



救急の現況と制度としての持続可能性

著者	佐藤 雅代
雑誌名	セミナー年報
巻	2013
ページ	41-55
発行年	2014-03-31
その他のタイトル	Issues in Emergency Response System : For the Correspondence to the Increasing Emergency Demand
URL	http://hdl.handle.net/10112/9002

救急の現況と制度としての持続可能性¹⁾

佐藤 雅代

財政・社会保障制度研究班主幹
関西大学経済学部教授

はじめに

人口構造が高齢化し続けている上に、折りからの社会・経済状況の不安定化が進展しているわが国では、社会保障体制を強化し、より密に効率化することが喫緊の課題として求められている。十分な備えがない環境は、事前あるいは未然の段階でも“もしも”を認識する人にとっては大変不安なものであり、実際にその“もしも”に直面した後では自らを非常に大きな危機や苦難に陥れることを意味する。ゆえに、セーフティ・ネットとも称される社会保障の備えが充分でないことは、政府や政治家を批判する大きな理由となるのである。

一方で、お金には多種多様な使い道がある。“もしも”に備えて大きなお金を使っていたら、それ以外にはお金を使うことができない。そして、想定していた“もしも”が発生しなければ、その備えは時に無駄遣いであると断罪されることにもなる。たとえ、備えの重要性を十分に理解していても、国や地方に財政的な余力が無い時に優先的に財源を投入し続けることは、大変に難しい。また、不満のある人はその不満を声高に叫ぶが、そうでない人の多くはあえて不満でないことに対するアクションを起こす必要がなく、不満でないとの声は届きづらい。

社会保障、福祉など、様々な用語がある中で、ほぼ同じものを対象に議論をしているはずが、お互いの寄って立つところ（すなわち専門分野や先入観など）の違いのために議論がまったくかみ合わないことがある。これは、分野の優劣では決して無いはずであるが、何らかの結論を出そうとする際には大きな障壁となっている。

本章では、喫緊の課題としての社会保障すなわちセーフティ・ネットに何を求め、どこまで

1) 本稿は、2013年6月29日の関西大学経済・政治研究所主催 第201回産業セミナー ならびに、同年7月3日の関西大学経済学会主催 夏季研究大会における報告を加筆・修正したものである。それぞれご臨席の各氏からアドバイスをいただいた。また、石井吉春氏（北海道大学）には、総務省消防庁救急企画室・横浜市消防局・大阪市消防局などへのヒアリングを通じて、有益な情報をいただいた。謝して記す。当然ながら、ありうべき誤りは筆者の責に帰す。

その負担を享受する覚悟があるかについて考え判断するために、多少まわり道をしながら社会保障についての考え方、そして日本の医療制度の現状から救急の現況と制度としての持続可能性について検討する。

1 経済学をどうとらえるか

最初から大上段に構えたタイトルだが、本節では大まかに経済学の考え方を整理する。

最初のキーワードは、「家計（すなわち個人）」「企業」「政府」の3つである。この3つは経済学において、それぞれ密接に関係して経済活動を行う主体である。私たち「個人」は効用（すなわち満足感）が最大となるように意思決定し、「企業」は利潤（すなわち儲け）が最大となるように生産（あるいは費用が最小となるよう調達・配分）し、「政府」は社会的厚生（すなわち家計も企業も含めた社会全体の満足感）が最大となるように図ると、一般的には仮定される。この仮定の中で“どのようにしたら、個人としてだけでなくみんなで幸せになることができるか”を考えるのが、私が寄って立つ経済学の考え方のスタート地点である²⁾。

人が幸せになりたい（すなわち満足感を最大化したい）と考えて行動することに、異論はないであろう³⁾。幸せになるためには資源⁴⁾を使用して、欲求を満足させることを追求するわけだが、その中では、1) 何をどれだけ生産するか、2) どのように生産するか、そして3) 出来た生産物を誰にどれだけ分配するか、といった資源配分の問題に直面することになる。なぜなら、手に入る資源が稀少であるにも関わらず、欲求は多様だからである。その意味では、必要なだけいくらかでも資源があれば最大限の幸福を得るのはよほど容易であろうから、経済学は今とは全く違った形で発展をとげたかもしれない。しかし、現実には、多様な欲望という多数の異なる目標が存在するにも関わらず、全ての目標を達成するには利用しうる資源が相対的に不足しているのである。全ての人々が満足するためには、少ない資源で多様な欲求を満たさねばならず、資源配分に関わる諸問題は深刻を極める。

少ない選択肢の中から選ぶしかない中で、個人と企業がそれぞれの欲求を満たそうと個々に活動すること、つまり強制されない経済活動（家計や企業の個々の主体的な意思決定の結果）では必ず当事者に利益があることが、いわゆる市場メカニズムのメリットである。「神の見えざる手」が働いて各々が満足するよううまく調整されるなら、すなわち競争市場が都合良く機能

2) 経済学は、利己的な利益の追求を理論づけるだけの学問ではない。もし、個人の金儲けの学問であるなら金持ちの経済学者が多いのではないかと思うが、寡聞にして私の周りには見当たらないようである。

3) 満足感をいかに測るか、そしていかに比べるかは大きな問題である。

4) 経済学において資源とは、天然資源などの物的なもののみをさすのではなく、生産に必要な労働・土地・自然資源などの本源的生産要素や生産手段としての資本財の集合の全体など、非常に広い意味を有している。身近なところでいえば、時間も資源である。

して各々が切磋琢磨して自分を最も利するように働いても全ての主体が満足するなら、問題はない。

しかし、現実はそのように全ての主体が満足する方向に進むものなのだろうか。

2 社会保障をどうとらえるか

次に、本節では社会保障について考える。

「社会保障」(Social Security)は、さほど古い用語ではない。アメリカで、ルーズベルトのニューディール政策の一環として制定された社会保障法において初めて使われたのが1935年である。日本では、公式に「社会保障」として登場するのは戦後の憲法第25条においてである⁵⁾。つまり、用語としての歴史は100年に満たないのだが、私たちが「社会保障」という言葉に対して持つイメージや考え方は多様であり、注意深く扱わなければならない。

サービスの受給者側からいえば、「社会保障」は憲法にも保障された受けるのが当然の権利であり、国はそれを提供する義務があるという主張ができるだろう⁶⁾。受給の源泉をつきつめると、社会保障の給付を受けなければならない原因が社会にあり、その配分の不公正を正す中での所得再分配が、すなわち「社会保障」であるととらえることもできる⁷⁾。

受給する側からの理解は比較的容易であるが、給付を受けるだけの人は、そもそも存在しないはずである。私たちは常に「社会保障」のために税なり保険料なりの財政的な負担をし、同時に何らかの困難に直面した時には給付を受ける。そうであるなら、本来自由で競争的である個人や企業による経済活動が、その成果の一部を「社会保障」のためになせ拠出しているのかという観点から考えるとわかりやすいはずである。それが、負担者側(制度を支える側)からみた「社会保障」である。

負担者側からいえば、「社会保障」とは、“自助”と“連帯”のための社会で作る大きな仕組みである。自助とは「リスクを回避したい」という利己的で合理的な欲求であり、みんなが良ければ自分も良いという考え方が連帯という価値基準である。そして、この大きな仕組みの目的は、経済的困窮の原因である各種リスク⁸⁾に対する備えであると理解することができる。言い換えれば、社会保障制度は、自分の責任に帰することのできない理由によって発生する様々な経済的リスクに社会全体で備えてリスクを分散すること、そして、リスクが実際に発生する

5) しかし、その概念や施策は国内外で古くから存在している。(例えば、救貧法などの貧困救済事業、労働者対策としての社会保険、公的扶助など。)

6) 典型的なのが「権利としての社会保障」で、生存権が天賦の人権として存在し、この実現のために社会保障の諸制度があるとの理解となる。

7) かわいそうだから助ける、すなわち「弱者救済としての社会保障」で、必要を充足できない社会的な弱者に対して社会はそれを助ける義務があるという理解となる。

8) 社会保障が考えるリスクとは、誰もが避けたいと思っているのに陥ってしまう災難を意味する。

可能性そのものを社会全体で引き下げることの意味するのである⁹⁾。

3 政府による再分配政策

前節までで経済学と社会保障についてそれぞれ概観してきたが、第1節の最後に残した疑問、すなわち市場経済に任せて個人や企業がそれぞれ合理的な行動をして、はたして理論のとおりうまく経済が回るのかという点についてより深く考えてみる。

市場メカニズムの理論では、個人と企業の合理的な行動の結果、社会的厚生が最大になる。もしそれが本当なら、全てを市場での活動にまかせれば社会的厚生は最大で、社会的に望ましい状態が実現されるはずであり、経済主体として政府の出番はないことになる。しかし、実際には、経済理論のようにそううまく市場は機能しないし、たとえ理論どおりに機能したとしても、社会的な必要性や分配の公正性が満たされない可能性すらある¹⁰⁾。その1つが、貧富の格差が生じるといった事象で、これは経済理論でも証明されている。

個人に責任のない理由によって結果として格差が生じるのであれば、その格差を社会的に是正すべきであるとの意見がでるのは当然であろう。また、責任の有無に関わらず、あまりにも大きな格差が存在しているのは、そもそも問題であろう。こうして、個人や企業といった民間の経済主体だけの市場に任せてはおけないことをふまえると、市場の失敗を調整し、その機能を補完する政府の存在が際立つ¹¹⁾。政府の機能の1つが所得再分配機能であり、税金や保険料を徴収して財源を確保し、現物（サービス）や現金を給付する形で所得や資産の格差を是正することが、いわゆる「社会保障」の根幹をなしている。

ところが、所得再分配（社会保障）のやり過ぎは、経済学的にも現実的にも悪い結果をもたらすこともわかっている。勤労意欲やさまざまな自助努力を阻害するといったデメリットが、所得再分配にはあるのである¹²⁾。しかし、だからといって、再分配政策は必要ないとはいえない。たとえデメリットがあろうとも、様々な局面に不確実性やリスクといった経済的困窮の原因があることは事実で、運・不運の結果として所得の変動が予想されるときには、事前にリスクを共有するような再分配政策はやはり必要であり、前もって財源を確保して備えておくことは重要なのである。ただし、現実には、「本人の努力の結果である所得」の多寡と、「運・不運

9) 1950年の社会保障制度審議会による勧告では、「いわゆる社会保障制度とは、疾病、負傷、分娩、廃疾、死亡、老齢、失業、多子その他困窮の原因に対し、保険的方法または公の負担において経済的保障の途を講じ、生活困窮に陥った者に対しては国家扶助によって最低限度の生活を保障するとともに、公衆衛生及び社会福祉の向上を図り、もってすべての国民が文化的社会の成員たるに値する生活を営むことができるようにすることをいう」とされている。

10) 理論のようにうまく機能しない、そして公正性が満たされないことを「市場の失敗」という。

11) 市場の補完という役割が、政府の存在と市場への公的な介入の根拠の1つである。

12) たとえば、極端な所得再分配による悪平等など。

の結果である所得」の多寡を、区別することが難しく、一定の割り切りや決めつけ、そして選択が必要になる。

社会保障をやりすぎてもよくないし、やらないでよいともいえない。市場は便利だが任せておくだけでもいけない。政府が社会保障政策を実施しても、「市場の失敗」と同様に政府も失敗するからである。その理由は、経済・社会環境の複雑さのために政府がうまく機能しないということと、現実の政府が公共のために社会的厚生を最大にしようと図る仮定どおりの主体ではない¹³⁾といったことにある。

市場も政府も失敗する状況に直面して、現実には私たちはどうすればよいのだろうか。こういう時こそ、市場のメリットと政府のメリットの各々よいところ取りをして都合よく混ぜ合わせて進めていくしかない。

政府については、その権限を小さくして市場の役割を増やす、つまり「小さな政府」という考え方と、その反対の「大きな政府」という考え方がある。この考え方は、市場について、どこまで競争を制限するか、あるいは反対にどこまで介入や規制を認めるかという理解と表裏一体である。市場メカニズムのメリットを重視するのが「小さな政府」であり、デメリットを重視するなら「大きな政府」ということになる¹⁴⁾。

悪平等などの所得再分配の弊害を回避しつつ、社会的公平性の実現をめざすためには、効率面と公平面の両面から考えることも重要である。効率面を重視するなら、最適な再分配の量は少なく（税や保険料などの負担は少なく）なり、公平性を重視するなら最適な再分配の量は多く（負担は多く）なる。すなわち、効率性と公平性は両立できないトレード・オフ関係にある。

どのあたりに落としどころを求めるとい判断は非常に難しい。そもそも再分配政策の現実的な有効性は重要な政策論点であるが、政治的には利害関係がからみあう案件でもあり、微妙で難しい課題となることが多い。課題山積である中で、経済学では様々な理論・実証の分析が蓄積されている分野であると断言できるだろう。

4 日本の医療制度の特徴

ここからは、社会保障政策の1つであるわが国の医療保険制度について考える。

日本の医療保険制度の大きな特徴は、1) 国民皆保険、2) フリー・アクセス、そして3) 現

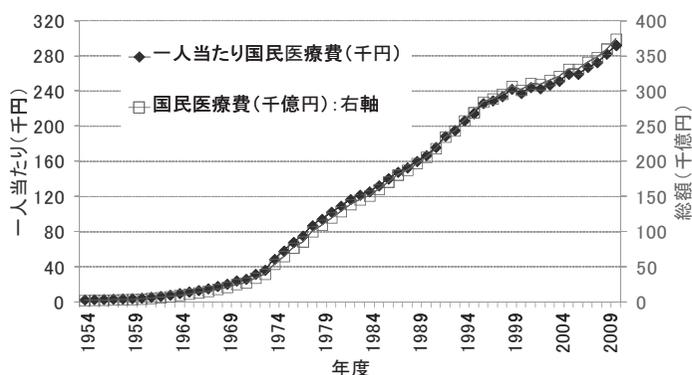
13) 政府の目的が不適切であったり、情報収集能力に限界があったり、政策決定メカニズムに問題があったり、有権者の監視に限界があったり、と様々な事情に思いあたるのではなからうか。経済学の中でも、様々な区分や分析や見解が存在している。

14) 強く介入・規制をして、たとえば北欧のように高い税金は取るが、手厚い福祉を施せる国家を目指すのかどうかというイメージ。高福祉・高負担と低福祉・低負担が対比されるが、わが国では中福祉・中負担というどちらともとれない曖昧な概念で選択をしないまま、判断を先のばしにしてごまかしてきているともいえる。

物給付方式の3つである。1つめの国民皆保険とは、どういう人であっても、どこに住んでいても、何らかの公的医療保険の被保険者であり、病気や怪我をした場合にいつでも医療給付を受けることができることである。そして、どこの保険医療機関でも自由に、いつでもサービスを受けることができるのが、2つめのフリー・アクセスであり、保険負担分については立て替え払い等の必要なく、一部負担分のみを窓口で支払うだけで、医療サービスそのものを直接受けることができるのが、3つめの現物給付方式である。さらには、保険者からは各種保険給付に加えて保健事業等のサービスも受けられる。

主な医療保険制度には国保（国民健康保険）、協会けんぽ（全国健康保険協会）、組合健保（健康保険組合）、共済組合、それとここ数年話題になり、廃止の声があがるものの現実には動きが見えてこない独立した後期高齢者医療制度などがある。

国民医療費の経年的変化については図表1に示されるとおり、経年的に増加傾向が継続している。1984年度では1人当たり約13万円だった国民医療費が、年を追うごとに増えてきている。人口が増加し、医療技術は進歩し、経済状況も進展したためと考えられる。



図表1 国民医療費の推移
出所) 厚生労働省「平成22年度国民医療費の概況」より。

現時点での最新の情報である平成22（2010）年度で、国民医療費は総額37.4兆円、国民1人当たりで約29万円であった。総額と国民1人当たりともに増え続けている点は注目すべき事実であるが、この図表からだけでは高齢化の影響は読み取りきれないことに気付くべきであろう。年齢階級別国民医療費をみると、65歳未満の1人当たり医療費が約17万円（うち15～44歳が約11万円、45～64歳が約27万円）、65歳以上が1人当たり約70万円（うち70歳以上だと約79万円、75歳以上だと約88万円）となっており、年齢階級による大きな差が明らかである。高齢化が進むということは、医療リスクの高い高齢者の実数および全体に占める割合が増加することを意味しており、総額に如実に影響を与えているのである。

ただし、年齢階級ごとの国民医療費よりも、実際には個人ごとの違いのほうが大きいことに

も十分に留意しなくてはならない。年齢が高かろうが低かろうが、医療サービスを受けない人も多数存在しているのであり、平均という概念にだまされてはいけない。

では次に、保険料の負担について図表2で示す。後期高齢者医療制度で年額63千円、市町村国保で年額81千円としているが、これらは現年度分保険料調停額であり、収納率は考慮されていないことに注意が必要である。また、残りの被用者保険については、決算における保険料額を素に推計された数値である。

図表2 保険料負担の状況

	加入者1人当たり 平均保険料	被保険者1人あたり <除 事業主負担>
・市町村国保	8.1万円	
・協会けんぽ	9.9万円	17.5万円
・組合健保	10.0万円	18.8万円
・共済組合	11.2万円	22.7万円
・後期高齢者医療制度	6.3万円	

出所) 厚生労働省資料より。

共済組合は2010年度、他は2011年度数値。

介護分は含まない。事業主負担分は含まない。

後期高齢者は別にして、加入者1人当たりでみると、最低で81千円、最高で112千円の違いとなっているが、この差を大きいとみるか、小さいとみるかで医療制度全体の評価は大きく変わるだろう。また、被用者保険については事業主負担があるが、被扶養者分を全体で負担していることから、被保険者1人当たりの保険料負担は、事業主負担を除いても地域保険である国保の調停額よりは大きくなっている。しかしこれも、被扶養者の有無で、安い高いの判断がわかれるところであり、評価が難しい。

患者の一部負担については、医療サービスを必要とした人にとっては全額保険給付にしてほしいとまで思うものであるかもしれない。しかし、日本の医療保険制度に一部負担が組み込まれていることには理由がある。大きくは3つの理由で、1) 医療サービスを利用する人としないう人との公平の確保、2) コスト意識を高め、無駄や非効率な医療を避けるため、そして3) 保険料以外の財源の確保である。

一部負担の割合は、年齢や自治体によって異なることもあるが、図表3から読み取れるとおり、3割負担の該当者の人数が最も多い¹⁵⁾。70～74歳の負担については、制度上は2008年4月から2割と定められているものの、軽減措置である1割が2013年度になっても継続されている。

15) ただし、2010年度財源別国民医療費でみると、国民医療費総額に占める患者負担の割合は12.7パーセントであり、その意味で3割負担ではない(国民医療費総額37.4兆円、患者負担4.8兆円)。

図表3 患者の一部負担割合

- 75歳以上 1割負担
(現役並み所得者は3割負担)
 - 70歳から74歳 1割負担*
(現役並み所得者は3割負担)
- *制度上では2割だが、1割にとどめる軽減措置が継続されている。
- 義務教育就学後から69歳 3割負担
 - 義務教育就学前 2割負担
- *乳幼児医療費助成制度がある市町村もある。

すべての人が同じ条件で、同じシステムの中でサポートを受けられるように公費（税金）が使われており、図表4に示すように患者負担と原因者負担を含むその他負担の13.4パーセントと保険料負担の48.5パーセントを除いて、38.1パーセントが国庫と地方の公費で負担されている。公費負担による調整は、医療保険制度を支える大きな財源である。

図表4 財源別国民医療費（2010年度）

公費 38.1%		保険料 48.5%		その他 13.4%
国庫 25.9%	地方 12.2%	事業主 20.1%	被保険者 28.3%	

出所) 厚生労働省「平成22年度国民医療費の概況」より。
 ※「その他」(13.4%) = 患者負担(12.7%) + 原因者負担。

※2009年度までは、「その他」はほぼ“患者負担”のことであった。
 しかし、自動車交通事故による自賠責保険の支払いに関する取り扱いの変更にとともに、2010年度より状況が変化していることに注意が必要である。[自賠責保険の支払い分は、2009年度までは“患者負担”に、2010年度は“原因者負担”に含まれる。]

制度ごとに詳細にみると、健保組合や共済には給付に対する公費負担はほとんどなく、市町村国保は給付費等の50パーセントを国庫負担、協会けんぽは給付費等の16.4パーセントを国庫負担、そして後期高齢者医療制度は給付費等の約50パーセントを国庫負担しており、14.3兆円が2010年度の公費負担総額となっている。

わが国では老人医療費の無料化の歴史や、老人保健制度の歴史などからごく当たり前のことのようにその存在を受け止めているが、高齢者に特化した保険制度があることが、国際的にみて珍しいことにも注意が必要である。高齢になるにつれて疾病リスクが高まり、経済力は低下し、従来の医療保険制度では高齢者は市町村国保に多く偏在するという状況がひきおこされていた。国の財政事情が厳しいため、高齢者の医療に関する負担を全て国庫負担で調整する余力はなく、現役世代からの「拠出金」が増え続ける、すなわち必要な費用が際限なく現役世代に回されるなどの理由から、老人保健制度にかわる独立した新しい制度を創設する必要については共通認識があり、創設されたのが後期高齢者医療制度である。

救急の現況と制度としての持続可能性

図表5 乳幼児医療費助成制度 府内単独制度

平成25年4月現在

市町村名	通院		入院		備考
	対象年齢	所得制限	対象年齢	所得制限	
大阪市	中学校卒業年度末	一部なし※	中学校卒業年度末	一部なし※	※0歳から2歳(3歳到達月末)までは所得制限なし。
堺市	中学校卒業年度末	なし	中学校卒業年度末	なし	
岸和田市	就学前	なし	中学校卒業年度末	なし	
豊中市	就学前	あり	小学校卒業年度末	あり	
池田市	就学前※	なし	中学校卒業年度末	なし	※通院第2子までは就学前まで、第3子は小学校3年生終了まで、第4子以降は小学校終了まで。
吹田市	就学前	あり	小学校卒業年度末	あり	
泉大津市	小学1年生年度末	なし	小学1年生年度末	なし	
高槻市	小学校卒業年度末	なし	小学校卒業年度末	なし	
貝塚市	就学前	なし	中学校卒業年度末	なし	
守口市	就学前	あり	中学校卒業年度末	あり	
枚方市	就学前	なし	小学校卒業年度末	なし	
茨木市	小学3年生年度末	あり	小学3年生年度末	あり	
八尾市	就学前	一部なし※	中学校卒業年度末	一部なし※	※0歳児のみ所得制限なし。
泉佐野市	就学前	なし	就学前	なし	
富田林市	小学校卒業年度末	なし	中学校卒業年度末	なし	
寝屋川市	小学校卒業年度末	なし	小学校卒業年度末	なし	
河内長野市	小学3年生年度末	なし	中学校卒業年度末	なし	
松原市	就学前	なし	小学校卒業年度末	なし	
大東市	小学3年生年度末	なし	小学校卒業年度末	なし	
和泉市	小学1年生年度末	なし	小学校卒業年度末	なし	
箕面市	中学校卒業年度末	なし	中学校卒業年度末	なし	
柏原市	就学前	なし	小学校卒業年度末	なし	
羽曳野市	就学前	なし	小学校卒業年度末	なし	
門真市	小学3年生年度末	なし	小学3年生年度末	なし	
摂津市	就学前	なし	中学校卒業年度末	なし	
高石市	就学前	なし	小学校卒業年度末	なし	
藤井寺市	就学前	なし	中学校卒業年度末	なし	
東大阪市	就学前	なし	中学校卒業年度末	なし	
泉南市	就学前	なし	就学前	なし	
四條畷市	就学前	なし	就学前	なし	
交野市	就学前	なし	小学校卒業年度末	なし	
大阪狭山市	小学3年生年度末	なし	中学校卒業年度末	なし	
阪南市	就学前	なし	就学前	なし	
島本町	就学前	あり	就学前	あり	
豊能町	就学前	あり	中学校卒業年度末	あり	
能勢町	中学校卒業年度末	あり	中学校卒業年度末	あり	
忠岡町	就学前	なし	小学校卒業年度末	なし	
熊取町	就学前	なし	中学校卒業年度末	なし	
田尻町	中学校卒業年度末	なし	中学校卒業年度末	なし	
岬町	就学前	なし	小学校卒業年度末	なし	
太子町	中学校卒業年度末	なし	中学校卒業年度末	なし	
河南町	中学校卒業年度末	なし	中学校卒業年度末	なし	
千早赤阪村	中学校卒業年度末	なし	中学校卒業年度末	なし	

出所) 大阪府HP <http://www.pref.osaka.jp/attach/12674/00072117/nyuyoz-i-itiram-130401.xls> より

ところで、年齢あるいは疾病によっては、公費による医療費助成の仕組みが存在する。これは、特定の疾患や生活困窮者などに対して医療費を公費で負担する公費負担医療制度とは異なり、医療費の自己負担額の一部に対する助成である。したがって、図表4のような財源別国民医療費の統計ではその他の中の患者負担に包含されており、公費による負担という形で見えてこない。この助成制度は都道府県・市町村で実施状況が異なるので、参考までに、大阪府の乳幼児医療費助成制度の実施状況を図表5に示す。大阪府の基準では、入院医療費については0歳から6歳児（小学校入学前まで）、通院医療費については0歳から2歳児、のそれぞれの乳幼児が対象であり、児童手当の特例給付と同じ所得制限がある。これ以上の助成については市町村の単独制度となっており、市町村ごとに違いがあることが読み取れるであろう。

5 救急医療について考える

医療制度といえば医療費や保険料・公費の負担といった費用やその背景にある財源に関する分析と医療資源の配置に関する分析が中心であり、私もその流れの中で問題意識を持ち研究に取り組んできた。地域の医療資源の不足を埋めて、時には唯一の医療機関として地域の医療機能の確保に大きな役割を果たす自治体立の病院と、自治体の関係は、私にとっての大きな研究テーマの1つである。

しかし、北海道をベースとしてきた地域医療の議論と、現在の勤務地である大阪では「地域」に対する概念が全く異なり、戸惑い続けている。戸惑いの原因の1つである大阪の地域医療の再生と発展をめざして作られた提言の概要を、参考までに図表6に示す。大阪には5つの医科大学が有り、供給体制が整っているにも関わらず、平均寿命や健康寿命が低いのは統計的にみて明らかではあるが、これらを解決するのに、地域中核病院の設定・大阪病院機構への参画・高度先進医療の大規模病院の設立等の医療提供体制の改革が必要なのだろうか。大阪という地域全体で医療提供体制を考えることは大賛成であるが、医療費増をいかに受け止めていくのか、大阪以外をどう考えるのかを含めて、重大な論点に触れていない印象を持っている。

- 提言1 大阪の医療の偏在を解消するため、医療系各大学の支援を得て、研修医制度を見直し、地域中核病院を設定強化し、改善をはかります。
- 提言2 各市町村の公立病院に、大阪病院機構への参画を呼びかけ、地域医療の崩壊を防ぎ、レベルアップをはかります。
- 提言3 医療情報・患者情報の共有化をはかり、患者に対するクラウドサービスによるハード・ソフトの共同利用と運営管理体制の集約化で情報のコスト効率化を図ると共に災害時のリスク低減を目指します。
- 提言4 病院・診療所や福祉・介護の連携を更に深め、大阪全体の医療の向上をはかります。
- 提言5 大阪市内域に、高度医療を実践できる大規模病院を設立し、特区を活用して医療サービスの向上と、医療ビジネスの振興を図り、この医療特区を活性化し医療産業都市を目指します。

図表6 「大阪の医療提供体制改革プラン」5つの提言
出所) 大阪の未来の医療をつくる会(平成25年1月)より。

また、医療に関する調査を深めると、医療提供者（主として医師）の声を聞く機会が多くなるのだが、次のような本音に直面することも多くなってきた。

医療を理解できる行政マンを育てるよりも、行政や政治を知った医療者を育てた方が地域で活躍でき、医療・保健・福祉の一体化、効率化の時流にマッチする……。

本当は、医療者以外の方々、特に行政職、議員にも成長してもらいたい……。

これらは、「社会問題解決型総合医を育成し、医療者が自分たちで医療制度を作っていかなければうまくいかない」といった気持ちの発露であり、医療者以外に歩み寄ることに対する諦観ではないだろうか。

確かに、病気や医療機関のシステムについては、医師ほどの知識を持たない医系以外の行政マンや研究者にとって、医療者からの提言や言葉は非常に重い。しかし、何かできることがあるはずだと考える中で気がついたのが救急医療に関する問題である。25病院に36回受け入れを断られて高齢者が死亡した2013年春の埼玉県のケース、救急車要請をしたにも関わらず救急車が派遣されずに大学生が死亡した2012年秋の山形県のケース、少し前になるが2008年秋の東京や2006年夏の奈良の妊婦死亡のケースなどを、救急医療の問題として記憶している人も多いはずである。この時、もっとも非難を浴びたのは救急であった。医療費の統計にはあらわれてこない救急についてその制度としての持続可能性を検討することに意味があるはずとの思いから、図表7以降で救急の現状について整理することとする。

図表7 消防財政（H22年度）について

• 市町村の普通会計決算額：	52兆2,933億円
• 消防費決算額：	1兆7,792億円
• 1世帯あたり消防費：	33,081円
• 住民1人あたり消防費：	14,018円

出所) 消防庁「平成24年版 消防白書」第2-1-4表より抜粋。

救急業務を含む常備消防機関を担う主体は原則市町村であり、市町村の普通会計における消防財政の状況を示しているのが図表7である。普通会計決算額の3.4パーセントが消防費であり、おおむね3パーセント台で推移してきている。図表8に示すとおり、全体のおよそ4分の3を人件費が占めている。図表9に示す財源内訳で見ると、地方税・地方交付税・地方譲与税等使途が特定されていない一般財源等が、全体の91.2パーセントと大部分を占めている。他には、整備に対する国庫補助金と都道府県補助金や、都道府県の普通会計の中の防災費などがある。

図表 8 消防費決算額（H22 年度）の内訳

	17,792 億円	100.0%
人件費	13,218 億円	74.6%
物件費	1,709 億円	9.6%
普通建設事業費	2,056 億円	11.6%
補助事業費	397 億円	2.2%
単独事業費	1,654 億円	9.3%
受託事業費	5 億円	0.0%
その他	746 億円	4.2%

出所) 消防庁「平成 24 年版 消防白書」第 2-1-5 表より抜粋。

図表 9 消防費決算額（H22 年度）の財源内訳

	17,792 億円	100.0%
一般財源等	16,219 億円	91.2%
特定財源	1,573 億円	8.8%
国庫支出金	165 億円	0.9%
地方債	977 億円	5.5%
使用料、手数料	30 億円	0.2%
その他	401 億円	2.3%

地方交付税：	(参考 H24 年度)	
単位費用	11,400 円	11,300 円
基準財政需要額	1 兆 6,463 億円	1 兆 6,328 億円

出所) 消防庁「平成 24 年版 消防白書」第 2-1-6 表および第 2-1-7 表より抜粋。

るが、市町村の消防費に比してその規模は小さい。

消防法第 1 条 この法律は、火災を予防し、警戒し及び鎮圧し、国民の生命、身体及び財産を火災から保護するとともに、火災又は地震等の災害による被害を軽減するほか、災害等による傷病者の搬送を適切に行い、もつて安寧秩序を保持し、社会公共の福祉の増進に資することを目的とする。

上述した消防法第 1 条のとおり消防業務の中に、救急業務が含まれており、実施状況は図表 12 に示すとおりである。もともとは、火災を予防・警戒・鎮圧することが主たる目的であったことから、救急業務は消防機関の中では新しい業務であると捉えることができる。近年でこそ、火災が減少し、救急が増えてきているが、図表 10 にある通り職員の編成からみると救急は主たる配置とはされていないことがわかる。

そこで、救急に関する費用を概算してみることとした。消防庁のホームページや消防白書を繰っても、費用についての統計を見出せなかったため、平成 22（2012）年度の決算値当を、職

救急の現況と制度としての持続可能性

図表 10 消防職員の編成

平成 24 年 4 月 1 日現在

消防本部：消防職員数	159,730 人 (100.0%)
救急隊員数	59,847 人 (37.4%)
救急隊数	4,965 隊
救急自動車	6,054 台

参考	医療施設に従事する医師数 (H22 年度)	289,431 人
	病院 (H23 年 10 月 1 日)	8,605 施設
	一般診療所 (H23 年 10 月 1 日)	99,547 施設
	病床数 (H23 年 10 月 1 日)	1,712,539 床

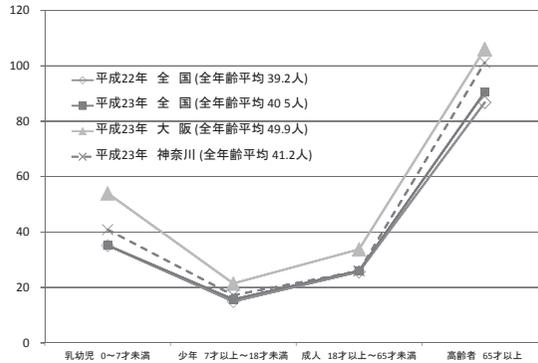
出所) 消防庁資料および厚生労働省資料より。

員数で按分することによりおおよその費用を推計したのが図表 11 である。推計された 6,603 億円の救急費を、救急出動件数 5,467,620 回で按分すると、救急出動 1 件当たりの単価が 121 千円程度と試算された。この数値は、ヒアリングで聞いた概算値と大きく離れてはならず、有料化等の議論の際の基準になると考えられる。もっとも、出動件数ならびに搬送人員数については地域差が非常に大きいことには留意しなければならない。

図表 11 救急費用の概算 (計算中)

	職員数 (H22)		消防費 (H22)	うち 人件費	人件費 単価	出動回数 (H22)	1 件当たり 費用
	千人		億円	億円	千円	千件	千円
消防全体	158.8	100.0%	17,792	13,218	8,323		
救急	58.9	37.1%	6,603	4,906	8,323	5,468	120.8
その他	99.9	62.9%	11,189	8,312	8,323		

高齢化の進展にともない、医療費や医療機関受診機会が増えることは良く知られているが、同様に救急搬送機会が増えることも徐々に認知されてきている。図表 12 では、人口千人当たりの救急搬送人員数を示しているが、乳幼児 (詳細には 0～2 歳) に小さいピークがあるほか、65 歳以上 (特に 75 歳以上) の高齢者で急速に人員数が増加する。この形状は、全国的にはほぼ同様の動きとなっているが、大阪については全国平均や他地域に比べてその水準が全体的に高くなっている印象がある。ともすれば手遅れになってから救急を呼ぶような傾向が強い地域があり、一方でやや気軽に救急に頼る傾向が強い地域もあり、利用に対する意識や行動の差異は小さくない。大阪には、出動件数が多い上に、出動に対して不搬送の割合が多いなど、全国とは異なる特徴が散見されるため、その原因等については救急利用の適正化策を検討するための課題として検証していく予定である。



図表 12 人口千人当たり搬送人員数
出所) 消防庁「救急救助の現況」より。

むすび

本稿では、医療提供体制の維持の観点から社会保障の給付と負担を考えることを目的に、まず社会保障を理解するためにツールとしての経済学の概念を簡単にふり返ってから、社会保障の概念を整理した。政府による社会保障機能の1つである所得再分配政策について論じて、日本の医療制度について検討した後、経済学的にも社会保障論的にも雑駁ではあるが、医療提供体制ならびに救急医療について考察を深めた。

問題が山積であることを改めて確認しただけであるが、高齢化の進展が救急搬送人員数増加の大きな要因になっていると推測される中で、団塊の世代の高齢者化が進むこれから四半世紀ほどは、現在の制度的な枠組のままでは搬送件数の増加に伴い救急搬送や救急医療の維持が難しくなるはずである。現時点では飛躍が過ぎる論ではあるが、いわゆる医療・介護といった社会保障とは別の枠組みにある救急を、医療・介護と同列の高齢者向けの行政サービスとして捉え、在宅介護や見守りの充実などにより、高齢者が安心して生活できる環境整備に注力していくことが、救急の制度としての持続可能性の確立に不可欠になってきているように思う。

社会保障的な政策を考える時に重要なのは5W1H¹⁶⁾だが、なかでも「どのように」については、財源の使い方だけでなく、どう生きるか（どう生かすか）、どう死ぬか（どう死なせるか）、どう産まれるか（どう産ませるか）まで想像を膨らませる必要がある。唯一無二の正解はおそらく存在しないので、議論をたたかわせる中で状況を理解し、時には譲り合いから新しい制度を創りだしていけることを期待したい。

その際に、本節で述べたように、経済学の考え方や、社会でつくる“自助”と“連帯”の大きな仕組みである社会保障についてのとらえ方は有用であると信じている。経済学は正解を与

16) WHO, WHAT, WHEN, WHERE, WHY, HOW。

えてくれないが、考え方やヒントを提供できるツールであるはずである。

積み重ねられてきた数多の知見と経験が重要であるのは当然として、ある日突然飛来するアイデアが今後はとても大切である。知見をどう活用するかは私たち次第だが、過去の経緯も含めて現状を理解しようとする事、その上で疑問に思うことを諦めずに解きほぐしていこうとすることと同時に、積極的にいろいろな発想でアイデアを出していくことに、研究を通じてこれから貢献していきたいと考えている。

参考

石井義春、「救急の持続可能性を考える」、関西大学経済・政治研究所財政・社会保障制度研究班研究会（2013年2月27日）におけるご報告。

一圓光彌、『社会保障論概説 第3版』、誠信書房、2013年。

植村尚史、『社会保障を問い直す』、中央法規、2003年。

佐藤雅彦・竹中平蔵、『経済ってそういうことだったのか会議』、日本経済新聞社、2000年。

佐藤雅代、「Ⅲ 社会保障の給付と負担の可能性を考える－医療提供体制の維持の観点から－」、『社会保障と財政を考える』、関西大学経済・政治研究所『研究双書』第153冊、75～92頁、2012年。

棕野美智子・田中耕太郎、『はじめての社会保障 第10版』、有斐閣、2013年。