

勿凝学問 222

民主主義における力・正しさ・情報の役割

「高齢者医療制度検討会」における「ポンコツな医療保険」発言以降考えていること

2009年3月21日

慶應義塾大学 商学部

教授 権丈善一

「政策は、所詮、力が作るのであって正しさが作るのではない」

僕が、はじめて世に出した本、『再分配政策の政治経済学Ⅰ』第1章の冒頭の言葉である。

最後の「高齢者医療制度に関する検討会」を終えて、厚労省の1階で、ある記者と話す。「先生が、政策は力が作るとおっしゃったんじゃないですか。高齢者医療費の応能負担なんか無理ですよ」と某記者。

彼らから見れば、東大の岩村先生が、会議の中で言った、次の言葉が説得的に聞こえるのであろう。

「後期高齢者医療制度を見直す際の様々な論点を、丁寧・明快にまとめた『議論の整理』になり、今後の議論に有益なものになったのではないか。ただ、多くの利害関係者の微妙な利益のバランスの上に議論が行われ、今の制度ができ上がっている。これを大きく変えるには相当強い政治的な力がないと難しく、やはり利害関係者の納得を得ながら、やるしかない。」(岩村正彦・東京大学大学院法学政治学研究科教授)

m3.com 3月18日より

第4回の会議で、「費用負担、これは分配問題で(ゼロサムの問題だから)、当事者達に納得してもらうことなどできるはずがなく、私はマキャベリなどが好きで表現が彼流になって申し訳ないけど、こういう問題は費用負担の当事者達にどうすれば諦めてもらえるかという視点が必要になる」などと発言している僕は、こういう会議に利害関係者を呼んで、何年間も繰り返されてきた壊れたレコードのようなポジショントークを聞いてもあまり意味もないと考えているわけで、そういう僕は岩村先生言葉を受けて次のような内容の話をしている。

これまで、今日の会議のフロアーにいるメディア関係の人たちを含めて、ほとん

どの人が、次の事実を知らなかったと思う。

- ✓ 組合健保の保険料率は最高 9.62%、最低 3.12%で、3 倍以上の開きがあり、その差のほとんどが所得と年齢で説明できること。
- ✓ 協会健保の保険料率が 8.2%、組合健保の平均保険料率が 7.308%である一方、ドイツ被用者保険の医療保険料率は 14.6%、フランス 13.85%であること。

私は前回の会議で、これらの事実を国民の常識にしてほしいと話した。平均給与が高いほど医療保険料率が低くなる仕組みの下で、世界一の高齢国家である日本で 3%台の医療保険料率しか負担していない企業があるという事実を国民の常識にしてほしいとも話をした。そしてこれらの事実が国民の常識にまでなれば、医療保険に関わる利害関係者の力関係に変化が起こり、力の均衡として形成される制度は当然変わる。

ところで社会保険としての医療保険というのは、医療のための資源を社会から優先的に確保するためのツール、チャンネルなのですが、日本の医療保険はあまりにもポンコツ過ぎる。保険料率をあげようとする低所得者問題にあっちでぶつかりこっちでぶつかり——これでは、日本の医療を再建するための財源調達は到底できないのだけど、その陰で、大変な得をしているのは、大企業。というよりは、彼らがこういう、保険料率を上げようすれば低所得者問題にあっちでぶつかりこっちでぶつかる、財源調達力の弱い「ポンコツな医療保険」を狙って作った。

医療の再建を図るためには財源調達力の強い医療保険が必要なわけで、それには、低所得層に過重な負担がかからないようにするための改革を、今、しっかりとやっておかなければならない。改革のカギは、医療保険制度の所得再分配を強化させること、つまり被用者保険制度の中での高齢者医療費の負担に応能負担を導入することであり、それは不可能ではない……云々。

なお、「[これまでの議論の概要](#)」に残っているように、僕は、「高齢者医療制度に関する検討会」で、次のような発言もしている。

いつも健保財政赤字と報道されるが、保険料率一定のもとでは医療費が増えれば赤字になるのは当たり前の話である。GDP に占める社会保険料の割合が、日本は他の国に比べて低いことを国民共有の知識として議論の前提に置いてもいいのではないか。(権丈委員)

そういう僕は、最後の「高齢者医療制度に関する検討会」の翌日開かれた日医の「医療政策会議」でも、その翌日に行われた日本医療政策機構の朝食勉強会でも、次のように話をしている——これら 2 つの会合は、日本の中で、医療政策に相当関心のある人たちの集まりであることは確かである。朝 8 時から開かれた朝食勉強会には多くのジャーナリストが出席していたらしいが、彼らはジャーナリストの中でも特に熱心な人が出席していたこ

とも確かであろう。そうした中での話である。

日本の健保組合の保険料率は最低と最高で何倍くらいの違いがあると思いますか？

日本の協会健保の保険料率はどのくらいで、ドイツ、フランスの被用者保険の保険料率はどのくらいだと思いますか？

.....

シーン

.....

まあ、急に質問されても答えられないですよ。

解答は、「組合健保の保険料率は最高 9.62%、最低 3.12%で、3 倍以上の開きがある」「協会健保の保険料率が 8.2%、組合健保の平均保険料率が 7.308%である一方、ドイツ被用者保険の医療保険料率は 14.6%、フランス 13.85%である」です。

とにかく、第 5 回「高齢者医療制度に関する検討会」(2 月 24 日開催)で配付された資料にあった、上のふたつの事実を、覚えておいてください。

こうしたことを国民が知らなかったから、高所得の健保組合が不当に強い権力を持ち続けることができたのであり、彼らが不当に強い権力を持っていたことが、財源調達力が極めて弱い「ポンコツな医療保険」の改革が、過去何年間も実現できなかった原因だと思っています。日本の医療がこうなってしまった原因の中でも、大企業の健保組合が健保連の中で不当に強い政治力を持っていたことは相当に大きいと思います。

しかしながら、国民がたった 2 つの事実、組合健保の保険料率には最高と最低で 3 倍以上の開きがあつて、そのほとんどが所得と年齢で説明できること、日本の医療保険料率はドイツ、フランスの保険料率よりもはるかに低いという、たった 2 つの事実を記憶するようになれば、今まで不可能だったことができるように変わるんです。どう考えても健保連は一枚岩ではない。強力な一枚岩の政治勢力のように見えていたのは、組合健保の保険料率に 3 倍以上の開きがあることが、国民の常識になっていなかったからです。

ここに出席されているみなさんが、この 2 つの事実を知り、それを思考の前提におけば、あとは私と同じロジックを辿って同じ結論に到達すると思います。これまで財源調達力の弱い「ポンコツな医療保険」しかこの国が持つことができなかった原因は、国民が医療保険の制度設計を考える際に必須となる重要な情報を持っていなかったことにあるんです。

私の言う改革案は、技術的には何ら難しいことではない。しかし政治的には難しい問題をかかえていることを承知の上で言っています。だけど、政治的障壁は、み

なさんが持つ情報の質と量が変われば、克服することができる話なんですね。

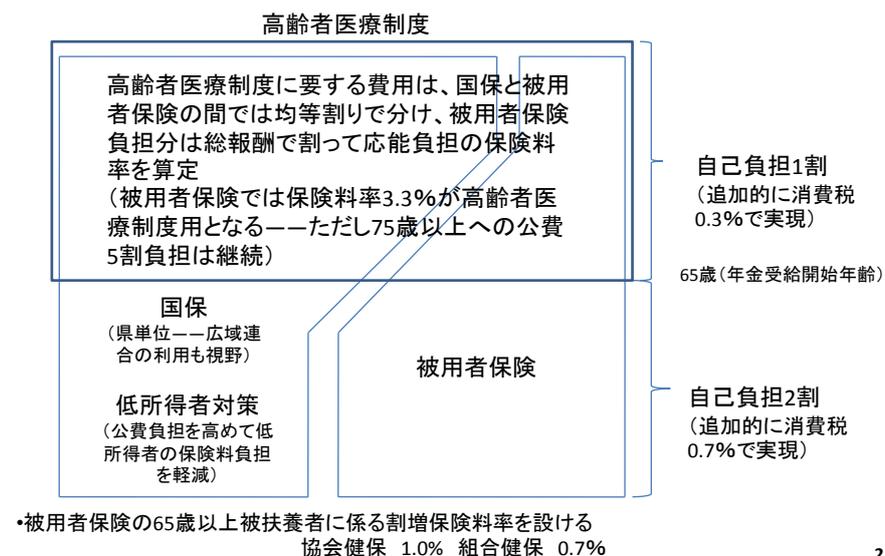
たしかに私は、「政策は、所詮、力が作るのであって正しさが作るのではない」という言葉を作り、そういう考え方を普及させた人間です。しかしながら、いろんな会議ではかの方の話の聞いていると、私は、普通の人よりもはるかに民主主義や政治に希望を持っている人間であることを強く感じます。

3月のはじめに、僕が知人の記者に次のようなメールを送っている。

僕の言っている医療保険改革は、技術的には簡単だけど、政治的には抜本改革なんだよね——でも僕は、まんざら不可能な話ではないとみている。

その改革案とは、これである(第6回高齢者医療制度に関する検討会[権丈提出資料](#)2頁)。

目的: 組合健保の保険料率は最高9.62%、最低3.12%である(2007年度)。65歳以上の高齢者にかかる医療費の財政調整部分だけでも被用者保険に応能負担原則を導入することにより、組合健保の解散を回避し、組合健保のメリットをより多くの国民に享受してもらおう。とともに、ドイツ被用者保険の医療保険料率は14.6%、フランス13.85%であり、日本の今後の医療保険料率引き上げをスムーズに行うことできるように、負担力の弱い層に過重な負担が及ばない準備しておく。



参照: 勿凝学問 211 [別にこだわりがあるわけではない高齢者医療制度改革案——高齢者医療制度に関する検討会への試算要求](#)

たしかに、僕は、はじめて世に本を出した『再分配政策の政治経済学Ⅰ』第1章の冒頭に、「政策は、所詮、力が作るのであって正しさが作るのではない」と書いた。しかしながら、その本の第1章よりも前にある序章の冒頭は、ミュルダールの次の言葉からはじまっている。

Gunnar Myrdal(1930),
Vetenskap och Politih i Nationalekonomien.
山田雄三・佐藤隆三訳(1983)『経済学説と政治的要素』

経済政策の大部分の問題には、利害対立がある。・・・経済学を実践的技術もしくは技術学にするためには、われわれは経済的利害の場を詳しく分析しなければならない。・・・われわれはどんな制度的変化が実現可能であるのかを推定するためには、社会群の間の力の分布を知らなければならない。

僕にはいつも、政策・制度というものが権力ベクトルの均衡として成立しているように見える。そして同時に僕は、どこにどういう力を加えれば、個々の権力ベクトルに変化が生まれ、新たな均衡としての新たな望ましい政策・制度が成立するのかも考えている。そして、そのために、「経済的利害の場を詳しく分析し・・・どんな制度的変化が実現可能であるのかを推定するためには、社会群の間の力の分布を知」る努力をしていたりもする——まあ、たまには居酒屋に集まったりしながらではあるんだけどね。。

必読資料——第6回 高齢者医療制度に関する検討会 [権丈提出資料](#)

特に、3頁、4頁が、本稿で「2つの事実」と呼んだ第5回「高齢者医療制度に関する検討会」（2月24日開催）で、権丈委員要求資料として配付された資料。そうですね、いっそ、次の頁に貼り付けておきます。その前に、ここで論じた内容が、報告書の中では、どのようにまとめられているのかを紹介しておきます。

「高齢者医療制度の見直しに関する議論の整理」 平成21年3月17日 高齢者医療制度に関する検討会
制度の見直しに関する論点 (1) 高齢者の尊厳への配慮について (2) 年齢で区分すること、制度の建て方について (3) 世代間の納得と共感が得られる財源のあり方について 現役世代からの仕送りである支援金や前期高齢者の医療費を支える納付金については、現行制度では、それぞれの保険者の加入者数等に応じた費用負担としているため、財政力の弱い被用者保険の保険者の負担が過重になっている。このため、国保と被用者保険の間は加入者数で均等に分け、被用者保険の中では、財政力の強い保険者が財政力の弱い保険者を支援するものとなるよう、保険者の財政力に応じた応能負担による助け合い・連帯の仕組みにすべきであるという意見があった。

健康保険組合の保険料率一覧（平成19年度決算見込）

【保険料率下位10組合】

	保険料率 (%)	うち事業主負担分 (%)	うち被保険者負担分 (%)	事業主の負担割合 (%)	被保険者の負担割合 (%)	平均総報酬額 (円)
1	31.200	15.600	15.600	50.0	50.0	6,103,734
2	31.200	15.600	15.600	50.0	50.0	2,325,461
3	32.000	16.000	16.000	50.0	50.0	3,657,739
4	42.000	21.000	21.000	50.0	50.0	6,801,378
5	43.500	28.350	14.150	67.5	32.5	9,039,661
6	44.000	22.000	22.000	50.0	50.0	5,733,272
7	44.000	22.000	22.000	50.0	50.0	6,505,243
8	44.000	27.060	16.940	61.5	38.5	12,193,524
9	45.000	27.000	18.000	60.0	40.0	12,303,924
10	45.000	34.000	11.000	75.6	24.4	8,337,996
11	45.000	27.000	18.000	60.0	40.0	8,542,935
12	45.000	22.500	22.500	50.0	50.0	5,203,968

※ 保険料率には、調整保険料率を含んでいる。
 ※ 事業主又は被保険者を切り入れることで、保険料率を低く設定している組合がある。

【保険料率上位10組合】

	保険料率 (%)	うち事業主負担分 (%)	うち被保険者負担分 (%)	事業主の負担割合 (%)	被保険者の負担割合 (%)	平均総報酬額 (円)
1	96.200	53.670	42.530	55.8	44.2	4,855,925
2	96.200	54.690	41.510	56.9	43.1	5,213,639
3	95.930	52.710	43.220	54.9	45.1	5,832,891
4	95.690	50.445	45.445	52.6	47.4	5,197,633
5	95.730	60.490	35.240	63.2	36.8	3,823,252
6	95.640	53.360	42.280	55.8	44.2	3,995,293
7	95.620	50.310	45.310	52.6	47.4	4,345,934
8	95.400	63.220	42.180	55.8	44.2	3,735,460
9	95.380	50.190	45.190	52.6	47.4	3,693,194
10	95.360	60.228	35.132	63.2	36.8	4,605,222

※ 保険料率には、調整保険料率を含んでいる。

健康保険組合各平均（1.5-12歳児：2019年度実績）

保険料率（年度平均）	73.08%	（事業主：40.38%、被保険者：32.70%）
平均総報酬額	5,816,372円	

※ 保険料率には、調整保険料率を含んでいる。
 ※ 平均総報酬額×1.2ヶ月+平均標準給付（年間）

資料1-15

日・独・仏における被用者保険(医療)における
保険料率及び労使負担割合

日本 (2009)	8.2% ^{※1} 労使折半
フランス (2008)	13.85% ^{※2} 被用者:0.75%、事業主:13.10% 別途、年金・医療・介護・家族手当を目的とした「一般社会拠出金」として、 労働所得に7.50%賦課(うち医療分:5.29%)
ドイツ (2009)	14.6% ^{※3} 労使折半

※1 全国健康保険協会管掌健康保険の保険料率

※2 民間商工業の被用者、公務員、年金受給者を対象とした一般制度における保険料率

※3 公的医療保険における保険料率

追記

「高齢者医療制度に関する検討会」の最後に川渕さんが、次のように発言したけど、僕の見解は、塩川座長と同じということは、会議の翌日にホームページにアップ済み。

『1年かけて議論する』と言っていたが、この3月で議論が終わってしまう。それはなぜか。では今後、どうなるか。官僚には申し訳ないが、何も変わらないのではないかとも思う。高齢者医療制度の改善にはいろいろやる必要があるが、誰がそれをやっていくのかが分からず、一抹の不安を感じる」(川渕孝一・東京医科歯科大学大学院教授)

.....

本検討会の座長の塩川正十郎・東洋大学総長(元衆議院議員)は、川渕氏の発言に対し、「6カ月で先生方の意見は十分にいただいた。われわれ(政治家)の議論とは違って、高度な内容だった。非常に効果があったと思っている。6カ月を1年にしたら、よくなるかと言えばそうではないと思う。6カ月でエッセンスは出た」と答えるにとどまった。

m3.com 3月18日より

僕の3月18日のホームページ

- 今朝の新聞を読んで——「高齢者医療に関する検討会」
 - 川渕さんが最後の最後に面白いことを言うから、その後に発言をする機会を逸したけど、僕は、塩川座長の意見、つまり、(本当の理由はどうであれ)これ以上やっても同じだろうという意見に大いに賛成。検討に要する資料は出揃っているし、

今後、利益集団を呼んで話を聞いても5円くらいの役に立つかもしれないが、10円の役には立たないから、僕は欠席するだけだった。それにこの会議、去年の9月25日に開始したわけで、その頃「1年を目途に検討を」と言われていた言葉を、誰も信じていなかったはず。3月まで続いただけでも偶然に偶然が重なった上での結果だし、僕は毎回、「今日が最後かな」と言って帰ってきていた。それにメインの議論は4回目(昨年12月4日)でほとんど終わっていたりもする。今年に入って、報告書を作るという話を聞いたとき、僕は「えっ? なんでもまた?」とビックリしたりもした。

- 経験に基づいて言えば、今回の検討会には利害関係のない人たちだけが参加していたから、今回の検討会ほど、僕が言ったことを、修正されたり但し書きを書き加えられなかったことはない。「両論併記が目立つ」とか「明確な結論が見あたらない」と書いている新聞もあるけど、それは、読解力の問題だ——いや、官僚のねらいどおりの解釈(笑)。複数のプリンシパルに仕えなければならず、それはそれなりに立場があって、最後の手柄は政治家に残していなければならない彼らがまとめる報告書の文章を、(責任のある立場にない)政治家や利益集団、そしておっちょこちょいの研究者集団が書く政策提言書と同じ読み方をしている、ただの無能の評価を受けるだけ。今回の報告書「有権者による議論の整理」と参考資料は、僕が関わった会議の中でも、かなり明確な方向性を示したものに仕上がっている。後は、政治がどれほど歪めるかを見守るだけ。昨日も話したように、報告書と参考資料に示唆してある、財源調達力がおそろしく弱い「ポンコツな医療保険」の改革の道筋を政治が阻めば、医療再建のための財源調達は無理だな。前回話したように、その時は、医療の再建を願う一研究者として、与党の医療保険改革を徹底的に批判するだけのこと。

付録——なぜ、現実論としては、医療の主な財源は保険料なのか?

(ちなみに、現在の医療財源の構成は、保険料 50%、租税 35%、患者負担 15%であり、
保険料が上がれば租税も上がらざるを得ない仕組みになっている)

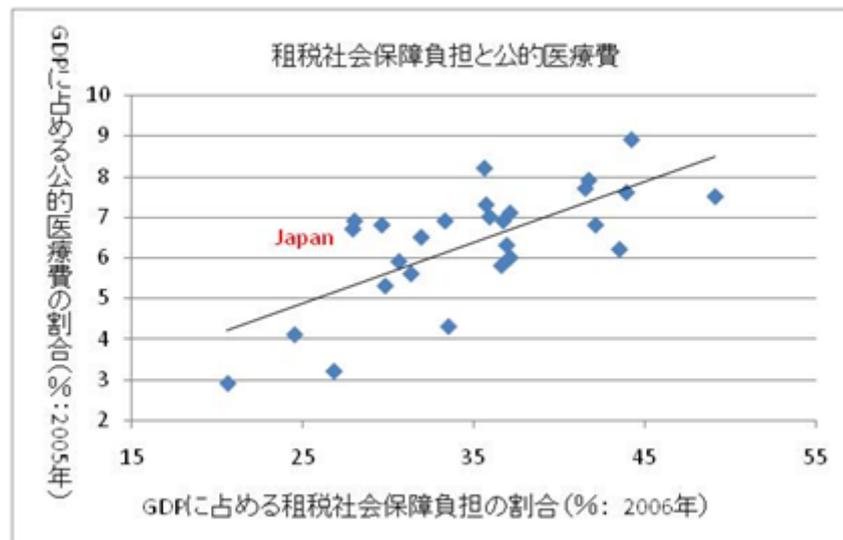
日本歯科医師会(081112)「[権丈教授に医療政策を聞く 第2回](#)」

『日本歯科医師会雑誌』(2009, Vol.61, No.11)28頁

もう一度前に話したことを復習しますと、まず、(再掲) 図4にみるように日本の租税社会保障負担のGDPに占める割合、つまり国民負担率は、OECD諸国30カ国の中で27番目であり、下には韓国、トルコ、メキシコしかないという惨状。この国民負担率を横軸にとって、公的医療費のGDPに占める割合をとった(再掲) 図5をみれば、日本の医療は、負担の割には公的医療費をもらっているという状況です。日本の医療はこの国の負担の水準の割には、政府に大目にみてもらっているんですね。公

共教育費をはじめとした医療以外の他の部門を低く抑えたり、赤字国債を発行することにより、日本の医療は大目にみてもらっているということになります。となれば、今後仮に消費税をはじめとした負担増が実現したとした場合、その財源は医療以外のところに回されると考えるのが、自然であるように思えます。しかし医療にこそ、財源を優先的に確保したいのですよね。そうしますと、社会保険を財源として考えるというのが、現実策として有効ということになると思います。

日本は負担水準の割には公的医療費は大きい
『社会保障の政策転換』57頁



7

Keio University Y Kenjon