

必要です。積み重ねとして重要なのは実証的な研究でしょう。そのような研究が積み重ねられる必要があると思います。私はこれが新しい政策学になると思っております。以上です。

—メディアからの問題提起—

南 砂



ご紹介いただきました読売新聞の南でございます。本日はこのような専門性の非常に高い場に私を招んでいただきまして、誠にありがとうございますでした。

日ごろ社会保障、中でもとりわけ医療のことをテーマにしていまいりましたので、ルグラン先生とシューラー先生のお話は大変興味深く伺わせていただきました。また、介護にかかわることもテーマにしていまいりましたので、京極先生のお話は、医療と介護が不可分であることを再認識する意味で、大変勉強になりました。私からは、時間の制限もございますので、大きく分けて二つのことを申し上げたいと思います。

まず一つは、今日のテーマである社会保障制度改革への新しい考え方ということで、ルグラン先生のお話しされた四つの選択肢、処方せんがあるというお話についてちょっと感じたことも含めてお話ししたいと思います。社会保障を市場論でどういうふうに運営していくのかということは、日本でもここ数年、大変過熱した議論がありました。特に小泉改革と称する小泉政権の下での5年余りにわたる議論の中で、社会保障や教育といえども聖域ではないのだということで、非常に厳しい改革を迫られてきたという経緯は皆さまもご存じのとおりであると思います。今日、ルグラン先生のお話の中で、とりわけ私が興味深く思いましたのは、信頼と不信、それに続けて“Voice”というところです。今、郡司先生もおっしゃいま

すが、ある時期私どももマスメディアも、医療は受ける者が選択すべきであるとか、患者が選択する医療が本来あるべき姿であるとか発言してまいりました。その結果医療を受ける側の意識が非常に高くなっていきました。また医療について当事者意識を持って考えるようになっていったという点も非常に良い点だと思います。しかし1990年代から後、選択、“Voice”というもののデメリット、つまり医療は声を上げられない人、選択できない人には最善のものが用意されないというような状況が出てきました。ルグラン先生がそれをまさに“Voice”の弊害ということでお話になったのを興味深く思いました。

私どもは読者に対して、アメリカの経済市場の原理は日本にはそぐわないとか、イギリスは国営の医療なので質向上が困難だとか、短絡的かつステレオタイプな表現で示してしまいます。しかし今日、ルグラン先生のお話を伺いますと、これだけの処方せんがある中で国民はどういう条件で、とれる政策が望ましいと考えているのかという、非常に丁寧な議論があって、「準市場」という概念がイギリスでうまく機能したということが非常によく分かりました。国民はどういう社会保障制度を望んでいるのか、市場の論理をどのように引用していくのか、導入するのかということについて、イギリスの例、それからシューラー先生のお話にありましたように、OECD加盟各国が多様な医療制度を取っているということも、日本の進路をどうしたらいいのかということを考えていくよすがになると思いました。

私が非常に危惧するのは、社会保障をめぐる議論が交錯している間、日本が経済的に減速しまして、日本社会が格差社会と呼ばれるような厳しい状況になっていることです。特に若者の雇用、就労の状況などが非常に難しくなっています。社会保障というものはどういう形を取るのであれば、セーフティーネットということではなりません。社会保障のそういう役割を考えれば、今という時は、日本の国がいかにかじを切っていくのか、という非常に重大な極面にあるということを感じます。

シェラー先生やルグラン先生にとって目新しい話かどうかは分かりませんが、最近の日本では、例えば支払い能力があっても給食費を払わないだとか、モラルが非常に低下してきているといったような、社会全体が抱えている大きな問題が暗雲のように垂れ込めております。そういう中で私たちは、本当にセーフティーネットを必要とする人々に、どのような社会保障サービスを提供していくのかということを考えることを迫られていると思います。

第2点ですが、日本の医療と介護が抱える問題を経済学の視点から申し上げたいと思います。幾つかの限られた視点になりますが、医療保険制度に関して申しますと、日本の医療制度は、郡司先生がお話しされましたように、ある意味、「準市場」の概念で非常にきれいに運んでいた部分があったのだと思います。これには1970年代以降、医療の高度技術化により病院と診療所が提供する医療に大きな格差が生じたことと、未曾有の少子超高齢化が進行している、という2つの背景がありました。そういう中で、医療費に関していえば、国は1980年代から後、もう増加する要因しかなにかかわらず、医療費抑制政策を取っていきました。ない袖は振れないという財政当局の悩みというのは分からないでもないのですが、増える要素しかなかった医療費を抑えてきたことは非常に大きな失政であったと思います。その中で一つの非常に大きな問題は、先ほど郡司先生が民間の方へかじを切ったとおっしゃった部分です。国内にある病院が9,000ぐらいのうち、6割強は主体が民間です。民間は中小病院が多いので、病床数で言うと5割強です。非常に多くの部分を民間に委ねています。これは先ほどもお話がありましたように、主体がどうであれ、いいサービスであれば患者さん、国民はいいと考えていると思います。しかし、医療は公共である、医療資源は公共財であると言いながら、民間医療法人・病院が経営を考えないわけにはいきません。経営上の理由で、医療はどうしても重装備化していきます。端的な例がCTやMRIといった非常に高度な高額の機械を入れることです。これがそれぞれの病

院にとってのセールスポイントとなり、競争の一つの方法になっていきます。その結果、世界全体に存在するCTやMRIのかなりの部分が日本にあるというような状況が起こっています。CTでいえば1万人に1台くらいの割合です。これはイギリスのやアメリカの3倍くらい、ヨーロッパ各国の10倍くらいの割合です。MRIについても同じような傾向で、あまり使わないような高額な医療機械を置いて、民間の医療施設がお互いに競合しているわけです。そういう状況が果たして本当にいいことなのかどうかということを考えていく必要があるのではないかと思います。

それから、先ほどから出ているお話とも重なりますが、日本の医療制度は、医療を受ける側にとってはアクセスの自由さ、医療を提供する側にとっては自由標榜性や自由開業性という形で、両者に自由を保障しています。このことは、行き過ぎた自由は本当に自由なのかという問題を提起していると思います。医療保険制度についていえば、過度な自由を認めることが、場合によっては秩序の喪失をもたらすことにならないかという視点を持つ必要があるのではないかと。この状況を私は非常に深刻に受け止めています。

最後に介護保険制度ですが、これは先進国ではドイツと日本にあります。日本はドイツをお手本にしてこの制度を2000年につくりましたが、創設の当時から、医療と介護の関係というものが議論されました。連携なのか、分担なのか、統合なのかといったようにいろいろな論争があり、さまざまな問題を抱えるに至っています。現在もっとも大きな問題のひとつは、介護の業界で働く方々をたくさん養成しているにもかかわらず、定着しないということです。どういう方法を取っていけば、よりやりがいのある仕事として介護の仕事に人が定着していくのかということを考えていかないと、制度があっても人材なしということになりかねないと思います。また、介護と医療の連携という意味では、京極先生もおっしゃったのですが、これからの時代日本に迫られているのは在宅における医療と介護の連携であるにもかかわらず、現状の在宅サービスが貧困であるということ。介護

をやっている専門の方からもこのことは頻りに聞かれます。やはり日本の介護保険制度のサービスのあり方、根幹を問いただして、何が一番大事か、お年寄りが何を望んでいるかというところにぜひ注目して考えていただきたいと思います。

最後にもうひとつ、頻りに聞かれる「介護予防」とか、「健康寿命」という言葉は、死ぬまで元気で自分で自立して生きる、そして最後までQOLを保って生きるということを示しています。これ自体は素晴らしいことですし、理想的なことで、誰でもが願うことです。しかし年を取っていくということの現実、これとは全く違うところにあります。この現実を見ず、理想を義務というふうに課して、お年を取った方に「いつまでも元気でいましょうね」と言ったりハビリをたくさんさせたりすることが果たして本当に望ましいことなのかどうか。そういった視点が今、非常に問われているのではないかと思います。介護保険制度は、医療より生活にかかわる問題ですので、より多くの人口を巻き込みます。私たちは本当に真剣に考えていく必要があると思います。

それも含めて経済学的なアプローチや、市場論といったことを専門家の方にぜひ緻密に研究していただき、国民にも発信していただき、みんなで考えていきたいと思っております。どうもありがとうございました。

—医療・介護サービスの新しい分析の意義と課題—

金子能宏



今、ご紹介にあずかりました社会保障・人口問題研究所社会保障応用分析研究部の金子能宏と申します。今日は先生たちのお話を伺いまして、これに対するコメントをお話しさせていただきたいと思います。既に

討論者の方から各先生のお話の内容の概要についてご報告がありましたので、私も簡単にどういう点に注目したのかということをお話しさせていただきたいと思います。そして、その後、シェラー先生のお話で私が非常に興味を持ったところについてお話をさせていただきたいと思います。

ルグラン教授の報告では、まず理論的には準市場の視点から、政府予算・社会保障財源を活用した医療サービス提供における諸問題とその解決の方向性について議論なさったと思います。政府予算方式と出来高払い制の比較、それぞれにメリットデメリットがあるということでした。また、インセンティブの問題が非常に重要で、これは先ほど郡司先生から計画なのか、介入なのか、もしも介入を採用するとすれば実際にはインセンティブを活用する介入の方法が必要であり、そのためには幾つかの条件があるということのお話がありました。具体的には、ルグラン先生は医師などの専門家のインセンティブがなぜ重要なのかということ、果たして医療制度というのは利他的な動機付けに依存することだけでうまくいくのかということをお話しなさったと思います。また、実際にインセンティブが働いて本当に医療がうまくいっているかどうか。これはやはり医療のパフォーマンスをどう計測するのかということと、経営管理が問題であろうということもお話しなさっていたと思います。パフォーマンスの計測というのは、シェラー先生の医療費の国際比較や井伊先生のコメントと同様に、医療の統計をそれぞれの国でどう整えていくのかということとも関係していると考えられます。特に経営管理の問題では、医療サービスの提供の当事者たちの声、ルグラン先生の用語そのままですと“Voice”，すなわち郡司先生がお話になったところの民主制が重要であるということが指摘されました。それから選択と競争です。最後に、こういういろいろな課題に対してどう挑戦していくのかということで、一つの視点が社会民主的な課題への挑戦であるのではないかとお話ししていらっしゃいました。

順番は変わるのですが、京極先生の報告では、高齢化と介護費用に関する指標の国際比較という