

## 論文の内容の要旨

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

### 論文の目的

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。本論文の目的は 1970 年代後半以降の日本とフランスにおける公的医療保険改革の展開の異同を、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。

日本とフランスでは社会保険による医療保障が一般化しており、行政官僚制の役割の大きさのような政治システム上の類似性も見られるが、医療保険改革の展開に関しては顕著なコントラストが見られた。すなわち、公的医療保険が一般化されている国のなかでも、日本では総医療費がとりわけ厳しく抑制され、その反面で財源改革は先送りされてきた。他方、フランスでは開業医部門を中心に医療費抑制政策が失敗してきたものの、財源調達方式の改革・財源の拡大は達成された。こうした医療保険改革の展開の違いを解明するために、本論文は日本とフランスの政治制度と医療保険制度を比較分析している。

### 日本とフランスの政治制度

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、ある国における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、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。政府が患者の医療費負担の引き上げや増税など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。

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確立されており、政府原案が議会審議によって重大な変更を被るという事態の発生が抑制されている。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る。

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詳しく検討する必要がある。

#### 医療費抑制の日仏比較

ある国における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、また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・議会が決定可能である。

#### 医療財源改革の日仏比較

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」という与党議員の姿勢によって、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。社会保障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。

#### 本論文の意義

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形成されにくく、財源改革は実現されてきたことを一貫して説明してきた。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である。政治制度のみを見ていれば、なぜ弱体な（強力な）政府が医療費抑制に成功（失敗）したのかという逆説を説明しがたく、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。このことは、今後の医療保険やその他の社会保障制度改革の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。