

# 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)

# 格差社会 ■国民負担率高低と格差大小 ■国民負担率減少が善である場合 ■国民負担率の利用者負担への置き換え ■特定者による集中負担 ●所得資産格差→階層社会に耐えうるか? ●格差社会への感受性

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、

## (図表2)

# 

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。

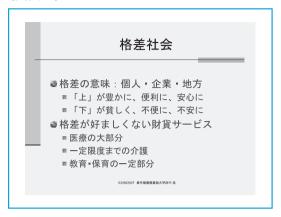
小泉政権、竹中路線を信奉する人々は、「これは資源配分が改善して高成長部門に集まった成果だ、資源が東京を始めとする成長率の高い都道府県に集中されてよかった」と考えておられるかもしれません。勝手な推測なので本当の気持ちは分かりませんが。ただ、ここでは、医療や教育は各県に、地域ごとに存在しなければならない点を強調しておきます。工場・店・サービスセンターなどを移せる産業とは違い、人々の生活を支える社会資本を維持する部門をいかに支えるかを忘れてはいけない。

# 「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

# (図表4)

### 現状:何の?

- 財源不足と過少投資
- ●全国的な基準の未整備
- ●改善の基礎情報不足
- ●目標達成のためのインセンティブ不足
- 組織の業績評価手段の欠如
- ●時代遅れの柔軟性に欠ける組織構造と管理 区分
- 予防視点の不足 (掘真奈美「けんぽれん海外情報」2007)

03/09/2007 著作推歷遊戲塾大学田中 进

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。

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)

# 国民医療費の水準 □日本の医療費対マクロ経済比 □よく知られているように2004年以降は... □技術進歩? □高齢者がたくさん使うから? □ データを見る

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。

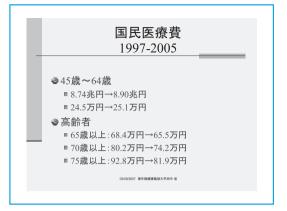
そうすると、民間資金導入政策でもっとも 報われるところは、高所得層、外国人ビジネ ス・エグゼクティブが多いロンドンの中心部 の非 NHS 病院が代表となります。地方の NHS 病院は荒廃していき、医師等の立ち去 り型サボタージュが起きました。

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

### (図表6)



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。

# (図表7)

# 

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8)

# なぜ日本の医療費は少ないのか ●歴史から学ぶ ● 1961-1991: 高度成長→ニクソンショック →2度の石油ショック→安定成長→バブル ● 1991-2001: バブル崩壊後の長期不況 ● 2001-2007: 新自由主義 ● 2007-??

### (図表9)

# 国民医療費の決定要因

- ●1991年まで
- ●N-1年度の医療費と税収
- ●2年分の成長予想
- ●中医協=厚生省・医師会・健保連など +政治(1955年体制下の自社)

03/09/2007 著作權壓應義塾大学田中主

### (図表11)

### 国民医療費の決定要因

- ●バブル経済崩壊後2001年まで
- ●税収の激減
- ●1990年度60兆円→2003年度41兆円
- ●財務省・厚生省(厚労省)
- ●中医協における修正と配分

(3)(8/2007 著作推應應義验大学目中 滋

## (図表10)

# 診療報酬改定率の制約条件

- 社会保険制度の強み=権利性、のはず
- ●しかし医療費財源の1/4は国費、かつては...
- ■公費医療は分かるが
- ●仏(皆保険)、独(ほぼ皆保険)との違い
  - ■国保・政管がついてこられない
  - ■老健制度による財政調整

03/09/2007 著作精整商品基本信用中 近

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。

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)

# 国民医療費の決定要因

- ●2001年から2007年
- 新自由主義
- ●内閣府+官邸
- ●財務省 厚労省
- ●中医協における配分

03/09/2007 著作権廢應義塾大学田中 油

# 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)

# 社会保障の基本哲学

●低負担高福祉:ありえない

●高負担低福祉:革命

●低負担低福祉:前述

●低負担低福祉+高い互助:ありうる

●高負担高福祉:難しい

今より高負担高福祉:可能

03/08/2007 著作権療應義验大学田中 8

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・スタンダードだしと 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。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。