

医療改革と財源選択

Recent health care reform and options for financing in Japan

二木 立

日本福祉大学

NIKI, Ryu

要旨

日本医療は2008年に入って混迷の度を深めているが、2007年7月の参議院議員選挙での自由民主党の惨敗と同年9月の安倍内閣崩壊・福田内閣の誕生後、医療改革の希望の芽が拡大したことも見落とせない。本稿では、まず2007年後半以降1年間の医療改革の希望の芽の拡大を、①制度改革の肯定面と医療者の自己改革、②全国紙の医療問題の報道姿勢の変化、③福田内閣による医療費抑制政策の部分的直しの3つに分けて示す。次に、2008年6月に閣議決定された「経済財政改革の基本方針2008」等に含まれる医療・社会保障改革方針を複眼的に評価し、医師数抑制政策の転換等、希望の芽がさらに拡大したことを示す。最後に、公的医療費増加の財源選択の3つの立場（消費税引き上げ、歳出の無駄の削減、社会保険料の引き上げ）を示し、主たる財源は社会保険料で、公費は補助的財源とすべきという筆者の判断とその根拠を述べる。

キーワード：医療改革、財源選択、希望の芽の拡大、骨太の方針

I. はじめに

日本医療は2008年に入って、混迷の度を深めている。2006年前後から顕在化した救急・産科・小児科領域の医療危機が一段と進行しただけでなく、4月から始まった後期高齢者医療制度は様々な欠陥や矛盾が次々に露呈し、国民・高齢者の怒りが噴出した。他面、この1年間、特に2007年7月の参議院議員選挙での自由民主党の惨敗と同年9月の安倍内閣崩壊・福田内閣の誕生後、医療改革の希望の芽が拡大したことも見落とせない。本稿では、まず2007年後半以降1年間の医療改革の希望の芽の拡大を示す。次に、2008年6月に閣議決定された「経済財政改革の基本方針2008」（「以下、骨太の方針2008」）等に含まれる医療・社会保障改革方針を複眼的に評価し、希望の芽がさらに拡大したことを示す。最後に、公的医療費増加の財源選択の3つの立場（消費税引き上げ、歳出の無駄の削減、社会保険料の引き上げ）を示し、主たる財源は社会保険料で、公費は補助的財源とすべきという筆者の判断とその根拠を述べる。

本題に入る前に、筆者の医療経済・政策学の研究の3つの心構え・スタンスを簡単に紹介する(1)。それらは、①医療改革の志を保ちつつ、リアリズムとヒューマニズムとの複眼的視点から検討すること、②事実認識と「客観的」将来予測と自己の価値判断に3区分して検討すること、③フェアプレイ精神である。筆者は特に②の視点から、医療政策の光と影（積極面と否定面）を複眼的に分析し、いたずらに危機意識をあおらないようにして

いる。2006年から、「このままでは、日本の医療は崩壊する」と危機感を持つようになったが、それと同時に2007年から、「よりよい医療制度」をめざし改革の「希望の芽」が生まれていることにも注目し、「敢えて希望を語る」ようにしている。

II. 医療改革の希望の芽の拡大

筆者は、2007年5月に『日本医事新報』に発表した拙論「医療改革－敢えて希望を語る」で、2006年以降生じた医療改革の希望を、以下の3つに分けて述べた(2)。第1は医療制度改革の肯定面と医療者の自己改革の動き、第2は世論に大きな影響を与える全国紙の医療問題の報道姿勢の変化、第3は安倍政権（当時）が実施した小泉政権の医療・介護・福祉費抑制策の部分的見直しである。本稿でも、同じ枠組みを用いて2007年後半以降1年間の希望の芽の拡大を示す(3)。

1. 第1の希望の芽の拡大：制度改革の肯定面と医療者の自己改革

まず第1の希望の芽の拡大について、医療制度改革の肯定面と医療者の自己改革の順で述べる。すでに行われた制度改革で特筆すべきものは、2008年度から社会医療法人の本来業務の法人税非課税化が実現したことである。

制度改革の「動き」で注目すべきものは2つある。1つは、日本医療機能評価機構の産科医療の無過失補償制度運営組織準備委員会が2008年2月に最終報告書をまとめ、それに基づいて、2009年1月から産科医療補償制度が開始されることになったことである。もう1つは、厚生労働省が、2008年4月に、医療事故への権力の行使に対して現状より「謙抑的」な医療版事故調査委員会（「医療安全調査委員会」）の「第三次試案」を発表し、それにほぼ沿った内容の「医療安全調査委員会設置法案（仮称）」が秋の臨時国会に提出される見通しとなったことである〔その後提出は見送られた〕。注目すべきことは、これら3つの改革（の動き）は、いずれも、日本医師会、病院団体、関連医学会が最初に提唱したことである。

ただし、筆者が肯定的に評価したこれら3つの改革（の動き）に対しては、批判的意見も少なくない。第1に、社会医療法人制度は認定条件が厳しく、それをクリアできる医療法人は、当面、特定医療法人総数（407法人）のうち約250法人にとどまると言われている。第2に、産科医療補償制度についても、対象が分娩時の医療事故による重度の脳性麻痺児に限定されることに対する批判がある。第3に、医療安全調査委員会に対しては、小松秀樹氏・本田宏氏等の有力医師や医学会・病院団体の一部が、医療崩壊を加速すると強く反対している。

筆者もこれらの改革に双手をあげて賛成しているわけではないが、現状より一歩前進しているとも評価している。筆者は個々の制度改革の賛否を最終的に決める場合には、自己の考える「あるべき理想の制度」に照らして判断するのではなく、現在の問題点を少しでも改善する「今できる制度」であるか否かで判断することにしている。特に、第3の医療安全調査委員会の「あるべき理想の制度」については、医師側と弁護士・医療被害者側とで相当のズレがあるため、医師側の主張のみに沿った制度化がされることはあり得ないことを見落とすべきではない。

医療者の自己改革で注目すべきことは、日本医師会が2008年診療報酬改定に際し、勤務医対策のため、医療本体の引き上げ財源のすべて（1000億円強）に加えて、診療所分の診

療報酬引き下げ（400億円強）に合意したことである。診療所から病院への診療報酬シフトが行われたのは、史上初めてである。ジャーナリズムでは、いまだに医師会＝開業医の利益擁護団体という批判・思い込みが根強いが、そのようなステレオタイプな理解では、日本医師会が診療所（開業医）に明らかに不利となる改定を容認した理由を説明できない。ただし、診療所分の診療報酬引き下げの手法（外来管理加算への時間要件導入）の是非については、今後も検証が必要と考える。

2. 第2の希望の芽の拡大：全国紙の報道姿勢の変化

第2の希望の芽の拡大は、新聞（全国紙）の医療問題の報道姿勢が変化したことである。1年前には、社説で医療費抑制政策を批判していたのは「朝日新聞」と「毎日新聞」だけだったが、2007年後半には「読売新聞」も医療費増加容認に転じた（2007年9月17日社説「社会保障の安定が老後の安心に」、2007年12月19日社説「医療関連予算－機械的削減の限界が露呈した」）。「朝日新聞」と「毎日新聞」は2008年に入って、医療費抑制政策の見直しについて、さらに踏み込んだ社説を掲げるようになった（「朝日新聞」2008年1月28日社説「医療の平等を守り抜く知恵を」、「毎日新聞」2008年3月10日「社会保障予算－抑制のノルマを見直そう」）。その結果、主な全国紙のうち、現在[2008年8月]でも、社説で医療費抑制を主張し続けているのは、（大）企業寄りの姿勢を鮮明にしている「日本経済新聞」だけになった。

一般の医療記事では、「日本経済新聞」を含めて、医療危機・医療荒廃の多面的な報道が増加した。特に、医師の激務や医療機関の抱える困難を直視した記事や特集が増えてきた。その中でも、「脱『医療費亡国論』」を正面から主張した「毎日新聞」の「医療クライシス」シリーズ（6月17日～21日）と、医師数増加と医療費増加の両方を主張した「朝日新聞の」「医療再生へー選択のとき」シリーズ（6月22日終了）は注目に値する。

医療問題の報道姿勢の変化で特記すべきことは、2007年11月7日に東京地方裁判所が下した、混合診療禁止は違法（正確には、混合診療を禁止した法運用には「理由がない」とする判決の報道で、「日本経済新聞」以外の全国紙が、社説でも、一般の医療記事でも、混合診療全面解禁を支持せず、冷静な報道を行ったことである。具体的には、「日本経済新聞」は判決直後に、社説「混合診療で患者の選択肢広げよ」（2007年11月9日）を掲げ、混合診療の全面解禁を求めたが、「読売新聞」と「毎日新聞」の「社説」は、混合診療の全面解禁を否定した上で、部分的拡大のみを求めた。「朝日新聞」は社説でこの問題を取り上げなかった。ちなみに、これら3紙は、2004年9月に小泉首相（当時）が混合診療解禁の指示を出したときには、それを支持する社説を掲げており、大きな方針転換と評価できる(4)。

なお、2004年当時は、がん患者団体の一部が止むに止まれぬ気持ちから混合診療解禁に賛成したが、今回は患者団体（日本難病・疾病団体協議会）も一致して混合診療の解禁に反対した。そのためもあり、2007年12月25日の規制改革会議「第二次答申」には、混合診療全面解禁は盛り込まれなかった。その結果、混合診療解禁の「空騒ぎ」は2007年末で終息した。

3. 第3の希望の芽の拡大：福田内閣が医療費抑制策を部分的に見直し

第3の希望の芽の拡大は、2007年9月に発足した福田内閣が、安倍内閣に続いて、小泉政権が実施した医療・福祉費の過度な抑制政策の部分的見直しを行ったことである。福田康夫氏は自民党総裁選挙公約に高齢者医療費負担増の凍結等を掲げ、首相就任後に編成した2007年度補正予算ではそのための予算1719億円を手当した。

さらに、2008年診療報酬改定で本体のプラス改定を政治決断した。ただし、引き上げ幅はわずか0.38%にすぎず、しかも診療報酬全体では-0.82%のため、「焼け石に水」との批判も強い。しかし、8年ぶりの本体プラス改定の「政治的意味」、「メッセージ」は小さくない。

Ⅱ. 「骨太の方針2008」（6月27日閣議決定）中の医療改革の複眼的評価

そして、福田内閣による医療費抑制政策の部分的見直しは、6月27日に閣議決定した「骨太の方針2008」、およびその前後に発表した以下の3つの公式文書でより明確になった。厚生労働省「安心と希望の医療確保ビジョン」（6月18日）、「社会保障国民会議中間報告」（6月19日）、「社会保障の機能強化のための緊急対策－5つの安心プラン」（7月29日閣僚懇談会で了解）。以下、この点を少し詳しく検討したい(5)。

なお、筆者は、2007年から、医療改革の希望の芽をさらに拡大し、医師数・医療費抑制政策を転換するためには、以下の2つの閣議決定の見直しが不可欠であると主張するとともに、2007年9月に安倍政権から福田政権に代わってから、その「かすかな兆し」が生まれてきたと指摘してきた(6)。2つの閣議決定とは、1997年の「医学部定員の削減に取り組む」閣議決定、および社会保障費の当然増を2006年度から5年間で総額1兆1000億円抑制するとする「骨太の方針2006」である。

1. 医師数抑制政策の転換

「骨太の方針2008」では、この第1の閣議決定は公式に見直された。具体的には、医師不足を公式に認め、「これまでの閣議決定に代わる新しい医師養成の在り方を確立する」とし、しかもその注で以下のような数値目標を示した。「『財政構造改革の推進について』（平成9年6月3日閣議決定）において『大学医学部の整理・合理化も視野に入れつつ、引き続き、医学部定員の削減に取り組む』とされているが、早急に過去最大程度まで増員するとともに、さらに今後の必要な医師養成について検討する」。

「骨太の方針2008」では、医学部の定員増に加えて、「病院勤務医の就労環境の改善のため」、「現行の仕組みにとらわれない効果的な方策を講ずる」ことも決められた。「骨太の方針2008」を具体化した「社会保障の機能強化のための緊急対策－5つの安心プラン」の「2 健康に心配があれば、誰もが医療を受けられる社会」では、そのための具体的施策が示された。

それらの大半は、既存の政策の列挙や延長線上にあるが、新たに、「救急医療を担う医師」、「地域でお産を支えている産科医」、および「へき地に派遣される医師」に直接支給する「手当などへの財政的支援の創設」が2009年度の「新規事業」として盛り込まれた（ただし、現時点では最終決定ではなく、「概算要求予定」）。個別の医療機関に対する財政的支援は今までも行われたことがあるが、医師個人に公費で手当を支給するのはわが国の医療政策史上初めてであり、もし実現すれば画期的である。

医学部定員の増加に対しては、「医師が1人前になるまでに10年はかかるので、即効性がない」との醒めた意見も聞かれる。筆者も、医学部の定員増は、医師不足と医療危機を克服するための「十分条件」ではなく「必要条件」であり、それ以外の短期的な対策も不可欠と考えている。しかし、ここで見落とししてならないことが2つある。

1つは、中澤賢次氏が先駆的に指摘したように、6年の大学教育と2年の臨床研修（合計8年）の「終了者はすぐに救急現場で力を発揮する」こと、および「教養課程を他学部と共有し、[医]学部入学の定員を増やせば2年早い6年後でも有効な増員は可能である」ことである(7)。もう1つは、医学部定員増への方針転換は過去10年間の医療制度改革ではほとんど初めて無条件で「改善」と評価できるものであり、それが、現状に絶望したり屈服したりせず、積極的に声をあげたり運動を続ければ、政策は変えられるという希望や確信を、医師・医療団体さらには国民に与える強いアナウンスメント効果（あるいは心理的効果）を持っていることである。

2. 社会保障費抑制方針は「堅持」だが抜け道もある

他面、「骨太の方針2008」では、第4章の3「歳出・歳入一体改革の推進」で、「『基本方針2006』及び『基本方針2007』を堅持し、歳出・歳入一体改革を徹底して進める」、「最大限の[歳出]削減を行う」こととされ、第2の閣議決定（2006年）の見直しは行われなかった。この決定に基づき、7月29日には、2009年度も社会保障費の自然増分8700億円を2200億円抑制する方針を盛り込んだ「概算要求基準」が閣議了解された。

他面、従来の「骨太の方針」と異なり、「骨太の方針2008」では、「重要課題実現のために、必要不可欠となる政策経費については、まずは、これまで以上にムダ・ゼロ、政府の棚卸し等を徹底し、一般会計、特別会計の歳出経費の削減を通じて対応する」とされ、その後、そのための「重点化枠」として3000億円が設定された。この重点化枠の対象には、社会保障以外にも、環境問題、成長力強化等幅広い分野が対象になるため、社会保障にどれだけの財源を確保できるのかは不明である。しかし、社会保障のうち、「地域医療の確保、医師不足や勤務医の過重労働等に対する対応」（「5つの安心プラン」）は、「後期高齢者の円滑な運営のための負担の軽減等」と並んで優先順位が高いことを考えると、相当額の予算が確保されるのは確実である。

実は、社会保障費の2200億円削減の緩和には、もう1つ別の方法（奥の手）がある。それは、補正予算に社会保障費を計上することである。なぜなら、2200億円の削減は当初予算のみを対象にしているからである。実はこの手法はすでに2007年度に用いられている。具体的には、2007年度の補正予算に、2008年度から始まる後期高齢者医療制度の高齢者負担増凍結のための1719億円が盛り込まれた。

政府・与党は、6月12日に、後期高齢者医療制度の見直し策（「高齢者医療の円滑な運営のための負担の軽減等について」）を決定し、さらに与党高齢者医療制度に関するプロジェクトチームは7月17日に、この見直し策に加えて、70歳から74歳の患者負担2割への引き上げの凍結を2009年度も継続する方向で一致した。これらを合わせると2500億円を超え、その財源は2008年度の補正予算で確保することが予定されている。もしこれが実現すると、これだけで社会保障費2200億円の抑制は「骨抜き」にされる。ただし、この対策は経済学的には私費（高齢者・患者負担）から公費へのコストシフティング（転嫁）にすぎず、医

療費の総枠が拡大するわけではない。

3. 「社会保障の機能強化」を初めて掲げる

「骨太の方針2008」の社会保障政策には、従来の「骨太の方針」とは異なる、もう1つの特徴がある。それは、第5章の冒頭で、「制度の持続可能性を高めるとともに、社会保障の機能を強化し、国民に信頼される制度とする」ことが盛り込まれたことである。

小泉政権時代の一連の「骨太の方針」では、「制度の持続可能性」と社会保障費を含む「聖域なき歳出削減」のみが強調されていたことと比べると、これも部分的見直しと言える。このような見直しは、「社会保障国民会議中間報告」ではより鮮明であり、「今後の社会保障改革の基本的方向」として、「『社会保障の機能強化』に重点を置いた改革を進めていくことが必要である」とされた。

「社会保障国民会議中間報告」には、「骨太の方針2008」よりも踏み込んだ記述が少なくない。その中で、特に注目すべきものは2つある。1つは、「現時点におけるわが国の医療・介護サービスにかかる給付費は国際的に見ても必ずしも高くない」ことを認めたことである。もう1つは、「サービス費用の将来推計の実施」にあたっては、まず「医療・介護サービスのあるべき姿を具体的に示し」、その上で「それを実現し維持していくための費用はどの程度になるかを推計するという手順を踏むことが必要である」としている点である（「第二部会（サービス保障（医療・介護・福祉））中間とりまとめ」）。このような手順は、「聖域なき歳出削減」を強行しつつきた小泉政権時代の手順と逆であり、もしこれが最終的に政府の公式方針に採用されれば、画期的と言える。

ただし、「第二部会中間とりまとめ」には、小泉政権時代ですら否定された、次の一文も挿入されている。「保険免責制の導入や混合診療、民間保険の活用などについてはその是非について様々な意見があることから、今後さらに具体的議論を深めることが必要である」。しかし、このような小泉政権時代への「先祖帰り」が社会保障国民会議の最終報告に残る可能性は小さい。

IV. 公的医療費増加の財源選択と筆者の判断

1. 公的医療費増加の財源選択－3つの立場

本項では、公的医療費拡大の財源について論じた2つの拙論をベースにして述べる(3,8)。医療費抑制政策を転換する上で不可欠なことは、医療費増加の財源についての国民合意を得ることである。しかし、公的医療費増加の財源選択については論争が続いており、国民合意には程遠い。

主な主張は次の3つにまとめられる。第1に全国紙はすべて「社説」で消費税引き上げを主張しており、医療政策の専門家以外の研究者も同様である。社会保障国民会議でも消費税一本槍の議論が続けられている。第2は歳出の無駄削減による医療費財源の捻出論であり、まじめな医療関係者の間で根強い支持がある。第3は社会保険料の引き上げを主財源とする主張であり、医療政策の専門家の大半がこれを支持している。最近では、権丈善一氏や田中滋氏が主張している(9,10)。厚生労働省幹部も、2007年から、この立場（「保険料路線」）を鮮明にしている(11,12)。

筆者も基本的には第3の立場であり、主財源は社会保険料の引き上げ、補助的にたばこ

税、所得税・企業課税、消費税の引き上げも用いるべきだと考えている。ただし、社会保険料の引き上げは組合管掌健康保険、政府管掌健康保険等の被用者保険に限定し、それが困難な国民健康保険と後期高齢者医療制度には国庫負担を増額すべきである。その際、組合管掌健康保険については、極力、使用者の保険料負担を引き上げることが望ましい。他面、保険料（正確にはその基礎となる標準報酬月額または所得の賦課限度額）の上限は、被用者保険だけでなく、国民健康保険でも引き上げるべきである。なぜなら、国民健康保険料の逆進性は被用者保険よりも桁違いに大きいからである。また、組合健保と政管健保の財政力格差と保険料格差（給与水準が高い組合健保の方が保険料率が低い）を考慮すると、両者の間になんらかの形の財政調整を導入する必要がある。

社会保険料の引き上げに対しては必ず、「国民健康保険は、いまでも保険料を払えない人が多く、限界に近い」との反論が出されるが、この主張は被用者保険の存在を見落とししている。田中滋氏が明快に指摘しているように、「低所得者への配慮は当然であり、かつ可能ですが、ゆえに全体の負担増はいけないとの論理はつながっていません」（10）。

そもそも、わが国の医療保障制度が社会保険方式を基本としていることを考えると、社会保険料の引き上げを財源確保の主な手段とするのは、きわめて自然である。その上で、筆者が第3の立場を支持する追加的理由は2つある。1つは経済的理由で、日本の社会保険料水準（特に企業負担分）が他の社会保険方式の国よりも相当低いことである。アメリカ企業の社会保険料水準は日本より低い、アメリカの（大）企業が負担している民間医療保険料は日本よりはるかに高額である。しかも、正規雇用の拡大の動きなど、最近の雇用問題の潮目の変化は社会保険料財源拡大の追い風になっている。例えば、福田首相は、4月16日の社会保障国民会議で、非正規雇用の改善と社会保険の適用拡大等を要請した。

もう1つの理由は政治的理由で、現行の制度・政策の下では、消費税の引き上げの大半は、年金の国庫負担率引き上げや少子化対策に使われ、医療費増加の主財源にはならないからである。しかも、現在の「ねじれ国会」では消費税の引き上げを早期に行うのは困難である。それに比べ、社会保険料の引き上げは相対的に容易であり、現に2008年度予算では、保険料の引き上げにつながる健康保険組合等からの拠出金により、社会保障費の当然増分2200億円の抑制の半分が捻出されることになった（そのための法案は通常国会では継続審議）。

財源調達力と政治的実現可能性から判断

順序が逆になったが、筆者は、医療費増加の財源選択は、財源調達力と（相対的な）政治的実現可能性の両面から判断すべきと考えている。なぜなら、主要先進国中最も厳しい日本の医療費抑制政策を転換し、日本の現在の医療費水準（対GDP比、2004年で8.0%）を、長期的にアメリカと日本以外の主要先進国（G5）平均（9.6%）にまで引き上げるためには、毎年約8兆円（500兆円×1.6%）という巨額な追加財源が必要になるからである。

これは理想論としても、現在の医療危機を克服するためには、毎年新たに数兆円規模の財源を確保する必要がある。このような巨額費用の財源調達力という視点からは主財源は消費税と社会保険料の2つしかなく、しかも（相対的な）政治的実現可能性という視点からは、主財源としては社会保険料の引き上げの方が現実的と判断したわけである。

2. 歳出の無駄の削減は主財源にはならない

ここで、第2の立場（歳出の無駄の削減）について簡単に述べておきたい。実はこれには2種類ある。1つは公共事業費の削減、もう1つは軍事費の削減である。筆者はこれら両方に賛成であるが、それを医療費増加の主財源とすることは不可能である。

まず、公共事業費についていえば、その財政規模（対GDP比）が欧米諸国の2倍の6%前後だったのは1990年代までであり、森・小泉内閣時代に急激に削減され続けた結果、2007年度には3.0%にまで低下し、日本の突出は収束している。そのために、今後、公共事業費を連続的に大幅削減することは困難であり、ましてやそれを医療費増加の主財源にすることはできない。

次に軍事費の対GDP比は1%にすぎず、それを大幅に削減しても医療費増加の主財源にはなりえないし、そのような主張をする政党（共産党と社民党）は国会内で圧倒的少数派であり、少なくとも短期的には実現可能性がない。

それ以外の税財源としては、たばこ税や酒税の引き上げ、累進課税の（再）強化、企業課税の（再）強化等があげられることが多い。筆者は、これらいずれにも賛成であるが、それによる税収増加はそれほど大きくはない。

「霞ヶ関埋蔵金」にも期待できない

最近、政府・与党内部で、「霞ヶ関埋蔵金」（特別会計の超過積立・準備金）論争が盛んで、「上げ潮派（成長重視派）」の人々はこれの存在を強調し、それを取り崩して、財政健全化に用いることを主張している。例えば、小泉・安倍政権の下で、構造改革路線の黒子役を果たした高橋洋一氏（元内閣参事官）は、特別会計だけで埋蔵金が実に50兆円にも上っており、増税をしなくても財政再建は可能であると主張している(13)。

ただし、この推計に対しては、強い批判もあり、論争は決着していない。例えば、吉野直行氏は、高橋氏が「埋蔵金」の中で「極めて突出」しているとした財務省の財政投融资資金特別会計の準備金を「取り崩す効果はわずか」と反論しているし、井堀利宏氏も同様の指摘をしている(14,15)。なお、高橋氏は、一般的には歳出抑制の急先鋒と見なされている財務省さえ、「大きな政府」派＝「社会主義を信奉する官僚たち」と批判している筋金入りの「小さな政府」派であり、「埋蔵金」は財政再建にのみ用いることを主張し、それを医療・社会保障費の拡充に用いることはまったく想定していない。

それに対して、医療関係者の中には高橋氏の主張のうち、「埋蔵金」の推計のみに注目して、その一部を医療に回せば、国民の負担増（社会保険料や消費税の引き上げ）なしで、医療危機を改善できると考えている方もいる。

しかし、筆者は、このような主張には、次の2つの理由から賛成できない。1つの理由は、権丈善一氏が明快に主張されているように、高橋氏の主張するように、もし無駄な積立金があるとしたら、日本には巨額の累積債務がある以上、「ストックはストックの原則」の下、債務の返済に回すべきだからである(16)。

もう1つの理由は、仮に「埋蔵金」の一部が、「生活者財源」（福田首相）に回るとしても、その場合には、医療だけでなく、福祉・介護、女性・少子化対策、教育、環境・地球温暖化対策、さらにはODA（政府開発援助）等との間で激しい「分捕り合戦」・「争

奪戦」が生じ、しかも現在の政治的力関係を考慮すると、医療費に回されるのはごく限定的だからである。

この例に限らず、医療関係者には、「よその分野の金を医療に回す」ことに固執し、次々に新しい財源候補を持ち出してくる方が少なくない。

しかし、田中滋氏が明快に主張しているように、「研究も調査もなしに、他のある分野の支出は不要だと主張することはでき」ないし、「他を削れと訴えるなら、その分野で働く人とその分野の対象者の分析や思いを公正に聞かなくてはなら」ず、それを抜きにして、「よその分野の金を医療に」と主張するのは「情けない主張」である(10)。

田中氏は、この視点から、医療費増加には国民の負担増が必要であり、その場合、「低所得者への配慮は当然」行いつつ「社会保険料が主になる」と主張されており、筆者もまったく同感である。

ここで見落としてならないことは、日本は、どの尺度（一般政府の支出規模の対GDP比、国民負担率、人口千人当たり公務員数）をとっても、アメリカと並ぶ「小さな政府」であるため、歳出の無駄や「霞ヶ関埋蔵金」の取り崩しによる大幅な医療費財源の捻出は困難なことである。そのために、筆者は、それらによる財源捻出に固執し、社会保険料の引き上げに頑なに反対していると、「今そこにある危機」である医療危機・医療崩壊がさらに進んでしまうと危惧している。

V. おわりに一改めて「絶望しすぎず、希望を持ちすぎず」

以上、この1年間医療危機・医療荒廃が一方向的に進行したのではなく、同時に医療改革の希望の芽も拡大したことを示した。今医療関係者に求められているのは、医療崩壊を声高に叫ぶことではなく、「絶望しすぎず、希望を持ちすぎず」、制度の部分改革と自己改革を進めることにより、希望の芽をさらに拡大し、医師・医療費抑制政策の転換につなげていくことである。迂遠なようにみえても、これが医療崩壊・医療荒廃を防ぐ唯一の道であることを改めて強調したい。

[本稿は、2008年5月17日に行った第34回日本保健医療社会学会大会の教育講演①「医療改革－希望の芽の拡大と財源選択」を、その後の情勢の変化等を踏まえて同年8月に加筆・補正したものである]

引用文献

- 1) 二木立『医療経済・政策学の視点と研究方法』勁草書房,2008,pp.104-106.
- 2) 二木立「医療改革－敢えて『希望を語る』」『日本医事新報』No.4335:77-80,2007.5.26.(NL No.34)
- 3) 二木立「医療改革－希望の芽の拡大と財源選択」『日本医事新報』No.4384:81-84,2008.5.3.(NL No.45)
- 4) 二木立「混合診療禁止は違法？－東京地裁判決をめぐる空騒ぎ」『文化連情報』No.358:22-25,2008.1.1.(NL No.41)
- 5) 二木立「医療・社会保障政策の部分的見直しが始まった－『骨太の方針2008』等を複眼的に読む」『文化連情報』No.366:21-25,2008.9.1.(NL No.49)

- 6) 二木立「医療政策転換にかすかな兆し 2つの閣議決定見直しが焦点」．『週刊東洋経済』No.6110:111,2007.11.3.(NL No.40)
- 7) 中澤堅次「現場認識と乖離する医師の需給に関する検討会報告書」『社会保険旬報』No.2292:18-20,2006.9.21.
- 8) 二木立「医療費の財源選択についての私の考えの変化－主財源は社会保険料と判断するまでの試行錯誤」『文化連情報』No.364:28-33,2008.7.1.(NL No.47)
- 9) 権丈善一「社会保障関係者、2008年の選択」『週刊社会保障』No.2463:52-57,2008.1.7.
- 10) 田中滋氏「新自由主義への流れは止まったが」『月刊／保険診療』63(2):3-8,2008.2.11.
- 11) 二木立『医療改革－危機から希望へ』勁草書房,2007,pp.39-42.
- 12) 宮島俊彦「医療の財政問題」『社会保険旬報』No.2347:6-14,2008.4.1.
- 13) 高橋洋一「さらば財務省！」講談社,2008.
- 14) 吉野直行「(経済教室) 特別会計と財政再建－『埋蔵金』頼みには限界」 「日本経済新聞」2008年5月6日朝刊.
- 15) 井堀利宏『「歳出の無駄」の研究』日本経済新聞社,2008.
- 16) 権丈善一「“医療崩壊” 阻止には「見積書」が不可欠」(m3.comインタビュー「医療維新」2008.5.9.http://www.m3.com/tools/IryoIshin/080509_1.html)

英文要約

In Japan, Health care crisis deepened in 2008. On the other hand, a glimmer of hope for improvement in health care policy appeared in the same year, after the devastating defeat of the ruling Liberal Democratic Party at an election of the members of the Diet (Sangi-In) on July 2007 and the starting of Fukuda administration that followed the collapse of Abe administration on September 2007.

This article consists of three parts. In the first part, I show three kinds of hope that occurred in recent 12 months. The first is small but positive health care reforms as well as self-reform of medical professional organization. The second is the change in the stance of the influential nationwide newspapers against the health care cost containment policy. The third is the partial revision of harsh cost containment policy in health care that was introduced in 2006 under Koizumi administration.

In the second part, I analyze the resent cabinet decision "Basic policies of economic and fiscal reform 2008" by Fukuda administration on June 27 and show further growing of hope such as the revision of traditional policy to contain numbers of physicians.

In the third part, I show three competing options for financing the increase in public health care cost. They are increasing consumer consumption tax rate, slashing wastes in government budget and raising health insurance premiums. In Japan, the first and second options are rather popular, but I think only the revised third option is viable and practical. That is a combination of health insurance premium hike as main source and several tax increase as supplementary fund.

【校正時補注(2008年12月7日)】

本稿執筆直後の9月に、国内外の政治経済に2つの大きな変化が生じた。1つは福田首相

が9月1日に突然退陣表明し、9月24日に麻生太郎政権が発足したこと、もう1つは9月15日のアメリカの投資銀行リーマン・ブラザーズの経営破綻を契機にして、「100年に一度」と言われる世界金融危機が勃発したことである。

麻生政権はその後首相自身の失言等により迷走を続けているが、福田政権が始めた「社会保障の機能の強化」策は踏襲している。世界金融危機はその後実体経済にも波及し、世界同時不況の様相を呈しているが、それにより日本で医療・社会保障費の極端な抑制政策が復活する危険は小さいと筆者は判断している。これらについて、詳しくは、次の2つの拙論を参照されたい。「社会保障国民会議『医療・介護費用のシミュレーション』を複眼的に読む」『文化連情報』2008年12月号（368号）：14-17頁。「世界同時不況と日本の医療・社会保障」『日本医事新報』No.4418（2008年12月27日）。