

平成28・29年度
医療政策会議報告書

社会保障と国民経済 ～医療・介護の静かなる革命～

平成30年4月
日本医師会医療政策会議

 日本医師会



日本医師会キャラクター 日医君

平成 30 年 4 月

日本医師会長
横倉 義武 殿

日本医師会医療政策会議
議 長 長 瀬 清

医療政策会議は平成 28 年 12 月 21 日開催の第 1 回会議において、横倉義武会長より「社会保障と国民経済～医療・介護の静かなる革命～」について諮問を受けました。本会議では、この諮問を踏まえて平成 28・29 年度の 2 年にわたり、鋭意検討を重ねてまいりました。

この度、平成 28・29 年度医療政策会議報告書として取り纏めましたので、ここに提出いたします。

医療政策会議委員

議長	長瀬	清	北海道医師会会長
副議長	権丈	善一	慶應義塾大学商学部教授
委員	青木	重孝	三重県医師会会長
委員	猪飼	周平	一橋大学大学院社会学研究科教授
委員	池田	琢哉	鹿児島県医師会会長
委員	井手	英策	慶應義塾大学経済学部教授
委員	尾崎	治夫	東京都医師会会長
委員	小野	善康	大阪大学社会経済研究所特任教授
委員	嘉数	研二	宮城県医師会会長
委員	香取	照幸	アゼルバイジャン大使
委員	金井	忠男	埼玉県医師会会長
委員	河村	康明	山口県医師会会長
委員	茂松	茂人	大阪府医師会会長
委員	二木	立	日本福祉大学相談役・大学院特別任用教授
委員	古谷	正博	前神奈川県医師会会長
委員	馬瀬	大助	富山県医師会会長
委員	柵木	充明	愛知県医師会会長
委員	松田	峻一良	福岡県医師会会長

(五十音順 平成30年3月現在)

小委員会（報告書執筆担当）

議長	長瀬	清
副議長	権丈	善一
委員	猪飼	周平
委員	井手	英策
委員	小野	善康
委員	香取	照幸
委員	二木	立

(五十音順)

目次

序章	
	医療政策会議における基本認識…………… 1
第1章	〔社会保障論〕
	経済・財政・社会保障を一体的に考える…………… 7
第2章	〔医療介護論〕
	今後の超高齢・少子社会と医療・社会保障の財源選択……………17
第3章	〔医療介護論〕
	新しい生活保障の作法に向けて……………25
第4章	〔国民経済と経済学〕
	「頼り合える社会」の構想——すべてを失う前に ……31
第5章	〔国民経済と経済学〕
	成熟社会の経済と処方箋……………37
第6章	〔国民経済と経済学〕
	医療と介護、民主主義、経済学……………42
あとがき	……………53

付録（講演録）

1. 成熟社会の経済と処方箋58
小野 善康 大阪大学社会経済研究所特任教授
平成 29 年 2 月 23 日

2. 分断社会を終わらせる～「頼りあえる社会」のための財政改革～.....67
井手 英策 慶應義塾大学経済学部教授
平成 29 年 4 月 14 日

3. 全体連関のなかでの社会保障81
香取 照幸 アゼルバイジャン大使
平成 29 年 7 月 13 日

4. 生活保障の新しい作法
保健・医療・福祉を包含する生活モデル93
猪飼 周平 一橋大学大学院社会学研究科教授
平成 29 年 7 月 13 日

5. 今後の超高齢・少子社会と医療・社会保障の財源選択
—『地域包括ケアと福祉改革』序章をベースにして..... 105
二木 立 日本福祉大学相談役・大学院特別任用教授
平成 29 年 10 月 4 日

6. 医療政策会議報告書案と社会保障政策に関する若干の捕捉 137
権丈 善一 慶應義塾大学商学部教授
平成 29 年 10 月 4 日

医療政策会議における基本認識

権丈 善一（慶應義塾大学商学部教授）

はじめに

日本は、赤字国債を発行しながら、社会保障の給付を先行させるという「給付先行型福祉国家」を作り上げてきた。その過程では、給付のみならず、景気も先取りしてきた。

財政に関していえば、景気が悪いときに財政を赤字にして景気の回復を図ることは、もちろんあり得る。しかし、そうした裁量的な財政政策の下では、長期的に財政のバランスをとるために、完全雇用時には財政が黒字、いわゆる「完全雇用余剰」が生まれるのは当然となる¹。だが日本の財政制度の下では、バブル景気（1986年12月～1991年2月）、いざなぎ景気（2002年2月～2009年3月）、そしてバブル期を超えと言われる今も（2012年12月～）、財政が黒字になったことがない。

財政状況を表すひとつの指標である公的債務残高の対GDP比は、金利 r 、成長率 g 、そしてPB（＝プライマリーバランス＝税収 T －政策的経費 G ）と切り離して論じることはできず、一体的に考える必要がある。そして次のロジックは、今の日本の財政を議論する際に必要とされる最低限の知識となる²。

公的債務残高の対GDP比は、2つの要因に依存して決

まる。

- ・金利と成長率の大小関係
- ・PB（＝税収 T －政策的経費 G ）が赤字であるか黒字であるか

金利が成長率よりも高く、また利払い費を除いたPBが赤字であるときには、公的債務残高の対GDP比は上昇していく（これを発散と呼ぶ³）。さらに、長期的には、金利が成長率を上回るとすれば、公的債務残高対GDP比を安定させるためには、PBを黒字にしなければならない⁴。

財政金融政策に関しては、なかなか厳しい条件の下にいる日本ではあるが、一方、幸いにもこの国は、潜在的な供給力に対して需要が不足している成熟社会の段階にある。成熟社会は、所得を今よりも平等に分配することが経済に活力を与え、労働分配率を高めることと資本の成長は整合性を持ち得る。さらに、財源調達を行いながら皆保険を維持していくことが、成長に有利に働く社会でもある⁵。

医療政策会議ではこの2年間、会長からの諮問「社会保障と国民経済——医療・介護の静かなる革命」について検討する中で、委員の間でいくつもの最大公約数的な見解を得ることができた。この「医療政策会議における

¹ 「景気が上昇し、完全雇用に近づいたとき、財政が黒字でなければならないことに注意しなければならない。なぜならば、この時、累積する黒字を不況期に支出して、景気上昇への誘因を作り出さなければならないからである。これを「完全雇用余剰」という。完全雇用余剰が大きければ、多額の公共支出を不況期に「一挙」に行って、景気対策を行うことができる」（伊東光晴（2006）『現代に生きるケインズ』141-142頁）。

² 債務残高の変化とPB（プライマリーバランス＝税収 T －政策的経費 G ）の関係は、次の式で表される——添え字（-1）は前年度を示す。

$$\frac{B}{Y} - \frac{B_{-1}}{Y_{-1}} = (r - g) \left(\frac{B_{-1}}{Y_{-1}} \right) - \frac{T - G}{Y}$$

この式は、ドーマー条件とも呼ばれ、この条件式から、債務残高の対GDP比（左辺）が、金利と成長率の大小関係とPBが赤字であるか黒字であるかに依存して決まることが分かる。

³ 発散は、 $\frac{B}{Y} - \frac{B_{-1}}{Y_{-1}} > 0$ で表される。発散は持続可能性がないため、長期的な政策目標は、 $\frac{B}{Y} - \frac{B_{-1}}{Y_{-1}} \leq 0$ に設定せざるを得ない。

⁴ 公的債務残高対GDP比のグラフは香取論文、日本の財政事情に近似した数値例は権丈論文を参照。

⁵ 詳しくは、小野論文、権丈論文を参照。

基本認識」では、そうした見解を挙げておく。

議論する際の共有前提

- ・この10年間、国民の日本医療に対する評価（満足度等）と改革の必要性についての理解は着実に高まっている。
- ・「社会保障制度改革国民会議報告書」が指摘したように、今後の改革では「医療専門職集団の自己規律」の強化が必要であり、日本医師会はその先頭に立つ必要がある。
- ・今後とも、国民皆保険制度、介護保険制度は堅持する必要がある。それは、国民医療を守るためだけでなく、「分断社会」化を防ぎ、日本社会・日本国民の統合を維持するためにも不可欠である。
- ・日本では、今後も医療費の主財源は社会保険料であり続け、それを消費税をはじめとした様々な公費で補う必要がある。

国民経済に関する基本認識

少子高齢化と国民経済

- ・少子高齢化と国民経済の関係を見る指標は、就業者1人当たり非就業者である。
- ・人口減少社会で重要な経済政策の指標は1人当たりGDPであり、総GDPではない。
- ・日本の1人当たりGDPの伸びは、他の先進諸国と比べて遜色のない伸びを示してきた——問題は、労働、資本、土地という生産要素間の機能的分配と、高・中・低所得階層間の個人的分配のあり方である。
- ・超高齢社会への最も有効な対応策は、幅広い社会参加である——2017年1月に日本老年学会・老年医学会が医学的な観点から高齢者75歳を提言していることを参考として、雇用環境、税、社会保障などの社会システムを見直していく必要がある⁶。

金融政策と国民経済

- ・現在の日本は巨大な生産力を手に入れた成熟社会を迎え、人々はお金を使うよりも貯めることに関心が向

かった結果、需要が不足する事態が続いている。

- ・成熟社会で経済に活力を与える政策として次が考えられる
 - 高所得者から低所得者への垂直的再分配
 - 現金給付よりも現物給付（ベーシック・インカムは導入が不可能・不適切⁷）

財政と国民経済

- ・財政健全化、経済成長、社会保障の機能強化は一体的に考える必要がある。
- ・本序章冒頭に述べた、完全雇用余剰、ドーマー条件の知識は不可欠である。
- ・未だに埋蔵金論議をする者がいるが、ストックはストックへは大原則である⁸。

社会保障・税一体改革のフレームに関する基本認識

1999年から消費税国税分は社会保障目的税	
高齢者3経費から社会保障4経費へ	
消費増税5%の内訳 ⁹ （5つの1%）	
・「ネット」の給付改善	
1%（選択と集中を前提とした給付改善）	
・基礎年金国庫負担1/2の確保	1%
・5年分の社会保障費自然増	1%
・消費税導入に伴って生じる物価上昇による 国・地方の負担増	1%
・ネットの財政赤字削減部分	1%

5%の増税のうち、1%は社会保障の充実4%は安定化という説明¹⁰は、不適切。さらに、4%を「借金の返済」と呼ぶのは不正確。

今後の政策に関する基本認識

財源

- ・2019年10月の消費税増税を確実に行うこと。
- ・消費税10%の先の検討をすみやかに開始するべきである。その際には毎年1%ポイントの引上げも視野に入れて検討してもらいたい（2004年年金改正後の保険料引き上げを参考）。

⁶ ただしこの時、日本の公的年金保険のように、「マクロ経済スライド」という財政収支を自動的に調整する仕組みを持つ受給開始年齢自由選択制の下では、いわゆる「支給開始年齢の引上げ」は行う必要はないことにも留意しておくべきである。もっとも、社会保障制度改革国民会議（2013年8月）、社会保障制度改革プログラム法（2013年12月）にある「マクロ経済スライドの見直し」は、未だ不十分であり、さらなる見直しは必要である。

⁷ 井手論文、権丈論文参照。

⁸ 仮に特別会計に剰余金が生まれたとしても、それは公的債務の返済に回す。それがストックはストックへ。

⁹ 香取論文を参照。

¹⁰ 政府による、消費税増税5%の用途に関する説明の混乱については、権丈論文参照。

・「能力に応じた負担の在り方、負担の公平性が強く求められる」（『社会保障制度改革国民会議報告書』24頁）方向性の徹底という観点から次の施策を図るべきである¹¹。

- ▶ 軽減税率の見直し
- ▶ インボイス制度の2023年10月からの確実な実施、さらには前倒し導入も検討
- ▶ 所得税の所得ブラケットを見直して中高所得層への課税を強化するとともに、課税最低限についても再考
- ▶ 恒久的減税や制度減税によって生まれた控除や分離課税を見直し、徐々に所得総合課税に近づけていき、課税ベースの拡大を図る
- ▶ 公的年金収入を給与収入と等しく課税し、非課税年金を見直す。

社会保険料については都道府県への医療政策再編の中で、被用者保険の一元化として後述

超高齢社会への対応に関する基本認識——幅広い社会参加

人生の高齢期への備え

現在の民間の再雇用、公務の再任用制度が十分な人材活用を行い切れていない現状を反省して、定年制を少なくとも65歳まで延長し、その後の雇用も弾力化を図るべき。

公的年金保険の受給開始年齢自由選択の上限を現行の70歳以上に引上げるべき。

全般

両立支援の拡充。

厚生年金の適用拡大による国民の高齢期の生活安定を図るべきである。

医療・介護に関する基本認識

地域医療構想＋地域包括ケア＝車の両輪

- ・地域包括ケアはシステムではなく、まずは既存のリソースのネットワークであることを再確認すべきである。
- ・地域包括ケアは地域でオペレートする側の人間のいわば知恵と力と勇気の問題であり、行政がお膳立てする話ではない。

かかりつけ医機能の強化は医療・介護一体改革の要

2013年8月8日、日本医師会と四病院団体協議会が共同でとりまとめた「医療提供体制のあり方」より

「かかりつけ医機能」

- ・かかりつけ医は、日常行う診療においては、患者の生活背景を把握し、適切な診療及び保健指導を行い、自己の専門性を超えて診療や指導を行えない場合には、地域の医師、医療機関等と協力して解決策を提供する。
- ・かかりつけ医は、自己の診療時間外も患者にとって最善の医療が継続されるよう、地域の医師、医療機関等と必要な情報を共有し、お互いに協力して休日や夜間も患者に対応できる体制を構築する。
- ・かかりつけ医は、日常行う診療のほかに、地域住民との信頼関係を構築し、健康相談、健診・がん検診、母子保健、学校保健、産業保健、地域保健等の地域における医療を取り巻く社会的活動、行政活動に積極的に参加するとともに保健・介護・福祉関係者との連携を行う。また、地域の高齢者が少しでも長く地域で生活できるように在宅医療を推進する。
- ・患者や家族に対して、医療に関する適切かつわかりやすい情報の提供を行う。

これを要約して、日本医師会は、かかりつけ医を「なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要な時には専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師」と位置づけている。そして日本医師会は、2015年より「かかりつけ医機能研修制度」をはじめている。

医療政策会議は、日本医師会に次を求める。

- ・かかりつけ医を中心とした地域包括ケアの構築・推進が、日本医師会により強く進められていることを国民に積極的に広報すべきである。
- ・2015年から「日医かかりつけ医機能研修制度」がはじめられていることを国民にも広報すべきである。
- ・「かかりつけ医機能研修制度」の修了証書を持つ医師を、検索できるシステムを構築すべきである。

緩やかなゲートキーパー機能

かかりつけ医は、緩やかなゲートキーパー（相談・紹介）機能を持つことが期待されている。

『社会保障制度改革国民会議報告書』（24頁）より

「これまで、ともすれば「いつでも、好きなところで」と極めて広く解釈されることもあったフリーアクセスを、今や疲弊おびただしい医療現場を守るためにも「必要な時に必要な医療にアクセスできる」という意味に理

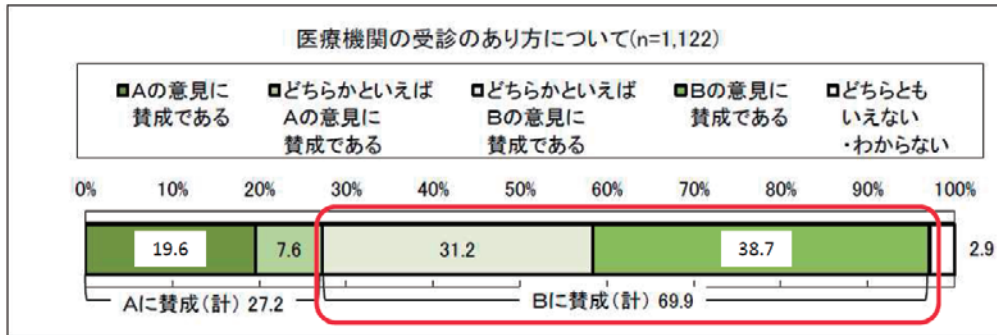
¹¹ なお、能力に応じた負担という考え方は、財源調達面に限るのであり、生活リスクに直面して給付を受ける側面にはなじまない。詳しくは、二木論文参照。

医療機関の受診のあり方に関する考え

○ 医療機関の受診のあり方について、「最初にかかりつけ医など決まった医師を受診し、その医師の判断で必要に応じて専門医療機関を紹介してもらい受診する」に賛成する者が70%近くを占めた。

Q21 医療機関の受診のあり方として、次のAとBの2つの考え方について議論されています。あなたはどちらかに賛成しますか。

- A 病気の程度に関わらず、自分の判断で選んだ医療機関を受診する
 B 最初にかかりつけ医など決まった医師を受診し、その医師の判断で必要に応じて専門医療機関を紹介してもらい受診する



出典：日本医師会総合政策研究機構 第5回日本の医療に関する意識調査（2014年12月24日）14

中医協（2017年2月22日）

図表1

解していく必要がある。そして、この意味でのフリーアクセスを守るためには、緩やかなゲートキーパー機能を備えた「かかりつけ医」の普及は必須…」。

この「緩やかなゲートキーパー（相談・紹介）機能」の普及は、今展開されている医療改革の要である。図表1も参照。

ACP¹²時代におけるかかりつけ医の重要性

第XV次生命倫理懇談会答申『超高齢社会と終末期医療』には「地域包括ケアシステムの中核となって個々の患者に接するかかりつけ医や介護職その他の関係者が、本人がどのような生活を送りたいかを尋ね、そのために利用可能なサービスを情報提供し、継続的に一緒に考えていくACPが重要となる」（31頁）とある。医師はガス、水道、電気と同じく、人が生きて行くために必須の生活インフラなのであるが、その中でもかかりつけ医は、ACP時代の基礎的な社会インフラであり、その普及が、人生の最終段階におけるQOD（死に向かう医療の質）を

高めるためにも必要とされていることを、日本医師会は、しっかりと国民や会員に広報すべきである。

被用者保険の都道府県化…都道府県への医療政策再編

- ・被用者保険の都道府県単位への一元化を実現し、保険料率を揃えることにより負担の公平化、財政の安定化も図るべきである。
- ・日本医師会は、2010年「国民の安心を約束する医療保険制度」において「職域保険として、共済組合を協会けんぽに統合し、組合健保を段階的に協会けんぽに統合する」（18頁）ことを提言している。これは武見太郎会長時代からの地域、職域保険の一本化への経過措置としての提言であるが、被用者保険の都道府県単位への一元化は極めて妥当である。そしてこの被用者保険一元化は、これまで進められてきた都道府県単位への医療政策再編の流れにも沿ったものであるとも評価

¹² 第XV次生命倫理懇談会答申「用語について」より
 「ACP（Advance Care Planning）将来のケアについてあらかじめ考え、計画するプロセスないしそのプロセスにおける患者の意思決定を支援する活動を指す。一般的には、患者本人、患者の家族、医療・ケア提供者の「話し合いのプロセス」と解釈されており、患者の希望や価値観に沿った、将来の医療・ケアを具体化することを目標にしている」。

図表 1 都道府県単位への医療政策再編の動き

1985年	第一次医療法改正 ・地域医療計画の策定（1989年3月までに全都道府県で完了）
2006年	医療制度改革関連法 ・都道府県単位の保険財政共同安定化事業（2006年10月より） ・広域連合単位の後期高齢者医療制度（2008年4月より） ・全国1つの政府管掌健康保険から47都道府県の協会けんぽへ（2008年10月より）
2014年	医療介護総合確保推進法 ・地域医療構想の策定（2015年4月～2018年3月であるが、2016年半ばまでが望ましい）
2015年	医療保険制度改革関連法案 ・国民健康保険の保険者、都道府県化（2018年4月より）

出所：筆者作成。

- ・ 権丈(2018)『ちょっと気になる医療と介護 増補版』71頁

図表 2

できる。

地域医療構想の医師配置版

医療従事者の需給に関する検討会・医師需給分科会『第2次中間とりまとめ』にある偏在対策に「有効な客観的なデータの可視化を通じて、医療ニーズに合致した効果的な医師偏在対策を実施することができるようにするとともに、PDCA サイクルを通じて、都道府県が実施した医師偏在対策の効果を検証し、対策の改善が行われるような環境整備を図っていく」（4頁）ことは当然であり、医療政策会議も支持する。

また、日本医師会が唱える「かかりつけ医機能」の充実の観点からも、『第2次中間とりまとめ』にある「プライマリ・ケア等の地域医療を支える医学教育を充実」（10頁）することは、必須、かつ喫緊の課題である。これが克服の難しい大きな課題であることは、第16回医師需給分科会における次の発言を参照されたい。

○福井（聖路加国際大学学長）構成員 内面的なインセンティブというか、地域医療をやりたいという心持ちに医学生がなるよう、そもそも医学教育がそういう方向で行われていないというのが実情です。…ある大学で入学時には医学生の50%がプライマリ・ケアを将来やりたいと答えていたのですが、卒業時には2、3人になりました。それはなぜかと言うと、私も経験がありますけれども、総合診療部なんか入ると、そういうメッセージをいろいろな臓器別専門診療科の先生方は学生に言い続けるわけです。したがって、ジェネラルをやる、全身的に診るという理想に反して、高度な医療機器

も使えない、そういう診療をやるのはレベルが低いというメッセージを6年間ずっと伝え続けられますので、心の底から地域医療をやりたいと思う人は、よほど芯の強い人だと思います。ちょっとした外形的なインセンティブでは行動変容は起こらないのが実情だと思います。

「プライマリ・ケア等の地域医療を支える医学教育を充実」は難易度の高い政策課題であるが、その遂行に、日本医師会は惜しみなく協力するべきである。

この点、今日、医療のあり方そのものが変化を求められていることも後押しをするはずである。

社会保障制度改革国民会議報告書（31頁）

「医療の在り方そのものも変化を求められている。高齢化等に伴い、特定の臓器や疾患を超えた多様な問題を抱える患者が増加する中、これらの患者にとっては、複数の従来の領域別専門医による診療よりも総合的な診療能力を有する医師（総合診療医）による診療の方が適切な場合が多い。…このように「総合診療医」は地域医療の核となり得る存在であり、その専門性を評価する取組（「総合診療専門医」）を支援するとともに、その養成と国民への周知を図ることが重要である。」

介護保険の被保険者範囲の見直し

被保険者を40歳以上から20歳以上にすることにより、今の40歳以上の人たちの負担を平準化して今後の保険料の引上げ余地を作り、介護保険の財源調達力を高めるべきである。

ちなみに、介護保険は65歳以上の被保険者が給付費の98%を利用しており（医療58%）、高齢期に支出が集中している側面は、年金と類似している。そして年金では、

20歳以上が被保険者となることにより、各年齢時における負担を平準化することに成功している。

医療・介護費用の国際比較と2025年の次の政策目標としての2040年

- ・医療費の国際比較を行う際は、国内での都道府県、市町村間比較でも行っているように、高齢化率による補整を行うべきである。高齢化補整を行えば、日本の医療費の対GDP比は、OECD加盟国平均よりもなお低いことは、複数の研究で確かめられている。
- ・社会保障・税一体改革の目標年次は、段階の世代が75

歳に達する2025年とされていた。それまでに何をなすべきかの議論も終え、実現に向けて着実に改革が進められている今、高齢者数がピークを迎える2040年を射程に据えて、将来計画を立てる準備を開始すべきである。

序章、おわりに

以上、医療政策会議の委員の間で共有されている見解を挙げてみた。この「医療政策会議における基本認識」が、医師会の会員をはじめ、広く国民全般に理解されることを期待したい。

経済・財政・社会保障を 一体的に考える

香取 照幸 (アゼルバイジャン大使)

<社会保障の機能とは>

今日私たちが生きている社会は、個人の自由と選択を基本とする成熟した市民社会です。

その中で、社会保障は「社会の安定」と「社会統合・社会の正統性の獲得」をその基本的機能にしています。

社会の安定とは、昔ながらの言葉を使えば「民生の安定」ということであり、社会の正統性 (legitimacy) とは、「その社会が人々にとって意味 (=守るに値する価値) のあるものであり、社会が分裂することなく統合されている」という状態をきちんと維持していくということを意味しています。

社会の安定は経済発展の基礎であり、社会統合・正統性の確保は政治 (統治) の目標でもあり基盤でもあります。

社会保障は単に社会的弱者の救済にとどまるものではなく、社会の安定や統合を脅かす様々なリスクを社会全体で最適化 (ヘッジ) する壮大な仕掛けであり、より個人に引きつけて見ていけば、1人ひとりの人間がリスクを恐れずに自分の能力や自分の可能性を最大限に発揮できるような条件を作っていく仕組みとすることができます。

<社会発展の原動力—個人の自己実現>

社会保障のベースにあるのは、社会経済の発展の原動力は社会の構成員1人ひとりの活力・自己実現・能力の発揮にあり、そのΣ (集積値) が社会全体の発展につながる、という社会発展に関する考え方です。

私たちは、多様な価値観・多様な人生観が共存し、人々が自らの自由な選択によって自己実現していくことを可能にする社会=成熟した市民社会を実現しました。

個人の自立と選択、自立した個人の自由な人生選択・

リスクを恐れずにその持てる力を最大限に発揮するチャンスと可能性を保障することは、その個人にとってだけでなく、社会全体の発展の基本要件でもあるわけです。

こういった社会を引き続き維持し発展させていく、そのために、一人一人の生活の安定を脅かす不確実性=リスクを社会全体で解消していくというのが社会保障の役割です。

国によってやり方は様々ですが、先進国と呼ばれる国々はみな社会保障制度を整備しています。

社会保障とは、「社会の発展」と「個人の自己実現・市民生活の安定」を同時に保障するために人類が考え出した最も知的で合理的なシステムなのです。

<社会保障のもう一つの機能 社会統合>

もう1つの社会保障の大きな機能・役割は、「社会統合」、すなわち「社会の分裂・遠心化の回避」ということです。

歴史的に見れば、個人の社会生活の安定・安心を担保する機能は、地域共同体や家族が担ってきました。

地域共同体や家族は、一面では個人の自由な生き方=人生選択を束縛する面を持っていますから、個人の自立・自由な選択に価値をおく近代社会=資本主義社会の発展は、地域共同体や家族の機能・領域を弱める方向に働きます。

他方、個人が独立して自由な社会のなかで自己実現をしていく社会というのは、個人がより大きな自己責任を負う社会ということでもあります。個人がより大きなリスクを負いながら生きて行く一方で、これまで個人を守ってきた地域や家族の紐帯は弱まっていく。社会保障は、それまで地域や家族が担ってきた人々の紐帯、助け合いの機能を補完し強化していく機能を果たしています。

その意味で、社会保障は、地域・家族の機能を補完す

るものであり、人々の紐帯＝つながりを強化することを通じて市民生活の安心を担保し、同時に社会の安定を維持する機能を果たしているものでもあるのです。

この社会保障の持つ「社会統合という機能」は、現代社会ではますます重要になっています。

21世紀に入り、経済のグローバル化が進み、経済的・社会的な格差の拡大・固定化が多く、多くの国で課題になっています。

世界を一つにしていく「グローバリズム」が、逆に世界に分断と対立を生んでいる。格差の拡大は人々を分断し、社会を不安定化させます。社会の対立が深刻化し、狭量なナショナリズムや他者への不寛容、排外主義が力を増しています。

日本のように、みんな同じような顔をして、同じ言葉話して、同じものを食べて、同じ文化を共有しているような社会では、社会＝コミュニティというものは当たり前前に存在していて、当たり前前に統合されているものだと考えていますが、こんな社会は世界中そうはありません。

例えば今私が赴任しているアゼルバイジャンもそうですが、多くの国、多くの社会では、様々な民族・宗教・言語・文化を持った人々がいて、同じ空間に共存しています。

ある意味、多元的で、分裂と対立、分断と差別の契機を常に内部にはらんでいるのが普通の社会の姿です。だからこそ、社会の分裂・対立を回避し人々を包摂していくための多様性の尊重、寛容、参加の保障、そして格差の解消が重要な政治課題になるのです。

大きくいえば、異質な者を差別し排除することで社会を維持するのか、多様性を包括し共存していくのか、まさにその選択をいま人類は迫られていると言っても過言ではありません。

＜社会保障の機能不全がもたらすもの＞

以上のことを理解すると、社会保障が機能不全を起こすと何が起こるかということが容易に想像できます。

社会の安定装置ともいべき保障のネットワークが壊れれば、格差の拡大・貧困の再生産が進み、社会統合全体の危機が訪れます。社会は混乱し、治安は乱れ、経済は停滞します。そのことがさらなる社会不安を引き起こし、社会保障の機能不全を招きます。混乱と対立、憎悪と不寛容の行き着く先は破壊と戦争です。

社会がそんなネガティブスパイラルに陥らないようにするというのが、社会保障を改革する、社会保障の不断の見直しをすることの真の目的だということになります。

＜社会・経済・社会保障を一体的に考える＞

社会保障とは、社会が抱えているさまざまな課題を解決するための仕掛けです。つまり、社会保障の課題とはすなわち私たちの社会や経済が抱えている問題そのものでもあるわけです。

社会・経済の問題をどう解決していくかということと、社会保障の課題をどう解決していくかということは通底しています。言ってみれば表裏一体の関係にあります。

社会保障の課題を社会保障のことだけ考えて解決しようとしても、答えは得られません。

＜社会保障の理解と議論の出発点＞

社会保障制度というのは非常に複雑で壮大な制度・政策の体系です。100兆円超、GDPの20%を越える規模のお金が動き、経済システム・社会システムの重要な一部を構成しています。その意味で、マクロ経済や地域政策、もちろん政治システムとも密接不可分の関係にあります。

他方、個々の市民にとっては、社会保障は日々の生活に直結している個別具体のサービスです。

国家財政と社会保障、経済政策と社会保障政策、負担と給付のバランスといったマクロの世界の制度論と、個々の市民の日常生活に関わる個別のサービスや家計の負担といったミクロの世界の風景が大きく乖離しています。

社会保障は制度と政策と法律の塊ですけれども、個人にとっては別にそのようなことはどうでもよくて、65歳になったらいくら年金もらえるのかとか、医者に行ったときにどういう治療を受けられるのかとか、どこに病院があるのかとか、子供が病気になったら、障害になったら何をしてもらえるのかとか、結局そういうことでしかない、ミクロの風景とマクロの風景が大きく乖離している。

制度や政策を担う側の人間は、マクロ経済のことも分かっていないといけない、ミクロ経済も分かっていないといけない、政治的な合意形成のシステムのことも分かっていないといけない、地域政策や家族も分かっていないといけない。いろいろなことが分かっていないと社

社会保障は議論できないですが、個々人にとってみるとそのようなことはどうでもよくて、私のかかわっている個々の局面で、この制度は私のために何の役に立つか、重要なことはその一点です。

例えば、病気もしない、お父さんも元気、子供も元気、失業もしていない、誰の世話にもなっていない市民にとっては、社会保障制度は単に保険料を取られているだけの制度で、自分が行っていないのに病院に年寄りがいっぱいたまっていると、「人のお金で何やってるんだ」と思う。しかし、ひとたび自分が病気になったり、重度の障害の子どもができれば、社会保障は自分にとっていわば死活問題のような制度ということになります。

このギャップをどうやって埋めていくか、理解してもらうか。難題ですがこれを乗り越えないと生産的な議論ができません。

<合理的無知と公教育の不在>

社会保障の理解がなかなか進まない背景には、さらにいくつかの要因があります。

一つは「合理的無知」ということです。

「合理的無知」とは、人間は、物事を考える時間とアタマの容量には限りがありますから、自分に直接かわりがないことについては、「合理的」選択として必要以上に時間とエネルギーを使わない。大体みんなが思っているとおりに思っていればよいと考える、敢えて「無知」であることを選択する、ということです。

もう一つはこの国の公教育の問題です。

この国は、この社会を成り立たせている基本的な価値観、社会統合の基礎を支える社会や政治の仕組みを支えている理念哲学を体系的に教える、という点で必ずしも十分とは言えません。

社会保障のありようは、その国・その社会のありように規定されます。自分たちの社会の支えている基本的価値に関する共通理解、社会への信認がなければ、社会保障のような制度への共通理解は形成されません。

言葉として「自助」「共生」「連帯」「助け合い」といっても、それが実感として人々の気持の中に根付いていかない。内面化されないまま全部宙に浮いています。

人は一人では生きていない生きていけない、他者に支えられ、そして他者を支えていくこと、人はみんなどこかで繋がっている、それが社会の姿なのだということを、それこそ小さい時からきちんと教えて行くことが必

要なのではないかと思います。

<寛容さの喪失・反知性主義の氾濫>

日本だけではなく世界中そうなりつつありますが、基本的に人々は寛容でなくなっている。自分と少しでも違うもの、自分と相容れないものに対する寛容さがどんどん失われていっています。

ヘイトスピーチに代表されるような、自分と異なる出自の人や異なる考え方の人たちに対するあからさまな敵意・軽蔑、偏狭なナショナリズム、ゼノフォビア (xenophobia) がどんどん社会の中で、政治の世界にまで広がっている。

非常に危険な兆候です。

もう1つは、合理的にものを考えとか、知的にものを考えるということを蔑む風潮が広がっています。

fake news とか post truth と呼ばれる現象は、真実よりも自分がそうだと思いたいことの方を（それが真実であろうがなかろうが）信じようとする、ということです。知性よりも感情、理性よりも憎悪、そこには自省や他者への理解、共生といった契機を見いだすことができません。

そういう風潮が強まっているのであればなおさらのこと、多様な考え方のなかから合意形成をしていく努力というのを常にやり続けるということが、やはり必要なのではないかと思います。

<今ここにある危機—私たちが抱える課題>

日本の外で外交官という目線で世界を見てみると、ヨーロッパやアメリカから比べればまだそれほどでもないかもしれませんが、この国にもやはりいろいろな意味での「社会の分裂—統合の危機」が少しずつ訪れてきていることを感じます。

他者に対する不寛容、ヘイトスピーチ、ネトウヨと呼ばれるような狭量で排他的な言説といったことが社会で一定の力を持つてしまう。その背景には、人々の不安、自己肯定感や居場所を見つけられない人々のいら立ち、不安があります。

自分の人生とか未来に対する不安・不満、自分自身が追い詰められているということがあって、それが他者に対する不寛容の引き金になる。

不寛容な者同士が隣に座っていると喧嘩になります。喧嘩になればまた不満が高まるということで、いわばネ

ガティブスパイラルが起こっている。

社会統合の危機の根は非常に深いです。

社会を支えている一種の連帯感とか共通の基底意識・共同体意識とか、そういうものがいわば社会保障の基盤でもありますし、それを支えていくのが社会保障の役割でもあります。

社会保障改革とはまさにそのような「社会を支えるという社会保障の機能」がきちんと発揮されるようにすること、それを通じて私たちが社会統合の危機に対峙して行けるようにすることだ、と私は考えます。

<不安の背景にあるもの>

私たちの社会を覆っている不安の背景にあるものは何でしょうか。

1つはいうまでもなく経済社会の問題、グローバル経済の話や人口減少の話です。これは多くを語る必要はないでしょう。

2つはそのことが引き起こす地域社会や家族の日常に関わる問題です。

グローバル化が進むなかで、日本は（日本ばかりではなく世界の多くの国が）それに対応するためのさまざまな改革をしてきました。

それらの多くは必要な改革であったと思います。しかし他方で、一連の改革がこれまでの日本社会や日本経済、地域や家庭のあり方にさまざまな影響を与えました。日本の社会を支えてきた人々のつながり、共感意識がだんだん失われています。他者に対する不寛容、無理解というものがどんどん大きくなっている。自分の目の前には失業の問題や雇用不安の問題や子育ての問題やさまざまな問題があり、老後の不安もある。独り暮らしになったらどうしよう、寝たきりになったら…それこそ人生不満だらけ、不安だらけということになります。

そんな中で、制度や政策は、なかなかそういったものに対して十分な答えを出せていない。

特に社会保障制度に関して言えば、平等とか公平とか格差の是正というのが社会保障制度の基本的な機能ですが、この世の中、世代間の不公平、地域間の不公平、社会集団間の不公平、正規・非正規格差、そういったさまざまな不公平とか不公正が蔓延していて、それに対して制度・政策がきちんと対応できていない。場合によっては、非正規労働者に対する健康保険・厚生年金保険の適用のように、制度や政策自身がそういったものをいわば

増幅している。

結果、制度や政策を司る人たち、大げさに言えば「統治」に対する信頼が非常に低下している。

日本は公平さや公正さ、平等であること、といったことに関する感性が非常に高い社会です。

こういった状況は制度や政策、ひいては政治への大きな不信を生むことになります。

<相矛盾する国民の意識>

これは北大から最近中央大に移られた宮本太郎先生が指摘されていることですが、政府に対する信頼が低いので、増税をすとか政府が大きくなるということに対しては強い反発があります。どうせ無駄なことをするのだからとか、また天下りが増えるのだからとか、税金の無駄遣いとか、すぐそういう話になります。

他方で、政府に望むことは何か、と聞くと、やはり医療や年金、福祉を充実してくれという回答が大体トップに來ます。

福祉を充実するというの大きい政府を求めるということですから、これは明らかに矛盾しています。しかし、まさにこの矛盾しているアンビバレントな感情というのが、今の国民の不安感がある意味よく表しているということなのだろうと思います。

<政府の機能不全 財政制約>

もう一つ、無視することができないのは財政制約の問題です。国でも地方自治体でもそうですが、直面している様々な問題に対処していくためには、機動的な政策の立案と遂行が必要になります。それには財源が必要です。お金がないとできることもできない。それが今の現実の問題としてあります。

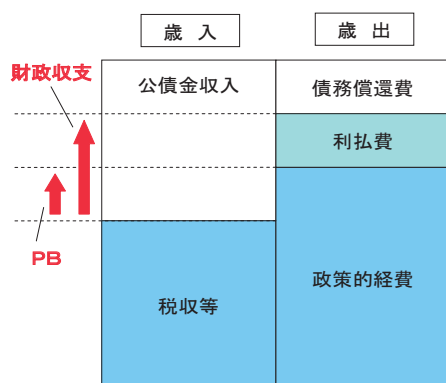
つまり、財政危機があるというのは、政策を遂行する側からすると、政策選択の幅がどんどん狭くなるということの意味します。できることが少なくなる。つまり国家の問題解決能力がどんどん低下するということです。

そうすると、対策が後手に回る。後手に回ると問題解決のコストがどんどん高くなり、ますます問題が悪化する。

財政危機とは「政府が機能不全に陥る」ということに他なりません。ですから、この問題を抜きに、社会保障の改革についても、経済政策についても、成長戦略についても、議論することはできません。

図1 プライマリー・バランス（PB）の定義について

プライマリー・バランス(PB)とは、その時点で必要とされる政策的経費を、その時点の税収等でどれだけ賄えているかを示す指標(=政策的経費-税収等)。なお、財政収支とは、利払費を含めて税収等によって賄えているかどうかをみるものであり、PBよりも厳しい指標。



PBが均衡している状態では、債務残高対GDP比の分子と分母は次のとおりに変動。

PB均衡時には、債務残高は利払費分だけ増加。この利払費は、「債務残高×金利」として計算。したがって、PB均衡時の債務残高は、金利の水準に比例して増大。

債務残高
GDP
GDPは経済成長率に比例して増減

このため、「債務残高対GDP比」全体の変動は、「金利」と「経済成長率」の水準によって左右される。すなわち、PBが均衡している状態では、

- ・金利 > 成長率 ⇒ 債務残高対GDP比は増加
- ・金利 = 成長率 ⇒ 債務残高対GDP比は一定
- ・金利 < 成長率 ⇒ 債務残高対GDP比は減少

→ ∴ 債務残高対GDP比を確実に引き下げるためにはPBに一定の黒字幅を持たせることが必要

図表1

<財政再建は景気の足を引っ張る？>

財政再建をすると景気が悪くなるからやらないほうがよい、と言う人がいます。そんなことを言い続けてこんな状態になるまで放置したことの責任はどうしてくれるんだと言いたいところですが、そのことは措くとして、確かに緊縮財政を取れば足元の景気は悪くなります。

もちろん経済成長を確保することは重要です。社会保障は付加価値の分配ですから、成長がなければその原資は確保出来ません。

しかし、財政再建を考えないで積極財政の経済運営をするということは、将来のお金（借金）で当面の経済対策を打ち続けるということで、20年後30年後の景気を先取りしているようなものです。こんなことをいつまでも続けることはできません。それこそ、財政赤字は（いまはよくても）将来の経済成長の大きな足枷になります。

成長すれば借金は返せるとか、返せないまでも成長すれば今以上に借金は大きくなるからいいんだとか、率直に言って甘言を弄する無責任な言説が多すぎると私は思っています。今の日本が抱えてしまっている財政赤字はそんな生易しいものではないからです。

他の有識者委員が詳説されると思うのでここでは詳しくは記しませんが、「ドーマー条件」という経済学の理論（定理）があります。

税収は基本的に経済成長率に沿って増えますし、国債

の要返済総額（元本+利息）は利率（長期金利）で決まります。

経済成長率が上昇すれば成長率に合わせて長期金利も上昇します。ここで、あまりに財政赤字が大きすぎる状態だと、経済成長による税収増よりも金利の上昇による過去の借金の金利返済額の増大の方が大きくなるので、成長すればするほど債務が拡大（発散）していつまでもなることになる。

わかりやすくいうとそういう話です。

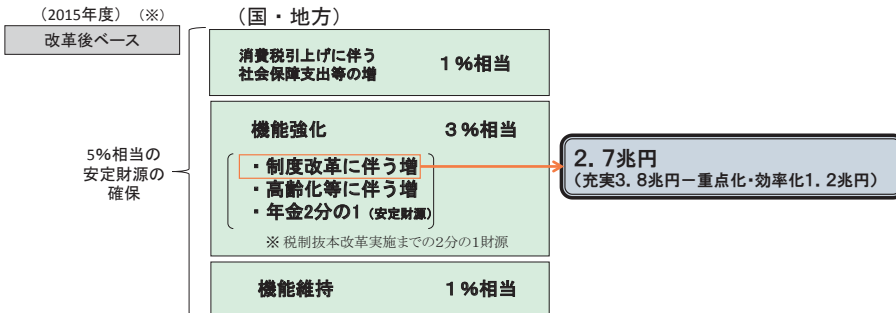
プライマリーバランス（基礎的財政収支）を黒字にする、というのは、この定理を踏まえて、本格的な成長軌道に乗る前に財政赤字を一定範囲に収めて（=その年に必要な政策経費を賄うために新たな借金をしないで済むレベルにまで財政収支を改善して）将来債務が発散しないようにする、ということに他なりません（図表1）。

図表1を見れば明らかなように、「プライマリーバランス黒字化」だけでは過去の借金は減りません。借金の返済どころか利払費すらまだ賄えていない（=利息の支払いのために新たな借金をしなければならない）状態です。

プライマリーバランス黒字化、というのは、せめてこれ以上の積み増しはやめようという程度の実にささやかな目標です。それさえも実現が危ぶまれているのが今の状況です。

図2 消費税5%引上げ分の使い途

- 2010年代半ばまでに段階的に消費税率(国・地方)を10%まで引き上げ
- 消費税収の使い途を、現在の高齢者3経費(基礎年金、老人医療、介護)から、社会保障4経費(年金、医療、介護、子育て)に拡大
- 消費税の使途の明確化(消費税収の社会保障財源化)
- 消費税収は、全て国民に還元し、官の肥大化には使わない



(※) 成案においては、「2010年代半ばまでに段階的に消費税率(国・地方)を10%まで引き上げ、当面の社会保障改革にかかる安定財源を確保する」とされている。
 (注1) 消費税引上げに伴う社会保障支出等の増には、消費税を引き上げた場合に増加する国・地方の物産調達にかかる支出も含まれる。所要額は、財務省推計(2011年5月時点)であり、今後各年度の予算編成過程において精査が必要。
 (注2) 高齢化等に伴う増は、いわゆる自然増のうち経済成長による伸びを超える増加のことである。
 (注3) 機能強化の額は、厚労省による推計(2011年5月時点)。
 (注4) 社会保障4経費とは、社会保障給付公費負担のうち「制度として確立された年金、医療及び介護の社会保障給付並びに少子化に対処するための施策に要する費用」(平成21年度税制改正法附則104条)をいう。所要額は厚労省推計による推計(2011年5月時点)。また、基本的に地方単独事業を含んでおらず、今後、その全体状況の把握を進め、地方単独事業を含めた社会保障給付の全体像及び費用推計を総合的に整理する。

図表 2

<一体改革は何を目指していたのか>

社会保障・税一体改革で消費税5%増税のフレームを作りました。内訳は、
 社会保障の機能強化に1%、
 医療介護の自然増(=高齢化に伴う増)に1%、
 基礎年金国庫負担1/2に1%、
 財政赤字削減(=機能維持)と国の消費税負担に各々1%です(図表2)。

この「5つの1%」は、「社会保障の機能充実と財政再建の両立」を実現するために考え抜いて作ったフレームです。

確かに、純粋機能強化分の1%分以外は国民の給付の改善(純増)はありません。すると、「5%も増税して1%しか返ってこないのか」という批判を受けました。

しかしよく考えれば、5%の消費税増税のうち2%は「医療介護費の自然増」と「基礎年金国庫負担」に充てられる財源、すなわち「将来世代の負担にしないで今の社会保障給付を賄う」ために使われます。

その意味ではまさに今の世代、自分たちの給付を賄うために使われる財源なのです。

私たちは、既に財源の「先食い」をしてしまっています。積み上がった財政赤字のかなりの部分は社会保障です。言ってみれば将来の税収を先食いして足元の給付を賄ってきた、そしてこの瞬間もそれを日々やり続けている

る、ということなのです。

未来の子供達への壮大な付け回し。財政赤字とは「未来を食いつぶす」ことに他なりません。

そう考えれば、「見返りの実感がない負担増」などという言説は、「成長すれば借金が返せる」という言説と同じ位、負担を背負わされる将来世代の子供達のことを考えない、もっと言えば日本経済全体の将来を考えない無責任な言説というべきではないでしょうか。

申し上げたように日本の財政赤字は1000兆円を超え、対GDP比は200%を悠に超えています。世界にこんな国はありません。世界一、ダントツの規模です。

過去の日本の歴史を見ても、この水準は第二次世界大戦敗戦直前、膨大な戦費を背負って焼け野原になった時の財政赤字の水準です。

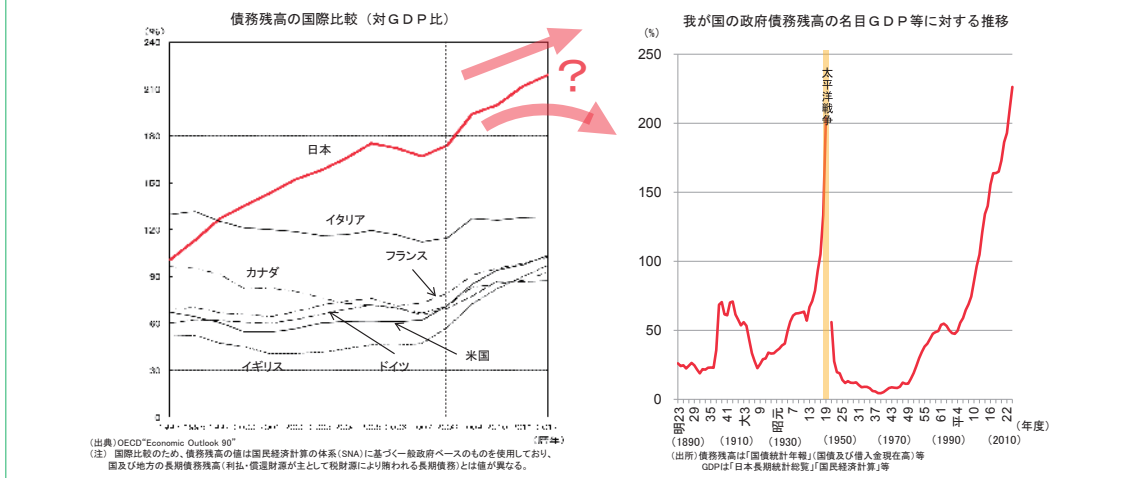
ギリシャやイタリアの財政赤字のことがよく報道されますが、ギリシャやイタリアの財政赤字は対GDP比で100%超程度に過ぎません(図表3)。

ちなみに、EU加盟の条件は、単年度財政赤字が対GDP比3%以内、累積財政赤字が対GDP比60%以内であることです。今の日本はこのどちらも全くクリアできていません。

もし日本がEU加盟国だったら、有無を言わずに直ちに財政赤字削減の超緊縮財政(歳出大幅削減+大増税)を取ることを各加盟国から強く要求されているはずです。景気が悪くなるだの外国に借金しているわけではない

図3 政府債務残高の現状

我が国の財政は、毎年の多額の国債発行が積み重なり、国際的にも歴史的にも最悪の水準(太平洋戦争末期と同水準)。



図表3

からいいんだの、国民が資産を持っているから赤字があっても大丈夫だの、そんな言い訳、世迷い言は一切通じません。

それが「財政規律に関する国際標準」なのです。

「ハゲタカ」を書いた真山仁さんという作家が昨年「オペレーションZ」という近未来小説を書きました。

財政破綻を回避するために時の総理が国家予算を半分にする、つまり単年度財政赤字をゼロにする（＝赤字公債を発行しないで予算を組む）ことを決断する、という話ですが、実際にそういう予算を組んだら世の中一体どんなことが起こるか、彼は非常によく勉強してとてもリアルにその世界を描いています。

まさに想像を絶する大混乱が－政治にも経済にも国民生活にも、そして国際関係にも－起きます。ですが、今のまま問題を先送りしていけば、いつか必ずそういう時が来てしまうことでしょう。

足元の一年二年のことならなんとか辻褄を合わせながらごまかして行くこともできるかもしれません。しかし、これから人口が減少していく厳しい日本経済の先行きを考えれば、もはや医療費や介護費の自然増さえ増税、つまり現世代の国民に負担増を求めないかぎり賄えません。もうこれ以上負担を将来世代に先送りしない。自分たちの世代の給付は自分たちの世代で賄う。当たり前のことです。

増税の先送りをしている限り、毎年のシーリングで数

千億の削減が降ってきます。それでも、毎年度30兆円40兆円という規模で新たな借金を積み上げているのが今の国家財政です。

今アベノミクスで景気は順調だと言われています。失業率も低水準で「人手不足」が問題になるくらいです。

だとすれば、少なくとも財政学的には「完全雇用余剰」が生じていなければおかしいし、最低限「定常状態での財政中立（＝単年度の財政が均衡している（赤字を出さない）状態）」でなければ本当はおかしいのです。

こんな「完全雇用」の経済状況でなお、恒常的に巨額の財政赤字を毎年積み上げているような財政構造というのは異常です。こんなことでは、とても持続可能な経済運営はできません。

だからかつて政府は「2020年基礎的財政収支の黒字化」を国際公約に掲げたのです。まずは、というかせめて最低限これ以上赤字を増やさない、そこが全ての原点です。

この問題は一人社会保障の問題ではありません。まさに日本経済、日本という国の持続可能性に関わる問題です。

繰り返しますが、社会保障のことだけ考えても問題の解決にはなりません。

社会保障と経済成長と財政の健全化というものをセットで考えるということが必要なのです。

社会保障・税一体改革というのは、自民党も含めた超

党派の合意として作られたものです。あのときの合意の原点というのを、きちんともう一度ぜひ押さえてほしいと思っています。

<政治への信頼 合意形成の基礎をなすもの>

これは直接ここでの話とは関係ないかもしれませんが、先ほど述べたように、小さい政府を志向していると同時に、安心できる福祉社会を作ることを国民は望んでいます。それを正面から受け止めるのであれば、それは必要な負担をより経済に影響を与えない形、負荷のかからない形、公平で個人々の生活により影響の少ない形で、でも求めるべき負担は求めるということをやっていないと、持続的な制度は作れないということになります。

負担というのは理屈ではなくて納得ですから、「理屈では分かるけれども、おまえに言われたら嫌なんだよね。」というのはいくらでもあります。やはり合意ということが大事なので、これは政治の能力というか力というか信頼というか、そういうことだと思います。

改革とは現状を変えるということです。現状を変えることで不利益をこうむる人は必ず一定数いるので、みんながハッピー、というわけには行きません。それに、ある現実が存在しているというのは、それはそれなりに意味なり社会実態があって存在しているというか、ヘーゲルではないけれども「存在するものは合理的」なので、全く意味がない、無価値ということはありません。つまり、反対する側にもそれなりの理屈・根拠がある、ということなのです。

現状を変えるというのは、必ず賛成する人・反対する人がいて、その中で合意形成をしていくということであり、いわば一つ一つ物事を積み上げながらよりよい方向に変えていく、という地道な努力を常にやり続けたいいけないということです。

いたずらに危機感を煽って「一億火の玉」「なんとか革命」風の一点突破全面展開路線で反対する人を力でなぎ倒していくようなやり方は長続きしませんし、結局奏功しません。

大事なことなので繰り返しますが、全員にとってwinになるような改革というのはないのです。絶対がないのです。

特に社会保障のようにミクロとマクロの見え方が全然違う世界では、いくらマクロで整合的でも、ミクロの世界で「そんなことをされたら僕は困る」という人が一定

数いると、改革は止まるのです。

それを乗り越えていくというのはやはり政治の力なので、地道に合意形成をし、物事を前へ進め、結果を出していくということについて、政治はもっと責任を持たなければなりません。

この種の議論をすると必ず、「そんな大変なことをしなくても大丈夫。あそこに悪いやつがいるから、あいつをつぶすとうまくいく」とか、「改革を邪魔しているのはこいつ、既得権益、しがらみ。だからこいつを倒せばうまく行く」といった、犯人探しをする人がいます。

1人ひとりの行動変容ではなくて、何かどこか他のところに原因があって、それを変えればうまくいく、という議論です。増税なんかしなくても行革をすればお金が出てくるとかいう話もある意味その類いの言説です。

これは最も改革に対してネガティブなアクションです。つまり、だれかが悪いからうまくいっていないという思考回路の裏側は「僕は悪くない」ですから、自分を変えなくてもよい。つまり、自分自身を変えるという、自分が問題解決にコミットするということを放棄する、いわば自分を免罪してしまう思考回路です。ですから犯人探しは絶対に駄目です。

この種の犯人探しで何度改革が駄目になったか分からないので、ぜひそういうことはしないで欲しいと思います。

<社会保障にできること>

最後に、社会保障制度は何に貢献できるかということを変更して整理して考えます。

1つは言うまでもなく、社会保障の本来機能である、安心社会の基盤を作るということ、この社会が公正だと思えるような社会を作っていくということです。

競争はもちろん大事です。競争がなければ社会は進歩しませんし経済も成長しません。ですが、「競争の仕方のルール」を考えなければならないと思います。

トーナメント型・バトルロイヤル型の「敗者大量生産競争」はやめてもらいたい。

この競争の仕方は「一度負けたらおしまい」。市場から撤退です。どんどん排除されて最後に一人が勝ち残る。

そうではなくて、別に一度負けたって3連戦2勝1敗でいい。もっと言えば3連敗でも次のチャンスがあれば別にいいのです。リーグ戦型。そういう競争のルールを考える。

つまり新自由主義的な「勝ち抜き戦のための規制緩和」ではなくて、リーグ戦型の競争をするような新しいルール作り、そういう「規制改革」をやるといってはいかと思いません。

選別を繰り返して格差や貧困を大量生産するのではなく、より多くの人が参加し続けることができるような、排除ではなくて包摂を基本にした制度作り、ルール作りをするということです。

次に、人口が減っていくので、減っていくことを前提のモデルを作る。これは結構大変ですが、やればできると私は思います。

このためには、人口が増えることを暗黙の前提で考えているいろいろな制度を変える。まさにそのためにわれわれ自身の行動変容が必要だということになります。われわれ自身の行動変容があって、初めて具体的な問題提起とか提案ができて、その提案をめぐる議論ができるということなので、頭を切り替える。特にトップリーダーたち、経済界の人たちにはぜひこの頭の切り替えをしてほしいと私は思います。

少子化について言えば、今やるべきことは今の足元の雇用というか、労働力を確保する対策と、20年後30年後の日本の持続可能性の双方を考える。この2つのことを同時にやるということです。その意味で最も重要なのは「少子化対策」ではなくて「家族支援政策」を考えるということだと私は考えています。

3つ目は先ほどの財政制約の話です。

中長期的な経済成長と整合的、つまりこれからどんなに頑張っても一人当たりGDPで1%とか1.5%とかその程度の成長になるわけですから、それを前提に企業の活動や個人の生活や財政と両立できるような社会保障制度を考えなければいけません。

ここで考えるべきは、給付が高いか低いかの問題ではなくて、要は機能としてどうか、社会保障が本来なすべき機能が維持できるかどうかということです。

大きさの問題よりは、効率性とか費用対効果とか、そういう話になっていきます。なので、優先順位をつけるとか、選択と集中ということが必要です。

さらに言えば、社会保障は一人一人の生活にかかわる「ミクロの保障」でもあるわけですから、個別性の高い対応ができるものでなければなりません。

個別対応を制度でやろうと思うとどんどん制度が複雑になります。1人ひとりに合わせた制度を作るというこ

とになると、極端な話人間の数だけ制度ができることになります。もちろんそのようなことはできません。

制度は「枠組み」を示し、あとは基本的に現場に任せる、ということをししないと機能しません。医療で言えば、出来高で事細かに給付を統制するよりは包括給付で中身は現場に任せる、という話になるのですが、医療に限らず現物給付系のサービスは「現場に任せる」ということをしないと、個別性の高い、かつ効果的で効率的で簡素な制度というのは作れないでしょう。

可能な限り権限は現場に下ろして行く。

その観点からすれば、静態的で画一的な今の医療介護システムの規制緩和をするというのは基本的に正しい方向でしょう。

最後は成長との関係です。これはいろいろな議論がありますが、医療もそうだし、現物サービス系のみみんなこの話になるのですが、経済との関係をポジティブに考える。経済に貢献できるような形で制度を考えるとことは十分可能です。

医療・介護はこの観点からいろいろな議論ができると思うので、次年度の会議に向けて大いに議論したらよいと思います。

補論：地域包括ケアについてのコメント

地域包括ケアの話をするときに私がよく例に出すフレーズがあります。トルストイの『アンナ・カレーニナ』に出てくる冒頭のせりふです。

「幸せな家庭は皆一様に幸せだが、不幸な家庭はそれぞれに不幸である。」

つまり、問題を抱えたり不幸なことがある家庭は、その家庭の数だけ不幸の形がある。私たちはそういうきわめて個別性の高い人たちを相手にものを考えなければいけない。

何故医療や介護で個別性ということが問題になるかと言えば、こういうことだからです。

地域包括ケアもたぶんそういうものの1つだということです。

私は、地域包括ケアというのは、システムではなくて、基本的には多元的なシステム相互のネットワークだということのように考えています。つまり、どこかに司令塔があって指揮命令で動くような階層構造的(hierarchical)なものではなく、WEBのように柔軟で機動的、動的なものだということです。

スポーツに例えるなら、個々のプレイヤーの役割が固定的でだれか（例えばQB）が統率してそれを動かすアメフトのようなものではなく、お互いのアイコンタクトで各プレイヤーが自分の役割を伸縮自在に変え、それでも全体のチームワークが機能するサッカーのようなものだ、ということです。

となるとまず起点となるリソース（＝一定の能力を有するプレイヤー）が存在しないとネットワークにならないので、リソースのないところにネットワークを作っても機能しません。

その意味で言えば、医療にしても介護にしても、ベースのリソース・個別のシステムがそれなりに出来上がっているということがあって初めてネットワークとしてのシナジー効果が出るのであって、それなしに単に地域包括ケアシステムそれ自体のありようをどうするという議論をしても、意味のある答えは出てこないだろうということです。

そう考えてくると、地域包括ケアが理念としてはきれいに描けるのに具体が動かないというのは、地域包括ケアネットワークを機能させるための手法というか道具立てというか、そういうものが十分開発されていないということなのではないか、ということになります。

なので、この問題は制度の問題というよりは現場の間

題、地域包括ケアに関わる人たちの現場構築力、知恵と力と勇気の問題、ということなのではないかというのが、私の感じです。

地域包括ケアシステムのなかで、生活モデルを支えるための1つの形として考えられるのは、いわゆる伴走型モデルというものですが、これも今実際に機能している事例の多くは、スーパー職員が1人いて、その人がいろんな制度や職種の壁を乗り越えてネットワークを作る、そのネットワークを駆使して個性の高い利用者に合わせたオーダーメイドのサービスを組み立ててみんながそれに協力する、という昔ながらの一言って見ればアメフト型のスタイルです。

これはこれで悪くはありませんが、結局は個人の力量に依存したネットワークですから、その人がいなくなると途端に機能しなくなる、ということが起きます。

地域包括ケアネットワークの形は一つではありません。様々な形があり得るし、状況が変わればそれに合わせて変化する変幻自在なものと言ってもいいくらいです。

とすれば、考えなければいけないことは、そういうネットワークを継続的・持続的なもの、ゾーンディフェンスのように（プレイヤーが入れ替わってもそれなりに）機能するものとして作る、ということができるかどうかということに帰着するのではないかと思います。

今後の超高齢・少子社会と医療・社会保障の財源選択

二木 立 (日本福祉大学相談役・大学院特別任用教授)

はじめに

本章は2つの柱からなります。1つは今後の超高齢・少子社会についての、以下の3つの通説が「一面的」であることを示すことです。①日本社会の扶養負担は今後急増する。②日本の労働生産性とその伸び率は欧米に比べて低い。③日本は今や高医療費国になった。もう1つの柱は今後の医療・社会保障の財源選択で、主財源は社会保険料、補助的財源は消費税を含めた租税と私が判断する根拠を述べます。第1の柱はほとんど私の事実認識と「客観的」将来予測ですが、第2の柱の多くは私の価値判断です。

本章の目的は、医師(会)を含め、国民に広く浸透している、将来に対する悲観論、医療・社会保障の拡充に対する諦念が一面的であることを示すことです。それにより、今期医療政策会議への会長諮問事項「社会保障と国民・経済」を前向きに考えることができると思います。ただし、私は上記悲観論・諦念がすべて誤っていると主張するわけではなく、それらが「一面的」であり、別の側面もあることに注意を喚起します。

実は私は2007年に出版した著書『医療改革』に「危機から希望へ」という副題を付けました¹⁾。当時は、小泉純一郎政権が5年半続けた厳しい医療・社会保障費抑制政策が臨界点に達し、「医療危機」、「医療崩壊」が社会問題になっていました。後の『平成24年版厚生労働白書』も、当時を回顧して、「一連の社会保障構造改革は、制度の持続可能性を重視したものであったが、他方でセーフティネット機能の低下や医療・介護の現場の疲弊などの問題が顕著にみられるようになった」(15頁)

と認めました²⁾。私自身も、当時強い危機感を持ちましたが、2007年からそれ以前とは違う新しい動き・流れが生まれていることにも注目し、それらを3つの「希望の芽」と呼びました。小泉政権時代をも上回る厳しい医療・社会保障費抑制政策が続いている現在も、10年前と同様な「複眼的」視点を持つ必要があると思います。

なお、本章は、私が昨年3月に出版した著書『地域包括ケアと福祉改革』の序章「今後の超高齢・少子社会を複眼的に考える」の増補版です³⁾。序章(以下、「序章」)では書き落としたことや、「序章」執筆後1年間で新たに明らかになった事実・文献を可能な限り紹介すると共に、今期第5回医療政策会議(2017年10月4日)での私の報告についての質疑応答も加味して書きます。ただし、紙数の節約のため、「序論」で書いたことの相当部分は省略しました。なお、意外なことに、最新の『平成29年版厚生労働白書』には、私の2つの事実認識・「客観的」将来予測(2(1)、(3))を裏付ける図表が掲載されました。

1 目標年の変化：2025年から2040年へ

その前に強調したいことは、厚生労働省の医療・社会保障改革の目標年(ゴール)が、2015年以降、2025年から2035～40年に変化していることです。よく知られているように、民主党政権時代にまとめられ、第2次安倍政権も(当初は)引き継いだ「社会保障・税一体改革」の目標年は2025年でした。

それに対して、厚生労働大臣の私的懇談会は2015年6月にそのものズバリ「保健医療2035年提言書」をまとめました。2016年7月に発表された厚生労働省「我

¹⁾ 二木 立『医療改革—危機から希望へ』勁草書房、2007。

²⁾ 二木 立『『平成24年版厚生労働白書』を複眼的に読む』、『安倍政権の医療・社会保障改革』勁草書房、2014、164-174頁。

³⁾ 二木 立『地域包括ケアと福祉改革』勁草書房、2017。

が事・丸ごと」地域共生社会実現本部の資料「地域包括ケアの深化・地域共生社会の実現」は「2035年の保健医療システムの構築に向けて」の課題整理をしました。

以上は「序論」でも指摘したことです。が、「社会保障・税一体改革」の実務責任者（内閣官房社会保障改革担当室長）を務めた中村秀一氏は、最近、「2040年を制度改革の射程」にすべきとストレートに主張しています⁴⁾。「行政が長期計画を策定する際、普通は5年くらいにすることが多いのですが、長くても10年が限度です。そのため我々は『社会保障と税の一体改革』において2025年と言いましたし、そこに意味を持たせる必要があったので、『団塊の世代が後期高齢者になりきる時』ということにしました。/ただ、実際には65歳以上の高齢者数は2040年くらいまでは増え続けます。(中略)ですから、2025年の次の段階としては、高齢者数がピークを迎える2040年を念頭に置いて議論すべきではないか」。

私もこの認識はリアルだと思います。それだけに、医療団体・医療施設経営者も、2025年を当面の目標としつつ、2040年をも展望して、将来計画を立てる必要があります。

2 医療・社会保障についての3つの通説批判

(1) 今後も社会の扶養負担は増加しない

今後の超高齢・少子社会を考える際に私が第1に批判したいのは、今後、社会の扶養負担は急増するとの通説です。社会の扶養負担の指標としては、一般には「65歳以上人口÷20～64歳人口」が用いられ、日本は今後この比率が1対1の「肩車社会」になるとする「高齢社会危機論」が喧伝されています。『平成28年版厚生労働白書』も次のように主張しました。「1950年時点では65歳以上の高齢者1人を10人の「20～64歳の」現役世代で支えていたのが、2015年には65歳以上の高齢者1人に対して現役世代2.1人へと急激に減少している。今後も支え手は減少し続け、2050年には1.2人の現役世代が65歳以上の高齢者を支える見込みとなっている」(7頁)。

社会の扶養負担の正しい指標

しかし、現役世代によって扶養される人口には高齢者だけでなく未成年者(20歳未満)も含まれるため、社会の扶養負担の指標は正しくは①「(65歳以上人口+20歳未満人口)÷20～64歳人口」または②「全人口÷20～64歳人口」、より正確には「非就業者数÷就業者数」(①の変形)または「(非就業者数+就業者数=全人口)÷就業者数」(②の変形)です。意外なことに、過去・現在・将来とも、①は1対1、②は2対1でほとんど変わりません。

このことは、高名な経済学者の伊東光晴氏が1982年に初めて指摘し、1989年に川口弘・川上則道氏が本格的に論じ、最近では権丈善一氏が精力的に強調しています^{5)~8)}。

伊東光晴氏は、「現に働いている人がその経済生活を見なければならぬのは、何も老人だけではない…。子供も当然のこととして入る」と指摘した上で、「19歳以下と65歳以上を合計したものが、全人口に占める割合」は「老人人口が高まった2025年においても、2050年でも、2075年でも、我が国経済が高度成長を開始した当初[1960年]に比べ、ほとんど変化が見られない」と述べ、「人口高齢化現象のみを取り、負担が重くなることのように言うのは、現実を歪曲する誤った視点ゆえである」と批判しました⁵⁾。「序論」では書き落としましたが、里見賢治氏は、1982年に、伊東氏の主張を緻密化して、「通説的『高齢化社会』論」を批判しました⁹⁾¹⁰⁾。

「読売新聞」は2012年に図表1のように、権丈善一氏の主張をベースにして「人口構成の変化と就業者数の推移」を分かりやすく示しました。大変意外なことに、『平成29年版厚生労働白書』も、「高齢者1人を支える現役世代の人数は大きく減少しているが、労働参加が適切に進んだ場合、非就業者1人に対する就業者の人数は増加する可能性」があることを認めました(20-21頁)。そして、「高齢者現役世代比と非就業者就業者比の推移と予測」図(図表2)では、①「高齢者1人を支える現役世代の人数」は2000年3.9人→2010年2.8人→2030年1.9

⁴⁾ 中村秀一「2040年を制度改革の射程に」『日経メディカル』2017年1月号：53-54頁。

⁵⁾ 伊東光晴「老後保障の俗説を排す—高齢化社会を考えるために3つの問題が指摘されねばならない」『世界』1982年6月号：40-47頁。

⁶⁾ 川口弘・川上則道『高齢化社会は本当に危機か』あけび書房、1989、107-120頁。

⁷⁾ 権丈善一『再分配政策の政治経済学』慶應義塾大学出版会、2001、141-182頁。

⁸⁾ 権丈善一『医療介護の一体改革と財政』慶應義塾大学出版会、2015、238-241、327-330頁。

⁹⁾ 里見賢治『「高齢化社会」論と福祉政策—通説的『高齢化社会』論への疑問』『社会問題研究(大阪府立大学社会福祉学部)』32(2)：89-128、1983年3月。

¹⁰⁾ 里見賢治『日本の社会保障をどう読むか』労働旬報社、1990、第4章5「日本経済は高齢化によって破綻するか」(117-121頁)。

人へと大きく減少する反面、②「非就業者1人に対する就業者の人数」は同じ期間に、1.00人→0.93人→1.12～0.91人とほとんど変化しないことを示しました。この図表2は、図表1とほぼ同じです。上述したように『厚生労働白書』が平成28年版までは、①のみを述べ、「高齢社会危機論」を煽る役割を果たしてきたことを考えると、『平成29年版白書』が②の事実を示したことは画期的です。

それに対して、高齢者1人当たり社会保障費は未成年者に比べてはるかに多いので、今後の超高齢・少子社会では社会保障費負担が急増するとの懸念も出されています。しかし、社会全体が負担するのは社会保障費だけでなく、それを含めた国民の「生活費」全体です（「生活費」＝社会保障給付費＋その他の公的給付費＋私費負担の生活費）。未成年者（正確には20歳以上の学部・大学院生を含む）の生活費には、高齢者にはほとんどない教育費が相当額含まれます。

年齢階級別の「生活費」の公式データはありませんが、川口・川上氏、里見氏、権丈氏は、それぞれ独自にモデル計算を行い、年齢階級別の「生活費」にはそれほど大きな差はないことを確認しています。この結果を踏まえて、権丈氏は「高齢化が進んだ2025年において、それぞれの年齢階級の人たちが2000年と同じ程度の生活水準を享受することは、まったく難しい政策目標ではない」と主張しています（7：151-156頁）。

女性と高齢者の就業率の向上と労働生産性の向上が必要

私も、今後、生産年齢人口が減少しても、①欧米諸国に比べて低い女性の就業率の上昇と、②以前よりは10歳若返っていると言われている高齢者の就業率の上昇、および③ICTやロボットの導入等による労働生産性向上が実現すれば、1人当たりGDPは今後も着実に増加し、日本社会は十分に維持可能であると判断しています。

この点で、日本老年学会等が2017年1月に高齢者に関する定義を65歳から75歳に引き上げる提言を行ったことは意義深いと思います。現時点ではこれは医学的定義の変更提案ですが、私は、今後2040年にかけて超少子・超高齢化が急速に進むことを考えると、高齢者の法的・

社会的定義も遅かれ早かれ変わり、定年年齢も70～75歳になる可能性が大きいと予測しています。昨年翻訳が出版されたマーモット元世界医師会会長の労作『健康格差』も「正規の引退年齢をすぎても働き続けるか、社会が引退年齢を変える」ことを提唱しています¹¹⁾。この点では、医師、特に開業医の多くが70歳を超えても働き続けているのは、21世紀の「働き方改革」を先取りしているとも言えます。

実は、日本では、すでに女性と高齢者の就業率の上昇は始まっています。例えば、15～64歳の女性の就業率は2017年11月に68.2%と過去最高水準に上昇し、主要先進国と遜色のない水準となっています。65歳以上の高齢者の就業率も1998年以來の高さに達しています¹²⁾。

(2) 日本の労働生産性の伸び率は低い

次に私が批判したいのは、日本の労働生産性とその伸び率が欧米諸国に比べて低いとの通説です。「労働生産性」は、本来は「物的生産性」で測定すべきであるにもかかわらず、一般には「付加価値生産性」（労働者1人当たりの「利潤＋賃金」）が用いられていることの問題点は権丈善一氏が詳しく論じているので、ここでは繰り返しません¹³⁾。

ただ「日本経済新聞」が事あるごとに強調している、日本の医療や介護の付加価値生産性がアメリカに比べて低いとの言説が的はずれであることだけは、2つの視点から簡単に指摘します。1つは、上記の付加価値の定義に照らせば、日本の医療や介護の付加価値生産性を引き上げることは簡単で、診療報酬・介護報酬を大幅に引き上げ、医療・福祉施設の利潤と医療・介護労働者の賃金引き上げを実現すれば、すぐにも達成できることです。もう1つは、TFP（全要素生産性）を用いた、2005年の日米の産業別生産性比較によれば、日本医療の生産性は意外なことにアメリカより57%も高いとの結果が出ていることです¹⁴⁾。この比較研究を紹介した森川正之氏は、この結果に基づいて、「国際比較から見れば、日本の医療サービスは一般に信じられるほど非効率ではない」と結論付けています¹⁴⁾。

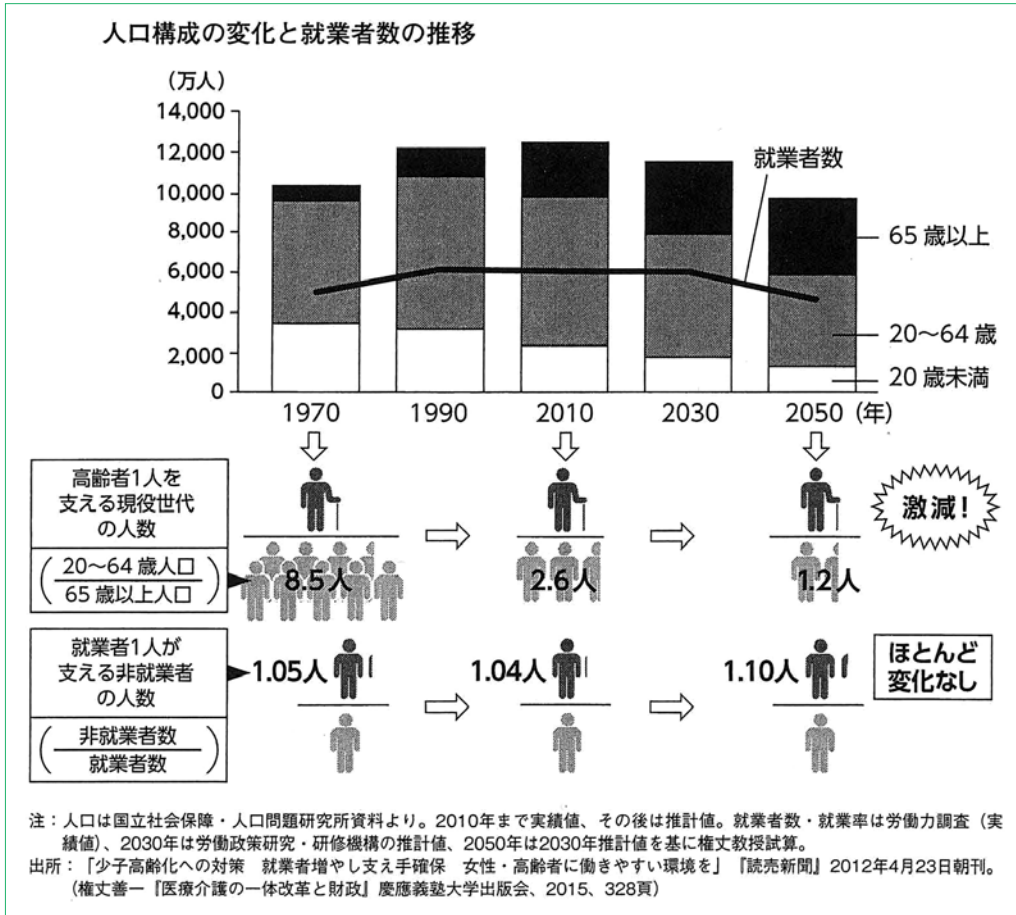
ここで私が強調したいことは、日本の最近の労働生産

¹¹⁾ マイケル・マーモット、栗林寛幸監訳『健康格差』日本評論社、2017、214頁。

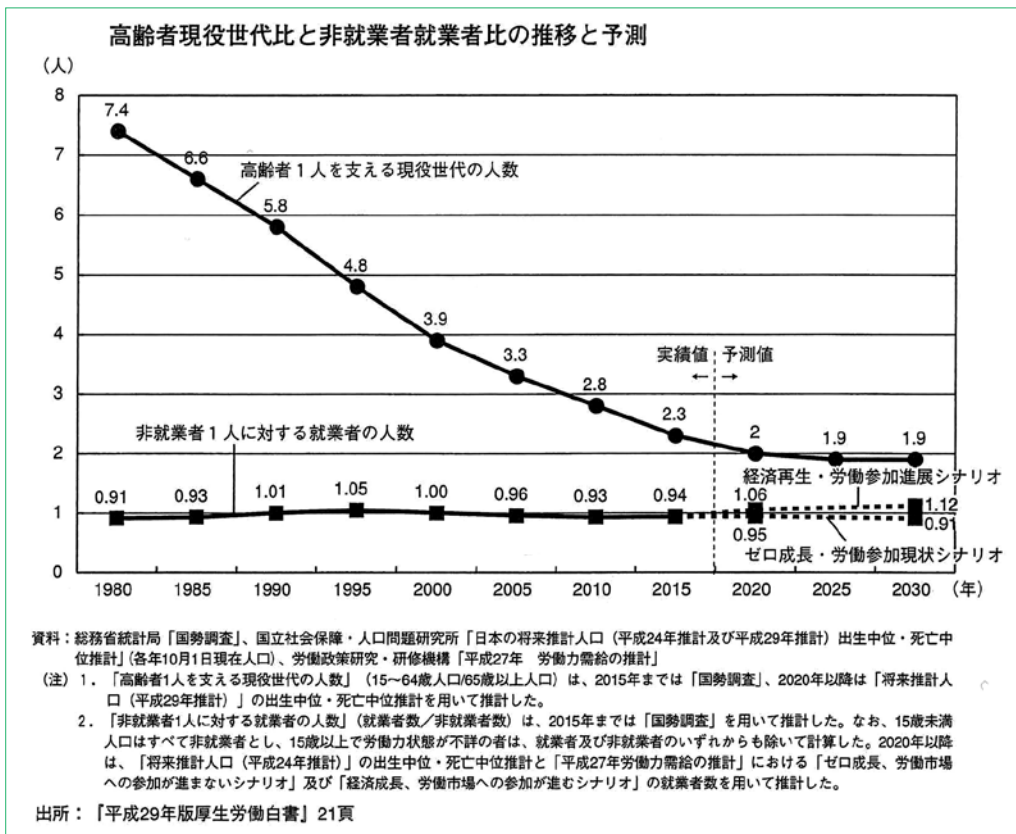
¹²⁾ 福岡幸太郎「人口減でも増える労働力」『日本経済新聞』2017年12月31日朝刊。

¹³⁾ 権丈善一『医療介護の一体改革と財政』慶應義塾大学出版会、2015、219-224頁。

¹⁴⁾ 森川正之『サービス立国論』日本経済新聞社、2016、74-75頁。



図表 1



図表 2

性の伸び率は他の高所得国と比べて決して低くないという意外な(?)事実です。日本ではバブル経済が崩壊した1990年以降が「空白の20年(25年)」と呼ばれていますが、厚生労働省『平成27年版労働経済の分析』(通称『労働経済白書』)65頁によれば、日本の1995年～2014年の1人当たり実質労働生産性の伸びはユーロ圏を上回っており、アメリカを少し下回るだけです。直近の2005～2015年に限定すると、アメリカの労働生産性の伸び率も1.0未満に低下し、日本とほぼ同水準になっています(The Economist 2016年10月8日号:23頁)。

なお、上記『労働経済白書』は、「ユーロ圏及び米国では実質労働生産性が上昇する局面において、若干のギャップはみられるものの実質賃金も上昇を続けている」のに対して、日本では労働生産性は継続的に上昇しているにもかかわらず「実質賃金の伸びはそれに追いついていない状況がみられ、両者のギャップはユーロ圏及び米国よりも大きい」との注目すべき指摘もしています。

その結果、日本企業の内部留保は2016年度には406兆円に達し、前年度から28兆円も増えているのです(財務省『2016年度法人企業統計』)。横倉会長が、この事実を踏まえて、企業の内部留保を給与に還元することの重要性を指摘し、それが租税や保険料の増額につながり、ひいては社会保障の充実、雇用創出・雇用拡大、経済成長や地方創生などの好循環を築くと主張されているのは大変見識があると思います¹⁵⁾。

(3) 日本は高医療費国になったとは言えない

3番目に批判したいことは、日本の医療費水準(対GDP比)が最近OECD加盟国中第3位になったことを根拠にして、日本が高医療費国になったとの主張です。これはまだ「通説」になったとまでは言えませんが、「日本経済新聞」や医療費抑制を主張する研究者が2016年以降盛んに主張しています。

この言説の直接のきっかけは、OECD“Health Statistics 2016”が、2015年の医療費水準はアメリカが16.9%で飛び抜けて高く、2位がスイスの11.5%、3位が日本の11.2%、4位がドイツとスウェーデンの11.1%

と報告したことです。私もこの数値自身に誤りがあるとは思っていません。しかし、この数値を解釈するには次の2つのことに留意する必要があります。

高齢化率による補正が必要

1つは、各国の高齢化率が違い、日本は26.7%と飛び抜けて高く、OECD加盟国中第1位であることです。言うまでもなく高齢者の1人当たり医療費は非高齢者に比べてかなり高い(日本では約4倍)ため、医療費水準の国際比較を行う際には、この点を補正する必要があります。柿原浩明氏等(京都大学。2017年死去)は、2013年データを用いて、日本・アメリカ・ドイツ・フランス等高所得7か国の高齢化率の違いを補正した「医療費の真の国際比較」を行い、日本の医療費水準は最下位のイギリスの次に低いことを示しています¹⁶⁾。前田由美子も、OECD全加盟国の「65歳以上人口比率と対GDP保健医療支出」との相関図により、日本の対GDP医療支出は、65歳以上人口比率の高さから予想される水準よりも相当低いことを示しました(図表3)¹⁷⁾。

意外なことに、『平成29年版厚生労働白書』も、社会保障給付費(社会支出)について、前田氏と同様の「高齢化率と社会支出の国際比較」の相関図(図表4)を示し、「我が国の社会保障給付の規模は、OECD加盟国平均をやや上回る水準」に達した反面、「高齢化の進展度合いから見ると、我が国の社会保障給付の水準は相対的に低い」と認めました(15-16頁)。

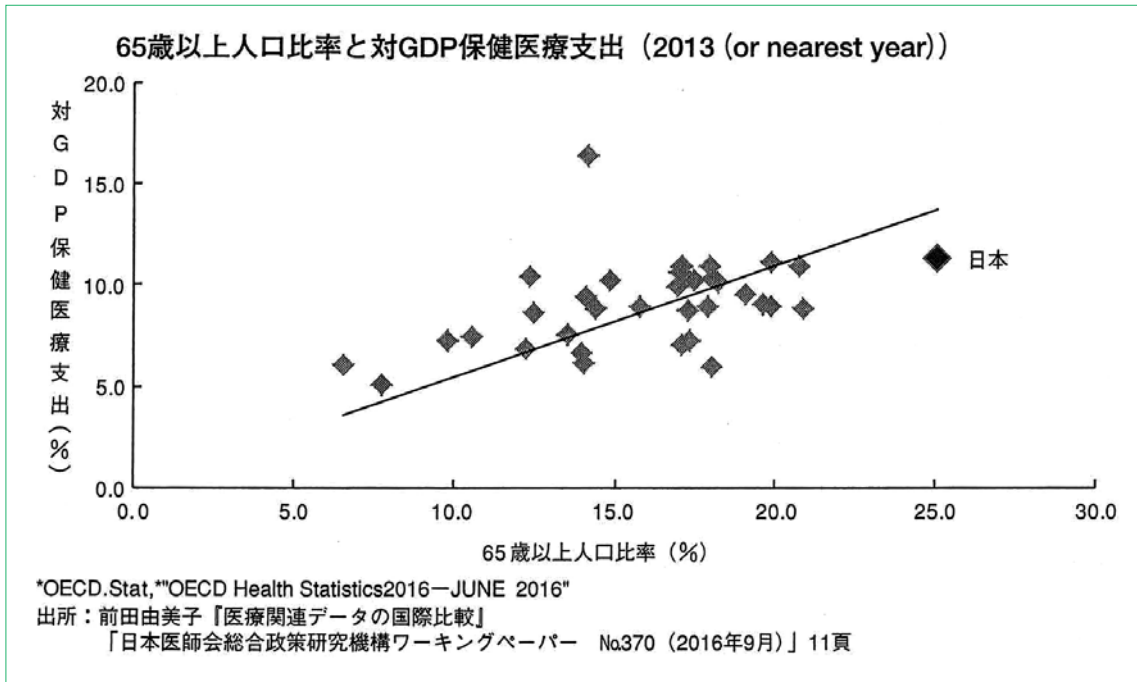
各国の高齢化率の違いを補正せずに日本が「高医療費国」になったと主張するのは、日本の「粗死亡率」が近年上昇していることを根拠にして、日本の健康水準が低下していると主張するのと同レベルの無邪気な(naive)誤りです。厚生労働省はこのことを熟知しており、日本国内の医療費の地域差(都道府県・市町村別の1人当たり医療費等)の分析に際しては、必ず、「人口の年齢構成の相違による分を補正」した「年齢構成補正後」医療費を用いています¹⁸⁾。

¹⁵⁾ 横倉義武「社会保障と経済成長」第17回医療フォーラム講演(『Medical QOL』2018年2月号:10-14頁)。

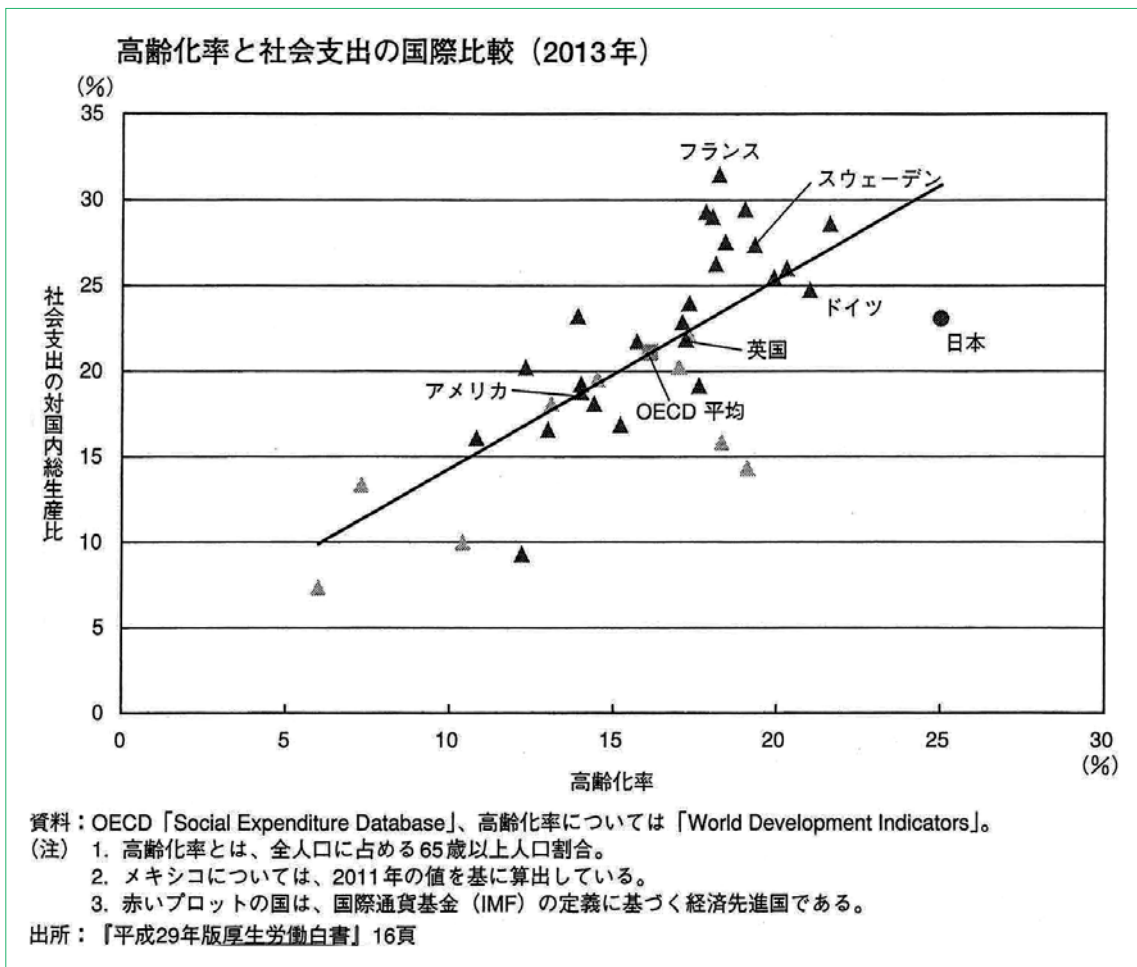
¹⁶⁾ 柿原浩明・他「医療費の真の国際比較—高齢化率補正の試み」『週刊社会保障』2016年8月1日号:26-31頁。

¹⁷⁾ 前田由美子「医療関連データの国際比較—OECD Health Statistics 2016」『日本医師会総合政策研究機構ワーキングペーパー No.370(2016年9月)』(<http://www.jmari.med.or.jp/download/WP370.pdf>)

¹⁸⁾ 厚生労働省保険局調査課「平成26年度医療費の地域差分析」2016年9月(http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryoku/iryohoken/database/iryomap/index.html)



図表 3



図表 4

日本の長期ケア費は北欧諸国に次ぐ高水準

もう1つ留意すべきことは、OECDが2011年に医療費の範囲を長期ケアにまで拡大したことに対応して、日本でも特別養護老人ホームや訪問・通所介護等に集計範囲が広がったために、同年以降、日本の医療費水準（対GDP比）が急増したことです。具体的には、2010年の9.5%から2011年の11.1%へと一気に1.6ポイントもジャンプしましたが、その後はほぼ同水準です。

OECDデータをサービス種類別にみると、日本の長期ケア費（対GDP比）は2.1%で8位ですが、主要先進国（G7）では第1位となっています。最近のJ・C・キャンベル氏と池上直己氏等による高所得国7か国の公的長期ケア費（2012年。購買力平価の米ドル表示）の調査によると、日本の高齢者1人当たり公的長期ケア費は2832ドルであり、スウェーデンの6399ドルには遠く及ばないものの、オーストラリア（2689ドル）、イングランド（2280ドル）、イタリア（1849ドル）、ドイツ（1803ドル）、アメリカ（1525ドル）を上回り、第2位でした¹⁹⁾。

以上をまとめると、人口高齢化の影響を補正した日本の実質医療費はまだ低水準であり、しかも最近の医療費水準の急増は長期ケア費用が含まれるようになったためと言えます。

3. 今後の医療・社会保障費の財源選択

次に、今後の超高齢・少子社会での医療・社会保障拡充のための財源についての私の価値判断を述べます。

「社会保障の機能強化」のための応能負担の強化

私は、現在の医療・社会保障費の厳しい抑制が続けられた場合には、社会的格差がさらに拡大し、国民統合が弱まると危惧しており、それを予防するためにも、「社会保障の機能強化」が必要だと考えています。この点に関して、横倉会長が、「10年後の社会で私どもが一番心配しているのは、格差社会がこれ以上広がらないかということです」、「経済的な“格差”は健康にも影響を及ぼします」と述べているのは大変的を射ていると思います²⁰⁾。

私は、国民皆保険制度は現在では、医療（保障）制度の枠を超えて、日本社会の「安定性・統合性」を維持するための最後の砦になっている、逆に言えば過度な医療費抑制政策により、国民皆保険制度の機能低下・機能不全が生じると、日本社会の分断が一気に進むと危惧しています。私がこのような認識を最初に持ったのは、1994年に出版した『「世界一」の医療費抑制政策を見直す時期』で、そこでは、「公的医療費の拡大による日本医療の質の引き上げと医療へのアクセスの確保が、わが国の安定性・統合性を維持・発展させる上でも不可欠」だと主張しました²¹⁾。

私は、「社会保障の機能強化」のための財源選択では、「社会保障制度改革国民会議報告書」（2013年8月）が提起した「負担能力に応じた負担」（応能負担の強化）が基本になると思います。ただし、それは税負担（累進制の強化等）と社会保険料（標準報酬月額等の上限引き上げ）にのみ適用されるべきであり、患者・利用者負担は無料または低額の定額・低率の定率負担が望ましいと考えています。なぜなら、患者・利用者負担の拡大は低所得者の医療・介護サービスの受診・利用を選択的に抑制するからです。

「国民皆保険の維持（堅持）」なら主財源は社会保険料

日本の社会保障制度の歴史を考えると、社会保障の中心はこれからも社会保険であり、主な財源は保険料、補助的財源が消費税を含む租税であると考えています。私は、2009年に出版した『医療改革と財源選択』以来、このように主張しています²²⁾。現在国会に議席を有している政党が、自由民主党から日本共産党まで「国民皆保険制度の維持（堅持）」を主張していることを踏まえると、医療費増加の主財源は社会保険料以外にあり得ないとも判断しています。この点では、医療関係者だけでなく、医療経済、医療政策の研究者、さらには厚生労働省担当者の間に広い合意があります。

しかし、財政学者等の間には社会保険方式に対する原理的な批判が根強くあります。例えば、醍醐聰氏（東京大学名誉教授）は、「社会保険料負担の逆進性」は消費税より強いと指摘し、大沢真理氏（東京大学教授）も

¹⁹⁾ Campbell J, Ikegami N, et al: How different countries allocate long-term care resources to older users: a comparative snapshot. In: Gori C et al (Ed.): Long-Term Care Reforms in OECD Countries. Policy Press, 2016, pp.47-76.

²⁰⁾ 横倉義武・他「(座談会)“10年後”への舵取り」『月刊/保険診療』2018年1月号:18-27頁。

²¹⁾ 二木 立『「世界一」の医療費抑制政策を見直す時期』勁草書房, 1994, 156頁。

²²⁾ 二木 立『医療改革と財源選択』勁草書房, 2009, 32-47頁(第1章第3節「公的医療費増加の財源選択と私の判断」)。

同様の認識に基づいて、「社会保険制度の現行体系のもとで社会保険料をこれ以上引き上げることは推奨できない」と述べています²³⁾。井手英策氏は社会保険方式には「保険料を払えない人たちがその中に入れられないという問題ができてきてしまう」として、「現物給付〔医療を含む一二木〕については、税を使って、誰もが受益者になる方が望ましい」と主張しています²⁵⁾。実は私自身も、2001年に「医療・介護の財源私論」を述べたときには、「負担の逆進性は、医療保険料や介護保険料のほうが、消費税よりはるかに強い」ことを根拠にして、社会保険料の引き上げに消極的でした²⁶⁾。

しかし、その後、多くの医療経済学・医療政策研究者や厚生労働省関係者と率直に意見交換する中で、現在の政治的力関係や財政事情を考慮すると、医療費増加の主財源は社会保険料しかなく、消費税を含む公費は補助的財源であると判断するようになりました。そして、上述した『医療改革と財源選択』では、医療費増加の財源選択は①財源調達力と②(相対的な)政治的実現可能性の両方から判断すべきと主張しました。

今から10年前の、民主党政権成立直前には、国民の負担増なしでも、歳出の無駄の削減や「霞ヶ関埋蔵金」の活用により、医療・社会保障拡充の財源は十分に確保できるとの主張がなされました。民主党もそれを看板にして政権交代を実現しましたが、それが不可能なことは1年足らずで明らかになりました。この政権交代は結果的には、医療・社会保障費の財源確保についての「社会実験」だったとも言えます。

私は消費税は「社会保障の機能強化」のための重要財源だと考えてはいますが、日本国民の間では消費税に対する「租税抵抗」が非常に強いことを考えると、租税財源を消費税のみに絞るのは危険であり、租税財源の多様化(所得税の累進制の強化、固定資産税や相続税の強化、法人税率の引き下げの停止や過度の内部留保への課税等)が必要だとも判断しています。そのために、権丈善一氏の「すべての税目を増税するプラス α 増税」、「財源は全員野球」との主張に賛同します²⁷⁾。

社会保険料か公費かの二者択一論は不毛

そもそも私は、社会保険料か、公費(租税)かとの二者択一の議論、あるいはその変種と言える高齢者医療を公費負担方式に、非高齢者医療を社会保険方式に純化するとの主張は、無意味・不毛だと考えています。なぜなら、日本の医療保険制度は、歴史的に、保険料と公費との混合方式として成立したし、その度合いが近年強まっているからです。この点について、玉井金五氏が、社会保険制度では1980年代から、医療、年金とも、制度間調整が導入された歴史的事実を指摘し、「保険料、税という財源調達の代表的な手段に加えて、拠出金というもう一つの手法が取り入れられた」、「社会保険か税かの二者択一の世界はすでに過去のもの」と論じているのは、的を射ています²⁸⁾。医療の財源調達についても、「原理からではなく事実から出発する」必要があると思います。

²³⁾ 醍醐 聰「消費税増税に頼らない社会保障財源の提案(上)」『文化連情報』2017年10月号：20-25頁。

²⁴⁾ 大沢真理「税・社会保障の純負担を比較ジェンダー分析すると」『社会政策』9(1)：12-28, 2017。

²⁵⁾ 井手英策『財政から読みとく日本社会』岩波ジュニア新書, 2017, 68, 71頁。

²⁶⁾ 二木 立『21世紀初頭の医療と介護』勁草書房, 2001, 16-18頁。

²⁷⁾ 権丈善一『ちょっと気になる医療と介護』勁草書房, 2017, 189-190頁。

²⁸⁾ 玉井金五「社会保険か税かの二者択一の世界はすでに過去のもの」(「財源調達と社会政策」『社会政策』9(1)：5-11頁, 2017。

新しい生活保障の作法に向けて

猪飼 周平（一橋大学大学院社会学研究科教授）

1. はじめに

生活保障を、人びとの生活上の困難に対抗する政策の全体として捉えておくとすれば、戦後先進諸国が、その根幹として体系化してきたものが社会保障にほかならない。本稿で考えたいのは、この社会保障によって特徴づけられる支援の作法の生活保障における今日的意義である。

1950年、社会保障制度審議会は「社会保障制度に関する勧告」を発表した。いわゆる「五十年勧告」として知られているもので、ベヴァリッジ報告をひな形として、戦後先進国で一斉に進んでいた社会保障（social security）を、日本においても構築すべく、その理念と概要について述べたものである。勧告は、その冒頭において日本国憲法の特質として、第25条における生存権を掲げた上で、この理念および社会的事実の要請に応えるために、一日も早く「社会保障制度」を確立しなければならないとしている。とりわけ重要なのは、そこでいう社会保障制度が、「疾病、負傷、分娩、廃疾、死亡、老齢、失業、多子その他困窮の原因に対し、保険的方法または直接公の負担において経済保障の途を講じ、生活困窮に陥った者に対しては、国家扶助によって最低限度の生活を保障するとともに、公衆衛生および社会福祉の向上をはかり、もってすべての国民が文化的社会の成員たるに値する生活を営むことができるようにすること」とされたことである。この定義から容易に理解されるように、「五十年勧告」は次の認識を前提としていた。すなわち、①社会保障が立ち向かわなければならない最大の相手は、基本的には経済的困窮＝貧困であること、②経済的困窮に対応する方法は、主に社会保険と公的扶助であること、③この方法によって生存権の保障が可能であること、である。さらに噛み砕いていえば、生存権保

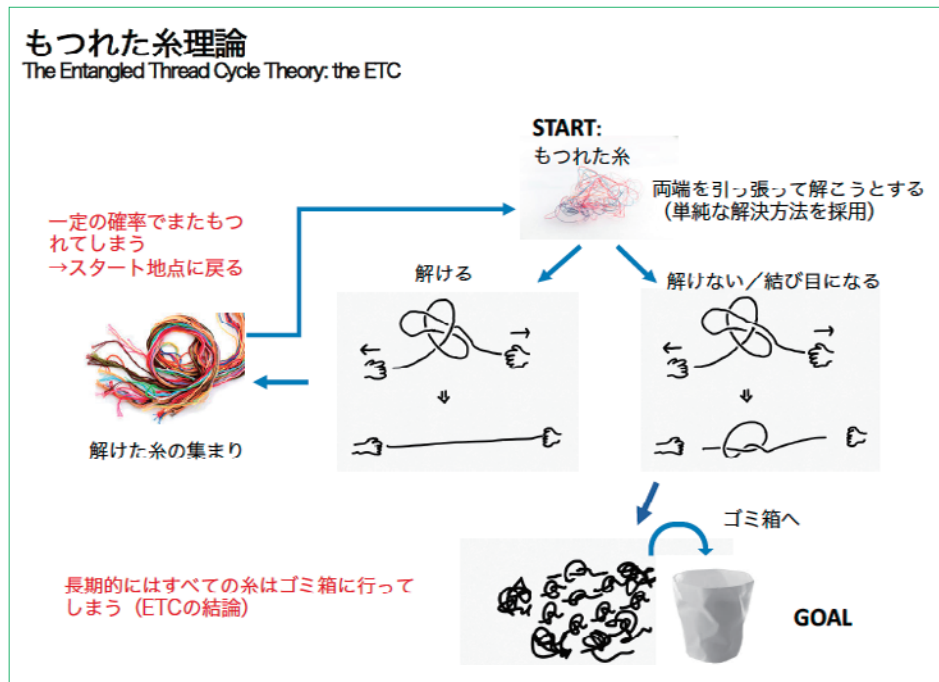
障の要諦は、経済生活の安定であり、社会保険や公的扶助などを通じて所得や富の再分配を適切に行うことで、それは実現するだろうという認識である。この前提は当時の先進諸国としては決して特殊なことではなく、当時の社会保障学者たちが参照していたILOの見解やベヴァリッジ報告なども、多少のニュアンスの違いはあれ同様の前提を共有していたのである。そして、政治過程における紆余曲折はありながらも、基本的には戦後社会保障は上の理念および前提に基づいて構築されたのである。

だがいうまでもなく、多くの人びとが直面する現実の生活困難は、経済的な困難に限られず、また所得や富の分配によって困難が解消するほど単純でもない。その意味では、社会保障とは、生活困難を限定的に認識し、その上で所得再分配などのようにマスに対して画一的な施策を講ずるという2重の単純化の性向を有する生活保障の作法でもあった。本稿で考察を加えたいのは、上記のような社会保障の作法が、今日の生活保障に対するニーズに適合しているといえるかという問題である。

2. もつれた糸理論

冒頭の課題を考えるためには、少し思考のための道具立てが必要だろう。そこで、まず、筆者が「もつれた糸理論」（the Entangled Threads Theory : the ETC）と呼んでいる簡単な理論モデルを考えてみたいと思う。

まずいろいろなもつれ方をしたもつれた糸の集合があるとしよう。これを解こうとするのだが、その際できるだけ単純な方法でそれを行うものとしてしよう。たとえばすべての糸について両端を引っ張って解くことを試みるのである。すると、中には解ける糸もあるだろうが、解けずに結び目になるなどによりこんがらがってしまう糸もあるだろう。こんがらがった糸については、使い物にな



図表 1

らないのでゴミ箱行きにする。他方、解けた糸については、リサイクルボックスなどに入れて置いておくことにする。裁縫をやったことがある人なら（そうでない人でも）知っていると思われるが、不思議なことに、解けた糸もしばらくおいておくとまた何かの拍子にもつれてしまう。再びもつれた糸は、最初のもつれた糸の集合に戻るようになる。これがもつれた糸の1サイクルである。

では、このサイクルを際限なく繰り返すとどうなるだろうか。いうまでもなく、サイクルを回すたびに、解けずにこんがらががる糸が出現しゴミ箱ゆきとなるわけだから、長期的にはすべての糸がゴミ箱にゆくことになることは容易に理解できるであろう。これがもつれた糸理論の長期的帰結である。

この理論モデルのポイントは2点である。第1に、最初のもつれた糸と解く方法との間に複雑性の程度に差があるということである。一定の複雑性をもつ事態に対して、単純な解決法を指向することによって解ける糸ともつれた糸への振り分けが発生するのである。もう1つのポイントは、解けた糸には再びもつれるリスクがあるということである。これによってサイクルが生じ、時間の累積とともにもつれた糸の割合(ゴミ箱ゆきの糸の割合)が高まってしまふのである。

さて、この簡単な理論を現実の生活保障に適用するとどのようなことがいえるだろうか。まず、最初に生活困

難に苦しむ人びとの集まりがあるとしよう。ここでは、話を簡単にするために、全員が経済的困窮（貧困）に苦しんでいるとしておこう。これに対し、単純な方法、たとえばお金を渡したり仕事を与えたりするといった方法だけでこの問題を解決しようとする政策を發動したとしよう。もちろん、この単純な方法で生活困窮から脱する人もある。たとえば戦後早い時期であれば元手がありませんれば、仕事がありさえすれば貧困から脱出できるという人が大量にいたのであり、彼らはこのような単純な支援で充分効果があったといえる。だが、すべての人がそのような単純な方法で救われるわけではない。たとえば、経済的困窮の要因の一つにアルコール依存が関わっている人があったとすれば、その人にお金を渡しても、それは酒に変わるだけかもしれない。全体としてみれば、経済的困窮から脱する人びとと、脱出することができずに生活困難なまま取り残される人が出ることになる。

ところで生活困窮から脱出した人びとはその後どうなるだろうか。もう経済的困窮の憂いはないのだから生活困難に陥ることはない、ということになればよいが、残念ながらそのような簡単にはいかない。この点に深くは立ち入らないが、私たちの生活や人生は、常に綱渡りをしているようなもので、何かの拍子に生きてゆくことが難しくなってしまうリスクから解放されることはない、ということは認めてよいだろう。このリスクが実現して

しまうと、一度は生活困難から脱出した人も、やがて最初の生活困難者の集まりに並び直すことになる。ここまでは、生活保障に適用されたもつれた糸理論の1サイクルである。

では糸のケースと同様に、このサイクルを際限なく回すとどうなるであろうか。新たに支援対象集団に加わる人々には経済的困窮者以外も含まれているので、上と全く同じではないが、要は生活困難者の集団が抱える困難の複雑性に対して、単純な方法での支援が指向される限り、基本的には同様の過程が生ずることになる。時間の経過による状況の変化の速度は、対象集団の振り分けにおいてどの程度の割合の人びとが生活困難のまま取り残されるのか、またどの程度の人びとが支援対象集団に並び直すのかによって変わってくるが、いずれにせよ、長期的には、社会における生活困難は、より個別かつより複雑な生活困難としてしか対応し得ない方向に向かってその様相を変化させてゆくことになる。

以上が、もつれた糸理論の概要であるが、この理論が含意するのは、結局のところ、①生活困難の個別性・複雑性が、支援方法が吸収しうる個別性・複雑性を上回っていること、②人びとが生活困難に陥るリスクから解放されないこと、の2点が満たされている限り、もつれた糸理論のサイクルが回るようになってしまうということである。その結果、社会には、従来のような単純化された支援によっては全く支援が成立しないタイプの生活困難が累積することになる。これは言い換えれば、従来の政策がだんだん効きにくくなるということでもある。

3. 社会保障と社会保障的作法

もつれた糸理論は、生活上の困難をより単純な問題として把握し、より単純な方法で対応しようとする性向をもつ支援方法であれば、基本的になんでも適用することができる。

まず、伝統的な社会保障がこの性向を有してきたことは明らかであろう。このことは、冒頭に紹介した五十年勧告における社会保障観が如実に示しているところである。伝統的な社会保障は、様々な次元で起きる生活困難を、経済的な問題に還元することによる支援の単純化、できるだけマスに対して実施できるような画一的な政策に落とし込むことによる支援の単純化という二重の単純化を行ってきた。このような方法による支援は、施策の初期（単純な支援に該当する部分が生活困難の中心であ

るような人びとの割合が多い状態）においては強力な効果を発揮するものである。実際、戦後日本の出発点において、それは日本の社会保障政策の出発点でもあったが、日本社会の再興に社会保障が有効であったことは明らかであった。当時、人びとは概して貧しかったが、元手や仕事さえあれば、経済的な自立に至ることが可能な人びとがマスとして存在していた（一般的貧困の状態）。このような状況において、社会保障は非常に効いたのである。

これに対し、もつれた糸理論が示唆しているのは、このような社会保障には、時間の累積とともに生活困難の様相を変容させてゆく副作用があるということであり、戦後70年余に渡る時間の経過の中で、この副作用が政策の根本に影響を与えるほどに蓄積されている可能性があるということである。それは、ある種の菌やウイルスが、特定の抗生剤に対して世代を重ねるうちに耐性を獲得してしまう過程に似ていると見てよいかもしれない。

もう1つ考えておく必要があるのは、生活保障の領域に社会保障と本質的に同じタイプの支援政策がどの程度広がっているかという点である。それは、①政策的課題を、支援対象となる当事者の困難の全体ではなくその一部分として抽出し、②その課題を抱える不特定多数の人びと向けにサービスを提供しようとするという2つの指向を有していれば、社会保障と同じ「副作用」を発生させることになる。本稿では個別に検討はしないが、このような政策は、自治体レベルの多様な行政サービス、社会福祉、公衆衛生などに広範に広がっていることができる。したがって、この社会保障的な生活支援のあり方は、今日の日本の福祉国家の代表的な支援作法であるということができるのである。

4. 私たちが直面しつつある生活困難の姿

もつれた糸理論が示唆していることの1つは、戦後日本の福祉国家システムが、単純な解釈・単純な対処法によって相対的に複雑な現象としての生活困難を処理しようとしたことで、今日の日本社会には、そのような作法による支援に対して「耐性」を有する複雑な生活困難が蓄積している、ということである。

実のところ、日本社会の全体にどのように生活困難が分布しているかの解明については今後に俟つ部分が多い。その意味では、もつれた糸理論は、今のところあく

図2 よりそいホットライン電話数（2015年度）

	電話数	つながった数	接続完了率
一般	8,907,969	125,771	1.41%
自殺防止	1,439,236	25,693	1.79%
女性支援	568,040	25,772	4.54%
外国語	50,700	19,149	37.77%
セクマイ	376,358	36,163	9.61%
OTHER	208,300	564	0.27%
若年女性	7,020	1,440	20.51%
広域避難	49,994	18,013	36.03%
合計	11,607,617	252,565	2.18%

「「よりそいホットライン」平成27年度報告書」より

図表2

まで現代日本社会を説明する仮説の一つである。だが他方で、このような仮説は根拠のない所から作り出したものではない。第1に、様々な傍証が、①現在生活支援の対象として認知され、実際に支援を受けている人びとの背後に膨大な暗数としての人びとがいること、②それらの暗数として存在している人びとは、従来の社会保障的な作法によるセーフティネットをすり抜け、取り残された存在として存在していることを支持している。

一例を挙げよう。電話相談を受けているヘルプラインの一つに「よりそいホットライン」がある。これは、2012年に設立された比較的新しいものだが、一つの際立った特徴がある。それはどのような内容の相談でも24時間受けるというスタイルである。このような方式で相談を受けたことによって、従来の支援サービスに届かなかった人びとから大量の電話を受ける結果となった。

図表2は、2015年度における電話数である。相談の分類は、電話を受ける支援者が大まかなカテゴリーごとに部門を形成していることに対応しており、相談内容の分類ではないことに注意しよう。さて、最も興味深いことは、このヘルプラインに年間1100万件を超える電話がかかってきていることである。相談の受け入れ体制は不十分で、必要なだけの回線数が確保されていないために、接続率が概して低く、このため何度も電話をかけ直す人がいると考えられるので、この1100万超という数字は実数とはかなり乖離があることは予想される。それ

でも一団体のヘルプラインにかかってきている電話数として驚異的な数であることはたしかであろう。また、他方でよりそいホットラインが、設立から日が浅く、メディア等での目立った宣伝をしておらず社会的な認知が進んでいないことを考えると、電話をかけた人の背後に同様の困難を抱えた人びとが大量にいる可能性がある。そして、電話がつながった人の記録(アセスメントシート)は、電話をかけてきた人びとの多くが多様かつ複雑な様相を帯びた生活困難の渦中であることを示すものとなっている。

生活困難の量的把握には、今後一層の実証研究が必要な状況だが、これまで適切に対応してこなかった生活支援ニーズが膨大な量として現れてくるだろうということは、この問題に関わる研究者の間で一致した見解になりつつあるとよい。

このようなヘルプラインのような「待ち」のサービスに加え、SNSやAIを活用して、人びとの生活の痕跡から生活困難を把握してゆこうとするタイプのアウトリーチ型のアプローチも試みが始まっている。このような方法で把握される生活困難は、近い将来、私たちの想像を超えた量となる可能性がある¹。

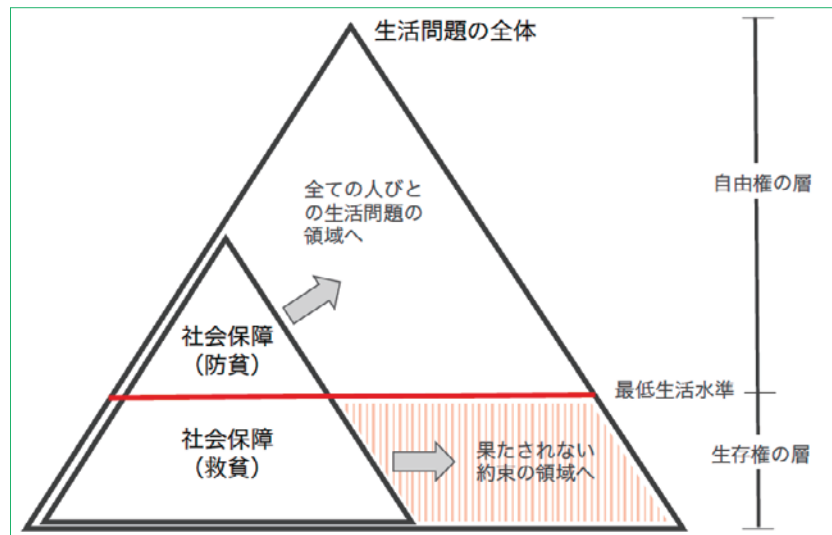
5. 生活モデル型生活保障への展望

戦後70年余にわたって、日本社会は、社会保障およびそれと同じ作法に基づく諸サービスによって、人びとの生活を安定させ、貧困を中心とする生活への脅威を取り除こうと努力してきた。その歩みは、明らかに戦後史の輝かしい面を構成するものであり、決して過小評価されるべきものではない。

だが、それは今日の生活保障の観点からみれば、色褪せつつあるというほかない。たしかに私たちは簡単に死ななくなり、人びとの物質的条件は全体としてみれば大幅に改善し、私たちを楽しませてくれる娯楽も溢れている。その意味では大変結構な社会に立ち至った。そして、それは戦後直後に社会保障を立ち上げた人びとの夢であり、人びとの願いでもあった。

だが、戦後70余年が経った現在、私たちの眼前に広がっているのは、その夢と願いが2つの意味で破られた世界である(図表3)。第1に、戦後日本社会が撲滅に努めてきた貧困が撲滅できなかったことである。社会保

¹ たとえばfacebookは、自殺予防分野での取り組みを始めており、また日本でもリタリコが、顧客でもある支援対象者の自殺リスクをAIによって評価することで支援の効果を上げる試みが行われている。



図表3

障は、ナショナルミニマム（最低生活水準）のラインを引いてその下にある人びとの生活水準を最低水準まで引き上げることが約束された。だが、現実には生活保護の1～3割とも言われる低い捕捉率を考えるだけでも、その約束は果たされてはこなかったことがわかるが、実のところ社会保障はそれだけでは原理的にこのような貧困を撲滅することができない。というのも、支援から漏れている人びとは、単に貧しいのではなく、個別に生活を浮上させることが困難な複雑な事情を抱えつつ貧しい人びとだからである。

第2に、社会保障は、経済的にある程度安定している人びとについては、自由権（幸福追求権）を保障するという観点から基本的には、社会保険が対応する領域を除けば支援の対象にならないという建前を採ってきた。だが、その支援対象から外された領域にも、支援を必要とする人びとが膨大に存在しているのである。そしてその一人一人が、複雑な事情を抱えている。

このような取り残された人びとの全体にセーフティネットの網を掛けることこそが新しい生活保障の姿であるとするれば、従来の社会保障を基軸に据えた現在の生活保障について基本設計から改める必要があるということになる。

では、新しい支援はどのようなもので、またそのような支援を社会に行き渡らせることは可能なのだろうか。

まず、もつれた糸理論の観点からいえば、新しい生活保障の作法は、もつれた糸のサイクルを回さないタイプの支援である必要がある。この条件を満たす支援は次

の2つの原則を正面から踏まえた支援でなければならない。すなわち第1に、人生や生活の究極的な目的は誰にもわからないこと、第2に、人生や生活は複雑かつ個別的な面があり、したがって生活困難も複雑かつ個別的であること、の2点である。これらを踏まえた支援の作法を、筆者は生活モデルと呼んでいる。

このような支援が具体的な支援の現場でどのようなものを指すかといえば、最も典型的には「寄り添い型」とか「伴走型」と呼ばれる支援がそれである。もちろん、「寄り添い」と一口にいても、実践者によって様々なニュアンスの違いがあるのだが、概ね次の6点の共通の特徴がみられるとあってよいだろう。すなわち、①個人の支援を基軸とする（個別性）、②当事者の利益を当事者と支援者が一緒に考えて決定する（共同決定性）、③どのような支援が最善かはわからないという前提に立ち、過去の支援を反省・修正してゆく（究極的支援目標の不在）、④当事者が巻き込まれている環境の複雑さを理解し、それを解きほぐすことで当事者が環境の複雑性に対抗し得る展望を生み出す（状況の定義の支援）、⑤当事者自身が生きようとする意欲を引き出す（エンパワーメント）、⑥当事者の生きる意欲および生活の物理的条件が維持できるように、継続的な支援を行う（継続性）である。

もしこのような支援を、必要に応じて社会に生きる1人1人に保障されるような社会を構築することができれば、私たちは、物質的な豊かさが溢れながらも、いまだに荒々しく私たちの前に立ち現れてくるこの世界に対して、もっと勇気をもって立ち向かうことができるように

なるだろう。また伴走してくれる支援者を得ることで、従来手の届かなかった社会保障や地域社会が提供する様々な支援や資源もより活用できるようになるだろう。

だが、そこへ至る道程が決して平坦でないということもたしかであろう。ここでは2つの課題を指摘しておく。

第1に、「寄り添い型」支援の重要性が現在日本において広く認知されていないことである。生活モデルに基づく支援は、支援の目標・終局を設定しない点に特徴の一つがあるが、このことは、生活モデル的支援が、支援の目的からその達成度をアウトカムとして評価することができないということを意味している。このような支援が社会に広く受け入れられるためには、その「良さ」が社会に広く実感として醸成されている必要がある。この実感が現在の日本社会には、明らかに弱いのである。この歴史的背景には、戦後日本における宗教家による生活・人生の支援の退潮や、地域社会によるソーシャルワークの代替などがあると考えられるが、いずれにせよ、ソーシャルワークへの共感の薄さについては克服してゆく必要があるといえよう。

第2に、寄り添う支援者の量的確保の問題である。今後私たちの社会が立ち向かうべき生活困難の姿は、様々なエビデンスを伴いながらその全貌を現すと思われるが、そうなれば、そこに発生する支援ニーズの大きさに、いかに対応するかという課題は生活保障における最大の政策課題になってくるであろう。

自治体などの研修や会議における議論を観察していると、実は当事者に寄り添うことの重要性について異論が唱えられることはほとんどない。むしろいつでも問題として指摘されるのは、寄り添いに手間暇がかかるために他の当事者に振り向けるべきマンパワーが失われてしまうという点である。そこに次善の策として、当事者が抱える明らかで具体的な問題を解消することでケースを処理してしまおうとする動機が働くことになる。これは、生活モデル的資源の供給が過小になると、支援が従来の社会保障的な作法に回帰してしまうということの意味している。つまり、生活モデルを基軸とした生活保障は、

支援のための人材を適切なコストで供給できるという具体的な目処が立たないと、絵に描いた餅にすぎないということになるのである。この観点からみると、私たちの社会において、生活モデル的支援のための人材の発掘・養成については、いまだ問題意識も醸成される前の状況にあるといえる。

6. 最後に

生活モデル的支援は、それ自体として決して新しいものではない。それは近年の進化生物学が明らかにしつつあるように共感 (empathy) を基礎とした行動として、人類に古くから備わっているものにすぎないといえよう。その意味では、近代以前の社会においては、むしろ生活モデル的支援こそが支援の基本的な姿であったと考える必要がある。

これに対し、近代、特に国家が1人1人の生活に対して、大規模な制度的介入を行うようになった20世紀以降、生活モデル的支援は、いったん国家による社会改良への期待から、後景に退いていたといえる。戦後登場した社会保障は、まさに一人一人の生活に対しても、このような制度的で問題解決的なシステムが有効であるという観点から生み出された極めて20世紀的な政策体系であった。

社会保障的なものの限界がみえつつある現在、私たちは新たな生活保障の体系を構想しなければならない地点にいる。だが、それは全く新奇な制度か何かを創造するということを意味しているのではない。新たな生活保障の体系の構築は、たしかに私たちの社会にとって極めて大きなシステム上の変更であり、そのためには、生存権の解釈の変更、普遍主義との調和、地域社会との連携など多くの課題を克服してゆかなければならぬだろう。しかし、それが、本質的には、人を支援することの本来の意味に立ち返り、そこから引き出される支援を、自然な形で社会に浸透させてゆくことであるとすれば、決して不可能な目標ではないといえるのではなかろうか。

「頼り合える社会」の構想 ——すべてを失う前に

井手 英策 (慶應義塾大学経済学部教授)

社会的共通資本としての医療

みなさんは社会的共通資本という言葉をご存知だろうか。故宇沢弘文教授はこの概念を以下のように定義した。

「社会的共通資本は、一つの国ないし特定の地域に住む全ての人々が、ゆたかな経済生活を営み、優れた文化を展開し、人間的に魅力ある社会を持続的、安定的に維持することを可能にする。社会的共通資本は、一人一人の人間の尊厳を守り、魂の自立を支え、市民の基本的権利を最大限に維持するために、不可欠な役割を果たすものである」(『社会的共通資本』岩波書店、p.4)

こうした見かたは決して新しいものではない。例えば、古代ギリシャの哲学者アリストテレスは、国家がなぜ存在するのかという問いに対して、「われわれが生存するための必要によるものであったが、いまやそれはわれわれの生活をよくすることにあり」と答えた(『政治学』)。

すべての人たちの命と暮らしを支える「なにか」の大切さ。私たちが人間らしく生きていくためには、その条件を整えるための組織、制度を必要としている。宇沢はこの古くて新しい問題と向き合いながら、経済学者としての視点から社会的共通資本という概念を生み出した。そして、その社会的共通資本の重要な柱のひとつとして位置づけられたのが「医療」だった。

宇沢はこう断言する。「医療を経済に合わせるのではなく、経済を医療に合わせるのが、社会的共通資本としての医療を考えるとときの基本的視点である。」「医療の問題をたんに国民医療費の増大とか、財政負担という視点からとらえようとするのは、本末転倒であるといわなければならない」と(『社会的共通資本』p.170、172)。

このあたり前の視点が失われるようになって久しい。

私たちは1995年に政府が財政危機宣言を出してから、政府支出の非効率性やムダ使いを批判し続けてきた。だが本来、財政システムというのは、人間の生存や生活を保障するために人間が生み出したものである。いわば、社会的共通資本を支え、育むことがその使命だと言ってよい。ところが、財政の見栄えをよくし、歳出の非効率性を改善するために、人間の生存や生活を犠牲にするかのような言説が公然とまかり通っている。

オプジーボに代表される高価な薬が医療財政を崩壊させるから、高齢者の使用を保険適用から外すという議論がある。あるいは延命治療によって財政が崩壊するから対処療法に切り替えるべきだという議論も耳にする。同じような議論は確かに欧州にも存在する。だが、それは生きることを強いられる人間の尊厳、つまり、人間の宗教的な死生観をめぐる論争として、である。財政が破綻するから人間の命の扱いに差を設けて良いという議論は、まさに「本末転倒」だと言わなければならない。

小林秀雄との対談本である『人間の建設』のなかで、岡潔は日本社会から「情緒」が消えようとしていると懸念を表明した。情緒とはなにか。それは、親子の情のように、自他の別や時間の観念が生まれる前からあるもの、つまり「初めにちゃんとある」はずのものを指している。人間の命や暮らしは支えられて当然だという情緒の喪失。それは、この社会が社会として成り立つための前提条件のなくしつづつあることを意味している。

失われた情緒

以上の岡の懸念は現実のものとなり始めている。他者の苦痛は自らの苦痛とは無関係のものになり、また、他者を信頼する気持ちも消失し始めている。

“World Values Survey”によると、「所得はもっと公平にされるべきだ」という問いに賛成する日本の回答者

の割合は、調査対象 58 カ国中で 39 位である。“International Social Survey Programme” を見ても結果は同じである。「日本の所得の格差は大きすぎる」「所得の格差を縮めるのは、政府の責任である」という二つの問いに対して賛成した人の割合は、それぞれ 42 カ国中 30 位、36 位だった。

こうした国民の他者の痛みへの無関心は、財政のあり方にも大きな影響を与える。OECD の“Growing Unequal” を見てみる。財政をつうじた所得再分配は、貧しい人に給付すること、富裕層に課税することで縮小できる。だが、調査対象となった OECD21 カ国のなかで前者は 19 位、後者にいたっては最下位である。

OECD の“Society at a Glance 2011” に示されるように、統計的に見ると、所得格差の大きい社会は他者への信頼度が低い。これは経験的に考えても自明だろう。「彼らは税のムダ使いをしている」「本当は働けるくせに不正な受給をしている」と疑心暗鬼になる社会にあって、低所得層のための支出が受け入れられるのは容易ではないからだ。

『国際社会調査プログラム (International Social Survey Programme)』を見てみる。「他人と接するときには、相手の人を信頼してよいと思いますか。それとも用心した方がよいと思いますか。」という問いに対し、信頼できると回答した人の割合は、調査対象国 38 カ国のうち日本は 24 位、「たいていの場合、政治家は正しいことをしていると信頼してよい」という問いに賛成した人の割合は 38 カ国中 36 位という低さである。

私たちは同じ社会の構成員のはずだ。病気や怪我、障がい、困難は多様であり、さまざまである。だが、同じ社会を生きる仲間の苦しみへの情緒は損なわれ、他者や政府を信じることもできず、社会的な弱者は居場所をなくしつつある。私たちはなぜ医療財政の行く末を心配するのか。それは、財政がもし破綻すれば、大勢の仲間たちが大変な苦境に立たされるからだろう。だが、苦境に立たされるのが仲間ではないとするならば、医療財政の破綻も本質的には大した問題ではなくなってしまう。だからこそ政府債務も放置される。状況は深刻だ。

自己責任の社会か？ 連帯共助の社会か？

こうした社会の閉塞状況の理由、それを一言で表現するとすれば、それは、戦後の社会モデルが行きづまったということだ。

戦後の日本経済の転換点は 1997-98 年である。まず、97 年をピークとして、雇用の非正規化とともに可処分所得の減少が始まった。98 年から 2016 年にかけて、全世帯で約 18%、勤労世帯で 14% も所得が減少した。この間、共稼ぎ世帯と専業主婦世帯はその地位を逆転させ、二人で働く方が主流となった。それにもかかわらず世帯所得は減少を続けた。

所得だけではない。近年、マクロで見た家計貯蓄率は、ほぼゼロにまで下がっている。高齢化が進むと貯蓄の取り崩しが起きる。貯蓄率の低下はしかたないことではあるが、勤労者世帯の貯蓄実額は明らかに減少したし、それ以前に、かつては先進国最高の家計貯蓄率を誇った日本にあって、貯蓄率がゼロになるというのは異常事態である。

図表 1 に示されるように、戦後日本の福祉国家は、高齢者に比較的手厚い生活保障を行う一方で、現役世代に対しては極めて貧弱な給付しか提供してこなかった。それにもかかわらず、所得が維持できず、貯蓄も容易ではない現状が生み出された。人びとが自らの生活防衛に走るのも仕方のないことだった。

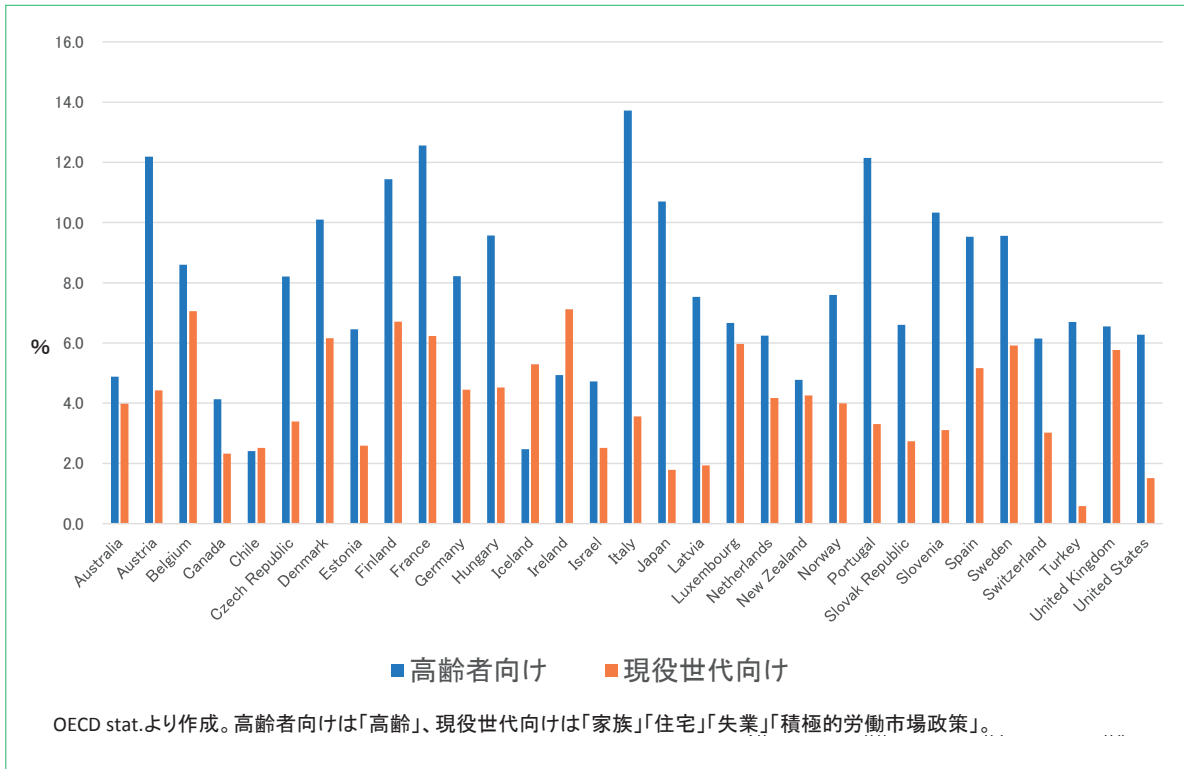
状況が以上のようなとすれば、私たちに残された選択肢は二つである。ひとつは、自助努力で貯蓄などの生活設計をできるようにするため、経済を成長させるべく政策を総動員すること。いまひとつは、成長を前提とした社会モデルを組み立て直し、人びとの生活保障機能を強化することである。前者を自己責任モデル、後者を連帯共助モデルと呼んでおこう。

自己責任モデルの典型はアベノミクスである。自助努力を前提としながら、人びとの所得や貯蓄を増大させ、将来不安に備えられる社会をめざしているという明快な選択肢、それがアベノミクスだった。

だが、「三本の矢」から「新三本の矢」へ、そしてこども保険から消費税を財源とした就学前教育の無償化へと、現政権は確実に成長から分配へと政策の力点を移していった。成長に依存した自己責任モデルが持続可能ではないと現政権も認識しているのである。現実の動きがこのようであるとするならば、選ばれるべき選択肢は連帯共助モデルということになるだろう。

「保障の原理」から外れた日本財政

ここで強調しておきたいのは、連帯共助モデルとは本来の財政の姿そのものだという点である。そもそもの



図表 1

話、なぜ私たちは支え合ったり、助け合ったりするのだろうか。哲学者トマス・ペインは『人間の権利』という本のなかでこう述べている。

「諸政府がそこから発生し、そこに基礎をおいているいくつかの大本…その大本はすべて、次の三つの項目に入れることができよう。第一に、迷信。第二に、権力。第三に、社会の共通利益と人間の共通の権利」

「人類のあいだに広く行われている秩序の大部分は、政府の生んだ結果ではない。それは起源を社会の諸原理と人間の本質との中に持つものである…人間相互間に、また文明社会の各部分のあいだに存在する相互依存と互恵的利害関係とは、その社会を結び合わせるかの偉大な連鎖を作り出す」(『人間の権利』岩波書店、p.72、212)

簡単に要約しよう。社会は、「生きる」「くらす」という「みんなにとってのニーズ」が満たされない限り、秩序を保つことはできない。生存や生活が不安定な社会では、人びとは権力への命がけの抵抗さえ厭わなかったことをみなさんをご存知だろう。生存や生活のニーズを満たすために、私たちは「頼り合い」「支え合い」の関係を作ってきたし、この原理は人類の歴史を貫いている。そ

して、この原理の延長線にあって、「生きていく/くらししていく」という「社会の共通利益」のために、私たちは政府を生み出した。こういうことだ。

同様の視点は、ルソーの『社会契約論』のなかにも示されている。ルソーはこう述べる。さまざまな利害のなかにある「共通なもの」こそが社会のきずなを形作る、そして、社会はこの「共通の利益」にもとづいて治められなければならない、と(『社会契約論』岩波書店、p.42)。生活保障機能を強化するための政府の役割、私たちが考え抜かなければならないのはまさにこれだ。

ヨーロッパ型の福祉国家とくらべると、日本の財政システムは通俗道徳ともいうべき、独特な文化的特徴を土台としている。それは、勤労と儉約の美德が前提であり、政府のご厄介にならないこと、困っている人に限ってお金やサービスを提供することを「よいこと」だと考えてきた歴史と符合する。

以上の結果、大学の授業料、医療費、介護費、幼稚園や保育園のサービス、障害者福祉、ほとんどが低所得層だけが無料となる制度設計となった。むろん、医療のように、なかには保険方式のもとで国際的に見て効率的な運営がなされ、相対的に幅広く受益者が設定されているものもある。だがそれでもなお、義務教育、外交、安全

保障以外の領域は、残念ながら多くの人びとが税以外の自己負担を余儀なくされるシステムとなっている。

よく考えると奇妙な話である。財政は相互扶助の仕組みだ。だが、私たちの作った財政は、「みんなの必要をみんなで満たし合う」という財政の保障原理をきわめて限定的にしか適用できていない。

この「欠落」にこそ、情緒なき社会、共感なき社会の本質がある。所得が減り続け、将来不安におびえる人たちにとって、一部の人たちが「既得権」を享受する財政が公正なものに映るだろうか。むしろ、「既得権を持つ社会的弱者」が不正に受給していないか、ムダ使いをしていないか、疑心暗鬼になるのではないか。ここに「喪失の淵源」があるのだ。

本来であれば、弱者への手厚い再分配は、社会の共通善であるはずだ。だが、弱者への配慮が対立の源泉になるという不幸。生活苦におびえる「大勢の弱者」が「さらなる弱者」を見捨てる不条理。この負の連鎖をいままさに断ち切らなくてはならない。

喜びを分かち合う

ではどうすればよいか。嫉妬と疑心暗鬼の根底にある「既得権」をなくせばよい。だが、そのためには私たちの発想を大きく変えてなければならない。

低所得層の受益、既得権を切り取るのではなく、財政の原理に立ち戻り、子育て、教育、医療、介護など、「社会の共通利益」について、出来る限り少ない自己負担でこれらのサービスを受給できるようにする。しかも、特定の人びとだけでなく、できるだけ多くの人たちを受益者にすることで低所得層の「既得権」を解消するのだ。

ひとつ留保しておきたいことがある。すべての人びとを受益者にするというとき、ここでは「対人社会サービス」の給付を拡大することを意味している。

近年流行している議論のひとつにベーシック・インカムがある。所得とは無関係にすべての人びとに現金を給付するこの議論と私たちの議論の間には大きな距離がある。

現金給付の最大の問題点は、受益と負担の関係が可視化されることにある。自分より負担の少ない人たちが自分と同じ現金を得られることにたいして、多くの人びとが反発することは想像に難くない。他方、サービス給付の場合、自分の受益は可視化されない。子どもが幼稚園

や保育園にいったとき、いくらの受益があったかと理解できる親はいない。

また、ベーシック・インカムの最大の問題点は、受け取った現金を例えば飲酒やギャンブルで消費してしまった人びとの生存保障はどうなるのかという点にある。そのような人びとに対して生活保護を給付することが果たして正当化されるだろうか。むしろ究極の自己責任社会を生み出してしまうのではないだろうか。

以上の理由から、私は、現在の「対人社会サービス」に関して、自己負担額を削減していく戦略を示したい。簡単な思考実験を試みよう。現在、ある年度における国民の自己負担は、幼稚園・保育園で8000億円、大学教育で3兆円、医療で4.8兆円、介護で8000億円、障害者福祉で数百億円となっている。総額で9.5兆円弱である。

注意してほしいのは、この金額は一年度に発生する国民の自己負担額だということである。もし、完全無償化をめざすのであれば、サービスの利用者数が増え、施設やサービス提供者の不足が予想されるため、より多くの財源が必要となる。ただし、無償化は難しいとしても、ある年度に発生している国民の自己負担を解消する程度の、したがって相当程度の自己負担軽減が可能になるということを意味している。

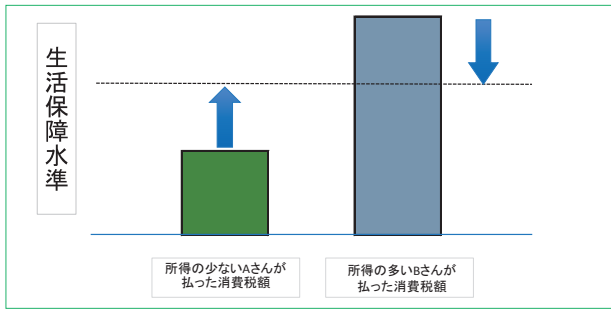
だれにどのような税を求めるのか

問題になるのは、このためにどの程度の財源が必要か、という点だ。社会保障・税一体改革のデータによると、消費税1%が2.8兆円の税収を生む計算となる。むろん、消費増税は政府の購入する商品価格を上昇させる。これらを勘案すると3.6%程度の増税で以上の自己負担をなくすることができる。

さらに、基礎的財政収支の赤字を2020年度の時点で解消しようとするれば、実質成長率を0.7%と見た場合で、およそ10.7兆円の財源が必要となる (http://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/minutes/2017/0718/shiryo_01-2.pdf)。こちらは消費税で3.9%程度の財源が必要となる計算である。

以上は消費税が10%のときの計算であるから、おおよそ消費税率は18%程度に増大することになるが、財政収支の劇的な改善と対人社会サービスの現時点での自己負担の解消が可能となる計算になる。

問題は、消費税の逆進性をどのように評価するか、という点にある。まずハッキリと言っておきたいのは、逆



図表 2

進性があるために消費税は悪税であると断定するのは、間違っているということだ。

図表 2 を見てみよう。例えば、貧しい A さんとお金持ちの B さんに消費税をかけるとしよう。注意してほしいのは、逆進性があるがなかろうが、納税額は富裕層の方が絶対に大きくなっているということだ。富裕層は必ず低所得層よりも多額の税を払う一方、低所得層は給付面で多くの利益を得る。格差は必ず小さくなる。

現実をみてもこのことは明らかである。EU 加盟国は消費税を最低 15% にすることが定められている。どの国をみてもいまの私たちよりも消費税率は高いわけだ。だが、ほとんどの国で所得格差は日本よりも小さい。理由は簡単だ。逆進性があるとしても、税収を適切に給付に向ければ格差は小さくなる、それだけのことだ。

消費税への誤解を解いたうえでなら、さまざまな税を財源とする可能性が追求されていい。

例えば、法人税の場合、税率 1% あたりで約 4300 億円の税収が得られる。法人税率を 6% 強引きあげられれば、消費税 1% 程度の財源となる。あるいは、金融資産課税の税率を現在から 5% ほど引きあげれば、約 2000~3000 億円の財源が得られるし、相続税を 5% あげれば、おそらく 5000 億円程度の税収になる。所得税の場合、7つの税率をそれぞれ 1% ずつあげれば、1.1 兆円の税収である。

以上の課税をうまく組み合わせるなかで、消費税の上げ幅を抑制するという戦略も可能になるだろう。また、以上の試案は大規模な増税である。税率を段階的に上げる増税を検討する必要があるだろうし、財政健全化の速度を緩め、負担率をもう少し軽くするという選択もあるかもしれない。

税は社会の公正さへの考え方を映し出す鏡である。どの組み合わせを税のベストミックスと考えるか。そこに政党の思想が表れる。だからこそ、財源論を各政党が競

い合う時代をめざしていくべきだ。

頼り合える社会へ

私たちは他者に頼ることを悪いことだと考える。だが、思い出して欲しい。生まれたばかりのとき、病気になったとき、何かを学ぶとき、私たちは常に誰かに頼りながら生きてきたはずだ。みんなで税の痛みを分かち合う。医療、教育、介護、子育て、障害者福祉、ときには誰かに頼られ、ときには誰かに頼る。そのような「頼り合える社会」を私たちはめざしてよいのではないだろうか。

頼り合える社会にはさまざまなメリットがある。まず、あらゆる人びとが将来不安から解放され、痛みと喜びを分かち合うモデルだから、中高所得層が低所得層を非難する理由を失う。全員が受益者ということは、既得権者がいなくなるということだから、貧しい人たちの不正に目くじらを立てる必要もなくなる。

それだけではない。所得制限をはずして受益者の幅を広げていけば、収入の審査に費やされる膨大な行政事務を大幅に削減できる。いちいち身を切らなくとも、大幅なコストの削減、行政サービスの質的向上は可能なのだ。

消費税をつうじて痛みの分かち合いが行われたとすれば、富裕層に応分の負担を求める理由も明確になる。人への投資を進めれば、労働者の質も中長期的に高まっていくから、その対価として企業に応分の負担を求めることもできる。富裕層や大企業を嫉妬と憎悪の対象とする時代は終わる。消費税は薄く広い負担で豊富な税収を生む。これを基点として適切な富裕層・企業課税をセットにすれば、負担の公正さは格段に増すこととなる。

一方、消費税は「逆進性」が問題になることが多い。この点、富裕層・企業への課税で「租税間の公平性」は担保されているが、課税を給付とセットにする頼り合える社会では、図表 2 で示したように、社会全体で見ても格差が縮小する社会となる。

本章で示された社会は、ようするに生存と生活の徹底した保障を基点としながら、納税者の痛税感と租税抵抗を緩和することで増税可能な環境を整えることをめざしている。いわば、財政健全化のために人間の命を軽んじるのではなく、むしろ人間の命をより確実に保障することによって、財政健全化の可能性を高めていこうという戦略である。

宇沢が求めたように、医療は社会的共通資本の柱のひとつであり、その充実が国民的課題である。だが、医療

予算の獲得それじたいが目的化するのでは元も子もない。私たちは、私たちの社会のあるべき姿を考えるべき時代を生きている。社会の共同行為である財政を作り変え、財政の原点に戻り、この社会に「情緒」を再び取り戻さなければならない。

転換の時代にあって、新しい社会モデルを構想する営みの一環として医療政策を位置づけ直すこと、そしてそ

うした社会モデルの追求によって、自分の命だけではなく、仲間の命に対しても配慮できる社会が生み出されること、これらの努力の結果として、財政健全化も可能となることを銘記しておきたい。あるべき社会を語り、その社会をめざして制度を改革する、そんな情熱を失ったとき、私たちはすべてを失うだろう。残された時間は決して多くない。

成熟社会の経済と処方箋

小野 善康 (大阪大学社会経済研究所特任教授)

1. はじめに

経済活動は供給と需要がそろってはじめて実現される(図表1)。購買意欲(=需要)が大きくても、それに見合う生産力(=供給)をとまなわなければ、需要に応えることはできない。逆に、大きな生産力を持っていても、需要がそれについて行かなければ、売れ残りや失業が発生する。そのときどきの経済活動が供給と需要のどちらで決まっているかによって、経済への処方箋はまったく異なる。医療のあり方を考える上でも、このことを念頭に置いておくことが重要である。

2. 発展途上社会と成熟社会

高度成長期の日本のように供給力不足の発展途上社会では、生産力の拡大こそが重要であり、それには無駄の排除、効率化、節約と貯蓄による資本の蓄積が有効であった。このような社会ではすべての生産力が活用されているため、医療のような公的サービスの拡充は、市場で取引される一般物資の生産を犠牲にして行うものであり、どちらが喫緊の課題であり、どちらを優先すべきか比較しながら考える必要があった。そのため、医療の効率化、無駄な医療の削減などが重要であった。

ところが、現在の日本は巨大な生産力を手に入れた成熟社会を迎え、人々はお金を使うよりも貯めることに心が向かった結果、需要が不足する事態が続いている。このような社会で、政府や家計が昔の成功体験をそのまま現代に当てはめ、一生懸命働き、効率化を推進し、物を買わずに節約すると、生産能力を引き上げると同時に需要を減らすので、売れ残りや失業が増え、物価や賃金は下がり、不況がさらに悪化する。

無駄の排除や節約が不況を悪化させるという点では、企業も同じである。人々の購買意欲が低いときには、新

製品を作るような冒険はしたくない。それよりも既存の製品をいままでより効率的に作ってコストを抑えた方が、確実に利益が出る。しかし、すべての企業がそれを目指すと、どの企業も人手を減らすから失業が拡大し、需要がさらに減って、結局はどの企業も業績を悪化させることになる。

このように、成熟社会では、個々の家計や個々の企業が発展途上社会の時代に行って成功した無駄の排除、節約、効率化を推進すると、失業が増え、かえって無駄が広がる。これが成熟社会の特徴である。

ではどうすべきか。

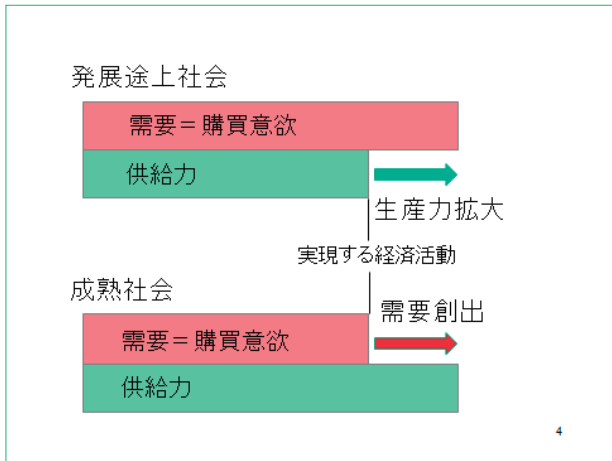
発展途上社会では供給不足であるから、生産力を高めていくことが必要であった。ところが成熟社会では需要不足であるから、需要を高めればよい。そのためには効率化や節約ではなく、積極的に余った生産力の使い道を考えることが重要である。医療の充実もそのような発想から考えるべきである。

3. 需要不足の原因

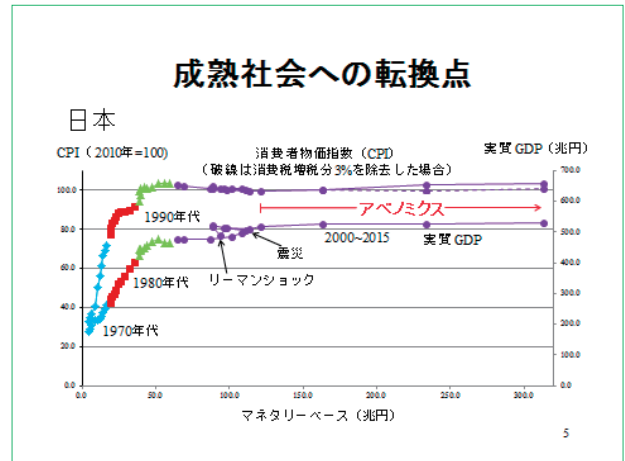
生産力が高まると、なぜ需要不足が起きてしまうのか。

人々は所得を得て消費と貯蓄に割り当てている。消費に回せば需要が増え、企業は物やサービスを売ることができるから、景気がよくなる。ところが人々が貯蓄に励めば、物やサービスは売れない。しかし、貯める場合でも、将来欲しい物が具体的にあるなら、貯めた分は将来の需要になるから、企業はそれに備えて投資をする。そのため、消費されない分は投資に回され、総需要は不足しない。

日本でも高度成長期には、炊飯器、洗濯機、掃除機などの家電製品が次々発売され、テレビ、車、海外旅行へと広がっていった。人々は先を争ってそれらの物を購入し、手元資金が足りない場合にはお金を貯め、場合によ



図表 1



図表 2

ては借金までして、欲しい物をそろえていった。

ところが、日本経済が十分な生産力を蓄え、それらの物がどの家庭にも普及してしまうと、人々はそれ以上お金を使うことが惜しくなってくる。これが成熟社会である。そのとき、人々の欲望はお金を貯めることに向かう。お金を貯めるといっても、かつてのように具体的な使い道は念頭にない。将来不安のような曖昧な理由をつけて、具体的な使い道もないまま、さらにお金を貯めようとする。将来不安について言えば、介護や医療の制度やインフラが今よりはるかに貧弱だった高度成長期の方が、将来不安は大きかったはずだが、そのときには人々はほとんど物を買っていた。結局、消費に比べてお金を貯めることを優先するようになった、ということである。

成熟社会でのお金への欲望は、人々を消費ではなく利殖に向かわせ、土地や株式への投資が盛んになる。その結果、都市部の不動産市場や株式市場が活況になる一方で、消費は低迷する。物やサービスが売れなければ、物価や賃金は上がらずデフレが起こる。他方、株価や都市部の不動産価格は上昇する。これが、現在の日本において、消費やGDPなどの実体経済は停滞して物価のデフレが続く一方で、株価だけが高騰する理由である。これは典型的なバブルであり、この現象は米国でも起こっている。

物価のデフレは、裏を返せばお金の実質的な価値が上昇し続けることを意味する。すなわち、デフレとはお金のバブルでもある。

4. 成熟社会への転換点

日本における発展途上社会から成熟社会への転換は、

過去55年間の日本経済の動きに明確に現れている。図表2では、日本経済の1970年から2015年までの動きを、横軸をマネタリーベース（＝日本銀行のお金の発行量）、左の縦軸を消費者物価指数（CPI）、右の縦軸を実質GDPにして、示している。

1980年代までは、日銀がお金の発行量を増やすにつれて物価もGDPも比例的に上がっていった。これは、消費意欲が十分に高い発展途上経済での特徴を如実に表している。すなわち、お金がたくさんあると人々は物やサービスを買いに走るから、物が売れて物価は上がるし、経済も成長する。これは、伝統的な経済学の貨幣数量説が説明している現象である。

ところが90年代初めに、この関係が突然崩れ、いくらお金を増やしても、物価もGDPもまったく上がらなくなった。この傾向はアベノミクスになってからさらに鮮明に現れ、文字通り異次元の大幅金融緩和をしているのに、物価も実質GDPもまったく上がっていない。なお、アベノミクス以降、消費者物価が少し上がったように見えるが、それは消費税増税の影響であり、実際、3%分をさし引けば、物価の動きは真横になる。名目GDPも20年間全く伸びず、1994年の値と2014年の値はまったく同じである。

図表2は貨幣量の異常な伸びと消費の低迷を示しているが、これと同様の傾向は、家計金融資産でも見られる。1997年には1300兆円に満たなかった日本の家計金融資産は2017年半ばには1800兆円を超えている。この額を世界各国と比較すると、日本は非常に豊かであることがわかる。実際、世界各国の一人あたり家計金融純資産のランキングを調べると、過去3年間のベスト5は、米国、

スイス、ベルギー、日本、英国であり、過去20年を見ても常に5位前後からそれ以上を維持している。このことから、日本の家計は世界有数の大金持ちであることがわかる。

一方、日本の1人当たりGDPは、1993年～1996年あたりは世界第3位であったが、最近では30位近くにまで大きく落ちている。すなわち、日本はこれだけ大金持ちであるのに、物やサービスを買わず、生産活動は低迷しているために、GDPは30位にまで下がっているのである。

生産能力はあるし、お金もたくさん持っているのに、人々が物を買わないから、雇用機会が減って、経済が伸びない。十分な生産能力を生かせばもっともっと豊か(金銭的な意味での豊かさではなくて、実物面での本当の豊かさ)になるのに、物を買わずにお金ばかり貯めているから、生産能力を無駄にしている。これは、非常にもったいないことである。

5. 解決策は需要創出

それではどうしたらよいか。需要が不足して経済が停滞しているのであるから、人々が物やサービスを買うようにすればよい。では、どうすれば買うようになるか。その場合にすぐに提案される解決策は、お金を渡せというものである。具体的には、減税や増税延期、赤字国債の継続、日銀の金融緩和、地域振興券、一時給付金、などである。20年間、お金がこれだけ増えても何の効果もなく、それこそが長期不況の原因なのに、まだ同じことを続けようとしている。政府も人々も、いかにお金への欲望に囚われているかがわかる。

人々にお金を渡しても貯めるばかりなら、政府が直接国民にサービスを提供すれば需要が生まれる。介護、医療、保育などはその好例である。

お金を配る政策で1つだけ効果のあるものがあり、それは富裕層から仕事のない貧困層への再分配である。富裕層はお金があるけど使わない。貧困層はお金がないので使わない。そういう人たちにお金を渡せば、需要が生まれるから景気は上向く。しかし、ただお金を渡すよりもよい方法があり、それは、仕事を作って、その人たちに働いてもらい、お金を給与として渡すことである。お金の再分配は同じであり、それに加えて、それまで仕事のなかった人たちが新たに働くことによって、それが生み出す物が、直接、社会の役に立つ。

失業者に、たとえば道の掃除をしてくださいと言って

お金を渡せば、失業保険を渡すよりは、道はきれいになる分だけよい。掃除よりも役に立つことがあれば、もちろん、その方がよい。その延長線上に介護、保育、医療など、国民の生活の質に結びつくのに、現状では足りていないサービスがたくさんある。

仕事を作ることのプラスの効果はそれだけではない。求人が増えるから労働市場でのデフレも緩和されるし、雇用不安も軽減される。その結果、経済全体の消費も刺激される。このように、税金を取っても消費は減らず、直接社会の役に立つ仕事ができ、雇用環境がよくなり、景気がよくなる。税金の分は民間からなくなるのではなく、納税者から失業者に再分配されただけであり、民間の手元にあるお金の総量は変わらない。そのため、経済全体の景気が悪くなるはずがない。

ところが、そういう事業を増やそうとすると、「お金がかかるから無駄遣いだ。やめろ」という話が出てくる。しかし、やめたら働く場が減って、かえって労働力、生産力の無駄が増えてしまう。その上、労働市場でのデフレ圧力が高まり、消費が抑えられてしまうから、景気も悪化する。

問題は、税金を払う人と公的な事業で給料をもらう人が違うことから生まれる。払う側は不満を持ち、雇われた側は働いているのだから賃金をもらうのは当然、という意識を持つ。しかし、失業者や低所得者には、何らかの形で社会保障費が払われている。それを社会保障費としてではなく、公的な事業をして給料として払った方がいいということである。

公的な事業については、民間から労働力を奪うから、民間活動を圧迫するという批判もある。しかし、民業を圧迫するのは、景気がよく、生産能力が余っていない場合だけである。不況で生産能力が余っていれば、新たに雇用を作っても民業圧迫にはならない。そのため、好況時には政府はできるかぎり公的な事業を抑え、不況時にはお金をかけても公的な事業を増やすことが、生産力を活用することにつながる。

しかし現実には、好況時は簡単に税収が入るので公的な事業を増やし、不況時には税収が減るのでやめてしまう。民間も、好況時には余裕があるので余り反対せず、不況時にはお金がないと言って反対する。つまり、いずれの場合にも、生産能力の無駄を広げる方向に反応しがちになる。医療サービスを提供する際にも、このことを国民にしっかり説明する必要がある。

6. あるべき公的事業の姿

不況時には、政府はどのような性質を持つ事業を行うべきか。その特徴を列挙してみよう。

- 1) 生産力増強や金儲けではなく、生活の質に結びつく。
- 2) 民製品の代替品ではない。
- 3) 安定した雇用を生む。

生産力が余っているのに、さらに生産力を増強しても、生産力が無駄になるだけでなく、かえって人余りを招いて景気を悪くする。そのため、需要が不足している状況でやるべき事業は、生活の質の向上に結びつくものであり、介護や医療はその代表であろう。

つぎに、民間製品の代替品では意味がない。たとえば、政府が公共事業でパンを作り、毎朝、各家庭に配るとしよう。この場合、各家庭は政府からパンをもらえるから、民間のパン屋さんに行かなくなる。これは、典型的な民業圧迫である。パン屋さんがつぶれて、政府がパンをつくる。パンの消費はかわらない。これでは何の意味もない。したがって、民間の代替にならないもので、国民の生活に役立つものがない。そういう意味でも、介護や医療は重要であろう。

もう一つ重要な性質は、その事業で安定した雇用を創出することである。雇用を作っても、それが今年だけであれば、そこで働く人は安定した雇用が得られない。それでは、賃金上昇にも消費意欲刺激にもつながらない。恒常的な仕事を作るとすれば、芸術・観光インフラ・教育・保育・医療・介護・健康などの分野が考えられる。

しかし、恒常的に費用がかかり民間ではやっていない仕事は、旧来の構造改革派から見れば、不要不急で無駄なものである。つまり、こういうものを実行するのは政治的には非常に難しい。そのため、国民に丁寧に説得する必要がある。

雇用創出が大切という、すぐ出てくる対策に、雇用流動化、ハローワークの充実、女性・高齢者・若者などの対象者を限った雇用支援、雇用補助金などがある。しかし、そもそも物やサービスが売れない状況で、最終需要を作らずに雇用を拡大しようとしても、無意味である。需要が限られている以上、誰かが仕事を得れば、他の誰かが仕事を失うからである。高齢者の仕事を保証すれば若者が仕事に就けなくなり、女性の就職を増やせば男性が仕事を失う。

また、消費だけでなく投資も需要になることから、需要創出の手段として投資支援も挙げられる。しかし、投資は生産力増強が目的であり、最終的に作った物が売れないのに、投資をしても意味がない。それどころか投資による生産設備の増強で労働力の省力化が進み、人余りを助長して賃金に下方圧力が生まれる。その結果、デフレが激化するので、将来、消費を減らす可能性すらある。

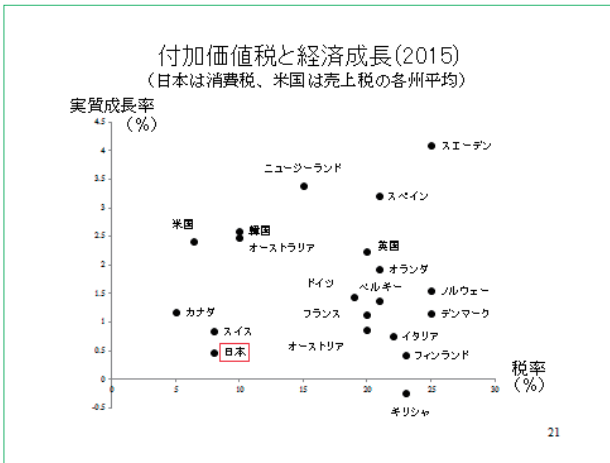
さらに、国内需要を伸ばすことは難しいから、海外需要に頼るといった意見もある。成熟段階に入った日本人から、新たな需要を見いだすことは難しい。一方、まだ発展途上段階にある外国の購買意欲の高い消費者を対象にすれば、新製品を考えなくても物を売ることができる。政府も民間も何に使うかを考えることなく、輸出や海外の観光客などからお金を稼ぐことだけを考えればよい。

しかし、海外需要は、需要といっても日本人にとっては単なる金儲けの手段に過ぎない。成熟社会の不況がお金への欲望によって物に購買力が回らないために起こり、日銀が貨幣供給量を増やしても、日本人の持つ金融資産がいくら増えても消費を刺激しない以上、外需で金儲けをしたところで、日本人は消費を増やさない。内需が増えずに海外からの収益ばかりが増えると、経常収支が大幅に黒字化するから、円高が進んで、日本製品の国際競争力が悪化する。その結果、海外にも物が売れなくなって、雇用も減り、景気が悪化する。

結局、金融緩和で増えたお金であろうが、輸出で儲けたお金であろうが、日本人がそれを消費に使わないかぎり、景気は低迷し続けることになる。日本人の生活の質を豊かにする需要の創出をしないかぎり、景気も回復せず、日本人の生活も豊かにならない。

7. 費用負担と景気

医療も含めて、公的な事業を充実させようとする、それには費用がかかり、資金を確保するために社会保険料や税金を引き上げると、景気が悪くなると言われる。しかし、これまでの議論で明らかにしたように、景気は悪くならない。その証拠は、日本は大金持ちであり、長い間、金融資産を増やし続けているのに、消費もGDPも全く増えなかったからだ。つまり、日本は、お金の量が少しばかり増減しても、景気への影響がない状態に来ている。そのため、増税しても消費が変わるわけではない。しかも税金は、財政支出を通して、再び国民に給与などで支払われる。つまり、お金が減ってすらいらないのであ



図表3

る。目先で税金を取られているから、損をしたように見えるが、その分は財政支出で戻っている。

税金と景気が無関係である証拠として、**図表3**を見てみよう。この図は先進20カ国について、消費税あるいは付加価値税の税率と実質経済成長率との相関関係を示している（2015年のデータ）。この図からわかるように、日本の消費税率は最低レベルであるが、実質経済成長率も最低レベルである。他方、スウェーデンは、税率も実

質経済成長率も最高レベルである。他の国々の分布を見ても、税率と成長率はまったく関係がないことがわかる。

このように成熟社会では、消費税を上げてその資金をきちんと使えば、経済も成長するし、国民も幸せになれる。資金確保のために消費税増税をしても、景気を冷やす効果などない。

医療のあり方もこのような状況を念頭に、考える必要がある。生産力の不足していた発展途上段階では、限られた労働資源をできるだけ少なめに使い、医療サービスも他の消費目的と比較しながら、どちらを優先すべきかを考える必要があった。ところが、生産力が余り、需要が不足して需要創出が景気拡大にもつながる成熟社会では、不十分な医療サービスを提示し、お金の節約を訴えれば、景気へのマイナス効果と将来不安の増大をおおるだけで、大したサービスも提供しないで費用だけかかると非難されることにさえなりかねない。

そのため発想を根底から変え、はじめに国民に快適で安心な医療の姿を提示し、つぎにそれにかかる費用とそれによって創出される需要や雇用を明示して、医療面での生活の質の向上と景気へのプラス効果を明らかにしながら、国民に医療の重要性を訴えることが重要であろう。

医療と介護、民主主義、経済学

権丈 善一（慶應義塾大学商学部教授）

日本医師会横倉義武会長からの諮問は、「社会保障と国民経済——医療介護の静かなる革命」である。

我々がこれまで幾度となく見てきたように、社会保障に関する政治的な公約は、国民経済との関係を抜きにすれば、なんとでも書くことができる。そしてなんとでも書かれた公約の実行可能性、持続可能性を見抜き、日本医師会自らが両可能性を備えたあるべき姿を描ききるためにも、国民経済、特に財政金融政策に対する正確な情報を押さえておくことは不可欠となる。ここでは、今のこの国の状況を示す「給付先行型福祉国家」、「成熟社会」という概念を軸として、これらの特徴を持つ国の社会保障の在り方について考察する。なお、中長期を睨んでいまから静かに進められるべき医療・介護の改革、特に改革の要となる「かかりつけ医」の普及の必要性については、講演録を参照してもらいたい。

投票者の合理的無知

『日医ニュース』第1186号（2011年2月5日）の随筆プリズム、次の文章がある。

「現代社会に生きる私たちは、政治・経済分野に多くの知識と理解を求められます。ところが、自発的にわざわざ時間を割いて、これらの事柄を勉強しても、選挙で行使出来るのは一票にしかならず、中身よりも知名度の高い候補が当選します

これでは、せっかく休みの時間を政治経済の勉強に使う意味がない、ミシュランのガイドブックでおいしいレストランを探すことに時間を使う方が合理的だと考え

て、難しい勉強はやめて無知であることを選択します。これを政治経済学では“合理的無知”と言い、大衆が選択する行為だそうです¹⁾。

もっとも、多くの投票者は、情報へのアクセス・コストが低い情報、すなわち、出勤前の朝の支度をしながら聞こえてきたり、家事をしながら目に入るなどの「ながら時間」に耳目に届く情報を拒む理由もない。したがって、公共政策に関わる多くの人たちは、自分たちに有利な情報への、投票者のアクセス・コストを限りなく低くしようと、広報戦略を懸命に展開することになる（極端な例は、報道機関の買収など）。玉石混淆の広報戦略の中で有利であるのは、残念ながら不正確な情報であるように思えたりする。その不正確な情報が、人々の漠とした不安や公への不満を煽る戦略と一体化したデマゴグと化せば、特に有利になることは、古代から民主主義が経験してきたことでもある。

世論7割の壁

権丈（2018）『ちょっと気になる医療と介護 増補版』（220頁）に次のように書いている。

世論7割の壁と呼んでいるのですが、消費税増税先送りも、2015年末の軽減税率導入の決定も、2009年の政権交代総選挙も、2005年郵政選挙も、そして、2004年年金改革の時も、世論の7割は後に後悔をする選択をしているようです。

このうち、2度にわたる消費税増税先送りにおいていずれをも国民のおよそ7割が支持していたというのは、実は

¹⁾ この後に、次の文章が続く。

「大衆とは、専門知識の無い人達のことだと思いがちです。

しかし、スペインの哲学者オルテガは、専門家こそ最もやっかいな大衆だと言っています。なぜなら、自分たちは狭い専門知識しかないのに、専門以外の広大な領域についても、知者のように傲慢に振る舞うからだ。

なるほど、テレビのワイドショーなどでは、専門家と称する人たちが官僚、政治家を叩き、医療者を叩く。それを見た視聴者は、拍手喝采して、彼らをこらしめ無駄を省けば、より良い医療、年金、介護が実現出来ると思ひ込み、現場の疲弊には無関心を決め込み、状況は悪化の一途をたどります。しかし大衆は、そんな事にはおかまいなしで、今日も新たな生け贄を叩き、つかの間の満足を得るのです。（撥）」

無理のないことだったとも思える。その理由が、日本は「給付先行型福祉国家」であるからということになる。

日本は、赤字国債を発行しながら、社会保障の給付を先行させるという、他国がなかなかマネのできない形での福祉国家を作り上げました。こうした給付先行型福祉国家では、今後、仮に増税ができたとしてもその相当部分は、財政再建にまわさざるを得ません。普通のひとたちはそんな切羽詰まった財政事情は知りませんから、そうした人たちは、「えっ、増税をするのに社会保障の給付がその分だけ増えないの?」「それって詐欺じゃない?」などと考えるのだろうと思います²。

今日の金融財政運営のあり様を普通の人が理解できず、ほとんどトンデモ論に値する論が跋扈する原因の源は、この問題を理解する上で必要となる最低限の知識の難易度が、かなり高いことにあるのではないかと考えられる。必須の知識であっても難易度が高いと、その知識は普及しない。この問題が障害となると、民主主義は機能しなくなるおそれがある。

今の日本の金融財政運営に関わる、累積した公的債務残高 B の対 GDP 比、および金利 r 、成長率 g 、そしてプライマリーバランス³ (= 税収 T - 政策的経費 G) という4要因は、一体的に考える必要があり、これら4要因を一体的に考えるためには、次の式を理解することが必要となる。

債務残高の変化と PB (プライマリーバランス = $T - G$) の関係は、次の式で表される——添え字 (-1) は前年度を示す。

$$\frac{B}{Y} - \frac{B_{-1}}{Y_{-1}} = (r - g) \left(\frac{B_{-1}}{Y_{-1}} \right) - \frac{T-G}{Y} \quad \text{式1}^4$$

公的債務残高の対 GDP 比が発散しない ($\frac{B}{Y} - \frac{B_{-1}}{Y_{-1}} \leq 0$) ためには、 $(r - g) \left(\frac{B_{-1}}{Y_{-1}} \right) \leq \frac{T-G}{Y}$ である必要がある。本当は、金融財政運営について論じるのであれば、債務残高の対 GDP 比 ($\frac{B}{Y}$)、金利 r 、成長率 g 、PB (プライマリーバランス = 税収 T - 政策的経費 G) の4要因に触れていない議論は意味をなさないのであるが、専門家と言われる人の間でも、そうした議論を聞くのは希である。

式1は、ドーマー条件と呼ばれることもあり、この条

件式から、公的債務残高の対 GDP 比は、2つの要因に依存して決まることが分かる。

- ・金利と成長率の大小関係
- ・PB (= 税収 T - 政策的経費 G) が赤字であるか黒字であるか

さらに言えば、日本がいくら国内外に資産を持っていたとしても、それが課税の対象となって税収 T に形を変えないことには、ドーマー条件には影響を与えないことも式1は示している。

さて、金利が成長率よりも高く、また利払い費を除いた PB が赤字であるときには、公的債務残高の対 GDP 比は上昇していく——これを発散と呼び、 $\frac{B}{Y} - \frac{B_{-1}}{Y_{-1}} > 0$ で表される。

発散は持続可能性がないため、長期的な政策目標は、 $\frac{B}{Y} - \frac{B_{-1}}{Y_{-1}} \leq 0$ に設定せざるを得ない。そして長期的に、金利が成長率を上回る ($r > g$) とすれば、公的債務残高対 GDP 比を安定させるため ($\frac{B}{Y} - \frac{B_{-1}}{Y_{-1}} \leq 0$) には PB を黒字にしなければならない。公的債務残高対 GDP 比を前年度と同水準に留めるとしても ($\frac{B}{Y} - \frac{B_{-1}}{Y_{-1}} = 0$)、PB は黒字でなくてはならない。

こうした厳しい事情があるために、2013年の『社会保障制度改革国民会議報告書』の「医療・介護分野の改革」の中に「GDPの2倍を超える公的債務残高ゆえに金利の上昇に脆弱な体質を持つ日本」(23頁)と書かれているのである。

少し、日本の状況を考えてみよう。仮に金利 r が成長率 g を1%ポイント上回るとき、

すなわち ($r - g = 0.01$) の場合、公的債務残高の対 GDP 比が発散しないためには、日本の財政は消費税にして少なくとも何%程度の黒字をださなければならないだろうか。ここで、計算の便宜上、 Y は本年度も前年度も約500兆、 B は前年度約1,000兆、消費税税率1%の税収は約2.5兆円としておこう。なお、発散とは公的債務残高/GDPが上昇し続けることとする。

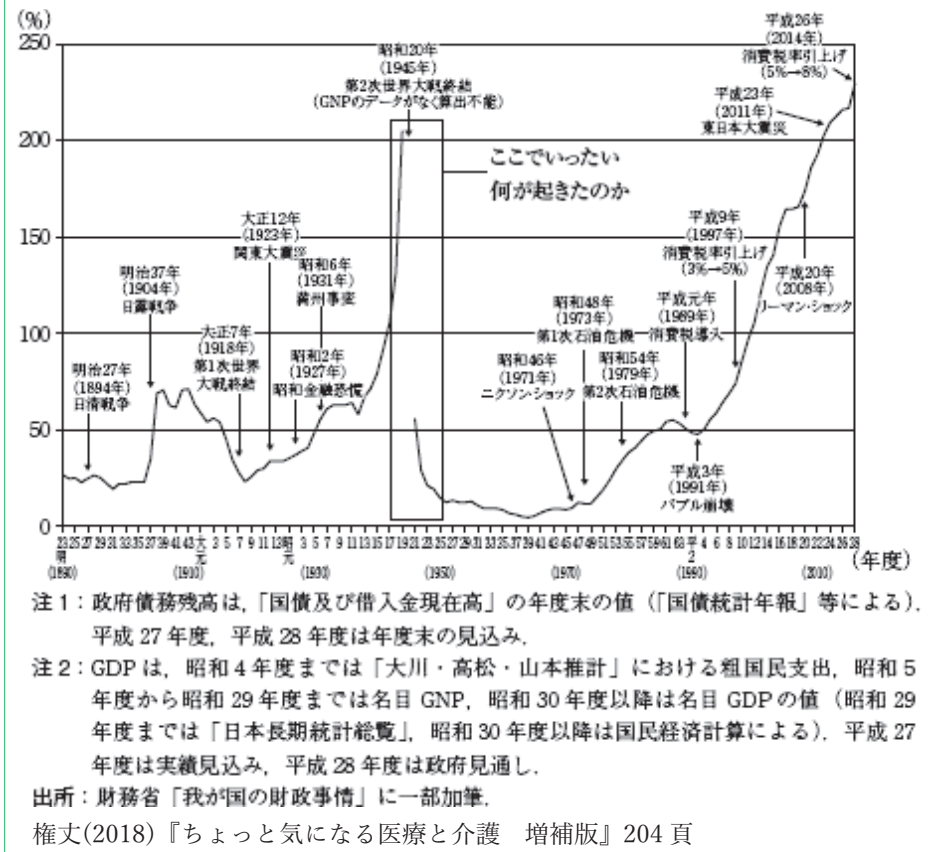
この仮定の下では、 $0.01 \times 2 \leq (T - G) / 500$ 、ゆえに PB の黒字 ($T - G$) は10兆円以上、したがって消費税に換算すると $10 / 2.5 = 4\%$ 以上の PB 黒字を出さなければならないことになる。そして4%も消費税を上げると、公的

² 権丈 (2018) 『ちょっと気になる医療と介護 増補版』215頁

³ プライマリーバランスの図による説明は、香取論文参照。

⁴ 今年の政府債務残高 $B = (1 + r) B_{-1} - (T - G)$ で表される。ここで、両辺を $\frac{(1-g)}{(1-g)} Y$ で割り、 $Y = (1 + g) Y_{-1}$ 、 $rg \equiv 0$ 、 $g^2 \equiv 0$ として式を整理すると、式1が得られる。

図表1 政府債務残高の名目GDP等に対する比率の推移（いわゆる発散の様子）



図表1

サービスに要する支出も増えるため、PB黒字は4%ではすまなくなる。

このような情報を、普通の投票者の耳目まで届け、理解してもらうのは、おそらく無理である。のみならず、一体改革が進められていた最中に、政府からの情報発信の在り方に関して次のような不幸が重なってしまったのだから、正確な情報が国民の耳目にまで届かなかったことは仕方がなかったとも言える⁵。

与謝野馨氏が社会保障・税一体改革の担当大臣であったとき（2011年1月14日-同9月2日）、消費税増税分5%は、次の5つの1%という説明がなされていた。

- ・「ネット」の給付改善——1%（選択と集中を前提とした給付改善）
- ・高齢化に伴う増——いわゆる「社会保障の自然増」をカバーする経費 1%
- ・基礎年金国庫負担1/2の確保 1%
- ・消費税導入に伴って生じる国・地方の負担増（消費税

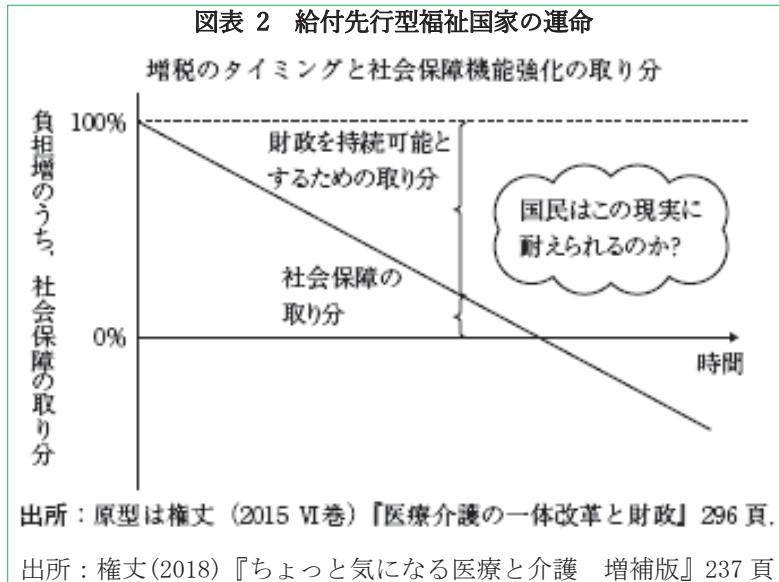
増税に伴って生じる生活保護や障害者手当等の物価スライド分など政府自身が負担する消費税相当負担増充分分)—— 1%

- ・機能維持 —— ネットの財政赤字（社会保障から生じている財政赤字）削減充分分 —— 1%

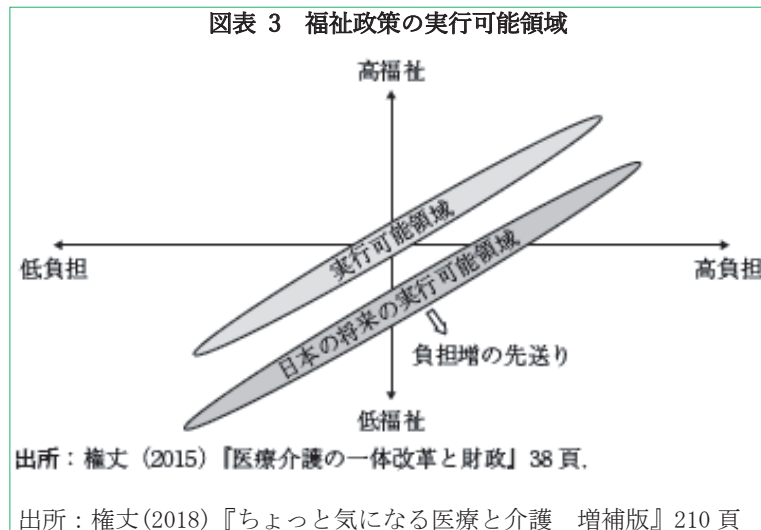
ところが、担当大臣が岡田克也氏に変わると、彼はこうした説明を拒み、1%の充実と4%の安定化へと、説明の仕方を切り替えるように指示した。

これ以降、一体改革の話に、消費税の増税は社会保障のためというのはウソだったのかというおかしなことを言う研究者たちも大勢参入してきて、社会保障のネットの給付増1%の他の4%分に関して、無理解な論が流行っていくことになる。そしてこれが、2017年秋の解散総選挙の原因になっていく。つまり、一部の野党や研究者が、一体改革で決められた消費税の用途を変更して、増税した分を全部使おうと言いだした。それを見た与党は、野党がそう言うならば自分たちもと、ついには一体改革で

⁵ 権丈(2018)『ちょっと気になる医療と介護 増補版』372頁



図表 2



図表 3

決められた消費税増税分の使途の変更を国民に問う総選挙に繋がっていった。なお、こうした議論の最中に、あたかも、一体改革が、消費税の増税分で「借金返済」をするかのようなことが言われていたが、先の説明から分かるように、一体改革は、国債の発行額を減らそうとはしていたが、借金の返済などまったく考えていなかった。しかも、国債の発行額を減らすことに回される分は、消費税5%分のうち、「機能維持」と呼ばれたわずか1%に過ぎなかった。

しかしながら、圧倒的多数である普通の人たちに、そうした勘違いをされてしまう運命にあるのが、給付先行型福祉国家であるとも言える。給付先行型福祉国家でス

タートしたら増税分のすべてが社会保障に回らないという制約がある上に、いつもその他様々な状況が重なってしまうもので、そうした現象を紐解いて理解することを国民に求めることはおそらくできない。

結果、「給付先行型福祉国家」というものは、必然的に世の中にヒステリーを引き起こし、財政を再建するための財源を得ることが永遠にできずに「給付だけをしてしまった福祉国家」のままであり続けるおそれはある。しかしながら、そうならないように、日本医師会の医療政策会議は国のあり方を考えていかなければならない。

実際のところ、公的債務残高/GDPがどんどんと積み上がるということは、次の図表3に示す、高負担なら高

福祉、中負担なら中福祉、そして低負担なら低福祉をつないだ実行可能領域が、日夜、東南方向にシフトしていることを意味する。

将来世代にとっては、高負担で高福祉、中負担で中福祉の社会を享受することは難しく、高負担だったら中福祉、中負担だったら低福祉程度の社会しか実現できないところにまできているとも言える。2013年8月28日、消費税を上げるかどうかの意見を60人の有識者から聞くという「今後の経済財政動向等についての集中点検会合」が官邸で行われている。その時、60人の1人として横倉義武会長は「孫やひ孫の世代まで負担を残すべきではない。消費税率を引き上げて、われわれも負担をしながら、社会保障の財源として使っていくべきだ」と発言されていることを医療政策会議は再確認するべきである。

では負担と給付の差額はどこに行くのか。それは国債費（利払費と償還費）である。ここで、国債が国内で購入されて、それが国内で保有されているのであれば、国債は国民の資産になるのだから問題もないという論が出てくるのであるが、はたしてそうなのか。このあたり、ピケティの論をみてみよう。

1970年代以降の公的債務の分析は、経済学者たちがいわゆる代表的エージェント・モデルにおそらく依存しすぎたせいで歪んでしまった。このモデルだと、エージェントたちはみんな同じ所得を手に入れ、同じ量の富に恵まれる（だから同じ量の国債を所有する）と仮定される。……これらのモデルは、富と所得の分配の格差問題をまったく回避してしまい、しばしば極端で非現実的な結論を導き出し、明確さよりむしろ混乱をもたらしてしまう。代表的エージェント・モデルを使うと、公的債務は国民資本の総額に関してのみでなく、財政負担の分配においても、完全に中立だという結論になってしまうのだ⁶。

ここにある、代表的エージェント・モデル（representative agent models）というのは、その国には1人しか住んでいないと想定して議論を進めるモデルである。日本には1人しかいないと仮定した世界で、国債が国内で買われているとすればその人が買うわけで、国債費を支

払えば国債を買ってくれたその人の所得になる。だから、国債は、その国の中でお金をぐるぐる回しているだけだから、なんの問題も無いというストーリーが生まれる。

しかしながら、国債費は社会保障と歳出項目において競合する。そして、社会保障費よりも国債費の方が歳出の優先順位は高い——ゆえに、国債費が増えていけばそれを賄うために社会保障は減らされ、国民負担相応の福祉を享受できなくなる。資産家は、国の財政が破綻することもなく国債費を自分の子孫に払い続けてくれれば問題ないと考えるかもしれないが、国債費を賄うために社会保障が減らされる事態というのは、社会保障が生活の上で密接に関わっている普通の人たちにとっては、大惨事となる。代表的エージェント・モデルではなく、少なくとも Poor と Rich がいるモデルで給付先行型福祉国家を考えると、社会保障給付費を犠牲にすることによって Rich の資産を守ることになるという、Poor から Rich への所得の逆再分配が起こり得るのである。

予算編成の現状の共有

医療政策会議の委員である香取照幸氏の『教養としての社会保障』に、次の言葉がある。

実際に霞が関で長い間行政に携わってきた者の実感で申し上げれば、巨額の財政赤字は政府の政策選択の幅を狭め、自由度を奪い、問題解決能力を著しく阻害していることは事実です⁷。

社会保障行政がどのような緊張感の中で展開されているのかを知っておくことは、日本の国民経済の現状を知る上で重要、ひいては日本が財政民主主義国家であるためには、必要である。少し説明しておこう。

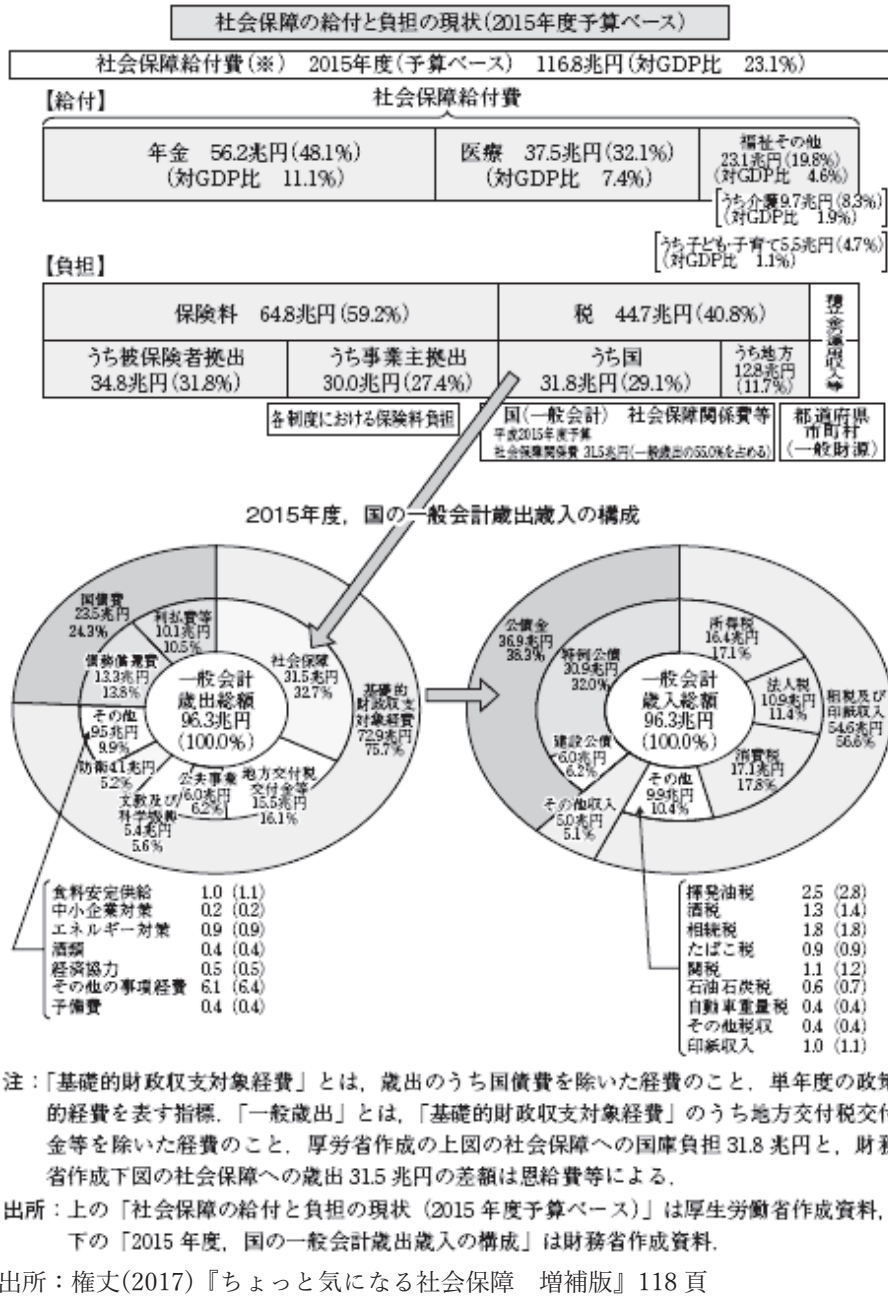
今の予算編成で、大きな影響力を持っているのが、経済財政諮問会議での議論を経て毎年6月に閣議決定される「骨太の方針」である。そして2015年に出された骨太2015には、「2020年度に向けて、社会保障関係費の伸びを、高齢化による増加分⁸と消費税率引上げとあわせ行う充実等に相当する水準におさめることを目指す」という言葉があった。ここで、「社会保障関係費」とは、政府の一般予算に占める社会保障の経費のことで、社会保障側

⁶ ピケティ（2015）『21世紀の資本』142頁。

⁷ 香取照幸（2017）『教養としての社会保障』163頁。

⁸ 「高齢化による増加分（5,000億円程度）」という言葉——5,000億円というのは高齢化による影響を積算して出した数字ではなく、なにもしなければ6千数百億増えるところを、5,000億円程度に抑えておけば、最近の税収の伸びとの兼ね合いでわずかにでも財政収支の改善が図られる、という程度の数値目標。なお、「骨太の方針2015」では、別の箇所で「安倍内閣のこれまで3年間の経済再生や改革の成果と合わせ、社会保障関係費の実質的な増加が高齢化による増加分に相当する伸び（1.5兆円程度）となっていること、経済・物価動向等を踏まえ、その基調を2018年度（平成30年度）まで継続していくことを目安とし、効率化、予防等や制度改革に取り組む」とされている。

図表 4 問題は社会保障給付の中に入っている税の財源調達がなされていないこと



図表 4

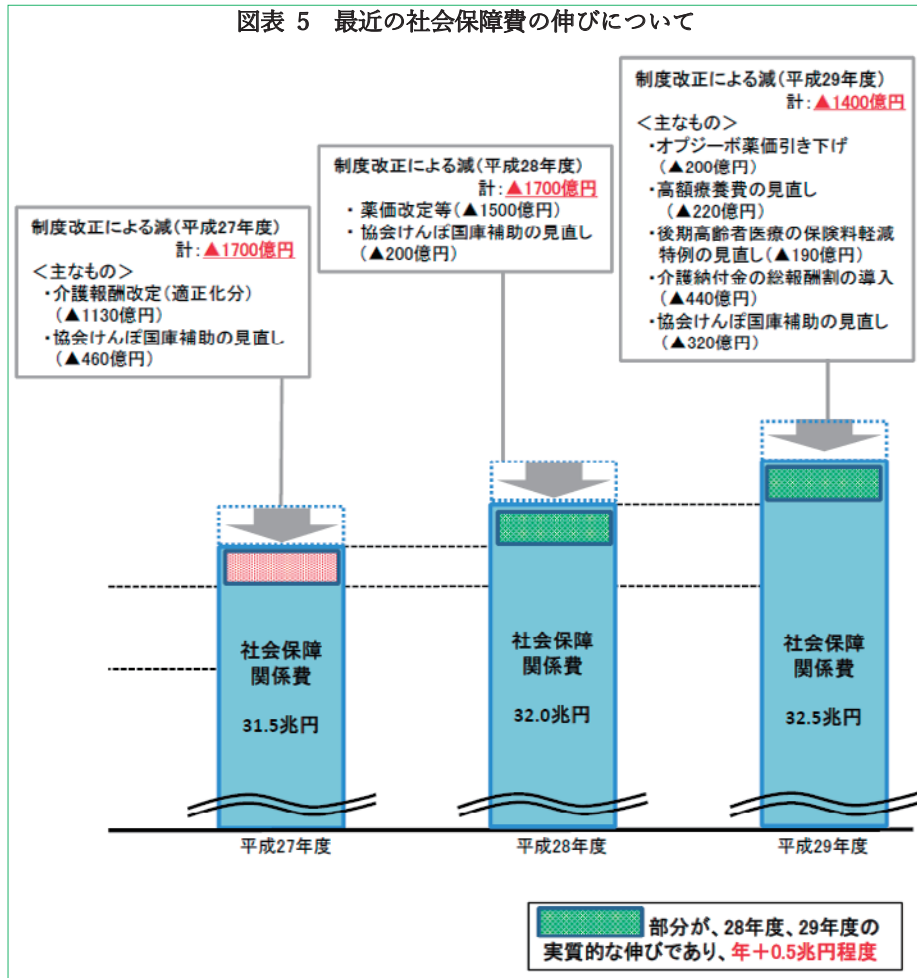
から見れば、財源としての国庫負担のことである。

社会保障関係費は、毎年、高齢化による増加と、その他、医療の高度化など、諸々の理由により、給付が増えていく。そうした、制度改正をしなくても自然に増えていく増加分は「自然増」と呼ばれる。

図表 5 にみるように、平成 28 (2016) 年度は、自然増として約 6,700 億円が見込まれていた。しかし、骨太の方針 2015 では、社会保障関係費の伸びを 5,000 億円のシーリングしか認められていない。となれば、2016 (平

成 28) 年度の予算を編成するためには、自然増から 1,700 億円をカットしなければならない。幸いにもこの年は 2 年に一度の診療報酬改定の年だったので薬価改定(引下げ)で 1,500 億円を捻出し、そこに国から協会けんぽへの国庫補助の一時的な減額 200 億円を差し出し、翌年度以降制度改革を行うことを確約する代わりに恒久的な削減と整理することで、なんとか 2016 (平成 28) 年度の予算は編成された。

2017 (平成 29) 年度の自然増は、2015 (平成 27) 年の



図表 5

図表 6 介護保険における総報酬割導入のスケジュール

	29年度		30年度	31年度	32年度
	～7月	8月～			
総報酬割分	なし	1/2	1/2	3/4	全面

図表 6

医療費の伸びの実績が高かったことの反動等もあり、2016（平成28）年度よりも300億円低い6,400億円が見込まれていた。しかしそれでも、シーリング5,000億円以下にするためには1,400億円ほどを制度改正によって削らなければならない。さて、どうする？

再び幸いにも、3年毎に見直すとされている介護保険は、前回の2014（平成26）年改正の3年目が2017（平成29）年春であった。そこで、介護保険に白羽の矢が立てられることになる。介護保険への国庫負担のカット、したがってその辻褄を合わせるためにできる限りの給付

カットを使命とし行われたのが、平成29年介護保険改革であった。

「地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律（通称、地域包括ケア強化法）」は2017年5月26日に成立している。そこで、医療保険からの介護納付金の総報酬割は2017（平成29）年8月から2分の1導入されることが決まる。これが平成29年度予算の中の制度改正による国庫負担減440億円に相当する。

介護納付金への総報酬割の適用は、2019（平成31）年度に4分の3、そして2020（平成32）年度に全面適用となる。先ほども述べた通り、骨太2015年に書かれているように、2020（平成32）年度までは国庫負担の増額5,000億のシーリングを守らなければならない。それまでの予算編成に介護保険が確実に寄与することが決められたこと——それが平成29年介護保険の大きな意味でもあった。

予算というのは、こうした緊張感の中で編成されている。そして予算編成の緊張感と並行して制度改正が進め

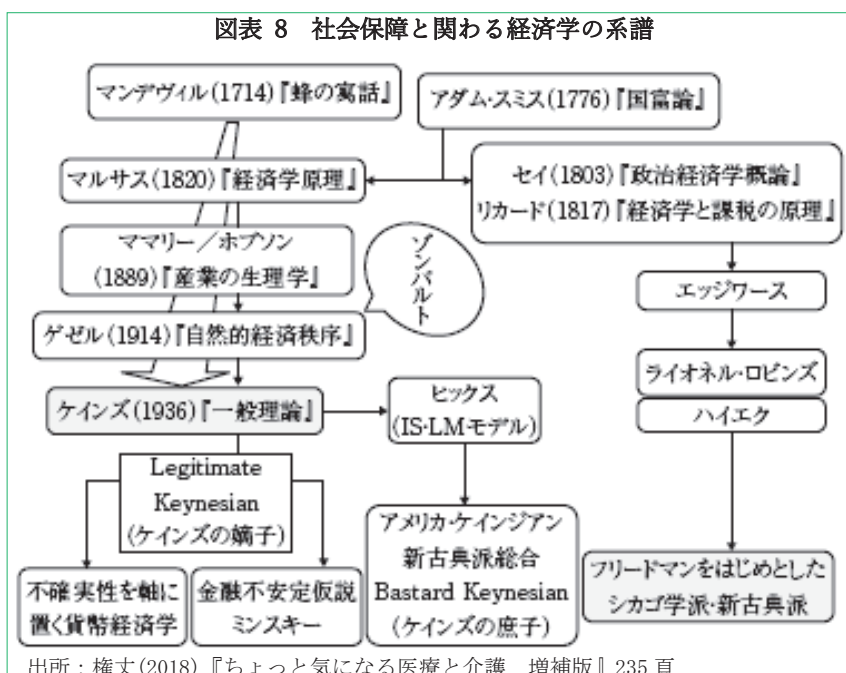
図表 7 右側の経済学と左側の経済学の前提の相違

ケインズの嫡子 (legitimate Keynesian)	新古典派経済学
左側の経済学	右側の経済学
合成の誤謬	神の見えざる手
不確実性 (uncertainty)	リスク (risk) エルゴード性の公理
流動性選好	貨幣ヴェール観 貨幣数量説
貨幣経済 (monetary economy)	実物交換経済 (real-exchange economy)
有効需要理論	セイの法則

出所：権丈(2018)『ちょっと気になる医療と介護 増補版』237 頁

図表 7

図表 8 社会保障と関わる経済学の系譜



図表 8

られる——ところがそうした政策形成過程が、世間、そして研究者の間にもあまり伝わっていないという状況は、「財政民主主義」が運営されていく上で大きな問題であるとも言える。

先に香取委員の著書から、「巨額の財政赤字は政府の政策選択の幅を狭め、自由度を奪い、問題解決能力を著しく阻害している」と引用した。予算編成という社会保障行政の政治過程を知ることは、日本の国民経済の現状を理解する上で必須である。

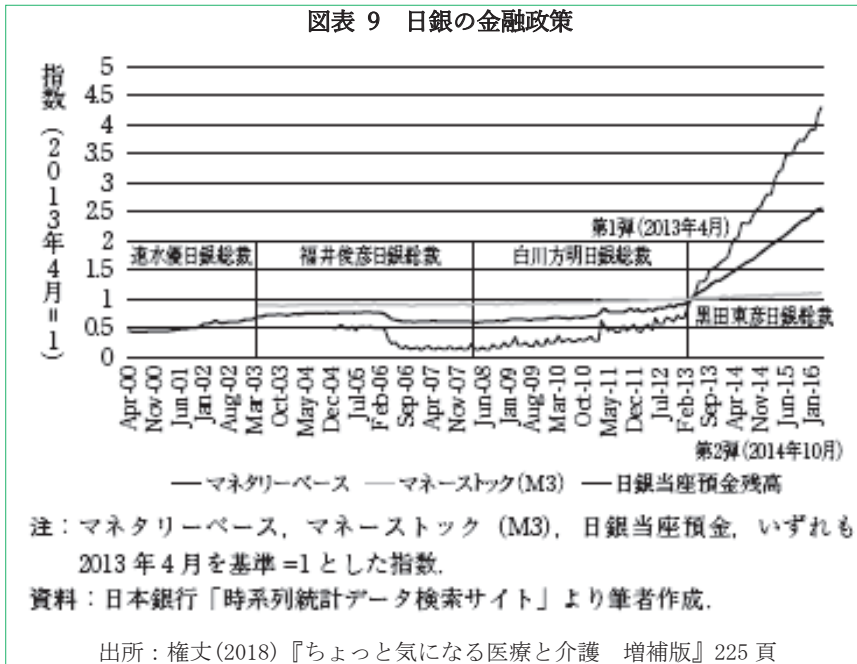
手にした学問が異なれば答えが変わる

膨大・無限大な情報とシステムからなる国民経済を、我々人間に把握可能なサイズに単純化してくれる道具に経済学という学問がある。

この学問の誕生期であった18世紀後半は、国民のほとんどが生活をしていく上で必須となる必需品や利便品が不足している時代であった。当時を観察していたアダム・スミスからみれば、必需品や利便品という財が生産されれば、それらはすべからず需要となって消費者の間に分配されるように見えた。こうした「供給はそれ自らの需要を作ると」という考え方は、スミスの次の世代のジャン=バティスト・セイの名前を冠して、セイの法則、もしくは販路法則と呼ばれるようになる。

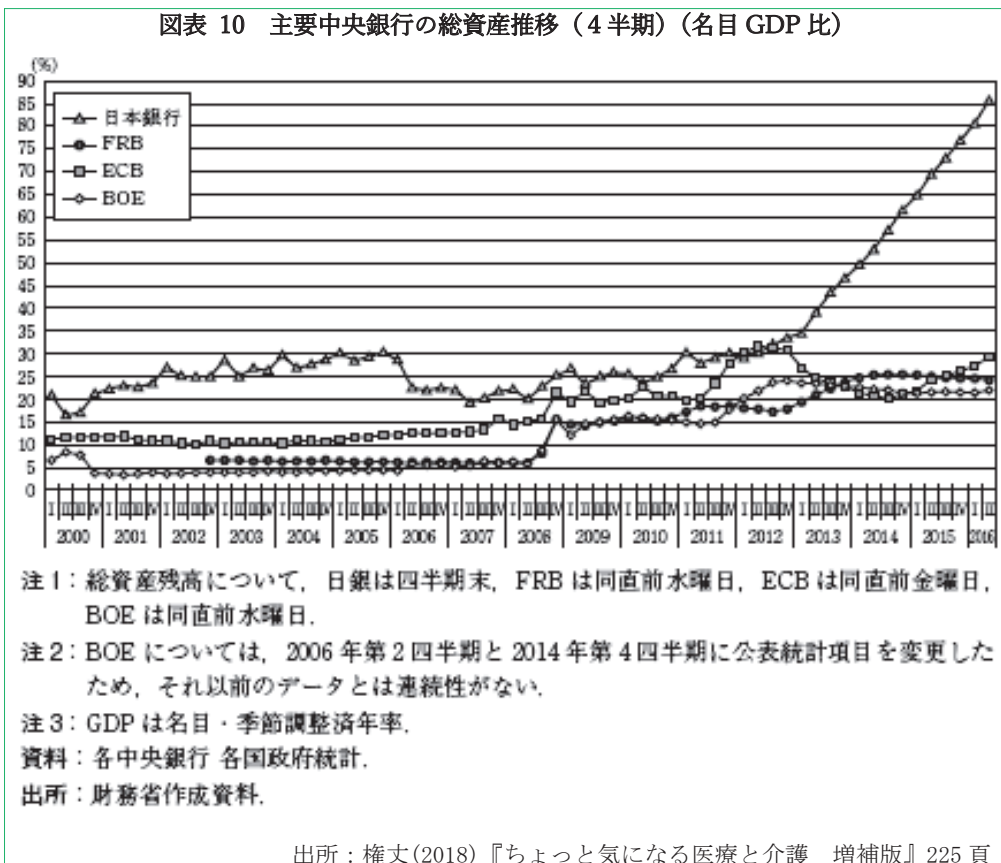
ところが現実には、生産力が巨大化して（その時代時代の技術水準に依存して生産される）財・サービスの需要が消費者の間で飽和に近づき、彼らの中では消費をするよりも貨幣を持つことから得られる効用の方が大きくなって貨幣を保蔵したり、社会全体での所得の分配が大

図表 9 日銀の金融政策



図表 9

図表 10 主要中央銀行の総資産推移（4半期）（名目 GDP 比）

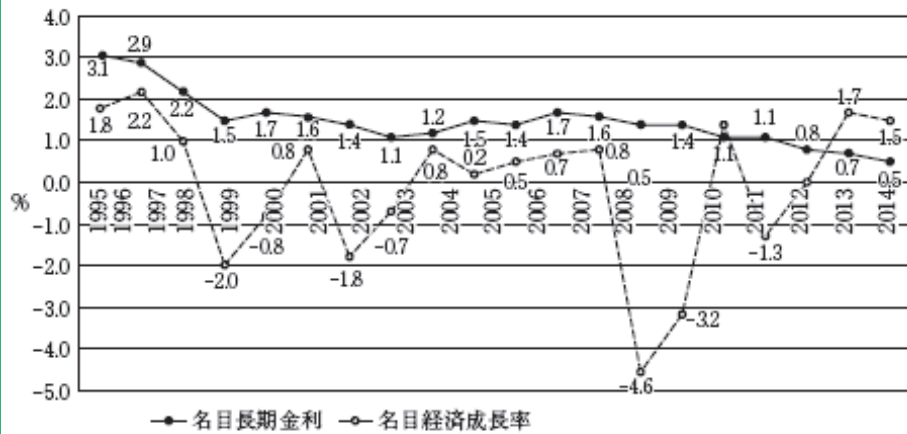


図表 10

きく歪み、ニーズはあれどもそれが需要（これは支払能力に裏付けされたニーズと言ってもよい）にはなり得な

い人たちが国民経済の中で大きな層を形成したりして、セイの法則が成り立たない状況に陥ったりすることがあ

図表 11 名目長期金利と名目経済成長率の推移



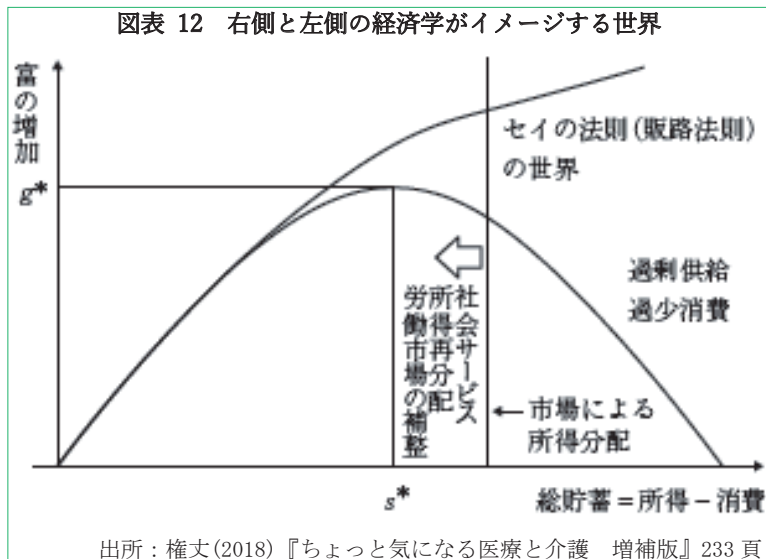
注：名目長期金利は、10年債に係る年度平均による。

資料：内閣府「景気動向指数」先行系列，長期国債（10年）新発債流通利回り，内閣府「2014年度国民経済計算（2005年基準・93SNA）」国内総生産（支出側）年度増加率。
出所：筆者作成。

出所：権丈(2018)『ちょっと気になる医療と介護 増補版』223頁

図表 11

図表 12 右側と左側の経済学がイメージする世界



出所：権丈(2018)『ちょっと気になる医療と介護 増補版』233頁

図表 12

る。こうした世界を、小野委員は、成熟社会と呼んできた。

国民経済を我々人間に理解させる道具である経済学は、人間が理解できる範囲にものごとを単純化するために、（他の学問でも行っているように）前提を置いている。そして経済学全般を、設けられた前提間で相互に矛盾のない群として眺めてみれば、経済学には大きく2種類のグループがある。私はこれを右側の経済学、左側の経済学と呼んできた。

図表7、図表8の説明は、『ちょっと気になる医療と介護』に収めた第16章「手にした学問が異なれば答えが変わる」に譲る。ここでは次の点だけ指摘しておこう。

図表8の右側の経済学、および、中央に位置するアメリカ・ケインジアンには貨幣数量説あるいは貨幣数量説的な発想が組み込まれている。ゆえに、これらの経済学に基づけば、マネタリーベースの増加は物価上昇を招くと予測されることになる。一方、左側の経済学——これは成熟社会にあてはまる経済学——では、マネタリー

ベースの増加は、**図表 9**にみるような日銀当座預金残高の増加を予測し、**図表 10**にみる昨今の日本の中央銀行のあり様には警鐘を鳴らすことになる。

そして財政の持続可能性に影響を与える金利と成長率は、**図表 11**のように2012年以降、 $g > r$ となっているのであるが、それは**図表 9**における中央銀行の金融政策——いわゆる「大胆な金融政策」——と「機動的な財政政策」によるものであり、それは持続可能性がないと、左側の経済学はみる。

さらに、次の**図表 12**の右上がりの単調増加関数の世界をイメージする右側の経済学は、投資は金利が低ければ増えるし、金利を下げるためには貯蓄は多い方がよく、社会の貯蓄を高めるためには、所得の不平等の分配はある面必要悪だと考える。そして社会の発展は、トリクルダウンで実現していくとみなす。「成長なくして分配なし」というスローガンなどは、右側の経済学に則つての

ものである。

一方、**図表 12**では s^* をピークとする山型の世界をイメージし、成熟社会である現実には山型のピークの右側に位置すると考える左側の経済学は、投資は主に期待収益率の関数とみなして金利を下げてでも投資はあまり反応せず、社会サービスを充実させたり、所得再分配や賃金の引き上げで所得分配の平等化を図れば経済の活力は増すと考えることになる。つまり、左側の経済学に基づけば、「分配なくして成長なし」などなるのである⁹。

平成28・29年度医療政策会議のメンバーによる、会議における報告、および本報告論文は、いずれも、左側の経済学との整合性が高いと考えられる。医療政策会議の報告書に基づいて実行可能性と持続可能性を持つ“あるべき姿”を提言する日本医師会は、左側の経済学に基づいて、今後の日本の舵取りを考えていくべきであろう。

⁹ 分配面に関しては、しばしばベーシック・インカムの議論が出てくる。このベーシック・インカムについては、あたかも実験国があるかのように報道されることがあるが、それは間違いである。ベーシック・インカムとは、人間が生活を営むのに必要な額の基礎的な生計費を、国民全員に、年齢や性別、婚姻状態、雇用状況に関わらず、権利として支給するものであり、いまだどの国でも実験的にでさえ行われたことはない。

次は、第5回医療政策会議（2017年10月4日）に配布した権丈（2017）「純粋な形での実現は無理」『毎日新聞』2018年8月18日朝刊より。

「現在、フィンランドで試験的に実施されているものをベーシック・インカムの導入実験と呼ぶのは、何も知らない人たちに誤解を与える。実際は、複雑になり過ぎた失業関連給付を整理し、就労を阻害するインセンティブ（誘因）を弱め、役所の組織や手続きも簡素化しようというものだからだ」。

あとがき

日医医療政策会議は生命倫理懇談会及び学術推進会議とならんで、日医の3大会議の一つで、ここでの議論が、日医の今後の医療政策立案、推進に大きな役割を果たしている。

平成28、29年度第1回日医医療政策会議は平成28年12月21日に開催された。

冒頭、横倉日医会長の挨拶の後、「社会保障と国民経済～医療介護の静かなる革命～」の諮問を受け、その後都合6回に亘る会議において討議を重ねた。

構成メンバーは都道府県医師会長12名（長瀬、嘉数、金井、馬瀬、尾崎、柵木、青木、茂松、河村、久米川、松田、池田）、外部委員6名（小野、井出、猪飼、香取、権丈、二木）と中川副会長および石川・松本（吉）担当常任理事他日医役員によった。

外部委員の所属と専門領域は

猪飼周平 一橋大学大学院社会学研究科教授—医療・社会政策

井手英策 慶應義塾大学経済学部教授—財政社会学・財政金融史

小野善康 大阪大学社会経済研究所特任教授—マクロ経済学、国際金融、産業組織論

香取照幸 アゼルバイジャン大使、前厚労省雇用均等・児童家庭局長

二木 立 日本福祉大学学長—医療経済、医療政策

権丈善一 慶應義塾大学商学部教授—社会保障、経済政策

である。

会長より議長に北海道医師会会長長瀬、副議長に外部委員の権丈善一慶應大学商学部教授が指名された。

会議では毎回初めに諮問に関連した問題について外部委員による講演を聞き、これを基に意見交換を行った。時には学問領域、主義、主張の違いにより、激しい意見のやりとりもあった。様々な意見のうちから、医師会として考えなければならない問題点の選択の多様性を感じ、実のある議論の場であった。

外部委員の講演の内容は、本諮問答申書に掲載のものである。熟読吟味頂きたい。

意見をまとめると

「社会保障と国家財政・経済政策」、「少子高齢社会の社会保障と財源」、「新たな生活保障体系の構築」、「頼りあえる社会を目指す」、「成熟社会の経

済の在り方」、「給付先行型福祉国家の展望」というものである。

バブル経済崩壊後、長期にわたりデフレスパイラルに見舞われ、様々な政策が安倍首相のもと試みられた。

急速に進行する少子高齢社会における社会保障制度の構築が喫緊の課題となった。平時の安全保障である社会保障遂行のためには、日本経済の進展が必要である。

日本の経済において、医療、介護もその一躍を担っている。

日本の状況は勿論であるが、全国各地の状況もそれぞれの地区に特有な問題が山積し、それらについて各県の医師会長から状況説明、意見主張があった。全国に共通した問題もあるが、地域に特有の問題も重要である。

日医の重要会議であるこの医療政策会議に対して、多くの要望・期待が寄せられた。

日医が現在直面している重要問題について、如何に対応すべきか議論をし解決策を見いだすべき、また逐一会議の内容を会員に報告すべき、その他中・長期の未来に向けての医師会の方向性を示すべきといった意見が聞かれた。

本会議は理事会とは異なり、直面する医療問題に対応するものではなく、国内外の社会の変化により変わってくる医療・社会情勢に適切に対応していくために、怠りなく準備を考えておくという意味合いが強い。

これから迫ってくる超高齢社会の到来に対して、心構えと、医療及び経済的備えを心がけることが課題である。

会長からの諮問「社会保障と国民経済～医療介護の静かなる革命～」はまさに喫緊の課題である。6回の会議開催で十分な結論を導き出せるか不安であったが、中身の濃い議論がなされたと感じている。関係各位の真摯な取り組みに心から感謝申し上げます。

平成 30 年 3 月

平成 28、29 年度日本医師会医療政策会議議長 長瀬 清

講演録

講演録

1. 成熟社会の経済と処方箋

小野 善康 大阪大学社会経済研究所特任教授

平成 29 年 2 月 23 日 第 2 回医療政策会議

2. 分断社会を終わらせる～「頼りあえる社会」のための財政改革～

井手 英策 慶應義塾大学経済学部教授

平成 29 年 4 月 14 日 第 3 回医療政策会議

3. 全体連関のなかでの社会保障

香取 照幸 アゼルバイジャン大使

平成 29 年 7 月 13 日 第 4 回医療政策会議

4. 生活保障の新しい作法 保健・医療・福祉を包含する生活モデル

猪飼 周平 一橋大学大学院社会学研究科教授

平成 29 年 7 月 13 日 第 4 回医療政策会議

5. 今後の超高齢・少子社会と医療・社会保障の財源選択

—『地域包括ケアと福祉改革』序章をベースにして

二木 立 日本福祉大学相談役・大学院特別任用教授

平成 29 年 10 月 4 日 第 5 回医療政策会議

6. 医療政策会議報告書案と社会保障政策に関する若干の捕足

権丈 善一 慶應義塾大学商学部教授

平成 29 年 10 月 4 日 第 5 回医療政策会議

成熟社会の経済と処方箋

小野 善康 (大阪大学社会経済研究所特任教授)

目下、多くの経済で長期不況が起こっています。それなのに、経済学では、長期不況の理論はあまりありません。その中で、私は長期不況理論を20年以上研究しており、今日はその理論をもとに、日本の「失われた20年」のメカニズムとその処方箋について、お話しさせていただきます。私はいま、大阪版と電子版朝日新聞で「ミダス王の誘惑」という連載記事を書いています。今日のお話は、それと深く関連しています。

日本経済は90年代初頭に発展途上社会から成熟社会に転換しました(図表1)。このことは、後ほどお示しするグラフでもはっきりわかります。この転換によって、それまで通用していた経済学が通用しなくなりました。ところが、多くの分析や提言が旧来のままです。そこに、アベノミクスも含めてこれまでの政策が効かなかった原因がある。このことを明らかにしようと思います。

1980年代までの日本は、発展途上社会でした。そこでは、欲しいのにまだ手に入っていない物がたくさんあった。需要に比べて生産力が足りなかった。60年代・70年代思い出していただくと、次々面白い物が出てきた。それらは発売当初は非常に高かったのですが、それにもかかわらず人々はどんどん買っていきました。今では、それらは当たり前の物、なければ生活できないような必需品になっています。たとえばテレビ。発売当初はサラリーマンの所得の半年分とか、下手すれば1年分ぐらいの値段だったのに、5年ほどであっという間に日本中に普及しました。考えれば、驚くべきスピードです。

しかも、そういう新製品が1つだけではない。最近の20年を振り返ると、そのレベルの新製品は、携帯とパソコンとアイパッドくらいしか思い浮かびません。ところが、あの頃はそのクラスの新製品がどんどん出てきて、あっという間に普及していきました。家庭風呂、洗濯機、掃除機、テレビ、エアコン、車など、いくらでもありま

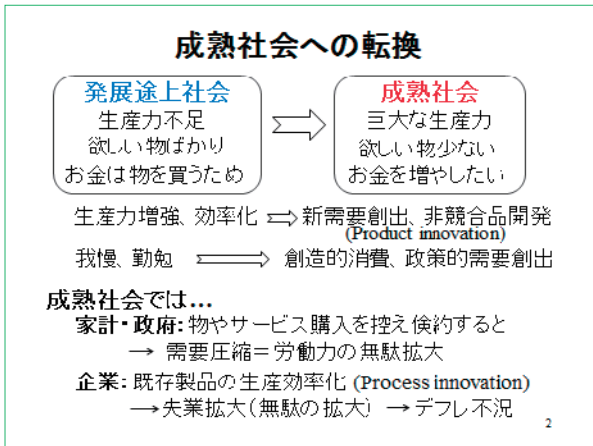
した。つまりお金はないけれども、欲しい物がたくさんあったという時代なのです。その場合、お金が手に入ったらすぐに物の購入に向けられた。お金が主役ではなく、物が主役の時代だったのです。

一方、現代の日本は巨大な生産力を持っている。身の周りを見ると、貧富を問わず、ほとんどみんながテレビも冷蔵庫も洗濯機も持っている。つまり、物があふれています。そうになると、お金を稼ぐ目的が、物を買うことよりも金持ちになること、「お金を増やす」ということになってしまった。これこそが成熟社会への転換です。

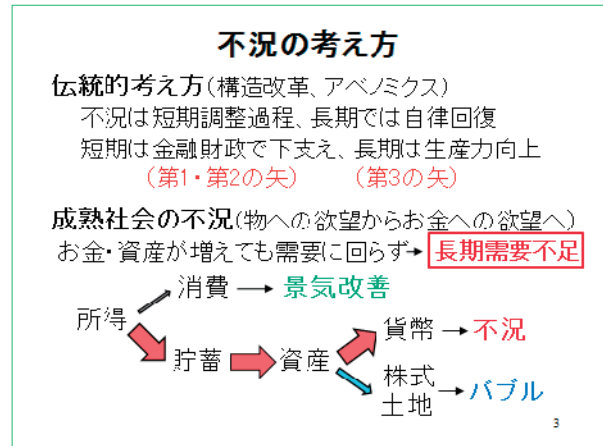
欲しい物がたくさんあって、それらがまだ手に入っていない社会、つまり生産力不足の発展途上社会なら、一生懸命働いて効率化し、生産力を増強すれば、物をたくさん手に入れることができる。生産量を拡大していくには投資を増やせばいい。旺盛な消費意欲を押さえて、余った分を投資に向ければよい。つまり、一生懸命に働くことと、消費をできるだけ我慢して将来の生産力を伸ばすこと、この二つが幸せにつながったのです。

ところが、巨大な生産力を手に入れると消費意欲が追いつかなくなって、お金を使うよりも貯めたくなる。これが成熟社会です。生産力が余っているなら、一生懸命働いても物が売れずに不況がひどくなる。だから、もっと使うようにしなければいけない。ところが、多くの物を手に入れるほど、さらに消費するには努力や勉強がいる。つまり、創造的消費が必要になってくる。

物が足りない時代には、食べたいから食べる、寒かったら着る、それだけでよかった。ところが今は、旅行をするのにもありきたりの場所は大体行っているから、下調べをしなければいけないし、音楽を聴くにも絵を鑑賞するにも、勉強しなければ楽しめない。面倒だから何もせず、お金を貯めておく。それで需要が伸びない。だからこそ、政策的な需要創出が必要です。



図表 1



図表 2

そういう社会で、政府や家計が昔の成功体験をそのまま現代に当てはめて、一生懸命節約すると何が起るか。需要がなくなるので失業が増えてしまいます。個々人が無駄遣いをやめようとすると失業者が増えて、かえって無駄が広がる。これが成熟社会の特徴です。

企業も同じです。人々の購買意欲が低いときには、新製品を作るような冒険はしたくない。それよりも既存の製品をいままでより効率的に作ってコストを抑えた方が、確実に利益が出る。しかし、それをみんながやるとどの製品も安くなりますが、どの企業も人手を減らすから、失業が拡大する。やはりこれも無駄の排除を目指して、かえって無駄を拡大する結果になってしまう。

このように、成熟社会になると、発展途上社会の時代にやるべきことをやると、かえって経済を悪くしてしまいます。

発展途上社会でも需要不足は起こりました。しかしそれは、生産性や産業構造の変化などが起こったときに、物価や賃金の調整が遅れた場合に起こる短期不況でした(図表 2)。ある製品が品不足になったら本当は値段がポーンと上がって需要がうまく調整してくればよいのにそう簡単には調整しないと、たくさん生産できるようになったのだけれども、すぐに値段が下がらないから余ってしまったとか、そういう状況です。そうすると、長くても1~2年待ってれば価格は調整するので、きちんと自律回復する。これが昔の経験です。構造改革やアベノミクスはこの経験に基づいています。

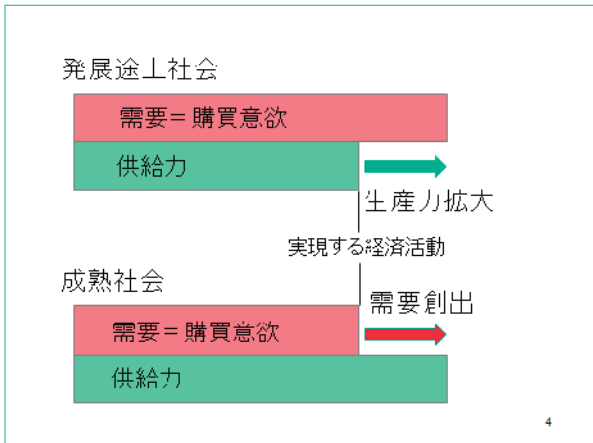
たとえばアベノミクスでは、今不況だけど、それは価格が調整されるまでの短期的な現象だ。それで、まず金融や財政で下支えしようというのが第1の矢・第2

の矢です。それで、しばらく待ってれば価格や賃金はきちんと調整して、失業も売れ残りも解消されるので、そうなったら今度は生産力を向上させて経済を成長させよう。これが第3の矢だというわけです。しかし、これは、今から20年以上前の発展途上社会で行うべき政策です。

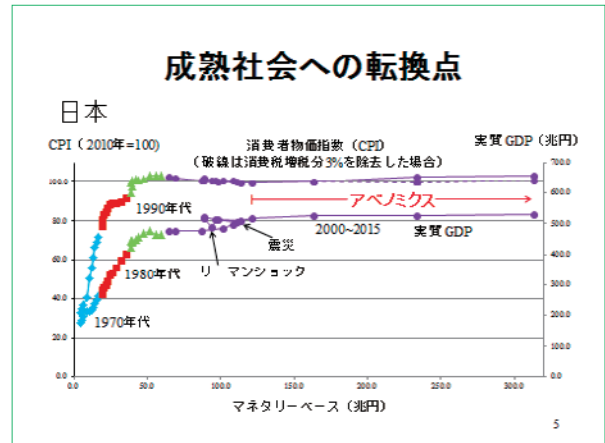
これに対して成熟社会の不況は、これ以上物を消費するよりお金を持っていた方がよいと思うから起こります。そういうときに金融緩和でお金をさらに増やしても、物はもういいやと思っているわけだから、お金を貯めてしまうだけです。あるいは、お金を増やすために土地や株式市場に投資しよう、ということになる。それであれほど金融緩和をしても、株式市場が活況になるだけで、消費やGDPには効果がないのです。

図表 2 の下部に示した模式図を見てください。われわれは所得をもらって、消費に使うか貯めるか決めます。使う方に回せば物が売れるから、景気がよくなってきます。ところが貯めようとすると、お金にしようか、株にしようかと考える。いま、この部屋が日本全体で、皆さんは所得をもらったけれどもすべて貯めてお金を増やすか資産運用ばかりで物を一切買わないとすれば、日本では1つも物が売れなくなります。大不況です。保有する金融資産の価値は増えますが、生産活動は増えずGDPが停滞します。これが今の日本で起こっていることです。

物が売れなくなれば値段が下がってきます。つまりデフレです。デフレはお金の実質的な価値を引き上げていきますから、デフレが続くということは、お金の価値がぐんぐん上がる、つまりお金のバブルが起こっているのです。



図表3



図表4

貯蓄の対象がお金ではなく株や土地になったら、株価バブルや土地バブルが起こる。アメリカでは、トランプ大統領になって、「経済が本当にうまくいかどうか分からないけど、株が上がっているからいいや」とアメリカ人は思っているのです。これは典型的な成熟社会の現象です。

図表3に示したように、発展途上社会では、供給力に比べて消費意欲が足りない。こういうときには、生産力が拡大すればよいわけです。だから一生懸命働け、投資しろとなるわけです。ところが成熟社会の今は、物はいからお金を貯めておこうと思っている。供給力に比べて購買意欲が足りない。こういうときには、物を買うようにすればいいわけです。

ではどうしたら人々が物を買うようになるか。そういうときに言われるのは、お金を渡せばいいということです。しかし、お金を渡しても貯めるばかりでお店に行かない。だからこそ不況が続いている。そのため、政府が直接国民にサービスを提供すればよい。たとえば、介護とか医療とか保育とかがいいということになる。

では、発展途上社会から成熟社会にいつ転換したか(図表4)。横軸はマネタリーベース、つまり日本銀行のお金の発行量です。図に示したのは1970年から2015年までで、2015年には約300兆円になっている。2016年にはこれをはるかに超えて400兆円とかになっていると思います。とんでもない額です。この図から、アベノミクスでいかに大量のお金を発行したか、わかるでしょう。

さて、1990年あたりまでを見ると、日銀がお金の発行量を増やすにつれて物価もGDPも上がってきました。このことは昔からの経済理論と整合的で、お金がたくさ

んあると、みんなお店に行くから物価は上がるし、物も売れるから経済も成長する。そういう関係を表していて、そのため原点からの直線になっています。

ところが90年代初めに、この関係が突然崩れ、いくらお金を増やしても物価もGDPもまったく上がらなくなってしまった。アベノミクスになってからデフレが止まってきたという人もいますが、その理由は消費税増税で、実際、3%分をさっ引けば、物価は真横です。GDPも全然上がっていない。1994年の名目GDPと2014年の名目GDPは全く同じです。つまり、20年間全く伸びていないわけです。アベノミクスだろうが民主党政権だろうが小泉改革だろうが、今までやった政策はどれも効いていないのです。

このように、不況は20年以上続いているわけで、決して短期現象ではないのです。

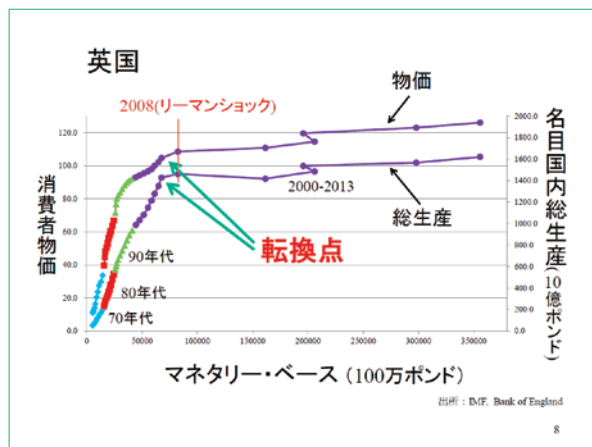
お金を貯めたいけれど景気が悪い。生産力はあるし、お金もたくさん持っているのに、人々が物を買わないから雇用機会が減って、経済が伸びないのです。ある意味すごく贅沢な不況です。

本当に日本は大金持ちなのか。これを調べてみました(図表5)。各国の一人あたり個人金融純資産をランクしてみると、過去3年間ベスト5はいつも同じ顔ぶれです。日本は大金持ちです。しかも日本の金融資産は年々増加しており、2015年は史上最高と言われていました。

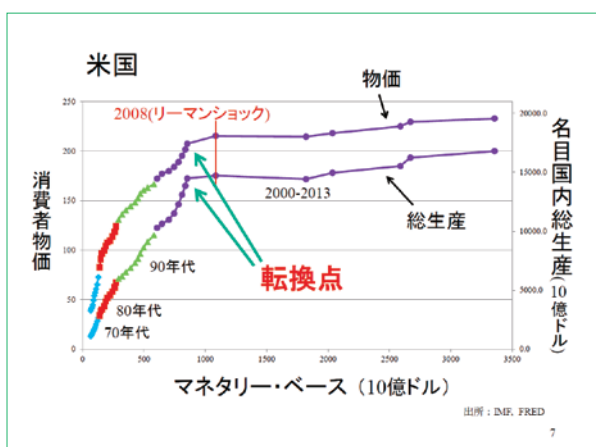
それだけ大金持ちでも、物をあまり買わない。そういう状況なのに、いまやっている政策は増税反対、赤字国債をもっと出せ、日銀も政府もどんどんお金をまけと言っている。20年間、お金が増えても何の効果もなかったのに、まだ同じことを続けているわけです。



図表 5



図表 7



図表 6

購買意欲の刺激: お金から実物へ

1. お金を配る → 効果なし
 金融緩和、財政資金ばらまき・減税・一時金
 → 購買意欲不変 → 景気刺激せず

 富裕層から貧困層への再分配 → 消費刺激
 それよりも公共的な仕事を作って給与で支給
2. 売れ残り・人余りの緩和(需要・雇用の拡大)
 創造的消費
 独創的製品開発 → 雇用創出 → デフレ緩和
 公的サービス → 雇用不安軽減
 ↓
 消費刺激

9

図表 8

一方、1人当たりGDPの動きですが、1993年～1996年あたりは日本の1人当たりGDPは世界第3位。すごいのです。今は大きく落ちて、30位近くです。

日本はこれだけ大金持ちです。貧乏になったからGDPが下がった、というのならまだ分かる。しかしそうではないのです。大金持ちになっていったのにGDPは30位に下がっていったのです。

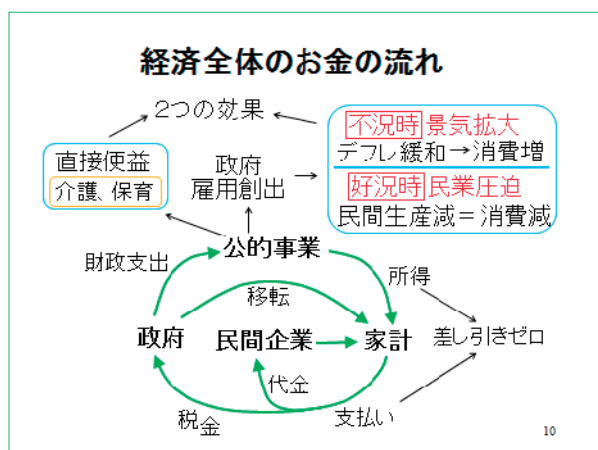
これはもったいないことです。生産能力が十分にあって、それを生かせばもっともっと豊か(金銭的な意味での豊かさではなく、生活の意味での豊かさ)になるのに、物を買わずにお金ばかり貯めているから経済活動が伸びていかない。『クリスマス・キャロル』のスクルージのように、金を握りしめながら、けちけちして貧乏に暮らしているわけです。私はそれをやめましよう、それを言いたいわけです。

お金を増やしているのに物価もGDPも増えていかないのは日本だけかと思って調べたら、実は他の先進国も

リーマンショック以降すごく似た経路になっている。図表6はアメリカ、図表7はイギリスです。アベノミクスでは、お金をまけば景気がよくなるというのが世界の常識であるかのように言われていますが、多くの先進国でも全然効いていないのです。

それではどうしたらいいのでしょうか(図表8)。お金を配っても効果がない。金融緩和、地域振興券、減税、一時給付金、これらは全部お金をばらまく政策です。お金を大量に貯めても消費を増やさない国民に、少々お金をばらまいたところで効果はありません。

お金を配る政策で1つだけ良いものがあります。それは、富裕層から仕事のない貧困層への再分配です。富裕層はお金があるけど使わない。貧困層はお金がないので使わない。そういう人たちにお金を渡せば、それで何かを買います。このとき、ただお金を渡すのではなく、仕事を作って、その人たちに働いてもらって、給与で渡すほうがよほどいいわけです。お金を渡すけれど、ただ



図表9

渡すわけではないので、誇りもあるし、しかも働くことによって何かの役に立つ。

失業者に、たとえば道の掃除をしてくださいと言ってお金を渡せば、失業保険を渡すよりは、道はきれいになる分よいわけです。もっといいものもたくさんあります。介護、保育、まだほかにもたくさんあると思います。ところが、そういう事業を増やそうとするとお金がかかる、「無駄遣いだ」「やめろ」という話が出てくる。最初に言いましたが、やめたら無駄が減るかといえば、反対で、無駄が増えるのです。やめたらその分働く場が減ってしまうからです。

仕事を作って働いてもらえば、それが生み出す物が直接社会の役に立ちます。それに加えて人余りが解消されるから、労働市場でのデフレも緩和されるし、雇用不安も軽減される。その結果、経済全体の消費も刺激される。このように、税金を取っても消費は減らず、直接社会の役に立つ仕事ができ、雇用環境がよくなり、景気がよくなる。ですから、仕事を作りましょうというわけです。

図表9は今のお話を図で示しています。民間の取引では、家計が代金を払い、サービスや物を受け取る。その収入は賃金や株の配当などを通して家計の所得になります。お金はなくならないので、代金の支払いは必ずだれかの手に入ります。つまり、お金がぐるっと回っただけで減りも増えもせず、生産活動ができて、家計は物やサービスを手に入れることができる。これが民間の取引です。

政府を通したお金の流れもこれと同じです。まず一時金などの場合です。家計が税金を払い、政府はそれを使って家計に一時金を払うとします。これでは、集めた税金を返しているだけです。もらったのを返しているだけ

だったら、別に景気はよくも悪くもならない。家計は別に貧しくもなっていない。それなのに、増税すれば家計が苦しくなると言います。これは払う側面しか見ていないからです。減税もこれと同じです。

一時金ではなく、公的事業ならどうでしょうか。お金の流れを見れば、集めた分を賃金として支払うので、一時金と同じで、家計は損も得もしていません。しかし、公共事業の場合には、公共サービスや公共施設が作られて、雇用も増える。その二つの効果こそがよいのです。これは民間取引で物やサービスが提供されるのと同じですが、民間が作る物よりは公共事業の方が便益は少ないかもしれない。それでも、一時金で払うか減税するかでは、少ない便益すら全くないのです。

ここで問題があるとすれば、税金を払う人と、公共事業で給料をもらう人が違うことです。だから払う人は文句を言います。しかし、これは分配の問題であって、景気の問題ではありません。民間を全体として貧しくすることにはならない。それに、失業者や低所得者には、何らかの形で社会保障費用がかかります。私はそれを社会保障費用ではなく、公共事業をして給料として払った方がいいと言っているのです。

公共事業は民間から労働力を奪うから、民間活動を圧迫するという意見があります。いわゆる民業圧迫です。これは、景気がよく、生産能力が余っていない場合には正しい。しかし、不況には生産能力が余っているから、新たに雇用を作っても民業圧迫にはならない。つまり、好況時には政府は頑張るはいけないのですが、不況時にはお金をかけてもがんばらないといけないのです。

ところが現実には、好況時は簡単に税収が入るので公共事業を増やし、不況時には税収が減るのでやめてしまう。民間も、好況時にはおおらかですが、不況時にはお金がもったいない、取られるのは嫌だ、大金持ちなのに将来不安だと言う。つまり、反応があるべき方向と反対なのです。

では、政府はどのような性質を持つ事業をやるべきか(図表10)。生産力の増強に結びつくような政策的需要創出は意味がありません。生産力が余っているのに、さらに生産力を増強しても意味がない。

私は山登りが趣味なのですが、東京からだと朝4時に起きないと山にたどり着かない。休日には、5時半では高速道路が大渋滞になってしまいます。これを緩和するために、観光道路を造れば、観光地に行く人も増えて、

政策的需要創出－何をすべきか－

- ・生産力増強や金儲けではない
- ・生活の質向上に結びつく・民間の代替品ではない
- ・安定した雇用創出

芸術・観光インフラ・教育・保育・医療・介護・健康
再生可能エネルギー

〔カジノ：外人客誘致＝金儲け
万博：一時的、将来の新需要創出の契機に
目先の効率化を目指した民営化→雇用悪化〕

最終需要を作らず企業や就業支援→生産力増強
→無意味

(例) 雇用流動化、雇用支援、女性、高齢者、若者、
人材評価、法人税減税

11

図表 10

年金制度：現金vs.現物

現金給付：現役世代から高齢者に所得移転
高齢者：金融資産の大半保有、あまり消費せず
「受給年齢の繰り上げ」と「消費税など財源確保」
間を埋めるため「退職年齢繰り上げ」→供給力増強

〔若者からお金と仕事を奪う〕

現物給付（サービス）→ 介護・健康・観光 → 需要創出
→ 現役世代の雇用と所得移転 → 消費刺激・経済拡大・税収
現金の代わりに現物（期限付き目的別クーポンなど）

〔若者にお金と仕事を、高齢者にサービスを〕

12

図表 11

需要が増えます。

やるべきなのは、生活の質の向上に結びつくものです。たとえば、介護や医療はその代表でしょう。しかし、民間製品の代替品では駄目です。それはどういうことか。たとえば公共事業でパンを作って配るとしましょう。こうなると、私たちは政府からパンをもらえるから民間のパン屋さんに行かなくなる。これは典型的な民業圧迫です。パン屋さんがつぶれて、政府がパンをつくる。パンの消費はかわらない。これでは何の意味もない。したがって、民間の代替にならないもので国民の生活に役立つものがいい。そういう意味でも、介護や医療は重要だと私は思います。

もう一つ重要な性質は、その公共事業で安定した雇用を作るといことです。雇用を作っても、それが今年だけだと言ったら、そこで働く人は安定した雇用が得られない。それでは、賃金上昇にも消費意欲刺激にもつながらない。恒常的な仕事を作るとすれば、芸術・観光インフラ・教育・保育・医療・介護・健康などの分野になるでしょう。

しかし、恒常的に費用がかかり民間ではやっていない仕事は、昔の構造改革派から見れば、不要不急で無駄なものです。つまり、こういうのをやろうとするのは政治的にはものすごく難しいのです。しかし、以上の説明から、冷静に考えたら、特に不況期にはそれをやるべきだということが、お分かりになるでしょう。

これまで私は、雇用創出がいかに大切か強調してきました。これと同様に、安倍さんも雇用を作ると言っています。具体的には、雇用流動化、雇用支援、女性、高齢者、若者、法人税減税などです。しかし、そもそも物や

サービスが売れない状況では、これらの対策は全く無意味です。

需要に限られている状況で、若者も頑張れ、高齢者も頑張れと言っていますが、高齢者が頑張ったら、若者は仕事に就けなくなるわけです。女性が頑張ると、男が首になるわけです。というように、もぐらたたきの状態になってしまう。最終需要を作らないで雇用だけ支援しても、意味がありません。それどころか、かえって労働市場の競争が激化し、賃金が下がってデフレ圧力が激化します。

法人税減税で投資を促進しようとしても、投資は生産力増強が目的です。なので、最終的に作った物が売れないのに、投資をしても意味がない。それどころか省力化が進んで、かえって賃金に下方圧力が生まれて、デフレが激化します。

では、海外需要に期待する、だから輸出促進だという話になる。しかし、輸出は実は金儲けが目的で、そうなると経常収支がよくなり、円高が進んで、結局日本製品が売れなくなる。それで雇用が悪化し、経済は悪くなる。結局、輸出で儲けたお金を使わない限り、つまり内需が増えない限り、同じことになる。これにはもう少し説明があるので、とりあえずここで止めておきます。

つぎに年金制度です（図表 11）。年金とは、現金を渡すという社会保障制度ですが、それよりも実物で渡すべきだということが、これまでのお話からわかります。現金給付のいまの方式は、端的に言えば、若者から年寄りにお金を渡す制度です。ところが、65歳以上の年寄りが、さっき示した日本の家計金融資産 1,700 兆円の半分を持っている。つまり、お金はないけどお金を使いたい

アベノミクスの成果？ (異次元金融緩和)

好転したもの

- (1)株価 (2)雇用、特に女性の雇用
(3)企業収益 (4)円安

効果のないもの

- (1)GDP (2)消費
(3)物価 (4)トリクルダウン

14

図表 12

異次元緩和の結果

実質GDP不変(冒頭区)

株価上昇 } → {バブル、海外収益
企業収益改善 } or 労働コスト低下

雇用改善、特に女性の雇用改善

→ {生産性悪化、保育園問題
生活水準不変

物価、消費不変 → 需要不足のまま
トリクルダウン起こらず

15

図表 13

若い人から、お金をあまり使わない大金持ちの高齢者に、わざわざお金を渡す制度なのです。

年金については、高齢者が増えて予算が足りなくなっているから、年金開始年齢を引き上げて、たとえば70歳にすべきだという議論があります。これと同時に、そうすると高齢者は年金収入がなくなって困るから、退職年齢を引き上げて70歳まで働いてもらおうと言う。すると何が起るか。若者は仕事に就けなくなってしまう。これでは、高齢者が若者からお金と仕事の両方を奪うことになります。最低です。

ですから、現金ではなく現物給付をやればよいのです。医療・介護・観光、これを高齢者に無料か安い価格で保障しますよと言って、その代わり年金をカットする。そうすれば高齢者の実物面での生活は支えられて、年金として高齢者に渡されていた現金は、賃金として、働く若者に回される。若者に仕事ができてお金が回り、高齢者はサービスを受けられる。すべてよいわけです。

つぎはアベノミクスについてです。

アベノミクスの成果とは何か(図表12)。まず異次元緩和ですが、それで何が起こったか。好転したものは株価です。それから雇用、特に女性の雇用がよくなっている。私は「不況で人が余っている」と言いましたが、雇用が本当に増えているのかと疑問に思って調べてみたら、実際、就業者は増えている。企業収益も上がっています。それから、円安になってきた。これだけのことが起こっています。

では効果のないものは何か。GDPは全然増えていない。消費も増えていない。物価も全然上がらず、下がっているぐらいです。それからトリクルダウンもない。ト

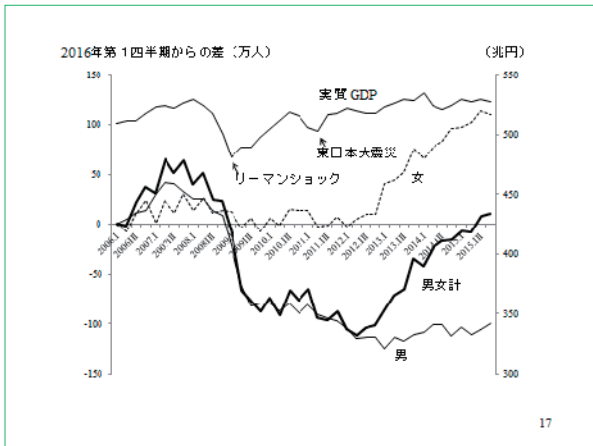
リクルダウンとは、金持ちがもっと金持ちになっていけば貧困層にもその一部が回る、中央の景気ももっとよくなったなら、地方にもそのおこぼれが回るという考え方ですが、これは全然ないです。

そうすると、4勝4敗みたいですが、実はそうではなくて、効果のない4つによって、効果のあった4つも全く無意味か、かえって害があるということをお話しします(図表13)。

GDPが全然増えないということは、生産活動が全然増えていないということです。経済活動が全然増えていないのに株価だけが上がるのは、バブル以外にない。はじめに申し上げた構図、つまり欲望が、物やサービスを買うことにはではなく、お金を増やしたい、株に投資しようという方向に向かう。そのため、実際の生産は増えていないのに株価ばかり、つまり、実質何もよくなっていないのに数字ばかりが上がっていく。これが端的に表れているのです。

企業収益の改善も、保有している株式の価格が上がっているからです。また、円安になって海外で活動する外貨建て収益が同じでも、円建てではよくなって見える。生産活動の活性化ではなく、為替レートの変化が反映されているだけです。さらに、賃金が下がり、雇用を正規から非正規にしているから、コスト減で収益が上がる。いずれも、実際の生産活動は変わらず、取り分や数字上の拡大です。だからGDPは増えていない。GDPが増えなければ、経済全体は拡大していきません。

また、雇用の改善も、その実態は悲惨なものです。雇用が改善した、女性の雇用が膨らんだというのに、GDPが増えていない。これは生産性の悪化しかありえない。



図表 14

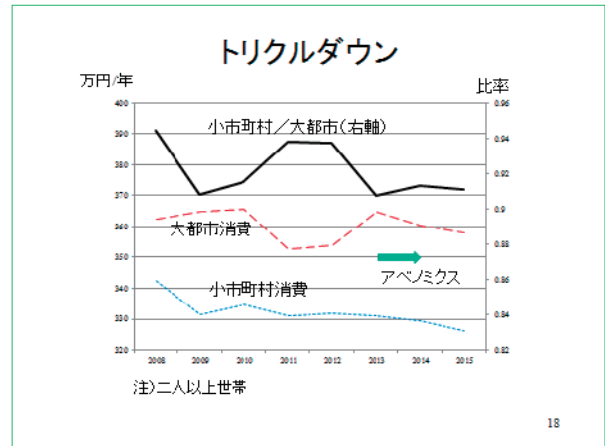
数字上働く人が増えても、実際の生産が増えなければ何の意味もない。そのため、需要も消費も全く増えていない。このことから、トリクルダウンが起こらないこともわかります。金持ちや都会がいくら儲かっても、それをためるだけで使わなければ、貧困層や地方に回っていかない。だから、トリクルダウンなど起こるわけではない。

雇用について、もう少し詳しく見ていきましょう。図表 14 は 2006 年からの雇用数の変化です。細い実線が男性で、点線が女性です。アベノミクス以前では、男性雇用の変化と雇用全体（太い実線）の変化は、ほぼ一致しています。たとえば、2009 年以降には、リーマンショックの影響で、男性雇用と合計雇用が同時に同規模で悪化しています。

さて、ここからが面白いのです。2012 年から女性の雇用がぐっとよくなっています。アベノミクスの女性活躍政策は大成功です。一方、男性雇用は全然増えていない。今まで働いている男性はそのまま、女性が増えている。そのため、雇用全体は改善しています。ところが GDP は増えていない。つまり、一家計あたりの所得も増えていないのです。

これはすごく悲惨な状況です。今までは夫 1 人が働いて、給料をもらって家計を支えていた。ところがいまは、一人あたりの生産性が下がり、給料も下がった。そうすると、夫と妻が両方で働かなければ、同じ家計所得が得られない。それで、子供がいれば保育園の問題が出てくる。この状態で奥さんが働けなければ、生活ができなくなる。昨年大きな問題なった「保育園落ちた。日本死ね」も、この状況を表しています。

事態はさらに深刻です。GDP は増えていませんが、女



図表 15

性の進出で保育園サービスへの需要は増えている。そうすると、これまで家庭内労働として GDP 計算に入らなかった子育てが、新たに保育園サービスとして計算に入ってくる。だから、保育園サービスの分だけ、実質 GDP は増えなければならない。ところが、実際の GDP は変わっていないので、それ以外の経済活動は減っていることになる。つまり、保育サービス以外の生産活動は下がっているのです。

トリクルダウンの実態はどうでしょうか（図表 15）。アベノミクス以降、大都市の消費は減ってきています。それならトリクルダウンは起こりようがない。さらに、都会に比べた地方の家計消費の比率は長い間ほとんど変わっていない。それどころか、アベノミクス以降、下がっている。ですから、トリクルダウンの原資となる都会の消費も増えていないし、波及効果の比率も下がっている。これでは、トリクルダウンの起こりようがありません。

こういう状況だから、私は次のように主張しているのです（図表 16）。お金を配ってもしょうがない。税金をきちんと集めて、その税金を使ってサービスを提供すればみんな幸せになって、雇用も生まれるし、生産効率も上がる。医療はそれを実現する手段として適切だ。だから、大いに頑張ってください。これだけです。

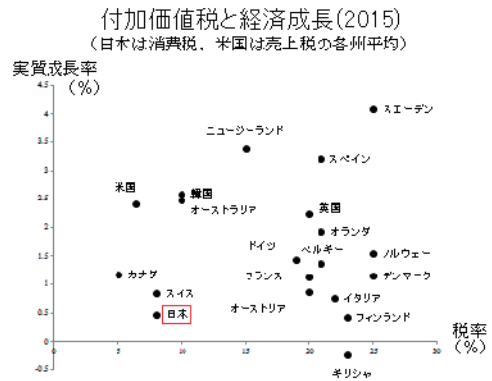
そう言うと、それには費用がかかり、税収確保のために消費税を上げると、景気が悪くなると反論されます。しかし、何度も強調したように、景気は悪くなりません。日本は大金持ちです。それが長い間お金を貯め続けましたが、消費も GDP も全く増えなかった。そういう状態でさらに大金持ちになっても、消費は増えるはずがない。ということは、お金を少々税金で取ったって消費が変わ

消費税増税と異次元緩和

異次元緩和
家計金融資産拡大 } → GDP、消費不変
お金が増減しても総需要不変！
→ ばらまき財政(減税、補助金)も効果なし
消費税増税 → マイナス効果なし
(駆け込みと反動のみ)
国債赤字、異次元緩和、日銀買い取り
→ 国債と通貨の信用毀損 → 金融危機

20

図表 16



21

図表 17

るわけではないだろう。しかもその税収は、財政支出を通して、再び国民に給与などで支払われる。ですから、景気に悪影響などないのです。

その証拠として書いたのが図表 17 です。横軸は消費税率、多くの外国では付加価値税と呼ばれていますが、同じものです。縦軸は実質経済成長率です。いずれも 2015 年のデータです。日本の消費税率は世界最低レベルです。実質経済成長率も最低レベルです。スウェーデンは税率も最高レベルで、実質経済成長率は最高レベルで

す。だから消費税を上げると経済成長率も上がる、とは言いませんが、少なくとも、この二つに全く関係ないということが、この図から見えてきます。

このように、長期不況下では、消費税を上げてきちんと使えば、経済も成長するし、みんな幸せになれる。資金確保のために消費税増税をしても、景気を冷やす効果などない。それなら、そういう政策をどんどんやりましょう。そうすれば、日本は世界一幸せになれる。これが私の主張です。

分断社会を終わらせる ～「頼りあえる社会」のための財政改革～

井手 英策 (慶應義塾大学経済学部教授)

きょうは「頼り合える社会」という言葉を使っています。これはなかなか自分自身勇気の要る言葉で、人に頼るといのは大体よくない意味でこれを使いますので、「頼り合う」という言葉を使ってよいのかどうか、ずっと考えていました。

ただ、背中を押してくれたのが、熊谷晋一郎さんという方をご存じでしょうか。重度の身体障害者であり、東大の先生でもあるという方ですが、「健常者を見ていてうらやましいのは、頼る先がたくさんあることだ」とお話をされました。つまり、たとえば2階で車いすに乗っていて、もし地震が起きたとします。私たちは飛び降りて逃げてよいし、階段でもよいし、エスカレーターでもエレベーターでも何でもよいわけですが、彼にとってみれば、エレベーターが止まった瞬間に全く逃げ道がなくなってしまふわけです。そのお話をされたときに、私たちは気づかないけれども、頼る先がたくさんあるというのは本当に幸せなことなのだなと思いました。

その言葉に背中を押されながら、きょうはお互いが頼り合えるような社会を考えようではないか。そのためには、財政はどのような姿に作り変えられるべきなのかということをお話ししようと思っています。

■なぜ政治の対抗軸が生まれないのか

まず、私は民進党の政策とずいぶんかわるところが多くて、そのなかで、なぜ民進党やりベラルは嫌われるのかということ、自分なりに整理しないといけないなと思ってまいりましたので、まず、なぜりベラルやかつての民進党的な政策の評価が低いのかということについて、お話をさせていただこうと思っています。

図表1は97年と2014年を比較していて、黒が97年、赤が2014年になっています。なぜ97年を選んだのかといいますと、実質可処分所得、税金を引いたあとの所得

がいちばん高かったのは97年なのです。あえて大胆に言ってしまえば、私たちがいちばん豊かだったのは、今から20年前ということになります。

この間、この交わっているのが大体年収400万円ぐらいになりますが、年収400万円以下の世帯が激増し、同時に年収400万以上の世帯が富裕層も含めて減っている。これはいま世帯収入で見えていますので、ご注意ください。いただきたいのですが、専業主婦世帯が減り、共働き世帯が増えていくなかで、所得の低下が起きていますので、この約20年近くで2割ぐらい所得は減っていますが、1人ではなく2人で働くようになったのに、2割近く世帯収入が落ち、今では世帯収入300万円以下の世帯が全体の34%を占める。非常に日本人は貧しくなったということです。

社会保障のなかで、図表2では医療費だけを抜いています。なぜならば医療費は現役世代にも高齢者にも両方いってしまいますので、ひとまず医療費をおいておいて、その他の部分を、現役世代に向かっている部分と高齢者に向かっている部分と比べているものです。社会保障の配分比率とってください。

そうしますと、明らかに青い棒の高齢者向けの給付の割合を見ますと、日本というのは先進国のなかでもトップレベルなのです。それに対して赤の棒、現役世代に対する配分割合は、トルコに次いで少ないということが分かります。ちなみにこれは医療費を入れましても、医療費の大体6割ぐらいが高齢者に向かっていますので、この傾向は変わらないものと思います。

なぜこのようなデータをとったのかといいますと、たとえば子供を塾に行かせる、学校に行かせる、あるいは老後の備え、病気になったときの備え、家を買う、すべて私たちはこれを貯金でやってきているのです。そのことは引っ繰り返すと、税を通じて私たちの暮らしが保障

される程度が非常に低いということであって、基本的には自己責任で私たちは生きてきた。働き、貯蓄をし、自己責任で将来の安心を買うという社会を作ってきたということをここでお示ししています。

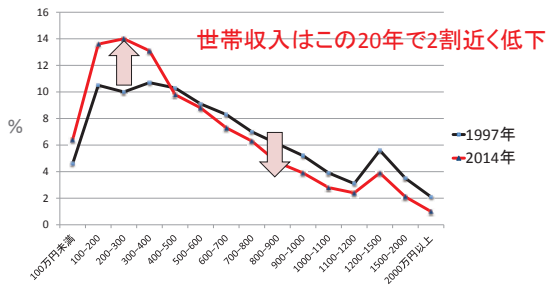
少し思い切って言うと、貯金ができなくなると将来が不安になる、あるいは人間らしい生活ができなくなる、そういう社会を作っているなかで、1997年から1998年

にかけて歴史的な経済の大転換が起きています（図表3）。ゼロより上を貯蓄、そしてゼロより下を借金だとお考えください。97年以前の段階では、私たち労働者が貯蓄をし、そのお金が銀行を通じて企業への貸付に向かっていたわけです。

ところが97年から98年に大ジャンプが起きています。私たちの貯蓄率が減少していく一方で企業の貯蓄が高まっていき、このマクロの貯蓄が銀行を通じて政府の借金の穴埋め（国債の購入）に向かっていることがお分かりかと思えます。ちなみに非正規雇用が進み始めるのも、あるいは先ほど申し上げたように可処分所得が減少を始めるのも、この98年からということになっていまして、貯蓄率もそのころから落ち始め、2013年はマイナスになっていますが、最近ではほぼゼロ近傍まで貯蓄率は下がっている。そういった歴史の大転換が、実はこの時期に起きているわけです。

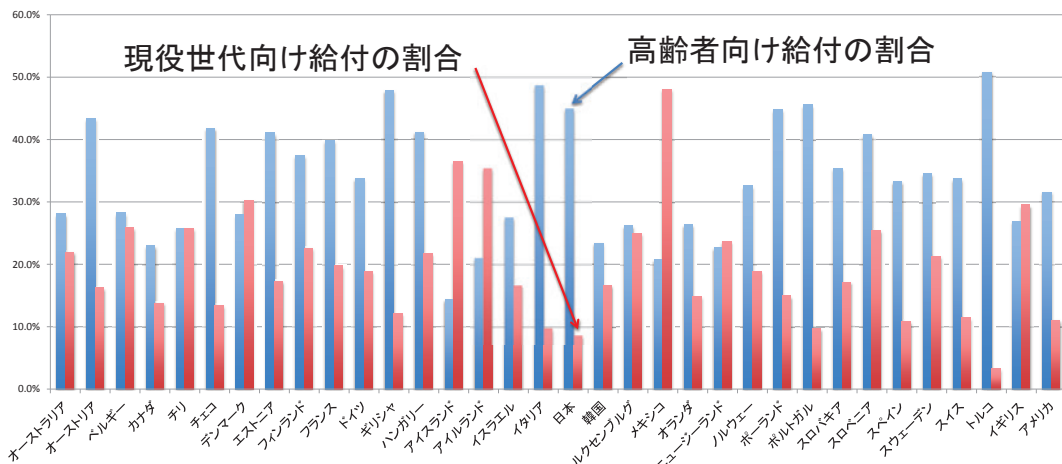
ちなみに、貯蓄をしないと安心して生きていけない社会であったにもかかわらず、私たちはマクロで見れば貯金ができないような状況に直面している。これが将来不安、社会不安のいちばん基本的な部分ではないかと私は

世帯収入300万円以下が全体の34%に



図表 1

だが、現役世代は「自己責任」

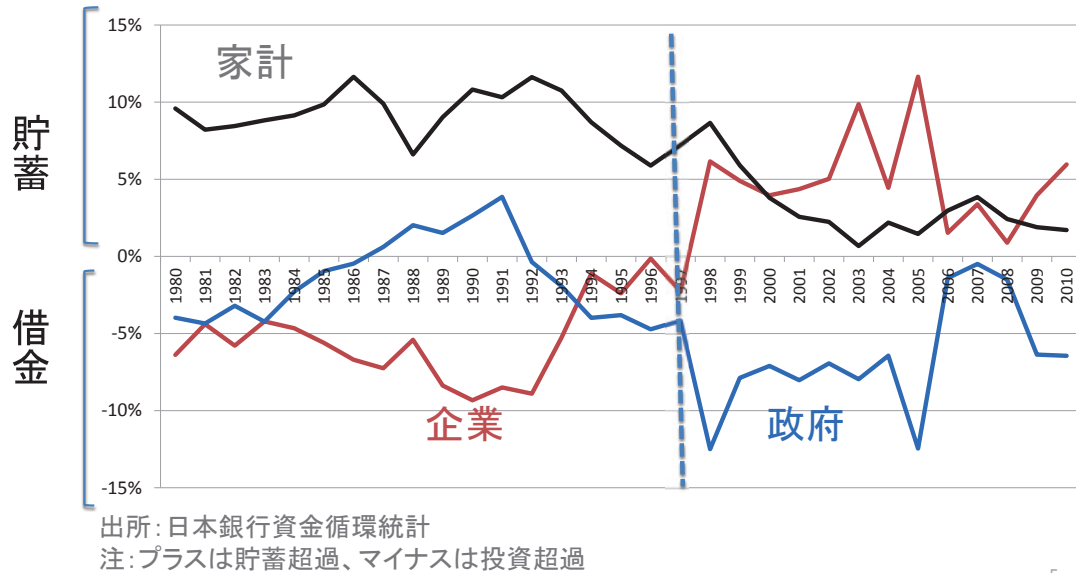


OECD, Social Expenditure Statisticsより。現役世代向けは「家族」「失業」「住宅」「積極的労働市場政策」、高齢者向けは「高齢」のみ。

4

図表 2

1997～98年に日本経済が大転換



図表 3

思っています。

そして、その97年から98年に何が起きているか。印象的なデータを1つ挙げています(図表4)。97年から98年にかけて極端なジャンプが起きている。これは何かといいますと、自殺率です。とりわけ40代・50代・60代の男性の自殺率がこの時期に急増します。そして高止まりをする。政府に言わせると、「最近減っているからいいじゃないか」という話になるのですが、依然として自殺率と自殺者数は、先進国できわめて高い水準にあることには変わりありません。

先ほど思い切って、「貯蓄ができないと人間らしく生きていけない社会なのだ」と申し上げましたが、まさに経済の転換が起きているその時期に、人々は死を選択しているということを、私たちはきちんと心に刻んでおいてよいのではないかと思います。しかもそれが女性ではなく男性、とりわけ働き盛りの40代・50代、そして60代の男性の自殺率が上がっているということです。

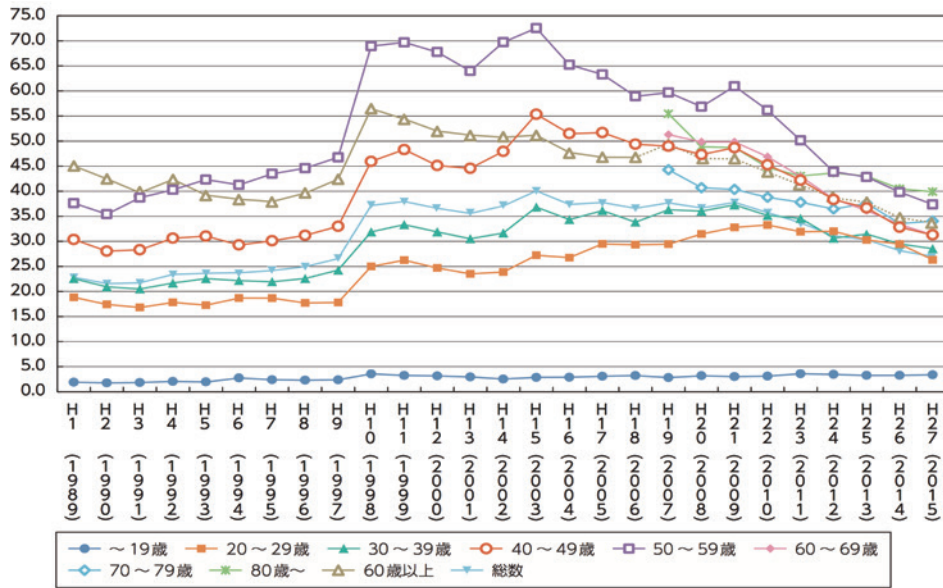
さて、いま申しあげましたように、明らかに日本の社会は閉塞感があり、かつ日本人は貧しくなっています。この問題を少し別の角度から見てみようと思います(図

表5)。

ジニ係数が大きければ格差は大きいわけですが、いま先進国OECDのなかで9番目にジニ係数は大きい。そして相対的貧困率を見ると、34か国中6位になっています。さらに1人親家庭の貧困率を見ますと、1位です。日本の女性は偉くて、生活保護を利用するのではなく、働きます。1人親家庭(母子家庭)のお母さんが働く率は1位であるにもかかわらず、貧困率が1位なのです。理由は簡単で、生活保護を使ったほうが収入は高いということです。非正規でダブルワーク、トリプルワークをしても、生活保護の利用者に追いつかないのです。しかしながら、それでも日本の女性は働くわけです。そして貧困率が1位になっている。

問題は、こういった格差の広がりや所得水準の低下を、日本人はどのように考えているのかです。「皆さんの所得は平均以下ですか」と聞きます。そうすると、「平均以下だ」と答える人の割合は12位です。「育った家庭より地位が下がりましたか」と聞いたときに、「下がった」と答える人の割合が8位。そして、「お父さん以下の職業になってしまった」という質問に対して、「イエス」と答え

「自己責任」が果たせず 命を断った男性労働者



厚生労働省『自殺対策白書』より

図表4

6

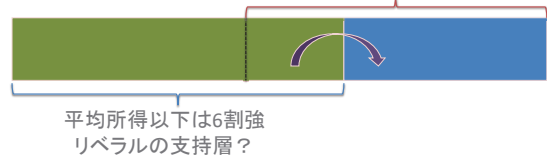
貧しさを分かってはいるが...

- 日本人は貧しくなり、格差は広がった
 - ジニ係数: 9位/OECD34カ国
 - 相対的貧困率: 6位/34カ国、一人親家庭の貧困率は1位/34カ国
- 日本人は貧しさを認識 (ISSP2009より)
 - 所得は平均以下だ: 12位/41カ国
 - 育った家庭より地位低下: 8位/41カ国
 - 父親以下の職: 1位/25カ国
- それなのに... (ISSP2009より)
 - 不平等な社会ではない: 12位/41カ国
 - 格差は大きすぎない: 13位/41カ国

図表5

なぜリベラルは勝てないのか

- <中の下>の反乱**
- 「残留」と「離脱」の比率が逆転した層 (49%対51%)
- 57%がオバマ支持→クリントン支持は51%に下落
- 「中の下」と回答する人の割合が38カ国で1位の日本
- 生活苦のなかで、格差是正と言われ、反発を強める
「反・リベラル」派



図表6

る人の割合は1位になっています。明らかに日本人は自分たちが貧しくなったことに気づいています。

ところが、「不平等な社会ですか」、あるいは「格差が大きすぎますか」と聞くと、「不平等ではない」、あるいは「格差は大きくない」と答える人の割合が高いのです。これは一体なぜかというのが、きょうの1つ目の大きなパズルになります。貧しくなっていることを自覚し、現実データを見ても、所得も減り格差も広がっているの

に、日本人は格差をあまり認めようとしない。これはなぜかということです。

ブレグジットやアメリカ大統領選挙を見ていて、1つの重要な事実気づきました。それは何か。いずれの国も所得階層で言いますと、中の下の人たちが反乱を起こしていたということです (図表6)。

ブレグジットはご存じのように富裕層は残留を主張し、だんだん所得が落ちていくと離脱が増えていって、

低所得層になると離脱が多いというようになっていくわけですが、この残留と離脱の比率が逆転して、離脱のほうが初めて残留を上回る。これは現実には49%と51%なのですが、そうなった所得階層はどこかといいますと、中の下層です。このあたりの階層の数字がもし逆であれば、結果は変わっていた可能性が大きい。

そしてアメリカ大統領選挙を見ますと、年収3万～5万ドルといった中の下を中心とした所得階層は、前回のアメリカ大統領選挙でのオバマ支持率は57%でしたが、今回の選挙ではクリントン支持率は51%に落ちています。この6%がもし違っていれば、結果はまた動いたかもしれない。

アメリカを見ていても、イギリスを見ていても、中の下への動向が大きく歴史の動きを変えているわけです。そのときに「あなたの所得階層はどこですか」と聞いたとき、「中の下です」と答える人の割合が最も多い国はどこか。それは日本です。この中の下が富裕層につくのか低所得層につくのかで、政治は大きく変わってくる。

ちなみにアメリカ、イギリス、日本は、アングロサクソンモデル、つまり小さな政府モデルです。基本的な生活は自己責任で、限定的に貧しい人たちの生活を政府が保障する社会では、人々の生活水準が落ちていくときに、低所得層や移民に対する反発が非常に強まります。なぜならば自分たちが負担者であり、低所得層や移民が受益者になっていますので、その人たちを批判すること、叩くことが政治的に意味を持つようになります。だからこそ、そういった国々ではポピュリズムが機能する。

つまり、中の下の人々に対して、「あなたたちが貧しいのは、低所得層が福祉の無駄遣いをしているからだ。移民が福祉の無駄遣いをやっているからだ。彼らがあなたたちの仕事を奪えば、あなたたちは低所得層に転落する」と、いわば恫喝をし、転落の恐怖をおおることによって、中の下を中心とした中間層を富裕層の方に引き寄せることができる。だからこそ、中の下あたりのボーダーラインにいる人たちが生活不安に怯えている社会では、ポピュリズムが機能する。この同じ状況が今の日本にあるのではないのかということです。

先ほど世帯収入が300万円以下の人たちが34%と申し上げました。しかしながら、日本人に「あなたの所得階層はどこですか」と聞きますと、9割が「中間層」と答えます。残り1割のなかに「富裕層」と答える人と「低所得層」と答える人がいるわけですから、「私は貧しい」

と言う人はほんの数%しかいないということです。しかしながら現実には、世帯収入300万円以下の世帯は34%いるわけです。

つまり、低所得層でありながら、自分が中間層で踏ん張っていると思っている人々が、どのような政治的な行動をとるのかというのが非常に重要だということです。そのなかで、左派やリベラルが主張するような格差の是正ということ言えば言うほど、この中の下の人たちは低所得層の側ではなく、つまり自分は受益者ではなく負担者であるという認識を持つ人たちは、敵に回っていくということです。

現在、平均所得以下の人たちが全体の6割以上います(図表6)。ですから、貧しい人の味方だと言っておけば、普通は選挙で勝つはずなのです。ところがいま申し上げましたように、ボーダーラインにいる人たちは、格差是正を訴えれば訴えるほど、青いほうの味方になります。そして結果的に反リベラル派が多数を占めるということが、いま起きているのではないのか。格差を是正しようというメッセージは非常に重要ではありますが、むしろそのことがリベラルの首を絞めているという現状をどう考えるかということです。

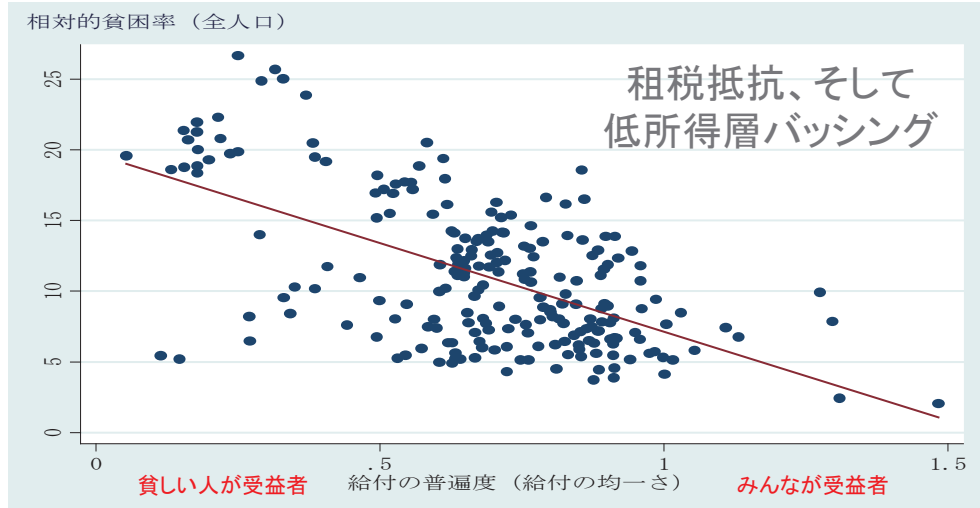
ただ、これは別に思いつきで言っているわけではなく、いわゆる「再分配の罠」と呼ばれるような現象を指しているわけです。

「再分配の罠」とは何でしょう。受益者を貧しい人だけに絞るのが図表7の左側。所得制限を緩めていって、あらゆる人々がもらえるようにする。これが図表の右側です。そうしますと、私たちの常識で言うと、困っている人を助ければ格差は小さくなるはずなのですが、困っている人を助けている社会は、むしろ相対的貧困率は高く出てしまうわけです。逆にみんながもらっているほうが、相対的貧困率は低く出る。

これは因果関係ではありませんので、あくまでも相関関係なのですが、これを叙述的に説明しますと、貧しい人を受益者にした瞬間に中高所得層が負担者になる。そうすると、中高所得層は租税抵抗を起こす。つまり税を自分がもらえないのに、なぜ税を払わなければいけないのかと、租税抵抗を起こすことによって、分配するためのお金が不足する。なので、格差が小さくできないというのが1つです。

もう1つは、いかに貧しい人が無駄遣いをし、不正な受給を働いているかということを強調したほうが、自分

リベラルの善意こそが格差の原因？ 「再分配の罠」



井手・古市・宮崎「分断社会を終わらせる」筑摩書房、より。

9

図表7

にとって得になる。なぜならば自分は負担者ですから、負担を軽くすることができる。そういう理由で、特定の人々を受益者にすると、むしろ格差が大きくなる可能性がある。あえて言うならば、格差を是正しようとするリベラルの善意が格差の原因になるかもしれないという、これがいわゆる「再分配の罠」と呼ばれる問題です。

■脱「成長依存」という新たな視点 ～「頼り合える社会」の構想～

あらゆる人々の生活や生存をこれから私たちはどうやっていけばよいのか。とりわけ格差が広がり人々が貧しくなっていくなかで、この社会の閉塞状況をどうやれば突破できるのか。そういったことを考えたいわけですが、ひとまずは今の中の下の人たちの考え方や政治のリベラルの状況について説明をさせていただいたうえで、この閉塞状況をどうやって突破していくのかということ、今からお話しさせていただこうと思います。

きょうの1つのキーワードは、脱「成長依存」という言葉です。私は「脱成長」という言葉は使いません。成長をあきらめようというつもりもありません。しかしな

がら、成長し、所得を増やし、貯蓄をし、そしてようやく将来の安心が買えるというモデルはもうもたないのではないのかということ、皆さんに申し上げようと思っています。つまり、成長を追い求めないと人間らしく生きていけない社会、それを「成長依存」と私は呼んでいるわけですが、そこを越えていこうと思っています。成長を否定する気は全くないということ、まず申し上げておきたいと思います。

特定の人たちを既得権者にするので、政治的な反発が生まれる。とするならば、特定の既得権者をいなくすればよいというのが、きょうの皆さんへのご提案です。つまり、医療であれ、教育であれ、住宅であれ、子育てであれ、介護であれ、これはすべてサービスだということ、お金ではないということがポイントなのですが、あらゆる人々を受益者にしてはどうか。つまり所得制限をつけずに、すべての人を受益者にしたらどうなるのかという提案をいたします。

図表8の数字をご覧くださいますと、最も貧しい人たちと最も豊かな人たち、所得の階層を5つに分けたときに、左にいけばいくほど数字が大きくなります。これは

全員に「サービス」を給付する

全員にサービス給付したときの所得改善率

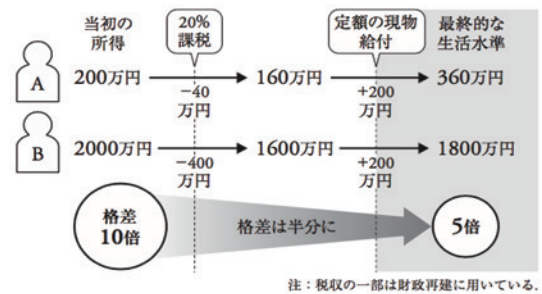
	← 最も貧しい層 → 最も豊かな層				
教育	30.6%	18.5%	14.2%	10.4%	5.6%
保健医療	34.9%	22.2%	15.8%	11.8%	7.2%
住宅	1.8%	0.7%	0.4%	0.2%	0.1%
幼児教育・保育	4.5%	3.0%	2.4%	1.5%	0.8%
介護	4.0%	1.9%	0.7%	0.4%	0.2%

OECD "Divided We Stand" より引用

11

図表 8

家族のように支え合う 「お金なんかで人間を区別しない」



12

図表 9

何かといいますと、全員にサービスを給付したときの所得の改善率です。

どういうことかといいますと、年収1億円の人に100万円のサービスを出しても1%の効果しかありませんが、年収100万円の人に100万円分のサービスを出せば100%の効果があるということです。つまり、困っている人を助けるのではなく、あらゆる人々を受益者にしても、格差は小さくできるということです。まずはこれが1つ目のサジェスションです。

2つ目です。ここがかなり議論になるのではないのかと思っていますが、同時に、みんなに配るだけではなく、みんなが税を払うということもセットにしようと思います。貧しい人も税を払う。お金持ちももらうことができる。そうするとどうなるのかということです。

AさんとBさんがいます(図表9)。年収200万円と2,000万円です。あくまでもこれは原理の話ですので、計算しやすいように200と2,000にしています。格差は10倍です。20%をかけます。税は30でも40でも50でもかまいません。40万円と400万円を税で取られ、税引き後の収入が160万と1,600万になります。格差は以前として10倍のままです。

今440万円の税収がありますが、このうちの40万円をたとえば借金の返済に向けましょう。そして400万円の収入を200万円分のサービスで、AさんBさん双方に出してみましょう。そうしますと、最終的な生活水準は360と1,800になります。ご覧いただければ分かるように、格差は5倍になっている。要するに貧しい人が納税者になり、富裕層が受益者になったとしてもなお、格差を小さくすることは可能だということです。これは、Bさん

の所得や税率を変えることによって結果はもちろん変わってきますが、重要なことは、いかなる数値をとろうとも格差は小さくなるという、この事実は変わらないということです。あくまでも原理のお話をしています。

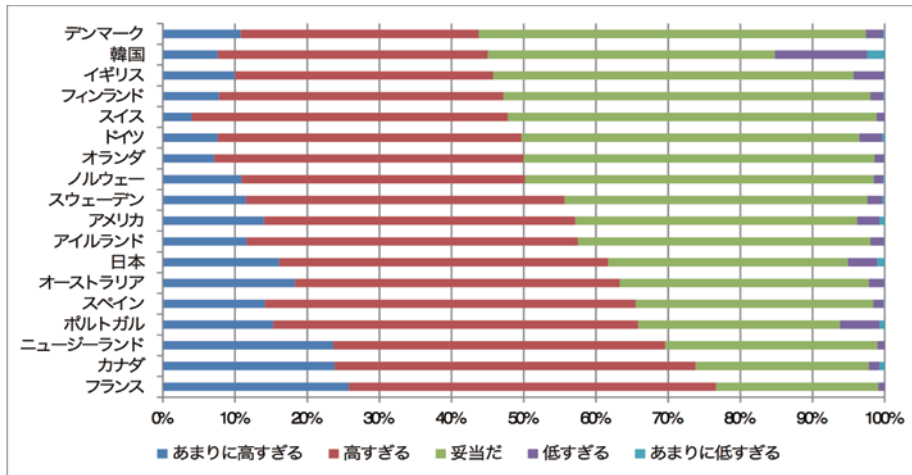
ただ、この表を見たときに、まずそもそも狐につままれたような感じがするというのがあるのですが、40万円しか取られずに200万円もらう、400万も取られて200万しかもらっていない、だから格差が小さくなるのは、本当は当たり前なのです。でもそうしますと、頭のいい人は、「Bさんは400万取られて200万しかもらえないなら、嫌がるでしょう」という反論が出てくるわけです。しかしながら、現状はどうなっているかということ、もっとBさんの取られる割合は多く、Bさんはもらっていないということです。

たとえば消費税が8%に上がりました。このなかで8%に消費税が上がったことによって、私の暮らしがこんなに楽になったと言える方がおられるか。おそらく知識としてはあっても、実感として自分の暮らしが豊かになったということは、どなたもお感じになっていないと思います。なぜならば、全く何ももらっていないからです。そうしますと、8%に上がるこの部分は間違いなく痛税感だけが残ります。その結果、人々は税に対する反発を強める。実際に消費増税は2回延期されるということになるわけです。

私がきょうお示したいのは、痛みも分かち合い、かつ喜びも分かち合う。自分自身が、Bさんが、失業しようが病気になろうがけがをしようが、安心して生きていける社会がこのモデルではやってくる。痛みと喜びを分かち合うような、あるいはお人間でお金を区別し、金持

受益の強化＝痛税感の減少

中間層の税負担をどう思うか？



ISSP Role of Government 2006 より作成。

13

図表 10

ちから奪い、貧乏人に配るといふ、そういうモデルではない、あらゆる人々が痛みや喜びを分かち合うような、人間でお金を区別しないような、そういう可能性を模索できないかというのが、きょうのご提案です。

「中間層の税負担をどう思いますか」という質問に対して、青と赤が「あまりに高い」「高い」と答えた人の割合です（図表 10）。日本は租税負担率は低いほうに入っているはずなのですが、残念ながら税を重いと感じる人は多いわけです。

ところが、ご覧いただきたいのはそこではなくて、日本の上をご覧いただきたいのです。スウェーデン、ノルウェー、フィンランド、そして1位はデンマークなのです。あの高負担で知られる北欧の人々のほうが、日本人よりも税負担を重くないと思っているわけです。もう理由はお気づきだと思います。取られるだけではなく、もらっているからです。これが痛税感の問題です。受益と負担のバランスをきちんととりましょうということです。

スウェーデンで所得税の減税が議論されましたが、国民がこれ以上の減税は認められないと反発をしました。日本では考えられません。減税を撤回させるなど考えら

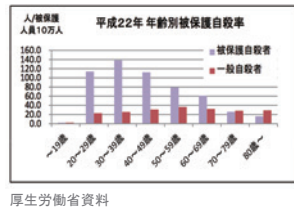
れません。なぜなら可処分所得を増やしたいからです。しかしスウェーデンでは、国民はそれに反発しました。なぜか。国の収入が減れば、私たちの生活の水準が下がる、私たちの生活を保障する程度が弱くなる、したがって、減税は受け入れられないと国民が判断したわけです。このような受益と負担の関係というのは、もっともっと強調されてよいポイントだと思っています。

それともう1つ。私は、神奈川県小田原市に住んでまして、生活保護のジャンパー問題が起きました。生活保護の利用者を侮辱するようなジャンパーを作って、職員がそれを10年以上着用したまま自宅を訪問していたという問題ですが、その検討委員会の座長をすることになりました。先日報告書を提出したのですが、そのときに生活保護の問題を考えながら、いろいろな思いが駆けめぐりました。

結論から申し上げますと、生活保護はなくなるのがいちばん理想的だと思っています。なぜならば、お金を人にあげるといふ行為は、人間を疑心暗鬼にします。つまり不正受給に対する疑念を生むのです。そうすると、ほとんどの人が真っ当な受給者であるにもかかわらず、「不

屈辱を最小に、尊厳は最大に

- なぜ生活保護を使わない？(利用率: 日本20%、スウェーデン80%)
 - なぜ命を断つ？
 - 医療扶助、教育扶助、介護扶助…生活扶助以外をサービス化すれば屈辱の領域が最小化
- 「私の貯金」を「私たちの貯金」へ、「所得を公平にする」を「尊厳を公平にする」へ



図表 11

「私たち」を取り戻す

- ふたつの再分配の発見＝「救済型再分配」と「共生型再分配」
 - 「救済型再分配」は**いのちの保障のために国がお金を給付・富裕者に課税**
 - 「共生型再分配」は**くらしの保障のために地方自治体が全員にサービスを給付、全員で税を負担**
- 財政とは究極の支え合い＝「私の蓄え」から「私たちの蓄え」へ＝「頼り合える社会」は「私たち」を復活させる
- なぜ成長に依存するのか？それは将来不安をなくすため＝脱成長論ではなく、脱成長依存論、成長を目的から結果に変える

図表 12

正な受給をやっているんじゃないか」「ズルをしているんじゃないか」という疑心暗鬼を生んでいきます。こういう領域は可能な限り小さくすべきではないのかと思っています。

現実利用率を見ますと、受給権があるにもかかわらず、日本人の15～16%しか使っていません。なぜなら、生活保護を利用するのは恥ずかしいことだからです。図表11の右側は自殺率を見ますが、生活保護をもらう人たちの自殺率は明らかに高いわけです。よいことをしているのであれば、なぜ人々は死んだり恥ずかしい思いをしたりするのか。当然、人を助けることは道徳的には大切なことだと思いますが、ただ、そのことが救済される人間の心に屈辱を刻み込んでいるということ、どこかで私たちは考えなければいけないのではないかと思います。

したがって、もし医療であれ、教育であれ、介護であれ、住宅であれ、人々の自己負担の部分を小さくしていくことができれば、同時に医療扶助や教育扶助や介護扶助や住宅扶助をなくしていくことができます。社会的弱者のレッテルを張られ、恥ずかしい思いをして救済してもらうというモデルではなく、人々の生活をサービスで保障していくことによって、だれもが当然の権利としてサービスを利用する。恥ずかしい思いをだれもしなくて済むような社会を目指したほうが、私たちはよりよい社会を作れるのではないかと思います。

今までの日本は、自己責任で貯金をし、家族を支えるというモデルを作ってきました。しかしながら、経済が成長しない、貯金ができない、家族を養えないから死ぬ。そういう社会ではなく、税を通じて社会に私たちが貯金

をするという、モデルに変えられないかと思っています。むしろこれまでのように、困っている人を助け所得を公平にするのではなく、あらゆる人々がサービスの受益者になり、堂々とその権利を行使することのできるような、いわば人間の尊厳を公平化するようなモデルを目指していくべきではないかと私は思っています。

要するに、再分配には2つの形があるということなのです(図表12)。1つは、金持ちから奪い貧しい人を助けるという、私はこれを「救済型の再分配」と呼んでいます。それともう1つ、あらゆる人々が受益者になり、あらゆる人々が負担者になるような、まさに「共生型の再分配」がありうる。この2つの再分配があるのではないのかというのが、まず1つ目のきょうのポイントです。

そして貧しい人々が生きていく、それは憲法で生存権が保障されている以上は、国が貧しい人に給付をし、そしてお金持ちから税を取り、貧しい人の税をおまけしてあげる。これは仕方がないことだと思います。ただ、今の政治状況で申し上げたかったのは、このモデルだけでは政治的な反発が強すぎてもたないということです。

したがって、そういった貧しい人の命を保障した次にくるもの、あらゆる人々の生活の保障、暮らしの保障、それは医療であれ、介護であれ、教育であれ、あるいは障害者福祉であれ、子育てであれ、すべて地方自治体が提供しているわけですから、その暮らしの領域、暮らしの保障のために、地方自治体が全員を受益者にし、かつあらゆる人々に比例的に税をかけていくような領域を作っていくってよいのではないのか。だからこそ、地方分権が重要になっていくのではないのかという見通しを、ここで示させていただきたいと思います。

私がたとえば「ポルシェが欲しいから、皆さん税金払ってください」と言って、そのために税を払う人はいないと思うのです。ではなぜ「貧しい人のために税を払え」と言って、皆さん払うのでしょうか。本質的にはそういう問題だと思います。あらゆる人々が受益者になるからこそ、税を払う。みんなにとって必要なものだからこそ、みんなが税を払う。これが基本ではないのかと、私は思っています。

人生には4つぐらいの山があるように思うのです。子供が生まれてゼロ歳児保育ですと、高いところだと月50万～60万かかります。幼稚園、保育園、就学前教育は、やはりお金が一時にかかってきます。次に、子供が大学に行くときにお金がかかります。次に、家を買うときにかかります。そして最後に、療養施設や老人ホームなどに入るときにお金がかかります。人生のなかで極端にお金がかかる山が4つぐらいあると思うのです。そのときに備えて人々は貯蓄をし、そして消費を手控えているというのが今の状況です。そして、さらに言えば、病という不安はこの山とは別に常に存在しているということです。

しかもその消費を手控えて預金しているお金はどこにいくかというところ、国の借金、国債購入に向かっているわけですから、そこで何兆円という利払い費が発生しているわけです。預金金利はほとんどゼロなので、明らかにおかしいと思います。そうではない、その4つの山に備えて私たちは税を払う。あるいは常にある不安、つまり、いつ病気に倒れても大丈夫なように税を払う。

もし私の子供が大学に行くとする、不安に怯えるわけですが、ただ、みんなが私の代わりに税を払ってくれて、負担がなくなり、子供が大学を卒業し、自分が安心できる時代がやってきたときには、いま不安に怯えているだれかのために、私は税を払う。これが財政の基本的な仕組みです。だからこそ「頼り合える社会」というように申し上げたいわけです。

私たちが困っているときに、私たちが助け合う仕組み、これこそが私が皆さんにきょういちばん申し上げたい「私たちの復活」という言葉の意味です。自分が必要なものを自己責任で何とかするのではなく、私たちが必要なものを、私たちがお互い頼り合うなかで満たしていく。そのなかで、私たちという社会の絆が育まれていくのではないのかと私は思っています。

しかも明確にこのモデルは経済成長に寄与します。な

ぜならば、まず人間はいつ死ぬかを予言できませんので、自己責任で貯蓄をすれば、必ず過剰貯蓄になります。その分消費は抑えられる。しかしながら、税で社会に貯蓄をしておけば、いつ自分が倒れようとどうなろうと、何歳まで生きようと、生活が保障されるわけですから、手元にあるお金は全部使ってよいことになる。同時に、医療であれ、介護であれ、教育であれ、この領域を拡充していけば、確実に雇用を生みます。ですから、そのことが景気刺激的な作用を持つことは言うまでもありません。

私たちのモデルは結果的に経済成長を導くものだと思いますが、ただ、あくまでもそれは成長を前提にして、成長に依存するのではなく、むしろ分配を基点として、分配の仕方を変えることによって、私たちは経済成長を結果的に引き出していく。そういうモデルが必要なのではないかというように考えています。

そうしますと、「要するに井手さんは、日本をスウェーデンみたいにしたいのね」という批判が出てくるわけです。まず申し上げておきたいのは、今いちばん税負担が重く社会保障が充実しているのは、スウェーデンではなくてフランスです。ですので、小国モデルだからという批判はもう当てはまらないと思います。むしろフランスのような大きな国でもできていると考えるべきだと思います。

次に、何%でもよいのですが、私は地方税で考えていますので、今の地方税を1.5倍にしたいと思いますが、分かりやすくするために消費税で話します。もし消費税を7%上げて15%に上がるとします。そうすると、およそ20兆円の税収が上がります。この20兆円を使って何ができるかということ、皆さんにお話しします。

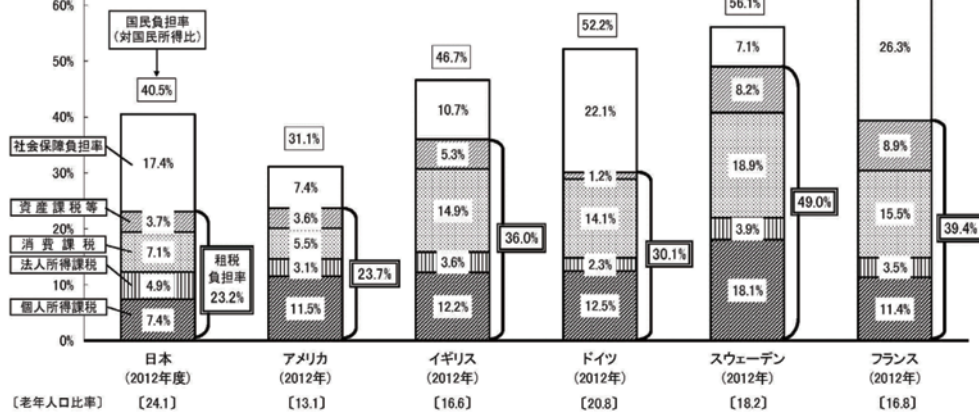
まず、8兆円使えば財政収支はかなり健全化します。それでもなお12兆円のお金が余ります。ご覧いただければ分かるように、幼稚園・保育園の自己負担が8,000億、介護の自己負担が8,000億、大学の授業料の自己負担が3兆円、医療の自己負担が6兆円、もちろんこれをすべて無償化していけば需要を生んでしまいますので、この金額では済まないことは目に見えています。ですので、無償化しようとは申し上げません。しかしながら、12兆円のお金があるとすれば、これらの負担が劇的に軽くなることは間違いありません。

「そうすると、井手さんのおっしゃる7%増税というのは、フランスになりたいんですか」と言われるとするならば、違います。ではスウェーデンになるのか。違いま

大きな政府？いやむしろ小さな政府 財政責任から逃げるな

20兆円(地方税なら1.5倍、消費税なら7%)の財源があれば・・・

1. 財政再建に8兆円
2. 幼稚園・保育園(8000億円)、介護(8000億円)
3. 大学(3兆円)、医療(6兆円)



図表 13

す。図表 13 でお示ししているのは国民負担率ですが、ヨーロッパのなかで平均的な大きさであるドイツになるか。なりません。ではヨーロッパのなかで小さな政府であるイギリスか。それは違いますが、イギリスとドイツの間ぐらいの負担率になります。

ですので、もし皆さんから「要するに井手さんは大きな政府にしたいのか」と言われるならば、あえて「いや、むしろ小さな政府ではありませんか」と。ヨーロッパの感覚で言うならば、平均以下の大きさだと申し上げようと思います。しかしながら、その税負担によって私たちの暮らしが劇的に改善し、同時に財政再建のくびきから解放される。そのことの意味が、100円のジュースが107円になるということです。

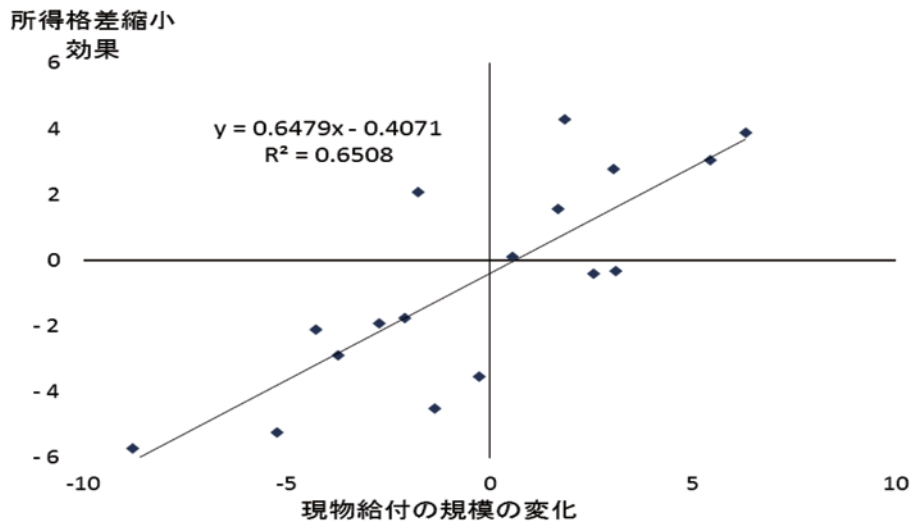
最後に、きょう申し上げたことを図式的に、目に見える形でお示します(図表 14)。横軸が現物給付の規模の変化と書いてありますが、要するに医療であれ、介護であれ、子育てであれ、あらゆる人々を受益者にしていけば、つまり右側にいけば右上がりの関係が出てくる。所得格差縮小効果、要するに格差が是正されるということ、ここでは示しています。

しかしながら、あえて確認をさせていただければ、格差を小さくするためにやっているのでは決してありません。人間の生活や尊厳を保障していけば、結果的に格差が小さくなるだけです。

図表 15 をみますと、ジニ係数が左側で、格差が小さくなれば、統計的に言うと、1人当たり GDP 成長率は高く出る。しかしながら、ここでも同じように申し上げようと思います。経済成長のために格差を小さくしているのではない。人々の生活や尊厳を保障していけば格差が小さくなり、結果的に高い成長率が得られている。

ちなみにここでのポイントは、貧しい人にお金をあげればよいという話ではなく、要するに就学前教育です。幼稚園・保育園の教育の質を高めていくことが決定的に重要だといわれています。幼稚園・保育園の子供のときに努力をし、成功し、大人たちに褒められる経験を持った子供たちは、高校・大学の退学率が劇的に低くなります。同時に犯罪発生率が下がります。そして刑務所や警察の監視のためのコストが低くなります。ドロップアウトせずに勉強した子供たちは優秀な労働者になり、将来の成長を支え、同時に納税者になっていきます。かつ子

サービスを強化し結果的に格差を縮小

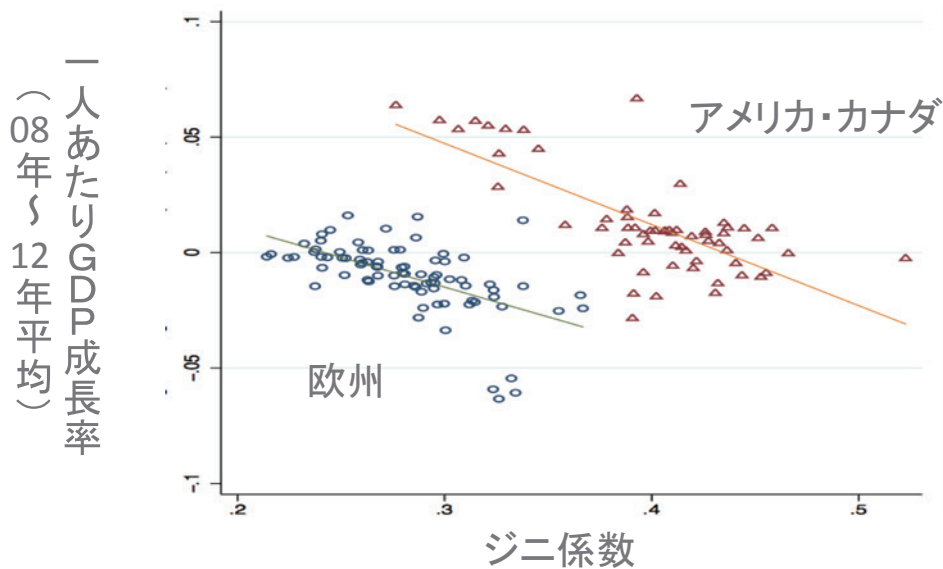


OECD "Divided We Stand"より。2000年～2007年の可処分所得に現物給付が占める割合の変化とジニ係数の改善率の変化。

17

図表 14

格差が小さくなれば結果的に経済も成長

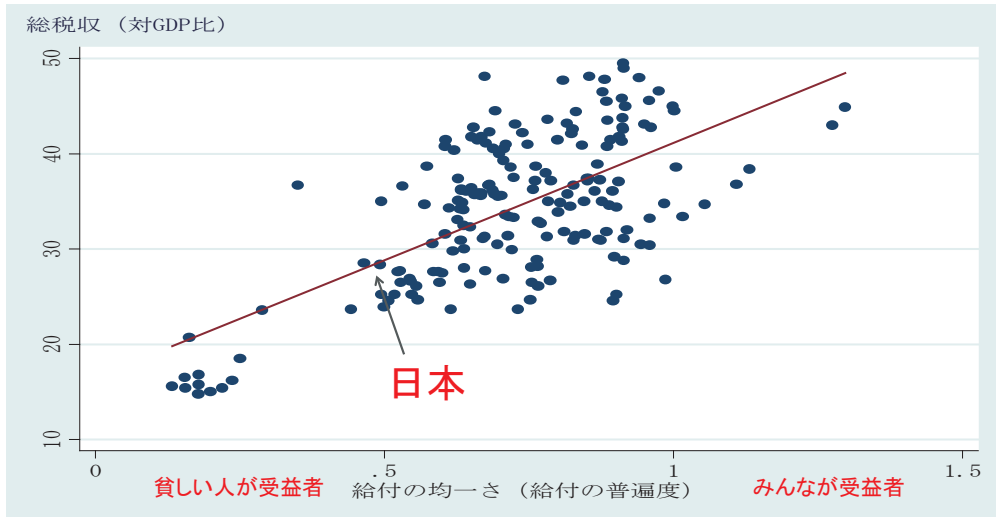


OECD "Income Inequality, Urban Size and Economic Growth in OECD Regions"

18

図表 15

受益の強化は結果的に財政を再建



井手・古市・宮崎「分断社会を終わらせる」筑摩書房、より。

19

図表 16

供たちが教育の場を与えられれば、力のある才能のある女性たちが労働市場に出ていきます。これらの結果として、経済が成長するということが言われています。

最後に図表 16 です。左側が貧しい人を受益者にしたケースで、右側がみんなが受益者になったケースですが、明らかな違いがあります。それは何かというと、総税収が違うということです。これも繰り返しますが、因果関係ではなく相関関係です。ただ、歴史的に見てははっきりしていることは、ヨーロッパのどの国でも少しずつ人々の受益を増やししながら、少しずつ租税負担率を高めていった結果として、みんなが受益者になり、高い租税負担率を維持できるようになったということです。反対にある特定の人々を受益者にしてしまえば、租税抵抗が強まり増税は難しくなる。これが日本のケースです。

しかし、ここも財政再建のための増税ではありません。あくまでも人々の生活を保障していくと、結果的に租税抵抗が緩和され、財政再建の可能性も開かれていくということです。私たちは支出を削ると財政再建だと思っていましたけれども、そうではないということです。出すべきものを的確に適切に出すべきところに出してい

ば、むしろ租税抵抗が緩和され、結果的に財政は健全化するのではないのかということです。

最後に、私はやはり現状で日本経済の成長を前提にするのは厳しいと思います。それは潜在成長率を見てもゼロ%台半ばと言われていて、バブル崩壊後の実質成長率は平均 0.9%。この状況のなかで 2% 成長を常時期待するような政策のあり方というのは、もう無理があると思います。そうではなく、結果的に、一時的に 2% になることはあったとしても、そこを目標にしてはいけません。

なぜ私たちがこれほどまでに「成長、成長」と言うのかといえば、将来不安をなくしたいからだと思います。所得を増やして貯金をする。そうすることによって、将来不安がなくなる。とするならば、目的は将来不安をなくすことであって、成長は手段にすぎないこととなります。きょう皆さんに申し上げたいのは、この成長を手段から分配に置き換えようということです。分配の仕方を作り変えていくことによって、将来不安をなくす。そしてそのことが、結果的に経済成長も導いていくのではないのかと。そういうことを申し上げたいわけです。

そのためには、アベノミクスのように「成長、成長」

選択肢を「選ぶ」から「作る」へ

- 成長への依存、弱者への同情では、対抗軸、オルタナティブは生まれない
 - 「弱者」から「すべての生活者」へ基準を変える
 - 結果に変わる「格差是正」「経済成長」「財政再建」
 - 私たちの貯金＝将来不安解消＝自己責任社会の終焉
 - 疑心暗鬼や袋だたきを不要にする「頼り合える社会」
- 分配論を起点とした財政再生が不可欠

20

図表 17

と言うだけではもう駄目だし、あるいは弱者への同情をいくら叫んでも意味はない。そうではなく、オルタナティブを作っていくためには、まず弱者ではなくすべての生活者に基準を変えていく。あらゆる人々を受益者にしていく。そして格差是正、経済成長、財政再建、どれもが政策の正当の目的でありましたが、これをすべて結果に変えていこうではないか、あくまでも人間の生活の保障に力点を置こうではないかということです（図表 17）。

そして個人の貯蓄、私の貯蓄ではなく、それを社会への貯蓄、私たちの貯蓄に変えていこう。そして将来不安をなくすことによって、自己責任社会を終わらせようではないか。現金を貧しい人に配り、疑心暗鬼を生み、彼らがいかに不正な受給をしているか、無駄遣いをしているかを袋叩きにするのではなく、あらゆる人々が自分も含めて受益者になっていけば、他人の粗探しをする必要がなくなるわけです。

ですので、人々を疑うのではなく、むしろ信頼し合うほうが得をする。「貧しい人はかわいそうじゃないか。困っているじゃないか。助けてあげようよ」。なぜならば、自分ももらえるからです。そのように頼り合えるような、信頼したほうが得をするようなモデルを考えていくべきではないのか。分配論を基点として私たちを取り戻し、そして経済成長における需要面も刺激していくような、そういった方向性というのがあるのではないのか。

大きく申し上げれば、今後、医療の問題もこういうコンテキストのなかで議論されていくのがよいのではないかと、私は思っています。

全体連関のなかでの社会保障

香取 照幸 (アゼルバイジャン大使)

『教養としての社会保障』（香取照幸著、東洋経済新報社）を書きました。今日はそのなかを書いてあることのエッセンスをお話します。

その前に、今の猪飼先生のお話に関して、あとで議論になるかもしれませんが、いくつか私の立場からコメントをいたします。

地域包括ケアの話をするときに私がよく例に出す、冒頭で使うフレーズがあります。それは何かというと、トルストイの『アンナ・カレーニナ』という小説があります。学生時代に読まれた方がいらっしゃると思いますが、あの冒頭のせりふです。「幸せな家庭は皆一様に幸せだが、不幸な家庭はそれぞれに不幸だ」というせりふです。

つまり問題を抱えたり不幸なことがある家庭は、その家庭の数だけ不幸の形がある。私たちはそういうきわめて個別性の高い人たちを相手にものを考えなければいけない。地域包括ケアもたぶんそういうものの1つだということが1つです。

それからもう1つは、地域包括ケアというのは、私はシステムの問題ではなくて、基本的には多元的なシステム相互のネットワークの問題だということに考えています。つまり、非常に動的なものだということです。

となるとまずベースとなるリソースが存在しないとネットワークにならないので、リソースのないところにネットワークを作っても機能しない。その意味で言えば、医療にしても介護にしても、ベースのリソースなり個別のシステムがきちんと出来上がっている、あるいはある程度出来上がっているということがあって、初めてネットワークとしてのシナジー効果が出るので、それなしに単に地域包括ケアシステムそれ自体のありようをどうするという議論をしても、たぶん有効な答えは出てこないだろうということです。

3つ目は、今の話と関連するのですが、地域包括ケア

が理念としてはきれいにはまるのに具体が動かないというのは、コンセプトの問題ではなくて、私はサブシステムの問題というか、地域包括ケアネットワークを機能させるための手法というか道具立てというか、そういうものが十分開発されていないということなのではないかというように思います。なので、この問題はどちらかというと、実際にオペレートする側の人間のいわば知恵と力と勇気が足りないということなのではないかというのが、私の感じます。

地域包括ケアシステムのなかで、生活モデルを支えるための1つのツールとして考えられるのは、いわゆる伴走型モデルというもので、あれがおそらくいちばん具体の形として、目に見える形で自治体が取り組みやすい形なのではないかということになります。あれも結局ネットワークを（実際にいま機能しているものは、スーパー公務員が1人いて、その人が制度を乗り越えているいろいろな形を作るという昔ながらのスタイルなのですが）継続的・標準的に作るというものができかどうかということなのではないかと思います。

一応それだけお話しして、私のほうに入ります。

「全体連関のなかでの社会保障」ということですが、社会保障制度の議論をするときに、社会保障の議論だけをしていても、おそらく答えは見つけれられない。これだけ大きい、社会に影響のあるシステムは、経済システムや社会システム、マクロの経済やミクロの経済、地域経済や家族のあり方、さらには人間の価値観といったものとの連関のなかで考える。そのなかで答えを出していくということが要るだろうというのが、私の基本的な考え方です。

そもそも社会保障というのは何だということを考えてみると、基本は社会の安定です。社会の安定というのが社会の発展の基礎になるわけで、昔ながらの言葉を使え

ば、民生の安定ということですし、社会の正統性 (legitimacy)、その社会が人々にとって意味のあるものであり、社会が分裂することなく統合されているという状態をきちんと維持していくというのが、社会保障の本来的な機能ということなのです。

したがって、社会保障は単に弱者救済というものではなくて、社会全体としてのリスクを低減するもの、いわばリスクヘッジをする仕掛けで、これをより個別に見ていけば、1人ひとりの人間が自分の能力や自分の可能性を最大限に発揮できるような条件を作っていく。人間がそのための知恵として作り出したものが社会保障ということになるわけなので、どこまでいっても基本的には個人の自立性や主体性、自助というものを社会全体で支えるという、いわば自助の共同化ということになります。

こういった考え方のベースにあるのは、社会とか経済が発展する原動力はなにか、ということにかかわります。それは社会の構成員1人ひとりの活力であったり、自己実現であったり、能力の発揮であったり、そういうもののΣ(集積値)が社会全体の発展につながる。したがって、それをどうやって支えていくかというのが社会保障制度の役割だということなのです。

したがって、個人の自由な人生選択とか、個人がチャレンジをしていくとか、そういったものを保障する、そのチャンスと機会を保障するというのが、おそらく最もそれにふさわしい社会ということになるので、なので、人類は今のシステム、近代的な市民社会というところの資本主義社会を選択している。たぶんそういうことなのだろうというように思います。

私たちの社会、特に日本の社会は、一定の経済発展をして実現した豊かさを背景に、いろいろな人間がいろいろな価値観を持って自己実現していくことが可能になる社会を作った。こういった社会を引き続き維持していく、社会のなかで生まれている不確実性を少しずつでも解消していくというのが、社会保障の仕組みということになります。

医療についても年金についてもそうですが、これは人間が考えたものです。知恵で作ったものです。頭で考えて作ったものです。おそらく人類が発明した最も知的で、かつ合理的で科学的なシステムだと私は思っています。いろいろなバリエーションはありますが、すべての先進国は社会保障制度を完備しています。こういったシステムのない社会はありません。これがなければ社会の安定

的な発展がないということでもあります。

それからもう1つ、社会保障制度というか、こういう社会的なシステムがあることで、社会の分裂が回避されているということなのです。この国はみんな同じ顔をして、同じ言葉を話して、同じものを食べて、同じ文化で同じことをやっていますから、社会というものは当たり前存在していて、当たり前統合されているものだと考えていますが、このような国は世界中ほとんどないです。常に分裂と断裂と差別の危機をはらみながら、社会の統合を維持しています。常に社会のなかには多様なひとびとが存在しています。それを差別し排除することで社会を維持するのか、包括していくのかというその選択、まさにそれをいま人類は迫られています。

先月にマンチェスターでテロがありました。一般市民、子供に対するテロです。犯人はマンチェスターに住んでいたリビア人で、両親がリビアに住んでいて、自分はイギリスで生まれ育ったリビア人です。あの事件があったときに、マンチェスター市長、それからメイ首相もそうでしたが、「このことでわれわれの社会は寛容性を失ってはいけない」と言ったのです。日本で同じことがあったときに、この国の総理大臣がこのせりふが言えるでしょうか。

私たちの社会はそういうことに意を払うことをしなくてもよい社会なのでなかなか皮膚感覚で理解できないように思いますが、個人個人が自由に独立して、自由な社会のなかで自己実現をしていく社会というのは、個人個人が自己責任を追求される社会ということでもあるわけです。そういう社会のなかで1人ひとりの紐帯、結びつけていくものを強くしていく。つまり共同体を支えていくものというのが必要で、社会保障制度というのは共同体意識に支えられているものでもありますが、それを強化するものでもあると。そういう意味で、社会の成り立ちの根本に非常に深くかかわっているものだと。

社会保障の形というのは、国によって全部違います。それぞれの社会の価値観やなりたちに規定されます。アメリカの社会はああいう社会なので、ああいう社会保障制度ができるということになるのだろうというように思います。

社会保障が機能不全を起こすと何が起こるかということ、社会のいろいろなそういう保障のネットワークが壊れることになるので、格差の拡大であるとか、貧困の再生産であるとか、社会の分裂とか不安の増大とか、いわ

ば社会統合全体の危機が訪れる。それが社会全体の混乱を引き起こし、そのことがさらなる社会保障の機能不全を引き起こす。そんなネガティブスパイラルに陥らないようにするというのが、社会保障を改革する、あるいは社会保障の不断の見直しをすることの目的だということになります。

社会保障が直面している問題、少子高齢化の問題にしても、経済停滞の問題にしても、財政赤字の問題にしても、これは社会保障の問題というよりは、この国の社会とか経済が直面している問題が社会保障に反映しているということなので、言ってみれば、この国の社会・経済の問題をどう解決していくかということと、社会保障の課題をどう解決していくかということは、表裏の関係にあるということなので、社会保障の課題を社会保障のことだけ考えて解決しようとしても、答えは得られないだろうと思っています。

社会保障制度というのは非常に複雑で大きな制度なので、なかなか国民に理解してもらうのは難しいです。100兆円のお金が動いていて、経済や社会ともすごくつながっていて、負担と給付のバランスとか保険料をちょっと上げると景気が悪くなるといったマクロの世界の制度論と、個々の市民の日常生活にとって社会保障とはどういうものかというミクロの世界の話とは全く乖離しています。社会保障は制度と政策と法律の塊ですけれども、個人にとっては別にそのようなことはどうでもよくて、65歳になったら幾ら年金もらえるのかとか、医者に行ったときにどういう治療を受けられるのかとか、どこに病院があるのかとか、子供が病気になったら、障害になったら何をしてもらえるのかとか、結局そういうことではないので、ミクロとマクロがすごく乖離している。

制度や政策を担う側の人間は、マクロ経済のことも分かっていないといけなく、ミクロ経済も分かっていないといけなく、政治的な合意形成のシステムのことも分かっていないといけなく、地域政策も分かっていないといけなく。いろいろなことが分かっていないと社会保障は議論できないですが、個々人にとってみるとそのようなことはどうでもよくて、私のかかわっているこの局面で、この制度は私のために何の役に立つかと、その一点です。

逆に言うと、病気もしない、お父さんも元気、子供も元気、失業もしていない、誰の世話にもなっていない健全な市民にとっては、社会保障制度は単に保険料を取ら

れているだけの制度で、自分が行っていないのに病院に年寄りがいっぱいたまっていると、「人のお金で何やってるんだ」と思う、こういう世界です。しかし、ひとたび自分に重度の障害の子供ができれば、社会保障は自分にとっていわば死活問題のような制度ということになる。このギャップをどうやって埋めていくか、理解してもらうかというのがすごく難しい。

それからもう1つ、「合理的無知」ということがあります。これは昔、医師会雑誌のなかに「合理的無知の説明」という大変立派なコラムがあったのを覚えています。人間は、物事を考える時間とアタマの容量には限りがありますから、自分に直接かわりがないことについては、人間は合理的な選択として、必要以上に難しく考えない。大体みんなが思っているとおりに思っていればよいと考える、という傾向があるという話です。

加えてこの国は、社会保障制度とか政治についての基本的なバックグラウンド、この社会を成り立たせている人々の価値観とか社会のありようについてきちんと教えていないので、言葉として「自助」「共生」「連帯」「助け合い」とか言っていますが、全部宙に浮いています。人々の気持ちのなかにきちんと根づいていかない。これをちゃんとやってくれないと、社会保障や政治を理解してもらうのは難しい。この社会を成り立たせている価値は何かということ国民がきちんと共有する。これもさっきの話につながるので、そういうことをしなくてもこの国は別に、「日本人って日本人でしょう、みんなおなじ日本人」となってしまうので、あまり考えなくてよいわけです。

ということもあって、やはりそういうことからきちんと組み立て上げていくということが、必要なのではないかと思います。

特に、日本だけではなくて世界中そうですが、基本的にみんな寛容でなくなっている。自分と違うもの、自分と相容れないものに対する寛容さがどんどんなくなっている。この国でもそうです。件の「あいう人たちには負けない」発言も、いやしくも国民主権の民主国家、例えばイギリスだったらあれ一発でアウトだと思います。あれはちょっと驚くべき発言なのですが、思わず言ってしまう。

もう1つは、合理的にものを考えると、知的にものを考えるということ、逆に蔑む風潮がちょっとあって、そういう風潮が強まっているのであればなおさらのこ

と、多様な考え方のなかから合意形成をしていく努力というのを常にやり続けるということが、やはり必要なのではないかと思えます。

私がいまいちばん社会保障のことを通じて危ないと思っているのは、ヨーロッパ社会とかアメリカから比べればまだかわいいものですが、この国もやはりいろいろな意味での「統合—インテグレーションの危機」が少しずつ訪れてきている。他者に対する不寛容。不寛容の背景には、自分の人生とか未来に対する不安とか不満とか、自分自身が追い詰められているということがあって、それが他者に対する不寛容の引き金になる。不寛容な者同士が隣に座っているとけんかになりますから、けんかをするともた不満が高まるということで、いわばネガティブスパイラルが起こっている。

これを解消していくということが必要で、この不満とか不安とか不寛容の背景は、1つは経済社会の問題、もう1つは地域社会や家族のなかでさまざまな問題が生じている。さらにもう1つ大きいのは、制度とか政策が機能不全を起こしている。状況の変化に対応できていないということがあるのだろうと思っています。

1番目の話は、グローバル経済の話や人口減少の話です。

2つ目の話は、グローバル化が進むなかで、それに対応するためのさまざまな改革もしてきましたし、現実にもそういったものが、日本社会や日本の経済や家庭のあり方にさまざまな影響を与えているということがあって、そういうなかで、日本の社会を支えてきた人々のつながり、共感意識というのがだんだん失われている。他者に対する不寛容、無理解というものがどんどん大きくなっている。自分の目の前には失業の問題や雇用不安の問題や子育ての問題やさまざまな問題があり、老後の不安もある。独り暮らしになったらどうしようという話になってくるので、そこらじゅう不満だらけ、不安だらけということになります。

かつ、制度や政策は、なかなかそういったものに対して十分な答えを出していない、出してもらえていないということになります。特に社会保障制度に関して言えば、平等とか公平とか格差の是正というのが社会保障制度の基本的な機能なわけですが、世の中は世代間の不公平、地域間の不公平、社会集団間の不公平、正規と非正規、そういったさまざまな不公平とか不公正が蔓延していて、それに対して政府や制度・政策がきちんと対応でき

ていない。場合によっては、制度や政策自身がそういったものをいわば増幅している。そういう公に対する信頼が非常に低下している。

日本人は公平であることとか、公正であることとか、平等であることに関する感性がかなり高いので、それはそれ、これはこれというようにはなっていきません。そうすると社会が混乱する。

これは北大から最近中央大に移られた宮本太郎先生が言っていることですが、政府に対する信頼が低いので、増税をするとか政府が大きくなるということに対しては、反発があります。どうせ無駄なことをするのだろうとか、また天下りが増えるのだろうとか、税金の無駄遣いとか、すぐそういうことを言うわけです。他方で政府に望むことを聞くと、やはり福祉を充実してくれと言うのです。これは明らかに矛盾しているのですけれども、でもこの矛盾しているアンビバレントな感情というのが、今の国民の不安感がある意味表しているということなのだろうと思います。

私はこの社会統合の危機というものを1つひとつきちんと見て、そのなかで自分たちができることというのを改革していく必要があるのではないかと思います。社会を支えている一種の連帯感とか人々の基底意識とか、そういうものがいわば社会保障の基盤でもありますし、それを支えていくのが社会保障の役割でもありますし、それが社会全体の発展のベースになると私は考えるので、この問題は非常に大きいというように私は思っています。

もう1つの大きい問題は、やはり財政制約の問題です。国でもそうだし地方自治体でもそうですが、直面している様々な問題に対処していくためには、機動的な政策の立案と遂行が必要になります。それには財源が必要です。お金がないとできることもできない。それが今の現実の問題としてあります。つまり、財政危機があるというのは、政策を遂行する側からすると、政策選択の幅がどんどん狭くなるわけです。できることが少なくなるので、なので、国家の問題解決能力がどんどん弱くなるということになります。

そうすると、後手に回る。後手に回ると、コストがどんどん高くなるということになって、財政制約というのは政府の機能不全をきたしているの、この問題を抜きに、社会保障の改革についても、経済政策についても、成長戦略についても、問うことはできないと思っています。

財政再建をすると景気が悪くなるから、やらないほうがよいとか言った人がいますけれども、この状態まで放置したことの責任はだれにあるのだと私は言いたいのですけれども、この話はそういうことです。

言ってしまうと、今は将来に借金を先送りしながら、当面の経済対策を打っているということで、20年後30年後の景気を先取りしているようなものですから、このようなことをいつまでも続けることはできません。それこそ、財政赤字は経済成長の足枷になるということです。

成長すれば借金は返せるとか、返せないまでも成長すれば今以上に借金は大きくなりはいないんだとか、はっきり言って甘言を弄する無責任な言説が多すぎると私は思っています。

社会保障・税一体改革で消費税5%増税のフレームを作りました。社会保障の機能強化に1%、基礎年金国庫負担1/2に1%、医療介護の自然増に1%、財政赤字削減に2%です。「社会保障の機能充実と財政再建の両立」を実現するために考え抜いて作ったフレームです。

確かに、純粋機能強化分の1%分以外は国民の給付は増えません。すると、「5%も増税して1%しか返ってこないのか」という批判を受けました。

でも私たちは、既に財源の「先食い」をしてしまっています。積み上がった財政赤字のかなりの部分は社会保障です。もはや医療費や介護費の自然増は増税しなければ賄えません。増税の先送りしている限り、毎年のシーリングで数千億の削減が降ってきます。それでも、毎年度30兆円40兆円という規模で新たな借金を積み上げているのが今の国家財政です。

今アベノミクスで景気は順調だと言われています。だとすれば、少なくとも「定常状態では財政中立」でなければ本当はおかしいのです。この状況でなお、恒常的に巨額の財政赤字を垂れ流しているような財政構造で、まともな国家運営はできません。だからかつての政府は、「2020年基礎的財政収支の黒字化」を国際公約に掲げたのです。まずはこれ以上赤字を増やさないと、そこが全ての原点です。

別に私は税務署の手先でも何でもありませんが、社会保障のことだけ考えても問題の解決にはなりません。この問題を同時に解決するというをやったりやらなければいけないというように思います。

なので、社会保障と経済成長と財政の健全化というものをセットで考えるということを考えないと、やはりな

かなか難しいだろうというように思います。

この政権はもうこれ以上消費税を上げる気はもしかしたらないのかもしれない—そうは思いたくありませんが—ので、これ以上私が言ってもしょうがないかもしれませんが、社保・税一体改革というのは、自民党も含めた超党派の合意として作られたものなので、あのときの合意の原点というのを、きちんともう一度ぜひ押さえてほしいというように思っています。

もう1つは、これは直接この話とは関係しないかもしれませんが、先ほど言ったように、小さい政府を志向していると同時に、安心できる福祉社会を作るといのは、やはりベースのところで国民は望んでいるというのだと思います。それを正面から受け止めるのであれば、それは必要な負担をより経済に影響を与えない形、負荷のかからない形、公平で個人々の生活により影響の少ない形で、でも負担を求めるといことをやはりやっていかないと、持続的な制度は作れないということになります。

負担というのは理屈ではなくて納得ですから、「理屈では分かるけれども、おまえに言われたら嫌なんだよね」といのはいくらでもあります。やはり合意ということが大事なので、これは政治の能力というか力というか信頼というか、そういうことだと思います。

基本的に現状を変えるというのは、常に現状を変えることに対して不利益をこうむる人はたくさんいるのでみんなが納得、というわけには行きません。それに、現にそういうものが存在しているというのは、それはそれなりに意味があって存在しているというか、ヘーゲルではないけれども「存在するものは合理的」なので、全く意味がない・無価値ということはありません。

現状を変えるというのは、必ず賛成する人・反対する人がいるなかで合意形成をしていくということであり、いわば一つ一つ物事を積み上げながらよりよい方向に変えていく、という地道な努力を、常にやり続けたいといけない。本来そういうものです。

つまり、全員にとってwinになるような改革というのではないのです。絶対ないのです。特に社会保障のように、さっき言ったミクロとマクロが全然違うと、いくらマクロで整合的でも、ミクロの世界に行くと、「そんなことをされたら、僕は困る」という人が一定数いると、改革は止まるのです。それを乗り越えていくというのはやはり政治の力なので、合意形成をし、物事を前へ進め、結果

を出していくということについて、政治は責任を持ってもらいたい。

もう1つは、この種の議論をすると必ず、「そんな大変なことをしなくても大丈夫。あそこに悪いやつがいるから、あいつをつぶすとうまくいく」とか、必ず犯人探しをする人がいます。1人ひとりの行動変容ではなくて、何かどこかに原因があって、それを変えればうまくいく、という議論が必ず出てきます。増税なんかしなくても行革をすればお金が出てくるとかいう話もそうです。

これは最も改革に対してネガティブなアクションです。

つまり、だれかが悪いからうまくいっていないという思考回路の裏側は「僕は悪くない」ですから、自分を変えなくてもよい。つまり、自分自身を変えるという、自分が問題解決にコミットするということを、いわば免罪してしまう思考回路です。ですから犯人探しは絶対に駄目です。常にそうです。この種の犯人探しで何度改革が駄目になったか分からないので、ぜひそういうことはしないでもらいたい。

今日のお話の最後に、社会保障制度は何に貢献できるかということを考えます。1つは言うまでもなく、安心社会の基盤を作ることです。この社会が公正だと思えるような社会を作っていくということです。競争はもちろん大事なので、競争はしてもらわないと発展しないのですが、トーナメント型の敗者大量生産型の競争はやめてもらいたい。つまり、負けるあるいは敗退するということは、2勝1敗でも次があれば別によいのです。リーグ戦型。そのような競争のルールを考える。つまり規制緩和ではなくて、新しいルールを作ることではないかと思えます。何よりも貧困とか格差、排除ではなくて包摂、制度のなかでもそういうことを常に考えていく。

人口が減っていくので、減っていくことを前提のモデルを作る。これは結構大変ですが、やればできると私は思います。このためには、人口が増えることを暗黙の前提で考えているいろいろな制度を変えるためには、われわれ自身の行動変容が必要だということになります。われわれ自身の行動変容があって、初めて具体的な問題提起とか提案ができて、その提案をめぐって議論ができるということなので、頭を切り替える。特に経済界の人は

ぜひこの頭の切り替えをしてほしいと私は思います。

少子化について言えば、今やるべきことは今の足元の雇用というか、労働を確保する対策と、20年後30年後の日本の持続可能性を考える。この2つのことを同時にやるということなので、最も重要なのは家族支援政策だということに私は考えています。

3つ目は先ほどの財政制約の話で、中長期的な経済成長とは整合的、つまりこれからどんなに頑張っても、伸びても1%とか1.5%とか、その程度の成長になるわけですから、それを前提に、企業の活動や個人の生活や財政と両立できるような社会保障制度を考えなければいけません。

もう1つは、給付が高いか低いかの問題ではなくて、要は機能的に本来なすべき機能が維持できるかどうかということになるので、大きさの問題よりは、効率性とか費用対効果とか、そういう話になっていきます。なので、優先順位をつけるとか、選択と集中というのはたぶん必要です。

さらに言えば、先ほどの包括ケアで個別性の高い制度という話がありましたが、個別対応を制度でやろうと思うと、どんどん制度が複雑になります。1人ひとりに合わせた制度を作ることになると、制度が人間の数だけできることになるので、そのようなことはできません。

つまり、基本的にはある程度現場に任せるということをしないと機能しません。医療で言えば、出来高より包括という話になるのですが、基本的には現場に任せるということをしないと、個別性の高い、かつ効果的で効率的で簡素な制度というのは作れないということなので、権限は現場に下ろすと。その意味で言えば、規制緩和をするというのは正しいのかもしれませんが。

最後は成長との関係です。これはいろいろな議論がありますが、医療もそうだし、現物サービス系のものはみんなこの話になるのですが、やはり経済との関係をポジティブに考える。経済に貢献できるような形で制度を考えるということはたぶんできる。医療はこの部分についてはいろいろな議論ができると思うので、これはこれで、別トラックで大いに議論したらよいというように思います。

全体連関のなかでの社会保障

経済・社会・社会保障
地域・家族・社会保障

日本医師会医療政策会議 有識者委員
香取 照幸

図表 1

経済発展による所得水準の向上＝豊かさを背景に、我々は多様な価値観や多様な人生観が共存し、個人の自由な選択を保障する社会＝成熟した市民社会を実現した。

他方、個人の自立を基礎とする社会は、経済生活のみならず、社会生活における個人の責任、人生の不確実性が増大する社会でもある。

年金制度や医療制度を始めとする、今日「社会保障制度」と呼ばれる諸制度は、近現代社会において「社会の発展と個人の自己実現・市民生活の安定」を同時に保障するサブシステムとして、人類が考え出した最も知的でかつ合理的なシステム。

図表 4

そもそも、社会保障って何でしょう？

・ 近現代国家の機能としての社会保障

我々の社会は、個人の自由と選択を基本とする市民社会
民生の安定
社会統合・正統性の獲得

- 社会保障は救済（弱者）対策ではない
マクロ：社会全体のリスクの最適化
ミクロ：自助の共同化
- 国家財政・経済成長（社会の発展）との関係
社会経済発展の基礎は構成員の活力・自己実現

→経済社会の発展と持続可能性を支えるサブシステム

図表 2

他方、歴史的に見れば、個人の社会生活の安定・安心を担保する機能は、地域共同体や家族もまた担ってきた。

地域や家族は、一面では個人の自由な生き方＝人生選択を束縛する面を持つ。

個人の自立・自由な選択に価値をおく近代社会の発展は、基本的には地域や家族の機能・領域を弱める方向に働く。

結果、現代社会では、人々は様々な形で地域や家族の力を超えるリスクにますます裸で直面するようになっていく。

図表 5

経済・社会発展の原動力は、その社会の構成員＝市民一人一人の自己実現・自己発展。

社会の活力は、自らの能力と可能性の発現にむけた市民一人一人の営為の集積値に他ならない。

故に、個人の自由な人生選択を保障し、リスクを恐れずにその持てる能力を最大限に発揮するチャンスを公平に保障する社会こそ、我々が目指すべき社会の姿。

その意味で、個人の自由と選択を基本とする近代市民社会＝資本主義社会は、恐らくは現在においても妥当する人類が構築した最も合理的な社会。

図表 3

社会保障は、

経済システムのサブシステムとして、所得再分配や経済的弱者対策といった市場における資源配分を補完する機能＝経済成長の成果を公平に分配し、国民生活の安定と向上を実現する機能を果たしているだけではなく、

積極的に経済成長の基礎を支え、社会の安定＝社会統合を実現していく、という意味において、社会＝共同体システムのサブシステムとして、様々な生活局面にある市民を「生活者＝共同体の構成員」という視点から位置付け、生涯を通じ、また職場・家庭・地域を通じて、地域・社会の機能を補完・強化する機能＝市民生活の安心・安定を担保しつつ、同時に自立した人間としての尊厳・自由な創意の発現と自己実現の機会を保障する機能を果たしているもの。

図表 6

まとめ

- 社会保障は、経済と社会の基底を支える重要なサブシステム。
- 社会保障の機能不全は、保障のネットワークの破綻＝格差・貧困の再生産を通じて社会の分裂と社会不安の増大を招き、社会統合を危機に陥れ、さらなる社会保障の機能不全と社会不安・経済の混乱をもたらす。
- 社会保障が直面する課題は、この国の社会・経済が直面する課題と表裏一体。
社会システム・経済システム・社会保障を一体的に考えていく視点なくして、社会保障の課題を解決するための道筋は見えてこない。

図表 7

社会保障理解の難しさ②

- 社会制度や政治制度に対する一般国民の理解には、常に一定の限界がある
 - 人には「合理的無知」を選択する能力（性向）がある。
 - この国の公教育は、社会の仕組みや政治制度、それを支える理念哲学を体系的に教えていない。
 - 社会保障の姿は、その国・社会のあり方に規定される。社会のあり方に対する共通理解がなければ、社会保障制度への理解は形成されない。
「自助と共生」「自立と連帯」「助け合い」「相互扶助」
「官と民/公と私」 ☆価値の共有と社会への信認

図表 10

社会保障の理解と議論の視点

問題意識の共有・議論の枠組みの提示の重要性

表面的な事象や個別の現象(事実)にとらわれた議論、主観的・観念的な主義主張の展開、批判は問題を解決に導かない。
社会経済全体の大きな構造変化を理論的・合理的・客観的・哲学的に分析・理解し、物事を系統立って思考し、相互連関の中で論点を整理して「共通の議論の枠組み」を示すことこそが重要。

その意味で、不寛容と反知性的風潮が支配する今日こそ、問題を提起しつつ自ら議論を展開し、批判を仰ぎ、政治家・行政官・研究者・現場実践者・当事者国民がともに真摯な論議を闘わせ積み重ねていく努力、言い換えれば「議論の活性化」の契機・場を提供することが求められる。

図表 8

図表 11

社会保障理解の難しさ①

- 社会保障とは壮大な「制度・政策の体系」である。
 - 社会保障は壮大な「制度・政策の体系」。
給付・負担の規模は100兆円を超え、GDPの20%を超える。
政治・経済システムとも密接不可分。与える影響も極めて大きい。
 - 他方、個々の市民にとっては、社会保障は「日々の生活に直結する個別具体のサービス」。
医療・介護・年金・子育て・障害・生活保護など、制度の外延は極めて広範だが、その一つ一つがそれぞれに個人の生活に直結。
↓
 - 社会保障（制度・政策）の理解には、経済（マクロ・ミクロ）、政治制度、地域政策、家庭（家族）との関わりなど、広範な背景知識が必要。
 - 他方で個人にとっての社会保障は個別的・多面的。年齢・性別や社会階層、家族形態・就労/生活形態等によって果たしている機能・役割は様々に異なる。
 - 制度の全体像（マクロの風景）と生活実感（個人と制度との関わり～ミクロの風景）との間の乖離が極めて大きい。

図表 9

我々はどんな課題に直面しているのか ～日本社会が抱える課題とその背景にあるもの～

図表 12

日本社会が抱える課題—社会統合の危機
～不安・不満そして不寛容～

- (1) 経済社会の将来に関わる不安
- (2) 地域社会や家族の日常に関わる不安
- (3) 制度・政策(政治・行政)に関わる不安

図表 13

(3) 制度や政策に関する不安

- 課題に対応できない制度・政策—「統治」の機能不全
- 不公正・不公平感(世代間、地域間、社会集団間)の増大、「公」(政治・行政)への信頼の低下
- 家族/地域/企業/自治体/国(政府)それぞれの役割分担の混乱
- 「小さな政府」志向と「福祉重視」志向の共存・乖離

図表 16

(1) 経済社会の将来に関する不安

- 世界経済の大きな変化の中での日本経済の将来への不安
- 少子高齢化・人口減少が急速に進む日本社会の持続可能性への不安

図表 14

国民の不安の背景にあるもの
～社会経済の変化～

- (1) 戦後日本の安心社会を支えた「生活保障システム」のゆらぎ
- (2) 世界経済の大転換と「構造改革」
- (3) 社会の不安定化
- (4) 危機に瀕する国家財政

図表 17

(2) 地域社会や家族の日常の中の不安

- 日本社会の変化、地域や家族の変容(地域のつながりの希薄化、家族形態の変化・機能の縮小、「心の拠り所」の不安定化)
- 市民の意識(目標の喪失・閉塞感、帰属意識の揺らぎ・連帯感の喪失、共感・利他意識の低下(「貧すれば鈍す」)
- 失業・雇用不安、教育・子育てに関わる不安
- 治安・社会秩序、老後不安(医療・介護、独居への不安)

図表 15

(1) 戦後日本の安心社会を支えた
「雇用と家族を軸とした生活保障」のゆらぎ

- ① 安定雇用重視の雇用慣行・都市から地方への資源配分(補助金・公共事業など)・中小企業対策
 →国民すべてが「中流意識」を持つことのできた社会、それを支えてきた「公平な所得分配」と「右肩上がりの高度成長」
 - ② 安定した地域社会・企業・家族
 →国民すべてが「安心感—帰属意識」を持つことのできた社会構造
- これまで社会の安心を支えてきた諸前提が大きく変化

図表 18

(2) 世界経済の大転換(グローバル化)と「構造改革」

- ・ 持続的経済成長を実現するための「構造改革」の進行
—規制緩和・小さい政府・市場/競争/効率性重視・自己責任—
- ：世界経済の変化は不可避の趨勢であり、それに対応していくためのこの間の一連の「構造改革」は日本にとって必要な改革
- ：他方この「構造改革」により日本型安心社会を支えてきた様々な前提が大きく変容
 - ・ 企業行動の変化(雇用重視→株主重視)
 - ・ 雇用の流動化・雇用形態の多様化(非正規労働者の増大、雇用不安定化)
 - ・ 地域経済の変化(公共事業縮小・規制緩和)

図表 19

(4) 危機に瀕する国家財政
—財政制約による国家の機能不全—

- ・ 国家財政の危機は、政策課題に対応する国家の政策選択の幅を狭め、機動的・効果的な政策の遂行を困難にする。
→即ち、国家の問題解決能力を弱める。
- ・ 同時に、財政赤字の増大は国際社会における我が国の信任を低下させ、国家としての持続可能性を毀損し、社会を不安定化させる大きな要因ともなる。

図表 22

- ・ 改革は「痛みを伴う」 —改革は常に跛行的

一方では構造改革で積み残した課題、他方では構造改革に伴って生じた新たな課題がそれぞれ顕在化

- ・ 高齢化の一層の進行、歯止めのかからない少子化、地域の弱体化、家族の小規模化(核家族化・単身世帯(高齢単身世帯・非婚世帯)や単親世帯の増大)による家族機能の縮小
- ・ 格差・貧困問題の顕在化とそれによって醸成される社会の不公平感・不公正感の増大

図表 20

目指すべき社会経済モデルの姿とは

- 1) 経済と社会保障の協働関係の再確認 「成長と安心の両立」
- 2) 教育・労働・社会保障の一体的改革 「生活保障」
- 3) 人への投資・知識集積による社会・産業・経済の活性化
- 4) 社会の分裂・遠心化の阻止 「自立と連帯」「参加と承認」「社会的公正」
- 5) 持続可能な経済社会モデルの提示
「財政健全化・経済成長・社会保障機能強化の同時達成」
(財政危機は政策遂行上の大きな制約要因。財政健全化シナリオなくしてはモデルは貫徹しない)

図表 23

(3) 社会の不安定化・日本社会の一体性のゆらぎ
—「社会統合」の危機—

- ・ 社会の様々な局面で「格差」「分裂」「排除」が拡大(「競争」の負の側面)
 - ・ グローバル経済化に取り残される地域・企業(産業)
 - ・ 地域や家族から孤立し、将来を見通すこともできない個人(独居高齢者・若年非正規労働者・結婚しない(できない)若者)
 - ・ 階層の固定化・世襲化の進行、スタートラインの平等の喪失、「希望格差」

→社会の連帯感、他者への信頼、相互扶助意識といった「社会を支える人々の基底意識」に大きな騒り。

図表 21

- ・ 知識産業社会にあっては、従来のような「経済と社会保障のトレードオフ」「政府の規模(負担)と経済成長のトレードオフ」をめぐる議論は意味を持たない。

- ・ 一般的に社会保障の充実が格差と貧困を抑制する効果を持つが、何をどのように充実させるかによって経済は成長もすれば抑制もされる。

- ・ ポイントは、経済と社会保障の好循環、成長と安心の両立にある。社会全体の活力が経済を支えるのであり、「人間の能力・可能性を最大限に引き出す」こと、すなわち「参加」「活動保障」を目指すことが重要。
社会全体の活力をいかに生み出すかが社会保障の広義の課題。

図表 24

財政健全化・経済成長・社会保障機能強化の同時達成

- 社会保障・税一体改革は、一つの到達点。
 - 社会保障の機能強化を通じた安心と成長の同時実現、そのための使途を明示した財源確保、安定財源確保による財政健全化の実現＝税制改革の一体的遂行こそが、日本復活の第一歩。
- それが、あの時点での民自公・与野党超党派での合意。

図表 25

- だから必ず、「改革しなくても大丈夫」「うまくいかないのは〇〇のせい、皆さんが痛みを負う必要はない」「政治が悪い」「役人が悪い」「行革が先」「無駄の排除が先」等々、甘言を弄する輩が登場する。
- 「犯人捜しの思考」は常に改革を妨げる。誰かが悪いから、と言った瞬間に思考が止まる。犯人にされた人以外全て免罪されて、誰も問題解決に取り組みなくなる。
- だからこそ、敢えて正論を唱える者が必要。

図表 28

モデル実現のためのもう一つの大きな前提条件 ～政府（政治）と国民との信頼関係の形成～

- 多くの国民は、安心できる福祉社会の実現を望む。しかし、負担のない給付はない。改革には痛みを伴う。
- 負担とは「論理」ではなく「納得（合意）」
問いかける人への信頼なくして合意形成は難しい。

図表 26

この国と国民のために社会保障が出来ること

図表 29

- そもそも「現実を変える」のは、実はとっても難しい。
「存在するものは合理的である」(ヘーゲル)
- 全員にとってwinの改革はない。
特に社会保障のように、ミクロの世界とマクロの世界が大きくかけ離れている制度を改革するのは、とても難しい。
NIMBYは普通の市民感覚の中に常に潜んでいる。

図表 27

1. 安心社会の基盤を作る

- スローガンの言え
「自立と連帯」「競争から共生へ」
- 公正な社会(人々が「この社会は不正だ」と思うことのない社会)の実現
:「敗者の大量生産」の回避 —「トーナメント型競争」をやめる
:「規制緩和」から「新たな市場経済ルール」の構築へ
- 貧困・格差への取組み強化
:社会の分裂・対立の回避 「排除ではなく包摂・分裂ではなく統合」

図表 30

2. 少子高齢化・人口減少社会を乗り越える持続可能な社会を作る

- 人口減少を前提とした社会設計・哲学構築
 - : およそ現代の社会経済システムは人口減少を前提としたシステムになっていない。成長・拡大が全ての前提。
 - モデルのない世界。つまり、我々がモデルを作る。
- 少子化対応戦略と少子化克服戦略の同時実施
 - : 家族政策の基本認識についての国民合意・思考転換が必要
 - 「少子化対策」ではなく「家族支援政策」
 - 自己決定・自己実現・選択の自由 だからWLB・両立支援

図表 31

3. 社会経済の変化に対応できるシステムへと自己改革する

- 持続可能な制度を作る
 - : 財政的な持続可能性—中長期的な経済成長と整合的企業活動・個人生活・国家財政との両立
 - : 機能的な持続可能性—社会保障の本来機能の維持
 - 社会保障の機能不全は経済社会の持続可能性を損なう
 - 選択と集中・優先順位付け
- 簡素で効率的な制度を作る
 - : 制度設計—機能重複の排除・制度横断的な調整機能の強化
 - : 効率的運用—規制改革・競争政策と計画行政のベストミックス

図表 32

4. 成長に貢献する制度を作る

- 雇用を拡大する
 - : 現金ではなく現物—医療・介護・両立支援サービスの整備
- 地域経済を支える
 - : 年金等の移転所得による地域経済の底支え
 - : 地域生活基盤の整備（医療・介護） 安心の創出・活性化
- 有効需要を創出する
 - : 安心の創出 社会的ニーズの「実需化」
- イノベーションを通じた高付加価値サービスの創出

図表 33

生活保障の新しい作法 保健・医療・福祉を包含する生活モデル

猪飼 周平（一橋大学大学院社会学研究科教授）

『病院の世紀の理論』（猪飼周平著、有斐閣）は、20世紀の医療システムと21世紀に入ってからの医療システムの間には、すごく本質的な違いがあって、その違いをもたらしているものは一体何なのかということについて、ある程度書いたものです。

ただ、あの当時は今から振り返ると7年前でして、本当にいちばん重要なところまで迫れたわけではないなという思いがあって、キーワードは「生活モデル」という概念ですが、これは医療だけの問題ではなくて、社会保障全体の領域と実は密接に結びついている概念だということが徐々に分かってきたところです。

医者施設のほうに患者がやってくる流れが2000年ごろから、大まかに言うと世紀転換期ごろから、今度は医者のほうがまた患者のほうに訪ねていくという方向に向かって、大きな転換をしているということが今のタイムシリーズの統計で分かるわけです。

この1995年という数字は、戦後にちゃんとした官庁統計をとり出すようになった最初の時期がこの時期だということなのですが、なぜこういう統計になるのかということとをまず考える必要があると思います。時代をさかのぼればさかのぼるほど往診率が高いというのは、ある意味で当然だというのはよろしいと思います。というのは、病気で動けない患者がいて、元気な医者がある。どちらがどちら側に行くかということ考えたときに、元気な医者のほうが病人のほうに行くべきだろうという時代が、かつてもちろん存在していたわけです。それが無理をしてでもとにかく診療所なり病院まで来いという、その方向に向かって変わっていくという時代をずっと経験してきたというのが、この2000年ごろまでの統計です。

これはもちろんなぜそういうことになるかといえば、患者をより安全に、あるいは確実に体調管理をして、よ

り治療の可能性を高めようと思えば、当然そういうことになるわけです。このロジックは今日でも変わっていません。より安全に、より確実に患者を取り扱おうと思えば、ここはずっとこうなっていってもおかしくない。ところが2000年代ごろから統計は反転します。

これはなぜかということ、患者を確実に治していく、安全に管理するというロジックとは違うロジックに医療が支配されるようになったからだというように考えないと、この統計は説明できないわけです。つまり、患者をより安全に確実に治していくということを突き詰めていったときに、このようにはならないわけです。つまり、世紀転換期ごろに地域ケアの方向に向かって進んでいく、ある種の医療のロジックの転換がここにあったということが示唆されている。もちろんこれは往診ですが、それ以外にも出産の場所であるとか、死ぬ場所であるとか、そういう統計を見ても、基本的には同じような傾向を示しているということです。

包括ケアというのは丸ごとという、inclusiveで翻訳されることがあるのですが、これはインテグレーションのことです。

システムインテグレーションを考えたときに、どのようなシステムであっても、任意のシステムについてバラバラに勝手に動くのと、連携しながら動くのと、どちらが効率がよいですかという問題を考えると、どのようなシステムであっても連携するほうが効率的でよいわけです。

つまり、システムインテグレーションというものは、それができるのであれば、どのような場合でもやったほうがよい。実際、保健・医療・福祉のシステムインテグレーションに関しても、それはやったほうがよいという議論は20世紀の初頭からずっと今日に至るまで存在しています。要するに、保健と医療と福祉がある意味バラ

バラに動くようになってから、ずっと今日までそれが望ましいということが言われ続けてきました。

ところが20世紀を通じてシステムインテグレーションはできなかったわけです。それが地域包括ケア政策というある種の政策によって、急にシステムインテグレーションが進むというのは、とてもおかしな話です。政策がかけ声をかけたぐらいで、インテグレーションは本来できるはずがないわけです。ところができるようになったということは、この背後に100年間システムインテグレーションができなかった条件が解除されているということが起きているはずなのです。つまり、これが言ってみれば包括ケア化の条件です。

つまり、「地域包括ケア」という言葉を考えたときに、「地域ケア化」と「包括ケア化」に分類して考えなくてはいけなくて、それぞれが非常に密接に連携しているわけです。100年ぶりぐらいの大きな歴史的な転換の上に乗って起こっている事柄であるということが、ここから示唆されるわけです。

医療も広い意味で支援なわけですが、支援には簡単に言うと3つぐらいの型があります。

1つは、これはソーシャルワークをイメージすると分かりやすいのですが、たとえばある種の患者をケアしたときに、本当にそのケアがその人にとっていちばんよかったかというのは、最後まで分からないものだったりするわけです。それはなぜそういうことが起きるかという、人間のQOLは究極的には分からないからなのです。何がその人の生活にとっていちばんよいか、その人の人生にとっていちばんよいかということは最後まで分からないというのは、これは人間の心理なわけです。それがまずこのQOLの問題です。

もう1つは、人間の暮らしというのは非常に個別的で多様です。同じ病気の患者がいて、同じ病名がつく患者さんがいたとして、その人に対して同じように接すれば同じことが起きるかといえば、もちろんそうではない。人間というのは非常に多様な暮らしのなかに埋まっている多様な存在で、多様だということを、あるいはQOLが分からないということを前提にやる支援が、生活モデルと呼んでいるものです。

一方で、社会保障や公衆衛生、あるいは行政サービスの大部分がこのロジックに乗っていると考えていただくと、実はQOLが分からないというのは困るから、とりえず貧困撲滅でも肺がんのリスクの減少の提言で

も何でもよいから、目標を立ててそれを達成するというやり方で政策を考えようという形で、QOLが分からないということは、支援の究極的な目標がないということですから。それに対して目標がないのは困るから、とりえず目標を作りましょう、さらに目標に対して、人間は非常に多様なだけれども多様だという前提でやってしまうと政策手段を導けないので、ある種非常に単純化して考えましょう。たとえば貧困といっても、個人個人で貧困のあり方はものすごく違っている。だけれども、それを所得が足りないとか、仕事がないという意味に解釈する、これは単純化です。そのような単純化をして、では所得や仕事を支えようという、これはいわゆる再分配国家である福祉国家、あるいは社会保障の基本的なメカニズムになっています。同じように肺がんだったら、ほかに肺がんの要因になるものは無数にあるわけだけれども、メインキラーはたばこのだろうと言って、たばこの問題に政策を集中させるというようなことを考える。

なぜそのような単純化を行うかということ、できるだけ多くの人に働きかけて、結果として高い支援の効率性を達成するためです。ですから、こちらはある種の効率性をねらったシステムです。それと対極的なものとして生活モデルというのがあって、医学というのはその中間的な存在です。一方では、医学を使って人間の問題を何とかするというのは、これは問題に対するある種の単純化です。しかし、基本的には臨床、1人ひとりを支えるという意味では、究極的な効率性を追求しているわけではないということです。

ですからたとえば、イギリスのNHSなどは医療全体が公衆衛生化の方向に向かっていますが、そうすると、従来の医療というものとはちょっと違う性質のものになっていくわけです。これが1つの方向性です。ただ、ちょっと対比的に考えるために、こことこの違いを考えてみたいと思います。

そうなったときに、いろいろな言説であるとか事象を参照すると、大まかに言うと、人々のどのような支援がよいかという支援のあり方に対する評価が、どちらかというと生活モデルのほうに移ってきています。それをつかまえて、医学のところで医療のシステムが、古いタイプの20世紀的な病院と診療所で患者を治すシステムから、生活を支えるシステムのほうに向かって変わっていく。それによって地域ケア化、包括ケア化というものが起きていくというロジックを組み立てたのが、『病院の世

紀の理論』の議論になっています。

それと並んですごく大きな変化がこれです。「社会保障モデルから生活モデルへ」、つまり生活保障という大きな枠組みで考えたときに、それを従来のな社会保障的なやり方で達成することには限界があって、その先には生活モデル的な支援によって、その生活保障というものを前進させなくてはいけないのではないかという考え方が1970年代ぐらいから徐々に徐々に出てきている。

これは私の理解ですが、医療の世界の大きな変化というのは、実は主導的な変化で、これにちょっと飲み込まれるような形で90年代以降PubMedなどを検索してみるとQOLに関する論文がバーツと出てくる。そういう変化につながっていったということで、この変化は社会保障をやっている方たちも医療をやっている方たちも、そういうことが起きているということに関しては、感覚的には何となくご理解いただける部分があるかと思いません。

それにはどういう根拠があるのかということだけ、ちょっとお話しします。まず1つ、おもちゃのようなもので考えてみましょう。これはもつれてしまった糸くずだと思ってください。よく見るとこの糸はこういう姿をしていて、こういう姿をしているものと両方あって、これは引っ張るとほどけます。こちらは引っ張ると結ばれます。そういうものだというように思ってください。

たとえば子供にもつれた糸を引っ張って何とかしろと言うと、どういうことが起きるかということで、もちろんほどける糸もあるし、こんがらがるとも糸くず箱に行ってしまう。ほどけた糸はこのようにほどけたところに置くのだけれども、これは糸の不思議というか神秘ですが、放っておくとまたもつれる。もつれてしまってもつれてきたときに同じように引っ張ると、ほどけるものとこんがらがるともつれるものがある。このプロセスをずっと続けていくと、最後は全部こんがらがった糸になる。そういうことが起きるはずですよ。

同じようにたとえば生活困窮者、あるいは貧困者でスタートしていきましょう。貧困の問題をたとえばお金を渡す、あるいは仕事を渡すということで解決しようというようにやってみる。そうするとどうなるかということ、それによってそこから脱出する人もいます。戦後はそれで貧困から脱出した方々もたくさんおられたわけです。

ところが貧困のなかに、たとえばアルコール依存のよ

うなものが要因のなかに交ざっている人にお金を渡すと何が起きるかといえば、もちろんお酒を買いに行ってしまうわけです。そうすると支援にならない。そういうことがあっても、まあ多くの人が脱出するのだからよいというようにしてやると、ここに取り残されたり、こじらせた人たちが残ってしまう。

ところが生活困難から脱出すると、ではそれでも生きられるかということ、そのようなことはなくて、生活が破綻するリスクというのは、どのような人でもなくなる。単純な方法でやっていくと、全体として時間が経つと何が起きるかということ、生活問題の性格が単純に解決できる問題から、社会政策のなかでは「社会的排除」と呼んでいますが、個別的で複雑な、要するに簡単に解決できない問題群に変化していってしまうということが起きてしまうわけです。

もう1つ、今のロジックを踏まえたいうえで、この世界に人間が8人いて、生活問題が8つあるという、単純化されたモデルを考えてみましょう。チェックが入っているところは、Aさんが5番目の問題を抱えているという意味です。これはみんなが同じ問題を抱えている。そのときはドンと政策を打てばよい。これはまさに問題別に解決策があり、先ほど申し上げた社会保障モデル的な支援の典型的なパターンです。

そうやっていくと、みんなが同じ問題を抱えているという状態はなくなっていって、問題がだんだん小さな集団の問題に変化していきます。そうすると、これは行政の方であれば100人が100人、この順番で政策を打つということに同意される。つまり政策効率が高い順番に政策を打つわけです。

こういうことをやっていくとどうなるかということ、最後はみんな問題がバラバラになってしまう。これをやろうとすると、みんな全部入りのような政策を打たなければいけない。

この場合も全部入りのような政策を打たなくてはなくなってしまいます。ここまできてしまうと、1人ひとりやったほうが安いということが起こりうるわけです。

社会保障モデルというのは、やればやるほど歩留まりが悪くなっていく性質を持っていて、生活モデルというのは、それに対して1人ひとり支援をしていきますので、能率は悪くはならない。臨床的な医学モデルも1人ひとりやっている限りでは能率は下がりにません。それに対して社会保障モデルというのは、どんどん能率が下

がっていくということが起きます。

そうすると、どこかである種のスレッシュホールドが起きて、生活モデルのほう支援として優位になってしまふ。それで先ほどのような大きな変化、つまり社会保障モデルから生活モデルに向かって、支援が大きく変化しようとする方向に向かうということになります。

戦後の70年間の福祉国家の営みを考えてみると、基本的な社会保障モデルで生活問題、これは全事象だと思っただけとよいのですが、それに対して支援をどこまで張れるかというチャレンジをした、そういう時間だったというように、大まかに言うと理解できるのではないかと私は思っています。

そのように考えてみると、その結果としてどこまで張れたかという、これはナショナルミニマムのラインですが、ナショナルミニマムよりも低い人たちにも支援がちゃんと届いていなかったり、その上の人たちにも届いていなかったり、一見届いているようなのだけれどもすり抜けていたりというような、制度の狭間論などはその典型ですが、そういうことがたくさん起きて、セーフティーネットというものが張りきれなかったわけです。

それはなぜそうなったかという、私の理解では、社会保障モデルというのは簡単に言えば効率性を求めているわけだから、効率のよい支援ができることから順々にやっていく。そうするとその結果として、張れるところまで張ったけれども、効率が悪いので先に進めない。ちょっと先に進もうとすると、莫大なお金がかかってしまう。そここのところで財政の壁のようなものに本当にぶつかってしまって、先に進めなくなっているのではないかと。そう考えてみると、私がいま提案しているのは、ここから先に進むためには、生活モデル的な支援をベースとした支援体系にやはり移っていく必要があるだろう。

そのように考えたときに、地域包括ケアの政策というものをどのように評価できるか。地域包括ケアは簡単に言えば、医学モデルから生活モデルに医療システムが転換する方向と基本的には同じ方向を向いている政策で、その意味では、先ほどの生活保障の社会保障モデルの壁のようなものを突破する方向性であるというように考えて、その意味で地域包括ケア政策、これは国がやってきた地域包括ケア政策にも一定の肯定的な評価をしてまいりました。

ただ一方で、政策として本当に高齢化対策としてやったというのは、私は正しくなかったと思いますし、しか

も高齢と健康という2つの縛りをかけて地域包括ケアをやったために、介護保険のような保険制度で達成できたような成功を実現できなかったというように考えています。

それはどういうことかという、介護保険は文句を言っている人は多いけれども、基本的にはすごく大きな成功だったと思います。なぜならば、15年以上にわたる準備をして、それで実施をして、本当にあつという間に介護保険が要らないという人がいなくなってしまう。そういう意味では本当に素早く社会のなかに根づいた。それは結局のところ、親の介護、親の世話、姑さんなどのお世話がやはりつらかったわけです。そこに介護の社会化という大きな政策を当てていく。結果的にすごく大きなお金というか、国民はそれを実施するために大きなお金を保険として出すということが実現できたわけです。

そのようなものをどうやって積み上げていくかという、次の政策をやはり考えるべきだったのだらうと思いますが、地域包括ケア政策の場合にはそれがちょっとうまくいなくて、その必要性みたいなものが国民にあまり広く根づかないまま、ここまでできてしまったのだらうと思います。方向自体は正しくて、生活モデル化という非常に長期のトレンドに乗っているのですが、その方向性自体には問題があった。

最後に、昨年来「我が事・丸ごと」共生社会論というのが出てきて、まだ海のものとも山のものともというレベルの不完全な政策ですが、私はあの政策について一定の評価をしている理由があります。それは地域包括ケアを高齢と健康という2つの縛りを解除する方向で、より全体的な生活保障に近いような政策に向かって進もうとしていることです。ここをうまく作り上げていくことによって、私の理解では地域包括ケアが、皆さん本当にご苦労されながら普及に努めてきたのだけれども、なかなか理解が得られなかった部分というのを突破できる可能性があると思っています。

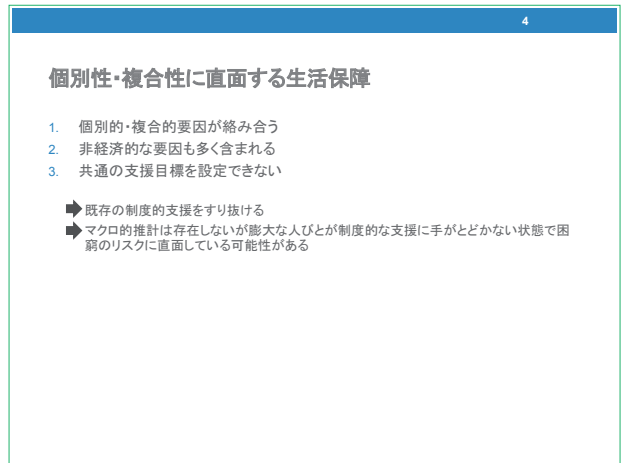
それを上手に鍛えていって、1942年に福祉国家を作るためのひな型であるBeveridge reportというものがイギリスで出されたわけですが、あのBeveridge report的な社会保障あるいは福祉国家の時代というのは、私は賞味期限切れだと思っています。それに対して新しいタイプの社会保障、これは生活保障、何と呼べばよいのかと思いますけれども、別の形でこれまで70年間張りきれなかったセーフティーネットを張りきるような、そのなか

の重要なパートとしていわゆるヘルスケアが入っている
ような、そのようなシステムに向かって政策を練り上げ

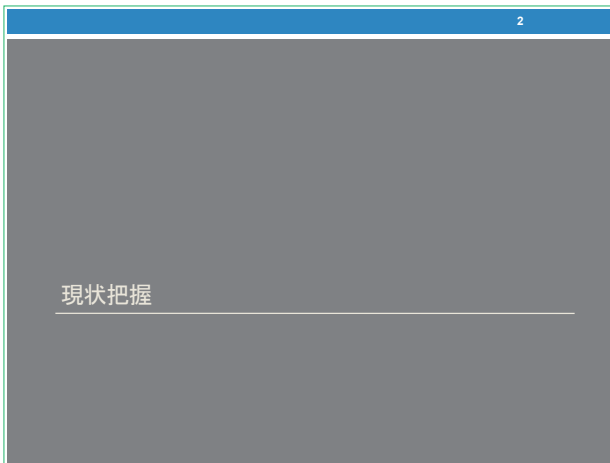
ていくということができれば、素晴らしいことだなとい
うように思っています。



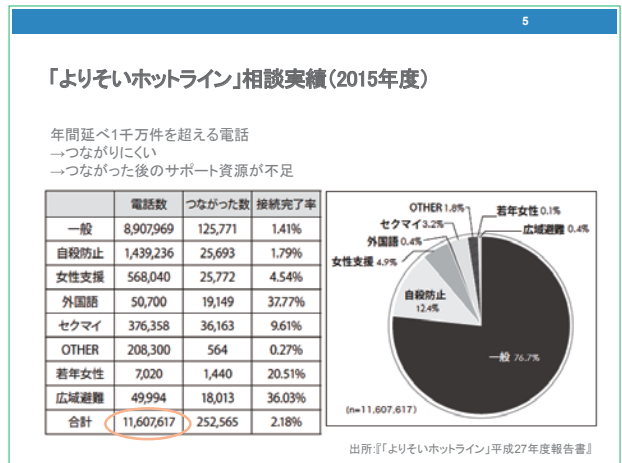
図表 1



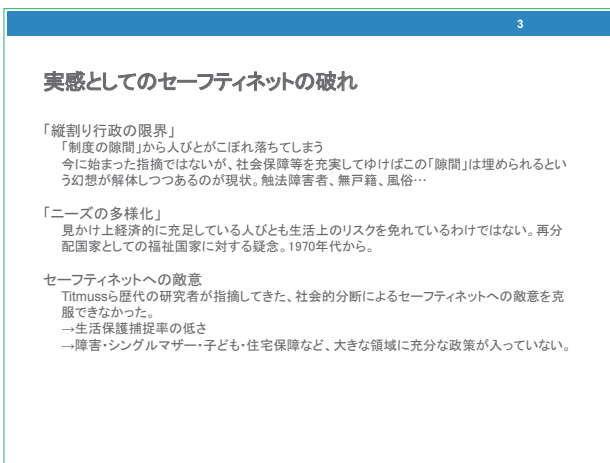
図表 4



図表 2



図表 5



図表 3



図表 6

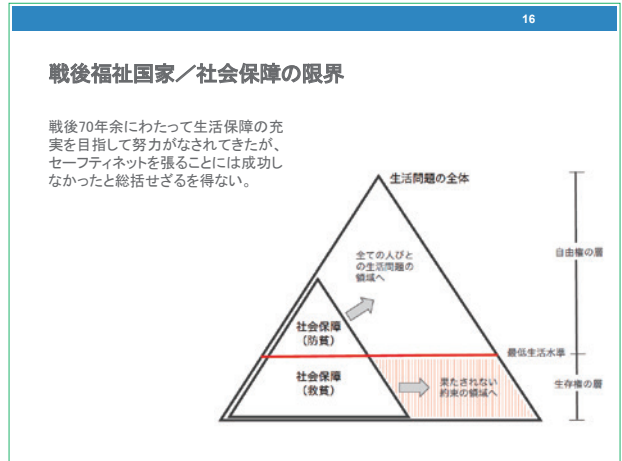
13

人口に占める社会的養護委託の割合

国・州（統計の年度）	18歳未満人口の概算	社会的養護の人口	18歳未満1万人に対する割合
オーストラリア (2006)	4,956,714	29,695	49
オーストラリア/NSW (2006)	1,791,379	9,259	56
オーストラリア/Queensland (2006)	976,343	5,037	58
カナダ (2001)	7,590,000	76,000	100
カナダ/Alberta (2006)	727,235	8,539	11
オーストラリア/Queensland (2006)	2,704,823	17,204	64
デンマーク (2006)	1,396,872	12,671	104
フランス (2006)	13,448,267	137,685	102
ドイツ (2004)	14,628,823	110,206	74
アイルランド (2003)	1,076,900	5,650	50
イタリア (2000)	10,194,943	36,400	34
日本 (2003)	23,196,000	36,200	17
ニュージーランド (2006)	1,006,645	4,962	49
ノルウェー (2004)	1,174,489	8,137	68
スペイン (2004)	7,246,000	38,418	51
スウェーデン (2004)	1,910,967	12,161	63
韓国/Seoul (2005)	11,399,000	60,900	55
韓国/Seoul (2005)	45,314	2,631	56
韓国/Seoul (2007)	1,066,646	7,006	66
韓国/Seoul (2005)	418,900	4,380	71
アメリカ (2006)	74,000,000	89,652	66
アメリカ/Florida (2006)	14,464,654	17,945	55
アメリカ/Washington (2006)	2,433,144	10,034	58
アメリカ/Washington (2001)	1,599,000	8,821	58

出所：津崎智雄 [2009]

図表 13



図表 16

14

日本の公的扶助

表1 先進諸国の公的扶助制度の受給率と負担率

国	制度名	受給率	負担率 (OECD基準, 2006年)
日本	生活保護制度	1.6% (2012年)	16.7%
スウェーデン	社会サービス法に基づく経済的援助	4.0% (2008年)	6%
ドイツ	求職者基礎保障 (低賃金労働者)	8.2% (2009年)	14.4% (EU)
フランス	収入差補給制度	5.7%	9.1%
イギリス	所得補助 (一人親)、雇用支援手当 (障害者)、求職者手当 (求職者)、年金クレジット (高齢者) 等	9.27%	16% (EU)
アメリカ	貧困家族一時扶助 (子どものいる低所得世帯)、補足的養育扶助 (食費扶助)、補足的所得保障 (広範囲の障害者・高齢者)	1.42% 13.05% 2.49%	17.1%

出所：尾野・小久保・吉永 [2011]。[EU] は EU 基準 (中央費の99%)。

出所：阿部彰「生活保護への4つの批判」『福祉他「生活保護」2013年, p. 25

図表 14

17

現在の政策思考に展望はあるか

私たちはこの事実あまりに慣れすぎ、この事実を前提として政策や研究を考える習慣に陥ってはいないか。

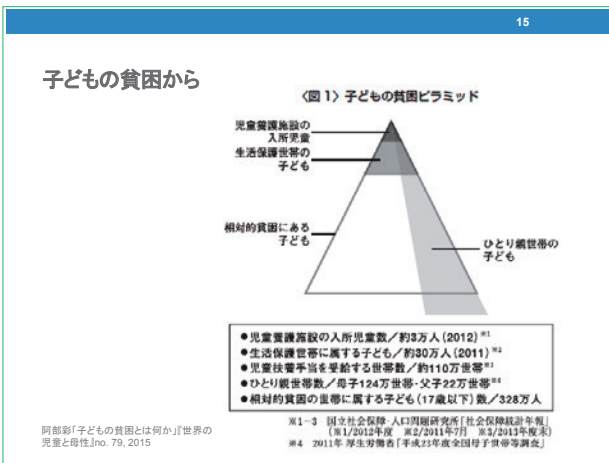
現在の政策思考パターン

- ① アドホックに「隙間」を見つける努力 (地域福祉を含む)
- ② 生活保障を効率化する努力
- ③ 人びとの利害をバランスさせる努力
- ④ 人びとにアピールする社会問題の探索

この延長線で、生活困難の「隙間」を埋め、低負担低福祉に固定化されている現状から脱却することは困難と考えられる

Cf. 新しいリスク論、ワークフェア論、社会的投資国家論、子どもの貧困論、承認パラダイム論...

図表 17



図表 15

18

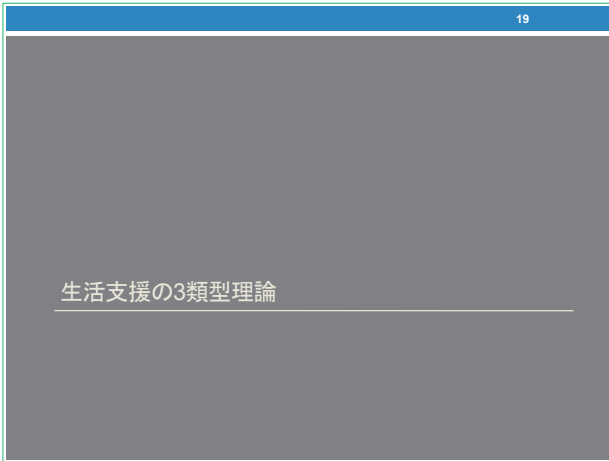
政策学者に求められている知的貢献とは何か

次の2つの論点のために研究上の資源を投入する必要がある。

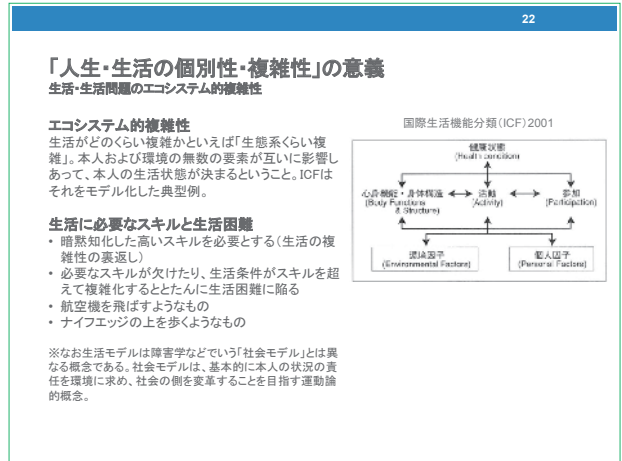
1. 生活困難全般に普遍的なセーフティネットを構築する方法
2. 必要なコストの負担についての社会的合意を可能にする方法

上の2つの課題に目処をつけることができれば、それは「現代のベヴァリッジプラン」の名に値する政策提案となる

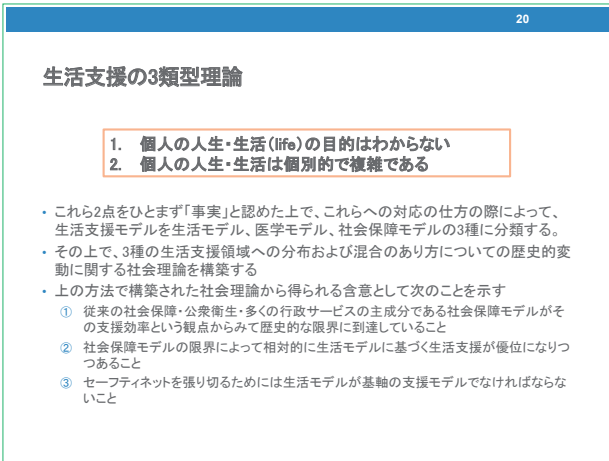
図表 18



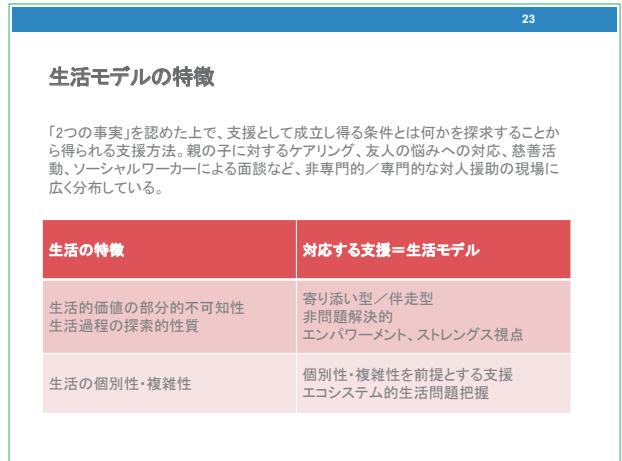
図表 19



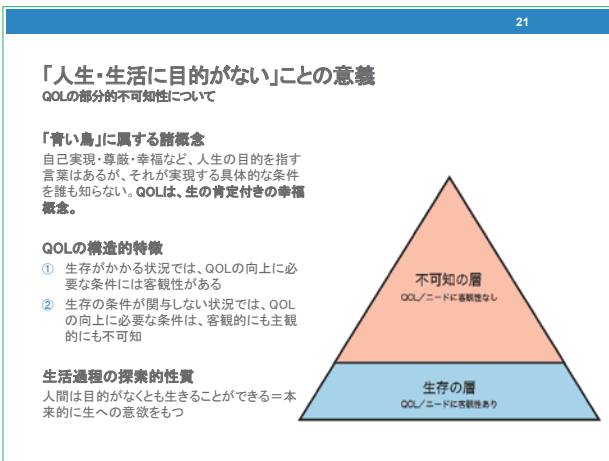
図表 22



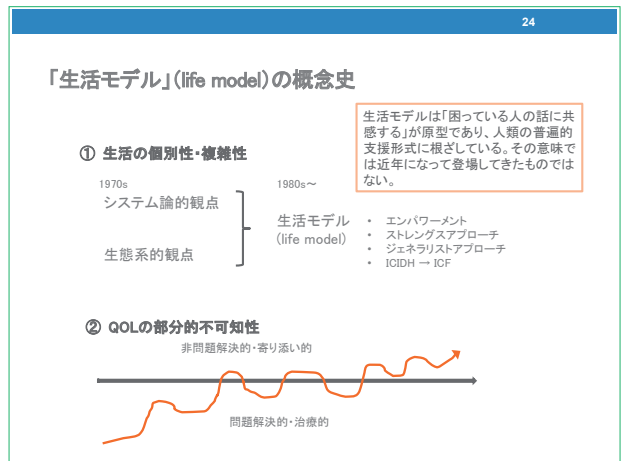
図表 20



図表 23



図表 21



図表 24

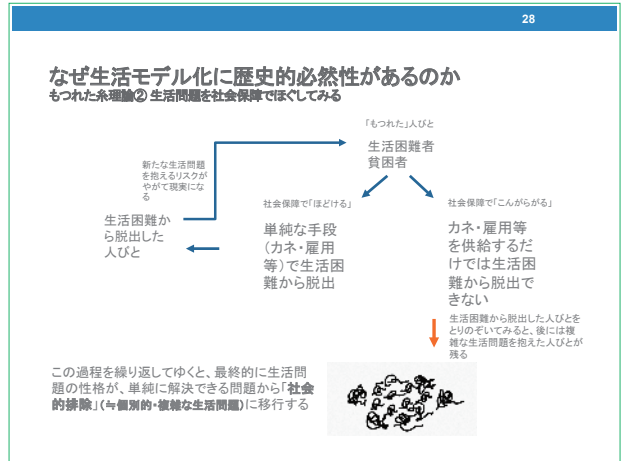
25

生活支援の3類型

比較によって生活モデルを理解する

	生活モデル	医学モデル	社会保障モデル
QOLへの態度	QOL不可知	代理目標 (医学的意味での正常)	代理目標 (所得増減、リスク減少等)
生活の複雑性への態度	エコシステムの	還元主義的 (医学的治療の範囲内に原因と解決法を見出す)	還元主義的 (所得不足、タバコ等)
対象の規模	臨床的	臨床的	集团的
個人の苦しみへの応答	応答的	応答的	非応答的
支援の焦点	エンパワーメント	効果	効率

図表 25



図表 28

26

生活モデル化の歴史的潮流

生活モデル化(1970s~)

福祉・医療など生活支援に関わる全領域で支援の作法の重点に転換がみられる

- ソーシャルワーク**
70年代以降「生活モデル」「エコロジカルソーシャルワーク」「ジェネラリストソーシャルワーク」が主流化
- ヘルスケア**
障害者福祉・リハ領域から基本的な考え方が流入(80年代)し、90年代以降広まる。
- 社会福祉**
「異常のニード」から「非異常のニード」へ(普遍的福祉)
- 社会政策**
単純な貧困観から社会的排除へ

図表 26

29

なぜ生活モデル化に歴史的必然性があるのか

リボン理論①

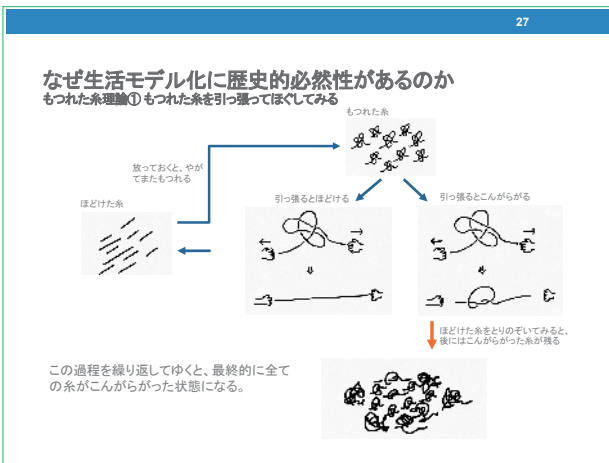
社会の成員全員が共通かつ単一の生活課題を抱えている場合

当該の生活課題を狙い撃ちする政策を社会全体に実施するため、政策効率是非常に高い。
(例)
・ 戦後の社会保障
・ 伝統的な公衆衛生政策

生活課題1									
生活課題2									
生活課題3									
生活課題4	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
生活課題5									
生活課題6									
生活課題7									
生活課題8									
生活課題9									
生活課題10									

A3/G A4/G A5/G A6/G A7/G A8/G A9/G A10/G

図表 29



図表 27

30

なぜ生活モデル化に歴史的必然性があるのか

リボン理論②

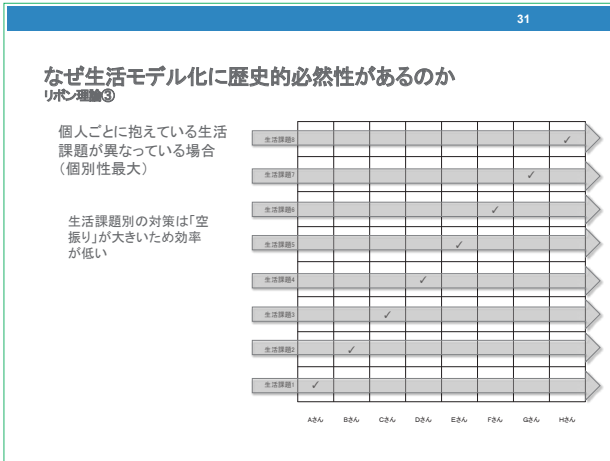
個人によってある程度生活がばらけている場合

合理的な政府であれば、生活課題5→3→7の順で政策を実施するはず。この場合、政策が進展するにつれ、政策の限界効率は減滅する。

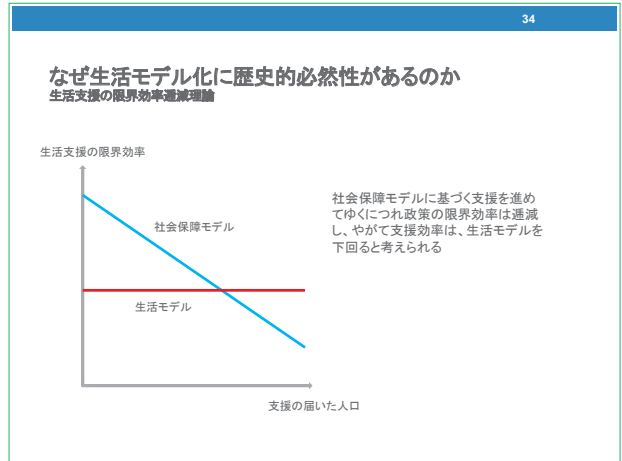
生活課題1									
生活課題2									
生活課題3	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
生活課題4									
生活課題5									
生活課題6									
生活課題7									
生活課題8									
生活課題9									
生活課題10									

A3/G A4/G A5/G A6/G A7/G A8/G A9/G A10/G

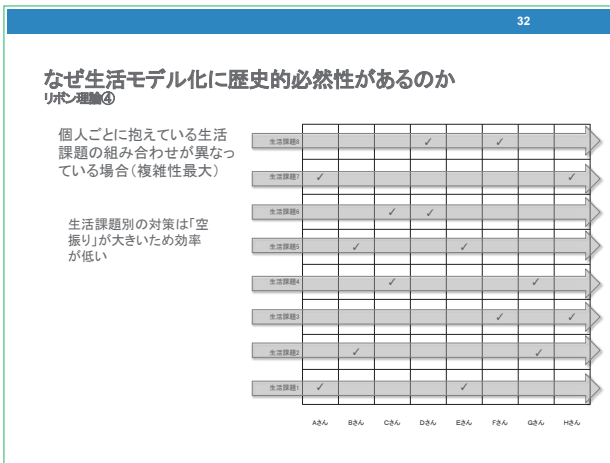
図表 30



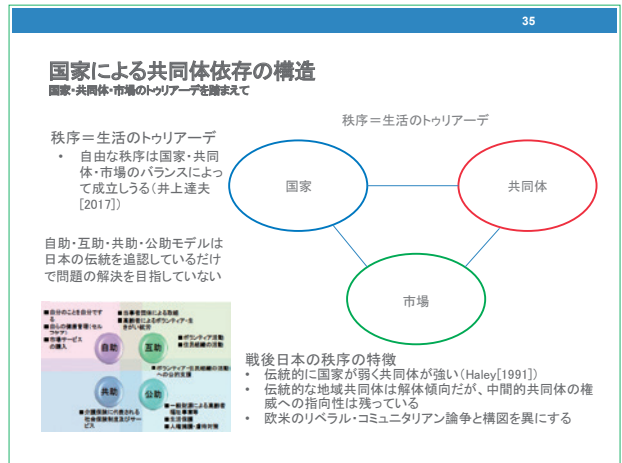
図表 31



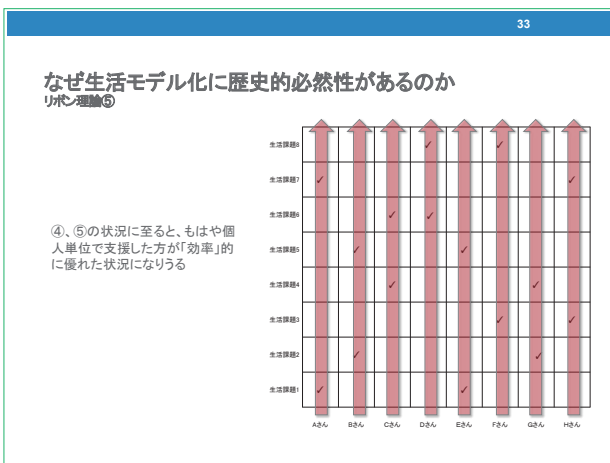
図表 34



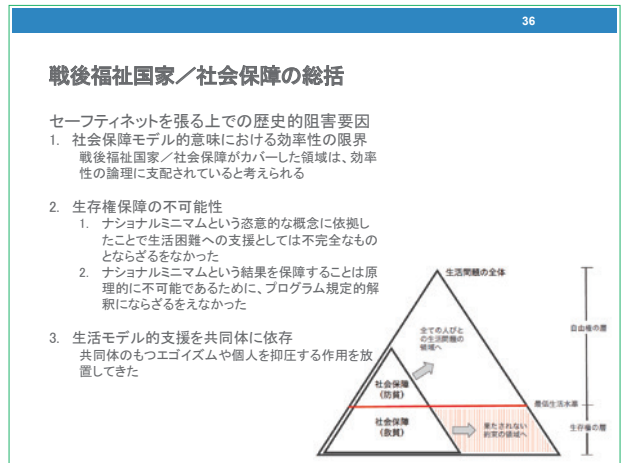
図表 32



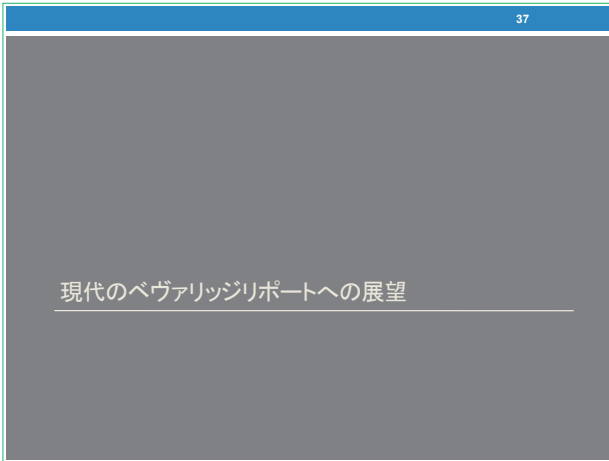
図表 35



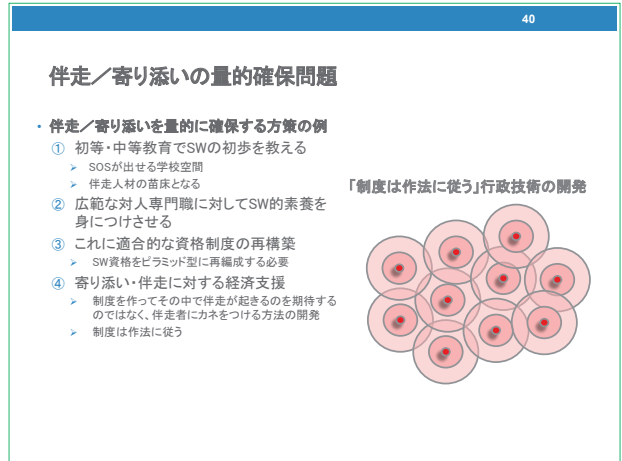
図表 33



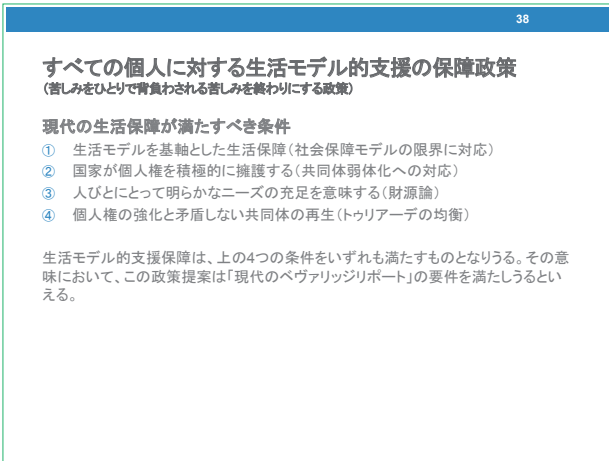
図表 36



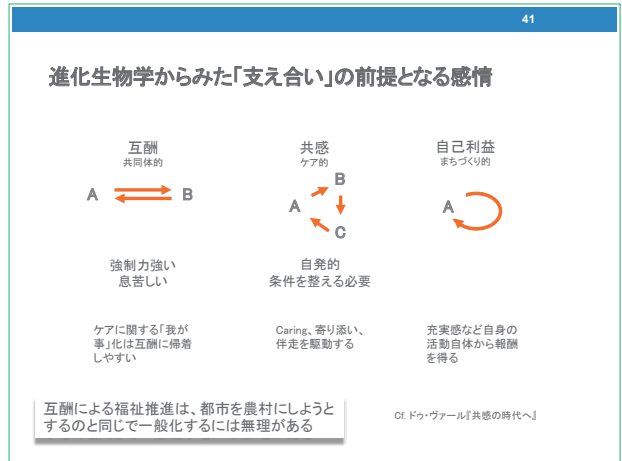
図表 37



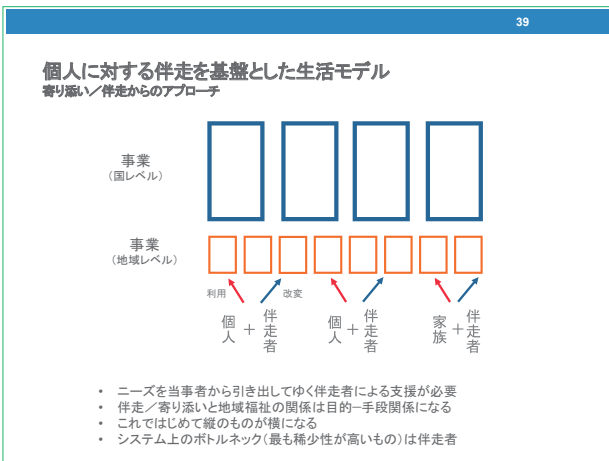
図表 40



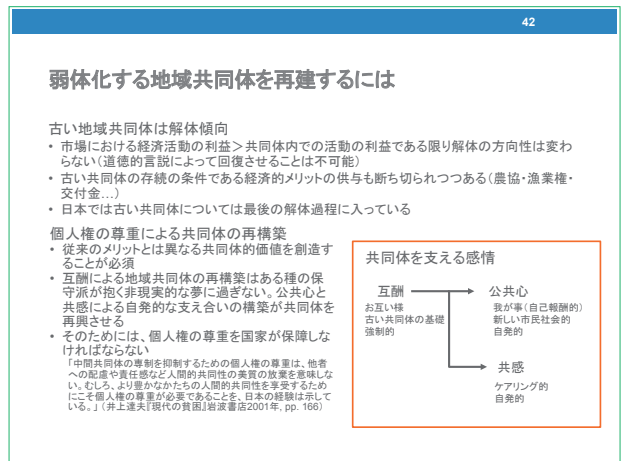
図表 38



図表 41



図表 39



図表 42

今後の超高齢・少子社会と医療・社会保障の財源選択

—『地域包括ケアと福祉改革』序章をベースにして

二木 立（日本福祉大学相談役・大学院特別任用教授）

まず報告1です。

『地域包括ケアと福祉改革』（勁草書房、2017年3月）の序章でこのことを論じています。私は学生時代からヘーゲルを学んでいまして、「何事かを成し遂げようとする者はおのれを限定しなければいけない」という教えをずっと守ってきて、自分の専門である医療、最近は介護や福祉も入っていますが、それ以外の一般的なことは、勉強はするけれども活字にはしないという美学を守ってきたのです。しかし、今回はその禁を初めて破り、序章に「今後の超高齢・少子社会を複眼的に考える」を置きました。

率直に言いますが、序章には私のオリジナリティーはほとんどありません。権丈副議長を含めた先行研究を整理したという次元ですが、なぜこのような序論を書いたかということ、「はじめに」にも書きましたが、医療・福祉関係者を含めて、広く国民に悲観論が蔓延しています。財政難だから、少子高齢化が進むから、社会保障・医療の拡充はありえない。そういう悲観論は一面的ですよということを指摘したかったために、これを書いたのです。

ただ、一面的ということは間違っているということではありません。ここは注意していただきたいと思います。そこで、3つの誤解を解いたつもりなのですが、1番目「今後も社会の扶養負担は増加しない」と、2番目「日本の労働生産性伸び率は欧米と比べて低くない」は権丈副議長がお話しされたので省略し、3番目の誤解、「日本は高医療費国になったとは言えない」について少し話したいと思います。

去年突然、日本は医療費が高い国になったということが、「日本経済新聞」やそちらの傾向の研究者から主張されるようになりました。確かにOECDの統計だけを見ると日本は3位です。アメリカ、スイス、日本の順で、数字そのものは間違っていない。ただ、2位のスイス、3

位の日本、4位のドイツ等はほとんど団子状態です。しかしこの数字でいちばんおかしいのは、それぞれの国の人口の高齢化の違いを補正していないということです。

今から20年前、1990年代は私もこの指標を使っていました。当時日本の高齢化は、アメリカを含めたいわゆる欧米諸国と似たようなものでしたから、その指標でそれほど問題はなかったのです。しかし、この20年間で日本の人口高齢化率が圧倒的に高くなって、今や外れ値の次元です。ですから、そこを補正しないとイケない。これは実際に国内ではやっています。医療費の都道府県別格差などと、厚生労働省が統計を毎年出していますが、その場合は単純な1人当たりの医療費ではなくて、人口構成を補正しています。

それと同じことを国際比較する場合でもやらなければいけないということを考えていたら、当時京都大学にいらした柿原さん、それから日医総研の前田研究員が補正しています。それによると、日本は今でも下位で、G7だとイギリスに次いで低い。それからもう1つ、OECDは2010年代に入って医療費の定義を変えたのです。それまでは狭義の医療費でしたが、2011年から定義が変わり、今は日本風に言うと介護保険費用も入り、正確に言うと、医療・介護費なのです。

すると意外なことに、これは香取委員の努力その他があると思いますが、日本の介護費用は、スウェーデン等の北欧諸国を除けば、先進国でトップクラスです。ですから、医療・介護費用が結構いい線をいっているというのは事実ですが、「日本経済新聞」などが宣伝する場合には、狭い意味の医療費だと誤解されるようなことを言っているのも、それはおかしいと指摘しました。

資料1の3ページ「おわりに」で、今後の医療・社会保障費の財源についての私の価値判断を簡単に書いています。「医療・社会保障費の厳しい抑制が続けられた場合

には、社会格差がさらに拡大し、国民統合が弱まる危険がある。その予防のためにも、社会保障の機能強化が必要。特に私がここで強調したいのは、今や国民皆保険制度は、医療の枠を越えている、つまり国民医療を守るというだけではなく、日本国民の一体感、統合性、日本社会の安定・統合性のためにも、決定的に大事であるということです。この点は井手委員が日本は今や分断社会になっているとおっしゃって、私もそう思うのですが、そのなかでかろうじて国民の一体感が保たれているのが、国民皆保険制度なのです。それを壊してはいけないということを経験すべきだと思っているわけです。

社会保障のうちでも特に生活保護などは「最低限保障」であるのに対して、医療、それから介護もそうだと思いますが、それは「最適保障」、必要で十分で最適な保障なのだということを確認したいと思っています。これは私の願望ではありません。小泉内閣が2003年にそのことを閣議決定していて、その部分は素晴らしい閣議決定だと思います。

国民皆保険制度を維持あるいは堅持することに関しては、国会に議席を持っている全政党が賛成しています。自民党から共産党までです。厳密に言うと、小泉政権の時代、それから2010年前後でも、橋下氏が元気だったころの大阪維新の会は、国民皆保険解体に近いことを言っている人が一部いましたが、今はいません。ですから、国民皆保険の維持・堅持を前提にすると、自動的に財源は社会保険料が主ということになるのです。これは香取委員などがまとめた社会保障費の長期推計でも、それを前提にしています。私は賛成です。

公費に関してどうするかということは、いろいろ議論しないといけません。ゴチックに書いているように、私は公費の財源は、理想論というか、あるべき論で論議するのは意味がないと思っています。医療費増加の財源選択は、財源調達力と相対的な政治的実現可能性の両方から判断する。霞ヶ関埋蔵金は使わないということを書いています。

あと、私は消費税には決して反対はしません。しかし、国民の消費税に対する反感の強さがあります。つい最近(9月)に発表された健保連の医療に関する意識調査によると、驚いたことに、公費負担を増やすことに関しては、消費税を上げるよりも所得税を上げるほうが多くなっているご時勢です。ですから、私は公費に関しては、消費税を含めた、バランスを持ったいろいろな財源が必要だ

と考えています。

次に報告2です。

7月に日医総研の江口研究員がまとめた「第6回日本の医療に関する意識調査」がありますが、ほぼ同じ形式でずっと続けている調査は国際的にみてもこれだけで、これは世界に冠たる調査です。

最近私が驚いたのは、前病院委員会委員長の真野先生が新著『医療危機』(中公新書)で、ロイター通信を引用して、日本の医療の満足度は低いと書いていることです。しかし、結論から言いますと、日医総研調査によると、日本の医療の満足度は、受けた医療の満足度も医療制度の満足度も高い。これだけだったら、「ああ、日医総研の調査でしょう」と逃げられてしまうのですが、それが2008年以降毎回上昇し続けているのです。満足度の絶対水準は質問の仕方でも結構変わるのです。健保連の調査などは全然違います。しかし、私は同じ様式で質問をして、満足度がどんどん上がっているということに注目すべきだと思います。

『文化連情報』11月号に発表する「医療時評」(154)では、日医総研とほぼ似ている調査で、厚生労働省の「受療行動調査」と日本医療政策機構の調査も紹介しています。この2つの調査とも、満足度が上昇傾向という点では日医総研調査と同じです。調査方法が違うので満足度の絶対水準は違いますが、ということで日本医療の満足度、この場合大事なのは受けた医療そのもの、それから制度としての満足度の両方が高くなっていることについては、医師会なども誇りを持ってよいのではないかと思います。

ただし国際的に見ると、日本の医療の満足度は確かにまだ低いのです。ただ、これについては、『医療改革』(勁草書房、2007)に収録した論文「医療満足度の国際比較調査の落とし穴」に書きましたが、医療満足度という指標は独立していないのです。先ほどの権丈副議長の資料の言葉を借りると、医療満足度がいわば上部構造で、下部構造に生活満足度があるのです。ですから、日本の医療満足度の他国に比べての低さの理由の1つは、生活満足度が低いせいがある、それに引っ張られているという面があるのです。ですから、この日医総研の第4回調査、それからほかの調査でもそうですが、医療満足度を分子にして生活満足度を分母にする相対的な医療満足度を見ると、日本はあまり低くない。各国とも大体似たような

ものなのです。

それからもう1つ、これは世論調査の国際比較で明らかになっているのですが、日本人は「素晴らしい」とか「全然駄目だ」という両極端の答えはあまりしないのです。アメリカ人は逆です。日本は中間に答える癖がついているので、満足度が低くなるのです。

私は映画が好きでよく見るのですが、アメリカの教員は生徒の出来がよいと、すぐ「パーフェクト」と言います。それに対して、日本の教員は生徒に「完全」とはまらず言わない。そういうカルチャーの違いがあるのです。このような国民の答え方の違いを無視して高い・低いを論ずるのは意味がないということを、このだいぶ前に書いた論文では書いています。

あと、日医総研の第6回調査でもう1つ私が良かったなと思ったのは、日本国民の医療の平等意識がものすごく強くて、これは一貫しています。7割の国民が平等な医療に賛成。お金がある・なしで違う医療でもよいという人が2割。あと大事なのは、アメリカなどと違い、日本は所得階層間での意見の違いが少なく、階層間の違いはたった5%なのです。

ということで、医療に関しては、日本はまだまだ分断されていないことが分かるのです。

それから、これは権丈副議長の先ほどの報告にかかわりますが、医療機関の受診のあり方について、「病気の程度にかかわらず、自分の判断で選んだ医療機関を受診する」、完全なフリーアクセスに対する賛成は3割で意外と低いのです。「最初にかかりつけ医など決まった医療機関を受診し、その医師の判断で必要に応じた専門医機関を紹介してもらい受診する」が7割です。これは「社会保

障制度改革国民会議報告書」が提起したことを国民も受け入れる土壌があるのではないかと考えています。

次に報告3です。

私が医療者の自己改革を主張するのは結構筋金入りです。私は皆さんと同じように、医療費の総額を増やさなければいけないと前から言っていますが、1990年前後から、それを国民に言うだけでは不十分で、医療者の側がきちんと自己改革しないと国民の理解は得られないと、本を出版するたびにずっと言っていたのです。

この点に対しては、小松秀樹医師に批判されたことがあります。「二木さんは国民・患者に譲りすぎだ」と。私はそれに対して「医師は何やかんや言ったって強い立場にあるのだから、強い立場にある人が主観的には譲りすぎだと思うぐらい譲らないと、国民の支持は得られせんよ」と反論したことがあります。

そして大変うれしいことに、「社会保障制度改革国民会議報告書」の3ページは、規制緩和された日本の医療制度の特徴を踏まえて、今後の改革は市場の力でもなく、政府の力でもない、データによる制御を持った医療ニーズと提供体制のマッチングを図るシステムの確立を提唱するとともに、医療専門職団体の自己規律を強調しています。この部分は、私が尊敬しているアメリカの医療経済学者のフックス先生がおっしゃっている「第三の道」、規制か市場かではなくて専門職規範（倫理）を再活性化するとの主張を踏まえて書かれたと私は思います。この姿勢を今回の医療政策会議の最終的な報告書でもぜひ入れていただきたいと思っています。

〔報告 1〕

『地域包括ケアと福祉改革』（勁草書房，2017年3月）について

- 日本福祉大学学長時代（2013～2016年度）の4冊目の単著。
- 前著『地域包括ケアと地域医療連携』（勁草書房，2015）に続き、地域包括ケアと地域医療構想を検討+2015年以降の福祉改革について包括的に分析した初めての本。
- 章立て：

序章 今後の超高齢・少子社会を複眼的に考える—医療・社会保障改革を冷静に見通すための前提

- 第1章 地域包括ケア政策と地域医療構想の展開
- 第2章 福祉改革の展開—「新福祉ビジョン」から「我が事・丸ごと」地域共生社会へ
- 第3章 第二期安倍政権の医療・社会保障費抑制政策
- 第4章 保健医療分野のパラダイムシフト論とオプジーボ亡国論の検証
- 第5章 私の行ってきた研究の視点と方法

（以下、※と・は『地域包括ケアと福祉改革』序章への補足）

はじめに

- 今後の超高齢・少子社会についての3つの私の事実認識と「客観的」将来予測を述べる。
- これにより、医療・福祉関係者を含め広く国民に蔓延している悲観論が一面的であることを示す。
- ※「悲観論が一面的」=すべて間違っているわけではない。「敢えて希望を語る」。
- 最後に、今後の医療・社会保障費の財源選択についての私の価値判断を述べる。

1 医療・社会保障改革の目標年の変化：2025年から2035～2040年へ

2 今後も社会の扶養負担は増加しない

- 通説：社会の扶養負担の指標 = $[65歳以上人口 \div 20 \sim 65歳以上人口]$ は今後急増。
- それとは異なる指標： $[(65歳以上人口 + 20歳未満人口) \div 20 \sim 65歳以上]$ 、より正確には $[非就業者数 \div 就業$

者数] は今後も1対1でほとんど変化しない。

※伊東光晴氏が1982年に指摘。その後、川口弘・川上則道氏、権丈善一氏も主張（図1）。

※里見賢治氏も1983年に詳細に論じていた：「『高齢化社会』論と福祉政策—通説的『高齢化社会』論への疑問」『社会問題研究（大阪府立大学社会福祉学部）』32（2）：89-128，1983年3月。+『日本の社会保障をどう読むか』（労働旬報社，1990）第4章5「日本経済は高齢化によって破綻するか」（117-121頁）。

※対象は、国民の「生活費」全体（社会保障給付費+その他の公的費用+私的費用）。

※未成年者の社会保障給付費は高齢者に比べると少ないが、教育費が高額。

※以上は、社会保障の話ではなく、社会全体としての扶養の話。

→社会が創り出す富のうち、社会保障等にどれだけ配分するかは「社会的選択」。

○女性と高齢者等の就業率向上と労働生産性の向上が必要。

※私の毎年の日本福祉大学学位授与式での学長式辞。

※“The economics of longevity：The new old” The Economist July 8th, 2017.：「高所得国の高齢者が享受している健康長寿は、個人にとってだけでなく、経済と社会にとっても、福音（a boon）でありうる。このような長寿の配当を実現する鍵は65歳を超えての経済活動への参加を促進することである」。

※日本老年学会等が2017年1月に高齢者に関する定義の変更を提言。

※大内尉義「高齢者75歳以上提言には科学的な根拠がある」『中央公論』2017年6月号。

○留意すべき2つの点。

※総人口は今後急速に減少するため、GDP総額を今後大幅に増やすことは困難。

※日本の2015～2040年の年平均人口減少率は約0.6% vs 日本経済の潜在成長率は1%を割る

※女性・高齢者の就業力上昇は地域の「互助」力を低下させる。

3 日本の労働生産性伸び率は欧米と比べて低くない

○『平成28年版労働経済白書』の「賃金と生産性の国際比較」図（図2）。

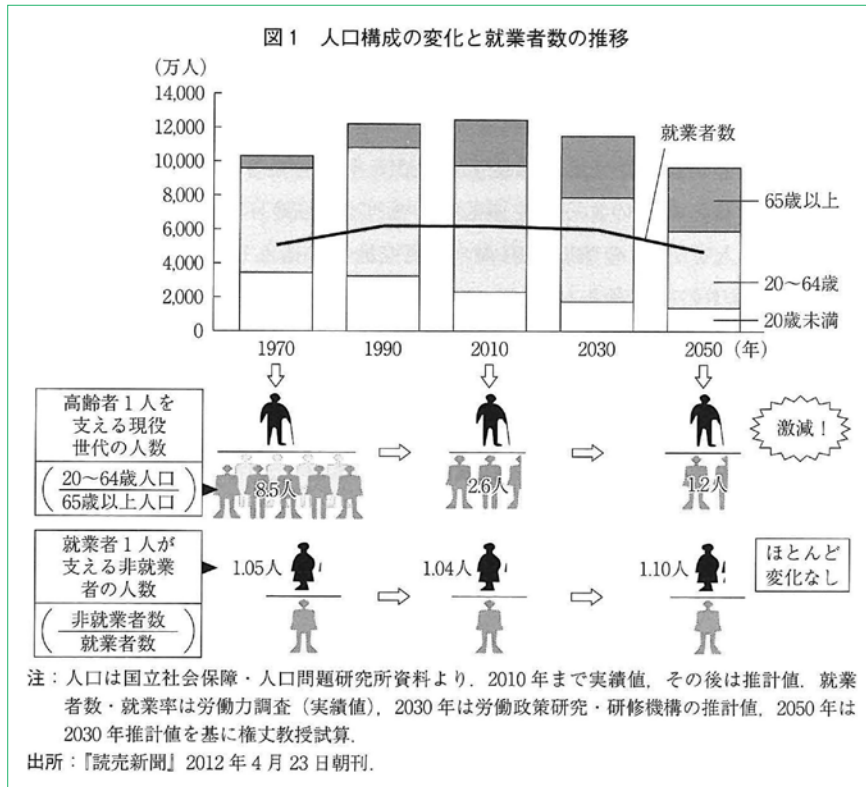


図1

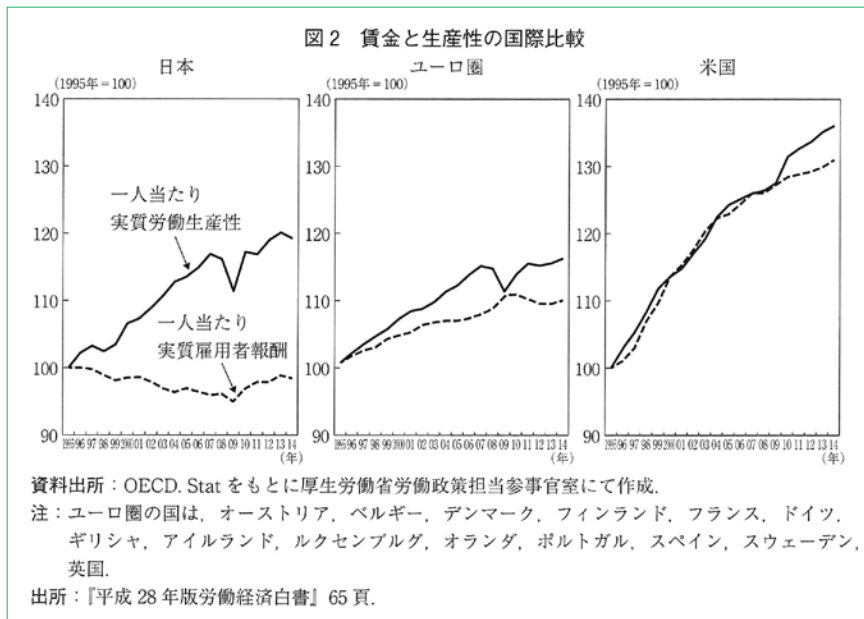


図2

*ピケティ『21世紀の資本』：「1人当たりGDP成長率は1980年以降、あらゆる富裕国でほぼ完全に同じ」。

○しかし、欧米諸国と異なり、労働生産性上昇が実質賃金上昇に結びついていない。

※その結果、企業の内部留保が急増：2016年末で375兆円。

4 日本は高医療費国になったとは言えない

○OECD統計：日本の医療費水準（対GDP比）は加盟国中第3位で「高医療費」国？

○人口高齢化率の違いを補正した「医療費の真の国際比較」では日本は下位（柿原浩明氏、前田由美子氏）。

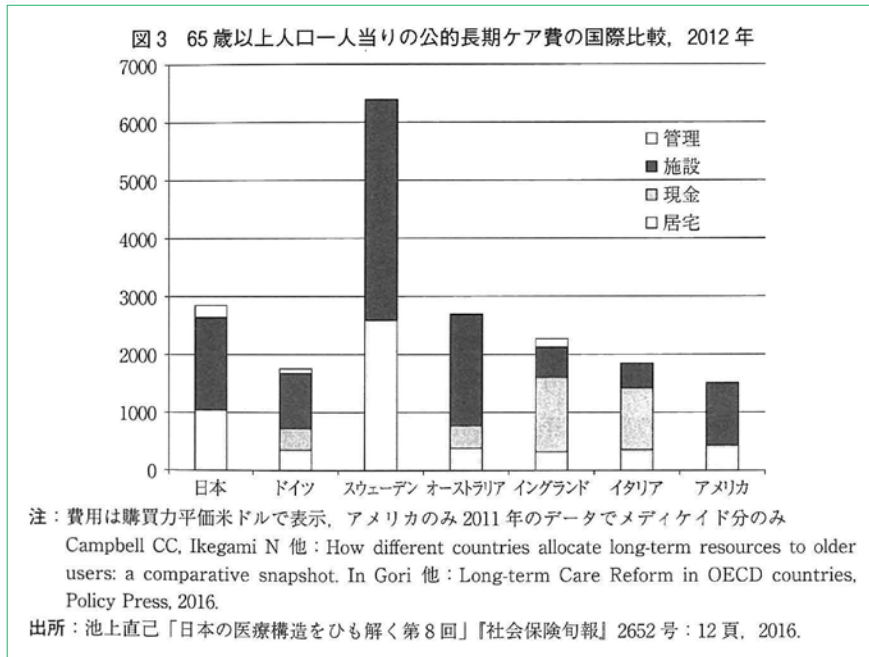


図3

※厚生労働省「平成27年都道府県別年齢調整死亡率の概況」：粗死亡率と年齢調整死亡率で順位は全く変わる。
例：大阪府・男 37位→8位、愛知県男・43位→14位、長野県・男 22位→47位。

○OECDの「医療費」には2011年以降「長期ケア費用」も含まれる。

*日本の65歳以上1人当たり公的長期ケア費用はG7でトップ（北欧諸国よりは低い）（図3）。

おわりに—今後の医療・社会保障費の財源についての私の価値判断

○医療・社会保障費の厳しい抑制が続けられた場合には、社会的格差がさらに拡大し、国民統合が弱まる危険がある。その予防のためにも、「社会保障の機能強化」が必要。

※私が最初に「社会の安定性・統合性」に触れたのは1994年：「公的医療費の拡大による日本医療の質の引き上げと医療へのアクセスの確保が、わが国の安定性・統合性を維持・発展させる上でも不可欠」（『「世界一」の医療費抑制政策を見直す時期』勁草書房, 1994, 156頁）。

※以上の大前提：「社会保障として必要かつ十分な」「最適の医療が効率的に提供される」国民皆保険制度と民間非営利医療機関主体の医療提供体制の維持（「」は小泉政権の2003年3月の閣議決定「医療制度改革基本方針」の表現。この意義については、『医療改革と病院』勁草

書房, 2004, 14-17頁）。

・医療の「最適保障」を日本で最初に提唱したのは藤澤益夫氏（『医療保障における現金と現物』『週刊社会保障』451号, 1968）。

※医療格差を縮小するための私の【医療保険制度】改革提案（日本学術会議2010年シンポジウム。『民主党政権の医療政策』勁草書房, 2011, 第6章第2節）。【添付論文1】

- ・社会保険料を主財源とする公的医療費拡大。
- ・国民健康保険制度の改革：①国庫補助率の引き上げ、②保険料の「応能負担」化と低所得者の保険料の大幅減免、③資格証明書交付の廃止。
- ・保険者間の財政調整。
- ・患者の自己負担割合の引き下げ。
- ・高額療養費制度の改善。

○「社会保障制度改革国民会議報告書」（2013年8月）が提起した「負担能力に応じた負」（応能負担の強化）には大賛成。ただし、それは税負担（累進制の強化等）と社会保険料（標準報酬月額等の上限引き上げ）にのみ適用されるべきであり、患者・利用者負担は無料または低額の定額・低率の定率負担が望ましい

○日本の社会保障制度の歴史を考えると、社会保障の中心はこれからも社会保険であり、主な財源は保険料、補助的財源が消費税を含む租税。

*私は、2009年に出版した『医療改革と財源選択』以

来、このように主張。

※『医療改革と財源選択』第1章第3節&補論【添付論文2】

・医療費増加の財源選択は財源調達力と（相対的な）政治的実現可能性の両方から判断。

・歳出の無駄の削減は主財源にはならない&「霞ヶ関埋蔵金」にも期待できない。

→これらに固執していると、「今そこにある危機」=医療危機がさらに進んでしまう。

※2009年の民主党への政権交代→これらを財源とした「マニフェスト」は破綻。

・主財源は社会保険料と判断するまでの「私の」試行錯誤（添付論文2「補論」）。

*その後明らかになった、日本国民の強い「租税抵抗」、増税の難しさを考えると、現実的には、社会保険料を主とする財源確保しか道はないと判断。

※「主とする」≠社会保険料のみを財源とする。人口高齢化で公費負担割合は漸増。

*私は消費税は「社会保障の機能強化」のための重要財源だと考えてはいるが、租税財源を消費税のみに絞るのは危険であり、租税財源の多様化（所得税の累進制の強化、固定資産税や相続税の強化、法人税率の引き下げの

停止や過度の内部留保への課税等）が必要だとも判断。

※社会保険料か、公費（租税）かの二者択一の議論は無意味

・ほとんどの医療・介護・年金保険制度が、保険料と公費との混合方式。

・玉井金五氏：社会保険制度では1980年代から、医療、年金とも、制度間調整が導入。→「保険料、税という財源調達の代表的な手段に加えて、拠出金というもう一つの手法が取り入れられた」、「社会保険か税かの二者択一の世界はすでに過去のもの」（『財源調達と社会政策』『社会政策』9（1）：5-11, 2017）。

・このロジックは権丈善一氏が「こども保険」に対置して示した「子育て支援連帯基金」構想に通じる（『中日（東京）新聞』6月14日朝刊、「子育て支援の財源、誰が負担？」）。

※横倉会長も企業の内部留保の給与への還元を提示（2017年4月6日）。自民党谷垣幹事長（当時）も、内部留保の活用に賛意（2014年12月15日テレビ討論）。

※「骨太方針2017」の最大の問題点：2019年10月の消費税率10%引き上げ方針の消失（『日本医事新報』2017年7月1日号、「深層を読む・真相を解く」（65））

【添付論文 1】

医療・健康の社会格差と医療政策の役割
—日本学術会議市民公開シンポジウムでの報告

（『民主党政権の医療政策』勁草書房，2011年2月，第6章第2節，148-161頁）

はじめに

本節は、医療経済・政策学の視点から、日本の医療保障政策（以下、医療政策）の歴史に沿って、「医療・健康の社会格差と医療政策の役割」について、以下の4つの柱立てで述べます。

まず、第二次大戦前から1970年代までの医療政策を簡単に振り返り、「病気と貧乏の悪循環」（本シンポジウムの表現を用いると、「健康の社会格差」）を断ち切ることが、日本の医療政策の原点の1つであったことを指摘します。次に、1980年代以降四半世紀も続けられた厳しい医療費抑制政策により、国民皆保険制度の下でも医療受診の抑制と無保険者が生まれたことを指摘します。第3に、小泉政権時代の医療政策の2つの特徴を述べ、同政権下で行われた混合診療解禁論争では、それまでの医療政策ではタブーであった医療格差導入が公然と主張されたことを指摘します。最後に、今後の医療政策の対立軸を示し、医療格差を縮小するための私の5つの改革提案とその実現可能性について述べます。

なお、本シンポジウムの主題は「健康の社会格差」ですが、日本では医療政策の変化（特に医療給付率の変化）が健康の社会格差に与える影響についてのデータ・実証研究はほとんどないため、健康の社会格差の「代理変数」として医療受診の格差（医療格差）を用い、この間の医療政策の変化が医療格差に与えた影響を検討します。

1 「病気と貧乏の悪循環」を断ち切ることは
日本の医療政策の原点の1つだった

まず、第一の柱について述べます。医師で医事評論家の故川上武先生は、名著『現代日本病人史』で次のように述べました。「病気を病人の側にたってみようとする、病気の原因究明（診断）とその除去（治療）の技術進歩とならんで、病気の発生→悪化を社会（病人のおかれた状況）との関連でみる視角が絶対必要になってくる」¹⁾。

事実、日本で最初に成立した医療保障法と言える旧健

康保険法（1922年成立、実施は1927年）と旧国民健康保険法（1938年）は、この視角から、それぞれ労働者、農民が病気の罹患により貧困化することの予防、「防貧」を目的としていました。ただし、旧国民健康保険法には、当時進められていた中国侵略戦争遂行のための「健兵健民政策」の側面もあったことも見落とせません。

第二次大戦後に進められた医療保障制度の拡充政策でも、「病気と貧乏の悪循環」を断ち切ることが目指されました。そして、新国民健康保険法（1958年）では、第1条で「この法律は（中略）社会保障及び国民保健の向上に寄与することを目的とする」と高らかにうたわれました。これは憲法第25条の生存権規定を具体化したものです。

この新国民健康保険法を基礎にして、1961年には国民皆保険制度が達成されました。しかし、各医療保険制度は職業・社会階層別に分断された「モザイク」であったため、医療給付面でも、保険料負担面でも、大きな格差が存在しました。特に大きな格差は、健康保険本人（10割）と国民健康保険（5割）間の2倍もの給付率格差でした。そのため、国民皆保険制度成立直後の1960年代前半には、健康保険本人と国民健康保険、健康保険家族間だけでなく、年齢階級間にも大きな医療受診格差がありました。

65歳以上の高齢者の「有病率」が現役世代より高いのは時代を超えた自然現象と言えますが、1960年には、65歳以上の高齢者（大半が国民健康保険加入）の医療機関「受療率」は現役世代（健康保険本人が多い）のそれを大幅に下回っていました。同年の65～74歳の受療率（人口10万対）は4317であり、現役世代のうちもっとも受療率が高かった45～54歳の6121より、30%も低かったのです（厚生省「患者調査」）。

しかし、1960年代～70年代前半には医療給付が順次拡充されました。1968年にすべての国民健康保険の医療給付率が7割となり、さらに1973年の「福祉元年」には、国レベルでの老人医療費無料化、高額療養費制度の新設、健康保険家族の医療給付率7割化が実現しました。それにより、医療保険間の受療率格差はほとんどなくなり、高齢者の受療率も急増しました。

同じ期間に、日本人の平均寿命も急上昇しました。1960年の日本人の平均寿命は男女とも主要先進国より数歳短かったのですが、1960～70年代に急上昇して、1980年代前半には世界最高水準に達しました。この要因は多様

ですが、医療保険の拡充も大きく寄与したことは確かです。

2 1980年代以降の「世界一」の医療費抑制政策で受診抑制と無保険者が発生した

しかし、1980年代前半に自民党の中曽根政権は財政再建を錦の御旗にして厳しい医療費抑制政策を開始し、この流れを逆転させました。この政策は、その後四半世紀も続けられ、私は「世界一」厳しい医療費抑制政策と呼んでいます²⁾。医療費抑制政策は、医療機関に支払われる診療報酬の事実上の凍結と患者負担の拡大（医療給付率の引き下げ）による医療受診の抑制を2つを柱にしています。

(1) 患者負担の拡大と低所得労働者の受診抑制

患者負担の拡大については、まず1983年に実施され老人保健法により、老人医療費の無料化が廃止されて定額負担が導入されました。老人保健法はその後数次の改正を経て、2002年には原則1割負担（「現役並み所得者」は2割負担）となり、さらに2006年には現役並み所得者は3割負担となりました。次に1984年の健康保険法等「抜本改正」により、それまで10割給付だった健康保険本人に1割の自己負担が導入され、それが1997年には2割、2003年には3割に引き上げられました。

1984年には国民健康保険法も改正され、国民健康保険国庫補助率が従来の医療費ベースで45%から給付率ベースで50%（医療費ベースでは約35%）へと大幅に引き下げられました。そのため、これ以降、国民健康保険料の急騰が始まり、それに伴い医療保険料滞納世帯数が増加し始めました。

健康保険本人の1割負担導入は、一見わずかな負担増に見えますが、低所得労働者には大きな打撃となりました。具体的には、旧日雇い労働者健康保険加入者の受診率は、1割負担導入直後に急減しただけでなく、制度改正1年後にもマイナス18.5%に達していました³⁾。この受診率低下は健康保険全体の本人の制度改正1年後の受診率低下（マイナス4.7%）のなんと3.9倍でした。

なお、馬場園明氏（現・九州大学大学院教授）は、健康保険本人を対象として、「患者自己負担増と所得効果」の関係や「慢性疾患の受診に関する患者自己負担増の影響」について重回帰分析を用いた精緻な研究を系統的に行っており、注目に値します⁴⁾。それにより、1997年の

2割負担導入後、標準報酬月額が低い被保険者ほど受診率低下が大きかったこと、同じく2割負担導入後、高血圧症や糖尿病患者の永続的な受診率低下が生じたこと等が実証されています。

(2) 資格証明書交付による事実上の無保険者の発生

しかし医療給付率の引き下げよりももっと重大な受診抑制をもたらした政策は、国民健康保険料の1年以上の長期滞納者への「国民健康保険被保険者資格証明書」（以下、「資格証明書」）交付です。これは、1986年の国民健康保険法改正で、保険料滞納世帯対策として導入されました。当初は「できる規定」でしたが、2000年には「義務規定」化されました。資格証明書を交付された世帯は形式上は引き続き国民健康保険に加入していますが、医療機関受診時に医療費の全額を負担しなければならないため、事実上の無保険者と言えます。

資格証明書交付世帯数は、資格証明書の交付が義務化された2000年の9万6849世帯から、2006年には35万1270世帯へと、わずか7年間で3.6倍化しました。2007年にはやや減少しましたが、それでも34万285世帯です。厚生労働省も国保中央会も資格証明書交付世帯の実態調査を行っていないのに対して、全国保険医団体連合会（保団連）は2000年以降、毎年、独自に資格証明書交付世帯の受診率調査を行っています。最新の2007年調査によると、資格証明書交付世帯の平均受診率（データの得られた45都道府県の単純平均）は国民健康保険の一般被保険者の平均受診率のなんと53分の1でした⁵⁾。

(3) 文字通りの無保険者も存在

資格証明書交付世帯は形式上は国民健康保険に加入していますが、それ以外に、文字通りの無保険者（どの医療保険にも未加入である者）も相当数存在すると言われています。これの実態はまったく不明ですが、その一端を推察することは可能です。

例えば、厚生労働省「社会福祉行政業務報告」によると、生活保護の新規受給者中、受給開始時の医療保険「未加入」・「その他」の割合は2008年で31.8%です。意外なことに、この割合は1998年からほとんど変わっておらず、後藤道夫氏（都留文科大学教授）は、国民皆保険の「底抜け」状態は、小泉政権の「構造改革」より前から存在していたと指摘しています⁶⁾。

後藤氏はさらに厚生労働省「国民生活基礎調査」等を

用いて、「保険診療を受けるのに困難を抱えた」14歳以下の子どもが2007年に21万人もいると推計し、これは厚生労働省が公式に発表した資格証明書交付世帯の子ども3.3万人（2008年）よりはるかに多いと主張しています⁶⁾。

もう1つ文字通りの無保険者が相当数存在することを示唆する資料は、全日本民医連「2009年国民健康保険などの死亡事例調査報告〈第4回〉」です。それによると、2005～2009年の5年間に確認された「無保険もしくは短期・資格証明書交付により病状が悪化し死亡したと考えられる」119事例のうち、文字通りの無保険者は55.4%で、過半数を超えていました⁷⁾。

3 小泉政権時代の混合診療解禁論争では医療格差導入が公然と主張された

第三に、小泉政権時代の医療政策の特徴を簡単に述べ、同政権下で行われた混合診療解禁論争では、それまでの医療政策ではタブーであった医療格差導入が公然と主張されたことを示します。

(1) 医療受診抑制の広がり

2001年4月から2006年9月まで5年半も続いた小泉政権の医療政策には2つの特徴があります。1つは伝統的な医療費抑制・患者負担増加政策がさらに強化されたことです。その結果、日本は2004年には主要先進国(G7)のうち医療費水準(対GDP比)は最低だが、患者負担割合(対総医療費)は最高という、大変歪んだ医療保障制度を持つ国になりました⁸⁾。

1990年代までのごく一部の低所得層に限定されていた医療受診の抑制も広がったと言えるようです。例えば、国立社会保障・人口問題研究所「2007年社会保障実態調査」によると、過去1年間健康ではなかったが医療機関を受診できなかった世帯は2.0%存在し、そのうち14.2%が健康保険に加入していないため、38.4%が自己負担の割合が高いなど経済的な理由をあげていました⁹⁾。日本医療政策機構「日本の医療に関する2007年世論調査報告」では、「過去1年間具合が悪いところがあるのに費用がかかるという理由で医療機関に行かなかったことがある」との回答が26%にも達しており、しかもこの割合には経済力による大きな格差がありました(低所得・低資産層で40%、高所得・高資産層では16%)¹⁰⁾。両調査の結果はかなり違いますが、その理由は不明です。

(2) 混合診療解禁論争と医療格差導入の主張

小泉政権の医療政策のもう1つの特徴は、医療分野への市場原理導入が図られたことであり、特に2004年には、小泉首相の直接の指示を受けて、混合診療解禁論争が活発に繰り上げられました(以下、(8):46-50頁)。その最大の論点は、一部のマスコミが主張するような混合診療解禁そのものの是非ではなく、混合診療の全面(原則)解禁か現行の部分解禁の維持・運用改善かでした。そして、この対立は、公的医療保険の給付水準についての理念の根本的対立(「最低水準」対「最適水準」)に根ざしていました。

具体的には、混合診療全面解禁論者は医療保険給付の「最低水準」説に立ち、患者の支払い能力による医療格差導入を正面から主張しました。それに対して、混合診療全面解禁の反対者(部分解禁の維持・運用改善論者)は医療保険給付の「最適水準」説に立ちました。これは、世界と学会の通説であるだけでなく、意外なことに小泉政権も閣議決定でこれを公式に認めました。具体的には、2003年3月閣議決定「医療保険制度体系及び診療報酬体系に関する基本方針」では、「社会保障として必要かつ十分な医療を確保しつつ、患者の視点から質が高く最適の医療が効率的に提供される」とされました。

なお、上述した1984年の健康保険法等「抜本改革」を主導した吉村仁保険局長(当時)は、医療関係者には「医療費亡国論」で有名(悪名高い?)ですが、同氏は、この法改正の国会審議では、今後も「必要にして適正な医療というものを保険の中に取り入れていく」とも答弁していました(1984年6月28日衆議院社会労働委員会)。

そして、このような混合診療解禁論争の背景には、医療の「公平」観の対立があります。具体的には、全面解禁論者にとっての「公平」な医療とは、市場メカニズムに従って需要・供給が決められる医療であり、支払い能力に基づく医療格差は当然とされ、逆に混合診療禁止は高所得層の医療需要を抑制するため「不公平」と見なされるのです。これは、小泉政権時代に小泉首相が先頭になって主張した格差是認論の医療版と言えます。

しかし小泉政権時代にさえ混合診療の全面解禁は否定され、その後の自公政権もそれを踏襲しました。やや意外なことに、2009年9月の政権交代による民主党政権成立後、混合診療原則解禁論者が「復活」し、その主張が政府文書にも部分的に反映されるようになっていきます。具体的には、行政刷新会議「規制・制度改革に関する分

科会第一次報告書」(6月15日)、経済産業省「医療産業研究会報告書」(6月30日)等です¹¹⁾。ただし、現時点では、混合診療の拡大(公式表現は「保険外併用療養の範囲拡大」)は先進医療等ごく限定的にとどまっています¹²⁾。

4 医療格差を縮小するための私の改革提案とその実現可能性

最後に今後の医療政策の対立軸と医療格差を縮小するための私の提案、およびそれらの実現可能性について述べます。

私は、小泉政権～民主党政権の医療政策を踏まえると、今後の医療政策の究極的・理念的対立軸は、公的医療費の総枠を拡大しつつ医療の「平等消費」を促進して、健康の社会的不平等を縮小するのか、それとも公的医療費抑制と混合診療原則解禁により、医療の「階層消費」を促進して、健康の不平等が拡大するのを容認するかにあると思います。後者は、新自由主義的医療改革と言えます。ただし、現実の政治的・経済的条件を考えると、新自由主義的医療改革が全面的に実現する可能性はほとんどなく、両者の中間的政策が導入される可能性が大きいと思います。

私自身はもちろん前者の立場であり、そのために以下のような5つの改革が必要だと考えています。これは、公平で「良質で効率的な医療」を目指した改革の一環です。本節の今までの記述はほとんど私の事実認識でしたが、この改革提案のみは私の価値判断です。ただし、それらの実現可能性についての私の「客観的」将来予測も合わせて行います。

(1) 社会保険料を主財源とする公的医療費拡大

第1の、そしてもっとも重要な改革は、公的医療費の総枠拡大のための財源を確保することです¹³⁾。一般には、医療・社会保障費の財源としては消費税が真っ先に上げられますが、私は日本の現行の医療保障制度が社会保険を主体としており、しかも与野党を問わずすべての政党が「国民皆保険制度の維持(堅持)」を主張している以上、主財源は社会保険料であり、公費(消費税、所得税・企業課税等)は補助的に用いるべきと考えます。

社会保険料引き上げの中心は、他の医療保険に比べて低すぎる組合管掌健康保険の保険料(特に国際的にみて非常に低い事業主負担分)の引き上げです。この改革に対しては、大企業経営者だけでなく大企業の労働組合等

も強く反対しており、「壁」が厚いのは事実です。しかし、それを突破しない限り、公的医療費抑制政策を根本的に転換することはできません。

(2) 国民健康保険制度の改革—資格証明書には「風穴」

第2は国民健康保険制度の改革であり、その柱は①国庫補助率の引き上げ(最低限、1984年の健康保険法等「抜本改革」前の水準への復元)、②保険料の「応能負担」化と低所得者の保険料の大幅減免、および③資格証明書交付の廃止の3つです。現在の財政危機を考えると①の実現はすぐには困難と思いますが、③の実現可能性はかなりあると思います。

なぜなら、以下の改革・対応により、資格証明書交付にはすでに「風穴」が開いているからです。まず、2008年12月の国民健康保険法改正により、2009年4月から資格証明書交付世帯のうち中学生以下の子ども(約3.6万人)に対して無条件で短期保険証が交付されることになりました。さらに2010年5月の同法再改正により、同年7月からは、短期保険証の対象は高校生世代(18歳以下。約1万人)にまで拡大されました。

2008年4月に施行された後期高齢者医療制度では、条文上は、それまで資格証明書の交付が禁止されていた保険料を滞納した後期高齢者にも資格証明書が新たに交付されることになりましたが、2008年6月の政府(福田政権)・与党の後期高齢者医療制度見直し策により、「資格証明書の運用に当たっては、相当な収入があるにもかかわらず保険料を納めない悪質な者に限って適用する」とされました。

さらに麻生政権は、2009年1月20日、国民健康保険料が払えず資格証明書を交付された世帯についても、医療の必要性が生じ、世帯主が市町村の窓口で医療機関への医療費の一時払いが困難だと申し出た場合は、「保険料を納付することができない特別な事情に準ずる状況にある」として、短期保険証を発行する方針を閣議決定しました(小池晃参議院議員の同年1月8日の「質問主意書」に対する政府答弁書)。

[これは国民健康保険そのものの改革ではありませんが、「非正規労働者と正規労働者との間の労働条件格差を是正していく…一環として、被用者保険が非正規労働者を含む全ての雇用労働者を加入させるようにすること」も必要と思います(土田武史「岐路に立つ社会保険方式」『週刊社会保障』2010年8月16-23日号)。非正規労働者

が国民健康保険から被用者保険（健康保険）に移行すると、国民健康保険加入者が減少し、それに伴い国民健康保険に対する国・自治体の公費負担も軽減できます。]

(3) 保険者間の財政調整—民主党の公約にも含まれる

第3は、現在は高齢者医療制度に限定されている、財政基盤の異なる保険者間の財政調整の拡大です。実はこれは、民主党の2009年の総選挙公約（「医療政策（詳細版）」）に、「医療保険制度の一元的運用」の一環として、以下のように掲げられていました。「わが国の医療保険制度は国民健康保険、被用者保険（組合健保、協会けんぽ）など、それぞれの制度間ならびに制度内に負担の不公平があり、これを是正します」。私は、民主党政権成立直後に、これを「現行制度の枠内での部分改革として大きな意味をもってい」と評価しました¹⁴⁾。

残念ながら、民主党政権成立後、これの検討はまったく行われていませんが、今後民主党政権が「医療保険の一元的運用」に本格的に取り組んだ場合には、実現する可能性があります。

(4) 患者の自己負担割合の引き下げ

第4は、現行の原則3割の自己負担率の引き下げであり、私は究極的には全保険での患者負担の無料化を目指すべきだと思います。これは医療受診格差を改善するために決定的に重要な改革ですが、1980年代以降の患者負担拡大政策を180度逆転するものであり、実現のハードルは高いと言わざるを得ません。ただし、日本医師会は「医療崩壊から脱出するための緊急提言」（2009年5月）の中で、「経済的理由による受診抑制」を防ぐために、外来患者一部負担割合の2割への引き下げを主張するとともに、そのために追加的に必要な給付費は約8500億円と試算しており、注目されます。

自己負担の引き下げに対しては、それが患者の「モラルハザード」を誘発して、「無駄な受診」を拡大するとの反対論が必ず出されます。自己負担の引き下げによって受診率が上昇することは確かですが、私の知る限り、その受診率上昇が「無駄な受診」であることを実証した研究は国際的にもありません。逆に、有名なアメリカのランド医療保険実験では、自己負担の引き上げにより「不適切な入院」（いわば「無駄な入院」）のみを選択的に抑制できないことが実証されています¹⁵⁾。この実験では、自己負担の引き上げにより入院率は下がりましたが、入

院患者のうち医学的に見て「不適切な入院」と判定された患者の割合は変わらなかったのです。

患者の自己負担の引き下げに対しては、「負担能力に応じた適切な負担」の視点から、自己負担率は患者の所得水準別にすべきとか、支払い能力のある高所得者の自己負担は逆にもっと引き上げるべきとの別の反対論も聞かれます。しかし、私は、「負担能力に応じた適切な負担」は保険料・租税負担に適用される原則であり、患者負担について適用すべきではないと考えています¹⁶⁾。

(5) 高額療養費制度の改善

第5は高額療養費制度の改善であり、その柱は①現物給付の対象を現行の入院医療だけでなく外来医療にも拡大すること、および②3つの治療法と疾患（人工腎臓を実施する慢性腎不全等）に限定されている「特定疾病」（患者の自己負担額が月額1万円に軽減）の対象を拡大することです。

この点については、（がん）患者団体の強い要望に基づいて、社会保障審議会医療保険部会でも2010年7月14日から検討が開始されています。この改善に対してはマスコミも好意的であり、しかも健康保険法改正によらず同法施行令改正や新たな保険局長通知により実施できるので、5つの改革の中では一番実現可能性が高いと言えます。

なお、阿部彩氏〔国立社会保障・人口問題研究所社会保障応用分析研究部長〕の、医療格差を縮小するための「医療費軽減制度の設計」提案は非常に緻密で参考になりますので、御一読をお薦めします¹⁷⁾。

【注】アメリカでは医療保険の健康改善効果が実証されている

日本では、国民健康保険資格証明書交付世帯（事実上の無保険者）や文字通りの無保険者の健康状態の悪化については、本文で紹介した民医連の「事例調査」等があるだけで、大規模な実態調査（量的調査）は行われていません。それに対して、4700万人もの無保険者が存在するアメリカでは、医療保険（自己負担）の有無による健康状態の違いについての実証研究が少なくありません。

もっとも初期の調査（しかもランダム化比較試験）は、本文でも紹介したランド医療保険実験で、自己負担がない医療保険では、低所得者や調査開始時にすでに慢性疾患を有していた人々（ハイリスク群）の死亡確率が有意

に低下することが実証されました¹⁸⁾。

ただし、この実験では、死亡確率の低下は調査対象（成人）全体では認められませんでした。しかし、2008年に発表された「医療保険〔の有無〕が成人の〔医療〕利用と〔健康〕アウトカムに与える因果効果：アメリカの研究の体系的文献レビュー」¹⁹⁾では、医療保険は低所得者だけでなく、成人全体の健康を改善することが確認されました。しかも、医療保険の効果は特に、医師サービスの利用、予防サービスの利用、健康の自己評価、事故や疾

病による死亡率で大きいことも明らかにされました。なお、この文献レビューは、PubMed等3つの文献データベースを用いて、1991年以降発表された研究で、非老人を対象とし、無保険者群と医療保険加入群の差を、縦断的コホート研究・操作変数分析・擬似実験計画法のいずれかで検討している実証研究論文14（ただしランダム化比較試験はなし）を抽出して詳細な分析を行っており、現時点での「決定版」と言えます。

¹ 川上 武『現代日本病人史』勁草書房、1982、42頁。

² 二木 立『「世界一」の医療費抑制政策を見直す時期』勁草書房、1994、1章。

³ 二木 立『複眼でみる90年代の医療』勁草書房、1991、67頁。

⁴ 馬場園明「医療サービスの受診保障と患者自己負担」『福岡医誌』97(3)：43-52、2006。

⁵ 全国保険医団体連合会「国保資格証明書を交付された被保険者の受診率（2007年度）の調査結果について」2009.6.12。

⁶ 後藤道夫「医療無保険・無保障と貧困」『月刊国民医療』No.266：2-10、2009。

⁷ 全日本民医連「2009年国民健康保険など死亡事例調査報告＜第4回＞」2010.3.11。

⁸ 二木 立『医療改革—危機から希望へ』勁草書房、2007、200-205頁。

⁹ 国立社会保障・人口問題研究所「2007年社会保障実態調査結果の概要」2009。

¹⁰ 日本医療政策機構「日本の医療に関する2007年世論調査報告」2007。

¹¹ 二木 立「行政刷新会議WGが投じた混合診療解禁論の変化球」『文化連情報』No.387：12-14、2010.6.1.[本書第3章第3節]

¹² 二木 立「『保険外併用療養の範囲拡大』はごく限定的にとどまる」『文化連情報』No.389：16-20、2010.8.1.[本書第3章第4節]

¹³ 二木 立『医療改革と財源選択』勁草書房、2009、第1章第3節。

¹⁴ 二木 立「民主党政権の医療政策とその実現可能性を読む」『現代思想』37(13)：180-188、2009.10.1.[本書第2章第1節]

¹⁵ Siu AL, et al : Inappropriate use of hospitals in a randomized trial of health insurance plans. N Eng J Med 315 : 1259-1266, 1986.

¹⁶ 二木 立『21世紀初頭の医療と介護』勁草書房、2001、78頁。

¹⁷ 阿部 彩「医療費軽減制度」. 埋橋孝文・連合総合生活開発研究所編『参加と連帯のセーフティネット』ミネルヴァ書房、2010、191-214頁。

¹⁸ Newhouse JP, et al : Free for All? - Lessons from the RAND Health Insurance Experiment. Harvard University Press, 1993, pp.208-211.

¹⁹ Freeman JD, et al : The causal effect of health insurance on utilization and outcomes in adults : A systematic review of US studies. Medical Care 46 (10) : 1023-1032, 2008.

【添付論文 2】

公的医療費増加の財源選択と私の判断

（『医療改革と財源選択』勁草書房，2009年6月，第1章第3節・補論，32-47頁）

1 公的医療費増加の財源選択—3つの立場

本節では、公的医療費拡大の財源について論じた2つの拙論をベースにして述べる³⁾⁸⁾。医療費抑制政策を転換する上で不可欠なことは、医療費増加の財源についての国民合意を得ることである。しかし、公的医療費増加の財源選択については論争が続いており、国民合意には程遠い。

主な主張は次の3つにまとめられる。第1に全国紙はすべて「社説」で消費税引き上げを主張しており、医療政策の専門家以外の研究者も同様である。社会保障国民会議でも消費税一本槍の議論が続けられている。第2は歳出の無駄削減による医療費財源の捻出論であり、まじめな医療関係者の間で根強い支持がある。第3は社会保険料の引き上げを主財源とする主張であり、医療政策の専門家の大半がこれを支持している。最近では、権丈善一氏や田中滋氏が主張している⁹⁾¹⁰⁾。厚生労働省幹部も、2007年から、この立場（「保険料路線」）を鮮明にしている¹¹⁾¹²⁾。

私の医療費財源論—主財源は社会保険料

私も基本的には第3の立場であり、主財源は社会保険料の引き上げ、補助的にたばこ税、所得税・企業課税、消費税の引き上げも用いるべきだと考えている。ただし、社会保険料の引き上げは組合管掌健康保険、政府管掌健康保険〔略称「政管健保」〕。2008年10月より全国健康保険協会管掌健康保険。略称「協会けんぽ」等の被用者保険に限定し、それが困難な国民健康保険と後期高齢者医療制度には国庫負担を増額すべきである。その際、組合管掌健康保険については、極力、使用者の保険料負担を引き上げることが望ましい。他面、保険料（正確にはその基礎となる標準報酬月額または所得の賦課限度額）の上限は、被用者保険だけでなく、国民健康保険でも引き上げるべきである。なぜなら、国民健康保険料の逆進性は被用者保険よりも桁違いに大きいからである。また、組合健保と政管健保の財政力格差と保険料格差（給与水準が高い組合健保の方が保険料率が低い）を考慮すると、

両者の間になんらかの形の財政調整を導入する必要がある。

〔なお、日本医師会『グランドデザイン 2009』（79-83頁）は「公的保険の保険料の見直し」による保険料増収効果を以下のように、試算している。①被用者保険の保険料上限を撤廃し、完全に年収に比例させた場合、約0.2兆円。②国民健康保険の保険料を完全に年収に比例させた場合、0.2兆円超。③組合管掌健康保険・共済組合の保険料を政府管掌健康保険（現・きょうかい健保）の8.2%にまで引き上げた場合、約1兆円。この推計は、保険料の上限撤廃による増収効果はごく限定的であり、大幅な保険料増収を実現するためには、平均保険料の引き上げが不可欠なことを示している。〕

社会保険料の引き上げに対しては必ず、「国民健康保険は、いまでも保険料を払えない人が多く、限界に近い」との反論が出されるが、この主張は被用者保険の存在を見落としている。田中滋氏が明快に指摘しているように、「低所得者への配慮は当然であり、かつ可能ですが、ゆえに全体の負担増はいけないとの論理はつながっていません」¹⁰⁾。

そもそも、わが国の医療保障制度が社会保険方式を基本としていることを考えると、社会保険料の引き上げを財源確保の主な手段とするのは、きわめて自然である。〔具体的には、国民医療費（2005年度）の財源別構成割合は、保険料（事業主負担・被保険者負担）49.2%、公費（国庫・地方）36.4%、患者14.4%である。2008年10月に社会保障国民会議が発表した、2025年の「医療・介護費用のシミュレーション」でも、この「財源構造」をそのまま維持すると仮定されている（第3章第4節4）。さらに、現在は、自由民主党から日本共産党まで、すべての政党が社会保険方式を基本とする国民皆保険制度の維持を主張しており、その公費負担方式（国営・公営医療制度）への転換を主張している政党は存在しない。〕

主財源は社会保険料と考える追加的理由

その上で、私が第3の立場を支持する追加的理由は2つある。1つは経済的理由で、日本の社会保険料水準（特に企業負担分）が他の社会保険方式の国よりも相当低いことである。アメリカ企業の社会保険料水準は日本より低い、アメリカの（大）企業が負担している民間医療保険料は日本よりはるかに高額である。しかも、正規雇用の拡大の動きなど、最近の雇用問題の潮目の変化は社

会保険料財源拡大の追い風になっている。例えば、福田首相は、4月16日の社会保障国民会議で、非正規雇用の改善と社会保険の適用拡大等を要請した。

もう1つの理由は政治的理由で、現行の制度・政策の下では、消費税の引き上げの大半は、年金の国庫負担率引き上げや少子化対策に使われ、医療費増加の主財源にはならないからである。しかも、現在の「ねじれ国会」では消費税の引き上げを早期に行うのは困難である。それに比べ、社会保険料の引き上げは相対的に容易であり、現に2008年度予算では、保険料の引き上げにつながる健康保険組合等からの拠出金により、社会保障費の当然増分2200億円の抑制の半分が捻出されることになった[最終的に同法案は廃案となった]。

財源調達力と政治的実現可能性から判断

順序が逆になったが、私は、医療費増加の財源選択は、財源調達力と（相対的な）政治的実現可能性の両面から判断すべきと考えている。なぜなら、主要先進国中最も厳しい日本の医療費抑制政策を転換し、日本の現在の医療費水準（対GDP比。2004年で8.0%）を、長期的にアメリカと日本以外の主要先進国（G5）平均（9.6%）にまで引き上げるためには、毎年約8兆円（500兆円×1.6%）という巨額な追加財源が必要になるからである。

これは理想論としても、現在の医療危機を克服するためには、毎年新たに数兆円規模の財源を確保する必要がある。このような巨額費用の財源調達力という視点からは主財源は消費税と社会保険料の2つしかなく、しかも（相対的な）政治的実現可能性という視点からは、主財源としては社会保険料の引き上げの方が現実的と判断したわけである。[なお、現在、消費税は福祉目的税化の是非が議論されているが、他の基幹税（所得税と法人税）と異なり、消費税は、1999年度予算以来、毎年の予算総則により福祉目的（基礎年金、高齢者医療、介護）に用途が限定されており、すでに「福祉目的化」が図られている。]

[社会保険料の方が「政治的実現可能性」が高いという私の主張（「客観的」将来予測）に対しては、「財界は保険料の引き上げには絶対反対するし、連合をはじめとする労働組合も反対するので、実現不可能ではないか？」との疑問が、よく出される。私自身も、これが容易であるとはまったく考えていない。特に、現在のような深刻な不況下では、社会保険料の引き上げであれ、消費税の

引き上げであれ、医療費の大幅な財源拡大（国民の側からみれば負担増）が早期に実現する可能性はほとんどない。私が強調したいのは、あくまで、医療費財源の確保という点では、消費税の引き上げよりは、社会保険料の引き上げの方が、「相対的」には実現可能性が高く、それを追求するしか道はないということである。この可能性を頭から否定することは、医療費財源の拡大自体をあきらめることを意味する。]

2 歳出の無駄の削減は主財源にはならない

ここで、第2の立場（歳出の無駄の削減）について簡単に述べておきたい。実はこれには2種類ある。1つは公共事業費の削減、もう1つは軍事費の削減である。私はこれら両方に賛成であるが、それを医療費増加の主財源とすることは不可能である。

まず、公共事業費についていえば、その財政規模（対GDP比）が欧米諸国の2倍の6%前後だったのは1990年代までであり、森・小泉内閣時代に急激に削減され続けた結果、2007年度には3.0%にまで低下し、日本の突出は収束している[図1—1]。そのために、今後、公共事業費を連続的に大幅削減することは困難であり、ましてやそれを医療費増加の主財源にすることはできない。

次に軍事費の対GDP比は1%にすぎず、それを大幅に削減しても医療費増加の主財源にはなりえないし、そのような主張をする政党（共産党と社民党）は国会内で圧倒的少数派であり、少なくとも短期的には実現可能性がない。

それ以外の税財源としては、たばこ税や酒税の引き上げ、累進課税の（再）強化、企業課税の（再）強化等があげられることが多い。私は、これらいずれにも賛成であるが、それによる税収増加はそれほど大きくはない。

3 「霞ヶ関埋蔵金」にも期待できない

最近では、政府・与党内部で、「霞ヶ関埋蔵金」（特別会計の超過積立・準備金）論争が盛んで、「上げ潮派（成長重視派）」の人々はこれの存在を強調し、それを取り崩して、財政健全化に用いることを主張している。例えば、小泉・安倍政権の下で、構造改革路線の黒子役を果たした高橋洋一氏（元内閣参事官）は、特別会計だけで埋蔵金を実に50兆円にも上っており、増税をしなくても財政再建は可能であると主張している¹³⁾。

ただし、この推計に対しては、強い批判もあり、論争

は決着していない。例えば、吉野直行氏は、高橋氏が「埋蔵金」の中で「極めて突出」しているとした財務省の財政投融资資金特別会計の準備金を「取り崩す効果はわずか」と反論しているし、井堀利宏氏も同様の指摘をしている¹⁴⁾¹⁵⁾。なお、高橋氏は、一般的には歳出抑制の急先鋒と見なされている財務省さえ、「大きな政府」派＝「社会主義を信奉する官僚たち」と批判している筋金入りの「小さな政府」派であり、「埋蔵金」は財政再建にのみ用いることを主張し、それを医療・社会保障費の拡充に用いることはまったく想定していない。

それに対して、医療関係者の中には高橋氏の主張のうち、「埋蔵金」の推計のみに注目して、その一部を医療に回せば、国民の負担増（社会保険料や消費税の引き上げ）なしで、医療危機を改善できると考えている方もいる。

しかし、私は、このような主張には、次の2つの理由から賛成できない。1つの理由は、権丈善一氏が明快に主張されているように、高橋氏の主張するように、もし無駄な積立金があるとしたら、日本には巨額の累積債務がある以上、「ストックはストックの原則」の下、債務の返済に回すべきだからである¹⁶⁾。

もう1つの理由は、仮に「埋蔵金」の一部が、「生活者財源」（福田首相）に回るとしても、その場合には、医療だけでなく、福祉・介護、女性・少子化対策、教育、環境・地球温暖化対策、さらにはODA（政府開発援助）等との間で激しい「分捕り合戦」・「争奪戦」が生じ、しかも現在の政治的力関係を考慮すると、医療費に回されるのはごく限定的だからである。

よその分野の財源に依存するのは「情けない主張」

この例に限らず、医療関係者には、「よその分野の金を医療に回す」ことに固執し、次々に新しい財源候補を持ち出してくる方が少なくない。[しかし、それらの出所の中には、政治的実現可能性を無視した放言・珍説が少なくない。例えば、著名な経済評論家の森永卓郎氏は、最近、相続税の強化（基礎控除を1相続当たり2000万円に引き下げた上で、残りを100%課税）により53兆円が税収になり、「所得税も消費税も法人税も一切支払わなくてもよいことになる」と主張しているが、これは現在の相続税収額1.5兆円のなんと35倍である（「構造改革をどう生きるか」2008年3月3日。日経BP社のホームページに掲載）。私も相続税の強化自体には賛成だが、このような数字遊びには与しない。]

しかし、田中滋氏が明快に主張しているように、「研究も調査もなしに、他のある分野の支出は不要だと主張することはできないし、「他を削れと訴えるなら、その分野で働く人とその分野の対象者の分析や思いを公正に聞かなくてはなら」ず、それを抜きにして、「よその分野の金を医療に」と主張するのは「情けない主張」である¹⁰⁾。

田中氏は、この視点から、医療費増加には国民の負担増が必要であり、その場合、「低所得者への配慮は当然」行いつつ「社会保険料が主になる」と主張されており、私もまったく同感である。

ここで見落としてならないことは、日本は、どの尺度（一般政府の支出規模の対GDP比、国民負担率、人口千人当たり公務員数）をとっても、アメリカと並ぶ「小さな政府」であるため、歳出の無駄や「霞ヶ関埋蔵金」の取り崩しによる大幅な医療費財源の捻出は困難なことである。そのために、私は、それらによる財源捻出に固執

1 二木 立『医療経済・政策学の視点と研究方法』勁草書房、2008、pp.104-106。

2 二木 立「医療改革—敢えて『希望を語る』」『日本医事新報』No. 4335：77-80、2007. 5. 26。

3 二木 立「医療改革—希望の芽の拡大と財源選択」『日本医事新報』No. 4384：81-84、2008. 5. 3。

4 二木 立「混合診療禁止は違法？—東京地裁判決をめぐる空騒ぎ」『文化連情報』No. 358：22-25、2008. 1. 1.[本書第3章第2節1]

5 二木 立「医療・社会保障政策の部分的見直しが始まった—『骨太の方針2008』等を複眼的に読む」『文化連情報』No. 366：21-25、2008. 9. 1.[本書第3章第4節3]

6 二木 立「医療政策転換にかすかな兆し 2つの閣議決定見直しが焦点」、『週刊東洋経済』No. 6110：111、2007. 11. 3.[本書第3章第1節2]

7 中澤堅次「現場認識と乖離する医師の需給に関する検討会報告書」『社会保険旬報』No. 2292：18-20、2006. 9. 21。

8 二木 立「医療費の財源選択についての私の考えの変化—主財源は社会保険料と判断するまでの試行錯誤」『文化連情報』No. 364：28-33、2008. 7. 1.[本章補論]

9 権丈善一「社会保障関係者、2008年の選択」『週刊社会保障』No. 2463：52-57、2008. 1. 7。

10 田中 滋「新自由主義への流れは止まったが」『月刊/保険診療』63(2)：3-8、2008. 2. 11。

11 二木 立「医療改革—危機から希望へ」勁草書房、2007、pp.39-42。

12 宮島俊彦「医療の財政問題」『社会保険旬報』No. 2347：6-14、2008. 4. 1。

13 高橋洋一『さらば財務省！』講談社、2008。

14 吉野直行「(経済教室) 特別会計と財政再建—埋蔵金 頼みには限界」『日本経済新聞』2008年5月6日朝刊。

15 井堀利宏「『歳出の無駄』の研究」日本経済新聞社、2008。

16 権丈善一「『医療崩壊』阻止には『見直し』が不可欠」(m3.comインタビュー「医療維新」2008. 5. 9. http://www.m3.com/tools/IryoIshin/080509_1.html) [『社会保障の政策転換』慶應義塾大学出版会、2009、pp.178-186。]

し、社会保険料の引き上げに頑なに反対していると、「今そこにある危機」である医療危機・医療崩壊がさらに進んでしまうと危惧している。

おわりに—改めて「絶望しすぎず、希望を持ちすぎず」

以上、この1年間〔2007年後半～2008年前半〕、医療危機・医療荒廃が一方向的に進行したのではなく、同時に

医療改革の希望の芽も拡大したことを示した。今医療関係者に求められているのは、医療崩壊を声高に叫ぶことではなく、「絶望しすぎず、希望を持ちすぎず」、制度の部分改革と自己改革を進めることにより、希望の芽をさらに拡大し、医師・医療費抑制政策の転換につなげていくことである。迂遠なようにみえても、これが医療崩壊・医療荒廃を防ぐ唯一の道であることを改めて強調したい。

補論 医療費の財源選択についての私の考えの変化—主財源は社会保険料と判断するまでの試行錯誤

(2008年7月)

『日本医事新報』2008年5月3日号(4384号)に発表した拙論「医療改革—希望の芽の拡大と財源選択」の後半[本章第3節に相当]で、私は、まず公的医療費増加の財源選択論争では、①消費税引き上げ、②歳出の無駄削減による医療費財源の捻出、③社会保険料の引き上げの3つの主張がなされていることを指摘しました。次に私が医療費増加の主財源として社会保険料の引き上げを支持する2つの理由を説明し、最後に、歳出の無駄削減には賛成だが、それは医療費増加の主財源とはならない理由を述べました。

この論文を読まれた方からは、「医療費増加の財源として、今までは消費税でという思いを持っていたが、現在の政治情勢では到底無理だと感じた」等の肯定的感想をいただく一方、消費税であれ、社会保険料であれ、国民負担の増加には絶対反対だとする医療関係者からは、次のようなさまざまな批判・意見もいただきました。「中小零細企業にとっては保険料負担の引き上げは耐えられない」、「道路特定財源を一般財源化して、その一部を医療に回すべき」、「たばこ税・酒税を大幅に引き上げて、医療に回すべき」、「平和国家と矛盾する軍事費を大幅削減して医療に回すべき」、「特別会計の無駄をカットしたり、『霞ヶ関埋蔵金』(特別会計の超過積立・準備金)を取り崩して、医療に回すべき」、「所得再配分機能を強化するために、所得税と企業課税、さらに相続税を(再)強化して、医療に回すべき」。

私は、これらの主張を読んで、ある種の「懐かしさ」を感じました。なぜなら、2006年に主財源は社会保険料という結論にたどり着くまでには、私自身もそのように考えたことがあったし、現在でも理念的には(財源調達力や政治的実現可能性を無視すれば)、それらのほとんどに賛成だからです。そこで、本稿では、1994年以降15年間の、医療費の財源選択についての私の考えの変化・試行錯誤を率直に振り返りながら、本章第3節の補足を行いたいと思います。

1994年の私の判断—公費負担と企業負担の引き上げ

私は医師出身の研究者であることもあり、1990年代初頭までは、医療制度のうち、主として医療提供制度の研究を行い、専門外で不得意な医療保障制度や医療費財源についての発言はできるだけ控えていました。

この「自己限定」を転換したのは、1994年に『「世界一」の医療費抑制政策を見直す時期』(勁草書房)を出版したときでした。この本では、1992~1993年のアメリカ留学時に行った日米医療の比較研究を踏まえて、日本医療の最大の課題は、1980年代以降続けられてきた「世界一」厳しい医療費抑制政策を見直し、公的医療費の総枠を拡大することであると主張しました。当時は、医療関係者を含めても、医療費・社会保障費拡大を主張する声は小さくなく、しかも引き上げる場合、その財源としてはもっぱら消費税の引き上げが考えられていました。

それに対して、私は、先進国の中で、日本と並んで「国民負担率」が低いアメリカの公費負担医療費と企業負担医療費(対GDP比)が日本よりもはるかに多いことに注目して、消費税を引き上げなくても、「硬直した予算配分方式の見直し」により公費負担を増やすこと、および企業負担医療費を引き上げることにより、公的医療費の総枠を拡大することが「原理的には」可能であると主張しました(39~43頁)。

実は、「硬直した予算配分方式の見直し」は1993年7月に成立した非自民連立政権(細川護熙首相)の合意事項だったのですが、この政権はごく短命に終わり、翌年6月には自民党主導の自社さ連立政権(村山富市首相)が成立しました。そのため、この「見直し」はほとんど行われないうちに、日本は21世紀を迎えました。

2001年の私の判断—理想論と消費税引き上げの両論併記

次に私が医療費財源についてのまとめた主張をしたのは、2001年に出版した『21世紀初頭の医療と介護』(勁草書房)序章の「医療・介護の財源私論」(16~18頁)においてでした。上述したように、私は1994年時点では、医療費財源の「原理的」検討しか行いませんでしたが、これだけでは改革の議論は進まないと反省し、私の考える理想論だけでなく短期的に実現可能な現実論も示すことにし、次のような3段階の主張をしました。

第1に、医療費増加の財源として「短期的には、たばこ税の引き上げが妥当」と述べました。ただし、「これに

より得られる税収はそれほど大きくない」(たばこ税1本2円の引き上げで約5000億円)ため、第2に「中長期的には、…公共事業費(公共投資額)を段階的に削減して、医療・福祉費にシフトすることが不可欠である」、「軍事費も削減対象にすべきである」「歳入面では、1990年代に緩和された累進課税と企業課税を1990年代以前の水準に戻し、歳入の増加を図る必要がある」と主張しました。

しかし「このような『理想論』が実現する可能性は少なくとも短期的にはない」ことを踏まえて、第3に「食品等生活必需品の非課税(またはゼロ税率)化により、消費税の逆進性を改善・緩和した上で、一部を医療・福祉費の財源に充当することは十分検討に値する」と指摘しました。と同時に、「負担の逆進性が強い現在の消費税の税率を引き上げて医療・福祉費の主な財源とすることや、医療・福祉費の財源を制約する消費税の目的税化には反対である」とも述べました。実は私は、それまで逆進性が強い消費税に強い批判を持っていたので、このようなごく控えめな主張に転換するだけでも、「清水の舞台」から飛び降りるような気持ちでした。

私がこのような転換をした理由は、「理想論」がすぐに実現する可能性がないだけでなく、「負担の逆進性は、医療保険料や介護保険料の方が、消費税よりもはるかに強い」ことに気づいたからでした。そのためもあり、「医療保険・介護保険の給付費増が社会保険料の引き上げで賄われる場合には、消費税の引き上げよりも、低所得者の負担が増す」と指摘するなど、社会保険料の引き上げには否定的でした。なお、この時は、医療保険のうち健康保険の保険料の逆進性しか指摘しませんでした。その後、国民健康保険の保険料の逆進性は健康保険よりも桁違いに大きいことを知りました。

2006年以降の私の判断—主財源は社会保険料の引き上げ

しかし、その後、多くの医療経済学・医療政策研究者や厚生労働省関係者等と率直に意見交換する中で、現在の政治的力関係や財政事情を考慮すると、消費税引き上げの大半は年金の国庫負担引き上げや財政赤字縮減の財源として用いられ、医療費にまわる余地はほとんどないため、いわば消去法として医療費増加の主財源は社会保険料しかない判断するようになりました。

そのことをもっとも痛感したのは、私が司会をした

2005年8月の日本病院会のシンポジウム「国家財政と今後の医療政策」で、全シンポジスト(財務省、厚生労働省、日本医師会、日本病院会所属、および田中滋慶應義塾大学教授)が、個人的意見として、医療費増加の主財源として社会保険料をあげたことでした(『日本病院会雑誌』53巻7号)。

そこで、2006年に出版した『医療経済・政策学の視点と研究方法』(勁草書房)では、初めて、「公的医療費の総枠拡大の主財源は社会保険料の引き上げであり、補助的に、たばこ税、所得税と企業課税、および消費税の適切な引き上げも行うべき」と主張し、合わせて「消費税を公的医療費の主財源にするのは困難」と私が考える理由を述べました(63, 69頁)。同時に私は、「これはあくまで、現時点での私の『政治判断』であり、社会保険料の方が優れていると考えているわけではない。私は、社会保険料と消費税には一長一短があり、どちらが原理的に望ましいとの『価値判断』はできないと考えている」とも指摘しました。

2007年に出版した『医療改革—危機から希望へ』(勁草書房)では、この立場をより鮮明に打ち出しました(13~14頁)。しかし、同書では、社会保険料引き上げの具体的方法は述べませんでした。そのために、この主張に対しては、「国民健康保険は、いまでも保険料を払えない人が多く、限界に近い」との反論をしばしば受けました。

そこで、論文「医療改革—希望の芽の拡大と財源選択」では、「社会保険料の引き上げと標準報酬月額上限の引き上げは組合健保、政管健保等の被用者保険に限定し、それが困難な国民健康保険と後期高齢者医療制度には国庫負担を増額すべきである」と述べ、社会保険料を主財源としつつ、公費も補助的財源として用いることをより鮮明にしました。それでは書き落としましたが、①組合健保と政管健保の財政力格差と保険料格差(給与水準が高い組合健保の方が保険料率が低い)を考慮すると、両者の間になんらかの形の財政調整を導入する必要がある、②国民健康保険の高所得者の保険料負担を引き上げる必要がある、と考えます。[これらは本章第3節に補足]

社会保障負担率の正しい国際比較

このような社会保険料の引き上げ論に対しては、日本の社会保障(社会保険料)負担は、イギリスやアメリカよりも高く、主要先進国の中で低位ではなく中位であり、引き上げ余地は少ないとの批判も聞かれます。確かに財

務省「国民負担率の内訳の国際比較」（日本を含めて7か国。日本は2008年、他国は2005年）によると、日本の社会保障負担率（対国民所得比）は15.0%であり、ドイツ（23.7%）、フランス（24.6%）、スウェーデン（19.2%）よりは低い反面、イギリス（10.8%）、アメリカ（8.9%）よりは高くなっています [図1—2]。

ただし、社会保障負担率を比較する場合には、各国の社会保障制度の方式・型の違いを考慮する必要があり、日本と直接比較できるのは、同じ社会保険方式のドイツとフランスです。それに対して、イギリスの社会保障負担率が低いのは、イギリスの医療保障制度が税財源負担（NHS）であるという単純な理由によります。アメリカの社会保障負担率が低いのは、アメリカには全国民を対象とする公的医療保障制度がないためですが、逆に、アメリカの企業は日本企業に比べてはるかに多額の私的医療保険料を負担していることを見落とすべきではありません。

少し古い数字ですが、アメリカの1992年の企業負担の私的年金・私的医療保険費用（対国民所得比）は5.7%に達しており、日本の1995年の0.5%（税制適格年金）の10倍以上です（厚生労働省「社会保険料負担の国際比較」）。大企業の医療保険料負担の日米格差はさらに大きく、例えば、GMの車1台当たりの医療保険料は約1600ドル（現役労働者分約500ドル、退職者分1100ドル）に

対して、トヨタは約200ドル（現役労働者分の公的保険料の企業負担分のみ）にすぎません（The Economist 2007年9月29日号、64頁）。

理想論だけでは「今そこにある医療危機」がさらに進んでしまう

最後に誤解のないように。冒頭述べたように、私は、所得税（の累進性）と企業課税、さらには相続税の（再）強化には大賛成です。これは税財源確保のためだけでなく、租税の再分配機能を復活し、近年社会問題化している貧富の格差を縮小するためにも不可欠と考えます。それらを1990年代以前の水準に戻すだけで、理論的には「年10数兆円の財源を容易に確保することができる」との主張も見られます（日本租税理論学会編『消費税増税なしでの財政健全化』法律文化社、2007）。

しかし、このような「理想論」を正面から主張している政党（共産党と社民党）は国会内で圧倒的少数派であり、少なくとも短期的には実現可能性がないと言わざるを得ません。そのために私は、医療費増加財源として理想論のみに依拠して、社会保険料の引き上げに頑なに反対していると、「今そこにある危機」である医療危機・医療崩壊がさらに進んでしまうと危惧しています。これは、歳出の無駄の削減のみで医療費財源が捻出可能だとする主張についても同じです。

〔報告 2〕

日本医療の満足度に関する神話と真実

神話：日本医療の客観的成績は非常に良好だが、国民の医療満足度は低い。

例：ロイター通信が2010年に報じた「医療制度に関する満足度調査」：日本は22か国中最下位。

…日本医師会は同年5月26日に定例記者会見で反論しているが、真野俊樹『医療崩壊』（中公新書、2017年8月）は「はじめに」でそのまま引用。

真実：

(1) 日本の医療満足度は、受けた医療の満足度も、医療制度の満足度も高い。

& 2008年以降、両者とも着実に上昇している→文献1。

(2) 国際的に見ると日本の医療満足度は一見低いが、これは日本人の生活満足度が低いこと&日本人の回答傾向（極端な回答は選択しない）を反映している可能性→文献2・3。

資料・文献

1. 日医総研『第6回日本の医療に関する意識調査』（『日医総研ワーキングペーパー』No. 384、2017年7月。調査責任者：江口成美氏。ウェブ上に公開）

○2002年から2017年まで15年間も継続実施されている全国民対象の唯一の調査&同一人研究員が継続的に担当。このような調査は国際的にもないと思う。

*基本的調査項目は同じ&適宜、新しい項目が追加されている。

*第2回から「受けた医療の満足度」と「日本の医療全般の満足度」を区別して調査。

*第1~3回は国民・患者・医師別に調査。第5・6回は国民のみ。

○国民の「受けた医療の満足度」と「日本の医療全般の満足度」共、2008年（医療危機・荒廃が社会問題になった頃）の第3回調査（それぞれ79.7%、50.9%）が「底」で、それ以降、毎回着実に改善し、2017年にはそれぞれ92.3%、74.2%に達した（17頁）。

*日本の医療全般の満足度は20~44歳、21大都市で最も高い（各80.9、77.1%）（18頁）

*「患者一人ひとりの性格や立場、本人の希望といった個別状況に応じた医療が行われていると思う人の割合」は2008年の49.7%から、2017年の73.9%へと、9年間で

24%ポイントも上昇！（19頁）。

○満足度以外の興味ある知見は以下の通り。

*この15年間、一貫して、国民の7割以上が「平等医療」（「所得の高い低いにかかわらず、受けられる医療の中身（治療薬や治療法）は同じである方がよい」）を支持し、「格差医療」の支持は微増しつつも、2割未満にとどまり続けている（45頁）。

*医療受診の手控え（「過去1年間に具合が悪いが費用がかかるという理由で医療機関の受診を見合わせたことがある」。新規調査項目）は、低所得者と「健康状態が悪い」人で特に多い：全体では5%だが、世帯の年収200万円未満では7.8%、「健康状態が悪い」人では9.2%（79頁）。

*「医療機関の受診のあり方」についての質問で、「病気の程度にかかわらず、自分の判断で選んだ医療機関を受診する」の賛成（29.5%）より、「最初にかかりつけ医など決まった医療機関を受診し、その医師の判断で必要に応じて専門医療機関を紹介してもらい、受診する」（67.3%）の方が倍以上多い（41頁）。後者は「社会保障制度改革国民会議報告書」（2013年）が提案した「穏やかなゲートキーパー機能を備えた『かかりつけ医』」とほぼ同じ。それへの支持がこれだけ多いことは、今後の改革に希望を与える。

*「治る見込みがない場合の最期までの療養生活の場」で、自宅で療養したいは77.2%を占めるが、そのうち「自宅で最期まで療養したい」は全体の19.6%（男性25.2%>女性14.8%）。後者の割合は2011年28.5%、2014年14.5%で明らかな増加傾向はない。これは厚生労働省の一連の「終末期医療に関する調査」ともほぼ一致（2008年：「自宅で最期まで療養したい」は10.9%）。国民の多くが「最期まで自宅」を望むとの報道は事実誤認（例：「読売新聞」2017年8月26日「診療・介護報酬同時改定」）。

2. 二木 立「医療満足度の国際比較調査の落とし穴」（『医療改革—危機から希望へ』勁草書房、2007、184-199頁。添付）。

○はじめに—日本医療の評価の分裂：客観的指標は世界最高水準 vs 主観的指標は低位。

○医療満足度の国際比較調査の全体像：13論文を対象。うち日本を含むものは4論文のみ。

○2種類の医療満足度：医療制度満足度 vs 受けている医療の満足度。

*両者を区別して調査しているものは少ない。

○日本の医療満足度は国際的に低位。

○英語圏5か国の医療制度満足度：各国の満足度は一定しておらず、かなり変化する。

○医療制度満足度と1人当たり医療費は、アメリカを除くと相関する。

○医療満足度と生活満足度の間には非常に強い相関。

*塚原氏等の試算：医療満足度÷生活満足度を指標にすると日本の医療満足度は中位。

○日本人は極端な回答は選択しない傾向→生活満足度も医療満足度も低く回答。

3. 日医総研「第4回医療に関する満足度調査」(2012年4月(調査は前年))

○生活に満足している人は、不満足な人より、医療満足度が高い(45頁)。

*受けた医療に対する満足度：生活に満足している人90.8%>同不満足 80.1%。

*医療全般の満足度：生活に満足している人67.8%>同不満足 44.9%。

○各年の生活満足度で補正した医療満足度は、2006~2011年にも着実の上昇(46頁)。vs補正前の医療満足度は2006~2008年に低下(6頁)。

〔報告 3〕

私の「医療者の自己改革論」の軌跡

1. 1987～1994年の医療者の自己改革論の「萌芽」

○私が医療者の自己改革の必要性に気づいた「原点」は、1987年に『病院』紙上で旧厚生省技官と行った公開論争です（この経緯については、『医療改革』（勁草書房、2000）の第1章補論4「私はなぜ医療者への自己改革を強調するか—B 医師との対話から」に書きました。このB 医師とは小松秀樹氏です）【資料1】。

○『90年代の医療』（勁草書房、1990）の「あとがき」で、「医療関係者の間では、厚生省の力を過大評価する一方で、医師・医療機関全体を厚生省の悪政の被害者とみなす理解が根強く、医師・医療機関の内部に存在する弱点や階層分化を指摘することは、なかばタブーとなっている」現状を批判し、「一切のタブーにとらわれず、事実と“本音”を語る」と宣言しました。これの「理論的基礎」は、川上武先生の媒介的な「低医療費政策」規定（「本来公共投資すべき医学研究・医学教育・医療施設などの費用を開業医をパイプとして患者に転嫁していく政策」）に基づいて、「医師・医療機関は医療政策の単なる被害者ではない」ことを明らかにしたことです（73-78頁）。

○『90年代の医療と診療報酬』（勁草書房、1992）のⅡ5「90年代の在宅ケアを考える」の「おわりに」で、開業医の「活路は開業医の『自己革新』」にあると提起しました（154-155頁）【資料2】。

○『「世界」の医療費抑制政策を見直す時期』（勁草書房、1994）の1章六「公的医療費総枠拡大の国民合意形成のために」で、「『公正さと透明性』『情報公開』は、厚生行政だけでなく、医療機関の側にも求められていることを強調」し、「特に医療機関の経営公開（少なくとも中規模以上の病院では個々の病院の経営公開）を制度化し、職員に対しても、患者・市民に対しても、ガラス張りの経営を実現しない限り、公的医療費の総枠拡大に対する『国民合意』を得ることは不可能」と述べました。併せて、「わが国医療機関経営の3つの不透明」をあげ、「早急に是正すべき」と主張しました。それらは、①老人病院等での多額の保険外負担の徴収、②一部（？）の大学病院・大病院で「慣例化」している医師等への多額の謝礼や医師と製薬企業等との金銭的癒着、③大学病院研修医の薄給を「補填する」民間病院アルバイト先での高

給（67-68頁）【資料3】。

2. 2000～2004年に出版した著作3冊で医療者の自己改革論を包括的に提起

○『介護保険と医療保険改革』（勁草書房、2000）のⅡ-2「幻想の医療ビッグバンとDRG/PPS」の「おわりに」で、以下のように書きました。

「今、医療関係者に求められていることは、実態のないキャッチフレーズに踊らされるのではなく、わが国の医療と医療政策の現実をリアルにみつめて、着実に自己改革を進めていくことである。[私は、自己改革の三本柱として、①個々の医療機関の役割の明確化、②医療・経営の効率化と標準化、③他の医療・福祉施設との連携強化（ネットワーク形成）または「保健・医療・福祉複合体」化、を考えている。] 抜本改革よりも当事者による地道な改善の積み重ねのほうが…効果的である」という、池上直己氏らの主張を筆者も支持したい。（[]は『からだの科学』掲載論文（1999）を同書に収録した時の加筆）（122頁）【資料4】。これが、私の「医療者の自己改革」という表現と「自己改革の三本柱」の初出です。

○この[]の記述を、愛知県のある有力病院経営者に評価され、翌年出版した『21世紀初頭の医療と介護』（勁草書房、2001）の序章3「公的医療費の総枠拡大実現のための医療者の自己改革」で、包括的に論じました。ここでは、「個々の医療機関レベルでの3つの自己改革」として、①個々の医療機関の役割の明確化、②医療・経営両方の効率化と標準化、③他の医療・福祉施設との連携強化やネットワーク形成、または「保健・医療・福祉複合体」をあげ、それを超えた「より大きな2つの〔制度的〕改革」として、①医療・経営情報公開の制度化—公私を問わず、全医療機関の基本的医療情報公開と病院（少なくとも地域の基幹病院）の経営情報公開の制度化—、と②専門職団体の自己規律をあげました（37-45頁）【資料5】。

○『医療改革と病院』（勁草書房、2004）の第Ⅱ章3「公的医療費の総枠拡大実現のための医療者の自己改革」では、「個々の医療機関レベルでの3つの自己改革」と「個々の医療機関の枠を超えた、より大きな3つの改革」をより具体化しました。後者は、「①医療・経営情報公開の制度化、②医療法人制度改革、③専門職団体の自己規律の強化」です。①と③は『21世紀初頭の医療と介護』でも提起しましたが、②は本書で新たに追加しました（70-89

頁)【資料6】。今読み返しても、これらの改革はよく書いていると思います。逆に言えば、それ以降の10年余で、私の医療者の自己改革提案については大きな進歩はありません。

3. 2006年以降の著作でも断片的に医療者の自己改革に言及

○『医療改革』(勁草書房, 2006)の第1章第3節で新たに生まれた医療改革の「希望」について論じた時に、「第1の希望—最近の制度改革の肯定面と専門職団体の自己規律」の後者に関わるものとして、①医療・経営情報公開の制度化、②医療法人志度改革、③医療専門職団体の自己規律の強化をあげました(16-17頁)。

○『医療改革と財源選択』(勁草書房, 2009)の第1章第1節1「第1の希望の芽の拡大—制度改革の肯定面と医療者の自己改革」では、医療者の自己改革として衆目すべきこととして、日本医師会が2008年診療報酬改定に際し、診療所から病院への診療報酬シフトに、史上初めて合意したことをあげ、ジャーナリズムで根強い「医師会=開業医の利益団体という…ステレオタイプな理解」を批判しました(26頁)。

○『民主党政権の医療政策』(勁草書房, 2011)の第5章第1節では、「現在の医療危機克服の『必要条件』は公的医療費と医師数の大幅増加と考えていますが、短期的には、都道府県単位での医師会・大学医学部・病院団体の合意によるさまざまな『自主規制』も必要だと判断しています」と述べました。併せて、アメリカの医療経済学者のフュックス教授が、市場競争と政府規制では医療のコントロールはできないとして、「専門職規範(professional norms)の再活性化を第3のコントロール手段とする必要がある」と主張していることを紹介しました(133-134頁)。フュックス教授の問題提起の全訳は『TPPと医療の産業化』(勁草書房, 2012)に掲載しました(99頁)。

○『安倍政権の医療・社会保障改革』(勁草書房, 2014)の第1章第1節では「社会保障制度改革国民会議報告書」が「医療専門職団体の自己規律」を強調していることを、次のように高く評価しました。「国民会議報告書の医療提供体制改革提案(中略)で私がまず注目したのは『医療問題の日本の特徴』の項で、欧州に比べた日本の病院制度の特徴(私的病院主体の「規制緩和された市場依存型」)を指摘し、今後の改革は『市場の力』でもなく、『政府の

力』でもない『データによる制御機構をもって医療ニーズと提供体制のマッチングを図るシステムの確立』を提唱すると共に、『医療専門職団体の自己規律』を強調していることです。これは、医療提供体制改革の『第三の道』と言えます(5頁)。私はこれは、上述したフュックス教授の問題提起に通じると判断しました(51頁)。

【資料1】

『医療改革—危機から希望へ』勁草書房, 2007, 36-38頁。

第1章 補論4 私はなぜ医療者の自己改革を強調するか?—B 医師との対話から

私は、公的医療費の総枠拡大についての国民的理解を得るには医療者の自己改革が不可欠と考え、個々の医療機関レベルの3つの自己改革と個々の医療機関の枠を超えたより大きな3つの改革を提案しています。

これに対して、政府の医療政策やマスコミの片面的な医療事故報道を厳しく批判されている高名なB医師から、次のような率直なコメントをいただきました。「先生の御主張全般に深く賛同いたします。ただ、先生の御意見では、国民・患者の強い医療不信をそのまま認めすぎているように思います。また、現場の医療従事者がどのような考えをもっているのか、どう動こうとしているのかについての視点が乏しいように思います。現場の医師もまた、患者を含めて医療をめぐる社会側の態度に対し強い不信と不満を持っています。医師の士気の崩壊は座視できぬ状況にあります。双方の不信を取り除くための対策を早急に講じないと、崩壊への不可逆点を越えてしまうように思われます」。

それに対して、私は以下のようにお返事しました。

「良心的な名医である先生が、拙論が『国民・患者の強い医療不信をそのまま認めすぎている』と思われるお気持ちはよく分かります。しかし私は、社会的には(相対的に)まだ強い立場にある医師・医師会は、主観的には『譲りすぎ』と思うほど譲って自己改革を進めないと、国民やジャーナリズムの信頼は得られないと思っています。古い諺を使えば、『韓信の股くぐり』です。(漢の高祖を助けて天下統一の功績のあった武将韓信が、青年時代、街のならず者から辱めを受けたが、よく我慢してその相手の股をくぐったという故事。大望を抱く者はよく忍耐する意)。

医療者の自己改革の原点は20年前の公開論争

実は、私は、今から20年前（1987年）に、旧厚生省の技官（匿名）と『病院』誌上で「長期入院の是正」について公開論争をしたことがあり、その時に「良心的」医師・医療機関の視点のみから発言することの限界を感じました。

この論争で、私は、まず「不必要な長期入院の是正自体は必要」と明言し、私が1985年まで勤務していた東京都心の一般病院（代々木病院）での在院日数短縮の経験を紹介しました。その上で、日本全体でマクロに「長期入院の是正」を行うためには、個別病院のミクロな努力だけでは限界があり、MSWの配置を含めた病院のマンパワーの増員を行い、集中的な診療を行うことが不可欠であるが、それにより厚生省の思惑とは逆に入院医療費は大幅に増加する可能性がある」と指摘しました。あわせて、技官の主張のように、病院のマンパワー不足に目を向けないまま、「入退院マニュアル」や「基準看護制度の見直し」により長期入院の是正をしようとすると、患者追い出しが生じる危険があると批判しました（『長期入院の是正』のために求められるものは何か？』『病院』46（10）：852-853, 1987）。

この批判に対して、その技官は以下のように反論してきました。「二木氏は日頃良い医療機関ばかり見ているので、二木氏から見た良心的な医療機関が現在の保険制度の中で抱えている問題点を明らかにするという観点から物事を見ていると思われま。我々は、日頃、国民より寄せられる医療機関（医療制度ではなく）に対する不平、不満、訴えばかり聞いているため、国民より悪いと指摘されている医療機関ばかり見ているので考えがひねくれているのかもしれない」（『病院のマンパワーとは』『病院』46（11）：950-951, 1987）。

これは論点をずらした反論ではありますが、私の主張の盲点についており、「一本とられた」とも感じました（と同時に、技官から私の勤務していた病院が「良い医療機関」と認められたことをうれしく思いもしました）。

そのためもあり、その後出版した『90年代の医療』（勁草書房、1990）からは、厚生省の政策を批判するだけでなく、「医師・医療機関の内部に存在する弱点や階層分化を指摘する」ようになり、さらに医療者の自己改革を強調するようになりました。

これが、私が医療者の自己改革を強調するようになった「原点」です。

【資料2】

『90年代の医療と診療報酬』勁草書房、1992年、119-155頁。

Ⅱ—5 九〇年代の在宅ケアを考える一何が変わるか、何を变えるべきか

おわりに—在宅ケアは「開業医医療の復権」をもたらすか？

活路は開業医の「自己革新」（154-155頁）

では活路はどこにあるのか？ただ一つ、開業医の「自己革新」しかない。具体的には、先述した、三つのレベルでの在宅ケアへの積極的参加である。西 三郎先生（前都立大学教授）は、論文「患者の病院指向と開業医医療の復権」（『社会保険旬報』一九九一年一月二一日号）で、現状の孤立した尊大な「昔の開業医」から脱却しない限り開業医の復権はありえないと喝破されている。西先生は開業医のあり方全般を論じておられるが、私は、氏の指摘は在宅ケアについてもそのまま当てはまると考えている。逆に、開業医の「自己革新」が行なわれたとしたら、開業医医療も相当程度復権が可能になるであろう。

【資料3】

『世界一の医療費抑制政策を見直す時期』勁草書房、1994。

1章「世界一」の医療費抑制政策を見直す時期

六 公的医療費総枠拡大の国民合意のために

わが国医療機関経営の三つの不透明（67-68頁）

と同時に、私は、「公正さと透明性」「情報公開」は、厚生行政だけでなく、医療機関の側にも求められていることを強調したい。特に、医療機関の経営公開（少なくとも中規模以上の病院では個々の病院の経営公開）を制度化し、職員に対しても、患者・市民に対しても、ガラス張りの経営を実現しない限り、公的医療費の総枠拡大に対する「国民合意」をえることは不可能である。合わせて、わが国医療機関経営の次の三つの不透明は、早急に是正するべきである。

第一は、先述した老人病院等での多額の保険外負担の徴収。もちろんすべての保険外負担が違法なわけではないが、オムツ代等「合法的」な保険外負担に関しても、不透明な徴収や、法外な「価格付け」が少なくない。言うまでもなく、保険外負担解消のためには診療報酬の大幅引き上げが不可欠であるが、そのための条件整備のた

めにも、保険外負担の「透明化」が求められる。

第二は、一部（？）大学病院・大病院で「慣例化」している、医師等への多額の謝礼や、医師と製薬企業等との金銭的癒着。前者に関して、医師の中には、「儀礼の範囲なら問題がない」と「軽く」考えている方が少なくな。しかし、多くの国民は、それが医師に多額の無税の収入をもたらしていると理解（誤解）しており、ひいては、医療費の総枠拡大への否定的世論の遠因にもなっているのである。

たとえば、私は、最近、ある高名な医事評論家と対談を行ったおりに、大学病院・大病院勤務医の給与水準が一九八〇年代に低下し続けた結果、現在では、一流企業の大卒サラリーマンの給与水準を下回るに至っていると、私の実証研究を基にして発言したところ、「彼らは患者から多額の謝礼をもらっている」と、一蹴された⁷⁾。

ちなみに、医師への謝礼は、日本医療にある程度通じているアメリカ人が共通してあげる、「日本医療の三悪」の一つである。残りの「二悪」は、三時間待って三分診療と、医師が膨大な薬価差益を得ているというものである（詳しくは、4章参照）。

第三は、大学病院研修医の薄給を「補填する」民間病院アルバイト先での高給⁷⁾。これに関しては、民間病院の側は「被害者」とも言えるが、不透明さであることに変わりはない。

【資料4】

『介護保険と医療改革改革』勁草書房，2000。

II-2

幻想の医療ビッグバンと DRG/PPS—背後で拡大する「保健・医療・福祉複合体」

おわりに—隠れた構造的変化：「保健・医療・福祉複合体」(122頁)

以上から、2000年に医療ビッグバンと DRG/PPS が実施・導入されることは100%ないこと、さらに長期に考えてもそれらの可能性はきわめて低いことは明らかである。

それだけに、今、医療関係者に求められていることは、実態のないキャッチフレーズに踊らされるのではなく、わが国の医療と医療政策の現実をリアルにみつめて、着実に自己改革を進めていくことである。[私は、自己改革

の三本柱として、①個々の医療機関の役割の明確化、②医療・経営の効率化と標準化、③他の医療・福祉施設との連携強化（ネットワーク形成）または「保健・医療・福祉複合体」化、を考えている。]「抜本改革よりも当事者による地道な改善の積み重ねのほうが…効果的である」という、池上直己氏らの主張を筆者も支持したい[13]。

最後に、浮ついた改革論の背後で、着実に進行しているわが国の保健・医療・福祉提供システムの構造的変化に触れたい。(以下略)

【資料5】

『21世紀初頭の医療と介護』勁草書房，2001。

序章 21世紀初頭の医療・社会保障改革—3つのシナリオとその実現可能性

3 公的医療費の総枠拡大実現のための医療者の自己改革 (37-45頁)

先述したように、私は、第三のシナリオ（公的医療費・社会保障費用の総枠拡大、医療費のヨーロッパ水準への引き上げ）を支持している。この改革をしない限り、国民皆保険を維持しつつ医療の質を引き上げることはできないからである。

しかし、国民・患者の医療不信は強く、医療関係者が医療機関の窮状を訴えて医療費拡大の運動を行うだけで、それが実現する可能性はまったくない（国民・患者の支持を得て、患者負担の大幅引き上げを部分的に食い止めることは可能だが）。これを実現するためには、医療者側が以下に述べる自己改革をとげることが不可欠である。

(1) 抜本改革ではなく当事者の地道な改善の積み重ね・部分改革

自己改革の具体的提案をする前に、私がまず強調したいことは、わが国では「抜本改革よりも当事者による地道な改善の積み重ねの方が効果的」だということである。これは池上直己氏が名著『日本の医療』で初めて提起されたことである³⁷⁾。

一九九七年以来、誰もが「抜本改革」の必要を語りながら、同じ言葉で、まったく別のことを考えている。こんな非生産的な議論はやめて、個人・団体が地道な改革をした方が合理的である。そもそも、日本を含めた先

進国では、医療・社会保障制度は、国民生活に深く根ざすとともに、立場によって利害が錯綜しているため、抜本改革（ハード・ランディング、ビッグバン）は不可能であり、部分改革（ソフト・ランディング）の積み重ねのみが可能なのである。（中略）

(2) 個々の医療機関レベルでの三つの自己改革

では、どのような自己改革が必要か？ 個々の医療機関レベルでの自己改革では、次の三つが重要である。第一は個々の医療機関の役割の明確化、第二は医療・経営両方の効率化と標準化、第三は他の医療・福祉施設との連携強化やネットワーク形成、または「保健・医療・福祉複合体」（以下「複合体」）化である。

このような医療機関の自己改革の前提として、私は、企業の病院・福祉施設経営への参入の有無にかかわらず、二一世紀の医療・福祉施設の姿は以下になると予測している。「日本全体では、医療・福祉施設の大半は、将来的にも、非営利組織（医療法人、社会福祉法人、農協・厚生連、生協、市民参加型組織等）であり続けるであろう。そして、その『主役』が…『複合体』なのである。…ただし、既存の非営利組織（特に社会福祉法人）の経営合理化・効率化は不可避になる。その過程で、一部の非営利組織（特に『複合体』）が営利企業を傘下に持ったり、営利企業との共同事業を始める可能性は大きい。」（11：23頁）。（中略）

(3) 医療・経営情報公開の制度化

ただし、第三のシナリオを実現するためには、このような個々の医療機関レベルの改革を越えた、より大きな二つの改革も不可欠である。それらは、①医療・経営情報公開の制度化—公私を問わず、全医療機関の基本的医療情報公開と病院（少なくとも地域の基幹病院）の経営情報公開の制度化—、と②専門職団体の自己規律である。この二つの改革をしない限り、国民の医療不信は解消できず、医療費の引き上げもできない、と私は考える。（以下、略）

(4) 専門職団体の自己規律

次に、もう一つの自己改革、専門職団体（病院・施設団体も含む。以下同じ）の自己規律について述べる。

私は、上述した李啓充医師がアメリカのマネジドケアを事実に基づいて批判し続けていることに以前から注目

していたが、最新著『アメリカ医療の光と影』に非常に感銘を受けた²⁵⁾。それは、李医師が、アメリカのマネジドケアを厳しく批判するだけでなく、アメリカの医師、医療団体がなぜマネジドケアに負けたかについても検討した上で、日本の医師に「アカウントビリティ（説明責任）」を果たすことを求めているからである。

実は、先述した医療経済学者のフックス教授も、李氏と瓜二つの主張をしている。それは、一九九六年の米国経済学会第一〇八回総会での会長講演「医療経済学、価値判断、そして医療改革」においてである⁴⁵⁾。そこでフックス教授は、次のような趣旨の発言をしている。「今までのアメリカの医療政策の論争では、政府による規制と競争・市場メカニズムのどちらが優れているかの二分法的議論に明け暮れてきた。しかし、大事な第三の方法が抜けている、それは医師の専門職規範（倫理）だ。医療の社会的規制を行うためには、競争や政府による規制よりも、この専門職規範の方がはるかに重要だ。」

わが国の専門職団体は、従来、「身内」（会員医師・施設）の日常的行動には無関心で、不祥事が生じた後に、後手後手の対応に追われてきた。それどころか、一部の（？）地域医師会や病院団体は、行政や患者・市民から会員医師・施設の問題行動や不正を指摘されても、まともな調査すらせず、逆にそれを抑えてきた。

しかし、国民の医療不信を解消し、医療費総枠拡大の国民的合意を形成するためには、専門職団体が自己規律と監視を強め、会員か否かを問わず、医療者・施設が法的・社会的問題を起こすのを予防するように努めるとともに、問題・不正が明らかになった場合には、国民・患者の側に立って、それを厳しく批判・処分する事が求められる。

【資料6】

『医療改革と病院』 勁草書房、2004、70-89頁。

第二章 二一世紀初頭の医療改革の三つのシナリオと医療者の自己改革

3 公的医療費の総枠拡大実現のための医療者の自己改革（70-89頁）

(1) 抜本改革ではなく当事者の地道な改善の積み重ね・部分改革

最後に、公的医療費の総枠拡大実現のための医療者の自己改革について述べる。結論的に言えば、私は、「医療

制度の抜本改革は不可能、必要なのは医療者の自己改革と制度の部分改革」と考えている。前著では、医療者の自己改革について具体的に提案する前に、池上直己氏等の名著『日本の医療』の一節を引用しながら、抜本改革ではなく、当事者の地道な活動の積み重ね、部分改革が必要かつ現実的だと指摘した。その前提として私は、日本の医療制度の二つの柱である国民皆保険制度と民間の非営利医療機関主体の医療提供制度の根幹は変える必要がないし、変えられないと判断している。

私は、現在は、抜本改悪だけでなく抜本改善も不可能、つまり**抜本改革一般が不可能、幻想**と考えている。読者の中には、抜本改悪には反対だが、抜本改善はすべきだと思っている方も多であろうし、私自身も、かつては「抜本改善」の夢を持っていた。しかし、この数年間、国内および国外の医療改革の経験を学ぶことにより、今では、抜本改悪も抜本改善も不可能であり、部分改革（部分改善または部分改悪）の積み重ねしかないと判断するに至っている。以下、その理由を簡単に述べる¹⁶⁾。

抜本改革一般が不可能な理由—国内的・国際的経験（略）厚生労働省も二〇〇一年三月以降「抜本改革」とは言わなくなった（略）

(2) 個々の医療機関レベルでの三つの自己改革

次に、第三のシナリオ（公的医療費の総枠拡大）実現のための医療者の自己改革と制度の部分改革について、私の価値判断とその根拠を述べる。私は、個々の医療機関レベルでの自己改革と、個々の医療機関の枠を超えたより大きな改革とに区別して、改革を提起している。

ここで私がもっとも強調したいことは、個々の医療機関レベルでの自己改革である。一般には、「改革」というと、厚生労働省がまず方針を示し、医療団体・医療関係者がそれに反対あるいは対応するというイメージで語られることが多い。しかし、私はそのような立論は誤りで、今もっとも求められているのは、医療者自身がどのように自己改革を進めるかであり、これが医療改革の中核を占めると考えている。

前著でも書いたように、個々の医療機関レベルの自己改革としては、①個々の医療機関の役割の明確化、②医療・経営両方の効率化と標準化、③他の保健・医療・福祉施設とのネットワーク形成または保健・医療・福祉複合体（以下、「複合体」）化の三つが必要である。

個々の医療機関の役割の明確化—ただし単一モデルはなく「地域差」は継続

まず、①個々の医療機関の役割の明確化について述べる。私は、一九八五年に出版した『医療経済学』以来二〇年間、「患者の立場にたった病院の機能別再編成、在院日数の短縮」を主張している²⁰⁾。特に医療法第四次改正後は、個々の医療機関の役割の明確化は、もはや待ったなしとなっている。

ただし、ここで注意を喚起したいことは、全国・全病院に適用できる単一モデルはないことである。この点は、③他の保健・医療・福祉施設とのネットワーク形成または「複合体」化についても同じである。

私は、「複合体」研究のために、北は北海道から南は沖縄県まで、全国の医療・福祉施設を一〇〇グループ以上見学したのだが、そのたびに痛感することは、「日本は広い」、「日本は一つではない」ことである。法制度上は全国同一である医療・福祉施設の展開形態は地域、施設により相当異なるのである。

しかし、東京を中心・起点にして考えがちな官僚や研究者にはこのことを理解していない方が非常に多い。これは医療に限らないが、東京在住者の中には、東京の現在が五年後、一〇年後の日本と考えている方が少なくないが、それは誤りである。アメリカに有名なジョークがある。「ニューヨークはアメリカではない。しかし、ニューヨークのないアメリカはない」。同じことが東京にも言える。「東京は日本ではない。しかし、東京のない日本はない」と。

一般に医療の「地域差」は否定的な意味で用いられることが多い。しかし、「地域差」には、先進・後進の「地域間格差（優劣）」だけでなく、それぞれの地域の文化・伝統、住民の生活様式・生活意識の違いに根ざしており、単純に優劣はつけられない地域差も含まれる。後者の意味での地域差が二一世紀にも継続することは確実である。そのために、東京、ましてや霞ヶ関（官庁）の経験・発想を普遍化することはできないのである²¹⁾。

療養病床の一部は亜急性期病床

この点を、一般病床と療養病床との「ケアミックス」について述べたい。

私は、前著では、ケアミックスについて次のように書いた。「医療法第四次改正により、今後、大都市部の中小病院では、一般病棟と慢性病棟（療養病棟）との混合方

式（ケアミックス）は事実上不可能になる。それに対して、病院数が限られている農村部では、中小病院・大病院とも『ケアミックス』は、今後とも重要な選択肢であり続ける。」(39頁) これは、当時強まっていた「ケアミックス」否定論を念頭に置いて書いた一文である。

しかし、私はその後、**大都市部でも、療養病床を「亜急性期病床」として用いる、一般病床と療養病床との「ケアミックス」はありうる**と考えるようになった。なぜなら、**現実の療養病床の一部は、慢性期病床だけではなく、亜急性期病床として機能している**からである。

療養病床は、医療法で「主として長期にわたり療養を必要とする患者を入院させるための病床」と規定されている慢性期病床であるし、現実にも、「療養型病床群」の全国平均在院日数は一七二日(二〇〇〇年)＝約六カ月に達している。他面、大都市部の急性期病床主体のケアミックス型病院には療養病床の平均在院日数が二カ月前後なところが少なくない。私が知る限り、ケアミックス型病院の療養病床で平均在院日数が一番短いのは、大阪市の牧病院の二九日である(『フェイズ3』二〇〇二年一月号)。

前著を執筆した時点では、このように亜急性期病床の機能を果たしている療養病床の存在に気づかず、慢性病棟と療養病床を同一視して、上記のように「慢性病棟(療養病棟)」と書いてしまった。私の記述の不備を指摘していただいた鈴木篤医師(現東京民医連会長)に感謝する(『東京民医連(新聞)』八二四号、二〇〇二)。

政令指定都市と東京都区部のケアミックス型一般病院(略)

外来分離への規制強化は必至(略)

「複合体」の三つの新しい展開形態

個々の医療機関レベルの自己改革の②医療・経営両方の効率化と標準化については前著(39頁)に譲り、③他の保健・医療・福祉施設とのネットワーク形成または「複合体」化について、述べたい。

今後、ごく一部の専門病院・診療所を除けば、病院・診療所が他の保健・医療・福祉施設から孤立して存在することは不可能になり、「複合体」化するか、他の保健・医療・福祉施設とネットワーク形成(連携強化)するかの選択を迫られる。「複合体」とネットワークには一長一短があるが、介護保険制度下では「複合体」の方が圧倒的に有利である。ただし、一部の地域を除けば、「複合

体」とネットワークとは対立物ではなく、連続している。これらについて詳しくは、**補論**で述べる。

まだ数値では示せないが、私のフィールド調査によれば、最近の「複合体」には次の三つの新しい展開形態がある。第一は、診療所や中小病院が、訪問看護ステーションやホームヘルパー・ステーション、通所リハビリテーション施設等の在宅・通所ケア施設を併設する「ミニ複合体」化である。これは、土地の制約が大きく入所施設の開設が困難な大都市部を中心に急速に増加している。第二は、予防分野への進出である。今までの「複合体」は大半が、福祉分野への進出であったが、「健康日本21」を受けて、予防分野に進出する「複合体」が増えている。予防サービスには、全額自費という魅力があり、しかも将来の「顧客」を確保するというメリットもあるからである。第三は大手「複合体」が進めている「企業化」である。数の上で多いのは系列の子会社(いわゆるMS法人)による事業展開であるが、手腕のある「複合体」は大企業と対等の共同事業も始めている。

「2015年の高齢者介護」は「複合体」へのさらなる追い風に

「複合体」の今後の展開や医療機関の「複合体」化について検討する場合、見落としてならないのは、厚生労働省の高齢者介護研究会が昨年六月に発表した「2015年の高齢者介護(高齢者介護研究会報告書。以下、報告書)」である²⁾。

この報告書の最大の特徴は、介護保険制度の基本理念を従来の「自立支援」から「**尊厳(を支えるケア)**」に大きく転換したことである。驚くべきことに、報告書の目次にはどこにも「自立支援」がない(ただし、本文では「尊厳」と「自立支援」が併存している)。これは、介護保険の出発点となった「**高齢者介護・自立支援システム**研究会報告」(一九九四年一二月)が、「今後の高齢者介護の基本理念は…『**高齢者の自立支援**』」と高らかに宣言していたのと比べると大転換と言える。「自立」の概念をいくら拡張しても、報告書が重視している痴呆高齢者ケアやターミナルケアを「自立支援」と呼ぶのは無理があることを考えると、この転換は妥当と言える。

このような理念の転換を受けて、報告書は今後の新しい施策として、「**生活の継続性を維持するための、新しいサービス体系**」(特に「**自宅、施設以外の新たな『住まい方』の実現**」と「**地域包括ケアシステムの確立**」)および

「新しいケアモデルの確立—痴呆性高齢者ケア」を提起している。「自宅、施設以外の新たな『住まい方』」は「第三類型」とも呼ばれているが、これは従来の「在宅重視（偏重）」からの転換と言える。

これを実現するために、「在宅の介護サービスと在宅の医療サービスを適切に組合せて、施設と同様に安心感の継続できる環境を整備していくこと」、「切れ目のないサービスを一体的・複合的に提供できる拠点」づくり、施設サービスまで視野に入れながら「必要なサービスが切れ目なく提供できる体制を実現していく」ことが提起されている。

ここで注目すべきことは、これらの「新しいサービス体系」は、「複合体」の新しい展開を促進することである。そもそもこれらは、先進的「複合体」が既に取り組んでいることであり、それを公式に認知したとも言える。

もちろん理論的には、これらのサービスの提供は独立した施設間のネットワークによっても可能だが、「複合体」の方が圧倒的に有利なことは間違いない。ただし、「複合体」には大規模グループだけでなく、医療的ケアと在宅・通所サービスだけを提供している「ミニ複合体」も含まれる。

私は、介護保険が開始される前から、それが「複合体」への強い追い風になると予測し、その後の事態は私の予測通りに進んだ²³⁾²⁴⁾。この報告書は、「複合体」への第二の追い風になる可能性が大きい。

(3) 個々の医療機関の枠を超えた、より大きな三つの改革

次に、個々の医療機関の枠を超えた、より大きな三つの改革について述べる。それらは、①医療・経営情報公開の制度化、②医療法人制度改革、③専門職団体の自己規律の強化である。なお、前著では①と③の二つを提起したが、今回、新たに②を追加した。

医療・経営情報公開の制度化

まず、情報公開の制度化について、私は医療情報公開の制度化と経営情報公開の制度化は区別している。

医療情報公開の制度化は、診療所を含めた全医療機関を対象にすべきである。カルテ開示の法制化は当然である。この点に関して、昨年六月にまとめられた厚生労働省の「診療に関する情報提供等の在り方に関する検討会報告書」（大道久座長）で、日本医師会の反対（少数意

見）により、またもやカルテ開示の法制化が見送られたことは残念である。

それに対して、経営情報公開の制度化は病院、当面は地域の公私の基幹病院に限定すべきだと考えている。経営学的には「零細企業」とも言える個々の診療所の経営情報の公開はする必要がないし、誰も要求しない。そして、基幹病院の経営情報公開の制度化と医療法人の持ち分の放棄または制限（出資額限度法人化）を条件にして、病院のキャピタルコスト（資本費用）に対する公費投入をすべきである。診療報酬のみで、特に東京・大阪等の大都市部の病院の資本費用はとてども回収できず、それに別枠で公費を投入する必要があるからである。前著では、この「必須条件」として「経営情報公開の制度化」のみを書いたが、その後の検討で、「医療法人の持ち分の放棄または制限」も合わせて必要だと判断した。

経営情報公開の制度化については、医師会・病院団体でもまだまだ反対意見が多いが、私は中長期的には、医療情報公開の制度化に続いて実現すると予測している。

医療の非営利性・公共性を高めるための医療法人制度改革

次に、私は、医療の非営利性・公共性を高めるための医療法人制度改革が必要だと考える。具体的には、少なくとも地域の基幹病院となっているような大規模医療法人は、長期的には出資者持ち分を放棄して、財団法人化、特定・特別医療法人化すべきである。それ以外の医療法人（社団法人）も、最低限、社団が解散した場合の残余財産の分配は払込済出資額を限度とする「出資額限度法人」化すべきである。そして、このような非営利性の強化に対応して、財団法人、特定・特別法人、および出資額限度法人の税負担を大幅に軽減すべきである。

この点に関しては、病院団体（会長）と日本医師会の最近の次の二つの動きが注目に値する。第一は、日本医療法人協会が二〇〇二年四月に決定した「社団医療法人における出資額限度法人の制度化（類型化）」の方針が、短期間に四病院団体協議会（四病協）の方針として合意されただけでなく、日本医師会もそれを支持したことである。二〇〇二年六月に四病協は厚生労働省に要望書を提出し、日本医師会も同月その制度化を含んだ「平成一五年度医療に関する税制改正要望」をまとめた（『日本醫事新報』四〇八一・四〇七八号、二〇〇二）。

第二は、豊田堯日本医療法人協会会長が、第八回「こ

れからの医業経営の在り方に関する検討会」(二〇〇二年一〇月)の「提出資料」で、以下のような医療法人制度の包括的改革提案を行ったことである。「今後は医療法人を、①きわめて公益性の高いもの、②それに準ずるもの、及び③一般の医療法人に類別していく…①には特別医療法人と特定医療法人を、②の『準ずるもの』として出資額限度法人(社員の払戻請求権を出資額にのみ制限した定款を有する社団医療法人)を配置すべき」。

私は、最低限、出資額限度法人を早急に制度化しない限り、総合規制改革会議等による、出資持ち分のある医療法人は営利法人と変わらないとの主張を最大の論拠とした、株式会社の病院経営参入論に対抗できないし、医療ジャーナリズムの病院不信も払拭できないと考えている。

第一章で紹介したように、厚生労働省が設置した「これからの医業経営の在り方に関する検討会最終報告書(田中滋座長)」は、医療機関の「非営利性・公益性の徹底による国民の信頼の確保」と、「効率性、透明性、安定性といった諸要素を高める」ことの両方を提起した。さらに、これを受けて、昨年一〇月に発足した「医業経営の非営利性等に関する検討会」(田中滋座長)では、出資額限度法人の制度化等の検討が公式に始まっている。私はこれらの動きを歓迎し、それが加速することを期待している。

持ち分放棄を条件にした公的助成の諸提案

この点で最も明快な主張をしているのは、「経営の実態把握とその対応策について報告書」(主任研究総括者田中滋氏。二〇〇〇年)である。それは、「わが国における多くの病院のように個人財産的色彩が強く、情報公開がなされぬまま、公の債務保証や、…寄付に対する免税といった公的支援が民間病院に対して行われることは、国民の合意を得にくい」と断言した上で、次のように提言している²⁴⁾。「公的支援を求める病院には持ち分放棄を求め、その代わり税法上の扱いを公益法人並みにし、持ち分を維持したい病院の場合には公的支援を与えないといった、病院側の選択肢の付与が今後は必要であろう」。なお、この研究のために行われたヒアリング調査(三〇病院)では、持ち分を放棄してでも、地域医療を豊かにするために当該病院の存続を望む声が多かったとのことである。

池上直己氏も、昨年、「持ち分のない医療法人の病院に

対しては、国公立病院と同じ条件で補助金交付の対象とする必要がある」と提案している²⁵⁾。岡部陽二氏も、病院経営への株式会社参入を支持する一方、既存の病院の「組織としての非営利性の法的確立が不可欠」だとして、その第一に「出資者持ち分の放棄」をあげ、その「代償として、原則非課税、個人の寄付限度額撤廃などの措置」を取ることを提案している²⁶⁾。

専門職団体の自己規律

三番目の大きな改革は、専門職団体の自己規律の強化である。わが国の専門職団体(医師会や病院団体)は、アメリカやヨーロッパ諸国の専門職団体に比べて非常に自己規律が弱いので、それを強める必要がある。私の印象では、専門職団体の自己規律の仕組みは、国際的にみると、アメリカ型とヨーロッパ型、それと非常にルーズな日本型の三つに分かれる。

アメリカ型は、任意加盟の医師会の道義的強制力が非常に強いのが特徴で、それに加えて、各州の医師免許委員会(メディカル・ライセンシング・ボード)が、強力な医師の懲罰権・懲戒権を持っている。しかもこの委員会には、医師だけでなく、市民も参加している。このような開かれた医師免許委員会が、医師に免許を付与するだけではなく、問題のある医師の懲罰、免許の取り上げを強力に行っている(州医師免許委員会連合のホームページ。http://www.fsmb.org)。医師免許委員会の権限の強さは、厚生労働省の医道審議会とは比較にならない。そのためもあり、アメリカの医師の被懲戒者率(千人率)は五・八人という高さである(わが国は〇・一人)²⁷⁾。

なお、私は、二〇〇二年に『世界』誌の座談会で、アメリカの州医師免許委員会が医師の懲罰権を保有していることに触れないまま、医師会の道義的強制力だけを強調した²⁸⁾。これは不正確であり、訂正する。

それに対して、ヨーロッパの各国には、いわばギルドと言える任意加盟の医師会とは別に、強制加盟で法的拘束力を持つ医師組織がある。これは日本の弁護士会型で、後者の医師組織から除名された途端に診療ができなくなる。

最近、日本でも「弁護士法をモデルに医師法を改正し、強制加入の医師身分団体を組織する」ことが提案されている²⁹⁾。しかし、日本医師会は、第二次大戦中、政府によって強制加入化され、それが軍事政権の下部組織になった結果、戦後、アメリカ占領軍の指示で解体され、

任意加盟団体として再出発したという歴史的経緯がある。そのために、私はヨーロッパ型への改革は、短期的には現実性がなく、むしろアメリカ型に、任意加盟の医師会の道義的強制力を強め、それに加えて医道審議会を強力な懲罰権を持った市民参加の委員会に改組するほうが合理的ではないかと考えている。ただし、この点はま

だ勉強の段階で、あくまでも問題提起である。

なお、諸外国（ドイツ・アメリカ・フランス・イギリス）の「医師の職業倫理」については、『日本醫事新報』の特集と日本医師会『医の倫理』が大変参考になる²⁷⁾²⁸⁾。ただし、両者ともアメリカについての報告（木村利人氏）は、なぜか医師免許委員会にほとんど触れていない。

医療政策会議報告書案と 社会保障政策に関する若干の捕足

権丈 善一（慶應義塾大学商学部教授）

医療政策介護報告書についての提案

医療政策会議報告書の最初の数ページで「こういうことが書いてあるのだな」「この会議でみんなが基本認識を持っていることはこういうことで、医療政策会議の考え方はこういうことだな」といった、まとめのようなものがあつたほうがよいかもしいないと思ひ、案を作つてまいりました。

たとえば医療政策会議における基本認識で、「この10年間、国民の日本医療に対する評価（満足度等）と改革の必要性についての理解は着実に高まっている」というような、この会議で異論なく皆が共有している話を書くことができると思っています。

医療政策会議で諮問されたテーマは「社会保障と国民経済」です。子育て支援、医療・介護、年金という社会保障政策は、人口構造や財政金融政策の上に乗っているものであつて、これらを独立させて議論することはできません。いわば、社会保障政策は、人口構造・財政金融政策という大海に浮かぶ小舟のようなものです。

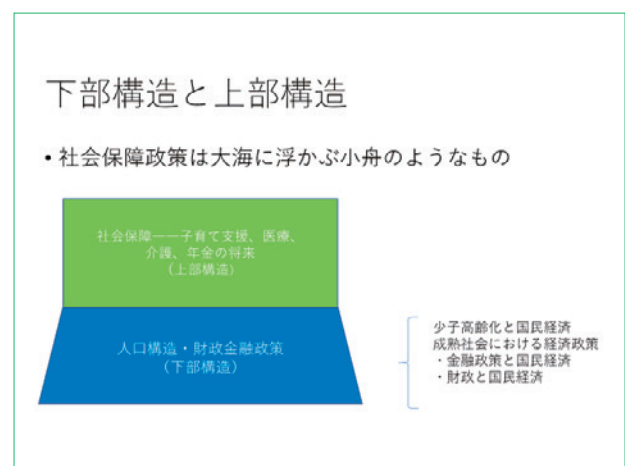
ですから、この諮問は、社会保障政策に関わる人たち皆が、必ず議論しておかなければならないテーマだと日ごろから思っています。

国民経済がどのようにかかわっているか。たとえば少子高齢化と国民経済に関していろいろなことを考えていきますと、「医療政策会議において合意を得られた事項候補」と書いていますが、たとえば少子高齢化と国民経済の関係を見る指標は、65歳以上人口を何人で支えているかとかいうようなものではなくて、就業者1人当たりの非就業者というような数字で見るべきで、この数字はある程度過去からも安定しているし、将来的にもそれほど心配するような話でもない。やらなければいけないのは、高齢者を含めて積極的に皆さんが社会参加できる社会シ

ステムをいかにして作っていくという話になるのかなと思います。

また、人口減少社会で重要な経済政策の指標は、1人当たりGDPであつて、総GDPではありません。ピケティが200年単位で本を書いているわけですが、あのなかには1つも総GDPの指標はなく、すべて1人当たりGDPで議論をしていますし、人口が大きく変化するタイムスパンを対象としている限り、そうせざるをえないんですね。日本の人口はこれから加速度を付けて減少していきます。GDPを今後大きく増やして600兆円にというような目標を掲げると、ちょっと無理が出てきて、いろいろところで軋みが出てしまうということは、みんな共通しているのではないかと思います。

日本の1人当たりGDPの伸びは、他の先進諸国と比べてそれほど遜色があるわけではない状況のなかで、問題はこれをどう分配していくか。きちんと消費者の購買力を育てるために、しっかりと分配をしていかないと駄目ですよというようなところも共通しているのかなと思います。



図表1

私が最近翻訳しておりますニコラス・バーの *The Economics of the Welfare State* 『福祉国家の経済学』のなかに、「最近まで、真の解決策—引退年齢の引上げを捉えることに完全に至った提案はほとんど存在しなかった。珍しい例外は、英国年金委員会の報告書である。論理は簡単である。現在の人々は、100年前よりも長く生きる。それは、私たちすべてが賞賛すべき素晴らしい結果である。高齢化の「問題」をグロテスクに話題にすることは、的外れである。問題は、人々が長生きしていることではなく、彼らがあまりにも早く引退していることである」とあります。こういうことがようやく世界的に言われるようになった中で、高齢社会のトップを走る日本もその辺りをきちんと自覚して、しっかりと雇用を考えていこうという政策と整合性を持つ税や社会保障システムの議論をしていきたいと思いますという認識も、これもみんな共通しているかという気もいたします。

今年の1月に、日本老年学会・老年医学会が合同で、高齢者は75歳からと提言しました。日本老年学会と日本老年医学会は2013年から高齢者の定義を再検討する合同WGを立ち上げて、高齢者の定義についていろいろな角度から議論を重ねてきたらしいです。特に65から74歳は、心身の健康が保たれており、活発な社会活動が可能な人が大多数を占めているという科学的根拠があると発表されています。高齢者というのは、どうしても引退者というイメージがつくので、私たちは、随分と前から、高齢者とする年齢を上げようと言ってきました。しかし、世の中は少しも相手にしてくれなかった。ところが、今回は違うようです。メディアは大きく取り扱うし、永田町の議論のなかでも日本の高齢者が75歳からは当然じゃないかという感じになっていて、なんだか本当に、この国では75歳からが高齢者とみなされる社会が築かれそうな勢いになってきています。やはり、医師、医学の説得力はすごいです。

財政金融政策と国民経済

成熟社会にある日本

金融政策と国民経済ということを考えていかなければいけないときには、やはり小野委員がおっしゃるような、今の日本は成熟社会にあるのだということですね、成熟社会の段階で、どのような政策が必要になるのかということを考えなければいけない。

私がよく言うのが、ビックカメラの最上階から下まで、

各フロアを回ってみて、「どうしても月賦で買いたいというものはありますか」と問うと、大体みんな「ない。月賦かあ、懐かしい言葉だ」と言います。そうした、多くの人たちの購買意欲がとても弱い社会、いや、適切な表現をすれば、ある程度消費が飽和している社会が高度経済成長期のような成長を遂げることができるはずがないです。経済学では三面等価の原則と言いまして、国民経済の生産=分配=支出は等価になります。多くの人たちの消費がある程度飽和しているために支出、つまり需要が増えそうにない社会で、企業を税制などで優遇しても生産、供給を増やさないでしょうね。

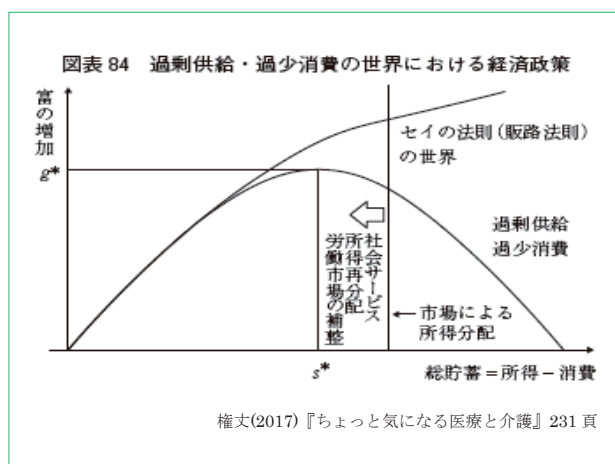
そういう社会ではどのような政策を展開していく必要があるかという、小野委員がまとめられている富裕層から貧困層への再分配とか、しっかりと現物給付を充実させていくとか、つまりは、私の本で書いてありますように、経済の活力のピークになりそうどころよりは貯蓄というのが右側にきている社会になっているわけですから、これをある程度消費のほうに回していく政策をやらざるをえない。

それは社会サービスをしっかりと充実させていったり、高所得者から低所得者に所得を再分配していったり、あるいは1次分配のところでしっかりと賃金を支払っていくというような仕組みを作っていくことこそが、実は経済に活力を与えるといえますか、本来の意味で成長戦略なのだというような話は、この会議のなかで共有できるのではないかと考えています。

次に財政と国民経済で、財政健全化、経済成長、社会保障の機能強化は一体的に考えなければいけないということは、香取委員が最近書かれた「アゼルバイジャンから¹⁾」の中にも書かれていますように、とにかく財政健全化もしっかり考えていかなければいけない。財政健全化、経済成長と社会保障の機能強化は一体的に考えていこうということも、この会議の中で共通しているのではないかと思います。

完全雇用余剰と税制

そしてこの財政の問題を考えていくときに、ドーマー条件というのは不可欠な知識であり、私の本のなかにもあります。もう1つは完全雇用余剰です。景気が悪いときは財政赤字になるのはよいのだけれど、今のような完全雇用のときには、今度は余剰が生まれるぐらいの税システムというのを作っておくのは当たり前の話です。



図表 2

バブルのときに赤字国債がなくなる、発行しなくてもよいぐらいのところであって、その段階でもまだ余剰が生まれていないのは、やはりどこか税が根っここの部分でおかしいという認識はみんな共通していると思います。永遠に赤字国債を累積し続けていってもかまわないという政策思想、経済思想は、人類の歴史上どこにもないですから。今の総選挙の最中²に、希望の党から排除された民主党の人たちをメディアのように「リベラル」と呼ぶのは大間違いで、リベラルという言葉に失礼です。今の日本の税制と財政状況の下で、増税の必要はないというようなりベラルなんて、世界中のどこを探してもありません。1909年に、イギリスの Liberal Party、自由党は、ロイド・ジョージ蔵相の下で、貧困対策など社会問題の解決を図るために、累進所得税導入、相続税・資産課税による富裕層への増税とたばこ税・酒税の増税を行いました。社会問題を解決するために国家には確固たる課税権があると考えて、国家の課税権を否定する人たちと対峙し、問題解決のために増税を国民に説得するのが Liberal です。そのようなことをしっかりと押さえておかなければいけないし、ドーマー条件とプライマリーバランスというものがどのような関係にあるのかも、しっかりと押さえておくことが不可欠になってきます。

ストックはストックへ

そして、いまだに埋蔵金を言う人がいますが、昔から埋蔵金のようなストックは、これだけ累積債務を持つ国

においては、ストックはストックへ、つまり埋蔵金というストックは累積債務というストックの返済に回すというのは当たり前のことです。埋蔵金がまったくないとは言わない。ないということを証明することは難しいので、埋蔵金があると言う人がでてきたら、その論者の論をひとつひとつ確認していくことになるのでしょうか、仮に埋蔵金なるストックがあったとしても、ストックはストックの問題、フローはフローの問題として、やはりしっかりと考えていかなければなりません。

給付先行型福祉国家の宿命

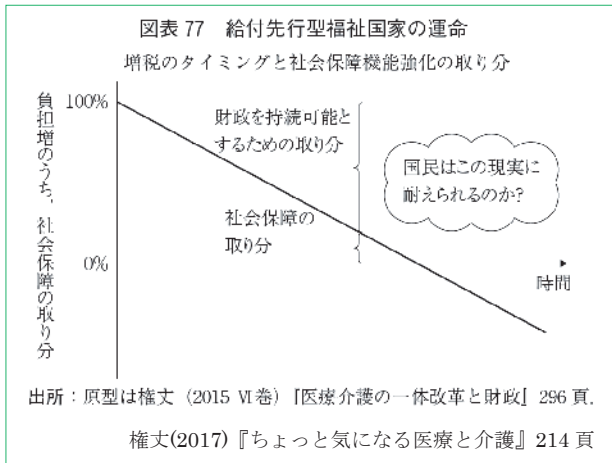
そしてもう1つ現状認識として確認しておきたいことは、成熟社会であると同時に、給付先行型の福祉国家になっているということです。香取委員の最近の文章にも書いてありましたが、赤字国債を出しながら給付を先行したというのは、景気を取っているとも言えます。負担の先送りだけではなくて、景気を取っているわけで、そうしたブースターがかかった景気と比べると、景気が悪くなるから財政再建はやるべきではないと言っていると、永遠にこの赤字状態から解放されないことになってしまいます。ですから、日本は、給付を先行した福祉国家であって、給付の先取り、景気を取っているということは、しっかりとみんなで認識しておく必要があります。

そして日本が給付先行型福祉国家であることは、面倒な政治問題を起こすことにもなります。今後、仮に増税できたとしても、増税の相当部分は財政再建に回さなければならないため、増税分すべてを社会保障給付に使うことはできません。普通の人は財政事情のことなど知りませんから、すぐ『増税するのに、なぜ社会保障が増えないんだ』と怒り始めます。さらに、増税のタイミングと社会保障機能強化の取り分を考えると、時間がたてばたつほど、社会保障の取り分が少なくなり、国民の不満が出やすくなる(図表 3)。

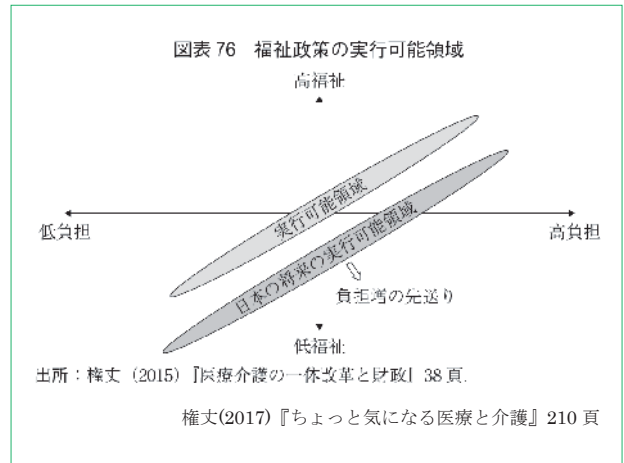
まさに、今の選挙戦のなかでも起こっていることだし、これからの日本では深刻さが増しそうなことです。この医療政策会議の委員の方々には、「いったん給付先行型になったものを、はたしてこの国で元に戻すにはどうすればいいのか」を考えるということでは、共通した認識を

¹ 『Web 年金時代』掲載の「謎の新興国アゼルバイジャンから——第10回(番外編)社会保障・税一体改革 財政と社会保障—消費税の使途と社会保障財源」(2017年9月28日)。

² 2017年10月10日に公示、10月22日投票の第48回衆議院議員総選挙。



図表 3



図表 4

持たれているのではないかと思います。

国民経済と財政をめぐる政治の動学

国民経済と財政をめぐる政治の動学として、この10年ほどの間、日本はどのような展開をみせたのかということ、縦軸に福祉の水準、横軸に負担の水準をとって説明しています（図表4）。

公的累積債務のGDP比を一定にする、つまり「発散」させずに一定にするためには、金利 r と成長率 g 、分母の成長率と分子の金利の相対的な関係を考えなければなりません。分子にある債務の金利が分母の成長率よりも1ポイント高くなると、1,000兆円の借金を抱えているとすると、10兆円ぐらいのプライマリーバランスの黒字を出し続けられないことは、公的累積債務のGDP比は水平にならず発散してしまいます。これが要するにドーマー条件のところになるのですが、プライマリーバランスがとれるだけでは水平になりません。

そのような関係を考えていくと、金利 r がいずれ成長率 g を抜いて正常状態に戻ってくるとなると、この実行可能領域が東南方向にどんどんシフトしてくことになる。したがって、給付先行型福祉国家では、高負担だったら中福祉になるし、中負担だったら低福祉にならざるをえなくなる。金利が大きくなれば国債費が大幅に増えますから、高負担でも低福祉になりかねません。

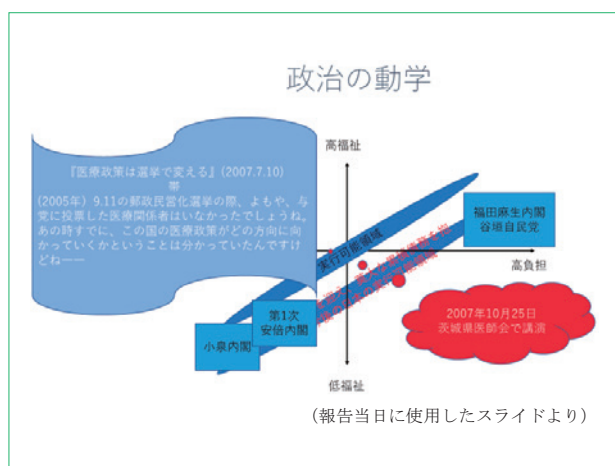
過去10数年間の政治の動きを少し歴史的に見てみると、小泉内閣が、将来の実行可能領域の左上にあった日本の財政を何とかしてこのライン上に乗せようとした。また第1次安倍内閣もそれをやろうとして増税を最初は考えていたようです。私は2007年の7月の参議院

選挙の直前に、『医療政策は選挙で変える——再分配政策の政治経済学Ⅳ』という本を出しました。帯には、「(2005年)9・11の郵政民営化選挙の際、よもや、与党に投票した医療関係者はいなかったでしょうね。あの時すでに、この国の医療政策がどの方向に向かっていくかということは分かっていたんですけどね」と書かれてある本ですね（図表5）。ところが、そういうことを書いていた私が、半年後には、社会保障国民会議に呼ばれることになる。なぜならば、第1次安倍内閣から福田内閣に変わると、自公政権は、負担を行って中福祉を支えて行こうという位置に移ってきたからです。つまり、自民党のなかで政権交代が起こり、福田内閣は、中長期的には、社会保障政策の分水嶺に位置づけられることになりました。

そのように、同じ政党の中で政策の政権交代が起ころうとしていた頃、2007年10月25日に私は茨城県医師会で講演をしています。その日は、講演の最前列に座られていた茨城県医師会の会長をはじめとして幹部が揃って『医療政策は選挙で変える』を持っていき、講演を終えて私が帰った後に、茨城県医師会は反自民、民主党支持への決議を行ったようです。ここは実に難しいところですが、茨城県医師会が反自民に転じた時には、自民党は小泉・安倍路線ではなかったわけですが、でも、そういう政治の機微は、普通、医療者には分からないと思います。

2009年政権交代前夜

そして、福田さんが、社会保障国民会議を作り、そこに数ヶ月前まで自公政権に選挙で投票するなという本を書いていた私が呼ばれる。2008年11月に国民会議が報



図表 5

告書を出し、12月に中期プログラムが閣議決定され、翌年の2009年3月に平成21年度税制改正付則104条が成立しています。与謝野さんが主導して成立させた、この附則104条は、もうじき確実に来ると考えられていた民主党への政権交代の後でも、消費税の増税論議が継続して行われるように、楔を打ち込んだものでした。

そして大方の予想通りに、2009年8月30日に民主党が勝つ政権交代選挙が行われます。このときもまた、4日前の8月26日に私は茨城県の筑波市で講演をしていて、茨城県医師会の人たちの前で、「依怙^{えこ}によって弓矢は取らぬ。ただ筋目^{いすかた}をもって何方^{ごうりき}へも合力す」という演題、つまり、この「依怙によって…」は信玄の言葉なのですが、自分の利益では戦をやるようなことはしないけれども、筋が通るのだったら誰にでも味方をするという演題で講演をして、民主党のマニフェスト、そして彼らの政治手法を徹底的に批判しています³(図表6)。この時、茨城県医師会(当時の)若手幹部から、「官僚支配の政治の打破が必要なのではないか?」と質問されて、「役人任せの政治をやっていたら、今のような財政状況にはなっていないですよ」と答え、続けて、「2大政党による競争は必要なのではないか?」と問われたから、「まあ、ルー

ルを守って競争すればね。ウソ、いかさまなんでもありのルール違反の競争が展開されると、悪貨が良貨を駆逐するってことになって、政治のレベルが落ちていくだけなんですよ」と答えています⁴。

民主党政権と社会保障制度改革国民会議

それで結局、鳩山内閣ができて、大局的、長期的にはそうした小さな動きに追随した日医も大混乱の時代を迎えるのですが⁵、鳩山内閣を継いだ菅・野田内閣は、実は、先ほどの福田・麻生内閣の位置に移動してきます。この政治の大仕事をリードしたのが、先ほども平成21年税制改正附則104条のところでお話した与謝野さんですよ。菅内閣が、三顧の礼で与謝野さんを迎えるわけですが、直接、与謝野さんのところへお願いに行った人に与謝野さんは、「僕はかわらないよ」と答え、即座に「大丈夫です、民主党がかわります」という会話ががあったとか、なかったとかの話があり、たぶんあったんだと思います(笑)。そうして、与謝野さんは、2008年の社会保障国民会議の事務局、つまり香取さん達を再結集します。ただ、あまりにも、菅内閣が鳩山内閣の時の位置と離れすぎて、今度は民主党が分裂する危機にさらされたので、菅さんの後を継いだ野田さんが党内融和という言葉を用いて、福田・麻生内閣と鳩山内閣の真ん中あたりに、菅内閣の後の民主党を位置づけることになります。と言っても結局は、消費税増税をめぐる、民主党は分裂するわけですが。

そして、消費税増税を進めてきた民主・自民・公明の3党の合意を得ようとしても、なかなかやっかいな社会保障、特に民主党が思いっきり争の具にしていた年金の話とかもありましたので、社会保障に関しては有識者に任せようということになって、ここに社会保障制度改革国民会議が立ち上げられます。そしてこの国民会議は、2008年の社会保障国民会議の位置、つまり民主党政権前の元に戻ってくるという動きが、この間に起こっていま

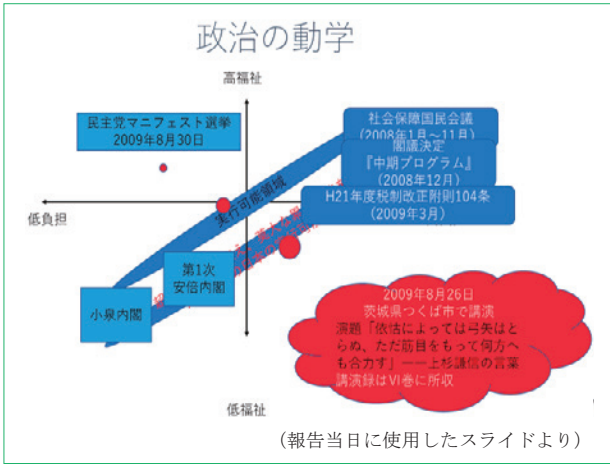
³ 「勿凝学問246 謙信ではないけれど、依怙によっては弓矢はとらぬ、ただ筋目をもって何方へも合力す——衆院選、県知事選で賑わっている茨城6区で、今日、話してきたこと」(2009年8月26日脱稿)参照。この文章は、『茨城県 病院協会報』No.74(2009年10月発行)にそのまま収められている。

⁴ 「勿凝学問248 あのねえ、役人任せの政治をやっていたら、今のような財政状況にはなっていないよ——茨城県で民主党支持者に官僚支配の政治の打破が必要なのではないかと問われて」(2009年8月29日脱稿)参照。

なお、2009年8月30日政権交代総選挙の5ヶ月前2009年3月に、私は『社会保障の政策転換——再分配政策の政治経済学V』を出していた。そこには、福田・麻生内閣の下での社会保障国民会議の中で、この国の社会保障政策に関して大きな政策転換がなされたことを書いていた。だが、そのことは世の中に伝わらなかった。次のように…

⁵ 09政権選択：きしむ保守地盤/中 医師会、自民離れが拡大『毎日新聞』2009年8月13日朝刊「医師会は自民に利用されてきただけ。なのに、上の方だけで自民支持を決めてきた」。「福田(衣里子)推薦」を提示した高原晶支部長(55)は憤りを隠さない。手元にあった本は『医療政策は選挙で変える』。至るところに鉛筆で線が引かれていた。」

⁵ 2011年7月15日に、医療政策会議で報告をした私は、「無政府状態下の日本の財政・社会保障」という演題で話をしている〔権丈(2015)『医療介護の一体改革と財政——再分配政策の世辞経済学VI』第15講に所収〕。



図表 6

す。というも、持続可能性という観点からみれば、この位置しかあり得ないわけですから。

持続可能性という政治軸への意識を

私は、持続可能性という軸を基に、政治の良し悪しを判断したり、政策の論者の持続可能性を予測するのが、ある時期から最重要になったように思えます。政府の規模の大小への選好、趣味、思想で政治的態度が別れていた時代は、給付先行型福祉国家に大きく踏み出す前の話で、懐かしいセピア色の遠い昔の話です。医療界は、政治フィールドにおけるこうした変化に、はじめはついて行っていなかった。そして持続可能性から外れたことを言う政党・政治家には持続可能性がないという当たり前のこともほとんど意識されていませんでした。もっとも、団体として政治的成果をどう引き出すかという視点も大切なことではありましようが、それも、交渉の相手が持続可能性を持つポジションにいるのかどうかの先読みができた上で行った方が、成果を大きくすることができるかと思えます。

ここで一言付け加えておきますと、2009年のああいふ形での政権交代は、日本の政治に大変大きな悪影響を与え、後遺症を残しました。今を生きている多くの日本人は、あの政権交代を大変な失敗体験と記憶することになりました。この記憶が国民の間に残る限り、この国の政治がうまく機能するのは難しいです。もっとも、当時の混乱の責任者たちがいなくなれば話は別でしょうけど、それはあり得ない。

社会保障・税一体改革の正確な理解を

資料に書いてありますように、給付先行型福祉国家は結構きつい。増税した分を全部社会保障に持ってくることはできません。

そのような状況のなかで、私は2012年10月に「消費税の運命はまだ予測がつかない状況にある」と書いています。そう書いたのは、2012年9月26日に総裁選が行われているのを見ていたからです。

医療政策会議の先生方には、一体改革のフレームをしっかりと正確に理解し共有することを、私はお願いしたいと思います。

5%の消費税のうち1%は確かに社会保障に回しますと言っていたのですが、その時もタダで財源を回すのではなく、徹底的に改革した形で効率化したうえで、条件をつけた形で給付を増やすという話です。次に5年分の自然増のために1%をあてていた。そして基礎年金の国庫負担の1/2を確保するために1%。消費税増税による物価上昇分も1%見込んでいた。そうした状況でしたので、財務省から見ると、残りのたった1%ぐらいしか財政再建に使えないのかという現実のところを持ち込まれていたわけです。そのあたりのところを、医療政策会議の先生たちには共有していただけたと思います。今回の選挙の中で、メディアなどは、「借金返済」に回す消費税というような表現がなされていますけど、「返済」などは夢のまた夢。一体改革では、借金がなくなる度合いをほんのわずか小さくすることしか予定されていませんでした。しかしそうしたことは、世の中の人たちが知りたいことではなかったために、彼らには届かなかった。

そしてこれから先の財政政策を考えていくと、消費税増税を着実にやらなければならない。経済状況を勘案しながら前倒しも考慮したほうがよいのではないかと。軽減税率も考え直した方がいい。さらに、消費税10%の先の検討を速やかに開始し、その際は毎年1%の引き上げも視野に入れていってよいのではないかと。

ヨーロッパでは付加価値税の増税時に2%、3%というのはあまりなく、1%ぐらいを徐々に徐々にやってきた(図表7)。

私は、前から言っているのですが、2004年から年金を0.354ポイントずつずつ上げてきた、そのような形で消費税を上げていかないと、この国は財政的にはきついという話になります⁶。

EU加盟国における付加価値税率(標準税率)の引上げ回数

0%超～1%以下	1%超～2%以下	2%超～3%以下	3%超～
42回	35回	18回	12回

(注) EU加盟国28カ国の付加価値税導入以降の標準税率の引上げ回数について、引上げ幅別に集計したもの。
(出典) 欧州委員会資料等

図表 7

医療介護の一体改革

いちばん左側の社会保障国民会議から始まって、上の地域医療構想、提供体制の改革、真ん中が保険の改革、3番目がマンパワーの配置の問題という、三位一体改革と私は呼んでいます、そういうことが書かれています。

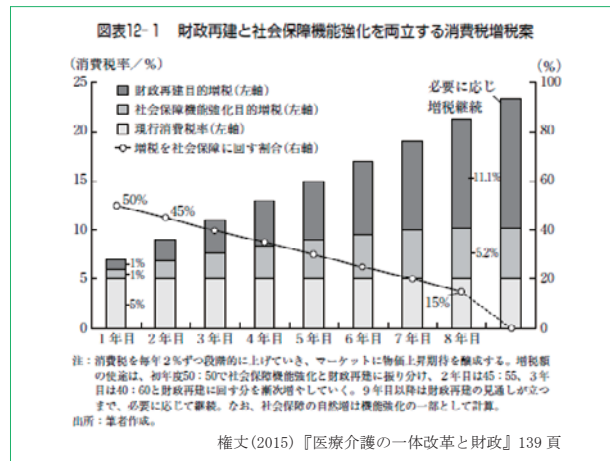
地域包括ケアに関して、まず医療政策会議の皆さんに共有していただきたいことは、地域包括ケアはシステムではなく、既存のリソースのネットワークなのだという

ことです。もちろん、不足するリソースが明白にある場合には、それを整備するということはありますけど、香取委員も報告時に言われていたように、地域包括ケアは地域でオペレートする側の人間のいわば知恵と力と勇気の問題であって、行政がお膳立てする話ではないということを共有していただければと思っています。

次に、かかりつけ医ですが、いま日本の医療・介護で進められている医療・介護一体改革の鍵は、かかりつけ医の存在です。このかかりつけ医に関して、別添の「配布資料」にある実に素晴らしい定義を日医と四病協が、2013年8月8日に合同提言を行っているわけですし、これに対して図にしているのが厚労省の中医協の資料です(図表 12)。このなかで、①日常的な医学管理と重症化予防、②専門医療機関との連携、③在宅療養支援、介護との連携 で、どうも1と3がこの国では弱い。ここをどう強化していけばよいかというのが、この国の医療の大きな課題になっています。

「かかりつけ医を中心とした地域包括ケアシステムの構築・推進」ですが、ここにはとても大切なことが書いてあります。「きっとあなたの町にもかかりつけ医がいます」とあります。つまり、かかりつけ医というものをしっかりと定義して、日医が、このかかりつけ医を推進して

⁶ 次の図は、2011年に権丈(2011)「震災復興と社会保障・税の一体改革両立を」(『WEDGE』2011年5月号〔権丈(2015)『医療介護の一体改革と財政——再分配政策の政治経済学Ⅵ』所収))で描いた、毎年消費税率を2%ずつ上げていながら、財政再建と社会保障の機能強化(2008年社会保障国民会議で描かれた程度の機能強化)を同時に行う計画である。



2011年当時、説明として次のような文章を書いている。

「毎年度2%の消費税率引き上げを2012年度から行えば、2020年度の消費税率は23%になる。これぐらいの消費税率を達成してはじめて、長期金利が名目成長率を1%上回る場合でも、国民会議が提案した控えめな「中福祉国家」が持続可能なものとなる。だが、いわゆる逆進性対策として軽減税率や低所得者向けの給付を設ける場合や、長期金利が名目成長率を1%以上も上回る事態の出来が事前に予測される際には、社会保障機能強化を先送りして、いったんは2020年度に基礎的財政収支を黒字化し、それ以降も消費税率引き上げを行うかどうかの選択を迫られる未来が訪れる」。

雑誌『WEDGE』は、東海道新幹線の中で読むことができるため、少なからぬ医療関係者が、先の図をみて、目が点になられていたようである。

⁷ この合同提言が出された2013年8月8日は、社会保障制度改革国民会議の報告書が総理に手交された8月6日の2日後。そして8月19日に日医会長・4病院団体協議会会長の5人から厚労大臣に直接手渡される。

いこうとしていることを、地域住民の多くの人たちは知らない。そして、医師を対象として、かかりつけ医の研修を日医が行っている段階でもある。

したがって、これを国民に広く広報し、かかりつけ医が自分の住む地域のどの医療機関にいるのかを、簡単に

検索できるシステムを作るということも目指してよいのではないかというのを1つ提案させていただいて、私の報告を終わりたいと思います。どうもありがとうございました。

配布資料

医療政策会議報告書案と社会保障政策に関する若干の補足

諮問

社会保障と国民経済——医療・介護の静かなる革命
 斜字 医療政策会議において合意を得られた事項候補
 医療政策会議における基本認識

- ・この10年間、国民の日本医療に対する評価（満足度等）と改革の必要性についての理解は着実に高まっている。
- ・「社会保障制度改革国民会議報告書」が指摘したように、今後の改革では「医療専門職集団の自己規律」の強化が必要であり、日本医師会はその先頭に立つ必要がある。
- ・今後とも、国民皆保険制度は堅持する必要がある。それは、国民医療を守るためだけでなく、「分断社会」化を防ぎ、日本社会・日本国民の統合を維持するためにも不可欠である。
- ・それを前提にすれば、今後も医療費の主財源は社会保険料であり、それを消費税を含めた様々な公費で補う必要がある。

「スライド 下部構造と上部構造」

国民経済

少子高齢化と国民経済

- ・少子高齢化と国民経済の関係を見る指標は、就業者1人当たり非就業者。
- ・人口減少社会で重要な経済政策の指標は1人当たりGDPであり、総GDPではない。
- ・日本の1人当たりGDPの伸びは、他の先進諸国と比べて遜色のない伸び——問題は、分配。
- ・超高齢社会への対応策は、幅広い社会参加——税、社会保障システムの見直し

金融政策と国民経済

現状認識：成熟社会

恒常的な需要不足社会での経済活性化

- ・垂直的再分配
- ・現物給付
- ・量的緩和では物価は上昇せず、経済は活性化せず

財政と国民経済

- ・財政健全化、経済成長、社会保障の機能強化は一体的に考える
- ・ドーマー条件⁸（公的債務のストックと、金利、財政の関係性を可視化）、完全雇用余剰⁹、プライマリーバランスの知識は不可欠
- ・未だに埋蔵金論議をする者がいるが、ストックはストックへは大原則¹⁰

現状認識：給付先行型福祉国家

- ・景気優先
- ・給付優先

「スライド 政治の動学」

少し表現を変えた、一体改革成案による説明（2011年6月30日）

今後の政策

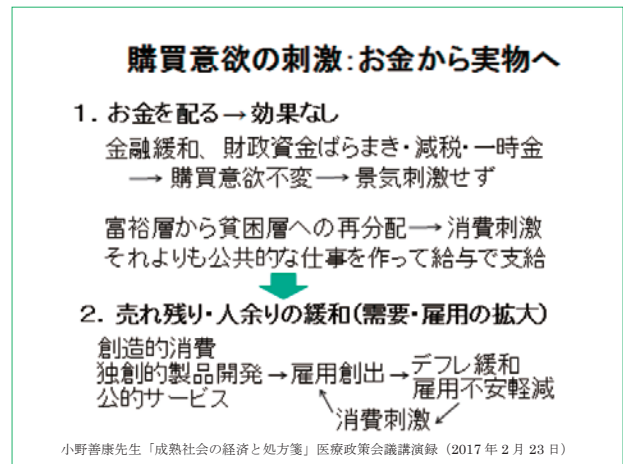
財源

- ・消費税増税を着実に実行するとともに、経済状況を勘案しながら前倒しも考慮
- ・消費税10%の先の検討をすみやかに開始。その際には毎年1%の引上げも視野に入れる（2004年年金改正後の保険料引き上げを参考）。

「スライド EU加盟国における付加価値税率の引き上げ回数」

「能力に応じた負担の在り方、負担の公平性が強く求められる」『社会保障制度改革国民会議報告書』24頁

- ・軽減税率の見直し



小野善康先生「成熟社会の経済と処方箋」医療政策会議講演録（2017年2月23日）

図表 8

⁸ 権丈（2017）『ちょっと気になる医療と介護』208-223頁

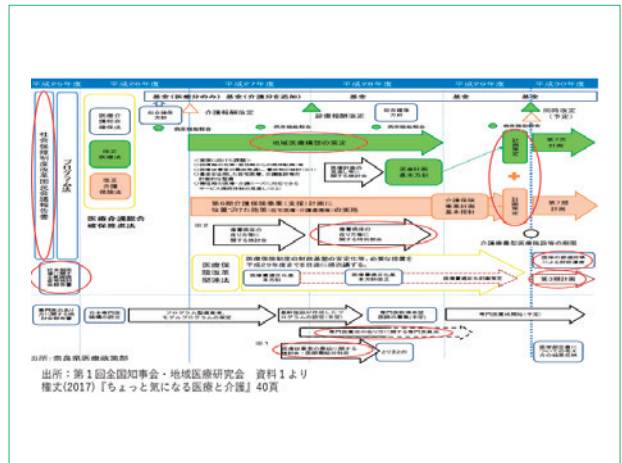
⁹ 権丈（2015）『医療介護の一体改革と財政——再分配政策の政治経済学』31-35頁

¹⁰ 権丈（2015）『医療介護の一体改革と財政——再分配政策の政治経済学』103頁

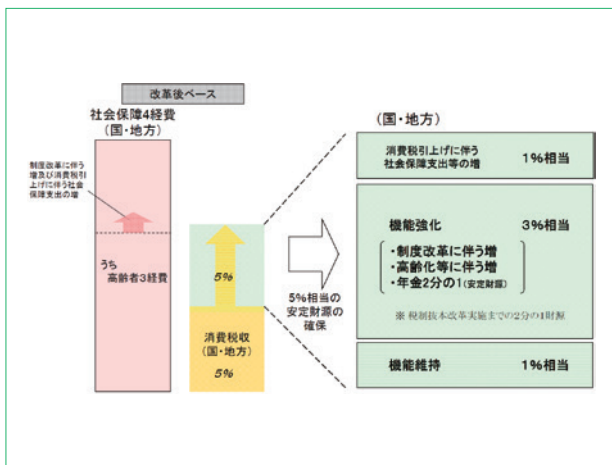
社会保障・税一体改革のフレームを正確に理解

- 1999年から消費税国税分は社会保障目的税
 高齢者3経費から社会保障4経費へ
 消費税増税5%はすべて社会保障のためであることを理解
 消費税増税5%の内訳
- ・消費税導入に伴って生じる国・地方の負担増 1%
 - ・「ネット」の給付改善 1% (選択と集中を前提とした給付改善)
 - ・基礎年金国庫負担1/2の確保 1%
 - ・5年分の社会保障費自然増 1%
 - ・ネットの財政赤字削減部分 1%

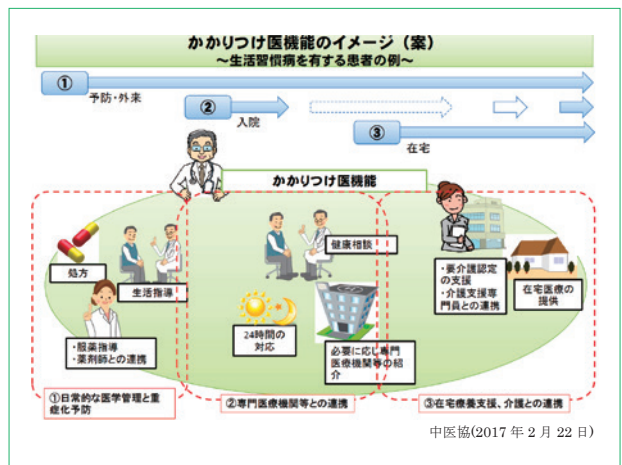
図表 9



図表 11



図表 10



図表 12

- ・インボイス制度の2012年4月からの確実な実施、さらには前倒し導入も検討
 - ・所得税の所得ブラケットを見直して中高所得層への課税を強化するとともに、課税最低限についても再考
 - ・公的年金収入を給与収入と等しく課税
- 社会保険料については都道府県への医療政策再編の中で後述

超高齢社会への対応——幅広い社会参加

高齢者

現在の再雇用、再任用制度の限界を直視して、定年制を65歳まで延長

在職高齢年金の見直し

女性

配偶者控除の見直し

両立支援の充実

全般

厚生年金の適用拡大による国民生活の老後の安定

医療・介護

地域医療構想 + 地域包括ケア = 車の両輪

・地域包括ケアはシステムではなく、まずは既存のリソースのネットワーク

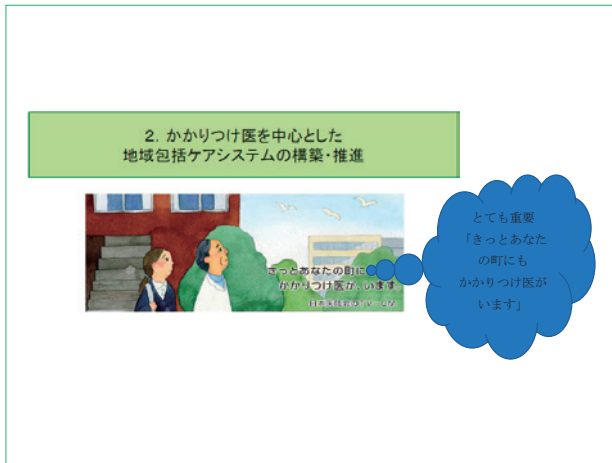
・地域包括ケアは地域でオペレートする側の人間のいわば知恵と力と勇気の問題であり、行政がお膳立てする話ではない

かかりつけ機能の強化は医療介護一体改革の要

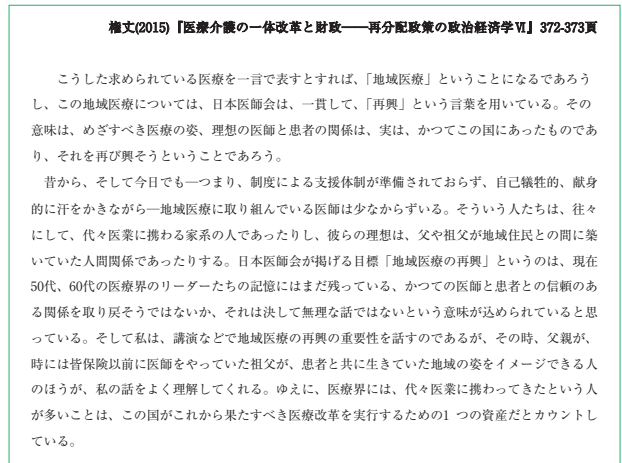
2013年8月8日、日本医師会と四病院団体協議会が共同でとりまとめた「医療提供体制のあり方」より

・「かかりつけ医機能」

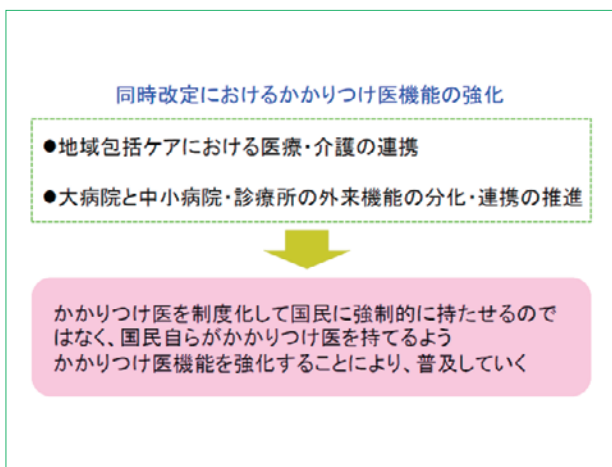
・かかりつけ医は、日常行う診療においては、患者の生活背景を把握し、適切な診療及び保健指導を行い、自己の専門性を超えて診療や指導を行えない場合には、地域の医師、医療機関等と協力して解決策を提供する。



図表 13



図表 15



図表 14

図表 29 都道府県単位への医療政策再編の動き

1985年	第一次医療法改正 ・地域医療計画の策定 (1989年3月までに全都道府県で完了)
2006年	医療制度改革関連法 ・都道府県単位の保険財政共同安定化事業 (2006年10月より) ・広域連合単位の後期高齢者医療制度 (2008年4月より) ・全国1つの政府管掌健康保険から47都道府県の協会けんぽへ (2008年10月より)
2014年	医療介護総合確保推進法 ・地域医療構想の策定 (2015年4月～2018年3月であるが、2016年半ばまでが望ましい)
2015年	医療保険制度改革関連法案 ・国民健康保険の保険者、都道府県化 (2018年4月より)

出所：筆者作成。
権丈(2017)『ちょっと気になる医療と介護』69頁

図表 16

・かかりつけ医は、自己の診療時間外も患者にとって最善の医療が継続されるよう、地域の医師、医療機関等と必要な情報を共有し、お互いに協力して休日や夜間も患者に対応できる体制を構築する。

・かかりつけ医は、日常行う診療のほかに、地域住民との信頼関係を構築し、健康相談、健診・がん検診、母子保健、学校保健、産業保健、地域保健等の地域における医療を取り巻く社会的活動、行政活動に積極的に参加するとともに保健・介護・福祉関係者との連携を行う。また、地域の高齢者が少しでも長く地域で生活できるように在宅医療を推進する。

・患者や家族に対して、医療に関する適切かつわかりやすい情報の提供を行う。

ここで定義された「かかりつけ医機能」をイメージ化すると

① 日常的な医学管理と重症化予防

② 専門医療機関等との連携

③ 在宅療養支援、介護との連携

日本の医療制度は、①と③が弱く、その強化が大きな課題。

日本医師会の方針

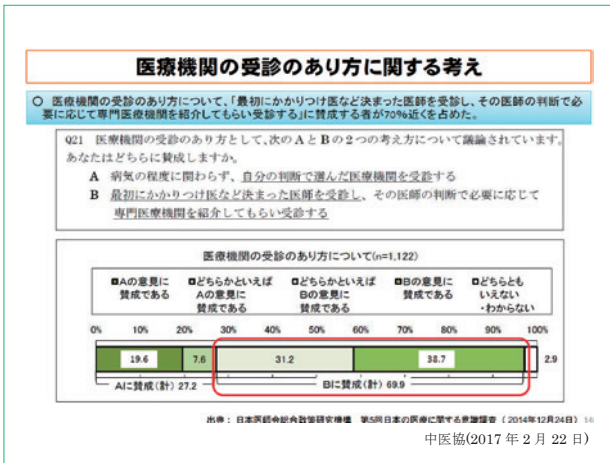
・かかりつけ医を中心とした地域包括ケアの構築・推進が、日本医師会により強く進められていることを国民にひろく広報

・かかりつけ医が、自分の住む場所のどの医療機関にいるのかを簡単に検索できるシステムを作る

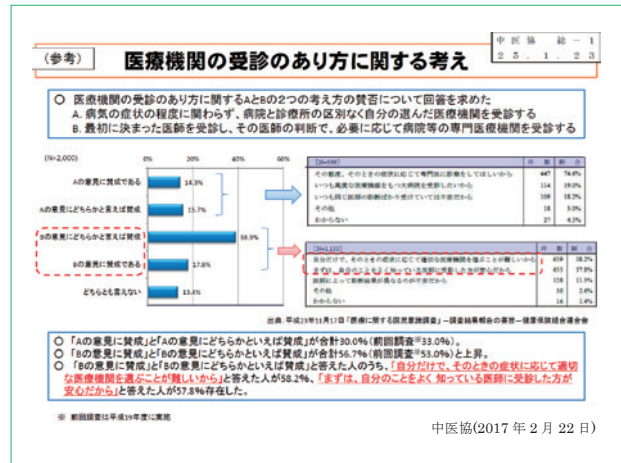
チーム医療の確立

『社会保障制度改革国民会議報告書』31頁

「このように「総合診療医」は地域医療の核となり得る存在であり、その専門性を評価する取組（「総合診療専門医」）を支援するとともに、その養成と国民への周知を図ることが重要である。もちろん、そのような医師の養成



図表 17



図表 18

と並行して、自らの健康状態をよく把握した身近な医師に日頃から相談・受診しやすい体制を構築していく必要がある。これに併せて、医療職種の職務の見直しを行うとともに、チーム医療の確立を図ることが重要である」人生の最終段階におけるかかりつけ医の重要性 日本医師会生命倫理懇談会 権丈報告「政治経済学からみた終末期医療」（2017年8月9日）

「人生の最終段階におけるQODを高める医療というのは、医療と介護が一体となって、地域包括ケアというネットワークの部分をしっかりと整備し、患者が信頼する「かかりつけ医」が身近にいて、そのかかりつけ医と家族と当人が、繰り返し、みなさんご承知のAdvance Care Planningについて話し合いながら進めていくことができる体制が準備されないと難しいということになります。ACPについては、終末期医療の病態、患者の意識、のみならず家族、介護者の気持ちの推移の不確実性、人生最終段階における意思決定問題の複雑性に対応できるあり得べき最善の方法だと考えられます」

国保の都道府県化…都道府県への医療政策再編
・さらなる都道府県への医療政策再編を進め、被用者保険を都道府県単位の協会けんぽに揃えることにより、財政の安定化も図る

緩やかなゲートキーパー機能
『社会保障制度改革国民会議報告書』24頁

「これまで、ともすれば「いつでも、好きなところで」と極めて広く解釈されることもあったフリーアクセスを、今や疲弊おびただしい医療現場を守るためにも「必要な時に必要な医療にアクセスできる」という意味に理解していく必要がある。そして、この意味でのフリーア

クセスを守るためには、緩やかなゲートキーパー機能を備えた「かかりつけ医」の普及は必須であり…」

地域医療構想の医師配置版

権丈（2017）『ちょっと気になる医療と介護』77頁

「13年の国民会議の報告書にも書いてある通り、『適切な場で適切な医療を提供できる人材が確保できるよう、職能団体には計画的にそのような人材を養成・研修することを考えていく責務』があるはずだ。ユニバーサルサービスとしての医療を国民に提供する義務を負う政府も、同じ責務を負っていることを自覚してもらいたい。この会議〔医師需給分科会〕に提出された日本医師会・全国医学部長病院長会議の『医師偏在解消策検討合同委員会』の報告書には、『この課題解決のためには、医師自らが新たな規制をかけられることも受け入れなければならない』とある。事態はそういう段階にある。国立長寿医療研究センター名誉総長の大島伸一先生の国民会議での発言だが、『職能団体は腹をくくって前に進む。国ももちろんそれを全面的に支援する、全体で総力戦のような形でもってやっていくという形をとらない限り、今の問題は多分クリアできない』というのはその通りだと思う。職能団体もそれ相応の覚悟を固めつつあるともいえる」

・今後の医師需給分科会の運営次第

第7回社会保障制度改革国民会議議事録（2013年3月27日）より

権丈委員 フリーアクセスについて質問させてください。この国はフリーアクセスを持っておりまして、これは非常に価値のあるルールだと思います。ただ、価値はあるけれども、メリットもあるけれども、デメリットもやはりある。先ほどの病診連携のところも大きく関わってくるところですけれども、このままフリーアクセスを続けることができるのか、あるいは続けようとする、外来の数が国際比較をしても圧倒的に多すぎるといふようなこととか、患者の大病院志向というのは問題があるのではないかと。そのような問題、弱点があると突かれます。そうした弱点をどんどん突かれていって、大元のフリーアクセスそのものが危なくなってくる可能性が出てくるのです。そういうときにフリーアクセスを皆さんどういふふうで考えられているのか、このまま今の状態で続けるべきと考えられているのか、幾つかの改善点を考えられた上でこの制度を守るべきだと考えられているのか。それとも、もうフリーアクセスというのは無理があるのではないかと。

堺日本病院会会長 フリーアクセスというのはうまくいけば世界に冠たるシステムであるのです。例えば国会議員の方でもイギリスにいらして足をけがして手術をやらしてもらえないとかいろいろあったということも伺いますけれども、そういう意味では良いのですけれども、問題は、日本はフリーアクセスしか今まで経験していないですね。ですから、これでやめてしまうのかということ、なかなかすぐそうだと言えないところがあると思うのです。そうすると、ある程度今先生がおっしゃったように段階を経て、それだったらこういう手立てをやってみよう、次にこの手立てをやってみようとして、それだからこうという結論に行く必要があると思うのです。ですから、例えば先ほど私が申し上げたのは、ゲートキーパーというとおかしいですけれども、最初の入口は診療所の先生、あるいはかかりつけが良いと思うのです。そこでキャッチボールすればかなり良いと思うのです。

夜間救急もウォークイン・クリニックのようなことはやめてほしいというがあるので、そういうところを一挙に解決するのはなかなか難しいので、あるカテゴリーを決めて、今回はこのことをやってみよう、それで評価しよう、次はこうやっていかないと、いきなり今の状況はよくないからフリーアクセスをやめようという議論にはなかなかかなりにくいのではないかと思います。

今村日本医師会副会長 フリーアクセスにつきましては、やはり日本の医療の最大の利点であるとは思いますが、それが権丈先生のおっしゃるようないろいろな問題点が生じているのは間違いのないと思います。私は強制的にゲートキーパーでここを通らなければ次にいけないというものが落ちたものではないと思います。やはり国民にどうやって今の日本の医療を理解していただくか、医療の優れた、実は日本の国民というのは、OECDからこれだけ高評価を受けているということを知りません。自分の健康度は悪いと国民自身が思っているというのは、世界のOECDの先進国の中で日本だけなのです。ずっとこういう状態が続いています。まず国民に日本の医療の状況をよく理解していただくという啓発は我々もしていくし、国にもしていただきたいと思っています。そういう中で、「緩やかなゲートキーパー」の機能というものをかかりつけ医が持って、必要なときにはきちんと最終的に必要な医療につながるという意味でのフリーアクセスというものがきちんと維持できていければ良いのではないかと考えています。

大久保日本歯科医師会会長 基本的には今村先生と同じ考えなのですが、フリーアクセスは極めて大事な我が国の国民皆保険の土台になっていると思います。ただ、権丈先生が御心配されているのだと思いますが、今のままでは本当にフリーアクセスをこのまま守れるのかということ大変難しい点がある。ただ、それが今村先生と同じなのですが、余りにも強制的な方法で規制をかけると、ただし私は規制が全く必要ないとは言っていないので、ドアが自由に開くためには蝶番が壁に留められなければならないという言葉のように、規制は制度を維持するために最低限必要だと思っています。けれども、ドアを自由に開け閉めするためにフリーアクセスを外側から決めるというのたしかに一つの方法ではありますが、我々医療担当者が例えば診療所の役割、病院の役割、それより地域の中で、医療界の内部でしっかり議論して、自分たちの役割分担として決めていくという方法を作っていくと、フリーアクセスをこのまま本当に継続できるのかということについては、危機感はあることはあります。それは我々がその努力をすべきだという部分も必要なのだと思っています。

図表 19