

参考資料

日本医師会
平成21年度 医療政策シンポジウム

特別講演

社会的共通資本としての医療

日本学士院会員
東京大学名誉教授

宇沢弘文

はしがき

社会的共通資本は、一つの国ないし特定の地域が、ゆたかな経済生活を営み、すぐれた文化を展開し、人間的に魅力ある社会を持続的、安定的に維持することを可能にするような自然環境や社会的装置である。社会的共通資本の管理、運営は決して市場的基準、あるいは官僚的基準によって決められるべきものではなく、あくまでも、すべての市民の人間の尊厳を守り、魂の自立を保ち、市民的自由が最大限に確保できる、ゆたかな社会を形成するという視点に立って行われる。

社会的共通資本としての医療というとき、二つの要件が満たされなければならない。第一は、社会を構成するすべての人々が、老若、男女を問わず、また、それぞれの置かれている経済的、社会的条件にかかわらず、そのとき社会が提供できる最高の医療を受けることができるような制度的、社会的、財政的条件が用意されている。第二は、ヒポクラテスの誓いを誓って医の道を志した医師が、医師として、また一人の人間として、その生きざまを全うすることができるような制度的、社会的、経済的環境が整っている。この二つの要件が充たされるような経済的、制度的条件を明らかにするというのは、経済学者にとって、もっとも重い、大切な課題である。

日本の国民皆保険制度は、すべての国民が斉しく、そのときどきに提供される最高の医療サービスを受けられることを社会的に保障するという高邁な理想を掲げて発足した。社会的共通資本としての医療を具現化しようとするものであった。しかし、理想と現実の乖離は大きかった。その乖離を埋めるために、医師、看護師を中心とする医療に関わる職業的専門家の献身的な営為と医療行政に携わる人々の真摯な努力がつけられてきた。

病院の物理的条件も医療設備も必ずしも満足できるものではなかった。日本の医師、看護師など医療専門家の人口当たりの人数は極端に少なく、その経済的、社会的処遇も諸外国に比較して極めて低く、また勤務条件も過酷であった。

しかし大多数の医師や看護師をはじめとする co-medical staff は高い志を保って、患者の苦しみ、痛みを自らのものとして、献身的に診察、看護に当たってきた。日本の国民医療費は、人口当たり、また GDP 当たりでも、先進工業諸国の間で、最低の水準である。しかし、日本の医療はどのような基準をとっても、最高、ないしは最高に近いパフォーマンスを挙げてきた。国民の多くはこのことを高く評価し、医師、看護師を始めとして医に関わる職業的専門家に対して深い信頼と心からの感謝の念をもってきた。

この理想に近い状況は、中曽根政権に始まり、とくに小泉政権の下で強行された度重なる乱暴な医療費抑制政策によって維持しつづけることが極めて困難になってしまった。日本の医療はいま、全般的危機とっていい状況にある。公的な医療保険にカバーされない人々の数が劇的に増加しつつある。また、かつては日本で最高水準の医療を提供していたすぐれた病院の多くが経営的に極めて困難な状況に陥っている。とりわけ地方の中核病院の置かれている状況は深刻である。数多くの医師、看護師たちは志を守って、医の道を歩むことが極めて困難な状況に追いやられている。

この、日本の医療の置かれている危機的状況の基本的性格をどのように理解したらいいのであろうか。また、この危機的状況を超えて、日本の医療を、真の意味で社会的共通資本としての医療の理念にふさわしいものをするために、どのような道がありうるだろうか。この問題は決して、通例の経済学の、功利主義的、ないしは世俗的な視点にたつ理論的枠組みに囚われた抽象的、ないしは観念論的な考え方に拠ってはならない。また、階級的視点に立つマルクス主義的経済学の考え方につよく拘っているものであってはならない。あくまでも、現実に医の道を歩みつづけてきた医師をはじめ、現場の医療関係者の生きざまと考え方、その志を原点とするものでなければならない。本書では、このような視点に立って、医師として、医の道を歩み

つづけてこられた方々を中心として、社会的共通資本としての医療の本質にふれて、日本の医療の置かれている危機的状況はいかにして起こったのか、その生成の根幹にふれ、それを超克して、理想的な医療制度を具現化するための道を模索するものである。

本書は、特定医療法人慶友会附属慶友国際医療研究所のなかに新しく創設された社会的共通資本研究室における研究活動をベースにおいて企画、編集され、Monograph Series: Social Common Capital

の一冊として刊行されるが、その過程で、日本政策投資銀行設備投資研究所の全面的なご支援を得ることができた。とくに、細田裕子さんには、研究原案の作成に始まって、各論文の実質的、形式的内容のチェックにいたるまで、全面的なご協力をいただいた。このことを記して、感謝の意を表したい。

本書はまた、その企画の段階から編集、出版の最終段階にいたるまで、東京大学出版会の黒田卓也と大矢宗樹のお二人のご尽力によるところが大きい。お二人のきびしいご鞭撻と暖かいご配慮によってはじめて本書がこのような形で上梓されることが可能になった。黒田さん、大矢さんに改めて感謝の意を表したい。また、現在日本経済におかれている危機的状況の下で、本書のようなアカデミックな色彩のつよい書物を出版していただいた東京大学出版会に心から感謝したい。

なお、補論はJorg-Deitrich Hoppe, “Liberal Practice,

Not Outside Control” (Journal of Medical Association of Japan, Vol.50, pp.423-426, 2007) の日本語訳である。このような形で、本書に入れることをご許可いただいた Hoppe 教授ならびに日本医師会のご好意に感謝したい。

本書の準備段階で数多くの同僚、友人、学生の方々から有益なコメント、助言をいただいた。また、文部科学省科学研究費補助金 (S) 「社会的共通資本の理論的、制度的、歴史的研究」(平成 16～20 年度)、日本学士院、The Royal Swedish Academy of Sciences, The University of Minnesota School of Medicine から財政的、その他さまざまな形でのご支援を受けたことを記して、心からの感謝の意を表した。

なお、昨年 11 月 27 日、杉岡洋一先生が逝去された。先生が本書のために書かれた御論攷「医療崩壊を前に いま われわれは何をすべきかー日本の医療改革を考える」が、先生の御遺稿となってしまった。私たちはいま改めて、先生の残された学問的研究の深さと日本医療の発展のために尽くされたご功績の偉大さを思い、また先生の残された教えを守って、日本の医療が現在置かれている苦悩に充ちた状況を超えて、社会的共通資本として医療の理想を具現化するために全力をつくすことを誓って、先生のご冥福をお祈りしたい。

2010 年 3 月

宇沢 弘文
鴨下 重彦

序章 社会的共通資本としての医療を考える

1. ヒポクラテスの誓いと社会的共通資本としての医療

すでに紀元前五世紀、高度の科学的知見とすぐれた職業的倫理観をもっていたギリシャ医学のエッセンスを象徴的にあらわしたのが「ヒポクラテスの誓い」である。

「医神アポロン、アスクレピオス、ヒギエア、バナケイアおよび全ての男神と女神に誓う。私の能力と判断を尽くして、この誓いと約束を守ることを。

わが師を親の如く敬い、我が財を分かち、その必要あるとき助ける。その子孫を視ること、わが兄弟の如くし、医術を学ばんとするものには、無報酬、無条件で、これを授ける……。誠心、誠意をもって、患者のために尽くし、決して、悪くて有害と知る方をとらない。頼まれても、死に導くような薬を与えたり、その指導をすることもしない……。いかなる患者を訪れるときも、それはただ病者のためのみであり、あらゆる勝手な戯れや墮落の行いを避ける。女と男、自由人と奴隷の違いを考慮しない。医に関すると否とに関わらず、他人の生活についての秘密を守る。この誓いを守り続ける限り、私はいつも医術の実践を楽しみつつ生きて、全ての人から尊敬されるであろう。もしもこの誓いを破るならば、その反対の運命を賜りたい。」

ヒポクラテスの誓いを現代的な言葉にあらわしたのが、1948年、世界医師会によってつくられた医師の倫理を規定したジュネーブ宣言である。

「医師として、生涯をかけて、人類への奉仕のためにささげ、師に対して尊敬と感謝の気持ちをもちつづける、良心と尊厳をもって医療に従事する、患者の健康を最優先のこと

とする、患者の秘密を厳守する、同僚の医師を兄弟とみなす、そして力の及ぶかぎり、医師という職業の名誉と高潔な伝統を守りつづけることを誓う。」

つい最近までは、医学校を卒業して、医師としての道を歩み出そうとするとき、ヒポクラテスの誓いあるいはそれに準ずる誓いを宣誓することが義務づけられていた。現在では、このような形式的な儀式は必ずしも一般的ではなくなったが、各人がそれぞれ、ヒポクラテスの誓いの精神を自らの心にふかく刻み込んで、医師としての職業を全うすることを誓うのは、洋の東西を問わず、医師を志すときにもっとも重要なこととされている。

ヒポクラテスの誓いを守って医の道を歩むということは、国境を越え、民族を超えて、また時代を超えて、医の道を歩む同志ともいべき心からの信頼感を生み出してきた。かつては、日本の医師が異国にあって、病気になったり、怪我をしたときには、その国の医師は何の報酬をも求めず、診療してくれた。逆に、外国の医師が日本で、病気になったり、怪我をしたときには、日本の医師は何の報酬をも求めず、診療に当たった。この高貴な慣習は残念ながら、市場原理主義の浸潤に伴ってすっかり影を潜めてしまった。

しかし、現実には、医師が医療行為を行なうとき、ある医療機関に属して、看護師、検査技師をはじめとするコメディカル・スタッフの助けを借り、さまざまな医療機器、医薬品などを使わなければならない。また、医療施設を管理、維持するために必要な人的費用、光熱水料などの維持費、さらに借入金の返済、施設の建設、医療機器の購入にともなう資本的経費の償却費などの支出を必要とする。医師の場合、自らの医学的知見をつねに最新なものとし、新しい技術を修得するために、多くの時間、労力、費用を必要とする。そして、医師もまた一人の人間

である。家庭をもち、子どもを育て、自らの人間的資質の再生産、さらには老後の生活の準備をしておかなければならない。このような諸々の費用を考慮に入れた上で、それぞれの医療機関の経営的なバランスが維持されなければならない。このとき、各医師がその志を保ち、ヒポクラテスの誓いに忠実に医療を行なったときに、個々の医療機関の経営的安定、あるいは個々の医師やコメディカル・スタッフの生活的安定を維持することができるであろうか。医学的最適性と経済的最適性とは両立することが可能であろうかという問題が当然提起される。この設問に答えようとするのが、社会的共通資本としての医療の考え方である。その基本的な考え方は、経済に医療を合わせるのではなく、医療に経済を合わせるという言葉にもっとも端的にあらわされる。私たち経済学者に課せられた課題は、ヒポクラテスの誓いを誓って医の道に志した医師がそれぞれ、その志を保って、医師として、その一生を歩み、同時に一人一人の人間としての生きざまを全うすることができるような経済的、制度的条件を希求し、その基本的性格を明らかにするものでなければならない。

社会的共通資本としての医療というとき、もう一つ重要な側面がある。それは、社会を構成するすべての人々が、老若、男女を問わず、また、それぞれの置かれている経済的、社会的条件に関わらず、そのとき社会が提供できる最高の医療を受けることができることである。ある意味では、医療の原点に関わるものである。このような体制を実現するためには、医学教育の面も含めて、どのような制度的、財政的条件を整備したらいいか、経済学の原点に関わるものであり、私たち経済学者に与えられたもっとも重い、そしてもっとも rewarding な課題である。

社会的共通資本の考え方は、経済学の歴史とともに古い、そして基本的な考え方である。しかし、最近まで、必ずしも、一般的な理解を得たものではなかった。そこで、社会的共通資本としての医療について語る前に、社会的共通資本の考え方について、くわしい解説的な説明を述べておきたい。

2. 社会的共通資本の考え方

社会的共通資本 (Social Common Capital) は、一つの国ないし特定の地域が、ゆたかな経済生活を営み、すぐれた文化を展開し、人間的に魅力ある社会を持続的、安定的に維持することを可能にするような自然環境や社会的装置である。社会的共通資本の管理、運営は決して市場的基準、あるいは官僚的基準によって決められるべきものではなく、あくまでも、一人一人の市民の人間の尊厳を守り、魂の自立を保ち、市民的自由が最大限に確保できるような、ゆたかな社会を形成するというに立つて行なわれなければならない。

2.1 ゆたかな社会とは

ゆたかな社会は、各人が、その多様な夢とアスピレーションに相応しい職業につき、それぞれの私的、社会的貢献に相応しい所得を得て、幸福で、安定的な家庭を営み、安らかで、文化的水準の高い一生をおくることができるような社会を意味する。それはまた、すべての人々の人間の尊厳と魂の自立が守られ、市民の基本的権利が最大限に確保できるという、本来の意味でのリベラリズムの理想が実現される社会である。

このような視点に立つとき、ゆたかな社会は、つぎの基本的諸条件をみたしていなければならない。

- 1.美しい、ゆたかな自然環境が安定的、持続的に維持されている。
- 2.快適で、清潔な生活を営むことができるような住居と生活的、文化的環境が用意されている。
- 3.すべての子どもたちが、それぞれのもっている多様な先天的ないしは後天的資質と能力をできるだけ伸ばし、発展させ、調和のとれた社会的人間としての成長を可能とするような学校教育制度が用意されていて、すべての子どもたちが学校に通うことができる。
- 4.疾病、傷害にさいして、そのときどきにお

ける最高の医療を受けることができる。

- 5.さまざまな稀少資源が、以上の目的を達成するためにもっとも効率的、かつ衡平に配分されるような経済的、社会的制度が整備されている。

ゆたかな社会は、一言でいってしまえば、各人が、その多様な夢とアスピレーションに相応しい職業につき、それぞれの私的、社会的貢献に相応しい所得を得て、幸福で、安定的な家庭を営み、安らかで、文化的水準の高い一生をおくることができるような社会を意味する。それはまた、すべての人々の人間的尊厳と魂の自立が守られ、市民の基本的権利が最大限に確保できるという、本来的な意味でのリベラリズムの理想が実現される社会である。

このような意味でのゆたかな社会を実現するための経済制度は、どのような特質をもっているか。また、どのようにすれば具現化できるであろうか。経済学は、この課題を考察する社会科学の一分野であるといつてよい。

2.2 社会的共通資本の具体的なかたち

社会的共通資本の具体的な構成は先験的あるいは論理的基準にしたがって決められるものではなく、それぞれの国ないしは地域の自然的、歴史的、文化的、経済的、社会的、技術的諸要因を十分配慮して、政治的なプロセスを経て決められる。社会的共通資本の所有形態は多様である。もっぱら、歴史的、慣行的、法制的、社会的、政治的、文化的要因に大きく影響されて決まっているからである。しかし、どのような所有形態をとろうと、その管理、運営は決して官僚的基準にしたがって行なわれてはならないし、また、市場的基準によって大きく左右されてもならない。それぞれの社会的共通資本に係わる職業的専門家によって、専門的知見と職業的倫理観にもとづいて管理、運営されなければならない。

社会的共通資本の具体的な形態は、3つの類型に分けられる。自然環境、社会的インフラストラクチャー、制度資本の3つである。この分類は必ずしも、網羅的でもなく、また排他的で

もない。あくまでも、社会的共通資本の意味を明確にし、その社会的パースペクティブを明らかにするための類型化にすぎない。

自然環境は、山、森、川、湖沼、湿地帯、海、水、土、大気など多様な構成要因から成り立っている。これらの自然環境は、人間をはじめとして、あらゆる生物が生存するために不可欠なものであるだけでなく、人々の経済的、文化的、社会的活動のために重要な役割をはたす。

社会的インフラストラクチャーは、日本でふつう社会資本とよばれているものである。道、橋、鉄道、上・下水道、電力・ガス、郵便・通信などから構成されている。しかし、英語で Social Capital というとき、日本語の社会資本と全く異なった意味に用いられる。Social Capital は、人々の間の信頼関係とか、歴史的ないしは慣行的に維持されてきた制度とか、しきたりを意味したり、また言語、文化のように人々間のコミュニケーションを容易にし、深めるものを意味する。ここでは、社会的インフラストラクチャーという表現をそのまま使うことにしたい。

制度資本は、教育、医療、金融、出版・ジャーナリズム、司法、行政、文化などさまざまな制度的要素から成り立っているが、自然環境、あるいは社会的インフラストラクチャーと必ずしも区別されない場合も少なくない。都市、農村もまた社会的共通資本と考えることができる。お寺、神社、教会もまた、重要な社会的共通資本である。しかし、人間の生きざまにもっとも重い関わりをもつ宗教を語ることは、私の資質を超えていると判断せざるを得ない。

3. アダム・スミスと『国富論』

経済学が今日のように一つの学問分野として、その存在が確立されるようになったのは、1776年に刊行されたアダム・スミス (Adam Smith) の『国富論』 *An Inquiry into the Nature and Causes of the Wealth of Nations* に始まる。アダム・スミスが『国富論』のなかで繰り返し強調しているように、この題名の Nation という言葉は、一つの国の国土と、そこに住んで、生活している人々の総体を指す。つまり、国土と国民を総体としてとら

えたものであって、統治機構を意味する State (国家) とは本質的に異なる、ときとしては対立的な概念を指すものである。このことは経済学の本質を考えるさい、とくに留意する必要がある。

『国富論』を刊行したとき、スミスはその 20 年近く前に書かれた『道徳感情論』 *The Theory of Moral Sentiments* という道徳哲学の書物の著者としてひろくヨーロッパで知られていた。スミスがまず道徳哲学者として名声を得て、そのあとで、経済学の古典となるべき『国富論』を書いたことは、経済学の考え方を理解する上で重要な意味をもっている。

アダム・スミスは、『道徳感情論』で、フランシス・ハチスン、デイヴィット・ヒュームの思想を敷衍して、共感 (sympathy) という概念を導入し、人間性の社会的本質を明らかにしようとしたのであった。人間性のもっとも基本的な表現は、人々が生き、喜び、悲しむというすぐれて人間的な感情であって、この人間的な感情を素直に、自由に表現することができるような社会が新しい市民社会の基本原理でなければならないと考えた。しかし、このような人間的感情は個々の個人に特有なもの、あるいはその人だけにしか分からないという性格のものではなく、他の人々にとっても共通のものであって、お互いに分かち合うことができるようなものである。この共感の可能性を秘めているのが人間的感情の特質であって、人間存在の社会性を象徴するものでもある。一人一人の市民が、人間的感情を素直に、自由に表現し、生活を享受することができるような社会、それが新しい市民社会の理念であるが、そのような社会を形成し、維持するためには、経済的、物質的な面である程度十分にゆたかになっていなければならない。健康で文化的な生活を営むことが可能になるような物質的生産の基盤がつけられていなければならないというのがスミスの考え方だった。「衣食足りて礼節を知る」である。

1763 年、スミスはグラスゴー大学の道徳哲学の教授の職を辞し、バックルー公の家庭教師として、3 年近くにわたる大陸見聞の旅に出た。大陸旅行は、リベラルアーツ (Liberal Arts) の教育のいわば総仕上げともいえるべき性格をもって

いた。フランスでは、フランソワ・ケネーに会って、多くのものを学んだといわれている。ケネーは医者であったが、経済学者として、有名な「経済表」 *Tableau économique* をつくった人として知られている。ケネーは、経済を人体にたとえて、一国の経済の循環のメカニズムを図式化して、「経済表」に集約した。ケネーを経済学の始祖とすることもある。1766 年、イギリスに帰ったスミスは、それから 10 年の年月をかけて『国富論』を書き上げ、1776 年、53 歳のときに公刊した。

スミスが生れて、一生を過ごしたスコットランドは、1707 年、イングランドに合邦され、経済的な飛躍を図る契機を得て、新しい市民社会の形成が行なわれることになった。この新しい市民社会のリベラルな指導原理を説き明かしたのが、フランシス・ハチスンであった。デイヴィッド・ヒュームもまた『人性論』を著して、市民社会の基本的構成要素としての「人間」という考え方を明確に主張した。スミスの『国富論』は、『道徳感情論』を基礎に置いて、この新しいリベラルな市民社会の経済原理を明らかにしようという意図をもって書かれたのであった。

4. 制度主義の経済学と社会的共通資本

アダム・スミスの『国富論』に始まる古典派経済学の本質をきわめて明快に解き明かしたのが、1848 年に刊行されたジョン・スチュアート・ミル (John Stuart Mill) の『経済学原理』 *Principles of Political Economy* である。その結論的な章が“Of the Stationary State”「定常状態について」である。ミルのいう Stationary State とは、マクロ経済的にみたととき、すべての変数は一定で、時間を通じて不変に保たれるが、ひとたび社会のなかに入ってみると、そこには、すべての市民の人間的尊厳が保たれ、魂の自立が支えられ、市民的権利を最大限に保障されているような社会が持続的 (sustainable) に維持されている。そして華やかな人間的活動が展開され、文化的活動が活発に行なわれている。スミスの『道徳感情論』に描かれているような人間的な営みが繰り返されている。このようなリベラリズムの理念に適っ

た、ユートピア的な Stationary State を古典派経済学は分析の対象としたのだとミルは考えたのである。しかし、このジョン・スチュアート・ミルの古典的書物『経済学原理』は日本の経済学者の間で、ほとんど完全に近いかたちで無視されてしまった。同じ 1848 年に刊行されたマルクス＝エンゲルスの『共産党宣言』*Communist Manifesto* の強烈な光の陰に消えてしまったからである。

国民所得、消費、投資、物価水準などというマクロ経済的諸変数が一定水準に保たれながら、社会的、文化的側面から見ると、華やかな人間的活動が展開されているというミルの Stationary State は果たして現実に実現可能であろうか。この設問に答えたのが、ソースティン・ヴェブレン(Thorstein Veblen) の制度主義の経済学である。さまざまな社会的共通資本 (Social Common Capital) を社会的な観点から最適なかたちに建設し、そのサービスの供給を社会的な基準にしたがって行なうことによって、ミルの Stationary State が実現可能となる。現代的な用語法を用いれば、持続的発展 (Sustainable Development) の状態を意味したのである。

私たちが求めている経済制度は、一つの普遍的な、統一された原理から論理的に演繹されたものではなく、倫理的、社会的、歴史的、文化的、そして自然的な諸条件が相互に交錯し、政治的プロセスを経て、つくり出されるものである。制度主義の経済制度は、経済発展の段階に応じて、また社会意識の変革に対応して常に変化する。生産と労働の社会的関係が、倫理的、社会的、文化的条件を規定するというマルクス主義的な思考の枠組みを超えるものであると同時に、倫理的、社会的、歴史的、文化的、自然的諸条件から独立したものとして、最適な経済制度を求めようとする新古典派経済学の立場を否定するものでもある。かつてスミスは『国富論』のなかで論理的斉合性のみを求めて想定された経済制度は必然的に、各個人のもつ極めて多様な基本的性向と矛盾することを強調した。スミスは、経済的、社会的、政治的諸条件が民主主義的なプロセスを通じて展開されるなかで、最適な経済制度が生み出されることを主張したのであった。私たちが、制度主義という経済制

度を考察しようとするのは、まさにこのスミスの意味においてである。

ソースティン・ヴェブレンの提起した制度主義の考え方を具体的なかたちで表現したのが、社会的共通資本である。繰り返して言えば、社会的共通資本は、一つの国ないし特定の地域に住むすべての人々が、ゆたかな経済生活を営み、すぐれた文化を展開し、人間的に魅力ある社会を持続的、安定的に維持することを可能にするような自然環境や社会的装置を意味する。自然環境、教育、医療を始めとして、重要な社会的共通資本が安定的に維持、管理され、そのサービスが社会正義に適ったかたちで国民の一人一人に供給されるような制度の実現を目指すことは、経済学者が直面する最大の課題の一つである。

5. Ars Longa, Vita Brevis

藤原秀臣先生から『日本病院会ニュース』に「社会的共通資本としての医療」について連載記事を書いてほしいというご依頼を受けたとき、私はほとんど反射的に、ヒポクラテスの有名な言葉 “Ars longa, vita brevis” を思い出した。

私は 1945 年 4 月、太平洋戦争がその末期的状況に入ろうとするとき、旧制第一高等学校に入学した。一高では、私は理科乙類だった。理乙の授業はドイツ語と生物が中心で、主として医学部進学のコースだった。同級生の多くは、医学部に進学した。私も当初は医学部を志望していた。今と違って、当時は東大の医学部に入るのはあまりむずかしくなく、私程度の成績でも、受けたら受かっていたと思う。しかし、一高の卒業が間近になって、自分の一生の進路を真剣に決めなければならなくなって、医師という職業を選ぶことに大きな不安をもちはじめた。

私は当時、医師という職業は聖職と思っていた。今でも、その気持ちは変わらない。医師は患者の身体に大きな侵襲を加え、その心の奥深くに立ち入って、治療を行なう。しかもその効果について確実なことは言えない、絶えず予期されない結果をもたらす危険を内蔵している。もし医師の資格をもたない俗世界の人間が、こ

のような行為を行なえば、きびしい罪に問われることは必然である。したがって、医師はたんに医学の深奥を極め、最新の医療技術を修得するだけでなく、高潔、清廉潔白な人格をもち、すべての患者を癒すために全力を尽くすという commitment を必要とするヒポクラテスの教えをそのまま信じていた。ヒポクラテスの教えのなかに、そのもっとも重要な掟の一つとして、医師が自らの弟子を選ぶときの心構えがある。医師が、弟子として入門したいという願いをもった若者を見て、その若者が、人格的に高潔で、能力的にすぐれていて、しかも、ヒポクラテスの誓いを守って、医師として、その生涯を全うすることができるか、どうかを見極めて入門を許さなければならない。しかし、当時の（そして今でも多分にそうだが）医学部の選抜方法は、必ずしもこのヒポクラテスの掟に忠実なものではなかった。したがって、医の道を志すものは、自分自前で、ヒポクラテスの基準をみたまか、否かを判断しなければならないわけである。私自身とてもヒポクラテスの基準をみたま高潔な人格とすぐれた能力をもち合わせていないと判断せざるを得なかった。

私はまた、手先が極端に不器用だった。顕微鏡を使つての写生も全く駄目で、医者になるのはとても無理だと思わざるを得なかった。Ars longa, vita brevis (Art is long, life is short)を「人生は短く、芸術は長し」の訳文通り受け取っていたせいもあった。ヒポクラテスの言葉の ars (art)が医術を意味することを知ったのはずっと後になってからのことである。

ヒポクラテスの、この言葉は、社会的共通資本としての医療の考え方を象徴するものである。

「人間の生命は短い。しかし、その短い生命を救おうとする医術は永遠の生命をもって、過去から現在、そして未来につづく。」

医術が永遠の生命をもちうるのは、一人一人の医師が師の教えを守り、ヒポクラテスの誓いに忠実に、医師として、また人間としての生きざまを全うし、医術を次の世代に伝える高貴な営為に全力を尽くしているからである。そして、すべての人々の人間的尊厳が守られ、魂の自立を保ち、市民的自由が最大限に確保できるよう

な社会を持続的に維持してゆくために、もっとも大切な役割を果たしている。

同じことは、程度の差はあれ、社会的共通資本のすべての分野について共通している。たとえば、「社会的共通資本としての数学」というときにも同じようなことがいえる。ピタゴラスは自らつくった世界最初の大学をオウム真理教を彷彿とさせる狂信的な集団に破壊され、追われて、殺されてしまうが、ピタゴラスの定理は永遠の生命をもって現在に受けつがれている。

「社会的共通資本としての数学」というとき、数学が何故、永遠の生命をもって、過去から現在、そして未来につながっているのか、その制度的、経済的、社会的、そして文化的諸条件を明らかにしようとするものである。

6. 社会的共通資本としての医療

社会的共通資本としての制度資本を考えると、医療は、教育とならんで、もっとも重要な構成要素である。教育は、一人一人の子どもが、それぞれもっている先天的、後天的能力、資質をできるだけ育て、伸ばし、個性ゆたかな一人の人間として成長するのを助けようとするものである。他方医療は、病気や怪我によって、正常な機能を果たすことができなくなった人々に対して、医学的な知見にもとづいて、診療をおこない、健康を正常な状態に回復するのを助けようとするものである。いずれも、社会を構成するすべての人々が、人間的尊厳を保ち、魂の自立を守り、市民的自由を最大限に享受できるような社会を安定的、持続的に維持するために必要、不可欠だということを重ねて強調したい。

医療という言葉は一般に、WHO憲章で定義されている保健とほぼ同じような意味で用いられる。つまり、市民の健康を維持し、疾病・傷害からの自由を図るためのサービスを提供するもので、医療を社会的共通資本と考えるとき、市民は保健・医療に係わる基本的なサービスの供与を享受できるという基本的権利をもち、「政府」は、このようなサービスを提供する責務を負うことになる。しかし、このことは必ず

しも、各人が、自由に、対価を支払うことなく、医療に関わる基本的なサービスの供与を受けることを意味しないことは留意しておく必要がある。また、医療サービスを供給する医療機関が、「政府」によって建設され、あるいは運営されることを意味しない。これらの医療機関は原則として私的な性格をもつのが、医学的、社会的、文化的観点から望ましい。「政府」の役割はあくまでも、これらの医療機関が供給する医療サービスが、医学的な観点から最適なものであり、かつ社会的な観点から公正なものであり、さらに経済的な観点から効率的となるような制度的、財政的措置を講ずることであって、医療の実質的内容に立ち入って、介入しないしは管理は決して行なってはならない。

具体的にいうと、「政府」は地域別に、病院体系の計画を策定し、病院の建設・管理が医学的な観点から最適なものとなるために、場合によっては、必要な財政措置を講ずることが要請される。さらに、医師、看護師、検査技師などの医療に係わる職業的専門家の養成、医療施設の建設、設備、検査機器、医薬品などの供給が可能になるような制度を整え、すべての市民が社会的に公正な価格で、保健・医療サービスを享受することができるように要請されている。

しかし、国民経済全体にとって利用しうる稀少資源の量は限られている。各市民の必要とする保健・医療サービスを必要に応じて無制限に供給することは不可能である。病院をはじめとするさまざまな医療施設・設備をどこに、どのようにつくるか、医師をはじめとする医療に従事する職業的専門家を何人養成するか、またどのようにして、実際の診療行為を行なうか、診療にかかわる費用、とくに検査・医薬品のコストを、だれが、どのようにして負担するのか、などの問題にかんしては社会的な基準にしたがって決められ、社会正義に適ったかたちで医療資源の配分が行なわれるようにしなければならない。

社会的共通資本としての医療制度は社会的基準に基づいて運営されなければならないということを強調してきた。この社会的基準は決して国家官僚によって、国家の統治機構の一環とし

てつくられ、管理されるものであってはならないし、また儲けを基準とする市場的メカニズムに任せるものであってはならない。それはあくまでも、医療に関わる職業的専門家が中心になり、医学に関わる科学的知見にもとづき、医療に関わる職業的規律・倫理に忠実なものでなければならない。言い換えれば、ヒポクラテスの誓いに忠実でなければならない。そのためには、Peer Review などを通じて、医療専門家の職業的能力・パフォーマンス、人格的な資質などが常にチェックされるような制度的条件が整備されていて、それが社会的に認められ、sanctionを得たものとなっていることが前提となる。

7. 最適な国民医療費とは何か

前節で述べたような制度的前提条件がみたされているときに、実際に医療サービスの供給のために、どれだけ稀少資源が投下され、どれだけコストがかかったかによって、国民医療費が決まってくる。そのときに実際に支出された額が国民経済全体からみて望ましい国民医療費となるわけである。

経済学の立場からみて望ましい国民医療費は国民所得の何パーセントかという設問がよく出される。この設問はとくに、高名な医学者の方々から私たち経済学者に提起される問題であるが、経済学の枠組みのなかで最適な国民医療費という概念を考えること自体もともと不可能である。経済学の役割はあくまでも、医学的観点からみて最適な医療サービスが社会的に公正な基準にしたがって、しかも効率的に配分されるためには、医学の研究、教育を含めて、どのような医療制度をつくれればよいのか、そのための財政的措置をどのようにすればよいかという問題を解決しようとするものだからである。

医を経済に合わせるのではなく、経済を医に合わせるのが、社会的共通資本としての医療を考えるときの基本的視点である。このような視点に立つとき、供給される医療サービスが、医学的な観点から最適なものであり、かつ社会的な観点から公正で、経済的な観点から効率的であるとすれば、国民医療費の割合が高ければ、

高いほど、たんに経済的な観点からだけでなく、社会的、文化的観点からも望ましいものであるといつてよい。国民医療費が高いということは、医師をはじめとして、医療に関わる職業的専門家の人数が多く、その経済的、社会的地位も高く、またより多くの有形、無形の稀少資源が、医療サービスの供給に使われたり、医学あるいは関連する高貴な学問分野の研究に投下されることを意味する。このとき、社会全体でみたとき、人間的にも、文化的にも、安定した、魅力あるものとなるからである。

このとき、一人一人の医師が医師にふさわしい資格をもち、高度な技術的あるいは専門的な知識、技量をもち、高潔な人間的な素質をもち、職業的な倫理にもとづき、専門家としての判断に基づいて最適な医療行為を行なっているかについて社会的に広い意味での共感が得られていることが、必須の前提条件となることを繰り返しておきたい。

翻って、日本の医療を考えてみると、かつては、上に述べたような理想的な条件に近いような状況が支配していた。病院の物理的条件も医療設備も必ずしも、満足できるものではなかった。医師、看護師たちの勤務条件は、諸外国の場合に比べて、信じられないほど、過酷で、しかも経済的処遇もあまり良くなかった。しかし、大多数の医師、看護師たちは、高い志を保って、患者の苦しみ、痛みを自らのものとして、献身的に診療、看護に当たっていた。よく指摘されるように、日本の国民医療費は、GDP 当たり OECD 諸国のなかで、極めて低い水準にある。医師、看護師たちの勤務条件はおそらく世界でもっとも過酷で、報酬の水準もまた、先進工業諸国のなかで、最低に近い。このような劣悪な条件の下で、日本の医療水準は、どのような基準をとっても、最高ないしは、最高に近いパフォーマンスを挙げてきた。その理想に近い状況は、中曽根政権に始まり、小泉・安倍政権の6年間余りに強行された、常識を超えた乱暴な医師削減と医療費抑制政策によって、すっかり変わってしまった。いま、日本の医療は全般的危機といつていい状況にある。かつては、日本で最高水準の医療を提供していたすぐれた病院

の多くが経営的に極めて困難な状況に陥っている。とくに、地方の中核病院の置かれている状況は深刻である。数多くの医師、看護師たちは、志を守って、医の道を歩むことが極めて困難な状況に追いやられている。何故、このような深刻な事態に立ちいたってしまったのだろうか。この深刻な事態を招来させた、そのもっとも根本的なものは、市場原理主義とよばれる似非経済学思想である。

8. 市場原理主義が世界を滅ぼしつつある

日本はかつては、制度的諸条件も、また政府の政策もどちらかというと、一人一人の人間の尊厳を守り、市民的権利を尊重するというリベラルな性向をもっていて、全体として比較的安定していた。それが、いつの間にか、経済的、社会的格差が拡大して、極めて不安定な、殺伐とした、魅力のない国になってしまった。じつはこの流れは日本ほどではないにせよ、アメリカ、中南米、アジア、ヨーロッパの多くの国々に共通した面をもつ。それは、アメリカの産業的、金融的資本がグローバリズムの名の下に、市場原理主義を武器として、世界の多くの国々の自然、社会、文化、そして人間を破壊してきたからである。市場原理主義はまず、アメリカで起こった。そして、チリ、アルゼンチンなどの南米諸国に始まって、世界の数多くの国々に輸出され、社会の非倫理化、社会的靱帯の解体、文化の俗悪化、そして人間的関係自体の崩壊をもたらしてきた。この間のくわしい事情は、ジョーセフ・スティグリッツ (スティグリッツ 2002, 2006) に克明に描き出されている。

市場原理主義は簡単にいってしまうと、儲けることを人生最大の目的として、倫理的、社会的、人間的な営為を軽んずる生きざまを良しとする考え方である。人間として最低の考え方である。この市場原理主義を基本的理念として、経済学の構築を精力的に押し進め、制度的設計、政策的指針を積極的に展開したのが、シカゴ大学のミルトン・フリードマンであった。市場原理主義の意味を鮮明にあらわすのが、つぎのフリードマンの言葉である。

1964年にジョンソンとゴールドウォーターが大統領選を争っていたときに、ゴールドウォーターが、ベトナムで水素爆弾を使うべきだと主張して、全世界から罵々たる非難を受け、その主張を撤回した。しかし、フリードマンは一人立ち上がって、「One communist is too many! 共産主義者が何百万死んでもかまわない。」と叫びつづけた。

「儲けを得る機会のあるときに儲けるのが紳士だ。儲ける機会があるのに儲けようとしないのは紳士とは言えない。」IMF 理事会の平価切下げの議決を事前に知って、ある銀行に1万英ポンドの空売りを申し込んだところ、「No. We don't do that, because we are gentlemen.」と断られて、興奮して真っ赤になって言った言葉である。

「大多数の黒人たちは、十代のときに、勉強して上の学校に行くか、あるいは遊ぶかという選択に迫られたときに、遊ぶということを自ら選択して、その結果、学歴も低く、技能的レベルも低く、経済的貧困を味わうことになった。黒人が自らの自由意思に基づき、合理的な判断に基づいて行なった選択について、いいとか、悪いとか、私たちは経済学者として何ら容喙することはできないのだ。」当時ようやくアメリカで、黒人の問題が社会問題になりつつあったとき、シカゴ大学のワークショップでの発言である。そのとき、一人の黒人の大学院生が立ち上がって言った。

“Professor Friedman, did I have a freedom to choose my parents?”

「麻薬をやる人は、麻薬の危険を十分承知していて、麻薬をやるときの快樂と麻薬のもたらす危険との間のバランスを考えて、合理的な判断の下で、自らの自由意思に基づいて麻薬をやっているのだ。政府は決して、麻薬の使用を規制して、個人の選択の自由を阻害すべきではない。」

フリードマンの教えをもっとも極端なかたちで表現した経済学者がいる。あるとき、彼が、みんなの前でこういう話をした。その1週間ほど前、家に帰ると奥さんが13階の屋上から飛び降り自殺して雪の上に横たわっていた、まだ温かかった。「今度自分は自殺の経済学をやり

たい」。彼の奥さんは彼と一緒に生活する時の苦痛と飛び降り自殺した時の痛みとを比較して、自殺したほうが痛みが少ないから合理的に自殺を選択した。さすがのフリードマンも、その時はじっと黙ったままだった。

彼の主な業績に「教育の経済学」がある。大学に行って一生の生涯所得がどれだけ増えるか、大学に行くことによってどれだけ所得を得る機会を失うか、それと授業料なども考慮に入れて、儲かるのなら大学に行く。コストのほうが大きかったら行かない。「犯罪の経済学」というものもある。人を殺した時の楽しみと、捕まって死刑になる時の痛みを確率論的に比較して、殺す楽しみが大きければ殺し、ペナルティが大きければ殺さない、恐ろしい考え方であり、人間観である。しかし、この極端な、悪魔的な考え方が、市場原理主義の根幹を貫いていることを忘れてはならない。

この市場原理主義が小泉政権の5年余りに全面的に輸入され、日本社会はいま、戦後60年を通じて最大の危機を迎えている。日本では、市場原理主義が、経済の分野だけでなく、医療や教育という社会的共通資本の核心にまで、その悪魔の手を伸ばしつつあるからである。市場原理主義の精神に則って、医療、教育の分野で、規制緩和、効率化の名の下に、実質的には官僚的管理を極端なかたちに押し進めてきた結果、現場の医療関係者や教師たちはいま極限的な状況に追いつめられている。その非人間的な状況を象徴するのが、いたいけない小・中学生の、いじめによる自殺の頻発である。このような悲惨な事件が日本ほど頻繁に起こっている国は世界のどこにもない。

小泉政権の5年余りに強行された、常識を超えた乱暴な医療費抑制政策の策定には、市場原理主義の毒を飲んだ経済財政諮問会議の経済学者たちが重要な関わりをもっていた。その結果、数多くの医師、看護師たちが志を守って、医の道を歩むことが極めて困難な状況に追いやられ、日本の医療の全般的危機を招来させてしまった。

市場原理主義の日本侵略が本格化し、社会のほとんどすべての分野で格差が拡大しつつある。この暗い、救いのない状況の下で行なわれた

2007年7月29日の参議院選挙の結果は、国民の多くが望んでいるのは、市場原理主義的な「改革」ではなく、一人一人の心といのちを大切に、すべての人々が人間らしい生活を営むことができるような、真の意味におけるゆたかな社会だということをはっきり示した。しかし、2008年4月1日導入された後期高齢者医療制度は、この国民の大多数の願いを裏切って、これまでの長い一生の大部分をひたすら働き、家族を養い、子どもを育て、さまざまな形で社会的、人間的貢献をしてきた「後期高齢者」たちの心といのちを犠牲にして、国民医療費の抑制を図ろうという市場原理主義的な「改革」を強行するものである。

社会的共通資本としての医療を具現化するという高邁な理想を掲げて、1961年発足した、世界に誇るべき日本の国民皆保険制度は、その完全な崩壊への決定的な一歩を踏み始めようとしている。

この危機的な状況の下で、2009年8月30日、衆議院選挙が行なわれた。その結果は、民主党

の Land-sliding ともいべき圧倒的な勝利に終わって、第二次世界大戦後初めての、選挙による政権交代が現実のものとなった。しかし、半世紀以上にわたった自民政権の残した負の遺産は、あまりにも巨大で、重く、民主党・社民党・国民新党からなる連合政権の肩に重くかかっている。戦後の60有余年の長きに亘って、パックスアメリカーナ、つまりアメリカの力による、アメリカのための平和の犠牲となって、日本はあまりにも多くのものを失ってしまった。長い年月を通じて、大事に守り、次から次の世代に伝えてきた、大切な社会的共通資本の多く、とくに医療と教育にかかわるものがすでに大きく毀損されてしまった。新しい政権の下で果たして、大多数の国民の信頼を回復し、すべての国民、すべての人々の人間的尊厳が守られ、魂の自立が保たれ、市民的権利が最大限に享受できるような、真の意味におけるリベラリズムの理念に適った社会を実現することは可能であろうか。その道は必ずしも平坦ではない。

第4章 日本の医療崩壊と後期高齢者医療制度

—イギリスのNHSの歴史を教訓に—

はじめに

日本の国民皆保険制度はもともと、すべての国民が齊しく、そのときどきに可能な最高の医療サービスを受けられることを社会的に保障するという高邁な理想を掲げて発足した。社会的共通資本としての医療を具現化するものであった。しかし、理想と現実の乖離は大きかった。その乖離を埋めるために、医師、看護師を中心とする医療にかかわる職業的専門家の献身的な営為と医療行政に携わる人々の真摯な努力がつけられてきた。

病院の物理的条件も医療設備も必ずしも満足できるものではなかった。日本の医師、看護師など医療専門家の人口当たりの人数は極端に少なく、その経済的、社会的処遇も、諸外国に比較して極めて低く、また勤務条件も過酷であった。しかし大多数の医師、看護師たちは高い志を保って、患者の苦しみ、痛みを自らのものとして、献身的に診療、看護に当たってきた。日本の国民医療費はGDP当たりでみると、いわゆる先進工業諸国の間で、最低の水準である。しかし、日本の医療はどのような基準をとっても、最高、ないしは最高に近いパフォーマンスを挙げた。国民の多くはこのことを高く評価し、医師、看護師を始めとして医にかかわる職業的専門家に対して深い信頼と心からの感謝の念をもってきた。

この理想に近い状況は、中曽根政権に始まり、とくに小泉政権の下で強行された度重なる乱暴な医療費抑制政策によって維持しつづけることが極めて困難になってしまった。日本の医療はいま、全般的危機とっていい状況にある。かつては日本で最高水準の医療を提供していたすぐれた病院の多くが経営的に極めて困難な状況に陥っている。とりわけ地

方の中核病院の置かれている状況は深刻である。数多くの医師、看護師たちは志を守って、医の道を歩むことが極めて困難な状況に追いやられている。この危機的な状況の下で、2008年4月1日、医療費抑制をもつばらの目的に掲げて、後期高齢者医療制度が発足した。この制度は、75歳以上の老人すべて、それに65歳から74歳までの障害をもつ老人を加えて、他の公的医療保険制度から完全に切りはなして、また地域的にも分断して、それぞれ独立に運営し、保険料は個々の保険者の経営的観点に立って決められる。しかも後期高齢者一人一人が、これまで扶養家族として保険料を支払う必要のなかった老人も、それぞれ個別に保険料を支払わなければならない。療養の給付についても、医療的基準を無視して、ひたすら医療費抑制の観点からさまざまな、極めて恣意的、反社会的な、ときとしては信じられないような制約的条件が課せられている。そして被保険者資格証明書の制度が全面的に取り入れられ、数多くの「後期高齢者」たちが無保険者となることは必至である。

社会的共通資本としての医療を具現化するという高邁な理想を掲げて、1961年発足した世界に誇るべき日本の国民皆保険制度は、その完全な崩壊への決定的な一歩を歩み始めようとしている。

じつは日本の医療崩壊は、今から30年ほど前に起こったイギリスの医療崩壊と同じような思想的な考え方にもとづき、同じようなプロセスを経て起こりつつある。そこで、日本の医療崩壊の過程を考察する前に、イギリスの医療崩壊の歴史を簡単に振り返ることにしたい。

1. 『ベヴァリッジ報告』とNHS

1.1 『ベヴァリッジ報告』

1941年1月、イギリス軍が大陸から完全に撤退して、ロンドン空襲がいよいよ始まろうとするとき、当時の首相チャーチルは、勝っても負けても、破壊と荒廃しか残らないことを憂えて、戦後の社会秩序をどのようにして再構築するかを検討する戦後再建問題委員会を設置し、アーサー・グリーンウッドをその委員長に指名した。同じ年の6月、グリーンウッドは、ウィリアム・ベヴァリッジ(William Beveridge)を委員長とする社会保険および関連サービスに関する小委員会を立ち上げた。

この小委員会に課せられた課題は、社会保険にかんする国の現行諸制度を調査し、勧告することだった。しかし、ベヴァリッジはその mandate をはるかに超えて、理想的な社会保障制度のあり方全般について、調査、研究を進めた。そして、一人一人の人間の尊厳と魂の自立が保たれ、すべての市民の基本的権利がみだされるような社会を実現するための基本的条件としての社会保障制度を求めようとした。社会保障制度を社会的共通資本の要として位置づけたわけである。

そのために、ベヴァリッジは、ジョン・メイナード・ケインズ(John Maynard Keynes)に協力を求め、ケインズの高弟の一人で、当時内閣官房の経済部にいたジェームズ・ミード(James E. Meade)が実際のプラン作成に参画することになった。ミードは、経済学のほとんどすべての分野で、深遠、かつ透徹した業績を残した。1977年、ノーベル経済学賞を受賞した、戦後イギリスのもっともすぐれた経済学者である。当時、ミードは、財政均衡主義を貫徹しようとする大蔵省のヘンダーソン(H. D. Henderson)との間で、乗数効果を重要視し、いわゆるケインズ主義的な財政政策を主張して、きびしい論争を展開していた。医療を中心として社会保障関係の支出は乗数効果が大きく、経済活性化の観点から重要な役割を果たすだけでなく、社会的安定性の維持のためにも大きな貢献をすることを強調したのである。ミードはまた、理想主義者ベヴァリッジと現実主義者ケインズの間緊張感をみごと

に調整して、ベヴァリッジ委員会の成功を可能にするために重要な役割を果たした。

小委員会は、委員長のベヴァリッジの他は、関係省庁から派遣された官僚たちから構成されていた。このベヴァリッジの壮大な考えに対して、大蔵省は強く反発した。委員たちもまた、逡巡し、自由な発言をすることができなくなってしまった。そこで、グリーンウッドの取り計らいで、ベヴァリッジ以外の委員は、顧問に切り替えられて、その発言には責任を取る必要はなく、最終報告書もベヴァリッジ一人が署名をすることになった。

この委員会の報告『社会保険および関連サービス』Social Insurance and Allied Services は、1942年11月に下院に提出され、12月には一般向けに出版された(Beveridge, 1942)。ベヴァリッジ報告が出版されると、2時間で7万部、1年間で62万5000部売れたと記録に残っている。2ヶ月後の世論調査では、ベヴァリッジ報告を知っているものは95パーセント、賛成88パーセント、反対6パーセントであった。この一般大衆の圧倒的支持を背景として、ベヴァリッジ報告を具現化する作業が進められたわけであるが、大蔵省の抵抗は執拗だった。一時期、この問題についてベヴァリッジと接触することを禁止する通達が政府部内に出されたほどであった。その主な理由は、基礎年金、児童手当、寡婦年金、医療など社会保障に関わる財源を基本的には税収に求めようとしたからであった。

税収というとき、累進性の高い所得税、相続税、財産税などを中心とし、逆進性の高い消費税、金融資産取引税の類いを意味するものではないことを強調しておきたい。

1.2 National Health Service (NHS)

すべての国民に対して生まれてから死ぬまでの全生涯(From the Cradle to the Grave)を国の責任で保障する社会福祉制度の整備を勧告したベヴァリッジ報告は歴史的な意味をもつ。1945年7月の総選挙で、労働党が圧勝してアトリー政権が成立した。アトリーは、ベヴァンを保健相に任命した。ベヴァンはただちに、

ベヴァリッジ報告に基づいて、社会保障制度の制度化を進めていったが、その中核をなすのが、1948年に発足したナショナルヘルスサービス(National Health Service, NHS)であった。NHSは、すべての国民(居留外国人も含めて)を対象として、原因を問わず、すべての傷病に対して、無償の医療サービスを提供し、その費用はすべて国が負担するものであった。[1952年以降、処方箋、歯科診療、義歯、眼鏡などの器具について、その費用の若干を患者が負担することになったが。] NHSの制度は、大ざっぱに言って、次のような原則にしたがって運営されてきた。

(1) NHSの下での医療サービスの提供は、NHSと契約を結んで、プライマリー・ケアを担当する General Practitioner と、NHS Trust に所属する病院か、あるいは NHS と契約を結んだ病院によって行なわれる。[イギリスの病院はそれまで、公立病院と篤志病院が中心であったが、NHS 発足時に主要な病院は国有化された。新しく NHS Trust という、複数の病院を傘下におく公企業的な組織がつけられた。]

(2) すべての開業医は、NHS と契約を結んで General Practitioner としてプライマリー・ケアを担当するか、あるいは自由診療に当たるか、選択の自由をもつ。NHS の General Practitioner としてプライマリー・ケアを担当する医師に対する報酬は、予め登録した家庭の数によって決められる。また、病院勤務医に対する報酬は、NHS の決めた等級に応じた俸給表に基づいて決められる。[この俸給表は、官僚的な基準によってつくられていた。最高級の Consultant の俸給を中央官庁の局長クラスの水準より少し下に決めるという、常識を超えた低い額に決められていた。このことが後年、NHS 制度の実質的崩壊をもたらす主要な原因の一つともなったのである。]

(3) すべての市民は、その居住地域の NHS General Practitioner のリストの中から 1 人選んで、Family Doctor として 1 年間登録し、すべての傷病について、その Family Doctor の診療を受ける。Family Doctor は、病院治療、

あるいは入院が必要と判断したとき、適当な病院に患者を refer する。Family Doctor の reference がなければ、患者は原則として、病院治療を受けることができない。

この NHS 制度は、創設以来しばらくの間、イギリスの人々だけでなく、世界の多くの人々の希望と夢を支えて、理想的な医療を供給してきたように見えた。しかし、イギリス政府はもっぱら財政的な理由から新しい病院の建設、高いペースで進展しつつあった医療技術を具現化(embodiment)した設備・機器などの導入を極端に抑制しつづけた。また、医師に対する官僚的管理がきびしく、その経済的報酬も非常識なまでに低く抑えられたために、医師の海外への流出が年々、加速度的に増えていった。1960年代に入るとともに、医師、看護師などマンパワー、医療施設・設備の不足、それにとまらぬ医療サービスの質の低下、地域間の格差が拡大しはじめ、1970年代を通じて、NHS の下における医療サービスの質は年々、悪化しつづけた。

1.3 サッチャー「改革」と NHS

1979年、サッチャー保守党政権が誕生した。サッチャーは当初、NHS の市場原理主義的改革については、慎重であった。サッチャー政権下では、国鉄・電話・通信・ガスなどの国営企業が民営化されたが、国民の NHS に対する支持が高く、その民営化は断念せざるを得なかった。しかし、1985年に二期目の政権に入るとともに、医療費抑制を旗印に掲げ、医師、看護師など医療従事者に対する管理を強め、病院経営の徹底的な効率化を求めて、さまざまな市場原理主義的な「改革」を断行した。

1983年のグリフィス報告に基づいて総括管理官のポストが設置され、NHS のいっそうの官僚的な管理強化が図られた。1990年には、「国民保健サービスおよびコミュニティ・ケア法」が成立して、NHS にいわゆる「内部市場制度」が導入されることになった。医療の供給者と購入者を切り離して、医療サービ

スの仮想的な市場 (Virtual Market) を形成して、供給者間の競争を促し、医療サービスの効率化を図ろうとするものである。一定の基準を充たした診療所を予算保有診療所として、患者に代わって病院サービスを購入できるようにして、地区保健委員会と並んで医療サービスの購買者として機能する。民間病院、自主運営病院、地区保健委員会直営の病院は医療の供給者としてお互いに競争して、国民総医療費を最小水準に抑えようという、市場原理主義の考え方に基づく。

この内部市場制度を考え出したのは、アラン・エントホーフエン (Allan Enthoven) というアメリカの経済学者であった。エントホーフエンはかつて、ヴェトナム戦争の最中、マクナマラ国防長官の右腕として、Kill-Ratio「殺戮比率」という市場原理主義的な指標を導入して、もっとも効率的に戦争を遂行することに力を尽くした人物である。Kill-Ratio というのは、「ヴェトコン」1人殺すのに何万ドルかかるかという指標であるが、この Kill-Ratio を最小にすることを戦争政策の目標に掲げた。限られた戦争予算のもとで、できるだけ数多くの「ヴェトコン」を殺そうという考え方である。このことが『ニューヨークタイムズ』に報道されて、その残虐性、非倫理性に対して、アメリカだけでなく、世界中からのきびしい批判が巻き起こった。その結果、マクナマラ自身、精神的、倫理的に追いつめられて国防長官を辞任した。ついでジョンソン大統領自身も再選を断念せざるを得なくなって、ヴェトナム戦争の終結への道が拓かれることになったわけである。その、エントホーフエンが今度は、Death-Ratio ともいうべき市場原理主義的な考え方を使って、医療費抑制政策を徹底的に追求して、NHS の全面的崩壊への道を拓くことになったわけである。Death-Ratio、すなわち患者一人当たりの死に至るまでの医療費を最小にすることによって国民医療費を抑制しようとしたわけである。とくに、Death-Ratio が高い老人に焦点を当てた。たとえば60歳以上の老人に対しては、腎臓透析を禁止するという乱暴な通達まで出

されたほどである。

サッチャー改革の結果、志の高い医師の多くが海外に流出した。1997年、労働党政権になってブレア首相が NHS の立て直しを図ったときには、医師不足で入院待機患者が130万人に達するという異常な状況だった。ブレア政権は当初5年で総医療費を50%ふやすことにし、ついで10年で総医療費を2倍にし、医者数を50%ふやすことを決めたが、一度壊された職業的倫理と志を回復することは極めて困難であるといわれている。私たちは、イギリスの NHS の崩壊の歴史から多くを学ばなければならない。

2. 日本の医療制度

2.1 国民皆保険制度

1961年に発足した日本の国民皆保険制度は思想的には、イギリスの NHS の影響を色濃く受けているが、いくつかの点で、本質的に異なる面をもつ。日本の医療制度の基本的特質を理念的な観点から眺めると、おおむね、つぎようになる。

(1) (国民皆保険制度) すべての国民は原則として、何らかの公的医療保険によってカバーされている。公的医療保険は国民健康保険と被用者のための職域保険の2種類に分けられるが、いずれも社会保険の性格をもつ。

(2) (フリーアクセス) すべての国民は原則として、開業医、あるいは病院を自由に選ぶことができる。各人は、その受ける診療に対してあらかじめ定められたルールに基づいてその費用の一部を負担する。

(3) (医師の職業的選択の自由) すべての医師は開業、あるいは病院勤務を自由に選択することができる。

(4) (医師の裁量権) 保険診療、自由診療を問わず、すべての医師は自らの医学的知見に基づいて最善と考える診療を選択する権利と義務をもつ。

(5) (医師の応召義務) すべての開業医、あるいは病院は原則として、診療を求める患者を拒否してはならない。

(6) (医師の保険制度選択の自由) すべての開業医,あるいは病院は社会保険か,自由診療を選択することができる。

(7) (診療報酬) 社会保険制度の下における開業医,あるいは病院の行なう個別的な診療行為に対する報酬は,国の定める診療報酬点数表と薬価基準に基づいて決められる。保険給付の対象となる診療行為は,国の定める療養規定の範囲に限定される。

(8) (混合診療の禁止) 保険診療と自由診療の混合は原則として認められない。

2.2 社会保険の社会性

社会保険 (Social Insurance) は,私的保険 (Private Insurance) とはその性格がまったく異なるものであることをまず,はっきり認識しておかなければならない。私的保険は,保険者 (保険会社) が,被保険者が病気になったり,怪我をする確率を計算し,医療サービスを受けるとき,どれだけの費用がかかるかを計算して,全体として適正な利潤率を見込んで,経営が可能になるように保険料を設定する。このとき,保険者は,被保険者についてさまざまな要件を課し,また,保険給付の対象となる診療行為について,制約的な条件を付けることになる。これらの条件は,営利を目的とする私的保険の基本的性格からの,ある意味ではやむを得ない要請でもある。そして各人は,それぞれ主観的な判断に基づいて私的保険に加入するか,どうかを決める選択の自由をもっている。

これに対して社会保険については,保険者は市町村,または健康保険組合であって,各人はそれぞれの社会保険が特定する要件をみたすときには保険に加入することを強制される。そして国の定める療養規定の範囲に限って,診療報酬の支払いがなされる。特別なケースを除いては,私的診療と保険診療の混合は認められない。社会保険の保険料は,もっぱら市民の基本的権利の充足,社会的不平等の解決という視点から決められ,各保険者の経営的赤字は,究極的には,国が負担するという原則が貫かれている。社会保険の基本的

な考え方は,働くことのできる若い世代が,子どもたちや年を取って働くことのできない世代,あるいは働き手のいない家庭の医療に係わる負担を分け合おうとするものである。また,現在働く世代は,かつては子どもであったとき社会的な恩恵を受けていた。そして,年を取って働くことができなくなったとき,若い世代から結果として恩恵を受けることになる。この社会的連帯の考え方に基づいて,人間的な観点から魅力ある,文化的にすぐれた経済・社会を経済的活力を失うことなく,安定的,持続的に維持することが可能となるのである。

そのとき,すべての医師は,自らの医学的知見に基づいて最善と考える診療を選択する権利と義務をもつことを重ねて強調しておきたい。いま,アメリカの医療に関連して起きているもっとも深刻な問題の一つが gag order である。これは, HMO (Hospital Maintenance Organization) がそれぞれ,もっぱら経営的な観点に立って,保険給付の対象になる治療法をくわしく決めて,その HMO に所属する医師に対して,それ以外の (よりコストのかかる) 治療法を患者に開示することをきびしく禁止している。口枷 (gag) を嵌めているわけである。この gag order が医師の裁量権を冒し,医師の職業的威信と人間的尊厳を傷つけているとして,数多くの心ある医師たちが, HMO を相手として訴訟を起こしてきたが,いずれも法廷では,医師たちの主張は容れられていない。市場原理主義に毒されたアメリカの社会で,ヒポクラテスの誓いに忠実に生きようとする医師たちの苦悩を象徴する事件である。

2.3 理想と現実の乖離

日本の国民皆保険制度は,その基本的特質を理念的な観点から眺めるかぎり,平和憲法の原点に立ち戻って,すべての人々の人間的尊厳と魂の自立が守られ,市民の基本的権利が最大限に確保されるような理想的社会を求めようとするものであった。社会的共通資本としての医療を具現化するための制度的諸条

件を明示したものであると言ってよい。しかし、現実の歩みは、必ずしもこのような理想主義的理念をみたくものではなかった。そのもっとも根元的な原因は、財政的節度を守るという視点から展開されてきた大蔵官僚による医療費抑制政策と医療の実態に深く関わり国家的管理という視点から展開されてきた厚生官僚による医療政策とにあると言ってよい。

この間の経緯については、池上・キャンベル (1996) でくわしい分析が展開されている。日本の医療について卓越した研究をしてきた日本人の医師と日本の政治について独創的な研究をしてきたアメリカ人の政治学者というユニークな共著者の手によるこの著書は 10 年以上も前に書かれたものであるが、現在でもなお、日本の医療を考えると、全般的、本質的な面について基本的な視点を与えている。また、臨床医の立場に立って、日本の医療が置かれている危機的状況についてすぐれた分析を展開した 3 冊の書物がある。出月 (2005)、小松 (2005)、鈴木 (2006) である。本田宏氏は、本田 (2007) を始めとして数多くの著書、論考を通じて、日本の医療の崩壊のプロセスを臨床医の視点に立って、事柄の深層に触れた印象的な発言をつづけてきた。二木立氏は、二木 (1994) に始まって、厚生官僚による医療費抑制政策のもたらす弊害を指摘しつづけてきた。とくに、二木 (2007) では、医療の質の向上には医療費の拡大が不可欠であることを強調する一方で、医療専門職団体の自己規律強化の動きに注目する。さらに、櫻井・森田 (2008) は、日本の医療が置かれている苦悩について、包括的な観点に立って、詳細に分析し、日本の医療を救うための政策的、ないしは制度的な手段について、医の本質に触れながら現実的、かつ先見的な考え方を展開している。櫻井、森田両氏はともに医師であるが、2 人とも参議院議員として、日本の医療崩壊を解決するための具体的、かつ説得的な処方箋を提示し、その具現化のために、政治の原点に立ち返り、英知を結集して、力を尽くしている。救いのない、暗い日本の政治に明るい光を与えるものである。全般的なリファレンスは、

これらの書物や論文にゆずって、ここでは、もっぱら社会的共通資本としての医療という視点に立って、日本の医療制度の問題点の一斑に触れることにしたい。

2.4 社会保険制度と憲法第 25 条

さきに述べたように、日本の医療保険制度は、社会保険の性格をもっている。すなわち、保険診療に携わる医療機関は、診療を求める患者に斉しく、そのときどきの置かれている状況の下で最善の医療を提供する義務と権利をもち、各健康保険組合から社会保障診療支払基金を通じて、診療報酬点数表と薬価基準に基づく診療報酬の支払いを受ける。各人は、それぞれの置かれている状況の下で、ある特定の健康保険に加入し、社会的公正という観点から決められた保険料をあらかじめ支払い、診療の度ごとに自己負担額を各医療機関に支払う。このとき、各健康保険組合について、診療報酬の支払いと保険料収入との差額は、究極的には、国が負担するのが原則である。この原則は、何を根拠にしているのだろうか。それは憲法第 25 条である。第 25 条は、第 1 項で「すべての国民は健康で文化的な最低限の生活を営む権利を有する」と謳い、第 2 項で「国は、すべての生活部面について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない」と定めている。第 25 条はいわば、人間の安全保障を規定したもので、第 9 条とならんで平和憲法の中核ともいえるべき重い条項であることを、私たちは心に銘記しなければならない。

2.5 診療報酬支払制度の問題点

日本の医療制度について、そのもっとも目立った特徴は、診療報酬支払制度に係わるものである。先に述べたように、社会保険制度の下における開業医、あるいは病院の行なう個別的な診療行為に対する報酬は、国の定める診療報酬点数表と薬価基準に基づいて決められる。そのさい、保険給付の対象となる診療行為は、国の定める療養規定の範囲に限定される。ここでとくに注目したいのは診療報

酬点数表である。

診療報酬点数表には、初診、再診、入院時の基本診療料に始まって、診断、投薬、検査、手術など、およそ考えられる療養の類型についてくわしく分類し、各診療行為について、保険点数が定められている。その細かい項目はおそらく一万に近く、千ページを超えて、点数のリスト・アップに使われている。それは、じつに細かく、微に入り細を穿ったもので、しかも、もっぱら財政的な動機にもとづいて、官僚的に決められている。各保険医療機関が診療報酬支払基金から受け取る額はこの診療報酬点数表にもとづいて算定されるわけであるが、この診療報酬点数表自体に現行制度のもっとも大きな矛盾が存在する。医療の現場が置かれているさまざまな医学的、文化的、社会的、制度的、経営的などの諸制約条件について適切に配慮することなく、もっぱら政治的、政策的、財政的要請に基づいて官僚的に決められている。社会主義的医療制度の最たるものである。この点に現行の日本の医療制度の根元的な矛盾、苦悩の原点があるといつてよい。

最善の医療は決して、教科書通りに、また官僚的規準にしたがって行われてはならない。最善の医療は、患者一人一人に特有の医学的諸条件を十分考慮して、また、それぞれの医療機関の置かれている医療的制約条件の下で、各医師が、職業的規律を守り、専門的知見と臨床的経験に基づいて、医師としての名誉にかけて最善なものとする診療を行なうものでなければならない。決して官僚的規準にしたがって決められるものであってはならない。若いときに医の道を志しながら挫折して作家になったサマーセット・モームの有名な言葉を想起したい。「私はこれまで数多くの解剖をしてきたが、教科書通りのケースに出会ったことは一度もない。」

診療報酬点数表をみてまず気付くことは、診察、手術などの項目を通じて、医師、看護師、検査技術者など、医療関係者の技術料がまったく無視されるか、あるいは著しく低い

水準に抑えられていることである。診療報酬点数表はさらに、このような評価方法が実情を反映しているかどうかということをはるかに超えて、もっと深刻な問題を含んでいる。たとえば、虫垂炎の手術を経験の浅い医師が施し、失敗して腹膜炎を併発すると、保険点数が大きく加算されて、支払基金からの支払いがふえるという、反社会的な現象がみられる。その一方で、経験ゆたかで、技術、技能水準のすぐれた医師が手術を行なうとき、診療報酬支払額がふえるわけではなく、逆に少なくなる傾向をもつ。

2.6 診療報酬点数表の限界

診療報酬点数表に想定されている費用は、診療所、病院などの医療機関がじっさいに負担しなければならない費用のほんの一部分しか計算に入れていない。各医療機関がじっさいに負担しなければならない費用は、大ざっぱにいて、固定的費用、経常的費用、そして間接的費用の3つに分けられる。

固定的費用は、病院など医療施設の建設、検査・治療に係わる機器・設備の設置などの医療機関の創設と機能強化に係わる投資的費用、およびそれらの施設・設備を管理・維持するための費用を指す。経常的費用は、医師、看護師、検査技師などの人件費、薬剤費、検査費、光熱水料などの経常的営為に係わる費用を指す。間接的費用は、医師や看護師など職業的専門家の専門的知識・技術の再生産に係わる費用、地震・洪水などの自然的災害、伝染病あるいは、火事や航空・鉄道事故などの社会的災害に際しての救急的医療サービスの提供、その他地域社会の人間的、生活的、文化的水準を高めるために医療機関に期待されている機能を十分果すことができるような体制の整備に係わる費用を指す。

これらの費用のうち、経常的費用については、かなりの程度、診療報酬点数表では考慮に入れられているが、極めて不十分である。とくに外科系の領域について深刻である。たとえば、外保連（外科系学会社会保険委員会連合）が1966年から行ってきた適正な診療報

酬に関する調査によれば、診療報酬点数表に基づく支払額は、じっさいの費用に比べて手術報酬で平均して2倍ないし3倍の差がある〔出月康夫(2005,2006),宇沢弘文・出月康夫(2008)〕。

固定的費用については、ほとんど考慮に入られていない。外保連の調査によれば、実際にかかる固定的費用は、診療報酬点数表に基づく支払額の5倍程度に上ると推計されている。まして、間接的費用については、完全に無視されている。これらはいずれも、それぞれ病院の性格によって、公的ないしはそれに準ずるかたちで処理されるか、場合によっては私的なかたちで負担されてきた。しかし、この条件は、小泉政権の5年余りに強行された、常識を超えた乱暴な医療費抑制政策によって、大多数の病院についてもはや妥当しなくなってしまった。

2.7 日本の国民医療費

国民医療費は、各年度内の医療機関等で実際に傷病の治療にかかった費用を推計したものである。主な項目は、診療費、調剤費、入院時食事療養費、訪問看護療養費の他に、健康保険等で支給される移送費等を含んでいる。しかし、正常な分娩や妊娠等に要する費用、健康の維持・増進を目的とした健康診断・予防接種等に要する費用、あるいは固定した身体障害のために必要とする義眼や義肢等の費用などは含んでいない。また、患者が負担する入院時室料、歯科差額分等の費用は計上されていない。

日本の医療は1961年、国民皆保険制度の実現を契機として大きく変化しはじめた。日本経済の様相は、1950年代半ばに始まった高度経済成長の過程を通じて決定的な変化を遂げたが、日本の医療の実質的内容の変化も大きく、規模的拡大もまた著しかった。医療技術の高度化、医療施設の近代化のテンポも速く、それともなると国民医療費の増加もまた大きかった。この趨勢は1970年代初め、低経済成長の時代に入ってから変わらなかった。

しかし、1981年に始まった中曽根政権の第二臨調を契機として大きく変わりはじめ、2001年、小泉政権の誕生によって、その流れは不可逆的に加速化され、現在の危機的状況を生み出すことになったわけである。

国民医療費について、日本の実態をOECD諸国のそれと比較しながら見てみよう。以下の叙述は主として、出月康夫(2005)、鈴木厚(2006)に基づき、日医総研の「医療提供体制の国際比較」を参考にしてup-to-dateにしたものである。

2004年度についてみると、国民医療費は約32兆円、1人当たり25万円である。同じ年の国民所得は約360兆円、1人当たり280万円であるから、国民所得の8.9%が医療費に充てられている。GDPとの比較でいうと、国民医療費の割合は8.0%で、OECD30ヶ国の中で21位、また、1人当たりのGDPが平均以上でありながら、1人当たり国民医療費が平均以下なのは日本、イギリス、フィンランドの3ヶ国だけである。

人口10万人当たりの医師数も206人で、1人当たりのGDPが平均以上の国の中で最下位である。日本は高齢化が著しく進展しているが、人口10万人当たりの医師数はほとんど増えていない。人口10万人当たりの医師数がかつても多いフランス、ドイツで高齢化にともなって、かなり増えているのと対照的である。医師の勤務条件も信じられないほど過酷である。1週間当たりの医師の労働時間は、イギリス、フランス、ドイツでは40時間前後であるが、日本では70時間をはるかに超えている。

人口当たりの看護師数をみると、日本は平均並みである。これは、准看護師の存在によって辛うじて維持されているのと、欧米の病院では、ボランティアの存在が無視できない役割を果たしてきたことを考慮に入れると、必ずしも、満足できる状況ではない。また、日本の看護師の労働条件は、医師の場合よりもっと過酷である。

また、1床当たりの総医療費支出は、先進諸国の間では際だって低く、1人当たりの

GDP が 1 万 5000 ドル以下の国の平均をわずかに上回るにすぎない。さらに、人口の高年齢化にともなって、国民医療費は当然、上昇する。高齢化が急速に進みつつあるフランス、ドイツの例に見られる通りである。しかし、日本の場合、1 床当たりの総医療費支出は、低い水準のままである。

この日本の国民医療費は、パチンコ産業の規模とほぼ同じである。パチンコ産業の規模については、いくつかの統計がある。売上高については、2005 年の約 31 兆円をピークとして、多少減少の傾向にあるが、それでも、2008 年は 30 兆円近い。社会的、文化的観点からもあまり好ましくないパチンコ産業の規模が国民医療費とほぼ同じであることほど、日本社会の異常さを現すものはない。

また、よく指摘されるように、日本の政府予算のうち、医療、教育に向けられる額は、自動車道路を中心とする公共事業費に比べてあまりにも少なすぎる。日本の社会的、文化的、そして政治的観点からの「貧しさ」を象徴するものとなっている。

このような状況の下で、日本の総医療費支出が高すぎる、医師の人数が多すぎるといった類の信じられない発言なり主張が、厚生官僚やマスコミによってなされつづけられてきたのは、異様というしかない。

3. 医療費抑制政策の弊害

3.1 中曽根・小泉政権の医療費抑制政策

日本の医療が現在置かれている危機的状況を招来したのは、直接的には、小泉政権の下で強行された市場原理主義に基づく「地域切り捨て」政策と度重なる乱暴な医療費抑制政策である。しかし、その遠因は、1980 年代の中曽根政権の「臨調行革」路線にさかのぼる。この間の経緯について、透徹した分析を行ない、もっとも基本的な考え方を提示したのが金子・高端(2007) である。ここではもっぱら、金子・高端論文を先達として、考えを進めることにしたい。

中曽根「臨調行革」路線の基本的な考え方

を象徴するのは、1982 年に出された第二次臨時行政調査会（第二臨調）の「行政合理化」方針である。それは、小さな政府を求めて、「増税なき財政再建」をスローガンとして、国鉄・電電公社・専売公社の民営化、あるいは社会保障関連を中心とする補助率引き下げなどによる地方財政への負担の転嫁であった。いわゆる 3K（国鉄・健保・米）に係わる財政負担を軽減するため、規制緩和、民営化を通じて民間活力を導入するという市場原理主義的な政策プログラムが後年、歴史的な規模をもつバブル経済への道を開いていったことを心に留めておきたい。

国鉄、医療、農の営みはいずれも、社会的共通資本の重要な構成要因であって、すべての国民にとって共通の財産として、大切に守って、つぎの世代に残さなければならないものである。社会的共通資本の管理、運営は決して官僚的基準にしたがって行なわれてはならないし、また、市場的条件によって大きく左右されてもならない。それぞれの社会的共通資本に係わる職業的専門家によって、専門的知見と職業的倫理観にもとづいて管理、運営されなければならない。そのとき、社会的共通資本の各部門の運営は、大きな赤字の発生をみるのが一般的である。しかし、それは、本来赤字と言うべきではない。逆に、その社会的共通資本の果たす社会的貢献度の大きさを現すものであるとあってよい。そして、医療の場合、その赤字は原則として、国が負担するのが憲法上の要請でもある。[この点については、多少専門的にすぎるが、Uzawa (2005) を参照されたい。]

3.2 厚生官僚による「医療亡国論」

中曽根「臨調行革」路線の下で、厚生官僚による「医療亡国論」と称する「暴論」が声高に主張され、医療費抑制のために医師数をできるだけ少なくする政策が採られるようになった。経済を医に合わせるという社会的共通資本としての医療の原点を忘れて、経済に医を合わせるという市場原理主義的主張に基づいた政策への転換を象徴する事件であった。

現在の極端な医師不足、勤務医の過酷な勤務条件を招来する決定的な要因がすでに形成されはじめていたのである。この間の事情を具体的に、また印象的なかたちで表現した貴重な証言がある。当時弘前大学の医学部長として、厚生官僚との折衝に当たった元弘前大学長・吉田豊教授の証言である（『東奥日報』2008年1月10日）。ここで、吉田証言をくわしく再現することはできないが、厚生官僚が、さまざまなデータ、統計、予想をつくってきて、「日本の医師は多すぎる、減らさなければ、経済も財政もやっつけいけない。医者を減らすためには、医学部の入学定員を減らせ。」ときびしく迫る。それに対して、当時すでに、日本の人口当たりの医師数は、先進諸国のなかで極めて低い水準で、とくに地方の医師数は少なかった。大学病院の使命は、臨床だけでなく、研修、医学研究の面でも重いものがある。急速なペースで進展しつつあった医学研究、技術水準の先端を学ぶ場を用意しなければ、若い医師にとって魅力のある病院はつくりにくい。厚生官僚が、医療費抑制政策の一環として、入学定員を120人から80人に減らすよう迫るのに対して、辛うじて100人を守った。そのときの、吉田教授の苦悩はおそらく全国の多くの大学の医学部長に共通したものであったに違いない。2007年、医師不足がもたらした日本の医療の深刻な危機、きびしい社会的、政治的批判を受けて、厚生労働省は、弘前大学医学部の入学定員を2008年度から110人にふやした。しかし、その効果が現れるのは15年先である。この件にかぎらず、厚生官僚が政治権力者の顔色を窺って、朝令暮改の行政的選択を取り、医療の現場に大きな混乱を惹き起こし、日本の医療の進展に好ましくない影響を及ぼすことが往々にして起こる。その社会的責任はきびしく問われなければならない。

3.3 医療費抑制政策の政治的・思想的背景

ポスト・ベトナムの非常に混乱した時代を通じて、アメリカは経常赤字、財政赤字、インフレーションの三重苦に苦しんでいたが、

とくに対日貿易赤字の解消に焦点を当てて、円安ドル高是正を迫ったのが、1985年のプラザ合意であった。しかし、その後も、日本の企業は、徹底した合理化、工場の海外移転などによって高い国際競争力を維持しつづけて、アメリカの対日貿易赤字は膨らむ一方だった。そこでアメリカ議会は「新貿易法・スーパー301条」を制定した。これは、もっぱら日本に焦点を当てて、強力な報復・制裁措置を含む保護政策の最たるものである。それを受けて、1989年7月に開催された日米首脳会談で、パパ・ブッシュ大統領が宇野首相に迫ったのが、「日米構造協議」の開催だった。アメリカの対日貿易赤字の根本的な原因は日本市場の閉鎖性、特異性にあるとし、経済的、商業的次元をはるかに超えて、社会、文化などを含めて日本の国のあり方全般に亘って市場原理主義的な「改革」を迫るものだった。

日米構造協議の核心は、日本にGDPの10%を公共投資に当てろという要求だった。しかもその公共投資は決して日本経済の生産性を上げるために使ってはいけない、全く無駄なことに使えという信じられない要求だった。それを受けて、海部政権の下で、10年間で430兆円の公共投資を、日本経済の生産性を高めないようになかたちで実行に移されることになった。その後、アメリカから、それでは不十分だという強い要求が出て、1994年にはさらに200兆円追加して、最終的には630兆円の公共投資を、経済生産性を高めないように全く無駄なことに使うことを政府として正式にコミットしたのである。まさに、パックスアメリカーナの下、日本の植民地化を象徴するものであった。

ところが、国は財政節度を守るという理由の下に地方自治体に全部押し付けたのである。地方自治体は地方独自で、レジャーランド建設のようなかたちで、生産性を上げない全く無駄なことに計630兆円を使う。そのために地方債を発行し、その利息の返済は地方交付税でカバーするという。ところが、小泉政権になって地方交付税を大幅に削減してしまったため、地方自治体が第三セクターでつくっ

たものは多く不良債権化して、それが自治体の負債となって残ってしまった。その結果、地方自治体の多くが、きびしい財政状況にあって苦しんでいる。日本が現在置かれている苦悩に満ちた状況をつくり出した最大の原因である。とくに、地方の自治体病院の置かれている状況は悲惨である。

中曽根政権の「臨調行革」路線のスローガン「増税なき財政再建」の旗印の下に、アメリカからの、この10年余りの間に630兆円に上る公共投資という理不尽な要求を可能にするために政府が考え出したのが、地方自治体にすべてを押しつけることであった。国からの補助金をふやさないで、すべて地方自治体の負担で、この巨額に上る公共投資を実現するために、詐欺と紛う、巧妙な手法が考え出された。

その中心となったのは、自治体が単独で公共事業を行なう財政的誘因として、自治体が発行する地方債の、元利償還負担の一定割合を後年度の地方交付税で肩代わりする手法である。この手法を「詐欺と紛う」と形容したのは、つぎの理由からである。自治体が発行する地方債の元利償還負担の支払いは確定したもので、将来とも支払いを法的に強制されるものであるのに対して、後年度の地方交付税は、極めて不確定的要因が高く、全く予測できないものである。事実、小泉政権の下で強行された地方交付税の大幅な削減が、現在多くの自治体が置かれている財政的危機の、最大の要因であることを指摘しておきたい。

因みに、この手法はその基本的性格において、昭和大恐慌以来となりかねない世界経済の大混乱を惹き起こす直接的な原因となったサブプライム・ローンと全く同じである。サブプライム・ローンは、通常の住宅ローンを受けられない低所得者階級に対して低利のローンを安定的に供給するというスローガンを掲げて、連邦準備銀行総裁グリーンズパンが提唱して、ブッシュ大統領の全面的支援の下に売り出されたものであった。しかし、低利のローンは2年ないし3年で終わって、その後、変動金利の高利ファンに組み込まれて、

世界中に販売されていった。そのとき、セールスポイントとして強調されたのは、このローンは、選択肢をもたない、追いつめられた低所得者を対象とした住宅ローンをベースにしているから、通例より1%高いリターンを期待できるという極めて反社会的、非倫理的な主張であった。それをインカム・ゲインと称して、アメリカの金融機関が世界中に売りさばいていって、現在の非常事態を招来したのである。市場原理主義の毒を飲んだアメリカの社会的、倫理的崩壊を象徴する事件である。ジョーセフ・スティグリッツ教授の言葉を借りるならば、「アメリカの最後の審判の日 (America's Day of Reckoning) が近づきつつある」(The Daily Star, 22 August, 2007)。

中曽根政権は「民活」の旗印を掲げて、民活法、リゾート法などの制定を図る一方、税制上の特別措置、土地利用に係わる規制緩和などを通じて、民間事業者が開発事業に参加しやすい条件をつくっていった。他方、地方自治体に対しては、土地取得に係わる要件の緩和、業務内容の拡大を許可した。また、地方自治体を誘導して、生活基盤投資やリゾート開発に大きな重点を置くようにした。この時期には、いわゆる第三セクターの設立が相次いだ。

この中曽根「民活」路線の直接的な結末は、巨大なバブル経済の形成と社会的倫理の喪失であった。すべてのバブルがそうであるように、バブル経済は必然的に崩壊するが、中曽根バブルの崩壊の第一の犠牲者は第三セクターであった。これらの破産した第三セクターの多くは、その不良債権が自治体に付け替えられ、自治体の財政は悪化の一途を辿ることになったのである。バブル崩壊後の政策減税と不況による税収減との相乗効果は、公的債務の急上昇となって現れた。景気対策として、上に述べた「詐欺紛い」の手法も積極的に援用され、自治体を巧みに利用しての公共事業の拡大は結局、自治体の財政破綻にいつそうの拍車をかけることになった。この間の経緯を簡潔に言い表したのが、つぎの金子・高尾(2007)からの引用である。

「今日の地方財政危機は、中曽根政権期の市場原理主義に基づく「行革」「民営化」「民活」といった政策のあり方に起源をもつ。「民営化」「行革」の裏側での地方自治体や特殊法人へのツケ回し、地方交付税を使った地方単独の公共事業規模確保、民活ブームを背景にした土地開発公社の土地先行取得や第三セクター設立とその破綻などが、それである。そして、それらがバブル崩壊後に地方財政を疲弊させ、多くの地方自治体を「不良債権」まみれにさせていったのである。」

3.4 小泉政権の「三位一体改革」

中曽根政権の市場原理主義に基づく「地域切り捨て」政策は、2004年、小泉政権の唱えた「三位一体改革」によって、さらに拍車をかけられ、地方自治体の窮乏化は、その極限的状況に達した。

「三位一体改革」はつぎの3つのスローガンを掲げて、国と地方自治体間の財政的バランスを回復しようとするものであった。

①地方への税源移譲によって地方税を強化する。

②不要な国庫補助負担金を廃止、縮減して地方財政の自由度を高める。

③地方交付税のあり方を見直す。

ところが、実際に行われた三位一体改革は、このスローガンの意味するものとは全く異なった、反社会的な帰結をもたらすことになったのである。まず、個人所得税の10%比例税率化によって、国民所得税から個人住民税へ約3兆円の税源移譲を行なうことが決められた。これによって、スローガン①の具現化が大きく喧伝されたが、この税源移譲が実際に実施されたのはずっと後の2007年になってからである。この間、2004年度から2006年度にかけて、国庫補助負担金が約4.7兆円、地方交付税が約5.1兆円、合わせて約9.8兆円に上る地方財源の削減が行われた。

国庫補助負担金についても、実態は、スローガンの意味するところとは、全く異なったものであった。2003年度から2006年度にかけて、約5.2兆円に上る国庫補助負担金の削減

が実行に移されたが、国が地方自治体の負担で特定の事業を推進する奨励的補助金とか、公共事業関連の国庫補助負担金はほとんど削減されていない。一方、大幅に削減されたのは、生活保護や義務教育、国民健康保険関連、児童扶養手当・児童手当、介護給付費、公立保育所運営費など、もっぱら教育と医療に係わる国庫負担金である。これらは憲法第25条に根拠をおく、極めて重い政府の責務に関わるものが中心であることを心に留めていただきたい。しかも、国に権限が残されたまま、補助率が引き下げられたため、国による官僚的管理が逆に強められることになった。このことはとくに、医療や教育などの分野について、高い職業的倫理観を維持し、職業的な志を保つことを極めて困難なものとしていった。また、地方交付税の削減は、他の政策に先んじて、2001年度から押し進められて、地方自治体間の財政的格差が急速に拡大していった。地方交付税は、2000年度の21.7兆円から2007年度の15.2兆円に削減された。小泉・安倍政権の6年間あまりの期間に、6.5兆円、30%カットされたのである。この影響は、地方交付税依存度の高い小規模市町村に極めて深刻な影響を及ぼすことになった。この流れに拍車をかけたのが、「平成大合併」の動きであった。これは、2005年に終わったが、多くの小規模自治体が市町村合併に追い込まれた。2004年と2005年の2年間だけで、合併で消えていった自治体の数はじつに1311に上った。行政的経費の効率化の名の下に強行された、この市場原理主義的な政策がもたらしたのは、支所の閉鎖、学校の統廃合、病院や診療所の閉鎖ないし縮小など、市民の基本的権利の根幹に係わるもので、「地域切り捨て」政策の弊害は、その極限的なかたちを取って現れることになった。2007年7月29日に行われた参議院選挙で与党が歴史的惨敗を喫したのは、究極的には、中曽根政権に始まり、小泉・安倍政権へとつづいた、市場原理主義に基づく「地域切り捨て」政策によってもたらされた地方の窮乏化に対して、国民の多くが抱いているつよい危機感の現れであるといつてよい。

市場原理主義の日本侵略が本格化し、社会のほとんどすべての分野で格差が拡大しつつある。この暗い、救いのない状況の下で行われた参院選の結果は、国民の多くが望んでいるのは、市場原理主義的な改革ではなく、一人一人の心といのちを大切に、すべての人々が人間らしい生活を営むことができるような、真の意味におけるゆたかな社会だということをはっきり示したものである。

3.5 経済財政諮問会議

診療報酬点数制度に関連して述べたように、現行の医療制度は供給面から見ると、大きな矛盾を抱えている。現行の医療制度の矛盾を解決しないまま、医療費削減という名目を掲げて、診療報酬体系を官僚的に、恣意的に改正するたびに、日本の医療の質は低下しつづけてきた。とくに、小泉政権の下で強行された3回に亘る極端な診療報酬点数の引き下げと5年間で1兆1000億円削減するという乱暴な社会保障費抑制政策とはこの流れに拍車をかけ、日本の医療の現在の危機的状況をもたらすのに決定的な役割を果たしたことを、ここで改めて強調したい。

小泉政権の下における医療費抑制政策は、経済財政諮問会議という組織を有効に使って強行された。2001年1月、森内閣の下で、予算編成の主導権を大蔵省から内閣に移すために、内閣総理大臣を議長とする経済財政諮問会議が設置された。その会議は、内閣官房長官、経済財政担当大臣などを始めとする関係閣僚、日銀総裁などの他に、4名の民間メンバーから構成されている。首相が諮問し、首相が議長を務める経済財政諮問会議で審議して、その結論を首相に提出し、首相が議長を務める内閣で政府決定となり、憲法上の規定によって、国の正式の政策となる。その過程において、国会で議論、審議されることはなく、また、一般の人々がその過程に関与することは一切ない。これは民主主義の政治理念に反し、リベラリズムの思想に反する制度はない。ちなみに、1933年、史上最高のワイマール憲法の下で、首相となったヒトラーが、

独裁権力を掌握して史上最悪のナチ独裁制を構築していったプロセスをそのまま適用したものである。

4. 国民皆保険制度の危機

4.1 市町村国保の苦悩

日本の医療が現在置かれている危機的状況をもっとも象徴的に現わしているのが、市町村国保の苦悩である。これは、中曽根政権にはじまり、小泉政権の下でその極限に達した市場原理主義に基づく「地域切り捨て」政策と度重なる乱暴な医療費抑制政策との相乗効果が、市町村国民健康保険（市町村国保）にもっとも深刻なかたちで現れているからである。この問題について、『世界』2007年2月号の特集「医療崩壊をくい止める」の諸論文を参考にしながら、その概略を述べたい。とくに参考にしたのは、日野(2007)、中村(2007)、増子(2007)である。

1961年に発足した国民皆保険の中核をなす公的医療保険制度は、国民健康保険と被用者のための職域保険の2種類に分けられるが、いずれも社会保険の性格をもつ。

国民健康保険は被用者以外の人原則として加入することになっているが、その保険者は、国保組合（同業者が共済的に組織する健康保険）を除いては、市町村である、この市町村国保は、他の、どの公的医療保険でもカバーされない人々にとって「最後の引き受け手」となっていて、国民皆保険制度の要ともいえるべき、重要な役割を果たしている。

日本の公的医療保険全体でみると、被保険者の総数は約1億2700万人であるが、そのうち「最後の引き受け手」である市町村国保のシェアは高い率で上昇しつづけて、2004年度には37.5%に達した。過半数に達するのは、そう遠い将来のことではないであろう。市町村国保の被保険者のうち、無職の人の割合は現在すでに50%を超え、新しく市町村国保に加入する人はほとんどすべて、無職だからである。

市町村国保について、もっとも目立つ現象

の1つとして、保険料の未納がある。2004年度の未収保険料は約1兆1600億円、未納率は10%に上る。保険料の未納が1年以上超えると、健康保険証を取り上げられ、代わりに被保険者資格証明書が発行される。しかし、この資格証明書だと、かかった医療費をそのたび全額、病院の窓口で支払わなければならない。未収保険料を全額支払わないかぎり健康保険証は返してもらえない。被保険者資格証明書は結局、国民皆保険の体裁を整えるための欺瞞的措置にすぎない。実質的には無保険者である。2006年度についてみると、被保険者資格証明書発行世帯数は約35万世帯、70万人程度と推計されている。これに加えて、保険料の滞納世帯が400万世帯、1000万人近いと推計されている。市町村国保の被保険者、約4800万人のうち、20%以上が近い将来、ほぼ確実に無保険者となる危険をはらんでいる。

ところで、診療報酬点数の3回にわたる大幅なマイナス改定と自己負担率の引き上げの直接的な結果として、公的医療保険を担う医療保険者の経営状態は、市町村国保を除いては、大体安定している。2006年度の決算をみると、被用者保険全体で、経常ベースでの黒字が約4400億円、積立金は6兆円を超える。とくに、組合健保（大企業が個別に設置する健康保険組合）、国家公務員共済などの共済組合関係の黒字が目立つ。市町村国保の場合、多くの市町村は、財政状況が悪いなかで、巨額の未収保険料の赤字補填に苦慮しながら、全体で約200億円に止まっている。

社会保険としての国民健康保険については、各保険者の経営的赤字は、本来ならば憲法第25条にしたがって、最終的には国が補填するのが基本的原則であることを重ねて強調しておきたい。とくに、国民皆保険制度の基幹の原則ともいうべき、給付の平等性とフリーアクセスの原則を貫こうとするとき、各健康保険の保険者について、保険収支のバランスを想定することは不可能である。

4.2 国民皆保険制度の危機

すべての国民が斉しく、そのときどきに可能

な最善の医療サービスを受けられることを社会的に保障するという高邁な理想を掲げて、1961年、発足した国民皆保険制度は、社会的共通資本としての医療を具現化するために基本的、中核的な役割を果たす。しかし、先に述べたように、理想と現実との間の大きな乖離は大きかった。その乖離を埋めるために、医師、看護師を中心とする医療に係わる職業的専門家の献身的な営為と医療行政に携わる人々の真摯な努力がつつげられてきた。

病院の物理的条件も医療設備も、日本の医師、看護師などの医療専門家も極端に少ない。経済的、社会的処遇も低く、過酷な勤務条件のもと、大多数の医師、看護師たちは、献身的に診療、看護に当たってきた。しかし、中曽根政権に始まり、小泉・安倍政権のもとで強行された度重なる乱暴な医療費抑制政策の結果、維持しつづけることが極めて困難になってしまった。かつては日本で最高水準の医療を提供していたすぐれた病院の多くが経営的に極めて困難な状況に陥っている。とりわけ地方の中核病院の置かれている状況は深刻である。数多くの医師、看護師たちは志を守って、医の道を歩むことが極めて困難な状況に追いやられている。

5. 後期高齢者医療制度

この危機的な状況の下で、2008年4月1日、医療費抑制をもつばらの目的に掲げて、後期高齢者医療制度が発足した。この制度は、「後期高齢者」として差別し、「後期高齢者」を他の公的医療保険制度から完全に切りはなして、新しく組織された「広域連合」を保険者として、地域的に分断して、それぞれ経営的に分離して運営するものである。これは、75歳以上の老人は、他の年齢区分に比較して、1人当たりの医療費が、3倍から4倍かかるからである。しかも、65歳から74歳までの障害をもつ老人を、医療費が高張るとの理由から「後期高齢者」に分類しようとするものである。このような非倫理的、反社会的制度を考えついた経済財政諮問会議の専門家たちは悪

魔の心をもっていると思われぬ。

期高齢者医療制度の下では、保険料は、もっぱら広域連合の経営的観点に立って（おおむね 2 年を通じて財政の均衡を保つように）決められる。生活保護世帯に属する人を除いて、すべて、これまで扶養家族だった人も含めて個別的に保険料を支払わなければならない。支給される年金が月額 15,000 円を超える人は年金から保険料を天引きされる。それ以下の場合、直接納付しなければならない。ここでも、被保険者資格証明書の制度が全面的に取り入れられる。保険料の未納が 1 年以上超えると、後期高齢者医療保険証を取り上げられ、代わりに被保険者資格証明書が発行される。市町村国保の場合と同じように、この資格証明書だと、かかった医療費をそのたび、全額、病院の窓口で支払わなければならない。未納保険料を全額支払わないかぎり後期高齢者医療保険証は返してもらえない。

もともと、75 歳以上の老人を隔離して、新しい制度をつくったのは、75 歳以上の老人 1 人当たりの医療費が平均よりはるかに高いから、もっとも効果的に医療費を削減できるというのが、その根拠である。また、65 歳から 74 歳までの障害をもつ老人も対象としたのは、あまりにも露骨である。

エントホーフエンの Kill-Ratio に相当する市場原理主義的な指標 Death-Ratio、すなわち、1 人の後期高齢者が死に至るまでの医療費を最小にするために、じつにきめの細かい、さまざまな工夫がなされている。たとえば、「後期高齢者終末期相談支援料」という奇妙な名前をもった診療報酬が新設された。それは、終末期にある後期高齢者の患者との間で、医師が、余命の告知や延命治療の希望を文書等で取り交わした場合、その患者が死亡したとき、医師に患者 1 人につき、2000 円支払われるというものである。これは、厚生労働省の説明では、「延命治療を望まない患者が多いので、延命治療の有無を本人に確認して、患者の権利を守るための手段」というが、じつさいは、終末期治療にかかる医療費が大きいので、医療費抑制について効果的だからであ

る。また、後期高齢者の入院治療が長引いて 100 日を超えると、診療報酬が大幅にカットされて、病院としては、患者を退院させざるを得ない状況に追いやられてしまう。在院日数をできるだけ短くして、後期高齢者の医療費を効果的に抑制しようという意図が明白である。

厚生労働省の役人たちが、全国を回って、後期高齢者医療制度の説明をしているが、社会保険としての国民皆保険制度の基本的理念を大きく逸脱して、発言者の sanity を疑わざるを得ないものが多い。

「際限なく医療費が上がりつづけている。これまで、その痛みを後期高齢者の方々に身を以て感じていただく仕組みがなかったからである。75 歳以上の老人を別にして、医療費がかかった分だけ、保険料が高くなり、自ら、その痛みを感ずるようにすれば、医療費を効果的に抑制することができる。」

厚生労働省で後期高齢者医療制度の準備を中心になって行なってきた後期高齢者医療制度施行準備室の課長補佐は、「後期高齢者の医療の確保に関する法律の解説」のなかで、次のように述べている。[奥野修司 (2008)]

「後期高齢者が亡くなりそうになると、家族が 1 時間でも 1 分でもいいから生かしてほしいと要望して、いろいろな治療がなされる。それがかさむと、500 万円とか 1000 万円の金額になってしまう。……家族の感情から発生した医療費をあまねく若人が支援金として負担しなければならないということになると若人の負担の意欲が薄らぐ可能性がある。それを抑制する仕組みを検討するのが、終末期医療の評価の問題である。」

エントホーフエンのいう Death-Ratio を最小にすることによって、後期高齢者の医療費を効果的に抑制しようという市場原理主義的な考え方がこれほど非倫理的、冷酷なかたちで表現されている例を知らない。しかし、この言葉は小泉政権の下で強行された医療費抑制政策の基本的な考え方をじつに的確に表現したものである。政府はこのたび「後期高齢者医療制度」に対する国民のきびしい批判を

受けて、実質的な内容をそのままにして名前だけを「長寿医療制度」と変えた。これほど、後期高齢者を嘲笑し、国民を愚弄するものはない(鎌田實, 2003)。

医療給付についても、患者ができるだけ、病院に行けないようにするため、さまざまな工夫がなされている。また、恣意的、ないし意味がまったく不可解な条件が課せられている。たとえば、闘争、泥酔、著しい不行跡、あるいは自殺未遂で負傷したり、病気になってしまった場合、療養の給付はカバーされない。だが、どのような基準にしたがって、このことを判断するのであろうか。

「医療費の適正化」という市場原理主義的な名目を掲げて、主として「高額医療費」と「終末期の入院医療費」に焦点を当てて、75歳以上の老人と65歳から74歳までの障害をもつ老人を犠牲にして、極端な医療費抑制を実現しようというのが厚生労働省の意図である。

おわりに

市場原理主義の日本侵略が本格化し、社会のほとんどすべての分野で格差が拡大しつつある。この暗い、救いのない状況の下で行われた2007年7月29日の参議院選挙の結果は、国民の多くが望んでいるのは、市場原理主義的な「改革」ではなく、一人一人の心といのちを大切に、すべての人々が人間らしい生活を営むことができるような、真の意味におけるゆたかな社会だということをはっきり示した。しかし、2008年4月1日に発足した後期高齢者医療制度は、この国民の大多数の願いを裏切って、これまでの長い一生の大部分をひたすら働き、家族を養い、子どもを育て、さまざまなかたちでの社会的、人間的貢献をしてきた「後期高齢者」たちの心といのちを犠牲にして、国民医療費の抑制を図ろうという市場原理主義的な「改革」を強行したものであった。

社会的共通資本としての医療を具現化するという高邁な理想を掲げて、1961年発足した、

世界に誇るべき日本の国民皆保険制度は、その完全な崩壊への決定的な一歩を歩み始めようとしていた。

この危機的な状況の下で、2009年8月30日、衆議院選挙が行なわれた。その結果、民主党の議員数は直前の115人から193人増えて308人と過半数を大幅に上回り、逆に自民党は300人から181人減って119人となり、党の存続自体が危ぶまれるという悲惨な状態に陥ってしまった。この、自民党の歴史的な大惨敗はもっぱら、年金問題と後期高齢者医療制度に象徴される、歴代自民党政権の下における市場原理主義に徹した反社会的、非倫理的な政策運営に対する国民的レベルにおける批判と拒否感に基づくものである。しかし、新しい政権の下で、果たして、年金制度と医療制度を中心とする社会的共通資本について、大多数の国民の信頼を回復し、すべての国民のすべての人々の人間的尊厳が守られ、魂の自立が保たれ、市民的権利が最大限に享受できるような、真の意味におけるリベラリズムの理念に適った経済体制を再現することは可能であらうか。そのための道は必ずしも平坦なものではない。