

## 勿凝学問 60

### 「医療費過大推計の法則」が成立する理由<sup>りゆう</sup> ——厚労省陰謀説のウソ——

2006年12月30日

慶應義塾大学 商学部

教授 権丈善一

遅刻は寝坊のせいではないんだけど .....	1
謎解き——「なぜ、厚労省は医療費を過大推計し続けてきたのか」 .....	3
国民医療費は政治で決まることを思考の大前提に置くべし .....	3
複利計算の怖さと医療費の伸び率 .....	7
再分配政策としての医療政策 .....	9

#### 遅刻は寝坊のせいではないんだけど

2009年度の年金財政検証に向けて、社会保障審議会年金部会がはじまった。第1回が、12月27日午後3時から開催された。でっ、のっけから遅刻。年金部会の休憩時間、傍聴席にいた数人の知り合いから、「いきなり欠席だと思いましたよ」とのご挨拶を受ける。まいったものだ。遅刻すると伝えていたのであるから、会議をはじめの前に説明してくれていけばよかったのに（涙）。みんな、冬休みモードに入っているはずの権丈は、3時からの会議に寝坊しているのかと思ったかもしれない・・・なわけないか。

同じ12月27日に、保険局主催の「[医療費見直しに関する検討会](#)」の第1回が開催されていて、それが午後1時から3時までであった<sup>1</sup>。しかも、年金部会と検討会の場所は10分ほど離れている。宇宙戦艦ヤマトのようにワープできない当方は、当然遅刻。年金部会に到着したときには、局長の挨拶が粛々となされていた。でっ、今日の本題は、年金ではなく医療。パートへの厚生年金適用など、論じたいことは山ほどあれど、本日のところは次の文章が書いてある該当箇所をご参照あれ。

2004年年金改革関連法の付則には、厚生年金の適用基準について5年後をめどに見直すと規定されているのであるが、その際の政治過程でどのようなドタバタ劇が展開されるのか、今から傍観するのを楽しみにしている。本稿をここまで読み通された奇特なみなさんも、2009年に予定されている年金財政検証の見どころを是非ともお見逃しなく。

<sup>1</sup> 日経新聞 2006年12月28日朝刊「[公的年金制度改正へ議論 社保審部会](#)」／「[医療費将来意味通し 厚労省 批判受け検討会設置](#)」参照。

2005年3月に、2009年の年金の財政検証を傍観しましょうと書いていた本人が、財政検証のプレイヤーになるなどシャレにならない話ではあるが、その経緯については、[勿凝学問 52の脚注1](#)でも参照されたい。さて医療。

今日は、「医療費見通しに関する検討会」で話をした「医療費過大推計の法則」が成立する理由をまとめておこうと思う。わたくしには、世の中の人たちが、なぜ、厚労省の医療費見通しが、過去、過大であったのかを理解できない理由が理解できない。医療関係者やメディアの方々のなかには、医療費をわざと高めに推計しておいて医療費抑制の機運を盛り上げようとしているという「厚労省陰謀説」とも呼べそうな説を言う人もいるが、それはサスペンスの見過ぎというものである。いまからなぜ厚労省が医療費を過大に推計し続けてきたのかの理由を説明するので、よほどお手すきの時にでもどうぞ<sup>2</sup>。

---

<sup>2</sup> 時間を大いに節約したい方は、次のメールをながめるだけで十分であると思う。「医療費の将来見通しに関する検討会」前夜、二回りほど目上のお友だちに送ったメールである。

- > 頭の整理のための返信不要のメモです。
- > 医療費推計で最も大切な変数は、「医療費の伸び率」です。
- > この医療費の伸び率は、「過去の医療費の伸び率」に基づいて設定されます。
- > そして、ここが誰も言わないところですけど、過去の医療費の伸び率は、過去の
- > 国民所得の伸び率に依存しています。だから、国民所得の伸びが高かった時代の
- > 医療費推計値は高く、国民所得の伸びが低い時代の医療費推計値は低くなります。
- > 結果、たとえば、2025年の医療費推計値は、平成6年推計では141兆円で、平成
- > 18年推計値では65兆円となっていますが、対国民所得比は、12%前後で同じ値に
- > なります。したがって、医療費の予測をするためには、国民所得の伸びと、医療
- > 費の国民所得に占める割合で表現される政策スタンス、つまり経済界がどれほど
- > の政治力をもつかとか、わたくしのような医療費を増やすべしと言う論者がどれ
- > ほど抹殺されるかなどの政治状況を予測しなければなりません。
- > わたくし流の政治経済学からみれば上記のようになるのですが、世間はまったく
- > 異なるアプローチをとっています。なんとも不思議なはなしです(笑)。

## 謎解き——「なぜ、厚労省は医療費を過大推計し続けてきたのか」

次の表1は、検討会での配付資料である。

表 1

### 過去の医療費の将来見通しの比較

	社会保障に係る給付と負担の将来見通し(試算) (21世紀福祉ビジョン)	社会保障の給付と負担の見通し	今回試算 (改革実施前)
1. 公表時期	平成6年3月	平成12年10月	平成18年1月
2. 2025年度の国民医療費の見通し	<b>141兆円</b>	<b>81兆円</b>	<b>65兆円</b>
対国民所得比	10 1/2～13 1/2～14%	12 1/2 %	12.0～13.2%
3. 見通しの前提とした1人当たり医療費の伸び率			
伸び率(高齢化分及び制度改正の影響を除く)	全体 … 4.5%	全体 … 3.1%	全体 … 2.6%
伸び率の算定期間	平成2～4年度の平均	平成2～11年度の平均	平成7～11年度の平均
4. 推計時点における経済成長率の見通し	2000年度まで 5～4% 2001年度以降 4～3%	2010年度まで 2.5% 2011年度以降 2.0%	年平均2.0%、1.5% (2011年度まで 年平均3.0%、2.1%、 2012年度以降 1.6%、1.3%)

14

1994 (H6) 年3月に、2025年の国民医療は141兆円と見込まれた。それが2000 (H12) 年10月には81兆円と43%減、2006 (H18) 年には65兆円であり、12年前の1994年見通し141兆円と比べれば、54%減となっている。予測という意味では惨憺たる結果である。

しかしここで注目してもらいたいことは、いずれの医療費将来見通しであっても、対国民所得比は12%程度で安定しているということである。なぜか？

理由は簡単——1994年のように医療費の伸びが高く仮定されていた時の経済成長率は高く見通されており、2006年のように医療費の伸びが低く仮定されていた時の経済成長率は低く見通されていたからである。では、なぜ、経済成長率伸びの見通しに高低があるのか？

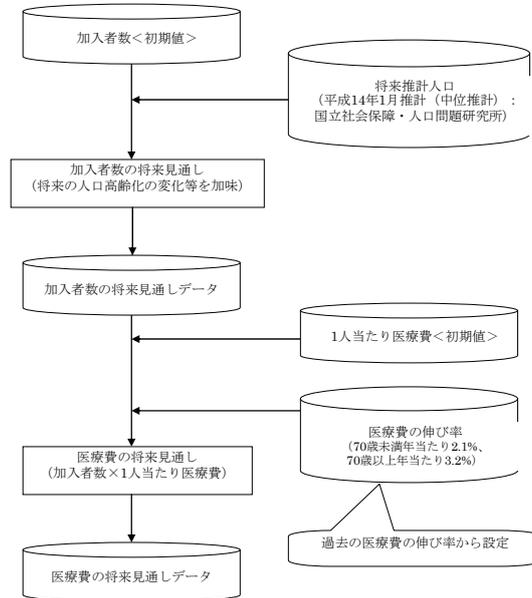
これも理由は簡単。伸び率の算定期間——平均伸び率を算定するためのサンプリング期間——が異なり、1994年のように高い経済成長率が見通されていた時の算定期間の経済成長率が実際に高く、2006年のように低い経済成長率が見通されていた時の算定期間の経済成長率が実際に低かったからである。

### 国民医療費は政治で決まることを思考の大前提に置くべし

ところで、次の図も検討会での配付資料である。

図 1

医療費の将来見通しの手法の概略(改革実施前)

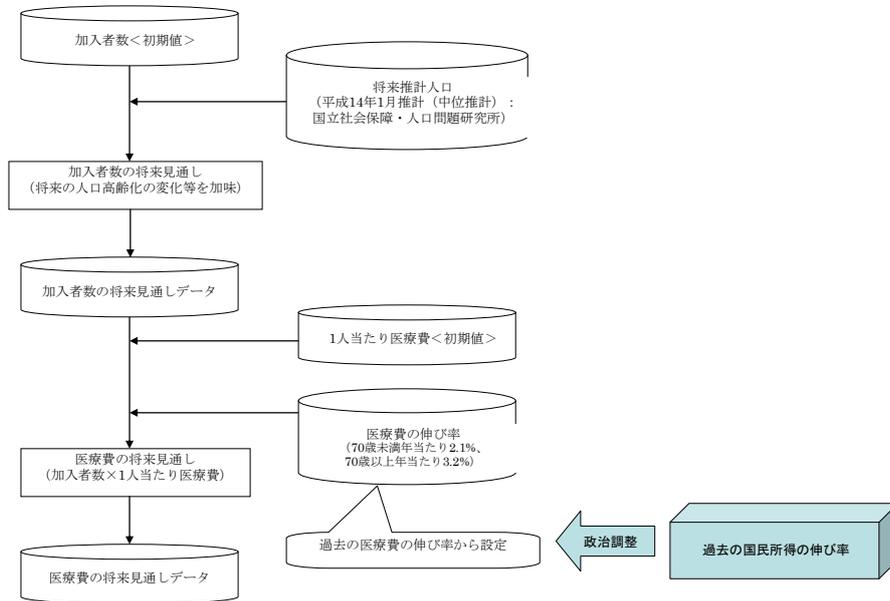


6

これをみると、医療費の将来見通しで最も重要な要因である「医療費の伸び率」が、あたかも医療の世界の外の経済状況とは独立に決定されるかのような描かれ方がされている。しかしながら、こうした厚労省による説明では、誤解を被るおそれがあると思う（厚労省自身が、医療費の伸び率決定のメカニズムに関してわたくしのいう「誤解」をしている可能性は十分にある）。そこで、次のように書き換えておく。

図 2

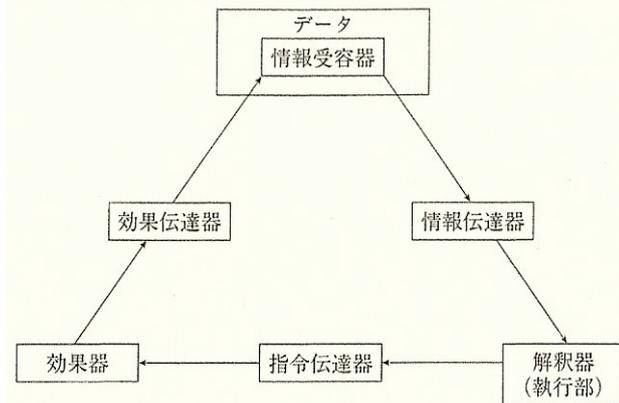
医療費の将来見通しの手法の概略(改革実施前)



6

要するに、医療費の将来見通しで決定的な意味をもつ「医療費の伸び率」は、確かに「過去の医療費の伸び率」に基づいて設定されるのであるが、この「過去の医療費の伸び率」は、「過去の国民所得の伸び率」に基づいて政治的に決められるのである。そのメカニズムは、次の文章から想像してもらおう。

図 5 ホメオスタット機構 (サーモスタットの例)



日本を例にとって医療政策をめぐるホメオスタット機構を説明すれば、第1に、医療費の所得に対する弾力性——医療費の増加割合を所得の増加割合で割ったものであり、これが1のままであると医療費の所得に占める割合は一定となり、1を超えると医療費の所得に占める割合が増加する——がサーモスタットのデータとなる。今これが、1を大幅に超えたとしよう。その時、データに関する情報の受容器、すなわち、各健康保険の財政収支悪化が、目にみえて表れてくる。そこに、情報伝達器の活躍の場が生まれることになり、マスコミ、そして多くの研究者などが、ものすごい勢

いで情報発信を行い始める。この動きは、費用負担者——彼らは、常に、費用負担の増加に抵抗し、できれば費用負担を引き下げたいと願っている——の政治力をアシストすることになる。費用負担者の政治力が高まると、医療費抑制を実行するための政治環境が整いはじめてくる。ここで、解釈器（執行部）、つまり政府が、費用負担者に利し、医療供給と医療を頻繁に利用する人々に不利であり不便となる医療費抑制の政策を、わりとすんなりと作り上げる。そして、ホメオスタット機構の効果器にあたる医療機関が、その政策にしたがわされることになる。

こう考えると、医療費の水準は、医療・福祉ニーズの多寡が決めるのではなく、所得の水準が決め、そしてそのことから、医療供給制度のあり方は、内生的に取り扱われるべきであると論じたニューハウスの仮説は、次のように言い換えることができる。つまり、医療政策をめぐる社会システムが、パーソンズの言うように、ホメオスタット機構に喩えられるものであり、データ受容器で設定される目標としての理想値が、医療費の所得弾力性が1近辺に設定されているという仮説である。そして、われわれが目にする政治経済現象は、このデータを読み取った情報伝達器——マスコミや研究者集団——が、医療保障政策の費用負担者の政治力をアシストし、そこで形成される費用負担者と受益者との間の新たな力のバランスのうえで、解釈器（執行部）——政府——が、医療費をコントロールする政策を実行していく過程である。

権丈(2005)〔初版(2001)〕『再分配政策の政治経済学 I ——日本の社会保障と医療』, pp.212-3.

こういう思考前提があるために、わたくしは、柳澤厚労大臣と先月 11 月に行った座談会の中で次のような発言をすることになる。

話は戻りますが、医療費は野放図に増えるのではなく、診療報酬を何パーセント上げるかという交渉を財務省と厚労省でやりながら、医療費そのものはコントロールされてきているのです。だから、医療費の国民所得に占める割合は、長期的にはきわめて安定してきたのだし、今後も、今の政治姿勢のままでしたら安定し続けます。国民所得の伸び率よりも医療費の伸び率が高くなれば、社会保険料を上げるか税を投入しなければならなくなるので、医療費の伸びを政治が叩きますからね。ですから、将来の国民所得の伸びが過大推計される時代にあっては、厚労省の医療費の予測も100%過大推計になるわけです。厚労省には、医療費を過大推計して医療費抑制機運を高めようというような悪意がなくても、国民所得の伸びとの兼ね合いで医療費が政治的に決まるのですから、高い伸び率の国民所得をベースとした医療費の予測は、国民所得が思ったほど伸びない時代には、必然的に過大推計になってしまうということです。過去20年ほど、医療費の推計をした経済学者たちも、みんな過大推計のミスをおかしていますよ。厚労省に限ったことではない。

『日本歯科医師会雑誌』2007年1月号掲載予定

## 複利計算の怖さと医療費の伸び率

医療費の将来見通しでは、長期的な複利計算を行わなければならない。複利計算とは、なかなか恐ろしいもので、わたくしは、講義のなかで複利の怖さを学生に分かってもらうために、次のような表を作って見せたことがある。

表 2 複利計算の怖さ

利率、成長率なんでもよしのr				
r	20年後	25年後	30年後	35年後
0.5%	1.10	1.13	1.16	1.19
1.0%	1.22	1.28	1.35	1.42
1.5%	1.35	1.45	1.56	1.68
2.0%	1.49	1.64	1.81	2.00
2.5%	1.64	1.85	2.10	2.37
3.0%	1.81	2.09	2.43	2.81
3.5%	1.99	2.36	2.81	3.33
4.0%	2.19	2.67	3.24	3.95
4.5%	2.41	3.01	3.75	4.67
5.0%	2.65	3.39	4.32	5.52
6.0%	3.21	4.29	5.74	7.69
7.0%	3.87	5.43	7.61	10.68
8.0%	4.66	6.85	10.06	14.79
9.0%	5.60	8.62	13.27	20.41
10.0%	6.73	10.83	17.45	28.10

r	倍増に要する年数
0.5%	139
1.0%	70
1.5%	47
2.0%	35
2.5%	28
3.0%	23
3.5%	20
4.0%	18
4.5%	16
5.0%	14
6.0%	12
7.0%	10
8.0%	9
9.0%	8
10.0%	7

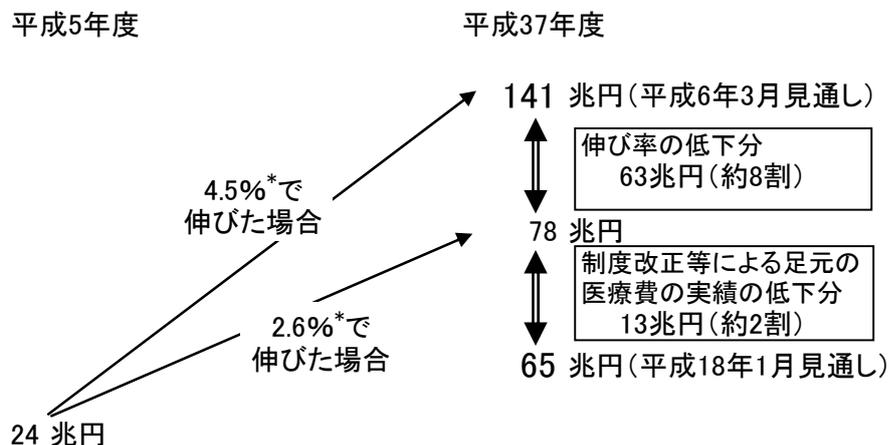
r	10年で倍増させる国民所得倍増計
7.0%	10

検討会の配付資料（図2）にあるように、医療費将来見通しで厚労省が過大推計した原因の7割は、過去、医療費の伸び率を過大に推計していたことで説明がつく。そして、過去、医療費の伸び率が過大に推計されていた原因は、過去、経済成長率が高かったことに

原因がある。

図 3

### 医療費の将来見通しの下方修正の寄与度(粗い評価)



\* 1人当たり医療費の伸び率であり、この他に人口増減・高齢化の影響がある

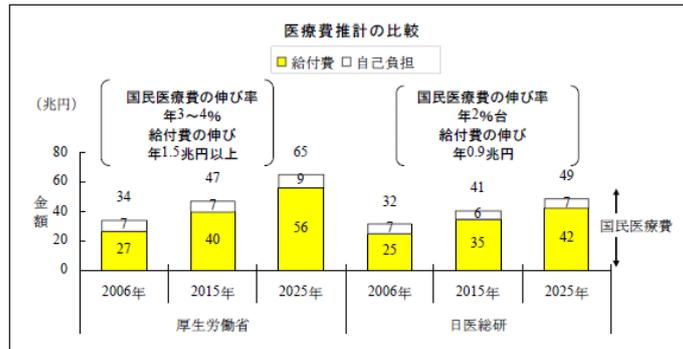
15

さらに検討会では、「各方面が行った推計や意見」の例として日医総研が行った医療費推計が紹介された。厚労省推計よりも日医総研の行った推計の方が、2025年の医療費が小さく推計されているのも理由は簡単。両推計の算定期間が異なり、前者の厚労省の算定期間中の医療費の伸びの方が、後者の日医総研の算定期間中の医療費の伸びが小さいためである。

図 4

## 「2004年度の国民医療費・老人医療費 についての問題認識」より 日本医師会／日医総研(2006年9月5日)

- 2025年度の国民医療費は49兆円



- 厚生労働省推計は、1人当たり医療費の伸びを1995~1999年度の一般2.1%、高齢者3.2%としているが、直近の伸び率(2001~2005年度のうち2002年度を除く)とすると一般1.4%、高齢者1.3%となる。 <sup>2</sup>

それではなぜ、算定期間を厚労省は1995-1999年として、日医総研のように直近をとらなかったのか。その理由は、制度が激変する時期を算定期間として設定することをさけるためであり、この点に関する厚労省の言い分は次のようになる。

※ 過去の実績として将来見通しに用いる期間としては、平成14年5月に公表した将来見通し以降、平成7~11年度の伸びを用いている。この理由は、平成12年度以降、介護保険制度創設や平成14(2002)年改正による健保3割負担の導入など医療費に大きな影響を与える大きな制度改正が毎年のようにあったことから、実績の伸びから制度改正の影響を除くためには、精度の低い方法によらざるを得ず、将来見通しの算定期間にするのは適当でないためである。

この言い分にはさほどの無理はないと思う。つまり、彼らは間違えたことは言っていない。行政の正邪の基準は、間違えたことを言わないことであると思うので、彼らはちゃんと役目はたしていると考えてよいであろう。そう言われてもやはりどうしても、「では、厚労省推計と日医総研推計のいずれの方がよい推計なのかを知りたい」と思う人もあろうから答えておけば、まあ、20年後の名目医療費を論じる限り、どっちもどっちであって、ふたりの占い師を並べてどっちがよく当たるのかを憶測するくらいの意味しかあるまい。

### 再分配政策としての医療政策

世の中の人々は、医療費の予測は、高齢化の進行が影響を与えるような医療ニーズを積み上げていけば行うことができると考えているようなのであるが、医療費はニーズではなく政治で決まるのであり、政治に影響を与える最も大きな要因はその国の所得なのである。ゆえに、将来の医療費は、国民所得の伸びとその時々政策スタンスを正確に予測しなければ、正確に見通せないことになる。少し長くなるが、最後に権丈(2006)『医療年金問題の

考え方——再分配政策の政治経済学Ⅲ』からの該当箇所を引用しておく。

医療費の水準は、高齢化水準とは独立に決まり、その水準はきわめて政治的・行政的に決められるものであり、この意思決定過程に重要な影響を与えるのは所得であるということを紹介した。医療費と高齢化が関連しないという事実から、高齢化が進めば医療費は増加するという命題は偽であるということが分かる。と同時に、高齢化で代表されるような医療ニーズと医療供給の制度的な対応のあり方には、技術的・固定的な関係はなく、それぞれの国では、高齢化がもたらす医療ニーズに対して、多種多様な対応をとっているということも推測がつく。それでは、医療というのは、いかなる要因とも関係なく、ランダムに増加したり、縮小したりするのかというと、そうではない。医療費は、所得と強い関係をもっているものであり、しかもその両者の関係は、所得が高いところでは医療費も高く、所得が低いところでは医療費も低くなるという、正の相関を示している。なぜ、そのようなことが起こるのか。

考えられることは、**医療政策を一種の所得再分配政策とみなす仮説**である。医療費の抑制をはじめとした医療をめぐる政策の転換は、この政策にかかわる人びとの所得の再分配を必ず伴う。所得の再分配政策が変更されるためには、これにかかわる人びとの政治力に地殻変動が生じる必要がある。この政治力の地殻変動を生じさせるのが所得の変動である。すなわち、所得が鈍化・停滞しているなか医療費が増加していると、たとえば健康保険の赤字などが生じる。これをとらえて社会問題視するキャンペーンを、マスコミや研究者などは展開する。このキャンペーンが医療費の費用負担者の政治力をアシストし、費用負担者の政治力が、医療供給者や医療を頻繁に利用している病弱者たちの政治力をしのぐようになる。そして、この政治環境のなかで、政府は医療費抑制の政策を成立させて、その政策を医療機関に実行させる。その逆に、所得が順調に伸びるばあいには、マスコミや研究者たちは口をつぐみ、そのため、費用負担者の政治力は弱まってしまい、彼らの政治力を医療供給者や病弱者の政治力が上回るようになる。こうした意味において、医療政策は、きわめて政治的に意思決定がなされる再分配政策なのであり、それゆえに、医療費は所得の水準によって決まることになると考えられるのである<sup>3</sup>。

それでは、日本の状況はどうであろうか。日本は、長期的な不況のなかで、医療費の増加を相当に問題視する政治環境が整ってきている。こうした政治的な動向は、マクロ医療費分析が、まさに予測することである。しかしながら、日本の医療費の水準は、所得水準で予測される国際標準の医療費と比べて約 10%は低く、そのこと

<sup>3</sup> 医療保障政策は費用負担者からサービス受益者への再分配政策であり、再分配政策の意思決定は政治過程のなかで行われるという視点に立って、医療費が所得と連動しながら調整されていく政治過程を、ホメオスタット機構という思考ツール——社会学者パーソンズが社会システム論に導入した思考ツール——を用いて、権丈(2005)は説明している。

が日本の病院と日本人の住環境との大きなギャップをもたらし、多くの人に入院生活環境の貧弱さを感じさせるだけではなく、患者およびその家族の経済的負担に多くのしわ寄せを生じさせる原因となっていると考えられるのである。この点、アメリカの状況とは大きく異なる。アメリカのように国際標準よりも60%も医療費が高い国でのマクロ医療費の経済分析は、Getzenの研究からうかがい知ることができるように、医療に対する公共介入の度合いを高める——その結果、医療費は抑制され、医療消費の平等性も高める——政策の正当性を証明するという意図のもとに行われている。そして、アメリカが国際標準よりは医療費が極度に高いという例外であるとすれば、日本はその逆で、国際標準よりも低いという例外に位置する。したがって、アメリカの研究者が医療費の分析を行う際の問題意識とは、おのずと異なった意識のもとに日本での分析が行われるのも自然なことである。権丈(2005)はマクロ医療費分析を終えて後、そのような問題意識を提起している。すなわち、「日本の医療費が他国と比べて10%程度低いという事実が、日本の医療の質の低さや、病人をかかえる家族が、かなりの出費を覚悟しなければならない現状の原因ではないということが判明しないかぎり、日本において今日進められようとしている政策を支持する気持ちには、あまりなれない<sup>4</sup>」。

2006年終わり

---

<sup>4</sup> 権丈(2005)〔初版(2001)〕, pp.221-2.