

わが国の医療・介護はどうなるか

— 持続可能にするために必要な改革 —

土 居 丈 朗

皆様、こんにちは。慶應義塾大学の土居丈朗と申します。

今日の演題は「わが国の医療・介護はどうなるか」であります。

皆様も日頃から医療や介護について、いろいろといい思いをされる場面もあれば、やきもきする場面もあるかもしれません。さらに言えば、いま新型コロナウイルス（以下、新型コロナ）の感染拡大の局面では、医療が非常に重要な役割を果たしているということは、皆様もご承知かと思えます。

新型コロナの対応にあたっておられる医療従事者の方々には、大変感謝に堪えないわけであります。その反面、わが国には実は人口に比して病院のベッド（病床）がたくさんあるわりには、コロナ対応で感染者が増えるとすぐに医療がひっ迫すると言っているように、何か微妙な矛盾を感じたりすることがあったりします。

新型コロナは非常に大きな災いだったわけでありますけれども、その災いに直面してわが国の医療のいい面と悪い面が、非常にはっきり浮かび上がってきたのではないかと思うわけです。

それとともに、高齢者の生活を支えるためには、介護も非常に重要な役割を果たしているわけで、医療と介護は、特に高齢者にとってはセットでこれらを考えていかなければいけない。医療だけよければそれでいい、介護だけよければそれでいいというわけにはいかない。両方が上手く連携してやっていかなければならない。このような状況かと思えます。

では、この医療と介護には何かとお金があるので、そのお金をとにかく税金でとって国民に負担を強いるのではなくて、国はどんどん借金できるのだから借金して医療や介護をやってしまえば、誰も負担増とかで困らなくていいのではないかというように思われるかもしれません。しかし、もしそうしたならば、

そんなに遠くない将来に災いがわれわれに、高齢者だけではなくて、若い人も含めて及んでくるということを、先にお話しておこうと思います。医療や介護の本題に入る前に、まずはひとまず現状について、若干医療と介護から離れますけれども、お話をさせていただきたいと思います。

コロナ後はインフレかデフレか

話の最初は、いきなり「コロナ後はインフレかデフレか」という大げさなタイトルでありますけれども、新型コロナで経済が大きく打撃を受けてしまった(図表1参照)。経済的打撃があって、飲食業の方は休業要請を強いられるとか、中には非正規雇用の方は仕事が減ったので、就業時間が減ってしまうとか、所得が減ってしまうとかというようなことがあったりしました。ただ、コロナの後はもちろん立ち直るという意味では、一旦景気がよくなって、コロナの前の水準に戻るまでくらいはそれなりに元に復することはあるのかもしれない。けれども、それが終わると、また経済が低迷する、コロナの前のような状況に逆戻りするのではないかという見方があったりします。

図表 1

コロナ後はインフレかデフレか

拙稿『日経ヴェリタス』2020年4月12日号掲載 <https://j.mp/NV2004> で無料閲覧可

➤ 「コロナショック」は需要減退ショックか供給停滞ショックか

- 需要減退ショック・・・1929年の世界恐慌 →デフレ・低インフレの
休業、失業→所得減少→消費減退 継続
しかもそれが長期化
- 供給停滞ショック・・・第2次世界大戦 →インフレへの転換
世界的なサプライチェーンの人為的な寸断
従来の雇用や取引関係の解消→収束後すぐに復旧しない

◆ 第2次世界大戦直後の経済

- 供給施設の大規模な破壊
- 大戦中に抑えてられていた消費や投資の意欲が開放されて消費・投資ブーム
- 戦費調達に伴い増大した通貨供給量
→ 大なり小なりインフレ率が上昇

➤ 従来の不況にはない、供給停滞ショックが含んでいる

© Takero Doi. 2

記憶に新しいところでいうとリーマンショック（世界金融危機）、2008年・2009年です。この後、日本も相当景気低迷に喘いだ時期がありました。こういう時期のことを思い起こすと、これはなかなか活発に消費や投資が行われないう意味で、需要減退ショックというような言い方を経済学の用語では言ったりもします。要は、物を作っても売れないというような状況です。

では、もっと消費を活発にするのはどうすればいいのか。現役世代からすると、賃金が上がってくれないと物をたくさん買えないよと。では、給料が上がるのかというと、なかなか物が売れないから利益も増えなくて、給料も増えないというような悪循環。こういうのが需要減退ショックということで、これはあまり詳しく説明しなくても、過去10年間くらいのわが国の経済は、このような状況から抜け出しつつあったとはいえ、こういう状況に喘いでいました。

コロナ後は、そのような状況に逆戻りすることしかも考えられないと断言していいのかというと、必ずしもそうではないというところが、私が強調したいところであります。実は物を売る側にも、ドシドシ物を作れるというほど、何の制約もないというわけではない。2021年も、いろいろな物が微妙に値上がりし始めているというようなことがあったりしますし、新型コロナウイルスの感染拡大「第1波」のときに目の当たりにしたのは、マスクがほしいのにマスクが売っていないとか、消毒液がほしいのに消毒液が品切れしてしまう。そういう物不足。物を作っても、どんどん皆が買い占めてしまって品不足になる。このような状況が、実はコロナ禍の中でも起きています。

それはある意味で当然で、あえて感染拡大を防ぐために、人為的に経済を止めているわけですからそのようなことが起こるということです。もしかすると、コロナの後もしばらくはそのような状況が続くかもしれない。

マスクとか消毒液は2020年央には余るほど売り出されたので、マスクとか消毒液は一過性の物不足だというような話がありますけれども、いましばらく物不足と言われているのは半導体です。自動車に備え付けられている半導体とか、いろいろな電化製品に備え付けられている半導体、これが世界中で不足しています。まだ日本の物価にはそこまで重大な影響が及んでいるわけではありませんけれども、これがいろいろな電化製品や、自動車の値上がりにつながるようなことすらあり得るわけです。

新型コロナウイルスによって世界中のサプライチェーンが寸断されたことで、それが

いとも簡単に新型コロナが終わったら元通りに戻ることはないかもしれないというようなことになると、物不足になれば当然物価が上がってきます。いわゆるインフレですね。このような可能性も、今後は考えられます。

それからもう一つは、日本銀行が大量にお金を出しているということです。資金繰り支援といって、運転資金に困った会社に対して、金融機関を通じてお金をどんどん供給しています。直接貸しているのは民間金融機関等ですが、そのバックにいるのは日本銀行です。それで、ただでさえコロナ前にデフレ脱却を目指してたくさんお金を市中に出していたのですが、コロナ禍に直面して運転資金に困った事業者に対してたくさんお金を融通しています。

このお金は、世の中でグルグル回れば人々が潤っていいのですが、滞留すると格差の拡大をもたらすという、問題を引き起こしています。

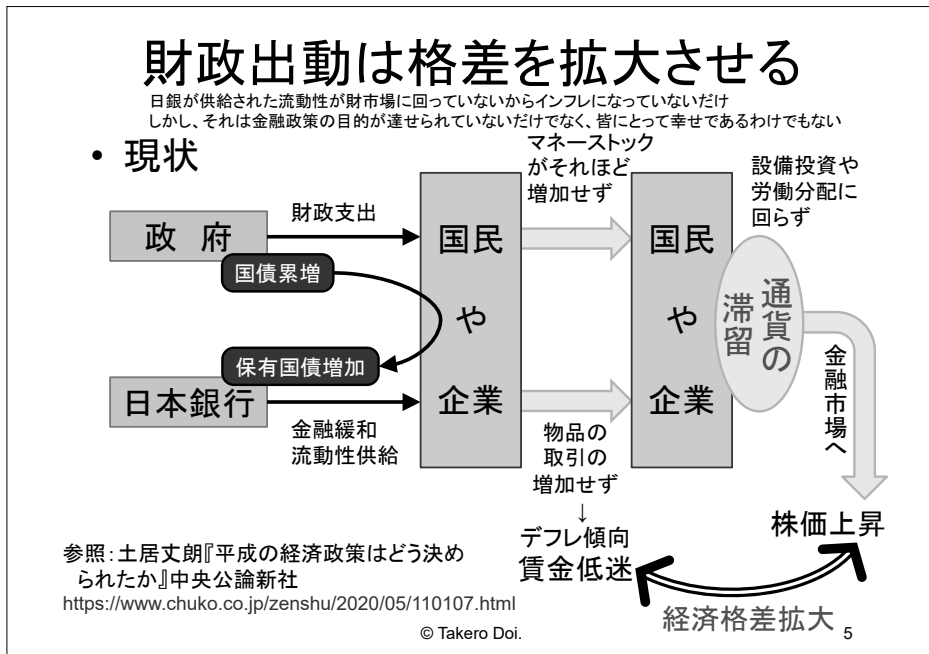
コロナ禍の中でも株価が上がっています。そして株をたくさん持っている人はもうかっている。そして、コロナ禍で困っている人がいる傍らで全然困っていない人もいるということです。もちろん、生活に困る家計に対して、何とか救済してあげたほうがいいのではないか。2020年に1人一律10万円の特別定額給付金が配られました。それで助かったと方もおられることではありますが、困っておられる国民は、困っているからこそお金をもらったまますぐにそのお金を使わないといけません。生活するためにお金を使うとなれば、スーパーで物を買うとか、いろいろな形でお財布からお金が出ていく。もらったお金がそのままお財布から出ていく。

企業に対しても、2020年には最大200万円の持続化給付金を政府は出しました。たとえば会社であれば、いまのオフィスを維持するためには仕事がないにもかかわらず家賃を払い続けなければいけないとか、従業員を引き留めるためには従業員に給料を出さなければいけないということになると、たしかに政府からお金を給付してもらうのはありがたい。けれども、そのお金が困っている企業はすぐさまお金が出ていく。

では、誰のところにお金がたまっているのかというと、困っていない人のところにお金はたまっていくわけです。

図示すると図表2のようになります。結局、政府は左側からお金をどんどん右側の国民や企業にお金を出していく。けれどもお金に困っている人はすぐさまお金を別の企業や国民に渡す。

図表 2



たとえば、先ほど申し上げたように、生活費を工面するのに困っている人は、特別定額給付金を 10 万円もらえばその 10 万円は物を買うお金で出ていって、スーパーとか、物を買った会社にお金を払うという形でお金が出ていく。それから、企業も売り上げが上がっていないのに従業員を雇ってれば、その従業員に給料を払う。このような形で、国が出したお金はそのまま一旦は別の誰かにお金が渡るけれども、最終的にそのお金がどこにたどり着いているか、かつどこでたまっているかといえは、それはいますぐお金を使わなくても何も困らないという国民や企業のところにお金がたまっていくわけです。

ちょっと乱暴な言い方で言えば、お金持ちの人は別に特別定額給付金 10 万円をもらっても、もらうだけありがたいけれども、だからといってそれをいまますぐ使うというほど困っていないから、貯金しておこうとか、ないしは貯金といっても金利もほとんどゼロみたいなものですから、株でも買っておこうかということになる。そうすると、そのお金が株式市場に向かう。そして、買いが買いを呼んでという形で、株価が上がっていく。これに対して、仕事がコロナ禍のせいで激減してしまったとか、実際コロナ禍の中でも働いているといえども給料はなかなか上がらないという会社に勤めている方は、非常に生活に困る

という形で、格差が拡大する。

たしかに目の前に困っている国民や企業があるから、どんどん政府は借金をしてでもいいからお金をつぎ込むべきだということかもしれない。それで、一時的に困っている国民や企業は助かるけれども、最終的にはお金を出せば出すほど困っていない人のところにお金がたまっていくという構図になっている。

やはりこの状況を打開するには、いままでのやり方と同じやり方をやっているのではなかなか上手くいかないと思うわけです。政府が借金をするにもほどほどにしないと、結局、格差が拡大してしまう。その意味では、とにかく国は借金をして国民にお金をばらまけばいいということは、残念ながら多くの人を助けることにはつながらない状況だと思います。

社会保障の将来見通し

それを踏まえたうえで、では今後どうやって医療や介護とかという形で、国民の生活・老後を安心したものにするかという点がむしろ大事になってくると思います。国債の話はまた最後のほうでお話をもう 1 回確認をしたいと思います。

さて、そこで医療と介護の本題に入っていきたいと思います。医療や介護は今後どうなるかについて、政府が 2018 年に試算を出しています (図表 3 参照)。2018 年、まだ消費税率が 8% の頃でしたけれども、その頃と比べて 2025 年、これは団塊世代の方々が全員 75 歳以上になる年ということで、社会保障の議論をするとき、医療や介護の議論をするときには、2025 年という年は非常に大事な年とされています。

それから 2040 年。2040 年は 20 年先なので、私自身もこの 2040 年にどのような世の中になっているのかはとても断言できるようなものではありません。けれども、なぜ 2040 年を持ち出しているかという点、団塊ジュニア世代、1971~1974 年生まれの方々が団塊ジュニア世代ですけれども、この世代もベビーブーマーなのです。団塊の世代と団塊ジュニア世代は、ベビーブームでそれなりに人口が多い世代。この世代の人たちが、ちょうど 65 歳を超えて高齢者になってくるというのが 2040 年で、2040 年は人口という意味では、わが国で高齢者の人数が最も多くなると言われているのが 2040 年頃であります。

図表 3

2040年を見据えた社会保障の将来見通し

単位：兆円

	(実績値)			
	2015	2018	2025	2040
年金	54.9	56.7	59.9	73.2
医療	37.7	39.2	47.4	68.5
介護	9.4	10.7	15.3	25.8
子ども子育て		7.9	10.0	13.1
その他	12.8	6.7	7.7	9.4
合計	114.9	121.3	140.2	190.0

出典：「2040年を見据えた社会保障の将来見通し」(2018年5月)、社会保障
人口問題研究所「社会保障費用統計2015年」

© Takero Doi.

6

高齢化率という、人口に占める 65 歳以上の比率は、まだまだ 21 世紀後半も上がるのですけれども、人数という意味では 2040 年頃が高齢者数はいちばん多いようで、その頃の社会保障の姿ということで示しました。

ただ、2040 年は、いまから言われても、何か雲をつかむような話で、「そんな予測の額を出しているけれども、本当にあたるのか」という感じです。ちょっと意地悪な言い方をしますと、この見通しが出たのは、図表 3 に書いてありますように 2018 年 5 月です。この当時、まだ消費税率は 8% で、2019 年 10 月に消費税率を 10% に上げようかという予定にしていたのです。実際、2019 年 10 月に消費税が 10% になりますけれども。その当時は安倍晋三首相だったわけですね。安倍氏が総理大臣で、まだ安倍一強とかと言われて非常に力があつた時期です。その時期にこの試算を出しているのですけれども、消費税率を 10% に上げるという予定にはしているけれども、上げる決断はまだしていない。場合によっては、景気があまりよくなければまたさらに消費税を延期するかもしれないと、あえてぼかしていた時期だったのです。

ですから、なぜこんな 2040 年なんてまだどうなるかわからないような、少し遠い将来の数字を出しているのかというと、近い将来、たとえば 2020 年

にはこれだけの税金が入っていないと社会保障は賄えませんよ、2023年にはこのくらい税金が入っていないと社会保障はお金が足りませんよ、なんていうようになると、なぜ消費税を早く上げないんですか、まだ8%で全然10%にも上がっていないのに、そんな10%に上げるのに躊躇していたら駄目でしょうという数字が生々しく出てまいります。ですから、あえてわざと遠い将来の予測値を出して、将来的には増えるだろうけれども、それは将来の総理大臣が考えればいいでしょうという感じで、この数字を出したのではないか。ちょっと意地悪な言い方をすると、わざわざそんな遠い2040年の数字を出したのではないか、と勘繰りたくなるわけです。

今日の話として大事なものは、2040年とよりかは2025年です。2025年に団塊世代の方々が75歳以上になられる頃に、きちんと医療や介護に必要なお金が工面できるのかという話ですね。今日のテーマは医療と介護なので、この二つにだけあえて絞って、話を進めます。この試算によると、2025年度には、医療に47.4兆円、介護に15.3兆円もお金が入りますという試算になっています(図表4参照)。その医療のためのお金というのは、われわれが病院にいたりして受診したときに窓口でお会計をするときに、お金をなにがしか出さ

図表 4

		2018	2025	対2018比	2040
医療	計	39.2	47.4	8.2	68.5
	公費	17.1	21.6	4.5	32.2
	保険料	22.1	25.8	3.7	36.3
介護	計	10.7	15.3	4.6	25.8
	公費	5.9	8.5	2.6	14.2
	保険料	4.8	6.9	2.1	11.6

出典:「2040年を見据えた社会保障の将来見通し」(2018年5月)

© Takero Doi. 7

なければいけないという自己負担ですね。この自己負担は含まれず、その残りの部分は税金と保険料で財源を賄ってくれていて、その部分の金額を指します。そういう仕組みでわが国の医療も介護も成り立っています。

もし、いまの負担割合と同じ負担割合のまま 2025 年度を迎えた場合に、どのくらい保険料や、どのくらい税金が必要なのかというのを、2018 年度と比べた金額として示しているのがこの対 2018 年度比と書いてある列にある金額です。これをご覧いただくと、医療のために公費というのは、要は税金という意味ですね。税金で賄うべきお金が公費といいます。この公費で 4.5 兆円。4.5 兆円と言われて「ああ、なるほどこのくらいの金額ですね」ってピンとくる人はなかなかいないので、後でもう少しピンとくるお話にいたします。まず医療で 4.5 兆円、2025 年度には 2018 年度よりもさらに税金が多く必要という試算結果になっています。それから介護のためには公費で 2.6 兆円、2025 年度にはさらに税金が多く必要という試算になっています。4.5 兆円と 2.6 兆円を足して 7.1 兆円となります。

7.1 兆円という金額は、どのくらいの金額かということですね。これを消費税の税率に換算すると（別にこれは消費税で全部賄わなければいけないということではないですけれども）、どうなるか。消費税はいま飲食料品とか新聞は軽減税率ですから、ザックリ言えば消費税率を 1% 上げると 2.5 兆円くらい税収が上がってきます。消費税率 1% で 2.5 兆円税収が上がってくるということだとすれば、7.1 兆円というのは 3% 上げるとおつりが出てくるというくらいの金額です。

どうでしょうか。まあ逆立ちしてもこんな日本政府にできはしないというほどできなくはない。けれども、寝て暮らしてもこんな金額をいとも簡単にひねり出せる、放っておいても安心といえるような金額というわけでもない。政府が国民を説得して、もう少し税金のご負担をお願いできませんでしょうかとあって、ちょっと頭を下げて納得してもらおうというような努力がないと賄えないけれども、増税したってそんなの賄えはしないというほど多いわけでもないということです。寝て暮らしても大丈夫とはいえないけれども、もう一段ちょっと政府には頑張ってもらわなければいけない。国民に納得してもらえりような政策をきちんと講じないと駄目だということです。

ですから、そのような意味では 2025 年度はひどく不安、こんな賄えはし

ないというほど、お金が賄えなかったら2025年度の医療や介護って一体どうなっているのだらうと心配しなければいけないわけではない。けれども、やはりもう少し国民で負担を分かち合う努力はしないとイケない。このような状況と捉えていただければと思います。

なので、2025年度はもう絶望的な、日本の医療や介護は駄目だというわけではないということをちょっと確認しておきたい。そうは言っても、やはりそれなりに国民で負担を上手く分かち合わないといけないというところで、ではどのようにこれから医療や介護で取り組んでいけばいいかという話をしたいと思います。

図表5ですが、2025年度に向けて社会保障を改めていこうという改革の計画がすでに実行されています。皆さんももしかするとはお聞きかもしれませんが、あえてここでは専門用語でご紹介します。もちろん解説はいたしますけれども、あえて専門用語を持ってきているのは、そう言う言葉でしばしばニュースとかでも取り上げられたりするので、それになじんで頂くことを意図しております。ここで挙げることに政府、各都道府県が取り組んでいます。

コロナ禍になってから、何かと医療の話になると知事が出て来ます。東京都

図表5

2025年に向けた社会保障改革

➤医療・介護分野

- 地域医療構想(地域医療ビジョン)の策定
 - 病床の機能分化
- 医療費適正化計画の改訂
 - 後発医薬品の使用促進を徹底、糖尿病の重症化予防、多剤投薬の是正など
- 介護の地域支援事業
 - 軽度者に対する介護サービスを精査

※これらは「改革工程表」に記された改革項目でもある

だと小池百合子知事だとか、神奈川県だと黒岩祐治知事だとか。もちろん厚生労働大臣も表に出てくるのですけれども、なぜかいままで以上に知事の顔をよく見るというのをお気づきであられるかと思います。

実はわが国の医療では、それなりに都道府県に権限があります。国が何でもかんでも霞が関から指図して、右へ倣え、で全部厚生労働省なら厚生労働省が言ったとおりに従わないと駄目というわけではなくて、都道府県知事に権限がかなり委ねられていて、都道府県知事がこうする、ああすると決めないと、大臣が決めてくれるわけではないという仕組みにわが国ではなっています。

これにはいろいろな理由があります。やはり高齢化率にしても、過疎部、農村部の県では高いけれども、首都圏ではそこまでまだ高くなくて、これからむしろ首都圏はだんだん高齢化していくので、その高齢化についてもスピードが都道府県によって全然違う。それから人口についても、首都圏はまだ人口が増えつつあるような状況ですけれども、もうすでに人口減少に直面している県もたくさんある。そういうことなので、それぞれの地域で事情が違うから、国が一律で画一的にやるよりも、それぞれの地域で、それぞれの実情にあわせて医療を提供していくほうがいいという判断もあって、そうした仕組みになっています。これらは国がもちろん基本設計は描くのですけれども、そこから先どうするかということは各地域に任せられています。

それで2025年度までに改革に取り組もうということですのですでにスタートしているものとして、**図表5**にもあるように、医療では地域医療構想と呼ばれるもの、それから医療費適正化計画と呼ばれるもの、この二つがすでに走っています。その最中に新型コロナに直面してしまったということです。それから介護では、介護の地域支援事業、総合事業とも呼ばれるものもすでに始まっています。

これらの専門用語ですけれども、何をやっているのかというと、地域医療構想は病床。病床という言葉はだいぶコロナ禍で人口に膾炙してきて、以前は病院のベッドのことと一々説明をしていたのですが、いまではおわかりだと思うのですけれども。どのように患者の状態にあわせてベッドを構えていくかという話をしているのが地域医療構想と呼ばれるものです。

それから医療費適正化計画は、地域医療構想の部分も含んでいるのですけれども、地域医療構想の中に含んでいなくて医療費適正化計画の中に入っている

ものは、外来医療です。入院しないで、われわれが日々お医者さんのところに受診して自宅に帰る。そのところでどのような医療の改革を行っていくかについて、踏み込んで計画が立てられているのが、この医療費適正化計画と呼ばれるものです。

介護の地域支援事業は、2015 年度からすでに始まってはいるのですがけれども、いよいよ本格的に 2020 年代になって、より要介護度の低い人（軽度者）の方々に対してどのように介護サービスを施すかについて、いままで以上に工夫をしようという話です。以下順を追ってお話をしていきたいと思います。

日本の医療体制の弱点

日本の医療には素晴らしいところがたくさんあるのだけれども、新型コロナに直面して、残念ながら決定的に弱点だったところも発覚した。これはもう皆さんも大なり小なりお気づきのことかと思います（図表 6 参照）。

たとえば、このような現象がニュースとかで見聞きされたわけです。新型コロナの感染疑いがある方が、「私はひょっとしたら新型コロナにかかったかも

図表 6

新型コロナで露呈した医療体制の弱点

- 感染疑いの人がいきなり診療所に受診
 - 肺炎症状がある人が救急車でたらい回し
 - 軽症入院患者が病床を占め、重症の新規患者が入院できない
- ◆ 医療提供体制の非効率性が厳然として存在
- 病床機能の未分化
 - かかりつけ医制度の未定着
 - デジタル化の遅れ

しれないから、ちょっと診てもらえませんか」と言って電話で相談することもなく、いきなり診療所に駆け込んだと。しかし、来られた診療所側からすると「ちょっと待ってください」と、「新型コロナではない患者さんもここにはおられるので、いきなり駆け込みで来ないでください」というように一悶着あったという話があったしました。

それからもう一つは、急に肺炎の症状が出た方がおられて、救急搬送してもらいたいと 119 番したら、そうしたら「肺炎？もしかしたらこれは新型コロナかもしれない」とか言って、救急搬送を要請しているのにもかかわらず、「うちの病院はそんな人は受け付けられません」とかと言って受け入れてもらえずたら一回しにされるとか。やっと受け付けてもらったところでよく調べたら、新型コロナは陰性だったとか、新型コロナと全然関係ない肺炎だったというようなことが起こったりしました。

さらには、新型コロナの重症の患者が増えて、病床がひっ迫していると言っているわりには、軽症の入院患者がベッドを占めているということもありました。本当は重症の方を優先すべきだけれども、軽症の方も感染しているから家に帰すわけにいかなくて、そのような現象があった。新型コロナに直面して、首都圏だけではなくて、他の地域でも似たようなことがこのように起こったりしました。

なぜこのようなことが起こったのか。実はこれは新型コロナだから特別にこのようなことが起きたというわけではなかったのです。コロナの前の平時から、実はこのような状況があったけれども、目立っていなかっただけだったのです。

どういうことか。たとえば軽症の入院患者がベッドを占めていて、重症の患者が入院できないという状況は、先ほど申し上げた地域医療構想とかなり関係しています。病床機能が未分化のままでの状況で、あいにく新型コロナに直面してしまったのです。

つまり、重症な患者は重症の患者を診られる病院で優先的に診られるようにして、軽症な患者は軽症な患者なら受け入れられるけれども重症な患者は受け入れられないという病院が、きちんと軽症の患者をフォローするという役割分担です。そのような役割分担は、コロナの前まであまりできていませんでした。できていないので、2025 年度を目指してこれを完成させるように努力しましょう、改革しましょうということに取り組んでいたのが地域医療構想と呼ばれ

るものだったのです。けれども、残念ながら、それが完成する前に新型コロナに直面してしまった。

それでもう待たなしということで、受け入れなければいけないけれども、感染拡大第1波のときはいちばんひどかった。第2波、第3波は、患者数がそこまで多くなかったので、何とか問題に直面しなかったのですが、第4波、第5波でまた同じように重症の患者が増えているにもかかわらず、ベッドに軽症の患者が入院していたということが、結構各地で起こった。

それから、もう一つは感染疑いのある人がいきなり診療所にってしまったという話です。かかりつけ医というお医者さんを皆当たり前のように持っているかと言われると、持病をお持ちで頻繁にかかりつけ医に診てもらわなければいけない方は、かかりつけ医がいると言える。けれども、割と健康な方に多いのですが、年1回か2回くらいしか医療機関にいかないという方は、かかりつけ医がいると言えるほどの人はあまりいない。そのようなことになると、やはり昨日まで健康でも感染疑いが出てくるようなところが新型コロナの厄介なところなので、かかりつけ医に電話で相談するかそのようなこともなかなかできず、いきなり行き慣れていない病院にってしまったようなことがわが国で起こってしまった。

これは医療機関の側もそうですし、一般の者も病院にどのようにかかればいいのかという受診の仕方について不慣れだったので、かかりつけ医制度というものも我が国で定着していなかったことが露呈したのです。

イギリスとかスウェーデンとかは、かなり厳格にかかりつけ医制度が決められていまして、住んでいるところでかかりつけ医が決まっている。だから、日本では、週刊誌をみるとこの病気を治せる名医はあの病院にいるらしいとかと載っているから、電車に乗ってその病院までいってみようといったことがあります。それが一番には許されないということが、イギリスとかスウェーデンの仕組みとしてあります。そのようなところでは、かかりつけ医制度が定着していると言われていきます。それは住んでいる地域の身近にそういうお医者さんがいて、私は健康を害しているかもしれないとなったときに、最初にかかるお医者さんがかかりつけ医です。

いきなり自分の住んでいないところに、評判のいい医療機関があるからといって、遠出してその医療機関まで通うようなことは、よほど病状が悪いという

ことで専門のお医者さんに診てもらわなければいけないとかかりつけ医が判断したときでないと、診てもらえないという仕組みになっているのが、イギリスとかスウェーデンの仕組みです。

わが国は全然違うわけですね。全国どこにいてもいいという仕組みになっている。ですから、やはりこのような緊急時には支障が出てきたというわけですね。それから、デジタル化が医療現場で遅れているというようなこともあったわけですね。

そのような状況がコロナ前までであったので、新型コロナに直面して医療崩壊だとか病床ひっ迫とかと言われることが起きたのです。

もう一段、その話に付け加えて、新型コロナならではのことで、なぜ人口当たりのベッド数は先進国 No. 1 で、わが国はベッドをそれだけたくさん持っているはずなのに、なぜコロナ対応のベッドがそんなにないのか。実際、日本にあるベッドのうちの 3.4% くらいしかコロナ対応のベッドにはなっていません。

もちろん新型コロナ以外の病気をなさっている方が入院されているので、全部をコロナ対応にするべきではないのですけれども、それでも感染がひどかったイギリスとかは、緊急時には全体の半分くらいのベッドはコロナ対応にしたことがあって、それくらい臨機応変に対応した。わが国ではコロナ対応のベッドが足りないと言っている割には、実はそれは足りないのが当たり前で、3% 強しかコロナ対応のためにベッドは割いていないのです。

では、なぜそんなことになるのかをお話し致します。少し脱線しますがけれども、まず日本ではもともと民間の病院が多いということです。イギリスとかスウェーデンの例を挙げましたけれども、これらの国では大半が公立の病院です。それに対して、わが国は 7 割くらいが民間の病院になっていて、民間の病院には強制ができないということがわが国の仕組みですから、協力ベースでお願いしているのです。

そうすると、もともと予定手術、つまり患者の病状を見計らって、予定どおりに手術をするというのを、予定手術という言い方を医学ではします。その予定手術に専念しているのが、新型コロナの患者は受け入れられないという病院も、東京にも結構たくさんあります。結構有名な病院もそうだったりします。なので、コロナ患者を受け入れてくださいと言われても困りますと言って、断

るといふ病院があつたりします。

それから仮に、そこまでではなくても、本当に心から協力したいと思つていふ病院でも、新型コロナだけに関わつていいというわけではないという悩ましさ。つまり、その病院はコロナ禍の中でも経営を成り立たせなければいけないけれども、新型コロナが終つた後にも病院経営を成り立たせていかなければいけない。病院経営を成り立たせるということは、やはり患者が必要に応じて受診するなり、入院するなりしてもらわないといけないうことになるので、うちの病院はもうコロナ専門病院になりますので、いままでかかつてきた新型コロナ以外の患者は、他の病院に全部引き取つてもらつて、どうぞうちの病院は新型コロナに専念しますというようにしてしまうと、その患者は他の病院に移つていただかなければいけない。

移つた後、その患者は移つた先でそのまま定着されるかもしれない。その移つた後の病院が非常にいい治療をしてくれるので、もうそちらで私はずっとかかり続けますというように患者が思うかもしれない。なにせ、先ほど申し上げたように、わが国ではわれわれはこの国の中にあるどこの医療機関にかかつてもいいということになっているものですから、コロナ前にかかつていた病院にしか、新型コロナが終つた後にもかかつてはいけませんというルールはありません。そうすると、移つた先でそのまま定着してしまうと、コロナ患者に専念した病院が、新型コロナが終つた後、もとの新型コロナ以外の患者を受け入れられますよといったところで、患者がもう戻つてこないということになると、病院経営が成り立たないというように頭が働いてしまう。そうすると、なかなかコロナ対応に回れない。

それから医療従事者も同様ですね。医師、看護師、様々な医療従事者がいますけれども、その方々もどこで働くかというのは職業選択の自由ですから、コロナ対応をしていたこの病院でずっと働き続けなければいけませんということはない。そうすると、あえて自分の病院はコロナ対応をしないけれども、コロナ対応をする病院にうちの従業員を派遣しますというように、親切にも申し出た病院があつたとしても、その派遣した医師や看護師がまた新型コロナが終つたら自分の病院に戻つてきてくれるのかというと、必ずしもそれは何の保証もないわけです。そうになると、やはり引き続きうちの病院で働き続けてもらいたいとなると、コロナ対応をしない病院はコロナ対応をしないままとなりま

す。

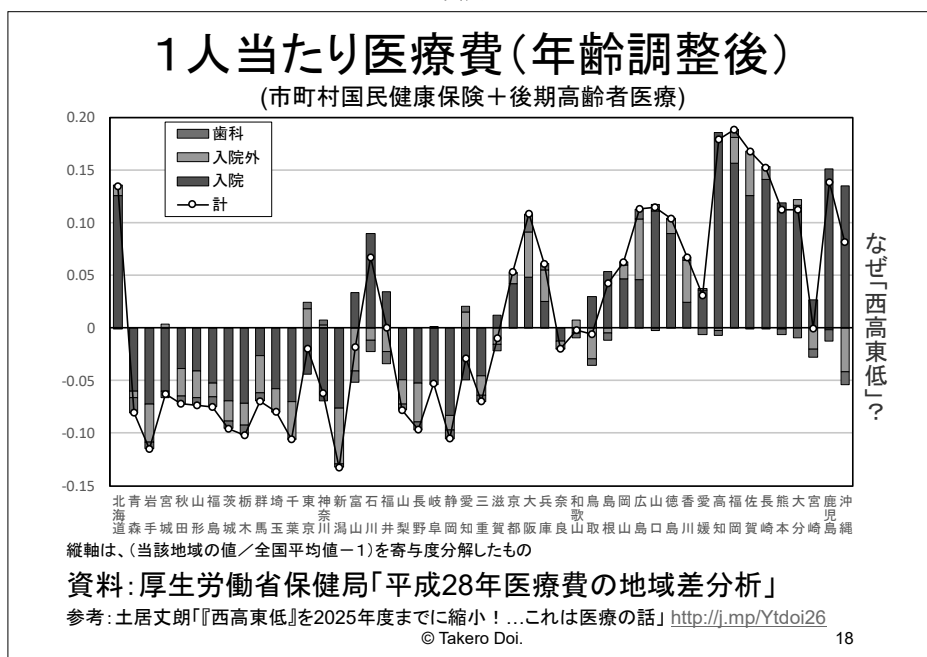
そうになってしまうので、どうしても現状に影響を受けやすいところがあって、もっとコロナ対応のベッドが多ければ、新規感染者が増えても医療はひっ迫しないから、緊急事態宣言など出さなくて、多少人流が止まらなくても困らないではないかというように思っておられる方からすると、なぜ病院はもっとコロナ対応のベッドを増やさないのだと思われるかもしれません。けれども、なかなかいろいろな意味で、難しいという面はあるかと思えます。

地域医療構想の意義

この辺りで次の話に移りたいと思います。地域医療構想という話です。先ほどから申し上げているように、軽症の患者ばかりで埋まって重症の患者が受け入れられないとか、そのような現象があることになったその最初のきっかけは何だったのかということ、実は図表7です。これが最初のきっかけだったということです。

この図は何を意味しているかということ、横軸に北は北海道から南は沖縄県ま

図表 7



で 47 都道府県があると。そして、ちょうど横軸から、上側に棒グラフが伸びている県と、下側に棒グラフが伸びている県がある。真ん中の 0 というのは、全国平均ということです。全国平均よりも多いと棒グラフは上側に伸び、全国平均よりも低ければ棒グラフは下側に伸びる。図表 7 はこのような意味を持っているグラフということです。

遠目にみても、左側つまり東日本では全国平均よりも低いところが多くて、首都圏もみんなそうなのです。けれども、右側の西日本では全国平均よりも高いということです。これは何を表しているのかというと、グラフの上を書いてありますように、1 人当たり医療費です。1 人当たり医療費が、なぜか東日本では全国平均よりも低くて、西日本は全国平均よりも高いと。このような構図になっている。これを「西高東低」と呼ぶのです。西高東低というのは、普通は冬型の気圧配置といって気象用語なのですが、これは気象用語の話をしていてはなくて、医療の話です。1 人当たり医療費がなぜ西日本のほうが全国平均よりも高く、東日本のほうが全国平均よりも低いのか。

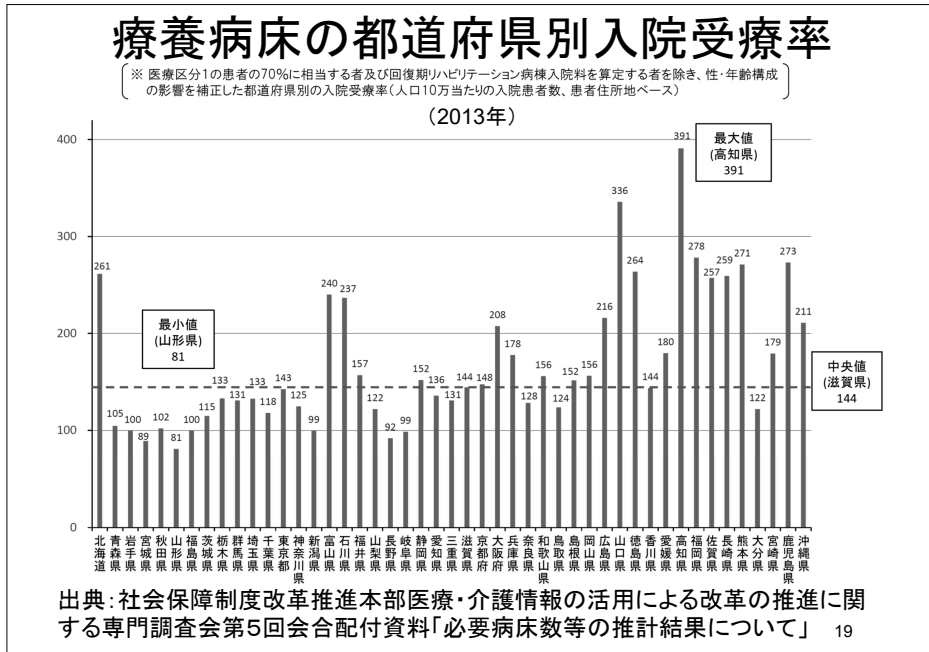
これはどうしてかということですね。東日本のほうが病弱な人が少なくて、西日本のほうが病弱な人が多いから、医療費がより多くかかるということなのかというと、別にそこまで東日本のほうが健康な人が多いわけではありません。けれども、なぜかこうなっている。

そのからくりは、実は図表 8 にあります。図表 8 も、横軸に北は北海道から南は沖縄県まで 47 都道府県が並んでいて、この棒グラフは何を意味しているかということ、専門用語で恐縮ですが、人口当たりの療養病床の入院患者数です。

療養病床とは、割と高齢の患者がよく入院するベッドですけれども、簡単に言ってしまうと、自病が完治できるような治療が施せるわけではないけれども、直ちに生命に差し障るというようなほど重篤な病気でもないということで、比較的長めに入院することが多い患者を受け入れるベッドで、これを療養病床といいます。

そのような長めの入院が必要な患者を受け入れるベッドで、なぜ高知県がいちばん多い人口当たりの入院患者数、これを入院受療率というのですけれども、入院患者数が人口 10 万人当たりで高知県は 391 人。それに対して山形県は最も少なく 81 人と、5 倍近くも差があるわけです。山形県の方は結構元気な

図表 8



ことで全国的にも有名で、高知県の方は実は全国的には身体を崩される方が多いことで有名な県なのではないでしょうか。いや、初めて聞いたという方もおられると思います。そのくらいそんなに有名ではないことだと思います。

けれども、この構図というのは、たまたま 2013 年がそうだったというわけではなくて、ほとんど長年にわたりこのような状況が続いているということなのです。それは当然人口に比して入院患者が多い県だと、それだけ医療費がかかってしまいます。これをみると、入院患者数が多いという棒グラフが上側に伸びている県が西日本に多いということなのです。

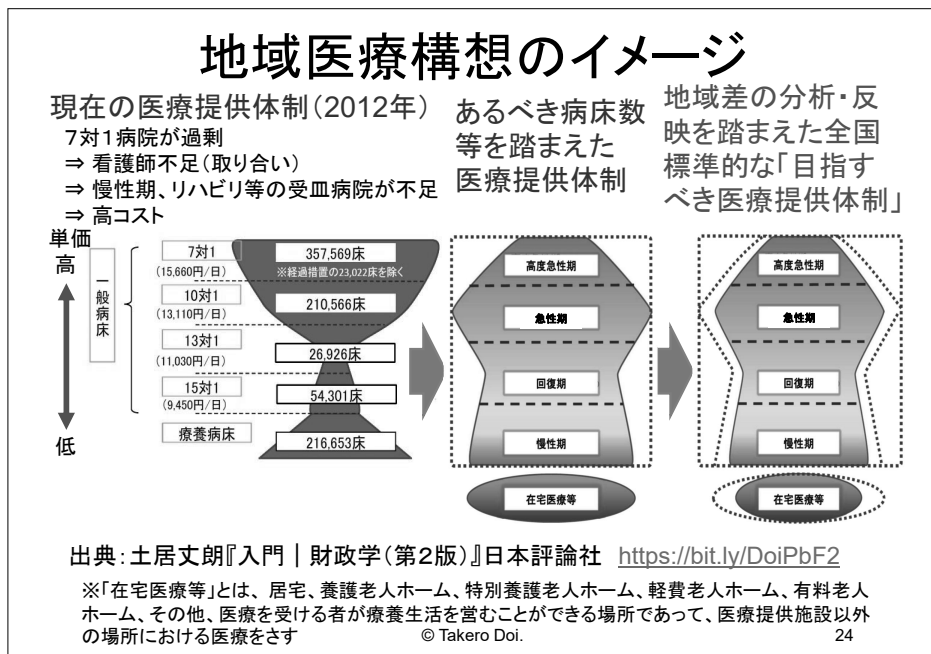
やはりそんなに都道府県によって、特に高齢者で、元気な高齢者が多い県と少ない県とがあるというほど、顕著にそんな大きな差があるというわけでもないにもかかわらず、これほど人口当たりの入院患者数という意味で 5 倍も違うというほど違う。それは医療費にも当然影響が出る。

それはむしろ本当に必要な入院をしているのかどうなのかということも含めて考え直す必要がある。もしそんなに入院しなくても上手く高齢者なら高齢者の生活の質を高めることに成功している県があれば、そういう県にならって、もっと好事例にならって、それを各地、各地で実践していけば、そんなに入院

しなくても病気も治せて、元気に生活ができます。入院は長ければ長いほど入院患者のためになるというわけではありません。入院が長くなればなるほど、寝たきりになる確率が高まります。できれば集中して治療するとき入院して、もう自宅で生活しても支障がないということになれば、できるだけ早く自宅に戻って病気が治せるようにするというメリハリが必要です。こういう入院と自宅療養とを上手く分けていかないといけないわけですが、けれども、それが漫然となっていると入院患者数が増えてしまうようなことがあったりする。なので、そういう状態をきちんと見直していきましょうという話になって、地域医療構想という話になりました。

地域医療構想とは、図表9がイメージしているところです。患者の病状を高度急性期、急性期、回復期、慢性期という4つの区分に分ける。とにかくいちばん生命が危険にさらされているというような状況で、手術とかをしなければいけないという病状を高度急性期と呼び、手術が終わって回復待ちという病状が急性期という辺りで、回復期はほとんど退院待ちとかりハビリをするための入院で、これを回復期といいます。慢性期は先ほど申し上げたような、自病が完治はしないけれどもそれなりに長めに入院しなければいけない時期が

図表9



あったりして、入退院を繰り返すというような患者を受け入れるベッド。これが慢性期ということですよ。

当然ながら、高度急性期と呼ばれる高度な手術が必要な患者は、それなりに当然医療費がたくさん必要になる。それだけたくさんの看護師に支えられながら医師が治療を施すことになる。

新型コロナの話でも重症になった患者が、たくさんの看護師に抱きかかえられながら人工呼吸器などをつけて、治療されているというシーンとかが報じられていたりしました。まさにその重症な患者は、それだけ医療の資源をたくさん必要とするわけです。

その受け皿になるベッドは、ちょうど2012年当時、**図表9**の左側のワイングラスみたいな形をしていますけれども、横幅がちょうどベッドの数の多さを表していて、横幅が狭いとベッドの数が少ない、幅が大きいとベッドの数が多。2012年当時、実は**図表9**をみてみますと、医療資源を最も多く必要とするいちばん高度な手術とかができるベッドがわが国ではいちばん多かった。他方、高齢化し始めていて、高齢者向けの治療が必要な、さほどたくさんの医師や看護師はいらないという程度に入院できるベッドはあまりたくさんなかった。

極端に言えば、1つのベッドは1つのベッドですから、その1つのベッドで患者を受け入れれば病院にどれだけ収入が入るかといえば、単価がこの**図表9**に載っていますけれども、そのいちばん高い入院1日当たり単価はその当時15,660円だった。その高い単価のベッドで一人の入院患者を受け入れると、それだけ病院に収入が入る。それに対して、単価が9,450円だと6割くらいしかその収入が入ってこない。そうしたら、同じ患者を受け入れるにしても収入が多く入る患者のほうが良いと判断して、単価の高いベッドを構える病院が多かったのです。

けれども、実際データを取ってみたら、重篤な状態になっている患者が世の中にたくさんおられるならば、それはたくさんベッドを用意しなければ駄目ということになるけれども、実はそんなにたくさんはいませんでした。むしろ高齢者で回復期の病状の患者が結構いるとすると、そういうベッドは、実際2012年当時はあまりたくさんないという状況だったので、ミスマッチが起きていた。

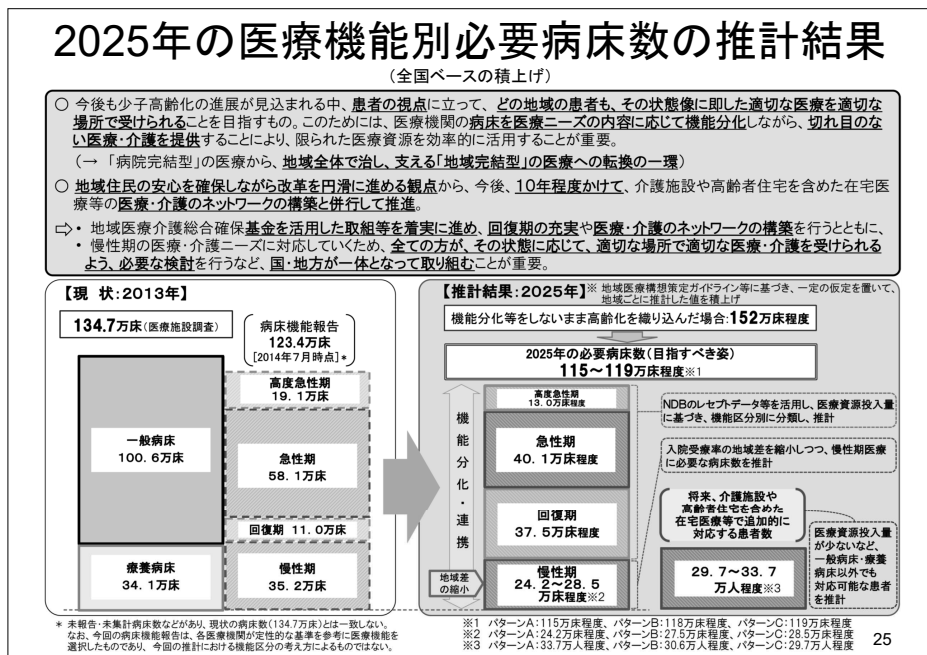
より踏み込んで言えば、病院は、腕まくりしていつでもどんな高度な手術で

もいくらかでも受け入れられますよと言っている割には、世の中にはそんな病状の患者はたくさんはいなかった。むしろ回復期といわれるような、高齢者が比較的リハビリとかするために入院するという患者向けのベッドはあまりない割にはそういう患者はたくさんいる。そういう多い少ないにミスマッチがあることが判明したのです。

ですから、これはやはりきちんと患者のニーズに応えられるようにベッドを構える必要があると。かつ、2025年になると、東京は違いますけれども、他の県では人口が減って患者も減る県もあるので、人口が減る県ではきちんと人口が減った分だけ、患者に合わせてベッドの数も減らしてもらわないと、無意味にベッドだけを構えていると、病院は固定費ばかりがかさんで病院経営が傾いてしまうということになります。だから患者が減るならば、そのベッドの数も減らしてくださいということです。

それで、厚生労働省がデータに基づいて推計をしたところ、2025年には大体119万床あれば過不足なく日本全国で入院が必要な患者を受け入れられる(図表10参照)。もちろん満床だと駄目なので空きベッドも少し余裕をみて119万床あれば、日本で入院が必要な患者もきちんと受け入れられて、かつ空

図表10



きベッドの余裕もあるという状態になる。

ところが2013年当時では、ベッドは134.7万床あるとされていて、明らかに134万床の2013年から2025年では119万床ということは、15万床くらいベッドが要らなくなります。

さらには、東京を中心に首都圏では、高齢化がこれから進むので、ベッドが足りないという地域があって、その地域ではベッドを増やさなければいけないので、そのベッドを増やす。けれども、ベッドを減らしたほうがいいという県はベッドを減らさないでいまのまま残し続けることになるので、2025年には152万床になるのではないかと。これはあくまで予測ですけれども、いまよりも更に増やしてしまい、人口が減っている県ではベッドの数を減らさないと、病院は固定費がかさんで経営が傾いてしまうということになりえます。

それはやはりきちんと改めていただかなければいけません。これは各都道府県が計画を作ることなのですけれども、全国合計で135万床から119万床に15万床くらいベッドを減らさないといけないということが、すでにコロナ前に言われていました（図表10参照）。

ところが、コロナ禍でベッドが足りないではないかという話になったので、こういう地域医療構想がベッドを減らせといたから、新型コロナで医療崩壊になったのではないかと批判が出ました。しかしこれは明らかに的外れの批判です（図表11参照）。

なぜかという、実はそもそも感染症対応のベッドは、地域医療構想の数字にはカウントされていません。だから、感染症のベッドはきちんと用意しておかなければいけなかったのですけれども、それが違ってました。それからもう一つは、東京などの都市部では、今後増床が必要とされていた。特に、東京都も地域医療構想を策定していて、コロナ前に8,000床ベッドがむしろ足りないと言っていたのです。だから、都市部ではベッドが足りないから2025年までに何とかしなければいけないということだったのです。けれども、新型コロナによって2025年よりも前に先んじてベッドが足りないという事態に直面してしましました。そういうことなので、地域医療構想で病床削減というから病床不足になったわけではないことは明白です。人口が減る地域ではベッドを減らなければいけないし、高齢化がこれから進む都市部ではベッドを増やさなければいけない。そのような対応をこれからしていこうと言っていた最中で、残念なが

図表 11

地域医療構想が「医療崩壊」の引き金ではない

- 地域医療構想は、一般病床と療養病床についての病床再編であって、そこには感染症病床、結核病床、精神病床は含んでいない
- 医療機能の分化・連携が進んでいなかったことが問題
- 東京など都市部では、地域医療構想でむしろ増床・再編を求めている

参照: 土居文朗「コロナで医療崩壊しかねない日本の医療の弱点 日本の入院日数はOECD平均よりなぜ長いのか」, 東洋経済オンライン
<https://j.mp/TYK200406>

加えて

- かかりつけ医制度のさらなる整備も必要

参照: 土居文朗「新型肺炎予防で露呈した日本の医療の『盲点』『かかりつけ医』制度の未整備があだになった」, 東洋経済オンライン
<https://j.mp/TYK200224>

© Takero Doi.

26

ら、新型コロナに直面してしまったというのが実情です。

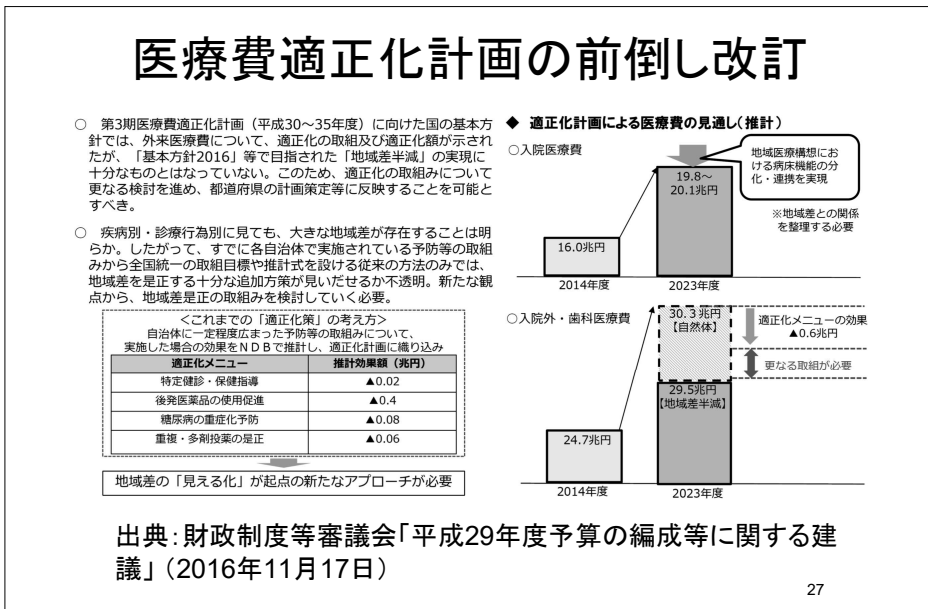
医療費適正化計画と外来医療

それから、もう一つ医療費適正化計画という話をしたいと思います。医療費適正化計画の中では、入院だけでなく、先ほど申し上げたように外来も対象となっています。外来においてはジェネリック（後発医薬品）の使用促進があったり、さらには重複投薬・多剤投薬の是正という話を取り沙汰されました（図表 12 参照）。

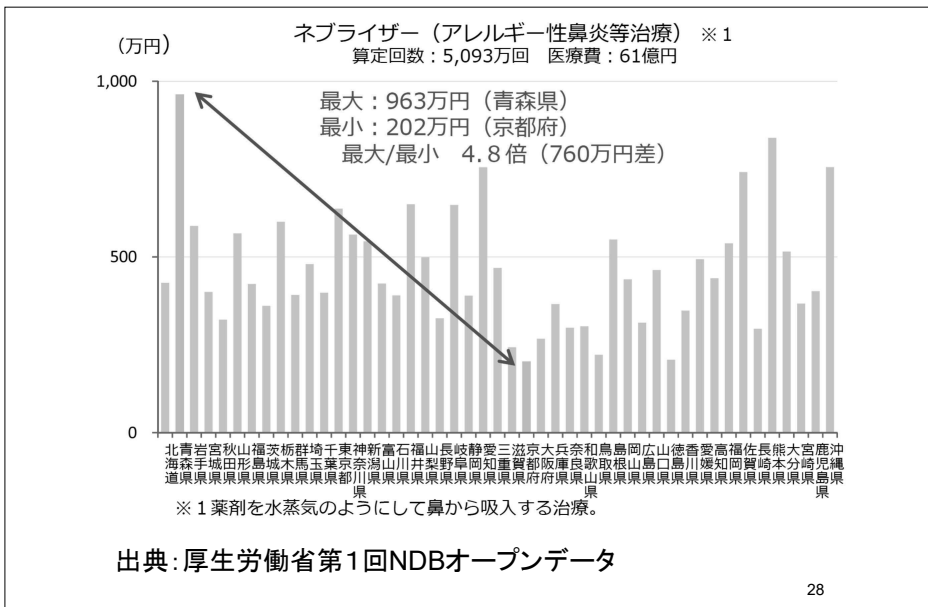
東京都は東京都、神奈川県は神奈川県で、これに目標を定めて取り組んでいますけれども、実際、これを直々に取り組むのは医療機関です。患者が自発的にそれをするというわけではなく、あくまでも医療機関にこのような取り組みを自治体とともに一緒に頑張っていきましょうというものです。

お薬の投げ方というところ、データが取れるまで、見える化がされるまでは、何げなく空気のような存在で、普通にありのままにお薬を投じていたりしたのですけれども、データがしっかり取れると、何か奇妙なことが起きていることが明らかになったりするのです。

図表 12



図表 13



そのわかりやすい奇妙な例として1例を申し上げますと、ネブライザーというアレルギー性鼻炎のお薬で、耳鼻科とかにいくと鼻から吸引をする装置があって、その装置から水蒸気のように薬剤が投げられるのですが、その薬剤の名

前がネブライザー。図表 13 をご覧頂くと、青森県の方は鼻炎持ちの人が多くことで、全国の中でも有名なのでしょうか。別にそんな有名な有名でも何でもないとはいえませんが、なぜかこのネブライザー、いちばん年間使用額が少ない京都府と比べて 5 倍近くも青森県では使っているという、非常に不思議な現象が観察されているのです。京都府も結構森林があるので、花粉とか飛んできたりするようにも思うのですけれども、なぜかこんな違いがあるという。

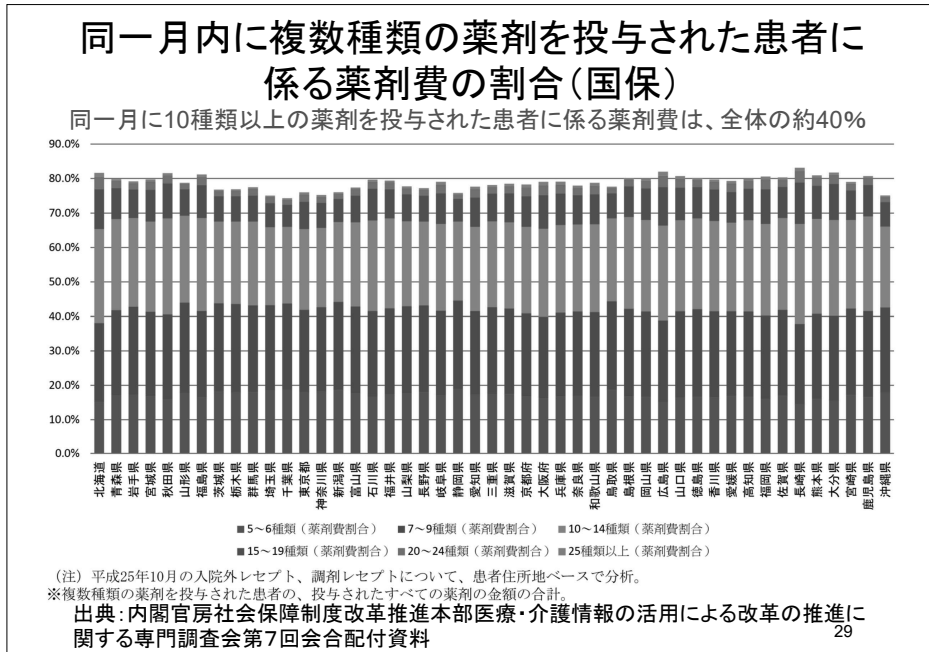
これは当事者に、患者というよりは耳鼻科の医師に問うわけですが、青森県の耳鼻科の医師は「ひょっとしたらこれが原因かもな」とかというように、要はこれを見せれば何をするのかという、青森県はけしからんから改めろと言うのではなく、これをみれば何か心当たりのある方は、きっとこれが原因だと思えば、何か改めるきっかけにしたらよければよいということです。このようにお薬の投じ方というのも、意外とデータを取ってみると奇妙なことが起こっていたりしているのです。

それからもう一つ、これは、都道府県差はそれほどないですけれども、同じ月に複数の種類のお薬を同時に飲んでおられる患者が、どのようにお薬代を費やしているかということです。全国で年間約 10 兆円くらいお薬代（薬剤費）をわが国では費やしています。この 10 兆円の医薬品の内、何種類同時にお薬を飲んだ方がいくらくお薬代を費やしているかを表したのが図表 14 です。

都道府県差はあまりなくて、もちろん 0 種類の方はお薬代を費やしませんので、1 種類以上お飲みの方で 1~4 種類のはこのグラフの中には示されていなくて、この棒グラフの頂点の 80%あたりから上側の 100%までのこの約 20%の部分が、ちょうど 1~4 種類のお薬を同時に飲んでおられる方が費やされているお薬代ということです。約 10 兆円の約 20%ということなので、約 2 兆円という感じです。

そして、この濃い色と薄い色の棒グラフの境目が、ちょうど薄い色のところから上側というのは 10 種類以上のお薬を飲んでおられる方が費やしたお薬代になります。そしてこの棒グラフの頂点は 80%の辺りにどの県もありますので、そうすると濃い色と薄い色の棒グラフの境目がある 40%辺りから、グラフの頂点の 80%辺りまでという、ちょうど約 40%分、それが図表 14 のタイトルの直下に記したその結論ですけれども、10 種類以上のお薬を同時に飲んでおられる方が費やしているお薬代です。40%分のお薬代は 4 兆円相当しま

図表 14



す。たしかに 10 種類という多くの種類の薬を飲まれると、それなりのお薬代がかかるというのはわかります。

問題はここからで、10 種類以上同時にお薬を飲まれると、その飲んでおられる方の 3 人に 1 人とかは、そのお薬の飲み合わせが悪くて逆に副作用を発して、健康を害するという患者がおられるのだそうです。私は経済学で学位を取っているのですが、薬学・医学の専門家ではありませんけれども、医学・薬学の専門の方からすると、10 種類以上お薬を飲んでおられる方の内、3 人に 1 人は健康を害している。それはこの薬とこの薬は同時に飲んだら健康を害しますよと警告されているようなお薬が、なぜか同時に飲まざるを得なかったりしているようです。

ありがちなパターンは、それぞれ別々の診療科で、たとえば内科とかでもらったお薬、外科でもらったお薬、それぞれを両方同時にみてくれる薬剤師がおられなかったりすると、チェックが行き届かない。チェックが行き届かないまま患者がお薬を飲んでしまうので、飲み合わせが悪い薬を同時に飲んでしまうということが起こる。お薬手帳というのは、そういう意味で大事だということがあるのですけれども。

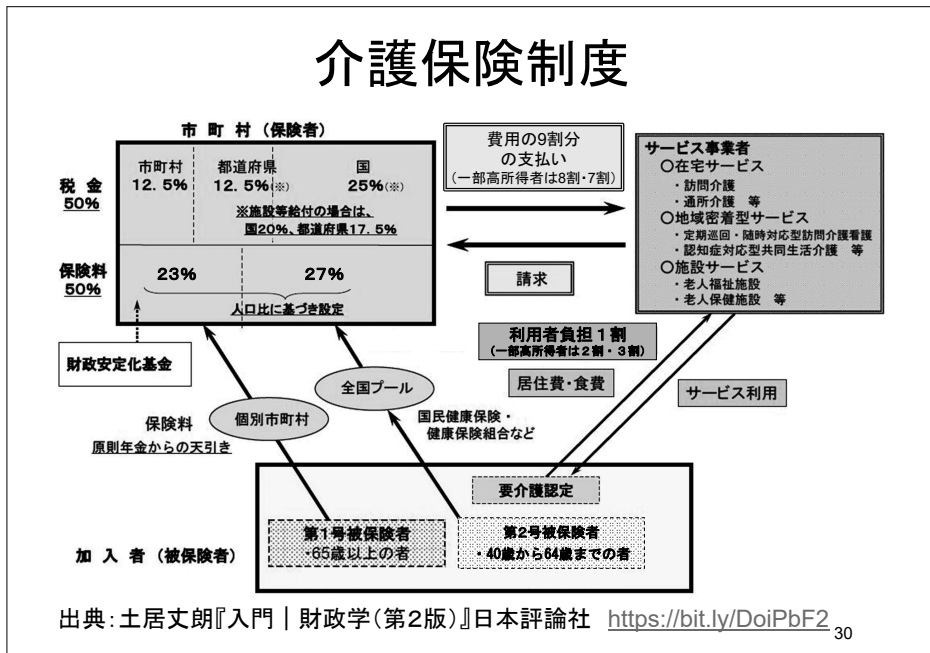
そのような状態では、4兆円もお薬代が出ているわけなので、4兆円の全てが無駄だというわけでは全然ありませんけれども、やはりもっとお薬の飲み合わせをきちんと改めていただくことで、お薬代はそれだけ減らすことができたりする。これは多剤投薬といいます。多剤投薬によって健康を害するようなことが起きてしまう。これを改めることを通じて、医療費を適正にしていくというような取り組みもいま行われているのです。

介護の地域差

最後に介護の話をしたと思います。図表15に表された介護保険は誰でも、どこでも、いつでも介護サービスが受けられるというわけではなくて、基本的には65歳以上の方が要介護認定を受けて、その要介護者になったときに介護サービスが受けられることになっています。

その要介護認定です。要介護認定にもまたこれが地域差があるという奇妙な現象があります。要介護認定は最初の認定のときには、その担当の職員の方が「あなたは身体をちゃんと動かせますか」とか、「生活に支障はありませんか」

図表 15

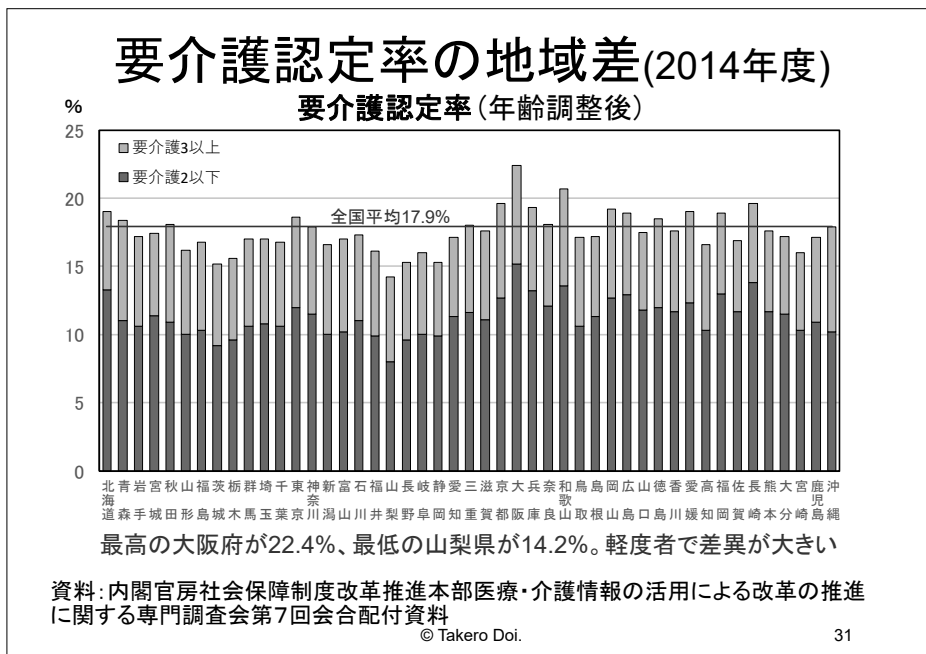


とか、いろいろ質問されてそれに答えるという形で行っているわけですが、その質問は同じ質問で、かつコンピューターで判定しています。全国統一のコンピューターソフトで判定しています。

ですから、普通は同じ健康状態であれば、同じ要介護度、ないしは健常者（非該当と言われたりします）、つまり要介護者ではないというように判定されるので、特に都道府県の間でどの県の高齢者が健康な高齢者が多くて、どの県の高齢者が健康な人が少ない県かというように、そんなに顕著に都道府県差などなさそうなものなのですが、なぜか大阪府が要介護認定で要介護者になる人の比率が最も高い（図表 16 参照）。

図表 16 で、分母が 65 歳以上人口で、分子が要介護者という比率がこの要介護認定率ですけれども、65 歳以上のうちの 22% の人が要介護者というのが大阪府です。それに対して最低の山梨県は 14% と、8% も違う。大阪府の高齢者は、ヨボヨボな人が多いことで全国的に有名なところなのでしょうか。大阪の街中でインタビューした映像が流れて、特におばあちゃんがインタビューに答えていると、非常にハキハキと答えられたりするので、大阪府の高齢者がそんなにヨボヨボだと、あまり聞いたことがありません。そういうことなので、

図表 16



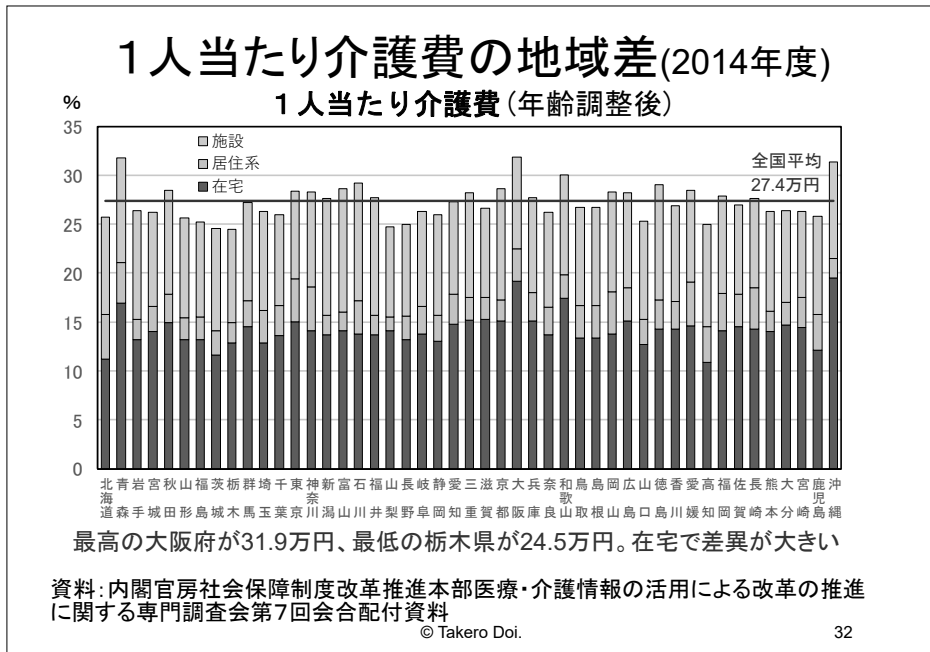
同じコンピューターソフトで判定しているわりにはこんなに地域差があるというのはどういうことなのでしょう。

それが、必ずしも完全に連動しているわけではありませんけれども、やはりそれだけ介護費用がかかる(図表17参照)。要介護認定を受けないと介護サービスは受けられませんので、要介護者が多くなれば、それだけ完全に比例していませんけれども、総じてやはり大阪府は1人あたりの介護費が多いということがあったりする。

せめて同じように税金を払い、同じように保険料を払っているということなのだから、せめて同じコンピューターソフトで判定しているのだったら、要介護認定率も同じ程度になるといいのではないかな。

なぜこの差が出てくるのかということですが、これには定説はありません。定説はありませんが、いろいろ推論されています。一つは、要介護認定は自主的に受けるもので、強制ではないわけです。65歳になったら必ず要介護認定を受けなさいというわけでは全然ありません。任意です。そうすると、仲良しのおばあさんが要介護者になったので、今度デイサービスにいくと言っていると。「では、私も一緒にいきたいのだけど」「いえ、あなたは要介護者で

図表 17

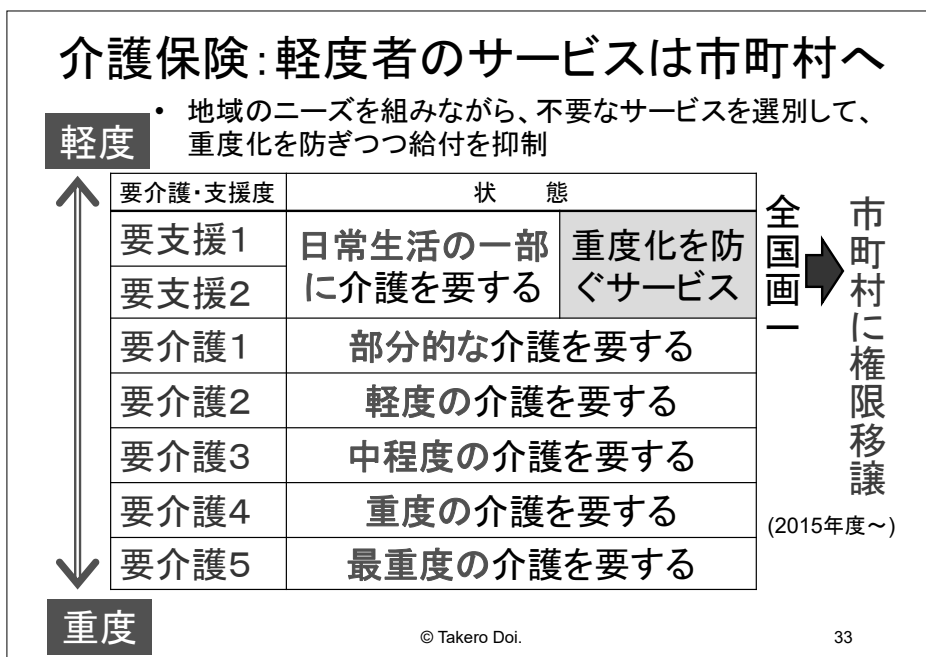


はないから一緒にはいけません」「では、私も要介護認定を受けてみようか」とか。そのような話があったりします。

この比率が二番目に低い茨城県の医師が、政府の会議で議事録に残る形でおっしゃっているのですけれども、「うちの県ならば、こんな程度の健康状態の高齢者だったら、要介護認定など受けにいかせません」との旨ご発言されている。だから、大阪府では要介護認定を受けにくい人が多いのかもしれない。そのようなことがあったりするので、要介護認定を受けにくい人が多ければ、当然それだけ要介護者と認定される人が相対的には増える可能性があります。

それで、中にはそうは言っても、やはり要介護度が重い方はきちんとヘルパーさんが対応して介護をしないといけない。けれども、要支援1・2という比較的日常生活がまだ自分でもおできになる方には、もう少しボランティアの方を活用するとか、工夫を市町村ごとに行うという取り組みが2015年度からできるようになりました(図表18参照)。いままでは全国画一的なメニューで、それに従うしかなかったようなところがあったのですけれど、全国でそのようなサービスに多様性を持たせることができるようになったのです。そのような形で、介護が営まれています。

図表 18



締めくくりに申し上げたいことは、そのような医療や介護を持続可能にするには、やはり税財源が重要です。医療や介護のために保険料を払っておられると思いますけれども、保険料は保険料で大事な財源ですが、税金も大事な財源です。

医療と介護のための財源確保の重要性

税金は、天からお金が降ってくるように、医療や介護のために税負担を誰かがしてくれて、それで増税もしなくても、いとも簡単に税金が湧いてくるというわけではありません。誰かが何らかの形で、これを負担しなければいけない(図表 19 参照)。しかも、先ほど申し上げたように、これから 2025 年に向けてそれなりに税負担をしないと、医療や介護が支えられないことになるわけです。

図表 19

社会保障財源としての消費税

- **社会保障の税財源として、消費税が重要**
 - ・所得課税は、社会保険料として今後増大予定
 - ・勤労世代に過重な負担を求めない財源
 - ・貯蓄率低下が懸念される中で、貯蓄の二重課税を避けることができる → 経済成長に親和的
 - ・消費税収は景気に左右されにくい
- **同じ収入を得るのに、経済活動をいかに阻害しないようにして課税できるのは、どの税か、という視点が重要**
- ▶ **グローバル化する経済において、所得課税よりも消費課税が主流に**
(貯蓄や配当などの二重課税を回避できる)

© Takero Doi.

36

だけど、支えられるようにきちんとわれわれが負担を分かち合えば、何も問題なく医療や介護が 2025 年でも施せるので、やはりこの財源確保が非常に大事なポイントになってくると思います。

私からの話はこのくらいさせていただきたいと思います。ご静聴ありがとうございました。

(どい・たけろう 慶應義塾大学経済学部教授)