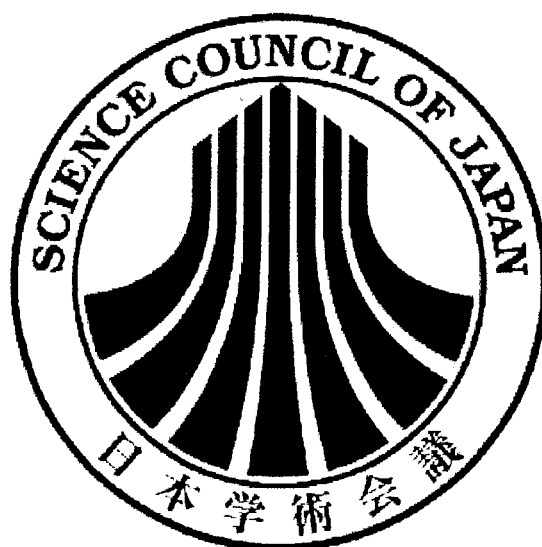


## 要 望

信頼に支えられた医療の実現  
— 医療を崩壊させないために —



平成 20 年 (2008 年) 6 月 26 日

日 本 学 術 会 議

この要望は、日本学術会議医療のイノベーション検討委員会が中心となり審議を行ったものである。

日本学術会議医療のイノベーション検討委員会

- 委員長 桐野 高明 (第二部会員)  
国立国際医療センター・総長
- 副委員長 田中 滋 (特任連携会員)  
慶應義塾大学大学院経営管理研究科・教授
- 幹事 中田 力 (連携会員)  
新潟大学脳研究所統合脳機能研究センター・センター長
- 幹事 和田 仁孝 (連携会員)  
早稲田大学大学院法科学研究科・教授
- 神野 直彦 (連携会員)  
東京大学大学院経済学研究科・教授
- 二木 立 (連携会員)  
日本福祉大学・教授
- 平林 勝政 (特任連携会員)  
國學院大學法科大学院・教授
- 北島 政樹 (第二部会員)  
国際医療福祉大学・副学長
- 北村 惣一郎(第二部会員)  
国立循環器病センター・名誉総長
- 猿田 享男 (第二部会員)  
慶應義塾大学・名誉教授
- 永井 良三 (第二部会員)  
東京大学大学院医学研究科・教授
- 本田 孔士 (第二部会員)  
大阪赤十字病院・院長
- 南 裕子 (第二部会員)  
近大姫路大学・学長
- 山本 修三 (連携会員)  
社団法人日本病院会・会長
- 佐久間 一郎(連携会員)  
東京大学大学院工学系研究科・教授
- 山口 隆美 (連携会員)  
東北大学大学院工学研究科・教授

# 要 旨

## 1 作成の背景

わが国の医療は、何時でも何処でも誰でも医療を受けられる国民皆保険制度の下で、世界に誇るべき実績を示した面があったが、その医療の基盤は極めて脆弱なものであった。

近年、医療の質の重視、患者の権利擁護、情報の公開などが強く社会から要請されるようになってきている。これらは現代の先進国の医療において一般的に実現されていることであり、わが国においてもそうした医療の提供を求める声が高まるのは当然であると言えよう。

しかし、わが国においては、先進国型医療を提供するための体制整備が大きく遅れているばかりでなく、長年にわたって総医療費の抑制政策が続けられてきた。しかも、21世紀に入って医療費抑制が著しく強化されたため、医療体制の整備が進むどころか、むしろ産科、小児科などの医師不足、救急医療の疲弊など、深刻な危機が進行し、国民の不安をまねいている。そのような中で平成16年度から開始された初期臨床研修制度は、医師の初期臨床研修を充実するという当初の目標は達成しつつあるものの、その一方で、医療の現場で長年進行していた基盤の脆弱化の所産を一挙に顕在化させる引き金を引くことにもなってしまった。

このまま放置すれば、医療が修復困難なほどに崩壊していく可能性がある。それを食い止めるためにわが国の医療全体の革新的変革、医療のイノベーションを図り、持続可能な医療に再生する方策を検討することを目的として、日本学術会議に医療のイノベーション検討委員会が設置された。

## 2 現状及び問題点

- 平成16年に始まった医師の初期臨床研修制度は、結果として病院医療の現場に混乱を招ききっかけとなった。しかし、その根本の原因は、わが国の医療が極めて脆弱な基盤の上に立っていたことにある。
- 病院医療の現場では医師のマンパワー不足が深刻である。病院医療には、わが国の医療の脆弱性が集中的に現れており、すでに限界に達している。
- 日本の医療の長所であるアクセスの良さは、一方で拡大解釈される傾向にあり、病院医療の質の維持に問題が生じている。
- 英国の経験に見るとおり、総医療費の過度の抑制は、医療の崩壊につながる。一国の医療をどのようなものとするかは最終的には国民の選択によるが、わが国の医療費抑制政策は既に限界に達していると言わざるを得ない。
- 医療を持続可能なものとするためには、医療への現実的な理解の下に、医療提供システムを社会全体の有限な共通資本として賢明に利用することが必要であ

り、国民の理解と支援が欠かせない。

- 医療が信頼に支えられたものになることが極めて重要である。医療に対する信頼を保証する最も基本的な基盤として、専門医制度を根本的に見直し、確立しなければならない。

### 3 要望の内容

日本学術会議は、医療に関係する諸団体の個別の立場を超えた学術的で中立的な見地から、医療崩壊という絶対に避けるべき緊急事態を回避するために、政府に対して、省庁の枠を超えた強力な「医療改革委員会」(仮称)を設置し、下記の三項目を審議することを強く要望する。

#### (1) 医療費抑制政策の転換

わが国の医療の崩壊を食い止めるため、従来の厳しい医療費抑制政策を速やかに見直し、他の先進諸国と同様な水準の資源投入を行うようにすること。

#### (2) 病院医療の抜本的な改革

特に危機的状況にある病院医療について、実働医師の不足対策を中心とした抜本的な改革の検討を速やかに開始し、3年以内に実施すること。

#### (3) 専門医制度認証委員会の設置

専門医制度を根本的に見直し、新しい制度を確立するために、「専門医制度認証委員会」(仮称)の設置を速やかに実現し、10年以内に新しい専門医制度の体制整備を完了すること。

進みつつある危機から医療を守るためには、長期的視野に立った医療のイノベーションが必要である。ただし、同時に、医療を崩壊させないための取り組みを急がなければならない。とりわけ、最も危機が深刻になっている病院医療を持続可能にするための環境整備が喫緊の課題である。

医療は本来、医療を提供する側とそれを受ける側との信頼関係から出発するものであり、あらゆる改革の成功は信頼の構築にかかっている。医療の信頼を保証できる制度を確立することが、医療全体のイノベーションを推し進める根幹となるのである。

以上の考えの下に、医療のイノベーション検討委員会は、国民に信頼される持続可能な医療を実現するため、上記の事項を速やかに実施することが必要であると結論に至り、ここに要望するものである。

## 目 次

1	はじめに	1
2	委員会設置の背景と審議の経過	2
3	今、医療に起きていること	
	(1) 引き金となった初期臨床研修制度	3
	(2) 病院医療におけるマンパワーの危機	3
	(3) わが国の医療の成果とその限界	5
4	医療はどうあるべきかー正しい国民的選択を行うために	
	(1) わが国の医療制度の沿革	6
	(2) 医療提供体制の問題点ー医療のアクセスと医療の質	6
	(3) 医療費負担と経済の活力	8
	(4) 他の国の事例の教訓	9
	(5) 医療への健全な理解	12
5	医療の仕組みをどう変えるのか	
	(1) 実働医師の確保	14
	(2) 医師の連携体制の推進	15
	(3) チーム医療の促進	15
	(4) 医療の質を保証できる体制	16
6	信頼に支えられた医療の実現のために、何が必要なのか	
	(1) 国民として考えること	18
	(2) 政府・行政として考えること	19
	(3) 医療者として考えること	19
7	信頼に支えられた医療の実現のために: 要望	21

## 1 はじめに

過去数十年を振り返ると、人々が安心して心豊かな生涯を送るうえで、医療の進歩が大きく貢献してきたことは疑いない。しかし、高度化、専門化を続ける医療は、高いコストを必要とする時代に入り、将来の医療がいかにあるべきか、すべての先進諸国において、大きな戸惑いを生んでいる。わが国もその例外ではなく、舵取りの方向によっては、すでにいくつかの先進国で見られるように、医療が崩壊してしまう可能性がある。産科、小児科などの医師不足や、救急医療の深刻な危機などの現象が次々と現れることは、わが国の医療が崩壊に向かっている証左である。

個々の現象に対して個別的な政策で対処しても、根本的解決にはならない。かえって、個々の政策が次の矛盾を生み、問題が拡大していくことさえ懸念される。長期的な視野に立ち、持続可能な医療を作り上げることこそが必要とされている。そのためには、医療への信頼が再生され、信頼に支えられて医療の提供ができるよう、医療全体の仕組みの医療のイノベーションが図られなければならない。このことは、医療者の養成制度の充実、在宅医療を含む高齢者医療と介護の適切な連携、臨床研究や治験の推進、医療安全と医事紛争にかかわる公正な仕組みの構築など、医療をめぐる様々な問題を解決するための前提ともなるものである。

このような認識に基づき、日本学術会議は、相互に関連し錯綜する問題群について、関係する諸団体や行政機関の個別の立場を超えた、学術的で中立的な見地から、それら問題群の根源を押さえた対策を検討し、政府に対する要望を取りまとめることとした。

## 2 委員会設置の背景と審議の経過

「医療のイノベーション検討委員会」(以下、本委員会)は、先行して審議を行っていた「臨床医学委員会医療制度分科会」(以下、同分科会)が取りまとめた対外報告を受けて、新たに設置されたものである。

平成 18 年 3 月に設置された同分科会は、特に医師の分布の地域的・専門的偏りと医師不足の問題を重点課題と捉えて審議を行い、平成 19 年 6 月 21 日に、対外報告「医師の偏在問題の根底にあるもの 提言：量から質の医療への転換による克服」を取りまとめた。

この対外報告では、現在深刻となっている医師の偏在と医師不足の問題は、わが国の医療が量(アクセス)を重視する体制から、医療の質を重視する先進国型の体制に転換しない状態のまま、社会が医療の量と質の双方を強く要求するようになった結果として進行しつつあると分析した。そして、医療の危機を克服する具体的な方策を探るため、各分野の専門家を集めて更に検討を行うべきものとした。

これを受けて、平成 19 年 7 月 26 日に、「医療への信頼を再生し、長期的に社会から支持される医療にしていくための具体的な方策について調査審議する」ことを目的として、本委員会が設置された。以後、現在までに計 7 回の会合を開催し審議を行ったほか、メールや郵便物を通じた意見交換も活発に実施し、検討の結果を取りまとめた。

### 3 今、医療に起きていること

#### (1) 引き金となった初期臨床研修制度

平成 16 年(2004 年)より、新しい初期臨床研修制度が始まった。昭和 21 年(1946 年)に GHQ の勧告により米国式インターン制度が創設されてから、実に 58 年ぶりに、大きな改正がなされたことになる。新しい初期臨床研修制度は大学病院だけでなく、一般病院を含めて多くの教育研修病院でプライマリケアを中心とした初期研修を行うことを目的として作られたものである。実際に、新しい制度の下で多くの新卒医師が大学病院を離れて、市中病院で研修を受けるようになった。

ところが、この初期臨床研修制度が、平成 16-7 年ころから急激に深刻となって来た病院の医師不足のきっかけとなったと言われている。初期臨床研修医が自ら研修施設を選択できる仕組みを取り入れたことが、なぜこれほど深刻な問題の端緒となったのであろうか。その背景要因として、以前から存在していた、病院医療の深刻な脆弱性を挙げなければならない。

初期臨床研修制度施行の結果、顕著に起こったことは、大学病院での研修率の低下である。新しい制度では、研修医はマッチング制度により研修病院を選択することになり、研修医が大学病院で研修を受ける割合は 70%程度から 50%程度へと大きく低下し、大学病院自体が地域の中核病院として機能するうえで、困難を抱え込むこととなった<sup>1</sup>。このため、市中病院などに派遣していた指導医クラスの医師を、研修医不足をきたした大学病院に働き手として戻すことを余儀なくされた。その結果、以前から医師不足に悩んでいた産科、小児科、救急などの診療科を中心として、微妙なバランスの上に維持されてきた病院医療に深刻な医師不足が誘発されることとなった。

このようにして、本来、良い方向に働くと考えられて作られた初期臨床研修制度は、医師の初期臨床研修を充実するという当初の目標は達成しつつあるものの<sup>2</sup>、その一方で、新たな問題を顕在化させる契機ともなったのである。

#### (2) 病院医療におけるマンパワーの危機

わが国では、医師の総数は規制されているが、診療科ごとの医師の量的な制御はなされておらず、自分がどのような専門領域を選ぶかは、それぞれの医師の希望によって決められている。その時々状況を反映して、若い医師が希望する専門分野は世代とともに変化し、時代時代において、人気の高い分野と低

1 <http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/rinsyo/zaiseki/index.html> に臨床研修医の大学とそれ以外の在籍状況、各県別の在籍状況が示されている。

2 厚生労働省の調査による「臨床研修に関する調査」最終報告では、臨床研修病院の 2 年次研修医の 65.5%が研修体制等に満足しているとされており、研修の充実という目標の少なくとも一部は達成されたと考えられる。

<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/rinsyo/chosa-saisyu06/index.html>



い分野とが生まれることになる。また、最近の傾向として、医師の世界においても、他の社会と同様に、個人の生活を大切に、家族との生活と自らの自由時間を重視するという価値観を持つ者が増加してきていると考えられる。

こうした状況の中で、本来は数多くの医師が配置されるべき一部の診療科の「人気」が下がり、極端な医師不足が生まれることになる。小児科、産科、救急医療などにおける危機的な医師不足は、その顕著な現れであろう。

夜間の救急業務が多く、したがって当直業務の多い病院の小児科は、診療報酬上で不利な扱いを受けてきた事情もあり、以前から医師不足の悩みを抱えていた<sup>3,4</sup>。産科の置かれた現状も同様である<sup>5</sup>。小児科同様にもともと激務である上に、診療上の問題が発生すると医事紛争になりやすい診療科であり、分娩を取り扱う産科の勤務医が激減し続けている。

加えて、女性医師の処遇の改善が遅れていることも、問題を深刻にしている。近年医師を目指す女性が増加し、医学部学生の 1/3 以上を女性が占めるようになってきている<sup>6</sup>。特に産婦人科では 30 代半ば以前の医師の半数以上を女性が占めるまでになっている。しかし、経験年数が 10 年頃になると、女性産婦人科医の約半数は分娩取り扱い現場から離脱している<sup>7</sup>。一部の先進的な取り組みを実行している病院を除き、長時間労働を強いられ、自分自身の産前・産後休暇、育児休暇や長期休暇の確保が困難であり、当直や夜間の緊急呼び出しが多いことが、その原因とされている。

さらにこの他にも、日本の医療、特に病院医療の現場における医師のマンパワー不足を悪化させる事態が急速に進行している。病院医療を急性期医療へ対応させるべく平均在院日数の短縮を推進したことの当然の帰結として、現場の診療業務の量(密度)は急速に増大したが、これに見合う人員体制の強化は十分行われないうまとなつてゐる。また、医療安全対策の強化や個人情報保護への配慮、診療ドキュメントの管理の改善、各種法令に基づき作成する文書の増加など、診療そのものではない周辺業務が爆発的に増加していることも、

- 3 小児科では以前より、小児科医の確保が必要であるとして、提言や要望を公表している。日本小児科学会(平成 12 年 11 月 12 日、日本小児科学会理事会)小児科医確保に関する提言—より良き小児医療実現のために— 日本小児科学会雑誌 105(1):67-68,2001。あるいは、小児科学会会長、小児保健協会会長、小児科医会会長連名による小児救急医療体制整備に関する要望(平成 13 年 7 月 27 日) 日本小児科学会雑誌 105(8):906-907,2001 がある。
- 4 日本小児科学会 病院小児科医の将来需要について(厚生労働省:第3回医師の需給に関する検討会資料)<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/04/s0406-6a.html>
- 5 藤井信吾 日本における産婦人科医療の危機(厚生労働省:第3回医師の需給に関する検討会資料)<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/04/s0406-6b.html>
- 6 医師の中の男女比は医師国家試験合格者の男女比のデータから明らかである。  
[http://www.wam.go.jp/wamappl/bb10examinfo.nsf/0/e049ac1105b8c5e849257140001f46de/\\$FILE/100-isi.pdf](http://www.wam.go.jp/wamappl/bb10examinfo.nsf/0/e049ac1105b8c5e849257140001f46de/$FILE/100-isi.pdf)
- 7 日本産科婦人科学会・女性医師の継続的就労支援のための委員会 2006 年度「女性医師の継続的就労支援のための調査」中間報告(平成 19 年 3 月)  
[http://www.jsog.or.jp/news/pdf/jyoseishi\\_shuuroushien19MAR2007.pdf](http://www.jsog.or.jp/news/pdf/jyoseishi_shuuroushien19MAR2007.pdf)

軽視できない問題である。すでにわが国の病院医師のマンパワー不足は危機的であり、医療を維持していくことも危ぶまれるような限界に達していると言わなければならない。

### (3) わが国の医療の成果とその限界

わが国の医療には世界に誇れる点があった。OECDヘルスデータ<sup>8</sup>を見ると、日本の医療は驚異的とも言える成果を上げている。例えば、わが国は世界一の長寿国であり、また周産期死亡率の低さも世界のトップレベルにある<sup>9</sup>。これらの成果は、国民の生活水準が向上したことを反映している面もあるが、医療の貢献も大きかったと考えられる。平成12年(2000年)に公表されたWHOヘルスレポート<sup>10</sup>でも、世界各国の保健システムの総合評価を行い、日本の健康の状態に関し、総合評価で世界第1位としている<sup>11</sup>。

このように、わが国の医療は、一方で世界に誇るべき実績を示しているが、他方で、それが極めて脆弱な基盤の上に築かれているという実態を、いまやわれわれは、はっきりと認識すべきである。現在、医療が直面している危機は、この脆弱な基盤が現実には崩壊を始めつつあるということに他ならない。国民の健康を今後も守ってゆくためには、医療の基盤の強化が急務である。

---

8 医療費の国際比較では、OECDより刊行されているOECD Health Dataが客観的な指標を与えてくれるものと考えられる。OECD Health Data 2007が最新である。

[http://www.oecd.org/document/30/0,3343,en\\_2649\\_37407\\_12968734\\_1\\_1\\_1\\_37407,00.html](http://www.oecd.org/document/30/0,3343,en_2649_37407_12968734_1_1_1_37407,00.html)

9 厚生労働省統計表データベースシステム 第1-24表 諸外国の周産期死亡率(出生千対)、年次別。<http://www.dbtk.mhlw.go.jp/toukei/youran/data17k/1-24.xls>

10 厚生労働省 平成16年度厚生労働白書

<http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/04/dl/0a.pdf>

序章 現代生活と健康 において、WHO「The World Health Report」2000年のランキングを示している。それによると、2000年の報告において、わが国の保健医療システムの総合目標達成度は191か国中第1位とされている。

11 同時に、日本の医療満足度、主観的健康度は低く、必ずしも国民が満足している状態ではなかったことにも注意を払う必要がある。

## 4 医療はどうあるべきか —正しい国民的選択を行うために

医療は社会的諸活動の中で基盤的な部分を占める重要な機能であり、それを支える医療制度は国民全体が共有する社会資本である。このような考えは、ほとんどの先進諸国に共通している。医療は国民にとって基本的な権利の一部をなすものであり、必要な医療が安定して提供されることは、社会の存立のために必須の条件であるとされてきた。

医療がどうあるべきかの選択は、最終的には国民的合意に基づくものでなければならぬ。本節では、正しい選択を行うために国民全体に知っていただきたいことを述べる。

### (1) わが国の医療制度の沿革

わが国では、昭和2年(1927年)に健康保険制度が開始されて以降<sup>12</sup>、医療に要する費用のうち公的な保険制度が負担する対象を広げていった。この仕組みは昭和36年(1961年)に国民皆保険として結実し、国民健康保険及び被用者健康保険の家族では5割給付にとどまっていたものの、全住民が一応公的保険によりカバーされる体制が実現した<sup>13</sup>。その後、昭和48年(1973年)には老人医療の自己負担がなくなり、被用者保険家族の給付率も7割に上昇した。わが国は福祉社会の実現に向けた努力を続けてきたのである。

しかし、負担すべき医療費の増大に伴い、昭和58年(1983年)には老人医療、翌59年(1984年)には被用者保険本人に一部負担が導入され、後者は平成9年(1997年)に2割、平成15年(2003年)に3割と増大した。その結果、現在、総医療費に占める患者自己負担の割合は先進諸国の中でも最も高い部類に属するに至った<sup>14</sup>。法律によって<sup>15</sup>これ以上の負担増を行わないことが定められているが、現実的に患者の自己負担は既に限界に達しているとの意見も多い。

### (2) 医療提供体制の問題点 —医療のアクセスと医療の質

わが国の医療は、これまで、何時でも何処でも誰でも診療を受けられる体制、別の言葉で言うと「量とアクセス」を重視してきた。これは戦後の荒廃から立ち

12 法律の制定は大正11年(1922年)

13 法律の制定は昭和36年であるが、実際に全国に制度がいきわたるまでには2年以上の期間を要した。また国民皆保険とはいわばキャッチフレーズであり、生活保護適用者など例外も存在する。

14 医療費に対する患者負担の割合はG7諸国のうち、フランス11.6%、英国12.6%、ドイツ13.7%、米国15.5%、カナダ16.3%であるのに対し、日本は21.1%とイタリアの22.5%とならんで、先進国の中で最も高い部類に属する(WHO/The World Health Statistics 2006による)。

15 健康保険法等の一部を改正する法律(平成14年法律第102号)附則第2条第1項に、「医療保険各法に規定する被保険者及び被扶養者の医療に係る給付の割合については、将来にわたり100分の70を維持するものとする。」と定められている。

[http://www.shugiin.go.jp/itdb\\_housei.nsf/html/housei/15420020802102.htm](http://www.shugiin.go.jp/itdb_housei.nsf/html/housei/15420020802102.htm)

直る過程の医療提供体制としては、適切な考え方であった。1960年代当時、日本を含めて多くの先進諸国の病院数、ベッド数、平均在院日数などの指標には、現在ほど大きな差はなかった。

しかしその後、日本を除く大部分の先進諸国では、病院機能の急性期医療への集中と平均在院日数の短縮を行い、量的拡大よりも医療の質に重点を置く医療制度改革を推進してきた<sup>16</sup>。一方、わが国では経済の状況が良かったこともあって、病院数の拡大や入院ベッドの増大がそのまま進行し、他の先進諸国とは異なる医療提供体制が形成されることとなった。この制度には医療の量とアクセスの面で評価できる点があったことは否定できないが、やがて顕在化する、大きな問題を抱えていたことも見逃せない。

先進国型あるいは成熟経済型の医療の特徴を挙げるとすると、それは医療の質、医療レベルの評価、患者の権利、情報の開示などというキーワードで語られ、以下のような特徴を持った医療体制である。

- ① 充実した教育体制と厳格な専門医認定制度
- ② 病院機能の集中化・集約化
- ③ 病院と診療所の密接な連携体制
- ④ チーム医療の推進と業務範囲の職種による制限の見直し
- ⑤ 医療安全と患者権利尊重のためのシステム

わが国においても、現在、社会はこのような、より質の高い医療を求めている。先進国となった日本の社会が、先進国としての医療を求めるようになるのは当然であると言えよう。国民のニーズが大きく変化してきたにもかかわらず、量とアクセスの充実だけで応えようとしても、社会の満足は得られない。

前述したように、日本の医療の最大の長所は、フリーアクセスにあると言われている<sup>17</sup>。しかし、改めて考えてみれば、フリーアクセスの本義は、「経済的なバリアがなく(患者・家族の経済力の乏しさがバリアとならず)、必要な医療にアクセスできること」であるはずである。アクセスは医療の重要な要素の一つであり、アクセスが良いことは、良い医療の条件の一つである。しかし、アクセスに関する要望が行き過ぎて、何時でも、何処でも、誰でも、「状態を問わず、任意の時に行けば、すぐに診療を受けられる」のが良い医療体制であるとされてしまうと問題である。救命救急センターは、本来重症患者の治療に専念することがその役割であるが、そこに次々に軽症の患者が押しかけると、本当に治療を必要としている患者を引き受けることができなくなる。わが国においても、「本当に必要

16 OECD (訳)伊藤友里 OECD Health Data 2003 3rd Edition 図表でみる世界の医療—OECD インディケーター (2003年版) 明石書店 (平成16年) OECD (訳)伊藤友里

17 日本医師会 グランドデザイン 2007—国民が安心できる最善の医療を目指して— 総論 2007年3月  
[http://www.med.or.jp/nichikara/gd2007/gd2007\\_all.pdf](http://www.med.or.jp/nichikara/gd2007/gd2007_all.pdf)

な時に、本当に必要な医療を」これからも持続的にすべての国民が受けられるようにするという観点から、医療の利便性と医療の必要度とのバランスを考えていくことが必要不可欠である。

### (3) 医療費負担と経済の活力

医療技術が進歩し、国民がその利用を望み、さらに人口の高齢化が進展すれば、必然的に総医療費が増加することとなる<sup>18</sup>。医療の向上を願う気持ちは現代に生きる人間の基本的な要求であり、単に総医療費の増加を抑制すれば足りるとするような政策は、国民の支持を得ることができないであろう。事実、第二次世界大戦後の先進諸国は、程度の差はあれ、医療と福祉の充実に政策の重点を置いてきた。

しかし他方で、医療の質を確保するために総医療費を増加させ、それを賄う社会保険給付及び公費投入を増大させれば、必然的に国民負担率<sup>19</sup>も増加することとなる。近年、日本政府は、財政赤字の深刻化もあり、極めて厳しい総医療費の増加抑制政策を採用してきた。このような政策の根底には、単に財政赤字への対応ということだけではなく、「国民負担率増大は経済の活力を失わせ、国力を弱体化する」という考え方が存在しているものと考えられる。しかし、このような考え方が本当に正しいと言えるのか、客観的に検証してみなければならない。

もちろん、誰もが正解と認める結論があるわけではない。しかし、一つの単純な事実を示すことは可能である。日本は、先進7か国(G7)の中で、医療に投じる金額の対GDP比が最も小さい国家であり、OECDの全加盟諸国の中でもその水準は低い方に属する<sup>20</sup>。日本よりも医療費の対GDP比が大きいにもかかわらず、日本よりも高い経済成長を達成している国家は枚挙に暇がない<sup>21</sup>。

現段階においては、医療に関する国民負担率と経済活力との関係は不明であるというのが最も客観的な見解であろう。負担と経済活力を結びつけて、日本の社会保障給付を抑制すべきだとの主張は理論的にも実証的にも根拠が不十分である。逆に負担と給付が高ければ経済活力が増すと唱える主張も同様

18 兪炳匡「改革」のための医療経済学 メディカ出版 2006年

19 税・社会保険料負担額の国民所得(ないし GDP)に対する比率。わが国政府はこの他に潜在的国民負担率(税・社会保険料負担額+新規公債発行額の国民所得ないし GDPに対する比率)と名づけた数値も使っている。なお、OECD National Accountsなどの統計においては、「租税負担と社会保障負担合計額のGDP(国内総生産)に対する割合」の方が一般的。

20 わが国の医療費対GDP比は他のG7諸国よりかなり低い。OECD Health Data 2007によると、米国 15.3%、フランス 11.1%、ドイツ 10.7%、カナダ 9.8%、イタリア 8.9%、英国 8.3%に対して、日本は 8.0%となっている。OECD 平均は 9.0%であり、日本は OECD30 か国中 22 番目である。

21 OECD 諸国の中で、日本より医療費対GDP比が高い国の中で、日本より経済成長率の低い国は 6 か国、日本より経済成長率の高い国は 13 か国で、英国とスイスは経済成長率が 1.9%でデータ上日本と同じ。