

平成 20・21 年度
医療政策会議報告書

経済成長と医療政策のあり方

平成 22 年 1 月

日本医師会医療政策会議

平成 22 年 1 月

日本医師会長

唐澤 祥人 殿

日本医師会医療政策会議

議長 田中 滋

医療政策会議は平成 20 年 8 月 6 日開催の第 1 回会議において、唐澤祥人会長より「経済成長と医療政策のあり方」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 20・21 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 20・21 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	田中	滋	慶応義塾大学大学院経営管理研究科教授
副議長	酒井	國男	大阪府医師会長
委員	有海	躬行	山形県医師会長
委員	碓井	静照	広島県医師会長
委員	大久保	吉修	神奈川県医師会長
委員	桐野	高明	国立国際医療センター総長
委員	権丈	善一	慶応義塾大学商学部教授
委員	神野	直彦	地方財政審議会会長
委員	鈴木	聰男	東京都医師会長
委員	妹尾	淑郎	愛知県医師会長
委員	鶴谷	嘉武	群馬県医師会長
委員	長瀬	清	北海道医師会長
委員	山口	二郎	北海道大学大学院法学研究科教授
委員	横倉	義武	福岡県医師会長

(五十音順)

小委員会（報告書執筆担当）

委員長	田中	滋
委員	桐野	高明
委員	権丈	善一
委員	神野	直彦
委員	山口	二郎

(五十音順)

目次

はじめに	1
第1章 政治環境の変化 (山口 二郎 委員)	4
1. 2009年総選挙の民意	4
2. 日本版「第3の道」の成功	5
3. 政権交代可能な二大政党制のイメージ	7
4. 新政権における社会保障政策論議の方向性	9
第2章 経済成長と医療財政 (神野 直彦 委員)	12
1. 「百年に一度の危機」	12
2. 福祉をめぐる3つのパターン	14
3. 現金給付からサービス給付へ	17
4. 医療費と経済成長	18
第3章 イノベーションと医療 (権丈 善一 委員)	22
1. 国家財政の持続可能性	22
2. 経済成長と医療政策	23
3. イノベーションと医療	36
4. 経済成長と国家財政	38
第4章 自律的な専門職集団としての医師のあり方 (桐野 高明 委員)	49
1. わが国の医療の問題点	49
2. 社会的共通資本としての医療	50
3. 医療の仕組みをどう変えるか	52
(1) 実働医師の確保	52
(2) 医師の連携体制の推進	53
(3) チーム医療の推進	54
(4) 医療の質を保証できる体制	54
4. 医療に対する信頼を回復するために	55
おわりに	57

付録（講演録）

1. 信頼に支えられた医療の実現 —医療を崩壊させないために—	63
2. 小さすぎる政府の社会保障と政府の利用価値 —マイクロ・マクロの視点から—	77
3. 信頼できる医療体制の確立へ —「医療改革」読売新聞の提言—	109
4. 医療における公共部門の役割と財政改革	123
5. 政治再編の課題としての社会保障	141
6. 日本の医療 光と影—大学病院のなくなる日—	159
7. 社会経済構造の変化と医療政策のあり方	173
8. 社会保障の役割と国民負担率	193

はじめに

経済成長とは、サイモン・クズネッツ¹ (Kuznets, S. S.) が定義しているように、長期で見れば国民 1 人当たり所得の成長を指す。近代経済において、1 人当たり所得を長期に成長させる主導力は生産性の上昇である。ただし、生産性の上昇がもたらす富の分配が偏り、所得格差が拡大した場合、あるいは分配された富が一代表的には将来不安感ゆえに一十分に支出されない場合、供給される財貨サービスの量に比べて需要が不足し、不況が発生する可能性を否定できない。したがって、将来不安の軽減のためにも、分配された富の直接的な再分配（たとえば年金制度）や支出支援策の意義は大きい。医療保険制度や介護保険制度は、後者の機能を期待されるもっとも重要な制度に他ならない。

医療に対するニーズの発生は、昔も今も個々人にとっては不確実である。加えて 19 世紀後半以降の近代医学の発展とともに治療確率が高まる一方、祈りや瀉血および看取りが主であった時代と異なり、診断・治療に要する費用が著しく増大していった。そのため、医療ニーズを一少なくとも一定程度一充たすためには、公共財としての医療提供（感染力が高く、症状が重篤となり得る伝染病への対応）と、何らかの形で富を再分配する仕組みが不可欠となった。前者はわが国では保健所機能が代表であり、後者の代表は医療保険制度である。

つまり、マクロ経済の成長の観点からも、患者のニーズ充足の観点からも、現代社会における医療提供体制整備とその利用については、社会保障制度による支援が不可欠である。社会保障制度は、間接的には社会不安を取り除くための機能を果たすにしても、ある時点では直接的な給付の対象とはならない多数の人々の拠出によって支えられている。そのため、医療関係者は、受療保障の大切さを訴えるだけでなく、提供体制が住民の支持・応援を受けるに値するよう努力し続けなければならない。

本報告書は、そうした問題意識を共有する医療政策会議委員が分担執筆した分析と提言の集約である。

20 世紀後半、医療技術の進歩と疾病構造の変化、平均寿命の延伸などの要因により、経済先進国ではどの国においても医療ニーズの高度化に直面

¹ 米国の経済学者（ロシア生まれ）1901-1985、1971 年ノーベル経済学賞受賞。日本語翻訳版では『近代経済成長の分析』（塩野谷雄一訳、東洋経済新報社 1968）、『諸国民の経済成長』（西川俊作・戸田泰訳、ダイヤモンド社 1977）など。

した。それに対応できる経済力をマクロレベルでも家計レベルでも、そして事業主の負担力においても実現した国は、同じ時期に各種の医療費保障政策を広く整えていった。なお、主として公的な保険や税によって医療費の大部分をカバーする国々²に共通する制度設計思想に対し、アメリカでは他の経済財と同様に、医療のファイナンスの過半を市場的にまかなう形態を続け、そのために生ずる無保険者増の克服等が大きな政策課題となってきた。

それとは別に、先進諸国では—アメリカを含め—程度の差はあれ、経済的に困窮した場合には、一般にミーンズテスト（資力調査）を条件に受給できる社会福祉的なセーフティネット構築が図られている。

このように、所得増、ニーズの高度化、そして医療費保障政策整備の結果、経済先進諸国では国全体の医療費の著しい増大が継続した。そうした事態に対し、各国それぞれに対処策を漸次工夫しながらも、住民のほとんどの医療ニーズをカバーする保障制度を維持している点は強調しておくべきだろう。皮肉な事実として、もっとも医療費対GDP比が高く、公私の健康保険管理運営コストも最大となっている国は、市場経済的医療が主流となっているアメリカに他ならない。そのアメリカでも、医療保障の拡大策が曲がりなりにも実現しようとしている変化は周知の通りである。

わが国においては1922年以来、健康保険制度が徐々に住民にいきわたり、1961年には国民皆保険体制が実現した。また、皆保険体制発足と同時期、1960年の池田勇人内閣発足と共に始まる高度経済成長によって、家計と事業主の保険料負担能力増大、および国民健康保険と政府管掌健康保険の財政を支える税収増が進み、医療保障の拡大と医療費の急速な増加が可能となった。

その後1980年代の安定成長期に入り、マクロ経済成長率が医療費増加率を下回るようになると、患者一部負担増など医療費の伸張を制御する政策が採用されるようになった。加えて、歴史的理由により分断されていた医療保険制度の下で、制度横断的な共通財政基盤をいかに拡大するかが当時の厚生省や大蔵省にとって大きな政策課題として取り上げられた。老人保健制度と退職者医療制度の導入・拡大がその典型であることは言うまでもない。また、1990年代の長期不況により、医療費制御策は強化されていた。そのためもあって、日本政府の社会支出対GDP比は他の経済先進

² 日本、韓国、台湾、多くのヨーロッパ諸国、カナダ、オーストラリア、ニュージーランドなど。

国と比べ、著しい高齢化の進展にもかかわらず、低い水準に止まったままである。

一方、これらの施策とは異なり、21世紀初頭に政権中枢に座った新自由主義思想の主導の下、財政論とは次元の異なる「小さな政府」志向の考え方により、国民の生活を守る社会保障費、とりわけ医療費の伸びが強く抑制されるに至った。加えてこの時期、混合診療と株式会社の医療への参入があたかも医療の改革手段であるかのように議論する人々が登場し、それに対抗すべく、先進医療制度などによる健康保険制度の柔軟化策、社会医療法人制度などの公益性強化を伴う民間力活用策が導入された事態は記憶に新しい。とはいえ、数度にわたる診療報酬の切り下げもあって医療は厳しい環境下に置かれ、急性期医療や財政力の弱い地方の地域医療が崩壊の危機にあるとの認識も広まっていった。

2008年以降は一転して、少なくとも社会保障費増抑制策を止めなくては安心できる医療提供体制の維持が危ういとみる考え方が、社会の合意を得るに至った。ただし、これを診療報酬全体の切り上げに向かう趨勢とするためには、本報告書に記すような問題点をしっかりと把握し、医療提供体制と社会保障制度の改革に努めなくてはならないことをはじめに強調しておきたい。

第1章 政治環境の変化

—新たな政治環境の中でいかに医療再建を進めるか—

執筆担当者 山口 二郎 委員

本会議の委員でもある権丈善一教授の著書（「医療政策は選挙で変える—再分配政策の政治経済学 IV」³⁾）にあるとおり、民主政治において医療政策は政治で決めるものである。その政治に、2009年大きな変動が起こった。さらに、その政治変動を引き起こした大きな原因のひとつに、医療を中心とする社会保障のあり方をめぐる国民の不安が存在していた。

2005年の総選挙では、「官から民へ」、「小さな政府」を唱える小泉純一郎首相と自民党が圧倒的な支持を得た。しかし、そこで国民が選んだ「構造改革」路線は、行き過ぎた規制緩和や社会保障費、地方交付税の抑制によって、国民生活の土台を破壊した。そのことへの反発が政権交代を求めた民意の根底にあることは確かである。

半世紀以上も続いた自民党による長期安定政権が崩壊し、日本の民主政治は新たな段階に入った。もはや、特定の政権政党とネゴシエーションを行って政策を形成するという手法は過去のものとなった。他方、少子・高齢化の進行、2008年の世界金融危機以降の経済の停滞と税収の落ち込みなど、社会保障政策を取り巻く環境は厳しさを増している。

この章では、医療政策のあるべき方向性と、それを議論し、決定する政治のあり方について論じることとしたい。まず、2009年総選挙と政権交代に託された民意について考えておきたい。

1. 2009年総選挙の民意

2009年8月の総選挙で、大半の日本人にとって初めての民意による政権交代が起こった。2005年の総選挙では、新自由主義的な構造改革を唱える小泉首相が率いる自民党が300議席を得て大勝した。わずか4年の間で、日本の民意は強い自民党支持から、強い民主党支持へと180度転換したようにみえる。

この選挙について、人々は刺激的なシンボル、2005年の「改革」、2009年の「政権交代」に反応しただけで、大衆扇動の政治は継続しているという解釈がある。しかし、2005年と2009年の間には、大きな違いがある。

³⁾ 慶應義塾大学出版会 2007年

第一の違いは、社会経済的環境である。2005年は日本経済が長期的な景気回復を遂げている途中であった。市場原理を強調する改革論が支持を受ける環境がまだ存在していた。しかし、小泉政権が終わった2006年以降、日本では次第に不平等の拡大や、貧困問題の深刻化を憂慮する世論が高まった。さらに、2008年秋以降の世界的な経済危機の中で、国民の経済的不安は一層高まった。市場の優越性を強調する政策よりも、市場の失敗を重視し、国民の生活を救済する政策が支持されるようになったのは当然である。

第二の違いは、選挙の際に政党が提示した政策の具体性である。2005年の総選挙は、小泉首相の持論であった郵政民営化を最大の争点として行われた。しかし、郵政民営化が日本の経済や国民生活に具体的に何をもたらすかを、民営化を主張していた自民党は何ら説明しなかった。国民も、郵政民営化がどのような結果をもたらすか、理解して投票したわけではない。実際には、2005年の選挙で勝利した後、自民党政権は、医療予算の削減、生活保護の減額など、社会保障、社会福祉の面での小さな政府の実現に邁進した。特に、社会保障費の抑制がもたらした医療サービスの劣化は、大きな社会問題となった。

これに対して、2009年の選挙で、民主党は具体的なマニフェストを提示した。特に、15歳以下の子どもに対して一人月額2万6千円の子ども手当を支給すること、農家に対する戸別所得保障を実現することなど、国民に対する支援策を売り物にしていた。国民は、民主党を選ぶことによってどのような政策が実現するか、理解して投票したとすることができる。

もちろん、後で触れるように、マニフェスト自体の洗練の度合いが不十分であったという問題もある。それにしても、二大政党が政権構想を明示した上で政権を争うという選挙が実現し、国民は過去4年間の自公連立政権の政策的業績を否定するという意志を明確にしたとすることができる。

2. 日本版「第3の道」の成功

今回の民主党の勝利は、日本における「第3の道」の実現と評価することができる。「第3の道」とは、1997年にイギリスで労働党が18年ぶりに政権を獲得した時に打ち出したスローガンである。言うまでもなく、第1の道は、第2次世界大戦後、ベヴァリッジ報告に基づいて労働党が実現した福祉国家、第2の道は、サッチャー政権が1980年代から90年代にかけて推進した新自由主義的な改革である。1997年の選挙に臨んだ労働党（ニューレーバーと自称していた）は、グローバル化時代に経済的な効率と両立する新たな福祉国家として、「第3の道」を打ち出した。

日本でも、同じような展開を発見できる。第1の道は、1960年代から80年代にかけて、かつての自民党が展開した利益配分政治である。公共事業、農業や中小企業への補助などの形で財政資金が配分され、弱者の保護や不平等の是正がある程度行われた。しかし、そのような政策は普遍的な制度に基づくものではなく、官僚のもつ裁量と議員等の介入によって実施され、不公正や腐敗を伴っていた。地方自治体に対する公共事業補助金の配分や、公共工事受注をめぐる談合、護送船団方式といわれる業界保護の仕組みなどがその代表例であった。

他方、第1の段階においては、制度的な社会保障の整備が行われたが、その規模は国民経済の規模に比べればきわめて小さいものであった。1990年代までは、社会保障支出の対GDP比は10%台で推移し、21世紀に入って高齢化が進んでも20%台の前半に止まっていた。これはアメリカよりも少し多い程度、西欧諸国に比べればきわめて低い水準であった。総じて、第1の段階は、経済成長が続いた結果、貧困、病気等の国民生活上のリスクはカバーされていたとすることができる。

第2の道は、2000年代に小泉政権によって展開された新自由主義的構造改革である。第1の道がもたらした腐敗や無駄遣いに怒った国民は、小さな政府による改革を支持した。しかし、小泉政権は腐敗の是正や行政の効率化ではなく、社会保障や社会福祉の削減、労働の規制緩和、地方政府に対する財政援助の大幅な削減を実施し、日本社会にはアメリカのように、貧困と不平等が蔓延した。小泉政治においては、改革の華々しい掛け声は叫ばれたが、小さな政府がもたらす現実的な帰結については、具体的な議論が行われなかった。国民は、中身を見せられず、ラベルだけを見せられて商品を買わされたようなものである。

第3の道は、今回民主党が打ち出した福祉国家の再構築の路線である。従来の裁量的な利益配分に代わって、普遍的制度を立て、それに沿って同じ条件にあるすべての市民に対して公平に給付やサービスを提供するという点に民主党の政策の本質がある。子ども手当は、いわばベーシックインカムの部分的な試行である。また、農業については、ヨーロッパに習って農家に対する個別所得保障を行うことを打ち出している。従来の農業政策が、農村に対する裁量的な補助金や建設事業に偏っていたことへの反省からこのような政策が生まれた。さらに、医療、教育の分野では、それらの分野に対する財政支出がOECDの平均的な水準に達するよう増額することを目指すとしている。民主党政権は、アメリカ型の小さな政府と決別し、ヨーロッパ型の福祉国家を目指すと評価することができる。

このような政策転換について、その過程について説明しておきたい。この政策転換は、小沢一郎前代表のリーダーシップによって初めて可能となった。2005年選挙の大敗は、たしかに新自由主義に対抗し、福祉国家を進めるといふ考への人間にとっては、ショックであった。しかし逆に、民主党が中道左派的な路線で政権構想を描く絶好のチャンスが到来したと考えた。そもそも日本の二大政党は、自民党も民主党も思想や理念を明確にもっていない。自民党は権力を保持するところに唯一の共通項があり、民主党は自民党ではないというところにしか共通項をもたない政治家の集まりであった。したがって、民主党の中には新自由主義者も存在した。民主党が自民党との対決構図を描いて政権に挑戦する上で、党内の政策的な不一致は大きな障害となっていた。

したがって、2005年の総選挙において、自民党がそれまでの包括政党路線（catch-all party）を捨てて新自由主義路線で純化されたことは、中道左派路線で民主党をまとめようと思っていたことから、大きなチャンスを意味していた。

2005年の総選挙の直前の時期から小沢前代表と議論する機会を得たが、その議論の中で、新自由主義的な路線は必ず行き詰まるから、いまから民主党はその準備をしておくべきだと主張した。とくに、格差平等問題と社会保障の崩壊という大問題について、民主党が政策を出せば必ずチャンスが来ると言う、小沢前代表もこの点はきわめて的確に理解した。このような認識の下に、2006年3月に代表に就任した小沢氏が打ち出したのが、「国民の生活が第一」というスローガンであった。以後、民主党はこのスローガンの下に結束して、2007年の参議院選挙で勝利し、自民党政権を追い込み、2009年の総選挙で勝利した。

ポスト小泉の自民党が構造改革路線の継続か、修正かをめぐって内部論争を起こしたのに対して、民主党は「国民の生活が第一」というスローガンの下に、一応社会民主主義的なアジェンダを打ち出した。その点で、民主党が攻勢に出ることができ、構造改革の破滅的な帰結に対する反発を強めていた国民の支持を得ることができた。

3. 政権交代可能な二大政党制のイメージ

自民党による一党優位システムは崩壊し、今後は政権交代がしばしば起こる競争的な政党システムに移行したと言ってよいであろう。民主党が自民党に取って代わって永続的な政権政党になるほどの組織基盤も政策能力ももっていないし、自民党も再建に時間がかかるであろうが、政党政治の中で一定の位置を占めることは間違いのないであろう。

では、これからの政党政治のモデルはどのようなものになるであろうか。一般には、基本政策の価値や方向付けをめぐる対立軸モデルと、基本的価値をある程度共有した上で具体的な政策を競う政策競争モデルがある。

日本の場合、自民党が構造改革路線を継続するならば、市場中心の新自由主義と公共サービス重視の社会民主主義が対決するという政党政治の対立軸が形成されるかもしれない。その点は、自民党が今後どのような理念によって党の再建を図るかにかかっているであろう。仮に、小泉路線に対する反省の上に、ある程度公共サービスを拡充し、国民生活の安定を図るという路線—これは麻生政権末期の安心社会実現会議の路線であった—を採用するならば、二大政党の政策的な距離は小さくなる。そうすると、対立軸というよりも、基本的な価値を共有し、どちらの政党がより信頼性、実現性の高い政策を提示するかという競争が展開されることとなるであろう。

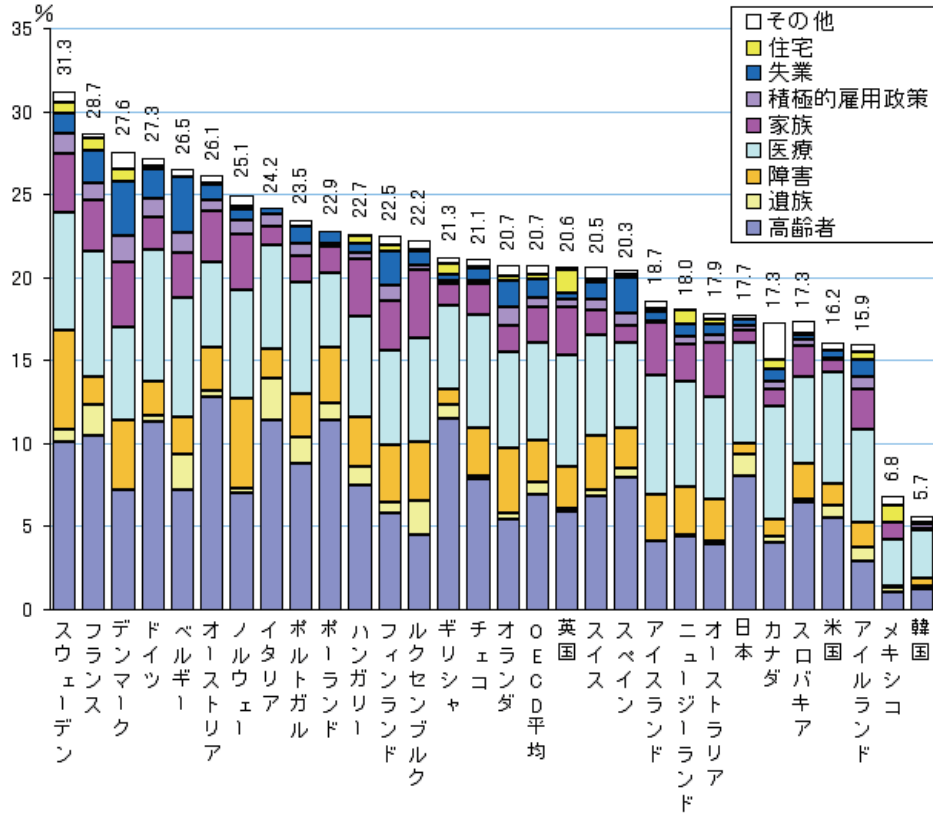
小選挙区制の下では、左右両極の政策対立よりも、大政党が中道化して、政策的な距離が縮まるという傾向がある。たとえば、どの程度大きな政府を好むかという有権者の選好を横軸にとり、縦軸に人数をとるならば、正規分布とまではいかないにせよ、中間的な意見が多数になる上に凸のカーブを描くと想定される。したがって、小選挙区で当選を目指すためには、大政党は中道的な政策を選択するようになる。実際、行った世論調査では、小泉時代の構造改革への一般的な支持にもかかわらず、日本の将来の社会像については、負担も小さく公共サービスも小さいアメリカ型への支持はきわめて少なかった。

これは、西ヨーロッパ各国の政党政治のイメージである。現在、西ヨーロッパでは保守系の政党の方が優勢である。ドイツ、フランス、スウェーデン、イタリアなどでは保守政党を中心とした連立政権が支配している。イギリスやスペインでは社会民主主義系の政権が存続しているが、国民の支持は低い。しかし、保守系の政権ができて、福祉国家の土台は揺らいでいない。たとえば、フランスではサルコジ政権がアメリカ的な市場主義を導入しようとしているといわれるが、そもそも福祉国家の出発点が異なる。医療の無料化、労働時間規制などは、サルコジ政権といえども手を付けることはできていない。スウェーデンでもドイツでも事情は同じである（図 1-1）。

仮に日本で、自民党が民主党の生活第一路線に歩み寄るならば、ヨーロッパ型の政党政治が出現することになるであろう。その場合、どちらの党が社会保障や生活支援の政策について、財源確保も含めて、現実的で持続可能なプランを用意できるかという点が、政党間競争の争点となる。

図 1-1

社会保障給付費の国際比較(OECD諸国)(2003年)



(注) 税や社会保険による公的支出(Public Social Expenditure)の対GDP比である。トルコは不詳。
 (資料) OECD統計データベース (data extracted on 2007/11/15)

政権交代自体は民主政治にとって不可欠であり、時々起こることが望ましい。しかし、政権交代の度に政策の基本的な方向性が 180 度転換するということが起こるのは、望ましくない。制度の根本的な転換には、大きなコストが必要となるからである。今後の政党政治のイメージとしては、二大政党が西ヨーロッパのように基本的な価値を共有しつつ、政策の信頼性を競うという形に成長していくことが、望ましいと思われる。

4. 新政権における社会保障政策論議の方向性

最後に、これからの政党政治において、社会保障政策をどのように論じ、決定するべきか考えてみたい。

最初に必要なことは、理念を明確に立て、国民的な合意を作ることである。民主党における政策の展開過程に関して述べたように、民主党が政権を獲得するために打ち出した生活第一路線は、新自由主義に対抗するため

の政治的な戦術として採択された側面がある。福祉国家の理念が民主党の思想として樹立されたとまでは言うことができない。民主党政権の下で、社会保障政策を推進するためには、まず政策の土台となる理念や思想のレベルで議論を重ね、党全体で、あるいは党派を超えて共有する必要がある。

その場合の理念や思想の原点とは、人間の尊厳と生命の平等を無条件に守るということである。小泉政権時代には、財政の帳尻合わせのために社会保障費が削減され、生命の不平等が横行したことに對して、厳しい反省を加えることこそ、今後の政策論議の大前提となる。

そして、医療については財政制約に応じて需要を抑制するのではなく、需要に応じてサービスの供給力を拡充するための制度設計発想をとるべきである。

そうなると、財源をどのように調達するかという問題を避けて通ることはできない。民主党政権は当面、歳出の無駄を省くことで財源を捻出しようとしている。しかし、社会保障財源を考えれば、無駄を省くことによって生まれる財源とは桁が違う。無駄の削減はあくまで政府に対する国民の信頼を回復するための作業である。さらに言えば、将来の負担増に対する国民的な合意を得るための予備作業である。もちろん、歳出の優先順位を組み換えることも必要であるが、地域間格差の拡大、地方経済の疲弊などの現実を考えれば、無駄と言われた公共事業も削減には限界がある。

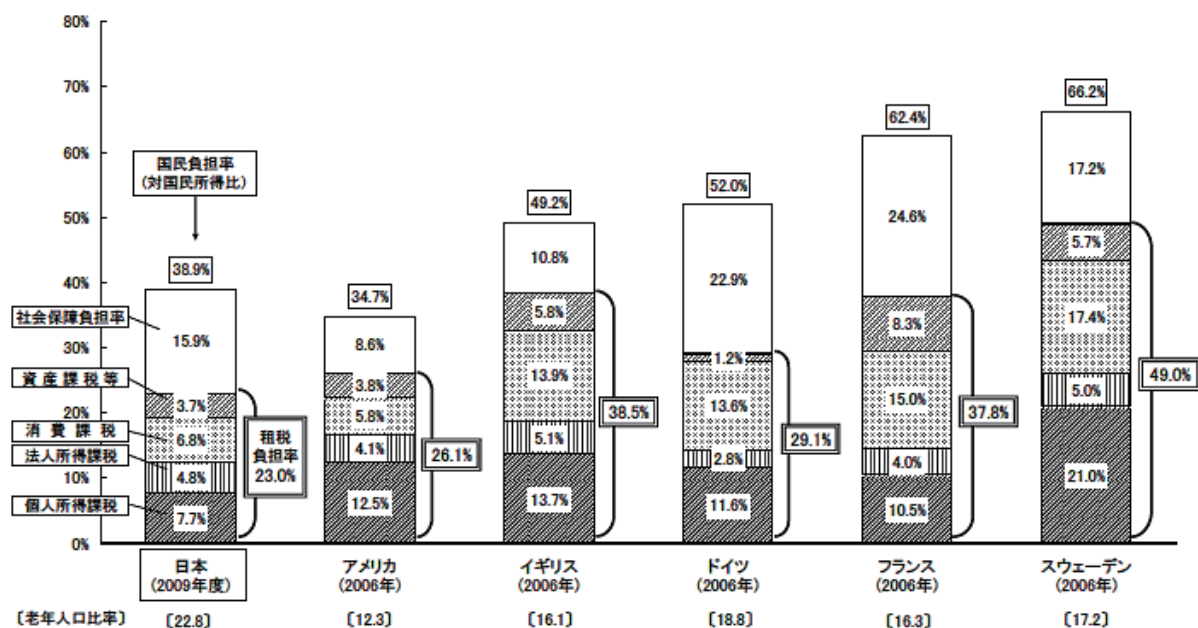
図 1-2 を見れば明らかなように、日本における租税社会保険料の負担率は、アメリカと同水準であり、ヨーロッパの先進国よりはるかに小さい。医療などの公共サービスを拡充するためには、国民負担を増やすことが必要である。鳩山首相のスローガン「友愛」は、まさに国民がそれぞれ能力に応じて公共サービスを供給するための財源を拠出し合い、人間の連帯と相互扶助によって、人間の尊厳を守っていくという方向性を示していると考えることができる。

民主党政権は、1 期目の 4 年間は消費税の増税をしないと宣言したが、今後持続可能な社会保障システムのために負担のあり方について国民と率直に対話する必要がある。

そのような政策を議論し、決定するための政治システムのあり方について、最後に言及しておきたい。政権交代によって、政策形成過程のドアも広く開放され、従来の政策形成過程の常連メンバー以外に、多様な市民が参加できるような仕組みを作り出すことが期待される。日本医師会も医療の専門家集団として、政策形成への新しい参加のあり方を考え出す必要がある。現場の声を代表し、患者の健康と命に責任をもつ立場からの政策提言こそが必要である。そのような専門家集団の意義は、新しい政権の下で

も決して低くなることはない。医療に対する国民的な危機感を背景に、医療政策の重要な柱を担うことを今後も続けていくべきである。

図 1-2 国民負担率の国際比較



- (注) 1. 日本は平成 21 年度 (2009 年度) 予算ベース、諸外国は、OECD "Revenue Statistics 1965-2007"及び同 "National Accounts 1995-2006"等による。
 2. 租税負担率は国税及び地方税合計の数値である。また所得課税には資産性所得に対する課税を含む。
 3. 四捨五入の関係上、各項目の計数の和が合計値と一致しないことがある。
 4. 老年人口比率については、日本は 2009 年の推計値 (国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」(平成 18 年 (2006 年) 12 月推計)による)、諸外国は 2005 年の数値 (国際連合 "World Population Prospects: The 2006 Revision Population Database"による)である。

出所：財務省 HP「国民負担率の内訳の国際比較 (日米英独仏瑞)」

第2章 経済成長と医療財政

執筆担当者 神野 直彦 委員

1. 百年に一度の危機

2002年2月からリーマン・ショックが世界を震撼させる直前の2008年2月まで、日本は「いざなぎを越える」と讃美された持続的経済成長を記録する。ところが、この経済成長が持続していく過程では、賃金は下降の一途を辿っている。それどころか格差や貧困が溢れ出て、世論調査では生活が苦しくなったと考える国民の比率が増加していることを報告している。

経済成長を実現した結果、国民の生活が苦しくなるのであれば、何のために経済成長を目指すかを問わなければならない。もっとも、経済成長の目的は、そもそも国民の生活を幸福にすることにあつたのではないと言っても言い過ぎではない。というのも、小泉政権の政策主張にみられるように、成長路線論は「努力する者が報われる社会」と唱えていたからである。もちろん、ここで「努力する者」とは、市場の競争で勝利した者を意味している。つまり、豊かな者という意味である。豊かな者がより豊かになること、それが成長路線論の主張である。

もっとも、成長路線論者も経済成長の結果、格差や貧困が溢れ出ることを予想していなかったわけではない。そこで持ち出してきた理論は、「トリクル・ダウン理論 (trickle-down theory)」である。つまり、豊かな者がより豊かになれば、そのおこぼれが貧しい者にも滴れ落ちるという論理を展開したのである。

このトリクル・ダウン理論はアダム・スミス (Adam Smith) も指摘している古めかしい論理である。トリクル・ダウン理論には2つの前提がある。1つは、富は使用するために蓄積されるという前提である。もう1つは、富を使用することによって充足される欲求には限界があるという前提である。

この2つの前提のもとでは、トリクル・ダウン効果が生じるとされた。つまり豊かな者がより豊かになると、富を使用することによって充足される欲求には限界があるので、使用人の報酬を引き上げるなどというトリクル・ダウンが生じるとされたのである。

ところが、現在では、富は使用されるために所有されるのではない。富の前に人が平伏し、富によって人を動かすことができるから所有される。つまり、富は権力を掌握するために所有されている。そうなると、富を所有することに限界がなくなり、トリクル・ダウン効果は生じないのである。

トリクル・ダウン効果が生じなければ、豊かな者になる政策を展開すれば、格差は当然のことながら拡大する。というよりも、豊かな者をより豊かにする成長戦略とは、レッセ・フェール、つまり何もしない不作為戦略なのである。

新自由主義の成長戦略とは、政府は市場に介入することなく、市場の競争原理に委ね、市場に委ねる社会関係を拡大すれば、経済成長が可能になるという主張である。つまり、規制緩和と民営化による「小さな政府」の主張となる。

しかし、市場というエンジンを吹かせる経済成長は行き詰まる。市場は社会を推進するエンジンにはなり得ても、方向性を示すことができないからである。

「百年に一度の危機」といわれる現在の「大危機」は、既存の産業構造が行き詰まり、ひとつの時代が終ったことを意味している。新しい産業構造を形成しなければならない「危機の時代」にむやみにアクセルを吹かせた結果、バブルが生じて弾けたのだとすることができる。

危機 (crisis) とは「分かれ道」を意味する。医学で言えば、「今晚が病の峠だ」という時の「病の峠」が危機のはずである。つまり、「歴史の峠」とも言うべき歴史の曲がり角が、危機だと言ってもよい。

危機の結論は2つしかない。破局か肯定的解決かである。危機を肯定的に結びつけるには、新しい時代を創り出さなければならない。峠を越えると、まったく新しい風景が現れるように、「歴史の峠」を踏み越えると、まったく新しい時代が登場することになる。つまり、危機とはひとつの時代が終わり、ひとつの時代が始まる大転換期なのである。

前回の「百年に一度の危機」である1929年の世界恐慌は、イギリスを中心とした世界経済の時代つまり「パクス・ブリタニカ (Pax Britannica)」が終わりを告げる危機であった。「パクス・ブリタニカ」の時代とは、「軽工業」を基軸とする産業構造を基礎にした「自由主義国家」によって形成された世界経済秩序である。

その「パクス・ブリタニカ」が1929年の世界恐慌で崩壊した後に、第二次大戦という破局を経て、第二次大戦後にアメリカを中心とする世界経済秩序つまり「パクス・アメリカーナ (Pax Americana)」が形成される。現在の危機は、この「パクス・アメリカーナ」が終わりを告げる危機だと言ってよい。

2. 福祉をめぐる3つのパターン

歴史の大転換期である「大危機」において、ハンドルを切り間違えることなく、肯定的解決に向かおうとすれば、歴史の地図を開いて、現在地と目的地を見極めなければならない。つまり、むやみにアクセルを吹かせるのではなく、目的地の方向を間違わずにハンドルを適切に切り、舵効速度を保つようにアクセルを吹かす必要がある。

もちろん、「大危機」はひとつの時代の終わりとともに、ひとつの時代の始まりを意味する。「大危機」の前の古き時代の解体期には、古きものと新しきものとのが、楔形に交錯する。こうした交錯現象の中から、新しき時代のデザインを引き出していかなければならない。

終わろうとしている時代は、福祉国家という「大きな政府」から構成されていた「パクス・アメリカーナ」の時代である。第二次大戦後の「パクス・アメリカーナ」のもとで、先進諸国はこぞって重化学工業を基軸にした産業構造を基盤に、「福祉国家」の形成を目指した。つまり、「パクス・ブリタニカ」のもとにおける軽工業を基盤にした「自由主義国家」は、「パクス・アメリカーナ」のもとにおける重化学工業を基盤にした「福祉国家」に改められたのである。

こうした福祉国家は、1973年の石油ショックを契機に動揺し始める。この1973年の石油ショックを契機とする福祉国家の解体期には、先進諸国は大きく3つのパターンに分散する。それは「アングロ・サクソン」パターン、「ヨーロッパ大陸」パターン、「スカンジナビア」パターンの3つのパターンである。この分類は福祉国家のタイプ論の通説であるエスピン・アンデルセン（Esping-Andersen）のタイプ論を継承していると言ってよい。

つまり、福祉国家の解体期には、大きく2つの流れが存在した。1つは福祉国家という「大きな政府」を否定し、「社会福祉」を縮減して「夜警国家」という「小さな政府」を実現しようとする新自由主義の流れである。もう1つは「社会福祉」を重視するという「福祉国家」のメリットを生かしながら、新しい状況に対応させるために修正していこうとする「ヨーロッパ社会経済モデル」の流れである。

「小さな政府」の定理を目指す新自由主義モデルは、アメリカ、イギリスなどの「アングロ・サクソン」パターンである。これに対してヨーロッパ社会経済モデルは、さらに2つのパターンに分類することができる。

1つはドイツとフランスなどの「ヨーロッパ大陸」パターンである。もう1つはスウェーデン、デンマーク、フィンランドなどの「スカンジナビア」パターンである。つまり、福祉国家の解体期には先進諸国は、「アン

「グロ・サクソン」パターン、「ヨーロッパ大陸」パターン、「スカンジナビア」パターンの大きく3つのパターンに分散したとすることができる。

福祉国家の解体期に生じている先進諸国の3つのパターンを、経済成長との関係を示すと、下の表のとおりとなる（表2-1）。この表では「アングロ・サクソン」パターンの代表としてアメリカを取り上げ、「ヨーロッパ大陸」パターンとしてドイツを取り上げ、「スカンジナビア」パターンの代表としてスウェーデンを取り上げている。それに日本を加えて作成した。

表 2-1 政府の大きさと経済的パフォーマンス

	政府の大きさ (社会的支出 の GDP 比)	経済成長率 (00-06 平均)	格差 (ジニ係数)	貧困率 (相対貧困率)	財政収支 (00-06 平均)
アメリカ	14.8%	3.0%	0.357	17.1%	2.8%
ドイツ	27.4%	1.2%	0.277	9.8%	2.7%
スウェーデン	29.8%	2.6%	0.243	5.3%	1.4%
日本	16.9%	1.4%	0.314	15.3%	6.7%

注：政府の大きさ：2001年、格差：2000年、貧困：2000年のデータに基づく。財政収支と経済成長率 2001年から2006年までの平均。

出所：OECDの資料に基づいて宮本太郎北海道大学教授の作成した資料より作成

この表では政府の大きさを、社会的支出、つまり社会福祉への支出のGDP比で求めている。財政学では政府の大きさを政府の機能に求めている。「小さい政府」とは強制力による秩序維持機能に限定している国家である。つまり、「夜警国家」である。

これに対して「大きな政府」とは「夜警国家」のような鎮圧主義ではなく、国民生活を保障して社会秩序に対する予防主義に立つ国家である。それゆえに政府の大きさは、財政における社会福祉のウェイトで判断することができる。

さらに、表から経済成長と社会福祉との関係を見ると、社会福祉のウェイトの小さい、つまり「小さな政府」であるアメリカの経済成長は高い。これに対して、社会福祉のウェイトの大きい、つまり「大きな政府」であるドイツの経済成長は低い。

こうしてみると、新自由主義が主張するように、「大きな政府」にすれば、経済成長は停滞し、「小さな政府」にすれば、経済成長は高くなると言えそうである。しかし、こうした論理が成立するのはここまでである。

ドイツよりさらに「大きな政府」であるスウェーデンをみれば、経済成長はアメリカに比肩するように高い。アメリカと同様の「小さな政府」である日本をみれば、ドイツと比肩するように、経済成長が低いからである。

2002年2月から2008年2月まで、日本は「いざなぎを越える」持続的経済成長を実現した。この時期であっても国別にみると、日本の経済成長は低いものだったのである。

このようにみてくれば、政府の大きさ、というよりも社会福祉支出の大きさと、経済成長との間には関係がないと言うことができる。社会福祉支出が小さくても、アメリカのように経済成長をする場合もあれば、日本のように経済成長が停滞してしまう場合もある。逆に社会福祉支出が大きくても、ドイツのように経済成長が停滞する場合もあれば、スウェーデンのように経済成長に成功する場合もある。

しかし、経済的パフォーマンスは、成長が高ければよいというわけではない。格差や貧困など、社会的な不平等を解消しているかも経済的パフォーマンスの重要な判断材料となる。

表2-1で格差や貧困という経済的パフォーマンスを見ると、格差も貧困も「スカンジナビア」パターンのスウェーデンが小さく、「アングロ・サクソン」パターンのアメリカが大きく、「ヨーロッパ大陸」パターンのドイツが、両者の中間に位置している。日本は、アメリカとともに格差も貧困も大きくなっている。つまり、格差と貧困に関して言えば、社会福祉支出を小さくすれば、格差や貧困が溢れ出ると言うことができる。

ところが、「大きな政府」は財政収支を破綻させ、持続可能ではないと言われる。しかし、「小さな政府」であるアメリカは、財政赤字に苦しんでいる。もっとも、「大きな政府」であるドイツも、マーストリヒト条約の財政基準であるGDP比で3%以内の赤字を守ることに苦しんでいる。

しかし、スウェーデンは「大きな政府」であっても、財政黒字であり、持続可能である。これに対して、日本の財政は突出して大きな財政赤字となっている。つまり、「小さな政府」であっても、持続可能ではないのである。

このようにしてみると、社会福祉支出の小さいアメリカは、経済成長という経済的パフォーマンスは良好なものの、格差や貧困という経済的パフォーマンスでは悪く、財政収支も赤字に苦しんでいる。ドイツもスウェーデンも社会福祉支出が大きいけれども、ドイツは経済成長が低く、格差や貧困はほどほどで、財政赤字に苦しんでいるのに対して、スウェーデンは経済成長、格差や貧困という経済的パフォーマンスも良好で、財政収支も

黒字である。「小さな政府」である日本は、スウェーデンとは対照的に、経済的パフォーマンスすべてに悪く、財政も大赤字となっているのである。

社会福祉と経済成長との関係でみれば、社会福祉が大きい小さいかが、経済成長と関係するとは言えない。経済成長にかかわるのは、どのような社会福祉かという社会福祉の内実だと言うことができる。

3. 現金給付からサービス給付へ

社会福祉の内実は、現金給付とサービス（現物）給付に分けられる。現金給付はさらに、年金などの社会保障給付と、生活保護のような公的扶助給付に分けられる。

サービス給付は、育児サービス、高齢者福祉サービスなどの福祉サービスと、医療サービスなどから成り立っている。

社会的支出のウェイトの高い「大きな政府」であっても、表 2-2 に示したように、「スカンジナビア」パターンは、サービス給付に重点を置き、「ヨーロッパ大陸」パターンは、現金給付に重点を置いていることがわかる。ここから、格差や貧困に関するパフォーマンスを決定しているのは、現金給付よりも、サービス給付であると言うことができる。現金給付に関してスウェーデンより大きいドイツが、スウェーデンよりも格差や貧困が悪く、サービス給付の小さいアメリカや日本では、格差や貧困が著しく悪くなっている。

表 2-2 給付別社会的支出

	サービス給付	現金給付
アメリカ	6.7%	7.9%
ドイツ	10.6%	15.7%
スウェーデン	14.0%	14.4%
日本	7.6%	9.1%

出所：OECD Social Expenditure Database

行き詰まっている福祉国家とは、現金給付による所得再分配国家である。それは、福祉国家が重化学工業を基軸にした工業社会を基軸にしていたからである。

重化学工業を基軸とした工業社会では、同質の筋肉労働を大量に必要とするため、主として男性が労働市場に働きに行き、家庭内には無償労働で育児や養老などのサービスを生産する女性が存在するという家族像が想定できた。しかし、ポスト工業社会に移行し、サービス産業、知識集約産業、

さらには自然資源節約産業に基軸が移ると、女性も大量に労働市場に進出するようになる。

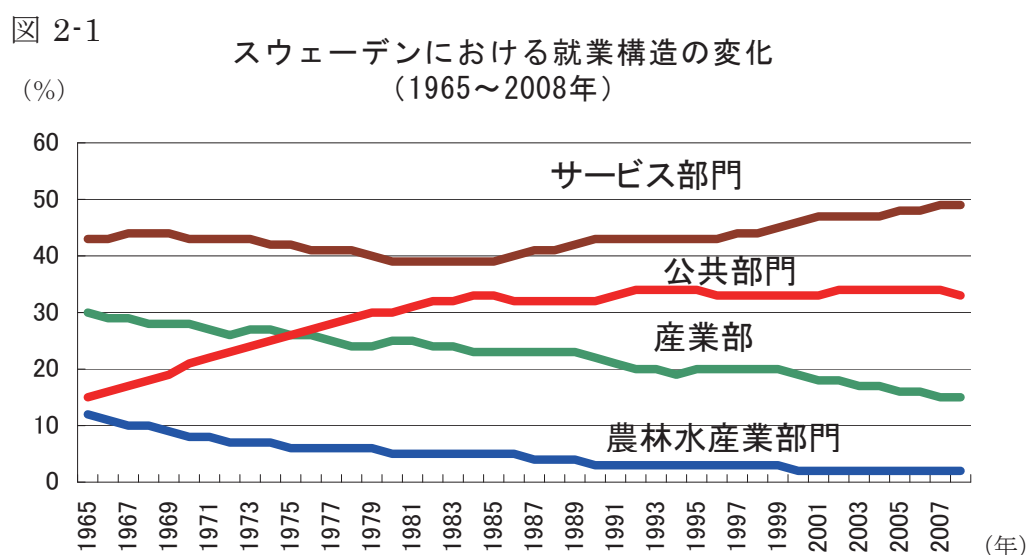
そうなると、家庭内の無償労働で担われていた育児や養老というサービスを政府が提供しないと、労働市場が二極化し、格差と貧困が溢れ出てしまう。というのも、家庭内で無償労働に従事しつつ、労働市場に進出するパート労働と、家庭内での無償労働から完全に解放されて、労働市場に進出するフルタイム労働とに、労働市場が分断されてしまうからである。

ドイツもスウェーデンと同様に社会福祉が大きいのに、格差も貧困もスウェーデンより大きいのは、現金給付からサービス給付に社会福祉がシフトしていないからである。ドイツが経済成長で停滞的なのも同様の理由である。つまり、ドイツは産業構造を転換させていないからである。

この危機の時代には、経済成長は産業構造を転換することができるか否かにかかっている。既存の産業構造のままアクセルを吹かせても、バブルが発生するだけである。こうした産業構造の転換は、社会福祉を現金給付からサービス給付にシフトできるか否かにかかっている。

4. 医療費と経済成長

格差や貧困を抑制しながら、経済成長を実現したスウェーデンの経験に学ぶと、その秘密は産業構造の転換に成功したことにあると言ってよい。図 2-1 でスウェーデンにおける就業構造の変化をみると、サービス部門が拡大し、産業部門つまり工業部門が縮小していることがわかる。

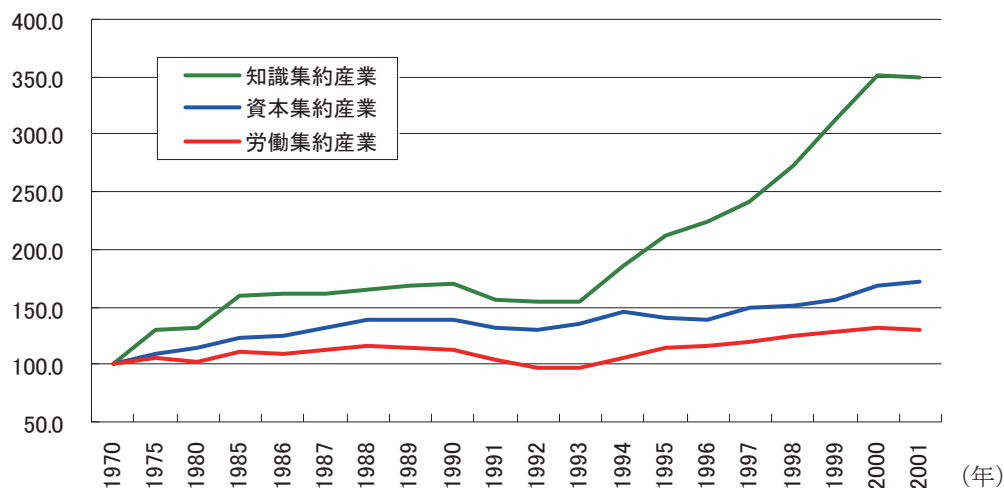


(資料)ekonomifaktaホームページより作成。

(<http://www.ekonomifakta.se/sv/Fakta/Arbetsmarknad/Sysselsattning/Struktur/forandringar-i-sysselsattningen/>)

産業部門別の生産性の伸びを図 2-2 で見ても、1990 年代後半から知識集約産業が急速に上昇し、産業構造が大きく転換していることを見る事ができる。こうした産業構造の転換は、市場のメカニズムに委ねていただけでは生じないのである。

図 2-2 産業部門の生産性(1970=100)

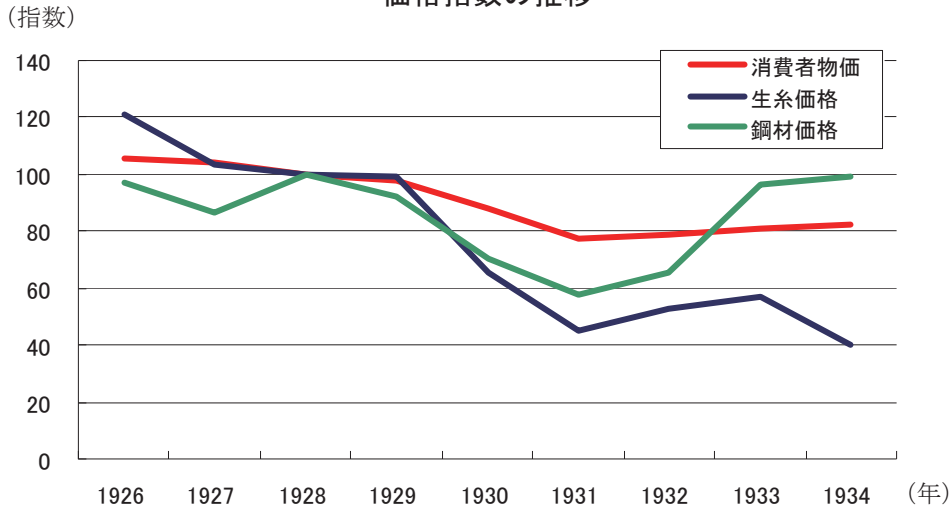


(注) 労働集約産業: 食料品、木材製品、プラスチック・金属製品
 資本集約産業: パルプ、紙、化学製品、採石・製鉄
 知識集約産業: 薬剤、機械工学、電子工学、輸送機械・精密機械
 (資料) Svenskt Näringsliv[2002] *Fakta om Sveriges Ekonomi*, p.37.

恐慌とは本来、こうした産業構造の転換を強制する。1929 年の世界恐慌をみても、図 2-3 のように、激しい価格の暴落が生じる。生糸価格は 1929 年に比し、1931 年には 40%程度にまで落ち込み、そのまま推移する。鋼材価格も 50%程度にまで落ち込むものの 1933 年には、1929 年と同様の水準まで回復している。つまり、価格機構が軽工業の時代から重化学工業の時代への転換を強制しているのである。

図 2-3

価格指数の推移



ところが、現在の世界恐慌は、株価や製造業の生産の落ち込みは 1929 年と同様の激しさなのにもかかわらず、価格の落ち込みは緩やかである。そうすると、政府が政策誘導によって産業構造の転換を図る必要がある。

こうした産業構造の転換を図る成長戦略こそ、「コンクリートから人へ」という政策だと位置づけられなければならない。つまり、全国的な道路網などの交通網や、ダムなどのエネルギー網が重化学工業を支えるインフラストラクチャだとすれば、これからのポスト工業社会である知識産業を支えるインフラストラクチャは、人的インフラストラクチャとなるからである。

知識社会では工業社会のように、人間が自然に働きかける機械製造という手段が重要なのではなく、人間という存在自体そのものが決定的要素となる。そうだとすれば、知識社会へと転換させる成長戦略は、次のような 3 つの基本戦略となる。

第一は、人間の人的能力を高める教育投資である。しかも、すべての社会の構成員のかけがえのない能力を高める教育投資でなければならない。

スウェーデン政府は、経済成長と雇用の確保と社会的正義を同時に達成しようとするならば教育投資しかないと明言している。すべての社会の構成員の人的能力が高まれば、生産性が向上し、経済成長が実現する。また、すべての社会の構成員の人的能力が高まれば、雇用されないはずはない。しかも、すべての社会の構成員の人的能力が高まると、所得分配が平等となり、社会的正義が実現できると言い切っている。

第二は、医療と環境である。人的能力が高まっても、人間の生理的活動が健全であって、つまり健康でなければ意味がない。そのためには、医療と環境保全を重視しなければならない。

そればかりではない。医療と環境は、知識社会にとって「技術革新と市場の宝庫」となる。もちろん、知識社会でどのような産業が戦略産業となるかは明らかではない。しかし、医療と環境にかかわる産業がその基軸となることは間違いない。

第三は、社会資本（social capital）である。つまり、人間と人間との信頼の絆である。知識は惜しみなく与え合わなければ発展はしない。工業社会においては、蓄積することが美德であったとすれば、知識社会では、与え合うことが美德となる。

つまり、知識社会では社会の構成員の個人個人の能力を高め、個人個人が健康であるだけでなく、社会の構成員同士が信頼し合う絆が必要となる。それは、知識社会が蓄積しなければならない知識資本は、個人個人の人的能力と社会資本から構成されると表現してもよい。

もちろん、産業構造を転換する際には、3つの基本戦略の前提として、社会的セーフティネットが必要となる。知識社会を目指したために失敗しても、救済してくれる社会的セーフティネットが張ってなければ、新しい産業を創り出す保険的投資が生じないからである。

しかし、この社会的セーフティネットもすでに指摘したように、サービス給付にシフトして張り替える必要がある。このサービス給付でも、医療サービスがユニバーサルに提供されることが必要となる。

もちろん、社会的インフラストラクチャのネットも、人的インフラストラクチャに張り替えられなければならない。3つの戦略とは、こうした社会的インフラストラクチャの張り替え戦略だと言ってよい。ここでも医療サービスがポイントとなる。

福祉国家の社会的セーフティネットは、知識社会と社会的インフラストラクチャを融合させた社会的トランポリンに張り替える必要があるけれども、その基軸に医療サービスが存在していると言ってよい。

第3章 イノベーションと医療

執筆担当者 権丈 善一 委員

1. 国家財政の持続可能性

医療の機能強化を図るためには、医療費の増加は不可欠である。医療費の増加には、公的医療費の増加と私的医療費の増加という2つのルートがある。前者は、医療を必要に応じて利用できる平等消費型医療を実現できるが、このルートからの医療費増を図ろうとすれば、租税・社会保険料からなる国民負担率の引き上げを行わなければならない。後者の私的医療費による医療費増は、規制緩和、混合診療の解禁で実現できるが、そのルートからの医療費の増加は、支払い能力に応じて医療の利用に格差が生まれる階層消費型医療に帰結する。

いずれのルートからの医療費増も、国民経済にとって好影響を与えることは後述するが、仮に、国民経済が今日の深刻な不況から脱することができるとすれば、金利は今のような低水準に留まっていなかったことが予測される。その時—つまり成長に伴って金利が上昇しはじめたとき—の国債市場の動きは、国家財政に多大な負担をかけることにつながる。成長を諸手をあげて喜ぶことができないゆえんである。この国は、どのような国家運営を行えば、医療崩壊をはじめとした社会保障の崩壊と国家財政の危機を抜け出すことができるのか。

なお、本章の中心部分では、医療保障をはじめとした社会保障の充実は、国民の生活不安を緩和し、国民に安心を与えて、国民が将来に備えるための貯蓄を減らし、有効需要も増えるというストーリーを展開している。しかしながら、そうした期待を抱くことができるのは、国民が、国家財政の持続可能性を信じている状況でのことである。2003年に、社会保障を積極的に展開することにより、家族依存型福祉国家から政府依存型に転換することこそが経済成長を喚起すると論じた「積極的社会保障政策論⁴」を唱えてから最近までは、国民が国家財政の持続性を疑うことがないという当然の前提の下に議論をすることが許されていた。

ところが、最近では、国が破綻しないという前提のリアリティが問われるようになってきており、国民が国家財政の持続可能性を疑うという前提で議論をする必要が出てきているようである。国民が国家財政の持続可能性

⁴ 権丈善一・権丈英子（2009〔初版(2004)〕）『年金改革と積極的社会保障政策——再分配政策の政治経済学Ⅱ』。積極的社会保障政策を論じた第3章「積極的社会保障政策と日本の歴史の展開」の初出は『三田商学研究』2003年8月（第46巻第3号：2003年5月17日脱稿）である。

を疑うという前提の下では、赤字国債で賄われる社会保障の給付が増えたとしても、国民は安心することもなく、安心がもたらす経済の好循環を期待できなくなる。

こうした問題意識で、経済成長、医療政策、そして国家財政を考える必要があると思うのであるが、日々見聞する政界での議論は、こうした意識とはほど遠いところでなされている。

2. 経済成長と医療政策

シュンペータ（Schumpeter, J. A.）29歳時の著書でありながら、その完成度の高さから彼の主著と評される『経済発展の理論』には、経済成長の原動力であり、後にイノベーションと呼ばれることになる「新結合」は、次の5つの要素からなると記されていた。

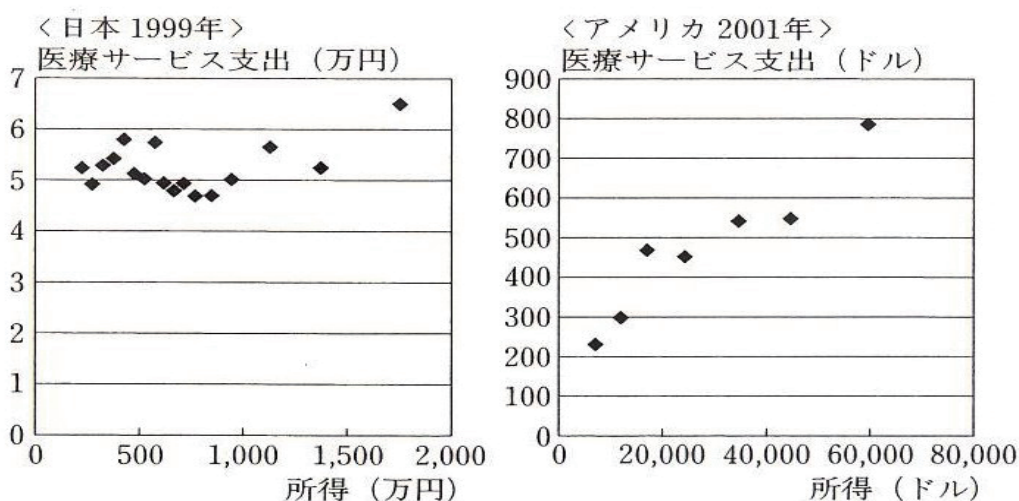
シュンペータ 「新結合」の5つの要素

1. 新しい財の導入
2. 新しい生産方式の導入
3. 新しい市場の導入
4. 原材料の新たな供給源の開拓
5. 新しい組織の創造

医療が経済成長と関わるとすれば、どのチャネルからであろうか。もちろん、医療は公共政策の下にあり、医療費の総体は、公的な部分と私的な部分からなる。公的な医療と私的な医療では、経済成長との関わりは当然異なってくるであろう。

公的な医療は、所得や資産に基づく支払い能力と関わりなく、必要に応じて医療が消費される平等消費社会を実現し、私的な医療では、支払い能力に応じて医療が消費される階層消費社会となる。このことは、日米の家計における医療サービス支出を見れば、容易に理解できる（図 3-1）。

図 3-1 家計所得と医療サービス支出の日米比較



出所：鈴木玲子(2004)「医療分野の規制緩和——混合診療解禁による市場拡大効果」
八代尚宏／日本経済研究センター編『新市場創造への総合戦略（規制改革で
経済活性化を）』286頁

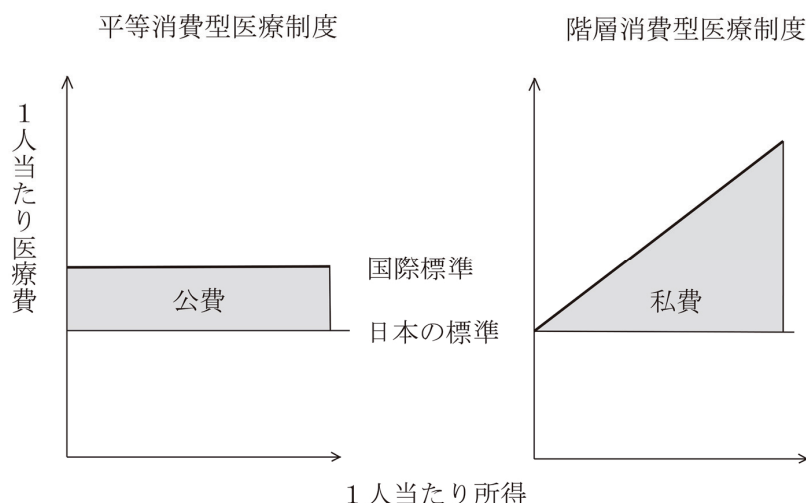
高付加価値医療、つまり、売上高から原価を差し引いた額が大きくなる医療は、階層消費医療の方が発展しやすいであろう。シュンペータの言う、「1.新しい財の導入」がそれである。最先端医療を発展させて世界中から顧客を呼び、経済成長を牽引させることを唱える人たちが、医療分野で規制緩和を唱え、医療が階層消費される社会を理想としているのであれば論理矛盾はない。しかしながら、必要に応じて医療サービスを利用できる、医療の平等消費社会を望ましいと考えている人たちが、経済成長のために医療分野で規制緩和を唱えることは齟齬を来すことになる。医療が平等消費される社会に理想を抱く人たちは、医療分野での規制緩和を唱える前に、まずなによりも公的な医療費の増加を唱えなければ、自らの理想と言動との間に矛盾が生まれてくるのである。なぜならば、医療における規制というのは、医療を必要に応じて利用できるようにするために、市場の力をブロックするためのルールなのである。医療者がしばしば使う医療立国論なども、しっかりと詰めた議論を行わないと、医療の階層消費社会を容認する人たちと同じベクトルのエネルギーを社会に与えることになる。ところが現在は、まだ議論の詰めが甘いために、階層消費を良しとする人も、平等消費を良しとする人も、目指すべき社会の方向性が180度異なるのに、揃って「医療・介護で成長を！」と言っている。

公的な医療、すなわち平等消費を保障する医療の場合の生産性は、公的な仕組みの下での価格設定に依存することになり、日本のように、長く続いた医療費抑制政策の下で決められた価格水準は低く、結果、日本の医療

の付加価値は低く抑えられてきた。これを生産者の数で除した付加価値生産性も、アメリカのような国と比べれば低く表れてきた。

そうした日本の医療の低生産性は、根源的には1人当たり医療費が他の先進諸国と比べて低いということに帰することができる。この1人当たり医療費を増やすルートは、スペクトラムの両端を示しておけば2つあり、1つは、国民皆保険下で公的投入を上げるルート、いま1つは混合診療の解禁などを図って私費負担を増やすルートである。先にも論じたように、後者のルートでは高付加価値医療の普及は容易になるのであろうが、医療における階層消費が進むことにもつながる。この点、日本の現状は、皆保険の原則を維持しながら患者の自己負担による先進医療や差額ベッドなどの利用を認める「保険外併用療養制度」を採用しており、これはスペクトラムの中間点に位置すると評すべき性質をもつ制度であると言える（図3-2）。

図 3-2 平等消費型医療と階層消費型医療



もともと、医療費は、医療の供給単位と単価を乗じた値であり、医療供給の公的な範囲を拡張したり、公的単価を引き上げれば、公的な医療費総額は増える。その時、経済成長とどのような関係があるのだろうか。

日本では、古くから、公的医療費を賄う財源調達側面での経済への弊害が強調される傾向があり、1980年代に第2臨調の下で行政改革が進められていた時代には、1983年の吉村仁氏の『社会保険旬報』論文に代表される医療費亡国論が言われたことがある。そうした時代の風潮の中で、1984年に出された『準公共財の財政学』では、「わが国の医療費の増大はすさまじく、2025年の医療費の推計値は同年度におけるGNPの額よりも大きいという推計もある。部分である医療費が全体であるGNPを超えるとい

うことはあり得ないから、これからなんらかの形で医療費の増大を抑制していくしかない⁵⁾」と論じる経済学者も出てきたりもする。

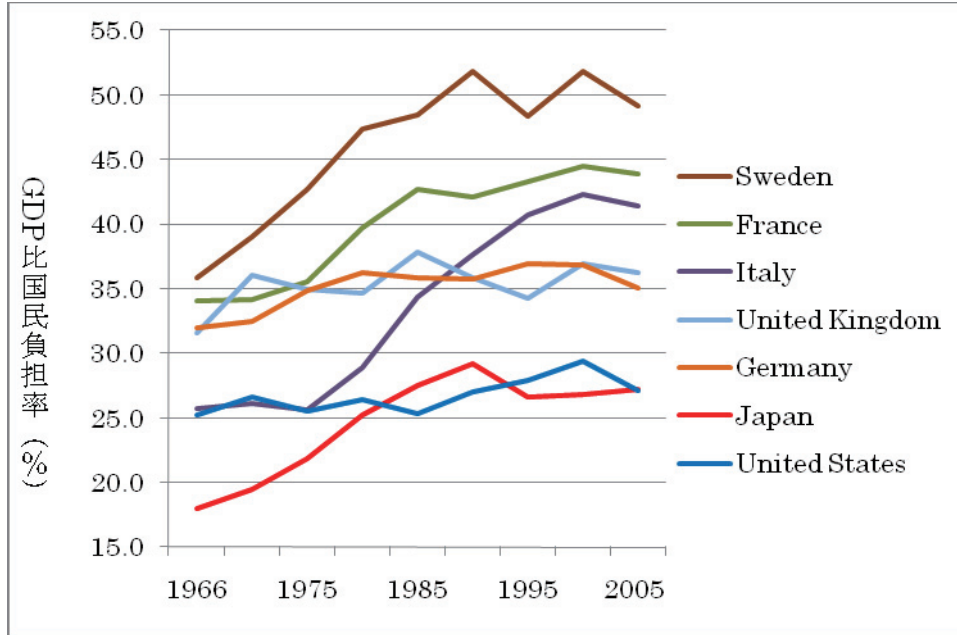
言うまでもなく、医療費が増えれば医療を部分とする GNP も増えるわけであるから、医療費が GNP を超えることはあり得ない。上述の文章は、推計された 2025 年の名目の医療費と同年の実質 GNP を付き合わせてしまった単純な間違いなのであるが、こうした文章がまことやしかに専門書に掲載されるような時代が、かつては確かにあった。こうした医療費亡国論が言われるようになったのは、1979 年の大平正芳首相による一般消費税の導入が否定されて、いずれは行わざるを得ない負担増の準備として 1981 年に第 2 臨調が立ち上げられ、徹底的な歳出削減が言われていた 1983 年である。ちなみに、大平氏は、蔵相時の 1975 年に 10 年ぶりの赤字国債発行に踏み切り、以後、日本財政の赤字体質が強まっていくのを自分の責任のように受け止め、首相になった翌年の 1979 年に、自らの手で日本の財政を立ち直らせたという思いから一般消費税を導入しようとした。しかし国民は、「負担増の前にやることがあるだろう！」という反応を示し、その後 30 年間、同じことを繰り返しつつ、次から次に「ここに財源がある！」という話を信じたり、「高成長を遂げれば負担増は必要ない！」という無理な話に夢を託して現在に至ることになる。

その 30 年間、日本の政治は GDP に占める租税社会保険料の割合、つまり国民負担率（以下、GDP 比国民負担率と呼ぶ）を上げるという正論を国民に問う勇気をもつことができないままだった。そのため、現在では OECD30 カ国のうち下から 4 番目—日本の下には韓国、トルコ、メキシコしかいない—という国民負担率の状態に陥っている（図 3-3,4）。そして第 2 次オイルショック後の 1975 年以降の日本の財政は、景気の良し悪しとは関係なく、大幅な赤字を続けてきた（図 3-5）。その意味で、日本が不況時に公共支出で有効需要を支えるケインズ政策をとったために国債が累積したという説明は正しくなく、ただ単に、租税と社会保険料からなる財源調達制度に欠陥があるから国債が累積したということが正しい説明ということになる。ケインズ政策に則るとすれば、完全雇用時には、完全雇用余剰という財政黒字が生まれなければならない。ところが、日本は 1980 年代末のバブルの時代でさえも財政赤字を発行せざるを得なかったほどに、租税・社会保険料という財源調達制度に構造的な問題を抱え続けてきたのである。

⁵⁾ 林正寿(1984)「第 1 章 公共部門の範囲と準公共財」大川政三・佐藤博編著『準公共財の財政学』多賀出版, 13 頁。

図 3-3

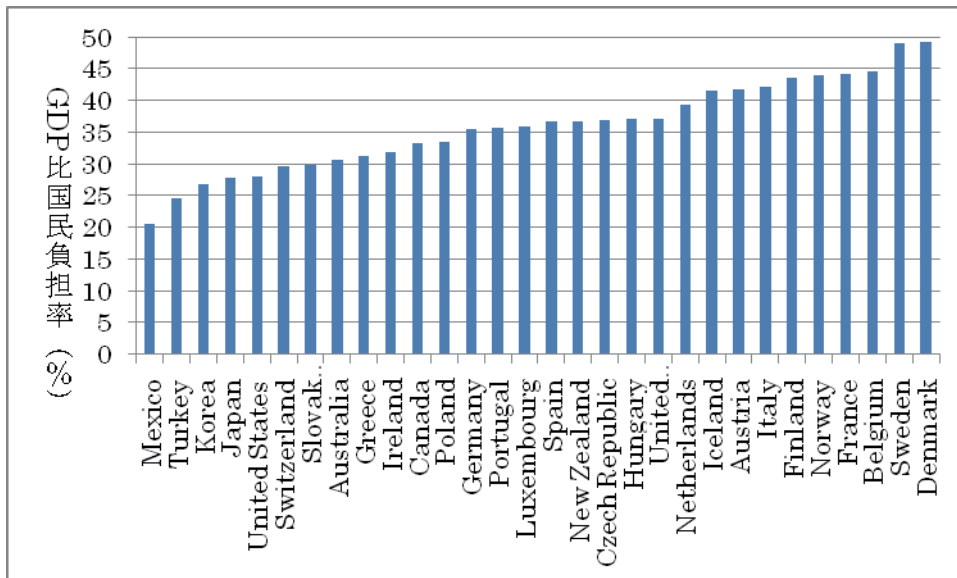
主要先進諸国の GDP 比国民負担率



出所:OECD Health Data

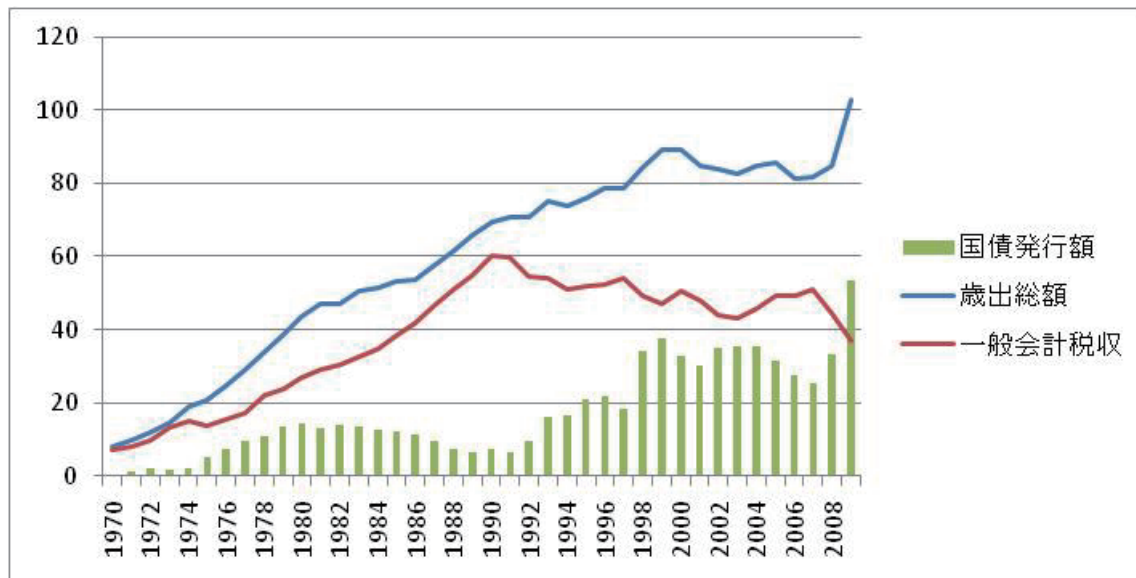
図 3-4

OECD30 カ国の国民負担率 (2006 年)



出所:OECD Health Data

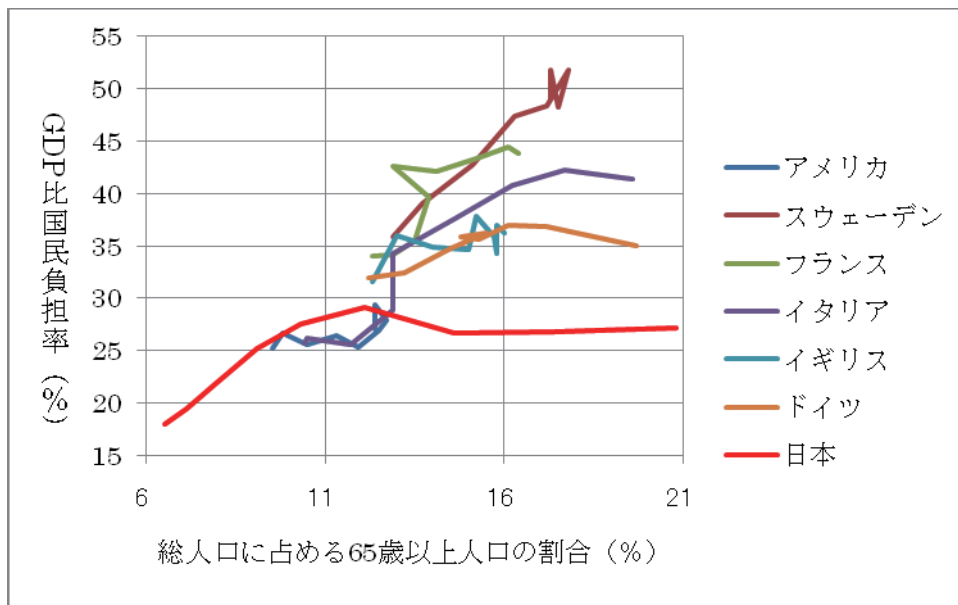
図 3-5 日本の財政事情



出所:OECD Health Data

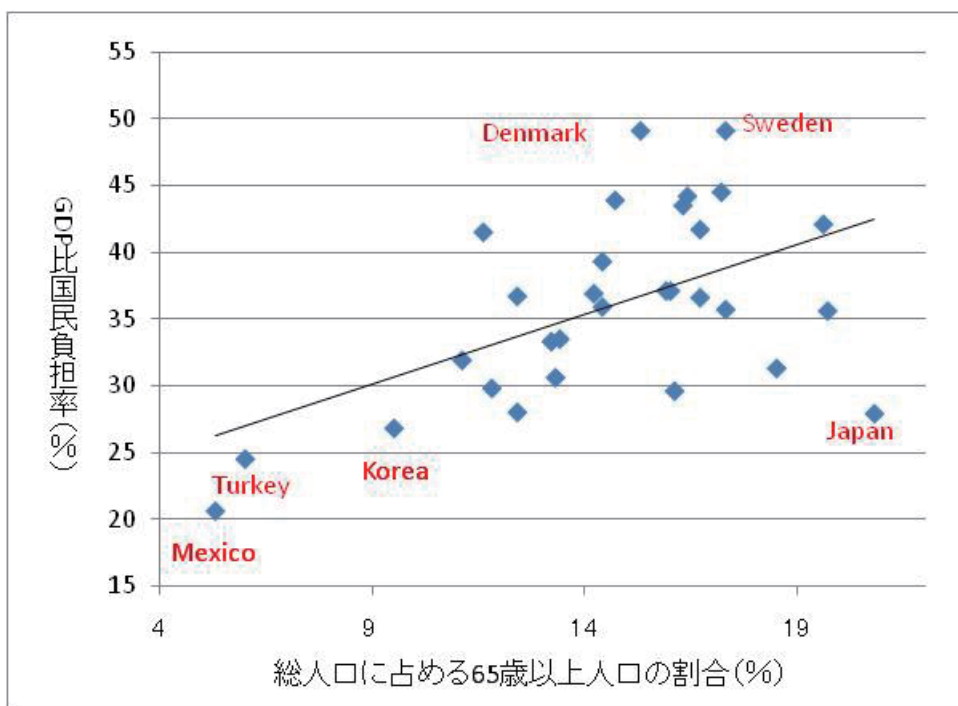
こうした財源調達制度の欠陥ゆえに、一般会計の中で最も大きな歳出項目である社会保障、社会保障の中でもその半分以上を占める公的医療費に対して強い抑制圧力がかけられてきた。公的医療費の抑制は、他の先進諸国と比べて猛スピードで進む少子高齢化に対応できるだけの財源を調達することにより、適切な所得再分配政策を国民経済に組み込むことができなかつたことが原因だったのである(図 3-6,7)。ところが、多くの医療者・医療団体は、1980年代に将来の負担増の下準備として進められていた行政改革の中のひとつのスローガン、医療費亡国論という亡霊が導いた政策の結果であると信じ、このスローガンを批判しさえすれば、医療費抑制政策の転換が行われると思いつけてきた。

図 3-6 主要先進諸国の高齢化水準と国民負担率との関係



出所:OECD Health Data

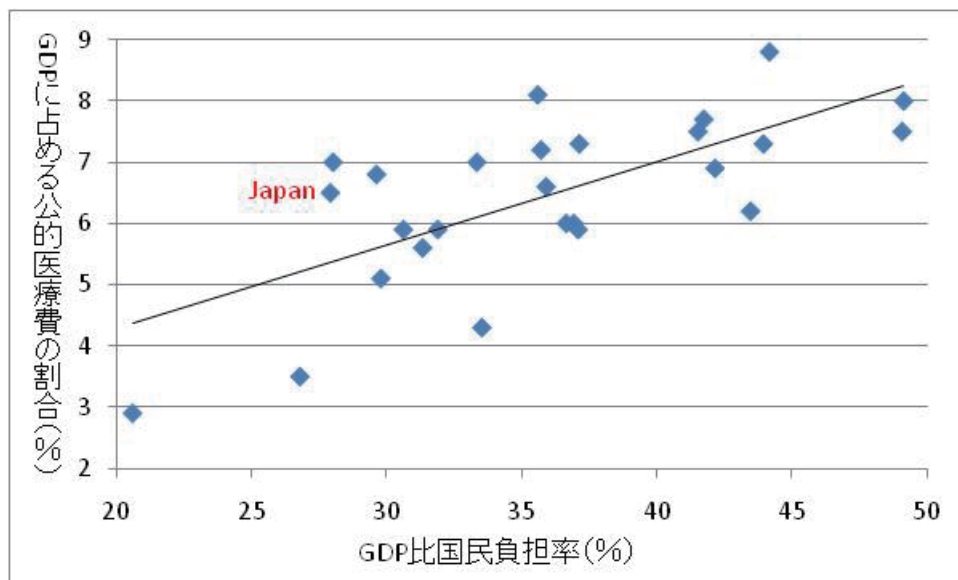
図 3-7 OECD30 各国の高齢化水準と国民負担率の関係 (2006 年)



出所:OECD Health Data

しかしながら、日本の公的医療費は、国民負担率に照らし合わせれば、他国と比べて大目にみてもらっているのである（図 3-8）。

図 3-8 OECD 諸国の国民負担率と公的医療費の水準（2006 年）



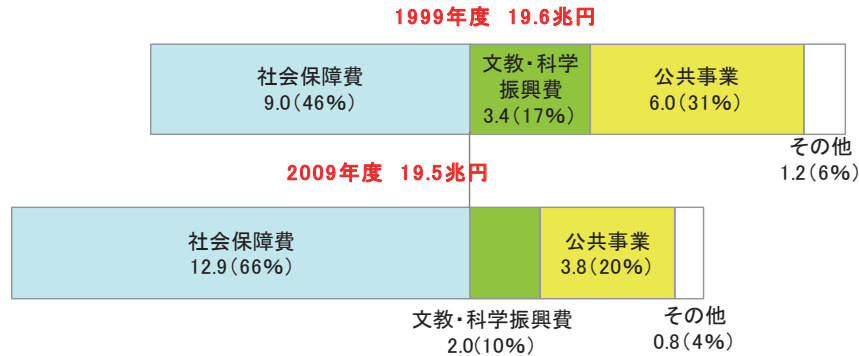
注：2006 年公的医療費データは、ベルギー、オランダ、ニュージーランド、トルコの 4 カ国が欠損値。

出所:OECD Health Data

そして多くの医療関係者が知らない、もしくは見ようとしないことは、社会保障費というのはこの 10 年間でかなり増えており、それに対して、文教科学振興費や公共事業は相当削られているということである（図 3-9）。確かに社会保障費への国庫負担 2,200 億円の削減はあったが、それは自然増だと 1 兆円ほど増えるところを、その増分から 2,200 億円を抑制するという話だったのである。しかしながら、その程度の社会保障費の増加では到底足りない、しかも、他の領域も財源が大きく不足しているというのが実態なのである。

図 3-9

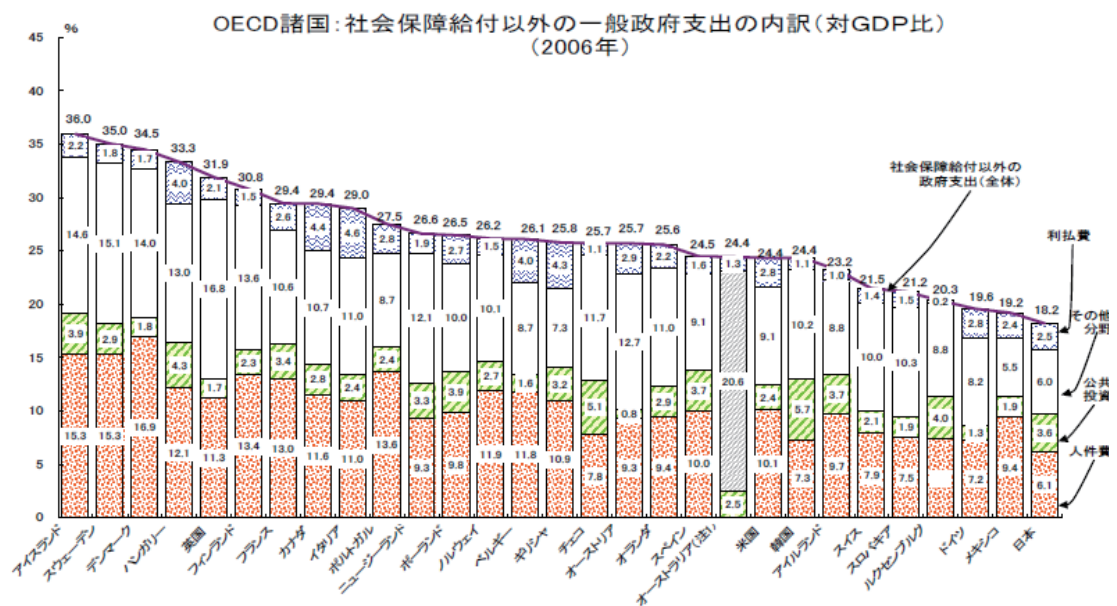
過去 10 年で増えたのは社会保障費
国から地方に向けた補助金等の全体像
(一般会計+特別会計)



日本の医療が今のような危機に瀕するまでになってしまった原因の多くは、医療界のオピニオンリーダーと目される人たちや自認する人たちが、荒唐無稽なことを言い、そういう考えを強く信じ込ませてきたことにある。彼らは揃って実行不可能な主張を説き続けてきた。

図 3-10 は、2008 年 12 月 9 日の経済財政諮問会議で配られた資料であり、OECD 諸国の社会保障給付以外の一般政府支出の内訳（対 GDP 比）を示している。日本の財政のどこに、社会保障に財源を回すほどに余裕のある他の分野があるというのであろうか。

図 3-10



(注1) オーストラリアはデータ制約上、内訳の人件費がとれない。
(注2) 日本は2006年度、その他OECD諸国は2006年暦年(ただし、メキシコは2004年、ニュージーランドは2005年の値)。
(資料) OECD

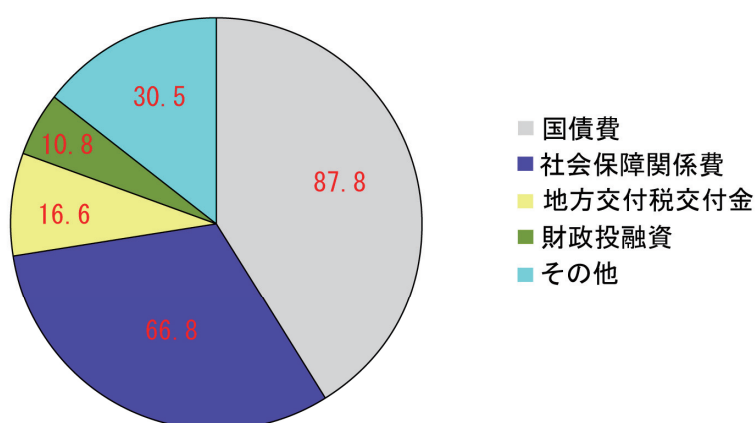
出所: 経済財政諮問会議 2008 年 12 月 9 日「中期の財政規律と歳出改革に向けて」
(有識者議員提出資料)

既に日本の政府は「小さな政府」であることを示すデータは、「小さな政府」を唱えていたかつての経済財政諮問会議では、わざわざ提示されるようなものでなかったはずである。しかし、麻生内閣の下で、安倍内閣から続いていたメンバーが刷新され、新メンバーで開かれた2008年10月17日以降、経済財政諮問会議は、負担増を国民に訴えて中負担中福祉の実現を唱えるための公的機関に変身している。福田内閣が立ち上げた社会保障国民会議の最終報告が2008年11月4日に提出され、その報告書を受け止め、社会保障の機能強化を推進していく役割を果たすのが当時の経済財政諮問会議であった。その意味で、かつての与党は、小泉・安倍内閣と福田・麻生内閣の間で大きな政策転換があったとみなすことができるのである。

また、図3-11は、2008年度の一般会計と特別会計を合わせた実質的な国の歳出総額である。国債費、社会保障関係費、地方交付税は容易に削れるものではなく、財政投融资は仮に削ったとしても、そこで一般会計で使える財源が生まれるわけでもない。現与党は、かつて、歳出を1割削ればよいのだから、20兆円程度の財源は容易に確保できると言っていたが、政治家がそうしたことを言うことの是非はさておき、そういう話を信じてはいけないのである。

図 3-11

国の純支出（一般会計と特別会計を合わせたもの：兆円）



出所：財務省

医療をはじめとした、社会保障の充実を図るには、国民負担率を上げるしか方法はない。これが、「社会保障政策に関する国民負担率決定論」である。すなわち、過去に何が起こっていたのか、今、何が起こっているのかは、国民負担率をみれば説明がつくのであり、将来に何が起こるのかは国民負担率に関する政府の方針を参考にすれば予測できる、ということである。国民負担率が上がらない限り何も変わりようがない。

社会保障というのは、次のように定義できるものである。

社会保障とは、ミクロには貢献原則に基づいて分配された所得を、必要原則に基づいて修正する再分配制度であり、マクロには、基礎的消費部分を社会化することにより、広く全国に有効需要を分配するための経済政策手段である。

権丈善一(2009)『社会保障の政策転換—再分配政策の政治経済学V』63頁

つまり、経済政策手段としては、一国内の地域間で偏在して生まれてくる所得を一旦政府が徴収し、それを必要原則に基づいて地域間に再分配するために、一国全域での均齊的な生活水準の向上を促す側面をもつことになる。

さらには、好況不況の波の中での好況時には労働市場が逼迫しているために、公的部門の拡充は民間部門を締め出すことも考えられよう。ところが完全雇用が実現されていない場合—経済が高度に発展し、人びとの文化的な生活水準を規定する財・サービスが飽和段階にあり、ゆえにシュンペータのいう、「1.新しい財の導入」や「3.新たな市場の導入」が難しい状態にある場合—には、公共支出を行って雇用をどこかで確保する必要が生まれる。失業ほど資源の無駄遣いはないのである。

こうした状況下で、現在では誰も言わなくなった上げ潮派のように、「小さな政府と生活自己責任をセットにした」経済政策を展開すると、景気はデフレスパイラルに陥る。すなわち、「生活自己責任の徹底化を図ろうとすれば、家計は萎縮して、消費を増やすどころか生活不安に対する防衛策として、消費を抑制し、家計の黒字を増やそうとする。この防衛策は、たしかにミクロの家計にとっては合理的な行動であると評価することはできるのだが、マクロ的には合成の誤謬に陥り、構造的需要不足という病状を加速してしまう。「生活自己責任の徹底」という社会経済戦略がミクロにもマクロにも整合性をもつ状況は、市場における価格調整が完全に機能している古典派、もしくは新古典派世界における状況のみである。生産要素

の固定性・固定価格市場の一般化をはじめ、なんらかの理由で市場の価格調整が機能しない世界では、生活自己責任思想のもとに家計が合理的な選択をとれば、マクロには構造的な需要不足が生じる⁶⁾。

ケインズ (Keynes, J. M.) が指摘する、貨幣という「流動性プレミアムが常に持越費用を凌駕する⁷⁾」資産が、ブラックホールのように人びとの所得を吸い込む豊かな社会では、恒常的に消費が不足し、そのために消費の派生需要としての投資が不足することになり、消費と投資からなる需要が完全雇用を保証する水準に足りない状況となる。

こうした豊かな社会における需要不足の状況下では、政府が消費を促進したり、投資を引き受けることにより需給バランスをとる必要が生まれてくる。その政府支出の矛先をどこに向けるべきか。解決の方向性は、上げ潮派などとはまったく逆で、大きな政府にして、生活自己責任ではなく、人びとの生活への社会的責任をもっと明確にしていくことにより、安心して消費をしてもらうような社会にする—これを「積極的社会保障政策」と呼んでいる。

言うまでもなく、政府は、ケインズがいうワイズ・スペンディング (wise spending) を行うべきなのであるが、このワイズ・スペンディングのひとつの行き着く先が、積極的社会保障政策の対象である医療であり、介護であり、保育、教育分野となる。

日本の国民の多くが、医療の階層消費社会よりも平等消費社会を選好するのであれば、そこに政府支出を向ける。幸いなことにこの分野は、雇用創出効果と経済波及効果が大きい。労働市場が逼迫しているのであれば、生産性の低さを示すことになる雇用創出効果の高さはデメリットになるであろうが、需要不足が常態である経済においては、雇用創出効果の高さはメリットとなる。

さらに、医療・介護分野の充実は、老後の生活不安を緩和することになるため、予備的動機 (precaution) や深慮 (foresight) にしたがった合理的な選択の結果としての貯蓄を減じさせる効果をもつ。投資先が豊富にある社会においては、貯蓄の減少は資本の成長にとってマイナスの効果をもつが、人びとの文化的な生活水準を規定する財・サービスが、国民の間で飽和段階にあり、消費需要、投資需要のいずれもが不足気味な経済にあっては、貯蓄超過を生むことになる。ケインズがいみじくも指摘するように「完全雇用が達成されるまでは、資本成長は低い消費性向に依存するどころか、か

⁶⁾ 権丈善一・権丈英子 (2009 [初版 2004]) 『年金改革と積極的社会保障政策—再分配政策の政治経済学Ⅱ』209頁。

⁷⁾ J.M.ケインズ (間宮陽介訳) 『雇用、利子および貨幣の一般理論 上』337頁。

えってそれによって阻害され、低い消費性向が資本成長に寄与するのは完全雇用状態の場合だけだ—(中略)—そのうえ、経験の示すところによれば、現状では、諸機関の貯蓄および償還基金という形をとった貯蓄は適量を超えており、消費性向を高めそうな方向で所得の再分配政策が採られれば、資本成長に断然有利に作用する」ことになる。

のみならず、租税、社会保険、いかなる財源調達手段をとったとしても、公的医療の充実は、高所得者から低所得者への垂直的な所得の再分配を伴う。このことは、限界貯蓄性向の高い所得層から、それが低い所得層に所得を移転することを意味するために、社会総体としての消費性向を引き上げる効果ももつ。再びケインズの言葉を借りれば、「今日の状況においては、富の成長は、富者の節欲にかかっている—とふつう考えられている—どころの話ではなく、むしろそれによって阻害される可能性のほうが大きい」ということである。したがって、富の大きな不平等を社会的に正当化する主要な理由の一つは除去されることになる。さらにケインズは、「消費性向と投資誘因とを相互調整するという仕事にともなう政府機能の拡大は、19世紀の政治評論家や現代のアメリカの金融家の目には、個人主義への恐るべき侵害だと映るかもしれないが、むしろそれを擁護する。現在の経済体制が全面的に崩壊するのを回避するために実際に取り得る手段はそれしかないからであり、同時にそれは個人の創意工夫がうまく機能するための条件でもあるからだ」と論じる。そして、ケインズを終生ライバル視しながら独自の景気循環論を探求していたシュンペータは、ケインズ理論の「教義は、実際にはそうっていないかもしれないが、貯蓄をしようとする者は実物資本を破壊するという、ならびに、貯蓄を通じて、所得の不平等な分配は失業の究極的な原因となる」ことを証明したことにあるとして、「ケインズ革命とは結局このことに帰着する⁸」と喝破する。

加えて、公的医療の充実は、負担能力のある地域からそうでない地域への地域間での所得の移転も意味するために、全国的な均斉成長にも寄与することになる。こうした経済効果をもつ公的医療—すなわち、一国内で使われずに保蔵された貨幣を消費に回し、一国内での貨幣の循環をスムーズにする働きをもつ公的医療が、日本では長い間、抑制されてきた。実に惜しいことのように思える。

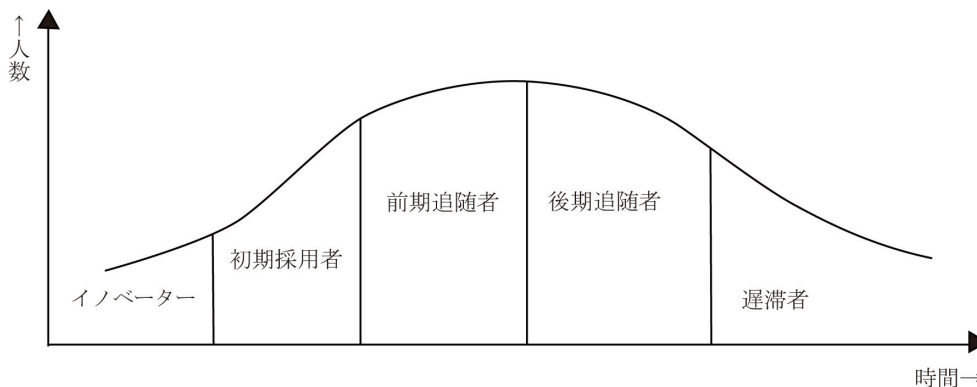
⁸ J.A.シュンペータ(1951)〔中山伊知郎・東畑精一監訳(1952)〕『十代経済学者：マルクスからケインズまで』411頁

3. イノベーションと医療

他面、経済成長モデルと医療政策との関係を、シュンペータの言うイノベーションの側面から説けば次のようになる。

経済成長モデルとして広く知られるソロー・モデルにおけるイノベーションは、「2. 新しい生産方式の導入」のように、等量の生産要素を投入したときに、以前よりも生産量が増加するという側面が強調される。これに対して、シュンペータとケインズの理論を統合した性格をもつ日本初の成長モデルである青木・吉川（青木昌彦：スタンフォード大学教授、吉川洋：東京大学大学院教授）による成長モデルは、「1.新しい財の導入」のように、新規の需要を生む財・サービスの開発、および「3.新しい市場の導入」のような需要規模の拡大に関心を向ける。青木・吉川モデルの出発点は、各財のサービスが S 字型成長をすることを、「定式化された事実」として確認することから出発する。すなわち、マーケティングの世界で定式化されているように、新規商品が登場すると、消費者は、①イノベーター、②初期採用者、③前期追随者、④後期追随者、⑤遅滞者というタイプの順で、時間とともに推移していく（図 3-12）。

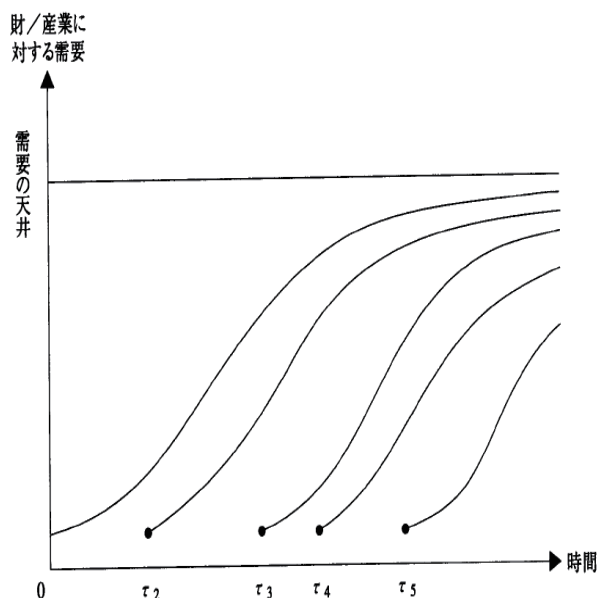
図 3-12 商品のライフ・サイクルと消費者の分布



そして図 3-12 の縦軸を累積人数として図 3-13 に示せば、新規商品の S 字型成長曲線——導入、成長、飽和——が、財／産業の数だけ描かれることになる。

図 3-13

個々の財/産業における需要の成長パターン



出所：Aoki M. and H. Yoshikawa(2002), “Demand Saturation-Creation and Economic Growth,” *Journal of Economic Behavior & Organization*, 48(2), p.135.

個々の S 字の高さを足し合わせたものが、一国の生産＝所得＝支出であり、その変化率が成長率となる。飽和に近い産業ばかりを抱えている国の成長率は低く、成長期の産業を多くもっている国の成長率は高くなる。このとき、この社会の成長を抑制しているのは、需要の飽和である。経済成長が持続して行われるためには、これから、導入、成長、飽和を迎える新しい財・サービス（過去における三種の神器）など、もしくは産業構造の転換（過去における第 1 次産業から第 2 次産業への転換、現在進行中の第 2 次産業から第 3 次産業への転換）が図られ、新しい需要をもたらす市場の開拓を行わなければならない。

したがって、貯蓄超過社会で公共がワイズ・スペンディングを行う対象として、現在は潜在需要が豊富にある公的医療を拡張した場合も、いずれはそれ以上の新しい市場の導入は見込むことができない飽和に到達する。ただし、医療は、公共住宅建設や道路のような公共投資、ストックとは異なり、毎年毎年消費されることになるフローである。

要するに、景気の変動と関わりなく、医療消費は必要となる。一方、（社会保険料収入はさほどではないが）税収は景気に敏感に反応する。ゆえに、公的医療を拡充していき、仮に飽和状態に到達した後になっても、マクロ経済の安定化装置として機能することになる。すなわち、『ケインズ革命』を記したクライン (Klein, L.R.) が 1947 年には既に見抜いていたように、

「高水準の消費経済こそ実に資本主義にとって長期にわたる宿望である。—(中略)—高水準の消費を達成する最大の可能性は、現在では社会保障計画のなかに見出される⁹⁾」のであり、同じく 1947 年にハンセン (Hansen, A.H.) も『経済政策と完全雇用』で「社会保障と社会福祉の広範かつ包括的な体制が、有力な安定化要因として着実かつ永続的に作用する。それは不況に底入れをする。それはあたかも、購買力を広く全国にわたって分配する大きな灌漑組織のような役割をする¹⁰⁾」と指摘しているとおりののである。そして、医療保障をはじめとする社会保障制度が高水準の消費経済をリードすることへの期待は、クラインやハンセンが同じことを論じた時代よりも、資本主義が高度化した現代の方が高まっている。

なお、前述したように、医療はフローである。今年供給されたサービスを、将来世代の人たちが受けることはできず、彼ら将来世代の人たちに、今のフローに要する費用を負担させる正当な理由を見出すのは難しい。こうした理由ゆえに、安定財源を確保して医療を充実させる—医療のみならず社会保障というフロー全般を、安定財源の確保をしながら充実させる—という、前政権までの政策方針そのものは、大きく間違えているわけではなかった。これに対して、安定財源を確保する姿勢さえ示さずに給付を拡大しようとするれば、どういうことになるか—この問題を次では論じよう。

4. 経済成長と国家財政

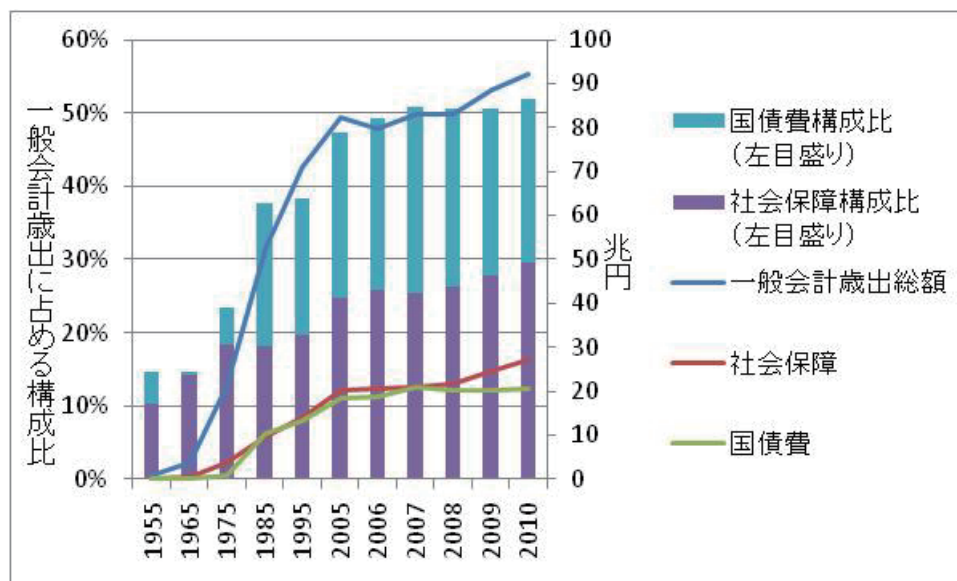
仮に経済が成長軌道に乗った場合、金利が今までのように低水準に留まったままでいるとは限らない。もし、成長軌道に乗った日本で金利の上昇が起これば、今でも、一般会計歳出の約 4 分の 1 を占める国債費が急増することになる。図 3-14 でみれば、社会保障給付費と同ペースで増加してきた国債費が増えることになるのである。「2 つの国民とは、日本の財政事情などをよく知っており、かつ日本の社会保障に絶えず強い抑制圧力がかかるのも、はなから国民負担率が低く、しかもその上財政支出に占める国債費というものが脳腫瘍のように肥大化していく中で、他の脳細胞を圧迫しているのに似た力学が働いていることを知っている日本人と、それを知らない日本人のことである¹¹⁾」と論じる際の国債費の動きは、今後も国家財政の行く末に大きな影響を与えることになる。

⁹⁾ L.R.クライン (1947) [篠原三代平・宮澤健一訳(1965)] 『ケインズ革命』191-2 頁

¹⁰⁾ A.H.ハンセン (1947) [小原敬士訳(1949)] 『経済政策と完全雇用』26 頁

¹¹⁾ 勿凝学問 255 2 つの国民—日本人の少数派と多数派

図 3-14 一般会計歳出（予算ベース）



出所：財務省

さて、運良く、日本の経済が成長軌道に乗って、結果、金利が上昇したとしても、その時は、税収も増加するであろう。その税収増加の度合いは日本の税制に依存するのであるが、仮に税収が増えるとしても、次のドーマー条件が財政運営の大きな足枷になることも視野に入れなければならない。ドーマー条件とは、財政破綻を回避する十分条件で、名目成長率が名目金利を上回るというものである。そして、名目金利が名目成長率を上回るとき、基礎的財政収支を維持するための条件は、次式で表されることになる。

$$(\text{名目金利} - \text{名目成長率}) \times \text{債務残高 GDP 比}$$

たとえば金利が 2%、成長率が 1% となって、金利が成長率を 1% 上回る時、債務残高が GDP の 2 倍ならば、債務残高比率の上昇をストップさせるのに要する基礎的財政収支の黒字比率は 2% となる。日本の経済規模を約 500 兆円だとすると、10 兆円、消費税 4% 程度の財政黒字で債務を償還してはじめて債務残高の GDP 比が一定に保たれることになる。

言うまでもなく、経済成長はいろいろな側面で望ましい。しかし、公的債務の GDP 比が 2 倍に近づくほどの額となった日本—つまり、債務残高 GDP 比におよそ 2 という数字を置かなければならなくなっている日本—には、成長率を上回る水準に金利が上昇すれば、財政運営が難しくなるとい

う、かなり厳しい制約条件が課されている。成長を諸手をあげて喜ぶことが難しい状況に、日本は置かれているのである。

ところで、政権交代が行われ、予算編成の過程で、「ムダを省けば財源はある」という言葉を信じる者もかなり減り、負担増の話、前述した「社会保障政策に関する国民負担率決定論」にも聞く耳をもつ人が増えてきたと思われる。そこで、2008年から2009年の前半にかけて、社会保障の機能強化のために進められてきた一連の動きについて若干の説明をしておこう。

2008年6月19日、社会保障国民会議の中間報告で、社会保障の改革の目的を、それまでの持続可能性の維持から「社会保障の機能強化」に大きく切り替えられた。この国民会議は、2008年11月4日に最終報告を提出し、そこで、あるべき医療介護を目指した改革の青写真が示された。社会保障国民会議の中間報告・同最終報告を引き受けた経済財政諮問会議は、12月3日に、社会保障国民会議の報告書に描かれた改革の青写真を具体化するための「社会保障の機能強化の工程表（サービス充実と効率化・重点化のイメージ）」を発表した。先にも述べたように、麻生内閣でメンバーが刷新された経済財政諮問会議は、「社会保障の機能強化」を進めるための公的機関に変身していたのである。そして12月24日には、この工程表が添付され、「別添の工程表で示された改革の諸課題や制度改正の時期も踏まえて検討を進め、確立・制度化に必要な費用について安定財源を確保した上で、段階的に内容の具体化を図る」ことを盛り込んだ「持続可能な社会保障構築とその安定財源に向けた中期プログラム」〔通称『中期プログラム』〕が閣議決定された。この『中期プログラム』には、次の文言があった。

税制改革の時期

基礎年金国庫負担割合の2分の1への引上げのための財源措置や年金、医療及び介護の社会保障給付や少子化対策に要する費用の見通しを踏まえつつ、今年度を含む3年以内の景気回復に向けた集中的な取組により、経済状況を好転させることを前提に、消費税を含む税制抜本改革を2011年度より実施できるよう、必要な法制上の措置をあらかじめ講じ、2010年代半ばまでに段階的に行って持続可能な財政構造を確立する。

使途

消費税収が充てられる社会保障の費用は、その他の予算とは厳密に区分経理し、予算・決算において消費税収と社会保障費用

の対応関係を明示する。具体的には、消費税の全税収を確立・制度化した年金、医療及び介護の社会保障給付及び少子化対策の費用に充てることにより、消費税収はすべて国民に還元し、官の肥大化には使わない。

そして2009年1月16日には、閣議決定『中期プログラム』の工程表を踏まえた「経済財政の中長期方針と10年展望 比較試算」が、内閣府から報告された¹²。この試算は、「平成21年度補正予算等の足下の経済財政の動向を反映」させるかたちで更新され、6月23日に「中長期の道ゆきを考えるための機械的試算」として発表された（表3-1）。

表 3-1 社会保障の機能強化と中負担中福祉が謳われた時代

2008年11月4日	社会保障国民会議最終報告
2008年12月3日	社会保障の機能強化の工程表
2008年12月24日	持続可能な社会保障構築とその安定財源確保に向けた「中期プログラム」
2009年3月27日	平成21年度税制改正附則
2009年6月15日	安心社会実現会議報告
2009年6月23日	中長期の道ゆきを考えるための機械的試算

この「中長期の道ゆきを考えるための機械的試算」では、社会保障国民会議で示された社会保障の機能強化を図る場合の、負担増と公債等残高のGDP比の関係がシミュレーションされている。ここでは2つのシミュレーションを示しておく。

シミュレーション I

3つの消費税率引き上げ

消費税率据え置き グラフ上は+

2011年度から2013年度にかけて3%引上げ(試算の便宜上毎年1%ずつの引上げ) グラフ上は△

¹² 3月27日には、「平成21年度税制改正附則」に「平成20年度を含む3年以内の景気回復に向けた集中的な取組により経済状況を好転させることを前提として、遅滞なく、かつ、段階的に消費税を含む税制の抜本的な改革を行うため、平成23年度までに必要な法制上の措置を講ずるものとする」と記されたことも書き留めておく。

2011年度から2015年度にかけて5%引上げ（試算の便宜上毎年1%ずつの引上げ） グラフ上は□

2011年度から2017年度にかけて7%引上げ（試算の便宜上毎年1%ずつの引上げ） グラフ上は◇

（共通の想定）

- ・世界経済順調回復シナリオ

世界経済が混乱を脱し、2010年から2011年にかけてわが国経済及び世界経済が順調に回復。全要素生産性（TFP）が1.0%まで上昇。労働参加率は女性・高齢者で上昇。

- ・社会保障の機能強化

『中期プログラム』の工程表を踏まえ一定の仮定に基づき実施。

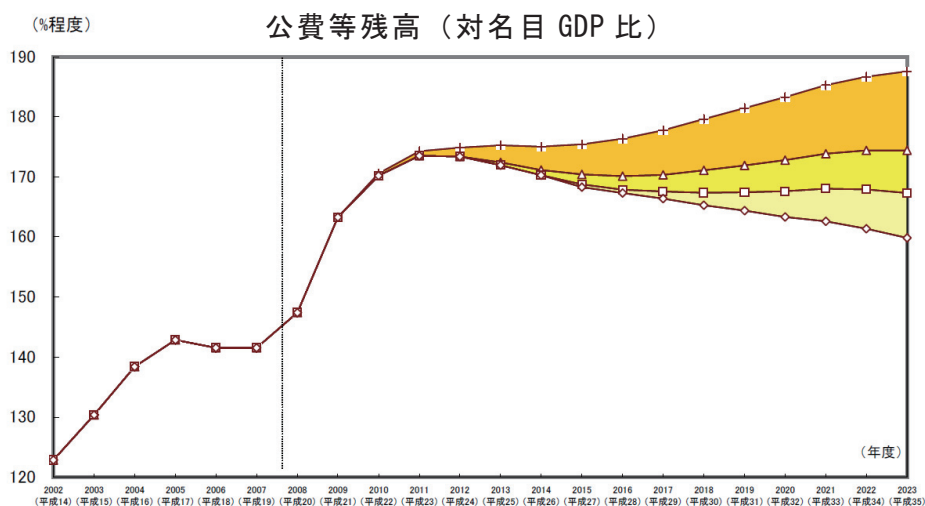
- ・歳出パターン

（2010, 2011年度） （2012年度以降）

▲14.3兆円歳出削減 & 非社会保障歳出名目額横ばい

これらの仮定の下では、公債等残高（対名目GDP比）は、図3-15のようにシミュレーションされる。

図 3-15



出所：内閣府「中長期の道ゆきを考えるための機械的試算」平成21年6月

これを見れば、社会保障国民会議で示された社会保障の機能強化を行う場合、消費税率を現在の5%に据え置いたままでは（グラフ上は+）公債等残高（対名目GDP比）が発散していくことが分かる。

ちなみに、図 3-15 で消費税率を 5% に据え置いた状況の下、2 つの社会保障の機能強化のパターンを図示したのが、図 3-16 である。

『中期プログラム』の工程表を踏まえ一定の仮定に基づき実施

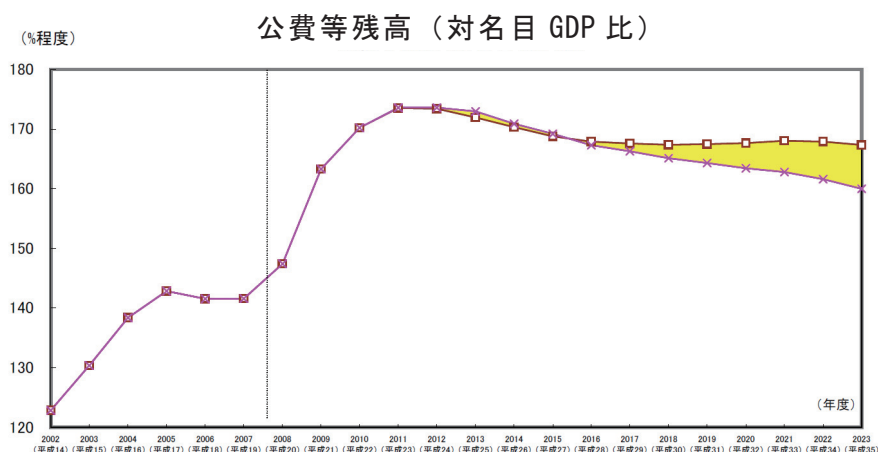
→グラフ上は□印

基礎年金国庫負担割合の 2 分の 1 への引上げ、高齢化の進展に伴い自然に増加する公費負担のみ対応

→グラフ上は×印

要するに、□印と×印の差の分が、社会保障国民会議が提案した「社会保障の機能強化」に要する費用となる。

図 3-16



出所：内閣府「中長期の道ゆきを考えるための機械的試算」平成 21 年 6 月

ここで、経済前提を変更した、三つの経済シナリオに対応するシミュレーションを見てみよう。

シミュレーション II

3 つの経済シナリオ

世界経済順調回復シナリオ

世界経済が混乱を脱し、2010 年から 2011 年にかけてわが国経済及び世界経済が順調に回復。全要素生産性（TFP）が 1.0% まで上昇。

労働参加率は女性・高齢者で上昇。

世界経済急回復シナリオ

世界経済が早期に混乱を脱し、2010 年にはわが国経済及び世界経済が急回復・高成長を遂げる。

全要素生産性（TFP）が 1.4% 程度まで上昇。

労働参加率は、女性・高齢者に加えてそれ以外でも上昇。

世界経済底ばい状態継続シナリオ

世界経済の混乱が続くため、わが国の景気後退も深刻化・長期化。

全要素生産性（TFP）が 0.4%程度まで低下。

労働参加率は女性・高齢者を含め全てで現状水準一定。

（共通の想定）

社会保障の機能強化を『中期プログラム』の工程表を踏まえ一定の仮定に基づき実施。

2011 年度から 2015 年度にかけて消費税率 5%引上げ（試算の便宜上毎年度 1%ずつの引上げを想定）

（ただし、「底ばい継続シナリオ」は消費税率を引き上げず、基礎年金国庫負担割合の 2 分の 1 への引上げ、高齢化の進展に伴い自然に増加する公費負担のみ対応）

（2 つの歳出パターン）

（2010, 2011 年度） （2012 年度以降）

▲14.3 兆円歳出削減 & 非社会保障歳出名目額横ばい

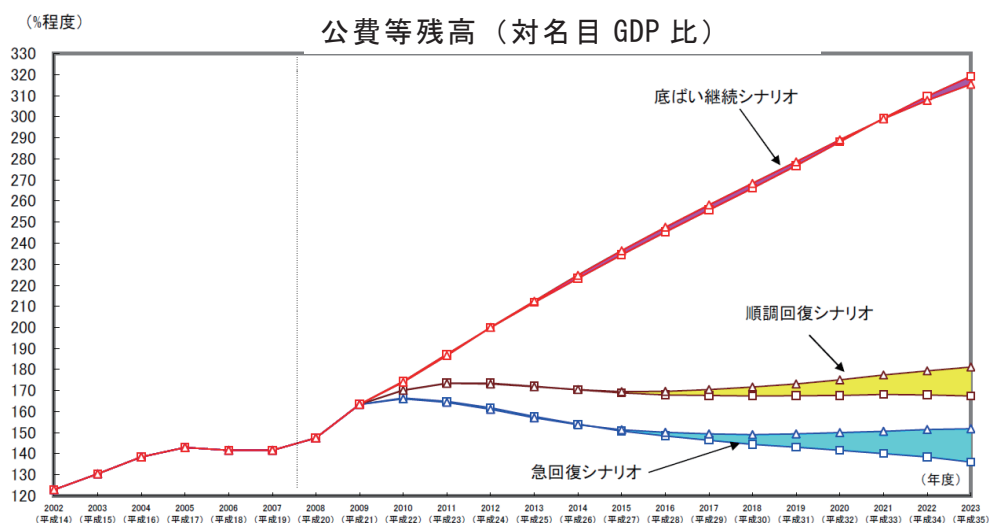
→ グラフ上は□印

▲11.4 兆円歳出削減 & 非社会保障歳出物価上昇率並増加

→ グラフ上は△印

これらの仮定の下では、公債等残高（対名目 GDP 比）は、図 3-17 のようなシミュレーションになる。

図 3-17



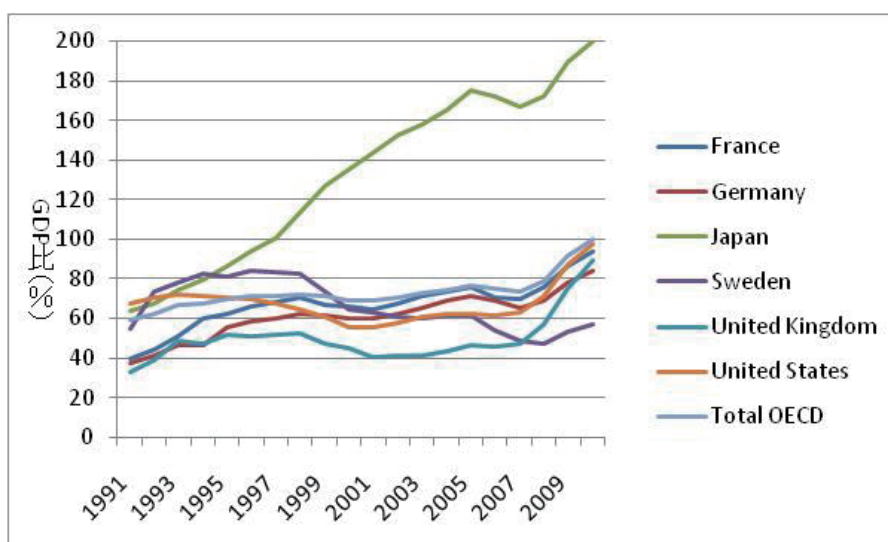
出所：内閣府「中長期の道ゆきを考えるための機械的試算」平成 21 年 6 月

もし経済が回復せず、したがって『中期プログラム』に基づいて、消費税率が5%に据え置かれた場合には、公債等残高（対名目GDP比）は、急勾配で発散していく。このシミュレーションの意味するところは、『中期プログラム』に記されているように景気が回復しない場合に負担増を行わないとすれば、そのままではいずれ社会保障をはじめとした公共サービスを大幅にカットしなければならないということである。

経済が回復しなければ、医療をはじめとした社会保障の機能強化に向けて、負担増に進むも地獄、引くも地獄。もし、現在のような経済の底ばい状態が継続しているときに、経済が回復していないからという理由で負担増を実行できないとなると、負担増なしでも医療費を増やすことができ、しかも成長を牽引する産業を創出する突破口として、医療分野での規制緩和が強く唱えられることになるであろう。ところが、そうした政策は、医療の階層消費を大幅に容認する社会に、この国を導いていくことにつながる。さて、目下、われわれはいかなる政策を採るべきか。

ここで視野に入れなければならないのが、日本という国そのものの持続可能性、特に日本の財政状況である。政権交代が行われ、2010年度の当初予算は、37兆円の税収と国債44兆円に税外収入10兆円をあてにした過去最大の約92兆円の歳出が組まれた。こうした予算が、日本の公的債務のGDP比が、政府の金融資産を差し引かないグロスでも、差し引いたネットでも先進国の中では断トツのトップにある段階で、そして日本の公的債務が第2次世界大戦時と同じ水準にある段階で組まれているのである（図3-18,19,20）。

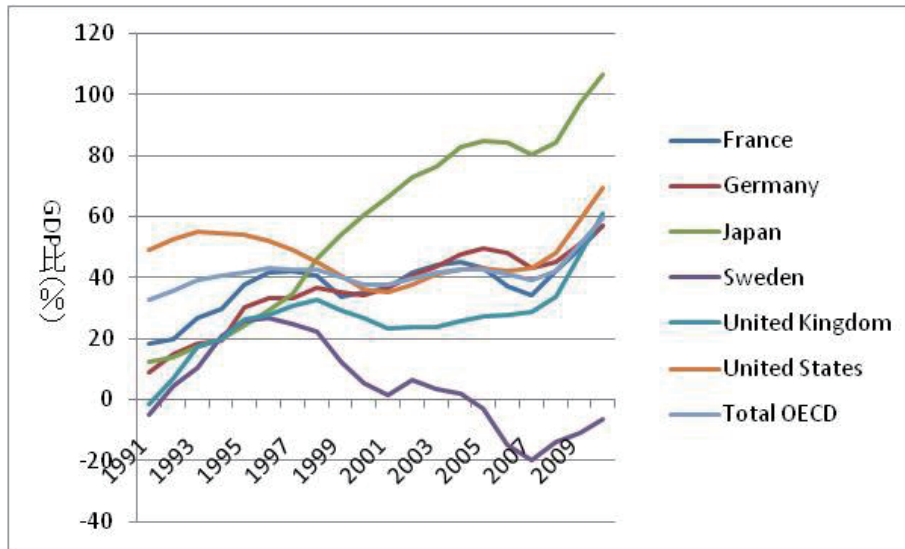
図 3-18 先進国の政府債務（gross）



出所:OECD Health Data

図 3-19

先進国の政府債務 (net)

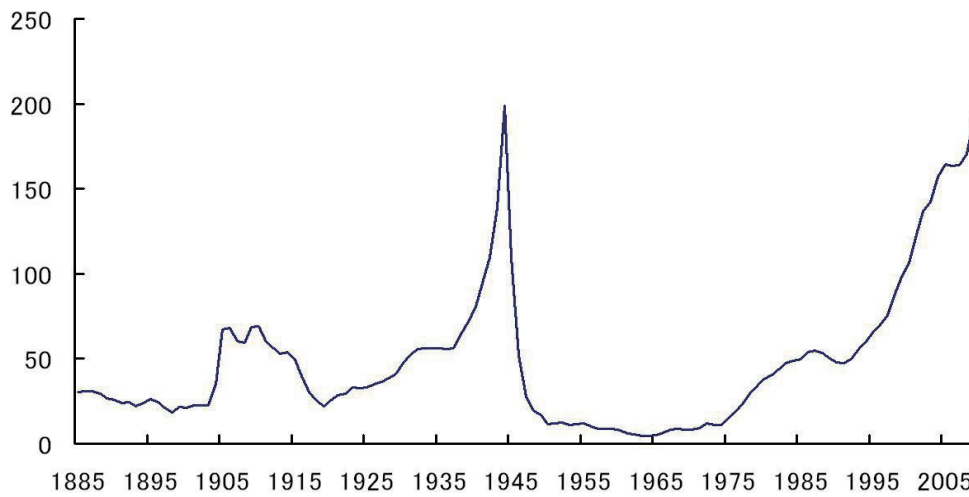


出所:OECD Health Data

図 3-20

財政は戦時体制

政府債務(対GDP比, %)



出所:東京大学岩本康志氏のブログ「景気との戦争」

この状況下、つまり巨額の累積公的債務を抱える日本で、単年度の予算が、なお国債に強く依存している状況下で、たとえば医療サービスをはじめとした社会保障が充実したとしよう。この時、はたして国民は安心して

消費を増やすかと言うと、それは、先述のように、国家そのものの持続可能性を前提としたこれまでの議論とはまったく別次元の話となる。

日本の財政が破綻すれば、国民一人ひとりが爪に火を灯して蓄えてきた資産そのものが元も子もなくなる。そのことを危惧する人々が増えれば、その強い将来不安が人びとの消費を抑制して景気を悪化させるおそれがある。そういう意味で、「積極的社会保障政策論」は、現在、これまで暗黙裏に置いてきた「国民が国家財政の持続可能性を疑っていない」という前提を「国民が国家財政の持続可能性を疑っている」に置き換える修正を余儀なくされている。その修正は、つまりこうである。

「国民が国家財政の持続可能性を疑っていない場合」は、積極的社会保障政策を賄う財源は、負担増であれ赤字国債であれ、有効需要の増加という効果が期待できることになる。もっとも、2003年時に積極的社会保障政策を論じた時には、負担増のための税・社会保険改革とセットにして議論を展開していたから、赤字国債で賄う積極的社会保障政策はまったく想定していなかった。しかしながら、財政規律なき積極的社会保障政策を否定する言葉を書いてはいなかった。それに当時は、赤字国債で賄う積極的社会保障政策を完全に否定するほどの状況でもなかった。ところが今は、「国民が国家財政の持続可能性を疑っている」という条件の下で、社会保障政策について論じなければならない段階に入っているように思えるのである。この条件の下では、いかに社会保障政策を積極的に展開しても、その財源を赤字国債に依存しているようでは、社会保障給付の充実によって期待される有効需要の増加は見込むことはできない。要するに、財政規律なき積極的社会保障政策では、国民は安心して消費を増やそうとはしないのである。

こうした国家財政そのものへの不安が行き渡っている場合、負担増や歳出のカットを通じ財政規律を強く意識した国家の運営は、かえって国民に安心を与えることになる場合もある。そうした効果は「非ケインズ効果」と呼ばれるものであり、1980年代のデンマークやアイルランドで観察されたとされている。この非ケインズ効果が、日本でも生じるのかどうか—未来のことゆえ、確実には誰も答えられないところであろう。

ここでもし、日本の進路を非ケインズ効果に賭けるとすれば、いかなる選択肢があるのか。経済が停滞し続ける場合には負担増を行わないとすれば、将来の社会保障給付の大幅カットをしなければ、公的債務のGDP比は発散する。そうした未来を回避するためには、選択肢は2つしかない。1つは、現在のような経済が底ばい状態でも、社会保障の機能強化を図りながらも財政規律を保つための「相当幅の負担増」を行う道。いま1つは、

その選択肢は避けて、経済状況が好転するまで負担増を行わず、相当幅の歳出カットを行いながら、これまで平等消費を良しとすると論じてきた医療、介護、保育、教育などに階層消費を抜本的に導入する道である。「国民が国家財政の持続可能性を疑っている」状況では、給付を増やすが負担増は先送りするという道では、非ケインズ効果は見込めず、総需要は萎縮するため、積極的社会保障政策の効果も減殺される。ところが、負担増と社会保障の給付カットは、いずれの道を選択するとしても、現政権の公約違反となってしまう。そしてここで重要なことは、医療をはじめ社会保障の給付増を行うためには負担増しか選択肢がなかったことは、何年も前から分かっていたという事実である。

第4章 自律的な専門職集団としての医師のあり方

－医師として医療のために何ができるか－

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べきである。――宇沢弘文¹³

執筆担当者 桐野 高明 委員

1. わが国の医療の問題点

国民皆保険が実現した1961年当時、わが国と西ヨーロッパ諸国、および北米において、人口当たりの医療従事者の数（医師、看護師）や病院の数、病床数、平均在院日数などの医療提供体制のパラメータに関して、大きな差違は無かった。その後、わが国は比較的少なめの医療従事者で、多数の病院や病床を運営する状態が続いてきた。一方、上記諸国では、いわば「先進国型」の医療への転換が進められ、50年が経過した後には、かなり異なる医療提供体制を取る結果となった。わが国の制度には、いつでもどこでも医療を受けられるという、医療の量と医療へのアクセスの面で評価できる点があることは否定できないが、医療の安全や質に対する社会の要求が高まってくるとともに、やがて顕在化する矛盾が拡大した変化も見逃せない。

「先進国型」の医療とは、次のような特徴をもった医療である。

- (1) 充実した教育体制と厳格な専門医認定制度
- (2) 病院機能の集中化・集約化
- (3) 病院と診療所の密接な連携体制
- (4) チーム医療の推進と業務範囲の職種による制限の見直し
- (5) 医療安全と患者権利尊重のためのシステム

わが国においても、社会はこのような安全でより質の高い医療を求めている。そして、社会の要求に応えられる医療提供システムをめざして改革が進められた努力がなかったわけではない。しかし、経済先進諸国（OECD諸国）に比較して、かなり低い水準の医療費と、限られた医療従事者数という制限の強い条件下で、安全で質の高い医療を求められ続ければ、当然

¹³ 宇沢弘文（2000）「社会的共通資本」岩波新書 No.696,176 頁

システムの持続が難しくなる限界に突き当たる。わが国の医療は、崩壊準備状態であったと言っても過言ではない。

一方で、わが国の医療を国際社会から見ると、評価は決して悪いものではない。むしろ、わが国の医療には、世界に誇ってもよい点が多かった。OECD ヘルスデータによると、わが国の平均寿命や周産期死亡率などのデータでは世界のトップレベルに位置している。この成果は、わが国の経済成長がもたらした生活レベルの向上が寄与している面も否定できないが、医療が貢献したことも間違いなかろう。2000年に公表されたWHOヘルスレポートでは、健康の到達度と公平性、人権の尊重と利用者への配慮の到達度と受診の公平性、費用負担の公正さ等から評価した保健医療システムの総合目標達成度も、わが国は当時の加盟191ヶ国中1位となっている。ただし、このランキングはかならずしも正当な評価ではないという、主としてアメリカからの批判もあり、以後は公表されていないこともあって、多少は割り引いて考えるべきであろう。

さりながら、OECD平均に比較してかなり少ない医師数と、非常に低い医療費対GDP比の下でこれだけの成果を収めてきたことはゆるぎのない事実である。わが国の医療は、これ以上の無理の利かないぎりぎりの脆弱な状態にあった。そこへ、上述のような「先進国型」の医療の実現、特に安全で質の高い医療の実現に向けて、社会からの要求が突きつけられてきた。社会からの要求はごく当然のものであったにせよ、医療にはそれに応える余裕は残されていなかった。いつかは行き詰まりとなる時期が避けられない状態に、わが国の医療は置かれてきたのである。

より安全で、より高い質の医療を持続的に提供できる医療システムをつくりあげるためには、必要な資源、とくに医療費を必要レベルまで上昇させる政策が是非必要である。ただし、では「医療費の総額が上がれば自然に問題は氷解し、社会が望む医療の方向へ自動的に動いていくか」と言うと、その考えはあまりに楽観的と言わざるを得ない。

2. 社会的共通資本としての医療

医療費を増加させるためには、相応の税・社会保障負担増が必要になる。税・社会保障負担に対する社会的合意が成立していない場合には、増大する医療費を個々の家計負担・患者負担により市場的に解決する方法、たとえば混合診療全面解禁などが主張されがちである。しかし、このような医療費負担の方法は、システムに非効率性を押し付けるがゆえの医療費高騰や、医療に直接使われない間接的経費の増大、医療における受け入れがたい差別などの問題を誘発する欠点が、諸外国の例でも明瞭になってきた。

そうした理解もあって、医療を市場的手法で解決するべきだとする考え方は、わが国においては大きな支持は得ていないと考えられる。細部の修正努力は欠かせないとしても、公的保険制度を基本とする医療制度を維持していこうという理念は、わが国の社会的コンセンサスになっているとみなしてよいだろう。また、富裕層と非富裕層の間に、医療を受ける権利に関して大きな差違が存在する状態を、わが国を含めて先進諸国（アメリカを除く）の社会が許容しているとは考えにくい。健康に生きていきたいという願望、そしてできれば社会全体が健康であってほしいという願望は、人間にとってごく基本的なものであり、医療システムは社会にとって基盤的で必須のものであると言えよう。医療のこのような特性を捉え、医療は教育制度と並んで社会的共通資本のひとつであるとの表現が、宇沢弘文東京大学名誉教授によって主導されてきた。

医療が社会的共通資本であり、またそう呼ばれるに相応しいものであるためには、医療提供システム全体が社会の支持を受ける必要がある。医療は、「利用者が医療費を負担した上で、病院や医師に提供を完全に委任しておけばそれで自動的にうまくいく」市場財ではない。また、「政府や自治体が諸規制によって官僚的に制御すればスムーズにいく」単純な古典的公共財でもない。社会的共通資本たる医療が持続できるものであるためには、医師をはじめとする医療従事者だけではなく、国民（正確に表せば「この国の居住者」）や社会、あるいは政府・議会にもそれぞれ果たすべき役割と責務がある。

国民にとって社会的共通資本である医療が疲弊し、徐々に機能を喪失していくとすれば、国全体にとって大きな損失である。医療を確保するためには、医療を病院や医師に任せきりにするのではなく、国民一人ひとりが医療について自ら考える姿勢が求められる。まず安全で質の高い医療のためには相応の費用がかかり、それを賄う税・社会保障負担が必要となるとの共通の理解をもつことが必須である。

さらに、医療そのものについても理解の浸透が望まれる。医療は、患者住民の私的な好みそのままに無制限に利用できるサービスではなく、不的確、あるいは過剰な利用が行われれば、結果として必要な医療を受ける機会を他者から奪う可能性も高く、かつ社会全体の保険料負担を無意味に上げてしまう恐れも強い。また、医療とは完全なものではなく、本来避けがたいリスクを確率的に伴う行為であるとの理解も大切である。地域医療を持続させるために、医療とそれを支える社会システムの意義を認識した上で、医療に対する住民の参加と支援がますます重要になっている。

社会的共通資本としての医療が抱える問題は山積しており、国民を代表する議会、ならびに政府の責任はきわめて大きい。なかでも医療費負担のあり方の問題は、最も重要であり、またその解決は容易ではないかもしれないが、立ち向かっていかなければならない政府の最重要課題であり、逃げることは許されない。すでに多くの医師の勤務環境は限界に達しており、早急な対策が必要である。これまで医師の養成数を過度に抑制してきた政策は手直しが始まったが、公的な病院に対して地域の実情を十分踏まえずに、財務面に偏った数値目標を設定して一律に経営改善を強く求めている現状についても、速やかな見直しが欠かせない。

医療は社会のあらゆる分野と関係しており、医療制度の改変によって、必ず一定の副作用が発生する。完全無欠であって、どこにも不利益を生じない制度改正や新規政策は存在しない。この点を踏まえた上で、社会の合意の上に立って、制度改革を行い、もし問題が生じたらチェックアンドバランスの方法で進んでいく他はない。医療の現状に対する正確で冷静な分析に基づき、勇気をもって政策の変更を行うことを強く期待する。

社会的共通資本である医療システムを安定的に持続できるものとしていくためには、国民にも、また政府・議会も真剣に考えるべき事柄は多い。しかし、何より医療を提供する責務を負っている医師をはじめとする医療者が、医療を信頼されるものとしていく努力こそが非常に重要である。信頼がなければ、国民からの支持を受けられず、国民が医療にとって必要な税・社会保障負担を進んで受け入れる素地を築けない。医療者は率先して、医療の信頼回復に努めなければならない。

3. 医療の仕組みをどう変えるか

わが国の医療を改革していくために、取り組むべき課題は枚挙に暇がない。ただし、さまざまな施策を漫然と組み合わせるのではなく、問題の根幹となる基本的な課題に立ち向かっていく姿勢こそが重要である。目指すべき方向は、実際に現場で働く医師の人材確保、医療の連携体制を強化したチーム医療の推進である。とりわけ枢要な課題は、医師が自ら自律的な専門職集団として、医療への信頼を回復し、それを維持・発展させていくための仕組みを作り上げる工夫である。

(1) 実働医師の確保

医療の危機が叫ばれ、医師不足が喫緊の問題として取り上げられるようになって数年が経過した。わが国では、長期的に医師の養成数を過度に抑制してきたが、それでも医師は毎年約 7,700 名ずつ生み出され、退職者数

を差し引くと年間約 4,000 名の割合で増加しつつあった。この速度を外挿すると、2022 年（平成 34 年）には OECD 諸国なみの、人口 1,000 人あたり 3 人に達すると言われている。

しかし、統計上現れる数字は必ずしも実際に医療現場で働く数を正確には反映していない。実際に地域によっては医師が非常に不足している。また産科、小児科、救急医療などの診療科では医師不足が著しく、すでに医療の維持が困難になっている地域が数多く存在している。さらに、近い将来の外科医不足を憂える声も多数耳にするようになった。

医師不足に対して、政府は医師養成数の増員を行う計画を立てている。確かに全体としての医師不足は間違いないので、これまで以上の数の医師養成は、まずは合理的な対応と言える。ただし、診療科や地域の医師の偏在をとともなう医師不足がどのようにして起きてきたかを冷静に分析し、その上で政策を立案する視点を欠いてはならない。まず、地域における病院機能と医療資源を、住民と医療者が主導して作る適切な計画の下に集中化・集約化し、医師という人的資源が果たす機能の効率化を図るべきである。その際、病院と診療所の連携体制を確立し、医療に対する現行のアクセスのあり方を見直すことも必要となる。さらに、病院の医師の勤務環境を抜本的に改革し、極端な連続勤務を止めさせ、女性医師の勤務条件の改善をするなど、改善できるところは次々に改善をしていく着実な工程管理が必須である。

（２）医師の連携体制の推進

医学が飛躍的に進歩をしたために、全ての領域にわたって卓越した医師というものは存在できなくなった。最適な医療のためには、ひとりの患者に対して複数の医師が治療を行うあり方は、少なくとも病院内ではすでに広く行われつつある。こうした体制を世の中で一層進展させるためには、医療の現場にまずプライマリ・ケアを担当する医師がいて、必要に応じて各分野の専門家が治療に参加する方式が最も効率的である。これからの医療においては、空間的に近く（患者の自宅に近くアクセスが保証される）、時間的連続性があり（長年にわたって診てもらえる）、かつ総合的な観点から診療グループのまとめ役が果たせる医師の存在が医療の質の向上のために不可欠である。

しかし、わが国ではグループによる医療の実践のための素地が十分ではない。プライマリ・ケアを担う医師は多くの場合孤立しており、病院との密接な関係の構築が遅れている。医療は、病院と診療所、勤務医と開業医の区別無く、必要な協力を行うグループとして運営される体制が理想的で

ある。そのためには、専門分野ごとの縦割りだけではなく、医療に横糸を通して総合的な基盤を強化するために、「かかりつけの医師」あるいは「家庭医」と呼ばれる地域の医師の役割がきわめて重要となってくる。

(3) チーム医療の推進

医療は、医師以外の職種との密接な協力関係なくしては進められない。医師法第17条は「医師でなければ、医業をなしてはならない」と定めているが、この規定を厳格に遵守し、一切の「医業」を医師のみが行うとすれば、国際的にも著しい時代遅れである。諸外国、特にアメリカではわが国の医師が日常的に行っている業務のかなりの部分を担当する職種が発達している。このために、医師は専門とする医療に専念することが可能となる。このことが医療の安全や医師の技術レベルの向上に果たしている役割は計り知れない。

仮に、「医業」の一部の他業種への委譲がすぐには可能でないとしても、現在医師は医師法適用外の大量の業務を日々行っている。医師に対する支援策のひとつとして、知識や技術をもつ専門職員を養成し、医師の業務の一部を担当できるようにしていくことは、すぐにでも開始できる方策である。わが国の医療には、職種による業務制限の見直しを含む、本当の意味でのチーム医療の確立が求められている。

(4) 医療の質を保証できる体制

わが国においては、各専門領域の学会が専門医制度を導入して、専門医の認定を行っている。学会によっては、関係者の努力によって非常によく運営されている専門医制度もある。しかし、わが国の専門医制度は先進諸国のそれに比較すると、大きな課題を抱えている。まず、それぞれの専門医制度は質の制御を行っていることになっているが、専門医の数の制御は行っていない。従って、それぞれの専門領域において何人の専門家を養成するのが適切かという問題を制御するところは何処にもない。

本来、専門医の質を維持するためには一定の症例数の経験が必須であり、したがって、おのずからそれぞれの専門分野で育成できる専門医の総数は限られてくる。将来は、それぞれの専門分野ごとの症例数と、専門医を取得するために必要となる症例数との関係から専門医の数を調整していく工夫が必要となる。

次に、専門医になるためには、適切な教育施設において優れた指導医のもとで実際の経験を蓄積することが欠かせない。ところが、わが国では一定の年限とある程度の経験の評価をしている学会はあるものの、大部分は

「試験」を主体として専門医の認定を行っている。専門医教育の状況は外部の評価・認証機関に詳細に評価されてこなかったのである。最近になって、(財)日本専門医制評価・認定機構が評価を行っているが、評価の結果がどのように生かされるかは今後の問題である。

つまり、わが国の専門医制度は、未だに医師が社会の信頼を獲得するための制度になっておらず、その結果として、専門医の資格がはっきりとした実効性をもたず、実益も乏しい。他の先進諸国では、専門医の資格が確固たる信頼の証となっていることに比べると、わが国の状態は決定的に異なっていると云わざるを得ない。

4. 医療に対する信頼を回復するために

医療は、単に「医学的知識をもとに治療というサービスを売り、その対価として医療費を受け取る」という図式では説明ができない。医師は医療をなすにあたって、一人の人間としての患者に一人の人間として相對する。相互の関係には、医師としてはこれまでに修練の成果を捧げるという気持ち、患者としては医師に一命を預けるという信頼がある。医師と患者の相互関係は、サービスを提供する側とそれに対する対価を支払う側としては説明できない。双方が売買契約の当事者である一般の経済取引とはかけ離れた人間的な関係である。

このような関係は、現代社会における人と人との合理的な関係とは異なり、外的な規制のみでは制御が難しい。このような医療の特質のために、先進諸国では古くから医師が自律的な専門職集団を形成し、自らを厳しく律するとともに、社会から信頼を受けるためのさまざまな努力をしてきている。その多くは、犯罪的な行為を行った医師の処分を実行する。自律的な専門職集団が除名をすれば、その医師はもはや医業を続けることができない。また、医師の数や分布に関しても、医師の自律的な専門職集団が責任を負っている場合が多い。むしろ、政府が法や諸規制によって医師を制御する方式はあまり採用されていない。そのような方法は有効ではなく、医師の自律的制御に委ねる体制の方が格段に効率的であることを、西ヨーロッパ諸国およびアメリカの政府当局者は歴史的によく知っているからである。

わが国においても、医師が自律的に、また率先して社会の信頼を回復するための行動開始が求められる。最も実効性があり、信頼の基盤となる方策は専門医制度の確立である。制度は時間をかけて作り上げていくことが十分に可能である。個々の専門医制度を維持する医師会、病院会、学会などの組織を超えて、専門医制度そのものに関する強い権限をもった上位認

証組織の設置が不可欠である。ほとんどの先進諸国はこのような仕組みで専門医制度を維持していること、また制度は数十年の時間をかけて発展してきたものであることを肝に銘ずべきであろう。また、このような方向で制度を改革していく努力は、病院と診療所の連携、医師の地域や診療科の偏在の問題、そして何よりも安全で良質な医療の確立によい波及効果を及ぼしていくことは明白である。

おわりに

現代社会の住民生活は、家計・個人、企業、政府による努力、および一般の経済市場による機能だけでは守りきれないほど複雑化・高度化している。医療と介護は、そうした分野の典型であろう。医療と介護に対するニーズを充たし、提供体制を維持・発展させるためには、狭義の政府（官）による機能に加え、「パブリック」という言葉の本義としての公（おおよけ）の働きが欠かせない。その仕組みの代表として社会保障制度を改めて捉えなおし、進化させる意義は大きい。医療保険も介護保険も、「運営にあたって被保険者の代表制を明確にし、保険料等の金銭的貢献義務と、その見返りとしての権利性を確保する」ようこれからも努力すべきである。

社会保障制度の主要な淵源のひとつは、19世紀後半のドイツ帝国宰相ビスマルクによって導入された治安維持（「社会安寧」）政策である。医療保険（疾病保険）も、その時代には主に賃労働者層が対象となっていた。理由は、「防貧政策は極左暴力活動防止に役立つ」との冷徹な政治判断に他ならない（歴史をみれば、極右や狂信的宗教による暴力活動についても同様の効果が期待できることは明らかである）。

それが20世紀後半の経済先進諸国では、確率的事象によって貧困に陥ることを防ぎ、都市住民か農村住民かを問わず、安心感を与える普遍的なリスク対応の制度に変貌していった。より積極的にみれば、「人権の一環としての社会保障」との考え方が主流になったと言ってもよいだろう。本報告書の基底を流れる考え方に相通ずるものである。

さらに、現代の医学・医療の発達とともに、社会保障制度について、医療提供体制の維持・発展費用を賄う側面が強く意識される変化も生じた。経済成長の成果を医療部門で働く従事者に配分する機能も、こちらの役割である。わが国では、医療保険が支払う診療報酬や薬価がそれに相当する。この側面は本報告書に与えられた責務を超えるが、忘れてはならない経済と医療の関係のひとつである。

最後に、社会保障制度を支える税・社会保障負担について簡単に述べておきたい。勤労する人々の税・社会保障負担が生活に還元されない社会では、高すぎる負担が労働意欲を喪失させる可能性が高いだろう。しかし、本報告書の何箇所かで紹介されているスウェーデンやデンマークなどの高負担かつ高生産性の国を観察すればわかるように、「税・社会保障負担は保育から大学までの教育、医療、介護などのサービスをわずかな自己負担

で利用するための原資である」との信頼感が強い場合には、勤労意欲、生産性向上、経済成長への影響は問題とはならない。

こうした点を見逃し、財政上の理由から税・社会保障負担率抑制が数値目標化すると、負担率には現れない家計負担に財源がシフトされる事態が起きる。具体的には、わが国で 21 世紀初頭にとられてきた政策のように、不足額が利用者からの強制負担増、すなわち患者と介護サービス利用者による一部負担や、保育費、あるいは国公立大学・学校の授業料などに置き換えられてしまう。低い国民負担率でサービスを供給するためには、膨大な寄付が存在する社会であれば、それに頼ることができるかもしれないが、一般には医療、介護、教育、保育などにおける利用時の強制徴収を増やすしか手立てがない。しかも、税・社会保障負担率には、前もって強制的に徴収される負担だけが含まれ、たとえ強制的に払わされても、サービス利用時の自己負担は負担率の分子を計算する際には無視されている。

マクロ的にみれば、家計部門にとっては事前に徴収されるか、事後に払わされるかの入れ替わりにすぎないように思われがちである。しかし、社会保障制度などを通じた移転支出がサービス利用時の直接支払いに置き換えられると、所得階層による価格弾力性の違いを通じ、主に経済的弱者の負担感が高まる結果をもたらす可能性が強いことを理解すべきである。特に医療や介護については、利用時負担を高めると、もともと身体的、経済的に弱い人に集中的に負担が課せられる結果を引き起こしてしまう。

この観点から、税・社会保障負担が支える社会保障制度の役割を考えてみよう。公的セクターが公共財の生産だけでなく、社会保障制度を通じて世の中に関与する理由には、経済を超えた価値観を理由とするためである。

言うまでもなく、公的セクターの効率性や有効性は厳しく監視すべきである。また政府による規制の必然性も、時代の価値観や技術進歩に応じて不断の見直しが欠かせない。しかし、そもそも市場的な資源配分による効率だけを追求出来ないがゆえに、公的セクターに負託された役割も多く、結論はさほど単純ではない。つまり、判断すべきは税・社会保障負担の大小よりも、公的セクターに期待した公共サービスと社会保障機能の価値、それと負担の相対的關係、そして公的セクターの効率性などでなくてはならない。

適切な税・社会保障負担に支えられた効率的・効果的な医療の存在は、人々の安心感を高めて消費抑制の防止に役立つ。かつ提供体制の発展を通じて経済成長に資することへの期待は、政府の成長戦略をみても明らかである。「経済成長の恩恵が医療にも及ぶ」だけではなく、「医療が経済成長を牽引する」のである。

講演録

1. 信頼に支えられた医療の実現—医療を崩壊させないために—
国立国際医療センター総長
医療政策会議委員
桐野 高明 平成 20 年 9 月 17 日 第 2 回医療政策会議

2. 小さすぎる政府の社会保障と政府の利用価値—ミクロ・マクロの視点から—
慶應義塾大学商学部教授
医療政策会議委員
権丈 善一 平成 20 年 11 月 26 日 第 3 回医療政策会議

3. 信頼できる医療体制の確立へ—「医療改革」読売新聞の提言—
読売新聞東京本社医療情報部長
田中 秀一 平成 21 年 1 月 14 日 第 4 回医療政策会議

4. 医療における公共部門の役割と財政改革
立教大学経済学部教授
池上 岳彦 平成 21 年 3 月 18 日 第 5 回医療政策会議

5. 政治再編の課題としての社会保障
北海道大学法学部教授
医療政策会議委員
山口 二郎 平成 21 年 5 月 20 日 第 6 回医療政策会議

6. 日本の医療 光と影—大学病院のなくなる日—
岩手医科大学学長
小川 彰 平成 21 年 7 月 15 日 第 7 回医療政策会議

7. 社会経済構造の変化と医療政策のあり方
政策研究大学院大学教授
島崎 謙治 平成 21 年 9 月 16 日 第 8 回医療政策会議

8. 社会保障の役割と国民負担率
慶応義塾大学大学院経営管理研究科教授
医療政策会議議長
田中 滋 平成 21 年 11 月 25 日 第 9 回医療政策会議

信頼に支えられた医療の実現
—医療を崩壊させないために—

国立国際医療センター 総長
桐野 高明

1. 要望－3つの項目－

タイトルにある「信頼に支えられた医療の実現－医療を崩壊させないために－」とは、日本学術会議の「医療のイノベーション検討委員会」が作成した要望書のテーマである。その内容は、大きく3つの項目にわかれ、それを政府のもとで医療改革委員会をつくって検討することを強く要望するというものである。日本学術会議というアカデミアに属する人間の集団が、できる限り客観的な分析を行い、そのうえで医師の信頼を増すためにはこういう選択肢がある、という論法で提言をするものである。

第1には、医療費抑制政策の転換。わが国の医療の崩壊を食い止めるため、従来の厳しい医療費抑制政策をすみやかに見直し、他の先進諸国と同様な水準の資源投入を行うようにすることが必須である。2番目に、病院医療の抜本的な改革。現在の医療の危機のなかで特に危機的状況にある病院医療について、実働医師の不足対策を中心とした抜本的な改革の検討をすみやかに開始し3年以内に実施すること。3番目に、専門医制度認証委員会の設置。専門医制度を根本的に見直し、新しい制度を確立するために、「専門医制度認証委員会」（仮称）の設置を実現して10年以内に新しい専門医制度の体制整備を完了すること。この3点の検討を要望している。

以下、学術会議の要望を要約し、その後に意見を補足させていただく。詳しい内容は、日本学術会議のホームページ¹よりダウンロードしてお読みいただければ幸いである。

2. 今、医療に起きていること

（1）引き金となった初期臨床研修制度

現在の医療の危機は、初期臨床研修制度の発足と深い関係があるという意見があるが、もともとは病院の医療が余裕のない基盤の上に立っていたということや、医療費の厳しい削減、国立大学の独立行政法人化、その他いろいろな要因によって日本の医療はすでに危機の準備状態になっていた。そこに、初期臨床研修制度がマッチングシステムを伴って導入された。この制度が非常に深刻な状態の引き金になったことは事実である。

（2）病院医療におけるマンパワーの危機

病院の医師のマンパワーは危機的で、医療を維持することも危ぶまれる

¹ <http://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/pdf/kohyo-20-y3.pdf>、「信頼に支えられた医療の実現－医療を崩壊させないために－」2008年6月、日本学術会議ホームページ

ような地域あるいは診療科がある。

(3) わが国の医療

わが国の医療には世界に誇れる点が現在でもあるが、それは非常に脆弱な基盤の上に築かれていたと考えられる。したがって、国民の健康を守っていくためには、基盤の強化をしていかなければならない。

3. 医療はどうあるべきか

(1) 我が国の医療制度

1961年の国民皆保険の実施以来さまざまな変遷を経ているが、総医療費に占める患者自己負担の割合がすでに先進諸国のなかで最も高い部類に属する状態になっている。このことは強く注意する必要がある。

(2) 医療提供体制の問題点

医療の3要素は、「医療のアクセス（量）」「医療の質」「医療のコスト」であるが、わが国の医療は量とアクセスを重視して、日本全国津々浦々で医療が良好に提供される体制をつくってきた。一方で国民の医療の質に対する要求が次第に高まるようになり、現在の医療提供体制ではそれに対応するのが非常に困難になってきている。すなわち、わが国のこれまでの医療提供体制は開発途上国型の体制に近く、医療の質を社会が要求する時代に入ると、やがて顕在化する大きな問題を抱えていたといえる。医療事故に対する訴訟や、社会の論調をみれば、医療のアクセスのほかに成熟社会型の質の高い医療が求められていることは明らかであり、これに対して、ただ量とアクセスを充実するだけで応えようとしても社会は満足しない。医療の利便性と医療の必要度とのバランスを今後考えていく必要がある。救急医療などはすでにそういう議論が起こっている。

そのうえで正しい国民的選択を行うためには、「医療の質」「医療レベルの評価」「患者の権利の尊重」「情報の開示」の4つをキーワードとした先進国型（成熟社会型）の医療がこれからは求められる。

具体的には、第1に、充実した医師あるいは医療スタッフの教育体制、厳格な専門医制度の確立である。これは成熟社会型の医療システムをもっている国はすべて行っている。2番目に、病院機能の集中化・集約化である。これもすでに産科の医療などで進みつつある。3番目は、病院と診療所の密接な連携体制である。これも大事だと言われているが、実態としてはまだ十分ではない。4番目に、チーム医療の推進と業務範囲の職種による制限の見直しである。これは日本ではなかなか進んでいない。医師がき

わめて多くの仕事を行い、特に若手の医師がそれを担っているという問題がある。5 番目は、医療安全と患者権利尊重のためのシステムである。これは現在すでにいろいろな分野で検討されている。

（3）医療費負担と経済の活力

従来、医療と経済活力の関係に関しては、国民負担率増大は経済の活力を失わせ国力を弱体化する、という考えのほうが強かったように思われる。しかしこれは単なる 1 つの仮説であって、国際的に通用するかどうかは相当議論を要する。

（4）他の国の事例と教訓

他の国では医療あるいは医療制度がどうなっているかを理解し、これを教訓にすることも必要である。イギリスでは NHS（National Health Service）が困難に直面して崩壊寸前、あるいは崩壊したという話もある。アメリカでも非常に医療が困難な状態にあり、その極端なところを取り上げて「シッコ」（原題 Sicko：マイケル・ムーア監督，2007 年アメリカ）という映画が製作・上映され、信じられないような状況が進行している様子が描かれている。

（5）医療への現実的で健全な理解

信頼関係を増強するような取組みを、医師の側がこれまで十分行ってこなかった可能性がある。これからは、医療を提供する側と受ける側の信頼関係に基づいて、現実的でかつ合理的な最善の解決策をお互いに協力しながら考えるべき時代ではないか。

4. 医療の仕組みをどう変えるか

（1）実働医師の確保

実際に働く医師を確保するというのは、単に医師の絶対数だけの問題ではない。たとえば極端に劣悪な勤務状況の改善、あるいは技術への適切な評価、他の専門職種への医師の業務の委譲、女性医師の勤務環境の改善など、すでに様々な議論がなされているが、できるところから実施するという考え方である。

（2）医師の連携体制の推進

病院と診療所がそれぞれ必要な医療機能を協力して担うような医療シ

システムを構築できれば、様々な問題が改善されるのではないか。その段階で信頼性を保証するような制度、すなわちプライマリ・ケアの専門医制度を確立することが必要になる。

(3) チーム医療の促進

他の職種への業務委譲のほかに、診療情報管理士などの人材を積極的に活用することである。

(4) 医療の質を保證できる体制

専門医制度の確立によりフレキシブルな医療提供体制が生まれ、わが国の医療を根本的に変える原動力になる。

5. 信頼に支えられた医療の実現のために、何が必要なのか

国民が求める質の高い医療を提供することができず、むしろ医療が疲弊し崩壊しつつある現状を直視し、この問題は単に行政機関や医療関係者だけの問題ではなく、国民的な課題であるという認識をもつことが必要である。また、国民として、あるいは政府・行政として、そして医療者としてそれぞれ考えるべきことがある。

(1) 国民として考えること

- ・ 医療提供には相応の費用が必要となるが、わが国はそのための資源を医療に投じてきていないこと。
- ・ 医療は無制限に利用できるサービスではなく、不適切な利用は医療を崩壊させること。
- ・ 医療は完全なものではなく、医療には本来避けがたいリスクが伴うこと。
- ・ 地域の医療を持続させるためには、住民の参加と支援が重要であること。

(2) 政府・行政として考えること

- ・ 病院医療を崩壊から救うために、必要な改革にすみやかに着手すること。
- ・ 従来 of 医療費抑制政策を根本的に転換すること。
- ・ 医師養成数の抑制の見直しをすること。
- ・ 公的な病院に対して、地域の実情を踏まえることのない一律の経営

改善要求を見直すこと。

- ・ 医療の現状の正確で冷静な分析に基づき、勇気をもって政策の変更をすること。

(3) 医療者として考えること

- ・ 医療者自らが医療に対する信頼を高めていくような努力が必要である。
- ・ その一環として専門医制度の確立が重要である。
- ・ 専門医制度の質の保証を行う認証組織を設ける必要がある。
- ・ 法的な裏付けのある「専門医制度認証委員会」（仮称）の設置を実現することを提言する。

6. 医療費について

社会の医療に対するイメージは、恐らく、メディアが過去 10～20 年かけて示してきたものが大きいと推察される。それは、必ずしも医療界が示してきたものでもなければ、経済学者が論理的に言ってきたことでもない。たとえば、近年の医療費の増大は人口の高齢化によるものだということが、いろいろなところで言われている。しかし、これは本当なのだろうか。多分、この要素もあるが、その割合はそれほど大きいものではない可能性もある。

また、医療費が大きく増大するとわが国の国際競争力は低下し、国の経済的活力が失われて亡国になるという説が 1980 年代から唱えられているが、これもひとつの仮説に過ぎない。医療費が増大するということは、それだけ雇用を生んで経済活動も増大するのであって、産業連関表を使った報告では公共投資よりも大きい経済効果があるとも言われている。事実、医療費を大きくしている国のなかには、日本よりも経済的活性が高い国がいくつもある。

わが国の医療費の抑制は、もうすでに限界にあり、政策の転換を図らなければならない。その主な理由は、以下のとおりである。

- ① 医療の危機は基幹的病院の危機から始まっている。資源を医療に投下しなければ、基幹的病院から次第に医療は崩壊に向かって行く。
- ② 医療費を過度に抑制し続ければ、イギリスの二の舞になり、そのために後年多大な費用の発生を招き、結局国民の損失が大きくなる。
- ③ 医療を過度に市場的経営に委ねると、アメリカの二の舞になって、総医療費が高騰するとともに医療を受けられない中間層が激増し、

後年その修正に多大のエネルギーとコストを必要とする。アメリカが保険制度を改めるためにどれだけエネルギーを使っているか。しかも多大なエネルギーを費やしているにもかかわらず、あまりうまくいっていないのが現状である。

したがって、医療費を増やすことは国が滅びる素因であるというイメージは必ずしも妥当ではないということを、広く社会に訴える必要がある。

7. 医師数について

(1) 総数としての議論

医師数については、最近、盛んに議論され、初期臨床研修制度が始まった 2004 年頃から医師が激減したように言われているが、実際には医師は毎年約 3,500~4,000 人増えている。しかし、2004 年以降、非常に不足しているという感覚が生まれ、総数として医師の養成数を大きく増やせば問題はすみやかに解決の方向に向かうかのような議論も生まれてきたのである。確かに、そういう側面もあるとは思いますが、増やしさえすれば根本的な解決に向かうという考えには疑問が残る。すなわち、医師の数さえ OECD の平均レベル、つまり日本の人口 1,000 人当たり医師数を 2.0 人から 3.0 人ぐらいまで充足すれば、診療科あるいは地域による医師の偏在問題も自然に解決するのかということである。

(2) 初期臨床研修制度についての議論

医師数と初期臨床研修制度についての関係は、将棋の駒を積んでいった状態に似ている。いろいろな条件が重なって、特に 2002 年頃から医療費は非常に厳しく抑制されていて、医療の柱がフラフラになっているところに、最後に初期臨床研修制度と書いてある駒を積んだ途端、全体がパタッと倒れた。それをどう解釈するかというと、普通の判断であれば、下がグラグラだから倒れたということになるのだが、最後に積むまではそれでも何とか立っていたのだから最後に積んだ物が悪いという議論もないわけではない。もともとグラグラの状態になっていたところに、つまり脆弱な基盤に大きな問題があったと考えるのが自然であろう。

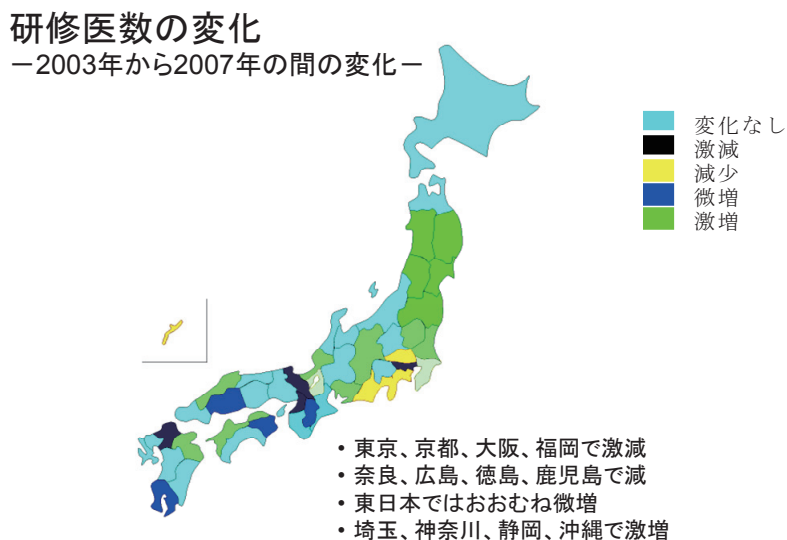
(3) 潜在的な問題点

第 1 に、医師の業務量は飛躍的に増加している。診療業務の増加に加えて、診療周辺業務が非常に増えている。文書量なども非常に増えている。

特に、1999年に横浜市立大学の患者取り違え事件が起きて以降は様々な文書が増え、そのための業務が増えざるを得なくなった。さらに、病院における在院日数の短縮を強く誘導することにより、診療密度が非常に高まり、そのために診療の業務は飛躍的に増えていった。つまり、医師の労働、勤務に余裕のない状態がすでに潜在的に全国にあったわけである。そこに初期臨床研修医制度が導入され、結果として大学病院の研修医が激減した。72%が44%になったというのはあくまで全国平均であって、ほとんど減らなかった大学もあれば激減した大学もある。大学病院というのは、人件費に予算を割けなかったことや、研修医の教育にそれほど軸足を置いていなかったこともあって、非常に増大した業務を大学の研修医クラスの若手医師に行わせてきたという経緯がある。大学にとってみれば、低い給与で雑務をこなしてくれる大変貴重で便利な存在だったものが、この制度により大きく変化してしまったのである。そもそも半奴隷的な若手の使い方自体がよくないというのは、インターン制度のときから言われてきたことであり、この結果はやむを得ない。しかし、一方でそれは相当深刻な影響を及ぼしたのも事実である。

第2に、研修医の分布の変化である。都道府県別では、東京・京都・大阪・福岡という比較的都市部で研修医の総数は激減し、埼玉・神奈川・静岡・沖縄で激増している。東日本全体では概ねやや増えている（図1）。

図1

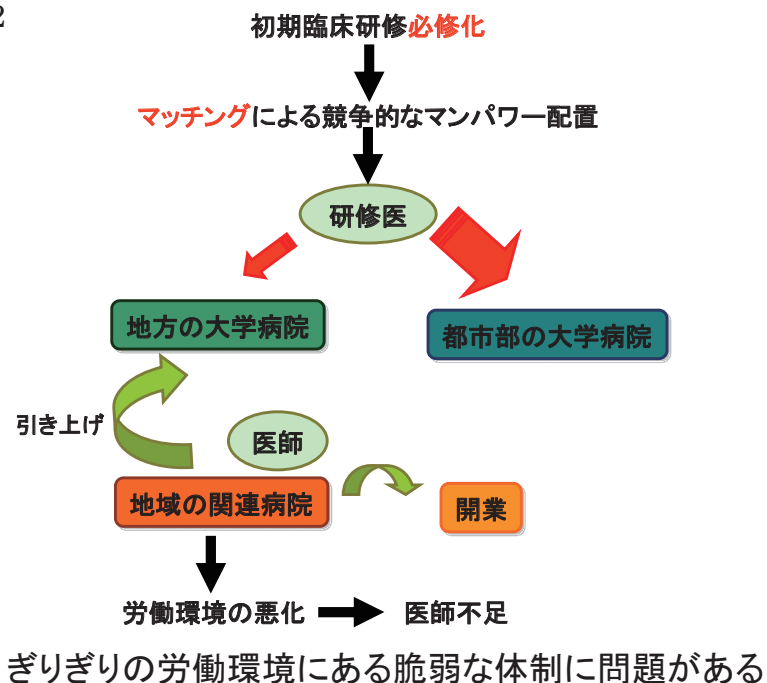


しかしながら、大学病院という観点からいうと、都市部の大学病院以外のところは非常に苦境に陥っている。これは大学だけが悪いとはいえないが、大学の研修医の処遇というものが十分でなかった可能性は確かにある。

第3に、国立大学に固有のことかもしれないが、文部科学省の進めてきた大学院の重点化がある。これは医学部に限らないが、大学院生の定員数は非常に増えていて、医学系の学生数は13年間で約2倍になっている。もちろん、大学院生は医学部の学生なので、一時的には臨床の業務を兼担することもあるが、大体において臨床から離れて研究をする立場になる。ということは、ある程度の業務ができ雑務もこなす医師の数がこの分減ったことになる。

そういう意味で、労働が非常に過酷なうえに人材が分散したところに、初期臨床研修制度が導入された。初期臨床研修の2年間に研修医がいなくなる診療科ができ、若手で雑務をこなす医師が減るといった事態が起きた。さらに診療報酬の引き下げがあり、特定機能病院に包括医療制度が導入された。そして2004年には卒後臨床研修の必修化と同時に国公立大学の独立行政法人化が始まった。国立大学では法人化にともなって、効率化係数のほかに経営改善係数という非常に厳しい政府による資金の削減が行われ、病院は必死で収入を上げようとするようになってしまった。2005年には公務員総人件費の抑制までが始まった。このようにすべてが激変している最中に臨床研修が必修化になった。こうして、図2にあるように、脆弱な体制が玉突き現象のように崩壊していったのである。

図2



(4) 国民の選択

医師の養成数が増加し、卒業後数年の若手医師数が増えると、その病院において今最もやってほしい周辺の業務、書類作成その他、雑務を担う人材が増えることになり、その部分では非常に助かる。しかし、もともと医師の業務は爆発的に増加していて、周辺業務の多くは必ずしも医師が行わなければならない業務ではない。時間と国費をかけて養成した医師という存在に、そうした仕事を行わせているという現状も問題である。

また、医師数を増加させると同時に医師を適切に配置できるようなシステムや制度を用意しておかないと、自分の希望のところばかりに医師が行くことになり、必ずしも全体の期待には添えない可能性が高い。

さらに、医師は卒業後 40 年近く現場で働くということを想定して、必要医師数の長期的予測をしないといけない。たとえば、歯科医師は、2005 年以降には供給が需要を上回り、2025 年には 9,000~1 万 8,000 人程度の過剰が見込まれる。そして薬剤師に関しても、2037 年には 36 万人となるが、需要は 23 万人で 13 万人の余剰が出ると言われている。このように、国家資格を伴い、養成に時間のかかる人材をこういうやり方で増やしてよいのか、非常に疑問である。しかし、一方で、歯科の状態は好ましいという考えもある。国民は歯科の診療所の状況に満足しており、医師や歯科医師には失業というようなことがあってはならないという考えは受け入れ難いというのである。さらには、過剰に養成しておく、一部は失業するかもしれないがその分十分に行き渡るのではないかと、医師の給与ベースを 3 分の 2 にすれば総数は 2 分の 3 になるから丁度よいのではないかと、というような極論もある。これらは国民の選択に委ねられている。

8. 専門医制度について

(1) 現状

専門医制度はすでにわが国において完備しており、プライマリ・ケアの専門医制度の導入は非常に困難であるという考えがある。しかし、現状では専門医制度は社会に十分根づいた状態とは言えない。日本専門医制評価・認定機構が、5 年以上の専門研修を受け、資格審査及び試験に合格して学会等によって認定された医師を専門医と認定している。2 階建て方式で基本領域の専門医は約 12 万 6,000 名、サブスペシャリティは約 8 万 2,000 名いる。プライマリ・ケア、すなわち「家庭医」「総合医」「かかりつけ医」にあたる専門医制度はまだ確立していない。

（２）わが国の専門医制度の問題

まず、専門医に至る教育プログラム、教育病院の評価が十分なされていないとはいえない。試験の関門を通るということをもって専門医とするわが国のやり方は、先進諸国ではあまり見られず、アメリカでは教育プログラム、あるいは教育病院の評価に多大のエネルギーを費やしていると聞いている。また、学会ごとに独自の方針で運営され、適切な外部評価を受けていない。ただし、すでに専門医制評価・認定機構が基本領域 17 の学会における専門医制度の評価を行っているので、必ずしもすべての学会が評価を受けていないとはいえない。

一番の大きな問題は、各学会は養成すべき専門医の質のコントロールを一生懸命行っているものの、量のコントロール、総数、地域別の分布に関する制御は全く行われていない。行うほうがいいのかどうかの議論は別にして、現実には行われていない。また、プライマリ・ケアの専門医制度の確立については様々な議論の途上であり、実効性が低く実益もないままの状態になっている。

（３）専門医制度の改革

いろいろな制度は、本来、できる限り医師のプロフェッショナル集団が自律的にこれを制御するのが最も理想的である。しかし、わが国では医師免許を厚生労働省が管轄しているように、政府がある程度関与したほうが実際はうまくいくのかもしれない。細部にまで役所が関与することの是非は問題があるが、役所というよりは法的な裏づけのある機関をつくって、そこが専門医制度そのものの認証をするということは考えられる。そのうえで、可能ならばプライマリ・ケアの専門医を含めて、専門医ごとに養成すべき総数、地域別の分布に関する制御を行うということが考えられる。そのように自律的に制御ができれば、その専門医に対して技術の評価を行い、技術料を出すというようなことを要求していく可能性が出てくる。

（４）専門医の数の制御

旧医局制度の下では、ある専門の科に入局者が多ければ多いほどその医局の力が増大する仕組みであり、オールジャパンという観点に立った数の制御は相容れない。一方、専門医制度を運営している各学会にとっても入会者が多ければ多いほど会の力が増大し、資金が潤沢になる仕組みになっていて、オールジャパンという観点に立った数の制御は、やはり協調しにくい状況になっている。こうした医局や学会の個別の利害に対し、独自の組織が専門医制度の数の制御を行えば、それが一番理想的である。

（５）専門医制度の効果

この制度が確立することにより、医師のプロフェッショナル集団が厳格な専門医制度を基礎にして形成しているという状態になり、社会の医療に対する信頼感が格段に改善する。そのうえ、医師の専門分野ごとの必要数、地域ごとの適正配置も自律的にコントロール可能になる。それによって、医師を過剰に養成しておいて、一部の医師については失業しても構わないから日本全国いろいろな診療科に行き渡らせよう、などという乱暴な意見にも対抗することができる。

そしてなにより、病院と診療所の信頼に基づく連携関係、つまり、病院にいる医師からみれば、診療所の先生方が病院の外来にも来る、あるいは病院の若手の医師の教育もするような連携関係を構築していくことが十分見込めるのではないかと展望する。

小さすぎる政府の社会保障と政府の利用価値

—マイクロ・マクロの視点から—

慶應義塾大学商学部教授

権丈 善一

1. 『医療費過大推計の法則』が成立する理由——悪いのは本当に厚生労働省なのだろうか

昨日²、元厚労次官が連続して襲撃されるという事件が起こった。本日は、このことに関係するかもしれないことから話をさせていただきたいと思う。医療関係者やさまざまな人の発言を聞くなかで、私が思うのは、彼らはどうも敵を間違えているのではないかということである。医療がこんな状況になったのは、本当に厚生労働省が原因なのだろうか。年金にも言えることだが、どこかで敵を間違えてしまっていて、そのためにこのような不幸な事件が起こってくるのではないか。

たとえば、社会保障国民会議で、医療・介護費用のシミュレーションを出した。これに対する日本医師会の会見では、「医療費は、これまでも国により過大に見積もられては抑制されることの繰り返しであった。今回の医療費を増加させるというシミュレーションの結果は……」と発表する。その「過大に見積もられては抑制されることの繰り返し」という言葉に、日医が抱く厚労省への敵意を感じるし、日医をはじめとした多くの医療関係者は、要するに厚労省は医療費を過大に推計することにより、医療費の抑制気運を高めては、医療費を叩いていくということを繰り返しやってきているという、厚労省陰謀説のようなことをプロから素人まで口を揃えて言っている。と同時に、それをどうも信じ切って、厚労省を憎みきっている。厚労省が憎いという思いがそうした仮説をつくらせたのか、あるいはこういう仮説があるからそういう憎しみが生まれてきているのか、私にはわからない。しかし、厚労省陰謀説は学術的には完全な間違いなのである。そういうところからまず話をしたいと思う。

医療費が過去において過大に推計され、それが次第に小さくなってきたのは厚労省の陰謀であるということが、2006年の秋に国会でも盛んに議論された。そして同年12月に「医療費の将来見通しに関する検討会」（厚生労働省）が立ち上げられ、私も委員の1人として呼ばれた。

表1を見ると、2025年度の国民医療費が、確かに平成6（1994）年に試算したときには141兆円、平成12（2000）年にやると81兆円、次に、平成18（2006）年にやると65兆円になっている。厚労省は将来の医療費を過大に推計して、これだけ大変になるぞと思わせて、医療費を抑制しているという仮説と整合的にも見える。しかし、よく見ればわかるように、対国民所得比ではいずれも、10.5～13.5%ぐらいまでの範囲内で予測されて

² 2008年11月18日

いたのである。平成 12（2000）年にやっても 12.5%ぐらいで予測されている。平成 18（2006）年でも 12.5%ぐらいで予測されている。

表 1

過去の医療費の将来見通しの比較

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

出所：厚生労働省「第1回医療費の将来見通しに関する検討会」資料

結局、この 2025 年の実質的な医療費—2025 年次の国民所得というパイの大きさの中での医療費—の割合は同じであることがおわかりいただけるはずである。つまりは、なぜそういうことが起こるのかを考えるべきなのである。大体 20 年後の名目値を論じて何の意味があるのか。今の 1 万円で来年何を買うことができるかと問われれば、おそらく意味のあることを答えることができる。しかし、今のこの 1 万円で 20 年後に何が買えるかと問われても、答えようがないはずである。そのくらいは皆分かっているはずなのに、1 兆円の桁数になると、そうした話を簡単に忘れてしまう。

1 兆円とは、100 万円の束の厚さを 1cm だとすれば、どのくらいの高さになるとお思いますか？

答えは 10 キロです。

では、1 億円は？

1 メートル。

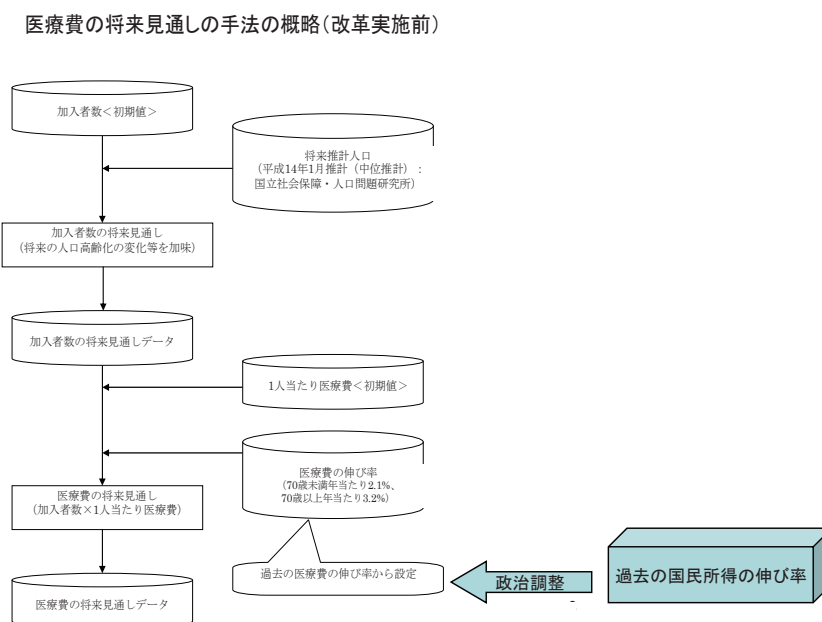
とにかく、世の中の議論は、計数感覚が欠けている。今、この国に必要な財源の額と世間でムダと呼ばれている額との桁の違いはものすごく大きいのであるが、計数感覚に欠ける人たちは、政府のムダがなくなるまでは

負担増には応じないと、何十年間も言い続けている。そういう人たちを私は「計数感覚に欠ける善良な市民」と呼んでいる。

話を戻すと、ではなぜ、医療費は国民所得比で一定になるのか。2006年12月27日に「医療費の将来見通しに関する検討会」の第1回目の会議が開かれ、私はまず厚労省の陰謀説の誤りを話している。私は、医療費がいかなるメカニズム、いかなる政治プロセスのなかで決まっていくのかということを長年考えていた人間でもあるから、これが誤りだというのは簡単にわかる。

まず、厚労省が出した医療費の将来見通しの手法、図1を見てもらいたい。これまでは、右の一番下の過去の医療費の伸び率設定からスタートして、そしてそれに高齢化の影響を加味し、将来の医療費を試算してきた、と厚労省は説明した。しかし、私は違うよと言って、過去の医療費の伸び率には、実は過去の国民所得の伸び率が影響していると指摘した（図1の右側に挿入してある「矢印」と「過去の国民所得の伸び率」）。この国民所得の変動が影響しているために、最終的には医療費の伸びは国民所得と大体平行に動いてしまうのだ、という話をしたのである。

図1

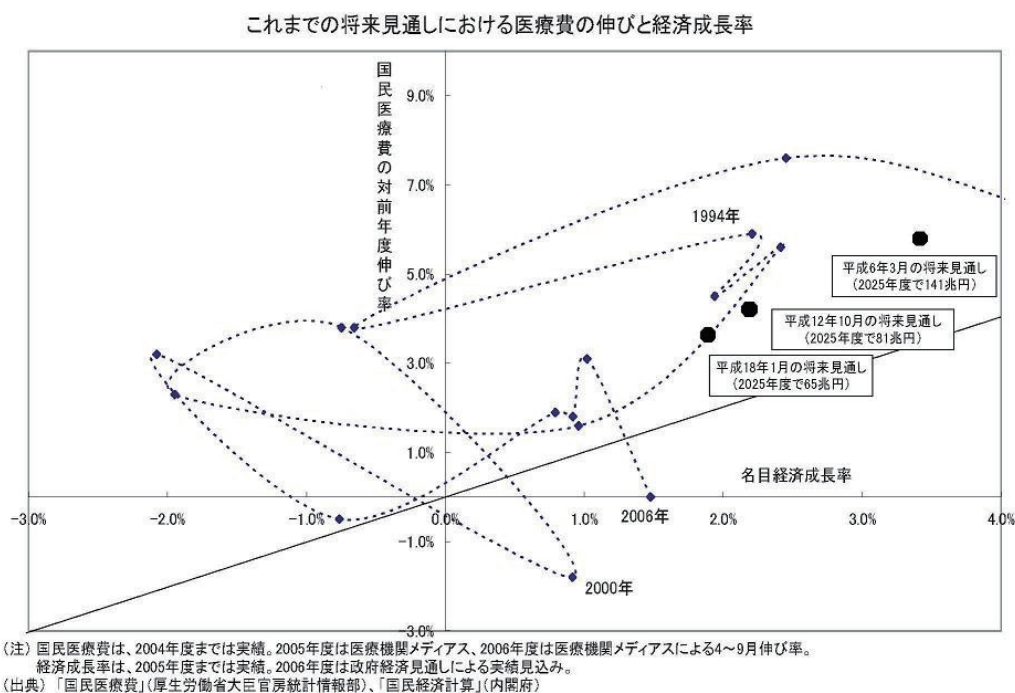


厚生労働省「第1回医療費の将来見通しに関する検討会」資料より作成

私の言っていることは、はじめは誰も信じてくれなかった。しかし第3回目の会議の時に厚労省の保険局調査課が、次の図2を作ってきてくれた。横軸に名目経済成長率、縦軸に国民医療費の対前年度伸び率が取られている。要するに、経済成長率が高いときに将来の見通しを出すと、高い医療費が予測される。その時点では医療費の伸び率が高いためである。経済成長率が鈍化したときには、医療費の伸び率はコントロールされているから、低い医療費の見通しが出される。したがって、なぜ過去の医療費推計であれだけ大きな違いが出たかということ、経済成長率が高いときに予測したから141兆円だったのであり、低いときに予測すれば64兆円になってしまったという、ただそれだけの話なのである。

図 2

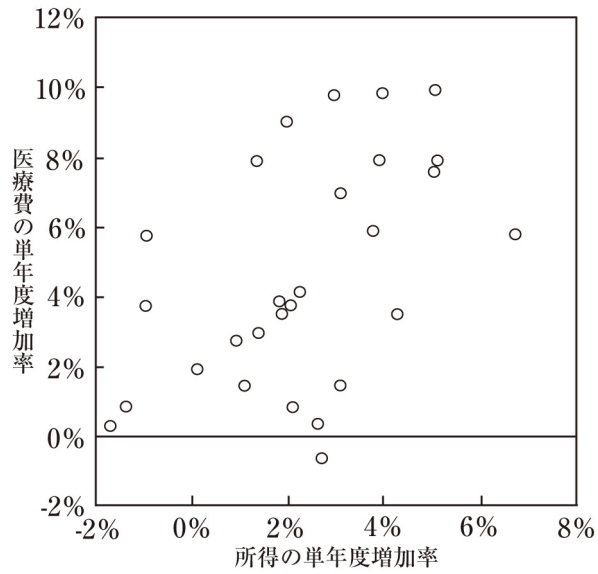
過去に行われた将来見通しにおける経済成長率の仮定と国民医療費の伸び率の関係をみると、いずれの将来見通しにおいても、概ね、経済成長率+2%程度となっている。



出所：厚生労働省「第3回医療費の将来見通しに関する検討会」資料

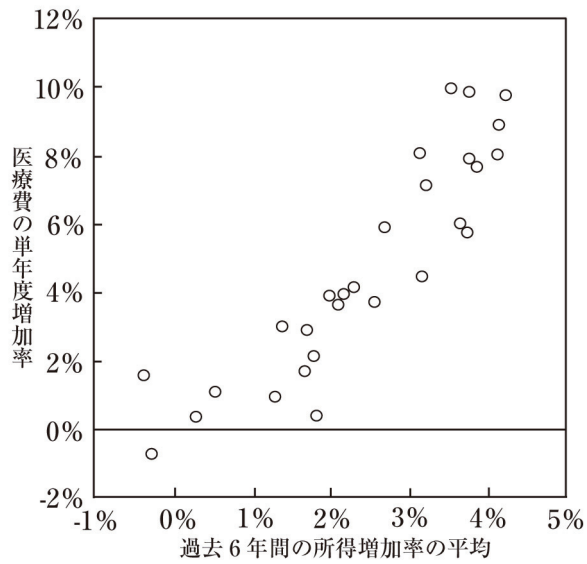
そして、所得と医療費の増加率というのは、図3に見るように実は単年度では余り相関はないにもかかわらず、医療費の伸びを少し時間的にずらすと、図4のようにきれいに相関が出てくる。政策には慣性が働くというか、医療費の政治調整には時間がかかる。

図 3 所得と医療費の増加率



出所) Getzen(1995),p.37.

図 4 過去 6 年間の所得増加率の平均と医療費の単年度増加率



出所) Getzen(1995),p.37.

検討会の第1回目や2回目の時には、かつて保険局調査課において医療費の将来見通しを出した経験をもつ、今は退職されていた方や、中医協のメンバーで診療報酬を実際に決める経験をされた方から、「権丈さんの言うように、所得が医療費を決めているということをわれわれは実感していない。そんなことはない。」と言われた。そう思われるのも当たり前のことで、単年度では実は余り関係がない。だから、当事者たちは、所得によって診療報酬や医療費が決められていることを実感することはできない。しかし、時間をずらすと医療費は過去の所得の影響を受ける—そういう話をしたので、第3回目の会議には、調査課が診療報酬改定率と経済成長率を時間を1年ずつずらしながら相関を取った図5を準備してくれた。そうすると、タイムラグがないときには、診療報酬改定率と経済成長率の相関係数は0.489ぐらいだが、4年ぐらいずらすと0.884ぐらいに高まっていく。だから、医療費の将来見通しを計算している人たちや診療報酬を決めている人たちは、自分たちの試算が国民所得の影響下にあることを意識できない。過去のデータを数年ずらして、はじめて観察される関係だから、これは研究者の視点でしかわからないことなのである。

図 5

診療報酬改定率と経済成長率(3)

- 診療報酬改定が、その改定率決定時における過去の経済動向を踏まえつつ、決まることを考えると、両者の関係に一定のタイムラグがあると考えられるため、前のページの診療報酬改定率と経済成長率の関係について、経済成長率を1年ずつ過去にずらして、相関係数をとる試みを行った。
- すると、タイムラグを4～5年とった場合に、約0.9という非常に高い相関係数が得られた。

診療報酬改定率と経済成長率の相関係数

タイムラグ	参照期間	相関係数
0年	改定率 (1986～2006)	0.489
	成長率 (1986～2006)	
1年	改定率 (1986～2006)	0.584
	成長率 (1985～2005)	
2年	改定率 (1986～2006)	0.603
	成長率 (1984～2004)	
3年	改定率 (1986～2006)	0.717
	成長率 (1983～2003)	
4年	改定率 (1986～2006)	0.884
	成長率 (1982～2002)	
5年	改定率 (1986～2006)	0.882
	成長率 (1981～2001)	
6年	改定率 (1986～2006)	0.764
	成長率 (1980～2000)	

出所：厚生労働省「第3回医療費の将来見通しに関する検討会」資料

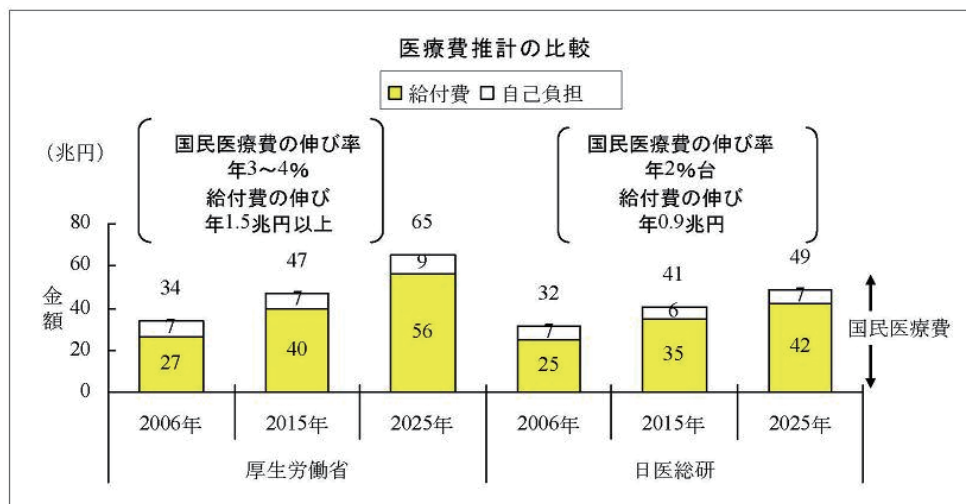
つまり、「医療費の将来見通しに関する検討会」のなかで私が説明し、そして今回の社会保障国民会議の中でも繰り返し言ってきたのは、診療報酬や医療の価格要因というものは国民所得とリンクさせる形で決められている、基本的にそうなっているということである。そして、検討会の中で出てきた考え方は、医療費の将来見通しの方法として、価格を国民所得にリンクさせて、医療の中身である供給体制そのものは価格とは独立に試算するという方法を行うべきということであった。この方法を採用すれば、医療供給体制に、あるべき姿、あるべき医療を反映させることができるようになる。さらには医療改革の必要財源を提示することができるようになる。これまでの医療費の将来見通しは、1人当たり医療費がどのくらい伸びるかという実に原始的な方法でなされていた。これからは1人当たり医療費を価格と量に分けて、価格は経済成長率にリンクさせ、量的なものに関しては望ましい医療や介護のあり方を意識しながら医療費の将来見通しを出していこう、価格と量に分離して将来見通しを出していこうと提案していったのである。よって今回の社会保障国民会議の医療介護シミュレーションは、これまでと比べて比較にならないほどにインフォーマティブになった。これまでの将来見通しは2~3ページしかなかったものが、今回の国民会議のシミュレーションはものすごい量になり、このシミュレーション結果に対して、その医療は望ましくないとか実現不可能だとか、いやなかなかすばらしいシミュレーションだとか、これまでにないさまざまな議論ができる素地ができたのである。

1年以上前の「医療費の将来見通しに関する検討会」が終わったときにある新聞記者から、「日医総研の医療費予測（図6）と厚労省のとは、権丈先生はどっちのほうが良いと思いますか」と問われた。私は、「20年後の名目医療費を論じる限り、どっちもどっちであって、ふたりの占い師を並べてどっちがよく当たるのかを推測するぐらいの意味しかないよ」と答えている。「医療費の将来見通しに関する検討会」で繰り返し言っていたのが、医療費の名目値を予測するためにはGDPの伸びと政策スタンスというその2つを正確に予測しないとできない。そして将来の医療費のGDPに占める割合は、政策スタンスが決める。だから、政府が将来の政策スタンスを反映させた医療費の将来見通し、医療費のGDPに占める割合を出すことは、長期の財政計画を立てるためにも絶対に必要なのである。それ以外の医療費の将来見通しは、一利くらいはあるかもしれないが害の方が多い。名目医療費など、本当に百害あって一利無しなのである。「医療費の将来見通しに関する検討会」で、医療費の将来見通しはGDP比、国民所得比で出すべきであって、名目医療費など出しては駄目だと言いつ

けたが、さすがにそれは、ということで聞き入れてくれなかった。

図 6 「2004 年度の国民医療費・老人医療費
 についての問題認識」より

日本医師会／日医総研（2006 年 9 月 5 日）



- ・ 2025 年度の国民医療費は 49 兆円
- ・ 厚生労働省推計は、1 人当たり医療費の伸びを 1995~1999 年度の一般 2.1%、高齢者 3.2%としているが、直近の伸び率（2001~2005 年度のうち 2002 年度を除く）とすると一般 1.4%、高齢者 1.3%となる。

医療費の将来見通しの過去の推移は、本や講演の中で、厚労省を悪者にしたてあげる枕としてよく使われる。しかし、厚労省陰謀説は、誤解と偏見から生まれた仮説にすぎないのだが、これが世の中に広まるにつれて医療関係者が厚労省への憎しみを増幅させてしまっている。そうした憎しみの一般化の中では、厚労省がやることにはとにかく批判をしておけば間違いはないという空気が、この国にはどうもある。日医もその空気の中にいるのではないかと、しばしば感じることもある。

大体、厚労省が医療費をこれだけ抑制しなければならないのはなぜなのか。彼らは、シーリングにしたがって、社会保障への国庫負担を減らしなさいという指示にしたがって行っているにすぎない。彼らの権力は、皆さんが思っているほどには強くはない。社会保障への国庫負担の半分以上が医療に回っている。小さいところを削ってみてもしょうがないから、大きな効果が出てくるところを狙っているわけだが、そういうことを彼らが本質的にやりたくてやっているのかというと、そうではないだろう。では悪いのは、厚労省にシーリングを課す財務省なのかということになるが、財務省としても入ってきたお金でやっていかなければならないだけのことで

ある。それならば、だれが悪いのかということになっていくわけで、こういう話をするときに、実はあなたなのだよと、私は面と向かって言っている。負担増は絶対にあり得ないというようなことを何十年間も言い続けている医療界、そして、医療界のオピニオンリーダーが財源の話避け続けている—というよりも、財政のことなど何も分かっていないのに、政治家と同じようにポピュリズムに陥った発言、つまり官僚を叩けば財源は出てくる、霞ヶ関をガラガラポンすればいくらでも財源はあるなどというバカなことを繰り返している。医療界がそうした姿勢をとり続ける限り、医療はこれから先も今の延長線上にしかない。日医をはじめとして医療費抑制政策で本当は痛い目に遭っているその人たちが、実は、医療費抑制政策の原因になっているという構造を、少しは理解してほしいと言いたいのである。

2. 積極的社会保障政策

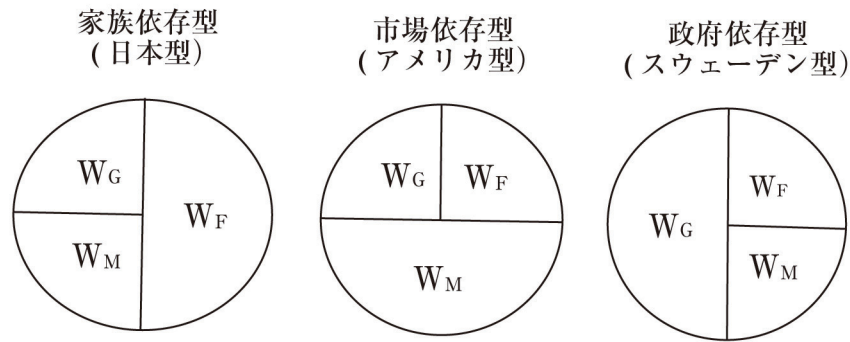
(1) 社会保障とは一体何なのか

まず、国家のありかたを、福祉生産の3つの機関（家族、市場、政府）の依存度というところから述べる。

そこでは、この国に対する診断をし、「日本は今、少子化という人口問題に起因するさまざまな社会問題に直面するとともに、構造的な需要不足という経済問題に直面しているという病状に苦しんでいる」と分析している。これは私が2003年に書いた論文だが、今でもそうだと思っている。続けて、「これら社会経済問題を解決する手段は、日本が歴史的に再生産してきた家族依存型（図7）の福祉国家を捨て、社会保障政策を積極的に利用する政府依存型の福祉国家へと移行することのように思える。そしてそうした移行は、昨日までの日本のあり方、すなわち日本の歴史から予測される明日の日本の形が、違ったものになることを意味する。したがって、日本の福祉国家が家族依存型から政府依存型に移行するという事は、この国の歴史が転換することに等しい意味をもつとすることができるのである」と論じている。

図 7

福祉国家の 3 類型



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

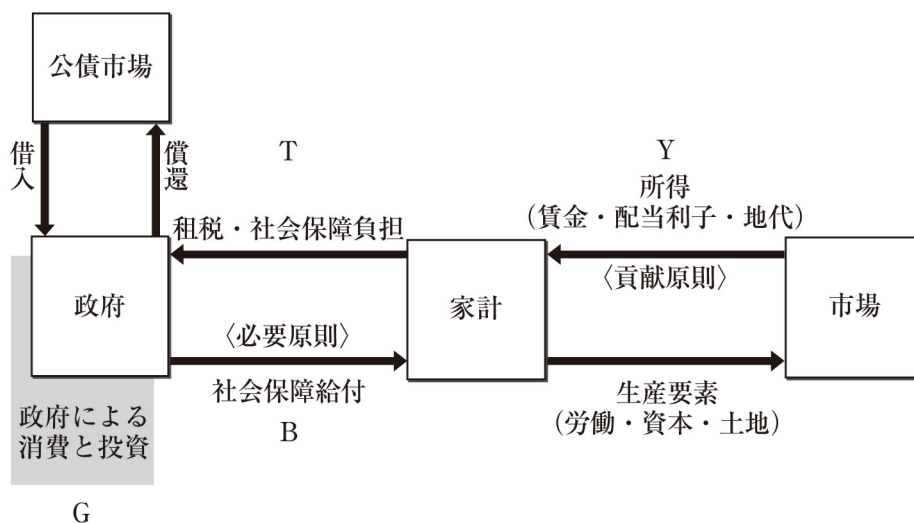
ただ私は、社会保障はもっと重要だとか、あるいは格差が問題にかかっているようなことで世の中動くほど甘くはないよということをよく言っている。2003年に書いた論文では、「一国の資源配分と所得分配に大規模な変化が起こるためには、そうした変化がいかに経済目標に整合的に位置づけられるのかの説明がカギとなる。ゆえにここでは、資源配分と所得分配の大規模な変化をとまなう日本の歴史の転換が、マクロ経済学、特に経済成長論のなかではどのように位置づけられるのかを考察する。そして最後にはこうした資源配分と所得分配の大規模な変化を実現させるためには、日本政府の財源調達力が高まらなければならないこと、そして政府の財源調達力は、租税制度の透明性と・・・」と続いている。要するに政府の財源調達力を高めるための税制改革をやらないことには、なにもはじまらないということは、私のなかではかなり昔に出来上がった考えである。

そこでまず、医療をはじめとした社会保障が国民経済にどんな影響を与えるのかを考えると、国民経済のなかでどういう役割を果たしているのかということを押さえていただきたい。と同時に、社会保障は再分配政策というものであって、社会保障に使った分、あるいは社会保障のために負担した分というものが消えてしまうものではなく、それは家計に返ってくる。返ってくるということを示すときに、私は図 8 をよく使っている。

労働・資本・土地という生産要素はすべて家計に所属している。これが市場に供給されることによってわれわれは所得を得る。この所得を得ると

きに、労働に対しては賃金を得、資本に対しては配当利子を得、土地に対しては地代を得る。そのときには、市場にどれだけ貢献したかということが基準になって所得が分配される。これは「一次分配」と一般的に定義される。産業革命が起こった18世紀の半ばから19世紀の後半ぐらいまでは、この一次分配がメインであった。その頃に、最近の新自由主義と対比される第1回目の元祖の自由主義が興った。ただ、貢献原則に基づく所得分配に偏っていくと、どうしても所得分配のもう1つの原理である必要原則とのギャップが生まれてくる。

図8 所得再分配としての社会保障



このギャップは人びとに憤りを感じさせる力をもっているものであり、その力に動かされたディケンズは『オリバー・ツイスト』を書いて訴えたり、あるいは1848年になってくるとマルクスが『共産党宣言』などを出して、要するに、所得分配を必要原則に応じて修正をしろと言ったりする。彼らは能力に応じて働いて必要に応じて分配するような社会を理想形として考えていくのだが、それももうまくいかなないということが、21世紀の実験で、人類は理解した。

そこで、多くの国は、一次分配の所得を租税・社会保障負担というTの形で政府のほうに一旦持って行って、次には必要原則に応じて社会保障給付という形で家計に再分配していくという政策を取り入れている。これを私は、再分配政策の社会保障と呼び、その側面をとらえて、〈再分配政策の政治経済学〉と名づけて、この再分配ベクトルの方向とスカラーはどの

ようにして決まるのか、現代国家でどのような役割をはたしているのかということを考えていく学問を自分で構築している。Y分のBを増やすためには、Y分のTが増えないと話にならない。そして今われわれは医療・介護、保育・教育いろいろなものでY分のBが少な過ぎると思っている。そうすると、どう考えてもY分のTを増やさなければいけないということになる。ここでY分のTというのはどのぐらいの値なのかということ、表2の№2 租税・社会保障負担というところをご覧いただきたい。租税・社会保障負担は日本が27.9%で、実は2006年にはアメリカのほうが大きくなってしまった。そしてイギリス、ドイツ、フランス、スウェーデンが日本より大きいのは当たり前の話だが、今やOECD諸国のなかで日本よりも租税・社会保障の負担が低い国は3カ国しかない。その3カ国というのは、日本の次に負担していない、つまり日本よりも小さな政府は韓国、その次はトルコ、そして一番小さな政府はメキシコである。これらの国を先進国グループと呼んでいいのかよくわからないところだが、そういう状況がある。とにかく、この10年ほど、日本人が口を揃えて唱えてきた「小さな政府」は確実に実現されているわけである。

表2 先進主要国の高齢化率および一般政府財政の比較（2005年）

No.		日本	アメリカ	イギリス	ドイツ	フランス	スウェーデン
1	高齢化率(65歳以上)	20.0	12.4	16.0	19.2	16.4	17.3
2	租税社会保障負担(2006)[T/Y]	27.9	28.0	37.1	35.6	44.2	49.1
3	租税負担	17.3	20.6	29.6	20.9	27.8	37.2
4	うち個人所得課税	5.0	9.6	10.6	8.1	7.6	16.0
5	うち法人税	4.3	3.1	3.4	1.7	2.8	3.8
6	うち資産課税	2.6	3.1	4.4	0.9	3.5	1.5
7	うち消費課税	4.7	4.0	10.6	9.7	10.9	12.8
8	(そのうちVAT・消費税分)	2.6	2.2	6.8	6.3	7.6	9.4
9	VAT・消費税標準税率	5.0	-	17.5	16.0	19.6	25.0
10	社会保険料負担	10.1	6.7	6.9	13.9	16.3	14.0
11	うち使用者負担	4.6	3.4	3.8	6.7	11.0	10.6
12	財政支出総額[(B+G)/Y]	38.2	36.6	44.7	46.9	54.0	56.6
13	うち社会保障支出(2003年)[B/Y]	17.7	16.2	20.6	27.3	28.7	30.0
14	12-13[G/Y]	20.5	20.4	24.1	19.6	25.3	26.6
15	医療費	8.0	15.2	8.1	10.6	11.0	9.1
16	うち公的医療費	6.6	6.8	6.9	8.1	8.7	7.7
17	基礎的財政収支(2007)	-3.9	-1.9	-1.3	-0.9	-0.5	2.3
18	長期債務残高(2007)	177.6	61.8	49.0	69.9	74.6	52.4
19	公共投資比率	3.7	1.3	1.9	1.3	3.3	3.1
20	軍事費	1.0	4.0	2.3	1.4	2.5	

1: OECD, *Health Data 2007* イギリスは2004年

2: 租税社会保障負担のみ2006年(OECD: *Revenue Statistics 1965-2007*)

3-11: OECD, *Revenue Statistics 1965-2006*

12: OECD, *National Accounts of OECD Countries 1994-2005*

13: OECD, *Social Expenditure 2007*

15-16: OECD, *Health Data 2007*

17-18: OECD, *Economic Outlook*

19: OECD, *National Accounts of OECD Countries 1994-2005*

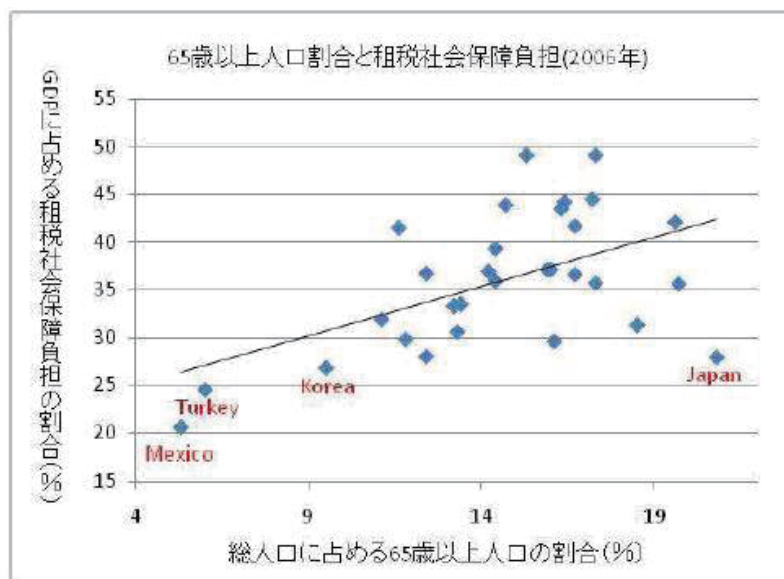
20: 日経新聞(080110)「世界なんでもランキング 軍事費国際情勢映す 中国急増米に次ぐ2位」

出所はThe International Institute for Strategic Studies, *Military Balance*(2007)

表の作成は、宮島洋(2008)「年金改革 介護・医療にらみ一体改革で」日経新聞2008年1月17日を参考

次に、横軸に総人口に占める65歳以上人口の割合、縦軸にGDPに占める租税社会保障負担の割合を取っている図9を見てほしい。これからわかるように、韓国、トルコ、メキシコというのはまだ若く、これらの国は、日本で言えば1950年代の高齢水準でしかない。総人口に占める65歳以上人口の割合は、社会保障の高齢者に対する給付のニーズも表し、少子化が進んでいることから少子化対策に対するニーズも表している。ところが、日本はこれだけしか負担していない。この程度の負担で、高齢化世界一のこの国で社会保障をちゃんとやれと言うことのほうが実は無理な話なのである。そして、今、ある政党の党首は、「予算の立て方を根本的に変えれば財源はある」などと言っている。日本の租税社会保障負担の水準が、ドイツ、フランス、さらにはスウェーデンのレベルにあるのならば、その議論も成立するだろうが、韓国、トルコ、ギリシャとさほど変わらぬ今の日本の租税社会保障負担の水準で、予算の立て方を変えたとして、どこから財源が出てくるというのか。いつもながら彼らは、国民が何も知らないと思って、言いたい放題である。

図9 OECD諸国の30カ国で日本より低負担である国は韓国、トルコ、メキシコのみ



出所：OECD Health Data

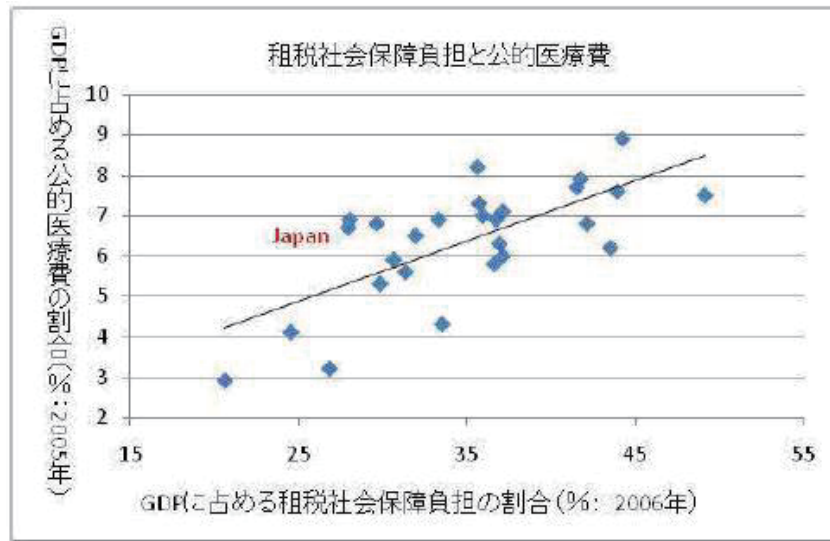
次に、横軸にGDPに占める租税社会保障負担の割合、縦軸にGDPに占める公的医療費の割合を取っている図10を見ると、実は、日本の公的医療費はOECD30カ国の傾向線の上にある。つまり、日本は負担の割には公的医療費は大きいのである。一政府の側からすれば、医療は多めにみてあ

げているとなる。その分、教育では、公的教育費は OECD30 カ国で 29 番目、30 番目で、トルコと同じ水準である。軍事費さえも他国に比べて小さいわけで、あるいは赤字国債を大量に出すことによって、医療は多めに見てもらっている。そうした状況下で、医療関係者が、今の公的医療費では足りないと判断したとき、財源調達論はいかにあるべきなのか。この問題を考えてもらいたい。

田中滋先生が指摘されるように、「よその分野の金を医療にと主張する一（中略）一情けない主張」を医療関係者が説いていてよいのか。医療は多めに見てもらっているということは、経済財政諮問会議などさまざまなところから医療費抑制の圧力をかけられても、厚労省が「いや、将来メタボ対策をやりますから」などのごまかし続けながら抵抗してきた結果ではないのだろうか。そのあたりのところはしっかりと考えていただきたいと思っている。図 10 を素直に読めば、今後、負担増が実現しても、しばらくは医療に回ってこないということになるのではないだろうか。公的医療費をすぐにでも増やさなければ医療は破綻してしまうというのであれば、本当にこれまでのように、「負担増に反対！」「財源はある！」「財源は他からもってこい！」と言っては、皆で「そうだ、そうだ」と拍手をしあうような、素人戦略でよいのか。医療関係者は、よく考えた方がよいと思う。

ここで、表 2 の No.10 を見ていただきたい。日本の社会保険料負担の GDP に占める割合は 10.1%であり、ドイツの 73%、フランスの 62%にすぎない（アメリカは皆保険ではなく、イギリスは NHS であるため比較対象外）。私が、医療費をすぐに増やしたいのであれば、社会保険が狙い目であるというのは、こうした根拠に基づいている。なお表 2 の No.4 にある日本の所得税収入の GDP に占める割合は目立って低いのであるが、これは中所得層以下への控除が他国に比して大きいことが主な原因である。所得税収を大幅に高めるためには、サラリーマン増税を覚悟しなければならぬことも付け加えておく。

図 10 日本は負担水準の割には、公的医療費が大きい



出所：OECD Health Data

図 11 (再掲) 所得再分配としての社会保障

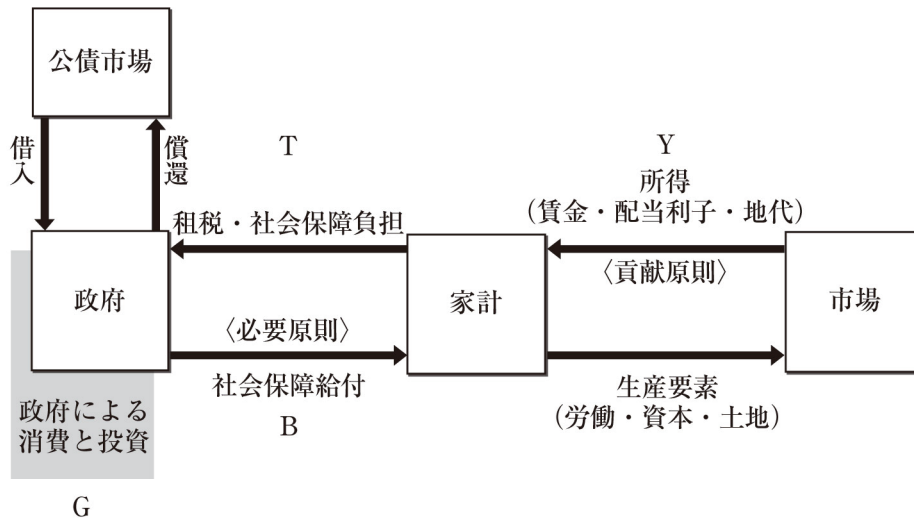
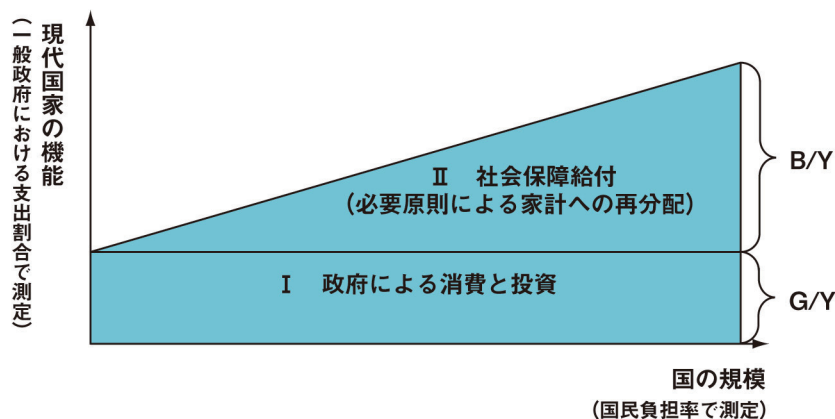


図 11 (再掲) で、政府支出の中でも社会保障以外のものを G、社会保障を B で示している。ここで Y 分の (G+B) という政府支出から、Y 分の B という社会保障部分を引くと、Y 分の G が残るわけだが、表 2 の No.14 をみれば分かるように、この Y 分の G は、実はどの国もそんなに変わらない。したがって、図 12 に描いている現代国家においては、小さな政府なのか大きな政府なのかというのは、実は社会保障が小さいか大きいかで決まる。社会保障が小さいか大きいか、つまり、貢献原則に基づいて分配された所得を必要原則に基づいて修正する度合いが小さいか大きいかで、小さい政府か大きい政府かが決まる。にもかかわらず、この 10 年間ぐらい、小さ

な政府、小さな政府と、国民が酔っぱらって大合唱をしていた。私は、そういうのはおかしいよ、いま少し大きくするしかこの国には途はない、とい言い続けてきたわけである。

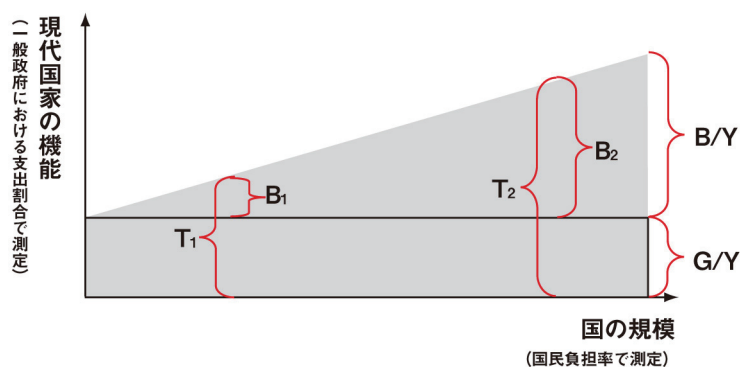
図 12 国の規模と現代国家の機能



還元率とかいうようなことも、負担増反対論者さんたちが好きな言葉である。還元率とは、負担したもののなかから社会保障に回ってくるもの、租税・社会保障負担したのから社会保障として返ってくる T 分の B というのを「還元率」というふうに呼んだりしたりしているようだが、この還元率がほかの国と比べて日本は小さい。2008 年の 4 月に出された、全日本民主医療機関連合会の『全日本民医連の医療・介護再生プラン（案）』には、「支払った税金＋社会保険料」に対する社会保障への還元率もスウェーデン 75.6%、ドイツ 58.6%、イギリス 59.0% に対して、日本はわずか 41.6% にすぎません。税金を医療や社会保障のために使えという主張は当然の要求です」と書かれている。栗橋総合病院の本田先生なども、この還元率の議論がお好きなようでもある。しかし、彼らは皆間違えている。図 13 にみるように、現代国家では還元率を大きくするためには政府を大きくしなければいけない。政府を大きくしないと還元率を高めることは難しいのである。

図 13

現代国家のかたちと還元率



(2) 「社会保障、政府の規模と経済パフォーマンス」

経済が悪くなると大体福祉政策のせいにはされる。私の本のなかでも、「経済が不調を来すと、その犯人探しをなされるのは、古今東西、常のことである。1960年代のイギリスでは、イギリス病の原因が福祉政策にあるとされ、社会保障に批判の矛先がむけられた。近年では、1990年代初頭のスウェーデン経済の大不況に、それまでは福祉国家を肯定的にみていたリンドベック (Lindbeck, A.P.) —スウェーデンにおける著名な経済学者—が、大不況期の原因をスウェーデンの高福祉政策にある」という報告 (Lindbeck et al.1994) を紹介しているとおりである。

そして、皆さんもよくご存知のように 1983年3月に吉村仁氏 (当時：厚生省保険局長) が『社会保険旬報』のなかで「医療費亡国論」 (論文：医療費をめぐる情勢と対応に関する私の考え方) がうち出された。あのときの歴史的文脈はこうである—1978年の年末に第2次オイルショックが起こり、1979年にはサッチャーが、1981年にレーガンが出てきて、1981年に日本では第2次臨調が立ち上げられる。その流れのなかで、吉村論文が出てくる。吉村氏が書いていることのいちばん根拠になっているのは、租税社会保障負担の国民所得に占める割合、つまり国民負担率は現在 35% ぐらいであるが、このままで行けばあつという間に上がってしまい、これが 50%前後になれば英国や西ドイツと同様、さらに増えればスウェーデンと同様になる—いずれの国も先進国病に取りつかれて四苦八苦している。

日本も租税社会保障負担率が高まれば、これらの国と同様社会の活力を失ってしまうのではないかという、当時では現実性の高い危惧であった。これが彼の論の根幹になっている。

私はその時代に生きていれば、この論を否定できなかったと思う。なぜならば、小さい国である日本は第2次オイルショックに対応できていたが、大きい政府をもっていた国は第2次オイルショックに対して非常に苦しんでいた。目の前にある事実やデータをもって判断するとすれば、吉村氏の論はおかしいと言えただろうかと思う。

ところが、後年、大きな政府のほうが実はうまくいったり、小さな政府であった日本がうまくいかなかったりという、今度はそういうデータがそろってきた。そういうデータを対象として研究していったアトキンソン (Atkinson, A.B.)、彼はイギリスで社会保障研究の第一人者の経済学者であり、その彼が1995年に、データをいろいろ見ていながら、大きい政府だからとか小さい政府だからといって経済成長率に影響を与えているとはどうも言えないと報告している。ただし、1983年の段階では、アトキンソンにも分からなかったと思う。1983年に、理論だけで、いずれ大きな政府が復活し、小さな政府は行き詰まることを予測するのは無理だったと思う。

ところが吉村論文が出た1983年以降、特に90年代に入ると、状況が劇的に変わってきて、今度は、日本は小さな政府なのに全然成長していないといったいろいろな証拠が出てくる。ほかにも、スウェーデン経済が順調に進んだり、かなり大きな政府をもっていたオランダがうまくいったりとか、いろいろなものが出てきた。それによって、いや、どうも違うぞ、というようなことが出てくる。

たとえばアトキンソンをはじめ、経済成長というものは一体どのようなメカニズムで起こるのか、どんな要因が効くのかというようなことを、ものすごく厳密に行った研究はいくらでもある。そうした研究のなかで特に面白いのが、「I just Run Two Million Regressions」(私は200万回回帰分析を行った)という、サラ・イ・マーティン (Sala-i-Martin, X.) の論文で、回帰分析を200万回やってみても政府の大きさとかは、実は経済成長に影響を与えているという証拠は得られませんでした、という論文で、1997年に *American Economic Review* に出されたものである。もうこの時代になってくると証拠が出揃って、政府の規模は経済成長に影響ない、系統的な影響はどうもなさそうだということが分かってきた。外国ではこういう証拠がそろっている時代に、日本の医療界ではそうした研究をサーベイすることもなく、「吉村仁の医療費亡国論」というスケープゴートを

皆で批判するという精神論的な医療政策論が一般的だったわけで、私には非常にコミカルに見える。

一事が万事、日本医療界の諸団体やオピニオンリーダーたちのレベルの低さは、いかんともしがたい。医療費が抑制され続けてきたのは、「医療費亡国論」が原因ではない。医療費亡国論がおかしな話だということは、当の昔に分かっていることである。誰も医療のために負担をしようと言わなかったこと、さらに言えば、日本医療界の諸団体やオピニオンリーダーに計数感覚が欠如していて、彼らがまともな財源調達論を展開しなかったことが、結果として、この国が医療費抑制政策を採らざるを得なかった原因だったのである。

(3)消費への期待こそ雇用の唯一の存在意義（ケインズ）

この国が直面する大きな2つの問題は、社会問題としての少子化、もう1つは経済問題としての需要不足である。経済問題について考えていくうえで、注目してほしいのは消費税の影響である。最近、麻生総理大臣が、1997年の4月に3%から5%に上げたときに経済成長率が鈍化して税収は落ちた、この経験に学ばなければいけないなどと言っている。

しかし、1997年というのは、アジアの金融危機もあれば、10月頃になると山一証券の倒産・廃業といったいろいろなことが起こっている。すなわち、1997年の4月に3%から5%に上げたことを、1997年の日本経済不調の原因と言うのは、因果関係が明確なものではない。

と同時に、ここでそのときの家計消費支出、民間消費、政府消費、公的資本形成などを眺めてみると、家計消費支出は、実は1996年ぐらいから減り始めている。これは、1996年に公的固定資本形成を減らし始めたことが家計に影響しているからである。つまり、消費税がどれだけ影響しているのかということに関しては、実は影響を見出せないという結論が一応の答えになってくるのではないか。1997年の8月31日にダイアナ妃が事故死するのであるが、同年4月の消費税率引き上げがその年の税収を落としたと言うのは、ダイアナ妃の事故死がその年の日本の税収を落とした言うのと同じようなものである。

私が以前から言っているのは、仮に今財源は何でもよい、何でもよいから10兆円の財源を得て、そしてこれを医療・介護、保育・教育という現物給付に全部使ってしまう、借金の返済には回さない、全部使ってしまったら一体何が起こるか。それを考えていくと、どう考えても、これは、まず、消費税を上げたら買い控えが起こって消費は減る。しかし、その減った分が、たとえば新型のテレビやビデオを買う人は減るかもしれないが、

一国の中では医療・介護、保育・教育というところでの消費は増えている。

財源を消費税に求めたとしても、そこで得た税収を保育・教育、医療・介護に使ってしまうとすれば、結果的には高所得者から低所得者に所得が回っていくことになる。高所得者のほうが消費するので消費税を多く支払う。それを保育・教育、医療・介護という、全員が均一給付でもらえるようなものに使えば、所得は高所得者から低所得者に流れる。高所得者から低所得者に所得が流れるということは、限界消費性向が低い人から高い人に所得が流れるということなのであるから、社会全体の消費性向は高まる。となれば、均衡財政定数は1ではなく、もっと大きくなる。租税社会保険料の負担増をして、その収入で保育・教育、医療・介護に全部使うと、消費は増え有効需要は増える。と同時に、これを10兆ではなく20兆円にしたらどうなるか。今度は、老後にはちゃんとした現物給付が準備されているという状況になって、みんなが本当に安心感を抱くようになる。そうなれば、個人資産として蓄えられている1,500兆円が動き始めるだろう。そうした方向にこの国の体質改善を図っていくことによって外需に依存することなく、この国は経済成長あるいは安定雇用を確保していかなければならない。ケインズは、「消費への期待こそ雇用の唯一の存在意義である」^{レゾンデトル}との言葉を残しているが、この国では長い間、一体何をやっているのだと言いたくもなる。そういうことを、「積極的社会保障政策と日本の歴史の転換」の中で5年前に書いた頃から言い続けている。

たとえば、社会保障をテーマに、日本財政学会において、私、宮島洋先生（早稲田大学法学部 特任教授）、西村周三先生（京都大学 国際交流・情報基盤担当副学長）、大沢真理先生（東京大学 社会科学研究所 社会保障分野 教授）の4人がシンポジウムに招かれた（2008年10月25日）。その際私は、社会保障を積極的に社会保障政策を展開しようという話をした。すると、西村先生が、「権丈さんの言っていることは『乏しきを憂えず等しからざるを憂う』というようなことかも知れないけれども、そうすると、上げ潮政策とかを言っている人たちとどういうふうに戦うつもりなんですか」と言われた。それに対し私は、「私は乏しきを憂えずというような、そんなにできた人間じゃないですよ」と言った。成長するために、あるいは雇用を安定的に確保して国内全域での均齊的な成長を達成するために私は社会保障を使いましょうと言っているのであって、乏しきは当然のことながら憂う。社会保障という政策手段を積極的に使って社会全体に消費のフロアーをつくる。社会保障給付費としてのお金は高齢者がいるところに回るに決まっているわけだから、地方も含めた均齊成長を達成していきながらやっていく、ということである。

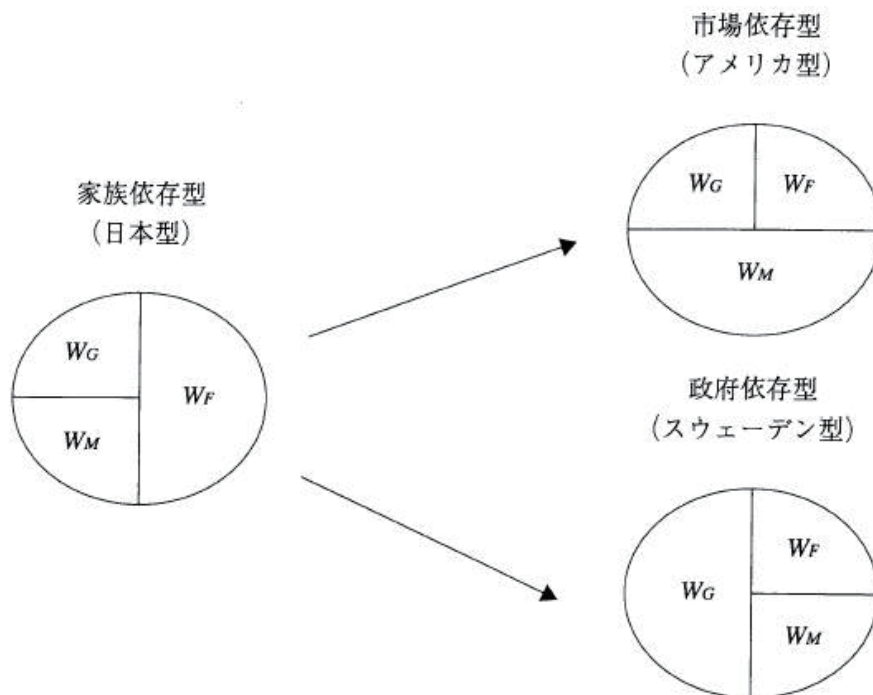
上げ潮政策というのは、小さな政府と生活自己責任の徹底という考えをセットにして政策展開すれば経済成長を達成してくれるという、そういう経済政策である。これに対して私が言うのは間逆で、大きな政府にして、生活自己責任ではなく人びとの生活への社会的責任をもっと明確にしていくことにより、安心して消費をしてもらうような社会にする—この積極的社会保障政策が私の言う成長政策なのだという話をした。小さな政府と生活自己責任からなる上げ潮政策を取る限り、家計は萎縮して消費を控えるため、実は外需に依存した成長政策しか取れなくなる。実際、彼ら上げ潮派がやってきたことは、異常な円安誘導をはかって大企業の輸出を増やしてただけだった。それが昨（2007）年夏のサブプライム問題を機に欧米の金利が引き下げられて、日本との金利差が縮小、その後、円キャリートレードの円の巻き戻しが起こって円高基調になった。結果、日本の輸出企業の株価が下落し始めた。今回の金融危機以前に、日本の上げ潮路線は終わっていたわけである。

（4）所得の不平等な分配は失業の究極的な原因（シュンペータ）

では、積極的社会保障政策がどのような合理性を持つのか。経済学の中ではどういうふうに位置づけられるのか。図 14 では福祉ニーズというのは、家計と政府と市場という3つの機関が充たしていることを描いている。家計に強く依存したのが日本型、政府に強く依存したのが北欧型、そしてマーケットに強く依存したのがアメリカ型である。しかし、全体の福祉ニーズの量はそんなに違いはないということを、私は長年言ってきた。それで今、家計依存型の福祉というのが南欧や日本、アジア諸国であるが、ここが非常に少子化や国内需要の不足に苦しんでいる。そこで、家計が負担している福祉生産を、どこかにシフトしなければいけないというときに、日本以外は全部この政府依存型、スウェーデン型を目指しているのに、日本だけが市場依存型、アメリカ型を目指そうとしていたのである。

図 14

家計内生産の外部化の方法



注) W_F , W_M , W_G は、それぞれ家計, 市場, 政府が生産する福祉サービス。

そういう日本の状況をみていた私は、「生活自己責任の徹底化を図ろうとすれば、家計は萎縮して、消費を増やすどころか生活不安に対する防衛策として、消費を抑制し家計の黒字を増やそうとする。この防衛策は、たしかにミクロの家計にとっては合理的な行動であると評価することはできるのだが、マクロ的には合成の誤謬に陥り、構造的需要不足という病状を加速してしまう。＜生活自己責任の徹底＞という社会経済戦略がミクロにもマクロにも整合性をもつ状況は、市場における価格調整が完全に機能している古典派、もしくは新古典派世界における状況のみである。生産要素の固定性・固定価格市場の一般化をはじめ、なんらかの理由で市場の価格調整が機能しない世界では、生活自己責任思想のもとに家計が合理的な選択をとれば、マクロには構造的な需要不足が生じる」と論じていた。

需要不足が生じる状態が大体 19 世紀末ぐらいの第 2 次産業革命ぐらいから起こり始め、装置産業が大々的に現れて、金融資本が力をもって、寡占・独占状況になっていって、価格メカニズムが機能しなくなった段階から資本主義経済というのは、こうした状況に陥ってしまった。

国内の需要不足という現象が起こった初期に先進国がやったことは、経済のブロック化と軍旗の下での輸出、つまり帝国主義という経済政策だった。そしてこの路線ではゲームに参加する皆が最悪の状態に陥るというこ

とが分かってきて、国内に消費のフローを何とかして確保する必要があるのではないかというような考え方が 20 世紀に入ってしばらくするとじわじわと出てきた。

そこで、「マクロ経済学の系譜と第 1 次、第 2 次ケインズ革命の意味」という節で、この文章自体は 1990 年ぐらいに書いていて、それを 2003 年の論文に引用しているのだが、「〈時代の常識〉とは、『未組織有権者ひとりひとりが、時間をかけて考え抜いた後に意思決定するためのコストを節約する働きをもち、大量の未組織有権者の政治行動をある一定の方向に誘導する力をもつ』ものと定義する」とする。では、この常識というのは一体どういうときにできるのかを考えると、「人びとは、高い経済成長を保証する経済政策を肯定するための経済思想を選好する。経済成長が鈍化すれば、人びとは、新しい経済政策思想を、より高い成長を期待して受け入れ、その思想が新しい時代の常識となる」と言うことができる。

規制緩和というの、規制緩和を行えば大いに成長すると期待して皆で唱えていた。しかし規制緩和という成長戦略も失敗に終わる。そして、先ほど述べた「上げ潮派」という小さな政府と生活自己責任をセットにした成長戦略も終わる。彼らが実際行ったことは何かというと、ものすごい低金利政策によって円キャリーバブルのようなことを世界中に起こさせ、そして、この 5~6 年間円安を限りなく誘導してキャノンやトヨタなどの輸出産業にもものすごく甘い蜜を吸わせて、彼らが成長を誘導する形で外需依存型の成長を達成し、そこから先はトリクルダウンのような形で上層からこぼれ落ちてくるものを低所得者はもらえばいいという考え方である。しかし、いつまで待っても成長の果実は低所得者に全然こぼれてこない。昔から、トリクルダウンは起こらないというのは大体わかっているにもかかわらず、トリクルダウン理論という考え方は手を変え品を変え、歴史のなかに出てくる。国内の需要を伸ばそうなどとは、彼ら「上げ潮派」はかけらも意識していなかったのである。

そういうところに、さすがに 2007 年の夏ぐらいからサブプライム・ローン問題が起こってきて、それに対し今度は、まずはアメリカが、次に他国も金利を下げ始めてくると、日本との金利差が小さくなってきて、円キャリーバブルを引き起こしていた円キャリートレードの巻き戻しが起きて円が日本に帰ってくるようになってきた。その結果、円高に動き始めてくる。その時点から輸出産業の株価が落ちていき、日経平均も落ち始めていく。その大きなトレンドのなかで今、金融危機という衝撃的なことが起こってきている。これが起こる以前から、日本では実は小さな政府と生活自己責任の徹底という形、そして円安誘導していくことによって輸出産業に

頑張ってもらおうという成長パターンが、うまくいかなくなっていた。

したがって、今回の金融危機のなかでも、株価の落ち方というのは日本のほうがアメリカよりも大きかったりもする。その原因は、経済政策上、この国には大きなミスがあったからであって、ではどうすることが今必要なのかというと、所得を平等に分配する、あるいは社会保障の現物給付を充実させるという積極的社会保障政策こそが必要なのであり、積極的社会保障政策は、資本の成長と矛盾するのではなく、むしろ資本を成長させることに資するのだと言っているわけである。

つまり、平等と効率・成長、どちらのほうが良いかという問いではなく、いくつかの福祉国家の発展の歴史を見ても、平等のほうが成長よりよいに決まっているじゃないかと言って福祉国家の充実を図った国はない。みんな必死に成長しようとして、必死に雇用を守ろうとし、必死にほかの国と戦おうとして、目の前にあった社会保障という政策手段を使っただけなのである。先ほどの続きで言うと、「いかなる政策が望ましいかを分析するのは規範分析」であるけれども、結局、「＜経済の安定、もしくは成長のためには、この政策が望ましい＞という言葉は、いかなるミクロ経済学的規範分析から導き出される結論よりも、現実の政策を動かす力をもっている。そうした感覚を実感させてくれる実例が、ケインズ経済学のひき起こしたケインズ革命であった」ということになるわけで、彼が登場するまでは、社会保障というものは社会全体のなかでは片隅に置かれていた。ところが、ケインズが登場するまでは、その当時の通念、常識というのは、「資本の成長は個人の貯蓄動機の強さに依存し、われわれはこの成長の大部分を富者の余剰からの貯蓄に仰いでいるという信念」であった。ゆえに、成長はなぜ起こるかと問われたときに、貯蓄してその貯蓄したものが投資されるからだ—貯蓄量が多ければ多いほど成長はうまくいく、じゃあ貯蓄を増やすにはどういうふうになればいいのかといえば、所得を不平等に分配するのが効率的に貯蓄されるというような通念、思想が根っこの部分にあった。それを「こうした社会通念をケインズは論駁し、限界消費性向の低い高所得者からそれが高い低所得者への再分配にともなう社会の総貯蓄率の低下は、資本の成長すなわち経済成長を阻害するどころか、むしろ資本にとって有利に働くことを経済理論の側面から説いた」わけである。結局、これに対して、ケインズを常にライバル視していたシュンペーター (Schumpeter, A.J.) は、「(ケインズの) 教義は、実際にはそうっていないかもしれないが、貯蓄をしようとする者は実物資本を破壊すること、ならびに、貯蓄を通じて、所得の不平等な分配は失業の究極的な原因となることを証明し、ケインズ革命とは結局このことに帰着する」と

喝破する。

そして、ケインズの時代、目の前には大不況があった。だから、穴を掘ってそこにお金を埋めてその穴を掘り返させることによって、みんながお金を使うようにすればそれで十分有効需要は生まれる、という形で、緊急事態発生のときの答えが準備された。この緊急事態でないときに関しては、『ケインズ革命』を記したクライン (Klein, L.R.) は、「高水準の消費経済こそじつに資本主義にとって長期にわたる宿望である。〔中略〕高水準の消費を達成する最大の可能性は、現在では社会保障計画のなかに見出される」という形で社会保障をケインズ理論のなか位置づけた。

さらに当時、ハンセン (Hansen, A.H.) という経済学者は、「社会保障と社会福祉の広範かつ包括的な体制が、有力な安定化要因として着実かつ永続的に作用する。それは不況に底入れをする。それはあたかも、購買力を広く全国にわたって分配する大きな灌漑組織のような役割をする」ということを論じている。

3. 積極的社会保障政策と医療政策

したがって、私は「社会保障とは、ミクロには貢献原則に基づいて分配された所得を、必要原則に基づいて修正する再分配制度であり、マクロには、基礎的消費部分を社会化することにより、購買力を広く全国にわたって分配する大きな灌漑組織として機能する再分配制度である」と定義している。つまり、ミクロには、医療・介護、保育、それに教育も加えた生活必需品に関する消費を社会化することによって貢献原則に基づく分配で生まれてくるひずみを必要原則で修正して埋めていく。その政策チャンネルを利用しながら、実は一国のなかでの富を今度は広く全国に再分配していく、そういうマクロの経済政策でもある。

先日、吉川洋座長 (東京大学大学院経済学研究科教授) と私が社会保障国民会議で少々衝突した。彼は労働力の移動性、労働市場の柔軟性を高めてしっかりと成長の条件整備をしなければならないと言う。それに対し私は、労働力の移動性、労働市場の柔軟性を高めた方がいいことまでは認める、けれども、今、この国は、地方が優秀な労働力と相当額の資本を東京に貢ぎ物として差し出している構造になっている。そこで生まれた富というものは、東京の富ではない。それを東京の富だと思っている、自分たちの努力の成果だと思っているのは、勘違いも甚だしい。そういう自治体を「勘違い自治体」と私は読んでいるのだが、そうした自治体で生まれた富を、今度は社会保障とかいう、あるいは教育も含めて現物給付で一国全体

に還元してあげないと、これは割が合わないでしょうというような議論している。

ケインズ経済学というものを軸に考えていくと、大体そういうことが言える。ところが、ケインズ経済学は1回死んだ。その後、新古典派が勝利を収め、その新古典派がまた壁にぶつかって、そしてもう1度、過去とは若干違う形でケインズの復権が言われているのが、まさに「今」という時代なのである。

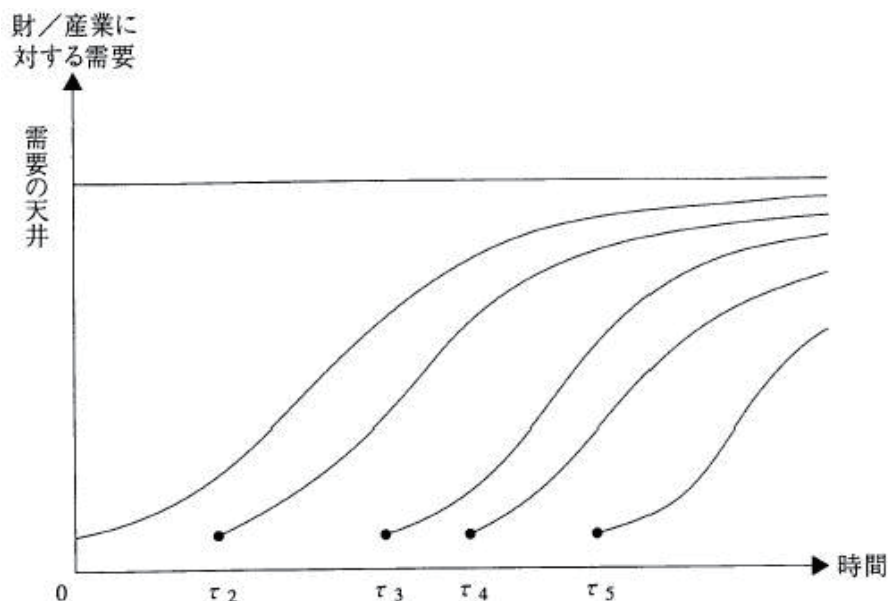
ところで、数年前に吉川先生たちが、ケインズ経済学とシュンペーターの理論を足し合わせたような成長論、青木・吉川モデルというのを出してくる。たとえば経済成長というのは、イノベーション、技術革新が必要になってくる。シュンペーターが定義したイノベーションとは、

新しい財の導入、
新しい生産方式の導入、
新しい市場の導入、
原材料の新たな供給源の開拓、
新しい組織の創造

という5つの要因である。多く人はイノベーションというと、新しい財の導入ぐらいしか考えていない。ところが、この新しい市場の導入というのは、シュンペーター流に言えば、成長をもたらすイノベーションなのである。

図15のように、いろいろな市場が拡大していくとき、その市場を全部足し合わせたのがGDP、国内総生産になる。これら各部門の変化率を加重平均したものを一国の成長率だと近似してよいのだが、現在の日本には、明らかに医療・介護には莫大な潜在需要がある。たとえば、住宅減税といっても、住宅需要がある程度飽和しているのならば減税の効果は見込めない。だから、住宅減税の効果はかなり不確実でしかない。しかしながら、医療・介護にはもう明白に、教育のところも明白に需要が存在する。その部分を狙って需要拡大していくという、積極的社会保障政策というものがあるってよいのではないか。

図 15 個々の財／産業における需要の成長パターン



出所) Aoki/Yoshikawa (2002) p.135.

注) τ_i は i 番目の財／産業が誕生した時点

多くの人がケインズ政策というとき、不況になったときに財政赤字を出して、有効需要をつくって、そして景気が戻ってくれば黒字財政にして過去の財務を償還していくというように考えているが、ケインズが言いたかったことはそれに留まらない。

ケインズ経済学の根っこにある考えは、社会全体の生産力が高まって社会が豊かになればなるほど需要不足になっていく、この問題にどのように対処するかということである。所得が上昇するにつれて、国内で安定的に需給のバランスが取れるように国内の消費水準を上げていくということが必要になってくるのではないか。それをハンセン (Hansen, A.H.) らが、社会保障こそその役割を担っていけばよいのだという理解の仕方で受け止める。そして、地域に対しても均齊的なバランスの取れた成長を取ることができるという理解の仕方もする。社会保障の現物給付を充実させていけば、確実に雇用も生まれてくる。先日の社会保障国民会議のサービス保障 (医療・介護・福祉) 分科会でも、将来的には 1.7 倍程度の医療・介護の労働者が必要になるという試算が示された。

ただ、医療・介護の労働力を、今後人口が減少するこの国の労働市場から、どのようにして惹きつけるかということは別問題である。黙って見ていて、医療・介護の職員が 1.7 倍に増えるわけではない。医療・介護への財源投入をするように、政府を誘導していかなければならない。政府、要

するに政治家には、「俺が金を持ってきてあげたのだ」と言いやすい公共事業の方が、魅力的に映るものである。公共事業というのは、古典的なケインズ理解とかなり整合性をもつものであり、古典的なケインズ政策では、政府の支出先は、政治家に任せておけばことが済んでいた。だが、これからは違う。医療・介護、保育・教育という、そこに需要が確実にあり、それが国民を確実に幸せにする政府の支出先というものがある。しかしながら政治家が自分の選挙区の有権者に、自分の活躍の成果を説明しづらいこれらの領域は、政治家にとっては公共事業と比べて魅力的ではない。そのあたりについて、私は、次のように書いている。

「青木・吉川モデルにはひとつの弱点はある。それは、旧来のケインズ政策よりも、政策の実行可能性が低いということである。伝統的なケインズ政策、すなわち、補整的財政政策にも実行可能性という点では弱点があった。その弱点はハーヴェイ・ロードの前提として知られている。つまり、ケインズが生まれ育ったケンブリッジのハーヴェイ・ロードに住む紳士たちと、現実の政治家とは違う。不況期に赤字財政を通じて景気回復を図ることは政治家は協力するが、その逆、すなわち好況時に黒字財政を実現するために税率を引き上げたりして景気の引き締めをすることには政治家は協力しないという、補整的財政政策の非対称性という問題である。この補整的財政政策の非対称性という問題に加え、青木・吉川モデルにもとづく政策は、不況期においても政治家の支持を得られない可能性があるという弱点をもっている。というのも、旧来のケインズ経済学に基づけば、不況期に行われる公共投資の投資先は、政治家の裁量に任せることが許された。ケインズが、『大蔵省が古い壺に銀行券をつめ、それを廃炭坑の適当な深さのところへ埋め、次に都会のゴミで表面まで一杯にしておき……民間企業に再び掘り出させる』だけで効果があると言っているのであるから、投資先を議論する必要はまったくなく、いわば、政治家間の力関係に依存した分配に任せておいてもよかった。しかしながら、青木・吉川モデルにもとづけば、誰かがどうにかして、新しい需要を創出する可能性のある財の生産、産業の育成に向けて、公共支出が行われるように働きかけなければならない。青木・吉川モデルの政策への適用は、財政支出のあり方、さらに予算編成のあり方を変更せざるを得ないことになるため、旧来の補整的財政政策の実行よりも、はるかに難しい政治的障害に直面することが予測される。」

現在は、下に韓国とトルコとメキシコの3カ国しかないほどに税や社会保険料を負担していない。こんな状態で、まともな社会保障などできるはずがない。まずは、社会保障のための財源を国にいったん預ける、いった

ん預けて再分配として必要原則に応じてこれを給付してもらおう。社会保障の考え方は、民間保険会社や医療危機、製薬業界の利益とは相反する側面が強いのであるが、いかんせん彼らのポリティカルパワーがあまりにも強過ぎる。彼らは資本の力に任せて情報源さえ押さえ、国民の選好をコントロールしている。これを私は、資本主義的民主主義と呼んでいるのであるが、今日の資本主義というのは、各国が資本主義的民主主義の状況にある。そのうえ、日本では、公的な医療が重要だと考え、公的な医療が疲弊していることから直接被害を被っている医療関係者やその団体が、負担増反対、消費税反対、埋蔵金があるではないかというような浅はかな財源調達論ばかりを唱えてきた。本当は彼らこそが負担増を言わなければいけないのに、そうした「計数感覚に欠ける善良な市民」の信念こそが、この国の医療を今の状況に陥らせた最大の原因ではないか、というのが私の感じているところである。

信頼できる医療体制の確立へ
—「医療改革」読売新聞の提言—

読売新聞東京本社医療情報部長

田中 秀一

はじめに

読売新聞では、2008年10月16日の朝刊の紙面8ページを使って、今、危機にある医療をどうしたらよいかということを提言した。

主な内容として、まず緊急に取り組むべき5項目を挙げた。第1に、医師不足の解消を、現在国民が最も心配していることだと考えて挙げた。その対策として、家庭医を計画的に配置することを提案している。

2番目に、評判がいい言葉ではないが、「たらい回しの防止」を挙げ、その対策として、救急医療に開業医も病院の救急外来などに積極的に参加すべきであるとしている。

3番目に、病院勤務医の待遇問題。これは、診療科によって大変激務であるにもかかわらず報酬などが少ないという理由で、医師が病院から流出している分野があることから、そういう診療科の医師の給与を引き上げるべきだとしている。

4番目として、高齢者のケア。これは高齢化が急速に進み、介護の現場は非常に深刻な人手不足などに直面しているが、それを解消するために、職員や施設の待遇を改善すべきであると述べている。

5番目に、社会保障費。現在、小泉構造改革以来の社会保障費の抑制策が続いているが、それを転換すべきであると主張した。

また、信頼される医療への構造改革として、以下の5つの柱とそのための具体的な対策の項目を挙げた。

- (1) 医師を増やして偏在をなくそう
- (2) 医療機関の役割分担と連携強化
- (3) 医療の質を高めて安全性を確保
- (4) 高齢者医療を介護と一体で充実
- (5) 給付と負担の新ルールをつくれ

1. 今、なぜ「医療改革の提言」をしたのか

2008年4月、読売新聞では「年金制度改革」提言を行った。これは最低保障年金を創設するという内容であった。しかし、社会保障は、年金だけではなく医療・介護・年金の3本柱を総合して考えるべきものであるという観点から、現在、十分な医療や介護を受けられないのではないかとこの不安が国民の間にあり、それが将来の不安にもつながっているという認識を強くし、年金に次いで「医療改革の提言」を行うべく、同年5月に取

材班を編成してその作業を開始した。

では、社内でのどのような体制をとったかという点、まず社会保障研究会という組織を編成した。これは読売新聞東京本社の社長（社内では編集主幹と言っている）を座長として、編集局の各部、医療情報部、社会保障部、（この医療情報部と社会保障部はほかの新聞社にはない専門セクションであるが）を中心として政治・経済・社会・科学・地方部等の各部の記者、そして論説委員からも人材を集めた。また編集委員や社内シンクタンクである調査研究本部の医療担当記者も加わって、総勢およそ 30 人で取材や検討を行った。

具体的には、4 つの分科会をつくり、まず、医療提供体制、主に医師不足問題をどうするか、2 番目に医療の質と安全、3 番目に高齢者医療と介護の問題、最後に財源問題と各グループに分かれて取材・検討をした。その間、取材と並行して医療制度や医療経済に関する専門家、そして地域医療の第一線で活躍する医師、厚生労働省の政策担当者らを招いて勉強会や討論を行った。

2. 基本的考え方

提言をする場合の基本的な考え方として、まず、日本の医療は、安くて、良質で、自由に受けられるということが求められてきたが、この 3 つが同時に満たされることはあり得ない。今、国民はそのうちのどれかを我慢しなければいけないであろう。では一体何を我慢するかということである。

2 番目として、現在の医療のひずみは、社会保障費や国民医療費の行き過ぎた抑制政策のツケであって、このような医療費・社会保障費の抑制政策はもうやめるべきであるとの認識で一致した。

3 番目に、医療は公共財であるということ。今、患者は保険証があればどここの医療機関でもいつでも自由に診療を受けられるが、これ以上勝手な医療の使い方は許されないであろう。同様に、医療を提供する側も無制限な自由はもう許されなくなっているのではないか。これは医師の配置問題等を考える場合の基本的なスタンスである。

そして、最大の眼目は、当面は医師不足の解消と安定した医療提供体制の確立であろうと考えた。それは国民の不安を解消するためには不可欠の課題である。

3. 医師不足問題

(1) 現状

2004年以降、全国で500医療機関が診療科を閉鎖した。その主な原因は、大学の医局が医師の派遣を打ち切ったことである。日本医師会の調査では、回答した大学医局の7割強が、約3,000医療機関への医師派遣を減員または中止したことが明らかになっている。さらに、その原因として、一部では2004年から始まった新医師臨床研修制度が挙げられ、実際に、この研修制度によって大学の医局は医師不足が非常に深刻になってしまったので、医師不足解消にはこの義務研修をやめるべきだ、といった主張もある。

しかし、私どもは、この主張は見当違いではないかと考えている。というのは、研修制度の問題は医師不足が表面化したきっかけに過ぎないであろうと考えるからである。そして、医師不足の真の原因は、医師が少ない一方で、病院の数が多過ぎることにあるのではないかと考えている。そのほかに、医療の質が変わってきて、医師の業務が大変増えてしまったことも大いに関係している。また、高齢化に伴い、複数の病気をもつ高齢患者が増加し、それによって医療需要が増えたことや、医療が高度化・複雑化して、さまざまな診療科の医師や職種が協力して行うチーム医療が必要になり、治療にこれまで以上に人手がかかるようになったこと、さらにインフォームド・コンセントにより、患者に説明する時間がかかるようになったことなどが関係している。このように、いろいろな要因が複合的に絡まって医師不足につながっていると考えることができる。

医師が少なくて病院が多いという話を補足すると、OECDのデータで各国の医師数を見ると、人口1,000人当たりでイタリアでは3.7人、ドイツで3.5人、フランスでも3.4人、これに対して日本は2.1人しか医師がない。一方、病床の数では、日本は人口1,000人当たり14床、イギリスは3.6床、アメリカは3.2床ということで、病床の数が非常に多い。これを均すと、日本は医師1人が欧米の大体3~4倍の患者、あるいはベッドを抱えている。つまり3~4倍、欧米の医師より日本の医師は忙しいということになる。

それでは、医師不足対策をどうしたらいいのか。厚生労働省の「安心と希望の医療確保ビジョン」検討会は、2008年9月、医学部の定員を1.5倍に増やすべきだという提案を行った。これだけ増やせば医師不足は解消するのではないかと考えられたわけだが、これは果たして現実的なのかという問題がある。

1.5 倍に増やすとしても、今、医学部でそれだけ学生を教える指導教官がいるのかということが1つ。それから、それだけ定員を増やせば、入学する学生の質も当然低下するであろうということが1つ。そして、医師を増やした分だけ当然医療費も増えることが予想され、医師1人の養成に大体1億円かかると言われているが、そのような財源がすぐ用意できるのか。もちろん、政府がそのような財政支出をすると決断すれば可能だが、現時点はなかなかそういう機運がない。これらを考慮した結果、2割程度増やすと、医師の総数は2025年には現在より2割程度増えて34万人になるという試算のもとに、当面は医学部定員を2割程度増やすのが妥当であろうと提言した。

(2) 医師を増やすだけでよいのか—計画配置と自由標榜制

医師の養成には10年程度かかる。医師の総数を増やしたとしても、産科や小児科、救急など、勤務が過酷な診療科が今の若い人たちに敬遠され、それらの診療科の医師不足は解消されないのではないかという恐れがある。そこで提案したのは、診療科ごと、あるいは地域ごとの医師の偏在・不均衡を是正する必要があるということである。

医師不足を招いた要因のひとつとして、診療科や地域を自由に選択できることがある。そこで、診療科の偏在を解消するために、医師の計画配置を提唱した。これには、まず、後期研修医を対象にすることを考えている。現在、初期研修にはマッチングが行われていて、病院ごとに定員があるわけだが、後期研修にはほとんどなく、一部の大学では、3年目4年目の後期研修医が非常に多いと聞いている。その反面、地方ではそういう年代の若い医師たちが大変少なくなってしまったので、それを調節することに意義があるのではないかと考えている。従来は、大学の医局の教授の判断で「君はここに行きなさい」というように医師の派遣先を決定していたが、新しい研修制度が始まったために、医師たちが自分で研修先を選ぶようになり、大学医局の力が低下し、その結果、都会の病院であるとか、あるいはあまり当直や呼び出しがない診療科に集中してしまう、といった現象が起きている。

具体的には、後期研修医を対象に、診療科ごとに、医師の定員を設けて計画的に配置する。従来、大学医局が行ってきた医師配置を、第三者の公的機関を設けてそこが行う。自治体や医師会、大学病院、基幹病院などが参加して、都道府県ごとにある地域医療対策協議会を母体にして配置機関とすべきである。

ところで、この提案には当然反発があることを私どもも予想をしていた。

というのは、医師は勤務する診療分野や地域を自由に選ぶことができるという現在の仕組みを大きく変えるからである。医師の職業選択の自由を侵害するのではないか、強制的に医師を配置するのか、という批判も予想しており、実際にそのような声も届いている。しかし、決して強制配置をするのではないということを強調しておきたい。医師の希望を尊重する形で、現在、初期研修で行っているマッチング制度をこの後期研修にも採用する。そして、診療科や地域の定員を設けて行うことを考えており、決して強制ではないことをご理解いただきたい。

欧米では、医師の計画的な配置がすでに実施されている。たとえば、フランスでは国が地域や診療科ごとに必要な医師数を調査し、病院ごとに受け入れる研修医の数を決定している。医学生は競争試験と呼ばれる国の試験を受けたうえで、成績上位の学生から順番に希望する診療科や地域で研修を受けることになっている。その結果、希望どおりの診療科や地域の病院に配属される医師は1割程度で、毎年約5,500～6,000人の医学部卒業生の約半数は、心臓外科や脳外科などの専門科に進むということである。ドイツでは、州の医療圏ごとに人口当たりの医師定数を設けており、定数の110%を超える地域では、保険医として開業することができないというルールを定めている。

また、アメリカでは医療団体や市民らでつくる協議会が、心臓外科や脳外科など24の分野について専門医研修を行う病院を選定している。そして、研修医1人当たりの症例実績が十分にある病院を対象に、募集枠も実績に応じて決めるということを決めている。それぞれやり方は違うが、これらは医師の計画配置と呼べるやり方だと思われる。こういった国々では、医師の職業選択の自由を侵害しているといった議論にはなっていないと聞いている。

次に、自由標榜制をどう考えるかということだが、現在日本では、極論すれば、大学病院で眼科の診療をしていた医師でも、ある日突然内科医として医院を開業することができるということになる。このような自由標榜制は、世界的に見ても特異な制度であろうと思う。そして、この自由標榜制を前提にしている限り、医師の適正配置は実現できないため見直していく必要があるだろうと考えている。なぜならば、医療は公共財という視点で考えるべきなので、無制限な自由は、やはり医師・患者双方とも許されないであろうという視点に立っているからである。

(3) 医学部入学における問題

医学部の学生には、非常に優秀な学生が多い。大学では医学部一人勝ち

と言われているそうだが、地方の国立大学では、ほかの学部の偏差値が 40 とか 45 ぐらいであっても、医学部の偏差値は 60 というように断然高い大学がほとんどである。地方の国立大学医学部には、大都市出身の学生が大変多く集まっている。その学生たちは、一部は地方に残るが、多くは卒業後都会に U ターンしてしまうという現状がある。ある地方大学の医学生から実際に聞いた話だが、地方の医学部は自動車教習所と同じだと考えていると言うのである。

これはどういう意味かということ、運転免許を取るときに、地方の自動車教習所は合宿教習といって 2 週間程度合宿する。つまり、免許を取ることができたら、その地方には用がなくなつて東京に戻っていくわけだが、それと地方の大学医学部は同じであるというような意味である。このような状況のままでは、大学が地域医療を守る責務を果たせないのではないか。公立大学の医学部は、1970 年代に国の 1 県 1 医大構想の下、地域医療を充実させるために各地で医学部の設置や整備が行われた。現在、地方の大学の一部では、定員 5~10 人の地域枠をとっているが、地元高校出身者を優先的に入学させるというこの制度をもっと拡大する必要があると考えている。それと同時に、偏差値一辺倒の入学試験というものも見直していく必要があると考えている。

(4) 医師に集中する様々な業務

医師に集中している業務の分担というのも、やはり重要であろうと考える。現在は、カルテだけではなく、いろいろな同意書などの書面も医師が作成している病院が多いかと思うが、医師以外でもできるであろうことは、たとえば医療秘書、クラークといわれる人たちが分担し、そうした職種を増やしていく。また、訪問看護や介護施設などの場では、医師に代わって簡単な薬の処方をしたり、あるいは麻酔科医の指示のもとで手術患者の管理に当たったりする専門看護師を養成する、このようなことを検討すべきではないかと提案している。

実際、アメリカでは、軽症患者の診察や薬の処方を行うナース・プラクティショナーと呼ばれる人たちが、在宅や病院外来の一部で活躍している。日本でも、大分県立看護科学大学で、2008 年度から大学院修士課程においてナース・プラクティショナーの講座を開設し、養成を始めている。現状では、法律上の壁があつて、この方たちが大学院を出てもアメリカのような診療はできないが、今後、こういう方たちが活躍できる場を提供するように法改正なども考えていかなければいけないのではないかと。

4. 救急医療

(1) 現状

2008年10月、脳出血を起こした妊婦さんが都立墨東病院など8病院に断られた末に亡くなり、救急医療の抱える問題点が一気にクローズアップされた。読売新聞では、他にも埼玉県の21歳の主婦のケースを取り上げるなどしているが、このようなことは日常的に起きているのではないか。

本筋からそれるかもしれないが、医師の間では「たらい回し」という言葉はよくない、この言葉はやめるべきであるという議論がある。その理由は、受け入れ拒否をしているのではない、受け入れたくても受け入れられないのだという。実際私どもにも、「たらい回し」とか「受け入れ拒否」ではなく、「受け入れ不能」というふうに表記してほしい、というような要望もある。確かに、病院からみればそうなのかもしれないが、仮に受け入れ不能の病院ばかりであれば、患者からみれば、結果として、「たらい回し」以外の何物でもない。結局、「たらい回し」という言葉はやめるべきだというのは病院の事情であって、患者からみるとそうではない、患者の視点を欠いた議論だと考えている。また、これより適切な言葉が見当たらない。

(2) 救急医療対策の2本柱

救急医療の問題を、どのように解決していったらいいのかということで、2点挙げた。1つは、開業医が病院の救急外来などに積極的に参加していくこと、2つ目は、24時間体制のER、これは緊急救命室とか救急治療室と訳されるが、そういった救急病院を全国に整備していくことである。

まず、開業医の病院救急の参加については、時間外の軽症患者は、地域の開業医、かかりつけ医が診るのが本来の姿ではないかという考え方に基づいている。多くの地域の医師会では、当番医や休日・夜間救急センターを設けて救急医療を実践しているが、大変残念なことに、そういった急患センターがあっても、患者はそれを素通りして病院へ行ってしまうという実態がある。病院のほうが、検査設備が整っているので安心であるという患者の大病院志向のため、せつかくの開業医の力を生かしていない現状である。

そうであるならば、開業医が自身の診療所で頑張る姿勢もとても大事なことだと思うが、そういった開業医の先生方に病院に来ていただき、そこで救急外来を受け持ってもらえることになれば、患者の病院志向という状況のなかで、開業医の力を発揮できるのではないかと考えている。

前述の墨東病院の例では、クリニックの開業のドクターが妊婦の受け入

れ先としていろいろな病院を探したということだが、そうではなくてクリニックの医師自らが患者を連れて病院に駆け込んで治療にあたればよかったのではないかと私どもは考えている。実際に、墨東病院では3~4年前に、医師不足で診療体制が限界であるということで、このクリニックを含む周辺の開業の医師に交代で救急をやってくれないかという打診をして内諾を得たという経緯がある。しかし、開業医が墨東病院に詰めて産科の救急を行うという合意はしたが、この話を東京都庁の病院本部にもっていったところ、そんなことはとんでもないと却下されてしまったというのである。その理由はよくわからないが、都立病院の施設になぜ開業医を入れなければいけないのかというような、都側に非常に柔軟性を欠いた思考があったのではないかと想像している。最近、この問題があつてから、その話をもう1回都立病院と地元の医師会で話し合いをしていると聞いている。

次に、ERとは、とにかく患者を受け入れ、受け入れた後、応急処置をして、それ以上に手術などが必要であれば各診療科に回すという病院である。ここで例を紹介する。沖縄県の中部、沖縄市に中頭病院というERがある。この中頭病院を含む3つのERで、同県中部地区の35万人の人口をカバーしている。ここでの重症患者の搬送状況について調べたところ、救急隊からの依頼に対して99.3%が最初の要請で受け入れ、残りの0.7%も2カ所目の要請で搬送先が決まっていたということで、中頭病院では、ERは、救急患者の受け入れ拒否を減らすのに有効であると、その効果を強調している。

(3) 患者側の問題—保険免責とフリーアクセス

救急医療の問題を患者側の問題としてみると、多くの軽症の患者が救急外来に押し寄せていることが、救急医療を疲弊させる一因だと考えられる。外来の受診回数は、日本は年間13.8回で、アメリカの3.8回、イギリスの5.3回に比べて非常に多い。それには風邪など軽症の場合も多く含まれるので、そういった場合は、保険免責にすることが可能かどうかを、社内で検討した。医師会を始め、医療関係者からは、このような考え方には当然反対されると思うが、なぜこのようなことを考えたかということ、保険というのは本来医療費がかさんで家計が破綻するのを防ぐための相互扶助システムである。しかし、風邪の治療費で家計が破綻するおそれはないだろう、ということでこのような検討をした。実際に、自動車保険ではそのような免責事項があつて、5万円とか10万円以下の軽微な物損事故では保険会社は免責される。これは民間保険では非常に当たり前の考え方である。ただ、医療の場合は、そのような民間保険と同様にはいかないであろうと

いうことも議論した。医療の場合は、患者は自分が軽症であるかどうか判断できるとは限らないので、自己負担になったらどうしようということで受診を控えて、結果手遅れになるかもしれないという反論も当然予想される。しかも、現在、患者の窓口負担は3割と決して少なくない金額であり、そのうえにさらに保険免責で自己負担ということになると、かなり患者からの反発も予想されるということで、今回の提言には盛り込まなかった。

しかし、医療現場では、私どもが見送った保険免責という考え方が、実はもう始まっているのではないかと思われる。それは、時間外の救急患者から加算金を徴収する病院が最近非常に増えているという実態である。2008年4月、「救急患者数の適正化を図るために、緊急性、重篤性がない患者様からは、時間外・休日加算を自費診療として負担していただくことになりました」というお知らせを貼り出した静岡県の焼津市立総合病院を紹介した記事によれば、それまでは1日80人いた時間外の患者が、導入後1日50人へと4割減った。一方で、重症の入院患者数は1日7~8人で以前とほぼ変わっていない。つまり、減ったのは軽症患者だけであり、その病院の思惑が非常にうまくいったということになる。これにならって、近隣の3つの公立病院も、相次いで同じような加算金の徴収を始めたということである。

こうした時間外加算金は1992年に制度がスタートしたが、2008年12月に読売新聞が行った全国調査によれば、導入していることを地方厚生局に届け出ている医療機関は123病院であった。金額は非常にばらつきがあり、医療機関によって最高で8,400円、少ないところは300円とかなり幅がある。そして、いちばん金額が高い8,400円の山形大学医学部附属病院に聞いたところ、時間外の患者は3割減少したということであった。ただし、重症の入院患者はかえって増えたと言う。その理由を聞くと、恐らく、重症者の治療に専念できる余裕ができ、重症患者の受け入れが増えたのではないかと大学病院では分析をしていた。

このように私どもが見送った保険免責の考え方は、実際の医療現場では広がり始めているという状況がある。これは救急医療を守るためにやむを得ない対策のひとつであろうと考えている。

5. 高齢者医療・介護の問題

現在、社会的入院患者は30万人ほどいると言われている。さらに、どの施設にも入れずに自宅での介護地獄にあえぐ家族もそれ以上にいるのではないか。その背景にあるのは、介護現場の深刻な人材不足であり、介護

施設の経営の悪化であると考えている。ある世田谷の特養ホームでは、3カ月で8人の職員が辞めてしまった。2人は夫の転勤、2人は腰痛などの体調悪化が原因、残る4人は介護ではなく別の職種に移ったということだが、そのなかの1人の30代の男性は、寿退社だったという。寿退社というのは、世間では女性社員が結婚するときに使う言葉だが、介護業界では男性の介護職員が結婚や子どもが産まれる前に、このままの収入では生活できないために辞めていくことが「寿退社」と呼ばれているという。介護の業界ではこのような「寿退社」が大変多く、非常に深刻な問題となっている。介護施設の職員の平均給与は、年間300万円弱、280万円ぐらいと言われているが、それは全産業の平均給与のほぼ3分の2の金額である。これではあまりにも低過ぎるので、私どもは介護職員の給与の抜本的な引き上げをすべきであり、そのためには介護報酬を大幅に引き上げる必要があるという提言をした。

政府は、来年度の介護報酬を3%引き上げると発表し、これまでの引き下げから比べると方向転換をしたと言えるが、3%ではとても介護職員の待遇改善や施設の経営改善は難しい。さらなる大幅な引き上げが必要であろうと考えている。

6. 医療の財源問題

これが一番重要な問題である。現在の医療現場の疲弊の最大の要因は、医療への投資や財政支出を怠ってきたことにあると考えられる。実際に、日本の医療費は国際的にみても大変少ない。日本の総医療費は対GDP比で現在8%ぐらい、アメリカは15%、フランス・ドイツも10%を超えていて、主要国のなかでは日本は最も低いのが現状である。これは、診療報酬が改定されるたびに引き下げられてきたことも大きな要因となっていると思う。

一方で、政府の支出が道路とか公共事業に多く使われているのが日本の現状である。少し古い数字なので現在は傾向が変わっているかもしれないが、OECDデータでは、日本ではGDPに占める公共事業費の割合は、約6%である。ちなみに、アメリカは2.2%、フランスは2%、イギリス・ドイツは1.5%ということで、欧米主要国に比べて日本は3~4倍道路やダムにお金を投じていることになる。これを金額で示すと、日本は28兆4,000億円で、アメリカとほぼ同額である。

アメリカは日本の国土面積の25倍なので、国土面積で比較すると日本はアメリカの25倍公共事業費を使っていることになる。イギリスやドイ

ツ、フランスは日本より1桁少ない一方、国土面積も同じくらいであるため、国土面積比でいうとヨーロッパの国に比べても日本は10倍前後使っている計算になる。

一方、社会保障費はどうかというと、同様にOECDデータによれば、2003年時点でGDP比に対する社会保障支出がフランスは28%、ドイツは27%で、ヨーロッパ各国は軒並み2割を超えている。アメリカは16%で対象29ヶ国中26位、日本は17%でアメリカと同じ低い水準にある。つまり、日本は公共事業に欧米の3~4倍お金を使って、社会保障には半分強しか使っていない。公共事業と社会保障に対する支出の考え方が全く欧米と逆であると言える。

このような支出のあり方を変えるべきだということを今回の提言の眼目に据えて、診療報酬を抜本的に引き上げる必要があり、なかでも病院には手厚くする必要があると考えている。現在、社会保障費の自然増分から2,200億円を毎年抑制することになっているが、このような政策は直ちにやめるべきだと主張した。そして、いわゆる土建国家から社会福祉国家に転換すべきときが来ていると考えている。

おわりに

今、100年に一度の経済危機と言われている。政府も財政支出を大幅に増やしているわけだが、この中身は従来とほとんど変わっていない。一体どこが100年に一度の危機に対処する政策なのかが、ほとんど見えないような内容である。もし本当に100年に一度の危機であるなら、相応の対策を立てるべきであり、その1つは、社会保障に抜本的に支出を増やすことではないだろうか。

社会保障に対する日本の国民負担率は欧米に比べて高くなく、まだ日本は社会保障に対しての支出を増やす余力がある。その具体的な方策として、消費税を引き上げるべきである。消費税を社会保障目的税として2011年度までに税率を10%に引き上げる。ただし、生活必需品は5%の軽減税率を用いる。税率10%で増える税収は、軽減税率の分を差し引くと実質4%分、2008年度の予算ベースでは10兆4,000億円になる。この10兆4,000億円のうち、月5万円の最低保障年金の創設などを求めた年金改革に2%強を使う。残りの2%弱、4.7兆円が医療・介護に回せるという試算をしている。これは社内の試算であり、どの程度医療を手厚くするかによって金額は大きく変わるものの、その程度の金額は使えるだろうということである。

この提言に対していろいろな専門家の皆様から反響をいただいた。日本医学会の高久文麿会長は、医療は公共財という視点はそのとおりであるし、医療にもっとお金をかけよという提案は、これはもう医療現場の皆が考えていることだということをおっしゃってくださった。また、諏訪中央病院名誉院長の鎌田實先生は、医師の計画配置はぜひ必要なことである、ただし、地域ごとに定員を定めても医師が適正に配置できるかどうかには疑問があるという意見をいただいた。併せて、地域医療に興味がない医師を配置しても、よい医療は期待できない、たとえば、やる気のある若手医師が地域医療に熱心な病院で研修を受けて力をつけたら大学で専門医療を学べる、というような仕組みをつくってはどうかという提案もいただいた。また、その間の手当は国が保障する。こうした動機付けをしたほうが医療過疎を解消するには効果的であるということも指摘していただいた。日本医師会の竹嶋副会長にも、地域の救急医療の実情をいちばんよく知っているのは地域の医師会である、地域の特性を生かした救急対策をとっていきたいというお話をいただいた。

ちなみに、この提言には読者からいろいろな意見をいただいたが、総じて3分の2ぐらいは賛成である、残りの3分の1ぐらいはちょっと納得しかねるというものであった。医師の計画配置の提案に対して、強制的な配置ではないかといった意見がある一方、医師不足について真剣に悩み、医師の計画配置は欠かせないのではないかと考える方々も多いという実感がある。

このようにいろいろな提案が出てきて議論が行われることが非常に重要なことであり、私どもの提案を1つのたたき台にして議論が広がると大変有難いと考えている。

医療における公共部門の役割と財政改革

立教大学経済学部教授

池上 岳彦

1. 原則からとらえた公共部門の役割

国民に向かって医療の問題を語りかける場合、なぜ市場経済に任せているとうまくいかないのかという議論をしなければならない。それを考える際に、いろいろな原則があるが、まず、国は国民の生存権や幸福を追求する権利を保障する、ということが日本国憲法に明記されている。これは誰も否定しようがないし、いくら強調しても、し過ぎることはない。問題は、それをどう実現していくかということにある。

国民の誰もがいつ怪我をしたり病気をしたりするかわからないという現実のなかで、医療を語るときに、患者は受益者であるという人もいるが、私はそうではないと思う。いま述べたように、患者は国民として一外国人も含めて一健康な状態に戻る、つまり、生きて幸福を追求する権利をもっているからである。ようするに、特別な受益者ではなく、健康状態を回復する権利をもった人間だということらえ方をすべきであり、いま健康な状態にある人も含めて、国民の納める保険料あるいは租税が医療に使われるのは、ある意味当然のことである、ということを実原則としなければならない。

医療の世界では、消費者の立場からみた「完全情報」とか「消費者主権」という言葉は成立しないといつてよい。たとえば、お腹が痛いとか、急に立っていられない状態になっても、なぜそうなったのかが自分ではわからない。なぜならば、私は医師の国家資格も医学の知識ももっていない、いわば素人である。お腹が痛いといつても、胃が悪いのか、腸が悪いのか、その他の内臓のどこかが悪いのかわからない。誰がそれを治せるかもわからない。どのような治療が必要かもわからない。どの程度治療費がかかるかもわからない。要するに、苦しんでいる人が医療サービスを選択することは非常に困難であつて、消費者、患者の立場からすればわからないことだらけである。

経済学の分野では、「情報の非対称性」という議論をするときに、中古車市場や生命保険を例にとつて、中古車を売る人が自分の持っている車の欠陥を隠して売ろうとするとか、生命保険に加入しようとする人が自分の病気を隠して入ろうとするとか、一般国民の側が優越的な情報をもっている、と仮定することがある。医療に関しては、その反対に、基本的には医療を提供する側に優越的な地位がある。それは、医学に関する知識、経験、あるいは設備などをもっているためであり、ここが普通のサービスとの大きな違いである。

このような理由により、医療にかかわる公共部門は、「国民全員が潜在的には患者である」との見地に立って、その立場で介入する必要性がある。

つまり、国民すなわち患者が適切な治療を受けて健康を回復することができる、その権利を保障するのが公共部門の重要な役割である。具体的には、民間、公立、国立もあわせた医療施設と人材を確保し、サービスの質や量を保障する必要がある。また、そのためには国家資格を含めた人材養成システムや、医学、薬学に対する研究支援、医薬品に対する許認可なども当然必要となる。こうした基本的なところを、まず確認しておかなければならない。

また、公的医療保険には、保険料だけではなく租税も使われている。たとえば、国民健康保険のなかにはかなり国庫負担、つまり租税が入っているし、他の制度にも保険料や租税という公的に徴収された財源が使われている。それが診療報酬もしくは薬剤費という形でサービスを行う側に支払われ、患者に医療が提供される仕組みになっている。

そこで必要な論点は、被保険者たる国民が医療サービスを受けようとするときに、患者負担は必要なのか、あるいはどの程度必要なのかという問題である。現在、医療保険の患者負担は通常 3 割となつてはいるが、3 割負担が必然という根拠はない。過去には、被保険者本人は初診料を除けばゼロだった、あるいは家族が患者の場合は 5 割負担だった、という時期もある。それは制度としてそのように決めたのであるから、変更できないものではない。

財源の面では、何らかの形で目的税的な仕組みが必要か、という問題がある。昨年（2008）には、読売新聞が消費税を「社会保障税」に名称変更することを提言したが、過去を振り返ると、1994 年に当時の細川護熙総理大臣が消費税（当時は税率 3%）を廃止し、「国民福祉税」（税率 7%）を導入しようとしたことがある。こうしたことは、単に名称を変えることの是非も含めて、当然議論していかなければならない。

2. 日本の医療費と財政規模

（1）医療費

2006 年度の国民医療費は、33 兆 1,276 億円であった。財源別の内訳は、保険料が 49%、そのうち被保険者は 29%、事業主負担が約 20%。公費、つまり租税負担が 37%、患者負担が 14%である。患者負担は通常 3 割だが、生活保護などの公費負担医療があり、また乳幼児や小児の患者負担は市区町村によって制度が多様である、あるいは高齢者については通常 1 割負担となる、といった理由で、全体を通しては 3 割には達しない。

医療に関する国際比較を、OECD のヘルスデータ（2008 年版）に基づ

いて行ってみよう。日本の国民医療費は GDP 比で 8.1%、購買力平価換算した米ドルで見ると人口 1 人当たり 2,578 ドルである（表 1）。

表 1 国民医療費の国際比較【2006 年】

	国民医療費			平均寿命 (歳)		乳児 死亡率 (%)
	GDP 比 (%)	1 人当たり額 (米ドル)	公的支出の 割合 (%)	男	女	
日本	8.1	2,578	81.3	85.8	79.0	2.6
アメリカ	15.3	6,714	45.8	80.4	75.2	6.9
カナダ	10.0	3,678	70.4	82.7	78.0	5.4
イギリス	8.4	2,760	87.3	81.1	77.1	5.0
フランス	11.0	3,449	79.7	84.4	77.3	3.8
ドイツ	10.6	3,371	76.9	82.4	78.0	3.8
スウェーデン	9.2	3,202	81.7	82.9		2.8

注:1) アメリカ・カナダの平均寿命及び乳児死亡率及びイギリスの平均寿命は 2005 年。
資料: OECD Health Data 2008 (Version: December 2008) により作成。

日本は、ここに挙げた国のなかでは、GDP 比、金額とも最も低い。しかし、医療費に占める公的支出の割合では、日本は 81.3% で比較的高い。イギリスが最も高く、それに次ぐスウェーデンと並ぶレベルである。逆に、アメリカは公的制度ではない部分が多いことが示されている。では、医療のパフォーマンスをどうやって測るかということだが、たとえば平均寿命や乳児死亡率という指標で確認すると、日本は平均寿命が女性、男性とも最も高く、比較的長生きできるのだから、パフォーマンスは良いといえる。逆に、乳児死亡率は日本が最も低いので、これも良い。つまり、全体としてみると日本のパフォーマンスは相対的に良好である。

一方、民間医療を中心とするアメリカはといえば、莫大な医療費、つまり GDP 比 15.3% の医療費を使っているけれども、平均寿命はこの表のなかで最も低く、乳児死亡率は逆に最も高いので、パフォーマンスはあまり良くない。すなわち、日本やイギリスのように公共部門の役割が大きい国では、医療費のコントロールができていくことになる。日本とイギリスは、このなかでは比較的医療費の水準が低く、逆に低過ぎることが問題だという指摘がなされている。

(2) 社会保障給付費

厚生労働省が発表した社会保障給付費の対 GDP 比で、日本の 2001 年の数値、2025 年の推計値を見る（表 2）。

表 2

社会保障給付費の対 GDP 比

(単位：%)

	年 金	医 療	福祉等	合 計
日本 (2001 年)	8.5	6.1	2.8	17.4
日本 (2025 年〔推計〕)	8.7	6.4	3.8	19.0
アメリカ (2001 年)	6.7	6.4	2.1	15.2
イギリス (2001 年)	9.5	6.1	6.7	22.4
フランス (2001 年)	12.5	7.2	8.8	28.5
ドイツ (2001 年)	12.1	8.0	8.6	28.8
スウェーデン (2001 年)	9.6	7.4	12.5	29.5

注:1) 日本の 2025 年度は ILO 基準 (OECD 基準より約 1%低い)

資料:厚生労働省「社会保障の給付と負担の見通し」(2006 年 5 月)

日本の場合、年金や医療の給付抑制を図る改革がたびたび行われているので、もう年金・医療・福祉などを含めた社会保障給付費の GDP 比はあまり大きく伸びない見込みである。さらに、日本の 2025 年の推計値は 19.0%であるが、2001 年におけるイギリス、フランス、ドイツ、スウェーデンの数値は 2025 年における日本の推計値よりもずっと高い。過去、つまり 8 年前のヨーロッパ諸国の数値よりも日本の現時点から 16 年後の数値は低い。唯一アメリカの数値が 15.2%で日本より低いが、これも 2001 年の数値であるし、政権交代に伴って医療制度改革などが行われれば医療費が増えることも十分予想される。

社会保障の給付を増やすと、企業や若者が負担増を避けて外国に逃げてしまうのではないかとしばしばいわれるが、そのようなことはない。仮に、若者や企業が国外へ逃避してしまうから社会保障費が増えてはいけないということであれば、おそらくヨーロッパには高齢者しか住んでいないはずである。しかし、現実には若者もいるし、企業もあるし、逃げ出しているという話も聞こえてこない。

(3) 全体の財政規模

日本の場合、社会保障に限らず、全体としての財政規模はアメリカと並んで小さい。日本の公共部門は、絶対的に「小さな政府」とはいえないまでも、少なくとも先進国のなかでは相対的に「小さな政府」であることが明らかである。2007 年の数値をみると、総支出、要するに財政規模は日本が GDP 比 35.8%、アメリカが 37.4%というデータが出ている(表 3)。カナダが 39.1%でやや近いが、他の国々は 40%台、50%台となっている。逆にいえば、日本が低いということができる。総収入も当然日本はアメリ

カと並んで少ない。また、「小さな政府」であれば財政が黒字になり、「大きな政府」であれば赤字になるかといえば、そうではない。財政収支がプラスつまり黒字になっているのはカナダ、ドイツ、スウェーデンである。

表 3 一般政府の財政状況〔2007年 GDP比〕

(単位：%)

	総支出	総収入	財政収支	総債務	資産	純債務	純利払費
日本	35.8	33.4	-2.4	170.6	82.8	87.8	0.7
アメリカ	37.4	34.5	-2.9	62.9	19.9	43.0	2.1
カナダ	39.1	40.5	1.4	64.1	41.8	22.3	0.7
イギリス	44.5	41.7	-2.8	46.9	14.3	32.6	1.9
フランス	52.4	49.7	-2.7	70.1	35.7	34.4	2.5
ドイツ	43.8	43.9	0.1	65.5	21.0	44.5	2.4
イタリア	48.2	46.6	-1.5	113.2	25.6	87.6	4.4
スウェーデン	51.4	54.9	3.5	47.0	67.9	-20.9	-0.6

注：1) 「一般政府」は、中央政府、地方政府及び社会保障基金の合計

資料：OECD Economic Outlook 84 (December 2008), pp.273-281 により作成

カナダは日本、アメリカにやや近い面もあるが、ドイツ、スウェーデンは日本からみれば明らかに「大きな政府」をもつ国である。しかも、債務の残高も、残念ながら日本は非常に累積債務が多い。総債務に関して日本はGDP比170.6%であり、日本とイタリアが100%を超えている。ただ、日本は政府がさまざまな資産をもっているために、それを差し引いた純債務でみると、他の国との差が縮まる。ここで興味深いのはスウェーデンであり、純債務がマイナスということは、いわば「債権国家」ということになる。これは、要するに資産をたくさんもっているということである。

2007年時点で日本の政府部門の純利払い費はGDP比0.7%であり、債務が多い割に意外と利払い費は少ない。なぜかというと、1つは資産がたくさんあるからである。資産があれば、そこには収益が生まれて、それが利払い費と相殺されるので、純利払い費は少なくなる。もう1つ、日本は金利が低いという事情もある。当然のことながら、債務が同じ規模の場合、金利が2倍であれば利払い費も2倍になる。日本の場合、金利が低い状態が続いているため、何とかなっているのである。

日本とアメリカが財政赤字に陥っているのは「大きな政府」だからではなく、基本的には税負担が軽いからである。日本の財政は債務が世界で最大規模だが、資産も多く、また金利が低いために、いちおう安定しているのである。

(4) 租税と社会保険料

つぎに、日本の租税、社会保険料がアメリカと並んで軽いことを確認しておきたい（表4）。

表4 租税・社会保険料の比較〔2006年、GDP比〕

（単位：％）

	個人 所得税	法人 所得 税	社会 保険 料	雇用		財産 税	一般 消費 税	個別 消費 税	全体
				被用 者	主				
日本	5.1	4.7	10.2	4.4	4.6	2.5	2.6	2.1	27.9
アメリカ	10.2	3.3	6.7	2.9	3.4	3.1	2.2	1.7	28.0
カナダ	12.1	3.7	4.9	2.0	2.8	3.4	4.7	2.9	33.3
イギリス	10.8	4.0	6.9	2.8	3.8	4.6	6.7	3.6	37.1
フランス	7.7	3.0	16.3	4.1	11.1	3.5	7.5	3.2	44.2
ドイツ	8.7	2.1	13.7	6.0	6.5	0.9	6.3	3.3	35.6
イタリア	10.8	3.4	12.6	2.3	8.7	2.1	6.3	3.8	42.1
スウェーデン	15.7	3.7	12.5	2.7	9.7	1.4	9.2	3.2	49.1

資料：OECD, Revenue Statistics 1965-2007(Paris:OECD,2008),pp.96-110 により作成

2006年時点で、全体としての租税、社会保険料のGDP比は日本が27.9%であるが、これはアメリカの28.0%とほぼ同じ水準である。OECD30カ国のなかで日米両国より低いのは韓国、トルコ、メキシコだけである。それ以外は東欧の旧社会主義圏を含めても日本よりかなり高く、カナダ、イギリス、ドイツが3割台、フランス、イタリアが4割台、スウェーデンになるとほぼ5割に近い。つまり、日本と比べると、租税と社会保険料を合わせればGDP比で20%ぐらい高いことになる。GDP比20%とはどのぐらいかということ、日本のGDPは500兆円強であるから、その20%は約100兆円である。100兆円の税金を追加で徴収するとスウェーデン並の負担になる。それはさすがに日本では想像しがたいが、そういう国もあるということである。

さて、日本では租税と社会保険料のうちどのような負担が軽いのかといえば、目立って軽いのは個人所得税と一般消費税である。日本の個人所得税はGDP比5.1%、アメリカとカナダは所得課税中心の国ということもあり、それぞれ10.2%と12.1%と、ちょうど日本の2倍ぐらいの所得税負担になっている。フランスは消費税中心の国といわれるが、それでも個人所得税は7.7%と日本より高い。このように、全体としてみれば日本は個人

所得税が軽いといえる。日本の消費税は、国と地方を合わせた税率が 5% である。アメリカは連邦レベルの一般消費税はなく、州レベルの小売上税という消費税はあるものの、全体としての負担水準は低い。その他の国は、中央政府レベルを中心に付加価値税を課している国がほとんどで、そういった国々は消費税の税率が高いので負担水準も高い。

その他に、医療関係で重要なのは社会保険料であるが、日本は GDP 比 10.2% である。この数値はアメリカ、カナダ、イギリスよりは高いが、北欧も含めていわゆる大陸ヨーロッパよりは低い、という水準である。また、国によっては、社会保険料について被用者負担、事業主負担、この他に自営業者などの負担があり、全体としてみると日本は特別に社会保険料負担が高いとはいえない。ただし、個人所得税と比べると社会保険料はかなり上昇している。

日本の政府は、増税は「下手」であるが、社会保険料はじわじわと引き上げを繰り返しているのである。「税」という名前がつかないと負担を引き上げやすいのであろう。そして、社会保険料については、事業主負担が被用者負担より重い国も多い。フランス、イタリア、スウェーデンはその典型であり、事業主負担が被用者負担を大きく上回っている。日本の場合、組合健保などは一部当てはまらないケースがあるものの、基本的には労使折半つまり 5 対 5 であり、統計でもそれに近い数値が出ている。社会保険料の事業主負担は、人を雇えば、赤字企業も含めて、必ず支払わざるを得ないので、実は法人税よりも重みがある。日本の場合、それも大陸ヨーロッパと比較して低い水準にとどまっているのである。

なお、租税負担の大小と経済成長率とは関係があるのではないかという議論についてふれておくと、私たちの最近の共同研究の成果である「租税の財政社会学」³という本のなかで、租税負担が軽いか重いかということと国の経済成長率とは何も関係ない、租税負担が重いから経済は成長しないとはいえない、ということについて検証している。

(5) アメリカの場合

アメリカは、民間保険が中心であるため、企業にとって従業員を保険に加入させる経費が重い負担になっている。最近の世界的な不況のなかで、経営が悪化したときに従業員の医療保険費が払えないという問題が大企業のなかにも出てきており、その救済問題が大きく取り上げられている。民間保険といいながらも、その負担は企業にとっては重いので、租税で運営してもらったほうが楽だという考え方もある。後に紹介するカナダなどは、

³ 「租税の財政学」 神野直彦編著、池上岳彦編著 2009年1月、税務経理協会

むしろそういう立場をとっている。アメリカの場合、医療機関との交渉が保険会社に委ねられる部分が大きく、訴訟になることも多いので、全体としてみると医療費の3割以上が管理経費に使われている。つまり、せっかくの医療費が、医療サービスに使われるのではなく、会計士、弁護士などに多く流れてしまっており、その問題についてもアメリカの医療経済学ではかなり研究が行われている。

それに加えて、保険に加入していない者が約4,600万人いる。アメリカの人口は大体3億人だから、無保険者がその15%以上という状態である。オバマ新大統領は無保険者を保険に加入させることを選挙公約に掲げた。しかも高齢者向けのメディケア、貧困者向けのメディケイドという、それぞれ租税が使われている医療制度の財政を安定させることも公約に挙げられている。

2009年2月26日に発表された「予算教書」のなかで、大統領は景気対策を掲げただけではなくて、2011年ごろには景気回復が見込まれるとして、その時点からの富裕者に対する所得税の増税を提案した。具体的には、まず、最高税率の引き上げである。具体的には、連邦の最高税率を現在の35%から39.6%に引き上げる。それから株式のキャピタルゲインと配当に対する税率を富裕層に限り引き上げる。富裕層とは、単身者であれば20万ドル、夫婦世帯であれば25万ドルを超える所得のある人たちであるが、その層に対して、キャピタルゲインと配当に対する税率を20%に引き上げると提案されている。

また、富裕層については所得控除にも制限をかけることが提案されており、それによる増収の一部はもちろん財政再建にも使われるが、一部は医療制度改革の財源にも回す、すなわち新政権は増税も含めた公的医療制度の拡大を考えているのである。そうしたなかで、すでに国民健康保険のような制度の検討も開始されている。

(6) カナダの場合

私は、カナダの財政について調査・研究を行っている。カナダはアメリカの隣国ではあるが、制度はまったく異なっており、基本的には日本と同様に国民皆保険制度をとっている。しかも、単なる国民皆保険ではなく、13ある州—そのうち正式の州が10、準州が3—が、それぞれ州ごとに公的医療保険を運営している。その財源は主に租税であり、州営の公的医療保険制度となっている。州税以外には、連邦が州に交付する「カナダ・ヘルス・トランスファー」つまりカナダ保健移転という名称の補助金があるが、この補助金にはほとんど使途制限がない。この財源以外に保険料など

を徴収している州はごくわずかである。

診療報酬に関しては、各州の政府と各州の医師会 (Medical Association) が交渉して決めている。日本では中央レベルで行うことを、カナダでは州ごとに行っているのである。そのため、保険でカバーされる傷病の範囲及び診療報酬の水準も州ごとに異なる。しかし、基本的な医療サービスはすべて保険でカバーしなければいけないという連邦からの規制があり、またすべての州で州民がこの原則を強く支持している。それを破れば、その州政権は次の選挙で負けることになるので、そのようなことはまずあり得ない。

カナダのすべての州において、保険が適用される医療、日本でいう社会保険診療については、患者負担はゼロである。なぜゼロなのかといえば、カナダにはアクセシビリティという原則があるからである。たとえば、富裕層だけが特別料金を払ってウェイティング・リストを飛び越えて先に検査や手術を受ける、つまり順番待ちをしないで済むことになれば受診の機会の平等が侵害される、という考え方である。少なくとも公的保険が適用されるサービスに関しては、そういうことをやってはいけないのである。もちろん、自由診療の分野も存在するが、基本的医療サービスはすべて保険が適用されるというのが原則であり、それについては患者負担を徴収してはいけないことになっている。

確かに、カナダでは個人レベルの租税負担は、個人所得税をみても消費税をみても、アメリカより高い。しかし、社会保険料に関しては、カナダは (表 4) に示した国のなかでは、GDP 比 4.9% ということで最も低い。これを企業の立場からみると、基本的な医療制度を州が租税で運営してくれるので、社会保険料負担はあまり大きくないし、しかもアメリカのように高コストの民間保険に従業員を加入させる必要がない。つまり、人材確保あるいは従業員の健康保持という面ではむしろ有利であり、企業立地に関して何ら不利な点はない。そういう面からも、アメリカとカナダはある意味で対照的な医療制度をとっているということができる。

(7) 日本の課題

既に述べたとおり、現在、日本では医療費の患者窓口負担が原則 3 割—義務教育就学前の乳幼児、高齢者を除く—である。ただし、市区町村によっては乳幼児や小・中学校就学児童について負担率を独自に設定している例もしばしばみられる。また、「適正化」という名の改革の一環として、協会けんぽの保険料率を都道府県ごとに設定する制度が導入された。さらに、診療報酬については引き下げが何度も行われてきた。そして、長寿医

療制度の創設によって、患者負担を除いて租税が5割、いわゆる現役の保険からの支援金が4割、保険料1割で高齢者の医療を運営することになったが、窓口の患者負担は原則1割とされたものの、現役並みの所得があれば3割負担とされている。

これらのことを前提として、現時点における医療財政改革の課題は何かということであるが、やはりここで、国民にとって医療は負担なのか、それとも幸福を追求する手段なのかという原則の問題につきあたる。これが最も重要であって、負担だといえ、では抑えなさい、反対に健康サービスあるいは幸福追求の手段であるといえ、それは充実しなければいけない、というように考え方によって進むべき方向がまったく異ってくる。

国民の所得は、何らかの形で支出される。その支出に関して、ゲームソフトを売るなどか、ファーストフードを食べさせるなどか、自動車を売るなどは、誰も言わない。飲み過ぎは悪いと言っても、酒を売るなどとも言わない。つまり、消費を制限しろとは誰も言わない。たばこなどごく一部の業界を除けば、むしろコマーシャルを流してどんどん消費しろと言っているのに、医療費だけは抑制しろと言われている。

なぜそうなるのかと言え、ゲーム、ファーストフード、自動車、酒類などは基本的に営利目的の投資対象になっている。これに対して、医療は基本的には公的色彩の強いサービスであり、非営利部門であるという原則があるため、営利的な投資の対象になりにくい。そのために抑制しろという圧力がかかる。「税金が少ないほど良い社会なのだ」という考え方の人も世の中にはいるし、いわゆる営利第一主義の考え方からすれば、公共サービスとしての医療は「国民の負担」であるということになる。

しかし、国民の心身の状態を改善するために必要な医療は、当然のことながら、幸福を追求するための手段である。医業あるいは医薬品産業も含めたサービス業の成長が、よりよい医療として国民に公平かつ効率的に供給されるのであればまったく問題がなく、そうした原則を踏まえていけば、ここだけ抑えろという議論にはならない。

医療費抑制自体は政策目標ではないということが原則であるが、他方で医療費を抑制するために患者負担を増やしてきたという現実があり、ここがとくに大きな問題である。「患者負担を引き上げれば本当に苦しんでいる人だけが医者にかかる」と考える人がいるが、それは経済状態が良く、かつ健康な人の発想である。患者負担が高ければ、経済状態が苦しい人が病気になった場合、医療を受けられないケースも出てくる。それによってさらに症状が悪化する、それが伝染病であればさらに広まる、という結果を招くことにもなる。

つまり医療は、しばしば医者に行く人にとっても、普段は健康な人にとっても、生活に必要不可欠なものである。しかも、医療は「消費者主権」つまり消費者がイニシアティブを握る形のサービスという世界から最も遠いところにある。したがって、消費者に患者負担の増大というディスインセンティブを与えて医療費を抑えようという改革は、本筋から外れているのである。しかも、そのために民間主導や規制緩和を進めるとどうなるか。アメリカのように医療費は急増するであろうが、それで国民が幸せになるかということ、急増した分の医療費が余計なところに行ってしまうと予想される。基本的に必要なサービス、それに対する有効な処置、報酬の基準などについて、患者もしくは組合健保の場合の事業主、そういった人たちの「自己責任」に委ねようというのは無理な話である。必要なのは「小さな政府」あるいは「もっと小さな政府」をつくることではなく、医療に関して「信頼されるしっかりした政府」をつくり、公的システムのもとで医療費を増やすことである。

そのときの課題はどこにあるか。まず、必要な医療を提供するシステムができていないかが問われる。いくら現場で個人が頑張っても、人員と設備が整っていないければ必要な医療は提供できないので、その対策が急務である。医師あるいは看護師といった医療従事者の増員が必要であると言われているが、問題は地域バランスのとれた人材配置ができるか、むしろできるかどうかではなくて、やらなければいけない、ということである。また、それを誰が行うのかという問題もある。国が行うのか、都道府県が行うのか。いわゆる救急患者のたらい回し問題でも、厚生労働省に責任があるのか、それとも都立病院だから都に責任があるかという議論が必ず起こるが、押しつけ合っているだけでは問題は解決しない。そこを何とかしなければいけないということが第一の課題である。

次に、地域医療の再生に向けた、サービスの公的な供給が課題となる。もちろん、地域の開業医の役割を基本としながら、二次医療、いわゆる広域で対応せざるを得ない部分において中核的な位置づけをもつ病院の必要性など、都道府県がつくっている地域保健医療計画について、より実効性をもたせるような改革が求められる。そこには、救急医療、周産期医療、へき地医療など、さまざまな課題に対応できる医療機関としてのサービス提供体制が必要であり、その実現のためには施設や人材確保を支えるための財源の保障もなくてはならない。

なかでも公立病院は、残念ながら日本では縮小傾向にある。公立病院は不採算医療を行うことも多く、独立採算はもともと困難であるため、地方団体の一般会計からの繰り入れという制度ができています。都道府県立、あ

るいは市町村立の病院の場合には、一般会計つまり租税が負担すべき基準が定められているが、財政が苦しい状況下ではなかなかそのルールが守られないという現実がある。2007年に公布された地方公共団体財政健全化法によって、公営企業つまり公立病院も含めて地方財政の健全度を診断することが定められた。具体的には、公立病院などの会計について資金不足比率という指標をつくり、その比率が高くなると経営健全化計画を策定しなければならない。2007年度決算により算定すると、経営健全化基準以上になっている、要するに苦しい状態にある会計が、全国で668ある公立病院会計のうち、53会計と1割近くを占めている。

また、公営企業だけではなく、地方団体本体も財政再建が急務である。たとえば、それぞれの都道府県や市町村については、団体全体の会計を連結して連結実質赤字比率という指標が算定されている。これについては、早期健全化基準つまり黄色信号が灯った状態になっている団体が1,857団体のうち11団体ある。その11団体のうち7団体では、赤字の原因に病院会計が含まれている。そういうところでは、診療科を減らすことや病院を閉鎖する動きがある。それが首長に対するリコール運動などに発展したケースも報道され、深刻な問題であることが明らかになっている。

3. 医療財政改革を進めるために

(1) 保険制度の一元化

財源問題について長い目でみた場合、私は、基本的には一元化の方向に行くべきだと考えている。なぜなら、年齢、地域、職業にかかわらず、健康を回復する権利は平等であり、権利に上下や強弱は存在しないからである。すなわち、年齢や職業で制度の所属を区別する必要はないのである。たとえば、カナダやイギリスでは年齢の区別はしておらず、患者負担も原則ゼロであるから、もともと完全一元化を行っているということが出来る。

日本の場合、患者負担をゼロにするのが理想であり、それがいまのところ非現実的だとすれば、まずは乳幼児や高齢者などから段階的に引き下げていく必要がある。自由診療、あるいは薬剤費については、一部患者負担があってもよいが、基本的な医療サービス本体に関しては、中長期的には患者負担ゼロの方向を目指すべきだと私は考える。とくに現在、現役並み所得の高齢者が患者となる場合3割負担であるが、まずこれを改める必要がある。高齢者は医療を受ける頻度が高い。現役並みに所得があるから3割負担だと言われても、現役時の3倍の頻度で医者にかかる必要があるのであれば9割負担と同じことになる。それは明らかに過重負担であり、何

のための保険かわからない。ここから優先的に患者負担の引き下げを始めなければならない。

また、保険の単位として市町村は狭すぎる。国民健康保険は、医療の発達と長寿化の実現により、市町村ごとに運営することの無理がむしろ顕在化してきている。そこで、制度の統合が必要である。具体的には、都道府県レベルでの制度の統一が望ましい。保険には大数の原則があるので、全国1本でやるのが理想だという面もあるが、地域保健医療計画を中心とした都道府県ごとの保健医療政策との連携という観点から、その成果が保険料や税率に反映する仕組みをつくるべきである。既に協会けんぽは保険料率を都道府県ごとに決めることになっている。また、組合健保は基本的には企業の福利厚生制度であり、その運営にあたって景気の影響を受けやすいことから、医療保険の基本部分は公的医療制度のなかに統合するほうが良いのではないか。共済組合も同様である。すなわち、中長期的には年齢や職業を超えた制度統一が必要だということである。

社会保険料負担については、基本的には所得に応じて行うべきだと考えるが、「所得」というものをもっと総合的にとらえる必要がある。わかりやすい例を挙げると、被用者保険の加入者でも、収入は給与のみとは限らない。たとえば講演料、原稿料、家賃などの収入があった場合、これらには所得税は課されるものの、社会保険料は課されない。社会保険料は、主たる収入を得ているところで課されるだけである。もっと重要なのは、株式などで利益を得ても、その部分は社会保険料に反映されないという問題である。このような点の見直しが必要である。

また、制度運営を都道府県が担うとしても、都道府県自体に財源がなければどうしようもない。現在、都道府県は住民税、事業税、地方消費税、自動車税などを主な税目としている。事業税は所得に課している部分が多いが、外形標準課税という形で付加価値あるいは資本金に応じて課す制度も一部導入されている。考え方としては、外形標準課税を拡大し、その部分を保険税として運営することが望ましいのではないか。しかし、当然のことながら都道府県ごとに年齢構成や所得水準が異なるので、地方交付税で財政調整する仕組みは必要である。

(2) 租税の税率引き上げ

医療費財源の拡大は消費税の増税によるべきだ、とよく言われる。それも1つの手段ではある。しかしその前にやるべきことはないのかと考えた場合、必ず歳出を削減しろという議論になって、埒があかないのが現状である。

所得税に関して言えば、アメリカではオバマ政権が所得税の増税を提案しており、もしその通りになれば最高税率が引き上げられることになる。しかし、日本の場合、最高税率を引き上げるとしても限界がある。なぜかといえば、総合課税されていない所得が相当あるからである。たとえば、金融所得は基本的には総合課税されておらず、それに対する課税は非常に軽い。上場株式などの配当及びキャピタルゲインに関しては、現在 10% の分離課税となっている部分が多い。ただし、暫定措置の期限が切れると税率は 20% に上がる。証券会社などは、今は株価が低いのだから 10% にとどめるよう訴えているが、仮にその期限が切れても税率は一律 20% である。

財政学の世界では「二元的所得税」といって、株のキャピタルゲイン、配当、利子などの資本所得は、一般の労働所得と比べて国外に逃げやすいのだから、それを国内にとどめておくために税率を低くしなければいけない、そこで労働所得は累進課税とするが、資本所得は労働所得の最低税率に合わせた比例税率にすべきだ、という議論もみられる。では、その理論を取り入れた北ヨーロッパの国々、たとえばスウェーデンはどうかとみれば、金融所得をはじめとする資本所得に関しては税率 30% の所得税が課されている。分離課税ではあるが、税率は 30% である。それならば、日本が税率を 30% まで上げてても資本は逃げないことになるので、30% まで引き上げれば良いはずだが、そういう議論さえもなかなか出てこないのが現状である。繰り返しになるが、金融所得には社会保険料が課されていない分、負担が軽い。つまり、給与所得に対して、所得税だけではなく社会保険料も課されていることを考えると、金融所得の負担は極めて軽く、それに対する増税は十分可能である。さらに、資産課税、相続税、贈与税に関する増税、事業税の外形標準課税とくに付加価値割の拡大、その他も含めてさまざまな財源確保策が考えられるのである。

最後に、消費税の引き上げに関連して、医療と消費税の関連を考える。現在、医療保険による医療サービスは非課税扱いとされている。しかし、それでも問題は生じる。それは仕入税額控除ができないことである。そうであれば、医療に関する備品、薬剤などを仕入れる段階での消費税はそのままにして、将来の理想としては医療費をゼロ税率にするのが良いのではないか。現在でも仕入れに係る消費税の負担分は診療報酬制度に上乘せされていると考えればそれまでである。しかし、ゼロ税率となれば、医療費のなかから消費税が完全になくなることになる。仮にそれができないのであれば、複数税率制の導入による対応が考えられる。軽減税率といえば食料品のみが取り上げられる傾向があるが、社会政策的配慮から非課税とさ

れている医療、介護サービス、授業料などについては、それぞれ軽減税率を適用するかどうかを検討すべきである。そのような課題も含めて、所得税、消費税などの問題を考える必要がある。

本日述べた内容は、2002年に出版された「住民による介護・医療のセーフティーネット」⁴のなかの「医療・介護財政の制度改革」という章をベースにして、アップデートしたものである。また、「租税の財政社会学」⁵のなかでは、「小さな政府」であることは必ずしも経済成長率を高めない、という議論を展開している。ご興味のある方は、ご参照いただければ幸いです。

⁴ 神野直彦編著、金子勝偏著 2002年10月 東洋経済新報社

⁵ 神野直彦編著、池上岳彦編著 2009年1月 税務経理協会

政治再編の課題としての社会保障

北海道大学法学部教授

山口 二郎

はじめに—この1週間の日本の政治の動きについて

小沢前民主党代表が西松建設からの献金をめぐる問題で、結局代表を辞任ということになり、2009年5月16日の代表選挙で鳩山由紀夫氏が次の代表に選ばれた。私個人は、政策面で言えば、どちらかという鳩山氏、リーダーという面で言うと、対立候補である岡田克也氏の方が優れていると思っていた。岡田氏はまだ年も若いし、大変まじめで非常に信用できる人物である。麻生現首相との対決構図という意味でいえば、岡田氏の方がはっきりとしたコントラストをつくれるし、攻撃力がある。鳩山氏は演説がそんなに上手ではないし、やはり愛などという言葉はあまり政治家は使ってはいけない。ああいうふわっとした言葉は、政治の場では使うべきではなく、もっとソリッドというか、具体的な地に足の着いた議論をしてほしいと思っていたわけである。

私は岡田氏とは多少付き合いがあり、2008年も氏が主催する勉強会で話をしたりしている。政策面では、氏は大変まじめな方ではあるが、発想はかなり財務官僚に近いのではないかと私には思える。つまり、改革ということを盛んに言っているし、「政権交代」⁶という著書のなかでも、政治を変える、政治と官僚の関係を変える、そういう行政のシステムを変える、という話は非常にはっきりと打ち出しているが、世の中をどう変えるかということあまり見えてこない。

私は、勉強会のなかで、昨今の資本主義の矛盾、貧困問題、社会保障の危機などについていろいろ話をしたわけだが、岡田氏の発想というのは、財布のひもを緩めることはけしからん、それは改革を緩めることになる、というようなことであった。この人の改革というのは、小泉元首相とある面で似たところがあるのではないかと思う。代表選挙のときも、小泉改革についての評価で、中途半端だということを氏は発言したが、これは野党のリーダーを争う人の発言としては大いに問題だと感じた。中途半端ということは、もっとやれということなのか、という疑問が当然わいてくる。そういう意味では、岡田氏はリーダーとしては優秀だが、政策面でどうだろうかと考えていた。

他方、鳩山氏は小沢路線を継承すると明言している。「生活第一」という路線で、民主党がこの3年間党勢を拡大し、2007年の参議院選挙で勝利して政権交代を間近に臨むまでもってきた。これは小沢氏の功績であり、政策面でもその路線を基本的に継承し、「生活第一」という理念を引き続き追求していくという面では鳩山氏の議論は的確だと思う。この景気状況

⁶ 「政権交代 この国を変える」岡田克也著 2008年6月、講談社

では、あまり増税という議論もしにくいということもあり、とりあえず鳩山氏のもとで生活第一路線をとということだと理解した。

民主党という政党は、政権交代に向けて本気になって取り組むとか、あるいは戦略的に物事を組み立てるといっただけの度量がないということも今回みえたと言いうことができる。また、鳩山氏を選んだということは、外に向かって攻め出すというよりは、内の結束を固めるという選択であり、そういう意味で言うと、まだまだ政党としてきちんとした結束、土台が不安定なのでは、という印象は否めない。いずれにしてもこれで民主党の体制も整ったわけであり、総選挙に向けて、今後、自民党と民主党の間で論争が進んでいくということになる。

ところで、民主党の代表選挙の後で政治記者たちと話して面白かったことは、民主党の支持率が予想外に高かったということに自民党の議員がショックを受けているということである。小沢氏さえいなくなるとまた民主党の支持が上がるという、結局、国民はとりあえず1回政権交代を起こしてみようという願望をもっているということなのだと思う。支持率の中身を分析しても、大体民主党支持、自民党支持がほぼ30%前後、20%台の後半から30%程度で拮抗している。

これは日本の政治の歴史のなかで極めて希有な現象である。野党の支持率というのは、選挙の前になると急激に上昇して与党に近づくということはあるが、この数年間は一貫して20%台の支持率を民主党がキープして自民党とほぼ並んでいるということである。次の政権はどっちの政党が軸になるのがいいですかという質問でも、やっぱり民主軸という声が自民中心という声よりも多い。そうなると、この世論調査のトレンドが続くとすれば、次の選挙というのは民主党が単独過半数に届くかどうかは難しいが、比較第一党でその政権の軸になっていくという可能性がかなりあるという予想を立てることができる。

当初の見方では、7月のサミットに麻生首相が出席し、戻ってきたら即解散、8月上旬に投票・総選挙というような政治カレンダーがいろいろと予想されていたが、あやしいかもしれない。限りなく任期満了に近づくというような可能性もあるという話のようである。以上が直近の政治状況についての分析である。

1. 大きな転機としての2008年～2009年

私がこの会議の委員となって4年ぐらいになるが、この間の世論の変化というのはまことに大きなものがあり、そういう意味では感慨深い。4～5

年前はいわゆる構造改革によって社会保障が切り刻まれて、みんな悲鳴を上げていたが、2008年の秋以降、グローバルな資本主義がいわば矛盾を露呈し、小さな政府路線や市場原理万能主義で世の中を動かしていくことがどのような弊害をもたらすかということが、かなり幅広い国民の理解を得るようになった。そういう意味では、私たち社会保障を立て直すべきだという議論をしてきた者にとっては、追い風が吹き出したかなという印象がある。やはり今は、政治の出番、すなわち、世界的に見て政府がどのような行動を取って経済を立て直すか、社会を守るかということが議論されているところであり、日本でもそういう意味で政治の重要性が非常に高まっているということがある。

実際、アメリカについて考えてみると、世の中の大きな変化というものが特にはっきりと見てとれる。2008年11月のアメリカ大統領選挙というのは、恐らく歴史に残る大きな出来事だろう。アメリカという国の面白さは、言ってみれば国としての力、ジョセフ・ナイ(Nye, J.S. Jr.)という国際政治学者が言う「ソフトパワー」という言葉に表される、軍事のようにハードなパワーではなく、ソフトなパワーである。その源泉をたどっていくと、危機に対応して新しいリーダーが登場してくる、また、国民がその周りに集まっていった新しいリーダーを押し上げる、というところにアメリカという国の面白さがある。

ブッシュの時代、小さな政府路線やイラク戦争によって、国民全体が相当変な方向に向いていき、アメリカは正気を失ったのではないかとリベラル派の学者が批判をしていた時期もあった。アメリカの大統領選挙は、予備選挙ということで、地方レベルで普通の市民も参加して候補者を指名していくという予備選を行うわけだが、それが意味で非常に大きな政治的な教育の効果をもっている。2008年の大統領選挙期間には、経済の問題、医療の問題も非常に深刻で、これから普通の中産階級のアメリカ人にとってもっと住みやすい社会を取り戻すために政治が何をしなければいけないか、といったことを地方レベルでいろいろ議論をして、そういうムードの高まりのうえにオバマが乗った。地域レベルの集会を一生懸命行って支持者を掘り起こす、個人の献金を集める、という形で各州の予備選挙を勝ち取っていった、候補者指名までこぎつけたということである。

このように、政治全体が1つの大きな方向に流れていくときに、違う意見をもった人がきちんといて、世の中の多数派とか主流派が丸ごと間違っただけで失敗したというときに、その間違いを立て直して社会を救う、政治を救うという、そのリーダーが別の側から現れるという、これは国力をもった国の特徴である。1つの方向にみんなが流れていったら、本当にみんなが

そっちの方ばかり向いて、違う方向の政治を準備する人がどこにもいないという、そういう世の中というのは実は大変もろいということである。日本の民主党を見ていると、ある時期までは構造改革の方に引っ張られて、それがもたらす問題点を予期する、あるいは別の選択肢を準備するといったことが全然できていなかった。私は、小沢氏が代表を務めてからの民主党というのは、ようやくそういう意味で野党の本来の使命というものを見つけて、別の選択肢を用意してそのタイミングを待つという、本来の野党の姿勢に戻ったということの評価をしたいと思う。

日本も、2008年の秋以降、急速に景気が悪化した。四半期の経済成長率がマイナス15%ぐらいということで、結局、小泉時代の構造改革をやっても構造は何も変わっていない。とにかく輸出に依存して金を儲けるというだけで、しかもその儲けたお金を有効に国内の国民生活や福祉のために使うという知恵がない。ひたすら日本のお金が、いわゆる円キャリーという形で国外に流出して、世界的なバブルの燃料源になっていった。こういうことが見えたわけである。

したがって、その構造改革の破綻ということもはっきり見えてきて、日本の政策のモデルチェンジ、パラダイムシフトというのが迫っているということである。それから、社会のレベルでも、相互扶助のような動き、貧困や失業の問題が深刻化していくなかで、人々が自発的に動いて目の前の問題に取り組むというような気運が高まってきた。そういう意味で言えば、営利追求や貪欲のようなものをエンジンにして経済発展を志向していくという、20世紀後半の小泉時代とは大分雰囲気が変わってきて、社会的な連帯への可能性も見えてきた。私はこういう比較的明るい現状認識をもっているところである。

2. 日本の政策形成システム

日本の政策形成システムは、何か根本的な欠陥があるのではないか。たとえば、これだけ豊かで富を沢山作り出している国なのに、社会的な基盤が極めて脆弱である。宇沢弘文先生が『社会的共通資本』という書物のなかで、日本の場合、教育や医療、あるいは都市といった社会的共通資本が貧弱だということを指摘しておられたが、なぜ公共のためにお金を有効に使えないのかという問題について私なりに分析をしてみたい。

2009年の2月、久しぶりにアメリカを訪れ、東部のいくつかの大学で講演をしてきたが、その時期はオバマ政権の最初の政策である経済対策法案が議会で審議されている正にその時で、その過程で **Japan** という言葉が

しばしば聞こえてきた。オバマ大統領は、Japan、日本を引き合いに、日本の経済対策は1990年代、too little で too late、要するに、遅過ぎる、小さ過ぎる、これが「失われた10年」をつくってしまったのだ、だからアメリカはその轍を踏まないと言っていた。要するに、迅速にかつ大規模に経済刺激策を展開していった、日本のような「失われた10年」というような悲劇を繰り返さない、という主張をしたわけである。この議会で通った経済対策法案は、日本円で約80兆円規模、つまり日本の当初予算の1年分ぐらいの規模のお金を一遍に投入するという、そういう政策となった。

他方、野党共和党も Japan という言葉を使っていて、1990年代の日本の景気刺激策は、無駄な公共事業で赤字を増やしただけでほとんど効果はなかった、オバマのやろうとしている政策もそれと同じだ、という形で批判をしていた。民主党も共和党も、Japan は失敗したということで、相手を攻撃するためにそれを論拠として使っているという状況であり、日本人としては誠に情けないというか、悲しい場面だったが、この2つの主張というのは一見相反するようで、実は現実を突いているわけである。

ここで、1990年代の政策形成の教訓を振り返ってみたい。バブルがはじけたのが1991年頃で、その後、1992年の宮澤政権からはじまって、細川、村山、橋本、小渕の政権下でずっと景気対策が繰り返され、補正予算による景気刺激策だけでも140兆円ぐらいのお金が約10年間で使われたことになる。これはどういう手続きで政策をつくっていったのかというと、まず、当時の大蔵省、現在の財務省主計局は、常に表面的な健全財政主義にこだわり、格好だけ国債発行を押さえ込む、あるいは格好だけ当初予算の規模をなるべく抑制するということで、当初予算を編成する。しかし、実際に会計年度が始まって予算執行が始まると、景気が悪いということがはっきりしてきて、政治のトップの方から景気刺激のために補正予算を組むという指令が下りてくる。そうすると、補正予算を組む。政治の方では、総額10兆円とか総額15兆円という大枠を決めることしかしないために、中身については官僚任せということになる。

また、その財務省主計局というのも、確かに予算編成の権限をもって大変力をもっているわけだが、具体的な政策づくりについては、彼らはきちっとした知恵、ノウハウをもっていない。彼らは人が出してきた要求を査定するのが仕事であって、そうすると、今度は逆に、蛇口を緩めて水をどンドン出す、つまり予算をつくる時は、実際の事業を担当する各省から要求を持ってこさせて、のりで貼って補正予算を組むということになる。

つまり、年度の途中で十何兆円もの補正予算を組むということは、大仕

事であるにもかかわらず、結局、中身を問わない。とにかくその一定のお金を使うこと自体が目的になってしまう、数字を合わせることを目的になってしまうということになる。実際は、前年度の予算編制過程で採用されなかった、要するに当初予算で選に漏れたような、どちらかという優先順位の低い、筋の悪い案件が浮かび上がってきて、景気対策のリストに入ってそこに金が流れると、こういうことだったわけである。

そうすると、累計で 140 兆円もの追加景気対策をしたのに、そのお金は一体どこへ行ったのかよくわからない。目に見える成果というのはあまり残っていない。たとえば、北海道は土地が安いし用地買収が簡単なので、年度途中の公共事業というのはいちばんやりやすい。そうすると、北海道でいろいろな道路、河川関係、農業関係などの公共事業を行って予算を大きく消化する。こういう話は実はたくさん目に見えるところがある。国全体から見れば、随分無駄なことをしたものだ、ということになる。

そこには教訓がいくつかある。1 つは、財務官僚の近視眼的な健全財政主義というものは、確実に経済を悪化させるということである。要するに、経済状況はかなり悪いということがわかっているのであれば、当初予算の段階で大規模な刺激策を考える、当初予算の段階からはっきりした戦略や優先順位をつけるということを行うということである。2 つ目は、景気を刺激するから各省から持ってきてくださいという形で政策を作っても、ろくなものは出てこない。大枠十何兆円という数字を示すだけではなく、たとえば社会保障に何兆円とか、教育にいくらとかという形で、ある程度政策の優先順位に踏み込んだ政治的な指導力がなければ、有意義な経済政策はできない。その裏返しで言えば、各省庁に政策対応を指示してもろくな話は出てこないということである。

こうした話は 10 年前の教訓にとどまらない。今回のグローバルな経済危機に対しては、日本でも G20（第 2 回：2009 年 4 月 2 日開催）で公約をして、大規模な財政出動をするという話になった。現在、参議院で補正予算の審議中であるが、15 兆円という大変な規模の政策を展開しようとしているところである。これは、同じ間違いの繰り返しをしているとしか私には見えない。各省からアイデアをもってこいと言うと、アニメ・ミュージアムのようなハコ物を建てる話や、あるいは各省所管のいろいろな独立行政法人などにプロジェクトを発注して仕事をさせるという話になる。しかも、補正予算というのは、この年度だけの話なので、今後どうするかという長期的な展望につながっていかないという問題もある。つまり、補正予算で景気刺激をしようと言っても、その効果というのは極めて限定的であるということが予想される。さらに、中身を見ていくと、たとえば省エ

ネ住宅とか、省エネ自動車の促進、あるいは贈与税の減税のような、富裕層をターゲットにした消費の促進といった政策が目玉になっている。その面でも効果はかなり疑わしいという感じがするわけである。

これは予言になるが、この手のどさくさでハコ物をつくると、将来的には必ず財政を圧迫する要因になる。そういったものをつくれば、組織を立ち上げてそこに天下りの役人が何人か入って、人件費も払って維持費を確保してと、将来的にこれがまたしても支出を増やす要因になっていく。そういう意味では、まさしく今回の経済政策というものもの外的外れと言わざるを得ない。

3. 日本の危機をどう読み解くか

日本の経済というのは、二重の危機に今ある。確かに、サブプライムの破綻以降、アメリカ発の金融経済危機に巻き込まれたという面はあるわけだが、もっと根本的な問題として、小泉改革による経済や社会の疲弊、人間に例えれば、基礎体力の消耗こそが危機の本当の要因である。そこにアメリカ発の金融危機が襲ってきた。この2つの重なり合いによって、今回の日本の経済危機が深刻化しているということである。

そこで、本当の意味での経済対策というのは一体何なのかということはこの際きちんと議論をしなくてはならないし、また、そのなかで社会保障の再構築というテーマが非常に重要なものとして浮上してくるということをここで強調しておきたい。

最近になって、さすがに麻生政権もこのままではいけないという危機感をもって、与謝野財務大臣の指揮のもとで安心社会実現会議という新しい諮問機関をつくり、そこに従来 of 審議会の常連とは違う学者を入れて、政策の方向づけを転換しようという議論を始めたところである。しかし、本当の意味での政策の転換をするためには、まず、この数年、2000年代以降の構造改革というものをきちんと総括をして、何が今日のような社会の疲弊、あるいは貧困、公共サービスの劣化をもたらしたのか、という原因をきちんと分析する、突きとめる、ということが最初の作業になるはずである。そのこのところをいい加減にしておくと、結局対症療法ということに終わってしまう。

もう1つ重要なことは、政策の基本的な価値観というものを一体どこに求めるのかということである。景気が悪くなると、今まで自由市場の旗を振っていた経済人、ビジネスマンや新自由主義系の学者も含めて、公共セクターの仕事が大事だなどということを出し、にわかケインジアンが

急に増えるという問題がある。では、そのときになぜ政府が役割を拡大してお金を使って経済対策をしなければいけないのかということ、その目的、あるいは根本的な価値という問題について考えておかなければいけない。単に物が売れなくなった、不景気になって会社の経営が大変になったということだけで、もう1回景気をよくして企業の業績をよくするためにとりあえず刺激策を打つ、という話では意味がない。政府の公共的な政策によって、たとえば人間の尊厳や基本的な平等というものをきちんと実現をしていくのだという、価値観のレベルで国民的な合意をまず取り付けていく。そのうえで、具体的な政策のあり方を考え直すという手順が必要になる。

それから、もう1つは、必要な政策に十分な資金を投入するということである。たびたび出す例えだが、ギリシャ神話に「プロクリステスのベッド」という話がある。プロクリステスというのは、非常に残虐な趣味をもった追いはぎで、旅人をつかまえてきては自分の家のベッドに縛りつける。それはとても狭いベッドなので、ベッドからはみ出す手や足の部分をちょん切るといって、大変残酷な話で、言ってみれば小泉改革というのは、日本の国家財政という狭いベッドに国民を縛りつけて、そこからはみ出す手や足をちょん切った、これが本質である。たとえば、リハビリに対する保険適用を6カ月で打ち切るといって、いちばんわかりやすいその例である。必要があってサービスを提供していくということではなく、財政的なキャパシティがここまでだからここでサービスを打ち切る、それによって国民がどういう迷惑をこうむるかというのは、これはもう知りませんという、こういう話が「改革」と呼ばれてきたわけである。

そこで、原理を根本的に転換していくということが求められる。すなわち、公共サービスを供給していく原理というものを根本的に転換するということが、現在の政策論議の最大テーマとなるはずである。日本の行政、日本のさまざまな公共政策の体系を見ると、需要と供給のミスマッチが非常に深刻である。前述したとおり、既存の行政官庁を使って経済対策を出せと言うと、供給サイドの発想に立って政策を拡張していくという話にどうしてもなる。供給サイドというのは、国土交通省や農林水産省など、それぞれ大きな組織と権力と予算をもった組織であり、この組織を構成するお役人集団というものは、やはり自らを持続・存続させるために常に仕事をしている。つまり、その供給サイドが生き残るために、無理に需要をつくり出すという側面がどうしてもある。そうすると、使われないような公共施設、ハコ物、港、道路、空港など、需要のないところに無理やり供給を行って、とりあえず予算を使うという側面がある。

他方、需要が沢山あるけれども供給が全然追いついていかないという、

そうしたミスマッチも非常に深刻である。これは特に、介護、医療、保育、こういった社会的な公共サービスの分野がそれにあたる。

本来、民主政治というものは国民の需要を政策決定の場に伝達する仕組みのはずである。つまり、国民がもう土木工事はいいから介護をしっかりとやってほしい、あるいは病院を増やしてほしいと言え、それが民主政治の仕組みを通して政策決定の場に伝達されるはずだが、現実にはそうはなっていない。政策を供給するシステム、供給側の主体というのは大変に力をもっていて、お役人集団、あるいはその取り巻きの政治家集団というのがその供給システムの自己保身のためにいろいろ行動をしていく。

政策形成のシステムというものは、言ってみればいろいろな先住民族が縄張りをつくっている世界のようなものであり、あとから来た政策の入っていく余地は実は大変小さい。介護保険のように、比較的新しいテーマが政策形成のなかに一つの縄張りをとりあえず確立しても、新参者に対する財政的な配分はどうしても小さくなるし後回しになる、という問題がどうしてもある。ひどい話で言えば、特定財源のように、供給サイドの自己保身、需要の創造と供給過多という意味でのミスマッチを固定化するような仕組みもまだ残っているという問題もある。そここのところをきちんと解消していくことが、今後必要になっていくわけである。

現在、介護施設や保育所といった公共サービスについては、供給不足という問題が特に深刻になっている。そうした供給不足の状態でのサービスをどう配分するかというと、いくつかの方法が考えられる。1つは、順番待ちや抽籤という、ある意味公平な方法である。介護施設に見られる、順番待ちの人が何百人も待っていますという話があちこちに聞かれるが、これをくじ引きで決めるというのもあり得る。もう1つの方法として、擬似的な市場をつくって、より高いお金を払える人がまずそのサービスに与ることができるというような、そういう方法である。それから、政治的なコネクション、政治的な圧力を使って横入りをする方法というのものもある。

いずれにしても、供給不足のサービスの配分というものの扱い方というのが、非常に大きな不公平感を生んでいるということである。これらを解消するためには、供給主導の政策体系から需要主導の政策体系へ転換をしていくことが必要となる。それを考えるために、サービスの提供の仕方として、採用試験型の政策と資格試験型の政策というのがある。採用試験型というのは、供給が足りない、需要のほうが多い、だから需要をもっている人たちのなかから供給の対象になる人を選び出す、絞るという作業をしなければいけない。これが採用試験型のサービスである。順番待ち、抽籤、政治的なコネクションなどいろいろな方法で絞り込んでいくということが

行われる。人間の生活を支えるべき介護や医療、保育という基本的な公共サービスを、こうした採用試験型のサービスとして提供しているというところに日本の国の貧しさがあると言えるのではないか。

一見、経済規模が大きい、GDP が大きい、しかし人々の具体的な生活を支える公共サービスが貧弱であるから、いざというときに大変難渋する。働く母親が保育施設がなくて大変困る、親の介護のために仕事を辞める、という類のことがあるから、人々の生活の相対的な貧困感というものがある。つまり、これを資格試験型に転換するということがテーマになる。資格試験型の政策というのは、要するに、一定の基準を満たしていればその人たちにはすべて同じような政策的サービスが提供されるというタイプのものである。たとえば、義務教育というのはそのひとつの例で、6 歳の子どもは必ず小学校に行き、無償で一定のカリキュラムの教育を受けることができる。これは資格試験型の政策である。本当の意味の福祉国家というのは、各種の公共サービスを採用試験型から資格試験型に転換するということである、ということができる。このように、公共サービスの供給原理を転換するということについて合意ができれば、そこから自ずとその財源論理というのは転換していくと私は考えている。

たとえば、小学校というのはなぜ全国津々浦々にあるのか。これは国の政策として、子どもたちをきちんと教育するというのは国の責任である、子どもが1人でもいれば学校を建てて同じような教育をどこでもやるという、これは国の政策なわけである。まさに需要主導で資格試験型のサービスとして今まで義務教育は行われてきたわけである。そのためのコストというのは、みんなで負担しましょう、過疎地・離島に小学校があっても、その費用対効果を考えれば明らかに非効率であっても、義務教育というのはそういうものだともみんなが納得していて、その部分については文句を言わないわけである。同じことを介護や医療や保育についてもなぜできないのか。あるいは需要主導、資格試験型のサービスとして、国民の公共サービスを提供していくということをなぜ大きな政治的課題として言わないのかと、その意味がこれから問われてくることではないかと考えるわけである。

ちなみに、無駄を省くという議論について考えを述べると、無駄を省くということは要するに議論をしない、あるいは問題を先送りするということを言い換えたのだと理解している。そもそも歳出の無駄、予算の無駄使いというのは一体何なのか。これを定義することはほぼ不可能と言ってもいい。ある人にとって無駄に見えるものは、別の人にとっては必要不可欠という話はいくらでもある。たとえば、総務省が全国の自治体に通達を出して、公立病院の会計も一般会計と連結して決算をし、その赤字のなかに

病院会計の赤字も参入して、そのうえで自治体の財政健全度を図れということを出した。都市部のことはよくわからないが、北海道の郡部の方に行くと、そもそも民間の病院がないから自治体が公立病院をつくっているわけであり、その種の公立病院というのは、どんなに頑張っても赤字になるに決まっている。

さらに言えば、診療報酬の引き下げ等々で病院の収入を減らす方向の政策が延々ととられてきて、そのうえで赤字がけしからんという話はまことに理不尽である。総務省の目から見れば、過疎地の自治体が分不相応な公立病院をつくって医療サービスを提供していくというのは無駄だというふうに見えるから、通達を出して連結決算せよなどと言うわけである。しかし、そこに住んでいる人にとってみれば、赤字であってもやはり必要不可欠な医療サービスだということになる。これはほんの一例で、そういう話は山ほどある。だから、だれが見ても無駄という点では、今度のアニメ・ミュージアムなどは多分そういう事例だとは思いますが、そんなことをあげつらったところで、財政全体の規模から見ればごくごく一部分でしかない。それをもって何兆円というオーダーのお金が節約できるわけではないということである。

無駄を省いてから負担論を考えようという議論は、実は、新自由主義者の罠にはまる議論であるということを私は常に言っている。しばしば消費税の引き上げをめぐる議論をしていて、いわゆる進歩的な人たち、革新系のいろいろな団体や議員が、口をそろえて、政府は信用できないから今は税率アップの議論はできないと言う。そうすると、どのように、いつになったら政府が信用できるようになるのか、その議論は全然なされていない。逆に、新自由主義の経済学者、あるいは公共選択学派のような、要するに基本的に政治のメカニズムを信用していない人たちというのは、その議論を逆手に取って、「そのとおり、政府というのは常に信用できない。したがって、歳入を増やしてサービスを拡充するということは土台無理なので、歳出カットを無限に追求していきましょう。」という形で議論を進めてしまうわけである。

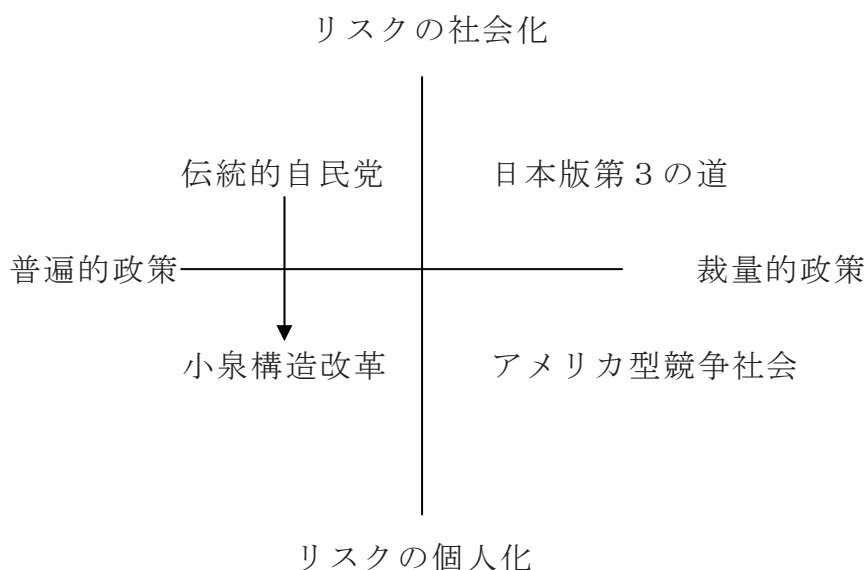
つまり、無駄を省いてから財源論をとるという議論は意味がないし、何が無駄であるかという議論をし始めると、答えが出ないに決まっているのである。部分的には、ある種の公共事業や文科省関係には無駄が多いし、たとえば教員の免許更新制や学力テストは意味のないことだと思うが、そんなことは議論をしても全体の財政から見ればごくごく小さい話でしかない。公共サービスを供給する原理を転換するためには、私たちが過疎地に小学校をつくることを認めるように、国民全体が負担をしながら普遍的なサー

ビスを国民に対して提供していくべきだという方向の議論を発展させていかないと、福祉国家の建設、社会保障の再建はできないのではないかと考えている。

4. これからの政党政治の構図

今の景気対策は筋違い、見当外れだということを説明する（図1）。社会経済政策というものをどういうふうの特徴づけるかということで、縦軸のリスクの社会化、リスクの個人化は疾病や貧困といった人間が生きていくうえで遭遇するさまざまな問題・リスクを個人で自己責任で引き受けるのか、社会全体の問題として対処していくのかという対立軸を示したものである。

図1 社会経済システムの特徴づけ



アメリカという国は、言うまでもなく病気のリスクなどを含めて自己責任でリスクを背負うという社会原理で営んでいる。これに対して日本やヨーロッパの国々は、程度の差はかなりあるが、リスクを社会全体の問題として対処していくというシステムを整備してきたわけである。では、日本とヨーロッパはどこが違うかというと、これは横軸の問題で、左側の普遍的政策というのは先述した資格試験型の政策と重なり合ってくる。つまり、一定の基準を満たした人には同じように政策的なサービスを提供していく。65歳になったら年金を提供していく、あるいは病気になった人は自己負担

3 割で医療サービスを受けることができる。こういったルール・基準があって、同じ問題を抱えた人に同じようなサービスを提供していくというのがこの普遍的な政策によるリスクの社会化である。

これに対して、裁量型政策というのはルールや基準がない。権限や財源をもった役人のさじ加減で対応し、そこに政治家が介入して我田引水の競争をする。いろいろな地域、団体、業界等々に補助金を出す、公共事業費をまく、そういった形で支援、利益提供をして、結果として弱者の保護や格差の縮小というものにつながってきたというタイプのものである。

今の日本に必要なのは、言うまでもなく普遍的な政策によるリスクの社会化であり、ここの部分の強化・拡充である。小泉路線というのは、明らかにリスクの個人化路線を取って社会保障を削減する、教育の自己負担を大幅に増やす、地方交付税を次第に減らしていった地方自治体という単位でリスクを次々と被せていく。たとえば、地域医療の問題でも、病院会計の赤字を一般財政と併せてカウントせよというもの、自治体に対する自己責任の押しつけということになる。

そういう形で一回リスクの個人化に踏み込んで、相当社会・経済が荒廃したということが見えてきた。大体世論がようやく目覚めて、もう一回リスクを社会化する方向に政策を戻そうではないかという雰囲気になってきた。それにもかかわらず、今回の補正予算のようにまたしてもいろいろな役所に事業を考えさせて、ハコ物をつくる、一回限りの公共事業をするといった対応をしている。この図で言えば、単なる左側の上下運動である。小泉構造改革でリスクの個人化を行ったけれども、従来型の発想によってリスクの社会化に戻るとというのが今の政策の状況だろうと思う。

これに対して、公共サービスの供給原理そのものを転換していった資格試験型のサービスとして提供し、この図で言うと、右上のところには政策の重点を移していくということが、実は今度の選挙の争点になるべきである。なかんずく、私が見るところ、地方財政である。地方交付税を次第に減らされて財源移譲も不十分というなかで、住民サービスを行う地方自治体は相当疲弊している。これが、特に教育や医療といった基本的な公共サービスの劣化につながっているわけであるから、地方財政を立て直すということが喫緊の課題である。もうひとつは、介護・医療を中心とした社会保障の立て直しということになるはずである。

おわりに

これからの二大政党制というのはどうなるかという、小泉内閣の時代の自民党がそのまま残っていれば、自民党が新自由主義で民主党が生活第一ということであるから、社会民主主義的な再分配という対決の構図になって、ある意味ではわかりやすい選択になると思う。2007年の参議院選挙のときは、こういう図式で自民党と民主党が対決したという印象だった。

今回、麻生政権、自民党もこのままではいけないという危機感もあって、安心社会実現という方向で政策の舵を切り換えようという動きが始まった。そうすると、自民と民主、二大政党とは言っても同じような方向を向いて政策を議論している、あるいはその対立が見えにくい、違いがわかりにくいという状況になっていくのかもしれない。

しかし、社会保障の再建という大きなテーマを実現するという観点から見れば、二大政党がともにリスクの社会化のほうが大事だと言い出したという状況は、それはそれで歓迎すべきことであって、政党同士の対立点を明確にしろというのは、新聞の政治部や一部の政治学者が自分たちの利害で言っている話なのかもしれない。本当に各政党がリスクの社会化の重要性を認識して、そちらの方向へ政策を変えようと言うのだったら、それはそれで協力をしてやってくれればいいという話も当然あり得る。ただ、漠然とリスクの社会化、あるいは生活第一なり安心社会と言っても、具体的な中身、骨組み、あるいはそれを実現するための手段という点で、どこまでそれぞれの政党がまじめに考えているのかを、選挙の際にしっかりと吟味したいと思う。

また、とりあえずは増税の議論は今できませんね、という政治家の気持ちもわかるが、公共サービスの供給のあり方を根本的に転換したうえで、5年後どうするかということは今からきちんと議論をして、国民全体にもある種の覚悟を問うことが必要になるはずである。そういう意味では、政党の政策能力が問われてくる。すなわち、政治的なリーダーシップによって、歳出の優先順位をどう的確に変えられるのかが問われるということである。実際、民主党のなかにもいろいろな人がいて、たとえば、去年の揮発油税の一般財源化の問題では、現状維持と言う人も実は結構いた。そのときに、全体的な優先順位を切り換えていって、社会保障にこれだけとか、教育にこれだけというような形でそのシフトができるのかどうか。そういう議論をそれぞれの党が国民の目の前で行って行って、この党はちゃんとリーダーシップを発揮できるという手応えを国民に見せることが必要になっていく。

最後に、多少根拠のない予想も含めて話をすると、自民党のなかにも安心社会という方向に舵を切ると言う人もいるし、小泉元首相以来の改革路線をと言っている人もいて、その本質は一体どこにあるのかは見えてこない。民主党も、とりあえず小沢代表時代の生活第一ということでここまで頑張ってきたわけだが、本当にどれぐらいの政治家がリスクの社会化、生活第一路線の意味を理解しているのかというと、私の印象では心許ないという状況にある。ねじれがあるから政党再編のようなものをちゃんと起こさないとダメなのではないかといった議論もあるし、気持ちとしてはそれも理解できる。しかし、政党政治というものはそう簡単にはいかないもので、特に小選挙区制は根本的な政党再編を極めて難しくする制度である、ということが言える。どうしても小選挙区で自民対民主という、赤か白かの戦いをすると、自民、民主の間で敵対関係が固定化してしまうという問題がある。

ただ、私は、再編の可能性はないことはないと思う。たとえば、今度の総選挙で、この自民+公明の現与党も、あるいは民主+社民・国民新党という野党側も、いずれも過半数にいかないとすれば、民主が一応第一党にはなったけれども、自民・公明をプラスしたらそれよりも議席が多くなるが過半数にいかないという混沌とした状況が出てきた場合にどうなるか。そこで、大連立という可能性もないことはない。そういうなかで、たとえば大連立によって衆参両院で大きな与党をつくって、その力で長年の懸案であった財源論理を片づけるといった可能性も考えられるわけである。大連立というものを1回作ると、自民党と民主党の垣根が1回なくなるわけであるから、その後、ある種の再編のような展開になっていく可能性もある。

政治家というのは、政策の主義主張だけでは動くことはない。人間の好き嫌いのような部分で動く面もかなりある。いずれにしても、政党の再編成を起こしていくときには、必然的にリスクの社会化、個人化という対立軸、社会保障をどれぐらい重視していくのか、小さな政府を維持していくのか、それとも政府を大きくしていくのか、こういう対立軸が非常に重要なものになっていくことは間違いない。

こうしたタイミングで総選挙が近々行われるが、まず、社会保障の再構築、リスクの社会化に向けた政策の転換、これについてどちらが勝つにしても大きな国民的な合意をつくっていくことは可能だし、ぜひともそういう方向に向けて私たちはこれから議論をしていかなければいけないと考えている。

日本の医療 光と影
—大学病院のなくなる日—

岩手医科大学学長
小川 彰

1. 日本の医療レベル

WHO の World Health Report2000 によれば、日本のヘルスレベルは 1 位である。ちなみに、アメリカは 15 位ぐらいである。具体例のひとつとして、最近の OECD のヘルスデータ 2007 における「脳卒中入院 30 日以内の院内致死率」を見ると、脳梗塞は、OECD の平均が 10.1%、日本は 3.3%で約 3 分の 1 である。脳出血でも OECD の平均が 26.9%、日本が 10.9%でこちらも約 3 分の 1 でいずれも世界一である。このように、日本の医療のレベルは、治療成績からみても世界で最も良好であると言える。

2. 日本の医師は充足しているか？

では、日本の医師は充足しているかということだが、OECD の平均が人口 1,000 人当たり 3.0 人、つまり 10 万人当たり 300 人で、これに対して日本は 200 人なので、OECD の平均からすると約 3 分の 2 の医師数、先進国 30 カ国中では 27 位となっている。これを都道府県別に人口 10 万対医師数で比較してみると、圧倒的に多い東京都でもおよそ 260 名、他の地方自治体でも OECD 平均の 300 人にまで届いている地域はない。ちなみに岩手県は 170 人だが、沿岸部などの地域によっては 10 万人当たり 70 人という数字である。

ここで、岩手県のことにも触れる。岩手県は北海道に次いで広く、四国 4 県に匹敵する面積のなかに 9 つの 2 次医療圏と救急センター 3 施設体制で全県をカバーしている。2 次医療圏のなかで一番面積が広い宮古医療圏を例にとると、東京都区部の 4.3 倍の広さ、小笠原諸島も入れた東京都全域の 1.2 倍の広さに病院と名がつくところは 4 施設のみである。しかも、4 施設のうち 3 施設は内科と外科しかないような病院、あとは県立宮古病院という総合病院が 1 つあるだけである。東京都の病院数は、東京都全域で 658 病院、区部のみでも 436 病院ある。区部のみの 4.3 倍の広さを持っている宮古医療圏のなかに総合病院は 1 つしかない。したがって、岩手県ではたらい回しはない。なぜかという、たらい回しできるほど病院がないからである。患者さんは必ずどこかで診察してもらい、最終的に岩手医大の高度救命救急センターに来ることになるが、宮古の田舎では、遠いところで約 3 時間、平均でも約 2 時間という距離になる。

そういう状況で医師数を見ると、沿岸部では人口 10 万対約 70 人、新幹線の沿線地域でも 200 人を少し超えている程度であるから、たとえば脳卒中を発症すると開業の医師に診てもらい、地域の病院に行き、それでも手

に負えないということになると、地域の基幹病院へ行く。

2次医療圏には、一応、脳外科の手術ができる施設を1カ所ずつ配置しているのですが、ここで手術ができれば完了するわけだが、ここでも手に負えないとなると、盛岡まで行って高度救命救急センターで治療を受けることになる。そういう意味では、東京とは違い、岩手県民は平均以上の脳卒中診療が受けられていると言える。東京では、救急車で運び込まれた病院によって医療の質が決まってしまう、病病連携、病診連携がない。そこに都市部の医療の問題がある。実際の患者受療動向を見ても、脳卒中に限らず岩手県は病病連携、病診連携が行われていることがおわかりいただけると思う。

3. 日本の医師不足—その歴史

医師数については、1970年代初頭まではOECDと日本の医師数はほとんど差がなかった。国は、1973年に人口10万人当たり医師数150人という目標により1県1医科大学構想を設定し、それをほぼ達成した1982年には、一転して「行政改革の具体化方策について」と題して、医師については全体として過剰を招かないように検討を進めるという医師数の抑制を閣議決定、翌1983年に医療費亡国論が出された。さらに、1997年にも「財政構造改革の推進について」ということで、引き続き医学部定員の削減に取り組む、あるいは医師国家試験の合格数を抑制する等の措置により合理化を図るという、財政抑制・医療費抑制のための医師養成削減政策が閣議決定された。その後、2004年に新医師臨床研修制度が始まり、これが最終的に止めを刺して、医師不足が社会問題になったという経緯がある。

このときの国の政策の柱の1つは、医学部入学者の定員を減らすこと、もう1つは国家試験によって医者になる入り口で減らすことであった。それまでの国家試験の合格率は大体90%台で推移していたが、一時は85%になり、2000年度には79.1%になった。現在では2008年、2009年が90%台になっているが、実はこの70%台ショックというのが未だに残っており、大学では70%を切るような国家試験の合格率を3年間続けると補助金が下りないことになっているため、入学生の進級判定や卒業判定が厳しくなった。したがって、90%とは言っているが、実際の国家試験は、79%に匹敵する難しさと試験がなされていると言ってよい。つまり、医師養成数削減は、「財政構造改革の推進について」による財政抑制・医療費抑制のための政策である。

新医師臨床研修制度が医師不足に止めを刺した

それに加えて、2004年に必修化された新医師臨床研修制度が、医師不足に止めを刺したということが明確に言える。制度の目的であるプライマリケア医の養成に関しては、黒澤明監督の映画「赤ひげ」に代表される、地域の信頼されるお医者さん、内科医でありながら盲腸ぐらいの外科手術ができて出産も診るといようなお医者さんが、プライマリケア医の原点のように思える。しかし、今の日本は「赤ひげ先生」の時代なのか。いかに田舎に住んでいようと、たとえ経験はあっても内科や外科の医師に自分の奥さんのお産を任せるといふ決断をする住民はいないわけであり、それは産科の専門医に診てもらいたいという専門性への期待の表れである。

ところが、すべての地域にすべての専門医を用意することはマンパワーの面から不可能であり、社会資源の浪費である。つまり、専門医の側からすると、専門医でありながら専門の患者さんが少ない状況、たとえば、脳外科であれば、顕微鏡手術の数が少ないことは、専門医としての診療能力の低下にもつながるといふ点からも望ましくないと言ってよい。

では、理想の地域の医師像とは何か。一般診療、緊急時の救急処置ができ、専門医の診断治療が必要か否かの臨床判断をできて、適切な紹介ができること、また自分のインセンティブのために自身も専門性をもっていることがきわめて重要ではないかと思っている。したがって、総合医には反対である。なぜなら、医師自身のインセンティブを維持するのであれば、専門性はあるほうがよいからである。無論、いろいろなものを診られるということは大事である。消化器の専門の先生が地方で開業し、その地域の医師になったときに、内視鏡だったら自分に任せておけ、いくらでもやるということであり。しかし、たとえば糖尿病で、ただ血糖が高いだけではない、ちょっとおかしいなと思ったら、大学病院や糖尿病代謝内科の専門の医師に紹介し、何型の糖尿病でどういう治療をすれば良いのかという診療の方針をきちんと決めてもらって患者さんを返していただく、そしてそれを実践することが必要になる。臨床判断とはそういう意味であり、地域の医師には、こういう臨床判断ができるかどうか求められる。

次に、1991年に大学設置基準の大綱化が旧文部省によって行われ、医学進学課程2年間と医学専門課程4年間の教育期間を廃止して6年一貫教育にすると決められた。その後、2000年には旧厚生省が医師法等一部改正を行い、2004年から臨床研修を必修化することが決まった。このように、卒前の医学教育は文部科学省、卒後の医学教育は厚生労働省が管轄しているため、医学教育において一貫性が欠如している。つまり、旧文部省が大学

設置基準の大綱化によって大学病院の6年一貫教育を進め、6年で適正にトレーニングをして医師を世に出そうと決めたわけだが、旧厚生省の卒後臨床研修制度は6年間の医学部教育では十分ではないから卒後に2年間追加教育をするというものであり、この2つの政策のなかに整合性が見られないということを意味している。さらに、この2つを議論した委員会には、同じ委員がいたことも大変問題だと思っている。

4. 臨床研修制度の負の影響

卒後臨床研修制度の導入により、なぜ医師不足が急速に生じたのか。研修期間は2年間で、1年間に約7千数百名が卒業する。2004、2005年の2年間では1万5,310人の新医師が誕生した。法律上、研修医というのは研修に専念することとなっており、各診療科のマンパワーにはならない。全国の医師数は、2004年度厚生労働省調査によれば約26万人、これを1万5,310人で割ると約6%の医師不足が生じたことになる。つまり、医師としてはカウントされて臨床研修病院にいても、それ以外の病院では働けないし、各科のマンパワーにもなっていない。たとえば中堅の医師を派遣して地域をサポートするような病院のなかでさえ、研修医はマンパワーになっていないということである。

さて、日本の医師数を考える際に忘れてならないのは、統計にある医師数というのはあくまでも医籍に登録された医師すべてをカウントしているということである。26万人のなかには、実際に臨床に携わっていない医師、たとえば厚生労働省の医系技官も数としては入っているわけである。65歳までをアクティブに働いていると一応規定をしてみた場合、65歳を超える医師が約4万人いるので、それを除くと約22万人である。これに行政に入って臨床していない医師、休職中の女性医師などの問題を考慮すると、アクティブに働いている医師は約20万人。これを人口10万人あたりに換算すると、医師数154人という数が出る。154人というのはOECDデータではどこになるかというところ、医籍に登録された医師をすべてカウントして27位、さらにアクティブに働いている医師数からすれば最下位に位置する。

地域医療の崩壊

臨床研修制度の負の影響として、地域医療の崩壊が言われている。臨床研修制度発足のときに、これは大変なことになるのではないかということで、全国医学部長病院長会議では地域医療に関する専門委員会をつくり、2002年から毎年帰学状況、大学所属医師の状況を調査している。それによ

ると、2002年に71%だったが、2006年には50%、2008年には55.9%になっている。次に、全国の都道府県を人口50万人以上の都市をもつ大都市圏と、50万未満の都市しかない小都市圏域に分け、経年的に帰学率を比較した。北海道だけは札幌地区とその他として2地区に分けた。2002年は臨床研修制度発足2年前、発足後の2年間の臨床研修医が大学に帰ってくるのができた2006年、2007年、2008年の数値をみて、明らかなのは、大きな都市がある都道府県では臨床研修制度に対して大学が影響を被っていないが、小さな都市しかない地方の都道府県においては、大学所属医師が約74%から約33%に減っていることである。

特に、へき地における医療は地方大学が担ってきたという自負がある。これは、医師養成削減政策が続き、慢性的な医師不足にあったにもかかわらず、臨床研修制度が始まる前はその地方の医師不足が顕在化していなかったという事実からも明らかである。それは、地方の大学が人手のないなかで何とかやりくりをして地域医療を担ってきたということである。研修医がすぐに地域医療の担い手になるわけではないが、大学の各診療科に若手医師が所属するということは、その科のマンパワーが充足することになり、それによって専門医を取得した中堅医師などを過疎地や地域医療のために派遣することが可能であったが、地方大学における医師不足によって、こうした大学の過疎地医療に対するサポート体制が完全に瓦解したというのが現状である。

診療科間偏在

もう1つの影響は、診療科間の偏在を引き起こしたことである。内科は2008年が少し増えたが次第に減ってきており、外科では約35%減少した。あるいは、厚生労働省の医師・歯科医師・薬剤師調査からも、特に29歳以下の外科医が激減し、半分になっているという状況が明らかである。危惧されるのは、急性腹症や盲腸のような非常に簡単な病気によって命を落とす、という時代が近々に来るであろうということである。それだけ外科医の不足が著明である。また、最近日経新聞にも、都内の診療科のなかで心療内科と美容外科が増加し、小児科・産婦人科は微減したという記事が掲載された。これは、病院勤務医が大幅に減少していることを意味していて、大変危機的な状況を示している。

基礎医学者の減少

さらに、日本の医療レベルを底支えしてきた基礎医学者の減少が非常に危惧される。世界の論文数の伸び率をこの10年間で見ると、日本は1997

年には世界中で第 2 位の論文数を誇っていたが、2007 年には 5 位に転落してしまった。増加率では中国が 5 倍、韓国が 2 倍、西欧諸国が 20～80% 台、米国が 10%、日本が 5% である。当然、医学論文は伸び悩んでいる。国内では、国立大学全体で論文数が 3% 減っている。旧帝大ですら 5% 増、その他地方の国立大学の 35 校では 8% 減である。つまり、日本の基礎医学・医療はほとんど壊滅状態に近いと言ってよいのではないか。

全国医学部長病院長会議では、こうした動きについて、2004 年に新医師臨床研修制度が始まった際、地域格差の拡大、過疎地医療の崩壊、地方における医学・医療の後退、それによる診療体制の弱体化、国際競争力の低下の結果、国民福祉の低下をもたらす可能性があるのではないかということを経済学で議論し、注意を喚起していたところである。

5. 医療費と労働力

日本は、GDP が増えているのに診療報酬は下がっている。1 人当たり保健医療支出を見ても、OECD の平均 2,724 ドルに満たず、19 位である。また、医療費の対 GDP 比では OECD 加盟 30 カ国中 21 位、年平均増加率は下から 5 番目で、ほとんど増加をしていない状況である。つまり、わが国では最も安い医療費で世界一の医療を提供しているのである。この背景には何があるのか。医師の週労働時間を年代別に調べると、30 歳代以下では実に 75 時間が現状で、ほとんど労働基準法違反である。また、脳神経外科医を調べた資料によれば、大学病院の勤務医が最も過酷な労働環境にあることが明らかになっている。恐らくほかの科でも同じような状況ではないか。すなわち、日本の医療は、現場医師の善意と献身的自己犠牲の上に成り立っているのである。

イギリスは、サッチャー政権時代に低医療費・医師養成削減政策として、まさに日本と同じような政策を行ったわけだが、その結果医療制度は崩壊し、手術を受けられるまでに 1 年以上かかるという、とんでもない状況になった。数年前イギリスに行った際、現地の婦人は「実は今もあまり変わっていない。専門医に診てもらうためには、ウェイティング・リストに載せてもらうのに 3 カ月、それから実際に治療を受けられるようになるのに 3～6 ヶ月かかる。その間に患者さんの具合が悪くなって、もう世の中からいなくなっているということもある。」と言っていた。

なぜこういうことが起こったかと言うと、医師がインセンティブをなくして、有能な医師はカナダやオーストラリアへ皆逃げていったからである。2007 年にグラスゴー空港でテロがあり、中近東の医師が逮捕された。彼は

イギリスで働いていた医師である。このように、現在、イギリスの医療はインドや中近東の出身者によって下支えされている。1997年にブレア首相が就任して、医療費を50%増、あるいは医師の養成数を50%増という改革を行ったが、未だに回復はしていない状況である。入院待機者についても、読売新聞の記事によれば、6カ月待ちや12カ月待ちの患者さんが大分減っているが、まだ相当数いるということであり、日本はこれに倣おうとしているということが大変危惧される。

全国医学部長病院長会議は、こうしたことを踏まえて2005年にさまざまな提言と要望を行い、2006年にも医療制度全体の危機に対応するため臨床研修制度の見直しを緊急声明として強く提言した。また、2007年には「医学教育改革案」をグランドデザインとして発表し、そのなかで臨床研修病院の教育を見直して、限られた社会資源を有効活用することで、社会問題化している医師不足の即効的回復になるだろうということを効果として挙げている。

6. 臨床研修制度に代わる医学生涯教育のあり方

2004年に始まった臨床研修制度は、5年で見直しをすることが法律で定められており、5年目を前にした2007年12月に、厚生労働省の医道審議会医師分科会医師臨床研修部会の報告書において、現行の方式を継続するということが記されている。しかし、2008年1月に発足した「安心と希望の医療確保ビジョン会議」によって、臨床研修制度のあり方等に関する検討会を急遽招集することが決定し、同年の4月から半年で意見の取りまとめを行った。それが2009年の5月に厚生労働省令として出たのだが、そのなかに明確に文章化されたのは、「大学病院等の医師派遣・養成機能の強化等の観点からあり方を見直す」というものであり、主な内容は、プログラムの弾力化として必修の研修期間を2年から実質1年間にしたこと、大学病院を中心として各地域の実情に即した臨床研修病院群の形成、および定員、研修病院の基準の厳格化を強く主張したことである。

さらに、継続的な見直しとして、2010年から毎年見直しをするということが省令のなかに盛り込まれたことは評価できるかと思う。しかしながら、研修病院の基準の厳格化に関しては、激変緩和ということで、かなり骨抜きになってしまったので、現実には大学病院の医師派遣養成機能の強化というところに今回の見直しがなかなか結びつかないと思われる。

医学は生涯教育

さて、医学は生涯教育であるから、われわれとして教えることができるのは今の知識、技術であり、いかに完璧であろうとしても10年後、20年後のことを教えることはできない。学生時代に習ったことをそのままの知識と技術で診療している医師はだれひとりとしていないし、全部生涯教育のなかで獲得してきたはずである。要するに、医学教育とは、ただ単に細々としたことを教えるということではなく、みずからが最新の知識・技術を生涯学習として学び続けられる手法を授けることが一番重要であると思う。そうした観点から、卒前の臨床実習、卒後の生涯研修を含む一貫性のある生涯教育システムを構築する必要がある。しかし、現在、卒後2年間の臨床研修を終えるだけで正当な医師になれるといった幻想が、国民のなかにもあるということを非常に危惧しているところである。

このような臨床研修制度の見直しの動きのなか、2009年5月には文部科学省が医学教育カリキュラム検討会として「臨床研修制度の見直し等を踏まえた医学教育の改善について―意見のとりまとめ―」を出した。今後、大学設置基準等の改正については、中教審で検討することや文部科学省・厚生労働省の連携のもと、卒前・卒後一貫した見直しと検証を行うことが明記され、全国医学部長病院長会議で主張してきたことはある程度方向性として示されたと評価している。問題は、実際にこれがどれだけ有効になるかということである。

7. 「医療費亡国論」から「医療立国論」へ

現在、医療がおかれている状況は、臨床研修制度だけに原因があるわけではない。その後の欧米の研究でも、医師誘発の需要が増えるという学説は否定をされているにもかかわらず、現在もなお、財務省や厚生労働省を中心に、医療費亡国論の呪縛から解けていない。

また、非常に不思議なのは、医薬品と医療機器の輸出入である。たとえば、医薬品は1兆7,000億円の輸入である。医療機器も1兆円が輸入で、輸出は約半分である。両方を合計すると2兆7,000億円の輸入に対して輸出が7,000億円となる。たとえば、心臓ペースメーカーのように、弱電部門でコンピューターを使う技術は日本のお家芸的なものであるにもかかわらず、日本製のペースメーカーは1台もなく、全てをアメリカから輸入している。また、医薬品については、自国で開発しているにもかかわらず製品化ができない。技術立国日本が、なぜこのようなことになるのかというと、医薬品、新薬が日本ではなかなか保険認可されず、日本で開発された

薬が欧米で認可されて製品になり、その高くなった薬を日本が買っているという、おかしな話になっているのである。

EU では、医療投資が経済成長率の 16~27%、医療の経済効果は対 GDP 比で 7%に相当すると言われている。対 GDP 比 7%の金額を日本円に換算すると、約 35 兆円である。そういう意味では、医療というのは決して亡国ではなく、日本の経済を救う大きな産業になるものである。たとえば、岩手県では岩手医大だけを見ても、大学と附属病院の職員が約 3,000 名おり、岩手県のなかで最も大きな産業である。雇用も生み出し、産業も生み出しているのに、なぜこれを利用しないのかということである。

また、教育機関への公的財政支出が、OECD の平均で対 GDP 比 1.1% に対して、日本は実に情けないことに 0.5%である。ヨーロッパでは医学部の授業料は無料なので、こんなにお金がかかっているのは日本だけである。

2008 年に医学部の定員増が認められ、国立大学のなかでも国立大学病院にやや厚く 30 億円の財源を確保したが、30 億円というのは各大学で解剖台を 1 台ずつ買ってしまえば大体終わりという金額である。しかし、国立大学は毎年 1%の運営費交付金が減額され、これまで継続的に大学の教員の定員削減が行われたにもかかわらず、今回の定員増に関しては教員への手当はゼロである。私大も公立大学も同じくゼロであるということは、ほとんどないということである。こうした事態を受けて、2009 年 5 月に全国医学部長病院長会議は、少なくとも教員数の確保と教育環境の充実、教育現場の過酷な労働状況改善のための予算措置を求めるという要望書を内閣総理大臣に提出した。

医学・医療政策に規制的手法を導入しない

しかし、政府の会議では、財政制度審議会が建議をとりまとめるなかで、規制的手法で、たとえば、医学部では大学入学時に専攻する診療科目を選択させ科目ごとの定員を定める、すべての大学が万遍なく診療科目をもつのではなく、産婦人科を中心に育てる大学があってもいいのではないかと、といったことが医療や医学のことを全然知らない経済畑の方々によって話し合われていたことが議事録に載っている。さらに、安心社会実現会議でも、厚生労働省を分割するという案のなかで、大学病院を文部科学省から切り離して厚生労働省へ移管するということが提案されている。この案は一応なくなったが、要するに、医療・医学を知らない方々が勝手な議論をして、それが国の政策に実際に運用されていくという、極めて危険なことだと考えている。この点については、日本医師会からも是非声を出してい

ただきたいと思う。

また、先日閣議決定された「経済財政改革の基本方針 2009」においても、「『基本方針 2006』を踏まえ歳出改革を継続しつつ」ということが明確に述べられており、社会保障費年 2,200 億円の減額はこれ以上無理だという認識はしていても、それはどこにも載っておらず、当の 2,200 億円を減額するということを決めた「基本方針 2006」を踏まえた歳出改革は継続するという文章だけが載っている。つまり、いつ、はしごを外されるかわからないという状況であって、いずれ近い将来に外され、2,200 億円の削減が戻ってくる可能性は大いにあると考えている。政府の歳出削減方針に基本的には変更はない、ということである。

低医療費、低教育費政策を見直し医療立国へ

財政制度等審議会の 2010 年度予算編成の建議に対しては、全国医学部長病院長会議として、低医療費、低教育費政策を見直して先進国並みのレベルに引き上げてほしい、医学・医療政策に規制的手法を導入しないでほしいということを要望した。この背景には、臨床研修制度発足前は絶対的な医師不足状況にもかかわらず、大学の調整機能によって地域の医師不足も診療科間偏在も顕在化はしていなかったこと、また、先立って開催した全国医学部長病院長会議の定例総会へ出席した国の役人が、医師の偏在問題、医療崩壊をもたらしたことは、その政策の誤りであったということを確認に 160 人の会員の前で認めたという事実がある。ところが、建議のなかに定員制などに関して規制的手法の導入が盛り込まれ、「基本方針 2006」の歳出削減を堅持するということが記されている。これを実行されれば、もう大学病院は潰れてしまう。医師養成削減政策を見直したとしても、医師不足の絶対的な解決には 5 年、10 年、少なくとも定員が増えた医学生が卒業するまでは 6 年かかる。さらに彼らが一人前になるまでには、10 年以上かかる。つまり、定員増では即効的なものにはならない。むしろ臨床研修制度の根本的な見直しをすれば、戻る可能性はある。

しかし、さらにディスカッションが必要なのは、低医療費政策と低教育費政策についてである。そのなかでも、医療は産業だとする医療立国という視点が論点にすっかり欠けているのではないか。こういう政策変更なしには、日本の医療、医学教育は立ち直れない。国立大学 42 校のうち、2008 年度は数校を除いて病院のキャッシュフローベースは全て赤字に転落した。国立大学の付属病院を実際にごらんいただくと、何が一番目に付くかというと、病院そのものがどんどん汚くなってきているということがおわかりいただけると思う。清掃要員を削減するために、病院そのものが汚くなっ

ているのである。そういう状況まで、すでに大学は追い詰められている。国立大学だけではなく、私立大学も経常費補助金がマイナス 2%ずつ減額され、今回の補正予算では、国立大学のみが対象という、公立大学や私立大学へは交付されない補助金がたくさん出ているなかで、国立大学のみならず公立大学も私立大学も疲弊しているのが現状である。

医療と教育が減れば国は滅びる。医学・医療は平時の安全保障である。日本医師会には、医師の代表として是非こうしたデータを集積して、国を動かすような活動につなげていていただきたいと願っている。

社会経済構造の変化と医療政策のあり方

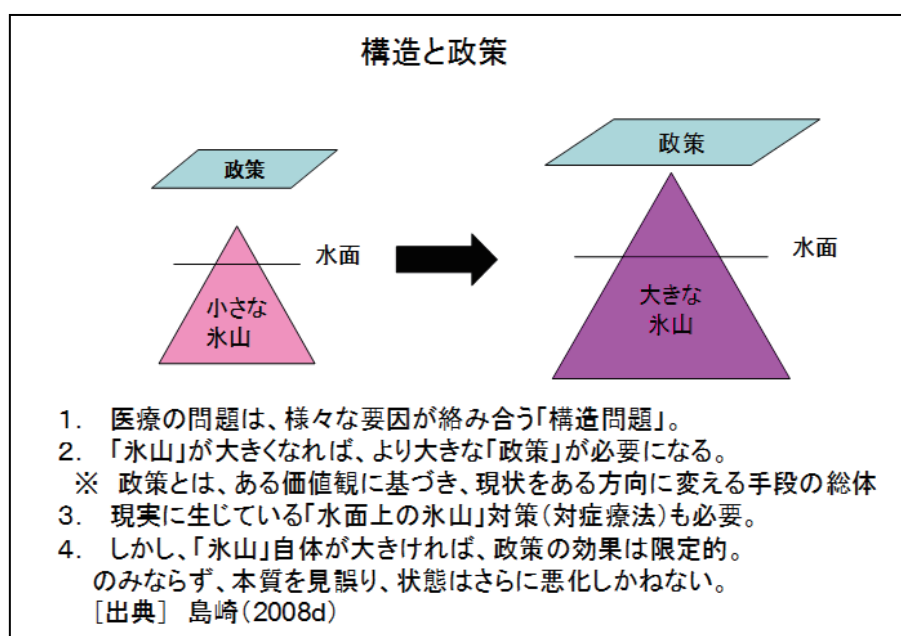
政策研究大学院大学教授

島崎 謙治

1. 問題の所在と視点

下記の図は、私が国立社会保障・人口問題研究所に在籍していた当時、政策を打っても出生率が伸びない理由を説明するのに作成したものである。

この図は、社会構造そのものが大きく変化する（比喩的に言うと「氷山」が大きくなる）と、上から政策で押しえ込もうとしても限界があるということを表している。つまり、水面から出ている対症療法的な対策も必要だが、構造そのものに手をつけないと本質的な解決ができず、状況は悪化するということである。



実は、この図は医療にも当てはまる。医療制度はシンプルな仕組みではなく、いろいろな要素が絡み合い、全体として1つの構造を形成している。そのため、絡み合っている構造の全体をみて、問題をきちんと解きほぐしていかないと、かえって状況は悪化しかねない。今日は、このような観点から医療政策のあり方について日頃思っていることを述べてみたい。

(1) 医療現場からみた医療危機

現場の医師たちからは、多忙だという悲鳴に近い声が聞かれる。それにはいろいろな要因がある。もちろんその根底には、医療そのものが高度化していることが大きな要因として存在することは間違いないが、理由はそれだけではない。患者側の医療に対する期待が「ニーズ」を超えて「ウオ

ンツ (wants) 」であり、欲求が過大になっていること、医療本体業務以外の周辺業務が増えていることなども無視できない。これまでは、医師あるいは看護師の負荷が増加しても、医療人として我慢するものだといった意識があったと思うが、そのような「自己犠牲」のロールモデルは通用しない。また、患者・家族からの医療に対する不満はどここの国でもみられるが、そういう不満が表出しトラブルも増え、訴訟リスクも増大するということになる。 「リスクをとるのは割に合わない」という感覚も生まれよう。周りを見て、もっと楽な職場があれば辞めていくのは道理である。元来、免許のある医療職は、職場を選ばなければ雇ってもらえるため流動性が高い職業である。こうして誰かが辞めると、限界的にその負荷が残された者にかかり「ドミノ倒し」のように辞めていき、その連鎖が地域医療全体に及んでいく。医療現場の実状をみると、こういう構図に陥っている地域は決して少なくない。

(2) 中期的・マクロ的にみた医療危機

ただし、こうした医療現場における実態をあれこれ述べることが本日の趣旨ではない。「社会経済構造の変化と医療政策のあり方」というタイトルをつけた理由は、医療問題を中期的・マクロ的に見るとどうということなのかということである。言い換えれば、ミクロ的な視点も重要だが、政策を考えるに当たっては、社会経済の大きな流れを押さえ、将来から逆算して今の課題を抽出していくことも必要になる。

まず押さえておくべきことは、医療費の増加である。その要因の1つは医療技術の進歩である。通常産業分野では、技術革新は費用削減に資するが、医療では一般には技術革新は費用増加に繋がる。また、分子標的薬の開発も進んでいるが、開発費用が嵩むため概して高い薬価が設定されている。2つ目は高齢化の進展である。これについては医療費増加の主因ではないとする議論もあるが、増加要因であることは間違いない。一方、経済成長はどうか。高齢化・生産年齢人口の減少や総人口の減少は、日本経済の潜在成長力を引き下げる要因である。ちなみに、各種調査等によれば、2020年代の潜在成長率は、1%程度(よくて1%半ば)であると見込まれている。これは技術進歩によって可変的であるが、いずれにしてもかつての高度成長期における毎年平均2桁の伸びは期待できない。

そうしたなかで、医療の質、アクセスの公平性、コストの3つをどうやってバランスを取っていくかということが問題になる。しかし、この3つは基本的にはトレードオフの関係にある。ある論文の中で、ボーデンハイマー(Bodenheimer,T.)という人が、“Cost, access, quality. Pick any

two.”という言葉を紹介している。要は、この3つを同時に達成することはできないから、「3つのなかから2つを選べ」ということである。医療の質は絶対に落とせず、アクセスの公平もそれほど犠牲にできないということになれば、負担（コスト）を増やさざるをえない。端的に言えば、低医療費政策からの転換は必要だということである。

ただし、医療は経済成長と連動させるべきではないが、経済成長と独立して医療は存立しているわけでもない。これは、日本における歴史的な事実、あるいは外国の事例が証明している。また、医療制度は社会経済の影響を強く受けるが、単に社会経済の上部構造だというわけでもなく、医療制度が社会経済に影響を及ぼす面もある。たとえばドイツでは、日本に比べ社会保険料率は非常に高いが、賃金付随コストを極力抑制することは与野党問わず共通認識になっている。失業率の増加や国内企業の外国への移転に対する懸念が強いからである。日本について考えてみると、天然資源は乏しい。金融で生き延びるという選択肢も危ない。

余談だが、100年に1度の経済危機と言われているが、過去の経済と現在・未来の経済は決して同じではない。ITや金融工学が発達し、市場が国際的に連関しているからであり、景気の Volatility（市場変動率）は高くなる（ブレが大きい）と考えるべきである。また、グローバル化の中でモノの生産も有利ではない。

結局のところ、低医療費政策から転換するには、高付加価値産業を育成しパイを大きくすることと、パイの配分を変えること、の2つが重要になる。いずれにせよ、後者だけで医療をはじめとする財源を確保することはできない。最近よく医療（介護を含む、以下同じ）を内需主導型経済の柱に据えるという議論があるが、内需拡大だけで経済成長を実現できるわけではない。総合的な経済成長戦略はやはり必要である。

また、医療は雇用誘発効果が高いということが言われる。医療は人件費比率が半分を占めているのだから当然であるが、中長期的に見れば、むしろ少子高齢化が進んでいくなかで医療従事者をどのように確保していくかということが深刻な問題になってこよう。もちろん、同じお金を使うのであれば、効用（国民の満足度）が高い分野に配分を変えるべきだという考え方は正しい。

ただし、留意すべきことは、医療と他の産業分野との調整は、必ずしもマーケットで自動的に行われるわけではないということである。普通の産業では国民のニーズに応じて商品やサービスが提供され、それに応えられる企業が生き延び、そうでない企業は淘汰され、労働力の配分も労働市場で行われる。しかし、社会保険料や税金に依存している医療の場合には、

どのくらい医師や看護師を養成するかは、市場で自動調整されず社会的に決めなければいけない。しかも、医師は一人前になるまで10～15年という長い時間がかかり、その間のタイムラグを考慮に入れる必要があり、その決定は慎重に行う必要がある。私は医師の養成数の増加に決して反対ではないが、数の議論が先行し、中身の議論が十分されていないことに違和感を覚える。

さらに、国民の負担増に対する忌避感が非常に強いという問題がある。これは医療負担も例外ではない。1つの例として、毎日新聞社等が行った「医療に関する意識調査⁷」を見ると、医師数については「全国的に足りない」が61%、医療費の規模については、63%が「高い」と答えている。次に、医療費の負担についての設問があるが、実は、質問の前置きで、「GDP比で見たときに、日本は先進諸国のなかで最低レベル」であることが強調されている。それにもかかわらず、医療費の負担について、「税金負担重くなるのもやむなし」と「個人の自己負担額引き上げもやむなし」の回答が合わせて28%、「現状程度でよい」が32%、「さらに医療費を削減すべき」が29%と、ほぼ三分されている。

[毎日新聞社等「医療に関する意識調査」の結果（2007年10月19日朝刊）]

1. 医師数：
 - A. 全国的に多い（2%）
 - B. 一部の地方・診療科では不足（34%）
 - C. 全国的に足りない（61%）
2. 医療費規模：
 - A. 高い（63%）、B. 安い（23%）
3. 医療費負担：
 - A. 税金負担重くなるのもやむなし（19%）
 - B. 個人の自己負担額引き上げもやむなし（9%）
 - C. 現状程度でよい（32%）
 - D. さらに医療費を削減すべき（29%）

※問「国民医療費のGDP比は先進国中最低レベルだがどうすべきかと思うか」

→ 3の、A+B（28%）、C（32%）、D（29%）とほぼ三分されている。

⇒ これでは政策の舵を大きく切ることにはできない。

ここで言いたいことは、国民の負担増に対する忌避感が非常に強いから方向転換できないということではない。強調したいことは、政策の舵を切るには国民に負担の覚悟を求めざるを得ないが、その結果、「出したお金に

⁷ 毎日新聞 2007年10月19日朝刊

見合う価値」(value for money)を高めるべきだという意見が必ず生じるということである。私は「無駄をなくせば財源が見つかる」といった論調に与するつもりはないが、今の医療の姿をいわば「相似形」で拡大することに国民は納得しないし、それがよいとも思わない。やはり効率化の努力は求められる。

医療保険の財源は、公費、社会保険料、自己負担の3つしかないが、いずれも国民が負担していることには変わりはない。また、公費にしても、「社会保障の自然増 2200 億円の削減」の閣議決定は撤廃されても、財政制約が弱まるわけではない。たとえば、民主党のマニフェストを見ると、診療報酬の引上げに伴う患者負担増については、公費で手当するということが書かれているが、年末の予算編成で保険料増分はどうするのかといった議論が生じよう。それに関連して総選挙における民意が何だったのかと考えると、各紙の調査を見ると、マニフェストの個々の政策、たとえば、高速道路の無料化等については、反対が強い。医療について個別にきちんと尋ねたものは乏しいが、負担を覚悟した上で低医療費政策からの転換を支持しているのだろうかという疑問を拭いさることができない。つまり、マニフェストの個々の政策に対する支持は必ずしも高いわけではなく、むしろ民意は閉塞感の打開とチェンジそのものにあつたように思われる。

しかし、政策の明確な方向性と強い合意を欠き、変化自体が自己目的化することは危ない。政策の揺り戻しが起こるからである。たとえば、小泉政権下で郵政民営化の是非を問うシングル・イシュー (single issue) で当時の自民党は大勝したが、それから数年も経たずして見直しが行われようとしているのは典型例である。医療分野でも、こういう揺り戻しが繰り返されると、振幅が拡大し、制度そのものに対する信頼が失われかねない。政策を転換する際に必要なことは、目標に対する強固な国民的合意の確認、現状の問題の分析・評価、適切な方法の選択の3つである。これは、医療のように国民の身近な問題では特に重要であるように思われる。

2. 人口問題と医療政策

社会構造の変化において、何よりも重要なのは人口問題である。人口学的に見た近未来における日本の社会の特徴は、「超少子高齢化・人口減少社会」である。これは基底的条件であり、医療にはいろいろな経路を通じ影響を及ぼす。

人口問題を軽く見ている人や誤解している人も少なくない。たとえば、①環境負荷等を考えると日本の人口は 8,000 万人程度で安定させるほうが

いい、②国立社会保障・人口問題研究所の推計は当たらない（または「下方修正されるはず」）、③高齢化・人口減少恐れるに足りず、といった見解・論調がある。簡単にコメントしておきたい。

まず①についていえば、人口が一定で推移するのは、合計特殊出生率が人口置換水準（現在では2.07ぐらい）で一定しており、なおかつその状態が1世紀近く続くという、きわめて特殊な条件の下でしか成立しない。

②については、逆説的な言い方になるが、国立社会保障・人口問題研究所の「2006年12月推計」を当たらせてはいけない。人口推計をするときには、ある基準となる人口のコーホート（女性）を設定して、未婚率、出産する子どもの数をベースに推計するのだが、1990年生まれの生涯未婚率は、23.5%で、4人に1人は未婚という前提に立っている。ちなみに、1955年生まれの女性の生涯未婚率は5.8%であるから短期間の間に急増すると見込んでいることになる。1990年生まれのコーホート（女性）の無子率（子どもがいない率）も推計されているが、結婚しても子どもが生まれない、あるいは産まないという選択をされる方もおられるので、無子率は約37%、3分の1以上が子どもがいないと推計されている。

要するに、「2006年12月推計」は非常に厳しい前提の下の推計であり、この推計が当たれば社会構造は現在とは相当異質なものになるだろう。もちろん、だからといって「産めよ、増やせよ」といったアナクロニズムの主張をするつもりはまったくない。そのようなことが許されるはずもない。問題は、国民が本当に結婚や子育てを望んでいないのかということであるが、実は決してそうではない。「結婚したい・子どもは2人程度ほしい」という人は9割ぐらい存在するのである。願望がありながら、それが何らかの事情によって阻害されるとすれば、その阻害条件を除去するのは「正義」である。少子化対策もこういう観点に立たないと「成功」しないと思われる。

③の点に関しては、少子化が原因でこれだけ国家レベルで高齢化・人口減が生じたことは古今東西を問わず稀である。未経験なことについては、謙虚な姿勢で臨むべきである。「日本の長期人口すう勢」では、2005年が日本の総人口のほぼピークで、これを対称軸にほぼ対称になっている。

実は、明治元年（1868年）の人口がどれだけだったかという、3,000万人を少し超える程度である。それが急激に伸びて、2004年から2006年くらいにピークを迎え、以降急激に減少する。その影響は小さくない。ただし、社会保障にとっては、総人口の減少以上に、人口構成が急激に変わるものの影響のほうがはるかに甚大である。社会保障とは、煎じ詰めれば、現役世代が生み出した富を、前の世代と後の世代へ分配する仕組みだから

である。

その意味で特に重要なのは、生産年齢人口と高齢者のバランスである。生産年齢人口は2005年から2030年にかけて1,700万人ぐらい減少するが、一方、老年人口が約1.4倍に増加する。特に後期高齢者は約2倍になる。これは団塊の世代（1947～1949年生まれの人たち）が、2024年には後期高齢者の仲間入りをするからである。お年寄りを何人で支えているかを見てみると、1955年には12人で1人を支えていたのが、2005年は3.3人で1人、2055年になると1.3人で1人を支えることになる。たかだか100年ぐらいの間に一桁違っているということである。ちなみに、この生産年齢人口の取り方がおかしい、15～64歳ではなく20～69歳ぐらいまでは働いてもらいましょうというモデルにするとどうなるかも計算できる。たとえば68歳の人が、支えられるほうから支える側のほうに回るので、かなり数字が変わるように見えるかもしれないが、実を言うと決定的には変わらない。つまり、人口構造の変化は相当程度所与のものとして受け止めざるを得ないということである。そもそも、生まれてきた人が平均でどのくらいまで生きられるかは、パンデミックが流行するとか戦争があるとか、そういうことがなければ高い確率で当たる。それでなければ生命保険は成り立たない。

また、医療はデリバリーとファイナンスとの組合せから成っている。年金制度は、非常に複雑だと思われがちだが、基本構造はきわめてシンプルである。なぜかという、所詮はお金の移動というファイナンスだけの問題だからである。これに比べ、医療の場合には、生産要素を投入し、サービスが提供され、消費が行われるという過程があるため、人口構造の変容の影響は多面的である。

たとえば、医療従事者の確保の問題がある。看護師には大卒の方も准看の方もいるわけだが、大体年間5万人弱が新規に免許を取得する。現在の20歳の人口は約120～130万人であるから、現在新卒女性の約13人に1人は看護職に就いている計算となる。しかし、少子化が進んでいるため、20歳人口は2030年頃には90万人となる。男性の看護師の方もおられるが、計算上、仮に全員女性だとすると、90万人の半分が女性で45万人。これを5万人で割ると9という数字になる。つまり、5万人新規免許取得というレベルを変えなければ、新卒女性の9人に1人が看護師ということになる。仮に医療・介護需要の増加に応えるために、もっと看護師を増やすべきだとすると、5人に1人とか、3人に1人といった計算になる。これが果たしてリアリティをもっているかどうかということを実際に考えないといけなのではないか。なお、人的資源といった場合に、量だけでは

なく質も重要であり、一般論で言えば、数を増やせば質は低下する。

また、少子高齢化や人口減少というのは、貯蓄率の低下や労働力の減少などにより潜在成長力を低下させる要素であり、経済というバイパスを通じても医療に影響を及ぼす。労働力が足りなければ外国人労働力を活用すればよいという議論もあるが、これは社会的な統合の問題をも引き起こす。実際、ドイツやフランスが悩んでいる問題である。日本はアメリカと異なり移民国家ではないので、こうした社会的な統合の確保は、より深刻な問題を引き起こすことになる。

ところで、人口置換水準を下回ってきたのは何もこの数年ということではなく、1970年代半ばから合計特殊出生率は人口置換水準を割り込んできた。それなのになぜ総人口が増えてきたかという、それは単純な話で、死亡者数が出生数を下回っていたからである。つまり、これまでも人口ピラミッドは崩れていたが、比較的まだ若い社会だったために、子どもの数が減っても亡くなる人のほうが少ないので人口が増えてきたのである。現在では、人口ピラミッドは完全に逆のピラミッドのような形になっているので、子どもが多少増えたとしても、亡くなる人の数のほうが多くなる。高齢社会は多死社会である。実際、2030年には亡くなる人が160万人ぐらいになるので、看取りの医療の重要性や死をどうやって迎えるかということも切実な問題になってくる。

さらに、世帯構造の問題も非常に深刻である。単身世帯や老人夫婦世帯が増えるということはよく言われるが、1人暮らしの高齢世帯数というのは急激に増えていく。一口に1人暮らしといっても、たとえ近くに居住していなくても、子どもがいる場合といない場合では、全然意味合いが違ってくる。非常に心配なのは、全く身寄りのない本当の1人暮らしというのが相当増えてくるということである。特に、男性の生涯未婚率（50歳時点での未婚率）が非常に高い。1980年の時点で、男性2.6%、女性4.45%ぐらいだったが、2005年になると、男性15.96%、女性7.25%ということで、男性では6人に1人が未婚という状態になっている。この人たちが間もなく高齢者になる。そうすると、たとえば認知症が発現したときに成年後見人をつければよいという問題ではない。成年後見人は、基本的に財産行為に権限が限られているので、インフォームド・コンセントを得るために本人がどういう医療を望んでいるかを確認しようとしても、確認のしようがない。また、配偶者や子どもから話を聞き、意思の推定を行おうにも、その推定さえできないといった問題が生じる。地域において家族の代替機能を誰がどのように果たすのか、という難問が突きつけられている。

3. 医療政策の基本課題と評価基準

人口問題の影響について縷々述べてきたが、そうしたなかで医療政策のハンドリングをしていかなければならない。医療政策の基本課題は、一言でいえば、医療費の伸びと経済成長との間にギャップがあるなかで、医療費の財源をきちんと確保し、国民が真に必要な質の高い医療を安定的に提供することができるようにすることである。抽象的に言えばこうなるが、先進諸国はみな苦しみ悩んでいる。アメリカはもちろんのこと、ヨーロッパ諸国も改革の連続である。ドイツやイギリスはその典型であるが、毎年のようにいろいろな改正を行っている。問題が露呈すると、いわば「政策の総動員体制」が採られる構図は不思議なほど似ている。

医療政策を論じるに当たっては、現状の評価が出発点になる。日本の医療政策の評価はどうか。結論から先に言えば、医療の質は先進諸国の中でも遜色のない水準、アクセスはマクロ的には良好、コストはきちんと維持できているという面では成功（ただし医療関係者から見ると行き過ぎ）という評価になろう。ただ、WHOの2000年のレポートにおける「日本は世界一」という評価が必ずと言ってよいほど引用されるが、これを「独り歩き」させることには賛成できない。なぜかというところ、ここで取り上げられている指標は、乳児死亡率、平均寿命（健康寿命）などであるが、政策の評価や課題の抽出という面では、もう少し個別的に丁寧に見ていく必要があるからである。たとえば急性期と慢性期でどうか、医療機関別にどうか、ナショナルセンターではこうだが、地方のがんセンターではこうだ、といったいろいろなレベルで見えていかないといけない。評価は、改善すべき問題を見つけ出すために行うものである。評価をしたけれども、どこを直すべきなのかぼやけてしまうのでは評価の意味は減殺される。

話を元に戻すと、日本の医療のパフォーマンスは比較的良好であると考えられてきたが、現状を見ると、病院勤務の過剰労働をはじめ、医療現場が相当疲弊していることは間違いない。医師の診療科の偏在、地域偏在など、深刻な事態が生じていることも事実である。小児科や産科の問題だけが取り上げられることが多いが、外科も非常に深刻である。

また、プライマリケアと急性期医療の接合がうまくいっていない例も数多くみられる。たとえば日本では開業医だけでなく中小病院がプライマリケアを担っているが、これまで中小病院で対応できていた手術や処置が大病院に持ち込まれ、その結果、大病院が対応できなくなっているということが多くの地域で起こっている。たとえば、盲腸の手術しかり、救急も中小病院で対応していたのが崩壊し、全部大病院へ持ち込まれて、今までは

病院のポリシーとして救急患者を拒まないできたが、ついにギブアップしたといった例も見られる。

さらに、イギリスでは **long waiting list** という「入院待ち行列」の問題があるが、日本でも同様の事例が地域的には起きているのではないかと思われる。実際、あるインタビュー記事であるが、「がんの患者でもお待ちいただくことが現実には起きていて、これが患者のみならず医師の側のストレスにもなっている」という趣旨のことを院長が述懐している。要するに、低医療費政策の歪みはいろいろなところで起きている。

3つの評価基準の中で、「医療の質」はなおざりにできないことは当然である。2つ目の「アクセス」については、「いつでも・どこでも・誰でも」をスローガンとして掲げてきたが、私は「いつでも・どこでも」は内容によっては見直しが必要だと思っている。コンビニ受診や重複受診などは、当然是正していくべきであるし、病院も専門外来は別にして、本来は入院に特化すべきである。「誰でも」というのは、現実的には難しい。たとえば、2009年3月に起きた「静養ホームたまゆら火災事件」に象徴されるように、実際には貧富の差がなくというのは非常に難しい。しかし、だからこそ理念として堅持することは必要である。その意味では、混合診療解禁は認めるべきではない。ちなみに、混合診療については、神奈川県男性が、がんの併用療法をめぐって国に対し訴訟を起こし、2007年に1審で原告側が勝訴した。この判旨は法律解釈論として明らかにおかしく、私は判例評釈でこの判決を批判したことがあるが、医療技術の革新と保険診療の調和の問題は、保険外併用療養費制度で対応すればよいのである。2009年9月29日に高裁の判決が出される予定であり、1審判決が覆ることを期待しているが、混合診療問題は今後とも議論を引きずることになる。

3つ目の「コスト」については、増やさざるを得ない。無理に押さえ込むと、レーショニング（**rationing**：配給・割当）の問題が起こる。低医療費政策からの転換は必要である。ただし、お金をかければ自動的に医療の質やアクセスが良くなるわけではない。言ってみれば、現状をそのまま相似形で拡大していくということは適当ではない。そのためには、わが国の医療が量から質に転換する過程で生ずる「甘受しなければいけない痛み」と、医療の質やアクセスを維持・向上させるうえで「重点的に修復手当てや財源投入をしていかなければいけないもの」の仕分けが必要になる。たとえば、急性期医療の質を向上させるには、医療機関の集約化は必要である。

その例として、北海道中空知地域のケースを挙げると、滝川市、砂川市、

美唄市のそれぞれの病院に産科の先生が1人程度配置され、分娩を実施していたが、24時間365日オンコール体制の状態による疲弊が著しいということで、産婦人科医を中空知地域の中央に位置する砂川病院に集約・統合した。もっとも、人口を見ると、砂川市よりも美唄市や滝川市のほうが多い。そのため、なぜ砂川市に統合したのかという声がいまだに強い。総論は賛成でも各論反対の声が上がるのはこの例に限らないが、それならば、集約化しないで済むかといえばそうではない。医療安全面を含め医療の質は落ちる。また、大学医局もリスクが高く勤務条件も悪いところに医師を派遣させられない。病院の統合に反対する住民等の心情は理解できるが、医療密度を高める必要や勤務医の過重労働を緩和するためには、集約化は避けて通れない課題である。

4. 医療政策の短期的な課題

医療政策の先行きは、不透明な部分が少なくないが、短期的な課題について私見を述べたい。まず、医療保険と国庫の財政状況について述べる。

(1) 医療保険財政および国庫の財政状況

いずれの保険者の財政状況も非常に悪く、なかでも協会けんぽの2008年度通年決算は2,290億円の赤字で、準備金がほとんど残っておらず、枯渇寸前である。資金繰りも相当危ない状況であるが、そもそも収支バランスがとれていない。来年度から保険料の相当大幅な引上げが必要になるはずである。

健保組合の財政状況も悪い。従来は、予算のときには赤字でも決算を見ると黒字になっていたのであるが、先日発表された健保組合の決算によれば、2008年度は3,060億円の赤字見込みになっている。前年度に比べて一挙に3,660億円悪化している。原因は、前期高齢者の納付金の増加である。支援金・納付金等による保険料収入のうち、約44%がこれらに充てられるという構造になっている。特に、賃金水準が低く、かつ若い人が多い保険者は非常に厳しくなっている。

また、市町村国保は、2008年度の決算見込はまだ出ていないが、2007年度では非常に大幅な赤字で、なおかつ一般会計繰入をしても多額の赤字という構造になっている。国保の財政基盤が脆弱で、2006年改正のときに法律の附則で各種措置の手当てをしたが、これが2009年度末で切れるため、次期通常国会には、国民健康保険法の改正案を出さなければいけないということになる。つまり、次期通常国会では医療保険の改革の議論がま

た出てくるということである。

要するに、各医療保険者とも非常に厳しい状況にあり、公費（国庫）の増を求める「大合唱」となろう。しかし、先ほども触れたが、社会保障費の自然増を毎年 2,200 億円削減するという縛りが外れたものの、国の財政状況に余力はなく、予算制約はつきまとう。さらに言えば、ハコものと違い、医療費は恒久的かつ増加していくものであり、財源論抜きの制度改正論議はあり得ない。それでは、医療保険の主たる財源は何か。私は、給付と負担の照応関係が明確な保険料を、今後とも中心に据えるべきだと考えているが、保険財政の厳しい状況を考えると、消費税率やたばこ税率の引き上げの議論も避けられない。

なお、租税法律主義の下で税率を上げるためには法律改正が必要になるが、国民の嫌税感が非常に強く、政治的に容易ではないことは過去の例から明らかである。もちろん、保険料だから簡単に上げられると言っているわけではないが、端的に言えば、税の依存割合が高くなると、税率引上げができず財政制約がより強まり、その財源枠の中でやれという議論になりやすいことに留意すべきである。

（２）後期高齢者医療制度・関連法の廃止と廃止後の制度体系

マニフェストでは、「後期高齢者医療制度・関連法は廃止する。廃止に伴う負担増は国が支援する」と明記されている。しかし、実施時期は、「財源を確保しつつ順次実施」の項目に入っているため、ただちに廃止法案の提出を約束しているわけではない。さすがにこれは、なかなか難しい問題だということは認識しているのだろうと推測される。野党のときには廃止法案を出せばいいが、内閣として法案を提出する以上、単純に「廃止する」というだけではなく、廃止後の姿をきちんと示す必要があることは当然である。

なお、マニフェストでは、廃止後の姿について、「被用者保険と国民健康保険を段階的に統合し、将来、地域保険として一元的運用を図る」となっているが、すでに負担構造が変わっている以上、この調整はやっかいであり、単純にすごろくで何マス戻りますというようなわけにはいかない。また、制度の頻繁な改正は避けてほしい、という声も決して小さくはない。たとえば、マニフェストに対して全国町村会は、「後期高齢者医療制度はその根幹を維持すること」という意見を公表しているし、日経新聞の世論調査⁸においては、70 歳以上では男女とも過半数が制度の存続（微修正を含む）を支持している。

⁸ 日本経済新聞 2009 年 1 月 4 日朝刊

そういう声があるにせよ、後期高齢者医療制度については廃止を明言している以上、廃止を前提に議論が進むことになる。また、「年齢で切る」という制度設計は、他の事情は何も変わらないのに被保険者資格が変わり、保険料の増減が生じるといったことが起こる。この制度設計上の「傷」は、決して小さくない。しかし、これは厚生労働省も分かっていたはずである。そうでありながら、なぜわざわざそうしたのか。その理由は、高齢化が一層進むなかで負担の分配に正面から向き合わざるを得ないからである。

後期高齢者医療制度が年齢差別であるという批判があるが、私は必ずしもそう思っていない。年齢差別の発生を防ぐためには、高齢者自らが納める保険料と、若年世代からの支援金と公費の負担ルールを今のうちに冷静に議論して、決められたルールはあまり安易に変えないということの明確化と合意を得ることが重要なのではあるまいか。自分たちは前の世代にこれだけ負担します、また自分たちの分はこういう負担をします、したがって、こういうルールで次の世代もお願いします、ということがなければ、世代間連帯が成り立つはずがない。後期高齢者医療制度を廃止する場合でも、こうした世代間の負担配分のルールの議論はきちんと行ってほしいと思う。

廃止後の姿としては、「年齢で切る」という独立型が許されないということになれば、①リスク構造調整方式、②突き抜け方式、③一元化方式の3つしかない。応用形はいろいろ考えられるが、基本形はこれ以外にはない。ただし、いずれも一長一短がある。③の一元化方式についてだけ述べると、この方式の難点は、所得捕捉率の問題と事業主負担の処理の問題である。所得捕捉率の問題というのは、所得そのものの把握の問題がよく議論されるが、納税者番号をつけることなどにより相当程度解消可能である。難しいのは必要経費の認定であり、たとえば、ある車が事業用なのか個人用なのかという区別は、困難で非常に厄介な問題だといえる。

もう1つの事業主負担の問題というのは、軽々に扱うべき事柄ではない。地域保険に一元化すると、被用者保険の事業主負担を抛出しておく意味がなくなり、これを引き上げるという話になれば、被保険者（サラリーマン）の保険料を2倍にするという話になる。経済学者の間では、事業主負担というのは賃金だというようなことを言う人もいるが、それほど簡単な話でもなく、労災における事業主負担の問題などへの波及もあり、全部絡まってくる基本問題であり、これはきちんと議論すべき事柄である。

（3）診療報酬改定

診療報酬改定は、より短期的な問題である。医療関係者の間では大幅改

定を求める声が強いが、診療報酬を引き上げれば、患者の自己負担、保険料、公費に跳ね返る。雇用情勢が悪化するとともに、ボーナスも前年度比で大幅なマイナスとなるなかで、理解を得るといのはなかなか容易ではない。改定内容についても、財源が限られているのであれば、メリハリをつけるべきだと言うのは議論として当然出てくる。ただし、仕分けの作業はそれほど簡単ではない。たとえば、入院に重点を置くといっても、単純な切り分けを行えば、非効率な運営を行っている病院まで温存することになるからである。また、時間的制約が強いなかで無理矢理に行うと、いろいろな「手戻り」が起こるといことが懸念される。また、本来、民意で問うべきだったのは何だったかと言うと、社会保障国民会議の報告にあるように、介護や住宅まで含めてこういう改革の選択肢があるが、費用負担も含め、いずれを支持するかということではないかと思う。

以上を考えると、「本丸」はむしろ 2012 年度の診療報酬と介護報酬の同時改定に照準を当て、国民が本当に何を望んでいるかということや負担の覚悟も含めて、きちんと議論を積み上げていくことが望ましいのではないかと私は考えている。なお、中医協の議論が支払側と診療側の話し合いで決められており、政治主導に反するといった見方があるが、社会保険における当事者自治的な要素を無視することは適当ではない。大きな方針は政府が決めるにしても、個々の分配は当事者の協議に委ねるといのが正しい姿である。また、2006 年以降の中医協改革を通じて、相当改善が図られてきているように思う。

5. 医療政策の中期的な課題—同時に「今」取り組むべき課題—

(1) 総論

日本の医療制度の何を守り、何を改めるべきかという「目標」をきちんと議論しなければいけないのであるが、日本の医療制度の3大特徴である①被用者保険・地域保健の二本建ての国民皆保険②病院も含めて「民」中心主義の採用③フリーアクセスの尊重、について意味や功罪の評価を明確にすべきである。

②については、日本の場合はいろいろな議論を重ねたうえで、あえて病院については民間中心主義を採ってきた。その功罪については、公立病院の実態をみると、「功」つまり良かった面のほうが大きかったと思う。もっとも、公立病院がすべて悪いわけではなく、あるべき姿としては、一般会計繰入をするのであればそれと条件をイコールフィッティングにして、どちらがより効率的にやっているかという評価をする方向を目指すべきで

ある。これは、一種の「市場化テスト」と同じような発想である。

もう1つ重要なことは、医療の「非可逆的」「複雑系性」「非完全技術性」を国民が十分認識しておらず、医療資源の分布が異なるなかでの「(全国一律の)一般解」と「特殊解」の関係をほとんど理解していないということである。したがって、そのことがわからないままに、人気投票のようなやり方で目標の選択を決めていくのは非常に危うい。つまり、複雑な条件が組み込まれた選択肢をきちんと説明・提示し、具体的なイメージをもてるようなビジョンを示したうえで国民の合意を得なければ、先ほど述べたような、政策の「揺り戻し」や「振幅の拡大」を招き、医療制度に対する信頼をも損なわれることが懸念される。

(2) 各論

ファイナンスについてはこれまで述べてきたので、デリバリーについてだけ述べる。網羅的には述べられないが、対策・方法論で見た場合、医療機関と患者の間に「マーケット」が存在し、それが機能すると医療の質とアクセスが向上すると考えている人が少なくない。しかし、医療には情報の非対称性等の特殊性があり、「市場メカニズム」は十分にはうまく機能しない。

また、手法の分類という面では、サプライサイドに働きかけをしていくのか、ディマンドサイドに働きかけをしていくのかという分け方があるが、サプライサイドそのものに働きかけをしていくことが重要である。これまで日本がとってきた手法としては、①診療報酬の経済的手法、②地域医療計画等の計画経済的手法、③情報開示と選択(第三者評価を含む)があるが、①を中心にポリシーミックスとせざるを得ない。たとえば、医療機関の機能分化については、大きな方向性は医療計画で描き、具体的な誘導は診療報酬で行うのが最も無理のないやり方である。なお、医療計画に基づく病床規制については競争制約的であることは間違いがなく、その功罪をきちんと検証すべきだと思う。

現下の最重要課題のひとつである医師不足問題については、諸要因がどの程度で、どのように関与しているのかを考える必要がある。たとえば、臨床研修必修化の影響が大きいことは事実であるが、それが主因だということは疑問を感じる。また、医師を増やせば自動的に地域偏在や診療科偏在を是正するわけではない。いわば、医局機能低下後の調整の仕組みを、うまく描けていない。両極端の解決策としては、「市場メカニズム」と「強制」があるが、多分どちらもうまくいかない。基本となるのは、医学教育システムである。医師の養成には、多大なコストと時間を要するにもかか

ならず、どういう医師（専門医と家庭医、診療科別）がどれだけ必要か、あるいは教育システムをどうするのかという議論がきちんとされないまま、数の議論だけを進めるべきではない。

このことに関連して、総合医（家庭医）の問題について触れたい。日本の医療の向上を図るためには、機能分化は避けて通れない重要課題である。また、臓器別専門医と揶揄されることがあるが、日進月歩の医療技術の革新にキャッチアップするには専門分化は必然である。ただし、専門分化は同時に包括的医療の必要性も増大させる。こういう基盤があって、専門医も専門分野に集中できる。また、機能分化を患者の側からみるとどうなのか。医療機関が代わると担当医も代わってしまい、医師と患者の関係はその都度切断されてしまう。そうすると、それをつなぎとめる医師が必要になる。

よく用いられる「脳卒中の医療連携体制のイメージ」という図があるが、在宅生活から疾病発症を経て（かかりつけ医を介在せずに）いきなり急性期に移行することや、かかりつけ医の定義や機能に関する記述には疑問の点もあるが、中小病院がプライマリケアのかなりの部分を担っていることを表示しているなど、日本の医療の特徴がよく現れている。言いたいことは、プライマリケアがしっかりしていなければ機能分化と連携もうまくいかない、ということである。また、高齢化が進めば単一的な医療モデルでは通用しなくなる。とりわけ重要なことは、①治せる病気はしっかり治す、②寛解できない病気は、生活を支える一対応として医療がコミットしていく、③日頃の健康管理や生活習慣病の重篤化を防ぐ、の3つであるが、いずれかを重視したり軽視したりすることなく、バランスのとれた議論が求められよう。

総合医の問題についても、本来はプライマリケアの医療政策上の位置づけを明確化するといった観点から議論を行うべきであったが、診療報酬の議論、端的に言うと人頭払いの議論と絡んでしまい、1985年の「家庭医騒動」の再燃となったのは非常に残念である。このような医師が不要であればともかく、国民はそのような医師を求めているし、医師不足の緩和や医療の流れをスムーズにするためにも必要ではないかと私は思う。ただし、総合医の教育・養成は容易なことではなく、当然のことながら教育体制の整備、過渡的形態、グループ・プラクティスの評価、あるいは在宅医療との関係をどう整理するのかなど、問題は山積している。むしろ、そういうことをきちんと議論していくことが求められている。

おわりに

社会経済の基底が変化すれば、医療制度も変わる。特に、近未来の人口構造の変容のインパクトは非常に大きく、医療制度も対症療法ではすまず、制度の基本に関わる改革が求められることになるだろう。もちろん、どのような改革を指向するかは、最終的には国民の選択に帰着する問題である。ただし、これは決して単純な選択ではない。医療政策は、多元連立方程式を解くのと似たような面があり、部分解は全体解を保証しない。また、政策の揺り戻しは極力避けるべきである。時間や費用をロスすることもさることながら、医療制度（特に医療提供制度）は非可逆的性格が強く、一度壊すと復元が困難だからである。さらに、医療制度は閉鎖系でない。社会経済の動きに引きずられて理念が見失われることはあってはならないが、さりとて、社会経済と独立して存立しているわけでもない。したがって、迂遠なようにみえても、全体と部分の関係や社会経済との関係に目配りしながら、日本の医療制度のどこを守りどこを改めるのか、十分見極めることが肝要である。そのために、医療の職能者も広い視野に立って、ビジョンを打ち立てる必要がある。

社会保障の役割と国民負担率

慶応義塾大学大学院経営管理研究科教授

田中 滋

はじめに

本題に入る前に、診療報酬について述べたい。社会保障審議会の医療部会と医療保険部会も再開され、11月19日に開催された医療部会では次のような議論があった。そこでの内容は、医療、特に急性期医療の疲弊感を解消するにはどうしたらいいかという医療側からの強い問いかけに対し、重点分野に配分を、別な言い方をすると、そうではないところから取ればいいといった声が、保険者側から今回も上がっていた。財務省や政府の行政刷新会議でも同様の意見が聞かれた。

しかし、思い返すと、前回の改定のときも重点分野の配分が問われ、中協に引き継がれる前の医療部会、医療保険部会における4つの課題のうちの1つは、重点分野の配分であった。つまり、相対的に、たとえ重点分野に配分したとしても、総枠を変えなければそれほど解決にはならなかったという理解が必要である。相変わらず、医療の一部の報酬を引き下げ、重点分野に点数を配分すれば何とかかなるとの考えがあり、主張がある。しかし、前はそうしたけれど、産科、小児科や外科の疲弊感が変わったわけではない。問題は、重点分野にほかの分野よりも3%、5%多く配分することではないとわれわれは認識しているが、世の中にもそれを理解してもらい必要がある。

もう1つ重要な点は、診療報酬を勤務医の所得問題にしてはいけないとの理解である。勤務医は、所得が足りないから辞めてしまったり、バーンアウトが起きたりしているわけではなく、過酷な勤務状況が問題の根源である。そもそも、病院経営のなかで勤務医に報酬をどのように配分するかは、法律でも国家の命令でもできないにもかかわらず、仮に報酬をあと年200万円配分したとして、勤務医がそれで疲れなくなるのか。全然そうではないだろう。勤務医を支える医療提供体制の問題である。すなわち、勤務医の労働時間の問題であり、急性期医療の入院日数が短くなって入院患者の医療密度が高まっているにもかかわらず、それに合わせて勤務医数が相対的に増えていないこと、勤務医が負担しているさまざまな医療以外の業務が増え続けている実態に原因がある。

先般、私の研究室の院生が大変優れた修論を書いた。そのなかで、医療従事者の時間の費やし方をシミュレートしたところ、今指摘した入院日数短縮による医療密度増に加え、医療安全のための委員会、医療IT化のための委員会、インフォームドコンセントのための時間、手術の同意書を取るための時間など、医療そのものではない部分の時間が増えたことや、患者の医療密度が高まっている変化に時間が掛かっている影響が明らかにな

った。しかし、これらは報酬を上げれば解決する話とは異なる。すなわち、診療所の医師の取り分を減らして勤務医の報酬に回すといった談義に陥ってはいけない。要は、勤務医の勤務条件の改善であり、勤務医がよりリーズナブルな働きができるような、ある忙しい日に忙しいのは当然だが、1週間、1カ月、1年でみれば、燃え尽きないような働き方ができる人員配置とスタッフの話であることを、医療側は言い続けるべきである。

急性期医療で実際に起きている変化は、技術はもちろんだが、この10年間で病床当たり従事者数、および有形固定資産が増えて続けてきた点である。この点を言わないと、財務省の言うように、デフレで世の中の人の給料が下がっているし、企業の売り上げも減少しているから、診療報酬も下げろといった議論を人々が信じてしまう。しかし、実態は違う。一般の企業では、この10年間で人員を減らし、不要な固定資産や稼働しなくなっている工場などを閉鎖してきた。ところが、医療の世界では、病床当たりの従事者数は増え続け、特に急性期医療では顕著である。病床当たりの有形固定資産額も増え続けている。リストラの逆を行ってきた。工場を集約して減らしてきたような企業とは違う。コストは増えているのである。実際のところ、病院で働いている勤務者の1人当たり給与が上がってきたわけではない。コスト、すなわち病院を運営するための費用が増えているのである。問題は、医療にかかるコストの話であって、個人の給与の問題にすり替えられてはならない。

問題を解決するためには、非重点分野から重点分野への配分だったり、開業医の所得から勤務医の所得への移転だったり、需要が減っている他産業と同じように医療費を減らすのではなく、医療費の総枠をきちんと少なくとも真水で増やすことである。そしてもう1つは、診療報酬、とりわけ急性期医療を支える診療報酬の仕組みの議論が求められる。仕組みという意味は、重点分野に点数をつけるだけではなく、入院基本料に代表されるが、固定費が増えている業界での支払い方を考えて主張すべきである。そして、急性期医療を支える地域医療という視点もきわめて大切である。

1. マクロ経済の状況

税、社会保障の話に入るためには、マクロ経済の状況がどうなっているかをきちんと踏まえる必要がある。現在、日本経済の問題は、供給不足ではなく著しい需要不足である。需要不足のときに、規制緩和をして供給者間競争が広まると経済が回復する、との主張の効果は乏しい。需要が足りない、しかも本当はニーズがあるにもかかわらず、需要にならないところ

をどう支援するか、と考えるべきである。現在の需要不足に加えてデフレスパイラルに入ってしまうと、抜け出すのがますます大変になる。一応、政府はデフレ宣言をしたが、確かにその崖っぷちに来ていると思われる。デフレになりそうな需要不足とは、マクロ全体で価格はさしあたり動かずに、生産量に比べて、つまりいろいろなサービスや物品の供給量に比べて需要が足りないことである。デフレはそれに加えて価格が下がってくる状態を指す。価格が下がっていくと賃金が下がるため、人々は先行きを案じてますます使わなくなり、借金だけが残る。借金はデフレでも下がらないので、借金を抱えている企業や個人はますます消費しなくなる。これは非常に恐ろしい事態である。

長期的に、もう1つ日本経済にとって怖い問題は、ロストジェネレーションをもう一度発生させてしまう可能性である。ロストジェネレーションの問題は、バブル経済崩壊後の1990年代にいわゆるフリーターに代表される若者たちを多く生み出してしまったために起きた。若者たちは、フリーターになっても年収150~200万円は稼げるのかもしれない。高卒の若者が、コンビニで働いて月給10万円もらえるとする。そうすると親元で暮らしていると、当初はリッチになった気がしたりする。高校3年生から見れば、月給10万円は、とんでもない額の小遣いになるような気がするわけだが、何が問題かという点、職業の初期に受ける訓練が足りないことである。

医師、看護師はもとより、大学の教員でも、植木屋さん、ラーメン屋さん、銀行員、メーカーの社員でも、最初の半年はもとより、長いところでは1年、医師であれば2年間、最初に職業訓練を受ける。学校での一般的な能力の訓練とは別に、その職業独特の訓練を受け、たとえばレストランに入ったらシェフの下で2年間、皿洗いから始まってきちんとした訓練を受けるから一人前の料理人に進化していく。

ところが、ロストジェネレーションの人たちは、飢え死にしない程度の収入が得られる日本であるから、職業訓練がないまま25~30歳となっていってしまう。そこからもう一度職業訓練をすることはとても困難で、18~22歳ぐらいのときに、半年でも1年でもいいからOJTを通じて、あるいはその職場内の正規の研修を通じて訓練を受けさせなければいけない。

ところが、現在、来年(2010年)の高校生は6割が就職できないと言われている。大学生も4割は就職できない。これがもう1年たまると、さらに増えてしまう。こういう状態が続けば、間もなく日本は労働力不足になるのに、訓練を受けていない労働力の固まりをつくってしまう結果になる。後で労働力が足りないときに使えない人間をつくってしまう。

こういう状況のときに何をすべきか。重要な政策は規制緩和でも何でもなく、需要分析である。たとえば、現在日本の金融システムはさほど痛んでいない。前回のバブル崩壊のときには、日本は主に金融システム、とりわけ銀行部門が壊れ、その回復に至るまで日本経済が長期不況になった。アメリカ、イギリス、アイスランドまでも、金融システムが壊れて現在の不況になっているが、日本の場合には理由が異なる。端的に言うと、農林中金以外の金融システムは特に大きく傷むことはなかった。マクロ経済の影響で後から傷んでくるが、前回のように金融システムの痛手が主因ではない。また、現在の日本の技術力が著しく低下しているわけでもないだろう。環境関連、鉄道技術、介護ロボット、アニメ関連など、日本の技術力は競争力を保っている。

こういうなかで国債をどう考えるか。国債は、長期的に見れば確かに大量発行し続けるべきではないかもしれないが、現在の主たる原因が需要不足ならば、来年度 44 兆円に固定する意味はほとんどない。44 兆円に固執して、それを守るために需要不足を大きくしてしまえば、治療方針を守って抗がん剤の量をきちんと少なくしていたら患者が死んでしまったといったようなことが起きかねない。必要ならば柔軟に国債発行は考えるべきであり、長期の話と今現在日本に起きている苦境を区別する議論が求められる。

なお、根本的には、われわれが社会に対してどのくらいきちんとした税・社会保障負担を行うかである。

2. 国民負担率

「国民負担率」とは、世界的に使われている言葉ではない。対応する英語がない。フランス語もない。「国民負担率」を直訳してもどこにも通じない。「国民負担率」なる言葉には、あたかも「国民があえぐ率」という感じが伝わってくる。これは、財務省側がつくった言葉である。「国民負担率は低いほうがいい」というささやきである。明らかに「国民負担率」と呼ぶと、「国民が背中に負わされている重さの率」というニュアンスが伝わってくる。本来は「国民を幸せにする率」とでもつければよかったのだが、残念ながらそうではなく、あたかも重みの率のような言葉が使われている。

「国民負担率」は、わが国独特の定義であり、分子が租税と社会保障負担、つまり社会保険料である。この 2 つの合計額が分子になる。分母は GDP か国民所得になる。GDP は、日本の国内で行われている経済活動の総額である。そのなかから間接税とか減価償却などを引いた値を国民所得

と言う。GDP が同じでも、直間比率にかかわる税制改正があると国民所得の値は変わってしまう。

国によって同じ GDP、たとえばどちらの国も 100 兆円なら 100 兆円、1 兆ドルなら 1 兆ドルの経済の規模、同じような生産構造があったとしても、間接税率が高い国だと国民所得が低く見える。ゆえに国際比較の点でも問題である。それから経年変化で一般に間接税は高くなってきているので、同じ税金と同じ社会保険料であっても、分母を国民所得に取るとだんだん大きくなってくると見える。そういう意味では、本来は分母に GDP を使うべきである。租税社会保障負担の対マクロ経済比は世界中で使われている指標で、分母は一般に GDP が用いられている。分母を国民所得にして、あたかも国民負担率が高く見えるという問題、国際比較がしにくいという問題、そして経年変化で消費税率が上がると税の合計額は変わらなくとも負担率が高くなっていくように見えるという 3 つの問題から、日本の定義は変えるべきである。

具体的な値を見てみよう。図 1 は日本の国民負担の推移である。これを見ると、国民負担は⑤番の黄色いところである。もう 1 つ、財政赤字を足して⑦番、潜在的な国民負担率も 1980 年代の財政構造改革法で記されて以来、わが国ではしばしば目にする。

わが国の国民負担率を見ると、昭和 45（1970）年の 24.3%から平成元（1989）年まではほぼ上がり続けてきた。財務省、財界的な言い方をすると、日本は高齢化によって社会保障が大変だと言われてきた。しかし、平成元年以降、国民負担率は変化していない。直近（平成 21 年見込み）の値では 38.9%、平成元年は 38.4%である。つまり、日本は社会保障が大変だから、税金や社会保障は増え続けているような気持ちに誘導されているが、数値で見ると、国債でファイナンスしている部分があるものの、税金や社会保険料の対マクロ経済比が合計値で見ると高くなってきたわけではない。分解した国税、地方税、それから社会保険負担を見ると、たしかに社会保険負担は増えてきている。しかし、その分、税のほうで調整されているので、日本の国民負担率は増えていない現実に目を向けるべきである。

それから、潜在的な国民負担率⑦も同じである。平成 11 年に 48.9%になって以降、今年を超えるかもしれないが、少なくとも国債増が言われるこの 10 年間でも特に増えてこなかった。

図 1 国民負担率の推移（対国民所得比）

年度	国税 ①	一般会計 税収	地方税 ②	租税負担 ③=①+②	社会保障 負担 ④	国民負担率 ⑤=③+④	財政赤字 ⑥	潜在的な 国民負担率 ⑦=③+④+⑥	国民所得 (NI)
昭和45	12.7	12.0	6.1	18.9	5.4	24.3	0.5	24.9	61.0
46	12.8	12.0	6.4	19.2	5.9	25.2	2.5	27.7	65.9
47	13.3	12.5	6.4	19.8	5.9	25.6	2.8	28.4	77.9
48	14.7	13.9	6.8	21.4	5.9	27.4	0.7	28.1	95.8
49	14.0	13.4	7.3	21.3	7.0	28.3	3.3	31.6	112.5
50	11.7	11.1	6.6	18.3	7.5	25.7	7.5	33.3	124.0
51	12.0	11.2	6.8	18.8	7.8	26.6	7.2	33.8	140.4
52	11.8	11.1	7.1	18.9	8.3	27.3	8.3	35.6	155.7
53	13.5	12.8	7.1	20.6	8.5	29.2	8.0	37.1	171.8
54	13.7	13.0	7.7	21.4	8.8	30.2	8.7	38.9	182.2
55	14.2	13.5	8.0	22.2	9.1	31.3	8.2	39.5	199.6
56	14.5	13.8	8.3	22.8	9.8	32.5	8.1	40.6	209.7
57	14.6	13.9	8.5	23.1	10.0	33.1	7.6	40.7	219.4
58	14.8	14.0	8.6	23.4	10.0	33.4	6.9	40.4	230.8
59	15.1	14.3	8.8	23.9	10.1	34.0	5.8	39.8	243.6
60	15.0	14.7	9.0	24.0	10.4	34.4	4.9	39.3	260.3
61	15.8	15.4	9.1	24.9	10.6	35.5	4.2	39.7	271.1
62	16.8	16.5	9.6	26.4	10.6	37.0	2.6	39.6	283.9
63	17.3	16.9	10.0	27.3	10.6	37.9	1.3	39.2	301.4
平成元	17.7	17.0	9.9	27.6	10.8	38.4	0.8	39.2	322.1
2	18.0	17.3	9.6	27.6	10.6	38.2	—	—	348.3
3	17.0	16.1	9.5	26.5	10.6	37.1	0.4	37.5	371.1
4	15.5	14.7	9.4	24.9	11.1	36.0	4.3	40.2	369.3
5	15.5	14.7	9.1	24.6	11.3	35.9	6.5	42.4	369.0
6	14.4	13.6	8.7	23.1	11.6	34.8	8.0	42.7	374.1
7	14.7	13.9	9.0	23.7	12.5	36.2	9.1	45.3	374.3
8	14.5	13.7	9.2	23.7	12.7	36.4	8.7	45.2	380.6
9	14.6	14.1	9.5	24.0	13.1	37.1	7.7	44.9	382.0
10	13.9	13.4	9.7	23.6	13.5	37.2	10.6	47.7	368.9
11	13.5	13.0	9.6	23.1	13.6	36.7	12.2	48.9	364.3
12	14.2	13.6	9.6	23.7	13.6	37.3	9.9	47.2	371.8
13	13.8	13.3	9.8	23.7	14.3	38.0	9.4	47.4	361.3
14	12.9	12.3	9.4	22.3	14.5	36.8	11.1	47.9	355.8
15	12.7	12.1	9.1	21.8	14.5	36.3	10.5	46.8	358.1
16	13.2	12.5	9.2	22.4	14.3	36.8	8.2	44.9	363.9
17	14.3	13.4	9.5	23.8	14.6	38.4	6.3	44.7	365.9
18	14.5	13.1	9.8	24.3	14.8	39.1	4.6	43.7	373.6
19	14.1	13.6	10.7	24.8	15.2	40.0	3.8	43.9	374.8
20	13.0	12.6	10.7	23.7	15.7	39.4	7.3	46.7	369.0
21	13.0	12.5	10.0	23.0	15.9	38.9	8.8	47.7	367.7

(注) 1. 単位は、国民所得は兆円、その他は%である。
 2. 平成19年度までは実績、20年度は実績見込み、21年度は見通しである。
 3. 平成2年度以降は93SNAに基づく計数であり、平成元年度以前は68SNAに基づく計数である。
 ただし、租税負担の計数は租税収入ベースであり、SNAベースとは異なる。
 4. 財政赤字の計数は、国及び地方の財政収支の赤字であり、一時的な特殊要因を除いた数値。具体的には、平成10年度は国鉄長期債務及び国有林野累積債務、15年度は本四公団債務の一般会計承継、17年度は道路関係四公団の民営化に伴う資産・負債承継の影響、18年度、20年度及び21年度は財政投融资特別会計（18年度においては財政融資資金特別会計）から国債整理基金特別会計または一般会計への繰入れを除いている。

次に、国際比較であるが、日本の国民負担率は欧州標準に比べると大分低い値である（図 2）。社会保障をあまり重視していないアメリカよりは少し高い。また、経済的な先進国のなかでは、わが国は下から 5 番目、25 位に位置する（図 3）。これより低い国は、アメリカは哲学上社会保障を重視しないので、低い理由がわかるし、メキシコと韓国はまだ社会保障を重視するほどの国力ではなく、人口構成も若い。スイスには独特の、共済、ミューチュアルな支え合いの仕組み、営利部門とも公的部門とも違う支え合いの仕組みがある。そうすると、理由が説明できない低さで言うと、日本の値がいちばん低い。社会保障重視を大臣などが口々に言ってきたにもかかわらず、これだけ国民負担率が低い様子が分かる。

図 2

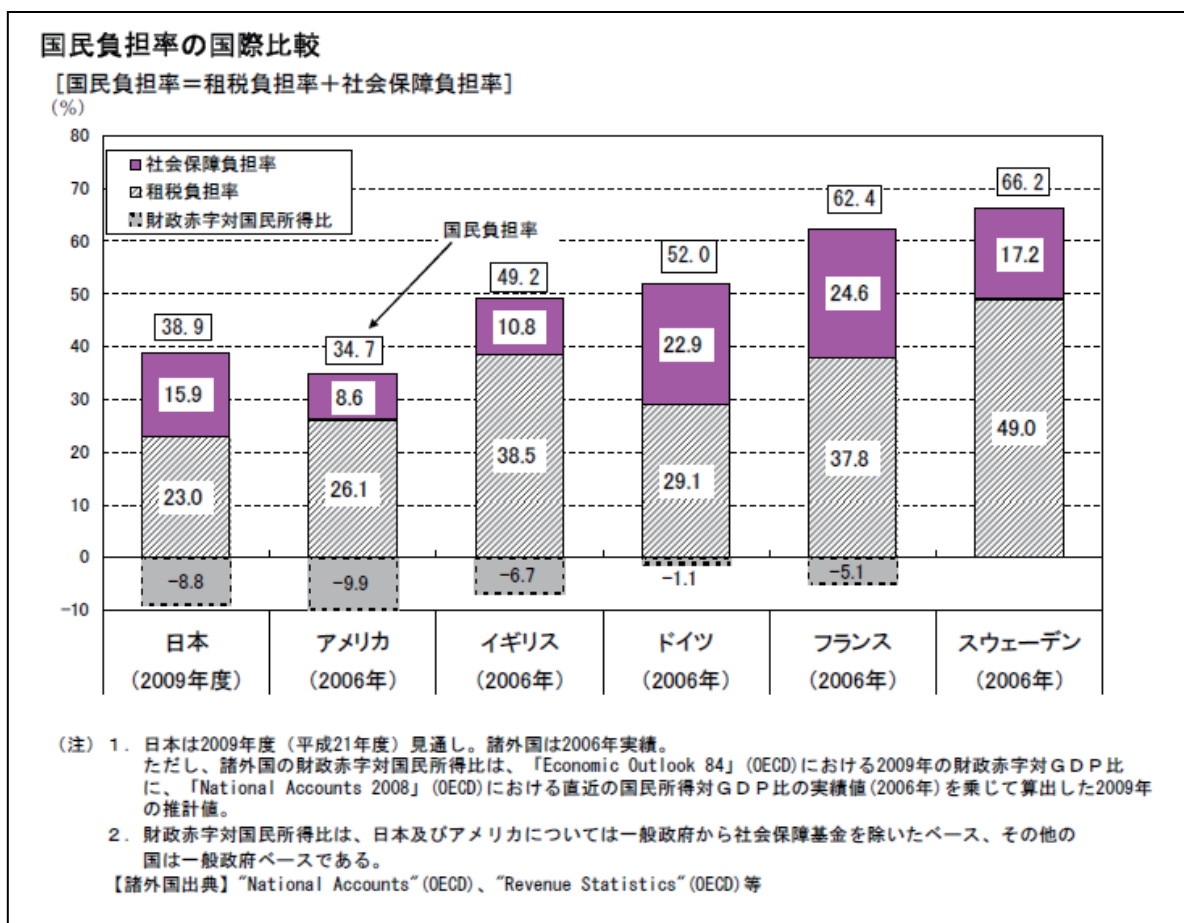
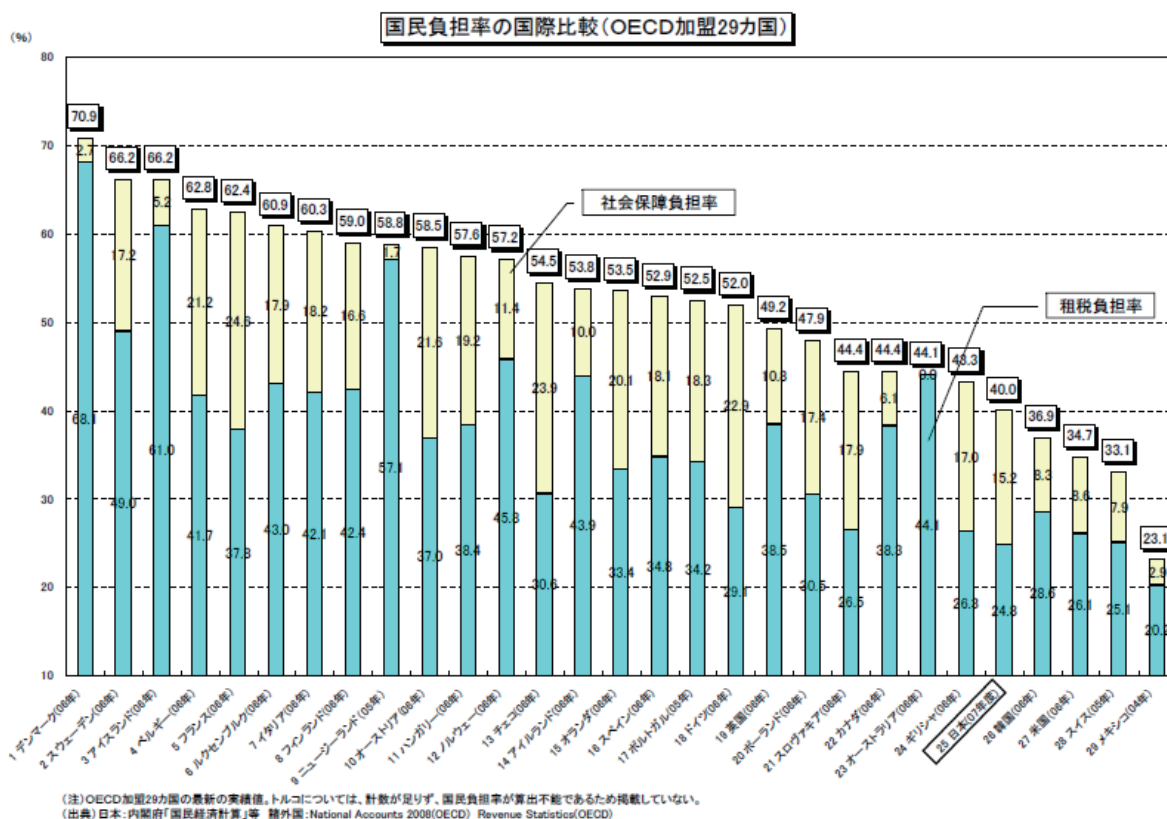


図 3



その割に人々は重税感をもたされてしまっている。一方で西欧、北欧では、日本より上位の 24 カ国のうち 12 カ国の値は、わが国より 10% 以上高い 50% 台の後半に達している。

では、今まではどういう分析がなされているか、1995 年の厚生白書を紹介する。厚生白書には、要約すると次のように書かれている。「国民負担率が低いほうが経済に活力があり、負担率が高くなれば人々の生活が苦しいという主張がある。反対に、望ましい社会給付のための財源としてならば、国民負担率は決してマイナスではない。現に、負担率の高い北欧諸国は 20 年以上にわたり、1 人当たり所得が世界のトップクラスを維持している」
 「もし社会保障関係費が増えつづけると、①ほかの政策的経費を圧縮し、財政の硬直化を招くかもしれない、②国民経済の停滞を招くかもしれない、③将来の現役世代の負担が重過ぎるかもしれない、という 3 つの点が懸念される。

そのため、1982 年の臨調では国民負担率を 50% 以下にとどめるべきであるということ saying it」と紹介している。ちなみに、図 3 から分かるように、50% 以上になると経済活力が低くなるなどの証拠はどこにも

ないにもかかわらず、そう言う人たちがいると白書では正しく紹介している。

厚生白書はさらに、社会保障制度審議会による 1995 年の「社会保障体制の再構築」勧告の内容を紹介している。それは、「社会保障にかかわる負担は、公的負担と私的負担と併せて考慮すべきものであり、公的負担だけが前もって社会保障の給付水準と切り離されて数量的目標として決定できない」「社会保険料や租税といった公的負担が増大したとしても、社会保障制度が充実されるならば、家族による扶養、介護・育児等の個人負担や企業の福利厚生負担が軽減され、逆に公的負担を抑制すれば、個人負担や企業負担は増大する」と、さすがに当時の社会保障審議会ではこういうしつかりとした主張を行った。

さらに、国民は税金とは高いものと考えているが、当時の 1 家計当たりの直接税及び社会保険料の合計は平均で 16%、国民負担率はこのとき 37% であった。つまり、国民負担とは、あたかも家計から取られるような意味の言葉になっているが、国民負担率 37% でも家計からの直接負担は 16% であり、それ以外には、法人税、関税、不動産税などであることも説明している。また、社会保障は、生活上のリスクに対する制度であるから、それに個々人で備えるよりも、合理的に社会全体で備えたほうがよいことを紹介している。

次に、経済財政白書、すなわち経済企画庁、今でいう内閣府の白書も割とフェアに書いている。まず「国民負担率が高まると現役世代を中心とする家計や企業の可処分所得が低下し、民間部門における貯蓄や資本蓄積が抑制されかねない」との見方を紹介している。つまり、貯蓄が不足し、将来の資本が足りなくなる可能性に触れる。それから、これはよく一般的に言われるが、「国民負担率が高いと現役世代における労働意欲や企業の競争力が低下する」との説も示す。なおこの説には全く信憑性がない。企業の競争力が低ければ、北ヨーロッパの国々は存在できないはずだからである。しかし、日本の財界はそう言い続けてきた。

「一般に民間部門に比べて非効率になりやすい公的部門のウエイトが大き過ぎると、経済全体の生産性が低下する」と言われてきたが、日本経済の状態の原因を考えると、公的部門の生産性を下げよう誘導した主体は、財界や新自由主義ではないのかと思えないでもない。一方、白書は、国民負担のプラスの側もしつかりと行って、「税・社会保障負担の対価としてさまざまな行政サービスや社会保障給付の提供があることは社会の安定の基だ」とも言っている。また、国民が所得移転を望む場面も多い。貧しい地域や貧しい家計で子どもがいるような家庭に、国民が所得移転を

望むならば、それは国民の価値観なので、効率よりも上の概念だから良いことだとも指摘している。公的部門を通ずる所得再分配は、単なる経済的効率性の観点からは計り得ない、社会的公正のための政策である。宇沢弘文先生（東京大学名誉教授）のご著書などでも、その点は強く訴えられている。まさに公正の観点から重要な役割を果たしているのであり、所得再分配に伴う効率問題だけを強調するのは適当ではないとの指摘がなされている。

では、正しい理解は何か。1人当たり GDP、これは豊かさの基礎指標たり得る。もちろん、いろいろな批判は可能かもしれない。たしかに幸せ度の指標ではないにしても、少なくとも1人当たり GDP は高いほうが豊かな国である。

これに対し、たとえば犯罪率の低さは社会の安全と安心の指標であろう。乳児死亡率は広義のヘルスケアシステムの成果指標に他ならない。これらは、社会にとって高いほうがいいとか低いほうがいい判断がはっきりしている指標である。

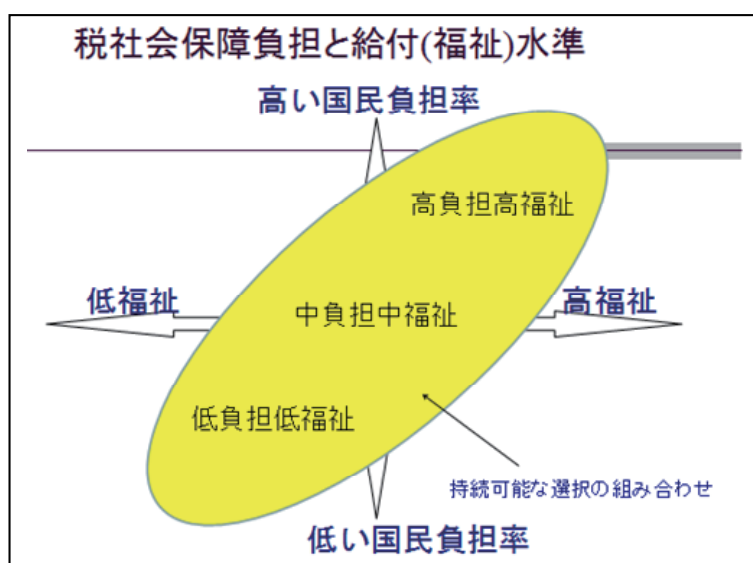
ところが、数値はあるけれども、その国の社会の善し悪しとは関係ない指標もたくさん存在する。たとえば、ある宗教を信じる人の比率も作れるであろう。仏教徒の比率、キリスト教徒の比率、イスラム教徒の比率、などは比率としては作れるけれど、社会の善し悪しとは無関係で、まさに客観的な数値でしかない。持ち家率もそうである。持ち家が多いほうがよい社会とは決められない。それは住み方のあり方の話であって、統計は取れるけれども、高いほうがよいとか低いほうがよいことを示す指標ではない。ほかにも、夫婦の家事分担率を比較しても、どちらが高いほうがよい家庭か、どちらの夫婦仲がよいかには関係しない。平均結婚年齢なども、社会の安定度や豊かさとはあまり関係しない。結婚年齢が遅い国、早い国、数値がいろいろとあるだけである。人口のうち首都に住む人の割合や平均投票率などは、社会比較をするうえではとても重要な指標であるが、高いほうがよいとか低いほうがよいとは言えない。

国民負担率の国ごとの高低は、まさに今最後に並べたような指標、社会のあり方を表す指標ではあるが、犯罪率や乳児死亡率のように、低いほうがよいとか高いほうがよいと言い切れる指標ではない。家事分担を夫がしているとよい夫婦だといった読み方は成り立たないように、決まりはなく、夫が家事をする生活水準の高い夫婦も低い夫婦もあれば、夫が家事をしない豊かな夫婦も貧しい夫婦もあり、計4つの組み合わせ、夫婦のあり方が存在するだろう。

税社会保障負担率、国民負担率は文化的社会的歴史的背景を踏まえて、

人々が選んだ社会のあり方にかかわる意思決定がもたらした結果の指標である。経済活力や国民生活の豊かさの違いと関連づけることに意味はなく、医療や介護や年金や保育に対して、その国が選択した公私の役割分担を表す数値を見ればよい。したがって、国民負担率が低いほうがよいと主張する財務省や財界も間違っているが、国民負担率が高いほうがよいとも科学的には言えないとの理解が重要である。個人の主張としては高いほうがよい社会になると思っているが、低くても高くても、それは社会の選択である。経済のあり方はそれとは違う軸で決まってくるとの言い方が正しい。

図 4



その結果を図に表したものが図4である。縦軸が負担率で、横軸は社会保障の給付を示す。すなわち広い意味の福祉の指標になる。左上、第2象限のように、高く税金を取っておいて福祉が低ければ、そのような社会はもたない。軍事負担が高い国や国王が浪費するような国家は、いずれ革命が起きるからである。そういう国は長期的には苦しくなる。

一方、右下第4象限、低い国民負担で高い福祉を実現するとの主張は、政権を取らないときには言えることだが、実行責任を負ったらあり得ない選択である。結局、現実的な選択は黄色で塗った斜めの枠のどこかを選ぶことになり、正しくは連続変数であるが、離散的に書けば、高福祉高負担、中福祉中負担、低福祉低負担のどれかの選択になる。

ちなみに、わが国は中福祉中負担と言い続けてきたが、2008年の社会保障国民会議などでは、「中福祉中負担にほころびが出ている」という言い方

をするようになった。これは正しい。わが国は、小泉内閣の政策の結果、中福祉中負担よりも左下に移ってしまっていると考ええる。ゆえに問題である。アメリカは低福祉低負担でよい、それを支える高い民間の寄付があるからそれでよい、との選択は社会の主流がもつ哲学の問題なので、ほかの国がどうであろうとわれわれが非難できない。しかしわが国は、低福祉低負担では社会がもたないような経済の仕組みになっている。そうした理解から出発する必要がある。

3. 資源配分方法

いちばんわかりやすい方法は、市場経済による配分である。特に供給側で言うと、営利を目的とする提供者が、儲かりそうな相手に売ることによって資源配分が決定される方法である。これは資源配分方法として間違っていない。経済の 7、8 割はこのほうが効率的であることは、世界の歴史が証明しているとおりでである。今どき市場経済がいけないと言っている国は、本当に世界で、よほど貧しいアフリカの国を別とすれば、一応の中進国以上では北朝鮮とキューバと 2 カ国しか残っていない。市場経済が大部分、7、8 割の資源配分を受け持つことについては、誰も反対していない。

2 番目の経資源配分の方法は、会社のなかや政府のなかでの配分である。これは権力によって配分していく。会社のなかでどこの事業部に配分するかは、市場経済ではなく、会社という権力組織のなかでの配分である。

3 つ目に政府にしか配分できない財があり、これは公共財と呼ばれる。典型的には、軍事、警察、消防、外交などのように、だれもほかの人ではできない財、税でまかなうしかない財である。

もう 1 つ財があって、経済学では価値財、メリットグッズと言われる。これは私的な配分もできるけれども、社会が全体のために普遍化して皆が使えるほうがむしろ市場経済の基盤としてもプラスになるし、社会の安全のためにもプラスになると考えて、強制的な資源配分をある程度行うことに決定した財である。

古代エジプト、古代中国、そして古代シュメールでもどの国でも、軍事や警察、それから堤防をつくることなどは政府しかできない。強制的に資源を集める手立てをもっていない民間がすることはできない。しかし、それに比べると、医療について政府が配分に介入するようになったのは 20 世紀になってからである。介護に至ってはほとんど 21 世紀になってからである。つまり、民間、市場経済でもできるし、組織内の配分、家庭という組織のなかでも配分できるけれども、これは普遍化したほうがいい、ニ

ーズをもつだれもが使えたほうがむしろ経済が安定するし、社会も安定するし、家族も安定するから、皆さん少しずつ負担してくださいと決めた財に分類される。

4. 公益性

今、民主党は、所得制限をつけずに、子育て支援の給付を行おうとしている。これは哲学としては非常にわかりやすい。普遍化の意味をよくわからずに、所得制限をつけることを主張する向きもある。所得制限をつけた瞬間に、普遍化とは異なる扱いとなる。わが国の医療や介護は普遍的な価値財であって、お金があると治療しない、健康保険や介護保険の外に出ることにならない。所得が高ければ保険料を通ずる貢献が求められるが、所得とは無関係にニーズに応じて給付を受ける。そういうところに財の位置づけを移したものを価値財と言う。子育て支援を価値財扱いするかどうかにあつての理解により、所得制限論の意味がわかるだろう。実は価値財にするべき財はさほど世の中になつていない。なお古代ローマ帝国のように、サーカスとパンを価値財にしてしまった国もある。皆で決めればそうなる。皆で日本酒は価値財だ、社会の安定の基だと決めれば、そうなるであろう。これは決めごとの話である。

しかし、アメリカを除く経済的先進国を見ると、基本的に大きな種類は4つしかない。医療と介護と教育と保育である。この4つについては、教育費を無料にしている国はいくらでもある。医療もほとんど無料に近くしている。先進国はほとんどそうである。他方、介護保障は普及途上で、国によってばらばらである。普遍化している国もあるし、していない国もある。保育も国によってばらばらである。しかし、先進国のほとんどでは、医療と教育については、20世紀後半に価値財の扱いに変えた。

(1) 市場セクター

価値財として扱う財が増えると、社会保障負担率は上がつて見える。この価値財の支え方に、自助・互助・共助・公助が関係する。市場セクターとは市場という場所を使う。受渡手段は売買である。お酒がほしい、洋服がほしい、コンピューターがほしいときの受け渡し手段は、金銭と財の交換である。もし、市場経済がよく機能した場合には、効率的な資源配分をもたらすことが、理論的にも実態的に明らかである。

主な供給主体は、企業並びに個人事業主である。効率的資源配分の仕掛けは3つあり、供給者同士と需要者同士、それから供給者と需要者がそれぞれ競争をする。競争であるから勝ち組が出る。いい製品をつくれなかつ

た供給者、だめなサービスをしたサービス事業者、そして払えない需要側は敗退する。

2 番目の仕掛けは、自由な参入・退出である。参入・退出するかの基準は、買うほうも売るほうも自分の利益の最大化である。ツールはきわめて全部簡単で、品質で調整した価格というわかりやすい指標に他ならない。この仕組みは、歴史的に 18 世紀のイギリス産業革命以降、徐々に世界に広まり、現在では経済的先進国のすべて、OECD 加盟国のすべての経済の基本は市場セクターによって動いている。

(2) 公的セクター

しかし、それだけでは社会が求める財をすべて供給する体制は不可能なので、公的セクターが存在する。政府のことである。大昔から、サービス利用ないし政府機能の成果は無料、低額か、あるいはむしろ逆に嫌でも強制して利用させる。後者は、刑務所が典型である。刑務所サービスは料金を取らない。嫌でも入れさせられる。感染症の第 1 類、第 2 類などは当然強制的にサービスされる。無料である。生産費用は税や公債で調達する。いろいろな理由は説明できるけれども、近代社会では要は住民生活の基盤の安定である。ニーズには一般に公平に対応する。もちろん公平であるから、全員平等である必要はなくて、トリアージはあり得る。繰り返すが政府しか提供できない。政府がだれかに請け負わせる、実務を請け負わせることはできる。たとえば堤防という財をつくるのに工事は民間事業者が行うが、堤防を民間の人がお金を出してつくる選択はあり得ない。

効率的生産がいちばん難しい。ベンチマーク競争、透明性確保、事後評価・入札などが現在行われているが、効率性がいちばんの難点と言える。

(3) 公益セクター

医療、介護、教育、保育は、今の 2 つのどちらでもない。たまたま組織が政府の公立大学であったり、公立病院であったりすることもあるが、セクターとして言うと、公共財の提供ではなくて、公益的なセクターと言えよう。ここは上位目的が利益獲得と共通している市場と異なり、分野ごとに違う。目的に合わせていろいろな手段の組み合わせができる。介護保険、医療保険によって準市場を使うときもある。効率的な資源配分とはいちばんもうかることではなくて、上位目的が効率的に達成できたかどうかである。宇沢先生の言葉、「社会的共通資本」がまさにあてはまる分野である。公益セクターは、医療や介護や教育や保育、あるいは場合によっては営利企業が行っている電力や鉄道などもあてはまるが、普段は損益ベースで提

供が可能である。消防署や軍隊には損益というコンセプトがない。あてはまらない。しかし、医療や介護や教育や保育は収入を伴うことができる。売り上げを得られる。よって、平常時には損益ベースで提供可能である。ただし、大震災などのときには、地域の不特定多数に対して供給をしなければならない財である。万一供給が途絶したときには、優先して供給体制復活を図る。水道の回復から始まるであろう。それと同じく医療は真っ先に災害の直後から供給が図られる。

この分野の経済学的な特徴、経営的な特徴は、上位目的を効率的に果たすために適切な機能分化と協調・連携が行われ、ライバルとも協力することなどが挙げられる。大学同士は前を向いた名誉競争は繰り広げているが、ライバルを倒す競争などはしていない。こういう独特な分野である。

こういう公益的な分野が大きくなると、税・社会保障負担も増えて当然である。国家が昔のように、軍隊や警察等の公的セクターだけを担当している時代と、教育、研究、医療、介護などの大きくなった時代では、税・社会保障負担のあり方が違ってくる。つまり、負担の大小は、われわれの生活の基本となる安心感の大小との勘案によって判断すべきなのである。

おわりに

税・社会保障負担率は、ヨーロッパ諸国はみな 50%後半に達している。大きな軍隊をもっているからではない。大きな堤防をつくっているからでもない。大きな消防署をもっているからでもない。基本的に社会保障と教育が原因である。保育の額はそれほど大きくない。社会保障分野と教育分野が大きければ、その財源としての税・社会保障負担が大きくなる。決して公共財が大きいかからではない。公共財はそれほど差がつくものではない。差がつくとすれば、軍事は特別で、アメリカは軍事に使っている。GDPの5%以上使っているが、これは別として、消防や堤防にそれほど差がつくものではない。何に差がつくかと言うと、教育と社会保障である。

確かに、支配階級が全部税金を使ってしまうのだったら、労働意欲が喪失するが、税金が教育や医療や介護などをわずかな自己負担で利用するための原資であるという信頼感が強ければ、必ずしも勤労者への負担とはならないだろう。

国民負担率抑制を数値目標化すると、国民負担率に表れない家計負担に財源がシフトされる。日本では近年そうした事態が起きている。国民負担が抑制されると、その分手元に残る現金が増えて、たくさん趣味に使え、食費に回せるか。そんな結果にはならない。国民負担が少なくなると、医

療機関の窓口での負担が増えたり、授業料が非常に高く、国立大学が 50 数万円の授業料を取っていたりする。

低い国民負担率でサービスを提供するためには、医療・介護・教育・保育などにおける利用時の強制徴収を増やすしか手立てがないからである。場合によっては、美術館の入場料などにも現れる。国立博物館や美術館に行くと、大体 1 人 1,000 円とか 1,200 円である。博物館にだれもが行ける姿はとてもよいことかもしれないのに、この金額は高いのではなかろうか。ましてやもっと深刻なニーズが元となる医療や介護、それから社会の将来にとって重要な教育にとって、家計部門の負担が高いことは大変な課題だと思われる。

一部の人は、家計部門にとっては事前に徴収されるか、事後に取られるか違いだから同じではないかと言う。しかし、経済学的に言うと、所得階層によって価格弾力性が違うので、博物館の値段が 1,200 円になった場合の反応は所得によって異なる。所得階層によっては、本当は美術館、美術展を見たいけれども、1,200 円の入場料ならば無料の公園であきらめる人がいるかもしれない。つまり価格に対する弾力性の違いを通じて、主に弱者に利用をあきらめるケースがでる可能性がある。事前の負担と事後の負担は一緒ではない。

医療では、もともと身体的・経済的に弱い人に集中してニーズが発生しており、階層格差が健康格差になっているとの研究も目立つ。医療ニーズをもつ人は経済的にも弱い人が確率的に多いのに、それらの人が多く利用時負担を求められる状態になってしまう。日本の患者自己負担の高さは大きな問題である。

また、供給サイドを見ても、低負担率政策を取ると、幼児や要介護者を支える働く世代が仕事を辞めてしまうなどの機会費用が発生する。医療の場合はあまり起きないけれども、保育や介護では、家庭内でサービスを簡単に代替できるような気がするものだから、家庭が代替すると、プロの専門家、あるいは専門組織による生産性の高さや技術力が使えなくなってしまう。

政府が公共財ではなく、医療や教育について、あるいは子育てについて税金や社会保障制度で負担する理由は、経済を超えた価値観に他ならない。地球環境問題への対応、文化遺産の維持、場合によっては希少動物の保護、基礎医学の研究や、難病対策、介護と子育てなどへの経済的関与の理由は、経済的な事由だけではない。社会の存続に対するもっと上位の概念からの発想があるからなのである。

そもそも、市場による資源配分の効率だけでは追求できないがゆえに、

政府に期待しているわけであり、市場と比べて公益分野が非効率であるとの批判は、目的からして矛盾している。特に、小泉内閣の時代には、政府や医療セクターの非効率性を追及するときに、市場経済にすると効率的になるとの理由付けが用いられた。そうではなくて、市場経済の効率性第一の配分では行き渡らないから公益セクターに委ねたものを、あるいは市場的配分では社会が不安定になりかねないから政府に委ねたものを、「市場に比べると効率が悪い」と言われたら、そのとおりと答えるしかない。しかし効率が悪くても、社会がこういう財は大切だと思ったから社会保険制度などをつくったわけである。そして、大学や医療機関などの非営利主体にサービス提供を委ねている。論理はそういう順番になっていることを忘れてはならない。

以上説明してきたように、国民負担率、税社会保障負担率とは公益セクターの機能との比較で判断すべき事柄である。中福祉にほころびが目立ち、階層格差が問題となっているわが国では、低負担政策からの脱却が求められる。

