

# 医療における公共部門の役割と財政改革

立教大学経済学部教授

池上 岳彦



## 1. 原則からとらえた公共部門の役割

国民に向かって医療の問題を語りかける場合、なぜ市場経済に任せているとうまくいかないのかという議論をしなければならない。それを考える際に、いろいろな原則があるが、まず、国は国民の生存権や幸福を追求する権利を保障する、ということが日本国憲法に明記されている。これは誰も否定しようがないし、いくら強調しても、し過ぎることはない。問題は、それをどう実現していくかということにある。

国民の誰もがいつ怪我をしたり病気をしたりするかわからないという現実のなかで、医療を語るときに、患者は受益者であるという人もいるが、私はそうではないと思う。いま述べたように、患者は国民として一外国人も含めて一健康な状態に戻る、つまり、生きて幸福を追求する権利をもっているからである。ようするに、特別な受益者ではなく、健康状態を回復する権利をもった人間だということらえ方をすべきであり、いま健康な状態にある人も含めて、国民の納める保険料あるいは租税が医療に使われるのは、ある意味当然のことである、ということを実原則としなければならない。

医療の世界では、消費者の立場からみた「完全情報」とか「消費者主権」という言葉は成立しないといってよい。たとえば、お腹が痛いとか、急に立ってられない状態になっても、なぜそうなったのかが自分ではわからない。なぜならば、私は医師の国家資格も医学の知識ももっていない、いわば素人である。お腹が痛いといっても、胃が悪いのか、腸が悪いのか、その他の内臓のどこかが悪いのかわからない。誰がそれを治せるかもわからない。どのような治療が必要かもわからない。どの程度治療費がかかるかもわからない。要するに、苦しんでいる人が医療サービスを選択することは非常に困難であって、消費者、患者の立場からすればわからないことだらけである。

経済学の分野では、「情報の非対称性」という議論をするときに、中古車市場や生命保険を例にとり、中古車を売る人が自分の持っている車の欠陥を隠して売ろうとするとか、生命保険に加入しようとする人が自分の病気を隠して入ろうとするとか、一般国民の側が優越的な情報をもっている、と仮定することがある。医療に関しては、その反対に、基本的には医療を提供する側に優越的な地位がある。それは、医学に関する知識、経験、あるいは設備などをもっているためであり、ここが普通のサービスとの大きな違いである。

このような理由により、医療にかかわる公共部門は、「国民全員が潜在的には患者である」との見地に立って、その立場で介入する必要性がある。

つまり、国民すなわち患者が適切な治療を受けて健康を回復することができる、その権利を保障するのが公共部門の重要な役割である。具体的には、民間、公立、国立もあわせた医療施設と人材を確保し、サービスの質や量を保障する必要がある。また、そのためには国家資格を含めた人材養成システムや、医学、薬学に対する研究支援、医薬品に対する許認可なども当然必要となる。こうした基本的なところを、まず確認しておかなければならない。

また、公的医療保険には、保険料だけではなく租税も使われている。たとえば、国民健康保険のなかにはかなり国庫負担、つまり租税が入っているし、他の制度にも保険料や租税という公的に徴収された財源が使われている。それが診療報酬もしくは薬剤費という形でサービスを行う側に支払われ、患者に医療が提供される仕組みになっている。

そこで必要な論点は、被保険者たる国民が医療サービスを受けようとするときに、患者負担は必要なのか、あるいはどの程度必要なのかという問題である。現在、医療保険の患者負担は通常 3 割となつてはいるが、3 割負担が必然という根拠はない。過去には、被保険者本人は初診料を除けばゼロだった、あるいは家族が患者の場合は 5 割負担だった、という時期もある。それは制度としてそのように決めたのであるから、変更できないものではない。

財源の面では、何らかの形で目的税的な仕組みが必要か、という問題がある。昨年（2008）には、読売新聞が消費税を「社会保障税」に名称変更することを提言したが、過去を振り返ると、1994 年に当時の細川護熙総理大臣が消費税（当時は税率 3%）を廃止し、「国民福祉税」（税率 7%）を導入しようとしたことがある。こうしたことは、単に名称を変えることの是非も含めて、当然議論していかなければならない。

## 2. 日本の医療費と財政規模

### （1）医療費

2006 年度の国民医療費は、33 兆 1,276 億円であった。財源別の内訳は、保険料が 49%、そのうち被保険者は 29%、事業主負担が約 20%。公費、つまり租税負担が 37%、患者負担が 14%である。患者負担は通常 3 割だが、生活保護などの公費負担医療があり、また乳幼児や小児の患者負担は市区町村によって制度が多様である、あるいは高齢者については通常 1 割負担となる、といった理由で、全体を通しては 3 割には達しない。

医療に関する国際比較を、OECD のヘルスデータ（2008 年版）に基づ

いて行ってみよう。日本の国民医療費は GDP 比で 8.1%、購買力平価換算した米ドルで見ると人口 1 人当たり 2,578 ドルである（表 1）。

表 1 国民医療費の国際比較【2006 年】

	国民医療費			平均寿命 (歳)		乳児 死亡率 (%)
	GDP 比 (%)	1 人当たり額 (米ドル)	公的支出の 割合 (%)	男	女	
<b>日本</b>	<b>8.1</b>	<b>2,578</b>	<b>81.3</b>	<b>85.8</b>	<b>79.0</b>	<b>2.6</b>
アメリカ	15.3	6,714	45.8	80.4	75.2	6.9
カナダ	10.0	3,678	70.4	82.7	78.0	5.4
イギリス	8.4	2,760	87.3	81.1	77.1	5.0
フランス	11.0	3,449	79.7	84.4	77.3	3.8
ドイツ	10.6	3,371	76.9	82.4	78.0	3.8
スウェーデン	9.2	3,202	81.7	82.9		2.8

注:1) アメリカ・カナダの平均寿命及び乳児死亡率及びイギリスの平均寿命は 2005 年。  
資料: OECD Health Data 2008 (Version: December 2008) により作成。

日本は、ここに挙げた国のなかでは、GDP 比、金額とも最も低い。しかし、医療費に占める公的支出の割合では、日本は 81.3% で比較的高い。イギリスが最も高く、それに次ぐスウェーデンと並ぶレベルである。逆に、アメリカは公的制度ではない部分が多いことが示されている。では、医療のパフォーマンスをどうやって測るかということだが、たとえば平均寿命や乳児死亡率という指標で確認すると、日本は平均寿命が女性、男性とも最も高く、比較的長生きできるのだから、パフォーマンスは良いといえる。逆に、乳児死亡率は日本が最も低いので、これも良い。つまり、全体としてみると日本のパフォーマンスは相対的に良好である。

一方、民間医療を中心とするアメリカはといえば、莫大な医療費、つまり GDP 比 15.3% の医療費を使っているけれども、平均寿命はこの表のなかで最も低く、乳児死亡率は逆に最も高いので、パフォーマンスはあまり良くない。すなわち、日本やイギリスのように公共部門の役割が大きい国では、医療費のコントロールができていくことになる。日本とイギリスは、このなかでは比較的医療費の水準が低く、逆に低過ぎることが問題だという指摘がなされている。

## (2) 社会保障給付費

厚生労働省が発表した社会保障給付費の対 GDP 比で、日本の 2001 年の数値、2025 年の推計値を見る（表 2）。

表 2

## 社会保障給付費の対 GDP 比

(単位：%)

	年 金	医 療	福祉等	合 計
日本 (2001 年)	8.5	6.1	2.8	17.4
日本 (2025 年〔推計〕)	8.7	6.4	3.8	19.0
アメリカ (2001 年)	6.7	6.4	2.1	15.2
イギリス (2001 年)	9.5	6.1	6.7	22.4
フランス (2001 年)	12.5	7.2	8.8	28.5
ドイツ (2001 年)	12.1	8.0	8.6	28.8
スウェーデン (2001 年)	9.6	7.4	12.5	29.5

注:1) 日本の 2025 年度は ILO 基準 (OECD 基準より約 1%低い)

資料: 厚生労働省「社会保障の給付と負担の見通し」(2006 年 5 月)

日本の場合、年金や医療の給付抑制を図る改革がたびたび行われているので、もう年金・医療・福祉などを含めた社会保障給付費の GDP 比はあまり大きく伸びない見込みである。さらに、日本の 2025 年の推計値は 19.0%であるが、2001 年におけるイギリス、フランス、ドイツ、スウェーデンの数値は 2025 年における日本の推計値よりもずっと高い。過去、つまり 8 年前のヨーロッパ諸国の数値よりも日本の現時点から 16 年後の数値は低い。唯一アメリカの数値が 15.2%で日本より低いが、これも 2001 年の数値であるし、政権交代に伴って医療制度改革などが行われれば医療費が増えることも十分予想される。

社会保障の給付を増やすと、企業や若者が負担増を避けて外国に逃げてしまうのではないかとしばしばいわれるが、そのようなことはない。仮に、若者や企業が国外へ逃避してしまうから社会保障費が増えてはいけないということであれば、おそらくヨーロッパには高齢者しか住んでいないはずである。しかし、現実には若者もいるし、企業もあるし、逃げ出しているという話も聞こえてこない。

**(3) 全体の財政規模**

日本の場合、社会保障に限らず、全体としての財政規模はアメリカと並んで小さい。日本の公共部門は、絶対的に「小さな政府」とはいえないまでも、少なくとも先進国のなかでは相対的に「小さな政府」であることが明らかである。2007 年の数値をみると、総支出、要するに財政規模は日本が GDP 比 35.8%、アメリカが 37.4%というデータが出ている(表 3)。カナダが 39.1%でやや近いが、他の国々は 40%台、50%台となっている。逆にいえば、日本が低いということが出来る。総収入も当然日本はアメリ

カと並んで少ない。また、「小さな政府」であれば財政が黒字になり、「大きな政府」であれば赤字になるかといえば、そうではない。財政収支がプラスつまり黒字になっているのはカナダ、ドイツ、スウェーデンである。

表 3 一般政府の財政状況〔2007年 GDP比〕

(単位：%)

	総支出	総収入	財政収支	総債務	資産	純債務	純利払費
<b>日本</b>	<b>35.8</b>	<b>33.4</b>	<b>-2.4</b>	<b>170.6</b>	<b>82.8</b>	<b>87.8</b>	<b>0.7</b>
アメリカ	37.4	34.5	-2.9	62.9	19.9	43.0	2.1
カナダ	39.1	40.5	1.4	64.1	41.8	22.3	0.7
イギリス	44.5	41.7	-2.8	46.9	14.3	32.6	1.9
フランス	52.4	49.7	-2.7	70.1	35.7	34.4	2.5
ドイツ	43.8	43.9	0.1	65.5	21.0	44.5	2.4
イタリア	48.2	46.6	-1.5	113.2	25.6	87.6	4.4
スウェーデン	51.4	54.9	3.5	47.0	67.9	-20.9	-0.6

注：1) 「一般政府」は、中央政府、地方政府及び社会保障基金の合計

資料：OECD Economic Outlook 84 (December 2008), pp.273-281 により作成

カナダは日本、アメリカにやや近い面もあるが、ドイツ、スウェーデンは日本からみれば明らかに「大きな政府」をもつ国である。しかも、債務の残高も、残念ながら日本は非常に累積債務が多い。総債務に関して日本はGDP比170.6%であり、日本とイタリアが100%を超えている。ただ、日本は政府がさまざまな資産をもっているために、それを差し引いた純債務でみると、他の国との差が縮まる。ここで興味深いのはスウェーデンであり、純債務がマイナスということは、いわば「債権国家」ということになる。これは、要するに資産をたくさんもっているということである。

2007年時点で日本の政府部門の純利払い費はGDP比0.7%であり、債務が多い割に意外と利払い費は少ない。なぜかという、1つは資産がたくさんあるからである。資産があれば、そこには収益が生まれて、それが利払い費と相殺されるので、純利払い費は少なくなる。もう1つ、日本は金利が低いという事情もある。当然のことながら、債務が同じ規模の場合、金利が2倍であれば利払い費も2倍になる。日本の場合、金利が低い状態が続いているため、何とかなっているのである。

日本とアメリカが財政赤字に陥っているのは「大きな政府」だからではなく、基本的には税負担が軽いからである。日本の財政は債務が世界で最大規模だが、資産も多く、また金利が低いために、いちおう安定しているのである。



#### (4) 租税と社会保険料

つぎに、日本の租税、社会保険料がアメリカと並んで軽いことを確認しておきたい（表4）。

表4 租税・社会保険料の比較〔2006年、GDP比〕

（単位：％）

	個人 所得税	法人 所得 税	社会 保険 料	雇用		財産 税	一般 消費 税	個別 消費 税	全体
				被用 者	主				
日本	5.1	4.7	10.2	4.4	4.6	2.5	2.6	2.1	27.9
アメリカ	10.2	3.3	6.7	2.9	3.4	3.1	2.2	1.7	28.0
カナダ	12.1	3.7	4.9	2.0	2.8	3.4	4.7	2.9	33.3
イギリス	10.8	4.0	6.9	2.8	3.8	4.6	6.7	3.6	37.1
フランス	7.7	3.0	16.3	4.1	11.1	3.5	7.5	3.2	44.2
ドイツ	8.7	2.1	13.7	6.0	6.5	0.9	6.3	3.3	35.6
イタリア	10.8	3.4	12.6	2.3	8.7	2.1	6.3	3.8	42.1
スウェーデン	15.7	3.7	12.5	2.7	9.7	1.4	9.2	3.2	49.1

資料：OECD, Revenue Statistics 1965-2007(Paris:OECD,2008),pp.96-110 により作成

2006年時点で、全体としての租税、社会保険料のGDP比は日本が27.9%であるが、これはアメリカの28.0%とほぼ同じ水準である。OECD30カ国のなかで日米両国より低いのは韓国、トルコ、メキシコだけである。それ以外は東欧の旧社会主義圏を含めても日本よりかなり高く、カナダ、イギリス、ドイツが3割台、フランス、イタリアが4割台、スウェーデンになるとほぼ5割に近い。つまり、日本と比べると、租税と社会保険料を合わせればGDP比で20%ぐらい高いことになる。GDP比20%とはどのぐらいかということ、日本のGDPは500兆円強であるから、その20%は約100兆円である。100兆円の税金を追加で徴収するとスウェーデン並の負担になる。それはさすがに日本では想像しがたいが、そういう国もあるということである。

さて、日本では租税と社会保険料のうちどのような負担が軽いのかといえば、目立って軽いのは個人所得税と一般消費税である。日本の個人所得税はGDP比5.1%、アメリカとカナダは所得課税中心の国ということもあり、それぞれ10.2%と12.1%と、ちょうど日本の2倍ぐらいの所得税負担になっている。フランスは消費税中心の国といわれるが、それでも個人所得税は7.7%と日本より高い。このように、全体としてみれば日本は個人



所得税が軽いといえる。日本の消費税は、国と地方を合わせた税率が 5% である。アメリカは連邦レベルの一般消費税はなく、州レベルの小売上税という消費税はあるものの、全体としての負担水準は低い。その他の国は、中央政府レベルを中心に付加価値税を課している国がほとんどで、そういった国々は消費税の税率が高いので負担水準も高い。

その他に、医療関係で重要なのは社会保険料であるが、日本は GDP 比 10.2% である。この数値はアメリカ、カナダ、イギリスよりは高いが、北欧も含めていわゆる大陸ヨーロッパよりは低い、という水準である。また、国によっては、社会保険料について被用者負担、事業主負担、この他に自営業者などの負担があり、全体としてみると日本は特別に社会保険料負担が高いとはいえない。ただし、個人所得税と比べると社会保険料はかなり上昇している。

日本の政府は、増税は「下手」であるが、社会保険料はじわじわと引き上げを繰り返しているのである。「税」という名前がつかないと負担を引き上げやすいのであろう。そして、社会保険料については、事業主負担が被用者負担より重い国も多い。フランス、イタリア、スウェーデンはその典型であり、事業主負担が被用者負担を大きく上回っている。日本の場合、組合健保などは一部当てはまらないケースがあるものの、基本的には労使折半つまり 5 対 5 であり、統計でもそれに近い数値が出ている。社会保険料の事業主負担は、人を雇えば、赤字企業も含めて、必ず支払わざるを得ないので、実は法人税よりも重みがある。日本の場合、それも大陸ヨーロッパと比較して低い水準にとどまっているのである。

なお、租税負担の大小と経済成長率とは関係があるのではないかという議論についてふれておくと、私たちの最近の共同研究の成果である「租税の財政社会学」<sup>3</sup>という本のなかで、租税負担が軽いか重いかということと国の経済成長率とは何も関係ない、租税負担が重いから経済は成長しないとはいえない、ということについて検証している。

### (5) アメリカの場合

アメリカは、民間保険が中心であるため、企業にとって従業員を保険に加入させる経費が重い負担になっている。最近の世界的な不況のなかで、経営が悪化したときに従業員の医療保険費が払えないという問題が大企業のなかにも出てきており、その救済問題が大きく取り上げられている。民間保険といいながらも、その負担は企業にとっては重いので、租税で運営してもらったほうが楽だという考え方もある。後に紹介するカナダなどは、

<sup>3</sup> 「租税の財政学」 神野直彦編著、池上岳彦編著 2009年1月、税務経理協会

むしろそういう立場をとっている。アメリカの場合、医療機関との交渉が保険会社に委ねられる部分が大きく、訴訟になることも多いので、全体としてみると医療費の3割以上が管理経費に使われている。つまり、せっかくの医療費が、医療サービスに使われるのではなく、会計士、弁護士などに多く流れてしまっており、その問題についてもアメリカの医療経済学ではかなり研究が行われている。

それに加えて、保険に加入していない者が約4,600万人いる。アメリカの人口は大体3億人だから、無保険者がその15%以上という状態である。オバマ新大統領は無保険者を保険に加入させることを選挙公約に掲げた。しかも高齢者向けのメディケア、貧困者向けのメディケイドという、それぞれ租税が使われている医療制度の財政を安定させることも公約に挙げられている。

2009年2月26日に発表された「予算教書」のなかで、大統領は景気対策を掲げただけではなくて、2011年ごろには景気回復が見込まれるとして、その時点からの富裕者に対する所得税の増税を提案した。具体的には、まず、最高税率の引き上げである。具体的には、連邦の最高税率を現在の35%から39.6%に引き上げる。それから株式のキャピタルゲインと配当に対する税率を富裕層に限って引き上げる。富裕層とは、単身者であれば20万ドル、夫婦世帯であれば25万ドルを超える所得のある人たちであるが、その層に対して、キャピタルゲインと配当に対する税率を20%に引き上げると提案されている。

また、富裕層については所得控除にも制限をかけることが提案されており、それによる増収の一部はもちろん財政再建にも使われるが、一部は医療制度改革の財源にも回す、すなわち新政権は増税も含めた公的医療制度の拡大を考えているのである。そうしたなかで、すでに国民健康保険のような制度の検討も開始されている。

## (6) カナダの場合

私は、カナダの財政について調査・研究を行っている。カナダはアメリカの隣国ではあるが、制度はまったく異なっており、基本的には日本と同様に国民皆保険制度をとっている。しかも、単なる国民皆保険ではなく、13ある州—そのうち正式の州が10、準州が3—が、それぞれ州ごとに公的医療保険を運営している。その財源は主に租税であり、州営の公的医療保険制度となっている。州税以外には、連邦が州に交付する「カナダ・ヘルス・トランスファー」つまりカナダ保健移転という名称の補助金があるが、この補助金にはほとんど使途制限がない。この財源以外に保険料など

を徴収している州はごくわずかである。

診療報酬に関しては、各州の政府と各州の医師会 (Medical Association) が交渉して決めている。日本では中央レベルで行うことを、カナダでは州ごとに行っているのである。そのため、保険でカバーされる傷病の範囲及び診療報酬の水準も州ごとに異なる。しかし、基本的な医療サービスはすべて保険でカバーしなければいけないという連邦からの規制があり、またすべての州で州民がこの原則を強く支持している。それを破れば、その州政権は次の選挙で負けることになるので、そのようなことはまずあり得ない。

カナダのすべての州において、保険が適用される医療、日本でいう社会保険診療については、患者負担はゼロである。なぜゼロなのかといえば、カナダにはアクセシビリティという原則があるからである。たとえば、富裕層だけが特別料金を払ってウェイティング・リストを飛び越えて先に検査や手術を受ける、つまり順番待ちをしないで済むことになれば受診の機会の平等が侵害される、という考え方である。少なくとも公的保険が適用されるサービスに関しては、そういうことをやってはいけないのである。もちろん、自由診療の分野も存在するが、基本的医療サービスはすべて保険が適用されるというのが原則であり、それについては患者負担を徴収してはいけないことになっている。

確かに、カナダでは個人レベルの租税負担は、個人所得税をみても消費税をみても、アメリカより高い。しかし、社会保険料に関しては、カナダは (表 4) に示した国のなかでは、GDP 比 4.9% ということで最も低い。これを企業の立場からみると、基本的な医療制度を州が租税で運営してくれるので、社会保険料負担はあまり大きくないし、しかもアメリカのように高コストの民間保険に従業員を加入させる必要がない。つまり、人材確保あるいは従業員の健康保持という面ではむしろ有利であり、企業立地に関して何ら不利な点はない。そういう面からも、アメリカとカナダはある意味で対照的な医療制度をとっているといえることができる。

## (7) 日本の課題

既に述べたとおり、現在、日本では医療費の患者窓口負担が原則 3 割—義務教育就学前の乳幼児、高齢者を除く—である。ただし、市区町村によっては乳幼児や小・中学校就学児童について負担率を独自に設定している例もしばしばみられる。また、「適正化」という名の改革の一環として、協会けんぽの保険料率を都道府県ごとに設定する制度が導入された。さらに、診療報酬については引き下げが何度も行われてきた。そして、長寿医

療制度の創設によって、患者負担を除いて租税が5割、いわゆる現役の保険からの支援金が4割、保険料1割で高齢者の医療を運営することになったが、窓口の患者負担は原則1割とされたものの、現役並みの所得があれば3割負担とされている。

これらのことを前提として、現時点における医療財政改革の課題は何かということであるが、やはりここで、国民にとって医療は負担なのか、それとも幸福を追求する手段なのかという原則の問題につきあたる。これが最も重要であって、負担だといえ、では抑えなさい、反対に健康サービスあるいは幸福追求の手段であるといえ、それは充実しなければいけない、というように考え方によって進むべき方向がまったく異ってくる。

国民の所得は、何らかの形で支出される。その支出に関して、ゲームソフトを売るなどか、ファーストフードを食べさせるなどか、自動車売るなどは、誰も言わない。飲み過ぎは悪いと言っても、酒を売るなど言わない。つまり、消費を制限しろとは誰も言わない。たばこなどごく一部の業界を除けば、むしろコマーシャルを流してどんどん消費しろと言っているのに、医療費だけは抑制しろと言われている。

なぜそうなるのかと言え、ゲーム、ファーストフード、自動車、酒類などは基本的に営利目的の投資対象になっている。これに対して、医療は基本的には公的色彩の強いサービスであり、非営利部門であるという原則があるため、営利的な投資の対象になりにくい。そのために抑制しろという圧力がかかる。「税金が少ないほど良い社会なのだ」という考え方の人も世の中にはいるし、いわゆる営利第一主義の考え方からすれば、公共サービスとしての医療は「国民の負担」であるということになる。

しかし、国民の心身の状態を改善するために必要な医療は、当然のことながら、幸福を追求するための手段である。医業あるいは医薬品産業も含めたサービス業の成長が、よりよい医療として国民に公平かつ効率的に供給されるのであればまったく問題がなく、そうした原則を踏まえていけば、ここだけ抑えろという議論にはならない。

医療費抑制自体は政策目標ではないということが原則であるが、他方で医療費を抑制するために患者負担を増やしてきたという現実があり、ここがとくに大きな問題である。「患者負担を引き上げれば本当に苦しんでいる人だけが医者にかかる」と考える人がいるが、それは経済状態が良く、かつ健康な人の発想である。患者負担が高ければ、経済状態が苦しい人が病気になった場合、医療を受けられないケースも出てくる。それによってさらに症状が悪化する、それが伝染病であればさらに広まる、という結果を招くことにもなる。



つまり医療は、しばしば医者に行く人にとっても、普段は健康な人にとっても、生活に必要不可欠なものである。しかも、医療は「消費者主権」つまり消費者がイニシアティブを握る形のサービスという世界から最も遠いところにある。したがって、消費者に患者負担の増大というディスインセンティブを与えて医療費を抑えようという改革は、本筋から外れているのである。しかも、そのために民間主導や規制緩和を進めるとどうなるか。アメリカのように医療費は急増するであろうが、それで国民が幸せになるかということ、急増した分の医療費が余計なところに行ってしまうと予想される。基本的に必要なサービス、それに対する有効な処置、報酬の基準などについて、患者もしくは組合健保の場合の事業主、そういった人たちの「自己責任」に委ねようというのは無理な話である。必要なのは「小さな政府」あるいは「もっと小さな政府」をつくることではなく、医療に関して「信頼されるしっかりした政府」をつくり、公的システムのもとで医療費を増やすことである。

そのときの課題はどこにあるか。まず、必要な医療を提供するシステムができていないかが問われる。いくら現場で個人が頑張っても、人員と設備が整っていないければ必要な医療は提供できないので、その対策が急務である。医師あるいは看護師といった医療従事者の増員が必要であると言われているが、問題は地域バランスのとれた人材配置ができるか、むしろできるかどうかではなくて、やらなければいけない、ということである。また、それを誰が行うのかという問題もある。国が行うのか、都道府県が行うのか。いわゆる救急患者のたらい回し問題でも、厚生労働省に責任があるのか、それとも都立病院だから都に責任があるかという議論が必ず起こるが、押しつけ合っているだけでは問題は解決しない。そこを何とかしなければいけないということが第一の課題である。

次に、地域医療の再生に向けた、サービスの公的な供給が課題となる。もちろん、地域の開業医の役割を基本としながら、二次医療、いわゆる広域で対応せざるを得ない部分において中核的な位置づけをもつ病院の必要性など、都道府県がつくっている地域保健医療計画について、より実効性をもたせるような改革が求められる。そこには、救急医療、周産期医療、へき地医療など、さまざまな課題に対応できる医療機関としてのサービス提供体制が必要であり、その実現のためには施設や人材確保を支えるための財源の保障もなくてはならない。

なかでも公立病院は、残念ながら日本では縮小傾向にある。公立病院は不採算医療を行うことも多く、独立採算はもともと困難であるため、地方団体の一般会計からの繰り入れという制度ができています。都道府県立、あ

るいは市町村立の病院の場合には、一般会計つまり租税が負担すべき基準が定められているが、財政が苦しい状況下ではなかなかそのルールが守られないという現実がある。2007年に公布された地方公共団体財政健全化法によって、公営企業つまり公立病院も含めて地方財政の健全度を診断することが定められた。具体的には、公立病院などの会計について資金不足比率という指標をつくり、その比率が高くなると経営健全化計画を策定しなければならない。2007年度決算により算定すると、経営健全化基準以上になっている、要するに苦しい状態にある会計が、全国で668ある公立病院会計のうち、53会計と1割近くを占めている。

また、公営企業だけではなく、地方団体本体も財政再建が急務である。たとえば、それぞれの都道府県や市町村については、団体全体の会計を連結して連結実質赤字比率という指標が算定されている。これについては、早期健全化基準つまり黄色信号が灯った状態になっている団体が1,857団体のうち11団体ある。その11団体のうち7団体では、赤字の原因に病院会計が含まれている。そういうところでは、診療科を減らすことや病院を閉鎖する動きがある。それが首長に対するリコール運動などに発展したケースも報道され、深刻な問題であることが明らかになっている。

### 3. 医療財政改革を進めるために

#### (1) 保険制度の一元化

財源問題について長い目でみた場合、私は、基本的には一元化の方向に行くべきだと考えている。なぜなら、年齢、地域、職業にかかわらず、健康を回復する権利は平等であり、権利に上下や強弱は存在しないからである。すなわち、年齢や職業で制度の所属を区別する必要はないのである。たとえば、カナダやイギリスでは年齢の区別はしておらず、患者負担も原則ゼロであるから、もともと完全一元化を行っているということが出来る。

日本の場合、患者負担をゼロにするのが理想であり、それがいまのところ非現実的だとすれば、まずは乳幼児や高齢者などから段階的に引き下げていく必要がある。自由診療、あるいは薬剤費については、一部患者負担があってもよいが、基本的な医療サービス本体に関しては、中長期的には患者負担ゼロの方向を目指すべきだと私は考える。とくに現在、現役並み所得の高齢者が患者となる場合3割負担であるが、まずこれを改める必要がある。高齢者は医療を受ける頻度が高い。現役並みに所得があるから3割負担だと言われても、現役時の3倍の頻度で医者にかかる必要があるのであれば9割負担と同じことになる。それは明らかに過重負担であり、何

のための保険かわからない。ここから優先的に患者負担の引き下げを始めなければならない。

また、保険の単位として市町村は狭すぎる。国民健康保険は、医療の発達と長寿化の実現により、市町村ごとに運営することの無理がむしろ顕在化してきている。そこで、制度の統合が必要である。具体的には、都道府県レベルでの制度の統一が望ましい。保険には大数の原則があるので、全国1本でやるのが理想だという面もあるが、地域保健医療計画を中心とした都道府県ごとの保健医療政策との連携という観点から、その成果が保険料や税率に反映する仕組みをつくるべきである。既に協会けんぽは保険料率を都道府県ごとに決めることになっている。また、組合健保は基本的には企業の福利厚生制度であり、その運営にあたって景気の影響を受けやすいことから、医療保険の基本部分は公的医療制度のなかに統合するほうが良いのではないか。共済組合も同様である。すなわち、中長期的には年齢や職業を超えた制度統一が必要だということである。

社会保険料負担については、基本的には所得に応じて行うべきだと考えるが、「所得」というものをもっと総合的にとらえる必要がある。わかりやすい例を挙げると、被用者保険の加入者でも、収入は給与のみとは限らない。たとえば講演料、原稿料、家賃などの収入があった場合、これらには所得税は課されるものの、社会保険料は課されない。社会保険料は、主たる収入を得ているところで課されるだけである。もっと重要なのは、株式などで利益を得ても、その部分は社会保険料に反映されないという問題である。このような点の見直しが必要である。

また、制度運営を都道府県が担うとしても、都道府県自体に財源がなければどうしようもない。現在、都道府県は住民税、事業税、地方消費税、自動車税などを主な税目としている。事業税は所得に課している部分が多いが、外形標準課税という形で付加価値あるいは資本金に応じて課す制度も一部導入されている。考え方としては、外形標準課税を拡大し、その部分を保険税として運営することが望ましいのではないか。しかし、当然のことながら都道府県ごとに年齢構成や所得水準が異なるので、地方交付税で財政調整する仕組みは必要である。

## (2) 租税の税率引き上げ

医療費財源の拡大は消費税の増税によるべきだ、とよく言われる。それも1つの手段ではある。しかしその前にやるべきことはないのかと考えた場合、必ず歳出を削減しろという議論になって、埒があかないのが現状である。



所得税に関して言えば、アメリカではオバマ政権が所得税の増税を提案しており、もしその通りになれば最高税率が引き上げられることになる。しかし、日本の場合、最高税率を引き上げるとしても限界がある。なぜかといえば、総合課税されていない所得が相当あるからである。たとえば、金融所得は基本的には総合課税されておらず、それに対する課税は非常に軽い。上場株式などの配当及びキャピタルゲインに関しては、現在 10% の分離課税となっている部分が多い。ただし、暫定措置の期限が切れると税率は 20% に上がる。証券会社などは、今は株価が低いのだから 10% にとどめるよう訴えているが、仮にその期限が切れても税率は一律 20% である。

財政学の世界では「二元的所得税」といって、株のキャピタルゲイン、配当、利子などの資本所得は、一般の労働所得と比べて国外に逃げやすいのだから、それを国内にとどめておくために税率を低くしなければいけない、そこで労働所得は累進課税とするが、資本所得は労働所得の最低税率に合わせた比例税率にすべきだ、という議論もみられる。では、その理論を取り入れた北ヨーロッパの国々、たとえばスウェーデンはどうかとみれば、金融所得をはじめとする資本所得に関しては税率 30% の所得税が課されている。分離課税ではあるが、税率は 30% である。それならば、日本が税率を 30% まで上げてても資本は逃げないことになるので、30% まで引き上げれば良いはずだが、そういう議論さえもなかなか出てこないのが現状である。繰り返しになるが、金融所得には社会保険料が課されていない分、負担が軽い。つまり、給与所得に対して、所得税だけではなく社会保険料も課されていることを考えると、金融所得の負担は極めて軽く、それに対する増税は十分可能である。さらに、資産課税、相続税、贈与税に関する増税、事業税の外形標準課税とくに付加価値割の拡大、その他も含めてさまざまな財源確保策が考えられるのである。

最後に、消費税の引き上げに関連して、医療と消費税の関連を考える。現在、医療保険による医療サービスは非課税扱いとされている。しかし、それでも問題は生じる。それは仕入税額控除ができないことである。そうであれば、医療に関する備品、薬剤などを仕入れる段階での消費税はそのままにして、将来の理想としては医療費をゼロ税率にするのが良いのではないか。現在でも仕入れに係る消費税の負担分は診療報酬制度に上乘せされていると考えればそれまでである。しかし、ゼロ税率となれば、医療費のなかから消費税が完全になくなることになる。仮にそれができないのであれば、複数税率制の導入による対応が考えられる。軽減税率といえば食料品のみが取り上げられる傾向があるが、社会政策的配慮から非課税とさ

れている医療、介護サービス、授業料などについては、それぞれ軽減税率を適用するかどうかを検討すべきである。そのような課題も含めて、所得税、消費税などの問題を考える必要がある。

本日述べた内容は、2002年に出版された「住民による介護・医療のセーフティーネット」<sup>4</sup>のなかの「医療・介護財政の制度改革」という章をベースにして、アップデートしたものである。また、「租税の財政社会学」<sup>5</sup>のなかでは、「小さな政府」であることは必ずしも経済成長率を高めない、という議論を展開している。ご興味のある方は、ご参照いただければ幸いです。

---

<sup>4</sup> 神野直彦編著、金子勝偏著 2002年10月 東洋経済新報社

<sup>5</sup> 神野直彦編著、池上岳彦編著 2009年1月 税務経理協会