

社会的共通資本としての 医療・再論

日時：2015年6月12日14:00~16:00

神野 直彦（東京大学名誉教授）

宇沢先生とずっと一緒に研究をさせていただき、残されたさまざまな課題をいただいております。医師会でも、宇沢先生が医療は社会的共通資本だという観点からお話をされたと思います。私のやっている財政学の立場から、もう1回とらえ返すという意味で、「再論」と名づけさせていただきます。

この2カ月間、歳出カットのターゲットは2つ当てられているわけです。社会保障関係費と地方財政費です。地方財政費を減らすということと同時に、訳のわからないことを言い始めていて、公共部門の産業化、公共部門を市場化しろって、どういう意味なのか、財政学の観点では全く理解しがたいようなことが進められています。

日本はドイツから学んだ財政調整制度、交付税という財政調整制度を入れております。この、地域間の財政力格差を是正する財政調整制度を、ドイツが導入したときは、「ドイツは1つだ」というのが合い言葉なんです。これは国家統合のための制度なのですが、これも成果主義に移行しようと。成果主義に移行して、財政力の強いところにますます追い金のように出してどういう意味があるのか、制度の根幹を歪めかねませんので、そうした点などに反論するのが忙しくて、火曜日に大臣に提出してまいりました。このように本分のほうで忙しかったのです。古いレジュメで、うまく思い出してお役に立つようなお話ができるかどうかわかりません。レジュメを用意させていただいているので、ご覧いただければと思います。

1. 「社会的共通資本としての医療」を財政学で捉え返す

社会的共通資本は、宇沢先生のお考えでは、自然資本

と物的なインフラストラクチャー。それから宇沢先生が非常に力を入れておられたのは、医療と教育に代表される制度資本。これらからなるのが、社会的共通資本だというふう位置づけられております。したがって、医療は教育と並ぶ社会的な共通資本としての制度資本というふう位置づけられているのです。これはいかなる所有形態、私的に所有されようと公的に所有されようと、いかなる所有形態であってもコモンズによって管理される必要がある。コモンズはもともと共有地という意味です。今の新古典派の経済学などを支えている1つの思想に「コモンズの悲劇」というのがございます。牧草地などを共有地にしてしまうと、みんな共有地だからと言って自分の飼っている家畜をどんどん食べさせて乱掘してしまって、私的な所有にしないと、適切な管理ができないということを指摘されている。しかし、世界中に共有地はいろいろなところにあるわけですが、国際コモンズ学会で調査すると、いかなる地域においても「コモンズの悲劇」というのは働いていない。

それはなぜかという、コモンズというのはフリーアクセスではない。つまり、とんでもないところに住んでいる人がやってきて、家畜を放牧するなんていうことはあり得なくて、その地域社会の人たちが放牧させているので、コモンズはむしろ適切に管理されている。フリーアクセスではなく、顔と顔との関係等々が出来上がっている人々が管理しているので、適切に管理される。つまり、「コモンズの悲劇」というのは、実際にはコモンズという物的な共有地の上に、人間のコモンズが形成されていなかったときに、生じる悲劇だというふう解説したほうがいだろうと思います。したがって、世界の共有地では「コモンズの悲劇」というのは働いていない。

スウェーデンには自然享受権という権利が認められていて、私的な土地であろうと公有地であろうと、いかなる所有形態であろうと、自然を享受する権利を持っているので、だれでも自由に立入って自然を楽しんで構わない。所有権が非常に弱いというふうに言ったほうがいいかもしれません。子どもたちは安心して野イチゴを採りに森の中に入っていきますが、その土地が私的な土地であろうと公的な土地であろうと一切問題にならない。その代わり、みんなの土地、共有地ですから、皆が大事にするわけです。自然の美しさを守ろうとしますし、気品のない広告看板が私的所有地の森の中に存在するなんていうことはあり得ないわけです。それは共有地だからできるということですね。

宇沢先生がご指摘になっている医療も教育も、これは割り当て可能なサービスです。公共財という議論でいくと、財政が提供する公共財というのは、割り当て可能ではないんですよと言われるわけです。つまり、防衛というサービスは個人に割り当て可能ではないでしょう。だから、市場では取引できないんですよと、こう説明されるわけですが、医療も教育も個人に割り当て可能です。なので、市場でも提供することができるけれども、これはコモンズによって管理されなければならないというのが、宇沢先生の思想だというふうに考えていただければと思います。

宇沢先生は、私たちは、今、歴史の大転換期に生きていて、社会主義と資本主義を超えて人間の尊厳と魂の自立を可能にする経済体制を考えなければならない。これは1991年にヨハネ・パウロ2世が『ルールム・ノヴァルム』、つまり法王が世界のキリスト教徒に出す回勅を作成するに当たって、宇沢先生にアドバイスを求められたのですが、宇沢先生はそのときに、「社会主義の弊害と資本主義の幻想」という副題をおつけになりました。これはヨハネ・パウロ2世の祖国ポーランドが社会主義の非人間的な抑圧から解放された瞬間に、何でも市場、競争と言い始めて、非常に不幸な状態になっている。そのことを慮って、そういう副題にされました。

それは、ちょうど100年前の経済危機のときにもレオ13世が『ルールム・ノヴァルム』を出していて、そのときの副題が「資本主義の弊害と社会主義の幻想」という副題だったからです。それは19世紀末の大不況の下で資本主義の弊害が明らかになっている。失業者が群れをなして、倒産が相次いでいると明らかになっているが、社

会主義になれば救済されると説く者がいるが、それは幻想なんだという趣旨でした。

先生は、それをひっくり返してこれをテーマにしましょうと法王に持ちかけられたのですが、そのとき法王は、そうしようというように賛意を示されたうえで、宇沢先生に、「では、資本主義と社会主義を超えて人間の尊厳と魂の自立を可能にする経済体制はどのような特色を持っていて、どのような方法で具現化すればいいのか」というふうに問われて、宇沢先生もまさに目からうろこの思いだったというふうにおっしゃっています。

それで、宇沢先生が考え出したのが「社会的共通資本の経済学」という学問です。私の考え方では、近代社会科学をつくったのは、経済学を始めたと言ってもいいアダム・スミスの『諸国民の富』だというふうに考えているかと思えます。

しかし、アダム・スミスはもう1つの主著である『道徳感情論』で、共感を説いている。つまり、人間というのは、利己心とシンパシーという2つの側面を抱いた非常にアンビバレントな存在だと把握しているが、共感というのはだんだん落ちてきて、古典派の経済学等々が利己心、あるいはホモ・エコノミックスというか、人間は経済人だということを説くようになったわけですが、それに対する社会科学の反論が起きてまいります。

その1つは、フランスで起きたコントという学者が名づけた社会学です。この社会学では、人間というのは個人が砂のように存在しているのではなくて、そもそも社会というネットワークの中に存在しているんだという考え方です。

それと同時に、ドイツでは財政学が起きます。新歴史学派と言われているワーグナー、それからシュタイン、シュモラー等々でドイツで財政学が誕生いたしますが、これも人間観は、ホモ・エコノミックス的な人間観は間違っている。社会の中に埋め込まれているんだという考え方に立っているわけです。

このドイツの財政学が世界を席巻するようになって、アメリカからドイツに留学をして財政学及び新歴史学派の経済学を学びに行きます。イリーという人が一番有名ですが、イリーとかアダムスとかセリグマンとかいう人がドイツに留学をして、ドイツから新歴史学派の経済学を持ち込むわけです。イリーがアメリカの初代経済学会の会長です。そういうイリーとかセリグマンとかアダムスとかという人々がドイツの新歴史学派の経済学を持ち

込んでアメリカに制度学派と言われている学派が誕生いたします。コモنزとかですね。宇沢先生が念頭に置いているソースティン・ヴェブレンという人ですが、ヴェブレン等々の人々が誕生いたしまして、アメリカの制度学派と言われている学問が登場するわけですが、私はその前のドイツで誕生したドイツの財政学をやっておりますので、今日は、その立場から宇沢先生のこの「社会的共通資本としての医療」ということをとらえ返してみようというのが議論の始まりであります。

財政学では、私たちの市場社会は3つの経済組織から成り立っているというふうに把握いたします。それは、1ページ目の下に書きましたけれども、経済・社会・政治、これはドイツの哲学のトリアーデと言われている市場・国家・共同体、この3つから成り立っているというふうに把握いたします。これはもともと一体化していたのですが、この一体化していたものが市場社会になると三角形に分離するというふうに考えるんですね。この分離するのを、どうにかまとめようとするのが財政だというふうに考えていくのが財政学の考え方です。

私がおく大ざっぱにまとめてよければ、制度主義の経済学の考え方の特色というのは、市場の領域だけではなく、非市場の領域も取り込んで分析の対象にするというところにあるのではないかと思います。

レジュメの2ページ目ですが、ドイツの歴史学派の考え方では、もともと人間の社会というのは共同体、集まることだけを目的にしている共同体という帰属集団しか存在していなかったというふうにとらえます。

ところが、共同体と共同体が接触をすると、そこで2つの反応が起きます。1つは戦争です。もう1つは平和です。平和というのは何かというと、市場を動かすということです。共同体の中には市場は入らない。共同体と共同体の間でしか市場は機能しないと、こういうふうにとらえていきます。

この共同体は、市場が大きくなっていくと、どんどん分解されて小さくなっていて、現在では残っているのが最後の共同体としての家族だけです。我々の経済学の分析では、個人と個人との間で市場の取引をやったことというのは人間は1回もないのです。さるかに合戦のように、お猿さんと蟹さんが出会って、柿の種とおにぎりを交換するというようなことをやったことは、人間は1回もありません。私たちはいつも共同体と共同体の間でしか市場の取引をやっていないんですね。

市場の領域が進入しない領域を共同体と言っておりますので、現在でも家族の中では市場原理は入らないはずですが、家族の中で夫と妻ないしは親と子どもの間で労働を提供すると、その代わりに賃金を払う、というようなことは行われません。そういう市場原理のようなものが動いたら、定義上、共同体ではないということになるわけです。今、どんどん共同体が小さくなっておりまして、そういう家族はあるかもしれませんが、それは家族の体をなしていない。

なぜそういうことをするかというと、私たち人間はニーズに応じて、つまり、必要に応じて配られないと生存ができないのです。生まれたての赤ちゃんとか、労働能力を失った高齢者は、必要に応じて配られていないと生きていけないわけです。市場原理というのは、購買力に応じて配りますから、購買力を持っている人には多く、持っていない人には少なく配るわけです。そうすると、何にも貢献しないために購買力のない生まれたての赤ん坊は、これはニーズがあっても、家族の中で配られていなければ死があるだけです。何か欲しいといえば、与えるとまた泣くからモラルハザードが働くとかといってやらなければ、人間の社会は成り立たない。そこで、私たちは共同体をつくって、必ず市場原理にさらされない領域をつくらないと、種としての再生産ができないということになっております。

したがって、市場では購買力に応じて配っていいということは、ニーズつまり人間が生きていく上で必要不可欠なものを超えるもの、つまり欲望は市場に任せていいということになります。ただし、ニーズは市場原理に委ねられません。家族ができなければ、必要に応じて配ることを強制力を使ってやれば財政がやる。ニーズの充足は、財政がやるしかないというのが、私たちの考え方です。

そうだとすると、重要なポイントは、医療というのはニーズなのか欲望なのか。欲望であれば、市場に任せて構わない。市場というのは、ニーズを充足するのは不得意です。例えば、市場で外食をやっていたら、粗食にしろと言われる。つまり、油っこいものや塩分の多いものでニーズが満たされないと病気になる。

ところが、共同体というのはニーズを満たすのは得意中の得意ですが、欲望は満たせない。不得意です。

共同体のなかでは無償労働、unpaid work で相互扶助をしながら購買力ではなく必要に応じて分配をしてい

く。共同体の中でやっていたもののうち、早くから専門的能力を必要とする分野が出てきます。これが教育と医療ですね。

専門的な職業集団を必要とするので、それは早くから家族の中では供給するのが困難になります。通常の場合にはそういう相互扶助を、より大きな地域共同体で、教会などをシンボルにして相互扶助をし合うということで、教育とか医療を提供してきました。弘法大師も教育をすると同時に、お医者さんだったはずなので、医療も提供するというようなことを早くからやっていたということです。

したがって、2ページ目の(4)を見ていただきますと、医療というのは医者がサービスの供給者であって、患者がサービスの需要者であって、それが市場の取引関係に基づいて提供されるというのではない。我々の理論ではこの論理をのんだらだめなんです。

医療というのは社会的共通資本だということは、医者と患者が共同体をつくって悲しみを分かち合う。これが医療行為である。つまり健康を取り戻すという共同作業を医者と患者が癒やしの共同体をつくって行うこと。これが社会的共通資本の考え方だというふうに考えています。

教育も同じことです。教育も教師が教育サービスの供給者であって、学生が需要者だという話ではないはずです。特に大学はそうではなかったはずで、教える者と学ぶ者とが学ぶ共同体をつくってやってきた事業、これが教育のはずです。(4)のところで書きましたが、医者は医療サービスの供給者で、患者は医療サービスの需要者ではなく、あくまでも共同体の内部の悲しみの「分かち合い」であって、必要に応じて分配される。ただ、専門化しているので、専門家とそのサービスを受ける者だけでも、一緒に共同する。患者も参加しているということです。市場で分配するということになれば、購買力に応じて分配するということのをんだというふうになるはずだということです。

先ほど、言いましたけれども、医療がなぜ出てきたのかということ、(5)のところで書きましたが、共同体のなかの相互扶助でやるということには限界があるわけです。

そもそも国家はどうして登場してきたのかということ、繰り返すようですが、人間の社会には共同体しかなかったのですが、共同体によって自発的に協力し合っ

ていくというのには限界があります。古代文明を生んだ大規模な灌漑・水利などは1つの共同体ではできませんので、古代国家というのは、共同体の自発的な協力で行われている限界を克服するために古代国家が出来上がってくるわけです。そのことによって強制的に協力を、顔見知りのない共同体同士を強制力によって協力させることによって大規模な治水や灌漑をやっていく。

したがって、医療がもしも政府の干渉を受けるとしても、それは教会などをシンボルにして行われてきた自発的な協力では限界があるので、政府が医療や教育を強制的に協力させることによって引き受けていく。そう考えざるを得ないだろうというふうに思います。

2. 医療の制度的条件としての財政

さて、そうなってくると財政が登場するのですが、そういう医療、つまり共同体の限界を政府が補完するようになった暁で医療をどう考えていくのかということですが、けれども、財政というのは public finance という言葉の翻訳語です。日本が明治時代につくり出しました。現在では、中国に逆輸出しておりますので、中国でも日本語を使っている。つまり、public finance を「財政」という言葉を当てております。public というのは「公」という意味ですし、finance というのはラテン語の「finir」からきていますが、「終わる」「決済をする」という意味で、これは貨幣現象を表します。

財政というのは公の貨幣現象ですが、3月の医療政策シンポジウムでも申し上げましたが、日本では公という概念がわからない。宇沢先生はいつも公という言葉の言われるときに、公園というのはゲートがつくったんだとゲートの話をされていた。ゲートは封建領主や貴族が独占している美しい庭園をすべての社会の構成員に開放しようとして公園を提唱する。このゲートの公園の思想に共鳴して、すべての学術を社会の構成員に開放しようとして博物館をつくり、美しい美術を社会の構成員に開放しようとしてつくったわけです。

したがって、市場原理が好きなイギリスでさえ大英博物館は無料です。ルールはお金を取っていますが、無料で開放する日もあり、すべての社会の構成員に開放するわけです。

日本は何をやったのかということ、真っ先に博物館と美術館を独法化しましたが、あり得ないと思います。公というのはすべての社会の構成員を排除しない領域という

のがわかっていない。中国でさえ公が用いる電話（公用電話）という、すべての社会の構成員が利用できる電話のことを言います。ところが、日本で公用車という、官僚が利用する車のことを言っている。そうすると、公というすべての社会の構成員が共有しているものに、簡単に官というレッテルを張られるわけです。みんなのものなのに、官というレッテルを張られて、官から民へといっ、簡単に公を私化してしまうというのが行われている。今も、公共部門の産業化と言っているのですが、簡単にそれは受け入れられてしまう。

民間の経済つまり市場経済と、財政という経済は、全く逆に動きます。民間の経済の主体である企業を取っていただいても、家計を取っていただいても、それは量入制出で動きます。入りを量って、出を制するんですね。

なぜそうなるのかというと、入りが市場原理で決まるからです。家計であれば、収入は賃金、つまり労働市場が決定しますので、収入は市場が決める。それから、企業であれば、生産物市場の価格によって収入が決まりますから、市場が決めてくれるのです。その収入を家計であれば、医療費に幾ら使うとか、住宅に幾ら使うとか、教育費に幾ら使うかということ、後で決めざるを得ない。企業も同じことです。収入を設備投資に幾ら使うのか、原材料費に幾ら使うのかということ、後で決めざるを得ないわけです。

ところが、財政はすべての社会の構成員が共同意志決定で決めますので、政治過程で決めます。したがって、量出制入、つまり出を量って、歳出を幾らかと量って、収入をどのぐらいにするのかということの後で決めるわけです。今、財務省も完全に逆を言っています。財政は出を量って入りを制するのであって、収入の範囲内でやれなんていうことは、財政ではありえないのです。

財政は民主主義の政治過程で決まりますから、どういう公共サービスをどれだけ出すのかというのが決まると、その収入はどういう税でまかなうのかということの後で決めるしかないのです。

入りをまず決めようとしても、入りはどうやって決めるのですか。決まらないですね。最初に入りなんか決められっこないわけです。入りの範囲内でも pay as you go といっていますが、あれは源泉徴収制度の言葉です。

いずれにしても、入りは決まりません。決まらないのですが、日本人はなぜ入りが決まるのかというふうに思うのかというと、日本だけが永久税主義を取っているか

らです。ほかの国は一年税主義です。

つまり、毎年毎年必要なものを税で決めるのです。これを一年税主義と言います。ところが、日本では永久税主義ですから、予算が通ろうと通るまいと、永久に税金を納めます。これは永久税主義と言います。

なぜこうなっているのかというと、日本では、予算は法ではないという法構成を取っているからです。ほかの国は、予算も法律です。歳入法・歳出法という法律で予算は決まります。日本では、予算というのは法律ではないと規定していますので、法律よりも簡単に予算は通ってしまいます。

アメリカでもヨーロッパでも、歳入法・歳出法という法律として予算が決まります。すると、後法優先ですから、法律と違った予算が通れば、それは予算のほうに決定権があるわけです。ところが、日本では予算関連法案が通らないと、予算は執行できないことになる。

どうしてこうなっているのかというと、大日本帝国憲法の下では、法律と同じ効果を持つ勅令が出せました。予算は法であるという法構成を取ってしまうと、勅令事項が完全予算で変えられる恐れがあるわけです。そこで、そういうことが起こらないように、法律の下に予算を置いた。これが現在でも生きているわけです。

ヨーロッパの国々では、歳入法が通らないと徴税できないのですが、日本では歳入予算が通らなくても税法が執行されますので、歳入予算は全く意味がなく、単なる予測でしかない。

そうするともう1つ、医療を考えるうえで重要なのは、(3)のところを見ていただきますと、これは市場原理でやるのですか。それから、財政でやるとしても租税でやるのでしょうか、料金でやるのでしょうかという選択が問題になるわけですね。

これはスウェーデンの中学校2年生の社会科の教科書です。これを見ていただくと、予算についていろいろな見解があるというふうに書いてありますね。意見1を見ていただくと、「我々はコミューン税(コミューン税は、コミューンというのは市町村のことですので、地方税と考えていただければいいと思います。)を1クローナ引き下げたい。」つまり、減税したい。途中飛ばさせていただきませぬ、「税金の軽減は、人々の選択の自由を拡大するんだ」。意見2では、「それは絶対だめだ。それはサービスの低下をもたらすだけだ。私たちが減税に反対するのは、より多くの保育園、よりよい学校給食、障

害者にも利用しやすいユニバーサルデザイン、バリアフリーの町づくりを意味しているんだ。意見3では、「我々は、税金を引き下げ代わりに料金を引き上げよう。そのほうが公正だからです。そうすれば、電気や水を浪費している者よりも節約している者のほうが、少なく支払うことになるからです」。日本のように公共部門が小さいと、ここを見ていただければありますが、電気や水と言っていますので、電気を公共サービスとして提供していない国というのは、アメリカでさえ幾つかの州は公共サービスとして提供していますので、余りないんですね。日本人は公共サービスを公共部門が提供するというのは嫌いなので、電気は民間が提供する。

意見4を見ていただきますと、「我々はいたずらな料金の引き上げはしない。それは、高額所得者を利するだけだ。料金を引き上げる代わりに、増税をしよう。それが大多数の者、子どものいる家族、年金者にとってベストだ」。それぞれこのように言っていて、スウェーデンではどれが正しいかという結論を教育の中で絶対教えません。真理はだれもわかっていないということを前提にしております。

例題も重要な点です。「次の言葉の意味は何ですか」。「予算」「比率税」「コミュニケーション税収均衡化措置」（これは日本でいう交付税のことです）「長期予算」。ダブルバジェットになっていますが、それを説明しなさいと言って、最後に、「税か料金か。あなたは上に述べられた4つの意見のどれに賛成しますか、答えなさい」と。

では、税か料金か市場でやるのか、それをどうやって決めるのかということですが、レジユメの4ページ目、これもスウェーデンの教科書からですが、(4)の公共部門か民間部門かということを見てください。「なぜ、映画館のほうが水泳、プールよりも料金が高いのでしょうか。それは、映画館の料金は「市場原理」によって決まるからです。すなわち云々」と書いてあります。プールの料金は「補助料金」で、実際の料金の大部分をコミュニケーション、市町村が支払っています。どうしてでしょう、というふうに聞いているわけです。

右側を読んでいただくと、一部の人々はこう言います。「補助料金など全部やめてしまえ。みんな民間に任せればいい。もしそうなればコミュニケーション、市町村にとっては安上がりとなって、プールの管理もよくなるはずだ。そして、我々の頭ごなしにする政治家の権力も小さくなるだろう」。その後、ほかの人々はこう言います。「それは間

違いだ。もし、何もかもが民間で運営されるようになれば、不公平は拡大し、住民の影響力は減少する」などと、こういうふうに言って考えさせています。これは何を聞いているのかというと、最初の話に戻ります。欲望かニーズかということを知っているわけです。映画館で映画を見るというのは、私たちスウェーデンの社会では欲望だと考えていいですね。欲望ですから、購買力によって配りますよと。お金持ちは映画館で映画を見まくり貧乏人は映画を見られません。そういう社会でいいですねというふうに聞いているわけです。

それに対して、ニーズであれば、これは税で必要に応じて配らなくてははいけませんから、必要に応じて配らなければいけないわけです。税で配るわけです。

ところが、プールで水泳するというのは、これはニーズでしょうか、欲望でしょうか。健康をよくするので欲望とは言えないような気もするけれども、泳がなければ生きていけないかということ、そうでもない。いや、実は生きていけないということも考えている。スウェーデンでは、子どもたちは2つのことは必須です。水泳とスキーです。これがないと生きていけないというふうに言われているので、生きていけないかもしれないですが、いずれにしても、これは欲望と基本的なニーズの間と考えたいでしょうか。グレーですね。すると、市場価格よりも補助料金、つまり租税を投入して、市場価格よりも安い価格でもって提供するようにしますが、それでいいですね。料金を使うときにはそういうことです。

日本は病院でも何でも公営事業でやるときに、儲かるためにやっているわけではないので、赤字を出して当然です。黒が出るのであれば民間に任せればいいいわけです。赤字だけれども補助料金を使ってやらなくてははいけないからやっているのであって、論理的に、そんなことを言ったらスウェーデンの子どもたちは選択できません。私たちは公共料金にもっていくのはグレーなので、市場で価格をつけてもいけないし、価格付けで提供してもいけないし、租税で提供するまでもないと。公立病院は本当に料金を取っていいのかなと思うぐらいですので、赤だからということは何の理由にもならないということです。

3. 医療の使命を見失うな

そうすると、医療のそもそものミッションというのがある、それをまず考えなくてははいけないはずである。医療改革の目的は、すべての社会の構成員の共同意志決

定のもとに「悲しみを分かち合う」。つまり、共有するという制度をつくりだしていくということが目的のほうである。

ところが、使命を忘れると、どういう医療費抑制の論理が展開しているのかといえば、高齢化が進むと医療費は膨張する、医療費が膨張すると社会保険財政には限界がある。限界というのは本来ないはずですが、限界がある。これは保険料と租税で賄われています。すると、患者負担、つまり市場の価格付けに近いような患者負担を引き上げようと、こういう論理になるはずで。

消費税が先送りされましたので、今財務省が考えていることは料金の引き上げですので、国立大学の授業料を引き上げるとか、料金が引き上げられるわけです。しかし、料金を引き上げると、逆に増税は困難になります。スウェーデンやヨーロッパの多くの国々は、住宅費や教育費がゼロなので増税に応じる気はありますが、住宅を公共財であり、社会保障だと考えている国と考えていない国とでは違う。スウェーデンの家計簿を見ると、ほとんど出ていない住宅費と教育費が、日本の家計を見ると2大支出項目になっているわけです。その場合に増税するというと、だれでも怒るのではないか。

ただ、患者負担の引き上げの論理というのは、医療は欲望か基礎的なニーズかの中間だと位置づけている論理だと考えられます。あるいは、もちろん欲望と考えているのかもしれない。

繰り返しますが、ニーズは膨張しません。欲望は限りなく膨張しますが、ニーズは膨張しません。私が大金持ちであっても、例えばタミフルを金にあかせて飲みまわるとかということはありません。つまり、ニーズは埋められると、そこで打ちどまる。治れば打ちどまりますから、増えません。そこで終わるんですね。

もしも打ちどまらないものを医療費だってみなしているのだったら、それはそもそもニーズじゃなかった。例えばバイアグラはもともと欲望であってニーズではないので増えるわけです。

こうしたことが受け入れられるのは「コモンズの悲劇」が主張されるからで、それは日本の社会には、人間の関係としてのコモンズがないからです。コモンズというのは、土地の共有地の上に行われている人間の関係ですから、人間がお互いに助け合って生きていくという関係であり、それが消滅しているということを意味するだろうと思います。

新自由主義者が言うような「コモンズの悲劇」というのは働かないというのは、すでに述べたとおりであります。ここには私がいつも教わっている医療経済学者の人がたくさんいるのですが、医療費は市場原理に委ねれば委ねるほど高くなるのは周知のとおりです。医療を分かち合えば分かち合うほど、医療費は低くなるわけです。

4. 「分かち合い」の仕組みとしての財政

さて分かち合いの仕組みとして財政があるのですが、重要な点は、市場原理というのは対価原則が働くことを言います。サービスが提供されると、そのサービスと反対側に貨幣の流れがある。対価が支払われるという関係です。

ところが、財政では対価原則を切ります。当然です。対価原則でやるのであれば、市場でやってもらえばいいわけですから、財政では等価原則、つまり全体の負担と全体の給付がイコールになるので、個々の給付と負担が結びつくということはない。これが財政の原理です。市場原理では対価原則でやっていますが、それと財政と組み合わせると社会全体を動かしますので、財政のほうは等価原則、つまり、全体の負担と全体の給付がイコールになる。

ところが、保険を考えてみてください。保険は損害保険でも何でも良いですが、私的な保険でやっています。ところが、保険は対価原則ではなく、等価原則にみえます。つまり、火災保険でも何でも、負担の全体と給付がイコールになる。

そこで私的保険は、市場原理、つまり対価原則に乗せるために負担を必ずリスクによって負担させます。リスクに応じて負担させることによって保険という、つまり等価原則でリスクをプールしているものを市場に乗せているのです。したがって、何か暇な人がいて、これを私的な年金であればこうなってこうなるんだけれども、年金の制度はこれだから変だという。しかし、計算してもらったけれども、ご苦労さまでしたと言うしかないんですね。私的保険というのは、リスクに応じて負担させるために保険数理学でリスク計算を必死になってやっているわけです。

そもそも社会保険というのは保険ではありません。私的な保険というのは、対価原則に基づくためにリスクに応じて負担させる。そのために保険計算をやっているのです。

したがって、日本人は保険料を納めたので損をしたと、目先の利益ばかりをいいますが、そんなことを言ったら、私的保険でも同じことですね。火災保険でも、保険料払っただけで損をしたから自分の家に火をつけるという人はいないはずですよ。

租税か社会保険負担かというときに、租税というのは、先ほど言いました財政の原理に基づくと、3つの条件を必要とする貨幣の流れです。

1つは、強制性です。市場社会での貨幣の流れは任意です。強制的に貨幣を流されるということはありません。市場の取引を見ていただければわかりますが、市場での貨幣の流れは、いつも任意ですから、強制的に貨幣が流れていくということはないので、強制性があるということが租税のまず1つの条件。

もう1つは、無償性。ただでということですが、これは反対給付の請求権がないということの意味します。私はこれを払ったけれども、租税を払ったんだからサービスをくださいねということではできません。これは無償性です。ただでという原則がなければ、租税と言わないのです。

それからもう1つ重要なのは、収入性。収入を目的にしています。

したがって、交通違反の罰則金は租税ではありません。強制的に取られて、何の対価もないけれども、収入を目的にしているからです。これは租税ではなく罰金です。

それから、無償性に反対給付の請求権を持たせると、例えば使用料・手数料がそうですけれども、住民票をくださいと言って手数料を払いますから、反対給付の請求権がありますので、これは租税ではありません。

そのように考えていくと、社会保険は租税なのかというと、これは社会保険が皆保険になれば強制的に全員参加しますから、強制性は満たしています。収入を目的にしますので、収入性を満たしていますが、無償性のところが合わなくなってくるわけです。無償性を実は社会保険にするということは、無償性のところが租税のように、「保険料を払っていても請求権はありませんよ」と言うと、保険に参加していけないものだから、請求権を持たせませんよということになっている。

したがって、それは逆に「あなた払っていないですね」というと、サービスをもらえないということが生じる。今度は別な制度をつくらないと、別な制度で確保しないと、保険でやるとそういうことができるといこと

です。つまり、社会保障負担は無償性を外す。つまり、反対給付の請求権がない。これ反対給付の請求権がないと言っていかどうかということも、ちょっと微妙ですね。

目的税というのは、税である限り、この目的のために税負担するので、反対給付の請求権があるように見えますが、反対給付の請求権はないのです。

例えば、日本だけがガソリンという燃料課税で道路をつくりました。それで、目的税になっている。「あなた、自動車持っていないですよ。ガソリン税納めていないですよ。だから、道路を通行できません」ということはありません。目的税は、目的にされまされけれども排除するということはないのですが、ここはちょっとおっかなびっくり言っているんです。社会保障負担は反対給付の請求権があるのか、ないのか。あるかないかによって、これは租税であるかどうか決まります。

それから「三つの政府体系」というのは、実際にもやっているところもありますが、政府を三つの政府体系に概念上整理したほうがいいということです。

1つは、地方政府というのは、教会などをシンボルにしながらお互いにサービスを提供し合っていたものを、強制的な地方税にしたものによって運営されるのが地方政府です。これはサービスを提供するということになる。教会がやっているということを代替する。

それに対して、社会保障基金というのは、そもそもが生産点で労働者たちがさまざまな組合などをつくって、お互いに賃金を失ったとき等の共済事業をやっていたのを、強制加入にしたという経緯がございまして、そういう社会保障基金、これは別な政府だというふうに考えたほうがいい。それぞれの政府のミニマムを保障するのが、中央政府だというふうに考えたほうがいいと思っております。

それは、国民から言えば、地方政府には地方税を納め、中央政府には国税を納め、社会保障基金という政府には社会保障負担、コントリビューションを納めるということがわかったほうが、どれをどういうサービスをどこまでそれぞれの負担でやるのかということを決定できるのではないかとこのように思っているわけです。

5. 「分かち合い」としての医療制度

そうすると、日本が分かち合いというかコモンズとして医療制度になっているのかということ、私たちのそういう目からすると、一番問題点なのは、医療保険制度が分

立しているということです。

この分立している経緯は、そもそも日本の場合には、労務管理から始まっておりますので、各企業等々が労務管理、あるいは公務員もそうですけれども、そういうところから発生したものを、昭和13年、国民統合のために国民健康保険、これは事実上農民の保険だったわけですが、軍部が農民は国民だと言って国民健康保険にしたもので、それを戦後、国民皆保険にしているということですが、労務管理と、それから市町村単位にしたときには、隣保扶助の精神、つまり地域コミュニティの相互扶助の精神を生かすということを考えてやっているわけです。ところが、現実には、国民健康保険というのはラストリゾートになってしまっているのですべてのいろいろな保険から落ちたり除外された人々を受ける受け皿になっている。そうすると、余り分かち合いが見えてこないんですね。つまり、だれとだれとが仲間で分かち合っているのかって、よく見えなくなってきました。それを激しくしているのが場当たりに、こっちの財政が苦しくなるとあっちの財政にというふうに資金を移動させてしまっているからです。

それだけではなくて場当たりに税を入れているんですが、税がどういう論理で入ってきているのか、あまり判然としない。そもそも社会保険に加えて国税が入っていて、都道府県税が入っていて、市町村税が入っている。さらに、国民健康保険財政の赤字を補てんするために、地方自治体のほうは法定外の一般会計のほうから繰り入れをやっていますし、それが常態化しています。

それから、よくわからなくなったのは、国民健康保険料で取ってもいいけれども、地方税でも取ってもいいですよとか言い始めているので、何が何だかよくわからなくなってきたということです。さらに加えて、医療保険間で財政調整を行っておりますので、さらにこれが退職者医療制度、老人保健制度等々ができてわかりにくくなってきました。

今回の医療保険の改革というのは、こうしたことを統合化していこうという動きとしては評価できるというふうに私は考えておりますが、保険運用と医療サービスの提供体制を広域自治体に統合化したのはいいのですが、これからどちらを向いていくのかというのが、私の場合にはちょっと見えていないかなと思っています。分立構造はいずれ統合していかないといけないと思いますし、それから社会保険方式はこのままでは無理で、好むと好

まざるとにかかわらず、税のウエイトを増やしていかざるを得ないのではないかと思います。必要な医療を確保するというこのためにはですね。

ところが、日本は税負担が少ない。それでレジユメの6ページの下を見ていただくと、一番上の点々、左側に日本、右側にOECD。これは都合のいいスウェーデンとかドイツとかを取ってくるともっとはつきりしますが、一番上の点々が租税全体の負担です。これを見ていただくと、日本は1973年から税負担が急激に上がります。これはなぜか。先進諸国は第二次世界大戦後福祉国家を目指しましたが、日本は基本的に目指さなかったと言っていると思います。ようやく福祉国家で国民統合を図ろうというふうに決意するのが、昭和48年の「福祉元年」と言われた年で、この年から税負担を上げていきます。急激に上げていっているのがおわかりいただけるだろうと思います。

ところが、日本は1990年から税負担を激減させている。先進諸国全部の平均で見ても、第二次世界大戦後、福祉国家で所得税と法人税を中心とする税制をつくりますが限界が生じてきます。税収面でも限界が生じますが、所得税というのは非常に不公平な税金だという批判が高まっています。それはお金持ちだという経済力は、所得だけではつかまらない。脱税も何もしないで所得の定義上ゼロの人でも、ベンツに乗っている人はたくさんいますよね。

カルドアという有名なイギリスの経済学者は、所得税は額に汗した瞬間にかかってくるけれども、膨大な財産を持っていれば、財産を食いつぶしていくと所得はないわけですから、財産を食いつぶしながらマハラジャのような生活をしている人々には税金はかからない。これはいかにも不公平じゃないか。このことがイギリスの何とか病を巻き起こしているんだ、活性化を失っているんだという批判をいたしました。

そうすると、カルドアが提唱したのは、支出税、1年間やった消費に累進的に税金をかけるという税金に変えなくては行けないと主張したのですが、それもちょっと税務執行上の問題があってできないので、普通、ヨーロッパでやっているのが、所得だけではつかまらない担税力、経済的な能力を付加価値税を増加させることによって補完しよう。マハラジャのような生活をしてベンツを買えば、そのときにはちゃんと消費、買ったときに税金をかけますよということをやっている補完しようとして

います。

それからもう1つ重要な点は、所得税というのは第二次世界大戦まではリッチマンズタックスと言われていて、金持ちが納めていました。日本で所得税を払っていたのは、就業者のうちの5%ですから、所得税払っているという大金持ちです。ところが、第二次世界大戦中にプアマンズタックス、つまり、多くの国民が支払う税金に変わってしまいます。どうして変えることができたのか。それは源泉徴収制度です。源泉徴収制度は、ドイツが一番早くて1930年代に入りますが、日本は41年。アメリカが42年で、イギリスが43年です。第二次世界大戦中に各国とも源泉徴収制度を入れました。すると何が起きたのかというと、みんな納めますが、所得によって捕捉率が違うんじゃないかということが、所得税は不公平だということで攻撃されます。日本で言えば、クロヨンサン、トウゴサンピン。給与所得者は10払わなくちゃいけないけれども、自営業者は5で、農民は3で、ピンは政治家で1割しか払わない。

そうすると、所得税に対する信頼性が揺るぎますので、だったらそういったことも消費税、付加価値税をやることによって補完できるだろう、つまり、所得税、法人税中心の税制を一般消費税である付加価値税で補強しようという動きをとります。

ところが、日本はそうではないのです。日本を見ていただくと、一番下の点線が消費税ですので、消費税を入れて所得税と法人税の減税をやりませう。結局、全体の税負担は所得税・法人税の減税が大きいものですから、減

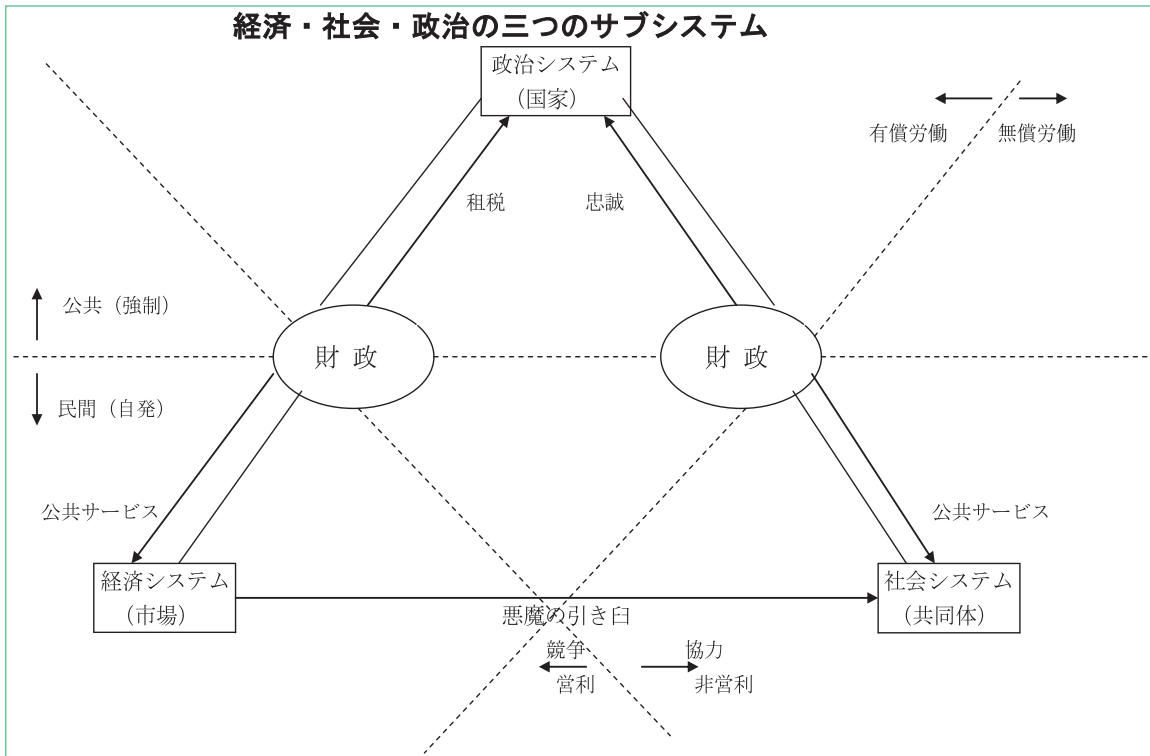
収してしまう。

ヨーロッパを見ていただくと、ヨーロッパは所得税や法人税を減税しないでそのまま維持しておいて消費税で租税負担率を上げていきますから、一貫して税負担率を上げていって、現金的な所得再分配ではうまくいかないようなサービス給付については、消費税を増税し租税負担率を上げることによってやっつけようということになっていくので、これは税負担率を上げつつ医療についても税方式を今まで以上に上げていかないと、やっぱりもたないというのが私の考え方です。

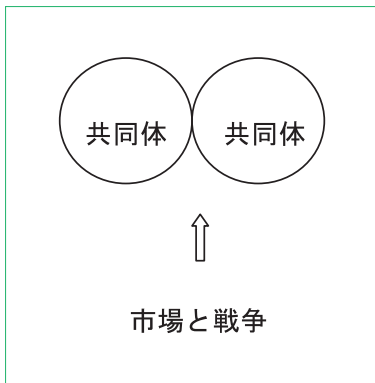
それで、社会保障制度としての医療ということを見ると、これはそもそもの「分かち合い」であって、国家がやるにしてもこれは強制力を使ってやるものだ。今は保険方式でやっていますが、とはいえ保険方式にはそろそろ限界が見えてきていて、かなり租税方式、税方式を入れている。そのときにどういう論理で入れているのかということがはっきりしないと、何かずるずる入れているという感じになってしまいますので、これは少し整理をして税方式の入れ方を考えながらどういう方向に持っていくのか、医療サービスをどういう財政方式で支えながらやっていくのかという見通しとセットで広域自治体に保険とサービスの提供責任を担わせるということにもっていかないと無理かなという私の考え方です。

素人談議の域を抜けませんが、財政学のほうから見てということでお話をさせていただきました。ご清聴どうもありがとうございました。

「社会的共通資本としての医療・再論」
(配布資料)



図表 1



図表 2

1. 「社会的共通資本としての医療」を財政学で捉え返す

(1) 医療 = 教育と並ぶ社会的共通資本としての制度資本

いかなる所有形態でもコモンズによる管理
医療も教育も割り当て可能なサービス
⇒市場でも提供可能だけれども、コモンズによる管理

(2) 制度主義の経済学を導き星とする「社会的共通資本の経済学」

= 市場の領域だけではなく、非市場の領域をも視座に入れる (図表 1)

(3) 共同体 = 市場の作用しない領域 (図表 2)

・ 共同体 = 必要に応じて分配される = ニーズの充足
市場 = 購買力に応じて分配される = ニーズを越える欲望の充足


・ 共同体を分解する市場 ⇒ 最後の共同体としての家族
・ 共同体の相互扶助で専門家集団を必要とするもの
= 教会などをシンボルとして悲しみの「分かち合い」 = 教育と医療など

(4) 医療 = 医者と患者で悲しみを「分かち合い」、健康を取り戻す共同作業を行う「癒しの共同体」を形成すること

教育は教師と学生との「学びの共同体」を形成すること

・ 医者は医療サービスの供給者で、患者は医療サービスの需要者ではない。あくまでも共同体内部の悲しみの

第4章◎コミュニティ



コミュニティの約3分の2はコミュニティが受け取ります。ランスタング・コミュニティは3分の1、教会は1〜2パーセントです。

●……予算について、いろいろな見解がある

各政党がどういう考えをもっているかは、予算編成作業を通じて明らかにされます。すでに、専門委員会や理事会で、多数派と反対派の間で対立がはっきりと見られます。コミュニティ理事会が提案した予算案を議会が審議するとき、この対立は白日の下にさらされます。

▶意見1 われわれは、コミュニティ税を1クローナ引き下げたい。これは10万クローナの所得のある者の財布に、1,000クローナ多く入っていることを意味する。税金の軽減は、人々の選択の自由を拡大する。

▶意見2 それは絶対にだめだ。それはサービスの低下をもたらすだけだ。私たちが減税に反対するのは、より多くの保育園、より良い学校給食、障害者にも利用しやすい中央地区を意味している。

▶意見3 私たちは、税金を引き下げる代わりに料金の引き上げをします。その方が公正だからです。そうすれば、電気や水を浪費している者よりも節約している者の方が、少なく支払うことになるからです。バス料金、保育園料金、その他いろいろな料金も同じです。

128

6. コミュニンの予算

▶意見4 われわれは、いたずらな料金値上げはしない。それは、高所得者を利するだけだ。料金を10パーセント引き上げる代わりに、税金を75ウーレ上げる。それが大多数の者、子どものいる家族、年金者にとってベストだ。

課題

① 次の言葉の意味は何か。
a. 予算 b. 比率税 c. コミュニン税収均等化措置 d. 長期予算

② あなたのコミュニティの収入と支出の構成を調べ、平均的なコミュニティと比較しましょう。その違いは何に基づくのでしょうか。

③ a. あなたのコミュニティでは税率はいくらですか。コミュニティ、ランスタング、教会への配分はどうなっていますか。
b. コミュニン税は全国一律がよいという意見があります。その賛成者、反対者はどんな理由を挙げていますか。

④ 税が料金が——あなたは上に述べられた四つの意見のどれに賛成しますか。

129

出所：『あなた自身の社会』—スウェーデンの中学教科書—、アネ・リンド・クワイスト、ヤウエス・ル著、川上邦夫訳、1997、新評論

図表 3

7. コミュニンにおける民主主義

●……より民主的なコミュニティへの道

■ コミュニン地区委員会

現在のコミュニティが形成される過程で、2,000以上の小さなコミュニティが削減されました。議員の数は20万から6万に減少しました。これに代わって、役員職員の数は増加しました。大規模なコミュニティには、多くの人が不満をもっています。彼らは、コミュニティの事業を決定し運営している人々と接触することが、とても困難になったと考えています。全ては中心地区で行われ、周辺の集落に住んでいる者には、それについて意見をいう機会がないのです。サービスも良くなっていません。コミュニティの民主主義の機能は悪化しています。

会での人々が、こうした意見を支持しているわけではありません。しかし、地方のコミュニティではコミュニティ地区委員会を設立して、住民の影響を増強する試みをしています。コミュニティを適当な規模に分割し、それぞれの地区が一定の問題——地区住民に関連の深いもの——については独自の決定ができる、とするものです。

■ 地域の住民投票

あるコミュニティに、政治家たちもどう決定すべきか判断に迷うような特殊かつ重要な問題が発生します。そんなとき、住民はどう考えているかを住民投票で知ることができます。この投票結果は参考とされるだけです。決議する前の議員総会でこれからの方向を示すことになります。もっとも地域住民投票は、そんなにしばしば実施されるわけではありません。

■ 公共部門か民間部門か

何故、映画館の方が水泳プールよりも料金が高いのでしょうか。それは、映画館の料金は「市場原理」によって決まるからです。すなわち映画館は、観客が払ってもよいと思う金額を料金としているのです。プールの料金は「補助料金」です。すなわち、実際の料金の大半をコミュニティが支払っているのです。どうしてでしょう。それは多くのコミュニティが、映画ではなくプールを住民サービスとして提供したいと考えているからです。

133

第4章◎コミュニティ

一部の人々はこう言います。
「補助料金など全部やめてしまえ、みんな民間に任せればいい。もしそうなれば、コミュニティにとっては安上がりとなり、プールの管理も良くなるはずだ。そして、われわれの頭越しにものを決める政治家の権力も小さくなるだろう」

他の人々はこう言います。
「それは間違いだ。もし、何もかもが民間で運営されるようになれば、不公平が拡大し、住民の影響力は減少する」

課題

① コミュニンの政治において「われわれと彼ら」という表現で意味されるものは何でしょうか。

② どうして一部のコミュニティには、地区委員会が置かれるのでしょうか。あなたの住んでいるコミュニティには地区委員会がありますか。その任務は何ですか。

③ 地域住民投票とは何ですか。あなたの住んでいる所で、これまでにそれが行われたことがありますか。それはどんな問題についてでしたか。

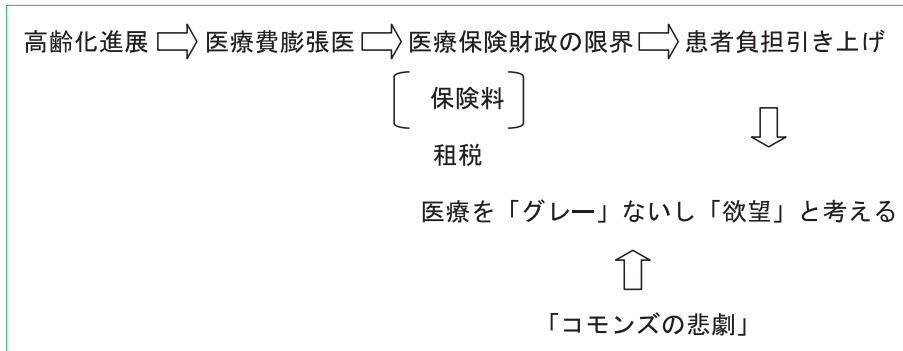
④ コミュニンの事業の中で民間で行うことのできるものがありますか。それは何ですか。また何故ですか。

⑤ コミュニンの住民として、政治に影響を与えるにはどうしたらよいでしょう。どうしたらコミュニティの民主主義を改善することができるでしょう。討論しましょう。

134

出所：『あなた自身の社会』—スウェーデンの中学教科書—、アネ・リンド・クワイスト、ヤウエス・ル著、川上邦夫訳、1997、新評論

図表 4



図表 5

国	医療費支出(2012)			人口1,000人当たり(2007-2012)		
	対GDP比率(%)	公的医療費用支出の割合(%)	1人当たり(米ドル)	医師数	看護師・助産師数	病床数
アメリカ合衆国	17.9	46.4	8,895	2.5	9.8	2.9
キューバ	8.6	94.2	558	6.7	9.1	5.3
イギリス	9.4	82.5	3,647	2.8	8.8	2.9
スウェーデン	9.6	81.7	5,319	3.8	11.9	2.7
ドイツ	11.3	76.3	4,683	3.8	11.5	8.2
フランス	11.7	76.9	4,690	3.2	9.3	6.4

出所：総務省『世界の統計2015』

図表 6

「分かち合い」であって、必要に応じて分配される。市場で分配すれば購買力に応じて分配されてしまう

(5) 共同体の限界を克服する

政府は共同体の自発的協力の限界を克服するために形成される。古代国家を想起すれば、共同体の自発的協力では大規模な治水・灌漑が不可能なので、共同体同士を強制的に協力させて大規模工事を遂行するために政府が形成されたことが理解できるはずである。

教会などをシンボルにした自発的協力では限界があるので、政府が医療や教育を強制的協力で引き受けていくことになる。

2. 医療の制度的条件としての財政

(1) 「財政 (public finance)」とは、「公 (public)」の「貨幣現象 (finance)」

「公」=すべての社会の構成員を排除しない領域

(2) 民間経済は「量入制出」、財政は「量出制入」永久税主義と一年税主義

(3) 「市場」か「税」か「料金」か (図表 3)

(4) 「基礎的ニーズ」か「欲望」か「グレー」か (図表 4)

3. 医療の使命を見失うな

(1) すべての社会の構成員の共同意思決定のもとに「悲しみを分かち合う」制度を創り出すことが改革目的

(2) 使命を忘れた医療費抑制の論理 (図表 5)

(3) 「コモンズの悲劇」は働かない (図表 6)

4. 「分かち合い」の仕組みとしての財政

(1) 対価原則と等価原則

市場 = 対価原則

財政 = 等価原則

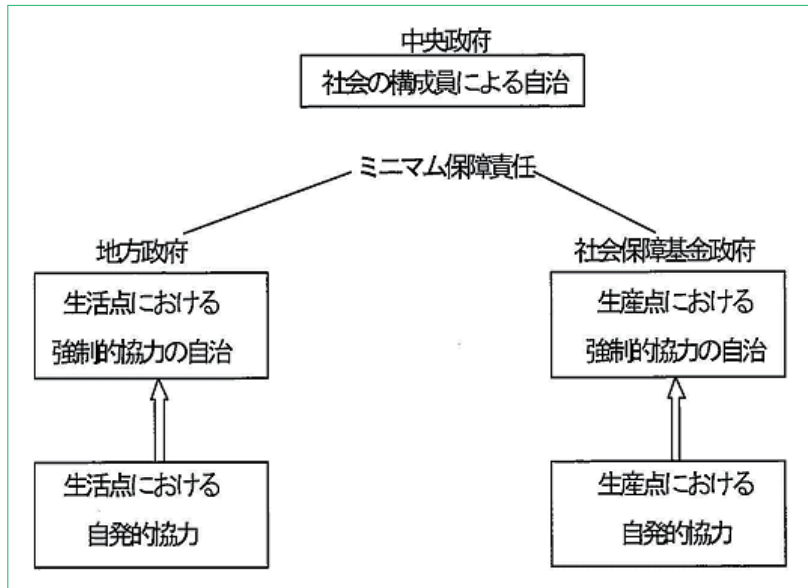
社会保険は「保険」ではないので等価原則にもとづく「保険」は対価原則にもとづかせるためにリスクに応じて負担する

(2) 租税と社会保険負担

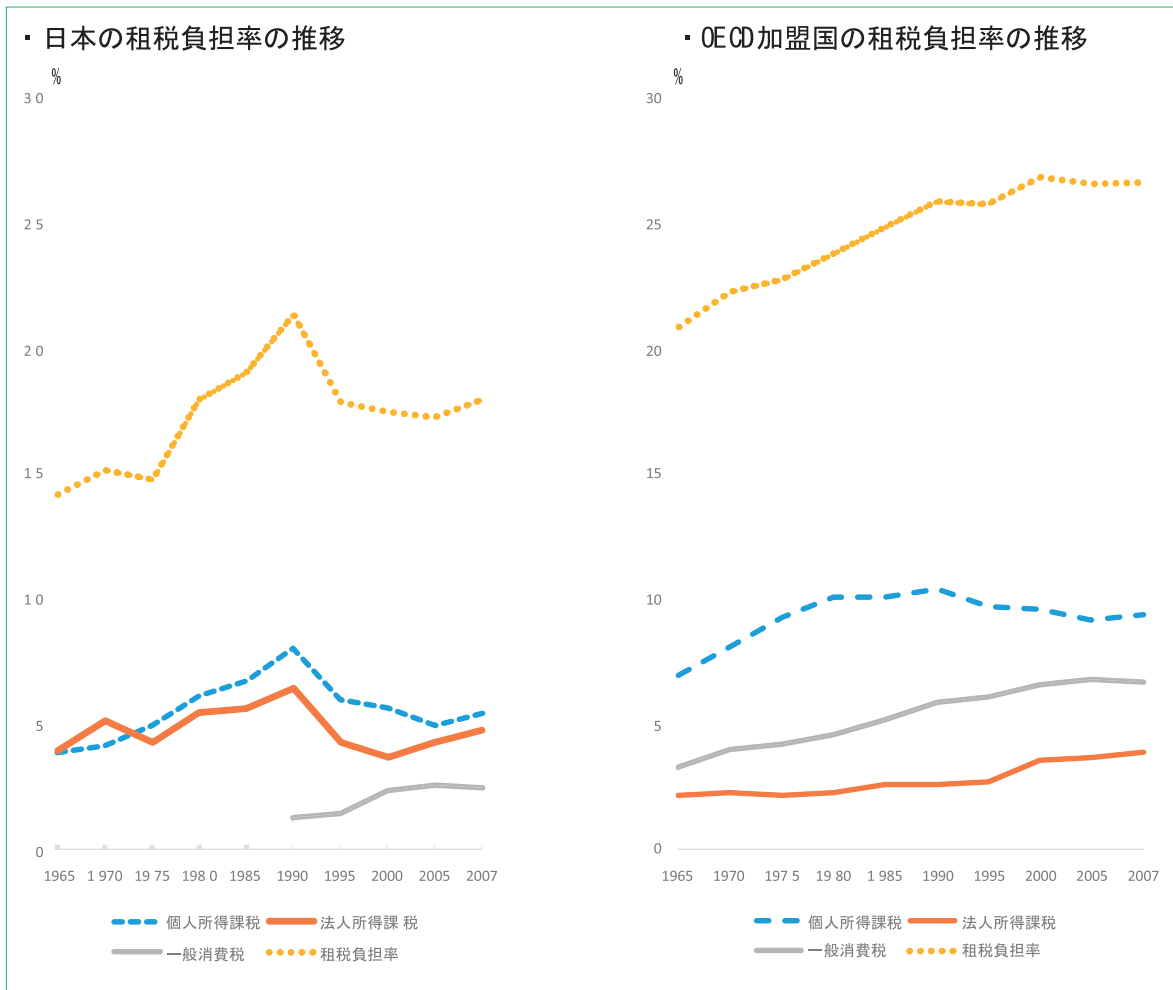
・租税は三つの条件を必要とする貨幣給付

(1) 強制性

(2) 無償性



図表 7



図表 8

(3) 収入性

・社会保障負担は無償性を外す。つまり、反対給付の請求権がない。

(3) 三つの政府体系で考える (図表 7)

5. 「分かち合い」としての医療制度

(1) 分立する医療保険制度

・労務管理から国民統合へ→下からのコモンズが形成されていない

・職域別に分立している

・地域コミュニティを利用しようとしたために、市町村単位の国民保険

↓

国民健康保険がラストリゾートになる

(2) 「分かち合い」が見えない仕組みの限界

社会保険方式に場渡り的に税方式を導入

・社会保険負担に加え、国税それに道府県税、市町村税という地方税を投入し、さらに国民健康保険財政の赤字を補填するために、法定外の一般会計からの繰り入れが常態化

国民健康保険料は地方税としても徴収できる

・医療保険制度間の財政調整

退職者医療制度、老人保健制度

・後期高齢者医療制度→医療保険の一元化

(3) 保険運営と医療サービスの提供責任の広域的自治体への統合 (図表 8)

・分立構造の統合化

・社会保険方式から税方式へのシナリオ