

日医総研ワーキングペーパー

市場原理主義が日本と日本の医療に
もたらしたもの
—これまでの構造改革の総括—

No. 187

2009年4月1日

日本医師会総合政策研究機構

前田由美子

市場原理主義が日本と日本の医療にもたらしたもの

日本医師会総合政策研究機構 前田由美子

キーワード

- ◆ 市場原理主義
- ◆ 構造改革
- ◆ 規制改革
- ◆ 所得
- ◆ 完全失業率
- ◆ 無保険者
- ◆ 自殺
- ◆ うつ病
- ◆ 混合診療
- ◆ 株式会社参入
- ◆ 医療費抑制
- ◆ 税制

ポイント

- ◆ 2001 年度に始まった構造改革の狙いは、その後「勝ち組」と言われることになる企業や個人に資源を集中し、彼らの利益を最大化することにあつたと考えられる。
- ◆ しかし構造改革が進む中で、多くの人が切り捨てられた。完全失業率は4%を超え、所得 200 万円未満の人も 1,000 万人以上に上っている。2008 年 6 月 1 日時点でみると、本来の国民健康保険証がなかった人も推定 380 万人である。20 歳代、30 歳代では、健康問題を理由とする自殺が増えており、その背景にはうつ病患者の増加がある。
- ◆ 構造改革、規制改革では、医療周辺市場が拡大するとの幻想も描かれた。しかし、民間保険会社は、多額の保険金不払い問題を起こした。株式会社が参入している介護保険でも、会社立事業所の不正請求等が問題になった。
- ◆ アメリカでは、無保険者が約 4,600 万人に達しているが、高齢者や低所得者には公的医療保険がある。就職前の 20 歳代前後だけで見ると、無保険者は3割近くに上っている。
- ◆ 国の歳出削減は「聖域なく」行われてきたが、歳入拡大につながる税、社会保障負担については、大企業や高所得者が優遇されている。富める者が社会的使命として幸せを分配していく制度改正が必要である。
- ◆ 市場原理は格差社会をもたらし、日本人の意識も分断した。大胆な財政出動を伴う緊急対策とともに、日本人の意識改革が必要である。そして、そのために強いリーダーシップの下での政府の方針転換を切望する。

目次

はじめに	1
1. 勝者にチャンスを与えるための構造改革	2
2. 日本の借金はなぜ増えたか	5
3. 生きにくくなった日本	10
4. 医療における市場原理主義	17
5. 医療費抑制の結末	27
6. 幸せを分配するための負担のあり方	31
おわりに	37
資料	
経済財政諮問会議「基本方針」のポイント（医療分野）	39
規制改革会議等の答申のポイント（医療分野）	42
米国年次改革要望書のポイント（医療分野）	44
参考文献	48

はじめに

社会保障費（国の一般会計予算ベース）は、2001年度から2006年度までの5年間で1.1兆円削減された。さらに2006年、経済財政諮問会議の「基本方針2006」が「今後5年間においても改革努力を継続する」とした。「基本方針2006」には「機械的に5年間均等に歳出削減を行うことを想定したものではない」と明記されたが、財務省のシーリング（一般歳出の概算要求基準の考え方）により、年2,200億円の機械的削減が強いられている。

2001年度以降、救急車で搬送できるところがない、分娩できるところがない、高齢者が長期入院できるところがないといった問題が表面化した。病床閉鎖や診療科の休止が相次ぎ、国民皆保険の基本であるフリーアクセスも揺らぎつつある。

これらの問題が構造改革の結果であるかどうかは明らかではないが、まずは、構造改革がスタートしてから今日まで、日本、そして日本の医療に何が起きたのかを整理してみたい。

なお、構造改革とは何か明確な定義はないが、ここでは、おおむね経済財政諮問会議の「基本方針」にもとづいて進められた（あるいは進められようとした）改革と定義する。

1. 勝者にチャンスを与えるための構造改革

経済財政諮問会議と総合規制改革会議（当時）

経済財政諮問会議は、内閣府設置法（1999年）に基づき、森内閣時代の2001年1月に設置された。総合規制改革会議は、規制改革委員会（1998年に行政改革推進本部に設置。1999年4月に規制緩和委員会から名称変更）を前身として、2001年4月1日に設置された。すべてのお膳立てが整った2001年4月26日、小泉純一郎が第87代内閣総理大臣に就任した。

2001年6月、経済財政諮問会議が「今後の経済財政運営及び経済社会の構造改革に関する基本方針」（以下、基本方針2001）を発表した。「基本方針」の目的は経済再建にあり、規制緩和委員会を前身とする総合規制改革会議（当時）の目的は市場開放にあった。別々の路線のように見えるが、市場原理主義の思想が流れていたという点では共通している。

まず「基本方針2001」の前文の一部を抜粋する（下線は筆者）。

「グローバル化した時代における経済成長の源泉は、労働力人口だけでなく、「知識／知恵」である。「知識／知恵」は、技術革新と「創造的破壊」を通して、効率性の低い部門から効率性や社会的ニーズの高い成長部門へヒトと資本を移動することにより、経済成長を生み出す。資源の移動は、「市場」と「競争」を通じて進んでいく。市場の障害物や成長を抑制するものを取り除く。そして、知恵を出し、努力をした者が報われる社会を作る。」

格差社会を象徴する表現として、後に「勝ち組」という用語が広まったが、すでに「基本方針2001」の前文に「勝ち組」重視の姿勢がうかがえる。

つづく「基本方針2002」（2002年6月）も、「産業競争力は、90年代初と比べて大幅に低下した。その原因は、（中略）平等主義、年功序列といった硬直的な仕組みや慣習の中で個性や能力のある人材を十分に活かしきれていないことにある」と述べ、個人が競争を通じて勝ち抜いていく社会を目指した。

総合規制改革会議（当時）が2001年12月にまとめた「規制改革の推進に関する第1次答申」にも、「自由な環境の下でビジネスチャンスを拡大し、社会全体としての生産要素の最適配分を実現することによって、経済を活性化する」とあり、自由な競争を称えるニュアンスである。

経済財政諮問会議も、総合規制改革会議も、「勝ち組」に資源を集中すれば、市場が拡大し、経済が成長するという論理である。しかし、経済成長の実現により、所得再分配を進めようとするものではない。市場の競争にまかせて「勝ち組」のさらなる勝利、競争に耐えうる企業や個人の利益の最大化を目指したものである。

大企業の論理

経済財政諮問会議は、内閣総理大臣の下、内閣官房長官、経済財政政策担当大臣、内閣総理大臣が指名する大臣のほか、経済又は財政に関する政策について優れた識見を有する者（民間有識者議員）などで構成される¹。発足時からの民間有識者議員を振り返ってみると、ウシオ電機会長、トヨタ自動車会長、キャノン会長、伊藤忠商事会長、新日鉄会長の名が連なる。トヨタ自動車は会長2代にわたって議員を務めた。

また2001年以降の8年間のうち6年間では、民間有識者議員が日本経団連の会長を務めていた。2007年1月に設置された規制改革会議の議長も、2008年5月まで日本経団連の副会長であった。日本経団連の会員は主として上場企業であり、大企業の論理で改革が進められたことは想像に難くない。

アメリカの後押し

構造改革、規制改革の背景には米国の「年次改革要望書」があるとの指摘がある。

日米双方は、規制改革及び競争政策イニシアティブとして、2001年から要望書の交換を行っている（日本も要望書を提出している）。2001年の米国側の要望書を見ると、「日本政府は、経済の構造改革と規制改革の推進に当たって競争と市場原理を尊重することが求められる」とあり、医療にも市場競争原理の導入²を求めた。

さらに2002年の要望書では、「小泉総理大臣が国会で表明した「聖域なき構造改革」を断行するとの公約や、「あらゆる分野において規制改革を大胆に進める」

¹ 内閣府設置法第22条

² Healthcare System Reform: Introduce competitive market forces and pursue structural reform in order to improve Japan's, healthcare system, including increasing the level of medical information available to the public and expanding the roles of private companies in hospitals and nursing care facilities.
米国の「年次改革要望書」は、駐日米国大使館のホームページに掲載されている。

との決意に勇気づけられている」とのエールも送られた。

ただし、公開されている文書で、日本が米国の要望に従って構造改革を進めたことを認めるものは何もない。

2. 日本の借金はなぜ増えたか

国の借金はすべて社会保障費のためか

「基本方針」は、政府の借金が巨額であるため、基礎的財政収支（プライマリーバランス）を黒字化しなければならない³、そのため聖域なく歳出改革を行うと述べた。構造改革の真の狙いは、「勝ち組」をより勝たせることにあったが、それでは国民が納得しないので、国の借金を名目にしたのである。

国の借金（国債、借入金、政府短期証券）は、2008年度末の見込みで889.4兆円である。財務省は、「近年では高齢化の進行等に伴う社会保障関係費の増加が主要因」であるという⁴。

確かに、社会保障費が増加をつづけているのに対し、公共事業費は1993年以降、減少している（図2-1）。しかし借金の残高は「近年」の変化だけでは説明できない。過去からの積み重ねの結果である。

国の借金の構成比は、2008年度末（見込み）で、建設国債26.5%、財投債14.9%、旧国鉄や日本高速道路保有・債務返済機構の承継国債等2.6%である（図2-2）。財政投融资はかなりの部分が「ハコモノ」の整備につかわれてきたので、これら3つを公共事業グループとしてみよう。公共事業グループの借金の残高は今も44.0%である。一方、社会保障費などが不足した場合には特例国債⁵（いわゆる赤字国債）を発行するが、その残高は32.8%であり、公共事業グループの借金よりも少ない。

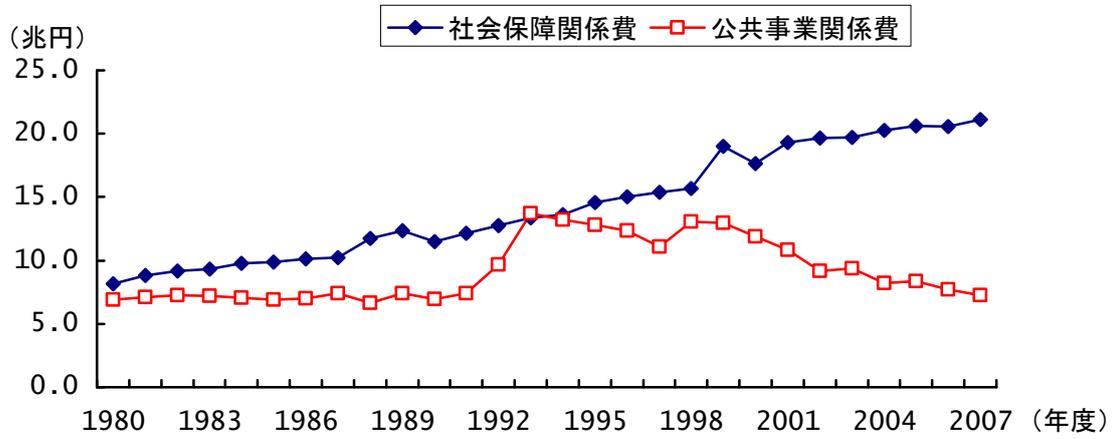
公共事業費が抑制されているにもかかわらず、なぜ公共事業関係の借金が残っているのだろうか。それは日本の国債が「60年償還ルール」を採用しているためである。ただし60年償還というと買い手がつかないので、市中では、5年もの、10年ものなどの国債を発行する。そして60年かけて、段階的に一部を現金で償還し、残りは借換債の発行を繰り返して資金を調達する。つまり現在の借金残高は60年前の借金を引きずっているのである。

³ 「基本方針2001」28頁ほか

⁴ 財務省「日本の財政を考える」2008年9月

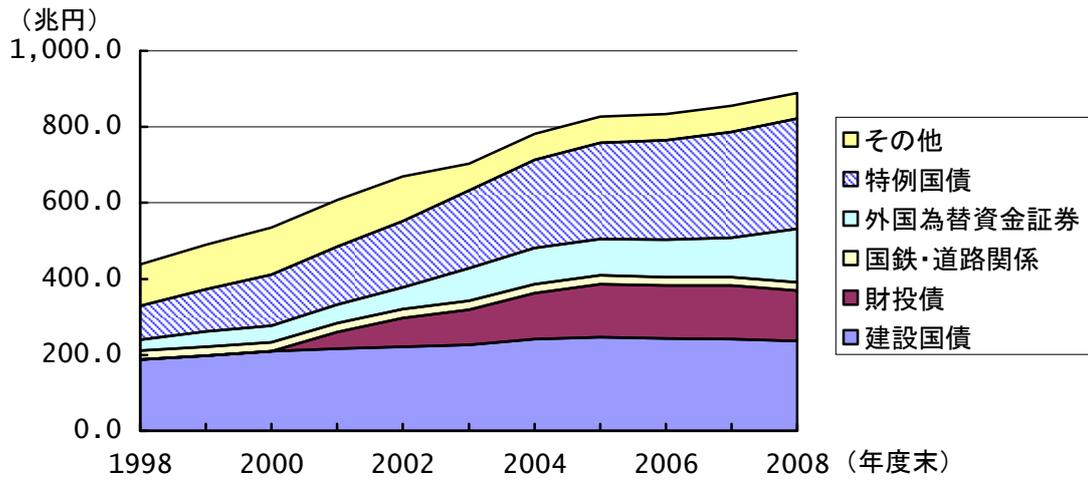
⁵ 財政法は公共事業目的以外の国債発行を認めていない。財政法第4条「国の歳出は、公債又は借入金以外の歳入を以て、その財源としなければならない。但し、公共事業費、出資金及び貸付金の財源については、国会の議決を経た金額の範囲内で、公債を発行し又は借入金をなすことができる。」そのため毎年、特例法を制定して赤字国債を発行している。「平成19年度における財政運営のための公債の発行の特例等に関する法律」など。

図2-1 一般会計における社会保障費および公共事業費の推移



*出所: 国の決算書

図2-2 国の借金の残高推移



*出所: 財務省「最近10年間の年度末の国債・借入金残高の種類別内訳の推移」

日本の社会保障費と公共事業費

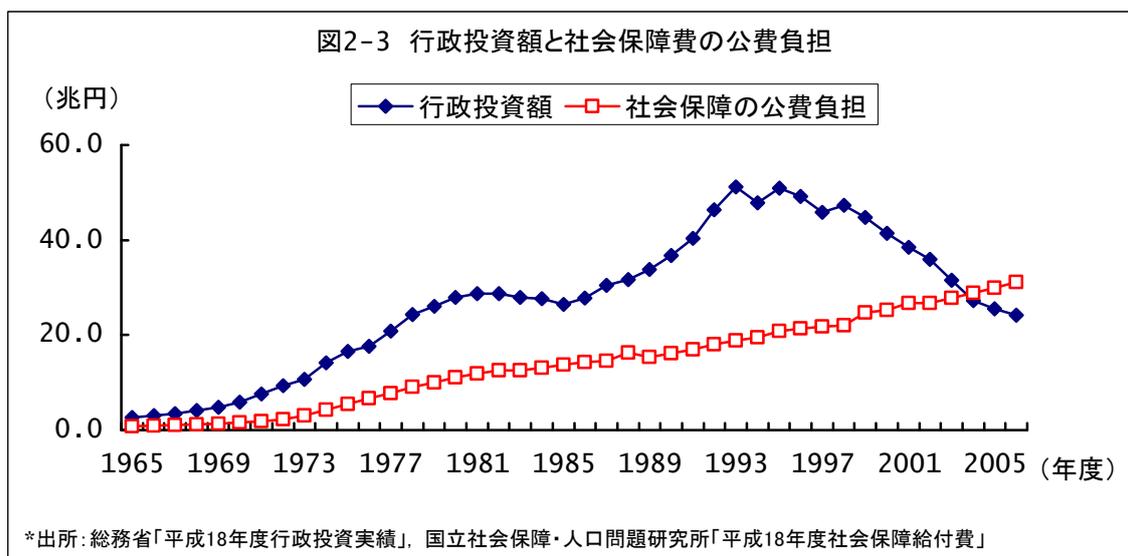
国の歳出、国の借金について述べたが、地方もあわせて日本全体での社会保障費、公共事業費を確認しておく。

社会保障費については、国が健康保険、介護保険、基礎年金、生活保護、社会福祉等の一部を負担するほか、地方も健康保険（国民健康保険、後期高齢者医療制度）および介護保険の一部、民生費（生活保護、福祉）等を負担する。

公共事業費については、総務省「行政投資実績」に、国および地方の公共事業関係投資（整備事業費（含用地費）、施設の維持補修費（含人件費）、計画調査費）が示されている。

前述したように国の歳出ベースで見ると、長期的に社会保障費が公共事業費を上回っているが、日本全体で見ると、社会保障費の公費負担が行政投資を上回るようになったのは、数年前のことである（図2-3）。

国の2009年度一般会計当初予算の歳出内訳は、社会保障関係費が28.0%⁶、公共事業関係費が8.0%、地方交付税が18.7%である。このうち地方交付税は使途の制限が禁止されている⁷。したがって、地方交付税が地方の公共事業に使われている可能性も、地方の社会保障に使われている可能性もある。そういう意味で、地方も含めた社会保障費、公共事業費の動向に引き続き注意する必要がある。



⁶ 国の一般歳出（歳出から国債と地方交付税を除く）に対しては、社会保障関係費は48.0%

⁷ 地方交付税法第3条2「国は、交付税の交付に当つては、地方自治の本旨を尊重し、条件をつけ、又はその使途を制限してはならない。」

米国債購入のための借金も増えてきた

借金のうち、外国為替資金証券にも注目しておきたい。政府は、外国為替資金証券（以下、外為券）という国債の一種を発行して円を調達し、円売りドル買い介入を行ってきた（円売りドル買いは2004年3月を最後に行われていない）。そして、そのドルで米国債を購入した。外為券を償還するには円が必要であるが、ドル売り円買いを行うと円高になってしまう。そこで、さらに外為券を発行して円を調達した。

外国為替資金証券残高は、2002年度末には56.5兆円であったが、2008年度末には140.0兆円になり、83.5兆円増加した。この間の特例国債（いわゆる赤字国債）残高の増加額は116.3兆円であり、これと比べると、外為券の増加額は決して小さくない。借金の増加要因は、歳出の増大だけではなく金融政策にもある。

日本銀行が借金の受け皿になっている

日本の国債の特徴は、海外の保有率が低いことにある（図2-4）。日本の国債の海外保有率は8.3%（2007年度末）であるが、米国債の海外保有率は28.8%（2008年末）⁸である。日本で、今すぐ海外からの取り付け騒ぎが起きるわけではない。

日本の国債のうち、政府等が13.2%、日本銀行が9.2%を保有する。財政法は日本銀行の新規国債の引き受けを禁止しているが⁹、日本銀行は資金供給を理由に、市中銀行が保有する国債を買い入れているのである。

2001年3月、日本銀行は量的緩和に踏み切った（量的緩和は2006年3月に終了）。日本銀行は、市中銀行から国債を買い入れて市中に資金を供給したが、銀行は企業への貸し出しを増やしたわけではない。それどころか、貸し剥がしを行った。そして手元の資金でさらに国債を購入し、その国債をまた日本銀行が引き受けた¹⁰。

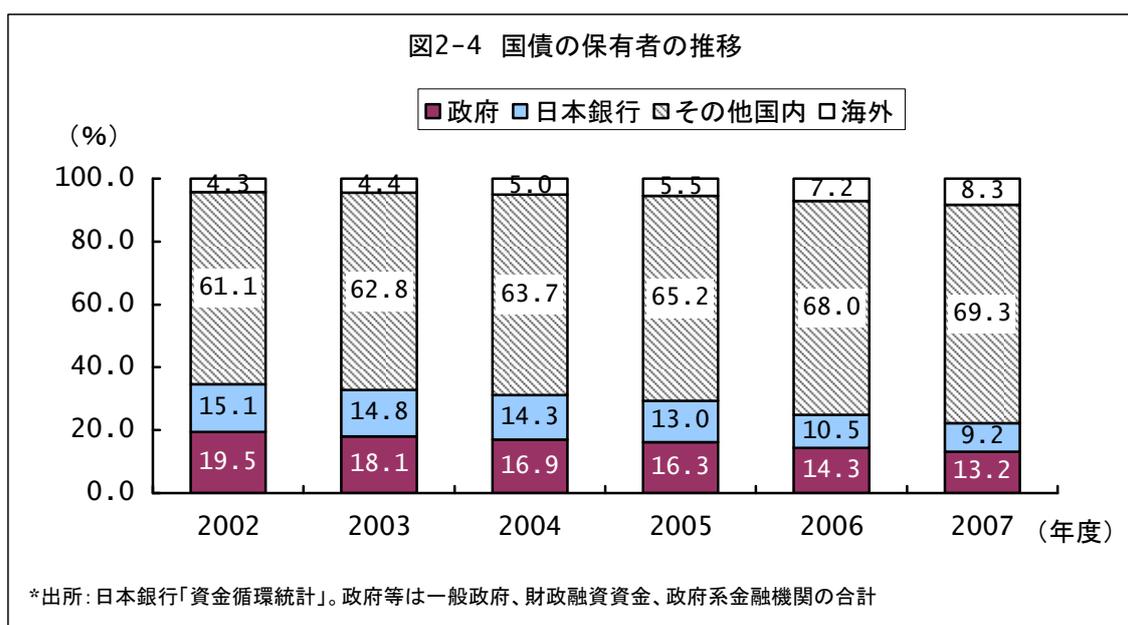
⁸ 2008年12月現在、米国債（米国財務省証券）残高10兆6,998億ドル、海外保有残高3兆769億ドル（28.8%）、このうち中国が23.6%（米国債全体に対しては6.8%）、日本が20.3%（同5.9%）を保有。
米国債残高“MONTHLY STATEMENT OF THE PUBLIC DEBT OF THE UNITED STATES”
海外の保有内訳“MAJOR FOREIGN HOLDERS OF TREASURY SECURITIES” U.S. Department of the Treasury

⁹ 財政法第5条「すべて、公債の発行については、日本銀行にこれを引き受けさせ、又、借入金の借入については、日本銀行からこれを借り入れてはならない。但し、特別の事由がある場合において、国会の議決を経た金額の範囲内では、この限りでない。」

¹⁰ 前田由美子（2006）「日本の借金はなぜ増えたか」日医総研ワーキングペーパーNo.133, 7-10頁

日本で国債が発行されてきたのは、止むに止まれずというよりも、日本銀行という引き受け手がいたからこそではないか。

政府も日本銀行も、さらに国内の金融機関もいわば身内である。これに関して、神野らは「基本的には利払いに専念し、政府債務の元金は、返済可能な時にしか返済しない」¹¹ことを提言している。



¹¹ 神野直彦・井出英策 (2006) 『希望の構想』岩波書店, 250 頁
日本では、政府所有の金融資産も大きく、「金融資産などの政府資産と政府債務を適切に管理することが重要」と述べられている。

3. 生きにくくなった日本

奪われた雇用

「基本方針 2001」は、成長分野が拡大し労働移動が円滑に行われれば、5年間で530万人の雇用が創出される（5年間雇用創出プログラム）とした。さらに「基本方針 2003」はそのための具体的な施策として、医療分野では、医療の情報化の推進（電子カルテ・電子レセプトの普及等）、患者の選択の幅の拡大（特定療養費制度の見直し）を挙げた。見てのとおり医療そのものではなく、医療周辺市場での雇用拡大が狙いであった。

2001年12月には、総合規制改革会議が、雇用機会の拡大を図るため、製造業への派遣禁止撤廃を見直すべきであると答申し¹²、2004年3月、物の製造（製造業）への労働者の派遣が解禁された。その後、企業がどういう形で雇うかという選択肢は広がったが、雇用は拡大しなかった。

完全失業率は、2002年の5.4%をピークに2007年には3.9%に低下した。しかし、1990年代前半までの3%を下回る水準には戻ってはいない（図3-1）。ちなみに1990年代後半に失業率が上昇したことについて、中谷は過去に「労働者は気に入った仕事に就きたいという気持ちが強まり、いわゆる「自発的失業」が増えた」¹³と説明していた。

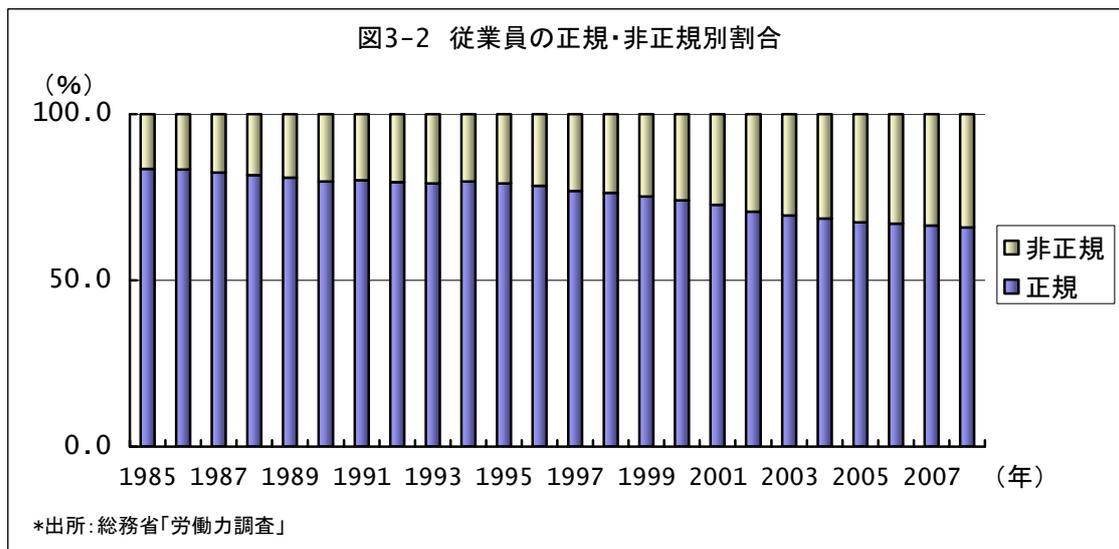
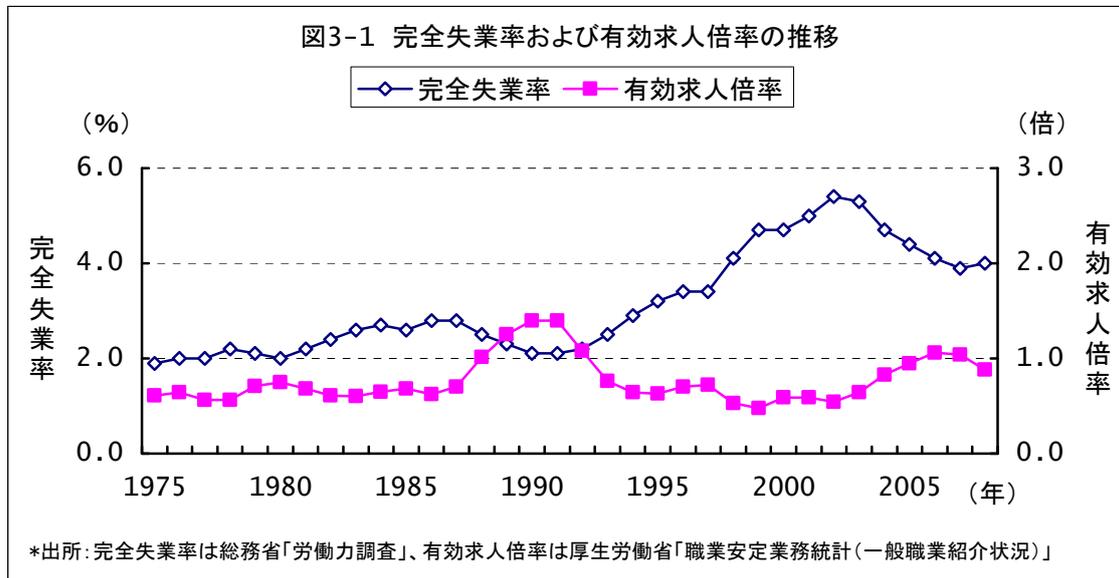
2002年の労働力人口は6,689万人であり、2002年から2007年にかけて完全失業率が1.5ポイント改善したので、新たに100万人（6,689万人×1.5%）の雇用を創出したという計算をしてみても、「530万人雇用創出」にはほど遠い。そして2009年2月には、完全失業率は4.4%（季節調整値）に上昇した。2009年2月には、2006年、2007年に1倍を超えていた有効求人倍率も0.59倍（季節調整値）になった。

非正規社員も増加した。非正規社員の割合は2002年まで3割未満であったが、2008年（年平均）には34.1%になった（図3-2）。2008年10～12月期の非正規

¹² 2002年12月には、労働政策審議会が「経済・産業構造の転換や国際化が進展する中、相手先企業からの発注に迅速に対応するため、日々変動する業務量に応じ、労働力需要に迅速かつ的確に対応することへのニーズは製造業を中心に一層高まっている」とし、製造業を派遣対象として適用することを織り込んだ建議をまとめている。「職業紹介事業、労働者派遣事業制度等の改正について」2002年12月26日

¹³ 中谷巖（2007）『入門マクロ経済学 第5版』日本評論社、9頁

社員の割合は 34.6% であり、いまや 2.9 人に 1 人が非正規社員である。

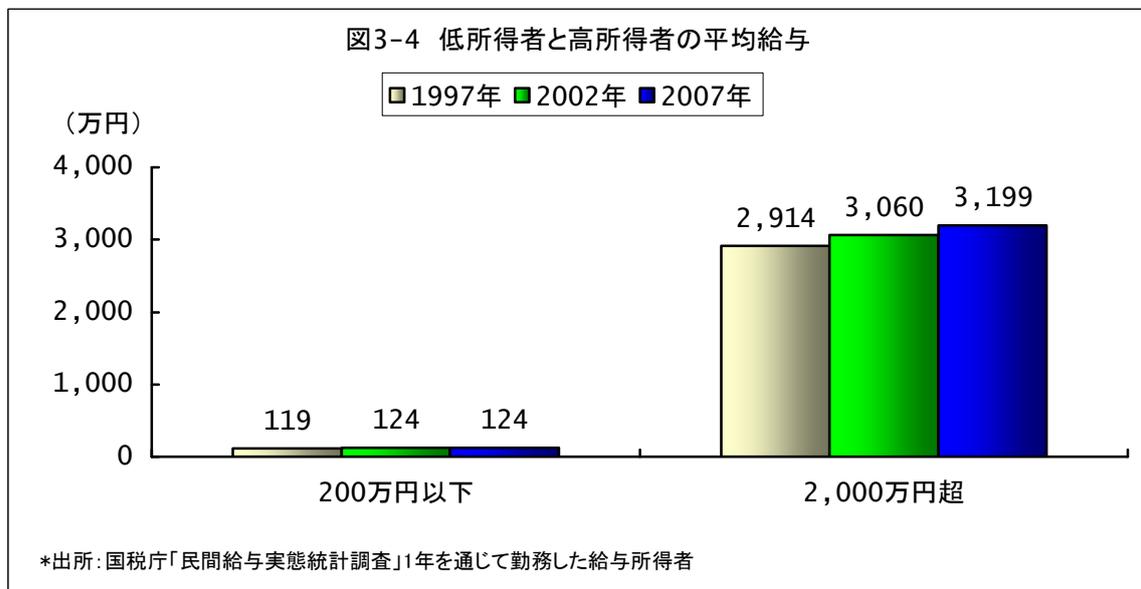
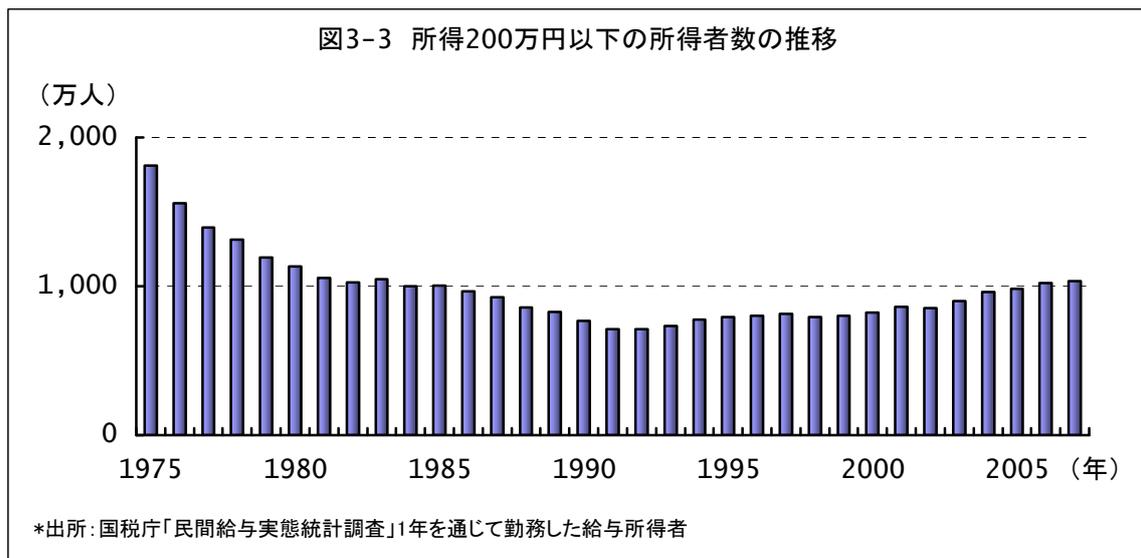


拡大する所得格差

低所得者数も増加した。2006 年には給与所得 200 万円以下の所得者が 1,000 万人を超え、2007 年には 1,032 万人 (22.7%) になった (図 3-3)。それ以前に、1,000 万人以上であったのは 1985 年であるが、その時の物価は今より 1 割から 2 割近く

も低かったから比較にはならない¹⁴。

また、低所得者の平均給与は2002年には124万円であり、5年後の2007年も124万円と横ばいである(図3-4)。ところが給与所得2,000万円超の平均は、2002年には3,060万円であったが、2007年には3,199万円になり、5年間で4.5%上昇した。

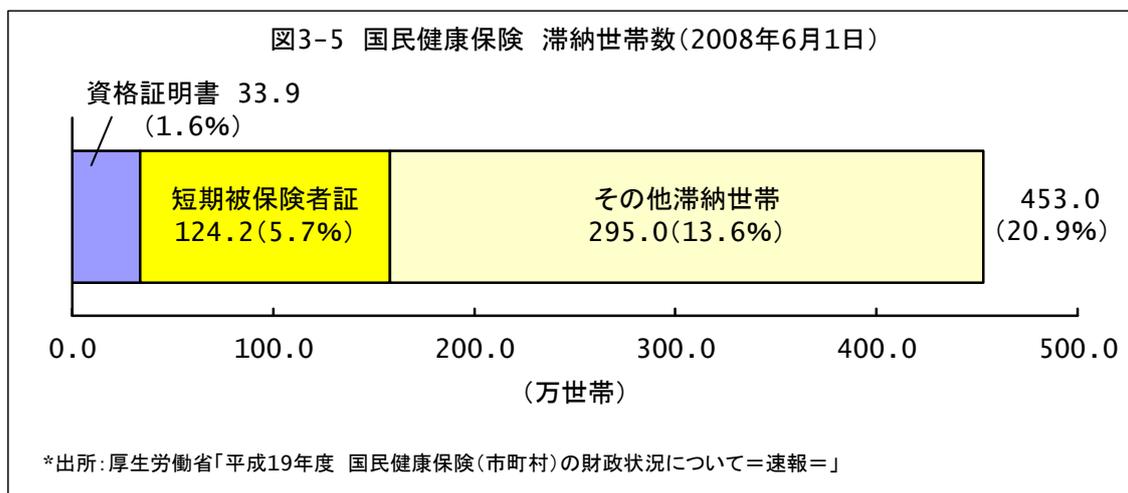


¹⁴ 消費者物価指数は2005年を100として、1985年平均88.1、2008年平均101.7。100以上で推移するようになったのは、1993年から。

健康保険料も払えない

保険料を支払えない人もいる。厚生労働省によると、2008年6月1日時点では、国民健康保険の保険料を1年以上滞納して、保険証ではなく資格証明書（医療機関の窓口でいったん全額を支払わなければならない）を受けている世帯が34万世帯、保険料の未納があり短期保険証（短期間で更新が必要）を受けている世帯が124万世帯¹⁵、計158万世帯である（図3-5）。

1世帯当たり人員は平均2.4人（後期高齢者医療制度が適用される75歳以上を除く）¹⁶であるので、ここから仮に計算すると、2008年6月1日に推計380万人が本来の国民健康保険証を持っていなかったことになる。



¹⁵ 厚生労働省「平成19年度 国民健康保険(市町村)の財政状況について=速報=」2009年1月

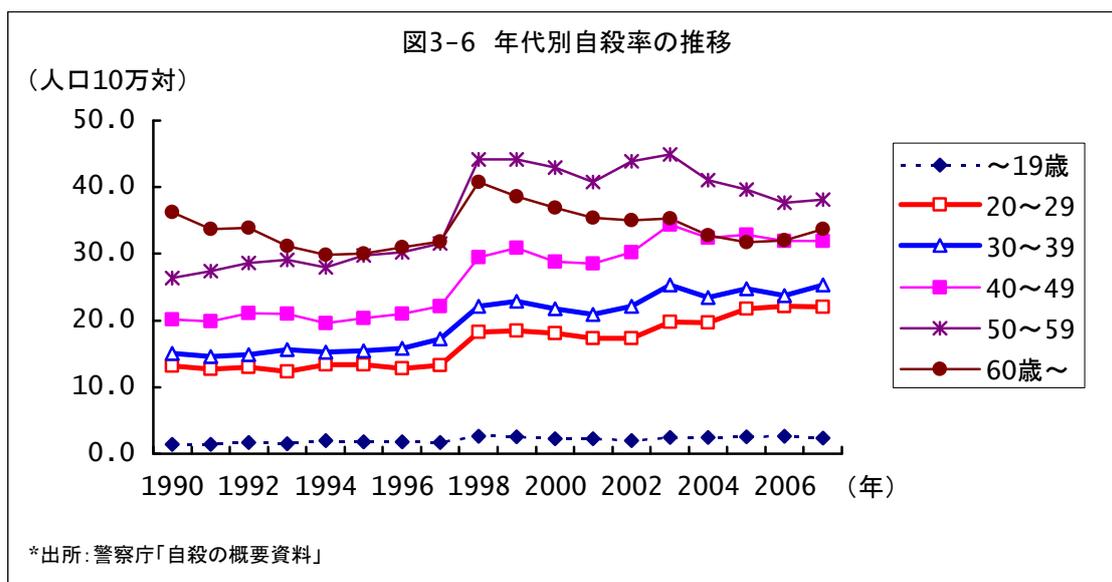
¹⁶ 総務省「平成17年国勢調査」(一般世帯の世帯人員12,497万人-75歳以上の世帯人員1,048万人)÷(世帯数4,906万世帯-75歳以上の単独世帯197万世帯)

働きざかりの世代の自殺の増加

1998年以降、自殺者は3万人を超えており、2007年の自殺者は3万3,093人であった。自殺は50歳代、60歳代が多かったが、いま、働き盛りの世代の自殺が増えている（図3-6）。

自殺原因のトップは、20歳代以上のすべての年代で「健康問題」である（10代は学校問題）。20歳代で「健康問題」を理由とする自殺者は、2003年には29.2%であったが、2006年には37.2%になった¹⁷。30歳代でも、2005年に「健康問題」が「経済・生活問題」を上回った。

1998年に自殺率が急増した背景については、内閣府が「社会経済的変動が働き盛りの世代の男性に対し強く影響」¹⁸したのではないかと分析しているが、明確な結論は得ていない。

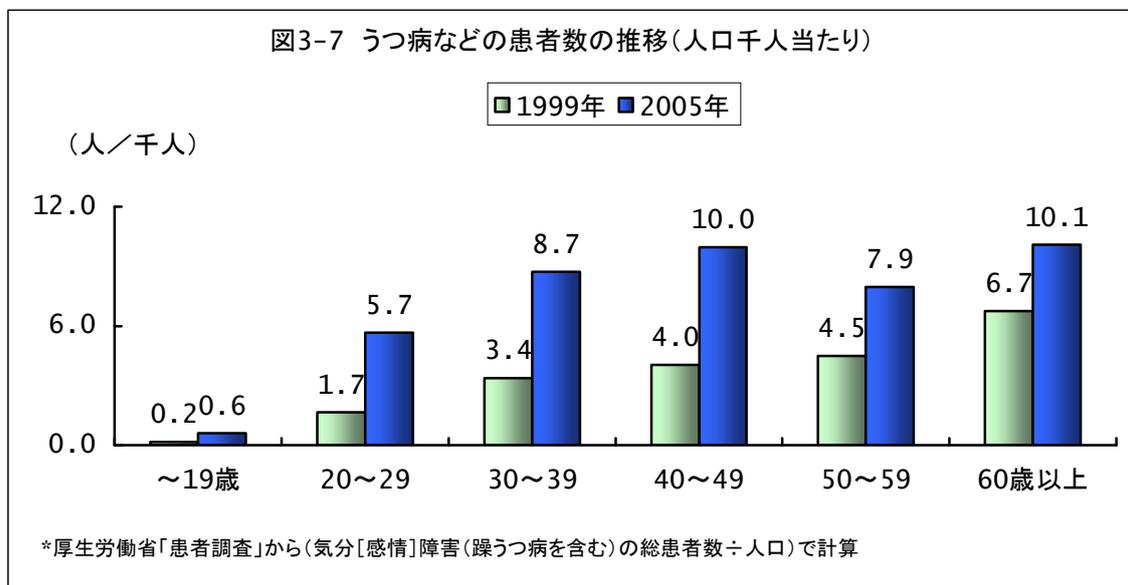


¹⁷ 2006年までは理由を1つに特定してカウント、2007年以降、理由は3つまでカウントされている。2007年の自殺理由は、20歳代では「健康問題」42.7%、「経済・生活問題」13.5%ほか、30歳代では「健康問題」40.9%、「経済・生活問題」22.3%ほか。

¹⁸ 内閣府「平成19年版自殺対策白書」。この中で「自殺の経済社会的要因に関する調査研究報告書」（2006年3月京都大学）の一部を引用し、「平成9年から10年にかけて、経営状態が悪くなった金融機関による「貸し渋り・貸し剥し」が多くの中⼩零細企業の破綻の引き金になったことが自営者の自殺の増加に大きく影響していると見られる」といった推察も示している。

若年層の自殺の増加には、うつ病の増加も関係していると考えられる。気分（感情）障害（以下、うつ病等）の患者数は、1999年から2005年にかけて20歳代で3.4倍、30歳代で2.6倍に増えた（図3-7）。

働き盛りの世代で「健康問題」を原因とした自殺、うつ病等が増加していることの根源には、雇用不安、生活不安がある。経済的保障がなければ、安心して受診することはできない。たとえ受診しても、治療に時間がかかると診断されれば、先々の医療費負担が重くのしかかり、さらに生活が追い詰められるか、治療をあきらめるしかない。



経済成長でも取り残された

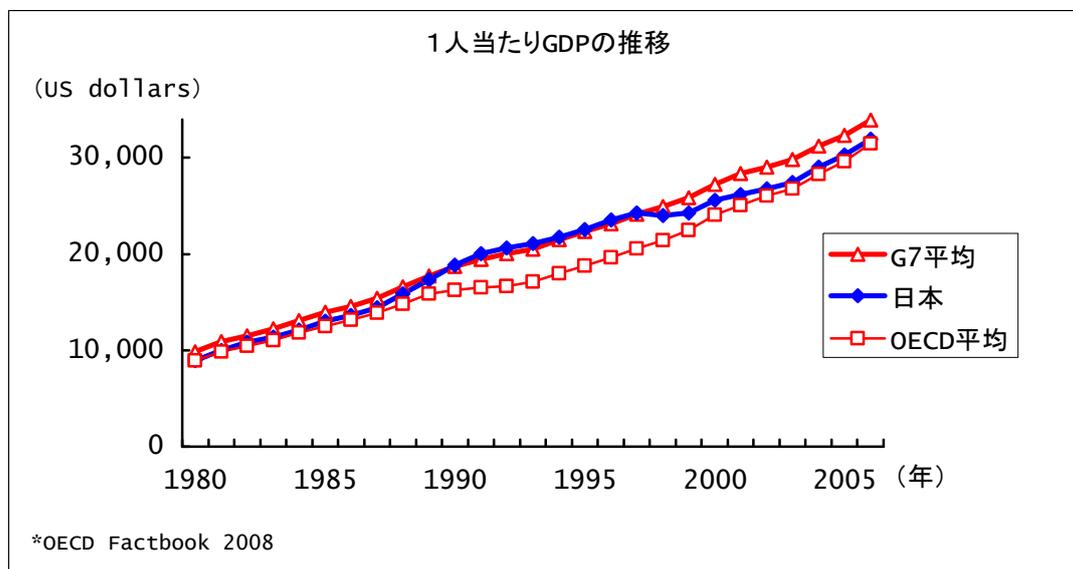
市場原理主義を唱える人たちは、自分たちだけが生き残れば良いと思っけていても、表向きは、みんなで経済成長の恩恵を享受できるかのように言ってきた。ところがこれも否定された。

日本の1人当たりGDPは、1980年にOECD平均を超えた後、OECD平均を引き離し、1990年にはG7平均も上回った(図3-8)。しかし1998年にはG7平均を下回り、最近ではOECD平均に近づきつつある。

1人当たりGDPの順位はもっと下がった。日本の1人当たりGDPは、OECD加盟国中6位のこともあったが、構造改革スタート時の2001年以降、ほとんど浮上することなく、2006年には30か国中17位である。

経済が成長するどころか、経済は萎縮している。市場原理主義の思想が変わらない限り、今後も望みはないだろう。現実を反省し、頭を切り替えるべき時期である。

図3-8 1人当たりGDPの推移とOECD加盟国中での日本の順位



US dollars, current prices and PPPs

	1992年	1994年	1996年	1998年	2000年	2002年	2004年	2006年
日本	20,659	21,739	23,571	23,985	25,593	26,814	29,037	31,919
順位	6	10	8	15	16	18	17	17
OECD平均	16,679	17,991	19,620	21,409	24,102	26,077	28,320	31,516
G7平均	20,037	21,479	23,160	24,966	27,271	29,049	31,203	33,912

4. 医療における市場原理主義

医療費抑制の本質

医療分野では、市場原理主義の下、医療費が抑制されてきた。「基本方針 2001」の前文にあるように、非効率といわれている部分を効率化して、新たな市場に資源を移動し、ビジネスチャンスを生み出すためである。ここでいう医療費とは、公費支出のことであって、私的な医療費を制限するものではない。

2003年2月には、総合規制改革会議が「規制改革推進のためのアクションプラン」をまとめ、株式会社等による医療機関経営の解禁、保険診療と保険外診療の併用の拡大（いわゆる混合診療の解禁）を求めた。「基本方針 2005」（2005年6月）は医療費適正化という名の医療費抑制を指示し、2008年4月に、平均在院日数の短縮化、療養病床の削減を含む医療費適正化計画が施行された。

これらの施策の根底にも市場原理主義があると考えるとわかりやすい。平均在院日数の短縮化や療養病床の削減は、在宅医療、介護市場を拡大させる。在宅医療では、食費、居住費がすべて、介護保険では利用限度額を超えるサービスがすべて自己負担になり、民間保険需要の喚起も期待される。

混合診療が解禁されれば、保険外診療の拡大にともない、やはり民間保険市場が拡大する（混合診療についてはあとで詳しく述べる）。

株式会社はどうであろうか。株式会社は、銀行融資に頼らざるを得ない医療法人とは異なり、配当を前提に資金を調達できる。では、どうすれば配当ができるようになるのか。大規模な先行投資を行い、周辺の医療機関を淘汰し、市場を寡占化する。その後、保険診療を行わず、「勝ち組」患者のためだけの医療を提供すれば、「勝ち組」医療機関になることができる—そういう幻想が描かれた。

市場競争の中で信頼を失った民間保険

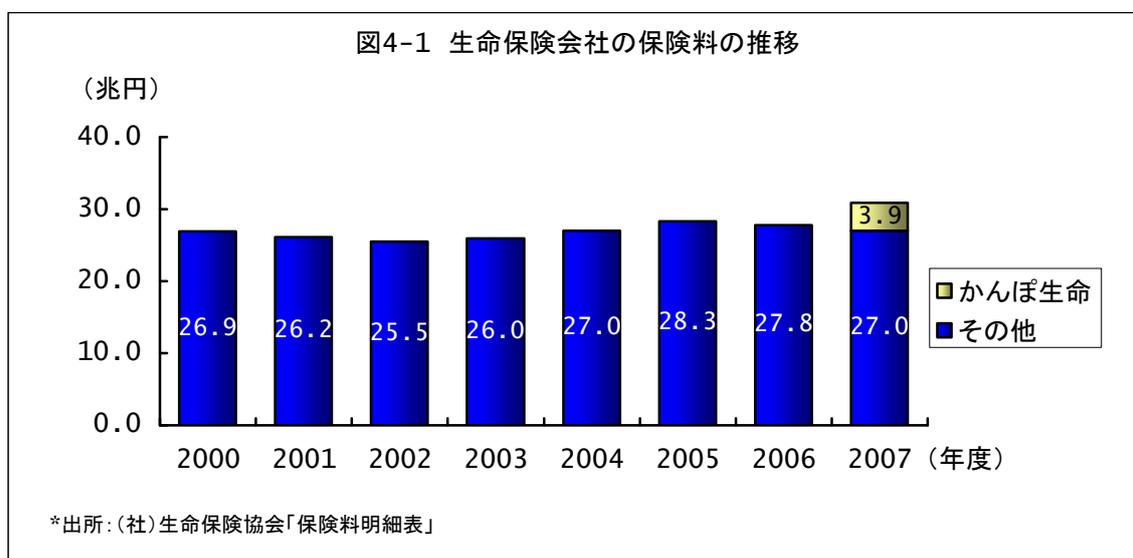
医療費抑制は、民間保険会社にとって市場拡大の好機になるはずであった。

民間生命保険会社の保険料収入は、2000年度から2002年度にかけて少し縮小した後、2005年まで堅調に増加した（図4-1）。2007年10月には、構造改革の下で決まった郵政民営化により、「株式会社かんぽ生命保険」が誕生した。民間保険

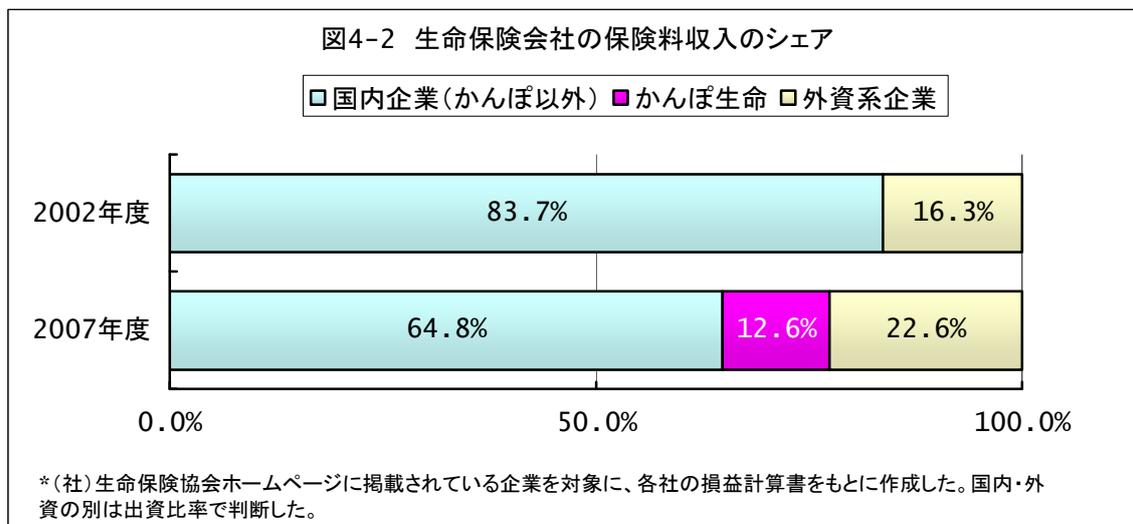
会社の市場は、2002年度から2007年度にかけて、「かんぽ生命」参入分を除いて1.06倍、「かんぽ生命」を含めると1.21倍に拡大した。しかし市場を獲得したのは外資系企業だけである。外資系企業のシェアは、2002年度には16.3%であったが、2007年度には22.6%になった（図4-2）。

そしてこの間、国内の企業も含めて保険金の不払い問題が発覚した。金融庁の調査¹⁹によれば、生命保険会社37社で、2001年から2005年までの5年間に、約135万件、約973億円の不払いが明らかになった。入院給付金は支払ったが、三大疾病（がん、急性心筋梗塞、脳卒中）の保険金請求が可能であることを案内しておらず、三大疾病保険金を支払っていなかった事例などが報告されている。

これらは売上至上主義の遺産である。民間保険会社への不信感は容易に払拭されず、顧客は保険商品を吟味するようになる。その結果、民間保険市場そのものが縮小するか、保険会社が薄利多売型商品から保険料の高い高額商品にシフトする。いずれにせよ民間保険は、低所得者の手が届かないものになる。



¹⁹ 金融庁「生命保険会社の保険金等の支払状況に係る実態把握の結果について」2008年7月



受けられる医療の格差をもたらす混合診療

日本では、健康保険法の下、一部負担金を支払えば、医師の診察や薬剤の支給、処置、手術などの療養の給付を受けることができる（健康保険法第63条）。

このほか、高度な医療技術であって、保険給付すべきかどうか有効性、安全性を評価すべき療養を「評価療養」、差額ベッドなど患者の選択によるものを「選定療養」という。いずれも全額自己負担になるが、保険外併用療養費が支払われるので（同法87条）、差額ベッドなら差額ベッド代だけ負担すれば良い。「評価療養」は、いずれ公的保険に導入される可能性もある。

ところで健康保険法には、何が療養の給付かが具体的に示されていない。ただし、保険医療機関及び保険医療養担当規則（療担規則）に、「保険医は、特殊な療法又は新しい療法等については、厚生労働大臣の定めるもののほか行ってはならない」とある。さらに、療養の給付に要する費用は厚生労働大臣が定めるところにより算定することとなっており、そのために「診療報酬の算定方法」（最近のものでは平成20年厚生労働省告示第59号）がある。医薬品も同様に、「使用薬剤の薬価（薬価基準）」（平成20年厚生労働省告示第60号）があり、これらに収載されていない診療や薬剤の保険給付は行えないという解釈になる。

保険給付として定められていない診察等であっても、自由診療として自己負担で受けることができる。問題は、保険診療と自由診療が混在する場合である。厚生労働

働省は不可分一体であるとして、もともとの保険診療部分への給付を認めておらず、すべて自己負担になる。

2007年11月、東京地裁が、現状の法律では、自由診療が療養の給付を受けられないと解釈することはできないとの判決を示した²⁰。同時に東京地裁は、「このような法解釈の問題と、差額徴収制度による弊害への対応や混合診療全体の在り方等の問題とは、次元の異なる問題であることは言うまでもない」とも述べた。

こういった法解釈上の問題があることを認識した上で、以下、混合診療の問題点を整理してみたい。

2003年7月、総合規制改革会議（当時）が混合診療の解禁（保険診療と保険外診療の併用）を求めた²¹。「患者がこれまで全額自己負担しなけりならなかつた高額な高度・先端的医療が、一定の公的保険による手当ての下で受けられるようになるため、「金持ち優遇」どころか、むしろ逆に、受診機会の裾野を拡大し、国民間の所得格差に基づく不公平感は是正される」という。さらに2004年8月には、規制改革・民間開放推進会議（当時）が混合診療の「全面」解禁を求めた²²。

厚生労働省は、安全性の確認できない治療が保険給付と併せて提供されることになれば、公的医療保険制度に対する期待と信頼が損なわれると主張したが、規制改革・民間開放推進会議（当時）は「そのような裏づけのない危険かつ有害な治療を行う医師の取締りこそ」が本来求められると反論した²³。

第一の論点は、医療の安全性が事後検証でよいのかという点である。2002年、総合規制改革会議（当時）は、「規制改革の基本理念は、「事前規制」から「事後監視・監督」への移行を図ることにある」と述べた²⁴。そのために、情報公開を進め、医療等専門性の高い分野においては、同業者が評価を行うとした。確かに事後チェックで安全性が否定されれば、その医療はやがて淘汰されるだろう。しかし、医療の安全性は生死にかかわる。安全ではないことがわかってから、つまり被害者が出

²⁰ 東京地裁「平成18年（行ウ）第124号 健康保険受給権確認請求事件」2007年11月7日判決言渡

²¹ 総合規制改革会議「「規制改革推進のためのアクションプラン・12の重点検討事項」に関する答申」2003年7月

²² 規制改革・民間開放推進会議「中間とりまとめ—官製市場の民間開放による「民主導の経済社会の実現」—」2004年8月

²³ 規制改革・民間開放推進会議「規制改革・民間開放の推進に関する第1次答申—官製市場の民間開放による「民主導の経済社会の実現」—」2004年12月

²⁴ 総合規制改革会議「規制改革の推進に関する第2次答申—経済活性化のために重点的に推進すべき規制改革—」2002年12月

てからでは遅いのである。

第二の論点は、国民の経済的負担が軽減されるのかという点である。混合診療が解禁されれば、保険診療の一部負担に「あと少し」（実際にはあと少しどころではない）追加すれば、保険外の診療を受けられる。しかし、3割を超える給与所得200万円以下の人たちは、「あと少し」が払えない。それどころか、低所得の人たちは、一般的な医療ですら受けられなくなるおそれもある。

国内未承認の医薬品（A）を使って治療をすると混合診療にあたり、超高所得者しか使えなかったとする。その後、安全性が確認され、医薬品（A）を使った治療は、保険で受けられるようになった。その後、医薬品（B）が登場した。そのときには混合診療が解禁されていた。ある程度の高所得者は、治療にかかわる費用の一部負担と、医薬品（B）の費用の全額を支払って、治療を受けることができた。しかし、国が医薬品（B）をきちんと評価し、公的保険に組み入れることはなかった。そうしないほうが、公的医療費支出が抑制されるからである。さらに後になって医薬品（C）が登場し、いまやかなり普及している。しかし公的保険には組み込まれていない。低所得者が保険で受けられるのは、ずいぶん昔に承認された医薬品（A）だけである。

高所得者の負担も小さくない。公的保険に組み入れないので、国が薬価（公的保険で給付する際に決められる価格）を決める必要もない。製薬メーカーが価格をあやつり、高価格の医薬品ばかりになるだろう。製薬メーカーは成長するかもしれないが、ますます一部の高所得者しか医薬品を使えなくなる。

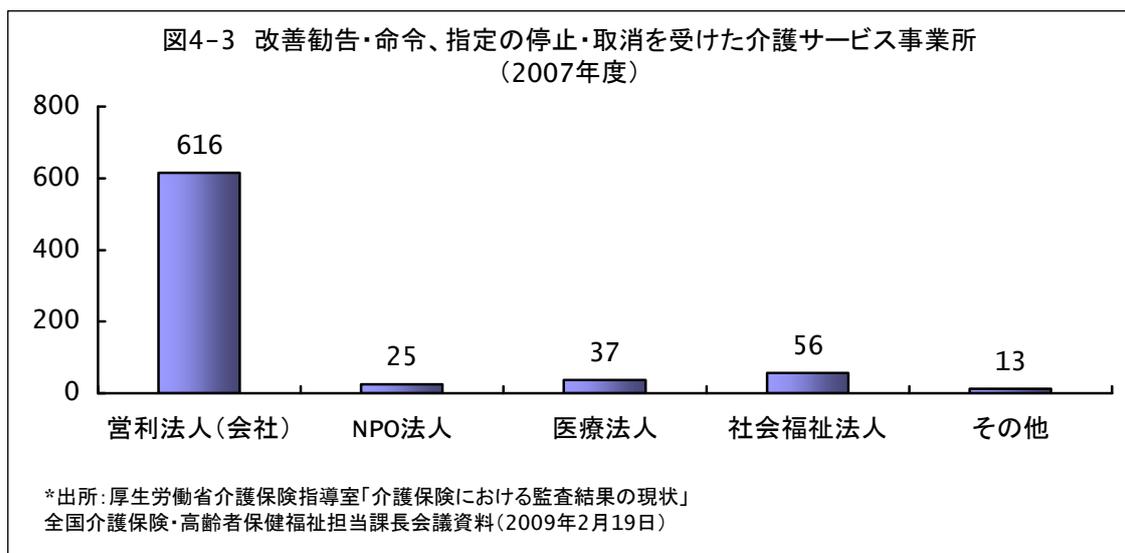
医療の質を削る株式会社

株式会社は配当が大前提である。「勝ち組」患者を囲い込み、価格を自由に設定すれば配当もできる。しかし、経営を維持できるほどには高所得者は多くない。保険診療も行うことになるが、保険収入は抑制されている。粗診粗療でコストを削るか、乱診乱療で荒稼ぎするしかない。利益が出ても配当が先である。医療の質を向上させるための投資は後手に回る。

すでに介護保険には株式会社が参入している。2007年現在、訪問看護事業所の

54.1%、通所介護事業所の 38.8%が会社立である²⁵。これに対し、2007 年度に改善勧告・命令、指定の停止・取消を受けた介護サービス事業所のうち、会社立の事業所は 8 割以上を占めていた（図 4-3）。

2006 年 6 月、厚生労働省は、不正請求を行っていた株式会社コムスンに対し、事業所の新規指定・更新を認めないとの通知を出した。このため同社は介護サービス事業から撤退し、複数の法人に事業を移行した。同社は業界大手であり、在宅系サービスだけで 1,000 以上の事業所を抱えていたため耳目を集めたが、株式会社は自らの都合で事業から撤退することもある。日医総研等が調査したところ、介護保険スタートから 4 年たった時点で、株式会社立の事業所の 4 件に 1 件が廃止または取消になっていた²⁶。株式会社は利益が見込めなければ、容易に撤退する。そうしなければ株主の利益に反する。サービスを持続的に提供しようという社会的使命は弱く、その結果、株式会社立事業所の利用者が切り捨てられることになる。



²⁵ 厚生労働省「平成 19 年介護サービス施設・事業所調査結果の概況」2009 年 1 月

²⁶ 日医総研、福岡県メディカルセンター保健・医療・福祉研究機構（2004）『介護サービス事業所の運営実態と拠点展開－「株式会社」を中心に－』日医総研ワーキングペーパーNo.101, 6 頁

市場原理に飲み込まれようとしている DPC

総合規制改革会議（当時）は、2001 年、包括払い方式の導入に向けて検討するよう求めた²⁷。

すでに 1998 年 11 月から 5 年間の予定で、国立病院等 10 病院で定額払い方式²⁸のモデル事業がスタートしていたが、2001 年 11 月、中央社会保険医療協議会は、特定機能病院（大学病院）に DPC を導入することで大筋合意した。

DPC（Diagnosis Procedure Combination）とは、診断群分類のことである。この分類に基づき診療報酬の一部が包括化されており、これを「DPC（診断群分類）による包括評価」という。最近では支払い方式も含めて「DPC」と呼ばれている。

2008 年 4 月現在、DPC 病院は 1,428 病院²⁹であり、一般病院 7,754（2008 年 3 月末）の 2 割近くに達している。

DPC について、厚生労働省は「良質な医療を効率的に提供していく観点から」³⁰ 導入を進めたと述べている。しかし、なぜ、支払い方式が医療を良質にするのかという説明はない。

これに対し、総合規制改革会議（当時）は、包括払い・定額払いにより「在院日数の短縮やコストの削減など、効率的な医療サービスを提供するインセンティブが働く」とし³¹、医療費削減が目的であることを明らかにしている。

DPC では、診断群分類によって支払い金額が一定である。そのため医療内容が画一化することはあるかもしれないが、全体が底上げし、厚生労働省が言うような「良質な医療」が提供される保障はまったくない。

それどころか、DPC は医療から患者を締め出すおそれがある。DPC 対象病院では、入院基本料、検査、画像診断、投薬、注射、医学管理料などが 1 日当たり包括評価（包括払い）によって一定の点数になっており、点数は在院日数によって段階的に引き下げられる。ある病院での個々の患者の在院日数が、DPC 病院の平均在院日数と同じであれば、平均点数しか得られない。そこで病院経営者は、在院日数

²⁷ 総合規制改革会議「規制改革推進 3 か年計画」2001 年 3 月

²⁸ 急性期入院医療に係る診断群別定額払い方式（DRG-PPS, Diagnosis Related Groups/Prospective Payment System）。DPC が 1 日当たり包括支払い方式であるのに対し、DRG-PPS は 1 入院当たり。

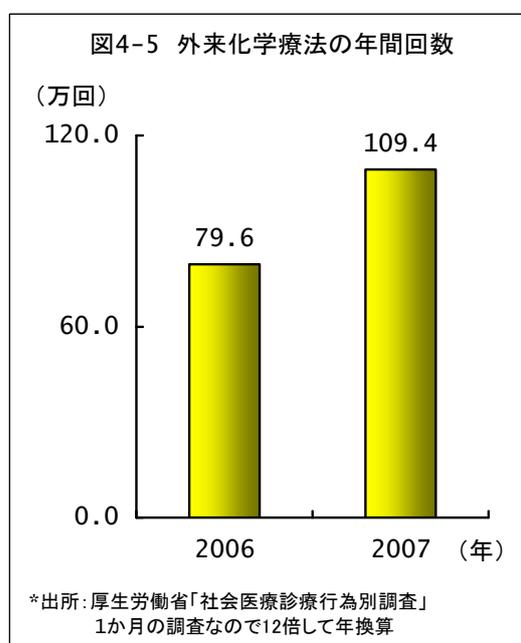
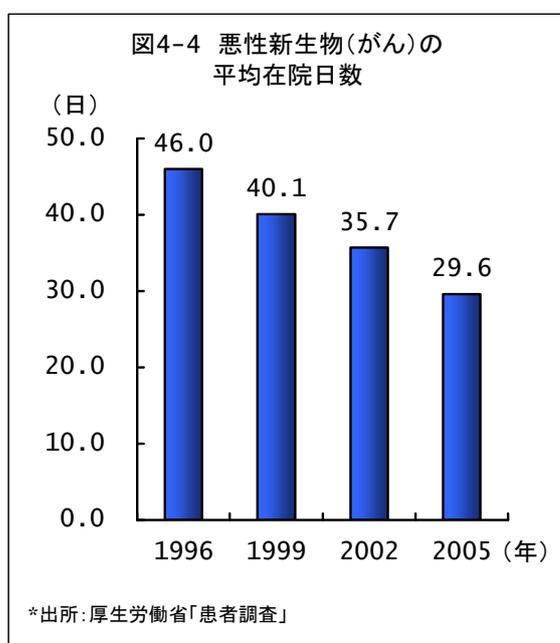
²⁹ DPC 対象病院 718、DPC 準備病院 710。準備病院は一定期間データを提出するなどした後、中医協で対象病院にするかどうか判断される。

³⁰ 「今後の DPC のあり方について」2007 年 8 月 29 日、中央社会保険医療協議会基本問題小委員会資料

³¹ 「規制改革の推進に関する第 1 次答申」2001 年 12 月

を他の DPC 病院より短くすることを目指す。ところが他の病院経営者も同じ方向を志向するので、平均在院日数の短縮に歯止めがかからず、ますます在院日数の短縮化が進む。

「がん」に着目してみよう。2008 年 4 月現在、がん拠点病院³²の約 9 割が DPC 病院である。悪性新生物（がん）の患者の平均在院日数は、かねてより減少傾向にあったが、2002 年には 35.7 日、2005 年には 29.6 日と 6.1 日短くなった（図 4-4）。一方、外来化学療法（通院して抗がん剤の点滴などを受ける）の件数は、2006 年には約 80 万件であったが、1 年後の 2007 年には約 109 万件³³になった（図 4-5）。



安全に退院し、身近な医療機関に通院できているのなら良い。しかし、2006 年に外来化学療法を行っていた医療機関は、病院で 1,228（一般病院の 15.6%）、診療所では 171（診療所の 0.2%）に止まる³⁴。多くの（完治していない）患者は、

³² 正式には、がん診療連携拠点病院。専門的ながん医療等を行うため、都道府県がん診療連携拠点病院は原則、都道府県ごとに 1 か所、地域がん診療連携拠点病院は二次医療圏ごとに 1 か所整備される。2008 年 4 月 1 日現在、都道府県がん診療連携拠点病院は、北海道、滋賀県、香川県はなし。宮城県、東京都、福岡県は 2 か所。計 47 か所。地域がん診療連携拠点病院は 304 か所。

³³ 厚生労働省「社会医療診療行為別調査」1 か月の調査なので 12 倍して年換算した。

³⁴ 「がん対策の推進について」2007 年 10 月 5 日、中医協基本問題小委員会資料。2008 年 4 月の診療報酬改定

遠方の医療機関に体力と時間をかけて通わなければならない。

また 75 歳以上の「独居」およびいわゆる「老々世帯（夫婦とも 75 歳以上）」の比率は、1995 年には 22.5%であったが、2005 年は 33.2%になった。高齢者が在宅医療を受けたり、通院したりすることは容易ではなく、危険もある。

DPC は、総合規制改革会議の本音によれば、医療費削減が狙いである。今のところ DPC 病院の数を増やすため、DPC 病院が高収入を得られるという利益誘導がなされているが、梯子を外されるのは時間の問題である。ここで捻出された財源は、特定の医療機関や、特定の企業が経営する介護サービス事業者に集中することになるだろう。

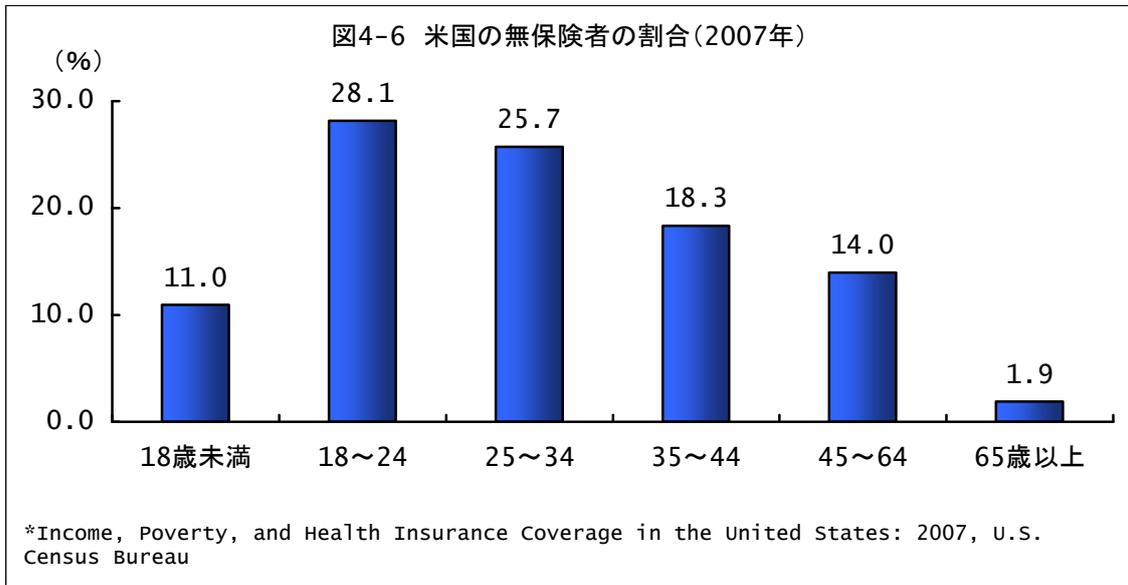
DPC は、結果として在宅医療も進める。そして余裕のある人たちを対象にした在宅サービスが拡大する。しかし、生活に困窮する人々は、全額自己負担で付加的なサービスを受けられないことはもちろん、家族が職をなげうって介護にあたるしかない状況に追い込まれかねない。

アメリカの医療保険無保険者

アメリカは、市場原理主義の下で競争、淘汰を進めてきた。そのアメリカはどういう状況にあるのだろうか。アメリカでは、医療保険は民間主流であり、無保険者が約 4,600 万人（2007 年は 4,566 万人で、全体の 15.3%）に上っている。ただしアメリカにも公的医療保険はある。メディケア（高齢者、障害者対象）とメディケイド（低所得者対象）である。したがって無保険者 15.3%といっても、これを押し上げているのは、企業の保険に入る前の若い世代であり、18～24 歳の無保険者は 28.1%、25～34 歳では 25.7%である（図 4-6）。

日本でも国民健康保険証のない人が推定 380 万人以上に達している。構造改革、規制改革は、公的保険給付範囲を狭め、公的保険外の医療は個人の自助努力でという思想である。このままでは、アメリカのように、企業にも高齢者集団にも帰属しない若い人が公的医療保険から締め出されてしまうだろう。

では、外来化学療法の算定対象が拡大された。



5. 医療費抑制の結末

医療費適正化計画という名の医療費抑制

厚生労働省は、入院患者を減らし、医療費を削減するため、2006年に32.2日あった平均在院日数を、2012年に29.8日にするとの目標を掲げた³⁵。厚生労働省の目標値は、一般病床も、療養病床も、精神病床も含んだ平均値で、これらの平均をとること自体意味がないが、平均在院日数を短くするため、厚生労働省は病床数の削減も断行した。在院日数の長い療養病床を減らせば、平均在院日数が全体的に下がるからである。

そこで、厚生労働省は、2005年に25万床あった医療療養病床を、2012年には15万床にする計画を立て³⁶、「社会的入院」の患者を退院させれば実現できるとした。ところが、日本医師会の実態調査によれば、厚生労働省が「社会的入院」と決め付けた患者の約2割が、医学的管理・処置が必要な患者であった³⁷。しかし、厚生労働省は十分な調査を行わないまま、「社会的入院」の患者を退院させなければ医療機関の経営が成り立たないよう、診療報酬も引き下げた。

こういった施策にも市場原理主義が見え隠れする。病床数を削減し、平均在院日数を短くして捻出した財源を、「勝ち組」医療機関に集中させたり、在宅介護など医療周辺市場に投入したりしようとした。そして実際、「勝ち組」病院に資源が集中しはじめている。

医療でも「勝ち組」に資源が集中する

診療報酬は、2002年に▲2.70%引き下げられた後、2004年▲1.05%、2006年▲3.16%、2008年▲0.82%と連続して下げられた。その上、平均在院日数を短くしなければ経営が成り立たない診療報酬になっているが、地方では次から次へと入院患者があるわけではなく、医療機関の閉鎖、縮小が相次いだ。

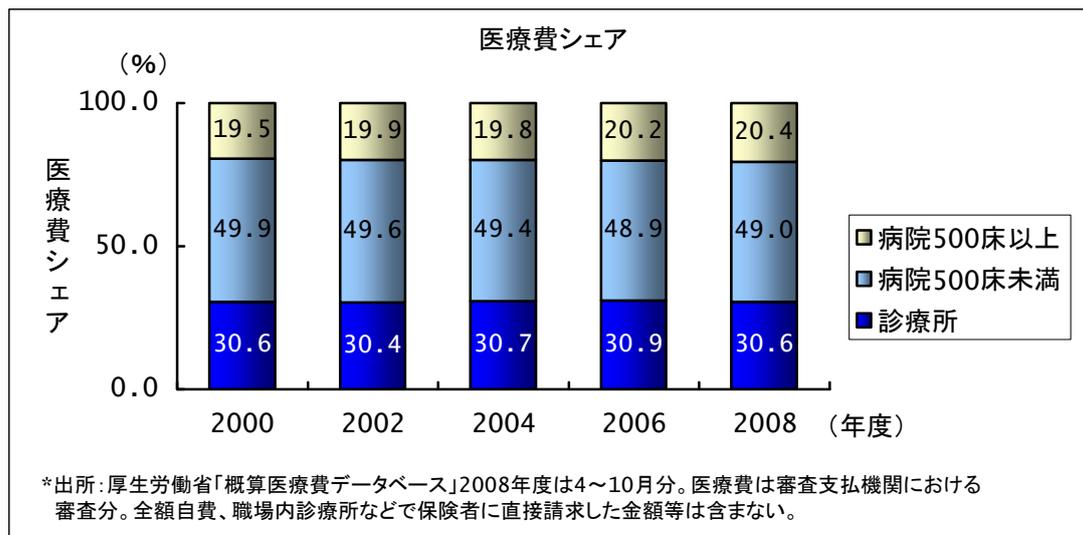
³⁵ 「高齢者の医療の確保に関する法律第8条第1項の規定に基づき定める計画」2008年9月8日、厚生労働省告示第442号、http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihoshoho/iryouseido01/pdf/info02_73.pdf

³⁶ 「医療費適正化に関する施策についての基本的な方針」2008年3月31日、厚生労働省告示第149号

³⁷ (社)日本医師会「「療養病床の再編に関する緊急調査」報告」2006年10月
http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20061025_2.pdf

一方、500床以上の大規模病院は、病院数は減少しているが、医療費のシェアは上昇しており（図 5-1）、特定の医療機関への資源の集中が現実のものになりつつある。

図5-1 医療費のシェアと病院数



医療機関数

	2000年	2002年	2004年	2006年
診療所	92,824	94,819	97,051	98,609
病院500床未満	8,770	8,698	8,596	8,464
病院500床以上	496	489	481	479

市場原理主義の思想は、さらにあちらこちらで受け継がれている。2008年1月に設置された社会保障国民会議は、2008年10月に、サービスの充実と効率化を同時に実施することを前提に、医療・介護費用のシミュレーション結果を示した。そして、その背景には「急性期医療を中心に人的・物的資源を集中投入」という哲学があった³⁸。「勝ち組」に資源を集中するという構造改革の理念とまるつきり同じである。

社会保障国民会議のシミュレーションは、2025年の医療・介護費は、最大92～94兆円になると推計したが、平均在院日数の大幅な短縮化、医療機能の集約化が

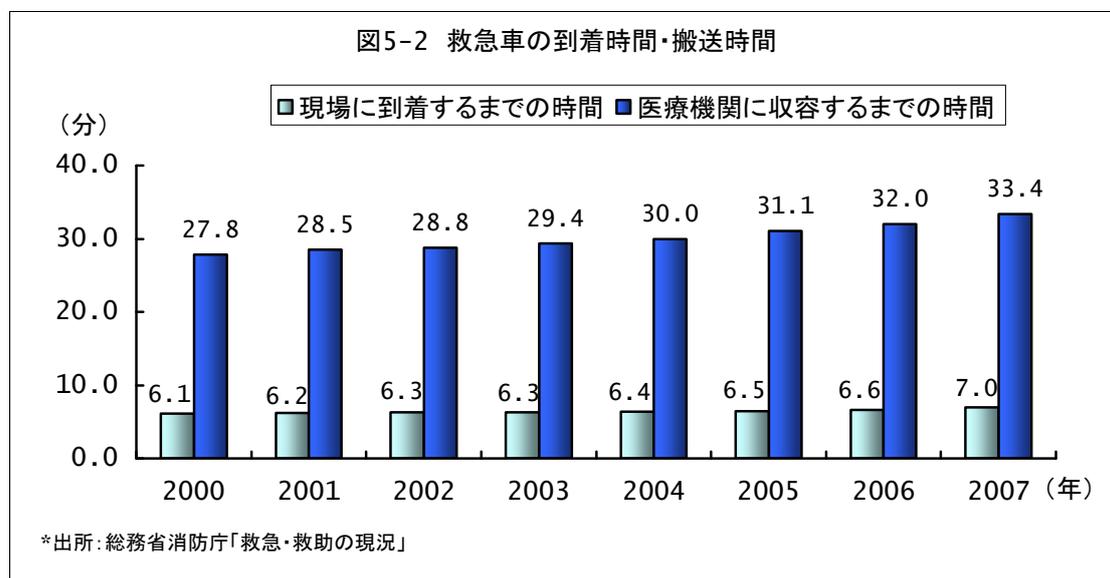
³⁸ 社会保障国民会議「社会保障国民会議最終報告」2008年11月4日

前提である。医療難民、介護難民として苦しむ患者が増えるのではないか、その懸念を払拭できない。

公的医療保険が崩れていく

日本の公的医療保険では、いつでも、どこでも、誰でも、公平に医療を受けられるはずだった。

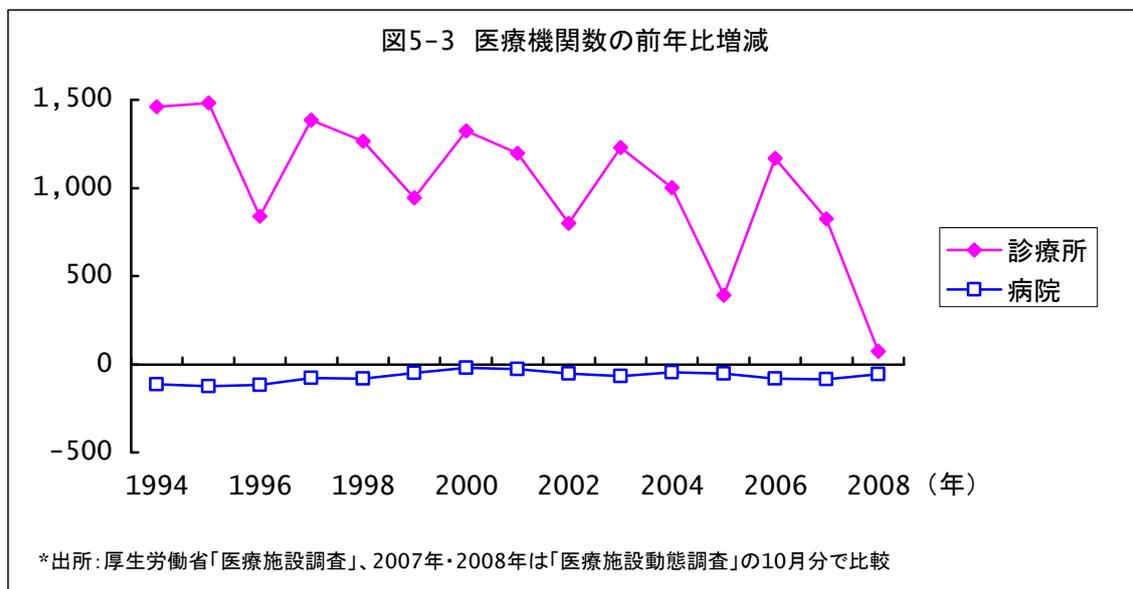
「いつでも」は崩れつつある。救急車は「いつでも」来るが、その先にむけて動かない。2007年は2000年と比べて、救急車が現場に到着する時間が0.9分延びたが、医療機関に収容するまでの時間はさらに5.6分延びた（図5-2）。また、医療機関に収容するまでの時間は、2004年以降、毎年ほぼ1分ずつ延びている。もっとも長い東京都は2007年には47.2分になり、47都道府県中32都道府県で30分以上かかっている。



「どこでも」も崩れている。病院数は1990年には1万件を超えた後、減少が進んだが、減少幅は縮小しつつあった（図5-3）。しかし、2002年頃からふたたび病院数の減少が進み始めた。診療所については、2006年まで前年比1,000件以上増加した年もあり、「開業ラッシュ」とも言われている。しかし長期的に増加幅は縮

小傾向にあり、2008年10月は前年同月に比べて74件増えたにすぎない。身近で受診できる病院、診療所が失われつつあるのである。

「誰でも」も危うい。2008年6月1日時点では、約380万人が本来の国民健康保険証を持っていなかったと推定される。保険証があっても受診をためらう人もいる。サラリーマンの患者一部負担は、1997年に1割から2割になり、2003年に2割から3割になった。財務省は一定額までを全額自己負担にする「保険免責制」の導入も求めているが、そうなれば、遠からず4割負担、5割負担の時代になるだろう。



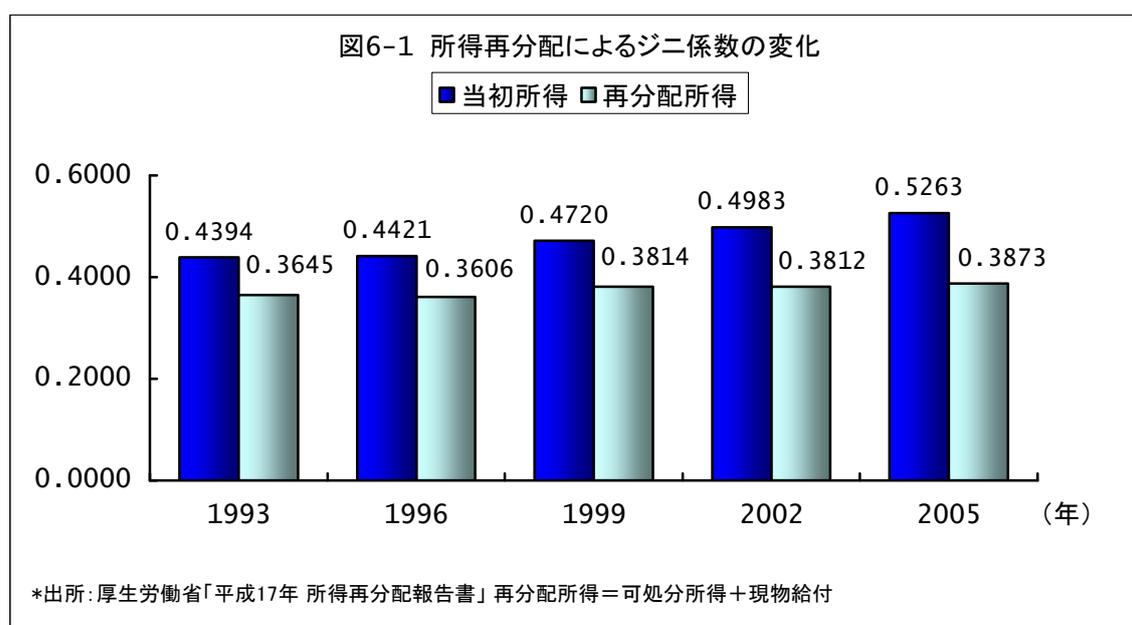
6. 幸せを分配するための負担のあり方

いまこそ所得再配分を

日本には、地縁、血縁を中心とした互助の文化があった。いま、近所づきあいも希薄になり、地域コミュニティはその機能を果たせない。企業もかつては、従業員の生活、福祉を幅広く守っていたが、団塊の世代が退職して職場を去り、若い世代では終身雇用制度が崩れている。頼ることのできる場所はずいづいと失われた。富める者や企業が、地域や職場を超えて支えていくしかない。

ジニ係数は、0に近いほど所得格差が小さく、1に近いほど所得格差が大きいことを示す。現在公表されているのは2005年までのデータであるが、当初所得のジニ係数は確実に上昇しており、格差が拡大していることがわかる（図6-1）。所得を再分配した後の係数については、厚生労働省は「変化が上下」³⁹とコメントしているにすぎないが、1990年代に比べると明らかに上昇しており、再分配後の格差も拡大している。

構造改革により、国の歳出は「聖域なく」見直されてきた。しかし、歳入拡大につながる税、さらに社会保障負担は、大企業や高所得者を優遇したままである。市場原理主義を脱却し、あらためて所得再分配の仕組みを構築すべきである。



³⁹ 厚生労働省「平成17年 所得再分配調査報告書」

高所得者を優遇した税制改正

所得税の最高税率は 1974 年には 75%であった (図 6-2)。その後、段階的に引き下げられ、消費税が導入された 1989 年に、最高税率、税率区分ともに大きく変更され減税になった。2007 年には最高税率が 40%に引き上げられたが、課税所得の最高区分は、1989 年には 2,000 万円以上、1995 年には 3,000 万円以上に改正された後、1999 年に 1,800 万円以上に引き下げられたままである。

住民税も含めて、給与に占める所得税・住民税の負担割合を見てみよう (図 6-3)。給与 200 万円の人負担率は、もともと低かったこともあるが、特別定額減税が実施された 1998 年を除いて、1990 年代前半の水準から、あまり下がっていない。一方、給与 1,000 万円の高所得者の負担率は 1990 年代半ばに下がったまま、以前の水準には戻っていない。

相続税も、最高税率が引き下げられた。1998 年 12 月以前には 5 億円超で 75%であったが、2003 年 1 月以降は 3 億円超で 50%である。最高税率 50%というと半分ではあるが、課税遺産と非課税遺産 (死亡保険金、小規模宅地の 8 割減額等) に区分し、法定相続人が 4 人いる場合には 9,000 万円が控除される。また 2003 年には、相続時に贈与財産と相続財産の両方に課税することを条件に、贈与税の控除額を大幅に引き上げる制度 (相続時精算課税制度)⁴⁰も導入された。これにより、富裕層にとっては生前贈与がしやすくなるため、格差の固定化が懸念される。

退職金についても、終身雇用が崩れた今、まとまった退職金を受け取ることができるのは恵まれた人だけであるが、退職金は勤続年数によって控除がある上、1/2 にしか課税されない。

富める者が社会的使命として幸せを分配していく、そういった制度が必要である。

⁴⁰ 相続時精算課税制度を選択すると、贈与時に 2,500 万円まで控除される (選択しなければ毎年 110 万円)。相続時には、贈与財産と相続財産の両方に課税し、すでに支払った贈与税額を控除する。

図6-2 所得税の最高税率の推移

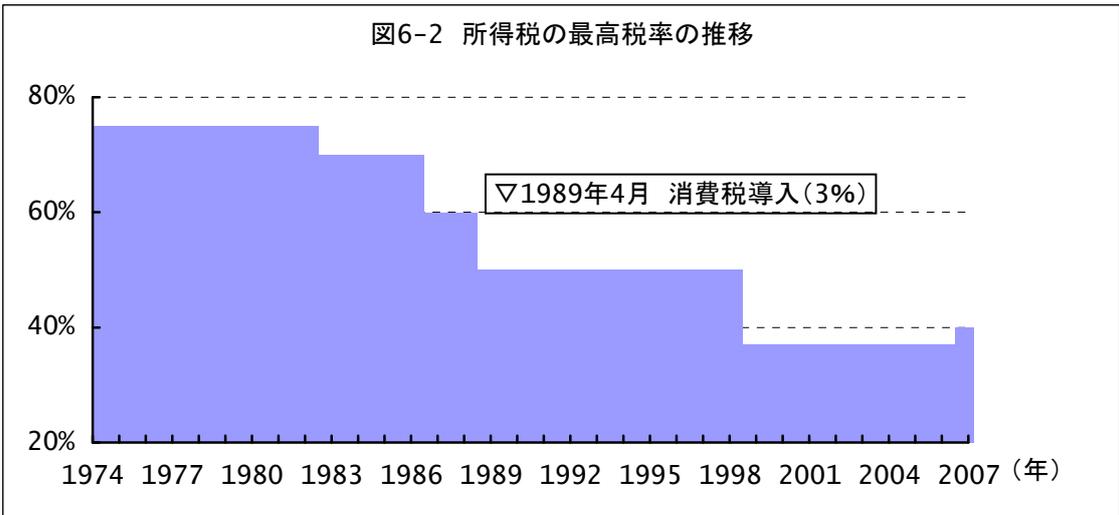
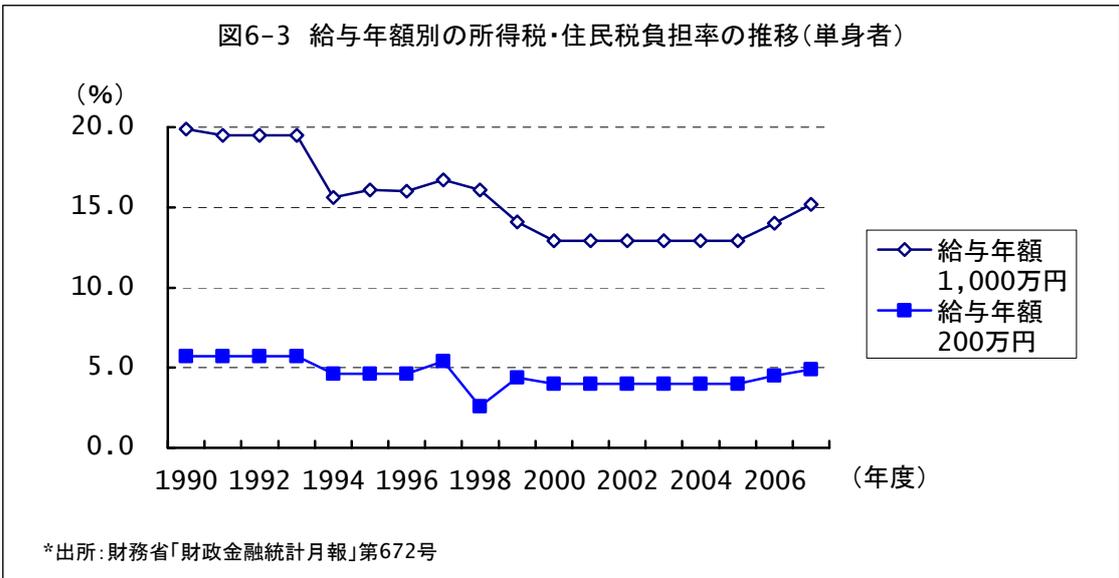


図6-3 給与年額別の所得税・住民税負担率の推移(単身者)



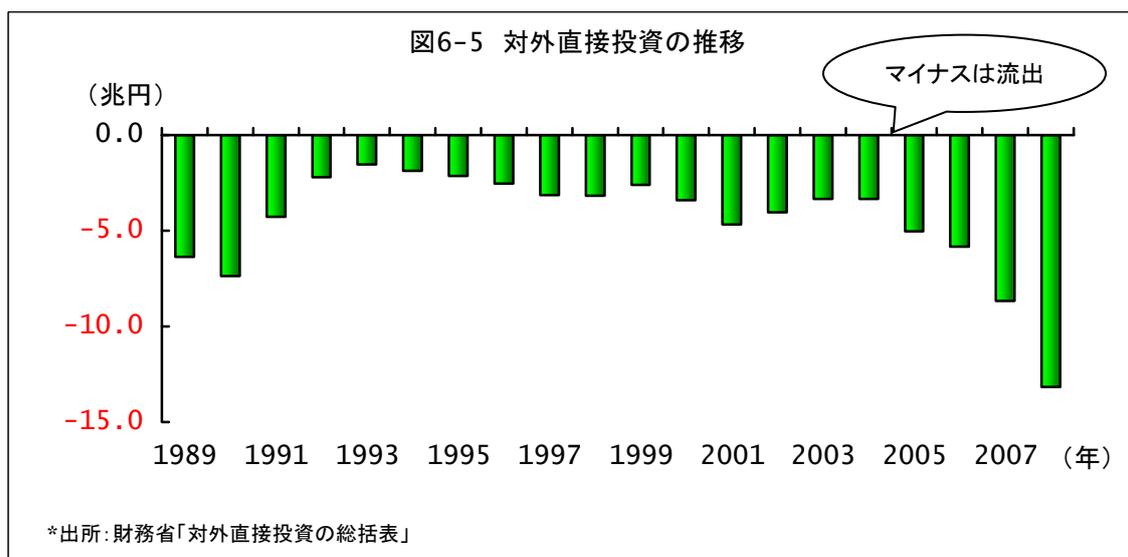
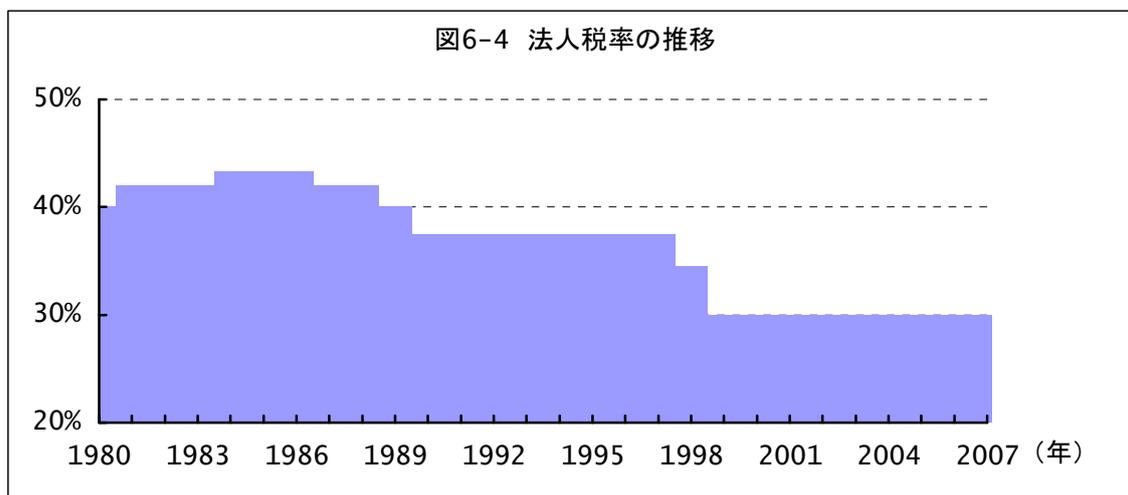
*出所:財務省「財政金融統計月報」第672号

企業負担と企業間格差

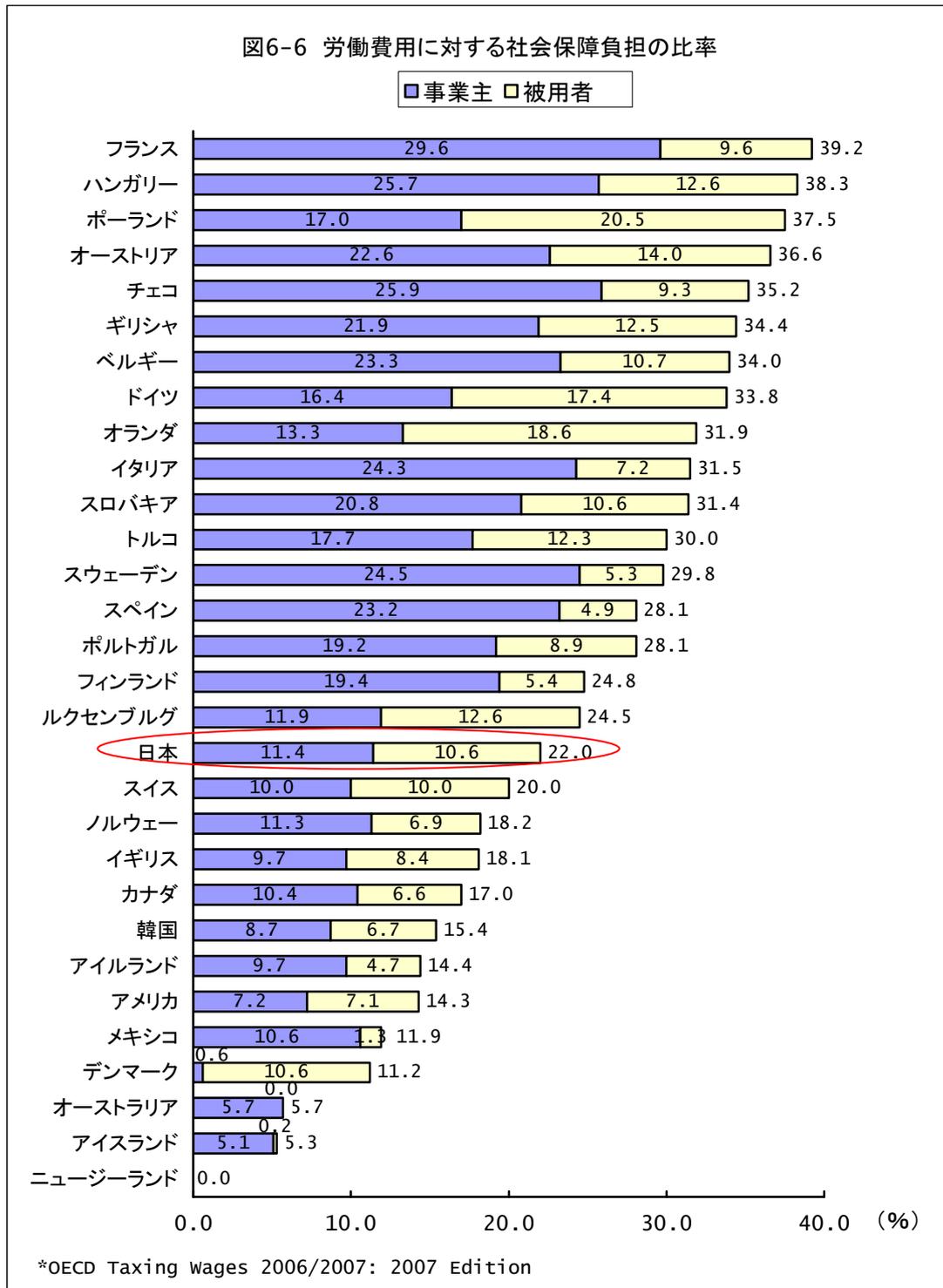
法人税も減税された。法人税率は1984年には43.3%であり、その後の引き下げを経て、1990年に37.5%、1998年に34.5%、1999年に30%になった(図6-4)。

日本より法人税率が低い諸外国において、さらに法人税率の引き下げが行われていることもあり、これ以上、日本の法人税率を引き上げれば資本の海外流出を招くという意見も根強い。確かに、2007年、2008年は大幅な流出超過になっている。しかし、法人税率を引き下げた時代に資本流出が止まったわけでもなく(図6-5)、海外への資本流出には複雑な要因がある。

また次頁に示すように、法人税率と社会保障負担を合わせて見ておく必要がある。



労働費用（賃金、福利費、退職金等）に対する社会保障負担は、日本では事業主 11.4%、被用者 10.6%であるのに対し、OECD 平均は事業主 15.2%、被用者 8.9%である（図 6-6）。日本の事業主負担は 30 か国中 18 番目に低い。



企業の社会保障負担には、大企業と中小企業との間の格差もある。

サラリーマンの場合、健康保険の保険料を乗ずる報酬月額（給与）の下限は 6 万 3 千円、上限は 117 万 5 千円である⁴¹。これに保険料率を乗じて保険料額を求め、事業主とサラリーマン本人とで折半（大企業などが設立する健保組合では事業主が 50%超負担するケースも多い）するが、給与が 2,000 万円、3,000 万円であっても上限の 1,175 万円として計算される。そのため、高給与の従業員が多い大企業は、支払った給与に比べて相対的に保険料負担が低くなり、中小企業では相対的に負担が重くなる。

緊急経済対策などが打ち出されているが、こういった企業間の見えない格差も是正しない限り、中小企業は浮上できない。

⁴¹ このほか標準賞与額が上限 540 万円

おわりに

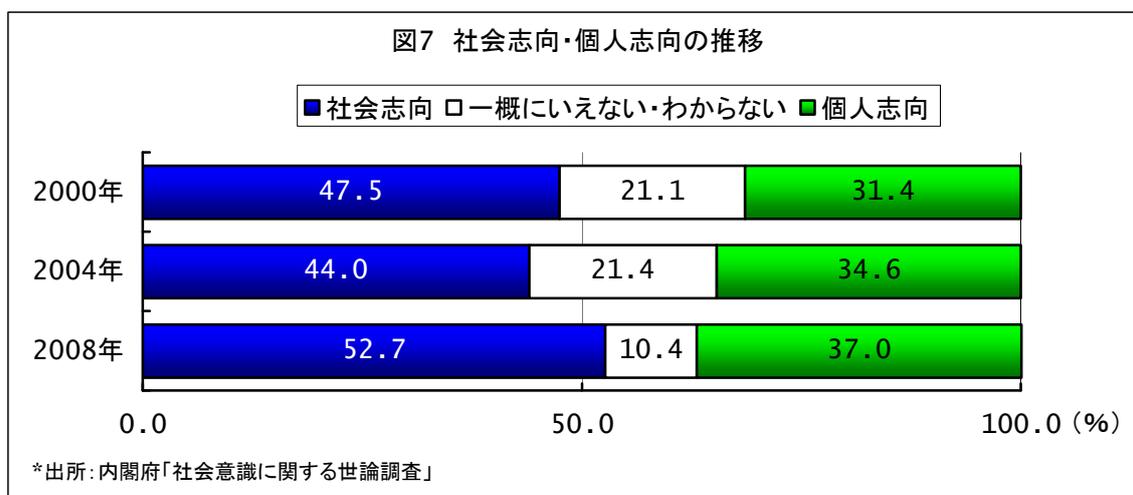
市場原理主義は何をもたらしたか

市場原理主義の思想にもとづく構造改革がスタートした後、悪化したのは、非正規社員の割合（増加）、低所得者数（増加）、低所得者の平均給与（低下）、病院数（減少）であった。

構造改革以前から悪化傾向にあり、好転していないのは、完全失業率（増加）、若い世代の自殺率（増加）、救急車の搬送時間などであった。完全失業率はピーク時よりは減少したが、かつての水準よりもはるかに高い。

逆に構造改革後に好転したのは、高所得者の平均給与（上昇）、民間保険市場と外資系保険会社のシェア（拡大）、大規模病院のシェア（拡大）であった。また、高所得者への減税も、構造改革以前から維持されたままである。

日本人の意識のあり方も変わってしまった。内閣府の「社会意識に関する世論調査」では、国民が「国や社会のことにもっと目を向けるべき」（以下、社会志向）と考えているか、「個人生活の充実をもっと重視すべき」（以下、個人志向）と考えているかを質問している。過去、いわゆるバブル崩壊後の1991年、1992年に社会志向が50%を超えるなどしたが、「一概にいけない・わからない」と回答した国民は概ね2割前後で推移してきた。ところが2008年には、「一概にいけない・わからない」が1割にまで減少し、社会志向と個人志向に二極化した（図7）。



日本人の意識改革にむけて

最近、ワークシェアリング（「一定の雇用量を、より多くの労働者の間で分かち合うこと」⁴²⁾）の議論が再燃している。2009年3月23日には、政府（内閣総理大臣）、日本経団連、連合等が、「日本型ワークシェアリング」の取り組みを強力に進めることで合意した⁴³⁾。

しかし振り返ってみれば、日本では、もともと業種、職種を超えてワークシェアリングが行われており、それにより終身雇用制度や低い失業率が保たれてきたのではないだろうか。たとえば、日本では取引に「商社」が介在し、企業間で仕事が分かち合われてきた。組織は「ピラミッド型組織」であり、役職が分かち合われてきた。そして、企業や社員がそれぞれ重複して情報を持っていた。

IT化の進展もあるが、効率化と称して「卸の中抜き」が行われ、組織は「フラット化」した。日本の技術力の空洞化が懸念されているが、これも、団塊世代の退職や、グローバル化によるものだけではなく、熟練社員と新入社員の間で業務分担が明確になりすぎ、情報が共有されなくなったためでもあるのではないか。

「無駄」と考えられていたものの排除を通じて、日本の所得階級が二極化し、意識までもが分断された。そして今日、「格差社会」と呼ばれる日本になった。もう効率化優先でなくても良いのではないか。

そうであれば、日本を変えるために必要なことは、日本国民の意識改革、行動改革である。そのために政府は市場原理主義と訣別し、そのことを国民に伝えなければならない。さらに経済対策、雇用対策など緊急的な支援も必要である。いわゆる

「派遣村」問題に見られるように、今日の住居、食事が無い人もいる。今日の運転資金が枯渇する中小企業がある。競争がすべて悪いというわけではない。競争に敗れたとき、復活のための強力な後押しとセーフティネットがなくてはならない。

繰り返しになるが、いま望まれることは、強いリーダーシップの下での明確な方針転換と、大胆な財政出動である。

⁴²⁾ 厚生労働省「ワークシェアリングに関する調査研究報告書」2001年4月

⁴³⁾ 「雇用安定・創出の実現に向けた政労使合意」2009年3月23日、内閣総理大臣、(社)日本経済団体連合会会長、日本商工会議所会頭、全国中小企業団体中央会会長、日本労働組合総連合会会長

資料

経済財政諮問会議「基本方針」のポイント(医療分野)

抜粋、要約

小泉内閣	<p>2001.6.26 今後の経済財政運営及び経済社会の構造改革に関する基本方針</p> <p>医療制度の改革</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) 持続可能な制度に向けて (2) 「医療サービス効率化プログラム(仮称)」の策定 <ul style="list-style-type: none"> (i) 医療サービスの標準化と診療報酬体系の見直し 支払い方式の見直し(包括払・定額払(診断群別定額報酬支払い方式(DRG/PPS)等)の拡大等) (ii) 患者本位の医療サービスの実現 (iii) 医療提供体制の見直し (iv) 医療機関経営の近代化・効率化 株式会社方式による経営などを含めた経営に関する規制の見直し (v) 消費者(支払者・患者・保険者)機能の強化 (vi) 公民ミックスによる医療サービスの提供など公的医療保険の守備範囲の見直し 公的保険による診療と保険によらない診療(自由診療)との併用に関する規制を緩和 (vii) 負担の適正化 (3) 医療費総額の伸びの抑制
	<p>2002.6.25 経済財政運営と構造改革に関する基本方針2002</p> <p>医療制度の改革</p> <p>保健医療システム、診療報酬体系、医療保険制度のすべてにわたって改革を継続。医療制度の安定的な運営を確保するため、今年度中に、保険者の統合・再編を含む医療保険制度の体系のあり方、新しい高齢者医療制度の創設、診療報酬体系の見直しについて、基本方針を策定。公的医療機関のあり方等医療提供体制についても見直しを行う。</p>
	<p>2003.6.27 経済財政運営と構造改革に関する基本方針2003</p> <p>社会保障給付費の伸びの抑制</p> <p>医療制度の改革</p> <ul style="list-style-type: none"> ① 本年3月に閣議決定した保険者の再編・統合、高齢者医療制度、診療報酬体系についての「基本方針」の具体化について実施可能なものから極力早期に実施。 ② 増大する高齢者医療費の伸びの適正化方策や、公的保険給付の内容及び範囲の見直し等の「基本方針」以外の課題について、早期に検討を行い、実施。 ③ 「基本方針2001」に盛り込まれた「医療サービス効率化プログラム(仮称)」について、工程表を改めて作成し、早期の完全実施。

小泉内閣	2004.6.4 経済財政運営と構造改革に関する基本方針2004
	<p>(医療制度改革)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 給付費の急増を回避し、将来にわたり持続可能な制度となるよう、社会保障制度の総合的改革の観点に立って、医療制度改革を平成16年度以降も引き続き着実に進める。 ・ 増大する高齢者医療費の伸びの適正化方策や、公的保険給付の内容及び範囲の見直し等の「医療に関する基本方針」以外の課題について早期に検討し、実施。 ・ 「医療サービス効率化プログラム」(診療報酬体系の見直し、公的医療保険の守備範囲の見直し等を含む。)を早期に完全実施 ・ 診療報酬体系の見直しに当たっては、利用者の立場が反映され、また審議の透明化が図られるよう、中央社会保険医療協議会等の在り方を見直す。
	2005.6.21 経済財政運営と構造改革に関する基本方針2005
	<p>(持続可能性を確保するための過大な伸びの抑制策)</p> <ol style="list-style-type: none"> ① 医療費適正化の実質的な成果を目指す政策目標を設定し、定期的にその達成状況をあらゆる観点から検証した上で、達成のための必要な措置を講ずる。上記目標について、国民が受容しうる負担水準、人口高齢化、地域での取組、医療の特性等を踏まえ、具体的な措置の内容及びあわせて平成17年中に結論を得る。その上で、平成18年度医療制度改革を断行。 ② 上記目標を達成するために、これまでの施策の効果を検証しつつ、総合的に直ちに取り組む。 ③ 平成18年度の医療制度改革においては、保険給付の内容について、相当性・妥当性などの観点から幅広く検討を行う。
	2006.7.7 経済財政運営と構造改革に関する基本方針2006
	<ul style="list-style-type: none"> ・ 小児科・産科等の診療科や地域における医師の確保・偏在への対応、夜間・救急医療体制の整備、看護職員の確保やその養成の在り方の検討等医療提供体制の整備を進める。また、地域医療を担う関係者の協力を得つつ、生活習慣病対策、長期入院の是正等、実効性のある医療費適正化方策を国、都道府県及び保険者が共同して計画的に推進。 ・ 医療サービスの標準化、レセプト完全オンライン化等総合的なIT化の推進、患者特性に応じた包括化・定額払いの拡大等新たな診療報酬体系の開発、保険者機能の強化、終末期医療の在り方の検討など、医療サービスの質の向上と効率化を推進。 ・ 「健康フロンティア戦略」やライフサイエンス研究の一層の推進。「がん対策基本法」に基づき、がん対策推進基本計画を作成し、がんの予防と早期発見、緩和ケアの推進、専門医等の育成、医療の均てん化、研究等を推進。医薬品・医療機器の承認審査の迅速化、市販後安全対策の充実、後発医薬品市場の育成を図る。

安倍内閣	<p>2007.6.19 経済財政改革の基本方針2007～「美しい国」へのシナリオ～</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「緊急医師確保対策について」に基づき、医師不足地域に対する国レベルの緊急臨時的医師派遣システムの構築、病院勤務医の過重労働を解消するための勤務環境の整備、女性医師等の働きやすい職場環境の整備、研修医の都市への集中の是正のための臨床研修病院の定員の見直し、医療リスクに対する支援体制の整備、医師不足地域や診療科で勤務する医師の養成の推進などに取り組む。看護師、助産師等の確保対策を推進。 ・小児医療や周産期医療の提供体制の充実やドクターヘリを含む救急医療体制の整備。 ・後期高齢者医療制度の施行、生活習慣病対策や介護予防の推進、療養病床の転換支援を含む地域ケア体制の整備、在宅ケアや終末期医療を含む地域における医療提供体制の整備等を進めるなど、医療制度改革を着実に推進。 <p>「規制の集中改革プログラム」の策定・実行 レセプトオンライン請求について、請求システムの標準化、互換性等の環境整備を図りつつ、期限内に確実に達成するとともに、オンライン化の進展に合わせて、社会保険診療報酬支払基金の業務フローの抜本的な見直しを前提とした効率化等、審査・支払業務の見直しを進める。また、医師と他の医療従事者の間の役割分担の見直し(業務範囲、責任の所在等)について、平成19年中に一定の結論を得る。</p>
福田内閣	<p>2008.6.27 経済財政改革の基本方針2008～開かれた国、全員参加の成長、環境との共生～</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「医療・介護サービスの質向上・効率化プログラム」に沿って、供給コストを最大限低減する努力を行うこととし、後発医薬品の使用促進、検査等の適正化、不正・不適切な保険請求の是正、医療のIT化(レセプト・オンライン化等)の推進、社会保障カード(仮称)の導入、公立病院改革等を行う。 ・ドクターヘリを含む救急医療体制の整備。また、産科・小児科を始めとする医師不足の解消や病院勤務医の就労環境の改善のため、女性医師の就労支援、関係職種間の役割分担の見直し、メディカルクラークの配置等を進めるほか、診療科間、地域間の配置の適正化について現行の仕組みにとられない効果的な方策を講ずる。その際、これまでの閣議決定に代わる新しい医師養成の在り方を確立。在宅医療等地域で支える医療の推進、医療者と患者・家族の協働の推進など、国民皆で支える医療を目指して、改革を進める。 ・長寿医療制度について、その創設の趣旨を踏まえつつ、低所得者の負担軽減など政府・与党協議会の決定に沿って、対策を講ずる。

規制改革会議等の答申のポイント(医療分野)

答申の概要から医療分野に係るものを抽出

総合規制改革会議	
2001.12.11	<p>規制改革の推進に関する第1次答申</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) 医療に関する徹底的な情報開示・公開 (2) IT化の推進による医療事務の効率化と医療の標準化・質の向上 (3) 保険者の本来機能の発揮 (4) 診療報酬体系の見直し (5) 医療分野における経営の近代化・効率化
2002.12.12	<p>規制改革の推進に関する第2次答申</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) 医療のIT化の推進による医療事務の効率化・質の向上 (2) 患者(被保険者)の主体的な選択の促進 (3) 診療報酬体系の見直し (4) 医療提供制度 (5) 医薬品に関する規制緩和
2003.12.22	<p>規制改革の推進に関する第3次答申</p> <p>(分野横断的)</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. 医薬品の一般小売店における販売 <p>(分野別)</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. IT化の推進による医療事務の効率化と質の向上 2. 外国人医師・看護師が我が国の国家資格を受験する場合の在留資格要件の緩和など

規制改革・民間開放推進会議	
2004.12.24	規制改革・民間開放の推進に関する第1次答申 1 いわゆる「混合診療」(保険診療と保険外診療の併用)の解禁 2 医療法人を通じた株式会社等の医療機関経営への参入 3 中央社会保険医療協議会の在り方 4 医療計画(病床規制)の見直し等 5 医薬品の一般小売店における販売等
2005.12.21	規制改革・民間開放の推進に関する第2次答申 (1) 医療機関情報の公開義務化と診療情報の開示促進 (2) 保険者機能の充実・強化 (3) 医療IT化(電子カルテ・レセプト導入等)の加速 (4) 医療機器の内外価格差の是正等 (5) 医薬品の薬価等の見直し (6) 中央社会保険医療協議会の在り方を見直し
2006.12.25	規制改革・民間開放の推進に関する第3次答申 (1) 医療従事者の資格制度の見直し (2) 医療従事者の労働派遣 (3) ジェネリック医薬品(後発医薬品)の使用促進策の更なる推進等 (4) 医師とコ・メディカルの間の実施可能業務の見直し

規制改革会議	
2007.5.30	規制改革推進のための第1次答申 ① 医療のIT化 ② レセプトの審査・支払に係るシステムの見直し
2007.12.25	規制改革推進のための第2次答申 ① いわゆる「混合診療」の見直し ② 医師と他の医療従事者のそれぞれの役割分担の見直し ③ 質に基づく支払いの推進 ④ アウトカム情報の公開
2008.12.22	規制改革推進のための第3次答申ー規制の集中改革プログラムー ライフサイエンス分野の規制改革 ① 医療機器開発の円滑化 ② 医工連携(医者とエンジニアの役割分担)を可能とする規制改革 ③ 高度医療評価制度の積極的運用(臨床段階での保険診療の併用) ④ (独)医薬品・医療機器総合機構等の機能・体制強化 ⑤ スーパー特区(先進医療開発特区)提案で要望された規制改革案への対応 IT化の推進による質の医療への転換 医師と他の医療従事者の役割分担の推進 医師の供給体制の見直し

米国年次改革要望書のポイント(医療分野)

「日米規制改革および競争政策イニシアティブに基づく日本国政府への米国政府の年次改革要望書」(仮和訳)から医療に関する部分を抜粋。

2001.10.14	<p>(医療機器・医薬品)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 医療制度改革:市場競争原理を導入し、日本の医療制度を改善するために、一般に対する医療情報開示の水準を向上させ、病院や看護施設での民間の役割の拡大等を含む構造改革を推進する。 ・ 医療機器・医薬品の価格算定改革:革新的な医療機器・医薬品が確実に導入されタイムリーに使用されるようにし、「市場の役割を認める価格設定をする」。そのような製品が、革新的な製品の価値を下げる恣意的な価格操作の対象にならないことを保証する。 ・ 医療機器・医薬品の薬事制度改革:医療機器・医薬品、特に日本では導入されていないが他の主要国で入手可能な製品、の承認を促進する措置を引き続き取る。 ・ 外国臨床データの受け入れ:外国臨床データの幅広い利用を促進するために、薬事規制の医薬品規制整合化国際会議(ICH)のプロセスの枠内で引き続き作業を進める。そして、日本の臨床治験制度のさらなる効率的な利用を促進する。 ・ 栄養補助食品の自由化:栄養補助食品の販売規制をさらに緩和する。
2002.10.23	<p>(医療機器・医薬品)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 包括的医療改革:包括的な医療改革に関する首相の審議会を設け、外国企業を含むすべての関係者に、意見を表明し議論するための意味ある機会を与える。そのような機関は、全体的なコストを抑制する一方で高齢者に質の高い医療を提供し続けるため、制度全体の効率を高める方策を検討すべきである。 ・ 価格算定改革:革新的な医療機器・医薬品が医療制度にタイムリーに導入され、それらの製品が、透明性が高く予見可能な価格算定過程の中で適切な評価が受けられるよう保証する。また、この価格算定過程は将来の開発と革新を促進するものでなくてはならない。 ・ 薬事制度改革:国際的に共通する慣行を最大限に考慮し、より迅速でより効率的な製品承認を保証するため、医療機器・医薬品に関する薬事制度の改革を継続する。 ・ バイオ薬品:生物由来製品(医療機器・医薬品)の価格設定が、規制要件を満たすための投資コストを反映し、また、恣意的ではなく科学的根拠に基づいて行われることを保証する。 ・ 栄養補助食品の自由化:栄養補助食品の販売規制をさらに緩和する。

2003.10.24	<p>(医療機器・医薬品)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 価格算定改革: 革新的製品の価値を十分に認める医療機器・医薬品の価格算定ルールを確立し、革新的で安全な製品をより早く必要とする患者ニーズを考慮する。医薬品研究や医療技術の進歩に報酬を与え、促進するため、加算ルールを含む価格算定ルールを最大限に利用する。革新性の価値を罰する、または、認識をしないルールを廃止する。 ・ 薬事制度改革: 新たに設置される医薬品医療機器総合機構を通して、医療機器・医薬品の承認および市場導入前の期間の迅速化をはかる。同機構が設置されるに当たり、引き続き業界との開かれた対話を続ける。実績、透明性を基準とし、承認過程の速度と質の向上ならびに市場導入後の安全性の改善に直結するような手数料体系を確立する。 ・ 血液製剤: 需給計画の実施が外国製品を差別せず、価格ルールが公平に透明性をもって適用されることを確保する。 ・ 栄養補助食品の自由化: 栄養補助食品の販売規制をさらに緩和する
2004.10.14	<p>(医療機器・医薬品)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 価格算定改革: 医薬品研究や医療技術の進歩に報酬を与え、促進するためにより適切に加算を適応する。革新的製品の価値を十分に認める医療機器・医薬品の価格算定ルールを確立し、革新的で安全な製品をより早く必要とする患者ニーズを考慮する。 ・ 薬事制度改革: 総合機構の立てた重要な目標を順守し、審査と承認を迅速に行なう。総合機構が製品審査の迅速化に成功したかどうかを評価する効果的方法を、業界との対話を通じ確立する。海外監査や工場査察が新製品の承認を遅らせないことを確保する。第三者認証機関による医療機器製造所の監査結果を受け入れる。審査官の専門性を強化する。審査及び安全対策に関連する不服申し立ての過程を確認し明確にする。 ・ 血液製品: 需給計画が海外製品を差別しない事を保証する。血液関連製品に関する事項に取り組むにあたり業界と作業を行う。 ・ 栄養補助食品の自由化: 栄養補助食品の販売規制を緩和する。
2005.12.7	<p>(医療機器・医薬品)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 価格算定改革: 医薬品・医療機器の償還価格算定制度を改正する際に、革新性の価値および市場の重要な役割を認めることを保証する。患者を延命および救命する先進的製品の開発および導入を促進するために加算ルールを使用する。 ・ 規制改革: 日本の薬事制度の効率を改善するため、達成指標を用いて、医療機器および医薬品の審査及び承認を迅速化する。総合機構が専門家を増やすことができるように援助する。日本で臨床治験を実施する魅力を向上させる措置をとる。そして、製造工程の質を保証する制度を向上させる。 ・ 血液製剤: 医薬品の基準を基礎としない、血液製剤産業の特性を考慮した償還価格算定制度を設ける。米国企業に販売や製造の公平な機会を与える。 ・ 栄養補助食品: 栄養補助食品に関する薬事規制の透明性を向上させ、販売規制を緩和する。 ・ 化粧品: 化粧品および医薬部外品の販売規制を緩和する。

2006.12.5	<p>(情報技術(IT))</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ IT医療とe-アクセシビリティ: 多様なベンダーが政府のIT医療プロジェクトに参加する機会を提供する。e-アクセシビリティ問題に関して意見交換を行う。 <p>(医薬品・医療機器)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 価格算定改革: 医薬品の償還価格算定制度の透明性と、それに関して業界が意見を述べる能力を向上させる。高度な医療技術の価値を反映する医療機器の償還価値算定制度を実施する。 ・ 規制改革: 規制官庁の人員を増員する。医薬品の臨床試験および審査のための環境を改善する。医療機器の審査を迅速化する。医療機器の臨床データの活用を円滑化する。 ・ 化粧品・医薬部外品: 医薬部外品規制制度を改革する。検証可能なデータに基づく請求を認める。 ・ 血液製剤: 規制・物流システムを含む血液製剤産業の特性に基づく価格算定制度を設定する。 ・ 市販薬: 日本の規制当局者が市販薬に関係した最近の法律の変更をどのように施行するかを明瞭化する。 ・ 栄養補助食品: 情報提供および教育目的の表示を認める。使用可能な添加物、溶剤のリストを拡大する。科学的原理に基づいて量的制限を設定する。
2007.10.18	<p>(情報技術)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 医療ITとe-アクセシビリティ: 「グランドデザイン」の効果的な実施と医療ITの活用に向けたインセンティブの拡充を通じて、医療ITの採用を促す。e-アクセシビリティ政策や活動に関する情報交換を行う。 <p>(医療機器・医薬品)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 価格算定改革: 医療機器および医薬品の償還価格算定制度が、革新的な製品の有益性を適切に評価するものであることを確保する。革新的な機器および医薬品の製造者が、それらの製品の有益性について償還価格算定制度の関係当局に説明する機会を増やす。 ・ 薬事規制改革: 承認審査の合理化を図り、革新的な医療機器および医薬品の導入におけるラグを解消する。医薬品の治験環境を改善し、医薬品の世界同時開発を奨励する。医療機器における一部変更に係る承認を促進し、要求事項の改正を実施する。 ・ 血液製剤: 血漿(けっしょう)タンパク療法の価格算定制度が、血漿タンパク製品の特性に基づいていることを確保する。表示事項およびその他の規制問題について協議する有意義な機会を業界に提供する。 ・ 栄養補助食品: 原料に特化した表示ができるように、食品における新たな規制分類を設ける。健康食品安全規制が策定される期間において、業界が意見を述べる有意義な機会を提供する。新しい食品添加物の承認審査期間を短縮する。 ・ 化粧品・医薬部外品: 医薬部外品承認制度における透明性と効率性を向上する。有効かつ検証し得るデータに基づいた効能表示を許可する。

2008.10.15	<p>(情報技術)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 医療IT:革新的な情報共有技術の利用にインセンティブを与える。技術中立性と相互運用性を促進する。国際標準との整合性を高める。 <p>(医療機器・医薬品)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 価格算定改革:革新性を報奨することにより、革新的な医療機器および医薬品の研究、開発およびマーケティングを促進する。価格問題についての理解を深めるため、官民のコミュニケーションを増やす。 ・ 薬事規制改革:パフォーマンス目標を達成し、審査員を増員して承認審査期間を短縮する。審査および治験相談制度を改善し、医薬品の承認審査期間を短縮する。医薬品の世界同時開発を奨励する。医療機器の一部変更にかかる承認を迅速化する。 ・ 血液製剤:血漿(けっしょう)タンパク製品産業の特性に基づいた価格算定制度を導入する。表示規制を改善する。輸入規制を解除する。一部変更にかかる承認を迅速化する。 ・ 栄養補助食品:原料に特化した表示ができるように、食品における新たな規制分類を設ける。健康食品安全規制の策定において、透明性を向上する。新しい食品添加物の承認審査時間を短縮する。 ・ 化粧品・医薬部外品:医薬部外品承認プロセスを簡素化する。現行の化粧品の効能の範囲内において効能の追加表示を認める。輸入プロセスを簡素化する。
------------	---

参考文献

*発行年を掲げていない資料は、過去数年にわたって参考としたもの。

経済財政諮問会議「基本方針」

「今後の経済財政運営及び経済社会の構造改革に関する基本方針」2001年6月26日閣議決定

「経済財政運営と構造改革に関する基本方針2002（経済活性化戦略、税制改革、歳出改革等）」2002年6月25日閣議決定

「経済財政運営と構造改革に関する基本方針2003（経済活性化、国民の「安心」の確保、将来世代に責任が持てる財政の確立）」2003年6月27日閣議決定

「経済財政運営と構造改革に関する基本方針2004（集中調整期間の仕上げと重点強化期間）」2004年6月4日閣議決定

「経済財政運営と構造改革に関する基本方針2005（「小さくて効率的な政府」のための3つの変革）」2005年6月21日閣議決定

「経済財政運営と構造改革に関する基本方針2006（成長力・競争力強化、財政健全化、安全・安心で柔軟かつ多様な社会の実現）」2006年7月7日閣議決定

「経済財政改革の基本方針2007～「美しい国」へのシナリオ～」2007年6月19日閣議決定

「経済財政改革の基本方針2008～開かれた国、全員参加の成長、環境との共生～」2008年6月27日閣議決定

規制改革会議等の答申

総合規制改革会議「規制改革推進3か年計画」2001年3月

総合規制改革会議「規制改革の推進に関する第1次答申」2001年12月

総合規制改革会議「規制改革の推進に関する第2次答申」2002年12月

総合規制改革会議「規制改革の推進に関する第3次答申」2003年12月

総合規制改革会議「規制改革推進のためのアクションプラン」2003年2月

総合規制改革会議「「規制改革推進のためのアクションプラン・12」の重点検討事項」に関する答申」2003年7月

規制改革・民間開放推進会議「中間とりまとめ－官製市場の民間開放による「民

主導の経済社会の実現」一」2004年8月
規制改革・民間開放推進会議「規制改革・民間開放の推進に関する第1次答申」
2004年12月
規制改革・民間開放推進会議「規制改革・民間開放の推進に関する第2次答申」
2005年12月
規制改革・民間開放推進会議「規制改革・民間開放の推進に関する第3次答申」
2006年12月
規制改革会議「規制改革推進のための第1次答申」2007年5月
規制改革会議「規制改革推進のための第2次答申」2007年12月
規制改革会議「規制改革推進のための第3次答申」2008年12月

財務省および日本銀行等

財務省「日本の財政を考える」2008年9月
財務省「最近10年間の年度末の国債・借入金残高の種類別内訳の推移」
財務省「財政金融統計月報」
財務省「対外及び対内証券売買契約等の状況」
日本銀行「資金循環統計」
金融庁「生命保険会社の保険金等の支払状況に係る実態把握の結果について」
2008年7月

厚生労働省等

厚生労働省「職業安定業務統計（一般職業紹介状況）」
厚生労働省「平成19年度 国民健康保険（市町村）の財政状況について＝速報＝」
2009年1月
厚生労働省「患者調査」
厚生労働省「人口動態調査」
厚生労働省「平成19年介護サービス施設・事業所調査結果の概況」
2009年1月
厚生労働省介護保険指導室「介護保険における監査結果の現状」全国介護保険・
高齢者保健福祉担当課長会議資料, 2009年2月19日

厚生労働省「医療施設調査」
厚生労働省「医療施設動態調査」
厚生労働省「社会医療診療行為別調査」
厚生労働省「概算医療費データベース」
厚生労働省「ワークシェアリングに関する調査研究報告書」2001年4月
厚生労働省「平成17年所得再分配調査報告書」
労働政策審議会「職業紹介事業、労働者派遣事業制度等の改正について」
労働政策審議会建議, 2002年12月26日
中央社会保険医療協議会「今後のDPCのあり方について」中医協基本問題小
委員会資料, 2007年8月29日
中央社会保険医療協議会「がん対策の推進について」中医協基本問題小委員会資
料, 2007年10月5日
国立社会保障・人口問題研究所「平成18年度社会保障給付費」

その他

内閣府「平成19年版自殺対策白書」2007年11月
総務省「平成18年度行政投資実績」
総務省「労働力調査」
総務省「平成17年国勢調査」
国税庁「民間給与実態統計調査」
警察庁「自殺の概要資料」
総務省消防庁「救急・救助の現況」
前田由美子「日本の借金はなぜ増えたか」日医総研ワーキングペーパー
No.133, 2006年8月
日医総研、福岡県メディカルセンター保健・医療・福祉研究機構『介護サービス
事業所の運営実態と拠点展開－「株式会社」を中心に－』日医総研ワーキング
ペーパーNo.101, 2004年7月
神野直彦・井出英策『希望の構想』岩波書店, 2006年
中谷巖『入門マクロ経済学 第5版』日本評論社, 2007年
米国政府「日米規制改革および競争政策イニシアティブに基づく日本政府への米

国政府の年次改革要望書」
社団法人生命保険協会「保険料明細表」
日本医師会「「療養病床の再編に関する緊急調査」報告」2006年10月
社会保障国民会議「社会保障国民会議最終報告」2008年11月4日
U.S. Department of the Treasury “MONTHLY STATEMENT OF THE
PUBLIC DEBT OF THE UNITED STATES”
U.S. Department of the Treasury “MAJOR FOREIGN HOLDERS OF
TREASURY SECURITIES”
U.S. Census Bureau “Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the
United States: 2007”
WHO “The world health report 2000”
OECD “OECD Factbook 2008”
OECD “Taxing Wages 2006/2007”