

# 報告

北海道医師会政経問題懇話会

## 「小さな政府論を越えて —新しい福祉社会の構想— 一方通行型社会から 交差点型社会への転換を

北海道大学公共政策大学院教授

宮本 太郎 講師

平成18年8月19日（土）第3回全理事会終了後、開催した。

宮本講師は、「すでに日本は十分に小さな政府である」として、若い世代で拡大する格差解消のため、人生前半・中盤の職業訓練や生涯教育を視野に入れたスウェーデン方式の参加保障型福祉社会の構築を提唱された。

以下にご講演の要旨を掲載いたします。

（常任理事・医療政策部長 中川 俊男）

### 【宮本太郎講師のご経歴】

1958年東京都生まれ。

1988年中央大学大学院法学研究科博士課程修了。立命館大学法学部助教授、ストックホルム大学客員研究員、スウェーデン国立労働生活研究機構客員研究員、立命館大学政策科学部教授などを経て、2002年10月から現職。

著書に、『福祉国家という戦略 —スウェーデンモデルの政治経済学』（法律文化社）、

『比較政治経済学』（共著、有斐閣）、『福祉国家再編の政治』（編著、ミネルヴァ書房）、『脱「格差社会」への戦略』（共編著、岩波書店、近刊）など。



### 1. なぜ「もっと小さな政府」が支持されるのか

「小さな政府」反対を唱えると守旧派扱いされるが、日本はすでに小さな政府であり、一般政府支出のGDP比34.7%はOECD諸國中下から6位、人口1,000人当たりの公務員数も日本の35.1人に対して、フランスは96.3人、アメリカは80.6人、イギリスは73.0人などと極めて少ない。

医療費7.6%もOECDの平均8.2%をかなり下回る。日本における国民1人当たり医師診療件数は14.4件と、他国に比較して際立って多い。スウェーデンは2.5件である。

なぜこんな小さな政府でこられたのだろうか。それは本来の福祉国家の役割をカイシャと家族へ転嫁してきたからである。

そのうえ、この小さな政府をもっと小さな政府にしようとする構造改革論が支持をうけている。

それは1つには、国民が『税金を取られるばかりで戻らない。ならば小さな政府がよい』と考え、国民の疑心暗鬼が、本来であれば、市場改革に異議を唱えるはずの人びとを賛同者に巻き込む政治的技法がとられてきた結果であり、2つには、従来は強すぎる経済を制御するアメリカの対日要求がしだいに日本を安く買い叩くものとしてエスカレートしていることである。

例を挙げるならば、混合診療の解禁、製薬業界に対する圧力、保険業界への進出で、上場株主4分の1が外国資本になってしまっている。ノーベル賞学者のステグリッツも『小さな政府はアメリカの国益に沿ったものである』といている。

大きな政府では国民負担が重くなるのか。大きな政府の代表であるともいえるスウェーデンの租税・社会保障負担率だけを比較すると、日本の28.8に対してスウェーデンは51.6

（1999年 藤井威元スウェーデン大使の資料による）であり、スウェーデンのほうが負担が大きいように見えるが、社会保障給付費や公財政支出教育費など国民に還元される分を差し引くと、修正国民純負担率は、スウェーデンの11.9に対して日本が16.0になり、日本のほうがはるかに国民の負担が大きい。

## 2. 若い世代で拡大する格差

これまでは、外で働く夫と家庭を守る妻という、いわゆる標準的な家族形態があり、その夫の雇用を長期的雇用慣行や公共事業が支えていた。小泉政権はこの雇用保障をぶちこわし、それに変わる仕組みを構築しないがために格差社会・沈滞社会を生み出している。

格差は高齢化に伴う見かけ上のものと捉える説があったが、むしろ子育て中の若い世代で拡大している。正規労働か非正規労働か、共働きか片働きかにより所得格差が生まれ、非正規化と脱「標準世帯」化が作り出す新しい階層秩序が形成されつつある。フルタイム共働きが最も安定しており、片働きの標準世帯、子育て中の若い世代、結婚できない単身者と続く。

今年の年頭に、東京と大阪で就学扶助を受ける児童が4人に1人いるというショッキングな報道などは、この事実を表わしている。

日本における平均の半分以下の所得しかないものを示す相対的貧困率は15.3%で、アメリカ、アイルランドに続き世界第3位であり、0から1までの範囲で格差を表わすジニ係数は、1980年代の0.278から2000年には0.314に一貫して拡大している。

## 3. 人生前半・中盤の社会保障の必要性—

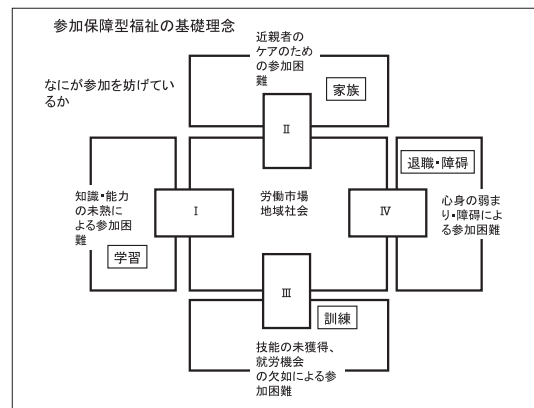
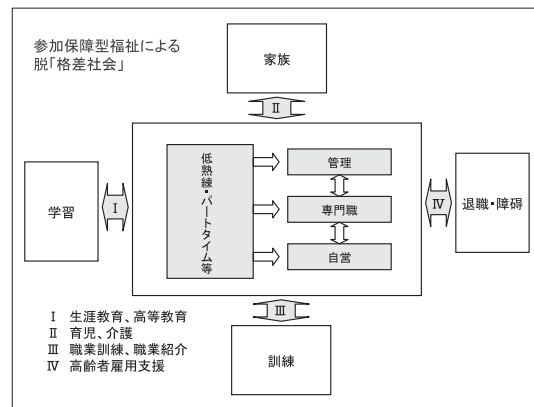
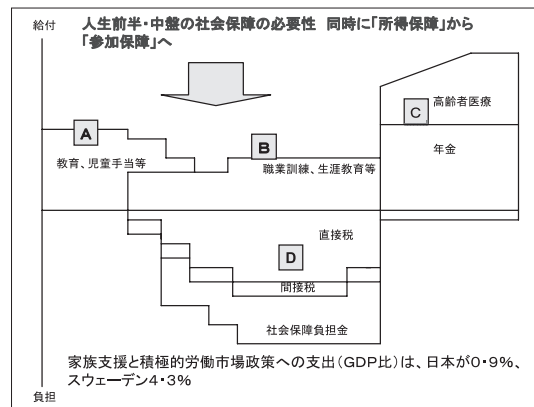
### 「所得保障」から「参加保障」へ

このような状況から、人生前半・中盤の社会保障を手厚くするべきであることが分かる。ただしその場合、「所得保障」それ自体から「参加保障」へ向かうべきである。そうすることで人生後半の社会保障を支える課税対象の創出にもつながる。

若者たちが一端低熟練・パートタイムの職業につくとそこから抜け出せない社会では、若者たちに未来はない。この状況を解消するためには、人生の5つのライフステージに4つの橋を架ける参加保障型の福祉を目指すべきである。

スウェーデンを例に挙げると、直接大学へ進学する若者は3割強で、一端社会へ出て働く。この段階では低熟練の職業につく。そこで自分の適性を知ると奨学金、教育休暇制度などを利用して大学、学習サークル、国民高等学校などで学び、高度な技術を身につけることにより、専門職、管理職、自営などの道

が開かれる。スウェーデンでは職業訓練にGDPの2.9%をかけている。



日本では合計特殊出生率は1.25になったが、子育てにコストがかかることが少子化に拍車をかける。1人につき生んで育てる費用コストが2千万から4千万、子どもを生むことにより働くことができずに逸失する機会コストが2億3千万、子育てにおよそ3億円近くかかることになる。国が出産費用など費用コストの一部をカバーする動きはあるが、スウェーデンにおいては480日間の育児休暇が

取得できるうえ、従前の所得の8割が390日間保証される。就労して出産の方が有利である。さすがに二度、三度の休職はキャリアを形成するうえで不利になるので、年子で出産するケースが非常に多い。

老親やお世話になった親しい人の最期を看取る「看取り休暇」も8割の所得保障をされたうえで45日間取れる。67歳まで年齢を理由にした解雇は禁止されている。

日本は、少子高齢化社会の拡大により15歳から64歳の生産年齢人口が2000年には8,600万人であったのが、2025年には7,200万人に減少する。女性労働の拡大と出生率の向上、労働生産性の向上が高齢化対策への鍵であり、小さな政府による年金・医療コスト削減策では失速する。

スウェーデンは、Iの生涯教育、高等教育、IIの育児・介護、IIIの職業訓練、職業紹介、IVの高齢者雇用支援の4つの橋がしっかり架かった交差点型人生であるから、1人1人の国民の能力を引き出す。知識社会の国際競争は、どれだけ国民の能力を引き出せるかが勝負だ。参加保障型福祉は「経済と福祉の二兎を追うことを可能にする」というのは、神野直彦東大教授の表現であるが、二兎を追わないと一兎も取れない社会になっている。

#### 4. 財政危機の背景

日本では1990年から2004年の間に、所得税は26兆円から13.8兆円、法人税は18兆円から9.6兆円と半減になった。相続税最高税率は75%から50%に、株式譲渡益と配当利益への課税は10%となり、日本の課税限度額は、1,800万円より多い所得に対して最大50%であるが、50%負担する者は1.7%しかおらず、税収が大幅に減収した。2000年の50.4兆円から2005年には44兆円に下がっている。

グローバル化の時代には税金を取ると皆国外に逃避してしまうといわれる。だが、北欧の企業はなぜ逃げないのか。国民も企業も高負担であっても、福祉となって、人材となって戻ってくるからである。参加保障型の福祉社会を巡る新しい社会契約が成立しているからであるといえる。

日本の経営は、以前は人を大切に「人本主義」とも呼ばれたが、現在は非正規労働者に頼ってコストを下げているのが現状であ

る。それが早晚行き詰まることを経営者も承知している。このままでは、誰が税金を払うか、社会保障費を負担するか、そもそも出来た製品を誰が買うのか。スウェーデンのような質の高い労働力に支えられた高度な付加価値経済をつくるのが、日本の課題である。

4つの橋の掛け橋の構築には、医療を含め公益法人、NPOにがんばっていただきたい。それによりこれまで私であった民が公共的な存在になる。公共性を高めた民間が引っ張って行くことが望ましい。首相がイニシアティブをとり、利益本位の民が官を全部引受ける小泉構造改革とは、逆の方向である。

#### 5. 参加保障型福祉における医療の役割

ただしすべてスウェーデンが素晴らしく、日本がダメというのではない。スウェーデンの医療改革の合言葉は「0790」である。0はその日のうちに医師に連絡をつけ、7日以内に診てもらい、90日以内に治療や療養が開始されることを意味する。正直に言うと、私はスウェーデンで医療を受けたいとは思わない。

私自身、歯痛で経験したことであるが、特別に配慮してもらったケースでも、2週間後にきてくれといわれた。イギリスにおいて腹部エコーは8週間、股関節手術は1年待ち、待ちきれなくなった患者の医療従事者に対する暴力が年間9万5千件と聞いている。日本人にとっては当たり前である日本の医療のアクセシビリティは、世界に類を見ない優れたものである。

日本では福祉が貧困であるのになぜ医療が優れているのか。日医も当初から青写真を描いていたわけでない。医療の設立に教会が関わったわけではなく、西洋医学を教える施設で育った医師が、そこで診療する場所がないことからすべて開業医になった。その結果、外来重視の診療報酬体系になり、外来診療が大事にされる仕組みができた。ただし全体のパイが小さいのでその分急性期病院に十分なコストが回らない問題がある。

医療のアクセシビリティは日本人のwell-being、幸福に結びつき、平均寿命の更新に寄与しているが、小さな政府に反対する人たちの間でさえ、この評価は共通されていない。日医などと並んで守旧派扱いされている労組の医療改革論にも、医療効率では日本よりア

アメリカのほうが優れている、などという議論がみられる。

アメリカでは4,400万人の人たちが医療保険を持っていない。医療へのアクセスが出来ない国を比較して、日本の医療の生産性がアメリカより低いとみなすのは適当でない。医療の優劣をめぐる実感を得るためには、外国に長く住み、しかも病気になる必要がある。なかなか難しい。

冒頭でも述べたが、日本は人口1,000人当たりの医師数が少なく、医師診療件数が多い。これはアクセシビリティのよい医療を提供し、地域住民から信頼を得ている医師の役割が大きいことを示している。このことを認識し、地域社会の中で、国民として何を守るかきちんと合意する必要がある。

ただし、医療と福祉のネットワークに関してはスウェーデンに見習うべきことは多くある。療養病床の再編・縮小で、今後介護難民があふれ出ることが予想されるが、社会的入院をどうやって減らすか。医療費を減らすことを目的に、日本の政策担当者は在宅介護を唱えたが、在宅の意味を大きく取り違えたようである。

スウェーデンにおける在宅は、医療施設、福祉施設が1人1人のお年寄りにとって家のようなものであり、お年寄りの住居の周りにナースセンターやレクリエーション施設などが組み合わさるように出来ている。日本のように、あちらこちらにある普通の家における在宅ケアではない。1992年の「エーデル改革」

により、高齢者医療の権限を日本でいえば「県」から「市町村」に委譲し、医療と福祉のネットワークを構築した。社会的入院をなくすため、1人1人のお年寄りのニーズを満たす最適な方法を、利用者の声を反映させながら展開した結果、社会的入院を4分の1に減少させた。

この改革は、スウェーデンでは福祉を中心に動いたが、日本では医療の側からのイニシアティブがもっと期待されるであろう。

優れたアクセシビリティを保持しながら参加保障社会を構築するために、医療がⅡとⅣの橋にどう関わっていくか、北海道では奈井江町の先駆的経験もあり、医療従事者、医師会の活躍を期待したい。甘えあう福祉でなく、支えあう社会、退避空間提供型の福祉から活動空間形成型の福祉へと舵をとりたい。

『あなた自身の社会』というスウェーデンの中学校の教科書に載っており、皇太子殿下も引用されていたドロシー・ロー・ホルトの『こども』という詩の一節に「批判ばかりされた子供は非難することを覚える。殴られて大きくなった子供は力に頼ることを覚える。…安心を経験した子供は信頼を覚える」とある。小泉構造改革内閣は皆を不安に陥れ、切羽詰まったところで力を発揮させようとするが、本当の意味で日本の底力を引き出す方法でない。ホルトの詩にあるように安心と安全の中で人びとが生き生きと力を発揮する社会を、ともに知恵を出し合う方向で考えていきたい。

## 道医報表紙写真募集中！

本誌表紙を飾る写真を募集いたしております。

会員各員におかれましては、季節を織り込んだ傑作をどしどしお寄せくださいますようお願い申し上げます。

ご応募いただいた作品の採否および掲載号は、広報委員会において決定いたします。作品のご返却について明記してください。

また、横位置でのトリミングが必要な場

合も明示願います。

フィルム：ポジカラー（スライド）の方が鮮明に仕上がります。

デジタル：JPEG等の画像データをE-mail (ihou@m.doui.jp)、その他の媒体でお送りください。

コメント：題名、説明等を200字程度にまとめ添付してください。

—情報広報部—