

## 勿凝学問 228

えにしの会での事前講演録？

小さすぎる政府の医療政策と日本の医療保険

2009年4月26日

慶應義塾大学 商学部

教授 権丈善一

僕が最も苦手な仕事は講演録の校正——これが去年悟った最大のことであった。すでに終わったことであるために、まったくやる気がおこらない。結果、何日間も気分が重く他のことをやる気にもなれない。のみならず、締め切りをはるかに過ぎてても、それでもやる気がおこらない。この問題について同じ経験をしたことのある先輩の先生から、講演録の校正がある時は、事前に書いていった方がはるかに楽ですよとのアドバイスを頂いた。

ということで、最近では、講演録の校正があるかどうかを事前に問い合わせ、必要な時は、事前に文章を書き上げていってそれを読み上げることにした。と言っても、準備した文章と実際の講演は、気温、湿度等々、種々の事情ゆえにやはり中身が違ってくる(?)。そこでここでは、4月25日土曜日の[えにしの会](#)<sup>1</sup>のためにせっかく準備していた文章をアップすることにした。

その文章に入る前に、3点ほど弁明を。

一つは、お昼の1時から顔が赤かったのは、お酒を飲んでいただけではなく、えにしの会の2日前の慶應創立記念日に、学生とテニス、バーベキューというゴールデンコースで遊んでいたからです。。。



そして今ひとつのシンポジウム途中退席は、福岡での高校時の同窓会のためなのですが、中には、高校同窓会よりもシンポジストとして最後までいることの方が大切じゃないのかと思われる方がいらっしやったかもしれないので・・・。

<sup>1</sup> えにしの会については、[福祉と医療、現場と政策をつなぐHP](#)をご参照下さい。

高校時代の先生を囲む会でして、先生は 83 歳。こういう大がかりな会が、ふとしたきっかけで高校卒業後 29 年経って初めて企画されまして、先生は体育の先生でして、長い教師生活の中でも担任をなさったのは 3 年間のみで、その 3 年間に私を 3 年間担当してくださり、しかも、私の母親も高校時代にその先生に習ってまして、その上ご高齢ゆえに、1 次会で帰られる予定でしたから、なんとしても会が終わるまでには福岡の会場に到着しなければならなかったわけです。大熊さんからの講演依頼は、最初、その日は先約があるのでとお断りしたのですが、数日後「あきらめきれずに、お願いメールです」との連絡を受けて、引き受けました。途中退席を認めてくださった大熊さんのお陰で、同窓会では集合写真に無事間に合いました。



そして 3 つめは、大学で社会保障論を受講している学生さんへ。本年度に入って 3 回授業をやったけど、まだ規範経済学の学説史的検討——日頃みんなが使っている経済学の思考ツールを誰がどういう意図を持って作ってきたのか——などをやっていて、講義の中では「社会保障」の「社」の字も出てこない。しかし、先日の授業の最後に言ったように、僕はまんざら社会保障を知らないわけでもないことを分かってくれればと思って……。過去にも春は「社会保障」のことにほとんど触れなかったことは何度かあるけど（去年、社会保障国民会議があったから話していたけど、あれはマレ）、秋から具体的な制度の話に入るためには、今やっていることは必須なんだよね。ここにある文章を読めば、それが少し分かります。

と、土曜日に壇上で顔が赤かったこと、途中退出の弁明と、誤解をしているかもしれない学生さんへの弁明を終えて、本題に入ります。当日は、次に続く文章中の青文字の部分は省略しました。

まずは、次の資料を印刷してください。

- 当日使用した[パワーポイント](#)
  - もし必要でしたら、[配付資料](#)

さて始めましょう。

まず図 1 2005 年、G7+北欧 3 カ国の GDP に占める医療費の割合をご覧ください。ここで 2 つのことに触れておきます。

第 1 は、医療関係者が良く言うヨーロッパ標準の公的医療費の規模についてです。日本の 6.7%をドイツ並みの 8.2%にするには GDP 比で 1.5 ポイント増、日本の GDP を 500 兆円とすれば 7.5 兆円必要となります。フランス並み 8.9%にするには 11 兆円必要です。ここでみなさんに伺いたい。1 万円札を 100 万円分束にすると、大体 1 cmの高さになります。では 1 兆円とは、どの程度の高さになるのか？

答えは、10 キロです。日本の公的医療費をドイツ並みにするためには 75 キロの高さの 1 万円が必要で、フランス並みだと 110 キロの高さが必要になります。

ここで昨年話題になっていた居酒屋タクシーに例をとれば、だいたい年間に 50 億円が使われていたと報告されました。これは、1 万円を並べて 50 メートルです。今から話をすることに対して、権丈は、政府のムダをどのように考えているのか？というような疑問を抱きながら聞かれる方がいらっしゃるかもしれませんが、私が昔から言っていることは、先月出したこの本にも書いていますように「ムダとして論じられている額と必要な額とは昔から何桁も異なっているし——今言われている程度のムダを俎上に載せることにより、政府にムダがある限り負担増に反対する国民（計数感覚に欠ける善良な市民？）の支持を得ていくことは、今後も技術的には難しいことではないだろう。難しいのは、そうした自分たちの政治戦略そのものが、国民の生活に悲惨さをもたらす原因であるとわかっていながら、彼ら国民を騙し続けていく心の葛藤に打ち勝つことなのである」〔『[社会保障の政策転換](#)』309 頁〕ということです。まずは私がこういう認識をもつ人間であることをご理解いただきたいと思います。ただ、種々の社会保障支出を相似形的に拡大していけばいいと考えているわけではない。社会保障国民会議の医療介護費用シミュレーションのようにメリハリは必要と考えていることも付け加えておきます。

次に図 1 の左端のアメリカと右端の日本に注目します。

メディケア、メディケイドで国民の 25%しか公的医療制度をカバーしていないアメリカの GDP に占める公的医療費の割合 6.9%の方が、皆保険制度の下での日本の GDP に占める公的医療費の割合 6.7%よりも大きいことを確認しておきます。

次の図 2 は、アメリカのように私的保険に依存した社会と、日本のように皆保険を指向する社会では、いったい何が違うのかを端的に示す図としていつも紹介しています。横軸に家計所得、縦軸に医療サービス支出が取られている。この図は、八代尚宏先生、規制緩和をリードされ、昨年まで経済財政諮問会議の議員でした八代先生たちが、混合診療解禁による市場拡大効果を論証するために作ったもので、1 年半前の 2007 年 11 月の自治体病院全国大会 2007「[地域医療再生フォーラム](#)」で八代先生とご一緒した際、八代先生に、私の考えとの相違点を示すためにも使った図です。

経済学に普遍的に成立する法則などは、まあほとんどなく、たとえば、昔から限界生産力逓減の法則というようなことが言われていたのですが、昨年は、限界生産力は逓減するのではなく逓増することを証明したクルーグマンがノーベル賞を受賞したりしている。ですけど、私は、これだけは法則だろうということを昔から言っているわけでして、それ

は、「市場に任せれば消費水準に格差が生まれる」ということです。かつて『平等か効率か』という本の中で、経済学者オーカンは「食べたら無くなるというくらいしか経済学上の法則はない」と言っていましたけど、私は、「市場に任せれば消費水準に格差が生まれる」というのも法則に加えていいと思っています。問題は、こうした消費水準の格差を、ある特定の財・サービスに関して容認するかどうかなんです。

例えば、図2を見て、八代さん達は、次の事実を読み取られる。

「家計と所得の医療サービス支出の関係をみると、わが国では所得と支出額はほぼ無相関であり、低所得者世帯も高所得者世帯も医療サービス支出額はほぼ同じである。このことから、高所得者の医療ニーズが満たされていない可能性が大きい。一方、アメリカでは所得と医療サービスの相関は高い。所得に応じて国民は多様な医療サービスを購入していることを示唆する」〔八代尚宏編／鈴木玲子(2004), p.286〕

この文章を読んだ大学生たちは、「なるほど、アメリカでは、所得に応じて国民は多様なサービスを購入できるのか」と、アメリカの方が良さそうだなという感想を抱くのではないかと思います。しかし私が、図2を見ると、次の事実を読み取る。

「このことから、皆保険下の日本では医療の平等消費が実現されているのに、国民全般を対象とした医療保障制度をもたないアメリカでは、医療が階層消費化している」〔『医療年金問題の考え方』, p.102〕

社会科学の方法論として、少し深い話をしてあげば、事実というのは本当は価値判断とは独立に存在し得ないんですね。だから私は、自分の本の中で、「いずれのほうか、自分の価値判断に合う事実の読み取りであるのかを、読者は各自で考えてほしい。事実は価値判断とは独立に存在し得ない側面をもつことを、理解してもらえればと思う」〔権丈(2006)III巻, p.102〕という文章を、ついつい書いてしまうわけです。

さて、八代先生との公開討論の際、今この場で説明したことと同じ話をし、八代先生に、結局、先生と私の相違点は、医療・介護、そして保育・教育に関して図2の右の世界を良しとするか、左の世界を良しとするかにあるわけで、このいずれの方が望ましいかは、学問を深めれば決着が着くというような話ではなく、これは、プロ野球でしたら、巨人が好きか阪神が好きかという話なんですと述べるとになります。

経済学では、公と私の境界を考える領域として、20世紀の間、厚生経済学という学問に頼ってきました。これが20世紀半ばに財政学とひとつになって公共経済学へと発展していくのですが、元となっている厚生経済学は、医療、介護、保育、教育などを「政府」に任せるべきか「市場」に任せるべきかについて、まったくと言ってよいほど成功していないんですね。それもそのはずで、これらサービスをパブリックでやるかプライベートに任せるかは、公平を含めた価値判断の問題が絡んでくるのに、20世紀経済学では、正確に言えば、1920年にピグーが打ち立てた旧厚生経済学を1932年にライオネル・ロビンズが否

定して「新」厚生経済学に切り替えて以来、経済学では公平に関する価値判断を排除してしまっただけです。そして主流派の**新**厚生経済学の中では、効率という価値基準一本で議論をすることになります。

公共財とか外部性を論じる際に使っている価値基準は効率のみです。それ一本の価値基準では、医療、介護、保育、教育などを論じることはできません。ただし、公平という価値基準を議論に導入するとなれば、この概念は本質的にポレミック、多義的、論争的なものですから、答えを一本に絞ることはできなくなります。だから公平を持ち込むと経済学が科学ではなくなるという理由で、ロビンズ以降、経済学は効率、つまりパレート効率一本で議論を進めることになったわけです。だけど、世のため人のためになるんだったら、別に科学でなくてもいいじゃないかというアプローチを、私はある時期から取るようになり、図2の右と左のどっちが良いかは、「趣味の問題だ」「価値判断の問題だ」と表現するようになるわけです。内心は、自分でやっていることはライオネル・ロビンズが否定したケンブリッジ系のモラル・サイエンス、政治経済学だと思っているし、いずれはこのアプローチが、今の主流派経済学に取って代わらなければいけないと思ってやっているわけですけどね。

要するに、公と私の境界というのは、図2を抽象化した図3に要約されるわけですし、ここでは医療ですけど、ほかに介護、保育・教育についても、これらのサービスを必要に応じて利用できる平等消費型の制度を選好するか、それとも支払い能力に応じて消費に格差が生まれる階層消費型の制度を選好するか。この選択肢において人間というのは、どうしてもひとつのグループにまとめることができないほどに対立してしまう。のみならず、経済界、使用者団体というものは、どんな状況であれ図3の右側の社会から利益を得る団体でもあるところから、実にいろいろと厄介な問題が起こってくるわけです。

したがって、私が昔から、学会をはじめどこでも言っている話が登場するわけで、本当は、図3の右と左を選好する人たちが支持するふたつの政党が、一国の中に準備されるべきなんです。イギリスだったら労働党と保守党があり、アメリカだと民主党と共和党に別れていて、それぞれ右と左を支持しているわけです。ところが日本は、そうはなっていない。だから私は、「経済学者をはじめとした人びとのイデオロギー対立は、保育・教育、医療・介護をめぐる平等消費選好と階層消費選好の分岐点で生じるものである。ゆえに、日本の政界再編も、(政治家の都合ではなく)この分岐点に基づいて行われることが、投票者にとって望ましい」『[社会保障の政策転換](#)』295頁』と、公の場ではいつも論じることになります。

先日、昨年の社会保障国民会議で座長を務められていた吉川洋先生とシンポジウムで一緒に、私の考えはイギリスだと労働党、アメリカだと民主党に近いという話をしましたら、それから15分くらい経って吉川先生が、権丈さんは民主党を支持するとおっしゃっ

てますがと、いつのまにか日本の政治の話に変わっていました。私は、手元に持っていた『社会保障の政策転換』の頁をおもむろに開き、「政権が変わって、民主党や、上げ潮派が力をもてば、僕はすべての公務から撤退するつもりですので、来年は100%暇になります。また、飲みに行きましょう！」という文章を紹介しました。皆様も、私はアメリカの民主党に近いという発言が、日本の民主党に近いと誤解されないようにくれぐれもお願いいたします。本を読んでもいただければよく分かると思います。

さて、次の頁にある、公的医療保険の役割というところで、公的医療保険が行っている3つの再分配ということを書いています。これは、ある勉強会で、経済学者が、保険は給付反対給付均等の原則を充たすべきであり、医療にしろ年金にしろ、公的保険はその原則から逸脱しているの、ちゃんと原則に沿うように改革すべきであると論じているのを聞いて、経済学というのは罪作りな学問だ、まじめに勉強した人をまったく役に立たない、否、有害無益な存在に育て上げてしまうという感想を抱いて作った考え方です。公的医療保険は、保険的再分配という給付反対給付均等の原則を充たす再分配を行っている上に、所得の高い人から低い人への垂直的再分配も行っている。さらには、健康な人から病弱な人へのリスク間再分配も行っているわけです。このうち民間でできることは、保険的再分配のみであり、垂直的再分配とリスク間再分配を行うべしと意思決定をしたら、その民間医療保険会社は倒産するので、それは公的に運営するしか方法はないんですね。これも、垂直的再分配をするかどうか、リスク間再分配をするかどうかという価値判断の問題に帰着するわけです。「民間でできることは民間に」と絶叫されていた方もいらっしやいましたが、公的医療保険を民間に委ねると、垂直的再分配とリスク間再分配は捨てざるを得なく、それでは医療を必要に応じて利用できる社会を設計することはできない。それを私は支持しない。だから、公的医療保険を支持する。ただそれだけのことなんです（『[医療年金問題の考え方](#)』30-32頁）。

さて、こうした私流の考え方の基礎を話した上で、次に、社会保障とはなんぞやという話、その問題と表裏の関係にある「政府の利用価値」とはなんぞやという話をしたいと思います。

社会保障の役割を考えると私の独自の説明の仕方が、図4の「再分配政策としての社会保障政策」になります。私独自と言ってもこの図4は、マイクロソフトが出しているエンカルタという百科事典にある図ですので、百科事典にも載っている一般的な説明方法でもあります——というのは、冗談で、10年以上前に、エンカルタの「社会保障」の項目を書いたのは私で、その時にこっそりとこの図を書きこんだだけなんですけどね。

さて今、みなさん全員が家計に所属しています。そして家計は、労働力とか資本とか土地という生産要素を持っています。これら生産要素を市場に供給して、われわれは所得を

得るわけです。労働に対する見返りが賃金、資本に対する見返りが配当・利子、土地に対する見返りが地代です。市場による所得分配を経済学では1次分配と呼んでいまして、1次分配を全て足せばGDP、あるいは国民所得になり、これをYで表しておきます。1次分配をもらうときの分配の原則は一体何なのかというと、貢献原則です。どれだけ市場に役に立ったかで受け取る所得額が決められます。ところが、世の中には貢献原則に負けず劣らず重要な分配原則として、必要原則というものもあるわけです。昔のインディアン映画を見たとき、若い衆が獲物を獲ってきたら、酋長さんが「おまえのところには今、病人がいたよな。肩の肉を持っていけ」と分配を決める場面がありました。必要原則にもとづく分配の例ですね。

18世紀の半ばにイギリスで産業革命が起こって、その革命の中で多くの社会システムが市場に組み込まれていきました。市場に組み込まれていくことによって必要原則で分配されていた領域がドンドンと狭められ、貢献原則が支配する世界になっていったわけです。この動きを支えた思想が第1回目の自由主義で、この前まで流行っていたのが新しい自由主義、つまり新自由主義ですね。その古い方の自由主義思想の絶頂期に、エンゲルスが罵倒した1834年新救貧法、つまり「プロレタリアートに対するブルジョアジーのもっとも公然たる宣戦布告は、マルサスの『人口論』と、それから生まれた1834年新救貧法」というような制度が生まれるわけです。そうした社会では何が起こるかということ、例えば病人は市場に貢献できないけれども所得の必要性が高いところから、所得の一次分配と必要原則との乖離が生まれてきます。この乖離が大きくなってくると、統治が難しくなってきます。例えばディケンズがいくつもの小説を書いて格差社会を告発したり、マルクスが1848年に『共産党宣言』の中で労働者は団結せよと宣言したり、1867年には『資本論』のI巻を出たりします。そして実際の所得分配と必要原則との乖離に苦しむ人たちが、ノブレスオビリージを意識する層が動きはじめます。彼らは能力に応じて働き必要に応じて分配する、社会主義、共産主義社会を目指したわけです。この動きが、経済界が支配し、自由主義思想が支配した社会に対して揺さぶりをかけることになります。

市場があらゆるものを飲み込んでしまっていた19世紀の半ばの社会では、当時の統治者たちが、ちょっとやばいぞということ意識して、図4の右側の社会だけだと危ないので、まずは1870年代ビスマルク時代のドイツ帝国が、図4の左側にある租税社会保険料の負担

**T**を課して、高齢者あるいは病気の人に必要に応じて分配をしていく政策をはじめます。

つまり市場による貢献原則に基づいた分配を、政府が必要原則に基づいて修正する再分配政策が展開されるようになります。規模的には小さかったのですが、そうした、貢献度に応じた分配と必要度に応じた分配のバランスをとる再分配政策が社会保障**B**なんですね。

今の時代になってくると、ほとんどの国が分配面において、貢献原則と必要原則を融合した形で国を統治しています。このバランスの取り方を手段として、一国の統治者たちは

権力闘争をすることになります。

ここで、私の言う、社会保障とは何かという定義が出てきます。それは「社会保障とは、ミクロには貢献原則に基づいて分配された所得を、必要原則に基づいて修正する再分配制度であり、マクロには、基礎的消費部分を社会化することにより、ひろく全国に有効需要を分配するための経済政策手段である」〔『[社会保障の政策転換](#)』63頁〕というものです。

日本という国の不幸は、社会保障のマクロ部分を誰も強調しなかったことにあると思っています。社会保障は両大戦間期のケインズ革命を機に飛躍的に動きはじめるわけですが、ケインズ革命というのは、彼をライバル視していたシュンペーターが喝破しているように、「ケインズ理論の「教義は、実際にはそうっていないかもしれないが、貯蓄をしようとする者は実物資本を破壊するということ、ならびに、貯蓄を通じて、所得の不平等な分配は失業の究極的な原因となる」〔『[年金改革と積極的社会保障政策](#)』166－7頁〕ことを証明したことにあるんですね。

1947年に『ケインズ革命』を記したクラインは、その中で、「高水準の消費経済こそじつに資本主義にとって長期にわたる宿望である。〔中略〕高水準の消費を達成する最大の可能性は、現在では社会保障計画のなかに見出される」という形で社会保障をケインズ理論の中に位置づけました。さらには、ハンセンというサミュエルソンの先生だった経済学者は、「社会保障と社会福祉の広範かつ包括的な体制が、有力な安定化要因として着実かつ永続的に作用する。それは不況に底入れをする。それはあたかも、購買力を広く全国にわたって分配する大きな灌漑組織のような役割をする」と、なかなか本質を見抜いたことを言っていたわけです。

当時の欧米の経済学者は、経済政策としての社会保障の役割を認めていた。そして大陸ヨーロッパでは、社会保障のマクロの役割を積極的に活用した国造りが進められ、良くも悪くも後戻りできない大きな福祉国家が作られた。ところが日本ではその視点が欠けていた。この、再分配が結局は資本を成長させ、雇用を保障するというマクロの視点が無いことには、経済界の論理に対抗できるはずがありません。それがこの国が、経済界の短期的視野に立つ言い分にしたがった国造りをさせられた原因のひとつだろうと私は思っています。

このあたりの話に触れた論文が2003年に書いた「積極的社会保障政策と日本の歴史の転換」でして、この論文に基づいて私は今、「社会保障重視派こそが成長重視派に決まっているのではないか」という論陣を張っているわけです。この積極的社会保障政策という政策アイデアについては、今週の『[週刊東洋経済](#)』に紹介されていますので、ご参照いただければと思います。

さて、ここで次の話題、政府の規模とその機能という話に移る前に、ミクロな側面における「政府の利用価値」〔『[医療政策は選挙で変える](#)』320頁〕についてまとめておきましょう。

政府というのは、特定の対人サービス、医療、介護、保育、教育等を必要原則に基づいて平等消費するための唯一の政策手段として存在するわけです。みなさんがどんなに政府を憎んだとしても、こういう機能を果たしてくれる存在は、政府しか無いわけで、政府を利用したくないということになれば、これら、医療、介護、保育、教育などは、支払い能力に応じて階層消費化される社会しか設計できません。

もうひとつ重要なことは、今日の政府は、不確実性と人間の安心欲求の溝を埋める最後の砦として存在しているということです。市場経済のダイナミズムはとても魅力的なもので、われわれは市場の魅力を捨てることはできません。しかしながら、市場は余りにも不確実なものなので、われわれは、その不確実性から生活を守る最後の砦として政府を利用しているわけです。その最たるものが公的年金でして、私が年金部会なので、誰かが「政府がやっていることは結局は辻褃合わせだ」と発言したりすると、「当たり前だ、その辻褃合わせをする権力を持っているから、政府は終身年金を運営することができるんだ」などと発言するのは、なにも相手を挑発して遊びたいからではなく、ちゃんとした私流の経済理論に基づいていることをご理解いただければと思います<sup>2</sup>。

さていま、再分配政策としての社会保障、政府の利用価値を確認しましたので、次に、これを賄う財政の話に入ってみたいと思います。

まず、OECDなど先進諸国の国際比較を行ってみると、それぞれの国の大きさとその国のかたちというのは、図5に抽象化することができます。ここでBは社会保障給付です。政府支出の中で社会保障以外のGのGDPに占める割合は、実は国の規模とあまり関係がありません。強いて言えば、大きな政府のG/Yは大きい。しかしながらなぜだか、日本人は、このG/Yが他国に比して大きいと信じ切っている。大きな政府か小さな政府かというのは、基本的には社会保障の大小が決めるんです。小さな政府とは、分配を貢献原則に比重を置いた社会（奢侈品は多いが、必需品は不足）であり、大きな政府とは、分配を必要原則に比重を置いた社会（必需品は充実しているが、奢侈品は多くない）なんですね（『[再分配政策の政治経済学Ⅰ](#)』147-8頁）。

図6は、医療関係者がしばしば言う、租税社会保障負担から社会保障として家計に返ってくる割合を還元率と呼んで、日本の還元率はなぜ低いのか？を示した図です。

例えば民医連などは、「支払った税金+社会保険料」に対する社会保障への還元率もスウェーデン75.6%、ドイツ58.6%、イギリス59.0%に対して、日本はわずか41.6%にすぎません。税金を医療や社会保障のために使えという主張は当然の要求です」とどこかの政党と同じようなことを言う。

還元率B/Tを大きくするためには、国の規模を大きくしなければなりません。小さな政府のままでは無理なんです。

---

<sup>2</sup> 「[年金問題はなぜもめる？](#)——あなたの常識をひっくり返す 不確実性の経済学入門」  
〔『週刊東洋経済』2008年9月1日号〕参照。

さて、今からピッチを上げます。

社会保障は再分配政策なのですから、社会保障を充実させるためには、いったんは租税社会保障負担という形で政府にお金を預けなければならない。この租税社会保障負担のGDPに占める割合を見てみますと、日本は、OECD30カ国のなかで、下から4番目。日本の下には、韓国、トルコ、メキシコしかない。図8は、横軸に65歳以上高齢人口の割合を取り、縦軸に図7のGDPに占める租税社会保障負担の割合をとっています。高齢化というのは医療介護のニーズ、のみならず少子化対策のニーズも表しています。

トルコの高齢化6%水準は、日本では1950年代から1960年代。Always三丁目の夕日の時代です。それと同程度の負担水準で、高齢化水準世界の日本のニーズにみあった再分配政策、つまりまともな社会保障を展開できるわけがない。埋蔵金がどうだこうだと流行っていますけど、フローとしての所得を政府に預けないで、フローとしての給付を政府が分配できるはずがない。本日の主催者の大熊さんは、1994年の頃に、国民負担率ではなく国民連帯率と呼ぼうとおっしゃられています<sup>3</sup>。言葉は大切です。もし当時、そういう呼び名に変わっていれば、今の日本は随分と変わっていたと思うのですが、残念ながら、日本では国民負担率と呼ばれ続けました。だから、ここでも国民負担率と呼ばせてもらいます。

図9は横軸に高齢化水準、縦軸にGDPに占める公的医療費の割合をとっています。日本は傾向線のかなり下方、GDP比1ポイント強、財政規模で言えば5兆円ほど低い状態にあります。このあたりが日本の医療に無理を強いている原因になっていると思います。

---

<sup>3</sup> 「膨らむ負担、福祉高める仕組みを シンポ「どう支える超高齢社会」『朝日新聞』1994年5月2日朝刊8面より

大熊由紀子・朝日新聞論説委員

役所言葉として日本で広く使われているのに、海外で通じない言葉があります。「寝たきり老人」がそうでした。そこで、「寝かせきりにされたお年寄り」という言葉を作りました。

海外に通用しない、もう一つの役所用語が「国民負担率」です。「税と社会保険料負担の国民所得に対する割合を表す」とされ、臨調の発想を受けて一九八五年ごろから、大蔵省が使い始めました。けれど、海外の学者は不思議そうに言います。

「国民の負担には本来、自己負担料や、公をアテにできないための民間保険支出が含まれています。それを除いた数字になぜ『国民負担』という言葉を使うのですか。『国民負担率』の少ない米国で国民は自己負担にあえいでいるではありませんか」

「国民負担率」は、「国民連帯率」「連帯負担率」「公的負担率」という言葉に変えた方が実態にあっていると思うのですが。

もっとも、国民連帯率を高くすれば「高福祉」が自動的に実現するというほど事は簡単ではありません。(略)

図10に行きます。図10は、財源は政府のムダをなくせば大丈夫と主張しているような医療団体に呼ばれるときにいつも示している図です。横軸に国民負担率、そして縦軸にGDPに占める公的医療費の割合を取っています。日本は租税社会保障負担の割りにはGDPに占める公的医療費の割合が高いんですね。この図を示しながら、日医から民医連、保団連までの医療団体に呼ばれても、いつも読み上げている文章がありますので、本日も、朗読します。

『[社会保障の政策転換](#)』53-54頁

日本という国の住人は、どうも最近、現行のGDPに占める公的医療費の割合の水準に不満があるらしく、これを増やすべきだと考えているようではある。しかしながら、医療関係者の団体である、日医、保険医協会、保団連、民医連（50音順）などは、負担増などはもってのほか、中には消費税は廃止せよとも言い続け、それらの論を吟味する余裕のないほどに毎日が多忙な多くの医療関係者に、そういう考えを強く信じ込ませてきたようでもある。さらには、「[道路と命、どちらが大切？——財源はある！](#)」などと言っておけば、聴衆から拍手喝采を浴びる風土も、日本という国には根強くある。

日本の医療が今のような危機に瀕するまでになってしまった原因の多くは、実は医療界が揃いも揃って、非現実的な財源政策を信じ切ってきた、もしくは医療団体を傘下に置く政治団体が確信犯的に人びとに広く非現実的な財源政策を信じ込ませ、その信念が、この国の風土として深く定着してきたことにあっただのではなかろうかという思いを強くいただくようになって久しい。彼らはいずれも、田中滋氏が評するように、「よその分野の金を医療にと主張する…情けない主張」を説き続けてきた。

では、医療問題を考える場合、どのような負担増のビジョンを示すべきなのか。ここから話は、これまでの大きな話から、次第に細部に入って参ります。

再び図10をみれば、租税負担を増やした時に、すぐに医療に回ってくることを見込めるかと言えば、それは心もとない。しかしながら、負担増をすれば確実に医療財源が増える方法がある。それは、医療保険です。

そして医療界が、租税、特に消費税に対してどういうスタンスでいるべきかについては、本日の配付資料7頁の上段をご覧ください。これは日本歯科医師会会長の久保さんに、私が3時間、医療政策について講義をするという企画の最後に、彼に言ったことです。

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, 32-33頁)

いっそのこと、医療団体は医療のためではなく介護、保育、教育のために消費税の引き上げは必要だと考えていると言ってみてはどうですか——捨てるこそ浮かぶ瀬もあれです。今は大衆の力、世論の力がかつてないほどに強い時代です。各団体

は世論の支持を得ることが、政治家に働きかけるよりも、まずなによりも重要な時代になっています。

医療への財源を確保するための社会保険料の引き上げや、医療への租税投入の説得に関する言論活動は、医療が崩壊の危機にあることを知っている第3者たる我々が引き受けますから、医療団体という専門家集団は、介護、保育、教育までも視野に入れて、日本の公共部門全体の機能強化、日本人の生活を支える公の部門を総合的に設計し整備していく一番の推進力として、さらには経済界の力に拮抗する生活者代表の勢力として、この国の中で存在感を示してもらいたいと思っています。」

この話は日医でもしました。こういう空也上人的、もしくは葉隠れの的なアプローチは、これまで欲張り村の村長さんと言われ続けてきた日医や日本歯科医師会の人たちに結構気に入られています。

実は去年私がやっていた仕事は、社会保障国民会議の仕事よりは、医療団体の意識改革、方針転換への協力の方が自分では気に入っています。この仕事は、半分以上がキャラクター勝負なわけでして、相手の耳の痛い嫌いなことを言って、ニコッと笑って帰ってくる。ある医療団体からは、「先生のお人柄は、少々きついことを言っても十分カバーできると思います」と講演依頼が来たり、民医連で話したときは、民医連の新聞に「権丈教授はアウェーでの闘いにも臆することなく発言。手加減なく叩かれた民医連だが、表情はスッキリしたもので・・・権丈教授に今後の協力をお願いした」と紹介されたりもしていました。

## 財源調達力を高める医療保険改革

さて、話はいよいよ最後のトピックに入ります。昨年9月に「高齢者医療制度に関する検討会」が立ち上げられました。その検討会のメンバーの1人として私も参加しました。ただ、私は、1996年に書いた論文で「医療保険料率を固定しておきながら医療費の支出が大きくなれば赤字になるのは当たり前のことである。医療保険財政が赤字になっているから、医療支出を抑制すべきであるというのは、ある面、一方的な議論であり、医療保険料率を引き上げるべきであるという議論がでてもよさそうなものである」[『再分配政策の政治経済学』53-54頁]と書いているような人間なんですね。こういうのをメンバーに入れるから、第1回目の会合時に、早速「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良いのではないか」との議事録を残すことになる。そして私がかかなり前から持っていた問題意識を、検討会に私が配付した資料、ここでは図11の目的ということにまとめています。

健保組合の保険料率は最高 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、健保組合の解散を回避し、健保組合のメリットをより多くの国民に享受してもらう。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のできるように、負担力の弱い層に過重な負担が及ばない準備をしておく。

この会議で私は、日本の医療保険制度はポンコツであると発言しました。ポンコツな医療保険という意味は、保険料率を上げようと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ために、日本の医療保険の財源調達力が極めて弱くなっているということです。

図 12 をご覧下さい。ここに均一拠出均一給付モデルを代表するものとしてベヴァリッジ・モデルと書いています。ベヴァリッジ報告では医療に関して NHS を説いていましたので、まあ、所得保障を含めて、均一拠出均一給付で設計された社会保障制度全般をベヴァリッジ・モデルと呼ばせてもらいます。

高齢者の医療費は、各保険者単位で頭割りになっていて、所得という負担能力が考慮されていません。ベヴァリッジ・モデルの年金の見直しが進められていた 1958 年のイギリスの **White Paper** には、「全護送船団のスピードはもっとも船足の遅い船のスピードに合わせられる」と記されているわけですし、ベヴァリッジ・モデルでは、最も負担能力の低い層に負担水準が合わせられ、給付もそれに調整されることとなります。しかし、必要な社会保障給付水準が、現行の均一給付の水準では到底充たされないのであれば、給付ギャップが生じます。日本の医療ではこの給付ギャップが生じているわけです。

この給付ギャップを埋めるには、税を投入するか、それとも医療保険に連帯保険料という名前で応能負担原則を導入し、所得の垂直的再分配を行うしか方法はありません。そして税を投入することに関して、私は、「高齢者医療制度に関する検討会」でいろいろと税の投入の仕方を変えて、そこで投入された税が国保保険料をどれほど引き下げるのかをシミュレーションしてもらったわけです。その結果、前期高齢者医療制度に税を投入したり、後期高齢者医療制度の財政方式を前期に適用したりしても、国保保険料をほとんど引き下げる効果がないことを明らかにしてもらったわけです。公費の支出先で優先順位が高いものは、この国には山ほどあるのだから、前期高齢者医療制度に税を投入する必要は当面なく、高齢者医療の費用については、被用者保険者間の応能負担で賄うのが望ましいということが、検討会メンバーの総意としてまとめられています。

こういうストーリーが、高齢者医療制度検討会のメインストリームでした。そして検討会に出席されていた方の中には、理屈としては権丈の言うことは分かるし支持はするが、これまでの健保連の政治力、経済界の政治力を考えれば、それは実行不可能だという意見もありました。

しかし、私は、いや、無理だと諦めるような話ではないと、会の間中言っていたわけです。なぜ、私が、人よりも、制度の改革可能性について期待を込めた話をするのか。私は、10年から15年前、権力とはなんぞや、政策、力、正しさの関係はいかなるものかというようなことばかり考え、そういう文献を読んでは論文を書いたりしていました。そうした民主主義研究では、ほとんどが世論は利益集団の資金力で形成されることが仮定されていて、モデルの中には利益集団しか登場せず、投票者は登場しません。しかし政策形成には世論が大きな役割を果たすことも時々あるわけですから、私は、Denzau and Munger モデルという、利益集団も投票者も登場するにモデルに着目し、今は、社会保障の講義の中で、権力や民主主義というものを説明するときには、Denzau and Munger モデルを使っています<sup>4</sup>。式で描かれているエッセンスを概念化したのが図 15 です。

右に利益集団がいて、彼らが、政治家のキャンペーン資金を賄い、政治家がキャンペーンを張って有権者の支持を得て投票してもらう。今度は、政治家が法案を作って利益集団に利益を還元するというモデルです。このモデルでは、投票者は、合理的に行動すれば、公共政策に関して無知になるという、「投票者の合理的無知」の仮定<sup>5</sup>がおかれていて、公共政策に無知な投票者は、キャンペーンにまんまと乗り、その場合は、投票者が存在しない利益集団モデルに等しくなります。例えば、健保組合の8割が赤字に転落したというのもひとつのキャンペーンなわけです。しかし、投票者がなんらかの事情があって情報をもつようになれば、キャンペーンは効かなくなり、投票者の存在が政策形成に関わってくる—そういうことが想定されているわけです。

---

4 「再分配政策形成における利益集団と未組織有権者の役割」『再分配政策の政治経済学 I』44-58 頁

5 以下、『再分配政策の政治経済学 I』32 頁における「投票者の合理的無知」の説明  
ダウズが考案し、〈政治の経済学〉の世界では普通に用いられている用語である。投票者の合理的無知という概念は、本章のみならず本書全体を通して、重要な意味をもつ。これは、次のように理解してもらえればよい。すなわち、投票者の合理的無知とは、野菜や果物の値段や、パソコンの価格を調べたり、すてきなデート・スポットを探したりというような日々の生活に有益な情報を得るために費やす時間やお金（コスト）を、公共政策をしっかりと評価するために要する時間やお金に回す気にはとてもなれないという、〈合理的選択の結果として無知〉である、つまり、〈合理的無知〉とは、無能だから無知なのではなく、忙しいから無知であるという意味をもつことになる。

もし、経済学が仮定するように、人びとは合理的経済人として行動するのであれば、多くの人が、合理的無知を選択することは、かなり当然のこととなる。仮に、日々の生活に有益な情報を得るのに費やしている時間やお金を犠牲にして、政策を評価するために、新聞の政治経済面や専門雑誌を毎日数時間読んだり、休日は図書館にこもったりするような生活をしたとしよう。ところが、選挙の際の彼の1票の重みは、投票した人たちの中の1票分にすぎないのであるから、政策評価から得られる期待便益は、かぎりなくちいさなものになる。そうであるのに、必ず見返りが見込める日々の生活情報を得るための時間やお金を、公共政策を理解するために費やす人というのは、政治がとても好きというような趣味をもっている人にかぎられることは、十分に予測できるのである。

私は、現代の民主主義というものを基本的にはこういうモデルに基づいて考えている。だから、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倍以上の開きがあって、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と思っています。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、健保組合の保険料率に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。もし国民が、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」しかこの国が持っていなかった原因は、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、国民が持つ情報の質と量が変われば、医療保険に関わる当事者たち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ってくるし、これまで長年高い政治的障壁と考えられていた問題は、克服することができる話なんです。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」〔『再分配政策の政治経済学 I』21頁〕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、いろんな会議でほかの方の話を聞いていると、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。

逆説的になりますが、民主主義への相当に醒めた見方が、実は、私を、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にしているわけです。

本日の司会を担当されている板垣さんからはじめてインタビューを受けた時、「政治家というのはそこに票田があるしか、説得する術はないんだよ」と話をしました。票田が生まれないと政策は変わらないし、逆に、票田さえ生まれてしまえば政策は変わり得るんです。われわれ研究者も、票田を準備しないまま政治家を批判しても、政治家は気の毒なんです。今日は医療の話をしましたが、年金、さらには税・財政の話にしても、投票者の方を向いて説き続け、投票者の持つ情報の質と量を変えれば、票田の分布に変化が起こり、政策形成に関わる利害関係者の権力にも変化が生じて、力の均衡として形成される制度は当然変わり得ると信じて、あるいは見切って、いろいろと、明るく前向きに、発言したり、文章を書いたりして日々遊んでいるわけです。

時間になりました。本日は、いろいろと話しましたが、全部忘れて、最後に話した医療保険に関するふたつの事実だけを覚えて帰ってくださって大丈夫です。それと1億円は1メートル、1兆円は10キロも覚えてもらいたいところでしょうか。たったそれだけのことを覚えてもらえるだけで、本日の目的は達成というところでしょうか。では、ありがとうございました。