

# 政府の利用価値と社会保障の財源調達

## 政府の利用価値

2007年にはマイケル・ムーア監督の映画「SiCKO」が公開された。そして2008年のアメリカ大統領選に向けて、各候補者により国民皆保険制度が議論されている。以前、次のような文章を書いたことがある。

取引費用の概念を使って歴史分析をしたダグラス・ノースは、歴史は取引費用を節約する方向に動いているという仮説をたて、それを実証することにより、ノーベル経済学賞を受賞した。このノースの仮説にしたがう限り、アメリカの医療政策もいずれ取引費用を節約する方向に動くだろうと予測できると思う。そしてノースが証明した「歴史の法則」に逆らう動きを、日本の医療政策がわざわざ見せる必要もないとも思っている。わたくしにとって不思議で仕方がないのは、「アメリカから医療政策を学ぼうとすることは、タイタニックの乗組員から操船術を学ぶようなものである」というのは、至極まともな評価なのであるが、日本には、そういう現実を見たくないのか、見ようとしぬ人たちのひとつの大きなサークルが存在することである（注1）。

長期的には今後のアメリカの医療政策は「歴史の法則」にしたがう方向に動くのではあるが、今年、その方向に進むのか、進まないのか 結果がどうなるかは、節約される

権丈 善一（けんじょうよしかず）  
（慶應義塾大学商学部教授）

### 略歴

1962年 生まれ  
1985年 慶應義塾大学商学部卒業  
1990年 慶應義塾大学商学研究科博士課程終了  
1990年 慶應義塾大学商学部助手  
1994年 慶應義塾大学商学部助教授  
2002年 慶應義塾大学商学部教授

### 研究テーマ

再分配政策の政治経済学 経済政策・社会保障論

### 主な著書

『再分配政策の政治経済学 第2版 日本の社会保障と医療』（慶應義塾大学出版会、2005年〔初版(2001)年〕）  
『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』（慶應義塾大学出版会、2004年）  
『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）  
『医療政策は選挙で変える 増補版 再分配政策の政治経済学』（慶應義塾大学出版会、2007年）  
『保健医療政策の将来』V・Rフックス（共訳、勤草書房、1995年）

側にある「取引費用」を構成する面々、すなわち民間医療保険会社をはじめとした人たちの政治的抵抗力に依存する。その動きを日本国住民としては見守るしかない。けれども、アメリカの医療の方向に日本の医療を近づけようとする強い圧力もあるようなので、ここでは、まず、日米医療の状況を概観するところから話をはじめ、そこを切り口として、今日の政府の利用価値について話を進めていこうと思う。

（注1）権丈(2006), p.313

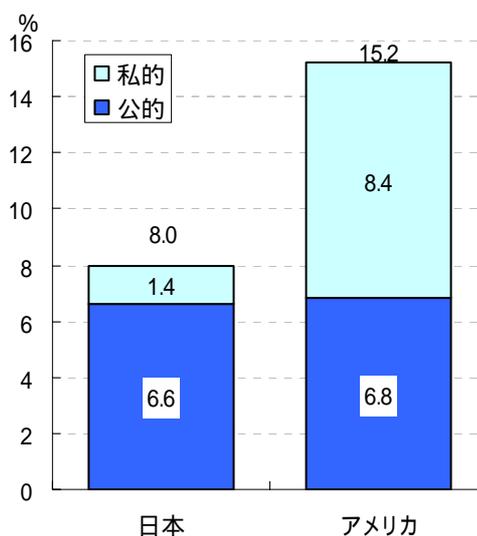
## 日米医療制度の違いに見る公私の働き

2004年の日米医療費のGDPに占める割合は、日本 8.0%、アメリカ 15.2%である。その中の私的医療の部分と公的医療の部分を見れば、圧倒的に日本は公的医療部分が多い。そして、アメリカには高齢者と低所得者を対象とした国民 25%分だけのメディケア、メディケイドしかないのに、アメリカの公的部分 6.8%が皆保険政策をとる日本の公的部分 6.6%よりも大きいという不思議なことが起こっている。その上で、アメリカでは私的部分がきわめて大きい。

医療費に占める公私の割合が異なることが一体どういうことに帰着するかというと、図表 2 にあるように、家計所得を横軸にとり医療費を縦軸にとっていくと、アメリカは所得階層によって消費する医療費に格差が生まれてくるのとは対照的に、日本の場合は、ほとんどを公的医療保険でやっているのので、所得階層間でひろく平等に医療が消費されることになる。

図表 2 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 規制改革で産業活性化を』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ことを証明するために作られたものである。この図の作成者は、「家計と所得の医療サービス支出の関係を見ると、我が国では所得支出額がほぼ無相関であり、低所得者世帯

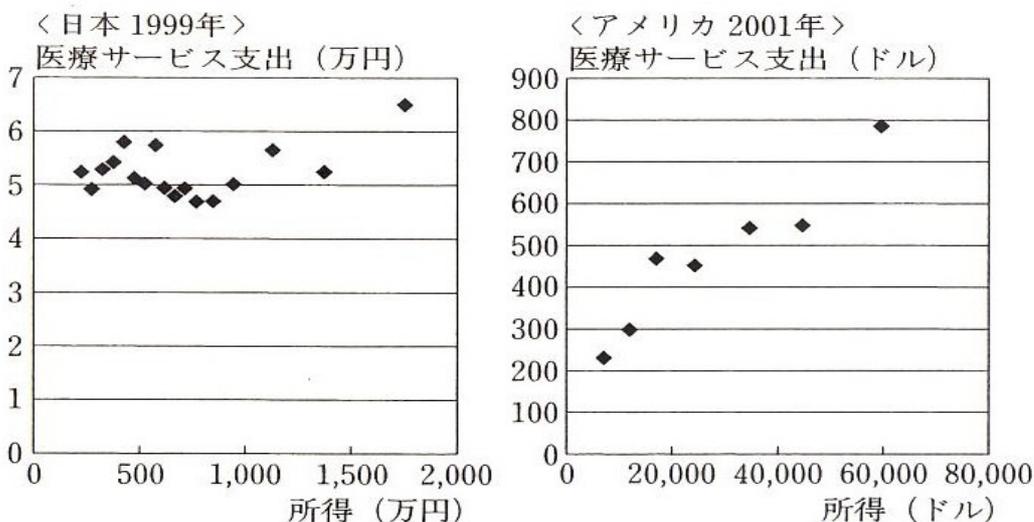
図表 1 日米医療費の GDP に占める割合



OECD, Health Data 2007.

も高所得者世帯も医療サービス支出額はほぼ同じである。このことから高所得者の医療サービスが満たされていない可能性が大きい。一方、アメリカでは所得と医療サービスの相関は高い。所得に応じて国民は多様な医療サービスを購入していることを示唆する(注 2)」というふうに、何となく読んだ感じのニュアンスとしては、アメリカの方がいいというような事実を読む。それをわたくしはあえて違った意味に読み取って、「事実とは価値判断とは独立に存在し得ない側面を持つ(注 3)」と前置きをしながら、次のように説明している。すなわち、「このことから、皆保険下の日本では医療の平等消費が実現されているのに、国民全般を対象とした医療保障制度をもたないアメリカでは、医療が階層消費化し

図表2 所得と医療サービス支出の日米比較



鈴木玲子(2004)「医療分野の規制改革 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 規制改革で産業活性化を』

ている(注4)。

要するに、ここで言いたいことはただひとつ 医療や教育など、ある財・サービスは、所得にかかわらず「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?この問いこそが、「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。

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。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

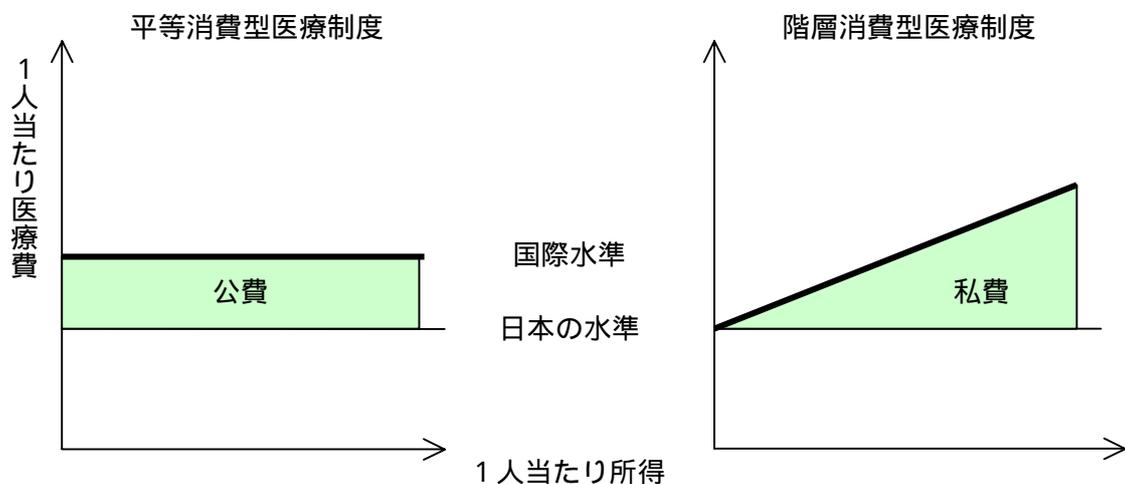
ができるというわけではないことは言うまでもない。「平等消費」を実現できるための制度枠組みを準備した次に出てくる問題は、「平等消費」がなされる消費水準と関わる問題 医療サービスの質と医療従事者の労働条件の問題である。

図表2のように、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、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。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、2つある

図表3に示しているように、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。

日本の医療費が欧米先進諸国の水準と比べ

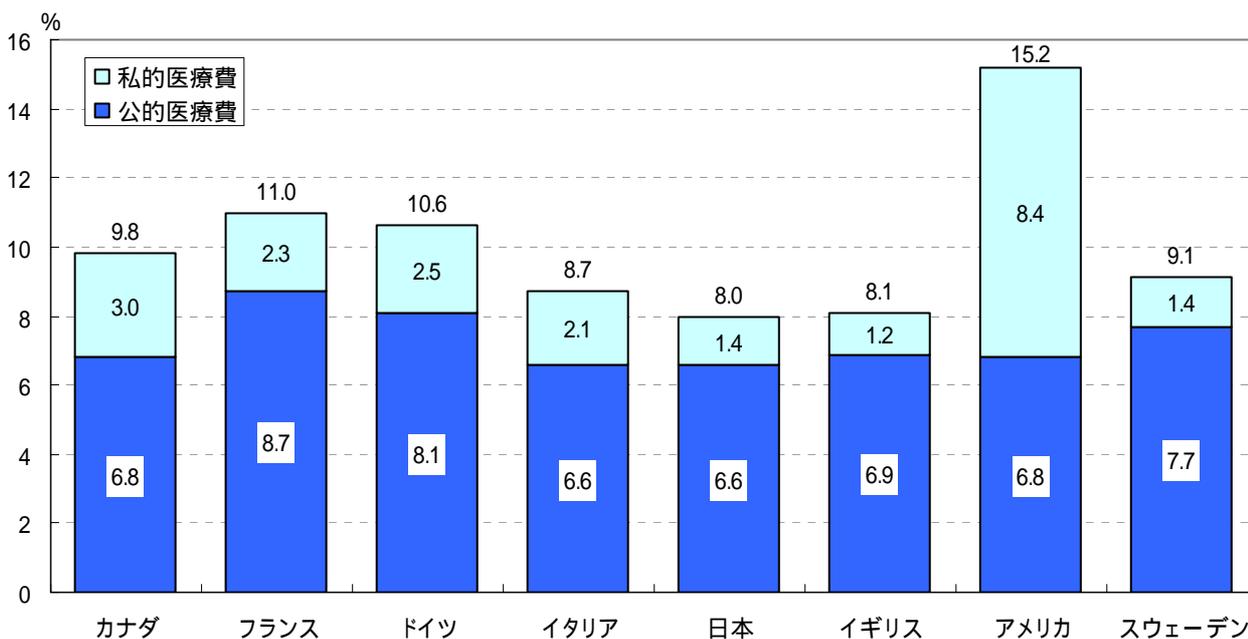
図表3 平等消費実現手段としての政府の利用価値



て低いことは周知のことだと思ふ。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(注5)。

図表4 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*.

---

欧米先進諸国の水準と比べて低い日本の医療費の水準を国際標準まで引き上げようとするときに、平等消費を実現しながらやっているとすると、残念ながら今の日本ではとても評判の悪い政府を利用するしか手段はない。

医療費の日本の水準を国際標準まで上げていくために私費というものを使えば、どうしても階層消費が生まれてしまう。私費、すなわち市場で医療費を増やせば階層消費となり、平等消費を実現しようとするれば政府を利用せざるを得ない。こうした技術的制約条件が政策展開上、厳然とある。そうした事実を一体どう考えていくか、どう評価していくかということ、この一点が政府に対する個々人の態度に大きな影響を与えることになる。

わたくしは、一般的な財・サービスを生産し分配する際の市場のもつ利点をかなり高く評価している人間であると思う。しかしながら、せめて医療・介護、保育・教育くらいは市場から外して平等消費するのが望ましいと考えている。なぜ、そう考えるのかについては、わたくしのホームページのプロフィールに記している、次のような考えをもっているからである。

「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からうかと考えている。

こうしたビジョンが、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ている。

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

より

ところが現在、こうした価値観をもつわたくしの目の前で、次のようなことが起こっている。すなわち、アメリカのUSTRや駐日大使が、さまざまなチャネルを通して医療の取引を市場から外すために設けられた必要なルールを緩和すべき規制とみなして、それを撤廃しろと強く要求しているのである。具体的に

---

どのようなことを要求しているのかを知ってもらうために、2004年11月22日に駐日米国大使代理ジェームズ・ズムワルト経済公使が規制改革・民間開放推進会議のメンバーを前にして話している内容を紹介しておく。

日米投資イニシアティブの下、日本が医療サービス分野を営利企業に開放することを我々は提言しています。株式会社の所有と経営への参入を認めることは、競争を促進し生産性を高め、患者や医師により多くの選択肢を与えるとともに、新しい技術への投資を増加させることでしょう。これに向けた一歩として、病院や診療所が、営利企業に外部委託できる特定医療サービスの範囲の拡大を求めています。・・・

また、医療サービスの規制の枠組みを改革することに対して日本がとても慎重であることを我々は認識しています。最近、特区において株式会社の参入が認められたものの、その参入は、国民健康保険が適用されない限られた範囲の高度医療サービスの提供のみにとどまっています。さらに、最近決定された混合診療のための国民健康保険の部分的適用は非常に限られた診療と医療機関に限定されています。混合診療の禁止を解除し、特定の医療サービスの外部委託の範囲を拡大するなど、より柔軟性のある医療サービス特区を設置することにより、民間投資を誘致する可能性の高い日本のサービス市場を拡大し、医療分野における規制改革に拍車をかけます。

・・・

最後に、貴会議の皆様におかれましては

すでに十分ご理解されていることと思いますが、この機会に再度、規制改革・構造改革のもたらす2つの根本的な恩恵、すなわち、市場の拡大と投資家の信頼について、述べさせていただきたいと思います。米国の経験では、透明性を高め、規制を減らせば減らすほどビジネスは経費を抑えることができ繁栄します。これからも経済成長の足かせとなる規制の緩和に向けて日米間でお互いの経験から学び、意見交換を続けていきたいと思います。

<http://tokyo.usembassy.gov/jp/tpj-j20041122-50.html> より

余計なお世話だと言って無視できないほどに、彼らの力はわたくしなどよりもはるかに大きい。わたくしにできることは、社会保障というものの意味と意義をより多くの人に理解してもらうことくらいしかなさそうなので、以下、その作業を行おうと思う。これに続く文章の詳細は、権丈(2007)『医療政策は選挙で変える 再分配政策の政治経済学』にあるので、是非とも参照してもらいたい。

ちなみに、次の説明に入る前に教育についても触れておこう。

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？

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。

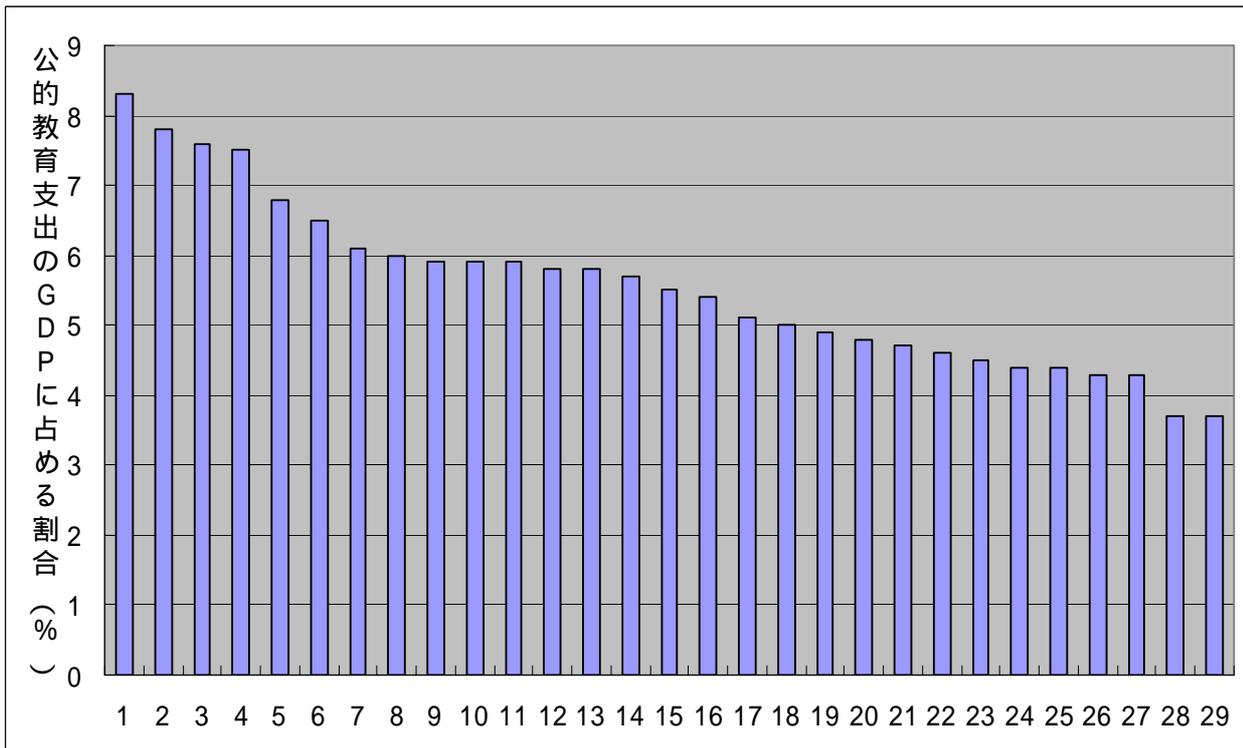
(注2) 八代尚宏編 / 鈴木玲子(2004), p.286

(注3) 権丈(2006), p.102

(注4) 権丈(2006), p.102

(注5) 権丈(2006), p.421

図表5 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。

## 社会保障と国のかたち

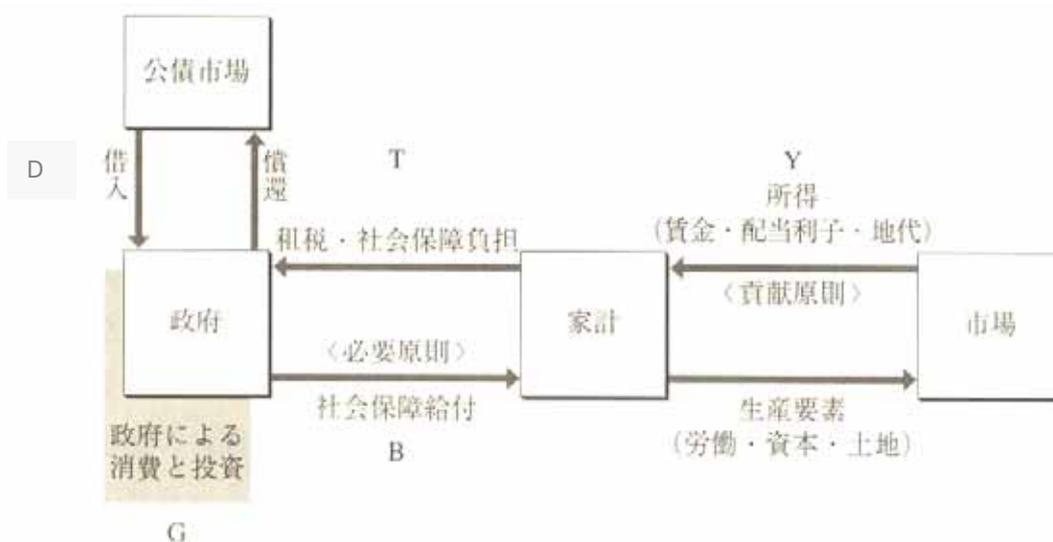
社会保障は、国民の基礎的消費部分を社会化すると同時に、それに要する資源を社会から優先的に確保しているのであり、この目的を所得再分配という手段を用いながら行っている。この所得再分配としての社会保障は、図表6の概念図に沿って説明できる。まず家計は、生産要素を市場に供給し、その見返りとして所得（Y）を得る。市場の分配原則は、生産要素が生産にどの程度貢献したかに応じて分配するという〈貢献原則〉である。この1次分配から、政府は公権力を用いて、租税・社会保障負担（T）を強制的に徴収する。また政府は、公債市場から資金（D）を調達する。そして政府は、徴収した資金を用いて、公務員を雇用したり、公共事業を行ったり、国防などの公共サービスを提供したり（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。要するに、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

図表6 再分配政策としての社会保障



図表7 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

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試みる。

日本では、図表7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、図表6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違う。今、その意味を確かめてみる。

再び図表6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。

図表8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。

図表8 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

## 「小さすぎる政府」日本の将来ビジョン

図表9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。

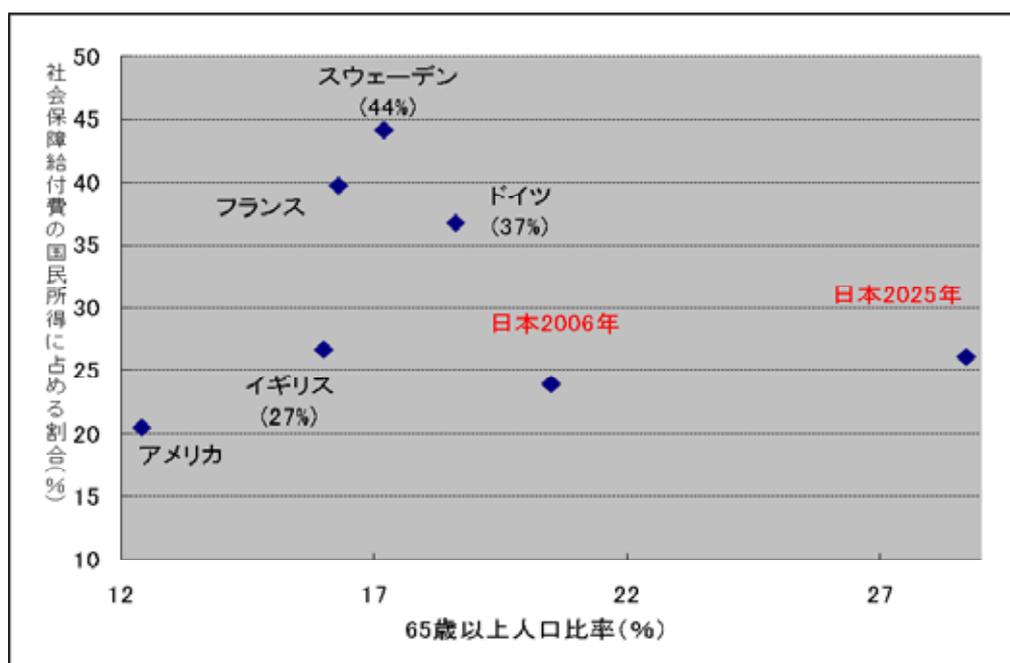
横軸に65歳以上人口比率をとったのは、常識的に考えれば、この値が大きくなれば社会保障給付費の国民所得に占める割合も大きくなると思われるのであるが、必ずしもそうではないということを示すためである。なお、図表9には厚生労働省「社会保障の給付と負担の見通し 平成18年5月推計」による2025年の値もプロットしてみた。「社会保障給付費2025年141兆円は2006年90兆円の1.6倍になる」というようなことばかりが巷では言われているのであるが、この種の話がどれほど百害あって一理なしの言であるのかを、

図表9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）、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。

図表10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である。

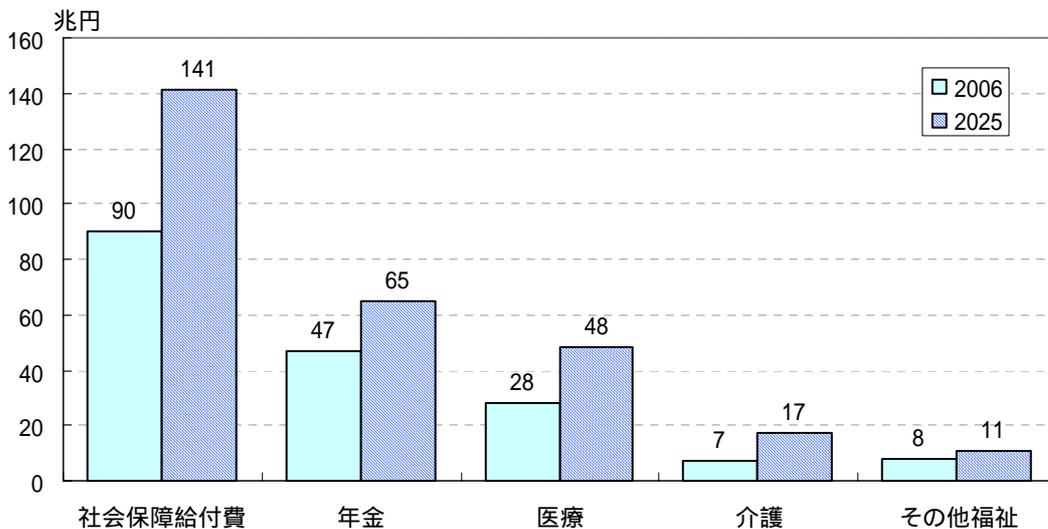
名目額と実質額の違いさえも分からない人たちが、2025年の社会保障給付見通しの名目額を裸の値のまま報道しては たとえば、現在の社会保障給付費90兆円が今のままでは

図表9 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。

図表 10 社会保障の給付見通し（名目額）



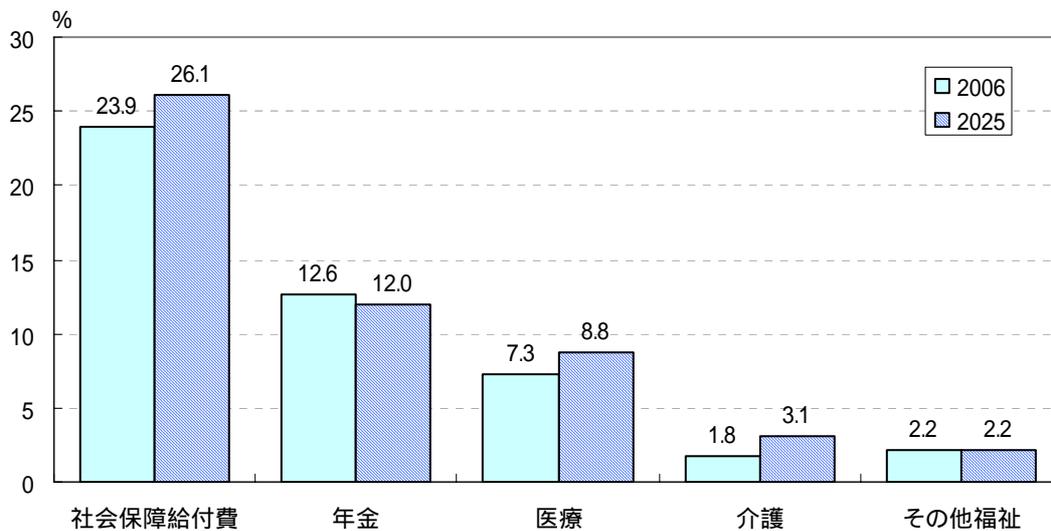
注) 厚生労働省「社会保障の給付と負担の見通し 平成 18 年 5 月推計」による。  
 値は、同推計における「改革後」、すなわち 2004 年から 2006 年になされた年金・介護・医療改革を反映させた値を記載。

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表 11 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、年金給付費の国民所得に占める割合は

図表 11 社会保障の給付見通し（対国民所得比）



注) 図表 10 に同じ。

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にすぎない。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いているのである。今日の為政者たちは、20年後、この「小さすぎる政府」日本で暮らす人々の生活を、どういう目に遭わせたいというのだろうか。

## 今後数年の医療政策展開の磁場

2008年現在、足下で展開されている予算編成は、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。

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。仮に、基礎的財政収支がとれたからと言っても、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。このうち1.1兆円が国庫削減分であり、これを5年で達成することになっている。ゆえに、毎年2,200億円のマイナスシーリングが課されているのである。

5年で1.1兆円、各年2,200億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%)

図表12

### 歳出改革の具体的内容

	2006年度	2011年度 自然体	2011年度 改革後の姿	削減額	備考
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。

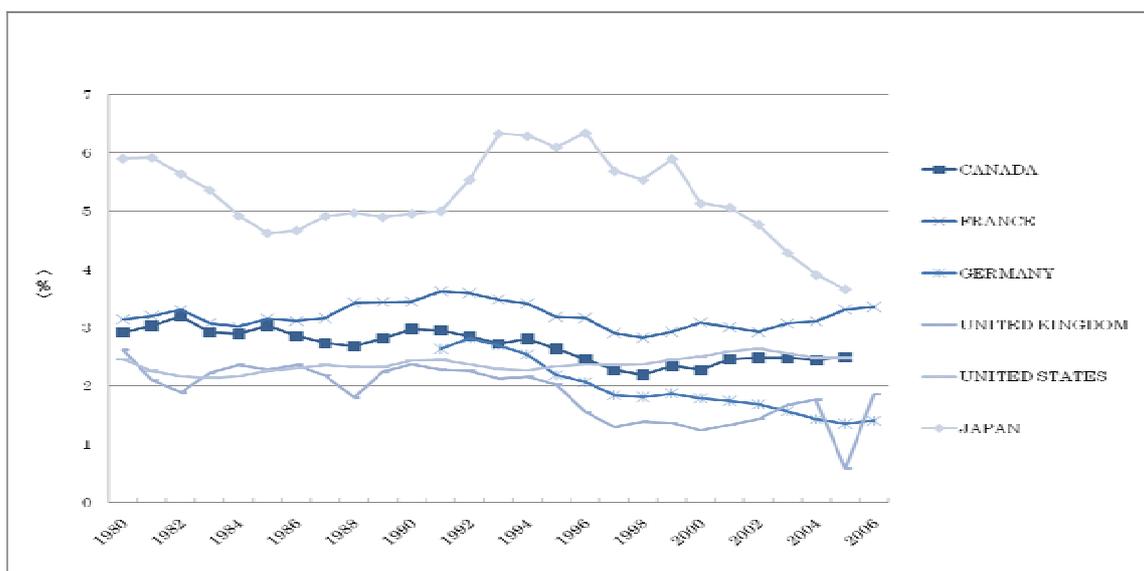
は、社会保障関係費(26%)、国債費(24%)、地方交付税交付金(18%)、公共事業関係費(9%)、文教及び科学振興費(7%)。そして社会保障関係費 21 兆円のうち 52%を占める 11 兆円が医療費国庫負担分であった。年金、介護のさらなる支出削減が難しい今、なによりも真っ先に歳出削減の成果をアピールできそうな大口の医療がスケープゴートとして狙い打ちされるであろうことは、すなおいに予測できることであり、そして実際、医療費の抑制が、政府与党の意思決定に決定的な影響力をもっている経済財政諮問会議の中心関心であるのが、今の政治の有り様である。

なお、ここに来て、特別会計の中に莫大なムダがあるのではないかという話が盛り上がってきているので若干の説明をしておく。

特別会計の規模は 2006 年度予算ベースで単純歳出合計 460 兆円であるが、重複計算分を除いた純計額は 225 兆円でしかない。その内訳は、社会保険関係特別会計 53 兆円、交付税

及び譲与税配当金特別会計 19 兆円、財政融資資金特別会計 31 兆円、公共事業関係特別会計 6 兆円、国債整理基金特別会計 113 兆円、その他特別会計 3 兆円である。そして企業会計において国債償還費・利払費や財政融資資金への利払費に相当する債務償還費は支出にはカウントされず、歳出規模を国際比較する場合にも、通常は各国の債務償還費を除いた値で行われる。今その値を出すために、国債整理基金特別会計に含まれる債務償還費以外の支出等を考慮しながら計算してみると、企業会計ベースでの特別会計歳出額は 89 兆円となる。これに一般会計 80 兆円から特別会計重複分を控除した純計 33 兆円を加えた 122 兆円が国際比較ベースでみた日本の国家財政規模である。これは GDP の 24%程度であり、これに地方財政分を加えた値が一般政府の規模を表すことになる。各国データが揃う 2005 年度の一般政府の規模(一般政府支出の GDP に占める割合)は日本 38%、アメリカ 37%、イギリス

図表 13 公的固定資本形成(公共事業)への各国の支出(GDP比)



OECD(2007), Annual National Accounts Detailed aggregate.

ス 45%、ドイツ 47%、フランス 54%、そしてスウェーデン 57%となる。先進国の中ではアメリカと同等に小さすぎる政府であっても、それを賄う負担さえ行っていないから、日本の政府は赤字のままでいるのである。

付け加えれば、日本では公共事業が異常に多いという認識がある。図表 13 に見るように確かに過去、日本の公共事業費の GDP 比は異常に高かったのであるが、98 年以降、急激に下落していく。そして図表 12 にみるように公共投資は、今後も大幅に削られていくのであり、今では建設業界の不況は周知のこととなっている(1998-2006 年建設業従事者は 103 万人減。ちなみにその間医療福祉従事者は 129 万人増であった)。

2008 年は、社会保障の議論が財源調達議論に入る年になる。というのも、小泉氏が 2006 年 6 月に次のように話をしているのであるが、いよいよ、歳出削減一辺倒では、選挙で勝てそうにない状況になってきているからである。

『朝日新聞』 2006 年 6 月 28 日 4 面	歳出削減「増税してでも施策を、 と言われるまで」 経財会議で小泉首相発言
小泉首相が 22 日の経済財政諮問会議で「歳出を どんどん切り詰めていけば『やめてほしい』とい う声が出てくる。増税してもいいから必要な施策 をやってくれ、という状況になるまで、歳出を徹 底的にカットしないとイケない」と発言していた ことがわかった。27 日に公表された会議の議事録 で明らかになった。	
首相は「ヨーロッパを見ると野党が(増税を) 提案するようになっている」と、欧州の消費税を めぐる論議を引き合いに出した。	

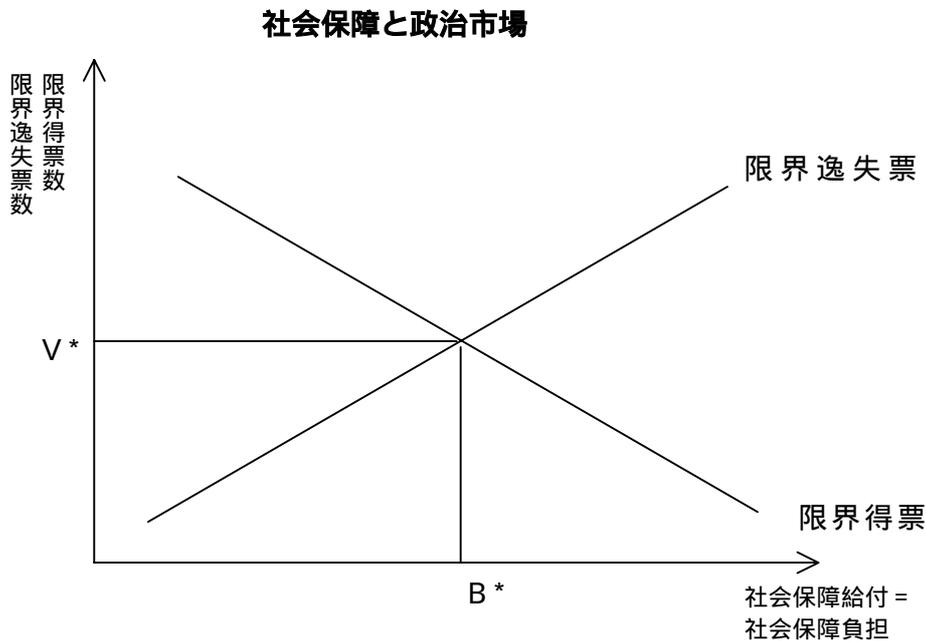
小泉氏の発言から今に至る間、なにが起こっているのかを説明しておく。次の図表 14 をみてもらいたい。横軸には社会保障が充実すれ

ば社会保障負担も増えるという「負担なくして福祉なし」の関係をとっている。縦軸には、社会保障政策の二面性、すなわち社会保障を充実させれば給付の恩恵の方が負担よりも大きいと感じる人からの得票を期待できるが、給付の恩恵よりも負担の方が大きいと思う人からの支持を失うという関係をとっている。社会保障給付が増加する場合の限界得票数は右下がりの需要曲線のように、社会保障負担が増加する場合の限界逸失票数は右上がりの供給曲線のように描いておく。そして得票数が極大化できる点 V\* を達成できるのは、B\* 点の社会保障政策を政治家が選択した時になる。

小泉政権時代に、小泉氏は、現状が B\* の右側にあると判断したと考えられる。しかし、医療崩壊、介護崩壊をはじめとした社会保障崩壊のなか、疲弊した現場の当事者たちが窮状を国民に訴え、その訴えを受け止めたメディアの協力もあり限界得票数曲線が右側にシフトし、限界逸失票数曲線も左側にシフトしはじめてきた。その結果、政治家が現状の社会保障レベルは得票数を極大化させる点 V\* を保証する社会保障水準 B\* よりも左側にあると考えはじめるようになってきている。そのことを先の 2007 年参議院選挙で痛感させられたのが与党議員たちであった。

医療崩壊、社会保障崩壊のなか、現場で働く人たちが与党から離れてしまったのである。確かに日本医師会は昨年参院選で自民党を支持した。しかしながら、いくつかの都道府県医師会は日医の方針に従わなかったし、日医の方針に従った都道府県医師会の各選挙区でも、個々の医師、およびその家族は、与党

図表 14



への投票を拒んだ。要するに、医療をはじめ、社会保障をこれ以上冷遇したら、選挙で勝てない状況が明らかにできてきているのである。ところが、社会保障を充実させようとするれば、残念ながら、社会保障の利用料を支払ってもらわなければならない すなわち負担増を言わなくてはならない。

こうした状況の下、医療が危機的状況にあるのかないのかの議論などを過去の論点として卒業し、今後の社会保障をとりまく議論はい

かにすれば今日の医療崩壊、社会保障の崩壊を阻止することができるのかという論点に入ることになる。しかしながらこうした財源調達論というのを、この国の人々は最も苦手としており、これまで真正面から行ったことがない。そのあたりについて、わたくしがどのような考えをもっているのかについては、権丈(2008)「社会保障関係者、二〇〇八年の選択 国論三つ巴となる財源調達論」『週刊社会保障』を参照してもらいたい。

【参考文献】

- 権丈善一(2007)『医療政策は選挙で変える【増補版】 再分配政策の政治経済学』慶應義塾大学出版会  
 (2006)『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  
 (2005)〔初版(2001)〕『再分配政策の政治経済学 第2版 日本の社会保障と医療』慶應義塾大学出版会  
 (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』慶應義塾大学出版会  
 八代尚宏/日経研究センター編(2004)『新市場創造への総合戦略 規制改革で産業活性化を』日経新聞社

---

権丈ホームページ「仕事の頁」<http://kenjoh.com/>

ここに勿凝学問（学問ニ凝ル勿レ）という雑文あり。

## 勿凝学問とは？

**『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』の「はじめに」より**

- 本書をまとめるにあたり、『勿凝学問』（学問に凝る勿れ）というコーナーを設け、そこには、最近書いた随筆やインタビュー記事をおいた。「学問に凝る勿れ」とは、1890年に慶應義塾に大学部が設置された開設式における福澤先生の演題である。慶應義塾大学を開校するという記念すべきまさにその日に、第一期の入学生を前にして次のように話す福澤先生の痛快さは堪らない。
  - 「之（学問）を好むと同時に学問に重きを置かず、唯人生の一芸として視るのみ、学を学んで人事を知らざるは蕃客、詩人の流に異ならず、技芸の人に相違なしと雖も人生の完全なるものに非ずとて、物に触れ事に当たりて常に極言せざるはなし、〔中略〕学問に重きを置くべからざるは、之を無益なりと云うに非ず、否、人生の必要、大切至極の事なれど、之を唯一無二の人事と思ひ、他を顧みずして一に凝り固まる勿れの微意のみ」『福澤論吉著作集』第五巻所収
- わたくしの雑文や雑談をひとつにくる呼称を求めて案じているとき、ふと『勿凝学問』がひらめいた。それがこの企画の由来である。この「はじめに」につづく次のページは、『勿凝学問』という新企画に収めた「思想と酩酊体質」からはじまる。二年以上も前に書いたこの随筆には、いま読み返してみると社会保障研究というわたくしの仕事に対する基本的な姿勢が記されているように思える。