・クエスチョンであった。本章ではこの問いに対して本論文が提示してきた答えを改めて整理し、また本論文の意義をまとめたい。

日本では1980年代以来診療側への報酬抑制と患者側への自己負担引き上げによる医療費の抑制、そして社会保障負担の抑制が基本政策であり、財源の拡大については1990年代以降の医療保険料負担の拡大を除けば顕著な改革は行われてこなかった。90年代には一般会計税収は低下し、公債依存度が高まっていった。低成長下での社会保障料収入の伸び悩みを補い、社会保障制度を支えるため安定財源の確保は絶えず後回しにされてきたのである。2000年代に入ってから小泉政権時代の2002年と2006年には診療報酬本体のマイナス改定が実現し、国民医療費がマイナス成長となった一方で、財源調達方式の改革は先送りされた。日本における医療保険財政対策の基本戦略は、診療報酬システムを通じた医療費抑制であり、財源の拡大は絶えず後回しにされてきた。国家財政の公債依存が深まるにつれ、国庫負担に依存した医療保険制度体系も部分的に公債によって維持されるようになり、これが医療費抑制圧力を生み出してきた。

他方、フランスでは1970年代後半から医療費抑制と財源拡大の両面からの財政均衡が追求されてきた。1980年代までの医療費抑制政策は患者負担の引き上げと公立病院への総枠予算制導入（1984年から実施）であったが、1990年代には開業医部門にも予算制の導入が試みられた。ところが、一部の医師組合が反対運動を繰り広げたことでキャップ制は機能しなかった。結局、医療費は高水準に保たれた。一方、財源の拡大については、1980年代まで社会保障料の料率の引き上げと賦課上限の撤廃が行われ、1990年代からは保険料よりも賦課対象の広い一般社会保障税（CSG）へと財源を切り替えるという財源改革が進められた。また、公債発行は欧州通貨統合に伴う制約から低水準に抑えられた。このためフランスにおける医療保険財政対策の要は財源の拡大であり、開業医部門では医療費を構造的に抑制できるような仕組みの制度化に失敗してきた。

ではなぜ日本では医療費抑制に成功し、反対に財源改革には成功せずに公債に依存した社会保障制度の運営を続けたのだろうか。そして、なぜフランスでは医療費抑制に失敗し、その反面社会保障目的財源の確保には成功したのであろうか。本論文では両国の医療保険制度の特徴および医療をとりまく政治制度の特徴から、この問いに答えようとしてきた。以下で改めてその概要を示す。

## 日仏の政治制度の違い——政府・与党の凝集性とリーダーシップ

医療費抑制に伴う損失を誰に負担させるか、また医療費の財源を誰に負担させるかは政治的な駆け引きの対象であり、政治家・官僚・利益団体（医師や労使の団体など）がどのような条件下で活動しているのかを知ることは、医療保険改革の展開を見る上で不可欠の作業である。

自民党長期政権下の日本では行政府・与党の凝集性が低く、また首相が内閣・与党に対してリーダーシップを発揮することが困難であった。政府が医療費抑制や財源拡大に取り組もうとすれば、野党のみならず利益団体の意向を受けた与党議員までもが反対に回るというのが日本の議院内閣制の実態であった。このため日本では消費税の増税のような重要な改革は先送りされたり、当初案が骨抜きにされたりすることがしばしば見られる。いいかえれば、政策は経路依存的なものになりやすい。

一方、第五共和制のフランスでは行政府・与党の凝集性が高く、大統領・首相のリーダーシップが確立されている。また、行政府の議会に対する優位が憲法上保障されており、政府原案が議会審議によって重大な変更を迫られることは稀である。執行府によるトップダウン式のリーダーシップが発揮されやすく、政策革新が実現しやすいものと考えられよう。

そうであれば、なぜ日本では医療費抑制政策が成功し、フランスでは失敗したのだろうか。この点を解明するには両国の医療保険制度の設計をより詳しく検討する必要がある。

## 医療費抑制の日仏比較

1970年代以降の日仏の医療保険改革のあり方は、当然ながら既存の医療保険制度の設計によって影響を受ける。日本の医療保険制度体系においては、中小企業被用者については政府が保険者となり（政府管掌健康保険）、被用者保険に加入できない者については地方政府（市町村）が保険者となる（国民健康保険）。このため政府は保険者の監督にとどまらず、政府自身が直接制度の運営主体となり、医療関係者との診療報酬の交渉に参加してきた。

医療費抑制政策の成否にとって重要なのは、政府がそれを有効に実現する手段を有し、かつその手段が政治的に利用可能であることである。日本の場合、必要な医療サービスには基本的に全て公定診療報酬が設定されており、これを操作することで総医療費の抑制が行われてきた。

診療報酬全体の改定率の決定は2年に一度政府の予算編成との関連で、政府・与党トップと医師会トップとの間で閉鎖的に行われてきた。この点、法律の改正が必要なため与党議員が政策決定過程に参加し、先送りされることもある患者自己負担の引き上げや増税に比べて、診療報酬抑制は政治的により確実な手段であった。日本医師会としても診療報酬改定率の抑制をある程度受け入れることで、混合診療解禁などのより大きな影響のある改革案を撤回させるという取引を行う戦略をとりえた。また、診療側において日本医師会は最大の発言権を有し、個別の診療報酬の点数配分においてなお開業医の利益を守る余地が



あった。

自民党政権は利益団体からの圧力に脆弱だったが、診療報酬システムという医療費抑制の手段を有し、かつ医師会との政治的妥協によって医療費抑制を行うことができた。2000年代に入って政府・与党の凝集性が高まり、かつ世論の支持によって首相のリーダーシップが強化されると、診療報酬抑制・患者自己負担引き上げの両面から医療費抑制政策がさらに強化されるようになった。

これに対してフランスでは、第二次世界大戦後、社会保険制度の管理運営は労使の代表に委ねられ、財源も労使の社会保険料を用いることを原則としてきた。診療報酬は労使が管理する医療保険金庫と医師の組合が協約として定め、政府がこれを認可してきた。

診療報酬システムに関する日本との違いとして、全体の改定率を決定する仕組みが存在しないこと、また少なからぬ開業医に対して公定料金に対する上乗せ料金の請求権が認められていることが挙げられ、このため公定料金の操作による総医療費抑制の射程が限定されている。

また、医療費を抑制するための妥協の形成も困難であった。支払側では政府と保険者の間で意見の食い違いがあり、診療側では医師の組合が複数に分裂・競合し、組合間の利害を調整する仕組みがなかったためである。ここには強いはずの国家の無力が見出される。

1990年代には開業医部門に対する医療保険給付費の年間目標を議会が決定し、目標超過時には医師に報酬の返還を求める措置が政府主導で導入されたが、制裁措置を盛り込んだ協約に対して反対派の医師組合が取消訴訟を含む抵抗を行ったことで、結局制裁措置は無効化されてしまった。

このように、政府・議会は医療費総枠をコントロールする仕組みの制度化に失敗してきた。このため2000年代には医療費抑制政策のなかでも診療側ではなく患者側に対する施策（自己負担拡大）が重視されるようになった。患者負担拡大は政令や法律によって政府・議会が決定することができ、執行府のリーダーシップによって迅速に実現に持ち込むことができた。もっとも、患者負担増による受診抑制は短期的にしか効果が生じないため、構造的な解決策にはなりえなかった。

### 医療保険財源改革の日仏比較

日本では診療報酬システムが医療費抑制政策を実現する上で重要なツールであった。また、医療保険の財源構成によって日本の医療保険制度は厳しい費用抑制圧力にさらされてきた。国民健康保険を中心として、日本の医療保険制度には多額の国庫負担が投入されており、1970年代まで、国庫負担の拡充が医療保険制度体系の維持・拡充の前提であった。しかしながら、国家財政の状況が悪化すると、国庫負担への依存度の高い医療保険制度は大蔵省（財務省）による厳しい支出削減圧力を受けることになった。国庫負担の維持・拡充には増税が必要だが、これは政治問題化しやすく、凝集性に乏しい日本の政府・与党に

とって実現は容易ではなかった。

日本では、政府・与党の凝集性の低さ、内閣と与党の二重権力状態、これらから帰結する政治的なリーダーシップの弱体性によって政策革新が実現しにくい。「負担は少なく給付は多く」という与党政治家の姿勢によって、社会保障財源の拡大は先送りされがちであった。社会保障財源改革は厚生省（厚生労働省）が自由にできるものではなく、強い政治的リーダーシップが不可欠である。しかし、1990年代を通じてそうしたリーダーシップは有効に発揮されず、高齢化に伴い増大する医療費の財源確保は先送りされた。前任者たちに比べてリーダーシップ行使の条件に恵まれていたはずの小泉純一郎首相は医療費抑制による財政均衡を明確に選好していたため、社会保障財源改革はさらに遅延した。小泉の引退後には税制改革が課題となったが、政権の不安定性が再び高まった結果、小泉内閣退陣から6年経ってようやく2012年に消費税の増税と社会保障への充当が決まった。

一方、フランスの医療保険は原則的に医療保険料によって運営されてきたため、国家予算と社会保障予算の分離が相対的に明確であり、財務省からの支出削減圧力が小さくなる。社会保険料負担は政令で変更可能であり、第一次石油危機以降1980年代までは医療保険料の引き上げが財政対策の基本戦略であった。さらに、1990年代からは社会保障目的税の導入に成功したことによって費用抑制圧力が緩和された。

財源改革に関してはフランスの凝集性の高い国家構造が有効に機能した。政府内では大統領・首相という政治リーダーを頂点としたヒエラルキー的な調整が発達しており、政官のトップエリートが迅速に意思決定を行うことが可能になっている。また、行政府の立法府への優越が憲法上確立されており、与党の凝集性も高いことから、社会保障の財源改革が貫徹されやすい。1990年の一般社会保障税（社会保障目的の定率所得税）の導入が、大統領・首相のリーダーシップの下、議会に対して政府の信任を問う憲法上の規定（49条3項）を用いて一挙に実現したのは、行政府の凝集性の強さと立法府に対する優位を示す典型的な例である。その後、フランスでは一般社会保障税の引き上げが繰り返されることで社会保障財源が調達されていった。

要約すれば、日本では歴史的に公的医療保険制度における国家の役割が運営面・財源面ともに大きく、医療保険関連制度による医療機関への統制が強いのに対して、フランスでは歴史的に医療保険制度の国家からの自律性が大きく、そのうえ医療保険制度からの医療機関の自律性が大きいため、国家が医療費をコントロールしにくくなっているのである。

## 本論文の意義

以下ではこの論文の学術的な意義をまとめたい。第一に、制度研究としての意義である。本論文では日本とフランスの医療保険制度・政治制度に関する分析を行い、比較によってそれぞれの特徴をより明確に浮かび上がらせることできた。また、医療保険制度・政治制

度のあり方がもたらす政策的帰結を明らかにしたことで、ある制度設計がもたらす強みと課題を示唆することができた。

第二に、政策展開を理解し、説明する上での貢献である。本論文では日本で医療費抑制が進み、財源改革が先送りされたこと、そしてフランスでは医療費抑制に関する妥協がまとまりにくく、財源改革は実現されてきたことを、両国の政治制度・医療保険制度のあり方から、一貫して説明してきた。

この点をより一般化した形でいえば、本論文の意義は医療保険制度に関する知見と政治制度に関する知見を総合することで、それぞれの国において実現しやすい具体的な政策選択肢を解明したことにある。

政治制度のみを見ていれば、弱体なはずの政府が医療費抑制に成功し、強力なはずの政府が失敗したという逆説を説明しがたい。日本では、厚生省（厚生労働省）と日本医師会は、国民皆保険体制と医療行為の公定価格制の維持に関しては一致しており、その結果、医療費の伸びが抑えられつつもそのなかでの公的医療費の水準は高くとどめられた。医療保険制度と関連したアクターの利害を詳しく検討することで、利益団体や与党に対して弱体な政府が、強力な医師の団体と妥協する余地があったことが分かるのである。一方、フランスでは、大統領や首相が行政府内での最終的な調整主体であり、与党のリーダーでもあるものの、診療側の分裂・競合した医師組合を代表する頂上団体が存在せず、医療費抑制に関する妥協形成が困難であった。政府としては診療報酬の凍結や患者自己負担の引き上げを確かに決定してきたのだが、総医療費を抑制する枠組みに関して妥協が形成されなかったため、総医療費は大規模なものにとどまっている。このように考えれば、政治制度上予想される結果と、実際の帰結とのかい離は、整合的に理解されるのである。

また、医療保険制度のみを見ていても、当該国における改革の展開を予測することは困難であった。新税の導入や増税に関する意思決定は医療保険部門の内部で決定されるものではない上に、医療保険政策に限っても、その国固有の政治制度の影響を受けるためである。

本論文で用いた、政治制度と医療保険制度の双方の設計を考慮に入れることで、ある国における医療保険政策の展開やその帰結を説明するというアプローチは、日本やフランス以外にも応用できるものであるし、また医療保険に限らず、その他の社会保障制度改革も含め、今後の政策研究の方向性について、示唆を与えているように思われる。

## 2000 年代までの医療保険改革の帰結

最後に、両国における過去数十年にわたる医療保険改革が 2010 年代の初頭においてどのような帰結をもたらすことになったのかをまとめたい。

日本では医療費抑制が徹底された結果、2000 年代後半には医療現場の疲弊、医療機関へのアクセスの困難が社会問題化してしまった。公的医療保険の民営化や混合診療解禁こそ起きなかったものの、患者負担は着実に増加している。また、社会保障財源改革が遅延し

た結果、様々な弊害が生じている。社会保険料負担の増大は現役世代へと社会保障負担を集中させ、企業には非正規雇用を増やすインセンティブを与えている。非正規雇用者は不十分なセーフティネットしか利用することができず、また保険料拠出能力が乏しいため社会保障制度は収入が減ってしまう。国民健康保険では保険料拠出能力の乏しい高齢者や非正規雇用者が多く加入するため、高所得の加入者への保険料負担が過重となっている。そして、膨大な国家財政赤字が蓄積されてきた結果、今後も医療保険を含め社会保障支出には多かれ少なかれ厳しい削減圧力がかかるだろう。

フランスでは社会保障財源の多様化と総税収の拡大に成功してきたため、医療保険についても支出削減圧力が相対的に低く抑えられてきた。しかしながら、開業医部門を中心として診療側に対する医療費抑制に失敗してきた結果、公的医療保険適用外の患者自己負担率は日本以上に高い（巻末資料・表 4）。このため共済組合などの民間医療保険の普及が進み、2000 年から大規模な公費による支援が開始されたことで、利用率はさらに高まった。しかし、人口の数%にあたる人々は民間保険に加入しておらず、こうした人々の自己負担額はかなりの水準に達しているものと考えられている<sup>1</sup>。医療費抑制の困難さを考えると、今後さらに社会保障負担の引き上げを行い、医療費をカバーしていくのか、それとも公的保障の範囲を縮小して民間保険で補っていくという公私二階建て方式を推し進めるのかが大きな選択肢となろう。

---

<sup>1</sup> 笠木映里, 2012, 『社会保障と私保険：フランスの補足的医療保険』有斐閣, pp. 28-30 参照。

## 巻末資料

＜表 1 総医療費対 GDP 比（％）＞

	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010
フランス	7.0	8.0	8.4	10.4	10.1	11.0	11.0	10.9	11.0	11.7	11.7
ドイツ	8.4	8.8	8.3	10.1	10.4	10.8	10.6	10.5	10.7	11.8	11.5
日本	6.4	6.5	5.8	6.8	7.6	8.2	8.2	8.2	8.6	9.5	9.6
イギリス	5.6	5.8	5.8	6.8	7.0	8.3	8.4	8.5	9.0	9.9	9.6
アメリカ	9.0	10.4	12.4	13.7	13.7	15.8	15.9	16.2	16.6	17.7	17.7

出典：OECD, 2013, *OECD Health Statistics 2013*, OECD ホームページ November 2013 <[h](http://www.oecd.org/health/health-systems/oecdhealthdata.htm)  
[tp://www.oecd.org/health/health-systems/oecdhealthdata.htm](http://www.oecd.org/health/health-systems/oecdhealthdata.htm)> 2014 年 3 月 27 日閲覧.

＜表 2 一人当たり総医療費（購買力平価・US ドル）＞

	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010
フランス	665	1028	1440	2093	2544	3254	3435	3600	3764	3962	4016
ドイツ	974	1413	1793	2270	2677	3363	3564	3723	3973	4187	4349
日本	540	856	1114	1557	1969	2491	2604	2748	2891	3025	3213
イギリス	467	688	959	1344	1827	2762	2997	3094	3274	3456	3422
アメリカ	1102	1834	2851	3788	4791	6735	7111	7490	7771	8006	8247

出典：表 1 に同じ。

＜表 3 患者自己負担が総医療費に占める割合（％）＞

	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010
フランス	12.8	14.4	11.4	7.6	7.1	7.0	7.4	7.3	7.5	7.4	7.4
ドイツ	10.3	11.2	11.1	10.0	11.4	13.5	13.7	13.6	13.3	13.1	13.1
日本	..	..	..	14.0	15.4	15.4	17.0	16.1	15.1	15.0	14.4
イギリス	8.6	..	10.6	10.9	11.1	9.8	10.2	10.3	9.2	9.2	9.2
アメリカ	23.3	22.0	19.5	14.5	14.3	13.2	12.8	12.7	12.4	11.9	11.7

出典：表 1 に同じ。

＜表 4 公的医療費が総医療費に占める割合（％）＞

	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010
フランス	80.1	78.5	76.6	79.7	79.4	77.7	77.2	77.3	76.8	77.0	76.9
ドイツ	78.7	77.4	76.2	81.4	79.5	76.6	76.4	76.4	76.4	76.8	76.7
日本	71.3	70.7	77.6	82.3	80.8	81.6	79.4	80.4	81.4	81.5	82.1
イギリス	89.4	85.8	83.6	83.9	79.1	80.9	81.3	80.2	81.1	82.6	83.5
アメリカ	41.0	39.6	39.4	45.1	43.0	44.2	45.0	45.2	46.0	47.2	47.6

出典：表 1 に同じ。

<表 5 日仏のマクロ経済指標の推移 (%)>

	実質 GDP 成長率 (日本)	実質 GDP 成長率 (フランス)	一般政府財政収支対 GDP 比 (日本)	一般政府財政収支対 GDP 比 (フランス)	グロス一般政府債務残高対 GDP 比 (日本)	グロス一般政府債務残高対 GDP 比 (フランス)
1980	3.2	1.8	-4.8	-0.3	50.6	20.7
1981	4.2	1.0	-4.2	-2.4	55.3	22.0
1982	3.4	2.4	-4.1	-2.9	59.3	25.3
1983	3.1	1.2	-4.3	-2.6	64.8	26.6
1984	4.5	1.5	-2.8	-2.8	66.3	29.0
1985	6.3	1.6	-1.5	-3.1	66.7	30.6
1986	2.8	2.3	-1.5	-3.3	69.9	31.1
1987	4.1	2.4	-0.4	-2.1	72.5	33.4
1988	7.1	4.7	0.4	-2.7	70.4	33.3
1989	5.4	4.2	1.2	-1.9	67.3	34.0
1990	5.6	2.6	1.8	-2.5	67.0	35.2
1991	3.3	1.0	1.7	-3.0	66.5	36.0
1992	0.8	1.5	0.6	-4.6	71.2	39.7
1993	0.2	-0.7	-2.5	-6.2	77.3	46.0
1994	0.9	2.2	-3.9	-5.5	83.3	49.2
1995	1.9	2.0	-4.7	-5.5	91.2	55.4
1996	2.6	1.1	-5.5	-4.0	99.0	58.0
1997	1.6	2.2	-4.4	-3.3	105.6	59.4
1998	-2.0	3.4	-5.9	-2.6	118.3	59.5
1999	-0.2	3.3	-7.8	-1.8	131.9	58.9
2000	2.3	3.7	-8.0	-1.5	140.1	57.4
2001	0.4	1.8	-6.0	-1.7	153.6	56.9
2002	0.3	0.9	-7.7	-3.3	164.0	59.0
2003	1.7	0.9	-7.8	-4.1	169.6	63.2
2004	2.4	2.5	-5.9	-3.6	180.7	65.0
2005	1.3	1.8	-4.8	-3.0	186.4	66.7
2006	1.7	2.5	-3.7	-2.4	186.0	64.1
2007	2.2	2.3	-2.1	-2.8	183.0	64.2
2008	-1.0	-0.1	-4.1	-3.3	191.8	68.2
2009	-5.5	-3.1	-10.4	-7.6	210.2	79.2
2010	4.7	1.7	-9.3	-7.1	216.0	82.3

出典：IMF, 2013, *World Economic Outlook Database*, IMF ホームページ April 2013, < <http://www.imf.org/external/pubs/ft/weo/2013/01/weodata/index.aspx> > 2014 年 3 月 27 日閲覧.

## 参考文献

### 日本語文献

#### 【書籍・論文】

- 相澤與一, 2003, 『日本社会保険の成立』 日本史リブレット.
- 青木泰子, 1988, 「健保改正の政治過程」 内田健三, 金指正雄, 福岡政行編『税制改革をめぐる政治力学：自民優位下の政治過程』 中央公論社, pp. 213-44.
- 安達功, 2001, 『知っていそうで知らないフランス：愛すべきトンデモ民主主義国』 平凡社新書.
- 有馬元治, 1984, 『健保国会波高し：海の男たちの群像』 春苑堂書店.
- 井伊雅子, 2009, 「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, pp. 237-58.
- 飯尾潤, 1995, 「政治的官僚と行政的政治家——現代日本の政官融合体制」『年報政治学』, pp. 135-49.
- 飯島勲, 2006, 『小泉官邸秘録』 日本経済新聞社.
- 飯島大邦, 2010, 「エスピン・アンデルセンの福祉資本主義の変容——OECD の社会支出統計の公私分類の観点から」 飯島大邦, 谷口洋志, 中野守編『制度改革と経済政策』 中央大学出版部, pp. 71-103.
- 五十嵐仁, 1989, 「中曽根元首相におけるリーダーシップの研究」『レヴァイアサン』 5, pp. 167-82.
- 池上直己, 2002, 『医療問題（第2版）』 日経文庫.
- 池上直己, 2010, 『医療問題（第4版）』 日経文庫.
- 池上直己, ジョン・C・キャンベル, 1996, 『日本の医療：統制とバランス感覚』 中公新書.
- 池上直己, 遠藤久夫編, 2005, 『医療保険・診療報酬制度（講座：医療経済・政策学2）』 勁草書房.
- 石川真澄, 広瀬道真, 1989, 『自民党：長期支配の構造』 岩波書店.
- 石川真澄, 山口二郎, 2010, 『戦後政治史（第3版）』 岩波新書.
- 板垣英憲, 1987, 『族の研究：政・官・財を牛耳る政界実力者集団の群像』 経済界.
- 伊藤裕香子, 2013, 『消費税日記：検証増税 786 日の攻防』 プレジデント社.
- 伊奈川秀和, 2000, 『フランスに学ぶ社会保障改革』 中央法規.
- 稲森公嘉, 2003, 「フランスの医療保険制度改革」『海外社会保障研究』 145, pp. 26-35.
- 今関源成, 1993, 「第五共和制の基本的枠組み」 奥島孝康, 中村紘一編, 1993, 『フランスの政治：中央集権国家の伝統と変容』 早稲田大学出版部, pp. 35-62.
- 岩本裕, NHK 取材班, 2010, 『失われた「医療先進国」：「救われぬ患者」「報われぬ医師」の袋小路』 講談社ブルーバックス.
- 印南一路, 堀真奈美, 古城隆雄, 2011, 『生命と自由を守る医療政策』 東洋経済新報社.

- 埋橋孝文, 2011, 『福祉政策の国際動向と日本の選択: ポスト「三つの世界」論』法律文化社.
- 内田健三, 金指正雄, 福岡政行編, 1988, 『税制改革をめぐる政治力学: 自民優位下の政治過程』中央公論社.
- 内山融, 2005, 「政策アイディアの伝播と制度——行政組織改革の日英比較を題材として」『公共政策研究』5, pp. 119-29.
- 内山融, 2007, 『小泉政権: 「パトスの首相」は何を変えたのか』中公新書.
- 内山融, 2010, 「日本政治のアクターと政策決定パターン」『季刊政策・経営研究』3, pp. 1-18.
- 江口隆裕, 1999, 「医療保険制度と医療供給体制」藤井良治, 塩野谷祐一編, 1999, 『先進諸国の社会保障 6: フランス』東京大学出版会, pp. 201-22.
- 衛藤幹子, 1995, 「福祉国家の『縮小・再編』と厚生行政」『レヴュイアサン』17, pp. 91-114.
- 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」『レヴュイアサン』臨時増刊号, pp. 68-94.
- 遠藤久夫, 1998, 「医療における市場原理と計画原理の相互補完性」『医療と社会』8(2), pp. 183-205.
- 遠藤久夫, 2005, 「医療制度のガバナンス——医療制度運営における計画原理と市場原理」『季刊社会保障研究』41(3), pp. 224-37.
- 遠藤久夫, 2010, 「日本経済と医療・介護政策の展開」宮島洋, 西村周三, 京極高宣編『社会保障と経済 3: 社会サービスと地域』東京大学出版会, pp. 3-23.
- 大泉啓一郎, 2007, 『老いてゆくアジア: 繁栄の構図が変わるとき』中公新書.
- 大田晋, 1989, 「医療保険」社会保障研究所編『フランスの社会保障』東京大学出版会, pp. 265-83.
- 大田弘子, 2006, 『経済財政諮問会議の戦い』東洋経済新報社.
- 大嶽秀夫, 1996, 「フランスにおけるネオ・リベラル合意の形成——日本との比較の試み」『法學論叢』140(1/2), pp. 25-57.
- 大嶽秀夫, 野中尚人, 1999, 『政治過程の比較分析: フランスと日本』放送大学教育振興会.
- 大山礼子, 2003, 『国会学入門 (第二版)』三省堂.
- 大山礼子, 2011, 『日本の国会: 審議する立法府へ』岩波新書.
- 大山礼子, 2013, 『フランスの政治制度 (改訂版)』東信堂.
- 岡光序治編, 1993, 『老人保健制度解説: 第一次、第二次改正と制度の全容』ぎょうせい.
- 尾形裕也, 2005, 「高齢者医療制度の改革——介護と医療の連携の方向」川野辺裕幸, 丸尾直美編『高齢者福祉サービスの市場化・IT化・人間化: 福祉ミックスによる高齢者福祉改革』ぎょうせい, p. 161-80.
- 奥田七峰子, 池田俊也, 2001, 「フランスにおける保険者機能の動向——薬剤費抑制策を中心に」『海外社会保障研究』136, pp. 39-49.
- 押村高「国家体制史」奥島孝康, 中村紘一編, 1993, 『フランスの政治: 中央集権国家の伝統と変容』早稲田大学出版部, pp. 11-34.
- 尾玉剛士, 2009, 「1990年代以降のフランスにおける医療制度改革——福祉エリート論を越えて」『年報地域文化研究』12, pp. 112-33.



- 尾玉剛士, 2010a, 「ヨーロッパの医療制度における中央-地方関係の変容——1990年代以降のフランスの事例」『ヨーロッパ研究』9, pp. 7-27.
- 尾玉剛士, 2010b, 「フランスにおける福祉国家の再編——労使自治の衰退と国家の優越」『ソシオロギス』34, pp. 65-84.
- 尾玉剛士, 2011, 「医療費抑制の比較政治経済学——日本とフランスを事例として」『レゾナンス』7, pp. 54-61.
- 尾玉剛士, 2013, 「フランスにおける厚生官僚の人事と政策形成における自律性——医療保険改革の日仏比較に向けて」『日仏政治研究』7, pp. 53-65.
- 尾玉剛士, 2014, 「サルコジ政権の社会政策——減税路線と福祉削減」『レゾナンス』8, pp. 82-3.
- 笠木映里, 2007, 「医療制度——近年の動向・現状・課題」『海外社会保障研究』161, pp. 15-25.
- 笠木映里, 2008, 『公的医療保険の給付範囲：比較法を手がかりとした基礎的考察』有斐閣.
- 笠木映里, 2012, 『社会保障と私保険：フランスの補足的医療保険』有斐閣.
- 梶田孝道, 1985, 「テクノクラートと現代フランス——グランゼコール、グランコールとフランス政治」宮島喬ほか『先進社会のジレンマ：現代フランス社会の実像をもとめて』有斐閣選書, pp. 219-88.
- 加藤淳子, 1991, 「政策決定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」『レヴァイアサン』18, pp. 165-84.
- 加藤淳子, 1995, 「政策知識と政官関係——1980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』, pp. 107-34.
- 加藤淳子, 1997, 『税制改革と官僚制』東京大学出版会.
- 加藤淳子, ボー・ロススタイン（前田健太郎訳）, 2005, 「政府の党派性と経済運営——日本とスウェーデンの比較」『レヴァイアサン』37, pp. 48-74.
- 加藤智章, 1984, 「フランス社会保障制度の構造とその特徴——ラロックプランの成立まで」『北大法学論集』35(3/4), pp. 451-513.
- 加藤智章, 1995, 『医療保険と年金保険——フランス社会保障制度における自律と平等』北海道大学図書刊行会.
- 加藤智章, 2006, 「フランスにおける医療費抑制策の変遷——2004年8月13日の医療保険に関する法律をめぐって」『社会保険旬報』2272, 2006.3.1, pp. 18-27.
- 金指正雄, 1988, 「売上税登場の経緯」内田健三, 金指正雄, 福岡政行編『税制改革をめぐる政治力学：自民優位下の政治過程』中央公論社, pp. 11-38.
- 上川龍之進, 2010, 『小泉改革の政治学：小泉純一郎は本当に「強い首相」だったのか』東洋経済新報社.
- 神原勝, 1986, 『転換期の政治過程：臨調の軌跡とその機能』総合労働研究所.
- 木代泰之, 1985, 『自民党税制調査会』東洋経済新報社.
- 金成垣, 2013, 「ポスト『三つの世界』論の可能性——比較福祉国家研究における類型論と段階論」武川正吾編『公共性の福祉社会学：公正な社会とは』東京大学出版会, pp. 167-91.
- 草野厚, 1999, 『連立政権：日本の政治1993～』文春新書.

- 草野厚, 2012, 『歴代首相の経済政策全データ (増補版)』 角川 one テーマ 21.
- 軍司康史, 2003, 『シラクのフランス』 岩波新書.
- 権丈善一, 2005, 『再分配政策の政治経済学 I : 日本の社会保障と医療 (第 2 版)』 慶應義塾大学出版会.
- 小池拓自, 2008, 「消費税を巡る議論」『調査と情報』 609, pp. 1-11.
- 小西杏奈, 2013, 「一般社会税 (CSG) の導入過程の考察——90 年代のフランスにおける増税」井手英策編『危機と再建の比較財政史』 ミネルヴァ書房, pp. 341-61.
- 小松秀樹, 2006, 『医療崩壊 : 「立ち去り型サボタージュ」とは何か』 朝日新聞社.
- 小松秀樹, 2007, 『医療の限界』 新潮新書.
- 坂口正之, 1985, 『日本健康保険法成立史論』 晃洋書房.
- 佐口卓, 1977, 『日本社会保険制度史』 勁草書房.
- 佐々木毅, 1986, 『保守化と政治的意味空間 : 日本とアメリカを考える』 岩波書店.
- 佐藤主光, 2013, 「社会保険料を社会連帯税へ」『エコノミスト』 2013.5.28, pp. 52-3.
- 地主重美, 「高齢化社会の医療保障——老人医療保険の展開を中心に」『福祉国家 5 : 日本の経済と福祉』 東京大学出版会, pp. 289-352.
- 柴田洋二郎, 2012, 「フランス社会保障財源の「租税化」 (fisclaisation) ——議論・帰結・展開」『海外社会保障研究』 179, pp. 17-28.
- 島崎謙治, 2002, 「健康保険法等の一部を改正する法律」『ジュリスト』1231, 2002.10.1, pp. 48-55.
- 島崎謙治, 2005, 「わが国の医療保険制度の歴史と展開」池上直己, 遠藤久夫編『医療保険・診療報酬制度 (講座 : 医療経済・政策学 2)』 勁草書房, pp. 1-53.
- 島崎謙治, 2011, 『日本の医療 : 制度と政策』 東京大学出版会.
- 清水真人, 2013, 『消費税 : 政と官との「十年戦争」』 新潮社.
- 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.
- 新藤宗幸, 1989, 『財政破綻と税制改革』 岩波書店.
- 神野直彦, 1992, 「日本型福祉国家財政の特質」林健久, 加藤榮一編『福祉国家財政の国際比較』, pp. 217-38.
- 高木安雄, 2005, 「わが国の診療報酬政策の展開と今日的課題——技術評価と医療費配分のジレンマ」池上直己, 遠藤久夫編『医療保険・診療報酬制度 (講座 : 医療経済・政策学 2)』 勁草書房, pp. 93-122.
- 高橋秀行, 1986, 「日本医師会の政治行動と意思決定」中野実編『日本型政策決定の変容』 東洋経済新報社, pp. 237-66.
- 高藤昭, 1994, 「目下の社会保障・高齢化財政論議とその議論に欠けるもの」『週刊社会保障』 1795, 1994.6.27, pp. 22-5.
- 滝沢正, 2002, 『フランス法 (第 2 版)』 三省堂.
- 武内和久, 竹之下泰志, 2009, 『公平・無料・国営を貫く英国の医療制度改革』 集英社新書.
- 竹岡敬温, 2001, 「世界恐慌期フランスの失業率」『大阪学院大学経済論集』 15(1), pp. 1-17.
- 武川正吾, 2007, 『連帯と承認 : グローバル化と個人化のなかの福祉国家』 東京大学出版会.

- 竹中平蔵, 2006, 『構造改革の真実：竹中平蔵大臣日誌』 日本経済新聞社.
- 田多英範, 2007, 『現代日本社会保障論（第2版）』 光生館.
- 田多英範, 2009, 『日本社会保障制度成立史論』 光生館.
- 辰濃哲郎, 医薬経済編集部, 2010, 『歪んだ権威：密着ルポ日本医師会積怨と権力闘争の舞台裏』 医薬経済社.
- 田中雅子, 2010, 「連立政権下の福祉縮減過程——1994年と2004年の年金改正を中心に」『公共政策研究』 10, pp. 59-69.
- 田端博邦, 1985, 「フランスにおける社会保障制度の成立過程」東京大学社会科学研究所編『福祉国家2：福祉国家の展開1』 東京大学出版会, pp. 113-68.
- 田原総一郎, 1986, 『日本大改造：新・日本の官僚』 文藝春秋.
- ポール・タルコット（打越綾子訳）, 2002, 「日本の医療政策における連立政権の影響（1990～2000年）」『社会科学研究』 53(2/3), pp. 243-68.
- ポール・タルコット（渡瀬義男, 根岸毅宏, 櫻井潤訳）, 2003, 「福祉国家日本における1990年代の医療改革」『経済学論纂』 43(3/4), pp. 221-48.
- 辻哲夫, 2008, 『日本の医療制度改革がめざすもの』 時事通信社.
- 土田武史, 1991, 「医療保険の制度改革」横山和彦, 田多英範編, 1991, 『日本社会保障の歴史』 学文社, pp. 277-98.
- 都留民子, 2000, 『フランスの貧困と社会保護：参入最低限所得（RMI）への途とその経験』 法律文化社.
- 寺内順子, 国保会計研究会, 2011, 『国保の危機は本当か？：作られた赤字の理由を知るために』 日本機関紙出版センター.
- 中上光夫, 1979a, 「19世紀末におけるフランスの共済組合（上）」『三田学会雑誌』 72(4), pp. 63(467)-93(497).
- 中上光夫, 1979b, 「19世紀末におけるフランスの共済組合（下）」『三田学会雑誌』 72(5), pp. 62(620)-79(637).
- 中野実, 1992, 『現代日本の政策過程』 東京大学出版会.
- 中村秀一, 2001, 「老人医療費の適正化と公平分担を」『週刊社会保障』 2134, 2001.5.7, pp. 8-11.
- 中山洋平, 1999, 「フランス」小川有美編『EU諸国』 自由国民社, pp. 229-80.
- 二木立, 1994, 『「世界一」の医療費抑制政策を見直す時期』 勁草書房.
- 二木立, 2001, 『21世紀初頭の医療と介護：幻想の「抜本改革」を超えて』 勁草書房.
- 二木立, 2007a, 『介護保険制度の総合的研究』 勁草書房.
- 二木立, 2007b, 『医療改革：危機から希望へ』 勁草書房.
- 二木立, 2009, 「小泉・安倍政権の医療改革——新自由主義的改革の登場と挫折」『社会政策』 1(2), pp. 12-21.
- 二木立, 2010, 「医療・健康の社会格差と医療政策の役割（二木立教授の医療時評その80）」『文化連情報』 390, pp. 14-21.
- 二木立, 2011, 『民主党政権の医療政策』 勁草書房.

- 西尾勝, 1984, 「政治の変動と社会保障」 社会保障研究所編『経済社会の変動と社会保障』東京大学出版会, pp. 235-49.
- 西崎緑, 1991, 「社会保険制度の歩み」 横山和彦, 田多英範編『日本社会保障の歴史』学文社, pp. 42-63.
- 西村周三, 1997, 『医療と福祉の経済システム』ちくま新書.
- 西村万里子, 1996, 「診療報酬改定のメカニズムに関する歴史的考察——医療費の規定要因：新改定率の決定と医療政策」 社会保障研究所編『医療保障と医療費』東京大学出版会, pp. 37-70.
- 日本医師会総合政策研究機構, 1997, 『介護保険導入の政策形成過程』.
- 丹羽雄哉, 1998, 『生きるために：医療が変わる』日経メディカル開発：日経 BP 出版センター.
- 野中尚人, 1995, 『自民党政権下の政治エリート：新制度論による日仏比較』東京大学出版会.
- 野中尚人, 2005, 「高級行政官僚の人事システムについての日仏比較と執政中枢論への展望」 日本政治学会編『日本政治を比較する』早稲田大学出版部, pp. 165-228.
- 野中尚人, 2008a, 「幹部行政官僚の人事システムと政策の総合調整——フランスと日本」『学習院大学法学会雑誌』43(2), pp. 1-35.
- 野中尚人, 2008b, 「フランスの公務員制度」村松岐夫編『公務員制度改革：米・英・独・仏の動向を踏まえて』学陽書房, pp. 207-65.
- 橋本五郎, 1981, 「官界人脈地理（厚生省の巻）」『月刊官界』12, pp. 36-47.
- 畑山敏夫, 2012, 『フランス緑の党とニュー・ポリティクス：近代社会を超えて緑の社会へ』吉田書店.
- 早川純貴, 1991a, 「福祉国家をめぐる政治過程(1)——84年健康保険法改正過程の事例研究」『駒澤大学法学論集』43, pp. 111-59.
- 早川純貴, 1991b, 「福祉国家をめぐる政治過程(2)——84年健康保険法改正過程の事例研究」『駒澤大学政治学論集』33, pp. 33-93.
- 葉山滉, 1991, 『現代フランス経済論』日本評論社.
- 速水佑次郎, 1995, 『開発経済学：諸国民の貧困と富』, 創文社.
- 久塚純一, 1991, 『フランス社会保障医療形成史：伝統的自由医療から社会保障医療へ』九州大学法学叢書.
- 広井良典, 1992, 『アメリカの医療政策と日本：科学・文化・経済のインターフェイス』勁草書房.
- 広井良典, 1997, 『医療保険改革の構想』日本経済新聞社.
- 広井良典, 1999, 『日本の社会保障』岩波新書.
- 樋渡展洋, 1995, 「55年体制の『終焉』と戦後国家」『レヴァイアサン』16, pp. 121-44.
- 深澤敦, 2013, 「『福祉国家』とマルチチュード的抵抗主体」『社会政策』4(3), pp. 1-3.
- 藤井良治, 1996, 『現代フランスの社会保障』東京大学出版会.
- 藤井良治, 1997, 「フランスにおける医療費適正化政策」『海外社会保障情報』120, pp. 15-31.
- 文春新書編集部編, 2006, 『論争格差社会』文春新書.

- 堀勝洋, 1980, 「これからの社会保障を考える——昭和 55 年高齢化問題調査結果から」『厚生』 12, pp. 20-6.
- 堀勝洋, 1981, 「日本型福祉社会論」『季刊社会保障研究』 17(1), pp. 37-50.
- 増田雅暢, 2003, 『介護保険見直しの争点：政策過程からみえる今後の課題』 法律文化社.
- 増山幹高, 1998, 「介護保険の政治学——政策理念の対立と収斂」『日本公共政策学会年報』 1, pp. 1-26.
- 松田晋哉, 2013, 『医療のなにが問題なのか：超高齢社会日本の医療モデル』 勁草書房.
- 松村文人, 2000, 『現代フランスの労使関係：雇用・賃金と企業交渉』 ミネルヴァ書房.
- 松本由美, 2012, 『フランスの医療保障システムの歴史的変容』 早稲田大学モノグラフ.
- 真野俊樹, 2011, 「フランス医療制度から日本への示唆——日本に近い制度を持つ国からの学び」『共済総合研究』 63, pp. 64-81.
- 真野俊樹, 2013, 『比較医療政策：社会民主主義・保守主義・自由主義』 ミネルヴァ書房.
- 真淵勝, 1989, 「大蔵省主税局の機関哲学」『レヴァイアサン』 4, pp. 41-58.
- 三浦文夫, 1987, 『社会福祉政策研究：社会福祉経営論ノート（増補版）』 全国社会福祉協議会.
- 水野肇, 2003, 『誰も書かなかった日本医師会』 草思社.
- 水巻中正, 2003, 『ドキュメント日本医師会：崩落する聖域』 中央公論新社.
- 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.
- 村上正泰, 2009, 『医療崩壊の真犯人』 PHP 新書.
- 村松岐夫, 2010, 『政官スクラム型リーダーシップの崩壊』 東洋経済新報社.
- 結城康博, 2006, 『医療の値段：診療報酬と政治』 岩波新書.
- 横山和彦, 1991, 「分立型国民皆保険体制の確立」横山和彦, 田多英範編『日本社会保障の歴史』 学文社, pp. 123-39.
- 横山和彦, 田多英範編, 1991, 『日本社会保障の歴史』 学文社.
- 吉岡充, 村上正泰, 2008, 『高齢者医療難民：介護療養病床をなぜ潰すのか』 PHP 新書.
- 吉田一生, 2001, 「健康保険法等の一部を改正する法律」『ジュリスト』 1195, 2001.3.1, pp. 71-3.
- 吉田徹, 2004, 「フランス——避けがたい国家？」小川有美, 岩崎正洋編『アクセス地域研究 II』 日本経済評論社, pp. 107-26.
- 吉田徹, 2008, 『ミッテラン社会党の転換：社会主義から欧州統合へ』 法政大学出版局.
- 吉原健二, 和田勝, 2008, 『日本医療保険制度史（増補改訂版）』 東洋経済新報社.
- 吉村仁, 1983, 「医療費をめぐる情勢と対応に関する私の考え方」『社会保険旬報』 1424, 1983.3.11, pp. 12-4.
- 吉村仁, 1986, 「高齢化社会へ向かう医療政策——厚生事務次官吉村仁氏にきく」『社会保険旬報』 1527, 1986.1.1, pp. 12-7.
- 李蓮花, 2011, 「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』 3(2), pp. 110-20.
- 臨時行政調査会 OB 会編, 1983, 『臨調と行革：2 年間の記録』 文真舎.
- 渡辺和行, 南充彦, 森本哲郎, 1997, 『現代フランス政治史』 ナカニシヤ出版.

渡邊啓貴, 1998, 『フランス現代史』 中公新書.

# 【資料】

医療保険審議会, 1995, 「検討項目 III、IV、V を中心としたこれまでの検討内容の中間取りまとめ (1995 年 8 月 4 日)」(国立社会保障・人口問題研究所, 2005, 『日本社会保障資料 IV』 国立社会保障・人口問題研究所ホームページ <<http://www.ipss.go.jp/publication/j/shiryu/no.13/data/kaidai/03.html>> 2014 年 3 月 27 日閲覧).

医療保険制度研究会編, 各年, 『目で見える医療保険白書: 医療保障の現状と課題』 ぎょうせい.  
医療保険福祉審議会制度企画部会, 1999, 「新たな高齢者医療制度のあり方について (1999 年 8 月 13 日)」 厚生労働省ホームページ <[http://www1.mhlw.go.jp/shingi/s9908/s0813-1\\_17.html](http://www1.mhlw.go.jp/shingi/s9908/s0813-1_17.html)> 2014 年 3 月 27 日閲覧.

久保田勇夫編, 1990, 『図説日本の財政 (平成 2 年度版)』 東洋経済新報社.

経済企画庁編, 1957, 『経済白書 (昭和 32 年版)』 至誠堂.

経済企画庁編, 1976, 『昭和 50 年代前期経済計画: 安定した社会を目指して』 大蔵省印刷局.

経済企画庁編, 1979, 『新経済社会 7 カ年計画』 大蔵省印刷局.

経済企画庁国民生活政策課編, 1977, 『総合社会政策を求めて: 福祉社会への論理』 大蔵省印刷局.

経済戦略会議, 1999, 「日本経済再生への戦略 (1999 年 2 月 26 日)」(国立社会保障・人口問題研究所, 2005, 『日本社会保障資料 IV』 研究所国立社会保障・人口問題研究所ホームページ <<http://www.ipss.go.jp/publication/j/shiryu/no.13/data/syakaihosyou01.html>> 2014 年 3 月 27 日閲覧).

経済団体連合会, 1996, 「国民の信頼が得られる医療保障制度の再構築 (1996 年 11 月 12 日)」(国立社会保障・人口問題研究所, 2005, 『日本社会保障資料 IV』 国立社会保障・人口問題研究所ホームページ <<http://www.ipss.go.jp/publication/j/shiryu/no.13/data/kaidai/03.html>> 2014 年 3 月 27 日閲覧).

健康保険組合連合会, 1996, 「医療保険等改革に対する考え方 (1996 年 11 月 15 日)」(国立社会保障・人口問題研究所, 2005, 『日本社会保障資料 IV』 国立社会保障・人口問題研究所ホームページ <<http://www.ipss.go.jp/publication/j/shiryu/no.13/data/kaidai/03.html>> 2014 年 3 月 27 日閲覧).

健康保険組合連合会, 2011, 『平成 22 年度健保組合決算見込の概要 (2011 年 9 月 8 日)』 健康保険組合連合会ホームページ <<https://www.kenporen.com/include/press/2011/201109082.pdf>> 2014 年 3 月 27 日閲覧.

健康保険組合連合会編, 1984, 『社会保障年鑑』 東洋経済新報社.

健康保険組合連合会編, 2011, 『図表で見る医療保障 (平成 23 年度版)』 ぎょうせい.

厚生省, 1997, 「21 世紀の医療保険制度——医療保険及び医療提供体制の抜本的改革の方向 (1997 年 8 月 7 日)」(吉原健二, 和田勝, 2008, 『日本医療保険制度史 (増補改訂版)』 東洋

経済新報社, pp. 783-98) .

厚生省, 1999,「今後 5 か年間の高齢者保健福祉施策の方向——ゴールドプラン 21 (概要) (1999 年 12 月 21 日)」厚生労働省ホームページ < [http://www1.mhlw.go.jp/houdou/1112/h1221-2\\_17.html](http://www1.mhlw.go.jp/houdou/1112/h1221-2_17.html) > 2014 年 3 月 27 日閲覧.

厚生省 (厚生労働省), 各年,『国民医療費の概況』厚生労働省ホームページ < <http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/37-21c.html> > 2014 年 3 月 27 日閲覧.

厚生省編, 1976,『厚生白書 (昭和 50 年版)』大蔵省印刷局.

厚生省編, 1977,『厚生白書 (昭和 52 年版)』大蔵省印刷局.

厚生省編, 1982,『厚生白書 (昭和 57 年版)』大蔵省印刷局.

厚生省五十年史編集委員会編, 1988,『厚生省五十年史 (記述編・資料編)』厚生問題研究会: 中央法規出版.

厚生省保険局企画課監修, 1985,『医療保険制度 59 年大改正の軌跡と展望』年金研究所.

厚生大臣官房政策課, 1990,『社会保障入門 (平成 2 年度版)』中央法規出版.

厚生労働省, 2001,「医療制度改革試案 (2001 年 9 月 25 日)」厚生労働省ホームページ < <http://www.mhlw.go.jp/houdou/0109/h0925-2.html> > 2014 年 3 月 27 日閲覧.

厚生労働省, 2002,「健康保険法等の一部を改正する法律案の概要 (2002 年 3 月 6 日)」厚生労働省ホームページ < <http://www.mhlw.go.jp/houdou/2002/03/h0306-2.html> > 2014 年 3 月 27 日閲覧.

厚生労働省, 2005a,「医療制度改革について (社会保障の在り方に関する懇談会・第 7 回 2005 年 3 月 18 日)」首相官邸ホームページ < [http://www.kantei.go.jp/jp/singi/syakaihosyou/dai7/7giji\\_sidai.html](http://www.kantei.go.jp/jp/singi/syakaihosyou/dai7/7giji_sidai.html) > 2014 年 3 月 27 日閲覧.

厚生労働省, 2005b,「医療制度構造改革試案 (2005 年 10 月 19 日)」厚生労働省ホームページ < <http://www.mhlw.go.jp/topics/2005/10/tp1019-1.html> > 2014 年 3 月 27 日閲覧.

厚生労働省, 2011,『医師・歯科医師・薬剤師調査 (平成 22 年)』厚生労働省ホームページ 2011 年 12 月 6 日 < <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/ishi/10/index.html> > 2014 年 3 月 27 日閲覧.

厚生労働省, 2013,『平成 24 年医療施設 (動態) 調査・病院報告の概況』.

厚生労働省, 各年,『医療施設調査』.

厚生労働省, 各年,『介護サービス施設・事業所調査』.

厚生労働省編, 2007,『平成 19 年版厚生労働白書: 医療構造改革の目指すもの』ぎょうせい.

厚生労働省高齢者医療制度等改革推進本部事務局編, 2001,『医療制度改革の課題と視点: 解説・資料編』ぎょうせい.

公明党, 2010,「公明党マニフェスト 2010」公明党ホームページ < <http://www.komei.or.jp/campaign/sanin10/> > 2014 年 3 月 27 日閲覧.

高齢社会福祉ビジョン懇談会, 1994,「21 世紀福祉ビジョン——少子・高齢社会に向けて (1994 年 3 月 28 日)」(国立社会保障・人口問題研究所, 2005,『日本社会保障資料 IV』国立社会保障・人口問題研究所 < <http://www.ipss.go.jp/publication/j/shiryu/no.13/data/syakaihosyou01> .



[html](#) > 2014 年 3 月 27 日閲覧) .

国立社会保障・人口問題研究所, 2008, 『社会保障給付費 (平成 18 年度)』 .

国立社会保障・人口問題研究所, 2010, 『人口統計資料集 (2010 年版)』 国立社会保障・人口問題研究所ホームページ < <http://www.ipss.go.jp/syoushika/tohkei/Popular/Popular2010.asp?chap=0> > 2014 年 3 月 27 日閲覧.

国立社会保障・人口問題研究所, 2012, 「社会保障費用統計 (平成 22 年度)」 国立社会保障・人口問題研究所ホームページ 2012 年 11 月 29 日 < [http://www.ipss.go.jp/ss-cost/j/fsss-h22/fss\\_h22.asp](http://www.ipss.go.jp/ss-cost/j/fsss-h22/fss_h22.asp) > 2014 年 3 月 27 日閲覧.

財務省, 2001, 「医療制度改革の論点 (2001 年 10 月 5 日)」 .

財務省, 2013a, 「税制について考えてみよう (2013 年 1 月)」 財務省ホームページ < [http://www.mof.go.jp/tax\\_policy/publication/brochure/backnumber.htm](http://www.mof.go.jp/tax_policy/publication/brochure/backnumber.htm) > 2014 年 3 月 27 日閲覧.

財務省, 2013b, 「一般会計税収の推移 (2013 年 5 月末現在)」 財務省ホームページ < [http://www.mof.go.jp/tax\\_policy/summary/condition/010.htm](http://www.mof.go.jp/tax_policy/summary/condition/010.htm) > 2014 年 3 月 27 日閲覧.

財務省, 2013c, 「消費税の使途 (2013 年 5 月末現在)」 財務省ホームページ < [http://www.mof.go.jp/tax\\_policy/summary/consumption/122.htm](http://www.mof.go.jp/tax_policy/summary/consumption/122.htm) > 2014 年 3 月 27 日閲覧.

財務省, 2013d, 『福祉目的化』の推移 (2013 年 5 月末現在)」 財務省ホームページ < [http://www.mof.go.jp/tax\\_policy/summary/consumption/120.htm](http://www.mof.go.jp/tax_policy/summary/consumption/120.htm) > 2014 年 3 月 27 日閲覧.

財務省, 2014, 「財政関係基礎データ (2014 年 2 月)」 財務省ホームページ < [http://www.mof.go.jp/budget/fiscal\\_condition/basic\\_data/201402/index.html](http://www.mof.go.jp/budget/fiscal_condition/basic_data/201402/index.html) > 2014 年 3 月 27 日閲覧.

社会保障国民会議, 2008, 『最終報告 (2008 年 11 月 4 日)』 社会保障国民会議ホームページ < <http://www.kantei.go.jp/jp/singi/syakaihosyoukokuminkaigi/saishu.html> > 2014 年 3 月 27 日閲覧.

社会保障審議会・医療保険部会, 2005, 「医療保険制度改革について (意見書) (2005 年 11 月 30 日)」 (吉原健二, 和田勝, 2008, 『日本医療保険制度史 (増補改訂版)』 東洋経済新報社, pp. 860-70) .

社会保障制度改革国民会議, 2013, 「報告書——確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋 (2013 年 8 月 6 日)」 社会保障制度改革国民会議ホームページ < <http://www.kantei.go.jp/jp/singi/kokuminkaigi/> > 2014 年 3 月 27 日閲覧.

社会保障制度審議会, 1995, 「社会保障体制の再構築 (勧告) ——安心して暮らせる 21 世紀の社会を目指して (1995 年 7 月 4 日)」 (社会保障制度審議会事務局編, 2000, 『社会保障の展開と将来: 社会保障制度審議会五十年の歴史』 法研, pp. 217-52) .

社会民主党, 2000, 「介護保険制度の施行にあたって (声明) (2000 年 4 月 1 日)」 社会民主党ホームページ < <http://www5.sdp.or.jp/comment/2000/> > 2014 年 3 月 27 日閲覧.

自由民主党, 1979, 『日本型福祉社会 (自由民主党研究叢書 8)』 自由民主党広報委員会出版局.

自由民主党, 2005, 「自民党政権公約 2005」 慶應義塾大学マニフェスト研究会ホームページ < <http://www.mag.keio.ac.jp/manifesto/archive.html> > 2014 年 3 月 27 日閲覧.

自由民主党, 2010, 「自民党政策集 J-ファイル 2010 (マニフェスト)」 自由民主党ホームペー



ジ < <https://www.jimin.jp/policy/pamphlet/> > 2014 年 3 月 27 日閲覧.

人事院, 1999, 『フランス ENA 官僚の実像：人事院創立 50 周年記念セミナー報告書』人事院.

政府・与党医療改革協議会, 2005, 「医療制度改革大綱（2005 年 12 月 1 日）」厚生労働省ホームページ < <http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihoshho/iryouseido01/> > 2014 年 3 月 27 日閲覧.

政府・与党社会保障改革協議会, 2001, 「社会保障改革大綱（2001 年 3 月 30 日）」首相官邸ホームページ < <http://www.kantei.go.jp/jp/kakugikettei/2001/syakaihoshyou/syakaihoshyou.html> > 2014 年 3 月 27 日閲覧.

政府・与党社会保障改革協議会, 2001, 「医療制度改革大綱（2001 年 11 月 29 日）」（吉原健二, 和田勝, 2008, 『日本医療保険制度史（増補改訂版）』東洋経済新報社, pp. 823-8）.

総務省統計局『国勢調査』.

第二次臨時行政調査会, 1981, 「行政改革に関する第一次答申（1981 年 7 月 10 日）」（臨時行政調査会 OB 会編, 1983, 『臨調と行革：2 年間の記録』文真舎, pp. 237-61）.

第二次臨時行政調査会, 1982, 「行政改革に関する第三次答申——基本答申（1982 年 7 月 30 日）」（臨時行政調査会 OB 会編, 1983, 『臨調と行革：2 年間の記録』文真舎, pp. 273-357）.

中医協の在り方に関する有識者会議, 2005, 「中央社会保険医療協議会の新たな出発のために（2005 年 7 月 20 日）」厚生労働省ホームページ < <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/07/s0720-7.html> > 2014 年 3 月 27 日閲覧.

中央社会保険医療協議会・診療報酬調査専門組織・慢性期入院医療の包括評価調査分科会, 2005, 「慢性期入院医療実態調査（中間集計結果）（2005 年 11 月 11 日）」厚生労働省ホームページ < <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/11/s1111-3.html> > 2014 年 3 月 27 日閲覧.

内閣府編, 2006, 『経済財政白書（平成 18 年版）』国立印刷局.

日本医師会, 2010, 『日本医師会会員数調査（平成 22 年 12 月 1 日現在）』.

民主党, 2007, 「Manifesto 2007」民主党ホームページ < <http://archive.dpj.or.jp/policy/manifesto/> > 2014 年 3 月 27 日閲覧.

民主党, 2009, 「民主党の政権政策 Manifesto2009」民主党ホームページ 2011 年 6 月 28 日 < <http://www.dpj.or.jp/policies/manifesto2009> > 2014 年 3 月 27 日閲覧.

民主党, 2010, 「民主党の政権政策 Manifesto2010」民主党ホームページ 2011 年 6 月 28 日 < <http://www.dpj.or.jp/policies/manifesto2010> > 2014 年 3 月 27 日閲覧.

村上泰亮, 蛭山昌一ほか, 1975, 『生涯設計（ライフサイクル）計画：日本型福祉社会のビジョン』日本経済新聞社.

与党医療保険制度改革協議会, 1997, 「医療保険改革の基本方針（1997 年 4 月 7 日）」（丹羽雄哉, 1998, 『生きるために：医療が変わる』日経メディカル開発：日経 BP 出版センター, pp. 93-9）.

与党医療保険制度改革協議会, 1997, 「21 世紀の国民医療——良質な医療と皆保険制度確保への指針（1997 年 8 月 29 日）」（丹羽雄哉, 1998, 『生きるために：医療が変わる』日経メディカル開発：日経 BP 出版センター, pp. 237-56）.

老人保健審議会, 1989, 「老人保健制度の見直しに関する中間意見（1989 年 12 月 18 日）」（岡

光序治編, 1993, 『老人保健制度解説: 第一次、第二次改正と制度の全容』ぎょうせい, pp. 494-500) .

老人保健審議会, 1990, 「老人保健制度の見直しに関する意見 (1990 年 12 月 21 日)」(岡光序治編, 1993, 『老人保健制度解説: 第一次、第二次改正と制度の全容』ぎょうせい, pp. 519-20) .

老人保健制度研究会, 1990, 「老人保健制度研究会報告書 (1990 年 11 月 16 日)」(岡光序治編, 1993, 『老人保健制度解説: 第一次、第二次改正と制度の全容』ぎょうせい, pp. 501-18) .

老人保健福祉審議会, 1996, 「高齢者介護保険制度の創設について (1996 年 4 月 22 日)」(国立社会保障・人口問題研究所, 2005, 『日本社会保障資料 IV』国立社会保障・人口問題研究所ホームページ < <http://www.ipss.go.jp/publication/j/shiryu/no.13/data/kaidai/10.html> > 2014 年 3 月 27 日閲覧.

#### 【政府の方針 (年代順)】

「第 87 回国会における金子一平大蔵大臣財政演説 (1979 年 1 月 25 日)」東京大学東洋文化研究所田中明彦研究室ホームページ (データベース「世界と日本」) < <http://www.ioc.u-tokyo.ac.jp/~worldjpn/documents/texts/fim/19790125.SYJ.html> > 2014 年 3 月 27 日閲覧.

「第 88 回国会における大平正芳内閣総理大臣所信表明演説 (1979 年 9 月 3 日)」東京大学東洋文化研究所田中明彦研究室ホームページ (データベース「世界と日本」) < <http://www.ioc.u-tokyo.ac.jp/~worldjpn/documents/texts/pm/19790903.SWJ.html> > 2014 年 3 月 27 日閲覧.

「第 127 回国会における細川護熙内閣総理大臣所信表明演説 (1993 年 8 月 23 日)」東京大学東洋文化研究所田中明彦研究室ホームページ (データベース「世界と日本」) < <http://www.ioc.u-tokyo.ac.jp/~worldjpn/documents/texts/pm/19930823.SWJ.html> > 2013 年 3 月 27 日閲覧.

「第 130 回国会における村山富一内閣総理大臣所信表明演説 (1994 年 7 月 18 日)」首相官邸ホームページ < <http://www.kantei.go.jp/jp/murayamasouri/speech/murayama.html> > 2014 年 3 月 27 日閲覧.

「第 136 回国会における橋本龍太郎内閣総理大臣施政方針演説 (1996 年 1 月 22 日)」首相官邸ホームページ < <http://www.kantei.go.jp/jp/hasimotosouri/speech/1996/danwa-122.html> > 2014 年 3 月 27 日閲覧.

「介護保険法の円滑な実施に向けて (1999 年 11 月 5 日)」国立社会保障・人口問題研究所, 2005, 『日本社会保障資料 IV』国立社会保障・人口問題研究所ホームページ < <http://www.ipss.go.jp/publication/j/shiryu/no.13/data/kaidai/10.html> > 2014 年 3 月 27 日閲覧.

「規制改革推進 3 か年計画 (2001 年 3 月 30 日)」総合規制改革会議ホームページ < <http://www.w8.cao.go.jp/kisei/siryo/010330/index.html> > 2014 年 3 月 27 日閲覧.

「第 151 回国会における小泉純一郎内閣総理大臣所信表明演説 (2001 年 5 月 7 日)」首相官邸ホームページ < <http://www.kantei.go.jp/jp/koizumispeech/2001/0507syosin.html> > 2014 年 3 月 27 日閲覧.

「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 (骨太の方針) (2001 年 6 月

26 日)」経済財政諮問会議ホームページ < <http://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/cabinet/2001/decision0626.html> > 2014 年 3 月 27 日閲覧.

「規制改革推進 3 か年計画（改定）（2002 年 3 月 29 日）」総合規制改革会議ホームページ < <http://www8.cao.go.jp/kisei/siryu/020329/> > 2014 年 3 月 27 日閲覧.

「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(医療保険制度体系及び診療報酬体系に関する基本方針について)（2003 年 3 月 28 日）」厚生労働省ホームページ < <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2003/04/s0421-7d.html> > 2014 年 3 月 27 日閲覧.

「いわゆる『混合診療』問題に係る基本的合意（2004 年 12 月 15 日）」厚生労働省ホームページ < <http://www.mhlw.go.jp/houdou/2004/12/h1216-1.html> > 2014 年 3 月 27 日閲覧.

「経済財政運営と構造改革に関する基本方針 2005（2005 年 6 月 21 日）」経済財政諮問会議ホームページ < <http://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/minutes/2005/0621/agenda.html> > 2014 年 3 月 27 日閲覧.

「第 165 回国会における安倍晋三内閣総理大臣所信表明演説（2006 年 9 月 29 日）」首相官邸ホームページ < <http://www.kantei.go.jp/jp/abespeech/2006/09/29syosin.html> > 2014 年 3 月 27 日閲覧.

「経済財政改革の基本方針 2007——『美しい国』へのシナリオ（2007 年 6 月 19 日）」経済財政諮問会議ホームページ < <http://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/minutes/2007/0619/agenda.html> > 2014 年 3 月 27 日閲覧.

「経済財政改革の基本方針 2009——安心・活力・責任（2009 年 6 月 23 日）」経済財政諮問会議ホームページ < <http://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/cabinet/2009/index.html> > 2014 年 3 月 27 日閲覧.

## 英・仏語文献

### 【書籍・論文】

- Baldwin, Peter, 1990, *The Politics of Social Solidarity : Class Bases of the European Welfare State 1875-1975*, Cambridge [Cambridgeshire] ; New York : Cambridge University Press.
- Bambra, Clare, 2005, “Cash Versus Services : ‘Worlds of Welfare’ and the Decommodification of Cash Benefits and Health Care Services.” *Journal of Social Policy*, 34(2), pp. 195-213.
- Barbier, Christophe, « L’Europe sociale, c’est possible », *L’Express*, 2385, 20 mars 1997, pp. 24-7.
- Barbier, Jean-Claude et Bruno Théret, 2009, *Le système français de protection sociale*, Paris : La Découverte.
- Baumgartner, Frank R., 1989, *Conflict and Rhetoric in French Policymaking*, Pittsburgh : University of Pittsburgh Press.
- Beau, Pascal (dir.), 1995, *L’œuvre collective : 50 ans de la sécurité sociale*, Paris : Observatoire

européen de la protection sociale.

- Berger, Suzanne, 1987, "Liberalism reborn : the new liberal synthesis in France," Jolyon Howorth and George Ross (eds.), *Contemporary France : A Review of Interdisciplinary Studies*, vol. 1, pp. 84-108.
- Blank, Robert H. and Viola Burau, 2007, *Comparative Health Policy* (2nd ed.), Basingstoke : Palgrave Macmillan.
- Blondel, Marc, 1996, « L'étatisation, antichambre de la privatisation », *Droit social*, 3, pp. 241-5.
- Bonoli, Giuliano, 1997a, "Classifying Welfare States : a Two-dimension Approach," *Journal of Social Policy*, 26(3), pp 351-72.
- Bonoli, Giuliano, 1997b, "Pension politics in France : Patterns of Co-operation and Conflict in Two Recent Reforms," *West European Politics*, 20(4), pp. 111-24.
- Bras, Pierre-Louis, 2004, « Notre système de soins sera-t-il mieux gouverné ? », *Droit social*, 11, pp. 967-78.
- Bras, Pierre-Louis, 2006, « Le médecin traitant : raisons et déraison d'une politique publique », *Droit social*, 1, pp. 59-72.
- Bras, Pierre-Louis, 2009, « La création des agences régionales de santé : notre système de santé sera-t-il encore mieux gouverné ? », *Droit social*, 11, pp. 1126-35.
- Breuil-Genier, Pascal et Frédéric Rupprecht, 1999, « La maîtrise des dépenses de santé, la réforme de l'assurance-maladie (1996-1999) », *Revue française d'économie*, 14(3), pp. 129-66.
- Brocas, Anne-Marie, 2001, « L'universalisation à la française », Christine Daniel et Bruno Palier, *La protection sociale : le temps des réformes*, Paris : La Documentation française, pp. 225-9.
- Cahuc, Pierre et André Zylberberg, 2010, *Les réformes ratées du président Sarkozy*, Paris : Flammarion, « Champs actuel ».
- Campbell, John Creighton, 1977, *Contemporary Japanese Budget Politics*, Berkeley : University of California Press (= 1984, 小島昭, 佐藤和義訳『予算ぶんどり : 日本型予算政治の研究』サイマル出版会) .
- Campbell, John Creighton, 1992, *How Policies Change : the Japanese Government and the Aging Society*, Princeton, N.J. : Princeton University Press (= 1995, 三浦文夫, 坂田周一監訳『日本政府と高齢化社会 : 政策転換の理論と検証』中央法規) .
- Carcassonne, Guy, 2013, *La Constitution* (11<sup>e</sup> éd.), Paris : Seuil.
- Crisol, Pierre et Jean-Yves Lhomeau, 1977, *La machine RPR*, Paris : Fayolle.
- Dammame, Dominique et Bruno Jobert, 2000, « Coalitions sociales et innovations institutionnelles : le cas du 'plan Juppé' », Michèle Tallard, Bruno Théret et Uri Didier (dir.), *Innovations institutionnelles et territoires*, Paris : L'Harmattan, pp. 185-203.
- De Kervasdoué, Jean, 2004, *L'hôpital*, Paris : Presses Universitaires de France, « Que sais-je ? ».
- De Kervasdoué, Jean (dir.), 2000, *Carnet de santé de la France en 2000*, Paris : Syros.
- Downs, Anthony, 1967, *Inside Bureaucracy*, Boston : Little, Brown (= 1975, 渡辺保男『官僚制の

- 解剖：官僚と官僚機構の行動様式』サイマル出版会）。
- Dubergé, Jean, 1984, « Résistance comparée à l'impôt et aux cotisations de couverture sociale », *Revue française de finances publiques*, 5, pp. 35-67.
- Duval, Julien, 2007, *Le mythe du « trou de la sécu »*, Paris : Raison d'agir.
- Duverger, Maurice (dir.), 1986, *Les régimes semi-présidentiels*, Paris : Presses Universitaires de France.
- Esping-Andersen, Gøsta, 1990, *The Three World of Welfare Capitalism*, Cambridge : Polity Press (=2001, 岡沢憲英, 宮本太郎監訳『福祉資本主義の三つの世界：比較福祉国家の理論と動態』ミネルヴァ書房)。
- Esping-Andersen, Gøsta, 1997, “Hybrid or Unique? : the Japanese Welfare State Between Europe and America,” *Journal of European Social Policy*, 7(3), pp. 179-89.
- Esping-Andersen, Gøsta, 1999, *Social Foundations of Postindustrial Economies*, Oxford ; New York : Oxford University Press (=2000, 渡辺雅男, 渡辺景子訳『ポスト工業経済の社会的基礎：市場・福祉国家・家族の政治経済学』桜井書店)。
- Estévez-Abe, Margarita, 2008, *Welfare and Capitalism in Postwar Japan*, New York, N.Y. : Cambridge University Press.
- Fantino, Bruno et Gérard Ropert, 2008, *Le système de santé en France : diagnostic et propositions*, Paris : Dunod.
- Förster, Michael and Marco Mira d'Ercole, 2005, “Income Distribution and Poverty in OECD Countries in the Second Half of the 1990s,” *OECD Social, Employment and Migration Working Papers*, 22, Paris : OECD.
- Freeman, Richard, 2000, *The Politics of Health in Europe*, Manchester : Manchester University Press.
- Galant, Henry C., 1955, *Histoire politique de la sécurité sociale française*, Paris : Armand Colin.
- Gaxie, Daniel (et al.), 1990, *Le « social » transfiguré : sur la représentation politique des préoccupations « sociales »*, Paris : Presses Universitaires de France.
- Genieys, William, 2005, « La construction d'une élite du Welfare dans la France des années 1990 », *Sociologie du travail*, 47, pp. 205-22.
- Giaimo, Susan, 2001, “Who Pays for Health Care Reform?,” Paul Pierson (ed.), *The New Politics of the Welfare State*, New York : Oxford University Press, pp. 334-67.
- Gibaud, Bernard, 1986, *De la mutualité à la sécurité sociale : conflits et convergences*, Paris : Editions ouvrières.
- Guillaume, Pierre, 1999, « L'assurance maladie-maternité-invalidité-décès dans les années trente », Michel Laroque (dir.), *Contribution à l'histoire financière de la Sécurité sociale*, Paris : La Documentation Française, pp. 243-71.
- Guillaume, Sylvie, 2002, *Le consensus à la française*, Paris : Belin.
- Hassenteufel, Patrick, 1997, *Les médecins face à l'État : une comparaison européenne*, Paris : Presses de Sciences Po.

- Hassenteufel, Patrick, 1997, « Le ‘plan Juppé’: fin ou renouveau d’une régulation paritaire de l’assurance maladie? », *La Revue de l’IRES*, 24, pp. 175-89.
- Hassenteufel, Patrick, 2003, « Le premier septennat du plan Juppé : un non-changement décisif », Jean De Kervasdoué (dir.), *Carnet de santé de la France 2003*, Paris : Dunod, pp. 123-47.
- Hassenteufel, Patrick, 2012, « La sécurité sociale, entre ruptures affichées et transformations silencieuses », Jacques de Maillard et Yves Surel (dir.), *Les politiques publiques sous Sarkozy*, Paris : Presses de SciencesPo, pp. 341-60.
- Hassenteufel, Patrick (dir.), 1999, *L’émergence d’une “élite du Welfare”? Sociologie des sommets de l’État en interaction. Le cas des politiques de protection maladie et en matière de prestations familiales (1981-1997)*, Rapport de recherche pour la MIRE.
- Hassenteufel, Patrick (dir.), 2008, *Les nouveaux acteurs de la gouvernance de la protection maladie en Europe (Allemagne, Angleterre, Espagne, France)*, Rapport de recherche pour la MIRE.
- Hassenteufel, Patrick et Bruno Palier, 2005, « Les trompe-l’œil de la gouvernance de l’assurance maladie. Contrastes franco-allemands », *Revue française d’administration publique*, 113, pp. 13-27.
- Hatzfeld, Henri, 1971, *Du paupérisme à la sécurité sociale : essai sur les origines de la sécurité sociale en France 1850-1940*, Paris : Armand Colin.
- Hayward, Jack and Vincent Wright, 2002, *Governing from the Centre : Core Executive Coordination in France*, Oxford : Oxford University Press.
- Huber, John D., 1996, *Rationalizing Parliament : Legislative Institutions and Party Politics in France*, Cambridge : Cambridge University Press.
- Ikegami, Naoki, 2006, “Should Providers Be Allowed to Extra Bill for Uncovered Services? Debate, Resolution, and Sequel in Japan,” *Journal of health politics, policy and law*, 31(6), pp. 1129-49.
- Immergut, Ellen M., 1992, *Health Politics : Interests and Institutions in Western Europe*, Cambridge : Cambridge University Press.
- Jeong Hyoung-Sun and Jeremy Hurst, 2001, “An Assesment of the Performance of the Japanese Health Care System,” *Labour Market and Social Policy Occasional Papers*, 56, Paris : OECD.
- Jobert, Bruno, 1981, *Le social en plan*, Paris : Éditions ouvrières.
- Johanet, Gilles, 1998, *Sécurité sociale : l’échec et le défi*, Paris : Seuil.
- Join-Lambert, Marie-Thérèse (et al.), 1997, *Politiques sociales* (2<sup>e</sup> éd.), Paris : Presses de la Fondation nationale des sciences politiques et Dalloz.
- Kato, Junko, 2003, *Regressive Taxation and the Welfare State : Path Dependence and Policy Diffusion*, Cambridge : Cambridge University Press.
- Lacam, Jean-Patrice, 2000, *La France, une République de mandarins? : les hauts fonctionnaires et la politique*, Bruxelles : Éditions Complexe.
- Laroque, Michel (dir.), 1999, *Contribution à l’histoire financière de la Sécurité sociale*, Paris : La Documentation Française.
- Laroque, Pierre, 1946, « Le plan français de Sécurité sociale », *Revue française du travail*, 1, pp. 9-20.

- Lescure, Guy et Dominique Strauss-Kahn, 1983, « Pour une réforme du prélèvement social », *Droit Social*, 4, pp. 245-50.
- Masnago, Franz, 1978, « Les charges indues », *Droit social*, 9/10, pp. 116-27.
- Merrien, François-Xavier, 2000, *L'État-providence* (2<sup>e</sup> éd.), Paris : Presses Universitaires de France, « Que sais-je? » (=2001, 石塚秀雄訳『福祉国家』文庫クセジュ) .
- Niskanen, William A., Jr, 1971, *Bureaucracy and Representative Government*, Chicago : Aldine, Atherton.
- OECD, 1981, *The Welfare State in Crisis*, Paris : OECD (=1983, 厚生省大臣官房政策課調査室ほか監訳『福祉国家の危機：経済・社会・労働の活路を求めて』ぎょうせい) .
- Olson, Mancur, 1965, *The Logic of Collective Action : Public Goods and the Theory of Groups*, Cambridge, Mass. : Harvard University Press (= 1996, 依田博, 森脇俊雅訳『集合行為論：公共財と集団理論（新装版）』ミネルヴァ書房) .
- Palier, Bruno, 2005, *Gouverner la sécurité sociale. Les réformes du système français de protection sociale depuis 1945*, Paris : Presses Universitaires de France, « Quadrige ».
- Palier, Bruno, 2010a, “Ordering Change : Understanding the ‘Bismarckian’ Welfare Reform Trajectory,” Bruno Palier (ed.), *A Long Goodbye to Bismarck? : the Politics of Welfare Reform in Continental Europe*, Amsterdam : Amsterdam University Press, pp. 19-44.
- Palier, Bruno, 2010b, “The Dualizations of the French Welfare System,” Bruno Palier (ed.), *A Long Goodbye to Bismarck? : the Politics of Welfare Reform in Continental Europe*, Amsterdam : Amsterdam University Press, pp. 73-99.
- Palier, Bruno, 2011, *La réforme des systèmes de santé* (5<sup>e</sup> éd.), Paris : Presses Universitaires de France, « Que sais-je? » (= 2010, 林昌宏訳『医療制度改革：先進国の実情とその課題』文庫クセジュ) .
- Passeron, André, 1984, « Le parti d'un homme », *Pouvoirs*, 28, pp. 27-34.
- Pierson, Paul, 1994, *Dismantling the Welfare State? : Reagan, Thatcher, and the Politics of Retrenchment*, Cambridge, England ; New York : Cambridge University Press.
- Pierson, Paul, 1996, “The New Politics of the Welfare State,” *World Politics*, 48(2), pp. 143-79.
- Pierson, Paul (ed.), 2001, *The New Politics of the Welfare State*, New York : Oxford University Press.
- Piketty, Thomas, 1998, « L'emploi dans les services en France et aux États-Unis : une analyse structurelle sur longue période », *Économie et Statistique*, 318, pp. 73-99.
- Ranade, Wendy, 1998, “Reforming the British National Health Service : all change, no change?,” Wendy Ranade (ed.), *Markets and Health Care : A Comparative Analysis*, New York ; London : Addison Wesley Longman, pp. 101-21.
- Rochaix, Lise and David Wilsford, 2005, “State autonomy, policy paralysis : paradoxes of institutions and culture in the French health care system,” *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 30(1/2), pp. 97-119.
- Rosanvallon, Pierre, 1992 [1981], *La crise de l'État-providence*, Paris : Seuil, « Points ».

- Ruellan, Rolande, 2003, « Vers une réconciliation de la politique de la santé et de l'assurance maladie », *Droit social*, 4, pp. 410-9.
- Shaughnessy, Scott S., 1994, "The *Cotisation Sociale Généralisée* : an idea whose time had come," *Modern and Contemporary France*, 2(4), pp. 405-19.
- Silberman, Bernard S., 1993, *Cages of Reason : the Rise of the Rational State in France, Japan, the United States, and Great Britain*, Chicago : University of Chicago Press (= 1999, 武藤博己ほか訳『比較官僚制成立史：フランス、日本、アメリカ、イギリスにおける政治と官僚制』三嶺書房) .
- Tabuteau, Didier, 2006, « Politique d'assurance maladie et politique de santé publique : cohérence et incohérences des lois des 9 et 13 août 2004 », *Droit social*, 2, pp. 200-5.
- Tabuteau, Didier, 2010, « La métamorphose silencieuse des assurances maladie », *Droit social*, 1, pp. 85-92.
- Tsebelis, George, 2002, *Veto Players : How Political Institutions Work*, New York : Russell Sage Foundation ; Princeton, N.J. : Princeton University Press (=2009, 眞柄秀子, 井戸正伸監訳『拒否権プレイヤー』早稲田大学出版部) .
- Vinot, Didier, 2002, « Les conférences régionales de santé au milieu du gué : un outil en transition pour une politique de santé publique », *Politiques et management public*, 20(2), pp. 97-115.
- Volovitch, Pierre, 1999, « Egalité devant les soins, égalité devant la santé : quel rôle pour l'assurance-maladie? », *Revue de l'IRES*, 30, pp. 149-76.
- Wilsford, David, 1991, *Doctors and the State : the Politics of Health Care in France and the United States*, Durham ; London : Duke University Press.
- Wilsford, David, 1995, "States Facing Interests : Struggles over Health Care Policy in Advanced, Industrial Democracies," *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 20(3), pp. 571-613.
- Wilsford, David, 2001, "Paradoxes of health care reform in France : state autonomy and policy paralysis," Mark Bovens, Paul 't Hart and B. Guy Peters (eds.), *Success and Failure in Public Governance : A Comparative Analysis*, Northampton, Mass. : Edward Elgar, pp. 184-98.
- Zysman, John, 1983, *Governments, Markets and Growth : Financial Systems and the Politics of Industrial Change*, Oxford : Robertson.

#### 【資料】

- Chadelat, Jean-François, 2003, *La répartition des interventions entre les assurances maladie obligatoires et complémentaires en matière de dépenses de santé*, Commission des comptes de la sécurité sociale, La Documentation française.
- CNAMTS, 2008, « Démographie et honoraires des médecins libéraux en 2006 », *Points de repère*, 23.
- Commissariat général du Plan, 1983, *Financement de l'économie : choix et méthodes*, Paris : La Documentation française.



- Commissariat général du Plan, 1989, *Rapport de la Commission « protection sociale » du X<sup>e</sup> Plan*, Paris : La Documentation française.
- Commissariat général du Plan, 1993, *Santé 2010*, Paris : La Documentation française.
- Commissariat général du Plan, 1994, *Livre blanc sur le système de santé et d'assurance maladie : rapport au Premier ministre*, Paris : La Documentation française.
- Coulomb, Alain, 2003, *Médicalisation de l'ONDAM*, Commission des comptes de la sécurité sociale, La Documentation française.
- CREDES, 2001, « La démographie et l'activité des médecins », *Éco-Santé infos*, 3.
- De Foucauld, Jean-Baptiste, 1995, *Le financement de la protection sociale : rapport au Premier ministre*, Paris : La Documentation française.
- Direction de la Sécurité sociale, 2013, *Les chiffres clés de la Sécurité sociale 2012*, Le portail du service public de la sécurité sociale ホームページ 21 août 2013 < <http://www.securite-sociale.fr/Chiffres-cles-2012-de-la-Securite-sociale> > 2014 年 3 月 27 日閲覧.
- DREES, 2001, « Les médecins - Estimations de 1984 à 2000 - Séries longues », *Série statistiques*, 22.
- DREES, 2005, *Les comptes nationaux de la santé 2003*, Paris : La Documentation française.
- DREES, 2011, *Comptes nationaux de la santé 2010*.
- DREES, 2013, « Comptes nationaux de la santé 2012 », *Série Statistiques*, 185.
- États généraux de la Sécurité sociale, 1987, *Rapport du comité des sages*, Paris.
- Eurostat, 2003, *European Social Statistics : Social Protection Expenditure and Receipts Data 1991-2000*, Luxembourg : Office for Official Publications of the European Communities.
- Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, 2004, *Rapport du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie : 23 janvier 2004*, Paris : La Documentation française.
- IMF, 2013, *World Economic Outlook Database*, IMF ホームページ April 2013 < <http://www.imf.org/external/pubs/ft/weo/2013/01/weodata/index.aspx> > 2014 年 3 月 27 日閲覧.
- INSEE, *Enquêtes Emploi 1975-2012, séries longues*, INSEE ホームページ < [http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg\\_id=0&ref\\_id=NATnon03337](http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATnon03337) > 2014 年 3 月 27 日閲覧.
- Juppé, Alain, 1996, « Intervention du Premier ministre Alain Juppé sur la réforme de la protection sociale », *Droit social*, 3, pp. 221-37.
- OECD, 2009, *OECD Economic Surveys : Japan*, Paris : OECD (=2010, 吉川淳ほか訳『OECD 対日経済審査報告書 2009 年版 : 日本の経済政策に対する評価と勧告』明石書店) .
- OECD, 2011, *Revenue Statistics 1965-2010*, Paris : OECD.
- OECD, 2013, *OECD Health Statistics 2013*, OECD ホームページ November 2013 < <http://www.oecd.org/health/health-systems/oecdhealthdata.htm> > 2014 年 3 月 27 日閲覧.
- OECD, *Social Expenditure Database*, OECD ホームページ < <http://www.oecd.org/social/expenditure.htm> > 2014 年 3 月 27 日閲覧.
- Ruellan, Rolande, 2002, *Rapport sur les relations entre l'État et l'assurance maladie*, Commission des comptes de la sécurité sociale, La Documentation française.

UN, *World Population Prospects: The 2012 Revision*, UN ホームページ < [http://esa.un.org/unpd/wpp/unpp/panel\\_population.htm](http://esa.un.org/unpd/wpp/unpp/panel_population.htm) > 2014 年 3 月 27 日閲覧.

## 新聞・雑誌

『朝日新聞』.

『週刊社会保障』.

『新聞協会報 (紙面展望)』 1999.11.16.

『世界 (特集: 医療崩壊をくい止める)』 岩波書店, 775, 2008.2.

『日医ニュース』 872, 1998.1.5.

『日本醫事新報』 4246, 2005.9.10.

『日本経済新聞』.

『読売新聞』.

*Le Monde*.

*Le Parisien*, 23 juillet 2012.

## ホームページ

経済財政諮問会議ホームページ < <http://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/> > 2014 年 3 月 27 日閲覧.

国民健康保険中央会ホームページ < <http://www.kokuho.or.jp/insistence/index.html> > 2014 年 3 月 27 日閲覧.

首相官邸ホームページ (社会保障の在り方に関する懇談会の開催について) < <http://www.kantei.go.jp/jp/singi/syakaihosyou/konkyo.html> > 2014 年 3 月 27 日閲覧.

全国保険医団体連合会ホームページ < <http://hodanren.doc-net.or.jp/nyuukai/> > 2014 年 3 月 27 日閲覧.

MG France ホームページ < <http://www.mgfrance.org/content/view/337/4004/> > 2014 年 3 月 27 日閲覧.