

勿凝学問 183

国庫負担と社会保障の制度設計
国庫負担はトロイの木馬のようなもの

2008年10月14日
慶應義塾大学 商学部
教授 権丈善一

先週の土曜日は茅野にいて、信州の医療関係者と昼食をとっていた。その時、『中央公論』9月号の「日本の医療は沈没する」特集に話題が飛んだ。そこで誰かが、次のように言う。

「今回の医療制度改革で、結果的に国庫負担が減っている。国庫負担を増やすようにしなければいけない」

窓の外の雄大な八ヶ岳を眺めながら食事をしていた僕は、次のように反応する。

「日医も同じようなことを言っていますよね。彼らが昔から言っているように、国庫負担を9割にすべきと。でも、今回の改革が、実は国庫負担を減らすためになされたものだとしたら、そういう政策提言はどういう意味をもつと思われませんか。

たとえば今、健保組合を解散して、国庫負担が入っている政管健保に移っている企業がいくつかあります。仮に、そうした傾向が今後もつづく、将来、何が起こると思います？ いずれ、政管健保の国庫負担率が引き下げられ、政管健保の保険料率をドンと引き上げる改革が行われますね、きっと。

僕は、国庫負担はトロイの木馬のようなものだと言っています。城の中に入れて無邪気に喜んでいると、それがいずれ暴れ出す。医療には国庫負担は必要ですし、今後増やさなければならぬ。しかし城の中に入れる際には、よほど明確な理由付けをして手綱をしっかりと握っておかないと危ない。国庫負担というのはそういうものなんですよ」

そこにいた市長さん曰く。

「国庫負担はトロイの木馬ねえ・・・なるほど」

この昼食後の講演では、冒頭、「今日のテーマは、“今回の医療制度改革で、結果的に公費負担が減っている。したがって、公費負担を増やすようにしなければいけない” という

言葉の矛盾について考えるための判断材料を示したい」と切り出し、医療の財源調達問題、特に財源としての租税と社会保険料の相違点を理解してもらうことに力点を置いて話をした——まあ、講演が始まる瞬間まで、講義を始める瞬間までと同じように、その日に話す内容をあまり決めていないのがバレたかもしれぬ。。

参考資料

講義が始まる瞬間まで話す内容をあまり決めていないことに関する参考資料

勿凝学問 75 [普通は、度を過ぎてしまえば却ってすべてを喪うものなんだけど・・・
——『日経新聞』4月10日の社説「年金一元化で分かった官のお手盛り」を読んで](#)

国庫負担はトロイの木馬に関する参考資料

勿凝学問 31 [ビスマルクの呪縛——安定性、硬直性、既得権は同じ現象を違った側面からみた評価](#)

および、次の文章は、「勿凝学問 35 [政策論は価値判断と実行可能性という制約条件下で織りなされるアートか——日本医療の選択肢](#)」(5-8頁)より

日本医療の歴史的概観——いったい、何が起きているのか？

口癖、話し方の癖という言葉はあるから、頭癖(あたまぐせ)、考え方の癖というのもあるよさそうなのであるが、みあたらない。かりにそういう言葉があり、そして、「あなたの頭癖は何ですか？」と問われれば、わたくしは迷わず、「いったい、何が起きているのか？と自問すること」と答えるであろう。学生である君たちは、何が起きているのかを分かりたいのであれば、見ればいい聞けばいい経験すればいいじゃないかと思うかもしれないが、それは甘い。何が起きているのかを分かるためには、考えなければならぬのである。医療についてもわたくしの頭癖のせい、昔から、「いったい、いま、何が起きているのか。どれほどの高さからみれば、状況をよくみわたすことができるのか。いかなる仮説で接近すれば事態を最もうまく説明できるのか」と問いつづけてきた経験をもつ。まずは、わたくしに見える医療政策の概観を紹介することからはじめよう。

2001年に出した『再分配政策の政治経済学Ⅰ』に、「日本の医療供給政策と看護婦不足論議」という論文を収めている。この論文の初出は、1993年である。その初出時に、〈国民所得に占める国民医療費への国庫負担割合〉の抑制こそが、政府の関心事であり、それゆえに、政府のご意向に翻弄される医療保障政策にダイナミズムを与える究極の原因は〈国民所得に占める国民医療費への国庫負担割合

>という指標の動向にあるとみなして、この指標を示した図に「医療保障政策のモチベーション」と名付けておいた。この視点は今でもおかしくはないのであるが、1993年 当時に観察した1989年までの状況とは異なり、現在は消費税という間接税の影響が大きくなっている。ゆえに、ここでは国民所得ではなく国内総生産(GDP)を分母として、<GDPに占める国民医療費への国庫負担割合>を「医療保障政策のモチベーション」と呼ぶことにしよう。医療費の規模を評価するのに分母を国民所得ではなくGDPとしなければ、消費税がなかった過去とそれがある現在の比較ができなくなるからである¹(と同時に、この方が重要なのであるが、付加価値税の規模が大きい先進国との国際比較を行うばあいは、GDPでなければならない)。そこで1993年に作った図を、直近のデータ「平成15年度国民医療費」にまで外挿して、再び描いてみよう。

図1 医療保障政策のモチベーション

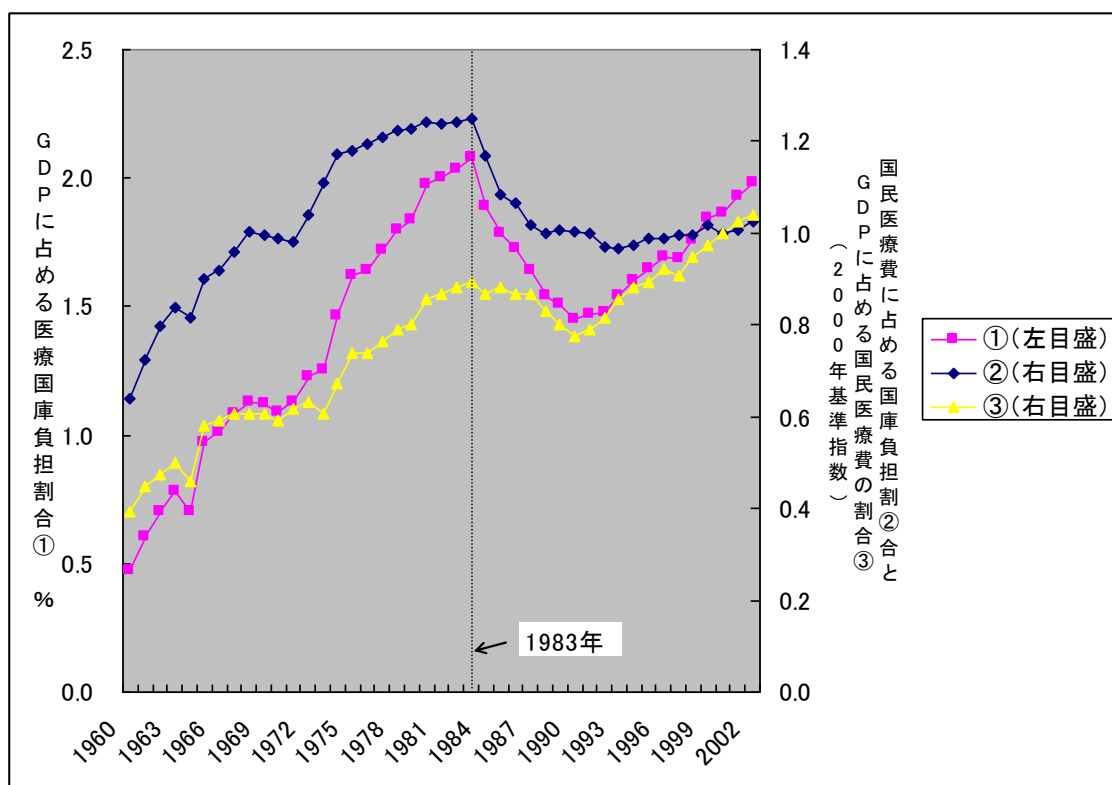


図1を参考としながら、1980年代、1990年代初頭までの医療政策の動きを、1993年のわたしがどのようにみていたのかを紹介しよう。

日本の医療保険制度については、国民皆保険、自由開業医、出来高払いの3原則を「今後も堅持していきたい」ということが、政策当局によって表明されている。この3原則

¹ 国民所得 (NI) と国内総生産 (GDP) には次式の関係がある。

$$NI + \text{間接税} - \text{補助金} + \text{固定資本減耗} - \text{海外からの要素所得の純受け取り} = \text{GDP}$$

則のうちの自由開業医については、実際には「自由」というのは名ばかりで、日本の医療機関は市場と政策の狭間に位置するのであって、医療機関の経営計画は医療供給政策によりコントロールされている。すなわち、医療機関の拮抗力には、医療の消費独占体²、しかもそのなかでリーダーとして働く政府が存在しており、医療政策には政府のモチベーションが強く作用している。こうした、医療機関と政府との拮抗関係ゆえに、医療機関の経営問題は、いきおい、政治問題として議論されることになる。

…中略…

1980年代の医療保障政策のねらいは、図1の医療保障政策のモチベーションをもとにして、次のように要約できる。

まず、シーリング予算編成の枠組みのなかで、高齢人口と比例して伸びゆく年金財政に慎ましくも譲歩しただけではなからうが、厚生行政における医療保障政策は、GDPに占める国民医療費への国庫負担の割合を抑制することを主眼とするようになった(1983年以降のGDPに占める医療国庫負担割合①参照²)。そして、この政策は2方向から展開されてきた(GDPに占める医療国庫負担割合①＝国民医療費に占める国庫負担割合②×GDPに占める国民医療費の割合③)。

ひとつの方向は、“保険医療費の公平な負担および制度の長期的な安定をはかる”という大義名分のもとに、国民医療費に占める国庫負担割合を引き下げる医療保険政策である(②)。この政策は、国民健康保険への法定国庫負担額を、退職者医療制度と老人保健制度というふたつの財政調整制度をとおして、時間をかけて徐々に被用者保険にコスト・シフトする政策と要約できる³。

いまひとつの方向は、“良質で効率的な国民医療を目指して”という名分のもとに、国民医療費の伸びそのものを抑制する医療供給政策である(③)。この医療供給政策の評価規準が、よく知られる「医療費の伸びは国民所得の伸び以内に」という政策目標である。そしてこの政策は、薬価基準、診療報酬点数表、医療法という3つの政策チャンネルをつうじて行われてきた。

まず、「1981年以降は、診療報酬の引き上げを薬価基準の引き下げがほとんど相殺するという、いわば『ゼロサムゲーム』の改定⁴」を行い、長期にわたり薬価基準の引き下げ分を含んだ診療報酬をすえおく。そしてその間、診療報酬改定時に薬価を大幅に継続的に引き下げることによって、薬科差益に依存していたのでは経営が不安定になることを

² 余談となるが、1982年、武見太郎氏は、日本医師会会長の地位を退いている。

³ 老人保健制度において、国、地方自治体が費用負担する老人医療費の30%を除く70%が保険者間の財政調整対象となるのであるが、一気に老人医療費の70%すべての財政調整を行うと、組合健保や政管健保に急激な負担増が生じる。そこで、老人医療費の70%のうち、実際に保険者間の財政調整の対象とする比率を加入者按分率と呼んで、この按分率を1983年の50%から1990年の100%まで徐々に引き上げることにより、組合健保や政管健保財政の激変緩和措置がとられた。

⁴ 二木(1992), p.27.

医療機関に周知せしめ、医療機関の経営体質を変化させる。

さらに、生活自律性を欠く家族を家計内にかかえもつという生活リスクのプーリング機能をはたしていた高齢者の長期入院に、「社会的入院」というレッテルを貼って大衆の思考を停止させる。そして病院から在宅へという御旗を掲げて、高齢者を病院から家計のもとに戻すことによって、「社会的入院」というリスク・プーリング・システムを衰弱させながら、公共から家計へのコスト・シフトを行う。

そしてこの動きと並行しながら、1985年の第1次医療法の改正により、病院の病床投資に足枷を科し、実質的には病床のマクロ規制を行う。次に、1992年の医療法の第2次改正によって、大学病院での研究費と保険医療費の混在の状況を見直すフィールドを設けることを意図した特定機能病院と、今のところ老人病院ではない一般病院を、医療ケアと生活ケアのいずれをも供給する中間施設的な機能をはたす施設に取り込むことをならった療養型病床群を設定した。

ところで、第1次医療法改正が実行性をもちはじめるのは1989年くらいからである。だが、それ以前は、経済政策の失敗ゆえに、バブル経済真っ盛りの時期であった。そしてこの時期、低金利政策という市場環境の渦中にあつた医療法人病院と個人病院の病床数は急増した。その結果、医療法人・個人病院は病床に見合った看護婦の獲得競争に乗り出した。ところが、有資格看護職員はそのほとんどが就業しているという事情も働いて、医療法人・個人病院の看護婦獲得競争は、公私を問わず、かつ病院・診療所を問わず、医療機関全体をも巻き込んで看護婦不足を蔓延させることになる。こう考えると、今回の「看護婦不足」は、病床を増やすときに当てにしていた看護婦を雇用することができなかったという、実に単純な経営計画上の誤算によって生じたということができる⁵。

と、このように、1980年代初頭から1990年代初頭までの日本の医療政策は動いていた——ように、わたくしにはみえていた。〈GDPに占める国民医療費への国庫負担割合〉こそが、医療保障政策にダイナミズムを与える究極の原因であるという視点は、今でもまったく変更する必要はないと思っている。ようするに、今も昔も、政府は、この指標が上昇しないかぎり、医療保障政策にはさほど関心はなく、この指標を押さえることに主な関心があるという仮説は、これまでも、そしてこれからも棄却されることはない真理のようなものであろうと考えている。このあたりの経験も手伝って、後に年金における国庫負担論へと関心が移っていき、年金に国庫負担が導入されれば、その度合いに応じて政府のご意向に年金が翻弄される度合いも増していくという話をしはじめるのである。そのあたりは、権丈(2005)「[2004年、年金改革の意味と意義と、年金論議の攪乱要因](#)」や勿凝学問 28「[バスタブに公的年金を溺れさせる方法](#)」、勿凝学問 31「[ビスマルクの呪縛](#)」などを参考してもらいたい。

⁵ 権丈(2005)〔初版(2001)〕, pp.317-9.

ここではつぎに、10年以上も前にわたくしにみえていた医療保障政策の動向から、現在の鳥瞰図の描写に移りたいと思うのであるが、その前に、GDPに占める医療国庫負担割合①を構成するひとつの要素であるく国民医療費に占める国庫負担割合②が、老人保健制度を通じて、どのように1983年以降引き下げられていったのかを説明しておこう。簡潔に言えば、国民健康保険財政を被用者保険で支えることにより、国民健康保険に投入されていた国庫負担額の削減が図られたのである。