

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る。

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」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。