

今後の民主党の医療政策と展望―

地域医療のあるべき姿を念頭に置きつつ

2010 年 5 月 30 日

日野秀逸先生

1945 年、宮城県生まれ。1970 年、東北大学医学部卒業。
医師、医学博士（大阪大学）。大阪大学医学部助手、
国立公衆衛生院衛生行政学部衛生行政室長、都立大学教授を経て、
1977 年～2009 年、東北大学大学院経済学研究科教授（福祉経済論）。東北大学名誉教授。
現在、日本生協連医療部会副運営委員長、国民医療研究所所長、
労働運動総合研究所常任理事、(財)日本医療労働会館副理事長。

日野でございます。難しいタイトルをいただいたのが 3 月でしたが、その後政局も動き、民主党は医療政策に限らず大変な状況になっておりまして、選挙も鳩山さんでやるのか怪しい状況です。7 月の選挙に向けて医療政策についても、マニフェストがでなければいけない時期ですが遅れています。

今日は一通りテーマに沿ってお話しますが、その中でとりわけ強まってきているのが医療に限らず社会保障全体の財源に関する議論で、どの政策をとっても財源の見通し、裏付けがあるかどうかというところなんです。結局は今の国の財政状況ではいけないということで切り捨てられます。

私自身は宮城県の消費税をなくす会の呼びかけ人をしておりまして、消費税問題については一定の社会的責任を持った発言をする立場にあるということも活用して、少し立ち入った、恐らくこれまで踏み込んだ話はしたことはありませんが、いかに財務省が悪辣であるかということと言わざるを得ません。多くの官僚、公務員は真面目に仕事をしています。上層部の政権党と結びついている人たちはあまりにもひどい手口を使って国民に赤字の恫喝、脅しをかけていることが目に余るので、そのことについてお話ししたいと思います。

自己責任論がもたらした現状

医療という仕事は社会的共同業務です。社会的共同業務というのは個人でまかなうのは原理的に困難であるという性質を持っています。1 番簡単なのは、支払能力と関係なく必要とされるということです。教育などと比べて異なっている点です。確かに、全ての人が自分の望む大学に入れるのが理想ですが、家の経済状況やアルバイトの状況などによってどの大学かという選択肢があります。医療の場合はそういうわけにはいきません。お金がないから上気道炎の治療をしといて、少しお金が貯まったら気管支炎、十分貯まったら肺がんの治療にかえてもらいましょう—というような支払能力に応じた消費ということでは、医療は原理的に成り立ちません。

医療は社会が共同で満たしていくというのがこれまで認識されてきた社会的業務です。逆に言うと、どんな金持ちでもいつどんな病気になるかわかりません。アラビアの大金持ちで、自分で全科をそろえた病院を持っているという人はいません。大体、ロンドンに自家用機で行きます。実際に私が見たのはロンドンに歯を抜きに来た金持ちです。どんな金持ちでも自分専用の病院を持つのは不合理です。社会的な共同の業務だということを、医療の出発点として考えることが大事なことだと思います。

経済学分野でも竹中平蔵さんたちのような、いわゆる市場原理主義者は国際経済学会で極めて少数派です。日本では国際的に異様なポジションにある竹中さんが重視されて異様な経済政策を5年間かけてやってきました。その打撃はとても大きいです。

自己責任論がいかにか成り立たないかお話しします。最初に資本主義を歩みだしたイギリスは、大体17世紀から19世紀の中頃まで自由主義、自由市場に委ねてやってきました。ところが市場万能論では資本主義そのものが絶対成り立たないと証明したのは1840年前後のイギリスです。1830年頃に産業革命が終わり、10年経ってデータを取ったところ、労働者の平均余命が20歳以下という現実がありました。日本の昭和22年の時の平均余命は47歳です。戦争の時よりもすさまじい暮らしと労働、悲惨な状態だったということがわかります。何よりも資本主義が成り立つ最大の条件は労働力という商品があるということです。労働力という特殊な商品を使うことによって、その労働力に対して払ったお金にプラスアルファを作り出してくれるのが労働力という商品であり、プラスアルファを積み上げていくのが資本主義ですから、労働力があるというのがキーポイントです。ところがじりじりと減っています。次の世代を産み出す余裕がなくなっています。

個別の資本家は自分たちが潤えば良く、平均労働時間は16時間です。1847年の法改正で12歳未満の子どもを8時間以上働かせてはいけない、という縛りができました。いわゆるルールある経済社会が、資本主義が危なくなっている状況を見て作られました。世界最初の公衆衛生法も1848年にイギリスでこれに関わって作られます。空気や水を野放しにしていると伝染病で次々と死んでしまう。働く場では工場を作って労働時間や明るさなどいろんなルールを決めて早死にしないようにする。生活の場でも公衆衛生法を作って、空気や水、食品等の一定の水準を守る。資本主義を長生きさせるためにも大義上の改革、リフォームをしなければいけないと唱えた人たちのことを新自由主義と呼びます。公衆衛生法改革のリーダーはチャドリックという弁護士ですが、彼は秘書でした。

何が言いたいかというと、竹中さんたちを新自由主義と呼んでいます。それは間違いです。言うのであれば野蛮自由主義、あるいは旧自由主義と言わないと、改革のためにがんばった人たちを経済学の学説史の上で新自由主義と言いますから、面白くないと思います。悪いところを直そうとしたものを、また元に戻すというのは失礼だと思います。

明治期の調査から

貧困という問題は個人の責任ではないということが次第にわかってきます。社会的な理

由で病気や貧困になるという認識がイギリスの調査などを含めて19世紀に広がっていきま
す。日本では内務省が農村部の貧困を調査しました。

1902年に宮城県で行った調査を紹介します。調査では貧困を第1種と第2種にわけ
ており、第1種を自分の責任とし、内容は犯罪、不正、放蕩、浪費、怠惰、飲酒、その他
です。第2種は悲運によって、社会的理由だということで、置去り、主働者の死去、無
芸、不具、疾病などです。この調査では貧困の85%が社会的原因だということ
を調べ上げました。宮城県内の全数調査で1桁台まで調べており、非常に精度の
高いものです。明治期に既にこういう認識が生まれています。

日本の医療をよくする第一歩

今の健康保険法は1922年に成立しており、戦前でも医療、年金といったものは個人
の責任でどうにもならず、介護は嫁さんや女性に任すのが当たり前という考
えがつい最近までありました。医療と年金については社会保険という社会の
仕組みでやろうということになりました。

ところで、社会保険についても学者の中で相互扶助の組織だとか自己責任を教訓
にしてるとか、まるで私的保険と同じ言い方をする人がたくさんいます。特に
悪いのはわかっていて言うことです。社会保険というのは私的保険と違
うと教科書に書いている人が政府の審議会では社会保険も個人責任だと言
います。そういうこともあるので、社会保険とは何かを確認します。これは
社会保険庁がつい最近まで出していた「社会保険の手引き」の冒頭部分です。

労働者は保険料を払うため、勤労国民の相互扶助という性質があります。それ
から企業主も負担しますから、従業員に対する福祉の責任を果たすという意
味もあります。憲法25条に基づいて国が責任を持って運営します。そのた
めに公費を投入します。社会保険庁、厚生省、厚労省がずっと説明してき
ました。そして法律で加入を義務付けています。私的保険とは違います。最
後に、所得に応じて負担し、必要に応じて給付するというのが社会保険
です。本当に泣かせる文句ですよね。ですから、国民健康保険にみられるよ
うに年収200万円で年間の保険料が40万円にもなるというバカな話はあ
ってははいけません。そして必要な時に医療が受けられないというのはだ
めです。所得に応じて保険料を負担して、必要に応じて給付を受ける。

これをきちんと実行することが日本の医療をよくする第一歩です。政府が言
い続けてきたことですから、私たちも社会保険というのはこういうものだ
ということに入り、保険料を天引きされ今に至っているわけですから、保
険医協会含めて社会保険ということを重視していただきたい。保険金でま
かなうのは私的保険であり、社会保険というのはそうではありません。た
またま保険というお金を集める技術、仕組みを利用しているだけであって、
あくまで憲法25条の生存権を具体化するための仕組みとして社会保険を使
っています。

地域医療の要件

岩手県保険医協会から地域医療の要件にも触れてほしいと要望がありました。20世紀の後半に世界で劇的な成果を挙げた例を示して地域医療はこういうことをすると成果があがるというのを歴史に相談したいと思います。

1つは、1979年から80年のイタリアの例です。それまでの社会保険は企業ごとで、保険ごとに病院があり、保険ごとに財政が行われ、会社が違えば給付の中身も全然違うというバラバラの仕組みでした。大混乱が起き、結局破たんしました。政府が責任を持たず、企業ごとに組み立てられ、企業ごとに金が集められ、その金で運営するということでしたから、小さな組織は成り立たなくなります。その他にもイタリア的な1つの病院に外科部長が2人いるとか、大変な混乱があり、その時に思い切って社会保険の仕組みをやめて州単位でやっていく仕組みに移りました。20世紀後半の最大の劇的な変化をもたらした実験です。

地域医療の視点から言えば、新しい医療法では、人口約15万をリミットとしてそこに概ね1千床程度のセンター病院を置く。新しく作るというわけではなく、既にあるものを活用したり合併したりいろいろです。去年も行ってきましたが、ボローニャやミラノ、フィレンツェを1977年から33年調べて、ほぼ1年置きに定点観測をしています。センター病院はヘリポートも備え、24時間365日全科に対応した救急システムを行っています。この土台部を一生懸命作ったら入院が激減しました。いつでもそこへ行けばいいわけです。いったん入院して、いつまた入院できるかわからないから病院にしがみついているということはしなくてもよくなりました。入院が減ると医療費の負担は減っていきます。この救急を土台に、1番前に3種類の開業医を置きます。一般医、小児科医、精神科医です。イタリアは特別な事情があって精神科医が多いのが特徴です。

開業医では技術的にもマンパワー的にも難しい場合は州立の大規模専門外来施設がバックアップします。入院施設はありませんが、高い検査能力を持った専門家がおおり、保健師や看護師もいます。その後ろにセンター病院があり、三層の仕組みを作って、イタリアの中部から北部の州ではうまく機能しています。イタリアは国で法律を作っても、州で実施するかどうか決める国ですから、南部ではやりません。1つの国としてみることはできませんが、急場に間に合う、安心できる仕組みを作るということを示したのがイタリアの医療改革です。

スウェーデンにみる改革

1992年前後、90年を境にプラスマイナス5年かけて進められたスウェーデンのエーデル改革です。従来医療は県が担当し、福祉を市町村が担当している仕組みでしたが、高齢化が進み、医療と福祉どちらともつかないケースが多くなってきました。県ではこれは医療の必要はないから市町村でやってくれ、市町村ではそう言われても具合が悪くなった時に困るから病院を持っている県でやってくれとなり、その間で苦勞する人が増えてきました。

そういうことが背景となり、責任を市町村に一元化しました。市町村は高齢者について責任を負い、病気が問題となって医療の必要があった場合は 48 時間以内にしかるべき対応をしないとペナルティが課せられる仕組みとなりました。しかし希望する市町村は医療機能を受け取ってもいいとなり、外来機能を県から受け取る市町村が非常に多くなりました。規模の大きな市町村では病院機能まで受け取りました。たらい回し、責任のなすりつけ合いはなくなり、見事に高齢者や難病者の方含めて心配なく地域で暮らせるようになりました。

地域医療はこうあらねばと強調したいのは、財政的な裏付けがしっかり作られているということです。スウェーデンの税制では日本と同じように一定の所得以下の方は免税です。それを超えた方はまず市町村税を払います。そこをさらに超えた方はプラス県税を払います。さらに上の方は国税を払います。日本は逆です。まず国税を取られ、按分で地方に交付税などあって一となりますが、スウェーデンはそうではありません。まず市町村が取る。しかも市町村は独自の税率を議会で決める権限があります。業務の面と税の面での分権とセットになっています。これが大事です。市町村では予算のおよそ 65~70%が医療と福祉と教育です。県の場合は収入の 6 割は病院の運営に使っています。大きな地方政府、小さな中央政府となっています。大きな政府か小さな政府かというのは無意味だと思います。大きな中央政府なのか、大きな地方政府なのか。私は地方政府は雇用の場として大きい方がいいと思います。中央政府はそこそこでもっと減らしてもいいと思います。

アルマ・アタ宣言・リガ決議

1978 年に当時のソ連の自治州カザフスタンの首都アルマ・アタで開かれた WHO とユネスコの合同会議が開かれました。それから 10 年後のラトビアの首都リガで開かれた 10 年間の総括をしたリガ決議は、日本はアメリカに追随して反対したものですから、国内にはほとんど情報もたらされておりません。アルマ・アタ宣言の方は翻訳をし、政府も一生懸命広報しましたが、リガの方は全く無視しています。

アルマ・アタ宣言では 2000 年までに全ての人に健康という戦略を進めよう、そのためにプライマリーケアを重視しようということを打ち出しました。総括した会議がリガですが、その決議に日本政府は NO と言って受け入れませんでした。

リガ決議では 10 年間で最も健康が改善された国を挙げました。コスタリカ、スリランカ、インドのケララ州です。ケララ州は 8000 万の人口がありますから、1 つの国のようなものです。この 3 つの国・州は目覚ましい健康の改善を行いました。この 3 つに共通する特徴が第 1 に女性の教育水準が改善され高くなったことです。第 2 に全国民をカバーする制度取り組みがあることです。もう 1 つは健康を守る意志を持った政府が存在するというくだりです。しかも人民の側を向いたというピープル・オリエンテッド・ガバメントという決議があります。これにアメリカも日本も反対しました。

その他に先進国に限って改善が目覚ましい国を挙げています。フィンランド、スウェー

デン、デンマークなど北欧の国が占めています。

この時にこのために行った実験を紹介します。イギリスの公衆衛生学者がタンザニアの同じくらいの規模・財政規模・疾病状況の3つの村を対象に行いました。1つの村には診療所を、もう1つの村には学校を、もう1つの村には学校と診療所両方作る。これによって周産期死亡率などどのように改善されるか実験しました。両方作ったところが1番上というのは誰でもわかりますが、2番目は学校でした。いかに教育が重要か。そういう実験をやって附属文書にしてWHOからリガ会議の決議として出ています。国連レベルで地域医療を進める上で何が大事かという、女性がいかに積極的に関わるか、健康に熱心な政府が大事かということや、医療と教育を一緒にすることが大事だということがこれで確認されたわけです。最後はWHOの全文に凝縮している現在の保健の原則です。全文ではピープルと書いてありますが、人民が十分な知識を持って健康を守る事業に自ら参加する時に最も良く健康は守られる。

沢内村の実践もあります。あまりにもよく知られたことでよそ者の私が言うのもおこがましいので除いています。まさに住人が議論し、参加し、健康に熱心な行政・村長が存在し、また職員が大いに努力し、リガ決議の条件を遥か昔に沢内村は示していました。

構造改革の恩恵

1997年頃から始まった構造改革は財界の側から言えば95年に「新時代の日本的経営」というのを出して、終身雇用や年俸制賃金をやめて、競争主義でリストラをやって正社員は2割から3割でいい、あとは任期を決めた雇用と派遣でやっていくと決めました。その辺りから考えていけば構造改革はどういうことをやったのか簡単にわかると思います。

資本金10億円以上の大企業の利益が2倍を超え、役員報酬も2倍を超えます。中小企業は逆に下がります。全企業の労働者の給料も1割近く下がる。株の配当は3倍になる。

なぜ2005年かという小泉さんの絶頂期で郵政選挙の年です。この流れは変わっていません。何が起きたかという、雇用者の3分の1が非正規雇用になり、青年層では4割以上が非正規雇用、年収200万円以下のワーキングプアが1000万人を超え、構造改革が始まる頃には60万台だった生活保護受給者が170万を超えるようになりました。富の集中と貧困の拡大と格差がもたらされました。

内閣府が2007年11月に地域活性化に関する世論調査を大規模に行いました。住んでいける地域に元気がないと答えている人が5割を超えています。質問は元気があると誘導するような質問項目です。構造改革で日本が元気になったということを示したい調査でした。

地域が元気になるためにはどういう施策が必要かという質問もすごい誘導で、企業誘致が1番上に来るようになっていきます。ただどももはや騙されず、福祉・医療の充実が第1位、第2位が防犯・防災でお巡りさんや消防署員を増やしてほしい、公安警察を増やせとは言っていない。公務員減らしで削っているわけです。24時間お巡りさんがいるという交番がなくなっています。そういう意味で安全安心がどうにもならない。そして中心市街

地の活性化が第 3 位です。あらためて、福祉や医療が地域にないと元気にならない、不安ではないということがこの調査から認識できます。福祉や医療がなければ住めなくなります。

民主党の医療政策

3月4日の参議院の予算委員会で、宮城県選出の医者でもある桜井充議員が菅直人財務大臣への質疑で、今年の4月の診療報酬についてどう考えているのかと質問をしました。今回の医療費の引き上げは十分とは言えない、という答弁を引き出し、民主党政権に期待している医療関係者は多かった、それなのに実質 0.03%の引き上げなのかという失望感に変わっているという質問でした。民主党の医療政策について一番分かりやすい姿というのは診療報酬です。

去年の11月の事業仕分けを、国連関係の会議でジュネーブに行っていたため、英語版のNHKで見てびっくりしたのですが、医療について慶応大学の土井という経済学者が立ち上がって、デフレの時に医療費を下げるのは当たり前で、どうして診療報酬を上げるのか、デフレなんだから下げろと大声で話していました。事業仕分けでは診療報酬は引き下げになりました。

そもそも事業仕分けに参加した研究者全員が小泉時代に政府に用いられた人ばかりで、構造改革に反対する人は1人も仕分け人に入っていません。新政権が出来て1番最初に行った派手な仕事というのは構造改革論者の舞台を作ってやったことです。しかもデフレから診療報酬を下げろ、ではインフレの時に医療費は上がったのか、上がっていません。土井という人物がいかにてたらめな経済学者かわかります。ここ10年余りの診療報酬の動きを見ると、インフレ中期の時にも診療報酬は下がっています。

民主党の中で住民運動やB型肝炎の患者の訴訟などで、接点のある人達もいます。その代表格の長妻さんはなんとか3%診療報酬を上げろと言いました。日本医師会は10%、保団連も10%、全日本民医連も10%、根拠は違うが数字の上では皆さん10%をあげられています。保団連の言い方は、ここ10年間のダメージを回復するために10%必要だということです。ここで登場するのが水戸黄門ならぬ小沢幹事長です。小沢裁定をくだし、上げ幅は明記しないが上げる。ここで決着がつくのです。事業仕分けのグループは、診療報酬は引き下げる。長妻厚労大臣は3%上げてくれ。党としての裁定は、上げ幅は明記しないが上げる、実際にその線で終熄しました。ここに民主党の医療政策の分かりやすい姿が出ています。

基本政策

1998年に今の民主党が結党され、当時決めた基本政策が未だに掲げられています。自己責任と自由意思を前提とした市場原理を貫徹することにより、経済構造改革を行うというのが基本です。2004年のマニフェストには、市場の事は市場に委ねると市場原理主義に立

っています。

2001年の医療政策については、医療制度の矛盾と無駄を見直し、医療保険の効率化・公平化を進める。繰り返し出てくる言い方は無駄が多いということです。現在の老人保健制度は薬漬け・検査漬けに加えて、社会的入院の温床となっています。そのため、現行の老人保健制度を廃止し高齢者独自の保険を作るとしています。基本的に日本医療の問題は患者さんたちが無駄な受診をするということころにあります。それから、医療者側が無駄な診察をする。乱診乱療です。その点まで自民党とそっくりです。

しかし民主党は、2003年に小沢さんが党に合流してガラッと変わります。小沢さんの特徴は選挙市場主義というところにあります。何はともあれ政党が目指すのは票である。票と議席と政権。昨年、日本経済新聞の政治記者が「小沢さんが入るまでの民主党はまるで学生サークルみたいなものだった。政策について議論はするが、政権を取るために必要な選挙戦術や議会対策のノウハウがなかった。それを持ち込んだのは選挙の神様小沢さんである」と書いています。

小沢さんは、票を取るためには自民党と全く違う政策を掲げないととれないということで、2007年の衆議院選挙の時、年金、子供手当、農家の所得補償の3つの約束、そして医師の増員、公立高校の授業料を無料にするなどいろんなことを約束し、それまでの構造改革推進派であった民主党の政策を180度転換しました。イラクへの出兵についても否定的でした。これで大量の票を集めて勝ちました。前の連合の高木会長と日本中を歩き、連合という労働組合を小沢さんをパイプにして民主党につなぐということをやりました。小沢さんは保守派ですから、労働組合と組むことは深刻な矛盾をかかえます。しかしその政策が、本当にやる気のある政策だったかというところではありません。なぜならば、選挙に勝った翌日、当時の福田首相のところで大連立を持ちかけました。もし自分の考えた政策を本気でやるなら、自民党と一緒にいられません。さすがに民主党から反対が続出して、小沢さんは代表を降りました。掲げた政策がなんであれ、全然別の政策を掲げている相手と大連立を組みましようと思っただけの実績があります。

2009年衆議院選挙

そういうやり方をより拡大してやったのが去年の衆議院選挙です。民主党は2つの全く違う支持層が一緒になっています。1つは、従来からの小泉構造改革を民主党ならもっとスマートにやってくれるという支持層。もう1つは、福祉的な政策も考えているからという福祉国家的側面を支持している。

民主党の執行部も3つにわかれています。1つは今の政府を作っている人達です。鳩山由紀夫氏、自民党出身で大富豪です。菅直人氏は学生の時からの筋金入りの共産党とは絶対手を組まない反共市民運動の出身で、構造改革論者です。岡田氏はイオングループの御曹司、構造改革推進派です。前原氏は京都の府会議員、松下政経塾出身で構造改革推進派です。もう1つのグループである小沢さんは基本的に保守派で、保守政党として民主党を強

大にしたい。そのために要求は全て小沢さんに一本化し幹事長握りをする。党は小沢さん、政府は構造改革グループ。ただ、福祉国家的なところを買って投票した大勢の人がいます。医療関係者はそうだと思います。そのための看板が長妻さんです。この人たちは金もないし足もない。小沢さんは連合という足があり従来の地域の業者団体があります。その要求を吸い上げる窓口は小沢さんだけです。

今後の対応

民主党の医療政策をどうみるか。これからどう考えたらいいかという点では、民主党を支持している基盤の中で、構造改革派ではない人たちが大事にしなければならないと思います。医療費を下げろといった人たちについては批判をし、小沢さんについてはやったことに基づいて褒めるところは褒め、批判するところは批判する。長妻さんたちについては激励をしなければならないが、最近は構造改革グループへの引きずられ方が激しいですから、友情ある批判をしないといけないと思います。引きずられている大きな理由は財源問題にあります。長妻さんも閣僚になると責任が伴い金の問題がポイントとなります。赤字国債亡国論というありもしない陰に怯えているわけです。900兆の赤字があって、孫子の代まで負担を受ける。じいさんだけ良ければいいのかなどという脅しに使っています。

国家財政のからくり

赤字を1番増やしたのは小泉さんの時で、5年間で約170兆赤字国債を出しました。世の中には、小泉さんは赤字を減らすために奮闘・努力したと思いこんでいる方がいます。そのために構造改革をやった—そうではありません。構造改革をやって税収が入らなくなったのに、気前よく赤字国債を出したのが小泉さんです。問題は国際的な比較は純債務でやるのです。純債務とは、粗債務から国が持っている金融資産を引いて本当の債務を出し、それをGDPで割った数字が国際的な比較です。これは50%前後でヨーロッパの国とほとんど同じです。特段に日本の国家財政が悪いということはありません。

国民経済計算というのがあります。それを見ると確かに負債が991兆あります。しかし、赤字もあるが黒字もあるのです。トータルしますと1025兆円の政府の資産があります。これは内閣府の発表です。負債と資産とバランスを取ると34兆の黒字です。マスコミの方にぜひお願いしたい。本当のことを伝えてほしい。日本の国家財政は黒字です。国家財政が赤字ではない国はノルウェーやスイスで、事情が違う国です。1番健全とされるのは日本、次にドイツです。経常収支で黒字、財政収支で赤字（単年度10%前後）はたいしたことはないのです。

世界最大の投資ファンドであるピムコの最高経営責任者は朝日新聞の論説主幹のインタビューに「日本は数字の上ではまだまだ財政赤字を支える能力がある。国際収支は黒字・貯蓄は分厚い、1440兆。政府は国内から資金調達ができる。日本の市場・日本の伝統・日本の文化は、国内から国外への資本逃避を起こさない、と答えています。よく、大企業に

法人税をかけると国外に出ると言いますが、そんなことはないと言っています。実際にはないのです。こんな居心地のいい国から出ていくはずはありません。最低賃金制はないし、雇用はルーズ、他の国に行ったらきっちりやられます。

小泉デフレ政策が数値を悪化

純債務／GDP比率はGDPを分母にして計算するものです。橋本時代からデフレ政策をとっていて、GDPがマイナスになったり横ばいですが、GDPの分母を小さくすれば数字が大きくなるのは当然で、財政赤字の数字を良くしようとするのであればアメリカやヨーロッパのようにきちんとした財政政策をし、3%など成長していれば、数字自体も大きくなりません。

粗債務の伸び率は、分子の方を大きくする操作をしたということです。分母がGDPで分子が純債務です。ですから、この数値を上げようとするのであれば、分母を小さくすればよく、分子を大きくすればいいわけです。この分子を作為的に大きくしたことを今からお示しします。

2000 年来の財務省の小細工

2000 年の小泉政権になる前年の 1 月、最新のデータで日本は約 300 兆の財政黒字だと発表しました。同年 10 月に、財務省が日本は 776 兆の赤字であると発表しました。なぜ 1 月と 10 月でなぜこんなに違うのか。プラスとマイナスで 1000 兆円の開きがある。こんな数値信用できますか。それはなぜかという、郵便貯金と簡易保険の保証債務、公的年金の債務、公務員の給与・退職金を全部赤字に入れたのです。正確にいきますと、確かに郵貯や簡易保険は皆さんが貯金しますから、それを引き出すときに返さなければならないので、その分を準備しなければいけません。だが貯金は資産としてあります。それを資産の方に入れないのです。公務員の給与、年金の積立も赤字に入れました。いずれも、見合いの試算があり、それを資産に入れなければならないのに、負債にだけ加えたのです。あまりにもひどいので、国際機関 OECD から、公務員の賃金等を赤字に入れるのはやめなさいと指導を受けて、数年後にはやめました。やめたが、逆に新しいやり方で、地方自治体の水道の負債を全部国の赤字に入れました。ダムから始まりパイプなどの資産があるんですね。

日本の「政府部門の赤字」はからくりをやって、これだけふやしたのです。それでもトータルでは黒字が 34 兆円です。小細工をやらなければ日本の黒字は 300 兆前後と見込まれています。

誰が日本の国債を買っているか

国債の問題ですが、誰が買っているかということです。国と日銀で 7 割程持っています。企業関係が 22、23%。ここで言いたいのは、外国の投資ファンドや企業が持っているのは 5%以下です。ようするに、高額所得者ではない人たちが郵便貯金や簡易保険、年金、保険

で積み上げたお金を使って、国が勝手に買っていたわけです。実際には私たちが国債を買っているということになります。だから安全なんです。アメリカはどうかというと 25%が外国の人々が国債を持っています。そうなると怖いわけです。前のクリントン時代のゴア副大統領が、日本は何も心配ないのではないかと何を何回も言っています。ギリシャの場合は 70%を外国が保有しています。日本とは、まるで事情がちがいます。粗債務の数値だけを出して、ギリシャのようになるから消費税増税をしなければならない、というのは、全く無知なのか、知っていてやっている悪質なデマ・脅迫なのか、いずれかでしょう。

これはお金の流れで、家計部門に千数百兆の預金があります。これで家計部門のマイナス部分をカバーしても 1000 兆余り残ります。それは金融機関に入っています。ここから企業の足りない部分にまわり、それで穴埋めします。政府部門もここから穴埋めします。それでも日本の金融資産は黒字で、海外に投資されています。5 月に当時の菅財務相が閣議に行った 2009 年度の速報値では、日本が海外に持っている土地、金融資産等の合計は 270 兆円です。世界で最大の金持ち大国です。第二位が中国で 165 兆円です。日本以上に、外国の土地や株を買っている国はありません。

消費税を増やさなければやっていけないというのは全くのでたらめです。ちゃんと普通に財政運営をしていけば日本の財政は崩れることはありません。

最後に

最後に 1 つだけ、あまりにもひどいという例をご紹介します。株で儲けたお金に対する税です。法律では 20%税金がかかります。小泉政権の 2003 年に 10%にまけています。まけてやった金額は毎年 2800 億円くらいになります。それを 2003 年から 5 年間やり、麻生さんがさらに延長し、これまでに 7 年間やりました。2800 億円まけてあげたとして、7 年間で 2 兆円ほどの金額です。その金を医療や福祉に使ったならば、いわゆる社会保障の「自然増」の 2200 億円を削減するために、生活保護の母子加算をカットするとか、高齢者加算をカットするとか、そんなせこいことをしないですむのです。

地域医療の話に直接つながらない部分もあると思いますが、こういうお金の流れをきちんとおさえて要求するのと、日本はいつかひっくり返るかもしれないと及び腰で方針を作るのではだいぶ違うと思います。日本ほど健全な財政構造を持っている国は稀でありまして、自信を持ってあるところから出してもらおうというのが言いたいことでもあります。