

平成 24 年度 医療政策シンポジウム

これからの 社会保障を考える



日本医師会

平成 24 年度 医療政策シンポジウム

これからの社会保障を考える

主催：日本医師会

日時：平成 25 年 3 月 6 日（水） 13：00～17：00

場所：日本医師会館 大講堂

巻・頭・言

本書は、平成 25 年 3 月 6 日に日本医師会が主催した「平成 24 年度医療政策シンポジウム」の内容を編集してまとめたものです。今回は「これからの社会保障を考える」をテーマといたしました。

シンポジウムでは、先ず、佐伯啓思先生から特別講演をいただき、続いて、田中滋先生、金子勝先生、土居丈朗先生の順序で、わが国の社会保障が直面する課題について講演をいただきました。

パネルディスカッションの冒頭に、横倉会長が日本医師会の基本的な考え方を説明して、「国民の安全な医療に資しているか」と、「国民皆保険は堅持できているか」の 2 つが、日医の政策判断の基準であることを明確に示しました。

続いて、中川副会長と石川常任理事の司会により、4 名の先生方が熱のこもったディスカッションを展開してくださいました。ディスカッションでは、貿易自由化を目指す枠組みである TPP（環太平洋連携協定）が、関税撤廃に止まらず社会に大きなリスクをもたらすこと、とりわけ、国民皆保険を損ねる可能性があることが強く指摘されました。

昭和 36 年に達成された国民皆保険は、万一病気になった場合にお互い助け合う「相互扶助」の精神に則って作られた、日本が世界に誇るべき公的医療保険制度です。まさにわが国の文化と伝統そのものです。外交交渉にあたっては、国益を損ねることがないように政府に強く望みます。

地域医療提供体制の構築には、これまでも医師会が深く関わってきました。

地域ごとに持っている医療機能は異なっています。例えば、高齢化が非常に進んでいる地域もありますし、医師や医療施設の数も地域ごとに違います。地域の実情をふまえて、役割の違ういろいろな病院、診療所や有床診療所が有機的に連携して、医療関係者が協力して乳幼児健診から学校保健、産業保健等、地域住民の生涯にわたるすべての場面で保健事業を展開し、地域住民に寄り添い、命と健康を守り、必要な医療を提供してきました。これからも、国民医療を守るために、医師会が先頭に立って努力を重ねていかねばならないとの思いを新たにいたしました。

現在、社会保障制度改革国民会議において制度改革の検討が進められています。地域医療提供体制の現状を正しく理解していただき、これからも国民が安心できる「やさしい医療」を提供することができるように、知恵を出し合って、結論を見出していかれることを願っています。

今回のシンポジウムが、わが国の抱える医療問題に対する理解を深め、危機を乗り越える一助となれば幸いです。

結びに、本シンポジウムの趣旨にご理解をいただき、ご講演を賜りました講師の皆様方に心から感謝申し上げます。

平成 25 年 3 月

日本医師会副会長 羽生田 たかし

目次

巻頭言

主催挨拶 4

日本医師会長 横倉 義武

特別講演 7

日本経済・その混迷をもたらしたもの

京都大学大学院教授 佐伯 啓思

講演 I 国民の安心を支える社会保障 29

慶應義塾大学大学院教授 田中 滋

講演 II 社会保障・税一体改革：何が必要なのか 45

慶應義塾大学教授 金子 勝

講演 III 医療保険財政を持続可能にするために 57

慶應義塾大学教授 土居 丈朗

パネルディスカッション

これからの社会保障 71

日本医師会長 横倉 義武

パネルディスカッション これからの社会保障を考える 79

京都大学大学院教授 佐伯 啓思

慶應義塾大学大学院教授 田中 滋

慶應義塾大学教授 金子 勝

慶應義塾大学教授 土居 丈朗

【司会】日本医師会副会長 中川 俊男

日本医師会常任理事 石川 広己

主催挨拶



日本医師会長
横倉 義武

皆様、こんにちは。日本医師会長の横倉義武でございます。

平成24年度医療政策シンポジウムの開催にあたり、一言ご挨拶を申し上げます。

国民の幸福の原点は健康であり、私たち医師の願いは、「必要とする医療が過不足なく受けられる社会づくり」に尽きます。わが国の文化と伝統に根差した公的医療保険制度は、国民すべてが平等に医療を受けられる仕組みによって国民の健康を支え、世界一といわれる長寿を支えてまいりました。

一方で、高齢化は世界に類を見ない速さで進み、少子化による生産年齢人口の減少と世界的な不況が医療財源の逼迫に拍車をかけ、医療提供体制にも暗い影を落としています。国民の共助の精神によってその機能はかろうじて保たれています。

わが国ではこれまで、かかりつけ医を中心として、地域の身近な通院先、急性期から慢性期、回復期、在宅医療と生涯にわたって、「切れ目のない医療・介護」が提供され、役割の違う病院や診療所が有機的に連携して全力を尽くすことで、一人ひとりの患者さんに必要

な医療を提供してきました。

日本医師会は、国民皆保険体制を堅持し、真に国民に求められる医療提供体制の実現に向けて、「国民と共に歩む専門家集団としての医師会」を目指し、これからも国民と共に努力してまいります。

医療と介護の財源を十分に確保することが必要なというまでもありませんが、国の税収は減少し、社会保障関係費は増加しています。

すでに社会保障のための安定的財源の一つとして消費税が定められることが決まっています。また、制度改革の検討は「社会保障制度改革国民会議」の審議に委ねられ、8月末までに結論が出されます。

そういった時期に、「これからの社会保障を考える」をテーマにして、このシンポジウムが実現いたしましたことはまことに意義深いと思います。

特別講演を賜ります佐伯啓思先生は、情報化とグローバル化が進む現代社会における、市場経済の文明論的な意味について、民主主義的政治や各国家・地域の文化や歴史的特性、

それに社会の価値観に及ぼす影響など、幅広い切り口から評論を展開されておられる、日本を代表する思想家の一人でいらっしゃいます。また、田中滋先生、金子勝先生、土居丈朗先生は、それぞれに、医療経済、財政学、地方財政学など経済学の第一線で活発に研究活動を進めていらっしゃいます。

先生方には講演に引き続きパネルディスカッションにご参加いただき、経済の低迷と

高齢化が進行するなかで、社会保障のあり方についてどう考えるか、忌憚のないご意見を賜りたいと思います。

実りある成果を取めることを祈念するとともに、先生方の多大なるご協力に厚く御礼申し上げます。

結びに、本日ご来会の皆様方の一層のご活躍、ご健勝を祈念いたしましてご挨拶といたします。

特別講演

日本経済・その混迷を
もたらしたもの京都大学大学院教授
佐伯 啓思

演者紹介

中川 それでは、特別講演を始めさせていただきます。私は、日本医師会副会長の中川俊男でございます。司会を務めさせていただきます。

それでは、恒例により簡単にではございますが、佐伯先生のご紹介をさせていただきます。先生は東京大学経済学部をご卒業後、東京大学大学院経済学研究科に進まれ、その後、広島修道大学、滋賀大学を経て、現在、京都大学大学院人間・環境学研究科教授でいらっしゃいます。ご専攻は現代社会論、経済社会思想です。

本日の演題は、「日本経済・その混迷をもたらしたもの」でございます。佐伯先生、よろしく願いいたします。

佐伯 ご紹介いただきました佐伯でございます。普段、医師の皆様にはずいぶんお世話になっていますが、こうやって医師の皆様の前で話す機会というのはあまりございませんので、今日は多少なりともお役に立てれば幸い

だと思っております。

とは言いまして、私は医療経済学、福祉経済学というものはほとんど知りません。この専門分野については、この講演会の後半で、3人の先生方が子細に議論されることと思います。私はそのイントロダクションといえますか、ちょっと雑談のような話をさせていただきたいと思います。

私自身は経済学というよりは経済思想、政治経済思想というものに関心を持っております。もちろん若い頃は経済学を勉強しましたが、後半の3人の先生方のような、いわゆる経済学の専門家ではございません。

さて、本日の講演のタイトルは、「日本経済・その混迷あるいは停滞をもたらしたもの」となっていますが、現地点で言うと、停滞どころか日本経済は復活するのではないかという期待が満ちており、今年に入ってから状況が何か急速に変わったような感じがしております。

これは言うまでもなく安倍首相の登場、いわゆる「アベノミクス」によってもたらされたものです。最初にこのアベノミクスについ

て、ほんの少しだけ私の雑感を述べさせていただきます。

アベノミクスのあやうさ

現在の経済状況に関していえば、安倍首相が云々と言うより以前に、民主党政権があまりにもひどく、民主党と正反対の政策を始めたため急にムードが変わった、ということだと思います。ただ、この「ムードが変わった」ということは、非常に重要なことだと思います。

実は、私は安倍首相に期待をしており、安倍首相には頑張ってもらいたいという気持ちが強くあります。とはいえ、いわゆるアベノミクスに関しては、プラスの面とマイナスの面の両方がある、その影響が今後どのように現れるのかよく分かりません。

冗談半分にいうと、アベノミクスというのは本当に「安倍さんのミックス」なのです。混合診療みたいなもので、うまくいけば非常にうまくいくでしょうし、失敗すると大変なことになるだろうという感じがしています。

このアベノミクスの3つの柱は「財政出動」とインフレターゲットを含む「超金融緩和」、そして「成長戦略」です。この3つはもちろん、民主党が今まで全く触れようとしなかったことです。それを全面的に実施しようとしている——そうした意味では非常に大胆なものです。

ただしこれは、われわれのように若干でも経済思想に関心がある者からすると、かなりアクロバティックなものです。

まず、財政出動というのは、ケインズの考え方に従った、いわゆるケインズ主義的な施

策です。これに対し、超金融緩和・インフレターゲットというのは、今までに例がないわけではありませんが、めったに実行されたことがありません。その考え方は、いわゆるマネタリズムを逆転・変形させたものです。

普通、マネタリズムは「物価水準を決めるものは貨幣量である。貨幣量を増やせば物価水準が上がり、貨幣量を減らせば物価水準は下がる。あまり物価水準を変動させるのはよくないから、貨幣の供給量は一定に固定しよう」というものですが、その考え方を逆転すれば、「物価を上げるために、市場に通貨を溢れさせよう」という話になります。

ですから、安倍首相が実行しようとしているデフレ対策は、いわゆるマネタリズムの変形なのです。ところが、ケインズ主義とマネタリズムというものは、完全に対立するもので、水と油と言ってもいいほどの違いがあります。こうした全く違う考え方をアベノミクスでは使っています。

3つ目の成長戦略にはさまざまな要素が含まれていますが、総じて「イノベーションを促す」「規制緩和をする」といった内容で、構造改革にかなり近い考え方です。

このように、アベノミクスには多様な考え方が複合し、本当に「ミックス」された状態です。安倍首相は「とにかく今は日本経済が非常に深刻な状態だから、通常のやり方ではもう景気が浮上しない。やれることは全部やろう。それが危機突破内閣なのだ」という考え方なのでしょう。それは分からないわけではありません。やれることはすべて実行する以外、方策はないのです。

このことについて、アメリカの有名な経済学者であるポール・クルーグマンが、『ニューヨークタイムズ』（2013年1月13日付）の

「Japan Steps Out（動き出した日本）」というコラムのなかで、「安倍首相がやっていることは、現時点では非常に適切である。しかしそれは、安倍首相が経済学を知らないからできることだ」と、ちょっと皮肉な言い方をしています。

確かにポール・クルーグマンの指摘のような面があり、安倍首相は、経済思想的にいえばかなりアクロバティックなことをしているため、アベノミクスが長期的に見てどのような影響を与えるかを考えると、かなりの問題を含んでいるように思います。

例えば、貨幣量をどんどん増やすのはいいけれども、それで本当にデフレが克服できるのか。今、株価がどんどん上がっていますが、これは一種のバブルです。今日「アメリカのダウ平均株価が近年の最高を記録した」と新幹線内のニューステロップで流れていましたが、アメリカも何か奇妙な形で経済が動いているように見えます。

このように経済は今、大きな変動期に入っているように思います。

株価や物価が上がったり下がったりと、めまぐるしく変動すること自体、本当は望ましいことではありません。経済というのは安定しているのがいちばんいいのです。

デフレは確かに克服しなくてはなりません。物価が下がるのもあまりいいことではありませんが、賃金が下がるというのはそれ以上によくありません。

とはいえ、例えば「デフレを止めて、インフレ率を長期にわたって1～2%で安定させる」という政策も、実は非常に難しいのです。失敗すれば、物価は上がっても賃金は上がらず、景気もあまりよくなりません、という最悪のケースを招きかねません。これがいわゆる

「スタグフレーション」で、このようになる危険性ははらんでいるのです。

あるいは逆に、1980年代終わり頃のバブルの再現になる可能性もあります。どうなるかはやってみないと分かりません。結果はあと半年か1年ぐらいで、かなりはっきり見えてくるでしょう。

もっとも、自民党とすれば次の参議院選挙が一つの重要なステップになりますから、今、安倍首相がやろうとしていることは、あくまでも参議院選挙を見据えた当面の施策ではないかという気がします。

ともあれ、アベノミクスはこのような危険性ははらんでいるため、私は安倍首相の登場に非常に期待する一方で、同時に半ばの危惧を持っています。

グローバル経済の進展と構造改革をもたらした現実

もう少し本質的な話をしましょう。

日本はこの15年ぐらいずっと緩やかなデフレ経済です。もちろん先進国では日本だけです。1997年ぐらいから賃金も徐々に低下傾向にあります。名目成長率はほぼゼロ、実質成長率が1%前後ぐらいです。これは非常に状態の悪い数値です。

なぜ十数年にもわたって日本経済はこのような状態に陥っているのでしょうか。それはただ貨幣の流通量が少なかった、あるいは規制緩和が足りなかったということでしょうか。

おそらくそのようなことではありません。そうではなくて、もっと構造的で深刻な問題があります。

グローバル化が進んでいくと、日本の企業

は当然ながら台頭しつつある中国やいわゆるBRICsといわれる新興国、最近ではアジア諸国の労働力と競争しなければならなくなります。相手は低賃金で労働します。従来は、こう言うのは悪いですけども、中国の労働力というのはかなり質が悪いと思われていました。ところが最近はかなり質が向上して、相当よい製品を作れるようになってきたのです。

そうすると、日本の企業は海外に進出した、あるいは進出しないまでも国内で、海外の安い製品と競争しなければならなくなります。その場合、当然ながら日本の企業は賃金コストを下げざるをえなくなります。賃金が下がると消費は縮小します。消費が縮小すれば全体に総需要が減るため供給過剰になり、それでデフレになってしまうのです。

このようなことはあまりにも当たり前のことで、やってみて初めて分かるという話ではありません。グローバル経済というのは、コストが高い先進国にとって、基本的には不利な形で作用します。そして日本は、その影響をまともに受けたのです。

しかもそのとき日本は構造改革の名のもと、市場競争政策を導入しました。それは「市場競争こそがグローバル・スタンダードである」という考え方に基づいた政策です。しかも、この市場競争は「企業は短期的に成果を挙げ、それを株主に還元する」という意味で、それがグローバル・スタンダードだ、とされたのです。

そうすると、企業は短期的に成果を挙げるために、賃金を含め、あらゆるコストを下げざるをえません。海外の安い労働力を使える企業はまだましといえますが、それができない企業は、国内で乾いたタオルを絞りに絞る

ようなコスト削減をしなければなりません。これが、構造改革をもたらした現実です。

市場競争がグローバル・スタンダードであり、このグローバリズムに合わせなければならぬとなると、いわゆる日本型経営といわれるものがまず攻撃されます。実際、日本の長期的な観点に立ったある種の集団主義的・組織的な経営・企業運営が批判されました。また、行政によってある程度管理された経済システム・市場システムが批判されました。あるいは、日本の金融システムは非常に閉鎖的で、金融市場は未発達であるといった批判がされました。しかし、その批判を受けて行った構造改革により、今のような経済状況に陥ってしまった。ですから、いわゆるアベノミクスによって現在の経済状況の本質的な問題が解決できるわけではないのです。

繰り返しになりますが、今は危機突破のために、安倍首相の推し進める政策が短期的には必要だ、ということには私も同意しますが、この日本経済の停滞の本質的要因は、少しばかりの財政出動や金融緩和によって取り除かれるという話ではありません。構造改革やグローバリズムをどのように考えたらよいのか、そして世界経済全体がなぜこれほど不安定になってしまっているのかについて考えないと、何も始まらないと思います。

グローバリズムや金融中心の経済、バブルが起きては崩壊するといった状況が、未だに続いています。またそれによって、新興国と先進国の間に大きなアンバランスが生じています。しかも、新興国が台頭してきたために、非常に激しい資源競争が起きています。こうした経済の構造は、何一つ変わっていません。この点に関していえば、今年に入って何かが変わったわけではないのです。こうしたこと

を、われわれはしっかりと記憶にとどめておく必要がある。

それでは、なぜこのようなことになってしまったのか、一体どこに問題があるのか、何がいちばん問題だったのかということについて、私なりにお話をしたいと思います。そのために少々昔話をさせてもらいます。

1970年代のマルクス経済学と近代経済学

私が大学に入ったのが1968年で、ちょうど大学紛争の始まった頃です。大学院で経済学を勉強していたのが1970年代の初め頃で、今思えばこの時期は、社会全体が非常に大きく転換する時期でした。当時日本もそうですが、先進国は非常に大きな転換期を迎えていました。

その頃、ちょうど石油ショックが起き、その少し前にはニクソン・ショックがありました。つまり、アメリカがベトナム戦争絡みで大変な財政赤字を抱えて、もうこれ以上超大国としてやっていけない、経済的に破たんするのではないかという状況でした。日本はアメリカを追い抜かんばかりの勢いで経済的な成長を遂げていました。また、アラブ諸国が、石油資源を武器にして、国際政治の場に一気に出てきたのもこの時期です。アジアでは、米中、日中の中で国交が回復しました。そういう非常に大きな転換期だったのです。

日本の国内では、高度成長が終わったのが大体この時期です。田中角栄が『日本列島改造論』（1972年）を書きましたが、同時に石油ショックが起こって、日本の高度成長が挫折しました。では、その次は一体どうしたらいいのか——ちょうどそういう模索の時期

だったのです。

ですから、経済学という学問も、当時は非常に生き生きとしていて、面白かった。

大きく言いますと、日本の場合、マルクス経済学と、マルクスに反対するいわゆる近代経済学という、アメリカから入ってきた経済学がありました。ご存じのように、マルクス経済学は「資本主義体制は崩壊する」と言っています。他方、近代経済学は、「いや、資本主義体制は安泰だ。うまくいく」と言っています。ここに、非常に大きな対立があります。勢力的にも大体二分されている、という状況でした。

ですから、われわれ学生ももちろん、マルクス経済学を勉強しました。というよりも、当時の学生は基本的にマルクスから入ったのです。私も同じでした。私が経済学部に入った大きな理由の一つは、マルクスをしっかりと読んでみたかったからです。こうしたことは意外と大切なことです。

マルクスが言っていたことを要約すると、次のようになると思います。「資本主義経済はあまり競争しすぎると危なっかしいものになる。なぜかという、あまりに競争しすぎると、企業の利潤が減るからだ。利潤が減ると企業は、できるだけコストを抑えようとする。そのしわ寄せはどこへ行くかという労働者に行く。つまり、労働者の賃金は抑えられ、長時間働かされる。それで労働者は耐えられなくなり、革命を起こす」と。

マルクスはこうしたことを直感的に言っているわけです。私はマルクスの理論は間違っていると思います。ですから、支持はできませんが、マルクスの直感が全く間違っていたとは思えません。

現に今、世界中でグローバルに、激しい競

争が繰り返されています。その結果、企業の収益率は驚くほど低くなっています。世界のトップ企業であるトヨタでさえ、大衆車を1台売った収益など本当に微々たるものです。どこもかしこも、コストを下げずには存続できません。

そのしわ寄せがどこへ行くのかというと、われわれの身近な生活や労働に行くのです。先ほど、「労働者の賃金が下がる」といいましたが、若者は年収200万～300万円で就職したら、下手をすると、本当にそのままの賃金で一生生活しなければならないという、とんでもない事態になってきています。

マルクスの主張は非常に直感的かつシンプルで、とても分かりやすいものです。繰り返しになりますが、私はマルクス経済学者ではないし、マルクスの理論は間違っていると思えますから、マルクスの言っていることに全面的にくみするわけではありませんが、マルクスの理論の前提になっているこのような考え方のものが間違っているとは思えないのです。学生時代に私の周りにいた連中はみな、おそらくそう思っていたと思います。私はこの2つの分類だと近代経済学を勉強したのですが、それでもそう考えていたのです。

アメリカのさまざまな経済学派と経済人類学

当時のアメリカに目を向けてみますと、アメリカにもいろいろな経済学派がありました。

一つは、シカゴ大学を中心にした、いわゆる市場競争中心主義の人たちです。

またその周辺には、「アメリカ・ケインジアン」と呼ばれるケインズ主義を信奉する人

たちがいました。この学派の人たちは「基本的には市場競争でいいのだけれども、景気の変動はどうしても避けられないので、景気の変動を抑えるために、政府が財政金融政策をしなければならぬ」という立場でした。

それ以外にも、市場競争を是とする考え方に批判的な人がいました。サミュエル・ボウルズらで、彼らは当時「ラディカル派」(ラディカル・エコノミスト)といわれていました。

アメリカでは、マルクスは自分たちに敵対する社会主義国の理論を提供した人だと思われていますから、公式的にはアメリカにマルクス主義者はいません。その代わりに、マルクスにシンパシーを持っている若い人たちが、「ラディカル・エコノミクス」を提唱し、「市場競争はそれほどうまくはいかない」と言っています。

また、イギリスにはケインズの弟子たちがまだ生きていて、ジョン・ロビンソンという人が代表的ですが、彼らは、「アメリカ人にわが偉大なるケインズが理解できるはずがない。アメリカ人のケインズ理解はすべて、完全に間違っている」というようなことを言い、市場中心に傾くアメリカの経済学をことごとく批判していました。こうしたさまざまな主張は、もちろん日本にもすべて入ってきており、われわれはそういうものをすべて勉強しました。

それともう一つ、今日の話との関係でいうと、当時、経済人類学、あるいは経済文明史という全く新しい分野が紹介され始めました。その代表的な人物がハンガリーの経済学者、カール・ポランニーです。ポランニーの主張を簡単に説明しますと、「市場経済がいかに大きくなったにせよ、人類の長い歴史のなかではほんのわずかな時代、せいぜい19

世紀後半ぐらいから現代にかけてのことにすぎない。経済にいろいろな形があり、その国の社会や文化のあり方、歴史によって違ってくる」というもので、そうしたことを彼は一種の文明論として展開していました。

ですから「市場競争が万能である」という考え方は、ほんの一部にすぎません。アメリカでは、市場競争中心主義は確かに大きな力を持っていましたが、そのアメリカでさえ、その考え方に対する批判というのも、相当存在していたのです。

市場競争中心主義に一元化される経済学

もちろん、当時大学院生であったわれわれもこうしたものをあれこれと読んで、仲間たちとしょっちゅう「イギリスのほうが正しいのではないか」「いや、マルクスにも言い分があるのではないか」といった話をしていました。

ところが、今から少し前に、私の後輩にあたる30歳になるかならないかの、ある若い編集者と話をしていたときに、大学でどんな勉強をしてきたかと聞いてみたら、彼は私が今お話ししたような話を全く知らないのです。

つまり、ラディカル派というものも、ポランニーという名前も、イギリスにいわれる「ケンプリッジ学派」があったということさえ、ほとんど知りません。彼は、市場競争中心の経済学しか勉強しておらず、市場競争中心の経済学しか知らないのです。もちろん、ケインズの名前ぐらいは知っていても、ケインズの著作はまともに読んだことがないのです。

それを聞いたときに、「これはちょっとま

ずいな。どうしてそんなことになったのかな」と考えました。そういった意味では、われわれが学生だった頃は、経済についての考え方が非常に多様でした。それが今では、市場競争中心主義に完全に一元化され、ケインズでさえも相当「異端」扱いされています。

安倍首相の経済理論がかなりいい加減なことは事実でしょうが、確かに先ほどのクルーグマンのように、「安倍首相がケインズ主義的な政策を持ち出したのは、安倍首相が経済学の事情をよく知らないからだ」と言われるような状況に、今なっているのです。

なぜ、1970年代の初めにはあれほど多様だった経済学が、1980年に入る頃に市場競争万能型一色に変わってしまったのでしょうか。

これは端的にいうと、市場競争万能型の経済学がいちばん高度な数学を使うことができたからです。これは、私は非常に重要なことだと思っております。

1960年代後半、ちょうど私が経済を勉強し始めた頃から、経済学に数学が導入され、それが大変な勢いを持つようになっていきました。

これはある意味で当然の成り行きでした。アメリカ人にとって、マルクスの考え方、社会主義は間違ったものです。なぜ間違っているのかといえば、社会主義のもとになっているマルクスの考え方はイデオロギーであって、科学ではないと考えるからです。それに対して、自由競争によって市場はうまく機能するという自分たちの考え方は、イデオロギーではなく科学だというのが、彼らの言い分です。

そして、自分たちの経済学が科学であることを立証する最も分かりやすく手取り早い

やり方は、経済学を数学化してしまうことでした。数学的に表現すれば非常にロジカルで、きわめて科学的に見えるのです。

こうしてアメリカでは、経済学のなかに数学が積極的に導入されていきました。そのため私が大学院にいたときは、経済学の勉強をするにあたり、まず数学の勉強から始めなくてはなりませんでした。

私の友人に数学科の者がいて、よく話を聞きましたが、「物理学でもこれほど難しい数学はやらない」と驚いていました。微分積分・線形数学は当然のこと、私などは位相空間(トポロジカル・スペース)論といった、最先端の数学書を読んだりしていました。しかし、これにはかなりのエネルギーを費やします。しかもこうしたことが起きると、二流の数学者がどっと経済学の流れ込んできかねません。

最初はアメリカでこうした傾向が現れました。ノーベル賞を受賞した経済学者のかなりの数が、数学出身もしくは非常に数学が得意な人たちです。そんなおかしなことになっていました。

テクニカルで矮小化される 経済学の問題

しかし数学者は、経済現象そのものには元々あまり大きな関心はありません。彼らは問題を解くことが好きで、彼らにとっては、与えられた問題に対して答えを出すことが大切です。そうすると、経済学の問題が、とてつもなくテクニカルで小さなものになります。要するに、われわれの生きている経済とは全然関係のないところで膨大なエネルギーを使うようになっていくのです。

それはともかくとして、非常に高度な数学を使うことができるのは、先ほどお話ししましたように市場競争中心の経済学です。マルクスは、最後は階級闘争をやるという話ですから、基本的に数学にはなじみません。階級闘争を微分積分で争うことなどできないでしょう。ケインズにしても同じです。ケインズも最終的には賢明な政府が出てきて財政政策をやるという話になってしまうので、なかなか数学にはなりません。財務省の行動を数学化するなど、やっても仕方がないからです。

これに対して、市場競争の考え方というのは非常に数学的で、「人間は合理的に行動する」、それはどういうことかという「それぞれが自分の利益を最大にする。企業は利益・利潤を最大にするように行動し、消費者は満足度を最大にするように行動している」というもので、このようなことは、おおよそすぐに想像がつくように、数学化できるのです。

つまり、与えられた条件の下で、ある関数をマキシマイズするという問題に置き換えることができるわけです。それを合成していったマーケットというものを定義すれば、そのマーケットがうまくいくかどうかは、数学のメカニズムで論証できてしまいます。市場中心の経済学とは、こうした形になっているのです。

経済学者は「おまえの議論は○○がおかしい」「これは論理的におかしいではないか」という批判に対して、答えられないといけません。そうした場合、先ほどのケインズなどは、答えに窮してしまうのです。ケインズ理論というのは、簡単にいうとマクロの部分とミクロの部分にどうも矛盾が生じてしまい、それを論理的に解決することができないからです。

そうすると、論理的には完全に市場経済・市場競争理論が勝ってしまうのです。しかし現実の生きた経済は、このような論理だけで動いているわけではありません。ですから、市場競争の理論は、論理としては正しいかもしれませんが、だからといって現実がそれでうまくいくという根拠はどこにもないのです。にもかかわらず、市場競争中心の経済学が席卷する事態になっています。

しかも、高度な数学を使うと、ほかの分野の人たちがなかなか参入できないといった問題があります。40年ほど前、アクセル・レイヨンフーウッドというスウェーデンの経済学者が「エコノ族の生態」という論文で次のようなことを書いていました。『「エコノ族」というのはエコノミスト、つまり経済学者の集団で、経済学者がほかから隔離された独特の部族をつくり上げている。この独自の部族の中心にあるのが『マスエコノ族』といわれる数理経済学の集団である』と。われわれが大学院生だった頃の論文ですが、実際にそのような状況になってしまったのです。

1980年代には、この市場競争万能型の理論が経済学をほぼ制覇することになります。

1980年代に入ったときに、民主党から共和党に政権が移り、レーガン大統領が民主党の福祉中心の経済政策を転換し、「レーガノミクス」といわれる、個人主義的・能力主義的・競争的な考え方による経済政策を行いました。

民主党はどちらかといえばケインズ福祉型ですし、共和党は概して競争重視です。1980年代、こうした大きな政治の流れと経済学の動向がぴったりと歩調を合わせて、新自由主義、あるいは市場中心主義という考え方が、アメリカの学会や政治を制覇することになっ

たのです。

そして1990年代に、10年ぐらい遅れて、新自由主義あるいは市場中心主義の考え方が日本に入ってきました。

市場競争中心の経済学における 価値判断・価値観の問題

私は1970年代には経済学の勉強をしていましたが、1980年代に入る頃には正直言って経済学が嫌になっていました。そして、少し違うことを勉強し始めました。このように、経済学から徐々に撤退していったのですが、その理由は2つあります。

一つは、今言ったように経済が非常に数学化されてしまったことにあります。私の元々の関心は、われわれが生きている現代のこの資本主義体制、この社会は本当にうまくいくのかどうかという、とても大きな問題にありました。ところが、数理経済学、数学を使う経済学というものは、非常にテクニカルな、小さな問題に焦点を合わせます。しかも、数学者が経済学の分野でどんどん活躍して、われわれは数学の勉強に時間がとられる。こんなことをやっても面白くはありませんでした。

私が経済学から離れていったもう一つの大きな理由には、数理経済学、あるいは市場競争中心の経済学における価値判断・価値観の問題があります。

先ほど言いましたように、市場競争中心の経済学者は、経済学は科学であるということはずいぶんと強調し、そのことを示すために、非常に高度な数学を使ったのでした。

言うまでもなく、価値判断と科学とは切り離されたものでなければなりません。科学の

大きなポイントは、価値を持ち込まない、価値判断をしない、特定の価値を押しつけない、ということにあります。

ところが、ここで非常に奇妙なことが起こります。市場経済学の考え方というのは一言でいうと、人間が合理的に行動し、競争すれば、市場経済はうまくいくというものです。「経済がうまくいく」とはどういう意味かという、与えられた資源の状況の下で最大の効率を達成することができる、最大限、生産性を上げることができる、最も効率的な形で経済を動かすことができる、ということです。

しかし、この場合、「競争によって効率性を高め、生産性を高めるということが、無条件でいいことだ」という価値判断がなければ、「市場競争は最も効率的な形で資源を配分することができる」という市場競争理論の命題は意味を持ちません。「効率を上げることはいいことだ」「生産性を高めることはいいことだ」、もっと言えば「成長することは望ましいことだ」ということを前提にしないと、この市場競争理論の考え方は、現実的な意味を何も持たないからです。ですから、価値判断を含んでいないかのように見せているけれども、実は暗黙の価値判断・価値観がここにはあるのです。

経済的な数値に置き換えられないもの

繰り返しになりますが、「無駄を省いて効率化を達成することは望ましい」「あらゆる分野で生産性を向上させることは望ましい」、逆に言えば「生産性の高い分野にお金を投資することは望ましい」、その結果として「経済が成長することは望ましい」——こうした

ことはみな、明らかに「価値判断」です。そして、自らの経済学は科学であると主張する市場競争中心の考え方は、この価値判断を前提にしないと成り立たないのです。

では、こうした価値判断は一体どこから出てくるのでしょうか。しかし、市場競争中心主義の経済学者たちとは、そのことについての議論は全くできないのです。

「もっと別の価値判断があるのではないか」、例えば「効率性を向上させるよりも国民的な平等が大事ではないか」「公正さを確保することのほうが大事だろう」、あるいは「環境に配慮することが大事ではないか」、もっと言えば「そんなにあくせく働かなくても、もうちょっとのんびりと生きてよう。そのほうがいいだろう」と私などは思います。ところがこうした価値判断は、彼らの考え方からは排除されてしまいます。

どうしてかという、こうした価値判断を前提にしてしまうと、彼らの非常に高度な数学を使った経済理論は組み立てられなくなるからです。「もっとのんびり働くほうがいい」などという価値判断をもってしては、経済学は組み立てられません。あるいは、環境配慮型という経済学も組み立てられません。なぜかという、環境というものは経済的な数値に置き換えることができないからです。

つまり経済的な数値に置き換えることのできないものは、経済学の理論からはあらかじめ排除されてしまうのです。同じように、数値に置き換えることのできないことを取り入れた価値観というのものも、完全に排除されてしまうのです。

これは非常に厄介な話です。市場競争をすれば経済がうまくいくという考え方を正しいものとしていったん受け入れ、これを実践的

な経済政策に取り入れてしまうと、その途端に、効率性以外の価値判断はすべて排除され、そうではない考え方は最初から政策の俎上に載らなくなってしまいます。しかも、誰もそのことに気がつかないところが、非常に厄介なのです。

「人間が合理的に行動して競争すれば市場経済は非常にうまくいく」という考え方が経済政策に反映されると、話が逆になってしまい、「経済がうまくいくようにするためには、まず効率を向上するべく競争をして、人間は合理的に行動しなければならない」という話になってしまうのです。

ですからこうなると、効率を上げるということが絶対的な価値として前提となってしまいます。そのためには「競争をなささい」「競争条件を整えなささい」「人間はもっと合理的に行動しなさい」ということになるのです。言い換えると、あまり合理的に行動しない人、お金を稼ぐという目的では働かない人、働くよりも友人関係のほうが大事な人、ぶらぶらして人生が過ごせればそれでいいというような人は、このシステムのなかに入れなくなってしまいます。

1980年代に入る頃に私が経済学から離れていった2つ目の理由は、今お話ししたようなことで、問題はむしろ、こうした価値観のほうにあるだろうということです。

つまり、効率性がいちばん大切だという価値観はなぜ形成されてしまうのか、あるいはそれに対する価値観というのは一体何なのか、効率性がいちばん大切だという価値観は、本当のところわれわれの社会が目的として想定すべき価値観とはちょっと違うのではないか、ということが私の関心事になったのです。

そこでもう一度、西洋の思想や哲学、政治

学といったものを勉強したくなってきました。価値をどのように考えるのか、どのような社会をよしとして、どのような社会をつくるのがいいのか、というところから出発しなければならないのではないか、ということですが、それはとりもなおさず価値判断の問題なのです。

社会的に共有される価値をまず想定して、それに合うような経済システムをつくるというのが本来の姿なのに、現実には完全に話が逆転してしまっています。では、われわれの社会が持つべき価値というのは、どのようにして形成するのか、あるいはどのような価値が望ましいのか——こうしたことに、私自身の関心は移っていきました。これが経済学から離れていったもう一つの理由なのです。

構造改革とは何だったのか

しかし、時代や状況は全く反対で、ますます市場競争のほうに近づいていきました。

1980年代にレーガン大統領が登場して、レーガノミクスを実施します。あらゆるものを規制緩和し、市場競争を強化していこうという政策です。日本では1993～94年頃から構造改革という言葉が用いられ始め、構造改革路線というものが採用されるようになります。

この構造改革とは一体何だったのかということについて、次にお話しします。

構造改革を理解する場合に、私はポイントが3つあると思っています。

1つは端的にいうと、アメリカからの直接・間接的な圧力です。それはアメリカ的な考え方を日本に植え付ける、もっといえば、戦後

日本はアメリカの占領政策の下で民主化したりと経済改革したりと、さまざまな改革を実施しましたが、アメリカにほぼ無意識のうちに占領されている日本の最後の仕上げが「構造改革」だと私は思っています。

その理由はいくつかありますが、非常にはっきりとしていることは、1986年に日本とアメリカが国民1人当たりのGDPで並んだ、ということです。

日本は1980年代半ばに、アメリカに統計指標上完全に追いつきました。自動車をはじめ、半導体などのいわゆるハイテク産業、それから機械・電機など、先端企業を含めこうした先端分野で、日本のほうが完全に生産性が上になってしまったのです。それはアメリカからすれば大変な脅威です。

こうして1980年代後半には、アメリカは日本に対してある脅威を感じるようになります。そしてここがアメリカのすごいところですが、恐怖感を持つと同時に、日本を徹底的に研究するようになります。「日本経済はなぜこんなに強くなってしまったのか」について徹底的に研究した、非常に有名な報告書がMITから出ています。

そこで出てきた結論は、簡単にいえば「日本がこれほど強くなった理由は、日本が公正な市場競争をしていないから」「市場競争のルールを守っていないから」ということです。要するに「日本はインチキをしている」「インチキをしているから日本はアメリカを追い抜くことができた」ということです。だから「公正な市場競争のルールを日本に適用しないといけない」というのがアメリカの考え方です。

「公正な市場競争のルール」とは、アメリカの考えるルールで、先ほどお話ししたよう

に、「合理的に行動するためのルールであり、原則的に規制というものは存在せず、民間が自由に競争できるような状況をつくること」であり、日本はそれに合っていないというわけです。

そのためアメリカは日本に対し、さまざまな要求をするようになります。

当初アメリカは、日米構造協議(SII: Structural Impediments Initiative)というものを日本に要求し、1989年から協議が始められました。これもよく言われることですが、アメリカはこのときはっきりと“Structural (構造的な)” “Impediments (障壁に関する)” “Initiative (イニシアチブ)” という言葉を使っています。

それを日本側は、「日米構造協議」と訳しています。これではずいぶんとニュアンスが違います。「イニシアチブ」というのは英語でしばしば使われる言葉ですが、イニシアチブという言葉を使う以上、「誰かがイニシアチブを取って、誰かに対してある要求をしていく。誰かが率先してそれを変えていく」というニュアンスがあります。

これは明らかに、アメリカがイニシアチブを取って日本に対して要求し、日本政府がそれを受け入れて、政府が率先して民間を変えていくという発想です。ですから「協議」でも何でもないのです。

日米構造協議といわれるものは、このようなどころから始まってしまいました。アメリカは日本に対し「日本のルールを変えないとだめだ。ルールをもっと市場競争に合うようなものに変えていかないとだめだ」とする考え方です。ですから、単なる市場開放ではありません。「関税率を低くする」とか「市場を開放しましょう」といった話をしているの

ではなくて、「日本のルールの決め方がおかしい」「ルールを決めているのは官僚であり、日本的な慣行・習慣(カスタム)であって、これを根本から変えていく」ということなのです。

ですからアメリカは、官僚行政を批判し、日本的経営を批判し「日本のカスタムを変えないとだめだ」、つまりもっと言えば「人間の意識まで変えないとだめだ」と要求します。

これは、労働者はもっと自分の賃金に対して敏感になって、「おれはこれだけ働いているんだからこれだけよこせ」と要求しないといけないし、企業は株主のために働いているのだから、短期的にどれだけ収益を上げ、それをどれだけ株主に還元できたのかという、合理的な意識を持たないといけない、その合理的な意識を日本人は持っていない、という話にまでなってくるわけです。

こうして1993年あたりから、日本国内ではエコノミストやジャーナリズムが率先して、構造改革といったことが叫ばれ始めます。

しかも厄介なことに、後の小泉首相もそうですが、そこに小沢一郎のように政治改革を唱える人が出てきて、さまざまな話がちや混ぜになっていきます。

自民党の派閥政治がよくないとか、官僚が大きな権限を持っているとか、確かにいろいろな問題がありました。そして、政治家の金の使い方が不透明だとか、業界と政治家が癒着しているとか、こうしたいろいろな問題がちや混ぜになって、それを全部引くくめて構造改革と言われるようになってしまったのです。このようにさまざまなものを引くくめて構造改革と言われるので、非常に厄介なのですが、ここでは政治改革などの話はちょっと脇によけておきます。

経済のほうでいうと、これは明らかに「従来の日本型の、いわゆる日本的経営と言われるものはおかしい」ということです。「銀行と企業が結びついているのもおかしい」「経産省(当時の通産省)や各官庁が行政指導するのもおかしい」「労働市場は全然発達していない」、つまり「サラリーマンは年功序列型賃金で、個人の能力に見合った賃金をもらっていない」という話です。

確かに経済合理性という観点からいうと、おかしいのです。おかしいことだらけです。それを全部、経済合理性に合ったものに変える、という話になってくるわけです。

理論偏重の、現実を見ない経済学者

私がここでもう一つ気になるのは、このときにどうしてこれほど簡単に、ジャーナリズムあるいはエコノミスト、知識人の多くが、構造改革を唱えたのかということです。

これは考えてみれば理由は非常に簡単で、日本の多くのジャーナリズムあるいはエコノミストは、基本的にアメリカを向いているからです。特に経済学者の場合には、この傾向が顕著です。

日本の経済学者がたどる最も一般的なコースは、アメリカに留学してアメリカでドクターを取って、日本に帰国してしかるべき大学のポストで終える、というものです。イギリスに行くとか、ましてやフランス・ドイツに行くなどという経済学者はほとんどいません。アダム・スミス研究のためにイギリスに行くなんて人はいまや稀なのです。

およそ、1990年代に活躍している経済学者は、1980年代の初めぐらいにアメリカに

留学した人たちです。彼らはアメリカで、市場競争中心の経済学を勉強します。

しかも、アメリカの経済学の教育システムは非常にうまくできています。これは例えば日本の書店をのぞいてみてもすぐ分かることですが、社会学や政治学や人類学といったコーナーには、テキストブックというものはめったにありませんが、経済学のコーナーだけは、ものすごく分厚いテキストブックがずらりと並んでいます。つまり経済学は完全にテキストブック化されているのです。しかもアメリカの学者のものの翻訳が随分あります。先ほどお話ししたように、経済学者たちはそれが、経済学が科学であることの証明だと考えていたのです。

つまり、彼らに言わせれば、経済学は科学ですから、テキストブックに標準化(standardize)されるのです。しかも、経済学のテキストというのは数学を使い、図表も多いので、英語としては読みやすい。ですから、まだそんなに英語ができない留学生たちにとっても、非常に勉強がしやすいのです。

これは一種の隠れた文化政策になっており、この点でアメリカは、非常にうまくやっています。これもアメリカのソフト・パワーの源泉の一つでしょう。世界各国から留学生をどんどん集めてきて、分かりやすいテキストブックを読ませます。それを一生懸命勉強すれば、ちゃんと初級、中級、上級とレベルアップしていきます。

そして上級ぐらいまで来て、指導教官についてドクターを取る、という仕組みができあがっている。非常に便利というか合理的です。

そうしたシステムのなかで経済学者が再生産されて、本国に帰ってきます。こうした人たちが、例えば日本に帰ってきて日本の現実

を見ると、自分の学んできたテキストどおりになっていないことに気がつきます。その時に、現実のほうが間違っているという話になってしまうのです。

これは、養老孟司氏が確か東大を辞めるときにおっしゃっていたことと似ています。「今の医学はけしからん。スルメをきちんと分析したかもしれないが、それをもとにして、現実に生きているイカの手足の動かし方が悪いといった話をしている。生きている患者とちゃんと対面していない」というような話です。

それと似たような話が経済学でも起きていて、アメリカで勉強してきたスルメの分析をもとにして、日本で現に動いている、生きているイカを批判するということになってしまっています。

これは科学の見地からしても、非常に妙な話です。科学というものは、理論と現実が違えば、理論を現実に合うように直すのが本当の姿です。それが逆転しています。しかし確かに、経済学者の世界では、そうしたことが現実に起きているのです。

このような人たちから見れば、日本の経済システムには、おかしなところが山ほどあります。しかし、日本の経済システムは、日本の社会や文化に合った形で歴史的につくられたものですから、それがアメリカと違うのは当たり前のことです。

言い換えると、アメリカの経済学は、いくらテキストブック化されているといっても、それはアメリカの価値観とは切り離せないものです。先ほどお話しした合理主義、特に個人を単位にした合理主義、個人が合理的に物事を計算して決めていくという個人主義、合理主義、能力主義、競争主義——こうしたも

のはアメリカ社会の価値観なのです。

もちろんアメリカにもさまざまな面があり、アメリカ社会は実はコミュニティが発達していたり、宗教が非常に強かったりしますから、そう簡単にはいきませんが、それでも個人主義、合理主義、能力主義、競争主義といったものは、少なくともアメリカの一つの大きな価値観であることに違いありません。

あらゆるものが統計数字で表されるアメリカ社会

ダニエル・ブーアスティンというアメリカの文明論者がかつて、「アメリカ社会のいちばん大きな特徴は何かということ、すべて統計数字で表してしまうことだ」「何でも統計数字で表して、標準化して『これがスタンダードだ』と言ってしまふ。これがアメリカ社会の大きな特徴で、そのような統計数字を中心にして、アメリカ社会は画一化されていくのだ」と言っていました。

確かにそういうところがあり、とにかく全部、目に見える数字に置き換えようとするのです。ですから、経済的成果というのも必ず数値で表されて、その数値はお金に換算されます。個人がどれだけ仕事をしたのかも数値、つまりお金に換算されます。ですから「報酬はその人の対価として、その人に帰属する」という能力主義の考え方は、アメリカ人にとっては当然のものなのです。

一方、日本人のわれわれは、簡単にはそう考えません。われわれの多くは、賃金というものは、何か社会的なスタンダードによって決まっているのだろうと考えます。「どこかに何か社会的スタンダードがあり、大体それに従ってわれわれの賃金や報酬も決まってい

るのだから、それでいいのではないか」「医師の報酬というものは大体これぐらいだというスタンダードがあるだろう」と。自分はほかの人よりもっと能力があるから、もっと高い報酬がほしいとは誰も言いません。

例えば講演を頼まれた場合でも、アメリカ人だと「いくらくれるのか」と必ず聞きます。そして、「それは安い。おれはもっとすごい話ができるんだ」というように言ってくるわけです。

しかし日本では普通はそういうことは聞かない慣行になっているのです。日本の場合、アメリカ的な能力主義とは考え方が違うのです。

働いた分だけ要求するのではなくて、「企業のなかには全然働かない、全然だめな人もいるけれど、彼がいることで全体が和んでいる。両方あってちょうどいい」というように思うのです。ですから、あまり働かないことによって賃金をもらう人がいてもまあ仕方ないと思うのが、日本人なのです。

こうした日本にアメリカ型のシステムを持ち込むと、何か大切なものが崩れていきます。能力主義の賃金制度が日本にも導入されて、何か非常に殺伐とした社会になったような気がします。

構造改革がもたらした問題は何かということ、経済の所得配分が不平等化したとか格差がついたとかいろいろありますが、その最大のもは、何かぎすぎすした、生きにくく窮屈な社会になったことではないか、という気がします。

つまり、あらゆることを目に見える数値に表して、先ほどお話ししたように、「これが標準だ」というものをつくって、働かない者は標準に達していないからだめだとか、数値

にならないことをやって標準に達しない者は全然評価されないといいた社会になってしまったように思うのです。

数値では測れない 社会的・心理的コスト

構造改革の2つ目の大きな特徴は、先ほどお話しした、市場競争中心主義の経済理論に関わる話です。

今日のテーマである医療経済学とも関係する話なのですが、構造改革ではとにかく競争しろということが言われます。どういうことかということ、「これからは世界的にグローバルな競争になってくる。グローバルな競争のなかで、企業は競争に勝たないとだめだ」ということです。ではどうするのかというと、競争に勝つためには、できるだけコストを下げ、とにかく商品の値段を下げる、ということになってきます。物の値段を下げるということでも、すでに価格の競争はしていますから、生産物の価格自体はかなり下がっています。

ここで、経済活動のインプットとアウトプットという話が出てきます。インプットは普通「生産要素」と呼ばれます。生産要素をインプットして、生産物・商品がアウトプットされます。

アウトプットのレベルではもうかなりの競争をしていますから、そうすると、インプットのレベルで競争せざるをえません。つまり生産要素のレベルでもっと競争しろ、競争することによってインプットのコストを抑える、ということになってきます。

生産要素の代表は何かということ、まず労働です。それから資本、土地。この3つが普通代表的な生産要素とされています。

このインプットのレベルで競争条件をとり入れ、これに関わるコストを落とすことになりました。日本では確かに、インプットの実生産要素については十分競争していませんでした。それは後でもう少し詳しくお話しますが、インプットというのは、実はそんなに競争してはならないものなのです。

例えば労働というものは、それほど市場競争にさらされていませんでした。日本では、いったんある会社に入ってしまったら、普通は20～30年間、その会社にいることができました。資本も同様です。日本の場合、銀行が企業に対してお金を流していますから、金融市場は確かにあまり発展していませんでした。土地にも、区画規制があったり、建築基準の規制があったりと、さまざまな規制がありました。

そうしたものを全部取っ払え、そこで競争させればコストが下がるだろう、ということが構造改革のなかで進められたのです。

その結果どうなったかということ、確かに労働コストは下がりました。賃金自体も下がりましたが、フリーターや派遣といった、非正規労働者が主流になってしまったのです。今、全労働力のうちの4割近くが非正規労働者だということ、とんでもない事態になっています。

コストが下がった結果、労働は非常に不安定なものになりました。われわれの時代は、最初に年収300万円ぐらいで就職したら、5年後には400万円ぐらい、10年後には600万円ぐらいになるだろうという、見通しのようなものがありません。見通しがあるからローンを組んで、高価な物が買えたし、車も買えたし、住宅も買えたのです。

ところが、フリーターなどをしている今の若い人たちは、300万円ですべてを貯めて、最後

まで300万円です。最初のうちだけで考えると、定職を得るよりもフリーターのほうがちょっと高かったり、状況がよかったりもします。しかし、50歳を過ぎて派遣・フリーターというのは、相当つらいものです。それは社会的・心理的には、大変なコストです。経済的コストは確かに削減できたかもしれませんが、こうした社会的コストや心理的コストを猛烈に増やしてしまいました。

経済的コストは数値で測ることができます。「賃金下がった」「コスト下がった」「生産性が上がった」ということは、数値化できます。

一方、社会的コストや心理的コストは、数値で測ることはできません。今お話しした、フリーターや派遣労働者は、さまざまな問題を抱えることになりました。そうすると、社会は不安定になり、犯罪も起きるでしょう。心理的にも大変不安定になりカウンセラーにかけ込む者が随分いる。

こうした目に見えないコストが猛烈に増えています。しかし、それは目に見えませんが、誰も問題にしません。特に心理的ストレスや人間の相互不信、家族や地域の崩壊といったものは数値化できないのです。しかし結局、こうした問題はさまざまな分野に影響を及ぼします。

例えば医療についても、人々の生活が不安定になれば、医療にかかる割合も増えてくるでしょうし、企業のなかでもカウンセリングを受ける人たちが、大変な勢いで増えています。確かにこのような状況では、私の目から見ても、体がもたないのではないかと、気持ちももたないのではないかと思います。

これは何も非正規労働者に限った話ではなく、正社員も同じです。正社員とはいえ、結

局人員が少なくなって、それまで以上に仕事が増えていますから、大変な過重労働になってしまっています。また、賃金が抑制された結果、「ワーキングプア」といわれる事態も生まれています。

これらの問題は非常に深刻な、しかも大切な問題だと思います。労働コストを下げた結果、このようなところに問題が出てきたのです。

構造改革による資本の自由化

あまり細かいことまではお話しませんが、資本に関しても、構造改革によって資本が自由化され、お金の流れがきわめて自由になりました。利子率は下がり、ほぼゼロ金利になっています。これで、資金調達コストは非常に大きく下がりました。では、その結果どうなったかということ、金融市場は非常に不安定になったのです。

金融市場はきわめてバブル的な不安定な動きをしています。利子がゼロですから、もう銀行にお金を預けません。銀行に預けるよりも直接、あるいは銀行を通し、投資信託を買ったり、ヘッジファンド絡みのお金に回したりなどで、お金が動いていきます。このお金はきわめて不安定な形でグローバルな金融市場を動きます。それがリーマン・ショックを引き起こしたりもするわけです。

こうして資本の自由化も、コストが安くなるかわりに、目に見えないところで非常に不安定な要因を世界中にばらまいている。これも深刻な問題です。

土地についても同じことです。土地をどんどん流動化すればどうなるか、建築基準も外

していけばどうなるかという、これはもう非常に話が簡単です。

要するに、収益性の高いところにどんどん資本が投下されて、そこに大きなビルが建つのです。東京の都心のいくつかの地域は猛烈に発展しますが、逆に、地価が上がらないようなところにはもうお金が回りません。ですから、地方はどんどん疲弊するのです。地方からはどんどんお金が都会に流れていき、都会の中でビルが造られ、そこで収益を生み……という話になり、地域格差がますます激しくなるのです。

こうしたことは、やってみなければ分からないという話ではなく、やる前からはっきりと分かっている話でしょう。にもかかわらず、実際に構造改革をやってみたら、本当にそうってしまったのです。

二重構造で経済を考える

繰り返しになりますが、構造改革とは、あらゆるものをすべて市場化して、市場競争にさらすことにより、価格競争・コスト競争をする、というものです。そうすると、そのひずみがいちばん出てくるのが生産要素のレベルです。生産要素はこれまで規制によって、あるいは慣行によって守られてきました。それまで、あまり競争をしませんでした。そして、競争しないがゆえに、安定していたのです。

つまり、われわれは、経済というものを2つのレベルに分けて考える必要があります。できるだけ自由に競争することが望ましい分野と、そうでない経済分野があるということです。

今までの私の話で言えば、アウトプットのレベルは、もちろん例外品目はあるにしても、原則、競争してもいいだろうと思います。しかし、インプットに当たる生産要素、あるいは生産要素に深く関わるようなものは、競争してはなりません。これは安易に市場化してはならないのです。

労働は安易に市場化してはなりません。お金の流れもそうです。お金の流れも本来は規制しないとだめなのです。リーマン・ショックと同じことがいつ起きても不思議ではありません。それを回避することができるのは、本当は資本の流れを規制することだけなのです。ただそれは、非常に難しくなりました。

本当は土地に関しても同様です。司馬遼太郎氏が亡くなる前に「土地を全部国有化すべきだ」と言っていました。そこまででなくても、ある程度の規制は必要なのです。そういうところは自由競争すべきではありません。

さらに言えば、生産要素に関わるものも、自由競争にさらすべきではないのです。われわれは人間ですから、生活が安定していないと満足な形で労働を提供できません。ですから、われわれは生活を安定させなければなりません。われわれの生活を安定させるものは何かというと、それは医療であり、教育であり、それから地域のコミュニティといったものなのです。

こうしたものは、簡単に市場化してはなりません。市場化していいものと、市場化していけないものとを、分けて考えなければならぬのです。

ところが、アメリカの経済学の考え方は、それらをすべて一体化してしまっています。

すべては商品であり、すべてを市場化してしまうのです。そうした意味で、アメリカは完全に画一的な市場モデルを考えています。

ですから労働も資本も、それから教育も医療も、すべて市場原理にさらすべきものとされます。さらに言えば、アメリカには、警察や軍隊まで民営化すればいいと言っている人たちまでいる。極端な場合、そこまでいってしまうのです。

アメリカ人の考え方というのは、こちらは金を払うのだから、払った分だけ向こうはサービスする。そこを競争させれば、よりよいサービスが受けられる。より金を払えば、その人には一層素晴らしいサービスが受けられる、というものです。これはアメリカ人からすれば非常に合理的なのでしょう。

しかし、われわれの場合はそうではなくて、われわれには目に見えないところに大切な部分がある、お金では評価できない部分があると考えられるのです。医療や教育といったものはお金のやり取りや、効率性で測れるものではないのです。

これらは社会の安定性に関わるものです。そして、社会の安定性はわれわれの生活の安定に関わり、生活が安定することによって初めて、労働も満足な形で提供できるのです。

ですから、その部分は決して市場競争に簡単にさらしてはなりません。こうした二重構造で、経済というものを考えないといけません。

ポランニーとケインズ

はじめのほうでご紹介しましたカール・ポランニーという経済人類学者・経済文明論者

が強調したのも、こうしたことなのです。経済よりもその背後にある社会が大事だと彼は言います。

彼に言わせれば、元々経済というものは社会のなかの一部です。社会とは、要するに人間のつながりです。人間は、生活をしていくうえで多様な人間関係をつくり、そこで物がやり取りされ、家族ができあがり、地域ができあがり、コミュニティができあがります。こうしたところが安定していることが重要で、それが安定していないと経済システムもうまくいかないというのが、ポランニーの基本的な考え方です。

ケインズの基本的な考え方は、経済システムが安定するためには、経済システムを上からコントロールする政治が必要だということです。ですから、政治そのものは効率性の原理で動いてはならないのです。

政治にとって重要なのは、公正性、あるいは全体を見渡す統治能力といったもので、これは効率性とは違います。その政治が、経済をある程度管理して初めて経済システムはうまく働く、というのがケインズの考え方です。ポランニーの場合は、むしろケインズの逆で、下にある社会という土台が安定して初めて市場はうまくいく、というものです。その場合も、社会を市場原理で動かしてはならないのです。

私はこうした考え方のほうが、市場競争中心主義の考え方より、はるかに健全だと思います。

政府がある程度景気の変動などさまざまなものに対して規制をかける、資本の動きにも規制をかける、労働については労働基準法があり、労働にもある程度の規制をかける、土地利用にも規制をかける——こうしたことは

当然のことで、それはわれわれの社会生活を
守るためのものなのです。社会生活のほうは
効率性の原理で動いてはなりません。医療・
教育というものは、その代表的なものです。

構造改革の特徴はもう一つありますが、時
間の関係で省きます。

重要なことは、アメリカ型の経済モデルと
は違うモデルをわれわれは考えないとだめ
だ、ということです。今、私がお話しした経
済学についての考え方のほうが、アメリカの
それよりはるかに本来の経済学の考え方とい
うべきでしょう。アメリカの過度な市場競争
のほうが、特異なのです。

アメリカでもさまざまなことがあって、オ
バマ大統領は従来の新自由主義競争路線から
少し転換しようとしているようですが、いず
れにしても市場競争万能型の考え方に変わり
がないのです。

TPP 問題を考える際の重要な論点

最後に、以上のことを踏まえて、今問題に
なっている TPP についても触れたいと思
います。

どの分野に利益があって、どの分野で不利
益が出るかといった問題もありますが、私が
関心を持つのは、経済についての考え方が、
アメリカと日本ではあまりに違いすぎるとい
うことです。ですから、TPP 交渉のなかで、
構造改革でやったのと同じことが、また起き
るのではないかということを危惧するの
です。

TPP 参加諸国間の貿易額のうち、日米間
で 90% 以上のマーケットを持ちますから、
TPP は事実上、日本とアメリカとの関係の

問題になってきます。そしてアメリカは日本
に対して、構造改革で要求してきたようなこ
とを、明らかにまた要求しています。

一つの大きなポイントは、保険でしょう。
これはアメリカが日本に対してずっと要求し
ていることです。アメリカは日本の保険制度
も、医療保険も、郵便局の保険も崩してい
たいと考えています。崩して、アメリカは
そこへ参入したいのです。それはもうはっき
りしています。それらをすべて民営化して市
場化すれば、アメリカは勝てると思っている
のです。

ですからアメリカは、TPP 交渉でも、原
則競争経済、原則自由貿易、原則自由経済活
動ということを押し出してくるでしょう。し
かし、日本の経済の考え方は、やはり違うの
です。

医療に関係するものでいえば、国民皆保険
は社会のベースを守る非常に重要なもので、
効率性の原理で動くものではないだろうと思
います。教育もそうです。教育も、民間が自
由に参入してきて、株式会社が学校を造って
——という話ではありません。病院経営もそ
うだと思います。株式会社が簡単に参入して
きて、利益原則で動くようなものではないと
思うのです。

このように、経済というものを見る場合、
どのような経済観を持って見るべきかとい
うのは、私にとって TPP 問題を考える際の一
つの関心事であり、また、TPP 問題を考え
る際の重要な論点になるだろうと考えていま
す。

この経済観の違いをつくっているものは、
最終的にはその国の価値観です。先ほどもお
話ししましたが、アメリカには確かにさまざ
まな面はあるものの、一つのアメリカの重要

な価値観は、個人主義、能力主義、競争主義
です。ですから、TPP 交渉でアメリカがそ
うした主張を打ち出してくるというのは、分
からなくありません。

しかし、日本がそれを全面的に受け入れる
必要はありません。価値観というものは本来
多様であるべきで、効率性も大切です。平等
性も大切で、平等と効率をどうやってバラン
スさせるかは、最も大切なことだと思います。

国を開き、マーケットを開放することも大
切ですが、ある意味で閉じることも大切で、
開国と閉国をどうバランスさせるかが問題な
のです。

たいそう勤勉に働いて、すべてを能力で評
価することも大切ですが、多少いい加減で
だらしない部分、つまり遊びの部分をつくるこ
とも大切なことだと思います。それをどうバ
ランスさせるかが問題です。

無駄を省くことも大切ですが、しかしあえ
て無駄をつくり出すことも大切です。無駄が
一切ない社会というのは、ほとんど耐えられ
ない社会です。それをどのようにバランスさ

せるかが問題です。

いくつかの異なった価値観をどうバラン
スさせるかというところに、実は政治というも
のの重要な意味があり、その国の国民が持つ
ている価値観がそこに反映されてくるのだと
思います。

そうしたことを私自身は考えたいと思っ
ており、私が TPP に反対する理由もそこにあ
ります。

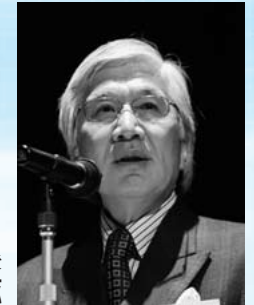
医療を守るということももちろんありま
すが、利益の話というよりも考え方において、
アメリカ型のそれは非常に危険だと思うので
す。

このようなことで、あまり具体的な福祉経
済学でも医療経済学でもなく、抽象的で漠然
とした話になって申し訳ありませんが、もう
少し実のある話は後半の 3 人の経済学者の皆
様をお願いすることとして、これで私の話を
終わらせていただきます。

どうもありがとうございました。

講演 I

国民の安心を支える 社会保障



慶應義塾大学大学院 経営管理研究科教授
田中 滋

演者紹介

石川 大変短い休憩で申し訳ございません。ここからの座長は、私、日本医師会常任理事の石川広己が務めます。よろしく願いいたします。

次の講演でございます。慶應義塾大学大学院教授の田中滋先生よりご講演をいただきましたと思います。田中先生は慶應義塾大学商学部をご卒業後、慶應義塾大学大学院商学研究科に進まれ、現在慶應義塾大学大学院経営管理研究科の教授でいらっしゃいます。ご専攻は医療政策、医療経済学、高齢者ケア対策でございます。社会保障審議会をはじめ、厚生労働省の各種審議会・検討会の要職を歴任されておられます。現在、日本医師会の医療政策会議の座長としてご指導いただいております。演題は「国民の安心を支える社会保障」です。田中先生、よろしく願いいたします。

田中 皆さん、こんにちは。石川先生、紹介ありがとうございました。慶應義塾大学の田

中でございます。私の話は佐伯先生とほとんど同じ立場からの意見ですが、違う角度から見えていきます。どう考えてもわれわれの間では論争にはなりません。以下データを使います。正しい診断にはデータが必要だからです。

社会保障支出が増えると 国債が増える？

「社会保障に対する国庫支出増のせいで国債残高が増えた」と言われていますが、まずそれがどの程度本当か、検討してみましょう。

社会保障国庫支出は確かに増えてきました。国庫負担よりも、社会保障全体の財源としては、社会保険料のほうが大きいのですが、協会けんぽの16%分や後期高齢者医療制度の約3割と国民健康保険の約4割分、介護保険の25%分など、国が応援している部分があります。

図表1には、国庫支出のなかの代表的な4つの費目が、2000～2012年の間にどのくらい変わってきたかが示されています。

公共事業費は1998年には15兆円も国から

出されてきました。2012年度予算では4.57兆円ですから、3分の1まで減っています。昔「日本では医療費より公共事業費のほうが多いのはけしからん」と医師会が攻撃していた時代がありました。それは今から20年も前の話です。現在は、更新投資分としても十分かどうか分からない値です。

では防衛費はどうか。「東アジアの波高し」の情勢下でどうなっているのでしょうか。こちらは、12年間で微減しています。久しぶりに2013年度は増やすと政府は言っていますが今年度は4.71兆円でした。

一方、わが国の国家・社会の将来も、生産性上昇も、基盤は教育であるはず。ところが図表1の文教科学費を見ると、1.46兆円も減らされてきています。

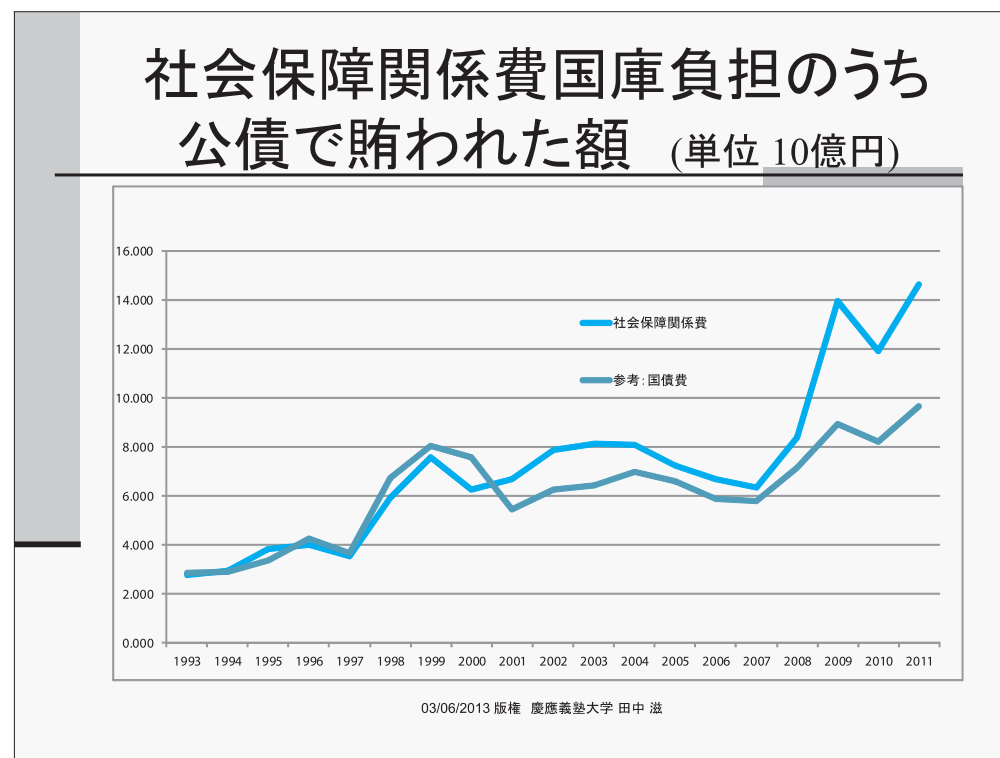
そのなかで国が負担する社会保障費は、

17.64兆円から26兆円に増えています。しかも、基礎年金の国庫3分の1から2分の1への増分は、この26兆円の外側の別の扱いを受けていますので、さらに2.5兆円存在しています。こうして見ると、確かに社会保障費が他よりも大きく増えてきたことは事実で

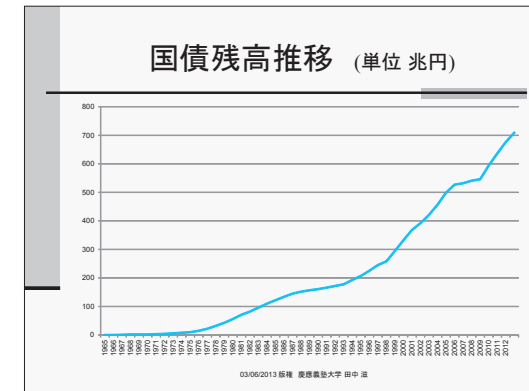
図表 1



図表 2



図表 3



す。冷視され続けてきたわけではありません。

図表2のグラフは、社会保障関係費国庫負担のうち国債で賄われたと想定される額を示したものです。仮に、国家の歳入全体のうち、例えば国債収入が4割だったとします。そして、「すべての支出費目は同じ財源比率だった」という仮定をおきます。国債を発行するときも、税金を課すときも、基本的には「これは国防費分の税金」とか「これは教育費分の国債」という言い方をしていない以上、トータルな国家歳入のなかで、国債費で賄った割合を掛けています。全体の4割が国債収入だったら、社会保障費も4割は国債財源だったと考えます。

そうすると、国庫負担のうち国債で賄われた毎年の社会保障関係費は、当然高齢人口増とともに増え、その金額は2011年には14兆円まで来ています。薄い青線は参考値で、毎年の国債費のうち国債で賄われた額です。元利返済分にどのくらい新たな国債収入が当てられているかを示しています。

他方、国債残高は2008、09年度を除きうなぎ上りに増え(図表3)、2012年には700兆円を超えました。

次が重要な数値で、社会保障関係費国庫負

担のうち国費で賄われた額の累積が、国債残高に占める割合です(図表4)。ストック同士で比べます。国債で集めた金額のうち、それが社会保障関係費に使われ、かつ償還されていないとみた値の累計です。

ストック同士で見るとあまり比率は変わっておらず、日本の国債残高のうち20%ほどが、年々増えてきている社会保障負担ゆえにたまっている分と見ることができます。つまり、社会保障関係費だけのために、国債残高が増えているわけではない。しかし、2割分の理由とはなっている。国債残高が700兆円になったうちの2割は社会保障費に起因すると言ってもよい。他方、点線で示した国債費自体がやはり残高の2割弱を説明します。

そのほかに国防費や文教科学費もありますが、別の理由は、税収の減少等による国債発行です。国債残高に占めるこちらの側面については今日の主題ではないので説明しませんが、税収減や国鉄債務承継によって増えている240兆円も無視できません。

財務省やそれに近い学者、あるいは一部の評論家は「社会保障費増が国債残高増の主因となっている」と唱えることがしばしばです。私たちは「社会保障には全く責任がない」と言うほど無責任ではありませんが、このデータから国債残高の2割を説明できることが分かりました。

では、われわれにとって最も重要な分野である医療はどうか。社会保障関係費のなかには、生活保護費も含まれ、基礎年金国庫負担分や、児童のためのさまざまな支出もあります。

そこで、医療保険費だけを抜き出して計算してみました。医療保険費のうち国債で賄ったものの年々の累積額を…ここでも償還はな

いものとして…見ていくと、国債残高のほぼ10%を説明します(図表5)。つまり、医療機関が患者のために使った保険診療費用のうち国庫財源分の累積は、日本の国債ストックの10%にあたります。国債残高が増えた主因は医療ではないと分かりますが、医療は全く無関係だとも言えない。これがファクトです。なお、この他に生活保護医療費があります。

世の中には冷静なファクト把握から出発しない、あたかも「高齢化が国債残高増の主たる原因である」のごとき議論が多い。それに対しては、きちんと反論しておかなくてはなりません。

図表5の点線は、同じく介護保険費の累積額を示します。介護保険の原則25%の国費負担のうち、国債で賄われている率を年ごとに乗じて計算すると、介護保険費が説明す

る国債残高割合はまだ1%程度です。

つまり、医療と介護を合わせると、約700兆円の国債残高のうち11%分に相当します。11%にすぎないと私の立場では思います。

ここからスタートしましょう。冷静な事実認識のうえに、今、佐伯先生からお話いただいたような哲学論・歴史論を私もトライしてみます。佐伯先生のように格好よく語れるかどうかは別ですが。

オバマケアとアメリカの保守派

「医療は資本主義経済のなかに残った最後の社会主義分野だ」などと言う人が日本の医療関係者にも見られますし、アメリカ人の多くは「社会保障制度は社会主義の一部」だと

誤解しています。

2010年3月、今から3年前にオバマ大統領がかろうじて成し遂げた米国議会における勝利により、米国の医療保険無保険者を2010年代の終わりまでに6,000万人から3分の1の2,000万人に減らす、医療保険改革法が成立しました。

ところがご存じのように、その年の夏の中間選挙では、オバマ医療改革を「社会主義への道だ」と攻撃した保守グループが力を持って、共和党が上院も下院も知事選も圧勝し、その後、今の医療保険改革、われわれの側から言うと「改革」、彼らの側から言うと「改悪」が止まってしまいました。

これはどういうことか。

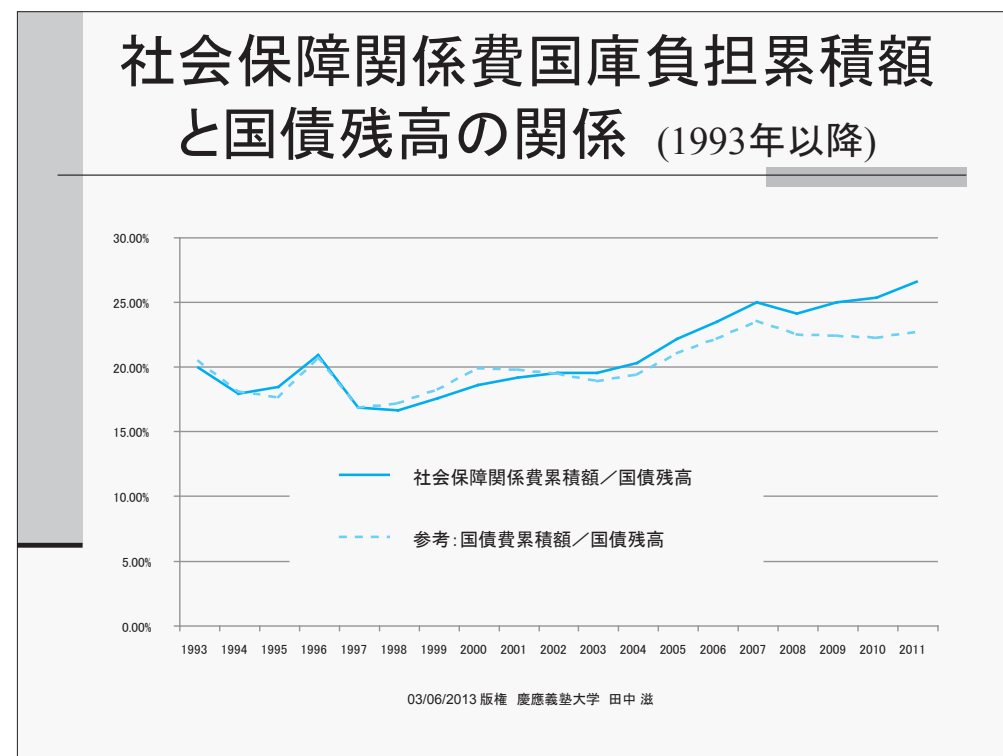
アメリカには今、佐伯先生がお話しになった新自由主義・市場原理主義とはまたちよっ

と違う、プッシュ政権支持者の主流であった保守主義が存在します。社会装置としての宗教、コミュニティ、そして自由と自律を重視し、政府の介入を極端に嫌うアメリカ独特の保守主義です。これに似た考え方はヨーロッパにはあまり見られません。

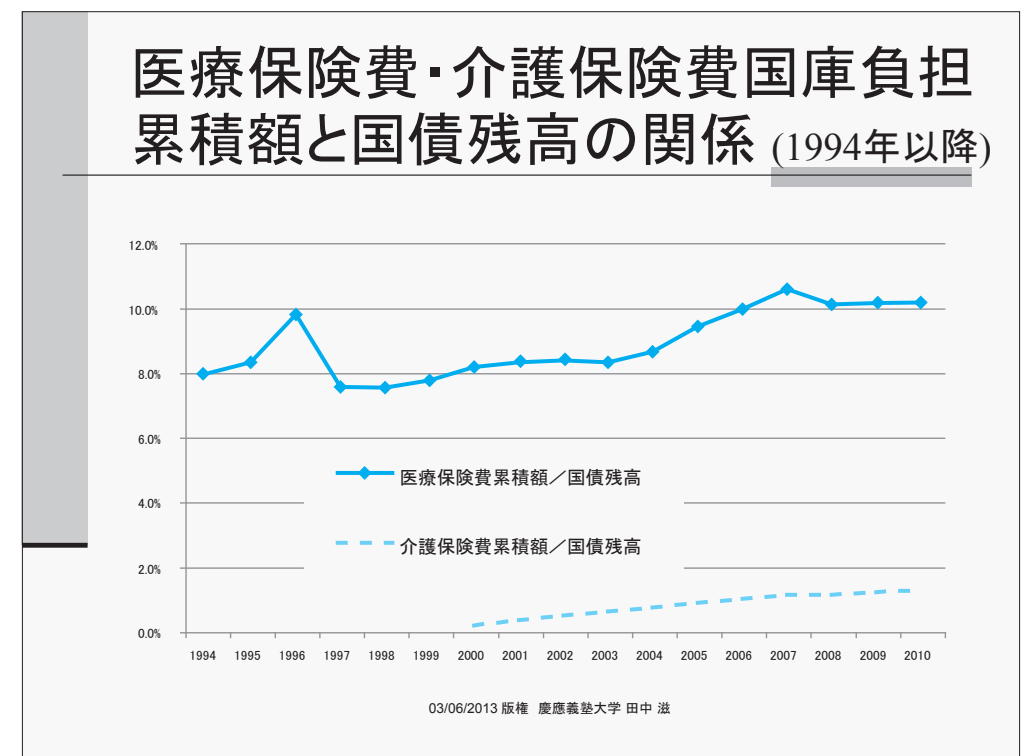
この保守派の人たちはキリスト教意識が強く、金融主導の利益至上型市場経済原理に対する嫌悪感を持っています。つまり、他の少数派を視野からはずすと、アメリカではリベラル派、新自由主義派、保守派が三つどもえの闘いを繰り広げていると見てもよいのかもしれない。

米国独特の保守派にとって、公的な仕組みを通じて自助の連帯を図る、「共助」の働きを果たす社会保障制度は、アメリカの国是に反する社会主義者が持ち込んだ道具に見えて

図表 4



図表 5



しまうのです。その理解は全く間違っているのですが、けんかの仕方としては正しい言い方を採用しているわけです。

一方、米国保守派とは相いれない側にいる日本の福祉畑には、「社会保障制度とは貧しい人たち、社会的弱者のために対する優しい心がルーツだ」という、これまた全くの誤解を持っておられる方も見られます。こちらも高みに立った憐憫の気持ちであるにしろ、優しい慈悲心にせよ、社会保障制度の源に対する理解としては正しくありません。

社会保障制度のルーツは、佐伯先生が言われたように、たかだか 150 年前です。お上のお慈悲による施しは昔からありましたが、「社会保障制度」という制度化が行われた時期はほんの 150 年前にすぎません。人類の文明史は 7,000 年ほどなので、社会保障制度は、統治者の慈悲心による貧者救済とは違い、ごく新しい発明と捉えるべきです。

社会保障制度は何のために始まったか

社会保障制度は何のために始まったかを探るためには、資本主義の展開を知る必要があります。市場取引は商業面を中心に古代から存在していました。ローマ帝国でも漢帝国でも、商業では市場取引も行われていました。しかし、商業取引以外の分野で資本主義が主流になった時期は、最も早いイギリスでも 18 世紀後半でした。仏独では 19 世紀に入ってから、アメリカは 19 世紀の末からです。日本は日清戦争の賠償金を受け取った頃からです。20 世紀の直前ぐらいです。

社会保障制度は資本主義の発達と深く関係しています。社会保障制度の始まりは、19

世紀後半のドイツ帝国宰相ビスマルクに求められます。現在のドイツをはじめ中欧に広がっていた神聖ローマ帝国は中世から存在していましたが、神聖ローマ帝国のうちオーストリアに属していない部分は、ウェストファリア条約の後でも 300 ほどの世俗国家および教会国家に分かれていました。

その一つ、東北の端で、半分は帝国の外側にあったプロイセン公国が後に王国になり、18 世紀以来強くなっていきます。神聖ローマ帝国が崩壊してオーストリア帝国に変わった 1806 年以降も、プロイセンは国力を増し続けます。プロイセン王国は 1866 年に普墺戦争に勝ちます。1871 年に普仏戦争でナポレオン 3 世率いるフランス第二帝政に勝ちます。そのとき「ドイツ帝国」という名前の連邦国家を形成します。連邦国家とは、国家の中に別な王国があったりする国家です。日本の明治維新（1868 年）、イタリアの国家統一（1861 年）と大体同じ時期です。

ドイツ帝国形成を主導したプロイセン首相ビスマルクは、帝国宰相に就任します。戦争に勝つための戦略だけではなく、どのようにしたら帝国の国力がイギリス、フランス、オーストリア、ロシアという欧州四大強国（この頃はまだアメリカは注目されていなかった）に列していけるかの政策も構築しました。それを表すに近い言葉が「富国強兵」、すなわち強い軍隊と経済発展政策です。19 世紀後半、富国の手段としては以前の重商主義などとは違って、資本主義形態による重工業の発展が中心となる時代に入っていました。

資本主義にはいろいろな特徴があります。最も目立つ側面の一つは、労働の商品化です。かつての農奴や小作農は土地に縛りつけられており、また地主や領主に身分的に隷属して

いました。賃金をもらうわけではありません。都市の職人や商人も、親方や商店主の下で徒弟奉公から始めなくてはなりませんでした。

ところが、資本主義経済下の工場労働者は身分的に隷属しているわけではなく、「労働」という「サービス」だけが市場で売り買いされるようになります。もちろん労働保護法などありませんから、資本家に搾取はされていたでしょうが、いずれにせよ労働の商品化が、地縁・血縁・同業者連帯などと切り離された形で起き、急増していきます。

工場部門から資本主義は発達していきませんが、ホワイトカラー職種はこの時代まだほとんどなかったため、地縁・血縁から切り離された農村の次男・三男等は工員になるか、兵隊になるかのいずれかが主な選択肢でした。やがてその工員の一部が熟練工になります。

このような新しいタイプの労働者が労働災害に遭ったとき、あるいは病気になったとき、老齢になったときに放置すると、当時の過激な社会主義や共産主義運動に走ってしまう——ビスマルクはそれを防止すべきだと考えたわけです。熟練工が失われる事態を避ける意味もありました。

現に、ドイツ帝国統一直前の 1848 年にヨーロッパ各地でおきた革命は、大きな衝撃を与えています。それまでの革命、例えば 1789 年のフランス革命はブルジョア革命ですね。1640 年代の英国ピューリタン革命はジェントリ（郷紳）層による革命でした。王の首をどちらも切りましたが、革命の主体は地主層であったりブルジョア層であったりした。それに対して 1848 年、初めてブルーカラーも市民勢力の一環として革命推進勢力になりうることを、ビスマルクは学んだはずで

「ドイツ帝国は強くなくてはならない。強くなるためには産業化、取り分け重工業化が必要である」「重工業のためには熟練工が欠かせない」「工員が社会主義に走らないようにするためには仕掛けが必要だ」といったロジックが頭の中にあっただけでしょう。世界最初の労災保険、疾病保険、老齢年金などの整備が行われていきます。

ゆえに、社会保障制度ができた理由は、弱者への慈悲心ではありません。ビスマルクは弱者への慈悲心などほとんど持っていなかったと思います。慈悲心ではなく、社会主義を普及させるためでもなく、むしろ社会主義——この場合、現代の穏健な社民主義ではなく、当時の過激な共産主義ですが——を防ぎ、ドイツ資本主義を発達させ、他の強国に伍するためだったのです。

確かに、図表 6 に書いてあるように、保険給付など社会保障制度機能の直接の対象は、怪我人、病人、引退者です。しかし、制度の真の受益者は誰かという、社会不安によって被りうる損失を予防される人たち、すなわち社会安定によって得をする、つまり自分たちの目標追求に専念できる政府と豊かな層なのです。

図表 6

社会保障制度	
●	社会保障制度の目的： 社会安寧の維持＝社会防衛
●	制度の機能の対象者＝給付を受ける者
●	制度の受益者＝政府および豊かな層
●	(敵国や飢饉、疫病以外の)新たなリスク： 増大した賃労働者と社会主義の結びつき
●	近代医学

©2013 経緯 慶應義塾大学 田中 道

社会保障の本質的な機能とは、生活に困った労働者層が極左・極右の暴力、あるいは狂信的宗教などに傾かないことによって、安心して対外戦争や外交に専念できる、会社経営に専念できる、国家運営に専念できる点に尽きます。ただし、豊かな層といっても、外国に大きな資産を持っている層、王族・貴族同士の婚姻ネットワークを国外に持つような層は別とすると、中の上の層が社会安寧の恩恵を受けると考える方が正しい。

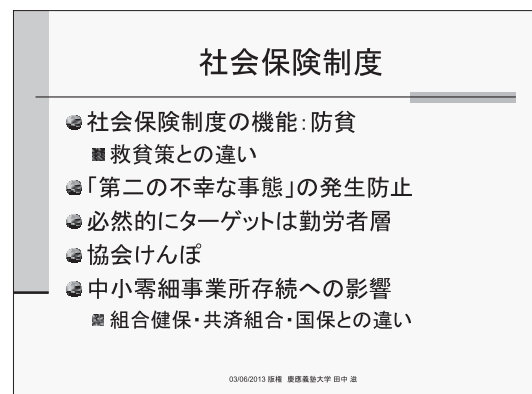
それまでの国家運営にとっての主な危機は敵国だったり、飢饉だったりペストだったりしたわけですが、19世紀後半初めて、増大した賃労働者と社会主義の結びつきというリスクを政権中枢が感じえたから、社会保障制度はできたのです。

日本の社会保障制度の特質

社会保障制度について、日本は社会保障制度を活用してきました(図表7)。

わが国の医療保険も介護保険も社会保障制度の一環です。社会保障制度の機能の本質は「防貧」に他なりません。貧しくなったら救

図表7



う「救貧」とは全く性質が違います。本人や家族が病気になること、要介護状態になること自体、不幸です。家族が癌になった、親が要介護になった事態は不幸と考えられます。

そのときに、第二の不幸、金銭的に貧乏になることを防ぐために、社会保険制度は機能を発揮します。治療費を全額自分で払うと貧しくなる可能性が高いのは労働者層です。元々家にお抱え医師を雇っている社会階層にとってみると、病気になったからといって貧乏になるわけではありません。

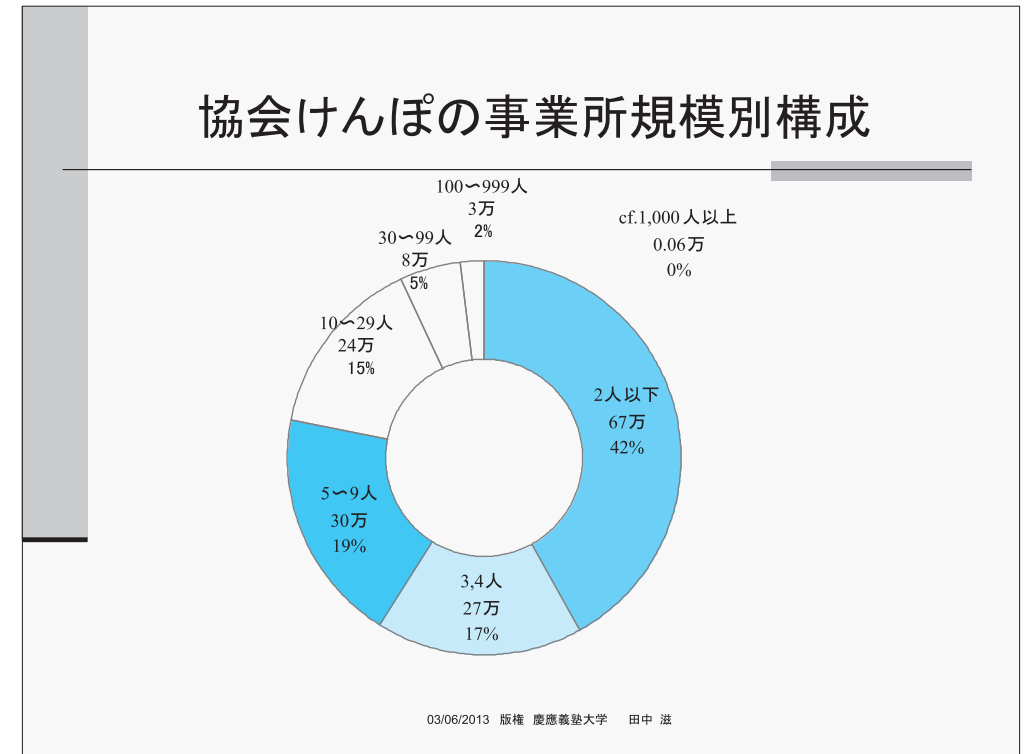
そうした労働者層が最も強く関係している社会保険は、現在の日本においては「協会けんぽ」です。さらに協会けんぽはもう一つ重要な側面を持っています。それは、協会けんぽでは、事業主負担保険料が事業所の経営に影響する点です。

図表8は、協会けんぽの加入事業所の構成を示します。協会けんぽは、3,500万人の労働者とその家族の受療を支えています。うち、4割が従業員2人以下、4分の3が10人未満の事業所で働いています。この規模の事業所によって成り立っている企業などでは、健康保険料負担が上がると経営成績、およびキャッシュフローに与える影響を無視することができません。

従業員規模が大きく、かつ1人当たりの付加価値生産額が高い組合健保層や共済組合層にはまず出てこない問題です。大企業の組合健保保険料が1%上がったからといって会社のキャッシュフローが詰まる事態は起きません。他方、国民健保の無職の高齢加入者は、そもそも無職ですから、本人の家計には響きませんが、保険料支払いが何らかの経営に影響を与えることもないでしょう。

会社経営に大きな影響を与える点が全国

図表8



健康保険協会、通称「協会けんぽ」という社会保険の持っている独特の性質です。

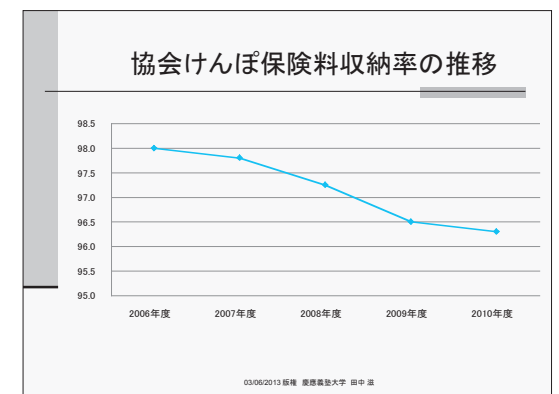
社会保障制度の危機

この性質を踏まえつつ、協会けんぽの保険料収納率の推移を見ると、図表9に示したように、じわじわと下がってきています。協会けんぽは被保険者が自分から保険料を払うタイプで、国民年金や国民健康保険と違って給与から天引きされていますから、従業員側での未納はまず発生しないはずですが、にもかかわらず、保険料未納率が4%に近づいています。

この主因は、被保険者による保険料未納ではなくて、事業主が年金事務所に保険料を納

めないことにあると考えられます。つまり、保険料を天引きしておきながら、それをやむをえず、銀行に対する元金の支払いや、次の材料確保のための材料費支払いなどに充ててしまったなどの事態ではないかと思われます。未納率水準が相対的にどのくらいかを、

図表9



ほかの保険と比べて見てみます。

図表 10 は、国保の保険料収納率です。グラフのいちばん下の線は、若い層、25歳から34歳の収納率を示しています。横軸が所得で、右に行くほど所得が高くなっています。なおここでの所得とは、収入ではなくて税法上の所得です。所得が低いと収納率が6割ぐらいいで、500万円あると、さすがに9割を超えています。

注目すべきはグラフのいちばん上の線です。65～74歳層の国民健康保険の収納率を示します。65～74歳の国保加入者の多くは、協会けんぽ加入者より収納率が高い。天引きで徴収している協会けんぽよりも、一部の被保険者が自分で払う国保高齢者のほうが、収納率が高い現象が起きています。わが国の社会保障制度については今、これほどまでに厳

しい事態が起きていると関係者は厳しく受け止めなくてはなりません。

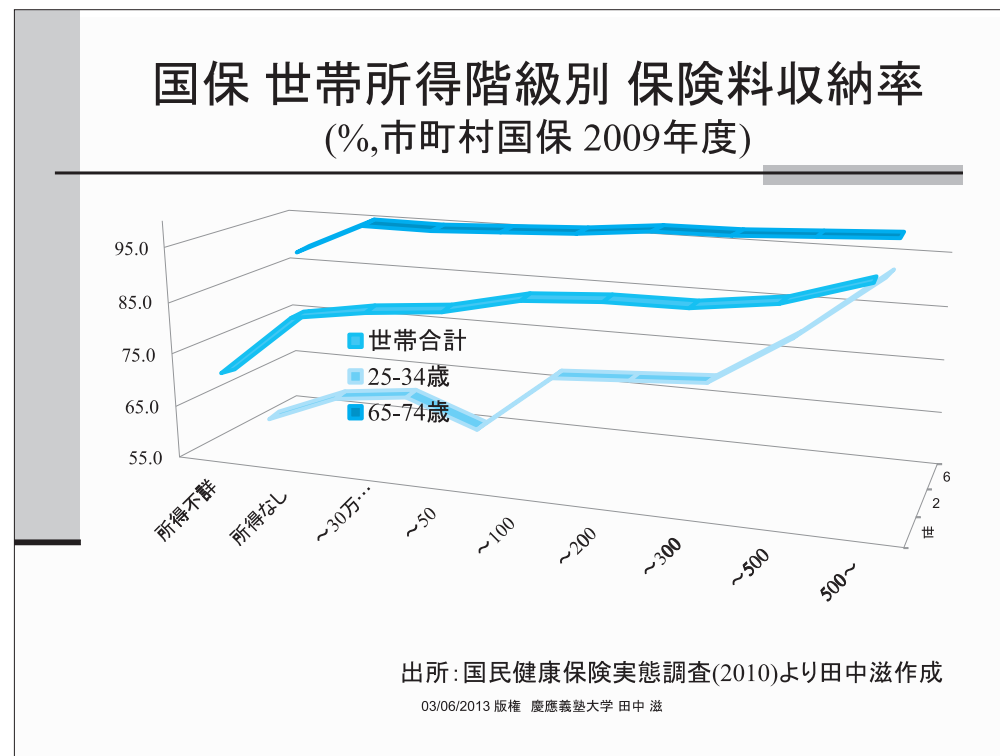
社会保障制度は非常に優れた制度で、ビスマルクがドイツで創設して以来、日本やフランス・韓国・台湾なども使っています。ただし、社会保障制度では対応しにくい問題も存在します(図表 11)。第一は言うまでもなく、勤労世代に対する高齢者比率の増加です。もう一つは勤労者の所得低下です。後者はとても重要なので、それについて少し数値を使ってお話します。

図表 12 は、協会けんぽの財政が最も悪かったときの数値です。2009年には5,000億円近い赤字を計上し、2006年と比べると準備金が一挙に8,000億円も減り、借入金に3,179億円も頼らざるをえませんでした。これが協会けんぽの実情です。

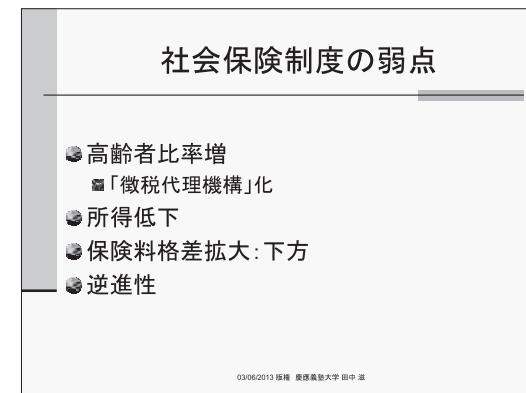
構造的な理由の一つは、協会けんぽが支援金・納付金・拠出金等の形で、退職者医療制度を含む3つの高齢者向け制度に払っている支出の対保険料収入比の高さです(図表 13)。最近では、前期高齢者制度納付金が占める比率が大きくなりました。老人保健制度

時代と違い、後期高齢者支援金は前期高齢者納付金の割合と変わらない数値です。いずれにせよ合計すると、協会けんぽの保険料収入の5割近くを他の制度に払っていると分かります。もっともこれは組合健保や共済組合にも共通する現象ですが。

図表 10



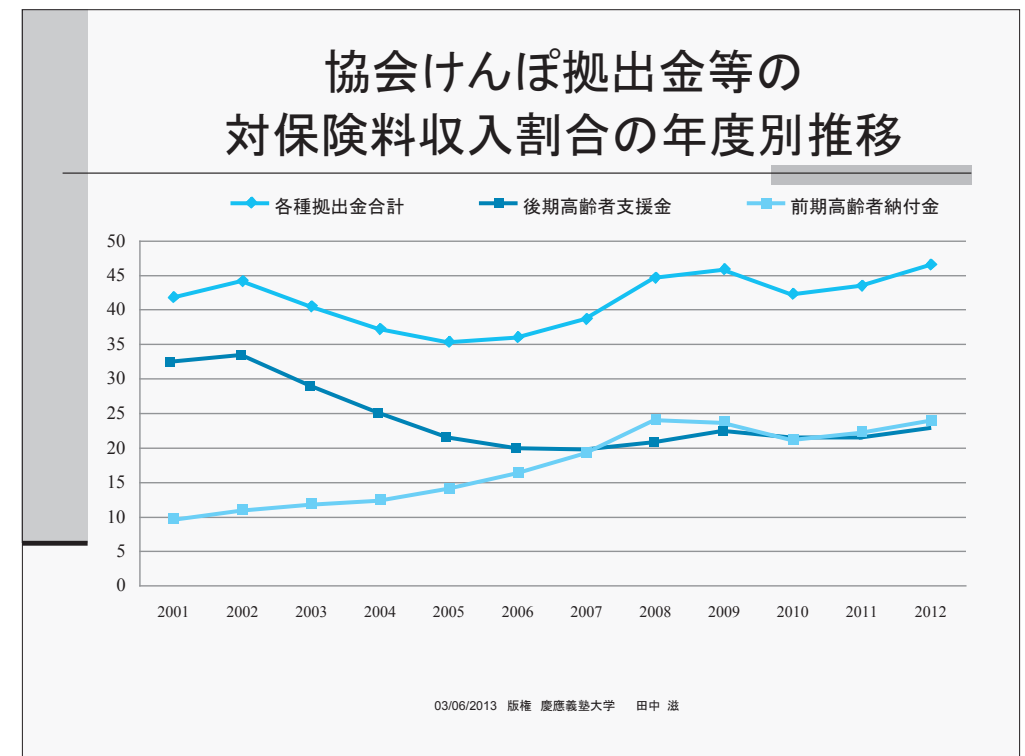
図表 11



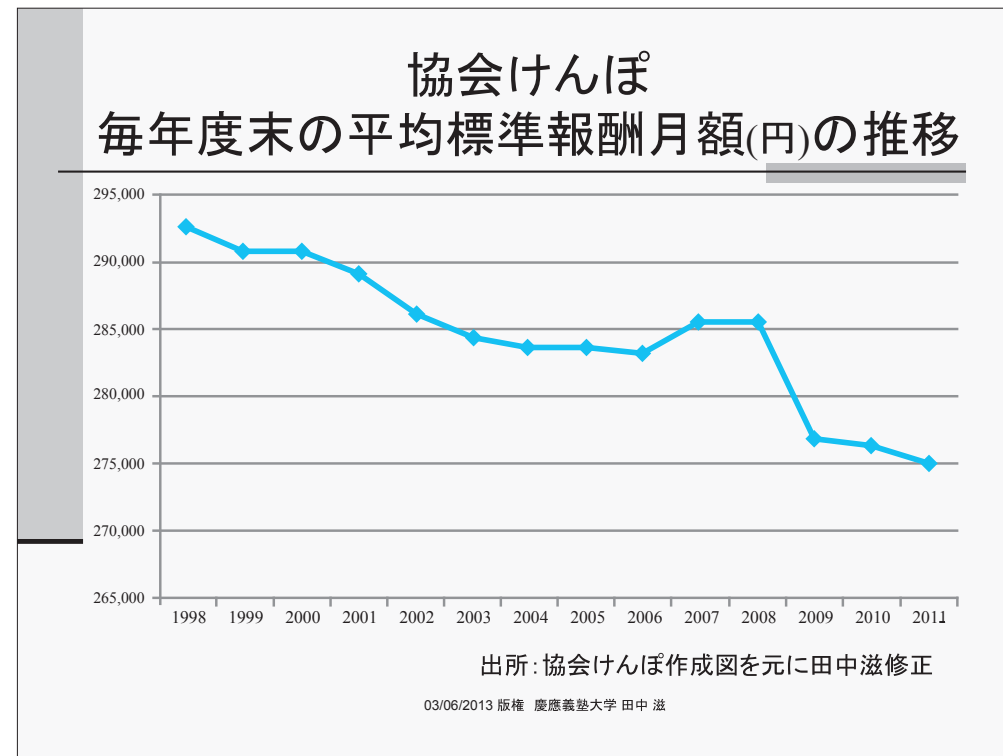
図表 12



図表 13



図表 14

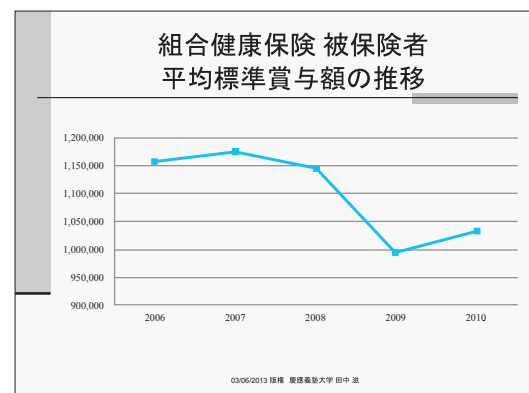


この問題は制度論なので、政治の決意によって変えようと思えば変えられます。もう一つの問題は、協会けんぽ加入者の収入の低下です(図表 14)。こちらは協会けんぽ独自の問題と言えます。

先ほど佐伯先生が細かくお話し下さったように、グローバル・スタンダード論の下で賃下げ圧力がかかり、その場合、真っ先に影響が及ぶ対象が中小零細企業層なのです。大企業への影響は後から来ます。図から読み取れるように、リーマン・ショックにより標準報酬が急激に下がり、その後回復していません。

図表 15 は組合健保被保険者の平均ボーナスを示します。高校卒 1 年目から社長まで入れている平均ボーナスは、2008 年のリーマン・ショックの後でも 100 万円以上あります。

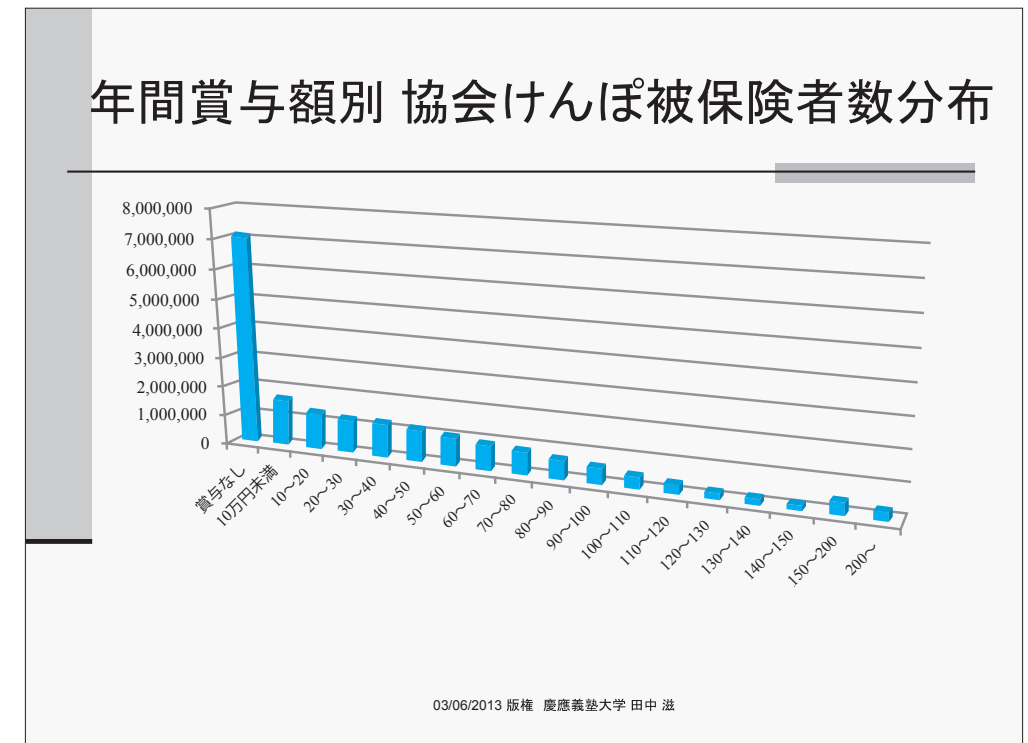
図表 15



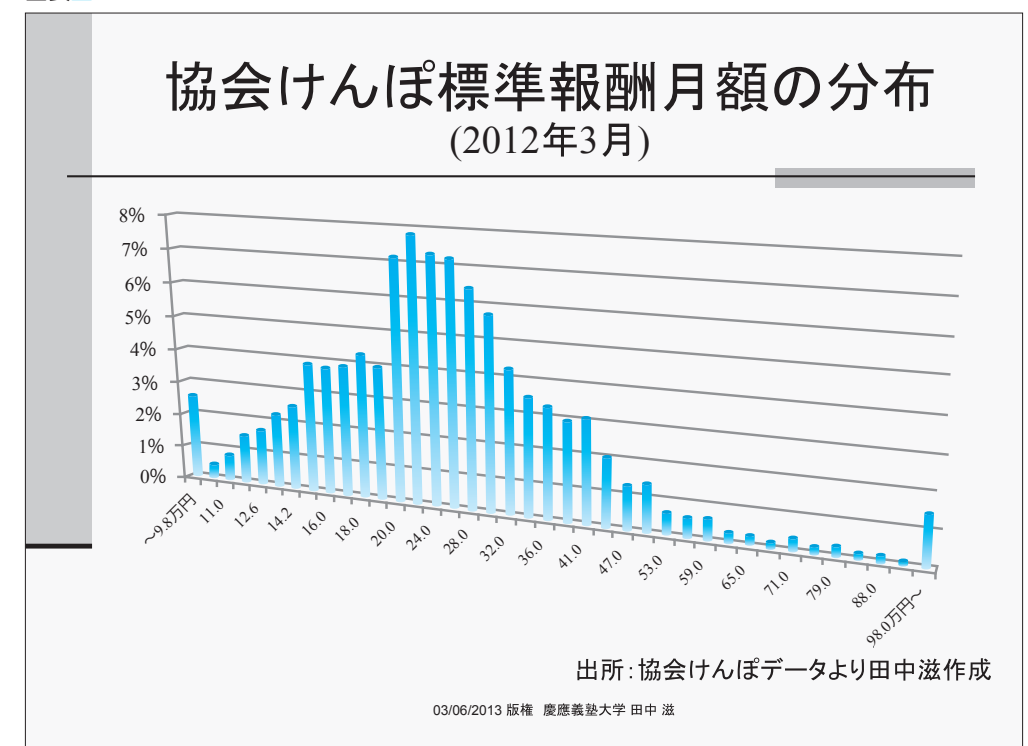
ところが、協会けんぽ被保険者のボーナスについて見ると、「年間ボーナス無し」の方がこれだけおられるのです(図表 16)。100 万円以上はわずかな数です。両保険所属者にはこのくらい大きな所得格差があります。

図表 17 は、協会けんぽ被保険者の標準報

図表 16



図表 17



酬月額分布です。二十四万円が最頻値となっています。そしてこの図の外側に、佐伯先生ご指摘の非正規労働者が存在します。正規労働者のなかは賞与・月給の水準が二分されています。その外側に、さらに非正規労働者がいる姿が、現在の社会状況だと思ってください。

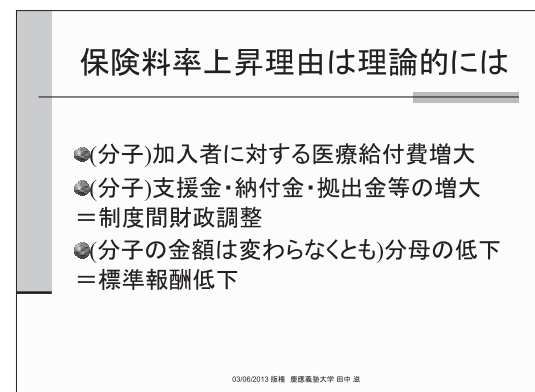
ところで保険料率はいかなる理由で上がるのでしょうか(図表 18)、第一は医療費が増加した場合です。新しい薬ができた、病人が増えた、受療率が高まった、診療報酬が引き上げられたなどの理由で、医療給付費は上がりえます。これは分かりやすい。

場合によってはいいことかもしれません。新しい薬が使えるようになった、受療しやすくなったことが理由なら、ある程度はやむをえないとも言えます。ちなみに介護保険では、利用者1人当たりの介護保険給付額が増えるのではなく、要介護者増が給付総額増の主因です。なお保険料率上昇のうち医療費上昇による影響は、実のところ大した割合にはなっていません。

第二は、先述のように支援金・納付金・拠出金が増えるためです。

第三は、分子の医療費が変わらなくても、

図表 18



分母の標準報酬額が下がることにより、分数の値が上がる場合です。

これがまさに今、協会けんぽで起きている事態で、協会けんぽ保険料率が労使折半 4.1% ずつでずっと来た後、たちまち 5% ずつにまで上がってしまった(図表 19)。この理由は、協会けんぽ加入者が特に病弱になったからではありません。協会けんぽ加入者が突如受療率を高めたわけではありません。ここで佐伯先生の話につながるとは思いますが、保険料率急上昇の原因は、ひとえに分母である賃金が下がったからです。こういう状況は社会保障制度、社会保障制度の危機と言わざるをえません。

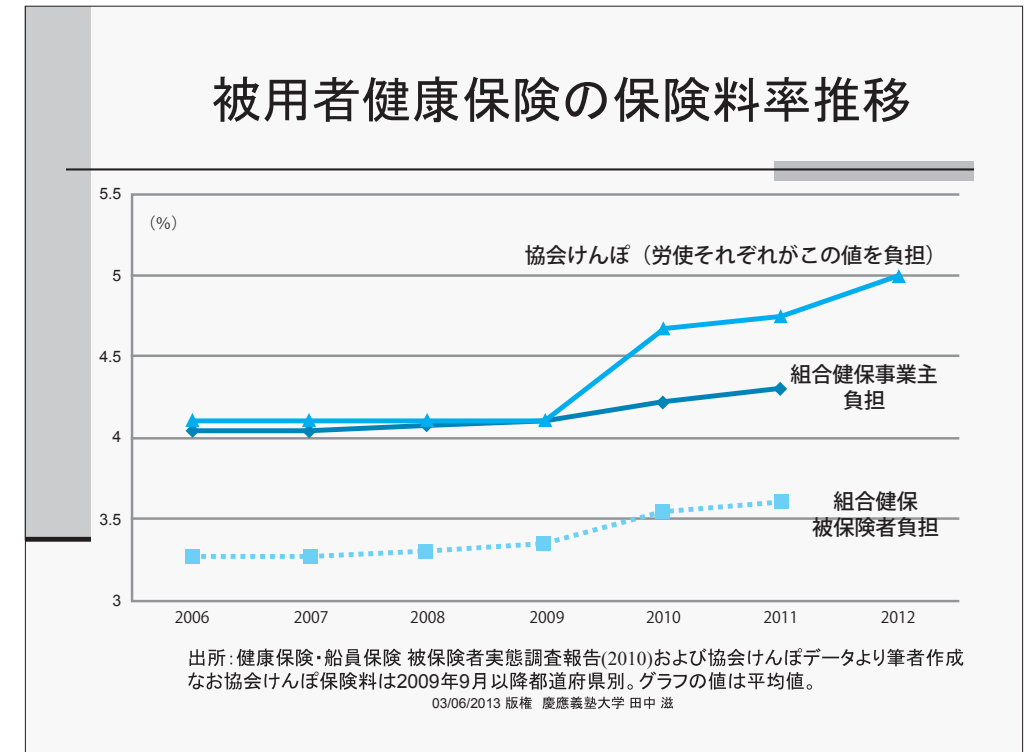
資本主義社会に必要な補完装置となる社会保障制度

最後のスライドです(図表 20)。資本主義は確かにこの 150 年間、自律・自助・自由などをベースにして、ほかの社会システムよりも成功し、豊かさを生みました。豊かさを生んだ結果、一つの問題として、19 世紀まで存在しなかった新たな依存人口をつくりました。それは具体的にいうと、虚弱な高齢者です。

19 世紀には、虚弱高齢者はほとんど存在しなかったと見てよいでしょう。大金持ちや貴族層にはいたかもしれませんが、日本のように後期高齢者が人口の 2 割を超える社会は、当時誰も想像もしなかったでしょう。

こうした高齢者の存在を前提に、どのような社会保障制度を設計すべきか。ビスマルクに聞いても答えはありません。他方、所得格差の広がる勤労者層をどうするかは、もう一度ビスマルクの問題意識に戻って、アメリカ

図表 19



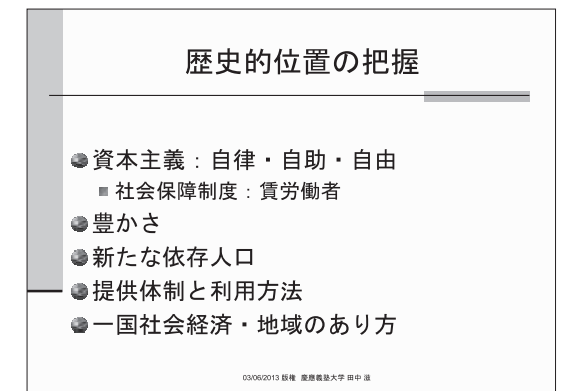
の保守主義者や日本の新自由主義者たちに「間違っている」と言えるけれど、虚弱高齢者増への対応は新たなコンセプトが欠かせません。

資本主義社会には補完装置が必要です。市場経済はとても役に立つ道具ですから、役に立つところを使うことについては全く賛成ですが、しっかりした補完装置も忘れてはなりません。社会保障制度は、19 世紀以来の経済先進国では勤労者層の生活安定、ひいては社会の安寧維持に対して、強い補完装置として機能してきました。

一方、アメリカの保守主義者は何の補完装置を持っているか。それは、宗教とコミュニティではないでしょうか。

宗教やコミュニティの力が強くない日本で

図表 20



は、グローバル・スタンダードを構造協議で押しつけられたとき、補完装置として機能する第一の候補はやはり、社会保障制度だと思います。ですから、社会構造と人口構造の変化に応じて、社会保障制度を常にきちんと設計していくしかありません。

社会保障制度という補完装置を、「守れ」と叫ぶだけではなく、高齢者人口増や格差拡大社会に合わせて改革していく。

提供体制側については、「地域包括ケアシステム」「地域医療計画」といったツールの活用も大切です。市場経済原理主義者からは、「地域包括ケアシステム」、「地域医療計画」

などという計画経済的な言葉を聞いただけで「けしからん」と言われそうですが、私たちにとって、それこそが武器でしょう。

少なくとも佐伯先生とはけんかにならないことがお分かりいただけたと思います。以上でございます。どうもありがとうございます。

講演Ⅱ

社会保障・税一体改革： 何が必要なのか



慶應義塾大学教授
金子 勝

演者紹介

石川 続きまして、金子勝先生にお願いしたいと思います。

金子先生は東京大学経済学部をご卒業後、東京大学、茨城大学、法政大学を経て、2000年から慶應義塾大学経済学部の教授でいらっしゃいます。ご専攻は制度経済学、財政学、地方財政論です。本日の演題は「社会保障・税一体改革：何が必要なのか」です。

金子先生、よろしくお願いたします。

金子 どうも、金子でございます。自分がポジシヨンのどこにいるのか、自分なりに位置づけてからお話をしようと思います。

「現行制度を基にして社会保障のあり方を考えながら、社会保障費を削っていく」という構造改革論の立場と、「現行制度の下で、ある程度財源を確保して社会保障にもっとお金を投ずるべきである」という立場の2つがあるとすると、私はどちらでもなく現行制度

の「改革は必要だ」という立場です。

しかしご存じのように、私は小泉構造改革に誰よりも反対してきましたので、その意味では今までのお二方のご報告とは対立しない面があると思います。

アベノミクスは失われた20年の はじまり

最初に強烈なことを言うと少しは危機感が出ると思うのであえて言いますが、「アベノミクスの3本の矢」の「矢」は、たぶん真ん中の線が上に出ている「矢」だと思います。

金融緩和、財政出動、成長戦略というこの3つの政策はデジャブで、みな過去に繰り返されてきたものです。メルトダウン隠しやSPEEDI隠し、電力不足キャンペーンなどを見れば分かるように、メディアがもう壊れていますので、何か目新しいことのように映るかもしれませんが、「無制限」の金融緩和「10年間200兆円」の公共事業というように、過去とほとんど同じ政策をただエスカレートさせただけであることが分かるでしょう。

大体、選挙が近くなると景気対策をして、景気対策の効果は一時的ですので、また構造改革政策に戻るといことが、ずっと繰り返されてきました。1994年に細川内閣が改革を始めて、1996年に住専問題等が出てくると景気対策に行き、1997年には橋本行革をとりあえずやってみたらまた金融危機になって、小淵・森内閣では100兆円の景気対策をやり、しかしこれも一時的なものだったため、また構造改革政策に戻り……ということを繰り返してきたわけです。

デフレに入る最初の出来事は、不良債権処理の失敗が最大の原因で、信用収縮を止められませんでした。同時に、1997年11月の大手金融機関の破綻とその後の国際会計基準の導入があってからは、明らかに企業の内部留保だけが非常に高まっています。

特に小泉政権のときは今のアメリカとそっくりで、株価は1万6,000円台になり、円も1ドル120円台になって、企業の内部留保が200兆円ほどに積み上がっていきます。片方で賃金は猛烈に下がり、デフレが継続するという状態になっています。安倍政権はたぶん、そのことを反省できないだろうと思います。

私もだんだん土居先生のように、財政赤字に対して非常に危機感を持ち始めています。私の知識不足かもしれませんが、GDPの2倍もの財政赤字があって、それを平時のまま正常な水準をもっていった事例というのは、歴史上一つもないように思います。黒田東彦日銀総裁が2年間頑張れば頑張るほど、財政赤字の膨張は止まらなくなり、できることはおそらく長期金利の上昇を抑えるくらいがやっとならぬか、というのが正直な感想です。

財政赤字で最も憂いているのは、貿易赤字

が定着し、長期的には経常収支が赤字になったときに、赤字分は外国からファイナンスをしなければならぬわけですが、こうして外国人投資家が日本の債権を持ち始めたときに、日本の国債の価格が非常に不安定になりやすくなるわけで、そうしたことがまもなく来るのではないかとことです。

そうしたなかで、景気対策や復興事業に資金をつぎ込もうとしています。被災地に行ってみれば分かるように、所有者も相続者も確定できないところはいくらお金をばらまいても使いようがなく、生活不活発病がたくさん出ているようななかで景気対策であおっても、たぶん復興に与える効果は一時的なものだと思います。

誰も責任を取らないのは 20年前と同じ

何らかの改革が必要なのは確かですが、日本人は忘れっぽくて、日本を取り戻すといっても、この20年間を取り戻した先にあるものが、同じ「失われた20年」であることも忘れてしまっています。漢字も読めない人が財務大臣として再登場したり、野田さんがひどかったのを戻ってみたら、政権を1年で投げ出した人に向かっていく——まるで遊園地のコーヒーカップのように、同じところをぐるぐる回っている状態なのだと思います。

今は100年に一度の経済危機ですから、二大政党制が壊れたり、領土問題にからんでナショナリズムが台頭してきたり、毎年のように首相が替わったり、形を変えた金融緩和による為替切り下げ競争が起こったりしても、驚くには値しません。TPPもアメリカによるルール圏作りですので、RCEP（東アジア

地域包括的経済連携）とTPPが対抗している現代版のブロック経済だと考えると、歴史的な転換点という事態も、よく見えてくるのではないのでしょうか。

そのなかで私たちは、1990年代の初めと全くそっくりな状況に入っています。メディアが妙に浮かれて楽観論ばかりが流されていますが、実はその裏で原発という不良債権が、大きな重石となって国民にのしかかっています。

にもかかわらず、1990年代初めの銀行の不良債権問題のときと同じように、福島第一原発事故では誰一人として責任を取っていません。実に恐ろしい状況です。東京電力の勝俣恒久前会長に至っては、日本原子力発電という、一切発電をしていないにもかかわらず電力5社が基本料金と債務保証で支えている会社へ天下って東京電力を辞めていくという、見事なくらいとんでもない世界になっています。

原発は最大の不良債権

不良債権問題が騒がれた当時、私は有価証券報告書とにらめっこし、細かい債権分類はできませんが、未収利息から逆算して、不良債権は1990年代の半ばには50兆円ぐらいたまり込んでいると考えました。あれから十数年ぶりに、今度は電力会社の有価証券報告書とにらめっこをする毎日が続いています。

そこではっきりしていることは、東京電力は実質上潰れている「ゾンビ企業」だということです。

東京電力にはすでに公的資金1兆円が出資金として投じられ、原子力損害賠償支援機構

からの資金援助の総額は3.2兆円にのぼります。沖縄電力を除く電力9社が2.5～2.8兆円の負担金を（東京電力だけは特別負担金を負う）、2020年までに原子力損害賠償支援機構に返すことになっていますが、すでに原子力損害賠償支援機構から3.2兆円の交付金が出されているので、今の時点でもオーバーしています。

原子力損害賠償支援機構が見積もった賠償額は4.1兆円です。そのうち東京電力が払っているのは2013年1月25日時点でわずか1兆7,800億円くらいです。もちろん損害賠償額がこれで済むわけありません。また、東京電力の会計には、どれほど目を皿にしても、除染費用は一銭も計上されていません。ちなみに、東京電力の持っている有利子負債は8兆円です。

今、原発を止めたことによる燃料費上昇キャンペーンが繰り返されていますが、これは、シミュレーションでつくった数字にすぎず、意図的に誇張されたものです。

一方、原発50基を全部止めたとしても毎年1.2兆円のメンテナンス費用・減価償却費などがかかるといわれています。ざりとてこれを廃炉にしたとしても、簿価上の残存価値、つまり減価償却が済んでいない分、および核燃料の簿価、それから廃炉費用の未積立金の額を合わせると4.4兆円にもものぼるため、廃炉にすると電力会社は潰れてしまいます。

今、さまざまなキャンペーンが繰り返されているのは、原発という本当の不良債権を隠すためです。

原発という不良債権を抱えたままでは、5年後に発送電分離改革などできるはずありません。おそらく、公的資金を投入して原発を国有化する以外に、発送電分離改革をする

ことは、ほとんど不可能であると私は思っています。

その意味では、1990年代初めと同じように「ようやく何かが変わってよくなった」と浮かれています。本当のところは、20年かかって「失われた20年」の始まりと同じところに戻ってきた、といえるでしょう。

社会保障の後退と予想される事態

社会保障抜きの増税先行の一体改革は、同床異夢の状態です。民主党と自民党が合意したことです。お金には色がありませんから、増税分は社会保障に使うといっても、公共事業によって赤字が拡大していきますので、しばらくするとおそらく、「財政赤字がどうにもならない状態だ」というキャンペーンが始まります。

もうすでに財政赤字が1,100兆円になってGDPの2倍を超えているといわれていますので、参議院選挙が終われば、おそらく社会保障費の削減に手をつけることになるでしょう。

これが、われわれが日本を取り戻した先の「失われた20年」の、いつものパターンです。社会保障制度改革国民会議のメンバーの方にそれとなく聞いてみると、業界関係者だけ呼んで、何も決めないように審議を続けているということですから、そのようなシナリオは十分考えられます。

国際競争力の低下と消費税への過剰依存が続き、税制のバランスを失っているため、今回のような消費税の引き上げには、私はあまり賛成できません。経団連中心の輸出企業にとっては消費税は戻し税になり、負担はおそらくそれほど重くはないのです。

しかし、小泉内閣のときと同じように、円安が起きて原材料高になったうえに、賃上げはほとんどありませんから、デフレの圧力はおそらくそう簡単にはなくなりませんから、内需向けの中小企業は非常に厳しい状態になっていくと思います。

他方、大企業は内部留保が増え、実際には海外投資を拡大して、逆輸入をするか海外市場を狙うというパターンが続き、国内市場では、消費税引き上げ前の駆け込み需要が、引き上げ後に落ち込むことは目に見えているため、大企業でもやはり、非常に厳しい状況になるのではないかと考えております。

このような状況のなかで、丸山眞男がかつて「引き下げデモクラシー」（自分たちより恵まれた立場の人たちを引きずり下ろすことによって溜飲を下げるというレベルの低い民主主義）と呼んだパターンがイデオロギーとして動員されてくるのは目に見えています。

今起きているのは「生活保護バッシング」と「親の扶養義務」です。私の勉強不足のせいか、先進国で親の扶養義務のある公的扶助というのはあまり聞いたことがありませんので、日本はたぶん発展途上国なのだと思います。

生活保護費と最低賃金の関係でいえば、たぶん今議論されている「生活保護費の引き下げに連動して最低賃金を下げろ」という話になり、最低賃金が下がると、また「生活保護費を下げろ」という話になると思います。そしておそらく、就学援助費も減少し、保険料の免除規定も後退していくことでしょう。

また、後期高齢者医療制度で75歳以上を切り離したことにより、国保の未納・滞納は一見少なくなっていますが、今後一層拡大していくと思います。

参議院選挙の前はもちろん問題にはしませんが、そのうち年金給付の引き下げが支給年齢の引き上げがおそらく問題になるでしょう。それというのも、賃金の低下がずっと続く一方で、2004年にマクロ経済スライドを導入しましたが、年金引き下げには適用されず、現役世代の所得代替率が6割を超えてしまったため、年金給付額を下げろ、という話になっていくと思います。

そうしたなかで、芸能人など、なにがしかの反論のできない人がやり玉に挙がって、この「引き下げデモクラシー」が動員されてくる、という事態が予想されます。

TPPによる医療・保険への影響

TPPには佐伯先生と同じく私も反対です。

自民党は先の総選挙で国民に、TPP交渉参加に対する基本方針として6項目の公約をしましたが、TPPの経済効果に関し、RCEPとの比較でTPPのほうが有利だと言おうとしていたところ、RCEPのほうがGDP的にははるかに有利だという試算が出てから、そのことについて一切何も言わなくなりました。今では、聖域なき関税撤廃が前提になるかどうかだけに問題は絞られてきています。

ニュージーランドも農作物の関税は完全撤廃すべきだと言っており、例外はおそらくコメくらいで、米韓FTAと同じようなところに落ち着く、というのがたぶん今のシナリオだろうと思います。

日本医師会では「国民皆保険を守る」ことがTPP交渉参加の前提であるとの主張を行っていますが、残念ながらその前提には入らない可能性が非常に高くなってきていま

す。

TPPに日本が加入した場合の、アメリカの思い描くシナリオがいろいろと予想されます。直接的な混合診療導入の可能性もないわけではありませんが、おそらく先に来るのは、医薬品と医療機器についての要求だと思えます。

アメリカの残り少ない競争力のある製造業に、医薬品と医療機器があります。医薬品ならファイザー、医療機器ならGEなど、皆様よくご存じのことと思います。米韓FTAを参考に考えると、たぶんアメリカは、ジェネリック医薬品でも用法が変わったようなものについても知的所有権の網を広げて、安く売ることに対しさまざまな規制を行うことでしょう。それは健康保険財政を圧迫します。

一般的に、高額な医薬品や医療機器の認可手続きが簡素化されて高額医療の領域が拡大し、それが徐々に普及するにつれ価格が低下し、やがて、かつて高額医療だったものが公的な医療保険の対象になっていく、という長いプロセスがあります。TPPで混合診療が認められなくても、このプロセスを経て、いざ公的医療保険・健康保険の対象にそういったものを入れようとしたとき、アメリカの民間保険会社が医療保険を売ろうと、猛烈な圧力をかけてくることが予想されます。

アメリカのもう一つの競争力のある領域は保険業界です。日本は割り当てによって、すでにアメリカの民間医療保険会社の参入を許可しています。しかも、不良債権を抱えた日本の保険会社よりも、査定もほぼ完全に統計管理だけで行っているアメリカの民間保険会社のほうがはるかに商品力があり、日本がTPP加入後、アメリカのさらなる攻勢に抵抗しようとしても、ISD条項を使えば十分に

対応できる——そのような状況になっていくだろうと思います。

すでに公的医療機関よりも民間の医療機関のほうが多いため、保険外診療が最ももうかるように誘導されていくでしょう。

歯科医の方の状況を見れば分かりますが、保険内診療だけでは年収500万円にも達しない歯科医の方がたくさんいて、自費診療のインプラントなどができないところは経営が成り立たなくなっているのが現実です。

また、過疎地の病院ほど看護師や介護士の人材不足が深刻で、過疎地医療の問題でも、TPPにより非常に厳しい状況になっていくのではないかと考えています。

家族形態・雇用形態の変化による影響

では、なぜ改革が必要なのでしょう。もちろん、成長率の低下やデフレ経済による影響も社会保障制度に暗い影を落としています。そういった面だけではなく、社会保障制度にとって非常に重要なことは、高度成長期以降の家族形態・雇用形態の劇的な変化により、社会保障制度の基本が非常に大きく揺らいでしまっていることです。

日本の社会保障制度は未だに、私が「集中メインフレーム型」と呼ぶ重化学工業を基本にした高度成長期の、核家族を中心とした「標準世帯モデル」をもとに組み立てられています。しかし、それを前提にしていく限り、もうもたない状態になっています。

「国民年金を払ってなくても、もらわなければそれで済む」という話はよく聞きますが、そんな簡単な話ではありません。国民健康保険も国民年金も、事実上賦課方式となっ

ており、納入率8割を予定しているにもかかわらず、未納・滞納率が4割の状態が続いているため、何らかの形で補てんが必要です。もとをたどれば雇用形態の変化があり、それによって健保も年金も大きく壊れつつあります。

また、家族の形態が壊れたことにより、認知症の単身者、母子家庭の人、非正規労働者など、福祉から漏れてしまう人たちが、猛烈な量で増え始めています。特に認知症は大変な勢いで増加する傾向にあります。現金給付を増やせば解決できるのかというと、それほど単純な問題ではありません。

恩恵的な福祉では問題は解決しない

標準世帯モデルの崩壊のなか、配偶者控除を受け、年金保険料を払ってこなかった人が、多額の遺族年金をもらう現実があります。しかし、このようなパターンが続く限り、年金制度は存続できません。

イタリアやギリシャが典型的で、日本はそれほどでもありませんが、社会保障に占める年金財政の比重が大きいので、財政赤字をもたらす割に、生活不安はなくなる傾向があります。

逆に、医療や介護・保育・教育といった家族機能を現物給付で補いつつ生活している夫婦共稼ぎの世帯のほうが、子どもも多く生まれています。ヨーロッパではそういう傾向になっており、現物給付に多額のお金が流れていくというのがこれからの基本です。

私はそうした意味では、年金に過剰に依存しなくてもいいと考えております。ただし、制度の分立が今のまま継続していくと、国民

年金や国民健康保険と統合されることを望むところはどこにもないため、少しでも広く大きな単位へと結びつけていくような改革を少しでもやっけないと、標準世帯モデルに属さない人たちは社会のお荷物扱いになり、そこにお金を注ぎ込むのか注ぎ込まないのか、見捨てるのか見捨てないのか、といった問題になってしまうでしょう。

先ほどの私の考え方は相当ヨーロッパ的ですが、パターンリスティック（家父長的・恩恵的・温情的）な福祉として、例えば児童手当のようなものは、配偶者控除や扶養控除などともセットになっていて、母子家庭や貧困世帯はこれらの税控除を受けられませんから、実は所得の再分配にとっても全くよくないことです。

児童手当よりも、一律に支給される子ども手当のほうが子どもが生まれるという現実があり、基本的に1980年代から徐々に出てきたことですが、「子どもには生まれて育つ権利がある」という状態にしないと、離婚が増加している中で、女の人にとって子どもを産むリスクは絶対になくなりません。所得の低い層だけに恩恵的に児童手当を支給するというやり方では、社会的排除の論理が働き、そういう屈辱的な状態でも我慢するようになります。そうするとなかなか子どもが生まれず、育ってもいけないということが起きてきます。

例えば、非正規雇用労働者が首を切られると同情しますが、彼らが生活保護をもらうようになると、酒を飲んだだけで、「われわれがお金を与えているのに、酒を飲むとはなにごとか！」と怒られます。普通の正社員であれば、やろうと思えばなんでもでき、夢も持てます。けれども、明日どうなるかも分から

ない人は、酒を飲むしかありません。ですから、そのような人を怒っても仕方ないのですが、福祉を恩恵的な目で見るとそのような感情が起こるわけです。恩恵的な福祉の体系があって、われわれのなかに恩恵的な観念が植え付けられていくと、社会保障というものが常に「特定の貧困層をどこまで救うか」という問題に限定されてしまいます。ですから、恩恵的ではなく、普遍主義的な考え方を日本がどこまで持てるのかということが、最大の問題なのではないかと思っています。

女性が納税者・被保険者になれば社会保障制度は救われる

当然のことながら、子どもを持つ女性が進出しやすい分野というのが、医療や介護・保育・教育といった福祉の現物給付のサービス分野です。これは、女性が「家族の負担」と称して負っている領域でもあります。

そこに、福祉予算を重点的に注ぎ込むような枠組みが必要です。しかもこれは、地域単位で支出が決裁できるような形にしないと、効率的な運用はできません。ですから、おそらくそのような制度改革の展開が必要になってくるでしょう。

寡婦年金を減少させて、基本的には女性に働いて、納税者なり、被保険者なりになってもらう以外に、この国の社会保障制度は救われないと思います。

私たち男にとっての唯一の弱点は、女性が強くなるということですが、諦める方法はありません。例えば、「家族のなかで起きていることが、社会全体でも起きる」と考えればさしたる苦痛もないだろう、というのが私の考え方です。

ユニバーサル・デザインの きめ細かなサービスへ

最後に、こうしたユニバーサル・デザインの福祉、きめ細かいサービスについてお話ししたいと思います。

これからは、単に貧困者にお金を与えるのではなく、ケースワーカーなどのきめ細かな支援のもと、社会的排除の原因を除去するような就業支援・自立支援を行っていくことが必要です。

また、この間の医療改革の最大の弱点は、アメリカの制度の背景を全く無視してDPCを導入したり、医療の分業体制を決めていったことにあると思います。

日本の場合は、アメリカのように保険会社がかかりつけ医や医療チームをつけてくれるわけではありません。それなのに、インセンティブと称して長期入院の診療報酬を下げ、その結果、患者は3か月たつと病院から追い出され、追い出された先も3か月すればまた追い出されていく……ということをや、それによって医療難民や痛難民が大量に出るといった事態になっています。

あるいは、関西のある病院のように、生活保護の人にカテーテル手術をやったことにして診療報酬を得るところが現れたり、治りそうな痛患者だけを受け入れて病院ランキングを上げるような病院が出たりと、ばかげたことが起きています。

オランダのようにケースマネジャーをつけるのか、それともかかりつけ医のような制度にするのかなど、さまざまな方法がありますが、一人ひとりに対して包括的にケアを行っていくという方向に進むのは間違いありません。それに、中核病院や開業医、介護

施設・訪問介護サービスを結びつけ、連携しながら、プライバシーの問題はありますが、電子カルテ化をある程度進めて効率化を図り、一人ひとりが安心して医療が受けられる、患者本位の医療システムをつくっていかないといけないと思います。

特にDPCをやるような大手病院などでは、最新の医療技術によってどうやって効率化を図るかといったことだけを考えているようですが、先端医療を一生懸命やって医療をよくすることと、医療制度をよくすることは、全く別の問題です。医学的な観点よりも重要なのは、「どうしたら患者一人ひとりが安心して医療が受けられるか」ということだと思うのです。

そのように考えると、皮肉なことですが、医療経営が非常に苦しくなっている地域では、元々地元の病院を辞めた開業医の方も多いため、開業医の方が中核病院の救急体制を支えたり、ひどいところは診療を支えたりして、事実上かかりつけ医同然にならざるをえない状況がたくさん生まれてきています。東日本大震災の被災地にも、そのような状態のところがたくさんあります。

実際に、ユニバーサル・デザインのきめ細かな医療制度をつくろうとすると、医師と看護師の積年の境界領域問題があり、実は看護師と介護士の間にも同様の問題が常にあって、一筋縄ではいかないところがあります。

また都会では多くの患者がいて、まるで消費者があれこれ迷いながら商品を選ぶように病院を選ぶような仕組みができて一方、過疎地帯では医師がまさに献身的に、地域を支えるべく日夜奮闘せざるをえない状況があります。ですから、日本全体を見渡して、そうしたところへも一度きちんとメスを入れ

ていかないと、日本の医療改革はほとんど立ち行かなくなります。

「在宅医療に移せ」といっても、モルヒネをきちんとコントロールできる医者がそれほどいるわけでもなく、24時間在宅看護といっても、訪問介護ができる人材や、その仕事にふさわしい給料も与えられていないのが現実です。その一方で介護保険は、要介護認定3以上の、実質上ドイツのような身体的介助を中心とした制度に縮小されています。

このような現状も踏まえながら、どのようにしたら最も患者中心で、包括的な仕組みが

地域でつくれるのかというところで、実態に即した意見を提供するのが日本医師会の役割なのではないかと考えております。

地域ごとの医療は多様で、調整は大変ですが、そのようなところへ向かって実体的な議論をしていくことが、とても大事ではないかと思っています。

本当は保険財政の問題もありますが、土居先生が話されると思いますので、私はその問題は省略して終わりたいと思います。どうもありがとうございました。

社会保障・税一体改革：何が必要なのか

金子 勝

(1) 歴史的転換点の意味

1. アベノミックスの「3本の矢」はデジャブ

- 無期限の金融緩和、公共事業中心の景気対策（機動的財政政策）、規制緩和中心の成長戦略（「構造改革」路線）「失われた20年」に繰り返されてきた。
- レフェリーと業者が癒着して不良債権を隠して、それをごまかすために、ひたすら上記の政策を繰り返す事態もそっくり。
 - 1) 東京電力のゾンビ企業化：賠償スキームはすでに破綻
 - 2) 原発の不良債権化（固定費問題が本質：国有化が必要）
- 「日本を取り戻す」先は「失われた20年」？

2. 原発依存は新しい産業政策と福祉政策への転換を妨げる

＜集中メインフレーム型＞————→＜地域分散ネットワーク型＞

- ・大量生産工場の地域分散政策
- ・IT技術と地域分散（エネルギー転換と農業）
- ・インフラ公共事業とワークフェア
- ・対人社会サービス＝現物給付中心へ
- ・「福祉国家」体制と中央集権
- ・地方・地域密着型の社会福祉
- ・核家族と老後保障中心
- ・家族の解体と新しい福祉ニーズ

3. 社会保障費の削減が待っている。

- 社会保障改革抜き・増税先行の「一体改革」→公共事業中心の景気対策→財政赤字が1100兆円（GDPの2倍以上）→社会保障費削減、という「失われた20年」のパターン
- 国際競争力の低下・空洞化→貿易赤字の継続（経常赤字へ？）
- 消費税への過剰依存（輸出企業の戻し税）、円安（原材料高）とデフレ（価格低下圧力）と内需向け産業の投資意欲ナシ→内部留保拡大と海外投資＋賃金低下→消費税の駆け込み需要が終わる時

4. 「引き下げデモクラシー」のイデオロギー動員

- 生活保護バッシングと「親の扶養義務」（先進国？）
- 生活保護に連動：就学援助、住民税の非課税、最低賃金、保険料の免除…
- 賃金低下と年金の現役所得代替率（マクロスライドが効かず50%→60%を超える）

5. TPPと国民皆保険問題

- 直接的な「混合診療」導入の可能性
- 米韓FTAと同じく、医薬品・医療器械の「知的所有権」保護
 - *ジェネリック医薬品の「知的所有権」
 - *高額医薬品、医療器械の認可手続きの簡略化＋民間保険の拡大
- 看護師・介護士の「移民」問題

(2) 年金改革はなぜ必要なのか

1. 年金制度の問題は人口構成の変化（少子高齢化）だけではない。家族形態や雇用形態の変化も重要なファクターである。

- 非正規雇用の増大と年金の空洞化
- 家族の解体と問題：独居老人や認知症の増加、母子家庭の増加、子どもの貧困など
- 「標準家庭」モデルの崩壊：寡婦年金（遺族年金）の割合の高さ
- 年金給付の高い国は財政赤字も大きい

2. 所得比例年金とミニマム年金の必要性：このままでは年金制度ももたない（あるいは生活保護の増大）

3. 年金中心の社会保障：財政赤字と将来不安の悪循環

4. 現金給付の確保と社会福祉サービスの民営化・規制緩和は問題を解決しない（この間の規制緩和は利害関係者が審議会に入りここを対象）。

5. 現物給付（医療・介護・教育・育児）とジェンダー視点

- これらは女性の雇用機会を増やし、雇用環境を作る：労働人口の減少に対処しつつ、子どもの増加を図ることが可能になる
- 寡婦年金を減少させ、女性が納税者・保険料納付者になる（年金財政の改善）

6. 地域分散ネットワーク型の医療・介護体制

- 少子高齢化地域→地域包括ケアが不可避に
 - *開業医は事実上の「かかりつけ医」に、開業医が中核病院と協力しないと地域医療がもたない状況
- 中核病院・民間病院・開業医、老健、特養、訪問看護、訪問介護をネットワーク化
 - *医療の分業化と診療報酬の通減システムの弊害→サポートする体制は
- 医療と看護と介護の垣根問題
- しかし、介護は介護認定の引き下げ（生活支援サービスの削減）、人材不足問題の継続

(3) ユニバーサル・デザインときめ細かいサービス

1. こども手当の本来の意味は何だったのか。

- 従来の所得再分配型・パターンリズム的福祉から人権中心へ
- 「子どもは社会の宝だ」：貧困と少子化とジェンダー
- 税の控除主義は貧困者に冷たい

2. 「社会的排除」の理由はさまざま：本来の自立支援の意味

参考：金子勝・神野直彦『失われた30年 逆転への最後の提言』NHK出版新書
金子勝『「失われた30年」の始まり』『世界』2013年4月号

講演Ⅲ

医療保険財政を持続
可能にするために慶應義塾大学教授
土居 文朗

演者紹介

石川 続きますでの講演は、土居文朗先生です。土居先生は大阪大学経済学部をご卒業後、東京大学で経済学博士号を取得されました。2009年から慶應義塾大学経済学部の教授でいらっしゃいます。ご専攻は財政学、公共経済学、政治経済学です。大阪府と大阪市の特別顧問を務め、財政制度等審議会の委員でいらっしゃいます。演題は「医療保険財政を持続可能にするために」です。土居先生、よろしくお願いたします。

土居 皆様、こんにちは。慶應義塾大学の土居でございます。今日はこのような形で皆様の前でお話をさせていただくことになり、大変うれしく思っております。

私の立場は経済学のなかでも公共経済学という分野で、特に市場の失敗をどのように是正していくかということが、経済政策のうえでは重要であるという認識の下に研究を続けております。特に財政の分野では、先ほど

田中先生のご指摘にもありましたように、社会保障費の金額は非常に大きくなっており、もちろんその果たすべき役割についても、かなり重要でありますので、そのような視点から議論をさせていただいております。

TPP 交渉と国民皆保険

この後パネルディスカッションがあり、皆同じ意見になってパネルディスカッションが面白くなってはいけませんので、あえてここで違いを強調させていただきます。最終的に今日、何のために話すかということの一つに、特に第二次安倍内閣になって、TPPがどうなるのかというところに議論が及ぶと思われまので、私自身の立場をあえて鮮明に申し上げます。私は交渉参加に賛成であります。ただし、国民皆保険を崩すようなTPPには加盟すべきでないと考えております。

反対するのであったら、最初から交渉の土俵に乗るべきではないという話は当然あろう

かと思いますが、先ほど佐伯先生がご指摘になったように、日米構造協議以来、アメリカに攻め込まれて、日本の言い分が認められず、アメリカの言い分ばかりが通ってきたという歴史に、そろそろ終止符をきちんと打たなければいけない。でないと、いつまでたっても「門戸開放、門戸開放」とアメリカから言われ続けることになるだろうと思います。

幸いにも、TPP は日米2 国間の交渉ではなく、オーストラリア・アジア諸国等々、多国間の協議になるというところが一つの“ミソ”だと思っております。

もちろん、TPP 参加国の経済規模のシェアは日米だけでほとんどの部分を占めますから、先ほど金子先生がおっしゃったように、事実上、日米交渉だということはあるかもしれませんが。

ただ、医療制度に関連して言えば、例えばオーストラリアは、税を財源としたいわゆる「皆保険」（保険料を取らないと「皆保険」と言うべきではないかもしれませんが）、国民全員を対象とした医療保険制度を持っています。

そう考えると、後で詳しく申し上げるように、税と保険料を財源とした社会保険制度の下で国民皆保険を維持しているわが国の医療制度というのは、先ほど佐伯先生がおっしゃったような意味で、アメリカからは「異端」と思われるほど異なった仕組みであるかもしれませんが、アメリカが本当の意味でスタンダードと言えるかという、決してそうではありません。さらには、ヨーロッパ諸国を見れば、なおさらそうだとということになりますから、私はいろいろな工夫を通じて、国民皆保険をきちんと制度的に担保できるのではないかと考えています。いやむしろ、担保

できるような交渉をきちんとやらないと、話が終わっても、5年後10年後にまたぞろ同じような問題提起をされ、そのたびにいちいち反論を強いられることになりかねません。うっかりしていると、そのうち、先ほど金子先生が懸念されたようなことが、本当に起こりかねないと思います。

オーストラリアの仕組みを日本にどこまで当てはめられるかという、当然根本的な仕組みが違っているため、オーストラリアのまねを日本がすればいいというわけでは決してありませんが、アメリカとの交渉材料の一つとして考えられるのは、「政府が関与している」ということです。

先ほど申し上げたように、市場は万能ではなく、失敗することがあります。その市場の失敗例として、いろいろな例が挙げられますが、やはり医療の分野はその代表例の一つで、筆頭格と言っていいものです。専門用語では「情報の非対称性がある」という意味で、市場の失敗が露骨に出てきます。だからこそ、政府が関与すべきなのです。

そして、後で詳しくご紹介するように、保険に入る人と入らない人が出てきた場合、「逆選択（アドバース・セレクション）」という現象が起こります。ですから、それを防ぐために全員強制加入にしておかなくてはなりません。いろいろなものが市場主義の論理に乗ったとしても、医療はきちんと政府の関与の下に置かなければならないということは、十分に論理的にディフェンスできると私は考えております。

そのとき、今後の医療の保険財政を、いかに持続可能なものにしていくかということが担保されないと、「どうせ財政が先行き怪しいのなら、部分的にでも切り売りしたらいい。

こんな仕組みなどなくてもいいのではないか」などと、制度のほころびを助長するものが出てくる可能性があると思います。ですから、医療保険財政を持続可能にするために、国民皆保険には大きなメリットがあると国民に理解を深めていただき、それを「この仕組みはやはりきちんと維持するべきだ」というための説得材料に使っていくことが必要なのではないかと思います。

ただ、先ほど3先生もご指摘になっているような点を含め、何の手も加えずに安穩としたまま持続可能であると言える状況ではないため、どのようなところを変え、どのような形で持続可能にしていくかということについて、少し詳しくご紹介させていただきたいと思います。

持続可能な社会保障制度のために

ご承知のように、わが国の医療保険は賦課方式をとっており、若いも若きも税や保険料で賄い、後でご紹介するように、より多く高齢者が受給する形になっています。

医療・介護・年金の制度的な宿命ですが、最近、どうも保険料納付率が下がっているということです。これは田中先生のお話にもありました。とかく若い人たちは、勘違いも含めて「社会保障制度はわれわれの世代には恩恵がないのではないか」といった感情を抱く傾向があります。けれども、現在の社会保障制度は、そのようなものでは決してありません。

もちろん、図表1のいちばん下を書いてあるように、さすがに「自分の祖父母や両親ほど有利ではない」のです。

これは別に、制度運営がまずかったからという話ではなく、むしろ少子化・高齢化が急速に進んだことによる人口変動の結果であると私は理解をしています。人口構成上、不可避的に祖父母や親よりも不利になるかもしれませんが、運営されている以上それなりに負担のしがいのある社会保障制度として、信頼してきちんと加入して払うべき保険料を払って、もちろん税で財源を支えるところはきちんと税で支えて維持していくという説得を、広く若い人たちにもしていく必要があると考えております。

もちろん、それには制度的な裏付けがきちんとあってこそ、本当の意味での説得力が出ますから、今後も引き続き信頼性を高める取り組みが欠かせないと思っています。

わが国の社会保険財政、社会保障制度がこの先、今までのようにはうまくいかないのではないかと危ぶまれているポイントが、ほかにもいくつかあります（図表2）。

その1つは、先ほどご紹介した「信頼性」です。

2つ目は、世代間格差です。世代間格差が助長されているのではないかと指摘が経済学者からあり、これに対し政府の研究会の

図表■1

社会保障改革の目的	
◆持続可能な社会保障制度の確立	
・	今年の社会保障給付は、主に今年の税と保険料で賄う（現行制度は賦課方式が主）
・	今年の給付を滞りなく行うには、今年財源を負担する国民（主に若年世代）の不信払拭が不可欠
→	高齢者には、給付の財源を若年世代に多く負わせていることを深く理解して頂く取り組みが必要（自分の若い頃に負担したから今給付がもらえるというのは、年金給付の一部だけに過ぎない）
→	それとは別に、今の若年世代には、自分の祖父母や両親ほど有利ではないが、負担した甲斐のある社会保障制度として、信頼性を高める取り組みも必要

© Takero Doi.

なかでも、それはある程度やむをえない面があるとされます。しかし、世代間格差に目をそむける説明の仕方は完全に改めなくてはなりません。先ほどの言葉で言えば、「祖父母や両親と同じぐらい有利です」という説得は事実と反するので、そのような説得はできず、ある程度の格差はやむをえないにせよ、若い人にも耐えられる、許されるレベルの制度改革に取り組むことが、私は必要だろうと思います。

3つ目は、人口構成についてです。急激な人口変動に耐えられる財源の確保が必要となります。特に医療の場合は、高齢者1人当たりの医療費が宿命的に、若い世代1人当たりの医療費よりも高くなるわけですから、人口変動にも耐えられる財源を確保していく必要があります。露骨な言い方をすれば、老いも若きも財源を負担するというやり方で、財源を確保していくことになろうかと思えます。

4つ目は、冒頭であえて違いを強調するような言い方をし、TPPとは何ら関係なさそうな話と思われるかもしれませんが、守るべきポイントとして非常に重要だろうと思っているのは、どのような意味で税が医療を中心とした社会保障給付に充てられているかにつ

いて、これまで以上に明確化していくことを通じて、「ここは、国民のニーズに応える形で、政府の政策によって財源を投じているわけであるから、その部分はアメリカの言い分を認めるわけにはいかない」と主張していくことです。それはおそらく、オーストラリアにとっても同じことだと思います。オーストラリアは、日本の保険料に当たるものを税という名前で社会保障のために徴収するだけであって、何をもって税と呼び、何をもって保険料と呼ぶかということについては、後でその意味を申し上げますが、少なくとも政府がその財源を税によって調達し、社会保障の給付に充てているというやり方自体を根底から否定することは、さしものアメリカとてなかなかできないと私は思います。

極端に言えば、むしろ私が心配するのは、アメリカが「そもそも国民皆保険を日本はやめたらどうか」というようなことを、直接的ではなく、一見すると話は違うように聞こえる言い方で、国民皆保険に支障を来すような提案をしてきたとき、残念ながら今の日本政府はそれにだまされて、うっかり乗せられてしまうおそれがあるということなのです。

決してそのようなことにならないためにも、どのようなところに社会保障財源の税が充てられ、どのようなところに保険料が充てられているかについて、より明確にしておくことが、その対策・備えになるだろうと思っております。

釈迦に説法ですが、私の整理では、社会保障の機能はいくつかありますが、財源に着目すると、まずはリスクに備える「保険(insurance)」という側面があります。長生きのリスク、疾病リスク、要介護になるリスクなど、それぞれに備える社会保険制度であ

図表 2

持続可能な社会保障制度のために

- 社会保障制度に対する信頼性の改善
- 世代間格差の是正
- 急激な人口変動に耐えられる財源確保が必要
- 税と社会保険料の役割分担の明確化

★ **社会保障の機能**

- 保険機能 ----- 社会保険料
- 所得再分配機能 ----- 税

© Takero Doi.

るということです。

それから、低所得者に対する配慮を社会保障制度のなかでもやっているということで、貧富の格差をならす所得再分配機能というものがああります。

今の仕組みは長年の経緯を経て今日に至っており、税や保険料がどのような部分に充てられているかというのは、分かったような分からないような感じにだんだんできています。しかし、頭の体操でもいいので、税投入が減るとか増えるとかいった話とは独立した形で、論理的に再構成をして、役割に根ざした税や保険料の投入について整理することが、私は必要なだろうと思っております。

社会保障財源である消費税の増税と税収

社会保障・税の一体改革で、消費税が財源として挙げられており、消費税率をゆくゆくは10%にするという話があり、そのときに増税をすると逆に景気が悪くなって、増税したほどには税収が入らないのではないかという見方もなかにはあると思えます。それについて私は、決してそうではないということ

図表 3

国の一般会計税収見通し(1)

・ 2014年4月に消費税増税を行うときの政府想定(税収弾性値=1.1)

	2012年度	2013年度	2014年度
消費税	10.4	10.6	16.9
その他	31.9	32.4	32.9
計	42.3	43.0	49.9

単位：兆円

前提

名目成長率	1.4%	1.5%
消費税率(国税分)	4.0%	6.3%

© Takero Doi.

説明します。

図表3は私が試算したものです。2014年度には消費税率が5%から8%になります。現在、消費税のうちの1%分は地方消費税ということで、都道府県に税収が入る仕組みになっています。2014年度に消費税が8%に引き上げられたとき、そのうちの1.7%が地方消費税になるということが、今の段階で決まっていますので、税率に直して現時点で4%、そして2014年には6.3%の消費税が、国税の収入として入ってくることとなります。

国の一般会計で見てどのくらいの税収があるかという、これは昨年の段階での政府の試算で、今年になってまたアップデートされると思いますけれども、今年の名目成長率は1.4%ぐらい、来年は、消費税率が上がっても物価が上がるといふことがありますから、その分を加えて、1.5%ぐらいであると試算しています。

物価が上がっているという部分で見ると、2013年に比べれば名目成長率は0.1%しか上がっていないということですから、消費税が上がる分を加味すると、結果的に見て実質成長率は落ち込んでいるということになります。図表3にあるように、名目成長率が1.5%の場合、消費税と所得税・法人税を合わせて、50兆円ぐらいの税収が来年度は期待できるというのが、政府の当初の見通しだということです。

それに対して、経済成長を促しさえすれば増税は要らないという立場の方もなかにはいて、「上げ潮派」と言われていますが、仮に消費税率を上げずに、彼らが言っている4%の名目成長率が実現できた場合、どのくらい税収が入るかという、残念ながら50兆円

近くには及ばず、46.2兆円程度にしかならないという試算になります(図表4)。消費税という手段に対してはいろいろご懸念もあるかと思いますが、社会保障財源という観点で、税財源をきちんと確保するという意味では、少なくともこの消費税率を上げるということはやはり有効で、それによって財源はより多く確保されるのではないかと私は思っております。

もし、図表4にあった46.2兆円の税収にとどまるという経済状態が、消費税を増税したときに起こったとして、どの程度の成長率の低下でそのような低い税収に落ち込むかを逆算すると、実はリーマン・ショック(2008年)のときよりももっと成長率が低い、マイナス5.4%という名目成長率になります。つまり、消費税の税率分は物価が上がっているながら、マイナス5.4%という成長率になったときに、その税収は46.2兆円に落ち込むということです(図表5)。名目成長率が1.5%のときは税収が50兆円になりますが、マイナス5.4%になると46.2兆円と、増税しなくても景気をよくしていれば入るであろう税収と変わらない税収しか入らないこととなります。

図表4

国の一般会計税収見通し(2)

・2014年4月に消費税増税を行わず、名目成長率を4%にできた場合(税収弾性値=1.1)

	2012年度	2013年度	2014年度
消費税	10.4	10.9	11.4
その他	31.9	33.3	34.8
計	42.3	44.2	46.2

単位：兆円

前提

名目成長率	4.0%	4.0%
消費税率(国税分)	4.0%	4.0%

© Takero Doi.

1997年に消費税が3%から5%に上がったときも、いろいろな波乱はありましたが、ここまでひどい景気後退が消費税増税単発で起こるかという、さすがにそこまではいかないだろうと思っておりますので、やはり社会保障の財源としての税はきちんと確保していかなければいけないと思っております。

次の医療についてのお話、特に国民皆保険との関連でいうと(図表6)、今後高齢化がさらに進み、若い人よりも高い医療費を必要とする高齢者の数が宿命的に増えていくという意味で、医療の高度化等々の要因はもちろん別途あるにしても、人口構成の変化だけでも1人当たり医療費の自然増が発生する状況にあります。

混合診療と保険外併用療養費制度の問題

「現行医療保険の課題」をまとめたのが図表7です。

今、医療給付についてのさまざまな改革議論のなかで、TPPの話もさることながら、特に国民皆保険と関連するところでは「混合診療をもっと認めよう」という声が、規制改

図表5

国の一般会計税収見通し(3)

・2014年4月に消費税増税を行い、それに伴い名目成長率がマイナス5.4%になった場合

	2012年度	2013年度	2014年度
消費税	10.4	10.6	15.7
その他	31.9	32.4	30.5
計	42.3	43.0	46.2

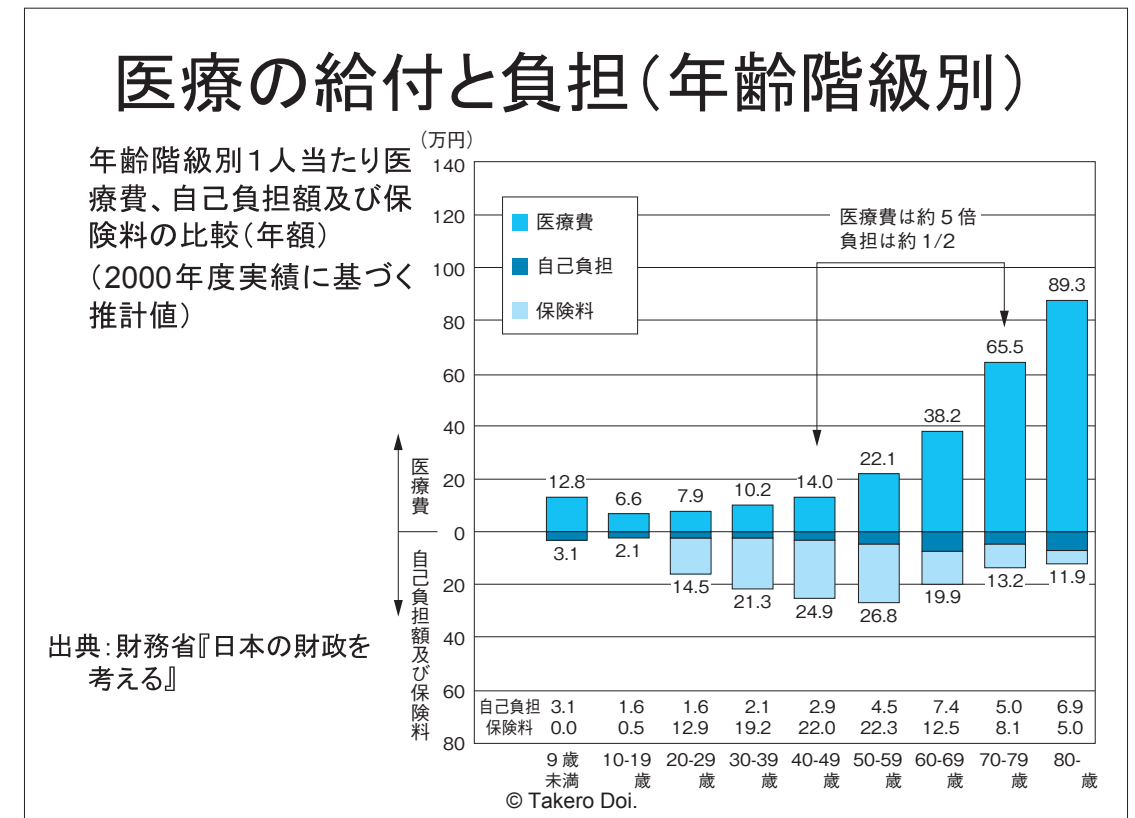
単位：兆円

前提

名目成長率	1.4%	-5.4%
消費税率(国税分)	4.0%	6.3%

© Takero Doi.

図表6



革などの面からもわき上がっています。

一方で、そんなに大きめに混合診療のことを言わなくてもいいのではないかという声も、実はあります。ご承知のように、事実上混合診療を認める論者から、「角が立つ混合診療などという言い方をわざわざしなくても、保険外併用療養費制度の拡充というところに対応すればどうか」という、ある種妥協的な案として出てきています。しかし私は、ここは非常に気をつけなければならないところだと考えています。これが保険の範囲を縮小する可能性を秘めているからです。

「国民皆保険」は、全員加入という意味では確かに「皆」という言葉は入っていますが、「保険の対象の範囲をどこまでにするか」と

図表7

現行医療保険の課題

- 診療科間、地域間の医師の偏在
医師は全体として不足か、単に偏在しているだけか
- レセプトのオンライン化の遅れ
→ Evidence Based Medicineの充実強化
- 「実のある」医療と介護の連携
質を落とさずに医療と介護が連携し、トータル支出を抑制
- 混合診療をどこまで認めるか？
保険外併用療養費制度の拡充=事実上の混合診療(?)
「国民皆保険」制度の形骸化をどう防ぐか

© Takero Doi.

いう意味では、その言葉だけでは必ずしも言いつくせていません。それでいて国民皆保険制度を形づくっている重要な部分として、保険の範囲を公的にどこまで認めるかというところを、きちんとケアフルに見ていかないと、

形骸化を起こしてしまうおそれがあります。

特に厄介な問題は、形骸化をもたらすような要因が今存在しないにもかかわらず、ゴリ押しの「規制改革だ」「混合診療をもっと認めろ」などの形で形骸化圧力が出てきているとしたら、盤石な守備で社会保障制度を守りきることはできたとしても、財政状況が厳しいため、税や保険料で賄った財源をいくらでも給付に充てられる状態ではないところで足をすくわれる可能性があることに、私は非常に懸念しています。

ですから、後に申しますように、税や保険料がどういう形で給付に充てられているのかという哲学ないしは原則を明確にしておかないと、「お金が足りないから、ここはもう保険給付の範囲から外してもいいのではないか」といった安直な方法で保険の対象外になってしまうということが起こりえます。そういった点を、少なくとも政府当局はきちんと理解したうえで、今後の国民皆保険制度を持続可能な形で維持していかなければなりません。

もちろん、必要な医療は必要な形で、公的医療保険の範囲内でやるというのが理想だとは思いますが、残念ながら財源がなければ、その制度を支えることができないということも事実です。どのような形でしっかり財源を確保するか、そしてその確保の仕方として、税や保険料がきちんと役割を持って、医療のために費やされているということを明示することを通じて、確かにきちんと給付に充てられていると分かれば、国民は税や保険料を負担してもいいということになるでしょう。まあ、増税を積極的に喜ぶ国民は私も含めていないとは思いますが、高齢化によって給付の自然増が避けられない状況であるならば、ある程

度の税負担の増加はさすがにやむをえないという理解も、私は今後必要になってくるのではないかと思います。

厚生労働省の医療提供体制の改革案

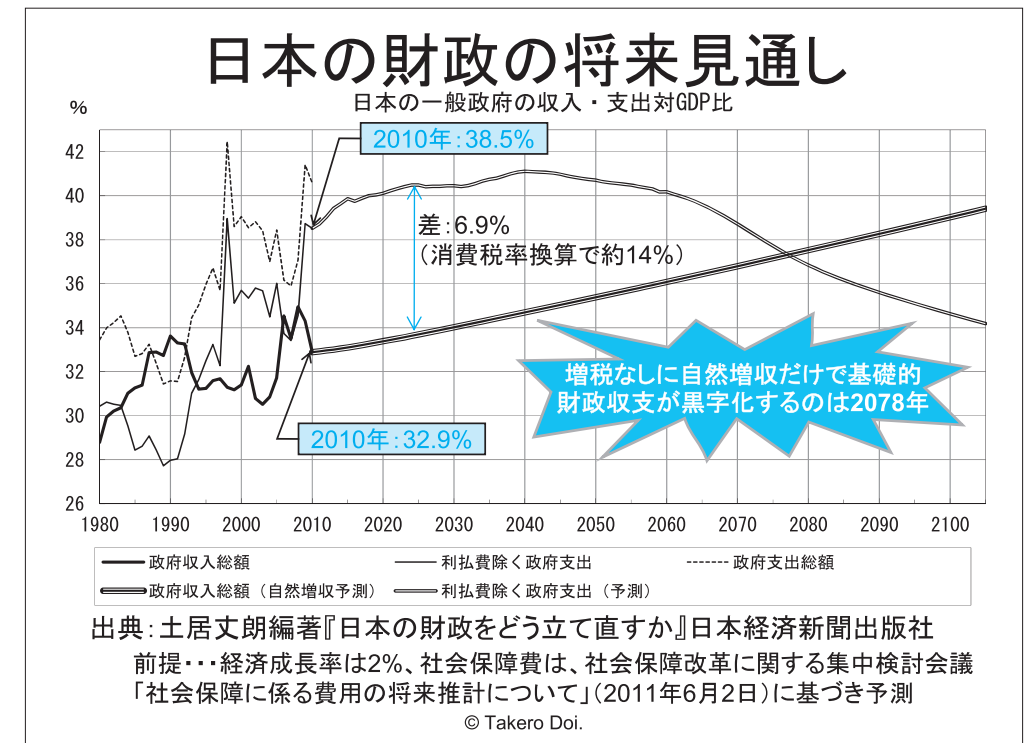
図表 8 は、私が推計した日本の財政の将来見通しです。

現在厚生労働省のなかで、医療提供体制の改革案がいろいろと検討されています（図表 9）。それによると、医療提供体制の改革により医療が効率化された結果、平均在院日数が減少し、4,400 億円の医療費が抑制できるとしています（図表 10）。これは、医療費を増やしたくないから削るということではなく、むしろ増え方を抑制するという意味だと私は理解しております。

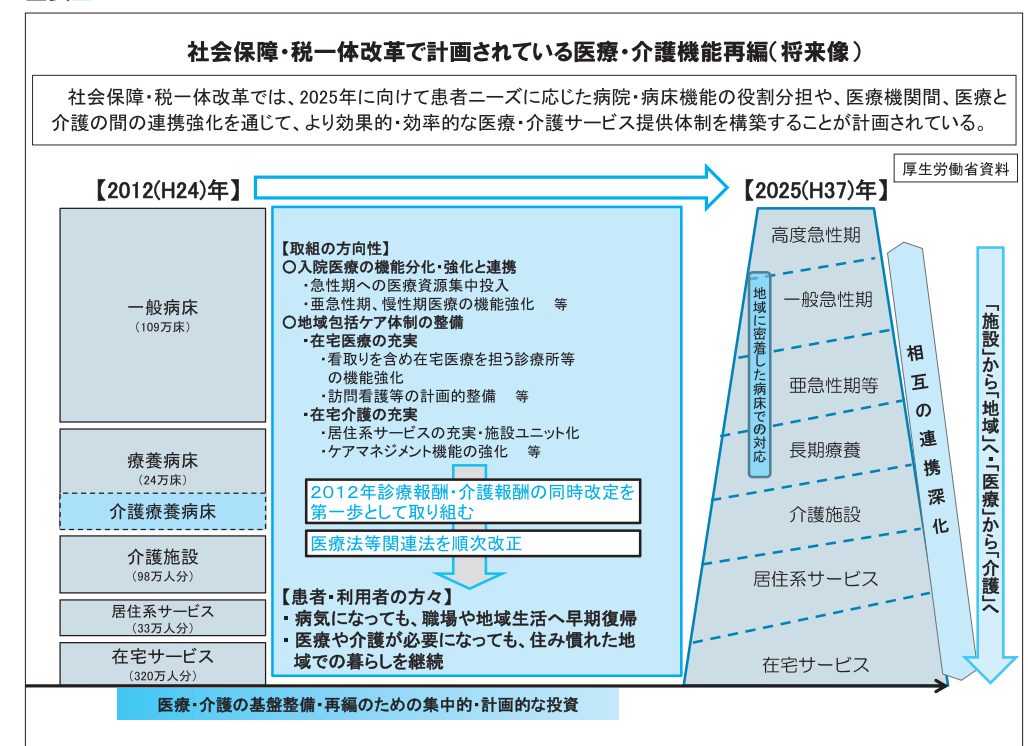
本当にこの厚生労働省の案のとおりに行けるかということ、現場の先生方には「こんなのは絵空事だ」と思われる面もあろうかと思いますが、仮にこの厚生労働省案をそのまま受け入れた場合、医療費がどれくらい増えるのかということ、スウェーデンでは政府支出が対 GDP 比 50% を超える状況がありましたが、図表 8 によると、日本の場合そこまで政府支出は増えないであろうと考えております。

2010 年の利払い費を除く政府支出（中央政府と地方自治体の社会保障基金を合わせた支出）は対 GDP 比 38.5% でしたが、今後どうなるかということ私なりに試算したのが、図表 8 です。試算においては、社会保障改革に関する集中検討会議「社会保障に係る費用の将来推計について」（2011 年 6 月 2 日）に基づき、図表 9 や図表 10 の厚生労働省の医療提供体制の改革案が実行されたという前

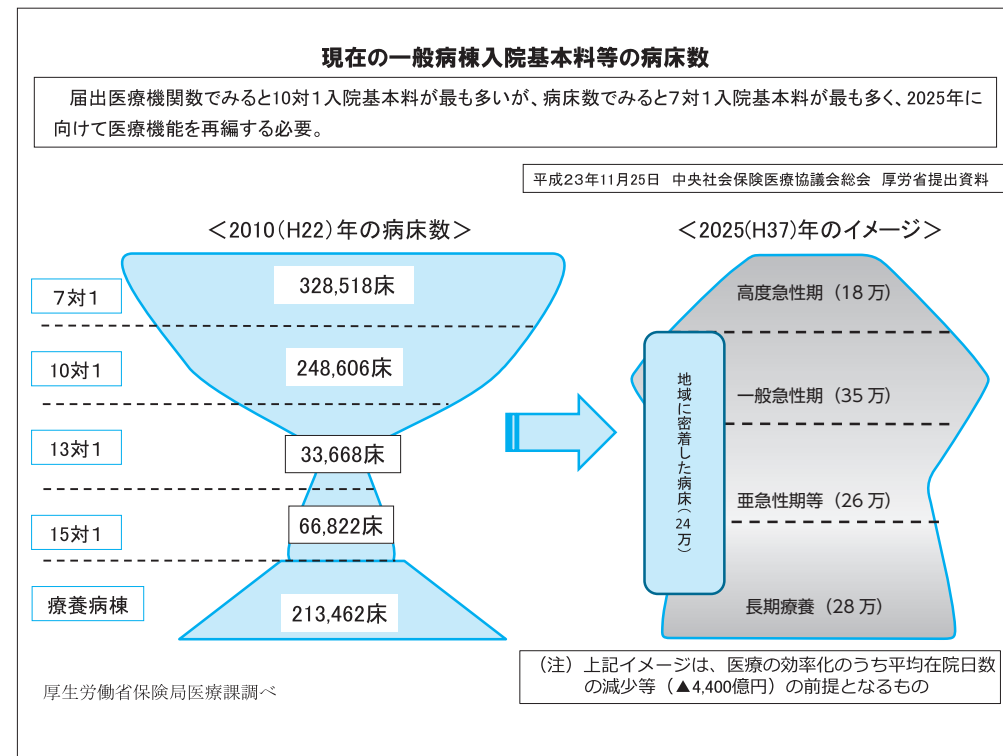
図表 8



図表 9



図表 10



提での予測を行っております。それによると、医療費は増えますが、増えすぎて抑えが利かなくなるということはなさそうです。

保険料財源と税財源の投じ方

最後に社会保障制度の財源調達と機能の関係で、税と保険料の話をして終えたいと思います (図表 11)。

先ほど申し上げましたように、国民皆保険にする意義は、逆選択を防ぐところにあります。自動車保険に例えれば、運転がうまいドライバーは自動車保険に入りたがらず、運転がへたなドライバーほど自動車保険に入りたがるというように、保険給付が多く必要な保険加入者がどんどん入ってくる「逆選択 (ア

ドバース・セレクション)」が起こりえます。そうすると保険はうまく機能しなくなります。そこで、社会保障の分野でもこれを防ぐという意味で、ここで「全員強制加入する」ということが、非常に重要なポイントになっています。市場主義の経済学の立場から言っても、このアドバース・セレクションは防がなければなりませんから、この点をきちんと説得的に説明していけば、国民皆保険において「全員加入」を否定することはできないだろうと思います。

問題は保険料の範囲をどうするかということです (図表 12)。

わが国の保険料というのは実際のところ、すべての財源を保険料で賄った場合にいくら保険料を課されるかについて、全くと言っていいほど示せません。それが示されないまま、

医療保険を含めて「保険財政の収支尻を考えるとこのくらいの保険料を頂戴しなければいけない」という形で計算され、保険料として国民に課されています。

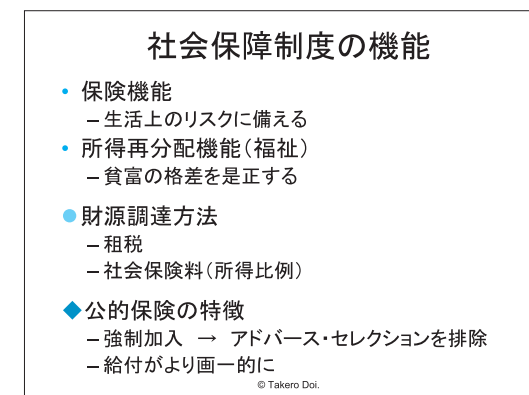
そうした場合、自分の保険料は、本来もっと払わなければいけなかったところを税金の

投入によって減免されたおかげで負担がこの程度で収まっているのか、それとも収まっていないのか、よく分からないまま保険料が請求され、健保組合の組合員とか協会けんぽ加入者の場合は天引きされて、結局強制的に払うことになっています。

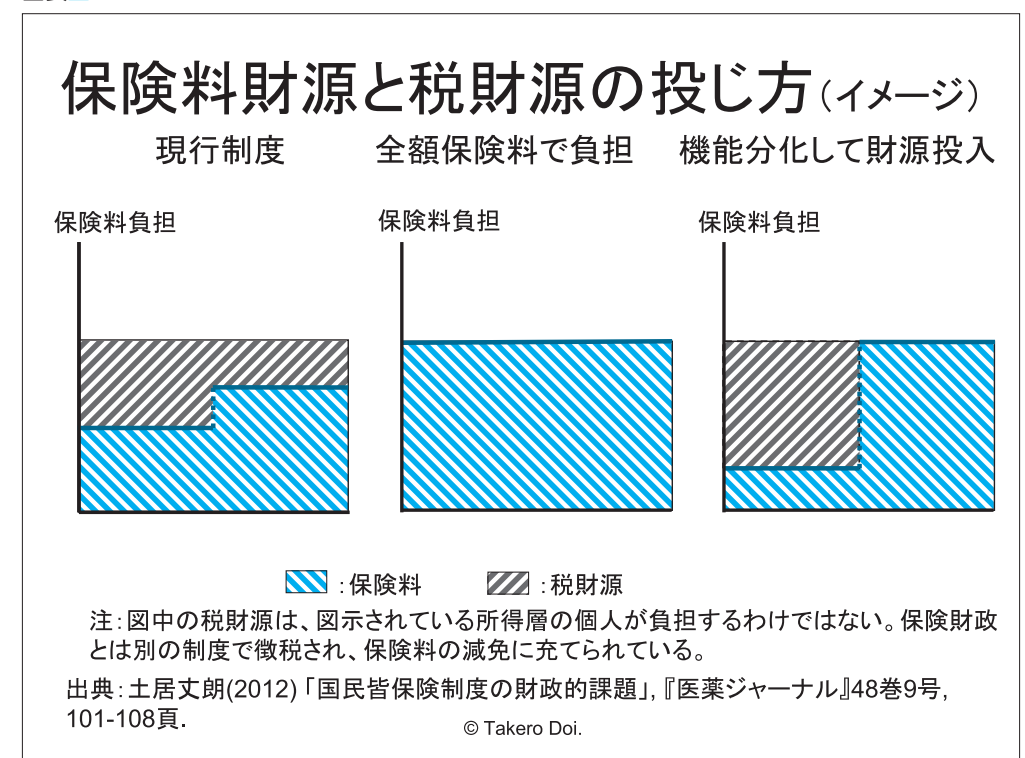
けれども、もう少し税財源の投入のメリハリと「ありがたみ」——こう言うと、ちょっと「上から目線」のようですが——をもう少し理解してもらうことを通じて、「うん、なるほど。これくらいだったら保険料はきちんと払わなければいけない」「ある程度保険料負担が抑制されるような形で税財源を投入することには、その根拠があるな」などと理解してもらえるのではないかと思います。

例えば、国民全員の保険料だけで社会保障の財源を賄う場合、図表 12 の中央の図のよ

図表 11



図表 12



うになります。横軸が所得の多寡で、左側が少所得の人、右側が多い所得の人。縦軸は保険料の負担額です。もし、所得比例ではなく、全員で頭割りという形で同じ保険料を課すと、中央の図のようなイメージになります。

しかし、実態はどうかというと、図表12の左の図のようになっています。基本的には低所得者には保険料の減免制度があります。高所得者の場合、あからさまな減免制度はありませんが、医療の給付においてさまざまな形で税が投入されています。高所得者の人も、病院・診療所で治療を受けたときに、保険料が減免されたという認識なしに、自己負担3割を除く7割の部分で税の財源が医療給付として暗黙のうちに充てられています。私なりのイメージで言うと、お金に色がないので確

かめようがないとはいえ、観念的に言うところという理解になるだろうと思います。自分は若干高い負担をさせられているというあまり根拠のない不満を抱き、「医療保険のために、なぜこんなに高い保険料を払わなければいけないのか」などと愚痴を言っている高所得者の方もなかにはいるかもしれません。そこで、そのような方にもう少し「ありがたみ」を知っていただくために、少し試算してみました。

図表13は、図表14にある2009年の保険料収入を被保険者数で頭割りしたものをベースに、財源をすべて保険料で賄い、現行被保険者で分かちあった場合と、財源をすべて保険料で賄い、被保険者で分かちあった場合の、被保険者1人当たりの年額保険料を推計したものです。

例えば、現行制度で実際に課されているの

は被保険者1人当たり19.4万円のところ、財源をすべて保険料で賄い、現行被保険者で分かちあった場合、36.1万円になります。その金額の差というのは、まさに税負担を通じて、保険料が高くならずに済んだ部分であり、言いかえると、医療のために1人平均約17万円の税が使われたということです。そのおかげで保険料は高くならずに済み、その分の税を投入することで、医療が支えられていたわけです。

しかし、この税投入の恩恵は低所得者だけでなく高所得者にも及んでいます。税財源の投入によってどれだけ保険料負担が軽減されたかを明らかにするためにも、図表12の右の図にあるように、高所得者の方にはすべての保険料財源を保険料で賄うレベルにご負担いただき、低所得者の方にはさすがにそれは

重たい負担になるので、ある程度保険料を減免し、減免した部分に税がきちんと投入されるというやり方が望ましいと思われます。

介護保険では少しそういう傾向がありますが、国民皆保険制度が始まってすでに半世紀がたっており、医療保険はいろいろな意味で制度の蓄積がありますから、どういう部分に税が充てられて、どういう部分が保険料で賄われているかというのは、かなり複雑になっていますが、このようなすみ分けがもう少しあってしかるべきかと思います。

診療報酬における消費税増税の取り扱い

最後に一言だけ申しますと、先ほど消費税にかかわる話をしましたが、2014年に消費

図表 13

給付財源としての保険料と税

被保険者1人当たり年額保険料(2009年、単位:万円)

	現行制度	もし財源をすべて 保険料で賄い、 現行被保険者で 分かちあったなら 保険原理貫徹	もし財源をすべて 保険料で賄い、 第1号被保険者 (65歳以上)で分 かちあったなら
医療	19.4	36.1	—
介護	4.1	10.1	25.0

この差の分だけ、税財源で負担を軽減してもらっている。しかし、その効果は、低所得者のみならず高所得者にも及んでいる

この差の分だけ、第2号被保険者(40~64歳)の保険料で負担を軽減してもらっている

出典: 土居丈朗(2013)「医療保険・介護保険における税と保険料の役割分担」、『三田学会雑誌』(近刊)

© Takero Doi.

図表 14

社会保障の各制度の財源構成

(2009年度、単位:10億円)

	保険料	国庫負担	地方負担等	資産収入・その他	計
医療	17,977.1	8,418.3	3,730.2	3,373.0	33,498.7
介護	2,941.9	1,768.6	2,209.8	299.8	7,220.1
年金	31,490.9	10,432.7	524.9	22,330.7	64,779.2
雇用保険・労災保険	2,653.6	1,254.0	0.0	1,204.0	5,111.7
児童手当	290.8	241.6	558.4	38.6	1,129.4
公衆衛生	0.0	1,099.6	112.6	0.0	1,212.2
生活保護	0.0	2,284.7	760.9	0.0	3,045.5
社会福祉	0.0	2,975.9	1,962.5	0.0	4,938.4
恩給等	58.1	839.3	0.0	0.0	897.4
計	55,412.6	29,314.6	9,859.3	27,246.1	121,832.6

資料: 厚生労働省「社会保障給付費」
出典: 土居丈朗(2012)「国民皆保険制度の財政的課題」、『医薬ジャーナル』48巻9号、101-108頁。
© Takero Doi.

税率が地方税を含めトータルで5%から8%に上がったときに、診療報酬はどうなるのかということが、おそらくかなり重要な論点として挙がってくるでしょう。もうすでに水面下では、議論としては進みつつあるということです。

今のところ、8%にする段階では軽減税率は入れないという話になっているので、私は本来的にはゼロ税率でいいのではないかと考えていますが、今の仕組みを踏襲することであるならば、1997年のときに何が起こったか、少し復習する必要があります。それをまとめたものが、図表15・16です。

1997年のときの問題点に、医療機関での高額な投資における消費税について、診療報

酬では特段の取り扱いをせず、高額な投資をする医療機関からすると非常に不利な扱いをさせられたということがあり、今回はその轍を踏まないために、事前にどうするか対応を考える、ということに一応はなっています。

1997年の消費税率引き上げの際の診療報酬改定時における計算方法は、図表16にあるように、非常にざっくりしたものです。2014年に消費税が引き上げられたときに、この計算方法がいいのかどうかということも含めて、これから議論がなされるであろうと思います。

時間を超過して申し訳ございません。以上です。ありがとうございました。

図表 15

診療報酬における消費税増税の取扱い	
1997年度消費税率引き上げ(3%→5%)	
・診療報酬改定 医療費ベース	+0.32%
・薬価改定 医療費ベース	+0.45%
(特定保険医療材料分0.05%を含む)	
・合計 医療費ベース	+0.77%
※ ただし、同年度消費税率引き上げ分とは別で以下の改定を実施	
・診療報酬改定 医療費ベース	+0.93%
・薬価改定 医療費ベース	-1.32%
・よって、消費税率引き上げ分とそれ以外の改定分の合計は+0.38%の改定となっている。	

図表 16

消費税増税分の計算方法	
1997年診療改定時(消費税率引き上げ時)の計算	
・薬価改定	0.40%
=20.9%(薬剤費の割合)×(105/103-1)	
・特定保険医療材料	0.05%
=2.4%(特定保険医療材料)×(105/103-1)	
・診療報酬本体分	0.32%
={100-46.8%(人件費)-20.9%(薬剤費)-2.4%(特定保険医療材料)-8.4%(非課税品目)}×1.5/100(消費者物価への影響)	
・合計	+0.77%

パネルディスカッション

これからの社会保障



日本医師会長
横倉 義武

石川 それではパネルディスカッションに先立ち、これからの社会保障に関する日本医師会の考え方を、横倉義武会長から説明させていただきます。横倉会長、お願いいたします。

横倉 少しの時間、お借りいたします。今日は、4名のご高名な先生方に、いろいろな話をお聞きしました。

次のパネルディスカッションでは、高齢社会のなかでの社会保障のあり方、そして直近の、われわれにとっての大きな問題であるTPPについてどう考えていくか、ということがテーマになろうかと思います。

それはやはり、しっかりとした国民皆保険の体制ができたことにより、傷病時の経済不安が軽減され、その結果、経済成長の基盤づくりや社会の安定に、非常に大きな意義があったとわれわれ日本医師会は考えるからです。

図表2は、国民皆保険と平均寿命の相関関係を示すものです。国民皆保険を達成することによって平均寿命が10年近く延びた、ということは明らかです。

1961年に全国の市町村国保が拡充されたことによって国民皆保険が達成できたわけ

図表 1

I. 日本の国民皆保険が今までに果たした役割

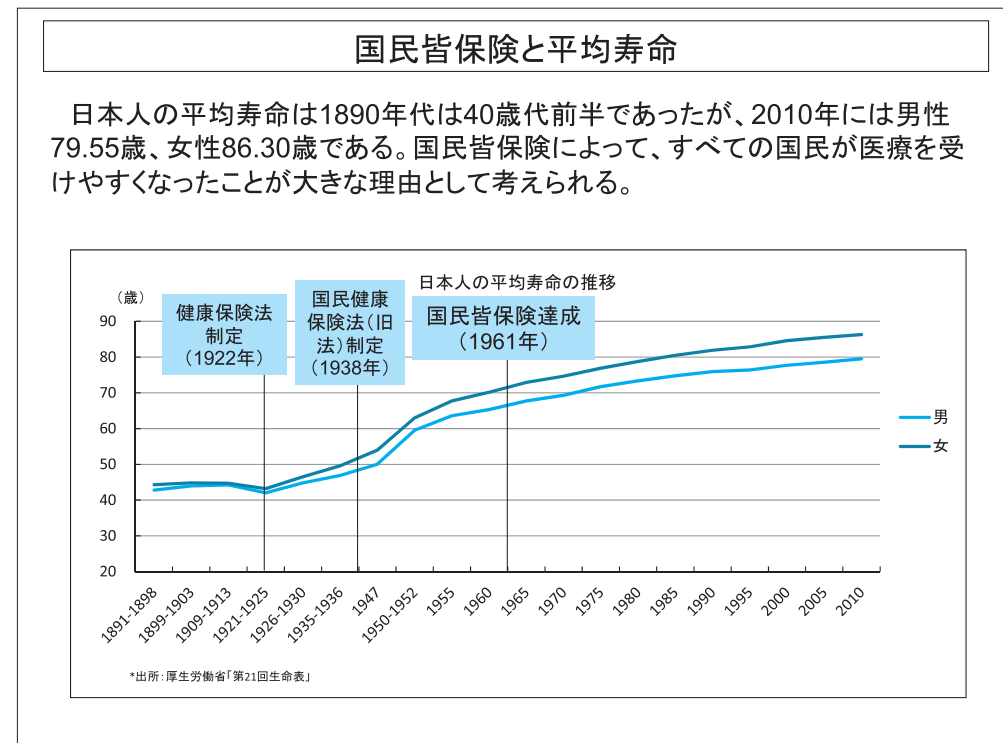
傷病時の経済不安を軽減し、

- ① 経済成長の基盤作りの役割
- ② 社会の安定への役割

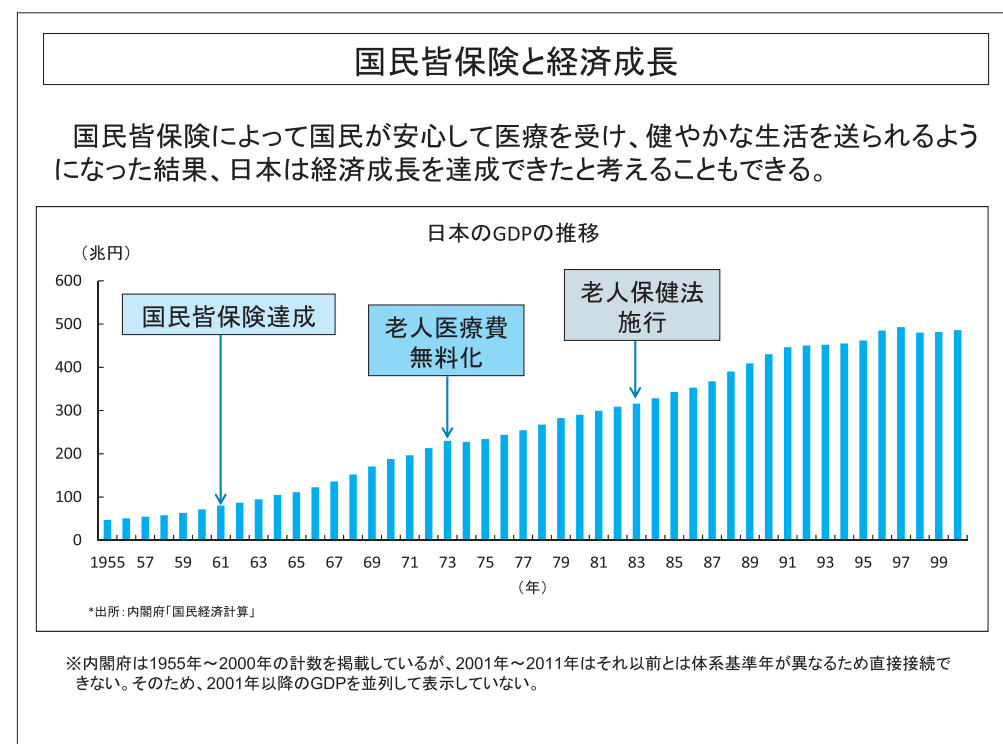
国民皆保険制度が果たしてきた役割

まず、この国民皆保険というものが日本の社会に何をもたらしてきたかについて、われわれはもう一度、再確認しておかなければなりません(図表1)。つまり、なぜ日本医師会は国民医療を守り、国民皆保険を堅持するという主張をしているかということです。

図表 2



図表 3



すが、それによって経済成長が加速し、日本の国の経済の安定に非常に影響を与えました(図表3)。それゆえ、国民皆保険は社会の安定に、大きな益があったと考えております。

このように皆保険というものは、国民生活の安心に大きな役割を果たしています。ですから、単に病気になったときの経済的な支援という意義のみならず、社会の安定という面からも、この体制をなんとしても継続していかなければならないと、強く訴えるべきだと思います。

それと、先ほど土居先生から税と社会保障による所得再分配のお話がありました。社会保障については高齢化の影響、すなわち高齢者の増加により、年金や医療等の給付が増大したことが大きいわけですが、制度改正等により保険料が上昇してきたことなども、再分配効果を高める方向に作用したと考えられます(図表4)。

税については、所得税負担軽減の一環として行われた、所得税の最高税率の引き下げや税率のフラット化など、近年の税制改正の影響等によって、この再分配機能が低下したとされています。

実際、貧富の格差を示すジニ係数は、ここ

数年、名目上ずっと上がってきていますが、再分配によって何とか数値を維持しています(図表5)。その再分配の効果は、税よりも社会保障による改善度のほうが非常に大きいことから、貧富の格差を是正するためにも、この社会保障による改善に力を尽くしていかなければならないと思います。

日本の社会保障の持続性

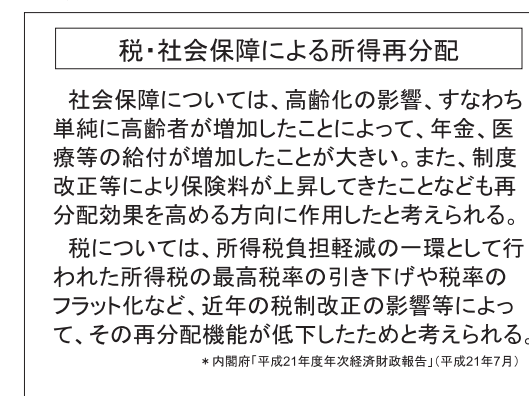
この経済低成長・高齢社会の時代、日本の社会保障はどのような持続性を持っているのでしょうか。今までお話があったように、公的医療保険の財源には、公助・共助・自助によるものがあります(図表6)。そのなかで最近特に気になるのは、公助における世代間格差についての考え方です。まず、このことについて少しお話をしたいと思います。

日本の医療保険制度が「社会連帯型」であるということは、みなご承知のとおりです(図表7)。

そして、「世代間格差」というとき、「高齢者が若い世代からこれだけ支援を受けている」と実はよく言われます。しかしわれわれは、義務教育修了(0～15歳)まで、自分の親の世代から大きな援助をもらっています(図表8)。それを忘れて、自分たちが今高齢者に援助していることばかりを主張する論調には抵抗があります。

今、74歳以下の被保険者が拠出する後期高齢者支援金において、一人当たり平均年額約7万円の負担をしています(図表9)。しかし、子どもの頃は親の世代から、家庭内の支援をはじめ、さまざまな支援を受けつつ、われわれは大きくなっていきます。

図表 4



すなわち社会というものは、お互いの世代が協力しながら成長していくわけです。そのことを忘れて、若い世代の負担を声高に言うのはいかがなものか、と私は思っております。また、共助に関しては、被用者保険の保険料率は保険者ごとに差があります（図表

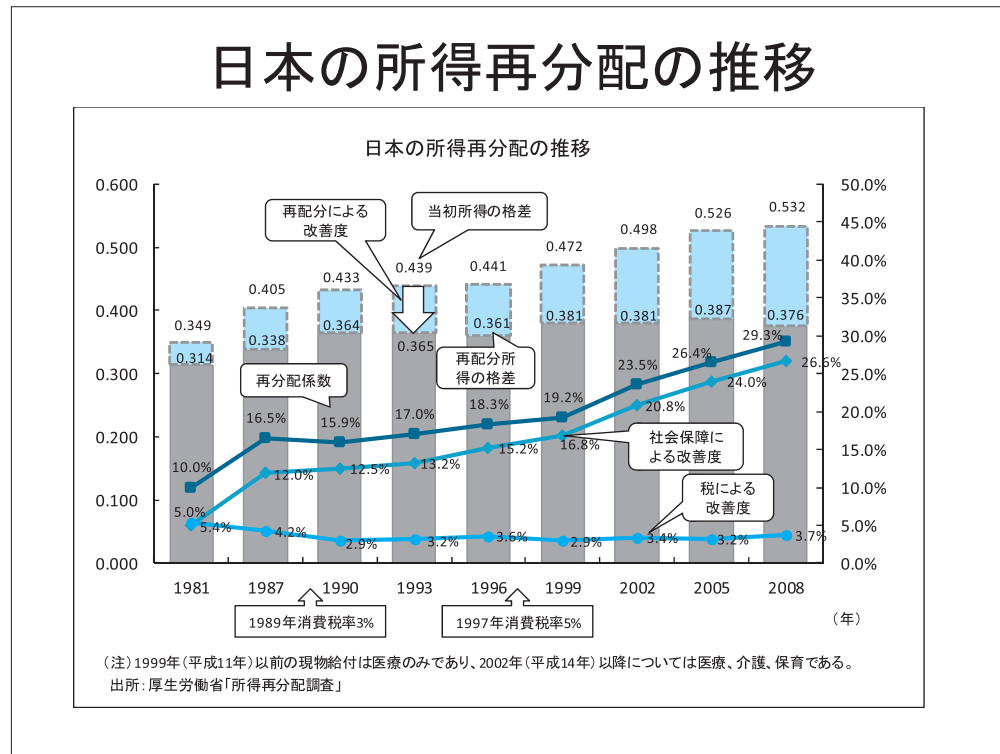
10）。この差を、ある一定の水準にすることによって改善できるのではないかと、つまり、保険料率を図表 11 にあるように上げていけば、それぞれの保険料収入はある程度確保できるということが、計算上は出るわけです。国民健康保険（図表 12）については、市

町村国保を都道府県に集約するという事は非常に重要で、保険者の統合についてもしっかりと考えていかなければいけない問題ではないかと思えます。

効率的な医療提供のあり方

社会保障のあり方を考えるうえで、効率的な医療提供はいかにあるべきかという問題は、避けて通れません（図表 13）。

図表 5



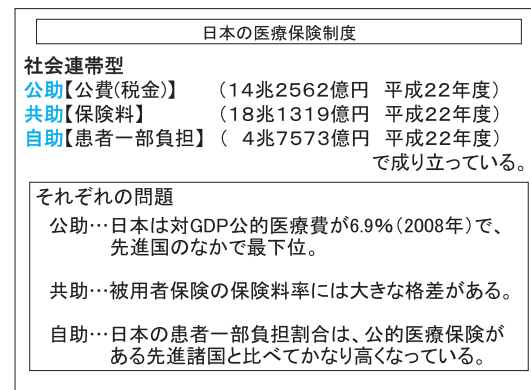
図表 6

II. 日本の社会保障の持続性

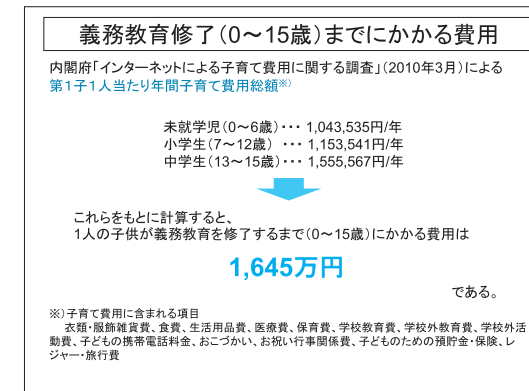
公的医療保険の3つの財源

- ①公助
→世代間格差
- ②共助
→経営者負担
- ③自助
→自己負担の増加

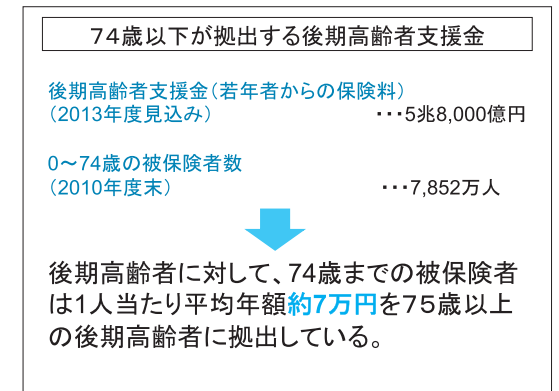
図表 7



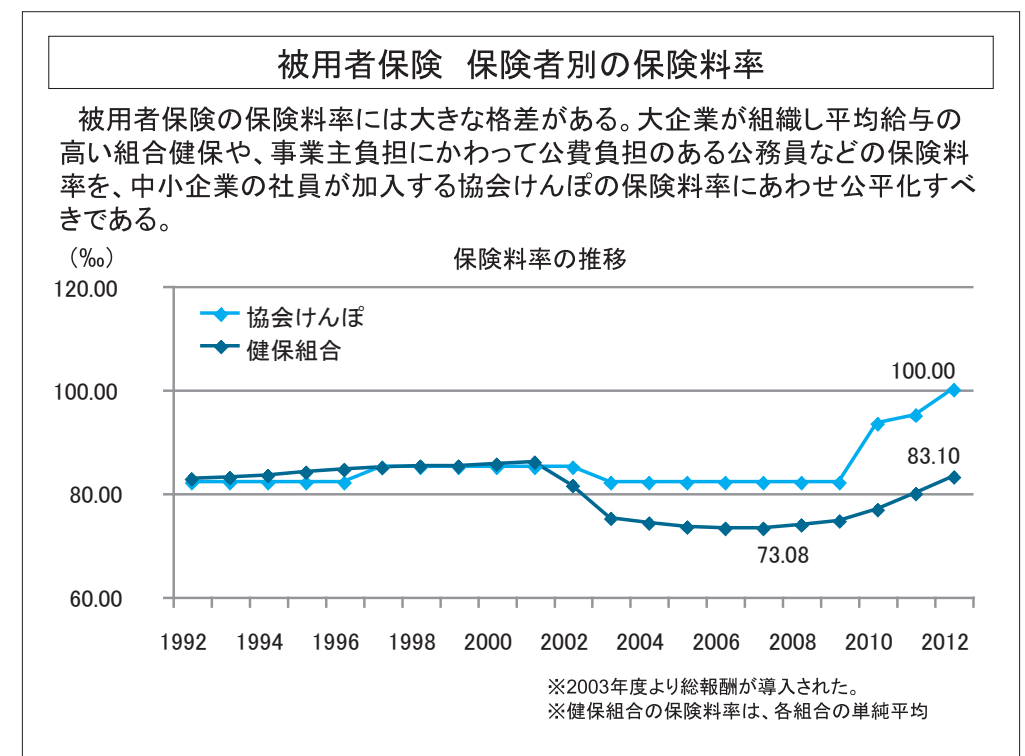
図表 8



図表 9



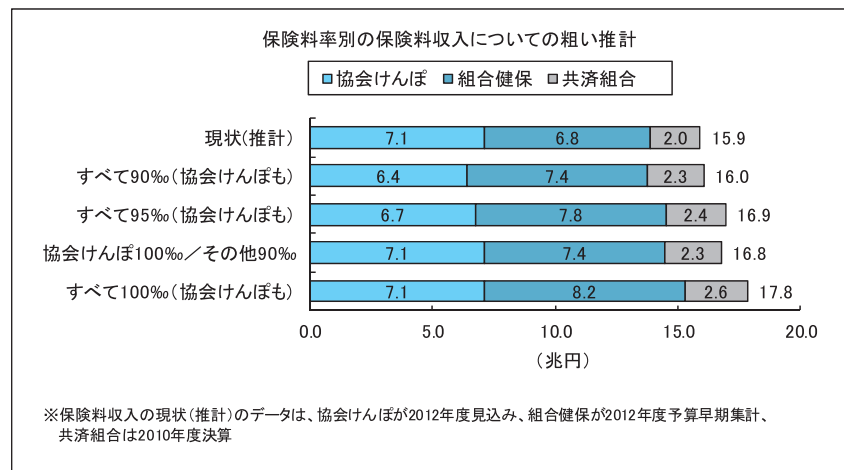
図表 10



図表 11

保険料率の引き上げによる保険料収入の増収額

被用者保険の保険料率をすべて100.00%にした場合、保険料収入は17.8兆円となり、直近の保険料収入に比べて約2兆円の増収が見込まれる。また仮に現在90.00%に統一されていれば、協会けんぽの保険料率を引き下げても(100.00%→90.00%)、現状の保険料総額は確保できる。



図表 12

国保の保険料改革による増収効果

1. 年収800万円以上の世帯の賦課限度額を100万円に引き上げた場合

	年収800万円以上の世帯の保険料総額	
現行(計算上)	2,149億円	約1,200億円の増収
賦課限度額を100万円に引き上げたとき	3,306億円	

2. 年収800万円以上の世帯の保険料を所得に比例させた場合

	年収800万円以上の世帯の保険料総額	
現行(計算上)	2,149億円	約2,000億円の増収
保険料を所得完全比例にしたとき	4,172億円	

高齢化の進展のなか、当然、医療と介護の連携というものが非常に重要になってきています。そのときにいちばん大事なものは何か、われわれ医療提供者は何を考慮しておかなければいけないかというと、やはり「かかりつけ医機能」をわれわれはしっかりと保持していくということです。そして、しっかりとした研修を行い、住民の方の健康相談から、介護が必要などの相談に至るまで、その機能をアップしていくということが、非常に重要になるのではないかと思います。

医療提供の機能分化と集中化は、国が決めることではありません。それぞれの医療圏で考えてつくっていただきたい。そして、それができるのは、地域の医師会しかないわけですから、このような点に地域の医師会を取り組んでいく必要があると思っています。

そして、地域医療については、地域医師会を中心とした連携システムをどのようにして組み立てていくか、それによっていかに効率的な医療提供ができるかということがポイントになるかと思っています。

少なくとも、国が一つの方針で全部やろうとすると、なかなかうまくいきません。都会では都会の問題があり、地方では地方の問題

があります。それぞれの医療提供や医療の需要には格差があるわけですから、それを十分にふまえたうえで政策づくりを考えていく必要があるかと思っています。

そして最後に、いろいろな政策を議論するうえで、われわれは判断基準を明確にしておかなければなりません(図表14)。

それが国民の安全な医療に資する政策であるか、そして、公的医療保険による国民皆保険が堅持できる政策なのかどうかという2点を判断基準として、今後のいろいろな社会保障政策に対応していきたいと思っています。

10分間でございますので今日は以上です。この後、パネルディスカッションということになります。

私もパネラーとして参加する予定でしたが、急遽政府のほうの話があるということで中座いたします。パネルディスカッションではこのようなことをベースにご議論いただければと思っている次第でございます。どうもありがとうございました。

図表 13

Ⅲ. 効率的な医療提供のあり方

- ① 高齢化の進展
- ② 機能分化と集中化
- ③ 地域医療

経済の低迷と、高齢化の中での社会保障のあり方について、どう考えるか。

図表 14

日本医師会の政策の判断基準

- 国民の安全な医療に資する政策か
- 公的医療保険による国民皆保険は堅持できる政策か

パネルディスカッション

これからの社会保障を考える

▶パネリスト

佐伯 啓思 (京都大学大学院教授)
田中 滋 (慶應義塾大学大学院教授)
金子 勝 (慶應義塾大学教授)
土居 丈朗 (慶應義塾大学教授)

▶座長

中川 俊男 (日本医師会副会長)
石川 広己 (日本医師会常任理事)



中川 ただ今から5時まで、パネルディスカッションを行いたいと思います。

特別講演で佐伯先生から、日本はどうしてこのようになってしまったのかということについて、非常に説得力のあるお話をしてくださいまして、感銘を受けました。そこで印象に残ったのは、わが国の価値観、日本国民が大事に育ててきた価値観を、本当に大事にするべきだということです。

国民皆保険は、日本が世界に誇る、世界で



■中川 俊男 (日本医師会副会長)

最も平等で公平な公的医療保険制度です。

日本医師会は「国民皆保険を守る」ということに関し、一貫して「国民全員が公的医療保険に加入しているだけでなく、今の保険給付範囲を狭めないこと」、それから「株式

会社が医療機関経営に参入しないこと」、もう一つは当然ですが「混合診療を全面解禁しないこと」——この3点が最低限守られて初めて「国民皆保険が守られたといえる」と主張しております。

最初に、この「国民皆保険を守る」ということについて、パネリストの先生方からお話を伺いたいと思います。まず佐伯先生、恐縮ですが。

「選択の自由」を超える価値観を再確認すべき

佐伯 講演のなかでもお話ししたんですが、私はものの考え方として、市場経済というのは確かに「利潤追求」「効率化」「競争」といった面がある。それは一つの考え方で、一つの原理です。

それに対して、われわれの生活に密着している部分は、「共同体原理」とでもいいたいような何か別の原理で動いていて、そこには「生活の長期的な安定性の確保」と「平等性の確保」が不可欠で、その2つがバランスを取って両立しないとうまくいかないだろうという気がするんです。

そのバランスのとり方は国によって違います。イギリスにはイギリスの歴史があり、「ゆりかごから墓場まで」といわれる社会保障制度があって、最近ではずいぶん変わってきましたが、従来、福祉に対しては手厚かった。

アメリカにはアメリカのやり方があります。先ほどもお話がありました、アメリカ

は宗教や教会、コミュニティの力が非常に強い。それがあって初めて、個人主義・能力主義というものが逆の側で作用し、バランスを取っています。

日本の場合「バランスを取れるやり方」とは何なのか今考えてみても、それが見えなくなっています。そこには、大きな価値観の問題があるだろうと思います。

今おっしゃったいくつかの論点について、詳しいことはよく分かりませんが、感じていることを少し言います。

TPP以前の1990年以降の市場化の流れのなかで、例えば「混合診療を認める」という流れがすでにできつつありました。

怖いのは、先ほど土居先生もおっしゃったけれども、「自由に選択できるからよいではないか。従来のように保険対象外の高度な医療をやってしまうと保険が使えなくなってしまう。それならば混合診療にして、両方自由に選択できるようにしたらいいではないか」、あるいは「株式会社を医療機関に入れよう。高度な治療を受けたい者は、株式会社であっても、高度な治療を行うならその医療機関に行けばいいではないか。これは、自由選択でいいのではないか」という論理が、一般に生まれてきていることです。この論理に対抗するのは、かなり難しいことです。

この論理を一度でも認めてしまうと、原則がずるずる崩れ、株式会社が参入してきます。そうすると、全体が利潤原理で動いていくようになる。混合診療を認めてしまうと、保険会社がプライベートな保険でカバーしようと

して、その結果、国民皆保険がいつのまにか崩れていきます。

TPP交渉に参加する場合に問題となるのは、アメリカが「日本の国民皆保険を崩す」とは決して言わないことです。「国民皆保険は例外」と条件付けて、「それは必ず認める」と言うのです。

日本政府は「ああ、これで条件は付いた」「認められた」「国民皆保険は守られた」と言っています。しかし、アメリカは明らかに保険市場



■佐伯 啓思 (京都大学大学院教授)

を狙っており、民間保険の市場拡大をねらい、株式会社の形で医療をやりたいと考えています。

そういう「自由」、あるいは「選択の範囲が拡大する」=「自由が拡大する」といった



■石川 広己 (日本医師会常任理事)

ものの考え方に対して、われわれにはどこか「そうではない部分」があって、それはわれわれが国民全体として「共同体原理」の一つである皆保険を守るには、ある程度自由を犠牲にしないとだめなんです。そういう国民的なまとまりが著しく欠けています。

自由化を認めてしまうと、今言ったような部分まで結果として崩れてしまう。何かいい対処方法がないか考えてみても、私もありません。金子さんではありませんが、TPP に対してはどちらかといえば諦めの気分が強いんです。

しかし最初から、あまり簡単に手を上げてしまうわけにもいきませんので、言いたいことは新聞なんかで一応書いたりしているんですけども。

問題は利害得失というより価値観だと思っています。アメリカのそういった「選択の自由」を超えるような価値観を、われわれは今ここで、もう一度再確認すべきだろうと思っています。

石川 ありがとうございます。田中先生、お願いします。

「社会資本を危うくする株式会社」には反対

田中 混合診療全面解禁論と株式会社参入論とでは、問題の重みが違うと私は思っています。医療保険制度はこの国の社会を支え、同時に、実は市場経済をも支える重要な社会的共通資本の代表です。混合診療全面解禁はそ



■田中 滋 (慶應義塾大学大学院教授)

の社会資本性に対してひびを入れるものなので、絶対に許してはいけません。

一方で、株式会社参入論に対抗するのはなかなか難しい。なぜならそれは、建前論だからです。

日本には医療法施行以前からの株式会社立病院が存在し、それらの株式会社立病院の医療の質が低いことを示すような特段のデータは見られません。またMS法人が使われているし、医療法人の持ち分の問題も無視できません。「株式会社の長所と言われている顧客志向を推し進め、経営効率化の諸ツールを使って何が悪い」と攻める論理への対抗は簡単ではない。つまり、株式会社病院参入論に対抗する際、相手が何をもちきり口としているかによって応じ方が違うのです。

医療への株式会社参入論を考える際、「グローバル資本主義の株式会社の存在意義は、資本を効率的に使う“ハイリスク・ハイリターン”にある」点を意識しなくてはなりません。

他方、皆保険制度の下、特に急性期医療は、病院経営がハイリスクになってしまっただけで、地域の医療ニーズにいつでも応じる体制の維持が困難となりかねないため、「ローリスク・ローリターン」になるように設計されています。ここへグローバル株式会社が参入して、「高い事業リスクを取ってでも大きくもうけたい」人たちに急性期医療を委ねると、ハイリターンを得られない地域が取り残され、ひいては公的負担が増える可能性があります。つまり、はっきり「ノー」と言うべきです。

では家業型の、高利益を上げることを目指

すのではなく、地域住民のために努力する病院の母体が、たまたま株式会社だったら全部だめかというところ、そこは理論立てがなかなか難しい。

だから主に、医療機関への株式会社参入論に対しては、「社会的共通資本たる皆保険制度を危うくするような株式会社参入には反対」という論理で説明することにしています。

石川 金子先生、お願いします。

崩れつつある皆保険制度と医療政策で誘導される民間病院

金子 国民皆保険が望ましいことは望ましいんですが、今日の議論のなかであまり出てきていないのは、皆保険制度はもうすでに実態



■金子 勝 (慶應義塾大学教授)

として崩れかけているということです。

国民年金と国民健康保険の問題を挙げ、その制度ではいろいろな救済をやっていますが、「短期被保険者証」やがては「被保険者資格証明書」に転換する人はかなり多くなっており、実態としては未納者・滞納者もかなり存在しています。

そのなかで、後期高齢者医療制度によって75歳以上の高齢者だけが分離されました。その制度も、都道府県が医療計画を担当しているにもかかわらず、その運営・管理は担当していません。運営・管理は市町村の連合がやっていて、しかも決定権がどこにあるのか全く分からない。そのような統合がなされて、後期高齢者医療制度は何だかよく分からない医療制度になっています。

そうして、ツケをずっと先送りにしてきた結果、国民健康保険は高齢者の数だけが増えるという保険制度になっていて、それを放置したために、ほかの制度と統合するのを嫌がられています。ともあれ、何とかしてその制度を支えなければいけないということで拠出金を出していく。しかし、雇用が解体し、かつ給料が低下していくなかで、支えるのも限界になってきて、制度間でのいがみ合いが激しくなっていきます。

そうすると、特にしわ寄せが来るのは、過疎地の小さい市町村で運営しているようなところで、医者もいなくなり、同時に健康保険も成り立たなくなっていく。そのように、弱いところから崩れていきますが、実際にそれが放置されています。

TPP 以前の問題として、高齢化が進む前、1980年代のお金のあるうちに、この統合問題をいかに現実的に進めていくかを考えなくてはいけなかったのですが、そのときにはやりませんでした。お金のあるときならば、損するほうにお金を投入して、それでカバーすれば済んだわけです。けれど、お金のない今となっては、それが非常に難しくなっている。その課題は、社会的に放置すればするほど、解決が難しくなっていきます。団塊の世代はみんな年金で逃げ切ってしまう、国民健康保険のことはよく分かっていません。「次はおまえらの番だぞ。ばかやろう」なんて思っています。

先ほど土居先生は「若い人が制度に対して信頼していない」ということを挙げていて、もちろんそれもありますが、大体が払えないというケースです。

非正社員同士で結婚し、子どもが2人いた場合、自治体によって計算方法は違いますが、都市近辺だと保険料は二十数万円になります。ほかにも税金などいろいろあって、とても保険料は払えません。実は、そういう人たちが少なからずいます。

子どもがいる人で払っていない人というのは、ほとんどが「払えない人」です。そして、自分の子どもに保険証がなくなってしまうことを、とてもおそれています。今、中学生の子どもがいる人は救済していますが、それが問題化しています。

若い人で本当に払えない人と、払いたくなくなっている人、優先順位が低くなっ

まっている人——実態としてはそのような傾向が存在していることは事実です。雇用の解体、給与の低下傾向、貧富の格差拡大のなかで、消費税はある程度上げざるをえないと僕は思っていますが、今回のように消費税だけで対処するというのは、非常に抵抗感があります。

それから、法人税を下げる場合、ヨーロッパでは大体課税ベースを広げてから下げます。けれども日本の場合、課税ベースを広げると言うことはやりません。ちなみに、日本経団連会長の米倉弘昌氏は住友化学会長で、エチレンプラントに対する租税特別措置は非常に巨額になります。つまり、基本的に声の大きい人、お金の持っている人は守られるのです。

所得税も、控除主義から手当主義にしたほうがいい、というのが私の考え方です。これだけ貧富の格差が激しくなると、母子家庭では扶養控除や配偶者控除といった恩恵がほとんど及ばないため、それを敷衍的に、一部バウチャーにしてしまうことも含めて、子どもの権利としての「手当」にしたほうが、ずっといいと思います。

カバーする範囲や混合診療に関しては、どのような保険でカバーするのか、診療や手術はどこまでカバーするのか、という問題があります。その際、中核になる公的病院の機能が本当に低下してしまったことが、大きな意味を持っています。

1980年代の半ば、中曽根内閣のとき、すでに問題が始まっていたと思いますが、その

ときに民間病院と公的病院の数が逆転しました。

この臨床研修医の自由化でも、公的病院に残ることが明らかに非常に難しい。いわゆる赤十字や済生会、準公立ではありませんが、民間でかなり中核的な救急医療を担ってくれているような病院は、それなりに役割を果たしていると思いますが、残念ながら、高度医療などは公的機関を軸にしつつ次第に普及していく、という経路が弱くなっています。民間病院が圧倒的多数で、診療報酬で誘導するような医療政策になっています。すなわち、診療報酬を動かして患者をどう動かしていくか、「社会的入院」を排除するといった診療報酬を下げる、というやり方をしているのです。

この状況で混合診療が入る意味というのが大きいのだと思います。つまり、実態として公的病院のなかで高度医療が行われていて混合診療が入るのであれば、いろいろな制度で自治体なり国なりがサポートすることができるわけです。

ところが、先ほど歯科医師会の例を挙げましたが、民間病院で保険料収入が絞られていく可能性があります。診療報酬はどこまで引き上げられるのでしょうか。

一方、混合診療を民間では自由にやれます。お金持ちはお金を持っているからたくさん混合診療をします。そうすると、医療費はどんどん伸びますが、公的保険のカバーする範囲が狭いため、アメリカのように極端な医療の格差が起きてしまうのです。

それと同様のことが引き起こされ、その結果、民間病院はもうけていこうと思えば、どんどんそちらに誘導されるということが起きます。

先ほども言ったように、TPPには混合診療が直接入らなくても、医療や医薬品・医療機械の関係で入って、みんな民間保険に入らざるをえなくなります。お金持ちは自費で診察が受けられるかもしれませんが、ミドルクラスはみんな民間保険に入って、民間保険でサポートを受けるようになります。

今では、手術のときには差額ベッド代を取られるようになっており、痛などの手術代、差額ベッド代などに備えて、現実のところみんな民間保険に入っています。それから、先端医療を受けるための保険にも、事実上すべて入るようになっていきます。

このような事態が猛烈に拡大したとき、残念ながら公的医療機関の力は弱まっているなか、圧倒的多数の民間病院を、診療報酬やカバーする範囲の持ち方によっては、単に保険がカバーする範囲だけではなく、診療報酬の体系や、民間病院のいわゆる「保険外の領域」が、医薬品も含めどのくらい広がるかなど、どのようにでも誘導することが可能になると、私は考えています。

そのようにして誘導されていく政策は、いくらかでも組み立てが可能で、医療の供給体制全体を含めると、単純に「入れる・入れない」「カバーできる・できない」といった問題だけではない、非常に奥の深いものになります。

その場合、都市部にそういった民間病院が

圧倒的に集中していく傾向になります。そして地方では、そのような保険外の診療をすることは不可能になります。実態としては、お金のある人は都市部にどんどん入院するようになり、リスクがあってお金のない人だけ地元に残るため、地元の医療はますますブアなものになっていく——何かそのような悪循環も発生するのではないかと考えています。

TPPに参加した場合、それはいろいろな制度設計のセットによって、小泉改革が5～6年後にかなり効いてきたのと同様に、1～2年の問題ではなく時間をかけて起こりうる事態なのではないかと考えています。

石川 土居先生、お願いします。

市場のメカニズムでは 対処しきれない医療の問題

土居 今、金子先生がおっしゃったことは、先ほど私はあえてTPPを挙げましたが、TPPがなくても、スピードの違いはあれども、起こる可能性があるかと心配しています。

結局のところ、国民が負担を分かち合う形で財源をきちんと集められないと、財政の事情から給付ができないという話になり、そうになると、民間保険会社が積極的に民間で保険をやらせてくれと言わなくとも、公的な保険の範囲が限定的になることを通じて、民間保険会社が「わが意を得たり」とばかりに入ってくるようになります。これもむしろ、TPPがなくても起こるということが心配なわけです。

そういう意味ではTPP以前に、この問題にどう対処するか、これまで日本医師会でもいろいろと議論があったと思いますが、今後もっときちんと論拠を固めていく必要があるのではないかと思います。

その点について、私があえて今日申し上げたかったことは、「アメリカの土俵に乗る」という言い方を私はあまりしたくありませんが、仮に市場主義の土俵に乗ってもなお「医療を国民皆保険で支えていく意義は依然として残っている、という立場で理論武装をする」ということです。市場の失敗はありうることです。だからこそ、「保険の適用範囲は市場に任せ、民間の保険会社が保険料率や診療行為に対する価格付けはどんどんやっばい」ということにはならないのです。

さらには、営利企業が入ってくるようになったときの一つの心配としては、すでに3先生もふれられたように、経済学でもいわれる、いわゆる「ヒットエンドラン」ないしは「クリームスキミング」（おいしいとこ取り）の問題です。経済学でも一応認識しており、そのようなことは、市場の失敗を是正するという意味で防がなければいけない、ということも明確に打ち出しています。その論理のもと、「市場に委ねたほうがよい」という考えに立脚した場合でも、特に医療では、市場の失敗は大きなものになります。市場のメカニズムではうまくいかない部分が医療ではかなり大きいので、政策的にも公的制度としても、きちんとした対処が必要だと主張していかななくてはならないと思います。



■土居 丈朗（慶應義塾大学教授）

中川 今、TPPの話が出ました。先ほどの講演で、佐伯先生と金子先生は「交渉参加には慎重であるべき」、土居先生は「参加自体には賛成」とのご意見でした。今日シンポジウムに出席されている皆さんも、この件については本当に心配をしています。

土居先生の「今ちゃんとやらないと、5年後10年後にまた門戸開放の要求が出る」というご指摘は、まさしくそのとおりだと思います。われわれは1985年のMOSS協議以来、日本の医療を市場として開放するようアメリカから要求され続けており、その要求は年々強まっています。それが、TPP交渉に参加する、もしくはTPPが妥結して条約が発効することで、その要求は強まることはあっても、弱まることはないだろうと心配し

ています。政府に「そんなことはない」という説明をしていただきたいと一貫して要請していますが、納得できる返事がありません。

そこでお聞きしたいのですが、「TPPはFTAやEPAのような2国間でなく多国間での協定だから心配ない」という政府の説明があります。そして「国民皆保険はまだTPPの議論の俎上には上がらないだろう」という説明もあります。

そのあたりのことについて、パネリストの先生方に意見を伺いたいと思います。それではまず、金子先生からお願いできますか。

TPPへの参加はアメリカのルール圏に入るといふ選択

金子 私は日本の政府に交渉能力が全くないので心配です。外務省と経済産業省は無能に近いと思っています。それは、イラク戦争を見れば分かります。

イラク戦争は諸外国の新聞では「イラクが大量破壊兵器を保有している証拠などない」というのが当たり前のこととなっており、全世界で2,000万人がイラク戦争に反対するデモに出ました。

コリン・パウエルが移動式化学兵器として



説明したものは実は「風船を膨らます水素ガスのボンベ車だ」ということが『ガーディアン』で暴かれているのに、日本の新聞は一切そういう事実を報道しません。それでいて、「北朝鮮が攻めてきたらどうするのか」と突っ込んでいった当時の外務事務次官谷内正太郎さんは、その後（慶應大学ではなく）早稲田大学教授になり、今では安倍内閣の内閣官房参与をやっています。ハワイ州でオスプレイを拒否しているのに、なぜ沖縄で引き受けなければいけないのか——今、四国の上空などを飛ばしていますけれど、おそらくオスプレイを自衛隊が買うためだと思います。

極端に言うと、アメリカはもう衰退していて、ヨーロッパでは影響力が限られてしまっている。アラブ諸国でも影響力を失った。反米のベネズエラのチャベス大統領は死んだので、アメリカはもう一度、“お庭”の中南米で多少影響力を取り戻すかもしれませんが、基本的に嫌われています。

そうなるともう、アジアしかありません。アメリカは基本的に、金融と最も強いITだけが強いと思いますが、アジアの足掛かりになるのはやはり日本と韓国です。世界中で「グローバル・スタンダード」とされていたものがほとんど否定され、拒絶され始めているため、アメリカは日本に対する要求を非常にエスカレートさせているのだと思います。

RCEPも多国間での協定です。問題は多国間といっても、アジア側も要するに米中関係を軸に、アメリカのルールが嫌なASEANが中国を抱き込んで対抗する場合、中国と牽

制関係にあるベトナムが二股をかけている場合など、そういった外交の政治力学のなかでの交渉だということです。

重要なのは、TPPは「ネガティブリスト方式」、つまり「例外を除けば全部自由化」だということです。TPPではISD条項が入ることが確実視されており、いったんTPPに参加してしまったら、ネガティブリストに載っていない以上、アメリカは長期的に日本に自由化を要求し続けることができると思います。

逆に、RCEPや普通のFTAは「ポジティブリスト方式」です。自由化する項目を挙げ、基本的に1割ぐらゐを自由化の例外にしながら、お互い「ウイン・ウイン」の関係でやりましょうという方式なので、比較的合意が得やすいものです。

TPPに参加している国々は、資源を主に輸出している側なので、TPPで日本と一緒に動いてくれる国は、アジアにはほとんどありません。ドーハ・ラウンドでも、中国・インドが組んで特別セーフガードを要求し、アメリカが途中まで認めて合意に至りかけたのが、最後にアメリカが蹴って決裂したといういきさつがあります。

このように、常に繰り返されているパターンがまた起きるだけで、TPPが特段自由貿易だということでも、多国間であるから保証されているということでもありません。「TPPへの参加は、われわれにとって明確に、アメリカのルール圏に入るといふ選択なのだ」ということをはっきり言わないことが問

題だと思っております。

とはいえ、状況的にはそういう対抗関係のなかで、「われわれはむしろ、したたかにうまくふるまいましょう」という選択もあるわけですね。

もちろんこれは今、日本が中国との対立関係をどんどんあおっているのが難しいと思いますが、RCEPに入って「これがアジアのルールだから、アメリカが入るときはこのルールを尊重して一緒にやりましょうね」とか、「FTAAP、やりましょうね」といった選択肢も、抽象的にはありうるわけですね。

ですから、そのようなことを一から話し

合って選択したわけではないというところが非常に問題であって、ISD条項、食や環境の安全基準、国民皆保険制度、そして金融の特殊性への配慮なども問題です。なかでも、ISD条項が最大の課題で、そういったいくつかの項目に関し、やはりきちんと対処していかないとだめだと思っております。

今、交渉してTPPに入ったからといって、アメリカの要求が止まることはありません。逆に、入らないからといって止まるわけでもない。それは、アメリカの地位や市場シェアの低下に伴い、必然的にアメリカにとって、言うことを聞いてくれる国があるアジアの比



重が高まり、外交の取っ掛かりとしてちょうどいい大きさ・影響力なのが日本である、というのが今の状態なのではないか——冷静に見て、そういうことなのではないかと思っております。

石川 田中先生、いかがですか。

「医療ゆえに TPP には反対」というだけでは弱い

田中 私は必ずしもこの問題の専門ではありませんが、今、金子先生が言われた点はきわめて的確で、入らなければ皆保険制度等の安全が守られるわけではないし、TPP交渉をしようとしまいと、どのみち「医療でも市場の開放は要求される」との覚悟は必要です。

TPP交渉に参加する・しないにかかわる決定も、いずれにしても覚悟の問題で、「何があろうと皆保険制度を守る」ための理論構成を日本医師会ではすでに相当つくり上げておられるため、TPP交渉に参加しない選択を説明する理論構成だけではなく、他のどの分野と連携を結ぶかといった問題も重要ではないかと思っております。

もし、この交渉がうまくいかなかったとき、医療界・日本医師会が血祭りに上げられるような形での反対になってしまうとかえってよくありません。日本の社会のために、例えば先ほど佐伯先生が言われたことをあげれば、日本の地方銀行が地元の企業を支える金融業界での長期的関係が壊されてはいけなく、農業・食の安全も守らなくてはなりません。

そのように「日本社会のこれまでのよきを守ってきた数多くのものの一つに医療がある」という位置づけにしておかないと、「医療の市場開放要求の恐れゆえに反対」だけでは論旨が弱いと思えます。

石川 土居先生、お願いします。

TPP 交渉に参加しても対処の仕方はある

土居 先ほど、金子先生がおっしゃった「TPPだけがすべてではない」という点は、私もそのとおりで思っています。例えば、日本政府は対EUのEPAについても、一応進めようということになっています。しっかりした社会保障制度を持つEUですから、真っ先に「国民皆保険をやめろ」という議論になるはずはありません。

そのようなところできちんとバランスを取りながら、TPPでは当然ながら今の状況で、日本の交渉の立場をどこまで有利にするように中国を使えるか、という手腕が問われるでしょう。しかしその手腕は、心許ないと言われれば心許ないかもしれません。

私は「アメリカが一方的に日本に要求をのませさえすれば、それでもうすべて終わり」という状況ではないと思っています。日本としても政権が手ぬるい態度ではいけないし、日本政府の交渉能力という点では、金子先生ご懸念の点について私も懸念なしとは言いませんが、「TPP交渉に入ったらもう、アメリカの言いなりになるしかない」というほどや

わな政府では決してないと思っています。もし気に入らないなら「TPPよりも先に日本対EUの話を進めます」とか、「中国があるのに、こんなルールでFTAAPなどできるのか」といったことを交渉の場で言うべきだし、それもできないようでは外交官としては失格だと私は思います。

日本が行き詰まっている最大の原因

金子 僕は佐伯先生と違って、ヨーゼフ・シュンペーターが好きで、最近ずっと読んでいますが、よく分かってきたのは、例えばシュンペーターは「イノベーションできないのは、資本主義は合理的なゆえに、組織がどんどんできあがっていき、経営者らしくなくなって、経営者が要らなくなってくるからだ」と言います。

同じことは日本の財界や官庁にも言えます。例えば「小沢一郎が、中国ほかアジアともう少し仲よくする路線を取って、アメリカとは等距離にするとしたら、それに乗る」ということになる、失敗した場合、永遠に出世コースから外されてしまいます。けれども、先ほど言った谷内さんのように、アメリカの路線に乗ってイラク戦争で失敗したとしても、大学の教授になれるし、内閣府の参与にもなれるのです。

こうなると、企業の競争力がなぜ落ちてきたかも明白です。銀行の不良債権問題も東京電力の原発事故も、誰も責任を取りません。

責任を追及されないことが保証されているので、当然、責任を追及しない人を次の経営者を選ぶわけです。アメリカサイドの経済学をやっている人も、「自己責任」と言う人も、誰もそのことを言いません。僕はそれがとても不思議です。

すると経営者もだんだん小粒になっていって、行き着く先が米倉弘昌さんなんですね。見ていけば分かるように、オーラが少しもないわけです。16万人避難して、首くくっている人がたくさん出て、放射線被害もこれだけひどい。僕も憂えているのが小児甲状腺癌で、すでに3万8,000人の調査で3人出て、7人が精査中です。

でも、一言も、福島の被災地にお詫びをすることはしないのです。おそらく、この無責任社会が究極的に行き着くところが今日の状況なので、交渉力があって有能な人は、下から上がってはこないのです。

この国が行き詰まっている最大の原因は、佐伯さん風に言うと「新渡戸稲造の武士道精神がない」ということかもしれません。けれども私が思うに、この国がそういう状況で行き詰まっているなか、TPPの交渉に入ったときに体を張って交渉する人はやはり、おそらくほぼ皆無でしょう。

たぶん、私が思っているとおりになってしまうと思います。「悪魔の預言者」と言われていますから。

中川 はい、ありがとうございました。では佐伯先生、お願いいたします。

多国間であっても、他国は歴史や立場が日本と全く異なる

佐伯 金子さんと基本的な立場は大きく違いますが、比較的意見が一致するところも多く、今日のTPPに関する金子さんの意見には、僕はほとんど賛成です。

TPPの問題がややこしいのは、経緯をいろいろと説明するまでもありません。菅元首相が2010年の秋頃にいきなり言い出し、それから野田さんがまた言い出しましたが、これらはすべてアメリカ絡みの話です。

あのとき例の尖閣問題などがあり、その前にも鳩山政権が普天間移転問題をこじらせて、日米関係がギクシャクしていたときにアメリカからの要請があったことに、ほぼ間違いないでしょう。

安倍さんはそれを修正しようとしたのですが、それは簡単にはできません。戦後の日米関係を考えれば、それは政治的にも、自民党の政治家には無理な話です。

安倍さんは内心ではTPPに関してかなり懐疑的な面もあると思います。その問題には両面があります。

金子 うそですよ。石破さんもそうだし。

佐伯 いや、これは日米同盟がある限りはしょうがない。やらざるをえないのです。そういう意味で、TPPというのは非常に政治的なマターだと思います。

現に「要するにこれは対中国ブロックである」「日米同盟を強化するためのものだ」などと、正面から言う人もいます。

その一方で、逆に「いずれ中国を入れる。アジア・太平洋だから、韓国・中国が入らないと意味がない。中国を入れるのなら、中国が入ってくる前に日本がルールづくりに参加しないとだめだ」と言う人もいます。こうなってくると、賛成側の意見もよく分からなくなってくる。

この問題は元々、賛成する人がどれだけのメリットがあり、どのようなことがあるかを論証しないとだめなのですが、私から見ると賛成側の意見にいま一つ説得力がないというか、なぜ賛成するのかよく分からないところがある。政治的理由で言う場合、中国に対するブロックだという意見もあれば、中国を入れるからという意見もあって、わけが分からなくなってしまう。

経済的な利益を言う場合でも、これからルールを交渉するわけだから、利益を計算できるはずがありません。ルールも決まっていないのに利益の計算はできません。

ただ内閣府は、TPP参加によって経済効果は1~2兆円に上り、成長率は0.2%上がるとしています。それぐらい利益があると。けれども、0.2%ほどの成長率なら、公共投資をやっても、それ以上に成長率は上がるんです。

そうした場合、そこまでやる意味は一体どこにあるのか。これはやはり、あくまで政治的なマターであり、直近のところで言えば、おそらくアメリカは円安をかなり容認したということでしょう。結局、そういうことの見返りなのです。

それから、先ほどの尖閣問題で、対中関係で日本は日米同盟を強化しなければならないと考えている。そうしたことと引き換えに、TPP 交渉参加決定がなされる可能性が非常に高い。けれども、それではリスクがあまりにも高すぎるし、そもそも、本来すべき議論が全くなされてはいません。

おっしゃったように、ISD 条項についても非常に問題です。多国間ではありますが、ほかの国は要するに弱小国で、シンガポールを除けば基本的に一次産品・資源の輸出国です。ですから、日本とは立場が全然違うんです。同じ利益でもって似たような立場の国がアメリカに対抗することはありえるかもしれませんが、アジア諸国もアメリカの力や資本が欲しいと思っている。だから日本とは、やはりそう簡単には連携できません。

……等々のことを考えていくと、最終的にはこれは政治力の問題になって、日本の政治家に力量があれば、TPP 交渉に参加してもいいと思います。けれど、そんな力は全くありません。官僚にもそんな力はないだろうということは予測できます。

しかしそれは、そもそも無理なことなのです。日米関係が非対称の形で、最初から日本が弱い立場で日米同盟ができていますから、それは相当苦しいのです。やはりそうしたことを前提にしてわれわれは考えなければいけない。これは、覚悟が要ることなんです。

メディアと政党政治の崩壊

金子 ちょっとよろしいですか。昔からそうだったわけではないと思います。沖縄の施政権返還のときも、ドルと円の交換をめぐってドキュメンタリーが出ましたが、役人も一生懸命交渉をしています。

いつの頃からかといえば、小泉政権以降だと思います。そのときの官房長官が安倍さんでした。経済財政諮問会議に真っ先に指名されたのが TPP 推進の伊藤元重先生で、そして産業競争力会議で竹中平蔵さん復活というのも、みんな安倍さん、石破さんの路線です。

自民党に安定感があったのは、宏池会の力が強かった頃だと思います。基本的に財務省出身の官僚で、頭のいい人が中道（保守・リベラル）でいたわけです。

それが、1990 年代の福田康夫以降、お金の汚いリベラルや、田中系列と頭の悪い右派の力が強まり、中道の力が急速に落ちて、谷垣さんがはじきだされた瞬間に、多様なものを包み込んでいた昔の自民党ではなくなり、中道リベラルはみな外へ出されて消滅させられて、結果的に頭の悪いタカ派と金に汚いリベラルの一部が残っただけでした。

僕の意見ではなく、『ニューヨーク・タイムズ』『ワシントン・ポスト』『ブルームバーグ・ニューヨーク』『ニューズウィーク』、ロンドンの『エコノミスト』、CNN などを見ると、石原慎太郎は“extreme right”、安倍さんは“right-wing nationalist”と書かれ

ていますが、日本ではそういう報道が一切ありません。自民党は何かすごくいいことをしているように見えます。

それはメルトダウン隠しと同じで、メディアが壊れています。イラク戦争のときもそう思いました。当時私は「イラク戦争反対」と言ったら、反戦主義者と言われました。震災翌日から「メルトダウンだ」と騒いだら、「風評被害」と言われました。めちゃくちゃなメディアなので、なかなか普通の感覚では捉えることができません。

アメリカに譲歩してもらってわれわれが利益を得て、その代わりにアメリカの言うことを聞く、という蜜月の関係が成り立っていたのは 1970 年代ぐらいまでだと僕は思います。

1980 年代以降、三角大福が終わって二世議員中心になり、それからは基本的にアメリカは衰退していくので、日本に要求するばかりになり、日本側は常に譲歩を迫られるようになります。

そういった関係だけが続いてきているので、日本側が何かのカードを常に持っていないと、アメリカと強く交渉することができませんが、中国カードや北朝鮮カードなどいろいろなものを持っていた経世会系はみな潰れてしまったため、基本的にはそのようなカードで対抗することはほとんど不可能になっている、というのが今の状況ではないかと思います。

ちょっと自民党の評価までしてしまいましたが、昔の自民党に対する幻想が今も続いているのではないかというのが僕の考えです。

——ああ、日本医師会でも候補を立てているので、ちょっと批判はまずいんですけども。民主党はぼろぼろ、自民党もぼろぼろ。政党政治が何か壊れているような状態だと私は思っています。

日本医師会は「国民の覚悟」の中心に

中川 ありがとうございます。まだまだお話をお聞きしたいんですが、約束の時間になってしまいました。本日はいろいろな先生方から本当に貴重なお話をたくさん聞くことができたと思います。

共通した認識としては、TPP 交渉に参加する、しないにかかわらず、国民皆保険に危機が迫っているということだと思います。日本医師会が一貫して反対してきた医療の営利産業化——これは TPP などの国外の圧力だけではなく、国内的にも進められようとしています。公的医療保険に関しては給付範囲の縮小、例えばスイッチ OTC 化の推進であるとか、いろいろな攻勢がかけられています。

公的医療保険制度をめぐるこうした問題に対し、われわれに打つ手はないのでしょうか。いたずらに給付範囲の縮小だけが取りざたされますが、負担の改革、公費と保険料の改革などによって、先ほど横倉会長がお話ししたように、例えば保険料の不公平化を是正して公平にする——そのようなことでも、まだまだ打つ手はあるのではないかと考えています。

田中先生は「国民皆保険を守るのは、国民の覚悟だ」とおっしゃいました。日本医師会は国民の覚悟の中心になって、これからもますます頑張っていかなければならないと思

を新たにいたしました。

以上、簡単ですがまとめさせていただきました。

平成 24 年度 医療政策シンポジウム
これからの社会保障を考える

発行 公益社団法人 日本医師会
〒 113-8621 東京都文京区本駒込 2-28-16
TEL 03-3946-2121 (代)

平成 25 年 7 月 発行



平成 24 年度 医療政策シンポジウム

これからの 社会保障を考える