# Ⅲ 社会保障の給付と負担の可能性を考える一医療提供体制の維持の観点から一

佐藤雅代

#### はじめに

- 1 経済学をどうとらえるか
- 2 社会保障をどうとらえるか
- 3 政府による再分配政策
- 4 日本の医療制度の特徴
- 5 医療提供体制について考える
- 6 地域医療について考える

むすび

### はじめに

人口構造が高齢化し続けている上に、折りからの社会・経済状況の不安定化が進展しているわが国では、社会保障体制を強化し、より密に効率化することが喫緊の課題として求められている。充分な備えがない環境は、事前あるいは未然の段階でも"もしも"を認識する人にとっては大変不安なものであり、実際にその"もしも"に直面した後では自らを非常に大きな危機や苦難に陥れることを意味する。ゆえに、セーフティ・ネットとも称される社会保障の備えが充分でないことは、政府や政治家を批判する大きな理由となるのである。

一方で、お金には多種多様な使い道がある。"もしも"に備えて大きなお金を 使っていたら、それ以外にはお金を使うことができない。そして、想定してい た"もしも"が発生しなければ、その備えは時に無駄遣いであると断罪されることにもなろう。たとえ、備えの重要性を充分に理解していても、国や地方に財政的な余力が無い時に優先的に財源を投入し続けることは、大変に難しい。また、不満のある人はその不満を声高に叫ぶが、そうでない人の多くはあえて不満でないことに対するアクションを起こす必要がなく、不満でないとの声は届きづらい。

社会保障、福祉など、様々な用語がある中で、ほぼ同じものを対象に議論を しているはずが、お互いの寄って立つところ(すなわち専門分野や先入観など) の違いのために議論がまったくかみ合わないことがある。これは、分野の優劣 では決して無いはずであるが、何らかの結論を出そうとする際には大きな障壁 となっている。

本章では、喫緊の課題としての社会保障すなわちセーフティ・ネットに何を 求め、どこまでその負担を享受する覚悟があるかについて考え判断するために、 多少まわり道をしながら社会保障についての考え方、日本の医療制度の現状、 そして医療提供体制の維持の観点から給付と負担について検討する。

## 1 経済学をどうとらえるか

のっけから大上段に構えたタイトルだが、本節では大まかに経済学の考え方 を整理する。

最初のキーワードは、「家計(すなわち個人)」「企業」「政府」の3つである。この3つは経済学において、それぞれ密接に関係して経済活動を行う主体である。私たち「個人」は効用(すなわち満足感)が最大となるように意思決定し、「企業」は利潤(すなわち儲け)が最大となるように生産(あるいは費用が最小となるよう調達・配分)し、「政府」は社会的厚生(すなわち家計も企業も含めた社会全体の満足感)が最大となるように図ると、一般的には仮定される。この仮定の中で"どのようにしたら、個人としてだけでなくみんなで幸せになる

(76)

ことができるか"を考えるのが、私が寄って立つ経済学の考え方のスタート地 点である<sup>1)</sup>。

人が幸せになりたい(すなわち満足感を最大化したい)と考えて行動することに、異論はないであろう<sup>2)</sup>。幸せになるためには資源<sup>3)</sup>を使用して、欲求を満足させることを追求するわけだが、その中では、1)何をどれだけ生産するか、2)どのように生産するか、そして3)出来た生産物を誰にどれだけ分配するか、といった資源配分の問題に直面することになる。なぜなら、手に入る資源が稀少であるにも関わらず、欲求は多様だからである。その意味では、必要なだけいくらでも資源があれば最大限の幸福を得るのはよほど容易であろうから、経済学は今とは全く違った形で発展をとげたかもしれない。しかし、現実には、多様な欲望という多数の異なる目標が存在するにも関わらず、全ての目標を達成するには利用しうる資源が相対的に不足しているのである。全ての人が満足するためには、少ない資源で多様な欲求を満たさねばならず、資源配分に関わる諸問題は深刻を極める。

少ない選択肢の中から選ぶしかない中で、個人と企業がそれぞれの欲求を満たそうと個々に活動すること、つまり強制されない経済活動(家計や企業の個々の主体的な意思決定の結果)では必ず当事者に利益があることが、いわゆる市場メカニズムのメリットである。アダム・スミスのいう「神の見えざる手」が働いて各々が満足するよううまく調整されるなら、すなわち競争市場が都合良く機能して各々が切磋琢磨して自分を最も利するように働いても全ての主体が満足するなら、問題はない。

しかし、現実はそのように理論通りに運ぶものなのだろうか。

<sup>1)</sup>経済学は、利己的な利益の追求を理論づけるだけの学問ではない。もし、個人の金儲けの学問であるなら金持ちの経済学者が多いのではないかと思うが、寡聞にして私の周りには見当たらないようである。

<sup>2)</sup> 満足感をいかに測るか、そしていかに比べるかは大きな問題である。

<sup>3)</sup> 経済学において資源とは、天然資源などの物的なもののみをさすのではなく、生産に必要な労働・土地・自然資源などの本源的生産要素や生産手段としての資本財の集合の全体など、非常に広い意味を有している。身近なところでいえば、時間も資源である。

#### 2 社会保障をどうとらえるか

次に、本節では社会保障について考える。

「社会保障」(Social Security) は、さほど古い用語ではない<sup>4)</sup>。アメリカで、ルーズベルトのニューディール政策の一環として制定された社会保障法において初めて使われたのが1935年である。日本では、公式に「社会保障」として登場するのは戦後の憲法第25条においてである。つまり、用語としての歴史は100年に満たないのだが、私たちが「社会保障」という言葉に対して持つイメージや考え方は多様であり、注意深く扱わなければならない。

サービスの受給者側からいえば、「社会保障」は憲法にも保障された受けるのが当然の権利であり、国はそれを提供する義務があるという主張ができるだろう<sup>5)</sup>。受給の源泉をつきつめると、社会保障の給付を受けなければならない原因が社会にあり、その配分の不公正を正す中での所得再分配が、すなわち「社会保障」であるととらえることもできる<sup>6)</sup>。

受給する側からの理解は比較的容易であるが、給付を受けるだけの人は、そもそも存在しないはずである。私たちは常に「社会保障」のために税なり保険料なりの財政的な負担をし、同時に何らかの困難に直面した時には給付を受ける。そうであるなら、本来自由で競争的である個人や企業による経済活動が、その成果の一部を「社会保障」のためになぜ拠出しているのかという観点から考えるとわかりやすいはずである。それが、負担者側(制度を支える側)からみた「社会保障」である。

負担者側からいえば、「社会保障」とは、"自助"と"連帯"のための社会で作

<sup>4)</sup> しかし、その概念や施策は国内外で古くから存在している。(例えば、救貧法などの貧困 救済事業、労働者対策としての社会保険、公的扶助など。)

<sup>5)</sup> 典型的なのが「権利としての社会保障」で、生存権が天賦の人権として存在し、この実 現のために社会保障の諸制度があるとの理解となる。

<sup>6)</sup> かわいそうだから助ける、すなわち「弱者救済としての社会保障」では、必要を充足できない社会的な弱者に対して社会はそれを助ける義務があるという理解となる。

る大きな仕組みである。自助とは「リスクを回避したい」という利己的で合理的な欲求であり、みんなが良ければ自分も良いという考え方が連帯という価値基準である。そして、この大きな仕組みの目的は、経済的困窮の原因である各種リスク<sup>7)</sup> に対する備えであると理解することができる。言い換えれば、社会保障制度は、自分の責任に帰することのできない理由によって発生する様々な経済的リスクに社会全体で備えてリスクを分散すること、そして、リスクが実際に発生する可能性そのものを社会全体で引き下げることを意味するのである<sup>8)</sup>。

#### 3 政府による再分配政策

前節までで経済学と社会保障についてそれぞれ概観してきたが、第1節の最後に残した疑問、すなわち市場経済に任せて個人や企業がそれぞれ合理的な行動をして、はたして理論のとおりにうまく経済が回るのかという点についてより深く考えてみる。

市場メカニズムの理論では、個人と企業の合理的な行動の結果、社会的厚生(すなわち社会全体の満足感)が最大になる。もしそれが本当なら、全てを市場での活動にまかせれば社会的厚生は最大で、社会的に望ましい状態が実現されるはずであり、経済主体として政府の出番はないことになる。しかし、実際には、経済理論のようにそううまく市場は機能しないし、たとえ理論どおりに機能したとしても、社会的な必要性や分配の公正性が満たされない可能性すらあ

<sup>7)</sup> 社会保障が考えるリスクとは、誰もが避けたいと思っているのに陥ってしまう災難を意味する。

<sup>8) 1950</sup>年の社会保障制度審議会による勧告では、「いわゆる社会保障制度とは、疾病、負傷、 分娩、廃疾、死亡、老齢、失業、多子その他困窮の原因に対し、保険的方法または公の負 担において経済的保障の途を講じ、生活困窮に陥った者に対しては国家扶助によって最低 限度の生活を保障するとともに、公衆衛生及び社会福祉の向上を図り、もってすべての国 民が文化的社会の成員たるに値する生活を営むことができるようにすることをいう」とさ れている。

る<sup>9)</sup>。その1つが、貧富の格差が生じるといった事象で、これは経済理論でも証明されている。

個人に責任のない理由によって結果として格差が生じるのであれば、その格差を社会的に是正すべきであるとの意見がでるのは当然であろう。また、責任の有無に関わらず、あまりにも大きな格差が存在しているのは、そもそも問題であろう。こうして、個人や企業といった民間の経済主体だけの市場に任せてはおけないことをふまえると、市場の失敗を調整し、その機能を補完する政府の存在が際立つ<sup>10)</sup>。政府の機能の1つが所得再分配機能であり、税金や保険料を徴収して財源を確保し、現物(サービス)や現金を給付する形で所得や資産の格差を是正することが、いわゆる「社会保障」の根幹をなしている。

ところが、所得再分配(社会保障)のやり過ぎは、経済学的にも現実的にも 悪い結果をもたらすこともわかっている。勤労意欲やさまざまな自助努力を阻 害するといったデメリットが、所得再分配にはあるのである<sup>11)</sup>。しかし、だから といって、再分配政策は必要ないとはいえない。たとえデメリットがあろうと も、様々な局面に不確実性やリスクといった経済的困窮の原因があることは事 実で、運・不運の結果として所得の変動が予想されるときには、事前にリスク を共有するような再分配政策はやはり必要であり、前もって財源を確保して備 えておくことは重要なのである。ただし、現実には、「本人の努力の結果である 所得」の多寡と、「運・不運の結果である所得」の多寡を、区別することが難し く、一定の割り切りや決めつけ、そして選択が必要になる。

社会保障をやりすぎてもよくないし、やらないでよいともいえない。市場は 便利だが任せておくだけでもいけない。政府が社会保障政策を実施しても、「市 場の失敗」と同様に政府も失敗するからである。その理由は、経済・社会環境 の複雑さのために政府がうまく機能しないということと、現実の政府が公共の

<sup>9)</sup> 理論のようにうまく機能しない、そして公正性が満たされないことを「市場の失敗」という。

<sup>10)</sup> 市場の補完という役割が、政府の存在と市場への公的な介入の根拠の1つである。

<sup>11)</sup> たとえば、極端な所得再分配による悪平等など。

ために社会的厚生を最大にしようと図る仮定どおりの主体ではない<sup>12)</sup> といったことにある。

市場も政府も失敗する状況に直面して、現実に私たちはどうすればよいのだろうか。こういう時こそ、市場のメリットと政府のメリットの各々よいとこ取りをして都合よく混ぜ合わせて進めていくしかない。

政府については、その権限を小さくして市場の役割を増やす、つまり「小さな政府」という考え方と、その反対の「大きな政府」という考え方がある。この考え方は、市場について、どこまで競争を制限するか、あるいは反対にどこまで介入や規制を認めるかという理解と表裏一体である。市場メカニズムのメリットを重視するのが「小さな政府」であり、デメリットを重視するなら「大きな政府」ということになる<sup>13</sup>。

悪平等などの所得再分配の弊害を回避しつつ、社会的公平性の実現をめざすためには、効率面と公平面の両面から考えることも重要である。効率面を重視するなら、最適な再分配の量は少なく(税や保険料などの負担は少なく)なり、公平性を重視するなら最適な再分配の量は多く(負担は多く)なる。すなわち、効率性と公平性は両立できないトレード・オフ関係にある。

どのあたりに落としどころを求めるかという判断は非常に難しい。そもそも 再分配政策の現実的な有効性は重要な政策論点であるが、政治的には利害関係 がからみあう案件でもあり、微妙で難しい課題となることが多い。課題山積で ある中で、経済学では様々な理論・実証の分析が蓄積されている分野であると 言えるだろう。

<sup>12)</sup> 政府の目的が不適切であったり、情報収集能力に限界があったり、政策決定メカニズム に問題があったり、有権者の監視に限界があったり、と様々な事情に思いあたるのではなかろうか。経済学の中でも、様々な分析や見解が存在している。

<sup>13)</sup>強く介入・規制をして、たとえば北欧のように高い税金は取るが、手厚い福祉を施す国家が「大きな政府」のイメージである。高福祉・高負担と低福祉・低負担が対比されるが、わが国では中福祉・中負担というどちらともとれない曖昧な概念が好まれており、何も選択しないまま判断を先のばしにしてごまかしてきているともいえる。

### 4 日本の医療制度の特徴

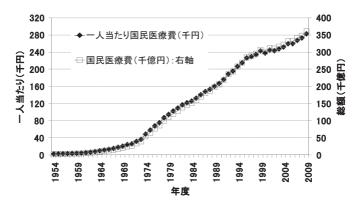
ここからは、社会保障政策の1つであるわが国の医療保険制度について考える。

日本の医療保険制度の大きな特徴は、1)国民皆保険、2)フリー・アクセス、そして3)現物給付方式の3つである。1つめの国民皆保険により、どういう人であっても、どこに住んでいても、何らかの公的医療保険の被保険者であり、病気や怪我をした場合にいつでも医療給付を受けることができることである。そして、どこの保険医療機関でも自由に、いつでもサービスを受けることができるのが、2つめのフリー・アクセスであり、保険負担分については立て替え払い等の必要なく、一部負担分のみを窓口で支払うだけで、医療サービスそのものを直接受けることができるのが、3つめの現物給付方式である。さらには、保険者からは各種保険給付に加えて保健事業等のサービスも受けられる。

主な医療保険制度には国保(国民健康保険)、協会けんぽ(全国健康保険協会)、組合健保(健康保険組合)、共済組合、それとここ数年話題になり、廃止の声があがるものの現実には動きが見えてこない独立した後期高齢者医療制度などがある。

国民医療費の経年的変化については図Ⅲ-1に示されるとおり、経年的に増加傾向が継続している。1984年度では1人当たり約13万円だった国民医療費が、年を追うごとに増えてきている。人口が増加し、医療技術は進歩し、経済状況も進展したためと考えられる。

現時点での最新の情報である平成21 (2009) 年度で、国民医療費は総額36兆円、国民1人当たりで約28万円であった。総額と国民1人当たりともに増え続けている点は注目すべき事実であるが、この図表からだけでは高齢化の影響は読み取りきれないことに気付くべきであろう。年齢階級別国民医療費をみると、65歳未満の1人当たり医療費が約16万円(うち15~44歳が約10万円、45~64歳が約26万円)、65歳以上が1人当たり約69万円(うち70歳以上だと約78万円、75(82)



出所) 厚生労働省 「平成21年度国民医療費の概況」より 図Ⅲ-1 国民医療費の推移

歳以上だと約86万円)となっており、年齢階級による大きな差が明らかである。 高齢化が進むということは、医療リスクの高い高齢者の実数および全体に占め る割合が増加することを意味しており、総額に如実に影響を与えているのであ る。

ただし、年齢階級ごとの国民医療費よりも、実際には個人ごとの違いのほうが大きいことにも充分に留意しなくてはならない。年齢が高かろうが低かろうが、医療サービスを受けない人も多数存在しているのであり、平均という概念にだまされてはいけない。

では次に、保険料の負担について図Ⅲ-2で示す。後期高齢者医療制度で年額63千円、市町村国保で年額83千円としているが、これらは現年度分保険料調停額であり、収納率は考慮されていないことに注意が必要である。また、残りの被用者保険については、決算における保険料額を素に推計された数値である。

後期高齢者は別にして、加入者1人当たりでみると、最低で83千円、最高で110千円の違いとなっているが、この差を大きいとみるか、小さいとみるかで医療制度全体の評価は大きく変わるだろう。また、被用者保険については事業主負担があるが、被扶養者分を全体で負担していることから、被保険者1人当た

加入者1人当たり 平均保険料 ・ <u>市町村国保</u> 8.3万円	被保険者1人あたり <除 事業主負担>
・ <u>協会けんぽ</u> 8.6 <b>万円</b>	15.2万円
・ <u>組合健保</u> 9.0 <b>万円</b>	16.9万円
・ <u>共済組合</u> 11.0万円	22.4 <i>万円</i>
• 後期高齢者医療制度	
6.3万円	

出所) 厚生労働省資料より。 協会けんぽは2011年度、組合健保は2010年度、他3つは2009年度数値。 図Ⅲ-2 保険料負担の状況

りの保険料負担は、事業主負担を除いても地域保険である国保の調停額よりは 大きくなっている。しかしこれも、被扶養者の有無で、安い高いの判断がわか れるところであり、評価が難しい。

患者の一部負担については、医療サービスを必要とした人にとっては全額保険給付にしてほしいとまで思うものであるかもしれない。しかし、日本の医療保険制度に一部負担が組み込まれていることには理由がある。大きくは3つの理由で、1)医療サービスを利用する人としない人との衡平の確保、2)コスト意識を高め、無駄や非効率な医療を避けるため、そして3)保険料以外の財源の確保である。

一部負担の割合は、年齢や自治体によって異なることもあるが、図III-3から読み取れるとおり、3割負担の該当者の人数が最も多い $I^{(4)}$ 。70~74歳の負担については、制度上は2008年4月から2割と定められているものの、軽減措置である1割が2012年度も継続される模様である。

<sup>14)</sup> ただし、2009年度財源別国民医療費でみると、国民医療費総額に占める患者負担の割合は13.9パーセントであり、その意味で3割負担ではない(国民医療費総額36兆円、患者負担5.0兆円)。

すべての人が同じ条件で、同じシステムの中でサポートを受けられるように 公費(税金)が使われており、図Ⅲ-4に示すように患者負担の13.9パーセント と保険料負担の48.6パーセントを除いて、37.5パーセントが国庫と地方の公費 で負担されている。公費負担による調整は、医療保険制度を支える大きな財源 である。

制度ごとに詳細にみると、健保組合や共済には給付に対する公費負担はほとんどなく、市町村国保は給付費等の50パーセントを国庫負担、協会けんぽは給付費等の16パーセントを国庫負担、そして後期高齢者医療制度は給付費等の約50パーセントを国庫負担しており、13.5兆円が2009年度の公費負担総額となっている。

わが国では老人医療費の無料化の歴史や、老人保健制度の歴史などからごく 当たり前のことのようにその存在を受け止めているが、高齢者に特化した保険

• 75歳以上

1割負扣

(現役並み所得者は3割負担)

• 70歳から74歳

1割負担 \*

(現役並み所得者は3割負担)

・義務教育就学後から69歳 3割負担

\* 制度上では2割だが、1割にとどめる軽減措置が継続されている。

\_\_\_\_

• 義務教育就学前

2割負扣

図Ⅲ-3 患者の一部負担割合

公費 37.5%		保険料 48.6%		・患者負担
国庫	地方	事業主	被保険者	13.9%
25.3%	12.1%	20.3%	28.3%	

図Ⅲ-4 財源別国民医療費(2009年度)

制度があることが、国際的にみて珍しいことにも注意が必要である。高齢になるにつれて疾病リスクが高まり、経済力は低下し、従来の医療保険制度では高齢者は市町村国保に多く偏在するという状況がひきおこされていた。国の財政事情が厳しいため、高齢者の医療に関する負担を全て国庫負担で調整する余力はなく、現役世代からの「拠出金」が増え続ける、すなわち必要な費用が際限なく現役世代に回されるなどの理由から、老人保健制度にかわる独立した新しい制度を創設する必要については共通認識があり、創設されたのが後期高齢者医療制度である。

#### 5 医療提供体制について考える

ここまで日本の医療保険制度について考えてきて、このタイトルであれば、 医療機関の地域偏在の話題か、はたまた救急医療の問題、産科や小児科の問題 などが続くのかと想像されたのではないだろうか。しかし、それではあまりに も普通なので、本節では通常とは多少違う形で、医療提供体制について考える。 私たちは常に患者として医療機関を受診しているわけではない。受診する必 要に迫られた時に、医療機関があって、医師をはじめとする医療サービス従事 者がいて、薬や医療機器などが必ずある状態になっているだけである。

患者がたとえ0人でも、医療機関が常に存続していることが必要だとすると、いろいろ考えなくてはならない。なぜなら、患者が0人なら収入は0円だからである。"もしも"に備えて医療機関を維持していくなら、どのくらい費用がかかるであろうか。

1日24時間365日、医療機関を維持することを想定して、人を雇うことを考える。単純化して、勤務シフトを想定したのが図Ⅲ-5である。同じ人が1日24時間働き続けることはできないはずである。それでは仮に1人8時間の勤務とすると、全員が毎日出勤するということであれば3人シフトでの対応が可能ではあるが、医療機関が年中無休であることと、スタッフが無休であることは全く

(86)

#### ⇒ 全員 無休なら 3人シフトから可。

Aさん:8時間勤務	Bさん:8時間勤務	Cさん:8時間勤務
24時間		

#### ⇒ 4人なら 週休2日(月に1度週休1日)が可。

Aさん:8時間勤務	Bさん:8時間勤務	Cさん:8時間勤務	Dさん:休み
	24時間		

図Ⅲ-5 終日1人を雇い続ける勤務シフト

別問題であり、24時間連続勤務同様現実的ではない。もう1人増やして4人シフトにするのであれば、月に1度週休1日となるが、それ以外は週休2日体制が可能である。

ここで、もう少し医療機関に特化して考えると、医師1人に少なくとも1名以上の看護師が必要であり、2人(すなわち医師1人と看護師1人)が24時間 待機している体制を考えるのであれば、少なくとも8人のスタッフが必要であるといえる。

では、8人で充分かというと、外来診療があり、入院があり、手術もあるような医療機関であれば、そもそも医師1人体制では維持すら不可能であろう<sup>15)</sup>。また、人件費のみならず、薬剤や機械や建物等を維持管理することも重要になってくる。常時、医師2人以上のシフトをとるには、いったい何人の医療従事者とどれだけの費用が必要であろうか。

次に、費用という意味で、人件費だけを考えてみる。単純化するために時給 を仮に1千円としてすると、

となる。

もし、この876万円を1年間の1人分の待機に対する費用だとするのであれ

<sup>15)</sup> 外来の診察室が1つなのだから、医師は1人充分だと言い放った首長がいたとかいなかったとかいうのは、あながち都市伝説ではないかもしれないと感じることがある。

ば、1人年額219万(=876万÷4)円であり、月額に換算すると月給20万円にもならない $^{16}$ 。また、876万円 $^{17}$ )を1人分の費用とするのであれば、常時1人待機体制のために、3,504万(876万×4)円が必要になろう。なお、医療従事者は、医師法をはじめとする各種国家資格を有する専門家であり、時給1千円はほとんどありえないと考えると、必要な費用は大きくふくれあがる。いてくれるだけで安心感を得られることにたいしてどれだけ報いるかは、しっかり考えるべきことである。

待機だけでも、費用が発生していることを当然のこととして受け止めることができた上で、次に考えるべきことは、その費用をいかに負担していくかということである。"誰かが払ってくれればいい、公費負担すればいい"だけと考えて終わるのは論外である。もちろん、誰かが払ってくれるところにフリーライドするのは楽ではあるが、それでは成り立たないはずであるし、公費負担の源は私たちの税金等による負担なのである。

現状ではどのような医療提供体制になっているかを図Ⅲ-6で概観する。人口 10万人対医療施設従事医師数の全国平均だと、1千人に2.1人の医師がいる(す なわち、1千人で2.1人の医師を支える必要がある)というイメージである。ただし、これはあくまでも全国平均であり、最も人数が多いのが京都府の2.8人、最も少ないのが埼玉県の1.4人と、ほぼ倍近い差があることに気付く。

都道府県以上に差が大きいのが、市町村別である。図Ⅲ-6では、大阪府内の 状況も抜粋して示しているが、医療施設(すなわち病院や診療所)で従事する 医師数が大きく異なることがわかるであろう。医育機関であるところの医学部 が所在する地域では附属病院の勤務者が多くなるため、参考までにそれら従事

<sup>16)</sup> 平成23年度賃金構造基本統計調査の職種別第1表によれば、決まって支給する現金給与額は、医師で約88万円、看護師で約33万円である。看護補助者の約20万円が医療従事者の職種の中ではもっとも低いが、現金給与とは別にボーナスなどの賞与も支払われていることに注意が必要である。

<sup>17)</sup> 年額876万円では、月額73万円にしかならず、賃金構造基本統計調査における医師の現金 給与額約88万円すら下回っていることに注意が必要である。

全国 大阪府 京都府 埼玉県	212.9人 243.3人 14位 279.2人 1位 139.9人 47位	医育機関附属の病 院の動務者を除い た値。
大阪市 堺市 大阪狭山市 太子町	308.7人 182.3人 954.2人 府內最多 13.92人 府內最少	

出所)全国および府県は、「2008年医師・歯科医師・薬剤師調査」の統計表15より抜粋。 大阪府の市町は大阪府HPの統計より作成。

図Ⅲ-6 人口10万人対医療施設従事医師数 (2008年)

者を抜いた数値を ( )内に示しているが、差は大きいままである。人口10万人に対して人数が少なければ、それだけ費用は少なくて済むともいえるが、もしもの時に医師がいない (他の患者にかかりっきりの場合もあるだろうし、休養中の場合もあるだろう)ということも充分にありうる。この数値が、24時間常に待機している人数ではないことに注意が必要である。

実際にはフリー・アクセスで患者が移動しているため単純には比較できないが、先に考えた 4 人シフトだと、住民 1 千人に3.1 人の医師がいる大阪市ですら、1,300 人の患者になりうる人たちに対して医師 1 人で待機している計算になる。それが、1 千人で0.1 人の太子町では、2.9 万人の患者になりうる人たちに対して1 人の医師という計算になる 18 。

### 6 地域医療について考える

地方での医療格差是正すなわち医療資源の不足を埋めて、時には唯一の医療

<sup>18)</sup> 太子町の人口は1.4万人余りであり、医療施設に従事する医師の実数は2人である。

機関として地域の医療機能の確保に大きな役割を果たしてきたのが、自治体立の病院である。しかし、その実情を見ると赤字病院が少なくなく、経営の悪化と医師確保の困難などから、廃止されるところ、改組されるところなどが次々と出てきており、その地域で担うべき医療機能の低下がおきている地域がある。高コスト体質であったり、経営感覚の欠如であったり、人員の不足にともなうスタッフの過重労働など、問題も少なくないが、実は問題だと叫ぶその地域の人々にも問題があることはあまり認識されていないように思う。専門医志向だったり、都会志向だったりは、フリー・アクセスを認める日本では、患者にとって医療機関の選択の自由は権利でもある。しかし、その選択の自由の行使によって、採算が取れないところだからこそ安心のために設立した公立病院が利用されず、患者の域外流出で赤字が膨らんでいるケースがみられるのである。維持しているだけで住民が利用しなければ、当然ながら経営が成り立たないこ

医療機関の経営のためにとせっせと通院するのは費用の面からも、医療資源の面からも控えるべきであろう。また、その意味では健康づくりに励み医療サービスが不要になるよう心がけることは医療機関にとっても私たちにちっても、さらには医療費を負担する保険者・国や地方政府、そして税金等の負担者である個人や企業にとって大変重要なことである。しかし、地域医療については行政にも医療機関にもそして住民にも責任がある。安心して暮らせる地域社会を考え、明確なビジョンのもとで、限られた資源の使い方を真剣に考える必要がある。時には、医療機関やそこで働く従事者達を地域が見守り育てるくらいの共存の努力と覚悟が求められているように思う。

とを、私たちは住民として認識すべきである。

住民の安心のためには、時には許容しうる赤字幅というものもあろうし、その一方で、その赤字の埋め合わせをしないで済むなら、財源を他の事業に手当することで地域全体の社会的厚生があがることもあろう。無駄の排除ができる部分については、全ての人が痛みを感じずにメリットを享受することも可能かもしれないが、効率的に資源を活用していく中では優先順位をつけて事業を選

択していかなければならない。負担と給付を考えた上で、取捨選択をしていく 覚悟と決断が必要であるはずである。

#### むすび

本章では、医療提供体制の維持の観点から社会保障の給付と負担を考えることを目的に、まず社会保障を理解するためにツールとしての経済学の概念を簡単にふり返ってから、社会保障の概念を整理した。政府による社会保障機能の1つである所得再分配政策について論じてから、日本の医療制度について検討し、経済学的にも社会保障論的にも雑駁ではあるが、医療提供体制ならびに地域医療について考察を深めた。結局は、給付をどこまで求めるか、負担にどこまで耐えるかの取捨選択により、様々な社会保障政策のビジョンが描けることを改めて明らかに出来たように思う。

政策を考える時に重要なのは 5W1H<sup>19</sup> だが、なかでも「どのように」については、財源の使い方だけでなく、どう生きるか(どう生かすか)、どう死ぬか(どう死なせるか)、どう産まれるか(どう産ませるか)まで想像を膨らませる必要がある。社会保障を考えるにあたっても、政策立案の際にこういうことをも含めて考えることが大切である。そして、唯一無二の正解はおそらく存在しないので、納得行くまで議論し、時には譲り合う中から創りだしていくものだはないだろうか。

その際に、本章で述べたように、経済学の考え方や、社会でつくる"自助"と "連帯"の大きな仕組みである社会保障についてのとらえ方は有用であると信じ ている。経済学は正解を与えてくれる学問ではないが、考え方やヒントを提供 できるツールなのである。

積み重ねられてきた数多の知見と経験が重要であるのは当然として、ある日

<sup>19)</sup> WHO, WHAT, WHEN, WHERE, WHY, HOW.

突然飛来するアイディアが今後はとても大切なのかもしれない。知見をどう活用するかは私たち次第だが、過去の経緯も含めて現状を理解しようとすること、その上で疑問に思うことを諦めずに解きほぐしていこうとすることと同時に、積極的にいろいろな発想でアイディアを出していくことに研究を通じて、これから貢献していきたいと考えている。

#### 参考文献

一圓光彌、『社会保障論概説 第2版』、誠信書房、2011年。 植村尚史、『社会保障を問い直す』、中央法規、2003年。 佐藤雅彦・竹中平蔵、『経済ってそういうことだったのか会議』、日本経済新聞社、2000年。 椋野美智子・田中耕太郎、『はじめての社会保障 第8版』、有斐閣、2011年。