

2007年6月15日に、第57回日本病院学会のシンポジウム「防ごう！！ 病院医療の崩壊」に出席してきた。シンポジストとして、「ここ数年の医療政策展開の磁場」という話しをした。そこで、『医療政策は選挙で変える——再分配政策の政治経済学Ⅳ』に収めた「忙しいあなたのために 01 日本の社会保障と医療——小さすぎる政府の医療政策」に「ここ数年の医療政策展開の磁場」を挿入し、『もっと』忙しいあなたのために 01 日本の社会保障と医療——小さすぎる政府の医療政策 ver.2」とした。このコンセプトは、「書店に立ちよる暇すらない人たちに、せめてせめて、これだけは読んでほしい」（編集者弁）というものである。なお、今回のヴァージョンアップにともない、若干の補正も行った。

『もっと』忙しいあなたのために——書店に立ちよる暇すらない人たちに

01 日本の社会保障と医療—小さすぎる政府の医療政策

2007年2月10日の医療制度研究会にはパワーポイント118枚のスライドを準備して出掛け、（早口となったが）考えていた6割5分ほどの内容を一気に話した。

当日、演題で示された内容の話をするとともに、多くの医療関係者・医療政策論者を前にしたわたくしには隠れた3つの目標があった。第1に「他のムダな財政支出を削減して医療に」という論法では、今でもあまりにも「小さすぎる政府」しか持っていない日本の医療費を増やすことはできそうにない——医療のために社会保険料引上げ・増税を受け入れるという、医療のための負担増を訴えるのが最も実行可能性の高い戦略であることを理解してもらうことである。ムダな財政支出を削減する必要があるのは言うまでもないが、そこで削減された額は国の借金の返済に回せばよい。この国には返済すべき借金は山以上にある（他方、成長で増える税収をあてにするという論法も存在するが、運良く増収した場合も借金の返済に回せばよい）。第2に「消費税は逆進的であるから増税には反対」という論を繰り返している限り、この国の政府は小さすぎるままに留まり、政府を効率よく利用したゆたかな社会を築くことはできそうにないことを分かってもらうことである。そして第3は厚労省が医療費を過大推計して医療費抑制の機運を高めようとしているという「厚労省陰謀説」は、間違いであることを理解してもらうことである。

こうした話を含め、90分の講演内容を限られた紙数のなかで要約するには無理があるので、まずは、是非とも読んでもらいたいいくつかの資料を紹介した。

是非とも読んでもらいたい資料（[勿凝学問とは？](#)）

勿凝学問 46 [歳出削減はいつまでつづくのか？——この国には新自由主義とか市場原理主義の政治家などいない](#)

勿凝学問 47 [事件は現場で起きてるんだ！——保育・教育、介護・医療政策が軽視される構造的理由のほんのひとつ](#)

勿凝学問 48 [なぜ医師不足が生じたのか？——不確実性への無理解が生む社会保障論の混乱](#)

勿凝学問 50 [政府の利用価値——現代国家の機能と現代（公共）経済学の政治的バイアス](#)

勿凝学問 51 [自由、それとも無策？——一県一医大構想、自由競争の帰結](#)

勿凝学問 58 [今日の医療崩壊に手を打とうとしない政党には、次の選挙で拒否権を発動せ](#)

(下記は、<http://news.fbc.keio.ac.jp/~kenjoh/work/talk.htm>にあり)

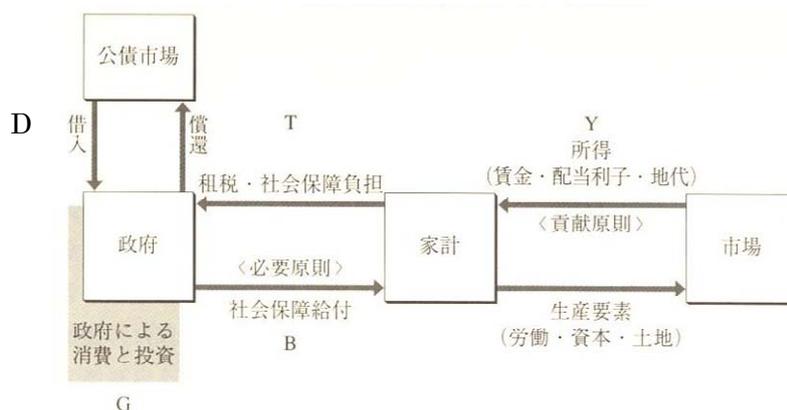
座談会「医療と経済—柳澤伯夫厚生労働大臣・大久保満男日本歯科医師会会長」『日本歯科医師会雑誌』(Vol.59 No.10)

対論「新社会のデザイン—吉川洋東京大学教授・経済財政諮問会議議員」『朝日新聞』2006年2月24日朝刊

次にこれら資料の「予告編」として、講演内容のドラフトのドラフトくらいの概要をまとめておくことにする。

◆社会保障と国のかたち

図 1 再分配政策としての社会保障



社会保障は、国民の基礎的消費部分を社会化すると同時に、それに要する資源を社会から優先的に確保しているのであり、この目的を所得再分配という手段を用いながら行っている。この所得再分配としての社会保障は、図1の概念図に沿って説明できる。まず家計は、生産要素を市場に供給し、その見返りとして所得（Y）を得る。市場の分配原則は、生産要素が生産にどの程度貢献したかに応じて分配するという<貢献原則>である。この1次分配から、政府は公権力を用いて、租税・社会保障負担（T）を強制的に徴収する。また政府は、公債市場から資金(D)を調達する。そして政府は、徴収した資金を用いて、公務員を雇用したり、公共事業を行ったり、国防などの公共サービスを供給したり（G）、さらには公債の償還を行ったりする。そして政府は、徴収したかなりの部分を、今度は、社会保障給付（B）として、家計が必要としている程度に応じて所得を分配するという<必要原則>にもとづいて再分配する。ようするに、社会保障の基本的な役割は、市場の分配原則である<貢献原則>にもとづいた所得分配のあり方を、家計の必要に応じた<必要原則>の方向に修正することなのである。

ここで、次の記号を定義する。

- Y=国民所得 (NI) T=租税社会保障負担 B=社会保障給付
- T/Y = 国民負担率 D/Y = 財政赤字対国民所得比
 $(T+D)/Y$ = 潜在的国民負担率

G/Y = 政府消費・投資の国民所得に占める割合

B/Y = 社会保障給付の国民所得に占める割合

国民負担率を、日本、アメリカ、イギリス、ドイツ、フランス、そしてスウェーデンについてみる。

表 1 国民負担率(2003年：%)

	国民負担率	財政赤字対国民所得比	潜在的国民負担率
	T/Y	D/Y	(T+D)/Y
日本	36.2	10.7	46.9
日本(2006)	37.7	6.1	43.8
アメリカ	31.8	6.6	38.4
イギリス	47.1	4.2	51.3
ドイツ	53.3	5.1	58.4
フランス	60.9	5.6	66.5
スウェーデン	71.0	0.1	71.1

日本では、表1にみる潜在的国民負担率5割という目標が、新聞紙面や雑誌などで取りざたされるのであるが、図1にみるように、現代の国家は、国民から租税・社会保険料(T)を徴収するのみならず、社会保障給付(B)を家計にわたしているのである。お上が民百姓から取り上げるだけ取り上げて、彼ら民百姓にはほとんどなんの施しもしていなかった時代の五公五民とは話はちがう。いま、その意味を確かめてみる。

再び図1をみてみよう。政府は国民に(T+D)の負担を求めているのであるが——そもそもDを負担と呼ぶのは妥当なのかという疑問が大いにあるがそれはさておき——、政府は国民にBの給付を戻している。

表 2 政府による消費と投資

$G/Y=(T+D)/Y-B/Y$ (2003年：%)

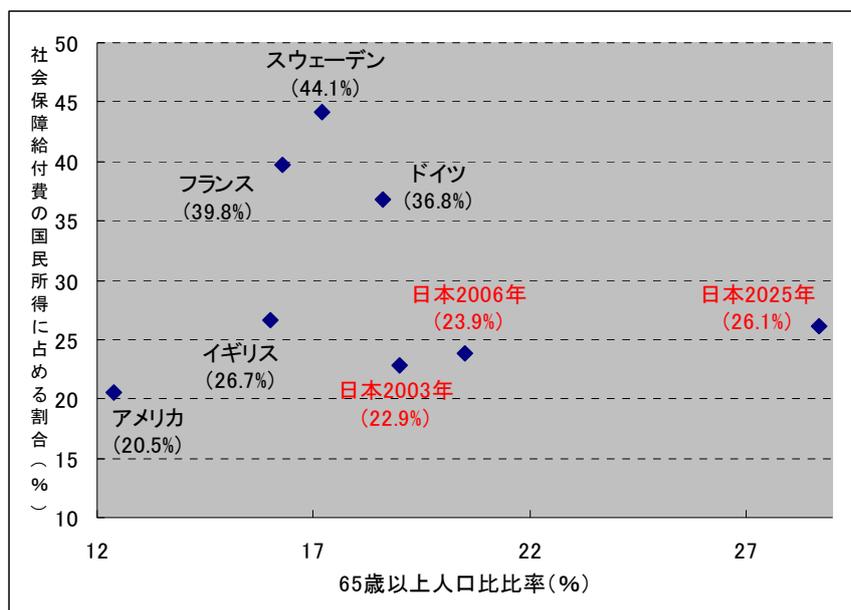
	(T+D)/Y	B/Y	G/Y
日本	46.9	25.6	21.3
アメリカ	38.3	20.5	17.8
イギリス	51.2	26.7	24.5
ドイツ	58.4	36.8	21.6
フランス	66.5	39.8	26.7
スウェーデン	71.1	44.1	27.0

表2の(T+D)/Yは潜在的国民負担率であり、これは家計と公債市場から政府に支払われる。このうちB/Yの社会保障が、政府から家計に再分配される。ゆえに、潜在的国民負担率(T+D)/Yから社会保障給付(B/Y)を差し引いた値として、G/Yという政府による消費と投資が得られることになる。G/Yの各国差は、さほど大きなものではない。これすなわち、(潜在的)国民負担率で表される国の規模というものは、社会保障の規模によってほとんど説明されることを意味している——社会保障が国のかたちを決めるのである。

◆ 「小さすぎる政府」日本の将来ビジョン

図2には、横軸に65歳以上人口比率、縦軸に社会保障給付費の国民所得に占める割合、すなわちB/Yをとっている。

図2 社会保障給付費の国民所得に占める割合 [B/Y(2003年:%)]



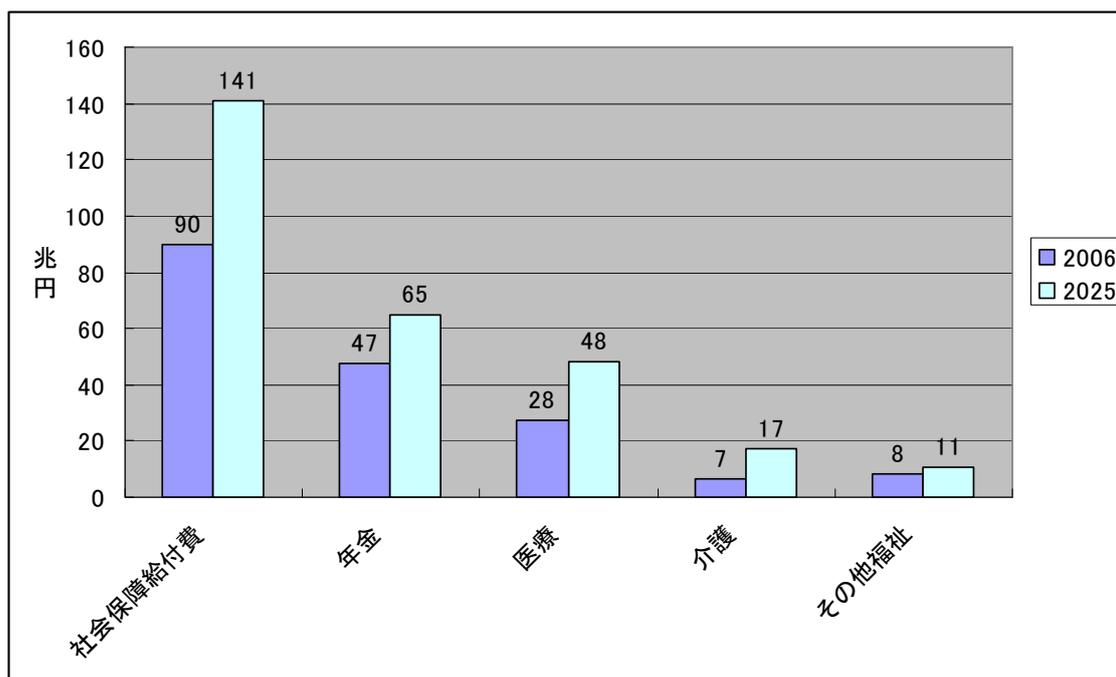
注) 社会保障給付費は社会支出 (OECD 基準) を用いている。

日本 2025 年は、厚生労働省「社会保障の給付と負担の見通し——平成 18 年 5 月推計」による。

横軸に 65 歳以上人口比率をとったのは、常識的に考えれば、この値が大きくなれば社会保障給付費の国民所得に占める割合も大きくなると思われるのであるが、必ずしもそうではないということを示すためである。なお、図2には厚生労働省「社会保障の給付と負担の見通し——平成 18 年 5 月推計」による 2025 年の値もプロットしてみた。「社会保障給付費 2025 年 141 兆円は 2006 年 90 兆円の 1.6 倍になる」というようなことばかりが巷では言われているのであるが、この種の話がどれほど百害あって一理なしの言であるのかを、図2を熟視して考えてもらいたい。そうすれば、日本の位置が、横軸では大きく右に移動しても (つまり、65 歳以上人口比率が現在よりも 8 ポイント強高まっても)、縦軸上、すなわち社会保障給付の国民所得に占める割合は、ほとんど上昇しない未来しか、この国は想定していないことが分かるだろう。

図3は、厚生労働省「社会保障の給付と負担の見通し——平成 18 年 5 月推計」における、社会保障の給付見通しの名目額、図4は対国民所得比である。

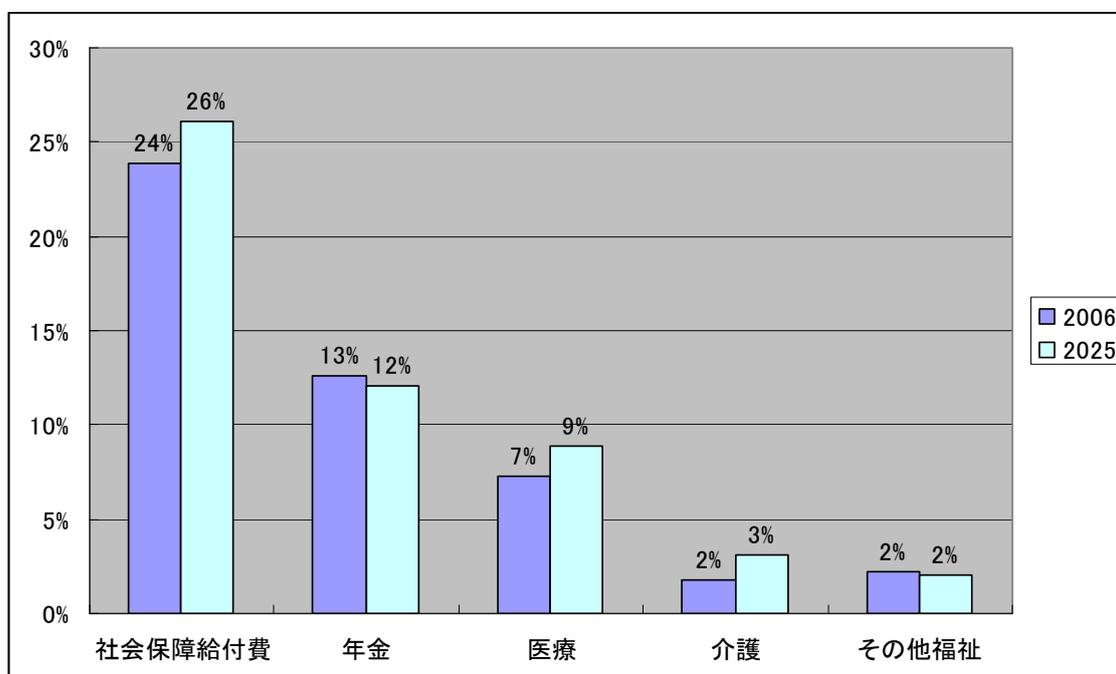
図 3 社会保障の給付見通し（名目額）



注) 厚生労働省「社会保障の給付と負担の見通し——平成 18 年 5 月推計」による。

値は、同推計における「改革後」、すなわち 2004 年から 2006 年になされた年金・介護・医療改革を反映させた値を記載。

図 4 社会保障の給付見通し（対国民所得比）



注) 図 3 に同じ。

名目額と実質額の違いさえも分からない人たちが、2025 年の社会保障給付見通しの名目額を裸の値のまま報道しては——たとえば、現在の社会保障給付費 90 兆円が今のままで

は 2025 年には 141 兆円になってしまう等々——、将来の負担増を避けるためには今から給付抑制のための改革が必要であると説いているわけである。将来の名目額のもつ意味を考えようとしてもしない彼らには、その愚行がこの国の将来の国民をどれほど不幸せにすることにつながるのか想像できるはずもなし。そこで、2025 年を生きる人たちの生活がどのようなものになるのか少しは想像してもらえるように、2025 年の社会保障給付見通しの対国民所得比を図 3 に示してみる。

いやはや、日本という国は、なんとも「小さすぎる政府」指向の国家である。今のままでは、年金給付費の国民所得に占める割合は 2006 年度 12.6% から 2025 年度 12% へと 0.6 ポイント低下、医療給付費の国民所得に占める割合は 2006 年度 7.3% から 2025 年度 8.8% へとわずか 1.5 ポイントの増加が見込まれているだけである。そうであるのに、将来の社会保障のための負担を心配して、今いっそうの歳出削減努力をと、この国では日夜国民に説かれているのである。今日の為政者たちは、20 年後、この「小さすぎる政府」日本で暮らすひとびとの生活を、どういう目に遭わせたいというのだろうか¹。

◆小さな政府と大きな政府の違い

現代の国家というのは、社会保障を通じて、所得の再分配を行っている。しかもその役割が、決定的に大きいという特徴をもっている。表 2 にみるように社会保障(B/Y)が大きい小さい、それは大きな政府なのか小さな政府なのかの違いに相当するのであるが、大きな政府と小さな政府の国では、それぞれ住み心地にはどのような違いがあるのだろうか？

表 3 は、小さな政府代表のアメリカと大きな政府代表のスウェーデンで、医療、教育、年金、保育などが、どのような形でまかなわれているのかが調査された結果である。

表 3 社会保障と国民生活

	スウェーデン	アメリカ
家計支出に占める割合(%)として		
民間の保健, 教育, 私的年金	2.7	18.8
デイ・ケア (子供のいる家族)	1.7	10.4
計	4.4	29.2
税	36.8	10.4
計+税	41.2	39.6

出所) Esping-Andersen (1999), p.177. Table 9.1 より一部抜粋 (邦訳, p. 247)

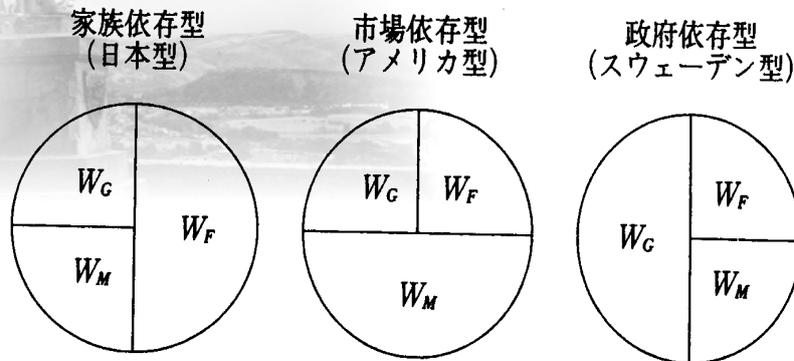
一見して分かるように、医療、教育、年金、保育などのサービスはアメリカでは私的支出として、スウェーデンでは税でまかなわれており、これらサービスをまかなうための私

¹ 将来の社会保障給付費について、名目額で見ると国民所得比で見るとでは印象が変わる姿をみて、国民所得がそれほどまでに伸びることが想定されているのかという感想をいただくことはやめてほしい。想定される国民所得の将来の伸びに合わせて、将来の医療・年金の給付費の伸びが仮定値として設定されるのである。この点を理解できない人は、医療については勿凝学問 60 を参照し、年金についてはマクロ経済スライドという制度の意味を学習してもらいたい。

的支出と税とを足し合わせた額の家計支出に占める割合は、小さな政府と大きな政府との間では変わりはない。このことは、医療、教育、年金、保育などのニーズの量は、負担のあり方（生産の主体）を変えたとしても同じであることを示唆する——政府の役割を減じたからといって、社会的に福祉ニーズが減るわけではない。「重税に悩むスウェーデン人は、税金をそれほど納めていないアメリカ人をうらやましく思うかもしれないが、彼らが忘れてしているのは、アメリカ人がどのみち福祉に金を払わされているという事実である。スウェーデンでは、国家が市場を押しつけているのに対し、アメリカでは民間福祉への世帯支出がそれ以外のものを購入する世帯の能力を押しつけている」（出所は表3に同じ）。

ここで、わたくしが福祉国家の3類型と呼んでいる図を示しておく。

福祉国家の3類型



一国のある時代に存在する福祉ニーズを W として、家族、市場、政府が生産する福祉サービスをそれぞれ、 W_F 、 W_M 、 W_G とする。この図は、 $W = W_F + W_M + W_G$ として描いている。

出所：権丈(2004), p.119.

55

Keio University
Y Kenjoh

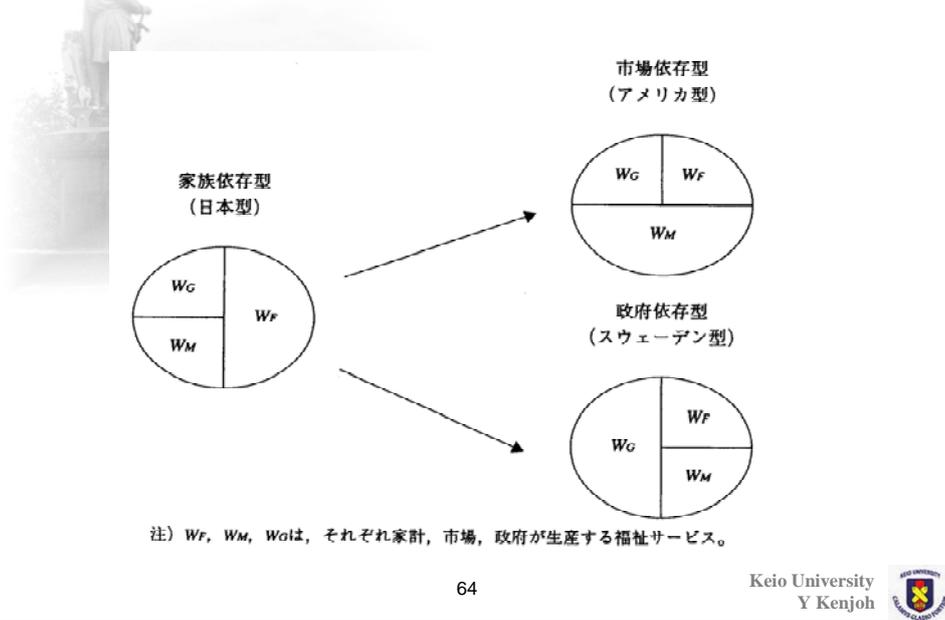


どの国も、福祉ニーズの量を表す円の面積は同じである。しかし生産の主体が違う。日本は家族依存型、アメリカは市場依存型、スウェーデンは政府依存型の特徴を持つ。そして、日本のように家族依存型の福祉国家の国々——東アジア諸国、南欧——が、急激な少子化に苦しんでいるという特徴もあり、こうした特徴に福祉国家の型は強く影響している。

そこでいま、急激な少子化に苦しむ家族依存型福祉国家のなかのひとつである日本が進もうとしている方向は、アメリカ型であるように観察される。はたしてそれでいいのか？

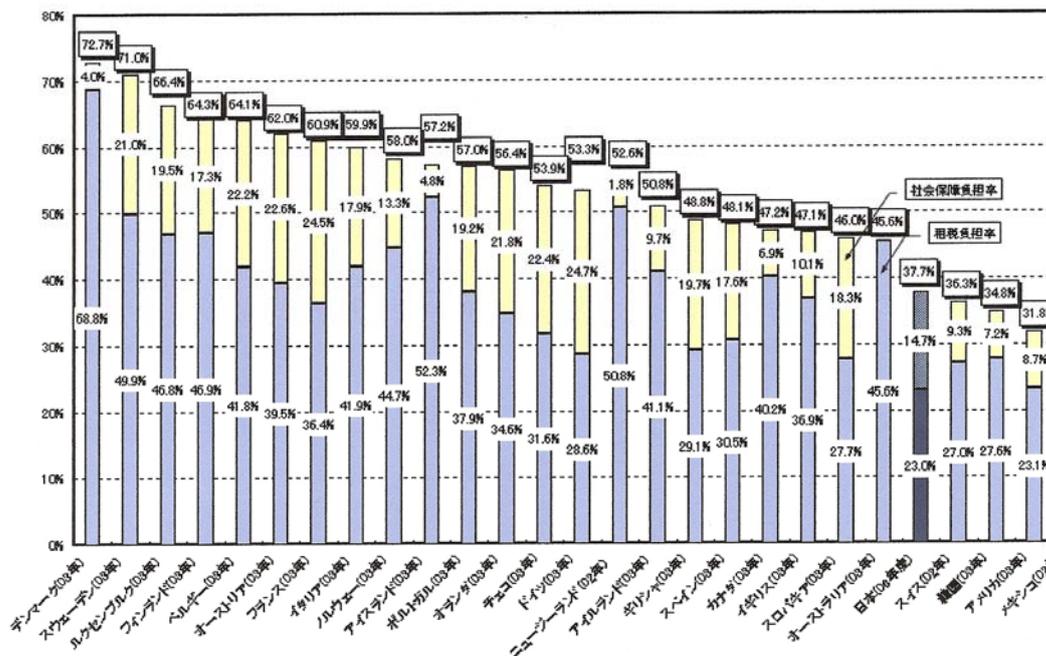
「ここで注意深く考えなければならないことは、たとえば医療のように、アメリカでは「市場原理のせいで、国民の7人に1人が無保険者になっている」〔李啓充(2002), ジョン Q (映画パンフレット)〕のに、GDPに占めるアメリカの医療費の割合は、他の皆保険諸国と比べてはるかに高いということである。アメリカ型の福祉国家を選択するということは、一方にはるかにゴージャスな福祉サービスが供給され、他方では最低レベルの福祉サービスも利用がおぼつかない者も現れることを意味し、トータルで見れば、表3にみたように社会支出の家計支出に占める割合がほぼ等しくなるのである」〔権丈(2004)『年金改革と積極的社会保障政策——再分配政策の政治経済学Ⅱ』 p.119〕。

日本の進むべき途と進もうとしている進路



なお、小さな政府とは奢侈品が豊富にある社会であり、政府が大きくなるにつれて奢侈品が減り生活必需品が増えていく——日本は、今でさえ「小さすぎる政府」であるため、「ある程度大きな政府」にした方が、確実に住み心地のよい社会になる。どちらかと言えばスウェーデンの方向を目指したほうが良いだろうと言うと、「あの国は高負担で、とてもとても」と条件反射的に口にする人がいるが、日本とスウェーデンの間にはそれこそ数多くの国がある。そのどこかに落ち着くだけでも、日本での住み心地は改善される。

図 5 OECD 諸国の国民負担率



出所) 財務省ホームページ (<http://www.mof.go.jp/jouhou/syuzei/siryou/238.htm>)

進むべき方向は「ある程度大きな政府」である。もちろん政府支出のムダをなくし徹底した効率化を図り続けなければならないので、しばしば「効率的な大きな政府」とも言っている。大切なことは、効率化と抑制は別次元の話だということである。

ちなみに、経済の素人は大きな政府は経済の活力を失わせると繰り返し言って、これまた素人をその気にさせるのが好きなようだが、政府の規模の大小が、経済成長になんらかの系統的な影響を与えるという証拠はない。すなわち、「現在のところ、経済成長論の実証分析の世界からながめても、大きな社会保障、そして大きな政府が成長力を衰退させるというような証拠は得られておらず、経済が悪化すると、その犯人としていつも福祉政策があげられるのは、多分に情緒的な心理要因によるものとみなしてよさそうである」〔権丈(2004)『年金改革と積極的社会保障政策——再分配政策の政治経済学』p.144〕。

参考までにあげておけば、World Economic Forum による 2006 年国際競争力のランクは次の通りであった。

表 4 2006 年国際競争力ランキング

Switzerland	1	United States	6	Hong Kong SAR	11
Finland	2	Japan	7	Norway	12
Sweden	3	Germany	8	Taiwan, China	13
Denmark	4	Netherlands	9	Iceland	14
Singapore	5	United Kingdom	10	Israel	15

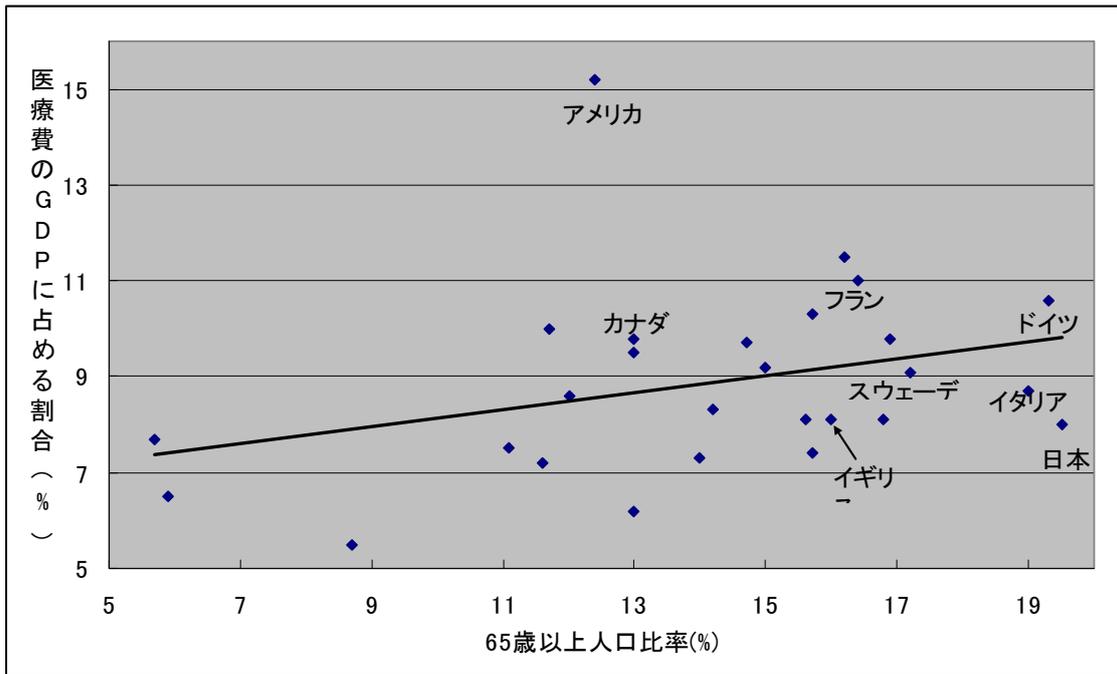
出所) [World Economic Forum - Global Competitiveness Report](#)

◆政府の利用価値——医療政策を例として

医療の話に入ろう。

国民総医療費＝公的医療費＋私的医療費である。いま、2003 年の OECD 諸国の医療費水準を縦軸にとり、横軸には 65 歳以上人口比率をとって図示してみる。

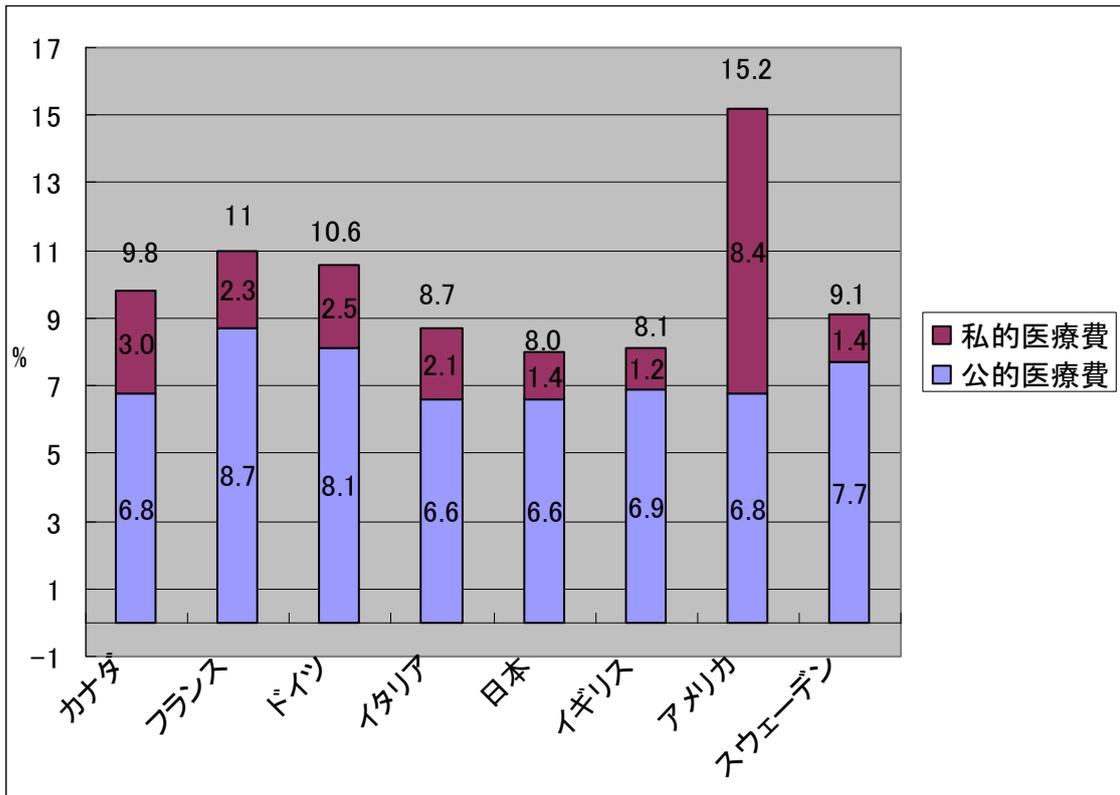
図 6 日本の医療費水準 (2004 年)



資料) OECD, Health Data 2007.

医療費のGDPに占める割合を、公的医療費と私的医療費に分けて示すと次の図のようになる。図6で記憶に留めておいて欲しいことは、GDPに占める日本の公的医療費(6.6%)は、皆保険政策をとっておらず高齢者向け公的医療制度メディケアと低所得者向け公的医療制度メディケイドしか持たないアメリカのGDPに占める公的医療費(6.8%)よりも小さいことである——あり得ないことが現実には起こっている。ちなみに、日本の医療費のGDPに占める割合は、すでに医療崩壊が随分と前から報告されていたイギリスよりも上であった。しかし、第2期ブレア政権下で医療の再興を期して2001年から5年間で医療費を1.5倍に引き上げてきたイギリスは、2007年7月に公刊されたOECDの*Health Data 2007*によると、2004年には日本の医療費のGDPに占める割合を上回り、日本は主要先進国中最下位に落ちてしまった——購買力平価(PPP)換算の1人当たり医療費(ドル表示)では、日本はすでに2002年時点で、イギリスを下回っていた〔権丈(2006)『医療年金問題の考え方』p.421〕。

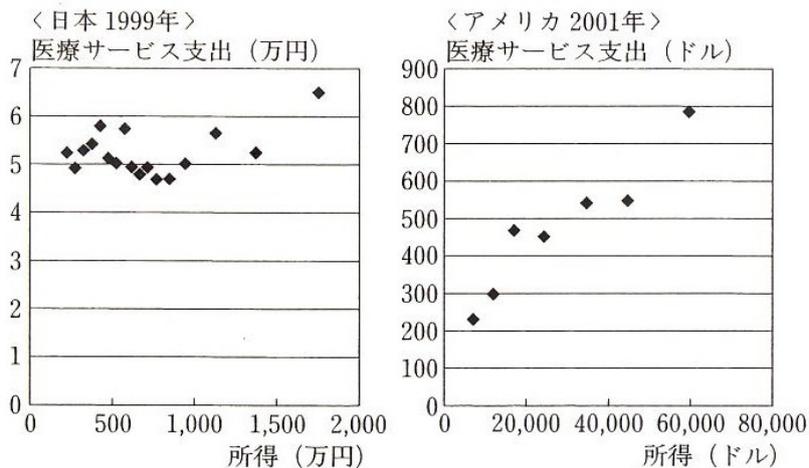
図 7 主要先進国中最下位となった日本の医療費の GDP に占める割合
(2004年: G7 + スウェーデン)



資料) OECD(2007), Health Data.

次に、所得と医療サービス支出の日米比較をみる。

図 8 所得と医療費サービス支出の日米比較



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『新市場創造への総合戦略（規制改革で経済活性化を）』

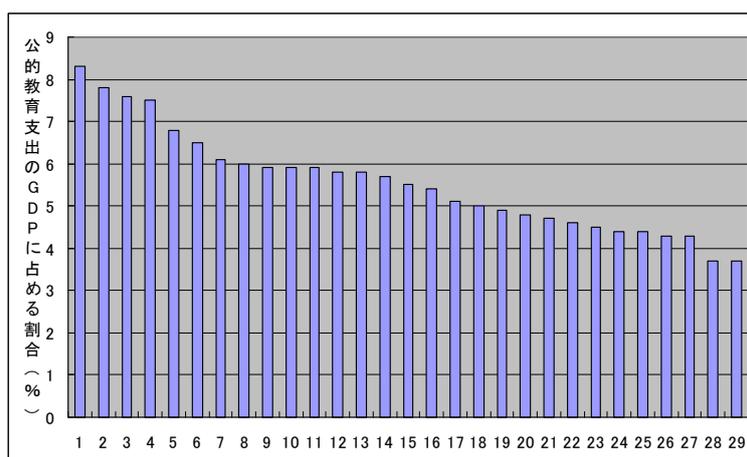
この図 7 は、もともとは、八代尚宏氏（元規制改革・民間開放推進会議総括主査／現経済財政諮問会議議員）が編集する本『新市場創造への総合戦略——規制改革で経済活性化

を』で、日本の医療の規制改革を進めて市場に任せれば、アメリカのように医療産業が大きく成長するということを証明するためにつくたれてものである。それをわたくしはあえて違った意味に読み取って、「事実は価値判断とは特率に存在し得ない側面を持つ」〔権丈(2006)『医療年金問題の考え方』p. 102〕と前置きをしながら、次のように説明している。すなわちここで言いたいことはただ一つ。ようするに、医療や教育など、ある財・サービスは、所得に係わらず「平等消費」されるほうが望ましいと判断した場合、平等消費を実現するという目的を達成するためには政府を利用するという手段しかない。政府を利用せずに市場に任せるとなると、どうしても所得階層に応じて消費格差のある「階層消費」が生まれてしまう。たとえば医療に関して、平等消費が望ましいのか、階層消費が望ましいのか？この問題こそが、「民間でできることは民間に」というスローガンを掲げる政治家を前にして、われわれが考え抜かねばならないことになる。

それでは、教育に関してはどうか？

OECD 諸国を対象として 2003 年の公的教育支出の GDP 比を示しておく。日本はどこに位置するだろうか？

図 9 公的教育支出の GDP に占める割合
OECD 諸国 2003 年：%



資料) OECD(2006), *Education at a Glance*.

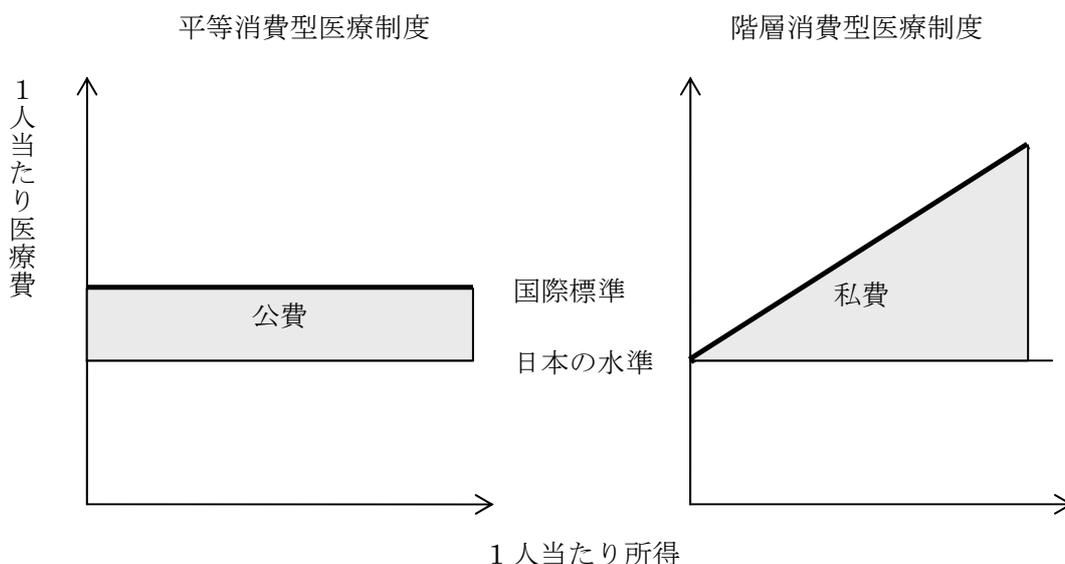
注) OECD30ヶ国中、欠損値 Luxembourg を除く。

答えは、日本はトルコと並ぶ最下位 28、29 番目の水準 3.7%である。「教育はすでに混合診療化している」とわたくしが口にするのを聞いたことがある人もいるだろうが、その意味は、ここで論じた文脈に沿って考えれば察してもらえるかと思う。

ところで、いかなる財・サービスであれ、「平等消費」を実現するためには、政府を利用せざるを得ない（「勿凝学問 50」参照）。けれども、政府を利用して「平等消費」を実現すれば、満足いく制度ができるという訳ではないことは、言うまでもない。「平等消費」を実現できるための制度枠組みを準備した次に出てくる問題は、「平等消費」がなされる消費水準と関わる問題である、医療サービスの質と医療従事者の労働条件の問題である。

図7にみるように、日本の医療はアメリカと比べて平等消費されているように見える。しかしながら、小さすぎる政府しかもたない日本の医療費の水準は低すぎる。それゆえに、今日の医療の崩壊が進行しているのである（「忙しいあなたのために 02 医学部人気と医療崩壊の間にある政治の無責任」参照）。この医療崩壊を食い止めるために医療費を増やす方法は、実は、二つある——図9にみるように、国際標準でみて低い日本の医療費を、平等消費型医療制度、すなわち皆保険制度を堅持しながら医療費を引き上げる方法と、階層消費型医療制度、すなわち混合診療を解禁しながら医療費を引き上げる方法である。

図 10 平等消費型医療制度と階層消費型医療制度の選択



ここでもう一度確認しておいてもらいたいことは、「平等消費」を維持しつつ「医療崩壊」を食い止めるためには、「租税であれ社会保険料であれ、公費の投入を行うしか方法はない」ということである。

◆消費税について

消費税と言えば、「逆進的ゆえに反対」と条件反射的に答えられる方が多いので、一言説明しておく。次は、「社会保障の財源調達と消費税」〔『再分配政策の政治経済学Ⅱ』第5章, pp.236-7〕からの引用である。

たしかに消費課税は、財源調達側面からみれば逆進性をもつ。これは一見、福祉国家政策の理念と矛盾した税制であるかのようにみえる。すなわち、消費 C 、基礎消費 B （所得と関わりなく必要とされる消費額）、限界消費性向 c 、所得 Y として、個々人の消費関数が $C = B + cY$ で表されるならば、消費税の支払い税額 T は、消費税率 t とすれば、 $T = t(B + cY)$ となる。この制度は、その平均税率が $\frac{T}{Y} = \frac{tB}{Y} + tc$ となり、所得の低い者の方が高い者よりも平均税率は高いという、逆進性をもつことになる。

ところが、消費税から得られた税収で社会保障の財政需要をまかない、国民ひとりひとりの所得水準とは無関係に1人当たり G の額だけ社会保障の諸サービスが給付される場合には、消費課税の評価は変わり得る。このとき、消費税のネットの支払い税額は

$$T = t(B + cY) - G \text{ となり、先の平均税率の式は } \frac{T}{Y} = \frac{tB - G}{Y} + tc \text{ で表される。その結}$$

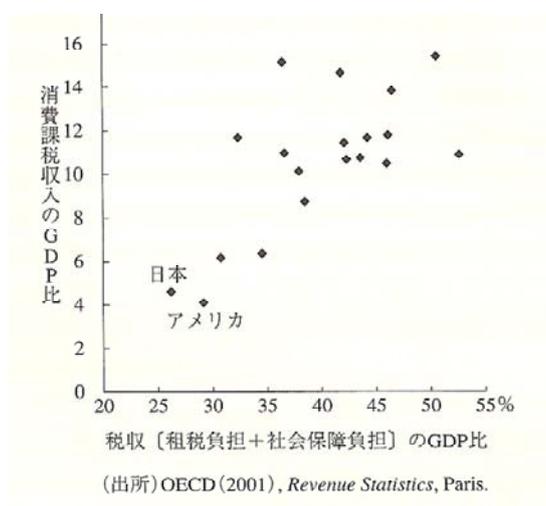
果、逆進的な消費税で社会保障給付の財源を調達した制度の再分配構造は、 $tB = G$ の場合、すなわち、基礎消費 B に消費税率 t を乗じた額 tB が1人当たり社会保障給付費 G と

同額であれば、所得が増加しても $\frac{T}{Y}$ が tc で一定となる比例税、 $tB < G$ ならば所得の増

加とともに $\frac{T}{Y}$ が増加する累進税となる。日本よりも福祉政策が充実している福祉先進諸

国は、こうした納得のもとに消費課税による社会保障の充実を図ってきたのである。

図 11 税収〔租税負担＋社会保障負担〕の規模と消費課税の規模



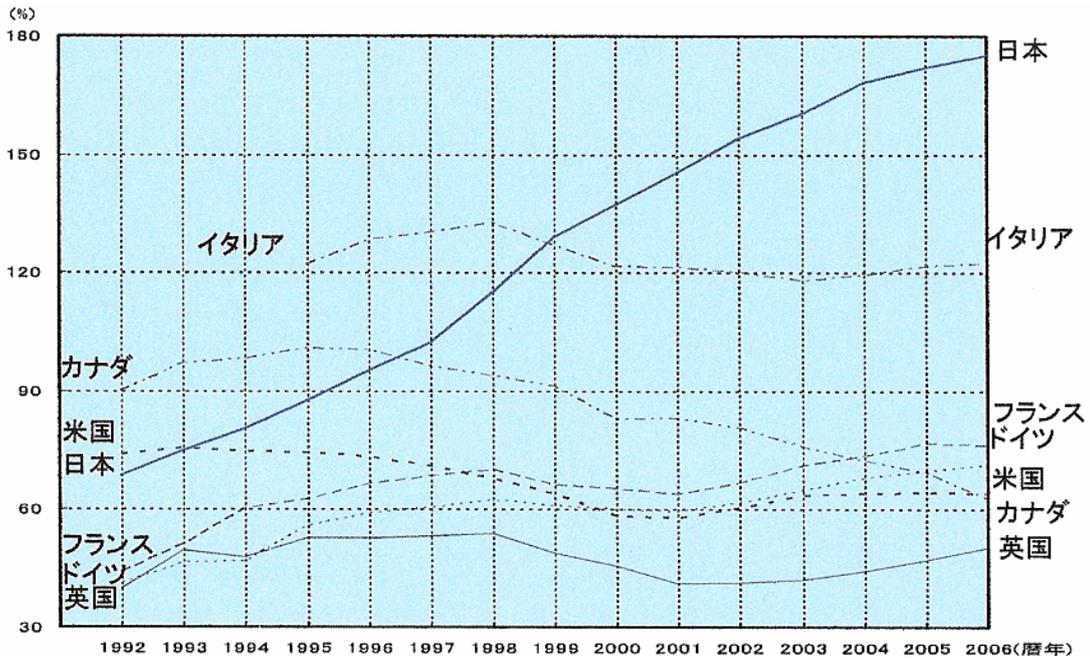
権丈(2004) 『再分配政策の政治経済学Ⅱ』, p.235.

図 10 にみるように、社会保障を充実させるためには消費課税の財源調達力に頼らざるを得ないようなのである。

◆今後数年の医療政策展開の磁場

今年、来年、再来年の予算編成は、2006年7月7日に閣議決定された「経済財政運営と構造改革に関する基本方針」に基づいて行われることになっている。この閣議決定は、今日、日本がかかえる財政問題を受けて——GDP比1.8倍ほどの債務残高、地方は黒字で国は赤字——、2011年度に国の基礎的財政収支を黒字化することを決めた。

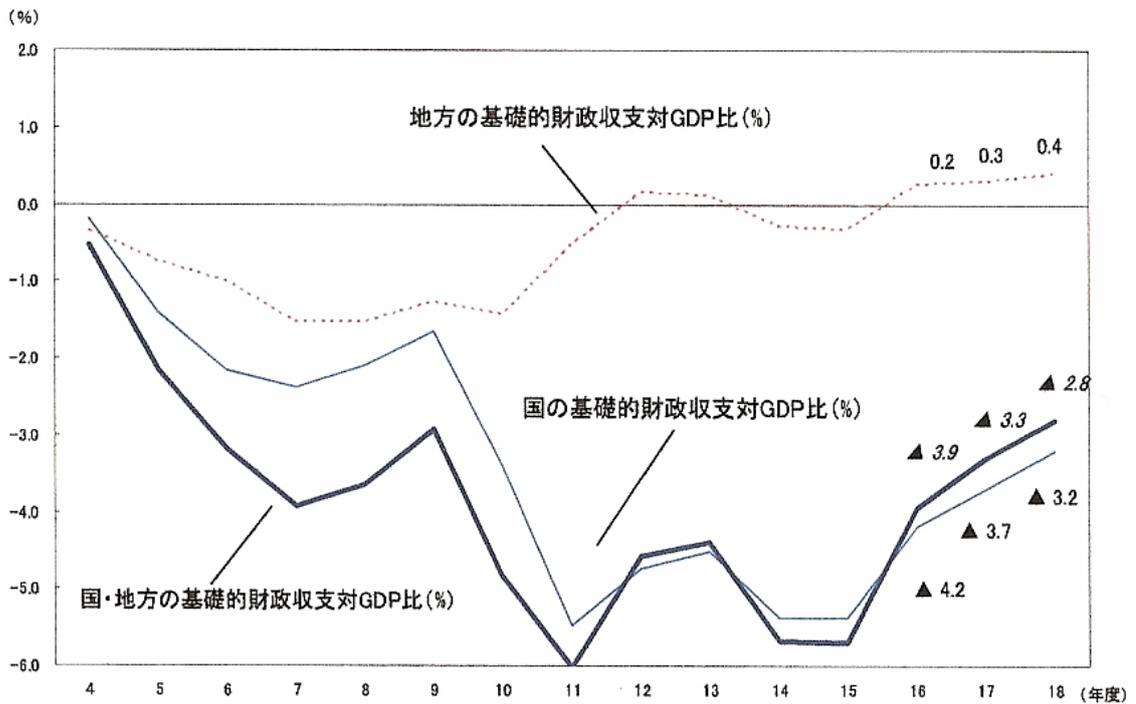
図 12 債務残高の国際比較 (GDP 比)



財務省ホームページ

<http://www.mof.go.jp/jouhou/syuzei/siryou/007.htm>

図 13 国・地方の基礎的財政収支の GDP 比



基礎的財政収支（プライマリー・バランス）とは、「借入を除く税収等の歳入」から「過去の借入に対する元利払いを除いた歳出」を差し引いた財政収支のことである。

基礎的財政収支赤字

歳入	歳出
公債金収入	利払費・債務償還費
税収等	赤字
	一般歳出等

基礎的財政収支

政策的支出を新たな借金に頼らずに、その年度の税収等で賄えているかどうか。

仮に、基礎的財政収支（プライマリー・バランス）が取れたからといっても、債務残高が増えないことを意味するだけであり、債務残高は減らず、それを抱えていくことになるにすぎない。

さて、2006年7月7日の閣議決定では、歳出改革の具体的内容として、社会保障については2006年度から2011年度にかけて1.6兆円程度の削減が計画されている。

歳出改革の具体的内容

	2006年度	2011年度	2011年度	削減額	備考
		自然体	改革後の姿		
社会保障	31.1兆円	39.9兆円	38.3兆円程度	▲1.6兆円程度	
人件費	30.1兆円	35.0兆円	32.4兆円程度	▲2.6兆円程度	
公共投資	18.8兆円	21.7兆円	16.1～17.8兆円程度	▲5.6～▲3.9兆円程度	公共事業関係費 ▲3%～▲1% 地方単独事業(投資的経費) ▲3%～▲1%
その他分野	27.3兆円	31.6兆円	27.1～28.3兆円程度	▲4.5～▲3.3兆円程度	科学技術振興費 +1.1%～経済成長の範囲内 ODA ▲4%～▲2%
合計	107.3兆円	128.2兆円	113.9～116.8兆円程度	▲14.3～▲11.4兆円程度	
	要対応額：16.5兆円程度				

(注1)上記金額は、特記なき場合国・地方合計(SNAベース)。

(注2)備考欄は、各経費の削減額に相当する国の一般歳出の主な経費の伸び率(対前年度比名目年率)等及び地方単独事業(地財計画ベース)の名目での削減率を示す。

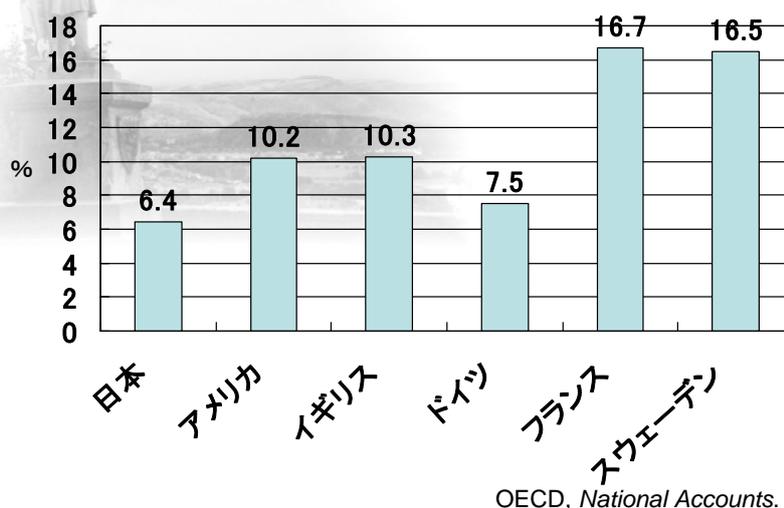
1.6兆円の社会保障への国庫負担削減をどこから捻出するか？

2006年度予算歳出項目トップ5(合計84%)は、社会保障関係費(26%)、国債費(24%)、地方交付税交付金(18%)、公共事業関係費(9%)、文教及び科学振興費(7%)。そして社会保障関係費21兆円のうち52%を占める11兆円が医療費国庫負担分であった。年金、介護のさらなる支出削減が難しい今、なによりも真っ先に歳出削減の成果をアピールできそうな大口の医療がスケープゴートとして狙い打ちされるであろうことは、すなおに予測できること

であり、そして実際、医療費の抑制が、政府与党の意思決定に決定的な影響力を持っている経済財政諮問会議の中心的な関心であるのが、今の政治の有り様である。

なお、公務員の人件費は、主要先進国の中では、むしろ低い方であり、公共投資（公共事業）は、ここ数年間、大幅に引き下げられてきているし、「歳出改革の具体的内容」にみるように、今後も引下げの予定が組み込まれている。

政府人件費GDP比(2004年)



OECD, National Accounts.

30

Keio University
Y Kenjoh



◆わたくしの研究紹介の紹介

最後に、わたくしがプロフィールに記している研究紹介を引用しておく。当たり前のことであるが、わたくしは、ここに書いているような社会は、この国で実現できている。今日の研究会には、医療関係者、メディア、そして労組の方々がご出席されているようだが、大切なことは、ヴィジョンに裏付けられたみなさんの意志と知恵であるような気がしている。

「市場のダイナミズムを享受しながら、そこに生きる人たちが、尊厳をもって人間らしく生きていくことができ、かつ、ひとりの人間として生まれたときに備えもっていた資質を十分に開花させることのできる機会が、ひろく平等に開かれた社会はいかなるものであるか？」という問いを意識して研究している。

この問いに対して、現在のところ、医療・介護サービス（高齢者身障者を含む）、および保育・教育サービスを、あたかもみんなが自由に使って良い共有地のように、所得、住んでいる地域、まして性別などにかかわらず、利用することができる、すなわちダイナミックな市場を共有地で囲いこんだような社会を作ればよいのではないだろうか。そしていまひとつ付け加えるとすれば、働き方を自由に選択しても不当に不利にならない、すなわち就業形態選択の自由が保障された社会を作ればよいのではないかと考えている。

こうしたヴィジョンが、現代の社会経済がかかえるさまざまな問題と、具体的にいかなる関係をもっているのかについては、わたくしの仕事を参考にしてもらいたい。いま起こっている問題の多くは、人間が人間らしくない環境で生きているゆえに生まれているのであって、環境を整備すれば、多くの問題は自然と解消すると思っ

<http://news.fbc.keio.ac.jp/~kenjoh/profile/>より

参考ホームページ

「権丈の仕事の頁」 <http://news.fbc.keio.ac.jp/~kenjoh/work/>

ちなみに、医療制度研究会代表理事本田宏先生より、おすすめの文献を紹介して欲しいとの問い合わせがあったのを機に、上記「[仕事の頁](#)」のコンテンツに「[書評](#)」「[勿凝学問インデックス](#)」を設けた。

意識の高い方々の前での報告の機会を与えてくださり、医療制度研究会のみなさま方に厚く感謝いたします。みなさま方のますますのご健闘を心よりお祈りいたします。

コラム◇「民間にできることは民間に」というレトリックには気をつけようか

権丈談

「民間にできることは民間に」というスローガンに沿って、医療を民間に任せますと確かに市場が生まれ、そこで需要が伸びて成長に貢献しますが、そのときに医療の平等消費はできなくなります。介護・医療、保育・教育で平等消費を壊していくと、尊厳のある生を享受できないとか機会の平等が保障されなくなるということばかりではなく、少子化や階層の固定化など、いろいろな問題がよりいっそう深刻になっていくと思っています。そういう社会を、この国の人たちは、本当に選択するつもりなののでしょうか。多くの人は何もしらないままに、おかしな方向に連れて行かれているだけの様な気がしています。

現在の日本が抱えているいくつもの重要な社会問題と、介護・医療、保育・教育などの対人サービスは密接に関係しているのです。

たとえば政府が今年7月7日の「歳出歳入一体改革に関する閣議決定」の際に用いていた「社会保障の給付と負担の将来見通し（平成18年5月推計）」を見てみると、2025年次は高齢化は世界ダントツになるにもかかわらず、社会保障給付費の国民所得に占める割合は今のイギリスと変わらないぐらいにしかありません。ということは、高齢化が進み福祉ニーズは膨大に増えているのですから、今後の福祉ニーズの増大部分は、プライベートでやってくれという世界になっているということです。

その場合は、介護、医療をはじめとしたいろいろなものが所得階層で格差が生まれる階層消費になり、さらには病弱な人は医療をなかなか利用できない社会になります。みんなはそういうことを本当に理解して、経済界協賛による政府の「小さな政府」キャンペーンにのっているのでしょうか。

コラム◇緩和すべき規制なのか、それとも不可欠なルールなのか？

、先ほどの日米の医療消費に関するグラフ(本文 図7)は、もともとは、アメリカでは市場に任せるとこれほど産業が成長するということを証明するためにつくられたグラフです。それを私はあえて違った意味に読み取って、「事実は価値判断とは独立に存在し得ない側面をもつ」と前置きをして、市場に任せると階層消費が生じる証拠として用いています。

需要を創出するために医療を民間に任せるべきだ、医療の規制緩和が必要だという声が圧倒的な勢いで大臣のところ日々届いてきていると思います(笑)。けれども、公的な医療給付費を増やし平等消費を維持しながらでも需要は生まれます。国民経済に対する医療需要の貢献という意味では、所得の高い人たちの医療消費だけに頼るのではなく、全体で平等に押し上げていくという途もあるわけです。いまだに外需に依存した体質であるこの国の経済を、今後、内需主導型の経済に転換していく方法を模索していくときに、公的医療費の拡大というこの需要領域は、この国ではまだかなり使えます。それに医療消費を全体で平等に押し上げていけば、医療を通じた再分配は地域格差を緩和する方向に行われますが、規制緩和をはかって私的な医療費を増やす形で内需を拡大すれば、地域格差を拡大する方向に所得が流れるだけです。このことは、保険外の歯科診療も、その利用が所得の高い東京に集中していることから予測できるはずです。

そういうことを読者に考えてもらうために、私はこのグラフを制作者の意図とは逆の読み方をして、しかも、作った人たちがこういう意図で作ったということを併記させながら、ずっと使っています。彼らの論法に気をつけておかないと、なるほど、医療の規制緩和で経済成長ができるのか、こんなに潜在需要があるのか、それなら開放してしまえということに流れてしまう、そうなれば、本当にアメリカみたいになってしまう。

それと、医療の規制緩和を是が非でもやりたい人たちが使う概念として、受益者負担ということがよく出てきますが、正しくは医療保険に入っている全員が医療保険の受益者であって、病気になって窓口負担をしている人は事故にあった犠牲者なのです。モラルハザードを阻止するぐらいの自己負担は確かに必要だと思いますが、それ以上に家計に負担をかけすぎていくと、そう遠くない将来、有権者が政治家に反旗を翻す可能性があるのではないかという気がしております。多くの新聞は、ここの数年の自己負担増をトピックとして、政府批判を強めてきています。

ちなみに、医療の規制と世間ではよく言われていますけど、今ある医療規制の多くは、医療を所得や病歴に関係なく平等に消費することができるように保障するために存在する規制、すなわち、医療を意識的に市場から外し、医療をあたかも共有地のように国民の誰もが利用することのできるようにするためには不可欠なルールであったりもするわけです。

