

日本大学経済学部経済科学研究所研究会

【第 172 回】

2009 年 11 月 26 日

日本大学経済学部「金融公共経済学科」開設記念講演

## 日本の医療保険改革

一橋大学副学長・

大学院経済学研究科教授

田 近 栄 治

## 1. 医療制度をどう考えるか

ご紹介いただいたように、私は税制、社会保障、地方財政を中心に財政学の仕事をずっとやっています。今日は「日本の医療保険改革」について、日頃考えていることをお話しさせていただきます。皆さんもご関心の深いテーマだと思いますが、日本は言うまでもなく、高齢化社会に入ってきました。65歳以上の人々が人口の20%を超える。さらに75歳以上の後期高齢者の数も増えていく。こういう中で社会保障が日本の色々な面で深い問題になってきていて、それは高齢者、若い人を問わず重大な関心事になっています。

社会保障というと、「2,200億円」という数字がついこの間まで言われていました。2006年に当時の政権党である自民党が「財政再建をやります。2011年に、国と地方を合わせた税収と歳出をバランスさせましょう。赤字は出さない。そのために社会保障も応分の努力をしてください。2006年から2011年までに、国と地方を合わせて増える1兆6,000億円の予算の削減を行います。そのうち国の削減額は、1.1兆円です」。アバウトな計画で、2006年から2011年までにどうやってカットするのか示していませんが、国の責任としては、5年間で1兆1,000億円をカットしますということですから、1兆1,000億円を5で割ると2,200億円で、「毎年2,200億円カットしましょう」と言ったわけです。

この夏の選挙では、「それは社会保障の切り捨てだ」とか色々言われましたが、皆さん、2,200億円のうち、どのぐらいが実際にカットされたと思いますか。あたかも2,200億円が毎年カットされているようですが、じつは最初の年に雇用保険の一部がカットされただけでした。雇用保険というのは、会社と労働者が保険料を払って、失業すると給付を行う。その給付に対して国が公費で負担する必要があるのか、みんなが保険をかけていて、失業した時にその保険で救済し合うのに、そこでなぜ国が税金で保障しなければいけないのか。それは、大きな問題だということで、実は4分の1ぐらい保障していたうちの一部、800億円ぐらいがカットされたわけです。

それ以降は、色々な論争はあったのですが、実質的にほとんどカットはなかった。カットもしないのに、2,200億円という数字が一人歩きしたのも

面白いと思いますけれども、それが大きな話題になるぐらい、われわれにとって今社会保障というのは大変な問題になっているということです。今日はその中の医療制度について、何が日本で問題なのか、私の考えをお話したい。そのために来ました。

本日持参した『次世代型医療制度改革』（ミネルヴァ書房）という本は、私と、尾形裕也さんという九州大学大学院医学研究院の先生と一緒にグループを作って、2009年8月に出版した本です。そこで、そもそも医療制度とは何かについて、大きく言って2つの観点から検討を加えています。1つは保険、つまり医療保険やその財政をどうするのかについてです。もう1つは、どういう病院を作るのかとか、お医者さんの診療報酬をどうするのか、薬剤の診療報酬をどうするのかといった医療の供給体制をどうするのかです。医療制度改革という時には、この2つ両側面をしっかりとみていかないとならないと思います。

この本で言いたかったことをごく簡単にまとめますと、今日は、若い人もたくさんいらっしゃいますけれども、日本の社会保障の費用、なかでも医療費負担を次の世代に負担をしわ寄せしないような仕組みというのはどういうものだろう。今、そうした負担がどのぐらい将来世代にしわ寄せされているのか。また、制度を持続可能なものとするためには、次世代に負担にしわ寄せを続けられない仕組みが必要だ。結局、負担すべき人が負担しない限り、制度を続けることは不可能だ。それがまず、1つの考えです。

医療提供サービスについては、適切なサービスが提供されているのか。日本の病院をどう変えたらいいのだろうか。日本の病院のなかには、100床以下の小規模な病院がたくさんあるけれども、そこでしっかりした治療ができるのだろうか。病院というのは基本的に、急性期の患者さんの治療にあたるのが仕事で、そのためには、規模も大きく、ちゃんとお医者さんや看護師さんもそろっているべきものです。そこで、急性期の病気の治療をする。それと症状が治まってきたあとの慢性期の治療とは異なるものです。しかし、日本の病院を見ると、この急性期と慢性期の治療、つまり患者さんの扱いがあいまいになっている。その結果、本来病院では集中的に治療して、できるだけ

早く退院すべきなのに、病院滞在日数が長くなる  
とか、日本独特の現象が生じています。だから、  
日本の医療提供体制は、急性期と慢性期のサー  
ビスをきっちり分けるべきだ、そのための工夫とは  
何かというのが、第2点の考え方です。

第3点に言いたかったのは、日本には医療保険が  
色々ありますね。テレビをみていると、宮崎あ  
いさんがアヒルと出てくる保険。あれは、たぶん  
民間のがん保険で、がんになった時に、あるいは  
ある特定の病気になった時におカネをもらうとい  
う保険で、普通皆さんが入っている健康保険とは  
違いますね。健康保険は、病気になった時に、  
がんだろうと風邪だろうとなんの病気であろうと、  
その治療の全体の費用をカバーしているもので  
す。日本では、そういう一般的な保険は民間では  
供給されていないわけですが、そういう市場に  
民間が参入することは可能なのか。また、す  
べきなのか、すべきでないのかについて検討する  
必要がある。

少しまとめますと、この本でやりたかったこと  
は、現在の医療費を後代世代に負担をしわ寄せし  
ない仕組みというのはどういうものだろうか。言  
い換えれば、治療をうけた人がちゃんと負担する、  
そのためには、保険はどうあるべきか。それから、  
第2に指摘したのは、今の日本の医療提供体制は  
適切なのか。そして3番目は民間保険のあり方と  
かその今後についてです。今日はそのなかで、医  
療保険の部分について話したいと思います。

## 2. 日本の医療保険

日本の社会保障負担は今、後代世代へのつけと  
なっていますが、少子高齢化の中で、それがもう  
困難になってきています。ここにいる若い皆さん  
も、年金に加入している人は年金保険料を払って  
いますね。でも、それが保険料として積立てられ  
ていると思っている人は、ここにはいらっしや  
いませぬ。基本的に日本の社会保障は、現役世代  
が保険料を払って、それが同時に高齢世代の受  
取る年金やかかった医療や介護費用に使われる  
仕組みになっています。それを「積立方式」との  
対比で、「賦課方式」と言いますが、高齢者の  
年金や医療・介護給付額が増大して、その財源  
を若年世代の負担で調達し続けることの不安と  
不満が高まっています。また、経済成長の停滞と、  
海外との競

争激化によって、若い人たちの所得が伸びてい  
ないどころか、失業問題も生じていて、若年  
世代に負担を求めるのが、ますます困難となっ  
てきています。

ではどんなふうにつけが、難しくなるのか。こ  
れからも賦課方式が続くとして、年金保険料は  
どうなるのか。簡単な計算を通じて考えてみた  
いと思います。簡単な計算ですが、問題の本質  
を理解するうえでは、役に立つと思います。そ  
こで、かりに年金の所得代替率を50%としま  
す。年金の所得代替率というのは、現役世代の  
平均賃金を100とすると、年金はそのうちど  
れくらいもらえるかということです。(図1参  
照)

ここで、65歳以上が年金をもらうとして、そ  
れを支えるのは20歳から64歳の人たちだと  
します。この二つのグループの人口をみると、  
2005年では3人で1人の年金を負担しなければ  
なりません。現役の人たちの賃金の50%の年  
金を3人で負担するわけですから、賃金から  
払う年金保険料率は、50を3人で割って16.6%  
。この計算、いい加減なことを言っているのだ  
ろうと思われるかもしれませんが、これから厚  
生年金の保険料は引き上げられ、18.3%と  
なることになっていますから、大体目の子で、  
現実を反映しています。そして、これからだ  
んだん恐ろしい話になっていくのですけれど  
も、2025年は1.81人で1人の年金を負担す  
るわけですから、年金保険料率は27.6%。20  
50年には1.21人で1人となりますから、41.3%  
の保険料率になってしまいます。

現役の人の給料の半分は年金で支えますよ、  
そのために若年世代からお年寄りにお金を移  
転しますよ、その仕組みを続けますよと言  
うと、要するにこれだけの負担になります。  
年金の話は、今日はこれ以上しませんけれど  
も、こういう世代間問題があるなかで、社  
会保障をどう考えていくか。毎年、2,200  
億円ぐらいの予算カットを批判の矢面に立  
てても、これからくる社会保障の負担の重  
さから目を背けているだけではないのか。私  
には、そう思えて仕方ありません。

さて、これから日本の医療保険の話に入る  
前に、医療保険の特殊性は何かということ  
について、おさらいをしておきます。それは  
大きくは3つの問題で、まず1つは、医師・  
保険者と患者の間の情報の非対称性です。  
この情報の非対称性は、両サ

イドで起きる可能性があります。医師・保険者よりも患者の方に情報がたくさんあったら、つまりその患者さんが重篤なのか、軽い病気なのか保険者側では分からない時は、おそらく病気がちの人がたくさん保険に入ってきて、保険料が上がり、保険に入る人はいなくなる。保険は、蒸発してなくなってしまう逆選択が起きます。

しかし、それは昔の話で、今はむしろ、逆に医師・保険者の方が患者よりも情報がある場合、例えば、私が何か病気を持っていると、保険者やお医者さんは「田近さん、どうもうちの保険ではあなたの希望を叶えられそうもありませんよ」とか言って、体よく断られて保険に入れないかもしれない。こういう、クリームスキニングとかリスクセレクションの問題が起きやすい。これは、机上の空論ではなくて、保険をマーケットで提供する時に、かなりシリアスな問題として生じます。

2つ目の特殊性は、医療における技術革新や医療の高度化は医療費の抑制につながらないということです。普通、技術革新をすると、物の値段は下がります。それはわれわれ経験していることで、液晶テレビでも、昔は夢のような高嶺の花だったものが、今は技術革新でどんどん安くなっています。ところが医療の悩ましいのは、技術革新が進めば進むほど、値段が高くなる。究極的に個人、個人のDNAに合わせた治療をやり始めたら、いくらコストがかかるか分からない。

そして3つ目の特殊性は、適切な保険を管理したり、医療を提供していくためには、政府の関与が必要だということです。保険を提供する保険者が患者の代理人としてうまく機能するために、政府が適切にマーケットに関与しなければならない。すべてをマーケットに任せていたら、問題が起きるだろう。しかし、必ずしも政府が全部やっつまえばいいというわけでもない。政府が直接、医療保険者となったり、医療提供主体とならなければならないということでは、決してありません。

### 3. アメリカの医療制度改革

このような医療保険の特殊性を踏まえて、今日は日本の医療保険改革についてお話しするわけですが、その前に、アメリカの医療保険がどうなっているかみてみたいと思います。アメリカは無保険者がたくさんいて、ひどい国ではないかと思っ

ている日本人が多いので、医療保険に対してアメリカ政府がどのように取り組んでいるかということを私なりに説明してみたいと思います。アメリカは日本人が思っているほど医療保険制度の面で貧弱な国ではなくて、それなりに苦労しています。特にオバマ大統領は「最大の政治イシューとして、政治生命を賭けて医療制度改革をやる」と言っていて、それが実現するかしないか、2009年12月に決着がつかます【本講義のあと、アメリカ上院議員の補欠選挙で共和党議員が選出されたことにより、医療制度改革の政府案の国会通過は困難となっており、2010年1月現在、まだ決着はなされていない】。その辺の同時放送みたいなのを少ししてみたいと思っています。

その後、日本の医療保険制度についてお話しします。おそらく皆さんは日本の医療保険制度しか経験していないので、医療保険というのはこんなものだと思いかもかもしれませんけれども、実はわれわれの医療保険がいかに特別なものなのか、そこにどういう問題があって、どういう改革があり得るのか、議論したい。当然答えは1つではありませんので、この辺でこの講義も時間切れになるかもしれませんが、その場合は、みなさんとのディスカッションで補足することにします。では、オバマ大統領の話に入ります。

オバマ大統領は政権を取った時から、アメリカのヘルスケアをやりたいのだと言っています。オバマの前がブッシュ、その前のクリントン政権の時にも医療保険の大きな改革をしようとした。それが失敗して、アメリカの民主党としては何とかこれをやりたい。オバマ大統領としては、「75年前、ルーズベルト大統領がアメリカで初めて公的年金の導入をして以来、75年ぶりの改革だ」、それぐらいの意気込みです。それで2009年9月10日、オバマ大統領が議会で医療制度改革について「アメリカには3,000万人ぐらいの無保険者がいる。無保険者を無くしたい」というスピーチをしました。その演説中、「うそつくな」という議員の発言からちょっとしたケンカになった、あの場面を皆さんも覚えていると思います。

アメリカの医療保険は、雇用主提供の保険と、65歳以上の高齢者が全員入るメディケア。メディケイドというのは、厳密には保険ではないけれども、低所得者に対する医療給付です。そして退役

軍人保険。この4つです。雇用主提供の保険というのは、分かりやすく言えば、会社で入る保険のことで、アメリカでもっともポピュラーな保険で、会社を辞めた後の年金も医療も会社が負担する。そういう保険のことで。

オバマ大統領が、先程のスピーチで「アメリカにはこの4つの保険があるけれども、これでいいですか。国なり州なりが提供する公的保険を入れたらどうですか。ただ、もちろん、あなたがもすでに保険に入っているのなら、それをやめて公的保険に入れとは言いません」と新しい保険についてふれました。そして、「改革によって、保険の改善を図る。例えば、既往症のあるなしなどによる保険適用の差別を撤廃するなど、保険の信頼性の向上 (more security and stability) を実現する」という殺し文句を続けました。これは先程言った情報の非対称性の問題で、すでに病気だからといって保険を断られることのないようにしましょうというわけです。

それでは医療保険に入っていない人にはどう対応するかというと、「個人や中小企業が、手の届く価格で入ることのできる新しい保険を作るのだ」と言っています。みんなが入る保険にしましょう。それを「new insurance exchange」と表現していますが、微妙で、何を言っているか分からないところがある。しかし、演説の皮切りで公的保険と直接的に言う、いきなり大統領派と保守的議員との間で戦争が勃発するので、ここはふんわり insurance exchange と言っています。

保険料を払えない人には、tax credits (補助金) を給付しましょう。じつはここで、保険に入っていない人たちには publicly-sponsored insurance (公的保険) を提供しましょうとオバマ大統領は、切り出すのです。これは、今までの民間を中心にしたアメリカの医療保険を政府が乗っ取ることを意味していないと、彼は一生懸命言うわけです。「そうではないのです。公的保険は、自分で集めた保険料だけでやりますよ。ただし、民間よりも規模が大きくなるので、間接経費が節約できます。また、低所得者のための保険料補助などのために今後10年間で90兆円ぐらいかかります。それを医療費の無駄の削減と高額保険料への上乗せ課税、いわゆるキャデラックプランへの課税によって調達して、国の財政への負担は一切かけません」と

思い切ったことを言います。

「私の計画によって、財政赤字が10セントだって増えることはありません。財政赤字にも影響を与えません。そして、公的保険にも国はお金を投じません。しかし、今まで保険に入っていない人がここに入れるようにします。」これがオバマ・プランです。

以下、時間がありませんので、部分的にしかオバマ大統領の演説を紹介できませんが、「私は、民間保険会社を潰すような気はないですよ。しかし、公的保険を導入することで、民間保険を正直 (honest) にさせることができます」。きっと、こういうことを言うと議会の保守派は、大統領の言うことに身構えてしまうのでしょね。「keep insurance companies honest」、つまり、民間の保険会社は、honest ではないと言っているわけです。さらにオバマ大統領は、公的保険が民間保険と競争することで、保険料を引き下げることができると言っています。

オバマ大統領は演説の最後の部分で、「the danger of too much government is matched by the perils of too little」、つまり、公的保険が大きな政府を作ると言っている人はちょっと考えてください、大きすぎる政府の危険の反面には、何もしない政府の危険性もあるではないかと言うのです。「賢い政策がなければ、医療保険は崩壊して、独占的企業である民間保険会社が競争を窒息させて、弱き者が搾取されるのだ」と高揚した感じで、昔のケネディのスピーチのような格好いい言葉でしめくくっています。皆さん、どう思われますか。これが今、オバマ大統領が政治生命をかけてやって仕事です。

さて、それに対して共和党の主張は、どうでしょうか。もちろん彼らもそんなひどいことを言っているわけではなくて、「無保険者に保険料補助を与えることで、保険に入れるようにしましょう。保険を選ぶことを可能とすることが、重要なのです。なぜパブリックオプション (公的保険) なんか作る必要があるのですか」というのが共和党の発想です。そして、「雇用者保険も、保険会社と企業の契約ではなく、個人が保険を選択できるようにする。そうすれば、民間保険会社が競争するようになる。だから、公的保険は不要だ」と言っています。

結果はどうなったかと言うと、2009年9月にオバマ大統領がここで紹介した、政治生命を賭けた大演説をして、2009年11月7日に下院で健康保険法が通過します。下院は民主党が多いのですが、賛成225対、反対215の僅差です。そして、パブリックオプションの導入と、10年間で1.1兆ドル（100兆円）ぐらいのプログラムを認めました。人工中絶には保険を適用してはいけないなどの追加的な事項も加わっています。

上院はどうなっているのでしょうか。アメリカの上院議員は100人です。50州あって、各州2人ずつ選ばれています。フィルバスター（議事妨害）というのをご存じの方もいるかと思いますが、要するに自分の満足のいかない法案があると、一晚中演説して、その間に法案を流してしまおうというわけです。100票のうち60票取ると、そのフィルバスターを阻止して、とにかく議論に乗せることが出来る。民主党の中にもオバマ提案に反対する人がいて、今、非常に盛り上がった議論をしているのですけれども、2009年11月21日ようやく民主党が60票取って、上院で医療保険改革の審議を開始されたところですよ。上院の財政委員会のリーダーであるMax Baucusは「History is knocking on the door. Let's open it. Let's begin the debate.」、これでようやく上院の土俵に上がったと言っています。これから、いよいよ上院の審議に入りますが、民主党と無所属の上院議員のうち4名がパブリックオプションに対して依然反対の意思を表明している。この人たちをどう説得するか、今後が注目されています。

以上のようなアメリカでの議論から、一体われわれは医療制度改革について、どう問題の本質をどう見抜けばいいのだろうか。医療保険をマーケットに任せればいいわけではないことは、皆さんも了承していただけますね。無保険者を保険でカバーするという点は、日本とは状況は違いますが、アメリカはアメリカなりに議論しているわけです。低所得者や中小企業零細事業者の保険料補助は、民主党も共和党も立場の差はない。意見が分かれているのは、オバマ大統領が主張する、政府による保険を導入することで民間保険者を巻き込んだ競争を促進するのか、公的保険には反対で、個人や会社の民間選択を通じる競争促進か、これが彼らの国を挙げた論争になっているというわけ

です。もっと、簡潔に言えば、医療保険に限ってなぜ公的保険が必要なのか、それによって大きな政府となる心配はないのかということだと思えます。もちろん、オバマ大統領たちは、それに対して、小さな政府の危険性を指摘することで、巻き返しを図っています。

## 4. 日本の問題と改革の進め方

### 4.1 日本の医療保険の特徴

それでは日本の話をしたいと思えます。日本の医療保険制度の問題点は一体何でしょうか。私の入っている保険から始めます。私はいま国立大学にいて、国立大学は共済組合に入っていますから、私も共済保険に入っています。そこで、もし私が、国家公務員共済は嫌いだから、一橋大学の教員をやっているけれども、トヨタの健康保険組合に行って「入れてくれますか」と言っても、みんなに笑われますよね。でも、なぜそれがいけないのだろう。あるいは、仕事を辞めると、私の保険は国民健康保険になるわけですが、「30年も一橋大学にいたのだから、国家公務員共済の保険に残りたいのだけど、残してくれますか」と言うと、これも笑われてしまう。残してくれない。こんなのおかしな話ないと思わないですか。なぜ、私に保険を選ぶ権利がなく、たまたま自分がいる職場で保険が決まってしまうのか。おかしいですよ。

それでは、日本の保険はどうなっているか。大雑把に言えば、自営業者とか定期的な職に就いていない人は、高齢者も若い人も国民健康保険です。中小企業のサラリーマンは、これまで政管健保と言いましたけれども、2008年の10月から協会健保に入ることになっています。大企業は健康保険組合です。それがだんだん財政が厳しくなって、例えば、西濃運輸という大きな会社が、健康保険組合を解散して協会健保に入ったりしています。国家公務員は共済組合、私立大学の先生も共済組合です。

医療保険は、すべてマーケットに任せることは出来ない。公的介入が必要だとして、なぜ保険の選択が出来ないのか。「田近さん、どの保険に入っても大同小異ですよ」と言われるかもしれないけれども、大同小異の保険って、一体何なのでしょう。保険者というのは、いったい何をしているのでしょうか。保険者とは、保険料を取って、私た

ちの代わりにお医者さんとの間をつないでくれる組織です。この保険者は一体どんな役割を果たしているのかということです。

今日私が言いたいのは、なぜ保険者の選択が出来ないのかというのがまず第1点。第2点は、なぜその保険は、私たちの一生の面倒をみてくれないのかということです。例えば、ある会社で何十年働いたという人が、60歳で定年を迎えると、その日をもって国民健康保険に移る。なぜその会社は、あるいはその保険は、一生その大切だった会社員の面倒をみないのか。日本人はアメリカの保険の批判は盛んにしますけれども、アメリカの雇用者保険では、退職後の面倒もみてくれています。GMが潰れたのはまさに、社員の一生の保険を支えるレガシーコスト（負の遺産）の肥大化のためです。

また、日本はなぜ年齢で輪切りになってしまうのだろう。それまで保険に入っているのだから、何十年という保険の検診データがある。その人が、60歳になって辞めた後でも、そうした記録を活用して、「こういう健康管理をしたらどうですか」という健康指導をすることも出来るはずですが、それが、輪切りになっているので、途切れてしまう。

では政府はどういうふうに関与すればいいのか。社会的な保険である以上、病気の人も健康な人も、貧しい人も豊かな人もカバーする必要があります。例えば、所得の低い人、病気で所得のない人、さらに病気が長く続いて所得もなくなってしまった人。そういう人を救うには、保険料は国が代わって払ってあげるべきです。逆に億万長者やお金持ちの人からは、しっかり保険料をもらえばいい。国民のみんなが保険に入るようにするのだから、そうした助け合いは必要です。

ところが、今日本はどうなっているかをみますと、例えば、75歳以上の後期高齢者保険を作る時に、75歳以上でも、保険料が払える人、払えない人がいるにも関わらず、後期高齢者は原則、かかった医療費の1割は自分で払って下さい。残り9割のうち半分は、多かれ少なかれ国が払います。あとの半分、つまり全体の45%は現役世代が多くを負担する。思い切って言えば、後期高齢者保険の場合、かかった医療費の1割は自己負担で、9割の半分の45%は国が払うと言っているわけです。それが適切かどうかというのが、日本の医療保険の

根っこの問題です。

お父さんと子どもが小遣いの交渉をする時に、お父さんは「もちろんお金がかかることは分かる。お前もバイトしろよ。ただ、必要な小遣いの半分は、お父さんが払うよ」と言うでしょうか。相当物分りのいいお父さんでも、いくらかかるか分からない小遣いの半分以上を最初から約束することはないでしょうね。「月に3万円あげるから、それで工面しろよ」と言うのが普通ですね。ところが日本の政府は、「いくらかかるか分からないけれども、かかった費用の半分は私が払うよ」と言うわけです。お父さん、失格ですね。一方、先程から言っているように、国民の方は医療保険の選択肢がない。そういう関係になっています。

他にも色々問題があると思いますが、以上説明してきたように、財政的にみて節度のない公費負担、選択の自由のない保険、年齢で輪切りとなっている保険、こういう日本の医療保険制度の特徴を皆さんはどう考えますか。このような問題を抱えながら、日本の制度がどう運用されて、どういう問題に突き当たっているか。現実的な問題をこれから皆さんと一緒に考えてみたいと思います。

## 4.2 日本の問題

医療費がどれだけかかったか。ここでは、「OECDヘルスデータ2009」に出てくる、OECD加盟国の保健医療費支出がGDPに占める割合を参考にすることにします。アメリカなどはGDPの16%と、信じ難いほどかかっています。それで、アメリカでは、オバマ大統領も参加して大論争をしているわけですが、それに対して日本は8%程度です。主要先進国はほとんど、日本より高い比率になっています。（図2参照）

日本医師会の人たちは、これはけしからんと言っています。教育についても、GDPの5%は必要だとか、スーパーコンピュータを買わなければいけないとか、色々言っている人がいますけれども、医療費についても、これだけ高齢化してくる日本の医療費がこれでいいのかと言っているわけです。私も、それでいいとは思わずも思わない。おそらくもっとかかるのかなあとと思います。

問題は現行制度における公費負担の割合で、(図3)が日本の医療財政の骨格を示しています。0歳から65歳までの人、65歳から74歳までの前期高齢

者、75歳以降の後期高齢者に分かれています。国保というのは国民健康保険で、正規の労働者以外の人たちが入る保険です。サラリーマンの保険である被用者保険には、中小企業の協会健保と、トヨタとか東芝のような大企業の健保組合があります。協会健保の医療費の13%が公費ですが、今日の新聞にも出ていましたように、「13%では駄目だから、16%にしよう。20%までしよう」と民主党は言っています。

話題の75歳以上の後期高齢者になると、すでに話したように、自己負担1割で、半分は公費です。残りの4割は支援金で現役世代が払いますが、この支援金のうち市町村国保からの拠出分については50%、政管健保（協会健保）の拠出分については16.4%の公費負担があります。したがって、公費は半分ではなくて、おそらく6割、7割になります。

図4は、2009年度一般会計予算の内訳です。2009年の国の予算は88.5兆円で、民主党が登場して95兆円になるわけですが、88.5兆円のうち、20.2兆円（23%）が国債費で、地方交付税に16.5兆円ですから、国が使えるおカネは残りの51.7兆円です。51.7兆円のうち、社会保障に24.8兆円ですから、国が自由に使えるお金の半分は社会保障に使っているわけです。それに比べれば、スーパーコンピュータも国立大学の運営費公金もかわいいものだという人もいますし、道路や防衛費にお金がかかるといっても、社会保障と比べれば、比較になりません。

社会保障の予算、24.8兆円のうち、医療関係で9兆円、年金で10兆円。これは基礎年金の3分に1に当たります。あと介護、福祉その他で、これがどんどん増えていくわけですが、後期高齢者だけで5兆円使っています。

医療などの社会保障の財政負担を分かっていただけだと思いますけれども、日本の医療制度の問題の第1は、国がどういう役割を果たすのかです。今の制度を続けるには、消費税を上げない限り、やれっこない。それは議論の余地もない。アメリカ流にやろうと、日本流にやろうと、いずれにしてもお金がかかる。ただ、市場では失敗するかもしれない医療保険に一体国がどうやって関与したらいいのか、どういう関与の仕方がいいのか、それを経済学的に一緒に考えていただきたい。

自民党の中で一生懸命議論してきて、2005年6月、経済財政諮問会議で「身の丈論」というのがありました。「わが国経済の“身の丈”に合った制度でなければ、持続可能ではない。“身の丈”は超高齢社会を乗り切る要件である」。このままを続けたら、財政はパンクしてしまう。医療医療といっても、そんなに無限にお金を配れるわけではないのだ。従って、GDPの伸び率で管理しろというわけです。

皆さん、おかしいと思いますよね。なぜ医療費の伸びをGDPで管理されなければいけないのか。でも、今の日本での仕組みを続ける限り、医療費をGDPの伸びで管理しなければ爆発してしまうわけです。さもなければ、その穴埋めのために、皆さんが税金を払わなければいけない。それも腑に落ちないですね。

そこで厚労省は構造改革だと言っている。従来の医療費抑制策は、患者負担の引き上げや診療報酬の引き下げといっても、一時的な効果しかない。これからは、生活習慣病対策、いわゆるメタボ対策の推進、あるいは病院入院日数を減らすなど、構造的な医療適正策によって、構造改革すべきだと言ったわけです。

この2つの議論を10年以上闘わせた結果、2005年12月、医療制度改革大綱を作りました。これが今のわれわれの制度で、医療制度では、戦後最大級の改革の1つです。詳細に触れる時間はありませんが、大体厚労省の言ったようなことで、上の2つの陣営の折衷案みたいですけれども、医療費を適正化しましょう。生活習慣病や長期入院などをコントロールしましょう。そのために40歳以上の人は、毎年1回は検診を受けましょう。検診をするかどうかで、保険者に対する優遇的なことをしましょう。新たな高齢者医療制度として75歳以上の人に対する制度を作りましょうという内容です。

将来の医療給付費の規模の見通しを示すに当たっては、例えば、その対国民所得比や対GDP比を示し、国民にとって安心できる医療の確保が出来るかどうかという観点や、国民負担の面で許容範囲にあると考えられる程度の水準にあるかどうかという観点から、厚労省、経済財政諮問会議等で検討を行う。つまり、足して2で割るようなことで、構造的な改革と同時に、諮問会議のエコノ



ミストが言うことも考えましょうということになりました。

ただ、医療給付費の実績が目安となる指標を超過した場合であっても、一律、機械的、事後的(遡及的)な調整を行うものではない。「身の丈」は重要だけど、いきなりガチャンと金槌で頭を叩いて背丈を小さくするようなことはしません。

これが日本の2005年12月の改革大綱で、たしか2007年7月の4月から新しい制度が出来たわけですが、ここで最初に申し上げた通り、時間がなくなってきましたので、これからどうしたらいいかは一緒に考えていくこととして、全てをマーケットに任せていいわけではない医療保険をどう管理していけばいいのか、話してみたいと思います。すでに、アメリカの例はみてきましたが、アメリカでは高齢者と低所得者というハイリスクの人たちの医療を国が支えている反面、そうでない、3,000万とか4,000万の中間よりちょっと低い所得の人たちが保険に入っていない。その人たちに対して保険に入れるように補助金をあげようというのが彼らの発想です。

社会保険の国であるスイス、オランダ、ドイツ、フランス、韓国の医療保険の国際比較をしますと、国の関与として、かかった給付の一定割合を国が払おうという国はどこもない。税金ではなくて保険料を払ってやっている国ですから当然、お小遣いをあげるお父さんが、かかった費用の半分をあげるようなことはなくて、基本的には低所得者に対する支援をしているということです。また、年齢で輪切りとなる、高齢者独立保険を作っている国もありません。(図5参照)

保険者選択という言葉は固い表現ですが、われわれ個人が自分に合った保険を選択しようと思えば出来るかどうかということです。この面では、韓国以外ほどの国も出来るようになっていきますので、選択はそもそもありません。

保険プランの選択も、韓国以外ではできる。保険プランの選択というのは、例えば、車の保険の場合、免責といって、事故を起こしても最初の10万円までは自分で払うという場合、保険料は下がりますので、安全運転している人は免責を選ぶはずで、健康保険でも、免責プランを求める人も

いれば、保険のカバレッジの厚いのを求める人もいます。政府の介入する保険でも、保険プランの選択はあってもいいのではかという考え方です。

こうした世界各国の医療保険制度と比べて、日本では、“身の丈”論をやらない限り、医療費がコントロールできない。それはすでに説明しましたように、国が使える歳出のうち半分は社会保障で、ますます人口は高齢化していく。財政的には、身動きできないような状態になっている。ただ、医療費全体の管理ばかり議論されていて、それは、高齢者、国民健康保険や協会健保の医療費のつけをどこに回せばいいのかに終始している。

私が今日皆さんに申し上げたかったことは、医療保険はマーケットにすっかり任すことのできないことは確かであり、また、国民すべてを保険に加入させるためには、保険料の払える人たちには、きちんと保険料を払うようにしつつ、様々な理由で保険料を支払えない人たちには支援の手を差し伸べる。しかし、こうした社会連帯のうえに医療保険を運営している世界中の国をみて、日本の医療保険にはあまりにも、政府のお仕着せのようで、古臭い。一言で言えば、これだけ選択の自由のない保険はない。車の保険を買う時の工夫を生かす術もありません。その結果、保険者が私たちとお医者さんや病院の間につって、私たちの代理人として医療サービスの質や価格を交渉していない。保険料を右から左に流すだけならば、それは、保険者として失格のはずで、アメリカでは逆に、オバマ大統領たちからは、民間保険の悪さが強調されている。しかし、そう言いつつも、民間保険をやめようとか、公的保険でその存在を脅かすようなことは、絶対にしないと断言しています。

ここにはない品物の良さを今ある品と比較することは、容易ではありません。しかし、経済学の仕事とは、マーケットの役割と限界を見極めつつ、その良さを最大限発揮させる工夫を考え出すことです。今日は、少子高齢化の日本で、人々のもっとも関心の高い医療保険をとりあげ、そうした経済学をしてみたつもりです。あとは、本日冒頭に紹介しました私たちの本などを参考にして、みなさんご自身で医療の経済学をしてください。ご清聴、ありがとうございました。

図1

・年金保険料負担の例示:

年金の代替率(年金給付額/現役世代の平均賃金)を50%とする.

	2005年	2025年	2050年
20-64歳/65歳以上	3人	1.81人	1.21人
年金保険料率	16.6%	27.6%	41.3%

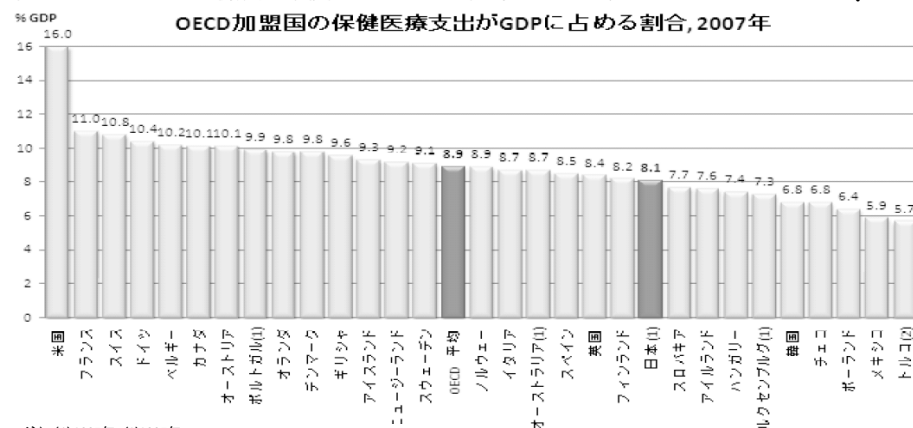
その他, 医療や介護給付の負担が加算される.

図2

OECD ヘルスデータ2009  
世界の中でみる日本の状況

日本の2006-07年の総保健医療支出の対GDP比は8.1%であり、OECD平均の8.9%を0.8%下回る。米国は、ずば抜けて最も保健医療支出の割合が多く、2007年は対GDP比16.0%であり、次いでフランス(11.0%)、スイス(10.8%)、ドイツ(10.4%)の順である。

日本は、一人当たり保健医療支出においてもOECD平均より下位に位置しており、2007年のOECD平均が2,964USドル(購買力平価)であるのに対し、2006-07年では2,581USドルである。



注) (1)2005年, (2)2005年.  
出所) OECDヘルスデータ2009, 5月版

図3

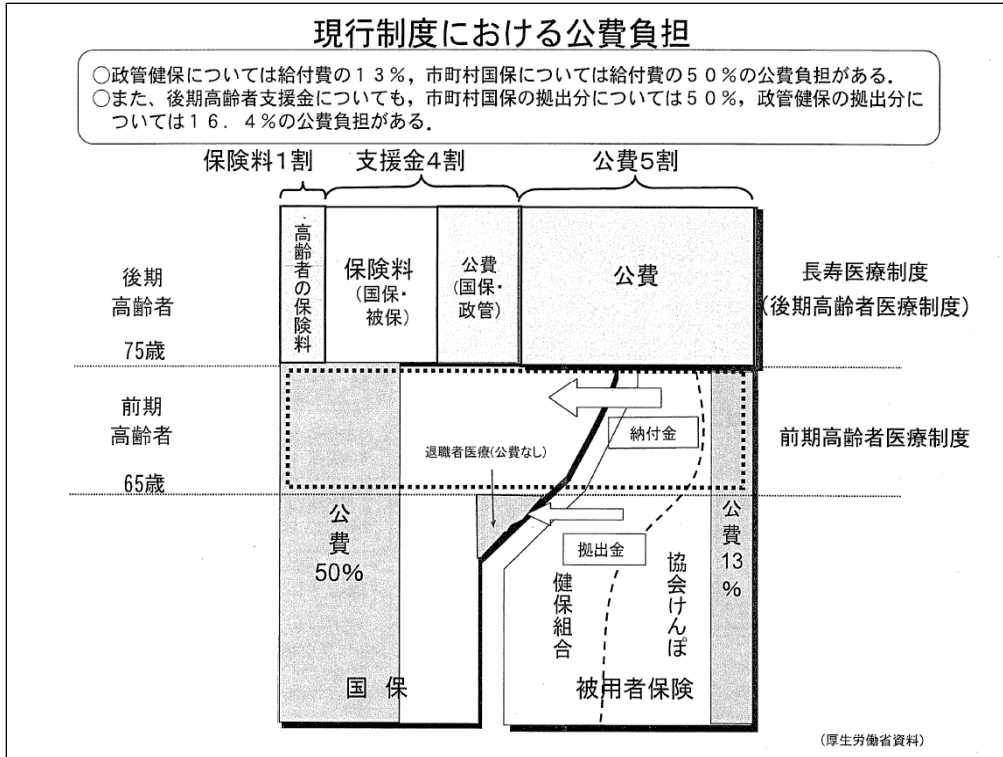


図4

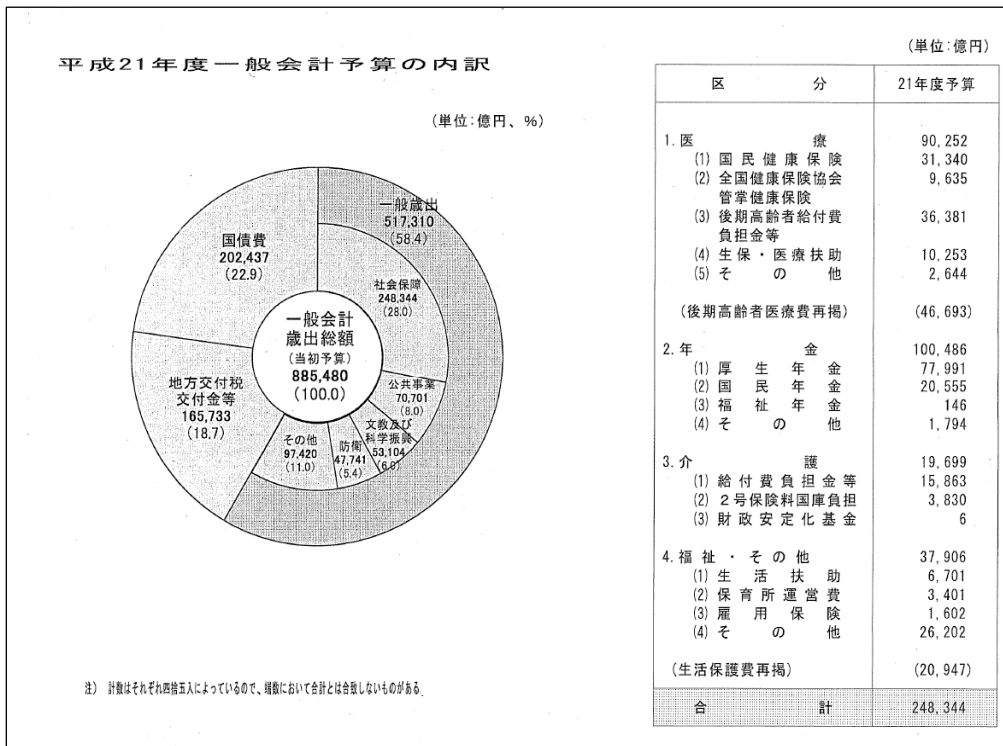


図5

医療保険の国際比較					
	スイス	オランダ	ドイツ	フランス	韓国
リスクによる保険料格差	×	×	×	×	×
国の財政支援：給付の一定割合	×	×	×	×	×
国の財政支援：低所得者支援	○	○	○	○ 一般福祉税 (注1)	○
保険料	定額	所得比例	所得比例	所得比例	職場加入と地域加入で別(注2)
高齢者独立保険	×	×	×	×	×
保険者選択	○	○	○	○ 補足保険(注3)	×
保険プランの選択	○	○	○	○ 補足保険	×

注1) フランスの場合、一般福祉税（賃金以外にも資産性所得を含む所得課税）が、医療保険財源の40%近くになっており、それにより保険料の軽減や、低所得者への支援がなされている。

注2) 日本と同じく、職場加入の場合は所得比例、地域加入の場合は所得、資産や世帯構成を考慮した等級別定額制。

注3) 公的保険の自己負担分をカバーする付加的疾病給付は、実質的に皆保険となっている。自己負担やそのほか、差額ベッド、私費診療などからなる補足保険については、民間の参入がなされている。

出所) 筆者作成。