

# 医療の崩落はなぜ起きているのか

## ～医師不足の背景と国際指標からみた日本の水準～

荘銀総合研究所 主席研究員 加藤 和 徳

### ■WHO健康度世界一の日本の現実

日本の医療は、この半世紀ほどの間に著しい進歩を遂げた。2006年時点の周産期における新生児の死亡率は世界で最も低くなり（図表1）、また、妊産婦死亡率も先進国中最少である（図表2）。1960年代当初には主要先進国の中で最も短かった日本人の平均寿命が、1980年代には他国をすべて抜き去り、世界一の長寿国となった。これは、国民皆保険制度の普及や食生活の改善、医師の不断の努力の結果であり、戦後日本の誇るべき成果であろう。

こうした実績が認められ、2000年のWHO（世界保健機関）の調査では、健康寿命などの健康達成度では世界一、平等性（誰でも利用を受けやすい体制）が世界第3位、日本の医療は総合で「世界第1位」と評価された。

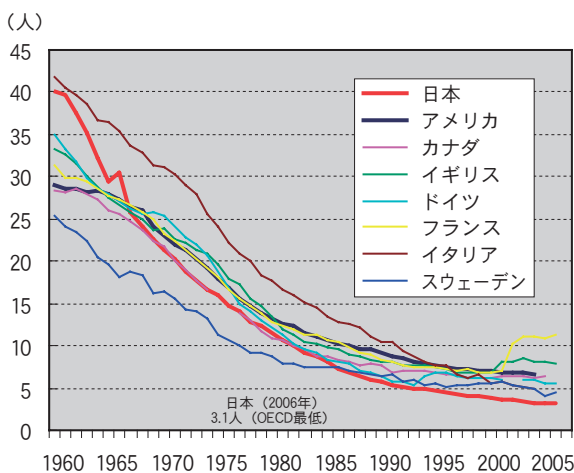
しかしその一方で、昨年10月に、東京都内で脳内

出血を起こした妊婦が、8カ所の医療機関で受け入れを断られた後、最終的に都立墨東病院に収容されて出産したものの、3日後に無くなるという痛ましい事件が報じられた。また、昨年12月には、一昨年11月に札幌市内で未熟児が7つの病院に受け入れを断られ死亡していたことが、全国各紙で大きく報道された。十分な手当も受けられないまま亡くなってしまったご遺族の無念さは、筆舌に尽くせないものがあるだろう。

これらの事件について、メディアの多くでは、病院による「受け入れ拒否」や「たらい回し」という見出しで報じた。しかし、事件の状況を子細に検討すれば、「受け入れ不能」という言葉が実態に近いと思われる。少子化対策が国策として重要な課題となっている今の時代に、どうしてこのような事態が起きてしまうのだろうか。

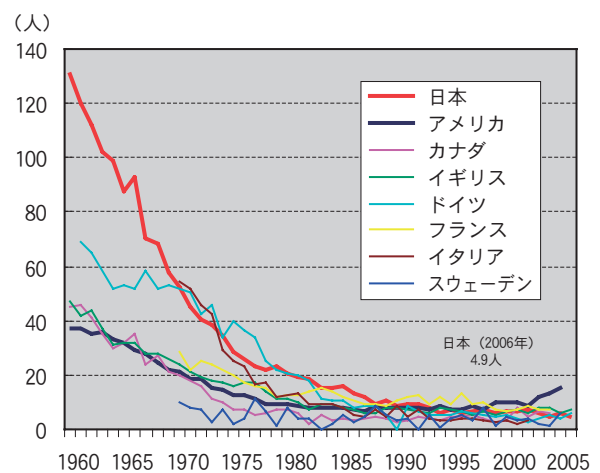
国際的に高い評価を受ける日本の医療と、メディアの報道などに象徴される世間一般の受け止め方、医療

図表1 日本と諸外国の周産期死亡率(出生数千人対)



※周産期死亡率＝周産期死亡数(年間の妊娠満28週以後の死産数＋生後1週未満の早期新生児死亡数)÷年間出生数(世界保健機構(WHO)の分類の場合には妊娠満22週以後の死産数で計算している) 資料：OECD Health Data 2008より作成

図表2 日本と諸外国の妊産婦死亡率(出生数10万対)



※妊産婦死亡率＝年間妊産婦死亡数(妊娠中または妊娠終了後42日未満の女性の死亡数)÷年間出産数(または出生数) 資料：OECD Health Data 2008より作成

施策をつかさどる行政との間に、何か重大なボタンの掛け違いが生じていると思わざるをえない。

## ■山形県内の医師数の推移と現状

山形県では、妊婦の受け入れ不能に至るような事態は、幸いまだ生じていない。しかし、産婦人科医に限れば、1994年の122人から2006年には100人に減少しており（図表3）、最近の5年間で県内4つの医療機関が分娩を休止している（直近では小国町立病院が昨年9月に休止）。また、2006年末現在100人いる産婦人科医のうち、4人に一人が60代以上と高齢化が進んでおり、新聞報道によれば、実際に分娩を扱う医師は2008年7月現在で76人とさらに少ない。

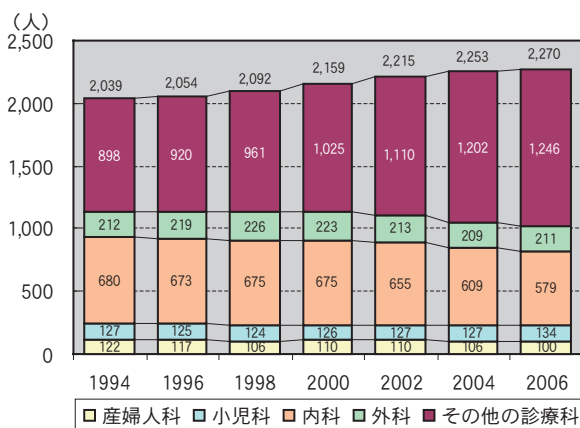
県内で医師が不足をきたしているのは、産婦人科に限ったことではない。県内の医師の総数は増加しているものの、人口10万人当たりの医師数が、村山地域は251.8人であるのに対し、最上地域は131.7人であり、同じ県内でも1.9倍の格差を生じている（図表4）。

山形県内で二次医療や三次医療を担う病院は57施設あるが、そのうち4割にあたる23施設が国や県、市町村立の公立病院であり、病床数では公立病院が半数近い48.3%を占めている。特に、県や市町村立の自治体病院が提供する病床割合では、山形県が全国で最も多い。

ところが、県健康福祉企画課の調べによれば、県内病院の約3分の1が国が定める医師の基準数を満たしておらず、特に市町村立の自治体病院の半分が基準医師数を満たしていない状況にあるという（図表5）。

これらの実態を踏まえれば、県内の医療体制は医師

図表3 山形県診療科目別医師数の推移



資料：山形県健康福祉部「保健福祉統計年報（事業統計編）」より作成

や看護師等の懸命の頑張りによってかろうじて支えられているのであり、決して、東京や札幌で起きた事件をよそのマチの出来事として看過できるような状況ではない。

## ■数十年ぶりの医師数抑制策の転換

全国的な医師の分布状況はどうなっているのだろうか。人口10万人当たりの医師数を県別に比較すると、

図表4 山形県内地域別医師数の推移（人）

年	1996	1998	2000	2002	2004	2006 (10万人当たり)
医師総数	2,054	2,092	2,159	2,215	2,253	2,270 (203.0)
(村山)	1,174	1,201	1,212	1,257	1,300	1,326 (251.8)
(最上)	105	110	120	120	118	112 (131.7)
(庄内)	462	461	486	485	496	488 (169.2)
(置賜)	313	320	341	353	339	344 (155.7)
小児科	125	124	126	127	127	134 (11.1)
(村山)	74	69	73	75	70	82 (14.3)
(最上)	4	5	4	2	5	4 (4.5)
(庄内)	27	29	27	28	30	29 (9.5)
(置賜)	20	21	22	22	22	19 (8.0)
産婦人科	117	106	110	110	106	100 (8.3)
(村山)	65	56	61	66	64	57 (9.9)
(最上)	7	5	7	6	5	6 (6.7)
(庄内)	28	27	24	23	24	22 (7.2)
(置賜)	17	18	18	15	13	15 (6.3)

※各年12月末現在。小児科、産婦人科の人口10万人当たり医師数は、2006年10月1日の県内人口により独自に算出  
資料：山形県健康福祉部「保健福祉統計年報（事業統計編）」、山形県総務部「平成18年 山形県の人口と世帯数」

図表5 山形県内病院（開設者別）の医師充足状況

医師総数		病院数(a)	医師の標準数を満たす病院数(b)	b/a
一般	国立	3	1	33.3%
	県立	5	5	100.0%
	市町村立	20	10	50.0%
	民間	29	20	69.0%
精神	県立	1	1	100.0%
	民間	13	11	84.60%
合計		71	48	67.6%

※「医師の標準数」とは、厚生労働省が示す一定の基準により、入院及び外来患者数等に応じて算定した標準的な必要医師数のこと。  
※「市町村立」には、市町村等が設置した一部事務組合が開設者であるものを含む。  
資料：山形県健康福祉企画課(平成19年度病院立ち入り検査結果)

東北や北関東はおしなべて少なく、関西以南に多くの医師が偏在している状況がうかがえる（図表6）。

このような地域ごとの医師の偏在は、果たして、それぞれの病院の経営努力によって解消しうるものなのだろうか。

2002年版厚生労働白書に掲載された『病院の医師・看護師の充足状況』（図表7）によれば、全国で医師・看護師ともに医療法による基準を満たしている地域は全国にひとつもない。特に、北海道・東北の医師数は基準の半分にも達しておらず、不足が際立っている。

このような状況にもかかわらず、厚生労働省はごく最近まで「将来的に医師は過剰になる」という主張を繰り返し、医師不足を公式には認めてこなかった。

2006年8月にまとめられた『新医師確保総合対策』でも、医師不足が特に深刻な10県（青森、岩手、秋田、山形、福島、新潟、山梨、長野、岐阜、三重）の11大学（自治医科大学含む）に2008年度から10年間に限り、「医師の養成を前倒しする」との趣旨で10人ずつの医学

部定員の増員を認めたに過ぎなかった。

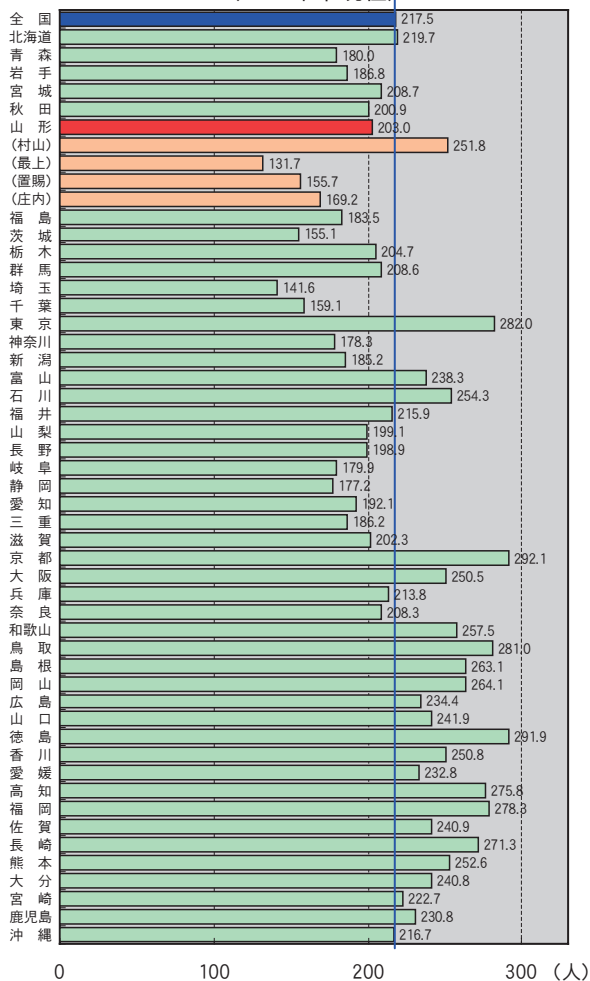
しかし、昨年6月に外添厚生労働大臣などが中心になって取りまとめた『夢と安心の医療確保ビジョン』によって、国はようやく医師の絶対数不足を公式に認め、『財政改革の基本方針2008』（骨太の方針）において「これまでの閣議決定に変わる新しい医師養成のあり方を確立する」としたうえで、2009年度から医学部の定員枠を全国で693人増員し、過去最大程度の8,486人にする計画が公表された。

この決定を受け、山形大学では、将来山形県内で働く意志を有する学生に対し、小児科、産婦人科、救急、外科で、大学と地域病院で専門医研修までの一貫した教育を行い、4年次以降3年間の学費を免除する専修コースを創設した。これは全国の大学に先駆けた画期的な取り組みであり、山形大学の卒業生の中から、将来にわたって県内の地域医療を支える多くの医師が巣立ってくることを期待したい。

厚生労働省が医師不足の現状を率直に認め、長年の医師数抑制方針を転換したことは、大いに評価できる。しかし、OECD（経済協力開発機構）が公表するデータによれば、日本の医師数はOECD諸国の中で最低水準にあり、G7（日、米、加、英、仏、独、伊）の中ではカナダと並び最も少ない（図表8）。

現在（2006年末）の日本の医師数は約27万8千人であるが、OECD諸国の平均と比較すると、さらに11万2千人余りの医師が不足している計算になる。日本の医師数を国際水準並みに近づけようとするれば、今回の増員程度では遠く及ばず、「革命的な」数の医師の増員策が必要になる。

図表6 県別医師数の分布（人口10万人当たり）  
（2006年末現在）



資料：厚生労働省「2006年 医師・歯科医師・薬剤師調査の概況」

図表7 医療法に規定する病院の医師、看護師の充足状況  
（平成12年度医療監視結果）

	医師	看護師
全国	71.3%	98.7%
北海道・東北	47.6%	98.9%
関東	78.2%	97.0%
北陸・甲信越	62.1%	99.4%
東海	75.4%	98.3%
近畿	86.1%	99.0%
中国	71.9%	99.0%
四国	70.3%	99.3%
九州	72.9%	99.5%

資料：「平成14年版 厚生労働白書」（資料編 309頁）

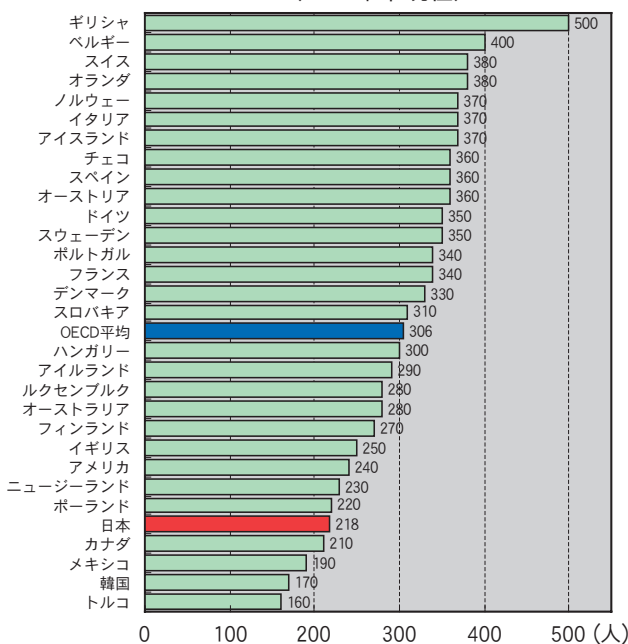


## ■今は昔、医師が過剰と言われた時代 ～“医師誘発需要”説の真偽～

日本の医師数抑制政策は、いつ頃から始まったのだろうか。1970年代の日本では、戦後の人口増加への対応や無医村の解消を目的として、一県一医大構想などに基づき、国立大学や私立大学に大量の医学部が新設された。しかし、そのスピードがあまりに急激だったため、医療界の中にも「医師過剰」を指摘する声が強くなっていった。当時は1985年までに「人口10万人当たり150人」の医師を養成することを目標に掲げていたが、1983年にはその目標が達成されたとして、1984年の『将来の医師需給に関する検討委員会』において、「1994年を目途に医師の新規参入を最小限10%程度削減すべき」との提言がまとめられ、医学部の定員も最大時に比べて約7%削減された。ちなみに、この時点で、OECD諸国平均の10万人当たり医師数はすでに200人を超えていた（図表9）。

当時の、国の医療行政に対するスタンスを端的に示す資料として、当時厚生省保険局長（後に事務次官）だった吉村仁氏が1983年に発表した『医療費をめぐる情勢と対応に関する私の考え方』という論文がある。これは、同年2月の「社会保険旬報」に掲載された3頁ほどの小論文だが、通称“医療費亡国論”とも呼ばれ、その後の医療行政にも大きく影響を及ぼしたと言

図表8 各国の臨床医師数（人口10万人当たり）  
（2006年末現在）



資料：OECD Health Data 2008（日本の医師数は、厚生労働省「2006年 医師・歯科医師・薬剤師調査の概況」より作成

われる。

その論旨は概ね次のようなものだったという。

- ①【医療費亡国論】このまま租税・社会保障負担が増大すれば、日本社会の活力が失われる。
- ②【医療費効率逡減論】治療中心の医療より予防・健康管理・生活指導などに重点を置いたほうが効率的。
- ③【医療費需給過剰論】供給は一県一医大政策もあって近い将来医師過剰が憂えられ、病床数も世界一、高額医療機器導入数も世界的に高い。

1983年の厚生白書には、「医療費適正化対策を一層推進し、医療費の増加を極力抑制する」との記述があり、この頃にはすでに国は医療費抑制の方向へ明確に舵を切っていたことがうかがえる。

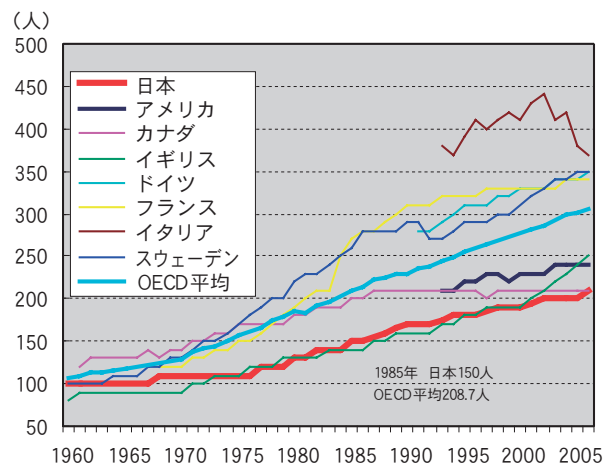
医師数削減の目的は言うまでもなく医療費の削減であり、「医者が増えると医療費が増加する」あるいは「医療費を減らすには医師数を増やしてはいけない」という、いわゆる“医師誘発需要”説に基づいている。

折しも、同時期の1983年には、アメリカの医療経済研究者が「医師が増えると医療費が増加する」という学説を発表した。しかし、その内容を正確に読めば、「医師数が10%増加しても、外来受診の頻度の上昇は0.6%」というものだった。

さらに1990年以降にも、医師の誘発需要について、アメリカや北欧で実証研究が行われたが、その結果はいずれも、誘発需要はゼロ、すなわち「医師数を増やしても医療費は増加しない」というものだった。

現在の状況から常識的に考えても、診療単価が厳密に規定されている我が国において、病院が採算を度外視して過剰に勤務医を抱えることはあり得ない。また、

図表9 日本と諸外国の医師数の推移（人口10万人当たり）



資料：OECD Health Data 2008より作成

診療所であっても、「医療的に必要性の低い治療を強引に医師が進め、患者がそれに従う」ような状況は一般的に想像しにくい。仮にそういう医師がいたとしても、ごくわずかであり、フリーアクセスが保障されている日本において、そのような医院は時間とともに淘汰されていくだけのことであろう。

医師を大幅に増員し、仮に過剰になったとしても、医療費の上昇に直接的な影響を及ぼさないことは、すでに多くの研究結果が証明している。

## ■高齢化の進展が医療費を高騰させるのか

医療費が増大する第一の要因として、厚生労働白書などでは、高齢化の進展（高齢者の増加）があげられている。これは、高齢者は疾患にかかりやすく受診回数も多いことなどによって、容易に説明がつく。

しかし、このような解釈は高齢者と若者の間に、ある種の精神的な軋轢を生じさせる。

高齢化が医療費増大の最大の要因であるとするれば、図表10で示すように、長野県や山形県など、高齢化率が高いにもかかわらず一人あたり医療費が安い県の存在をどのように説明すればよいのだろうか。

また、日本で国民皆保険が実現した1961年から2005年にかけての45年間で、高齢者の数は4.7倍に増えたが、名目（実数）上の国民医療費は高齢者数の伸びをはるかに上回り約65倍に高騰している（図表11）。この期間の物価上昇率を割り引いた実質ベースでも16.9倍の上昇である（GDPデフレーターを用いて荘銀総研試算）。

さらに、医療費の推移を注意深く見れば、介護保険制度が施行された翌年の2001年以降、老人医療費は11兆6千億円前後から上昇しておらず、2006年度には11兆2千億円にむしろ減少している。

これらの事実は、医療費の上昇には高齢化以外の要因が大きく関わっていることを示唆している。

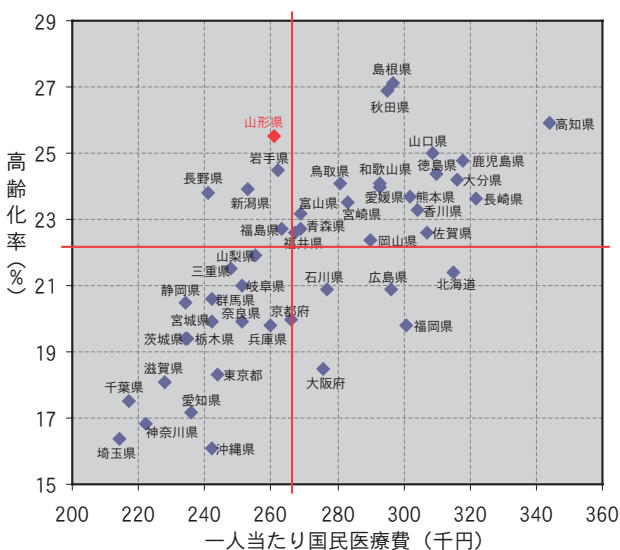
「寿命の延長」が医療費に与える影響について、アメリカの学者スピルマン（Spilman）とルービッツ（Lubitz）が65歳以上の死亡例8万人以上のマイクロデータを用いて検証した結果が、2000年に発表された。その報告では、①個人レベルの急性期医療費が急上昇するのは死期の直前であり、寿命の延長にはほとんど影響を受けない、②寿命の延長は主に介護医療費を上昇させる、と結論づけられている。

さらに、スピルマンとルービッツは、急性期医療費が死期直前に集中していることに着目し、死亡直前2年間の医療費を死亡時年齢ごとに算出した。その結果、「急性期医療費」に限れば、死亡時年齢80歳の医療費を100とすると、70歳では約115、90歳では約75であった。

つまり、急性期医療費は死亡直前に集中する傾向にあるものの、集中的かつ高度な急性期医療は90歳よりも70歳の高齢者に対して高頻度に用いられる事を示している。

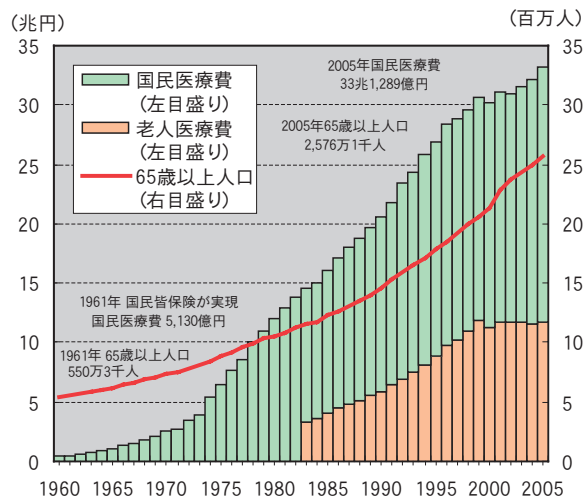
図表12の棒グラフは、65歳以上の高齢になるほど一人当たり多くの医療費を必要とすることを表しており、高齢化が医療費を押し上げる論拠のひとつとしても使われる。しかし、そのグラフに年齢階級ごとの死亡率

図表10 県別高齢化率と一人当たり医療費の相関図



資料：総務省「国勢調査」、厚生労働省「国民医療費」（2005年度）

図表11 国民医療費、高齢者人口の推移



資料：厚生労働省「国民医療費」「老人医療事業報告」、総務省統計局「国勢調査」「人口推計年報」  
※「老人医療事業報告」は1983年から施行された「老人保険制度」に基づくため、「老人医療費」の1982年以前の統計は存在しない。

(折れ線グラフ)を重ね合わせると、両者の増減率はびたりと符合する。日本人の平均寿命が80歳を超えた現在、死期が70代~80代に集中するのは当然のことである。仮に、何らかの理由で日本人の死期が60代に集中したとしても、70代で死亡するよりもさらに高度な急性期医療が高い確率で用いられることになり、長期的に見た場合の全国的な医療費の総額は、結局、大きくは変化しないだろう。

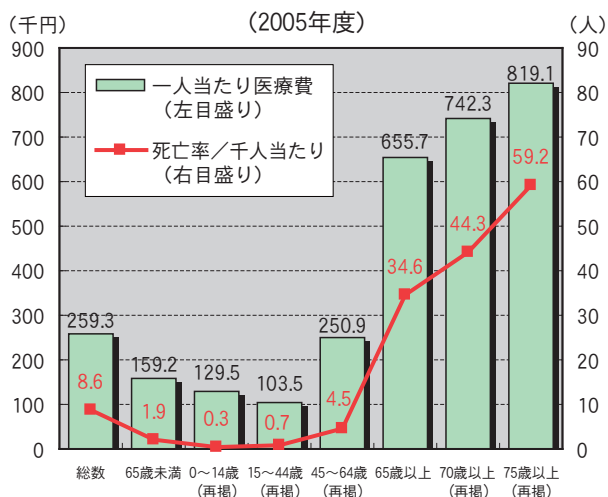
それでは、医療費が上昇する最大の要因は何なのか。医師でロチェスター大学助教授(医療経済学)の兪炳匡氏は、医療費の上昇に最も大きく寄与する要因として、定量(数値)的な測定が困難な「医療技術の進歩」を掲げ、もし現在も1960年代と同様の治療や手術だけを行い、新たに開発された医療技術や新薬を一切保険給付に含めなければ、医師の数が現在の2倍になっても、高齢化のスピードが2倍だったとしても、医療費の上昇ははるかに穏やかだったろう、と指摘している。

医療技術の進歩は、診断や治療には大きく貢献するものの、効率化やコスト削減にはつながらず、逆に検査に関わる人手や経費の増加をもたらす。高度化によって患者満足度はあがるが、コストも上がるのが医療の特質である。

ちなみに、日本のCTスキャナーやMRI装置の導入率は他国に比べて極めて高く、CTスキャナーの100万人当たりの日本の導入台数は、2006年で92.6台(アメリカの1.8倍、OECD平均の4.3倍)、同様にMRI装置の導入台数は40.1台(アメリカの1.5倍、OECD平均の4倍)である。

兪炳匡氏は、各国の多数の研究結果を踏まえ、独自

図表12 年齢階級別一人当たり医療費、死亡率



資料:厚生労働省「国民医療費」、総務省「人口動態統計」(2005年)

の仮定も加味した上で、医療費上昇に関わる要因の寄与率を、図表13のように推計している。

今後の日本の医療の方向性を正しく議論していくためにも、医療費上昇の科学的な要因について、海外の研究成果ばかりでなく、日本独自のデータに基づく、さらなる研究の深化が望まれる。

## ■先進国の中で最低水準の日本の医療費

日本が1980年代から医療費抑制策をとって来たことはすでに述べた。では、日本の医療費は国際的な水準と比べてどのようなレベルにあるのだろうか。

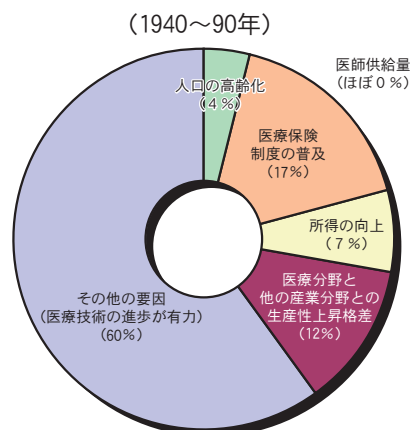
保健医療支出がGDPに占める割合では、日本はOECD諸国の中で最も低いグループに属し、2006年ではG7中最低である(図表14)。

日本の医療政策は、1980年代以降、医療費の伸びを経済成長の範囲内に抑えていくことを目標に進められてきたが、この狙い通り、80年代はマクロ経済の好調な伸びを背景に、医療費は経済成長と同率程度で推移した。ところが、90年代に入り経済の伸びが鈍化するにつれて、医療費は経済成長率を上回って上昇したため、老人保健法の改正や医療保険改革法案などによって、自己負担の引き上げなどが行われてきた。

一方、一人当たり保健医療費支出額(公的、自己負担含む)をみても、日本はOECD諸国の平均を下回り、G7の中では最低である(図表15)。

このような状況についてOECD編著による『図表でみる世界の保健医療OECDインディケーター(2007年版)』では、「日本とドイツは一人当たりGDPが同じくらいあるにもかかわらず、一人当たり医療費は大きく

図表13 アメリカにおける医療費上昇の5つの要因



出典:『「改革」のための医療経済学』(兪炳匡 著)  
※(筆者注)この推計における医療費の中には、介護費用も含まれる。



異なっていて、日本の保健医療支出はドイツの水準の75%より低い」と指摘している。

日本の医療費は国が一律に定める診療報酬費によってコントロールされており、診療報酬の水準は病院や診療所の経営内容に直接的に影響を及ぼす。

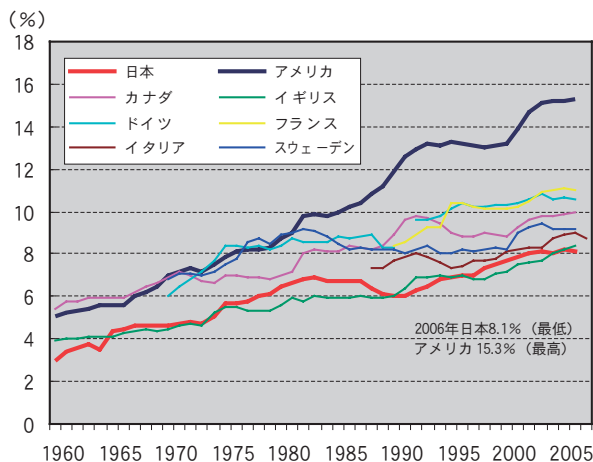
診療報酬は小泉改革のもとで、2002年に史上初めて引き下げが行われ、さらに2006年にも大幅な引き下げが行われている。

地域医療の要である公立病院の経営状況を『地方公営企業年鑑』（平成18.4.1～平成19.3.31第54集）によってみると、2006年度には公立病院の73.6%が純損失を計上しており、その割合は2003年度以降年々増加している。公立病院の医業収支比率（医業費用に対する医業収益の割合＝医業収益÷医業費用）をみると、2006年度の全国平均は88.8%であり、その割合は県立病院で84.3%と最も低くなっている。すなわち、100%との差である11.2%～15.7%が病院本来の医業におけるマイナスであり、これらの費用は、県や自治体の一般会計からの繰り入れなどによって、最終的に穴埋めされていることになる。

具体的に、山形県立の5病院（中央病院、新庄病院、河北病院、鶴岡病院、日本海病院）についてみると、2006年度の5病院を合わせた医業収入が概ね356億円に対し、医業費用は402億円（医業収支比率88.6%）である。その他医療外収益が2億、利息支払いなどの医療外費用が23億あり、県の一般会計等からの補助金等56億円を繰り入れて、最終的に経常収支約11億円のマイナスである

民間病院であれば、不採算の部門はいずれ切り捨てるしかないが、地域医療の最後の砦である自治体病院

図表14 保健医療支出のGDPに占める割合



資料：OECD Health Data 2008より作成

では、たとえ赤字であっても簡単に止めるわけにはいかない。しかし、増加する財政負担に耐えきれずに、千葉県銚子市立病院などのように閉鎖したり、病院から診療所への縮小を余儀なくされる公立病院も出てきている。

極端な医療費抑制策のツケは、結局のところ、人口や税収の少ない小規模な自治体の財政や住民に、より大きな負担としてのしかかってくる。

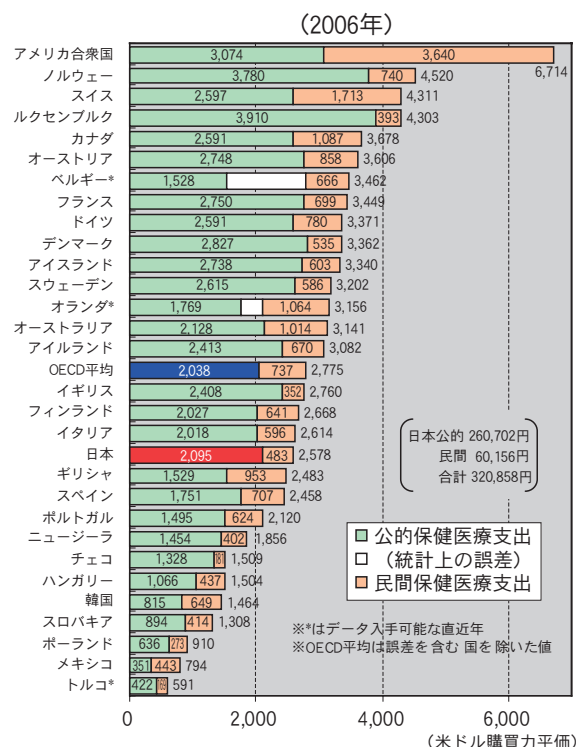
## ■医療が問いかける国のカタチと命のコスト

少ない医師数や医療費で、一定レベルの医療を維持しようとするれば、必然的に医師や医療従事者に過重な労働を強いることになる。

2006年7月に厚生労働省が公表した『医師の需給に関する検討会報告書』によれば、勤務医の一週間の労働時間は、20代で74.9時間、40代で64.5時間、70代で41時間、80代でも31.4時間と報告されている（驚いたことに、同報告書では医師が労働できる上限年齢をあえて設けていない）。また、日本外科学会の調査によれば、「当直明けの手術に参加した」ことのある医師は72%にのぼっている。

医療技術の向上による複雑化や多様化に加え、インフォームドコンセントや医療安全に対する配慮の強化、

図表15 一人当たり保健医療支出、公的・民間別



資料：OECD Health Data 2008より作成

作成する文書量の増加などにより、医師の労働量はますます増大している。

医師を追い詰めるのは、このような過酷な労働環境ばかりではない。

経済が豊かになり、カネさえあれば欲しいモノは何でも手に入る社会になり、医療の技術も進歩する中で、私たちは、医療に対しても過剰な安全願望を持つようになった。

その結果、医療結果への不信に基づく訴訟事件が急増している。最高裁判所の統計によれば、1998年には632件だった医事関係の訴訟事件が、2004年には1,110件に増加し、2007年は少し減ったものの944件にのぼっている。また、「病院に行けばすぐに治る」という過度の期待を抱くあまり、自分のイメージした治療結果にならない場合に、病院や看護師に対して強い不満をぶつけたり、理不尽な要求を繰り返す患者も増えているという。

医療や医師の立場を顧みないこれらの患者の不遜さが、医師の離職や病院離れにさらに拍車をかけている。

冷静に考えれば、疾患による苦しみや痛みを和らげたり、患部を治療して死期を先延ばしにすることが医療の使命であり、限界でもある。たとえ、どんなに医学が進歩しても、不老不死の治療や薬は発明されず、人はいつか、必ず死期を迎える。

私たちは、命の有限さと、医療に何をどこまで求めるかについて、改めて考えなければいけない。また、命の誕生と終わり、そして心身のケアや維持には人手とコストが掛かるのだという当たり前のことを、再度、

自覚する必要がある。医療は有限の公共資源であり、一定水準の多様な医療上の選択肢を確保しようとするのであれば、財源の負担やその調達に関する議論を避けては通れないだろう。

最後に、OECDのデータによって、医療だけではなく、年金や介護、雇用保険、生活保護費なども含めた社会保障費全体の日本の水準をみてみたい（図表16）。日本の社会保障費は、1990年代後半まで、先進国中最低水準で推移してきたが、年金給付の増加などにより、1998年にアメリカを越え、2002年にはカナダを追い超した。しかし、依然としてOECD平均や、ヨーロッパ各国よりも、低い水準にある。

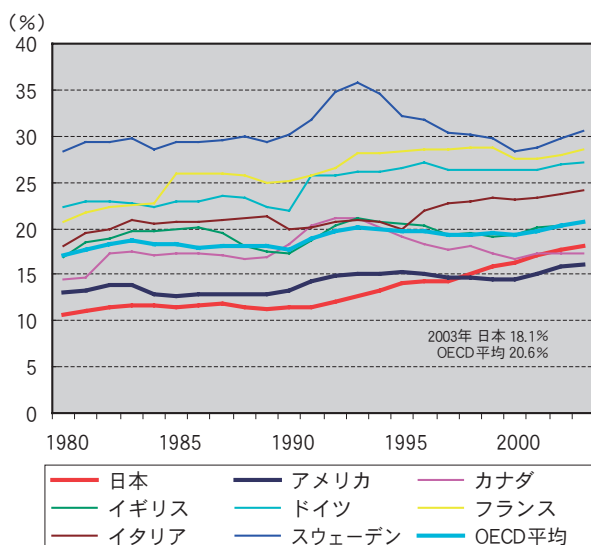
日本の社会保障費が低水準にとどまっている理由として、千葉大学教授の広井良典氏は、第1に、会社による保障（終身雇用制度や企業福祉）や、家族相互の保障（家族による介護など）といったインフォーマルな社会保障が機能していた点、第2に、公共事業による雇用の保障（北欧などの積極的雇用政策に似た雇用創出による生活保障）が大きな役割を果たしていた点をあげている（広井良典 著『持続可能な福祉社会』）。

しかし、近年の財政再建政策や小泉構造改革、グローバル化などによって、そのいずれもが機能しなくなった。にもかかわらず、国による代替え策やセーフティネットが十分に整備されないまま現在に至っていることが、格差の拡大や、昨今の派遣労働者の大量解雇問題などにもつながっている。

医療の危機が大きな話題となっている今こそ、私たちは当事者として、人間の生活や生命に関わるコストやその財源論について、また、社会保障全般にわたる将来のビジョンについて、真剣に考え議論していくまたとない機会ではないだろうか。

※次回の「医療特集」は、FutureSIGHT45号（夏号）に掲載します。

図表16 公的社会保障費のGDPに占める割合



資料：OECD Health Data 2008より作成

<主な参考文献等>

- ◇『厚生労働白書』（昭和58年版、昭和60年版、平成14年版、平成19年版、平成20年版）厚生労働省 編
- ◇『医療崩壊「立ち去り型サボタージュ」とは何か』小松秀樹 著 朝日新聞社
- ◇『誰が日本の医療を殺すのか』本田宏 著 洋泉社
- ◇『「改革」のための医療経済学』俞炳匡 著 メディカ出版
- ◇『持続可能な福祉社会 ——「もうひとつの日本」の構想』広井良典 著 ちくま新書
- ◇『図表で見る世界の保健医療OECDインディケータ（2007年版）』OECD 編著 鐘ヶ江葉子 訳 明石書店
- \* OECD Health Data 2008（最終更新日2008/12/5）
- \* 地方公営企業年鑑 第54集 総務省自治財務局  
(<http://www.soumu.go.jp/c-zaisei/kouei18/index.html>)