

TPP

TPPが医療を壊す



TPPで
日本国民は
幸せに
なるのか?

1	TPPで日本の医療制度はどうか？	
	① 混合診療の解禁～医療の格差を生み、安全性が崩される～	
	② 株式会社による病院参入～非営利・公益の医療が儲けの対象に～	
	③ 薬代が高くなる～医薬品の安全性も不安に～	
	④ 外国人医師が日本にやってくる～医療水準の維持が不透明に～	02

2	医療制度を壊されたら、後戻りできない危険な仕組み	
	—ラチェット条項とISD条項—	
	① 後戻りできない「改悪」	
	② 「国民皆保険制度のせいで商売ができない」日本政府を訴える米国ヘルスケア産業	06

3	それでもどうしてTPPが推し進められるのか？	
	① TPPのターゲットは日本	
	② 国際的競争力をもつ米国のヘルスケア産業	
	③ TPPを推進する日本財界の思惑	08

4	TPPでは復活しない日本経済	
	—社会保障を基盤とした国づくりへ転換を—	
	① 日本経済の根本問題は需要不足	
	② TPPでは輸出は増えない	
	③ 社会保障の充実と雇用拡大、賃金引き上げでデフレと円高の克服を	
	④ 社会保障の充実と雇用拡大、賃金引き上げは大企業の社会的責任で	12

TPPで 日本国民は 幸せになるのか？

2010年10月1日、当時の菅直人首相は所信表明演説で突然「TPP(環太平洋パートナーシップ協定)交渉等への参加を検討」することを表明しました。その後、2011年11月14日、APEC(アジア太平洋経済協力)で野田首相は「環太平洋戦略的経済連携協定交渉参加に向け、関係国と協議に入る」と表明しました。このように政府が説明不足のまま拙速に参加準備を進めるTPPとは一体どのようなものなのでしょうか。

3.11東日本大震災からの復興はいまだ途上にある中、被災地ではTPP参加への不安の声が渦巻いています。被災地の主要な産業である農林水産業が「関税ゼロ」で大打撃を受けかねないからです。TPP参加で「関税ゼロ」になれば、食料自給率は40%から13%に急落します(農水省試算)。

TPPで大打撃を受けるのは農業だけにとどまりません。USTR(米国通商代表部)が「2011年外国貿易障壁報告」で50項目もの対日市場開放要求をつきつけていることで一目瞭然です。日本がBSE(牛海綿状脳症)対策として、牛肉と牛肉製品の輸入を月齢20カ月かそれ以下のものに制限していることについて、米国は「日本が米国産

の牛肉と牛肉製品の利用を制限している」として、日本の牛肉市場の再開放を要求しています。また、日本では遺伝子組み換え食品には、そのことを食品に表示することが義務づけられていますが、米国は日本政府に表示を行わないよう要求しています。もし、これらの米国の要求が通れば、日本の消費者にとって重要な「食の安全」が脅かされます。公共事業や保険市場の開放で米国企業の参入を促すなども含め、米国からのモノやサービスの一方的な輸入拡大で日本国内の失業者を増やし、内需をいっそう冷え込ませることになります。

そして、国民の命をあずかる医療分野を市場化し外国企業の参入も狙われているのです。憲法25条の生存権に基づき、保険証一枚でいつでも、どこでも、安心して医療を受けられる「国民皆保険制度」を壊して、営利企業の儲けにしているのでしょうか。それで日本国民は幸せになるのでしょうか。

このパンフでは、TPP参入により日本の医療がどうなっていくのか、その危険な狙いを明らかにしていきます。

TPP: Trans-Pacific Partnership, Trans-Pacific Strategic Economic Partnership Agreement

【環太平洋経済協定、環太平洋連携協定、環太平洋経済連携協定、環太平洋戦略的経済連携協定、環太平洋パートナーシップ協定、太平洋間戦略的経済連携協定、トランス・パシフィック・パートナーシップ】

ニュージーランド、シンガポール、チリ、ブルネイ、米国、オーストラリア、ペルー、ベトナム、マレーシアの9カ国が貿易自由化を目指す経済的枠組み。TPPは加盟国の間で取引される品目に対して関税を原則的に100パーセント撤廃しようという枠組みである。工業製品や農産品、金融サービスなどをはじめ、全品目について、2015年をめどに関税全廃を実現するべく協議が行われている。

1 TPPで日本の医療制度はどうなる？

日本の医療はTPP参加によって、韓国の二の舞になる危険性があります。

TPP参加に反対する200人超の国会議員らが参加する「TPPを慎重に考える会」の訪米調査によれば、USTR(米国通商代表部)は「TPPは米韓FTA(自由貿易協定)、NAFTA(北米自由貿易協定)をモデルにする」と表明していて、米韓FTAでは、混合診療の一部解禁や薬価制度の改悪が行われています。

ここでは、これら米韓FTAやNAFTA、これまでの米国の対日要求などを参考に、TPPが日本の医療制度に与える影響を考えてみます。

1 混合診療の解禁

～医療の格差を生み、安全性が崩される～

USTR(米国通商代表部)のカトラー代表補が在日米商工会議所の会合で、「TPPでは日本国内で保険診療と保険外診療を併用する『混合診療』の解禁について、交渉の対象外である」と発言したと報じられています。しかし、この発言をそのまま信じることはできません。というのも、米国は日本へ突きつけてきた「年次改革要望書」などの中で、長年にわたり「混合診療の全面解禁」を求めてきたからです。USTRの「外国貿易障壁報告書(2008年度版)」には「日本の保険市場では、民間保険会社の他に、…公的な医療保険制度が存在し、大きなシェアを占めている。…米国政府は、日本政府に対し、同分野の市場を開放的で公平で、競争的なものにする規制枠組みを要求している」とあり、米国が日本の公的医療保険制度を解体し営利目的の市場に開放しようと狙っていることは疑いありません。

また、「TPPを慎重に考える会」の調査によれば、米韓FTAでも米国は当初、韓国の医療保険制度には手を付けないと明言していたにもかかわらず、最終的には韓国国内に6カ所の「特区」を設定し、混合診療を解禁したことが明らかになっています。

では、混合診療が解禁されると私たちの医療はどうなるのでしょうか。

現在の日本の健康保険法は、必要な医療を保険で提供することを前提にしており、一連の医療行為の中で「保険診療」と「自由診療」を混在させる混合診療を禁止しています。もし混合診療が全面解禁されれば、二つの点で私たちの医療は崩壊してしまいます。

一つは、「格差医療」が広がります。つまり経済力によって受けられる医療に差が出るのです。混合診療は、保険給付に自由診療を上乗せするもので、たとえ、基本的な医療部分に保険が利

くとしても、上乗せした自由診療部分の価格は一切、規制されません。自由診療部分の先進医療や新薬は高価なうえに保険が利きませんので高所得者しか受けられません。つまり「お金の有るなし」によって受けられる医療内容が決まることになります。

さらに、いったん混合診療が解禁されれば、保険給付される公的医療の範囲が縮小されたり、新たな医療技術や薬剤が確立してもそれが保険収載されないことが考えられます。

例えば、白内障の治療で行われる「眼内レンズ手術」は以前は自由診療で、1眼あたりおよそ30～40万円の費用がかかりました。しかし、その後の保険適用を求める運動により現在では保険給付の対象となっています。もし、混合診療が解禁されていけば、30～40万円の費用のうち、検査費など一部は保険が利き、その分の費用は安くなったとしても、本体の費用はすべて自己負担のままだったでしょう。現在はずべてが公的医療保険で扱われ、はるかに低額な窓口負担だけで治療を受けることができます。国民皆保険において適切な医療が「いつでも、どこでも、誰でも」「お金の有るなしにかかわらず平等に」受けられるためには、評価と安全性が確立した治療や薬はすべて保険適用すべきです。

もう一つの大きな問題は、医療の安全性や信頼性を崩してしまうということです。神戸市の先端医療振興財団の福島雅典臨床研究情報センター長は「(混合診療を解禁すれば)厳格な臨床試験を経て診療報酬点数に載ったものが保険診療として行われるという、これまでの危機回避のメカニズムが崩壊してしまう」と述べ、安全性の低下を懸念しています。また「到底医療とは思えない民間療法が次から次に入ってくる危険性がある」とし、たとえ安全であっても効果のはっきりしない「まやかしの医療」が上乗せされる問題点を指摘しています。混合診療の全面解禁は、情報格差を利用した信頼性の薄い医療が広がる危険性を内在しています。なぜなら医療に安全性や有効性を判断する第三者が介在しなくなるからです。

このような国民医療を崩壊させてしまう危険性のある混

合診療を、なぜ米国はTPPで日本に押しつけようとしているのでしょうか。また、なぜ日本政府はTPPへの参加を進めるのでしょうか。

それは、米国や日本の一部の大企業の利益になるからです。混合診療が解禁されれば、自由診療部分の費用を用意するために民間医療保険への加入が増えることは明らかです。現在でも、病気に備える私的保険への支払保険料は毎年5兆円を超えており、その一つであるガン保険では米国系保険会社が単独で契約件数の半数以上を保有しています。また、製薬メーカーや医療機器メーカーも時間とコストをかけて効果や安全性を確認することなく、自由診療部分を利用してどんどん薬や機器を売ることができるようになります。

TPPをきっかけに混合診療を解禁することは、世界的に高く評価されている日本の医療制度を、お金がなければ十分な医療が受けられない米国の医療制度のようにしてしまう危険性ははらんでいるのです。

2 株式会社による病院参入

～非営利・公益の医療が儲けの対象に～

米国では株式会社による営利病院の経営が認められています。もし、日本がTPPに参加することになれば、米国は日本にも株式会社による営利病院の経営を迫ってきます。実際に、USTRによる「外国貿易障壁報告書(2010年度版)」では、「日本の規制が、日本の医療サービス市場へ外国資本の参入を妨げている」、「米国政府は、日本政府に対し、外資への同分野の市場開放のファースト・ステップとして、営利法人が営利病院を経営し、全ての医療サービスを提供できるようにする機会(経済特区を含む)を開くことを要求している」とされています。

では、営利法人による営利病院の経営が解禁されると私たちの医療はどうなるのでしょうか。

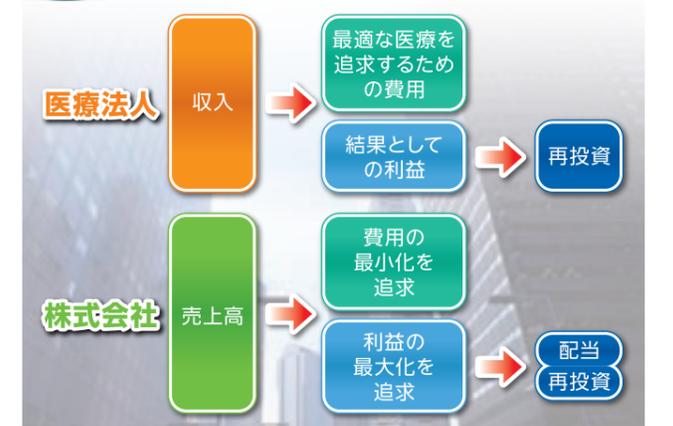
現在、日本では医療機関は営利目的で医療を提供してはならないときわめて厳格に決められています。また、医療は憲法25条で定められた生存権保障を具体化する社会保障の一つ

として国民皆保険制度によって位置づけられています。そして医師によって開設、管理される医療機関をその担い手としています。こうして日本では医療の非営利性と公益性を徹底することで国民の信頼を得て、「いつでも、どこでも、誰でも」が最適な医療を受けられるようにしているのです。「規制」とは市場に開放してはならない領域を国家が守ることであり、日本の国民皆保険における非営利性と公益性は、弱肉強食の市場原理から国民を守る砦なのです。

しかし、営利法人による営利病院経営を認めてしまえば、医療の目的が「生存権の保障」から「儲け」に変質してしまいます。株式会社が病院を経営すれば、利益の最大化を追求し、運用目的の株主に配当を行い、残余利益を社内留保していきます(図1)。会社法では経営者が第三者の利益を図った場合は特別背任罪に問われます。つまり株式会社病院が不採算医療を行うのは法的に許されないのです。日本の医療制度は世界に誇れる国民の共有財産ですが、これを単なる市場の商品にすると、安全性よりコスト削減が優先される、支払い能力のない患者の治療は行わない、地域医療を独占するために他の医療機関を買収して閉鎖する、採算の合わない過疎地域には医療機関を開設しないなどが起こるでしょう。その結果、最も適切な医療から経済的弱者が排除されるのです。

米国では医療に非営利性や公益性が求められていないため、こうした医療がまかりとおっています。

図1 株式会社による医療機関の経営



社団法人 日本医師会の資料より作成

▶ 病院が営利化されると死亡率が上昇

ハーバード大学元助教の李啓充氏は、病院が営利化されると「第一に、競争相手を潰す。第二に、コストを抑えるための『合理化』に徹する。第三に、競争相手を潰すことで、非営利病院よりも高い医療費を患者に請求することが可能になる。第四に、ノルマを達成するために、往々にして違法行為に手を染める」と4点を指摘し、さらに「死亡率が上昇」と警鐘を鳴らしています。

実際に、李氏によれば「米国で一番大きな病院チェーンHCAは、自社病院と競合関係にある別の病院も買収し、これを閉鎖した」としています。

また、「米国では、株式会社病院は、非営利の10倍・20倍の値段を付けて当たり前という乱暴な商売を行っている」として、営利病院のコスト高を指摘しています。

李氏は「1984年から95年までの12年間、全米3645病院を対象にした調査では、非営利病院が株式会社病院に変わると、平均死亡率が0.266から0.387へと50%も増加。逆に株式会社から非営利に変わった病院は、死亡率が下がっている」とし、医療機関を株式会社に経営させるという方針は「死亡率が上がるし、コストもかかるし、良いことは何も起こらない」としています。

3

薬代が高くなる

～医薬品の安全性も不安に～

TPP参加のメリットとして、「関税が低くなれば、海外から輸入している薬や医療機器が安くなる」という意見がありますが、それは全くのゴマカシです。なぜならすでに海外から輸入している薬や医療機器には関税がかかっていないからです。むしろTPPによって薬や医療機器、さらには医療技術の価格までが上がると言われています(図2)。

現在、日本では、薬を必要とする人が公的医療保険で安価に利用できるように、その価格は政府によって決められています。これに対し、米国の製薬会社は、利益をより大きくするために1985年の「日米市場志向型分野別協議(MOSS協議)」以来、日米構造協議や年次改革要望書、USTR外国貿易障壁報告書で日本に薬価引き上げを迫ってきました。日本政府は、米国の圧力を受けて2010年には「新薬加算」という高薬価を維持する仕組みを導入してしまいました。高い薬価のツケは保険料と窓口負担で国民が支払っています。

日本がTPPに参加すればこうした圧力はさらに強まる恐れがあります。実際に、TPPのモデルとされる米韓F T

Aでは「両国の規制当局が安全かつ有効と承認した医薬品、医療機器に対する償還額の決定は、市場競争価格に基づくものであること」「韓国は、価格決定、医薬品および医療機器の償還について申請者の要請に基づきレビューする機関を設置すること。この機関は両国の中央政府の保険医療当局から独立した機関とすること」が定められています。これは、政府に薬価を規制させないことを意味する条項です。世界的にも政府が何らかの形で薬価を規制していない国はありません。

また、米国は後発医薬品(ジェネリック医薬品)の普及による新薬市場の縮小を懸念して、知的財産権保護の強化を要求してきます。「国境なき医師団」によれば、米国はTPPによって、型を変えただけの古い医薬品に新薬の特許を認めさせる、特許への異議申し立ての手続きを困難にする、知

的財産権侵害の「疑い」だけで、ジェネリック医薬品の貨物を差し押さえる、臨床実験データの独占を強化し、ジェネリック医薬品が出回るのを困難にする、特許期間を延長する、医薬品認可当局に特許管理責任を負わせることなどをTPPに盛り込もうとしています。「国境なき医師団」は、TPPにこれらの条項が盛り込まれれば、発展途上国で安価な医薬品の入手が困難になると訴えています。発展途上国だけに限らず日本でも安価な医薬品を使用することができなくなってしまいます。

さらに米国は医薬品や医療機器だけでなく、検査や手術、薬の処方についても特許を認めるように要求しています。米国でも、医師の治療行為には特許権による制限はありませんが、検査方法などには特許による独占が認められています。実際に、米国ミリアッド・ジェネティクス社は乳がん

の原因遺伝子に関する特許を取得し、この方法による遺伝子検査を独占しています。カナダのオンタリオ州の州立病院では、患者負担なしで独自の方法による遺伝診断を行っており、ミリアッド社から中止を求められています。もし、オンタリオ州がミリアッド社に特許料を払うことになれば、州の負担はこれまでの3倍になると言われています。

医薬品の安全性も危機に

さらに米国は高薬価を維持するだけでなく、新薬の審査を早めることを要求しています。確かに海外と比較して長い日本の新薬の審査期間は改善すべきです。

しかし、米国のように製品化を急ぐために、製薬会社の資金により審査機関を運営することは、安全性の面から大きな問題があります。東京大学の津谷喜一郎特任教授によれば、99年から04年までに安全上の理由で世界市場から撤退した34種類の医薬品のうち、日本では23種類が販売されていませんでした。米国の要求を受け入れて十分な体制をとらないまま、無理に審査期間を短くすれば、安全性に問題のある医薬品が日本でも流通してしまうでしょう。

図/2 薬の値段が米国並みになると…

	日本	米国
ディオバン(降圧剤) 80mg	123円	172円
ノルバスク(降圧剤) 5mg	64円	144円
リピトール(コレステロール低下剤) 10~20mg	125円	161円
メパロチン(コレステロール低下剤) 10mg	110円	270円
タケブロン(抗潰瘍剤) 30mg	178円	395円
ノボラピッド(インスリン) 1キット	2240円	2899円

●1錠当たりの薬局仕入れ価格(2010年調査。12年度改定は反映せず)。自己負担割合によって、実際に窓口で支払う金額は異なります。
●日本の「薬の価格」は調剤技術料、薬学管理料、特定保健医療材料料、薬剤料を含んだ「最終患者価格」、米国の「薬の価格」は薬局購入価格に薬局マージンを乗せた「最終患者価格」。
全国保険医団体連合会の調査より



4

外国人医師が日本にやってくる

～医療水準の維持が不透明に～

TPPへの参加によって日本から医師がいなくなり、現状でも深刻な医師不足・医療過疎に拍車がかかる可能性があります。TPPでは、「人の移動の自由化」も求められます。すでに日本がEPA(経済連携協定)を締結したフィリピン、インドネシアからは看護師、介護士の一部受け入れが進められていますが、TPPでは医師も対象となってくる可能性があります。実際にEPAを締結したインドからは、日本政府へ「医師、歯科医師などの資格相互承認(クロスライセンス)」が要望されています。もし、TPP参加諸国との間で医師免許のクロスライセンスが認められれば、日本の医師の海外流出が起こる可能性があります。イギリスでは英連邦諸国やEU内でのクロスライセンスが認められているため、医療費抑制を図ったサッチャー政権以来、2000年までの間に数多くの医師が労働環境の悪さからカナダやオーストラリアに流出したと言われています。日本でも、国際的にみて低い報酬や過労死水準を超えているといわれる劣悪な労働環境を考えれば、医師の不足、偏在が問題視されているにも関わらず、医師の海外流出が起こることは十分に考えられます。

一方、日本より賃金水準の低いアジア各国からは医師が流入する可能性がありますが、各国の医学教育の内容には違いがあり、またコミュニケーション能力を重視される医療の現場での言葉の問題もあり、安い労働力の導入で日本の医療水準と安全性が維持できるかどうか不透明です。

2 医療制度を壊されたら、後戻りできない危険な仕組み

— ラチェット条項とISD条項 —

1

後戻りできない「改悪」

これまでみてきたようにTPPに参加するには様々な国内の規制を撤廃するために国内法を改定する必要があります。

恐ろしいのは、TPPには一旦、規制緩和を行うと元に戻せないという条項が盛り込まれていることです。これはラチェット条項と呼ばれます。「ラチェット」とは一方向にしか回転しない歯車のことです。

米韓FTAでもこのラチェット条項は大きな問題になっています。米韓FTAで、このラチェット条項が入っている分野は銀行、保険、法務、特許、会計、電力・ガス、宅配、電気通信、建設サービス、流通、高等教育、医療機器、航空輸送などで、米国が国際的に高い競争力を持つ分野です。米国が米韓FTAを使って韓国の規制緩和を進めようとしているのは明らかで、すでに韓国ではラチェット条項のため特区内の営利病院を廃止できなくなっています。

2

「国民皆保険制度のせいで商売ができない」

日本政府を訴える米国ヘルスケア産業

もう一つ米韓FTAで大問題となっている規定がISD

条項です。ISD条項とは、「投資家対国家の紛争解決条項 (Investor State Dispute Settlement)」と訳されるもので、投資先の国の施策・規制によって、不利益を被ったと企業や投資家が判断すれば、裁判に訴えることができるというものです(図3)。世界銀行の傘下にある「国際投資紛争解決センター」などが仲裁機関に指定されています。審理は非公開で、不服があっても上級の仲裁機関に訴えることはできません。訴えられるのは政府だけでなく、地方自治体が行う施策・規制も対象になります。例えば、日本政府や地方自治体が患者の自己負担を軽減した場合、米国の民間保険会社が、民間医療保険の販売が縮小することを理由に、日本政府に対し、損害賠償請求をおこなうことができるようになります。

また、Non-Violation Complaint (非違反申し立て) という制度も米韓FTAに盛り込まれています。これは、米国企業が期待した利益を得られなかった場合、相手国がFTAやTPPなどの条約に違反していなくても、米国政府が米国企業の代わりに、国際機関に対して相手国を提訴できる制度です。

このようにTPPには、米国の多国籍企業の利益拡大のための仕掛けが数多くあります。韓国では米韓FTAのこうした条項に対して「不平等条約だ」との声が広がっています。政府が国民ではなく、米国の多国籍企業の言うことをきいて制度や法律を変えてしまうことは許されません。

図/3 各国の主権を侵害し、多国籍企業の利益を守るISD条項

拠点国	多国籍企業	賠償内容	訴訟相手国	提訴理由
米国	米企業	賠償金12億円	メキシコ政府	地元自治体による廃棄物処理場の建設不許可が北米自由貿易協定違反とされた。
米国	センチュリオンヘルス社	128億円要求 (会社敗訴)	カナダ政府	カナダの保険法によってバンクーバーに医療施設を建設できなかった。
米国	ベクテル社	20億円要求 (会社敗訴)	ボリビア政府	料金の4倍値上げに反対する住民運動によって水道事業の撤退を余儀なくされた。
米国	フィリップモリス社	仲裁要求	オーストラリア政府	豪政府が実施するたばこのパッケージの規制について国際仲裁機関に仲裁を求めると発表。
ドイツ	シーメンス社	賠償金237億円	アルゼンチン政府	情報技術システム関連サービス事業において財政危機による契約の見直しが行われたため。
スウェーデン	バッテンフォール社	損害賠償要求	ドイツ政府	ドイツの原発全廃政策に対し、投資が無駄になったとして、損害賠償を要求。

日本の皆保険制度が崩壊の危機に曝されます。



3 それでもどうしてTPPが 押し進められるのか?

1 TPPのターゲットは日本

TPPはもともと、ブルネイ、チリ、シンガポール、ニュージーランドの4カ国(P4: Pacific-4)で2006年5月に発効した貿易協定です。これらの国はGDPに占める貿易の割合が高い国で、これらの国がより貿易を円滑にするための協定がTPPだったのです。

その後、2008年9月22日、USTRが、原加盟国4カ国の代表と共に交渉の立ち上げの声明を出し、米国が交渉に加わることになりました。さらにオーストラリア、ベトナム、ペルー、マレーシアが交渉に参加しました。

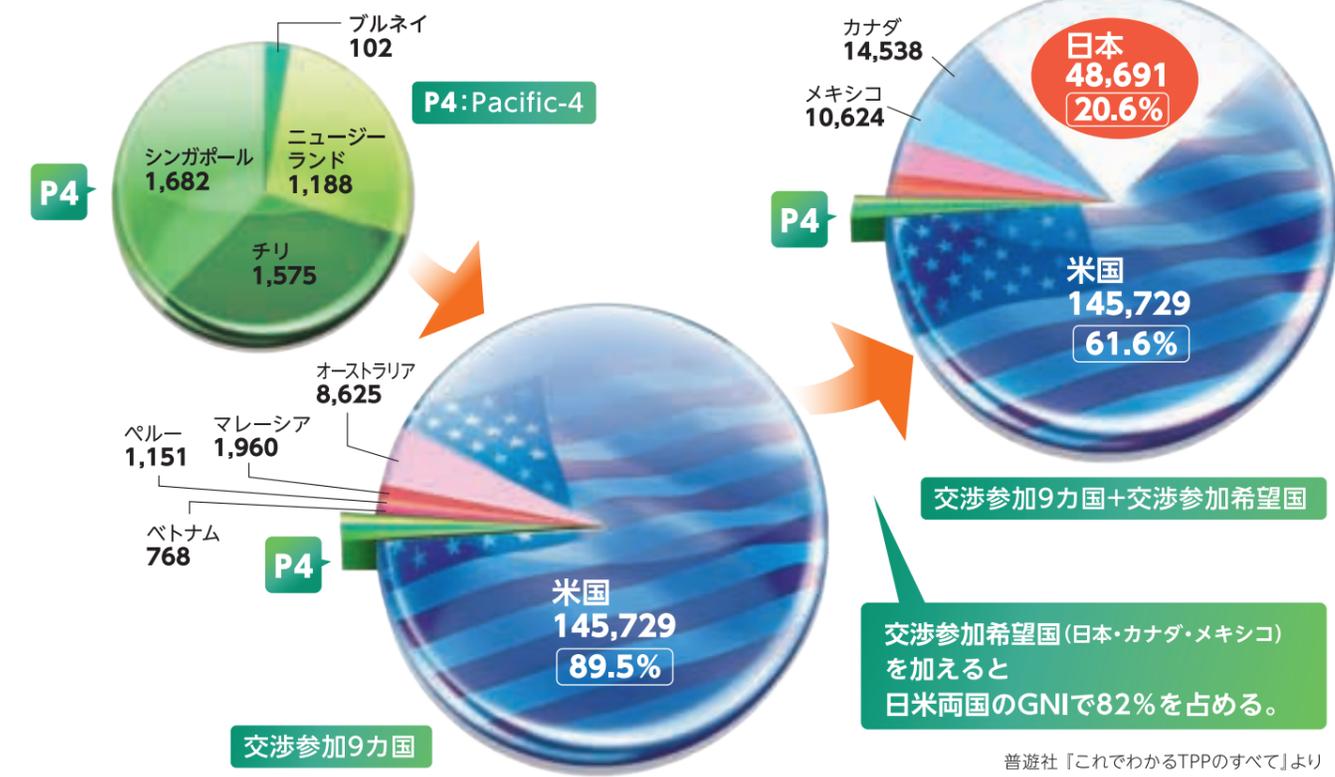
もともとの4カ国による協定では、2015年までに全ての貿易の関税を削減しゼロにすることが盛り込まれています。また、関税だけでなく非関税障壁と言われる様々な各国の規

制を撤廃し、経済的な国境をなくとしています。

米国が輸出相手とするアジアのうち最も大きな市場を持つのが日本です。交渉参加9カ国に占める米国のGNI(国民総所得)は90%で、これでは米国の輸出倍増は不可能です。日本が参加すれば約20%を占め、日本の参加がなければTPPは米国にとって意味がありません(図4)。つまり米国の狙いはTPPを利用して日本への輸出を増加させ、米国の莫大な経常赤字と財政赤字の解消を進めることなのです。

米国は経常赤字と財政赤字を削減するために、輸出拡大を目指しています。そのために、TPPによってアジア各国の市場開放を行うのが米国の狙いです。とりわけ高い国際競争力を持つといわれるヘルスケア産業などが輸出の中心となります。そして、最大のターゲットは、アジア最大の市場を持つ日本なのです。

図/4 TPP参加国と参加交渉国のGNI比(2008年)



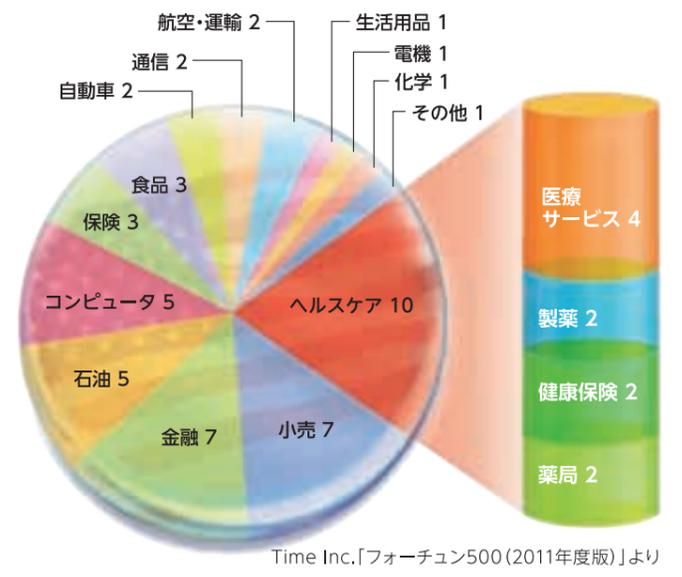
普遊社「これでわかるTPPのすべて」より

2 国際的競争力をもつ 米国のヘルスケア産業

では、米国は日本に何を輸出しようとしているのでしょうか? 図5は米国の売上高50位までの企業を業種別にみたものです。医療サービスや製薬、健康保険、薬局などといったヘルスケア産業は10社もあります。また、営利病院を運営する医療サービス会社も日本の医療法人などに比べて圧倒的な規模を持っています(図6)。

横浜国立大学の萩原伸次郎教授は「米国が国際貿易において優位性を持つ製品は、サービス部門を含めて、金融、保険、医療など知識集約型製品」と指摘しています。米国の産業政策は確実に第三次産業に主力を注ぎ、ヘルスケア産業が米国の輸出倍増計画の一翼を担い、日本の国民皆保険制度をターゲットにしていることは間違いありません。

図/5 全米売上高トップ50社の業種



図/6 米国の株式会社立病院グループと日本の大手医療法人の比較

企業・法人名	医療収入(億ドル)	純益(億ドル)	施設数	病床数(床)	社員数(万人)
Hospital Corp. Of America (HCA)	197.0	8.3	173	39,985	28.5
Tenet Healthcare Service Inc. (TENET)	139.0	6.3	114	27,882	11.7
Universal Health Service Inc. (UHS)	32.6	1.8	87	10,648	2.6
Community Health Systems Inc. (CHS)	22.0	1.0	63	6,300	1.9
Health Management Association Inc. (HMA)	22.6	2.5	43	5,922	2.1
Community Health Service Inc. (CHSI)	22.0	1.0	63	6,310	1.9
医療法人鉄蕉会 亀田メディカルセンター	4.6	—	12	1,000	0.3
麻生グループ(飯塚病院など)	2.8	—	11	1,550	—

Med Ark Management Institute作成の表を一部改変

Phase 1

米国の雇用を創出
輸出産業の育成により
米国内の雇用を支える

Phase 2

市場を拡大
他国の市場を
米国企業に
開放させる

Phase 3

医療とヘルスケア産業
他国市場に
打って出られる
競争力のある
米国産業の
筆頭は「医療、
ヘルスケア産業」

Phase 4

ターゲットは日本
TPP参加交渉国のなかで
最大の市場規模を持つ
日本が最大の
ターゲット

交渉内容が国民に伝えられないTPP

2011年11月末、ニュージーランド外務貿易省のマーク・シンクレアTPP首席交渉官は、TPP参加交渉内容について情報公開を求める労働組合に対し、情報を公開できない事情を説明する文書を発表しました。同文書は、交渉開始に当たって各国の提案や交渉文書を極秘扱いとする合意があることを明らかにしています。

それによると、交渉文書などを入手できるのは、政府当局者のほかは、政府の国内協議に参加する者、文書の情報を検討する必要のある者または情報を知らされる必要のある者に限られるとされています。さらに、これらの文書は、TPP発効後

4年間秘匿されます。

これでは、国民生活に大きな影響を与えるTPP参加について、国民的議論を行うことができません。それは、NAFTAや米韓FTAですでに実施済みのことなのです。山田正彦・元農林水産相によれば、「USTRのカトラー代表補らは、TPPでは米韓FTAと同じかそれ以上の高いレベルの自由化を求める」とはっきり言っています。さらに、「医薬品へのアクセス拡大のためのTPP貿易目標」など様々な分野でのTPPによる目標を明らかにしています。



3 TPPを推進する日本財界の思惑

米国同様に日本のTPP参加を強く求めているのが日本財界です。

TPP参加を進める日本財界には、大きく二つの思惑があります。一つは、国内の規制緩和をTPPによって促進させること。もう一つは、発展途上国を利用し、さらなる利益を上げることです。

TPPで規制緩和を推進

TPP参加にあたって政府の方針となる「包括的経済連携に関する基本方針」(2010年11月9日閣議決定)では、「世界の潮流から見て遜色のない高いレベルの経済連携を進める。同時に、高いレベルの経済連携に必要な競争力強化等の抜本的な国内改革を先行的に推進する」と述べています。これは、TPPなど経済連携を進めるために、規制緩和を進めるということです。

実際、規制緩和は医療分野においても着々と進められてきました。2010年に閣議決定された「新成長戦略」では、経済成長牽引産業として医療分野を位置づけて、医療法人の役員を他の法人と兼務できるようにしたり、特別養護老人ホームへの営利企業の参入を認めたり、医療滞在ビザを創設したりしています(図7)。こうした医療分野における規制緩和を

TPPによってさらに推進することが財界の狙いです。

こうした医療分野における規制緩和の目的は、一つは医療や介護分野を市場として営利企業に開放させることです。それによって、営利企業のビジネスチャンスを拡大することができるからです。二つ目は医療や介護分野に営利企業を参入拡大させることによって、医療や介護における国の公的責任を後退させ、社会保障分野の公的支出を抑制するためです。営利企業の参入拡大によって一部の企業は利益を増大させますが、格差医療・介護がさらに広がるでしょう。

図7 実際に進む医療分野での規制緩和

- 2010年6月** 政府「新成長戦略」閣議決定
 - 医療・介護・健康関連産業を日本の成長牽引産業として明確に位置づけた
- 2011年1月** 「医療滞在ビザ」創設
- 2011年4月** 政府「規制・制度改革に係る方針」閣議決定
 - 医療法人と他の法人の役職を兼務して問題ないと考えられる範囲の明確化
- 2011年6月** 総合特区法成立
 - 特別養護老人ホームに営利企業が参入
- 2011年7月** 政府「規制・制度改革に関する第二次報告書」
 - 公的医療保険の適用範囲の再定義
 - 国際医療交流

TPPで輸出をさらに拡大

思惑の二つ目は、TPPによって輸出をさらに拡大することです。日本経団連が2011年4月に発表した「わが国の通商戦略に関する提言—TPPを通じて実現すべき内容—」では、「TPP参加により、米国においてわが国から輸出する自動車に対する関税が撤廃されれば、米韓FTAが発効しても韓国車と関税面での対等な競争条件を確保できる」「TPPにおいて、資源・食料の輸出制限の禁止や資源・食料の輸出に関する輸出税の禁止規定を導入することが可能となる」など財界がTPPを推進する理由が列挙されています。

輸出関税や輸出税が撤廃されれば、資源国から安く簡単に原材料を手に入れられます。

さらに、TPPで各国の労働者保護規制が撤廃されれば、安く獲得した資源を、低い賃金で加工し生産が行えます。実際、2010年からTPP交渉に参加したマレーシアは、米国からマレー人労働者の雇用を保護する政策の撤廃を要求されています。

そうして生産した製品を関税の撤廃された米国などの大きな市場に大量に販売します。この一連の流れによって莫

大な利益を得ることが財界の目的です。しかし、一方でアジア各国の国民財産である資源は安く大企業に買い取られ、資源の産出や製品の生産を行う労働も安く買いたたかれることになってしまいます。

これまでみてきたように日本のTPP参加を強力に推し進めているのは日米の多国籍企業です。彼らはなんとか日本のTPP参加を国民に納得させるために、医療など国民生活に密着する分野への影響は「ない」と宣伝しています。USTRのカトラー代表補が「環太平洋連携協定(TPP)では混合診療の解禁は交渉の対象外である」と発言し、野田総理大臣も、2011年11月の衆議院予算委員会で、国民皆保険制度について「日本の誇るべき制度を壊してまで(TPP参加を)進める気持ちは全くな(い)」と述べています。

しかし、2011年10月に政府が公表した「TPP協定交渉分野別状況」説明資料では「米韓FTAのように医薬品分野に関する規定が置かれる可能性はある」としていますし、11月の外務省の資料でも「混合診療の全面解禁がTPPで議論される可能性は排除されない」とされています。

TPP参加で輸出拡大を狙う多国籍企業の思惑



4 TPPでは復活しない日本経済

— 社会保障を基盤とした国づくりへ転換を —

財界や政治家、官僚は日本のTPP参加を「アジア太平洋地域というのは、これからの世界の中の成長のエンジンになり得るので、この成長力を取り込む」などと言って推進しています。

しかし、TPPでは日本の経済は復活しないどころか、さらに悪化することが多くの専門家から指摘されています。

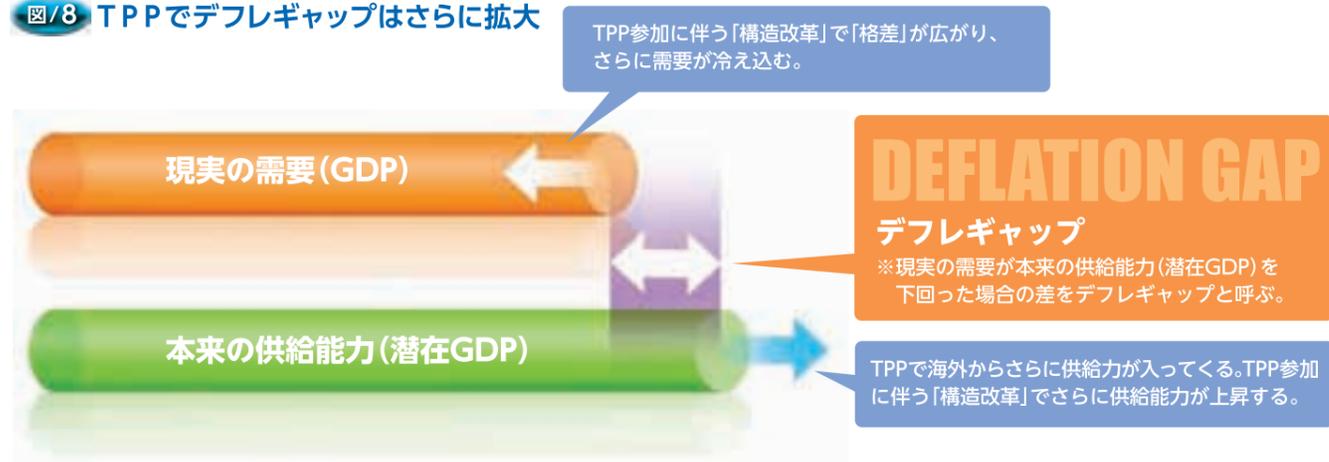
1 日本経済の根本問題は需要不足

国の経済成長を示すGDPの推移を見ると、日本は97年に500兆円を突破して以降、ずっと500兆円前後を推移しており、経済成長が止まったままです。

この理由の一つがデフレです。デフレとは持続的に物価が低下することです。デフレによって企業の設備投資の減少、雇用破壊などが進み、経済が縮小しているのが今の日本経済の状況です。

デフレの理由としてあげられているのが、供給過剰と需要不足です。つまり、モノやサービスを生産しても売れないため、経済の規模が大きくなりません。TPPへの参加はデフレをさらに加速させると言われています。TPPによって、外資企業が参入し、商品やサービスを提供すれば、国内と合わせた全体としての供給量が増え、需要とのギャップが大きくなってしまいますからです(図8)。

図8 TPPでデフレギャップはさらに拡大



2 TPPでは輸出は増えない

日本のTPP参加を推進している前原誠司民主党政調会長は、日本のGDPに占める農業の比率が1.5%だとして、「1.5%を守るために98.5%を犠牲にするのか」として、日本の農業を壊滅させても輸出産業の利益を図るべきだといっています。

しかし、日本のGDPに占める輸出の割合はたったの11.46%で、そのうち自動車と家電に限れば1.25%です(図9)。日本の農業を壊滅させてまで固執すべき利益ではなく、98.5%の犠牲などどこにもありません。

確かに、リーマン・ショック以降日本の輸出産業を取り巻く環境は厳しくなっています。しかし、それは米国をはじめとする製品の輸出相手国の関税が高いからではありません。米国における工業製品の関税は自動車で2.5%、液晶パネル5%といった程度なのです。日本の輸出産業の苦戦の本当の理由は円高です。

ドルに対して韓国ウォンが90年から20年間で41%も安くなっているのに対し、日本円は48%も値上がりしています。いわば為替差による韓国製品の安売りセールスが続けているのです。韓国企業に遅れをとった原因は関税ではありません。

日本の多国籍企業はこうした為替リスクに対応するために、消費地である米国で製品を生産しています。自動車メーカーでは、米国での新車販売台数の6割以上を、現地生産していますし、ホンダの09年の米国での現地生産率は、8割を超えています。これは日本の国民にとっては大きな問題です。なぜなら海外生産が進めば、日本の雇用が失われるからです。

つまり、日本企業が製品を米国に輸出する際、TPPで引き下げられている関税は全く障害ではないのです。本当の障害は円高であり、大企業が円高リスクを回避するために生産拠点を現地に移すことによって、その不利益を負うのは働く場所を失う日本国民なのです。米国のNGO「パブリックシチズン」のロリ・ワラック取締役によれば、NAFTAでは、米国の工場が賃金水準の低いメキシコへ移転したことで、米国内では500万人の雇用が失われたとしています。

そもそも多国籍企業の利益と、国民の利益は一致しません。また大企業の経済活動を活性化させることによって、富が低所得層に向かって徐々に流れ落ちるといういわゆる「トリクルダウン理論」も先進国においては否定的です。

図9 日本のGDPと輸出額



IMF[World Economic Outlook Database]、JETRO[日本の国・地域別商品貿易概況]より作成
※ %は、各輸出額がGDPと比べてどのくらいの割合を示した数値。

▶ TPPのGDP押し上げ効果は2.7兆円?

2011年11月3日付の大手新聞に「TPP参加なら効果は2.7兆円」という記事が載りました。これは経済産業省がTPPのGDP押し上げ効果を試算したのですが、この数字にはカラクリがあります。実はこの2.7兆円というのは「10年後」の数字なのです。10年後に2.7兆円の経済効果というのは、年収500万円の人の給与が10年後に2万7000円上がるというレベル

の話で、日本の農業や国民皆保険制度を壊してまで得るべき利益ではありません。経済産業省はそのことを明らかにしていますが、大手マスコミは朝日新聞以外、「10年後に」ということを記事のどこにも書いていません。このように大手新聞がTPP推進のために、国民に対して情報を意図的に隠して報道することは許されません。

3 社会保障の充実と雇用拡大、賃金引き上げでデフレと円高の克服を

これまでみてきたように、日本経済を取り巻く大きな問題はデフレや円高です。デフレの原因は賃金が下がり続けていることだと専門家は指摘しています。小泉構造改革による正規雇用の減少や非正規雇用の増加、リストラの推進などにより98年をピークに日本の世帯収入は100万円も減少しています(図10)。

賃金が下がれば、勤労者は購買力を失います(図11)。そのため企業はモノの価格を下げて販売量を維持しようとしていますが、モノの価格を下げようと思えばコストを下げるために賃金のカットが避けられません。こうしてデフレと賃金下落のスパイラルが続いているのが日本の現状です。米国や

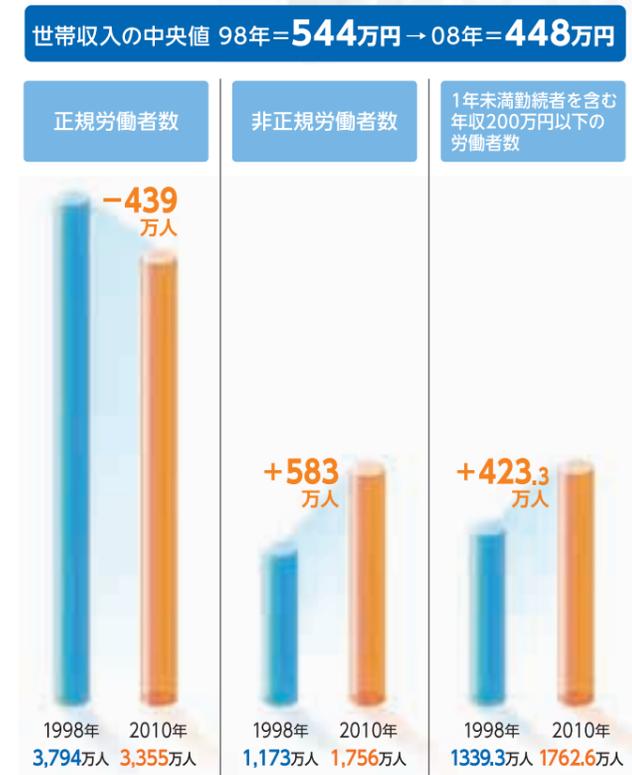
欧州では賃金は下落しておらずデフレには陥っていません。また、円高もこのデフレとは無関係ではありません。為替レートは、二つの国の通貨価値の反映ですから、日本の物価が下がっているため、表面的に円の通貨価値が高くなっているのです。

日本の現在の不況の原因であるデフレと円高を解決するためには、国民の購買力を引き上げる政策が必要なのです。また、国内の購買力が拡大し、内需が拡大すれば、外国経済の不安定さや円高による輸出への影響を打ち消すことができます。

では、国民の購買力を引き上げるためには何が必要なのでしょう。それは、雇用の拡大や賃上げと社会保障の充実です。社会保障を充実し、雇手を拡大、安定させれば国民の将来不安が解消されます。そうすれば、これまで貯蓄に回っていた資金が購買へと回るのです。



図/10 労働者の実態



総務省「労働力調査」、国税庁「民間給与実態統計調査」より作成

図/11 1カ月の平均消費支出(二人以上の世帯)の推移



総務省統計局「平成21年全国消費実態調査」より

4 社会保障の充実と雇用拡大、賃金引き上げは大企業の社会的責任で

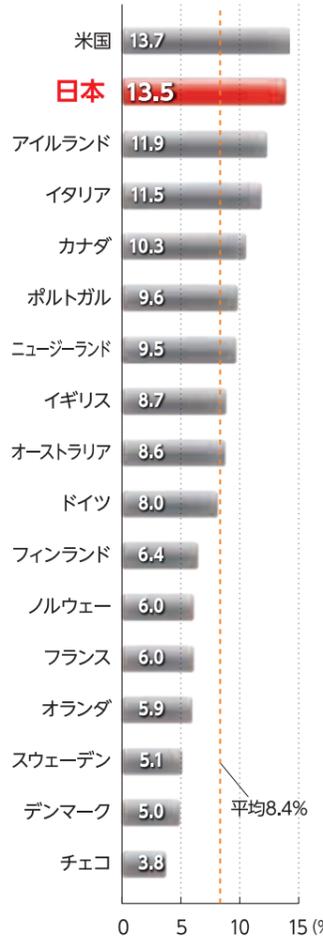
人々の所得は基本的には生産活動に対する報酬という形で得られます。しかし、市場経済だけに委ねていけば、様々な格差が生じてしまいます。

それを是正するのが所得の再分配です。所得の再分配とは市場経済だけに任せておけば、社会的公正が確保されない状態に対して、租税制度や社会保障制度を通じて所得格差を縮小したり、低所得者の生活の安定を図ったりすることです。この所得の再分配機能は、現時点では低所得でない人でも、病気や負傷、失業や稼働能力を喪失した高齢期、不測の事故による障害などに遭遇して生活が不安定になった場合、生活の安定や安心をもたらすためのセーフティネットとして重要な役割を持っています。

また、社会保障は景気変動を緩和する経済安定化機能や、経済成長を支えていく機能を持っています。例えば、公的年金制度のように、経済不況期においても継続的に一定の額が支給される制度は、高齢者の生活を安定させるだけではなく、年金を財源にした消費活動を通じて景気変動をなだらかにする機能を持っています。社会保障制度の充実、経済の安定や成長のためにも必要不可欠です。

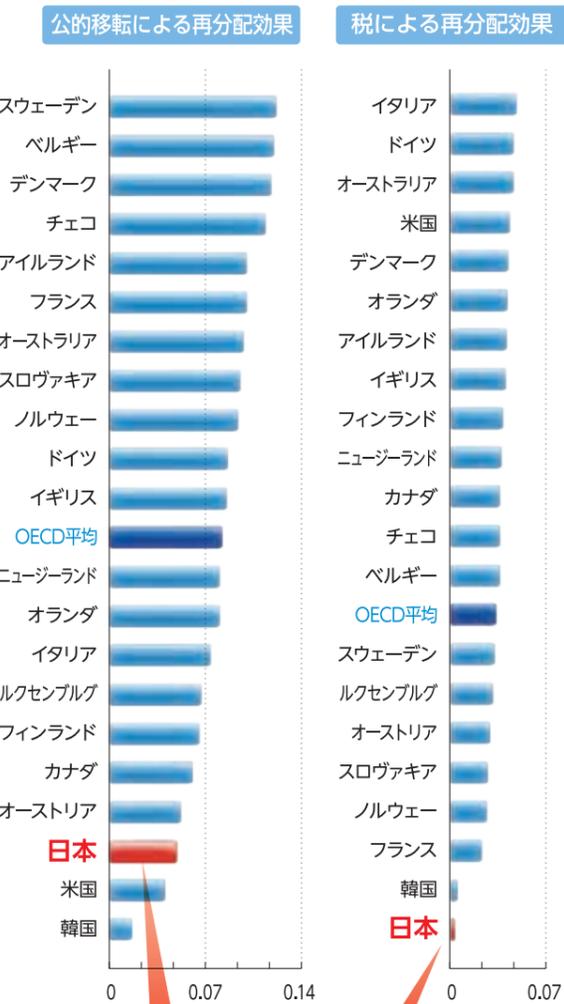
日本では小泉政権による「構造改革」以来、所得格差が広がっており、相対的貧困率は先進国としては非常に高い水準です(図12)。こうした現状を打開するためには社会保障の充実で所得の再分配を強化する必要があります。しかし、図13をみれば分かるように日本の所得の再分配機能は国際的にみても非常に貧弱なものです。子どものある世帯の貧困率に至っては、所得の再分配によって悪化しているのが現状です(図14)。

図/12 OECD諸国の相対的貧困率比較



※ここでの相対的貧困率は可処分所得が中間の半分に満たない生産年齢人口の割合 [OECD対日経済審査報告書] (2006年)より

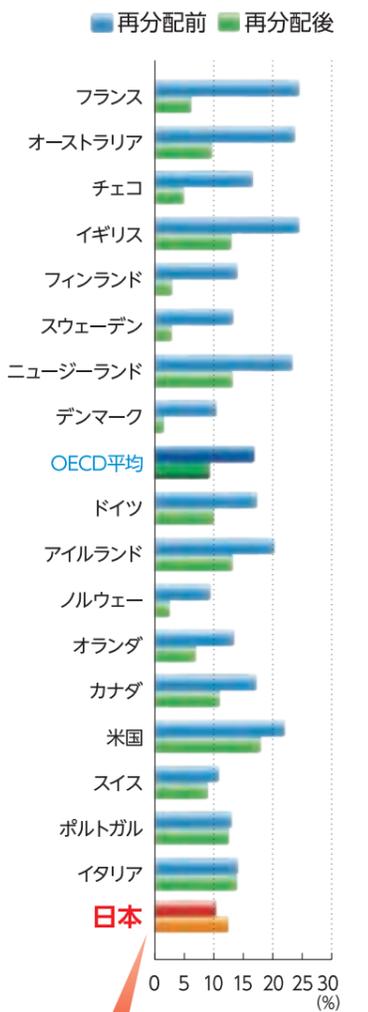
図/13 再分配効果の国際比較



日本の再分配効果は国際的に見ても低い

※ここでいう「公的移転」とは、年金を中心とする現金給付にほぼ等しい概念である。OECD「Growing Unequal?」より作成

図/14 子どものある世帯の貧困率



再分配で貧困率が増加!!

〔OECD対日経済審査報告書〕(2005年)より

なぜ、社会保障の大原則である所得の再分配ができていないのでしょうか。それは、給付水準が低いことと同時に税の応能負担原則が貫かれていないためです。例えば、所得税を例にとってみると図15のように所得1億円を境に税の負担率が下がっています。これは、高額所得者になるほど増加する傾向にある株式譲渡による所得(株式の売買で得た所得)や株主配当による所得に掛かる所得税が一律10%に軽減されているためです。この税率は330万円以上の課税所得に掛かるものより低く、労働で得た所得に掛か

る税率が、不労所得である株式譲渡や配当に掛かる税率より高くなり、労働意欲をそぐ不公平な税制です。国際的にみても、株式譲渡に掛かる税金は30%弱の税率が一般的で日本の税率の低さは際立っています(図16)。

また、政府が増税しようとしている消費税にはそもそも、所得の高い人ほど負担率が低くなる逆進性があります。この逆進性を持つ消費税が、国の税収に占める割合が高まっていることも所得の再分配機能が低下している一因です(図17・18)。

図15 申告納税者の所得税負担率(08年分)

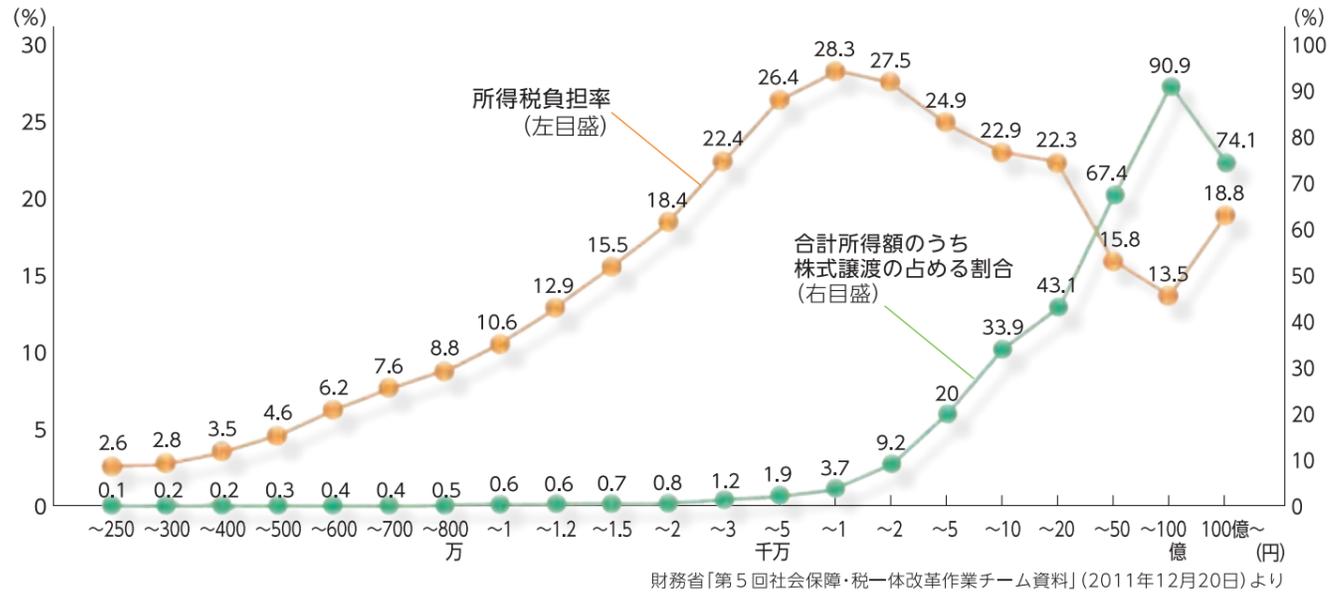


図16 個人投資家が得た株式譲渡益1億円の実効税率と平均的税額の国際比較

前提条件: 1年超保有、上場企業株式、単身赴任、他に所得なし。

	日本	米国	イギリス	フランス	ドイツ
株式等譲渡益	税率 10.0%	26.4%	27.1%	31.3%	26.4%
平均的課税額	1,000万円	2,644万円	2,712万円	3,130万円	2,635万円

資料: 古谷財務省主税局長の答弁(2011年6月15日財務金融委員会)から佐々木憲昭衆議院議員事務所が作成

図17 消費税額が収入に占める割合(年間収入階層別の収入と消費支出)

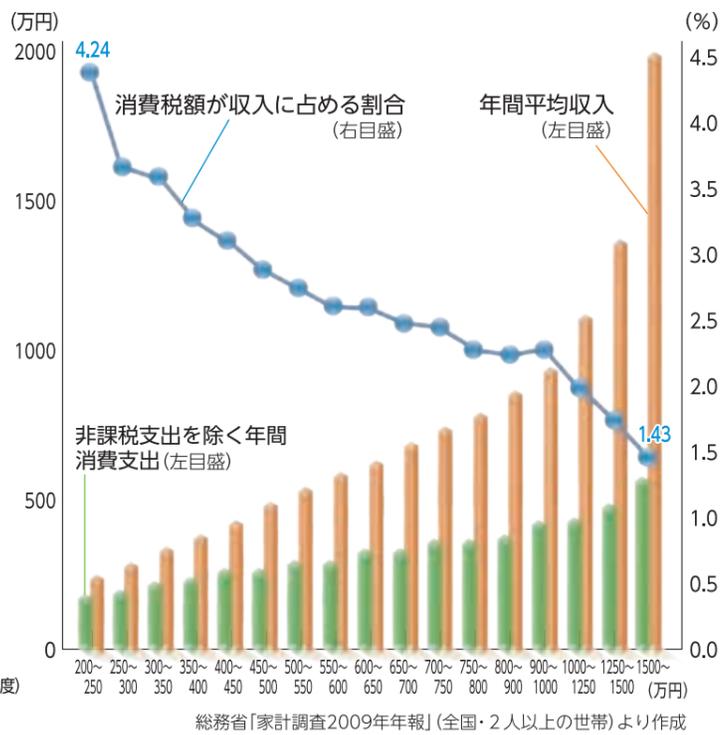
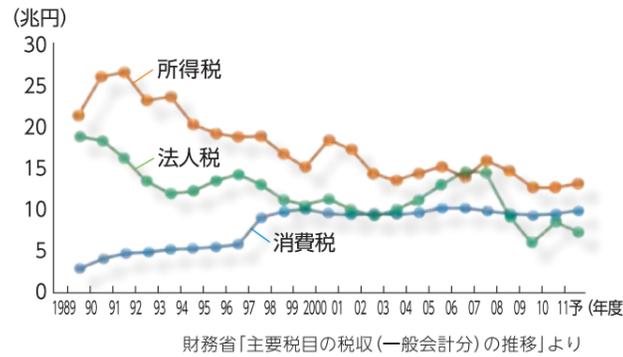


図18 主要税目の税収(一般会計分)の推移

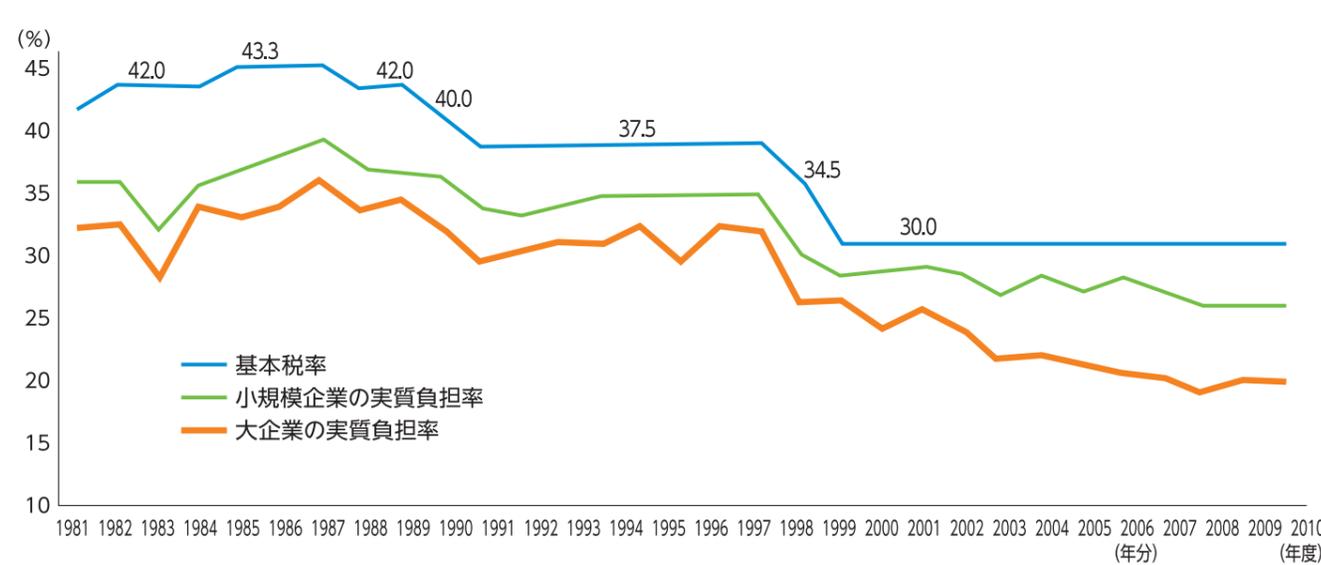


さらに法人税も資本金10億円以上の大企業の実質負担率は年々低下しており、2010年度では25%を切っています(図19)。その一方で、雇用者への報酬は低下し、大企業の「使い途のないお金」である内部留保は確実に増加しています(図20)。これは正社員を非正規雇用へ切り替えたり、正社員の給与を引き下げて、人件費や社会保険料を削減することによって生まれた、行き過ぎたため込みです。一方では、日本の企業の税・社会保険料負担は先進国中、最低です(図21)。企業が他の先進諸国並みに税金や社会保険料を

負担すれば、フランス並みで年間35兆円の新たな財源が確保できます。

このように大企業と大資産家への優遇税制を廃止すれば、国民の負担を増やすことなく社会保障の充実が可能で、求められているのは、TPP参加ではなく企業の負担で雇用を拡大し、賃金を引き上げ、社会保障を充実させることなのです。

図19 法人税の実質負担率の推移



国税庁「法人企業の実態」により算出、単位: %。「大企業」は、資本金10億円以上の企業と連結納税法人、相互会社。「小規模企業」は資本金1億円未満の企業。「実質負担率」は、受取配当や引当金増加額を所得に算入した「実質所得」に対する、実際に納税した法人税額の割合。「〇〇年分」とあるのは「〇〇年2月~翌年1月」、「〇〇年度」とあるのは「〇〇年4月~翌年3月」の間に終了した事業年度を集計対象としている。集計期間が途中で変更されたため、「06年分」と「06年度」とには、若干の重複がある。

図20 大企業(資本金10億円以上)の内部留保と雇用者報酬の推移

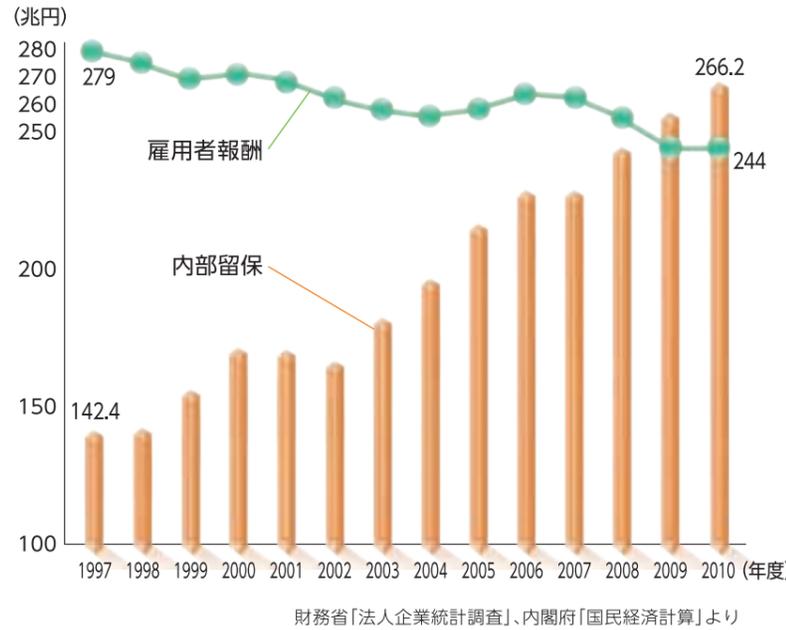
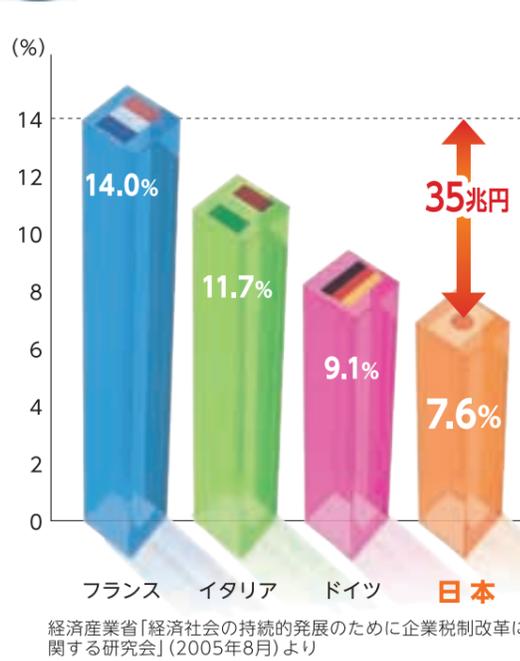


図21 企業の公的負担率(対GDP比)



TPPは「2015年度までに農作物、工業製品、サービスなど全ての品目について、例外なしに関税その他の貿易障壁を撤廃する」ことを目標としています。TPPの問題点は関税撤廃だけではなく、医療の規制緩和や食品の安全基準、労働者の移動の自由、公共事業への参入、金融、保険、法律など、私たちの生活に密着するあらゆるルールが、多国籍企業の都合により「非関税障壁」として壊されてしまうというところにあります。

日本では、「国民皆保険制度」によって、質の高い医療をすべての国民が平等に享受してきました。近年、国が公的医療費を抑制し続けたため、制度にほころびが生じ、一部では医療崩壊が見られます。こうした中で今、TPPに参加し医療に市場原理を持ち込むのは、格差医療をもたらす最悪の選択です。

日本経済が抱える困難もTPPでは解決しません。日本経済の最も大きな問題はデフレと円高です。この二つの問題を解決するためには、内需拡大が必要です。そのためには、税と社会保障の機能である「応能負担」と「所得の再分配」を充実させる必要があります。

私たちは今、「格差社会」をもたらした「構造改革」をTPPによってさらに進めるのか、それとも充実した社会保障で将来不安を取り除き、内需を拡大し、国民全体が豊かさを享受できる社会をつくるのか、岐路に立たされているのです。

このパンフレットがこれからの日本のあり方を考える一助になれば幸いです。



発行

全国保険医団体連合会

〒151-0053 東京都渋谷区代々木2-5-5 新宿農協会館
TEL. 03-3375-5121 FAX. 03-3375-1885



企画編集

兵庫県保険医協会

〒650-0024 神戸市中央区海岸通1丁目2-31 神戸フコク生命海岸通ビル5階
TEL. 078-393-1801 FAX. 078-393-1802