

## 勿凝学問 151

“医療崩壊” 阻止には「見積書」が不可欠

m3.com インタビュー記事

2008年5月14日

慶應義塾大学 商学部

教授 権丈善一

URL: [http://www.m3.com/tools/IryoIshin/080509\\_1.html](http://www.m3.com/tools/IryoIshin/080509_1.html)

(本ホームページに掲載の場合には、文字数の余裕もあるので若干の加筆箇所あり)

聞き手・橋本佳子さん (m3.com 編集長)

権丈善一氏は、医療費増加を主張する経済学者。「いったい、どの程度の医療費増が必要なのか。それにより、どんな医療が実現できるのか、その見積書を提示することが必要」と説く。その役割を、今医療者に期待しているという。福田康夫首相が座長の社会保障国民会議のメンバーも務める権丈氏に、持論を聞いた。

—医療の現状について、どんな認識をお持ちなのでしょうか。まず医療提供体制の面からお伺いします。

「今日的医師不足」の状態にあると思っています。従来から、他の先進国に比べて日本の医師は数多くの外来・入院患者を診てきました。これまでも決して医師数が充足していたわけではなかったのですが、日本の医療は医療者の献身的な働きで支えられてきたわけです。ところが、1999年の横浜市立大学病院の「患者取り違え事件」の頃から状況が変わってきました。メディアによる医療バッシングもあり要求水準が高まり、医師患者関係が大きく変わりました。医療不信も相まって患者への説明などに多くの時間が割かれるようになり、そこに追い討ちをかけたのが、2004年の卒後臨床研修の必修化です。

90年代、高学歴層の人たちが就いていた他の職業の社会的魅力が落ちていく中、医学部の人気が高まり、医学部入試の偏差値が年々高くなっていることも、挙げられます。偏差値が上がったために、地方の医学部にも都市部の進学校から学生が行くようになった結果、卒業後に地元に着定しなくなってしまった。様々な要因が重なって、「今日的医師不足」が生じています。

—では、医療費の面はいかがでしょう。先生は従来から、日本の医療費の低さを指摘されています。

長年の医療費抑制政策の下、悲しいくらい、日本の医療費のレベルは低くなっています。ご存知の通り、GDP比で見た日本の医療費は、OECDの30カ国中、21位の8%です。一方、英国では、今世紀初頭の2001年には7.5%程度しか医療費を使っておらず、日本より低かったのですが、低医療政策の転換を図り、目指すべき目標として2007~08年に欧州大陸諸国の標準9.2%に達することを掲げ、着実に実行しています（The Economist, 2005年4月23日号, p.14）。

—最近、医療に対する風向きが変わってきたように思いますが。

その通りだと思います。2006年に虎の門病院の小松秀樹先生が『医療崩壊』を出版され、多くの方が医療の現場で何が起きているのかを知ることができるようになりました。2007年初めから、それまで医療に対して厳しい論調だった一般紙が変わり始め、医師不足、医療崩壊を取り上げるようになってきました。

さらに、昨年の参議院選挙の与党大敗を機に、これまでの社会保障費削減路線、医療費抑制一辺倒では、次期選挙に勝ち目がないという雰囲気が出てきていますし、恐らくそうでしょう。

昨年末に私は、今後、社会保障をめぐる「三つ巴」の論戦が繰り広げられるだろうと論じましたが、実際、かなり建設的な政策論争が始まっていますね。

—「三つ巴」の論戦とは。

第一は、医療を含む社会保障を守るために、社会保険料・租税の引き上げを行う立場です。第二は、公共事業などの無駄を排除し、その分を社会保障費に充てる立場。第三は、社会保障を最小限にとどめ、市場経済に委ねる立場です。第3の立場では、公的医療は解体され、医療は階層消費と化し、富裕層しか十分な医療を受けられなくなります。今の医療者には、第三の立場を取る人は少ないでしょう。

では第二の立場はどうか。よく「無駄な公共事業を減らして医療へ」という議論を耳にしますが、実は日本の公共事業費は年々減り続けており、GDP比で欧米の水準に近づいています。これを削って社会保障に回すのは限界があります。さすがに最近、去年はやった特別会計の単年度の支出（フロー）の中に莫大な埋蔵金があるという人は少なくなりましたが、特別会計などにある政府の積立金（ストック）を「埋蔵金」と呼ぶ人はいます。しかし、日本には巨額の累積債務（ストック）があるのですから、彼らの言うようにもし無

駄な積立金があるとしたら、「ストックはストックに」の原則の下、債務の返済に回すのが自然です。これに対して医療をはじめ社会保障の財源として必要なのは今後毎年毎年使うことのできるフローです。ここで視野に入れておいてもらいたいことは、この国では医療のみが悲惨な状態ではなく、教育にもお金が回ってなくて惨憺たる状態だということです。さらに言えば、過去から蓄積した債務が莫大なだけでなく、今現在の財政にもまったく余裕はない。日本の財政事情を考えるとため息がでますよ。そうした中で医療財源を確保するにはどうすればいいのかと問うとなれば、選択肢はそう多くないはずで、往々にして、みなさんがここに財源があると指摘される額と、われわれが日本の医療崩壊を阻止するのに必要とする額との間には、一桁か二桁の差があるようにも見受けられます。

もちろん、政府の無駄の排除はいついかなる時も必要であり、社会保障の再建後もぜひとも手を緩めずに続けてもらわないといけないのですが、そればかりを主張しては、第三の立場の人が喜ぶだけです。第三の立場の人には、歳出削減と増税は7対3が黄金律と考えている方もおり、医療の再建などとてもとても視野に入っていないと思います。

#### —第一の立場、つまり社会保険料・租税の引き上げを求めるべきだと。

そもそも、日本は「小さすぎる政府」なのです。ここから絞り取ろうとしてもなかなか財源は出てきませんが、逆に考えれば、幸いなことに小さな政府だからこそ、医療をはじめとした社会保障を守るための財源を得る余地があるのです。今のような閉塞感に覆われた日本が、フランスやスウェーデンのような負担率の水準だったら、この国の将来については諦めるしかないかもしれません。しかしながら、日本の政府はなお小さく、社会保障のための財源調達に余地がある。GDPに占める租税社会保障負担の割合は、2005年と言えば、日本・米国ともに27%、英国37%、ドイツ35%、フランス44%、スウェーデン51%です。中央も地方も社会保障基金も足した一般政府支出の割合は、日本は38%、米国37%、英国45%、ドイツ47%、フランス54%、スウェーデンに至っては57%です。公務員の人員費も、ここに挙げた国の中では最低です。

付け加えておきたいこともあります。医療政策界のオピニオンリーダーであるお二人、日本福祉大学の二木立先生、先ほど申し上げた小松秀樹先生が、第一の立場から積極的に発言をされています。

#### —しかし、社会保険料・租税の引き上げに対する理解は得られるのでしょうか。

医療費をGDP比で国際比較して日本医療の窮状を訴えるフェーズから、今は次のフェーズに移り、具体的に医療費の必要額を提示すべき時期に入っていると思います。今でも、

政府による医療費の将来試算はあります。ただ、政府ができるのは、現行制度を肯定した上で行うシミュレーションです。せいぜい過去の伸び率から引き出した自然増部分に高齢化の影響を加味する程度で、今の崩壊しつつある医療制度を是とみなした前提に基づいた試算しかできません。

だからこそ、医療者に求められていることは、あるべき医療や介護の姿を描くことです。専門家集団として、「公的医療費として、いったいいくら必要なのか」、つまり「見積書」を出してもらいたいのです。必要な医療費増が数百億円の単位なのか数千億円の単位なのか、それとも数兆円の単位なのかにより、財源をどこから調達するかが全く異なってくるし、恐らく医療を何とかしたいと思われている人たちの運動方針も変わってくるのではないのでしょうか。

例えば、日本の医療費の GDP 比は 8%、うち私の関心のある、社会保険料と租税からなる公費は約 6.6%です。ドイツ並みに 1.5 ポイント上げると 7.5 兆円、フランス並みに 2 ポイント上げるならば 10 兆円が必要になります。

「見積書」は、総額だけではなく、医療内容まで具体的に提示することが必要です。年金と異なり、例えば「医療費を国民 1 人当たり約 4 万 2000 円上げて総額 5 兆円増」と試算しても、それにより、どんな医療を享受できるようになるか、それが具体的に見えないと国民の納得を得るのは難しいでしょう。

—どんな方法で、「見積書」を作成すればいいとお考えですか。

医療の全体像を描きつつ、産科、小児科、救急医療の危機を救うためにはいくらとか、個々のサービス・費用の積み上げで作成していく方法になると思います。また、医療政策研究者の間では日本の医療費をヨーロッパ標準の水準に引き上げるべしというコンセンサスもあるので、「今 6 兆から 7 兆の医療費が増えたとすれば、どこにいくらを分配すべきか」を考えるのも良いと思います。その際に重要な役割を果たしてもらいたいのは、「医療者の専門職規範」です。医療者が「急性期病床は○床必要で、必要な医師は○人、看護師は○人」など数字を出した時、われわれがその妥当性を判断する手段は医療者の専門職規範への信頼にかなり依存することになります。

ですから、その前提として、医療者、医療団体が信頼に足る存在、自律的な集団になることが不可欠でしょう。そのために自浄機能も働かせてほしいと思っていますし、医療の諸団体の話す機会があるときは、いつもそういう話をしています

もちろん、医療費増を求めて政治に働きかけることも重要ですが、まずはしっかりとした「見積書」を作ること。それに対して、国民の支持が得られれば、政治家は自然とついてきます。

「見積書」の骨格ができれば、次は社会学者との共同作業です。先ほど述べたように、必要額によって、どこから財源を持ってくるかが変わってくるからです。さらに、社会学者は、医療者の要望を貨幣単位に置き換える作業を行うことに協力できますし、高齢者や低所得者の保険料や自己負担率を緩和するには総額いくらかかるなども視野に入れた作業でも協力します。

—最後に先生が委員を務められている社会保障国民会議の動向をお教えてください。

この会議は今年 1 月からスタートしました。本会議のほか、所得確保・保障（雇用・年金）分科会、サービス保障（医療・介護・福祉）分科会、持続可能な社会の構築（少子化・仕事と生活の調和）分科会に分かれて議論しています。

先日の本会議では、現在の医療・介護は危機的状況にあるという認識の下、あるべき医療・介護の姿を描いて、将来推計を実施することになりました。これは、画期的なことです。この 5 月末には、ヨーロッパの医療を参考としたようなたたき台となる概算がまとまる予定です。まだまだプリミティブな形でしか試算はできませんけど、本格的な議論はそれからだと思いますし、今後の議論は見積書の具体化の線に沿って行われると思います。だからこそ、医療者の手による医療崩壊を阻止する「見積書」、「医療再建計画書」が、今、医療者に求められているのです。