

日本の社会保障と医療
小さすぎる政府の医療政策

慶応義塾大学商学部教授

権丈 善一

市場のダイナミズムを享受しながら、そこに生きる人たちが、尊厳をもって人間らしく生きていくことができ、かつ、ひとりの人間として生まれたときに備えていた資質を十分に開花させることのできる機会が、ひろく平等に開かれた社会はいかなるものであるか？」という問いを意識して研究している。

この問いに対して、現在のところ、宇沢先生の社会的共通資本における制度資本としての医療・介護サービス（高齢者身障者を含む）、および保育・教育サービスを、あたかもみんなが自由に使って良い共有地のように、所得、住んでいる地域、まして性別などにかかわらず、利用することができる、すなわちダイナミックな市場を共有地で囲いこんだような社会を作ればよいのではないだろうか。そしていまひとつ付け加えるとすれば、働き方を自由に選択しても不当に不利にならない、すなわち就業形態選択の自由が保障された社会を作ればよいのではなかろうかと考えている。しかしながら、そういう社会をつくることは、当今、極めて難しい——今日は、そういう話をしたい。

医療経済学の潮流——新古典派医療経済学と制度派医療経済学

自己紹介をかねて、わたくしの仕事のひとつを紹介する。

世の中には競争市場理論というか、市場に任せれば医療はうまくいくという見解がある。それに対して、医師誘発需要理論という形で、医者は医療需要を自らの利得とか所得欲求に基づいて創出しているという話もある。医師誘発需要理論には、背後に医師は悪いことをしているというニュアンスがあり、医療政策は医師をがんじがらめに規制すべきという考え方とつながりやすい。だが、それはどうも違うのではないかという問題意識を昔からもっていた。

とはいえ、競争市場理論のように医療市場で価格メカニズムが効くというのはどうもそっぽい。では、制度設計の軸に競争市場を据える以外にどのような考え方があるのかを概観すれば、医療だけではなく、経済学における競争市場そのものに疑義をとなえる形で、ヴェブレン（Veblen, T. B.）などが制度学派の経済学をつくっていった経済学説の歴史に突きあたる。そしてそのヴェブレン、ミュルダール（Myrdal, G.）、ガルブレイス（Galbraith, J.K.）等の考えにもとづきながら、どうしても市場に任せることができないとき、ではいったい何に任せるとかということを考えてみると、彼ら制度学派の経済学者たちが論じた「専門職規範」というものに辿りつく。そういう視点から医療経済学の潮流をながめてみると、今までなされてきた競争市場理論と医師誘発需要理論という医療経済学のなかで

の対立した議論を、もっと高いところから、新古典派経済学と制度派経済学の対立と位置づけることができると思い、これを新古典派医療経済学と制度派医療経済学と名づけた。

そして、制度派医療経済学にもとづいて市場に任せるわけにはいかない医療についてどのように制度設計すればいいかを考えていくためには、制度学派の経済学者が経済学の本だけではなく、他分野の本からいろいろなものを読んで学んでいることを紹介し、たとえばケインズ(Keynes, J.M.)が経済学者に必要なものは、理想的な多面性だと言っている話などを紹介し、そこから、医療に関する経済学、しかもその制度、政策を考えていくためには、経済学の勉強も大切だけれども、歴史とか他の学問も大切でしっかりやらなければならない。制度や歴史を知らないで政策論を展開するなんてあり得ない——そう言うことがまとめられた『医療経済学の基礎理論と論点 医療経済・政策学第1巻』、田中滋先生や西村周三が編集された本のなかの第1章「医療経済学の潮流——新古典派医療経済学と制度派医療経済学」を書いているのがわたくしです。

社会保障給付費や医療費の将来見通しの解釈には要注意

最近、医療をはじめとした社会保障を論じる際に、もっとも注意してほしいことがあるように思えてきたので、それを話す。

メディアなどでなされる大方の議論は、社会保障給付費は2006年度90兆円だが2025年度には141兆円になる、2006年度の公的医療費27兆円が2025年に48兆円になる。社会保障給付費は20年間で1.6倍、公的医療費は1.7倍になる。この大変な状況を避けるには、いかにして抑制しなければいけないか、そういう議論ばかりである。どうも記者そのものが自分で書いた文章に自分で驚いているようなのである。わたくしは、「医療費の将来見通しに関する検討会」というところに昨年12月から参加し、「そんな議論は、もうやめようよ」と言い続けている。

なぜかというと、社会保障給付費や医療給付費の将来見通しを立てる際には、同時に、国民所得やGDPの見通しも立てられる。ここで、2006年度のGDPに占める社会保障給付費の割合は24%であり、医療給付費の割合は7%である。そして2025年の社会保障給付費141兆円のGDPに占める割合は26%で、公的医療給付費の割合は9%である。これらGDPに占める割合が示す印象は、ただの名目値が与える印象とは、全く異なると思う。(図1)

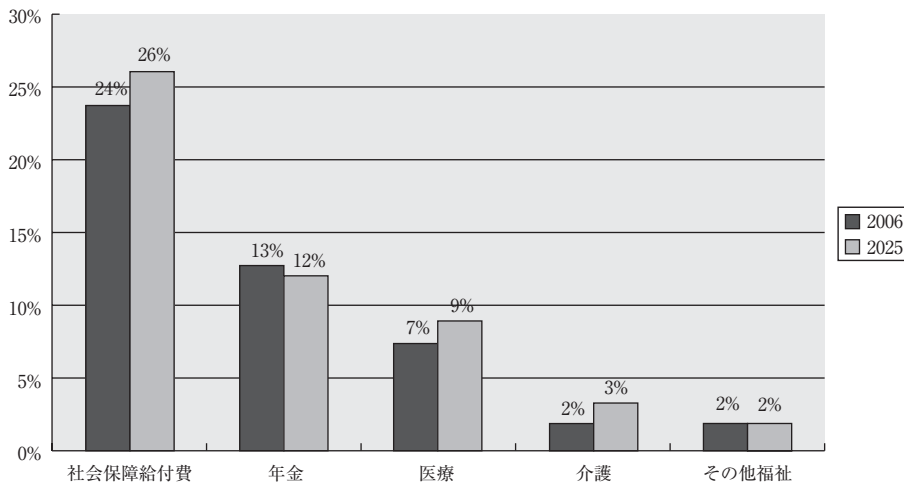
過去において、国民所得やGDPの伸び率と社会保障給付費や公的医療給付費は平行に動いてきたために、国民所得やGDPに占める社会保

社会保障を考える上でもっとも気をつけてほしいこと

- 日本の社会保障と医療費
- 社会保障給付費
 - 2006年度 90兆円
 - 2025年度 141兆円
 - 20年で1.6倍？
- 公的医療費
 - 2006年度 27.5兆円
 - 2025年度 48兆円
 - 20年で1.7倍？

厚生労働省「社会保障の給付と負担の見通し——平成18年5月推計」による

図1 社会保障の給付と負担の見通し—対国民所得比—



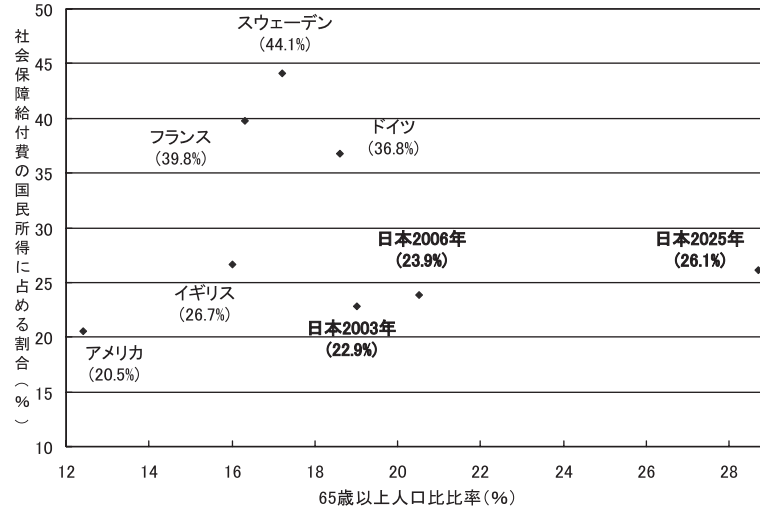
注) 厚生労働省「社会保障の給付と負担の見通し——平成18年5月推計〔中位推計〕」による
2025年の値は、2004年、2005年、2006年の年金、介護、医療改革を反映した改革後の値。

障給付費や公的医療給付費の値は安定していた。医療費については1996年になされた2025年見通しは141兆円、2000年になされた2025年見通しは81兆円、そして2006年になされた2025年見通しは65兆円であった。ところが、これら3つの2025年見通しを、それぞれの次期に見通された2025年の国民所得で割ってみると、すべて12.5%前後となる。なぜ、そういうことが起こるのかについては、「医療費の将来見通しに関する検討会」議事録全5回を参照されたい。

ただ、ここで言いたいことは、将来の名目値とそれがGDPに占める割合をみるのでは印象が全く違うことである。

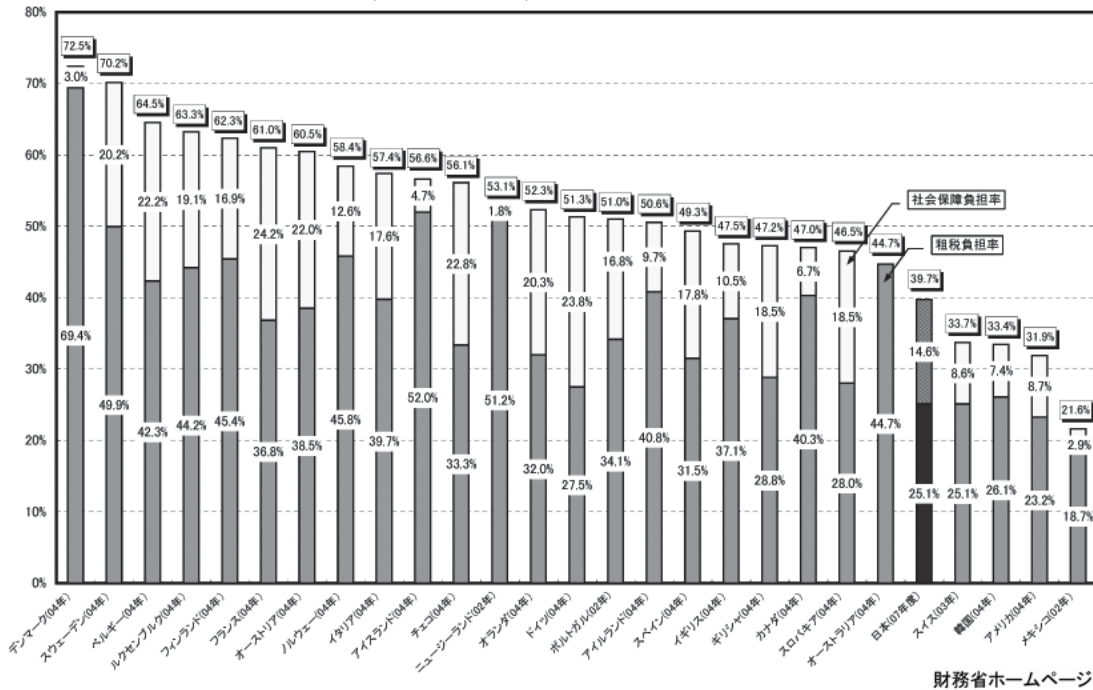
そして、GDPに占める割合の方が生活感覚に近く、2025年という高齢化がはるかに進んだ日本では、今と同じほどの社会保障給付規模とか医療費規模しか考えられていないこと。これでは、社会保障や医療費が小さすぎるといわざるを得ない。まず、そのあたりのところを押さえ、どう考えてもこの国の政府、この国の社会保障は小さいという認識が必要だと考え

図2 社会保障給付費の国民所得に占める割合〔B/Y(2003年:%)〕



注) 社会保障給付費は社会支出(OECD基準)を用いている。
日本2025年は、厚生労働省「社会保障の給付と負担の見通し——平成18年5月推計」による

図3 OECD諸国の国民負担率(対国民所得比)



財務省ホームページ

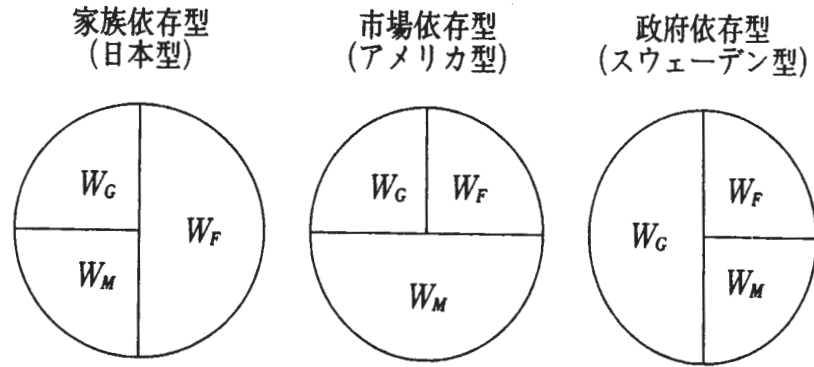
ている。そして社会保障給付費、医療費の将来見通しを名目値で論じることは百害あって一理もないということ、再度確認しておく。そして日本の国民負担率は信じがたいほどに低いことも紹介しておく。(図2、3)

福祉国家の3類型

わたくしは福祉国家の3類型というのをよく使っている。大体社会全体の福祉ニーズは一国のなかで量的に変わらない。

エスピン・アンデルセン (Andersen, G.E.) が、スウェーデンやアメリ

図4 福祉国家の3類型



一国のある時代に存在する福祉ニーズを W として、家族、市場、政府が生産する福祉サービスをそれぞれ、 W_F 、 W_M 、 W_G とする。この図は、 $W = W_F + W_M + W_G$ として描いている。

出所: 権文(2004), p.119.

表1 社会保障と国民生活

	スウェーデン	アメリカ
家計支出に占める割合(%)として		
民間の保険、教育、私的年金	2.7	18.8
デイケア(子どものいる家庭)	1.7	10.4
計	4.4	29.2
税	36.8	10.4
計+税	41.2	39.6

出所) Esping-Andersen(1999), p.177. Table 9.1 より一部抜粋[邦訳, p.247]

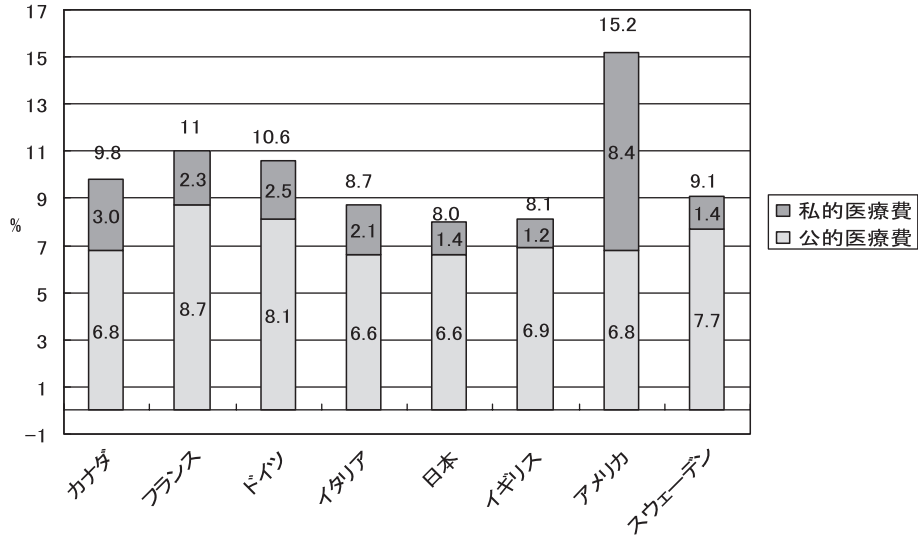
権文(2004), p.118, p.139.

カの医療、介護、保育にどれだけお金がかかっているかを推定しているが、税金で払っているものとプライベートで払っているものを足し合わせていくと大体同じぐらいになってくる。家族か市場か政府でやるという3つのパターンがあり、日本は家族依存型、アメリカは市場依存型、そしてスウェーデンは政府依存型の状況になる。(図4)

この家族依存型でやっているところが、アジアと南欧である。カソリックや儒教の強い国が、この型の福祉国家になっているわけだが、これらの国が今少子化などで苦しんでいる。何とかして形を変えなければいけないと模索している。そして日本は、模索しながら、市場依存型の方向に進もうとしているように見える。しかし、その方向に行って本当にそれでいいのか。

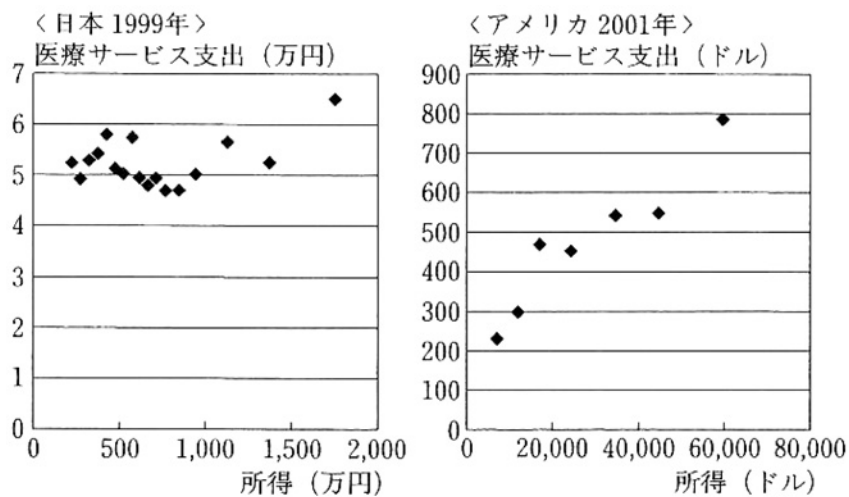
医療を例にして、アメリカ型市場依存型、小さな政府を選択する意味を考えてみたい。OECD 諸国の GDP に占める医療費の割合を見ると、2004年について日本はイギリスに抜かれた。PPP (購買力平価) 換算の1人当たり医療費であれば2002年には既にイギリスに抜かれていた。日本の公的医療費の部分はアメリカの公的医療費(メディケア、メディケイド部分)よりも小さい、そういう状況で日本は皆保険医療を運営している。(図5)

図5 医療費のGDP比 2004年



OECD, Health Data 2007.

図6 所得と医療サービス支出の日米比較



鈴木玲子(2004)「医療分野の規制緩和—混合診療解禁による市場拡大効果」

八代尚宏／日本経済研究センター編『新市場創造への総合戦略(規制改革で経済活性化を)』

ではアメリカ型に依存して、私的部分を大きくするとどのようなことが起こるか。所得を横軸にとって医療サービス支出を縦軸にとると、図6が得られる。これをみて、「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。」「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している。」と、何となくアメリカ型のほうがいいというニュアンスの文章が「医療分野の規制緩和—混合診療による市場拡大効果」(鈴木玲子著)『新市場創造への総合戦略』(八代尚宏編著)に収められている。

わたくしは同じ図から、「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持た

ないアメリカは、医療が階層消費化している。」「いずれのほうが自分の価値観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持つことを理解してもらえればと思う。」と論じている。しかし、彼らからみると、混合診療の解禁によって市場が生まれるというふうにしきみえないわけである。

日本の医療費の水準は確かに低い。これを国際標準に上げるためには2つの手段がある。市場依存型か、政府依存型か。わたくしは政府依存型に向かうべきだと思っているのだが日本には、アメリカ流の市場依存型、つまり小さな政府に推し進める力が強く働いている。

新帝国主義

新しい言葉として、「新帝国主義」と呼んでもよさそうな力が医療政策の背後で働いているという話をしたい。新帝国主義とは一体どういうことかと言うと、1世紀ほど前、独占資本が市場を求めて軍旗の下での輸出、帝国主義戦争を起こしたように、いまは、大国の大資本が市場を求めて他国のルール変更を求める新帝国主義とも呼べる形で覇権の強化を図っている。いろいろな国々のルールを自国に都合のよい市場原理的なルールに変えていきながら、それは経済学的にみれば消費者にも望ましいことである、消費者のためであるという理論で各国の制度を市場化していく。そして医療は日本のなかで「外国人に敵対」する主戦場になろうとしている。アメリカは日本の医療市場の拡大をねらっている。皆保険堅持をかかげる人たちはそれと戦っていかねばいけない状況にある。

そのような状況下で、今日の市場社会の中に医療をはじめとした介護、保育・教育などの共有地をつくるにはどのようにすればいいかということが、基本的にわたくしの問題意識である。

キーワードとして、「ワシントン・コンセンサス」、「ウォール街・財務省複合体」、それと米国通商代表部が出している「年次計画要望書」、この3つの言葉を覚えていただきたい。

「ワシントン・コンセンサス」というのは1989年ぐらいに使われるようになった言葉で、アメリカ政府、IMF（国際通貨基金）と世界銀行のコンセンサスで、経済開発促進に最も適した政策の組み合わせとして、小さな政府の実現、民営化、貿易の自由化、それから規制緩和、大体この4つが言われるようになる。

ただこれのコンセンサスの適用は、開発国だけではなく、これら4つの基本方針を用いれば、日本に対する交渉をはじめとしたいろいろなものが説明つく状況になってきている。

アメリカにバグワティ (Bhagwati, J.) というかなりリベラルな国際経済学者がいる。1961年にアイゼンハワー大統領 (Eisenhower, D.D.) が退任するとき、「産軍複合体」という軍隊と産業が複合していると言って当時の危機を訴えた。それと同じように、「ウォール街・財務省複合体」という形で、バグワティはアメリカにおける金融業界と政府当局の癒着を批判している。

年次改革要望書

1993年7月に行われた宮澤・クリントン (Clinton, W.J.) 首脳会談は、それまでは個別の農業とか自動車とかいろいろな形で日米は個別の貿易交渉をやっていたが、このあたりから横断的にルールそのものを変えていこうという方向に話が変わっていった。その首脳会談では、『年次改革要望書』をお互いに出し合うということになった。

94年に、アメリカ通商代表部が第1回『年次改革要望書』を10月に出し、これを受けて村山内閣が95年に「規制緩和計画」を設置する。そして、橋本・クリントン首脳会談で、『年次改革要望書』のタイトルが「規制撤廃および競争政策に関する日米間の強化されたイニシアティブ」となり、小泉・ブッシュ首脳会談のなかで、「規制改革および競争政策イニシアティブ」となっていき、アメリカ大使館で和訳されたものは『年次改革要望書』としてホームページでアップされている。

2004年には混合診療が言われ始めている。この『年次改革要望書』「日米規制改革および競争政策イニシアティブに基づく日本国政府への米国政府要望書」の提言の医療機器・医薬品の項目に医療制度についての記述もあり、医療機器・医薬品、制度、そして混合診療についてもいろいろな形で言ってくるわけである。彼らの今の本丸は医療のようなのである。皆保険を解体し、新市場をつくろうと。

2004年11月22日、ベーカー駐日大使に代わり、ジェームズ・P・ズムワルト経済担当公使が規制改革・民間開放会議に出席し、次のようなあいさつをした。

「この度は規制改革・民間開放推進会議にお招きいただき、意見表明の機会をちょうだいしましたことに心よりお礼申し上げます。皆様の熱心なご活動に対しアメリカ政府は最大の敬意を表するとともに、皆様が重要な役目を遂行されるにあたり、我々も何かお力になることができればと思っております。貴会議が、前身である総合規制改革会議の権限を強化した形でその任務を引き継がれ、規制改革・構造改革を様々な分野にわたり強く主張なさっていることを我々は歓迎しております。」これは、小泉さん、

なかなかよくやった、我々はあなたを支持していますという出だしの文章である。安倍さんもまじめにやろうとしている、我々は応援しているという、そういう出だしから始まっていて、こうした文章が正々堂々とホームページに載っている。英語の原文と日本語の仮訳は大使館ならびに USTR のホームページに掲載されているので、そちらからも入手可能である。(アメリカ大使館 <http://japan.usembassy.gov/pdfs/wwwfj-20061205-regref.pdf>)

次に、「規制改革の進展と展望」では、「はじめに、日本の規制改革におけるこれまでの成果について、要望書の主な提言に焦点をあてながら述べさせていただきます。」という形で、電気通信とか IT 分野とかいろいろな項目がある。2005 年頃から IT 医療ということを言い始め、2006 年には IT 医療が表に掲げられて、レセプトやカルテを全部コンピュータ化しなさいというような話が出てくる。だから、ちょっと逃れられない、この流れのなかでは。

次に、「医療分野においては、皆様がよくご承知のとおり、日本は、ひっ迫する財政と急速な高齢化に対応するため、医療制度の改革を推し進めています。注目すべきは、日本における平均的高齢者の医療費は 65 歳以下のそれに比べて 5 倍以上で…」、5 倍以上って、本当は 4.3 倍とかそのぐらいであるが、「それが過去 10 年間にわたり高齢者医療費を年率 8% 押し上げている点です。医療機器・医薬品の薬事規制と償還価格制度を改善する事が、日本の医療制度改革の鍵となる要素です。」とある。

「本年度の要望書では次のように提言しています。」といろいろと書いてある。そして極めつけは、「日米投資イニシアティブの下、日本が医療サービス分野を営利企業に開放することを我々は提言しています。株式会社の所有と経営への参入を認めることは、競争を促進し生産性を高め、患者や医師により多くの選択肢を与えるとともに、新しい技術への投資を増加させることでしょう。…また、医療サービスの規制の枠組みを改革することに対して日本がとても慎重であることを我々は認識しています。最近、特区において株式会社の参入が認められたものの、その参入は、国民健康保険が適用されない限られた範囲の高度医療サービスの提供のみにとどまっています。さらに、最近決定された混合診療のための国民健康保険の部分的適用は非常に限られた診療と医療機関に限定されています。混合診療の禁止を解除し、特定の医療サービスの外部委託の範囲を拡大するなど、より柔軟性のある医療サービス特区を設置することにより、民間投資を誘致する可能性の高い日本のサービス市場を拡大し、医療分野における規制改革に拍車をかけます。」

ここで、規制改革・民間開放推進会議のメンバーから拍手があったかどうかは知らないが、あの会議のメンバーの前でこういうスピーチがなされたことは知っていていいと思う。そして、規制改革・民間開放推進会議の人たちは、ズムワルト経済担当公使が言うようなことを懸命にやったら、市場がこれだけの規模で創造されるということを計算しては本を世に出す。混合診療の禁止はおかしいではないかという人は、規制改革・民間開放推進会議のなかには誰もいない状況なのであろう。

日本をとりまくこうした状況下では、病院を株式会社にしたらこういう問題が生じるとか、混合診療になったらこんなことが起こるなどと幾ら言っても、多勢に無勢の感がある。

そして、「終わりに」では、「最後に、貴会議の皆様におかれましてはすでに十分ご理解されていることと思いますが、この機会に再度、規制改革・構造改革のもたらす2つの根本的な恩恵、すなわち、市場の拡大と投資家の信頼について、述べさせていただきたいと思います。米国の経験では、透明性を高め、規制を減らせば減らすほどビジネスは経費を抑えることができ繁栄します。これからも経済成長の足かせとなる規制の緩和に向けて日米間でお互いの経験から学び、意見交換を続けていきたいと思います。」と結ぶ。首をかしげたくなる状況である。

次に、2006年12月5日の「日米規制改革および競争政策イニシアティブ」、要するに『年次改革要望書』の目次を見ると、いつも医療機器・医薬品という項目が入っている。この医療機器・医薬品のところでは、まず提言の要点が出て、次に詳論がある。提言の要点は大体1ページにまとめられている。

そして、「V. IT医療とe-アクセシビリティ、V-A. 医療のIT化」では、「IT新改革戦略や重点計画2006はともに、カルテやレセプトの処理等のIT化を促す措置の立案・実施に向けた関係省庁の活動に重点を置いている。米国は、医療のIT化に対する日本の取り組みを歓迎し、以下の措置を講じるように求める。」という形で書かれている。医療機器・医薬品の項目のところでは詳論として毎年出てくるのは日本の医療制度である。医療機器・医薬品と言いながら医療制度についても言っているが、「日本は限られた医療資源と高齢化する人口という二重の調整に直面している。米国にも同様の懸案がある。日米両国が同様の目標と課題を有していることを踏まえ、米国は、日本政府とその諮問機関に対して、医療制度の改正を行う前に、米国業界を含む業界からの意見を十分に考慮するよう求める。」と言っている。同じ問題を抱えているのだから、自分たちの言うことを聞きなさいと書いてある。

「医療機器および医薬品の価格算定の改革並びに関連問題」では、「日本政府は、医療機器および医薬品の償還価格算定制度の変更を含む医療支出の増大を制限する方法を研究している。米国は日本に対して、革新的な製品の開発に報償を与える価格算定制度による予算面および保健面での恩恵を考慮し、以下の措置を講じるように求める。」とある。そして医薬品の項で、「透明性と業界が意見を述べる能力を改善するために、以下の措置を取る。研究開発指向型の米国製薬業界の代表が中医協の薬価専門部会の委員になることを認める。」とあるが、ここまで言っているのが『年次改革要望書』らしい。

こういう力に対して一体どうすればいいのか。わたくしは、2007年6月に、『医療制度は選挙で変える』という本を出し、日本の医療がどれだけ崩壊しているかとか、どうしてそんなことになったのかというようなことを延々と書き、そして今日の医療問題に対して、選挙戦の最後まで何ら策を打とうとしない政党には投票すべきでないと述べている。要するに、民主主義プロセスを使うしか方法はないと思っている。

わたくしのポジションとしては、国民に負担を訴えて先ほどの共有地をしっかりと準備しようとする政党が与党だろうが野党だろうがどちらでもいい。権丈はどちらの味方だと言われたら、どちらかわからないというようなポジションをずっと取ろうと思っている。

医療崩壊を食い止めよ——年金問題より医師確保を

最近の仕事に2007年7月19日に共同通信で配信された記事「医療崩壊を食い止めよ——年金問題より医師確保を」がある。共同通信社から、今回の選挙は何を考えていけばいいのか、社会保障の視点から何を考えていけばいいのかというインタビューを受けた。そこでわたくしは、例えば「社会保障の視点から」という質問さえ気に食わないと言って、ほかの視点を加えても社会保障における医療問題の優先順位が高い。医療崩壊を食い止めよ。年金問題で大騒ぎしているが、記録の問題は、誰がやっても同じ解決しかなかただ実行あるのみという話をしている。

具体的には社会保障分野の課題については、「医療提供体制の建て直し」が最も重要だ。医療現場は崩壊しつつあり、この流れを食い止めるのに残された時間は全くない。特に地域医療は瀬戸際にあり、緊急に手を打つべきだ。今は大騒ぎしている年金記録の問題は議論が出尽くしている。だが、医療問題は政治レベルの判断が手つかずのまま。医師も看護師も疲れてきている。医療従事者が自分の仕事を続けることに希望を抱ける政策に転換するべきだ。公的医療費の抑制をやめ、かつ医師を増やして数を確保

する必要がある。」という話をした。

この「公的医療費の抑制をやめ」ということが重要なところで、介護とか医療とか教育とか、そういうものを平等に消費していこうとすると、これはもう政府を利用するしか方法はない。だからこそ、政府の利用価値があるわけであり、公的医療費を増やすために負担するというのは、政府の医療料を支払うというだけの話となる。

今の状況を見ると、医療への兵糧攻めのなかで、いずれ医療界がもうガマンがならぬ、混合診療でもいいから医療費が入ってくればそれでいいと雪崩を打って崩れていくのではないかと懸念している。公的医療費、皆保険でなくてもいいから、医療費が入ってくるのだったらいい、というようになるまで大体どのぐらいか。それまでに何とかして公的医療費を上げていく方向に持っていかないことには、いちばんの味方である医療界が雪崩を打っていったら困るといのがわたくしのなかにある。

「有権者全員に問題の深刻さを理解してもらえるかどうかはともかく」——これはわたくしの基本的な姿勢で、医療問題というのは普通の人にはわからないものだと思っている。医療というものは、ほんとに自分で医療のことを勉強するとか、自分や身内が病気になるとかしないとわからないのだが、普通のひとは医療の勉強などするわけではない。そこで、「せめて全国約200万人の医療従事者に絞って呼び掛けたい。毎日の生活の中で医療政策の矛盾を肌で感じながら過ごされている皆さんは、各党のマニフェストを冷静に読み比べた上で、医療崩壊の阻止に取り組む政党を選んでほしい。」という形で呼びかけることになる。

先の『医療政策は選挙で変える』の中で、「まがりなりにもマニフェスト選挙がこの国に根づきはじめ、選挙の事前に政策の内容が提示されるようになってきた。そしてネットを通じた情報交換が相当なまでに普及してきた。この二つの条件を重ね合わせると、今の時代、医療関係者や労働者たちが政治家を抱えたり、政党に大金を献金したりするような政治に媚びる旧来の手法を採ることは、かえって自らの行動に足枷を科すことになるのではないかと思っている。政治家が欲するのは選挙の際の票にあり、他は票を得るための手段にすぎない。選挙の度に、自分たちに最も関心のある政策に集中して、政党を評価しては投票する。選挙前夜にでもマニフェストの中の、たとえば医療政策のページを見るまでは、どっちにつくか分からせずに、主体的に浮動票を演じる。——それでいいではないか。」と述べ、マニフェスト選挙になったということと、情報、ネットワークが発達し、医者が医療の窮状を訴え出るブログがものすごく多くなってきたということを論じている。わたくしはこういう本を書いたことにより、医者

の人からいろいろな連絡を受ける。ネットはものすごく大きな力を持っている。そして、そのマニフェストがどんな状況にあるのかということのみんなでやっていこうと呼びかけていく状況で、例えば今読み上げている共同通信社配信の記事が出たとき、医療関係者の方々が、すべての医師にこの記事は是非とも読んでほしいとネットで流してくれていた。だから、こういう情報伝達の状況というものは、やはり今、ある程度与件として考えてよいのではないかという気がしている。韓国ではネットで大統領が決まる勢いをみせているし、ヒラリーは今年の1月20日、ホームページ上で大統領選への出馬を表明した。そういう時代なのである。

では選挙の際の具体的な選び方かというと、「1997年と昨年になされた二つの閣議決定を撤回する姿勢を示せるかどうかだ。97年の決定は、医師数は充足しているとして医学部定員を減らす方針を打ち出した。昨年は社会保障費を5年間で1兆6,000億円削減するとの内容。これらが生きていく限り、医師は増えず、医療費が今後も削られるのは自明だろう」。

「何も与党批判をしたいのではない。与党が誤りに気づき、みずから方針を変えるなら評価できよう。日本では医師1人が診ている患者の数は米国の5倍、欧州諸国の3、4倍に及ぶ。医師数を増やさないとどうしようもない。医療費についても欧州諸国の平均水準にまで増やす方向に行かないとダメだ」と。

「医療費将来見通しに関する検討会」というところでわたくしが最初から最後まで言いつづけていることは、医療費はコントロールできているということである。GDPの伸びの範囲内ぐらいに収まるように、これまで診療報酬改定を調整してきている。この政策技術を持っているのだから、今すぐにGDPに占める医療費の割合を2ポイントぐらい上げればいいのではないかと。

経済財政諮問会議の八代先生と11月に討論することになっているが、彼は効率的な健全な市場のカナダ型を目指そうと言われるようになってきた。2004年カナダではGDPに占める医療費の割合は9.8%である。わたくしはそのあたりのところで大いにカナダ型を目指そうと言いたい。日本が8.0%でカナダが9.8%。どうにかして医療費をカナダやヨーロッパ水準の平均値まで高めて、その水準で今の制度の下で診療報酬をコントロールしていく。

次に「財源は」と問われて、その負担増は経済成長を阻害しないかということの中で、「欧州並みに社会保険料を引き上げる選択肢があってよい。政党は『社会保険料をアップして医療に充てる』と約束すべきだ。個々の企業側は嫌だろうが、経済活動全体から見れば、医療や介護分野のサービ

ス需要や雇用をつくり出す貢献は大きい。結果的に高齢者が多い地方に所得が再分配され、地方交付税のような役割も果たし得る。ただ、消費税は他に充当すべき政策もあり、医療費を増やすにはまず社会保険料を考える方が実現可能性は高い。」と言っている。

年金の議論はほんとにもういいかげんにして、医療を争点とした選挙戦を準備していく。争点選択の主導権を有権者がにぎる。医療崩壊を阻止するために国民負担の必要を口にする政治家を選挙で勝たせてあげないといけない。そうではあるが、その方向とは逆方向に、国内外でなんとも大きな力がはたらいている。どうすれば言わば正規軍に対するゲリラ戦を展開していくことができるか、そういうことがわたくしの最近の仕事になっているわけである。