

# 社会経済構造の変化と医療政策のあり方

政策研究大学院大学教授

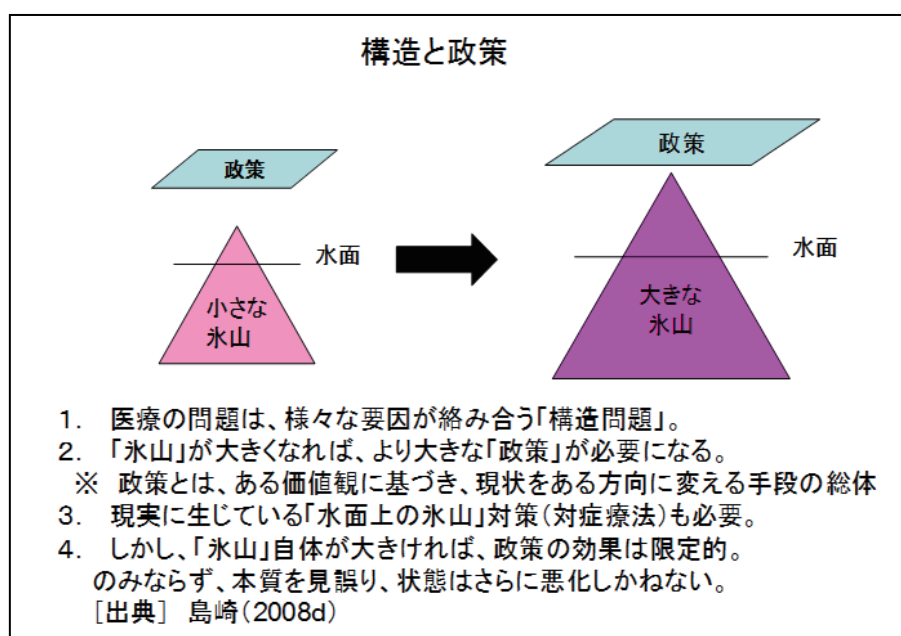
島崎 謙治



## 1. 問題の所在と視点

下記の図は、私が国立社会保障・人口問題研究所に在籍していた当時、政策を打っても出生率が伸びない理由を説明するのに作成したものである。

この図は、社会構造そのものが大きく変化する（比喩的に言うと「冰山」が大きくなる）と、上から政策で押しえ込もうとしても限界があるということを表している。つまり、水面から出ている対症療法的な対策も必要だが、構造そのものに手をつけないと本質的な解決ができず、状況は悪化するということである。



実は、この図は医療にも当てはまる。医療制度はシンプルな仕組みではなく、いろいろな要素が絡み合い、全体として1つの構造を形成している。そのため、絡み合っている構造の全体をみて、問題をきちんと解きほぐしていかないと、かえって状況は悪化しかねない。今日は、このような観点から医療政策のあり方について日頃思っていることを述べてみたい。

### (1) 医療現場からみた医療危機

現場の医師たちからは、多忙だという悲鳴に近い声が聞かれる。それにはいろいろな要因がある。もちろんその根底には、医療そのものが高度化していることが大きな要因として存在することは間違いないが、理由はそれだけではない。患者側の医療に対する期待が「ニーズ」を超えて「ウオ

ンツ (wants) 」であり、欲求が過大になっていること、医療本体業務以外の周辺業務が増えていることなども無視できない。これまでは、医師あるいは看護師の負荷が増加しても、医療人として我慢するものだといった意識があったと思うが、そのような「自己犠牲」のロールモデルは通用しない。また、患者・家族からの医療に対する不満はどここの国でもみられるが、そういう不満が表出しトラブルも増え、訴訟リスクも増大するということになる。 「リスクをとるのは割に合わない」という感覚も生まれよう。周りを見て、もっと楽な職場があれば辞めていくのは道理である。元来、免許のある医療職は、職場を選ばなければ雇ってもらえるため流動性が高い職業である。こうして誰かが辞めると、限界的にその負荷が残された者にかかり「ドミノ倒し」のように辞めていき、その連鎖が地域医療全体に及んでいく。医療現場の実状をみると、こういう構図に陥っている地域は決して少なくない。

## (2) 中期的・マクロ的にみた医療危機

ただし、こうした医療現場における実態をあれこれ述べることが本日の趣旨ではない。「社会経済構造の変化と医療政策のあり方」というタイトルをつけた理由は、医療問題を中期的・マクロ的に見るとどうということなのかということである。言い換えれば、ミクロ的な視点も重要だが、政策を考えるに当たっては、社会経済の大きな流れを押さえ、将来から逆算して今の課題を抽出していくことも必要になる。

まず押さえておくべきことは、医療費の増加である。その要因の1つは医療技術の進歩である。通常産業分野では、技術革新は費用削減に資するが、医療では一般には技術革新は費用増加に繋がる。また、分子標的薬の開発も進んでいるが、開発費用が嵩むため概して高い薬価が設定されている。2つ目は高齢化の進展である。これについては医療費増加の主因ではないとする議論もあるが、増加要因であることは間違いない。一方、経済成長はどうか。高齢化・生産年齢人口の減少や総人口の減少は、日本経済の潜在成長力を引き下げる要因である。ちなみに、各種調査等によれば、2020年代の潜在成長率は、1%程度(よくて1%半ば)であると見込まれている。これは技術進歩によって可変的であるが、いずれにしてもかつての高度成長期における毎年平均2桁の伸びは期待できない。

そうしたなかで、医療の質、アクセスの公平性、コストの3つをどうやってバランスを取っていくかということが問題になる。しかし、この3つは基本的にはトレードオフの関係にある。ある論文の中で、ボーデンハイマー(Bodenheimer,T.)という人が、“Cost, access, quality. Pick any

two.”という言葉を紹介している。要は、この3つを同時に達成することはできないから、「3つのなかから2つを選べ」ということである。医療の質は絶対に落とせず、アクセスの公平もそれほど犠牲にできないということになれば、負担（コスト）を増やさざるをえない。端的に言えば、低医療費政策からの転換は必要だということである。

ただし、医療は経済成長と連動させるべきではないが、経済成長と独立して医療は存立しているわけでもない。これは、日本における歴史的な事実、あるいは外国の事例が証明している。また、医療制度は社会経済の影響を強く受けるが、単に社会経済の上部構造だというわけでもなく、医療制度が社会経済に影響を及ぼす面もある。たとえばドイツでは、日本に比べ社会保険料率は非常に高いが、賃金付随コストを極力抑制することは与野党問わず共通認識になっている。失業率の増加や国内企業の外国への移転に対する懸念が強いからである。日本について考えてみると、天然資源は乏しい。金融で生き延びるという選択肢も危ない。

余談だが、100年に1度の経済危機と言われているが、過去の経済と現在・未来の経済は決して同じではない。ITや金融工学が発達し、市場が国際的に連関しているからであり、景気の Volatility（市場変動率）は高くなる（ブレが大きい）と考えるべきである。また、グローバル化の中でモノの生産も有利ではない。

結局のところ、低医療費政策から転換するには、高付加価値産業を育成しパイを大きくすることと、パイの配分を変えること、の2つが重要になる。いずれにせよ、後者だけで医療をはじめとする財源を確保することはできない。最近よく医療（介護を含む、以下同じ）を内需主導型経済の柱に据えるという議論があるが、内需拡大だけで経済成長を実現できるわけではない。総合的な経済成長戦略はやはり必要である。

また、医療は雇用誘発効果が高いということが言われる。医療は人件費比率が半分を占めているのだから当然であるが、中長期的に見れば、むしろ少子高齢化が進んでいくなかで医療従事者をどのように確保していくかということが深刻な問題になってこよう。もちろん、同じお金を使うのであれば、効用（国民の満足度）が高い分野に配分を変えるべきだという考え方は正しい。

ただし、留意すべきことは、医療と他の産業分野との調整は、必ずしもマーケットで自動的に行われるわけではないということである。普通の産業では国民のニーズに応じて商品やサービスが提供され、それに応えられる企業が生き延び、そうでない企業は淘汰され、労働力の配分も労働市場で行われる。しかし、社会保険料や税金に依存している医療の場合には、

どのくらい医師や看護師を養成するかは、市場で自動調整されず社会的に決めなければいけない。しかも、医師は一人前になるまで10～15年という長い時間がかかり、その間のタイムラグを考慮にいれる必要があり、その決定は慎重に行う必要がある。私は医師の養成数の増加に決して反対ではないが、数の議論が先行し、中身の議論が十分されていないことに違和感を覚える。

さらに、国民の負担増に対する忌避感が非常に強いという問題がある。これは医療負担も例外ではない。1つの例として、毎日新聞社等が行った「医療に関する意識調査<sup>7</sup>」を見ると、医師数については「全国的に足りない」が61%、医療費の規模については、63%が「高い」と答えている。次に、医療費の負担についての設問があるが、実は、質問の前置きで、「GDP比で見たときに、日本は先進諸国のなかで最低レベル」であることが強調されている。それにもかかわらず、医療費の負担について、「税金負担重くなるのもやむなし」と「個人の自己負担額引き上げもやむなし」の回答が合わせて28%、「現状程度でよい」が32%、「さらに医療費を削減すべき」が29%と、ほぼ三分されている。

[毎日新聞社等「医療に関する意識調査」の結果（2007年10月19日朝刊）]

1. 医師数：
  - A. 全国的に多い（2%）
  - B. 一部の地方・診療科では不足（34%）
  - C. 全国的に足りない（61%）
2. 医療費規模：
  - A. 高い（63%）、B. 安い（23%）
3. 医療費負担：
  - A. 税金負担重くなるのもやむなし（19%）
  - B. 個人の自己負担額引き上げもやむなし（9%）
  - C. 現状程度でよい（32%）
  - D. さらに医療費を削減すべき（29%）

※問「国民医療費のGDP比は先進国中最低レベルだがどうすべきかと思うか」

→ 3の、A+B（28%）、C（32%）、D（29%）とほぼ三分されている。

⇒ これでは政策の舵を大きく切ることにはできない。

ここで言いたいことは、国民の負担増に対する忌避感が非常に強いから方向転換できないということではない。強調したいことは、政策の舵を切るには国民に負担の覚悟を求めざるを得ないが、その結果、「出したお金に

<sup>7</sup> 毎日新聞 2007年10月19日朝刊

見合う価値」(value for money)を高めるべきだという意見が必ず生じるということである。私は「無駄をなくせば財源が見つかる」といった論調に与するつもりはないが、今の医療の姿をいわば「相似形」で拡大することに国民は納得しないし、それがよいとも思わない。やはり効率化の努力は求められる。

医療保険の財源は、公費、社会保険料、自己負担の3つしかないが、いずれも国民が負担していることには変わりはない。また、公費にしても、「社会保障の自然増 2200 億円の削減」の閣議決定は撤廃されても、財政制約が弱まるわけではない。たとえば、民主党のマニフェストを見ると、診療報酬の引上げに伴う患者負担増については、公費で手当するということが書かれているが、年末の予算編成で保険料増分はどうするのかといった議論が生じよう。それに関連して総選挙における民意が何だったのかと考えると、各紙の調査を見ると、マニフェストの個々の政策、たとえば、高速道路の無料化等については、反対が強い。医療について個別にきちんと尋ねたものは乏しいが、負担を覚悟した上で低医療費政策からの転換を支持しているのだろうかという疑問を拭いさることができない。つまり、マニフェストの個々の政策に対する支持は必ずしも高いわけではなく、むしろ民意は閉塞感の打開とチェンジそのものにあつたように思われる。

しかし、政策の明確な方向性と強い合意を欠き、変化自体が自己目的化することは危ない。政策の揺り戻しが起こるからである。たとえば、小泉政権下で郵政民営化の是非を問うシングル・イシュー (single issue) で当時の自民党は大勝したが、それから数年も経たずして見直しが行われようとしているのは典型例である。医療分野でも、こういう揺り戻しが繰り返されると、振幅が拡大し、制度そのものに対する信頼が失われかねない。政策を転換する際に必要なことは、目標に対する強固な国民的合意の確認、現状の問題の分析・評価、適切な方法の選択の3つである。これは、医療のように国民の身近な問題では特に重要であるように思われる。

## 2. 人口問題と医療政策

社会構造の変化において、何よりも重要なのは人口問題である。人口学的に見た近未来における日本の社会の特徴は、「超少子高齢化・人口減少社会」である。これは基底的条件であり、医療にはいろいろな経路を通じ影響を及ぼす。

人口問題を軽く見ている人や誤解している人も少なくない。たとえば、①環境負荷等を考えると日本の人口は 8,000 万人程度で安定させるほうが

いい、②国立社会保障・人口問題研究所の推計は当たらない（または「下方修正されるはず」）、③高齢化・人口減少恐れるに足りず、といった見解・論調がある。簡単にコメントしておきたい。

まず①についていえば、人口が一定で推移するのは、合計特殊出生率が人口置換水準（現在では 2.07 ぐらい）で一定しており、なおかつその状態が 1 世紀近く続くという、きわめて特殊な条件の下でしか成立しない。

②については、逆説的な言い方になるが、国立社会保障・人口問題研究所の「2006 年 12 月推計」を当たらせてはいけない。人口推計をするときには、ある基準となる人口のコーホート（女性）を設定して、未婚率、出産する子どもの数をベースに推計するのだが、1990 年生まれの生涯未婚率は、23.5%で、4 人に 1 人は未婚という前提に立っている。ちなみに、1955 年生まれの女性の生涯未婚率は 5.8%であるから短期間の間に急増すると見込んでいることになる。1990 年生まれのコーホート（女性）の無子率（子どもがいない率）も推計されているが、結婚しても子どもが生まれない、あるいは産まないという選択をされる方もおられるので、無子率は約 37%、3 分の 1 以上が子どもがいないと推計されている。

要するに、「2006 年 12 月推計」は非常に厳しい前提の下の推計であり、この推計が当たれば社会構造は現在とは相当異質なものになるだろう。もちろん、だからといって「産めよ、増やせよ」といったアナクロニズムの主張をするつもりはまったくない。そのようなことが許されるはずもない。問題は、国民が本当に結婚や子育てを望んでいないのかということであるが、実は決してそうではない。「結婚したい・子どもは 2 人程度ほしい」という人は 9 割ぐらい存在するのである。願望がありながら、それが何らかの事情によって阻害されるとすれば、その阻害条件を除去するのは「正義」である。少子化対策もこういう観点に立たないと「成功」しないと思われる。

③の点に関しては、少子化が原因でこれだけ国家レベルで高齢化・人口減が生じたことは古今東西を問わず稀である。未経験なことについては、謙虚な姿勢で臨むべきである。「日本の長期人口すう勢」では、2005 年が日本の総人口のほぼピークで、これを対称軸にほぼ対称になっている。

実は、明治元年（1868 年）の人口がどれだけだったかという、3,000 万人を少し超える程度である。それが急激に伸びて、2004 年から 2006 年くらいにピークを迎え、以降急激に減少する。その影響は小さくない。ただし、社会保障にとっては、総人口の減少以上に、人口構成が急激に変わるものの影響のほうがはるかに甚大である。社会保障とは、煎じ詰めれば、現役世代が生み出した富を、前の世代と後の世代へ分配する仕組みだから



である。

その意味で特に重要なのは、生産年齢人口と高齢者のバランスである。生産年齢人口は2005年から2030年にかけて1,700万人ぐらい減少するが、一方、老年人口が約1.4倍に増加する。特に後期高齢者は約2倍になる。これは団塊の世代（1947～1949年生まれの人たち）が、2024年には後期高齢者の仲間入りをするからである。お年寄りを何人で支えているかを見てみると、1955年には12人で1人を支えていたのが、2005年は3.3人で1人、2055年になると1.3人で1人を支えることになる。たかだか100年ぐらいの間に一桁違っているということである。ちなみに、この生産年齢人口の取り方がおかしい、15～64歳ではなく20～69歳ぐらいまでは働いてもらいましょうというモデルにするとどうなるかも計算できる。たとえば68歳の人が、支えられるほうから支える側のほうに回るので、かなり数字が変わるように見えるかもしれないが、実を言うと決定的には変わらない。つまり、人口構造の変化は相当程度所与のものとして受け止めざるを得ないということである。そもそも、生まれてきた人が平均でどのくらいまで生きられるかは、パンデミックが流行するとか戦争があるとか、そういうことがなければ高い確率で当たる。それでなければ生命保険は成り立たない。

また、医療はデリバリーとファイナンスとの組合せから成っている。年金制度は、非常に複雑だと思われがちだが、基本構造はきわめてシンプルである。なぜかというと、所詮はお金の移動というファイナンスだけの問題だからである。これに比べ、医療の場合には、生産要素を投入し、サービスが提供され、消費が行われるという過程があるため、人口構造の変容の影響は多面的である。

たとえば、医療従事者の確保の問題がある。看護師には大卒の方も准看の方もいるわけだが、大体年間5万人弱が新規に免許を取得する。現在の20歳の人口は約120～130万人であるから、現在新卒女性の約13人に1人は看護職に就いている計算となる。しかし、少子化が進んでいるため、20歳人口は2030年頃には90万人となる。男性の看護師の方もおられるが、計算上、仮に全員女性だとすると、90万人の半分が女性で45万人。これを5万人で割ると9という数字になる。つまり、5万人新規免許取得というレベルを変えなければ、新卒女性の9人に1人が看護師ということになる。仮に医療・介護需要の増加に応えるために、もっと看護師を増やすべきだとすると、5人に1人とか、3人に1人といった計算になる。これが果たしてリアリティをもっているかどうかということを実際に考えないといけないのではないか。なお、人的資源といった場合に、量だけでは

なく質も重要であり、一般論で言えば、数を増やせば質は低下する。

また、少子高齢化や人口減少というのは、貯蓄率の低下や労働力の減少などにより潜在成長力を低下させる要素であり、経済というバイパスを通じても医療に影響を及ぼす。労働力が足りなければ外国人労働力を活用すればよいという議論もあるが、これは社会的な統合の問題をも引き起こす。実際、ドイツやフランスが悩んでいる問題である。日本はアメリカと異なり移民国家ではないので、こうした社会的な統合の確保は、より深刻な問題を引き起こすことになる。

ところで、人口置換水準を下回ってきたのは何もこの数年ということではなく、1970年代半ばから合計特殊出生率は人口置換水準を割り込んできた。それなのになぜ総人口が増えてきたかという、それは単純な話で、死亡者数が出生数を下回っていたからである。つまり、これまでも人口ピラミッドは崩れていたが、比較的まだ若い社会だったために、子どもの数が減っても亡くなる人のほうが少ないので人口が増えてきたのである。現在では、人口ピラミッドは完全に逆のピラミッドのような形になっているので、子どもが多少増えたとしても、亡くなる人の数のほうが多くなる。高齢社会は多死社会である。実際、2030年には亡くなる人が160万人ぐらいになるので、看取りの医療の重要性や死をどうやって迎えるかということも切実な問題になってくる。

さらに、世帯構造の問題も非常に深刻である。単身世帯や老人夫婦世帯が増えるということはよく言われるが、1人暮らしの高齢世帯数というのは急激に増えていく。一口に1人暮らしといっても、たとえ近くに居住していなくても、子どもがいる場合といない場合では、全然意味合いが違ってくる。非常に心配なのは、全く身寄りのない本当の1人暮らしというのが相当増えてくるということである。特に、男性の生涯未婚率（50歳時点での未婚率）が非常に高い。1980年の時点で、男性2.6%、女性4.45%ぐらいだったが、2005年になると、男性15.96%、女性7.25%ということで、男性では6人に1人が未婚という状態になっている。この人たちが間もなく高齢者になる。そうすると、たとえば認知症が発現したときに成年後見人をつければよいという問題ではない。成年後見人は、基本的に財産行為に権限が限られているので、インフォームド・コンセントを得るために本人がどういう医療を望んでいるかを確認しようとしても、確認のしようがない。また、配偶者や子どもから話を聞き、意思の推定を行おうにも、その推定さえできないといった問題が生じる。地域において家族の代替機能を誰がどのように果たすのか、という難問が突きつけられている。

### 3. 医療政策の基本課題と評価基準

人口問題の影響について縷々述べてきたが、そうしたなかで医療政策のハンドリングをしていかなければならない。医療政策の基本課題は、一言でいえば、医療費の伸びと経済成長との間にギャップがあるなかで、医療費の財源をきちんと確保し、国民が真に必要な質の高い医療を安定的に提供することができるようにすることである。抽象的に言えばこうなるが、先進諸国はみな苦しみ悩んでいる。アメリカはもちろんのこと、ヨーロッパ諸国も改革の連続である。ドイツやイギリスはその典型であるが、毎年のようにいろいろな改正を行っている。問題が露呈すると、いわば「政策の総動員体制」が採られる構図は不思議なほど似ている。

医療政策を論じるに当たっては、現状の評価が出発点になる。日本の医療政策の評価はどうか。結論から先に言えば、医療の質は先進諸国の中でも遜色のない水準、アクセスはマクロ的には良好、コストはきちんと維持できているという面では成功（ただし医療関係者から見ると行き過ぎ）という評価になろう。ただ、WHOの2000年のレポートにおける「日本は世界一」という評価が必ずと言ってよいほど引用されるが、これを「独り歩き」させることには賛成できない。なぜかというところ、ここで取り上げられている指標は、乳児死亡率、平均寿命（健康寿命）などであるが、政策の評価や課題の抽出という面では、もう少し個別的に丁寧に見ていく必要があるからである。たとえば急性期と慢性期でどうか、医療機関別にどうか、ナショナルセンターではこうだが、地方のがんセンターではこうだ、といったいろいろなレベルで見えていかないといけない。評価は、改善すべき問題を見つけ出すために行うものである。評価をしたけれども、どこを直すべきなのかぼやけてしまうのでは評価の意味は減殺される。

話を元に戻すと、日本の医療のパフォーマンスは比較的良好であると考えられてきたが、現状を見ると、病院勤務の過剰労働をはじめ、医療現場が相当疲弊していることは間違いない。医師の診療科の偏在、地域偏在など、深刻な事態が生じていることも事実である。小児科や産科の問題だけが取り上げられることが多いが、外科も非常に深刻である。

また、プライマリケアと急性期医療の接合がうまくいっていない例も数多くみられる。たとえば日本では開業医だけでなく中小病院がプライマリケアを担っているが、これまで中小病院で対応できていた手術や処置が大病院に持ち込まれ、その結果、大病院が対応できなくなっているということが多くの地域で起こっている。たとえば、盲腸の手術しかり、救急も中小病院で対応していたのが崩壊し、全部大病院へ持ち込まれて、今までは

病院のポリシーとして救急患者を拒まないできたが、ついにギブアップしたといった例も見られる。

さらに、イギリスでは **long waiting list** という「入院待ち行列」の問題があるが、日本でも同様の事例が地域的には起きているのではないかと思われる。実際、あるインタビュー記事であるが、「がんの患者でもお待ちいただくことが現実には起きていて、これが患者のみならず医師の側のストレスにもなっている」という趣旨のことを院長が述懐している。要するに、低医療費政策の歪みはいろいろなところで起きている。

3つの評価基準の中で、「医療の質」はなおざりにできないことは当然である。2つ目の「アクセス」については、「いつでも・どこでも・誰でも」をスローガンとして掲げてきたが、私は「いつでも・どこでも」は内容によっては見直しが必要だと思っている。コンビニ受診や重複受診などは、当然是正していくべきであるし、病院も専門外来は別にして、本来は入院に特化すべきである。「誰でも」というのは、現実的には難しい。たとえば、2009年3月に起きた「静養ホームたまゆら火災事件」に象徴されるように、実際には貧富の差がなくというのは非常に難しい。しかし、だからこそ理念として堅持することは必要である。その意味では、混合診療解禁は認めるべきではない。ちなみに、混合診療については、神奈川県男性が、がんの併用療法をめぐって国に対し訴訟を起こし、2007年に1審で原告側が勝訴した。この判旨は法律解釈論として明らかにおかしく、私は判例評釈でこの判決を批判したことがあるが、医療技術の革新と保険診療の調和の問題は、保険外併用療養費制度で対応すればよいのである。2009年9月29日に高裁の判決が出される予定であり、1審判決が覆ることを期待しているが、混合診療問題は今後とも議論を引きずることになる。

3つ目の「コスト」については、増やさざるを得ない。無理に押さえ込むと、レーショニング (**rationing**: 配給・割当) の問題が起こる。低医療費政策からの転換は必要である。ただし、お金をかければ自動的に医療の質やアクセスが良くなるわけではない。言ってみれば、現状をそのまま相似形で拡大していくということは適当ではない。そのためには、わが国の医療が量から質に転換する過程で生ずる「甘受しなければいけない痛み」と、医療の質やアクセスを維持・向上させるうえで「重点的に修復手当てや財源投入をしていかなければいけないもの」の仕分けが必要になる。たとえば、急性期医療の質を向上させるには、医療機関の集約化は必要である。

その例として、北海道中空知地域のケースを挙げると、滝川市、砂川市、

美唄市のそれぞれの病院に産科の先生が1人程度配置され、分娩を実施していたが、24時間365日オンコール体制の状態による疲弊が著しいということで、産婦人科医を中空知地域の中央に位置する砂川病院に集約・統合した。もっとも、人口を見ると、砂川市よりも美唄市や滝川市のほうが多い。そのため、なぜ砂川市に統合したのかという声がいまだに強い。総論は賛成でも各論反対の声が上がるのはこの例に限らないが、それならば、集約化しないで済むかといえばそうではない。医療安全面を含め医療の質は落ちる。また、大学医局もリスクが高く勤務条件も悪いところに医師を派遣させられない。病院の統合に反対する住民等の心情は理解できるが、医療密度を高める必要や勤務医の過重労働を緩和するためには、集約化は避けて通れない課題である。

#### 4. 医療政策の短期的な課題

医療政策の先行きは、不透明な部分が少なくないが、短期的な課題について私見を述べたい。まず、医療保険と国庫の財政状況について述べる。

##### (1) 医療保険財政および国庫の財政状況

いずれの保険者の財政状況も非常に悪く、なかでも協会けんぽの2008年度通年決算は2,290億円の赤字で、準備金がほとんど残っておらず、枯渇寸前である。資金繰りも相当危ない状況であるが、そもそも収支バランスがとれていない。来年度から保険料の相当大幅な引上げが必要になるはずである。

健保組合の財政状況も悪い。従来は、予算のときには赤字でも決算を見ると黒字になっていたのであるが、先日発表された健保組合の決算によれば、2008年度は3,060億円の赤字見込みになっている。前年度に比べて一挙に3,660億円悪化している。原因は、前期高齢者の納付金の増加である。支援金・納付金等による保険料収入のうち、約44%がこれらに充てられるという構造になっている。特に、賃金水準が低く、かつ若い人が多い保険者は非常に厳しくなっている。

また、市町村国保は、2008年度の決算見込はまだ出ていないが、2007年度では非常に大幅な赤字で、なおかつ一般会計繰入をしても多額の赤字という構造になっている。国保の財政基盤が脆弱で、2006年改正のときに法律の附則で各種措置の手当てをしたが、これが2009年度末で切れるため、次期通常国会には、国民健康保険法の改正案を出さなければいけないということになる。つまり、次期通常国会では医療保険の改革の議論がま

た出てくるということである。

要するに、各医療保険者とも非常に厳しい状況にあり、公費（国庫）の増を求める「大合唱」となろう。しかし、先ほども触れたが、社会保障費の自然増を毎年 2,200 億円削減するという縛りが外れたものの、国の財政状況に余力はなく、予算制約はつきまとう。さらに言えば、ハコものと違い、医療費は恒久的かつ増加していくものであり、財源論抜きの制度改正論議はあり得ない。それでは、医療保険の主たる財源は何か。私は、給付と負担の照応関係が明確な保険料を、今後とも中心に据えるべきだと考えているが、保険財政の厳しい状況を考えると、消費税率やたばこ税率の引き上げの議論も避けられない。

なお、租税法律主義の下で税率を上げるためには法律改正が必要になるが、国民の嫌税感が非常に強く、政治的に容易ではないことは過去の例から明らかである。もちろん、保険料だから簡単に上げられると言っているわけではないが、端的に言えば、税の依存割合が高くなると、税率引上げができず財政制約がより強まり、その財源枠の中でやれという議論になりやすいことに留意すべきである。

## （２）後期高齢者医療制度・関連法の廃止と廃止後の制度体系

マニフェストでは、「後期高齢者医療制度・関連法は廃止する。廃止に伴う負担増は国が支援する」と明記されている。しかし、実施時期は、「財源を確保しつつ順次実施」の項目に入っているので、ただちに廃止法案の提出を約束しているわけではない。さすがにこれは、なかなか難しい問題だということは認識しているのだろうと推測される。野党のときには廃止法案を出せばいいが、内閣として法案を提出する以上、単純に「廃止する」というだけではなく、廃止後の姿をきちんと示す必要があることは当然である。

なお、マニフェストでは、廃止後の姿について、「被用者保険と国民健康保険を段階的に統合し、将来、地域保険として一元的運用を図る」となっているが、すでに負担構造が変わっている以上、この調整はやっかいであり、単純にすごろくで何マス戻りますというようなわけにはいかない。また、制度の頻繁な改正は避けてほしい、という声も決して小さくはない。たとえば、マニフェストに対して全国町村会は、「後期高齢者医療制度はその根幹を維持すること」という意見を公表しているし、日経新聞の世論調査<sup>8</sup>においては、70 歳以上では男女とも過半数が制度の存続（微修正を含む）を支持している。

<sup>8</sup> 日本経済新聞 2009 年 1 月 4 日朝刊

そういう声があるにせよ、後期高齢者医療制度については廃止を明言している以上、廃止を前提に議論が進むことになろう。また、「年齢で切る」という制度設計は、他の事情は何も変わらないのに被保険者資格が変わり、保険料の増減が生じるといったことが起こる。この制度設計上の「傷」は、決して小さくない。しかし、これは厚生労働省も分かっていたはずである。そうでありながら、なぜわざわざそうしたのか。その理由は、高齢化が一層進むなかで負担の分配に正面から向き合わざるを得ないからである。

後期高齢者医療制度が年齢差別であるという批判があるが、私は必ずしもそう思っていない。年齢差別の発生を防ぐためには、高齢者自らが納める保険料と、若年世代からの支援金と公費の負担ルールを今のうちに冷静に議論して、決められたルールはあまり安易に変えないということの明確化と合意を得ることが重要なのではあるまいか。自分たちは前の世代にこれだけ負担します、また自分たちの分はこういう負担をします、したがって、こういうルールで次の世代もお願いします、ということがなければ、世代間連帯が成り立つはずがない。後期高齢者医療制度を廃止する場合でも、こうした世代間の負担配分のルールの議論はきちんと行ってほしいと思う。

廃止後の姿としては、「年齢で切る」という独立型が許されないということになれば、①リスク構造調整方式、②突き抜け方式、③一元化方式の3つしかない。応用形はいろいろ考えられるが、基本形はこれ以外にはない。ただし、いずれも一長一短がある。③の一元化方式についてだけ述べると、この方式の難点は、所得捕捉率の問題と事業主負担の処理の問題である。所得捕捉率の問題というのは、所得そのものの把握の問題がよく議論されるが、納税者番号をつけることなどにより相当程度解消可能である。難しいのは必要経費の認定であり、たとえば、ある車が事業用なのか個人用なのかという区別は、困難で非常に厄介な問題だといえる。

もう1つの事業主負担の問題というのは、軽々に扱うべき事柄ではない。地域保険に一元化すると、被用者保険の事業主負担を抛出しておく意味がなくなり、これを引き上げるという話になれば、被保険者（サラリーマン）の保険料を2倍にするという話になる。経済学者の間では、事業主負担というのは賃金だというようなことを言う人もいるが、それほど簡単な話でもなく、労災における事業主負担の問題などへの波及もあり、全部絡まってくる基本問題であり、これはきちんと議論すべき事柄である。

### （3）診療報酬改定

診療報酬改定は、より短期的な問題である。医療関係者の間では大幅改

定を求める声が強いが、診療報酬を引き上げれば、患者の自己負担、保険料、公費に跳ね返る。雇用情勢が悪化するとともに、ボーナスも前年度比で大幅なマイナスとなるなかで、理解を得るといのはなかなか容易ではない。改定内容についても、財源が限られているのであれば、メリハリをつけるべきだと言うのは議論として当然出てくる。ただし、仕分けの作業はそれほど簡単ではない。たとえば、入院に重点を置くといっても、単純な切り分けを行えば、非効率な運営を行っている病院まで温存することになるからである。また、時間的制約が強いなかで無理矢理に行うと、いろいろな「手戻り」が起こるといことが懸念される。また、本来、民意で問うべきだったのは何だったかと言うと、社会保障国民会議の報告にあるように、介護や住宅まで含めてこういう改革の選択肢があるが、費用負担も含め、いずれを支持するかということではないかと思う。

以上を考えると、「本丸」はむしろ 2012 年度の診療報酬と介護報酬の同時改定に照準を当て、国民が本当に何を望んでいるかということや負担の覚悟も含めて、きちんと議論を積み上げていくことが望ましいのではないかと私は考えている。なお、中医協の議論が支払側と診療側の話し合いで決められており、政治主導に反するといった見方があるが、社会保険における当事者自治的な要素を無視することは適当ではない。大きな方針は政府が決めるにしても、個々の分配は当事者の協議に委ねるといのが正しい姿である。また、2006 年以降の中医協改革を通じて、相当改善が図られてきているように思う。

## 5. 医療政策の中期的な課題—同時に「今」取り組むべき課題—

### (1) 総論

日本の医療制度の何を守り、何を改めるべきかという「目標」をきちんと議論しなければいけないのであるが、日本の医療制度の3大特徴である①被用者保険・地域保健の二本建ての国民皆保険②病院も含めて「民」中心主義の採用③フリーアクセスの尊重、について意味や功罪の評価を明確にすべきである。

②については、日本の場合はいろいろな議論を重ねたうえで、あえて病院については民間中心主義を採ってきた。その功罪については、公立病院の実態をみると、「功」つまり良かった面のほうが大きかったと思う。もっとも、公立病院がすべて悪いわけではなく、あるべき姿としては、一般会計繰入をするのであればそれと条件をイコールフィッティングにして、どちらがより効率的にやっているかという評価をする方向を目指すべきで



ある。これは、一種の「市場化テスト」と同じような発想である。

もう1つ重要なことは、医療の「非可逆的」「複雑系性」「非完全技術性」を国民が十分認識しておらず、医療資源の分布が異なるなかでの「(全国一律の)一般解」と「特殊解」の関係をほとんど理解していないということである。したがって、そのことがわからないままに、人気投票のようなやり方で目標の選択を決めていくのは非常に危うい。つまり、複雑な条件が組み込まれた選択肢をきちんと説明・提示し、具体的なイメージをもてるようなビジョンを示したうえで国民の合意を得なければ、先ほど述べたような、政策の「揺り戻し」や「振幅の拡大」を招き、医療制度に対する信頼をも損なわれることが懸念される。

## (2) 各論

ファイナンスについてはこれまで述べてきたので、デリバリーについてだけ述べる。網羅的には述べられないが、対策・方法論で見た場合、医療機関と患者の間に「マーケット」が存在し、それが機能すると医療の質とアクセスが向上すると考えている人が少なくない。しかし、医療には情報の非対称性等の特殊性があり、「市場メカニズム」は十分にはうまく機能しない。

また、手法の分類という面では、サプライサイドに働きかけをしていくのか、ディマンドサイドに働きかけをしていくのかという分け方があるが、サプライサイドそのものに働きかけをしていくことが重要である。これまで日本がとってきた手法としては、①診療報酬の経済的手法、②地域医療計画等の計画経済的手法、③情報開示と選択(第三者評価を含む)があるが、①を中心にポリシーミックスとせざるを得ない。たとえば、医療機関の機能分化については、大きな方向性は医療計画で描き、具体的な誘導は診療報酬で行うのが最も無理のないやり方である。なお、医療計画に基づく病床規制については競争制約的であることは間違いがなく、その功罪をきちんと検証すべきだと思う。

現下の最重要課題のひとつである医師不足問題については、諸要因がどの程度で、どのように関与しているのかを考える必要がある。たとえば、臨床研修必修化の影響が大きいことは事実であるが、それが主因だということは疑問を感じる。また、医師を増やせば自動的に地域偏在や診療科偏在を是正するわけではない。いわば、医局機能低下後の調整の仕組みを、うまく描けていない。両極端の解決策としては、「市場メカニズム」と「強制」があるが、多分どちらもうまくいかない。基本となるのは、医学教育システムである。医師の養成には、多大なコストと時間を要するにもかか

ならず、どういう医師（専門医と家庭医、診療科別）がどれだけ必要か、あるいは教育システムをどうするのかという議論がきちんとされないまま、数の議論だけを進めるべきではない。

このことに関連して、総合医（家庭医）の問題について触れたい。日本の医療の向上を図るためには、機能分化は避けて通れない重要課題である。また、臓器別専門医と揶揄されることがあるが、日進月歩の医療技術の革新にキャッチアップするには専門分化は必然である。ただし、専門分化は同時に包括的医療の必要性も増大させる。こういう基盤があって、専門医も専門分野に集中できる。また、機能分化を患者の側からみるとどうなのか。医療機関が代わると担当医も代わってしまい、医師と患者の関係はその都度切断されてしまう。そうすると、それをつなぎとめる医師が必要になる。

よく用いられる「脳卒中の医療連携体制のイメージ」という図があるが、在宅生活から疾病発症を経て（かかりつけ医を介在せずに）いきなり急性期に移行することや、かかりつけ医の定義や機能に関する記述には疑問の点もあるが、中小病院がプライマリケアのかなりの部分を担っていることを表示しているなど、日本の医療の特徴がよく現れている。言いたいことは、プライマリケアがしっかりしていなければ機能分化と連携もうまくいかない、ということである。また、高齢化が進めば単一的な医療モデルでは通用しなくなる。とりわけ重要なことは、①治せる病気はしっかり治す、②寛解できない病気は、生活を支える一対応として医療がコミットしていく、③日頃の健康管理や生活習慣病の重篤化を防ぐ、の3つであるが、いずれかを重視したり軽視したりすることなく、バランスのとれた議論が求められよう。

総合医の問題についても、本来はプライマリケアの医療政策上の位置づけを明確化するといった観点から議論を行うべきであったが、診療報酬の議論、端的に言うと人頭払いの議論と絡んでしまい、1985年の「家庭医騒動」の再燃となったのは非常に残念である。このような医師が不要であればともかく、国民はそのような医師を求めているし、医師不足の緩和や医療の流れをスムーズにするためにも必要ではないかと私は思う。ただし、総合医の教育・養成は容易なことではなく、当然のことながら教育体制の整備、過渡的形態、グループ・プラクティスの評価、あるいは在宅医療との関係をどう整理するのかなど、問題は山積している。むしろ、そういうことをきちんと議論していくことが求められている。

## おわりに

社会経済の基底が変化すれば、医療制度も変わる。特に、近未来の人口構造の変容のインパクトは非常に大きく、医療制度も対症療法ではすまず、制度の基本に関わる改革が求められることになるだろう。もちろん、どのような改革を指向するかは、最終的には国民の選択に帰着する問題である。ただし、これは決して単純な選択ではない。医療政策は、多元連立方程式を解くのと似たような面があり、部分解は全体解を保証しない。また、政策の揺り戻しは極力避けるべきである。時間や費用をロスすることもさることながら、医療制度（特に医療提供制度）は非可逆的性格が強く、一度壊すと復元が困難だからである。さらに、医療制度は閉鎖系でない。社会経済の動きに引きずられて理念が見失われることはあってはならないが、さりとて、社会経済と独立して存立しているわけでもない。したがって、迂遠なようにみえても、全体と部分の関係や社会経済との関係に目配りしながら、日本の医療制度のどこを守りどこを改めるのか、十分見極めることが肝要である。そのために、医療の職能者も広い視野に立って、ビジョンを打ち立てる必要がある。