

月例セミナー(171回)

人口減少社会における我が国の医療・介護・福祉の今後について ～社会保障の将来性と政策の在り方を踏まえて～

河原 和夫

東京医科歯科大学大学院 医歯学総合研究科 環境社会医歯学系専攻 医療政策学講座 政策科学分野



河原 和夫

(かわはら かずお)

国立大学法人東京医科歯科大学大学院

医歯学総合研究科 環境社会医歯学系専攻

医療政策学講座 政策科学分野 教授

講師経歴

■ 学歴

- 1976年 4月 神戸大学法学部 入学
- 1980年 3月 神戸大学法学部 卒業
- 4月 長崎大学医学部 入学
- 1986年 3月 長崎大学医学部 卒業
- 5月 医師免許 取得

■ 職歴

- 1986年 4月 厚生省入省 健康政策局計画課 技官
- 4月 長崎県出向 長崎県松浦保健所 医師
- 1988年 4月 大阪府出向 大阪府寝屋川保健所 医師
- 大阪府立病院(兼務) 医師
- 大阪府環境保健部医療対策課(兼務) 技術吏員
- 1991年 4月 国立病院医療センター(現国立国際医療センター) 国際医療協力部
情報企画課 課長 及び厚生省大臣官房国際課(併任) 技官
- 1992年 7月 厚生省保健医療局国立病院部政策医療課 課長補佐
- 1994年 4月 福井県福祉保健部健康増進課 課長
- 1997年 4月 厚生省保健医療局健康増進栄養課 課長補佐
- 7月 厚生省保健医療局地域保健・健康増進栄養課 課長補佐
- 1998年 9月 厚生省医薬安全局血液対策課 課長補佐
- 2000年 4月 東京医科歯科大学大学院 医歯学総合研究科環境社会医歯学系専攻
医療政策学講座医療管理学分野 教授
- 2004年 4月 国立大学法人東京医科歯科大学大学院 医歯学総合研究科
環境社会医歯学系専攻 医療政策学講座 政策科学分野 教授
現在に至る

■ 非常勤講師等

日本赤十字社 血液事業本部 血液事業経営会議 委員

放送大学客員教授

一橋大学大学院経済学研究科非常勤講師

日本大学医学部非常勤講師(公衆衛生学)

愛媛大学医学部非常勤講師

財団法人日本医療機能評価機構 客員研究主幹

■ 専門

保健医療公共政策学、血液事業政策、公衆衛生学

■ 資格

医師、医学博士

[学会及び社会活動等]

- ・ 環境省疫学研究に関する審査検討会委員
- ・ 東京都医療機関案内サービス「ひまわり」運営委員会委員長
- ・ 渋谷区介護保険事業計画等作成委員会委員
- ・ 福井県小浜市「杉田玄白賞」審査委員会副委員長
- ・ 日本医療マネジメント学会評議員
- ・ 日本疫学会評議員
- ・ 日本輸血学会保険委員
- ・ 管理栄養士国家試験委員
- ・ 神奈川県保健医療計画推進会議委員
- ・ 渋谷区健康危機管理システム推進委員会委員長
- ・ 日本医学会医学用語管理委員会委員
- ・ 日本公衆衛生学会評議員
- ・ 小児血液学会倫理審査委員会委員

[所属学会]

- ・ 日本公衆衛生学会
- ・ 日本医療マネジメント学会
- ・ 日本医事法学会
- ・ 日本衛生学会
- ・ 日本病院管理学会
- ・ 日本輸血・細胞治療学会
- ・ 日本疫学会

[著書]

1. 河原和夫. 健康増進法と地域保健法. 2003年6月 サンライフ企画
2. 有竹清夏、今井康文、江石義信、大久保善朗、河原和夫、鈴木利哉、高瀬浩造、谷川宗、長田薫、奈良信雄、室橋郁生、山下陽子. 臨床研修イラストレイテッド 基本手技 [診察と検査] V章 特定の医療現場 ; p.246-255. 2004. 羊土社.
3. 葛西龍樹、池田正行、内田英二、鎌江伊三夫、河原和夫、北井啓勝、多治見公高、津谷喜一郎、名郷直樹、長谷川友紀、藤田尚、武藤正樹、吉村学、他. クリニカル・エビデンス ISSUE9日本語版. 2004年4月 日経 BP 社
4. 日野原重明、岡上和雄、菱沼典子、木田孟四郎、南谷幹夫、祖父江逸郎、岡崎倫正、二瓶隆一、林泰史、乾正、初山泰弘、岩崎榮、河原和夫. 社会福祉士養成講座 13 医学一般 第8章保健医療対策の現状 ; p.217-267. 2005.
5. 河野公一、川口毅、松浦尊磨、河原和夫、他. コア・ローテーション 地域保健・医療/予防医療 ; p.32-34, p.37-40, p.45-47. 2005. 金芳堂.
6. 正岡徹、河原和夫、他. 静注用免疫グロブリン製剤ハンドブック ; p.143-150. 2006. メディカルレビュー社.
7. 長谷川敏彦、飯田修平、河原和夫、他. 医療安全管理事典 ; p.58-60, p.270-274. 2006. 朝倉書店.
8. 高原亮治、中谷比呂樹、河原和夫、他. 臨床公衆衛生ハンドブック ; p.22-47. 2006. 医療文化社.
9. 日野原重明、岡上和雄、菱沼典子、木田孟四郎、南谷幹夫、祖父江逸郎、岡崎倫正、二瓶隆一、林泰史、乾正、初山泰弘、岩崎榮、河原和夫. 社会福祉士養成講座 13 医学一般 第8章保健医療対策の現状 ; p.217-277. 2007. 中央法規出版
10. 正岡徹、石井正浩、遠藤重厚、斧康雄、金兼弘和、河原和夫、笹田昌孝、佐藤信博、白幡聡、祖父江元、比留間潔、藤村欣吾、三笠桂一、宮坂信之、森恵子、山上裕機. 静注用免疫グロブリン製剤ハンドブック. 血漿分画製剤の製造工程と安全性確保 ; p.143-150. 2007. メディカルレビュー社.
11. 開原成允、杉本恒明、大江和彦、小野木雄三、河原和夫、坂井建雄、清水英佑、篠原恒樹、脊山洋右、野添篤毅、山口俊晴、山口直人. 日本医学会 医学用語辞典 英和 第3版 ; 南山堂. 2007

はじめに

こんにちは。ただいまご紹介をいただきました東京医科歯科大学の河原でございます。教室の正式名は非常に長い名称です。以前は、医療管理学という分野名を用いていましたが、医療だけでなく、介護や健康づくりということも踏まえて総合的に社会保障体系を行いたいということで政策科学という名前に変わりました。今日は少子高齢化社会が医療や福祉にどのような影響をもたらすかについてスライドを用いてお話ししたいと思います。

国際的な視野からみる日本の医療

日本の医療を取り巻く諸問題

今の日本の医療を取り巻く問題としては、やはり少子高齢化社会の到来、特に高齢化による病気の増加、医療需要、介護需要の増加があります。その一方で、少子化の影響で働き手が減っています。少ない働き盛りの人口で高齢者を支えていかなければいけません。それから社会保障費をどう工面していくかということで、医療にしわ寄せがきております。あとは経済の低迷がそれに輪をかけているわけですが、それ以外に医療事故を念頭に置いたような萎縮医療、あるいは勤務状況が大変だということで病院からどんどん医師が立ち去っていくという現象が生じてきています。それから診療科を学生が選択するにあたって、訴訟リスクが少ないような科、負担が少ないような科を選ぶ傾向があります。その中で、小児科に限っては最近、右肩あがりて人的には増えてきております。

それからもう一つの課題として医師不足があります。そのため、医師一人あたりの業務量が増えてきています。ある人が言うには、20年ほど前と今とでは医師一人あたりの業務量はだいたい2.4倍くらい増加しているということです。たしかに医療安全やIT導入などによる院内会議や症例検討、報告書作成といった諸々の作業の増加が、本来の診療業務等を圧迫しているという状況が出てきていると思います。また、臨床研修の義務化に伴って、大学の医局が崩壊

したともいわれますが、これにも賛否があると思います。それが原因で、地域の関連病院から医師が引きあげられ、地域医療が危機に瀕しています。また現在、女性医師の数は医師全体の17%くらいいると思いますが、彼女らが結婚や出産で医療という職場から遠ざかっていくのをどうするか、ということも、医師の戦力を増強する上で一つの課題になっています。さらに、一部の医療従事者間の業務の線引きをどうするかという問題も出てきています。(資料1)

それから制度的な問題として挙げられるのが、後期高齢者医療制度です。これは長寿医療制度と呼ばれていますが、法令上の扱いとしては後期高齢者医療制度というのが正式名称です。これをマニフェストでは廃止すると言っていたのですが、今の政府の方針では見直すということになっています。それから患者自己負担は適正かという問題もあります。また検診制度にも見直しがかかっており、メタボリックシンドロームを中心とした検診体系としての特定検診、保健指導が出てきています。それから最近なりを潜めていますが、混合診療という問題もあります。先日裁判で判決が出ましたが、混合診療の問題も保険の法的制度の中で出てきているわけです。それから診療報酬。薬価の適正価格とはどういうものかという問題。さらに、医療産業をどう育成するかという問題もあります。このように、医療を取り巻く問題、社会保障を取り巻く問題は非常に多岐にわたっています。(資料2)

8月末の各政党のキャンペーンでは、自民党が中福祉中負担について言っていました。我々としては、高福祉高負担か、中福祉中負担、あるいは低福祉低負担のどれを選択するかが重要になってくると思っています。高福祉低負担というのはあり得ません。ですが、どうも民主党の話の聞いていると、高福祉低負担といった色合いに思えるのですが、今のサービスに見合う負担をどうするかを議論の俎上にあげる必要があると思います。

社会保障の問題を考えると、将来的な人口の動態を考えることが重要です。資料3は一生の間に女性が産む子どもの数です。これまでの

推移を踏まえ、一番上にある線が楽観的な見通しです。そして一番下の線が悲観的な見通し、その間にあるのが中間的な見通しです。戦後まもなくは、一人の女性が4～5人の子どもを産んでいました。しかし、今は出生率が2.08以上なければ人口は増えません。2.08というのは、成人になるまでに亡くなる子どもの数を加算した数字です。この線を越えないと人口は増えないのですが、先進国でこれを超えているのは、アメリカ。フランスが2を超えています。いずれにしても、経済が発展すれば、どの国も少子化を迎えています。同時に、経済が発展すると平均寿命が延びるため、高齢化も迎えます。幸せな経済発展の行きつくところは少子高齢化というのが、現状なのです。タイやマレーシアはすでに2を割ろうとしています。韓国は先日の新聞報道にありましたが、現在1.1くらいです。かつて日本は「1.26ショック」などと言われましたが、やや持ち直して現在は1.37くらいまで来ています。

資料3をみると、今後、楽観・悲観・中間、いずれのシナリオをたどっても、長期的に見ると人口は減少してきます。そのスピードをいかに緩くしていくかということが課題になるわけです。年金の制度設計は約1.39ですが、今は1.26とか1.37、あるいは1.32といった低い出生率で推移してきています。年金の制度設計の数値にもおよばないということは、将来的に歳入欠陥が年金の記録がなくなっている以上の問題です。ちなみに、私は14年間かつての厚生省にいたのですが、そのときの年金記録は1日しかありませんでした。その後、大学に移って、文部科学共済に入ったのですが、入った年も間違われていました。幸い、記録があると聞いていただいたのでほっとしましたが、そう

【全般論】

- ・ 高齢社会の到来もあり、有症者、患者、障害者の増加や不安を抱く国民の増加
- ・ 少子高齢化社会と経済の低迷

【委縮医療】

- ・ 医療事故に伴う委縮医療の蔓延および裁判の長期化による患者家族負担の増大
- ・ 大学離れ、勤務医離れに見られるような「楽な医療」志向の医療従事者の増加(立ち去り型サボタージュ)
- ・ 救急医療や産科小児科医療の危機(訴訟の多い科目への遠ざかり)

【医師不足・医学教育】

- ・ 臨床研修の制度化による医師不足をどうするか
- ・ 大学の独立行政法人化による医局(医局機能)の崩壊並びに医学教育(特に基礎医学分野)の危機
- ・ 女性医師の増加および再就業支援策
- ・ 看護師に医師の業務を一部移譲すべきとの意見

資料 1

【保険の法的制度】

- ・ 老人の医療費を誰が負担するか(後期高齢者医療制度をどうするか→公費負担割合が減少)
- ・ 患者自己負担は適正か(受診抑制との関連は)
- ・ 特定検診・保健指導の効果
- ・ 保険対象の枠組み問題(混合診療問題)

【診療報酬・薬価医療材料改定】

- ・ 診療報酬改定、薬価改定、材料改定の問題点
- ・ 医療の質の評価は可能か? Performance指標、DPCなど
- ・ 低投資政策による高度先進的医療導入の遅れ

【技術革新、ベンチャービジネスの後進化】

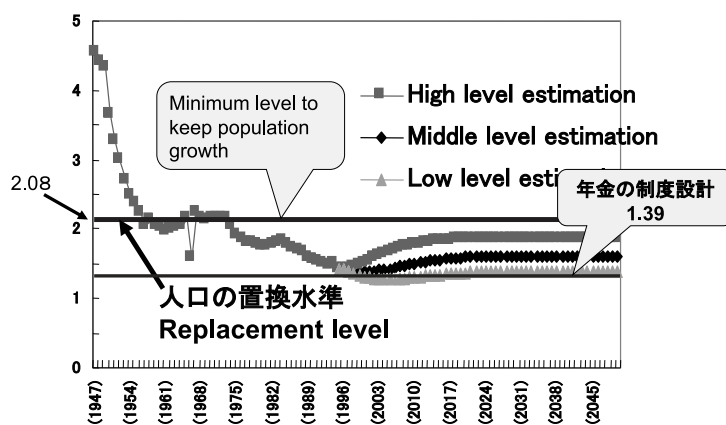
- ・ 新薬・新材料開発の遅れ、審査体制の弱さ など

【その他】

- ・ IT化による効率化
- ・ 保険商品の選択を可能とする制度

資料 2

Total Fertility Rate; TFR



資料 3

いう記録の問題以上に、今の出生率を考えるにあたっては、もう一度、制度設計を考えていかねばならないと思います。(資料3)

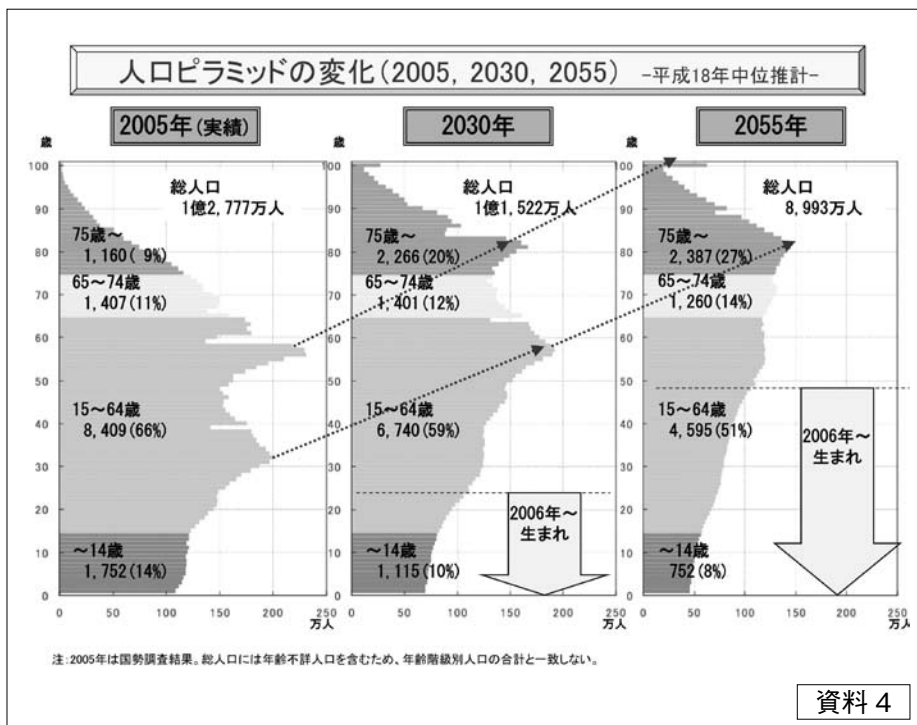
人口ピラミッドの変化

では、将来の人口はどのようなのでしょうか。よく少子高齢化、特に高齢化の率が進展していくと言われていますが、2005年の実績は今の人口構成に近いものです。2030年、2055年と見ていくと、若い世代がどんどん減りますが、働き盛りの世代も減っていきます。その代わりに、高齢者、後期高齢者が増えてきます。(資料4)

どこまで増えるのかと言うと、高齢者の増加はあと20年くらいで止まってしまいます。今65歳以上の人口は2600万人くらいです。2030年で約3600万人。このあたりを推移して、やや減って3500万人くらいまで落ちてきます。ですから、高齢者の比率が今22%くらいですが、これがどんどん上がってもっとも高齢者比率が高い時期には33~35%になると言われていますが、あくまでもそれは働き盛りや子どもの世代が減少することによって相対的に割合が大きくなるわけで、絶対数で見ると、3600万人くらいで止まってしまうと。つまり、これから約20年間、何らかの形でガマンをすれば、後の医療需要、介護需要などは一定になってくるわけです。もちろん、後期高齢者の部分も増えてくると、働き盛りが減少することによる財源の問題も出てきますが、老人用のベッドやサービスなどを含めて、サービスの器をどれだけ用意しなければならないかということ、3600万人くらいだろうということです。

今、医師を1.5倍に増やそうとしているわけですが、医師の全集団が1.5倍になるまでには何十年もかかります。そうするうちに、若い世代が減り、患者

も減ってきます。そう考えると、医師が増えた頃に果たして需要があるのだろうかというのが、医師問題の難しさだと思います。今、たしかに医師の数は年々増えてきていますが、分布の不均等などがあり、うまく機能していません。かといって1.5倍まで増やしてしまうと、将来的な人口構成に基づいた患者の数も考えると、やや不安もあると言えるのではないかと思います。病院に勤務する医師が減ってきているからそれを増やそうとするわけですが、増えた医師が病院勤務を選択しなければ、その政策はあまり効果がありません。また、病院勤務が辛いから開業しようかということになると、増やす意味がありません。医師を増やして、疲弊している病院をなんとかしようという意図であれば、病院勤務を選択するように奨学金を出すといったことが必要になります。もう一点、医師がライフスタイルを変えてしまえば、増やす効果が消えてしまいます。例えば今、12~13時間、一人あたりの医師の労働量があるとすれば、それが労働基準監督署から言われて通常8時間労働になったら増やした効果は一瞬にして飛んでしまいます。また、日本の医療従事者の養成に一貫性がないのは、看護師や薬剤師にも当てはまります。現在、看護師を受け入れるための器



は専門学校も加えると1学年5万人くらいです。年間に生まれる女性の数は約50万人です。そのうち短大・専門学校・大学への進学率を0.5くらいにすると約25万人。約25万人中5万人が看護系に進まないと、持ちません。それは現実的に不可能なことです。薬剤師の場合も、薬学部と生命情報系も入れて薬剤という看板で換算すると、だいたい今1万2500人くらいの定員があります。薬剤師になるには6年制の大学に進まなければいけません、そういうことで医療従事者の養成が将来の人口構成や需要との関係であまり考えられていない傾向があると思います。一方、インドネシアやフィリピンから看護師を入れる、入れないという議論がありますが、私は10年ほどフィリピンの保健省に行っていますが、フィリピンの看護師は非常に教育レベルが高いんです。そのため、イギリス、中東、カナダから引く手あまたです。カナダでは、フィリピンの看護師が来てくれるなら家族全員呼び寄せてもよいという政策を出しています。そうすると、日本語で試験を受けるなど、いろんな縛りがある日本よりは、英語で試験を受けて自由に家族も呼べるような国を選択するのは当たり前のことです。日本も、そのあたりのことは考えていかないと、外国の方も来づらいう環境になっていると思います。(資料5)

少子高齢化、特に高齢化の問題ですが、65歳以上の比率で見ると、いかに日本の高齢化が急速かというのがわかります。高齢化社会というのは、全人口の中で65歳以上の方が7%を占めた社会です。14~21%未満が高齢社会、21%以上が超高齢社会という定義がされていますが、日本の

場合、7%を超えたのが1970年の大阪万博のときです。そして問題は、2倍の14%になるまで24年しかかかっていないことです。ほかの国々を見ると、フランスで115年。ヨーロッパ全体では約60年。アメリカはこれから14%を迎えますが、73年かかる計算です。その他の国も、7%から14%という2倍になる速度は日本より長くなっています。つまり、日本はほかの先進国より2~4倍の早さで高齢化が進んでいるわけです。それはとりもなおさず、高齢化社会に適合する

人口及び年齢構成の変化と出生数 (合計特殊出生率)の見通し

		2005年	2030年	2055年
総人口と 65歳以上 人口割合	65歳以上(万人)	2,576	3,667	3,646
	15~64歳(万人)	8,442	6,740	4,595
	15歳未満(万人)	1,759	1,115	752
	合計(万人)	12,777	11,522	8,993
高齢化率(%)		20.2	31.8	40.5
1年間の出生数(万人)		109.0	69.5	45.7
1年間の出生率(%)		1.26	1.24	1.26

資料:国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成18年12月推計)」
(出生中位・死亡)

資料5

図表1-1-10 高齢社会へ到達するのにかかった年数の国際比較

国	65歳以上人口割合 (到達年次)		倍化年数 7%→14%
	7%	14%	
日本	1970	1994	24
ドイツ	1932	1972	40
イギリス	1929	1976	47
アメリカ	1942	2015	73
スウェーデン	1887	1972	85
フランス	1864	1979	115

(注) 1950年以前はUN, The Aging of Population and Its Economic and Social Implications (Population Studies, No.26, 1956)及びDemographic Yearbook, 1950年以降はUN, World Population Prospects: The 2004 Revision (中位推計)による。ただし、日本は総務省統計局「国勢調査」[10月1日現在推計人口]、1950年以前は既知年次のデータを基に補間推計したものによる。それぞれの人口割合を超えた最初の年次を示す。倍化年数は、7%から14%へ要した期間。

資料6

社会システムをほかの先進国より2～4倍の早さでつくらないと間に合わないことを意味しています。(資料6)

先進各国の医療制度改革

日本も2000年に第4次医療法改正をして一般病床と療養病床を分けたり、病床の種別化をすすめたりしています。2002年には薬事法を改正したり、2006年には医療関連改革法を出すなど、だいたい2000年から2008年の期間に医療制度改革を行ってきました。ほかの先進国はどうかというと、87年から90年代後半にかけて行っています。資料7にある87年のオランダのデッカープランというのは、デッカーというフィリップス社の最高経営責任者が中心になってまとめたプランです。また、イギリスのNHSというのはサッチャーが行った改革です。エーデル改革というのは、スウェーデンで行われた老人の福祉と医療の改革です。アメリカのクリントン改革では、失敗に終わりましたが皆保険をつくろうとしたものです。フランスのジュペプランやドイツの第3次改革は、医療費の上限などを設ける枠組みの改革です。いずれにしても、80年から90年代にかけて、ほかの先進国はこのような医療改革を行っていたのです。それに比べて、高齢化のスピードがほかの国より速い日本は医療制度改革を遅れて行いました。(資料7)

これも皆さんにとっては釈迦に説法ですが、病床あたり、あるいは人口あたりの医療従事者数は、介護に関しては、1000人あたり7.8人。一方、施設が多く、病床数が多いために分散した結果にはなりますが、介護の職員を人口あたりでみると先進国の世界標準値となっています。アメリカとも変わりません。それが病床が多いことと保険制度が違うために、日本の皆保険制度では医療従事者を一人の患者のために手厚く配置できないわけですが、いずれにしても病床あたりでみると劣って

るわけです。医師の数も少ないため、鳩山政権では先進国の平均並みに増やそうとしています。かつてイギリスは日本と同じくらいでしたが、ブレアさんのときに増やす政策に転換しました。病床が多いから、こちらのほうも分散してしまっているという問題が出てきています。日本の医療の問題としては、人口あたりの病床が多いこと、高額な医療機器が多いこと、医療従事者が少ないのが特長だと思えます。(資料8)

それから人口ボーナスを見ていくと、この期間に経済発展して行っています。日本の高度成長も人口ボーナスとって働き盛りの世代が増えると、消費者にもなり、労働者にもなる。

先進各国の医療制度改革

1987年	デッカープラン	オランダ
1989年	NHS改革	英国
1992年	エーデル改革	スウェーデン
1993年	クリントン改革	米国
1995年	ジュペプラン	フランス
1997年	第3次改革	ドイツ
2000～2008年	医療制度改革	日本

資料7

医療提供体制の各国比較(2003年)

国名	平均在院日数	人口千人当たり病床数	病床百床当たり医師数	人口千人当たり医師数	病床百床当たり看護職員数	人口千人当たり看護職員数
日本	36.4	16.5	15.6 (2002)	2.0 (2002)	42.8 (2002)	7.8 (2002)
ドイツ	10.9 (2002)	8.9 (2002)	39.6 (2000)	3.4	102.2 (2000)	9.7
フランス	13.4	7.7	35.2 (1998)	3.4	69.7 (1997)	7.3
イギリス	7.6	4.2	43.9 (2000)	2.2	129.2 (2000)	9.7
アメリカ	6.5	3.3	77.8 (2000)	2.3 (2002)	230.0 (1999)	7.9 (2002)

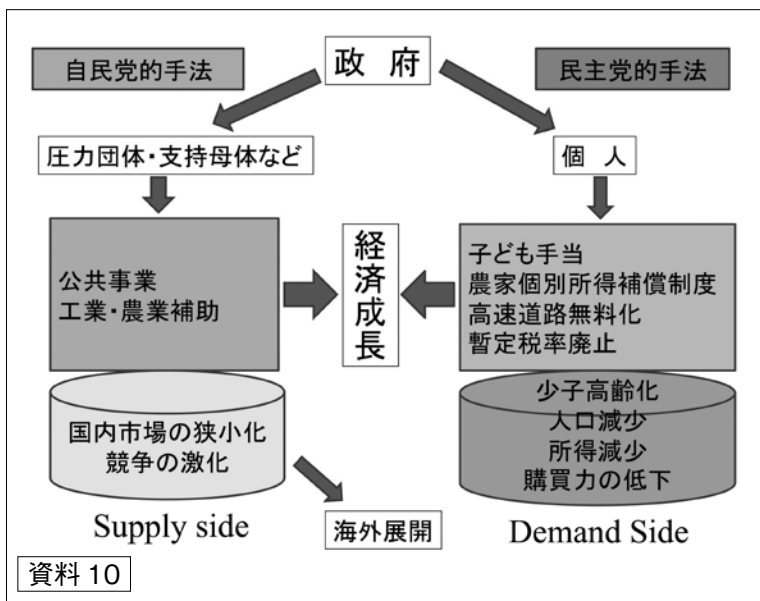
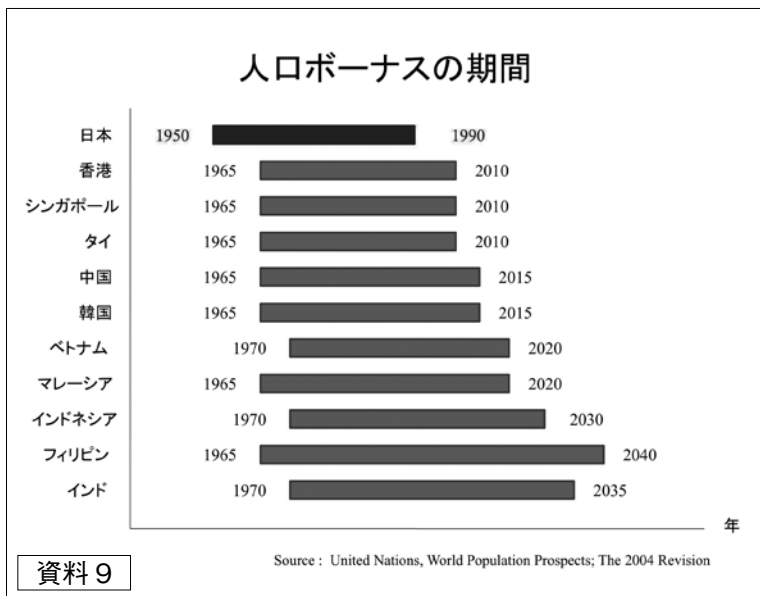
(出典) 病床百床当たり医師数、病床百床当たり看護職員数:「OECD Health Data 2002」
平均在院日数、人口千人当たり病床数、人口千人当たり医師数、人口千人当たり看護職員数:「OECD Health Data 2005」

資料8

まさしく今、中国が人口ボーナスの恩恵を受けているところですが、日本では人口の恩恵は90年に終わりました。高齢者や子どもを支えるべき労働力人口の比較的多い時代は、1950年から1990年までであったわけですが、それ以降はご承知のように政権が変わったりして失われた10年などと言われていました。しかし、本当は2000年以降の、これから失われる10年のほうがもっと深刻だと思います。人口ボーナスが終わった後、低成長に移行したこともあり、高齢化の問題、あるいは少子化の問題で混乱しています。香港、シンガポールも来年くらいに人口の恩恵が終わって、その先は高齢化に以降していくこととなります。タイも来年。中国、韓国は2015年から始まります。特に中国に関しては、人類史上初めて、開発途上国で高齢化を迎えることになるわけです。ですから、中国は非常に深刻になると思います。そして、ベトナムやマレーシアなどのアジアの繁栄は、この人工的な恩恵を受けて反映していますが、あと10年、20年経つと、アジアはいっせいに老いてきます。その先頭を走っているのが日本で、その苦しみの後をほかのアジアの国が追ってくるわけです。この先、しばらく人口の恩恵を受けるのはフィリピンとインドくらいしかありません。ですから、日本で高齢化社会に適合する保険医療や福祉のモデルができれば、ほかの国も参考にできる余地が出てくるわけです。ちなみに、東京は若い人口ですが、その東京も1015年から急速に高齢化が進行します。ですから東京都の場合は、医療需要もさることながら、介護の需要も2015年以降、ほかの都市よりはるかに早い速度で進行することになります。(資料9)

なぜ医療がこのような状態になったのかをみていきたいと思います。今、政権が変わりましたので、民主党的な手法と自民党的な手法で比較したいと思います。左はSupply sideで、右がDemand sideです。Demand sideの背

景としては、少子高齢化があり、人口の減少があり、所得の減少・購買力の低下があります。右肩下がりの構図です。どんどん購買力やマーケットが小さくなっている。その中で民主党的な手法というのは、消費・購買力を膨らませて、こちらを刺激しようと。購買力が大きくなれば、こちらでも生産を増やす。それによって経済成長しようと。すべてが自民党と民主党で色分けできるわけではありませんが、だいたいみると、民主党は子ども手当、農家個別所得補償制度、高速道路の無料化、暫定税率廃止。これらは個人に対する補償的な政策で、個人にテコ入れする政策です。それを通じて購買力やマーケットを大きくしよう、景気をよくしようとい



うのが意図だと思えます。一方、自民党的な手法というのは、団体を通じて国内市場を大きくしたり、需要を新しく生んだりする公共事業や、いろいろな補助を与える政策で、供給サイドを膨らませて雇用を創出しよう、場合によっては海外展開まで視野に入れないといけないという政策でした。Demand sideが右肩下がりの中で、Supply sideを膨らませても、海外に持って行かない限り、余り意味がありません。むしろ、個人をテコ入れし、需要を大きくする政策のほうが、今の時代には合っているわけです。

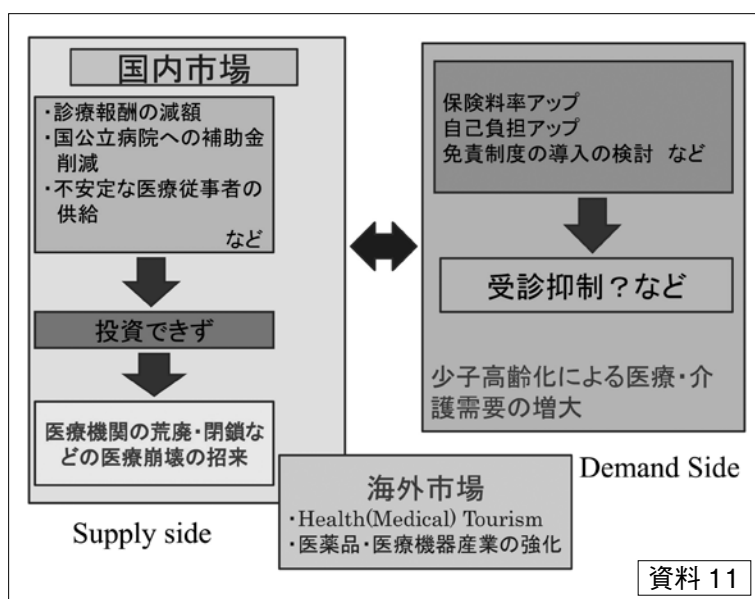
(資料10)

医療に関しては、Demand sideが少子高齢化による医療介護需要の増大により、需要が右肩上がりの状況です。そうした中で、これまでどういう政策がとられたかという点、保険料率アップ、自己負担アップ、免責制度の導入検討などがあります。(資料11)

医療技術の展開と特性

最近、外来患者は全国的に減っています。こうした政策が原因かどうかはわかりませんが、何らかの影響が出るのかも知れません。こういう政策を医療現場でとってきたことを私は悪いとは思いませんが、高度で質の高い医療をまんべんなく提供していて、今の値段では安すぎるのではないかとは思っています。国内市場はどうかというと、診療報酬の減額や国公立病院への補助金削減、そして医療従事者の供給ができなくなっている、つまり働く人を注入して規模を大きくすることが困難になっています。そのため、再投資にまわらなくなってきているのです。つまり少子高齢化に応じて、病院も機能を更新しなけ

ればいけないのですが、それができなくなっています。そのため、医療崩壊につながってきていると思えます。いずれにしても、少子高齢化の時代は、Demand sideがしぼんできますが、保健医療あるいは介護に関しては当然膨らんでいきます。ですから、Demand sideも膨らまさないといけないのですが、それがしぼむような政策のために再投資できないわけです。黒字の病院でも、医療収入と支出の差は数%しかありません。それをITや院内の安全システムに投



資料 11

医療技術の展開と特性

戦後技術革新	1940-1960年代	1970年代-現代
費用対効果	高	低
医療費への影響	削減型	誘発型
中心の対象	感染症	慢性疾患
技術の性格	完成技術	半完成技術
技術例	・ワクチン、抗生物質 (感染症予防治療) ・全身麻酔、輸液外科技術	・超音波ファイバー、CT等 (診断技術) ・人工呼吸器、人工臓器、経静脈栄養、ICU (生命維持技術) 大型機器の普及は80年代後半から
背景となる工業技術	・重化学工業 ・機械工学	・光学技術 ・電子工学
製品寿命	長い (~10数年)	短い (平均18か月)、頻繁に改良を実施
使用に関しての医師の関与	投与に特別の技術は不要	専門的技術が必要となることが多い
知的財産権保護	特許が中心	特許に加え、ノウハウが相当の比重を占める

出所: 広井良典著「アメリカの医療政策と日本」、川上武著「技術の進歩と医療費」、倉田健児「医療機器-再生医療の社会への導入-課題と経済産業省の取り組み」より筆者改変

資料 12

資するのは非常に冒険だと思えます。まして診療報酬やこちらからのお金の供給が止まった状況、あるいは働く意志が確保できない状況では、こちらは少子高齢化に向かうための新しい投資ができません。そのことが機能の低下を招いていったと思えます。

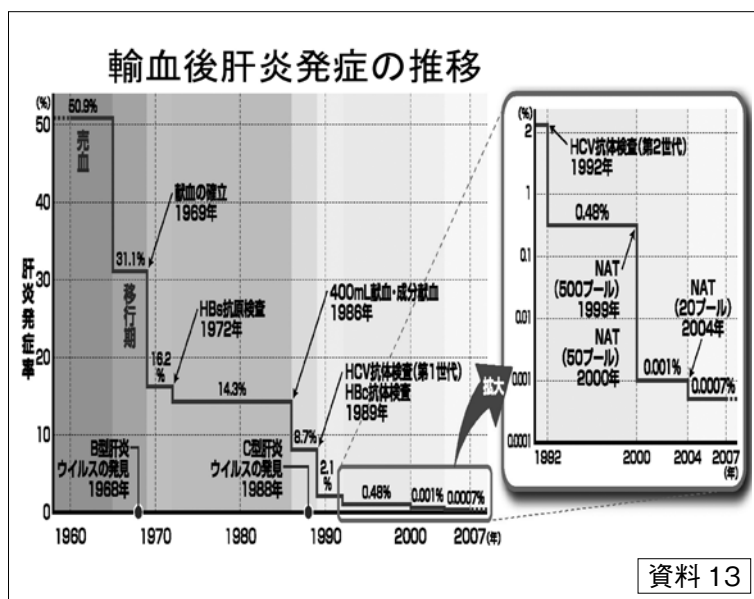
あとでまた述べますが、例えばタイなどの病院では、アメリカで心臓のバイパス手術を受ける3分の1の価格で、質の高い医療を提供する病院で治療できます。患者の流れを流通させて、医療を一つの産業にしようという動きが世界的にあります。日本では単価が高いためになかなかできない状況があります。これも後述しますが、医薬品・医療機器産業は国内では非常に弱くなり、国際競争力の問題が問われています。こうした点をみながら医療政策を考えていかねばならないと思えますが、これまではどちらかという負のサイクルが回ってきていたと思えます。

医療に無制限にお金をかけるのはよくないと思えますが、今の医療と昔の医療では技術基盤の在り方が根本的に違います。かつての感染症が中心だった時代の技術基盤というのは、ワクチンや抗生物質あるいは輸液といった、工場で大量生産できる安価な技術です。ワクチンを打てば感染症にならないことから、入院医療費や休業損失の問題が生じません。仮に病気になって感染症にかかっても、抗生物質を投与すればすぐに治って社会復帰ができます。そのため、入院期間が短縮され、医療費の抑制にもある。つまり、こうした技術は社会的な医療費を含めた社会的コストの削減型技術で、しかも工場でできる完成技術です。ワクチンなどは改良の余地はありますが、基本的には完成した技術です。一方、今の生活習慣病を主体としたような疾患の技術は半完成技術で、光学技術あるいは電子工学といったものに基盤を置いています。どんどん進歩しています。製品寿命というか、モデルチェンジの期間がかつては非常に長かったのに対し、現代は平均して18カ月と、頻繁にモデル

チェンジしています。医療現場としては新しいものが欲しいわけで、最新技術を使った新製品を購入しています。一方、こうした技術を駆使するにはノウハウがいるわけで、専門技術者や専門医の養成が必要になってきます。つまり、今の医療を考えたとき、非常にコストがかかるような構造になっているのです。ですから、老人医療費だけを抑制しても、医療技術の進歩によって医療費が上がる要因というのは無視できないと思えます。(資料12)

輸血後肝炎を事例として出しました。昔、ライシャワー駐日大使が暴漢に襲われて虎ノ門病院で輸血を受け、後にC型肝炎で25年後に亡くなりました。それ以降、売血システムから献血システムに移行して、どんどん新しい技術が入ってきました。売血時代は輸血を受ければ半分は輸血後肝炎になっていましたが、今は確率としては0.0007%と、ほぼゼロに近づいています。非常に安全になってきているのは、資料に書いているようにいろいろな技術を導入しているためです。1990年前後のグラフの落ち込みは、ちょうど昭和天皇のご病気のときにアメリカから最新のC型肝炎の検査キットを購入したことによるものです。(資料13)

資料14は、核酸増幅検査を入れてB型肝炎・HIV・C型肝炎という3つのウイルスを入れて調べたものです。私が計算したところ、この技術というのはロッシュから特許と試薬を購入し



て年間85億円使っています。もし、これをやらずに従来の免疫学的検査だけを行ったとしたら、見逃している方がいるわけですが、その方からの輸血によって肝炎やエイズにかかったとしたら、1年あたり直接医療費と休業損失、そして早死による遺失利益は4000万円くらいとなります。つまり、85億円かけて4000万円程度の便益しかないということで、安全域というのはかなり高まってきています。(資料14)

それでも日赤全体で見ると、NATに約62億円、2～3年前までは85億円使っていたわけです。それから新しい技術として白血球のBセルというリンパ球の中に狂牛病や変異型のクロイツェルヤコブ病を引き起こすプリオンがいるという報告があり、その感染リスクを下げるために白血球の除去をはじめました。その費用が年間104億円。ほかにもいろいろあります。民主党の唐突なマニフェストでは、新型インフルエンザ対策の中にこれが書かれています。もし、これを入れれば100億円です。かなりプラトーンに達している安全域をさらに高めるために、100億円を投資しないとイケない。ここでは、事例として血液の安全対策を出させていただきましたが、ほかの医療技術、診断機器、検査機器、治療機器に至っても、このように新しい技術を導入すれば価格が上がることは明白だと思います。

(資料15)

老人医療費の寄与率

アメリカの赤血球製剤の価格を見ると、白血球を除去した製剤の価格は、だいたい20年で4倍になっています。その都度、いろいろ検査を導入してきています。もう一つ、今までの見解では老人医療費が諸悪の根源のように言われていたようですが、老人が増えれば総医療費はかかります。老人が増えることによって老人医療費が増える割合と、老人一人あたりがどれだけ医療費を使っているかという割合のどちらが大きいかを見ていくと、平成12年度では受給対象者数が79、一人あたりの老人医療費が179で、足すと100になります。老人の層医療費を見るのは、一人あたりの老人医療費×患者数です。

資料 14

Implementation of Screening NAT

Pool Size (operation period)	No. of Test Objects	No. of Samples	No. of Positive (Positive Rates/0.1 Mil. Samples)			Total
			HBV	HCV	HIV	
500P (7/99-1/00)	2,140,207	5,103	19 (0.89)	8 (0.37)	0	27 (1.26)
50P (2/00-8/04)	24,702,784	515,381	473 (1.91)	72 (0.29)	8 (0.03)	553 (2.24)
20P (8/04-12/08)	21,451,358	1,090,575	383 (1.79)	33 (0.15)	11 (0.05)	427 (1.60)
Total	48,294,349	1,611,059	875	113	19	1,007

最近の安全性対策

安全対策に対する日本赤十字社の取り組み	費用	
	導入時	1年あたり
1. 選及調査自主ガイドライン作成	0	0.04億円
2. 新鮮凍結血漿 (FFP) の貯留保管	8.4億円	2.5億円
3. 輸血用血液の感染性因子の不活化技術	検討中	
4. NATの精度向上	24.3億円	62.4億円
5. 医療機関での輸血後感染症に関する全数調査	0	0.07億円
6. E型肝炎ウイルス (HEV) の疫学調査について	0.3億円	0.7億円
7. 保存前白血球除去の開始	9.4億円	104.4億円
8. 献血受付時の本人確認の実施について	3.0億円	2.5億円
合計	45.4億円	173億円

資料 15

それで老人医療費の受給者、つまり患者数が増える効果と一人あたりの老人に使う医療費が大きくなる、あるいは下がる効果のどちらが大きいかを見ていくと、昭和58年くらいまでは、老人医療費を上げる原因として半々くらいでした。しかし、そこからずっと見ていくと、一人あたりの老人医療費がどんどん下がり、マイナスになっているときもあります。逆に、老人が増える寄与率のほうが大きくなってきています。つまり、一人あたりの老人医療費というのは、絞り込もうとしているということなのです。(資料16)

老人全体が増えるのは致し方ないので医療費は上がってきていますが、いずれにしても老人医療費の上がる要素を分析すると、この10年くらいは一人あたりの老人医療費を圧縮するような政策が続いてきています。診療報酬の変動によってマイナスになったりしますが、老人を含めて全体で一人あたりの国民医療費の寄与率は、老人のような傾向にはならないわけで、どちらの寄与率が高い・低いとは言えません。ただ、老人に限っては、この10年くらいは一人あたりの医療費を圧縮するような形で政策が動いてきていると思います。(資料17)

日本の病床は、ご承知のように、今いろいろな種別の病床ができてきています。医療法が改正されるたびに、一つの病院が機能分化して複数に分かれて

いています。最初は高度先進医療を提供する特定機能病院と療養型病床に分かれていましたが、その後は、その他の病床と称するところが急性期の医療を行うような一般病床と老人の医療を行う療養病床に分かれました。その後、介護保険制度ができて老人保健施設が介護保険施設になり、特別養護老人ホームが介護老人福祉施設

老人医療費の寄与率

年度	老人医療受給対象者数		一人当たりの老人医療費		総老人医療費 の対前年度	増加寄与率(%)	
	総数	対前年度比	総数	対前年度比		受給対象者数	1人当たり老人医療費
昭和58年度	7,490,763	—	443,010	—	—	—	—
昭和59年度	7,822,839	1.044	461,448	1.042	1.088	51.1	48.9
昭和60年度	8,156,884	1.043	498,637	1.081	1.127	35.1	64.9
昭和61年度	8,484,486	1.040	523,033	1.049	1.091	45.1	54.9
昭和62年度	8,804,624	1.038	548,680	1.049	1.089	43.8	56.2
昭和63年度	9,084,366	1.032	567,930	1.035	1.068	47.8	52.2
平成元年度	9,362,828	1.031	593,606	1.045	1.077	41.0	59.0
平成2年度	9,732,390	1.039	608,983	1.026	1.066	59.8	40.2
平成3年度	10,112,208	1.039	633,841	1.041	1.082	48.8	51.2
平成4年度	10,487,959	1.037	661,440	1.044	1.083	45.8	54.2
平成5年度	10,883,514	1.038	684,627	1.035	1.074	52.0	48.0
平成6年度	11,344,692	1.042	719,244	1.051	1.095	45.3	54.7
平成7年度	11,852,647	1.045	752,169	1.046	1.093	49.5	50.5
平成8年度	12,439,506	1.050	781,643	1.039	1.091	56.0	44.0
平成9年度	13,013,328	1.046	789,853	1.011	1.058	80.4	19.6
平成10年度	13,604,750	1.045	800,694	1.014	1.060	76.0	24.0
平成11年度	14,185,625	1.043	832,108	1.039	1.084	52.4	47.6
平成12年度	14,778,127	1.042	757,856	0.911	0.949	-79.0	179.0
平成13年度	15,405,438	1.042	756,618	0.998	1.040	105.1	-5.1
平成14年度	15,926,449	1.034	736,512	0.973	1.006	551.4	-451.4
平成15年度	15,480,275	0.972	752,721	1.022	0.993	427.8	-327.8
平成16年度	14,837,542	0.958	780,206	1.037	0.993	652.5	-552.5
平成17年度	14,176,160	0.955	821,403	1.053	1.006	-822.3	922.3
平成18年度	13,526,826	0.954	832,373	1.013	0.966	137.8	-37.8

資料 16

国民医療費の増加寄与率

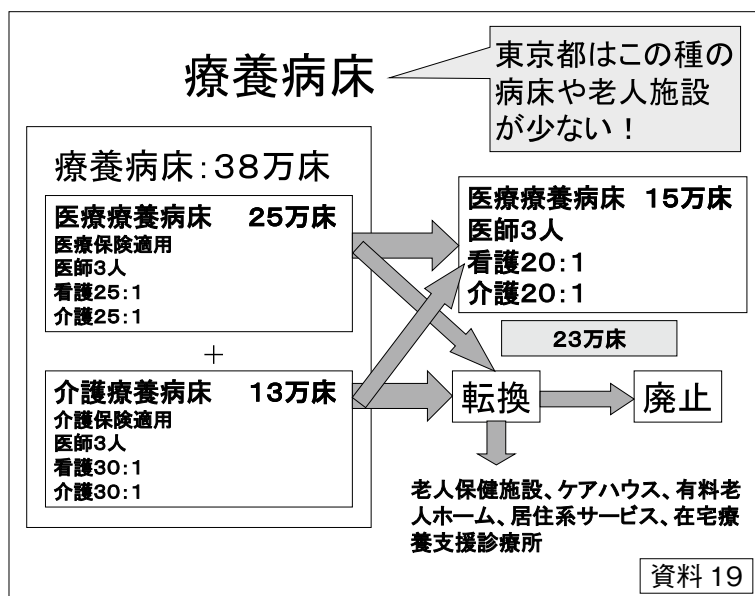
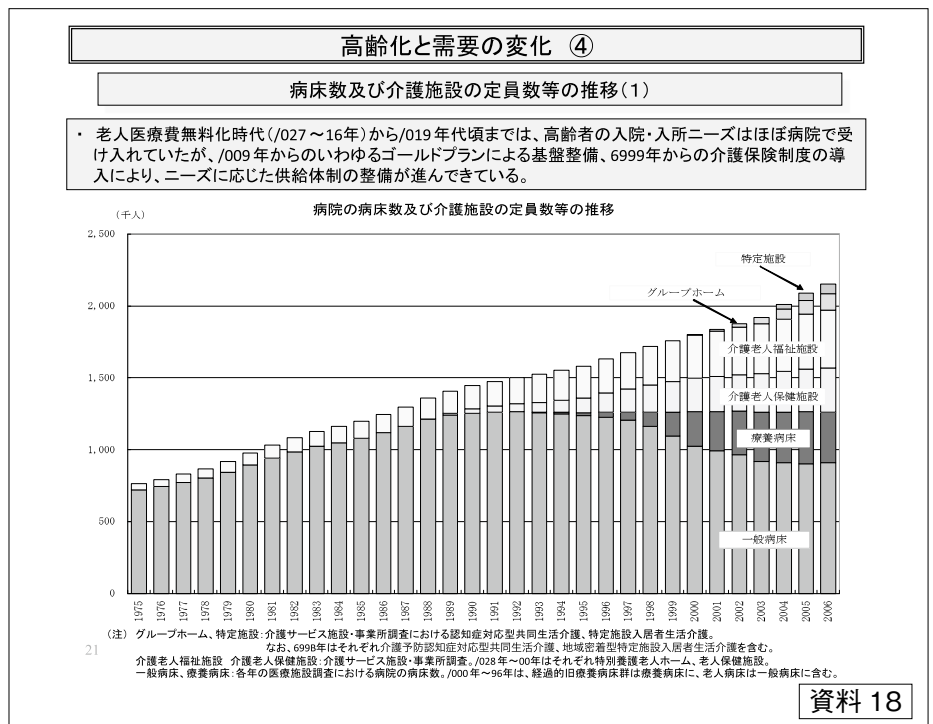
年	推計患者数(千人)	対前回比	1人当たりの国民医療費(千円)	対前回比	増加寄与率(%)	
					推計患者数	1人当たりの国民医療費
1984年	7698.7	—	125.5	—	—	—
1987年	8069.5	1.048164	147.8	1.177689	22.3	77.7
1990年	8366.3	1.0367805	166.7	1.127876	23.1	76.9
1993年	8402.4	1.0043149	195.3	1.171566	2.6	97.4
1996年	8810.3	1.0485457	226.1	1.157706	24.5	75.5
1999年	8318.6	0.9441903	242.3	1.07165	-487.8	587.8
2002年	7929	0.9531652	242.9	1.002476	105.4	-5.4
2005年	8555.2	1.0789759	259.3	1.067517	53.8	46.2

資料 17

になるという形で、医療と介護の関係で、老人の施設が複数に分化してきたというのが、このグラフです。(資料18)

今の政権で療養病床を減らそうという計画はストップしていると思いますが、38万床ある療養病床を23万床にしようという原案があります。これも地域性があります。東京都は療養病床が少なく、人口あたりの全国平均では6割となっています。特に23区は療養病床が少なく、多摩地区に比較的多くなっています。多摩地区で急性期の病院を退院した場合、次に行くところを探すとしたら、多摩で探し、多摩が満床なら山梨へ。そして、山梨がダメなら長野まで探しに行くという事態が生じているわけです。東京都というのは、医科大学や医学部の数が多いため、病院も集中しているの比較的恵まれていると思われがちですが、こと老人医療に関してはお寒い結果になっています。老人施設や老人病床、介護施設の数に路線価格と関係があると思うのですが、診療報酬が全国一律なので、人件費や土地単価が高い東京では病床がペイしにくいことになります。そのため、全国一律の診療報酬ではなく、地域性に依って何種類かつくらないと、今の実情には合わないと思います。また、介護も地域性に依ったところがありますが、まだまだ不十分です。もっと差をつけるといったことが必要だと思います。回復期リハ病床に関して全国平均の5割以下です。神奈川

県も同じような状況です。つまり大都市で老人向けの施設が非常に立地しにくい状況になってきています。逆に、東京でがん治療を受けている40%は東京以外から来ています。ですから、今医療計画というのはそれぞれの都道府県で策定することになってはいますが、東京あるいは首都圏に関しては一都四県で共通の医療計画をつくるなどしないと、医療資源の有効利用ができないと思います。(資料19, 20)



問題となる疾病

生活習慣病の現状

皆さん、ご承知のことですが、今、がんと心臓病と脳卒中で日本人の3人に2人は亡くなっています。その原因となる生活習慣病対策が課題になっています。では、生活習慣病でどれだけ医療費を使っているか。がんや脳卒中など、死因になる病気も入れると、だいたい10兆円となります。医療費が31.5兆円として、その約3分の1を使っていることになるのです。これで予防を心掛けて医療を受ける機会を減らそうということ。本当は医療費を下げようと思えば、一番簡単なのは平均寿命を短くすることです。それは政策にはなじみませんが、煙草をどんどん吸って、煙草の税金を払って、定年くらいで亡くなれば、その後の年金の受給期間もなくなるわけで、がんの医療費より安いこちらになります。そうは言えないわけです。ですから予防というのは非常に重要です。いずれにしても、死ぬ直前というか、こういう病気にかからないと死ねません。一人あたりの医療費の大半は、死ぬ2年間に使っています。予防もたしかに効果があると思いますが、予防は病気の先送りです。ですから寿命は延びると思いますが、いずれにしても、これらの病気で亡くなるということは必ず起きてくるわけです。ですから、予防で医療費が下がるかどうかは、ほかの要素も入れてもう一度検証しないと行けません。ただ、人間として幸福に生きるには、なるべく病気にならずに人生を謳歌するのが正論だと思います。
(資料21)

搬送に60分以上要する人口

先ほどお見せした人口ピラミッドをみても、後期高齢者の増加につれて認知症の問題が出てきます。あとは骨折の問題、自殺というのも大きな問題だと思います。それと諸々の肝臓疾患やうつ病など、心の問題もあります。それから医療の中の課題としては、医師の需給問題や診療機能の低下、病棟・病院の閉鎖もありますが、もう一つ、救急の問題があります。これは地図情報システムといって2点間の住所情報があれ

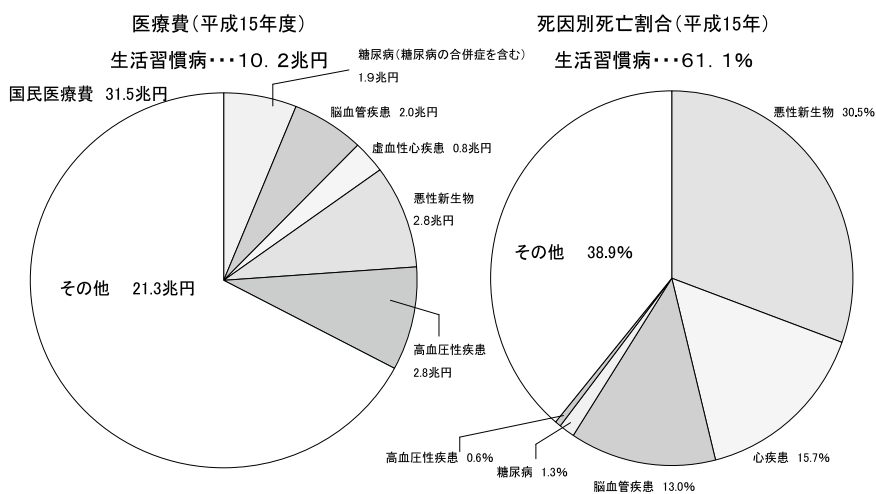
東京都の病床分布

- 療養病床→全国平均の6割
(対人口10万人病床数は全国下位7位)
- 回復期リハ病床→全国平均の5割以下
(対人口10万人病床数は全国下位5位)
- 病床種別に地域偏在が顕著
 - 区中央部に集中している一般病床
 - 多摩地区に集中している療養病床

資料 20

生活習慣病の医療費と死亡数割合

生活習慣病は、国民医療費の約3割を占め、死亡数割合では約6割を占める。



(注)国民医療費(平成15年度)、わが国の慢性透析療法の現況(2003年12月31日)等により作成

(注)人口動態統計(平成15年)により作成

資料 21

ば、到達時間が計算できるのですが、どういう計算かという、救急車を呼び、収容されてからすぐに救命救急センターに送るとしたら何分かかかるか、というものです。資料22は、救急車に収容されて救命救急センターに運ぶ場合、60分以上かかる人たちは何人いるかを地域別にまとめたものです。東北が一番悪く、32%くらいの方が60分以上の搬送を要するという結果になりました。北海道は人が住んでいるところが基本的に限られているため、搬送時間は東北よりも短くなっています。あと、首都圏や近畿圏も、もちろんいい数字になっています。こうしたアクセス時間分析の結果を地図上に落としてみると、東北では下北半島のところのアクセスに60分以上時間がかかるとか、秋田の北のほうもよくないといったことがわかります。関東や中部は悪いところがあまりなく、関西は紀伊半島や奈良県の山岳地帯が悪くなっています。四国は南のほう、室戸岬、足摺岬のほうが悪い。九州も大隅半島や天草のほうが悪くなっています。なぜこうしたことをしているかという、今、医療計画を住民に分かりやすく説明するために、どこの医療資源の再配分が悪いかというのを例示的に示すためです。また、これは救急に限らず、がんの拠点病院の立地や医療機能などをDPCデータと組み合わせ合わせてこれに応用していこうと、研究しているところでは、(資料22)

資料23は東京消防庁のデータです。東京は、救急車に収容して病院に到着するまでの時間は計算上15分ほどとなっていますが、実測値は11分で、救急活動時間の合計は37分となっています。この37分というのは全国的にみて非常に悪い結果です。どこが悪いかという、現場到着から搬送開始までの時間です。ここからどう

いうことが考えられるかという、道が狭いから救急車が入れない。ストレッチャーが入れない。マンションのセキュリティがあって一人暮らしの老人が救急車を呼んだときはセキュリティが解除できない。ストレッチャーが入らないサイズのエレベーターがある。エレベーターが防犯上、各階停止する……などです。もちろん、病院に転送するにあたって断られて次の病院にあたるといったことも時間が長引く理由としてはありますが、救急に関しては消防署と医療機関が受け入れ体制を整備するだけではこの問題は解決しません。ですから、都市問題や住宅の構造設備の問題は、これは救急医療に限らず、今後の介護、老人福祉に関しても都市問題が大きくなってくると思います。また、福祉が必要な方が救急で来られることもあります。実例で言うと、東京都の西部医療圏は新宿区、中野区、杉並区で構成されていますが、例えば新宿から杉並の病院に搬送する場合、その人がホームレスだと断る率が高くなります。なぜなら、後の福祉の状況まですべて病院に押しつけられるからです。また、精神科救急の問題がありますが、精神疾患の方や精神疾患の合併症がある方の救急搬送も、同じような理由で断れる可能性もあるわけです。これは病院へのインタ

搬送に60分以上要する人口

地域	管内総人口(人)	搬送に60分以上要する人口(人)	搬送に60分以上要する人口割合(%)
北海道	5,668,326	1,312,856	23.2
東北	9,817,606	3,108,603	31.7
関東	47,030,491	805,390	1.7
中部	15,959,778	641,717	4.0
近畿	21,675,346	946,878	4.4
中国・四国	11,800,187	1,024,825	8.7
九州・沖縄	14,282,911	2,960,056	20.7

注1)搬送は高速道路も使用

注2)離島は道路で本土と繋がっていないため計算不能

資料 22

ビューでそういった意見が述べられていました。実際の調査はしていませんが、消防と病院にうかがうと、19.9分の中身には都市の問題と福祉を医療に押しつけようとする行政の問題があるようです。全国でもっとも悪い37分を解消するには、救急の搬送体制や病院の受け入れだけでなく、背後にある福祉や都市問題の解決が必要になってくると思います。(資料23)

周産期母子医療センターへのアクセス時間の推移

医療計画の成果をみていきましょう。例えば、周産期の搬送に関しても、搬送が遅れて新聞記事になりましたが、総合周産期母子医療センターと地域周産期母子医療センターは、年とともに充実してきています。搬送までのアクセス時間も2002年、2004年、2006年を比べると、時間が短縮してこちらのほうに集積してきていますが、こちらの裾野が広いままです。たしかに総合的にみると、全国的に周産期のアクセス時間は短縮してきています。これは医療計画の成果だったり、医療関係者の協力の賜物だと思います。その一方で、所得格差をみるときのジニ係数では、救急の搬送時間の地域格差は周産期に関して拡大してきています。ゼロが一番平等な状況ですが、よいところと悪いところに二極化してきています。その点をどうするかが課題です。(資料24)

この推移をみても、人口規模が大きいところは搬送時間が短縮していますが、小さい自治体に関してはなかなか短縮してきていません。これがジニ係数になって数字が上がってきている原因だと思います。(資料25)

地図情報に落として市町村事に搬送時間をとると、たしかに改善してきてはいますが、悪いところはいつまで

救急活動時間

	平均所要時間(分)			
	出場～現場到着	現場到着～搬送開始	搬送開始～病院到着	合計活動時間
東京都平均	6.1	19.9	11.0	37.0

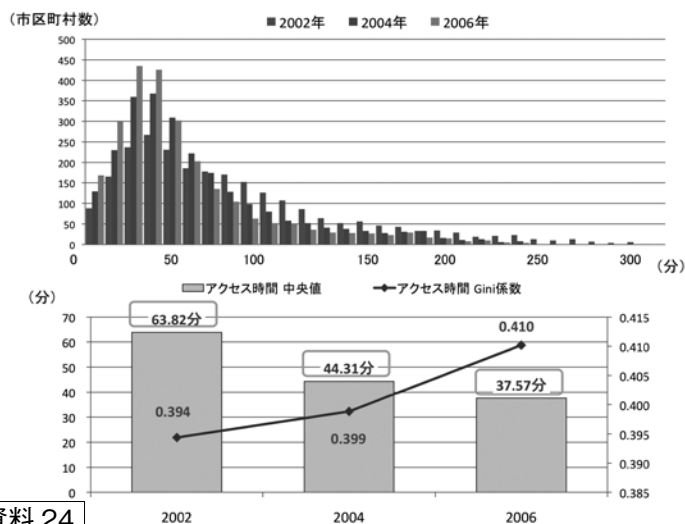
救急活動距離

	平均走行距離(km)		
	出場～現場到着	搬送開始～病院到着	合計走行距離
東京都平均	2.1	4.5	6.6

資料23

東京消防庁資料

周産期母子医療センターへのアクセス時間の推移



資料24

周産期母子医療センターへのアクセス時間の推移

		2002	2004	2006
アクセス時間	平均値	77.64	57.59	49.76
	中央値	63.82	44.31	37.57
	最大値	290.61	246.93	229.17
	最小値	0.00	0.00	0.00
	25パーセンタイル	35.13	26.97	23.59
	75パーセンタイル	104.50	73.98	61.36
Gini係数		0.394	0.399	0.410

人口規模	N	2002	2004	2006	2002-2006 変化率※	
1万未満	825	平均値	93.31	74.42	65.72	-0.30
		中央値	79.95	62.67	54.50	-0.32
1万以上5万未満	1000	平均値	82.61	57.56	50.17	-0.39
		中央値	69.03	43.49	37.86	-0.45
5万以上10万未満	280	平均値	57.84	41.34	35.49	-0.39
		中央値	45.32	35.68	30.35	-0.33
10万以上30万未満	294	平均値	42.92	32.18	23.54	-0.45
		中央値	33.72	26.22	19.35	-0.43
30万以上50万未満	50	平均値	44.72	33.13	23.11	-0.48
		中央値	25.89	19.70	15.53	-0.40
50万以上	18	平均値	50.07	23.72	19.96	-0.60
		中央値	23.38	15.28	11.35	-0.51

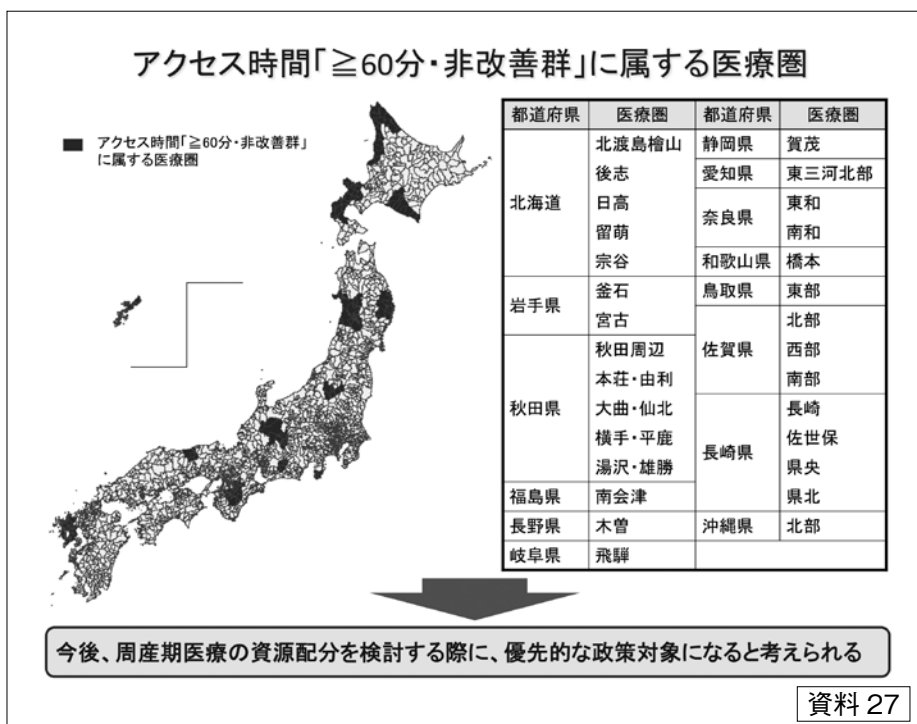
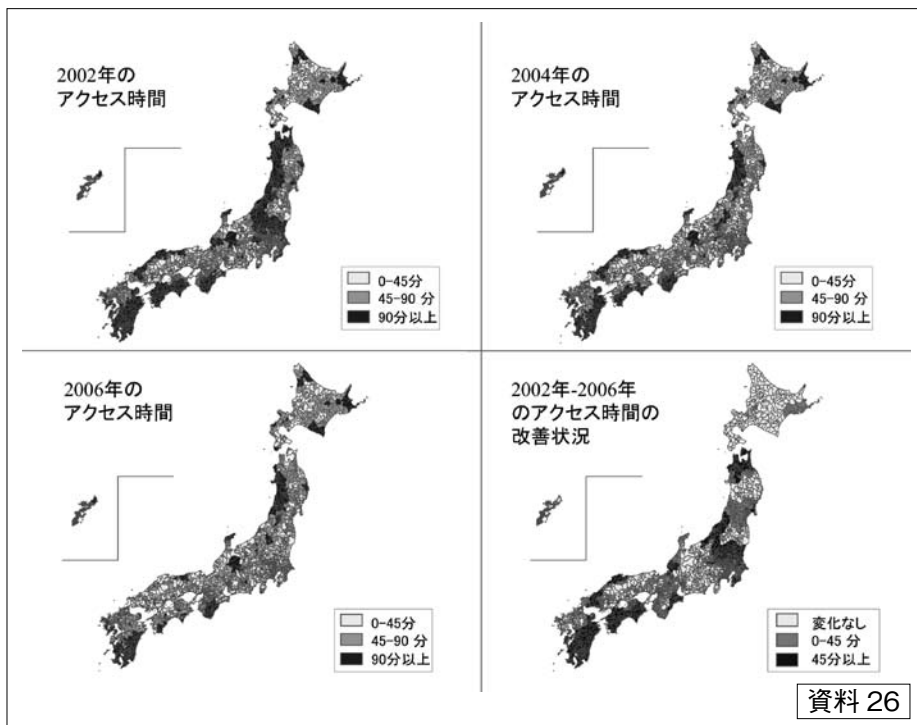
※変化率は、(2006年-2002年)/2002年で算出
※人口データの出典は、「国勢調査」(2000年)

資料25

経っても改善していないことがわかります。具体的に悪いのは、資料27にある医療圏です。これは先ほどの救急と同じような試みですが、医療の提供体制を決める医療計画の趣旨は住民にわかりやすいものであることが大切です。今の医療計画では住民が理解できないため、ここでは住民にわかりやすい形にするためにいろいろ工夫しているわけです。これで十分とは言えませんが、どこの医療圏が悪いのかというのはこうした手法をとることで見えてきます。(資料26, 27)

医療計画に関して申しますと、4疾病(がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病)5事業があります。すべての病気ではなく4疾病を重点的に取り上げることによって、日本の医療の80%くらいがカバーできます。また、事業系として、救急医療、災害医療、小児、あるいは母子の搬送、へき地の医療といった5つの事業系を加味することによって、日本の医療のほとんどが計画上カバーできます。そのためには、まずは9分野の充実が重要ではないかということで、新しい医療計画が今年の4月から始まったところです。各県の新しい医療計画を分析したところ、数値目標を設定しているところは83.3%でした。そのうち、脳卒中は85%くらい、急性心筋梗塞は90.9%。こういった数値目標ですが、実はそれ自体が問題で、絶対達成できるような数字を数値目標としているところがあるわ

けです。例えば、糖尿病を減らすという政策体系の中で、数値目標として入れているのは特定検診保健指導の国が示した参酌標準を入れているということがあります。ですから、新しい医療計画の趣旨とは、地域を徹底的に分析し、悪いところを改善するために数値目標を設定して計画を進行管理しようというのが趣旨です



が、当たり障りのない数字であれば、その趣旨から外れてしまいます。医療計画の実効性をもう一度考えていく必要があると思います。幸い、来年から医療計画の次の改定に向けた見直しがあるので、それにも今やっている研究が生きればと思っています。それから次の医療計画の改定のときに、次の10分野目として精神の問題があります。精神患者さんの4疾病の合併状況や救急の問題です。(資料28)

にいます。佐渡島の農民の需要状況を見ると、普通に医者にかかっていたようです。もちろん、治療方法は漢方くらいで外科的なものはないと思いますが、佐渡島の記録では、開業している町医者に頻繁にかかっていたことがわかります。ですから、一概にお金がないから医師にかかれぬというイメージではないようです。いずれにしても、こうした形で医師はどんどん増えてきましたが、現在はまだ求められる医療需要を満たしてはいません。(資料29)

医師数

人口10万対医師数の年次推移

医師数をみていくと、どんどん増えてきています。ずっと遡って明治のはじめや幕末の頃をみると、伝統的な医師を医師と見なすと、人口あたり100名です。今は人口あたり212人くらいですが、昔でも日本は医療に関しては先進国だったわけです。それが近代的な教育システムをドイツなどから取り入れたことで近代的な医師に置き換わってきましたが、江戸時代の記録をみると、お金がないから小石川養生所に入れられるという状況でした。こうしたことを研究している人が佐渡島

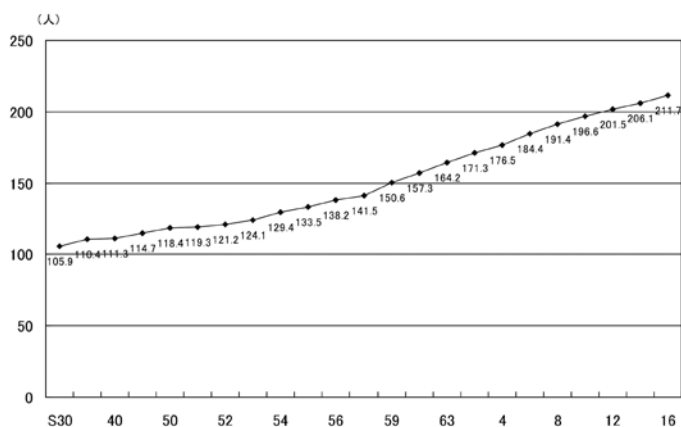
地域医療計画(平成20年3月改定)における4疾病5事業の評価指標

平成20年3月改定の新しい医療計画においては、がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病の4疾病、救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療及び小児医療(小児救急医療を含む)の5事業について、地域の実情に応じて評価可能で具体的な数値目標を設定し、少なくとも5年ごとに数値目標の達成状況の調査、分析及び評価を行うと定められた。こうした数値目標の設定と評価の仕組みが取り入れられたことが、新しい医療計画の大きな特徴である。

数値目標が設定されていた都道府県の割合を求めたところ、がんは83.3%、脳卒中は85.7%、急性心筋梗塞は90.9%、糖尿病は76.2%、救急医療は83.3%、災害時における医療は76.2%、へき地の医療は68.2%、周産期医療は76.2%、小児医療(小児救急医療を含む)は69.0%という結果であった。

資料 28

人口10万対医師数の年次推移



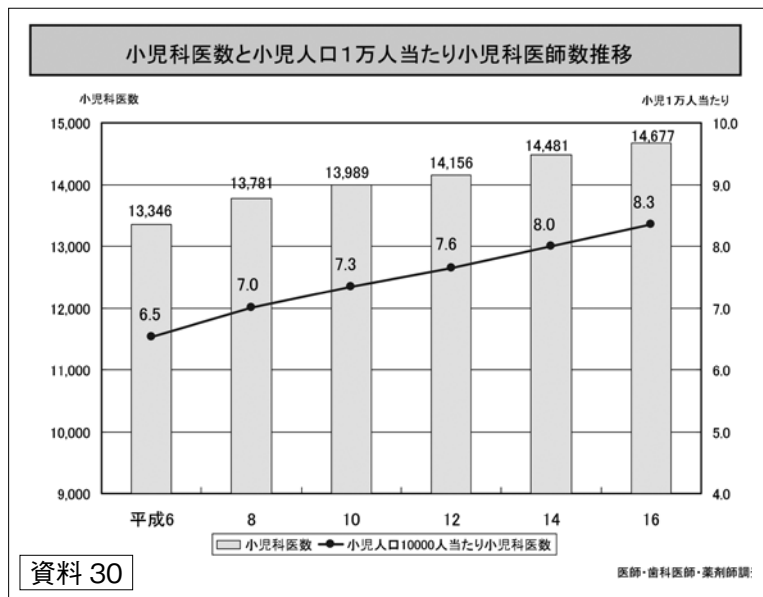
資料 29

医師・歯科医師・薬剤師調査

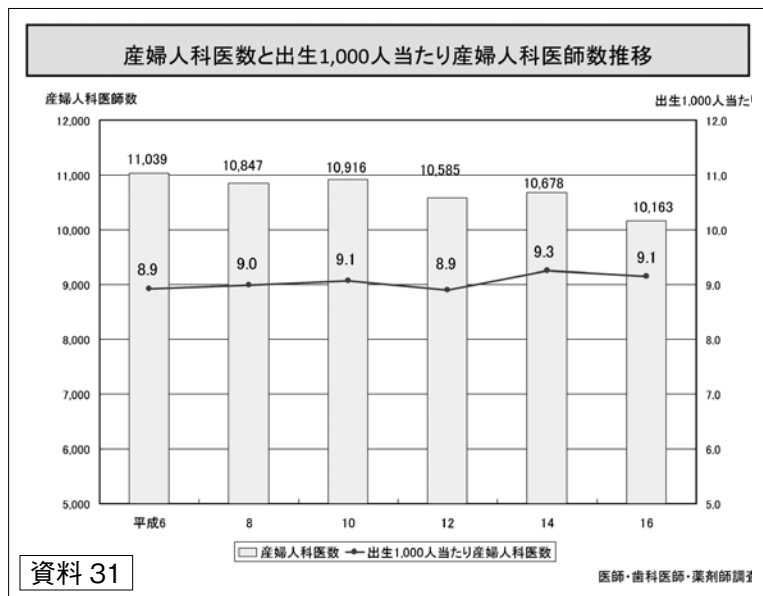
先ほど申しましたように、小児科に関しては増えてきています。ただ、それ以上に需要が多いということです。核家族化によって長老的な方が家庭にいないことで、子どものことで心配があればすぐに病院に連れて行くという傾向があります。いずれにしても、私の大学でも小児科を志望したいという学生もちらほら聞きます。(資料30)

一方、深刻なのが産科です。今1万人くらいしか産科の医師がいません。1万人で年間約100万人のお産を手がけているということです。この1万人の中身は産科医で、クリニックをしている人は婦人科しかしていない人がほとんどですから、クリニックをしている人が1万人の半分である5000人としたら、残りの病院勤務の5000人で100万のお産を取り上げていることになります。その5000人もチームを組んで動きますから、例えば2500チームくらいで100万のお産を取り上げるということになるわけです。ですから、産科は非常に深刻で、この状態をどうにかしないと、産科医の疲弊は進むと思います。(資料31)

医師の中の女性の割合は、約17%です。女性医師がもっとも多い診療科は、皮膚科が38.0%、麻酔科が29.1%。眼科36.8%という割合になっています。臨床研修制度で医師が大学に残らなくなったと言われていました。臨床研修制度が始まる前は大学病院に72.6%残っていました。平成18年では、44.7%。これは都市部の大学も入っていますから、地方の大学では非常に深刻だと思います。いずれにしても、研修制度の問題ではなく、昔から医学部の学生は臨床志向が強いので、大学に残って学位を目指すのではなく、専門医を目指すということです。大学に残ってネズミで学位を取るのではなく、実際に腕を磨くために市中の病院に行きたいと



資料 30



資料 31

臨床研修医在籍状況の推移

区分	平成15年度		平成16年度		平成17年度		平成18年度	
	研修医数	比率	研修医数	比率	研修医数	比率	研修医数	比率
臨床研修病院	2,237	27.4	3,262	44.1	3,824	50.8	4,266	55.3
大学病院	5,923	72.6	4,130	55.9	3,702	49.2	3,451	44.7
計	8,160	100.0	7,392	100.0	7,526	100.0	7,717	100.0

※ 研修医数については、各年度、国家試験合格発表後の厚生労働省医政局医事課調べの数字である。
 ※※ マッチ結果については、マッチング未参加者(自治医科大学、防衛医科大学校卒業生等)を含んでいない。

資料 32

いう傾向は以前からあったと思います。それが臨床研修制度でタガが外れ、一気にその問題が出てきたと。ですから、臨床研修制度を元に戻しても、この数字というのは元に戻らないと私は思います。(資料32)

これは先ほども出ました医療従事者数の国際比較です。少々データが古いのですが、今日本は1000人あたりで医師の数は2くらいです。一方、歯科医師、薬剤師に関しては、日本は世界的にかなり高い水準にきています。なかでも歯科医師は非常に多く、東京医科歯科大学の入学試験は医学部と歯学部で同じ問題ですが、ここ数年、歯学部の最高点をとった学生は医学部の最低点にもおよばないという、かなりの差が出てきています。逆に言えば、歯学部のほうの人気の全国的に下がってきていると。2年前は最高点の学生は医学部の最低点におよばなかったのですが、昨年は医学部に入学できる点数をとったのは歯学部を受けた学生のうち3名くらいでした。やはりこの傾向は今後さらに進んで来ると思います。(資料33)

病院数等

病院の一般病床増加数の年次推移

これが今までの病院の病床数の推移です。高度経済成長のときに増えて、医療計画が出るとき、駆け込み増床といわれるものがあり、さらに平成元年頃に増床の時期がありました。(資料34)

このあたりが今後建て替えの時期になるわけですが、厚生労働省は在院日数を短くする政策

医療関係従事者数の国際比較

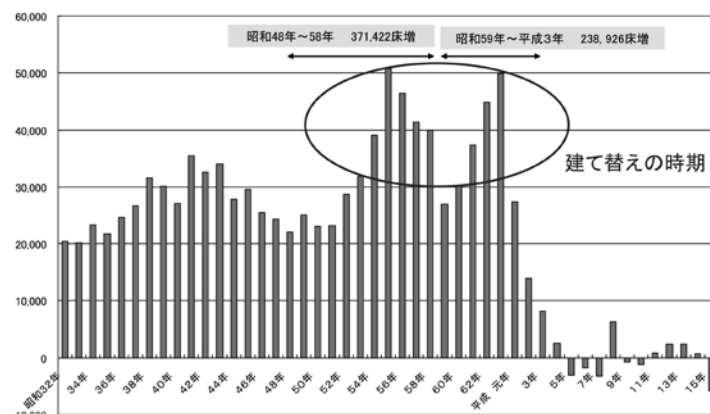
	実数			率(人口千対)		
	医師	歯科医師	薬剤師	医師	歯科医師	薬剤師
日本	245315 ¹⁾ (’00)	88416 ¹⁾ (’00)	142920 ²⁾ (’00)	1.9 ¹⁾	0.7 ¹⁾	1.1 ²⁾
オーストラリア	46078(’98)	9025(’99)	11386(’97)	2.5	0.5	0.6
フランス	175431 (’98)	39471 (’97)	61692(’98)	3.0	0.7	1.1
ドイツ	294676 (’00)	63120 (’00)	47907(’00)	3.6	0.8	0.6
韓国	60895(’00)	14410 (’00)	—	1.3	0.3	—
英国	110124 (’00)	25137 (’00)	37832(’97)	1.8	0.4	0.6
米国	763519 (’99)	164700 (’99)	185000(’96)	2.8	0.6	0.7

1) 平成12年医師・歯科医師・薬剤師調査の病院・診療所・老人保健施設の従事者
2) 平成12年医師・歯科医師・薬剤師調査の薬局・病院・診療所の従事者
各国の医療・歯科医師・薬剤師の定義が異なるほか、調査方法が国によって異なる

資料 OECD Health Data2002 出典 国民衛生の動向2003

資料 33

病院の一般病床増加数の年次推移



注。「医療施設調査」の精神病床などを除いた病床数の増減を示している。

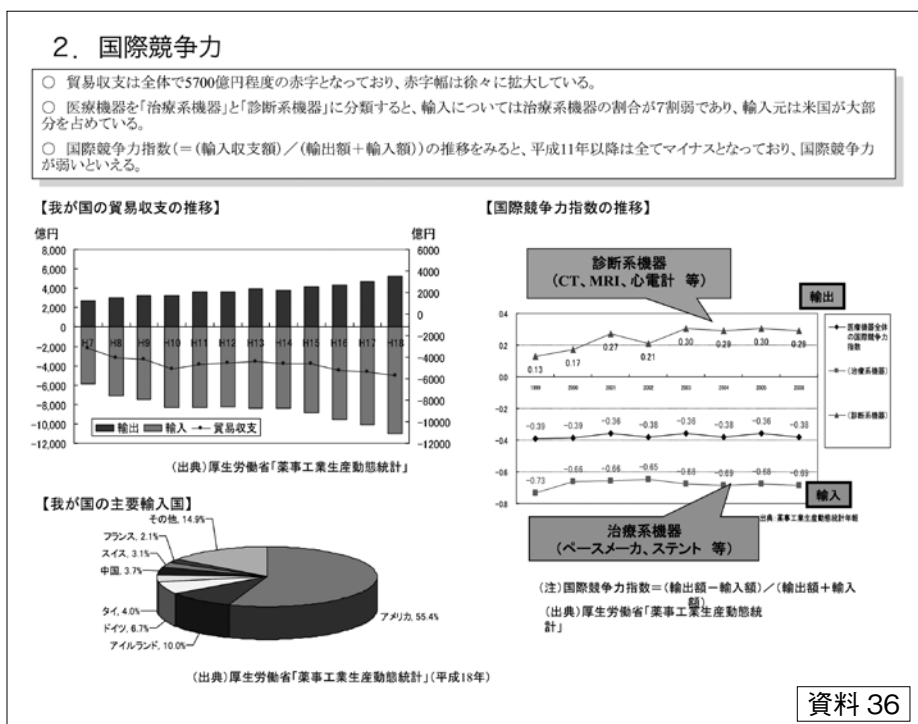
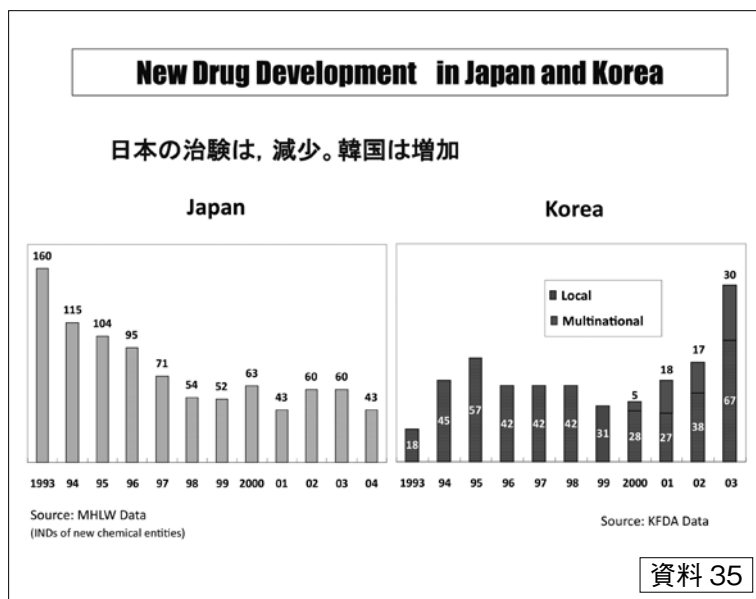
資料 34

をとっていますが、在院日数を短くすればするほど、空きベッドが増えてきます。またDPCを導入すれば病床利用率が75%くらいに下がってきます。空きベッドをそのままにするわけにはいきませんので、在院日数を短くする政策というのは、病床が余ってくるわけです。と同時に、患者のアメニティの工場ということで、面積要件を厳しくすると。例えば、患者一人あたりの面積を3.2㎡といていたときから、6.4㎡いるとした場合、容積率が一定だとすると建て替えるときに病床を減らさざるを得ません。このように、建て替えの時期を契機に病床がどう動くかということが、今後、出てくると思います。医療制度改革や医療の議論をするときには、医療の周辺の産業のことが欠落していると思います。資料35は治験の実績です。左は日本ですが、日本の治験の件数はどんどん減ってきています。一方の韓国はどんどん増え、国際共同治験も増えています。もう数年前の日本の新薬の申請件数は13件しかなく、世界60位まで下がっています。これを立て直して医療産業自体を強化しないと、日本の富がどんどん海外に出て行ってしまいます。(資料35)

治験に関しては価格が非常に高いのがネックになっています。もちろん、標準的医薬品の審査期間でも負けているわけで、日米で同時に開発をしても上梓されるまでに審査の段階で1年差がつくと。そして、先行者利益で市場を抑えられてしまうという構造になっています。この国際競争力をみても、医薬品に限らず、医療機器に関しても、がんばっている分野はあっても全体的には弱くなっています。その傾向が継続し、国際競争力が

弱まっています。ペースメーカーやステントなどには内外価格差もあります。(資料36)

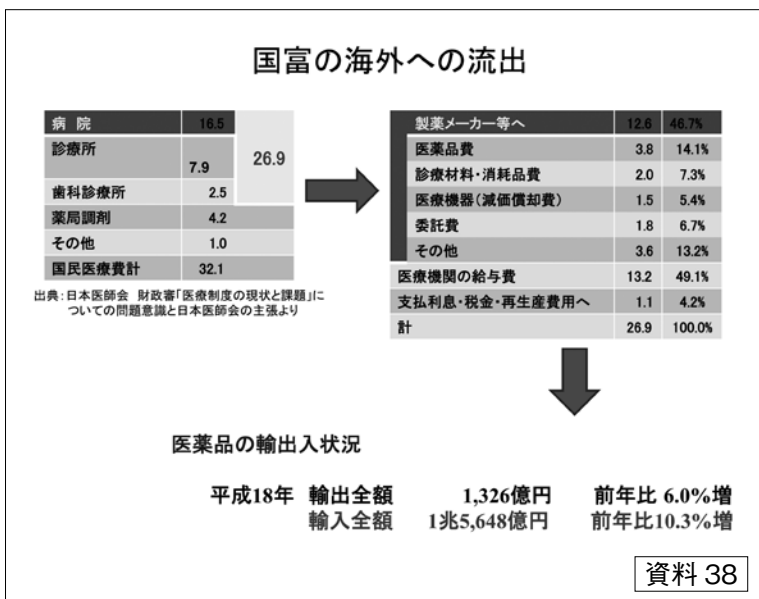
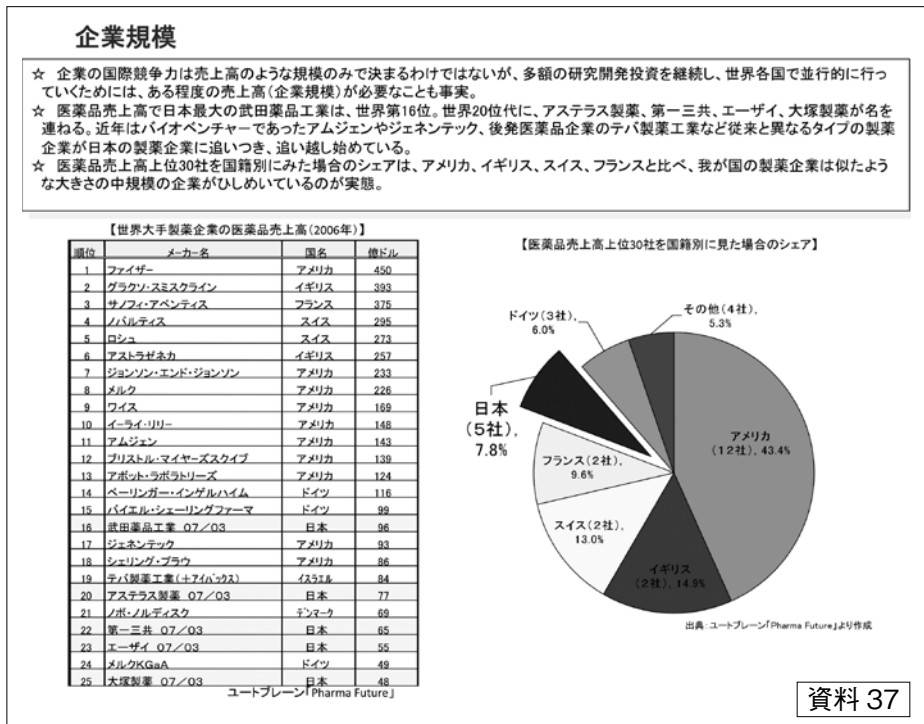
平成18年度の精算額をみると、医薬品の輸出入状況をみると、輸出全額は1326億円、輸入が1兆5648億円と、輸入が圧倒的に多い構造になっています。もう一つは、内外価格差の問題でペースメーカーは1.6倍、PTCAカテーテルが2倍。その原因はいろいろあると思いますが、価格差が違くと。国際競争力でみると、武田薬品工業が日本で一番強いわけですが、16位です。



3年ほど前まで武田は18位くらいでした。16位に上がったのですが、上が合併したから順位が上がったわけです。イスラエルのテバ製薬工業というのは、ジェネリック専門の会社です。この会社が今、世界ランキング8位くらいまで来る急成長を見せています。日本のどこかのジェネリックの会社のように、淀川の近くで細々とやっているというのではなく、非常に大きな規模でやっているわけです。よく製薬業界で言われるのは、国際的に生き残るためには、ベスト10に入ることと、市場占有率が5%以上、研究開発投資に20億ドルくらい投資しないとダメだということです。では、ファイザーが一番いいかというところではなく、あまりにも規模が大きくなりすぎて組織の維持・管理で効率が悪くなり、2位、3位のほうがむしろ業績がいいという状況にあります。適正規模はあると思いますが、いずれにしても日本のトップである武田薬品工業も世界的にみると低いランキ

ングなわけで、これから国際競争力をつけて国内の産業を育成する必要があると思います。(資料37)

医療費は上がるのは仕方がないと思います。医療費の約33兆円のうち、医療機関に行くのが約26兆9000億円。その中身が医薬品費、診療材料・消耗品費、医療機器、委託費などです。資料38をみると、医療機関にはいるのは、医療機関の給与費のあたりです。製薬会社に行くのは、26兆9000億円の4割くらいです。(資料38)



タイ国

こうした状況で考えると、製薬会社や医療機器メーカーにはいったお金というのは、スイスやアメリカ、イギリスに流れていっていると考えられます。つまり、日本の国富が海外に流出しているということです。本当は、日本のメーカーが強ければ、投資して雇用の創出やほかの産業育成につながっているわけですが。一つの問題は、日本の産業政策がまずかったために、どんどん流出しているという状況が生まれていると思います。医療費が上がるのは仕方ないとしても、やはり国内で循環するように産業政策を進めていく必要があると思いますが、今は非常に不利な状況になっています。医療費自体は、OECDのデータでは一人あたりの医療費は9位で、GDPあたりは17位です。

タイの病院のヘルスツーリズムは華僑の資本で経営しています。株式も上場していて、非常にホテルのように立派な病院で、病室にはシャワーもついています。(資料39, 40, 41)

窓口のところには、日本語の担当窓口や韓国語、中国語、もちろん英語の窓口があります。シンガポールやタイ、インド、フィリピンなどは医療を一つの産業としていこうとしています。特にシンガポールは、国を挙げて行っています。医療レベルも東南アジアやインドの大都市にある病院は、先進国と同じです。先ほども申したように、心臓のバイパス手術をアメリカで受ける場合の3分の1の費用で受けられます。それも、ホテルのような病室で受けることができるということで、欧米系の患者やアラブの患者などが利用しています。もちろん、日本の患者も行っていますが、世界的にみると、こうした状況も医療産業としてすでに登場しているわけです。(資料42)



資料 39



資料 40



資料 41

国民の税金と社会保障関係の負担率については、財源をどうするかが問題です。高齢化が主犯ではなく、医療技術の進歩が医療費を高騰させる主犯だとすると、これからますます上がってきます。アメリカの研究では、高齢化の寄与率というのは5%くらいしかないということで、非常に低いとされています。まだ実証的に十分研究はされていませんが、医療費を上げる半分くらいは医療技術の進歩だということで説明がつくと言われているのです。それでいくと、今44%くらいある日本の国民負担率は、いずれにしてもスウェーデンやフランス、ドイツといったほかの先進国に比べると、はるかに低い水準です。一つ、医療はお金がかかるということと、日本のこれだけ高度な医療を国民にまんべんなく提供しているとしたら、この安い負担では逆に、受けることができないはずなのです。アメリカなどは所得が上がれば上がるほど医療費が上がります。つまり、皆保険ではないので、金持ちはどんどん医療費に費やすことができるわけです。アメリカでは一直線の分布ですが、日本では所得に関係なく、医療をほぼまんべんなく享受しているわけです。消費税のアップなどとも言われていますが、これだけ高度な医療を国民がまんべんなく受けるためには、やはり負担の問題をじっくり考えていく必要があると思います。(資料43)

平成19年度の一般会計歳出をみると、社会保障が約25%、国債の元本の払いがやはり約25%。これで半分です。あと、どこを絞るかです。公共事業はかなり圧縮されています。文教予算も削れない、防衛予算も難しい。すると削るところがあまりありません。こう

した中、国債の4分の1の負担というのは非常に大きなものになっていると思います。一方、一般会計歳入はどうかというと、消費税を5%から10%にすれば、歳入額が25%くらいになって、先ほどの社会保障のところはカバーできるわけですが、まだ国際関係にこれだけ依存しているという借金体質は変わりません。埋蔵金などよくいわれますが、埋蔵金というのは自民党のときに特別法まで制定して一般会計に繰り込んでいるので、埋蔵金というのが本当にあるので



資料 42

国民負担率の国際比較

【国民負担率=租税負担率+社会保障負担率】 [潜在的な国民負担率=国民負担率+財政赤字対国民所得比]					
	社会保障負担率	租税負担率	財政赤字対国民所得比	潜在的な国民負担率	国民負担率 (%)
日本 (2008年度)	15.0	25.1	-3.4	43.5	40.1
アメリカ (2005年度)	8.9	25.6	-5.1	39.6	34.5
イギリス (2005年度)	10.8	37.5	-3.8	52.1	48.3
ドイツ (2005年度)	23.7	28.0	-4.3	56.0	51.7
フランス (2005年度)	24.6	37.6	-4.0	66.3	62.2
スウェーデン (2005年度)	19.2	51.5	0.0	70.7	70.7

(注) 1. 日本は2008年度(平成20年度)見直し。諸外国は2005年実績。
2. 財政赤字の国民所得比は、日本及びアメリカについては一般政府から社会保障基金を除いたベース、その他の国は一般政府ベースである。
資料: 財務省作成資料
【諸外国出典】 "National Accounts" (ECD)、 "Revenue Statistics" (OECD) 等

資料 43

はなく、赤城山と同じように埋蔵金伝説だと思っています。それと積み立てていたお金というのは、奨学金や土地建物の更新に使われていたので、それを崩すと今度は設備投資の更新や研究者への研究者配分というのも出てくるわけで、埋蔵金がすべて悪だから取り上げるというのは考え物ではないかと思えます。

国債は現在800兆円くらいあります。その過去の借金の約60%は公共事業を目的としたもので、それが冒頭のスライドにもあったように、Dimand sideをテコ入れしないといけないのにSupply sideばかりテコ入れた結果がこうなったわけで、そのつけが社会保障に回ってきた形です。それからもう一つの課題としては、若い世代と高齢者世代の所得再配分の問題があります。先進諸国における家族・子ども向け公的支出と高齢者向け公的支出の対GDP比率をみると、ルクセンブルグは世代が違ってほぼ一緒、デンマークやスウェーデンは高齢者向けが2倍くらい高くなっています。日本は子どもや家族に対する公的支出はGDP比率にすると0.7。高齢者に対しては8.0使っています。これが今の世代間の問題だと思えますが、やはりこのあたりを改善する必要があると思えます。子ども手当はその一つですが、それだけでは焼け石に水です。この世代間の問題をいかに解決していくかが、今後の課題になると思えます。



介護保険制度

介護保険の現状

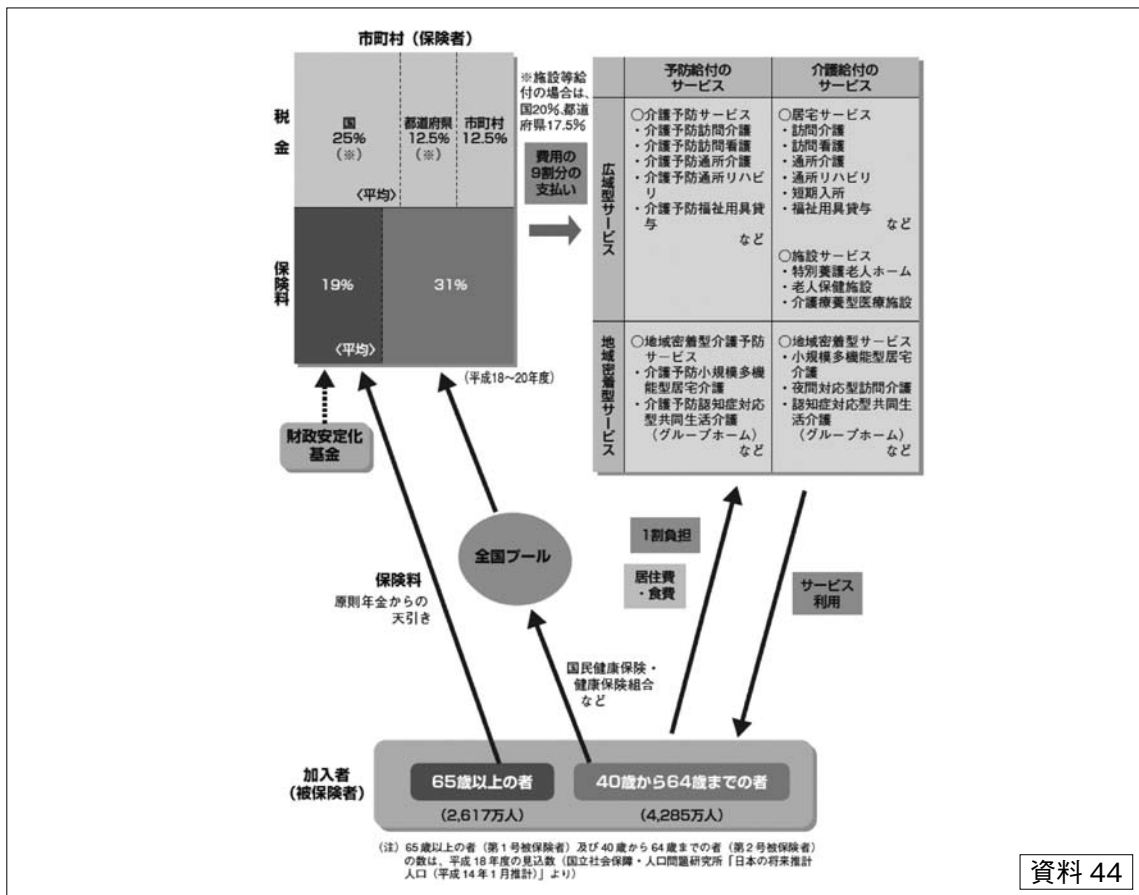
社会保障の医療と並ぶもう一つの制度として、介護保険制度があります。介護保険も今は約7兆円と膨らんできました。介護保険を財源的にみていくと、半分が税金からなる公費です。国が約25%、都道府県が12.5%、市町村が12.5%。残りが保険料です。65歳以上の第1号被保険者はその居住している市町村に保険料を払います。医療保険に入っている40～64歳までの第2号被保険者は、医療保険などから天引きされて、社会健保連に行き全国配分されていくわけです。介護保険の法律上の構造をみると、介護保険の実施主体は市町村ですが、同じように医療保険で実施主体が市町村なのは国民健康保険になります。介護保険法の構造をみれば、法令でこの比率が規定されています。ですから、高齢化で介護保険総事業費が膨らめば、この比率(資料には19%とあるが、現在は約20%)はついてまわるわけで、どんどん膨らめば、その全体の20%ですから、介護保険料が上がるのは目に見えています。医療保険の場合は、国民健康保険は直接、被保険者の保険料アップになる前に一般会計から繰り入れるなど、干渉的に行うこともあります。介護保険に関しては国民健康保険法とか医療保険と大系が違って、これが規定されています。その分の保険料が高齢化とともにあがるのは目に見えている。では、将来的にどうなるかという、日本の介護保険はドイツに学びましたが、ドイツはもう日本という要支援1・2、要介護1・2くらいはもうありません。要介護3・4・5くらいを中心に運営しています。日本の場合も、介護保険の構造をみれば多分財源的に保険料を上げていくのは難しいと思いますから、要支援や要介護1・2くらいは見直される可能性が十分高いと思います。(資料44)

さきほどの消費税に絡みますが、付加価値税の税率は日本は5%です。スウェーデンは25%、中国に至っても17%、韓国も10%。世界的にみても日本の消費税率は低いほうになっています。消費税を上げるといって、そっぽを向かれ

ますが、先ほどの医療費の負担の問題と併せて、やはり財源として考えていかねば医療の歯車は回っていかないと思います。

まとめに移りたいと思いますが、社会保険料をあまりにも引きあげすぎると、今度は民間が保険をつくって金持ち層はそこに逃げていきます。すると、疾病リスクが高い人たちしか残らないことになり、保険がますます赤字になって破綻するのが目に見えています。ただ、まだほかの先進国に比べると、これだけの医療サービスを提供して安いと言えらると思います。つまり、まだ議論の余地はあると思います。それから事業主の負担。日本の法人税に関しては、国際競争力の観点から高いと言われがちですが、事業主の社会保険料が国際的にみて低いので、法人税を下げ、社会保険料負担を引きあげるということも必要になると思います。それから先ほどから行っている消費税も、公費として投入しないと、なかなか持たないと思います。そして医療産業が壊滅的になっているのでなんとか育成して、国産メー

カーを強くしないと。そうした産業政策がこれまでの医療制度改革に抜け落ちていきます。日本の富がどんどん国外に出て行くのは避けるべきだと思います。また、高福祉高負担、中福祉中負担、低福祉低負担のいずれを選ぶか、です。高福祉低負担というのは絶対無理な話なので、このあたりは自民党は正直だったと思います。中福祉中負担を目指す、消費税をアップするというのを選挙前に公言していましたが。それから効率性の問題。今、行政刷新会議で仕分けとかありますが、どちらかという厚生労働行政に関しては国民の生命を扱っている関係で規制がどうしても出てくると思います。なかには国民の福利になるいい規制もあると思いますが、産業育成とか医療の裾野を広げるには、悪い規制をなくしていくことが必要だと思います。それから全体のバランスでみると、公共事業は新規で行う余地はないと思います。最近、水道管や下水管の破裂が出てきていますが、それは対応年数が過ぎてきているのです。1960年代くらいが下水道などの整備のピーク



資料 44

で、今では対応年数が過ぎていて回収できないので使っている状態です。大阪や東京では歩道橋も撤去しています。歩道橋の維持やペンキの塗り替えで年間150万ほどかかるようなので。要は、社会保障、医療、福祉、介護といったものを重点的にいき、福祉国家を目指すには、必要なものは仕方ありませんが、むしろ縮小する形でお金を浮かしていくしかないと思います。もし、産業界に要請するとしたら、壊れない家とか壊れない下水管といったものの開発も必要になってくると思います。いずれにしても、高度経済成長のときに建物やインフラを広げすぎたわけです。ローマ帝国が滅んだ一つの原因はインフラの整備・維持ができなかったからですが、その現象が日本でも起こりつつあります。必要ではない体育館や集会場はどんどん壊し、それを医療などの拠点にするとかいう決断も必要だと思います。それから高齢者の医療あるいは救急の医療に関しては、入口の議論はあっても出口の議論がありません。高齢者に関しては、東京を例にとると、急性期の病床はあっても慢性期の病床がないということで、受け皿がありません。救急に関しても、さきほどの福祉や精神科の問題を抱えている方の受け皿が少ない。医療機関に福祉の解決まで押しつけているような状況が見られるので、こちらについても出口論が必要だろうと。もう一つは、年齢調整選挙権の検討があります。選挙権を18歳まで下げられるかどうか。ドイツの連邦議会では提案されて廃案になりましたが、ドイツでは代理人を立てたうえで未成年の意志を反映する仕組みがいるのではないかと議論がありました。今建物を建てたり、国債を発行したりしても償還や利払いをするのは、次の世代、つまり今の未成年の世代です。ですから、その人たちの意志を本当に無視していいのかということで、その代弁者になる親に選挙権を広めるべきではないかと。それがデメニ投票法というものです。子ども2人と夫婦の家族を考えたとき、親が子どもの2票分を代行すると。つまり、その家族は4票持っているということになります。それで未成年の選挙権を親に代理人として付与すると、親が50歳くらいになると子どもが一人前になるため、

代理だった選挙権は消滅しますが、50歳で線引きすると、だいたい子どもの世代と高齢者の世代の票数がほぼ同じになります。ですから、ドイツでは廃案になりましたが、もう一度、上程しようかという動きもあります。これは日本ではあまり言われていませんが、こうした形で世代間を超えた意志のバランス調整も考える必要があるのではないかと思います。

政権交代

マニフェストの中の問題点

中福祉中負担と言っていた自民党に対し、今の民主党はどうかということが、よく新聞などで言われています。まだよくわからないのですが、高福祉を目指して低負担という感じもしますが、それでは持たないのではないかと思います。民主党のマニフェストをみると、社会保障関係の中で医療に関してはものすごくありますが、介護に関しては3つくらいしかありません。医療に関しては医療安全、地域医療崩壊の問題などを総論的に述べているわけです。前書きには、OECD諸国(先進30カ国)の中で医療費の対GDP比が現在の日本は22位と低く、人口10万人あたりの医師数も26位で、先進7カ国の中ではすべて最下位です。それをOECD諸国並みにあげようということが書かれています。あとは医療の無過失補償制度。アメリカ医学研究所の2000年に発表されたデータでは、ユタ州とコロラド州とニューヨーク州の過去のカルテを分析すると、アメリカでは年間4万6000人から9万8000人くらいが医療事故で亡くなっていると。それを日本の人口に置き換えると、2~3万人が医療事故で亡くなっている計算になります。それが正しいかどうかはわかりませんが、無過失補償制度をつくるにしても、一人あたりの補償額を5000万円くらいにすると、年間2~3万人が過失がない医療事故で亡くなっていると仮定すると、5000万×2~3万は数兆円になります。これは財源的に無理な制度です。それから診療報酬を1.2倍に、医師数を1.5倍にするというのがありました。地域医療を守るというのは公的病院のことしかマニフェストでは言及して

いません。救急医療を例にとれば、それを担う過半数の病院は民間です。支持母体の関係があるのかどうかわかりませんが、公的病院のことをマニフェストではよく述べています。それから医師の養成数を1.5倍にするとも言っていますが、定員は一度減らすと実習設備もないし、教員も減らして、そこを増やすための費用もついていません。医学部の定員を増やしてもそのあたりを解決してくれないと、医学部の学生を増やしても教室自体に入りきらないのです。それから唐突に、新型インフルエンザ対策で輸血を介した感染防止のための新技術の導入というのが出てきます。今、ウイルスの不活化がされていない血液製剤の血小板と赤血球の不活化の技術を導入しろという趣旨ですが、赤血球に関してはまだ実用化されていません。血小板はビタミンBを入れたり、界面活性剤を入れてアモトサレンという化学物質を入れて不活化する技術はありますが、まだ検証されていません。それに次の世代にどういう影響が及ぶかもわかりませんし、不活化をすると凝固能が低下するため、かえって血液製剤を多く使うという事態もあるわけです。ですから、この技術がなぜ項目の中に入っているのか、よくわかりません。

最後に問題点をまとめます。自民党と民主党、どちらがいいかは私もわかりませんが、参議院では社民党と国民新党との連立で単独過半数ではありませんから、そちらの意見も議席とは関係なく強くなります。それと、やはり財源の問題ですね。根本的な医療・介護の提供体制にも言及していません。特に、介護保険のことは3つくらいしか言っていません。それと、これまでと極端に政策を変えると、政策の継続性を損なう恐れがあるのではないかという問題。自民党との官僚の系列化をどう変えるかということも今後の課題です。変えたほうがいいかどうかはわかりませんが、アメリカの政権交代時には、前政権時代の官僚は一斉にやめていきます。どこの国でも政権党との系列化というのはあるわけで、そのあたりが今後の運営にどう影響するかということもあると思います。それから工程

表の具体化をどう行うかを注視していく必要があると思います。行政刷新会議などをやっていますが、会計検査院が指摘した2007年度の税金の無駄遣いは1253億円。それと埋蔵金を入れても使えるお金というのは非常に少ないと。それで仕分けなどで3兆円を浮かせたと言っていますが、あの3兆円は新たにつくった財源ではなく、もともと自民党政権の時に国債を発行した3兆円ですから、国債の新規発行額です。

ということで、とりとめのない話をしてまいりましたが、私としては人口構成とか、もっとほかの有益なデータの中で将来のビジョンを考えていかないと、短期的に医師が足りないとか、医療が疲弊しているということだけで解決すると路線を見誤ってしまう、ということをお願いしたいと思います。では、これで終わらせていただきます。ありがとうございました。

