

医療改革の方向性

広井 良典

千葉大学法経学部教授

あらためて言うまでもなく、医療をめぐる課題が山積している。医療の問題は、一方において社会保障あるいは生活保障のもっとも重要な一翼を担うものであり、したがって社会保障政策や福祉国家のあり方をめぐる議論と一体のものとして論じられる必要がある。同時に、年金などの所得保障と異なり、医療という領域は同時にサービスないし技術の体系でもあり、そうした「ケア」の望ましいあり方という視点が不可欠となる。加えて、医療をめぐる議論にある種の「わかりにくさ」が常につきまとうのは、たとえば介護など「福祉」の分野などに比べて、特に日本の場合、医療の分野がある種の“密室性”ないし不透明性を帯びており——筆者はこれを「ブラックボックスとしての医療」と呼んでおり、そこからの脱却が日本における大きな課題と考えている——、一般の市民が医療の中身について公共的な議論を行っていく土壌が存在してきたことがある。

ひろい よしのり

1961年生まれ。東京大学教養学部（科学史・科学哲学専攻）、同大学院総合文化研究科（関連社会科学専攻）修士課程修了。1986年～1996年厚生省勤務。1996年より千葉大学法経学部助教授、2003年現職。専攻は社会保障・医療・環境分野を中心とする公共政策。著書に『生命の政治学：福祉国家・エコロジー・生命倫理』（岩波書店）、『定常型社会』（同）、『ケア学』（医学書院）、『死生観を問わない』（筑摩書房）など。

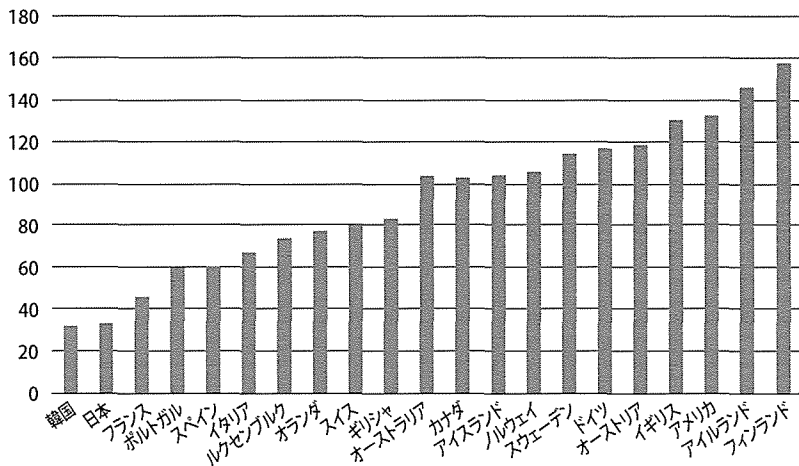
こうした問題意識を踏まえて、ここでは社会保障全体との関わりや、医療技術・ケアと「現代の病い」といった大きな視点を含め、これからの医療政策のあり方について議論してみたい。

日本の医療システムの評価とこれから

議論の基本的な前提として、日本の医療ないし医療システムの国際的な評価という点を確認しておこう。意外に思われるかもしれないが、日本の医療の全般的なパフォーマンスについては、「低い医療費で高い健康水準や健康寿命を達成している」という評価が一般的である。例えばWHO（世界保健機構）が2000年にまとめた報告書（*World Health Report 2000*）では、日本は「健康寿命」において世界1位にランキングされており、他方、医療費は先進諸国の中でイギリスと並んでもっとも低い水準にある。

ただし、これには早速二つの留保が必要である。第一に、日本人の健康寿命の長さについては、医療システム自体の成果というよりも、実は「医療システム外の要因」（食生活など生活習慣による有病率の低さ、犯罪率の低さなど）が相当大きく関与しているという点がある。実際、たとえば図1に見られるように日本において循環器系の疾病の死亡率が低いのは、食生活の影響が大きいと考えられるし、同様に肥満率について見ると、OECD諸国の中でアメリカは際立って1位であり（成人の肥満率31%）、日本は最下位（同3%）

図1 虚血性心疾患の死亡率の国際比較（10万人当たり）



(注) 2001年データ。
(出所) OECD Health Data 2005

である。第二に、こうしたマクロ的なパフォーマンスとは別に、医療の質、安全性、患者の権利などいわばミクロレベルで多くの課題を残しているという点である。たとえば上記WHOの評価でも、医療システムの「反応性」は6位、「医療システムの全般的パフォーマンス」は10位と若干順位を下げている。

これに対し、医療政策の議論でしばしば引き合いに出されるアメリカについてみると、医療費の水準は先進諸国の中で群を抜いて高く（GDP比で15.3%（2004）と日本（8.0%）の2倍弱）、また医療システムの反応性は1位である一方、健康寿命は世界24位、医療システムの全般的パフォーマンスは37位と大きく順位を落としている。日本とはある意味で対照的な姿を示しており、ここから示唆されるのは、医療という分野においては様々な「社会的要因」（生活や労働のあり方、経済格差、保険制度など）が大きな意味をもつことである。アメリカの医療については、最近マイケル・ムーアの映画「シッコ」でも話題になり、また筆者も3年ほどボストンに滞在する中で身近に経験したが、いわばピン・ポイントの医療技術あるいは医学・生命科学的研究という面では多くの成果があるものの、

少なくとも「アクセスの平等」という観点から見る限り惨状という他はなく、また強い「バイオメディカル信仰」ともいべきあり方とも併せて、反面教師的な面が大きいと考える（広井（2003）参照）。

いずれにしても、以上のような認識を踏まえ、日本での今後の医療政策において特に重要と筆者が考えるのは以下の点であり、これらについて考えてみたい。

- ①医療政策決定プロセスへの患者・市民参加
- ②医療費の配分の見直し
- ③社会保障全体のあり方と医療
- ④ケアとしての医療の充実
- ⑤医療技術政策の確立

医療政策決定プロセスへの患者・市民参加

まず①について見てみよう。これまでの日本の医療政策は、ほぼ完全に「医療提供者」あるいは「供給サイド」の視点を中心に展開されてきた。より正確には日本の場合、医療提供者といっても実質的には圧倒的に開業医主体のものだった（日本医師会を実質的に開業医の利益を代表する組織としての性格を強くも

つ)。こうした医療政策の「決定プロセス」それ自体を大きく見直していくべき時期に来ている。

一例として「医療費の配分をめぐる政策決定」が挙げられる。33.1兆円（2005年度）という医療費の規模は、たとえば農業生産額（約9兆円）や国の公共事業予算（約7兆円）等を大きく凌ぐものであるが、この配分決定が中医協（中央社会保険医療協議会）という、昭和30年代に定められたメンバー構成の場において行われているという姿は、近年の汚職事件に言及するまでもなく、時代の要請と合わなくなっている。

ちなみに「政策決定プロセスへの市民参加」というテーマは近年様々な分野で論じられまた実行されているが、たとえば環境政策やまちづくり等の分野に比べ、医療分野は「専門性ないし専門家の知見」ということが重視される度合いが強かったため、こうした対応はなお大きく遅れており、今後の大きな課題であると考えられる。

こうした点に関し、たとえばスウェーデンは、90年代半ばに医療費の配分のあり方に関する「プライオリティ委員会」というものを議会に設け、医療関係者のみならず国民全体を広く巻き込む形での検討を行い報告書をまとめた（広井（2003）参照）。日本でも医療費の配分決定プロセスに関する根本的な見直しが必要であり、中医協においても近年はじめて患者代表として勝村久司氏（医療情報の公開・開示を求める市民の会世話人）が加わるなど改善の兆しが見られるが、なお問題が山積している。基本的には開業医以外の医療提供者（病院ないし勤務医、看護職、その他の医療職種）とともに、患者や市民の意見が医療費の配分その他の政策決定プロセスに反映されていく仕組みを緊急に作っていくことが大きな課題である。また行政レベルでも、たとえば厚生労働省その他のレベルで、「医療消費者課」といった、市民、患者団体等からの「ニーズ」の吸い上げや政策へのフィードバックを主務務とするセクションを設けることがなされるべきである。

なお、以前から日本においても患者会の活動が活発になっており、筆者も大学で患者会等と大学の連

携の試みをささやかながら行ってきたが（千葉大学の福祉環境交流センター）、最近はその第二段階ともいべき新たな状況が生まれており、「日本患者会情報センター」が発足するなど、患者会のネットワーク化や政策提言に向けた展開がなされつつある。

「現代の病い」と医療技術のゆくえ

ところで、ここで確認しておきたいのが、そもそもなぜ医療政策の決定プロセスにおいて患者ないし市民の視点が重要なのか、という基本テーマである。

大きな視座からの議論となるが、現在の医学（近代医学）は、遡れば17世紀に西欧で起こった「科学革命」に起源を有するものであり、そのパラダイムの中心にあるのは、19世紀に成立した「特定病因論」という考え方である。これは「一つの病気には一つの原因物質が対応しており、その原因物質を発見ないし同定し、それを除去すれば病気は治療される」という考えだ。基本的に身体内部の物理・化学的關係によって病気のメカニズムが説明されると考えること、また「原因物質→病気」という単線的な因果関係が想定されていることに特徴がある。こうした特定病因論の考え方が、感染症や外傷等の治療に絶大ともいえる効果を上げてきたことは確かな事実である。

ところが現在はどうか。「現代の病い」という表現があるが、慢性疾患等への疾病構造の変化の中で、こうした「特定病因論」のみでは解決が困難な病気がむしろ一般的になっている。すなわち、病いは身体内部の要因のみならず、ストレスなど心理的要因、労働時間や社会との関わりなど社会的要因、自然との関わりを含む環境的要因など、無数ともいえる要因が複雑に絡み合った帰結としての心身の状態として、生じているのである。

病いについてのこうした理解から、いくつかの認識が帰結する。第一は、病気の診断や治療というものが、いかに「不確実」なものであるかという点であり、近年盛んな「セカンド・オピニオン」などもこうした文脈の中に位置づけられるべきである。第二は、上

表 モード1・サイエンスとモード2・サイエンスの比較

	モード1・サイエンス (これまでの科学のあり方)	モード2・サイエンス (これからの科学のあり方)
知識の創造	個々の学問分野の中で	個別の学問分野を超えた社会的文脈の中で
問題の設定と解決	特定の科学者コミュニティにおいて	市民、NPO、産業界、政府などが広く参加
品質管理の方法	科学者内部	社会的な説明責任
研究組織	階層的	非階層的

記の「特定病因論＝医療モデル」に限らない、医療における様々な「ケア・モデル」の融合の必要性である（広井（2005）参照）。第三は、医療や病気に関する「専門家」ないし「科学者」が“正しい知識”をもっているという理解の修正であり、この点が「医療政策への患者・市民参加」を根拠づける論理のひとつとなる。

ちなみに、こうしたテーマに関し、イギリスの科学論の研究者マイケル・ギボンズらが展開している「モード1・サイエンス」から「モード2・サイエンス」へという議論が示唆的である（表参照）。もしも医療という領域が、医師など「専門家」や科学者のみによって律せられる分野だとすれば、患者ないし市民参加という要請は周辺的なものにとどまるだろう。しかし上述のように、「現代の病い」への対応はそうした次元にとどまらない広がりをもっている。他の科学分野と同様、「社会的文脈（social contexts）」での位置づけということが医療においてきわめて重要となっているのである。

医療費の配分構造の見直し

次に②医療費の配分の見直しについて。

“医療崩壊”といった話題を含め、日本の医療のあり方を大きく左右する問題でありながら、その不透明さもあって、これまで十分に議論されてこなかった

テーマがある。それがこの「医療費の配分」問題であり、とりわけ「病院—診療所の医療費の配分」である。

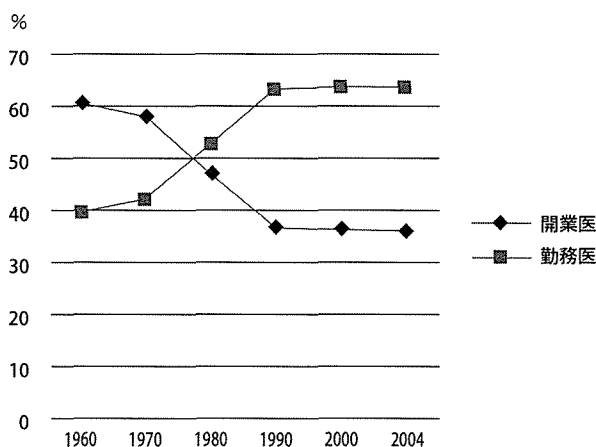
基本的なことから確認すると、現在の日本の診療報酬（保険点数）は1958年に概ね原型ができたものだが、当時は医療機関の大多数は診療所（開業医）だったこともあり、基本的に診療所をモデルにした点数体系が作られた。その後、現在に至るまで改定を重ねてきているものの、日本の診療報酬は以下のような「構造的」ともいえる問題点を有している。すなわち、

- i) 「病院、とりわけ入院部門」の評価が薄い
- ii) 「高次医療」への評価が薄い
- iii) 「チーム医療」の評価という視点が弱い（この中には後述の「患者に対する心理的・社会的サポート」も含まれる）
- iv) 「医療の質」の評価という視点が弱い

という諸点である。全体として、診療所には潤沢な医療費が配分される半面、病院（特に一定以上の規模の病院）に対する医療費の配分はきわめて不十分なものだった。

ここで医師の構成割合を見ると、2004年において開業医36%に対し勤務医が64%となっており、病院勤務医のほうが大多数を占めている（以前はこの割合は逆で図2に示されているように、勤務医数が開業医数を上回ったのは1970年代後半である）。ではなぜ、勤

図2 開業医と勤務医の割合の推移



務医のほうが多数であるにもかかわらず、診療所（開業医）への医療費が優先されてきたのだろうか。これについて、私は以前の拙著（広井〈1994〉）の中で「1医療機関1票」説」という考えを若干の揶揄を含めて示した。すなわち、医師数では勤務医が多数であるものの、医療機関あるいは「病院経営」に携わる医師数では圧倒的に診療所（開業医）が多いので——具体的には、病院数約9000に対し診療所は10万弱（97,442）〔2005年〕——、「声」としてはそちらがずっと大になるという理解である。

しかしながら、このことは言い換えれば、「病院（あるいは入院医療や高次医療、チーム医療など）のニーズや声が十分政策プロセスに反映されにくい構造がある」こと、より一般的には「医療の現実と医療費の分配に大きなズレがある」ということを意味している。こうした点を根本的に是正していくことが必要である。

いずれにしても、このように「病院—診療所」の配分問題は、日本医療の構造的な課題として皆保険体制の成立（1961年）以来存在していたものだが、そうした矛盾が限界を越え、様々な形で噴出しているのが現在の病院をめぐる諸問題なのである。

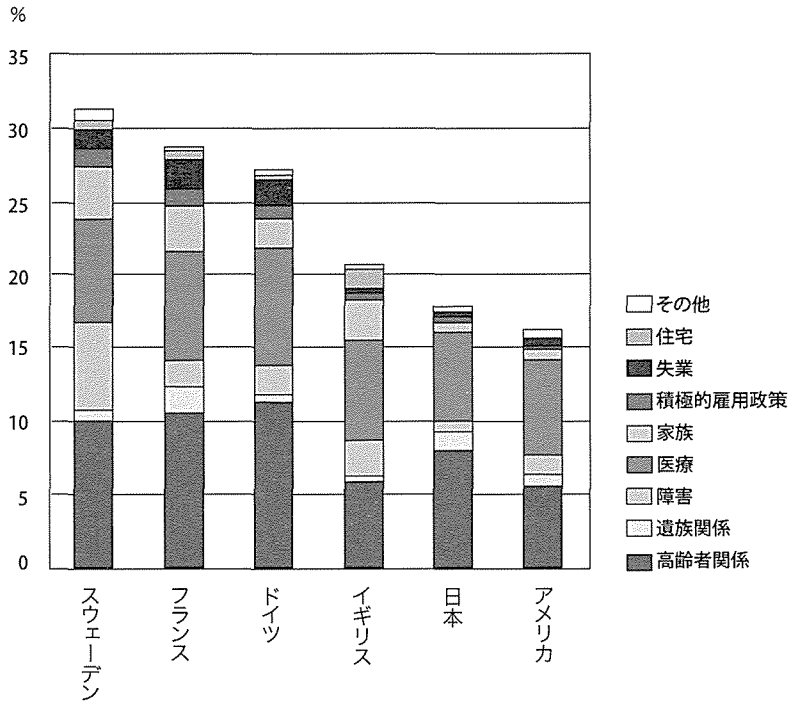
さらに、この問題に関して避けて通れないのが医師の所得水準の問題である。その理由の一つは、医療分野の大きな特徴は人件費比率が他分野に比べて

大きいことであり、医療費問題のかかなりの部分は実は所得水準の問題であるからだ。これについては、開業医の年収約2500万円、勤務医のそれが約1400万円といったことが（その算定のあり方も含めて）以前よりも議論されるようになったが（医療経済実態調査等）、こうした水準の妥当性も併せて正面から議論される必要がある。

そもそも診療報酬には「医療技術の相対評価」と「医療従事者の所得保障」という二つの側面があり、診療所については、そのプライマリケア（一次診療ないし基本的診療）機能から考えてむしろ後者の側面（所得保障）を主体に考えるべきであり、イギリスの人頭払い制はもちろん、ドイツなどでも開業医については（出来高払いではなく）総枠規制とセットになった総額請負制がとられているのを参考にすべきである。

同時に、「診療所から病院への配分シフト」を大胆に進め、病院については全体的な底上げを行うこととともに、心理的サポートを含め「ケア的医療」への厚い配分や高度技術の評価を積極的に進めるべきことを強く提案したい。そして、先ほどスウェーデンの例を述べたが、日本もそうした大きな枠組みで、医療費の配分のあり方についての透明性の高い、公共的な議論を開始すべき時にきている。

図3 社会保障給付費の国際比較（対GDP比、%、2003年）OECDデータ



社会保障全体の改革ビジョンと医療

一方、これからの医療を考えていくにあたっては、社会保障の全体のあり方をどう考え、その中で医療をどう位置づけていくかという点を避けては通れない。それが③の「社会保障全体のあり方と医療」というテーマである。

議論の前提として確認すると、日本の社会保障を国際的に見ると二つの大きな特徴が浮かび上がる。第一は、日本の社会保障の規模が、先進諸国の中でアメリカと並んでもっとも低いという点であり、第二は、社会保障のうち「年金」の占める比重が大きく、「福祉」の割合が小さいことである（図3参照）。

しばらく前まで日本がこうした低い社会保障給付で何とか「やってこれた」のは、第一にしばしば論じられてきたように「カイシャ」や家族が“見えない社会保障”としての機能を果たしてきたこと、第二に公共事業を含めた「生産部門における再分配」システ

ム（農業補助金による都市－農村の再分配、地方交付税交付金による中央－地方の再分配、中小企業補助金等による産業部門間の再分配等）が存在していたからである。こうした条件が失われている現在、社会保障の役割、とりわけその再分配機能が重要となっている。

ではどのような社会保障の姿が望ましいといえるのか。まず制度の現象面にそくして述べれば、筆者はこれからの社会保障は基本的に「医療・福祉重点型の社会保障」ともいうべき方向が妥当と考える。

なぜ「医療・福祉重点型」か。簡潔に言えば、まず医療や福祉の分野は、それが人間のもっともベーシックなニーズに関わるものであるという点に加えて、リスクの予測が困難でかつその個人差が相当大きい。こうした分野については、公的な保障をしっかりと行うことが求められる（経済学的な言い方をすれば、第一に基礎的なニーズに応ずる部分については所得再分配という観点から公的な対応が必要であり、第二に医療や福祉の分野（特に前者）は情報の非対称性から「市場の失敗」が起こりやすく、それを防ぐために公的な対応が求めら

れる)。

これに対し、年金とは基本的に老後の生活費の保障であり、だとすれば、公的な年金制度は「基礎的な生活保障を平等に」という点に主眼を置くべきではないか。現在の年金制度は、一方で月30万円に及ぶような年金を受け取っている人々が相当数存在しているかと思うと、3～4万円(かそれ以下)の国民年金しか受給していないような層が存在する。公的年金は所得再分配機能を中心とするものに再編されるべきであり、具体的には、現在よりも厚めの基礎年金を税によって平等に保障していくべきものと筆者は考える。

医療について見ると、高齢期その他での入院や介護に伴う様々な負担には甚大なものがあり、かつ国保の空洞化に象徴されるように基本的なセーフティネット機能もきわめて弱くなっている。3割(現役世代)の患者自己負担に様々な保険外負担(差額ベッド代等)やお世話料等の負担が加わり、さらに「混合診療」の拡大を進める動きがある。

実際、医療費全体に占める患者自己負担の割合は、単純な比較は難しいものの、日本17.3%(2003)、アメリカ13.2%(04)、ドイツ10.4%(03)、フランス7.6%(04)(OECDデータ)となっており、日本の患者自己負担割合は先進諸国の中でもっとも高い水準の部類となっている。加えて“差額ベッド代”(病室の自己負担料金)をとっている病床は全体の15%を超え、また老人病院などでは依然として不明瞭な費用を請求される場合が多く、公式の統計で把握されていない部分も実は大きい。

混合診療の拡大に関しては次の点で問題が大きく、筆者はこの拡大に強く反対する。効率性の面からは、いわゆる医療における情報の非対称性や、現実のレベルでの患者と医療機関の間の力関係を考えると、恣意的な“追加徴収”が一般的となり、アメリカがそうであるように医療費の限りなく高騰が生じていくだろう。より重要なのは公平性の面であり、混合診療的なサービスを求めるのは中所得層以上に多いと考えられるため、所得による医療サービス内容の階

層化が進む(しかもそれが部分的には社会保険における中所得層以下の負担の活用によって)という非常に矛盾した構造が生まれる。対応すべき方向は、混合診療による「私費医療の拡大」ではなく、むしろ積極的に医療技術の公的医療保険への導入を図っていくことである。一部に誤解があるようだが、医療費33兆円のうち公的医療保険でカバーされていない技術は数百億円以下の規模であり、むしろこうした部分を公的医療保険の中に取り入れていくのが筋であって、一部に私費負担があるからといって混合診療を認めれば、あたかも堤防が決壊するかのように際限なく私費医療の領域が広がり、医療の市場化が進んでいくことになる。

ケアとしての医療の充実

——「労働と健康」という視点を含めて

ところで、先に「現代の病」と医療技術との関係について述べたが、現在の日本の医療においてもっともそうしたギャップがもっとも大きい領域が「ケアとしての医療」といえるかもしれない。これが④の「ケアとしての医療の充実」という課題である。

筆者は2001年に、医療消費者団体のCOMLの会員の方を対象に「患者に対する心理的・社会的サポート」に関するアンケート調査を行った(回答数515)。そこでは、現在の日本の病院における「患者に対する心理的・社会的サポート」について、58%が「きわめて不十分」、38%が「あまり十分でない」との回答が寄せられた。また具体的には、「患者の心理的な不安などに対するサポート」(79%)、「医師などへの要望や苦情を間に立って聞いてくれる者の存在」(63%)、「家族に対するサポート」(47%)への要望が大きく見られた。そして、そうしたサービスについての保険点数(診療報酬)上の評価がもっとも必要という回答が8割弱を占めた。

慢性疾患中心の時代になっている中で、心理面を含め医療の「ケア」的側面の重要性はますます大きくなっているが、現在の日本の医療システムはなお

「急性疾患モデル」が支配的であるように見える。また、心理面でのサポートなどは疾病の治癒とは無関係な“周辺の”サービスにすぎないと考えている医療従事者も多い。これらは前に指摘した「特定病因論」的な考えの枠組みに依拠したものであり、「現代の病い」についての基本的な認識の転換が求められている。病気の社会的要因（ストレス、労働など労働のあり方など）や環境的要因（コミュニティや自然環境からの疎外など）への注目が重要であるとともに、社会の高齢化・成熟化の中で、ターミナル（終末期）ケアを含め、スピリチュアリティや死生観といった次元に関するケアも比重を増している。

筆者は、現在の日本における“最大の健康阻害要因”をもし挙げるとすれば、それは（おそらく喫煙などよりも）極端に長い労働時間や過労死に代表されるような「労働」のあり方であると考えている。こうした意味で「労働と健康（ないし医療）」という視点あるいはテーマは新たな形で非常に重要になっていくと思われる。

同時にこうした「ケア的医療の充実」に向けた政策やシステム整備が重要となる。アメリカやドイツの公的医療保険ではこうした心理的・社会的サポートが独立して評価されており、診療報酬上の評価やスタッフ配置、医療費の配分のあり方といった点を含め今後対応を進めていく必要がある。

医療技術政策の確立

最後に⑤医療技術政策の確立に関しては、日本において大きく不足している医療技術や医学・生命科学研究に関する政策の強化ということが一方にある。と同時に、これも大幅に遅れている医療の情報化と、それと一体のものとして医療の透明化や標準化を進め、冒頭にふれた「ブラックボックスとしての医療」からの脱却を図ることや、保険者機能の強化等を通じて「選択と競争」メカニズムを導入していくことが含まれる。

今後は、医療という領域を他と切り離して考えるのではなく、病気そのものの成り立ちの背景（コミュニティのあり方、食生活、労働時間、経済格差、環境との関わり等々）に関しても、科学ないし専門知のあり方という点においても、また医療費の配分や社会保障のあり方等といった次元でも、医療を社会的文脈の中でとらえ対応を行っていく必要性が大きくなっている。医療についての公共政策が強くとめられているのである。■

《参考文献》

- 近藤克則(2005)『健康格差社会』、医学書院。
- 『病院』「医療政策の決定プロセス」(2005年12月号)、医学書院。
- 広井良典(1992)『アメリカの医療政策と日本』、勁草書房。
- 同(1994)『医療の経済学』、日本経済新聞社。
- 同(2003)『生命の政治学——福祉国家・エコロジー・生命倫理』、岩波書店。
- 同(2005)『ケアのゆくえ 科学のゆくえ』、岩波書店。
- 同(2006)『持続可能な福祉社会——「もうひとつの日本」の構想』、ちくま新書。