



医療を含めた社会保障の行方

鹿追町国民健康保険病院
白川 拓

1. 医師数抑制・医療費抑制政策は医療の安全神話の崩壊に留まらず、日本の医療崩壊を発生させた

1981年琉球大学医学部が開設され、一県一医大構想が完成され最大医学部定員8,280人に達した。その数年後には、医師過剰現象が指摘され、高齢化に加速度が増したため国民医療費も増加しており、「医療費亡国論」（このまま医療費が増え続ければ財政が破綻して国家がつぶれる）が提唱され、その後約25年間に及ぶ医師数と医療費抑制政策に拍車がかかるのである。

しかし、1999年の横浜市大病院や都立広尾病院の医療事故をきっかけに多くの医療事故報道がマスコミをにぎわすようになった。医療の安全神話の崩壊とその背景にある医師不足が次第に大きな社会的問題として注目されるようになった。

目覚ましい医療の進歩により医療技術は複雑化・高度化しており、医療安全対策・インフォームドコンセントに対応するため時間が割かれ、高齢化で患者数が増え、患者の要望も多様化すれば一人の医師の負担や疲弊は増大する。医師だけでなく医療スタッフ全体に、さらに日本の医療に負担と疲弊を結果的にもたらしたのが、医師数と医療費抑制政策であった。

2004年に新医師臨床研修制度が開始され、大学医局の関連病院から医師の引き揚げが相次いで発生し、地方の多くの病院で医師不足がさらに深刻化し、病院の閉鎖や診療所化、診療科目の縮小などが目立った。医師の絶対数不足が社会的問題になっても、国は「医師不足の主たる原因は医師の偏在にある」「絶対数は足りている」と主張し続けたが、2009年より28年ぶりに医学部定員増が実施され、医師絶対数不足の解消が2015年以後に実現する。

日本の医師不足には4つの特徴があり、①医師の絶対数の不足、②病院での勤務医の不足、③地域偏在による不足、④診療科による医師の不均衡による不足である。医学部定員数はこの数年間で年間

1,500人程度増加しているが、自由開業医制の一部見直しや限定的な医師の計画配置などが有効と考えられる。

2. 公立病院改革ガイドラインは経済・市場原理の医療参入であるため、中小病院と地域に医療崩壊をもたらした

2007年の公立病院改革ガイドラインは、3つの視点に立った改革、①経営の効率化、②2次医療圏ごと病院の再編・ネットワーク化、③経営形態の見直しである。公立病院をはじめとする公的医療機関の果たすべき役割は、地域において提供されることが必要な医療のうち、採算性等の面から民間医療機関による提供が困難な医療を提供することにあり、具体的には国保診療施設が多く存在する山間へき地・離島など民間医療機関の立地が困難な過疎地等における一般医療の提供を目的とする。

公立病院改革ガイドラインのごとく、地域のさまざまな困難な医療状況—医師や病院スタッフの不足、財政難を原因とした施設の老朽化や医療設備の不足—をまったく無視して、経済、経営効率のみを重視しており、経済・市場原理を医療の現場に浸透させていくことは、地域間で医療格差の拡大を招き、地方の多くの中小病院が消滅し医療崩壊に拍車をかける。実際にガイドライン策定の4年後までに、北海道での病床の縮小化は、40病院で1,564床に達している。つまり、地方の公立病院は民間では参入できない不採算地域に存在し、公立病院の理念である「全人的医療の提供」「保健・福祉・医療・介護を統合した地域包括ケアシステムの確立」はヒューマニズム精神が貫徹されており、市場原理を安易に導入すれば、その理念が形骸化するだけでなく、病院とともに地域社会の崩壊へつながるのである。

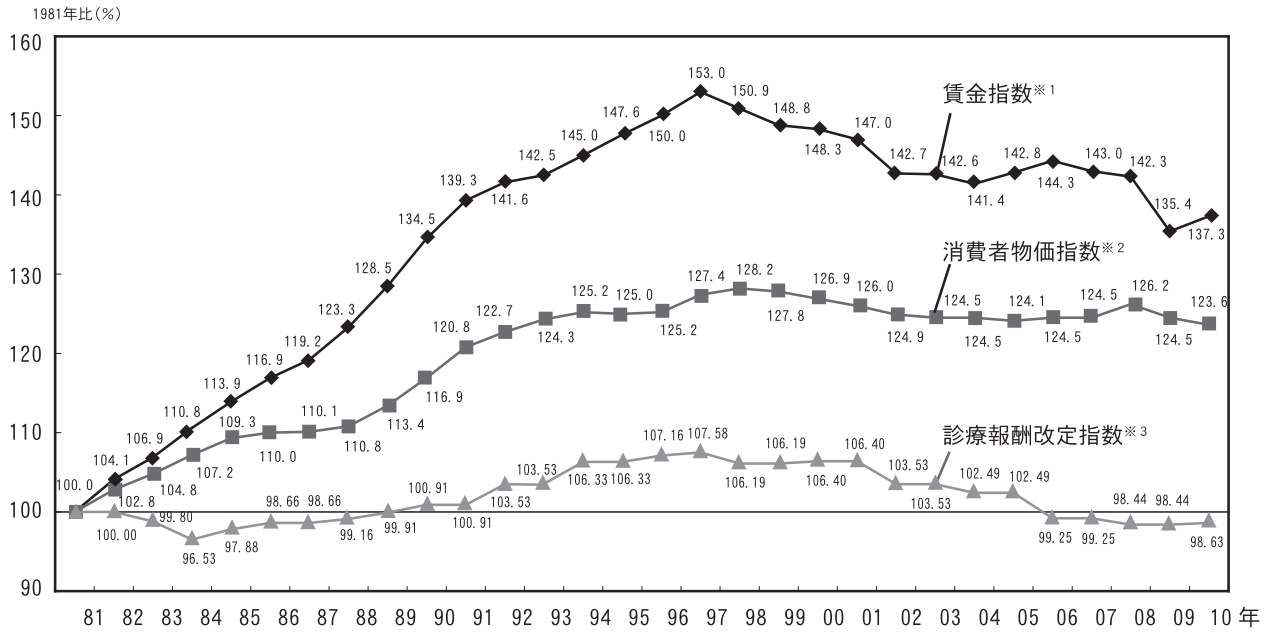
以上より理解できるように、これまでの日本の医療を含めた社会保障政策は「小泉構造改革」や「市場原理主義」を排除できずに後退の一途をたどっている。リーマン・ショックを契機に生じた世界的な経済・財政・金融危機の渦中で、各国で財政出動・金融緩和が行われ景気の底上げを図ろうと現在も必死である。行き過ぎた資本主義を規制することなく放任すれば無秩序に金融が一人歩きし、バブルが生じ崩壊していくことを私たちは何度も目の当たりにしてきた。世界は資本主義の恩恵を多く受けてきていることは真実であるが、資本主義には本質的に「効率性と安定性の二律背反」を持ち合わせている。資本主義は「効率性」を追求するのに対し、医療を含めた社会保障は「安定性・確実性」を使命とする以上、市場原理主義と社会保障は根本的には二律背反するものである。当然、医療には市場原理は馴染まないため、「混合診療の解禁」「医療ツーリズム」「ライフイノベーションによる健康大国政策」などは医療を守る側としては到底受け入れはできない。

医療崩壊や医師不足が社会的問題になって以来、その根底にある医療費を含めた社会保障抑制政策により、社会保障制度全体に大きな綻びが生じてきたことに、多くの政治家や国民が気づきはじめてきた。国民医療費の規模は2年ごと実施されている診療報酬改定により決定されており、過去30年間の診療報酬改定率は賃金・物価指数を大きく下回って推移しており、実質経済状況や社会情勢を全く反映せず(図1)、ひたすら政府の医療費抑制政策の一環として診療報酬の圧縮が継続されてきた。特に、過去10年間

(1998~2008年)での8.8%の引き下げでは、日本の医療崩壊に拍車をかけ、財源に乏しい中小病院では規模縮小・診療所化が相次いで進んだ。最近の2回の改定で引き上げられたのは、わずか0.2%だけでも大規模病院中心の引き上げであった(図2)。

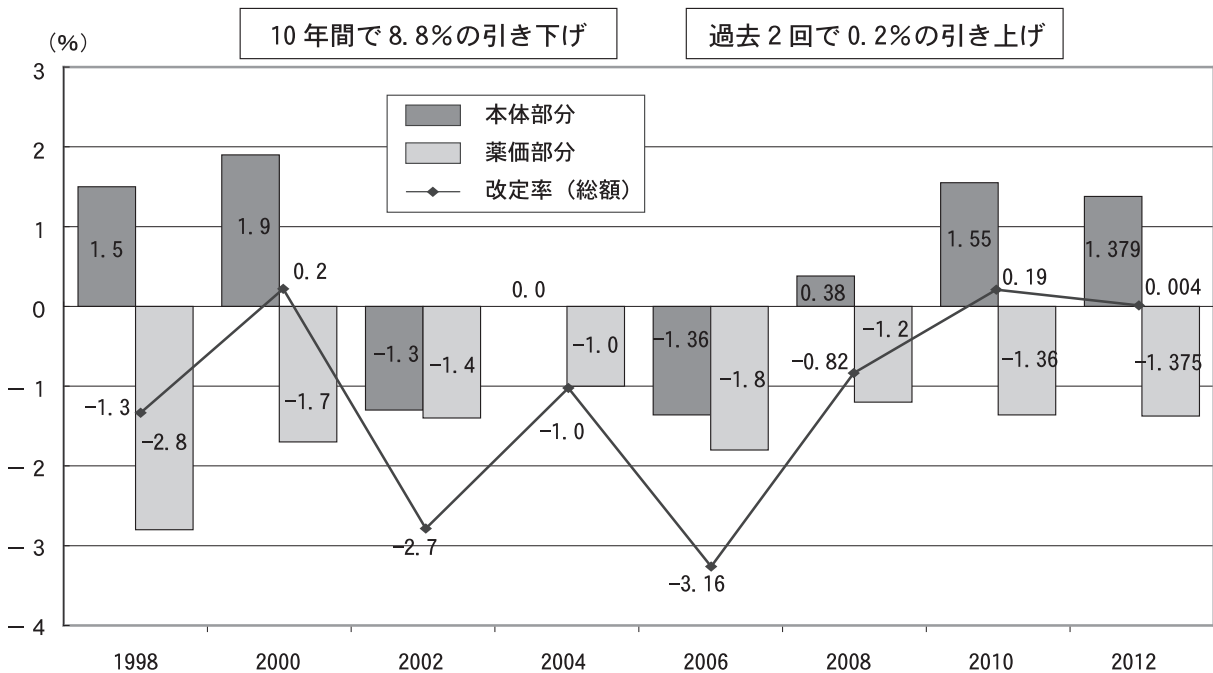
3. 2008年社会保障国民会議にて社会保障制度を充実させると180度の政策転換がされ、実現すれば社会保障抑制政策に終止符を打つ

2008年には社会保障国民会議が内閣府に設置さ



※1 厚生労働省「毎月勤労統計調査」賃金指数(現金給与総額、事業所規模30人以上)による。2011年2月16日公表分。
 ※2 総務省統計局「消費者物価指数年報」による。2011年8月12日公表分。
 ※3 厚生労働省発表全体改定率による。1981年を100とした指数で、当該年度の改定率を前年度の指数にかけると、およその診療報酬単価の推移を示したものの。

図1 賃金・物価指数を大きく下回ってきた診療報酬改定率



(資料) 産経新聞 2009. 12. 24、毎日新聞 2012. 12. 22

図2 診療報酬の改定率の推移

れ、社会保障のあるべき姿と財政問題を含む今後の改革の方向について国民的目線で議論を重ね、会議の最終報告を受けて閣議決定された。つまり、「持続可能な社会保障制度の構築とその安定財源の確保を図る」「中福祉・中負担の社会を目指す」など、医療を含めた社会保障制度を充実させると180度の政策転換であり、アメリカ型の「小さな政府」からヨーロッパ型の「大きな政府」を目指すとして理解でき、「医療費増大論」から25年も長期に継続した医療費抑制政策に終止符を打ったのである。社会保障国民会議での閣議決定が、4年後の社会保障と税の一体改革関連法案の国会可決で「増税—消費税率10%へアップ」となり瀬戸際で実を結んだことになる。

25年間にわたった医療を含めた社会保障抑制政策によって、日本の社会保障給付費はOECD諸国と比較した時、高齢化率が断トツ世界一の国が、29ヵ国中23位と先進国の中では、医療を含めた社会保障はかなり抑制された低福祉国家である。その原因は、日本の国民負担率（税と社会保険料）がOECD諸国との国際比較の中で29ヵ国中25位と随分低く抑えられているためであり、国民の負担増＝所得の再分配にその財源を求めることが極めて妥当であり、国民の理解も十分に得られる。従来、「社会保障は経済成長の足枷になる」「医療費増大は国を滅ぶす」と長い間、旧政権は社会保障を抑制するため国民に呪縛をかけ続けてきたが、呪いはすでに解かれ、真実は「社会保障が国の経済成長へ導く」ことは、国民に広く理解されている。すなわち、社会保障分野では雇用誘発が高く、需要と雇用の拡大が期待でき、さらに社会保障の経済総波及効果は全産業の平均より高く、生産性の向上が可能である。「社会保障の機能強化」が内需の拡大と景気の下支えを確実にするので、経済成長へ導くのである。

4. 社会保障国民会議を引き継いだ社会保障と税の一体改革案が「社会保障の機能強化」と「財政の健全化」を実現し、豊かな福祉国家が構築されることを期待する

2012年8月の社会保障と税の一体改革関連法案の成立を大いに歓迎し、政権の不安定や政局が混乱する中で党利党略を超越した立場で議論を進め、法案の施行を実現しなければならない。この一体改革を早期に実現しなければ、ヨーロッパ危機渦中のギリシャと同様の債務不履行（デフォルト）に至ることに多くの国民が危惧の念を抱いている。

債務残高の国際比較（対GDP比）では212%と断トツ世界一の借金大国であり、ギリシャをはるかに凌駕しているため、経済・金融・景気の変動により国債の信用が喪失すれば容易に債務不履行に陥る可能性は充分にある。日本の国債はその95%が内国債であり、国内で消費されている限り大丈夫と安全神話もあるが、昨今の不安定な政治、経済、社会情勢

の下では安全神話などは成立しない。原発にも安全神話が成立しなかったのと同じ次元で考えるべきである。

そもそも、赤字国債は現役世代から次世代への負担（借金）の押しつけであり、今のペースで赤字国債が膨大することには大きな懸念がある。国家財政の現状は、2012年度一般会計歳入において、国債費（44兆円）が税収（42兆円）を上回る異常事態が継続しており、プライマリーバランスが22兆円の赤字である。日本の財政事情は過去20年間、税収の減少を国債増額で賄い、1千兆円規模の債務超過となっている。債務を次の世代に残さず、現役世代の増税で債務を解消していく以外に手段はないのである。

一体改革は「消費税率引き上げ」により、この異常事態を断ちプライマリーバランスの黒字化に転じる可能性を秘めており「財政再建」と「高齢化社会に見合った福祉国家の確立」を実現できる、現時点では唯一の正しい政策である。不幸中の幸いか、日本の消費税率は5%とヨーロッパ諸国（平均20%）に比べると、かなり低く抑えられており、引き上げる余地は充分にある。また、消費税の特徴として、他の基幹税である所得税や法人税に比べて、特定の世代に偏らずに広く全世代が負担する財源であることや、景気に左右されにくく安定した税収を得やすいことが指摘されている。

高齢化に歯止めが利かない日本が目指す社会は「福祉国家」であることは到底、疑う余地はなく、一体改革は日本の政府の形がアメリカ型の「小さな政府」（低負担・低福祉国家）からヨーロッパ型の「大きな政府」（高負担・高福祉国家）へ180度の政策転換の出発点として期待も大きく、身を切る思いの増税ではあるが、所得の再分配機能を高めることにより、貧困を含めた格差社会を是正し福祉国家の確立が初めて可能となる。