

CIGS 財政・社会保障シンポジウム
「財政リスクの論点整理と国民の選択肢」
【パネルディスカッション要旨】

日時：2016年12月2日（金）13：00～15：00
会場：東京ステーションコンファレンス 501AB

小林：財政や人口の問題に関しては、「トリアージ」というキーワードが印象的でした。縮んでいく人口あるいは経済の中で、どのように優先順位をつけていくのかという大きなテーマについて、パネルディスカッションで議論を深めていければと思います。

フロアからの質問で、まず森田先生に対して、人口の減少のグラフが大変衝撃的であったが、どうやってもそれは止められないものなのだろうか。あるいは、人口の減少に応じて、経済成長も低下していかざるを得ないのか。それともイノベーションによって多少はカバーできるものなのだろうか。こういった質問が寄せられています。

森田：人口に関していうと、現在の前提の下では、かなりの間、減り続けるのは間違いないと思う。来年から突然合計特殊出生率が 4.0 や 5.0 になれば別であるが、それはまず考えられない。何とか減少を食い止めようとしても、底を打つまでに 40~50 年かかると思う。

やはり世の中は変わったのである。したがって、人口が減り続けることを前提にして、その中でよい社会をどうやってつくっていくかという話になる。GDP に関しては、国民 1 人当たりの GDP をどうやって維持していくかというところに焦点を当てるべきだと思う。

吉川：人口減少は、21 世紀の日本の最大の問題だと思っている。特に今日のテーマである財政や社会保障に対し、少子高齢化が大きな負担をもたらすことは間違いない。しかし、人口が減って生産年齢人口や労働力人口が減るのだから、経済成長はよくてゼロ、素直に考えればマイナス成長ではないかという議論は間違っていると思う。

先進国の経済成長は 1 人当たりの所得上昇でもたらされるものであり、働き手が減っていくことがマクロの経済成長に対しマイナス要因であることは正しい。ただし定量的に見ると、そこで全てが決まるというわけではない。高度成長期に日本は実質 GDP が毎年 10% 成長し、当時の労働力人口の伸び率は年平均で 1.3% 程度であった。このことから私は、労働力人口が今後減っていくとしても、マクロで 1.5% 程度の成長は可能と考えている。

ただし、1 人当たりの所得にはいくつか問題がある。一つは分配の問題、格差の問題である。それと関連して、社会保障や財政がまた別の問題としてあって、そこをどうするかという問題が経済成長とは別に大きなテーマとして残る。

佐藤：労働人口が減るのは違いないが、私たちは「眠れる労働力」を持っていることを思い出すべきである。それは何かというと、女性と高齢者である。これがいわゆる働き手改革の話であり、女性の就業率を上げることに加え 65 歳以上の元気な高齢者が年齢に合った働き方ができれば、それはそれでプラスになる。その上で、税制や社会保険料の仕組みが、実は女性の就労の阻害要因になっているのではないか。また年金の仕組みも、実は在職高齢年金制度といったものが、高齢者の就労に対して阻害要因となっているのではないか。つまり、既存の制度を見直すことによ

って発掘できる労働力があるということに留意すべきである。特に高齢者の方に関していうと、働くこと自体が健康につながるため、医療費の抑制にもつながる。

小林: 次に、吉川先生に対する質問で、今日のテーマは、日本の将来像や社会像として、どういうイメージを国民に提示するかという問題なのではないかとの指摘がフロアからあった。そこで、長期の将来像をきちんと国民に示し、これが日本のため、あるいは将来世代の日本国民のためなのだということがある程度はつきりしているならば、それを政府が提案し、国民に説明して実行すべきである。要するに、痛みの伴う政策であっても、政府が提案して説明して実行することを、政策としてどんどん進めるべきではないかという質問である。こうした点について、まず吉川先生から回答をお願いしたい。

吉川: 本日のシンポジウムの冒頭、福井理事長から「日本もただ待ちの姿勢だけではいけないだろう」というお話があったが、私も全く同感である。その場合、「攻め」と「守り」の「攻め」のほうは、イノベーションだと考えている。イノベーションの主役はやはり民間の企業だと思うが、今の日本経済の中で一番大きな貯蓄をしているのは企業である。企業部門が家計よりも多くの貯蓄をしているというのは、ちょっと後ろ向き過ぎるのではないか。

そして「守り」は、格差を踏まえた社会保障だと思っている。さらに足下の経済政策との関係で言えば、GDPの6割を占める民間の消費が弱い。なぜ消費が動かないのか。所得賃金がなかなか上がらないということも事実であるが、多くの人が指摘しているのが将来不安である。さらにその一つとして、社会保障の将来像がはっきりしないことが指摘されている。

保育所をつくって待機児童を減らすことを含め、現役世代をどのように支援していくのか。とにかく全体像がはっきりしない状況であり、それは政府にしか説明できない仕事であり、責任だと思っている。景気対策の観点からも、社会保障の将来像をはっきりさせ、将来不安を払拭して消費の足腰を強くすることが一番大事なことであろうと考えている。

小黒: 将来不安を払拭するために、社会保障の改革を進めなければいけないわけであるが、どうして財政に対する危機感は伝わらないのだろうか。内閣府が公表し出している中長期試算には、最近2024年度までに拡張されたが、10年ほど前からずっと2023年度までしか情報が出ていなかった。2020年度から2025年度にかけて団塊の世代が75歳以上になるが、医療費は現在の50兆円から、2025年には75兆円になることが推計されている。つまり1年間平均にすると2.5兆円、これは消費税を毎年1%上げるようなスピードで伸びることを示している。

そこで政府は、まず2050年度辺りに向けて、財政の姿がどうなるのかを公表する必要がある。実際に、どの程度負担を引き上げ、給付を抑制しなければいけないのかという議論から始めなければ、社会保障改革は駄目なのではないかと思っている。

佐藤：今、新聞で話題になっているのが、年金給付を抑制する法案や高額療養費の引き上げの問題である。本当はパッケージのはずであるが、いつも給付を上げることや税金を上げることがバラバラに議論されるため、良いとこ取りになってしまう。

もう一つ大きな問題は、誰も政府の統計を信用してないということである。海外では、例えば英国には財政責任庁という組織があり、人事も含めて全部独立した形で推計だけを行っている。それによって第三者的な視点を確保することができ、数字に対して一定の信頼性を持たせている。政府の統計に対する信頼を得るには、データが精緻であるということだけではなく、いわば政治的に独立しているということも含めて、透明性がなければならない。そういった信頼を確保するには工夫がいる。

森田：人口推計に関していうと、国立社会保障・人口問題研究所は本省から独立した位置を保っており、客観的に精度の高いデータを示している。昨年の国勢調査に基づいて、間もなく来年の人口推計が出る予定であるが、それを基に年金の再計算が行われる。

小林：たしかに、痛みを伴うプランを示すときに、まず客観的・中立的な推計機関があることが重要であり、社人研をはじめそういった機関を日本でつくっていくことは、政策決定のインフラとして重要な部分だという感想を持った。

吉川：私も、そのような機関を新たにつくることに反対ではない。ただし、「仏作って魂入れず」ではないが、形の上でつくったとしても、実際の運営に大きく依存することになる。例えば、どこの国の中央銀行でも、実際の運営は、政府からの独立は形式的な法律だけで担保されるわけではない。つまり逆に言えば、政府にやる気さえあれば、今のシステムの下でも、いくらでも可能なのではないかという気がする。

小林：佐藤先生に対し、若干関連する質問が寄せられている。構造的にも破綻しているということに対して、例えば、日銀の今のイエローカードコントロールは、佐藤先生のおっしゃった金融抑圧、ファイナンシャルリプレッションになるのではないか。要するに、インフレ率を上げていって、その間、金利を低く抑えておけば、実質的に政府の債務が軽減されるため、そういう金融抑圧政策になっているのではないか。それでうまく財政再建ができるのではないかというご意見である。

また、増税としてやらなければいけないものとして、どういうものを具体的に考えていらっしゃるのか。さらに海外の情勢として、トランプ氏が大統領になるということで、現在、株価の上昇が見られるが、インフレ率や金利が上昇するという傾向もアメリカでは予想される。そうした中で、日本の金融政策との絡みで、うまくソフトランディングできるのだろうか。そういった質問がいくつか出ている。

佐藤：金融抑圧というのは、金利が政府によって統制されていた時代に用いられた政策である。まだグローバル化時代ではなく、ある意味、国内に貯蓄があった。ところが、今の経済環境はグローバル化に向かっている。銀行はバブルに懲りて安全志向になっていることもあり、安全な国債に頼り、国内投資ばかりに目が行っているかもしれないが、例えばアメリカの金利が上がり、日本の金利が下がったままであれば、いずれ国内からの資金流出という可能性が出てくると思う。世界はつながっているということを、我々は忘れるべきではない。

そこで、金融抑圧が続けられるかという10年は無理であって、いつまで続けられるかという問題のような気がする。これはやはり、単に時間稼ぎ以上のものではないと思う。そういう意味では、金融抑圧によって財政再建ができるとは思わない。

増税に関しては、何を増税するかと問われれば、やはりまずは消費税である。これは日本だけの傾向ではなく、ドイツや英国でも税率を引き上げている。つまり世界的に、財政の健全化に向けて何をやるかといえば消費税の引き上げである。グローバル化という新しい経済環境において、消費税は有望である。また、高齢者は所得を稼がないが消費をする。高齢者にも応分の負担をしていただくという意見においても、消費税は重要な課税といえる。ただし格差是正という観点からは、消費税ではできないため、所得税でやるしかないと思っている。

小林：それでは金融政策と財政の将来像に関連し、医療改革や年金といった個別の社会保障のほうへ話題を移していきたい。まずは小黒先生に、金融政策についてお話しいただきたい。

小黒：基本的に、民間銀行は自分で信用創造し、お金を生み出すことができる。超過準備が300兆円あることから、大量に貸し出せる余力があるわけである。本当に経済が回ってくれば、信用創造が拡大し、インフレ圧力が顕在化してくるため、長期金利を本当に抑えることができるかどうかは金融抑圧のポイントといえる。

今のようにデフレの状態であればまだいいが、本当にデフレを脱却し、アベノミクスが成功したときに、お金が回転し始めると、超過準備が異常な規模であるため、中央銀行はインフレをコントロールできなくなる可能性がある。場合によっては、法定準備率を大幅に引き上げなければならないことも考えられる。

小林：他に、金融関係のコメントがあれば、どうぞ。

吉川：私が指摘したいことは、やはりもう、財政規律が緩んできていることである。今日のテーマである財政との関係で言えば、それはもう紛れもない事実だと思っている。昨日あるいは今日の報道でも、税収見積もりに税収減があり、税金は思ったほど上がっていないという。しかし、歳出カットはやりたくないということである。赤字国債の発行を減らすという話であったが、それはきついというのが足下の話である。

先ほどから話が出ているように、歳出カットにおいては、社会保障関係費はコアなわけである。しかし政治家、国会のほうでは、負担増を求めるのはいかかなものかという程度の議論で歳出カットは嫌だというわけである。

そんなことではなく、社会保障の全体像をもう少しきちんと政府全体として世の中に情報発信し、その中で来年度予算づくりでもやるべきところをやる。2020年のPB黒字化という目標をもう一方で掲げているわけであるから、それに向けてしっかりと船を漕いでいって行くべきであろう。

小林: 社会保障改革について、年金または医療の分野で、何か具体的なイメージはあるかという質問が来ている。これに対し、コメントをいただきたい。

松山: 日本では、医療費が増えるとマクロ経済にマイナスの影響があるという議論があるが、日本よりはるかに大きな医療費を使っているのがアメリカで、GDPの17.5%を医療費、介護に使っている。そのアメリカでは、私の知る限り、医療費の増加はマクロ経済にマイナスという議論はあまり聞いたことがない。

その理由の一つに、実はアメリカ企業の人件費の増加要因を見たときに、現役世代の医療費と高齢者の医療費の負担を企業と現役世代が担っているが、その増加の金額が全体の人件費増加に占める割合は15%しかない。

つまり、これは何を意味しているかということ、医療費を負担している他の産業の生産性の伸びが医療費の増加を吸収しているということと、連邦政府が相当、低所得者、貧困者の医療費を肩代わりし、現役世代や企業の負担が大きくなるようにしている効果である。もう一つは、やはり医療提供体制のイノベーションが進んで医療サービス産業の生産性も伸びているのだ。

ちなみにアメリカでは、平均的なパターンとして、人口100万人ほどの単位で地域包括ケアの巨大な事業体があり、全米で500を数える。どの地域に行っても、過疎地に行っても地域包括ケア事業体が最大の雇用主であり、そこで人材育成もしている。医療、介護、福祉サービスの産業は非常に裾野が広く、いろいろな分野が関連しているため、多種多様な職種を必要としている。そして、その人材育成を非営利ホールディングカンパニーがやっているのである。

それを私はずっと政策提言している。日本の場合は今、医薬品や医療機器の医療技術評価に基づく価格決定ということでHTAという話があるが、これは部分最適の議論であって、私が主張したいのは、そもそも人口100万ほどの地域医療圏での全体最適をするための社会科学をきちんとすべきだということである。

厚労省が進めている地域医療計画や地域医療構想を推進するときに、都道府県が鍵になるわけであるが、その専門人材が不足しているという指摘を先程させていただいた。それについて、ど

うやったら専門人材が育成されるのかという質問をいただいている。

海外では、これはポピュレーションヘルスという。つまり、医療の財源と提供体制の両方を地域全体で最適に使うために、どういう判断基準で考えて実行したらいいのか。これは各国で、それぞれの地域の歴史や提供体制のありようによって、同じような条件でも解答が違ってくると思う。

実は、この社会科学が日本には一つもない。大学でこれを教えているところは一つもなく、公衆衛生というのが医学部の中に 1 講座あるが、そこは疫病関係のものが多く、医療制度運営の社会科学というものはない。そういう意味で私は、今回つくられた一橋大学の研究センターに注目している。

先程、社会医療法人の業績を見れば、実は診療報酬の財源はジャブジャブに提供されていると申し上げたが、逆に言うと、提供体制を合理化すれば、相当のイノベーションが起きるのではないかと思っている。

ちなみに、別の質問票の中に、ある自治体病院の関係者からの指摘があった。この病院は有名な大きな急性期病院であるが、その隣の市が古くなった病院を建て替え、いろいろな装置の投資をするというが、おそらくまた無駄な投資をするものと思われる。

なぜこんなことが続けられているかという、それを意思決定するのは市議会の議員のため、地域医療経営など考えたこともないし、わからない。そういう中で、とにかく建物をつくるということが市民にアピールする最大の武器になっており、それをやるという一念でつくっているわけである。

そういうことが未だに全国で行われている。例えば自治体病院だけでも年間 8000 億円の補助金が投入されており、この 8000 億円の使い道を適正化するだけで相当な効果を期待できる。

森田： 昨年の 6 月まで中医協の会長を 4 年務めていたが、2007 年に改革が行われ、診療報酬改定のときに予算編成と同時に医療費の総額を中医協の外で決めることになっている。その結果、現在何が起きているかという、診療側、要するに開業医を中心とした医師会、病院関係の団体、歯科医師会と調剤薬局の間で、決められた枠のパイの取り合いが行われている。

最近、高額医薬品のオプジーボ（注：がん治療薬）が議論になっているが、そもそも今の薬価制度の下では、薬価そのものが相当高めに設定される仕組みになっていて、市場実勢価格はどんどん下がっている。価格を 2 年ごとに改定しているわけであるが、その差額は、薬価差益という形で医療機関の利益になっている。それゆえ、下げた薬価の分を医科のほうに回せという議論が行われた。

ところが2014年の改定から、薬価引き下げの分を財務省がはがしてしまった。それが、医療介護総合確保基金という形で別枠に積み立てられたが、その基金の配分の仕方もいろいろ問題がある。2016年の改定では、調剤薬局が儲け過ぎであるということで調剤薬局を叩き、その分を医科に回せという議論が起こった。

先ほどの財政の話もそうであるが、マクロ的にきちっと把握するためには客観的なデータが必要である。医療に関するデータは山ほど出てくるが、必ずしも信頼性は高くない。したがって中医協の議論では、まずこのデータはバイアスがかかってないかという議論から始まる。

私の知るかぎり、北欧諸国では、マイナンバーを使って全数データを取り、それに基づいて、有効な治療法で治療成績がいいのはどういう病院であるといったことを細かく調べ、有効な方法に資金を投入しているようである。そして、そのデータ自体、全部公開されている。わが国にもせっかくマイナンバーが入ったからには、そのような形できちっとデータを取り、調べていくことが必要だと思っている。

吉川：中医協が全体の診療報酬を決めないようにすることを決定したのは、小泉内閣のときだったと思う。私は小泉内閣のときの諮問会議の委員を務めていたため、その議論をよく覚えている。全体の診療報酬を内閣として責任を持って決めるのは正しいと思っている。

医療の改革には、2本の柱があると思っている。一つは、医療の提供体制を効率的なきちっとしたものにする。医師、看護師、薬、病院といった話である。それからもう一つは、どのような医療保険を設計するかという保険の話である。どちらも重要で、この2本の柱がしっかりしていなければ、いい医療制度とはいえない。

私は、戦後の日本医療は大成功だと思っている。一番わかりやすいのは、平均寿命がこれだけ伸びたことである。これは戦後の成果といえる。1950年頃、日本の平均寿命は先進国の中で最も短かった。戦後、一気に平均寿命が伸び、現在では世界の最長寿国になっているわけであるから、そういう意味で日本の医療制度というのは、全体としてみれば今でも成功しているといえるかもしれないと思っている。ただし課題は多い。

そこで、2本の柱でどう改革するか。負担に関しては、松山先生のお話を非常に興味深く伺ったが、2階建てというのは、いわゆる混合診療と非常に似たような話なのだろうと思って伺っていた。

ここにいらっしゃる方々の中にはプロの方もおり、もうご存じの方も多いかもしいが、日本の公的な医療保険制度は、小泉内閣のときに混合診療を議論した際に私が使っていた、雑ばくな例で言うならば、ラーメンが公的保険でカバーされているようなものである。わかりやすく言うと、チャーシューメンを食べれば全部が自己負担になる。

つまり、私たちが主張していたのは、ラーメンを保険で保障するとして、中にはチャーシューメンが食べたいと言う人がいるのであれば、チャーシューだけを自己負担にして、麺は保険でカバーするというほうが、はるかに合理的ではないかということである。

それが国民のオプションを広げるし、選択肢も広げる。ところがラーメンだけが保険適用、チャーシューメンになったら全額自己負担であるため、オプション的なところが広がらない。

例外的に、差額ベッドはそれが認められている。しかし、これではまずいだろうということで、混合診療ということ、つまり、チャーシューメンを食べたいのであれば、保険でカバーするのはラーメン部分だけで、チャーシューの分は自己負担してくださいというやり方のほうが、はるかに合理的でいいわけである。

松山先生のご提案は、細かいところでは、今の私の混合診療の話とは違うところもあるが、非常に近いビジョンではあると思っており、基本的な考え方は正しいのではないかというふうに思っていた。

松山先生のお話で、最後に、都道府県で地域医療、在宅医療といったことが今いわれてきているとあったが、高齢化の中で在宅医療、自治体の地域医療が大事だというのは、その通りだと思っている。

現在、今年度から都道府県が計画を作るということで進んでいる。松山さんの話の中で、それはいいけれども、地方で人材が足りないところもあるということであった。厚労省が人材を養成しなければいけないと言っているのだとしたら、遅いと思っている。そんな悠長な話ではない。今年度 3 月までに計画を作るということであるから、国民からすれば、立派な計画を作ってもらわなければ、たまったものではない。

行政で人材が足りないというのであれば、総務省、厚労省から国家公務員を 50 人でも各都道府県の県庁に派遣すればいいのではないか。そもそも都道府県での計画作りは、私は、都道府県、それぞれの地域の医師会、大学の医学部、あるいは付属病院といった 3 者が協力し、さらに言えば、患者の代表のようなところも協力して作るべきであると思っている。

提供側と関係者、直接の関係者で言えば、行政、医師会、大学が協力して作ると思うが、大学と医師会はもともと専門家であり、問題は行政ということであれば、やはり政府や国のほうからしかるべき人材を都道府県に派遣し、きっちりした計画を作ってもらわなければならない。厚労省が「人材が足りない。これから育成していかなければ」と言っているとしたら、それは悠長過ぎるだろうと感じている。

小林: では、混合診療などの話も出たところで、松山先生にお話しいただいた後、小黒先生にご

発言いただきたい。

松山：非常に重要なポイントをご指摘いただいた。実はポピュレーションヘルス、すなわち人口 50 万人、100 万人の地域で、財源とケア提供体制の両方をトータルでマネジメントしていく人材というのは、厚労省にもいない。

なぜかという、そういう教育を日本でやってなかったためである。海外において、地域包括ケアの大きな事業体が過去 10 年ぐらいで急速に普及していく中、その現場でもそういったノウハウの積み上げがあったし、大学にもポピュレーションヘルスの専門学部や研究所が設置されている。

一番しっかりしているのはオーストラリアのように見える。例えば、メルボルン大学のホームページを見ると、そういった情報が出てくる。米国では 2008 年、ジェファーソン大学に専門学部ができている。厚労省はわかっている、何とかこれから、そういったノウハウを持った人をつくっていかねばいけないという議論をさせていただいた。それはやるしかないのだと思う。

吉川：いないのであれば、外国人を連れてくればいいのか。野球でも、相撲でも、外国人がやっているのだから、日本に人材がいなければ、外国から輸入すればいいと思う。

松山：それは、かなりドメスティックなマネジメントになると思う。私は、研究者の中では稀だと思うが、本を書いているだけでは駄目だと思い、自分が痛風で通院した千葉の中規模病院の事務長に転職し、3 年半、看護師の労務管理をはじめ現場でありとあらゆることを経験した。

さらに公立病院の顧問として、市議会のサンドバッグになるという経験もしたが、そういう現場をわかった上で、全体をどうするかということを考えるのは、学問としての勉強も必要であるし、ケース・バイ・ケースでいろいろな経験を積まなければいけないため、外国から連れてくるだけでは駄目だと思う。

ただし、外国の人に来てもらって教えてもらったり、もしくは現場を見に行ったりというのは非常に重要である。私は、2002 年から米国のセンタラヘルスケアという有名な地域包括ケアの事業体にずっと通っているが、センタラヘルスケアは社内の会議も傍聴させてくれ、どういうデータを使って何を議論しているか、全部見せてくれた。日本でそれをやりたい人がいるなら、私は一緒に研究したいと思っている。

小林：では、小黒さんにお話しいただいた後、1 人一言ずつ最後の言葉をいただき、このパネルディスカッションを終わりたいと思う。

小黒：これまでの議論では、視点がミクロレベルの話などに及んだが、シンポジウムのタイトル

が『財政リスクの論点整理と国民の選択肢』ということなので、もう少し大きな話をさせていただければと思っている。

2020年度辺りのPBは、慎重なシナリオでは、大体10兆円ほどの赤字になるという。あとは、利払い費やもう少し長期的な債務の悪化などを見ると、当面は大体30兆円程度となる。財政収支を均衡させるために、何らかの形で歳出削減、増税が必要だと考えられる。

116兆円の社会保障費（2015年度予算ベース）があり、年金は56兆円、医療は40兆円、介護は10兆円となっている。もし社会保障を抑制しなければ、長期的には消費税率換算で30%まで上げなければいけないという分析も多いため、仮に消費税を25%までと考えると、社会保障を5%分も抑制しなければならない。もちろん消費税が20%までということになれば、やはり10%分の社会保障を抑制する必要がある。

社会保障費では年金の割合が一番大きいので、先ほどの講演でもお話ししたが、もし支給開始年齢を長期的に70歳以降とすれば、4分の1カットできるため、具体的に言えば約13兆円をそこで捻出することができる。

それから医療では、40兆円の医療費をさらに分解すると、10兆円程度は薬剤関係となっている。あとの30兆円は二つに分かれ、一つは外来と入院である。診療報酬の点数分布を見ると、入院の点数がやはり大きく、1回で50万円、30万円と払うケースも多いわけである。

しかし、外来を見ると、例えば風邪で1回通院すると自己負担は1000円程度で、実際にかかっているのは、5000円や10000円程度である。そのため、メスを入れるとすれば、やはり外来部分について、保険収載や自己負担など、いろいろなところの改革をやっていくという選択肢は当然あると思う。

そのときに、やはり私達が目配りしなければいけないのが、所得の高低、貧富の格差である。財政的リスク保護、すなわちフィナンシャル・プロテクションといった概念があるが、そういうところで、公的保険がどこをカバーしなければいけないのかを考えていく必要がある。

そういったところから議論を進めていき、最終的には年金や医療など、いろいろな分布を見ながら、本当に救わなければいけない公的保険のセクターがどの辺なのかを考えるべきである。逆に言うと、ある程度、歳出の削減の方向性があるとしても、税制の増税が議論され、それを全部、消費税でやるというわけではないため、そういったところもきっちりと議論していき、積み重ねていくことが求められると思う。

小林：それでは、最後に1人ずつお話ししたい。佐藤先生に対しては、地方財政、地方自治体はどうすればいいのだといった質問が寄せられている。

佐藤：まず、質問いただいた地方財政については、国が財政破綻すれば、自動的に自治体も全て財政破綻する。生き残るとしたら、おそらく東京と横浜で、大阪は危ないかどうか、それ以外は駄目である。それだけ、地方自治体は、国からの財政移転、地方債に関しては信用保証に頼っている。したがって、国の財政破綻はそのまま自治体の財政破綻である。

だからこそ国は、いろいろな意味でラストリゾートだということなのである。そのため、国の財政再建というのは、本当に喫緊の課題となっている。

財政学者として、私も痛感し始めているのは、財政再建というのは、気合と元気でできるものではないということである。いわゆる成績がいいとか何とかという問題ではないのだということが、最近わかってきた。

では、何なのかというと、実は、財政再建のインフラを私たちは持っている。その一つは、私は「トリアージ」という言葉を使ったが、やはり事業の優先順位をつけるということである。

まず、役所的な言葉を使えば、事務事業評価がきちっとできてない。それから私は今、経済財政諮問会議の専門調査委員会の仕事をしているが、そこで出てくるのが「見える化」である。つまり、実態が見えていない。

医療費は地域格差が大きい。1人当たりの入院医療費が高いのはどこか、知っているだろうか。高知県である。その理由は特になく、単にベッドが多いというだけである。こういう感じで、実態を把握するということが、これまでにできていないのである。「見える化」ができていなければ、どこに問題点があるかという課題の発見にならない。

それから、今日少し議論があったように、私たちの言う将来の見通しという問題について、信頼のおける政府統計が私たちに与えられているのかどうか。この辺りを、きちんと整理していくことが必要である。

その次は、財政再建に向けたインセンティブを与えていくことである。つまり、コスト意識を喚起していくことである。今日、医療の話があったが、医療に関してコスト意識を喚起するいうときに、なかなかコスト意識を持ってもらえない人たちがいる。

それは誰かかというと、医療の保険者である。海外は、保険者こそがコストの適正化の主体となっている。アメリカはもちろんのこと、ヨーロッパも同様である。したがって、もっとコスト意識を持って、医療費の適正化に主体的に取り組んでいくことが求められる。最後に、財政再建に必要なものは何かというと、財政再建のインフラと財政再建に向けたインセンティブということになるのだと思っている。

吉川：繰り返しになるが、やはり政府が財政、社会保障の全体像をもっと正面から説明すべきだ

と思っている。制度の詳細、細かいところは複雑であるが、何でも全体像というのは基本的には単純である。

例えば、社会保障では、財政赤字の問題は、我々国民が買い物をしているということである。買い物をしているのだけれども、どういうものが本当に欲しいのか、それにいくらかかるのか、それが欲しいならば、お金を出すということになる。

日本は、社会保障について、アメリカの共和党ではなくヨーロッパに近いものが欲しいと思っている。その関係で言えば、税金を十分に払ってない。そのことを正面からきちっと説明すべきだと思っている。

森田：10年後になるか、15年後になるか、20年後になるか、あるいはもっと手前かもしれないが、今のままでいくと、国もそうであるが、医療保険財政はおそらく破綻するのではないかとと思っている。

そのときに何が起こるのか。現在、そういったことに関心を持ち、研究しようという動きが出ている。そういうときには海外を調べるわけであるが、保険財政を破綻させるような国は、それほどない。

大きな例は、1989年のソ連崩壊である。当時、財政もデフォルトを起こしている。その後、ロシアになってから8年の間に、平均寿命が男性で7歳、女性で3歳短くなっている。どういう人から亡くなっていったのか。間接的なデータではあるが、一番多いのは急性期疾患である。脳出血が起こった、心臓発作が起こったという人が病院に担ぎ込まれたときに、「300万円かかります」と言われ、払えずに亡くなっていった人がかなりいたらしい。

2番目は、慢性期疾患である。高血圧や糖尿病の人が、やはり高い薬代が払えず、我慢しているうちに亡くなってしまう。3番目は、感染症である。これによって多くの若者や子どもが亡くなっており、所得格差が大きく影響しているようである。

我が国の場合、このようなことが起こったら、仮に年間500万円かかる人工透析をやっていると、30万人の患者が1カ月ももたないと推測されるようである。こういうことを頭に浮かべながら、そろそろ思い切った改革に踏み込まなければいけないのではないかとと思っている。

もし、そういうことが起こったとき、次はどうなるのか。かつて政治学者をやっていた者の目で世界の歴史を見ると、今では、ポピュリズムという割とソフトな言い方をされているが、ファシズムとも言えるような政治的なリーダーが出てきて、「なぜ、あなたたちが、こんなに不幸なのか」ということを非常にわかりやすいストーリーで語る。

根拠はともかく、「こいつが悪いのだ」と少数のある集団を指し、それに国民の怒りを向け、多くの不満を持った国民による暴動を起させる。トランプ現象やヨーロッパでの動きを見ると、いずれの国でもそういう動きが出てきており、日本でも決して起こらないとは言えない。

かつての時代と決定的に違うのは、やはり SNS のような新しい技術があるということで、そこで、あるストーリーと怒りを向ける対象が作られたときに、コントロールできなくなってしまう可能性もある。

松山：プレゼンテーションでも申し上げたが、社会保障制度改革の研究にあたって、2002 年当時、社会保障制度改革をすることによって財政破綻を回避できるという趣旨の著書を出した。しかし、今日の佐藤先生のお話を聞くと、もう構造的には破綻しているということなので、今後は、財政破綻していることを前提に、その後、どういうふうにセーフティーネットをつくっていけばいいのかという研究をしていきたいと考えている。

小林：大変厳しい議論がいろいろ出て、数年前のシンポジウムと比べて、数年経つとこんなに暗くなるのかという切迫感が違ってきていると感じた。そういう中で、何度もお話があったが、破綻した後にどうするのか、破綻したときにどんな優先順位をつけるのかというのは、本当は今、やっていかなければいけないことだと思う。

私たちは、例えば、民間の財団とのプロジェクトで、日本が財政破綻したら、こういうプランを立てる必要があるという研究をしたことがある。ただし問題は、民間のシンクタンクや研究者がトリアージをやっているだけでは、やはり日本の社会を動かすような、日本社会に浸透する力はなかなか足りない。

本当にやるべきなのは、財務省や厚労省のような政府機関、政策に責任を持つ政府機関が、破綻したらどうするのか、どういう優先順位をつけるのかということを平時から考えるということが大事だと思う。

今の日本の政治システムの中では、役所でそういうプランを考えるのは非常にやりにくく、役人が声を上げにくい構造であるが、これだけ切迫した状況であることを考えると、そろそろ役所の中で、公的な仕事としてトリアージをやらしてもらえないかということを感じた次第である。

もう一つは、日本の意思決定の問題として、先程、森田先生からファシズムのような動きが出るのではないかという話もあったが、やはり民主主義がだんだんおかしくなってきたときに、財政の問題が非常に悪化してきているというのは、日本に限らず民主主義国全体の課題でもある。そうした民主主義国全体の課題に、日本が一番先に直面しているということであろう。これは、政治思想としての民主主義、あるいは民主制の政治体制に耐久力がどこまであるのかという問題を我々に投げ掛けているような気がする。

そういう意味で、財政の問題を契機に、あるいは財政や社会保障の問題を契機として、民主主義の在り方をどのように変えて、良いものにしていくのかということを考えなければならないのではないか。それは、また次の機会に考えていきたいと思った次第である。それでは、長時間に渡った本日のシンポジウムを終了する。ご清聴いただき、感謝申し上げたい。

以上