

平成 22・23 年度  
医療政策会議報告書

医療を営利産業化していいのか

平成 24 年 1 月

日本医師会医療政策会議

平成 24 年 1 月

日本医師会長

原中 勝征 殿

日本医師会医療政策会議  
議長 田 中 滋

医療政策会議は平成 22 年 7 月 23 日開催の第 1 回会議において、原中勝征会長より「医療を営利産業化していいのか」について諮問を受けました。本会議では、この諮問を踏まえて平成 22・23 年度の 2 年にわたり、鋭意検討を重ねてまいりました。

この度、平成 22・23 年度医療政策会議報告書として取り纏めましたので、ここに提出いたします。

## 医 療 政 策 会 議 委 員

議 長	田中	滋	慶応義塾大学大学院経営管理研究科教授
副議長	井戸	俊夫	岡山県医師会長
委 員	池田	琢哉	鹿児島県医師会長
委 員	小山田	雍	秋田県医師会長
委 員	金井	忠男	埼玉県医師会長
委 員	川島	龍一	兵庫県医師会長
委 員	桐野	高明	国立国際医療研究センター総長・理事長
委 員	権丈	善一	慶応義塾大学商学部教授
委 員	鈴木	聰男	前東京都医師会長（平成 23 年 8 月 2 日退任）
委 員	妹尾	淑郎	愛知県医師会長
委 員	長瀬	清	北海道医師会長
委 員	二木	立	日本福祉大学社会福祉学部保健福祉学科教授・副学長
委 員	野中	博	東京都医師会長（平成 23 年 8 月 3 日新任）
委 員	伯井	俊明	大阪府医師会長
委 員	松田	峻一良	福岡県医師会長
委 員	山口	二郎	北海道大学大学院法学研究科教授

（五十音順）

### 小委員会（報告書執筆担当）

委員長	田中	滋
委 員	桐野	高明
委 員	権丈	善一
委 員	二木	立
委 員	山口	二郎

（五十音順）

# 目次

はじめに	1
第1章 ポスト 311 の社会保障と政治 (山口 二郎 委員)	4
1. 3. 11 の衝撃と社会保障	4
2. 政権交代以後の政治と社会保障	5
3. 社会保障・税一体改革、TPP と今後の社会保障	8
第2章 TPP と今後の日本医療 (二木 立 委員)	14
1. TPP に参加したらアメリカは日本医療に何を要求してくるか?	15
2. アメリカの第1段階の要求が実現したら何が生じるか?	17
3. 韓米・豪米 FTA から学ぶことは何か?	19
4. TPP について検討する際見落としとしてならない2つのこととは?	23
第3章 医療の営利産業化より医療関連産業の強化を (桐野 高明 委員)	25
1. 医療そのものの営利産業化	26
2. 製薬産業や医療機器産業を活性化する	28
3. 皆保険制度のよとの医療関連産業の活性化	29
4. まとめ	32
第4章 医療保障政策と医療団体の政治経済学的位置 (権丈 善一委員)	33
1. 合成の誤謬と自由放任の終焉	33
2. 合成の誤謬に基づく政策に抗う経済界	41
3. 資本主義的民主主義の中での医療政策	44
4. 経済界のプロパガンダと規制緩和圧力	45
5. 資本主義的民主主義と対日圧力	48
6. 成長政策と戦略的貿易論	49
7. イノベーションと経済政策	52
8. 付加価値生産性と物的生産性	56
9. 福祉国家を支える集団としての医療界に求められるもの	57
おわりに	60

付録（講演録）

1. 「産業化」の意味を考える －会長諮問を討議するにあたっての共通基盤を築くために－ ……	67
2. 医療を営利産業化させていいのか ……	83
3. 医療を営利産業化させていいのか－4つの話題提供－ ……	91
4. ポスト大震災の社会保障 ……	105
5. 無政府状態下の日本の財政・社会保障 －2015年を目標とした一体改革成案「一里塚」の意味－ ……	123
6. 医療保険財政と医療の産業化 ……	155
7. 公的医療保障制度と民間医療保険に関する国際比較 －公私財源の役割分担とその機能－ ……	175

## はじめに

まずは東日本大震災と津波による犠牲者のご冥福をお祈りすると共に、被災者・犠牲者、ならびにご家族・ご親族に深くお見舞いを申し上げます。また、原発による直接間接の問題によって被害を受けられた方々にも同じく深くお見舞いを申し上げます。同時に、3月11日以降、わが国の医療・介護・福祉に携わる方々が、患者・利用者・地域住民の皆さまのために被災地で果たしてきた多大な貢献に深く敬意を表します。

医療政策会議に対する「医療を営利産業化していいのか」という重い内容の会長諮問に答えるべく、執筆を担当した委員は、小委員会における会合での合意の下に、分担作業によって各々の見解を提示した。

すべての章において明示的に書かれてはいないものの、分担執筆の各章に通底する合意された考え方をまとめておこう。

第一に、「医療本体の営利産業化は許してはならない」ことは当然の前提である。医療は、資本利得のために用いられるべき産業分野ではない。医療は、直接的には患者のため、ひいては地域社会や国の安定と成長に資するために存在し、だからこそ、皆が重層的に加わる社会保障制度によって強く支えられている体制が維持されるのである。加えて執筆者が共有する考え方は、

- ① 「健全な(非営利・公益)産業として、医療は世の中に大きな貢献を果たす」
- ② 「社会保障制度を通ずる適切かつ十分な支援が大切である」
- ③ 「社会の資源を有効かつ効率的に用いる姿勢は欠かせない」
- ④ 「医療関連産業の活性化も日本経済のために重要な課題である」

などと表わせる。さらにより広く、

- ⑤ 「TPP が政治アジェンダにあげられている情勢下においては、国際的視点がますます不可欠となっていく」
- ⑥ 「政治と経済および社会保障分野の関係性に対する深い理解が求められ、医療界がとるべき姿勢が問われている」

点についても、理論分析と現実把握の双方の視点から深く掘り込まれた報告となっている。

ここで、「産業」「営利」という2つのキーワードについてあらかじめ説明しておきたい。第一に、「産業」という言葉は多義な用語法があり得るが、本報告では、推奨にせよ否定にせよ、どちらのニュアンスをも含まな

い中立的解釈で論が進められている。中立的な用語としての「産業」は、財サービスの生産活動<sup>1</sup>を指す。この用語法の下では、営利企業の活動だけでなく、医療・教育・国土防衛・治安維持など、非営利組織や公務部門等、広義に見た社会的な生産活動すべてが「産業」と表される。

次に、産業の分類を説明するために、医療関係者にとって理解が容易な例をあげよう。病名ならびに疾病分類は、国境や文化を越えて共通の理解が成り立ち、何語で表現されようと、結核・新生物などの用語から医師等の医療関係者が想定する概念は、基本的には差異はないと思われる。加えて、一人ひとりの患者の診断・治療と社会全体の医療構造の間には、疾病大分類、中分類、小分類といった概念が存在し、目的に応じて活用されている。

医療と同じく、国や文化が違っても、経済の生産活動の把握に関し互いに共通の認識をもつためには、一定の用語について標準的な概念を共有する必要がある。経済活動を観察する際、マクロレベルで国全体、さらには国際比較を行う場合には、GDP（国内総生産）や国民所得などの水準や変化率等の数値が用いられる。反対の極で個々の行動主体の活動を見る場合には、「税込額」「売上・費用・利益」「付加価値額」「所得」など、組織・企業・家計等にかかわる数字が用いられる。

合わせて、経済についても生産活動を分類する単位がつけられてきた。もっとも有名な分類の一つは、1941年にコーリン・クラークが『経済的進歩の諸条件』において示した、第1次産業、第2次産業、第3次産業という区分である。現在、この分類では、医療は教育や公務と共に第3次産業に含まれる。疾病分類と同様、産業大分類、中分類、小分類といった概念が存在し、国際標準産業分類と日本標準産業分類などが、やはり目的に応じて活用されている。これらは、国民経済の生産部門別の組成に相当する。

分析単位だけでなく、分析技法には、部門同士の関係性を見る産業連関分析や、ある産業部門の中で競争状況がどうなっているかを見比べ、政策を考察する産業組織論等などがあり、それぞれ発達を遂げてきた。

なお、会長諮問に込められた意図にもかかわる「産業には（一定の価値観からすると）好ましくないものも存在するのではないか」という見方は昔から説かれている。制度学派の始まりと目されるソースティン・ヴェブレン（1857年生まれ）は、すでに1904年公刊の著書『営利企業の理論』の中で、物を生産する産業=Industry（「勤勉」という意味もある）と、

---

<sup>1</sup> 生産活動以外の側面には、権丈論文に詳述されているように分配と支出がある。

金儲けの手段としての営利事業＝Business（この言葉も多義ではあるが）とは分けて考える見解を提示した。実際には、現代ではこうした二分は難しいと十分承知しつつも、本報告の書き方においては、暗黙のうちに、「産業」を（先述のように中立的とはいえ）「金を動かして利益を得る」タイプとは異なる、「物とサービスづくりに取り組む」とのニュアンスで取り扱っている色彩が強い。

第二に、「営利」は利益獲得の有無ではなく、組織の存在目的が（株式という形態をとるかどうかを問わず）投下資本に対する資本報酬を求めるか否かで定義される<sup>2</sup>。冒頭に述べたように、医療本体の営利産業化（つきつめて言えば配当などを通ずる資本利益最大化を目指すこと）の否定は当然ながら、事業利益の獲得だけでは営利活動とはみなされない。非営利組織であっても、医療・教育・介護・保育のように、収入の大半を対顧客サービス提供から得るタイプでは、存続と発展を図る再投資原資のための利益（費用と収益の差額）は不可欠だからである。

医療本体に隣接する関連産業の場合にも、良い品（医薬品や医療機器など）を作ったり、良いサービス（医薬品配送や消毒滅菌など）を行ったりした結果、経営リスク負担に見合った利益を得る営利活動と、企業自体や事業部門を商品化して売買し、資本利益率獲得を至上目標とするあり方は分けて考えなくてはならない。

いずれにせよ、医療「産業」は新たな角度から見れば、家庭・政府（中央政府と自治体）・一般財市場・地域とは異なる「第5の機能する社会システム」として、教育などと並ぶ社会の重要な構成要素に他ならない。本報告に示された内容が、会長諮問に答えるのみならず、医療関係者にとって役立つことを期待したい。

---

<sup>2</sup> 金融機関からの借入れは一応のところ、ここで言う投下資本とは別のものと捉えられる。

## 第1章 ポスト 311 の社会保障と政治

執筆担当者 山口 二郎 委員

### 1. 3.11 の衝撃と社会保障

東日本大震災は、政府の役割について日本人に再考することを迫った。小さな政府という理念は、元はと言えば、アダム・スミスが生きたグレートブリテン島で生まれ、ニューヨークなどアメリカ北東部で花開き、世界中に広がった。これらの地域は、自然災害の恐れがほとんどない。リスクの多い日本には、そもそも小さな政府は適応不可能だということを大震災は明らかにした。

リスクへの備えは、平穏無事な時には無駄に見えるものである。しかし、日本では効率優先というわけにはいかないのである。政府とは、このような巨大なリスクに対して、人間の生命と生活を守るために存在している。東日本大震災でも、その役割はある程度は発揮された。

リスクは地震だけではない。この機会に、人間の生命と生活を脅かすリスクについて、広い視野から考えることが必要である。地震と津波が外傷だとすれば、日本社会はバブル崩壊以後、体内の病気に冒されてきた。今回の震災という外傷は、従前から日本社会を蝕んでいた病気を顕在化させもしたといえることができる。その内部疾患とは、雇用の劣化、地域社会の崩壊、高齢化と人口減少などである。地震、津波に襲われた東北地方沿岸部は、既に過疎化、高齢化、地域経済の衰退に苦しんできた。そこに自然災害が襲ったのである。

日本という国は、先進国の中でも希なくらいのリスク国家であることを認識し、これに対する幅広い対策を立てることが、ポスト 311 の日本にとって最大の政治課題である。防災のための社会基盤の再構築はもちろん急務である。それに加えて、人間の生活を支えてきたいわばソフトな社会基盤、つまり医療、教育、年金、雇用システムなどを強化することも、それに劣らない重要課題である。

しかし、この議論を進めれば、すぐにそのような基盤整備のための財源をどのようにして調達するかという難問にぶつかる。個人が火災保険や生命保険の掛け金を払うのと同じように、国民全体を脅かすリスクに共同で対処するために税金を払うという発想になれば世の中は丸く収まるが、実際はそう簡単な話ではない。政府や公務員の仕事ぶりに対する国民の信頼がなければ、リスクへの対処も進まない。未曾有の大災害を、政府の役割に関する議論と合意の機会にすることが求められている。現在進められて

いる社会保障・税一体改革においても、この問いこそが大前提となるはずである。

今回の受難を、被災しなかった人々を含め、国民がすべて自分のこととして受け止められるだろうか。日本が負った外傷だけではなく、社会に蓄積した内部疾患を認識し、人々がすべて潜在的な、あるいは既に顕在的な被災者、患者だという自覚を持つことができるかどうか、これからの政治を方向付ける鍵となる。大震災を契機に、社会的連帯や相互扶助の精神を取り戻すことができるならば、災いを未来への足がかりとすることができる。現実には、相互不信や猜疑心にさいなまれた日本だからこそ、公共部門に対するバッシングを煽るポピュリズムがはびこっている。人々が置かれている現状を的確に捉え、我々は何のために税金を払い、政府は何をすべきか、考え直すことがあらゆる政策論議の出発点である。政治のリーダーシップとは、このような現状を正確に診断し、国民に対して適切な処方箋を示し、合意を形成するためにこそ、発揮されなければならない。

## 2. 政権交代以後の政治と社会保障

今期の医療政策会議は、民主党政権の誕生を受けて討議を行った。民主党は、「国民の生活が第一」をいうスローガンの下で、社会保障、教育、雇用などの政策を再建することを訴えて政権を獲得した。民主党政権がこのスローガンをどの程度具体化したか、概観しておきたい。

鳩山由紀夫首相（当時）は、施政方針演説において、「命を大切にする政治」を唱えた。この理念は、新自由主義的改革によって荒廃した日本社会に大きな共感を呼んだ。そして、マニフェストの中で強調されていた子ども手当、高校授業料無償化など、生活支援政策が具体化した。また、医療についても医療費の自然増を抑制しないという方針が取られた。

しかし、鳩山政権が普天間基地移設をめぐる不手際によって崩壊した後、民主党政権の政策は当初の基軸から外れていった。政権交代の直後から、野党や経済界および一部のメディアからは、民主党には分配ばかりで成長という発想がないという批判が浴びせられてきた。新自由主義的な成長優先の考えは、政権交代以後も根強く残っていた。また、民主党政権は財源不足という現実と直面した。リーマンショックによる景気の落ち込みによって2010年度も大幅な税収不足が発生し、積極的な生活支援政策をまかなうための恒久的財源について、民主党は正面から検討しなくなってきた。

菅直人首相（当時）は、成長と生活の両立を図るとして、「強い経済、強い財政、強い社会保障」というスローガンを唱えた。そして、強い経済

に関しては、経済産業省が前の政権の時代から作り置いていた成長戦略の政策を引っ張り出した。また、法人税減税、TPP（環太平洋経済連携協定）への参加を打ち出し、生活第一という旗印は次第に希薄になっていった。

菅政権が提起した経済成長戦略には、次のような特徴があった。第一に、「成長」という強迫観念にとらわれ、理念や構想を欠いた経済政策であるという点に本質がある。これは、民主党政権における自信の欠如の反映ということもできる。政治的な戦術としては、経済界に接近し、政権基盤を補強するという意図があった。また、民主党内における政策路線の対立との関連で見れば、増税に反対し、生活第一路線を守ろうとする鳩山元首相、小沢元幹事長を中心とするグループと、財源問題に取り組み、経済成長を進める野田佳彦首相、前原誠司政調会長を中心とするグループの対立の中で、菅、野田両政権は生活第一路線の修正を進めたと捉えることができる。

菅政権以降、医療もこのような経済成長戦略の中に位置づけられることとなった。ここでそうした政策をとりあえず「医療産業政策」と呼ぶなら、その柱は次のようなものである。

- ・ 医療の実用化促進のための医療機関選定制度等
- ・ 国際医療交流を進めるための医療滞在ビザ、医療機関認証制度の創設
- ・ 混合診療の解禁による高度医療の推進

ここでは医療分野のサービス提供、及びそれらを支える機器や薬剤の開発によって GDP の拡大を図るという発想が前提となっている。この点は、民主党の政策思想の根幹に関わる問題をはらんでいる。

かつて民主党は、経済学者の宇沢弘文氏を最高顧問に迎えて、政策シンクタンク、「シンクネット・センター21」を創設したことがある。宇沢氏は、社会的共通資本という概念を最初に提唱した学者である。自由な市場経済を支えるためには、その土台として、自然環境（大気、水、土壌）、道路、上下水道などの社会資本、そして公教育、医療などの制度資本が不可欠であり、これらを社会的共通資本と総称する。この社会的共通資本は商品化できないものであり、政府の責任によって維持、確保しなければならない。これが宇沢氏の思想の基本である<sup>1</sup>。したがって、民主党は単なる市場原理主義と対決し、社会的共通資本を再建することを政策思想の根底に置いていたはずである。

---

<sup>1</sup> 宇沢弘文：「社会的共通資本」、岩波書店、2000年

成長戦略の一環として医療産業政策を打ち出すというのは、社会的共通資本の破壊に荷担する蛮行と言わなければならない。社会的共通資本は、無償、あるいは普通の市民にとって負担できる範囲の価格で普遍的に供給されなければならない。マイケル・ムーア監督の映画『シッコ』の中で、イギリス労働党の指導的政治家であったトニー・ベンは、「健康で教育を備えた人間は権力を恐れない。だから無償の教育と医療は民主主義に不可欠である」と述べている。これこそ、社会的共通資本の本質を捉えた言葉である。

しかるに、菅政権が打ち出した医療産業政策は、医療を商品化し、これを自由な市場を通して供給することによって GDP の拡大につながぐという発想から出発している。確かに、医療を商品化しているアメリカでは、医療に対する国民の支出は巨大であり、その意味で医療サービスは巨大な市場を持っている。しかし、医療を社会的共通資本ではなく、単なる商品として市場で供給することは、必然的に購買力のある者のみがそれを享受でき、貧困者は市場から排除されるという結果を伴う。医療サービスによって GDP を増やすことが国民の幸福につながるかどうかは、自明ではない。この種の議論をする場合、生産と国民生活の関連について、理念のレベルで議論を詰めることが必要である。

経産官僚が GDP の拡大を政策目標に据えることは、仕事柄仕方ないことかも知れない。しかし、政治全体の目標に設定する際には、政治指導者が理念や価値観に基づいて、意味づけを施すことが必要である。経産省のビジョンでは、混合診療による先端治療の拡大や医療ツーリズムへの過大な期待など、医療の実態を知らない官僚の発想が伺えた。

残念ながら、政治指導者からも、経済成長と国民生活の充実の関係については、明確な理念が伝わってこない。菅首相が提起した、「強い経済、強い社会保障、強い財政」という 3 つのスローガンにしても、国の針路とするには詰めが足りない。菅首相は、財政学者の神野直彦教授の理論から影響を受けていると称したが、神野教授はこの 3 つについて明確な優先順位をつけている<sup>2</sup>。

財政赤字が増加するのは、失業や貧困の蔓延、地域社会の空洞化など社会の荒廃の表現である。より多くの人々が働いて所得を得るならば、税収が増える一方で、生活保護などの財政支援が縮小する。また、若い人々が家庭を築き、出生数が増えるならば、社会保障や財政の持続可能性を回復する基盤ができる。つまり、強い社会保障が他の二つを強くするという関係

---

<sup>2</sup> 神野直彦：「分かち合いの経済学」、岩波書店、2010 年

がある。

強い経済は、働く人々に生活の糧をもたらすのだろうか。日本は小泉時代に数年間、輸出企業主導で強い経済を実現した。しかし、その間も財政赤字は増え続け、人々の賃金は減り続けた。

人々に富を配分しない強い経済は、社会保障と財政を弱めるというのが現実の経験であった。強い社会保障によって人々が仕事と家庭を持続できるような環境を整え、それによって経済を強くし、最終的に財政も強くなるというのが、民主党政権の本来の経済ビジョンでなくてはならない<sup>3</sup>。

### 3. 社会保障・税一体改革、TPP と今後の社会保障

成長戦略は、東日本大震災の後、復興に政策の優先順位が置かれたため、一旦影が薄くなった。しかし、野田政権の発足とともに、TPP（環太平洋経済連携協定）への参加が打ち出され、多国間の自由化拡大という形で成長路線が再び政策目標に据えられている。同時に、野田政権は前の政権から社会保障・税一体改革を引き継ぎ、消費税率の引き上げを実現しようとしている。このような政策論議の流れの中で、医療の再建を如何に図るべきか考えておきたい。

まず、TPP に関しては、無原則な自由化が医療のみならず、日本の社会的共通資本を荒廃させる恐れがあることに鑑み、十分な議論を尽くす必要がある。元々TPPは、シンガポール、ニュージーランド、ブルネイ、チリが包括的な自由化に向けて構築しようとしていた枠組みであったが、アメリカがこれに加わり性質を一変させた。アメリカの輸出や資本進出を促進するための自由化の枠組みがその本質である。関税の撤廃と並んで、社会経済的規制に関するアメリカモデルへの標準化が TPP の究極的目標と言われている。

また、TPP が締結されれば、各国（実質はアメリカ）の企業が過重な規制を課する他国政府を国際機関に訴えることが可能となる。紛争仲裁機関は、一応特定国から独立したものとされているが、これも実質はアメリカの強い影響下に置かれるものと予想される。既にアメリカと自由貿易協定を結んでいるオーストラリアやカナダでは、アメリカ企業が薬品の公定価格を不満とした訴訟を提起している。まさに医療を産業とするアメリカの発想から見れば、国民皆保険制度は医療ビジネスの手足を縛る不当な規制ということになる。同様の問題は、米韓自由貿易協定が発効した後に勃発することが憂慮されている。

---

<sup>3</sup> 山口二郎：「政権交代とは何だったのか」、岩波書店、2012年

このように、医療の産業化と TPP は連動した動きと捉えなければならない。アメリカ主導の自由化と市場化に向けた政策の標準化は、国家の主権を掘り崩し、アメリカ流の市場モデルが他国にも浸透することが起こり得ることに留意する必要がある<sup>4</sup>。

ここで我々は、言葉の使い方に十分注意しなければならない。十年前に小泉政権が誕生したとき、日本の世論は「構造改革」一辺倒となった。小泉純一郎首相（当時）やその側近が唱える改革はすべて良いものであり、それに対する異論、反論は、すべて抵抗勢力のエゴイズムと退けられた。その結果実現した「社会保障制度改革」は、社会保障費の毎年 2,200 億円ずつの抑制であり、改革は医療難民、介護難民を生み出した。労働市場改革は、派遣労働の製造業への全面解禁を意味し、この政策転換は派遣切りを正当化し、リーマンショック後大量の失業者を生み出した。地方分権は、地方交付税の削減を意味し、非大都市圏の多くの自治体では、公立医療施設の縮小、サービスの低下をもたらした。

同じことを TPP で繰り返してはならないのである。今でも、メディアでは規制と自由が反対語として使われている。自由化は社会的厚生を増加をもたらすという素朴な信仰は、政権交代以後も持続している。しかし、規制の反対語は自由化ではなく、商品化、営利事業化である。社会的共通資本という発想の乏しいアメリカでは、あらゆるサービスを商品化することを怪しまないのかもしれないが、カナダ、オーストラリア、ニュージーランドなどのアングロサクソン系諸国を含む他の先進国では、商品化してはならない領域を政治の力で守っている。それが規制である。

野田首相は、2011 年 11 月にハワイで開催された APEC（アジア太平洋経済協力）首脳会議で TPP 交渉への参加を表明した。実際に参加するかどうかは交渉の上で判断するとしている。民主党政権には、この問題に関する理念も戦略も存在しないように見える。社会的共通資本としての医療を守るという観点から、我々は引き続きこの問題について注意を払い、議論に参加していかなければならない。

もう一つの重要課題は、社会保障・税一体改革である。まず、大前提として日本の財政と社会の現状を確認しておきたい。表 1-1 が示すように、日本はアメリカよりも少しましな程度の、小さく冷淡な政府であり、社会は疲弊している。格差は拡大し、貧困も増加している。

---

<sup>4</sup> ジェーン・ケルシー：「異常な契約 TPP の仮面を剥ぐ」、農文協、2011 年

表 1-1. 各国の社会経済実態

	社会的支出 (対 GDP%)	経済成長率 (%)	格差 (ジニ係数)	相対的 貧困率 (%)	財政収支 (%)
アメリカ	14.8	3.0	0.357	17.1	△2.8
ドイツ	27.4	1.2	0.277	9.8	△2.7
スウェーデン	29.8	2.6	0.243	5.3	1.4
日本	16.9	1.4	0.314	15.3	△6.7

出所：OECD のデータより

注 1：社会的支出は 2001 年

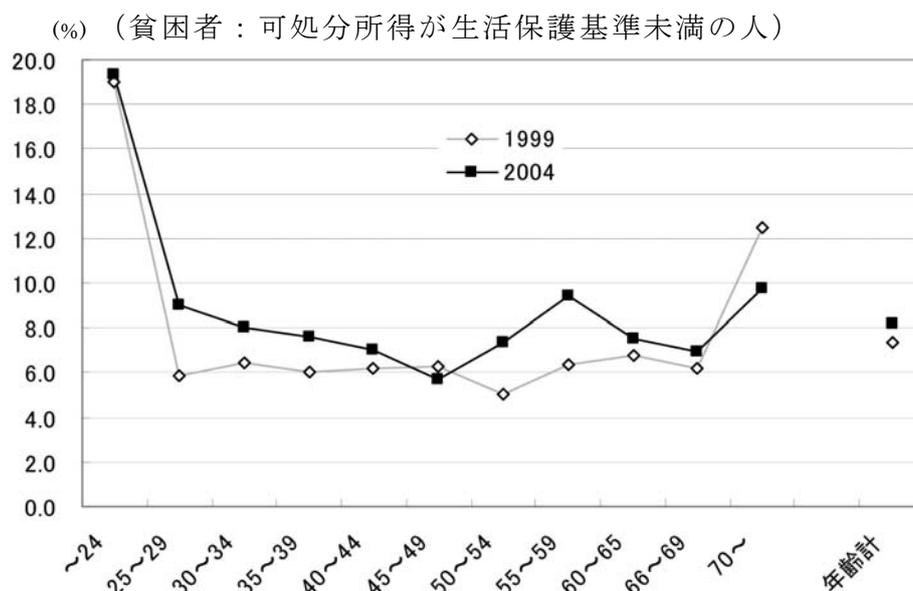
注 2：成長率は 2001 年から 2006 年までの平均

注 3：格差と貧困率は 2000 年。貧困者とは、全国民の所得中央値の半分以下の所得の人

注 4：財政収支（赤字、黒字の対 GDP 比）は 2001 年から 2006 年までの平均

特に、図 1-1 が示すように、20 代から 40 代前半にかけての現役世代において貧困が増加している。小泉首相や竹中平蔵経済財政政策担当大臣（当時）が主張した、貧困者を多く含む高齢者の増加、即ち高齢化が見かけ上の格差を広げているという議論は誤りである。したがって、総論としては国民負担を増やしつつ、国民生活を支える政策を再建、強化し、国民の生活不安を解消することが政治の最大の課題であることは明らかである。民主党が政権交代の際に唱えた「生活第一」もその課題に応えようとしたスローガンであったが、財源面での詰めが不足していた。

図 1-1. 貧困の拡大

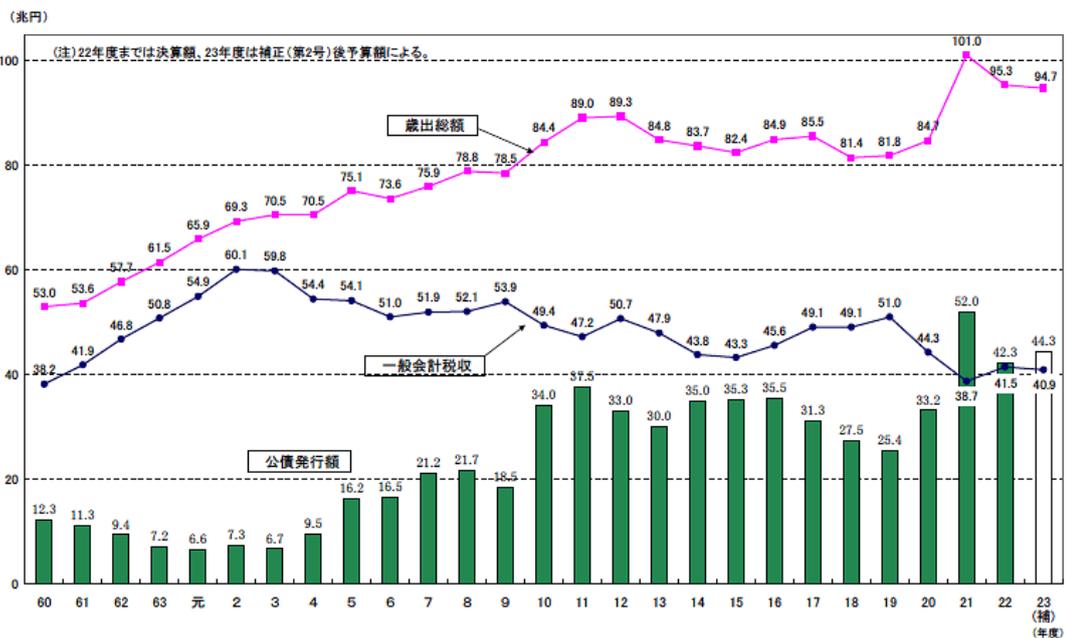


したがって、今こそ社会保障・税一体改革によって、財源を確保しつつ、社会保障の再建に取り組む必要がある。しかし、格差、貧困が深刻化する社会の現状が、自動的にそうした政策への支持を生み出すとは限らない。

最近の政治意識の流れを観察していると、格差、貧困の被害者がむしろ社会保障に背を向け、一層孤立し、リスクを個人で引き受けようとしている現状が浮かび上がる。たとえば、2011年の名古屋市長選挙では減税を売り物にする河村たかし市長が圧勝した。また、大阪市長選挙では、社会的包摂に取り組んだ平松邦夫市長が敗れ、私立高校への助成金削減に抗議した高校生に向かって、貧乏人は公立高校に行けと知事として言い放った橋下徹氏が勝利した。

こうした政治意識の背後には、財政と社会保障の逆機能が存在する。図1-2が示すように、日本の税収は1990（平成2）年をピークに減少してきた。GDPはほぼ横ばいだが、税収が減少しているのは、法人税減税、所得税の累進性の緩和、金融資産への税の優遇が行われたことに起因している。即ち、租税の所得再分配効果は低下の一途である。

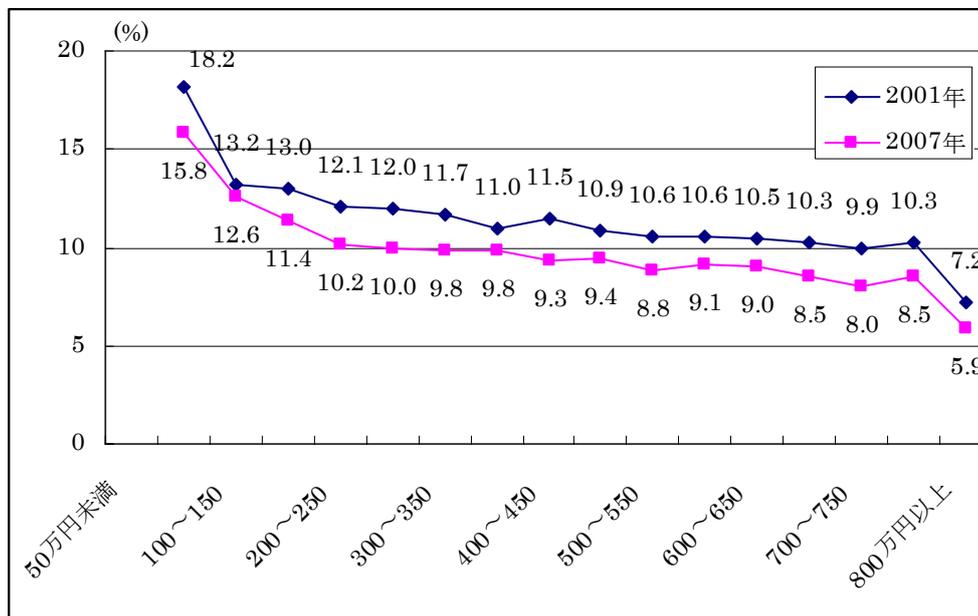
図 1-2. 税収、歳出の推移



出所：財務省 HP 一般会計、歳出総額及び公債発行額の推移

大沢真理<sup>5</sup>の調査によれば、租税収入の対 GDP 比は、2010 年には 15.2% となった。これに対して、社会保険料負担のそれは一貫して上昇を続け、2010 年には 12.4% になった<sup>6</sup>。社会保険料は、自営業者や非正規労働者が加入する国民年金・国民健康保険の保険料を考えれば分かるように、逆進性が強い。図 1-3 が示すように、低所得者層において税・社会保険料負担はきわめて大きい。劣悪な条件で長時間働き、ようやく月収十数万円を稼ぐ非正規労働者にとって、国民健康保険の保険料は税金よりも大きな搾取である。

図 1-3. 所得階層別負担率



出所：大沢真理「税・社会保障一体改革の課題」  
シンポジウム社会保障の明日を考える in 広島、2011年12月2日

我々は、高校の政治経済で、政府の役割の一つとして所得再分配があると教わった。しかし、税制と社会保障政策の結果、日本では当初所得よりも、政府による再分配後の方が、相対的貧困率の低下割合が先進国の中で低いのみならず、独り親世帯の貧困率が高くなるという非常識な状態に陥っている。日本の政府は、税制と社会保障によって、わざわざ格差を拡大しているのである。こうした状況では、格差、貧困問題の被害者である若年層、低所得者層が社会保障制度に怨念を持つこともやむを得ない。

雇用、社会保障に対する資源の投入を増やさなければ、日本社会は荒廃する一方である。また、雇用形態や世代に関係なく、生活上のリスクをカ

<sup>5</sup> 大沢真理 東京大学社会科学研究所比較現代社会部門社会保障分野教授

<sup>6</sup> 大沢真理：「危機や災害に脆い社会を再構築するために」、『女性と労働 21』、2011年10月

バーする政策を立て直さなければ、弱い人々ほど社会保障に背を向け、結果として日本は意図しないまま、アメリカ型社会に近づくであろう。

したがって、社会保障の再建は喫緊の課題である。そして、歳入面でも大きな政策転換を実現しなければ、政策のつじつまは合わない。子ども手当を当初の構想どおり一人月額2万6千円支給するためには、5兆円ほどの財源が必要となる。これは日本の防衛費と同じ金額である。無駄を省いて必要な財源を確保するというマニフェストの議論は、野党としての主張であった。本格的な福祉国家を確立するために、安定的な財源を確保することが不可欠である。

菅政権から野田政権に引き継がれた社会保障・税一体改革路線、その中の消費税率引き上げは、こうした構想の一部だと理解すべきであろう。しかし、一般市民に好意的理解を求めるとするのは、余程の政治音痴である。政治家たるもの、まず目指すべき社会像を明確に語り、人々の生活がどのように改善されるかを提示しなければならない。とくに、社会保障の恩恵に浴するはずの弱い立場の人々が政府の機能や社会保障の役割に不信を持ち、自暴自棄的な政治選択を行う今の時代において、改革が目指す社会ビジョンを提起することは不可欠である。

今こそ、政治家の現実主義が発揮されるべき時である。民主党が主張する積極的社会政策を実現するためには、歳入確保のための対策が不可欠である。また、財政赤字に歯止めをかけることも必要である。消費税率の引き上げを中心とする税制改革が、財政赤字を減らしたいという財務官僚の固定観念に基づく提案なのか、生活第一を実現するための政策の財源の確保なのか、その意味づけを明確にしなければ、国民はどう考えてよいか分からなくなる。

エセ現実主義者は、様々な議論から都合のよいスローガンをつまみ食いして、パッチワークを造りたがる。民主党の言う成長戦略や社会保障・税一体改革がそのようなパッチワークなのか、真のビジョンなのか、未だに判然としない。財務官僚に洗脳された民主党政権が、一体改革の名の下に消費税率を引き上げ、受益なき負担を押しつけるのではないのかと、国民が危惧するのも十分理由のある話である。

民主党政権が、生活第一という原点を守るならば、ここで述べた倒錯した現実を直視し、これを国民と共有した上で、真の社会保障改革を進めるしかない。医療、介護の分野がこれからさらに成長し、そこで多くの雇用が生まれることは望ましい。しかし、医療は利益追求の機会ではなく、あくまで人間の生命と尊厳を守るための営みである。この原点を踏み外すような政策に対して、我々は厳しく対峙しなければならない。

## 第 2 章 TPP と今後の日本医療

執筆担当者 二木 立 委員

### はじめに—TPP を取り上げる理由

日本医師会医療政策会議は、原中勝征会長から「医療を営利産業化していいのか」との諮問をいただいてから 2 年間、このテーマについて多面的に検討してきた。私自身も、この間、そこでの報告や討論を踏まえて、「医療への市場原理導入論の 30 年」、「『医療産業』・『医療の産業化』という用語の来歴」、「日本の民間病院の『営利性』と活力」について歴史的かつ理論的に検討した 3 つの拙論と、菅直人内閣（当時）が 2010 年 6 月に閣議決定した「新成長戦略」に含まれる「医療の産業化」政策を複眼的に検討した 2 つの拙論を発表してきた<sup>1</sup>。

しかし、この報告書の分担原稿では、田中滋議長のご許可をいただいて、敢えて「TPP と今後の日本医療」について検討したいと思う。その理由は、米国政府が長年、「外国貿易障壁報告書」等により、日本医療の市場化・営利化を求めてきたことを考慮すると、日本が TPP（環太平洋経済連携協定）に参加した場合、米国政府の要求が一段とエスカレートし、それにより日本医療の営利産業化が進む危険が大きいからである。

本稿では、まず、日本が TPP に参加した場合、米国が日本医療に何を要求してくるかについて 3 段階に分けて具体的に予測するとともに、それら要求の実現可能性を検討する。第 2 に、米国の第 1 段階の要求（医薬品・医療機器価格規制の撤廃・緩和）が実現した場合、それが保険財政・診療報酬、患者および医薬品産業に与える影響について予測する。第 3 に、視点を変えて、韓米・豪米 FTA における医薬品についての妥結内容と ISD 条項の危険性について述べる。最後に、TPP の医療への影響を検討する際に見落としてならない 2 つのことを指摘する。なお、以下の内容は、すでに発表した 3 つの拙論を統合したものである<sup>2</sup>。

<sup>1</sup> 二木立：「医療への市場原理導入論の 30 年—民間活力導入論から医療産業化論へ」『文化連情報』2011 年 396 号 16-23 頁、「『医療産業』・『医療の産業化』という用語の来歴」『文化連情報』2011 年 397 号 19-23 頁、「日本の民間病院の『営利性』と活力」『文化連情報』2011 年 399 号 20-25 頁、「『新成長戦略』と『医療産業研究会報告書』を読む」『日本医事新報』2010 年 8 月 21 日号 No.4504 89-92 頁、「民主党政権の医療政策」勁草書房 2011 年第 2 章第 5 節 50-57 頁、「民主党政権の『新成長戦略』・『ライフ・イノベーションによる健康大国戦略』の複眼的検討」『文化連情報』2011 年 405 号 18-23 頁

<sup>2</sup> 二木立：「TPP と日本の医療」『TPP と日本の論点』農文協 2011 年 90-96 頁、「TPP に参加するとアメリカは日本医療に何を要求してくるか？」『日本医事新報』2011 年 4572 号 34-35 頁、「TPP 参加が医療・医薬品産業に与える影響」『国際医薬品情報』2012 年 1 月 9 日号

## 1. TPPに参加したらアメリカは日本医療に何を要求してくるか？

米国政府は、1990年代以降、日本医療の市場開放を求めており、2009年のオバマ政権成立以来、その圧力が強まっている。TPPが事実上の「日米FTA」であり、しかもオバマ政権のTPPに込めた狙いが米国企業の輸出拡大と雇用創出であることを考えると、日本がTPPに参加した場合、米国の要求がさらに強まることは確実である。それには3つの段階があると判断している。

### アメリカの3段階の要求

第1段階は、日本の医療機器・医薬品価格規制の撤廃・緩和要求である。これは、米国通商代表部が毎年発表する「外国貿易障壁報告書」の定番である。2011年版における「医療機器・医薬品」の貿易障壁の指摘と是正要求は、保険、テレコミュニケーション（医療ITを含む）に次ぐ長さであり、医療機器については、外国平均価格調整ルールの廃止または改正を、医薬品に関しては、新薬創出加算の恒久化と加算率の上限撤廃、市場拡大再算定ルールの廃止または改正等を列挙している。

米国の第2段階の要求は、医療特区（総合特区）での株式会社の病院経営の解禁と混合診療の原則解禁、つまり地域限定の市場原理導入である。米国は、建て前としては医療特区に限定しない「市場開放」を要求しているが、それには日本の医療関連法規全体の改正が必要であり、短期的には実現しないことを理解しているからである。「外国貿易障壁報告書」の「医療サービス」の項にも、このことが以下のようにカッコ付きで示されている。

「米国政府は、日本政府に対し、医療市場を外国のサービス提供者にも開放し、営利法人が営利病院を運営し、すべてのサービスを提供できるようにする機会（経済特区を含む）を認めることを引き続き要求している」（2008～2010年版。2011年版ではこのカッコ書きは消えたが、理由は不明）。

米国がこの要求に合わせて、「自費診療部分の補填＝患者負担の軽減」を大義名分にして、米国の民間医療保険の参入のさらなる拡大を求めてくることも確実である。

ただし、日本政府がこの第2段階の要求を受け入れても、それによる市場拡大はごく限られる。この場合、TPPに盛り込まれる可能性が強い「投資家と国家間の紛争解決手続き」（ISD条項。ISDS条項<sup>3</sup>とも呼ばれる）

---

<sup>3</sup> ISDS: Investor State Dispute Settlement 条項、投資家と国家間の紛争解決手続き

に基づき、米国企業が日本政府に損害賠償請求訴訟を起こす可能性がある。この裁判で企業が勝利した場合、米国政府は、それをテコに、第3段階の要求として、全国レベルでの株式会社の病院経営解禁と混合診療の原則解禁、つまり医療への全面的市場原理導入を本気で求めてくるであろう。

### アメリカの要求の実現可能性

しかし、以上の米国の要求がそのまま実現するわけではない。どの程度実現するかは、医療への市場原理導入に反対する国会内外の運動が、今後どの程度盛り上がり、しかも持続するかにかかっている。このことを前提にした上で、第1段階は実現する可能性が高いし、第2段階の実現可能性も長期的には否定できないが、第3段階の実現可能性はごく低いと判断している。

なぜなら、第3段階の要求を実現するためには、医療法と健康保険法の同時・抜本改正が必要であるが、それは、政治的にきわめて困難、ほとんど不可能だからである。公的医療保険制度（国民皆保険制度）と民間非営利医療機関主体の医療提供制度は、日本の医療制度の二本柱であるが、それは極めて頑健であり、これの根幹が崩壊する可能性は極めて低いと思われる。

しかし、仮に、日本政府が米国の第3段階の要求まで受け入れた場合は、「いつでも、どこでも、誰でも」良い医療を受けられるという国民皆保険制度の基本理念は変質し、給付も大幅に劣化する。ただし、その場合でさえ、全国民の強制加入という意味での「国民皆保険制度」は維持されると思う。

また、米国の第2段階の要求が実現し、たとえ医療特区（総合特区）に限定されるとはいえ、医療分野に市場原理が導入された場合には、医療の非営利性の根本理念が崩れ、医療特区以外でも、一部の医師・医療機関の営利的行動が強まる。

かつて、グレイ<sup>4</sup>は、1980年代の米国医療の営利化を検討した際、「医療倫理の最大の脅威は、営利企業の参入そのものではなく、企業家的に行動する医師や非営利病院が増えていることである」と指摘した。これと同じことが日本でも生じ、ひいてはそれが国民の医師・医療機関への信頼を低下させる危険がある。

---

<sup>4</sup> Gray BH: The Profit Motive and Patient Care - The Changing Accountability of Doctors and Hospitals. Harvard University Press, 1991 ; p334.

## 混合診療裁判の最高裁判決は第3段階の要求への防波堤になる

ここで、2011年10月の混合診療裁判の最高裁判決が、米国の第3段階の要求の中核を占めるであろう混合診療原則解禁に対する重要な防波堤になることを指摘する<sup>5</sup>。

最高裁は、この判決で、混合診療の原則禁止と保険外併用療養による部分解禁は適法であると認めた。仮に、最高裁判決で、東京地裁の混合診療禁止の厚生労働省の法運用には「理由がない」との判決が認められた場合には、政府は米国政府の圧力に屈して、現行法の解釈変更により、混合診療原則解禁に追い込まれた可能性も否定できない。しかし、最高裁判決により、現在の法運用が適法と認められたため、混合診療原則解禁に政策変更するためには、新たに健康保険法等の改正を行うことが不可欠になった。しかし、国会（衆参両院）が2004年12月に「混合診療解禁反対」の請願を全会一致で採択していること等を考えると、それは政治的にきわめて困難である。

## 2. アメリカの第1段階の要求が実現したら何が生じるか？

次に、日本がTPPに参加して、米国の第1段階の要求（医薬品・医療機器価格規制の撤廃・緩和）が実現した場合、何が生じるかを分析的に予測する。なお、西村周三氏（国立社会保障・人口問題研究所所長）が明快に主張しているように、「医薬品の価格を製薬会社が自由に決められるのは米国だけで、他国でもコントロールしているもの」であり、政府が「価格公定権を手放してはならない」と考えている<sup>6</sup>。以下の記述は、このような価値判断を棚上げした思考実験である。

米国通商代表部は、毎年、「外国貿易障壁報告書」で、医薬品に関して新薬創出加算の恒久化と加算率の上限撤廃、市場拡大算定ルール of 廃止または改正等を要求している。

これらは、日本製薬工業協会や日本の大手製薬企業も求めているが、今まで財務省・厚生労働省は、薬剤費抑制の視点から拒否してきた。しかし、日本がTPPに参加した場合、米国がそれを楯にしてこれらの要求を強めることは確実であり、日本政府が他産業（特に主力輸出産業である自動車産業や電機・電子機器産業等）についての交渉を有利にするために、認める可能性・危険性もあると思われる。

<sup>5</sup> 二木立：「混合診療裁判の最高裁判決とその新聞報道等を改めて考える」『文化連情報』2012年406号30-35頁

<sup>6</sup> 西村周三：「価格公定権を手放してはならない」『医薬経済』2011年12月15日号3頁

## 保険財政と診療報酬への影響

まず、医療機器・医薬品価格の規制が撤廃・緩和された場合、新薬・最新医療機器の価格は確実に上昇する。それにより、薬剤費・医療機器費用が膨張し、医療保険財政は悪化する。その結果、医療機関に支払われる診療報酬「本体」（技術料など）は、現在以上に抑制され、医療機関の経営悪化が進む危険がある。なぜなら、

**診療報酬「本体」の改定率＝診療報酬「全体」の改定率－薬価引き下げ率  
（診療報酬換算）**

という関係にあり、薬価引き下げ率の低下は、自動的に診療報酬「本体」改定率の圧縮・引き下げとなるからである。

これに加えて、特に財務省は、次の2つの施策を導入・併用し、公的医療費を抑制しようとすると思われる。1つは、保険外併用療養の拡大であり、もう1つは、2000年の「医療保険抜本改革」に向けて検討されたものの、製薬業界と日本医師会・医療界の両方の強い反対で撤回された「参照薬価制度」（医薬品に関わる実質的混合診療）の導入である。

前者は法改正を必要としないため確実に起こると思うが、後者は法改正が必要なため、見通しは不透明である。しかし、これらによる公的医療費の抑制効果はいずれもそれほど大きくないため、中心は、上述した技術料の抑制になると思われる。

「医療産業」（医療サービスと医薬品・医療機器等の合計）の拡大は、「新成長戦略」も認めているように、本来は日本の内需拡大と経済成長に貢献する。しかし、医薬品・医療機器および民間医療保険の市場で外資の比重がさらに拡大すると、それら企業の利益はほとんど国内で環流することなく外国に流出するため、内需拡大効果は減殺されてしまう。

## 患者への影響

新薬の価格上昇により、すべての患者の自己負担は確実に増える。それにより、低所得者の患者の受診抑制が生じ、彼らの健康水準が悪化することも危惧される。他面、画期的新薬の国内販売が早まる可能性があるのも、ある種のがん・難病患者のうち、多額の自己負担を払える高所得患者には福音になるとも言える。ただし、画期的新薬と言われるもののうち、大幅な延命やQOLの向上が実証されているものはごくごく限られる。

## 医薬品産業への影響

TPPを推進する民主党の医系議員の中には、それが日本の医薬品産業育成につながると主張している人もいる。しかし、TPPが医薬品産業に与え

る影響を「一括り」で論じるのは無意味である。欧米の多国籍製薬企業に伍して画期的新薬を開発・販売できる大手 5 社と、一部の準大手にとっては、TPP は有利に働くかもしれないが、それ以外の大半の内資の市場・売り上げは縮小すると予測する。

なぜなら、財務省・厚生労働省は、画期的新薬の薬価上昇や新薬創出加算の恒常化により生じる薬剤費総額の膨張を可能な限り抑制するために、先発医薬品の長期収載品と後発医薬品の薬価を大幅に引き下げるからである。2011 年 11 月 22 日の政府・行政刷新会議「政策提言仕分け」で、長期収載品の大幅引き下げが提言されたのはその前触れと言えよう。

これにより、これら医薬品に依存している準大手・中小製薬企業の業績は一気に悪化し、医薬品業界の再編、M&A が急増するであろう。その結果、他産業と異なり、医薬品産業（業界）では今も根強く残っている護送船団意識は崩壊し、一握りの外資と内資による日本の医薬品市場の「寡占的支配」が生じる可能性がある。

ただし、2010 年に試行的に導入された新薬創出加算制度の目的の一つが、日本の先発医薬品メーカーの新薬開発を支援することであったにもかかわらず、武田薬品を含めた内資が惨敗していること（加算の品目数・加算額とも、6 割弱が外資）、および 2000 年以降の完全な新規薬効成分の新薬承認件数でも外資が圧倒していること（外資が内資の 2 倍）<sup>7</sup>、を考えると、「勝ち組」の内資といえども、得られるのは外資の「おこぼれ」にとどまる可能性が大きいと思われる。

### 3. 韓米・豪米 FTA から学ぶことは何か？

TPP 参加が医療（医薬品・医療機器産業を含む）に与える影響を考える上で、もっとも参考になるのは韓米 FTA であり、次が豪米 FTA と考えている。そこで、この順に、両 FTA の医療・医薬品の妥結内容を検討する。

#### 韓米 FTA の「医薬品・医療機器」についての妥結内容

韓米 FTA の全容と問題点を包括的に知るための「必読論文」は、柳京熙「韓国の FTA を取り巻く政治・経済的意義と経済的影響について」である<sup>8</sup>。ただし、この論文には、後述する ISD 条項が「韓国にだけ適用される」等の誤りもある。そこで、韓米 FTA の英文をチェックするととも

<sup>7</sup> 『製薬企業の実態と中期展望 2011 年版』国際医薬品情報編集部編、国際商業出版、2011；223 頁

<sup>8</sup> 柳京熙：「韓国の FTA を取り巻く政治・経済的意義と経済的影響について」、JA 全中（全国農業協同組合中央会）WTO・EPA 対策課委託研究、2011 年

に、長年共同研究を続けている韓国・延世大学の医療政策・医療経営専門の友人研究者 4 人（韓米 FTA 賛成派・反対派・中立派の全てを含む）からも直接情報を集めた。

2011 年 11 月に韓国国会で強行採決され、2012 年 1 月発効予定の韓米 FTA の第 5 章「医薬品・医療機器」の妥結内容は、米国が米国通商代表部の「外国貿易障壁報告書」等を通して日本に要求してきたことと酷似しており、これを初めて読んだとき「ホラーストーリー」と感じた。それもそのはずで、韓米 FTA では、米国の強い要求により、従来知的財産権保護の国際基準とされていた WTO の TRIPS（知的財産権の貿易的側面に関する協定）を大きく超える保護水準（TRIPS プラス）が設定されている。

一番驚いたのは、米国の製薬企業が韓国政府の定めた医薬品・医療機器の償還価格に不満がある場合は、政府（本省＝保健福祉部だけでなく、健康保険審査評価院、国民健康保険公団も含む）から独立した「医薬品・医療機器委員会」に異議申し立てできることになったことである。上記「中立派」の研究者も、これは韓国政府の社会保険政策に対する外国企業の干渉の可能性を内包していると危惧している。しかも、内閣官房等が 10 月に発表した「TPP 協定交渉の分野別状況」、および外務省が 11 月に発表した「TPP 協定により我が国が確保したい主なルール」は、「医薬品分野に関する〔同様の一二木〕規定が置かれる可能性はある」と認めている。

TPP に反対する医療関係者の多くは、主に ISD 条項の危険性を強調しており、それは妥当であるが、この「医薬品・医療機器委員会」にも注目すべきだと思う。なぜなら、これは企業にとっても費用と時間のかかる ISD 条項に基づく国際投資紛争解決センターでの審理よりもはるかに手軽であり、もしこれが TPP（または日米間の追加協定）にも盛り込まれた場合は、企業側からの異議申し立てが頻発する危険があるからである。

### 韓国での FTA と日本の TPP をめぐる状況の違い

ただし、韓国の FTA をめぐる状況と日本の TPP をめぐる状況は、次の 2 つの点で大きく異なることを見落とすべきではない。

第 1 は、韓国では、FTA 交渉妥結までその内容はほとんど国民に知らされず、政府も一貫して教育と医療部門の開放はないと断言していたことである。日本でも、政府は当初同様な表明をしていたが、日本医師会や野党等の鋭い追及により、2011 年 11 月末以降、政府・首相も TPP が医療に影響する可能性があることを公式に認めるようになった。その転換点は、野田首相が 2011 年 11 月 1 日の衆議院本会議で、「米国の対日要求項目が TPP 交渉の対象にならない保障はあるのか」との質問に対して、その「可

能性は完全には否定できない」と認めたことであった。この発言直後に、外務省も「混合診療の全面解禁が TPP で議論される可能性は排除されない」と明言した<sup>9</sup>。

その結果、当初 TPP 賛成一辺倒だった全国紙の論調にも、部分的に変化が生まれている。例えば、「朝日新聞」は、TPP により「クスの値段が高くなる」可能性を報じた<sup>10</sup>。TPP 参加の急先鋒である「日本経済新聞」も、ISD 条項導入に反対するオーストラリア政府と米国政府との攻防が続いていることを報じた<sup>11</sup>。

第 2 の違いは、韓国では政府が FTA 交渉に入ることを決めた後も、農協、医師会を含めて大半の団体が TPP に対して反対の声を挙げなかったのと異なり、日本では、2011 年 11 月 11 日に首相が TPP 交渉参加を表明する前から、農協だけでなく、医師会、消費者団体、さらには多くの地方自治体も反対声明を出し、しかも各団体の共闘が各地で生まれていることである。このような TPP 反対運動の高揚が今後も持続した場合には、TPP の妥結内容は、少なくとも医療・医薬品分野に関しては、米国が求める水準より相当抑制的なものになる可能性がある。野田首相が TPP 参加を事実上表明して以降、「このままでは国民皆保険が崩壊する」と絶望している人もいるが、それは早計である。

## 豪米 FTA の教訓

2005 年 1 月に発効した豪米 FTA の交渉過程でも、米国政府は米国の製薬団体（PhRMA<sup>12</sup>）の要求に基づいて、オーストラリア独自の「医薬品給付制度」（PBS、その核心は費用対効果の評価に基づいた医薬品価格の抑制）の廃止を執拗に求めたが、オーストラリア政府が最終的に拒否したため、PBS の根幹は守られた。しかも他国の FTA と異なり、ISD 条項も盛り込まれなかった。しかし、PBS リストに掲載される医薬品に 2 つの類型（F1（ブランド薬）と F2（ジェネリック薬））が設けられ、政府は F1 医薬品に対して「不相応に高額を支払いをしている」とされている。なお、オーストラリアでも、経済団体や外務貿易省は、「TPP 交渉ではあらゆる事項を交渉の対象とすべき」と要求した<sup>13</sup>。

<sup>9</sup> 民主党経済連携プロジェクトチーム総会における外務省提出文書、2011 年 11 月 7 日

<sup>10</sup> 朝日新聞「教えて TPP(19)」2011 年 11 月 9 日朝刊

<sup>11</sup> 日本経済新聞「TPP 交渉参加国の思惑 4」2011 年 12 月 20 日朝刊

<sup>12</sup> PhRMA: Pharmaceutical Research and Manufacturers of America 米国研究製薬工業協会

<sup>13</sup> ジェーン・ケルシー編著、環太平洋経済問題研究会・農林中金総合研究所共訳『異常な契約—TPP の仮面を剥ぐ』農村漁村文化協会第 2 章「オーストラリアにおける TPP をめぐる政治状況」2011 年；45-58 頁

## ISD 条項の危険性

韓米 FTA に反対する野党や市民団体は、ISD 条項を「毒素条項」と激しく攻撃した。そのためイ・ミョンバク大統領も、この点については条約締結後、米国と再交渉を行うと譲歩せざるを得なかった。

TPP を推進する人々は、「ISD 条項は日本が結んだすべての（ほとんどの）FTA に含まれているが、何の問題も起きていない」、「ISD 条項は他国に進出した日本企業の利益を守るために必要」等と主張している。しかし、関岡英之氏はそれを的確に反駁している<sup>14</sup>ので、そのポイントを紹介する。

ISD 条項は、歴史的に見ると、先進国が、発展途上国政府による外国企業の強制収用から自国の進出企業の権益を守るために生み出された。しかし、NAFTA（北米自由協定）で、それが初めて多国間協定に導入されて以来、状況が一変し、米国企業等が、この条項を拡大解釈して、他国政府を提訴するようになった。日本が今までにこの条項で訴えられなかったのは、今までは日本が投資する側で、投資される側ではなかったからに過ぎない。日本にとって TPP の最大の相手国が米国であることを考えると、TPP に ISD 条項が盛り込まれた場合、訴訟大国の米国企業がこの条項を用いて、日本政府を訴える蓋然性は確実に高まる。しかも、国際投資紛争解決センター等での審理の判定基準は、「公正かつ衡平な待遇」という、アングロサクソンの法理念に基づいており、日本に極めて不利である。その上、この審理は一審制で、判決に不服でも上訴できない。

この判定基準は、市場原理の尊重と言えよう。そのため、この判定基準に従えば、米国以外の各国政府が実施している医薬品・医療機器の価格規制は、「公正かつ衡平な待遇」ではなく、「透明性と手続きの公正性」に反すると解釈される危険がある。

ISD 条項は、日本企業がアジア等の発展途上国に進出する上では必須との意見もある。しかし、日本の製薬企業はすでに海外進出が相当進んでいる大手 4 社に限定しても、大半が欧米への進出であり、アジア等の発展途上国への進出では、欧米の製薬企業に比べて大きく出遅れている。しかも、先進国（欧米・日本）と発展途上国とでは、医薬品のニーズがまったく異なることを考慮すると、日本が TPP に参加しても、日本の製薬産業が今後どれほど「アジアで稼げる」ようになるか大いに疑問である。

---

<sup>14</sup> 関岡英之：「TPP より危険な日中韓投資協定」『正論』2012 年 2 月号

#### 4. TPP について検討する際見落としてならない2つのこととは？

最後に、TPP の医療への影響を検討する際に、見落としてはならないことを2つ指摘する。

##### アメリカは一枚岩ではない

1つは、米国は決して一枚岩ではなく、その要求も必ずしも一貫しておらず、「場当たりの」であることである。この点については、少し古い(1996年)が、次のような率直な証言がある。「米国の対日通商政策は往々にしてあまりに場当たりの、近視眼的であるため、日本側に『規制撤廃改革』を起こさせるまでに至っていない。(中略)米国の対日規制撤廃提案は、しばしば政治力のある会社や産業に直接からんだ目先の規制問題を反映したものになりがちで、将来を見据え、念入りに作りあげた計画にはどうしてもならないのである<sup>15</sup>。(中略)[その結果一二木]規制の原因となっている制度そのものを改正しないで、規制措置を一部撤廃するだけで米国の規制撤廃圧力を沈静化できるという自信を、日本の官僚に与えることになるのだ」(J.P.スターン米国電子業界事務所総代表)。その後、「構造改革」が強力に推進された小泉政権の時代でさえ、日本の医療サービス市場の開放や医療の市場化・営利化がごく限定的にしか進まなかったことを考慮すると、日本の(厚生労働省)官僚は現在もこのような「自信」を持っていると思われる。

##### 医療の営利産業化は日米大企業のコラボ

もう1つ見落としてならないことは、医療の営利産業化は決して米国側だけの要求ではなく、日本の大企業も求めていることである。この点については、チャールズ・レイク元 USTR 日本部長が、次のようにストレートに述べている。「米国提案の多くはすでに日本の省庁が審議会などで議論していたものばかりです。だから、日本が米国の圧力に屈して、いやいや合意したものではなかったのです。日本政府が国内の抵抗勢力を説得するために構造協議が使われた、という方が実態に近い。いわば『歌舞伎の敵役』を米国が演じたということです」<sup>16</sup>。つまり、「『規制制度改革』＝医療の市場化・営利化」は、単なる米国からの一方的圧力ではなく、日米合作なのである。

もし、米国の第2段階の要求が実現して、医療特区(総合特区)での株

<sup>15</sup> フランク・ギブニー監修『官僚たちの大国－規制撤廃と第3の開国を』講談社、1996年；253-254頁

<sup>16</sup> 朝日新聞「変転経済」取材班編『失われた<20年>』岩波書店、2009年；73頁

式会社の病院経営と混合診療原則解禁が認められた場合、米国資本単独ではなく、日米合作で進められるのは確実である。

それだけに、日本医師会が2010年12月から2011年2月に先駆的かつ連続的にTPPに関する「見解」等を発表し、しかも、いずれの場合も「医療における規制制度改革とTPPの問題点」をワンセットで指摘しているのは、大変見識があると思う<sup>17</sup>。

---

<sup>17</sup>「日本政府のTPP参加検討に対する問題提起－日本医師会の見解－」2010年12月1日  
「危機にさらされる日本の医療－医療における規制制度改革とTPPの問題点」2011年2月16日  
日本医師会定例記者会見

### 第3章 医療の営利産業化より医療関連産業の強化を

執筆担当者 桐野 高明 委員

医療においては診断や治療に費用が発生し、それに対して医療費が支払われる。このような経済的側面に着目すれば、医療は立派な産業である。医療機関ではその差額を利益として配当することはできないという制約があって、通常の企業の経済活動と少し違っていると言うだけだ。もし医療の需要が大きく拡大すれば、それにもなって医療関係者の雇用が拡大し、医薬品や医療機器の必要性も増大する。大きく考えれば国の経済の発展に寄与することになる。実際、産業連関表の分析などの方法によって医療が拡大すれば、他の産業への波及効果も大きいことはよくわかっている。1980年の初めころに、医療費が増大すれば国の経済的活性が失われるという心配をする向きもあったが、その心配は必ずしも妥当ではない。一般的に社会保障の経済効果を総合的に見ると、さまざまな面で日本経済を底支えし、足を引っ張るどころか、経済を引っ張り上げる役割をしてきたことを実証的に示すことができる<sup>1</sup>。

ところが、最近になって医療そのものをもって国の経済を活性化する産業にしようという、これまでとは一風異なる考え方をするグループが表れてきた。国の成長戦略の中心に医療そのものを据え、その牽引力でわが国の経済を再生しようという考えだ。しかしながら、わが国においては医療そのものを営利産業化することは現実的なのだろうか。後述するように、どうもそうとは考えられない。一方で、わが国の医薬品産業や医療機器産業、すなわち医療周辺の産業が活性化し、世界に対するシェアを伸ばしていくことが可能だとすればどうだろうか。実際には、わが国はこのところ医薬品においても医療機器においても、やや押されぎみだ。そこを何とか努力と粘りで盛り返す希望を持つことはできないだろうか。これこそが本来医療をもって国の産業の牽引車とする、という路線の根幹に据えるべき選択肢ではないだろうか。単純に医療そのものの収益性をあげて「医療産業化」するのではなく、医薬品や医療機器において世界の先頭に立つような体制を作り上げ活性化して、その総合的な力をもって世界に冠たる「医療産業化」を成し遂げることが今でも可能であるとすれば、それが最もまともな路線だろう。

<sup>1</sup> 京極高宣：「社会保障は日本経済の足を引っ張っているか」、時事通信社、2006年

## 1. 医療そのものの営利産業化

医療そのものの収益性をあげ、もって経済の活性化をはかるべきであるという議論は、これまでも何度も繰り返されている。その最終的な姿は国民皆保険と決別し、最低限度の医療のみをセーフティネットとして保障する他は、健康を守ることは国民一人ひとりの自己責任とするものである<sup>2</sup>。医療も他の経済活動と同じく、市場的な競争に委ね、もってその効率の最大化を図ることを期待する。このような意見は、米国の医療制度と、その制度の下で強力に発展している医療関連産業の姿を参考にしたうえで提唱されている。混合診療の全面解禁や病院の株式会社化の議論と同根であり、これまでも何度も一部のグループから提案され、これまでのところ政府によって否定されて来た考え方だ。

長期的な日本経済の低迷を脱し、「強い経済」、「強い財政」、「強い社会保障」を一体的に実現することを目指し、民主党政府は、2010年6月に『新成長戦略～「元気な日本」復活のシナリオ～』を閣議決定した<sup>3</sup>。その中で、7つの戦略分野の2番目として「ライフ・イノベーションによる健康大国戦略」を掲げ、医療に関する戦略として「医薬品、医療・介護技術の研究開発推進」とともに、「アジア等海外市場への展開促進」をあげている。アジア等海外市場への展開の具体的内容として、「高齢社会を迎えるアジア諸国等の富裕層等を対象とした健診、治療等の医療及び関連サービスを観光とも連携して促進していく」こと、すなわち「医療ツーリズム」の促進をあげている。政府みずからが国の基本方針として「医療ツーリズム」を取り上げるということで、注目をされた。ただし、経済産業省主導で策定されたこの「新成長戦略」が全体の一致した路線にまで成熟しているかということ、多くの疑問を投げかけざるを得ない。

医療ツーリズムは、決して新しい事象ではなく、後進国の富裕層が先進国に高度な医療を求めて旅行することは歴史上しばしば見られたし、現状でもあり得ることだ。近年では、医療のレベルの格差に着目するのではなく、医療費の格差に着目して、むしろ、欧米の先進諸国から中南米やアジア諸国に医療のための旅行をする動きも盛んになって来ている<sup>4</sup>。わが国で提案されている医療ツーリズムは、従ってどちらかというところ古典的なタイプのものである。アジア諸国の富裕層が、日本の高度な医療を求めてわが国を訪問し、治療を受けるということを、政府が制限したり禁止したりすることは適切ではないし、また民間の医療機関が高度な医療技術をその

<sup>2</sup> 例えば、典型的な考え方を述べたものとして、長坂健二郎「日本の医療制度その病理と処方箋」東洋経済新報社、2010年がある。

<sup>3</sup> 「新成長路線～『元気な日本』復活のシナリオ～」首相官邸 HP  
<http://www.kantei.go.jp/jp/sinseichousenryaku/>

<sup>4</sup> 真野俊樹：「グローバル化する医療—メディカルツーリズムとは何か」、岩波書店、2009年

ような形で外国人に提供することは望ましいことでさえある。

私的な医療機関は、それぞれの財政的基盤を強化するために、医療法人に認められた事業を可能な限り拡大することは自由であり、またその経営のリスクも負っている。しかし、政府が公的な事業の一環としてそれを促進するというのはどうであろうか。一方では、わが国の保険医療制度の下で、ルールに従って診療を受ける国民がいて、一方に順番を飛び越えて特権的な扱いを受けるアジアの富裕層がいる。同じ病院の中にそのような二つのグループができ、しかも、その病院は公的な資金の支援を受けて運営されている国公立の病院であるとするれば、そのような事業が果たして歓迎されるものなのだろうか。また、一方で医療過疎の問題があり、ある地域では質の高い医療の提供が持続的に可能であるか危ぶまれている。この解決よりも、アジアの富裕層の健康の方に力を入れるということであれば問題であろう。

さらに、「医療ツーリズム」が産業活動として、果たしてわが国経済を活性化し、「強い経済」をもたらす基礎の一つになるのであろうか。多くの医療経済学者からは、そのような期待は現実的ではないことが指摘されている。医療ツーリズムの規模を推測する根拠の資料として使われる日本政策投資銀行のレポート「進む医療の国際化—医療ツーリズムの動向」<sup>5</sup>では、2020年の時点で、医療ツーリズムの潜在需要は43万人、市場規模は5,500億円に昇るとしている。しかし、二木<sup>6</sup>はこの資料を精査して、推定・仮定の極端な過大表示があることを指摘している。さらに「医療ツーリズム」を提唱する経済産業省は、「50万人の外国患者の受け入れで、約1兆円の経済効果が生まれる」としているようだが、根拠が不明であり、今では同省もこのデータを用いなくなっている、と述べている。

そもそも、「医療ツーリズム」は医療における差異が原動力となっている。医療レベルの低いところから高いところへ、医療費の高いところから安いところへ患者は移動していくだろう。そう考えると、わが国が例えば韓国などと「医療ツーリズム」で競争をして太刀打ちできるだろうか。わが国の優位性を支持するような要素はほとんどない。二木<sup>6</sup>は、韓国の新自由主義的医療改革の旗手として知られるある人物の「医療ツーリズム」の評価について言及し、彼は「医療ツーリズム」自体の経済成長効果が大きくないことを認めたとうえで、「海外からの自由診療患者の受け入れ増加により、韓国内ですでに認められている混合診療が大幅に拡大し、それによって医療分野への市場原理導入が進む」という意見であったと紹介している。意図がすっきりと表明されていて、語るに落ちるとはこのことだろ

<sup>5</sup> 日本政策投資銀行 HP、[http://www.dbj.jp/topics/report/2010/files/0000004549\\_file2.pdf](http://www.dbj.jp/topics/report/2010/files/0000004549_file2.pdf)

<sup>6</sup> 二木立：「民主党政権の医療政策」、勁草書房、2011年；58頁

うと思う。

このように、医療そのものの収益性を高めて経済再生の原動力にしようという構想は、わが国において現実性が高いものとは考えにくい。確かに医療費の総額が増大すれば、医療の質の向上が可能となり、雇用が拡大するとともに医療関連の産業の活性化に寄与し、大きく見れば日本の経済に寄与することは確実ということではあるが、それが直接的に強力な経済の推進力になるか、と言えれば疑問視する声が多そうである。

## 2. 製薬産業や医療機器産業を活性化する

政府は「新成長戦略<sup>(3)</sup>」のなかで、日本発の医薬品や医療・介護技術の研究開発が進み、それをわが国の経済の牽引車とすることを戦略の一つに挙げている。すなわち、「安全性が高く優れた日本発の革新的な医薬品、医療・介護技術の研究開発を推進する。産官学が一体となった取組や、創薬ベンチャーの育成を推進し、新薬、再生医療等の先端医療技術、情報通信技術を駆使した遠隔医療システム、ものづくり技術を活用した高齢者用パーソナルモビリティ、医療・介護ロボット等の研究開発・実用化を促進する。その前提として、ドラッグラグ、デバイスラグの解消は喫緊の課題であり、治験環境の整備、承認審査の迅速化を進める」としている。

日本が国際社会の中で経済的に健全な立場を維持していくためには、国内経済の活性が維持され、貿易収支が均衡していることが長期的には必要だ。しかし、いかに工業生産品がわが国の輸出の大半を占めるとはいえ、ありとあらゆる工業製品において輸出が輸入を超過する必要はない。わが国の経済をまかなうに十分な輸出品目が揃うのであれば、医薬品や医療機器が輸入超過になっていても恐れることはないはずだ。しかし、日本の高い工業生産力の類推から言うと、もっとわが国から医薬品や医療機器が輸出され、国の経済に大きく寄与するようになっていても不思議ではないはずだ。実際、医薬品も医療機器も2000年に入るところまでは輸入額も輸出額も安定していて、医薬品では約3,000億円の輸入超過、医療機器では輸入額と輸出額は均衡していた。ところがその後さまざまな要因で輸入が急増し、医薬品で1兆円以上、医療機器で6,000億円ほどの輸入超過となっている。本来ならば日本の力が発揮できる分野なのに、できていないではないか、残念ではないかという気持ちが働くのも無理からぬことだ。医療を広い経済活動の中での「産業」と捉え、その強化・発展によって国の成長を促進しようという考えは、このような文脈で考えるならば、選択できる一つの方策なのかもしれない。医療そのものを産業化して、その直接的収益で国を活性化することが、絵に描いた餅にすぎないとすれば、医療関連の製薬産業や医療機器産業の活性化は、医療の産業化の本来のメインロードとも

言えるのではないだろうか。

では、なぜ最近になって医療関連産業が伸び悩むどころか弱体化して来たのであろうか。これについては、製薬産業も医療機器産業もそれぞれのシンクタンクなどの研究によって原因を明らかにする努力がなされている<sup>7)</sup>。製薬企業では、事業活動がグローバル化し国際競争が激しさを増すなかで、研究開発費を急速に増加させて来ているが、新薬開発に向けての生産性が低下し、2010年以降のわが国発の医薬品の開発数は減少して来ている。

わが国では、開発医療の担い手となるベンチャー企業の力が弱く未成熟である。また、国際共同治験への取り組みも遅れ、承認申請までの時間も承認審査の時間も長く、新薬が上市される時期が大幅に遅れ、ドラッグ・ラグと呼ばれる現象が起きている。新薬開発の基盤となる臨床研究の体制も充分ではない。わが国の新薬の価格設定は比較的安く抑えられていて、製薬企業には負担となっている。このようなことが総合的にわが国の製薬企業の競争力を低下させているものと考えられている<sup>7)</sup>。また日本の医療機器メーカーでは、日本の医療機器が国際競争力を失って来た原因として、円高の進行とともに、わが国が1990年代後半に政府調達分野での輸入促進策を採用したことに加え、わが国の医療機器メーカーが長期の医療ニーズに対応できなかったこと（例えば診断機器より治療機器が増加したにも関わらず、その面での競争力が無かったこと）をあげている<sup>8)</sup>。

医療関連産業の競争力の低下については、その通りであろうし、さらに詳細に付け加えるべき具体的なデータがあるわけではない。ただ、それぞれの企業側が考えるべきことは、果たして国際競争力の強い米国や西ヨーロッパ諸国と比較して、日本の企業が過去数十年にわたって、必要な準備を行って来たか、それが時代の進行に合致したものであったのか、という問題と、もし日本の企業が模倣すべき先行モデルがあるとするならば、それはどの国のモデルなのか、という点について感じることを述べてみたい。この二つの問題は、あまり表面上で議論されることはないが、実際にはかなり重要な問題であると考えられるからである。

### 3. 皆保険制度もとの医療関連産業の活性化

2004年になって国立大学の法人化が行われた。それまでは、国立大学附属病院は公会計の下での運営が行われ、医療収益は医療にかかる費用に連動せず、医療は予算の範囲内で行われるという、非常にいびつな運営が

<sup>7)</sup> 「製薬企業の将来像～2015年に向けた産業の使命と課題～」医薬産業政策研究所、2007年

<sup>8)</sup> 医療機器産業研究所 中野壮陸「日本の医療機器市場の長期動向～薬事工業生産動態統計1984年～2008年を用いて～」財団法人医療機器センター附属医療機器産業研究所リサーチペーパーNo.2、2010年

なされてきた。実際には、現実との間でつじつま合わせが行われなかった訳ではないが、時には年度末に予算がショートして医療が継続できなくなるなどの危機的な問題が水面下では頻発していた。国の機関の下で国家公務員として勤務する医師には、もとより企業との共同開発をするというインセンティブはなく、ごく一部の大学で細々と開発医療が担われていたのが事実だ。わが国における医学の基礎研究の大きな部分は国立大学において行われていたのであるから、企業もそこで生まれる開発シーズについては無関心では無かったと思われるが、実際には知財の問題や研究資金の問題など未解決の問題が山積していた。

また、企業との共同研究（産学協同）に対しては、冷酷な目で見える大学の伝統的文化の影響が長期的に及んで来たことも無視できない。企業としては、大学などの研究機関に多くを期待することができない以上、自社開発が中心となり、開発に関与する人材も OJT (On-the-job training) 方式で育成するという方針でやってきた。このようなわが国の体制は、数十年前から、大学との連携を強化し、知財の問題を解決し、開発医療に携わる人材育成の教育機関も整備してきた欧米（特に米国）との競争において不利に作用することは明白である。

2004 年に法人化がなされ、国立大学の動きは少し軽快となり、開発医療の拠点づくりも少しずつ進むようになってきた。企業との共同で何事かをなすという態度への価値観も変わりつつあるように思う。しかしながら、その動きが組織の構造として可能になったとは言え、まだ 6~7 年しか経過していないのである。医薬品にしても医療機器にしても、医療の現場で発生したシーズを参考にすることなく、独立で生まれることは困難であろう。米国の MGH、Johns Hopkins、Stanford などの大学病院がいかに関係医療に真剣に参画し、また成果もあげているかということを見ると、日本はまだまだという気がする。シーズの探索や人材の育成という面からも、各企業と大学との対等な連携には課題が多い。

日本には優れたバイオ研究者が多数存在し、また、日本の精密電子機器の技術は依然として競争力を持っていると言われる。もちろんそうであろうが、これは時には単純なリニアモデル信仰を生みやすい。優れた研究者が優れたシーズをさえ生み出してくれれば、後は放っておいてもことは進むという考えになりがちなのだ。純粋科学では一人の天才が全学問体系を確立することさえもあるのかもしれない。しかし、実用化に至る技術イノベーションでは、優れたシーズを本当に優れた実用品にするために、歴大な知識と技術が必要とされる。それを支えられるだけの人材が確保されていて、実用化に至る過程を支援するプラットフォームがなければうまくはいかない。製薬産業が世界の中でも米国と西ヨーロッパの数カ国および日

本だけにしか存在しないのはそのような理由があるからだ。

では、日本においてそのような諸条件が意識的に整備されて来たのだろうか。そうは思えない。人材育成という観点では、医療における開発研究に必要な人材養成が制度として行われてきたとは言えない。疫学や生物統計学の専門家はいくつかの大学で育成されて来たが、その数はごく少ない。近年になって必要が増している生命倫理や **Bioinformatics**、あるいは開発プロジェクトの管理のできる人材はほとんど **OJT** で育って来ている。開発を支援するコーディネーター (**CRC**、**MRC**) やリサーチナース、専門薬剤師は資格として成熟しておらず、研究機関では適切なキャリアパスが用意されていない。

従って、このような職種はいつまでも臨時雇用の職員として扱われることが多い。臨床データを管理するデータセンターでは、専門のシステムエンジニアやデータマネジャーが必要であるが、専用の養成コースがあるわけではない。バイオリソースを保管するバイオバンク、細胞プロセッシングセンター (**CPC**) などの施設の整備も遅れている。

さらに、開発を実施する病院の中に、治験対応の治験専用病棟や分子イメージングセンターを用意しているところはごく例外的である。本気で大学などの研究機関からのシーズを開発医療に結び付けようとするれば、以上のような点が大きく遅れていること、意識的な整備が時間をかけて行われては来なかったことを自覚するべきである。

このような研究開発の体制に関して、最も早くから最もよく整備して来たのは米国であろう。米国は世界で最も進んだ医学研究と医療の技術レベルを誇っている。米国の医学教育、医学研究は他の追随を許さず世界一だ。その一方で、医療には他の先進諸国の 2 倍近くに費用がかかっている。それでも米国の医療が維持されているのは、医療周辺の経済規模が非常に大きく、米国医療は一大輸出産業であるという側面が無視できない。医療・保健関係は米国 **GDP** の 15% 程度を占める非常に大きな産業だ。米国の医学研究、教育から開発医療、そして現実の医療とその費用負担のシステムは全体として動いているものだ。その中の一部を切り取って、日本に都合のよいところを取り入れ、都合の悪いところは排除するというようなことが可能なシステムではない。

米国の開発医療のシステムの優越性を知れば知るほど、そしてわが国においても同様な発展を期待すればするほど、ではわが国も米国のようになるのではないか、これからは医療によって国の経済を立て直す「医療立国」を米国に倣ってつくっていかうのではないかと、言うのは率直でわかりやすい意見だ。

しかし、それはわが国の医療の根幹を破壊することになる道でもある。

各国民の持つ医療についての価値観のどれが「正しいか」という論争は不毛である。医療の体制は、それぞれの国の歴史や国民の価値観がその基盤にある。ある医療制度を採用した場合、それがどのような結果をもたらすかということと、それがその国民共通の価値観に合致するのということとが大きな問題だ。

医療の平等なアクセスが正義であると信じる国民でありながら、一方で医療を市場的に供給されるサービスの一種であり、自己責任であると割り切るとすれば、そこには大きな矛盾が生じる。そう考えると、適切な体制の選択の幅は限られて来る。わが国においては医療が公平に提供されることが当然とされて来た。富裕層が高度な医療を自由に受けられる一方で、非富裕層ではごく基本的な医療を受けることもままならないとしたら、それはわが国では受け入れられにくいだろうし、今後もこのコンセンサスが大きく揺らぐことは無いだろう。

そう考えると、では米国ほどではないにせよ、創薬や医療機器の開発において健闘している西ヨーロッパ諸国が、それをどのようになしとげているのか、そのやり方は今後もわが国が参考にできるものなのだろうか。この点については、ここに何かを書くほどの情報を持っていないし、また米国に比較して広く研究されているとも思えない。今後の検討が待たれる課題ではないかと思う。

#### 4. まとめ

医療が現実の社会の中で行われる経済活動の一部であり、雇用やものの消費を生み出す産業活動であることは明らかだ。その経済活動が全体として日本の経済を活性化し、また国民の健康をまもることに寄与できるのであれば、これに優ることはない。そのような道筋が合理的に描けるのかどうかは分からない。開発医療は、まだわからない未知のものに挑んでいく活動だ。ひるまずに、そのような道を切り開く進取の気風をわが国が今後とも持ち続けていくことを期待したい。

## 第4章 医療保障政策と医療団体の政治経済学的位置

執筆担当者 権丈 善一 委員

およそ1年半前、日本医師会医療政策会議は、会長から「医療を営利産業化していいのか」との諮問を受けた。当時、日本では医療ツーリズムが賑やかに言われていた。また、医療保障政策については、かつてから病院の株式会社化、混合診療の全面解禁等、絶えず、医療を市場に開放し、営利産業化を求める圧力を受け続けてきた。そして、今、国民皆保険50年の歴史をもつ日本の医療を市場に開放するように説くいくつもの要求が、TPPという大きな流れにまともろうとしている。本稿では、なぜ、医療に民間企業の新天地を求める圧力が絶えず存在するのか、これと併せて医療を市場から外して医療保障政策下に置くことと、市場に乗せることの経済学的意味を考察したい。

ここで、経済学的意味という言葉を用いたのは、経済学は、その発祥の頃から、経済活動の公と私の境界線をどこに引くかに焦点を当ててきた学問だからである。経済学的な意味を問えば、そのまま医療の公と私の境界をどこに引くかの判断に資する材料を少しは準備できることになる。さらに経済学は、その時々々の利害関係者がプロパガンダに大いに利用してきた政治ツールでもあった。そこで、検討の対象は、経済学に留まらず政治経済学というところまで広げておきたい。こうした意識に立つ考察を行い、最後に、皆保険を守るために医療関係者に求められることを述べる。

### 1. 合成の誤謬と自由放任の終焉

現代の市民社会にあっては、人々が不幸せなときにどうしても必要となる基礎的な財・サービスや、子どもという、本人たちの経済的責任、意思決定の責任を問うことができない人たちが必要とする基礎的な財・サービス、しかも外部便益の大きい財・サービスについては、できるだけ彼らの必要性に基づいて利用できるようにすることをねらった制度が準備されている。前者の代表例が、医療・介護であり、後者の例として保育・教育などがあげられる。これら基礎的消費の社会化が目的を十分に達成できるかどうかは、各制度の財源調達力に依存するのであるが、目指そうとする方向は、どの制度も同じで、必要性に基づいて利用できるサービスを、市場社会の中に組み込むことである。

市場社会では、消費者の意思と能力—所得や資産に裏打ちされた支払能

力に基づいて、生産される財・サービスを利用できる権利が分配される。逆に言えば、市場の原則とは、消費者に相当に強い必要性があったとしても、支払い能力がない人には必要となる財・サービスを利用できる権利は与えないことでもある。

市場社会にあっても、所得や資産に基づく支払能力だけに依存しないで、ある特別な財・サービスについては必要に応じて利用できる機会を平等に保障する方針を、「特殊平等主義」という。これは、「能力に応じて働き能力に応じて分配する」結果としての純粋資本主義とも、「能力に応じて働き必要に応じて分配する」結果としての社会主義とも異なる現代的な国家の形態である。

こうした、純粋資本主義の中に部分的に特殊平等主義を取り入れた国家は、修正資本主義国家と呼ばれることもあり、福祉国家と呼ばれることもあり、社会主義と資本主義が混じり合ったことを意味する混合経済と呼ばれることもある。

この混合経済の必要性を資本主義に強く自覚させたのが、両大戦間期の経験であった。そこでは、第1次世界大戦後の西欧経済、特に英国経済の停滞と1929年の世界規模での大恐慌という市場のつまづきが露見した。そうした経済的行き詰まりの原因が、個々の経済主体には妥当しても全体を合計すると妥当しないという「合成の誤謬<sup>1</sup>」にあるとしたケインズの有効需要理論が、当時の経済政策として効果をもち、広く認められることになったのである。なお、現代ではケインズと並ぶ経済学者と称されるシュンペーターやハイエクの経済理論は、当時の経済を完全に見誤っていた。

ケインズ以前の経済学では、「自由放任」が唱えられていた一つまりは、「私的利益と公共善の間の神の摂理による予定調和という思想<sup>2</sup>」が支配的であった。そこでケインズは、私的利益と公共善の間に合成の誤謬が生まれることを説き、公共の利益を優先するために、従来の自由放任の終焉を論じ、資本主義経済を全面的崩壊から救い、個人の創意工夫を守るために、積極的な政府介入を主張した。

ケインズは、40代前半で自由放任の終焉という処方箋を経験と直観に基づいて主張していたのであるが、その理論的根拠を、50代に入った1936

---

<sup>1</sup> 個々には妥当しても、全体を合計すると妥当しないという合成の誤謬を明示的に示したのが、ケインズの『一般理論』であった。たとえば、人々が所得のうち貯蓄する割合を2倍にすれば個人の貯蓄は2倍になるように思えるが、貯蓄の増加が有効需要を減らし、国民所得で示された総生産額が縮小し、所得減が貯蓄減となっていく。もし、社会全体の投資が変わらなければ、社会全体の貯蓄に変化はなく、貯蓄割合の2倍の増加は所得を2分の1にすることになり、貯蓄額には変化はない〔「合成の誤謬」『現代経済学事典』、岩波書店〕。

<sup>2</sup> ケインズ／宮崎義一訳：「自由放任の終焉」『説得論集』、東洋経済新報社、1981年；237頁

年の『雇用、利子および貨幣の一般理論』<sup>3</sup>で示す。ケインズは、そこで次のように言う。

完全雇用が達成されるまでは、資本成長は低い消費性向に依存するどころか、かえってそれによって阻害され、低い消費性向が資本成長に寄与するのは完全雇用状態の場合だけだ……。そのうえ経験の示すところによれば、現状では、・・・消費性向を高めそうな方向で所得の再分配政策が採られれば、資本成長に断然有利に作用することになる。

ケインズ／間宮陽介訳『一般理論 下』岩波文庫,179頁

今日の状況においては、富の成長は、富者の節欲にかかっている—とふつう考えられている—どころの話ではなく、むしろそれによって阻害される可能性のほうが大きい、ということである。したがって、富の大きな不平等を社会的に正当化する主要な理由の一つは除去されることになる。

ケインズ／間宮陽介訳『一般理論 下』岩波文庫,180頁

消費性向と投資誘因とを相互調整するという仕事にともなう政府機能の拡大は、19世紀の政治評論家や現代のアメリカの金融家の目には、個人主義への恐るべき侵害だと映るかもしれないが、私はむしろそれを擁護する。現在の経済体制が全面的に崩壊するのを回避するために実際にとりうる手段はそれしかないからであり、同時にそれは個人の創意工夫がうまく機能するための条件でもあるからだ。

ケインズ／間宮陽介訳『一般理論 下』岩波文庫,190頁

ケインズの言う有効需要の理論は、古くは、『人口論』（1798）で有名なマルサスが『経済学原理（1820）』の中で説いていた。彼は、同時代を生きていたセイやリカードが主張した「供給はそれ自らの需要を作る」という販路法則（the law of outlet）、通称、セイの法則を否定して、経済は、生産された財・サービスをさばくことができない状態、つまり、一般的過剰供給（universal glut）に陥る可能性があり、経済規模は、生産力ではなく有効需要によって決まることを説いた。この考えは、セイの法則を信奉するセイやリカードに一笑にふされ、過剰供給論は、19世紀前期の経済学—貨幣の経済特性には考えが及ばなかった経済学—の主流からは消えていく。そして、およそ100年の後に、マルサスの有効需要理論（「有

<sup>3</sup> ケインズ／間宮陽介訳：「雇用、利子および貨幣の一般理論」、岩波文庫、2008年、以下「一般理論」と記す。

効需要」という言葉はマルサスの中に頻繁に登場する)に基づく一般的過剰供給論を、流動性選好という貨幣理論を基礎に据えた有効需要理論に基づく過少消費論として復活させたのが、ケインズだった。

ケインズは『一般理論』の中で(そして、『一般理論』よりも10年以上前にケインズが書いた『人物評伝 マルサス』の中でも)、マルサスがリカードへ宛てた手紙やマルサスの『経済学原理』から、長文の引用を行っている。その長文の引用箇所の中から部分的にピックアップすれば――

私たちは世界中のほとんど至るところで、膨大な生産能力が活動させられていないことを知っています。また私はこういう現象を説明するのに、現実の生産物の適当な分配が欠けているために、生産を継続する十分な動機が与えられていないからだと主張します。

マルサスからリカードへの手紙 1821年7月7日<sup>4</sup>

〔もし消費が生産を越えるならば、その国の資本は減少するにちがいないし、またその富は次第にその生産力の不足のために破壊されるにちがいない。もし生産が消費をはるかに越えるならば、消費の意志の不足のために、蓄積や生産の誘因は消え去ってしまうにちがいない<sup>5</sup>〕。この両極端は明らかである。そこで経済学の力ではそれを確かめることができないかも知れないが、生産力と消費への意志との双方を考慮に入れた場合に、富の増加への刺戟が最大になる中間点 (intermediate point) がなければならない、という結論となる。

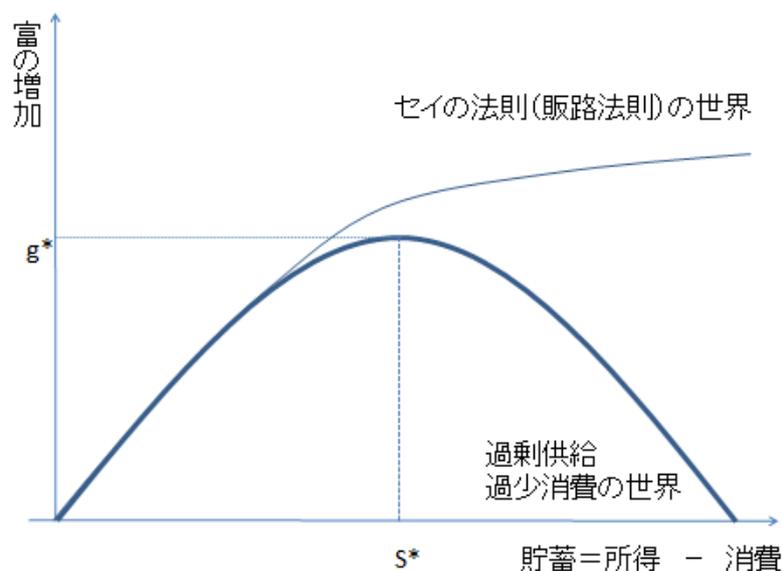
マルサス／小林時三郎訳『経済学原理』岩波文庫9頁

要するに、マルサスが言っていること、およびマルサスを批判するセイヤリカードの言っていることは、次の図に要約できよう。

<sup>4</sup> ケインズ (1933) / 大内忠男訳: 「ケインズ全集 人物評伝」、東洋経済新報社、1980年; 135頁

<sup>5</sup> [ ] 内はケインズによる引用箇所ではないが、マルサス『経済学原理』より筆者が挿入

図4-1. セイの法則の世界と有効需要理論に基づく過少消費の世界



まず、セイやリカードが信じる「セイの法則」(＝販路法則)が成立する世界では、貯蓄された貨幣は保蔵 (hoarding＝貨幣によってなされる価値の貯蔵) されることなく富の増加にもれなく使われる。限界生産力逓減の影響を受けるために、貯蓄は富の増加とは直線的な関係ではなく凹型の関係となるが、生産活動に有効利用され、「供給はそれ自らの需要を作る」ため、自由放任の下でも生産物はさばかれることになる。

こうした世界では、貯蓄は多ければ多いほど望ましいものとみなされる。そして、社会全体で貯蓄を大きくするための社会的仕組み、具体的には、限界貯蓄性向が高い高所得者に所得が偏り、それが低い低所得者には所得があまり分配されない「所得の不平等分配」が正当性をもつことになる。これがまさに、ケインズが論駁すべきターゲットとした社会の信念、「資本の成長は個人の貯蓄動機の強さに依存しており、しかも資本成長のかなりの部分について、われわれは富者のあり余る所得からの貯蓄に依存しているという信念<sup>6)</sup>」であった。この信念が、1980年代、「富める者が富めば、貧しい者にも自然に富が浸透 (トリクルダウン) する」という、確かに政治思想とは言えようが、歴史の中では経験的には認められないために、とても経済理論とは呼べないトリクルダウン理論とセットになって、大いに復活することになる。

これに対して、マルサスは、自由放任下では「生産物の適当な分配が欠けている<sup>7)</sup>」ために、富の増加を極大化させるのに必要な額以上の貯蓄が

<sup>6)</sup> ケインズ／間宮陽介訳：「一般理論 下」、岩波文庫、2008年；179頁

<sup>7)</sup> マルサスは、本来、「所得の分配が適切さを欠いているため」と書かなければならないところ

なされてしまい、経済は過剰供給に陥ってしまうおそれがあると説く。これをケインズは、19世紀後半からホブスンたちが用いていた言葉、過少消費論と呼んで議論していた。

過少消費論に基づく経済への処方箋は、貯蓄を減らして消費を増やすことであり、消費が飽和していない人や領域や地域に所得を再分配することにより、消費の中心的な担い手としての中間層を厚くしていくことである。そのひとつの手段が、ケインズの言葉を借りれば、「消費性向を高めそうな方向で所得の再分配政策が採られれば、資本成長に断然有利に作用することになる<sup>8</sup>」ということになる。他にも、再分配政策に頼らずとも、今のように、企業が投資先を見つけることができずに企業貯蓄を肥大化させている環境では、賃金を引き上げて、営業余剰を減らすことも、社会全体の消費性向を高める手段となり得る。

高所得者から低所得者に所得が再分配されたり、企業が貨幣の保蔵を減らして雇用者所得に回せば、社会全体の消費性向が高まる。消費性向が高まれば、消費が増え、消費が増えれば、企業は生産設備の拡張のために投資を増やす。この流れをハンセン＝サミュエルソンモデルを用いて、辻村江太郎はシンプルに示しているのので、それを紹介しておこう<sup>9</sup>。

ハンセン＝サミュエルソンモデルには、景気変動の源を消費の変動とする J.M.クラークの加速度原理が組み込まれている。これにより、ハンセン＝サミュエルソンモデルは、ケインズの有効需要の原理ならびに消費性向を調整する政府の政策効果を象徴的に示すことに成功している。

$$\begin{array}{lcl}
 \text{所得の定義式 } Y_t & = & C_t + I_t + G_t \\
 \text{国民所得} & & \text{民間消費} \quad \text{民間投資} \quad \text{政府支出} \\
 \text{消費関数 } C_t & = & \alpha Y_{t-1} \\
 \text{今期の消費} & & (\text{消費性向}) (\text{前期の所得}) \\
 \text{投資関数 } I_t & = & \beta (C_t - C_{t-1}) \\
 \text{今期の投資} & & (\text{投資誘因}) (\text{前期から今期の消費増加}) \\
 \text{これら 3 式より、次式を得る。} \\
 Y_t & = & \alpha(1+\beta)Y_{t-1} - \alpha\beta Y_{t-2} + G_t
 \end{array}$$

---

なのであるが、マルサスやリカード、セイたちは、理論構築の際には貨幣の介在がない物々交換社会を想定していたようで、ゆえに、マルサスの文章は「生産物の分配が…」となっている。ここにもマルサスが、リカードやセイを論駁できなかった原因がある。

<sup>8</sup> ケインズ／間宮陽介訳：「一般理論 下」、岩波文庫、2008年；179頁

高所得者から低所得者への所得の再分配が国民所得に与える影響への考察は、小野善康『金融』岩波書店 1996年 97-98頁を参照

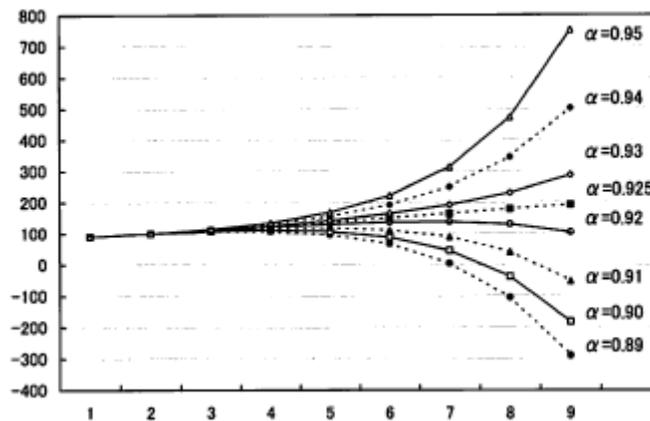
<sup>9</sup> 辻村江太郎：「はじめての経済学」、岩波書店；227-235頁

この式は、消費性向  $\alpha$  と投資誘因  $\beta$  が与えられれば、前々期と前期の国民所得と、今期の政府支出  $G_t$  のいかんによって今期の国民所得が決まることを表している。

現実の経済は、消費性向  $\alpha$  や投資誘因  $\beta$  は安定していないために、過去のデータに基づいて消費性向  $\alpha$  や投資誘因  $\beta$  を推計し、その値を固定して、将来を予測することはできない。しかし、ハンセン＝サミュエルソンモデルに基づいて、消費性向の変化が投資量に影響を与え、それが国民所得にどのような影響を与えるのかを見ることはできる。

辻村は、簡単のために  $\beta$  を 2、 $G_t=0$  とし、消費性向  $\alpha$  が 0.89 から 0.95 まで変化するのに応じて、初期条件  $Y_{t-2}=90$ 、 $Y_{t-1}=100$  から後の各期間での動向がどのように変化するかを見た数値例を示している。

図 4-2. ケインジアンマクロモデルのシミュレーション



出所) 辻村江太郎『はじめての経済学』230 頁

このシミュレーションから、辻村は次を読み取る。

$\alpha=0.95$  のときは名目需要の拡大が早すぎてインフレを招くケース、 $\alpha=0.89$  のときは景気の急落で恐慌を招くようなケースで、消費性向  $\alpha$  の値のわずかな差が景気動向に敏感にひびく事が例示されている。

辻村江太郎『はじめての経済学』231 頁

ケインズは、『一般理論』の中で、消費性向  $\alpha$  が固定された消費関数を定義したために、民間投資を与件とした場合の需給ギャップは、政府投資で調整すべしと受け止められる傾きを、彼の後世代の経済学者に残した。だが、『一般理論』の中では、消費性向の調整にも触れており、

ケインズは一般的過剰供給を唱えたマルサスを『人物評伝』の中でケンブリッジ経済学の始祖として称えていたことも記憶しておいていただろう。もっとも、今の日本では、消費性向に着目するばかりでなく、貯蓄残高というストックのフロー化も視野に入れて消費を拡大する問題も考えなければならないことも付け加えておく。

ヴェブレン、ミッチェルなどの制度学派の流れを組む J.M.クラークは、景気変動の原因は消費の変動にあると見ており、その視点からケインズ経済学を支持し、当時のアメリカのケインジアンたちも、J.M.クラークと同じ視点からケインズの有効需要理論を支持していた。このあたりを、以前、私は次のようにまとめた。

『ケインズ革命』を記したクラインは、その中で、「高水準の消費経済こそじつに資本主義にとって長期にわたる宿望である。〔中略〕高水準の消費を達成する最大の可能性は、現在では社会保障計画のなかに見出される」という形で社会保障をケインズ理論の中に位置づけた。さらには、当代一流のテキスト・ライターであったハンセンはケインズ理論の拡大解釈とも言える〈補整的財政政策〉という持論の中で、社会保障に重要な役割を担わせた。すなわち、「社会保障と社会福祉の広範かつ包括的な体制が、有力な安定化要因として着実かつ永続的に作用する。それは不況に底入れをする。それはあたかも、購買力を広く全国にわたって分配する大きな灌漑組織のような役割をする」。

権丈善一『年金改革と積極的社会保障政策 第2版』2009〔初版(2004)年 213-214頁

私の言う「積極的社会保障政策論<sup>10</sup>」の中で「灌漑政策としての社会保障」という言葉を使うのは、高所得者から低所得者、喫緊の消費の必要のない人・時期から喫緊の必要のある人・時期に所得を再分配する政策として、社会保障を位置づけているということであり、医療も然り。今後、灌漑施設の水路の幅を広げる分だけ、医療介護は成長産業であり、その水路に毎年、水が安定的に供給されるのであれば、医療介護は安定産業でもある。そして、灌漑施設のおかげで田畑が潤い農作物が生産されるようになるという意味で、医療介護は経済成長に資することになる。しかしながら、社会保障という灌漑政策で潤った田畑で、何を育てるかは、政府の仕事ではなく民間の仕事である。

日本の国内総生産は約 500 兆円であり、社会保障給付費は 100 兆円を

<sup>10</sup> 権丈善一：「積極的社会保障政策と日本の歴史の転換」『年金改革と積極的社会保障政策 第2版』、慶應義塾大学出版会、2009〔初版 2004〕年

超え、年金 50 数%、医療は 30%強、介護は 7%を占めている。この社会保障は、「ミクロには貢献原則に基づいて分配された所得を、必要原則に基づいて修正する再分配制度であり、マクロには、基礎的消費部分を社会化することにより、広く全国に有効需要を分配するための経済政策手段である<sup>11)</sup>。社会保障は混合経済の中心的な構成要素であり、企業や高所得者に負担を求めて、日本国内での中間層の創出に大きく期待されている<sup>12)</sup>。

しかしながら、日本経済の現状を鑑みれば、社会保障による中間層の創出は十分とはいえない。それどころか、日本における労働市場の非正規化と低賃金化は、消費を支える中間層の厚みを薄くする方向に強く作用してきたのであるが、日本の社会保障は所得分配面でその傾向に抗する力をもっていなかった。その結果、長期にわたって、日本の消費は非常に弱く、これが、消費単位である人口減少と相まって企業の期待収益率を引き下げ、積極的な投資を思いとどまらせてきた。つまり、消費と投資からなる有効需要の不足が、デフレを長期化させてきた。日本のデフレは、国民経済における中間層が薄くなる中、貨幣を消費、投資に回さずに、手元に保蔵している層が厚くなる一方で、購買力が弱い低所得層が厚くなっていることによる。

一方、日本の政策レベルでは、需要不足は投資不足ゆえとみなして、多くの投資促進政策を展開した。それが効果はなかったのも当然で、過少消費の状況下で供給サイドに向けて民間投資を促すだけの政策は、無人島で商売を強要しているようなものだからである。バブル崩壊以降の生活自己責任原則の徹底の下に、社会保障を削減して将来の生活不安を増幅させながら、国民に自助努力を促して貯蓄に走らせるのは、過少消費論の視点から見れば、必要な経済政策とは全く逆のことをしていたとも言える。そこに、当時野党であった民主党は、年金をはじめとした社会保障を政争の具として将来不安をかき立て、過少消費を加速した。大罪である。

## 2. 合成の誤謬に基づく政策に抗う経済界

市場における個々の主体が私的利益を求めると、国民経済は過少消費という合成の誤謬に陥って、経済成長という公共善を失うことになる。したがって、政治過程を通して、市場活動に規制をかけ、私的利益の追求を抑制することにより、国民全般が公共善を享受できるようにする政策が、再

<sup>11)</sup> 権丈善一：「社会保障の政策転換」、慶応義塾大学出版会、2009年；63頁

<sup>12)</sup> 最近、中間層論議が盛り上がっているが、市場が中間層の創出を苦手としていることは昔から当たり前のことである。権丈善一「“地方を活性化する”とか“中産階級を生む”とかいうのは、意図的にやらないとできっこないです」『社会保障の政策転換』123-142頁、2009年参照

分配政策としての社会保障である。

企業家であっても、過少消費という合成の誤謬に陥るメカニズムを理解している者はいた。たとえば、ヘンリー・フォードである。フォードの理解を、次の言葉は端的に示している。

雇用の削減とか賃金カットによる国家利益などという言葉をよく耳にする。賃金カットは結局購買力を低下させ、国内市場、国内需要にブレーキをかけることになるのだが、なぜそれが国家利益になるのだろうか。  
ヘンリー・フォード／豊土栄訳『ヘンリー・フォードの軌跡』2000年 87頁

我が社が本当に発展しだしたのは、1914年に日給を2ドルから5ドルに引き上げ、最低賃金を定めてからであり、それによって従業員の購買力は増加し、他社の製品を買う力もますます向上していった。わが国が繁栄する背景には、高い賃金を払い製品価格を下げて、大衆の購買力を向上させるという考え方がある。これは我が社の基本的な考え方であり、我々はこれを賃金指向と呼ぶ。

ヘンリー・フォード／豊土栄訳『ヘンリー・フォードの軌跡』2000年 146頁

フォードは、上のように考え、そして実行した。しかしながら、それは、フォードの奇特新人柄に帰する希な話である。経済学の始祖アダム・スミスが18世紀後半にも言っているように、「雇い主が団結することはめったにないと考えるのであれば、雇い主について知らないというだけでなく、世間を知らないというべきだろう。雇い主はいつでもどこでも、暗黙のうちにはあるが必ず団結して、労働の賃金を引き上げないようにしている<sup>13)</sup>」。

私的利益と公共善の予定調和を否定して、合成の誤謬論に基づいて、公共利益に重きを置いた政策を展開するということは、実に理に叶った考え方ではある。しかしながら、合成の誤謬論の裏の意味は、私的利益を追求する当の本人たちは、公共善のために協力することを、負担としか思っていないということである。

個別の資本や一人ひとりの高所得者から見れば、混合経済の拡大や最低賃金法をはじめとした労働者保護の政策は、自分たちの税や社会保険料負担の増加や営業余剰と株式配当の低下を意味するだけにしか見えない。彼

<sup>13)</sup> アダム・スミス／山岡洋一訳：『国富論』、日本経済新聞社、2007年；71頁

ら資本家や高所得者から見れば、自分の資本や所得を高めるためには、当面の利潤、すなわち当面の営業余剰を増やすこと、目の前の累進課税から逃れることが、合理的な政策に見える。したがって、彼らは、合成の誤謬論に基づく政策を支える理論、思想の反転の機を虎視眈々とうかがうことになる。ここで重要な役割を演じるのが、経済学である—混合経済論の誕生にケインズ経済学が関わったように。

経済学がよく政治にまきこまれてしまうことも覚えておいたほうがいい。多くの問題について有力な利益団体が存在し、自分たちが聞きたい意見を知っている。彼らはそういう意見を表明している経済学者を探し出し応援して、学者仲間の間でも群を抜く地位と名声を与えて自分たちの立場を有利にしようとするのだ。

クルーグマン、ウェルス／大山道広他訳『クルーグマン マクロ経済学』45頁

そして、混合経済の在り方に不満を持つ者にとっては、打ってつけの存在があった。

自由放任経済を否定するケインズ革命は、企業部門に多大な代償を強いるものだった。企業の失地回復のためにはケインズ主義に対抗する「反革命」を起こすこと、つまり大恐慌以前よりさらに規制のない資本主義体制に戻ることが必要なのは明らかだった。だがウォール街自らが行動に出ることは、当時の情勢からいって無理だった。・・・そこで、まさにその役割を担ったのがシカゴ学派だった。

ナオミ・クライン／幾島・村上訳『ショック・ドクトリン』77頁

シカゴ学派とは、ミルトン・フリードマンを総帥とする新自由主義者の集団である。

シカゴ学派の経済学者は、マルクス主義者を真の敵とはみなしていなかった。問題の根源は、アメリカにおけるケインズ学派、ヨーロッパにおける社会民主主義、そして当時第三世界と呼ばれた地域における開発主義の考え方にあるとされた。これらの人々はユートピアではなく混合経済を信じているのだ、と。・・・彼らが希求したのは厳密には革命ではなく資本主義的「改革」であり、汚染されていない純粋な資本主義への回帰だった。

ナオミ・クライン／幾島・村上訳『ショック・ドクトリン』73頁

これから分かるように、福祉国家を是とするか、それとも、それを非とするかは、深層のところでは、企業や高所得者に費用負担を求める者と、それを拒む者の相克、つまりは分配問題そのものなのである。

そして、混合経済の維持拡大は、経済界や高所得者から阻まれ、のみならず、経済界や高所得者から、絶えず縮小の圧力がかけられる宿命にある。

### 3. 資本主義的民主主義の中での医療政策

高度資本主義国家のほとんどは民主主義の下で運営されている。この民主主義の主人公であるはずの投票者たちは、大方、合理的無知に陥っている。「合理的無知」については、昨年2月の『日医ニュース』で説明されていたので、それを引用する。

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

これでは、せっかく休みの時間を政治経済の勉強に使う意味がない、ミシュランのガイドブックでおいしいレストランを探すことに時間を使う方が合理的だと考えて、難しい勉強はやめて無知であることを選択します。これを政治経済学では“合理的無知”と言い、大衆が選択する行為だそうです<sup>14</sup>。 「合理的無知」『日医ニュース』第1186号（平成23年2月5日）

合理的無知な投票者でも、耳目まで届いた情報には反応する。情報を投票者の耳目まで届けるにはコストがかかり、このコストを負担する能力をもつ者が、民主主義的意思決定を制することができる。これを、私は、「資本主義的民主主義」と呼んでおり、私が、「政策は所詮、力が作るのであって正しさが作るのではない」と言ってきた理由でもある。

資本主義的民主主義モデルの中では、政治家は得票率極大化行動に基づいて投票者に接することを仮定している。彼ら政治家に資金を提供してキ

<sup>14</sup> 本稿で紹介した『日医ニュース』「合理的無知」の文章に続く説明も紹介に値する。

大衆とは、専門知識の無い人達のことだと思いがちです。

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

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

キャンペーンを委託し、利益集団は願いを叶えようとする。利益集団にはいろいろある。NPOをはじめ、労働団体、医療団体もあれば、経済界もある。このうち、もっともキャンペーン資源をもっているのは経済界である。

#### 4. 経済界のプロパガンダと規制緩和圧力

混合経済、福祉国家というのは、経済界に負担を強いるために、経済界が死力の限りを尽くして、福祉国家の生成、発展に抵抗を示すのはいずれも同じである。スウェーデンも例外でなく、スウェーデンの経済界は、当然の如く、高福祉高負担国家に抵抗する。しかし、スウェーデンの労働者組織は強い<sup>15</sup>。強い労働者組織、そして徐々に普及してきた社会保障諸施策への生活者達からの強い支持のために、スウェーデン経済界の高福祉国家への抵抗は、なかなか思うようにならない。そこで・・・

最も効果があったのは、雇用者集団〔経済界〕によって遂行されたプロパガンダ運動だった。彼らは、ノーベル経済学賞<sup>16</sup>に対して自分たちが持っている影響力を利用し、スウェーデン人の経済的思考のうちに新自由主義的な見方を確立しようとした。・・・雇用者側のシンクタンクであるビジネス政策研究は・・・経済の構造と展望に関する本格的研究に資金を提供し、政策担当エリートや市民に向けて、福祉国家が経済停滞の根本原因だと「科学的に」繰り返し繰り返し証明した。

デヴィッド・ハーヴェイ/渡辺治監訳(2007)『新自由主義』157頁

1976年にノーベル経済学賞の栄冠に輝いたフリードマンは、後日、次のような冗談をいう。つまり、ノーベル経済学賞を調査すれば、次の傾向があることが分かった。

- 男性であること
- アメリカ国籍を持っていること
- なんらかの形で「シカゴ大学」に関係していること

<sup>15</sup> なぜ、北欧の労働者組織が強くなるのか。その理由が、一国の「貿易依存率」あたりにある話は、権丈善一「社会保障と経済政策—平等イデオロギー形成の事実解明的分析」『再分配政策の政治経済学Ⅰ 第2版』慶應義塾大学出版会、(2005〔初版2001〕)年

<sup>16</sup> ノーベル経済学賞と呼ばれている賞は、正式には「ノーベル記念経済学スウェーデン国立銀行賞」であり、1968年にスウェーデン国立銀行が設立300周年祝賀の一環として、ノーベル財団に働きかけ、設立された賞である。詳しくは、権丈善一「勿凝学問20 ノーベル経済学賞と学問としての経済学、そしてノーベルが思いを込めた平和賞」『医療年金問題の考え方—再分配政策の政治経済学Ⅲ』298-305頁(2006年)参照

次の表は、2001年に出した『再分配政策の政治経済学 I』に書いていたものである。第Ⅱ期の1980年代前後から1990年代はじめまでに影響を与えた知的巨人に列挙しているハイエク、フリードマン、ブキャナン、タロック、スティグラーは、全員がシカゴ大学と関係しており、シカゴ大学ロー・スクール出身のタロックを除いて、全員がノーベル経済学賞を受賞している。

表 4-1. 経済政策思想と知的巨人

区分	時代	経済成長を保障する経済政策を肯定する為の経済思想	影響を与えた知的巨人
第Ⅰ期	大戦後から1980年前後	福祉国家政策思想	ケインズ、ウェッブ夫妻
第Ⅱ期	1980年前後から1990年代はじめ	ニュー・ライト 規制緩和 政府の失敗（公共選択学派）	ハイエク、フリードマン、スティグラー、ブキャナン、タロック
第Ⅲ期	1980年代はじめより	—	—

出所：権丈善一(2005〔初版 2001〕)『再分配政策の政治経済学 I 第2版』72頁

特筆すべきは、1982年にノーベル経済学賞を受賞したスティグラーである。彼は、1971年に、“*The Theory of Economic Regulation*”（経済規制の理論）という論文を発表する。そこでは、従来、公共善を増進するために行われると考えられていた「規制」を、利益集団が、自己利益のために政府の権力を利用して作ったのが「規制」であるという捕獲理論

(capture theory)の方向に考え方を切り替えた。この捕獲理論は、スティグラーが論文を発表して10数年後の日本では、ほぼ常識として受け止められるようになり、「規制緩和」の主唱者が、利益集団から国民を守る正義の徒とみなされるような環境ができあがることになる。

大学院をイギリスのケンブリッジ大学で学んだスティグリッツは、シカゴ学派の動きに一貫して批判的である。そのスティグリッツによれば、「資金豊富な保守系のシンクタンクは、規制のコストがどう見積もっても法外であることを証明する研究を、各分野で次つぎにひねりだしていた。その数字に十分な信頼性があれば、規制緩和は生産性を大いに向上させるに違いなかった。だが残念ながら、カーター政権、レーガン政権、ブッシュ政権を通じた規制緩和の時代の生産性向上率は、その前後とくらべてはるか

に低かった<sup>17</sup>」。スティグリッツが言うように、この時期必要だったことは、「規制緩和ではなく、規制の修正であった<sup>18</sup>」のである。しかし、スティグラーによる捕獲理論は、いつものことながら（スティグラーの狙いどおりに？）世の中を極端に走らせた。混合診療の禁止も、民間企業に対する規制と言える。必要な議論は、混合診療全面禁止から全面解禁の間にある、保険外併用療養費制度の適切な運営にあるはずなのだが、現状に対する「規制緩和」という錦の御旗を掲げれば、国民の意識の中では、医師の利益集団から患者を守る論が展開されていると見えるのかもしれない<sup>19</sup>。

のみならず、捕獲理論は、表 2-1 の第Ⅱ期に記しているブキャナンとタロックを開祖とする公共選択論（public choice）という政治の経済学の領域にも影響を与えていく。公共選択論は、ひたすら「政治の失敗」を説く学問なのであるが、この公共選択論の中にニスカネンの官僚行動に関する「予算極大化モデル」などが出てくる。これは、官僚を従来の「公益」のために奉仕する行政の専門家というイメージから、自らの権限を極大化させるために予算極大化行動をとり、公益を損なう主体というイメージに切り替えることに成功していく。こうした思想の切り替えは、時間と共に大きな流れになる。ちなみに、ニスカネンは大学院はシカゴ大学である。

先に触れたように、スウェーデン経済界のノーベル経済学賞を用いたプロパガンダの効果もあってか、経済学徒の多くは、フリードマン系の経済学を「経済学」として「覚える」ようになり、フリードマンたちが敵視した混合経済にまつわる諸々の事象を敵視するように教育されていく。つまり、彼らの論は、市場に対する政府介入を否定することが正しいことだと信じる傾きを持っている。そうした経済学者は、経済界の利害を代弁していることにもなるために、経済界や経済界に近いメディアが大いにサポートする。

---

<sup>17</sup> ジョセフ・E・スティグリッツ：「人間が幸福になる経済とは何か」、徳間書店、2003年；136頁

<sup>18</sup> ジョセフ・E・スティグリッツ：「人間が幸福になる経済とは何か」、徳間書店、2003年；125頁

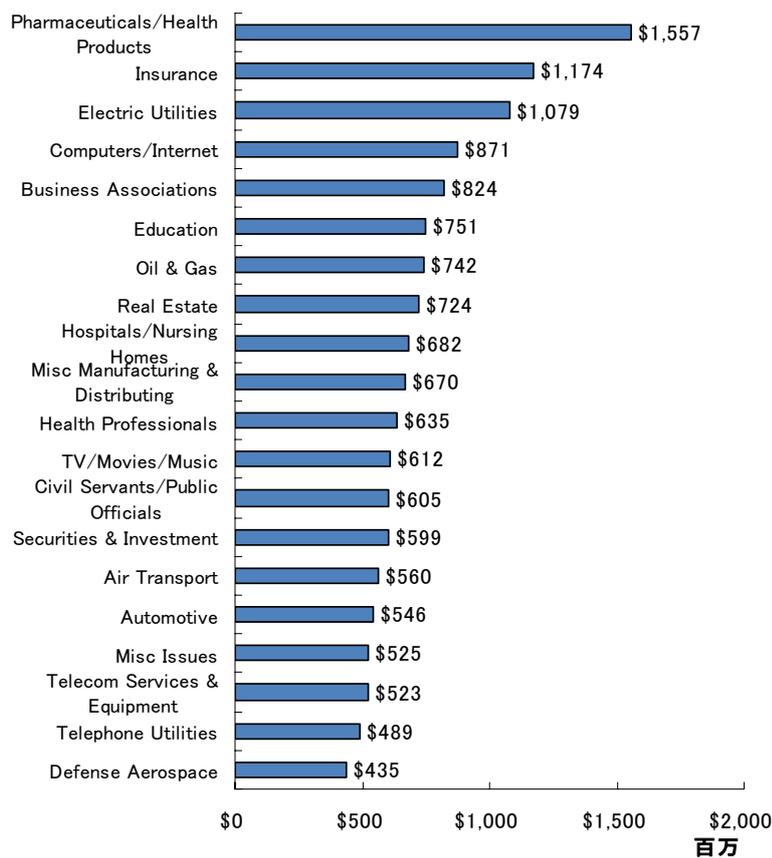
<sup>19</sup> 制度に関して誤解があるのでそれに触れておきたい。日本では私費診療と保険診療の混合診療は禁止されているが、私費診療そのものは禁止されておらず、日本でも高所得者は、保険とは関わりなく私費診療を行ってよい。したがって、次の竹中平蔵氏の論は間違いなのである。「所得の高い人が世界一の名医に1000万円払ってもいいから一番良い手術を受けたいという自由を今阻んでいるわけです。全部保険の中に入れて。お金を払いたい人には払ってもらえば良い、そのために混合診療を認めたら良いのではないですか、というのが八代さんたちの主張です」「経済と生活の再建 VS 社会保障と税の一体改革」（竹中平蔵、峰崎直樹、田村達也）『季刊社外取締役』2011年12月9頁

## 5. 資本主義的民主主義と対日圧力

「資本主義的民主主義」の考え方は、国際政治の世界にも適用できる。その一例として考えられるのが、アメリカにおけるロビイング活動と対日圧力である。

米国における業界別に見た政界へのロビイング活動経費、上位 20 位（1998～2008 年累計）では、医薬品／医療材料・機器業界のロビイング活動経費が他の業界と比べて断トツであり、これに次ぐのは、医療保険をはじめとする保険業界である<sup>20</sup>。アメリカ政府が、国の内外に業界の利益を代弁する政治圧力を、ロビイング経費に比例した大きさをかけてきたこと、そして今後もかけてくることは、十分に予想されるし、今起こっている動きも、資本主義的民主主義の枠内で説明できる。

図 4-3. 業界別に見た政界ロビー活動経費、上位 20 業界  
(1998 年から 2008 年までの累計)



資料: Center for Responsive Politics

出所: 坂口一樹「米国医療関連産業の政治力、米国政府の対日圧力、およびそれらがわが国の医療政策に与えてきた影響」『日医総研ワーキングペーパー』No.198、18 頁

<sup>20</sup> 坂口一樹「米国医療関連産業の政治力、米国政府の対日圧力、およびそれらがわが国の医療政策に与えてきた影響」『日医総研ワーキングペーパー』No.198 (2009 年 8 月 14 日)

## 6. 成長政策と戦略的貿易論

過少消費論に基づけば、混合経済は、資本主義経済を行き詰まりから救い、個人の創意工夫をうまく機能させるための体制であり、混合経済の適正な充実は、十分に成長政策でもある。しかし、他の視点から見れば、混合経済は反成長政策にも見え、そうした視点からは成長戦略として、たとえば、医療を株式市場に解放せよとか、直近では医療ツーリズムのような戦略的貿易論の話が出てくることになる。

戦略的貿易論は、キャッチアップ段階にある途上国が、先進国の基幹産業に追いつけ追い越せを行っている時には効果が出る可能性はある。『世界経済を破綻させる 23 の嘘』でハジュン・チャンが第 12 の嘘として「政府が勝たせようとする企業や産業は敗北する」をあげ、これが嘘であることを、いくつかの産業政策の成功例を示して反証している。たしかに彼が例を示しているように、産業政策が成功している例はある。しかし、チャンが挙げている例が示唆しているように、それは、キャッチアップ段階にある国における産業インフラの整備のような成功例であり、技術のフロンティアに到達した国におけるフロンティアの拡張に、戦略的貿易論が成功した例は、ほとんどないのではなかろうか。

戦略的貿易論というのは、一見すれば、**QWERTY** 経済学に基づいて新しく構築された国際経済学との整合性をもつかのように見える。

**QWERTY** とは、キーボードの一行目の文字の配列である。タイプライターが生まれた 19 世紀には、あまり早く打つと文字を打ち付けるアームが絡まるという問題があり、少しゆっくりと打ち付ける方が好ましかったため、打ち辛いキーボードの配列 **QWERTY** は決まった。しかし、その配列は、アームが絡まる問題が技術的には解決している今も続いている。キーボードの標準配列は偶然に採用されたものだが、いつの間にか、その配列が固定化されてしまった。

タイプライターのキーボード配列に類似した話は社会経済のいたるところに見いだされることが分かり、この理屈を技術選択や貿易論に応用したのが **QWERTY** 経済学である。**QWERTY** 経済学は、市場経済が必ず最善の答えを出すという見方を否定するものであり、その代わりに、市場経済の結果はしばしば歴史的偶然に依存していることを示唆している。この新しい知見を、クルーグマンは貿易論・経済地理学に応用し、経済理論に規模による収穫逓増を持ち込んで、産業発生初期条件に差がない国同士、地域同士で、初期の小さなゆらぎから比較優位が生じて、貿易や交易が起きることを上手くモデル化することに成功した。

クルーグマンたちの新しい貿易論に基づけば、一見、政府主導の産業政

策が、経済成長の牽引役を育てることを推奨するかのように見える。しかしながら、そうではない。クルーグマンは、戦略的貿易論を唱える者を見ると、「医学研究者が指圧師と同等に扱われたり、あるいは天文学者が占星術と間違われたりすると憤慨するように、経済学者は戦略的貿易論が真面目に受け入れられていることに腹を立てていた<sup>21)</sup>」という。

かといって、クルーグマンたちが何も試みていないということではない。「1980年代には戦略的貿易政策の目標について、いくつかの産業についてシミュレーションが行われた。誰もこれらのシミュレーションを信じるものはいなかったし、私も何度かこのようなシミュレーションを行ってみたが、私はこれを現実のケースに合わせた産業政策演習 (Industrial Policy Exercises Calibrated Actual Cases)、略して IPECACS と呼んで揶揄した。それにしても、できることといえば、これぐらいのことしかなかったのである。これらのシミュレーションが価値があるとすれば、積極的貿易政策を遂行することによって国益が大いにあがることはないように見えるという点を指摘したことであろう<sup>22)</sup>」。要するに、クルーグマンたちは、成長する産業を事前に選択する政治的・技術的難しさ、および仮に戦略的貿易政策を積極的に展開しても国富への貢献がほんのわずかにしかならないことを指摘しており、それゆえに彼らは、戦略的貿易政策は利益集団に支えられた旧来型の保護貿易政策に利用されるだけだとして、この政策に強く反対したのである。

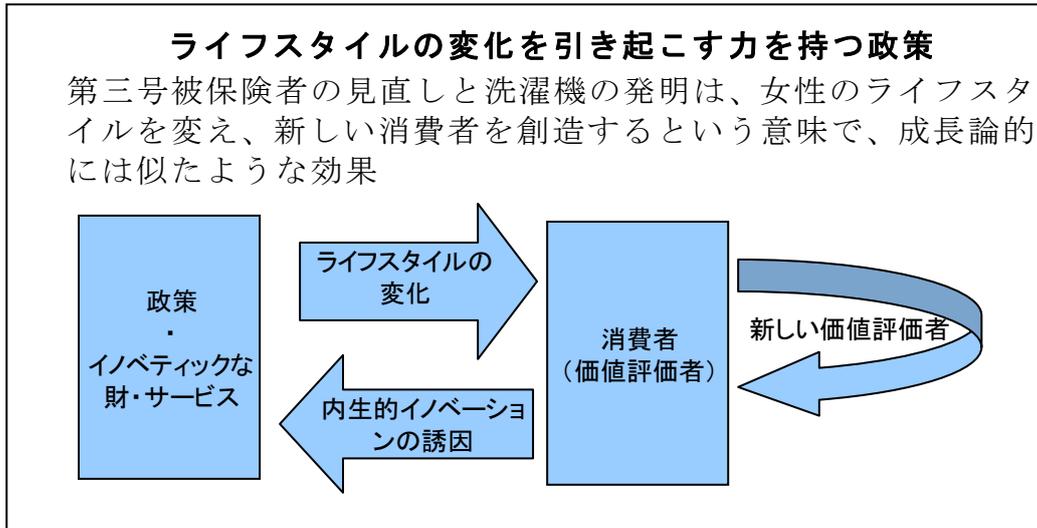
付け加えれば、大衆のライフスタイルを大きく変えるくらいのインパクトを持たない限り、国民経済への寄与は大きく出ない。

次は、2011年2月に、ある政党の「国家戦略本部 第1分科会 成長戦略」での報告に用いたスライドである。

---

<sup>21)</sup> クルーグマン／伊藤隆敏監訳：「経済政策を売り歩く人々」、日本経済新聞社、1995年；297頁

<sup>22)</sup> クルーグマン／伊藤隆敏監訳：「経済政策を売り歩く人々」、日本経済新聞社、1995年；281頁



ここに記しているように、女性の社会進出を阻害している第三号被保険者の見直しと、かつての洗濯機の発明は、女性たちのライフスタイルを大きく変え、新しい消費者、新しい価値評価者を創造するという波及効果を持つ意味で、成長論的には似たような効果がある。こうした大衆規模での変化と比べて、医療ツーリズムのような局所的なものが、国民経済に大きく寄与するはずがない<sup>23</sup>。

もともと、経済界は、国民経済への寄与などは抜きにして、自社や自産業の私的利益を求め政治活動を続ける。そして、日本の国内には、彼ら経済界の利害を代弁する人たちは常に存在する。このあたりについては、以前、次の文章を書いているので<sup>24</sup>、参考にしてもらいたい。

<sup>23</sup> 途上国が先進国富裕層の客を見込める場合は少し状況が異なる。生活水準に大きな開きがあるために、提供国から見れば法外な価格設定が実現可能となり、自国の小さな経済規模の中で、外貨獲得のひとつの効率的な手段として視野に入れられることはあり得よう。

<sup>24</sup> 権丈善一：「不磨の大典”総定員法”の弊」『週刊東洋経済』2010年10月16日号

日本の国家公務員の総定員数は、1969年度施行の「総定員法」が規定している。同法施行以降、日本の政策環境は激変した。産業構造の転換で、たとえば15歳以上就業者に占める第1次産業就業者の割合は1970年の20%から05年には5%に激減。そして他国が経験したことのない猛スピードの高齢化が日本を襲い、65歳以上人口比率は40年前の7%から23%に届く世界最高水準にまで急増している。さらには強力な産業政策が主流であった時代が終わり、規制緩和の流れが強まることにより行政需要は質的にも変化した。

総定員法に基づいて各省からの定員要求の査定を行う総務省行政管理局に期待されていることは、「社会経済状況の変化に対応して、スクラップ&ビルドの原則の下、行政需要の減退しつつある部門を廃止、縮小して、新しい行政課題に対応した組織を新設する」ことであろう。しかし、府省間の仕事の軽重を計る作業が、「言うは易く行うは難し」であることは容易に想像がつく。勢い、府省間の人員配置は「現状」が強い基準となり、スクラップ&ビルドは各府省内に任される傾向が生まれる。結果、行政需要が増えゆく府省の人員は余裕を失っていく一方、行政需要が減少する府省では人員が余り、仕事を求めて活発に動き始める。そうした力学が強く働いていることを感じるのは、この〔2010年〕6月に医療ツーリズムをはじめとする医療の営利事業を提案した経済産業省『医療産業研究会報告書』を眺めたり、かつて同省、その前身の省が年金の民営化や基礎年金の租税方式化を唱えていたことを思い出す時である。

この種の問題は、仕事量に見合ったマンパワーの配分に向けた霞が関の人事改革を行わない限り、継続する。

## 7. イノベーションと経済政策<sup>25</sup>

戦略的貿易政策を唱えずとも、イノベーションを起こすことによって成長を起こすべし、イノベーションを起こすためには、規制緩和をはかって市場に任せるべしという議論は絶えずある。たしかに、経済発展はイノベーションを原因として起こる。しかしながら、イノベーションを唱えたシュンペーターの偉大さは、これが経済発展にとって重要であることを指摘しても、その起こし方を指南するのは控えたことにある。彼は、イノベ

<sup>25</sup> 本節は、権丈善一「合成の誤謬考—企業の利潤極大化と社会の付加価値極大化は大いに異なる」『生産性新聞』〔2011年10月25日〕をオリジナルとして、種々加筆したものである。

ションを起こす企業家を描写しているが、その内容は、それを読む人たちに「よし、自分にもできる！」と決して思わせるものではない。シュンペーターの『経済発展の理論』（1912）を読めば分かることであるが、彼の言うイノベーションには複数の次元が想定されており、そこでシュンペーターが想定している変化とは、馬車が鉄道に置き換わるような大きな技術変化である。このイノベーションは、シュンペーターが理論を動学化するために取り入れていた進化論、特に進化論の中でも1900年代初頭に出てきた「突然変異論」にも当てはまりそうな出来事として描写されており、それを起こす企業家は「ニーチェ的な英雄主義の世界<sup>26</sup>」として描かれている。進化論は生物学上の事実なのであろうが、進化を人為的に操作することが難しいことと同様、シュンペーターの言うイノベーションを原因とする経済発展は、目指せば簡単に起こせるものではない<sup>27</sup>。イノベーションなるキーワード付きの成長戦略を売る経営コンサルや経営学者、はたまた政治家や官庁が雨後の竹の子のように出てくるのは後世のことであり、シュンペーターは草葉の陰で失笑しているはずである。

成長論のパイオニアであるソローは、経済成長の主因たる全要素生産性（TFP）を「無知の計量化」と呼んだ。彼は、TFPを左右する原因を論じようとすると、「素人社会学の炎上」に陥ってしまうのがオチと評しているのであるが、TFPに対する不可知論は、多くの経済学者も継承している。そして彼らは（私も含めて）、成長戦略論議は、「ためにする議論」の典型だと本当のところは思っている。

そうは言っても、国富の計量単位たる付加価値の定義に基づけば、「少なくとも言えること」はある。たとえば、経済成長を観察する単位であるGDP、すなわち付加価値の総計は、生産、分配、支出という3面から定義することができ、これらは常に等しくなるという3面等価の原則の下にある。

### 三面等価の原則

- 生産面 付加価値＝生産額 － 中間投入物
- 分配面 付加価値＝営業余剰 ＋ 雇用者所得  
＝企業所得（留保利潤＋配当）＋家計所得（利子  
＋雇用者所得）
- 支出面 付加価値＝消費 ＋ 投資

<sup>26</sup> 森嶋通夫：「思想としての経済学」、岩波新書、1994年；61頁

<sup>27</sup> 権丈善一：「イノベーションを促す政策とは—今日の論調とオリジナルなシュンペーター理論」『医療政策は選挙で変える 増補版』、慶応義塾大学出版会、2007年；343-352頁

ここで気をつけなければならないことは、付加価値は、生産面から見れば生産額から中間投入物を控除した額であり、分配面から見れば、営業余剰に加えて雇用者所得も構成要素に入っていることである。一方、企業が極大化を考えているとされる利潤は、生産額から費用を控除した額であり、その際の費用には人件費も含まれる。つまり、雇用者所得を犠牲にして企業の利潤を増やしても、経済成長の計量単位である GDP は増えない。

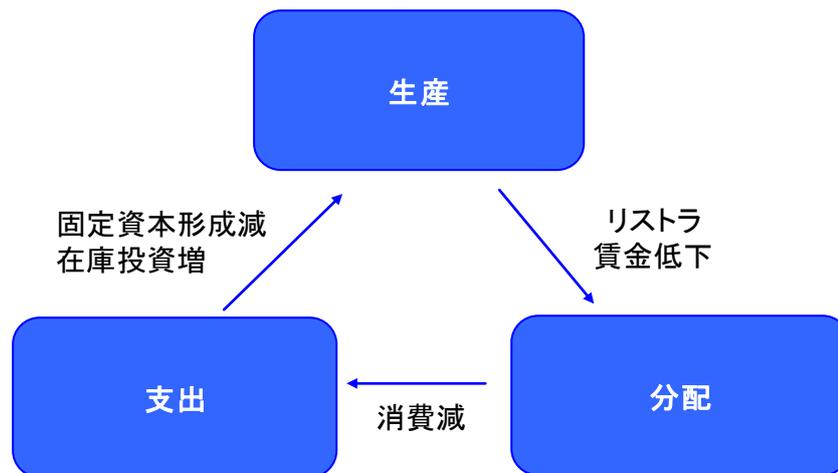
#### 付加価値と利潤の相違

● 付加価値	= 生産額	—	中間投入物
	= 営業余剰	+	雇用者所得
● 利潤	= 生産額	—	費用

のみならず、企業が私的利益追求の視点から、利潤極大化を求めて労働コストを限りなく低く抑え、雇用者所得の伸びを落とせば、いずれは公共善たる付加価値の総額 GDP は縮小する。なぜならば、付加価値を支出面から眺めると、雇用者所得の低下は、消費の縮小、在庫投資の増加で調整され、ゆえに、早晩、固定資本形成が減少していくからである。各企業のミクロ的な成長論としては、労務費の抑制は合理的なのであろうが、マクロには合成の誤謬に陥ってしまう。労働力の非正規化を進めた民間の経営者たちに、一国の経済政策を習うほど滑稽な話はなく、企業が一方的に主導権を握る政策形成は、一国を合成の誤謬に陥れ、デフレスパイラルに陥らせるリスクを抱えている<sup>28</sup>。

図 4-4. 利潤極大化行動の合成の誤謬

企業が主導権を握る政策形成のデフレスパイラルリスク



<sup>28</sup> ちなみに、大河内一男の労働力保全論も合成の誤謬論に属する。労働力保全では、社会政策によって、総資本は労働力全体の再生産の基礎条件を安定させ、個別資本による無規律な労働力の食いつぶしを妨げると説かれる。

こうした短期的な調整、すなわち固定資本形成の手控えが累積した今日の資本量と、現存する労働力をフル（あるいは平均）稼働した生産力が、「計測された」潜在生産力である。つまり、計測された潜在生産力は短期的な景気変動の影響を受けている。このあたりに考えが及ばず、短期と長期は独立で、長期総供給曲線に影響を与えるサプライサイドへの政策のみを成長戦略と捉えている論者は多く見受けられるが、ただの想像力不足とみなしてよい。

ここで、一昨年にヒットした「ゲゲゲの女房」の話を紹介して、経済成長の意味を感覚的に理解してもらおう。彼ら主人公たちが結婚したのは1961年、まさに高度経済成長スタート時期。その時、彼らの家には、家財道具は悲しいほどに何もなかった。ところがその後、カラーテレビ、クーラー、自動車などなど三種の神器が揃っていった。一方、中国やインドには、この生活水準に到達していない人が数多くいる。ゆえに、成長の余地は大いにあると見込むことができるのである。逆に言えば、日本は、国民の大半に貨幣を保蔵するよりもなんとしても消費をしたいと思わせる魅力的な新商品が開発されない限り、高度成長期のような成長は見込めそうにない<sup>29</sup>。そしてそうした魅力新製品の開発力を政府がもっているはずがない。社会保障という灌漑政策で潤った田畑で大きく育つものは、民間の前向きな試行錯誤から確率的にしか生まれてこない。

支出面から見た付加価値総額を、既に始まっている人口減の中で維持・拡大していくためには、1人当たりの消費や投資を増やしていくしかない。投資を増やしていくと生産力が高まるので、そこでの生産物をさばくためには、結局は、消費を増やさざるを得ない。ところが、より高い消費水準の達成は、付加価値の構成要素たる雇用者所得の抑制と普通は両立しない。この国には、国民の多くが高い生活水準を享受できるように、高い雇用者所得を支払うことができる企業が国内に存続するか、それとも低い雇用者所得しか支払うことができない企業に頼って、みんなで低い生活水準に甘んじていくか、そのいずれかの選択肢しかない。

日本は、いかにして1人当たりの消費を増やしていくのか。そのために、いかにして消費者に購買力を分配するのか。今、のみならず実は以前からも、考えるべきはそういう問だったのであり、大陸ヨーロッパは再分配政策を重視し、アメリカは小さな政府のままバブルを連発してあまり品の良くない消費や住宅投資を煽って需要不足を補ってしのぎ、日本は合成の誤

---

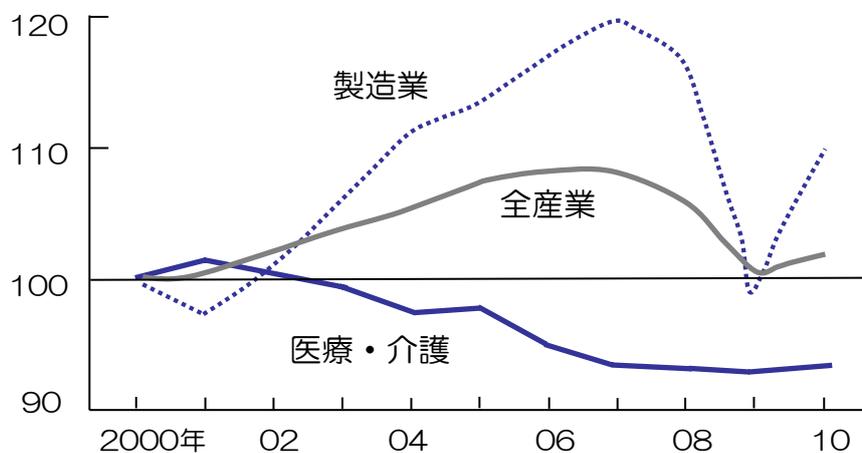
<sup>29</sup> 他の表現では、「流動性プレミアムを相対的に低下させるほどの魅力新製品の開発が成長を実現する」と一般化できる。経済成長のこのメカニズムは、青木正彦・吉川洋氏の青木・吉川成長モデル、小野善康の $\pi$ -1分析において分析されており、両モデルは、同じ着想に基づいている。

謬に気づかずに経営者に政策形成を委ねていた。そして、皆、アメリカ戦略の破綻に巻き込まれ、現在に至っている。

## 8. 付加価値生産性と物的生産性

医療の生産性が低い、介護の生産性が低いという観点から、医療介護の規制緩和を求める声は昔からある。2011年の2月にも『日経新聞』に次の記事「医療や介護、生産性低迷 全産業平均の6割、賃金も落ち込み経済成長の重荷（エコノフォーカス）」があった。

図 4-5. 労働生産性（2000年＝100）



注：労働時間あたりの生産量で試算、経済産業省・厚生労働省資料より作成  
出所：(エコノフォーカス)「医療や介護、生産性低迷 全産業平均の6割、賃金も落ち込み経済成長の重荷」、『日経新聞』2011年2月7日朝刊

こうした現象に対する日経新聞的解釈は次であった。

- 参入障壁があり事業者間の競争が乏しく、生産性を高めようという動機づけが働きにくい。
- 福祉サービスの料金は公定価格が基本で、サービスの差が生まれにくい—などの理由が挙げられる。

はたしてこの解釈は正しいのであろうか。

付加価値は、生産額から中間投入物を引いた額であり、医療や介護の場合は、診療報酬や介護報酬などの公定価格が上がれば、計算上、付加価値は高まり、公定価格が下がれば、付加価値は落ちる。2002年以降、2000年よりも医療、介護の生産性が落ちているのは、そこで働く労働者が増えているにもかかわらず、公定価格は上がっても、わずか、時には引き下げ

られたからである。逆に、診療報酬や介護報酬を上げれば生産性は高まる。生産性について語る場合には、この用語について正しく理解しておく必要がある。次は、「生産性」『現代経済学事典』岩波からの引用である。

生産要素投入量 1 単位当たりの生産量を、そのものの生産性といい、その増加率を生産性上昇率という。・・・エコノミスト、新聞などが誤って使っている場合が多いので、その内容を厳密に定義する必要がある。いま投下労働量を  $l$  時間とし、それによって生産された生産物を  $q$  とすると、労働生産性は  $q/l$  であり、労働当たりの物的生産性である。したがって、生産性の比較は、工場内の同じ工程をとって比較する以外ない。たとえば、乗用車の組立工程を日米間で見ると、1 人 1 時間当たり、もっとも効率のよい工場同士で、日本 1 に対して、米国 0.35 であり、塗装工程で、最頻価日本 1、米国 0.5（いずれも 1981 年）である。しかし、通常エコノミストや新聞が用いる生産性は付加価値生産性で、価格を  $p$ 、製品当たり原材料費を  $u$  とすると  $(p-u)q/l$  である。したがって、価格の高い米国の自動車産業が、物的生産性  $q/l$  は小さくても、付加価値生産性が高くなることもあり、日本は生産性が低くなる可能性がある。

先進国の中で、日本の人口当たり医師数は少ないにもかかわらず、1 人当たり外来受診回数、1 人当たり入院日数が圧倒的に多いのは周知のことである。これは、日本医療の物的生産性はかなり高く、場合によっては、日本の医療関係者は、生活を犠牲にして働いており、過労死の瀬戸際にいる人も中にはいるのではないかと考えるのが、普通であろう。

一般に、サービスの生産性を語る場合には、細心の注意を払う必要がある。特に、公共政策下にある医師や公務員サービスの生産性を論じる場合には、正しい定義の下で行ってもらいたい。

## 9. 福祉国家を支える集団としての医療界に求められるもの

個別企業の利潤極大化の視点から混合経済を敵視する経済界に拮抗して、混合経済、福祉国家を守るベクトルの起点となるのは、労働界であり医療界であるはずである。しかしながら、『週刊社会保障』の編集後記「記者の耳」で、次のような記事を読むと心許なくなってくる。

11月24日の医療保険部会で、所得の高い国保組合への国庫補助引下げが議題になり、当事者である三師会の委員が猛反発。「組合を解散して国保に移れば、かえって国庫負担が増える」と反論。

『週刊社会保障』No.2656(2011.12.5)、66頁

医療関係者の国保組合には、建設国保と同様に、今では正当な理由があるとは言えない国庫負担が入っている。その結果、三師会(医師会、歯科医師会、薬剤師会)の国保組合の保険料率は、市町村国保、協会けんぽ、健保組合の平均的な保険料率よりも低い。

次は、事業仕分けでの配付資料である。粗い試算であるが、三師会の保険料率は、所得ベースでも旧ただし書所得ベースでも低い。

表 4-2. 医療保険の加入者 1 人当たりの所得・保険料の比較(粗い試算)

	通常使用する所得概念での 加入者1人当たり所得水準	収入 (試算)①	旧ただし書所 得(試算)②	年間保険料③	負担率		
					③/①	③/②	
国保組合	市町村民税課税標準額 217万円	504万円	316万円	12.5万円	2.5%	4.0%	
医師	" 644万円	1050万円	795万円	13.2万円	1.3%	1.6%	
歯科医師	" 225万円	514万円	324万円	12.3万円	2.4%	3.8%	
薬剤師	" 221万円	509万円	320万円	13.3万円	2.6%	4.2%	
一般業種	" 125万円	364万円	204万円	15.6万円	4.3%	7.6%	
建設	" 71万円	263万円	133万円	10.9万円	4.1%	8.2%	
市町村国保	旧ただし書所得	79万円	186万円	79万円	8.3万円	4.5%	10.5%
協会けんぽ	収入(総報酬)	218万円	218万円	102万円	8.9万円(本人)	4.1%	8.7%
健保組合	収入(総報酬)	293万円	293万円	154万円	9.1万円(本人)	3.1%	5.9%

(注)収入(総報酬)=旧ただし書所得+基礎控除+(給与所得控除、公的年金等控除、必要経費等)  
旧ただし書所得=市町村民税課税標準額+基礎控除を除く所得控除(扶養控除、配偶者控除等)

出所:事業仕分け(資料・論点シート・評価結果)2010年11月16日

国保組合に関しては、2010年12月17日に、国家戦略相、財務相、厚労相の三大臣合意があり、「所得が高い国保組合に対する補助金は廃止する」ことになっている。ここで、医療関係者自らが支払う保険料が高くなるからといって、三師会は、建設国保をはじめ、かねてから問題視されていた国保組合改革に反対し続けるのだろうか。医療費を上げるためには、保険料を主財源として引き上げていくしかない<sup>30</sup>。公的医療の充実、福祉国家の充実を言うべき医療関係者が、自らの負担増を避けるために国保組合の存続に動いていたのでは、他にどんなに良いことをしても、それらの努力がすべて台無しになってしまう。

かねてから言っているように、医師国保が政府から力尽くで解体されるよりは、医療界は、「補助金返上して健保組合を作る」と積極策に出るほうが、医療政策形成における高い交渉上の地歩を確保できる。

2008年現在、健保組合は1,500余りある。これを被保険者数で見た場合、最大規模の組合は45万7,981人の人材派遣である。

<sup>30</sup> 権丈善一:「皆保険50年の奇跡と我々が次世代に残した未来」『平成22年度 医療政策シンポジウム 皆保険50周年—その未来に向けて』、日本医師会、2011年

表 4-3. 被保険者数ソートの健保組合 (2008 年)

— 医師国保被保険者数 : 326,128 人 —

	組合名	被保険者数・男女計
1	人材派遣	457,981
2	関東 IT ソフトウェア	278,253
3	エヌ・ティ・ティ	271,969
4	日立製作所	223,115
5	東京実業	209,507
6	東京都情報サービス産業	186,601
7	東京薬業	160,459
8	パナソニック	158,419
9	東芝	153,454
10	ジェイアールグループ	148,010
11	東京電子機械工業	146,833
12	関東百貨店	146,313
13	産業機械	140,000
14	富士通	128,870
15	全国印刷工業	119,120
16	日本電気	111,337
17	東京西南私鉄連合	108,450
18	全国外食産業	107,000
19	トヨタ自動車	106,381
20	三菱電機	101,346

出所：「健康保険組合の現勢（平成 20 年 3 月末現在）」『健康保険組合連合会』  
平成 22 年 1 月

ここに、医師国保被保険者総数の 32 万 6,128 人が入ると、いきなり第 2 位規模の組合をつくることのできる。都道府県単位でつくっても、例えば東京都医師国保ならば 89 位、沖縄のような最小のものでも 1,485 組合中 1,266 位というように、結構な規模となる。これは医師国保だけの話であり、そこに歯科医師国保、薬剤師国保が合流すると、いかにも興味深い展開を期待できるはずである。

今でこそ、健保連はその構成員の性質上、福祉国家の充実を阻む役回りを演じざるを得ないであろうが、医業健保組合が設立されると、健保連の中で厳然たる力を得ることができるようになる。そのように設立された医業健保組合が、福祉国家における自らの重要な役割に自覚を持つならば、健保連が持つノウハウと現在果たしている役割を十分に利用することができるようになる。さらに力をつけていけば、中医協に支払側委員として参加することもできる。こうして医療関係者が一つ、もしくは多数の組合をつくっていけば、医療保障政策を充実させ、ひいては経済界に対する強い拮抗力として福祉国家を守る中心軸として大きな力を発揮してくれる組織になると、今後の展開を期待しているわけである。

ところが、現在は、まったく逆の動きを示している。あまりにも惜しい。

## おわりに

市場財を提供する一般産業では、競争に敗れた企業の撤退が資源の効率的配分のためにもっとも役立つ経路となる。これに対し、医療や教育などの公益性（後述）の強い非営利主体が担う産業では、相手のシェアを奪う市場的競争において勝利する提供者が生き残る姿が、望ましい成果を社会にもたらすとは思われていない。もちろん、他の提供者よりよい質の医療サービス、進んだ医療サービスを目指す「前向きの競走」、いわゆるベンチマーク競争は行われてよい。ただし公益性を考えると、たとえそうした一種の名誉獲得競争において先陣を切ることができたとしても、その内容を世の中の他者にも開示し、広める姿勢もまた大切である。医療はあくまでも社会全体に奉仕する産業に他ならない。「はじめに」でも指摘したように、だからこそ社会保障制度が強く支える体制が維持されているのである。

ここで今一度、本報告にとって重要な課題である営利・非営利問題を整理しておこう。そのためには、目標とする「利益」の概念を理解しなければならない。非営利組織の中には、売り上げのないタイプの主体も存在し、活動を行っている。たとえば、自然環境保護団体、難民支援団体などが挙げられる。これらの組織には、サービス提供から得られる売り上げはなく、収入はサービス提供先とは異なる個人・財団・企業等からの寄付金や助成金、有志の会費および補助金等で成り立っている。よって、これらの主体には売上と費用との差額としての利益という概念はあてはめようがない。

他方、同じく非営利団体であっても、日本の医療機関(独立行政法人化が進んでいるので公私の設置主体を問わない)および私立学校等は、患者・学生などに対するサービス提供を通じる「売上」が主たる収入源となっている。そのため、減価償却費を上回る借入金の元本返済必要額があれば利益は不可欠である。さらに未来について考えれば、長期の存続・発展に要する設備投資等とそれにかかわる資本コストを踏まえ、少なくとも一定の ROS (Return on Sales=売上高利益率) は求めなくてはならない。もちろん、医療・教育にかかわる組織の存在目的を果たすことが上位の使命であり、期ごとの目標利益はそのための手段にすぎないが。

他方、株式会社はそもそも、資本の運用を株主から負託された存在である以上、ROI (Return on Investment=投下資本利益率) もしくは、ROA (Return on Assets=総資産利益率) が、経営意思の決定上もっとも重要な指標であろう。ROS ベースで考える非営利組織と、資本の出し手のた

めに ROI や ROA を重く見る営利企業では、行動パターンも違って当然である。

最後に、東日本大震災の経験もあり、「公益性」概念も改めて触れておきたい。公益性とは、平常時でなくとも不特定多数を対象として財サービスを提供することが一つの要素である。

公益性があっても、可能なら普段は売り上げを得つつ、財サービスを提供しても構わない。しかし、非常時に一特に大きな天災や事故の後には一代金支払いと引き換えの提供が不可能な場合、あるいは特定の利用者が代金を払えない場合であっても、できるかぎりの提供が求められる点、通常の市場財とは異なる性格を与えられている。さらに災害等のために提供が途絶ないし減少した際に、ほかの財よりも優先して提供体制の回復が社会的に図られる。この点が、ライフライン産業と共に医療が公益性を持つ理由である。

今回の医療政策会議の任期中には、さまざまな点で、わが国の社会のあり方に根本的な問いを投げかけた大震災が発生した。報告書の冒頭で、委員全員の心よりのお見舞いを記した通りである。また TPP など国際関連の動きも加速されてきた。医療がこれまで以上にこの国の社会に役立ち、安心をもたらし、成長に寄与するよう、同時に資源を効率的に活用しつつ活動しなければならない。

良い意味の産業化と悪しき営利産業化を峻別する見方が提示できたことを祈って報告のまとめとする。



# 講 演 録



## 講演録

1. 「産業化」の意味を考える  
—会長諮問を討議するにあたっての共通基盤を築くために—  
慶應義塾大学大学院経営管理研究科教授  
医療政策会議議長  
田中 滋 平成 22 年 9 月 24 日 第 2 回医療政策会議
  
2. 医療を営利産業化させていいのか  
国立国際医療センター総長・理事長  
医療政策会議委員  
桐野 高明 平成 22 年 11 月 26 日 第 3 回医療政策会議
  
3. 医療を営利産業化させていいのか  
—4 つの話題提供—  
日本福祉大学社会福祉学部保健福祉学科教授・副学長  
医療政策会議委員  
二木 立 平成 23 年 2 月 18 日 第 4 回医療政策会議
  
4. ポスト大震災の社会保障  
北海道大学法学部教授  
医療政策会議委員  
山口 二郎 平成 23 年 5 月 27 日 第 5 回医療政策会議
  
5. 無政府状態下の日本の財政・社会保障  
—2015 年を目標とした一体改革成案「一里塚」の意味—  
慶應義塾大学商学部教授  
医療政策会議委員  
権丈 善一 平成 23 年 7 月 15 日 第 6 回医療政策会議
  
6. 医療保険財政と医療の産業化  
学習院大学経済学部教授  
遠藤 久夫 平成 23 年 9 月 16 日 第 7 回医療政策会議
  
7. 公的医療保障制度と民間医療保険に関する国際比較  
—公私財源の役割分担とその機能—  
成城大学経済学部教授  
河口 洋行 平成 23 年 11 月 18 日 第 8 回医療政策会議



平成 22 年 9 月 24 日  
第 2 回医療政策会議講演録

## 「産業化」の意味を考える

—会長諮問を討議するにあたっての共通基盤を築くために—

慶応義塾大学大学院経営管理研究科教授

田中 滋



## 1. 産業とは

「産業」という言葉は多義に解釈できるが、中立の用語としても使うことができる。中立用語の「産業」にも2つの使い方があり得る。1つは、財サービスの生産活動という意味である。この場合、企業の活動だけではなく、医療・教育・防衛・治安維持など、公務・非営利分野のすべてを含め、社会的な生産活動を「産業」と表す。

もう1つは、疾病分類と同様、国際間で互いに共通の認識を共有するために、経済活動を分類する必要性を充たす概念である。経済は、一国で考えた場合のGDPや、国民所得などのようなマクロ経済の数値や、「X病院の年間売上高」「Y社の売上高」「Z家の年収」などのような、個々の組織単位・企業単位・家計単位の経済行動主体の数字を表すこともできる。その中間に、いわば一人ひとりの患者の病名とトータルの医療の間に、疾病大分類、中分類、小分類があるように、経済活動を分類する単位がつけられてきた。それが産業という概念である。こちらも、行動主体が営利企業であるか、非営利組織であるか、政府セクターであるかを問わない、中立的な概念として存在し、国民経済の活動部門別の組成に相当する。

産業をめぐるのは、活動部門同士の関係を見る産業連関分析や、活動部門の中で競争状況がどうであるかを見比べる産業組織論等の経済分析技法が発達してきた。

会長諮問にも示されているような意味の「産業には好ましくないものもあるのではないか」を問う価値観は昔から見られる。19世紀に生まれた、制度学派の始まりの人—ソースティン・ヴェブレンの『営利企業の理論』では、物をつくる／まじめに働く Industry（勤勉）と、お金を動かしてお金をつくるビジネスとは違うと言っている。

今でもそういう見方ができないことはない。国際的に見ても、例えば日本の物づくりにかかわってきた人たちのように、目の前の儲けよりも、優れたものを作ることにこだわっている人たちがいるのに対して、2008年以降の世界不況の原因となった、お金を何段階にもわたって証券化し、それに先物の技術を組み合わせてヘッジをかけ、高等数学を使って、世界のGDPの何十倍にまで富を見かけだけ膨らませるような金融事業がもてはやされたことは否定できない。

会長諮問に示された「産業化」に即して言えば、広い意味では、医療の営利産業化は許してはならないとのわれわれ共通の出発点はもちろんとして、もう少し狭く言えば、営利産業の中でも金を動かして金をもうけることだけを考えているようなところは、医療の関連分野にとっても好ましくない。

次に産業分類は、一番有名なものは 1941 年、コーリン・クラークによって示された分け方で、今でも普通に使われている、第 1 産業、第 2 産業、第 3 産業という言葉が導入された。コーリン・クラークの時代には、電気・ガス・水道などのライフライン産業は第 2 産業に入っていたが、今の分類では第 3 産業に含める。

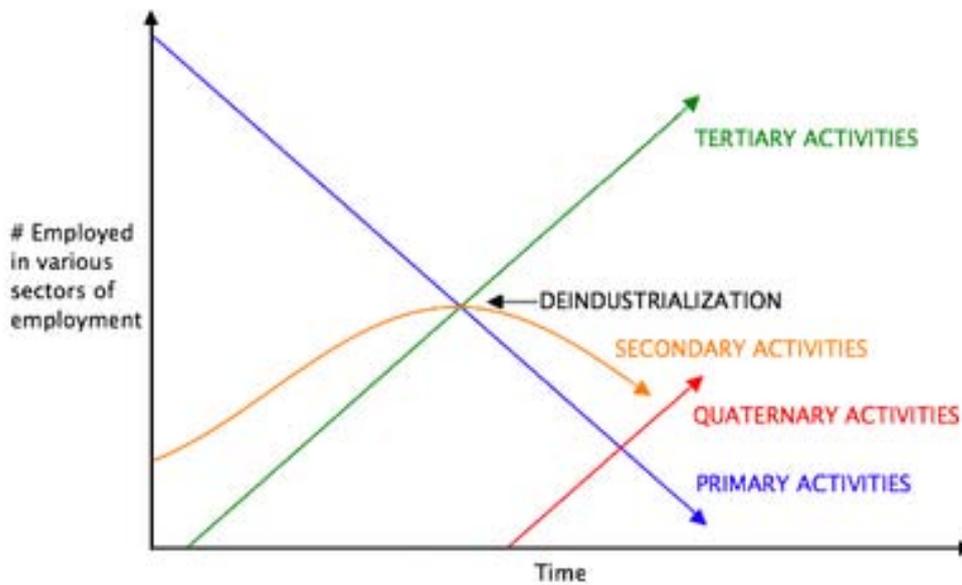
第 1 産業とは、自然から何かを育むなど、自然を相手にする産業（漁業・農業・林業）である。第 2 産業は、1 次産業の産品を加工する産業を指す。すなわち、製造業・建設業・鉱業を言う。第 3 次産業は、第 1 次・第 2 次に当てはまらない残りすべてを含み、3 次に属する分類同士を貫く共通性はほとんどない。サービス財の性質が強いとの特徴はあるが、いずれにせよ、1 次・2 次以外の残りはすべて第 3 次産業に該当する。代表的には、情報通信、鉄道・バス・航空などの運輸、銀行や保険などの金融、卸業や小売業、そして、ホテルや飲食店のような狭義のサービス業などで構成される。ここに公務・医療・教育も入る。なお、最近では、第 3 次産業の一部を別に取り上げ、第 4 次産業、第 5 次産業などの言い方をする人も見られる。

これらのその図式を図 1 に示している。右下がりの青い線が第 1 次産業である。日本でも 19 世紀までは働く人の 8 割は農林水産に従事しており、こういう時代は図の左端にあった。

第 2 次産業は、富国強兵時代を含めて近代工業の発達とともに増えていくが、ピークを経て下がっていく。日本も 1960 年代までは第 2 次産業従事者数は増加してきたが、その後は減り続けている。

一方、第 3 次産業はずっと増え続ける。図は第 3 次産業を第 4 次産業、第 5 次産業と分けて見せている。この分け方によれば、医療や大学は第 5 次産業に入る。イメージ的に言うと、世界の国々は従事者数ではグラフに示した経過をたどる。

図 1.



続いて、産業分類とはどのようなものかを説明するために、国連が使っている国際標準産業分類と、日本で総務省統計局のつくる日本標準産業分類を紹介する（表 1）。医療・福祉は「P」に含まれる。「P：医療、福祉」を見ればわかる通り、狭い意味の、企業を主体とする産業だけではなく、すぐ上の教育や公務なども含まれる分類になっている。「S：公務」も、役人や大臣も産業に属していると考え、これまた産業の 1 つであるとみなす。国際標準分類だと分け方に多少違いがあるが、大差はない。A・B・C が先ほどの第 1 次産業、D・E・F が第 2 次産業、そこから下の全てが第 3 次産業になり、医療界で用いる国際疾病分類に相当する分析概念である。

以上は産業大分類であり、大分類の中身はさらに中分類と小分類に分けられている（表 2）。「P」は医療業、保健衛生業、社会保険・社会福祉・介護事業と名付けられた 3 つの中分類に分けられる。さらに小分類は表に書かれている番号で、けたが増えると小分類の中の細分類になる。例えば、「831 小分類：病院」は、「8311 一般病院」、「8312 精神科病院」と分けられる。このような形で、何人働いている、どのような価値がつけられているかなどの統計を取るときに単位区分として用いられる。これは、医療分野の統計において、疾病分類が、患者が何人いるか、医療費が幾ら使われたかなどを測るための、計測のまとまりとしての使われるのと同じであり、ここで言っている産業という言葉は価値中立的な用語法である。

表 1. 日本標準産業分類（総務省統計局）と  
国際標準産業分類（国際連合統計局）

日本標準産業分類 (JSIC) (2002 改定)	日本標準産業分類 (JSIC) (2007 改定)	国際標準産業分類 (ISIC Rev. 4) (2007)
A 農業	A 農業、林業	A 農業、林業及び漁業
B 林業		
C 漁業		
D 鉱業	C 鉱業、採石業、砂利採取業	B 鉱業及び採石業
E 建設業	D 建設業	F 建設業
F 製造業	E 製造業	C 製造業
G 電気・ガス・熱供給・水道業	F 電気・ガス・熱供給・水道業	D 電気・ガス・蒸気並びに空調供給業
		E 水供給、下水処理並びに廃棄物管理及び浄化活動
H 情報通信業	G 情報通信業	J 情報通信業
I 運輸業	H 運輸業、郵便業	H 運輸・保管業
J 卸売・小売業	I 卸売業、小売業	G 卸売・小売業並びに自動車及びオートバイ修理業
K 金融・保険業	J 金融業、保険業	K 金融・保険業
L 不動産業	K 不動産業、物品賃貸業	L 不動産業
	L 学術研究、専門・技術サービス業	M 専門・科学・技術サービス業
		N 管理・支援サービス業
M 飲食店、宿泊業	M 宿泊業、飲食サービス業	I 宿泊・飲食サービス業
	N 生活関連サービス業、娯楽業	R 芸術・娯楽及びレクリエーション
	O 教育、学習支援業	P 教育
N 医療、福祉	<b>P 医療、福祉</b>	Q 保健衛生及び社会事業
O 教育、学習支援業	Q 複合サービス事業	
P 複合サービス事業		
Q サービス業（他に分類されないもの）	R サービス業（他に分類されないもの）	S その他のサービス業
		U 治外法権機関及び団体
R 公務（他に分類されないもの）	S 公務（他に分類されるものを除く）	O 公務及び国防、強制社会保障事業
S 分類不能の産業	T 分類不能の産業	T 雇主としての世帯活動及び世帯による自家利用のための区別されない財及びサービス生産活動
	総務省統計局	国際連合統計局

表 2. 大分類 P 医療・福祉 詳細版

<p>大分類 P 医療, 福祉 (詳細)</p> <p>83 医療業</p> <p>830 管理, 補助的経済活動を行う事業所 (83医療業)</p> <p>8300 主として管理事務を行う本社等</p> <p>8309 その他の管理, 補助的経済活動を行う事業所</p> <p>831 病院</p> <p>8311 一般病院</p> <p>8312 精神科病院</p> <p>832 一般診療所</p> <p>8321 有床診療所</p> <p>8322 無床診療所</p> <p>833 歯科診療所</p> <p>8331 歯科診療所</p> <p>834 助産・看護業</p> <p>8341 助産所</p> <p>8342 看護業</p> <p>835 療術業</p> <p>8351 あん摩マッサージ指圧師・はり師・きゅう師・柔道整復師の施術所</p> <p>8359 その他の療術業</p> <p>836 医療に附帯するサービス業</p> <p>8361 歯科技工所</p> <p>8369 その他の医療に附帯するサービス業</p> <p>84 保健衛生</p> <p>840 管理, 補助的経済活動を行う事業所 (84保健衛生)</p> <p>8400 主として管理事務を行う本社等</p> <p>8409 その他の管理, 補助的経済活動を行う事業所</p> <p>841 保健所</p> <p>8411 保健所</p> <p>842 健康相談施設</p> <p>8421 結核健康相談施設</p> <p>8422 精神保健相談施設</p> <p>8423 母子健康相談施設</p> <p>8429 その他の健康相談施設</p>	<p>849 その他の保健衛生</p> <p>8491 検疫所 (動物検疫所, 植物防疫所を除く)</p> <p>8492 検査業</p> <p>8493 消毒業</p> <p>8499 他に分類されない保健衛生</p> <p>85 社会保険・社会福祉・介護事業</p> <p>850 管理, 補助的経済活動を行う事業所 (85社会保険・社会福祉・介護事業)</p> <p>8500 主として管理事務を行う本社等</p> <p>8509 その他の管理, 補助的経済活動を行う事業所</p> <p>851 社会保険事業団体</p> <p>8511 社会保険事業団体</p> <p>852 福祉事務所</p> <p>8521 福祉事務所</p> <p>853 児童福祉事業</p> <p>8531 保育所</p> <p>8539 その他の児童福祉事業</p> <p>854 老人福祉・介護事業</p> <p>8541 特別養護老人ホーム</p> <p>8542 介護老人保健施設</p> <p>8543 通所・短期入所介護事業</p> <p>8544 訪問介護事業</p> <p>8545 認知症老人グループホーム</p> <p>8546 有料老人ホーム</p> <p>8549 その他の老人福祉・介護事業</p> <p>855 障害者福祉事業</p> <p>8551 居住支援事業</p> <p>8559 その他の障害者福祉事業</p> <p>859 その他の社会保険・社会福祉・介護事業</p> <p>8591 更生保護事業</p> <p>8599 他に分類されない社会保険・社会福祉・介護事業</p>
---	---

こうして整理された分類を用いた分析技法があり、1つは産業連関分析と呼ばれる。主に産業と産業の間で中間投入がどうなされているかを表す。例えば、自動車産業を分析する際、鉄をどれだけ買ったか／IT製品をどれだけ買ったかなどの統計が必要なように、産業が最終的に何かを生み出す前には、他産業から物を買わなければならない。小売業は、ほとんど他産業から、特に卸売業からの仕入れで成り立っているわけであるが、一方、介護のようにあまり他産業からの買い付けがなく、人件費が主な支出先となる産業も存在する。そのような産業間の関係や比較を示すときに役立つ技法である。

産業連関分析においては、医療は「098 医療・保健」に含まれる。総務省統計と異なり、社会保障は 099 と別分類になっている。介護（100）も同じく別扱いである。また、政府サービス生産も別の分野に属する。産業連関表は膨大な表で、5年に1回つくられている。産業とは、このような技法でも価値中立的な用語である。

表3. 産業別商品産出構成表（V表）  
 <産業・商品の分類及び基本分類対応表>

(1) 産 業			
V 表		基本分類	
コード	名称	列コード	部門名
098	医療・保健	8311-01	医療（国公立）
		8311-02	医療（公益法人等）
		8311-03	医療（医療法人等）
		8312-02	保健衛生（産業）
099	社会保障	8313-05	社会福祉（産業）
100	介護	8314-01	介護（居宅）
		8314-02	介護（施設）

## 2. 分析概念

近代経済学の分析手法は、基本的に善悪にかかわる価値観から離れており、持っている価値判断軸は効率的であるか、公正であるか等にとどまる。少しレアな使い方では、平等かどうかとも問われていいのかもしれないが、基本的に、効率的か、もしくは公正かが代表的価値規範であり、それに基づいて分析結果を判断する。あるものが善いか悪いか、美しいか醜いかなどの問いは、近代経済学にとって分析可能な対象の中には含まれない。

ところで、マクロ経済には3つの側面が存在する。底面になるところは別として、壁が3つある正四面体を地面に置いた場合、頂点は1つで、3つの側面からも見ることができると同様である。

まず、1つの側面を「生産」と呼ぶ。何をつくるかという、付加価値の生産である。「もの」づくりではなく、付加価値なので、サービス業も生産をしていることになる。付加価値とは、財貨サービスの提供によって得た収入から、その提供に要する生産要素の費用として他の組織に払った額を引いた額を言う。費用の大きな割合を占める雇用者所得は、他の組織に払った額ではないので、差し引き後の付加価値に含まれる。売上マイナス中間投入という説明は、企業の場合はきわめてわかりやすい。

では、非営利組織はどうか。非営利組織である大学にも授業料という正当な収入がある。さらに大学病院の収入も加わる。その額から中間投入、薬品企業に払ったり、電気やガスの会社に払ったり、ITベンダーに払ったりする金額を引いた値が、大学が生み出した付加価値として計算される。

他方、公務サービスの多くは、企業や大学・医療機関と異なり、サービスに伴う収入が計上されるわけではなく、「売上」概念があてはまらない。外交や国防、警察や消防が典型である。そこでは、生産に要した内部費用である雇用者所得と減価償却額等をもって付加価値とみなす。

先述のように、経済学の分析概念では、雇用者への支払いは、付加価値の分け合いの対象と位置づける。企業経営者にとっては、賃金や給与は費用の一部であろうが、経済学では、「中間投入、すなわち原材料仕入れ等を引いた付加価値額を労働と資本で分け合う」ととらえる。それが正四面体の山の2つ目の斜面の「分配」の側面になる。付加価値を労働と資本で分け合う。資本への分配は、株主に配当として渡すことも、銀行や社債保有者に利子として支払うことも、企業自身に内部留保として残すこともあるだろう。非営利組織で言えば、例えば大学の場合、資本家やオーナーは存在しないので、資本の取り分は（借入金利子を除き）、すなわち将来の投資のために法人が保留することになる。

この側面には、もう1つ特殊な用語法で、“再分配”という概念がある。

これは、医療にとっては大変重要である。付加価値の分配だけでは一般に不平等度が大きいし、そもそも失業者や引退したお年寄りといった、賃金等の収入を得られない人が世の中には多く存在する。そのような人々のために、分配された所得の一部を移転する。これを再分配と呼ぶ。移転とは、交換とは異なる一方的な資金の移動である。私的な寄付もあり得るが、その100倍の移転額は、社会のルールの下に成立した法律等に基づき、分配された所得から税金・社会保険料等の形で集め、それを配り直すルートで動く。わが国医療費の8割以上は、この経路によって成り立っている。

ちなみに、「どの産業に人をどれだけ割り当てるか」「どの産業に資本をどれだけ割り当てるか」「どの産業に原材料をどれだけ割り当てるか」などを、資源の配分 (Allocation) と言い、今話した分配は Distribution と、日本語表記では漢字を入れ替えただけに見えるが、意味は全く異なっている。

3つ目の側面は、今度は分配された金額を使って生産された財やサービスを買う「支出」である。家計は消費をし、企業や非営利組織は長期にわたって使用する建物や機械に支出する。後者を投資と呼ぶが、これは金融的な支出、たとえば債券投資などは含まず、実物支出のみを言う。政府もまた公共投資を行う。

以上の3つの側面でマクロ経済を観察できる。四面体のいずれの側面から登っても頂点の一つであるのと同様、生産、分配、支出のそれぞれの合計値は一致するように統計がつけられる。

なお、効率という言葉にも幾つかの次元がありえる。1つ目は、極めてテクニカルに費用最小化を図る効率性である。品質と量を決めたらそれをできるだけ安くつくる効率性を指す。例えば、入院サービスを病院が地域社会に提供する際、投入資源である医師と医療クラーク、看護師と看護クラークなどをそれぞれどのように組みあわせれば、一番無駄が少ないかを図るなどが例にあげられる。この意味の効率性は非営利組織にもごく普通に当てはまる。

第2に、自らが生産できる2つ以上の財サービスの組み合わせ量を一番多くする効率性を指摘できる。医療機関が、一般急性期医療、療養医療、救命救急医療など、例は何でも良いが、「一定期間にどのぐらいずつ地域に提供するか」に関する組み合わせにはいろいろありえる。サービスごとの提供量の組み合わせがどうであれ、医療機関が使用できる人的資源などの投入資源から見て可能な最大量となっている状態を目指す効率性である。この意味の、資源配分の効率性もまた非営利組織に当てはまる。

もう1つ上の概念は、1番目の費用最小、2番目の最大生産量の組み合

わせが実現しているとして、今度は市場で財貨サービスを求める人たちが何を望んでいるかによって決まる、ある特定の組み合わせに到達する意味の効率性である。「当病院はこの地域住民の希望に応じ療養病床 100%で行こう」「当病院の保持する人的資源を活用すれば、急性期と療養医療の5:5の組み合わせも、7:3の組み合わせもどちらも2番目の効率性から言えば最適な組み合わせであり得るが、地域住民のニーズを考え、すべてを急性期病床にする」などと表わせる。一般に企業では、購買する消費者が望む組み合わせが、同時に利益最大の点となる。これに対し、大学や医療機関の場合は、一般に利益最大の組み合わせと、ニーズに応じた提供の組み合わせは一致しない確率が高い。この意味の効率性を、ウォンツに基づく市場需要との兼ね合いで考えるなら、非営利組織、取り分け公益性の高い非営利組織にとっての資源配分は、営利セクターのそれとは異なりうる。

したがって、産業化を通ずる効率化を3つのうちどの視点でとらえるかによって、政策会議報告の判断も違ってくる。技術的効率性や資源配分の効率性までは、産業化がもし「限られた資源でより多くの医療サービスを、一番可能な高い品質で無駄な費用なく提供する」という意味なら、医療が持つ社会的使命に反しない。いわば、経営管理をきちんとすることなので、その場合での「産業」は納得できる言葉遣いである。だが、投下資本の利益が最大化される意味での効率化を図る「産業」であれば、それは営利企業の役割であり、患者と地域のニーズに対応する医療にはそぐわないと結論できる。

### 3. 資源配分と所得配分の場合と方法

国内に存在する労働資源、例えば看護師や療法士を、医療分野と介護分野がどのような割合で雇うか、これは資源配分問題である。医療の中でも急性期入院、亜急性期入院、慢性期入院、診療所にそれぞれ何十万人ずつ働くかも、同じく資源配分問題である。限られた補助金や、限られた銀行の貸出資金を、医療の中だけでも、どこに持っていくかも同様である。もちろん、一般産業との間の資金の取り合いも経済学の表現を使えば資源配分問題に相当する。

資源配分の方法は様々ありうるが、ここでは5種類を指摘したい。どういう分け方をしても良いのだが、1つ目は市場経済を使って分ける方法。2番目は家計の中で分ける方法、つまり組織内部で分ける方法。3番目は政府によって分ける方法。4番目は、医療や介護のように再分配を通じて分ける方法。このように官を通ずる配分(3)と、社会保障制度による再

分配（4）とは分けて考える。最後の 5 番目に、日本ではあまり発達していないが、互助、つまり私的な助け合いによって分ける方法も存在する。

資源配分とは、「何を」「誰のために」「どのぐらい」つくり、それを「どのように」分けるかにかかわる言葉である。この 4 つの問いが資源配分を規定する。生産物市場は、市場取引におおける公正さが確保されれば、後は自由度が高い方が一般に効率的資源配分が実現する。しかし労働市場においては、もともと特殊な主体である「人」を売り買いするわけにいかないし、1 日何時間以上働かせてはいけないなど、人権を基礎に置くさまざまな労働規制が課せられる。この点、取引される財、例えばシャツに「基本的権利」という概念が当てはまらない一般財市場とは違う。金融市場も、財の特殊性ゆえに、銀行が投資銀行を兼ねてはいけないといったさまざまな規制がかかる。それに比べると、生産物市場は、環境への配慮や廃棄物の問題を別にすれば、本来、だれが何をつくっても構わない。緑茶をつくろうと紅茶にしよう、それは生産者の自由であり、パソコンをつくろうと鉛筆をつくろうと、だれもとめるものではない。

もし市場が完全であれば、資源配分が一番効率的になされる。ほかの配分方法に比べると、一定の資源で一番多くの財を生み出せるし、逆に一定の財を一番少ない費用でつくるのが可能である。

ただし、2 つ条件を考慮しなくてはならない。1 つは、市場経済「原理主義」（ファンダメンタリズム）に関する。これは市場経済「原理」（プリンシプル）とは異なる。市場経済というツールを使うと資源配分が最適化される。その背景を知っているか否かより、知っていて言うか言わないかが、何事にも市場をあてはめようとする原理主義者か、あるいは柔軟に市場経済を使いこなすことを是認する派との違いになる。

完全競争であれば、なぜ資源配分が効率化されるのか。第一にそれは、供給者間で敗北者が出るからである。市場で望まれる一定の価格、一定の品質の財貨サービスをつくれないう事業者は市場から排除される。例えば、お茶のペットボトルの市場価格が 100 円だとしよう。どうコストを削っても生産に 101 円を要する企業は市場に居られない。またもし同じ品質で、市場の信頼を得られる製品を 95 円で売っても利益を獲得できる企業がその値段で販売すれば、既存の 100 円企業は、コストを削減するか、市場から撤退するしかない。だから、社会にある資源がより効率的に使われる。この点は誰も否定しない。

加えて、市場機能が果たす資源配分効率化には第二の理由があり、このもう 1 つが医療関係者にとってはとても大切な視点と思う。それは需要者間競争に他ならない。市場経済では、どんなに喉が渴いていても、熱中症

であろうと中ろうと、100円払えない人、99円しかポケットにない人は、お茶を買えない。買えない人が市場から排除されるから、こちらの方向からも資源配分は効率化されるのである。つまり100円という利益最大の点で価格が決まるわけである。

この理解はとても重要で、多くの財についてはそれで問題ないにしても、医療・介護・教育・保育などの一部の財については、払えない人を市場から排除するそのような配分は好ましくない、と考えるかどうか、原理主義者か否かの分かれ目となる。人権にかかわる公益性の高い財を購買力に応じて利用する形は、資源配分上も好ましくないし、フェアでもないと私たちは考える。だから社会保障制度などによって利用者を支援する。利用しない人も保険料などを拠出する以上、ウォンツに基づく配分ではなく、プロフェッションが判断するニーズに応じた配分が当然であるし、提供事業者は投下資本利益率を第一とする組織ではない、非営利組織の方が親和性が高い。

費用負担能力の多寡によらず、1人でも多くの患者に治療を提供することが医療の上位目的だとすれば、医療セクターにお金を投資した人が、1円でも多く利益を得る配分とは合致しない。つまり医療は純粋な市場経済的配分、営利産業を中核におく資源配分に適さない。まさに、市場価格でつukれない／市場価格で買えない人が追い払われる市場経済の特徴を適用しない財を許すか許さないかに関する判断の問題である。

2番目の家計内生産とは、家計の内部でご飯をつくったり、育児の大部分を行ったり、洗濯をしたりすることを言う。ここでの目標は明らかに利益ではない。第一の意味の効率化はあってもよいが、そもそも育児、炊事やその目的である家族の食事などには、喜びが伴う場合が多いだろう。市場経済的判断とは異なる価値観に従うこのような生産方式も大きな価値をもつ。

3番目の権力による配分、つまり、警察・消防・防衛・治山治水などの公共財は、民間事業主体が提供しようとしてもフリーライダーを排除できないので、税を強制徴収できる政府しか担当しえない。私的消防事業があったとして、消火の際、料金を払わない人の家だけ燃えるままに残してほかを消す作業は非効率だし、実際のところ技術的にも難しい。料金を払っていない人の家だけは水に流れていく堤防はつukれない。ゆえに政府が担当し、結局、全員が守られ、その代わりに税金で賄う方がもっとも効率的となる財に適した配分である。

ところが、医療や教育は、料金を払わない人を対象から排除する、別な言い方をすればサービスを提供しない対応は容易である。ここで「容易」

とは倫理的な意味ではなく、物理的に限って使っている。現にアメリカ合衆国ではそうなっているし、日本の大学教育も基本的はそうなっている。1961年の国民皆保険以前の日本医療も貧しい人は利用できなかった。

これらの財の利用を助ける4番目の配分ツールが公助および共助で、公共財とは異なり、公の助け、あるいは皆の助け合いたる共助によってお金を再配分し、場合によっては、現物で給付する。そして非営利組織が質やサービスをめぐって競争する、クオリティ競争／名誉競争が適した資源配分が世界の先進国では普通に用いられている。年金のように所得再分配制度を通じて金だけを分ける場合もあるが、準市場を用いて現物利用が促進される場合も珍しくない。後者が日本の医療や介護の姿であり、消費者は医療機関や介護市場を選べ、選ばれた提供者のみが存続できる点は市場に近い。ただし、価格規制や参入規制が課されるので「準」を付けて呼んでいる。準市場型も産業の一形態である。5番目は時間の都合で説明を省略する。

#### 4. 営利・非営利

営利と非営利について、経済学の用語法で確認をしておきたい。

営利組織とは、究極の目的が出資者の利得最大化である組織を言う。利得を獲得する手段は一つではない。期間利益、今年の利益を大きくすることは一番有力な手段であるが、そうでなくても良い。例えば、まだ売上が1円も得られていないのに株価だけ上がるような研究開発型の会社もあり得る。出資者からお金を募り、研究開発に注力し、製品をほぼ市場に上市できるところで別な会社に売却する戦略は医薬品やITでは珍しくない。その場合、期間利益ゼロが3年続いたけれども株価が10倍になる、100倍になる、といった会社もあって良く、これでも出資者の利得最大化が図れる。期間配当でも、持ち分売却でもよい。古典的な資本主義、つまり東インド会社以前の資本主義のように、1回の航海ごとに皆で出資し、船が帰ってきたら分け合う、解散時配当を目指した形態も出資者の利得最大化が目的である。

したがって、株式会社の存在意義は、投下した資本が一番大きくなって返ってくることと表わせる。別な言い方をすると、投下した資本が一番大きくなっていくことが社会のためになるならば、株式会社のほうが優れていることになる。かつて自動車を東ドイツやソビエトで国策企業でつくったところ、大変質の悪い自動車がコストも高く生産された。やはり自動車をつくる力は自由な株式会社のほうが優れている。これは誰しもが認めるところで、国家がつくるべきものではない。

ただし、日本の株式会社の7割は家業であり、株式会社なる道具を、家計の財産を最大化するためのツールとして使っている。一部には相続税を少しでも減らすツールとしての株式会社も存在している。よく、「株式会社は情報公開しているのに対して医療機関はけしからん」などと言われるが、それは間違いである。医療法人による財務報告の県庁への届け出は義務であり、誰もが見ようと思えば見ることができる。株式会社でデータを公開しているのは、上場企業だけである。

次に、非営利組織とは何か。実はすべてにあてはまる定義はなく、強いて言えば「営利組織以外」としか表わしようがない。目的、上位目的がさまざまだからである。仲間の福利、例えば同窓会、テニスクラブ、囲碁クラブのような組織も非営利組織であるが、社会の為に活動しているわけではない。これと、大学や医療機関、国際援助団体のように外部に貢献することを目的とした組織とは性質がまったく異なる。医療では、研究も重要であろうが、まずは患者がもつ「困っている状態を何とかしてほしい」とのニーズへの対応が中心的な上位目的となる。この上位目的は教育とも、環境団体とも違っている。

外部貢献型もさらに大別できる。発展途上国での医療援助や、富士山のごみ拾いのような、主に寄附や会費によって資金を募って、サービス提供、財の提供を無償で行うタイプの団体もある。一方、教育と医療、それから社会福祉の一部なども含むが、財サービス提供の結果、それに伴って収入を得るタイプの組織もある。こちらではサービス提供に応じて「売上」が上がるわけであり、開発団体や国際援助団体とは違い、サービス提供の相手から料金（の一部または全部）を取ることができる。もちろん、その費用負担を公的再分配装置たる医療保険とか介護保険が支えているし、教育についても授業料の9割を補助する制度にしても良い。しかし、少なくとも生徒が来ない学校、患者の来ない医療機関、利用者が来ない介護事業者は滅びるとの意味では、前者、たとえば河原清掃団体とは異なる性質を持つ。

このように、社会的支援を伴う医療や教育のような産業を、「公益性が高い」と呼んでいいのかもしれない。社会医療法人、公益財団、公益社団などのように公益性を高められるかどうか問われているのではなかろうか。ただし売上を伴う以上、準市場型の産業に属する。売上を獲得し、費用をきちんと賄わなくてはならない。倒産のおそれがある点では、資金援助型非営利組織と比べると十分に経営努力を払う必要性が大きい。

ちなみに、病院も診療所も大学も、期間利益がある程度得られなければ生きていけないので、利益最大化行動や、出資者の利益最大化行動などと

は異なるにしても、一定の利益、目標利益を得る努力は当然なので、「利益を目指すから非営利とは言えない」などということはない。経済学による整理はこのようになる。

## 5. おわりに

会長諮問の「産業化はいいのか」は、「医療の営利産業化」に話を絞れば、医療機関の目的が患者のニーズを充たす努力とわれわれは考える以上、「好ましくない」が回答となる。営利産業化によって、支払い能力に乏しい患者が排除される、つまり競争に敗れる患者が生ずる姿は、公正感に反し、社会の安定感を損なうので、絶対に拒否すべきである。他方、医療については、経営戦略や管理技法等の意味の、先ほどの効率化の上の2つについてならあてはまる。その意味では、**industrial** な側面を持っている。しかし、非営利であり、非営利の中でもより公益性の高いとの姿勢を維持しなければならない。

## 医療を営利産業化させていいのか

国立国際医療センター総長・理事長

桐野 高明



## 1. 『日本の医療制度 その病理と処方箋』長坂健二郎 東洋経済新報社

この書において、著者は、先ず日本の医療制度の欠点は、財政が窮乏していることとし、その現象として、低所得者の切り捨て、「誰でも」という平等原則の崩壊、受けられる医療の範囲の縮小が起きていると指摘している。そして、その解決法としては、大幅な実質増税を実行するほかはないと述べているが、それは国民の納得は得られないとし、国民皆保険との決別、そしてセーフティネット型への移行が結論であるとしている。すなわち、健康に対する自己責任原則、医療の市場原理の活用ということが重要であるという論旨である。

著者の経歴を見て納得したが、著者は日銀から萬有製薬に行き、社長・会長を務めた方で、製薬企業の抱えているいろいろな困難というか、欧米、特に米国の製薬企業との競争の局面でこういう信念に至ったのだらうと思う。しかし、こういう理論的に書いてあると称する本としては、国民が増税に納得しないという困難さと、それでは皆保険と決別するというのも容易に納得できるのかという、そういうバランスのことは考えていない。

製薬企業や機械メーカーとしては、アメリカの市場的、つまり価格設定が比較的自由な世界での競争というのは、確かにいろいろなことがやりやすいことから、そういう意味ではアメリカの開発に関する実力、研究の実力、あるいはそれにつながる教育の実力というのは、やはり現状でも世界一であり、そういう観点から言っているのだらうと思う。

## 2. 『医療制度改革 先進国の実情とその課題』ブルーノ・パリエ著

次に、フランスのブルーノ・パリエは、その著書で、すべての先進国の医療制度改革の方向性は、公的支出の削減、ないし少なくとも抑制であった、現象面でそうであったと指摘している。そして、改革では、医療制度の効率化が期待されたが、競争の発展は、社会的格差の原因となり、しばしば医療費を増加させる原因ともなったとしている。結局、問題の争点は、医療費全体を抑制することではなく、医療サービスの負担の一部を民間部門に付け替えることになったことであり、このようなことがヨーロッパでもかなり起きているということである。

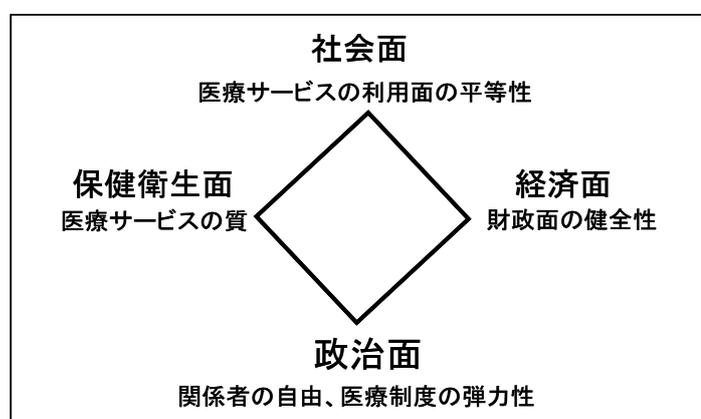
パリエのこういう趨勢に関する感想として、同書には、「医療費を管理する必要性を大義名分として社会的格差を拡大させ、医療費全体を膨張させてしまうおそれのあることがわかっている改革手法を選択するとは奇妙ではないか」ということが書いてある。

また、よく医療の3要素として、コスト、アクセス、そしてクオリティというが、パリエは4つの面を挙げている。1つ目は社会面で、医療サー

ビスの利用面の平等性、2つ目は経済面で、財政面の健全性、3つ目は政治面で、関係者の自由、医療制度の弾力性、それから4つ目は保健衛生面で、医療サービスの質というファクターで医療を考えるということである。

しかし、現状では医療制度改革は、しばしば相矛盾する4つの目標にあたかも四つ裂きにされている状態であるとして、選択した改革の影響が明らかになるように、国民に対して争点をわかりやすく提示することが重要であるとしている。すなわち、我々は平等性を犠牲として自由と快適さを選択したと指摘している。(図1)

図 1.



### 3. 諮問「医療を営利産業化していいのか」

さて、「医療を営利産業化していいのか」をここで取り上げた1つの理由は、政府にはそういう考えの推進派が結構いるということで、2010年6月に新成長戦略「元気な日本」復活のシナリオが閣議決定され、政府から公表された。

そこでは、「これまでは3つの段階を踏んできている。かつては、高度成長と公共事業の拡大ということで国の経済が回っていた。しかし、それが難しくなって、市場原理主義による生産性重視の経済政策が取られ、それが必ずしもうまくいっていない。したがって、現在の政権は、事実はどうであれ、持続可能な財政、社会保障制度の構築や生活の安全網の充実ということをやるべきである。それによって元気な日本を復活させよう」ということを謳っている。

この第3の道による立て直しによって、強い経済、強い財政、強い社会保障を生み出していくということである。現象的には一時的に弱い経済、

弱い財政と弱い社会保障になりつつあるような気もしないではないが、そういうことを目標として 2020 年までの 10 年間に重点政策を取っていかうということである。そのなかで、特に今回の議論に関係するのは、「ライフ・イノベーションによる健康大国戦略」ということで、この戦略により、このサービスの需要に見合った産業の育成と雇用の創出によって、新規市場が約 50 兆円、新規雇用が 284 万人あるとしている。

また、医療・介護・健康関連産業を成長牽引産業へということで、高齢化は産業育成のチャンスと書いてある。何かこれは問題をかえって逆に成長の糧にしようというか、元気づけようと、物は言いようだなという感じがしないではない。そして、新たなサービス主体の参入促進のための制度やルールの変更、日本発の革新的医薬品・医療・介護技術の研究・開発や、アジアへの展開では、アジアの富裕層を対象とした医療及び関連サービスということが書かれている。その後、「アジアの富裕層を対象とした」という言葉はあまり言われなくなり、「医療の国際化」という言葉に置き換わっている。

このような考え方に沿って、「医療産業研究会報告書」が同じ月に出された。座長は東大の伊藤元重教授であり、そこには、「国民皆保険制度の維持・改善に向けて」という副題がつけられている。医療界からも数名が委員として参加しているが、少なくとも全面的に賛成のメンバーだけではないのではないか。

内容は、これが何を言っているのかわからない。現状と変化として、医療制度については、医療制度を取り巻く環境変化があり、感染症から生活習慣病へと疾病傾向が変化していること、そして、これらは診療報酬体系を中核とした医療制度が問題であって、さらに、計画された供給に伴う需給ギャップと創意工夫のインセンティブがこれによって低下させられているとしている。

また、社会の需要の変化としては、QOL を維持するサービスに対する需要が高まっていて、医療でも介護でもない周辺サービス（第三の分野）に対する期待が広がっているとしている。特に、健康医療サービス、疾病の予防、介護予防、それから、慢性期需要としては、リハビリなどの需要の拡大に対して供給が追いついていないのではないかというのが医療産業研究会の分析である。

結局、2 つポイントがあるとしている。まず第 1 は、医療と関わりのある個人や家族の生活を支えるニーズで、病気にならないこと（疾病予防）や、病気と上手に付き合うこと（疾病管理）等で、「医療生活産業」を推進してはどうかとしている。2 番目に、日本の医療サービスへの国外のニ

ーズ、つまり国外のニーズに対応するためにメディカル・ツーリズムを振興してはどうかということを行っている。

要するに、医療生活産業というのは何かというと、医療の外側に医療そのものと少し違う周辺的な生活を支援する医療サービスのことであり、そこへの需要が拡大しつつあるのに、供給が足りないということである。この研究会では、その生活を支援する医療サービスへの需要を拡大することによって、医療の産業化に資するという考えである。

それから、医療の国際化、つまり、海外の富裕層に対する医療の提供という意味では、関連法令の改正や個別医療機関認定等の改善を行ったうえで、がんに対する陽子線、重粒子線、あるいは循環器再生医療、整形外科、総合医療サービス等々の医療サービスを行うとしている。そして、その過程において、病床総量規制の特例、医師数の増加、外国人医師・看護師の受け入れ、医療機関の広告規制の緩和、医療滞在ビザの創設などの改革を行うべきであると言っている。

これはもう当然のことであるが、医療とその周辺において提供されるサービスには、情報の非対称性の強いものとそうでないものがある。例えば、がんの治療、これは医療の中心的なテーマであるが、情報の非対称性がかなり強い。どれがよいかは専門家でなければわからない。例えば、手術、抗がん剤、放射線、免疫療法、ワクチン療法、細胞療法、漢方薬、サプリメント、ホメオパシー等々、まだ挙げていないのものもあるかもしれないが、いろいろなものがある。このなかでホメオパシーは、先日、日本学術会議によって非科学的であるということによって否定されている。

情報の非対象性が比較的弱い生活習慣病の支援、スポーツクラブや介護、終末期に関する介護などについては、がんと同じように言うことはできないかもしれない。しかも、その医療生活産業を医療の周辺のサービスの供給として行い、それを産業の振興にするという場合には、医療・介護機関がワンセットで提供するという考え方ではなく、民間事業者やコミュニティビジネスが医療の周辺の部分を担いながら、ここを大きく供給を増やして拡大していくということである。要するに、医療・介護機関の収益が他へ流れることになることは確実である。こういうやり方が本当にいいのかというのは、大変疑問に思う。当然、この医療費全体を抑制することができないわけであるから、医療サービスの負担の一部を民間部門に付け替えるということを政府も産業界も考えるだろう。

結局のところ、平等性を犠牲として、自由と快適さを選択するということになる。もし、この方向を選択するのであれば、平等性は犠牲になるということをよく理解したうえでやらないといけないのであり、私自身はA

という医療制度が絶対的に正しく、Bという医療制度が絶対的に間違っているということではないと思う。しかし、わが国に、このある制度を、あるいはある改革を入れることになったときにどうなるかということの不問に付して改革をするということは、やはり相当問題があると思う。

医療の営利産業化、あるいは産業としての医療に国として向き合うということであれば、結局は新薬の開発や医療機器の開発に本気に取り組む、そしてそれができる体制をつくっていくということが必要である。しかも、それに本気で取り組むから、アメリカ型の市場的な医療にするしかないというような議論は通じないので、医療保険制度を破壊せずに、国民にとって広く受け入れられる開発を工夫するしかほかに方法はないと思う。

メディカル・ツーリズムとか、もちろん医療の国際化も大事であり、ある病院が自由診療という観点からメディカル・ツーリズムをやることをわが国で禁止する方法はないし、自由ではあるが、政府がそれをやるのではなく、やはり新薬の開発や医療機器の開発を本当にやれる人材開発や仕組みの整備、本当はこの辺のところに取り組むほうがまともだと思う。

それから3番目に、先端医療ではない、生活に密接にかかわる医療サービスをする必要がある。ただ、それを医療と切り離れた民間のビジネスとしてやっていくことが、もちろんそれを禁じる方法は何もないが、それがいいのかどうかというのは相当問題であろう。最も医療に近い医療機関そのものがこういうサービスを提供できるような仕組みが今後できていくほうが、いろいろな意味で適切ではないかと思う。

それから最後に、医療の国際化が進むことを否定する理由は全くない。私たちが国立国際医療研究センターという名称がついていて、開発途上国の国際医療協力に関与しているわけであり、国際化については賛成である。ただ、それが国の基幹的な産業の1つになり、このことによって国の経済が潤ってくるというような言い方というのは、ちょっと幻想ではないか。それはそれぞれの医療機関がそれぞれ自分の判断に基づいて自分でリスクを背負って行うべきことであって、やること自体は自由だと思う。国が責任を負うべきことは、別にあると思う。



平成23年2月18日  
第4回医療政策会議講演録

医療を営利産業化させていいのか  
－ 4つの話題提供 －

日本福祉大学社会福祉学部保健福祉学科

教授・副学長

二木 立



会長諮問「医療を営利産業化させていいのか」について4つの話題提供という形で進めたい。最初は、拙新著『民主党政権の医療政策』<sup>1</sup>の紹介、2番目に、今、内閣府のワーキンググループで株式会社の病院経営参入に関わる提案が出されつつある。最終的には削られるといううわさも聞いているが、どのような経緯でまた出てきたのか、この問題を歴史的な視点から話したい。3番目に、「医療産業」、「医療の営利産業化」という用語。これにはいろいろな変遷がある。全然違った意味で使われるとか、それを全部調べたので話したい。4番目に、日本の民間病院の「営利性」と「活力」について取り上げ、最後に会長諮問に対する暫定的意見を述べたいと思う。

## 1. 拙新著『民主党政権の医療政策』の紹介

民主党の医療政策について最初に書いた論文は、総選挙告示前の2009年8月1日であった。『日経メディカルオンライン』に『民主党の医療政策とその実現可能性を読む』<sup>2</sup>という論文を書いた。私は一般論としては政局については発言しない主義だし、そもそも政局は、一寸先は闇である。しかし、あの選挙に関しては、告示前から民主党が政権を取ることはほぼ間違いなかったもので、それについての分析と予測をした。このときは6対4で好意的に書いた。特に一番評価すべき点、これは四半世紀続いてきた医療費抑制政策、医師抑制政策を見直すという点であった。日本の医療政策の歴史が初めて医療費を増やす、医師数を増やす数値目標を出した。これはやはり画期的な意味があったという点を評価しつつも、財源が非常にあいまいであり、公的大病院偏重で、危険があるのではないかということを書いた。

この本の「はしがき」に、「政権交代後の民主党の医療政策を振り返り、どのような点を評価されていますか」とある。これは、2010年末に、ある医療雑誌のインタビューを受けたときのものであるが、私は、「政権交代そのものの歴史的意義は高く評価しているし、他分野の政策には評価すべき点も少しはあるけれども、率直に言って民主党政権が実施した医療政策には評価すべき点はまったく思いつかない」とかなり厳しいことを書いた。評価できないだけでなく、マイナスの評価をすべき点が2つあると書いている。

ひとつは、民主主義の手続きを無視した乱暴な「政治主導」である点。

---

<sup>1</sup> 二木立：「民主党政権の医療政策」勁草書房、2011年2月

<sup>2</sup> 二木立：「民主党の医療政策とその実現性を読む」『日経メディカルオンライン』2009年8月1日（8月21日訂正）

特に、政権交代直後、ちょうど去年の今ごろまでが分水嶺ではないか。少数の幹部と「ブレイク医師」主導の厚生労働省医系技官と日本医師会たたきには目に余るものがあった。私は、歴史的には30年ぐらい一貫して厚生労働省に対して複眼的に批判的であるが、あそこまで全否定されてしまうと、それは行き過ぎではないかということで、結果的に厚生労働省の医系技官を特に応援することになった。日本医師会だって批判したこともあるが、あそこまでやるのはおかしい。要するに、医師会解体論までであった。そういうことをやったら、何か突然医系技官と仲よくなって、私が変わったのではなく、向こうから寄ってきたりするようになった。

ただ、こういう問題は、ほぼ半年で収まると思っていた。しかし、それでやっと仮免期間が収まっていいかと思ったら、小泉政権時代に政治的政策的に決着した混合診療原則解禁論、あるいは全面解禁論が蒸し返された。それは一時的ではなく、時間が経てば経つほどひどくなってしまう。しかし、幸いにも、日本医師会その他の運動があつて、厚生労働大臣レベルでは全面解禁は適切でないと言ってくれているが、内閣府のほうでは違う動きが増幅している。

次に、この本は全体で6章の構成である。第1章「政権交代と民主党の医療政策」は、序章かつ総括の章であり、あとは各論で細かい点を書くという形式になっている。そのうえで、会長の諮問事項との関わりで、民主党政権下の医療への市場原理導入論を批判した章節と云っていいのは、第2章「民主党政権の医療政策の逐次的検証」である。その第5節、菅内閣が閣議決定した『『新成長戦略』と『医療産業研究会報告書』を読む』、それから第6節「医療ツーリズムの市場規模の超過大表示」、これが直接関係していると思う。

医師会とは基本的に認識は同じであるが、「新成長戦略」の総論には結構評価すべきこともある。しかし、総論と各論が明らかに矛盾していて、各論には医療分野への市場原理導入につながりかねない改革がたくさんある。また、医療を経済の下支え、社会安定感の装置とすることには100%賛成だが、経済成長の牽引車になるというのはいり得ないということを書いた。

ちなみに、医療経済、あるいは経済学を専門とする学者のなかで、政策に関しては、意見はばらばらであり、一致することはない。要するに、その拠って立つところが異なるからである。例えば、新古典派なのか制度派なのかによって。しかし、医療が成長牽引産業にならないという点に関しては、私の知っている限り全員一致である。今でも市場原理が正しいと言

う信念の人でも否定する。菅首相の経済政策のブレーンの小野善康氏<sup>3</sup>も、「労働の雇用が増えることは確かだが、経済成長に結びつくかどうかはわからない」と非常に学者として禁欲的に言っている。だから、医療が経済成長の牽引になったことはないということは、ほぼシロクロがついたのではないかと思う。

それから、噴飯ものなのは医療ツーリズムである。個々の病院で、生き残りのためにいろいろやることにとやかく言う筋はないが、国家政策でやった場合、2020年時点で市場規模が5,500億円<sup>4</sup>と試算されている。私は、これまで7~8年日韓で共同研究をしており、韓国のことは多分一番詳しいと思う。韓国の新自由主義の医療政策の責任者と個人的に親しいが、全部確認をして言うと、全然違うということが明らかになったということを書いてある。

それから、第3章「民主党政権下の混合診療原則解禁論争」、ここには補論を除いて5本の論文を時系列で書いている。政権交代直後、2009年の秋に、混合診療に係る高裁判決<sup>5</sup>があった。「混合診療禁止は合法」という判決。あのころはまだ民主党も謙虚だった。しかし、次第に変わってきて、第5節では「混合診療原則解禁論はなぜゾンビのように復活するのか?」と取り上げている。最近、私はゾンビバスターと称しており、あまり好きでもないゾンビの映画『ゾンビランド』を観に行ったりしている。ゾンビ退治の30ぐらいの鉄則があるが、一番大事なのは、『2度撃ち』である。ゾンビは1回撃っても死なない。だから、何度も狙わなくてはいけないというので、この問題だけは、気を長くして何度でも何度でもやらざるを得ないということを書いている。

次に、補論「国民皆保険解体論の系譜とその顛末」。この点に関しては桐野先生に感謝している。昨年11月26日の第3回医療政策会議で、それこそゾンビのように復活した国民皆保険解体論の本を紹介していただいた。いろいろ昔のことを思い出し、昔の論文と照合して、すぐ論文になった。

---

<sup>3</sup> 内閣府経済社会総合研究所所長（2010年10月～）、大阪大学フェロー

<sup>4</sup> 「進む医療の国際化～医療ツーリズムの動向～」日本政策投資銀行、2010年5月

<sup>5</sup> <http://www.courts.go.jp/hanrei/pdf/20100405102504.pdf>

## 2. なぜ民主党政権で医療分野への市場原理導入論が部分的に復活したのか—4つの理由

この本に書かなかったことだが、なぜ民主党政権で医療分野への市場原理導入論が、まだ全面的には言えないが、部分的に復活したのか。医療財源がないから、公約のとおり医療費を増やせないくらいだったら許容範囲だと思う。現実の生きた政策で。しかし、そういう医療費を大幅に増やすという政策ができないというにとどまらず、小泉政権の時代に政治的にも政策的にも決着したはずの医療分野における市場原理導入論がなぜ出たのかということは、これはまた別の問題である。そこで、4つの理由をとりあえず書いた。

ひとつは、いわゆる「オリジナル民主党」である。民主党の基点をどこにするかはいろいろ議論があるが、1998年の結党大会がオリジナル民主党の出発点と見たほうがいいと思う。そういう点で見ると、自民党よりはるかに「構造改革」指向だった。1998年4月の統一大会の「基本方針」で、「医療・医療保険制度は、市場原理をも活用しながら、情報公開を徹底し、抜本的な制度改革を行う」とある。これは、市場原理と情報公開はワンセットであるというロジックであった。それだけではなく、2006年までは、当時の自公政権よりも厳しい医療費抑制、病床抑制政策を主張していた。だからこれが原点である。

2番目に、2007年参議院議員選挙のマニフェストで打ち出したのは、医師数増加政策だけであったが、医療費を増やすという政策は、この参議院議員選挙で大勝した後、政権交代の展望が出てきてから、2008年の秋ぐらいから言い出したものである。2009年のマニフェストの段階では、7つの提言の2番目に、「医師不足を解消して安心の医療をつくる」とある。これ自体は大変積極的な政策だと思う。この段階では、まだ自公政権も厚生労働省も医師の絶対的不足は認めていなかった。このこと自体は大変結構だと思う。しかし、それは政策より選挙を持論とする当時の小沢一郎代表のツルの一声、つまり、「国民の生活が第一」、その一環であった。その一方で、党内議論はほとんどなされなかった。

例えば、自公政権のときには小泉政権から、安倍政権は別にして、福田、麻生政権において、小さな政府から社会保障の機能の強化に転換するときにはかなり激烈な党内論争が行われた。しかし、民主党の場合には、表向きには一切党内議論がなされなかった。当時の有名な言葉が、民主党というのは、自由民主党から自由を取った政党だという。なかなかうまいなと思った。今は逆に、民主党というのは、自由民主党から自由だけが残った政党になって、逆の政党になってしまった感じである。ということで、政党

としての政策の蓄積がすごく弱い。政策の底が浅い。だから、党内論議をきちっとやって転換したのだったらかなり信頼できるが、党首のツルの一声でやったという、また変わる可能性があるわけである。

3 番目、鳩山政権になって、マニフェストどおりに行けば、予算のむだの排除と埋蔵金の活用で 16 兆円浮くはずであった。しかし、1 兆円も浮かないということで、2010 年度予算編製の段階で、税金のむだ使いの根絶と埋蔵金の活用だけでは医療・社会保障費拡充の財源が確保できないことがはっきりした。しかし、これだけであれば、医療費は増やせないという政策にとどまったはずである。しかし、なぜ市場原理を部分的にせよ導入したかとなると、鳩山政権の場合には小沢氏のグループが中心であったが、菅政権では小沢氏の影響力は極力排除され、「オリジナル民主党」、1998 年の市場原理を徹底するといった、いわば構造改革派が主導権を握ったということがちょうど重なると思う。

ただ、この点をとらえて、鳩山政権当時はよかったが、菅政権になっておかしくなったというような対比をする人もいるが、少し違う。こういう路線の転換、医療分野への市場原理の導入ということは、鳩山政権時代から徐々に進んでいた。具体的に言うと、内閣府の行政刷新会議の規制・制度改革に関する分科会「ライフイノベーション WG (以下 WG)」である。これは鳩山政権の時代から出発したわけであるが、そこでも最初から混合診療の原則解禁論が議題になった。医師会その他の反対で原則解禁よりもずっと弱いものになったが、方針はそうであった。第 1 回の WG の会議が 2010 年 3 月 29 日に開かれたが、検討項目のトップに保険外併用療養、いわゆる混合診療の原則解禁が掲げられていた。

また、本来、市場原理的な改革をやめて、「国民の生活が第一」の医療政策にする場合、いろいろな委員会の委員を入れ替えていくはずである。しかし、この行政刷新会議の規制・制度改革に関する分科会の委員の大半は、前年の 12 月に役割を終えた規制改革会議からの横滑りであり、その人たちがリーダーシップをとっていた。また、経済産業省が麻生政権のときに立ち上げた医療産業研究会の委員は、全く代わらなかった。それが菅政権になって、トップが構造改革派になったからより促進された。こういう感じになっていると思う。

それから 4 番目。民主党政権はばらまき政権だという批判、それに対して成長戦略がないと自由民主党だけではなくてマスコミからもものすごく批判された。これがやはり相当ボディブローになったようで、急遽「新成長戦略」を作成した。骨子は、鳩山政権時代の 2009 年 12 月。閣議決定は 2010 年の 6 月であるが、そのときには財政制約がすごくあったため、

公的保険制度の枠外の産業育成に、期待、あるいは幻想をもたざるを得なかった。

こういう4つの要因が重なって、単に医療費を大幅に増やせないというだけではなく、医療分野への市場原理導入も、たとえ部分的であれ進んだのではないか。民主党政権に政権が交代し、当時はすごい歓迎ムードがあった。「明治維新以来100年ぶりの改革」、「戦後改革以来60年の改革」、「疑似革命」などずいぶん燃えていた人が多かった。

前述のように、私は6対4で評価しつつ、9月の段階で、民主党政権発足直後から民主党の医療政策が今後医療費抑制政策に再転換する可能性を指摘していた。我ながら先見の明があったと思う。「民主党の医療政策が今後再転換する可能性」と書いている。これはどういうことかということ、いくらいいことを言っても財源がない。その財源がないときに、国民に率直に社会保障料を上げる、税金を上げるということで政策転換して、なおかつ国民が支持してくれたならば本当に医療費の抑制政策の転換が始まるけれども、そうでない場合は、「医療の効率化」とか「患者の選択肢の拡大」を大義名分にして、診療所・非急性期病床の診療報酬を切り下げ、混合診療の拡大により、急性期（高機能）病院の入院医療費財源を捻出する方針が導入される可能性もあると書いている。2009年の9月の段階では立派なものだと思うが、ただ、正直言ってこういう再転換が起こるのは次の総選挙、つまり2009年から4年後だと思っていた。まさか、こんなに早いピッチで行くとは予測していなかったということを実直に言わざるを得ない。

ただ、ここで、この4番目の点。成長戦略の問題をどう考えるかということである。正直言ってよくわからない。これは、一方の極で、日本のような成熟人口減少社会では、もはや経済成長、少なくとも大きな経済成長は望めない、あるいは望むべきではないという強い主張がある。これは、藻谷浩介氏の『デフレの正体—経済は「人口の波」で動く』<sup>6</sup>、水野和夫氏<sup>7</sup>の『超マクロ展望 世界経済の真実』<sup>8</sup>でもそういうことを書いている。

例えば、水野氏の本だと、これからの経済成長は実質で1%ぐらいであるが、デフレを考えるとほとんどゼロになる、それを覚悟しなければいけない。こういう意見が一方である。ただ、世界で見ると、日本と同じくらいの成熟人口減少社会、一番の典型はドイツである。アメリカは、人口が増えている。ドイツは、この10年単位で見ると、主要先進国で経済が一

<sup>6</sup> 藻谷浩介：「デフレの正体—経済は「人口の波」で動く」角川書店、2010年6月10日

<sup>7</sup> 水野和夫：内閣府官房審議官（経済財政分析担当）

<sup>8</sup> 水野和夫・萱野稔人：「超マクロ展望 世界経済の真実」集英社新書、2010年11月22日

番うまくいっている。この 10 年間の GDP の伸び率は、人口は減少しているのに、アメリカに次ぐ。昨年は 2.9%。『ロンドンエコノミスト』の 2 月 5 日号はドイツ経済の特集である。“Why Germany is so successful”、なぜドイツ経済がうまくいっているのか。こういうのを見ると、あまり運命論だけではいけないのかなと思ったりする。

### 3. 株式会社の病院経営参入論の挫折と医療法人制度改革、民主党政権での参入論の再燃

これは直接 WG の話に関わるが、この問題は、最低限、小泉政権時代の政策論争に遡らないといけないと思って重視した。このテーマについて、事実認識、客観的将来予測、それから価値判断を述べてきたが、特に価値判断に関しては、当時は医師会を含めて医療団体のほとんどが株式会社の病院経営参入に反対ということだけは言っていた。私は当然反対であるが、併せて医療法人の制度改革も不可欠だった。医療法人というのは、純粋な意味での非営利法人ではないので、非営利性を強化する形での改革も必要だということをも主張したわけである。

そして、医療法の第 5 次改正（2006 年）で医療法人制度改革、非営利性と公益性の強化がなされたが、これは冷静に考えて、株式会社の病院経営参入論争のよい意味での副産物であったと思う。私は、論争自体はある意味神学論争ですごい消耗だったと思うが、全くむだだったのではなく、その副産物として、それまで長いこと懸案になっていた医療法人の非営利性の強化が制度上進んだという点は大事にしなければいけないと思う。

2005 年の段階、まだこの論争が続いている段階で、私は、『医療の非営利性・公益性の議論は新たな段階へ』<sup>9</sup>という論文で、次のような位置づけをした。つまり、「厚生労働省は、営利法人による医療機関経営の解禁を主張する規制改革・民間開放推進会議などの圧力をうまく利用して、『守旧派』病院の抵抗を抑えながら、長年の懸案だった医療法人制度改革（非営利性・公益性と効率性の両方の強化）を実現しようとしている」という評価をしたわけである。2007 年に実際にそれが通った後、『医療改革－危機から希望へ』<sup>10</sup>という本で、私は希望の芽が出て来たということを書いた。その希望の芽のひとつとして、「この改革は、従来の出資持分のある医療法人規定のままでは、医療法人は事実上の営利法人であり、株式会社に医療機関経営の解禁を阻む根拠はないとの規制改革・民間開放推進会議

<sup>9</sup> 二木立：「医療の非営利性・公益性の議論は新たな段階へ」『文化連情報』2005 年 6 月号（327 号）28-29 頁

<sup>10</sup> 二木立：「医療改革－危機から希望へ」勁草書房、2007 年

等の主張に論理的に対抗しにくいために行われた」と評価した。この点で、この改革を理論的に支えた。これは厚生労働省の「これからの医業経営のあり方に関する検討会」、そして後継組織である「医業経営の非営利性等に関する検討会」の報告書が本当に歴史的な役割を果たしたと思っている。

こういう営利法人の問題は、閣議決定、新成長戦略と医療産業研究会報告書には含まれていなかった。私は2月2日のシンポジウムで部分的な復活と言った理由の1つは、株式会社の病院経営参入が入っていなかったことであった。それが出てきた。だから、小泉政権時代の株式会社の医療機関経営参入論の部分的復活と言える。ただし、小泉政権時代の経済財政諮問会議とか規制改革・民間開放推進会議では、「営利法人」という表現は用いなかった。「株式会社方式による医療機関経営」とある。「営利法人」という表現は、普通は使わない、公式文書で。何か品性がないと、こういうことである。もし本年3月にこの方針が閣議決定されれば、幸いなことで大丈夫なようであるが、将来、それが医療法人全体に拡張され、営利法人による医療機関経営の解禁につながる危険がある。たとえ部分的にせよ、株式会社の参入が認められると、医療の非営利原則が弱まる。そうした場合には、企業が参入するというだけではなくて、既存の医療機関、特に大規模チェーンとか、『保険・医療・福祉複合体』の営利的行動・企業化が強まる。それにより、国民医療費が不必要に増加するとともに、国民の医療不信がさらに強まる。こういう危険があると思っている。

この点に関しては、第8回のWGの議事録で、この議事には目的が2つあると言っている。ひとつは、「基本的には医療機関経営を支援しようとする営利企業が参画することをよりスムーズにする体制をつくっていくこと」、それから、「医療法人、民間医療法人におけるチェーン化といった点をスムーズにすること」とずいぶん正直に書いている。つまり、医療の「企業化」というのは、企業が参入するという面だけではなくて、既存の医療機関の営利的行動と両面があるわけである。私は、両方が危ないと思っている。

私の恩師である川上武先生は、「医療企業化」という場合には、「企業の医療への参入と企業家的医師の活動範囲の拡大」と両方含むことを提唱した<sup>11</sup>。アメリカのグレイ<sup>12</sup>も同じ認識を示している。私はそういう点を踏まえて、医療団体、医療機関は、今後は医療の公共性を守る立場から、一般の営利企業の医療の中核部分への個別の参入を阻止するだけでなく、一

<sup>11</sup> 川上武・小坂富美子：「医療改革と企業化」、勁草書、1991年

<sup>12</sup> Gray BH: The Profit Motive and Patient Care - The Changing Accountability of Doctors and Hospitals. Harvard University Press, 1991.

部の医療機関の営利的行動や、単なる営利目的の『企業化』にも厳しい監視の目を向ける必要があるということも 20 年ぐらい言っている。『持ち分あり』医療法人の問題を医療法のなかで復活させるというような主張というのは、これは今やると逆効果になると思うので、やめたほうがいいと思う。

#### 4. 「医療産業」・「医療の産業化」という用語の来歴

医薬品産業や医療機器は前から産業であるから、医療機関、病院とか診療所の活動が、経済学的、あるいは産業論的には「産業」である、あるいは産業に含まれるというのは当たり前のことである。「日本標準産業分類」（1949 年）を見ると、その段階からサービス業という大分類のなかに「医療保健業」（中分類）が含まれ、小分類で「診療所・病院」となっていた。その後、「日本標準産業分類の一般原則」の第 1 項「産業の定義」に非営利の事例として新たに「医療」が明示的に加えられたのが 1976 年である。

次に、厚生省が医療を「産業」と公式に認めたのはいつかと言うと、1995 年。これが医療についての初めての包括的な特集の『厚生白書（平成 7 年版）』である。医療、質、情報、選択、そして、納得という、これは非常に有名な報告書であるが、そこでは、医療を初めて「サービス」「産業」とであると明示して、包括的な分析を行った。第 5 章第 2 節の「医療と産業」では、「医療はサービス産業の中でも成長産業としてとらえられ、また大きな地位を占めている」、「国民経済の生産増に貢献する」、「直接間接に 300 万人以上の雇用を生み出すなど、経済の安定にも貢献している」と論じている。それから、産業連関表（1990 年）を使って、医療経済研究機構が医療の経済全体への「波及効果」を初めて推計した。

さらに忘れてならないのが、1960 年（昭和 35 年）の『厚生白書』である。これは画期的で、50 年も前に社会保障が経済成長にとってマイナスであるとして消極的な対応しかしない考え方—これは当時の通産省とか大蔵省一に対して、社会保障の経済効果として経済後退期の平準化効果を説き、「経済成長を重んじる立場に立っても、社会保障はじゅうぶん支持されなければならない」等、「高福祉社会」を目指すという主張をしていた。厚生省という、すぐ医療費亡国論と言われるが、その前段階、1970 年代の前半までは、こういう積極的な白書が毎年出ていた。

産業連関表を用いた医療等の経済効果の最新推計は、昨年、医療経済研究機構が 2005 年版<sup>13</sup>を出している。これも非常に優れた報告書で、「医療

<sup>13</sup> 『医療と介護・福祉の産業連関に関する分析研究報告書』医療経済研究機構、2010 年

サービスの活動の拡大は、国民の医療ニーズの増加に応えるのみならず、国内経済の下支えをする効果がある」というすごく控えめな表現で述べている。だから、医療が学問、経済学的に言うと「産業」だというのは当たり前のことであり、とやかく言われることはない。ただ、これは学問的な話であり、一般にはあまり知られていない話である。

一般の人でも読める本で「医療産業」という言葉がいつから使われたかということ、1960年代末ぐらいから始まっている。水谷千伍『医療産業』<sup>14</sup>、岩井喜典『医療産業』<sup>15</sup>、川上武『医療産業』<sup>16</sup>、こういう本が出ているが、このときの医療産業は、イコール医薬品産業、医療産業、ME産業、つまり医療本体は入っていない。それに対して、80年代からそれらに加えて医療機関も含む意味で用いられるようになった。日野秀逸他『医療産業と国民医療』<sup>17</sup>は批判的な立場、町田洋次『変革期の医療産業』<sup>18</sup>は、中立的な立場。それから日経産業新聞編『医療ビジネス—新時代の病院経営』<sup>19</sup>は「公的保険の破たん、自己負担の拡大に伴ってアメリカ型の医療供給の多様化が徐々に進む」、「アメリカの病院経営会社が日本の病院市場への上陸をねらって動き始めた」、「日本をねらう黒船」というようなことを言い出したのは日経のこの本が最初であり、昔から言っていることは同じである。

次に、「医療の産業化」という表現。これは、『80年代の通産政策ビジョン』（1980年）の「公共的サービスの産業化の促進」が初出で、そこでは、「医療・保険・教育などの公共サービス」等は、「社会システム産業として、民間の活力を導入してその発展を図ることが望ましい」とある。この場合大事なのは、「民間活力」イコール「企業」と、全く同じ意味で使われていることである。

意外なことに、小泉政権時代は、あれほど医療分野への市場原理導入ということが強く言われたが、「医療の産業化」という表現は明示的には使われていない。なぜかと言うと、市場原理を導入して医療費を抑えるということが前面に出ていたからである。2001年の経済財政諮問会議における株式会社の病院経営再編にも載っていない。

それに対して、今度は医療産業研究会。公的保険制度の枠外の自由な市場の創出を目指す医療産業化論というのは、歴史的に見ると、「80年代の

<sup>14</sup> 水谷千伍：「医療産業（未来産業1）」、東洋経済新報社、1969年

<sup>15</sup> 岩井喜典：「医療産業」、日本経済新聞社、1970年

<sup>16</sup> 川上武・中川米造編：「医療産業（講座・現代の医療5）」、日本評論社、1973年

<sup>17</sup> 日野秀逸・金森雅夫：「医療産業と国民医療」、医療図書出版社、1981年

<sup>18</sup> 町田洋次：「変革期の医療産業」、東洋経済新報社、1984年

<sup>19</sup> 日経産業新聞編「医療ビジネス—新時代の病院経営」、日本経済新聞社、1985年

通産政策ビジョン」の30年ぶりの復活である。ただ、80年の文書のときには、「企業」だけであった。それに対して、今回の「医療の産業化」では、医療機関及び企業と医療機関との共同事業も想定しているところに新しさがある。逆に言うと、医療の企業化には2つの側面があるが、単に企業が参入するだけではなくて、一部の医療機関で営利化・企業化が促進される危険が多い。

次に、公平のために言うと、民主党政権の閣議決定である「新成長戦略」、「規制・制度改革に関する対処方針」には、「医療の産業化」という表現は使われていない。「医療・介護・健康産業」とか、「医療・介護は地域密着型のサービス産業」とあり、これは経済学的に正しい表現である。それは使われているけれども、「産業化」という表現は使われていない。だから、今度のWGが3月に閣議決定されてしまうと、「医療の産業化」という表現が政府文書に出た初めてのことになるので、やめたほうがいいと思うわけである。

### **おわりに－会長諮問に対する暫定的意見**

国民皆保険を支える医療産業、この場合には医療機関、医薬品産業、医療機器産業など、健全な発展は絶対に重要だと思う。ただ、そのためには、社会保険料を主財源、消費税を含む公費を補助的財源として安定的財源を確保して公的医療費を拡大することが不可欠である。また、日本の1980年代以降の経験、そして国際的経験から見ても、公的な医療費を抑制して私的な医療費を拡大することにより総医療費を大幅に増やすことは不可能である。公的医療費から私的医療費への「コストシフティング」は日本でもされている。トータルには増えない。ということで、トータルに増やしたいのであれば、公的な医療費も増やすしかない。それから株式会社の医療機関の経営の解禁とか、混合診療の全面解禁等の医療分野の市場原理導入には絶対反対である。ただし、併せて医療機関経営の効率化。それから非営利性の強化。これを併せて行なわないと内閣府の人たちには太刀打ちできないし、国民の支持も得られないのではないか。マスコミも含めてと思う。



平成 23 年 5 月 27 日  
第 5 回医療政策会議講演録

## ポスト大震災の社会保障

北海道大学法学部教授

山口 二郎



予期せざる大震災と原発事故の勃発で、社会保障を取り巻く政策議論の環境も大きく変わってしまった。こういう未曾有の災害状況のなかで、これから社会保障を、あるいは政策をどう考えていくべきか。これから形成していく政治の仕組みがどう変わるかというようなことを話したい。

このような大震災、大災害が起こって日常の秩序が崩壊すると、人は混乱、無秩序状態を想像する。したがって、大災害の後には、政府は軍や警察を導入して、戒厳令を敷き、世の中の秩序を守るというイメージがある。偶然、大震災の少し前に『災害ユートピア』<sup>1</sup>という本を読んでいた。アメリカのジャーナリスト、レベッカ・ソルニットという人が書いた本で、いろいろな国の大災害について事例研究を行い、災害の後、人はどのように行動するかを調べたものである。

それを見ると、略奪とか暴行が横行するのは、むしろつくられたイメージで、多くの場合、災害に見舞われると人間は非常に利他的になって、相互扶助的な、まさに社会連帯に基づくコミュニティを形成することを主張している。アメリカでもカナダでもラテンアメリカでも同じようなことが起こったと見るわけである。

今回の大震災、大災害は、大変な惨事ではあるが、何とかここから社会連帯と相互扶助のコミュニティをつくるという方向に世論が向けばいいと思った。まさに、そこが今の政治の方向づけをめぐる大きな戦いのテーマである。

他方、震災を奇禍としてというか、大地震・大災害をある意味利用して、いろいろ複雑であった政策決定を議論なしで進めようという動きもある。財務省の一部は、明らかにそのような方向で動いている。

結論において、私たちは、ある程度、税負担、社会保険料負担を増やしながら社会連帯と相互扶助の仕組みを守ろうということを言いたい。その限りで、財務省の増税論は的外れではないと思う一方で、国民にとってどのような意味があるのかという議論を全く省略し、財務省ペースで負担増の議論ばかりが出てくるという現状は、これはまことに苦々しい限りである。そうすると、非常に単純な増税反対論が力を得て、両極端のはざまに地に足の着いたというか、現実的な政策論議の空間がどんどん狭くなってしまおうという問題がある。今日はそういうことを中心に申し上げたい。

---

<sup>1</sup> レベッカ・ソルニット：「災害ユートピア」、亜紀書房、2010年12月

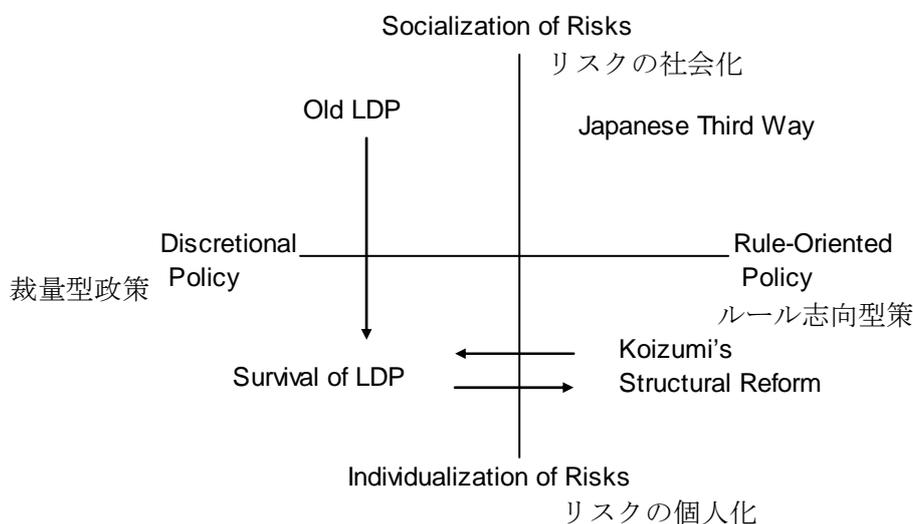
## 1. 失われた 20 年の風景

今回の大震災は、いわばバブル崩壊後の日本の失われた 20 年のいわば最後の一撃であったと言える。3.11 は歴史を変える大きな境目であるという言い方をする人もいるが、私はそうではないと思う。日本の世の中にずっとこの 20 年ぐらい伏在し、充満していたいろいろな矛盾がここで一気に噴き出した。地震というのは、確かに大きな変化ではあるが、それはやはり今までの日本の社会の脆弱性を明るみに出したということではないかと思う。

### (1) 日本型安心社会の崩壊

バブルが崩壊して経済が停滞する、人口も減少し始める、産業がどんどん空洞化していくというようなことで、日本社会は活力を失った、あるいは人々が当たり前のように依拠してきたさまざまな生活の土台が揺らぐようになった。それについても、社会保障の抑制、雇用の不安定化、非正規労働の増加、地方に対する財政的な再分配の縮小・減少、人口の減少等のいろいろな問題がある。

図1. 日本型安心社会の変化



戦後日本の安定は、第 2 象限である（図 1）。Old LDP とある。産業型政策とリスクの社会化の組み合わせ、すなわち補助金、税制上の優遇や行政指導による業界保護といったような仕組みで企業を守り、雇用を確保し、あるいは地域への再分配と底上げをしてきたということであった。

これが 90 年代半ばぐらいには大体時代遅れになり、改革が必要である

という話になった。そこでは、裁量型政策の部分をルール志向型政策に改定して、より公明正大なものにしていくという道が本来の改革であるとずっと言ってきたが、なぜか縦軸のほうで、リスクを社会全体でカバーする路線から、自己責任型社会へ転換することを「改革」と呼んでしまった。小泉元首相の構造改革は、実は、この第4象限と言うよりは、第3象限の要素もあるのではないか。規制緩和を新しい利権の種にしたとか、民営化した郵政事業の資産を非常に不明瞭に払い下げたとか、そういったこともあるので、ここは混然一体となっているという感じである。

いずれにしても大事なことは、リスクの個人化への転換を改革と呼んでしまったことである。それで十何年もの時間が経ったということである。そして、社会保障の劣化、医療崩壊等々、雇用の劣化もそうであるが、そういう形でリスクの個人化としての改革の帰結が明らかになった。

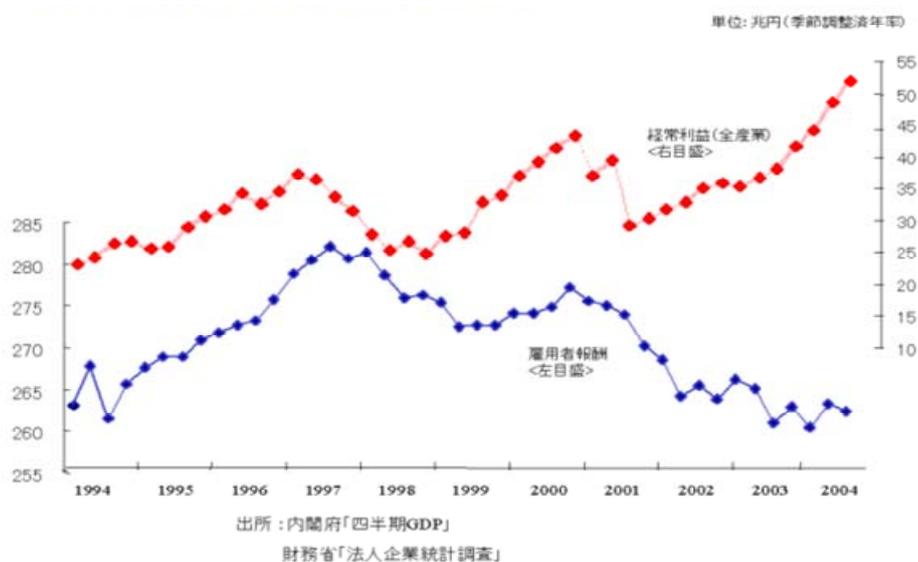
本来は、政権交代によって、もう1回リスクの社会化の方向に戻る。しかも、それは官僚の裁量によって差配する政策ではなく、公明正大な国民全体をカバーする国民皆保険、国民皆年金、あるいは公的な教育制度、地方交付税といったルールに基づく現金・現物の給付という方向を目指すはずのものであった。

ここは、私がずっと十何年民主党に言ってきた政策の方向性である。小沢一郎の時代には、生活第一ということで、このルール志向的なリスクの社会化という路線が確立を見たわけである。民主党のマニフェストのなかでも、医療の再生、子ども手当、雇用対策、こういったことが謳われたわけである。

## (2) 「改革」とはなんだったのか

改めて「改革」とは何だったのか。結局、規制緩和と競争社会の到来、それから、地方交付税、公共事業費の大幅削減と地方の疲弊、痛みが国民全体に広がったということである。その成長の実相は何であったのか。この図がその成長の実相を雄弁に物語っている(図2)。赤が企業の経常利益、右目盛り。青が雇用者報酬、左目盛り。スケールが違うので、実額はもちろん雇用者報酬のほうが多いが、問題は変化のトレンドである。2000年あたりまでは大体平行であった。会社がもうかれば賃金も上がる、会社がもうからなくなると賃金も減る、大体2000年まではそういう常識が通用した時代であった。ところが、ほぼ2000年あたりを分水嶺に、今度は両者が乖離するようになった。会社はもうかっても賃金は減るという時代になった。これはまさに小泉改革の時代と重なってくるわけである。

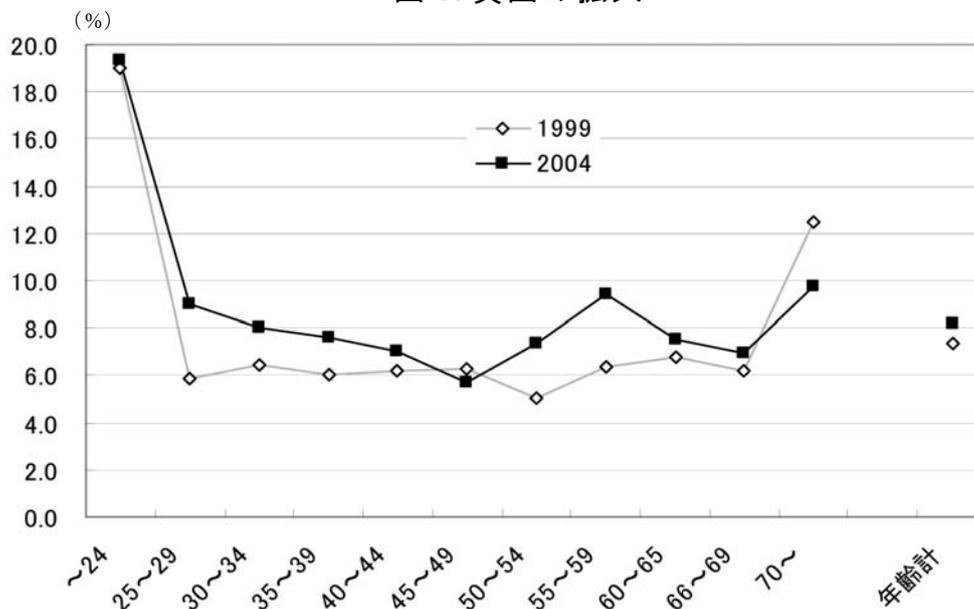
図 2. 企業収益と勤労者所得の乖離



出所: The Suzuki Journal 「金融政策と記入行政への問題提起」 2005年3月11日

これは貧困の拡大についての 2000 年代前半の分析である (図 3)。小泉政権の末期に格差論争があったことをご記憶かと思うが、ジニ係数の広がりが大きくなりだした。日本では不平等が広がっているのではないかという議論が出てきたわけである。当時はまだ国では貧困の実態調査はきっちりとしてやっていた。新自由主義系の一部の学者やエコノミストが、「見かけ上の格差の拡大は、比較的貧困者の多い高齢者が増えているために起こったわけであり、実態として格差は広がっていない」という答弁をしたことがある。高齢者の増加が貧困の拡大を見かけ上もたらしたという主張について検証したのがこの調査である。

図 3. 貧困の拡大



年代別に貧困率を取った。この場合の貧困というのは、生活保護基準未満の人たちの割合である。1999～2004年、ちょうど2000年代前半を見たわけであるが、高齢者でも貧困は増えているが、大事なことは、20代から40代前半、この部分でも貧困が増えているということである。すなわち、ちょうど結婚して子どもを育てようかという現役世代において貧困が増えている。

賃金と企業利潤の変化、貧困の増加、これは明らかに1つの現象を違う側面から照らし出したデータと言うことができる。まさに2000年代以降、急速に非正規雇用が増え、労働者の賃金が低下していく、そして若年層を中心に貧困者が増えていくという変化が起こっていた。

経済統計だけ見ると、2000年代の前半から2006年ぐらい、リーマンショックまでの間というのは、まさにいざなぎ越えと言われる長期の景気拡大が進んだ時代であったが、いざなぎ越えの長期の景気拡大があっても、労働者の賃金は減っているということである。ここは、「成長」という言葉を考えるうえで非常に重要な前提である。

### (3) 大震災と原発事故の意味

大震災をどのようにとらえるか。特に原発事故をどうとらえるかということであるが、日本という国、あるいは日本の国民が抱えているリスクの大きさをもう1回思い出す機会になるべきだと思う。

小泉政権時代に「小さな政府」と盛んに政治家も学者も言っていた。その元祖として、イギリスのアダム・スミスが挙げられる。スミスが言う政府の役割は、防衛、警察、裁判（司法）、それから道路、道路工事であった。そこには「防災」という言葉は入っていない。

考えてみれば、グレートブリテンあるいはアングロサクソンの経済的文化の発祥の地であるアメリカ北東部、ニューヨークからボストンのあたりは、災害がほとんどないところである。地震は起きないし、台風、ハリケーンのたぐいも来ない。そういう意味では、自然災害のリスクというものをも全く考えずに、スミスは政府の役割を論じたのではないか。

しかし、日本はそうはいかない。もちろん、地震も時々あるし、台風が来る。政府は、そういう巨大なリスクに対して、国民の生命を救うことが非常に重要な役割である。

ということは、リスクの大きい日本では、本来的に「小さな政府」は無理だと言わなければいけない。特にそのリスクへの備え、防災政策は、何も無いときにはただのむだである。例えば、いろいろなインフラを重複する、複線化するというのも、リスクが無いときには、なぜ必要なのかという話になる。そういう意味では、日本の政府の仕事を考えれば、アダム・スミスが挙げたものに加えて、「防災」とか「リスク管理」というものが入ってくる。ここをしっかりと認識するということが必要だと思う。

それから2つ目。これは特に原発の問題、「サブ政府」、世間でよくある政官業の三角形である。つまり、特定の政策分野の企画立案実施を管理するいわばコミュニティというものがある。それを政治学では「サブガバメント」と言う。特定分野に通じたいわゆる族議員と言われるような政治家、所管官庁の官僚、そして関連業界、場合によってはそこに学者も入る、あるいはメディアも入るが、鉄の三角形、四角形、五角形というものが持っている犯罪性が今回明らかになった。

つまり、原発は危ないのではないか、という専門家からの問題提起はずいぶん前からあったわけだが、主流派の学者はそういうものは一顧だにしない。無視してきた。今回、こういうことが起こると、想定外だったみたいないない言い訳をしている。まことに犯罪的だと思う。想定外ではなく、想定しようとしなかった。意図的な不作為がそこにあった、意図的な怠慢があったと言わざるを得ない。

これはまさに他山の石であり、ウルリッヒ・ベックというドイツの社会学者が、原子力に限らず、まさに医学、建築、薬学とか、いろいろな専門分野の技術的な政策が政治にとって非常に大きなテーマになっている時代には、どうしても専門家が主体になって政策を管理していく仕組みが生まれていく。そういう意味で、サブガバメントがいろいろなところに来てくることは不可避であるということを書いている。

最近、世間で言われる原発村などは、このサブガバメントの一番悪い見本のようなものだと思う。専門分野の政策であるがゆえに、やはりその道の専門家が大きな影響力を持って政策形成を進めていくということは不可避ではあるが、それが関係者の独善あるいは既得権とかにつながってしまい、国民を欺いて、結果的に大きな打撃・損害を国民にもたらしてしまった。いろいろとまっとうな批判、問題提起はあっても、そういうことは一切ことごとくつぶしてきたという、そういうサブガバメントのあり方を見て、やはりほかの分野の政策をつくる場合にも大いに反省しなければいけない部分があると思う。つまり、専門分野の政策形成において、専門家と一般市民のバランス、情報公開、批判に対する寛容性、こういったことを確保していくことが、例えば医療分野の政策形成においても必要ではないかということである。

3つ目は、日本人は大変強い連帯感をここで発揮した。相互扶助について非常に強い意欲を持った。日本人は助け合おうという気分を今回は持った。寄附が集まる、寄附を進んでする、被災した人のために何か役立ちたいという、この感覚をこれからどう広げていくのかということが、まさに政治の課題になるわけである。

## **2. 民主党政権の政策面での混迷**

### **(1) 理念不在の社会保障再生**

民主党政権は政権交代以来、何をやってきたか。民主党は、確かに政権交代を起こすにあたって社会保障の再生を目指していた。本来の民主党は、ネオリベラル路線ではなく、リスクの社会化をきちっと普遍的な制度でやるという、主として第1象限の政策を一生懸命追求する政治家と付き合ってきたからかもしれないが、一応、こうした路線が民主党の本来の対策目標であった。それで、政権を取った後、実際に子ども手当、高校無償化等々、実行してきたわけである。

ところが、折からの財政難、財源不足ということもあって、この種のかなり包括的、普遍的な現金・現物給付というものに対して、「バラマキ」という批判がつきまとうわけである。本来、民主党が明確な理念を持って

いるならば、そのような批判に対してはきちんと反論できたはずである。そもそも「バラマキ」という言葉は意味不明な言葉であり、不特定多数の人間にあまねく現金・現物を給付するのを「バラマキ」ともし呼ぶのであれば、社会保障は「バラマキ」である。年金は「バラマキ」の極致であり、年金予算は年間 30 数兆円、40 兆円ぐらいか、保険料のみならず、多額の国費がそこに入っている。

すなわち、年金は現役世代から高齢者に対する所得移転、贈与である。これは正しい社会政策で、15 歳以下の子どもに対して月 1 万 3,000 円の子ども手当を支給するのが「バラマキ」だ、高等学校の授業料をただにするのが「バラマキ」だというのは、一体どういう理屈だろうか。全く理解できないが、民主党はそういう反論が全くできていない。

まさに民主党は、形のうえで社会保障とか子育ての社会化とか言ったが、理念のレベルでそのような政策の意味付けをきちっとしていない。意味付けが共有できていないがゆえに、「バラマキ」と言われるとあたふた右往左往する。民主党は国民全体の連帯で、もちろん高齢者や弱者を扶養するけれども、これからは子どもの扶養も社会の連帯で行う、したがって、子ども手当を払う、高等学校もただで行けるようにする、ということ言えばいいだけの話である。本当に歯がゆい限りである。

結局、マニフェストはそれなりにいろいろないいことを並べたわけである。もちろん、歳入の詰めが甘かったという問題は言われるとおりが、それとは別の問題として、理念なきマニフェストで、ただ子ども手当 2 万 6,000 円、高速道路無料化のような個別の項目が並んでいる。盛り合わせ、あるいはカタログというところにマニフェストの大きな欠陥があったわけである。個々のアイテムしか並んでいないから、なぜそのアイテムなのか、なぜ子ども手当なのか、ということを知りたいときに答えられない。マニフェストを実現しなければいけないということを主張する側は、これは国民との約束だから、マニフェストに書いてあるからという理由だけでマニフェストの実現を主張する形になったわけである。

## （２）成長という強迫観念

そういう意味で、社会保障を充実するという課題に対する理念があいまいであるというその欠点ゆえに、成長に対する強迫観念にとらわれやすいという問題も派生してくる。「バラマキ」と言われて、成長戦略がないと言われる。そうすると、おたおたして、特に菅首相になってから、慌てて経済産業省の役人が書いたいろいろな紙を引っ張り出してきて、「成長戦略」という、何か取ってつけたような話を並べたわけである。どうも、成

長と分配は対立するという対立軸にとらわれている印象がある。

繰り返しになるが、図 2 で示したように、成長したからといって、別に今日本人が幸せになるわけでもない。そういう時代だということがどうもわかっていないのではないか。そもそも今の時代に安直な成長戦略なんていうものがもしあるのであれば見せて欲しい。そんなものを持っている人がいるのだったら教えて欲しいと思うが、とにかく、成長してどうする、成長することによって日本がどうなる、国民がどうなる、という議論を全く抜きにして、あるいは 2000 年代半ばの「いざなぎ越え」と言われる景気拡大に対する反省もなく、成長戦略がないと言われると、おたおたしているということである。目指すべき社会ビジョンを持っていないところに問題がある。

### (3) 民主党の力学

民主党は、ひょっとすると近い将来なくなる政党なのかもしれないが、民主党のなかの政治力学について紹介すると、2009 年の総選挙のときに示したマニフェストは、小沢代表の時代に大体骨格をつくったわけであり、政権を取るために行け行けどんどん、構造改革や新自由主義に痛めつけられた国民に対して心地よい公約を並べていくということであった。政策論議を政党として下から積み上げていくという仕組みがなかったわけである。だから、子ども手当は 2 万 6,000 円というのが、どういう理屈で決まったのかを大半の人は知らないという問題があった。ここはやはり大きな弱みである。だから、政権交代以後、実際に与党となって内閣に入り、そのような政策を推進するうえで、野党や世論を説得するだけのきちんとした根拠を持っていなかったという問題が 1 つあった。

政権交代後はどうか。これも少し専門的な話になるが、医師会の先生方は政治と付き合うときに、やはり勝手が違うと感じているのではないか。つまり、自民党の時は、例えば医療、社会保障政策は、自民党政調会の厚生部会が、まずは非常にはっきりした窓口というか受け皿で、その部会の有力な議員と話をしていけば、大体、党なり政府なりの政策の動き方というのはわかった。こちらとしてもその影響力をインプットする仕方も大体わかると、こういう見通しがついたわけである。

それはなぜかと言うと、自民党時代の政策立案の仕組みは、与党と政府がきっちりある意味で役割分担をしつつ、手続き、制度をつくっていたからである。新しい政策をつくるということになれば、所管官庁の課のレベルでいろいろと原案を検討する、調査研究をする。法案をつくるという方向になれば、当然、与党の対応する部会で説明をし、有力な議員とも懇談・

議論を重ねていって、こういう方法で行こうかということで、所管の局とか課というレベルで大体案を固めていく。同時に、財務省等との折衝もしながら、必要に応じてより高度な政治的なリーダーの力を借りながら物事を実現していく、新しい法案を出していくような話になっていくわけである。

ところが、民主党が政権を取ると、「政治主導」というスローガンを掲げて、そういう仕組みを1回全部ご破算にした。民主党がなぜそういうことをしたかという、民主党は、自民党政調会の部会を単位とした与党政治家と関連団体、官僚との政策形成のやりとりは、サブガバメント、政官業コミュニティの温床という批判をしていたわけである。不透明で、中では何をやっているかわからない、業界から多くの献金を受けた議員が収賄まがいのことをして政策形成を歪めてきた、あるいはそういう空間のなかで天下りとか官僚の既得権も温存されてきたといったような批判があって政策形成システムを変えたわけである。

それから、自民党時代は、与党の法案事前審査という仕組みがあり、新しく法案を出すにしても、自民党の政調会、総務会できちっと承認しないと政府提出ができない、閣議決定に持っていけないという仕組みがあったがそれもなくなった。それで、民主党は政務三役主導で各省の政策を進め、あとは閣議とか閣僚委員会で全体的な調整をする、それが民主党の目指す政治主導、官僚支配の打破と言ってきたが、これは全く絵に描いた餅に終わってしまった。

問題は、政府と与党両者にあり、政府は、政務三役だけで各省の政策、組織管理、マネジメントをこなすことは無理である。わずか5~6人しかいない政務三役で、例えば厚労省の政策を全部掌握できるかと言ったら無理に決まっている。また、事務次官会議も廃止して、省庁間にまたがる大きな問題の調整を、閣議とか閣僚委員会でできるかという、これは無理である。そういうことで1つ失敗をしたという面がある。同時に、政調会、あるいは部会を実質廃止して、政府の進める政策についての与党側からの議論なりチェックなり修正なりというものの場を奪った。これはやはり大きな問題をもたらしたわけである。

はっきり言って、政務三役以外の民主党の国会議員約300名余りはやることがない。国会の委員会に行って、政府提出の法案について賛成と言う以外にはほとんど仕事がない。そういう不満がたまって、部門会議ができ、菅総理になってからは、政策調査会が復活した。しかし、事前審査制はないので、手続きがない、制度がない。ただ、議論だけはするが、それは単なるガス抜きということである。

例えば社会保障の分野でも、それなりにきちんと勉強している議員は何人もいる。そういった議員が政務三役に入っていないならば全く何もできない。無力である。党としても議員同士の議論のなかで党の政策能力を高めていくという仕組みもない。他方、政務三役は日々の仕事に追われ、何をやっているのかわからないといった世界である。非常にバランスが悪い。じっくり腰を据えて、党として中長期的な問題について議論をしながら方向性を出す。例えば、かつての自民党の調査会のような、長期的な課題について有力議員がヘッドになって関連する政治家を集め、各界の意見を聞きながらいろいろな重要政策の大枠とか青写真をつくっていくといった仕組みもないということである。そういう形で政権交代を起こしたものの、活躍の場がないということで、不満をためている政治家は、マニフェストをある意味で権力闘争の手段として利用しているという面もある。

つまり、菅総理と小沢氏がけんかする。菅総理は財務省の役人に結構洗脳されていて、マニフェストを見直していくと言うと、小沢氏のほうはマニフェスト遵守と言って、これは政策の中身に即した議論ではなく、権力闘争のある側面ということになってしまった。これはまことに残念な話であった。

### 3. 菅政権の政策を点検する

菅政権の政策の点検、成長戦略の概要ということで、特に医療の分野でも産業として拡大していこうというようなことを言っている。

今、税・社会保障一体改革が進められている。菅首相になって、にわかギリシャの財政危機を持ち出し、増税が必要だと言い出した。これはある意味では的を射た危機感だと評価したいと思うが、財政再建とか財政健全化という政策が一体何を目標としているのか、ここについての議論が実はあいまいなまま負担増が必要であるという議論ばかりが先行している印象がぬぐえない。

税・社会保障一体改革とは言うものの、社会保障を持続可能、維持・拡充することなのか、それとも単に財政健全化、財政赤字を縮小することなのかということについて、あえてあいまいにしているのではないかという印象がある。もちろん、この会議の議論の基調は、負担増やむなしと。それできちっとした医療を持続可能な形で継続していくという点にあると思うが、負担増を正当化する、負担増によって実現する価値が何なのかという点について、どうも議論が聞こえてこない。やはり財務省のコントロール、それとある意味では連携していると思うが、経済界の力というものが非常に強いという印象がある。

冒頭述べたように、大震災を奇禍として財務省が増税を企んでいるという事はメディアにもちらほら現れている。震災復興会議の議論も、冒頭から増税は必要といった議論をしている。これについて片山総務大臣が、役人が動き回って震災復興会議の委員に増税必要論を説いて回っていると怒ったというニュースもあった。我々から見れば、これはまことに本当に苛立たしいというか、増税は必要であるが、財務省がいるから増税ができないという苛立たしい感じである。

経済界は、政権交代の後、少しおとなしくなっていたが、菅政権ができてからは、法人税減税、TPP参加等々、自民党時代にも言わなかったようなことを菅首相が言ってくれるというので、民主党のほうが御しやすいという感じで今動いている。そして、経済界出身の議員からいろいろな形の提言・提案が出てきている。これはまことに中身はそろ恐ろしいというか、経営者団体の利害をむき出しにしたものである。

#### 4. 成長戦略をめぐる神話をこわす

我々は医療の産業化について考え直す、あるいは批判するという議論をするうえで、「成長戦略」を問い直す、「成長」という言葉の神話を壊すことが必要だ。「成長」と「分配」は対立するののかということで、結局、資本主義経済は、アメリカモデルだけではなく、ヨーロッパモデルにもいろいろいいところがある。特に、北欧の国々は、国民負担は高いけれども成長もしているということである。そういう意味で、別にアメリカモデルの模倣をするだけが能ではないということが1つ重要な論点ではないか。

例えばこの点について、波頭亮氏は、著書『成熟日本への進路』<sup>2</sup>で次のように言っている。波頭氏は、第一線の経営コンサルタントで、グローバル資本主義のなかで日本企業はどうやって生き残るかをずっと言ってきた人だが、同時にこれからの日本は、はっきり言ってもう成長しないのだから、その前提で分配の仕方を変えるべきである。成長してもトルクル・ダウン、つまり下のほうにポタポタ滴り落ちるお金はないわけだし、そもそも成長しない。言ってみれば、50 幾つかになって、それほどカロリーはいらない人に、脂がたくさんある肉を食べさせるみたいな、それが今の成長論だと言うわけである。

波頭氏のモデルによれば、医療・介護を全て無償にするためには、あと6兆円ぐらいあればいい。だから、消費税を10ポイント上げれば、医療・介護を中心としてさまざまな生活支援、サポートの政策がきっちりできる

---

<sup>2</sup> 波頭亮：「成熟社会への進路」、筑摩書房、2010年6月

と言う。租税負担率は、日本はかなり低い。40%少し手前ぐらいである。これを10ポイント上げてイギリスレベルに上げるだけでも、30兆円からの財源が確保できるわけであるから、それでやっていけば大丈夫だと。いわばグローバル経済の一線で仕事をしている人のなかにそういうことを言う人がいるというのは、とてもおもしろい。いろいろな人とネットワークをつくって、そういった議論を広げていくべきではないかという思いがしている。

それから、大きな政府、小さな政府という対立軸は無意味である。これは前から言っている話であり、結局、税で払って無償の公共サービス、社会サービスを受け取るのか、税は安くて、有償、つまり市場を通じた商品としての社会サービスを受け取るのか、それは選択の対象であるという話である。ヨーロッパモデルは、税は高いけれども社会サービスはほぼ無償に近い、極めて自己負担は小さい。税と社会サービスへの支出が家計の4割である。一方で、アメリカは税は安いけれども、社会サービスは商品であり、極めて高い。税と社会サービスへの支出を合わせれば、やはり家計の約4割ということになる。国民負担が増えたら経済的な活力が低下するという、80年代の第2次臨時行政調査会以来の、これも神話というか呪縛があるが、これを乗り越えないとどうしようもないというところまで日本は来てしまった。

私は、民主党が政権を取ったときに、朝日新聞で新政権に対する提言を書いたが、そのなかで目指すべき社会像は明らかにせよと言っている。つまり、これから経済はそれほど成長しないし、終身雇用に戻るわけがない。そうすると、非正規労働をむしろ前提としながら、非正規労働であっても夫婦2人で働けば人間らしい生活ができる、子どもをつくって育てられる、そういう社会をつくるということを宣言せよと言った。夫婦が2人とも働くことを可能にするためには、保育、教育、学童保育も含む子育て、高齢者の介護・医療、こうしたものを公共財として無償ないし廉価で提供する仕組みをつくらないといけない。フローだけで見れば、年収400万円とか500万円あれば、まあやっていけるであろう。日本の場合は、教育費と医療費と老後の備え、介護を含む老後の備えの負担が余りにも大きいため、見かけ上所得が大きくても生活の豊かさに結びついていかないということは前から言われている話である。そこを突破するビジョンを示すことが必要であると2年前から言っているが、なかなか困ったもので聞いてくれない。新しい社会経済ビジョンは、まさに成熟局面に入っているからこそ、衣食住、着るものは今は安く手に入れることができるのでいいとして、医療の医と食と住を保証するということが、政策の基本であるということ

押さえておく必要がある。

## 5. 震災後の政治状況と社会保障改革

震災後の日本における政治状況とそのなかでの社会保障改革がどうかということをも最後に話したい。

政策形成をめぐる政治力学はどうかというと、非常に強力なのは財務省である。財務省は非常に組織的プレーが上手であり、メディアに対して影響力を及ぼし、学識者を取り込み、政治家を洗脳しということで、しかも、大震災でさえ彼らは道具として利用しようとしている。つまり、財政健全化原理主義とでも言うのか、あるいは負担増と歳出抑制の絶対化、つまり、何かの理想を実現するための手段としての歳出抑制なり負担増ではなくて、それ自身が目的であるということである。

2つ目は、経済界であり、今は少しおとなしくしているが、常に出てくる。何かと言えば、グローバル化、競争とか言って、企業の担う社会的な負担を小さくしようとする。

次に、厚労省プラス一部有識者。これは社会保障国民会議、安心社会実現会議とか、今の税・社会保障一体改革の一部は、社会保障の再建ということでそれなりに責任感も持って議論をしてきている。それなりの案も、もうできているという状態だろうと思う。やはりヨーロッパモデルで負担を上げながら社会保障もきちんとやっていくという路線で何とか政策の方向づけを打ち出していくしかないわけである。

実は、私はここのところ毎月1回、民主党の中堅・若手議員を相手に講座をやっており、先ほどから述べているような民主党の問題点、政策課題等について話をしている。そういうところへ来るような議員は、どちらかということでは社会保障については再建路線をやっていこうという考え方を持っている人たちであり、目指すべきはアメリカモデルではなくてヨーロッパモデルであるということは、割と共有できていると思う。

ただ、やはり一筋縄ではいかないわけで、例えば TPP みたいな問題についても、積極推進派は党内にいる。それから、その方向性としての社会保障再建であるが、相変わらず負担増の議論は、むだを省いてというところを一步も出ないニフェスト原理主義者のような人たちもいる。こういう人たちがいると、1つは党内の権力闘争みたいな悪いイメージにつながっていくし、政策論の整合性という観点からも、いろいろと不備を突かれて社会保障再建という方向性についての信憑性が少し低下してしまうというような問題になるわけである。

最悪シナリオ、最善シナリオという話をして終わりとするが、最悪シナ

リオ、これは財務省主導の緊縮路線、受益なしの負担増。それから、TPPと際限のない市場化。モノの貿易みのならず、サービスについても市場開放、規制緩和を進めていくという話が出てくるのかもしれない。これも今のところ、農業・漁業が地震で大変打撃を受けたから、TPPをすぐに進めていくという話にある種のブレーキとして作用している印象があるが、むしろこれを奇禍として農業・水産業等の分野にも徹底的に規制緩和と法人参入を進めていって再生していこうといった経済界側からのいろいろな提言もある。そういったものが日の目を見ていく可能性もある。もう1つ、民主党のなかにあった福祉国家というか、福祉社会保障再生勢力というのが、何かばらばらになってしまうという心配もある。

これに対して最善シナリオ。これはやはり地震を契機として、連帯と相互扶助の国民意識が強まる。ここで1つ重要なのは、寄附と税は実は同じであるということをお金を被災者のために贈与するということである。寄附とは、自分のお金を被災者のために贈与するということである。税も、結局のところ、ほかの人を助けるために拠出する、贈与するお金である。世の中には、地震と津波と原発事故以外にもいろいろな不幸の原因はある。失業、貧困、雇用の劣化、地域の衰弱など、自分の責任ではない理由によって不幸な目に遭っている人がたくさんいるわけである。別にそれは地震だから津波だから助けるというのではなくて、自分の責任によらない理由から不幸になっている人をすべて助けていくという意味で、税も寄附の延長線上にある。たまたま税の場合は強制力が伴うが、そういう位置づけで、みんなが相互扶助のためにお金を出し合うという意識を何とか生み出していく。その議論をしようと思ったら、やはり財務省が出てきては困る。何か省益のためにやっているように周りは思うわけがある。だから、そこは政治家が理念を語らなければいけないわけである。

そういう意味で、国民がリスクを自覚して、日本はやはりリスクの非常に大きい国なのだから、小さな政府は無理だと。であるから、個人個人で火災保険、地震保険等々に入るのと同じように、国民全体としてもさまざまなリスクを防ぐための税・社会保障の保険というものをきちっと維持していく合意をつくっていくということである。

そういう政策を進めていく勢力を結集していくという話で、菅首相は何を考えているのかよくわからないところもある。菅首相へのご進講に際し、「菅さん、もともとアメリカモデルではないでしょう。野党時代の民主党のころは、やはり最小不幸社会と言っていたが、政治の力で不幸の原因を除いていくという路線だったでしょう」ということはいつも念押ししている。菅首相も、「それは目指すところは同じなのだから」と言ってくれて

いるが、それと TPP、法人税減税とか成長戦略はどう関連するのかというところが、どうもちゃんと整理がついていないのではないかという感じがする。

近々野党が不信任案<sup>3</sup>を出して、民主党のなかからもそれに賛成する動きがあると言われているが、私は、今、このタイミングで不信任可決ということには、多分ならないと思う。これはやはり地震・津波・原発事故をもってたくさんの方が呻吟しているのに、永田町のなかで政治家は何をやっているんだという話にすぐなるわけであるから。

私は、菅首相が描いた政治日程は、要するに、この通常国会で二次補正までやって、臨時国会を秋にやり、また補正をやって、来年の通常国会でより本格的な震災復興対策の予算、法案を出し、原発事故の後始末のいろいろな政策を出して、「来年の通常国会までが一区切りというか、あなたの仕事ですよ」ということを言っている。

来年の通常国会が終わると、民主党も自民党もそれぞれ 9 月に代表選、総裁選があり、そこから政局の動きが始まっていくという話になるわけである。そうすると、そこで何かいろいろな動きがあって、もっとすっきり政策理念の軸に沿って再編をしていくという流れになっていくのかもしれない。そこはわからないが、もしそういう展開になったときには、先ほどから言っているような、「生活が第一」という、民主党の政策をもっとバージョンアップして社会保障の再生という方向を共有する政治家を我々は応援していく、それに向けたさまざまな政策理念の提示をしていかなければいけないということを考えているところである。

---

<sup>3</sup> 内閣不信任案：2011 年 6 月 2 日、菅内閣に対する不信任決議案が自民、公明、たちあがれ日本の野党 3 党から提出され、衆院本会議で採決された結果、賛成 152、反対 293（投票総数 445、過半数 223）で否決された。

平成 23 年 7 月 15 日  
第 6 回医療政策会議講演録

無政府状態下の日本の財政・社会保障  
－2015 年を目標とした一体改革成案「一里塚」の意味－

慶應義塾大学商学部教授

権丈 善一



この国にはどうも法律をつくることができる政府が存在しない。法律をつくるだけの力を持った政府が存在せず、日本医師会が交渉する相手も存在しない。これはもう政治空白とかというような話ではなく、無政府状態と呼ぶべきではないかと考えている。

今日は、まず、会長より諮問された「医療を営利産業化していいのか」について触れ、次に、無政府状態下の日本の財政・社会保障が直面している政治経済問題について話し、最後に、先日発表された一体改革成案が一里塚でしかないという意味を説明できればと思う。

### 1. 医療の産業化について

一体、何のために、社会保障が存在するのか。医療、介護、保育、それに教育も含めて現物給付の意味を考えてみる。日本であれば、GDP に占める公的医療費の割合が 7%弱で、皆保険制度の下で公的な医療を提供している。アメリカでは、低所得者でもなく高齢者でもない普通の中間層となると、民間医療保険に加入しなければならない。つまり、そうした人たちは、日本であれば公的な皆保険下にいるが、アメリカであれば私的保険を利用せざるを得ない。

図 1. 医療の所得支出線 皆保険前の階層消費型医療制度

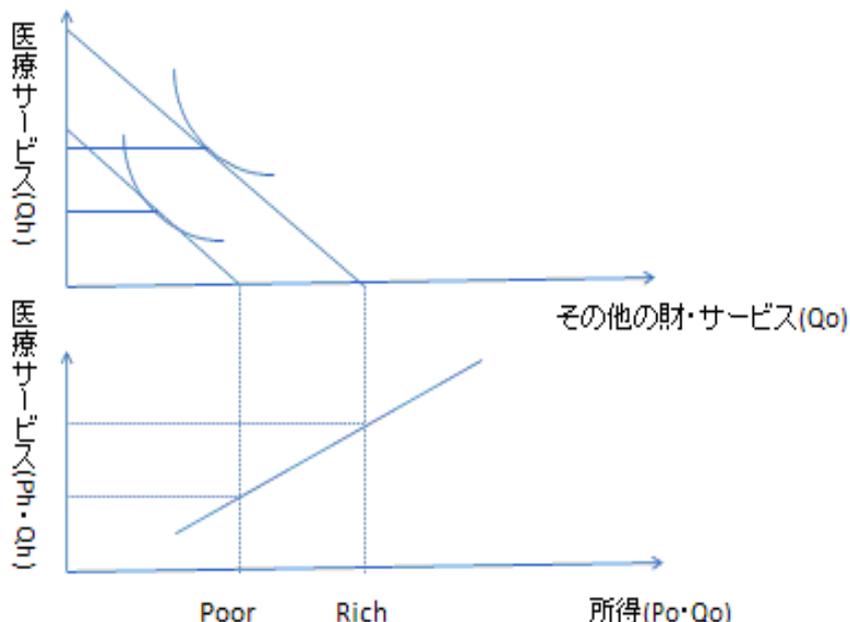


図 1 の上の図は、医療が正常財であれば、所得が高くなるほど医療の消費量も大きくなることを示している。この時、横軸に所得をとって、縦軸

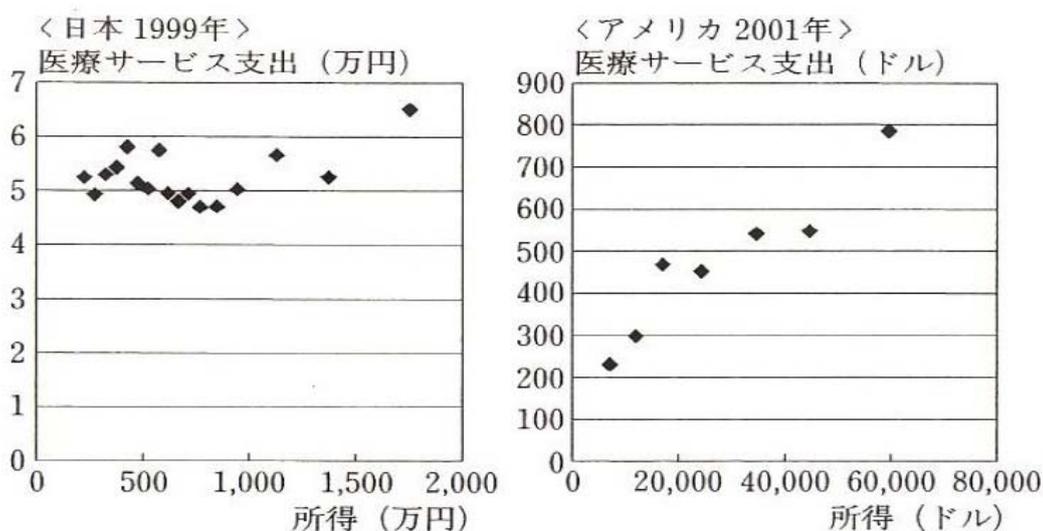
に医療の消費量をとった下の図に、上の図の結果を投影すれば、当然、所得の多寡に応じて、医療の消費量が増減することがわかる。

この状況は、医療関係者から見て、許し難い状況ではないのか。

所得によって必要な医療にそんなに差があるのか。いや、むしろ、健康格差論などは、所得が低いほど医療ニーズが高くなっていることを指摘している。

例えば、八代尚宏先生たちが混合診療は望ましいと言うために作ったグラフ（図2）によると、アメリカであれば所得が高い人ほど医療の消費量が多くなる。日本のように皆保険制度にしてしまうと、公的な医療保険の下では、所得と関係なく医療費が利用される社会になる。大きな違いはそこにある。

図2. 所得と医療サービス支出の日米比較

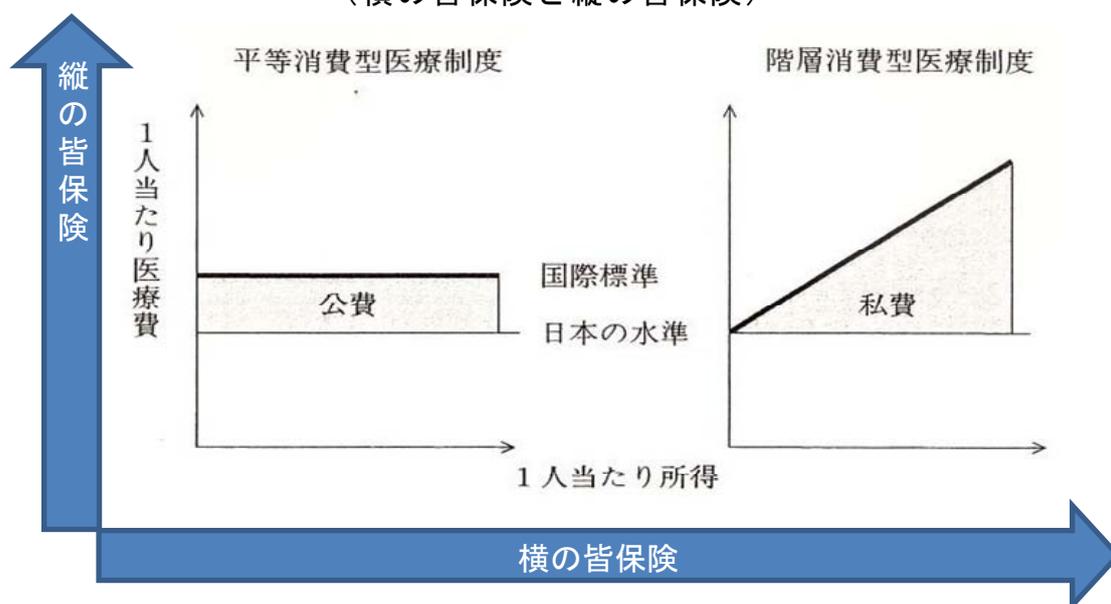


出所：鈴木玲子（2004）「医療分野の規制緩和—混合診療解禁による市場拡大効果」  
 八代尚宏／日本経済研究センター編『新市場想像への総合戦略（規制緩和で経済活性化を）』

一人ひとりが、どちらの社会が望ましいかを自問すればよい。右を望ましいと思うのであれば、混合診療解禁を支持すればいいし、左が望ましいと思うのであれば、混合診療禁止を支持すればいい。ただし、左の図を支持しながら、混合診療解禁を支持することは技術的にできない。そのあたりを分かっている者が、世の中、多そうではある。もっとも私は、混合診療全面禁止と混合診療全面解禁の真ん中あたりにある、白とも黒とも一言では言えない保険外併用療養費制度の適切な運用あたりを支持している。その詳細をみなさんの前で話すのは野暮なので、本日は止めておく。

さて、医療費はこれから先上げなければいけない。医療費を上げていく方法としては、社会保険料と税からなる公費で上げていく方法と、私費で上げていく方法がある。必要に応じて医療を利用できる社会をつくっていくためには、公費を上げるしか方法がない。私費で上げていくと、確実に支払能力によって医療消費に差が生まれる階層消費型の医療制度になる。

図 3. 平等消費型医療制度と階層消費型医療制度  
(横の皆保険と縦の皆保険)



必要に応じて医療を利用できる平等消費型医療制度は、公費を財源とした強制的な公的医療保険でしかできない。強制的な公的医療保険は、所得に比例した保険料を課し、病気になったときには支払った保険料とは関係なく給付する。したがって、公的医療保険は、給付反対給付均等原則を満たす保険的再分配に加えて、他の2つの再分配を行っていることになり、合計3つの再分配がなされていることになる。3つの再分配とは、自動車保険のような保険的再分配で、医療で言えば疾病リスクが等しい人たちの間での「保険的再分配」、高所得者から低所得者への「垂直的再分配」、そして、健康な一般国民から病弱者への異なる「リスク集団間再分配」である。

### 公的（医療）保険の再分配<sup>1</sup>

- ・強制的な公的医療保険では、所得に比例した保険料を支払い、病気になった時には、支払った保険料とは関係なく給付を受けることができる。したがって、公的医療保険は、給付反対給付均等原則を満たす保険的再分配に加えて、他に2つの再分配を行っていることになり、合計3つの再分配がなされていることになる。
- ・公的医療保険が行う3つの再分配
  - －（疾病リスクが等しいものの中での）保険的再分配
  - －（高所得者から低所得者への）垂直的再分配
  - －（健康な一般国民から病弱者への異なる）リスク集団間再分配

医療経済学者の中でも断トツの見識を持っているフックス<sup>2</sup>も書いているが、医療保険は、強制的な加入を求めない限り、皆保険は実現できない。強制の意味は、結局、医療保険の機能に垂直的再分配とリスク集団間再分配を加えることである。これら2つの再分配機能を医療保険に持たせるには、強制にせざるを得ないし、医療保険を市場から外さなければいけない。給付反対給付均等原則を堅持しなければ市場からの撤退を余儀なくされる民間企業には、垂直的再分配、リスク集団間再分配を行うことはできない。したがって、医療を必要に応じて利用できるようにするという政策目標に強い価値を置く限り、医療を市場に乗せることには慎重にならざるを得ない。なお、図3「平等消費型医療制度と階層消費型医療制度」の横軸では、左右いずれの図でも国民全員が一応はカバーされている。したがって、TPPなどが主要な争点となる時代にあっては、国民向けに「国民皆保険を守る」と口にする政治家は、これまでの日本の平等消費型医療制度を階層消費型医療制度に改変しようとするときに、国民全員がカバーされているのだから国民皆保険は堅持しているという屁理屈を言うかもしれない。だから、これからは、「横の皆保険」と「縦の皆保険」という新しい概念が必要になるのだろうと思う。TPPの交渉の結果、混合診療の解禁を日本に求める政治家は、皆保険は守れると言うだろうが、それは先の図の中での「縦の皆保険」の放棄を意味することであり、それは我々が以前から言っている、医療を市場に乗せるということと同じ話であり、そこで起こる弊害はなんら変わらない。

医療を市場に乗せることを産業化というのであれば、医療の階層消費に

<sup>1</sup> 権丈善一：「医療年金問題の考え方—再分配政策の政治経済学」、慶應義塾大学出版会、2006年；30-32頁

<sup>2</sup> Victor Robert Fuchs：1924-スタンフォード大学名誉教授

反対する私は、その意味の産業化を反対することになる。

もっとも、産業という言葉にはいろいろな意味がある。医療そのものは、はじめから付加価値を生むひとつの産業であるとも言えるし、そういう意味で「産業」を用いるのであれば、ことさら議論する必要もない。しかし、皆保険下の現状から何らかの変化の先を意図して、「医療の産業化」という言葉が使われ、それが医療を市場に乗せる方向への変化を意味するのであれば、支持しないということになる。

とはいえ、公的医療費の財源が得られず、医療の平等消費社会を維持するために国家財政の持続可能生を犠牲にしなければならない場合には、医療の産業化を積極的に支持はしなくとも、消極的に受け容れざるを得ない状況になることはある。要するに、今の日本の財政状況の下、皆保険を堅持していくための安定財源を確保する見通しが立たないのであれば、今よりも医療を市場に乗せる方向に進まざるを得ないであろうし、診療報酬の引き上げも期待してはいけないと思う。一個人としても、一組織としても、公共政策を論じる際には、負担と給付をセットにして論じるしか方法はないので、そういうことになる。「医療を営利産業化してもいいのか」に対して絶対的な評価を下すことはできず、要は、他の条件との兼ね合いで、相対的な評価を下すことしかできないのである。

医療に限らず、各種団体が、政府に財政支出を求める場合には、その財源調達をどういうふうにするのかの確認を政治家に同時に求めていくしか、本当は、方法はない。政治家が赤字国債に逃げることを分かっているながら、財政支出を要求し続けたから、今ほどに国債が積み上がったのである。と言っても、財源の確保ができていないからと言って、政府への要求を遠慮すれば、他の団体が補助金獲得競争に勝つだけである。だから、どうしようもないのであるが一そこは、国民からの尊敬を勝ち得る団体になるために、専門職集団としての矜持をもって行動をしてもらいたいと言うしかない。

## 2. 日本が無政府状態に至った理由

今の政治の行き詰まりは、今の総理<sup>3</sup>のキャラクターに依存する部分はある。ただ、ここで断っておきたいのは、日本が現在のように壊れてしまうのは、別に予測できなかったわけではない。日本の政治が現在のような隘路にはまってしまった根本の原因は、財政や社会保障という国家運営の根幹の問題で確信犯的に大ウソをついて、選挙には最も強い戦略をとった

---

<sup>3</sup> 2011年7月15日講演時：菅直人総理大臣

政党が、残念ながらこの国に登場したことにある。まさか、できもしないことをあそこまで正々堂々と口約束だけでなく、マニフェストに、しかも具体的な数字を列挙しながら書くことはあるまいと信じる一般人の良心を逆手に取った選挙戦略をとるデマゴグが出てくれば、早晩、彼らは確実に選挙で勝つ。彼らがそうした手法をとり始めた頃から、政権交代は時間の問題になっていた。ここでは、その様子的一端を回顧してみよう。

野党時代の民主党が最大の争点とし、抜本改革を唱えてきた年金は、今回の一体改革案の中で現行制度を継承し、自公政権下で示されていた改革を軸に進めていくことが確認された。年金の抜本改革を唱えていた彼らは、過去、どういう発言をしていたのか。

現官房長官の枝野幸男氏は、2004年4月に、「(現行の公的年金制度は)間違いなく破綻して、5年以内に変えなければならない」と言う。そして、現民主党幹事長の岡田克也氏は、2005年当時は民主党の代表であったわけだが、その代表は、「国民年金制度は壊れている」とも言っていた。

2005年、「年金制度をはじめとする社会保障制度に関する両院合同会議」が開かれることになる。そこで、枝野氏は、「私たちは、新しい制度をある意味で白地に書きたいと思っています」と言う。もともと、まったく新しい制度を作るといえども、民主党の年金改革案は、基礎年金の全額を消費税でまかなう最低保障年金を創設すると主張していたわけであるから、その税財源をどうするかという課題に直面することになる一はずである。この課題に関して、両院合同会議で、自民党の丹羽雄哉氏が、枝野氏に適切な質問をする。

民主党さんのマニフェストによりますと、足下で2兆7千億円に上る巨額な費用が必要になるわけでございます。これを、具体的にどのような財源を削減することによって2分の1を捻出するのか、これについてお答えいただきたいと思っております。

答えて、枝野氏は

難しいことではありません。政権をかえていただければ、やる気があるかどうかという問題であって、予算の組立方の枠組みで、今のように各役所の積み上げ方式で予算編成している限りは大胆な予算配分の変更は不可能です。枠組みをしっかりと決めて、その枠の中でやれということの上からおろすというやり方をすれば簡単にできることだというふうに思っています。一度任せていただければ実現をいたします<sup>4</sup>。

<sup>4</sup> 枝野氏のこの回答を受けて、質問者の丹羽議員が次のように言うのは当然であるような気がする

この基礎年金の国庫負担引き上げの問題は、政権交代後にも継続して論じられることになる。これについては、昨 2010 年 10 月、テレビに出演した海江田万里経済財政担当大臣（当時）は、ゲストによる「基礎年金の国庫負担の引き上げに要する 2.5 兆円をどうするのか」の質問に、「その話は今の年金のことです。我々は全く新しい年金を作るわけですから」と答える。政権交代して 1 年を経た後であっても、その場限りのごまかし発言が閣僚から飛び出していた。

基礎年金国庫負担引き上げ財源は、2011 年度予算編成においては、いったん鉄道・運輸機構剰余金や財投・外為の剰余金等の一時金で賄われることになったが、東日本大震災後に、これらの一時金は補正予算の財源として使われることになる。穴が空いた基礎年金国庫負担引き上げのための財源は、年金積立金で賄われることになった。

なお、民主党政権は、昨 2010 年 6 月の閣議決定「財政運営戦略」で、次を決めている。

構造的な財政支出に対する財源確保年金、医療及び介護の給付等の施策に要する社会保障費のような構造的な増加要因である経費に対しては、歳入・歳出の両面にわたる改革を通じて、安定的な財源を確保していくものとする。

2011 年度予算編成において、基礎年金国庫負担のために安定財源を確保しなかったのは、明白な閣議決定違反である。

ちなみに、政権交代後の 2009 年 11 月には、当時の長妻昭厚生労働大

---

る。

丹羽雄哉議員（自民党）於：2005 年 4 月 23 日、第 3 回両院合同会議

「一番の焦眉の急でございます国庫負担を 3 分の 1 から 2 分の 1 に引き上げるということに対して、私ども与党は真摯なスケジュールというものを示したわけでございますが、枝野議員は予算の編成のやり方次第でどうにでもなるというような、木で鼻をくくったような返答をなさったことは大変私は残念で、遺憾に思っておるような次第でございます。」

付け加えれば、2009 年総選挙で、丹羽氏は落選してただの人になる。そして枝野氏は今や官房長官で将来の首相候補—正直に生きるのがバカらしくなる立派な大人の世界である。経団連会長の言葉、「教育上具合が悪い」のは、何も退陣表明をした後も居座り続ける今の総理だけではない。

枝野氏の弁には、他にも特徴的なものがある。

枝野幸男議員（民主党）於：2005 年 6 月 6 日、第 4 回両院合同会議

「今一生懸命、民主党の（年金改革案に）数字がない、数字がないと大騒ぎをしておられますが、数字は簡単なんです。現役世代の平均納付額に対して、平均納付期間と納付期間終了後受給を始めてから平均寿命までの間の期間で割り算をすれば、1 カ月あたりの平均納付額の大体 2.5 倍から 2.6 倍ぐらいが受給額になると言うのはすぐに計算が出てくるということで、そこに、物価変動率とかそういうものに応じて変わってくる。」

そして、民主党の年金改革案は、今回の社会保障・税の一体改革案の中でも、具体的な数字はまったくないままである。

臣は、テレビで、「年金が破綻するってことは、一言も言ったことはございませんで、年金は破たんしません」と発言している。

財政については、元代表であるとともに、次期代表候補とも目されている前原誠司氏に、興味深い発言がある。『中央公論』08年7月号のことである。

仮にこのまま民主党が政権を取っても大変です。私は「君子豹変」しないかぎり、まともな政権運営はできないと思いますよ。今、民主党が最もしてはならないのは、国民に対して耳触りのいいことばかり言うておいて、仮に政権を取った時に「やっぱりできません」という事態を招くこと。

その後、彼も他の民主党議員と同様に、民主党の選挙戦略批判を控え、口を噤んで、「不作為の罪」の世界に入っていくことになる。

財政というのは、国家運営の根幹の問題である。そして、社会保障論というのは、要は財源調達問題である。増税をしなくても財政は大丈夫、社会保障の充実はできるという甘い言葉で国民を騙すという手法は、選挙には強いが、その後、確実に国家運営を行き詰まらせる。どうして、民主党は、財政と社会保障で大ウソをつくという選挙戦略に手を出してしまったのか。

先に、2005年段階で、枝野氏が、財源の問題は、「難しいことではありません。政権をかえていただければ、やる気があるかどうかという問題であって、一度任せていただければ実現をいたします」と発言していたのは見た。だが、それは、彼の政治家としての資質そのものの問題であり、党組織として、財源論議で確信犯的にウソをつくようになるのは、小沢一郎氏が代表になった2006年からのようである。

彼が代表になった年に政策マグナカルタが作られ、そこで、消費税を5%に据え置き、税込全額を年金財源に使う方針が確立されるとともに、財政再建目標が捨てられた。そして、2007年参院選マニフェストを作成するときに、小沢代表は「政権が取れば財源など何とでもなる」と作成者達に発破をかけたとのことである。

民主党の悪質な選挙戦略に強い影響を与えたもう1人に、大蔵省出身で、党内では財政通と認識されていた藤井裕久氏、現在の「民主党・税と社会保障の抜本改革調査会会長」が果たした役割は大きかった。藤井氏の発言については、今年1月の谷垣禎一自民党総裁の代表質問の言葉を紹介しておこう。

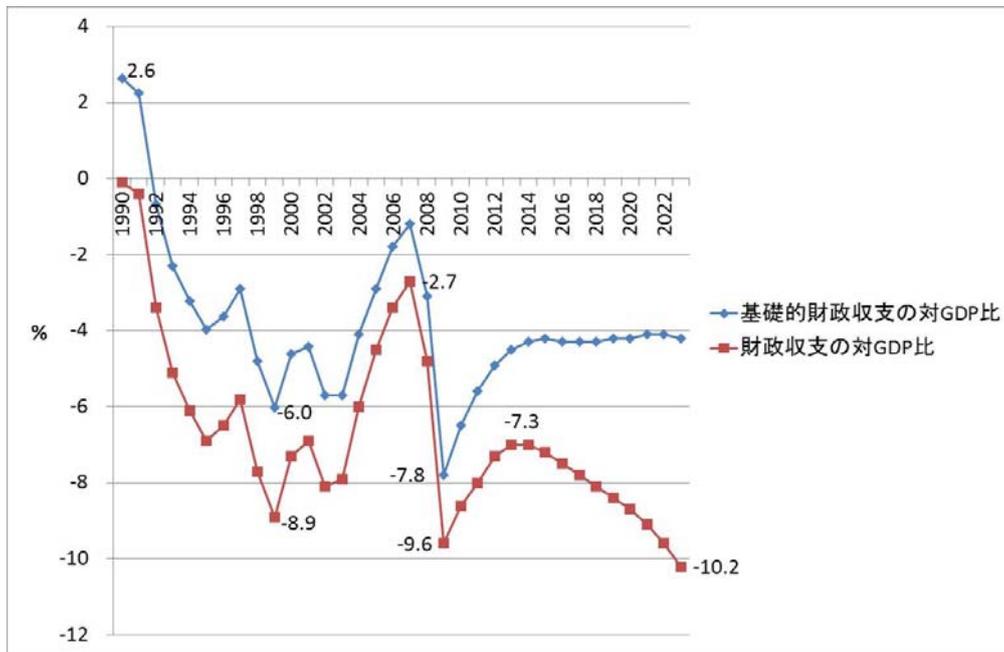
藤井官房副長官はかつて「総予算 207 兆円の 1 割から 2 割くらいは簡単に切れる」と豪語されましたが、何のことはない。政権交代の効果として切れたのは総予算の 1 割ではなく、目標額の 1 割に過ぎません。

政権交代間近になると、代表の鳩山由起夫氏の発言が目立ってくる。彼は 2009 年 6 月の代表選で、消費税については「議論さえすべきでない！」と絶叫して勝利し、7 月、マニフェスト発表会見の場で、次の発言をする。

当面の間は 5%で十分にまかなえるという試算が出ている。改めて、4 年間は増税の議論をする必要はないということは申し上げておく。

この発言がなされた 2009 年度の財政赤字の対 GDP 比は▲9.6%、基礎的財政収支の対 GDP 比は▲7.8%であった。消費税 1%の税収は GDP 比 0.5%に相当するので、彼が消費税の増税は「議論さえすべきでない」と言っていた 2009 年度は消費税率約 19%の財政赤字に相当し、基礎的財政収支は消費税率 16%程度の赤字であった。そして、過去から蓄積された公的債務等の対 GDP 比は、2009 年時点で 165%であり、鳩山氏が、何を根拠に、「4 年間は増税の議論をする必要はない」と言っていたのか、未だに誰も知らない。また、鳩山氏は、「消費税は 20 年間上げない」の発言もしていた。

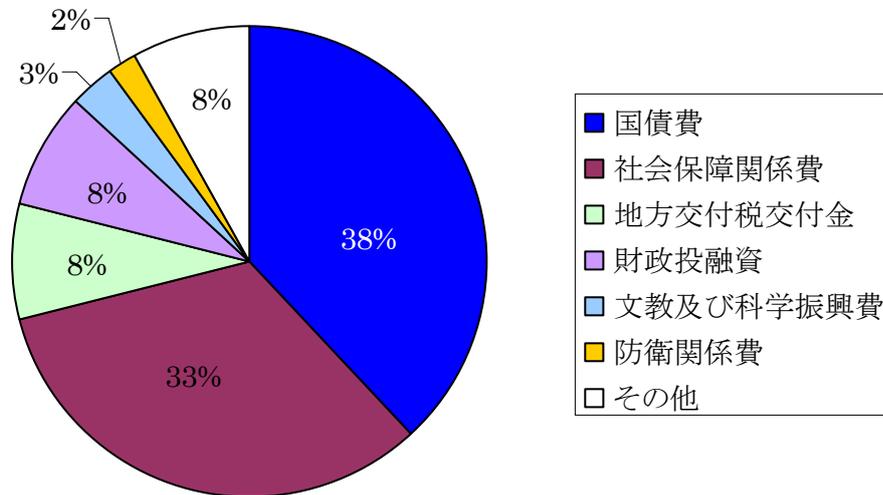
図 4. 基礎的財政収支と財政収支の対 GDP 比



出所：内閣府「経済財政の中長期試算」2011年1月21日より作成

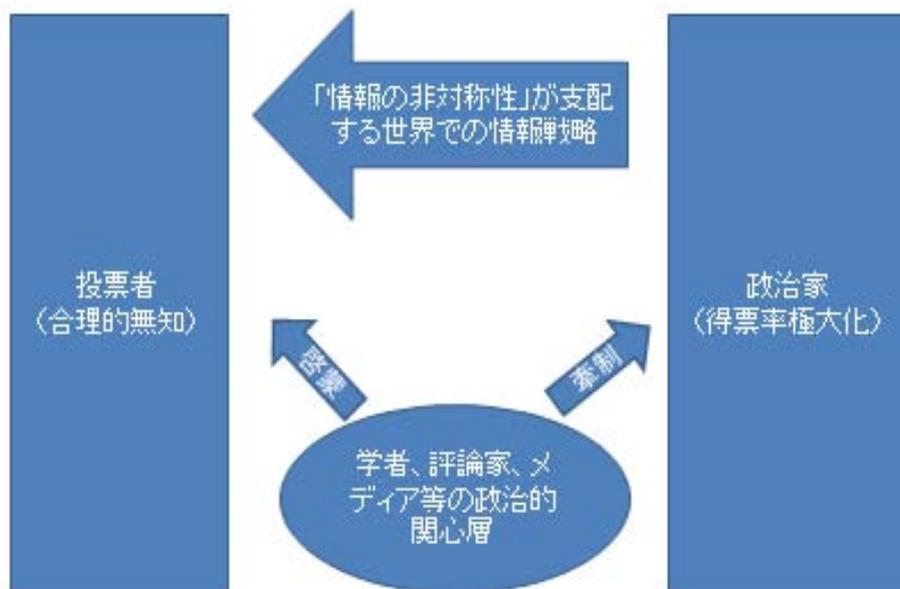
藤井氏は、歳出 207 兆円の 1 割くらい簡単に出すことができると言っていたのであるが、彼がそうした発言をした頃の 207 兆円の支出内訳は次のようになっていた。国債費（＝償還費＋利払費）は節約できず、社会保障を充実させるために社会保障給付費を削るのもおかしいし、地方交付税交付金を減らすのは難しい。私にはどこに 207 兆円の 1 割のムダが隠されているのか想像がつかないのであるが、メディアは藤井氏の発言に好意的であった。

図 5. 国の純支出 207 兆円の内訳（2009 年度）  
 国の純支出（＝一般会計と特別会計を足し合わせたもの）



さらに言えば、政治家の行動を牽制する役割を担っているはずの学者、評論家、メディアなどの政治的関心層（attentive public）が、当時の民主党議員の論をなんらチェックしようとしなかった。

図 6. 民主主義における政治的感心層の役割



むしろ彼らは、財源の裏付けもない民主党マニフェスト（本来の意味ではマニフェストと呼べる代物ではない）と、他の政党とのマニフェストを比較して、こっちの方がいいとかあっちの方がいいとってお祭り騒ぎに熱狂していた。政治学者、佐々木毅氏が率いる「21世紀臨調」などはその典型で、その影響力を考えれば、彼らの罪は相当に大きい。

政権交代後、財政運営、つまり国家運営が行き詰まることは事前に予測できたことであった。ところが、2010年1月に財務大臣に就いた菅直人氏は、就任直後の衆議院予算委員会で、谷垣総裁が増大する社会保障費を賄うための消費税増税について尋ねると、「逆立ちしても鼻血も出ないほど、完全に無駄をなくしたと言えるまで来たとき、必要であれば措置をとる」と答えている。30年の政治家人生の中で、日本の財政を勉強したことがなく、そのまま財務大臣になったのだろう。

民主党は、鳩山内閣の下でも、マニフェストの見直し（安楽死？）にとりかかっており、その任にあたったひとりに玄葉光一郎氏がいる。その玄葉氏は、2010年4月にテレビ出演した時、「今度の参議院選挙のポイント正直さだと思っています」と、2009年衆議院選挙が不正直だったことを吐露する発言をしている。その玄葉氏が、3日前、7月12日の『朝日新聞』で私との紙上対論の相手として、「財源についてはマニフェストに欠陥があった。高齢化に伴い、社会保障費は毎年1.1兆円ずつ自然に増えていくが、その分を考慮していなかったのは甘かった」と、ウソの上塗りをする。あのマニフェストの財源に関する欠陥は、そのようなものではない。彼が言っているのは、社会保障給付の自然増をカウントしていなかった、つまり、財政支出の伸び分を甘く見ていたという話だが、彼らのマニフェストの一丁目一番地は、予算の組み替えをすれば16.8兆円を生み出すことができるということであった。脱官僚・政治主導で16.8兆円を簡単に作るができるという、官僚嫌い・増税反対の国民にとって一粒で二度おいしい公約が、彼らのマニフェストの一丁目一番地であり、そこで浮いた財源で新規施策を16.8兆円分するということがあったのだから、16.8兆円を生み出せない限り、政権交代後の財政支出の伸び分や、税収減とは関係のない話である。

絶対王政とか専制君主であれば、君子豹変して前言を翻すことはできるのかもしれないが、民主主義で選ばれた人たちには、それはなかなかできるものではない。正直に前言をウソと認めて撤回すれば、あの時の選挙の正当性はどこにあるんだという話に当然なっていく。君子豹変というのは、権力が集中している君主の特権であって、民主主義の下での豹変は不可能に近い。だから、彼らはずっとウソを続けていこうと私は予測してい

るわけで、3日前の『朝日新聞』のインタビューで、中島みゆきの歌「永遠の嘘をついてくれ<sup>5)</sup>」の話をしているのはそういう理由からである。

### 3. あるべき社会保障の「設計図」と「見積書」は当の昔に出来ている

ボロボロの家をリフォームするにしても、どの程度立派な家にするかは費用がどれだけ捻出できるかという家計の状態に依存するのは当たり前の話である。国政においても、「あるべき姿」と「費用負担」という、本来は同時決定の話と同時に議論することは当たり前である。それが従来、国民生活の現場で何が起こっているのかにあまり関心のない財政論者と、自分たちの主張が財源調達問題であることに気づきさえしなかった“空想的”社会保障論者が、それぞれバラバラに議論していたことが問題だったのである。そこで、2008年の社会保障国民会議の委員になった私は、あるべき「医療」「介護」「福祉」、そして実行可能性のある「年金」の全てを含めた財政シミュレーションを求めた。「あるべき医療・介護」費用の試算方法を新たに開発したあの会議は、日本で初めて—あるべき医療・介護費用の中・長期試算という意味では世界で初めて—それを実際に行ったのである。

今さら議論せずとも、2008年11月の「社会保障国民会議」の報告書、この報告書を受けた同年12月の閣議決定「持続可能な社会保障構築とその安定財源確保に向けた中期プログラム」と、政権交代後の2010年3月に自民党が提出した「財政健全化責任法案」があれば、数値が入った社会保障・税一体改革の設計図と見積書は2025年くらいまで描くことができる。なお、自民党の「財政健全化責任法案」の内容は、2010年6月の民主党政権下での閣議決定「財政運営戦略」とほぼ同じである。そして今、彼らは社会保障・税一体改革に動いているように見えるが、それは、政権交代前の2009年3月成立の「平成21年度税制改正附則104条」、すなわち「消費税を含む税制の抜本的な改革を行うため、2011年度までに必要な法制上の措置を講ずるものとする」という法律に従ってのことである。

この一連の動きの元を辿れば、2004年年金改革法の附則で基礎年金の国庫負担については、「2007年度を目途に、所要の安定した財源を確保する税制の抜本的な改革を行った上で、2009年度までに実施する」に行き着く。約2.5兆円、消費税率で1%強を要する基礎年金国庫負担1/3から1/2への引き上げに関する2004年年金改革法の附則が、2007年11月福田内閣時の大連立構想の企てと失敗、その直後の社会保障国民会議創設

---

<sup>5)</sup> 中島みゆき：「永遠の嘘をついてくれ」、2006年

(福田首相の提案は 2007 年 12 月)、2008 年 12 月の閣議決定「中期プログラム」へと、政治を押し流して行くのである。そして、2004 年年金改革附則という「法律」の持つ「力」の実感—政治家をして消費税増税へと向かわせた力の実感—が、今の政府を縛っている 2009 年税制改正附則 104 条を着想させることになる。

なお、2008 年 12 月 24 日の閣議決定「中期プログラム」には、「消費税を含む税制抜本改革を 2011 年度より実施できるよう必要な法制上の措置をあらかじめ講じ」という文言がある。しかし、消費税増税の拘束力を高めるために、閣議決定を法律にしようとする、当時の自民党の中の上げ潮派が、「2011 年度より実施」、つまり、2011 年 4 月 1 日より実施という点に猛反発する。彼らの猛反発があったために、2009 年 3 月の平成 21 年度税制改正附則 104 条では、「平成 23 年度までに必要な法制上の措置を講ずる」と変わる。ちなみに、永田町・霞が関では、「平成 23 年度までに」＝「平成 23 年度中に」と解釈される。積極的に附則 104 条成立を主導した与謝野氏が、1 年後に離党する理由は、こうした上げ潮派との対立あたりにある。

#### 4. 政争の具とされてきた社会保障と税

先日、「社会保障と税の一体改革」の成案ができたが、同様の企画は、過去 3 回あった。「社会保障構造の在り方について考える有識者会議」(2000 年)、「社会保障の在り方に関する懇談会」(2004-06 年)、「社会保障国民会議・安心社会実現会議」(2008-09 年)である。これら 3 つの企画で、あるべき社会保障の姿は大差ない。今の政権下で進められている作業は、民主党がマニフェストで掲げた財政計画・社会保障改革案を、現実の世界、国力に見合った姿に引き戻す作業である。これら一連の国家的試みから垣間見える事実、財政の改革、特に消費税を始めとした増税は政治的に至難の技であるということであろう—何度やっても政治は振り出しに戻る。

政治の動きを見る限り、今回の一体改革成案の実現には程遠い。民主党は、2009 年の衆院選では、「社会保障国民会議」、「中期プログラム」を軸とした自公政権の社会保障・税一体改革案を全否定して政権交代を果たした。しかも、年金、高齢者医療、障害者福祉等については、いずれも現行制度を廃止して新しい制度を作ると約束し、脱官僚・政治主導で 16.8 兆円を捻出できるとマニフェストの根幹を公言した上、「消費税率の維持」を謳っていた。消費税については、民主党は、2009 年に、「政策 INDEX」に次のように書いている。

『消費税に対する国民の信頼を得るために、その税収を決して財政赤字の穴埋めには使わないということを約束した上で、国民に確実に還元することになる社会保障以外に充てないことを法律上も会計上も明確にします。具体的には、現行の税率 5%を維持し、税収全額相当分を年金財源に充当します。将来的には、すべての国民に対して一定程度の年金を保障する「最低保障年金」や国民皆保険を担保する「医療費」など、最低限のセーフティネットを確実に提供するための財源とします』

今となれば、彼らが言ってきたことは、国民の無知を見越してのただのウソであったことは周知の事実であるが、問題の根の深さは、これが実行可能性のない話であることを、当時から分かっていたいながら、確信犯的に彼らは公約として掲げていたことだ。

政治が、社会保障・税一体改革を実現するためには、政府は、先日の 6 月 30 日の成案で示されたように民主党が全否定した自公路線を受け入れざるを得ない。さらには、ねじれ国会の下では、民主党がその路線を全否定して敗退に追い込んだ野党の協力を得なければならない。はたしてそういうことは、現実の政治の場で起こり得るのか。

政治は何が起こるか分からない—しかしながら、次のことは言えよう。

今の野党が与党時代に骨格を作った社会保障・税一体改革案が、今の政府の下でスムーズに実現するとなれば、政治家はウソをついてでも権力を取った者が勝ちという話になり、今後一層、政治的モラルハザードが深刻化し、政治家の言葉を国民はますます信用しなくなって、日本の民主主義は真の危機を迎えることになるだろう。とは言え、逆の事態、つまり、野党が協力しないとなれば、日本の財政、経済は本当に危機を迎えることになる。他の可能性としては、こうした常識では考えられないことが政界で展開されている事実を国民は知らぬまま、今後も、絵空事を言っただけで国民を惑わす政治家にチャンスが与えられ、国運はますます傾く道もある。いずれにしても、日本は、実行不可能なメニューが並べられた 2009 年マニフェスト選挙の後遺症に、このままでは今後、ますます苦しめられることになる。

## 5. 前門の虎後門の狼

今の政権のおもしろいところは、まともなことを言おうとすると、一体改革案が、福田・麻生路線のそれに近づいてしまい、民主党の2009年マニフェストとの乖離が生まれてしまうということである。政府の一部は、福田・麻生路線と同じものを野党につきつければ、自公は拒むことはできまいと踏んでいるのだろうが、民主党のマニフェストは、福田・麻生路線の否定の上に建てた砂上の楼閣。ゆえに、福田・麻生路線の一体改革案を政府が掲げれば、それは完全にマニフェスト違反となってしまう。政府が考えている、自公を与野党協議という政府にとって有利な戦場に引っ張り出す戦術は、実に浅はかと私が評してきた理由はそのあたりにある。第2次菅内閣を作って与謝野氏を取り込んだ時、彼らは、野党という前門の虎は見ていたかもしれないが、党内にいる後門の狼がおとなしく従うと見ていたのだろうか—前門の虎対策としても浅はかすぎるのだが。

野党が権力を求め、政局をしかけるのは、政治家として当たり前の話である。我々にとって重要なことは、政局をしかける野党が、我々第三者から見て正論に見える理由を掲げているかどうかであり、残念ながら、民主党に政局をしかける野党の言い分の多くが正論になってしまうのである。これは、民主党が野党だった時になりふり構わず政局を仕掛けていた状況とはまったく違う。

今年の2月24日に書いていることだが（勿凝学問363所収）、「今の総理や与党は、不思議と相手の論を正論にしてしまうという大きな特徴を持っている。良いことなのか、悪いことなのか分らないけど、興味深い特徴ではある」—この特徴が、「政権交代の是非」以前に、「政権交代の仕方の是非」に由来して、この政権が根っこの部分で統治の正当性を持っていないことから生まれているように思える。選挙という、どんな人物でも先生に昇華させてしまう「神聖な儀式」を通過した人たちは、官僚を頭ごなしに怒鳴り付けることができるくらいに強い権力をもつことになる。だから、その「神聖な儀式」が、あまりにも卑怯な手段で穢されてしまうとすれば、その人物は先生ではなくなることになるのである。そのあたりが、私が以前から使っている選挙の正当性、統治の正当性という言葉と関係してくる。

昨年7月の参院選で、ねじれ国会となった。しかも、与党が衆議院で法案を再可決できる3分の2の議席を持っていない「真性ねじれ」であり、自公政権末期よりも国会運営は明らかに厳しくなった。ところが、首相が、有効な手を何も打たず新年を迎えたのは、なんとも不可解だった。

今年に入った1月5日、彼は突然テレビに出演して、「社会保障制度と一体で消費税を含む税制全体の改革に政治生命を懸ける」と発言。その数

日後の党大会では「社会保障・税の一体改革に協力しないのは、歴史に対する反逆行為だ」と演説する。彼の「野党対策」はこうした挑発行為ばかりであった。

事務局が準備した改革案は6月2日夕刻、内閣不信任案が昼過ぎに否決されて、なんとか発表にこぎつく。不信任案が可決されていれば、さまざまレベルで20回以上の会議を重ねた末にまとまった改革案は水泡に帰すところであった。

自公政権下の2005年から、消費税の社会保障目的税化、10年代半ばでの消費税10%への引き上げを唱えていた与謝野馨氏と柳澤伯夫氏の悲願は、改革案の中に「15年度までに段階的に消費税率を10%まで引き上げる」と書き込むことであった。

だが、民主党内の「増税はマニフェスト違反だ」「それでは選挙に勝てない」などの声に押し戻され、「10年代半ばまでに段階的に消費税率を10%まで引き上げ」という文言、しかも経済状況の好転という条件付きで成案となる。なお、議論が大詰めを迎えていた6月末、首相は消費税引き上げ反対の急先鋒たる国民新党代表の亀井静香氏に副総理を打診して断られている。

政治は気ままに無責任に動くものである。昔から、社会保障・税の改革、特に増税では、及び腰の政治家をいかにして現実に直面させるかが最大の課題であった。税については、政権交代前から、立派な「政治主導」が実現していた。その結果が、今や1,000兆円に近づきつつある公債の発行残高である。仮に長期利回りが1%上がれば、いずれ公債費だけで年10兆円、消費税率4%超の追加支出が必要となる。巨額の借金で、日本の財政は金利の上昇に極めて脆弱な体質になってしまった。

そうした中で出された今回の改革案は、消費税率引き上げ幅5%のうち、4%分は財政赤字の穴埋めに充てられ、社会保障の機能強化に使うのは1%。しかもその内容は、自公政権時代の「社会保障国民会議」などの結論とほぼ同じ。試算では、仮に15年度に消費税率5%の引き上げが実現できても、国・地方の基礎的財政収支は、消費税率7%を超える税収に相当する大赤字のままである。

とにかく、次の選挙で生き残ることを本能とする政治家たちに、国民に不人気だが必要な中長期的な国家運営の課題に着手させることは不可能に近い。しかし、やらなければならないことは、とうの昔から決まっている。いかなる政治状況になっても改革が実現できるよう、粘り強く準備を進めていくしかない。

政治の論理ゆえに、何度やっても振り出しに戻される徒労感を抱きなが

らも、使命感に支えられて、これまで繰り返し尽力してきた名もなき人たちに、この国の命運は託されている。

## 6. なぜ、消費税なのか

社会保障と税の一体改革の最大のねらいは、消費税の引き上げである。なぜ、消費税なのか。

消費税が参考とした付加価値税は、前世紀半ばにフランスで発明された。この税のすごいところは、他の税と比較して圧倒的に強い財源調達力をもっていることである。この付加価値税の発明こそが、西欧諸国の福祉国家を生んだとも言える。逆に、この税に類する消費税でさえ、しっかりと利用しきれないままに福祉国家のマネをしてしまったため、日本の財政は散々な目に遭っているのである。

たとえば、現在、消費税は1%で税収2.5兆円を得られるが、相続税は1.4兆円程度の税収しかなく、相続税を強化しても消費税1%分に到達するのは難しい。所得税の最高税率を1%上げて350億円程度、消費税1%で得られる税収の1.4%分しか得られない。最低税率5%辺りでは納税者が多いので、そこを1%増税すれば6,200億円の税収になるが、それとて消費税率1%の税収の25%。それに増収額が多いからと言って低所得層にも課される最低税率を引き上げるのは、消費税の増税以上に難しそうである。

ところで、昨年6月のG20サミット宣言で、参加国の財政再建目標が決められた。それは、「2013年までに財政赤字を少なくとも半減させ、16年までに政府債務の国内総生産比を安定化または低下させる計画を実施する」であった。日本の国の財政赤字は、2009年度44.4兆円、10年度40.8兆円。これはそれぞれ消費税で、18%、16%に相当する。G20サミット宣言にあるように、2013年までに財政赤字を半減、16年までに財政の黒字化など絶対に不可能なほどに、日本の財政は惨憺たる状況にある。ゆえに、日本はサミット宣言を守らなくてもよいとされた。

しばしば、1997年に消費税率を3%から5%に引き上げたら、景気が悪化して、税収が激減したと言われる。たしかに、消費税率を4月に引き上げた1997年には国税は1.9兆円増えているものの、翌年度に4.5兆円落ちた。だが、あの時に税収が落ちた主因は、1997年7月のタイ・バーツの下落を引き金としたアジア通貨危機による経済環境の悪化である。その影響が1998年度には大きく現れ、日本は実質マイナス成長に陥って、税収が激減したのである。

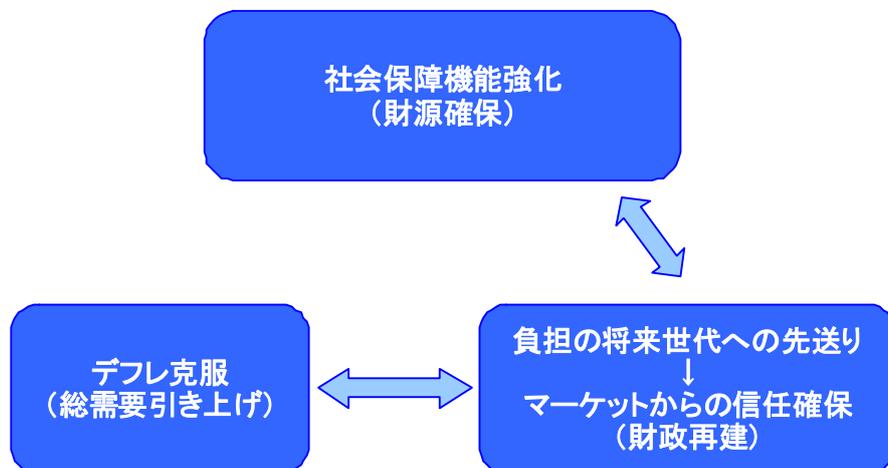
また、消費税引き上げの際には、食料品への軽減税率を設けると言えば、なにか分別のあることを言っている人という雰囲気があるが、理想的な福

社国家として論じられるデンマークの付加価値税は 25%で、食料品にも 25%が適用されている。彼の国は低所得者対策を家計が消費する段階で行うのではなく、社会保障の給付段階で行っている。食料品は、どう考えても高所得者の方が多く購入するし、軽減税率を設けるとすれば、同じ税収を得るのに高い税率が必要にもなる。ゆえに、食料品に軽減税率を設けないデンマーク方式は、EU 諸国の中で高い評価を受けており、それを設けた国々は後悔しているのが実情なのである。

## 7. 我々が次世代に残した未来

東日本大震災が起こる前、日本の経済財政が直面していた課題は財政再建、社会保障機能強化、デフレ克服の 3 つであった。これら 3 つの課題は、それぞれ繋がりをもっている。たとえば、いま増税をして増収額をすべて財政再建に回せば、社会保障の機能強化は実行できない。のみならず、納税者が資産や貯蓄を減らして増収額を支払わない限り、総需要が減少するためにデフレは加速する。他面、増収額をすべて社会保障に充てれば、市場は政府の財政再建姿勢を疑う。

図 7. 日本の国難



これら 3 つの問題に同時に取り組む方法として、私は、消費税を毎年 2%ずつ段階的に上げていくことを提案してきた。

公共政策にヒト、カネ、モノという資源を送り込む、日本経済の兵站、ロジスティックスを担当している者たちがおそれていることは、国内の成長分野に資本が振り向けられることもなく、日本の国債市場がマーケットから見放されて資本が逃げ、国債価格が低下し、長期金利が上がることで

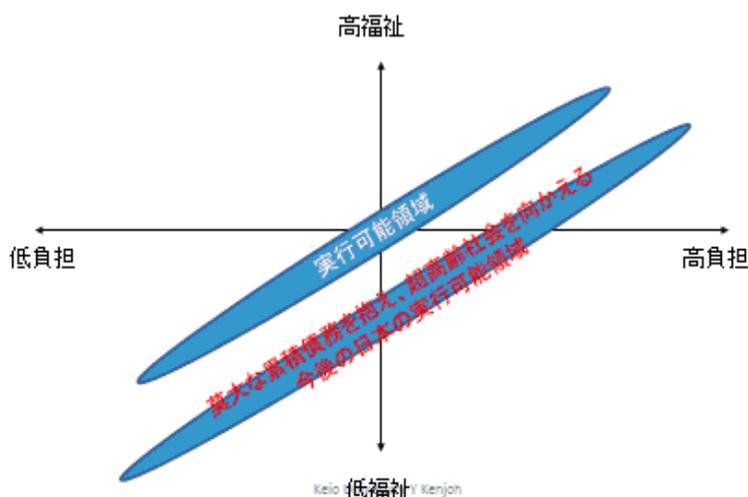
ある。そうなれば国債費が高まり、その費用が財政を圧迫、そこで税収の伸びが期待できなければ、公共政策に資源を送り込むことが難しくなる。今年度の国家財政（一般会計）では、国債費は歳出の 23%を占めており、最大の支出項目である社会保障関係費 31%に次ぐ規模である。税収増を伴うことなくこの国債費が肥大化してしまうと財政運営が立ちゆかなくなる。

日本では、国・地方の債務が GDP の 2 倍近くになっており、先進国では群を抜いて高い。財政が破綻したギリシャのこの値は 1.2 倍程度であったのだが、なぜ、日本では GDP の約 2 倍の債務を抱えているのに債券市場はまだマーケットから信認されており、結果、低金利が維持されているのか。主な理由を二つほどあげることができる。第 1 に、日本の国民負担率が低いために、この国が本気を出して財政再建を行えば公債の不履行にはならないと期待されているからである。第 2 は、よもや日本の中央銀行が、意図的に公債を減価させる政策をとることはない信頼されているからである。

なお、過去に積み上げた莫大な累積債務とリーマン・ショックで大きく毀損した財政に加え、少子化が北欧より急ピッチで進んでいることも視野に入れば、私たちは、北欧の「高負担・高福祉」などは到底望めず、次世代には高負担では中福祉、中負担では低福祉という未来しか残せないのが現実。

「増税しつつ、社会保障費は抑制せざるを得ない」という悲しい未来はそう遠くないところまできている。しかし、現段階で負担増への合意ができれば、社会保障の綻びを修復しつつ、財政再建を果たせる可能性はある。

図 8. 我々が次世代に残した未来



日本は、高齢化水準は世界一だが、国民負担率は相当に低く、公務員の数も極端に少ないことは、各種統計から明らかである。多くの国民が信じているように、政府が大きすぎ、そこにムダが多すぎたために、莫大な借金を抱えたわけではない。ただ単純に、国民負担率が低かったから財政の今の惨状を招いたのである。マーケットは、日本は国民負担率を上げさえすれば大丈夫とみて、政治の動きを注視している。今後ともマーケットからの期待と信頼を裏切らない財政運営とは、具体的にいかなるものなのか。

## 8. 福祉国家実現の負担とは

今後必要となる財源規模の算出方法は複数あり、ここでは、財政健全化目標との関係から迫ってみる。2010年6月の閣議決定「財政運営戦略」で、2021年度以降において国・地方の公債等残高の対GDP比を安定的に低下させるため、国・地方の基礎的財政収支を、2020年度までに黒字化することが目標とされた。

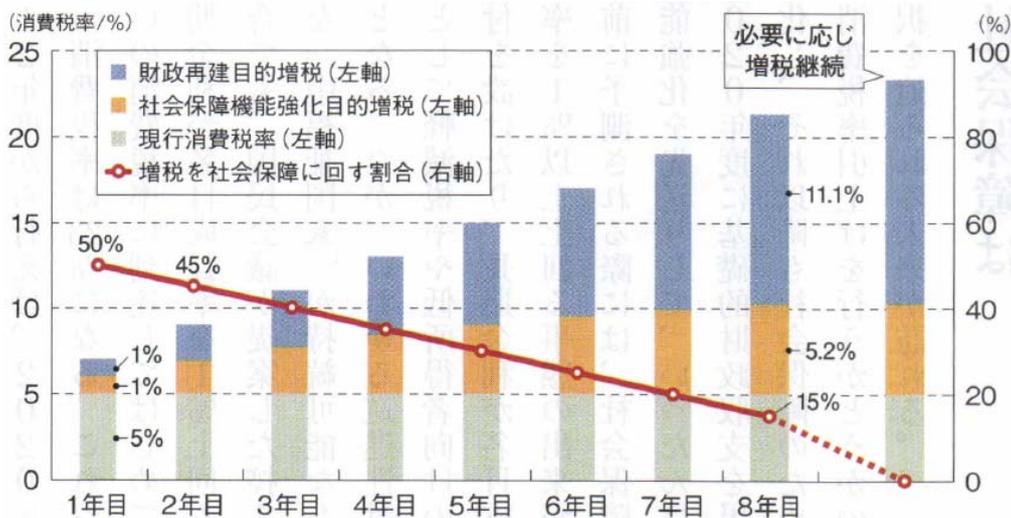
内閣府が2011年1月21日に公表した試算の「慎重シナリオ」（現在の税制・財政運営の下での、実質経済成長率1%台、物価上昇率1%弱の慎重シナリオ）では、2020年度の国・地方の基礎的財政収支は23.2兆円の赤字と見込まれている。一方、2020年度の消費税率1%当たりの消費税収を試算で想定されている名目成長率を元に算定すれば2.9兆円となる。消費税率を引き上げる場合には、物価上昇を通じて政府が物資を購入する際の歳出も増加し、消費税引き上げによる財政健全化効果が減殺される。2006年6月の財政制度等審議会では、この減殺効果について当時の消費税収が1%当たり2.6兆円であったところ、実質的に2.2兆円にまで減少しているとしている。ここでも同様の減殺効果が生ずると仮定すれば、実質的な消費税増収は、1%当たり2.4~2.5兆円となり、国・地方の基礎的財政収支黒字化の達成のために2020年度には10%近い消費税率の引き上げが必要と計算される。

名目成長率を長期金利が下回るという仮定を置けば、その後、公債等残高/GDP比は安定的に低下する。だが、現実の経済では、名目成長率を長期金利が上回る場合がある。2020年度以降、金利が成長率を1%上回ると仮定した上で、国・地方の公債等残高の対GDP比を安定化させる政府の目標を達成しようとするれば、対GDP比で少なくとも2.2%を超える基礎的財政収支の黒字が必要となる。この額は、消費税に換算すれば5%超に相当する。公債等残高のGDP比を安定化できる消費税率の水準は、名目成長率と長期金利の動向次第であるが、2020年度において15~20%超となる。

この試算には、「社会保障歳出は高齢化要因で増加」、いわゆる自然増が想定されているが、社会保障の機能強化は加味されていない。「社会保障国民会議」が2008年11月に提示したかなり控えめな「中福祉」を実現することを考えてみよう。国民会議は、現行の社会保障制度の非効率な側面を直視していた。ゆえに、現行の社会保障を相似形で拡大するのではなく、病床数や在院日数の大幅削減を行うなどの効率化を図りながら、選択と集中を織り込んで「社会保障のあるべき姿」を描き、その必要額を、今後の追加額として試算した。その額は、消費税に換算して、2025年度で5%（社会保険方式の基礎年金を前提）である。

ただし、この消費税5%は、「自然増マイナス効率化プラス機能強化」に要する額である。2020年度までの公費の自然増が3%と別途計算されていることを勘案すれば、純粹機能強化（機能強化マイナス効率化）は消費税率2%となる。そこで内閣府試算と国民会議試算で重複計算されている自然増を考慮すれば、2020年度に基礎的財政収支の黒字化が達成される消費税率の水準は17%~22%超と計算される。

図9. 財政再建と社会保障機能強化を両立する消費税増税案



注：消費税を毎年2%ずつ段階的に上げていき、マーケットに物価上昇期待を醸成する。増税額の用途は、初年度50:50で社会保障機能強化と財政再建に振り分け、2年目は45:55、3年目は40:60と財政再建に回す分を漸次増やしていく。9年目以降は財政再建の見通しが立つまで必要に応じて継続。なお、社会保障の自然増は機能強化の一部として計算。  
出所：「震災復興と社会保障・税の一体改革両立を」『WEDGE』2011年5月号

私が提言してきた毎年度 2%の消費税率引き上げを 2012 年度から行えば、2020 年度の消費税率は 23%になる。これぐらいの消費税率を達成してはじめて長期金利が名目成長率を 1%上回っても、国民会議が提案したささやかな社会保障機能強化と財政安定化の両立がぎりぎり可能となる。しかし、軽減税率や低所得者向けの給付を設ける場合や、長期金利が名目成長率を 1%以上上回る事態の出来が事前に予測される場合には、社会保障機能強化を先送りして、いったんは 2020 年度に基礎的財政収支を黒字化し、それ以降も消費税率引き上げを行うかどうかの選択に迫られることになる。

## 9. 新たな社会保障改革の必要性

「社会保障国民会議」が 2008 年に報告書を出して 3 年近くが過ぎた。2009 年に行われた年金の「財政検証」では、デフレを一時的な現象とみなして設計されていた年金制度の弱点が示された。2004 年から 2009 年の間に、現役世代の賃金が低下しているのに、給付額が据え置かれてしまったため、年金の所得代替率が上昇したのである。そう遠くない将来にはインフレに悩まされる日が来るかもしれないが、低年金者への配慮を行いつつも、早急に、デフレ下でもマクロ経済スライドが機能する準備はしておくべきであろう。また、高所得者への基礎年金への国庫負担を返還してもらうクローバック制度の導入は検討する必要がある。

さらには、財政の持続可能性が確保されるまでは、日本の財政は非常事態とも言える。公的年金は、物価上昇に合わせてその額が自動的に改善されることになっているが、今後の消費税引き上げ過程では、その影響による物価上昇分については、年金額の多寡に応じて全額を反映させないことも考えたい。支給開始年齢についても検討の余地がある。現在、男性で年金を受給し始める場合、厚生年金の報酬比例部分が 60 歳から、基礎年金については 65 歳からであるが、2013 年度から 12 年間かけて報酬比例部分の支給開始年齢を引き上げ、1961 年度生まれからは、65 歳からの受給になる（女性は 5 年後れスケジュール）。労使に定年延長に協力してもらいながら、支給開始年齢を 67 歳もしくはその先まで引き上げる必要があるのは言うまでもないが、現在の支給開始年齢引き上げのスピードを早めることも考えられよう。

医療保険では、保険料率が高くなる原因が、医療費の増加ではなく賃金の低下によって起こる現象が目立ってきた。この問題は、持てる者が持たざる者を助ける仕組みの強化で対応すべきである。健保組合の 2009 年度の保険料率は、最低 3.12%、最高 10.0%と 3 倍以上の開きがあり、協会け

んぽの保険料率は、2009年度 8.2%から 2011年度 9.5%に上昇し、今後も引き上げが見込まれている。医療保険料率そのものは、ドイツ、フランスの 14%前後と比べれば低いが、日本ではせめて前・後期を含めた高齢者医療制度の領域だけでも、持てる保険者が持たざる保険者を支援する仕組みの強化は必須である。

医療給付面においては、混合診療の解禁が話題に上るだろうが、混合診療の全面禁止でもなく全面解禁でもない「保険外併用療養費制度」が現実には運営されている。これは、「管理された混合診療」とでも呼べる制度であり、今後は、この制度を始点として深みのある議論を行ってもらえればと思う。さらに医療費の免責制度も検討に上るであろう。この問題は、たとえば 500 円の免責では医療費抑制効果が 0.5 兆円との試算もあり、いかにも効果が小さく、自己負担額による受診の反応は低所得者では大きいことも視野に入れた上で評価を定めたい話である。

なお、日本の人口高齢化は急速だが、合計特出生率を 1.26 程度という慎重な仮定を置いた下でも、2050 年あたりからは各年齢の人口構成比率は定常状態に入る。定常状態に到達するまでの間の負担の平準化を、年金は積立金で行い、医療や介護は、高齢者にも保険料を負担してもらい高齢化が進めば高齢者層による負担割合が高くなる仕組みを設けることで調整することになっていた。ところが政権交代後、医療介護における高齢者の保険料負担を免除する改革への動きが目立つ。この動きは正さなければならない。日本で年金を先行して充実させたのは、保険の長所を保ちながら運営される医療そして介護保険に、高齢者も被保険者本人として加入してもらったためであったことも付け加えておく。

マーケットに向けて、日本が財政的に持続可能であるメッセージを出し続けることは、現場で努力されている人たちに資源を送り届けるために極めて重要なこととなる。戦争で戦況優勢とみせかけなければ、国債で戦費調達が難しくなるのと同じである。マーケットが日本の財政再建姿勢をどう評価するか。今、マーケットが日本の政治に寄せている期待を裏切れば、マーケットは、次には我々の生活そのものに情け容赦ない仕打ちをするおそれがある。幸いにも、日本の国民負担率は分不相応に低く、日本にはまだ余力があるとマーケットは見ている。マーケットの信認がある間に、速やかに国民負担率を引き上げるしか道はない。

昔から、兵站を担当する者たちは、前線で闘う人たちからいつも疎まれてきたわけだが、兵站、ロジスティックスは、現場を成り立たせる必要条件として欠くことができないことである。

## 10. 一里塚としての2015年を目標とした一体改革成案

福田・麻生内閣で負担増のビジョンを示した自民党は、野党に下っても負担増路線の旗を下ろすことなく、財政運営に対して、民主党よりも先手を打っている。日本の憲政史上、野党が増税を求めるといのはじめての事態が起こっている。

具体的には、自民党は2010年3月19日に参議院に「財政健全化責任法案」を提出し、それが通常国会で廃案になると、それを補強した法案を、2010年10月26日に衆議院に提出している。ここで我々が知っておきたいことは、自民党の「財政健全化責任法案」の財政健全化目標と、菅内閣発足直後の2010年6月22日の閣議決定「財政運営戦略」の財政健全化目標そのものは、同じだということである。

表1. 自民党と政府の財政健全化目標

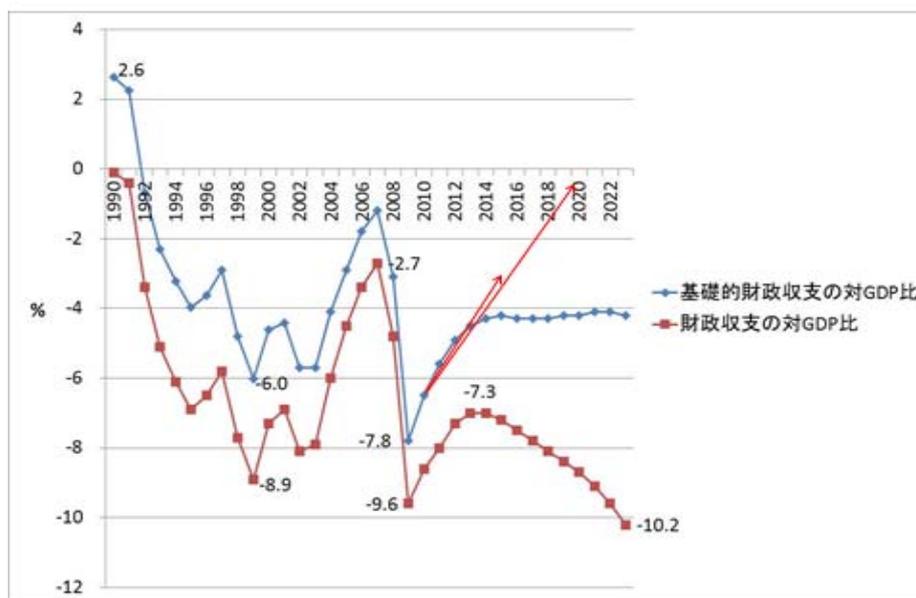
	自民党	菅内閣閣議決定
	「財政健全化責任法案」	「財政運営戦略」
	2010年3月17日	2010年5月22日
	参議院に提出	閣議決定
基礎的財政収支の対GDP比を2010年度のマイナス6.5%の2分の1に	2015年度まで	2015年度まで
基礎的財政収支の黒字化	2020年度まで	2020年度まで
国・地方の国債等残高のGDP比を安定的に低下する財政構造の確保	2021年度以降	2021年度以降

なぜ、ここまで同じなのか？

考えられることは、実行可能性を考えれば、誰が考えてみても財政に関する政策解は自ずと収斂し、自民党政権時代に財務省も含めて一致した政策解に、政権交代後の民主党も同意せざるを得なかったというものである。

内閣府が今年1月21日に発表した「経済財政の中長期試算」によると、現在の税制・財政運営を続ければ、実質経済成長率1%程度の慎重シナリオの下では、国地方の基礎的財政収支赤字の対GDP比は2015年度4.2%、2020年度4.2%になるであろうことが示されている。

図 10. 経済財政の中長期試算と財政健全化目標

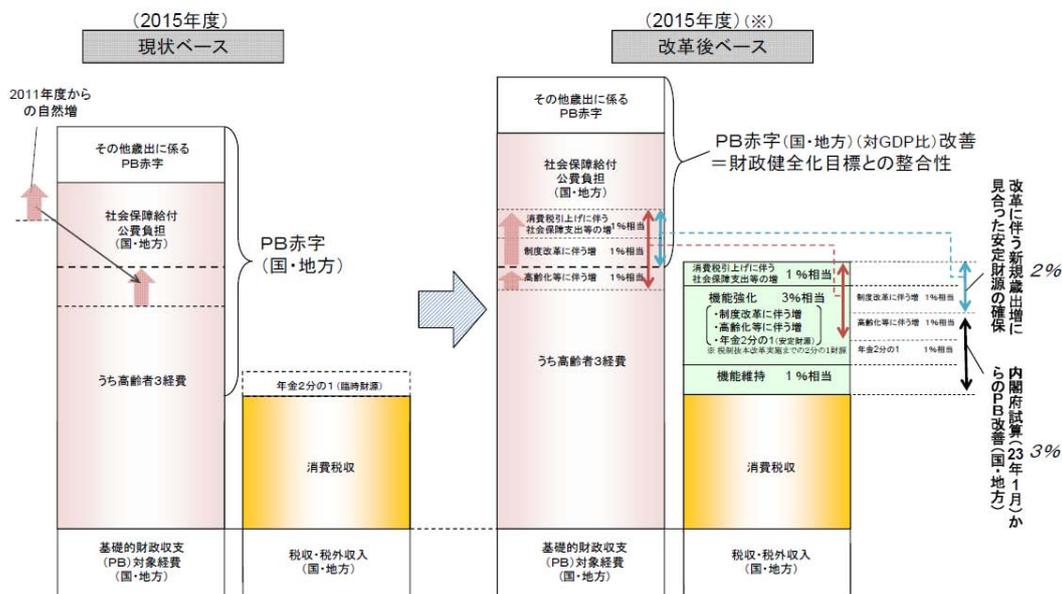


出所：内閣府「経済財政の中長期試算」2011年1月21日より作成

したがって、自民党の「財政健全化法案」や政府の「財政運営戦略」の目標通りに、2015年度までに、基礎的財政収支の対GDP比を2010年度のマイナス6.5%の2分の1にするのであれば、必要な収支改善幅は、2015年度でGDP比1ポイント、2020年度で黒字化するには4ポイント程度。それ以降、公債等残高の対GDP比を安定的に低下させていくには、4ポイントを上回る収支改善幅が必要となる。金利が成長率を上回れば、必要改善幅はさらに拡大する。

2週間前に一体改革が閣議報告された。この改革案は、閣議決定「財政運営戦略」の「基礎的財政収支の対GDP比を2010年度のマイナス6.5%の2分の1にするので」に沿ったものである。予定されている5%の消費税引き上げの用途は、次のようになっている。

図 11. 一体改革成案における消費税 5%増税分の使途



出所：「社会保障・税一体改革成案」平成 23 年 6 月 30 日、政府・与党社会保障改革検討本部決定

消費税率を 5%へと引き上げている中で、実際に機能強化に使われるのは 1%分の 2.7 兆円（機能強化は 3.8 兆円で、1.2 兆円を社会保障の改革で捻出）でしかなく、残りの 4%分は機能維持や自然増分で、これまで赤字国債で負担していたものを消費税分で振り返るものとなっている。その内訳は、基礎的財政収支の改善が 3%分あり、消費税の導入による物価上昇分が 1%である。

基礎的財政収支は、一般会計の財政支出から国債費という過去の借金に対する返済分を差し引いた額である。ゆえに、基礎的財政支出は、我々が今受けている政府サービスに対する料金と考えることもできる。その料金を我々は今、GDP 比で 6.5%分、つまり消費税に換算して 13%分ぐらい支払っていない。皆、政府のサービスに対して不満を持っているかもしれないが、その程度の公共サービスに対しても、追加的に 13%分ぐらい消費税を払わないことには、我々は料金を払ったことにならず、支払いを将来世代に先送りしていることになる。

成案の中で重要な言葉は、次である。

これらの取組みなどにより、2015 年度段階での財政健全化目標の達成に向かうことで、「社会保障の安定財源確保と財政健全化の同時達成」への一里塚が築かれる。

「財政再建と社会保障機能強化を両立する消費税増税案」(図 9)での私の試算は、財政運営戦略に記された「2020 年度までに基礎的財政収支の黒字化」を目標としたものである。今回の 2015 年、消費税率 10%が、財政再建の一里塚であることは当たり前である。

なお、2008 年 12 月の閣議決定「中期プログラム」以来、消費税を社会保障目的税とすると明文化されており、今回の一体改革案でも継承された。しかしながら、消費税ほどの財源調達力を持つ基幹税を目的税化して、本当に、将来、基礎的財政収支を黒字化することができるのか。近く、そのことも議論の対象となるであろう。

最後に、これまで政争の具とされてきた年金に触れておけば、一体改革の成案には 09 年マニフェストの目玉だった所得比例年金(社会保険)と最低保障年金(税財源)からなる「新しい年金」は「国民的な合意に向けた議論や環境整備を進め、実現に取り組む」と記されているにすぎない。これは、彼らのマニフェストの「新しい年金」は実現できないことを見通せる人たちが、民主党の面目を保つために、改革を 2 段階に分けて、「新しい年金の創設」を第 2 段階、すなわち永遠の課題に位置づけただけの話である<sup>6</sup>。

---

<sup>6</sup> 一体改革の責任者であった、与謝野前社会保障税一体改革担当大臣は、『週刊社会保障』2011 年 12 月 12 日号で次のように述べている。

「日本の年金制度をいじくり回せば、もっとよい制度ができるというのは嘘です。民主党がマニフェストに掲げた案はおそらく使いものにならないでしょう。成案では、一応看板だけ残していますが、あれは墓碑銘です(笑)。年金を受け取る側のトータルと保険料を払う側のトータルはイコールです。受け取る側が増えれば、払う側も上がります。非常に単純な構造であり、制度を変えることで、もっとうまくできるという話ではありません。現在の制度に大きな欠陥があるわけではなく、歴史的にもこなれている制度です・・・」

## 追記 1

新春特集 インタビュー「大切なことは考え抜いた制度を作ること」『年金時代』2012年1月号（No.604号）より

年金を政争の具とした政治家は選挙で責任をとってもらおう  
—最後に、一体改革について一言お願いできますか。

与謝野さんをはじめ、自公政権時の社会保障国民会議・安心社会実現会議の座長や部会長、そして当時の事務局のみなさんが民主党を助けて作り上げた一体改革成案、あの動きに目立って抵抗していたのは、古川元久さんですね。その彼が、与謝野さんの後の大臣になっている。首相の任命責任に属する話です。古川さんは、これまで長く民主党の年金戦略を担当していたわけですが、彼らから見れば、与謝野さんが、社会保障の専門誌で、民主党がマニフェストに掲げた案はおそらく使いものにならない、成案では看板だけは残しているが、あれは墓碑銘だと言ったことは、聞き捨てならないはず。

民主党は、年金を政争の具として政権交代を果たし、結果、日本の政治をぼろぼろにしてしまった。このまま誰も責任をとらないんでしょうかね。

彼らは今、13年に年金の改革法案を出すと言っています。民主党は04年に、スローガンに掲げただけの、わずか11頁の法案を出したことはありますが、あれは普天間で「最低でも県外」と言ったのと同じレベルの話。年金をどこに移設するのか？我々は、彼らが出す改革の具体案を7年間も待っている心待ちにしています。実は、今年5月に民主党は非公開の場で、年金改革に要する財政試算を検討していますが、その結果があんまりだったので、彼らは試算を封印しました。13年には、解散総選挙に間に合わないかもしれないので、早く法案を出してもらいたい。今や年金での民主党の卑怯なやり方を強く蔑んでいる新聞・経済誌の記者の前に彼らの具体案を示して初めて、民主党議員の責任の大きさが明らかになり、有権者は選挙に臨むことができるんじゃないでしょうかね。

## 追記 2

### 勿凝学問 373

そのウソは、人として本当について欲しくないんだけどなあ、民主党には本能寺の変の報を受けた秀吉の心境だったのかね

2011年11月2日

慶應義塾大学 商学部

教授 権丈 善一

僕が、講演なんかをしていて、いつも、なんか嫌になって、聴衆から目をそらして下を向いてしまう箇所がある。それは、民主党がマニフェスト不履行の理由として、東日本大震災をあげる話に触れるときである。脱官僚、政治主導で16.8兆円は簡単に出てくる、財源はいくらでもあると言ってきたウソをごまかすために、彼らは、東日本大震災を持ち出す。人として、絶対にやってはいけないことだと思うのだが、残念ながら現実には、彼ら、特にこの国の総理は、そう言う。僕は、あんまりだから霞が関方面に、質したことがある。答えは、財務大臣の時から野田さんは確信犯的に政治判断としてやっているとのこと。間違えているのならばまだしも、こうなれば、辛すぎる。

こういう話を、先日の谷垣さんの代表質問を見ていて、思い出したわけである。

谷垣禎一総裁 代表質問

2011年10月31日

民主党政権におけるマニフェスト施策の実現が進まないどころか後退、違背を繰り返すことによって、国民との契約違反の状態が続いています。野田総理はその不履行の要因として、景気後退による税収減、ねじれ国会、東日本大震災の3つを挙げています。しかし、これらは全て、無駄を排除して財源を確保することで施策を実施するというマニフェストの基本構造に対しては何ら関係がありません。どれが無駄の削減額を左右し得たのでしょうか。

彼らが、このウソをつくシーンを見ると、僕には、本能寺の変の報を受けた秀吉の心境が想像されて、なんだかゾッとする。このウソをつき続ける限り、民主党の君たちがあの惨事を千載一遇のチャンスと捉えたという仮説は、棄却されないんだよ。頼むから、止めてくれないか。

平成 23 年 9 月 16 日  
第 7 回医療政策会議講演録

## 医療保険財政と医療の産業化

学習院大学経済学部教授

遠藤 久夫



医療の産業化については、議論は2つぐらいである。昔は営利企業が医療事業をすることに対してどうであるかという話であった。その辺について、特に病院の営利・非営利の話について10年ぐらい前から7~8年ぐらい前までいろいろと調べたり物を書いたりなどとしたことがある。

結論から言うと、営利のほうがある意味、傾向としてだが、利益が出るころへ偏った企業行動となる。しかし、ある種の効率性の基準から見ると、非営利のほうが非効率だということはある。

その話が1つと、それから最近の産業化という点で出てきている議論は、医療は生産誘発効果、あるいは雇用の創出効果という点から見て、介護も含めてそれなりの効果がある。特に、介護の雇用創出効果は非常に大きいというようなことがある。このような実証研究はあるので、それは事実として認めざるを得ない。その後で、2つの考え方が対立している。

その1つは、本来こういうすばらしいものであるから、より公的な資金を投入して、むしろ医療や介護を伸ばしていくべきだという考え方と、もう1つは、保険料であろうと税であろうとそれほど投入できないのが現実だ。結局、その財源制約により、本来であるならば生産誘発効果・雇用拡大効果の大きな事業を小さいままにとどめてしまう。だから、その部分はもう少し市場原理というか、私的なお金を投入することによって拡大すべきだという意見である。この2つが対立していると理解している。昔の営利・非営利の話と若干違った形で、しかし、本質は変わらない対立構造がかつてほど先鋭的ではないが出てきている。

要するに、公的な財政負担というものが、現実問題としてどこまで可能なのかということの見極めは非常に重要な問題だと思われる。そこで、やや三題噺的に、その話と保険財政の話をつ結びつけてお話をさせていただきたい。

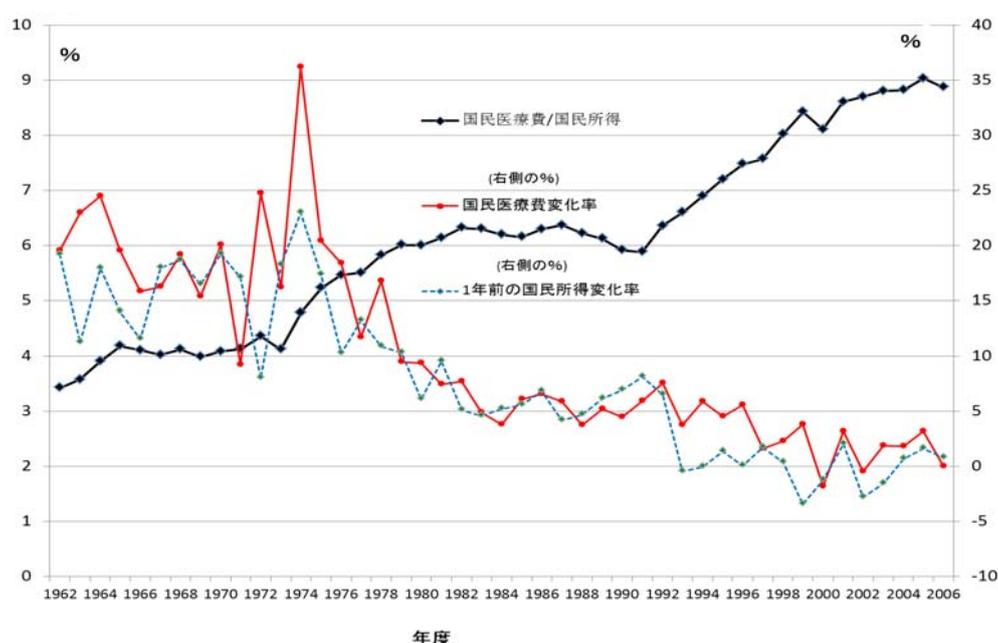
表 1. 総医療支出対 GDP 比の推移（1980 年-2006 年）

	1980年①%	2006年②%	②-① %	②/①
アメリカ	9.0	15.8	6.8	1.8
フランス	7.0	11.0	4.0	1.6
スイス	7.3	10.8	3.5	1.5
ドイツ	8.4	10.5	2.1	1.3
カナダ	7.0	10.0	3.0	1.4
オランダ	7.4	9.7	2.3	1.3
デンマーク	8.9	9.6	0.7	1.1
スウェーデン	8.9	9.1	0.2	1.0
オーストラリア	6.3	8.7	2.4	1.4
イギリス	5.6	8.5	2.9	1.5
スペイン	5.3	8.4	3.1	1.6
日本	6.5	8.1	1.6	1.3

「OECD Health Data 2009」より作成

これはよく言われているような GDP に占めるところの総医療支出の割合であるが、日本は非常に低い。1980 年から 2006 年の間をとっても、日本の上昇率は非常に小さい（表 1）。高齢化が進んでいるにもかかわらず、なぜなのか。他の国も高齢化は進んでいるが、それなりに上昇している。その答えはこのグラフが示している（図 1）。

図 1. 国民医療費の対国民所得費および国民医療費変化率と国民所得変化率



赤線は対前年の国民医療費の伸び率であり、青い点線が対前年の国民所得の伸び率である。これを見ると、非常に強い相関がある。赤線が青い点線よりも上に出ている部分の面積が大きければ大きいほど、国民所得に占める国民医療費の割合はだんだん増えてくるわけであるが、上昇傾向が不連続である。ぐっと上がって、少し平らで、またぐっと上がるというような形になる。ぐっと上がるころはどこかというところ、経済成長が急速に減速しているところである。スケールは1962年、国民皆保険直後からとっているが、まず73年のオイルショックにより高度経済成長が終わり安定成長に移行した時期がこれに当たる（図1）。

経済成長が鈍化しても医療費はすぐには下がらない。医療の需要と景気の動向は、本来独立していてもおかしくないような話であるから、そこに乖離ができる。その時期に国民所得に占める国民医療費はぐっと上がっていくわけである。ところが、そこで医療費の上昇を抑える施策がとられることによって、医療費はマイナスには当然ならないが、抑えられることになる。その結果、安定成長期では、国民医療費の伸び率と国民所得の伸び率が比較的同じような水準で推移した。

ところが、80年代後半にバブルが起きる。バブルが崩壊して、いわゆる失われた10年、失われた20年ということになるわけであるが、この間、最初の失われた10年ぐらいのところはある程度医療費の上昇率は下がっているが、高齢化も進んでいるので、所得の伸び率ほどには下がらない。そのため、このギャップが大きくなり、財政的に厳しくなる。そうになると、この値は急速に上がっていく。そして、また上昇を抑制するための施策がとられる。そして、一段と医療費の伸び率は低い段階になっていく。もちろん、物価水準が時代時代で違っているので、国民医療費の伸び率と国民所得の伸び率とが比較的近似的な動きをするというのは物価水準からもある程度理屈はつくが、それにしても非常に相関が高いということである。

このような施策がいいのか悪いのか、これは判断をする立場によって当然変わってくるわけである。基本的には、国民医療費30数%が公費であるから、予算から大きく逸脱をするような医療費の伸びは財政的に許容されない。そこで、どこまで行政当局が明示的に考えているかわからないが、医療費の増加を予算の枠に入るように、いろいろな施策がとられたのだと思う。これは、身の丈に合うように医療費をコントロールしたという点ではうまくやったと言えるが、医療の水準や医療の質という視点から見ると問題がある。高齢化の進展や医療の高度化を考えると、このような低医療費政策は問題があると言わざるを得ない。とりわけ、2000年以降の医療費の伸び率は、国民皆保険成立以来の最低水準を這っているから、さまざま

まな問題が生じ始めている。

さて、先ほどの、なぜ我が国では時系列的に見て GDP に占める国民医療費の割合があまり増えていないのかという問いに答えておこう。それは、日本経済の GDP の伸び率が大きく下がったので、それに合わせるように国民医療費の伸び率も下げたからである。

残念なことに、国民所得の名目成長率は、2000 年以降ほとんど伸びていない。マイナスですらある。これはほかの国と比べても珍しい。そういう状況の下、税収も落ち込み、社会保障費の負担を赤字国債の発行で補ってきたのが実態である。したがって、現在の経済環境の下では、医療費を増やすためにどのような財源を考えるべきか、という議論が非常にしづらくなっている。

「わが国の国民負担率、すなわち国民所得に占める租税負担と社会保険料負担の合計値の割合は低いから、まだ上げる余力はある」という意見がある。確かに日本の国民負担率は低い。しかし、国民負担率は低いから増税して引き上げようと言ったときに、そのとおりと国民が言うてくれるかどうか。保険料や税を増やすことに一般国民がどこまで容認するかということが肝心なところである。負担増について、社会的な合意が形成されれば、医療費の問題は大きく改善していくと思う。しかし、一般国民も医療費と負担との関係がよくわからないのが実情である。年金のようにお金の再分配であっても、負担と給付の関係がよくわからないところがある。まして、現物給付である医療の場合はさっぱりわからないというのが実態であろう。保険料は上がっている、自己負担も上がっているので、患者さんは、「負担が増えているのに、なぜ、サービスのクオリティは上がっていないのか」という印象を受けがちである。したがって、そこのところをはっきりさせないことには負担増の議論は前に進まないと思う。

経済状況と医療費との関係を時系列で概観してみよう。高度経済成長期は皆保険体制が確立したもののサービス提供体制が不十分であったため、体制整備のため医療費についてはある意味大盤振る舞いをした時期でもある。国民所得の伸び率を上回って、国民医療費は伸びた時代である。高度成長により財政的に裏づけがあったためできたのである。日本の戦後の医療提供体制が構築されていった時期だと言える。安定成長に入ると、国民医療費の増加率と国民所得の増加率はほぼ同じ水準で推移している。医療費と経済成長との関係で言えば、望ましい状況である。問題は、バブル崩壊後のこの失われた 10 年、20 年の時期である。バブル崩壊により、国民所得の増加率は、非常に急速に下がるわけであるが、それまでもある程度低い水準にあった国民医療費の伸び率は、急速には下げられない。そこ

で、成長率と医療費伸び率に大きなギャップが生じて、国民所得に占める国民医療費の割合が急上昇したのも失われた10年の時期である。そこで、2000年以降は新たな抑制策がとられることによって、その上昇率は国民所得の上昇率と近似する水準まで下げられた。ただ、それによって引き下げられた医療費の伸び率の水準というのは、過去最低水準であり、これがさまざまな問題を生み出している。

わが国には医療費を全体的にコントロールする仕組みはないので、様々な方法を使って医療費のコントロールが行われてきた。基本的には、医師会を始め、いろいろなステークホルダーが非常に力をもっているマーケットなので、医療費の上昇を抑えるということはなかなか前面に出しにくいというのが行政当局の考え方だったのかもしれない。そこで、日本の医療慣行が、外国、とりわけ欧米と違うところを世界標準に合わせるという考え方でいろいろな施策がとられた。病院の機能分化もその例である。一般病床から療養病床を分離して、急性期の患者と慢性期の患者で病床を分けた。これにより、長期入院患者のコスト削減を図ることができる。このやり方は、ある意味では成功したと言える。手挙げ方式であったが、多くの民間病院が療養病床へ移行した。ただ、機能分化は、さらにもう一段階あって、療養病床を介護施設へ転換する方針を政府は打ち出している。しかし、こちらの方は、ご案内のとおり、うまくいっていないのが現状である。

平均在院日数についても日本は長いということで、診療報酬による誘導などを通じて短縮されてきた。一般病床について見るならば、2000年の24.8日が2009年、9年間で18.5日に短縮している。「社会保障・税一体改革」のなかで、医療費が削減される項目の一つに、一般病床の平均在院日数の削減が挙げられている。尚、重要な医療費の増加抑制策としては自己負担率の引き上げがある。70歳未満が原則3割、70歳以上が1割という現状だが、これをさらに引き上げることには反対論も大きい。

また、比較的早い段階で実施されたのが薬剤費の引き下げである。当時、国民医療費に占める薬剤費の割合、すなわち薬剤費比率は3割ぐらいだった。一方、諸外国はその当時2割ぐらいだったので、薬剤費比率を下げる施策がとられた。具体的には、R幅が段階的に縮小されていき、既収載薬品の薬価が引き下げられていった。これにより薬剤費比率は低下してきている。しかし、R幅が2%まで縮小したため、医療機関に逆ざやが発生する可能性が出てきたり、卸の収益の問題とかが出てきて、このアプローチはもはや限界となった。この間、薬剤費比率は93年に28.5%だったものが2007年に21.7%まで下がる。ただし、この値は診療報酬の包括化による統計上の処理の問題があり、不透明なので、改善の方向で議論している。

これ以上の R 幅の縮小ができないので、薬剤費の抑制はジェネリックの使用促進に代わった。我が国のジェネリックの使用率は、諸外国と比べると非常に少ないので、そこで 2012 年に数量ベースで 30%に増やそうという計画である。

中医協で処方箋様式を変更したり、あるいはジェネリックの調剤に対する加算等々をつけるということをした。医師の方々の見識だったのかもしれないが、ジェネリックに変えてはだめという処方箋の数は、実はそれほど多くなくて、むしろ変えてもいいというほうが多い。ただし、現実にはあまり変わっていない。今、ボトルネックになっているのが、調剤薬局でなかなか変更されないためである。それは、薬局の在庫負担の問題が 1 つあることと、あとは患者さんがそれほど変えたいと言わないということもある。これには信頼性に加えて価格差の問題がある。新薬とジェネリックとの価格差が小さいというものである。多くの人が指摘するところでは、ジェネリックの価格が高過ぎるというものである。そうなのかもしれない。ただ、これはいつまでも続くとは思わない。ジェネリック産業を育成しないことにはジェネリックは普及しないから、ジェネリック産業に対する産業政策的意味合いとして価格を高くしているのではないかと思う。ジェネリックの普及が進めばこれは多分引き下げるという方針になっていくのではないだろうかと思ってしまう。

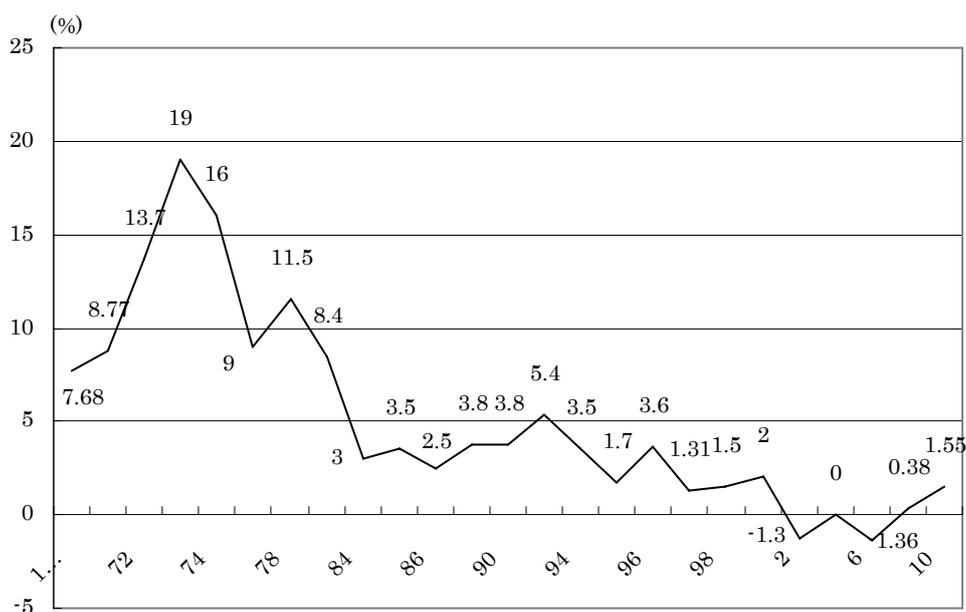
先ほどの国民医療費に占める薬剤費の比率、すなわち薬剤費比率について少しお話をさせていただいたが、療養病床の包括化、平成 15 年からの DPC 包括制の導入など、包括化が進んだことにより薬剤費が不明瞭になってきている。この薬剤費はレセプトから計算しているが、包括されてしまうと原則として分からない。厚生労働省は 2 つの薬剤費比率を公表している。1 つは、保険局が中医協に提出しているものである。これは包括部分の薬剤費をどのように扱っているかということ、分母に来る医療費は包括部分も含め、分子に来る薬剤費については、包括部分の薬剤費は含めないことにしている。したがって、分子に来る薬剤費は出来高払いで算定している薬剤費に限定される。この方法では、包括が進んでいくにつれ、分子が小さくなるため薬剤費比率は低下することになる。

もう 1 つの厚労省が公表している薬剤費比率は、統計情報部が作成している社会医療診療行為別調査の中にある。包括部分の扱いであるが、この調査では包括部分を分子だけでなく分母からも除いて計算している。この場合、包括化が進むと、出来高評価されている外来のウエイトが高くなっていくわけである。外来ウエイトが高くなると、外来はもともと医療費分の薬剤費は高いから、薬剤比率が高くなる。この場合、包括化が進むと薬

剤費比率は上昇することになる。

実は、私は前々から薬剤費比率が不鮮明になっていることを問題だと思っていたところ、社会保障審議会の医療保険部会で委員のお1人がそれを指摘された。DPCのなかで、どのくらい薬が使われているかということをはっきりと示してほしいと言われたのである。実は、DPCは包括と同時に出来高でデータを出しているから、調べようと思えば薬価ベースの薬剤費は把握できるのである。私から、前向きに検討するようと言ったところ、事務局は前向きに検討すると言われたので、いずれ、明らかになるだろう。本日開催された医療保険部会でも、事務局は検討していると答えているので、遠からず示されると思う。最近、高額な薬が出てくるようになっているので、この問題は重要だと思っている。薬剤費が高過ぎるかどうかにについてはいろいろな考えがあるだろうが、正しい議論を行う上にも透明性を高める必要はあるだろう。

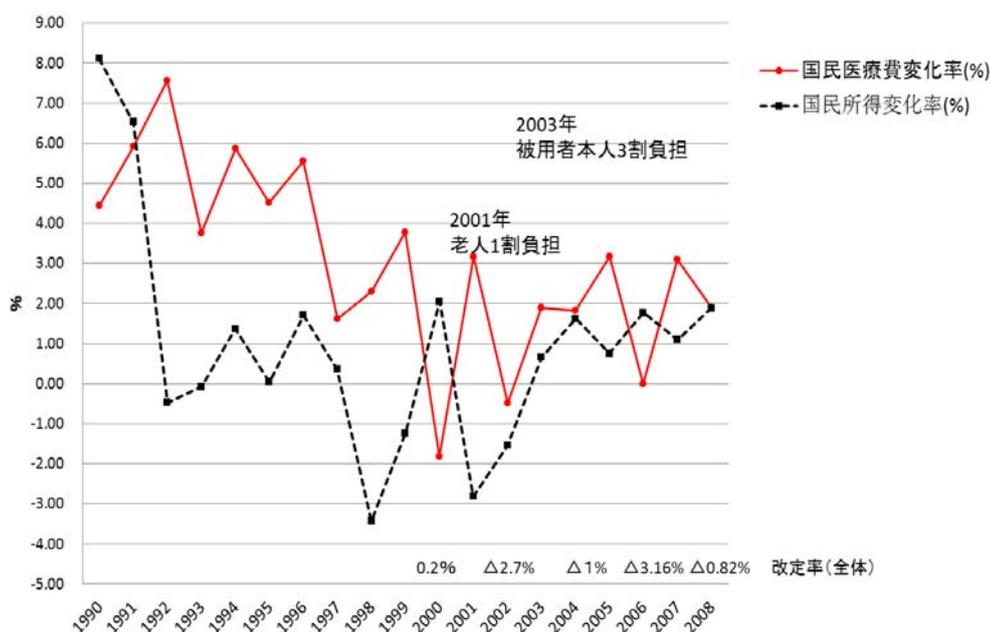
図 2. 診療報酬改定率（本体部分）



次に、診療報酬の改定による医療費コントロールの話をしてしよう。本体部分の改定率は、最近はマイナス、あるいは0%というような非常に低い水準にある（図2）。一言ことわっておくが、改定率とは医療の価格指数の変化率であり、医療費の変化率ではない。もっとも、価格水準であるから、医療費そのものの伸び率と強い関係をもつのは事実である。改定率は、具体的にどのようなものなのか。例えば、平成24年度の改定率と言ったときには平成23年度に議論をするわけであるが、平成23年度には平成22

年度の社会医療診療行為別調査のデータが上がってくる。これには平成 22 年度の診療行為ごとの算定件数が載っている。そこで、あたかも平成 24 年度の診療行為のパターンや数量が平成 22 年度と同じであるという前提を置き、そこに新しい価格をつけていったときに、平成 22 年度と比べて医療費が何%変化するか、という見方をする。この時の変化率が改定率である。したがって、仮に、改定率がマイナスであっても、高齢化の影響や高い点数がついた診療行為が増加したりするので、平成 24 年度の医療費は平成 22 年度より増える場合が多い。これまで、マイナス改定は何度かあったが、その場合でも医療費は対前年比でプラスになった。

図 3. 最近の国民医療費変化率と国民所得変化率



先ほど来、医療費の上昇をコントロールする方法は幾つかあると申し上げたが、2000年以降、強く働いているのは、改定率による医療費コントロールである。改定率と医療費増加率との関係を見てみよう(図3)。2000年に医療費が大きく減ったのは、介護保険の導入に伴い、療養病床の一部が医療から介護に移ったことによる影響で、勘定項目の変更によるものである。それ以外を見ると、診療報酬改定のない奇数年については、大体3%である。2003年は改定がないのに3%に上昇しなかったのは、被用者保険本人の自己負担を2割から3割に引き上げたことによる影響があったためである。厚労省が、何もしなければ国民医療費の伸び率は3%だと言っているのはこのことである。マイナス改定であれば伸び率が下がり、経済成長率に近づいていく。先日、中医協で報告された資料では、医療費の伸び

率から改定率を引いた数値は、2006年度から2010年度までは、3.2%、3.0%、3.0%、3.6%、3.4%となっている。つまり、改定率の影響を除去すれば医療費の伸び率は3%程度なのである。

このように、低い成長率に合わせようと医療費の伸び率も低くコントロールしていると医療提供上の問題も生じてくる。そのため、医療費をさらに増加させる必要があるが、問題は財源をどうするかということである。増税というのは1つの考え方で、財政再建のために当然のことながらやらなければいけないわけであるが、現実問題、この不況下で国民がどこまで賛同するかというところが課題だろう。そこの説得をいかにするかというのが非常に重要である。政治が不安定だということもあって、なかなか増税できなかった。ある意味で、増税のタイミングをずっと逸してきたわけである。逸すれば逸するほど公的債務が拡大する。しかし、景気がなかなか回復しないので、増税しづらい環境が続いている。ともあれ、負担と給付のバランスが崩れているため、わが国のGDPに占める公的債務の残高の値は、先進国中、断トツなのが現実である。保険料についても、社会保障審議会などでは、経済界の代表の方は保険料の引き上げについては消極的というか、反対の立場をとられる。事業者負担の拡大ということが、日本企業の人件費を高めて競争力の低下につながるという、昔からの意見を主張される。それで、企業が海外に移転する、空洞化を引き起こすという意見である。これは大企業の主張であるが、中小企業に対する影響はもっと深刻かもしれない。中小企業は、平均すると非常に収益率が低い。そこで、事業者負担が増加すると、給与水準を下げるとか、雇用者を減らすということが現実味を帯びる。日本全体では、中小企業に雇用される人は大企業に雇われる人よりはるかに多いことを考えれば、保険料の引き上げについても限界はあるかもしれない。実際に、協会けんぽの保険料率は9.数%台で、来年は10%を超えると思う。この不況の中、どこまで引き上げられるのだろうか。日本医師会が協会けんぽより保険料率が低い組合健保の保険料率を引き上げるべきだと主張されているが、私は、基本的に保険料率にあまり大きな差があるということは公平でないと思うので、そうすべきだと思っている。ただし、組合健保にも組合によって差がある。非常に高い保険料率のところと、そうでないところがあるのも事実だ。

足下の保険財政も問題だが、中長期的な問題も大きい。保険料は所得に応じて決められるので、現役世代の負担が大きい。今後ますます高齢層が増えて現役世代が減少するので、どこまで財源を保険料に頼れるのかという問題が大きい。

増税も保険料率の引き上げも限界があるが、それでも増税や保険料の引

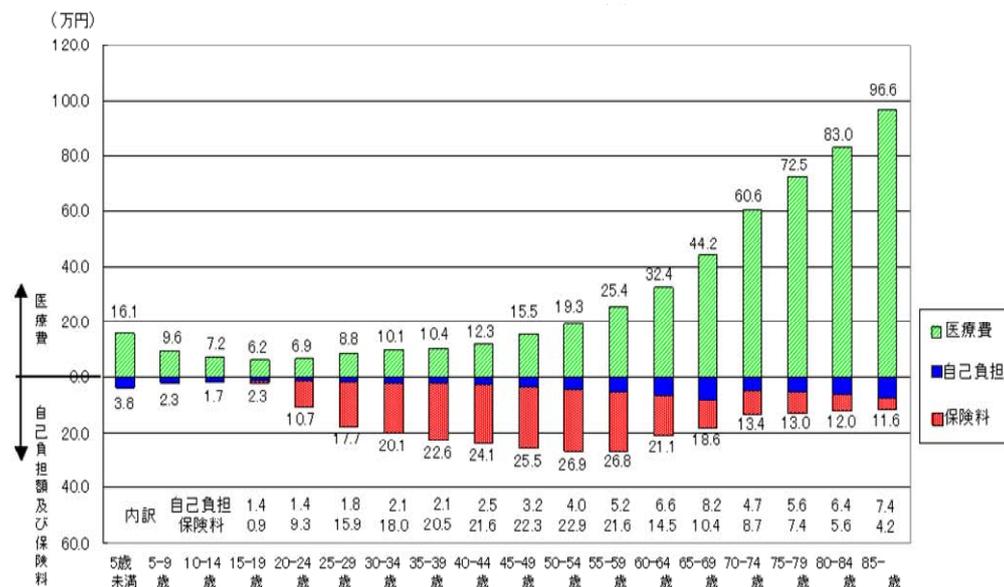
き上げが行われたとしよう。その場合でも、社会保障のなかでの財源の取り合いになる。介護は明らかにそのニーズと現状との間の乖離があるので、これをどうするのか。給料が安くて失業率が高いのに介護従事者のなり手が不足しているのが現状である。多くの人が、介護はてこ入れすべきと考えている。年金についても、これは現金給付であるから、昔もらえた金額がもらえなくなるというような状況は即、国民の反発を買うので、これも政治的には切り下げはなかなか難しい。

特に、医療の場合は、さまざまな医療の質の低下、アクセス上の制約の原因の多くが財政上の問題であるということも多く国民は必ずしも理解していない。そのため、医療費を増やすことの必要性が広く支持されない可能性も大きい。そのため、医療への配分が他の社会保障分野より少なくなることも十分考えられる。事実、過去 20 年の増加率を見ると、医療は年金や介護を含む福祉と比べて増加率は低いのである。

最後の財源として考えられるのは、患者の自己負担である。法律で患者自己負担は 3 割以上上げないとなっている。今日も、社会保障審議会医療保険部会では 100 円の受診時定額払いを審議してきたが反論も多い。今日の経済環境下では、自己負担を引き上げるとするのは難しいのが現実である。むしろ、低所得者の自己負担を引き下げろという声の方が大きい。そもそも、受診時定額負担の話も低所得者の自己負担を下げるべきだということから始まった。低所得者の自己負担を軽減させるために高額療養費の自己負担上限を低所得者については引き下げるべきだというのがこの発端である。医療保険部会での議論である。高所得者の自己負担上限を引き上げ、その財源で中低所得者の自己負担上限を引き下げようと考えた。しかし、シミュレーションをしてみると、所得の高い人で高額療養費の自己負担上限以上の自己負担をしている人等はそれほどいないので、中低所得者の高額療養費の上限を下げると財源不足が明確になってきた。そこで、受診時定額払いという財源案が事務局提案として出てきたのである。ご案内のとおり、患者に払わせるのはおかしい、保険なり公費で賄うべきだという議論が噴出しているというのが現在の状況である。このように、自己負担を引き上げるとするのは、こういう時期であるから、非常に難しい状況にあるというのが現実である。

### 図 4. 世代間の負担と受益の関係

年齢階級別 1 人当たり医療費、自己負担額及び保険料の比較（年額）  
（平成 12 年度実績に基づく推計値）



出所：第 2 回 社会保障審議会医療保険部会（平成 15 年 10 月）資料

先ほど、保険料は主に現役世代が負担するので少子高齢化を反映した人口構造の下では、この方式にあまり依存するのは難しいのではないかということについて述べた。この図は、1 人当たりの医療費負担と医療費の関係を年齢別に見たものである（図 4）。世代間の負担と受益の関係をみると、現役世代が保険料を多く負担しており、高齢世代が医療費を使っているのが分かる。当たり前の話ではあるが、基本的には、若い人たちから高齢者に対する所得の移転によって医療需要は賄われている。これが公的医療保険制度の基本構造である。このように、少子高齢化の下で保険料への依存はどこまで可能かという厳しい現実がある。

表 2. 政府の考える政策〔～2015年〕

		公費の増加につながる改革	公費の減少につながる改革	2015年の公費追加分
提供体制の改革	医療	病院機能の分化と連携の推進 在宅医療の充実 +約8,700億円	平均在院日数（LOS）短縮 ▲約4,300億円 外来受診の適正化 ▲約1,200億円	約0.3兆円
	介護	在宅介護の充実 居住系サービスの充実 +約2,500億円 介護関係のマンパワーの増強 +約2,400億円	介護予防の推進 在宅介護への移行 ▲約1,800億円	約0.3兆円
保険制度の改革		低所得者の医療保険料・介護保険料負担の軽減	短時間勤務の労働者に対する被用者保険の適用拡大 軽度者に対する介護給付の見直し	約0.3兆円
		低所得者の自己負担を軽減するための高額療養費制度の見直し 総合合算制度の創設	受診時定額負担の創設 ジェネリックの使用促進	約0.5兆円
		約2.4兆円	約▲1.2兆円	約1.6兆円弱

出所：社会保障・税一体改革成案より筆者が作成

次に、話を社会保障・税一体改革に移そう。2015年ぐらいまでの中期推計というか、政府の方針が固まった。増税との関係での議論なので、医療費ベースでなく公費ベースで書かれている。2015年をベースに、ある種の改革を実行するとしている。その改革とは、まずは、病院機能を分化して、連携を強化するというもので、基本的には従来の改革路線の踏襲である。ただ、超急性期に対しては多くの資源投入を行い、それにより平均在院日数をさらに短縮させるというものである。平均在院日数を短縮することにより、公費ベースで▲4,300億円の削減ができる。一方、超急性期の病院や在宅医療に資源投入することによりお金がかかる。それが8,700億円今よりもかかると、この表はこういう見方をする。介護のほうでも、在宅介護とか、居宅系のサービス、それからマンパワー、介護者がいないので、ここもこ入れをすると。その代わりに、介護予防とか在宅への移行ということで、1,800億円ぐらいが浮く。それぞれプラスマイナスすると、この改革をしないとしないよりは若干お金がかかる。というのが、改革を金銭面から見たものである。

今は医療提供体制の改革案であるが、一体改革では医療保険制度も改革しようとしている。この表の下のほうは、医療保険制度の改革を示している。低所得者の医療保険料や介護保険料の負担を軽減するという公費増がある反面、短時間労働者に対する被用者保険の適用の拡大がある。医療

保険の場合、これにより国保に入っている短時間労働者が社会保険に移る。国保の公費負担率は高いから、その分だけ国保に投入している公費の負担が減るというわけである。また軽度者に対する介護給付の見直し、つまり、給付の引き下げだから公費負担も減る。このようなプラスマイナスを計算すると、0.3兆円増えるということである。

さらに、さきほど申し上げた低所得者の自己負担を軽減するための高額療養費の見直し等で公費負担は増えるが、一方で、受診時定額負担によって公費が増えないようにする。あるいは、ジェネリックの使用促進により薬剤費の抑制などを行い、結果として今より0.5兆円増える。結局、これらの改革を行うことにより、約1.6兆円の公費の負担増となる。

表3. 医療費負担の長期推計

	2011年度	2015年度		2025年度		
		現状投影シナリオ	改革シナリオ	現状投影シナリオ	改革シナリオ	
医療費 (兆円)	39.1	44.6	45.2	60.4	61.2	
(対2011年度比)		(+14%)	(+15%)	(+55%)	(+57%)	
財	保険料負担 (兆円)	19.2	21.6	21.9	27.9	28.2
	(対2011年度比)		(+12%)	(+14%)	(+45%)	(+47%)
源	公費負担 (兆円)	14.1	16.7	16.8	24.5	24.8
	(対2011年度比)		(+18%)	(+19%)	(+73%)	(+76%)
源	自己負担 (兆円)	5.8	6.4	6.5	8.1	8.2
	(対2011年度比)		(+11%)	(+12%)	(+40%)	(+42%)
GDP (兆円)	483.8	510.9		607.4		
(対2011年度比)		(+6%)		(+26%)		
医療費/GDP (%)	8.08%	8.73%	8.85%	9.94%	10.08%	

医療費の伸びは伸びの要素を積み上げて推計

出所：医療保険部会資料より作成

この表は医療費負担の長期推計である。こちらのほうが何かイメージがはっきりする。これはどういうことを言っているかということ、2015年は、改革をすると改革をしないで現状のままではより医療費は若干増えるという推計である。すなわち、改革は医療費削減を目的としたものではないという主張でもある。2011年と比べて、医療費は2015年で14~15%ぐらい増え、2025年では55~57%増と見込んでいる。負担についてはすべて増えるわけであるが、2015年で見ると、保険料の負担は2011年と比べると14%増、しかし公費は19%増、自己負担は12%増ということで、基本的に公費負担が増えていく。高齢者の医療費には公費負担割合が高い

ので、高齢者の増加によって公費割合が上昇するのである。これはあくまでもシミュレーションであるから、それほど精度の高い話ではないであろうが、このような予想の下、改革が進められるのであろう。GDPに対する医療費の割合、全国国民医療費の割合も、少しずつ増えていくことになる。

表 4. 保険料の長期推計

		2011年度	2015年度		2025年度	
			現状投影シナリオ	改革シナリオ	現状投影シナリオ	改革シナリオ
1人当たりの所要保険料額の見通し	協会けんぽ	100	115	116	157	159
	健保組合	100	117	118	160	162
	市町村国保	100	112	113	162	164
	後期高齢者医療	100	115	116	163	165
賃金上昇率		100	107		139	

医療費に占める財源構成の長期推計

		2011年度	2015年度	2025年度
医療費に占める財源構成	保険料	49.1%	48.4%	46.1%
	公費	36.1%	37.3%	40.5%
	自己負担	14.7%	14.3%	13.3%

出所：医療保険部会資料より作成

財源構成は、公費は現在 36%のものが 2015 年 37.3%、2025 年は 40.5%と、少しずつ増えていく。それに対して保険料と自己負担割合はむしろ減っていく。このような推計は、消費税率を引き上げる上での根拠として作成されている。

推計は推計として今後どうなるのかということ、結局のところ、税あるいは保険料の引き上げにどのぐらい社会のコンセンサスが得られるかということにかかっている。抵抗はあるにせよ、少しずつは引き上げられていくと思われる。ただ、同時に、医療の効率化、医療費上昇の抑制策というのは引き続きとられることになるだろう。その際、価格によるコントロールが重要な手段となるのではないかと考えている。

つまり、診療報酬の改定率の抑制、あるいは薬価抑制によるコントロールである。というのは、要するに、医療費は（価格）×（数量）であらわせるが、数量ベースで医療需要が増えていくのは確実である。70 歳以上の 1 人当たりの平均医療費は 70 歳未満のその 4.7 倍であり、毎年、3

～4%ぐらい 65 歳以上人口は増えていくわけであるから、医療費は数量ベースで増加していくことになる。一方で、将来は分からないが、少なくとも足下のわが国の GDP 伸び率は非常に低い。名目で言ったらほとんど 0%に近い。人口減少や産業の競争力の低下を考えれば、将来もあまり高い成長率は期待できないと考えるのが自然ではないか。そうであれば、負担をあまり増やすことはできないであろう。したがって、医療費の増加の抑制は、価格によってコントロールすることになると考える。先ほど、申し上げたように、最近の医療費のコントロールは診療報酬の改定率のコントロールで行ってきた。このように、価格コントロールが引き続き、主要な手段となるのではないかと思う。

価格の話では、きちんと検証してみなければ分からないが、どうも最近、薬価が結構高くなっているのではないかという感じがする。本来であれば、国民医療費に占めるところの薬剤費の比率がどう変化しているのかというのは明らかにする必要があるが、包括化の進展で不透明になってきていることは先ほど話したとおりである。

高薬価の薬が増えている気がする理由の一つは次のようなものである。DPC 包括制度の下では、非常に高い新薬が保険収載されると、その診断群分類については次の診療報酬改定までは出来高で算定することになっている。DPC 単位の報酬額は、その DPC 分類で使用される医療資源の出来高評価された金額をベースに決定される。DPC の公定価格は 2 年に 1 回改定されるが、新薬はドラッグ・ラグを無くす意味から年 4 回の保険収載が認められている。したがって、極めて高薬価の新薬が保険収載されると、その薬がない状態で決定された DPC の下では、コスト的に割が合わなくなり、その薬は使用されないことになる。それを防ぐために、新薬の薬価が一定基準を超えると、その DPC は次回改定まで出来高評価されるという仕組みになっている。この基準とは、1 入院当たりの薬剤費の平均値 + 1SD (標準偏差) を超えて新薬の薬価が算定された場合ということである。この基準を超えた高薬価の新薬が保険収載されると、その都度中医協で審議される。私は、平成 20 年 4 月から 23 年 7 月までの間で、基準を超えた薬を数えてみた。29 もあった。高薬価の薬が増えているという印象が強い。

表 5. 新規収載・効能追加の際、高額医薬品として DPC 包括支払において  
一時出来高評価された医薬品

(平成 20 年 4 月～平成 23 年 7 月)

医薬品	当該医薬品を使用した症例の標準的な1入院当たりの薬剤費	当該医薬品を使用していない症例の薬剤費(平均値+1SD)	医薬品	当該医薬品を使用した症例の標準的な1入院当たりの薬剤費	当該医薬品を使用していない症例の薬剤費(平均値+1SD)	医薬品	当該医薬品を使用した症例の標準的な1入院当たりの薬剤費	当該医薬品を使用していない症例の薬剤費(平均値+1SD)
1	63.4万円	36.8万円	11	17.6万円	5.1万円	21	31.7万円	26.8万円
2※	95.7万円	36.8万円	12	14.1万円	6.0万円	22	301.3万円	15.5万円
	60.5万円	36.6万円	13	38.6万円	33.9万円	23※	30.7万円	26.5万円
3	253.3万円	144.1万円	14	30.8万円	22.7万円		24	50.8万円
4	178.7万円	127.1万円	15	48万円	46.1万円	25	131.2万円	63.9万円
5	28.0万円	14.5万円	16	21.3万円	19.7万円	26	22.2万円	14.6万円
6	35.9万円	28.3万円	17	60.1万円	19.7万円	27	25.7万円	18.8万円
7	93.7万円	52.8万円	18	21.9万円	21万円	28※	53.1万円	32.4万円
8	12.3万円	5.1万円	19	63.6万円	32.4万円	28※	54.1万円	14万円
9	108万円	35.1万円	20※	309万円	83.1万円		56.7万円	14.6万円
10	9.2万円	7.7万円		29	55.2万円	52.3万円	41.7万円	18.1万円

※同一医薬品でも疾病や治療方法が異なる為複数の診断群があるケース  
出所：中医協資料から作成（情報不足から一部省略）

新薬の薬価だけでなく、既収載薬の薬価が下がらない仕組みも導入された。昨年、薬価基準制度にとってみれば、非常に大きな変革が起きた。通称、新薬創出加算と省略して呼ばれる仕組みが試行的という条件付きであるが、導入されたのである。これまでの薬価基準制度では、既収載品、すでに薬価収載されている薬は、通常 2 年に 1 回薬価の改定が行われる。薬価調査によって得られた実勢価格の加重平均値に+2%を乗せた価格が新しい薬価となる。実勢価格は薬価より低いので、通常、薬価は 2 年に 1 回ずつ下落していく。

ところが、新薬創出加算制度は次のような仕組みである。①薬価と市場実勢価格と乖離率が全商品の加重平均乖離率を超えない商品については最大特許期間が切れるまで薬価の引き下げを行わない。②薬価が維持された商品については特許期間終了後（約 15 年）の薬価改定で維持された薬価を引き下げる。③上記制度の対象となるためには、厚労省の委員会が要請する未承認薬・適応外薬の日本国内での開発に早急に着手することが条件となる。④この制度の導入に伴い、後発品のある新薬の価格を 2.2%引き下げる。この仕組みを導入した理由は、これはご案内のとおり、ドラッグ・ラグの解消が目的である。ドラッグ・ラグは、当初は当局が申請を受けてから保険収載までの期間が長過ぎる、すなわち審査ラグが長いということが原因であったが、PMDA の人員を増やしたり、事前コンサルを充実

させたり、審議会の開催頻度を高めたりして、今日では審査ラグはアメリカのFDAと比較してもそんな色がないほどに短縮されてきた。今では、ドラッグ・ラグの最大の要因は、メーカーが日本国内で治験を開始するといった、国内での開発を開始する時期が、外国で開発を開始する時期より遅いという申請ラグであることは明確である。しかし、これはある意味、メーカーサイドの意思決定なので、行政としては審査ラグの短縮のよううまくいかない。方法としては2つしかなくて、1つは、国内で開発をする場合のコストを下げるというやり方。つまり、一番極端な話は、国内で治験をしなくてもいい。FDAデータをそのまま使っても薬事承認する、といった方法である。ただし、厚労省はこのような方法は断固として認めていない。もう1つは何かと言うと、国内で早急に開発を開始するような経済的インセンティブを与えることである。従来であれば、引き下げられた薬価を、一部の製品については引き下げない、すなわち引き下げ分を加算するという方法でインセンティブを与えたのが新薬創出加算である。メーカーは、従来から特許期間中は既収載品の薬価が下がらないように維持してほしいと強く望んでいた。そこで、患者や学会からの要請が多い未承認薬や適応外薬の国内での開発を条件に、薬価維持を認めたのがこの制度である。もっとも、この制度導入に伴い、薬剤費が増加することを懸念した財務省は、ジェネリックのある先発品の薬価を一律2.2%引き下げる、特例引き下げを行うことを条件に容認した。とりあえず1年間実施した結果が出た。700億円強の加算が支払われたが、多くの新薬の国内開発に着手された。

表 6. 新薬創出加算と開発要請等の状況

1. 新薬創出等加算対象品を有する企業の加算額と開発要請等状況

企業数	新薬創出等加算			総開発要請件数	進捗状況						公募品目
	成分数	品目数	加算額(億円)		治験届提出予定	治験届提出済	公知申請予定	承認申請済	承認済	その他	
86	337	624	702.1	171	19	39	36	23	32	22	4

2. 新薬創出等加算対象品を有しない企業の開発要請等状況

企業数	新薬創出等加算			総開発要請件数	進捗状況						公募品目
	成分数	品目数	加算額(億円)		治験届提出予定	治験届提出済	公知申請予定	承認申請済	承認済	その他	
18	0	0	0	18	1	8	1	1	4	3	4

3. 開発要請はないが新薬創出等加算対象品を有する企業

企業数	新薬創出等加算		総開発要請件数
	加算額(億円)		
37	68.5		0

出所：中医協（平成 23 年 7 月 27 日）資料より作成

本制度の導入に際して、ジェネリックのある新薬の薬価を 2.2%引き下げたので、この制度によるコスト増は 700 億円をかなり下回ることになる。その金額がドラッグ・ラグを解消するための社会的コストだと言えよう。この制度は、試行的に継続されることになっている。

このように、薬剤費の増加などは注意する必要があるだろう。いずれにしても、少子高齢化により 2030 年では、65 歳以上の人口 1 に対して 24～64 歳の人口は 1.7 となるという予測を見たときには、戦慄を覚えた。成長率が十分高ければ問題ないが、それは期待できないだろう。増加し続ける医療ニーズに対して財源不足がついてまわるのは避けられない。よって、医療費の増加抑制策は引き続き取られていくと考えるのが自然だろう。繰り返すが、登録医制度の強制や 70 歳を超えたら透析の禁止といった極端な医療アクセスの制限による医療需要の抑制策は、わが国では非現実的だと思う。政治的にも不可能だ。そこで、価格コントロールが医療費政策の柱になっていくのは間違いないと思う。

このように、将来的には患者数は増加するが、価格抑制により単価が下がるという状況になると思う。最後に、医療と産業の話題にもどろう。営利組織は不採算領域を回避して良いところ取りを行う傾向があるが、反面、マネジメント上の効率性や資本集約による規模のメリットの追求に優れる。予想される薄利多売の環境下では、非営利を行動規範として持つ医療機関であっても、マネジメントの効率化、規模のメリットの追求を避けて通れないのではないだろうか。

平成 23 年 11 月 18 日  
第 8 回医療政策会議講演録

公的医療保障制度と民間医療保険に関する  
国際比較  
—公私財源の役割分担とその機能—

成城大学経済学部教授  
河口 洋行



公的医療費の増加と予算制約の厳格化に伴い、多くの国で民間医療保険を主な対象とする「私的財源の医療分野での活用」が政策的に検討されている。医療の営利産業化を検討する上でも、民間医療保険を利用することが前提条件となっていると考えられる。例えば、混合診療の全面解禁や株式会社の医療機関参入についても、患者の自己負担が増加する場合には、民間医療保険を利用するということが必要と考えられているのではないか。では、その民間医療保険の活用というのは、他の OECD 諸国でうまくいっているのか、或いは想定した効果が出ているのか、というのが本稿の問題意識である。

OECD が 2004 年に詳細な報告書、“Private Health Insurance in OECD Countries” を出しており、民間保険に関する基礎データが整理されている。本研究では、これらのデータをベースに、日本を含める 8 カ国を国際比較するという方法を行った。具体的には、次の 3 つの点について検討した。

1 つは、公的保障制度の範囲、いわゆるカバー範囲はどのように違うのか。公的医療保障制度の保障範囲が違えば、民間医療保険を活用する場合の機能やそのカバー範囲が異なってくる。2 つ目は、民間医療保険はどのような機能を果たし、かつ多くの国民が加入しているかどうかの比較である。3 つ目は、上記の 2 点に、民間医療保険に関する医療政策を加えて、それぞれの国がどのような方針で民間医療保険（及び民間財源）を活用しているのかという戦略を炙り出すことである。

報告内容を 3 点にまとめると、第一に、公的医療保障制度として税財源（いわゆるビバレッジモデル）を使っているイギリス、フィンランド、オーストラリア、アイルランドを比較すると、イギリスとフィンランドでは民間医療保険は積極的に活用していない一方で、オーストラリア、アイルランドでは積極的に活用する政策をとっている。

第二に、オーストラリア、アイルランドにおいて、民間医療保険を活用する政策をとることによって期待した効果が出ているかという点と、実証研究のレビューによれば、想定通りにはできていないというのが現状である。

第三に、カナダはかなり特殊な政策の下で、民間医療保険のカバー範囲にも規制を掛け、公的医療保障制度と民間医療保険を明確に隔離している。これは、公的な制度が下にあって、上に民間の制度があるという、二層化を防止するような形の政策をとっている。

表 1. 公的医療保障制度の財源と加入率

	公的財源 <sup>注1)</sup>	公的保障加入率	民間財源 <sup>注2)</sup>
イギリス	税 (82.6) 社会保険 (0) 合計 82.6%	100%	自己負担 (11.1) 民間保険 (1.2) その他合計 17.4%
オーストラリア	税 (67.5) 社会保険 (0) 合計 67.5%	100%	自己負担 (18.0) 民間保険 (7.8) その他合計 32.5%
フィンランド	税 (59.2) 社会保険 (15.0) 合計 74.2%	100%	自己負担 (19.4) 民間保険 (2.1) その他合計 25.8%
アイルランド	税 (76.3) 社会保険 (0.6) 合計 76.9%	100%	自己負担 (14.4) 民間保険 (7.9) その他合計 23.1%
カナダ	税 (68.8) e 社会保険 (1.4) 合計 70.2%	100%	自己負担 (14.7) 民間保険 (12.8) その他合計 29.8%
ドイツ	税 (8.8) 社会保険 (67.9) 合計 76.8%	90.9% (保険加入義務は全国民にある) <sup>注4)</sup>	自己負担 (13.0) 民間保険 (9.5) その他合計 23.2%
オランダ	税 (5.1) e 社会保険 (70.2) 合計 75.3%	100%	自己負担 (5.7) 民間保険 (5.6) その他合計 16.5%
日本	税 (35.2) <sup>注3)</sup> 社会保険 (46.7) 合計 81.9%	100%	自己負担 (14.6) 民間保険 (2.5) その他合計 18.1%

出所：OECD（2010）及び OECD（2004）より筆者作成

注 1：公的財源及び民間財源については、オーストラリア及び日本の数値は 2007 年実績値、カナダ及びオランダは 2008 年の予測値、その他は 2008 年実績値

注 2：民間財源は、自己負担（out-of-pocket）及び民間保険（private insurance）の他に非営利組織の慈善医療や企業による拠出なども含まれる。

注 3：日本の公的財源の内訳については、平成 20 年度国民医療費より財源別内訳にある税と保険料の割合を OECD（2004）の公的財源比率 81.9%を比例按分して筆者が作成。

注 4：ドイツは、2009 年 1 月からは、公的医療保障制度の加入義務の無い国民（所得水準が高い層や自営業者等）にも、いずれかの民間医療保険に加入することを義務付けている。

表1は、8カ国、イギリス、オーストラリア、フィンランド、アイルランド、カナダ、ドイツ、オランダ、日本について、OECDの統計により、公的財源と民間財源がどの程度使われているかを一覧表にしたものである。上からイギリス、オーストラリア、フィンランド、アイルランド、これはいわゆるビバレッジモデルと言われる公営医療体制の国である。カナダも基本的には英連邦の1カ国として同じような公営医療を行っている。ドイツ、オランダ、日本は、社会保険方式を採用している。公的財源の割合を見ると、ほとんどの国は7~8割程度となっている。日本の自己負担を見ると、その他合計で18.1%になっている。日本の公的医療保障制度の中の税と社会保険料の内訳は、OECDのデータでは直接出ていなかったが、平成20年度の国民医療費で割合按分すると、81.9%の財源のうち、税が35.2%、社会保険料が46.7%となり、税の割合がかなり高い。同じ社会保険方式と言われているドイツが67.9%、オランダが70.2%であることに比べて、日本は税の割合が非常に大きいというのが1つの特徴として言える。

日本は、この税と社会保険料の財源を合わせることによって、部分保険とよく言われる社会保険方式の制度をとりながらも、かなり広い公的医療保障制度のカバー範囲を実現しているのではないかということを示したのが、次の表2である。

表 2. 公的保障制度の保障範囲と範囲外の比較<sup>注 1)</sup>

	公的保障の範囲	公的保障の範囲外
イギリス	公的病院の入院医療（病院費用＋専門医）、GP、薬剤、歯科	民間病院の入院医療（病院費用＋専門医）
オーストラリア	公的病院の入院医療（病院費用＋専門医）、GP、薬剤、歯科（一部手術のみ） 民間の外来、GP、専門医 <sup>注 2)</sup>	民間病院の入院医療（病院費用＋専門医）、歯科（大部分）及び民間での公的保障の償還価格と実際の請求価格の差額（Gap）
フィンランド	公的病院の入院医療（病院費用＋専門医）、GP、薬剤、歯科	民間病院の入院医療（病院費用＋専門医）
アイルランド （メディカルカード保持者）	公的病院の入院医療（病院費用＋専門医）、GP、薬剤、歯科	民間病院の入院医療（病院費用＋専門医）
カナダ	病院費用、GP、専門医、薬剤（入院のみ）	歯科、薬剤（外来）
ドイツ	病院費用、GP、専門医、薬剤 <sup>注 3)</sup> 、歯科（選択タリフ） <sup>注 6)</sup>	専門医（公的保障制度において選択する場合） <sup>注 5)</sup>
オランダ	病院費用、GP、専門医、歯科（口腔ケアに限る）、薬剤 <sup>注 3)</sup>	歯科
日本	病院費用、GP、専門医、薬剤、一部の代替医療	保険外併用療養制度の公的保障の非適用部分

出所：OECD（2004）P56 Table2.8 Examples of benefits covered by public coverage systems and Private Health Insurance、菅・加藤（2010）、矢田・大野（2010）より筆者が改編して作成

注 1：医療費の内訳は、入院医療、外来医療、GP（一次医療）、専門医（二次医療）、薬剤、歯科としている。

注 2：オーストラリアでは、民間病院の外来は公的価格の 85%、民間の医師サービスは 75%が公的医療保障制度から償還される。また、歯科は一部の外科手術のみが対象で、公的財源ではほとんどカバーされていない（丸山，2008）。

注 3：ドイツ及びオランダでは薬剤の保険償還には参照価格制度が採用されており、参照価格以上の価格の薬剤の場合には、当該超過分は自己負担となる。

注 4：公的医療制度の保障を希望する新薬に対しては、費用対効果分析を求める国が多い。例えば、イギリス、オーストラリア、カナダ、ドイツ、オランダなどである。このため、公的医療保障の保険適応薬は国によって異なる。

注 5：ドイツでは、公的保険（疾病金庫）入院の場合に病院や医師は保険者により誘導される。専門医を指定する場合には、公的保障の範囲外の自己負担を支払う必要がある。一方で民間保険の場合には患者が自由に選択することができる。

注 6：ドイツでは、公的保険（疾病金庫）では標準的な保険給付に加えて、選択タリフとして、被保険者が選択できる追加給付を行うことができる。

表2を見ると、例えば、イギリス、オーストラリア、フィンランド、アイルランド、カナダなどは、基本的に公的病院の入院医療を保障し、民間病院については保障を行わないという、非常にクリアな形になっている。ただし、同じビバレッジシステムをとっていても、国によって取り扱いに違いがある。例えば、オーストラリアの場合には、自由価格制をとっている専門医の技術料については、公的保障制度では公定価格までを償還し、実際の請求価格の差額（Gap）は、患者の自己負担となる。カナダもやや特殊な例で、病院費用や医師サービスは、基本的に公的医療保障で保障されているが、歯科と外来薬剤が公的保障制度のカバー範囲に入っていない。

社会保険方式では、ドイツは専門医については、いわゆる上級医を選択するときには上乘せの料金の徴収が可能になっており、この部分は自己負担となる。薬剤については、それぞれドイツとオランダは参照価格制度をとっており、いわゆる参照価格以上の差額については、自己負担となっている。歯科についても、例えばオランダでは、歯科は口腔ケアに限定されて保障されている。ドイツでも、18歳以下については保障されるが、18歳以上については、一部の口腔外科サービスに保障範囲が限定される。このように、社会保険の国については、薬剤及び専門医の上乘せ差額や歯科を中心に部分的な保障になっている。

さらに、新薬については、費用対効果分析を求めているイギリス、オーストラリア、カナダ、ドイツ、オランダなどと比べ、日本の保険適用は比較的多い。例えば、オランダは1万1,000品目となっており、日本の1万7,000品目よりも少ない。

日本は、必須医療については薬剤や歯科等に制限がほとんどなく、公的医療保障制度のカバー範囲が比較的広いと考えられる。従って、社会保険方式をとりながら、部分保険というよりは、かなり普遍的なカバー範囲を確保しているのではないか。

ここまでが公的医療保障制度の比較である。これからは、公的医療保障制度のカバーのない部分や上乘せ部分のGap等を民間医療保険でカバーするという部分の比較をご紹介したいと思う。民間医療保険というのは、いろいろな機能があると思うが、ここでもOECD（2004）の定義した民間医療保険の機能の分類を使って説明したい。

OECDの分類では、保険料の設定方法に着目している。いわゆる所得比例で徴収する場合には公的医療保障制度とし、それ以外の徴収方法の場合（例えばリスク対応のような保険料）をとる場合は、民間医療保険と定義している。その民間医療保険の機能を4種類に分けている。分類の軸は2つあり、一つ目の軸は民間医療保険の保障範囲である。カバーする部分が、

公的医療保障制度と同じ部分か、公的医療保障制度のカバーしていない範囲を補足する部分か、患者の自己負担を補完する部分かという分類が3種類ある。もう1つの軸は、公的医療保障制度と同じ部分を保障する場合に、公的保障に入ったままか、それとも公的保障を受けずに民間医療保険に入るのかという点である（表3）。

表3. 民間保険の機能の分類（4種類）

		公的保険への加入の有無	
		公的保障あり	公的保障なし
民間保険 の 保障範囲	医学的必要性がある治療のための医療サービスで公的保障と同様な範囲の保障	二重 (Duplicate)	民間主要保険 (Principal) 又は代替 (Substitute)
	公的保障制度の自己負担部分を保障	補足 (Complementary)	
	公的保障や主要な民間医療保険の保障範囲に含まれない上乘せサービスに対する保障	補完 (Supplementary)	

出所: OECD (2004) P30 Figure 2.2 Functions of private health insurance in relation of public coverage schemes より筆者が改編して作成

いわゆる一般的な公的保障を受けながら、イギリスのように二重に保険料を払って入るものを“Duplicate”と言い、公的な保障がない場合、例えばドイツのように、人口の1割が公的保障から離脱して代替的な民間医療保険に入れる場合を“Substitute”と言っている。それから、オランダのように公私共に管理競争のなかで競争するという場合には“Principal”と呼んでいる。また、フランスのように自己負担を補足する部分については“Complementary”とし、カナダのように公的医療保障のカバー範囲に入っていない外来薬剤を保障する保険を“Supplementary”と定義している。

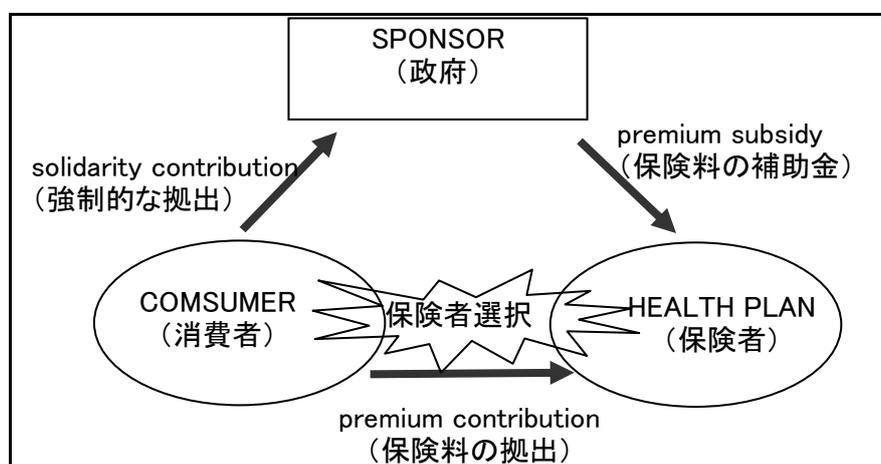
前節の公的保障範囲の比較と併せて考えると、この4種類の機能が公的保障制度のカバー範囲の違いに応じてそれぞれ利用されることが考えられる。例えば、イギリスやオーストラリア等では、公的病院での治療に長い待ち行列があり、この待ち行列をジャンプ (queue jump) するために「二重保険 (Duplicate)」に入る。

逆に、ドイツでは、公的保険に加えて民間の「代替保険 (“Substitute”)」を使うことができる。また、公的医療保障外の保障を受けるために「補完

保険 (Supplementary)」、いわゆる上乘せの保険と一緒に入る場合もある。それから、公的保障のタイプにかかわらず、いわゆる自己負担が高いところは「補足保険 (Complementary)」が使われる。

ドイツとオランダで最近になってかなり特殊な形態の民間医療保険が出てきた。これは管理競争というタイプの民間医療保険の活用法である。どういう形になるかという、民間保険者であっても公的保険者であっても、国民は加入が義務づけられるものの、どこの保険に入るかは選択が可能になっている。例えば、トヨタの健保に入るのか、それとも世田谷区の国保に入るのかというのは、それぞれ住民が保険者を選択できるということである。

図 1. 管理競争の概念図



出所：Van de Ven and Ellis (2000) P761 Figure1 and P766 Figure2 より  
筆者が改編して作成

ただし、そのまま競争させると、民間医療保険はリスクが低くて所得が高い人をうまく選択して利潤を確保する「リスク選択」という行動をとる。これを防止するため、保険料は政府が一括して集め、基金としてプールする。その上で、保険者毎の加入者のリスクを計算して、高齢者がたくさん入っていて医療費支出が多くなるような保険者には多くの給付金を基金から支給し、若くて健康でリッチな人ばかりをうまくとらえている保険者については、リスクが低い集団であるとみなして、基金からの支給を少なくする。このように保険者のリスク選択を防止するために、保険料の配分はリスク構造調整に従って行うという「管理競争」を採用している。この公的な医療保障制度のなかで、民間保険者と公的保険者が、競争条件をイコールフットイングした状態で競争させる形をとっている。

表 4. ドイツにおける医療保険の選択タリフの内容

疾病金庫に義務付けられた 選択タリフ	疾病金庫が任意に提供できる 選択タリフ
①統合的医療 ②疾病管理プログラム ③家庭医による初期治療 ④特殊な外来治療 (心筋梗塞の予防や喘息の防止) ⑤傷病手当金 (自営業向け)	①免責金額の受入と報奨金 ②償還払い方式の採用 ③給付なしの場合の保険料減額 ④特定の対象者に対する費用償還 ⑤保険給付対象外の薬剤・療法への償還 ⑥薬剤等の一部負担の償還

出所：土田 (2011) P578 より筆者作成

注 1：2007 年から被保険者が公的医療保険の給付範囲以外の給付を選択できる「選択タリフ」が導入された。この選択タリフには全ての公的保険者が用意すべき義務付け部分と、公的保険者が設定を行うかを選択できる選択部分の 2 種類がある。これは公的医療保険に民間保険の多様性を取り入れた手法と考えられる。

注 2：選択タリフを選択した被保険者はそのタリフの内容に応じた追加保険料を支払う。

注 3：選択タリフを選択した被保険者は、3 年間はその契約を変更できない。また、政府は 3 年ごとに選択タリフに関する監査を保険者に対して実施する。

さらに、ドイツでは管理競争の下で、基本タリフという、公的医療保障制度に属する全ての保険者がカバーしなければならない範囲が指定されている。また、保険者が独自でカバーする範囲を「選択タリフ」というポジティブリスト方式で規制し、これ以外の上乗せ給付は、公的保障制度のなかの保険者には認めないという形をとっている。

それでは、実際の民間医療保険はどの程度利用されているのかを、加入割合 (シェア) で見ていきたい。表 5 は、国別の民間医療保険のシェアとその給付範囲を示している。

まず、イギリスでは、待ち行列をジャンプするための、「二重保険+補完保険」という民間医療保険が約 10%利用されている。補完保険は、給付対象として、長期ケア・在宅ケアや代替医療などが含まれる。フィンランドは、イギリスと似た状況である。

オーストラリアは、「二重保険+補足保険」のシェアが約 45%で、イギリスと同じ NHS システムをとりながら民間保険のシェアが約 4 倍である。さらに、歯科医療などをカバーする「補完保険」にも約 4 割が入っている。アイルランドは、オーストラリアと似た状況である。

似たような公的医療保障制度をとるイギリスとフィンランドは約 1 割、オーストラリアとアイルランドは約 4~5 割ということで、明らかに民間医療保険の利用方法が異なっている。

表 5. 民間保険の加入者割合と保障範囲

	民間保険の範囲
イギリス	○二重及び補完〔10.0%〕 ・二重：民間病院（病院費用＋専門医）、歯科、アクセス時間短縮 ・補完：長期ケア、在宅ケア、代替医療
オーストラリア	○二重及び補完〔44.9%〕 ・二重：公私病院費用、専門医、リハ、アクセス時間短縮と病院選択 ・補完：公的保障の償還価格と実際の請求価格の差額（Gap）
	○補完〔40.5%〕 ・補完：歯科、薬剤、リハビリ、在宅ケア、代替医療、奢侈サービス
フィンランド	○二重・代替・補完〔10.0%〕 ・二重：公私病院の入院医療、アクセス時間短縮と病院選択
アイルランド <sup>注1)</sup>	○二重・代替・補完〔43.8%〕 ・二重：病院費用、専門医、アクセス時間短縮と病院選択 ・代替：GP ・補完：代替医療、奢侈サービス、公的保障のない薬剤
カナダ	○補完〔65.0%〕 <sup>注2)</sup> ・補完：歯科、外来薬剤、長期ケア、リハビリ、在宅ケア、代替医療
ドイツ	○代替・補完〔10.3%〕 <sup>注3)</sup> ・代替：公的保障の範囲（基本タリフ）、高度先進医療、新薬 ・補完：専門医（選択可）、歯科（18歳以上）、代替医療（漢方薬等）、奢侈サービス
オランダ	○主要民間〔100%〕 <sup>注4)</sup>
	○補完〔90.0%〕 <sup>注5)</sup> ・補完：矯正歯科、理学療法、代替医療、奢侈サービス <sup>注5)</sup>
日本	○補完〔0.3%〕 <sup>注6)</sup>

出所：OECD（2004） P50 Figure 2.7 Coverage by public schemes and private health insurance in OECD countries,2000、OECD（2004） P56 Table2.8 Examples of benefits covered by public coverage systems and Private Health Insurance、菅・加藤（2010）、矢田・大野（2010）、医療経済研究機構（2009）より筆者が改編して作成

注1：アイルランドは、メディカル・カード保有者の場合

注2：カナダの数値はOECD（2004）の推定値

注3：ドイツでは、「代替」民間保険は100%の費用償還が一般的である。また、公的保険者（疾病金庫）の被保険者に対して同じ民間保険が「補完」（上乘せ）保険も提供している。2007年からは公的保険者（疾病金庫）も補完（上乘せ）保険を提供することができる（菅・加藤2010）。

注4：オランダでは、疾病金庫が廃止され全て民間保険（管理競争下の第二層部分）

注5：オランダの補完医療保険の購入理由は、主要民間医療保険で保障されない理学療法と矯正歯科をカバーすることである。また、「補完」は「民間主要」と同一保険者が提供する場合はほとんどである。

注6：OECD（2004）では、日本の加入者割合はNegligibleと記載され、民間保険の機能についてはN.A.とされている。実情としては所得保障保険の性格が強いが、形式上は自己負担の補完であると考えられる。また、本文中にも説明が入っていない。

同じ NHS をとっているカナダでは、二重保険の販売が法律で禁止されている。ただ、歯科や外来薬剤が公的保障でカバーされていないので、急性期医療については公的医療保障制度のなかに入りながら、国民の 65% は外来薬剤・歯科をカバーする「補完保険」に入っている。

ドイツは、9 割の国民は公的医療保障制度のなかの管理競争の下での保険者を選択して加入する。また、所得の高い 1 割の人たちは「代替保険」に入っている。オランダは、完全に管理競争に移行し、その下の保険者は全て民間に移行しているので、「主要民間保険」に入っている。オランダでは、基本となる保険に加えて、歯科やリハビリなどカバーされない部分の保障のために、上乘せの「補完保険」に 9 割の国民が加入している。

残念ながら、OECD (2004) には日本の民間保険に関するデータがほとんど入っていない。OECD (2004) では、日本の民間保険の機能が記入されておらず、加入割合はわずか 0.3% と記載されている。これは、TV で頻繁にコマーシャルを見て、知り合いの多くの人が民間医療保険に入っているという実感と乖離している。これを私なりに解釈すると、他の OECD 諸国の民間保険が、定率給付をしているのに対して、日本の場合には 1 日の入院当たり定額 (5,000 円であるとか 1 万円) となっている保険が一般的である。このため、医療保障というよりも休業している間の 1 日当たりの給与をある程度補償するような形の所得保障保険というように見られたのではないかと解釈している。

日本の民間保険の給付総額を調べてみると、経済産業省の「新産業創造報告書」(2004 年) では、第三保険分野の市場規模は 2 兆 6,000 億円と書かれている。ただし、照会してみても、もう担当者はいないということで、積算根拠が取れなかった。

それから、生命保険の特約の形で医療保障を付与している場合については、生命保険文化センターに統計があり、2002 年の償還総額が 8,000 億円となっている。このことから、日本の民間医療保険の給付総額は、少なくとも 1 兆円や 2 兆円の単位であると推測される。もしもその機能が不明確なままにその巨額の医療支出がされているとすれば、民間保険がリスクプロテクションの役割をうまく果たしていない可能性もある。

次に、民間保険 (或いは私費患者) に対する政府の政策支援・規制に関して、以下の 3 点を見てみたい。第一に、私費患者に対して医師の技術料 (つまりドクターチャージ) に価格規制があるかという点である。日本では、自由診療の患者には価格規制は適用されないと理解している。第二に、公的医療保障制度 (公営医療制度) のなかで働いている医師 (保険医等) が私費患者や民間医療保険加入者に対して医療サービスを給付すること

が可能かどうかという点である。これも日本では、例えば新規の患者に保険外診療のニンク注射をして欲しいと言われた場合、その回数や金額に制限はないと理解している。第三に、公的病院が私費患者を受け入れることができるかという点である。ことであるが、これについても、日本は自治体病院でも民間病院に比して、自由診療の患者を受け入れることに明示的な制限はないと理解している（但し、差額ベッドの設置割合には制限がある）。

第一点について、イギリスでは、NHSの医師は所得の10%以上を私費患者から得ると、その分のNHSの給与を削減されるという規制がある。オーストラリアは、基本的に規制はない。従って、公営医療制度においても自由価格である。フィンランド、アイルランドもあまり大きな規制はないようである。一方で、カナダは私費患者に対して公定価格以上の上乘せ請求をすると、連邦政府が州への補助金を削減するという形でペナルティを課している。

第二点の保険医の私費診療への制限については、ほとんどの国で制限が見られない。但し、カナダにおいては、保険医が私費患者を診療するには保険医としての資格を放棄（opt out）する必要がある。つまり、公営医療制度の下で、一度でも私費患者を診たら二度と公的医療保障制度のなかには戻れないのである。

第三点の公的病院の私費患者の受け入れについては、イギリスでNHS病院に私費患者向けのベッド数に制限があることが確認されている。

このように見て来ると、イギリスでは部分的な規制、カナダではかなり厳格な規制が実施されている点が指摘できる。

表 6. 私費患者に対する医療供給体制での規制

	医師料金の私費診療の価格規制 (上乘せ請求)	保険医の私費診療 (Dual Practice)	公的病院の私費患者治療 (Private Bed)
イギリス	N.A.	○ (制限あり)	○ (制限あり)
オーストラリア	○ (自由価格)	○	○
フィンランド	N.A.	○	—
アイルランド	N.A.	○	○
カナダ	× (州政府への補助金を削減)	× (私費診療後は公的保障除外)	—
ドイツ	○ (上限あり)	○	—
オランダ	N.A.	○	—
日本	○ (保険外併用制度の高度先進医療は認可病院のみ自由価格可能)	○	○ *保険外併用制度では室料差額は病床数の10%に制限(通常50%)

出所：OECD (2004) P96 Table3.3 及び P74 Table2.12 を改編して、  
Flood and Haugan (2010) の内容を加味した上で筆者作成

以上の供給体制への規制に加えて、次に民間保険会社に対して何らかの規制をしているかという点も見てみたい。例えば、民間保険の給付範囲を制限しているか(ネガティブリスト)、或いは民間保険が保障すべき範囲(ポジティブリスト)を指定しているかを見てみたい。

日本では二重保険(例えばがんの自由診療保険)に対して何か規制があるかということ、私がヒアリングした範囲では、金融庁から損害率などの安全性についてはチェックを受けるけれども、内容については大きくチェックを受けないと聞いている。従って、民間保険の保障範囲に関する規制はないと考えている。

表 7-1. 民間保険（二重・代替）の保障範囲に対する政府の規制<sup>注 1)</sup>

	二重	代替（主要民間）
イギリス	規制なし	
オーストラリア	×公的保障の対象の外来医療	
	○入院費用（専門医を除く） （但し、リハビリ及び入院費用の最低 25%を保障する）	
アイルランド <sup>注 2)</sup>		×歯科、薬剤、長期ケア、 リハビリ、在宅ケア
	○入院医療（但し、入院費用及び 専門医費用を保障する）	
フィンランド	N.A.	
カナダ	×公的保障の対象の全ての保障	
ドイツ <sup>注 3)</sup>		○基本タリフ（但し、長期ケ アを保障する）+選択タリフ
オランダ		○基本タリフ+給付差別化
日本		

出所：OECD（2004） P35 Table 2.2 Permitted role of private health insurance、Flood and Haugan（2010）より筆者が改編して作成

注 1：医療費の内訳は、入院医療、外来医療、GP（一次医療）、専門医（二次医療）、薬剤、歯科、リハビリ、長期ケア（long term care）、在宅ケアとしている。×は保障を禁止、○は保障を許可、（）は民間保険を販売する場合に満たすべき条件を示す

注 2：アイルランドはメディカル・カード保有者

注 3：ドイツでは、所得制限を越えた国民でも公的保障に留まることができる。

表 7-2. 民間保険（補完・捕捉）の保障範囲に対する政府の規制<sup>注 1)</sup>

	補完	補足
イギリス	規制なし	規制なし
オーストラリア	×公的保障の保障範囲	×GP 及び長期ケア
	○公的保障外（歯科、眼科、リハビリの一部）のサービス（但し、リハビリを保障する）	○GP 及び長期ケア以外
アイルランド <sup>注 2)</sup>	○歯科、在宅ケア、その他（代替医療、奢侈サービス）	
フィンランド	N.A.	N.A.
カナダ	（×公的保障の保障範囲）	×GP 及び専門医
	○公的保障外	○上記以外
ドイツ <sup>注 3)</sup>	（×公的保障の保障範囲） ○公的保障外	○入院費用・外来費用・歯科・薬剤・リハビリ・在宅ケア
オランダ		×長期ケア及び在宅医療
	○歯科、在宅ケア、その他（代替医療）	○長期ケア及び在宅医療以外
日本	規制なし（×混合診療は禁止）	規制なし

出所：OECD（2004） P35 Table 2.2 Permitted role of private health insurance、Flood and Haugan（2010）より筆者が改編して作成

注 1：医療費の内訳は、入院医療、外来医療、GP（一次医療）、専門医（二次医療）、薬剤、歯科、リハビリ、長期ケア（long term care）、在宅ケアとしている。×は保障を禁止、○は保障を許可、（）は民間保険を販売する場合に満たすべき条件を示す

注 2：アイルランドはメディカル・カード保有者

注 3：ドイツでは、所得制限を越えた国民でも公的保障に留まることができる。

イギリスでは、研究者と民間保険者（BUPA）にヒアリングしたところ、民間保険に対する規制は特にないと回答であった。オーストラリアは、二重保険については外来診療を民間保険がカバーすることを禁止している。カナダでは、公的保障の対象部分は民間医療保険で保障してはならないという厳しい制限がある。この規制については、実は裁判が起きている。補完保険、補足保険については、各国で様々な制限が実施されている。

このように、政府の政策支援・規制を見ていくと、民間医療保険に関する方針を幾つかの類型に分けられると考えられる。例えば、同じビバレッジシステムをとっていても、イギリスは基本的には民間医療保険に対して規制も支援もしない。国民の1～2割は“queue jump”のために民間保険

に入っている。イギリスの政策立案者にヒアリングすると、イギリスでは、医療制度の核となる急性期医療（特に救命治療）は NHS のクオリティを高く維持しておき、周辺部分のアメニティについては民間医療保険に任せるという考えだそうである。民間保険者でも“Bupa”（イギリス最大の民間医療保険会社）にヒアリングをすると、我々は急性期医療で公的病院に立ち向かう気はない。いわゆるノンエレクティブな待てる手術でかつ定型的で生産性が上がりやすい手術はするが、生死にかかわるような手術を一生懸命やる気はないとはっきり言っていた。

一方で、オーストラリアは民間医療保険の保険料の 3 割を補助しており、公的病院の待ち行列を減らすために民間医療保険に加入者を押しやる政策をとっていると考えられる。このために、公的保険者を民間保険者に転換させて、民間医療保険を活用しようとした。現在では、公的保険を民間医療保険に転換させた保険会社と、アイルランドに進出してきた“Bupa”の 2 社が民間医療保険として寡占体制を占めている。

カナダは、非常に特徴的で、公的医療保障制度がカバーしている入院、あるいは外来に対して民間医療保険が保障することを禁じている（但し、カナダの 10 州のうち 6 州のみ該当）。これはカナダの研究によると、民間医療保険に入ることによって“queue jump”ができて、アクセスが非常にいいけれども、入れない人はアクセスが非常に遅くなるという二層構造（two-tier system）化を避けるためと指摘している。

この規制に対して、州政府がこのような二重保険を禁止する法律は不当であるという、裁判（シャウリ裁判）が起きている。このシャウリ裁判の判決では、「長期の順番待ちが必要なら一定の治療について人々はそのための民間医療保険を購入することができる」と判決が出て、政府は敗訴している。現在は、1 つの州で判決が出たが、今後残りの州でも同じような訴訟が起きており、カナダでは大きな政治問題になっている。

カナダの研究者に聞くと、カナダの悩ましいところは、実は国民の 65% が民間医療保険を利用しているにもかかわらず、イギリスと同じ二重保険、つまり民間医療保険に対するアレルギーがあまりない。その中で二重保険が使えないということはかなりストレスフルな状態になっているということだそうである。

ドイツ、オランダについては、「管理競争」で保険者を競争させるという方式をとりながら、民間医療保険の給付範囲については基本タリフなどで、いわゆる給付範囲を標準化している。これらの方針は、保険者間の競争を重視した政策と考えられる。

以上の分類に対して、日本はどのような位置づけになるだろうか。日本

では混合診療禁止ルールによって、上乘せの「補完保険」は不可能とされている（一部、保険外併用療養費制度で認められた場合には可能）。従って、保険外診療を受けたい場合には、「二重保険」を使わざるを得ない。しかし、この二重保険では公的保険料に加えて民間保険料を払わなければならないという負担がある一方で、公的保障制度が公私病院両方をカバーしているので、“queue jump”するメリットがない。結果として、日本はカナダと同様に国内の医療サービスを公的保障範囲内に押し込めるという方針を取って、二層化を防止していると考えられる。

最後に、実際にオーストラリアやアイルランドなどの民間医療保険を活用した国は期待どおりの効果を得たのかということについて説明したい。結論から言うと、競争条件を整備しなかったため、思ったとおりにはならなかったということである。

なぜかと言うと、オーストラリア政府は民間医療保険の保険料の3割を補助して加入を促進した。ところが民間保険者はその保険者機能を通じた効率化よりも、給付範囲を広げて保険料を引き上げるという行動をとった。つまり、リスクが低い高所得層を取り込んで、利益を確保するためには、効率化よりも高級化（保障範囲の拡大、上乘せ）が適していると考えられる。これはアイルランドにおいても基本的に同じで、民間医療保険の加入者がたくさんの医療サービスを使ってしまうため、民間医療保険を政策支援しても、公的医療費の削減や待ち行列の緩和は期待通りにならなかったということである。

では、日本では民間医療保険の活用をどのような形でそれぞれ進めるべきかという、これ以降はデータによる事実ではなくて私の個人的な提案である。

まず、オーストラリアとアイルランドの経験からは、民間保険を活用する場合には、競争環境を整備する必要があることが示唆される。イギリスのNHS病院と米国のカイザー・ファウンデーションという2つの「保障と供給が一緒になっている組織」を比較した研究があつて、これは実はカイザーのほうが効率的であるという結果になっている。なぜかと言うと、米国のほうは組織間の競争圧力が強いためとされている。つまり、競争政策をうまく整備することが民間保険活用の鍵であると考えている。この考え方の重要な事例が、オランダ・ドイツの管理競争であると考えている。

日本は、公的保障制度に税財源を投入して給付範囲を比較的広くしている。その上で、混合診療禁止ルールで公私財源の併用は厳しく制限されている。この規制により、公平性を重視する日本人の特性に合わせて、医療分野の二層化を防止する方針をとっている。

混合診療禁止ルールを急に全面解禁にすると、日本の医療が急激に二層化するということが考えられる。このときに、民間医療保険が本当にリスクプロテクションの機能を担うかという点については、現状をベースに考えると懐疑的である。例えば、オーストラリアのように、保険料率を引き上げていって給付範囲は広げるものの、低所得者が排除される可能性があると思われる。このような場合には、必ずしも公的医療費の削減につながるということが懸念される。

民間保険会社の経営戦略という面から見ても、現状の定額給付の保険は現在でも一定数販売されており、かつ一定の利益率を確保していると推測される。このような状況で、より厳格な審査が必要となり、支払い手続きが複雑になる定率保障の保険プランを販売する必要性は低いと考えられる。そうであれば、民間医療保険を活用する政策をとる場合には、曖昧に規制を緩和して民間保険の潜在市場を拡大するだけでなく、その市場で民間保険を適正に競争させるためのインフラ部分の設計まで併せて政策として検討することが必要であると考えている。