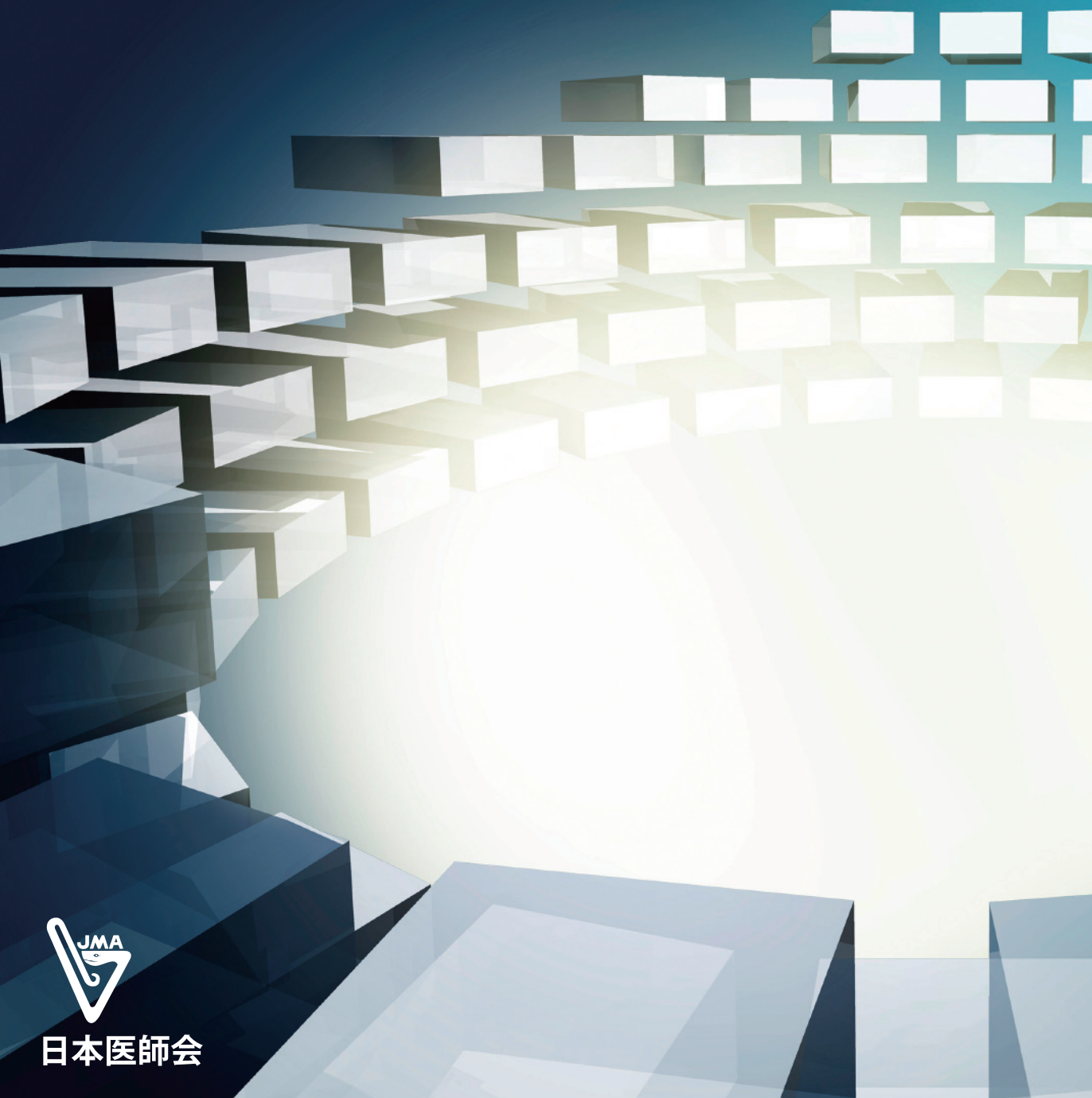
平成19年度 医療政策シンポジウム

脱「格差社会」と医療のあり方



日本医師会

平成19年度 医療政策シンポジウム

脱「格差社会」と医療のあり方

日時：平成20年３月９日（日） 13：00～17：10

場所：日本医師会館 大講堂

巻　頭　言

本書は平成20年３月９日、日本医師会が主催しました「平成19年度 医療政策シンポジウム」の内容をまとめたものです。今回は「脱『格差社会』と医療のあり方」をテーマといたしました。

ご承知のように現在、わが国の地域医療は崩壊の瀬戸際、いや一部ではすでに崩壊が始まっています。病院が分娩を中止したため安心して子供を産めない、救急車は患者の搬送先病院の確保に苦慮している、お年寄りに必要な長期療養施設が地域からなくなっている、そして勤務医は報われることのない過酷な労働に疲れ果て、病院を去っているなど、新聞、テレビ、雑誌等のマスコミは危機感をもって報道し、早急な対応を求めています。

何故にこのような状況になったのか、答えは明らかです。地域医療を崩壊の危機に陥れている最大の要因は、長年にわたる政府の医療費抑制策なのです。このため、これまで地域医療を担ってきた病院は医師等の不足と相俟って経営的にも診療機能を縮小あるいは一部停止を余儀なくされ、地域住民に必要な医療を提供できなくなっているのです。

一国の社会保障制度は「その社会のあり方」を現していますが、いま、求められていることは医療の現実を直視し、地域住民が安心して暮らしていけるよう地域医療の提供体制を再構築することです。

今回のシンポジウムでは、財政学、医療経済学、政治学ならびに評論家の立場から、わが国の医療の現状とあり方について率直なご意見をいただき、後半では熱のこもったディスカッションをしていただきました。関係者諸氏のわが国の抱える医療問題に対する理解と関心に役立てていただければ幸いです。

最後に、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20年５月

日本医師会長　唐澤　祥人

目　次

巻頭言

挨　拶 …… 4

日本医師会副会長　**竹嶋　康弘**

講　演 …… 6

・基調講演

脱「格差社会」戦略と医療のあり方 …… 6

東京大学大学院経済学研究科教授　**神野　直彦**

・講演

Ⅰ　医療のあり方－患者の立場から …… 17

評論家　**立花　　隆**

Ⅱ　格差社会と医療システム …… 35

慶應義塾大学大学院経営管理研究科教授　**田中　　滋**

Ⅲ　社会保障をめぐる政治の展望 …… 47

北海道大学法学部教授　**山口　二郎**

パネルディスカッション …… 63

脱「格差社会」と医療のあり方

東京大学大学院経済学研究科教授　**神野　直彦**
評論家　**立花　　隆**
慶應義塾大学大学院経営管理研究科教授　**田中　　滋**
北海道大学法学部教授　**山口　二郎**
日本医師会副会長　**竹嶋　康弘**
（司会）　日本医師会常任理事　**中川　俊男**

挨　拶

日本医師会副会長
竹嶋　康弘

皆様、こんにちは。日医総研の所長を務めております日本医師会副会長の竹嶋でございます。本日は北は北海道から、南は沖縄まで、日曜日というこの安息の日に、多くの医療関係者の方々、そしてまた地元からは一般市民の方々、報道関係の方々、この医療政策シンポジウムにご出席賜りましたことを厚くお礼を申し上げます。

シンポジウムに先立ち一言ご挨拶を申し上げます。本来であれば、私ども日本医師会の会長であります唐澤がこの席に立ち、ご挨拶を申し上げるべきところでありますが、ご承知のように、この１月４日に小脳出血を来しました。そして、入院治療を行っておりましたが、皆様方の温かいご支援の下に、おかげさまで順調に後遺症もなく経過し、2月27日に退院の運びとなり、先週から公務に服しております。しかしながら、まだ十分に体調が整っておりませんので、大事をとってシンポジウムには失礼させていただきました。そのために、予定しておりましたパネルディスカッションも、急きょ私が代理を務めさせていただきます。

さてここ数年、日本医師会は地域医療の崩壊を食い止め、産科、小児科、救急医療の立て直しを最重要課題として、医療費の大幅な拡大を強く主張してまいったところです。最近では毎日のように、地域医療の現場で、救急医療に関してのさまざまな問題に接します。医師不足や地域による偏在が、その原因となっていることを否定できません。この平等であるべき医療に、地域によって格差が生じているのです。その原因は、何と言いましても、長年にわたるわが国の医療費の抑制、その結果としての医師不足をまず第１に挙げることができると考えます。地域医療の現場は、医療関係者の献身的な努力によって、これまで何とか保たれてきたというのが実態であると言ってよいかと思います。

１年間に2,200億円の医療費削減といっても、毎年毎年あるべき自然増との差が開いていくわけでありますから、過去５年間に引き続き、今後５年間の累計では、私ども日医総研のデータによると、12.1兆円の膨大な抑制

になります。このうち医療費の国庫負担が約８兆円、国民医療費ベースでは約30兆円を超えるという計算になります。日本の2005年度の医療費は33兆円でした。10年間の歳出削減で失われる医療費30兆円超えは、ほぼ１年分の医療費に匹敵することになります。つまり、医療について言えば、10年間で１年分の後れを取るということになるわけです。今こそ社会保障費、特に行き過ぎた医療費の削減という誤った改革から、引き返さなければならないと強く感じております。

政府は今年１月29日、有識者からなる社会保障国民会議の初会合を開催いたしました。会長の唐澤もそのメンバーの１人となっています。会議は月に１回程度開催されることになっていますが、このほかに詳細に検討する場として、医療そのほかについて、それぞれ３つの分科会を設けています。早ければ６月に中間報告を取りまとめ、政府の経済財政改革の基本方針、いわゆる「骨太の方針」に反映させる、この秋に最終報告を行う予定と聞いています。福田総理は少子高齢化の進行を踏まえ、ここで年金や介護など、社会保障制度の給付と負担のあり方を幅広く検討するよう要請しておられます。しかしながら、この会議では早くも、財政健全化に向けて社会保障費の伸びを抑制する従来どおりの政府の方針に対して、これ以上の削減を続けると医療や介護の制度は崩壊しかねないという見直しもすでに出ております。

今日はこのような状況を踏まえ、昨今、よく言われている言葉である「格差」、そのなかでも特に医療格差の問題に焦点を絞り、ご案内のように、それぞれ著名な財政学、医療経済学、政治学そして評論家の先生方をお招きしてご講演を賜ります。特に今日は評論家の立花隆先生をお迎えしました。伺いますと、こういう席には立花先生はお出にならないということでしたが、今回は、私どもの強い要請にお応えいただき、ご出席いただきました。各講師の先生方には、ご講演のあとに、引き続きパネルディスカッションにもパネリストとしてご参加いただきますが、なにとぞご忌憚のないご発言を賜りたいと思います。

最後に、ご来場の会員の皆様、本日のシンポジウムの内容をしっかりお持ち帰りいただき、それぞれの医療現場で反映されますことを祈念いたしまして、挨拶といたします。本日はご参加、ありがとうございます。

基調講演

脱「格差社会」戦略と医療のあり方

東京大学大学院経済学研究科教授
神野　直彦

国民意識が示す「医療・福祉」の低下

東京大学の神野でございます。よろしくお願いいたします。

今日は「脱『格差社会』戦略と医療のあり方」というテーマでお話をさせていただきますが、私は医療経済学の専門家ではありません。そこで今日おみえになっていらっしゃいます田中先生を責任者として、医師会の委員会でまとめました報告書のうち、財政に関わる部分を少し引き伸ばしながらお話をさせていただくということで、お許しいただければと思います。

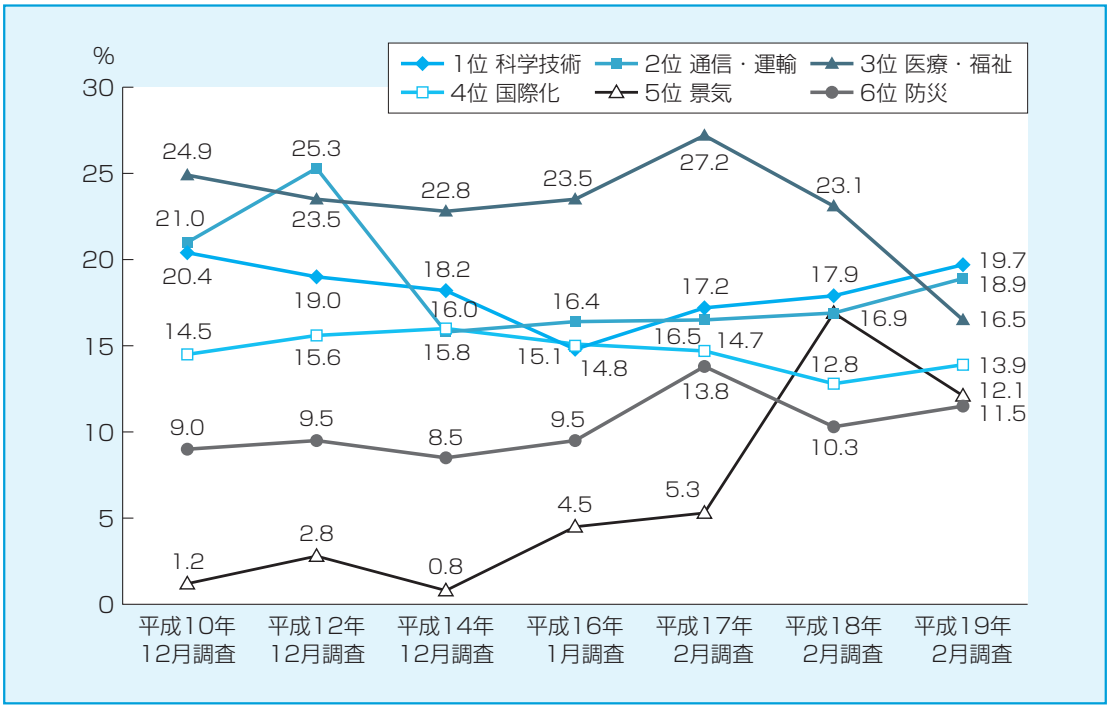
まず医療に対する国民の意識、認識が、ここ２、３年で急激に変化したということから、お話をさせていただきたいと思います。**図表１**をご覧ください。

これは内閣府が毎年とっています社会意識に関する世論調査からとったものです。これは毎年とっています。今年の２月はまだ出ていませんので昨年の２月までですが、**図表１**の良いほうに向かっているという分野を見ていただくと、平成17年度まではほぼ医療・福祉がトップなのです。２位に落ちたりすることはありますが、基本的に国民の意識構造は大きな変化が17年度まではなかったと言ってよいだろうと思います。ところが、これが激変します。18年度で23.1%、そして19年度は16.5% ですから、医療・福祉に関しては、良い方向に向かっているという国民が激減しています。驚くべき速さで落ちているということです。

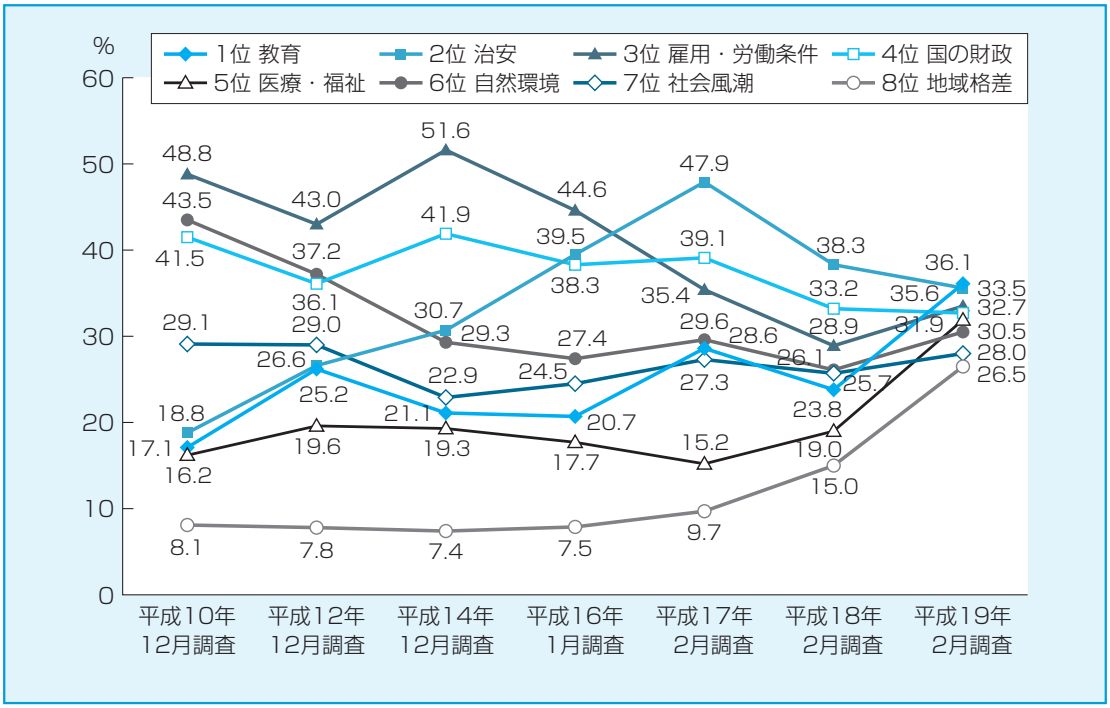
ちなみにお断りしておきますと、社保庁問題が出てくるのは去年の２月以降ですから、社保庁問題よりも医療が利いていると理解していただいたほうが、これはよいだろうと思います。

逆に**図表２**の悪い方向に向かっているという分野を見ていただくと、医療・福祉は17年

（図表1） 良い方向に向かっている分野（上位 6 項目）　出所：内閣府「社会意識に関する世論調査」より



（図表2） 悪い方向に向かっている分野（上位 8 項目）　出所：内閣府「社会意識に関する世論調査」より



の２月は15.2% をうっていたのが、その後、急激に悪化しています。悪い方向に向かっているという人が激増しているわけです。つまり、医療は国民の目から見て今、良い方向ではなくて、悪い方向に進んでいる、こうご理解いただければと思います。

「豊かな社会」が公的サービスを減少させる

こうした医療の問題と格差の問題を考えるうえで、次に**図表３**をご覧ください。

私のように財政学をやっている立場からいって、医療と格差の問題を解く鍵は、１番目に書きましたが、私のスウェーデン語で好きな言葉が２つあって、その２つの言葉がこの問題を考えるうえでのキーワードになるのではないかと思います。

１つは「ラーゴム」という言葉です。これは「ほどほど」とか「ほどよい」とか「中庸の徳」というような意味にご理解いただければよいと思います。極端に貧しくなることも嫌い、極端に豊かになることも嫌いながら、いたわり合って生きているスウェーデン国民の価値観を表す言葉です。「ほどよくバランスを取る」という意味ですが、この、ほどよくバランスを取るのは、貧富の格差をほどよくバランスをするという意味と同時に、豊かな分野と貧しい分野ともバランスを取ろう、簡単に言ってしまえば、公と私とのバランス

（図表3）

１　ラーゴムとオムソーリ
・ラーゴム（lagom）＝ほどよい
　貧と富
　公と私
・オムソーリ（omsorg）＝医療などの社会サービス（social service）
「悲しみを分かち合う」、気にかける。
２　9.11と「小さな政府」論
・格差と社会的病理の拡大
・誰も幸福にしない
・トリクル・ダウン理論と「イースタリンの逆説」
３　ファウンテン理論と「再分配のパラドックス」
　垂直的再分配よりも水平的再分配
　対価原則と等価原則
　社会保険原理と民間保険原理
４　医療改革のアジェンダ
　欲望とニーズ
　ラーゴムとオムソーリ
　市場原理から「分かち合い原理」へ

を取ろうということです。現在の日本のように、私的なサービスが豊かになりすぎていて、そして、公のサービスが貧しくなりすぎている、こうしたことをバランスを取ろうという考え方です。

アメリカは、そろそろ日本のような考え方を変えるということは、もう間違いないことです。オバマにしろクリントンにしろ小さな政府には反対をしていますし、それから医療はもちろんクリントンもオバマも重点政策。さらに市場に対する規制は強化する方向に進んでいくということは間違いないわけですが、いずれ民主党の大統領になれば、バランスを取るという方向に舵が取られるだろうと思います。

今から40年ぐらい昔になりますか、偉大な経済学者ガルブレイスが書いた本で『ゆたかな社会』というのがありまして、豊かな社会になると、一番問題な病理は社会的なアンバランスが生じると。このアンバランスというのは公の部門が著しく小さくなり、公共サービスが著しく減ってしまうと予言していますが、医師数が減少するということもきちんと書いてあります。そうした立ち遅れが明確になってきてしまうという警告を発していたのですが、そうしたことのないようにバランスを取るというのが「ラーゴム」という考え方です。

日本社会の格差のキーワード「ラーゴム」と「オムソーリ」

もう1つは「オムソーリ」という言葉です。この「オムソーリ」という言葉は、社会サービス（social service）と訳されています。社会サービスと訳されていますが、日本の社会福祉よりも広い概念で、もちろん医療が含まれますが、医療、保育や高齢者福祉という福祉、さらに教育まで含みます。

この「オムソーリ」という言葉の意味ですが、この意味は「悲しみを分かち合うこと」という意味です。それから「お互いにかばい合うこと」というような意味があります。医療は悲しみを分かち合うことであり、それから介護も福祉も皆、悲しみを分かち合うことなのです。「教育も悲しみの分かち合いですか？」とたずねると、「そうです」という答えが返ってきます。

この「悲しみを分かち合う」ということは、悲しんでいる人だけのためではないのです。悲しみを分かち合うことによって、悲しんでいる人々に対する負担を自分もすることによって、自分は悲しんでいる人々から必要な存在だと認識されます。人間が生きていて、生き甲斐を感じるということは、他者にとって自分の存在が必要不可欠なのだということが認識できたときに初めて人間は生き甲斐を感じるので、だから悲しみを分かち合うのですよというのが、「オムソーリ」という言葉の意味です。

このラーゴムとオムソーリ、オムソーリをラーゴム、バランスよく提供するということが、日本の社会の格差と医療の問題を考えるうえで、いちばん重要なキーワードになるのではないかと考えています。

医療は社会的共通資本

2番目に示した「9.11と『小さな政府』論」ということですが、9.11というのは言うまでもありません、9月11日のことです。9月11日というのは、皆さんもうご存じのとおり、ニューヨークの天空でテロが起きたという時を意味していると理解されがちですが、ここ

で使っている9. 11はその意味ではありません。野蛮な暴力が民主主義を否定した日です。

1973年９月11日、チリの大統領サルバドール・アジェンデが殺された日です。サルバドール・アジェンデは、燃えさかる大統領宮殿で国民に向かって最後の演説を行います。「私は辞めない。私はこの歴史的な転換に際して、チリ人民の忠誠に死をもって応えなければならないことをよく知っている」と述べ、国民に対しては「命を粗末にするな。銃弾の前にさらすな。裏切りが勝利したからには、必ずよりよい社会を目指した多くの人々が再び立ち上がって、この大通りを埋め尽くす日が必ず来る」と言って殺されていくわけです。

私は昨年の11月に、この事件から話を始めて、経済を民主主義的な制御の下に置く必要があるという雑文を書いたところ、すぐに世界で最も偉大な経済学者と言ってもよい宇沢弘文先生からお手紙をいただきました。「よく書いた」というお手紙です。

宇沢先生は、皆さんもご存じのとおり、「医療は社会的共通資本だ」と主張され始めた先生です。先生はその手紙のなかで、次のようにおっしゃっています。「1973年９月11日、私は有名な経済学者の家で仲間たちと集いをしていた。そのときに、アジェンデが殺されたというニュースがたまたま入ってきた。そこにいたフリードマンの仲間、小さな政府を推進し新自由主義の旗手であるフリードマンの仲間が、歓声を上げて喜びやがった。私はその時の彼らの悪魔のような顔を決して忘れることはできない。その瞬間は、市場原理主義が世界に向かって輸出され、現在の世界的な不幸を導き出す決定的な瞬間だった。そして、私がシカゴ学派と決別をする決定的な瞬間だった」とおっしゃっていらっしゃいます。

その９月11日です。同時に、この９月11日とまさに相前後する形で、石油ショックが起きます。第２次世界大戦後、世界の国々が福祉国家を目指してやってきましたが、その福祉国家というのは重化学工業を基盤にしていて、その重化学工業を基盤にした自然資源多消費型の経済が、ついに自然資源の価格の高騰によって警告を受けるということが起きるわけです。そして、スタグフレーションが起きてくるわけですが、それを背景にしながら、フリードマン市場原理主義が世界に向かって「ほらみろ、福祉国家をやっているからこそ、スタグフレーションが起きていくんだ」という決定的な攻撃を仕掛けてくるわけです。それを契機にして、小さな政府論が世界に吹き出していくわけであります。

格差を是認する「小さな政府」

小さな政府論というのは、簡単に言ってしまえば、政府というのは必要悪だと考えられていますので、政府の任務というのは秩序を維持するための暴力、軍事とか司法以外に、悲しみの分かち合いをやるかどうかという話なのです。小さな政府論というのは、基本的に悲しみの分かち合いというのは勝手にやればよいので、分かち合う必要はない、これは市場に任せろという議論でありますが、フリードマンのマネタリストの考え方を取り入れたサッチャー政権が行った政策の結果、何が起きたのかといえば、格差が拡大します。

しかし、一面でよいこともあって、イギリスは「イギリス経済の奇跡」というほど、国民経済の生産性、効率性は高まりますが、それはイギリスにおいて、生産性のよい企業だけが生き残り、生産性の悪い企業が没落したからです。結果として失業率は高まり、そし

て、倒産が相次いだために、結局、格差が拡大をしていきます。格差が拡大をすれば社会に亀裂が走りますので、社会不安が起き、イギリスはヨーロッパ諸国で最も治安の悪い国に躍り出てしまうということになるわけです。しかし、小さな政府論というのは、格差をむしろ是認する方向で動いていくわけです。

言うまでもありませんが、当然、私たちの市場社会では、私たちの所得、その所得で自分たちが生きていくために必要な財とサービスを買うわけですが、私たちが手にする所得というのは市場で分配されます。市場で分配されていくわけですけれども、それを政府が税をかけて、そして、お金を、現金を給付して戻して所得再分配をやり、そのことによって悲しみの分かち合いをするというような仕組みにしていたのが、福祉国家だったわけです。

しかし、新自由主義的な考え方は、市場のあるがままに任せろということです。ハンドルから政府は撤退をして、市場に介入するのをやめ、そのままハンドルから手を放すというようなことをやるわけです。

私たち経済学者が、市場が効率性を示すというのは、それは現実の市場ではなく、さまざまな条件、情報の非対称性とかいろいろな条件がなくなったときに、初めて市場は効率性を示すということを言っているのであり、現実の市場ではないのです。現実の市場が効率性を示さないなら、政府が介入しなければいけないわけですが、全く手を放してしまう。政府が所得再分配をやらずに手を放して、社会の亀裂などの問題点が解決できるのかということになるわけですが、その時に、新自由主義的な考え方で持ち出してくる議論というのは「トリクル・ダウン」と言われている議論です。

「トリクル・ダウン議論」が通用しない現代社会

「トリクル・ダウン」というのはおこぼれがしたたり落ちるように、トリクル・ダウンしていくという議論です。豊かなものをより豊かにしていく政策をすると、豊かなもののおこぼれがしたたり落ちていって、自然に貧しい人々の所得が上がってくるという議論です。

このトリクル・ダウン議論というのは、アダム・スミス、リカードまで遡ります。しかし、このトリクル・ダウン議論を主張したアダム・スミスやリカードが言っているのは、人間の欲望には限界があって、豊かになれば使い切れないので、豊かな所得者がより豊かになっていくと、自分の使用人の報酬などを引き上げるだろう、これがトリクル・ダウン議論です。

しかし、このトリクル・ダウン議論は、現在では通用しないのです。なぜなら、アダム・スミスやリカードが前提としていたのは、富が使用される、いずれ使われて消費されるという前提になっていますが、現在の社会は、そういう富の役割以外に、政府が撤退していきますから、富が権力を握る手段になるのです。そうすると、人を動かすために富を持つようになります。つまり、使うための目的ではないのです。富を持つことによって、人々が富の前にひれ伏し、富を持っている人々の言うことを聞くようになるから富を持ちますから、トリクル・ダウンしません。

現在の日本の政策では誰も幸福にはできない

さらにもう１つ重要なのは、イースタリン

という人が、富が豊かになるということと、人間が幸福になるということと関係があるかどうかというのを調べたのです。関係があるのです。たとえば貧しい人々が豊かになっていくと、貧しいがゆえに健康を害し、病に陥っていくことがなくなるということが起きて、確かに豊かになると幸福になるということには相関があります。

しかし、一定水準を超えてしまうと、豊かになるということと幸福になるということの間に相関関係がなくなるのです。それが「イースタリンの逆説」といわれるものです。

私を診てくれているお医者さんの言うことが正しければ、「あなたは幸福になりたければ粗食と運動」と言われています。私はそれほど豊かではありませんが、「贅沢をしないで貧しいものを食べ、１駅ぐらいだったらなるべく電車に乗らずに、あるいはタクシーなどを使わずに歩いて行きなさい。そうなると、幸福が待っていますよ」とアドバイスしてくれていますから、ある一定の水準を超えてしまうと、豊かになるということと幸福になるということは関連しません。

ライシュという人の書いた『勝者の代償』を見ても、この世の中で勝ち組になるということは、人間として家族と一緒にいる時間、幸せになる時間というのを大幅に犠牲にするので、幸福にならないということを諭(さと)しています。

さて、このトリクル・ダウンの議論で、トリクル・ダウンしないという事実と、「イースタリンの逆説」というのを結びつけると、現在の政府がとっているような、豊かなものをより豊かにするという政策は何をもたらすのか。誰も幸福にしないということです。豊かになる者は、すでに日本のような社会では豊かになっても幸福になりません。しかも、トリクル・ダウンしないのですから、トリクル・ダウンしてくれれば貧しい人が豊かになるはずなのに、豊かになって幸福になるような人も幸福になりません。つまり、誰も幸福にしないのだというのが問題点だろうと思います。

格差を拡大していく「垂直的再分配」

そこで、どうしたらよいかということですが、トリクル・ダウン効果のおこぼれちょうだいではなくて、ファウンテン効果、ファウンテンは泉という意味ですが、大地から水が吹き出るような形で下から吹き上がらせる。その政策をうつのにはどうしたらよいのかということですが、そのときに重要な議論は「再分配のパラドックス」という議論です。

今ごく単純に、所得の再分配を垂直的再分配と水平的再分配に分けておきます。垂直的再分配というのは貧しい人々に限定してお金をあげて、日本でいえば生活保護のように貧しい人々にお金をあげて豊かにしてあげる、豊かな人には税金を重くかける、これが垂直的再分配です。

それに対して水平的再分配というのは、同じ所得なのだけれども、所得を失うようなリスクに陥ったときに、そのリスクを補填してあげるというサービスです。つまり、病に陥ったら、豊かな人であろうと、貧しい人であろうと、ただで医療のサービスを受けられるようにします。これは豊かな人であろうと貧しい人であろうと、所得を失うようなリスクですから。子どもを持つと保育のサービスも、貧しい人であろうと豊かな人であろうと貰えるようにします。お年寄りを抱え込んでしまった、そうしたら貧しい人であろうと豊かな

人であろうと、養老サービスで補填してあげる。これは水平的再分配です。これは垂直的な再分配になりません。

さて「再分配のパラドックス」という、コルピという学者が証明したのは、垂直的再分配、貧しい人々に限定して生活保護のようにサービスを提供すればするほど、その社会は格差が拡大して貧しい人々が増えるということです。これは昨年のこのシンポジウムで、宮本先生がお話しになっていらっしゃいます。**図表4**をご覧いただければと思います。

生活保護のような垂直的再分配、つまり、貧しい人々に限定してお金をあげるということを、「社会的扶助支出」と言っていますので、社会的扶助支出の欄を見てください。これはわざわざ1990年代の中頃をとっています。1990年代の中頃は、日本が悪平等だと言われているぐらい平等な国だと国民が言われたときです。その時の数値を見ていただくと、社会的扶助支出の高いのはアメリカとイギリス、アングロ・アメリカン諸国です。アメリカ3.7%、イギリスは4.1%です。

水平的再分配が鍵となる格差社会からの脱却

こういう国々の不平等度を示すジニ係数を見てください。ジニ係数は数値が大きいほど不平等ですから、アメリカは0.361、イギリスは0.321と非常に高い数値です。

相対的貧困率は国民の平均的な所得のさらに半分もいかないような貧しい人々がどの程度いるかという割合です。その比率を見ていただくと、アメリカは16.7%、イギリスは10.9%と高い数値です。

さて、スウェーデン、デンマークを見ていただきましょうか。生活保護のような社会的扶助支出はスウェーデンは1.5%、デンマーク1.4%と低いのですが、ジニ係数を見ていただくと、スウェーデン0.211、デンマーク

（図表4）　各国の社会保障支出（1992年のGDP比）とジニ係数、相対的貧困率

	社会的支出	社会的扶助支出	積極的労働市場政策支出	ジニ係数 90年代半ば	相対的貧困率（90年代半ば）
アメリカ	15.2	3.7	0.2	0.361	16.7
イギリス	23.1	4.1	0.6	0.321	10.9
スウェーデン	35.3	1.5	2.9	0.211	3.7
デンマーク	30.7	1.4	1.7	0.213	3.8
ドイツ	26.4	2.0	1.9	0.280	9.1
フランス	28.0	2.0	1.0	0.278	7.5
日本	11.8	0.3	0.3	0.295	13.7

出所　社会的支出、積極的労働市場政策支出は、OECD, Social. Expenditure Database　社会的扶助支出は、Tony Eardley, et.al., Social Assistance in OECD Countries: Synthesis Report, Department of Social Security Research Report, No.46, p.35.　ジニ係数および相対的貧困率は、OECD、Society at a glance: OECD Social Indicators: Raw Date　http://www.oecd.org/dataoecd/34/11/34542691.xls

（注）　宮本太郎北海道大学教授による作成資料を修正して作成。

0.213です。つまり、何が起きているかというと、平等になっているわけです。さらに相対的貧困率を見ていただくと、3.7%、3.8%ですから、スカンジナビア諸国は平等で貧困者も少なく、これは生活保護が少ないからです。こういうことになるわけです。

さて、これに対してドイツとフランスを見ていただくと、社会的扶助支出が2.0%、2.0%ですから、ちょうどアングロ・アメリカン諸国とスカンジナビア諸国の真ん中になるわけです。ジニ係数を見ていただくと、ドイツが0.280、フランスが0.278ですから、ちょうど真ん中です。そうすると、相対的貧困率も9.1%、7.5% でちょうど真ん中になるということになるわけです。

さて、この再分配のパラドックスの例外国家があります。それは日本です。日本を見ていただくと社会的扶助支出は0.3% ですから著しく小さいので、スウェーデン、デンマークを乗り越えたような、格差が少なくて貧困率の小さい社会か。そんなことはないです。ジニ係数が0.295ですから。日本はアメリカとイギリスとしか比較しませんから、アメリカとイギリスと比較するとまあ平等だけれども、ヨーロッパ諸国に比べると不平等です。そうすると悪平等になるわけです。アメリカより平等であれば、もう悪平等ですから。それから貧困率を見ていただくと13.7% ですから、イギリスは抜いています。この間の OECD の勧告書も日本はアメリカに肉薄して、貧困が OECD 諸国で 2 位に付けていると言われているので、アメリカに肉薄して13.7% になっているということです。貧困率も高いわけです。

この秘密はどこにあるのかといえば、社会的支出のウエート、つまり水平的再分配、医療がただで出ている、保育のサービスがただで出ている、高齢者福祉サービスがただで出ているというようなことが、できているのかできていないのかということです。

医療支出は日本ではパチンコの遊技代しか使っていませんから、非常に微々たるもの、OECD 諸国の半分以下になっています。そうすると私たちは医療、それから福祉、さらには教育といったような、水平的な再分配に必要なオムソーリ、悲しみを分かち合っていく領域を、広くバランスよく、つまりラーゴムを実現しないと、格差から脱却できないということがお分かりいただけるだろうと思います。つまり、格差から脱却をするということは、貧しい人々にお金を渡して、真に貧しい人々に限定してやればよいではないかという話ではないのです。悲しみを分かち合う領域が適切かどうかということが、格差を規定している。

市場原理で分配すべきではない医療サービス

これは当たり前だということはよく分かりますね。市場社会では市場から購入する財とサービスは、お金持ちが多く買います。市場社会ではこうした購買力に応じて分配される私的財と言われている財とサービスと、社会サービス、social service として市場原理から外して、悲しみの分かち合いなのですよということで配られる財とサービスがあるわけです。この悲しみを分かち合う領域が大きければ、当然のことですが格差は小さくなります。

限定してやるとどういうことになるかというと、限定すると、生活保護なり何なりで全部やれということになるのです。よいでしょうか。医療サービスは、日本では 3 割が自己負担です。あとの 7 割を分かち合いのような

ことでやっていることになっているのですけれども、これが5割になったら分かち合いでも何でもありません。自己負担が5割になった社会というのは、もはや医療サービスは市場原理で配っています。貧しい人々は貰えない。豊かな人しか貰えないということでよいということです。それをやるとあまりにもかわいそうだからといって、今度は、生活保護者にはお金を渡すからこのお金で医療のサービスを買っていらっしゃいということになるわけです。生活保護の多くを医療に使っているわけですが、これは「あなたに生活保護をやるから、この生活保護で国民健康保険料を払いなさい」と言っているようなものです。極端に言えば、社会保障が体系だっていないのです。

医療改革のアジェンダとして考えなければならないことは、医療給付を悲しみの分かち合いの原理にもとづかせるということです。

医療改革とは「オムソーリ」であり「ラーゴム」である

さて、財政の原理、悲しみの分かち合いというのは、1対1の対価原則でやらないということです。お金を出すと、その対価としてサービスが戻ってくるというのを対価原則と言います。

分かち合いというのは等価原則です。お金を出したというと、そのとおりに返ってきません。等価というのは、全体の負担と全体の給付がイコールなだけで、個々のサービスは1対1でやっていないというのが等価原則です。悲しみの分かち合いで、医療でやるということは、医療は等価原則でやるということです。対価原則でやらないということです。

ところが、市場原理でやるのだけれども、等価原則のごときに見えるものがあります。それが民間保険なのです。民間保険は市場原理でやっていますが、等価原則です。火災保険を見てください。火災保険を払っていますね。1対1で結びついているのだったら、最初からやらなければよいので、全体の負担と全体の給付が等価になっています。しかし、どうやって市場原理に乗せるかといえば、リスクに応じて計算するのです。これが保険計算です。リスクに応じて負担させるということをやるわけです。リスクに応じて負担させると、市場原理に乗るのです。

ところが、日本では社会保険にリスク原理、市場原理を入れてしまうのです。40歳以上の人は介護になる確率が多いでしょうから、40歳以上から介護保険料を払ってください。65歳からはもっとリスクが高くなりますね。そこでもっと高い保険料を払ってください。医療もそれが入りますね。後期高齢者はリスクが高いですね。そこで後期高齢者医療制度を設ける。これは分かち合いの原理ではないのです。

分かち合いの原理というのは全くそうではありません。社会保険の原理と民間保険の原理は違います。それはオムソーリだからです。市場原理でやるべき領域そうではない領域を、適切にバランスを取るラーゴムを実現することが、格差ということを脱出する道になります。

これに対して反論は、そういう格差を解消するようなことをやっていると、経済が活性化しないという神話が吹聴されるわけです。私たちは裸の王様は「裸の王様」と言わないとだめです。経済が活性化するといったときは、どういう状態で活性化するのかというと、それは人間が健康で、それぞれの人間の能力を最大限発揮できるときに活性化するという

のです。資本である機械設備や土地という生産要素がやる気を出しません。経済を活性化するのは、人間が健康で、最大限の活力を発揮したときに経済は活性化するので、機械とか土地とかということではないわけで、全く逆転をするような発想方法をしなければだめだということになります。

私たちの医療改革というのは、医療というオムソーリをラーゴムつまり適切なバランスを取ることが重要です。そして、これから医師会に求められるのは、医療がオムソーリという分かち合いであれば、人間の共同社会、つまり、コミュニティに埋め込まれているような医療ということを実現しなければなりません。

スウェーデンでは、医療というのは単に病を治すだけではなくて、人間の心の痛みや、社会の痛みを癒す場でなければならないという発想方法になっています。そうした使命を果たしていく。コミュニティのなかに埋め込みながら、人間の社会と共に癒しの、悲しみの分かち合いをするというのが医療だということを明確に位置づけないと、格差は終わらないと思います。

ご清聴どうもありがとうございました。

講演Ⅰ

医療のあり方
―患者の立場から

評論家
立花　隆

「生活習慣病」治療中に見つかった膀胱癌

今いろいろ経歴をご紹介していただいたのですが、今日はここにあるとおり「患者の立場から」ということで、実は私は患者の経歴はなかなか結構な経歴も持っていますので、どういう患者の立場から話をするかということを、まず知っておいていただくためにそこからいきます。

（図表１）

2008年4月号

これは明日発売の2008年４月号の『文藝春秋』の表紙と記事です（**図表１**）。これにこういうタイトルの記事が出ます。つまり、ただいま現在、私は癌を患っていまして、ここにその癌に至る過程が書かれています。去年の12月４日に膀胱癌が発見されまして、年末の27日に手術をして、大晦日ギリギリに退院しました。ですから、正月は病院の外で一応済ませています（**図表２**）。

そのあと膀胱癌については、お医者さん方は皆さんご存じのように、標準的な治療法というのが今、確立していまして、BCG療法と

注：立花　隆氏の講演中の『文藝春秋』の表紙、記事等は『文藝春秋』2008年４月号より引用。

（図表２）

- 2007年12月4日
- 膀胱がん発見
- 2007年12月27日
- 膀胱がん手術
- 2008年1月11日～
- 2月29日
- BCG治療
- 2008年3月13日
- 大腸ポリープ切除予定

（図表３）

文藝春秋
2007年10月号

いうのですが、要するに膀胱のなかにBCGを詰めるわけです。それで膀胱のなかに炎症を起こさせて、癌細胞が含まれていると思われる膀胱の内面をペロンと取るという作業を、週に１回のトリートメントで８週連続でやります。これが２月29日までかかったのです。１月11日に１回目があって、８回目が２月29日で、ですから、ついこの間終わったばかりです。

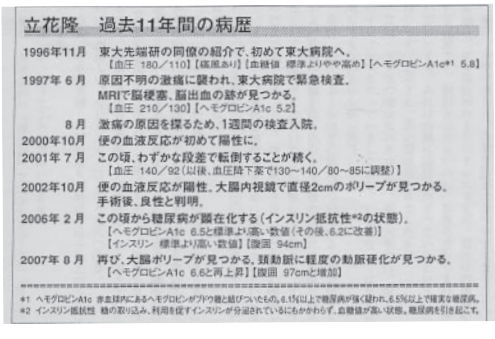
BCGは、最初は何でもないのです。あっという間に、「えっ、こんなもの」という感じで終わりました。私が診ていただいているのは東大病院泌尿器科の北村先生（2003年、天皇が前立腺癌の疑いで入院して手術を受けたときの主治医）ですが、副作用の症状がだんだん強くなると言われていまして、本当にだんだん重くなりました。ついこの間がいちばん重かったのです。１回目は何でもないのですが、７回目あたり、もうちょっと前からですが、発熱するのです。発熱だけではありません。いろいろな現象が起きます。そして８回目がやっとついこの間終わりまして、今は普通に戻っているという状態です。

今後は３月13日、つまりあと４日後ですが、大腸ポリープの切除の日程が入っています。これは元々は膀胱癌が発見される前の予定に入っていたのですが、膀胱癌が見つかって、そちらが優先順位からいって先であるということで、後まわしにしていました。そういうことをずっとやってきたということがあります。全部『文藝春秋』に載っていることですから、ここで詳しくは言いません。あとで『文藝春秋』で読んでください。

実はこのところ、私は医療関係のことで、『文藝春秋』にいろいろ載っています（**図表３**）。

これは昨年の10月号ですが、「ぼくは全身『生活習慣病』」という記事です。実際にほとんどありとあらゆる生活習慣病を患っていまして、ご覧のとおりメタボ状態である以上に、

（図表４）



立花隆　過去11年間の病歴

1996年11月	東大先端研の同僚の紹介で、初めて東大病院へ。【血圧 180／110】【痛風あり】【血糖値 標準よりやや高め】【ヘモグロビンA1c*1 5.8】
1997年６月	原因不明の激痛に襲われ、東大病院で緊急検査。MRIで脳梗塞、脳出血の跡が見つかる。【血圧 210／130】【ヘモグロビンA1c 5.2】
８月	激痛の原因を探るため、1週間の検査入院。
2000年10月	便の血液反応が初めて陽性に。
2001年７月	この頃、わずかな段差で転倒することが続く。【血圧 140／92（以後、血圧降下薬で130～140／80～85に調整）】
2002年10月	便の血液反応が陽性。大腸内視鏡で直径2cmのポリープが見つかる。手術後、良性と判明。
2006年２月	この頃から糖尿病が顕在化する（インスリン抵抗性*2の状態）。【ヘモグロビンA1c 6.5と標準より高い数値（その後、6.2に改善）】【インスリン 標準より高い数値】【腹囲 94cm】
2007年８月	再び、大腸ポリープが見つかる。頸動脈に軽度の動脈硬化が見つかる。【ヘモグロビンA1c 6.6と再上昇】【腹囲 97cmと増加】

*1 ヘモグロビンA1c 赤血球内にあるヘモグロビンがブドウ糖と結びついたもの。6.1%以上で糖尿病が強く疑われ、6.5%以上で確実な糖尿病。
*2 インスリン抵抗性 糖の取り込み、利用を促すインスリンが分泌されているにもかかわらず、血糖値が高い状態。糖尿病を引き起こす。

過去11年間の病歴というのが、この座談会のなかに詳しく出ているのです。これはお医者さん方が見ればすぐ分かるように、結構な病歴を持っているということになるだろうと思います（**図表４**）。

私は、1996年6月に、高いほうの血圧が突発的に210mmHgになって低いほうが130mmHgですか、それぐらいの血圧に一挙になったのです。体調も本当におかしくなり、それで東大病院に急いで入るということになったわけです。たまたまその数か月前に、初めて東大病院の患者になっていたわけです。それはやはり高血圧なのですが、その時たまたま東大先端研の客員教授というのをやっていましたので、先端研というのは医学部も一緒になって作っている組織ですので、そこの先生と話をしているうちに、「あなた、それはちゃんと診たほうがいい」ということで、「私がこの曜日とこの曜日に病院で診察しているからいらっしゃい」というようなことで、東大病院とのお付き合いが1995年に始まりました。

翌年、今言ったように、一挙に血圧が210mmHgと突発的に上がって、胸部にものすごい痛みが走るということがあったのです。それでこれはおかしいというので入院させられました。約１週間入院してその原因を探求したのですが、これは結局原因が分からなかったのです。何でその痛みが出たのかよく分かりませんでした。しかし、それを発見するために現代医学で可能なありとあらゆる検査をやりました。

医学というのは、ある意味で無力な部分というのがいまでも相当あるわけですが、そういう部分を身をもって知りました。後にその原因も多少分かってくるのですが、それについてはこの記事のなかに出ていますので、読んでいただければいろいろ面白いと思います。

その他諸々、いろいろなことが起こりまして、要するに、結局は1996年の段階から全身生活習慣病で、何が起きても不思議ではないという状態にずっとありまして、月１で東大病院に通いながら、特に悪いことがなにか起きたらそれをモグラタタキ的に叩いて、何とかその場をしのぐということを、96年から十数年間ずっと続けてきました。そのモグラタタキのいちばん強烈なものが、現在の膀胱癌で、それも一応今、叩き終わったというところです。しかし、膀胱癌というのは皆さんもご存じのように再発率が非常に高く、私の場合おそらく再発という意味ではほぼ100％近く再発する、いつ再発するかは分かりませんが、再発はたぶん間違いないだろうと医者に言われています。ただ、定期的に通い続けていれば、再発しても分かりますので、とりあえずはコントロールをしているという気持ちでいます。

医師との会話から知る医療の現状

先ほど言いましたように、最近そういう医学関係の記事にいろいろ参加することがありました。

これは今年、『文藝春秋』2008年２月号で、今アンチエイジングのことが医学界でいろいろ話題になっていまして、そういう方面の医療が非常に広く行われていますが、その特集なのです（**図表５**）。

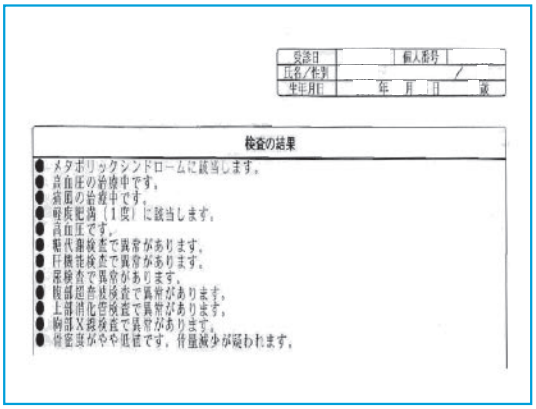
この時は、東大で老人ドックというのがしばらく前に初めてできました。老人医療科のようなものが本格的に立ち上がって、そこが作ったドックなのです。そこでその一連のプログラムを全部やってみましょうということで受けたのです。

これはそのドックの一連の検査結果です

（図表５）

文藝春秋
2008年2月号

（図表６）

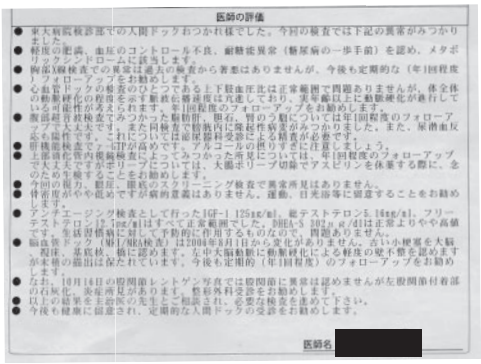


受診日		個人番号	
氏名／性別			／
生年月日	年	月	日 歳

検査の結果

- メタボリックシンドロームに該当します。
- 高血圧の治療中です。
- 病風の治療中です。
- 軽度肥満（1度）に該当します。
- 高血圧です。
- 糖代謝検査で異常があります。
- 肝機能検査で異常があります。
- 尿検査で異常があります。
- 腹部超音波検査で異常があります。
- 上部消化管検査で異常があります。
- 胸部X線検査で異常があります。
- 骨密度がやや低値です。骨量減少が疑われます。

（図表７）



医師の評価

- 東大病院検診部での人間ドックおつかれ様でした。今回の検査では下記の異常がみつかりました。
- 軽度の肥満、血圧のコントロール不良、耐糖能異常（糖尿病の一歩手前）を認め、メタボリックシンドロームに該当します。
- 胸部X線検査での異常は過去の検査から著悪はありませんが、今後も定期的な（年1回程度）フォローアップをお勧めします。
- 心血管ドックの検査のひとつである上下肢血圧比は正常範囲で問題ありませんが、体全体の動脈硬化の程度を示す脈波伝播速度は亢進しており、実年齢以上に動脈硬化が進行している可能性が考えられます。年1回程度のフォローアップをお勧めします。
- 腹部超音波検査でみつかった脂肪肝、胆石、腎のう胞については年1回程度のフォローアップで大丈夫です。また同検査で膀胱内に隆起性病変がみつかりました。また、尿潜血反応も陽性です。これについては泌尿器科受診による精査が必要です。
- 肝機能検査でγ-GTPが高めです。アルコール の摂りすぎに注意しましょう。
- 上部消化管内視鏡検査によってみつかった所見については、年1回程度のフォローアップで大丈夫ですが、ポリープについては、大腸ポリープ切除でアスピリンを休薬する際に、念のため生検することをお勧めします。
- 今回の視力、眼底、眼底のスクリーニング検査で異常所見はありません。
- 骨密度がやや低めですが病的意義はありません。運動、日光浴等に留意することをお勧めします。
- アンチエイジング検査として行ったIGF-1 125μg/ml、総テストテロン5.16μg/ml、フリーテストテロン12.7pg/mlはすべて正常範囲でした。DHEA-S 302μg/dlは正常よりやや高値です。生活習慣病に対して予防的に作用するものなので、問題ありません。
- 脳血管ドック（MRI/MRA検査）は2004年8月1日から変化がありません。古い小梗塞を大脳、視床、基底核、橋に認めます。左中大脳動脈に動脈硬化による軽度の壁不整を認めますが末梢の描出は保たれています。今後も定期的（年1回程度）のフォローアップをお勧めします。
- なお、10月16日の股関節レントゲン写真では股関節に異常は認めませんが左股関節付着部の石灰化、炎症所見があります。整形外科受診をお勧めします。
- 以上の結果を主治医の先生とご相談され、必要な検査を進めて下さい。
- 今後も健康に留意され、定期的な人間ドックの受診をお勧めします。

医師名 [redacted]

（**図表６**）。すべてプログラムに載ったものをそのとおりやりまして、その検査の結果のところで「異常があります。異常があります。」というのがワーッとあります。私の身体にどの程度異常があるかよく分かると思います。

このなかで、下から４行目に「腹部超音波検査で異常があります」と。これは何かというと、要するに膀胱のところを超音波で調べて、そこで異常が出たのです。それで何かおかしいというのが、この時分かったわけです。

これは、先ほどの膀胱癌が見つかる直前なのです。これで何かがあるなと分かりました。

これは検査の結果のあらましですが、これに対する医師の評価というのが付いていまして（**図表７**）、そこの上から５項目目、「腹部超音波検査でみつかった脂肪肝、胆石、腎のう胞については年１回程度のフォローアップ……」、とあります。こちらはそうたいしたことはないということですが、その次に問題のコメントが付いています。「同検査で膀胱内に隆起性病変がみつかりました。また、尿潜血反応も陽性です。これについては泌尿器科受診による精査が必要です」と、こういうコメントが付いた検査結果がリターンされてきました。私は先ほど言いましたように、最初に東大病院と関わりを持ったのは、先端研に来ていた第三内科の出身のお医者さんでしたので、その先生からバトンタッチするような形で、ずっと代わる代わる第三内科の誰かが、今は第三内科がなくなりましたので元第三内科ですが、その流れのなかで診てもらっていまして、８年前から永井良三先生に診てもらっているのです。永井先生が東大病院の院長になるずっと前です。ずっと診てもらっていたら、そのうち先生が病院長になってしまったというような経緯です。

ですから、特に永井先生とは長い付き合いで、月１回は必ず会っていろいろな話をして

いるのです。本来健診の話なのですが、実は永井先生とは、その時々の医学界のトピックというか、ご存じのように永井先生というのは大変な論客でして、いろいろな医療政策を決める委員会等に出て、いろいろなポジションで非常に大きな役割を果たしてきていらっしゃいます。確か医師会の数年前のシンポジウムでも長くお話になっていると思います。私も好きですから、その月１回の診断が、実はいろいろな質問をして答えるという、そういうやり取りをずっとこの８年間やってきたようなことがあります。その時々の病気の話よりも、そういう話をもっぱらやってきたというようなことがありますので、実はものすごく医学界のことについて私が詳しいというのは、永井先生がそのたびに、最近どこかに出て話したパワーポイントのようなものをドサッとくれたりというようなことがありますので、今日も永井先生のパワーポイントを使わせていただいたりします。

それからもう１つ、自然科学研究機構という日本の自然科学の中心的な大きな組織があるのですが、私は今、そこの経営委員というのをやっていまして、その同じ経営委員のメンバーが慈恵医大の栗原敏先生なのですが、その委員会がつい数日前にありました。

その時は、これは違う話なのですが、今、日本の大学、あるいは自然科学、あるいは自然科学だけではなくて、ありとあらゆる学問の世界というのが、今はもう目茶苦茶大変なことになっているわけです。それで本当に研究崩壊のような事態が起きているわけです。そのことを延々自然科学研究機構では、いったい日本の自然科学研究体制をどうやって建て直すかというような議論を続けているわけです。そのなかで、この間のセッションで、たまたまこの医療崩壊の話がありました（**図表８**）。

（図表８）

日本の医療

- これまでは総合評価で世界一の水準にあったが、
- これから大崩壊がはじまろうとしている。

- 資料提供　栗原敏・慈恵医大学長

日本医師会のイメージが変わった

この医師会の講演を頼まれたのは、去年の暮れに頼まれているのですが、実は私は元々日本医師会にはそんなによいイメージは持っていなかったので、しぶっていたのです。なぜかというと、私の世代で日本医師会というと何がパッと頭に浮かぶかというと、あの有名な武見太郎さんなのです。武見さんがごり押しに次ぐごり押しで、次々と新聞の紙面を賑わして、それから保険医総辞退だの何だのをやっている、まさにあの時代の日本医師会のイメージがものすごく強烈にあるのです。

私がジャーナリズムの世界に入ってたぶん最初の年ですが、実は武見さんにお会いしているのです。それは確か銀座の診療所で、私の先輩記者が武見さんに会いに行って何か話を聞くのについて行って、その場にいたというだけなのですが、少なくともある意味でそのケイガイに接しまして、「あの有名な武見太郎とはこの人か」というような感じでそばで見ていたことがあるのです。その時の人間的イメージがあまりよくなかったのです。まさに当時の世間的な「武見さん、こういう人

にちがいない」のイメージそのままの人でした。つまり、傲岸不遜な権力臭芬芬ということですが、そういうイメージが重なって、日本医師会というものに、いいイメージが持てなかったのです。その後も日本医師会の政治的なポジションというか振る舞い方を外から見ていまして、相当疑問を感じた面がいろいろあったわけです。

実は今日のことを頼まれまして、そういうイメージがあったので、ただ無碍には断りたくないということがありましたので、「じゃあ、とりあえず資料を送ってください」というようことを言いましたら、ドサッと資料が来ました。まさに本日の会場の入口のところに積んであるような過去のシンポジウムの記録などが沢山届いたわけです。

それらの資料を見ているうちに、これまでの日本医師会というのはこういう組織かというような傲岸不遜に無理を通らせて道理をひっこませるようなイメージとは、全然違う内容のことをこのところずっとやってきているということを知ったわけです。特に最近です。それを読みまして「えっ、日本医師会ってこんなふうになっちゃったのか」と。それで非常にびっくりしまして、「それだったらやってもいいよ」というような返事をしたのです。それが12月の初めというか、11月かもしれませんが、要するに先ほどの膀胱癌の前です。それで、早くプログラムに載せる原稿を出せとやいのやいの言われている時が、まさに先ほどの膀胱癌が見つかっていつ切るかという、その騒ぎの真っ最中でありました。それで原稿が出せなくてプログラムの私の話の内容のところが空白になっているわけです。

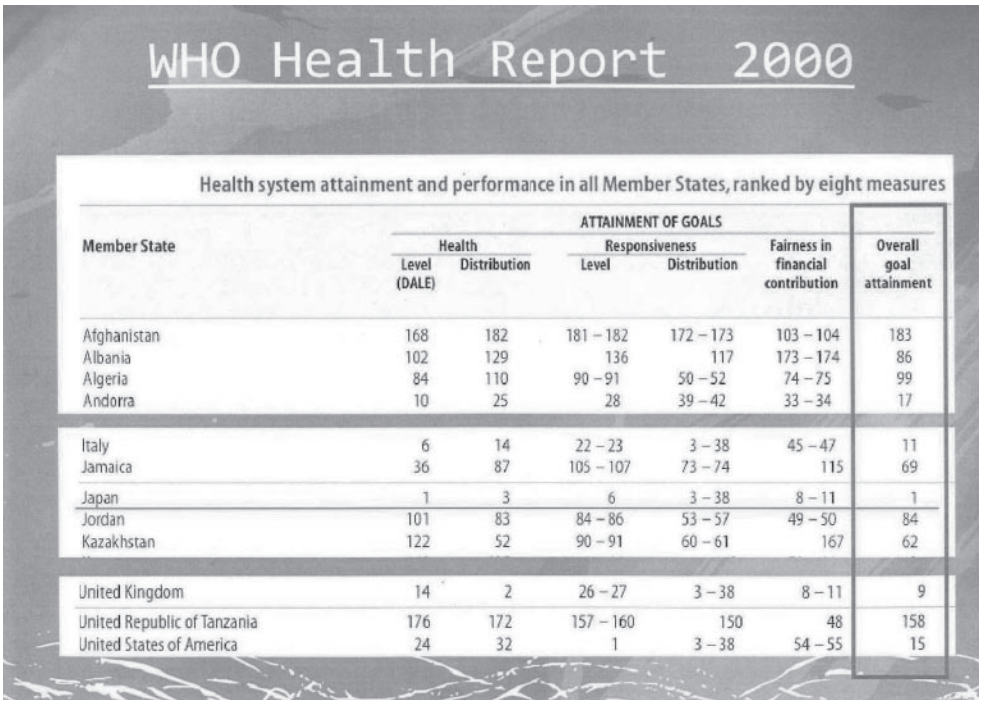
それから１か月ほどたって、ついこの間、まさに自然科学研究機構で、日本のサイエンスの研究体制の崩壊状態をいったいどうするかという議論を盛んにしているなかで、私が、「実は今、近未来に開かれる予定の日本医師会のシンポジウムのいろいろな資料を貰って読んでいるうちに、日本の医療というのは本当に崩壊状態にあるという大変なことに気がついて、今、こういうことをしているところです」というようなことをちょっと発言したら、慈恵医大の栗原先生が同じメンバーでずっと前からいらっしゃいまして、終わってから、「いや、もう本当にそうなんです」と。「世間の人が知る以上に、今、日本の医療というのは本当に大変な状態にある」といろいろ教えていただきました。「今度のシンポジウムでこういうことを話す予定です」と言いましたら、「これはぜひ皆に知ってもらいたいことだから」と、栗原先生もパワーポイントなどをくださいまして、今日出す資料は多少そういうところから出てきています。

ただ、先ほど言いましたように、永井先生からいただいたパワーポイントもあり、あるいは自分で調べたこととかいろいろありますので、いちいち出所は言いません。ただ基本的にそういう信頼できる確かな情報を使っているということを、最初に申し述べておきます。

（図表９）

（資料提供：嘉山孝正　山形大学医学部長）

（図表10）



WHO Health Report 2000

Health system attainment and performance in all Member States, ranked by eight measures

Member State	ATTAINMENT OF GOALS: Health Level (DALE)	Health Distribution	Responsiveness Level	Responsiveness Distribution	Fairness in financial contribution	Overall goal attainment
Afghanistan	168	182	181 – 182	172 – 173	103 – 104	183
Albania	102	129	136	117	173 – 174	86
Algeria	84	110	90 – 91	50 – 52	74 – 75	99
Andorra	10	25	28	39 – 42	33 – 34	17
Italy	6	14	22 – 23	3 – 38	45 – 47	11
Jamaica	36	87	105 – 107	73 – 74	115	69
Japan	1	3	6	3 – 38	8 – 11	1
Jordan	101	83	84 – 86	53 – 57	49 – 50	84
Kazakhstan	122	52	90 – 91	60 – 61	167	62
United Kingdom	14	2	26 – 27	3 – 38	8 – 11	9
United Republic of Tanzania	176	172	157 – 160	150	48	158
United States of America	24	32	1	3 – 38	54 – 55	15

（嘉山孝正 作成）

総合評価では世界一の水準を誇る日本の医療が抱える問題点とは

これはよく言われることなのですが、日本の医療は総合評価で世界一の水準です。これもいただいたパワーポイントの１つですが、World Health Report 2000という、これは非常に有名なレポートです（**図表９**、**10**）。

これで、そこの赤線を引いたところが日本です。各国の医療というものを、いろいろな角度から順位を付けて評価をしているものですが、一番右側にあるのがオーバーオールの評価です。つまり全体としての総合評価で見たときに、日本は世界で一番なのです。これはいろいろな指標をとっています。詳しくは言いませんけれども、たとえば寿命とか、乳児死亡率とかいろいろな指標をとって、ありとあらゆるものを総合すると、日本が医療のパフォーマンスにおいて世界一であると。これは基本的に間違いない事実なのです。

ところが、これも栗原先生にいただいたパワーポイントを示しますと、いろいろな側面の指標がどんどん落ちはじめまして、日本は2004年の人口1,000人に対する医師数が27位なのです（**図表11**）。OECD30か国中27位。つまり、ビリから数えたほうが早いということです。こういう状態になりました。

これは医療費のGDP比なのですが、これがやはりOECD30か国中22位です（**図表12**）。ビリに近いとまでは言わないまでも、要するに真ん中の点線が平均ですが、世界の平均よりずっと落ちた状態にあるわけです。

（図表11）

（図表12）　　医療費の投入が足りない

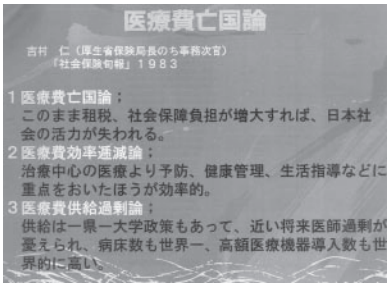
かつては先ほどのオーバーオールの指標の評価だけではなくて、もう少しいろいろ個別の指標でも日本は高かったのですが、個別指標のいろいろな側面でどんどん落ちだしたというのが、ここ数年の状況です。

医療費圧縮に強烈な影響を及ぼした「医療費亡国論」

それはいったいどこから始まったのかというと、1983年に厚生省の保険局長で後に次官になる吉村仁さんという人が「医療費亡国論」というのを唱え、その「医療費亡国論」がマスコミとか政治家のサークルの内部とか、そういうところで非常に強烈すぎるほど強烈な影響力をもって、「とにかく日本は医療費が多すぎて、このままいけば日本社会の活力が失われて、医療費によって日本の国は滅びる」と、一言で言えばそういう議論を展開なさったわけです（**図表13**）。とにかく医療費を圧

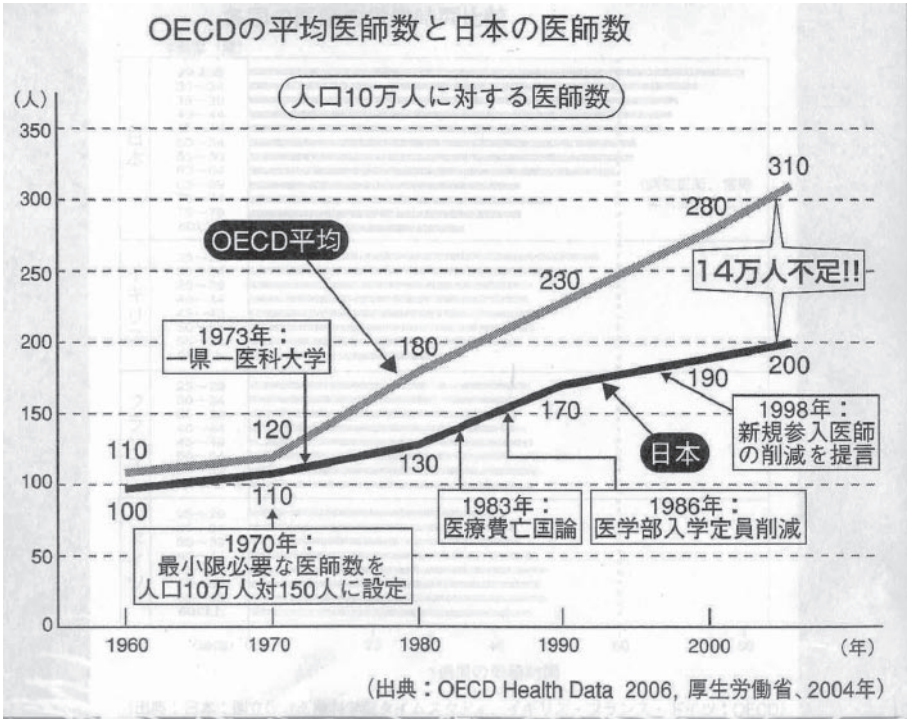
（図表13）

すべては「医療費亡国論」からはじまった



（嘉山孝正 作成スライドより引用）

（図表14）



（本田宏：『誰が日本の医療を殺すのか』p54. 洋泉社）

縮しなければ日本の未来はないという主張です。それが非常に強烈な影響を及ぼした。

これもやはり栗原先生の資料ですが、これは医師数です（**図表14**）。OECDの平均と日本とそれぞれグラフにしてあります。要するにOECDの平均に達するためには、ただいま現在、あと14万人、日本では医師がいないととても足りません。そういう状況が起きているわけです。

元々OECD平均とは、出発点においてそもそも少し差がついていたのですが、その後の伸び具合で一層開いていったわけです。そのトレンドを決定づけたのが1983年の「医療費亡国論」と、そのあとの医学部入学定員削減といった事態です。このグラフにところどころ特筆されていることです。この間、要所、要所で、実は医療に関する内閣の非常に重要な閣議決定が2つ3つ行われているのです。それによって、とにかく日本は国策として医療費を圧縮するのだという基本的な国策ができて、そのとおりいって、ただいま現在の状況になっているわけです。

その結果起きていることが何かといえば、まさに「医療崩壊」という、最近のニュースでよく見るいろいろな事態です。これは最近出た本のなかで目に付くものを拾って、私が読んで非常に情報が多くて中身が面白いというものを挙げてみました（**図表15**）。

このほかに、つい最近の『中央公論』でも、『世界』でも、まるで申し合わせたように「医療崩壊」を表紙にうたって特集を組まざるをえないような、そういう事態が、現に起きているわけです（**図表16、17**）。

国策としての医療費圧縮が「医療崩壊」の現状を引き起こした

そこで、いろいろな問題が指摘されています。

（図表15）

医療崩壊がはじまった

中央（近藤喜代太郎：『医療が悲鳴をあげている』西村書店）

（図表16）

（図表17）

問　題　山　積

- 救急患者たらいまわし
- 妊婦たらいまわし（お産難民）
- 救急患者たらいまわし
- 医療事故頻発
- 燃えつき症候群（立ち去り型職場放棄）
- 病院崩壊
- 医局崩壊

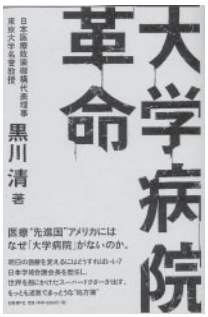
いろいろな問題が指摘されて、先ほどの話のはじめのほうで医師会の方がおっしゃっていましたように、まさに救急患者のたらいまわしとか、妊婦のたらいまわし、お産難民の発生、そういうことで日本の地域医療というのは今、本当に、それが次々とテレビ、あるいは新聞の紙面を賑わすというような格好で、崩壊状況が次々話題になっているわけです。

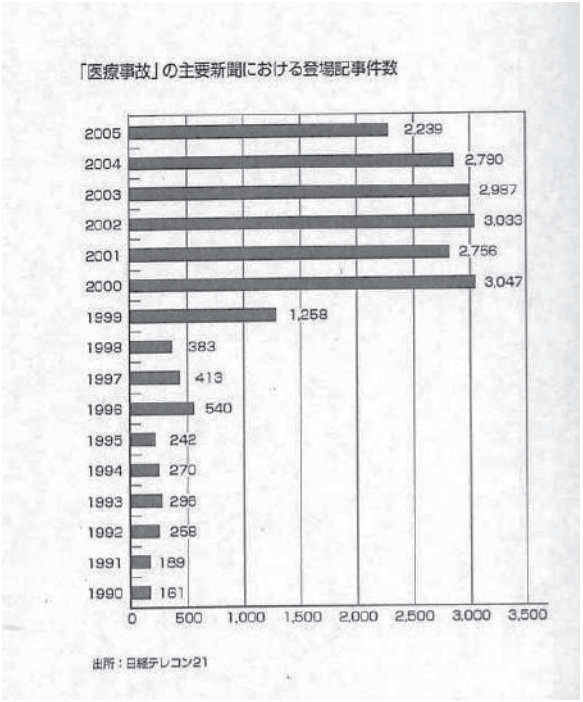
そのほか、医療事故というものがたくさん起きています。わりと有名なものとしては1999年の横浜で起きた手術患者の取り違え事件、あのあたりを契機にして、それから2002年の東京慈恵会医科大学附属青戸病院で起きた手術のミスなどが起きて、それが、警察沙汰になり、医師が逮捕されて、裁判でも有罪になるというようなことが起きたわけです。

そういう医療事故というものが頻発するというような事態が、1999年あたり、特に2002年あたりから非常に多くなってきたわけです。

これは黒川清先生の『大学病院革命』という本に載っているグラフなのですが、いろいろな医療事故、今、述べたような医療事故をすべて含んで、主要新聞における登場記事件数をグラフにしたものです（**図表18**）。これは左が年代です。要するに1999年あたりから、それまでは数百件、それも少ないほうの数百件だったわけです。それが1999年で1,000件を超すわけです。それから2,000、3,000というオーダーの医療事故が次々に社会の話題になるという事態が起きて、今日に至っているわけです。

（図表18）





（黒川清：『大学病院革命』日経BP社）

歪曲して伝わる医療事故の実態

ただしこれは、特にこの黒川先生の本を読むとよく分かるのですが、黒川先生の本にしても、先ほど挙げた、『医療が悲鳴をあげている』（近藤喜代太郎、西村書店）と『医療崩壊』にしても、特にそのことについて書かれた本なのですが、そういう医療事故を社会的な話題度から測ると、先ほどの新聞が取り上げた件数のグラフのようなことになるのですが、では、本当のところ、事故が起きている本当のひどさ、本当に医療の実質としてどれぐらいひどいことになっているかというと、実は、あのグラフでは正しい情報が得られません。それほどはひどくないのです。

実はこれは、社会に伝わる医療事故というものの伝わり方がどれほど歪んだ形でつかんでいるかということを詳細に医師の側から分析した本でして、特に『医療崩壊』という本の帯に「日経ＢＰ・BizTech 図書賞受賞」とありますけれども、これは虎の門の大変有名な泌尿器科の先生が書いたものでして、特に先ほどの青戸病院で起きた医療事故のことを例にとって、マスコミの取り上げ方がいかに間違っているか、そして、警察の対応ないし裁判所の対応というのが、こういう一連の医療事故についてどれほど間違っているかということを、この右側の２冊はそのことを相当詳しく分析しています（**図表15**）。

それを読むと、新聞の見出しだけ見ていますと、先ほどの黒川さんのグラフ（**図表18**）にありましたように、今、一般社会ではまさにこれこそ医療崩壊そのもののシンボルのような感じで受け取られていますけれども、これは実はものすごく歪んだバイアスがかかったグラフになっているわけでして、実際はそうではないということが分かってきます。

そうではなくて、日本の医療の現場が突然とんでもなくレベルダウンした結果、とんでもないことが次々起きているということではないんですね。実は、医学というのは、医学あるいは医療というのは、本質的にすべてが分かっているのかといえば、もう分からないことだらけなわけです。毎日の医療行為、あるいは１人の患者に対する連続した医療においても、現実に起きている現象というのは、実は分からないことのほうがはるかに多いわけです。

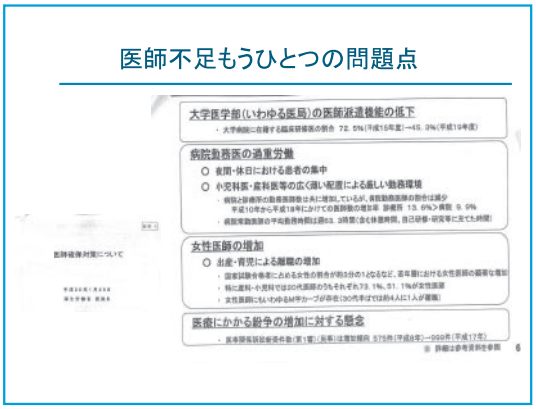
確かにいろいろな事故というのは起きます。起きるけれども、その事故が不可抗力の事故なのか、それとも本当に医療ミスと言われる事故なのか、これは検証してみると、それほどひどい話ではないということをどちらも詳細に分析していまして、あまりそういう方向、つまり世間一般のバイアスがかかった見方はちょっとまずいということが書かれているのです。

医療崩壊の根本原因「医師不足」をもたらした研修医制度の改変

ただ、先ほど言いました、日本の隅々末端まで起きている、今、現象的に起きている医療崩壊の根本原因は何かというと、これはいろいろな原因がありまして、とても一言では分析できないのですが、基本的には医師不足ということがあるのです。医師不足で特に救急、お産、そちらのほうで難民が次々に発生しています。それがどこから起きたのかということになると、それはつい数年前に始まった研修医制度の改変というのがあり、それがもたらした影響がものすごく大きいわけです。

これは医師不足の、厚生労働省の分析なのですが、分析としてはほとんど正しい内容を含んでいます（**図表19**）。いわゆる大学の医学部

（図表19）



の医局の医師派遣機能の低下ということがものすごくあるのです。これはいわゆる日本の医学界の白い巨塔体質というか、それがまさに大学医学部の医師派遣機能に重なっているわけで、それに日本の医療界全体が乗っかっていたというような側面があるわけです。その重要な一角を占めていたのが、先ほどの研修医を各医科大学、大学医学部の講座が派遣してまた戻して回転させるというような、そういう人材のサイクルを医局を中心にやるというシステムが日本の医療体制を支えていたわけです。

かねがね医学部の白い巨塔体質というか、医局による末端の病院の医師の人事まですべて差配するような状況はおかしいというような議論が延々続いていまして、それを何とかしなければという声のなかで、研修医の制度の改変がなされたわけです。

しかし、その改変をするときに、それをやったら具体的に何が起きるのかという、制度のデザインを変更したときに何が起きるかという、そういうシミュレーションを十分やらずに制度だけ一挙に変えたわけです。それで起きた現象が、医局のコントロールを離れた人材の流動現象だったわけです。医療人材の流動がノーコントロール状態になってしまった。つまり日本全体の医療体制というのは、ある意味で、そういう主要大学医学部の医局が何とはなしに勢力を分割しながら、日本全体の医師の人事というものを上からコントロールしていたような側面があったのに、それが崩れてしまったわけです。

医療事故への警察介入が紛争の増加につながった

崩れるとともに何が起きたかというと、このパワーポイントの一番下のところ、中間の問題も大変あるのですがそれはとりあえず抜きにして言うと、今はここにあるように医療事故とそれにまつわる紛争に対する懸念ということが大きいのです。その医療事故、医療の現場で何らかの意味の事故というのはずっとある一定確率で起こらざるをえない側面がありますから、それは起こり続けてきたわけです。しかし、ここにきてやたらに警察が介入して、医師を逮捕して、裁判にかけて有罪にするというようなことが起きはじめたのです。それは、先ほどの青戸の事件あたりからです。

そこで、司法が介入したにしても、それが本当の正しい介入であれば差し支えなかったし、裁判所が正しい判断をしてくれればよかったのですが、それは先ほどの一連の本を見ていただくとよく分かりますが、とても医師のコミュニティがそのとおりと納得できるような司法処理がなされたわけではなかったわけです。その結果、医師の側は、要するにああいう立場になること、つまり訴えられて自分も逮捕されたり有罪にされたりする可能性がある現場から身を退くという現象がいっせいに起きたわけです。

お産というのは、特にいろいろな思いがけないことが起こらざるをえない生理過程なわけです。ですから、産婦人科の医師が少なくなった理由はいくつかあるのですが、１つは

やはり医師がそういうケースで自分の責任を問われたらどうなるか分からないという不安がドッと出てきたということです。それに対応する体制が病院の側にないという実態があるわけです。それでここにありますように、そういう面からどんどん人がそういう医療現場に行かなくなったわけです。

医局支配体制の中での病院勤務医の過重労働

図表19の上のほうの病院勤務医の過重労働というのは、いろいろな原因で前から、特に医局による医療現場の支配体制のなかで、若い人が医師になろうと思って自分のキャリアアップを図ろうと思ったら、かつての体制では、無給の医局員時代というのをある程度過ごさないとちゃんとした医師になれないというようなことがありました。大学病院の勤務医というのは、前からものすごい過重労働をさせられていてそれで労災事故になるような、そういう事例もいくつか起きていたわけです。

いろいろな理由で、先ほどの総体としての医療費の投下が国のレベルで減って、そのために公の病院で医師を十分に置けないということ、そうすると働ける人のところに全部しわ寄せが来るというようなことで、どんどん労働環境が厳しくなるというようなことが起きた。そのことが**図表19**の上のほうの事項のわけです。

実はこの問題は大変大きな問題でして、これからますます大きくなります。

ここに示した本はそういう医療事故のなかでも最も有名な事故の１つに、東京女子医大事件というケースがあるのですが、これはこの前の講談社ノンフィクション賞を受賞した作品で、実は私はこの賞の選考委員をやっていまして、選考会で選考にあたった者ですが、この作品はそのまま次の大宅賞の候補作品にすでに挙がっています（**図表20**）。これはものすごく内容がよいのです。内容がよくて、本当に医療事故の現場そのままがよく分かります。それから大学の医局支配とか、そういうことがつぶさに分かります。

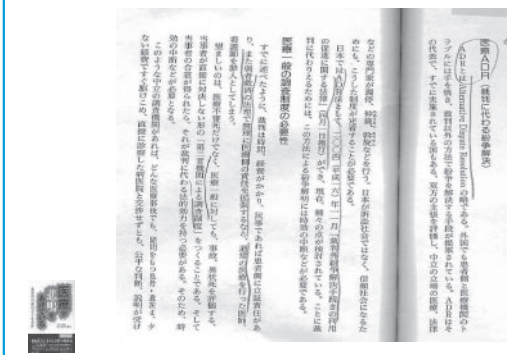
紛争解決の新しい手段 ADR

それだけではなく、ここで ADR のことも、ADR というのは「裁判に代わる紛争解決法」ということです（**図表21**）。実は日本以上にア

（図表20）

東京女子医大病院事件とADR

（図表21）



（近藤喜代太郎：『医療が悲鳴をあげている』西村書店）

メリカでは医療事故がものすごく多くて、そのための訴訟というのが盛んに起こるのです。それで医療が多少でもよくなったかというと、マイナス作用のほうがずっと大きかったのです。それで、司法の介入、裁判での決着という方向ではない別の紛争解決法を見つけようと、アメリカで Alternative Dispute Resolution という制度がどんどん発達しました。日本でも法律的には2004年にそのようなものができたのですが、本格的に制度が使われだしたのは、この東京女子医大事件からです。

この本は、最初のほうは医療事故そのものをものすごく詳しくやっています。しかし、訴訟になって、それを訴えた患者の側も、訴えられた医師の側もこれではだめだと思うわけです。表面上は一応の解決に達するのですが、これでは全然だめだということで、日本で初めて本格的な ADR が行われたのが、この東京女子医大事件なのです。

ついこの間、数か月前ですが、一時、特定機能病院という公の称号を与えられて特典を持っていた東京女子医大病院が、事件後それを失い、その称号を再び獲得したことがニュースになっていました。そのきっかけは ADR を本格的にやって、まさにこれからの医療紛争解決の手段を新しく見出したということが非常に大きく評価されたからなのです。

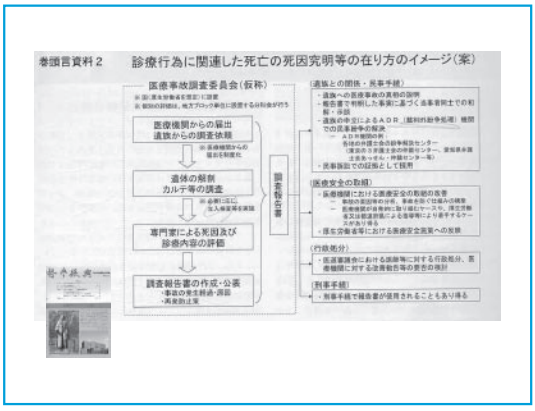
つまり、今の日本の医療問題の非常に大きな部分に紛争問題というのがありまして、ADR で１つの解決のメドが立っているのですが、今度は厚労省のほうを中心として、公の立場で、新しい ADR 方式のようなものを実は作りはじめているわけです。これは政府直属の機関として医療事故調査委員会のようなものを作りまして、この下にあるのは私立医大を出た方は皆さんご存じの『医療振興』という雑誌ですが、そこで詳しくこの問題を取り上げています（**図表22、23**）。

この政府の方式でいくと、日本の医療の未来には大変なマイナスになるということが書かれています。要するに政府の推進するこの方式をどんどんやると、これからますます日本の医療がよい方向に向かわないで、逆に悪い方向に向かうという、そういうことが微細に分析されています。

このままでは、日本は医療破綻国家になる

先ほど言いましたように、医療の問題とい

（図表22）



（『医学振興』第65号、日本私立医科大学協会）

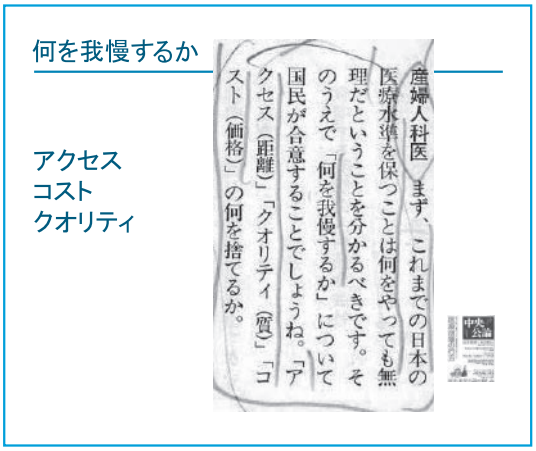
（図表23）

（『医学振興』第65号、日本私立医科大学協会）

（図表24）

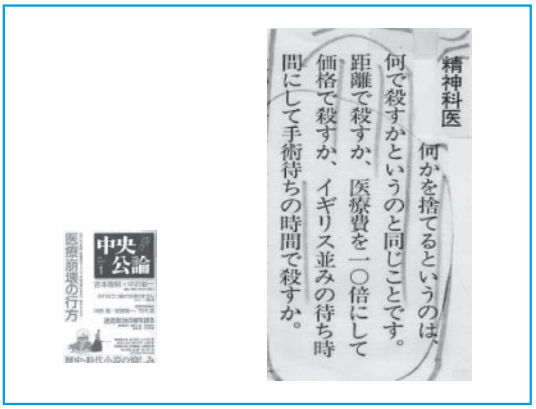
（『中央公論』2008年１月号、中央公論新社）

（図表25）



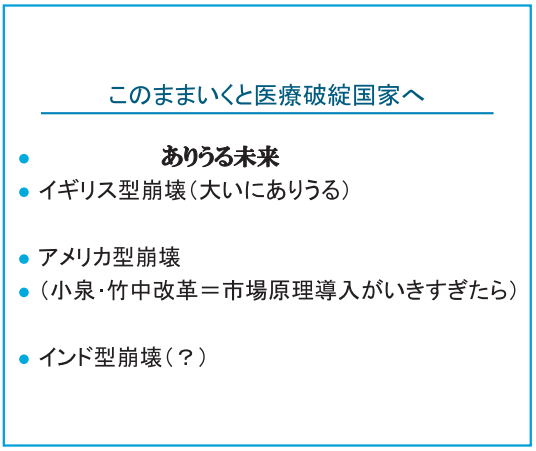
（『中央公論』2008年１月号、中央公論新社）

（図表26）



（『中央公論』2008年１月号、中央公論新社）

（図表27）



うのはものすごく問題点が多面的にあるのですが、時間もあまりありませんので最後に、日本の医療は今どういう現状にあって、これからどうなるかという話をします。

このところずっといろいろな資料を読んできたのですが、私がいちばんショックを受けたのが、先ほどの『中央公論』という雑誌の「若手医師匿名座談会」です（**図表24**）。そのタイトルが「患者のみなさん、まずはあきらめてください」なのです。つまり、これは日本の今の医療政策を推し進めていくと、「患者のみなさん、まずはあきらめてください」と言わざるをえないような状況が日本の医療にはすでに起きつつあるということです。

この匿名座談会で何人かの匿名の医師がいろいろなことをしゃべっているのです。そのエッセンスがまず１つはこれです（**図表25**）。

「これまでの日本の医療水準を保つことは何をやっても無理だ。そのうえで、あとできることは何を我慢するか。アクセスかクオリティかコストか、そのどれかをあきらめなければならない」と言うんです。

これは同じ匿名座談会の別の出席者なのですが、結局、何かを捨てなければならない（**図**

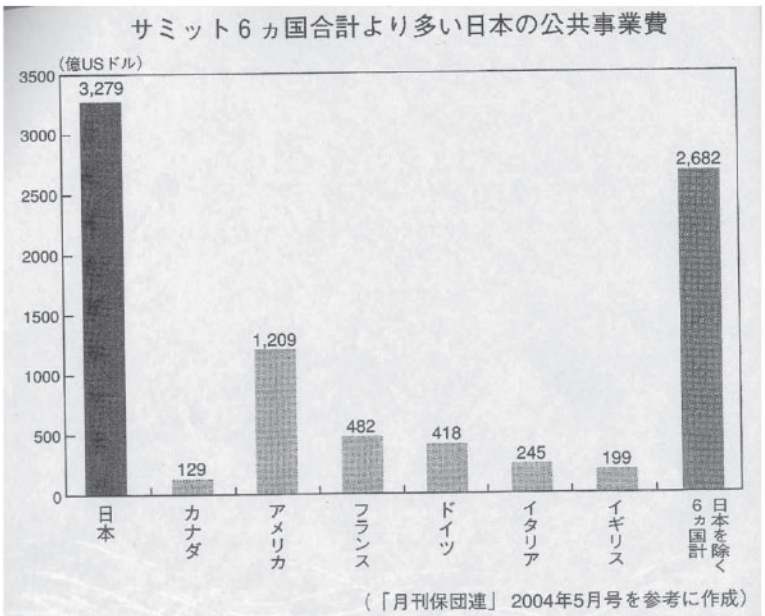
表26)。何かを捨てるということは、何で（患者を）殺すかというのと同じことである。医療の問題で、いろいろな先進国が次々似たような問題を抱えてやってきたけれども、イギリスが一番大失敗をしているわけです。それで、距離で殺すか、医療費を10倍にして価格で殺すか、イギリス並みの待ち時間にして殺すか。要するに先ほどのコストとクオリティとアクセスと、そのどれかをあきらめざるをえないということは、結局そういうことになるのだということを言っているのです。

もう時間がないので、あと結論だけ申し上げます。結局このままいくと、日本は医療破綻国家になります。それで、ありうる未来として、イギリス型の崩壊があります。この型の崩壊では、一応形式的にはいろいろな制度が整っているにもかかわらず、国民が実質的な医療を受け取ることができなくなります。手術を年単位で待たなければならない、あるいは、ちゃんとした診察を受けたければ何か月も待つことになります。要するに先ほどの分類のなかでは「待ち時間で殺す」というタイプの崩壊になるわけです。それがイギリス型で、これは日本の未来でもものすごくありえます（**図表27**)。

もう１つがアメリカ型の崩壊で、これは要するに市場原理導入の結果もたらされる、まさに格差社会型の崩壊です。要するに金持ちは最良の医療を受けられるが貧乏人は最悪の医療しか受けられないということです。こういうアメリカ型崩壊を起こす可能性も十分あります。

もう１つだけ言いますと、こういう事態をもたらしたのは「医療費亡国論」でした。けれども、本当に日本で何が起きてきたのかというと、医療費亡国ではないのです。それはまさに「土建屋政治亡国」でして、このグラフは何かというとサミットの６か国の公共事業費を全部示したものです。日本以外の国の公共事業費を全部足したものよりも、日本１

（図表28）　現在進行中なのは「土建屋政治亡国」で、「医療費亡国」ではない



（本田宏：『誰が日本の医療を殺すのか』p119. 洋泉社）

国の公共事業費のほうが多いのです（**図表28**）。

まさに今そういうものの象徴として道路特定財源関連のスキャンダル問題がいろいろ起きてるわけです。ああいう報道をちゃんと読んでみると本当に呆れます。全くの無駄金をああいう形で使ってきて、それをまだやろうとしている政治勢力が日本の医療をどんどん悪い方向に押しやっているのです。医療費亡国を叫びながら、なお土建屋亡国をやり続けようとしているのが、今の日本の政治であるということです。そういうことを申し上げて、とりあえず終わりにしたいと思います。

こういう状況の中で、患者の立場から最後に一言だけどうしても言いたいのは、「日本の医療を崩壊させないでください」「日本の国民皆保険制度を守ってください」ということです。その辺はこのあとのシンポジウムで言います。（→ P66参照）

図表の一部に作成者・嘉山孝正氏および本田宏氏の名前が欠落していました。ご迷惑をおかけしましたことをお詫びし、訂正させていただきました。

講演Ⅱ

格差社会と医療システム

慶應義塾大学大学院経営管理研究科教授
田中　滋

市場経済をすべてに当てはめるか、部分的に当てはめるか

皆さんこんにちは。ご紹介いただきました田中でございます。

最初に神野先生が経済学の流れをお話しになられたので、私も付け加えて申し上げます。経済学者の思想基盤はいくつかに分けられますが、ここでは３つの考え方を簡単に説明いたします。

第一に、資源配分について市場経済の役割を重くみる、経済学の主流を新古典派と呼びます。

第二に、その中でも、ツールを超えて市場経済を思想として信奉する人たち、資源配分のみならず成果配分に関しても公的介入をミニマム化しようとする人たちがいわゆる新自由主義を形作ってきました。簡略化して言えば、「市場経済化こそ進歩、利益追求こそ人間行動の根本原理」という性格の強い思想と表せるかもしれません。小泉改革の中核となって官邸・内閣府の会議等を主導した一部の人々の考え方に近い。そうした思想、社会保障の機能を救貧のセイフティネットに退化させようとする思想を、「市場原理主義」と表すこともあります。

それに対し、先ほど神野先生がご指摘になったガルブレイスなどがリーダーを務めてきた、新制度学派と呼ばれる第三のやや小さいグループが存在します。こちらは、市場経済の役割を尊重しつつも、制度や社会規範をも同じく重要視します。制度や規範の意義を説く姿勢は、すなわち歴史を重視することと同義です。新制度学派には、国・地方・集団の歴史や文化が意味をもつ政策を説く人が珍しくありません。

なおいずれの派も市場経済の有用性を認めており、また市場経済の働きや公共部門に対する分析手法に大きな違いは見られません。また、一般財の扱いについては違いはさほど

大きくないし、市場では取り扱いがほとんど不可能な国防などの公共財を政府が担当することについても経済学者間で意見の相違はほとんどないでしょう。

ではどこが異なるか。医療や教育を含めた社会のさまざまな広い分野において市場経済をもっとも有効な資源配分ツールと考えるか、そうではなく、社会の安寧と発展のために、必ずしも市場経済的資源配分がそぐわない私的財があるかどうか、あるとすれば公益性にふさわしい分配の仕組みをどうするかにかかわる考え方が違っています。

当然、見解が異なる分野の代表である医療の現状を分析し、将来を語る際は、どの派に軸足を置くかによって、アプローチも結論も違ってくる方が普通です。

今日（2008年３月９日）の日本経済新聞に、たまたま面白いことが載っていました。末村特別編集委員方がお書きになっています。東京版の13ページに、宇沢弘文先生がお話しになったことがらの引用が載っています。

神野先生が言われたとおり、現代の市場原理主義のスタートは、ミルトン・フリードマンです。宇沢先生がよく言われる話なのですが、昔、フリードマンがイギリスポンドの切り下げを事前に知って、今で言えばインサイダー情報になってしまうのでしょうが、ポンドの空売りを銀行に申し込みに行った。すると、銀行に「われわれはジェントルマンだから、そんな注文は受けられない」と断られた。まさにノブレス・オブリージュ、社会の信頼感維持のために力や富をもつ人々の責務を大切にするジェントルマンに期待される役割と、「儲けることは資源配分がうまくいく手段だから儲けて何が悪い」と考える市場原理主義の間の典型的な争いの１つです。

フリードマンは別な時に、大学で、「資本主義の世界では儲かる時には儲けるのが紳士なのだ」と演説しました。それを聞いてフリードマンの師であったナイトという教授が怒って師弟関係を切ったことを、宇沢先生が紹介した内容が取り上げられています。

この評論記事は重要な意味の差を指摘しています。市場経済原理では、いわば儲けることを目標に資源が配分され、その結果、効率性が向上し、経済成長もできるし、世の中はうまくいくと唱えます。

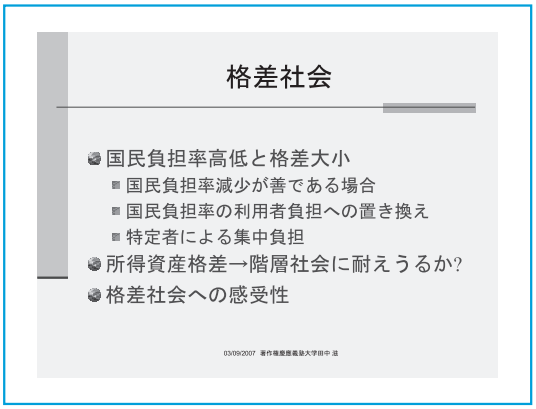
第一と第二の考え方の違いは、労働への分配や経済格差拡大に対する意見に表れます。また、医療・教育・介護・保育などに関して資源の配分を市場経済に委ねてよいかどうかが第三の考え方をきわだたせます。

その区分からすると、私も神野先生も医療の社会的位置づけについては近い考え方を持っています。どちらかが市場原理派で、あとで壇のうえで大げんかでもしたら面白いのですけれども、残念ながらそうはなりません。山口先生を含めて、住民の自立と自律を前提とした連帯をよしとする社会民主主義的な世界観に立つので、論争にはならないことをお断りしておきます。

小さな政府における社会保障負担は、利用者に負担が集中する

私も負担の格差から始めます（**図表１**）。小泉政権を通じて、国民は小さな政府はよい方向であると信じるように誘導されてきました。新自由主義側の主張の背景には、単純化して言えば、「公務員の数が減ることは善である。民営化や負担シフトを通じて政府の規模が小さくなると、税金や社会保障負担が減るはずだ。あるいは国債発行額が減るだろう。そうすると、国民の手元に残る金額は増える。

（図表１）



だから小さな政府は望ましい」というロジックが存在します。「国立大学や国立病院などは独法化して採算を重視する、政府の仕事を市場化テスト等を通じてできる限り民間に渡す。医療費負担も患者の自己責任を強化する」なども同じ考え方から導かれた政策です。

確かに、政府が行う無駄、自治体がつくる客の少ないリゾート開発とか、無駄の最たるものである戦争とかにかかわる支出の比重が大きい場合、それが小さくなって、その分税金が減るならば、上のロジックは正しいかもしれません。けれども、**図表１**の上から３行目の「利用者負担への置き換え」は帰結が違います。

医療保険給付を減らし、あるいは教育予算を減らし、介護給付を減らし、代わりに患者や要介護者のサービス利用時負担、あるいは国公立学校の授業料と入学金を増やすことは、政府支出減だけで終わる話と同じではありません。そもそも住民の負担総額は同じで、負担者が入れ替わっただけです。

さらに、税・社会保障負担は、神野先生のお言葉をお借りすると、まさに「悲しみの分かち合い」に相当する部分の意義が大きく、全員が広く薄く負担する、そして豊かな層が多くを受け持つ仕組みになっています。しかし、小さな政府化が進むと、社会の構成者が広く薄く受け持つ形から、サービスの利用者による負担が増え、一部の人たちに負担が集中する変化がおきます。

患者とはそもそも弱者です。医療は比較的多くの人が利用しますが、重症者は一部の人に限られます。かつ最近のさまざまな研究によると、医療サービス利用と所得階層は逆相関しています。低所得層のほうが医療サービスの利用が多い。逆相関とは、あくまで相関であって因果ではなく、医療ニーズが多いから貧しいケースも含むのかもしれませんが、いずれにせよ貧しい方々の負担が多くなる。

介護も、医療よりも総利用者数が少ないとはいえ、要介護状態が重くなった不幸な方々が自己負担を多くせざるをえない。教育費負担も、子どもがいる、少子化社会のなかで頑張って子どもを育てている人たちがより多く自己負担します。利用者負担への置き換えが強化されるたびに、特定者による集中負担が増していきます。

国民負担率が下がったとしても、小さな政府化がよい方向とは限らない理由は、このように、負担の総額が同じで、それが一部の人に集中するケースがあるからです。一部の人に負担を集中させる政府支出抑制策をもって、「政府が小さくなった、ゆえによい政策だ」と言われても、簡単に賛成することはできません。

不幸の分かち合いを減らし、格差が広がる社会に対して、どういう意見を持つか。格差社会が医療サービスの利用格差を拡大する方向をどう見るか。立花先生が言っておられたように、医師会の主張に対する世間の支援を決める問いなのです。

地域格差が生じるべきではない「医療」「教育」

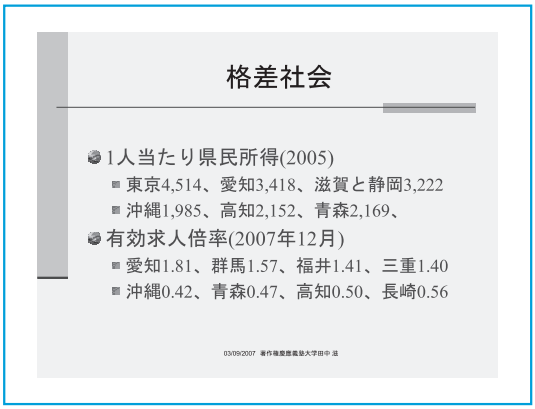
どういう格差が起きているか（**図表２**）。たとえば１人当たり県民所得は、ご覧になっているとおりの格差状態であります。最高の東京の年450万円に対し、いちばん低い沖縄は198万円です。上位と下位それぞれ３位までの都道府県が載っています。東京都、愛知県、滋賀県、静岡県の方は自慢してよいと言っているわけではなく、逆に低い県の方々が自信をなくすようなことが起きないよう祈りつつ、客観指標で見るとこういう格差が起きているとの指摘です。それぞれ同じように真面目に働いていても、これだけ１人当たり県民所得格差が生じています。賃金水準の違いよりも、資本に対する付加価値額の差が主たる原因です。なおこの違いはそのまま生活水準を表すわけではなく、物価を考慮し、再分配を踏まえると、生活差は縮まります。

経済活力を示す有効求人倍率はもっと差が開きます。去年の12月の一番新しい統計で見て、愛知が1.81と図抜けて有効求人倍率が高い。求人のほうが求職より２倍近く多い状態です。愛知はトヨタがあるからですが、群馬、福井、三重の各県は、東京都、大阪府よりも好調です。こちらの指標も沖縄が低い…沖縄の先生方ごめんなさい、沖縄の評価を言っているのではないですが…このように日本はなっています。

さらに高卒の有効求人倍率を見ると、一層格差が大きい。本日は統計を示す図は用意しませんでしたが、高卒の場合、最高と最低では20倍の大変な格差が生じています。県内で就職しようと思っても、高卒の若者の職が少ない県では、東京など大都会に出てくるしかない状態なのです。

小泉政権､竹中路線を信奉する人々は､「これは資源配分が改善して高成長部門に集まった成果だ、資源が東京を始めとする成長率の高い都道府県に集中されてよかった」と考えておられるかもしれません。勝手な推測なので本当の気持ちは分かりませんが。ただ、ここでは、医療や教育は各県に、地域ごとに存在しなければならない点を強調しておきます。工場・店・サービスセンターなどを移せる産業とは違い、人々の生活を支える社会資本を維持する部門をいかに支えるかを忘れてはいけない。

（図表２）

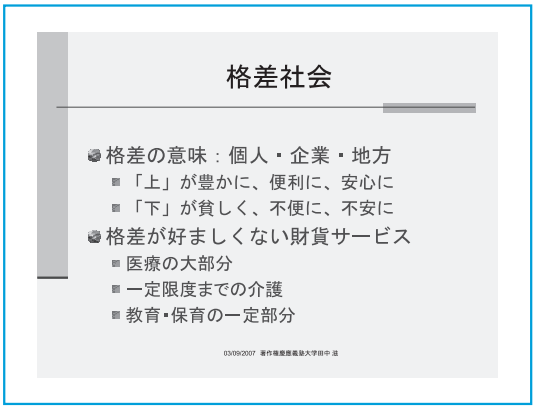


「下」に広がる格差と階層の固定化

今日の主題は格差ですので、格差について経済学の観点からもう少しお話いたします（**図表３**）。

格差は個人間にも見られます。企業間にも地方間にも存在します。格差がすべからくいけないとは思いません。格差否定論者は行き過ぎで、当然ながら頑張った人が報われる社会は別に悪くない。学業の修得にも格差があります。頑張った人が褒められることは悪い

（図表３）



世界像ではないでしょう。ニーズを満たすように努力をしてきた個人、医療機関、会社、地方が、豊かになっていくことを止めてはいけません。一部の格差拡大防止論者には、頑張るほうを抑えようとする人までいるので、それはおかしい。豊かになっていく成果配分を止める政策は間違いです。成果を獲得した人たちが便利になったり、安心になったりする変化も悪い事態ではありません。

問題は、格差は下に広がるかどうかです。下の層が一定のレベルを維持しつつ、あるいは下の層も上昇しつつ上の層も伸びていく。そのなかでの格差は、いわば相対的に健全な格差です。けれども、日本の現状は、小泉内閣以降、下が下に向かって落ちる形で格差が広がっているのです。これは社会安全のためにも大問題です。下が少なくとも一定水準を維持し、もっと望むらくは下も上がって、上も上がって、そこに健全な格差があるなら社会の安全は守りやすい。そうした健全な格差をなくそうとすると、活力がなくなってしまうからです。

しかし日本の現状は、繰り返し言いますが、下が低落していく形での格差拡大が生じている。先ほどの神野先生の数値にもあったように、貧困水準世帯の率が日本は先進国中米国についで２番目に高い国になってしまっている。まさに下が落ちて格差が広がっているのです。

格差が固定していく変化も大きな問題だと思います。別な言い方をすると、社会階層の上方移動ができるかどうかも大切な視点なのです。格差が存在していても、たとえば学校を出たての若者と50歳の経験をつんだ方の間に所得格差があっても当たり前でしょう。20歳と50歳の平均値を比べて所得格差が見られる姿は自然で、ないほうがおかしい。課長と社長に給料の格差がある、あるいは大学でいえば助手と教授に給与格差がつけられていても、可能性が開かれていれば、一定時点の格差は云々する意味のある話ではない。

けれども、１人の人の一生のなかで永遠に上に移れない人が多くなり、さらに親の社会階層によって子ども世代の人生が決まってしまう確率が高まっている。日本は階層の固定化がこの20年間進んできたことを示す研究が、経済学あるいは社会学などの側から発表されています。現時点での格差だけではなくて、階層の再生産、すなわち生まれによる格差固定が広がり、日本が平等社会どころか不平等社会に向かっているとの報告が続いています。もちろん、それに対する反論も発表されてはいますが。

日本が活力を持った明治維新以降の時期とか、第２次世界大戦以降から高度成長期は、社会階層が固定されていなかったことが大きなプラス要件となりました。その時にも、当然そこに生きている人に所得格差はあったでしょう。けれども、それが固定されているかいないか、階層の再生産につながっているかいないかを重視すべきなのです。

格差があってはいけない社会保障制度

格差があってもかまわない財の例は自動車です。高い車に乗ろうと、安い車に乗ろうと、安全性としかるべき機能があれば、大きさを含め贅沢度にかかわる差があっても、通常は誰も困らないし、特段に社会不安につながる恐れもない。

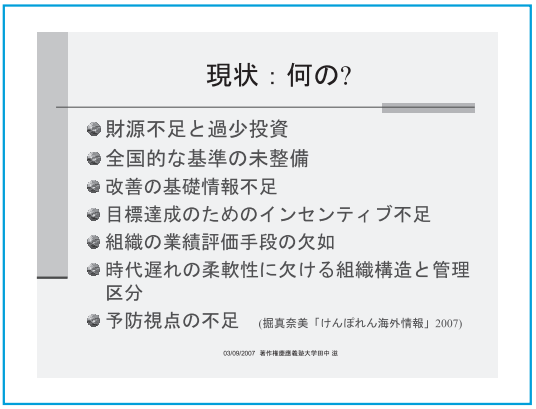
一方、格差が好ましくない財としては、医療の大部分、一定水準までの介護、教育や保育の一定部分などがあげられます。これらに格差があること自体が社会の不安定化をもたらし、たとえ金銭力ゆえによいサービスを享受できた層も、全体として社会の安定が守られなければ安心感が損なわれてしまうからです。

イギリスと同じ間違いを犯した日本

次の文章は医療についての評価です。「医療については財源が足りない。投資が不足している。全国的な基準がないから統一的な政策が取りにくい。改善をしたくても基礎的な情報がないのでうまくいかないのではないか、現にうまくいっていない。関係者のインセンティブがはっきりしない。目標達成にどう頑張ったらよいか分からない。公立病院では組織の業績評価手段が欠落している。政府は時代遅れで柔軟性に欠ける」。

これは日本医療の評価ではありません。立花先生がご指摘なさったイギリス医療の描写です。ブレアがイギリスの医療についてまとめさせたレポートの要約を、掘さんという慶應の若い先生が論文に載せた表を引用させていただきました。まるでブレアが日本の医療を評価したような感じがしますね。立花先生は「イギリス型の崩壊をする」とご指摘になられましたが、まさによく似ています（**図表4**）。どうしてこうなったか。イギリスが次のような間違いを犯したからです。

（図表4）



先ほど言いました新自由主義に立脚したサッチャー首相は、イギリス経済を建て直しました。そこは否定しません。サッチャー政権の経済政策の結果、イギリス全体としてはよい方向に向かいました。

イギリスはかつて、日本よりずっと貧しかった時期があり、そこにいたる戦後のある時期は「英国病」とまで言われました。日本の１人当たりGDPの半分ほどまで落ちたときがあります。もちろん為替レートの影響は無視できませんが。

しかし今は、イギリスは日本より豊かで、１人当たりGDPはOECDの11位です。他方、日本は18位まで下がりました。１人当たりGDPの高い国はルクセンブルク、ノルウェー、アイスランド、デンマーク、スイス、スウェーデンなど人口の少ない国が並びます。それらを別にすると、市場経済体制をとり、人口が大きい日米独仏英伊のなかでアメリカの次に豊かな国は、いまやイギリスになっていま

す。その意味ではサッチャーは、金融を中心に経済改革を行い、通信システムや運輸システムを改革し、回復の方向に転じさせました。

日本も同じようなことが起きています。それは小泉改革です。小泉首相は2001年に政権を担当しました。91年にバブル経済が崩壊して以来、12年間、実に延々と先進国中最長の経済不況が続いていました。2003年、日本の日経平均株価は7,000円台まで下がったのです。このままでいくと、日本経済は底割れすると懸念されました。それに対して、小泉政権は経済を建て直すために、金融面を中心に、具体的には公的資金注入などの思い切った政策を展開し、底割れを防いだ。そこは評価しなくてはいけません。

医療や教育に市場経済を当てはめてはいけない

ところが、日英の両政権とも医療については全く同じ間違いを行ったと言わざるをえません。それは規制改革を通じる市場経済化によってうまく改善していく分野と、市場経済化では国家社会の基盤が緩んでしまう、壊れてしまう分野の区別を正しくつけなかった点です。

先進国経済の大部分は市場経済体制である以上、多くの分野で営利企業の力を活用するとともに、護送船団行政を改め、金融部門を中心に改革する政策は正しい。しかし、サッチャー政権は、医療にも市場経済化政策をあてはめようとし、国営医療の縮小を図りました。経済利得を目指した頑張った人が勝つ市場競争メカニズムを導入したほうがうまくいくとの間違った診断を下します。

小泉政権を支えた市場原理主義の企業人なども同じ判断を下しました。資本の利益が効率の指標であり、利益が高まることが近代化だとの信念が基礎にあるからです。政府に守られていた産業は国際競争に勝てなかった。それに対し、国際競争で勝ち抜いてきた企業は確かに強い資本効率志向です。ですから、その成功体験を他の分野にも当てはめればよいと考えがちなのでしょう。一般産業における利益志向は悪くない。製造業を始めとする日本の優れた企業群が国際的に活躍する姿は高く評価します。

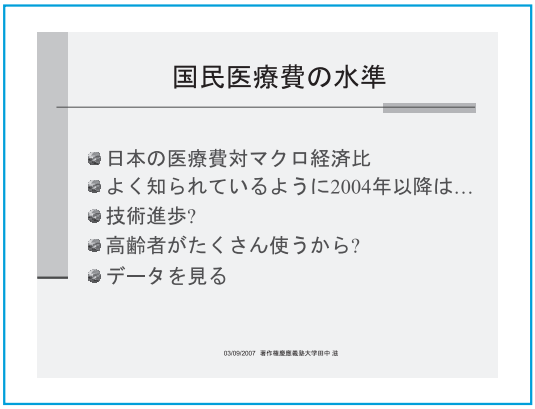
しかし、地域の医療体制に関しては、国際競争に直面する企業人とその家族を後から支え、守る機能は別として、地域医療そのものが国際競争に勝つために存在しているわけではありません。医療体制は地域社会を守ることが使命です。クオリティについては国際競争をしてもよいでしょう。ただ、立花先生がおっしゃったように、アクセスとコストについては、国内の責任です。

医療界、取り分け病院も株式会社化を図り、診療報酬も自由価格や混合診療にしたほうが近代化だと信じている経営者の方がおられますが、医療の一国における評価は資本利益で測れるものではない。医療や教育は、できるかぎり利用者の経済力の多寡によらず受療できること、勉学の機会を得られること、それが社会に安定と安心感を与えます。こういう公益性の強いセクターに市場経済化政策を当てはめた英国の政策の結果が先の評価表になりました。

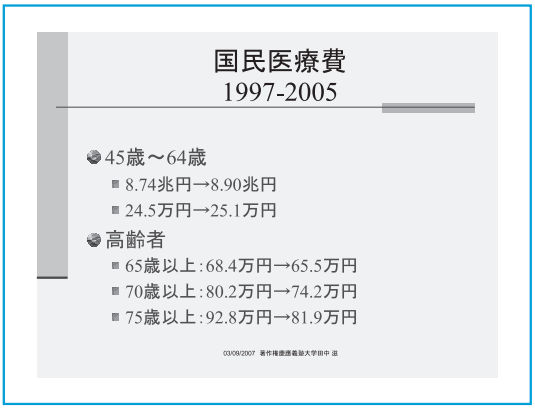
「医師の立ち去り型サボタージュ」を引き起こした原因

イギリスは、立花先生がご指摘のように、手術や入院の待ち行列が１年を超える状態になりました。元々イギリスは病院の建物が古

（図表５）



（図表６）



かったのですけれども、サッチャーの時代に資金投下を怠ったため、さらに古びました。民間活力に期待すると称して、政府の医療への資金投下を減らし、PFI を含め、民間資金を導入できた病院以外は設備投資が予定通りにできなかった。

そうすると、民間資金導入政策でもっとも報われるところは、高所得層、外国人ビジネス・エグゼクティブが多いロンドンの中心部の非 NHS 病院が代表となります。地方の NHS 病院は荒廃していき、医師等の立ち去り型サボタージュが起きました。

日本の医師のいわゆる立ち去り型サボタージュは、病院勤務医から開業医、もしくは人数の少ない病院から多い病院へかもしれません。イギリスの場合は、英語の通ずる別な国に医師がでていった。カナダ、オーストラリア、ニュージーランド、南アフリカ、そして、金儲け志向ならばアメリカに行けばよい。

さらに、イギリスは「患者の輸出」まで行いました。イギリス国内で待ち時間があまりにも長くなったので、フランスやドイツに送って手術をしてもらったのです。大きな悪評を買いましたが。

労働党のブレア政権になってから、イギリス医療の窮状を検討し、レポートがまとめられた後、建て直しを宣言します。2003年でした。経済先進国Ｇ７のなかでは最下位であった医療費対 GDP 比を仏独並みの10％まであげ、医師育成数も大幅に増やすとの内容でした。今はその実施過程にあります。

先ほど立花先生がお示しになった統計にあるとおり、現在の日本の医療費対 GDP 比は、OECD の中でも低い方に属します。かつてはイギリスの上にいましたが、2004年に抜かれて以降、日本だけがＧ７のなかでは取り残された状態といえる状態です。

イギリスのように患者を輸出するところまでいく前に、立ち去り型サボタージュで医師が外国に行ってしまう前に、何とかしなければいけないとの危機感が、今日のこのシンポジウムの趣旨だと思います。

高齢者の人口１人当たりの医療費は減少

１番の希望は医療に向けられる資金が増えてくれることですが、増えろと叫べばそうなるほど情勢は甘くはない。日本の医療費対マクロ経済比は、現在、申し上げたように2004

年以降、先進経済大国中最低です（**図表５**）。でも、少しずつですが増えているように見えます。対 GDP 比で増えている理由は、分母が停滞しているからであって、分子の医療費が急増しているわけではない。わが国の医療の現場で用いられている技術が、この10年で著しく革新されているにもかかわらず、米国は元より、独仏などに比べても医療費の成長率はきわめて低いのです。

あるいはよく言われるとおり、高齢者がたくさん使うからでしょうか。そこで統計を見てみます（**図表６**）。

国民医療費統計は2005年分まで発表されています。以下は、1997年を base year として使っています。45歳～64歳、ここは団塊の世代を含むので人口は多い層ですが、トータルで見て、大体８年かかってほぼ同じ額です。下が１人当たりで見た数値で、これもほぼ変わっていません。

高齢者だけ取ってみると、面白いことに１人当たりで見ると減っているのです。「高齢者は医療サービスを使いすぎ」などと言われますが、１人当たりでは65歳以上で５％ほど減っているし、75歳以上だと10％以上も減っているのです。

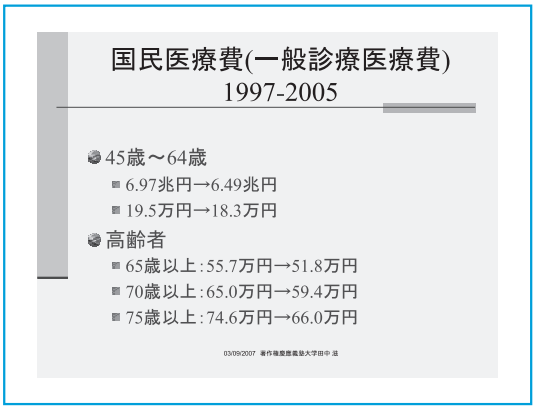
一般診療費では、もっとその傾向がはっきりします（**図表７**）。45歳～64歳でも１人当たりの数値は減少しました。

３つの時期から見る医療政策の変遷

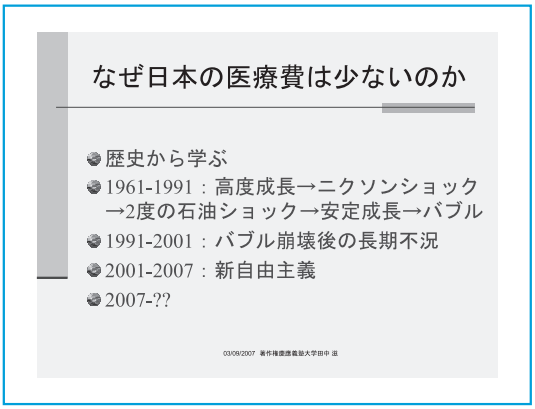
そこで、医療費が他の経済先進国に比べて増えなかった理由を分析しなくてはなりません。制度学派は歴史を重視します。神野先生に壮大な歴史をお話しいただいたので、ここではそれに習って少しだけ医療費決定方式の変遷を話しますと、３つの時期に分けることができます（**図表８**）。それらは、1955年体制時代、バブル崩壊後、それから新自由主義時代です。

55年体制下の医療費決定は、基本的に次のようになっていました（**図表９**）。次年度の診療報酬改定を議論する際、前年、Ｎ－１年の医療費と税収に、２年分の成長予想をかけて値を求めます。それを元に関係者の間で調整を行った。厚生省、医師会、支払い側では健保連、および自民党の部会などの当事者が、分かりやすい比喩で言えば、同じ島の住民として、同じ言語体系、同じ文化体系の下、部

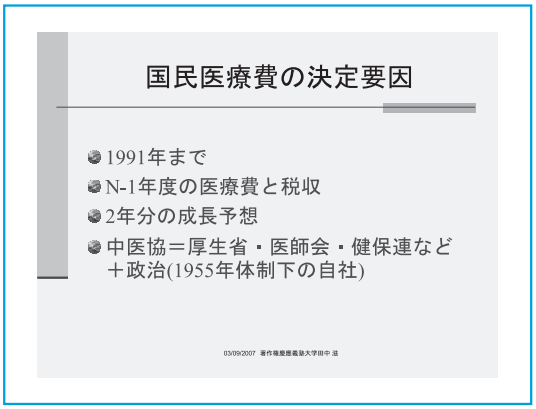
（図表７）



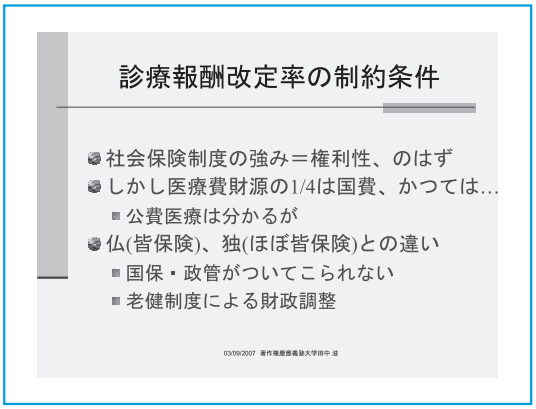
（図表８）



（図表９）



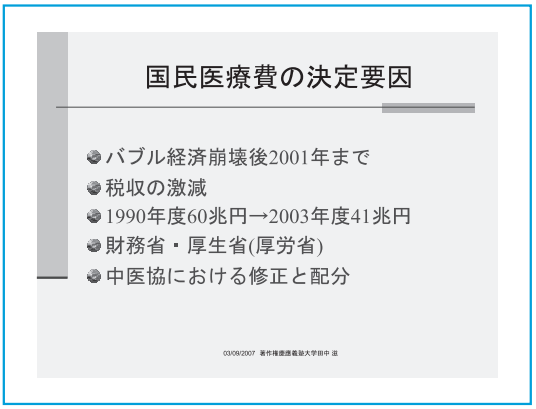
（図表10）



族が違うから多少好みが違うにせよ、喧嘩の仕方はよく分かった中での交渉を行いました。どこまで喧嘩してよいか、どこで妥協するかの技術を知り尽くした、プロ同士の交渉だったと言えるでしょう。長きにわたり、同じルールで戦ってきた。その舞台こそ、厚生省審議会の中でも地位が高かった中医協でした。

もちろんここにも、外側からの制約は無視できません（**図表10**）。その大きな理由は、日本の医療費保障の中核が社会保険制度であるとはいえ、医療費財源の1/4が国費によって支えられている点です。フランスやドイツのように社会保険財政にほとんど国費が入っていない体制だと、医療費が必要ならば基本的に保険料を上げる交渉が行われます。つまり、労使双方の代表と医療提供側の交渉で決まる。日本の場合には、当時の大蔵省が国費をめぐって医療費の水準決定に介入していたので、財政による抑制がずっと機能してきた。その分、国際的に見ると低い医療費が継続してきたと考えられます。なお、バブル経済期にも医療費は影響を受けませんでした。

（図表11）



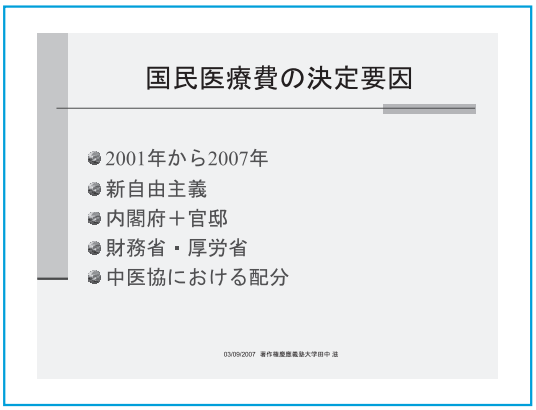
その後、91年にバブル経済が崩壊すると、リストラ等で給与生活者の数が減ります（**図表11**）。また、大企業から中小企業に移ると給与が下がり、保険料率が同じなら保険料収入も減少します。財政の悪化も急速に進行しました。これは神野先生に教わったことですが、間違った減税もあって、政府税収は90年度の60兆円から、2003年度の41兆円まで減っていきます。そうなると、少ない財源の配分を司る大蔵省、途中から財務省の介入が強まりました。財務省は、「医療費の５％減」といったアドバルーンを挙げるようになった。それに対し、自民党関係者と厚労省による交渉を経て、何とか低いパーセンテージのプラスの上昇をしていた姿が90年代です。その後中医協で配分を決定するように手順が変わっ

ていきました。

2001年以降はさらに大きく変化します（**図表12**）。2007年まで続く市場経済原理政策が医療にとっては打撃となりました。先ほど説明したサッチャー政権と同じ帰結を生みかねない苦境です。政治の背景については山口先生がお詳しいですが、首相の強いキャラクターと、新自由主義の論客的な経済学者、新自由主義を利用して事業の拡大を図った一部の財界人、さらにそうした人たちの力を使った財務省とが組み合わさった政権だったのではないでしょうか。

官邸と内閣府、経済財政諮問会議と規制改革民間開放推進会議とが、公的医療費抑制政策を主張し、実行しました。最近では社会保障費の伸びを年2,200億円抑制する困った方針が閣議決定されたことは皆様ご存知の通りです。

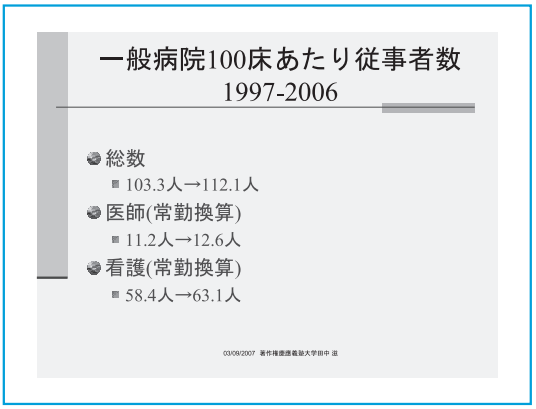
（図表12）



著しい進歩を遂げる医療技術と医療費減の矛盾

この間、では医療がシュリンクしてきたか、技術が退化したかと問われれば、そうではなかった（**図表13**）。

（図表13）

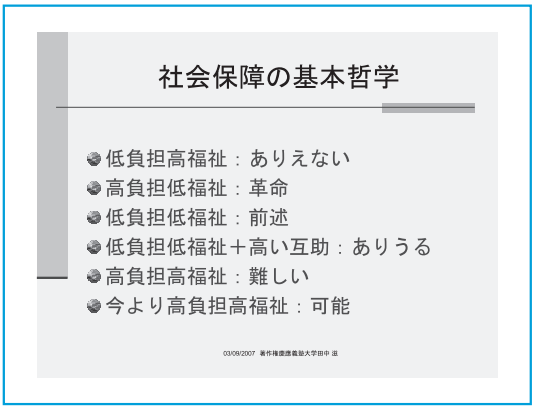


先ほど言ったように、この10年間、15年間、画期的な技術の進歩が続いています。病院における従事者数は100床当たり１割増えています。それでいながら医療費がさほど増えないのだから、医療経営が苦しくなる事態は当然です。

では、どうしたらよいか。チョイスは６つ考えられます（**図表14**）。

まず低負担高福祉は絶対に不可能です。実際の責任を取らないつもりの政治家しか言えません。「消費税増税反対です。社会保険料も増やしません。けれども、高い福祉を実現します」は、嘘の約束以外の何物でもない。

（図表14）



反対に高負担低福祉政策をとった国では最後には革命が起きるでしょう。

他方、日本は、アメリカと並んで低負担低福祉の国です。先ほどのイギリスは中負担中福祉。独仏は高負担高福祉に近く、北欧はさらにそうです。

高い互助の精神が支えるアメリカの医療制度

ところでアメリカ合衆国は、著しい階層格差の下で、低負担低福祉国でありながら、どうして社会が維持できているのか。それは、「悲しみの分かち合い」に相当する仕組みが存在することも理由です。具体的には高い互助活動です。「人々が政府に頼らず自立した社会こそがグローバル・スタンダードだ」という主張は、一見正しいように聞こえますが、世界の資本主義の中心であるアメリカモデルは、強い互助の仕組みを持っていることを無視した発言です。苛酷な資本主義が機能し、大きな格差があっても社会を維持しているアメリカには、それなりの補完装置があります。公助はあまり強くありません。アメリカはそれこそ建国の初めから一種の新自由主義実験国家と評することもできます。そもそも政府の権力に反対して自分たちの社会をつくろうとした国では、初めから互助が社会のなかに組み込まれていました。医療にかかわる互助の代表は、地域社会の助け合いと、金銭的な寄付です。アメリカの年間寄付額は、日本円に直して、最近の統計ですと30兆円と言われています。その多くは医療にも使われます。

つまり、国家が主導する医療制度がなくても、もしくは弱くとも、コミュニティ病院は自分たちのものであるから支え、日本で言う減免医療、払えない人のための医療を提供しています。6,000万人ないしそれ以上の無保険者が全員急性期医療から排除されるわけではなく、互助の仕組みの中で救われるケースが普通と言われています。また、本日の主題とは離れますが、医療の専門性にかかわる信頼を向上させるための仕組みも民間の自主的なものです。

社会保障制度は社会の安定基盤であり、社会的共通資本である

こうした互助の部分を無視した日本の新自由主義者が、公助や共助が弱い、つまり皆保険制度ではないアメリカ型を世界のスタンダードであるかのように説くことは、二重の誤謬になります。まず世界の経済的先進国には、米国を除き、すべて強い公的な支え合いの仕組みがあります。一方アメリカには強い私的な支え合いの仕組みがあります。ゆえに「グローバル・スタンダードだから医療保障を私的保険に移し、小さな政府を志向する」政策は誤りなのです。

反対側の高負担高福祉が理想だとは思いますが、現実の政策としてはわが国では無理なので、今よりも高負担高福祉の方向で、つまりは現実のところ中負担中福祉しか答えはないのではないでしょうか。

医療は社会安定の基盤のもっとも大切な要素です。「社会的共通資本」という宇沢先生の言葉を最後に使います。社会的共通資本とは、社会が安定し、仕事の世界でのグローバル・スタンダードを築くための基盤にほかなりません。その充実こそが格差社会における安全弁なのです。

ご清聴ありがとうございました。

講演Ⅲ

社会保障をめぐる政治の展望

北海道大学法学部教授
山口　二郎

トリクル・ダウンしなかった小泉・安倍政権の改革

皆さんこんにちは。講演の最後ということでちょっとお疲れかもしれませんが、よろしくお付き合いをお願いいたします。

私はわりと悲観的に、日本の政治はだめだというようなことをずっと言ってきたのですが、去年の参議院選挙のちょっと前ぐらいから、ようやく日本人も小泉構造改革というインチキに騙されていたことに気づいた、多少ましな方向に政治意識が向いているのではないかということを考えて、わりと最近、楽観的な議論をしています。今日は少しその楽観的な話から始めていきたいと思います。

それは根拠がないわけではありません。まず**図表１**をご覧いただきたいと思います。要するに民意の現状がどこにあるのかということについて、まずご紹介をしたいと思うわけです。

これは昨年の11月の下旬に、私が代表をしております科学研究費のプロジェクトの予算で、全国世論調査を行った結果です。1,500サンプルでＲＤＤ法という、要するに電話番号をランダムに発生させて行う調査で、ＮＨＫとか朝日新聞とかがやっているのと全く同じ調査で、1,500サンプルあれば大体全国の動向は分かるわけです。国民の現状認識、あるいは望ましい政治や社会経済システムのあり方について、率直に問いを投げかけてみたわけです。まずその結果を順番に見ていきます。

問１番、小泉・安倍政権の改革の結果をどう評価するか。これは６つの選択肢のうち２つを選ぶという設問でして、肯定的な評価が３、否定的な評価が３、そのうち２つを選んでもらいました。そうすると、第１位は「貧富の差、地域間格差の拡大」を選んだ人が65％です。第２位は「教育・福祉などの公共サービスの質の低下」、第３位が「金儲け主義

（図表１）

〈調査概要〉

1. 調査期間　2007年11月24日～27日
2. 対象地域　全国
3. 対 象 者　20歳以上の男女
4. 調査主体者　北海道大学
5. 調査手法　RDD 法
6. 備　　考　数表内の3083はウエート処理後の架空の数値。実際の総サンプル数は1514である。

	問１　小泉、安倍政権が進めた改革の結果、日本の世の中はどのようになったと思いますか。	(MA)	
No.	カテゴリ	件数	(全体)%
1	経済的な活力が高まり、豊かさを取り戻した	242	7.8
2	政治家や官僚の不透明な特権が是正された	727	23.6
3	税金の無駄遣いがなくなった	232	7.5
4	金儲けのためなら手段を選ばないという風潮が広まった	945	30.6
5	貧富の差や都市と地方の格差が広がった	2001	64.9
6	教育や福祉など公共サービスの質が低下した	1290	41.8
7	わからない・答えない	151	4.9
	不明	0	0.0
	サンプル数(%ベース)	3083	100.0

	問２　あなたは自分の老後や子どもの将来についてどのようなイメージを持っていますか。	(SA)	
No.	カテゴリ	件数	(全体)%
1	豊かな生活を続けられ、安心	121	3.9
2	今の生活を維持できないかもしれないが、おおむね安心	737	23.9
3	今の生活を切り下げなければならず、やや不安	1296	42.0
4	生活はかなり厳しくなり、不安	898	29.1
5	わからない・答えない	31	1.0
	不明	0	0.0
	サンプル数(%ベース)	3083	100.0

	問３　これからの生活を脅かすものは何だと思いますか。	(MA)	
No.	カテゴリ	件数	(全体)%
1	経済の停滞	500	16.2
2	財政赤字	896	29.1
3	年金制度の破綻	1714	55.6
4	医療の崩壊	1063	34.5
5	環境破壊	947	30.7
6	治安の悪化	481	15.6
7	外国の脅威	229	7.4
8	特にない	29	1.0
9	わからない・答えない	18	0.6
	不明	0	0.0
	サンプル数(%ベース)	3083	100.0

	問４－１　今の日本で最も困っている人は誰だと思いますか。	(SA)	
No.	カテゴリ	件数	(全体)%
1	高齢者	900	29.2
2	フリーターや派遣など正社員ではない若者	827	26.8
3	農家	407	13.2
4	働く女性	125	4.0
5	地方の自営業者	296	9.6
6	障害者	384	12.5
7	特にいない	101	3.3
8	わからない・答えない	44	1.4
	不明	0	0.0
	サンプル数(%ベース)	3083	100.0

	問４－２　今の日本で次に困っている人は誰だと思いますか。	(SA)	
No.	カテゴリ	件数	(全体)%
1	高齢者	580	19.0
2	フリーターや派遣など正社員ではない若者	560	18.4
3	農家	340	11.2
4	働く女性	232	7.6
5	地方の自営業者	456	15.0
6	障害者	594	19.5
7	特にいない	121	4.0
8	わからない・答えない	55	1.8
	不明	108	3.5
	サンプル数(%ベース)	3047	100.0

	問５　貧困問題に対して、どのように対処すべきだと思いますか。	(SA)	
No.	カテゴリ	件数	(全体)%
1	最低限の経済的援助を政府が行うべき	1020	33.1
2	職業訓練の機会や、働き口を増やすなど政府が自立を支援すべき	1429	46.3
3	家族や地域社会の助け合いで対処すべき	287	9.3
4	原則として自己責任で対処すべきで、社会的支援は必要ない	284	9.2
5	わからない・答えない	64	2.1
	不明	0	0.0
	サンプル数(%ベース)	3083	100.0

	問６　これからの日本のあるべき姿として、あなたのイメージに最も近いのはどれですか。	(SA)	
No.	カテゴリ	件数	(全体)%
1	アメリカのような競争と効率を重視した社会	208	6.7
2	北欧のような福祉を重視した社会	1802	58.4
3	かつての日本のような終身雇用を重視した社会	970	31.5
4	わからない・答えない	104	3.4
	不明	0	0.0
	サンプル数(%ベース)	3083	100.0

	問7　小泉、安倍政権の改革の後で、日本型制度をどうするかが改めて問われています。これまでの日本型の制度のなかで最も維持、あるいは復活させるものは何ですか。	(SA)	
No.	カテゴリ	件数	(全体)%
1	地域間の平等	388	12.6
2	男女の役割が異なった伝統的な家族のあり方	367	11.9
3	中小企業、自営業や流通業の保護	543	17.6
4	雇用の保障	1013	32.9
5	地域の緊密な人間関係	554	18.0
6	特にない	155	5.0
7	わからない・答えない	64	2.1
	不明	0	0.0
	サンプル数(%ベース)	3083	100.0

	問8　逆に最も改善が必要だと思う点は何ですか。	(SA)	
No.	カテゴリ	件数	(全体)%
1	多様な生き方や個性を実現すること	284	9.2
2	男女平等を進めること	210	6.8
3	官僚の力を弱めること	882	28.6
4	公的な社会保障を強化すること	1133	36.7
5	競争原理を導入し、平等の行き過ぎを見直すこと	325	10.6
6	特にない	167	5.4
7	わからない・答えない	82	2.6
	不明	0	0.0
	サンプル数(%ベース)	3083	100.0

	問9　社会保障について伺います。社会保障の財源として、消費税率の引き上げが論議されていますが、あなたはどう思いますか。	(SA)	
No.	カテゴリ	件数	(全体)%
1	消費税率の引き上げはやむを得ない	540	17.5
2	消費税ではなく、法人税や所得税など裕福な人や企業に負担させるべき	1090	35.4
3	行財政改革を進めるなど国民の負担を増やす以外の方法を採るべき	1357	44.0
4	そもそも今の社会保障で十分	62	2.0
5	わからない・答えない	34	1.1
	不明	0	0.0
	サンプル数(%ベース)	3083	100.0

	問10　雇用について伺います。フリーターや派遣など正社員ではない働き方が増えていますが、これについてどう思いますか。	(SA)	
No.	カテゴリ	件数	(全体)%
1	会社に縛られたくない生き方もあり、多様な働き方があってもよい	910	29.5
2	企業が競争を勝ち抜くには、賃金を抑えることも必要なので仕方がない	463	15.0
3	仕事の内容が同じなら正社員の賃金を少し下げても、待遇は平等にすべき	1504	48.8
4	わからない・答えない	206	6.7
	不明	0	0.0
	サンプル数(%ベース)	3083	100.0

	問11　あなたはどの政党を支持していますか。	(SA)	
No.	カテゴリ	件数	(全体)%
1	自民党	732	23.7
2	民主党	687	22.3
3	公明党	104	3.4
4	共産党	97	3.2
5	社民党	57	1.9
6	国民新党	20	0.6
7	新党日本	17	0.6
8	その他の政党	29	0.9
9	支持政党はない	1301	42.2
10	わからない・答えない	39	1.2
	不明	0	0.0
	サンプル数(%ベース)	3083	100.0

	F1　性別	(SA)	
No.	カテゴリ	件数	(全体)%
1	男性	1486	48.2
2	女性	1597	51.8
	不明	0	0.0
	サンプル数(%ベース)	3083	100.0

	F2　年代別	(SA)	
No.	カテゴリ	件数	(全体)%
1	20代	461	15.0
2	30代	548	17.8
3	40代	471	15.3
4	50代	572	18.6
5	60代	481	15.6
6	70歳以上	550	17.8
	不明	0	0.0
	サンプル数(%ベース)	3083	100.0

	F3　職業別	(SA)	
No.	カテゴリ	件数	(全体)%
1	農林漁業	90	2.9
2	商工サービス業(自営業)	232	7.5
3	自由業	80	2.6
4	管理職	92	3.0
5	事務･技術職	837	27.2
6	現業職	450	14.6
7	専業主婦	622	20.2
8	その他･無職	679	22.0
	不明	0	0.0
	サンプル数(%ベース)	3083	100.0

	F4　市郡別	(SA)	
No.	カテゴリ	件数	(全体)%
1	大都市(東京都区部・政令指定都市)	817	26.5
2	中都市(有権者10万人以上の市)	1091	35.4
3	小都市(有権者10万人未満の市)	805	26.1
4	町村	370	12.0
	不明	0	0.0
	サンプル数(%ベース)	3083	100.0

	F5　地域別	(SA)	
No.	カテゴリ	件数	(全体)%
1	北海道	125	4.1
2	東北	255	8.3
3	関東	1017	33.0
4	北陸・甲信越	226	7.3
5	東海	333	10.8
6	近畿	480	15.6
7	中国	186	6.0
8	四国	84	2.7
9	九州	378	12.3
	不明	0	0.0
	サンプル数(%ベース)	3083	100.0

の蔓延」と、きれいに否定的な評価が上位３位を占めています。「経済的活力の回復」などという、肯定的な評価をした人が10％もいないということです。

先ほど田中先生や神野先生のお話にありましたように、構造改革で確かに景気は回復した、あるいは企業の収益は回復しましたが、一般の人々には行き渡っていない、トリクル・ダウンしていないということは、国民自身がはっきりと感じているわけです。

問２番、これは生活のイメージ、将来展望です。４つの選択肢のうちから１つを選んでもらいましたが、第１位は「やや不安」、第２位が「本当に不安」、「やや不安」と「不安」を合わせた悲観派が70％強です。「おおむね安心」が1/4弱、「本当に安心」が４％弱ということで、悲観と楽観が大体７対３という割合になっています。

ちなみに政党支持とこの問いの２番の答えをクロスさせてみると、自民党支持者は楽観派が多くなっています。自民党支持者に限ってみれば、楽観派が４で悲観派が６なのです。他方、民主党支持者は悲観派が多くなっています。悲観派が８で楽観派が２、このようなことから、政党支持と現状認識や将来展望というのはかなり重なっているなと感じました。

生活不安の最大の原因は年金・医療など社会保障の破綻

問３番、これは今言った、将来の不安の原因はいったい何かという質問で、７つのうちから２つ選んでもらいました。そうすると、やはり断然トップは「年金問題」です。２番目が「医療の崩壊」、そして、３番目が「環境破壊」ということでして、やはり年金・医療、社会保障の破綻が将来生活の不安の最大の原因であるということを、国民ははっきりと認識をしていると見て間違いありません。それから最近の地球環境問題等に対する関心の高まりから、環境破壊というのが結構上位に来ているということも面白い結果です。それに対して「経済の停滞」、つまり日本の経済力が低下して、他の国に負けるのではないかとか、そういう問題についての恐怖感というのは思ったほど大きくはないということです。

少し飛ばして、問６番、ここでは率直に社会経済システムのモデルとして、アメリカ型、北欧型、それから日本の伝統回帰といった３つの選択肢を示して選んでもらったのですが、何と「北欧型の福祉社会」というのが６割近い支持を得ています。「アメリカ型の自由競争」、競争万能社会というものは最下位、６％ちょっとしか支持を得ていないといった結果になりました。小泉政権時代に、竹中平蔵氏その他いろいろな学者やエコノミストがカネ太鼓を叩いて「アメリカ型モデルこそが日本の改革の目指すべきあり方だ」というようなことを言ったわりには、国民にはそれが浸透していないということが分かります。北欧型福祉というのがこんなに多いとは、私も全く意外な感じがいたしました。

小さな政府路線による社会保障、公共サービスの削減で高まる国民の不安

それから、問８番です。日本的なシステム、要するに従来の日本型の雇用とか家族とか地域社会とか、そういった日本的なシステムのなかで、どこを修正、改善すべきかという質問を出しました。これについてやはり一番大きいのは「公的な社会保障を強化する」という答え、これが30数％ということです。もう

1つ「官僚の力を弱める」というのが第2位で、3割弱ということです。この日本的な1億総中流社会をつくった社会経済政策というのはどんなものだったのかというのは、このあと解説をいたします。要するに公的な、制度的な社会保障をきちんとやってほしいということに対して、国民が大変強い希望を持っているということは、ぜひ覚えておいていただきたいと思います。

それから、問9番、これは財源の問題です。「昨今の消費税率引き上げ問題についてどう思いますか」という質問なのですけれども、やはり消費税率を上げるということについては否定的な反応が大きいようです。「消費税の引き上げは仕方がない」という人は全体の20%もいません。「裕福な個人や企業に負担してもらいたい」、あるいは「無駄を省く」こういう答えが出てきています。

ざっとご紹介いたしましたが、詳しい解説、もっと詳しい分析は、私どもの研究プロジェクトのホームページにも掲載していますので、あとで興味のある方はご覧いただきたいと思います（http://www.csdemocracy.com/opendata/200801.html）。

要するに国民が今考えていることは何かといえば、やはり小さな政府路線でどんどん社会保障、教育等を中心として財政削減をし、公共サービスを削減してきたことに対して、大変に不安が高まっているということです（**図表2**）。したがって、昨年の参議院選挙で自民党が大敗し、生活第一を訴えた民主党が大勝したのも、単に政治的スキャンダルとか、突発的な事件というよりは、もっと根深い、小泉政権、安倍政権の政策に対する国民の厳しい否定的な評価があると考えるべきです。

なぜ、国民は小泉構造改革を歓迎したのか

そういたしますと、非常に不思議なというか、難しい問いを、私たちは考えなければなりません。要するに、皆、アメリカ型の社会

（図表2）

1　構造改革の帰結と民意

・自民党の深い矛盾	資本の圧力と再分配の要求
	官僚依存と部分的最適化
	小泉政治という薬物依存
・民主党の勝因	小沢代表の政治的リアリズム
	生活優先というメッセージのわかりやすさ
	地方の疲弊と1人区の大勝
・国民は何を望んでいるか	構造改革に対する否定的評価
	大きな将来不安
	不安の源泉としての社会保障危機
	北欧型福祉社会への大きな支持
	負担増に対するためらい

などは嫌だと思っています。あるいは医療、年金、教育、こういったものをきちんとやってほしいと思っています。しかし、なぜ2001年から小泉構造改革という名の社会保障破壊や格差拡大路線を国民が歓迎したのか。そこのところについて、私は政治学が専門なので少し絵解きというか、分析をしたいと思うわけです。

そこでまず小泉さんが破壊した、あるいは小泉さんのシンパから見れば改革をした、従来の戦後日本の平等システムとはいったい何であったのかということを、ごく簡単に説明しておきたいと思います。

よく日本経済新聞のような構造改革を推進するメディアで、戦後日本について「成功した社会民主主義」という言い方をいたします（**図表３**）。社会民主主義というのは最前からお話がありましたように、スウェーデン、ドイツなどヨーロッパの福祉国家における政治理念で、市場経済システムの下で最大限福祉

（図表3）

２　日本における《成功した社会民主主義》とは何か？

⑴　日本型経済社会システムの特徴――日本は決して社会民主主義ではない

- 社会民主主義イメージの源泉　階層間の平等
  地域間格差の縮小
  官僚支配と民の弱体
- 平等をもたらしたもの　貧弱な社会保障
  地方重視の公共事業と税の再分配
  護送船団方式の規制
  会社単位の社会政策
- 日本的再分配政策の特徴　裁量的政策＋リスクの社会化（→図１）
  欧米の社会経済システムとの比較
  ＝ハイブリッドとしての日本的福祉国家
- 囲い込み社会におけるリスクの社会化　会社というセーフティネット
  ムラ社会の安定
  同調主義と裏腹の安全、安心

⑵　日本型システムの行き詰まり　なぜ構造改革が必要か？

- 1990年代におけるグローバル化の進展　競争原理の浸透
  財政危機
- リスク社会化の限界　高コスト社会
  モラルハザードの蔓延
- 裁量的政策の弊害　官僚腐敗と護送船団方式の限界
  あっせん政治の横行と政治腐敗がもたらす諸問題

を追求していくというのが、社会民主主義なのです。

日本は残念ながら社会保障小国でありまして、社会民主主義ではないのですが、しかし、１億総中流社会とかいって、国民の９割が中流意識を持つ、あるいは高度成長期から1970年代ぐらいまではジニ係数も大変低い、都市と農村の格差も縮小した、非常に均質的な、ある意味では平等な社会をつくりました。そこのところを捉えて「社会民主主義だ」というようなことを新自由主義の皆さんが言うわけです。もう１つ、官僚が威張っている、公共事業をたくさんやって、金を使っている、規制が大きい、こういうところで大きな政府のように見えるので、社会主義のような連想が働いたわけなのですが、そこの実態はどうかということです。

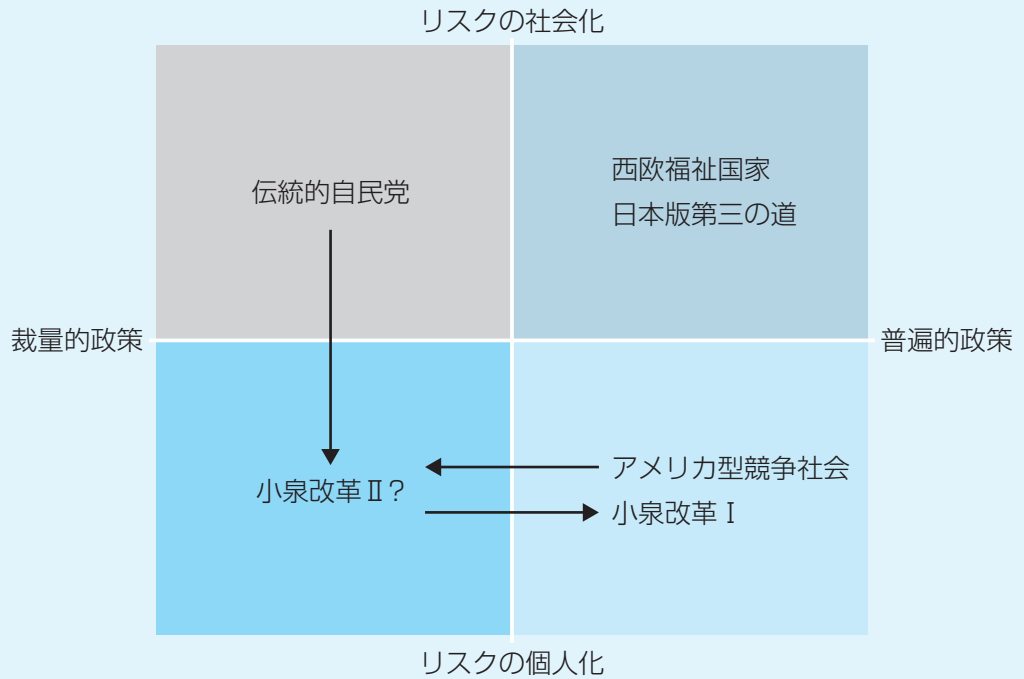
日本の場合、平等というものは、決して普遍的な平等、要するにお金持ちと貧乏人の間の格差を縮小していくということではなくて、むしろ、特に政治家の皆さんが一生懸命追求した平等は、空間的・地理的な平等です。大都市と田舎、農村部でのいろいろな面での格差を縮小して、生活の利便性とか、所得水準をなるべく揃えていく。これが政治の目標でありました。

「裁量的政策」の比重が大きかった日本

そういう目標を達成するために、どんな政策があったのかということです。ここは**図表**

（図表4）

図１　政策分類と政治勢力の位置付け



4を見ながらお話を聞いていただきたいと思います。これは生活の仕組みについて特徴付けをしようと思って作った図です。

縦軸にある「リスクの社会化」「リスクの個人化」というのは、今日の神野先生のお話にありましたオムソーリというのと同じです。要するに人間が生きていくうえで遭遇するさまざまな困難とか不幸とか、いろいろ難しい問題を個人個人で引き受けるのか、社会全体の問題として取り組むのかという理念の対立軸です。

今の田中先生のお話にありましたように、アメリカという国はリスクの個人化路線のもと、自己責任で生きていくという社会原理で成り立っています。これに対してヨーロッパと日本は、制度の違いはかなりありますが、リスクを社会化していくという理念で、社会保障制度やあるいは地域間の格差是正のための、たとえば地方交付税、補助金、こういった制度を構築しています。

しかし、日本とヨーロッパでは全く違うところがあるわけです。そこを捉えようと思ったのが横軸で、右に「普遍」、左に「裁量」と書いてあります。

「普遍的政策」というのはルールや基準がはっきりしていて透明性が高い。たとえば25年年金保険料を払った人は65歳になったら毎月いくらかの年金が貰えるとか、6歳の子どもは小学校に行って、ただで教育を受けることができるとか、そういうルール、基準がはっきりしています。役人の恣意とか、あるいは政治家の圧力とか、そういったものが入ってくる余地がないタイプの政策です。公的年金とか医療保険とか介護保険とか、本来はこういう制度が普遍的政策に入るわけです。

しかしながら、日本の場合は、そこの部分がやはり貧弱でした。リスクを社会化する手段として、左側にある「裁量的政策」というものの比重が非常に大きかった。この裁量的政策というのは、ルール、基準がありません。逆に言うと、権限、財源を持った役人のさじ加減で何とでもなります。したがって、そこに政治的圧力が働きやすい。斡旋・口利きの政治というのは、ここではびこります。

立花隆さんというのは、私にとっては大変な憧れの人でありまして、私は高校生のときに立花さんの『田中角栄研究』というのを読んで、これで政治学者になろうと思ったぐらいでありまして、大変に思い出深い論文なのですけれども、まさに立花さんが戦ってきた田中角栄型の政治というのは、裁量型政策によってお金をあちこちに分配、ばらまいていきます。

これは一概に悪いことばかりではなかったというか、そういうものを必要としていた人もいた、あるいは地域もあったということも、一方で見ておく必要があります。つまり、新潟県とか北海道とか、そういう経済発展から遅れた地域から選ばれた政治家が、大蔵省や建設省や農林省と関わって、地域に金を持ってくる。そのおかげで、公共事業を通して雇用が増え、所得水準が上がる、こういうことがあったわけです。

裁量型政策の終焉を迎える1990年代

しかしながら、裁量型政策は、実は本当の意味の公平性はありません。たまたま新潟県はたくさん貰えた、新幹線も早くできた。しかし、隣の山形県は遅れている。そういうふうにデコボコがあります。しかしながら、おしなべて自民党という政党は、やはり田舎出身の政治家がきわめて多いし、力も持ってい

たから、そうやって裁量型政策に皆、食い込んでいって、我田引水の競争をして、地域にお金を持ってきました。そのことが、巨視的に見れば、大都市と農村の格差を縮小し、田舎での雇用や公共サービスの拡充をもたらした。こういう話になるわけです。

したがいまして、戦後日本の平等というのは、私の言葉を使えば、裁量型政策によるリスクの社会化の帰結であるということになります。しかし、そこにはやはりいろいろな欠陥、問題点もあったわけでして、その欠陥、問題点が吹き出してきたのが大体1990年代以降、つまり、バブルが崩壊し、財政的な赤字が広がっていく。あるいはいわゆるグローバリゼーションがどんどん伸展して、国内のあらゆる産業分野で競争原理というものが大々的に展開されていくようになります。そうすると、リスクを社会化していって弱者を守る、あるいは競争を抑制していく、こういった政策に対する不満が高まっていくということになり、またそういう不満を背景に、改革路線というものが登場してくることになったわけです（**図表５**）。

小泉政治というのは、言ってみればその改

（図表5）

３　弱者はなぜ「小さな政府」を支持したのか

・否定的イメージとしての再分配政治　非効率性と大都市の不満
自民党の停滞と機能不全
官僚の硬直化と予算の無駄遣い
「囲い込み社会」崩壊の爽快感

・民主政治のモデルチェンジ
橋本派政治：親切な政治と非効率や腐敗
既得権の累積と決定の停滞
不透明な政治過程と無党派層の疎外感
小泉政治：　冷淡な政治と効率化
既得権を破壊する権力の行使
透明な政治過程とメディアポリティクス
無党派層の疑似参加感覚

・大きな不平等と小さな不平等　グローバル資本主義が生み出す大きな不平等
公共セクターが生み出すプチ不平等
プチ不平等を怨む人々の正義感と平等意識

・リスク社会化システムの機能不全　搾取としての社会保険システム
リスクに対する共感、連帯の欠如
小さな政府がもたらす平等という錯覚
下に向かっての平等

革の仕上げであったわけですが、その前提として、従来型の裁量型政策によるリスクの社会化というのは、やはりいろいろな意味で否定的なイメージを帯びていたわけで、効率が低い、要するに無駄な公共事業をたくさんやって、金を本当にドブに捨てるような形になってしまっている、あるいは政治や行政の腐敗が起こる、こういった面で弊害がたくさん見えてきました。

政治のほうにそれを投影してみると、いわばモデルチェンジが起こったわけです。つまり、立花さんが批判してやまなかった田中・竹下、経世会型の政治というものは、一面で親切な政治でもありました。田舎から陳情に行ったら親切に応対してくれて、役人に口を利いてくれて、金が来る。こういう意味で親切な面もあったけれども、実に腐敗を起こしやすいし、無駄も多くなります。そこにはさまざまな既得権というものが累積し、必要な意思決定ができません。特に歳出削減とか規制緩和とか地方分権のような、官僚の権限や財源を削るという方向の政策決定ができません。政治過程というのはまことに不透明です。先ほどの田中先生のモデルであったように、族議員、官僚、一部の有力な圧力団体・利益団体、こういったものがいわゆる「鉄の三角形」というのを形成して、普通の人からは全然見えない、密室で何か物事を決めている、と。そうすると、普通の人はすごく距離感、疎外感を感じてしまう。こういうことです。

福祉国家攻撃、社会保障破壊が支持された小泉政治

このような政治に対して小泉さんは、要するに自民党をぶっ壊すとか言って、改革の姿勢を明らかにしたわけです。小泉政治というのは、一面で非常に冷淡です。弱者に対してもまことに冷たい。しかし、効率化を図っていく、無駄を省く、そういうイメージがあります。それから既得権を破壊して、正面から権力を行使する。要するに議論をしない。聞く耳を持たない。一方的に権力を使う、こういう姿勢です。あるいは、政治過程というのは一見透明になったように見えます。首相がさまざまな言葉を発し、また官邸直属にいろいろな会議を作って、そこで何か有名なエコノミストや財界人が議論をしています。小泉官邸からメールマガジンか何か貰うと、自分も参加したような、擬似的参加感覚というものが味わえる。こういうあたりにモデルチェンジがあったわけです。

結果として非常に大きな格差が拡大し、社会が本当にギスギスしてきたということは、先ほど私が紹介したとおりで、人々もそういうことが分かってきたわけですが、１つ気をつけておかなければいけないことは、従来のリスクの社会化の仕組みが、特に雇用を中心とする経済環境の大きな変化のなかで機能不全を起こしています。リスクを社会化するための仕組みが、むしろ格差を部分的には広げている、リスクを大きくしているという現象があります。そこに小泉流福祉国家攻撃、社会保障破壊が支持を受けた原因があるということを、ここで指摘しておきたいわけです。

たとえば社会保障の面でいえば、国民健康保険、国民年金という仕組みが今、いろいろな意味で動揺しています。昔であれば終身雇用というものがあって、人が１回仕事に就けば会社が定年まで面倒を見てくれて、保険料も労使折半で払ってくれたということなのですが、この10年ぐらいどんどん非正規雇用が増え、そうするとパートや派遣の人たちは会社の保険に入れなくて、国民健康保険、国民

年金に入らざるをえません。特に若い世代で時給800円とか時給1,000円で必死に働いて、ようやく１か月15～16万円稼ぐなどという人にとっては、毎月14,000円の国民年金の保険料などというのはものすごい収奪です。場所によって違いますけれども、２万、３万ぐらいの国民健康保険の保険料を払うなどというのは、大変な収奪です。

つまり、国民全体としてリスクを社会化するためにできているはずの仕組みなのですが、今日のような雇用情勢においては、むしろ一番弱いところに重荷となって、このリスクの社会化の仕組みがのしかかっていくという、まことに皮肉な現状があるわけです。そうすると、不利な立場の人間が、もっともっと不利を広げていけという方向で、変に欲求不満を解消するという困った状況があります。2005年の総選挙で、若者の投票率がガクッと上がって、しかもそれが小泉の支持につながったなどというのは、私はそういう背景があると考えています。

リスクに対して社会全体が対応していく仕組みを再建する

時間もあまりないので結論部分に行きますが、今、起こっている状況というのは、リスクの普遍化状況です（**図表６**）。今、一見安定した豊かな生活をしている人も、リスクをたくさん抱えています。要するに親が年をとって、要介護状態になる。子どもが引き籠もりになる。いろいろなリスクを皆、潜在的に抱えているわけで、したがって、このリスクに、社会全体として対応していく仕組みを再建することが急務です。そのことは、国民も総論としては分かっているということです。

私はやはり小泉時代の政策決定を見ていまして、価値観に関わる問題について、国民的な議論をさせない。経済財政諮問会議などの有力な審議機関が、いわば結論を先取りして、政策の方向付けを決めてしまう。こういう弊害を強く感じるわけです。日本の政策決定には、実に根拠のない命題が当たり前の前提としておかれています。誰もそれを疑いません。メディアが特にそれを疑わないという問題があります。

国民負担率の神話、あるいは先ほど出てきた医療費亡国論、こういったものはことごとく事実の根拠は何もありません。一方的な思いこみです。大体、租税、社会保険料負担率と経済成長率、ＧＤＰ成長率をプロットしてみると、相関関係はないのです。日本のように負担率が低くても成長しない国もあるし、スウェーデンのように負担率が高くても成長する国があるし、要するに負担率が大きくなったら経済の活力がなくなるなどというのは嘘です。

それから、小さな政府が国民の経済的自由をもたらすというのも錯覚で、これは先ほどの田中先生のお話にあったことなので、もう割愛をしますが、要するに税金で払う分が減っても、個人個人で学校や病院や介護施設に払うお金が増える。それだけの話です。

もう１つ申し上げておきたいのは、財務省主導の政策決定において、「プロクラステスのベッド」というべき症候群があるということです。この「プロクラステス」というのは、ギリシアの神話に出てくる追いはぎでありまして、この追いはぎは大変残酷な追いはぎで、旅人を捕まえてきて自分の家のベッドに縛り付ける。ベッドからはみ出す手や足をちょん切るという残虐な趣味を持った強盗なのですが、平成の日本では、財務省こそがプロクラステスであると言いたい。

（図表6）

4　日本の現状と誤った処方箋

・リスクの普遍化　　日本的セーフティネットの崩壊
　　企業　地域社会　公共事業
民のモラルハザードがもたらすリスク
　　粉飾　耐震偽装＝生命、財産への脅威
自然災害と環境リスク
　　過疎と高齢化→地域における危機管理能力の低下
生活に関わるリスクの増加
　　医療、介護の不備→高齢者の犯罪増
　　次世代育成のリスク
　　家族の疲弊
リスク普遍化状況における福祉
　　例外的恩恵ではない
　　誰もが脆弱性を抱えているからこそ福祉が必要

・リスクの受け止め方　　リスク無縁の富裕層→ミニバブル
リスク執行猶予の中下層社会
リスクフリーの人々に対する反感、憎悪

・政策決定システムのひずみ

①根拠のない命題が政策形成における自明の前提にされる
　＝国民負担率の神話　　国民負担率が50%を超えたら経済はだめになる

②医療費亡国論の嘘　　医療費増加率をＧＤＰ成長率以下に抑えよというデマ

③「小さな政府」＝自由という錯覚

④財務省主導と「プロクラステスのベッド」症候群

⑤自己責任原則の濫用　　人間には自由に選べる事柄と選べない事柄がある
「病院がないと言うならある町へ移ればよい!?」

私は多田富雄先生がお書きになった一連の本を読みまして、脳梗塞のあとのリハビリテーションについて、保険適用が180日で打ち切りになるという暴挙を、日本の政府が決めたということを、本当に憤りをもって読んだわけです。つまり、リハビリの保険適用を180日で止めるなどというのは、まさに「プロクラステスのベッド」です。日本の国家財政という小さいベッドに国民を縛り付けて、無理矢理ベッドからはみ出す手や足をちょん切るということを、平気で「改革」という名の下にやっているわけです。

こういう国はやはり文明国ではないし、だいぶ国民の意識も変わってきました。冒頭紹

介しましたように、日本人は今こそ社会保障が必要だということを強く感じているところです。私は、先ほどの座標軸で書きましたように、従来型の自民党政治における裁量型の政策によるリスクの社会化の問題点というのは、国民も結構分かっているのではないか。先ほど言ったように、日本型システムを改善する必要がある、特に社会保障が大事なのだということは、まさに裁量型の政策ではなくて、きちんと制度的に確立された、普遍的で公平で透明性の高いシステムによって社会保障を行うべきだという世論だと理解をしてよいと思います。そういう意味で、リスクを社会化していく。そのための政治的なインフラをもう１回作り直していく。これこそが政治の急務であります（**図表７**）。

結論として、小泉さんのおかげで、自民党というのはかなり新自由主義的な色彩を濃くして、リスクの社会化路線の人がいわば追放されたり、党内で非常に弱い立場に置かれたりしました。他方民主党はとにかく自民党と対決をしていくというううえで、「生活第一」というスローガンを出しまして、リスクの社会化路線を打ち出しているということで、ここのところがまさに２大政党制の大きな対立の焦点となっていく形勢であります。

細かいことは省きますが、私は今年の秋には、たぶん総選挙があるだろうと予想をしています。そうすると、まさに構造改革の総括をどのようにするか。そして、これからの日本の世の中において、このリスクの社会化路線を回復するのか、それともリスクの個人化路線でそのままいくのか、これが争点になると思います。

もう１つ希望を言えば、アメリカ大統領選挙とほぼ同じ時期に日本の総選挙があれば、アメリカのよい意味での影響を受けて、やはりそろそろ新自由主義的な路線から転換をするのが世界の趨勢だというような形で、政策が日本でも転換をしていくのではないか。このような、まことに私としては珍しい楽観的なシナリオを申し上げて、講演を終わります。

（図表7）

５　これからの社会保障政策論議をどう進めるか？

・理念	リスクの社会化と社会的インフラの再構築
	平等理念の再定義
	お金で買えるものと買えないものをはっきりと識別する
	自己責任領域と共同・相互扶助領域を識別する
・プロセス	透明性と公開性の確保
	関係者による「一歩後退二歩前進」
	新たな連携、協力関係の模索――政策におけるネットワーキング
・望ましい政党政治	世界標準型の二大政党制へ
	分水嶺としての社会保障政策
	日本版「第３の道」を誰が担うのか
	医師会と政治の関わり方はどうあるべきか

別添資料

表１　社会的支出（医療＋介護）の対ＧＤＰ比

	社会的支出総額	公的支出（%対 GDP）
アメリカ	26	16
スウェーデン	30	28
イギリス	27	24
カナダ	23	19
ドイツ	30	29
OECD	22	21

表２　公的社会支出と民間の社会支出（対家計支出比）

（権丈善一氏の著書より）

	スウェーデン	アメリカ
民間保険・教育・私的年金	2.7	18.8
デイケア	1.7	10.4
計	4.4	29.2
税	36.8	10.4
計＋税	41.2	39.6

表３　国民経済に対する社会保障、医療費の割合

	日本	アメリカ	イギリス	ドイツ	フランス	スウェーデン
社会保障給付費	23.9	20.5	26.7	36.8	39.8	44.1
公的医療費	6.5	6.8	6.7	8.5	8.1	7.8
私的医療費	1.5	8.4	1.2	2.4	2.3	1.4

注　社会保障給付費は、対ＧＤＰ比　　医療費は、対国民所得比　　権丈善一氏の著書より整理．

表４　社会保障制度の水準や負担の在り方についての内閣府調査（平成17年9月）

たとえ現役世代・将来世代の税や保険料の負担を増やすこととなっても，社会保障制度はより充実を図るべき	22.0%
たとえ現役世代・将来世代の税や保険料の負担を増やすこととなっても，社会保障制度の現在の水準はできるだけ維持すべき	44.4%
できるだけ現役世代・将来世代の税や保険料の負担を増やさないようにするためには，社会保障制度の現在の水準が下がってもやむを得ない	22.2%
その他・分からない	11.4%

（該当者数：1,896人）

表５　社会経済モデルの対比（神野直彦氏の著書より整理）

国	税負担	社会保険料負担	政策目標
アメリカ	所得税中心	低	治安と防衛
スウェーデン	所得税・消費課税	高	標準生活の保障
イギリス	所得税・消費課税	低	最低生活の保障

パネルディスカッション

脱「格差社会」と医療のあり方

パネリスト
東京大学大学院経済学研究科教授　**神野　直彦**
評論家　**立花　隆**
慶應義塾大学大学院経営管理研究科教授　**田中　滋**
北海道大学法学部教授　**山口　二郎**
日本医師会副会長　**竹嶋　康弘**

司会
日本医師会常任理事　**中川　俊男**

竹嶋副会長からの感想と意見

中川　後半は当会の竹嶋副会長も交えて行います。

それでは最初に今日の基調講演、それからお三方の講演を聞いて、まず竹嶋副会長から感想とご意見がありましたら。

竹嶋　まずもって各演者の先生方には大変ご多忙のなか、このシンポジウムに参加いただきましたことに、厚く御礼申し上げます。

実は、日本医師会は生命倫理懇談会、学術推進会議、そして医療政策会議という３大会議を持っています。この会議は、主として日本医師会の外におられる有識者、あるいは専門家の皆さん方においでいただきまして、いろいろご指導を賜る会議であります。神野直彦先生、田中滋先生、山口二郎先生は一昨年の唐澤執行部以来、医療政策会議にご出席を常に賜っております。また、田中滋先生はその座長をお務めいただいております。

立花先生につきましては、お話のなかで今の医療の実情をジャーナリストとしてしっかり見ていただき、大変理解をお示しいただいて、感謝しております。

まず拝聴いたしまして、神野直彦先生は、「ラーゴム」と「オムソーリ」ということで、日本語に直せば、ラーゴムは「ほどよい」とか「中庸の徳」ということでお話になら

れました。オムソーリは「分かち合う」、「癒し」、「助け合う」ということでありましょうが、社会福祉大国として経済的にも揺るぎない国となっていますスウェーデンが、まさにこういうものを持っているということからお話を進めていっていただき、私ども日本医師会としては、人間の共同社会に埋め込まれる医療政策、あるいは医療の現場で実践してほしいというメッセージをいただいたような気がします。

田中先生につきましては、これは田中先生の持論でありますけれども、いわゆる給付と負担ということで、私たち国民がいったいどこを望んでいるのだろうか。そういうことを田中先生の持論を交えながらお話をいただいたわけです。そのなかで１つ具体的には、いつも言われることでありますが、お年寄りの医療費が高い、高齢者医療費が高いということで、今度の後期高齢者医療制度のようにそこに縛りをかけるというようなことをやるのですが、その中身が一般の若人の方と同じように、決して１人当たり高くないということであります。これはまた後ほど時間があれば触れさせていただきたいと思います。

それから山口先生は政治学者でありまして、いつもそうですが、このような医療経済とか医療システムというものを、実際に反映させていくためには政治が必要だと。では、どういう政治のあり方がよいのかということを、いつも私どもにお説きいただいています。そのなかで、先生が最後のほうに述べられた、私もそのことに対していつもそう思うのですが、負担、税金を払う国民が、税金を払うのはある意味では預けているのだと。これがいろいろな方に教育、医療、福祉、保育など、そういうものに返ってくる。そういう考えを国民の皆さんが持ったらよいのではないか。また、それはそういう形で政治のうえに反映させていけばよいのではないかというお話をいただきました。

そして今日、本当にお忙しいなか、おいでいただきました立花先生には、医療崩壊ということをはっきりご認識いただいたというか、お話の大部分をそれにお割きいただきました。これについては後ほどいろいろ出るかもしれませんが、私もそのところで、もし時間があれば考えを述べさせていただきたいと思います。

以上、簡単でありますが、一通りの感想を述べさせていただきました。

今、われわれは何を取り戻さなければならないか

中川　ありがとうございます。今回のシンポジウムのテーマであります「脱『格差社会』と医療のあり方」というのは、神野先生が岩波書店から出された著書、『脱「格差社会」への戦略』のなかで称されたことに大きなヒントをいただきました。

小泉内閣の５年半を通じて、経済界への利益誘導型の市場原理主義的な政策運営が跋扈しました。市場原理に馴染まない社会的共通資本、とりわけ医療が深く傷ついてしまいました。これをいかに回復させるか、この点について、これから議論を深めていきたいと思います。

現状の医療現場の認識としては、長期にわたる医療費の抑制策によって、日本の地域医療は疲弊し、崩壊の瀬戸際に立たされ、一部はもう崩壊し始めています。今や地域の医療現場は、医療関係者の献身的な努力

で、かろうじて保たれているというのが現状だと思います。新自由主義を方向転換して、格差の是正に真剣に立ち向かわなければ、日本の社会が基盤から崩壊していく、そういう差し迫った危機感から、今回のテーマを決定させていただきました。

最初に、神野先生に改めて伺います。日本の社会は、先生の言われる経済成長と再分配、市場と民主主義などと表現される分かち合い、あるいは助け合いといった適切にバランスをとるということ、ラーゴムとオムソーリに近いことを常に考えてきたのではないかと思います。ところが今、それら日本人が元来持っていた、いわば美しい心というか、そういう精神を失う方向に舵を取ろうとしていると思えてなりません。こういった指摘は保守的な方からも上がっています。市場原理主義の熱狂を終えた今、われわれがまず取り戻さなければならないことは何か。根本的な哲学とはいったいどういうものか、まずそれをお話しいただければと思います。

「助け合い」の部分を育成していくことが重要

神野　これはポランニーという有名な経済学者が指摘していることなのですが、市場というのは共同体、人間の結びつきを崩していく「悪魔の挽き臼」なのです。それに対して公の部門は、そうした崩されていく助け合いの部分を育成していくという政策を打たなければなりません。先ほど田中先生がおっしゃったように、市場を否定しているわけではなくて、市場が巻き起こす矛盾と、それから市場でできないところを育成していくということが重要で、日本人が1980年代以降、考え違いをし始めたのは、「人間が生きるために仕事をしている」というごく当たり前の真理を忘れ始めて、「仕事のために生きている」というように考え始めた点だと思います。

ただ、先ほど山口先生がおっしゃったように、内閣府の世論調査を見てさえも、国民はこのことに気がつき始めています。国民は今、政府が進めているようなアメリカ的な社会、それから分かち合いのない社会を拒否し始めています。拒否し始めているからこそ、焦ってキャンペーンを打っているとしか思えてなりません。

医療政策も医療費削減ということだけが目的になってしまっています。これは私はいろいろな審議会、シンポジウムに出させられて、人口減少社会が問題だと言われ、それをどうにか脱却しなければいけないと考えて議論をしているのですが、人口を減少させないことをする政策というのは単純に考えて２つです。子だくさんです。もう１つは、今、生きている人々をなるべく死なせないようにする。つまり、子だくさん長寿化政策なのです。

ところが、どう聞いても、本音のところは「長寿化は困る」というメッセージなのです。どう聞いても「子だくさん若死政策をやりたい」という意思をひしひしと感じます。「子だくさん若死」にというのは発展途上国とか、私たちの戦前とか、歴史の針を逆に戻す政策を打ちたいと。つまり、活力のある社会というのは、働く人たちだ

けで、若い子どもたちは働けなくてもいずれ働くようになればよいけれども、働けなくなった人は用がないという社会になりつつあります。これは国民はひしひしと感じています。

私どもはこの間、名誉教授会をやりましたら、最年長の先生が「私は長い人生のなかで２度国家からお国のために死んでくれと言われた。１回は戦争中にお国のために死んでくれと。もう１回は今です。医療費が高騰するのでお国のために死んでくれと言われている」と。

これは国民はひしひしと感じているのです。こういう政策を打ち続けるというのは、目的としては間違いはじめた。私たちは生きるためにさまざまな行為を行っているのに、仕事をするために生きているのだと思い始めてしまった。結果として、何が起こっているのかというと、子だくさんのところが医療費削減でだめになってしまっているわけです。周産期医療とか、そちらのほうがだめになってしまっているということではないかと思います。

国民皆保険という日本の優れた医療制度を崩壊させないこと

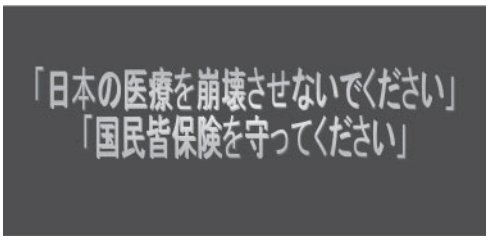
中川　ありがとうございます。この点について立花先生、いかがでしょう。

立花　私もそろそろ「お国のために死んでくれ」の年齢で、かつ健康状況もそうよくないから、「お前は」という方向になりそうだと思うのですが。

私は今回の患者体験を通じてつくづく感じたことは、先ほど最後に用意していたパワーポイントがあって出していないのですが、国民皆保険の日本の医療制度というのは本当に優れた制度で、これがなかったら、大変だと思います（**図表１**）。

（図表１）

患者の最大の願い



僕はしばらく前にアメリカの医療制度の本をたて続けに５冊ぐらい読んだのですが、これはもう全然だめだと。もしあの社会にいたら、僕のこの状態では完璧に死んでいたという思いがしました。

皆さんの想像と違って実は僕は全然お金がないのです。それで今回も、東大病院で手術して５日ぐらい入院して、全部で10万円ちょっとです。それは払いました。３割ですね。あれが５割になって、さらに今度トリートメントの１回ごとに万単位の金が出ていったら、本当に払えません。僕はこれまで純粋フリーの人間としてずっとやってきていますから、月給を出してくれるところはないので、今は大学で教えているから多少ありますが、普段はほとんどないのです。ですから、年金もほとんどありません。本当にフリーの人間のこの社会での生

きにくさというのは、ものすごくよく知っています。

ですから、先ほど言いました、どうしても１枚示したかった最後のパワーポイントというのは、やはり患者のいちばんの期待というのは何かといえば、「日本の優れた医療制度を崩壊させないでくれ」ということなのです。

私の家の近くに大評判の居酒屋がありまして、そこに大きく看板に「安い、美味い、早い」と書いてあるのです。これは居酒屋です。願わしい医療というのは何かといえば、やはり「安い、上手い、早い」。「うまい」は「おいしい」の「美味い」ではなくて、「上手い」です。それは先ほどの「コスト、クオリティ、アクセス」という、先ほどのまさにそれだと思うのです（**図表２**）。日本の医療はそのすべてにおいて世界一ではないけれども、総合点においては世界一だった。それをこれからも守ってほしいのです。

僕はまだ多少いろいろな形で仕事ができますから、まだとことん低いレベルには落ちていませんけれども、フリーの状態というのは本当に一歩足を踏み外したらすぐそこに落ちるのです。私は小石川に住んでいて、近くにホームレスの人がずっと居着いているところがありまして、それをずっとウォッチしているのですが、自分だっていつああなるか知れたものではないと思います。今の日本には同じ悩みを抱えた人が沢山いると思うのです。

医療崩壊は医療亡国論からすべて始まったということを言いましたけれども、あともう１つぜひ紹介したいと思っていて、実は紹介できなかったことは、『医療立国論』（**図表３**）という本です。これは大村先生という帝京大学の医学部長をずっとなさった先生の本ですが、医療亡国ではなくて、医療というのは正しい政策でやれば、まさに医療の上に日本の経済が乗っかって、国全体を非常に豊かな社会として築いていく核になりうるものだということを、きちんとデータに基づいて書いている本です。医療を何とか崩壊するのを防ぎましょうという防戦的な話ではなくて、医療というのは実はそれだけものすごい大きな経済的なポテンシャルを持っているから、それを活用して立国しようというすごくスケールの大きな話です。医療に正しい政策に基づいてもっと国家的リソースを投入していけば、日本の国全体を非常に豊かにすることができるという主張です。

（図表２）

● 大評判の居酒屋	● 望ましい医療
安い	安い（コスト）
美味い	上手い（クオリティ）
早い	早い（アクセス）

（図表３）

（『医学振興』第65号、日本私立医科大学協会）

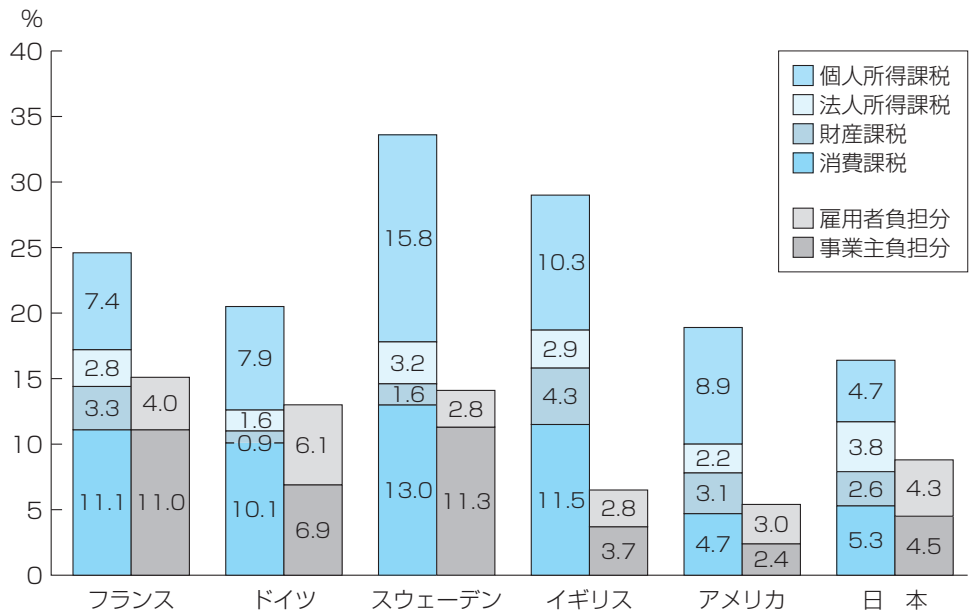
社会保障の個人負担は限界に来ている

中川　ありがとうございます。神野先生が、昨日発売の月刊誌の『世界』に「３つのドグマを打ち破ろう」という論文を発表されています。その３つのドグマというのは「均衡財政」、「小さな政府」、「消費税」ということなのですが、われわれは昨年末の診療報酬改定率のときの財源の手当、これは非常に苦労しました。2,200億円の削減というのはもちろんあるわけですが、「持続可能な社会保障制度の確立」という美名の下に、最終的には消費税しかないのだという選択肢が限られた増税論議が蔓延しています。しかし、日本医師会としては、たとえば特別会計の剰余金、いわゆる埋蔵金を含めた透明感を高めるということとか、一般会計から独立行政法人に多額な運営費交付金が行っているとか、その他社会保険庁の経費の問題であるとか、いろいろなことを主張して、最後の最後に消費税であると申し上げているのです。われわれとしては、消費税が唯一の選択肢だというのは説得力がないと思うのです。その点について、神野先生と田中先生、それから政治的な面で山口先生に一言ずつお願いしたいと思います。

神野　**図表４**を見ていただければいちばん分かりやすいかなと思います。

いわゆる国民負担率というのは、ご存じのとおり、租税負担率と社会保障負担率を足したものですが、ここでは租税負担率を左側の棒グラフ、右側にあるのが社会保障

（図表４）



資料：OECD［2006］Revenue Statistics より作成

負担率の棒グラフです。したがって、国民負担率というのは右側の棒グラフを左側の棒グラフの上に載せていただければ国民負担率ということになります。

国民負担率では日本はややアメリカを上回っているのですが、租税負担率だけを見るとアメリカよりも低い租税負担率になっているということです。

それで、今お話の消費税というのは、税負担を示している棒グラフのいちばん下に「消費課税」というものがあります。もちろん消費税だけではなくて、ほかの消費課税も入っていますが、大体その中心が付加価値税と言われる消費税だろうと見ていただければ、日本は5.3です。確かにドイツやフランスやスウェーデンなどに比べれば1/2ぐらいしかありません。ただしアメリカよりは高い。アメリカは消費税というか、付加価値税を入れていません。

アメリカの社会というのは、先ほど田中先生がご説明になりましたように、確かに高い相互扶助というか、お互いの助け合いの部分があることは事実です。ただもう1つ説明をしておけば、アメリカは「小さな政府にしますよ」と言いますけれども、しかし「貧しい人は負担しなくていいです。最低限のサービスと秩序維持のためのサービスしかやりませんから、豊かな人が負担します」という社会です。一番上の所得税を見ていただければ8.9です。これは日本は4.7です。2倍以上いっています。

さらに、フランスを見ていただければ、フランスは所得税が非常に弱い国だと言っていますが、フランスも日本のほぼ2倍ぐらい取っています。スウェーデンに至っては15.8ですから、もう所得税を4倍取っています。消費税は2倍ですが、所得税は4倍取っています。ヨーロッパの場合には、所得税を取る限界が来たので消費税というのですが、日本の所得税は非常に弱いのです。

簡単に言ってしまえば、スウェーデンの場合には、あるいはフランスでもドイツでもそうですけれども、「付加価値税で皆で負担し合いましょう。しかし、サービスのほうも分かち合いでやっていきましょうね」というのがヨーロッパの社会です。

それに対してアメリカは「自己責任で生きていってください。小さな政府にしますよ。けれども、税金のほうはそのかわり結構です。豊かな者が負担しましょう」、こ

ういう社会になっているのです。

日本のまずい点は、支出のときはアメリカを見るのです。「小さな政府にしましょう」と言うのです。では、「所得税を大増税するんだ」と言ってくれるのかなと思うと、やにわに「フランスとかドイツとかスウェーデンは２桁ですよ。では、２桁にしましょうね」という議論になっています。どういう世界にして、どのように負担し合うのかというのを決めないとだめだと思います。

ちなみに社会保障負担のほうを見ていただくと、スウェーデンも高いのですが、社会保障が発達しているフランスとかドイツも高いということになっています。しかし、フランスもスウェーデンも、極端に言えば、基本的には本人の社会保障負担はありません。事業主負担ですから、企業が負担します。

見ていただければ分かりますけれども、日本は50・50ですから、個人の社会保障負担は4.3で、フランスの4.0、社会保障負担が非常に高いフランスの水準を突破しているのです。ドイツは日本と同じやり方ですので、50・50ですから、ドイツは日本より高くなります。しかし、スウェーデンは日本より個人負担は少ないのです。しかし、企業が負担している部分というのは日本は4.5で、企業はヨーロッパに関して言うと２倍以上しています。

したがって、社会保障負担に関して言うと、引き上げ方を考えないと、ここでまた社会保障負担を引き上げると、もうギリギリです。後期高齢者医療が今度入ると、年金を貰っている人は年額で18万円の人に対して1/2まで保険料を取ってよいことになりますから、こんなことは市町村はできないと言っています。社会保障負担の個人負担はかなり限界が来ている。消費税のほうはまだ余裕があるかもしれないが、その前にまだ余裕があるものがあるということです。

コミュニティや助け合いの社会の再構築を

それからもう１つ、先ほどの分かち合い、お互いの助け合いから言うと、アメリカも発達していますが、元々分かち合いでお互いに負担しましょうという社会のほうが、分かち合いのシステムは、つまり、コミュニティのシステムとか、スウェーデンではフォレーニングと言いますが、アソシエーションあるいはNPOのシステムは、フランスが母国ですから、フランス、スウェーデンはとてつもなく発達しています。統計を取ると、スウェーデン国民の成人の１人が大体３つのNPOのようなものに参加しているのです。その他にコミュニティが発達しています。

そうするとどういうことになるかというと、日本は、今、消費税は５％です。「スウェーデンは25％だからまだまだ行けますよ」と言っていますが、25％だったら日本の５倍行くはずなのですが、行っていないでしょう。これはどうしてか。

それはスウェーデン国民というのは完成品を買っていないのです。家具も自分で造ります。極端に言えば家も自分で造ってしまうのです。完成品は買わないのです。そして、コミュニティも助け合いで生きていますから、「ここのところはちょっと自分じゃ無理だ」と思ったら、電話をかければすぐおじいさんが飛んできて「じゃあ、ここの水道管を直してあげよう」と、水道管を直したり、壁紙を貼ったり、全部自分で

やるのが楽しみですから。母さんが夜なべをして子どもの洋服を作る。これは楽しみなのです。皆、楽しみでやっているのです。犬の散歩とか近所でやりあっているし、皆、やっているわけです。

ところが、日本のように、コミュニティや助け合いや分かち合いを全部崩した社会に25％入れたらどうなるのですか。犬の散歩も散歩会社に出しているのですから、全部に25％にかかってくるのです。家のなかでやればよいのに、子どものためにいろいろ作ってあげればよいのに、全部かかってきます。これは負担感が全然違います。

考え方によれば25％の税金を入れてやれば、社会の成り立ちで分かち合いが、コミュニティが復活するのではないかと、やはり助け合いをやったほうがよいということもなきにしもあらずですけれども。

その点をやっていけば、大きな政府というのは助け合いがある政府だ、コミュニティも強いのだということをお話しして、安易に25％というか、付加価値税だけを上げるというのは、その前にやることはいくつでもありますよということだけ、お話をさせていただきました。

社会保障の本来の意義は「社会の安全を保障する」こと

中川　ありがとうございます。田中先生、お願いいたします。

田中　日本のように、財務省がお金を握ると何に使うか分からないリスクをどうしても否めない国では、社会保障はできる限り別会計にしておいたほうがよいと思います。日医総研がいろいろな特別会計を否定していますけれども、政府管掌の医療保険なども特別会計です。ゆえに医療保険にかかわる特別会計は否定してはいけない。

ここでは社会保障の負担側を考えるべきだと思います。どういうことか。社会保障とは、現代の感覚ですと、病気の方とか弱い人たちのために存在するイメージがありますが、本来社会保障とは社会の安全を保障する仕組みなのです。社会の安全保障とは、つきつめれば、原因は何であれ社会に暴動が起きないための仕組みに他なりません。

社会保障政策を本格的に開始したのはビスマルクです。ビスマルクは決して温かい人柄だったから弱者支援を始めたとは思えません。歴史的にみても、鉄血宰相と呼ばれた人物であり、明治維新の直後の時期、一王国であったプロイセンを中核にドイツ帝国を発足させ、ほかの小さな国を次々にドイツ帝国の傘下に入れていきます。

と同時に、プロイセンを産業力強化、つまり富国強兵の意味でも、社会保障によって労働者を守ってしまったほうが、極左暴力を防止できると考えました。1848年のヨーロッパ同時革命に近い事態を支配層が記憶している1870年代はじめ、まだ二十数年しかたっていないのですから、当時の社会のリーダー層に「労働者をギリギリまで追い詰めるようなことをしてしまうと、かえって危険だ」と納得させます。1930年代にドイツに何が起きたかを知っている私たちから見れば、極右も危険です。貧しい国で極右側が革命を起こそうとする例は、歴史のなかで私たちはたくさん見ています。20

世紀後半以降も南米やアフリカで発生しました。同じく、人々の生活を虐げると、狂信的な宗教が国家を握ったケースも歴史上さまざまな事例が存在します。

そうならないように、たとえば現在の北欧のような国内が安定した国家をつくるためには、社会保障、助け合いを入れてしまったほうが安全だと早くから気づいた例です。これはドイツ帝国をつくった冷徹な論理から逆に出てくる。市場経済の内側の効率性だけを論ずると、そういう歴史的な観点なしで考え、社会保障の意義を忘れてしまいがちなのです。

社会保険料の企業負担や個人所得税の引上げも必要ではないか

なぜ社会保険の保険料が所得比例になっているか。神野先生が先ほど言われたように、保険とはすべて、本来のところ保険料はリスク比例のはずです。生命保険は年を取ると保険料が高いし、年金保険料は同じ年齢なら女性のほうが高い。女性のほうが長生きという年金保険におけるリスクが大きいからです。火災保険料は古い建築基準の時代に建てられた家のほうが同じ保障額に対する保険料率が高くなります。地震保険は江東区のほうが世田谷区より保険料が高い。

では、どうして社会保険料は所得比例になっているのか。先ほど述べたように、社会の安全を守る保険なので、暴動が起きたときに高いリスクに直面する人の保険料が高いのです。暴動発生時に誰が狙われるか。一揆が起きたときに誰が狙われるか。それは庄屋の家であり、大きな大店の商店であり、金持ちです。暴動に加わった貧困層が、隣のボロ屋を壊しても得は少なく、やはり金持ち層の家を襲うでしょう。だから、保険料としては「もし暴動が起きたら先に狙われる可能性の高い高所得層が、暴動のリスクを抑えるために社会保険料を多く払う」仕組みになっていると理解すればよい。

ところが、先ほど神野先生が言われたように、一部の日本の社会保険には、所得比例の保険料になっていない部分が存在します。人頭割り保険料が入っている場合、逆進性ゆえに貧困層にとっては高くなってしまう可能性が高い。所得比例の保険料なら、所得が低ければ保険料も少ない。被用者保険はそうなっていますが、国民健康保険、介護保険料の一部、それから後期高齢者医療制度では、所得比例になっていない部分があり、そこは逆進的な保険料が課される。この部分を他の補完的な仕組みによってうまく調整することを前提に、社会保険料を高くする方向が財源確保策として大事だと思います。

なお、神野先生がお示しになった**図表 4**で言われたように、わが国の保険料雇用主負担は対マクロ経済比で見て少なすぎると思います。もし日本で暴動がおきたときにどこが狙われるか。大企業の立派な本社かもしれません。そのリスクを考えたら、雇用主の負担率が少なすぎることは問題だと言えるでしょう。

アメリカ企業の保険料負担は一見少ないようですが、山口先生のおつくりになった資料に載っているように、公的保険給付がGDP の 6 %なのに対して、私的保険給付が 8 %ぐらいあります。 8 %のうち、被用者については雇用主側が医療保険料を 8 割負担しています。つまり、図では、アメリカの雇用主負担は5.4%ですが、この他に

私的な医療保険料の８割を企業負担にした値で見比べるべきなのです。

つまり、日本の企業負担、正確に言えば雇用主負担は少ない。法人税負担は日本の値は対 GDP で見て相対的に高い。法人税は国際競争力に影響するし、成果をあげるほど徴収される性格から逆インセンティブが働きかねないのでこれぐらいでよいのかもしれませんが、社会保険料は国内の勤労者の生活と安定した社会を守る安心感の元と考えると、ここはもっと増やしてもよいのではないでしょうか。

社会保障負担を正当に手当てしてから、消費者の負担を討議すべきと考える点では神野先生と同じです。

「消費税増税ありき」という議論には乗るべきではない

中川　山口先生、お願いします。

山口　税制改革の議論というのは、政治の世界ではとても扱いにくいということですので、たとえば次の総選挙でクリアカットな形で自民党が何か言って、民主党が別のことを言うというような議論の構図はできにくいのではないかと、今のところは予想しています。

福田政権、今の自民党が何を目指しているのかというのは、私もよく分からないところがあって、上げ潮派と言われる新自由主義的な思想をまだ追求する人たちと、それから与謝野さんや谷垣政調会長のような、どちらかというと財務省と親しい増税不可避論者というのと２つあって、福田さんがどちらに乗るかがちょっと見えにくい状況です。

民主党のほうはどうかというと、やはり民主党は増税を言うと選挙に勝てないと考えていますから、当面無駄を省いてという路線でいっています。そういう意味では、負担の問題について、政治の場できっちり議論をして、ある種の方向を選択するということは、すぐには難しいかなと思います。

以下は私の個人的な希望なのですが、先ほどから神野、田中両先生がおっしゃったように、まず消費税増税ありきという議論には、やはり乗るべきではないと思います。やはりこの間、経済財政諮問会議とか政府税調とかいろいろなところで、日本経団連などの、要するにグローバル企業の主張があまりにも政策に反映されすぎたと私は思っていまして、そこを少し戻してもよいのではないかと。

税や社会保障の負担が重かったら、日本の企業は国際的競争力を失うとかといって散々脅かされているのですが、実際、過去を振り返ってみると、日本は貿易黒字がどんどん溜まっていますし、グローバルな競争では世界で最も強い状態を維持しているわけです。ですから、競争力が下がるから企業の負担をもっと少なくしろという議論は、もうちょっとインチキだということがはっきりしているわけで、そうすると、今おっしゃったように、社会保険の雇い主の負担をもう少し増やす。それからやはり所得税も、非常に累進制を崩してどんどんフラットな方向に来たのですけれども、このへんでもう少し累進制を戻してもよいのではないかということです。

要するに、先ほど私がやった世論調査にあったように、裕福な人や企業にもうちょっと払ってもらってもよいのではないかという部分の世論に応えるということを、政党が大胆に打ち出してもよいのではないかと思います。

そのうえで、やはりまだ足りないということであれば、消費税の税率をある程度上げるということも、将来的には必要になるかもしれない、なるだろうと私は思っています。ただその場合も、ヨーロッパでやっているように、食料品などについては低めの税率を設定する等々といった形で工夫をすれば、普通の人にとって受け入れやすい税制改革の提言というのはできるのではないかと考えています。

なぜ、税の仕組みが変わってきているのか

中川　ありがとうございます。いままでのところで、パネリスト間で何かありましたら、どうぞ。竹嶋先生。

竹嶋　医療の現場におりますと、本当に毎日毎日が大変な状況なのです。少し具体的なことでお尋ねしたいのです。今、税の問題が出ましたが、確かに財源というのはどうしても今、枯渇しています。

先ほど言いましたように、まさに地域医療は崩壊しつつあるわけですから、これを何とか止めなければ、国民、患者さんが困るわけです。

そのなかで消費税の問題ですが、これは私たち医師会のほうにも、そのうちおそらく政権与党、そういうところから、どう考えていくかということを問い合わせてくると思いますが、その前に、これは素人の考えですが、日本は、先ほどもチラっと出ていましたけれども、所得税や法人税はだんだん下げられてきたのです。そこのところはこのままでよいのか。また所得税にしても、最高税率が一時は75％あったでしょうか、それが今40％です。それから相続税の最高税率も75％が、今は50％ですか、そういう税の仕組みが変わってきている。

専門家の先生方が今日はお集まりですが、そのあたりをいったいどのように考えたらよいのか。

それから消費税につきましては、今、山口先生がおっしゃいましたが、やはり消費税のなかの複数税率、これがなかなか出てきません。ただ５％上げるとか、３％上げるとか、そこばかり出てきて、そのあたりが出てこない。財務省の技官に聞きますと「ヨーロッパ並みに15％ぐらい上げないと、複数税率は取れませんよ」と私は簡単に言われたのです。そのあたりをどなたか教えていただけますでしょうか。

財政赤字を解消するなら、所得税や法人税を上げるべき

中川　神野先生、お願いします。

神野　まず、1990年代あたりから、所得税と法人税を両方とも減らした国というのは日本しかないのです。国際競争力、何とかかんとかと言って。所得税を減らした国はスウェーデンと日本が減らしています。けれども、所得税を減らしてもスウェーデンは15.8あるということです。それから、法人税を減らした国というのは先進国のなかでは日本しかありません。

先ほどの田中先生のことを財政のほうから少し説明すると、日本は何で法人税のウ

エートが一見高そうに見えるのかなというと、企業の利潤というのはいろいろな原材料費とか人件費とかを引いて、さらに社会保険料を引いて、残ったのが利潤です。したがって、企業の社会保障負担が高ければ利潤が出てこないわけです。そこはウエートが低くなりますから、企業の負担といったときには、この事業主負担と、税のほうの法人税の負担をプラスしてもらえば、大体この国は国際競争力上どのぐらいの負担をやっているのかというのが見えるはずです。

そうして見ていただくと、日本は、これは財界でも認めていますが、先進国のなかでは低いです。しかし、フランスやスウェーデンなどを見ていただいても、２つ合わせれば高いのです。ですから、ヨーロッパの国々は環境税を入れて、国際競争力のために事業主の社会保障負担を減らそうとしているのが現状です。

私の考え方から言えば、景気が回復するということのために、減税をして、景気が回復しているにもかかわらず、ここのところを戻していないので財政赤字が非常に大変なことになってしまっている。そこで私は、財政赤字を解消するということのためであれば、所得税や法人税を元に戻して税を上げるべきだと考えています。

財政再建をしても国民から言えば、分かち合いのサービス、医療サービスとか福祉サービスとかは増えないわけです。増えないのに負担だけ増えるというのは許せない。増えないのに財政赤字を解消するためにやるのですよというのであれば、景気対策のために減税して利益を受けているところに、税負担を求めるべきではないか。元に戻ったのは庶民が負担している定率減税だけですから、他のところは戻っていないので、戻していただかないと困ってしまいます。

ただし「今よりも医療サービスを充実させます。国民がもっと安心できる医療がどんどん増えていきますよ。さらに保育園の待機状態もなくなるような形で保育サービスが出てきます。さらに高齢者福祉サービスも施設サービスは待機状態ですから、これも増えていくのですよ」というのであれば、分かち合いで消費税を上げてもらってもかまいません。

ところが、現在では日本国民の「65％が歳出を削減してくれるのであれば増税に応じる」と言っているのです。つまり、「自分の貰うサービスを減らしてくれるのであれば、負担増に応じる」と言っていて、あとの15％ぐらいが「財政再建のためだったら増税に応じる」と言っているのです。それはサービスが増えないのであれば、増税に応じると言っていることと同じです。つまり、「自分が貰う、自分の生活を支えてくれるサービスを減らしてくれたり、増えないのだったら負担増に応じてもよいけれども、増えるのであれば嫌だ」と、こんなことを言っている国民は普通はないのです。

私の考え方は、財政再建だったら、財政赤字によって税負担を軽減され、景気回復によって利益を受けたところに税負担を求めるべきです。世界的にみても、ビルが乱立しているのは、上海と東京だけだと言っても言いすぎではありません。そういうところにお金を使うことがあるのであれば、財政再建に使ってくださいと。そのかわり私たちの生活を支えてくれるようなサービスに出すのであったら、消費税アップであってもかまいません、と分けて考えないとだめではないかと思います。

「プロクラステスのベッド」症候群は、歳出削減を進めるから起こる

中川　ありがとうございます。では、山口先生。

山口　先ほど言い落とした点が１つあって、よく国民の議論として「政府が信頼できないから増税に応じられない」という議論があるのですけれども、この議論というのは財務省とか新自由主義者を利する議論なのです。

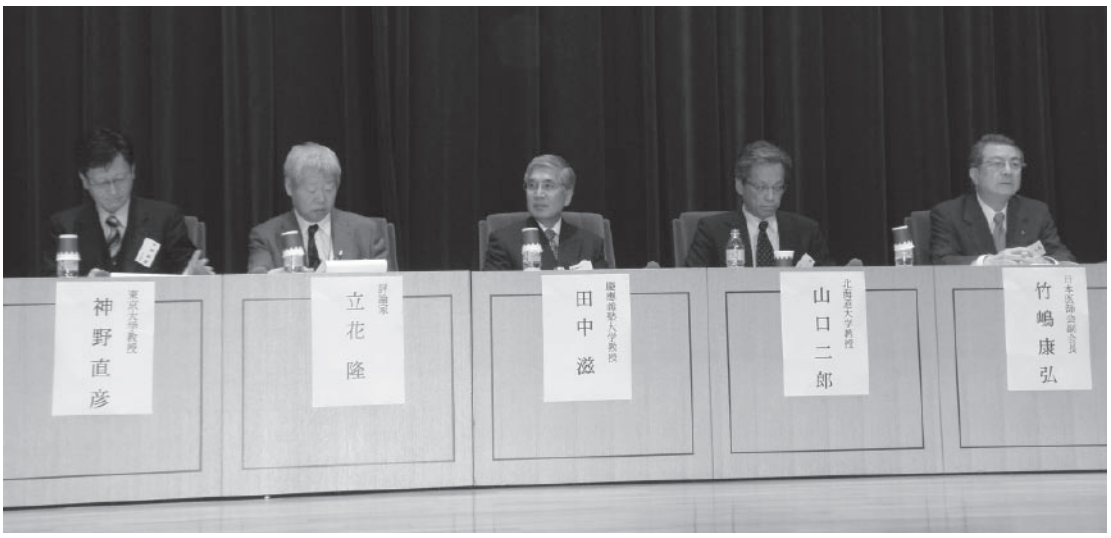
今、神野先生がおっしゃったように、歳出削減を善とするドグマというのはあまりにも強烈でありまして、先ほど言った「プロクラステスのベッド」症候群というのは、要するに歳出削減を進めるから起こるわけです。国民のほうも、政府が信用できないから増税は嫌だというと、新自由主義者、財務省は「確かに政府は信用できません。だから歳出カットをもっとやりましょう」という、そういう悪循環に今、はまっているわけであります。

そうすると、私はやはり、政府が信頼できるのかどうかというのは、国民の政治に対する関心の度合いによって決まってくるわけで、ともかく歳出をどんどん削っていくというドグマを打ち破っていく、財務省の壁を壊すためには、やはり国民も負担増を受け入れる覚悟があるのだという、そこの決意のようなものを示していかないと、この小さな政府シンドロームというのは打破できません。私は少なくとも生活第一ということを言う民主党が本気で政権を取るのであれば、やはり、ある程度、どこから税を調達するか、社会保険料を調達するかというそこの大枠だけは示していかないといけないし、またそこで、たとえば日本経団連などと対決するのであれば、それも大いに結構だと思います。

密室で行われる予算編成

中川　ありがとうございます。では神野先生、簡潔にお願いします。

神野　予算編成についても、常識ではないこ



とを、日本人は信じ込まされています。たとえば予算編成は、ヨーロッパの国々のどこの国でも、アメリカでも議会で、半年は議論をします。

日本のやり方は、ご存じのとおり概算要求、概算というのは予算の枠組みを決めるということですが、概算を12月までに決めますね。そのあと１か月間、概算を決めておいて、あと細かな数字について予算を立てるのです。そして、議会に出して２か月間で、衆議院だと１か月審査するだけです。そのあと予算審議は公聴会などをやったりしていますから、ほとんど審議していません。審議していないどころではなくて、予算委員会というのはテレビ中継をやりますから、テレビ中継をやって以来、予算に関わることを審議したことはないくらいです。誰かとゴルフに行っていたとか何とかという審議はしていますが、予算の中身について議論をしていません。予算で、どれぐらい医療に使ったらよいかという議論をしていないわけです。

しかし、大日本帝国憲法の下においても、会計法は大蔵省が予算を編成して、概算をまとめる期間というのは15日しか認めていないのです。６月までに各省庁が概算要求をします。あと15日間でまとめなくてはいけません。15日間でまとめるといったら、電子計算機のないソロバンの世界ですから、各省庁のものをまとめるだけです。これではあまりにもひどいといって日清戦争後に伸びますが、それでも１か月です。

７月末には大蔵省の原案ができあがっているのです。そのあと、11月には国会に出さなくてはいけない。では、その間は何をやっているかというと、閣議でやりあうのです。「この予算はいらないのじゃないか」と言って、どんどんオープンにやりあうのです。そして、議会に11月に出しますから、11月からとうとうと議会でやりあう。そのほうがオープンなのです。

日本などは、先ほど山口先生が密室と言いましたが、４月から12月まで、もっといえば１月末まで密室で行われるのです。密室に皆、陳情、請願が行くわけです。アンケートでも、国民はもっと医療を増やしてくれと言うわけです。それはオープンにやってくれと。誰が圧力を加えているのか。それが鉛筆を舐めながら、「どうしてこの医療費が必要なの？」とかと言うから話がややこしくなるので、日本の予算編成のやり方というのは異常だということを頭に置いていただければと思います。

フロアーからの質問

中川　ありがとうございます。フロアーからの質問を32名の方からいただいています。全部お答えする時間もないので、数件にさせていただきます。

立花先生に質問です。先生がご講演で日本の医療制度が世界一と評価されています。それに対して対ＧＤＰ比の医療費は低いのだと、医師数も非常に少ないということをおっしゃっています。われわれも全く同感で、実はそういう項目は全国の医師会が念仏のように毎日唱えているわけです。それはなぜ唱えているかというと、国民、地域住民に分かってほしいから、一生懸命広報活動を日医はやっているわけです。ただ失礼な言い方かもしれませんが、先生は最近までそれをご存じなかったのかなという印象があるのです。立花先生がその程度であ

れば、一般の国民はほとんど知らないのではないかということも思いました。医療崩壊というのは、先ほどいろいろな著書が出て、これはわれわれから見ると、国民はほとんど知っているのではないかと思うのです。鳥取県の野島先生からの質問です。

「立花先生はご自分が病気になられてから初めて医療崩壊に気がつかれたのでしょうか。なかなか社会には伝わりにくいものでしょうか」というご質問です。何かアドバイス、ご意見をいただければと思います。

財政問題や医療崩壊には、メディア・ジャーナリズムの責任もある

立花　おっしゃるとおりで、健康なときはほとんど気がついてなかったのです。

それで、実は今、この一連の議論、ならびに控え室で、相当な議論がいろいろな人の間で交わされていまして、目茶苦茶面白かったのは、今、神野先生からその一端が出されましたように、世の中の人、僕も含めて世の中一般の人は、いかに財務省の論理に皆、絡め取られていて、本当のところが全然この世の中では議論されていないというか。

それは、僕は、メディア・ジャーナリズムの相当の責任があると思うのです。僕は医療に関しては、医療事故に関して、マスメディア・ジャーナリズムの報道がいかに間違っているかという話をチラッとしましたけれども、この財政問題とかあるいはこの医療崩壊のことなどにしても、あるいは先ほど山口先生がお示しになった一連の調査にしても、この数字を見ると、世の中のマスコミ・ジャーナリズムのいちばん表舞台で交わされている声が大きい人たちの議論とは、全然ずれた中身なのです。テレビ・新聞でわりと大きな声で出ている人たちの議論だけを見ていると、この前の参院選で何であんな結果になったのかというのは分からないわけです。これで見ると一目瞭然で「ああ、なるほど」と分かります。

要するにそれは何がいけないのかというと、メディア・ジャーナリズムのパワーが、ただいま現在の本当の社会の現状がどうかということを伝えるパワーが、弱っているということだろうと思うのです。そこのところを何とかしない限り、この財政再建の問題も、本当に正しい議論というのは表に出てきません。

実は先ほど控え室で聞いていた議論で、僕がすごく面白かったのは、要するに財務省の主たる論拠というのは「これほど目茶苦茶な財政赤字が積み上がっている財政の現状を考えたら、とにかくその赤字を何とかする以外にないのだ。それが最優先課題で、そのためにはこういうことをやってこういうことをやらなければいけない」というような、すべてそこから出発しているのです。

ところが、控え室で議論を聞きますと、たとえば「大英帝国の歴史において、この程度の赤字よりずっと大きい赤字を、実はあの大英帝国の繁栄期間ずっと抱えていたんだ。だから、この程度の赤字では全くびくつくことはない」とか、実にすごい議論がたくさんありまして、おそらくそれはここで十分やっている暇はないと思うのですが、その一端だけでもやっていただくと、もっと僕が言った意味が分かると思うのですが。

内国債は破綻しない、借金イコール赤字ではない

中川　それと同じ質問が愛媛県の久野先生からもあります。「医療費財源を増やさない理由の１つに、国の借金800兆円がある。それを根拠にして、国民にも医療サービスの向上は我慢してくれとのキャンペーンが行われているが、800兆円の借金は国外に借金していないのだから国の破綻にはつながらないという見方がある。本当のところはどうなのでしょうか」という質問があります。それについて田中先生、お願いいたします。

田中　破綻しません。経済学者のなかでも意見の違いは見られますが、こちらの派に従えば、内国債は国の破綻にはつながりません。

なぜならば、まず国債は一方ではそれを所有する国民の資産でもあるからです。国外の誰かに富が流れるのではなく、利払いは国民経済のなかで国債を持っているほうに行われる。持っている主体は、先ほど神野先生も言っておられましたが、日銀、資金運用部、それから市中の金融機関です。日銀に政府が利払いを行って、それが日銀の黒字になれば国庫納付金で政府に戻ります。

これから述べる比喩は大切です。先ほど立花先生が指摘されたように、よく新聞等の報道機関が、「日本政府を個人の家にたとえると、年収が500万円で、支出が800万円、借金が5,500万円。こんな家計は続かない」などと言いたてますけれども、大事な理解が抜けています。

内国債とは、この家計が5,500万円の資産を持っていることと同じです。家のなかで夫が妻に借金しているようなものなのです。その7,000万円の貸し出し、つまり資産を、片方に着目すると借金と呼んでいる。だからこの家計が外部への支払いに詰まって破綻することはない。厳密にはもっと複雑ですが、大雑把に言うと、国の破綻、別な言い方をすると外国への支払い停止のため、日本政府が破産を宣告されるような事態は起きない。

２番目、借金と赤字は違います。日本政府の借金はたしかに巨額ですが、その借金の理由が全部赤字からくるわけではありません。典型的には、外国為替介入をしますと、国債を出しながらドルを買う。政府に国債と同額の外貨資産が積み上がります。わが国の外貨保有高は１兆ドルを超えました。この分の100兆円の借金と100兆円の資産は、外国為替介入をするために同時に積み上がっていった値です。借金は増えますが、政府資産も同額増えて、この数値は政府赤字とは無関係です。借金が増えている理由のうち、政府赤字から来ているものを厳密に分けて議論すべきだと思います。とりわけ、社会保障のせいで国債が増えるような議論には反駁しなくてはなりません。

他にもあるのですが、時間の関係でこのぐらいにします。いろいろなものを無視して、あたかも借金イコール赤字が原因で、ゆえに医療費への支出を増やせないとの主張は、間を飛ばした論理になります。医療、教育、子育て、介護など、ソフトの社会共通資本に使うことは、適切に行われる限り、決して亡国への道ではない。むしろ立国の手段であると主張すべきです。

消費税や社会保障の再建を考えると、今後、政界再編も起こりうる

中川　ありがとうございます。

最後になりますが、山口先生がおやりになったアンケート調査で、小泉内閣の結果として格差が広がり、公共サービスが低下し、金儲けという風潮が蔓延し、不安が広まっています。年金医療が生活を脅かしています。その一方で、北欧型の福祉を求め、終身雇用を求めています。いわゆるラーゴム、オムソーリというものを求めているのだと。さらに公的な社会保障を強化して、官僚の力を弱めたいという、いわゆる小泉改革のインチキに気づき始めたと山口先生はおっしゃいましたが、そのうえで鳥取県の魚谷先生からの質問です。

先ほど山口先生は秋に総選挙というお話をされ、われわれも悩ましいところなのです。質問は「今後、政界再編において、小泉元首相を担ぐ構造改革派の結集があるでしょうか。もしあるとすれば、その集団が及ぼす政治的な影響力の大小について、ご教示ください」ということです。

山口　難しい質問ですが、私は次の総選挙は、自民党対民主党という形でたぶんやるだろうとは思うのですが、再編というのはやはりありうべしと思っています。なぜかと申しますと、やはり自民党のなかにも、リスクの社会化論者が結構いらっしゃいますし、逆に民主党のなかにも、新自由主義的な人は結構いるという状況で、衆参のねじれというよりは、本当をいえば、はるかに自民、民主各党のなかのねじれのほうが深刻なのです。とりあえず小選挙区制の下で自民党対民主党という看板を掲げて戦わざるをえないので、今すぐ再編は起こりませんが、いずれ、たとえば消費税の問題をどうするか、社会保障の再建をどうするか、こういった問題について、政党の対応がばらけてくるということは起こりうると思います。

そのなかで、やはり小泉待望論というのは確かにあるのです。ただ、私はそれならば望むところだというか、もう１回新自由主義的なグループが小泉さんを中心にまとまって１つの極をつくるというのであれば、やればよいと思うのです。

先ほど私はアメリカの大統領選挙のことに少し触れましたが、日本という国は情けないけれども、アメリカの影響力がとても大きいわけです。そして、小泉さんの時代には、共和党的な小さな政府、新自由主義路線こそがアメリカの本流で、それを日本も真似をしないと日本はだめになるということでバーッと政策転換したわけです。けれども、本家本元のアメリカが、もう新自由主義ではだめだと皆がはっきり思って転換しようとしているところですから、小泉さんの神通力というのは、私はかつてのようなものは出てこないと思います。

私はむしろ小泉さんが出てくれれば、要するに日本をだめにした元凶だという形でバンバン攻撃しようと思って、その準備は怠っておりません。そういう意味では、再編というのは２、３年のうちにはありうるし、その際の大きな争点は、私の言葉で言えばリスクの社会化、リスクの個人化、そこの部分ではないかと思っています。

余談ですけれども、医師会の先生方がこれから政治とどう付き合うかといったら、よくいろいろなところで質問を受けるのですが、私はやはり専門職集団として、政策をきちんと出していって、その政策に賛同する、共鳴する政治家の応援をするという

スタンスで臨むべきではないかと思います。再編期というのはやはりどの党がよくてどの党が敵というような、そういう議論というのはしにくいですね。やはりきちんとものが分かって、社会保障のために働ける人というのを、しっかりと選っていくという、そういう感じが必要なのではないかと思っています。

楽観視できない「小泉再登場」の可能性

中川　立花先生、どうぞ。

立花　今の同じ質問に関して、私は山口先生と若干違った見解と言いますか、何かというと、それほど楽観的ではありません。つまり、日本のマスコミとジャーナリズムを考えたら、小泉が再登場をして、その周辺にネオリベラルな人たちが集まったときに、それをまた同じように持てはやして、05年衆院選的な劇場型の政治場面というのをつくって、日本の国がまたまたバカみたいな方向に行く可能性というのは相当あります。相当あって、ただいま現在は、簡単には言えないけれども、もっと悪くなる可能性もあると思っています。

中川　ありがとうございます。

十分な時間ではございませんでしたが、先生方のご協力によって、「脱『格差社会』と医療のあり方」というテーマにふさわしい討論をお聞かせいただいたと思います。先生方からちょうだいしました貴重なご意見を、今後の日本医師会の医療政策の立案と実行に反映させていきたいと思います。

パネリストの先生方に改めて感謝を申し上げます。これをもちまして、パネルディスカッションを終了いたします。会場の皆さん、ご協力ありがとうございました。

平成19年度 医療政策シンポジウム
脱「格差社会」と医療のあり方

発行　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20年５月　発行

平成 19 年度　医療政策シンポジウム

脱「格差社会」と医療のあり方