

平成19年度
医療政策会議報告書

国民の医療と財源のあり方

平成20年1月

日本医師会医療政策会議

平成 20 年 3 月

日本医師会長
唐澤 祥人 殿

日本医師会医療政策会議
議 長 田中 滋

医療政策会議は平成 18 年 7 月 19 日開催の第 1 回会議において、唐澤祥人会長より「国民の医療と財源のあり方」について諮問を受けました。本会議では、この諮問を踏まえて平成 18・19 年度の 2 年にわたり、鋭意検討を重ねてまいりました。

この度、平成 19 年度医療政策会議報告書「国民の医療と財源のあり方」として取り纏めましたので、ここに提出いたします。

医 療 政 策 会 議 委 員

議 長	田中 滋	慶応義塾大学大学院経営管理研究科教授
議 長	黒川 清	日本学術会議会長 (平成 18 年 10 月退任)
副議長	村山 博良	高知県医師会長
委 員	飯塚 弘志	北海道医師会顧問
委 員	池上 直己	慶応義塾大学医学部医療政策・管理学教室教授
委 員	碓井 静照	広島県医師会長
委 員	大久保吉修	神奈川県医師会長
委 員	大道 久	日本大学医学部社会医学講座医療管理学部門教授
委 員	酒井 國男	大阪府医師会長
委 員	神野 直彦	東京大学大学院経済学研究科教授
委 員	妹尾 淑郎	愛知県医師会長
委 員	永井 良三	東京大学医学部循環器内科教授
委 員	原中 勝征	茨城県医師会長
委 員	師 研也	宮城県医師会長
委 員	山口 二郎	北海道大学大学院法学研究科教授

(五十音順)

目次

はじめに	1
I. 現状分析	1
1. 日本社会全体について	1
2. 医療について	3
(1) 危機的状況にある地域医療	3
(2) 医師の業務の繁忙化と悪化する就業環境	4
II. 現状をもたらした原因の究明	5
1. 政治の側面	5
2. 経済の側面：マクロ経済と医療費の財源構造	7
3. 医師不足の原因と背景要因	9
III. 提言	11
1. 医師養成のあり方	11
(1) 地域医療の確保に向けた今後の病院のあり方	12
(2) 医師確保に向けた方策	13
(3) 医学部教育のあり方	14
(4) 初期研修制度のあり方	14
(5) 後期研修のあり方	15
(6) 生涯教育のあり方	15
2. 財源のあり方	15
むすびに	16
1. 保険制度の課題	16
2. 国の医療保険改革の課題	17
3. 患者の自己負担と民間保険	18

付録（講演録）

1. 地域格差と医療の危機
—医療計画を危機克服に活かすためには— …………… 27
2. 医療費の伸び率と診療報酬の改定率および
社会保障給付についての基本的な考え方 …………… 37
3. 小泉政治は何を変えたか？ …………… 45
4. 新医療計画と知事権限 …………… 57
5. 「国民の医療と財源のあり方」—今後の方向と選択肢 …………… 67
6. 日本の社会保障への財政学からのアプローチ …………… 79
7. 大学病院からみた日本の医療体制の課題 …………… 101
8. 少子高齢化の医療・年金へのインパクトについて …………… 115
9. 日本の社会保障と医療 小さな政府の医療政策 …………… 137
10. 国民医療と財源のあり方～高齢者医療介護を中心に～ …………… 153

はじめに

日本は、種々の国際団体から、「世界最高水準の成果をあげ続けてきた医療システムをもつ数カ国の一つ」との評価を得ており、国民はそれを誇りとしてよい。ただし、患者・住民・医療専門職者の意識変化や、予想を上回る速度で進む高齢者の増加とともに、医療制度をめぐる多くの問題点が顕在化し、改革が求められている事実もまた否定できない。わが国医療関係者は、そうした改革の必要性を見極め、「皆保険体制を維持しながら、誰もが安心できる安全で質の高い医療が受けられる提供体制を維持し、向上させる」という重大な責務を担っている。

しかし実際のところは、医療システムの維持・改善どころか、医療費不足がもたらす苦境に加え、医師数対人口比に低さとその偏在が引き起こす問題が社会に広く知られるようになった。具体的には、「病院の中堅医師が研修医の指導を含め、過剰な勤務時間を強いられている」「産科・小児科をはじめとする急性期医療、そして地方の医療が危機的な状態に陥ってしまった」「救急医療を受けられない事例が多発している」「医師の養成が今の形のままでは、将来の外科系統の治療体制を都会でも維持できなくなる」などの認識が一般化しつつある。国会質問や閣議で取り上げられる頻度も増えた。

以下の章では、こうした問題意識を受けて、日本社会全体ならびに医療について掘り下げた現状分析を行うとともに、そうした現状をもたらした原因を、政治・経済・医師不足の3つの観点から詳細に究明している。その上で、医師養成のあり方、および財源のあり方についての提言をまとめたのでここに報告する。

I. 現状分析

1. 日本社会全体について

社会保障をめぐる世論は、この1、2年の間に急速に変化したように見える。2001年に発足した小泉純一郎政権は「官から民（市場経済）へ」を目指す構造改革を推し進めた。政治手法として、これに反対する者を抵抗勢力と名づける策がとられたことも特徴である。ところで構造改革といえば郵政民営化が主要な政策のように思えるが、実はさまざまな分野における規制緩和と財政支出の削減が重要な意味を持っていた。これを国民生活の面から見ると、公共領域を縮小する方向への政策転換が行われた結果、高齢・疾病・要介護に伴う経済リスクについて、これまでよりも個人

が責任を多く負うように変わったということもできる。

労働分野でも規制緩和が進み、その結果大量の非正規雇用労働者が出現した。そして、特に若年層において貧困問題が深刻化している。

また地方分権の名の下に、地方自治体に財政的な自己責任を求める傾向が続いている。たしかに、これまでの自治体には財政管理が放漫であった事例も目立つとはいえ、税収の少ない非大都市圏の多くの自治体において、地方交付税の大幅削減による財政危機が深刻化した。医療に関しては、公立病院の赤字を自治体の一般財政の赤字に合算して破綻法制適用の基準にする影響も大きい。公立病院の病床稼働率に機械的な下限を設け、それを下回った場合に診療所への格下げを強制する案も示されている。このような制度変更の動きの中で、地域医療の最後の支え手であるはずの自治体もその役割を果たせなくなるかも知れない。

しかしここ2年ほどの間に、こうした構造改革がもたらす歪みの部分に対する国民の認識は、ようやく深まってきた。市場経済原理主義の行き過ぎを示す拝金主義的な一部の経済人の失墜は記憶に新しい。さらに、「官から民へ」と検査を担当する機関の条件が緩められた影響で生じたともいえる耐震偽装事件や、「金融改革プログラム」の歪みの結果である保険会社による保険金の不払いなど、構造改革路線の影響が国民生活においても安全・安心を脅かす事件が続発した。加えて、所得格差や地域格差の拡大の実像が見え始め、「小さな政府」、「市場原理」、「競争主義」などが必ずよい社会をもたらすのかどうかについて、疑念が広がった。

特に、医療の世界において、改革の矛盾は他の分野よりも明らかになっている。臨床研修制度をはじめ医療をめぐる多方面の制度変化と改革が図られる中で、診療報酬の引き下げ等の医療費抑制政策が同時に進められてきたことによって、日本が今まで世界に誇ってきた高い水準の医療サービスに関しても、急性期医療における勤務医の疲弊を始めとする種々の困難な事象が顕在化している。取り分け非大都市圏における医師不足は、産科を筆頭に、複数の診療科で深刻な状況に陥ってしまった。そのため、北海道等では地域の中核病院の苦境も相次いでいる。

他方、国民皆保険体制も徐々に侵蝕されている。貧困が拡大する中で、保険料滞納による国民健康保険証の剥奪は珍しいことではなくなった。いまや経済的条件により医療サービスを受けることができるかどうかが決まってくる住民の割合を無視できない時代となりつつある。

それらの結果、2007年7月の参議院選挙において、度重なる社会保険庁の不祥事に基づく年金不安や、政治と金の問題もあって、構造改革がもたらした負の事象に対する抗議の気運が顕在化し、自民党の大敗につな

がった。

この選挙で、民主党は「生活第一」を唱え、改革路線の継続を訴えた自民党と対決した。構造改革によって大きな被害を受けた農村部の選挙区を中心に、民主党が多くの議席を獲得し、参議院における与野党逆転に至った。

その後自民党は政権を維持しているものの、福田康夫政権では構造改革に対する一定の修正が示された。民主党が今後生活第一というスローガンをどのように具体化するか、その実像は見えてこないが、単純な小さな政府論を超えて、国民生活をどのように支えるか、新しい政策論議が始まろうとしている。

その意味で、日本の医療を守ろうとする医療提供者側の主張が政策に反映されやすい政治的環境が生まれつつあると言ってもよいであろう。

2. 医療について

(1) 危機的状況にある地域医療

この数年の間に、地域において必要な医療を確保することが急速に困難となる事例が相次いだ。病院における一部の診療科の休診や病棟の一時休止などが各地で出現し、地方部のみならず都市部においても病院廃院の事例が報じられ、事態は一層深刻化しているといえる。従来から慢性的な医師確保困難の状況にあった「へき地・離島」を含む地域においては、国による他施設からの緊急的な医師派遣によって、地域に必須な医療を確保せざるを得ない状況に立ち至っている。また、7対1看護導入をきっかけとして、看護師不足に苦しむ病院も多く見られるようになった。

このような状況は、病院の救急医療を中心とした急性期医療において顕著であるが、他の診療領域においても地域の実情に応じて多かれ少なかれ深刻な問題を抱えている。日本病院団体協議会（日病協）は、2007年8～9月に全会員病院に「病院経営の現況調査」を実施して2,837の病院から回答を得たが、2004年度以降に病床の休止・返還を実施した病院は2,790病院中521病院、18.7%に上った。特にマイナス改定のあった2006年以降に急増し、前年度95病院から倍増して228病院に、2007年度でもすでに115病院と増加は止まっていない。

ここで、2004年度以降に休止した診療科で最も多かったのは、産婦人科が71病院で最も多く、次いで小児科の67病院、精神科の34病院等となっている。また、2006年度中の医師確保状況では、医師募集をした病院のうち、予定数以上の医師を採用できた病院は約24%にすぎず、予定数に満たない病院が50%、まったく採用できなかった病院が26%と、医

師確保困難な状況が明らかとなっている。さらに、看護師についても同年度で予定数以上に採用できた病院は33%、予定数に満たなかった病院64%、まったく採用できなかった病院2%となっており、医師確保のみならず、看護師の確保困難も病棟等の休止の少なからぬ要因となっていることが見てとれる。

これらの人材確保困難に加えて、繰り返される診療報酬のマイナス改定は、公私を問わず病院の経営を直撃しており、地域における医療の継続に重大な危機をもたらしている。現に救急患者の受け入れが困難で、少なからぬ医療機関で収容できないまま患者に不幸な転帰をもたらした事例が発生するなど、医療の基本的機能が破綻して医療崩壊と言わざるを得ない事態となっている。

(2) 医師の業務の繁忙化と悪化する就業環境

産科・小児科、あるいは救急医療など、急性期医療を中心に、病院における医師の業務は繁忙を極めている。医行為は年々高度化・複雑化し、医療安全を確保するために多大な配慮を必要とするうえに、患者・家族への説明や問い合わせに対応する時間が増加している。他施設への紹介状や介護・福祉関連の制度が求める証明文書、あるいは民間保険の支払上必要となる書類の作成など、直接的な診療以外で医師が対応を迫られる事務業務も無視できない。

24時間対応を迫られる医療において、休日・夜間の当直業務も過重な負担となっている。医師にとって、医療について時間を定めた労働として受け止める考え方はしないのが通例であり、仮に当直が実態として夜勤であっても、翌日は診療に従事することはむしろ一般的である。医師のこのような使命感や熱意が過酷な医療の現場を支えているといっても過言ではないが、それにも限界がある。病院の努力にもかかわらず医師確保ができれば、他の医師はその分の負担を引き受けなければならない。

近年、患者・国民は医療に対して過大な期待をし、思うような医療の成果が得られなかった場合、その責任を医師または病院に帰するような場合がある。業務繁忙と過酷な労働条件に加え、安全確保への危惧や患者からも報われないような状況が重なると、医師は病院医療から離脱する。急性期医療を中心としたこのような動向は、大学病院を含めた全国的な傾向であり、その打開は医療提供の基本課題であるといえる。

一方、業務繁忙や長時間の勤務は地域で開業している医師も同様であることが示されている。2007年7月、日本医師会では北海道・東京・山口・鹿児島各県下の診療所に勤務時間等に関する調査を行い、1,461診療所

から得られた回答の結果を、先に国が実施した「医師の需給に関する検討会」で示された勤務医の勤務時間と比較した。1週間の男性医師の勤務時間についてみると、30歳代では開業医が51.1時間に対して勤務医が52.2時間と勤務医が上回っていたのに対し、40歳代では開業医55.6時間で勤務医が49.6時間と逆転した。そして、それより上の70歳代まで開業医の勤務時間のほうが長く、その差は拡大する傾向が認められた。医師の過酷な勤務状況は病院医師のみについて言えるのではなく、24時間対応を迫られる開業している医師についても同様の負担となっていることに留意する必要がある。

II. 現状をもたらした原因の究明

1. 政治の側面

小泉政権時代には、日本の政策形成システムはそれ以前のものから大きく変化した。それ以前の時代においては、社会保障政策に関して言えば、厚生労働省と自民党社会部会が主要なアクターで、これらが社会保障関係者の利益を代表しつつ、財務省と交渉しながら調整を図るというスタイルがとられていた。社会保障そのものの充実と財政面からの制約という二つの要素をバランスさせて結論を出すことが政策形成のテーマであった。

しかし、小泉政権時代には、社会保障に関する政策形成のテーマも、仕組みも大きく変わった。

テーマについては、国民の生命、生活を支えるという社会保障本来の目的が後景に退き、医療や年金の分野に新しいビジネスチャンスを広げることが政策目標として重視されるようになった。混合診療の全面解禁、株式会社の医療への参入などがそれらの代表的なものである。

なお、テーマに関する変化は、仕組みの変化とも密接に関連している。政策形成の舞台としては、従来の各省や与党部会による調整型システムに代わって、首相官邸や内閣府の主導が強まり、そうしたトップリーダーを支える政策立案機関として、経済界のトップが民間委員として参加した経済財政諮問会議や規制改革会議が影響力を持つようになった。社会保障サービスにビジネスチャンスを見出すという利害については、経済界はアメリカと歩調を合わせていた。アメリカ政府から日本政府に提出された年次改革要望書を見ると、医療の規制緩和が毎回要求されている。

経済界と並んでこうした仕組みの変化を利用したのは財務省であった。財務省は経済財政諮問会議とは増税の是非をめぐっては対立していると言われるが、こと社会保障面での歳出抑制や、医療・介護サービス等の利用

者負担の増加については一致しているといつてよい。

しかし、こうした政策形成の仕組みには大きな問題が存する。第1は、経済財政諮問会議や規制改革会議の民主的正統性や代表性の問題である。この種の審議機関が政策形成に大きな影響力を振るう仕組みはヨーロッパではコーポラティズムと呼ばれる。そこには通常経済界、労働界、さらには専門職集団の代表が参加し、社会の対立する利益が反映されることになっている。その点で、日本の審議機関は片面的であり、社会保障を、特に医療政策を論じるのであれば、医療界の人材や労働界の代表を登用し、意見を尊重すべきではなかろうか。中でも、直に患者やその家族と接し、医療を支えている現場の声を反映せずに国の医療政策を論じることは、国民のプラスには決してならないであろう。

第2は、第1点とも関連するが、政策の枠組みを規定する基本的な価値観に関して、国民の意向が尊重されるべきではないかという点である。

財政事情を優先させて高齢者への医療サービスを抑制するのか、できるだけ医療（治そうとする努力のみならず、癒し、支えるケアを含む）を提供して人の尊厳を保とうとする社会を目指し続けるのかは、まさに社会観、人生観などの価値観の問題である。このような問題こそ、国民の意向が問われるべきものであり、かつての官僚と与党の一部だけによる調整型政策決定システムとも、2001年以降の官邸主導とも違う、国民の声をよりよく反映するモデルが求められる。具体的には、医療とそれを支える社会保障制度についても、選挙の際に政党がマニフェストにおいて選択肢を掲げ、有権者がそれを判断して選ぶ手順をとるべきである。

今こそ、これからの日本の社会をどのように構築するか、国民自身による議論と選択が必要である。ここで、国民の望む社会像に関して、医療政策会議山口委員の研究プロジェクトが行った最新の世論調査の一部を紹介しておきたい。この調査は同委員が研究代表者を務める科学研究費により、2007年11月に行われた。基本的な現状認識として、小泉、安倍政権化の改革によって日本社会はどうなったかを問うてみた（6つの選択肢のうち2つ選ぶ）。その結果、「貧富の差や都市と地方の格差が広がった」が65%と最大で、次いで「教育や福祉など公共サービスの質が低下した」が42%、「金儲けのためなら手段を選ばないという風潮が強まった」が30%であった。これに対し、「経済的活力が高まり豊かさを取り戻した」、「税金の無駄遣いがなくなった」といった肯定的な答えはいずれも8%程度であった。国民は構造改革の結果をかなり否定的に捉えていることが明らかである。（表1-1）

これからの生活を脅かすものは何かという問いに対しては（7つのうち

2つ選ぶ)、「年金制度の崩壊」がトップの55%で、次いで「医療の崩壊」が35%であった。国民は社会保障の将来に強い不安を持っていることが分る。(表1-2)

そして、これからの日本のあるべき姿について問うたところ、「北欧のように福祉を重視した社会」が約60%と最大で、「かつての日本のような終身雇用制を重視した社会」が30%、「アメリカのような競争と効率を重視した社会」はわずか7%であった。(表1-3)

このように、価値観に関して、多くの国民が望んでいることと、これまでの政府が進めてきた改革路線との間には大きな齟齬が存在していることが伺われる。この点からも、社会保障を中心に根本的な議論と、政治の場における国民自身による選択が必要だといわなければならない。

2. 経済の側面：マクロ経済と医療費の財源構造

2004年の年金改革、2005年の介護保険、そして2006年には20年振りの大改革となる医療保険改革が断行されている。こうした矢継ぎ早に打ち出される社会保障改革は、社会保険に市場原理的要素を導入しながら改革し、社会保障給付費を抑制することにある。

医療保険改革も患者負担を含まない「医療給付費」を抑制しつつ、社会保険である医療保険は、民間保険と同様のリスクに応じた負担が強化されている。リスクの高い高齢者の保険料が高められていくだけでなく、高齢者の患者自己負担も引き上げられていく。

こうした医療給付費抑制と市場原理的要素の強化という医療費改革は、小泉内閣が登場して以来、主張してきた「社会保障制度、特に医療保障はセーフティネットとしての公助的機能を果せば十分である」、「ナショナルミニマムを超えたニーズは混合診療で賄うほうが消費者満足を図れる」などという流れに沿い、「医療給付費を抑え、それ以上は患者が負担せよ」、「支払い能力による格差医療も当然」との主張にもとづいているといっ

た。しかし、構造改革を標榜される医療給付費を抑制し、市場原理的要素を強化する医療改革を国民は支持していない。内閣府が毎年実施している「社会意識に関する調査」によると、「良い方向に向かっている分野」として国民が指摘するトップは、2005年まではほぼ「医療・福祉」の分野であった(図1)。ところが、2005年から2007年にかけてのわずか2年間に、「医療・福祉」が良い方向に向かっていると指摘する国民は27.2%から16.5%にまで急落し、1位から3位に転落している。逆に、悪い方向に向かっていると指摘する国民は、2005年の15.2%から2007年の31.9%に急増し、

7位から5位までに上昇している（図2）。

こうして見てくると、国民は推進されている医療改革に恐怖さえ覚えているとあってよい。そもそも医療という社会サービス (omsorg：スウェーデン語) の意味は、「悲しみを分かち合う」ことにある。国民が望んでいるのは、悲しみと優しさを分かち合い、「誰でもいつでもどこでも必要に応じて」医療が提供されることである。

ところが、「悲しみと優しさを分かち合う」ための財政が悪化しているが故に、医療給付費を抑制していく必要があると主張されている。しかも、バブルが崩壊して以来、経済成長が望めなくなり、税収が減少しているために、医療給付費も抑制せざるをえないと説かれている。

確かに、バブル崩壊を契機に税収は減少している（図3）。しかし、バブル崩壊以降、税収が減少していく原因は、自然減収だけでなく、景気対策としての減税が実施されていくことも大きい。

1980年代には43.3%であった法人税率は、現在では30%にまで引き下げられている。所得税の最高税率も75%を示したこともあるのに、現在では37%になっている。

そのため景気が回復し、2003年以来、「いざなぎ景気を超える」好況を享受しているにもかかわらず、法人税も所得税も1990年代前半の税収を上回っていない。1991年に16兆6千億円の税収を上げていた法人税の税収は、2006年で13兆1千億円である。所得税にいたっては、1991年に26兆7千億円を上げていたにもかかわらず、2006年では15兆8千億円にすぎないのである。

歳出面でも1990年代には増加しているのは、景気対策のために実施した公共事業費である。もっとも、21世紀になるとともに、圧縮される歳出も公共事業費である。ところが、「いざなぎを超える」景気が活況を呈していくと、医療給付費を初めとする社会保障給付費の抑制が始まる。

それは、景気回復とともに元に戻すべき法人税や所得税の負担を、成長を持続させるという理由のもとに抑制していく代償であるといってもよい。所得税の定率減税は元に戻されるものの、法人税はそのまま、所得税の最高税率なども引き下げられたままである。

ところが、2004年から社会保険料の引き上げが始まる。しかも、社会保障給付費は抑制されていく。それだからこそ国民は「医療・福祉」が悪化していると脅えているのである。

経済成長のために、租税負担率を抑え、医療給付費や社会保障給付費を抑制したところで経済成長が実現するというわけではない。1990年代の経験に学んでも、租税負担率が日本より高く、医療給付費も社会保障給付

費も圧倒的に大きいスウェーデンやデンマーク、ノルウェーなどのスカンジナビア諸国のほうが経済成長が高いからである。

しかも、コルピ(W. Korpi)の実証した「再分配のパラドックス」を忘れるべきではない。生活保護のように貧しい者に限定して現金給付をして重点的再分配を実施するよりも、貧しい者も豊かな者もリスクに陥った時に、医療など社会サービスを「誰でもいつでもどこでも必要に応じて」提供したほうが、所得分配が平等になるばかりか、貧困率も低くなるのである。

そうだとすれば、医療給付費の抑制は、経済成長のためにもならず、不平等と貧困を広めるばかりである。スウェーデンの社会保障給付費の対国民所得費は2001年で41.5%に達し、フランスが38.9%、ドイツが38.8%である。しかし、日本は2025年になっても、26.1%にとどまると予測されている。

日本の国民負担率は先進諸国でも最も低いといってもいいすぎではない(図4)。消費課税どころか個人所得課税のウェイトも低い。確かに、法人所得課税のウェイトは高いかもしれない。しかし、それは国民所得に占める利潤の比重が、あまりにも高いことを反映しているにすぎない。

しかも、社会保障負担はそこそこだとしても、その中の事業主負担は低い。企業コストとなる事業主負担が低いために、企業利潤が高くなり、企業所得課税のウェイトが高くなっているといってもいいすぎではないのである。

国民が望んでいるのは、「誰でもいつでもどの地域でも必要に応じて」医療サービスが受けられることにある。そのためには、医療保険料をリスクに応じて負担するような方向で改革するのではなく、「悲しみや優しさを分かち合うためのお金」である租税を医療に投入する割合を増やし、すべての社会の構成員がリスクを分かち合う方向で改革することである。リスクに陥った人だけが負担するように、患者自己負担を増加させるのではなく、減少させていく方向こそ国民が望んでいることを忘れてはならない。

3. 医師不足の原因と背景要因

地域医療が危機的状況に陥った直接的な原因のひとつは、病院における医師確保困難があることは疑いがない。医師確保が困難になった背景要因についても既に多方面から検討が進められたところであるが、2004年から開始された新医師臨床研修制度の運用が、従来の大学病院からの医師派遣の機能を脆弱化させたことが直接的なきっかけとなったことが、まず指摘される。

しかしながら医師不足の原因を「大学病院の医局からの引き上げ」とい

う単純な図式に帰着させることはできない。実際、新医師臨床研修制度以前の時代、医局の関連病院以外の病院では慢性的に医師は不足していた。関連病院としての承認は医局会議で決定されるが、一方、一旦、医局の関連病院として認められると半永久的に医師の派遣を受けることが可能であった。また、病院にとって戦力とならない医師は、ローテーションによって、その病院から排除することができた。大学病院においてはポスト数が限られていたため、ポストにつけない医師は関連病院で専門研修を受けながら給与を得ていた。医局は、関連病院と大学病院の双方にとって好都合な「人足寄場」として機能してきた。若手医師に対する教育プログラムの欠如と、大学病院における労働環境の不備が、医局による医師派遣システムを機能させてきたといえる。

医局による医師派遣に対する批判、とくに非関連病院からの批判は、今回の新医師臨床研修制度の発足の契機となった。しかしながら、新医師研修制度では研修病院数が大幅に増え、8千人余りの新医師に対して、1万3千人以上の需要が生まれた。このため、需給ミスマッチが発生し、研修医の争奪戦が始まった。医局人事に依存し、研修医に対する教育体制を整備してこなかった病院は大きな影響を受けた。とくに大学病院を含めた公的病院では、人件費を抑制せざるを得なかったために、医師の業務を支援する体制が乏しく、若手医師が担わなければならない雑務は膨大であった。このことも研修医に敬遠される理由となっている。

地方大学では医師数が激減し、研修医だけでなく専門医の派遣も不可能となり、地域医療の崩壊が始まった。地域によっては、大学病院の研修医は減少したものの、大学病院以外の医療機関における研修医数が増加している場合もある。しかしながら、医局から派遣された研修医と異なり、定着率の低いことが新たな問題を生み出している。

近年の医療事故に対する司法介入や、高い質の医療を求める社会の要求は、勤務医の開業志向や、スタッフの充実した病院志向を助長している。医師を充足できない病院では、残った医師への過重な負担が生まれ、医療崩壊を加速させた。このように考えると、新医師臨床研修制度がきっかけとなったとしても、若い勤務医への過重な負荷のもとに辛うじて成立している日本の医療体制が崩壊することは、時間の問題であったと考えるべきであろう。

いずれにしても地方部の医育機関からの研修医の流出は深刻で、医学部卒業生のかなりの部分が県外に臨床研修の場を求め、初期研修後の復帰も見込めないことは少なくない。このような事態は、当面の地域医療確保の問題もさることながら、中長期にわたる地域医療の継続に重大な危機をも

たらしめている。

医師のみでなく、看護師の確保困難も地域医療に重大な影響を及ぼしている。特に、2006年度の診療報酬改定で導入された7対1看護基準が看護人材の流動化を加速し、看護師を失った病院は病棟を休止するか、より低位の基準に移行することを迫られる。看護師の偏在または局在化は、病院のみならず訪問看護や介護・福祉系の施設やサービスにも影響を及ぼしているといわれる。看護師は、資格を持ちながらも家庭に入るなどして潜在化しやすい特性があり、改めて安定した看護人材の供給の方策が求められている。

医療提供の基本的あり方について問題が指摘されている。24時間対応が求められるのが医療の特質であり、入院を主とする病院と、外来・在宅に対応する診療所との相互の役割と機能が明確でないことが、結果として病院医師の疲弊を招いているとするものである。総合的な診療能力を有する医師がプライマリ・ケアを担い、入院による専門的医療を病院が提供するという考え方を検討する時期が来ているといえる。もっぱら専門医を養成してきたわが国の医学教育が、時代の要請に十分に対応してこなかったとの認識も示されている。

地域医療の危機的な状況に陥った基本的な背景には、長年にわたる医療費適正化政策がある。特に、ここ数回にわたる診療報酬のマイナス改定による抑制策の強行は、地域医療の基盤を脆弱化させ、医師を中心とする医療従事者全般を疲弊させた。地域医療崩壊の危機を回避するためにも、早急な財源の投入が強く望まれる。医師養成政策についても、1986年と1993年の2度にわたって医師養成数の削減の方向を打ち出し、現段階もその基本方針に変更はない。現在も毎年約4千人の増加があり、いずれは充足して過剰になることも見込まれるというのがその理由であるが、有効な医師偏在の是正策が困難であるならば、新たな医師養成の方針が検討されなければならない。

III. 提言

1. 医師養成のあり方

医師の養成には、医学部教育、初期研修医教育、専門医教育、そして生涯教育という一貫した体制を構築しなければならない。わが国では全体の教育システムの設計がなされないままに、初期臨床研修のみがマッチングという競争的環境で必修化されたために、多くの混乱が生じている。これからは、医師のキャリア形成を十分に考慮した全体計画を立てた上で、着

実な改革を進める必要がある。

(1) 地域医療の確保に向けた今後の病院のあり方

周産期や小児・救急など、深刻化しているそれぞれの医療の確保に向けて、地域における機能の集約化・重点化が図らなければならないとされる。24時間対応等に円滑に対応するには一定の規模を確保する必要があり、各県はそれぞれの領域の医療の拠点病院を定め、機能の集約化に向けた取り組みを開始している。実際には、機能が他地域に移転または統合される場合には地元住民の理解を得る必要があり、病院にとっても出身大学の異なる医師の組織的な一体化には大きな困難が伴う。機能が地域に分散していることは、住民にとってアクセスがよくなるなどの利便がある反面、人材確保が不十分になり、施設・設備の投資が非効率となる。分散から統合へ向けた動きのなかで、住民に身近で地域に密着した中小規模の病院や診療所の医療機能とその役割分担を整備してゆく必要があるといえる。

医療法が改正され、新たな医療計画制度が運用されることが見込まれている。4疾病5事業のそれぞれの領域について、より具体的に拠点病院とその連携医療機関を医療計画に明示し、住民の理解の下で切れ目のない連携体制を構築するというのがその趣旨である。医療計画は2008年4月から実施されるが、医療の確保に困難を抱えている地域では、実効の上がる医療計画を策定することを迫られているはずである。周産期や小児・救急などはいずれも5事業に含まれており、それぞれの成果が得られるように関係者の努力が必要であるが、特に医師会は医療担当者として指導力を発揮することが求められている。

高齢化がさらに進展するなかで、総合的な診療能力を持つ医師と入院医療に対応する病院における医師の役割をより明確に分担する方向が求められているといえる。病院の経営はかなりの部分を外来医療に依存しており、病院医療が外来を含む概ねすべての医療に対応している地域もあるので、新たな混乱も招かないように十分に配慮したうえで、病院と診療所の役割分担を追求する必要がある。また、今後の医療提供の場が、病院等の施設から在宅または居住系サービスに移行する施策が強化されつつあるが、地域における受け入れ体制が不備なままでの病床の転換や再編は適当でない。在宅療養支援診療所の導入などの対応がとられているが十分に機能しているといえず、今後の医療計画や地域ケア整備構想における適切な対応が強く望まれる。

(2) 医師確保に向けた方策

深刻化する地域医療の現状を受けて、医師確保に向けた様々な方策が検討され、試みられている。大学病院に代わる医師派遣の仕組みが模索され、地域医療対策協議会も法制化されたが現段階では機能しているとはいえない。医療法において、医療施設の管理者の要件として所定の地域で一定期間医療に従事することを義務付けることも検討されたが、人権問題であり医師の裁量に係わることとして受け入れられていない。緊急措置として、国の要請で医師を派遣した病院もあるが、人数や期間が限定的で問題の解決にはならないと受け止められている。

医師養成数の増員も論議されつつあるが、一定の水準に達しない医師不足の県で、地域枠の設定と一定期間の限定的な定員増が図られているが、時限的対応であり即効性がないところから、地元においては必ずしも満足されていない。このようななかで、臨床研修のマッチングにおいて、研修医8千人に対して臨床研修病院の受入総数が1万3千人に上り、結果として地方部から研修医が流出して偏在が顕著になったといえる。今後、臨床研修病院の受入数を地域に適正配分する方向で対応することになっており、医師の地域偏在の是正に一定の期待が持てる。

当面の方策としては、診療報酬や政策的な補助により過酷な状況に陥っている医師の処遇や就業環境を改善することがまず必要である。連携の強化や役割の分担で業務の平準化を図ることも有効であると考えられる。医師の業務範囲を見直し、一部の文書業務を医療秘書等に対応させることや、診療業務についても適当な部分を看護師や薬剤師に委ねることが検討されてよい時期に来ている。また、専門医制度のあり方を検討することも、診療領域間の適正な医師の配置や、総合的な診療能力を持つプライマリ・ケア医を明確にする上で必要になると考えられる。

これらの方策によっても地域医療の確保が見込めないのであれば、新たな環境条件化での医師養成数のあり方を、中長期の展望にたって改めて検討する必要がある。現段階で、人口10万対の医師数210人の水準は、欧米先進国との比較において低水準であることはOECDの調査等により周知の事実である。医療の高度化や患者・国民の医療に対する要望、あるいは新たな医療提供の枠組みなどにより、必要医師数は大きな影響を受けるはずである。従来の数値の動向から統計的にその総数を推計して医師の需給を見るだけでなく、各診療領域に必要となる専門医や総合的な診療能力を持つ医師について、地域間や診療領域間の偏在の要素を加味して医師養成数のあり方が検討される必要があるだろう。

(3) 医学部教育のあり方

従来の医学部教育では、基礎医学と臨床医学の連携が不十分であり、医療システムのあり方などに関する教育もほとんど行われてこなかった。医学知識の体系化には、基礎医学だけでなく、基礎医学を臨床へ展開する研究や、臨床現場における疫学研究を欠かすことが出来ない。めまぐるしく変化する医学に対応できる医師の養成には、自ら考え、情報を収集し、医学上の概念を表現できる能力を育てる教育が必要である。同時に、医療人としての倫理観や科学思想の育成も必要であり、いわゆるリベラルアーツ教育の重視が求められる。さらに、ベッドサイドで医療技術を実践する教育も強化しなければならない。とくに技術習得のためには医学生の医療実習に関する法改正が必要である。

医学部教育の充実には、大学病院における症例数と医療の質を確保する必要がある。そのためには、大学は医学教育や臨床に従事するスタッフを適正に評価し、称号付与やポストを提供しなければならない。従来のように論文のインパクトファクターを重視した評価システムでは、臨床医や医学教育の専門家を育成することは困難である。

なお、最近、専門職大学院による医師養成を、わが国に導入しようとする動きが見られる。しかしながら、そもそも米国の Medical School は、膨大な数の医師と多額の研究費および運営費によって支えられた教育システムであり、基礎医学も確固としている。一方、わが国の専門職大学院では、基礎医学の整備と臨床教育のスタッフ確保がどれだけ可能なのか課題が極めて多い。いわゆるメディカルスクール (Medical School) という言葉だけを導入して、基盤整備のないまま新しい医師養成制度を導入することは、わが国の医学教育体制に混乱を招くと予想される。当面は、既存の医学部における教育改革を優先するのが妥当であろう。

(4) 初期研修制度のあり方

若い医師のインセンティブは、必ずしも経済的な面だけではない。臨床医としての自己を確立しようという意欲は、昔も今も変わっていない。したがって、いかなる地域で勤務していても、医師としてのキャリアを積める教育体制の構築が、何よりも優先されるべきである。臨床医としての実践力だけでなく、臨床研究に参加できる体制作りも必要である。また、研修病院の教育機能を評価し、真に研修病院としてふさわしい病院のみを選抜し、社会全体で医師と研修病院を育成することが必要である。また、研修病院に対しては診療報酬等で何らかの支援を行うべきであろう。研修医の待遇を全国で均一化することも、今後の検討課題である。

(5) 後期研修のあり方

医師の地域偏在だけでなく、診療科ごとの偏在も大きな社会問題である。専門分野の選択は後期研修の開始時に、各自の自由意志で決定される。診療報酬により、医師が不足している診療科へ後期研修医を誘導することも考慮されているが、実効性は疑問である。ひとつの方策は、専門医のフェローシップ制度である。教育病院への診療報酬を改善すると共に、アルバイトに依存せずに後期研修に専念できるように、給与を国の責任で支給する。これによって各診療科の定員をある程度コントロールすることも可能である。また、後期研修医を受け入れる教育病院は、研修の到達目標を明確にし、これを実践する責任がある。そのためには、研修内容と評価の透明性を高めるべきである。

しかしながら、医師不足といっても、実態は、雑務を担う若手医師が不足しているにすぎない診療科もある。これは医療クレークの増員や非医師の医事行為の規制緩和などによって、医師不足に対応することも一策である。

(6) 生涯教育のあり方

従来のように学会や講演会に参加したときの点数制度だけでなく、救命蘇生技術など実践的教育を加えていく必要がある。また、医療のシステム化に対応して、医療安全教育なども強化が必要である。さらに専門医教育だけでなく、これからは総合医教育も検討を開始すべきである。

2. 財源のあり方

先述した検討からも明らかなように、国民は医療の充実を望んでいる。そのためには医療保障制度の充実を図れるよう、租税資金の投入を拡大すべきである。ただし、わが国の医療保障制度は社会保険制度の上に発達を遂げてきており、現実的な判断としてはその拡充を目指す方向が望ましいだろう。一定以上の所得がある人は、所得に応じたしかるべき貢献（保険料負担）を行う一方、事業主に対しては国際的に見て経済先進国の標準までの負担を求めてよい。

とはいえ、医療保険制度拡充のすべての財源を被保険者ならびに事業主負担の保険料増大に求めることは不可能である。そこで、消費税を含む一般財源からの投入拡大は不可避と思われる。政府税調は消費税の社会保障財源化、自民党財政研は社会保障の国庫負担のための目的税化を打ち出している。日本医師会はこうした状況の下、医療保険財政支援という経路を含め、租税を医療分野に投入することを国民が望んでいる実態を踏まえ、

適切な判断を下す必要がある。

なお、社会保険料負担に疾病発祥リスクを反映させるような方向はとってはならない。社会保険制度とは社会安定のためにつくられた装置であり、社会の安定から恩恵を受ける確率、つまりは守るべき富の多さに比例した保険料が制度の根幹だからである。

また、公的年金から源泉徴収する高齢者医療保険料および介護保険の1号保険料は、前者の徴収延期期間が終わり、介護保険制度が第4期を迎えたときには負担金額の限界に近づくとと思われる。市町村の意向を把握し、今後の高齢者の保険料負担について医師会としての戦略をしっかりと持っておくべきである。

他方、受療時の患者一部負担率は減らしこそすれ、決して増加させるべきではない。わが国の患者は、後期高齢者および自治体による補助が存在する小児などを除くと、高額療養費が適用される上限まで3割という先進国中もっとも高い率の負担を強いられている。現在の3割という率を超えれば、もはや市場で医療を取り引きするに等しいとの感覚を抱かせ、社会保障制度に本来期待されている機能、すなわち「病気や怪我という不幸に金銭負担ゆえの貧困が加わる二重の不幸を防止する：防貧機能」を果たせなくする。当然、住民が保険を支持する気持ちを失わせ、保険料の未納を増やすなどの悪影響は必至だからである。

さらに広い視野から見ると、医療財源に関しては、医療政策を超えた総合的政策もまた不可欠である。例えば、若者の間での非正規労働状態を解決できなければ、医療保険も一部が空洞化する恐れがあることへの強い問題意識も求められる。医療は社会システムの安定を支える重要な要素であると同時に、社会システムの安定の影響を強く受けるのである。医療財源を考える際は、医療分野ならびに医療保険制度などの専門用語で語りうる範囲の議論が中核になるとはいえ、それを超えた広い視野も欠かせないことを指摘しておきたい。

むすびに

1. 保険制度の課題

日本の公的保険制度は、1922年に一部のブルーカラーを対象とした健康保険法の施行により始まり、その後しだいに拡大して1961年に国民皆保険が実現した。しかし、保険者は依然として職場、地域ごとに組織されており、保険者によって加入者の所得水準や年齢構成等が大きく異なることを調整するために、以下の二つの仕組みが用意されている。

まず所得の格差に対しては、国は加入者の平均所得の低い保険者に対して助成している。助成の仕組みは複雑であるので、保険者を三層に分けて説明する。第一層は、平均所得が高い大企業従事者の健保組合と公務員の共済組合であり、国は基本的には補助しない。第二層は、平均所得がより低い中小企業従事者を対象とした政管健保であり、国は給付費の14%を助成している。第三層は、平均所得が最低の自営業者、年金生活者を対象とした国保であり、国は給付費の4割から8割を助成している（各国保の加入者の所得水準等で異なる）。このような加入者の所得水準を調整する助成があるので、層によって所得に占める保険料の割合に大きな格差はない。

次に、年齢構成の格差については、保険者からの拠出金（7割）と税（3割）からの助成で対応している。保険者からの拠出は、1983年に施行された老人保健法に基づいており、拠出額は当該保険者における老人の割合とは無関係に、国全体における老人の割合によって算定される。なお、65歳以上から老人保健法の対象年齢に達するまでの財源は、被用者保険が一律に拠出する退職者医療制度によって賄われている。

これらの税の投入によって日本の医療費の4分の1は国の一般財源に賄われており、国の財政状況が厳しいことが、医療費を抑制する最大の圧力となっている。すなわち、国の一般歳出を抑えるために、医療費に対する負担額を減らす必要があり、医療費に対する負担額を減らすためには、医療費全体を抑制する必要があると主張されている。

2. 国の医療保険改革の課題

こうした財源の基本構造は、医療改革後も基本的には変わっておらず、国保に対する助成は、都道府県ごとに統合が進んでも、絶対額は減るわけでない。また、政管健保に対する助成を、被用者保険に転嫁する案も提示されているが、健保組合等から強い反対に合っている。さらに75歳以上の後期高齢者を対象とする新しい医療保険制度において、加入者の保険料負担は増えて、拠出金が「支援費」になって保険者の負担割合は7割より4割に減少したが、税の占める割合は3割より5割に増えている。

以上のとおり、国の税によって賄われる医療費の割合は減る見込みはなく、一般予算の制約を受け続ける構造は変わらない。したがって、国が新たな財源を見つけ、それを医療に対する特定財源にしない限り、医療費全体の規模を拡大することはできない。こうした財政構造の根幹に関わる政策を転換させることに対して、国民の支持を得ることが今後の大きな課題であるといえよう。

次に、保険者が都道府県ごとに再編される方向が示され、政管健保と国保については、各都道府県における加入者の所得と年齢構成を国が調整して保険料率が設定され、また高齢者医療保険制度も都道府県単位の「広域連合」が運営することになる。その結果、各都道府県における保険料の負担と、提供される医療サービスの関係が明確になる。

医療に対する住民の関心は高いので、隣県と比べて保険料が高ければ、下げようとする動きを確かに警戒しなければいけないが、むしろ医療サービスの拡充を求めて保険料を上げる動きが現れる可能性の方が高い。したがって、都道府県医師会として、医療サービスを向上させる必要性を訴え、こうした動きを全面的に支援する必要がある。

3. 患者の自己負担と民間保険

自己負担する割合を上げれば、患者はコストを意識するので受診率は下がり、医療費も抑制できるという認識の下に、自己負担の引上げが繰り返されてきた。まず被用者については、健康保険法施行以後、自己負担割合はゼロであったが、1983年に1割、1997年に2割、2003年に3割の負担になった。

次に、高齢者については、1973年以後は無料であったのが、1983年に小額の定額負担が導入された後、しだいに増額され、2002年に1割負担となった。そして同年には一般勤労者所得よりも高所得の高齢者は2割負担に、また2006年から3割になった。さらに2008年より70-75歳未満の高齢者の負担が1割より2割になる。

最後に高額医療費については、1973年に高額療養費制度が導入され、一定額を超えた部分の負担がなくなったが、2002年より1%の負担が課せられるとともに所得に応じて適用額は引上げられ、2006年には適用額がさらに引上げられた。

このように自己負担割合は上がったが、少なくとも医療費を下げるうえでは効果がなかったことが検証されている。すなわち、被保険者本人に対する自己負担割合は、1997年と2003年においてそれぞれ引上げられたが、入院外(外来等)に対する影響を総括すると、一部の年齢階層ではわずかに診療実日数は下がっていたが、逆に1日当たりの医療費は上がる場合もあったので、全体として医療費の抑制効果はなかったと推測される。一方、入院については受診の抑制を期待すること自体が非現実的なうえ、高額療養費制度の対象になれば自己負担引上げの影響はほとんどなくなる。

しかしながら、自己負担の引上げで保険からの給付費は減っており、その結果、次の問題が発生する可能性がある。第一に、内閣府の調査では所

得階層による受診抑制の相違は必ずしも明確でなかったが、低所得者の中には受診を控えることで重症化する。第二に、保険への未加入が増え、その結果、医療機関の未収金が増える可能性がある。第三に、高額療養費制度は必ずしも十分に周知されておらず、また医療費の補完の必要性を強調した宣伝広告の効果もあって、成人の3分の1が保険の「第三分野」である医療・がん保険へ加入するなど、民間保険の基盤が形成されつつある。

確かに現状では、保険外併用療養費制度（医療専門家の検討を経て厚生労働省が承認する評価療養と、差額病床などの選定療養）の利用、および事前の認可を得た治験等以外には混合診療は認められないので、患者の自己負担は公的負担の枠内に留まり、支払い能力を超えるような事態は本来発生しないように制度が用意されている。そのため、民間保険が医療費を直接補償する「実損型」よりも、入院した場合やがんの診断を受けた場合に現金が給付される「定額型」のほうがはるかに普及している。ただし、あってはならない事態だが、全面解禁を支持するような声が多くなった場合は、規制改革派が主張したように、患者はサービスを受けるメリットと購入額を天秤にかけて判断するような事態は発生せず、こうしたリスクを回避するために民間保険に加入するので、状況は一変するであろう。

なお、東京地方裁判所が2007年11月7日に、ある特定事例に対して混合診療を禁止する法的根拠はないという判決が下された。厚生労働省が控訴したことは周知の通りである。この判決を受けて規制改革会議が混合診療原則解禁を唱えたものの、主要患者団体は解禁反対の声明を出し、経済財政諮問会議も保険外併用療養費制度の使いやすさを求めるにとどまった。このような事態の展開をふまえつつも、混合診療全面解禁のもたらす問題点や保険外併用療養費制度の役割について、医療関係者は改めて世の中に知らしめる努力を欠いてはならない。

医療システムは、近代社会における住民の安心感を維持する仕組みの中でも中核に位置づけられる。長寿化が進むわが国において高齢者を支える働きはもちろん、少子化傾向をとどめ出生力を回復するために必要な産科や小児科の医療の役割、そして働く世代の身体的・精神的健康を守ることの重要性等々を鑑みても、医療システムの安定は特段の価値をもつ。加えて医療は、新しい医療技術や医薬品・医療機器・ソフトウェアなどを産み出し、雇用を拡大していく大切な分野でもある。

そうした医療が財政論の視点で語られるだけでなく、国策として、また自立した住民による社会のあり方論として、世の中で広く論じられる姿を望みたい。議論を通じて医療のあり方が国民の理解を得てはじめて、その成長と革新を賄う財源確保が可能になると考える。

表1-1 構造改革に対する総括的評価

問1 小泉、安倍政権が進めた改革の結果、日本の世の中はどのようになったと思いますか。	複数回答	
カテゴリ	件数	(全体)%
・経済的な活力が高まり、豊かさを取り戻した	242	7.8
・政治家や官僚の不透明な特権が是正された	727	23.6
・税金の無駄遣いがなくなった	232	7.5
・金儲けのためなら手段を選ばないという風潮が広まった	945	30.6
・貧富の差や都市と地方の格差が広がった	2,001	64.9
・教育や福祉など公共サービスの質が低下した	1,290	41.8
・わからない・答えない	151	4.9

表1-2 生活不安の原因

問2 これからの生活を脅かすものは何だと思えますか。	複数回答	
カテゴリ	件数	(全体)%
・経済の停滞	500	16.2
・財政赤字	896	29.1
・年金制度の破綻	1,714	55.6
・医療の崩壊	1,063	34.5
・環境破壊	947	30.7
・治安の悪化	481	15.6
・外国の脅威	229	7.4
・特になし	29	1.0
・わからない・答えない	18	0.6

表1-3 望ましい社会経済の姿

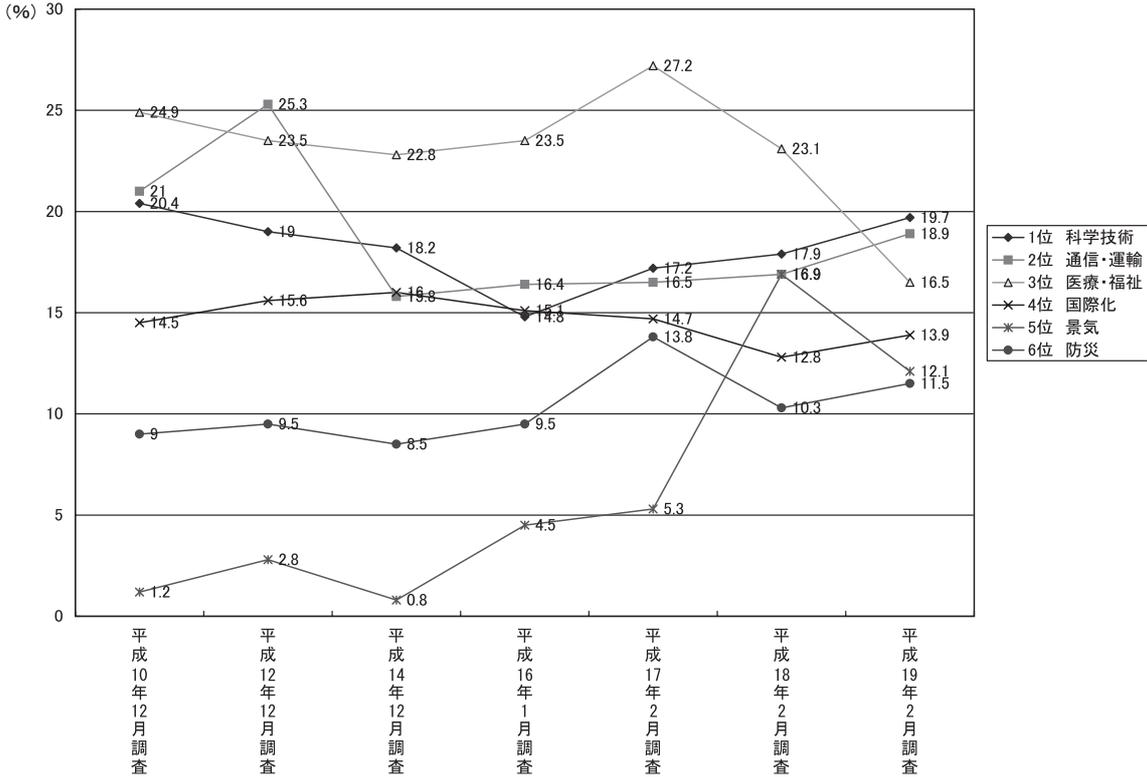
問3 これからの日本のあるべき姿として、あなたのイメージに最も近いのはどれですか。	単回答	
カテゴリ	件数	(全体)%
・アメリカのような競争と効率を重視した社会	208	6.7
・北欧のような福祉を重視した社会	1,802	58.4
・かつての日本のような終身雇用を重視した社会	970	31.5
・わからない・答えない	104	3.4
・不明	0	0.0

山口二郎委員研究プロジェクト実施「国民の望む社会像に関する世論調査」より抜粋

調査概要	1. 調査期間	2007年11月24日～27日
	2. 対象地域	全国
	3. 対象者	20歳以上の男女
	4. 調査主体者	北海道大学
	5. 調査方法	RDD (Random Digit Dialing) 法
	6. 備考	総サンプル数 1514

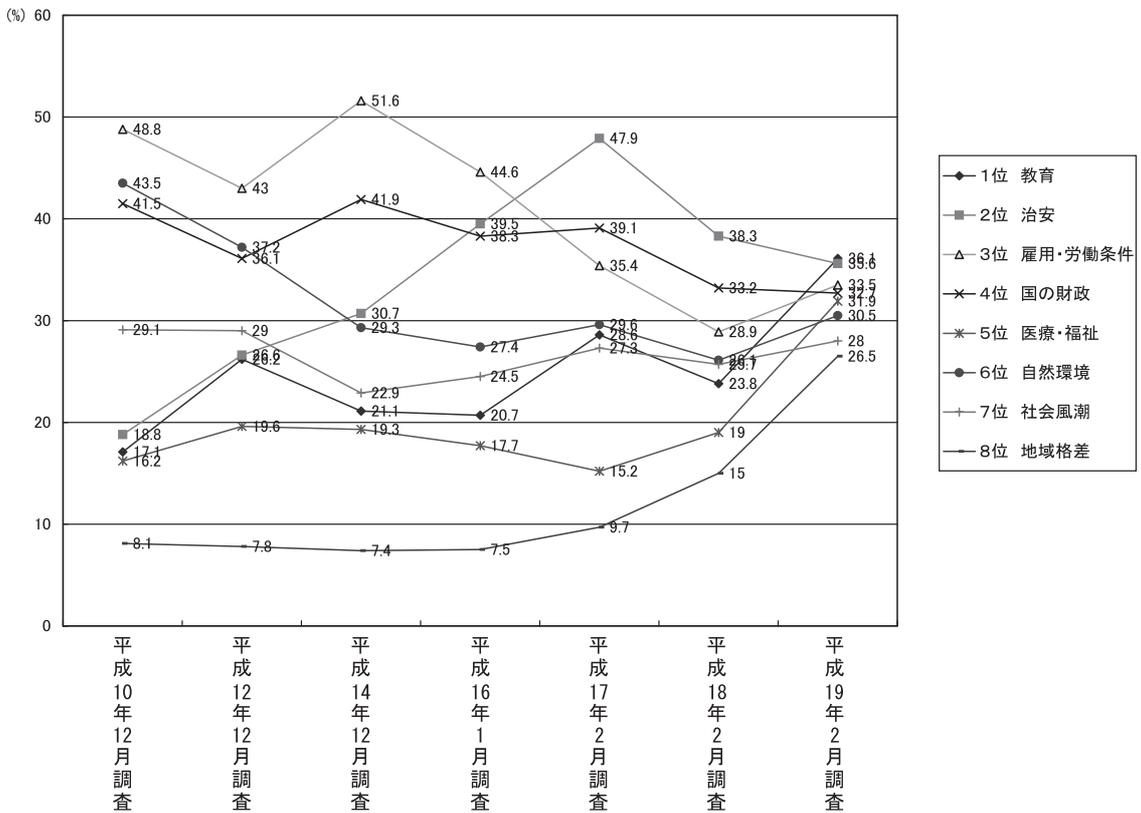
なお、より詳しい調査報告について知りたい方は、山口委員まで、メールにより問い合わせください。
 jyam@juris.hokudai.ac.jp

図1 良い方向に向かっている分野(上位6項目)



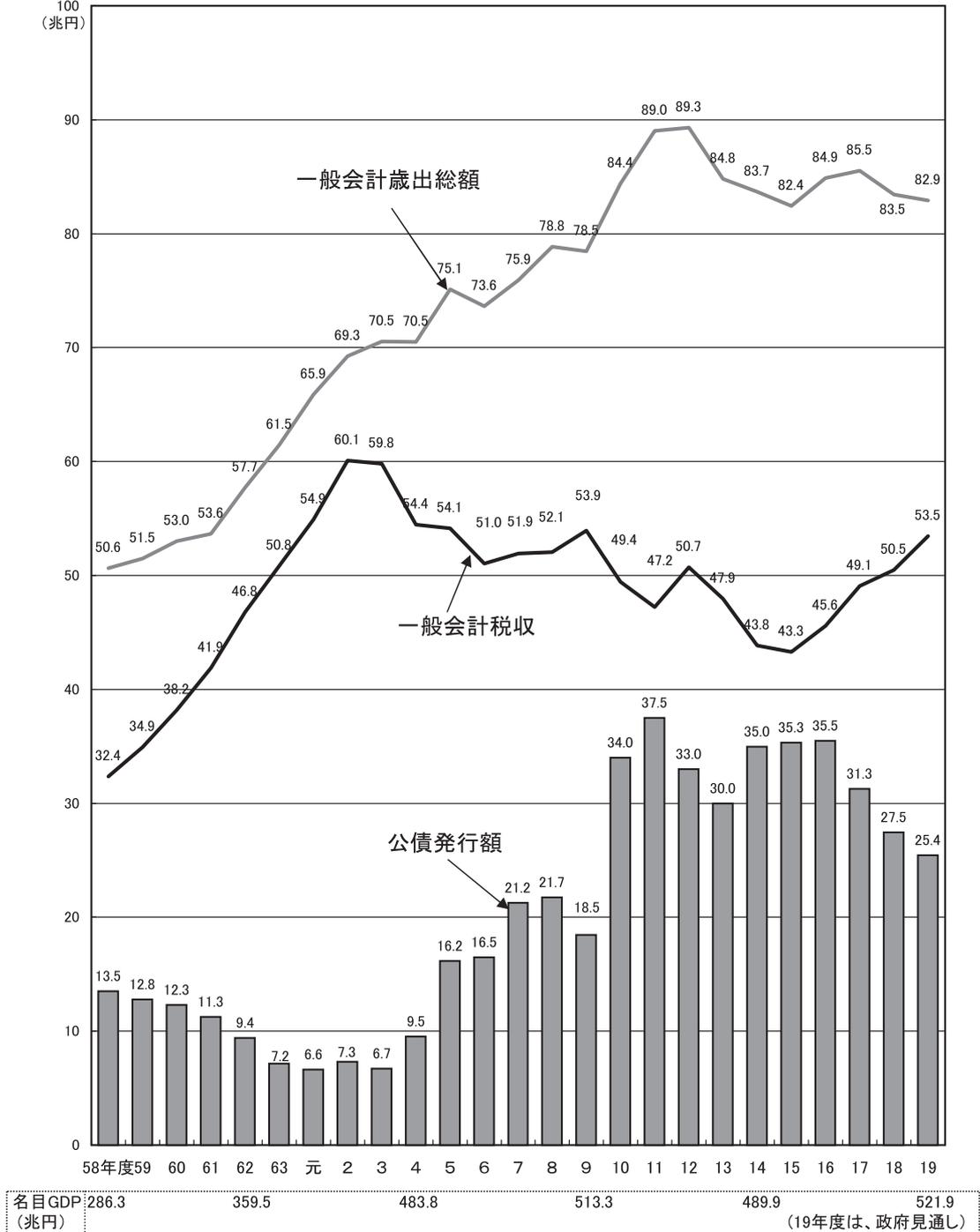
出所:内閣府「社会意識に関する世論調査」

図2 悪い方向に向かっている分野(上位8項目)



出所:内閣府「社会意識に関する世論調査」

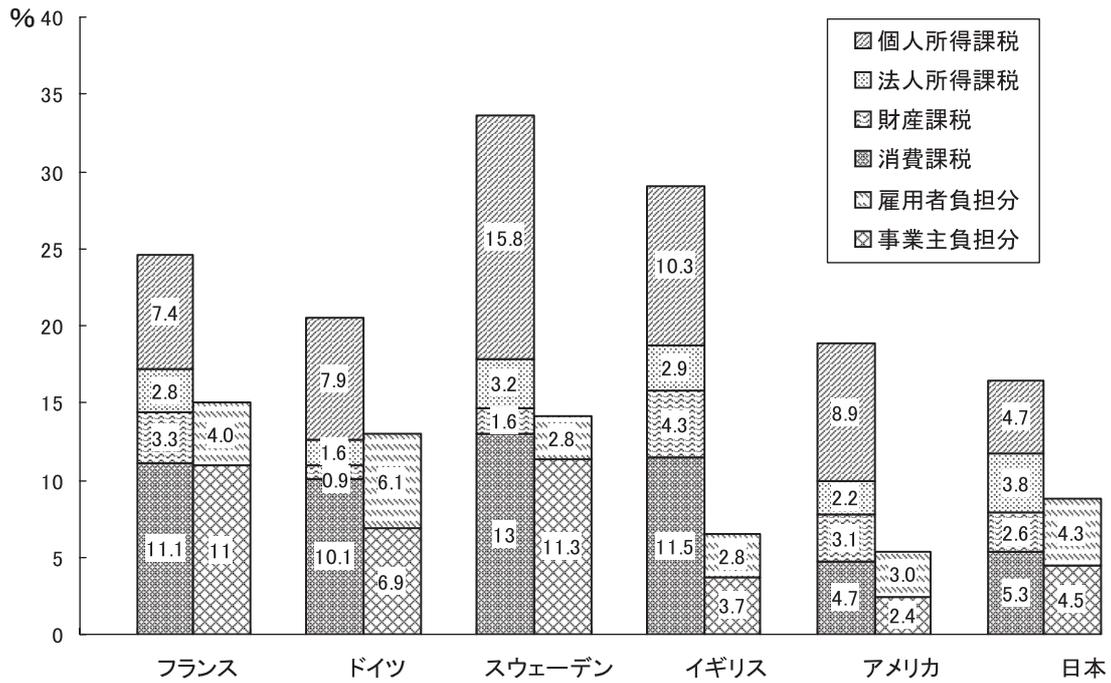
図3 一般会計税収、歳出総額及び公債発行額の推移



(注) 17年度までは決算、18年度は補正後予算、19年度は予算案による。

出所：財務省「わが国の財務事情(19年度政府案)」

図4 租税負担のGDP比(左)と社会保障負担のGDP比(右)



OECD[2006]Revenue Statistics より 神野直彦委員作成

講演録

1. 地域格差と医療の危機—医療計画を危機克服に活かすためには—
慶應義塾大学大学院経営管理研究科教授
医療政策会議議長
田中 滋 平成 18 年 9 月 27 日 第 2 回医療政策会議
2. 医療費の伸び率と診療報酬の改定率および社会保障給付についての
基本的な考え方
慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教室教授
医療政策会議委員
池上 直己 平成 18 年 9 月 27 日 第 2 回医療政策会議
3. 小泉政治は何を変えたか？
北海道大学大学院法学研究科教授
医療政策会議委員
山口 二郎 平成 18 年 11 月 22 日 第 3 回医療政策会議
4. 新医療計画と知事権限
九州大学大学院医科大学研究院基礎医学部門
社会環境医学講座医療システム学分野教授
信友 浩一 平成 18 年 11 月 22 日 第 3 回医療政策会議
5. 「国民の医療と財源のあり方」—今後の方向と選択肢
日本大学医学部社会医学講座医療管理学部門教授
医療政策会議委員
大道 久 平成 19 年 1 月 10 日 第 4 回医療政策会議
6. 日本の社会保障への財政学からのアプローチ
東京大学大学院経済学研究科教授
医療政策会議委員
神野 直彦 平成 19 年 1 月 10 日 第 4 回医療政策会議

7. 大学病院からみた日本の医療体制の課題
東京大学医学部循環器内科教授
医療政策会議委員
永井 良三 平成 19 年 4 月 19 日 第 6 回医療政策会議

8. 少子高齢化の医療・年金へのインパクトについて
日本大学総合研究大学院教授・日本大学人口研究所所長
小川 直宏 平成 19 年 6 月 27 日 第 7 回医療政策会議

9. 日本の社会保障と医療 小さな政府の医療政策
慶應義塾大学商学部教授
権丈 善一 平成 19 年 8 月 22 日 第 8 回医療政策会議

10. 国民医療と財源のあり方～高齢者医療介護を中心に～
産業医科大学公衆衛生学教室教授
松田 晋哉 平成 19 年 10 月 17 日 第 9 回医療政策会議

地域格差と医療の危機

—医療計画を危機克服に活かすためには—

慶応義塾大学大学院経営管理研究科教授

田中 滋

1. 格差社会

(1) 小さな政府

小泉内閣を通じて、国民は、「“小さな政府”化は常に良い方向である」と信じるよう誘導されてきた。「役人の数が減り、市場化テストや民営化を通じて政府の規模が縮小すると税・社会保障負担率と国債発行額が減少し、国民の手元に残る金額が増える。ゆえに小さな政府の実現は好ましい」という単純化されたロジックがその背景に存在する。確かに、政府の行う無駄や不要な支出が小さくなり、その分の税金や社会保障負担が減るだけならば良い改革と評価できるだろう。

しかし、保険給付や教育予算を減らし、代わりに患者・要介護者による医療・介護サービス利用時の自己負担、あるいは国公立学校の授業料と入学金等の各種納付金を増やす方策は、上のロジックと同じではない。そのようにして税・社会保険料の形を通じた負担が減ったとしても、つまり一見「小さな政府」化が進んだとしても、利用者負担に置き換わるだけなので、実は当該サービスに対する国民の負担額は変わらない。

しかも、広く皆が負担し、かつ一般的に言って経済的な力の強い人が相対的に多くを受け持つ税金や社会保険料と違い、医療・介護・教育・保育等のサービス利用者は一部の人だけにとどまる。比較的多くの人を利用する医療でも、重症者は一部の人に限られる。他方、税金や社会保険料の特徴は、社会の構成員が原則として支払い能力に応じて支えあうための原資と呼べることである。企業を含め、皆で社会を支える額よりも、患者・要介護者という経済的弱者の比率が相対的に高い層、子供が在学・在園中の親など、一部の人に集中的な負担を求める政策は社会保障の哲学とはまったく異なる。そうした、一部の人への負担移転を通ずる政府支出抑制をもって、「小さな政府化」＝「良い政策」と呼ぶ論議に私たちは気をつけなければならない。

(2) 経済格差

1) 所得資産格差→階層固定社会

現在、経済格差論に関していろいろな書物が次々と出版されている事態を見ても分かるように、国民の間での所得及び資産などの格差拡大が言われている。さまざまな統計が示しているとおりでである。とりわけ大きな問題は、格差の存在だけではなく、格差が世代を超えて固定する状態ではなかろうか。格差自体は本人、当事者の努力の結果も反映するので、特に上が伸びた結果としての格差は許容しうる現象かもしれない。しかし、下に

離れていく格差の拡大と、下の階層への固定は健全な社会の姿ではなく、社会の安定をおびやかす。

2) 地域格差

2番目の格差として地域格差を指摘できる。今朝（9月27日）の朝日新聞でも高卒の有効求人倍率が出ていた。高い東京では実に4.4、次いで愛知2.54、大阪2.25、反対に低い方では青森0.17、沖縄0.21、高知0.24、鹿児島0.29、北海道0.29と20倍以上のすさまじい格差が発生している。一般の有効求人倍率でも東京が1.5に対して青森や鹿児島では0.5と、3倍の差が見られる。土地公示価格もしかり。東京の南西側区では区内全域で上昇報告されたにもかかわらず、多くの県ではまだ下がっている。このように労働と地価に着目した点でも、地域間格差が広がっている。

(3) 格差の意味

1) 格差の存在と拡大

ここで格差とは何かを考えたい。格差は個人間にも企業間にも地方間にも存在するが、「格差はすべからういけない」と唱える見解には賛成できない。「がんばった者が報われる」ことは別に悪い世界像ではないからである。世の中のニーズを充たす努力を行なう個人、病医院、会社、地方が豊かになっていく成果を止めるのはおかしい。あるいは、「上」にランクされた主体がより便利になっていく、安心になっていく変化を止めることはできない。それは社会の活力の基と言ってよい。

問題は、格差が「下」に広がる状態である。より貧しく、経済的に弱い地域がより不便になり、不安感が強まっていく、こうした事態は避けなくてはならない。同じく格差と表せても、「下」も一定以上の水準を保ちつつ、もしくは向上しつつ、「上」が伸びていく結果の格差と、「下」が低落していく格差では社会に与える意味が大変違う。そして現在の日本は、「下」に対する支えを外しながら格差が広がっているところが大きな問題だと考える。代表的には、日本の貧困水準世帯、すなわち平均所得の5割以下にとどまる所得しか得ていない世帯の率は、アメリカと並んで世界最大となっているとの報告も目にするようになった。

若者たちの間で、無職もしくはフリーターやニートになっている数はこの10年間で10倍以上に増えていると報道される。特に若者の間での格差が広がっているのである。地域間格差についても、地方では郵便局など、次々にいろいろな社会基盤が失われていっている実態は皆が承知している。そして、北海道・東北をはじめ、地方における病院の維持が医師・看

護師不足ゆえに危うくなってきた。

2) 格差の固定

格差問題については、社会階層の上方移動ができるかどうかも大切な視点である。格差が存在しても、例えば若いときは相対的に低所得で年収が300万円であったとしても、それなりに成功していけば年収が800万円、1,000万円と増加できる社会ならば、若いときの300万円に特段の問題はない。あるいは、高卒で頑張って、人生の途中で大学を夜間でも通信でも利用して卒業し、やがてリーダー層になれるようなパターンがさほど珍しくない社会であれば、スタートラインの格差をまったくなくすことは事実上難しいので、当初の違いはやむをえない。

さらに、自分一代のなかでどのぐらい上昇できるかだけではなく、親の生まれ、親の社会階層によって子供世代の人生がどのぐらい規定を受けるかに着目する必要がある。専門の統計や専門家の著書を読むと、日本では階層の固定化がこの20年間著しく進んできている。これは明治の初期や第二次世界大戦後の日本との大きな違いである。日本が活力を持っていた明治維新以降の時期と第二次世界大戦後の時期には、社会階層が固定化されている率が低かった。それに対して現在、社会階層の世代を超えた固定化が進んでいると報告されている。この点を憂慮すべきだと思う。

3) 格差が好ましくない財貨サービス

そうした状況の下、格差があっても構わない財と格差の存在が好ましくない財を峻別すべきである。格差は多くの財に関しては社会の安定に影響しない。例えば、高級車を持つか軽自動車を持つか、あるいはビールか第三のビールか、デザイナーものか大量生産の衣類かなどは、むしろライフスタイルの違いに近く、格差是正のために社会連帯が求められるような財ではない。

これに対し、医療の大部分、一定限度までの介護、次世代のための教育・保育の一定部分については、社会の安寧を維持するためにも、また何より人間の根源的な尊厳の観点からも、誰もがよいサービスを利用できる仕組みが望ましい。幸い、世論調査等を見ると国民の多数もそう考えているようである。教育・保育は専門外なのでさておき、そうした声を背景に、われわれは医療・介護にかかわる格差の下方拡大防止のために努力しなければならない。

(4) 医療への影響

ところで経済格差がもたらす医療への影響は、どこに一番現れ、誰が一番困っているだろうか。国保未納者等の受診困難事例増加も報道されているが、医療機関が抱える未収金の著しい増大も問題である。

加えて、経済的先進国中最低の医療費対GDP比であるにもかかわらず、医療費抑制策が強化されてきた。抑制策に対応すべく、病院が経営悪化回避のために外来サービスの拡充などを通じて医師や看護師の労働時間を増やし、その結果、従事者の離職率が急速に高まるなど、急性期医療の危機が顕在化している。合わせて、理由は必ずしも同じではないが、中小病院の多くがいよいよ経営の危機に直面している事態も私たちは知っている。

より深刻なテーマである医師数、特に産科・小児科医師数に関する地域格差の状態とその変化については詳細な統計が示されている。医療関係者は、それらの数値に基づいて格差の実態を知り、それを改善するための発言を積極的に行う義務を持つ。

2. 医療保障制度「改革」

前国会における医療制度改革のうち、医療法はいいとしても、医療保障制度側の「改革」は、実にさまざまな患者負担の引上げ以外を伴っている。もし、日本の患者自己負担額がこれまで先進国中低い方だったなら、まだありえる選択かもしれない。しかし、西・北欧、豪州、加などの国々と比べ、外来入院とも3割という、これまでも突出して高い一部負担率へのすり寄せである¹⁾。さらに、一部負担増に加え、自己負担引き上げはその他のいろいろな箇所にも及ぶ。まさに前述の「負担移転型小さな政府化」に他ならない。

3. 医療提供体制改革

一方、医療提供制度の改革は良い成果を生むだろう。医療法人制度は、公益性を重視した方向に著しい進展が見られた。特に、黒川議長が座長としてまとめられた報告を元とする医療計画は、斬新な改革が示されてい

¹⁾ フランス公的保険の外来自己負担率は3割であるが、ほとんどの住民は主に非営利の補足保険でその3割をカバーされている。貧困層に対しては補足保険料も給付される。

る。地域格差が生じている中で、各都道府県がそれぞれの持つ資源を活かした医療提供体制構築に取り組み、地域活性化のきっかけとすべきである。きわめて高度特殊な医療を除き、医療のほとんどは圏域で需給が完結する財だからに他ならない。また、医療・介護ニーズは地域の文化や歴史、家族のあり方を反映して異なるがゆえに、東京・名古屋・関西の大都市圏以外でも、雇用と経済的波及効果の進展を地域で図れるからである。

(1) 地域で完結する医療へ

1) 医療計画：参入規制から医療体制構築へ

新しい法律によって2008年から動き出す医療計画では、これまでのような参入規制のための計画から、地域ごとの医療体制構築のための計画へと大きく姿が変わる。主要疾病・事業ごとの地域の医療機能に関する情報提供を通じ、住民が医療システムに参加しやすくなる手立てが図られる。また、医療機関同士の連携強化、取り分けケアプラン共有の手段として、地域連携クリティカルパスが推進される。

そして何より大切な方向として、医療機能分化と連携への進化を前提に、一人ひとりの患者サイド、特にがん末期等の重症者を支えるキーファクターである在宅医療の推進も期待される。新しい地域医療体制の中で、地域医療支援病院がより積極的に機能を果たすためには、在宅医療支援が大きな目的になると考える。

2) 医療機関完結から地域完結へ

従来の医療計画は、病院ごとに完結する医療が暗黙のうちに中心におかれていた。それから、二次医療圏のなかにすべての医療が入っている建前になっていた。また現状では、大病院も中小病院も診療所も「患者を奪い合う」は大げさかもしれないが、それに近い実態を否定できない。

他方、これからの医療計画の考え方では、医療の完結単位が地域になる。個別の医療機関は、地域で求められるシームレス(継ぎ目なく)でコンティニュアス(連続的)、かつコンプリヘンシブ(包括的)な機能の一部を担うことが強く求められる。

なお疾病によって、診療圏域が10キロ圏で収まるタイプも見られるだろうし、日本を1つの診療圏域とする場合があってもおかしくない。すなわち、二次医療圏にすべての医療をそろえる形への強制はなくなっていく。

(2) 特徴のはっきりしない「総合性」から得意とする機能の明確化へ

訪れた患者に最善の医療を提供しているならば、医療機関として一応の合格点に達していると言えるだろう。顧客の訪れを待つ姿勢はこれまでは問題なかった。しかし今後は、それにとどまらず、自らの有する医療機能、専門とする能力分野を積極的に開示し、住民・患者、そして何よりも他の医療機関から選択される努力が不可欠である。一般の産業界や大学でも今はそうした方向に向かっている。昔のように、それぞれが「総合性」を目指す時代ではない。サイズによらず、専門として誇れる分野を分かりやすく開示し、他と連携するあり方だけが将来をもたらす。

このような体制を構築するために、介護保険では今年から、医療計画でも来年から始まる情報公開は重要な意味を持つ。単なる広告規制緩和論とは違い、定まった様式に基づく情報を都道府県が集約し、それを「リスト式」もしくは「プロット式」でインターネット等に一覧の形で出す。

(3) 地域ごとに創意工夫できる体制整備へ

3番目は、これまでのように国がすべてを決めるのではなく、国はスポーツで言えばコミッショナーの立場に専念し、ルールと基盤（フィールド）を定めるにとどまる変化が起きる点を指摘できる。具体的にどのような医療提供体制を構築するかは、都道府県単位で、医師会も加わる医療審議会で決めていく。医療審議会は病床規制にかかわる審議の場から、県民のニーズに見合った、先述のシームレスでコンティニュアス、そしてコンプリヘンシブな体制を目指す前向きな検討の場にならなくてはならない。医療計画の実質的な議論が始まる来年から、都道府県医師会の今まで以上に積極的な参加が望まれる。

4. 求めるべき医療制度改革

(1) 残された課題

今後の医療保障制度のあり方については、やはり適切な医療費を確保するためにも、皆保険制度を堅持する意義を世の中に訴える努力が欠かせない。医療保険が代表する社会保障制度の根本的な機能は経済活力を守ることにある。それは、「病気や怪我というそれ自体不幸な事象に直面した人およびその家族が、さらに診療費負担ゆえに生活水準の低下によって二次的な不幸に陥ることへの不安をあらかじめなくす機能」と表せる。

ただし、皆保険制度の意味を問い直す必要性も指摘しておきたい。それは、皆保険制度でどのサービスまでを保障するかにかかわる検討に他なら

ない。例えば、長期療養の食住費等が保険給付から外れていきつつあるが、それがどこまでなら資源の集中のために容認できるか、どこで止めるべきかの覚悟である。建前論ですべての変化に反対する時代は終わっている。急性期医療および日常医療を保険から外すような事態は、そこでの混合診療を含め、絶対に許してはならない。とはいえ、何から何まで医療にかかわるサービスすべてを公的保険から給付することも成熟した経済では保険理論に合致しない。

それから、医療に消費税財源を持ち込むかどうかについて、医師会としていかなるスタンスをとるかを一定の時点までに定める必要がある。消費税財源導入に対し、賛成するか反対するか、受け身の姿勢になるか無視するか等々を、途中の議論はいざ知らず、都道府県医師会ごとに最終的意見がばらばらであってはいけないので、いずれは態度を明確化すべき時期がくる。

(2) おわりに

医療改革の基本は、地域が上位目標完結の単位であることへの理解に置かれなければならない。その上で、医療機関どうしのベンチマーク競争、質と名誉をめぐる展開される競争が好ましい。ただし、銀行や一般の製造業のように勝ち組だけが残る競争は医療の世界にはなじまない。その代わり、一定水準以下の主体を排除する姿勢は専門職集団としてむしろ当然の義務であろう。また排除されないよう努力することも当然である。

「すべての住民に対してどの地域においてもグローバルスタンダード以上の医療・介護を効率的に提供」すると表せる医療の理念に近づくための仕組みづくりがこの新しい医療計画には込められている。関係者は新しい医療計画の意義を理解し、地域単位で積極的に参画し、経済格差是正の一助とすべきである。

医療費の伸び率と診療報酬の改定率
および社会保障給付についての
基本的な考え方

慶応義塾大学医学部医療政策・管理学教室教授

池上 直己

診療報酬

診療報酬とは、医療サービスと材料の公定料金表で、医師の技術料だけではない。「診療報酬」という名称から国民は誤解して、診療報酬が引下げになるということは医師の所得が減ることだから非常に結構なことであるというふうに理解している。しかし診療報酬といっても、そこに看護師の人件費あるいは薬剤費も入っているということを正しく理解してもらうことは難しいので、この名称から変えるべきだと前回の本会議の際に申し上げた。

請求する際の条件として、薬の効能の範囲、リハビリ等の施設基準等が含まれ、また規定の順守をレセプトで審査し、指導で監査している。出来高払いであっても「出来高」で請求できる範囲と料金を統制しているのも、本当の意味で出来高とは言えないのではないか。ただし、統制によって有効性・安全性の確立されたサービスが担保されており、混合診療を解禁すれば担保はなくなる。このように、一方においては診療報酬を守らなければいけないという側面もあるところが辛いところではある。

全体としての改定率が決まれば、改定後の回数（量）はそう変わらないので、点数（価格）の改定率が決まれば医療費総額も決まる。医療費の4分の1は国税で賄っているのも、国の予算の範囲で改定率が決まる。2006年度においては赤字国債の抑制、自民党の圧勝という要因でマイナス3.16%になった。

次に、薬価の改定は、薬価調査と再算定と政治判断の組み合わせであり、改定の度に下がって今回も6.7%下がった。

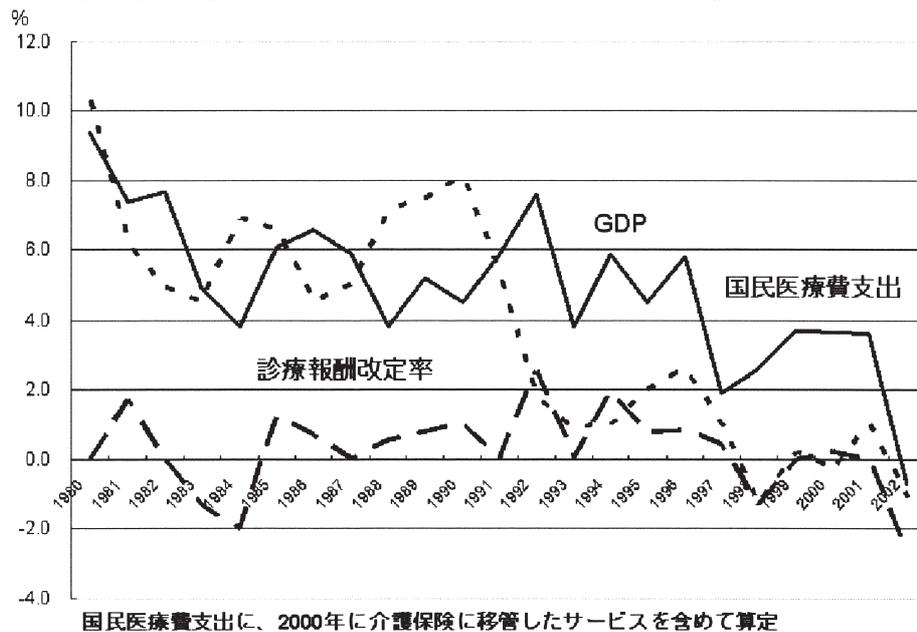
最後に、本体の行為ごとの改定で、上述の枠内で中医協で政治決着している。2006年は1.5%、政策的判断で小児・産科医療等はプラス、そしてその分、慢性期入院医療は両方併せた分マイナスになった。

各診療行為の改定では、画像診断を例にすると、全体としての引下げ幅よりもはるかに大きな個別的な引下げが特に量が増えた行為については行われている。

図1は、点線が毎年の経済成長を表すGDPの伸び率、実線が国民医療費の支出であり、前年度と比べて何%増減したかを示している。

これで分かるように、1980年代は点線と実線の動きが大体平行であったので、国の経済に占める医療費の割合が一定であったわけである。ところが、バブルが弾けてからこの点線で示すGDPがほとんど成長しなくなるかマイナスになった。その分国民医療費の伸び方も減ったが、経済成長の伸びよりも減り方が少なかったために乖離が生じている。そこで、

図1 国民医療費とGDPの伸び率、診療報酬階定率の年次推移(1980～2002年)



出典：厚生労働省大臣官房統計情報部「国民医療費」

この医療費を抑制すべきという議論が起きてきたわけである。

次に破線は診療報酬の改定率を示している。診療報酬の改定によって国民医療費がいかにか左右されているかということが読み取れ、0.78の相関が診療報酬の改定率と医療費の伸び率の間にある。なお、これには介護保険に移管した分を含めて計算しているので、導入による影響は調整されている。

1980年から2002年の医療費とGDPの伸び率を見ると、医療費の伸び率は毎年5%であった。そのうち2%が高齢化と人口の増加分、昔は人口増加が多かったが、近年は高齢化がほとんどである。0.46%が診療報酬の改定率である。これは消費者物価の1.46%と比べると非常に低い割合となっている。それから、残り半分が技術進歩と言われている部分で、ぜひ注目していただきたい。

この技術進歩というのは分かりにくいですが、今までCTを撮っていた患者にMRIを撮るようになった。そうすると、診断は同じで治療も同じかもしれないけれども、医療費としてはCTよりMRIがかかるので、結局はその分医療費が増えたということになる。

1980年代になると医療費の増加率とGDPの増加率は同率であったので、経済成長が医療費の増加を吸収していた。1990年代になると医療費の増加率がGDPの増加率より高いので吸収できなくなった。2000年代になると診療報酬のマイナス改定で両者の乖離は縮小してきた。

マイナス改定を継続した場合の問題点

これまでの実績では、人口の増加と高齢化で2%、医療技術の進歩で2%と合わせて4%は黙って医療費は増えている。経済財政諮問会議は、最初、経済成長率だけに連動させると言ったが、後に高齢化分は認めるということを行った。しかし、高齢化分を認めても技術進歩等の部分を認めなければ、その分診療報酬をマイナス改定する必要がある。それは医療従事者の人件費を引き下げる以外に対応方法がないわけである。

ところが、人件費を引き下げうるうえでの障壁としては、医師は初期研修の義務化で売り手市場になって、勤務医の給与水準は上がっている。他の従事者は景気が好転しているので確保は難しくなっている。医療従事者の賃金の増加率は99年以降相対的に高いと言われているが、実はそれ以前は一般よりも低かったということが見逃されている。

このままマイナス改定以外の選択肢は、患者負担の増加と混合診療の解禁であるが、そうすると民間保険の発達で公的保険の給付額は最終的には増加する。つまり、患者負担が増えていくと、患者となった時点で払いたくないので民間保険に加入する。民間保険に加入していれば全部補償してもらえるとということになると、未収載の行為・材料をいずれ公的保険が補償しなければいけないので最終的に公的医療費は増加することになる。

入院医療における包括評価の導入

入院医療における包括評価とは、患者を臨床特性で分類し、各分類に包括的な報酬を設定する。例えば、分類15に分類されたのは1日1万円、16なら1万1,000円、という基本的な考え方である。急性期では出来高払いであったのが手術料等を除いてDPCで包括になった。その結果、各DPCに対応した標準的医療を提供する必要性が高まった。

慢性期では、病棟基準というのは1床当たりの面積と、看護師、介護職員の人数という、これはハコものに対する基準であったが、包括評価導入後は、患者基準に沿った医療と介護のニーズに応じた多段階の報酬になった。

包括評価と医療費の関係を見ると、DPCの導入で入院部分は増減がないことが原則だが、実は外来は増えている。というのは、入院で行っていた検査・投薬の出来高の実績を反映して包括評価のDPCの点数が設定されたので、これらを外来で行うようになれば、病院の収益が改善するわけである。

慢性期は、本来は重い患者が多いと増収、軽い患者が多いと減収になったが、このマイナス改定の影響を受けて全部の患者が重ければトントン、普通ならば減収という結果になった。

療養病床の受け皿

療養病床の受け皿が問題となったが、このうち介護療養病床については、医療改革関連法のなかで介護保険法も改定され、その中で「介護療養病床は廃止する」ことが規定されていることである。これは法律的に決まったので覆すことは極めて難しい。ところが、医療療養病床については、政策的な希望を述べているので、2011年までに10万床削減するための法的手段は何一つないわけである。

実は、医療療養病床が減少しない可能性もあるのは、医療区分1の割合が5割であるからで、これは不採算でやっていけないから10万床減るといのが前提であった。しかし、医療区分1が2割以下になれば採算は十分とれるので、ほんとに10万床減るのかどうかは疑問である。

厚生労働省としては、いずれにしてもこの削減された病床の移管先として老健を中心に有料老人ホーム等の特定施設を提示している。ところが、特定施設というのは非常に奇妙なものであり、介護保険上は居宅に分類されている。グループホームなども居宅なわけである。しかし、実質は施設で、施設としての施設基準、病床数も規制の対象となっている。

特定施設と老健等の施設との相違というのは、居住費の徴収額であり、特定施設は建前は「在宅」で「入居者」から満額徴収している。それに反して、老健等は「施設」ゆえ「入居者」から半額程度しか徴収していない。しかも低所得者には減免措置が補足給付という形で用意されている。なお、これまでも老健への移管は試みられたが、療養病床は老健の施設基準（面積基準等）を達成できなかったため、すべて失敗した。これに対して厚生労働省は、今回は無条件に移管を認めている。

もう1つは、参酌基準でベッドの総数が規制されている。これに特例を設けることはやはり難しいのではないかと。住所地特例というのは、移っても元住んでいたところの保険者に請求書が回ってくるわけであるが、同じ県であればこの住所地特例というのは余り影響ないわけであり、移管する障壁は大きいと思う。

このように療養病床の老健、「特定施設」への移管の障壁は高い。そして移管する際に国の融資・助成金を受けても改築に時間がかかり、また法人としての事業が規制される。つまり、融資・助成金を受けた途端に、す

べて国の規制によって運営ががんじがらめになる可能性がある。また、老健であれば医療部分に対する直接の費用補償はない。

さらに、国民の側に立てば、老健の「入居者」と「特定施設」の「入居者」の間に不公平があるわけである。先ほど述べたように、「特定施設」の場合は居住費を全額負担するが、老健は半分程度であり、かつ低所得者は減免されるからである。これに対して、「住居」であればアパートと同様に規制できない。

そこで、病棟を診療所と「住居」に移管することも考えられる。例えばA・B・Cの病棟があったら、C病棟をすべて「住居」にし、移管するうえでの新たな規制を設けない。そして、居住費を払わない「入居者」には生活保護からの支給で対応するべきである。

国の責任範囲は、医療、介護、住居によって大きく異なる。医療サービスは普遍平等に給付するので、公的保険の給付によって受給者の99%が満足する給付水準を確保するべきであり、そのために混合診療を禁止する必要がある。一方、介護サービスは一定の水準までの給付に責任があって、公的保険の給付によって受給者の過半数が満足すればよく、不満であれば追加的なサービスを自由に購入できる仕組みとなっている。

それに反して住居というのは最低水準を保障しているので、生活保護の支給基準が適用されるべきである。ところが、現状はそうっておらず、新しくつくる特養はすべてユニットケア、つまり個室の寝室にそれぞれリビングルームがついている。これは公的保険で保障するべきではない。

このような現状を改めるため、老健・特養の介護保険「施設」を順次「住居」に転換し、医療サービスは医療保険、介護サービスは介護保険で給付する。図のようなイメージで、今まで一体として介護保険で給付されていたものを、改革後は、医療は医療保険の外来と同じ基準に、介護は在宅と同じ基準で給付して、居住費部分（光熱費や管理費なども含む）は生活保護で支給するべきであると考えられる。

そのうえで、社会保障費として、医療保険、介護保険、生活保護を県ごとに総合的に管理する。そうでないと、互いに費用の転嫁が起きる。つまり、医療保険の担当者は介護保険に押しつけない。介護保険の担当者は生活保護に押し込めたい。生活保護の担当者は、予算がないから生活保護の申請を受け付けないので、安全ネットとして最も機能してもらいたい生活保護が機能しなくなる。こうした事態を避けるために、安全ネットとしての生活保護に対する支給基準を明示する必要がある。

負担と給付の個人勘定の明示には反対すべきである。なぜなら、導入すれば個人の損得が明白になり、連帯が難しくなるからである。また、そも

そも給付の持つ意味合いは、年金、介護、医療で異なる。年金は長生きして受けたほうがいいが、介護は要介護状態にならず介護サービスを受けないほうがいいかという、意見は分かれる。だが、医療は病気にならずに医療サービスを受けないほうが明らかにいい。

こうした相違を踏まえて制度改革するべきであり、医療保険・介護保険をより整合性のある体系にするためには、生活保護の支給基準の明確化、大幅増額が必要である。ところが、2007年度の予算では、生活保護が社会保障費抑制の標的にされたので、最後の安全ネットの機能が低下するという大変なことが起きるのではないか。

以上まとめると、診療報酬は医療費の抑制に大きな効果を発揮している。医療費の増加は、技術進歩の2%と高齢化の2%、合計4%がどうしても必要である。4%の増加がないと医療従事者の給与を下げる必要がある。療養病床は、老健や特定施設ではなく、住居に移管したほうが社会保障における国の責任範囲との整合性、病院としての自由度の両面からより適切であると考えられる。

小泉政治は何を変えたか？

北海道大学大学院法学研究科教授

山口 二郎

1. 小泉人気の構図—弱者はなぜ「小さな政府」を支持するのか

小泉首相が5年間務めてこの9月に退任した。久しぶりの長期政権であったが、この5年間の日本の政治の変化はまことに大きいものがあり、特に社会保障政策にも非常に大きな影響を与えているということは多くの人が実感しているところだろう。

現代政治を観察・分析をする者にとって、一番大きな謎というか難問は、弱者はなぜ「小さな政府」を支持するのか、あるいは小泉政権が推進した、いわゆる新自由主義的な構造改革によって被害を受けるはずの人々がなぜその小さな政府を支持するのかという疑問である。昨年9月の総選挙の結果はやはり大変な衝撃であった。当初、単に小泉首相のパフォーマンスとか言動に多くの有権者が惑わされたのではないかと述べたが、それは多分違うのではないか。単にだまされて票を入れたということではあんなに劇的な結果になるとは思えないわけで、そこには何か理由があるのだろう。小泉首相を支持した弱者は、それなりにやはり何がしかの計算とか合理的な思考・判断でもって支持したのであろう。そこをやはりきちんと理由を突き詰めないと、だまされたという話ではそこから先一步も前に進めない。

(1) 否定的イメージとしての再配分政治

そこで、まず、小泉人気の構造について見ておこう。言うまでもなく小さな政府路線、あるいは新自由主義的な構造改革路線というのは、再分配を縮小するという意味を持っている。その再分配政治というものを縮小すれば、再分配によって恩恵を受けていたはずの人は反発をするはずであるが、そうでもなかったというところをまず注目する必要がある。再分配政治というのは、なかなか恩恵を受けているということを実感することは難しいのかもしれない。我々は、日ごろ、当たり前のようにいろいろな行政サービスの恩恵に浴しているわけで、それが大変な恩恵だということにはわからないのかもしれない。

例えば、65歳以上の方が毎月結構な額の年金をもらえるとか、病院に行ったら自己負担3割で診療を受けられるとか、しかもそんなに待つ必要もなく大変に行き届いた医療を受けられるとか、そういうことを割と当たり前のように考えてきていて、それをある程度みんなコストを払ってでも守っていこうという問題意識がなかなか出てこないということもあるのかもしれない。

それにしても、再分配政治というものがかなり小泉政治の時代には否定的なイメージで描かれていたことも確かである。そこには幾つかの問題が

あり、とくに地方に対するさまざまな再分配、なかんずく公共事業を中心とした地域経済の振興・浮揚策にはたくさんのむだがあるということは明らかである。それから、与党と官僚機構という再分配政策を担ってきた政治・行政の主体においても、それぞれいろいろな問題があるということははっきりと見えてきたわけである。要するに、自民党では族議員が跳梁跋扈して既得権を守ろうとしているとか、官僚も硬直化して自分たちの権限を守ろうとするとか、そういったたぐいのネガティブなキャンペーンというのはメディアでもずいぶん進行したわけである。

全体として、日本の世の中というのは、従来はパターナリズムという秩序がいろいろな分野で存在した。パターナリズムというのは、人間関係において上下の関係を重視する。つまり、下の者は上の者に従うという、こういう上下関係を軸とした社会的文化である。会社においてはいわゆる日本的な雇用、長期安定終身雇用みたいなもの、あるいは、医療の世界で言えば医局制度みたいなものもパターナリズムであったのであろう。

パターナリズムというのは、しかし同時にある種の平等とか安定というものを保障しており、つまり、旧来の上下関係の枠組み・秩序のなかでそこに疑問を持たずおとなしくしていれば、ある種の保護とかあるいは安定というものが保障されたという機能もあった。この間も、ある医学部の先生から伺った話だが、医局が崩壊すると途端に田舎のほうの医療が危機に瀕するようになった。要するに、パターナリズムから個人を解放すると、個人は自由に物事を選択できるということになり、おのずと都市に医者が集まるということになって、その結果医療の地域格差というのがどんどん広がってくる。

これも1つの例だと思うが、おしなべて会社においても、あるいは行政における都市と地方、中央と地方の関係にしても、あるいは医療の世界にしても、パターナリズムというのが崩れてくると自己責任社会とかあるいは自由選択社会というものができてきて、その結果として著しい不均衡とか不平等が生じるという問題もある。ただ、そのパターナリズムによる、「囲い込み社会」と私は呼んでいるが、これは才能や意欲を持った人にとっては息苦しいものであり、人間を縛ってその代わりに安全を保障するという従来の社会システムが崩れるというのは爽快感を伴ったのかなというふうに思うわけである。

(2) 民主政治のモデルチェンジ

民主政治というのは、今モデルチェンジを起こしつつあるという感じがするわけで、橋本派の政治と小泉政治というのはいろいろな意味で対照的

であるといえる。要するに、「親切的な政治と腐敗や非効率の組み合わせ」対「冷淡な政治と効率性の組み合わせ」という図式、これが橋本政治対小泉政治ということになるのであろう。

実際、今のこの格差社会の現状、とりわけ北海道にいと本当に地域がどんどん疲弊していくという様子を目の当たりにするわけであり、そうすると、昔の橋本派の政治というのは実は偉かったんだという妙な感慨にふけることがある。つまり、この腐敗とか非効率という面ではいろいろと批判も集めた。あるいは、いろいろな意味の既得権を保護するという政治が横行するとなかなか物事が決まらない。現状を変えるという政策決定ができないという問題もある。その政策の仕組みというのは、やはり自民党政調会の部会とか族議員の有力な先生方と役所と関係業界の人たちが何となく話し合っただけみたいなもので、極めて透明性が低い。したがって、そういったその政策決定のアクセスを持たないいわゆる無党派層とか普通の市民というのが大変な疎外感を覚える。これらの面でもネガティブなイメージを与えられたわけである。

これに対して小泉政治というのは、まさにそういう自民党を担ってきた橋本派政治をぶっ壊すというふれ込みでスタートしたわけであり、去年の郵政解散のときなども、既得権を破壊するために総理大臣が権力を正面から行使したという、これは日本の政治のなかでは極めて珍しい例外的な現象だったわけである。この権力を正面から行使して中身は不明だが「改革」のために闘いを起こすというのは、政治的なスペクタクルとしては大変おもしろいものである。

それから、関係者中心の不透明な政策決定過程に代わってメディアを媒介とした透明な政治過程を演出したというのは、やはり小泉政治の売り物であったと。その辺である種の好感を持たれる、あるいは多くの人々の興味を引くというのも、当然のことかなと思う。メディアを通して政治が動くさまが割とよく見えるということから、従来、疎外感を持っていた無党派層、普通の市民が疑似的な参加感覚というものを持つというのも小泉政治の特徴だったと思う。つまり、いろいろな有識者とか、割と知名度の高い学者などが政府の重要な審議会等で派手な議論をして、それを基に例えば道路公団の民営化とか郵政の民営化といった大なたを振るう政策が動いていく。それを見ていると、やはり普通の人は何となく疑似的な参加感覚を持つという特徴があったと思う。

(3) 大きな不平等と小さな不平等

最初に掲げた疑問に戻れば、国民の平等意識というものはいまどう

なっているのかということが問題になる。国民は決して平等意識を捨てた、あるいは正義感を捨てたというわけではないと思う。今、私たちはさまざまなスケールの不平等というものをしているわけであり、そのなかで政治争点化しやすい不平等と争点化しない不平等というのがやはりあると見なければならない。グローバルな資本主義をどんどん展開していけば、それに伴って巨額の富を築く人も出てくるし、従来の安定した生活を喪失した貧しい人々も出てくる。そういう意味で、大きな不平等というものは確かに存在する。しかしながら、これは政治争点化しないわけである。

他方、身近にある小さな不平等、私は最近「プチ不平等」と言っているが、これはかなり容易に政治争点化する。たとえば言うと、六本木ヒルズの月額家賃 200 万円の超高級マンションに住む人を見ても普通の人にはうらやましいと思わないが、うちの近所にある公務員宿舎で毎月 2 万か 3 万の家賃を払うだけで安直な生活ができている公務員を見ると腹が立つというのは、その「プチ不平等」に対する反発というものである。

(4) リスク社会化システムの機能不全

もう 1 つ、小泉政治を支持した人々のその事情としてリスクを社会化するシステムが機能不全を起こしているという問題を指摘しなければならない。リスクの社会化というのは、病気とか貧困とか、人間が生きていくうえで必ず遭遇するさまざまな不幸とか課題とかというものを全部総称して「リスク」というが、このリスクを社会化する仕組みとして我が国には国民皆保険などさまざまな公共的政策のシステムが存在してきた。ところが、特に経済環境の変化、雇用システムの変化のなかで、従来のリスクを社会化するシステムが機能不全を起こしているということも明らかである。

例えば、今、フリーターとか非正規雇用が増えており、日本の労働人口のうち 3 分の 1 が非正規雇用、つまりアルバイト・パート・派遣といった形態の雇用である。20 代 30 代前半ぐらいで、アルバイトで毎月 20 万円ぐらいの給料で生活している人が大勢いる。もちろんボーナスはもらえないので、年収は、掛ける 12 で 250 万円ぐらいということになる。こういう人たちにとって毎月 1 万 3,800 円の国民年金の保険料を支払い、それから 2~3 万円ぐらいの国民健康保険の保険料を払うということは、やはり搾取だということになる。20~30 代の人というのは、30 年後 40 年後に自分が年金をもらえるなんて夢にも思っていないし、若い人は余り病気もしないので、その種の社会保障の負担、すなわちリスクを社会化するためのコストというものは取られっぱなしの搾取というふうに映るわけである。

本来、福祉国家の恩恵を得なければいけないはずの非正規雇用の人々、下層社会の人々というのが、むしろそのリスクを社会化するシステムを維持するためのコスト負担を強いられて、いわば逆累進的な負の再分配という現象が局地的に起こっているというところに注目をしなければならない。

そういう形で被害者意識を持つ人々というのは、残念ながらこのリスクを社会的に分担し、みんなで連帯をするというような意識というのは持てない。それどころか、小泉政治のなかで「構造改革」というスローガンの下、一種の既得権と見えるような社会保障についても、改革という名の下に大なたを振るうということについても、被害者であるはずの人はこれを歓迎するという反応をとるわけである。去年の総選挙で、要するに都市で投票率が上がった。そして20代30代の若い層で投票率が上がった。そのことが自民党の大勝利の1つの背景にあったということは、以上のようなことで、リスクの社会化システムの機能不全という事情でかなり説明がつくのではないか。

さらにもっと困ったことに、私どものような政治学者は、資本主義の自由競争がもたらす不平等を是正するために政府・公共セクターというものが存在し、公共セクターが政策を実行することによって格差を是正することを当たり前のことだと思ってずうっと信じてきたが、そのことがなかなか理解してもらえないという時代に入ってしまった。つまり、逆に今のその社会保障もそうだが、公共セクターが仕事をすることによって不平等が存在し既得権が生まれるという感覚が、やはり中流・下流社会にかなり広がっているということになるのだろう。

例えば、社会保障だけではなくて、地方交付税の仕組みについても、これは地域的な格差を埋めるための政策だというように我々は説明してきたが、都会の人や企業が払った税金をそのまま地方に再分配するということになる、やはり都会の貧困層にとっては、まことに腹立たしい話だろう。そういう意味で、構造改革路線というのがいわゆる弱者層によって支持されたということについては、それなりに深い理由があると考えなければならぬのではないか。

しかしながら、言うまでもなく、小さな政府路線を徹底していけば、下層社会の人々というのは一層不幸になるわけであるし、さらに言えば中流社会にぶら下がっていた人がもっとも下の方に向かって移動していくということにもなりかねないわけである。現に地域間格差というのは、今、本当に広がっており、医療はもとより、例えば教育なんかもそうであり、地方に行くと学費が払えないから上の学校に行けないという人は現にどんどん生まれてきている。高校の先生なんかと話をしても、そういうこ

とをこもごも訴える話をよく聞く。

さらには、地方交付税がどんと減らされて、北海道なんていう貧乏自治体はもう高校を維持できない。そうすると、高校のリストラ・合併ということが今どんどん進んでおり、農村部のほうに行くと、もう中学を出た段階で自分の町には高校がない。したがって、遠くのほうへ行って下宿生活をしないと高校にも行けないというような状況が発生してきており、そういう教育の地域格差はさらに不平等を固定化するということになるのである。というわけで、やはりこれからの課題は、社会保障を中心としたリスクを社会化するシステムを再構築することが中流社会・下流社会にとっては必要であるということをはかりに説得するかということになる。

2. 日本の現状と誤った処方箋

(1) リスクの普遍化

次に、日本の現状をどう見るかということであるが、この10年間の社会状況の比較を見ると、国民の生活の幸福を示す数字は軒並みダウンし、不幸を示す数字は軒並みアップしているということが分かる。生活保護受給者の増加とか、貯蓄なし世帯の大幅な増加とか、非正規社員の増加とか、自殺者というのはこの間、2000年代に入ってからほぼ毎年3万人台で推移している。このうちおよそ9,000人近い人が経済的動機による自殺、すなわち借金を苦しめたあるいは失業を苦しめた自殺であるということである。

こういう現状を見るにつけ、日本の世の中というのはやはり極めて普通の人にとっては住みにくい社会になっているということは明らかである。この状況を私は「リスクの普遍化」と言っている。要するに、人間を保護してきたさまざまな仕組み、雇用の仕組み、地域経済の支援の仕組み、教育や医療の仕組みというものがどんどん今崩壊してきた。そのことによって人々のリスクは増えてきた。このことはもう言うまでもない。

また、この数年、利益の追求というか、経済的な自由競争というのが大いに奨励された結果、民間企業の利益追求というものがモラルハザードにつながっていく。つまり、金をもうけるためには何をやってもいいんだというモラルハザードがあちこちに発生する。そのことが人間の生命・財産というものの大きな脅威になっているわけで、例えばマンションの耐震強度偽装事件とか、粉飾決算とか、鉄道会社の大事故とか、あるいは保険会社の保険金不払いとか、いろいろな問題が次々と起こっている。

それから、自然災害とか環境リスクというものも今高まっている。同じ程度の災害が襲ってきても、特に田舎のほうは過疎と高齢化が進んでいる

から、危機管理能力が低下している。それから、従来、家族を単位として生活上のリスクを管理してきたわけであるが、高齢化、あるいは雇用の不安定化、あるいは子供を取り巻く環境の悪化、いろいろな要因によって生活にかかわるリスクが大きく高まっているということもできる。

例えば、犯罪の問題も、専門家に聞くと、犯罪件数そのものはそんなに増えていない。特に殺人等の凶悪犯罪の件数は増えていない。現に数字のうえで大きく増えているのは、高齢者の犯罪である。これはもう十中八九医療と介護の不備という社会経済的環境要因に由来するものだと言って差し支えないと思う。

であるから、短期的に利益を追求することで雇用のシステムが変わり、社会保障をどんどん削減していくということによって、長期的に見れば日本の社会というものが持続可能性をどんどん失っているという現状だろうと思う。こういう時代においては社会保障とか社会福祉というもののイメージをやはり切り換える必要がある。この点は、新自由主義的な政策を推進する人のイメージにおいては、社会の大半の人は自立して自己責任で生きていくべきであり、例外的な弱者に対してのみ福祉を適用するということになる。これはアメリカ型の社会イメージである。

しかしながら、私が言いたいのは、今、一見安定した生活をしている人も、つまり中流に属する人も大変な脆弱な生活環境にある、大きなリスクに遭遇する可能性を秘めているということである。例えば、不幸にして耐震偽装のマンションを買った人は、一夜にして何千万円という財産を失うわけである。あるいは、私は今48であるが、私どもの世代にとってみれば、親が認知症になる、あるいはその他の疾患で寝たきり、要介護状態になるなんていうリスクは極めて高いものであるし、子供がなかなか自立できない、引きこもりやニートになるなんていうリスクも決して他人事ではないということであり、みんなが脆弱性を抱えているという前提でリスクを社会化するという政策をきちんと打ち出していくということが必要である。

(2) リスクの受け止め方

潜在的にリスクがあるが、なぜそれが共通の政治的関心事にならないのかという問題であるが、まず、もちろん、六本木ヒルズに住めるような富裕層はリスクとは無縁である。必要とあらば何百万というお金をかけて最先端の医療を受けることもできる。そういえば、この間、「月刊現代」（講談社）という月刊誌を見てたら、東大病院で民間の医療機関と提携をして、会員権が600万円もするようなその医療機関の会員になった人はその最先

端の健診とか人間ドックを受けられるというサービスを始めるという記事を見て愕然とした。大学の法人化の余波というのがこういうところにも及んだのかと慨嘆した。いずれにしてもリスクと無縁の富裕層というのは、これはミニバブルの主演になってリスクのことなんかは関係ないということになるわけである。

中流社会・下流社会というのは、今のところリスクの執行猶予中ということになる。私なんかまさにそういう感じであり、今のところとりあえず親はまあ元気で何とかやっている。子供はまあ普通に学校に行っているという、そういう状況の人たちがいっぱいいる。だから、リスクの問題というのは、まだ今のところ他人事ということに思えるのかもしれない。また、そのリスクをひしひしとを感じる人というのは、リスクから自由な人というものに対して反感を持つ。例えば公務員なんていうのは、まさに雇用のリスクがゼロの人種なのでそういう意味で反発を受けるということになる。

では、これからの社会保障論議をどう進めるかということであるが、やはり理念としては、リスクを社会化することが国民の幸せにとって不可欠であるという理念をみんなで共有するということである。それを別の面から言えば、要するに、市場とか競争原理というものになじむ財となじまない財、価値というものを識別するということだろう。ホリエモンは、かつて金さえあれば何でも買えるということを公言したわけだが、これはやはり我々の理念ではないわけであり、例えば生命とか自由とか、そういう価値は経済的な力とは無関係に万人に平等に保障されるべきであるという前提でやはり物事を考えるべきだと思う。

この辺は、実は国民は決してそういった理念を捨てたわけではないということであり、まさに去年の総選挙の時期に内閣府自身が行った世論調査の結果を見ると、構造改革路線、すなわち、「現役世代の税・保険料の負担を増やさないために社会保障制度の現在の水準が下がってもやむを得ない」という、この新自由主義的構造改革路線に対する支持者は22%、つまり5分の1しかいないということになる。5分の1の人は、「負担が増えても社会保障を充実せよ」と言っているし、40数%の人は「負担が増えても社会保障の現状は維持せよ」と言っている。この2つを併せれば3分の2である。3分の2の人が、「負担が増えても社会保障の現状維持ないし充実を求める」という答えを選んでいるわけであり、そういう意味では、やはり民意というものがその選挙の結果にはストレートには現れているわけではないということを描き出すことができる。もっと言えば、こういった国民の問題意識とか価値観に沿った政策を提示できれば、それでこの支持を得ることはできるはずだということになるのだろう。

それから、OECDの統計を医療・介護に対する支出の割合を国別に比較して見ると、特に注目したいのはアメリカとスウェーデンであり、世界で最も小さな政府の国アメリカと、世界で最も大きな政府の国スウェーデンを比べてみれば、医療・介護に対する社会的支出の総額の割合自体はそれほど大きな違いはない。大体GDPの4分の1から3割ぐらいのお金を医療・介護に投入しているということである。これは考えてみれば当たり前のので、医療水準がほぼ同じで国民が長生きをしたいという価値観を持っているとすれば、おのずと社会的支出は同じ水準になるはずである。

問題は、公的支出の割合であり、スウェーデンは社会的支出をほぼすべて公的支出によって賄っている。つまり、税と社会保険料で医療と介護をカバーしているという状況である。これに対してアメリカは、公的支出の比重は小さい。かなりの部分を私的な支出で賄っている。つまり、個人個人が病院の窓口、薬局、介護施設、あるいは民間の保険会社等に支払うことによって社会的支出をカバーしているということになる。

これは何を意味するかといえば、やはり医療・介護など市場を通して商品として供給するという比重がアメリカの場合高いということであり、そうすると、おのずとお金のある人ほどよい医療を受けることができるという結果になるわけである。

というわけで、小さな政府にすれば国民が経済的に豊かになるとか可処分所得が増えるというのは、これはとんでもない錯覚であり、要するに、アメリカのように民間保険会社や直接医療機関への支払いという形で医療費を出すのか、それとも従来の日本やヨーロッパのように、税や社会保険料という形で政府を1回経由して医療費を負担するか、どちらがいいのかという、そういう議論をすべきなのである。

それからもう1つ、政策を具体的に議論し実現していくためのプロセスの問題であるが、ここはやはり小泉政治のさまざまな変化というものから教訓をくみ取る必要がある。つまり、透明性と公開性の確保が必要であり、要するに官僚と族議員と関係者による密室の論議というのでは、やはり一般世論はついてこないということははっきりしている。

それから、全体として財政事情というのは極めて厳しいという状況であるので、ある部分はやはり譲らなければいけない、効果的に譲るというポーズを示して、やはり世論の支持を得る。しかる後にきちんとしたその制度・政策を実現していくという、一步後退二歩前進というような戦術が必要になっていくであろう。

もう1つ、政策実現におけるその新しい味方づくりといおうか、仲間づくりといおうか、ネットワーキングというものが必要になってくるわけで

ある。たとえば医療の話で言えば、やはり開業医の先生方プラス大きな病院で大変な苦勞をしている医師、あるいはその他医療関連職といったさまざまな主体がいるわけであり、そうした多様な人々を結びつけて、医療というテーマに即して新しいネットワーキングというものをどうやって構築していくのかということが、この政治的影響力を高めるための重要なかぎになっていくのではないかと思っている。

新医療計画と知事権限

九州大学大学院医科大学研究院基礎医学部門

社会環境医学講座医療システム学分野教授

信友 浩一

1. 医療政策の底流

(1) 慢性疾患主流の時代：治らない時代

今の医療政策制度改革、あるいは動き、それをもたらしている原動力、ドライビングフォースは何であろうか。医療政策の底流。これは、やはり国民皆保険以後に出てきた急性疾患主流の時代から慢性疾患主流の時代、急性疾患というのは時間との争いであり、我々医師主体の医療でなければ展開できない、もっともだという、そういう合意はあったわけであるが、だから、治るか死ぬかというのが急性期疾患、急性期ではない急性疾患主流の時代の特徴だったと思う。

それが国民皆保険以後、全死因・死亡率で見ても、急性疾患ではなくなって脳卒中、がん、あるいは心筋梗塞等々がトップを占めてきて、慢性疾患主流の時代になったわけである。そうすると、急性期であれば治るか死ぬかという非常にロマンティックな時期、我々は治せる、治したい、治してほしいと、医療提供者と患者の気持ちは一致するわけであるが、慢性疾患が主流になってくると、そうではない。ゆえに、病を持ったままどのように生活するか、あるいは病を持ってどのように死ぬか、そういう生きる力だとか死ぬ力というものがターゲットになってきている。

それに対して制度改革が行われてきたとすれば、この制度で見れば1992年にその治すという医師主体の医療だけではなく、生活モデルで病に対してどのように対応していくべきかと。そういう意味で、医療モデルではなく生活モデルという医療も提言された。それが療養型病床の話だったと思う。

それから、97年になって、地域支援病院に光が当たった。しかし、私からすれば総合病院の名称の廃止、このほうが大きかったと思う。やはり総合病院と一般病院に違いがあるということを示してきたわけであるが、実際、データをとってみたら、一般病院も総合病院も治癒率だって変わらない。だから、これからは総合病院が入院医療に専念して外来を縮小・閉鎖して、患者の身近にあるところの診療所・中小病院が外来医療を強くし、連携を強めて、地域にあたかもバーチャルな総合病院があるかのようにしなさいというのが1997年の医療法改正だったと思う。そういう意味で、施設完結型医療から地域完結型医療へというのがこの時点での布石だったと思う。

それで、その後、医療、医療というときに、我々は医療とはこういうものだという具体的なものを、理念だとか、基準だとか、事例だとかで示すことを怠っていたために、医師がやっていることはすべて医療だという、多分、医療モデルでこの慢性疾患主流の時代も走ってきてしまったと思

う。だから、医療というのは何であり、データで示して欲しい、2003年のDPCというフォーマットでデータを出してみたいと。2003年の医療法改正ではないが、医療モデルでの急性期医療を担っているという特定機能病院だとか、それを自負している病院がDPCフォーマットでデータを出して、DPCコード毎にどれだけの在院日数が病院ごとに違うのか、変わらないのか、それを見よう、そういうふうな医療モデルでの医療の可視化が始まり、そして、今回、生活モデル、療養型病床において医療というのはどのように提供されているのか、外部からの力であったが、それが可視化されてしまった。ここまで来て医療は何なのかと。それは病院という施設があるのか、ないのかと、そういう論議を患者も保険者も関心を持ち始めて論議が始まった。

そういう意味では、関係者による一歩後退二歩前進の一歩後退の状況だと思う。今までのその対話に使っていた医療とはこれだということではなく、医療とはこれだというデータを示すという、その作業に時間を我々は費やさせられてしまっている。そういう意味で、前には行っていないけれども、前進するための共通用語としてデータ、フィギュア・アンド・ファクトかもしれないが、そういうものが求められていると思われる。だから、今の医療制度改革の大きな原動力になっている1つが、慢性疾患主流みたいになっている、治らない時代であると、そう私は見なしている。

1) 生活に密着した公的サービスは地方政府主体で担う

もう1つは、これだけ生活に密着した医療、看護、介護であるわけなので、それぞれ地方によって、西日本と東日本では多分医療に対する期待だとかが違うと思う。随分前に感じたことは、臓器移植に少しかかわっていたが、脳死という言葉を出してもらいたいということ、この移植にかかわるコーディネーターの研修会で論議したことがある。そうすると、西日本では、脳死というこの大事な話をコーディネーターにしゃべってもらいたくない。医師から語ってもらいたいと。一方、東日本は、そんな深刻なことを医者から言われてしまったら、「そうですね」と受け入れざるを得ないと。だから、東日本の方々は、脳死ということはドナーコーディネーターからしゃべってもらいたいというのがあった。

このように、日本で一本化したガイドラインというものが医療の世界になじむのだろうか。なじまないのであれば、それぞれその地方、医療というのは文化あるいは風土であるとするならば、それぞれのところで納得いくようなガイドラインだとか手続きをつくっていくべきだろうと、そのように十数年前に感じた。そういう意味で、生活に密着した公的サービスは地方

政府主体で担う時期に来たのだろう。

その先駆けとして介護保険も支払側も利用側も提供側も、介護保険事業策定計画委員会というテーブルに着いて商品設計をするということをこの6年間やってきたわけである。だから、徐々にその保険者も患者というステークホルダーも、これだけのことをしてほしかったらこれだけのことを負担しないといけない。地方政府はこれだけのことを負担しないといけないということを、コストとリスクとベネフィットを同時に考えるということが地方レベルで始まっているのではないか。だから、生活に密着したことは、自分たちでデザインして負担して享受したいという流れが出てきているのではないか。これが主流になるかどうかわからない。先ほどのように、地方政府にそれだけ成熟した行政官がそろっているわけではないので。でも、だからといって、江戸時代のあの300あまりの藩が全て成熟していて明治政府をつくったわけではなくて、落ちこぼれの藩もあったわけなので、ちょっとたとえがよくないが、やっぱりよくわかっている都道府県と、わかっているようなわかっていないような都道府県と、全く無関心で中央に依存している都道府県もあると思う。ホットとホットでないところがあるのは現実であるが、だからといって、下に合わせていくというのは、もうスピードに負けてしまって、政府というよりは国自体がガタガタになってきてしまうと思う。だから、まず、デモンストレーターがあって、それを習っていくというのが今の地方政府が責任を持ってやらないといけないような公的なサービスの展開の仕方かなと思う。

だからこそ、6年前に日本で最初の医療経営管理のプロフェッショナル・ディグリーを出す専門職大学院を九大はつくり、今、6期生を迎えている。この6期生のところに、47都道府県からこの5年以内に少なくとも1人をこの専門職大学院に出してもらって、中央政府レベルと同じ政策構想力を持った地方公務員を養成するというので、今年は千葉県と熊本県から引き受けている。来年は地元の福岡県から、またほかの県からも来るけれども、そういう意味で、中央政府のほうも地方政府の行政能力を高めるということを教育の場を介して始めているので、この地方政府でもっともっと生活に密着した医療・看護・介護、それから教育もそうかもしれない、それから住宅政策もそうかもしれないが、そういうところを担わせるようなことを、ソフトのほうでは、お金だとか何とかといってもいられないようだが、ソフトの面での人材育成・組織育成のほうをやっているかなという感じはしている。

(2) 医療政策のこれからのリード役としての「新医療計画」

1) データ（資料）・事実

そういう流れのなかで、医療というものを、今ある地域の医療資源でどのように組み上げていくと地域の住民・患者が納得できるか、あるいは我々医療提供側も安心して医療が提供できるか、経営が安定していくかと。保険者側も腑に落ちるような仕組みかなと言えるかと。そのことをリードするのが新医療計画だろうと思っている。

従来の医療計画は、つくったら終わり。何か作業しただけだったが、今回ガラッと変わってきているように思う。だから、今度は医療計画というよりは行動計画、アクションプログラム。成果目標は何にするのか、その成果目標を数値化して欲しいと。数値化されたものが実現できたかどうかによって、ペナルティかメリットシステムを関与させるという構造になっているように受け取っている。

では、その新医療計画を作成するときの手順、プロセス。まずは透明性と公開性の確保。だから、オピニオンを言うのではなくて、データあるいは事実で示してステークホルダーたる保険者にも患者にもわかってもらう、そういうデータを集めるように行政が責任を持って、かつ座長は知事の下、そのデータで医療計画をつくる。そのためにステークホルダーはテーブルに着席し協議する。それはいいが、調査・協議への協力努力義務規定が入っている。だから、医療審議会で医療計画をつくる時にこういうデータがいるということを医療審議会が決めたら、それに対して我々医療提供側はデータを出さないといけない。

だから、データを出した病院・診療所というのは明記される、あるいはそれを武器にして知事側があるいは行政側がどのようにリーダーシップを取ってくるか、こないか、それを医療提供者側はどのように牽制するのか、しないのか、そこら辺の戦略性、あるいは作業部隊を県医師会が持つか、持たないか、どのように組むか、組まないか、あるいはテーブルの下で、行政側と県医師会とが一番データを多く持っているところなので、どのようにデータを共有していきながらステークホルダーたる医療提供者、保険者、患者が納得できるものがつくれるかと、そういうことが求められていると思う。

2) 医療のステークホルダーが同席するテーブル

したがって、医療のステークホルダーたる医療提供者、患者、保険者、この3者が独自の発想でものを言うということが進められる医療審議会にはなっているが、まだまだ発言しない。そのため、医療審議会はセレモニー

のような意識がまだ強過ぎると思う。この医療審議会の会長は県医師会の会長である。なかなか中立性を保てないのがしんどいだろうと思うし、だから、反対に、その下の医療計画部会でどれだけ裸の論議をするか。医療計画部会のところに患者、医療提供者、保険者のデータが入ってきて、素案を練る。その素案をつくるところに、福岡県の場合では福岡県の医師会の専務理事の下にワーキンググループができています。そのワーキンググループとこの医療審議会の下での医療計画部会の下でのワーキンググループとの間で進捗状況をお互い報告し合いながらしていくということを仕掛けた。どこかでつぶされるかもしれないが、そういうことを先週までやってきた。

そういうお話をすると、先ほど、宮城県では医療計画をつくる作業に入ったというアナウンスもないと。医療審議会ではそういう報告もないということだから、これでは宮城県はしんどいなと思う。「もう時間切れですから、これをお願いします」といういつもの行政パターンでやられてしまうのではなかろうかと思う。あるいは、ほかのある県では、新医療計画の原型をつくって、これが患者の視点からオーケーしてもらえるかどうかの検証を始めている県もある。

例えば患者が一番怖がっているのは世間で言われているがんとか云々ではない。アルツハイマー、認知症、うつである。人格崩壊が来る病気を一番怖がっている。がんとか何とかスポットライトが当たっているが、それはやむを得ないという言い方は言い過ぎかもしれないが、それよりは、そのように自分が自分でなくなることを怖がっている、そういうものが新医療計画のなかに盛り込まれているか、盛り込まれていないか、それを、今、患者の視点から検証を始めているという県では、思ってもいないような抜けがあるということを感じ始めている。

だから、今まで医療提供者と保険者とが話し合ってお金がたくさん来るところ、患者が多いところだとか、そこに注目だけしていたけれども、どうも患者は違う発想がありそうだとこのところ、そこら辺を配慮しておかないと医療審議会ではなかなかオーケーが出ない。医療審議会でも中間答申に相当するものを検証した後、パブリックコメントを出す。相当な人が関心を持つと思う。ではパブリックコメントを求める者が、いつごろになっているのか。それもない。私なんか承知している限りは、すべて平成20年の4月までの作業計画をつくり上げている。1週間ごとの。そういうようなものをつくっているのだから、どのようにして見ることが出来るかは都道府県によって違うけれども、適当な時期にパブリックコメントを求めなければいけない。そのときに、患者云々が相当コメントを出してくる、ない

しはそのようなメディアがキャンペーンを張るのではなからうかとも思っている。だからこそ行政はいろいろなデータをきめ細かく集めて、3ステークホルダーが納得できるようなものをつくりたいと。ある意味では、そういう3者が納得できるような計画をつくって一旗揚げたいという行政官、張り切っている行政官諸君が40前後の方がいる。そういう時代ですね。

そのときに、その患者の視点というのを我々はいろいろなところで言ってきたけれども、では患者とはだれなのか。医療審議会にだれを呼んだら患者の視点を語ってくれるのかとなったら、困ってしまう。

ここに書いているように、東大にある医療政策人材養成講座の伊藤雅治氏、もとの健康局長が2期生の院生でおられて、「患者の声を医療政策決定プロセスに反映させるために」ということで、各政党の政調審議会レベル、政調会レベル、それから、政府の局長審議官レベルに対してヒアリングしている。このタイミングでこういう代表性がある人だったら組み込まれるというようなことをヒアリングしながら検証しながらあるべき形を提言してまとめている。今、伊藤さんがおられる全社連の、今、理事長ですけれども、そこに問い合わせをされたら送ってきてくれる。だから、こういうものが出てくると、積極的に中央政府のほうも患者をどう選ぶかというのは大いなる問題というか、ノウハウがないので試行錯誤になると思うが、患者はそれで納得するかということがこれから相当論議のなかに入ってくるということは想定しておかないといけないだろうと思っている。

3) 座長は知事

そういう意味で、この新医療計画をつくる、また県民から選ばれた知事がその最終責任者であるということ。そのために今どういう状況になっているのか。だから、データが出せたところを基にして事業ごとに、福岡のほうは二次医療圏ごとにといい発想は一部は走らせているけれども、福岡県下530万人の脳卒中に対してどのような医療提供体制が必要であるか。そうすると、脳卒中の救命救急期はどこが担ったらいんだと。その次の急性期医療は、回復期リハは、あるいはホームリハ、ですね。ターゲットごとに脳卒中、がん、あるいはメタボリックシンドローム、心臓病と、そのようにターゲットごとにどういう医療提供体制をつくったらいいかを、データが出せたところで、データが手に入ったところで原案をつくるということをしている。だからこそ2のようにデータを出す義務規定が必要だったのだろう。

したがって、そのデータに基づいて3年後5年後に、福岡で行けば脳卒中の救命率を今何%だけれども何%引き上げるというものを成果目標と

し、数値目標にしていくと。それを我々医療提供者は患者に対する約束事としていく。それを実現できたかできなかったかによって、次にそれがペナルティになるのかメリットになるのか、それは中央政府が考えることだろうし、やはり中央政府がそのツールを用意するかもしれない。そのように検証可能な事後行政に入ってきているというのが、今までにないのがこの新医療計画だと思う。

さらに、病床稼働率の低い自治体立病院、50% 未満。そうすると、使っていない50%を削除して、その50%の病床を超えない範囲で、その二次医療圏が病床過剰地域であっても小児救急医療をやりたいという病院があればそこに使わせなさいというのが、この稼働率の低い病床の減少勧告権限が知事に与えられるということである。このように知事に相当な権限を、今ある医療資源をどのように組み合わせさせて特化・連携させればいいのかということを、データを基にしてステークホルダーが座るラウンドテーブルで検証あるいは提言していくという世界に入りそうだということである。

こういう動きのなかで行けば、当然、医師が新臨床研修制度云々から始まって、地域間の格差あるいは診療領域間の格差というのが広がってきている。それだからこそ今回の医療計画の見直しと検討会、座長が黒川先生だったわけであるが、今まで規制対象を病床にしていたけれども、病床の使い方が非常に病院が上手になったと。クリティカルパスなどを導入し。だからベッドを規制対象にしてもコントロールできなくなったという認識があって、これからはしたがって今のような新臨床研修制度から出てきた地域間格差、それから診療領域間の格差をコントロールの対象にしないといけないだろうという論議が1回だけあった。

したがって、この新医療計画の次に法制度改革があるとするれば、医療法を改正して病床規制から医師の規制、及び医師の規制をするためには、先進国はすべて医師の専門職団体に業務統制、日本で行けば弁護士会であるが、それに相当するような業務統制型の医師専門職集団をつくって品質コントロールというもののプラス数のコントロールというものを医療提供側に委ねられてくるのではなかろうかと、私は想定している。どうなるかはわからないが。政策の整合性という面からすればそういうことが出てくるんだろうかなと思っている。

以上が、この「新医療計画と知事権限」という、余りその医師会レベルであるとか学会レベルでも話題にならないテーマをぜひこの場の方々には理解していただいて、リードしていただきたいということで整理してお話した。

「国民の医療と財源のあり方」
今後の方向と選択肢

日本大学医学部社会医学講座

医療管理学部門教授

大道 久

1. 社会保障財源をめぐる現況

現下の社会保障財源の状況は、医療担当者としては極めて不本意である。現況は、まさに限界を超えた社会保障財源の削減、医療費抑制であるという基本認識を持たざるを得ない。そのうえで政策的な意味合い、背景などを踏まえなくては今後の展望は切り開けない。

この4月以降、07年度を初年度とする5年間に基礎的財政収支、すなわちプライマリ・バランスを黒字化というよりは、むしろバランスさせるための財政措置を現政権の路線としておおむね確定している。社会保障費は5年間で1.1兆円の抑制、単年度で2,200億円の抑制を行うとされている。この数値は、税収にも左右されることでもあり、単なる目標と見る向きもあるが、先般の06年の改定もさることながら、まずは08年の診療報酬の改定、あるいは関連のさまざまな財政措置、そのうえでその次の10年の医療費改定などについても、この数値を基礎にしてさまざまな政策展開がなされることを十分に踏まえておかなければいけない。

この路線に乗る形で、先の医療制度改革関連法で成立した後期高齢者医療制度の支払方式が追い込まれる形で決まっていくことは避けなければいけないわけで、このあたりの問題認識をしっかりと持ちたいと思う。現在の国債残高が500兆円を超え、さまざまな借財を含めると800兆円を超えたと言われているなかで、この国全体の財政の問題を、「後世につけを残さない」という言い方で建て直しが図られようとしているが、社会保障財源をどうするかという基本的な枠組み・構図というものを踏まえつつ、医療担当者としてどう対処していくかが問われている。

2. 高齢化の動向と医療費

このような財政状況のなかで、人口の高齢化、これに少子化を加え、この構造的な社会的背景要因と財政の問題が当然リンクをしている。財政当局や厚労省などが、このあたりをまさに構造的な問題だということで財政問題の説得材料に使う向きもあり、我々としても目をそらしてはいけないわけで、特に昨年暮れに18年度人口推計などが出て、かなり深刻な状況が出てきている。

平成14年の中位推計と言われている人口ピラミッドがついこの間までは基礎資料になっていた。人口推計は、おおむね4~5年に1回人口研が発表しているが、これを上回る高齢化の状況が昨年暮れに出てきた。14年中位推計を見てみると、65歳以上の老年人口比率は2005年が20%であり、2030年には30%になる。この高齢人口と生産年齢人口比は、05年が3人に1人の高齢者、30年には2人に1人になる。

人口の減少、つまり、死亡数が出生数を上回ったのは2~3年前と言われているが、人口減少があるなかで75歳以上の実人口数、後の後期高齢者の議論につなげるためにあえて着目しているが、現段階で1,160万人、これが30年、これからの25年間で2,097万人になる。これが若干上回るというのが暮れの予測であるが、要は、この25年間で1,000万人規模での75歳以上の後期高齢者が絶対数として増加するというのをどう受けとめるかである。

75歳以上の受療率が格段と高まるのはよく知られているところであり、端的に言えば、医療ニーズが高まる、あるいは健康にかかわる社会的ニーズが急速に増大するということになり、これは我々医療担当者から見れば、しっかり担うべき役割が大きくなるということになる。これはこれで悪くない、まさに社会的な責任が重くなるというわけであるが、ここに財政が絡むので非常に深刻な問題になる。

次に「平成18年推計」において合計特殊出生率1.26を維持した形での中位推計を見ると、人口総数が2055年、つまり50年後には8,900万人レベル、1億を大きく割り込み、9,000万人をも割るとセンセーショナルにメディアでも取り上げられた。そして、65歳以上の老年人口比率は40%にも達する。50年先のことは何が起こるかわからないとはいうものの、この高齢化の構造的な変化というのは、諸外国に事例がないわけではないが、人口1億人規模での我が国のような先進国のなかでこういう状況はめったに起こることではない。そういうなかでの社会保障のシステムとか、医療の仕組みをどうするか考えていかなければならないというのが基本的な構図である。

ちなみに、生産年齢人口と老年人口の比は、先ほど3分の1から2分の1へと行ったわけであるが、極端な状況だと、2055年には1.26分の1であり、1.2人で1人の65歳以上の方を支えるということになる。

実績データとして、04年度の75歳以上1人当たり医療費は81万円、総額で9兆円となり、全医療費32兆円の28%となる。65歳以上では1人当たり医療費は66万円になり、全医療費の51%になる。国民医療費という皆保険下の財源の構造のなかで、確かに、高齢者の医療費が占める割合は大きい。このことを受け止めつつ、先の改革関連法で成立した後期高齢者医療制度の運用というのが問われているということを考えざるを得ない。これをもってして、従来の流れとは別の支払方式を取るべきだとか、新たな診療報酬体系にすべきだと述べるつもりはない。むしろ、こういうことを踏まえつつ、我々医療者としてどうするかというようなことをしっかり言っていかなければいけない。

3. 増加する医療費需要予測と財源の確保

人口の高齢化、医療技術の進歩などにより、医療費の増加予測は行われてきた。先の改革関連の一連の基礎データとして、厚生労働省による医療費予測では、95年から99年までの実績平均伸び率を前提に試算して2025年に65兆円と推計している。これは給付費ベースで割り戻すと56兆円であり、今回の改革関連法はさまざまな方策でこれを48兆円に抑制している。この方策には、生活習慣病の予防と長期入院の是正、短期的には現役並み所得のある高齢者の3割負担なども含まれている。

これに対して、日本医師会は、01年から05年まで（02年のマイナス改定を除く）平均伸び率を一般1.4%、高齢者1.3%として、49兆円と推計している。論理的には、実績ベースで01年から05年のデータを取って議論するのがフェアなやり方である。

しかし、問題は高齢化、あるいはさまざまな医療費の増加の要因をどう支えていくか、あるいはだれがどういう形で負担をしていくかということに、この医療にかかわる財源問題はあるわけで、今後20年間で20兆円の増加分をだれかが負担しなくてはならないわけである。

ここらあたりをどうするかということが医療の財源の問題の基本的な枠組みということになる。増加する部分については、いわゆる公助・互助・自助と、税か保険料か患者負担の何れかで対応していくという3つの選択肢しかないわけで、それぞれがどういう状況になっているかということを確認していきたい。

4. 税財源による負担

税財源としては、消費税の引き上げ、たばこ税、道路特定財源、揮発油税等の個別間接税、さらには日本医師会が主張している年金関連も含めた特別会計などの財源を国民の医療のために投入するという主張もある。しかし、いずれも政治マターであり、政治力そのものというようなところもあるが、そういう意味でも医療の立場を踏まえた政治的なパワーの結集ということは当然必要だということになる。

消費税の問題というのは、税務・財務の実務を議論する役回りではないとは言いながら、基本的な構造は知っておかなければいけないという趣旨で、平成18年度の状況を財務省の資料を中心に確認した。それによると、現行消費税5%は、1%が地方消費税（18年度2.6兆円）で、国税分は4%（同10.5兆円）となる。このうち約3割は地方交付税に回り、国には全体の56%（7.4兆円）、44%（5.7兆円）は地方に振り向けられている。

国の56%（7.4兆円）は、振り向けられるべき社会的な予算の領域・枠

組みはそれなりに財務省としての認識があるようであり、消費税の福祉目的化とあるが、要は、基礎年金に回る国庫分というのが6.2兆円。老人医療が4兆円、介護保険が1.9兆円で、計12.1兆円がとりあえずは福祉目的のための財源措置と考えていいだろう。現段階での国に納められる消費税分は56%（7.4兆円）であるので、これだけでは既に不足分は4.7兆円となり、消費税率に換算すると2%弱に相当する。

消費税を目的税化するとそれなりに用途が限られるとは言いながら、良い面と悪い面がある。一般財源とのかかわり方というのは、まさに政治マターであるが、医療を提供する当事者としてどういう言い方をしていくのか。福祉目的税ということは比較的よく言われるわけで、福祉と言ったときには、年金、老人医療、介護保険、今後は後期高齢者医療制度のなかの国庫負担分というようなことになる。そのあたりが福祉目的税に合うかと思われる。しかし、本体の医療は一体どうするのかということにもなるわけで、政策論としては現実には大変重要である。

地方への問題も、保険者の統合・再編など、県レベルで医療・介護がまさに分権的にそれぞれの都道府県が対応するような流れが見えているわけであるが、そこと今の地方の消費税ないしは地方交付税の流れは、やや実務的であるが、実はかなり重要な課題と認識している。

後期高齢者医療制度は既に制度化されたものの、08年度運用開始ということで、その財源規模はおおむね推測されており、医療給付費ベースで10.3兆円と公式データで示されている。その財源構造において、国庫負担分は定率の25%と国の調整交付と言われている部分が8%で併せて33%、3分の1はとりあえず直接的な国庫負担。支援金と言われているものは40%あるわけだが、このなかに国保の半分は国庫財源であり、さらには政管健保分についても、これはそれぞれ各県に統合・再編されるとはいいながら、実質的に15~16%程度の国庫負担分があると言われているのはそのまま引きずるそうであり、国の負担分と地方の負担分、あるいは市町村の負担分など、財源の問題というと、実務的にはさまざまな波及する影響範囲があるということも認識したい。

ここらあたりが税の財源をどう拡大していくか、あるいはどう運用していくかというところの基本的な論点であった。800兆円を超える借財を抱えた国庫財政から見れば、これを何とか健全化をするという基本路線のなかで税財源をそう簡単には増やせない。ただ、今ここで触れている消費税の問題というのは、そこに社会保障あるいは我々の医療というのが直接かわるというところで、どういう考え方をしていくかということだと思う。

5. 保険料による負担

直近の国民医療費の財源構造を見ると、国庫 26%、地方、県及び市町村 9%、保険料 50%、患者負担 15% である。保険料 50% (16 兆円) のうち、事業主負担分 21% (6.6 兆円)、被保険者 29% (9.3 兆円) であり、事業主・被用者折半とは言いながら、事業主負担分はだんだん減っている。事業主に負担をかければ、製品・商品に価格が転嫁され、さまざまな経済力の低下につながるというようなことはこれまで繰り返し言われてきたところである。しかし、実際には賃金に転嫁される場合が多く、実際の商品の価格にまではいかないように配慮して対応しているのが実態であるという議論もあるなかで、ここらあたりは我が国の保険のかなり重要な部分、保険料財源のなかの半分を支えている事業主が、これも政治力と言えば政治力であるが、極めて強力なステークホルダーになっているわけで、保険料の引き上げということになればこの事業主が反対するというこの構図は変わらないと言えれば変わらないわけである。

しかし、結果として従業者の健康が十分に保障できない。さらにはそれが事業活動、あるいは企業活動に悪影響を及ぼすこともあり得るわけで、いわゆる「高福祉高負担」という言葉は古い言葉になってしまったが、しっかりと保険の仕組み、皆保険化を継続するのであれば、保険料を支払うことで労働力を確保し、国の生産性を引き上げていくこともある。北欧諸国の前例があるとよく引き合いに出されるが、日本の場合、なかなかそのようにならないという経緯があるわけで、保険料を引き上げる流れというのは、難しいところがある。

ただ、今回、保険者が統合・再編されると、あるいは地方分権などがあるということで、この保険料については都道府県を中心としたところに一定程度裁量幅がシフトしていくと見えるわけであり、今後のところはどうか。地域の実情で保険料を引き上げることもある。そうでなければ県民の健康を確保できないというようなこともあるかもしれない。しかし、一方で、さまざまな財政的な状況で、給付を抑制して保険料は据え置くということも大いにあり得る話なので、このあたりは、地域でいろいろなことが起こり得るといっているので、先行きはなかなか不透明ということではないか。

もう 1 つ、保険料に関連しては、保険者の役割・機能のあり方に注目する必要がある。特に前内閣は保険者機能を発揮すべきとする方向性を出したわけであるが、レセプトのオンライン化なども 11 年までに実現することが声高に言われるなかで、保険者が被保険者のエージェントとしての役割を発揮するという言い方はどういうことになるのか。保険料をむしろこ

れ以上引き上げることにならないという方向に機能するとは限らない。被保険者がこんな医療不十分では何のための保険かわからないと。むしろ保険料を引き上げて基本的な医療をやるべきだという声が出てこないとも限らない。そうであれば、それはそれで我々医療を担う者からすれば1つの方向なのかなというような気がする。

6. 患者による負担

一部負担3割は基本的には限界だと思う。保険免責制や軽費医療給付制限は不適切で、全く医療保障の趣旨に反すると言わざるを得ない。むしろ保健指導や予防とかさまざまな健康増進に適切に保険財源を振り向けるべきだという議論もある。

また、現実には、高額療養費、高齢者高額医療費の償還払いは、今回、現物給付化されたと報道されているが、この高額療養費は一定程度有効であるならば、当然認められるべきである。しかし、一方で今後の運用では患者負担の引上げにつながる可能性があり、これが民間医療保険などのかかわりを非常に強くしていくという懸念や、皆保険に風穴を開ける側面も出てくる可能性もあることに留意すべきである。

特定療養費制度後の「評価療養」・「選定療養」の今後の運用は検討課題である。例えば、保険給付の制約に関して、患者の承諾や自己決定で医療の回数追加や期間延長を「選定療養」とする是非や、その範囲および料金徴収のあり方なども議論が残るところであるが、問題点として認識しておいたほうがいいのではないかと思う。

また、生保特約やがん保険など、いわゆる第三分野商品と言われている保険商品は、マーケットの規模はよく見えないけれども、少なくとも拡大をしている。日常的なテレビのコマーシャルの頻度は多く、こうした民間医療保険の動向についても無視できないところがある。

7. 医療の需給のミスマッチ是正の方向

医療を直接担う立場で財源が思うように確保できない。しかし、それがそう簡単には解消できないようなところを認識せざるを得ないなかで、医療の対象を特質に合わせて区分し、それに見合う財源構造に変えて、受給手順や支払方式に工夫して、需給調整や資源の再配分を図るなど、工夫を凝らせることはこれまでもやってきた。介護保険がいい例である。しかし、介護保険についても、財源の構造は生活支援部分を区分し、保険料1/2、国1/4、都道府県1/8、市町村1/8の負担割合とし、要介護認定と要介護度に応じた給付限度額を設定した。しかし、何よりもその要介護認定とい

う医師の裁量ではないところに判断の手順を持っていったことは極めて重要であった。要介護度に応じて、しかも給付限度額という言い方で、利用者の判断に委ねたというのも医療とはまた別のところである。

医療療養について、人員配置による定額支払から医療必要度に応じた定額支払に、急性期医療において、診断群分類区分に応じた定額支払に、等の対応も行われた。今後は、老人保健制度から後期高齢者医療制度への移行、入院医療と入院外医療の負担の平準化など、医療の需給のある種のミスマッチを適正な資源配分となるように変えるということが当面の課題となっている。

8. 後期高齢者医療制度の選択肢

後期高齢者の医療制度については既に08年度運用が決まっており、財源構造は、75歳以上を対象に、公費1/2（国1/3、都道府県1/12、市町村1/12）、支援金2/5、保険料1/10の負担割合で、県下の全市町村の広域連合を保険者とすることが概ね確定している。これは地方自治法に基づいた地方自治体の一種という位置づけになっているようである。

入院についての後期高齢者については、いろいろこれまでの経緯があり、一般・療養とも現行の流れに沿って運用されていくと思われる。しかし、08年・10年という今後の診療報酬の改定のなかで、一般病床あたりの機能区分をどうするのか、政策課題にもなって繰り返し一般的な議論は行われてきたわけで、入院医療も従来の流れに沿った形でいくと言っても、亜急性期・回復期など、急性期と療養病床をつなげる機能についての対応が注目される。

しかし、後期高齢者医療制度の枠のなかで療養病床での給付のあり方というのはすでに医療区分をしたわけである。一般病床については、年齢で区分することが妥当かどうかについても議論してきたが、制度ができて75歳以上という後期高齢者の方の特質を踏まえた診療報酬体系ととりあえずは言っているわけであり、入院医療についても踏み込んだ対応がなされる可能性というのは大いにあると思われる。特に、終末期医療などについての扱いは施設のなかで行われた場合にどうするのか、緩和ケアとは別の問題意識がある。

外来医療については、継続受診に月額定額の方を厚労省は固めたようだというメディアの報道もあったが、医療必要度区分の検討が不十分で安易な適用は不適切である。定額方式を入れるのであれば、基本料に多様な加算等の検討が必要である。

それから、在宅医療については、在宅時医学総合管理料等の流れができ

たが、適切な定額化・包括化での対応というのは検討の余地があるような気がする。

また、「かかりつけ医」体制の強化を謳って、登録された後期高齢者の人数に応じた人頭払いの導入、ただし、従来の出来高と組み合わせるといふ提案があるが、現状のままの適用は困難である。

9. 病院外来機能の外部化と診療所機能の強化

今後の地域医療の基盤は、診療所体制をしっかりと整備することによって構築されるという認識を改めて持ちたい。診療所の社会的な役割・機能をプライマリケア機能とか、あるいは専門医療機能等の観点から区分し、ある種の形とか中身を示して、住民・患者や国民に分かるように示す努力をしていかなければいけない。

そういうなかで、病院との具体的な連携関係とか在宅医療とのかかわり方、介護保険とのさまざまな運用の仕組み、24時間対応の方針など、地域医療の基盤となるべき診療所体制に問われている幾つかの重要な視点を明示し、より明確な患者・医師関係を構築していく必要がある。

現実には、紹介型病院の拡大を図るような方向は1つの方策である。フリーアクセスを阻害するようなニュアンスを患者とか国民に与えるのは戦術的にもうまくない。むしろ、病院の外来は、入院医療で急性期をしっかりとやろうというようなことであるならば、連携のなかで診療所とのネットワークを組んでそれを住民にも周知してはっきりさせる。しかもそれを医療計画のなかに書き込むというのは1つの形かなと思う。

いずれにしても、病院で外来を抱え込んでやっていくということはいろいろな意味で、不合理とまでは言わないが、今後は見直される必要がある。病院の外来機能を外部化することは、繁忙な中堅の病院医師の離脱で地域医療の破綻をきたす恐れを回避するためにも有効であると言えよう。

診療報酬による経済誘導には患者負担増などによる限界があることから、むしろ施設整備などの助成措置が必要となってくるのではないか。今後は地域の事情に合わせた都道府県の柔軟な施策に期待するものである。さらに、医療計画に例えば紹介型病院である旨と連携医療機関を明確に記載して周知させることは有効な方策であり、その上で直接受診希望の患者には「選定療養」を検討する余地がある。そして、フリーアクセスは国民的既得権であり、患者・住民の理解なしに法規制や経済的負担を強いることは困難との認識を持ち、このフリーアクセスのありがたさを国民は当然と思っているが、紹介による受診が合理的であることがよく理解されるような努力を、我々自身がして行く必要があると思われる。

最後に、患者・住民が自らの主治医として診療所医師を信頼して選択する状況に向けて、プライマリケア研修の充実と、その役割を担う明確な社会的資格が付与されることが必要であると考えられる。診療所医師に専門医というか、かかりつけ医制度というか、何がしか社会的な形をはっきりさせるというようなことをやるべき時期が近いのではないかというのが、きょうの話のなかでの1つの方向性であり、また選択肢であると言える。

日本の社会保障への
財政学からのアプローチ

東京大学大学院経済学研究科教授

神野 直彦

1. 経済学と財政学

(1) 古典を読まない経済学者

昨今学力の低下が叫ばれているが、学力の低下が激しいのは経済学者ではないか。彼らはほとんど古典を読んでいない。アダム・スミスの『諸国民の富』、これは財政学の古典であり経済学での古典でもあるが、日本の経済学者と言われている殆どの人が読んでいないのではないか。デヴィッド・リカード、ジョン・スチュワート・ミルの書も同様である。

経済学は、イングランドにおけるアングロサクソンの非人間的な支配からいかに脱却するかという問題意識からスコットランドで生まれた学問であり、アダム・スミスもジョン・スチュワート・ミルもスコットランド人であった。デヴィット・リカードはオランダ系ユダヤ人であるが、いずれの書物でもアングロサクソンの支配に反対をしている。

したがって、アダム・スミスの本のなかでは株式会社は認めていない。株式会社は東インド会社から始まるが、アダム・スミスは東インド会社のような重商主義に反対した学問であるので、認めるわけがない。アメリカも株式会社は認めなかった。なぜなら、アメリカは東インド会社の支配から免れるためにボストン・ティーパーティー事件を起こし、そこから独立をすることになるので、認めるわけがない。アメリカでは、有限責任の特権を持つ株式会社は、公の福祉のために貢献する限りにおいて認めていた。そのため、株式会社は毎年その州に行き、自らが公の福祉のために貢献したということを挙証しない限り、有限責任の特権は認められなかった。現在でも、アメリカの諸州ではその名残が免許税などに残っている。

ところが、南北戦争のときに膨大な戦時利潤を受け取った企業家たちが、リンカーンの後のグラント大統領を買収し、一度有限責任の特権を得たならば、Going Concern（継続企業）としてずっとその特権を有することを認めさせてしまった。その結果、ロックフェラー、カーネギー、モルガンなどの財閥が19世紀後半に登場してくるわけである。グラントの後の大統領は、これはもはや「人民の人民による人民のための政府ではない。法人の法人による法人のための政府だ」という有名な演説をした。このように演説をしたぐらいなので、いずれにしても経済学はそういうところから生まれてきたのではないということである。

(2) 2つの経済学

19世紀の後半に、世界は大恐慌を経験するが、その過程で2つの経済学が誕生している。1つは、新古典派と言われている経済学で、現在主流の経済学になっている。「市場に任せればすべてうまくいく」ということ

である。現在、ほとんどの経済学者が新古典派と称しているが、これも古典をほとんど読んでいない。なぜなら、新古典派の古典は、レオン・ワルラス、スタンレー・ジェヴォンズ、カール・メンガー、この3人の限界革命における限界効用という学説に基づいて微分を使いながら効用最大化を目指すということを説明した。しかし、ワルラスは社会主義者であり、土地の私有を認めずに、公有化した暁にはすべての財を市場に任せればうまくいく、と一定の限定を置いて市場を動かすことを主張している。メンガーも、経済学は形式的な経済学—市場メカニズムの研究—と、実質的な経済学—人間が自然に働きかけて自然を人間にとって有用なものに変える—という2つから成り立っていると説き、形式的な経済学から始め、いずれ実質的な経済学に移行すると言っているのです。ここでもかなり限定的なことになる。市場に任せればうまくいくが、市場が効率的に機能するためにはさまざまな条件があり、その条件が満たされていなければ当然政府が介入していかなくては理論的に成り立たないはずである。しかし、その介入すら行われていないので、限界があると考えられている。

もう1つの経済学である財政学は、アダム・スミスに対してフリードリッヒ・リストと言われているように、後発資本主義国であったドイツで誕生した学問で、社会政策学派、つまり社会政策を重視する学問の学派のなかから誕生した。国民経済とは、市場経済というお金もうけをしてもよい経済と、財政というお金もうけをしない経済の2つから成り立っていて、この2つが車の両輪にならないと国民経済はうまく発展しないという考え方であった。この考え方が世界を席卷した。昨今でこそアメリカでは新古典派が強くなったが、アメリカでは少し前までは制度学派が力を得ていた。ジョン・ケネス・ガルブレイスとか、著名な経済学者を思い浮かべていただければ良いかと思う。

2. 歴史の「峠」と2つのレーラム・ノヴァルム (Rerum Novarum)

(1) ヨハネ・パウロ2世のレーラム・ノヴァルム

—社会主義の弊害と資本主義の幻想—

財政学は歴史学派と言われているように、経済学を生成の論理で使う。現在の新古典派と言われている学問は、時間を止めて循環の論理しか使わないが、財政学では物事の生成の論理を使うので、歴史的なアプローチを重視する。歴史は段階的に発展するので、必ず大転換機、時代のエポックと言われる各期がある。そうした各期のことを歴史の「峠」と読み、財政学のアプローチから言うと、1980年代あたりからその歴史の「峠」に差しかかっている。歴史の大転換機には、ローマ法王が必ずレーラム・ノヴァ

ルムを出される。レールム・ノヴァルムというのは、「新しきこと」とか「革新」とかということの意味するラテン語である。昨年4月に逝去されたヨハネ・パウロ2世は、1991年にレールム・ノヴァルムを出された。そのときに、制度学派の宇沢弘文先生に相談をされた。どういうレールム・ノヴァルムを出したらいいのかということ。そこで、宇沢先生は副題をつけようと提案された。その副題とは、「社会主義の弊害と資本主義の幻想」であった。ヨハネ・パウロ2世はポーランドの出身で、そのポーランドが社会主義の非人間的な抑圧から解放された瞬間に、何でも市場、競争と言ひ始め、非常に不幸な状態に陥っているということを憂えて出したレールム・ノヴァルムである。

(2) 1891年のレオ13世のレールム・ノヴァルム

—資本主義の弊害と社会主義の幻想—

歴史の「峠」がいつ超えたのかを知るには、ローマ法王が、いつレールム・ノヴァルムを出されたのかを見れば良い。今回のちょうど100年前、1891年にレオ13世がレールム・ノヴァルムを出している。歴史の「峠」には必ず大不況がある。1873年には、ウィーンの株式市場が暴落し、以来1896年まで世界的に物価が下がり続けるという「世界大恐慌」があった。このなかで、レオ13世がレールム・ノヴァルムを出したが、それには「資本主義の弊害と社会主義の幻想」という副題がついていた。巷には倒産が相次いで失業者が群れをなしていた。資本主義の弊害が明らかになっていた。しかし、「こうした弊害は社会主義になれば救済されると説く者がいるけれども、それは幻想にしか過ぎない」、というのがレオ13世のレールム・ノヴァルムの趣旨であった。

(3) 歴史の峠を希望と楽観主義で超える

この2つのレールム・ノヴァルムを踏まえて、ヨハネ・パウロ2世は、この歴史の「峠」に生きる人間に対して次のようなメッセージを遺言のように残した。それは「資本主義と社会主義を超えて、人間の尊厳と魂の自立を可能にする経済体制は、いかなる特色を持ち、いかなる方法で具現化することができるのか」というものであった。我々の使命は、このメッセージに応えるということと言ってよいのではないか。では、どういう歴史の「峠」に生きているのかということであるが、『歴史の「峠」を希望と楽観主義で超える』とは、スウェーデン政府が国民に訴えている言葉で、自分たちの国民のよいところを見詰めて歴史の「峠」を超えようということである。

(4) 日本人が失われたもの—やさしさ、謙譲、心のゆとり—

宇沢先生の研究によると、明治時代に開国によって日本に多くのヨーロッパ人がやってきて、そのヨーロッパの人々が日本人を見て、多くの印象記を残している。ハインリッヒ・シュリーマン—トロイの遺跡の発見者—も同様であるが、印象記では日本人の特色として3つの点を指摘している。「やさしさ」—日本人はどのようにしてこんなにやさしいのか—、「謙譲」—日本人はどのようにしてこんなに自己主張しないで譲るのか—、「心のゆとり」—日本人はどのようにしてこんなに心のゆとりを持っているのか—、いずれも、今、日本政府から国民が「失うように」と言われているところである。やさしさを持ったらモラルハザードが働いて、「情けは人のためならず」も、本来は情けをかけるということは人のためではなくて結局自分のためという、利他的行為を相互遂行するということを教えているが、今の若い人たちは、人に情けをかけた甘えてしまってその人のためにならないと理解している。日本人は、つまり、「謙譲して譲ったらもう競争に負けるぞ」、「ゆとりを持つな」、「もっとギスギスしごけ」と言われている。全部捨てると言われている。

すべての印象記が、日本人の特色ではないが、日本で見受けられる現象として指摘していることがある。それは、「日本人の子どもはどのようにして笑っているのか」、「日本の町々にはどのようにして笑顔があふれているのか」、ということに感動している。これも失った。内閣府が行った安全・安心の特別調査では、日本国民がいちばん最初に安全・安心の国ではなくなった第1の理由に挙げているのが、子どもたちの非行・引きこもりである。かつては、日本の子どもたちはいつも笑っていたが、この点を失っている。私は終戦直後に生まれたが、昭和30年、まだ貧しいときであった。しかし、町々には子どもたちの笑顔があふれていた。人々は社会の人間たちが織りなしている新しいぬくもりのなかで育っていた。今、懐かしんで「三丁目の夕日」という漫画が爆発的に売れて映画化されるという時代になっているが、そのことはだれもが分かっている、それを失い始めたということである。

3. ケインズの福祉国家 (Keynesian Welfare State) の行き詰まり

(1) 重化学工業を基軸とする産業構造

我々はどういう歴史の「峠」を超えようとしているのか、たとえば、重化学工業の時代が終わり、その時代を基盤にして成り立っていた福祉国家が行き詰まり始めたと理解していいと思う。第2次世界大戦後、すべての先進諸国が福祉国家を目指し始めた。19世紀の末に我々が超えた歴史の

「峠」は、軽工業の時代が行き詰まって重化学工業の時代に転換していく第2次産業革命と言われている時代であった。ベッセマー法（製鋼法のひとつ）で鉄鋼業が出てくるが、鉄鋼業は繊維機械などの1回限りの需要を満たすと、既に過剰設備を抱えて不況にあえいでいたという時代であった。

1896年から景気は回復する。それは軍艦の建造競争が行われたからであるが、この結果、我々は第1次世界大戦という悲劇を招いてしまう。しかし、その過程で重化学工業を牽引する2つの戦略産業を手にした。1つは自動車、もう1つは家庭電化製品である。人間の手や足の代わりにするメカニズムになるものをつくり出せるようになった。電気洗濯機、電気掃除機、自動車など、筋肉系統の代替物であった。それまでは、身にまとうもの、口にするもの、体に付着するものしかつくれなかった。この重化学工業を基盤にした社会経済体制というのは不安定ではあったが、第2次世界大戦後、我々は福祉国家という形で手にする。重化学工業を基盤にした産業構造のもとで我々の社会生活や政治生活ができ上がっている。そして、重化学工業では同質な筋肉労働を要求するので、そこで働く人々は大量の男性中心の労働者であった。

ただし、家庭には無償労働をする女性がいた。つまり、男性が主として働きに行き、女性が家庭のなかで育児・養老などの無償労働をして生活が成り立っているという核家族を前提にすればよかった。さらに、市場経済は弱肉強食、優勝劣敗であるが、市場経済から賃金を得ることさえできれば、人々の生活は守ることができた。男性が主として得る賃金を失ったとき、つまり年をとって働けなくなった、失業して就業できなくなった、あるいは病気になって働けなくなったといったときに、保険で、つまりお金を給付して生活を守っていけば、あとは家庭のなかで無償労働をする人々がいたということである。

(2) 租税と現金給付による事後的所得再分配の限界

福祉国家というのは、所得再分配効果で市場の外側で現金を再分配して、賃金が得られなくなったときに市場の外側で政府がお金を配るという仕組みだった。豊かな者に税金を課し、賃金を失った者、貧しい者に現金を給付する。事後的に所得再分配をするというような所得再分配国家だったが、これが限界に達した。

この所得再分配をするためには、生産要素である土地・労働資本が自由に動いてはいけない。ボーダーを管理し、資本を自由に動かしてはいけない。地方自治体は所得再分配できない。例えば、ある市が所得再分配で生

活保護を手厚くしたらどうなるか。貧しい者が流入してくる。当然、流入してくれば豊かな者に大きな税金を課さなければならない。豊かな者に重税を課せば、外へ逃げていく。その後を追いかけていくということを追跡効果と財政学では言っているが、追跡効果が働く。そこを遮断しなくてはいけない。

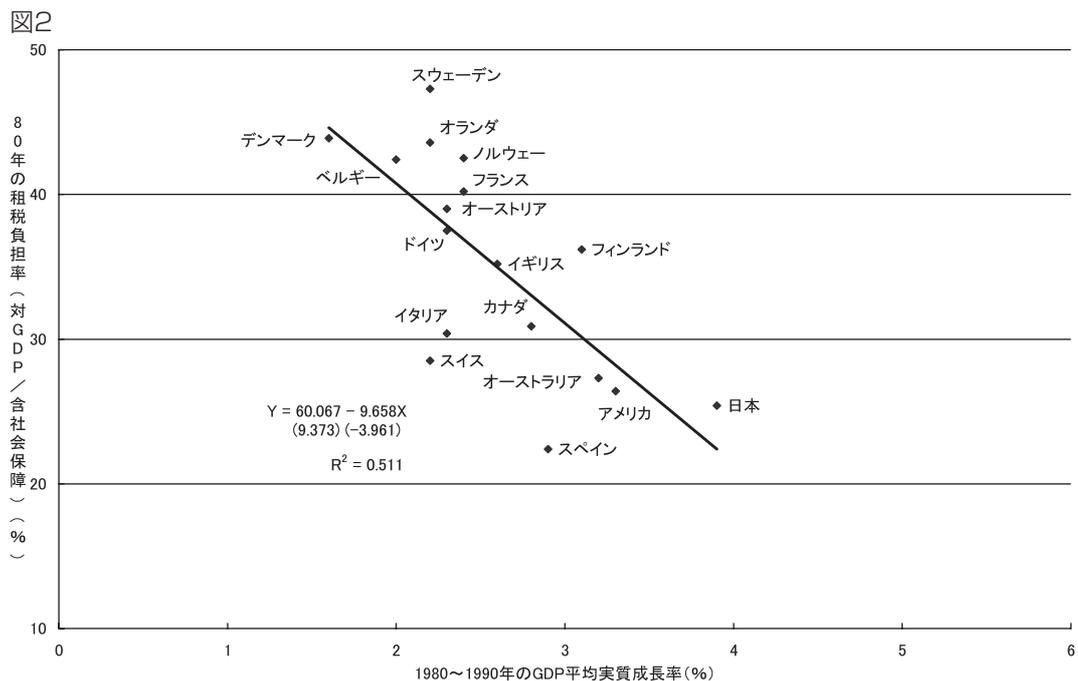
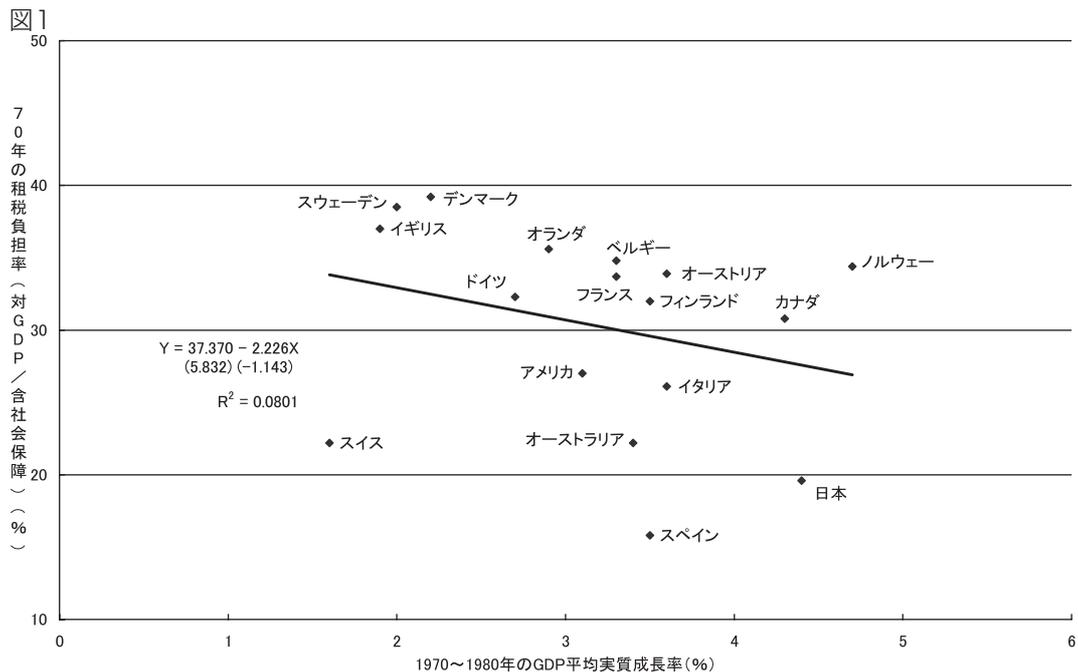
そこで、第2次世界大戦後、所得再分配国家である福祉国家を動かすために先進資本主義諸国はブレトン・ウッズ体制を築いた。つまり1ドル360円で為替レートを固定し、代わりに資本のコントロールを認めた。税金が高いと外に飛び出したりすることはコントロールしても良かった。そして、自由な世界貿易と所得再分配国家を両立させたわけである。

ところが、この条件が崩れた。それはなぜか。産業構造が重化学工業から知識・情報・サービスといった産業に変わってきたからである。これまでは、軽工業は人間の体に付着するものしかつくれなかったが、重化学工業は独立したメカニズムのもの—自動車、電気洗濯機、電気掃除機—をつくれるようになった。しかし、今や我々は、人間の神経や頭脳が独立したメカニズムになったものをつくりだせるようになった。つまり、人間の神経系統が分離し独立した代替物になって人間と対峙するようになってきた。そういう産業構造を前提にしていくと、資本、お金は情報であるので、お金を自由に動かさなければならなくなってきた。資本の自由化、つまり金融の自由化が行われ、1ドル360円という固定為替相場は崩れ、変動為替相場になって、資本は自由に動き回る時代になった。高額所得者は資本所得なので、これが自由に動き回るようになってきて、再分配が限界に達し、これ以上再分配を強化していくとすることができない状態になってきたというのが1つである。

さらにもう1つは、再分配だけでは人々の生活ができないことになってきた。これは産業構造が変わったからである。つまり、これまでは主として男性だけが出て行って家庭内に無償労働者がいるという状態は想定できたが、産業構造が変わるとそうした無償労働者が労働市場に流出してくるということになる。家庭内で無償労働をする人がいなくなってくるので、これまで家庭内でやっていたような、育児、養老、さらにそうした無償労働を軸にしながら共同体、コミュニティがやっていたような教育・医療といったものが家庭内や相互扶助的な機能で支えきれなくなってくるという時代になってきた。そのため、お金だけを配っていると、あとは家庭内で生活を無償労働で保障することができなくなってきた。

(3) 租税負担率と経済成長率の相関

1970年代は、累進的な所得税や法人税を中心とする高い税率と高い経済成長が両立をしていた時代であった。経済成長と所得再分配が幸せな結婚をしていた時代。しかし、これは徐々に崩れ始めていく(図1)。1970年代後半にブレトン・ウッズ体制が崩壊すると、79年にイギリスでサッチャー政権が誕生し、小さな政府を主張する。サッチャー政権の時代、1980年代には、横軸に経済成長率を取ると、税負担の高い国は経済成長しない。日本のように租税負担率の低い国は経済成長をするが、スウェーデン、デ



ンマーク、ノルウェーなどのスカンジナビア諸国は経済成長をしない（図2）。高い国であれば、資本はキャピタルフライト、完全に低い国に逃げてしまう時代になってくる。

(4) 格差社会と社会不安

スタグフレーションから脱することを当面の目的として、1979年に新自由主義と言われるサッチャー政権、1981年にレーガン政権、1982年に中曽根政権とアングロアメリカン諸国で小さな政府、新自由主義は生まれ、「何でも市場に任せれば良い」という考えが出てきたがうまくいかない。確かに、イギリスはイギリス経済の奇跡と言われているように国民経済の生産性は良くなったが、それは生産性の良い企業が生き残ったからであって、生産性の悪い企業は倒産した。失業率は悪化し、倒産件数はサッチャー政権の前と後で5倍に達した。こうしたことが起きると当然であるが、格差社会になる。不平等度を表すジニ係数はサッチャー政権が成立するまで低下の一途、つまり平等な方向に動いていたが、成立するや否や反転する。つまり、格差社会になってくるわけである。格差社会になると社会に亀裂が入り、秩序が悪くなって社会不安に陥る。サッチャーは政権発足後、速やかに警察官の数を増やし続けたが、結局、犯罪率は悪化の一途をたどり、収監率はヨーロッパでいちばん悪くなった。いずれ日本もこうなるであろう。まず、公企業から切り始めて地方公務員の数を減らしていく。公企業の半分は病院なので、病院から切っていく。病院とか教育がどんどん切られていく一方で、毎年3,000名から4,000名の警察官を増やしている。これからもどんどん増やし続けるであろう。それからもう1つの予算は、監獄の経費である。これは膨大に嵩む。カリフォルニア州は、ついに州の監獄内では収容できなくなり、他の州に移している。その結果、州が投じている教育予算の額を監獄の経費が上回っている。いずれ日本もそうになっていくことは間違いない。

そういう社会にするのかと言えば、しないということを当然ヨーロッパの諸国は決意する。1985年にヨーロッパ地方自治憲章を築いて、ヨーロッパは分権の方向に舵をきっていく。それはなぜかと言えば、我々の経済というのは、確かにグローバル化してボーダレス化している。そこで金融を動かすためにヨーロッパは国民国家の機能を国民国家に耐えうる機関に移していく。つまりEUをつくり、通貨もユーロに統一してグローバル化に、そして金融に対抗していく体制を築いていく。

しかし、我々の人間の生活というのはボーダレス化したりグローバル化したりするのではなくて、地域に根づいている。そのために何をしたらいい

いのか。それは教会が行っていた仕事を地方自治体に委ね、地域社会ごとに教育・福祉・医療の3つのサービスを給付する。お金を配って人々の生活を守るといことは地方自治体にはできない。もともとボーダレス、グローバル化なので。しかし、サービスは地方自治体にしか配れない。国が配ろうとすると出先機関を全部つくらなくてはいけない、地方ごとに。お金は全国一律に配れるので、日本は違うが、配るものはみんな郵便局から配っている。そんなことは幾らでもできる。しかし、サービスは配れないので、地方自治体ごとに、とにかく地域社会ごとにこの3つのサービス給付を充実していこうという方向に舵を切り換えていくのである。

(5) 経済成長しない日本

85年からそのように切り換えていくと1990年代にどうなるか。1990年代の経済成長率を横軸に、縦軸に租税負担率を取ると(図3)、税負担の高い低いはもう無関係である。低くすれば資本が集まり経済成長するかというとしない。日本は1980年代にいちばん成長した。税負担が低いから成長したとおだてられ、1990年代になると法人税の大幅減税、所得税の最高税率の引き上げを行った。そうすると金融所得、つまり巨大な所得を形成している資本が日本国内に流入して日本は経済成長するはずであった。しかし、ふたを開けてみたら日本から国外へ資本は流出していった。その結果、経済成長しない国になった。日本は、1980年代を見るといちばん右にいた。それがいちばん左の方向に、つまり経済成長しないほうに

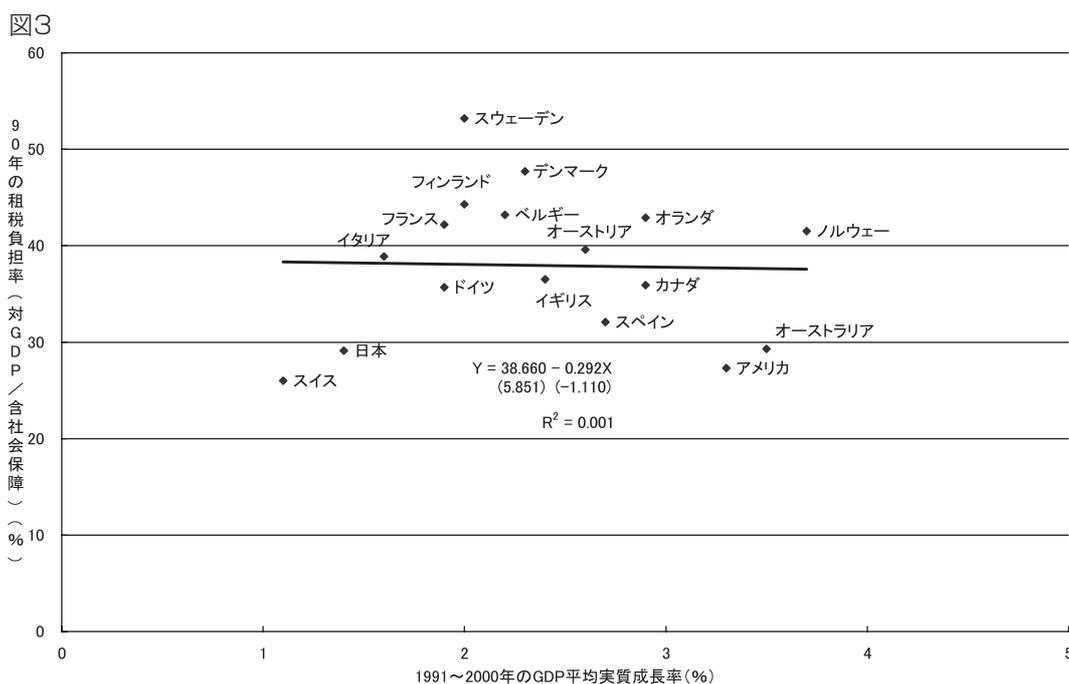


表1 主要国の政府支出の内訳(対名目GDP)(2002年)

(対名目GDP比、単位:%)

	日本	英国	フランス	ドイツ	イタリア
一般サービス・治安	5.5	9.2	10.7	9.1	12.4
経済・公共	7.6	3.6	7.0	5.8	4.9
文化・教育	4.7	5.8	6.8	4.9	5.8
保健・社会保障	20.4	23.2	29.0	29.0	25.0
合計	38.1	41.8	53.4	48.7	48.0

- (備考)1. OECD“General Government Accounts”より作成。
 2. 分類は、SNA(国民経済計算)に基づき、以下のようにまとめた。
 一般サービス・治安;一般公共サービス、防衛、公共の秩序・安全
 経済・公共;経済業務、環境保護、住宅・地域アメニティ
 文化・教育;娯楽・文化・宗教、教育
 保健・社会保障;同左
 3. アメリカは、SNA統計の分類を用いていないため、除外した。
 出典:内閣府「平成17年度 年次経済財政報告」

転がり込んできた。一方で、分権を進め、医療・福祉・教育を充実した国、左側にいた経済成長しなかった国であったスウェーデン、デンマーク、ノルウェーを見ると、全部右のほうにシフトし始めるわけである。ここで完全に違ってきた。これでもう決定的にそういうようになって、日本は「失われた90年代」になってきたというのが現場である。

次に、主要国の対名目GDPの政府支出の内訳について日本、英国、フランス、ドイツ、イタリアと先進国を並べてみると(表1)、保健・社会保障に日本はいちばんお金を使っていない。合計でも38.1%といちばん小さい。アメリカとかイギリスとか、もともと小さい政府が小さくしろと言っている。では、子どもを育てるお金は使っているのか。文化・教育を見れば、日本はいちばんお金を使っていない。人を育てるのにも、病気になった人にもお金を使っていない。では防衛とか治安維持に、つまり本来的な国家の任務である一般サービスに使っているかと言うと、これも5.5%と使っていない。突出しているのは、経済・公共、公共事業と経済振興費である。そういう構造になっている。つまり、人間の生活を支えるということではなくて、産業を支えるためにお金を使っているということである。

(6) 財政の任務

財政の任務は2つある。1つは、社会的なセーフティ・ネット。国民がリスクに陥ったときに安全のネットを張っておいて国民の生活を守るということである。しかし、国民は生活するために生産をしないとイケないので、もう1つの財政の任務は生産活動の前提条件をつくることである。これは社会的インフラストラクチャーと言っている。社会的産業構造の前提条件をつくり出すことである。セーフティ・ネットというのは生活

面での安全を見ることである。つまり、前提条件をつくることである。例えばドイツの鉄血宰相ビスマルクは最初に疾病保険をつくったが、一方で社会的なセーフティ・ネットをつくりながら、他方でインフラストラクチャーとしての鉄道もつくったわけである。全国の鉄道網を。

例えば農業社会であれば、農業生産をするための前提条件は水利とか灌漑であるので、国家は水利とか灌漑をやらなければならない。つまり、農業では自然の豊かさが勝負を決める。アダム・スミスの言葉を使うと、農業では人間とともに自然が労働をすると言っているのだから、自然の豊かさを保つための水利とか灌漑とかが必要になってくるわけである。

工業の時代になると何が重要かというところ、工業、自然に働きかける手段、つまり機械設備が重要になってくる。そこで、機械設備の延長としての道路、鉄道、港湾等がインフラストラクチャーになってくるわけである。ここを重視しなくてはならない。

ところが、日本は経済・工業のところ、インフラストラクチャーをつくっているか。つくっていない。なぜなら、ここでつくっている公共設備、道路、橋、港湾とかは重化学工業時代の生産の前提条件である。我々がつくらなければならないのは、次の時代、知識社会、サービス産業になってくると、人間が自然に働きかけるための対象としての自然の豊かさでもなく、手段でもなく、人間の主体、これは能力があって健康であるかどうかということがものを言うてくる。このためのサービスが必要になって、これがインフラになってくる。知識社会のインフラストラクチャーとは、教育や文化や保健や社会保障である。実はこれは同時に安全のネットでもある。ここを怠ってはならない。

1980年代に日本は世界でいちばん豊かになったときに、アメリカは何を言ってきたのか。450兆円の公共事業を要求し、日本は応じた。この450兆円を医療とか教育とか新しい分野に投じていたらどうだったか。450兆円で何をつくったのかと言うと、東京湾横断道路、本四架橋等々要求したほうが悪いというが、3つもできると思っていないのに3つもできてしまった一、それから、関空とか。

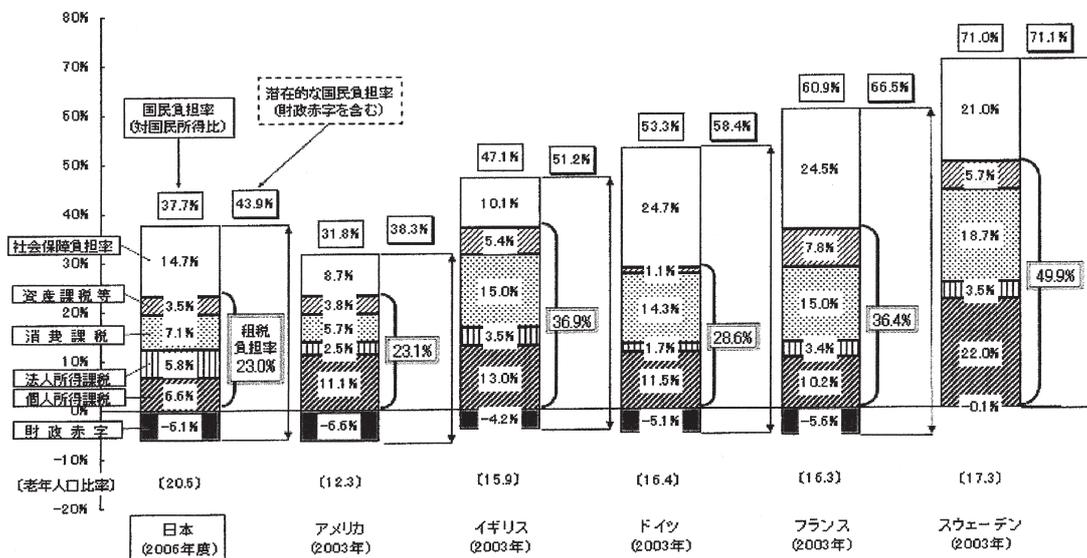
歴史の教えるところによると、産業構造を変えなければならないときに、新しい産業構造を変えるための投資を怠るとどうということになるか。バブルになる。チューリップ球根恐慌、ハンブルグ商業恐慌、南海泡沫会社恐慌。産業構造を変えなくてはならないときに、チューリップの球根を買ったってしょうがない。南海泡沫会社恐慌というのは、海の水を水銀に変えるという会社に投資した。つまり、そういうことに投資するとどうなるか。バブルになる。日本もバブルになって、結局泡沫になった。

日本は1985年に世界で最も豊かな国になった。アメリカを抜いて、上にはスイスしかいなかった。スイスは人口の少ない国なので、人口の多い国としては世界で最も豊かな国になった。そのときに日本がやらなければならないことは何だったのか。それは次の社会をつくることであった。次の社会というのは、どういう社会で、どういうインフラが必要で、どういう安全のネットを張っておかなければいけないのかということをやって、そして、民間が知恵を出すのを待っていくということをやらなければならなかったのに怠ったということになるわけである。結果として、日本は「失われた1990年代」になってしまった。

(7) 国民負担率の国際比較

租税負担率と社会保障負担を併せた国民負担率が小さいのは、日本とアメリカである。今、小さな政府を争っている。重要なことは、小さな政府は赤字になるということである。財政赤字というのは、小さな政府になる。大きな政府は赤字にならない。スウェーデンは黒字、デンマークもフィンランドもみな黒字で、大きな政府というのは黒字である。国民負担率を見ると、それぞれの国の社会観が出てくる。例えば、イギリスやアメリカと

図4 国民負担率の内訳の国際比較



- 注) 1. 日本は平成18年度(2006年度)予算ベース、諸外国は、OECD "Revenue Statistics 1965-2004" 及び同 "National Accounts 1992-2003" 等による。
 2. 租税負担率は国税及び地方税合計の数値である。また所得課税には資産性所得に対する課税を含む。
 3. 財政赤字については、日本及びアメリカは一般政府から社会保障基金を除いたベース、その他の国は一般政府ベースである。
 4. 四捨五入の関係上、各項目の計数の和が合計値と一致しないことがある。
 5. 老年人口比率については、日本は2006年の推計値(国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」(平成14年(2002年)1月推計)による)、諸外国は2000年の数値(国際連合 "World Population Prospects: The 2004 Revision Population Database" による)である。

出典：財務省「国際比較に関する資料」

いう国々は最低限保障責任国家と断言していいかと思う。つまり、最低限の生活はどうか保障しようという政府である。これは所得再分配をしなければいけないので、当然、豊かな人にかかる税金のウエイトが高くなる。つまり、所得税、法人税と併せたウエイトが高いということである。

アメリカは、個人所得税 11.1% で、消費課税 5.7% であるので、ほとんど累進的な所得税という税金によって賄われているということになる。イギリスも同様で、所得税 13.3%、ただ、ヨーロッパ的なところも多いので、付加価値税である消費税のウエイトも高く 15.0% になっている。ドイツやフランスは、相互扶助的な国家だと考えて欲しい。お互いに助け合い、負担しあうという国家である。だから、社会保障負担のウエイトが非常に高く 24.3%、フランス 24.5% になっている。所得再分配をするというよりも、お互いに負担し合い、病気になったときとか、貧しい人でも豊かな人でも陥るような危険になったときに助け合っていこうというような国家で、こういう国家の特色は、社会保障負担のウエイトが 24.0% を超えるような大きな負担であって付加価値税も 14~15% と高い。総体的に言えば、所得税のウエイトは低い。日本よりは高いが、総体的に見れば 11.5%、10.2% なので、そう大きなウエイトではないということになる。イギリスは、社会保障負担は 10.1% と低い。

スウェーデン国家は標準を保障する国家であるので、お互いに助け合いながら所得税のウエイトも高い。所得税は 22.0%、突出してウエイトは高い。その代わり消費税のウエイトも高いし、社会保障のウエイトも、ドイツ・イギリス・フランスよりも低いけれども 21.0% と高い水準になる。日本は非常に中途半端で、社会保障負担は 14.7% でアングロアメリカンよりも高いけれども、消費課税は低いし、所得税に至ってはドイツ・フランスの約半分である。

(8) 日本は無責任国家

ほかの国を最低限保障国家とか、標準保障国家と呼ぶのに対して、日本は無責任国家だと言ったら、財務省が言い過ぎだとかと言ってきたが、これは無責任としかいいようがない、何に対しても責任を持っていないと思うしかない。そういうふうになると、日本の場合には国民が増税に対してノーと言っているからだと言う。スウェーデンなどの国々は、国民がみな政府を信頼していると言っているが、実際にアンケート、世論調査をしてみると、スウェーデン国民も政府を余り信用していない。日本も同じように信用していない。ただ違うところはある。国連の調査によると、租税負担の高い国の国民は、この国に生まれてよかったと考えている国民のウエ

表2 国民の税負担増加に対する意識

質問内容)あなたは各事業について、より高い税金を負担しても良いと考えますか？	はい(%)	いいえ(%)
社会扶養	28.7	67.1
医療・保健	66.8	31.2
高齢者支援	61.6	35.4
育児支援	42.4	53.0
雇用政策	39.5	56.2
初等・中等教育	62.3	34.3

(資料)スウェーデンの調査会社Sifo Research and Consultingが行った「税負担増加に関する意識調査2005年2月」

イトが非常に高い。租税負担率の低い国を取ると、この国に生まれてよかったと思う人は少ない。御三家で行くと、ロシア・韓国・日本がいずれも租税負担率が低い。租税負担率が低いからこの国に生まれてよくないと思っているのか、生まれてよくないと思っているから税金を払う気がないのか、因果関係はわからないが、いずれにしても明確な相関関係がある。

スウェーデンの調査会社が実施したアンケート調査(表2)によると、社会的扶養、つまり生活保護について、あなたは税負担に対して増税に応じる意思があるかどうかに対して「はい」と答えた人は少ない。生活保護などは「ノー」と言う人が圧倒的である。医療や保健については「イエス」。医療が充実するのであれば税負担に応じるという答えが出てくる。次に、高齢者支援、お年寄りのケアも「イエス」。それから、育児支援も「イエス」のほうが大きいのが普通。雇用政策は大体が半々。教育もほとんど「イエス」と答える。

つまり、医療、教育、お年寄りの福祉等には税増負担に応じると答える。「ノー」と答えるのは、生活保護と住宅手当、これはミーンズテスト(資力調査)がついており、貧しい人々に限定されている。

医療・保健、教育、育児支援は、スウェーデンの場合、金持ちであろうと貧乏人であろうとユニバーサルサービスなので全部ただである。モラルハザードなど働かない。医療は自己負担部分もあるが、これは所得比例料金になっている。全体として、政府は非効率と言いながらも、結局は支持されて医療の充実や教育の充実等ができる。

日本はこのことをどう考えているのか。先進国のなかで一番少ない項目ばかりである。医療とか教育とか、少ないところは増税に応じる意識がないのか。アンケート調査を見ると、わけのわからないことを言っている。60%を超える国民が、増税に応じるのだったら歳出削減が前提だと言っ

表3 ジニ係数（1995年）

	財政 介入前	財政 介入後	変化率 (%)
アメリカ	45.5	34.4	▲24.5
ドイツ	43.6	28.2	▲35.3
日本	34.0	26.5	▲22.0
フランス	39.2	23.1	▲41.0
スウェーデン	48.7	23.0	▲52.9

注) 指数化して表示。▲はマイナス。

出所) Steinmo, S., Globalization and Taxation:
Challenges to Swedish Welfare State, discussion paper, 2002.

ている。それはどういうことか。国民の生活を支えてくれるサービス、我々の生活を支えてくれるサービスを減らしてくれるのだったら負担増に応じるというのが60%。それから、15%ぐらいが財政再建のための増税だったら応じる。財政再建のための増税というのは、サービスは増えないということなので、それだったら増税に応じるというのが15%いる。

つまり、日本国民は、自分たちの生活を支えてくれるサービスが増えなかったり減ったりするのであれば税負担増には応じるけれども、増えるのだったら嫌だと言っている。こういう国民はアンケート調査をしてもどこにもない。それは政府が無駄遣いしているということである。政府が無駄遣いしているというのは非常に説得力がある。なぜなら予算編成権というのは内閣が持っている、予算編成を提出する権限は財務大臣にしかないが、財務大臣と総理大臣が胸を張って、政府は無駄遣いしているんだから小さくしろと言っている。責任者が言っている以上、それは信じざるを得ない。しかも、そのときに国民は納得している。財政学者の考え方からすると、ほとんど理解できない。

結局、どういうことになるのかといえば、知識社会を支える参加保障国家において、我々の所得は市場が所得分配をする。この市場がやる所得分配を所得再分配、税金をかけて現金を給付して政府が所得再分配をする。この所得再分配は、限界に来ているというのが世界各国の共通認識である。

ただ、日本はまだ所得再分配は足りない。下から数えたほうが早い。これは1995年、このとき日本は悪平等だと言われるぐらいの平等国家だと言われていた時代であるが、そんなに平等でもない。先進国のなかでは真ん中ぐらい。財政の介入前、つまり、税金をかけて現金を給付する前と言うと、日本はいちばん平等な国家であった。そして、スウェーデンがいちばん不平等である。

財政介入後を見ると、いちばん平等なのはスウェーデン、そしていちばん不平等なのはアメリカで、日本は真ん中ぐらいになってくる。しかし、変化率を見ると、日本の財政の所得再分配機能はアメリカよりも小さい。所得再分配をやっていなくても真ん中ぐらいだったのはなぜか。市場の分配が平等だったということか。この後、規制緩和をして、OECDが勧告しているように不正規従業員と正規従業員、つまり労働市場の大幅な緩和、つまり、別な形でさまざまな所得を保障するようなシステムが事前に働いていたわけである。公共事業等お金を配らずにやらせていた。このシステムを崩したため、横にも縦にも格差社会になってきた。

ところが、もともと財政というのは所得再分配機能がないのに、また弱めた。そうすると、もう完全な格差社会になってきてしまう。まだ足りないので所得再分配は重要であるが、そこには限界がある。そこで何をするかという、公共サービス、つまり、所得再分配をお金でやるのではなくて、公共サービスを事後で再分配するのではなくて、事前に労働市場に参加できるような条件を平等に保障するような条件整備しておくということが重要になってくるわけである。医療、福祉、それから教育である。すべての人々に教育を与えて、新しく変化し変わっていく知識社会の新しい労働市場に対抗できるような教育をしてあげること。

それからもう1つ、健康に働ける、これは環境も絡んでくる。地球温暖化が進めば結局健康を害してみんな働けなくなる。そうしたら経済は活性化しない。その条件を保障するということである。

それからもう1つは、福祉。なぜ福祉が重要なのか。無償労働している人が労働市場に出ていったときに、労働条件が無償労働のサービスを地方自治体なり何なりが出していかないとどうということになるか。それは、日本のように無償労働をしつつ労働市場に出ていく人と、無償労働をしないで自由になって労働市場に出ていく人と2種類出てきてしまう。OECDが勧告しているのは、日本の貧困というのは労働市場が二極化している、つまりフルタイムの労働市場とパートの労働市場に分断されて格差が余りにも激しくなってしまう。これは参加が保障されていないからである。

こうしたその参加保障をされている医療・福祉、そして教育というサービスを保障して、参加する条件を保障すれば、事後的に本当に貧しい人々を守ることは、わずかなお金ですむ。経済学的に言えば、貧しい人々に限定してお金を多く再分配すれば、ジニ係数、不平等度は上がって、相対的貧困率、貧困者層は少なくなるが、これは再分配のパラドックスと言い、そうしている国家ほど、つまり貧しい人々に生活保護などが手厚い国家ほど不平等で貧困率が高い。

(9) 相対的貧困率

表4は、一緒に研究をしている北海道大学大学院法学研究科教授の宮本太郎先生がつくられたものである。社会的扶助支出、つまり生活保護を見ると、アメリカ3.7%、イギリス4.1%、スウェーデン1.5%、ノルウェー0.9%、デンマーク1.4%と、アメリカやイギリスは生活保護を非常に厚くしている。しかし、スウェーデン・デンマーク・ノルウェーは出していない。

ジニ係数の2000年を見ると。アメリカ0.357、イギリス0.326、スウェーデン0.243、ノルウェー0.261、デンマーク0.225と低い。相対的貧困率を見ると、アメリカ16.7%、イギリス10.9であるが、スウェーデン3.7、ノルウェー8、デンマーク3.8であるので、端的に言えば、生活保護のような所得再分配にいちばん効果のある政策を打っている国ほど貧困率が高くて不平等な国家になっている。スウェーデン・ノルウェー・デンマークを見ればわかるように、それらの国は、社会的支出つまり医療とか福祉への支出の割合が高い。スウェーデン・デンマークは、教育への支出は日本の倍になっている。ところが、アメリカ・イギリスは、福祉サービスを貧しい人だけにターゲットを当てて出している。これではだめである。安全のネットはすべての社会の構成員を対象とし、それから本当に漏れた人々だけを救うというシステムにしないと、貧困問題を解決することにならな

表4 各国の社会保障支出(1992年のGDP比)とジニ係数、相対的貧困率

	社会的支出	社会的扶助支出	積極的労働市場 政策支出	ジニ係数			相対的貧困率 (90年代半ば)
				80年代半ば	90年代半ば	2000年	
アメリカ	15.2	3.7	0.2	0.338	0.361	0.357	16.7
イギリス	23.1	4.1	0.6	0.286	0.312	0.326	10.9
オーストラリア	16.3	6.8	0.7	0.312	0.305	0.305	9.3
ニュージーランド	22.2	13	1.1	0.27	0.331	0.337	7.8
カナダ	21.8	2.5	0.6	0.29	0.283	0.301	9.5
スウェーデン	35.3	1.5	2.9	0.216	0.211	0.243	3.7
ノルウェー	26.8	0.9	1	0.234	0.256	0.261	8
デンマーク	30.7	1.4	1.7	0.228	0.213	0.225	3.8
フィンランド	33.9	0.4	1.7	0.207	0.228	0.261	4.9
ドイツ	26.4	2	1.9	0.265	0.28	0.277	9.1
フランス	28	2	1	0.276	0.278	0.273	7.5
オーストリア	25	1.2	0.3	0.236	0.238	0.252	7.4
オランダ	28.3	2.2	1.3	0.234	0.255	0.251	6.3
ベルギー	28.4	0.7	1.2	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
イタリア	24.3	3.3	0.2	0.306	0.348	0.347	14.2
日本	11.8	0.3	0.3	0.278	0.295	0.314	13.7

出所 社会的支出、積極的労働市場政策支出は、OECD, Social Expenditure Database, 社会的扶助支出は、Tony Eardley, et al., Social Assistance in OECD Countries: Synthesis Report, Department of Social Security Research Report, No. 46, p. 35. ジニ係数および相対的貧困率は、OECD, Society at glance: OECD Social Indicators: Raw Data <http://www.oecd.org/dataoecd/34/11/34542691.xls>

い。今、日本は貧しい人々だけを対象にしようとしているが、そんなことをやってもだめで、全体を対象にするということをやらないとだめである。

日本を見ると、社会的扶助支出0.3%でスウェーデン・ノルウェー・デンマーク並みである。だからといって、社会的支出、社会保障全体を出しているのかというと11.8%と出していない。その結果、相対的貧困率の2000年のジニ係数を見ると、0.314、これは日本的な家族システムや何かが動いているからである。しかし、相対的貧困率は13.7%と高く、これが今問題になっているわけである。救いようのない貧困層と格差の問題として。

4. 知識社会を支える参加保障国家

知識社会になってくると、男性中心の家族主義は揺らいできて、再分配の単位として家族というのは想定できなくなってくる。対人社会サービスをして充実しなくてはいけない。強い福祉を支えるために強い財政にしなければならない。何のために財政再建をするのかといえば、それはStrong Welfare（強い福祉）、これはスウェーデン政府の言葉である。我々は何で財政再建しなければいけないのか。それは強い福祉を打ち出すためである。日本は何のために財政再建するのか。福祉を切り捨てて財政再建することでは何のためにやっているのかというのがよくわからない。今考えなければならないのは、物事の原点に立って、状況が変わって変えなければならない、そういうときにこそ、どのように生活をし、社会を形成し、何のためにやっていくのかということを考えなくてはいけない。

北海道で夕張が破綻し、病院が閉鎖されたり民営化されて診療科が減らされ、医療サービスが低くなる。学校の統合が起きたり何かをするということ、ニュースになる。しかし、こんなのは日本全国で今起きている——福祉のサービスを合併や何かによって少なくするということによって財政を黒字にした地方自治体は経営マインドがあるといって褒め讃えられている。それは逆で、財政というのは何のためにあるのか。人々の生活を守るためであって、財政とは社会が危機になれば絶対に赤字になる。戦争をすれば財政は赤字になるし、経済が危機になれば財政は赤字になる。

問題なのは、財政は何をするのかということ、財政の赤字をもたらしている背後にある社会的な危機や経済的な危機を解消するために財政が出動していくということが重要なので、戦争のときに財政再建とかカットとかと言う人がいないのと同じように、社会的な本来の危機が生じたときにはそこに出ていかないと本末転倒である。今、日本の政策を「クールビズ政策」

というふうに私は呼んでいるが、もうこれ以上地球の温暖化が進めば地球はもう破滅だ、もう限界点を超過しているかもしれない、どういう対策を打ったらいいだろうかと言ったときに、ネクタイを外そうと、そういう政策しか出てこない、日本は。そんなことをやっている場合かということである。少子化対策だ、そんなことをやっている場合なのか。

女性が働きに出ていく。どうしても出産年齢が高くなる。安心して子どもを産み育てる社会、その条件を整備するということが重要なのかかわらず、日本は本末転倒し始め、目的とそれから社会を混同し始めた。社会そのものが崩壊していかざるを得ないのではないか。

大学病院からみた日本の医療体制の課題

東京大学医学部循環器内科教授

永井 良三

大学病院は歴史的に教育・研究病院であるが、法人化後の国立大学病院は経営も重視されており、その性格は年々変化している。医療提供体制の中で大学病院をどのように位置づけるか、また大学病院への財政支援のあり方はいかにあるべきかなどの課題は、日本の医療体制全体に関わる重要な問題である。大学病院の再開発に関わってきた立場から、これまで感じてきたことを述べたい。

1. 医療界の激動

一連の医療事故をきっかけとして、平成11年頃から医療界に激動が始まった。平成15年度には医師の名義貸し（病院による医師の名義借り）問題が表面化し、日本の医療体制の実態が明らかとなった。平成16年度は新医師臨床研修制度、国立大学法人化、DPC導入、広尾病院事件の医師法21条の最高裁判決などの大きな制度改革や司法判断があった。平成18年度は診療報酬のマイナス改定、7対1の看護体制、福島県立大野病院の医師の逮捕なども大きな衝撃を与えた。まさに激動の8年間であった。

これらの一連の動きの中で、地域への医師派遣を担ってきた大学病院、とくに医局体制が崩壊を始めた。医局はその運営に透明性を欠いていたため社会的批判を受けてきた。しかし医療のように規制の強い社会システムでは需給ミスマッチは必ず発生することであり、これを調整するシステムが必須となる。それが大学病院の医局であった。批判され続けた医局が弱体化した結果、日本全体の医師需給に大きな混乱が発生すること自体に、わが国の医療提供体制の問題の複雑さが伺える。

2. 医療体制におけるグランドデザインの欠如

医療体制が激動期に入った主要な原因は低医療費政策である。社会は医療の質とアクセスの改善を求めながら、そのコストを負担することを望んでいない。低医療費政策は人件費の不足に現れる。社会が求める質の高い医療を実践するためには、1ベッドあたりの職員の増員が必須である。わが国ではベッド当たりの職員数や看護師数が欧米に比較して極端に少ない（表1）。

日米の差は想像を絶するもので、マサチューセッツ・ジェネラルホスピタル、メイヨー・クリニック、バンダービルドなどの大きな病院の1床当たりの職員数は18人から8人である（表2）。

さらに看護師数は1床当たり、少ないところで1.5人、多いところで3人である。アジアの大病院と比較しても日本の大病院は特異である。シンガポールの大病院を見ると、1ベッド当たりの看護師が1.26人から1.45

表1

	東大	京大	42国立 大学平均	慶応	東京女子 医大	竹田総合 病院	亀田総合 病院
ベッド数	1,193	1,240	766	1,072	1,423	1,097	858
職員数	2,224	1,800	1118	2,069	3,441	1500	1,856
1ベッドあたり職員数	1.9	1.5	1.5	1.9	2.4	1.4	2.2
医師数	815	633	398	660	1138	101	231
1ベッドあたり医師数	0.68	0.51	0.52	0.62	0.80	0.09	0.27
看護師数	776	709	462	1,013	1,502	672	633
1ベッドあたり看護師数	0.65	0.57	0.603	0.94	1.06	0.61	0.74
入院患者数	16,461	11,696	8,264	23,002	23,097	17,905	
平均在院日数	22.8	29.9	27.2	15.9	18.9	18.0	
稼働率	86.2	83.6	86.4	93.4	84.0	80.5	
1日平均外来患者数	3,036	2,340	1,363	4,650	3,749	2,193	
外来延べ患者数	743,941	573,356	333,924	1,139,250	918,505	537,369	

表2

	MGH	MC	JHH	CHP	VUH
ベッド数	875	1,951	892	1,334	658
職員数	16,000	26,209	7,889	11,117	5,872
1ベッドあたり職員数	18.3	13.4	8.8	8.3	8.9
看護師数	2,900	2,946	2,287	3,191	1,474
1ベッドあたり看護師数	3.31	1.51	2.56	2.39	2.24
入院患者数	43,312	59,228	42,466	55,655	33,854
平均在院日数	5.9	5.8	6.0	6.2	5.4
稼働率	79.88		78.3	70.3	76.1
1日平均外来患者数	5,572	5,633	2,990	3,755	2,853
外来延べ患者数	1,365,161	1,380,000	732,485	919,896	698,960

MGH:Massachusetts General Hospital,Boston

MC:Mayo Clinic,St.Mary's hosp. and Rochester Methodist hosp.,Rochester

JHH:Johnes Hopkins Hospital

CHP:Clarian Health Partners(IU & Methodist Hospitals),Indianapolis

VUH:Vanderbilt University Hospital,Nashville

表3

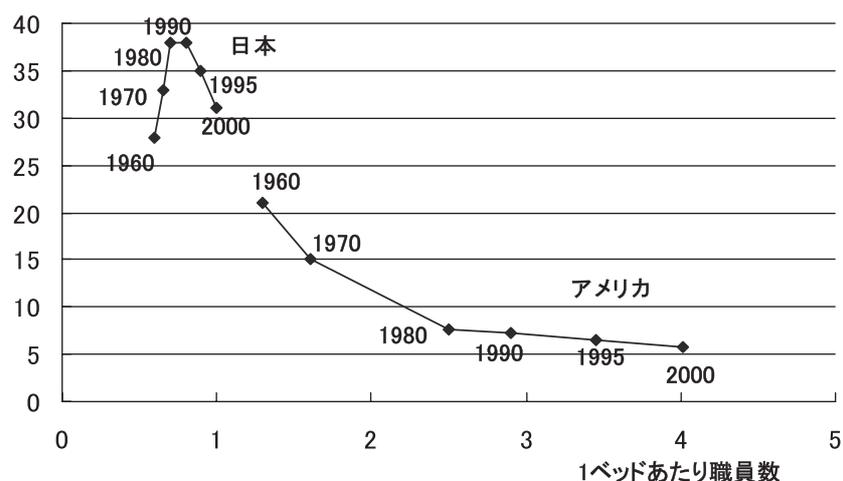
	シンガポール			韓国	台湾
	Singapore General Hospital	National Univ. Hospital	Tan Tock Seng Hospital	Seoul Univ. Hosipital	Taiwan Univ. Hosipital
ベッド数	1545	951	1312	1320	1872
医師数	503	581	427		
レジデント数	73				
看護師・看護助手数	1948	1381	1597	1012	1924
在院日数	6.4	3.5	6.2		
看護師数/ベッド	1.26	1.45	1.22	0.77	1.03

人、台湾が1.1人、ソウル大学が0.7人程度である（表3）。

従来、日本の医療は質よりも量、すなわち医療へのアクセスを優先してきた。また医療事故が社会的問題として取り上げられることも少なかった。専門医教育のプログラムもなかったために、地域医療の中で若い医師たちは実践しながら学んでいた。人手の足りない病院は地域医療に貢献するとともに、若手医師のトレーニングの場でもあった。アクセスを重視した日本の医療提供体制はこれらの病院と医師によって支えられてきたが、医療事故に対する社会的批判と司法介入が顕著になったために、これらの地域の中核病院を敬遠する医師が増えた。確固とした教育体制が存在すれば、これらの病院での勤務を希望する医師も増加するはずである。しかし

図1

平均在院日数



ながら勤務条件を改善し、医療安全体制を整備し、その上で初期および専門研修体制を構築することは、人件費を考へても極めて困難である。質向上にみあうだけの医療費増は必須である。

少ないコメディカルを補ってきたのが、若手医師である。とくに国立病院や国立大学病院では国家公務員総定員法により増員が極めて困難であった。そのため若手医師の過重労働に依存しなければ病院運営は不可能である。このことが今日、研修医の大学病院離れを招いている。

1ベッド当たりのマンパワーを増す別の方策は、病院とベッド数の削減である。そのためには在院日数を短縮し、医療機関を効率良く利用することである。欧米では過去40年間、在院日数を非常に短縮したが、日本は最近になってDPCの導入により短縮が始まった。在院日数の短縮は病院の機能分担を促し、1床当たりの職員数を増加させる(図1)。しかしながら、単純なベッド数の削減ではなく、病院の機能分担、すなわち医療体制全体の急性期から介護への流れを構築しなければならない。

医療の混乱は医療費を増加すれば解決できる問題でもない。病院が提供する医療の質や研修・教育体制を構築できなければ、いかに待遇の良い病院でも職員にとって魅力はない。また医療事故を頻発すれば社会の信用を失い、病院は存立し得ない。競争時代においては病院の信用形成が極めて重要である。その点から医療安全対策や医療事故発生後の対応は、病院の存亡に関わる課題である。医療事故発生率を下げなければ1,000人の職員が患者に接する近代化した病院を維持できない。6σ(シックス・シグマ)という品質管理手法があるが、病院を活性化して規模を拡大するにはそれなりの教育体制・管理体制が非常に重要である。このような意識改革や教育・管理体制をとらずに、職員や患者の絶対数が増えれば医療事故は増加

する。

このように、医療のあり方は、診療報酬制度だけでなく、自らの医療を管理する内部の力によっても規定される。いわば医療におけるマクロとミクロのメカニズムのいずれの機能低下によっても、医療は混迷する。その視点に立って、医療へのアクセス、コスト、質を、自律性をもってバランスよく連動させるためのグランドデザインを直ちに重要な政策課題として位置づける必要がある。

3. 近代化と情報化時代における医療の混迷

かつて医療は、体内の現象を推測しながら、あたかも試験管の中の反応を見るようにして患者を診察していた。また多くの検査は手作りであった。例えば大学病院ではホルモンの測定も自らラジオイムノアッセイ系を作ってアイソトープ室で測定していた。ところが最近では、画像や血液検査の進歩により、1週間以内におおよそのことは把握できるようになった。これは医療の近代化をもたらした。手作りの診察から大量医療サービスの時代への移行である。このことが可能になったのは、この四半世紀のように思う。

患者にとっては「他人と同じことを望む時代」の到来である。しかし近代化はさまざまなリスクを伴う。とくに医療の質管理に問題が生ずる。産業界は近代化後、十分に時間をかけて品質管理に取り組んできたが、医療界はその対応が取れないうちに、情報化時代が到来してしまった。情報化時代とは「他人とは異なるものを望む時代」である。画一的医療から個別医療へという転換のなかで、医療費抑制策が進み、すべての病院が混乱の中で、医療資源をめぐる競争に投げ出された。

情報化時代はさまざまな憶測や情報に基づいて、人々は従来とは異なる行動をとることがある。新医師臨床研修制度を契機として、多忙な科が若手医師に敬遠されるようになったが、これも多忙な診療科の激務がときに誇張して伝わり、若手医師に敬遠される面もあるといわれる。医療訴訟や医療事故の報道も医師の行動に影響を及ぼしている。訴訟リスクの多い診療科を若手医師が避けるのも当然であろう。医事紛争の少なかった時代には、技術を身につけられる病院であれば、厳しい勤務であっても赴任した。しかしながら指導体制やバックアップ体制の確立していない病院で高度医療を行うことは、情報化時代には許されず、これらの病院は求心力を失わざるを得ない。

4. 1960年代の医学部紛争の背景

大学病院に対するさまざまな批判はあるが、大学病院が機能不全に陥ったときの地域への混乱は大きい。新医師臨床研修制度の導入以後、大学病院の入局者の減少が地域医療にもたらした影響をみれば明らかである。

大学病院の混乱は昭和40年代にも医学部紛争として発生した。その原因としてガバナンスの欠如が挙げられる。病院だけではなく、医学部および大学執行部にも問題があった。紛争は小児科と精神科で非常に長引いた。これらは患者が声をあげられない診療科である。当時は患者中心医療の視点が足りなかったことを示唆している。さらに徒弟制度的なトレーニングシステムや、無理な体制で臨床、教育、研究を頑張り過ぎたということも原因であった。世界的な潮流も無視できない。ベトナム戦争、アメリカの公民権運動、カリフォルニア大学バークレイにおける学生の射殺事件、パリのカルティエラタン、日本では安保闘争などいろいろな事件があった。これらの要因や背景は今日でも無縁ではない。現在、若い医師の行動が自己中心的であるといわれるが、これは彼らの過重労働の上に成立している現在の日本の医療体制に対するプロテストであると認識する必要がある。

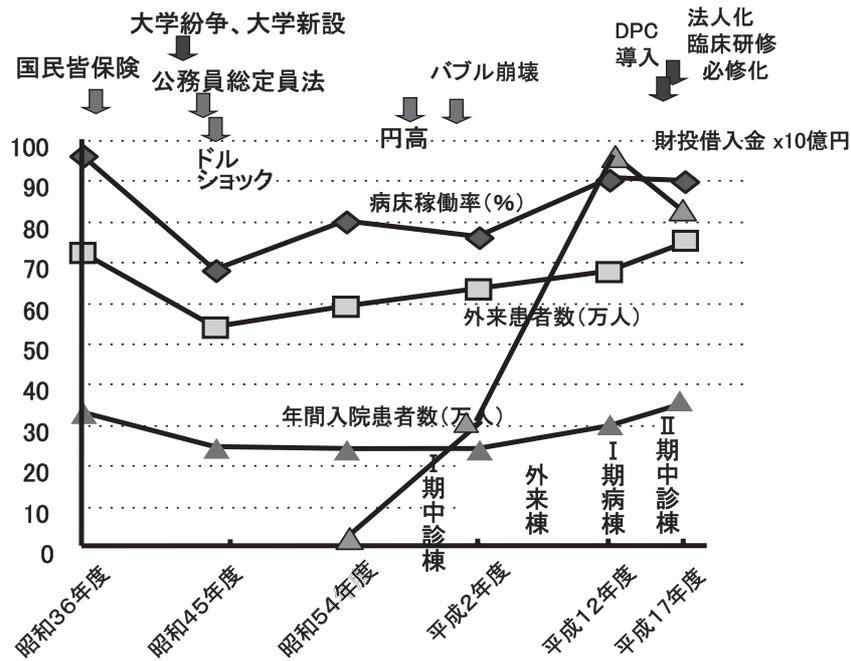
5. 東大病院の変遷

昭和30年代の東大病院は、医学部紛争の直前までは病床稼働率が約96%であった。外来患者数や年間入院患者数も、現在とさほど変わらない。当時の大学病院は無給医局員に依存した無理な体制で運営されていた。その後、国民皆保険、大学紛争、総定員法、ドルショックなどで、予算のゼロシーリングが続き、稼働率は68%まで落ち込んだ。増員の当たらないまま、小さな病棟やユニットを新設し、それが稼働できなかつたために悪循環に入っていった。この状況を脱するのに40年間を要した(図2)。

大学病院は入門者が一旦途絶えると悪循環に入る。新医師臨床研修制度においても、ドミノのように悪循環が始まった。

東大病院は、利子を含めて1,400億円にのぼる財政投融資(財投)からの借金によって復活した。これによって病院の再建が可能になったからである。国立大学病院の建物は、全て財政投融資、すなわち郵便貯金からの借入金である。学部や研究所の校舎は税金によるもので返済義務はないが、病院は収入があるからという理由で財投が充てられていた。「一応財投を割り当てておくが、文部省という大きな財布の中では同じこと」という説明で、国による支援を受けてきた。しかし、法人化によって、財投か

図2 東大病院の変遷



らの借金は病院の赤字として計上されるようになった。法人化後は財投借入金 of すべてを附属病院の赤字に繰り込むのは問題である。しかも運営費交付金の削減率は、平成15年度の病院収入の2%であって、交付金自体からみると毎年6~7%の削減率となる。この削減率は、国立大学病院の運営に大きな変化をもたらしており、医療界や地域経済にも影響が波及しつつある。そもそも大学病院は将来を見据えて建設しなければ、めまぐるしく変わる医療状況に対応できない。このため大学病院の建設は常に過剰投資となる。

大学病院が大きな混乱に入ると数十年の影響が残る。これは診療だけでなく、教育、研究、さらに大学病院によっては地方行政や経済にまで影響を及ぼす可能性がある。後述するように、国立大学の法人化によって大学病院が重い財政負担を担ったことは、日本の医療全体にも大きな影響を及ぼしている。

6. 医療資源の分配

医療資源の分配は医療の質確保に重要な要因である。日本の医療費は急性期や高度機能病院に手薄い。大学病院の機能を果たすためには、低賃金の医局員や大学院生に依存しなければならない。かつては勉学のためのという名目で、彼らの安価な労働力に依存してきた。不足する個人収入は地域の病院や診療所から得てきた。新医師臨床研修制度によりこのシステム

も破綻しつつある。とくに医師に対する需要過剰の状況のなかで、新卒医師の研修病院について究極の市場原理を導入したことが、大きな混乱を引き起こした。

社会の要求も過大である。医療費を抑制しながら、いつでも、どこでも、質の高い均一な医療を求める。現実と理想の落差が大きいため、医療提供体制のあり方は大きく揺らぎ始めた。しかし医療事故に対する司法介入が日常化すれば、病院側は、より医療安全を重視した体制へシフトするであろう。少人数による高度な診療は行わず、高度医療を行うのであれば、安全管理体制と余裕のある診療体制の確保が優先する。激務に追われた医師の過労死がすでに全国で認定されているが、当然、労働衛生管理を厳格に行う必要がある。社会の基準を守ろうとすれば、人手と経費が足りない。大学病院を含めて、地域の中核病院における体制は不備な点が多いのも事実である。これが勤務医離れを招いている。

大学病院や公的病院の医師の待遇改善も必要である。繁忙度を考慮した処遇ではなく、給与は卒業年次によって決められていることが多い。多忙な診療科の医師の燃え尽きを防ぐためには、評価システムの改善が必要である。

個々の医師への負担が大きく異なり、かつ評価系が確立していない場合は、現場の独走が生ずる。管理者も現場に介入しにくい状況を生み出し、病院全体のシステムの構築が困難となる。大学病院や公的病院を若手医師が敬遠するのは、このような問題点を認識しているからである。日本の医療体制の中核が大学病院と地域の公的病院である以上、これらの病院への公的支援を行うと共に、日本の医療提供体制のグランドプランを作り直す必要がある。

7. 医療関連業務の規制緩和

医師不足に関連して、医師の育成を増やす計画が提案されている。しかし果たして現在論議されている程度の増員がどれだけ有効かは疑問である。より大幅な医師増員を行う必要があるが、その長期的影響は予測しがたい。むしろ医療関連業務の規制緩和を行い、非医師の医事行為を認可するほうが現実的と思われる。すくなくとも医師増員の議論と平行して、この点を議論すべきであろう。米国の医療関連職種は多彩で、日本では医師が行う業務もコメディカルが担当している（表4）。Physician assistant、Nurse practitionerなどの制度は日本でも検討に値する。

表4

<p>Osteopathist 47,000 オステオパシスト doctorの称号を持つ。100年以上の歴史。大卒後、オステオパシー医科大学4年を卒業、オステオパシー医師免許取得。</p>
<p>Nurse anestesiologist 看護師麻酔士 1965年、不足する麻酔医を補充する名目で採用。 年収8万ドル。10数州で未認可。大学病院にはいないが、郊外の病院では活躍している。</p>
<p>Physician assistant 63,000 医師補助士 1960年に採用、もとは、衛生兵が始めた。主に外科手術後の医師業務の補助を行う。大卒後、2年間の専門学校。外科医の監督下、薬の処方、手術補助（CABGのグラフト採取など）、退院手続き、外来診察まで行う。年収6万ドル。10数州で未認可。内科のPAもある。</p>
<p>Nurse practitioner 看護師診療士 1991年、僻地医療に従事する医師を補う目的。看護過程終了後、1年以上の訓練と試験。処方、小手術も可。年収5万ドル。僻地に制限されていたが、1997年のメディケア改革により、医師の85%の支払で全国どこでも診療できるようになった。</p>

8. 国立大学病院を取り巻く環境

国立大学の法人化も今日の医療提供体制に大きな影響をもたらしつつある。法人化は国立大学病院を競争的環境に追い込んだ。また病院長は経営責任を負う。一方で、国家公務員総定員法が適用されなくなった点は大きな進歩で、自らの責任で職員を増員することができるようになった。今回の7対1看護師問題の背景に、これまで国家公務員法の制約により職員を増員できなかった国立大学病院の事情がある。医療の進歩に見合った増員をしてこなかったために、若手医師への過剰な負担は改善されていない。

国立大学の法人化による最大の影響は財政である。とくに最近、病院再開発を行った大学病院は巨額の財政投融资からの借入金を抱えている。東大病院は多額の借り入れを行い、現在も毎年60億円から70億円の返済を行っている（図3）。このような状況の中で、運営費交付金は、毎年5億5千万円ずつ削減されることは、まさに破綻のスパイラルへの道筋である。

国立大学法人化後に大学病院がいかに重荷を担っているかは図4の変化から明らかである。国立大学病院への交付金は、平成16年度に584億円であった。これが平成19年度には367億円となり、217億円、すなわち4年間で37%削減された。ところが、大学病院以外の部局においては、総額1兆1,800億円から154億円、すなわち1.3%しか削減されていない（図4）。他部局の30倍の速度で国立大学病院への交付金が削減されていったことになる。合計370億円が削減されたが、その6割は大学病院が担ったのである。

370億円の運営費交付金が削減されたのであるから、国立大学法人の事

図3 東大病院における財投償還金と診療用運営費交付金

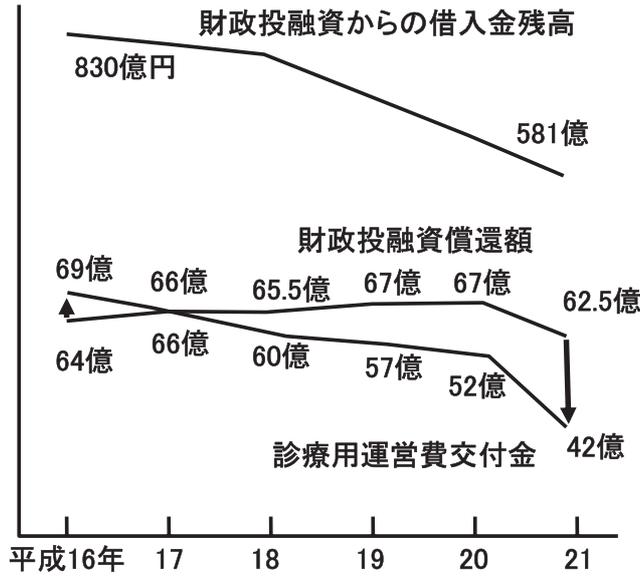


図4 国立大学法人における運営費交付金の変化

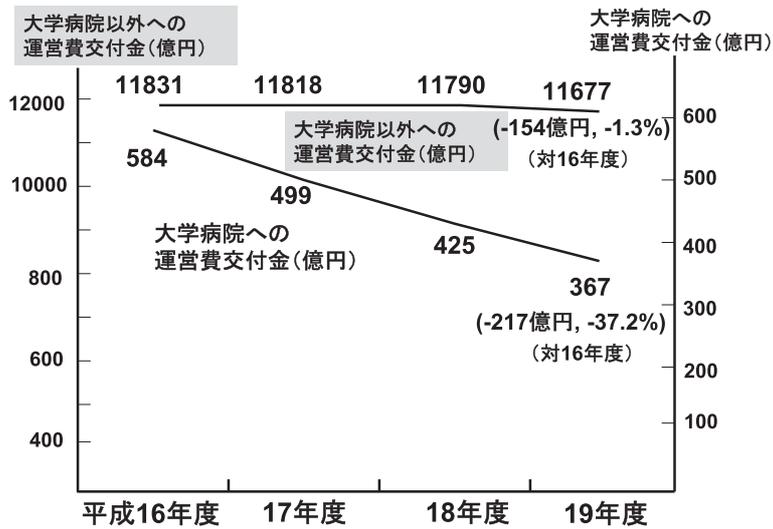
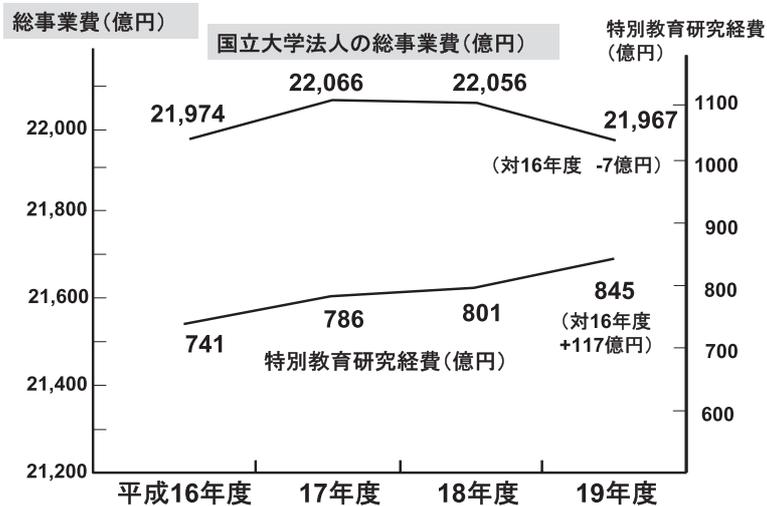


図5 国立大学法人の総事業費と特別教育研究経費



業費が370億円減額したかというところ、平成16年度の2兆2,000億円から7億円しか減っていない(図5)。なぜならば、大学病院は削減分を増収によって補填し、節約できた交付金が、特別教育研究経費や退職金の名目で国立大学法人に還元されたと考えられるからである。

このように国立大学法人化はまさに大学病院の増収を見込んだ計画であった。当然、このことは大学病院の行動様式や位置づけに大きな変化をもたらした。国立大学の法人化により苛酷な交付金削減と経営責任を負った以上、国立大学病院も他の医療機関と競合せざるを得ないわけである。

昭和33年に国民健康保険法が制定されたときに、国立大学は教育・研究に及ぼす影響を懸念した。それに対して、昭和33年3月10日に文部省大学学術局長と厚生省保険局長の間で、「大学病院が教育・研究上支障のないよう今後文部省と十分協議のうえその内容については適当な措置、必要に応じ省令の改正・制定又はその他の措置を講ずることに努めるものとする。」という申し合わせが取り交わされている。国立大学病院が本来のあり方を回復できるよう、もう一度この申し合わせの意味を社会全体で考えて頂きたい。

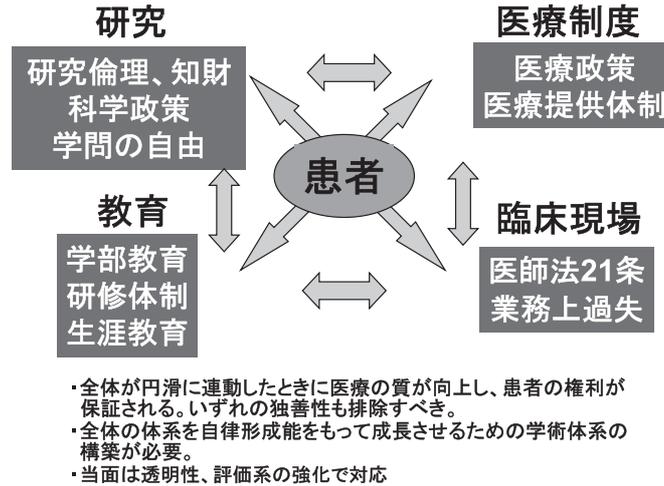
9. おわりに：医療提供体制の制御

医療提供体制を制御する要因として、医療資源の分配と、個々の医療機関における医療の質保証が重要である。前者は医療行政の課題であるが、後者は教育、研修、研究体制を通じた人材育成と医学知識の構造化である。大学病院や地域の中核病院は日本の医療体制の根幹であり、いわば公共財である。自律的に医療の質の管理を行うことを前提とした上で、各医療機関に対する公的な支援が必要である。社会の共有資産として、大学病院を医療体制の再構築に組み込むことが、医療機関の機能分担と集約化の推進に重要と考えられる。これを実現するには、doctor fee と hospital fee の議論をしなければならない。

医療には、さまざまな要素が複雑に関連しながら存在する。主要な要素として、医療現場、医療提供体制(行政)、臨床研究、医学教育の4つを挙げることができる。これらは独立して存在しえず、患者を中心として相互に連動する(図6)。いずれが機能不全に陥っても医療は崩壊するが、一方でいずれかが原則論に固執しても崩壊する。

いわゆる異常死や医療事故に司法が介入し、医師法21条違反や刑法の業務上過失で起訴すれば医療現場からの立ち去りが発生するのは、その例である。また臨床における研究至上主義は現場の意欲低下をもたらす。逆に臨床研究が低迷すれば、日本の臨床レベルは低下する。診療報酬が病院

図6 医療の全体像



に手薄で人件費を増やせなければ、若手医師は病院勤務を敬遠する。このように複雑な医療システム全体を動かすためには、それぞれの要素が健全な機能を果たすとともに排他的独善に陥らないことが肝要である。

医療の各要素における透明性と公平な評価システムは、健全な相互作用を促進する。病院の機能分担と集約化は、患者、住民、医療従事者の納得が必要であるが、医療の評価を結果だけではなく、プロセスの適切さから行うことは、医療提供体制の再構築にも重要である。

少子高齢化の
医療・年金へのインパクトについて

日本大学総合研究大学院教授

日本大学人口研究所所長

小川 直宏

National Transfer Account (NTA) は、我々がつくった新しい経済学のアプローチである。6月21日の日経新聞に、『人口問題に関する国連の新しい報告書「高齢化世界と開発」』が紹介されたが、これは昨年10月、世界の高齢化問題に対する新しいアプローチを国連が求めていた際、私と Andrew Mason の2人が国連本部に招聘されて行った報告に基づくもので、高齢化に関する全く新しい経済学のアプローチである。我々はこれを国民移転勘定、または会計と呼んでいるが、経済的には、90年代に年金制度や社会保障がどのぐらいもつかと経済学者が一生懸命取り組んだ Generation Accounting (世代会計) とは大きな違いが1つある。それは、Generation Accounting とはあくまで Public である。つまり、政府のやっていることがどこまでもつかということである。この National Transfer Account は、Public だけではなくて Family、家族がどのぐらい互いに世代間で助け合っているかという点に着目している。医療も当然入ってくる。年金も入ってくる。そのなかで、Public と Family の両者が日本の社会でどのように助け合い、負担し合っているか、しかも年齢別にはどのようなになっているか。今までは Public な話が非常に多かったが、きょうはそのなかに経済学者としては非常に珍しい Family というミクロデータから推計した結果を導入して新しい高齢化社会の議論をしようというのがねらいである。

もう1つは、高齢化社会をどう乗り切るかというときに、「人口ボーナス」における「第1次人口ボーナス」「第2次人口ボーナス」といった、国連と IMF で最近取り上げられたコンセプトを中心にお話を申し上げたい。

21世紀は人口高齢化の世紀

20世紀には、人口問題は人口爆発で人がたくさんいるというイメージであったが、それはもう終わった。実際には、人口爆発のピークは1960年代であり、「21世紀は人口高齢化の世紀」と言われている。そういう点で、まず発想の転換をお願いしたい。

1950～2050年の100年間に、先進工業国において、いずれも65歳以上人口の増加が確実に増加し、高齢化してきている。人口高齢化のメカニズム、これはぜひ理解していただきたいところで、「人口高齢化」とまとめて言っているが、本当はメカニズムが変わる。まず出生低下。赤ちゃんが生まれなくなったから高齢化が始まる。そして、長生きをするようになって余命が伸び、さらに高齢化する。戦前を見ると、乳児死亡率が下がったことによって若年化している時期があった。1935～1940年頃である。つ

まり、死亡率が下がるということは、本来人口が若返ることである。しかし、ここになって初めて、人類でこの高齢者が長生きをすることによって高齢化が進んできたのである。

そして2005～2010年にかけてシフトが起こっている。今は「少子化社会」という言葉しかないが、「少子化社会」ではなくて、これからは長寿が高齢化を引き起こすという点で、「少子高齢化」はもうじき死語になるというのが私の主張である。これからは「長寿高齢化」、寿命がどこまで伸びるかが最終的に高齢化を決定するメカニズム、これは人口学的に分析してもそうになっている。世界の国でも、大体70歳の平均余命を過ぎると、寿命の影響がどんどん大きくなっていくのが高齢化のメカニズムである。

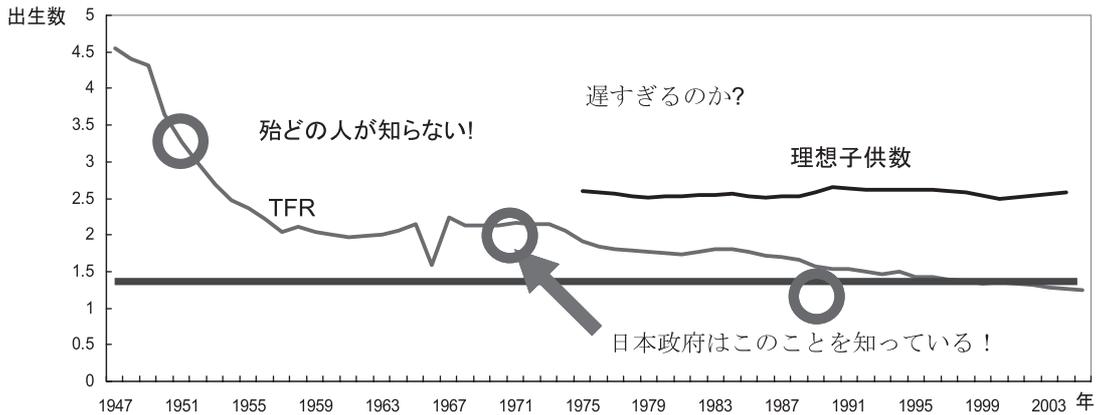
先進国はいずれも出生率が下がってきている。合計特殊出生率（Total Fertility Rate：以後 TFR）は普通 2.07 の水準がないと人口を維持できない。しかし、1970年代ぐらいから先進国のいずれもがその水準以下になってしまった。世界の人口の半分を占める国々において、既に少子化社会である。ちなみに、人口13億人の中国でも TFR は 1.4 である。この前、中国の大臣に招聘され、外国の学者 10 人程とこの問題に関する会議を行った。要するに、中国は「一人っ子政策」をやめたい、もうどうにもならないということで、外圧を使って国民を説得して欲しいというのが会議の趣旨であったが、もうそこまで来ている。中国においてこれから大きな問題は、年金制度がどうなるか。そのときの会議でも、1人当たり幾らの年金にするかという問題で 100 元という話も出たが、それが中国に最大の問題になりつつある。ここからも、これからの中国は必ずしもバラ色とは限らないということが予測される。

日本の TFR の変化を見ると、団塊の世代が生まれた 1947～1949 年の 3 年間だけベビーブームがあった。一方、アメリカは 1946～1964 年に、クリントンに代表されるような非常にダイナミックな世代も含む長期にわたる 17 年間のベビーブームがあった。これから日米間を考えると、3 対 17 というのは非常に大きな違いになって出てくる。日本は 3 年間、アメリカは 17 年間、しかも移民を持っている国ということで、これからは日本とアメリカでは大きな違いがここで出てくるということが伺える。

しかも、この 3 年間の後に TFR は 10 年間で半減する、これは史上初めての出来事であったが、これを知っている人は余りいない。1947～1957 年の 10 年間で TFR は 4.5 から 2.07 まで下がった。半分になった。すでに、この時点で人類史上初めての高齢化社会が来ることは決まってしまったわけである。(図 1)

そしてもう 1 つのポイントは、1969 年、人口問題審議会の 8 月の中間

図1 合計特殊出生率(TFR)及び理想子供数,日本,1947-2005年



答申で、「このまま行くと日本は大変なことになる。少子化になってしまふ。高齢化が怖い。」ということが明記されている。この時点で日本の出生率は世界で最低の水準にあった。しかし、それに対して何ら政策を打たなかった。というのは、その当時、日本にとっての大きな問題は、公害であった。そのときに何か手を打っていればよかったが、1995年からTFRは1.5から下がってしまい、それ以降ずっと下がっている。もう今では遅過ぎるのではないか。

ちなみに、出生率は下がっているが、理想子供数は2.5~2.6人と全然下がっておらず、安定している。現在の出産期にある母親の35%が理想子供数を持ってないという、ここが少子化対策を必要とする人口であることは間違いのないわけであるが、問題は、長期的に考えたときに、果たしてベヘイビアである出生率と規範である理想子供数とがこんなに長くギャップが拡大し続けるわけがなく、どちらかがどちらかに接近する。これがどっちに接近するかによって日本の今後の人口は大きく変わってくることになる。

低出生のワナの仮説

世界の人口学会の最新の知見というのは、出生率の新見解で、ワナの仮説として、オーストリアを中心にして出されてきた議論である。これは、TFRが1.5から下がり続けると、そのままこれでいいという雰囲気になり、徐々に周りがそれにならされてきて、それ以上余り上がってこない。しかも、経済学的に言うと、その限界費用はTFRを1.3から1.4に上げるのと、1.6から1.7に上げるのでは、同じ0.1を上げるにしても全然違う。長期間低出生にならされた場合、0.1を押し上げるだけでも大変なリソースを必要とするが、なかなかそれが難しい。それがTFR 1.6から1.7であれば、比較的簡単である。この辺がヨーロッパと日本との大きな違いでは

ないかと思う。

低出生の話題で、日本は1995年から次のTFR 1.5を下回っているが、回復する国は1.5に下がった場合にすぐ立ち直る。この1.5を切って長期間下がり、それ以下に行くと世界的に今までのところ回復した国はない。そういう点で、この1.5というのは分水嶺であり、これを切ったときに立ち直るかどうかが、これが長くなればなるほど非常に難しいという状況がある。

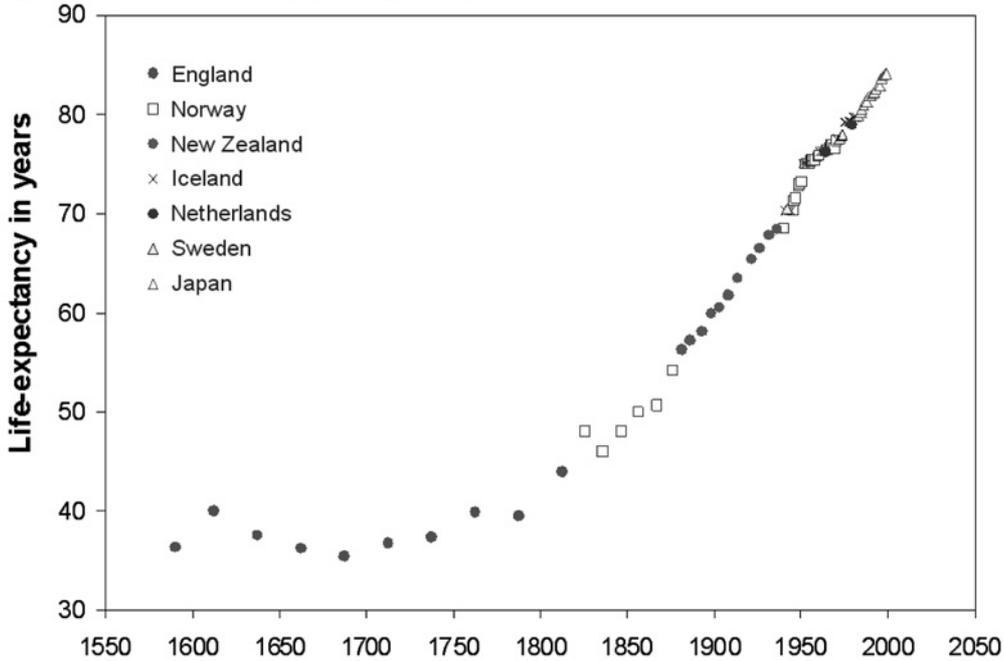
日本の出生率の変化について、1950年から2005年までを見ると、昔は女性が結婚する確率は100%であったが、オイルショック（1974年）以降、その率は下がってきて、今日のような状況が続くと22%が未婚ということになる。男性はもう少し高くして30%を超えることになると思う。

これは全く新しい見解であり、まだ発表はしていないが、結婚はしなくなる傾向にある一方で、結婚したならば第1子を持つ確率は戻ってきている。これが少子化をある程度支えているのではないか。これは人口動態統計から計算した間違いのないデータから導き出している。だれが第1子目を持つかという点、毎日新聞社の世論調査の結果を分析すると、次男の世帯である。また、次男は結構親と一緒に住んでいる。データを見ると、結婚時に親と同居する率はずっと下がっていた。ところが、2000年前後になると、その率がはね上がっている。これは景気が悪くなったからである。それで、だれが親と同居しているかという点、次男の世帯が多い。今まで社会学の分析では、長男が親と同居することが最大の決定因子だったが、最近では次男である。

もう1つ大きな点は、国際結婚が非常に多くなってきている。日本は1975年には1%が国際結婚だった。ところが、最近では男性の5%が国際結婚をしている。昔は女性が主流だったが、今は男性が主流になってきている。ところが、台湾は30%、韓国でも20%が国際結婚であり、しかも相手はベトナムである。これはあまり日本では議論をしていないが、アジアでは大問題である。中国も一人っ子、韓国も長男ばかり結婚している。インドもそう。そういうのを全部合わせると、これから大体3,000万人ぐらい男子が余ってくる。この結婚相手をどうするかというのが、今、アジアで大きな問題であり、この問題はやがて出てくる。これがやはりグローバルな視点でこれから人口問題を考えなければいけない大きなポイントだと思う。

それから、日大人口研が行った推計によると、政策によってTFRは1.6ないし1.55ぐらいまで戻る可能性はあるが、下手をすれば0.95まで下がる可能性もある。先進国で、ヨーロッパを主体にして、この確率による人

図2 1550年以降の平均寿命の世界最高記録の変化



口推計というのは徐々に主流になってきた。80年代、90年代、あまりにも社会保障で予測が外れ続けたので、ヨーロッパにおいて人口推計を何とかしなければいけないということになった。そこで、確率に値をかけることによって経済の予測をするという考え方が出てきて、それが我々の今やっている大きな課題であり、医師会の委託研究においても、これを経済・社会保障と同時にリンクさせて出生率を推計している。

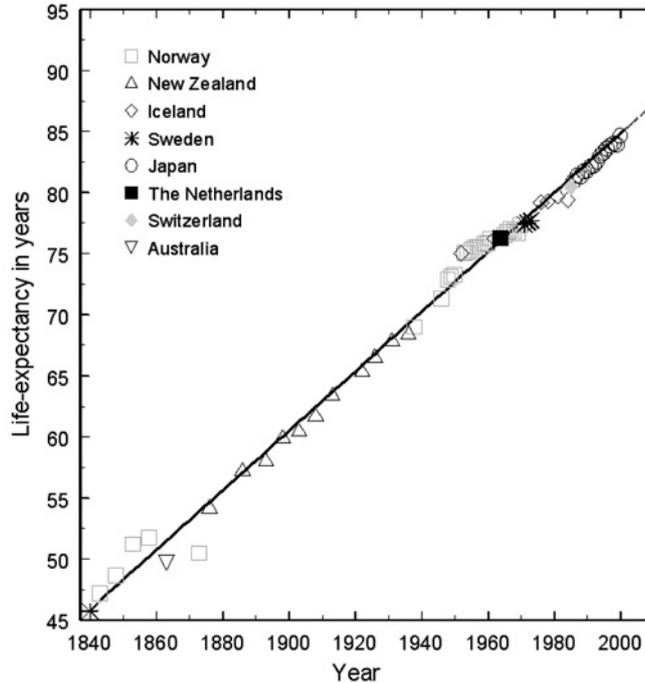
寿命の伸びに限界は？

1950～2000年にかけて、最高年齢者から数えて100人の平均死亡年齢を見ると、1950年には女性100歳、男性は98歳であった。その後、社会保障元年、福祉元年と言われた1973年頃から予測とずれ始め、寿命は最近どんどん伸びている。これには社会保障の影響がかなりあると思われる。

平均寿命がどこまで伸びるかという問題である。図2は最近の“Science”の論文で取り上げられたものであり、非常に注目している。これは我々の同僚のJames Vaugelの研究であり、1550年から最近まで、各時点におけるその時点でいちばん寿命の長かった国を表している。

次に、図3のように1840年以降を見ると、寿命の伸びの変化率はストレートにその後になっている。フィット（近似）は98.9%であり、これ以上直線はないというぐらいの直線である。それを考えてみると、この“Science”が出されるまで、誰もがこの線は曲がっていると考えていた。だから、社会保障は失敗した。ヨーロッパの年金が大変なのは、ここに大き

図3 1840年以降の平均寿命の世界最高記録の変化



Source: Jim Oeppen and James W. Vaupel, 2002. 'Broken Limits to Life Expectancy,' Science: Vol.296

なポイントがあった。

最近の“Nature”を見ると、G7のなかで日本がいちばん寿命予測を外している。これが年金制度上の大きな問題点になっている。これを歴史的に見ると、如何に当たらないか。Dublinが1928年に女性の寿命を64.7歳と予測して以来いろいろな人が寿命の推計値を出してきた。そして全部が破られている。最近では、この新しいメソッドロジーをつくったリー・カーター法が人口推計に使われている。そして、日本政府は、今年出した人口推計をリー・カーター法でやっていると言うが、そうではないとリー・カーター本人が言っている。

なぜかという、リー・カーター法をやるためには、50年を見て25年ぐらいを推計しなければいけないのに、国立社会保障・人口問題研究所(以後、社人研)の場合は、10年間のデータを見て、50年間推計をしている。統計学的に、明らかにそこに問題があることはわかると思うが、それでどうなるかという、社人研の出した年金制度のベースになっている人口推計は90%の確率で外れることになる。しかし、前述のように、リー本人に言わせると、リー・カーター法ではない。それが年金のベースになっていることに大きな問題点がある。因みに、我々が医師会の委託研究でやっている推計は、50年間のデータをベースにしている。

我々の研究では、論文はまだ発表していないが、105歳とか110歳以上という研究を行っている。日本では、1963年、「老人の日」ができたとき

図4 Japan's Most Important Graph

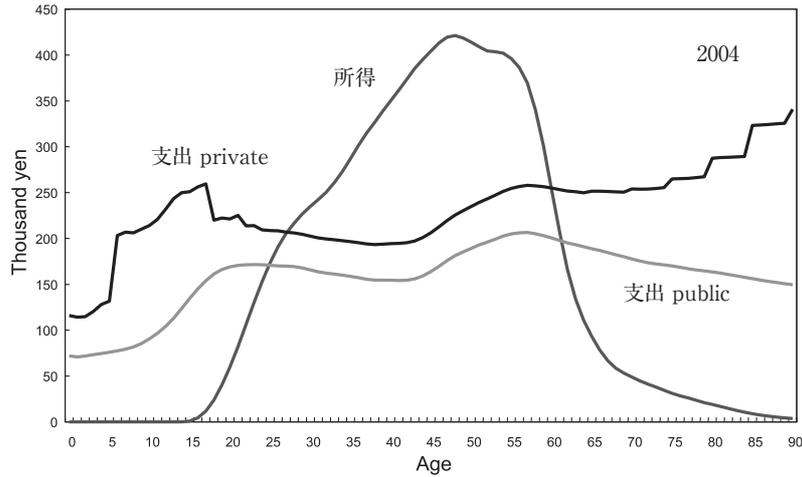
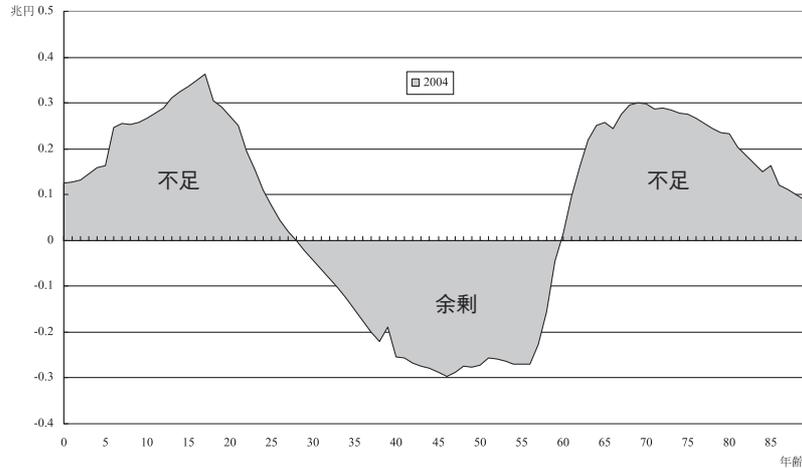


図5 ライフサイクル上での不足(2004年)



には全国で 153 人であった 100 歳以上の老人がどんどん増えてきて、2050 年にはこのペースでいくと男女計で 200 万人近くまでになる。これが本当になったら大変なことになる。1980 年、1990 年、だれもが曲がると思っていた寿命曲線が、いつまでたっても曲がらない。ストレートで伸びてきて大変なことになっているわけである。

ライフサイクル上での不足

図 4 は、全国消費実態調査から、年齢ごとの所得と支出を表している。これは 2004 年のプロフィールであり、支出は国民所得勘定にもリンクさせている。我々は、これを日本の “Most Important Graph” と言っている。

これを図 5 のように置き換えると、2004 年における日本全体の状況として、上の山の部分がライフサイクル上の不足であり、下の山の部分が余剰である。

図6 ライフサイクル上での不足

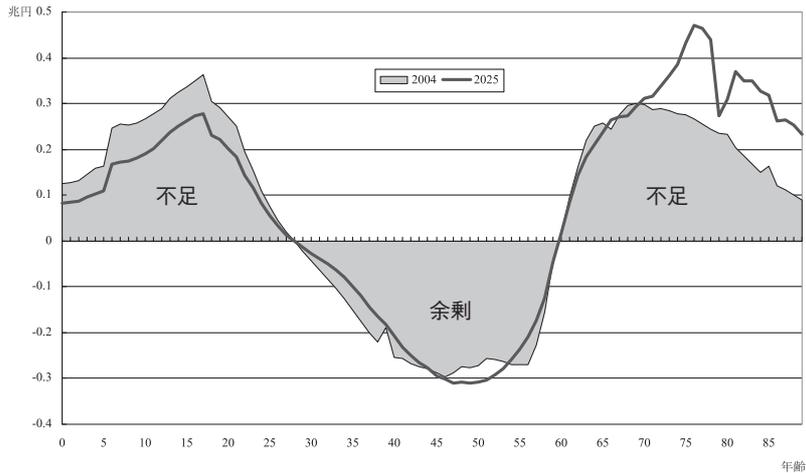
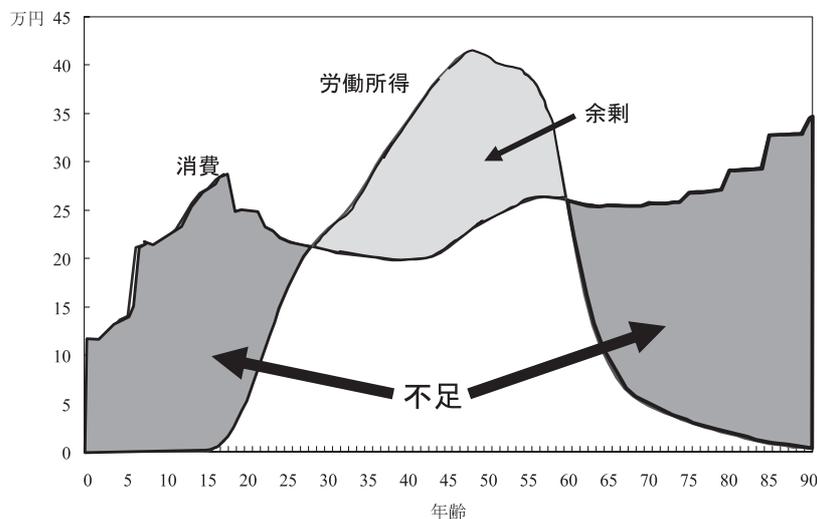


図7 日本で最も重要なグラフ(2004年:1人当たり)



これを図6のように2025年の人口推計に合わせると、人口だけが変わったら、明らかに高齢者にかなりのリソースが流れていって、子供が減っていくということがおわかりいただける。これは経済成長とか、世代間の均衡の問題、そして公平の問題、いろいろなところで出てくる可能性がここから伺える。

このグラフに戻ると、労働所得が消費を上回る生産者年齢の部分 surplus であり、両サイドが不足になる。この不足部分を surplus 部分がカバーするためには、要するに年金等の公共の移転でやるか、家族が支援するか、或いは各個人の持っている資産で補うかしかなく、これで何とかバランスを取るとというのが世代間の扶助のやり方である。(図7、8)

年齢別一人当たり収入、消費の推移

次に、年齢別の一人当たり収入を見ていくと、1984年から変化していく。84、89年のバブル期。それから、94年にバブルがはじけ始めた。バブル

図8 世代間の扶助:ライフサイクル上での不足

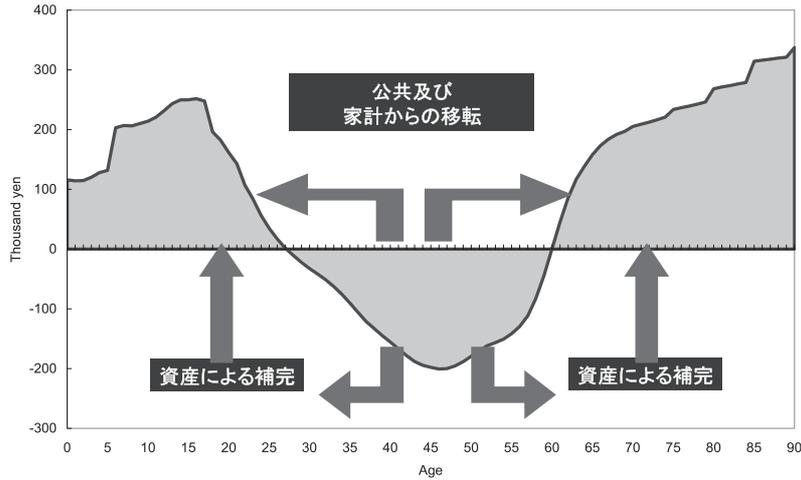
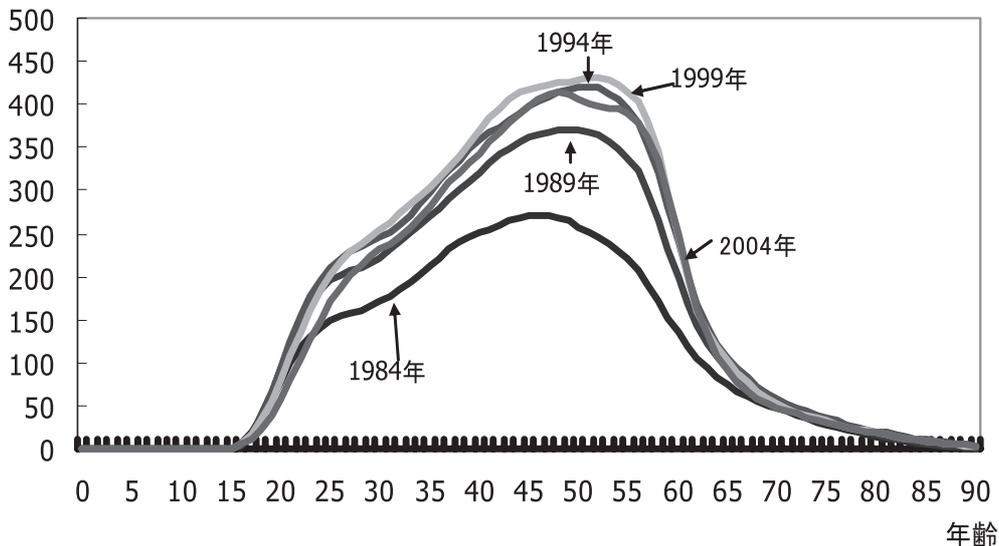


図9 年齢別・月別一人当り収入、1984、1989、1994、1999年、2004年
千円



がはじけた後はほとんど成長していない。所得は上がっていない。そのため、この90年代を「失われた10年」というのはここからほとんど所得が変わっていないということからわかる。(図9)

消費も図10のように変わっていく。2004年になってから、高齢者の消費が上がってきた。これが何かということころは、医師会にとっては大変関心のあるところである。

これを両方を合わせると、このクロスポイントが、要するに収入のほうが消費よりも多くなる年齢がどんどんどんどん変わってきている。ただ、定年というか終わるほうはほとんど変わっていないということがこのグラフから分かる。

この形がどういうことで変わるかということ、もちろん収入のProfileが上がって、要するに労働市場、女性の就業率が変わったり、労働時間、就

図10 年齢別・月別一人当たり消費、1984、1989、1994、1999年、2004年

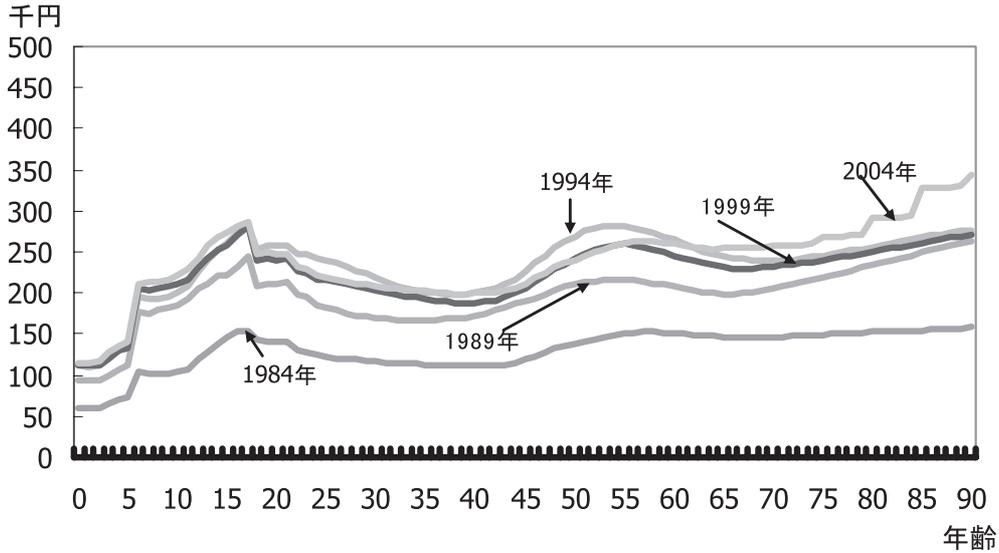


図11 月別・年齢別一人当たり収入及び消費、1984、1989、1994、1999、2004年

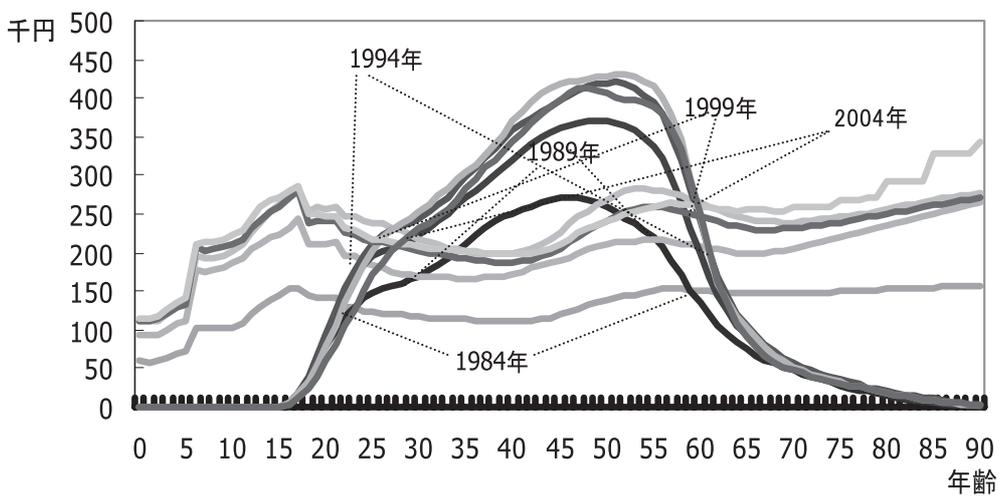


表1 日本及びアジア諸国における収入が消費を上回る年齢

国名	収入が消費を上回る年齢	
	若年層	高齢層
日本 (1989)	25	59
日本 (1994)	26	59
日本 (1999)	27	59
日本 (2004)	28	59
韓国, 2000	27	54
タイ, 1998	26	59
インド, 2000	29	59
インドネシア, 1996	29	57
フィリピン, 1999	26	56

業セクターが変化したり、または育児休業制度とか定年制といった諸々の状況によって変わる。そのため、1つ1つの分析を進めていくと、このグラフだけでもいろいろなことが言えるということがわかると思う。ここに

表2 アジア諸国における収入と消費の平均年齢

国名	消費の平均年齢	収入の平均年齢
日本, 2004	47.3	46.0
韓国, 2000	33.8	38.9
タイ, 1998	31.9	39.1
インド, 2000	31.1	40.1
インドネシア, 1996	28.9	37.9
フィリピン, 1999	27.6	36.9
米国, 2000	42.0	43.0

国連が目をつけて、高齢化社会で分析するときこのグラフをベースにしてやっている。(図 11)

日本の場合には、若年層の収入が多くなる年齢はいつかという、下の表から 1989 年は 25 歳で、その後 5 年ごとに 10 歳ずつ上がってきている。そして、定年制 60 歳はほとんど変わっていない。ここから、高齢者の雇用は全然動いていないということがわかると思う。(表 1)

収入が支出を上回る年齢は、日本の場合、ニート、フリーターとかいろいろ出てきて、なかなか働かないので、どんどん上がっている。こういうことがマイクロデータから出てきた結果になっている。ほかの国も結構皆遅いので、これは貧しい国だから当然かもしれないが、意外と高い年齢、ラテンアメリカも同じような状況になってきている。これは経済学の貯蓄関数で有名なライフサイクルモデルにおいて、消費の平均年齢と収入の平均年齢を比べたときに、収入のほうが消費よりも高ければ貯蓄率が高いと言うが、もう日本は逆転してしまい、消費のほうの中心が後ろに、つまり高齢者に移っていることがよく分かると思う。アメリカは同じような状況であるが、日本よりも年齢がかなり若くなっている。これから見ても貯蓄力を各国と比較することも可能になる。(表 2)

消費に占める医療費の負担

消費支出の構成を見ると、1989 年には公的な医療費が非常に増えて、私的な部分はそれほど多くない。このことから、当時は高齢者に手厚い政策だったのではないかとということが伺える。1994, 1999, 2004 年には公的な医療費が高齢者のところで増えてきた。これを私的な医療費と公的な医療費を 5 年ごとに分けて検証してみると、明らかに私的な医療費の変化によるものであることがわかる。昔はほとんどが公的なものによってカバーされ、私的なものは非常に少なかった。最近では、人口の高齢化だけではなくて、制度的な要因によっても医療費がかなり上がっており、私的

図12 Per Capita Consumption, Private and Public by Sector, United States, 2000

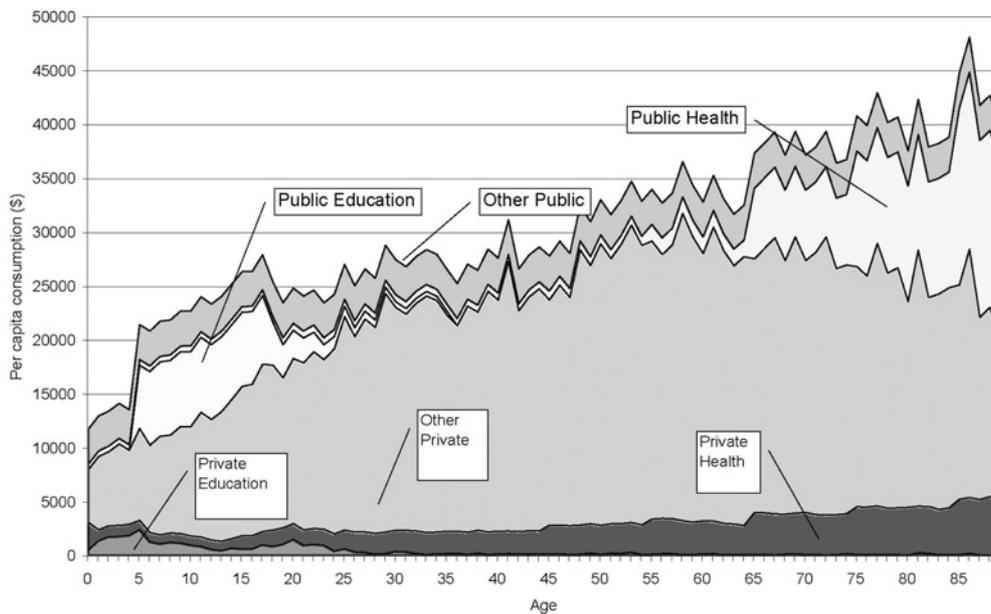
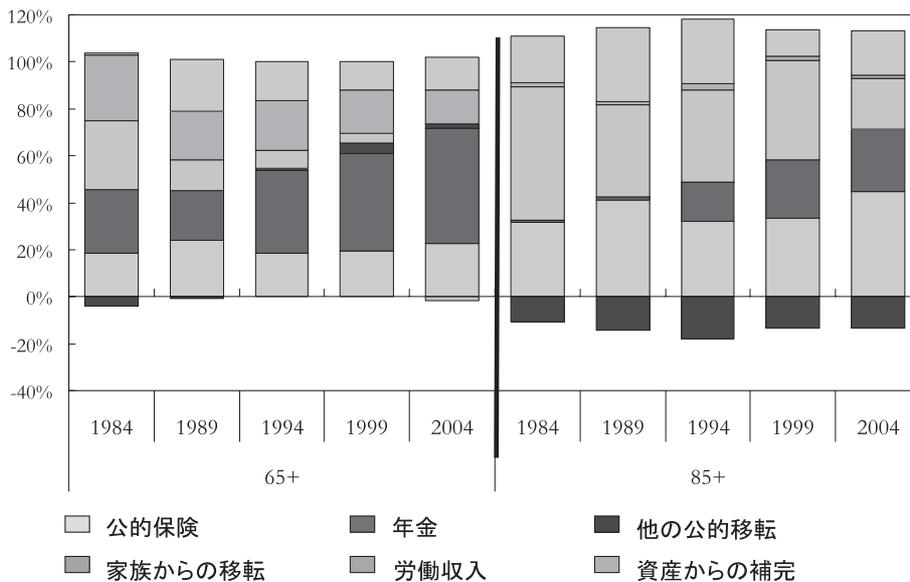


図13 65歳以上、85歳以上の高齢者における消費の財源



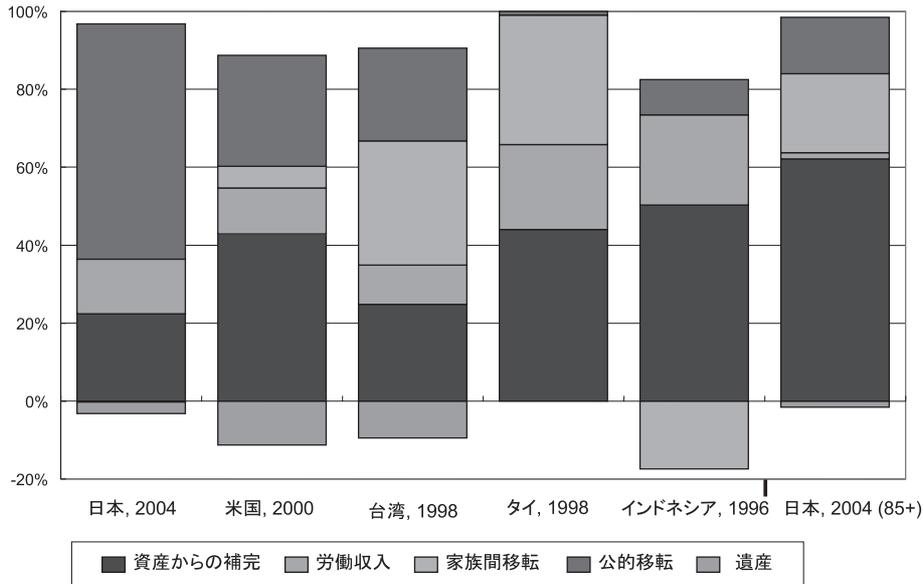
な負担、つまり家計における医療費の負担を増加させている。

アメリカの場合には、Private Health、Public Healthはこれだけである。やはりアメリカの場合にも Public が相当費用を負担していることがここから伺える。(図12)

下の図は、日本の高齢者がどのように自分の生活を担ってきたかを示している。公的保険、年金、そして家族の支えなど。(図13)

ショッキングなのはこの家族の支えであり、65歳以上をみると、過去20年間で家族による支えがゼロになった。子供からほとんどもうお金の流れがなくなってしまった。ただ、85歳以上になると、その部分はまだ残っ

図14 各国における65歳以上の高齢者が依存する消費財源



ている。65歳以上を見ると、徐々に年金の Weight が多くなっていて、ある面では非常に政府に頼る部分が大きくなっている。ただ、85歳以上は制度的に年金にまだ Maturity に達していない。そういう点では Benefit が小さいこともあって意外と年金に頼っている部分は少ないということになっている。

これを国際比較してみると非常によくわかる。2004年の日本人が、如何に公的なものに頼っており、家族の支えがないか。他の国には、この家族の支えの部分がたくさんあるが日本にはない。そういう点で、日本の同居は日本の含み資産であり、かつては確かにあったけれども、徐々になくなってきたということをデータの的に押さえることができる。(図14)

これをさらに5歳ごとに、1915~1919年生まれの人たちが65歳、70歳になったときにどのように生活してきたかを見てみると、徐々に年金で生活して、家族による支えというのは、85歳以上ならまあ残っているが、その次の世代になると、もう5歳違うだけで大きく違って来る。家族の支えがどんどん少なくなる。老人のサポートシステムが全く変わって来ている。そういう点で、現状を捉えて対策を考えていくときに、ただ老人を一くくりにしてというのはいけないのではないか。

年齢構造変化にともなう2つの人口ボーナスと資産の増大

高齢者のオプションを考えていくうえで、高齢化社会をどう考えるかという、2つあるのではないかと。私のポイントは、資産である。そこに人口ボーナスというのが出てくる。下の図は年齢構成の変化を表している。ここから、明らかに高齢化社会で老人がどんどん増えていくということが

図15 年齢構造の変化1950-2025年

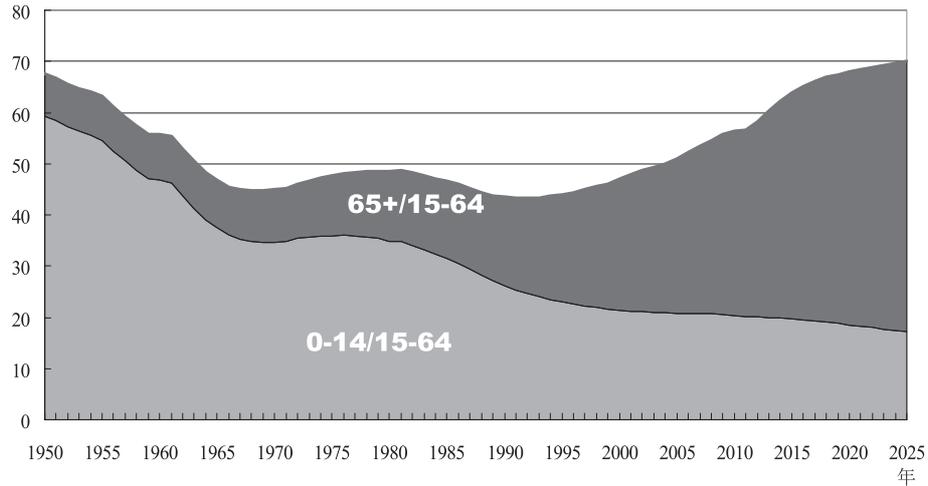
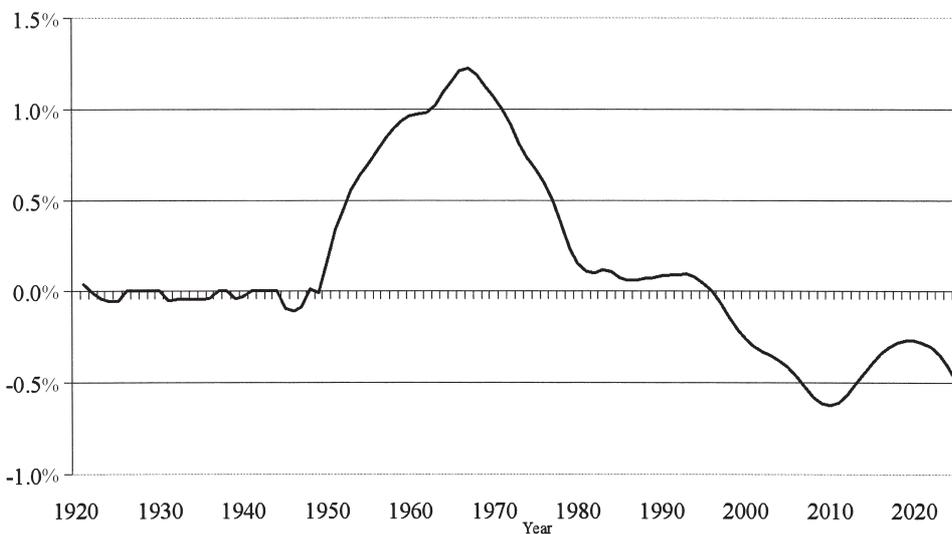


図16 日本における第1次人口ボーナスの推移、1920-2025年

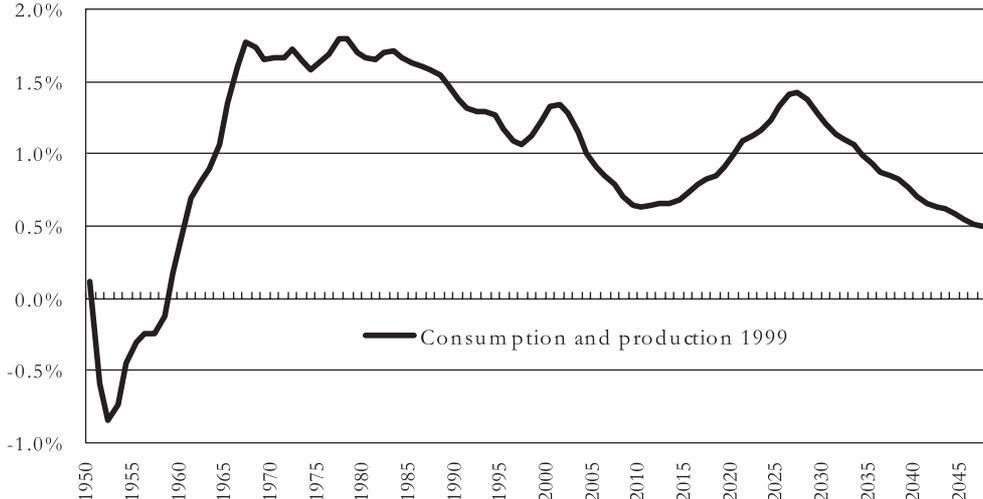


わかる。こうなっていったときに何を意味するか。そこで出てくるのが第1次人口ボーナス、第2次人口ボーナスである。(図15)

第1次人口ボーナスというのは、人口、年齢構成が変わる。赤ちゃんが生まれなくなるとどうということが起こるかということ、労働者数は減らないので、総人口は抑えられる。赤ちゃんが生まれにくい。労働力は一時的に減らない、そこがポイントである。絶対的に有利な人口、生産年齢人口を持つ。今言ったように一時的に。これを第1次人口ボーナスと言う。ここまでは日本の社会でよく言われている。(図16)

ところが、我々の言いたいのは、第2次人口ボーナスということで、これは、第1次人口ボーナスで豊かになったことによって、社会保障制度やいろいろなものをつくることによって寿命が長くなる。そして、老後のために資産をためようとする。そうすると資産形成が膨らみ、社会全体の資産が膨れるということになる。(図17)

図17 日本における第2次人口ボーナス, 1950-2050年

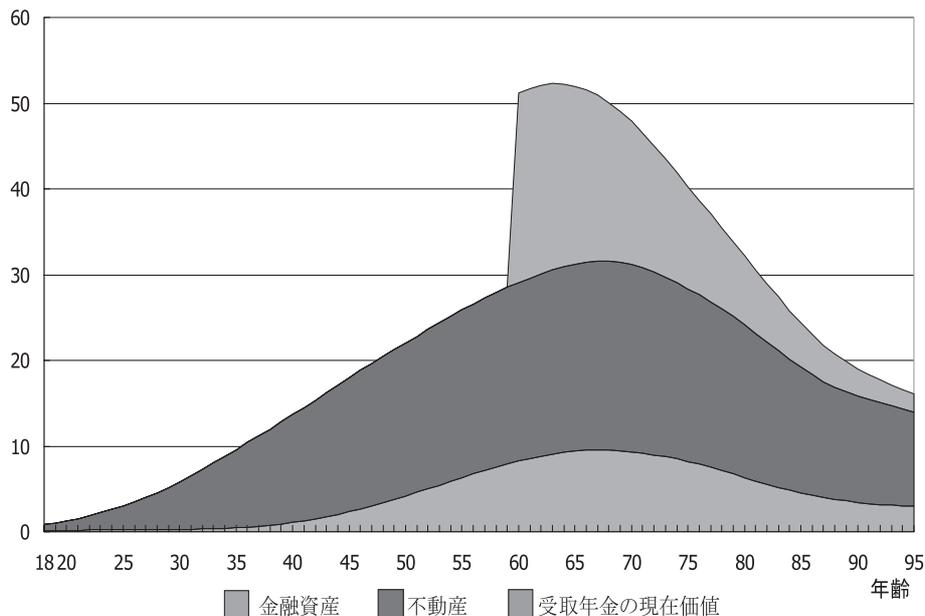


そういう点で、日本で、第1次人口ボーナスはいつかという、1950～1995年までで、日本の絶頂期であった。これはまさに高度成長期に当たる時期であり、あまり日本の経済学者は言っていないが、日本の高度成長期はある意味では35%ぐらいの人口が貢献したのではないかと考えている。ここから下はマイナスであり、もうボーナスはない。95年まではよかった。ある面では、バブル経済が始まったときに日本のボーナスが尽きたということになる。

ところが、国民皆保険で社会保障制度が充実した。それは第1次ボーナスがもたらした。それによって寿命が長くなったので、一生懸命資産をためることを考えた。代表的なものは年金である。年金のために、最初は積立制度だったのでどんどんファンドをつくった。今、このファンドの使われ方が問題になっているが、少なくとも、ためたことは事実である。これによってそういったもろもろのものはたまってきたので、その資産の成長率がこの形態であり、これを第2次人口ボーナスと言う。

要するに、生活が変わることによって資産をためようとする。50歳ぐらいのときに老後を考えてため始める。また、40歳代の人がため始める。それでたまっていくという構造になっている。特に、このときはよかったが、最近は落ちぎみである。ただ、ポイントは、2030年ごろに、何故もう1回第2次人口ボーナスが来るのか。このかぎは、第2次ベビーブームが握っている。その大人口集団が一生懸命高齢化に備えて貯蓄する時期がちょうど2030年ぐらいであり、この人口のコホートの大きさ、今は銀行は何を考えているかという、団塊世代の定年を対象にした預金を一生懸命獲得することしか考えていないが、そうではなくて、経済の根底には、次のSecond Generationが定年になったときに日本の経済にまた大きな役

図18 日本における年齢別資産構成及び年金資産, 1999年



割を果たすということがある。日本の高齢化、Second Generation というのは1年間に200万人も生まれた日本にとって最後の年齢である。1年以上、1971年から70年、毎年毎年200万人以上生まれた。日本の歴史にとって恐らく最後の200万コホートだと思われる。この200万コホートが、2030年ごろに日本経済にもう1回福をもたらす可能性はある。そのためには彼らはどのように資産を形成するか、それがポイントになる。そのための政策も必要になってくる。

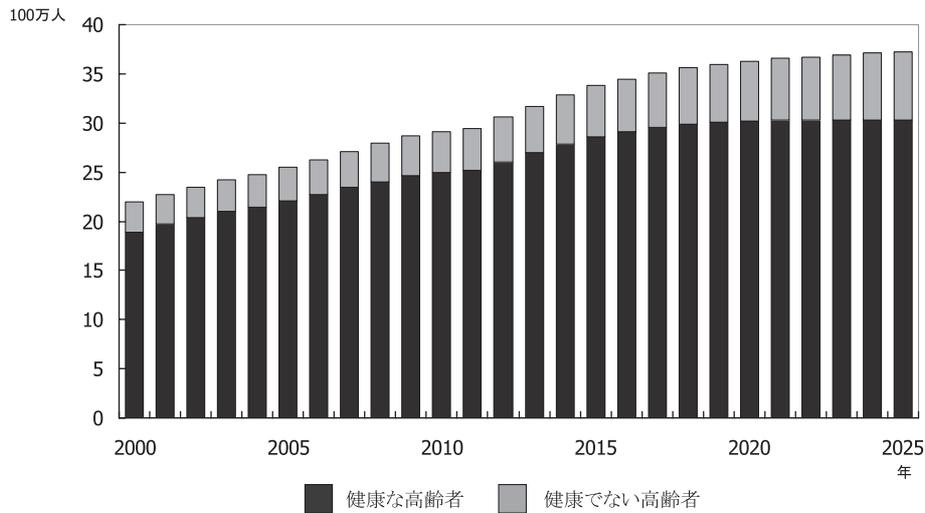
図18は各年齢別に財政、金融資産、実物資産をマイクロデータから推計した60歳の男女計、平均である。格差は考えておらず、あくまでもアベレージである。それを考えていくと、1人当たり60歳のところが5,000万円ぐらいである。

これを積分すると1,637兆円になり、国富の半分ぐらいの金額になる。そこで、フローは期待できないけれども、この高齢者の持っているストックの活用をどうするか。これが非常に日本にとって大きなポイントである。これをどう活用するかということを考えていくと、海外に少し投資する。だから、日本の政府の国債を買うよりも海外に投資したほうがいいのではないかと。人口学的に言うとそんな感じになる。

それはなぜかというところ、日本の第1次人口ボーナスというのは、1960年代を中心にして終わった。ところが、他のアジア諸国、ヨーロッパも同様に計算してみたところ、ヨーロッパもピークが日本よりもっと遅い。インドとか国によって全くピークのタイミングが違っている。そのため、このタイミングの違い、要するに、出生率の変化の違い、年齢構造の変化の

図19 日本における健康状態による高齢者人口推計 2000-2025年

(健康状態の変化率に基づく推計)



違いによって、アジアにおいてもビジネスチャンスというのは全然違ったタイミングになってくる。まさに時間差である。それを第1次人口ボーナスではなくて第2次人口ボーナスを見ても、これも全く違う。各国の富の形成のされ方が全く違ったタイミングで表れてくる。

問題は、OECDが言っているように、投資に関する知識を71%の日本人の大人が持っていない。それから57%が金融商品に対する知識がない。こういう点で、何とかその資産活用の教育が必要だということを進言している。

人的資本（健康な高齢者）の増大

次に、人的資本として、健康な高齢者をうまく使うしかないのではないか、これが2つ目のポイントである。

日本大学が老人7,000人の追跡調査を行い、健康状態を調べている。健康だったり病気になったりいろいろ変化するが、その変化率を考えて、元気な老人と病気の老人の割合を将来推計したのが図19である。ここから、要するに絶対数でいくと、やはり元気な老人の数が増えていくので、そのデータから明らかなことは、農村というのはみんな働いている。定年になった人なんていない。そういうように日本の今農村にあるような老人みたいに、定年制がなくなった場合にはどうなるかという、そういうシミュレーションをしてみた。それをマクロ経済のモデルでやってみると、2つのシミュレーションがわかる。

ひとつは、健康であれば全員働くというシナリオ。もう1つは、定年制を65歳にして65~70歳までは今よりも参加率を10%上げるというシナ

リオで、ベースラン、つまり 2005~2025 年の間、何もしないで経済がそのまま成長していくパターンとの比較をシミュレーションしてみた。

そうすると、2025 年には、最初のシナリオ、つまり健康であれば全員働く場合で 27.8%、潜在的 GDP が増加し、1 人当たりにしても 26.7% 増加する。定年延長だけでも 11~12% 増加する、そういう構造になっている。しかも、このシナリオは結構人口が増える。何でそうなるのかと考えてみたら、これも毎日新聞社の世論調査でやったデータではあるが、現在出産期にある母親の 33% は、経済が不透明なために子供を持つタイミング、または数を変えたと答えている。その人の特徴を調べると、配偶者が多くの場合において低所得層である。要するに、雇用が安定し、収入が増加した場合には、子供を持つ可能性は極めて高いということになり、そういう点で出生数が回復する。であるので、意外と老人対策が少子化対策になる可能性もあるということである。

それから、もう 1 つは、家族による変化である。東京に住んでいる 50 歳以上の夫の 41% が妻を大切な人と思っている。一方、19% の妻しか夫を大切と思っていないというところに問題があるようであり、これが介護の問題で大きなポイントになってくる。全国の 3,300 の市町村の点をそれぞれ描いてみて、65~84 歳の老人が自分を介護してくれる 40~59 歳の女性、つまり嫁、娘を何人持てるかという数値を見ると、1955 年には日本全国至るところで老人よりも介護する人のほうが多かった。別に女の人が介護しなければいけないというわけではないが、現状では 90% ぐらいの割合で女性が介護をしているので、その状況が続いた場合にどうなるか。

1975 年は、それでもまだ 1 は超えていた。ところが、2000 年、そして 2025 年になると事態は深刻である。長野県の南相木村というところは、老人 100 人に対して介護者 4 人である。しかもこの数値は絶対に当たる。分子、分母、みんな生まれているので。こういうことを前提にした介護保険制度をどうするか。これは市町村単位で取っているから、介護保険を市町村がやっているわけであるから、そういうことを考える必要性が出てくると思う。

世界的に見ると、今その家族によるサポートシステムは世界で今最低の水準にあり、今後 20 年ぐらいずっとその水準をたどる。介護の問題では、経済面でも家族による支援は少ないけれども、サポート面でもかなり問題になってくる。

ただ、家族構造が変わるだけではなく、Value Shift を見ると、50 歳未満の女性に 50 年間同じ質問をしてみた。「あなたは老後に子どもに世話になりますか。」という問に対して、1950 年には 3 分の 2 の母親が「はい」

と答えた。ところが、1961年、国民皆保険のあたりから下がってきて、今は10%ぐらいの母親しか老後子供に頼らなくなっている。その母親に、「ではあなたは自分の親の面倒を見ることをどう思いますか」と質問すると、ずっと80%台のレベルで、自分の親の面倒を見ることに肯定的であった。そして、そのことを「良い習慣」、または「当然の義務」と答えた。

ところが、1986年、1988年の厚生白書を見ると、この辺から在宅介護が中心に出てきた。要するに、マンパワーもお金も老後頼らないでくれというあたりから、それまでのWelfare Statesの考えから大きく変化したと思われる。要するに、女性が建前論から本音論に変わったのではないかということである。

きょうは、お金の流れで世代間で大きく変わってきた話をしたが、もう1つ重要な点が抜けている。それは時間の移転である。お金はないけれども、時間を何とか親のために費やす、子供のために費やす、これを今やろうというので、社会生活基本調査で推計作業に入っており、お金と時間と両方を併せた形で世代間の援助がどうなっているかということをやろうというのが、今、我々のやっていることである。

日本の社会保障と医療
小さすぎる政府の医療政策

慶応義塾大学商学部教授

権丈 善一

市場のダイナミズムを享受しながら、そこに生きる人たちが、尊厳をもって人間らしく生きていくことができ、かつ、ひとりの人間として生まれたときに備えていた資質を十分に開花させることのできる機会が、ひろく平等に開かれた社会はいかなるものであるか？」という問いを意識して研究している。

この問いに対して、現在のところ、宇沢先生の社会的共通資本における制度資本としての医療・介護サービス（高齢者身障者を含む）、および保育・教育サービスを、あたかもみんなが自由に使って良い共有地のように、所得、住んでいる地域、まして性別などにかかわらず、利用することができる、すなわちダイナミックな市場を共有地で囲いこんだような社会を作ればよいのではないだろうか。そしていまひとつ付け加えるとすれば、働き方を自由に選択しても不当に不利にならない、すなわち就業形態選択の自由が保障された社会を作ればよいのではなかろうかと考えている。しかしながら、そういう社会をつくることは、当今、極めて難しい——今日は、そういう話をしたい。

医療経済学の潮流——新古典派医療経済学と制度派医療経済学

自己紹介をかねて、わたくしの仕事のひとつを紹介する。

世の中には競争市場理論というか、市場に任せれば医療はうまくいくという見解がある。それに対して、医師誘発需要理論という形で、医者は医療需要を自らの利得とか所得欲求に基づいて創出しているという話もある。医師誘発需要理論には、背後に医師は悪いことをしているというニュアンスがあり、医療政策は医師をがんじがらめに規制すべきという考え方とつながりやすい。だが、それはどうも違うのではないかという問題意識を昔からもっていた。

とはいえ、競争市場理論のように医療市場で価格メカニズムが効くというのはどうもそっぽい。では、制度設計の軸に競争市場を据える以外にどのような考え方があるのかを概観すれば、医療だけではなく、経済学における競争市場そのものに疑義をとる形で、ヴェブレン（Veblen, T. B.）などが制度学派の経済学をつくっていった経済学説の歴史に突きあたる。そしてそのヴェブレン、ミュルダール（Myrdal, G.）、ガルブレイス（Galbraith, J.K.）等の考えにもとづきながら、どうしても市場に任せることができないとき、ではいったい何に任せるとかということを考えてみると、彼ら制度学派の経済学者たちが論じた「専門職規範」というものに辿りつく。そういう視点から医療経済学の潮流をながめてみると、今までなされてきた競争市場理論と医師誘発需要理論という医療経済学のなかで

の対立した議論を、もっと高いところから、新古典派経済学と制度派経済学の対立と位置づけることができると思い、これを新古典派医療経済学と制度派医療経済学と名づけた。

そして、制度派医療経済学にもとづいて市場に任せるわけにはいかない医療についてどのように制度設計すればいいかを考えていくためには、制度学派の経済学者が経済学の本だけではなく、他分野の本からいろいろなものを読んで学んでいることを紹介し、たとえばケインズ(Keynes, J.M.)が経済学者に必要なものは、理想的な多面性だと言っている話などを紹介し、そこから、医療に関する経済学、しかもその制度、政策を考えていくためには、経済学の勉強も大切だけれども、歴史とか他の学問も大切でしっかりやらなければならない。制度や歴史を知らないで政策論を展開するなんてあり得ない——そう言うことがまとめられた『医療経済学の基礎理論と論点 医療経済・政策学第1巻』、田中滋先生や西村周三が編集された本のなかの第1章「医療経済学の潮流——新古典派医療経済学と制度派医療経済学」を書いているのがわたくしです。

社会保障給付費や医療費の将来見通しの解釈には要注意

最近、医療をはじめとした社会保障を論じる際に、もっとも注意してほしいことがあるように思えてきたので、それを話す。

メディアなどでなされる大方の議論は、社会保障給付費は2006年度90兆円だが2025年度には141兆円になる、2006年度の公的医療費27兆円が2025年に48兆円になる。社会保障給付費は20年間で1.6倍、公的医療費は1.7倍になる。この大変な状況を避けるには、いかにして抑制しなければいけないか、そういう議論ばかりである。どうも記者そのものが自分で書いた文章に自分で驚いているようなのである。わたくしは、「医療費の将来見通しに関する検討会」というところに昨年の12月から参加し、「そんな議論は、もうやめようよ」と言い続けている。

なぜかというと、社会保障給付費や医療給付費の将来見通しを立てる際には、同時に、国民所得やGDPの見通しも立てられる。ここで、2006年度のGDPに占める社会保障給付費の割合は24%であり、医療給付費の割合は7%である。そして2025年の社会保障給付費141兆円のGDPに占める割合は26%で、公的医療給付費の割合は9%である。これらGDPに占める割合が示す印象は、ただの名目値が与える印象とは、全く異なると思う。(図1)

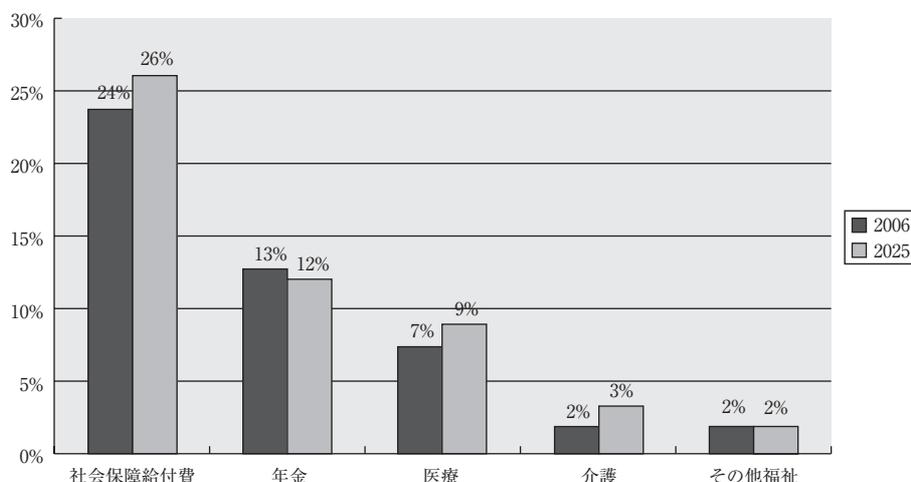
過去において、国民所得やGDPの伸び率と社会保障給付費や公的医療給付費は平行に動いてきたために、国民所得やGDPに占める社会保

社会保障を考える上でもっとも気をつけてほしいこと

- 日本の社会保障と医療費
- 社会保障給付費
 - 2006年度 90兆円
 - 2025年度 141兆円
 - 20年で1.6倍？
- 公的医療費
 - 2006年度 27.5兆円
 - 2025年度 48兆円
 - 20年で1.7倍？

厚生労働省「社会保障の給付と負担の見通し——平成18年5月推計」による

図1 社会保障の給付と負担の見通し—対国民所得比—



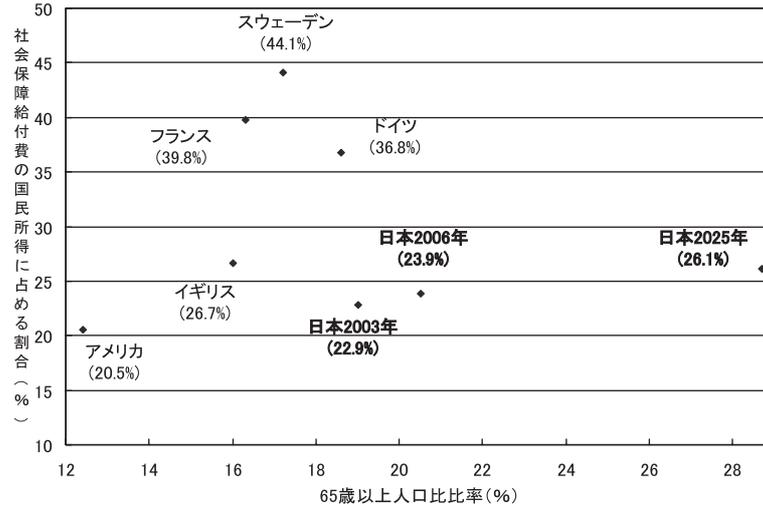
注) 厚生労働省「社会保障の給付と負担の見通し——平成18年5月推計〔中位推計〕」による
2025年の値は、2004年、2005年、2006年の年金、介護、医療改革を反映した改革後の値。

障給付費や公的医療給付費の値は安定していた。医療費については1996年になされた2025年見通しは141兆円、2000年になされた2025年見通しは81兆円、そして2006年になされた2025年見通しは65兆円であった。ところが、これら3つの2025年見通しを、それぞれの次期に見通された2025年の国民所得で割ってみると、すべて12.5%前後となる。なぜ、そういうことが起こるのかについては、「医療費の将来見通しに関する検討会」議事録全5回を参照されたい。

ただ、ここで言いたいことは、将来の名目値とそれがGDPに占める割合をみるのでは印象が全く違うことである。

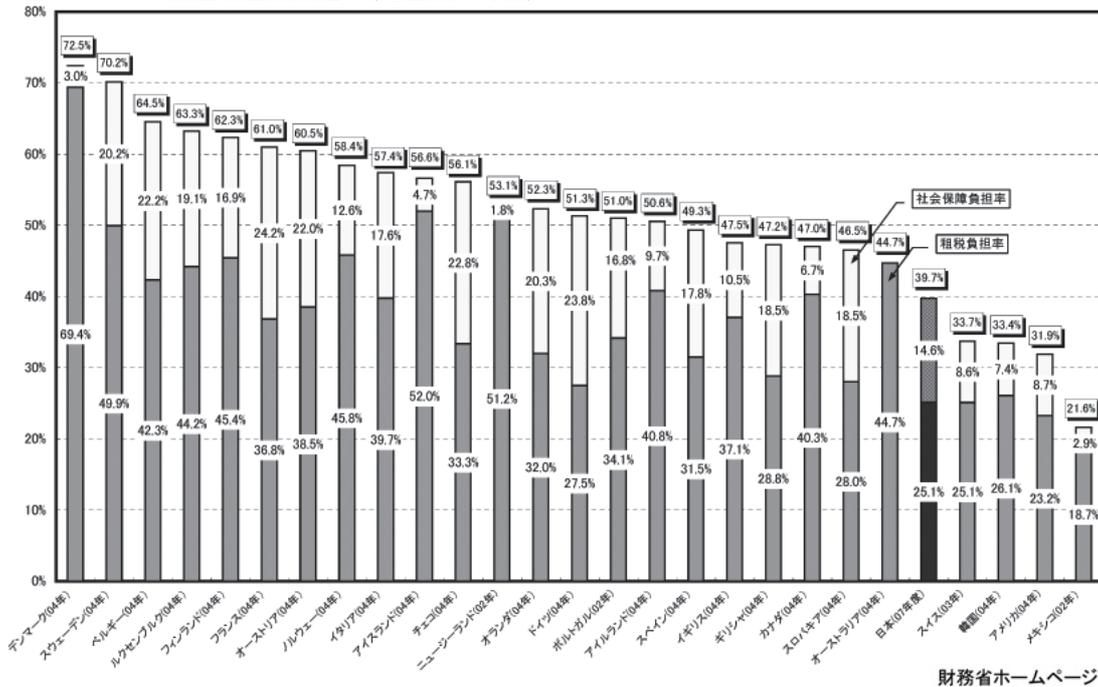
そして、GDPに占める割合の方が生活感覚に近く、2025年という高齢化がはるかに進んだ日本では、今と同じほどの社会保障給付規模とか医療費規模しか考えられていないこと。これでは、社会保障や医療費が小さすぎるといわざるを得ない。まず、そのあたりのところを押さえ、どう考えてもこの国の政府、この国の社会保障は小さいという認識が必要だと考え

図2 社会保障給付費の国民所得に占める割合〔B/Y(2003年:%)〕



注) 社会保障給付費は社会支出(OECD基準)を用いている。
日本2025年は、厚生労働省「社会保障の給付と負担の見通し——平成18年5月推計」による

図3 OECD諸国の国民負担率(対国民所得比)



財務省ホームページ

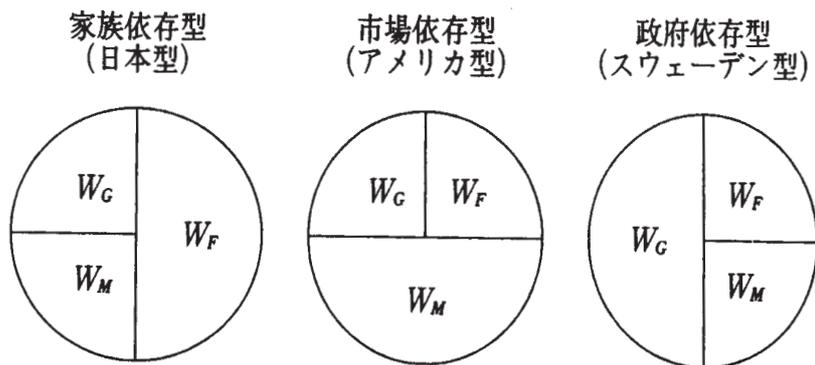
ている。そして社会保障給付費、医療費の将来見通しを名目値で論じることが百害あって一理もないということを、再度確認しておく。そして日本の国民負担率は信じがたいほどに低いことも紹介しておく。(図2、3)

福祉国家の3類型

わたくしは福祉国家の3類型というのをよく使っている。大体社会全体の福祉ニーズは一国のなかで量的に変わらない。

エスピン・アンデルセン (Andersen, G.E.) が、スウェーデンやアメリ

図4 福祉国家の3類型



一国のある時代に存在する福祉ニーズを W として、家族、市場、政府が生産する福祉サービスをそれぞれ、 W_F 、 W_M 、 W_G とする。この図は、 $W = W_F + W_M + W_G$ として描いている。

出所: 権文(2004), p.119.

表1 社会保障と国民生活

	スウェーデン	アメリカ
家計支出に占める割合(%)として		
民間の保険、教育、私的年金	2.7	18.8
デイケア(子どものいる家庭)	1.7	10.4
計	4.4	29.2
税	36.8	10.4
計+税	41.2	39.6

出所) Esping-Andersen(1999), p.177. Table 9.1 より一部抜粋[邦訳, p.247]

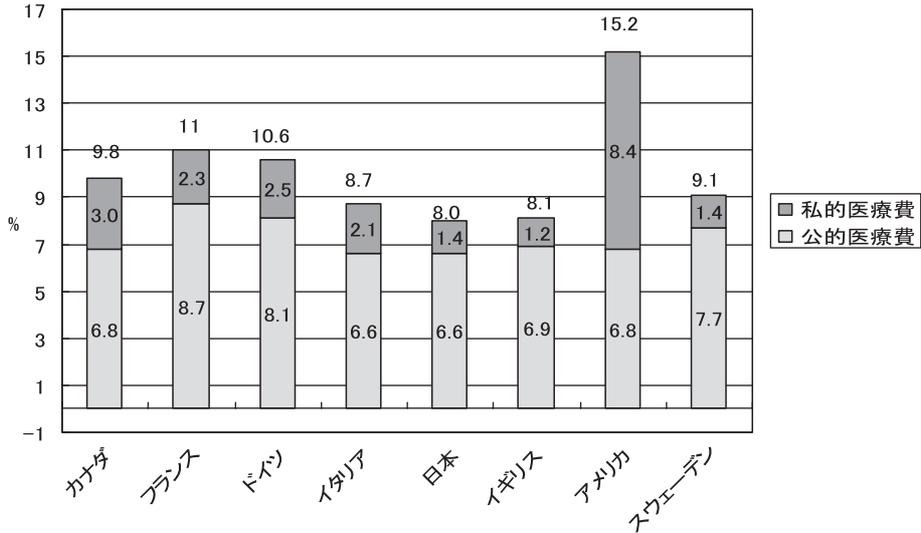
権文(2004), p.118, p.139.

カの医療、介護、保育にどれだけお金がかかっているかを推定しているが、税金で払っているものとプライベートで払っているものを足し合わせていくと大体同じぐらいになってくる。家族か市場か政府でやるという3つのパターンがあり、日本は家族依存型、アメリカは市場依存型、そしてスウェーデンは政府依存型の状況になる。(図4)

この家族依存型でやっているところが、アジアと南欧である。カソリックや儒教の強い国が、この型の福祉国家になっているわけだが、これらの国が今少子化などで苦しんでいる。何とかして形を変えなければいけないと模索している。そして日本は、模索しながら、市場依存型の方向に進もうとしているように見える。しかし、その方向に行って本当にそれでいいのか。

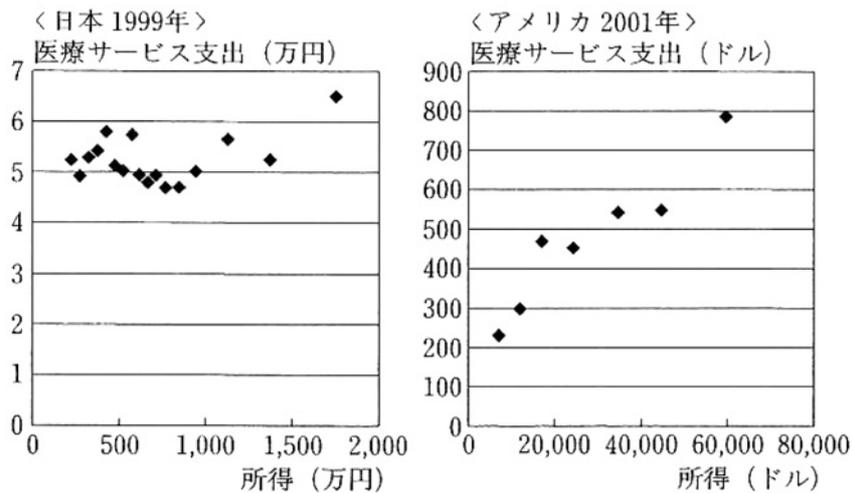
医療を例にして、アメリカ型市場依存型、小さな政府を選択する意味を考えてみたい。OECD 諸国の GDP に占める医療費の割合を見ると、2004年について日本はイギリスに抜かれた。PPP (購買力平価) 換算の1人当たり医療費であれば2002年には既にイギリスに抜かれていた。日本の公的医療費の部分はアメリカの公的医療費(メディケア、メディケイド部分)よりも小さい、そういう状況で日本は皆保険医療を運営している。(図5)

図5 医療費のGDP比 2004年



OECD, Health Data 2007.

図6 所得と医療サービス支出の日米比較



鈴木玲子(2004)「医療分野の規制緩和—混合診療解禁による市場拡大効果」

八代尚宏／日本経済研究センター編『新市場創造への総合戦略(規制改革で経済活性化を)』

ではアメリカ型に依存して、私的部分を大きくするとどのようなことが起こるか。所得を横軸にとって医療サービス支出を縦軸にとると、図6が得られる。これをみて、「このことから高所得者の医療ニーズが満たされていない可能性が大きい。」「アメリカでは所得と医療サービスの相関は高い。所得に応じて国民は多様な医療サービスを購入していることを示唆している。」と、何となくアメリカ型のほうがいいというニュアンスの文章が「医療分野の規制緩和—混合診療による市場拡大効果」(鈴木玲子著)『新市場創造への総合戦略』(八代尚宏編著)に収められている。

わたくしは同じ図から、「このことから皆保険下の日本では、医療の平等消費が実現されているのに、国民全般を対象とした医療保障制度を持た

ないアメリカは、医療が階層消費化している。」「いずれのほうか自分の価値観に合う事実の読み取りであるのかを読者は各自で考えてほしい。事実は価値判断とは独立に存在し得ない側面を持つことを理解してもらえればと思う。」と論じている。しかし、彼らからみると、混合診療の解禁によって市場が生まれるというふうにしきみえないわけである。

日本の医療費の水準は確かに低い。これを国際標準に上げるためには2つの手段がある。市場依存型か、政府依存型か。わたくしは政府依存型に向かうべきだと思っているのだが日本には、アメリカ流の市場依存型、つまり小さな政府に推し進める力が強く働いている。

新帝国主義

新しい言葉として、「新帝国主義」と呼んでもよさそうな力が医療政策の背後で働いているという話をしたい。新帝国主義とは一体どういうことかと言うと、1世紀ほど前、独占資本が市場を求めて軍旗の下での輸出、帝国主義戦争を起こしたように、いまは、大国の大資本が市場を求めて他国のルール変更を求める新帝国主義とも呼べる形で覇権の強化を図っている。いろいろな国々のルールを自国に都合のよい市場原理的なルールに変えていきながら、それは経済学的にみれば消費者にも望ましいことである、消費者のためであるという理論で各国の制度を市場化していく。そして医療は日本のなかで「外国人に敵対」する主戦場になろうとしている。アメリカは日本の医療市場の拡大をねらっている。皆保険堅持をかかげる人たちはそれと戦っていかねばいけない状況にある。

そのような状況下で、今日の市場社会の中に医療をはじめとした介護、保育・教育などの共有地をつくるにはどのようにすればいいかということが、基本的にわたくしの問題意識である。

キーワードとして、「ワシントン・コンセンサス」、「ウォール街・財務省複合体」、それと米国通商代表部が出している「年次計画要望書」、この3つの言葉を覚えていただきたい。

「ワシントン・コンセンサス」というのは1989年ぐらいに使われるようになった言葉で、アメリカ政府、IMF（国際通貨基金）と世界銀行のコンセンサスで、経済開発促進に最も適した政策の組み合わせとして、小さな政府の実現、民営化、貿易の自由化、それから規制緩和、大体この4つが言われるようになる。

ただこれのコンセンサスの適用は、開発国だけではなく、これら4つの基本方針を用いれば、日本に対する交渉をはじめとしたいろいろなものが説明つく状況になってきている。

アメリカにバグワティ (Bhagwati, J.) というかなりリベラルな国際経済学者がいる。1961年にアイゼンハワー大統領 (Eisenhower, D.D.) が退任するとき、「産軍複合体」という軍隊と産業が複合していると言って当時の危機を訴えた。それと同じように、「ウォール街・財務省複合体」という形で、バグワティはアメリカにおける金融業界と政府当局の癒着を批判している。

年次改革要望書

1993年7月に行われた宮澤・クリントン (Clinton, W.J.) 首脳会談は、それまでは個別の農業とか自動車とかいろいろな形で日米は個別の貿易交渉をやっていたが、このあたりから横断的にルールそのものを変えていこうという方向に話が変わっていった。その首脳会談では、『年次改革要望書』をお互いに出し合うということになった。

94年に、アメリカ通商代表部が第1回『年次改革要望書』を10月に出し、これを受けて村山内閣が95年に「規制緩和計画」を設置する。そして、橋本・クリントン首脳会談で、『年次改革要望書』のタイトルが「規制撤廃および競争政策に関する日米間の強化されたイニシアティブ」となり、小泉・ブッシュ首脳会談のなかで、「規制改革および競争政策イニシアティブ」となっていき、アメリカ大使館で和訳されたものは『年次改革要望書』としてホームページでアップされている。

2004年には混合診療が言われ始めている。この『年次改革要望書』「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要望書」の提言の医療機器・医薬品の項目に医療制度についての記述もあり、医療機器・医薬品、制度、そして混合診療についてもいろいろな形で言ってくるわけである。彼らの今の本丸は医療のようなのである。皆保険を解体し、新市場をつくろうと。

2004年11月22日、ベーカー駐日大使に代わり、ジェームズ・P・ズムワルト経済担当公使が規制改革・民間開放会議に出席し、次のようなあいさつをした。

「この度は規制改革・民間開放推進会議にお招きいただき、意見表明の機会をちょうだいしましたことに心よりお礼申し上げます。皆様の熱心なご活動に対しアメリカ政府は最大の敬意を表するとともに、皆様が重要な役目を遂行されるにあたり、我々も何かお力になることができればと思っております。貴会議が、前身である総合規制改革会議の権限を強化した形でその任務を引き継がれ、規制改革・構造改革を様々な分野にわたり強く主張なさっていることを我々は歓迎しております。」これは、小泉さん、

なかなかよくやった、我々はあなたを支持していますという出だしの文章である。安倍さんもまじめにやろうとしている、我々は応援しているという、そういう出だしから始まっていて、こうした文章が正々堂々とホームページに載っている。英語の原文と日本語の仮訳は大使館ならびに USTR のホームページに掲載されているので、そちらからも入手可能である。(アメリカ大使館 <http://japan.usembassy.gov/pdfs/wwwfj-20061205-regref.pdf>)

次に、「規制改革の進展と展望」では、「はじめに、日本の規制改革におけるこれまでの成果について、要望書の主な提言に焦点をあてながら述べさせていただきます。」という形で、電気通信とか IT 分野とかいろいろな項目がある。2005 年頃から IT 医療ということを言い始め、2006 年には IT 医療が表に掲げられて、レセプトやカルテを全部コンピュータ化しなさいというような話が出てくる。だから、ちょっと逃れられない、この流れのなかでは。

次に、「医療分野においては、皆様がよくご承知のとおり、日本は、ひっ迫する財政と急速な高齢化に対応するため、医療制度の改革を推し進めています。注目すべきは、日本における平均的高齢者の医療費は 65 歳以下のそれに比べて 5 倍以上で…」、5 倍以上って、本当は 4.3 倍とかそのぐらいであるが、「それが過去 10 年間にわたり高齢者医療費を年率 8% 押し上げている点です。医療機器・医薬品の薬事規制と償還価格制度を改善する事が、日本の医療制度改革の鍵となる要素です。」とある。

「本年度の要望書では次のように提言しています。」といろいろと書いてある。そして極めつけは、「日米投資イニシアティブの下、日本が医療サービス分野を営利企業に開放することを我々は提言しています。株式会社の所有と経営への参入を認めることは、競争を促進し生産性を高め、患者や医師により多くの選択肢を与えるとともに、新しい技術への投資を増加させることでしょう。…また、医療サービスの規制の枠組みを改革することに対して日本がとても慎重であることを我々は認識しています。最近、特区において株式会社の参入が認められたものの、その参入は、国民健康保険が適用されない限られた範囲の高度医療サービスの提供のみにとどまっています。さらに、最近決定された混合診療のための国民健康保険の部分的適用は非常に限られた診療と医療機関に限定されています。混合診療の禁止を解除し、特定の医療サービスの外部委託の範囲を拡大するなど、より柔軟性のある医療サービス特区を設置することにより、民間投資を誘致する可能性の高い日本のサービス市場を拡大し、医療分野における規制改革に拍車をかけます。」

ここで、規制改革・民間開放推進会議のメンバーから拍手があったかどうかは知らないが、あの会議のメンバーの前でこういうスピーチがなされたことは知っていていいと思う。そして、規制改革・民間開放推進会議の人たちは、ズムワルト経済担当公使が言うようなことを懸命にやったら、市場がこれだけの規模で創造されるということを計算しては本を世に出す。混合診療の禁止はおかしいではないかという人は、規制改革・民間開放推進会議のなかには誰もいない状況なのであろう。

日本をとりまくこうした状況下では、病院を株式会社にしたらこういう問題が生じるとか、混合診療になったらこんなことが起こるなどと幾ら言っても、多勢に無勢の感がある。

そして、「終わりに」では、「最後に、貴会議の皆様におかれましてはすでに十分ご理解されていることと思いますが、この機会に再度、規制改革・構造改革のもたらす2つの根本的な恩恵、すなわち、市場の拡大と投資家の信頼について、述べさせていただきたいと思います。米国の経験では、透明性を高め、規制を減らせば減らすほどビジネスは経費を抑えることができ繁栄します。これからも経済成長の足かせとなる規制の緩和に向けて日米間でお互いの経験から学び、意見交換を続けていきたいと思います。」と結ぶ。首をかしげたくなる状況である。

次に、2006年12月5日の「日米規制改革および競争政策イニシアティブ」、要するに『年次改革要望書』の目次を見ると、いつも医療機器・医薬品という項目が入っている。この医療機器・医薬品のところでは、まず提言の要点が出て、次に詳論がある。提言の要点は大体1ページにまとめられている。

そして、「V. IT医療とe-アクセシビリティ、V-A. 医療のIT化」では、「IT新改革戦略や重点計画2006はともに、カルテやレセプトの処理等のIT化を促す措置の立案・実施に向けた関係省庁の活動に重点を置いている。米国は、医療のIT化に対する日本の取り組みを歓迎し、以下の措置を講じるように求める。」という形で書かれている。医療機器・医薬品の項目のところでは詳論として毎年出てくるのは日本の医療制度である。医療機器・医薬品と言いながら医療制度についても言っているが、「日本は限られた医療資源と高齢化する人口という二重の調整に直面している。米国にも同様の懸案がある。日米両国が同様の目標と課題を有していることを踏まえ、米国は、日本政府とその諮問機関に対して、医療制度の改正を行う前に、米国業界を含む業界からの意見を十分に考慮するよう求める。」と言っている。同じ問題を抱えているのだから、自分たちの言うことを聞きなさいと書いてある。

「医療機器および医薬品の価格算定の改革並びに関連問題」では、「日本政府は、医療機器および医薬品の償還価格算定制度の変更を含む医療支出の増大を制限する方法を研究している。米国は日本に対して、革新的な製品の開発に報償を与える価格算定制度による予算面および保健面での恩恵を考慮し、以下の措置を講じるように求める。」とある。そして医薬品の項で、「透明性と業界が意見を述べる能力を改善するために、以下の措置を取る。研究開発指向型の米国製薬業界の代表が中医協の薬価専門部会の委員になることを認める。」とあるが、ここまで言っているのが『年次改革要望書』らしい。

こういう力に対して一体どうすればいいのか。わたくしは、2007年6月に、『医療制度は選挙で変える』という本を出し、日本の医療がどれだけ崩壊しているかとか、どうしてそんなことになったのかというようなことを延々と書き、そして今日の医療問題に対して、選挙戦の最後まで何ら策を打とうとしない政党には投票すべきでないと述べている。要するに、民主主義プロセスを使うしか方法はないと思っている。

わたくしのポジションとしては、国民に負担を訴えて先ほどの共有地をしっかりと準備しようとする政党が与党だろうが野党だろうがどちらでもいい。権丈はどちらの味方だと言われたら、どちらかわからないというようなポジションをずっと取ろうと思っている。

医療崩壊を食い止めよ——年金問題より医師確保を

最近の仕事に2007年7月19日に共同通信で配信された記事「医療崩壊を食い止めよ——年金問題より医師確保を」がある。共同通信社から、今回の選挙は何をを考えていけばいいのか、社会保障の視点から何を考えていけばいいのかというインタビューを受けた。そこでわたくしは、例えば「社会保障の視点から」という質問さえ気に食わないと言って、ほかの視点を加えても社会保障における医療問題の優先順位が高い。医療崩壊を食い止めよ。年金問題で大騒ぎしているが、記録の問題は、誰がやっても同じ解決しかなかただ実行あるのみという話をしている。

具体的には社会保障分野の課題については、「医療提供体制の建て直し」が最も重要だ。医療現場は崩壊しつつあり、この流れを食い止めるのに残された時間は全くない。特に地域医療は瀬戸際にあり、緊急に手を打つべきだ。今は大騒ぎしている年金記録の問題は議論が出尽くしている。だが、医療問題は政治レベルの判断が手つかずのまま。医師も看護師も疲れてきている。医療従事者が自分の仕事を続けることに希望を抱ける政策に転換するべきだ。公的医療費の抑制をやめ、かつ医師を増やして数を確保

する必要がある。」という話をした。

この「公的医療費の抑制をやめ」ということが重要なところで、介護とか医療とか教育とか、そういうものを平等に消費していこうとすると、これはもう政府を利用するしか方法はない。だからこそ、政府の利用価値があるわけであり、公的医療費を増やすために負担するというのは、政府の医療料を支払うというだけの話となる。

今の状況を見ると、医療への兵糧攻めのなかで、いずれ医療界がもうガマンがならぬ、混合診療でもいいから医療費が入ってくればそれでいいと雪崩を打って崩れていくのではないかと懸念している。公的医療費、皆保険でなくてもいいから、医療費が入ってくるのだったらいい、というようになるまで大体どのぐらいか。それまでに何とかして公的医療費を上げていく方向に持っていかないことには、いちばんの味方である医療界が雪崩を打っていったら困るというのがわたくしのなかにある。

「有権者全員に問題の深刻さを理解してもらえるかどうかはともかく」——これはわたくしの基本的な姿勢で、医療問題というのは普通の人にはわからないものだと思っている。医療というものは、ほんとに自分で医療のことを勉強するとか、自分や身内が病気になるとかしないとかわからないのだが、普通のひとは医療の勉強などするわけではない。そこで、「せめて全国約200万人の医療従事者に絞って呼び掛けたい。毎日の生活の中で医療政策の矛盾を肌で感じながら過ごされている皆さんは、各党のマニフェストを冷静に読み比べた上で、医療崩壊の阻止に取り組む政党を選んでほしい。」という形で呼びかけることになる。

先の『医療政策は選挙で変える』の中で、「まがりなりにもマニフェスト選挙がこの国に根つきはじめ、選挙の事前に政策の内容が提示されるようになってきた。そしてネットを通じた情報交換が相当なまでに普及してきた。この二つの条件を重ね合わせると、今の時代、医療関係者や労働者たちが政治家を抱えたり、政党に大金を献金したりするような政治に媚びる旧来の手法を採ることは、かえって自らの行動に足枷を科すことになるのではないかと思っている。政治家が欲するのは選挙の際の票にあり、他は票を得るための手段にすぎない。選挙の度に、自分たちに最も関心のある政策に集中して、政党を評価しては投票する。選挙前夜にでもマニフェストの中の、たとえば医療政策のページを見るまでは、どっちにつくか分からせずに、主体的に浮動票を演じる。——それでいいではないか。」と述べ、マニフェスト選挙になったということと、情報、ネットワークが発達し、医者が医療の窮状を訴え出るブログがものすごく多くなってきたということを論じている。わたくしはこういう本を書いたことにより、医者

の人からいろいろな連絡を受ける。ネットはものすごく大きな力を持っている。そして、そのマニフェストがどんな状況にあるのかということのみんなでやっていこうと呼びかけていく状況で、例えば今読み上げている共同通信社配信の記事が出たとき、医療関係者の方々が、すべての医師にこの記事は是非とも読んでほしいとネットで流してくれていた。だから、こういう情報伝達の状況というものは、やはり今、ある程度与件として考えてよいのではないかという気がしている。韓国ではネットで大統領が決まる勢いをみせているし、ヒラリーは今年の1月20日、ホームページ上で大統領選への出馬を表明した。そういう時代なのである。

では選挙の際の具体的な選び方かというと、「1997年と昨年になされた二つの閣議決定を撤回する姿勢を示せるかどうかだ。97年の決定は、医師数は充足しているとして医学部定員を減らす方針を打ち出した。昨年は社会保障費を5年間で1兆6,000億円削減するとの内容。これらが生きていく限り、医師は増えず、医療費が今後も削られるのは自明だろう」。

「何も与党批判をしたいのではない。与党が誤りに気づき、みずから方針を変えるなら評価できよう。日本では医師1人が診ている患者の数は米国の5倍、欧州諸国の3、4倍に及ぶ。医師数を増やさないとどうしようもない。医療費についても欧州諸国の平均水準にまで増やす方向に行かないとダメだ」と。

「医療費将来見通しに関する検討会」というところでわたくしが最初から最後まで言いつづけていることは、医療費はコントロールできているということである。GDPの伸びの範囲内ぐらいに収まるように、これまで診療報酬改定を調整してきている。この政策技術を持っているのだから、今すぐにGDPに占める医療費の割合を2ポイントぐらい上げればいいのではないかと。

経済財政諮問会議の八代先生と11月に討論することになっているが、彼は効率的な健全な市場のカナダ型を目指そうと言われるようになってきた。2004年カナダではGDPに占める医療費の割合は9.8%である。わたくしはそのあたりのところで大いにカナダ型を目指そうと言いたい。日本が8.0%でカナダが9.8%。どうにかして医療費をカナダやヨーロッパ水準の平均値まで高めて、その水準で今の制度の下で診療報酬をコントロールしていく。

次に「財源は」と問われて、その負担増は経済成長を阻害しないかというところで、「欧州並みに社会保険料を引き上げる選択肢があってよい。政党は『社会保険料をアップして医療に充てる』と約束すべきだ。個々の企業側は嫌だろうが、経済活動全体から見れば、医療や介護分野のサービ

ス需要や雇用をつくり出す貢献は大きい。結果的に高齢者が多い地方に所得が再分配され、地方交付税のような役割も果たし得る。ただ、消費税は他に充当すべき政策もあり、医療費を増やすにはまず社会保険料を考える方が実現可能性は高い。」と言っている。

年金の議論はほんともういいかげんにして、医療を争点とした選挙戦を準備していく。争点選択の主導権を有権者がにぎる。医療崩壊を阻止するために国民負担の必要を口にする政治家を選挙で勝たせてあげないといけない。そうではあるが、その方向とは逆方向に、国内外でなんとも大きな力がはたらいている。どうすれば言わば正規軍に対するゲリラ戦を展開していくことができるか、そういうことがわたくしの最近の仕事になっているわけである。

国民医療と財源のあり方
～高齢者医療介護を中心に～

産業医科大学公衆衛生学教室教授

松田 晋哉

今回の医療制度改革の全体像から、医療提供体制に関しては、医療機能の分化・連携の推進、特に在宅ケアの推進が言われている。これをどのように考えていくかを諸外国の研究なども踏まえて説明していきたい。また、生活習慣病対策と介護保険制度では予防という概念が出てきたわけであるが、本当にこれができるのかということについて、少し大きな立場、視点から取り上げていきたい。

社会の高齢化と社会保障制度の課題

今、医療費・介護給付費の適正化というなかで、構造改革と健康づくりの推進ということで、医療費資源の適正配分、特定健診・特定保健指導、介護予防の話があるわけだが、恐らくこれだけでは社会保障制度はうまく回っていかないのではないか。やはり、これらに加え、高齢期の生活保障、所得保障、住の保障、生きがいの保障をどうしていくのか、そういうところも含めて議論していかなければ社会保障制度はうまくいかないのではないかとということの問題意識として持っている。

高齢者医療・介護の特徴

高齢者医療・介護の特徴としては、受診率が高い、多科受診という問題があるが、医療ニーズと介護ニーズの区分がそもそも難しいという問題がある。東京大学の橋本英樹先生のグループとの研究で、介護と医療のレセプトから医療費を10年間のスパンで調べたところ、死亡前1年間の医療費が非常に高くかかることが判明し、ここから終末期医療はやはり問題だということがわかってきた。保険収支のアンバランスという視点からは、支出が保険料だけでは賄えない状況が今来ていることが言えよう。さらに、高齢者医療というと慢性疾患の管理的な医療だけが注目されがちだが、実は急性期医療がある。急性期医療があって慢性、その後のフォローアップの医療ということであるので、高齢者医療を慢性期だけに絞っている議論をすることは間違っていると思う。

医療費の老若比の国際比較

医療経済研究機構で仕事をした時の資料「医療費の老若比の国際比較」を見ると、日本の場合、若年者に比べて高齢者が4~5倍程度医療費を使っているということが分かる。ここから、高齢者医療費が問題だという話があるが、一方では若年者医療が安いということもあるのではないかと思っている。諸外国に比べて日本の場合には、いわゆるバイオレンス、事故、中毒、あるいはエイズなどに関する医療費はあまりかかっていないので、

これだけをもって高齢者医療費が問題だということは少しいかなものか。実態として、入院医療費についても入院外医療費についても、受診率、受療率が5倍、入院でいうと約6倍、入院外医療費でいうと3倍ということがあるので、このところをどう考えるか、何らかの解決策を考えなければいけない問題であろう。

北九州市における国民健康保険増の要因分析

北九州市における国民健康保険の増加要因の分析を、平成12～13年度の伸びで見ると、国保の老健、つまり国保の老人医療だけで見ると5.8%ぐらいの伸びになっている。これを100%として構造分析をすると、高齢者の被保険者の増加で110%が説明でき、1人当り医療費自体はマイナス10%になっている。ここから何が言えるかという、要するに高齢者が増えるということ自体が医療費を増やすということである。

ここにはいろいろ議論がある。医療技術の進歩のほうが大きいのという議論もあるけれども、やはり高齢者が増えるということは、それだけ医療を必要とする人が増える。しかも、今増えている高齢者は、医療に対するいわゆる要求事項が非常に大きくなってきている。そうすると、この2つのことがダブルで効いてきているというのが今の実態であろう。

このことが何を意味しているのかという、いろいろな読み方ができるわけであるが、実はこれからのその高齢者医療制度を考えるうえでは、いわゆる農村部よりもこれからは都市が多分とても大きな問題になるということである。例えば、福岡県でいうと、福岡市の医療圏というのがある。ここでは大体人口が約200万人で、1%高齢者率が増えるということは、2万人高齢者が増えるということである。福岡県でも地方になると、1万人とか2万人とかいう規模の保険者があるわけだが、そういうところで高齢者が1%増えたとしても1,000人とか2,000人である。ここから、今後都市で増えてくる高齢者をどのようにするのがとても大きな課題だろうと考えている。

制度の国際比較

制度の国際比較、これもよく言われていることであるが、医療政策においては質、コスト、アクセス、この3つのうち2つしかコントロールできないと言われている。当然、質を高めようとするれば、全体に制限があるという条件のもとであるが、コストかアクセスのどちらかに制限をかけなければいけない。

日本ではこれまでコスト、アクセスを中心とした対策がとられてきたと

思う。いわゆる国民皆保険、フリーアクセスということで。もう1つは、いわゆる診療報酬の総合的な改定幅を決めることによって医療費そのものもある枠内に収めるということをやってきたわけである。ただ、今、国民が何を求めているかという議論のなかでは、昨今のマスコミ報道等を見ても、やはり医療の質に対する関心が強まっていて、質の高い医療というものを国民が求めるようになってくる。そうすると、これはコストを高めるのか、あるいはアクセスを制限するのか、多分この2つしかないのではないか。

実際、医療制度の共通課題として諸外国が共通に悩んでいるのがこのフリーアクセスへの対応である。アメリカのHMOで特にきついものになってくると、民間保険がゲートキーパーの役割をする。加入者は医師を指定され、それ以外の医師にかかることはできないという仕組みを採用している。

オランダ、イギリスは登録医制度を採用している。フランスとドイツは、今まではゲートキーピングをやってこなかったが、この数年間の改革のなかで、経済的なインセンティブを加味した緩やかなゲートキーピングを行うようになってきている。こういうなかで、日本はどうするのが今問われているのではないか。イギリスのいわゆるゲートキーピングは、登録された住民がプライマリケア・グループに所属している医師に登録して、病院にかかる場合にはこの登録医、家庭医の紹介状を持って行くという仕組みを採用している。

ここで少し、フランスのかかりつけ医制度を紹介したい。フランスでは、従来、フリーアクセスが保障されていた。患者は自分の好きな医師にかかることができたわけであるが、ブラジ前保健大臣のときに、いわゆるブラジ改革というものが行われ、16歳以上のフランス人は自分のかかりつけ医を選ばなければいけないという制度が導入された。このかかりつけ医は、家庭医でも一般医でも専門医でもいいという仕組みである。患者がかかりつけ医を通して、例えば紹介状を持って専門医にかかった場合には、その専門医に対する患者の費用は、国で定めた診療報酬制度の価格になる。いわゆる協定価格の支払いになる。ところが、かかりつけ医の紹介状なしで患者が専門医等にかかった場合には、協定価格の支払いプラス付加料金の支払いを要求されるという仕組みが導入された。これもいろいろと議論があるが、フランスはこのような形で緩やかなゲートキーピングを取り入れている。ドイツの場合には、年間40ユーロまでの自己負担を課せられているが、登録医を通していろいろな医療機関にかかった場合には、自己負担を年間20ユーロまでにするという緩やかなゲートキーピングが

導入されているようである。

高齢者医療制度をどう考えるか

昨今、高齢者医療制度が問題になっているが、高齢者人口が増大してくることが医療費増の主因となっていることを考えると、総額管理的な枠組みの設定が避けられない状況になってきているのではないかという気がしている。ただ、これをいわゆる予算制やイギリス型のかかりつけ医制度にすると、多分、患者からも受け入れられないと思う。そう考えて来ると、フランス型のかかりつけ医制度を少しモディファイしたような制度が日本では受け入れやすいのではないか。アメリカ型のGAP保険のように、いわゆる公的保険はここまでで、そこから少し民間保険で補てんするというような考え方もあるが、どちらかというところ、社会保険というか社会連帯の仕組みが望ましいと考えているので、こういうGAP保険という、少し市場主義的なものは日本にはなじまないのではないかと考えている。

ただ、いずれにしても、それにペナルティをかけるかどうかは別にしても、また、ペナルティをかけることは余り望ましくないと思うが、その年度で医療費がどのくらいかかるのかということ推計するような仕組みというのは必要ではないかと考えている。

ドイツの今の総額請負制であるが、目標額を超えると1点当たりの単価を下げるという形で今のドイツの開業医制度は動いているようである。

薬剤費を保険診療でどう考えるのか

例えば、OTC薬がある医薬品もOTC薬がない医薬品と同じ給付率でいいのかという問題がある。国際的に見ても、フランスでは医療の必要性によって薬の償還率を変えている。ビタミン剤は、フランスの場合には償還対象にならない。市販されている胃薬の場合には償還率が60%ぐらいになる。一方、糖尿病の薬の場合は、100%償還という形になる。要するに、その重症度、重要度に応じて薬の償還率を変えるということをやっているようである。

高齢者の多科受診に伴う重複処方。大きな問題は医薬分業であるが、実はかかりつけ薬局になっていないという問題がある。この問題をどう考えるのか。これは医療費の問題よりもリスクマネジメント上の問題が大きいと考えている。例えば、消炎鎮痛剤みたいなものを2つ混ぜられてしまった場合どうするのか。降圧剤を2つ混ぜられてしまった場合どうなるのか。そういういろいろなリスクマネジメント上の問題があるので、少しこの辺のところは工夫が必要ではないか。

次に、諸外国では代替調剤が促進されている。参照価格制の検討、あるいはジェネリックの普及ということで、例えばフランスの場合には、各医師にコンピューターのソフトが配られている。ある薬を選んだときにその薬と類似薬効、同じ薬効のジェネリック薬が一覧で見られるソフトが配られており、そこから薬を処方するという仕組みができています。

ジェネリック薬使用の国際比較であるが、日本は数量ベースで見ても金額ベースで見てもまだかなり低いという状況がある。これで非常に興味深いのは、このジェネリック薬の使用が非常に低い国というのが日本とフランスという、いわゆる皆保険でかつ薬価に関してかなり厳しい仕組みを持っている国である。そういう国ではなかなかジェネリックの普及が進んでいないという、そういう特徴があるようである。

医療と介護を分けて考えることは妥当なのか

以前、ある老人療養型病床で非常勤医師をしていた経験から、医療ニーズと介護ニーズは混在しているのが現状だろうと思っている。重度の要介護者の入院・入所に関しては相補性があるが、軽度要介護者の外来・在宅ケアについては相補性がなく、むしろ相加的に効いてくる。例えば、脳・血管障害で介護保険を使っている場合、どちらかというとな介護保険を使うかあるいは医療保険を使うかという形になる。ところが、膝関節症等、筋骨格系の疾患でADLケアを介護保険で受けている場合は、医療保険でいわゆる疼痛管理あるいは通院・リハビリテーションをやりながら、なおかつ介護保険でADLケアを受けるという形になるので、かなり相加的に効いてくる。そういう問題をどう考えるのかという問題もあると思われる。

また、長期の療養を必要とする高齢者において、医療と介護を区分することはできるのか、ということである。オランダではこれは長期保険として一体化させている。

次に、もう議論が走ってしまっていることではあるが、高齢者を対象とした独立した診療報酬体系をつくることは少し難しいのではないかと考えている。高齢者の必要とする医療は慢性期の医療だけではなく、急性期の医療がまずあって、そこから慢性期医療が発生してくるわけであるので、同じサービスを受ける者に対して年齢で差別をしていいのか、区別をしていいのかという矛盾があるのではないかと考えている。むしろ、サービスを提供する場に応じて報酬体系を考えることのほうが妥当ではないかと考えている。もちろん、財源論として高齢者医療をどのように考えるかは重要な問題である。

看護サービスを重視した在宅ケア

これから在宅ケアを進めていくという国の方針が出てくるわけであるが、例えば療養病床、最近見直しの議論も多少起こっているようではあるものの、本当に15万床まで減らしてしまっているのかという問題がある。受け皿がしっかりしない状態で、療養病床を減らしていくと、かなり大変なことが起こるだろうというのが正直な感想である。

療養病床に関する医療経済研究機構等の研究のなかで、実は看護ケアというものが余りきちんと分析されていない。療養病床のいわゆるケアの実態ということを考えてみると、看護ケアは非常に重要ではないか。点滴の管理も実際には看護師が行っている施設が多いと思うが、そうすると、在宅に移行した高齢者のケアをどうやって看護師が担う仕組みをつくっていくのか。看護計画、看護診断という考え方を考えればわかることではあるが、看護計画、看護診断というのは基本的にその人がどういうリスクを持っているのか、そのリスクを放っておくと、どういう好ましくないことが起こるのか、という看護診断に基づいてそのようリスクが顕在化しないようにするために看護サービスを行っていくのである。そういう看護計画に基づいた看護ケアがあるからこそ、療養病床ではその看護の医療のニーズが余り顕在化しないという現状があるわけである。もしこれを十分な看護ケアがない状態で在宅に高齢者が移った場合、そこで新たに大きな問題が生じるのではないか。

このことはすでに、地域の救急医療でかなり大きな問題になっている。何かというと、地域医療支援病院は、いわゆる救急を受け付けなければ行けない。昨今何が増えているのかというと、高齢者施設からの救急搬送がかなり増えている。送られてくる患者のかなりの数が、実は熱発だけであったり、頭痛だけであったり、あるいは腹痛だけだったりする。もし適切な看護ケアがその高齢者施設で行われるのであれば、かなり防げるであろう救急外来、救急である。要するに、看護ケアが充実していない高齢者施設が増えることによって、実はかなり救急医療もゆがめられているという、こういう現状が出ている。

そうすると、その新しい在宅ケアのなかで看護サービス、看護ケアを如何に提供していくかということを考えなければいけない。参考になるのは、イギリスのナースプラクティショナーや、在宅でリハビリを行う開業OT・PT制度とか、フランスの開業看護師制度になるかと思うが、こういうものがかかりつけ医による総合的な管理指導箋に基づいてある程度裁量権をもった、今病棟で行われているような看護ケアが行われるような仕組みをつくっていかなければ、このまま療養病床を減少させてしまうと大

変なことになるのではないか。

フランスの在宅入院制度

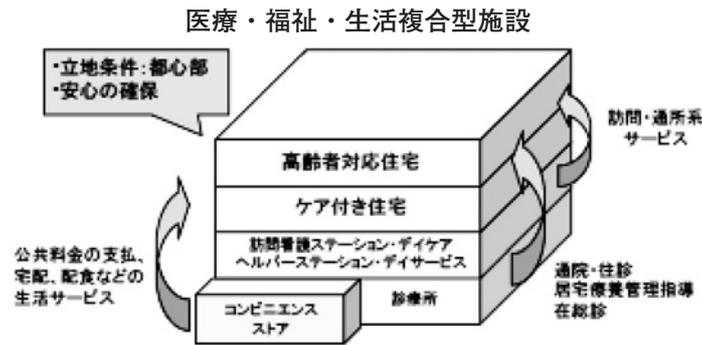
フランスの在宅入院制度とは、地域の病院がその地域に住んでいる在宅の高齢者の自宅のベッドを自分のベッドとカウントして、その患者に対してチームで訪問看護やいわゆるリハビリテーションサービスを行う仕組みである。多分、こういう仕組みは、例えば東京都の下町のように高齢者がたくさん住んでいて、そういう人たちをどうするかということを考える場合に非常に参考になるのではないかと考えている。

高齢者はなぜ退院したがるのか？

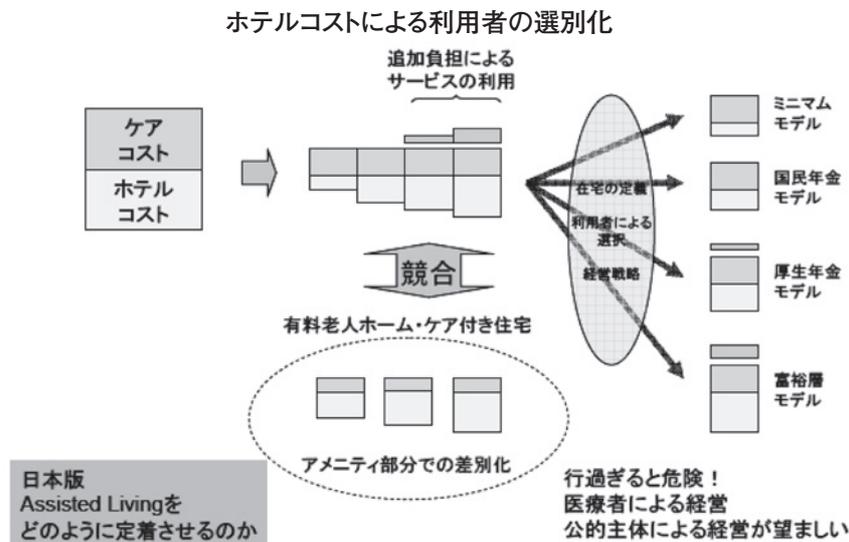
福岡県医師会の協力を得て、昨年度、福岡県の療養施設、介護療養病床と医療療養病床で180日以上入院・入所している患者の全数で調査を行った。どのような人たちがそこにおいて、どうして退院したがるのか等いろいろな調査をした。独居者で60歳以上の高齢者が、なぜ自宅に帰らないのかというと、実はADLレベルはそれほど悪くはない。認知症のレベルも比較的軽い。ところが、生活の安心感が不足している、いきがいが足りない、経済的支援がない、そもそも自宅がないという人たちがかなり長期入院しているのが実態である。独居者以外の場合にはどうなっているかということ、今度は認知症のレベルが重い人が入ってくる。あとはそれほど悪くはない。そして、同じように共通に出てくるのが生活の安心感が不足している、いきがいが不足している、経済的支援が必要、あるいは自宅に居室がない。

今療養病床でどういう医療、ケアが行われているのかということ、週に何回かのリハビリテーションやアクティビティがある。それは高齢者にとっては1つのレクリエーションになっている。それがないときには、皆で食堂やいろいろなところに集まってテレビを見たり居室でテレビを見たりしているわけであるが、それ以外に食事のサービスがあって、定期的に看護師、看護助手、ドクターがやってきて話し相手にもなってくれる。お風呂にも入れる。と考えると、今、療養病床にいる高齢者にとって、そういう施設は、安心感があり、生きがいも楽しみも保障してくれている。そこにいることによって安心して生きていくことができるという保障を。この機能を家に帰って地域に戻ってしまうと果たす場所がないわけである。そうするとそれが非常に心理的な負担になって、ずっと療養病床に居続けるということになるわけである。

そうすると、この地域のなかにそういうものを保障する機能をつくらず



この分野に参入してくるのは医療機関のみではない！
 選択されるためのキーワードは「安心」と「信用」



に、ただ単に病床を減らしてしまうと、これは大変なことになるのではないか。そういうことで、今、こういう医療・福祉・生活複合施設というのがいろいろなところでできている。ただ、ここの分野に参入してくるのは医療機関のみではないということはやはり問題だろうと思っている。

今から10年ぐらい前、このような施設が名古屋や沖縄あたりにでき始めたときに少し調べてみた。診療所、コンビニがあり、看護、ヘルパーのケア付き住宅、高齢者対応住宅になっている施設で、訪問・通所系のサービスも一体として保障するという施設である。その後、この分野にゼネコン、タクシー業界、あるいは商社などがどんどん参入し始めている。

彼らは何をやっているのかというと、ケアコストのところはいわゆる公的な保障であるので、上乘せがあるにしてもそれほど差別化されていない。ただ、一番大きな問題は、このホテルコストのところはかなり差別化が進んできているということである。最近も、九州のある大学病院の近くにこのような仕組みの施設ができたが、そこは何をうたい文句にしているかということ、その大学附属病院まで歩いて5分ということである。別に連

携しているわけではない。しかし、近くにそのような医療施設があるということで安心感を保障して、なおかつホテルコスト部分が非常にアメニティを高くしているの、どちらかという、これを高くすることによってマーケットの選別を行っている。富裕者層をかなりねらってこういう仕組みをつくっている。こういうものが行き過ぎてしまうと非常に危険ではないかと思う。

そもそも看護サービスを十分に提供できない施設がこのような高齢者施設をつくっているの、そうなってくると、ちょっとしたことで救急外来にかかってしまう。これは非常に問題があるのではないか。そういう意味で日本版の Assisted Living というものをどのように定着させるのか。私はやはり例えば医師会等の公的主体がこういうものにもう少し積極的に参画していく時期に来ているのではないかと考える。

生活不活発病の対策が重要

生活不活発病の対策が重要ということ、これはいわゆる予防の話であるが、今回、介護保険のなかで ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health : 国際生活機能分類) 的な考えに基づいて介護予防を考えていこうということになった。これはそもそもアイディアとしては、軽度の要介護高齢者の場合には移動能力の低下があって、それが行動範囲・活動範囲を制限させて、意欲・関心を低下させ、いきがいを低下させ、結果として移動能力の低下をもたらすという悪循環があるのではないかということである。この悪循環が繰り返されて生活不活発病になっており、この悪循環を断つということを目標にいろいろなことが今介護予防で行われている。ただし、このようなプログラムだけではやはりうまくいかないだろうと思っている。

最近、私自身は街づくりから物事を考えるようになってきている。これは自分自身の経験であるが、講演で呼ばれた割と大きいある地方都市で、昼の12時少し前に食事をしようとしたら駅前にも拘わらずだれも歩いていない。シャッター通りになっていた。高齢化率が30%を超して40%近い町ではある。

一方で、巣鴨のとげぬき地蔵では、たくさんの高齢者が歩いている。巣鴨駅からちょっと離れたところにあって少し不便ではあるが、そこになぜこうやって高齢者が集まってくるのか。どんなに介護予防のことを頑張っても、高齢者が街に出ていきたいと思わなければ介護予防の効果というのは期待できない。そうすると、いかに巣鴨のとげぬき地蔵のような、高齢者が集まりやすい、集まりたいと思ってくれるような仕組みをつくってい

くかということが大事ではないか。

青森のしんまち商店街では、青函連絡船がなくなって経済が落ち込み、街から人がいなくなってしまった。そこで商店街の人たちは、青森ではどの人口層が多いのかを考えた。高齢者が多い、では高齢者が集まる街づくりをしようと考え、歩道を倍に広げて段差をなくし、100メートルおきにベンチをつくった。その結果、街に高齢者が戻り、活気が出てきた。この商店街の後ろには、今高齢者住宅がたくさんでき始めている。やはりこのような高齢者が集まりやすい街づくりというのをやっていかなければ、結局介護予防の効果はないのではないかと考えている。

これが今日の医療の話と何の関係あるのかということであるが、福岡県の若松医師会の協力で、97年の1月に若松医師会の会員の診療所並びに病院の外来にかかったすべての患者について、どこに住んでいる人がどの医療機関にかかっているのかということと距離を測って調べた。非常に興味深かったのが、多くの高齢者は日常的な診療に関しては大体2キロ以内の医療機関にかかっている。この2キロ以内の診療機関、受療機関は何かというと、実は小学校区である。小学校1年生が重いランドセルを背負ってヨチヨチ歩いている距離と、大体高齢者が老人カーを使いながら医療機関にかかっている距離が大体一緒だということである。そうすると、こういう小学校区ぐらいのところに何か1つ枠組みをつくれないうか。もう少し広くて中学校区でもいいと思うが、そういう高齢者が集まれるような場所というものを、小学校区単位あるいは中学校区単位で何かつくれないうかということがこういう調査からわかってきた。

実際に、今、老人保健施設の分布を見ると、中学校区に大体1つあるという状況になっている。そうすると、中学校区に1つある老人保健施設が高齢者の日常生活を支えるうえで何かつくれるのではないか、そんなことを少し考えながらいろいろやっていたが、実はそういうことをすでに医師会の先生が実践している。青森県に石木医院という医院がある。先生の問題意識とは何かというと、地域の通所施設で世話をできるのはたかだか2日である。残りの5、6日間は、地域の高齢者はその地域のなかで生きていかなければいけない。では、その地域のなかで生きていくということとをどのように支えていったらいいだろうか、ということで、石木先生と管理栄養士が責任者となり、「浅めし食堂」というコミュニティレストランをNPOで立ち上げた。このNPOの立ち上げた「浅めし食堂」（浅虫温泉駅の山側のほうにあるが）では、地域の元気な高齢者が有償ボランティアとして働いて配膳や配食を行う。そして、そこにその地域の高齢者が1日に1回はご飯を食べにきて、2～3時間間ぐらい過ごして帰っていく。

先ほど、長期入院患者がなかなか退院したがない理由のなかで、生活の安心感がない、楽しみがないという話を紹介したが、このように医療機関が地域に対して積極的にアプローチすることによって、その地域のなかに高齢者が集える場所をつくって、医療機関のもっている地域の安心を保障するという機能を外に出し、地域に開放していく。こういう病院門前町とか介護施設門前町、言葉がいいのかどうかかわからないが、こういうものがこれからできないかということを考えている。

実際、川越の霞が関南病院や、北九州の西野病院、小倉リハビリテーション病院というのは、まさにこういうことを今始めているわけであるが、高齢者の受療圏と日常生活圏域が一致しているのであれば、そういう地域のプライマリケアを支えている医療機関、あるいは介護施設、そういうものが高齢者にいわゆるいきがい形成というか、安心の場を提供していく、そういうことができるのではないかと考えている。

自己負担をどう考えるか

自己負担を30%として、自己負担を補う補足的な仕組みを導入するという考えもあるが、これはなかなか難しい。アメリカのMedigap（民間保険）みたいなものを入れていくと、入れない人が出てくるので、それをどうするかという問題があるし、貧困者は税金でみてもらえるというフランスの補足保険制度（共済制度）はどうなのか。あるいは年金と連動したMedisaveみたいなものを考えるのか。この自己負担部分をどう保障するかということは少し考えていかなければいけない問題であろう。

次に、未収問題についてみると、今、レセプト債権化という問題があるが、これが取り立てにつながってしまうと大変であろう。映画『ロッキー』ではシルベスター・スタローンが最初のころに取り立て屋をやっているが、あのかなりの数が実は医療機関の未収金の取り立てということである。そういうことを本当に日本に導入していいのかということに関して、少し慎重に考えたほうがいいのではないかと。

終末期医療をどう考えるか

これはやはり拙速であってはいけないと思う。今、オランダの安楽死は反省期に入っている。今から10年ぐらい前にオランダは安楽死をいろいろ取り上げた。3年ぐらい前に調査にオランダに行った。安楽死の調査ではないが、そのときに向こうのジャーナリストをインタビューする機会があったので、安楽死について質問した。それによると、オランダでは反省期に入っているそうである。もう少しやれることがあったのではないかと

いうことで、家族が非常に悩んでいるという状況があるという。この辺のところも考えなければいけない。終末期医療は、人生観、死生観といった倫理面に深くかかわる問題であるので、経済的議論で律することはできないと思う。もう少し深い議論が必要ではないかと思う。

国レベル・地域レベル・保険者レベルでの収支管理

財政では、そろそろ支出だけではなく、収入についても検討する仕組みが必要ではないか。支出だけでいくと、高いのか安いのかわからない状態で抑えるみたいな話になるわけで、実際に医療のニーズがどのぐらいあり、医療費がどのぐらいかかるのか。その収入をどのように確保するのかという議論をもうそろそろ具体的にやらなければいけない時期に来ているのではないかと思う。そういう意味での医療費支出目標というのは、強制力がなければある程度あってもいいと思うし、理解が得られるのではないかと思う。フランスの医療費伸び率目標制度が、そういう意味で参考になるかと思っている。

「医療介護費の適正化」と「質の向上」

今、「医療介護費の適正化」と「質の向上」が言われている。国は適正化ということ言うわけだが、国民が求めているのは、安い医療ではなく、質の高い医療であろう。ただ、この適正化にしても質の向上にしても、その定性的な議論だけでは先に進めないのではないか。やはり、いずれも測れること、つまり可視化をしないとイケない。質の向上であるということ、地域の医療ニーズを踏まえたうえで自分の施設がどういう機能を持っているのかということが見えないとイケないし、その機能が十分果たされているのかということと比較できなければいけない。医療・介護費の適正化に関しても、適正化というのは医療・介護費の削減ではないと思う。適切な医療・介護を行うために適切なファイナンスが行われているというのが適正化と思うので、そうすると、医療あるいは介護の負担がどの程度であるかを測る仕組みがなければいけないのではないか。

フランスの医療計画は、まさにこの質を保証するということを前提に、各医療機関と当局が契約を結ぶという仕組みになっている。例えば地域、連携医療を保障するということが決められた場合には、どの施設とどの施設が連携してどのようながん診療というものを行うのかということ具体的な数字も含めて書くことが求められている。これは、いわゆる日本でいうところの任意的記載事項が必須化されているものであるが、そういうデータに基づいて国レベルで医療支出目標枠というのが決まる。要する

に、それぞれの地域がそれぞれの住民に対してどのような医療を提供するのかということを書き込んで、それをいろいろな公衆衛生学的な疫学的な調査のデータも含めて、例えば社会医療部門、公的病院サービス部門、私的病院部門、開業医部門と、それぞれの地域でどのぐらい医療費がかかるのか。それを地方レベル、国レベルで積み上げて年間どのぐらいの医療費がかかるのかということ推計して、それを議会において社会保障予算ということに議決するという、そういう仕組みが取られている。

ただ、これには強制力はない。あくまでも目標枠であるので、その枠を設定してそれに対するモニタリングをしている。例えばその年に、数年前にあったように、熱波に襲われて高齢者がバタバタ倒れて非常に医療費がかかるということであれば、それはそれで認められる。そういう仕組みである。ただ、そういう事象がないにもかかわらず、当初の目標以上に医療費が膨らんでいった場合には、その原因を検証して、それに対して適切な対策をとることができるということも明記されているが、これは過去まだ1回しかされていない。ただ、いずれにしても、このようにそれぞれの医療の現場におけるニーズを積み上げる形で医療費の支出目標額を決めるといふ、こういう枠組みがフランスでは今とられている。

DPCの基本的考え方

DPCには7年間ずっと開発に携わってきた。DPCは支払いのためではなく、一番大きな目的は評価指標をつくるということである。医療の目的は、患者の治療であるので、第1の評価指標は質である。では、この医療サービスの質をどのように評価するのかということ、評価指標がないといけない。ただ、医療の現場で絶対評価は無理である。相対評価でしかあり得ない。そうすると、この比較による評価をしなければいけなくなり、その比較の単位として診断群分類をつくってきたということである。

DPCの基本的な考え方は、各患者を「病名」と「行われた医療行為」の組み合わせで分類する方法である。DPCは単に分類する方法である。例えば「胃の悪性腫瘍、開腹胃全摘術」で、その他の手術あるいは副傷病がなかった場合には「060020 3×01×0 0×」という数字で羅列する。06というのは消化管、消化器系ということで、消化器系の0020というのは胃の悪性腫瘍で、その後の01は胃全摘術を受けて、0はその他の治療を受けず、0は副傷病もなかったということであれば、このような形でコード化されるということである。

では、DPCをどのようにつくっているのかということ、我々研究班のメンバーが勝手につくっているわけではなく、各医学会に依頼し、それぞれ

の臨床の専門科の先生方が集まって定義表をつくっていただく。この定義表に、実際に現場から集まったデータを流し込み、まとまりのいい分類をつくり、再度先生方に見ていただくということを繰り返しながらつくっている。

よく DPC はそのうち厚生労働省がギュッと締めてしまうのではないかという話があるが、実はこれは非常にやりにくい仕組みになっている。なぜかというと、DPC は後追いの仕組みである。実際に現場でどういう医療が行われているかということに基づいて分類をつくっており、しかもそのデータを、厚労省も持つが、提出側も持つわけである。同じデータを保険者も、国も、医療サービスを行っている側も持つ。要するに、情報を共有する仕組みというのが DPC ということになる。

例えば国立大学協会、私立大学協会、全日本自治体病院協会、あるいは全日病みたいところが自分たちでデータを集めてそれで分析するという仕組みを既につくっている。そういう意味で、同じデータを共有する仕組みというのが DPC ということになる。

DPC の導入の意義

DPC の導入の意義であるが、DPC は実は永久に完成しない。新しい技術が入ってくればそれを定義表に加えて新しい分類をつくらないといけないし、プロセスが変わってくればそのプロセスの変化に応じていろいろな見直しもしないといけないので、これは定期的にずっと見直しを続けなければいけない。そういう意味で永久に完成しない仕組みである。

我々は、DPC を単なる支払いの道具とは考えていない。一番大事なことは、情報の標準化と透明化である。同じ情報を厚労省・保険者・医療サービス提供者が持つということ。しかも透明化される情報が臨床面と経済面である。あるいは経済面ということである。例えばこれは部門別原価計算とは少し違った枠組みであるが、一応 DPC の原価というものを求めている。

急性期入院医療に関して、医療サービスの原価を推計するよう中医協から宿題を出され、DPC の枠組みを使って推計をした。医師給、看護師給、医療技術員給についてはすべて国家公務員と同じ給与表で行った。薬価や材料費は診療報酬の点数を使い、すべての病院が同じ給料、同じ材料費・医薬品費で医療サービスを提供したらどのぐらいのコストになるのかを推計した。こういう形で DPC 別の原価とか、設置主体別の原価も求めている。過去 5 年間やってきてある程度安定してきたのではないかなと思うが、このような方法論を今後どのように厚生労働省が使うのかはまだわか

らない。ただ、この調査をやってみて非常に気になったのが、日本の医療はやはり原価割れしているという点である。それがなぜもっているのかというと、医療職、事務職も含めた長い労働時間でもっている。この長い労働時間と財源の問題を何とかしないと、この国の医療は本当にこれから厳しい状況になるのではないかと考えている。

介護保険の調査で、今年の春、1月から3月ぐらいにかけて北海道、東北、南九州のいろいろな公的病院を見学した。非常に厳しい状況になっている。例えば、ある離島では周辺の離島も含めて5万人の人口がいるにもかかわらず、外科医が4人しかいない。一番若い外科医が49歳で、その4人の外科医が1日おきに当直をしている。当直のない日もオンコールで24時間体制で自宅で待機している。そういう状況であるので、当然、家族も呼べない。これではやはりもうもたないと思う。若手が全然入ってこなくなっているの、労働条件を少し考えていくということをやらないと、急性期医療だけではなく、地域医療は崩壊してしまうのではないかと危機感を感じている。

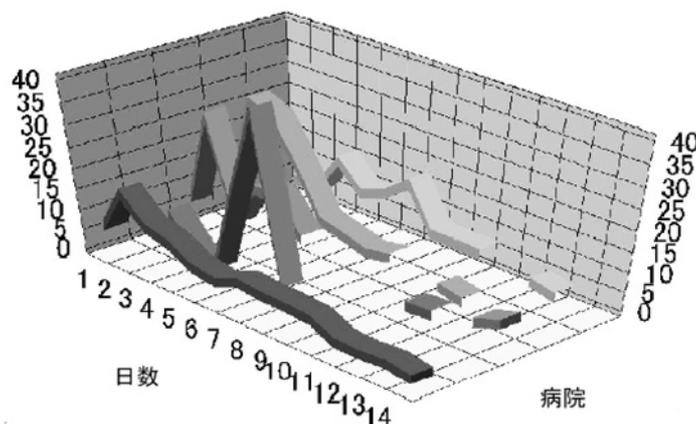
DPC を用いた医療プロセス

また、DPCにはEFファイルというレセプトの明細情報があり、各病院がどのようなプロセスで医療を行っているかということがわかる。例えば、これは狭心症の慢性虚血性心疾患のインターベンションが行われた例であるが、この一番左のが国立大学全体の平均。大体翌日にインターベンションをやっているという例が多いが、これを見ると、左から2番目の病院は大体6日目に、一番右の病院は3日目ぐらいからやっている状況がわ

DPC を用いた医療プロセスの分析例

DPC050050 狭心症、慢性虚血性心疾患

病院別入院経過日ごとの手術点数割合



資料：伏見清秀(2005)

かる。このような形で医療プロセスを記述することによって、仮に自分の病院で標準化できるものがあるならば、それを比較して改善し、医療の質、経営の質を改善していくベンチマーキングの仕組みを今つくっている。

臨床的な面でいうと、例えばヘルニアの記載のない腸閉塞の術後感染症というのが、データとしてはとれる。副傷病をとっているのです。全体で見ると2.5%ぐらい発生しているが、発生していないところはほとんど発生していない。これは見方がいろいろあると思う。本当は発生しているけれども、発生していないということを出しているのかもしれない。ただ、これを分析してみると、発生した場合は発生しない場合に比べて在院日数も倍になるし、出来高換算でやっているコストも倍になる。これが何を意味するのかというと、院内感染対策というのが非常に重要であることである。いずれにしても、このDPCのデータを使うことによってこのようないわゆる臨床指標というものもつくることのできる。

医療圏別の傷病構造

研究班のなかで東京医科歯科大学の伏見先生による仕事であるが、日本に患者調査という調査がある。3年おきの調査であるが、その患者調査の個票にDPCのロジックを当てはめると、その医療圏別の傷病構造が推計できる。DPCの上6桁は傷病に相当するので、その手術の有無別に各医療圏にどのような患者がどのぐらいいるのかということ推計することができる。

しかも、患者調査の場合には、その患者の住所地がコードで入っているので、それを比較することによって、医療圏別の傷病構造の把握ができるようになる。DPCをただ分類するだけに使えば、実は外来の分類にも使えるし、慢性期医療の分類にも使える。

推計になるが、脳梗塞で福岡・糸島医療圏ではどのぐらい外来患者が受診しているのか。約6,000人ぐらい年間延べで受診している。その6,000人のうちほとんどが福岡・糸島医療圏で診療を受けている。短期入院の手術なしで見ると、福岡・糸島医療圏では約2,200人の患者が発生し、約2,000人が福岡・糸島医療圏で治療を受けている。他方、粕屋になると、400人ぐらいであるが、そのうち3割ぐらいは福岡・糸島医療圏で治療を受けている。要するにDPCのロジックを患者調査というものに当てはめることによって、どこに住んでいる人がどこで医療を受けて、なおかつそのそれぞれの地域の傷病構造がどうなっているかということ推計することができる。これはあくまでも推計値である。このような形で外来から急性期、慢性期までの医療換算の数を推計することによって、実際のこの地域にど

のぐらいの医療ニーズがあるのかということ推計できるということになるわけである。

DPC を用いた傷病構造の推計

要するに、DPC を用いることによって、その地域の傷病構造を推計することができる。この傷病構造の推計をすることで、例えばその地域でどのぐらいの医療費が必要なのか、国単位、地域単位で推計することが可能になるのではないかと考えている。

ただ、こういう話をすると、DPC を外来の支払いにも使うのではないかという話が出てくるが、実は外来には使えない。外来はワンエピソードというのが定義できない。同じ傷病をある医療機関では、3回に分けて診療を行っているかもしれないし、ある医療機関では1回でやっているかもしれない。ということで、外来の場合には同じ傷病に対して同じ医療行為をやるにしてもワンエピソードというものがつくりにくいので、DPC を外来の支払いに使うというのは、これはもう未来永劫無理だろうと思っている。

こんな形で傷病構造の推計までできるが、こういういろいろな活用の可能性をこれからどのように考えていったらいいのかということ、DPC データを収集・分析する中立的な情報機構が必要だろうと考えている。国が、保険者が、あるいは病院側が集めるのではなく、そういうものから独立した中立的なところがこういうデータを集めて、それを中立的な立場から分析・加工する仕組みというのをつくらなければいけないのではないかと考えている。

我々の研究班は今年で7年目になり、あと続いても2年だろうと思う。それ以上研究班の枠組みのなかでいろいろなことをやっていくというのはもう無理だと思うので、そういう中立的な情報機構というものをつくっていただいて、そこで適切な情報分析をやっていく仕組みがこれから求められるのではないかと考える。

DPC を用いると、このように傷病構造の推計ができるわけであるが、なぜこれが大事なのかということ、来年から特定健診・特定保健指導事業が始まる。40～74歳までのすべての被保険者、被扶養者が年に1回健診を受けて、医療対象ではないけれども指導対象になった人たちが個人的な保健指導を受ける、こういう仕組みである。

ところが、これが本当に効果があるかどうかということ予測するためには、介入がなかったときの予測医療費を推計できないといけない。実際の医療費と比較して介入効果を比較するというをやらないといけな

い。

アメリカで行われているディジースマネジメントという枠組みでは、プレディクションモデルというのがある。この集団でこの年齢構成でこの性別の構成で過去の病歴がこうだった場合には大体1年後の年間の医療費はどのくらいかかるのかということが推計されて、それに対して介入を行って実際の医療費と比較をしてこのくらい介入効果があったということをやするわけだが、こういうものがないと、健康づくりの効果というのは評価できない。アメリカではこういう目的でACGとかCRGというものが開発されているが、日本ではこういうものを少しDPCをモディファイする形でできるのではないかと、今考えているところである。

特定健診・特定保健指導

特定健診・特定保健指導事業であるが、このままでは多分回らないのではないか。これも研究を行っているが、北九州モデルというのを今つくっている。北九州市は、今まで老人保健法に基づく基本健康診査を医師会への委託で行っている。医師会の会員の先生方の個々の診療所に地域の高齢者がやってきて健診を受け、その結果を返す際に保健指導を受けるということをずっとやってきている。であるならば、今度の特定健診・特定保健指導もこの枠組みを使ってやろうということで、北九州市医師会に提案をしたところ、モデル事業を研究の枠組みでやっていただけることになった。これが北九州モデルであるが、北九州市の保険者、国保が医師会に委託をして、対象者が医師会を受診し、健診を受け、なおかつその結果を渡される際に保健指導を受けるという仕組みをつくった。

保健指導のときに、厚労省が出している学習教材集がすごく重過ぎて、あれではなかなかできないのではないかと、思っている。それを我々の教室で抜粋し、メタボリック・シンドロームって何か、内臓脂肪って何か、あるとどんなことが起こるのかという教材を使い、開業医の先生が対象者に保健指導するという仕組みである。保健指導をしながら、行動計画をそこでつくっていく。その行動計画に従ってカレンダーをつくる。これを本人に渡すわけであるが、これを3カ月か6カ月、1週間に1遍でもいいがつけてもらい、その結果を踏まえて先生から途中でフォローアップの指導をしていくという仕組みをつくった。

これでやると、大体保健指導、初回面談が大体20分でできる。今、北九州市でこれを16の開業医の先生方に協力いただいてやっている。大体8割以上で腹囲が減少しているし、体重も減少している。2回目、3回目になってくると10分ぐらいの指導で終わる。今まで北九州市では、老人

保健法に基づく健診を開業医の先生方の診療所でやっていた。その枠組みを使ってこういう特定健診・特定保健指導をやる仕組みをつくる。できればこれを幾つかの医師会の先生のところやっていたらいい、医師会モデルとして採用していただければということやしているところである。

まとめ

医療制度改革の全体像ということであるが、医療機能の分化・連携、これはいいと思うが、在宅ケアをどのようにしていくのか。特に、看護ケアを含めて在宅の高齢者をどういうふうに支えていくのか。こういうモデルをきちんとつくっていかなければいけないと思う。すでに長崎のドクターネットとかいろいろないいモデルがある。そういうものをぜひ発展させていただければと思っている。

生活習慣病対策も非常に重要だと思うが、やはりマネジメント可能な、運営可能な仕組みというものを考えていかないと、絵に描いた餅で終わってしまう。健康づくりの重要性を考えれば、先ほど示したような北九州モデルみたいなものを作っていく必要があるのではないかと。

国民健康保険の加入者、メタボリック・シンドロームの最大のターゲットは40代、50代の男性である。しかし、国民健康保険に加入している40代、50代の男性は平日の昼間は働いている。平日の昼間に仕事を休んで健診を受けに行く、保健指導を受けに行くということは、そのまま収入減につながる。現行の老人保健法の基本健康診査でも、40代、50代の男性はほとんど健診を受けていない。多分数%、大都市だと1%を切っている。そういう人がこの新しい枠組みのなかで健診を受ける、保健指導を受けるためには、地域のなかにやはりその健診を受ける場所、保健指導を受ける場所を複数つくる必要がある。できればそれを自分の住んでいる近く、働いているところのすぐ近くと考えると、これは診療所の先生の協力しか方法はないのではないかと考えている。

社会の高齢化と社会保障制度の課題であるが、生活保障の話は少ししたが、健康づくりは医療費や介護給付費の適正化に有効なのか。健診で異常が見つけば見つけるほど医療費は高くなるのではないかと。多分、これは否定できないだろう。

ただ、健康づくりの目的とは、こういう直接的な医療費の適正化だけではないだろうと思っている。やはり日本人にとって働くということは何なのかということを考えなければいけないだろう。

高齢者医療費を下げる特効薬は何かないのかということであるが、このままで行くと人口の約3割を占めるに過ぎない65歳以上の人が7割の医

療費を消費する。この推計が合っているかどうか分からないが、傾向的にはこれは否定できないだろう。特効薬は、高齢者の定義を変えることだろうと思う。65歳を75歳に変えてしまう。日本の高齢者、65歳の人はまだまだ元気で、そういう人たちが働ける限り働ける仕組みをつくっていかなければいけないのではないかと思う。

慶応大学の清家篤先生（労働経済学）は、高齢者が労働を継続できる条件を実際のデータに基づいて分析している。1つが、専門的スキルを持っていること。これは医師とか弁護士とかということだけではなくて、例えば営業のプロであるとか接客のプロである、そういうことも含めて。2つ目が職住近接であること。3つ目の条件として、健康であるということを挙げている。高血圧、高脂血症はあるけれども、働くことができる程度には健康管理ができています。

日本医師会から健康投資という概念が提唱されているが、これから日本人が75歳ぐらいまで、あるいは70歳ぐらいまで普通に働く社会になれば、多分社会保障財政ってすごくよくなると思う。そうすると、それを可能にするための健康投資をすることによって、70歳ぐらいまで日本人は働けるようになる。そういう形での健康づくりの効果というのはあるのではないかと思う。年齢に関係なく自己実現をし続けることができるような社会というのを日本はつくるべきだと思うし、そこに対して医療界が、特に地域の先生方が貢献できる部分というのは非常に大きいのではないかと考える。

特にこれから団塊の世代の人たちが高齢化していくので、多分、全然違った社会になってくると思う。例えば、高級な老人ケア対応住宅。そういう人がこれから増える社会だと思う。そういう意味で、これからケアのあり方が変わってくると思うし、それに応えるための在宅医療サービスのあり方が求められているのではないかと。

特に、医療・介護の周辺領域がこれから拡大してくると思う。キーワードは信頼であるが、地域に安心を保障する社会的インフラとしての医療機関が、すでに自分のところで持っている、地域の安心を保障する機能を地域に開放して行って、病院門前町とか介護門前町みたいなものがつくれないか、あるいは街づくりに貢献できないか。そういうことをやることによって、医療職に対して今少し失われつつある尊敬、リスペクト、これを取り戻さないと日本の医療はうまくいかなくなってしまうのではないかと。そういう意味で、この医療界、介護界からあるべき社会に対する問題提起ということもぜひもっと積極的にやっていただけたらと考えている。