

平成25年度

医療政策シンポジウム

高齢社会と 医療の未来を 考える



日本医師会

平成 25 年度 医療政策シンポジウム

高齢社会と医療の未来を考える

主催：日本医師会

日時：平成 26 年 3 月 13 日（木） 13：00～17：00

場所：日本医師会館 大講堂

主催挨拶	4
日本医師会会長 横倉 義武	
講演 1 『混合診療』の全面解禁は国民に利益をもたらすか？	7
ノンフィクション作家・評論家 関岡 英之	
講演 2 日本の医療とその財源確保策	21
慶應義塾大学教授 土居 丈朗	
講演 3 社会保障改革の動向とこれからの医療	39
内閣官房社会保障改革担当室長 中村 秀一	
パネルディスカッション	
パネルディスカッション 高齢社会と医療の未来を考える	75
ノンフィクション作家・評論家 関岡 英之	
慶應義塾大学教授 土居 丈朗	
内閣官房社会保障改革担当室長 中村 秀一	
日本医師会会長 横倉 義武	
【同会】 日本医師会副会長 中川 俊男	
日本医師会常任理事 石川 広己	

主催挨拶



日本医師会会長
横倉 義武

皆様、こんにちは。日本医師会会長の横倉義武でございます。

平成25年度医療政策シンポジウムの開催にあたり、一言ご挨拶を申し上げます。

あと、11年余り、2025年には、日本の経済成長を牽引してこられた団塊の世代のすべての方々が後期高齢者となり、わが国は高齢化のピークを迎えます。残された時間に全国津々浦々まで、かかりつけ医を中心として医療と介護が連携した、しっかりとした地域医療提供体制を確立しなければなりません。

国民との約束である「社会保障・税の一体改革」の実行に向けて、社会保障の財源を賄うために4月から消費税が8%に引き上げられます。また、十分なものではありませんが、平成26年度診療報酬改定と新設された医療提供体制の改革のための新たな財政支援制度が実施に移されます。枠組みが整い、まさに医療提供体制の改革がスタートの第一歩を踏み出します。

ところが、最近の規制改革会議など内閣に設けられた会議においては、医療分野を「岩盤規制」と称して過度の規制緩和を求めてお

り、憂慮すべき状況になっています。私どもは、時代にそぐわなくなった医療周辺分野の規制を、国民のニーズに合わせて見直すことは賛成です。しかし、医療本体に係る規制は別です。国民の命と健康を守るために必要な規制はきちんと峻別して、慎重に考えていただきたいのです。

医療や医薬品に対しては、安全を守るために政府による適切な規制が必要です。決して、「事後監視救済型・事後調整型」であってはなりません。

また、医療における競争は、医学の研鑽と医術の研修において行われるべきで、よりよい医療を提供するため、医師として切磋琢磨すべきです。社会保障の大きな柱である医療は、価格に基づく競争をすべきではありません。

国民の健康を守ることと、経済の成長は表裏一体であります。しかし、経済成長の手段として、医療の本体に市場原理を導入することは、世界に誇る国民皆保険を損ねかねないものであり、厳重に監視していかねばなりません。

日本医師会は、地域医療が置かれた現実をしっかりと見据え、地域自治体と密接に連携して、地域医療ビジョンを描き、地域における医療と介護の改革に向けて具体的にどう取り組むのか、また、地域包括ケアシステムの構築のために医療の専門職集団として何ができるのか、真に国民に求められる医療提供体制の実現に向けて、医療における改革とイノベーションを積極的に提案し主導して、国民とともに努力してまいりたい決意です。

この時期に、「高齢社会と医療の未来を考える」をテーマにして、このシンポジウムが実現いたしましたことは、意義深いことと思います。

関岡英之先生、土居丈朗先生、中村秀一先生は、作家あるいは経済学者として、また、

医療と介護と福祉の研究機関を主宰されるなど、これまでのご経験を生かして、医療の未来のために目覚ましい活動を展開していらっしゃいます。

先生方には講演に、引き続きパネルディスカッションに参加いただき、経済の低迷と高齢化が進行する中で、高齢社会と医療の未来についてどう考えるか、忌憚のないご意見を賜りたいと思います。

実りある成果を取めることを祈念するとともに、先生方の多大なるご協力に厚く御礼申し上げます。

結びに、本日ご来会の皆様方の一層のご活躍、ご健勝を祈念いたしましてご挨拶といたします。

講演 1

「混合診療」の全面解禁は国民に利益をもたらすか？



ノンフィクション作家・評論家
関岡 英之

演者紹介

石川 それでは「平成 25 年度 医療政策シンポジウム」講演の部を始めさせていただきたいと思います。最初は評論家でノンフィクション作家の関岡英之先生からご講演をいただきます。関岡先生は慶應義塾大学法学部をご卒業後、東京銀行（現・三菱東京 UFJ 銀行）に入行され、約 12 年間勤務された後に退職。早稲田大学大学院修士課程を修了されてから執筆活動に入られました。世界に広がる新自由主義とわが国の国家主権の危機を鋭くえぐった 2004 年度の著書『拒否できない日本—アメリカの日本改造が進んでいる』がベストセラーになりました。

本日の演題は「『混合診療』の全面解禁は国民に利益をもたらすか？」です。先生、よろしく願いいたします。

関岡 ただ今、ご紹介いただきました関岡と申します。どうぞよろしく申し上げます。

保険外併用療養費制度が規制改革会議の最優先案件に

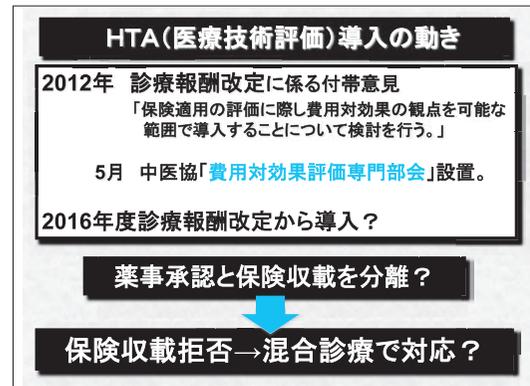
まず現状認識です。冒頭で横倉会長からお話がありました通り、昨年 7 月の内閣府の規制改革会議で、農地問題や介護・保育問題と並んで保険外併用療養費制度の改革が当面の最優先案件として位置付けられました（図表 1）。これはかつて混合診療と言われていたもので、ターミノロジーが変更されて保険外併用療養という呼称になったわけです。

現在も規制改革会議で検討が続けられてお

図表 1

2013年	7月26日 第13回 規制改革会議 「当面の最優先案件について(案)」 「保険診療と保険外診療の併用療養制度」
	11月28日 公開ディスカッション
	12月20日 第23回 規制改革会議 「『保険診療と保険外診療の併用療養制度』 改革の方向性について」→2014年6月に答申
2014年	1月21日 第24回 規制改革会議 「『保険診療と保険外診療の併用療養制度』 改革に向けた新たな仕組みの検討」

図表 2



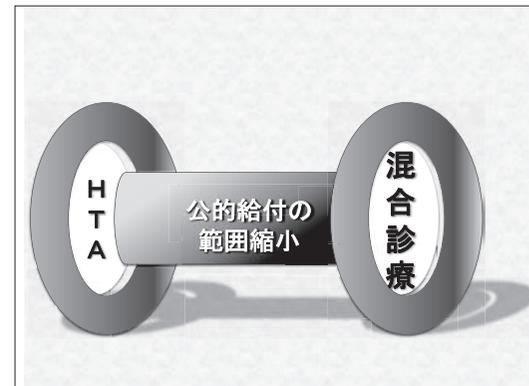
り、昨年の暮れには、この保険外併用療養の改革案を本年6月に答申するという方向性が打ち出されました。ですから、これは6月に閣議決定されるアベノミクスの第三の矢、成長戦略の一つの柱として位置付けられているわけです。

もう一つ、非常に気になる動きがあります。現在、中央社会保険医療協議会を中心に、HTA（ヘルステクノロジーアセスメント、医療技術評価）を導入する議論が今、同時並行的に起こっています（図表2）。このHTAというのは要するにアングロサクソンモデルです。アメリカでは基本的には民間保険が主体ですので、FDA（米国食品医薬品局）の公的な薬事承認と、保険収載はまったく別立てになっているわけです。

それから、ご存じの先生方も多いと思いますが、イギリスではNICE（英国国立医療技術評価機構）という組織が、新薬や新規の医療機器の費用対効果を検証し、保険収載するかどうかを政府にアドバイスする制度がございます。これに似たようなものを“日本版NICE”などとして推進している方もいます。

その背景には、ここ10年間に非常に高額な分子標的薬が次々に承認され、これらを保

図表 3



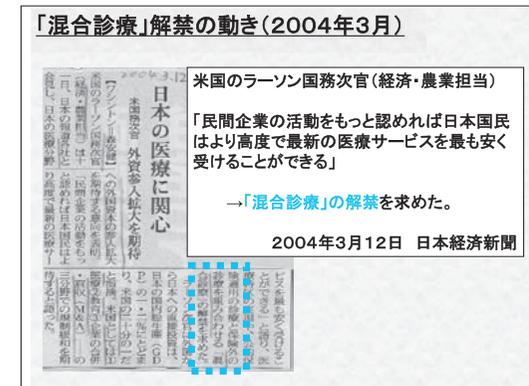
険収載していけば、いずれは日本の医療保険財政が行き詰まるという危機感があります。高額な分子標的薬や、高額医療技術が果たしてどれだけの効果を見込めるのか、その費用対効果を検証して、場合によっては薬事上は承認するけれども保険収載を拒否するという議論も、一昨年から継続されています。これは非常に大きな日本の医療政策の転換になると思います。

承認はされたけれども保険収載されない高額医療がどうなるかという、おそらく混合診療、保険外併用療養という制度で賄っていくのではないかと私は懸念しています。つまり混合診療とHTAが車の両輪となって、公的給付の範囲縮小という方向を目指していくのではないかと考えております（図表3）。

小泉政権下で実施された「混合診療」の部分解禁

混合診療は、すでに小泉政権時代に部分解禁されています。この政策決定のプロセスに、実はアメリカ政府が非常に深くかかわっていたということを、ちょっとおさらいしておきたいと思います。

図表 4



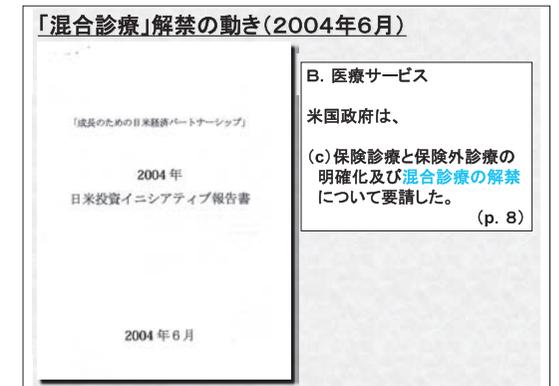
部分解禁されたのは2004年の暮れですけれども、それに先立って、同年3月にアメリカの政府高官が日本政府に対して混合診療の解禁を求めたという日本経済新聞の報道がありました（図表4）。しかも、わが国の厚生労働省のカウンターパートであるアメリカ保健福祉省ではなく、外交をつかさどる国務省の次官が発言したという点を、私は非常に奇妙に思っこのニュースに注目していました。

そして、その3カ月後の2004年6月に「日米投資イニシアティブ報告書」という政府の公式文書が公表されました（図表5）。日本側は経済産業省、アメリカ側は通商代表部が管轄している文書で、現在も経済産業省の公式ホームページからバックナンバーを閲覧することができます。

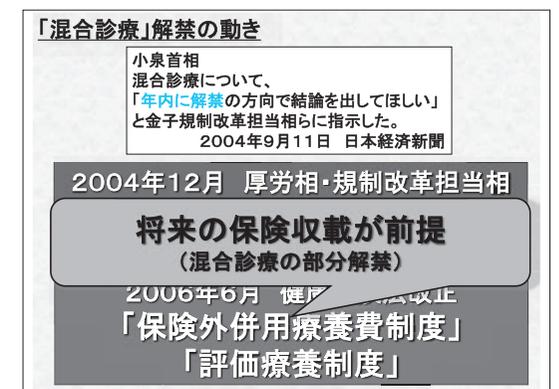
経済産業省が主管で「日米投資イニシアティブ報告書」というタイトルの文書ですから、どこをどう見ても医療分野に関係なさそうですが、この外交文書の中で医療がサービス産業、要するにビジネスの一分野として位置付けられ、そうしたコンテキストでアメリカ政府が混合診療の解禁を正式に要請してきたわけです。

そして同年9月には、小泉首相が関係閣僚

図表 5



図表 6



に対して「年内に結論を出せ」と指示したことが日本経済新聞で報道されました（図表6）。9月の時点で年内という3カ月しかないわけですが、さすが小泉さんは非常に実行力に長けた政治家で、何とこれが実現してしまうのです。先生方もご案内の通り、厚労相の尾辻さんと規制改革担当相の村上さんによって「いわゆる混合診療問題に係る基本的合意」という文書が出され、既存の特定療養費制度を拡充する形で混合診療を認める方針決定がなされました。

つまり、3月のアメリカのラーソン国務次官の発言からわずか9カ月で、戦後、わが国が国策としてきた混合診療原則禁止という政

策が転換され、部分的とはいえ混合診療が解禁されたわけです。

その2年後には、健保法の改正によってこれが保険外併用療養費制度という名前に変わり、その中の評価療養と位置付けられたのはご案内の通りです。現在は、これを規制改革会議が更に改革しようということで、6月の答申に向けて議論しているわけです。この評価療養は、あくまでも将来の保険収載が前提となっているという点で、混合診療の全面解禁には至っていないと理解しています。

それに対して、今年1月の規制改革会議の終了後の記者会見では、座長を務めた住友商事の岡相談役が「現行制度の量的拡大にとどまることなく、是非、制度の質的改革についても求めていきたい」と明言しているわけです（図表7）。ですから評価療養の項目の追加といったような形ではなく、抜本的に改革することを目指して、現在協議が進められていると理解しています。

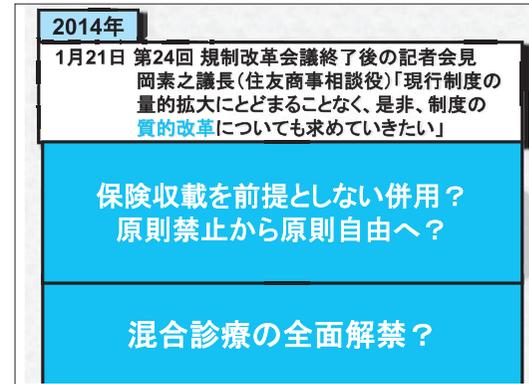
それが具体的にどのような形になるかはまだ見えません。おそらく、保険収載を前提としないか、あるいは原則禁止から原則自由へとより踏み込んだ形の質的改革になるのではないか、つまり事実上、混合診療の全面解禁を目指すものではないかと受け止めているわけです。

混合診療は患者にとって本当にメリットがあるか

次に、混合診療をどのように認識しているか、エンドユーザーの立場からお話したいと思います。

図表8は、ある卵巣がんの患者が、術後の化学療法を受けたときに実際に支払った医

図表 7

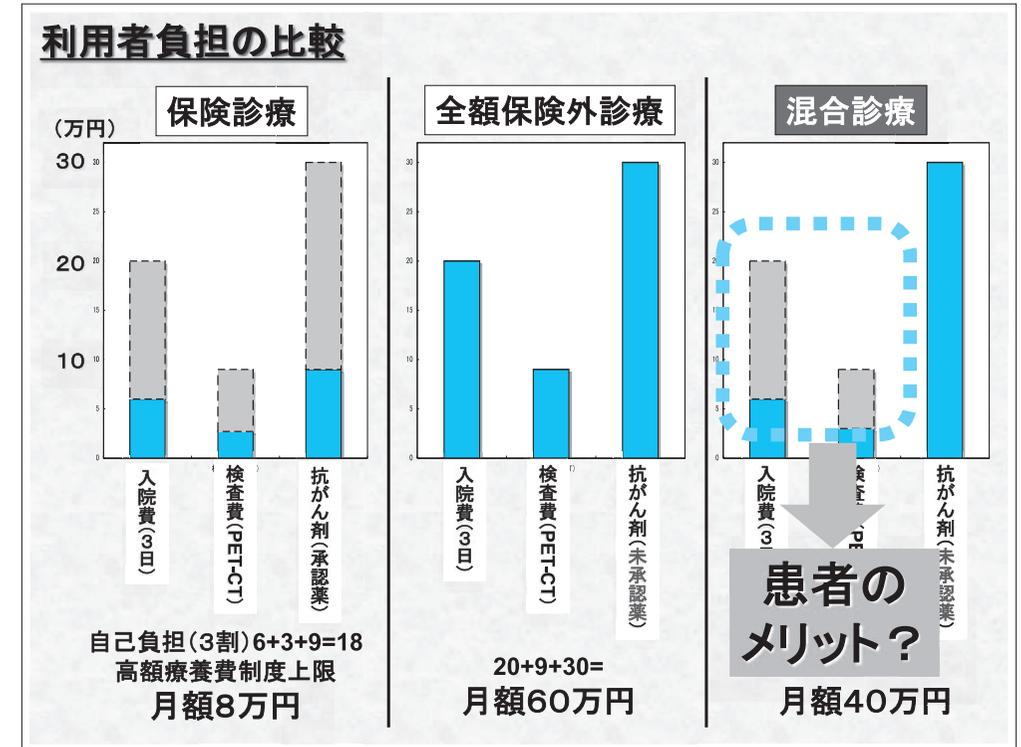


療費をモデルとしたものです。左は標準治療のケースで、タキソールとカルボプラチンの2剤併用療法の抗がん剤点滴を受けるために、2泊3日の短期入院をしたときの医療費です。入院費は差額ベッド代も含めて20万円ぐらいかかっていますが、これは3割負担ということで自己負担分は6万円です。それからPET-CTの画像診断の3割負担が3万円、抗がん剤の3割負担が9万円で、トータル18万円です。

わが国の公的医療保険制度の大変素晴らしい点は、高額療養費制度により所得に応じた上限が決まっていることです。高額所得者の場合はおよそ月額15万円ですが、一般所得者の場合は月額8万円で済みます。3割負担でトータル18万円ですが、実際に払うのは8万円です。残り10万円は保険から給付されます。これは大きな恩恵だと思います。このように高額医療にかかった場合、実際には3割以下の負担で済むというのが、現在のわが国の公的医療保険制度の非常に素晴らしいところだと思います。

問題は、抗がん剤治療で薬剤耐性が生じた場合にどうするかです。そうすると患者は、まだ日本で承認されていない海外の最先端の

図表 8



薬はないのか、それを個人輸入して使うことができないのかと考えます。実際、そうした未承認薬を扱う自由診療のクリニックも数多く存在するわけですから、その門をたたく形になります。

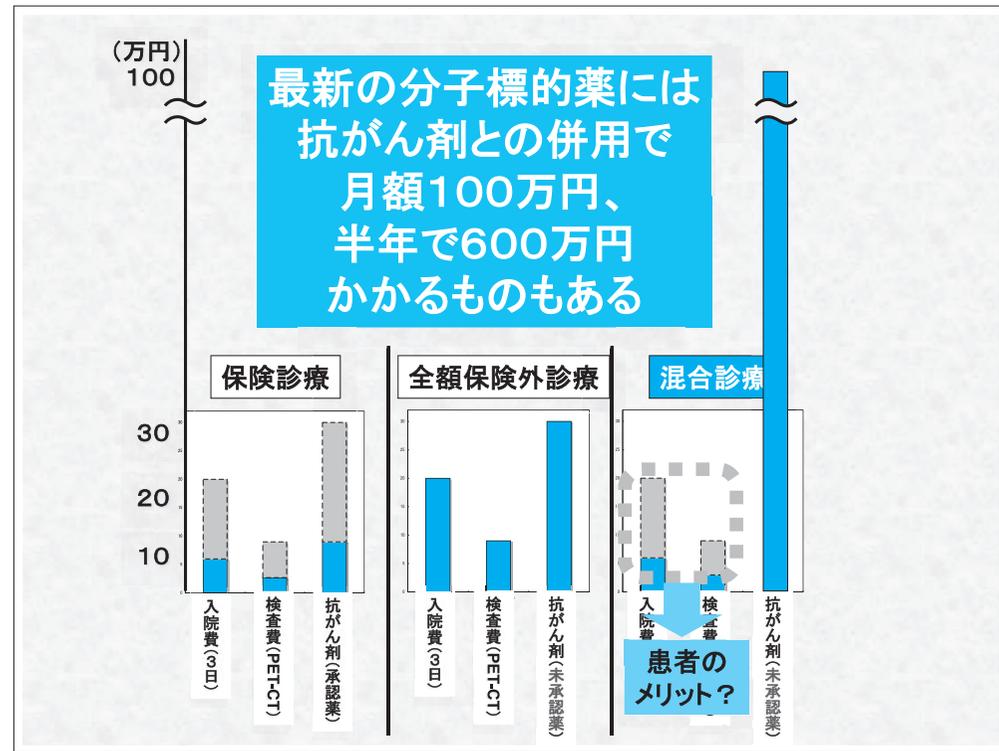
その場合の医療費がどうなるかというと、図表8の中央のグラフのように、すべて保険が利かなくなります。未承認薬の抗がん剤はもちろん全額自己負担ですし、それまで保険が適用されていた入院費や検査費も保険が適用されなくなるので、月額の自己負担がいきなり60万円になってしまうわけです。

仮に混合診療が全面解禁されたらどうなるかというと、全国津々浦々の病院や診療所で図表8の右のような利用が可能になります。未承認薬は全額自己負担ですが、入院費と検査費については保険が適用されます。単一の

施設で単一の患者に対し、保険診療と保険外診療を併用する混合診療が解禁されれば、このケースでは患者の負担が約20万円減ることになり、それが患者にとってのメリットであると喧伝されるわけです。

それを聞いただけで「素晴らしいじゃないか。混合診療を解禁すべきだ」と短絡される一般の方が大変多いので困るわけですが、忘れてはいけないのは高額な未承認薬の自己負担分です。この部分だけでまだ月額30万円検査費・入院費を含めると40万円という負担が残るわけです。混合診療の是非を論じるときに、この自由受診の部分の相場というのが一般国民にはほとんど知られていません。そして解禁推進派は、あえてそのことに触れなくて、検査費や入院費といった部分に保険が適用され患者の負担が軽減されるとい

図表 9



うところだけがクローズアップされて、この混合診療を解禁すべきだという議論がしばしば横行しているのですね。私はこれを非常に由々しき問題だと思います。

図表8の例はあくまでも概念的なモデルですから、承認薬と未承認薬がまったく同じ価格に設定されていますが、これは現実にはあり得ません。最近、続々と承認されている分子標的薬は、既存の抗がん剤と併用されることが多く、中には月額100万円になることもあります。もちろん化学療法が1クールで終わることはありませんから、最低でも6クール継続すれば600万円、年間では1000万円を超えるという話になっていくわけです(図表9)。

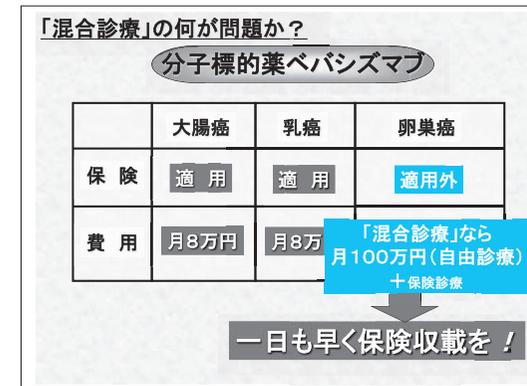
一方、保険診療の対象となる検査費や入院費の部分ですが、最近の抗がん剤治療はほと

んど外来で行われていますので、入院費はそもそも発生しないことが多いわけです。そうすると画像診断の部分だけですが、これも毎月やるわけではなく、どんなに頻度が高くても3カ月に1回程度ですから、混合診療解禁による患者のメリットというのは実は微々たるものなのです。現実には患者が直面するのは、保険が適用されない未承認治療薬の自己負担分なのです。

全面解禁で恩恵を受けられるのは
ごく一部の富裕層だけ？

今、統計上では、日本人の2人に1人ががんになり、3人に1人はがんで亡くなると言われています。2人に1人ということは、夫婦のうちのいずれか片方が生涯のうちが

図表 10



なって、片方が闘病生活を支える立場になるということですから、これはすべての国民にとって他人事ではない問題だろうと思います。わが家も例外ではなく、実は、ここに挙げた月額100万円、6クールで600万円という例は、私の配偶者が進行卵巣がんになったときに、私自身が埼玉県のあるクリニックで告げられた治療費の見積もりなのです。

この卵巣がんに関して、今、注目されているベバシズマブという分子標的薬があります(図表10)。アバスタチンのことですが、これは大腸がんや乳がんなどではすでに保険適用されています。高額療養費が適用されますので、月額8万円の自己負担で普通に診療が行われているわけです。ところが卵巣がんに関しては、かつては保険が承認されていませんでしたので、ベバシズマブを併用した自由診療で、月額100万円と言われたわけです。がん種の違いによって経済負担が大きく違ってくるわけです。

仮に混合診療が全面解禁されたとしても、こういった診療にアクセスできる患者は富裕層に限られるのではないかと思います。私は貧困層ではありませんが、残念ながら評論家としての収入ではこれだけの経済負担ができ

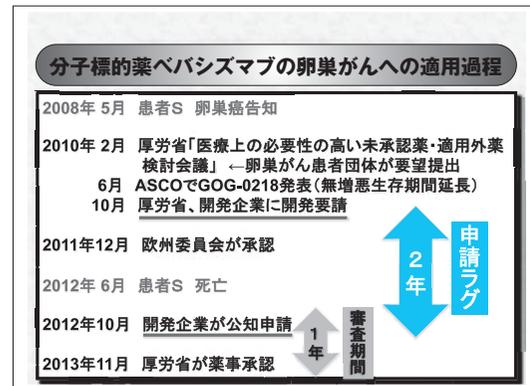
ず、治療を断念せざるを得ませんでした。ですから私が知る範囲では、混合診療を全面解禁すべきだという要求を掲げて活動している患者団体は聞いたことがありません。むしろ、一日も早くこれを保険収載、つまりドラッグラグの解消に向けて活動している患者団体がほとんどではないかと思います。

実はこのベバシズマブに関しては、2010年に厚生労働省が、私も加盟しているスマイリーという卵巣がんの患者団体などの要望を受けて「医療上の必要性の高い未承認薬・適用外薬検討会議」を立ち上げていただきました(図表11)。同じ年の6月には、ASCO(米国臨床腫瘍学会)のGOG-0218という日本も参加した国際臨床試験で、ベバシズマブをタキソール、カルボプラチンと併用したところPFS(無増悪生存期間)が有意に改善したという発表がなされ、わが国の卵巣がんの患者やその家族の間でも非常に注目されたわけです。

このとき厚労省の対応は素晴らしく、非常に迅速に、開発企業に対して開発要請をしてくださったわけです。しかし、残念ながら開発企業が公知申請するのに2年かかってしまいました。

現状、ドラッグラグの問題では、PMDA(医薬品医療機器総合機構)による審査の遅れといったものはほとんど解消されています。PMDAはまだFDAの10分の1ぐらいの規模だそうですが、行革の中で予算、人員ともに拡充され、日夜の献身的な作業を通じて審査期間は非常に短縮化されています。ところが、申請に至るまでの、いわゆる「申請ラグ」といったものが今まさに問題になっているわけで、この間に患者が死亡してしまうということが、まだ解決されていないわけです。

図表 11

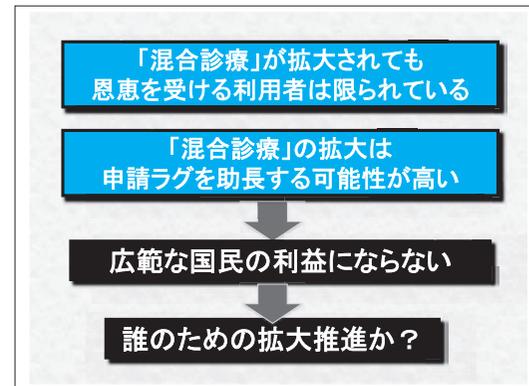


この申請ラグがドラッグラグに残った大きな課題となっています。なぜこうしたことが生じるのかというと、やはり製薬会社の商業的な理由によるところが大きいのでしょう。通常では患者数が少ないと、治験のサンプルがなかなか集まらないという事情が大きいわけですが、今回のケースは公知申請で、治験が免除されています。にもかかわらず、申請するまでに2年のラグが生じるというのは、やはり私は商業上の理由ではないかと感じているわけです。

今までのところを中間的にまとめたものが図表 12 です。混合診療がたとえ全面解禁あるいは拡大されたとしても、その恩恵を受けられる国民は、国民の中のごく一部の富裕層に限られてしまうばかりか、むしろ、今申し上げたような申請ラグを助長してしまう可能性が非常に高いです。私はがん患者の遺族として、実体験からもそのように認識しております。

そうしますと、いったい何のためにこの混合診療の拡大ないしは全面解禁が、かつてはアメリカ政府からの要望という形で、そして今は内閣府の規制改革会議を中心に日本で推進されているのか。その背景について、次に

図表 12



考察してみたいと思います。

「混合診療」解禁で生まれる新たなビジネスチャンス

まず、わが国の医療保険制度の現状がどうなっているかというのが図表 13 です。縦軸に年収、横軸に年齢がとってありますが、これはほとんど意味がありません。給付に関しては一律ですから、若かろうが年寄りだろうが、金持ちだろうが貧乏人だろうが、受けられる給付はまったく同じです。

それが、もし混合診療が全面解禁され、全国津々浦々の病院や診療所で展開されるようになると、図表 14 のような姿になるわけです。この青の部分の公的保険と、保険でカバーされない白い部分、つまり保険外診療を併用することが混合診療です。

先ほども言いましたように、保険外診療には非常に高額なものが多いので、アクセスできるのは国民の中で年収が高い層に限られます。しかし富裕層といえども、例えば重粒子線治療が 300 万円かかるという話を聞けば、それをカバーする保険があれば、あらかじめ入っておきたいと普通は考えます。そこにこ

図表 13

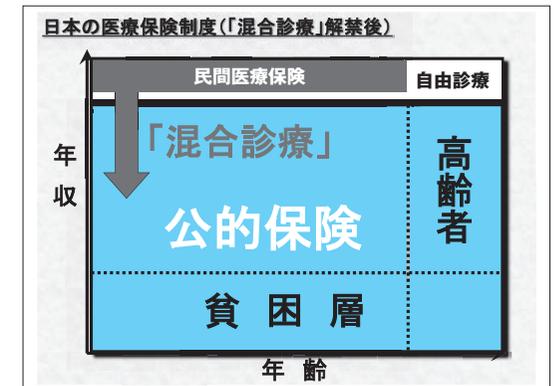


の高額な保険外診療を担保する民間医療保険のビジネスチャンスが生じるわけです。

ですから、もし混合診療が全面解禁されれば、日本の医療保険制度が図表 14 のように 2 階建てになるわけです。たとえばふさわしいかどうかは分かりませんが、飛行機の座席で言えば、現在の日本の医療保険制度はすべてがエコノミークラスです。ホリエモンさんのような大富豪が何億円も持ってきて「自分はファーストクラスに座りたい」と言っても、「国内にはその席はございません。どうしても座りたければ MD アンダーソンに行ってください」ということになるわけです。それが混合診療が全面解禁になると、日本国内にもファーストクラスが設置され、それを担保する民間医療保険というビジネスチャンスが新たに生まれる形になるかと思えます。

おそらくアメリカ政府、というよりも、その背後に控えている保険業界がもっとも望んでいるのがこの形だろうと私は考えております。ですから、TPP をめぐる議論の中で「もし日本が参加したら公的医療保険制度が廃止される」といった極論をおっしゃる方が時々ありますが、あり得ないと私は思います。仮に日本の医療に市場原理を導入したとしても、

図表 14



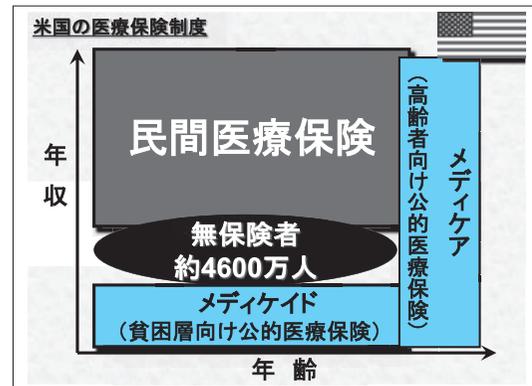
公的医療保険制度そのものが廃止されることは絶対にありません。なぜかということ、アメリカの保険業界にとっても、この図式のほうがはるかにメリットが大きいです。つまり、高齢者と貧困層に関しては、そもそも自分たちの顧客として想定していないのです。

アメリカにおける公的保険というのはこの図表 15 の青の部分です。連邦政府が運営している高齢者向けのメディケアと、州政府が運営しているメディケイド、この 2 つしかありません。国民のほとんどがこのグレーの部分の、民間保険会社が販売している医療保険を購入するしかないわけです。

そしてオバマケアというのは、この青のメディケア・メディケイド部分を拡充するのではなくて、このグレーの民間医療保険の部分を拡充することによって無保険者を救出しようという、非常に欺瞞に満ちた、日本の国民皆保険制度とは似ても似つかないものだったわけです。それでも 2200 万人の無保険者は取り残されてしまうと言われていました。

米国の民間保険会社は必ずしもすべてが株式会社組織ではないのですが、営利追求組織ですから全国民の面倒を見る義務はありません。自分たちにとって非常においしいマー

図表 15



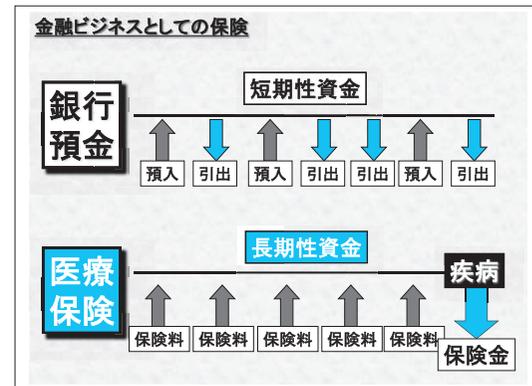
ケット、つまり年齢が比較的若くて年収が高い層だけを取り込みたいと考えるのは当然で、高齢者と貧困層に関してはむしろ入ってきてほしくないわけです。

アメリカの医療保険会社は 長期性資金の集金マシン

医療保険を金融ビジネスとして見た場合、どういう特性があるのでしょうか。

先生方も銀行と保険会社はそれぞれお付き合いがあると思いますが、銀行の預金は好きなときに出し入れできます。定期預金でも、いざとなったら解約すればいいわけです。ところが、先生方は生命保険、医療保険、がん保険に加入されているか分かりませんが、保険のマネーフローでは、基本的に月々保険料を強制徴収されます。例えば、お嬢さんが海外に留学されるとか息子さんが結婚されるといときに、これを下ろして使いたいと思っても下ろせるものではないわけです。がん保険だったらがんの診断書を持っていかない限り、保険金は返ってきません。つまり、月々積み立てられている保険料は、重篤な病気にならない限り保険金として返ってこないわけ

図表 16



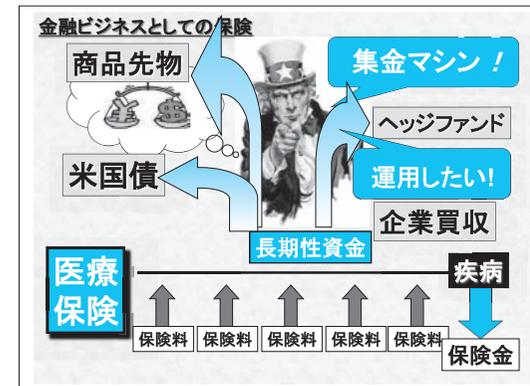
です。これが銀行預金と保険との大きな違いです。

私はかつて金融業界に奉職していたわけですが、銀行の預金は短期で転がる短期性資金であり、一方、保険会社に貯まっていく資金は、20年、30年引き出されることが少ない長期性資金と位置付けられておりました（図表 16）。

アメリカの金融資本が保険会社をどのように見ているかというのが図表 17 です。保険会社は長期性資金の集金マシンであり、その運営権を握ることでさまざまなマネーゲームの原資として活用したいというのが最大のモチベーションになるわけです。

このような金融ビジネスのビジネスモデルから見ると、高齢者は疾病リスクが高いわけですから、保険会社からすると逆に持ち出しになってしまいます。また、貧困層はそもそも月々の保険料を負担する能力がないわけですから、これは民間保険会社の顧客ではない、むしろ公的医療保険で面倒を見るべきであるというのがアメリカ人の考え方なのです（図表 18）。

図表 17

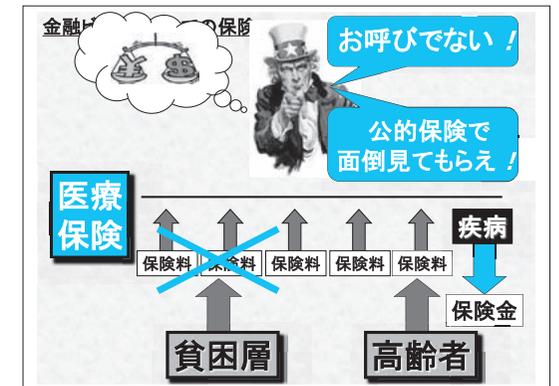


日米で大きく異なる 民間医療保険の位置付け

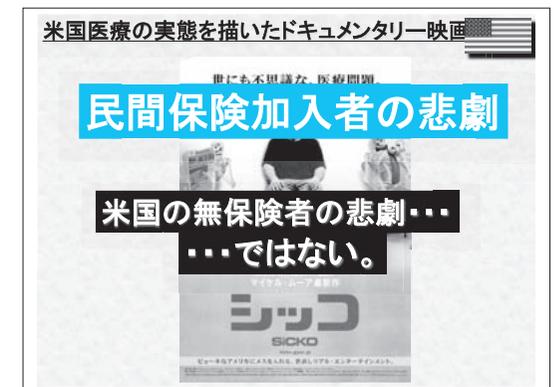
では次に、民間保険を公的医療保険の代替にすることはできないのかという問題です。ご覧になった先生方も多いと思いますが、マイケル・ムーアというアメリカのドキュメンタリー映画監督に「シッコ SiCKO」という作品があります（図表 19）。これはアメリカの4800万人の無保険者の悲劇を描いた映画だとよく誤解されるのですが、そうではありません。冒頭に無保険者が2人ほど紹介されますが、マイケル・ムーアがナレーションで「彼らはこの映画の主人公ではない。この映画はアメリカの民間保険に加入している人たちの悲劇を描いたものだ」と言っているわけです。なぜ保険に加入しているにもかかわらず悲劇に見舞われるのかという、民間保険の何が問題かというテーマを扱った作品です。

わが国にもすでにアメリカから医療保険やがん保険が上陸しており、新聞を開くとさまざまな広告が出ています。その広告を集約して、モデルケースを作ってみたのが図表 20 です。例えば、毎月1万4000円の保険料を

図表 18



図表 19



払える方に関してはご覧のような給付があります。しかし、この1万4000円の負担が厳しいという方には7000円の半額コースもあります。その代わりに、がんになってもお金は一切出ませんし、ボーナスなんでもってのほかです。と、だいたいこのような商品設計になっていることが多いわけです。

先ほど言いましたように、年齢や年収に関係なく給付は一律であるというのが公的保険、社会保障制度です。しかし、民間医療保険会社が提供している医療保険はそうではありません。保険料をたくさん負担できる顧客に対しては手厚い給付、それなりの負担しかできない人にはそれなりの給付という形で、

図表 20

民間保険は社会保障の代替りえない		
商品名	“よくばり保険”	“それなり保険”
月払い保険料 (50歳男性の場合)	14,000円	7,000円
入院	日額 1万円	日額 1万円
手術	1回 10万円	1回 10万円
がん	300万円	
死亡・高度障害	500万円	
ボーナス	10万円	

市場原理に基づいた金融商品に過ぎない

ますます格差が拡大するような商品設計になっています。それがいいか悪いかの問題ではなく、市場原理とはそういうものだとすることに尽きるわけです。

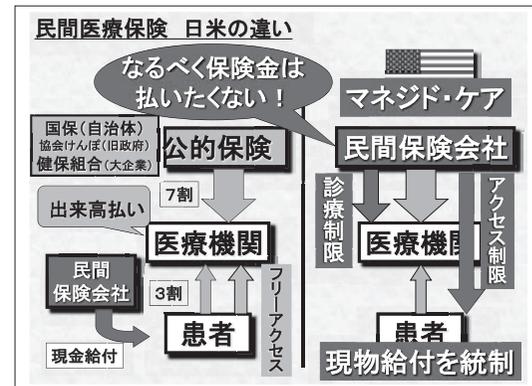
もう一つ、一口に医療保険制度と言っても日本とアメリカでは大きくその位置付けが違います(図表 21)。

わが国では、一般の現役世代であれば、窓口負担が3割で公的保険から残り7割が給付されます。そうすると、先ほど述べた新聞広告を出したりテレビCMを流したりしているような医療保険やがん保険はいったいどのような役割を果たしているのかというと、実は現金給付という形で補完的な役割を果たしているにすぎないわけです。

ですから私はこれを廃止すべきだとは言いませんけれども、あってもなくても同じ、要するに銀行預金として入れておいて、がんになったらそれを下ろしに行けば済む話です。民間医療保険の存在を否定はしませんが、補完的な役割を果たしているにすぎないわけです。

ところがアメリカでは、65歳以上の高齢者と貧困層以外は入りたくても公的医療保険制度がないわけですから、民間保険を購入す

図表 21



るしかありません。医療費の一部を窓口で患者が負担して、残りを保険会社が給付するという構造そのものは日本と同じなのですが、日本の公的保険を運営しているのは公的機関です。健保組合の場合は企業になるわけですが基本的には公的な存在です。一方、アメリカの保険会社は、基本的には利潤追求組織です。保険会社は金融機関であり長期性資金を20年、30年運用することが本業だと考えている人たちですから、できるだけ保険金を給付したくないというモチベーションを持っているわけです。

そこでどういう行動に出るか。わが国では100%自由放任のフリーアクセスが患者に保障されています。アメリカの場合には、保険会社が患者に対してアクセス制限をかけてきます。一方で医療従事者に関して見ると、わが国では基本的には出来高払いが認められています。一部の大学病院等ではDPC(包括医療費支払い制度)や定額払い制度も徐々に導入されつつありますが、基本的には先生方の裁量権が尊重されています。しかし、アメリカでは、保険会社が医師の診療行為そのものにも制限をかけてきます。マネジド・ケアと称されていますが、現物給付そのものをコ

ントロールするという、わが国では国や自治体などの行政機関すら持っていない強大な権限を、民間保険会社が持つに至ってしまっているということです。

混合診療、自由診療に対するリテラシー不足がもたらすもの

このようなアメリカ型の医療保険制度が日本に進出してくることは、果たして本当に国民の利益になるのでしょうか。これは患者だけではなく、医療従事者の双方にとっても、私は決してプラスになる話ではないと思うのです。

こういうことを医療従事者の側が主張しても、マスコミがすぐに「既得権益を守ろうとしているのではないか」などと論点を歪めてバッシングしようとしています。日本のマスコミはそういう非常に不思議な傾向を持っているので、患者の側にとっても決してメリットにはならないことを啓蒙していくのは非常に重要なことではないかと思います。

ほとんどの国民はこうしたことをご存じないと思います。なぜかというと、実際に自由診療にかかる機会がまだまだ限られているからです。がん患者といってもすべての患者が自由診療や混合診療について認識しているわけではありません。標準治療で根治した患者は、それらの問題に直面しないまま社会復帰してしまいます。したがってこういった問題に気付かずに終わってしまうわけです。

ところが再発、転移した進行がんの患者は、

やがて抗がん剤の薬剤耐性が発生して、病院からは「もう治療方法がございません。ホスピスに行かれたらどうですか」と告げられます。しかし、そう言われた当日も、患者は電車に乗って外来に来ているわけですから、おいそれとホスピスを予約しようという気にはなれません。そこからいわゆる保険外診療、自由診療を求めて日本中をさまようがん難民になってしまうわけです。

恥ずかしながら、かつては私自身がそういった行動をとっておりました。1回30万円の免疫細胞療法もやりましたし、がんワクチンの臨床試験にも参加しましたが、残念ながら家族を救うことはできませんでした。これは誰が悪いという問題ではなく、やはり、患者としては標準治療がないと言われると、治らないかもしれない、効かないかもしれないことは百も承知で、そういった自由診療の門をたたくわけです。ですから、自由診療の存在意義を私は否定しません。

ただ、混合診療が全面解禁され、全国の病院や診療所でそうした診療が急速に普及すれば、患者のリテラシーが追いつかないまま、中には心のない業者にひっかかってしまうケースも起きてくると思います。相手は必ずしも医療従事者に限らず、あやしげなサプリメントを製造販売している業者もあります。そうしたことも含め、有効性や安全性が確認されていない自由診療に患者が迷い込むようなことになってはいけないという思いから、本日はプレゼンテーションをさせていただきました。ご清聴、誠にありがとうございました。

講演 2

日本の医療と
その財源確保策慶應義塾大学教授
土居 丈朗

演者紹介

石川 続きまして土居丈朗先生です。土居先生は大阪大学経済学部をご卒業後、東京大学で経済学博士号を取得されました。2009年から慶應義塾大学経済学部の教授でいらっしゃいます。ご専攻は財政学、公共経済学、政治経済学です。財政制度等審議会など、政府の審議会等の委員を務められておられます。演題は「日本の医療とその財源確保策」です。土居先生、よろしくお願いいたします。

土居 皆さん、こんにちは。ただ今ご紹介をいただきました慶應義塾大学の土居でございます。今日はこのような形で皆様の前でお話をさせていただく機会を頂戴しまして、誠にありがとうございます。私は日ごろ、財政の立場から社会保障、医療問題について研究しております。今日はその一端をご紹介します。今日はその一端をご紹介します。

皆さんもご承知のように「社会保障・税一体改革」が実を結んで、いよいよこの4月から消費税率が8%に上がり、社会保障財源確

保の第一歩が始まることになりました。もちろん、消費税の増税についてはいろいろ賛否もありますし、本当に日本経済に与える影響は大丈夫なのかというご心配をお持ちの方や、もっとほかの財源を使ったほうがよかったのではないかとされている方もいらっしゃるかもしれません。また、冒頭に横倉会長からお話がありましたけれども、今後の社会保障を2025年という少し長い時間視野で考えたときに、消費税一本やりで財源を確保するというわけにはいきません。しかし、消費税を含めた一つの財源確保というのが、今回の社会保障・税一体改革の中で実現したことは一つの大きな成果ではなかったかと思えます。

厚生労働省による
社会保障に係る費用の将来推計

今までのわが国の社会保障および財政を取り巻く環境を少し振り返ってみますと、お金を出す側の財務省と、お金が必要な側の医療・厚生労働省の間でのせめぎ合いの歴史があり

ました。「できるだけ支出は抑制してもらわないと困る」「いや。必要な給付はきちんと確保してほしい」というせめぎ合いです。しかし、社会保障・税一体改革の局面では、今後いい形で次なる協力関係の第一歩が築かれたのではないかと思います。もちろん、いろいろなせめぎ合いはまだ残っていますが、「必要な給付はきちんと出す代わりに、財源確保に関しては国民の合意を得るべく双方が協力する」という関係が、今後の医療財源確保の第一歩として築かれたと思います。

消費税を10%に上げることが2015年10月に予定されています。後でご紹介しますように、本当に10%に上げるかどうかは年内に判断すると安倍総理ご自身がおっしゃっていますので、今年の暮れごろにしかるべき決断がなされるのかと思っております。

そこで、仮に消費税率が10%に上がった後、どうなるのかを考えてみます。こちらに厚生労働省が一昨年3月に出した将来推計があります(図表1)。もちろん、これはある前提に立っての数字で、必ずそうなる保証はありませんが、医療給付費は2012年に約35兆円あったものが2025年には高齢化も進んで54兆円ぐらいになり、GDP比で言うと

7.3%から8.9%に増加すると見込まれています。

ただ、この推計は高齢者の増加や、医療・介護の連携などを通じて質を落とさずに給付をうまく工夫するといった改革努力も加味しての予想なので、当然ながら、誰かがお金を出してくれなければ54兆円もの給付は賄えないということになります。ですから、厚生労働省はある仮定の下、例えば保険料なら今の仕組みをそのまま引き延ばすとこのような数字になると予想しているわけです。

例えば、2012年の国民健康保険は月額7600円ですが、このまま仕組みを引き延ばして、2025年に給付が54兆円になるのに合わせて同程度の割合で負担をお願いするとしたら月額9300円の保険料になる。また協会けんぽ、組合健保は保険料率で示されていますが、要約すれば、2012年を1とすると2025年にはだいたい1.1倍ぐらいの保険料率になるという状況です。少なくとも保険料がそれなりの負担をお願いしなければならない水準になってくるということです。

もし、この保険料と税負担についての国民的な合意がうまく得られれば、この54兆円という医療給付費を十分に賄うだけの経済力は当然あると私は思っております。ただ、負担する国民の側からは「そんな負担には耐えられないから軽減できないか」とか「増税は勘弁してほしい」という声もありますので、いかなる形で国民に、医療を支えるための財源負担への協力を求めるかということも、これから工夫していかなければならないだろうと思います。

図表1

		2012	2015	2020	2025
医療給付費		35.1兆円	39.5兆円	46.9兆円	54.0兆円
	対GDP比	7.3%	7.8%	8.4%	8.9%
国民健康保険 (2012年度賃金換算)	月額	7600円	8100円	8800円	9300円
協会けんぽ	保険料率	10.0%	10.8%	10.9%	11.1%
組合健保	保険料率	8.5%	9.2%	9.2%	9.4%
後期高齢者医療 (2012年度賃金換算)	月額	5400円	5800円	6200円	6500円

出典:厚生労働省「社会保障に係る費用の将来推計の改定について(平成24年3月)」
© Takero Doi.

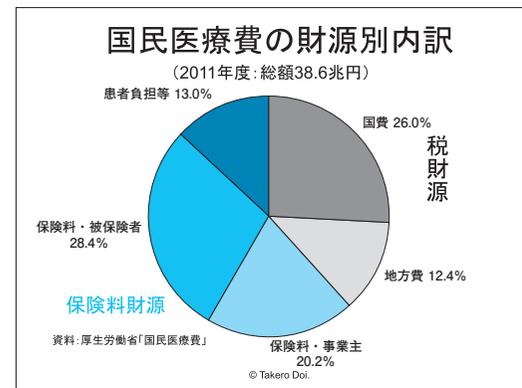
医療費の財源確保には 納得できる根拠付けが必要

釈迦に説法ですけれども、医療費はどのような財源で支えられているのかを、図表2に簡単にお示ししております。先ほどからのお話にもありますように、69歳までの方は3割の自己負担ですが、高額療養費制度による上限があって必ずしも3割にはならない、という話はすでに関岡先生からありました。それをトータルすると、患者負担は平均13%ぐらいというのが2011年の実績になります。

そして全体の3分の1強、円グラフのグレーの濃淡部分にあたるのが、国と地方自治体の税金によって賄われているお金です。それから残りの半分ぐらいの水色と青色の部分が保険料財源になります。もちろん保険料財源も本人負担と事業主負担という形で、お互いに負担を分かち合っているということでもあります。

私はあえて円グラフを色分けしましたけれども、ただ、お金を払う国民や患者側からすると、いずれにしろ取られるお金はお金だという面もあります。税金という名目で取られるか、保険料という名目で取られるかの違い

図表2

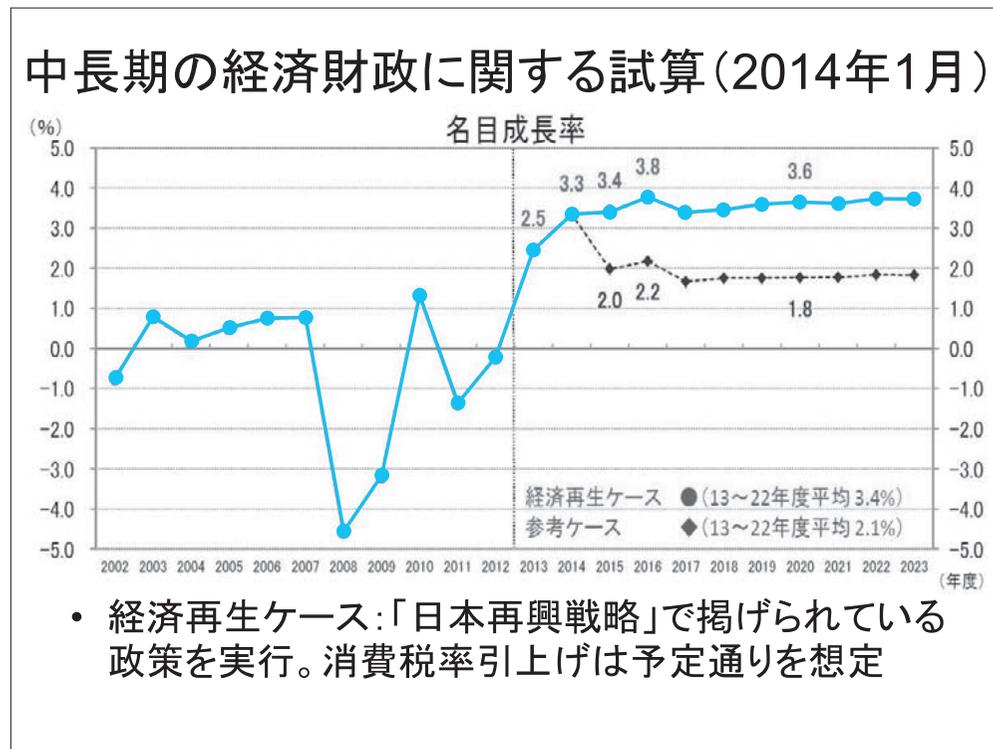


だけです。特に、会社に勤めて給料をもらっている立場の方は、税金も保険料も天引きですから、給与明細に名目は書いてあっても、まとめて取られていることに変わりありません。引かれた金額を見て「何だか去年や一昨年に比べてずいぶんたくさん取られているなあ」と思われる方もいらっしゃるかもしれません。

しかし、そのとき単純に「前よりもたくさん取られた」という話だけで片付けてもらっては、日本の社会保障の話が始められないわけです。何ゆえ税金や保険料でご負担をお願いするかを納得してもらうための根拠付けが、この財源確保には今後ますます必要になってくるのかなと思います。取れるところから取るというやり方は、一時しのぎの政治的な解決にはなるかもしれませんが、今後さらに続く高齢化の長い道のりを考えると、どのように医療の財源を確保していくかということが非常に重要になってくると思います。

私自身、国民皆保険は是が非でも守るべきだと思っております。ただ、財源面から一つ心配な点は、「これ以上の負担は勘弁してほしい」という国民が増えて、増税反対とか保険料引き上げ反対といった声が強くなってしまうと、国民の負担を増やさない代わりに保険の範囲を狭めるというような対応策を弥縫策として政府が考える可能性もないとは限りません。財源の確保は国民皆保険を守るという意味でも重要で、お金が足りないから保険の範囲を狭めるという言い訳に使われないようにするためにも、できる限り説明を尽くしてご負担をお願いするように何とかできないかと、私の立場としては思っております。

図表 3



今後の経済財政の見通しと医療財源への影響

さて、ではその消費税 10%でどのくらい財源がもつか、もたないかということについて、今年の 1 月に内閣府が示した試算「中長期の経済財政に関する試算」を少しご紹介したいと思います。

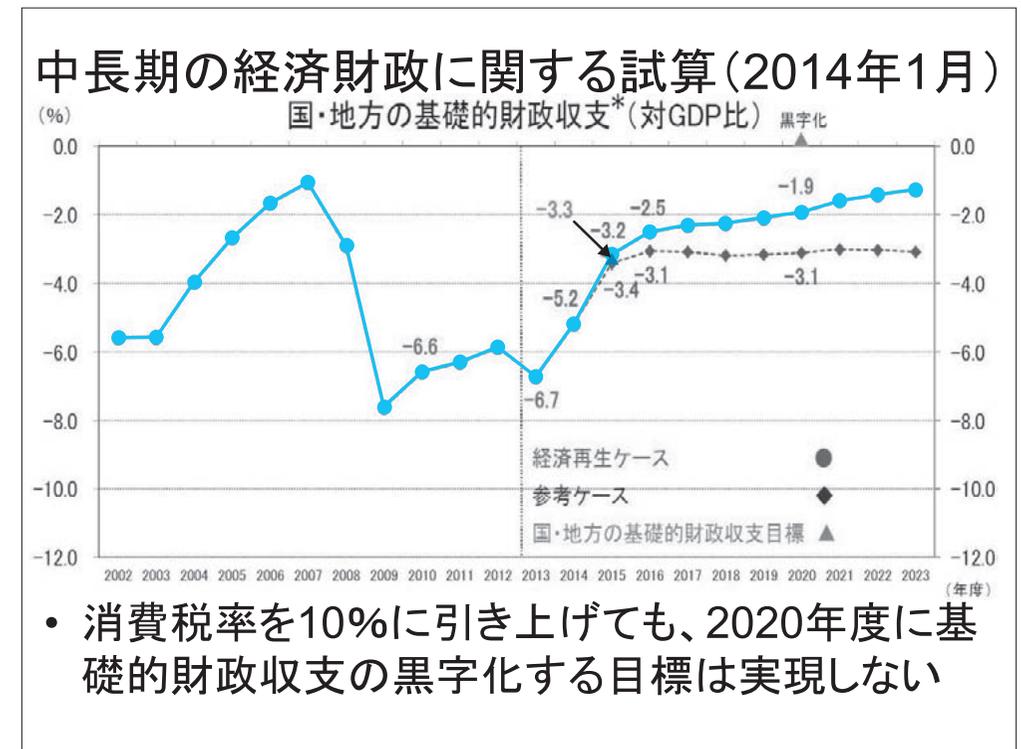
まず今後の経済見通しということで、2つのシナリオが示されました(図表 3、4)。青い折れ線グラフは経済再生ケース、グレーの点線グラフは参考ケースとなっていますが、ありていに言ってしまうと、前者はアベノミクスが経済成長を促すことに成功した場合、後者は必ずしもうまくいなくてデフレが続いてしまうケースを想定したものです。

図表 3 は名目成長率の試算です。物価上

昇率を織り込んだものが名目成長率で、逆に物価上昇率を差し引きますと、いわゆる実質成長率になります。グラフ下にも 10 年間の平均的な数字を示しておりますけれども、だいたい物価上昇率が年 1~2% ぐらいで考えると、アベノミクスがうまくいけば名目成長率で 1~2% ぐらいの実体的な経済成長が見込まれます。これに対して、グレーの点線で示したデフレが止まらないケースでは、物価上昇が 1% できるかできないかという程度ですので、実体的な経済成長率も 1% ぐらいと、かなり成長が鈍くなります。

もちろん経済成長が促されれば、それだけ国民の所得も同じぐらいの率で上昇していると考えていいわけです。そうすると、例えば先ほどお示した協会けんぽや健保組合の保険料率が仮にそのまま据え置かれたとして

図表 4



も、所得が増えた分だけ保険料収入が増えることになり、その分だけ医療の財源も確保されることが期待できます。さらに、所得が増えると税率を上げなくても所得税の収入が増えるということで期待されるのですが、問題は財政収支です。

図表 4 は、国と地方自治体を合わせた財政収支の試算をグラフ化したものです。これを見ますと、2013 年度はマイナス 6.7%、2014 年度はマイナス 5.2% で、2015 年度にはさらに回復していきます。2015 年度に予定されている消費税率の引き上げも試算に入っていますが、その後の増税は見込んでいませんので、消費税 10% のまま行った場合の財政収支になります。

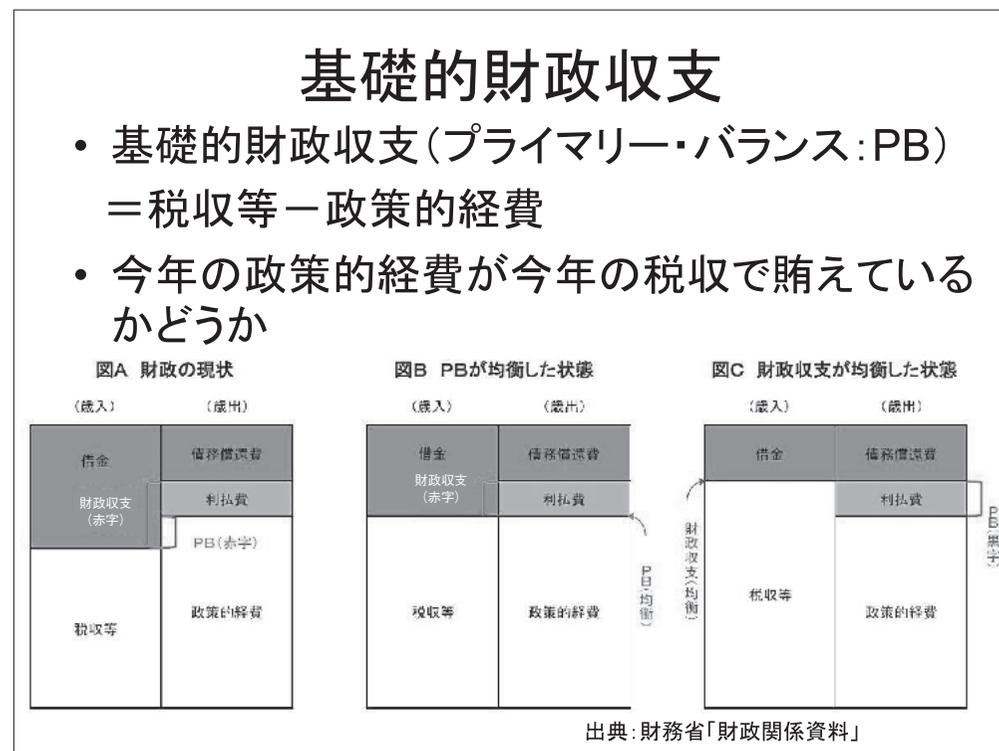
実は、政府は財政健全化のために、2020 年度には基礎的財政収支を黒字にしたいと考

えています。しかし、特別な歳出削減もせず、消費税率も 10% から上げない場合、内閣府の試算では残念ながら赤字が GDP 比で 1.9% 残ってしまうことになります。

経済成長は先ほどお示しましたように、経済再生ケースで 3% 程度伸びるという予測ですので、今、GDP は 500 兆円弱ですが、2020 年あたりには 600 兆円ぐらいになります。それで約 2% の赤字ですから、金額に直しますと 12 兆円ぐらいの赤字が、国と地方自治体を合わせるとまだ残ってしまうという状況です。もし、政府が基礎的財政収支の黒字化のためにさらなる財政健全化を進めることになった場合、12 兆円分の支出削減か増税をしなければいけないというわけです。

ご参考までに、基礎的財政収支とはどういったものかを図表 5 に示しましたのでご

図表 5



覧いただければと思います。

**社会保障財源の安定的確保と
財政健全化の両立を**

少し前の話になりますが、小泉内閣のとき、2011年度までに基礎的財政収支を黒字化するという目標を掲げました。結果的には、2008年度に起きたリーマンショックでその計画は頓挫したのですが、そうした財政健全化に向けた動きの中で、社会保障給付の支出を年間2200億円カットするという国の方針が打ち出され、医療関係もカットする、しないでずいぶんもめたことがありました。

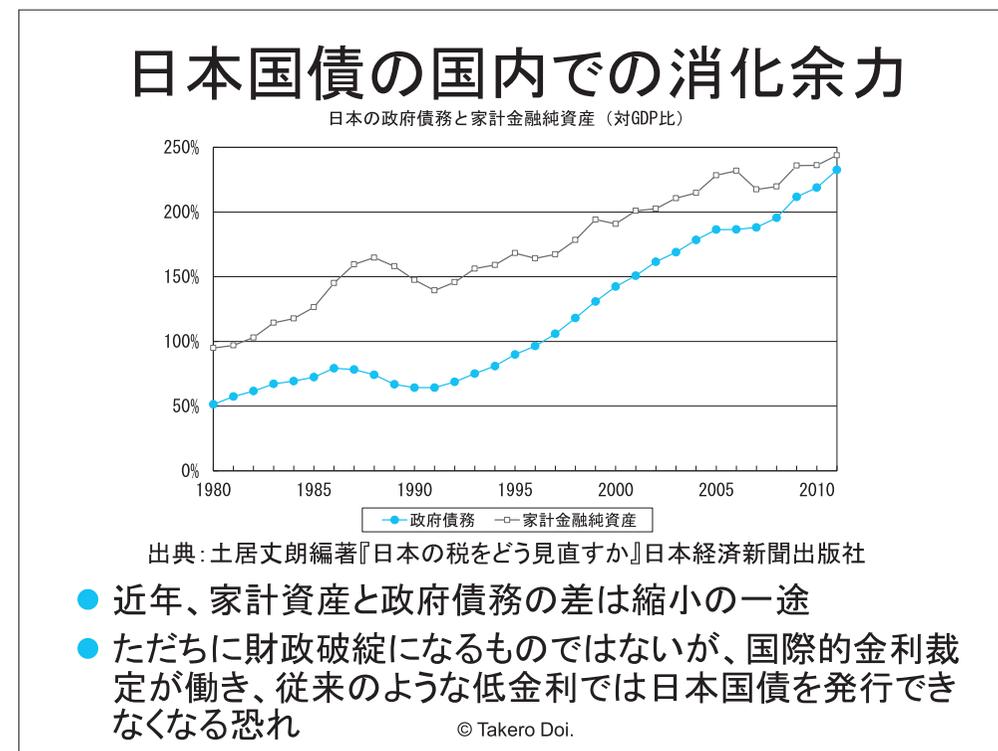
そのご記憶のある方は、今度は2020年度を目標にした基礎的財政収支の改善の中で12兆円の赤字を解消するとなった場合、小

泉内閣のときと同じく社会保障給付カットという話を持ち出されるのではないかとご心配されている方もいるかもしれません。

しかし幸いと言うべきか、私が冒頭に申し上げましたように、社会保障・税の一体改革がある種の協力関係を築けているというような印象を私自身は持っております。社会保障の給付カットによって財政健全化目標を達成することを今、政府は決めているわけではありません。逆に何も決めていないから怖い面もありますが、2020年度までに赤字を埋めるために何をするかについてはまったくの白紙です。

私自身は、もったきちんと財源を確保すれば、それなりにこの財政収支は改善できるのではないかと考えています。小泉内閣のときのように給付カットを前倒しでやるという

図表 6



ことにはならないでしょう。と申しますのは、小泉内閣の2011年度までの計画には消費税増税の話は全然前に出ておらず、その前にやることあるだろうという話の中で、給付カットを優先するという話が持ち上がってきたということだったと思います。2020年代に向けて高齢化がさらに進む中で、さすがに切る給付はそんなにないわけです。ですから、やはり財源を確保しながらこの赤字を埋めていくことも一生懸命やっていく必要があるのではないかと私は思っております。

別に財政健全化などを、そんなに一所懸命やらなくてもいいのではないかとと思われるかもしれませんが、さすがに小泉内閣のときよりもっとわが国の財政状況は厳しくなっております。そういう意味では、財政健全化もおろそかにしない形で、まさに社

会保障・税の一体改革でうたわれたように、社会保障給付の財源の安定的確保と財政健全化の両立を図っていく時期であろうと思えます。

**家計資産と政府債務の差が
急速に縮小**

さて、少しご参考までにということで、図表6をご覧ください。

小泉内閣のときと今は違うというのは、小泉内閣は2001年から2006年あたりですが、この時期と最近を比較してみてください。日本政府の借金が青い折れ線グラフ、国民が持っている金融資産がグレーの折れ線グラフです。

国民家計が持っている金融資産は約1500

兆円などよく言われますが、片や国民は住宅ローンなどのいろいろな借金も個人的に持って、それが500兆円くらいあります。つまり国民全体を一つの家族と見立てると、親はたくさん預金があるけれども子どもは住宅ローンを抱えていたりするわけです。親のお金は赤の他人にはみだりに貸せません。まず自分の子どもに住宅ローンのお金を貸して、余った分を他人に貸せるという見立てで行きますと、1500兆円から500兆円を引いて、だいたい1000兆円くらい貸せることとなります。先ほど申し上げたようにGDPが500兆円弱ですので、だいたいその200%を超えるくらいのお金を国民が企業や外国などに貸す余力があるわけです。それを表したのがグレーの折れ線グラフです。

政府の借金というのは国と地方を合わせてだいたい1000兆円くらいあり、国民が貸せるお金と非常に近い値になっています。小泉内閣あたりまでは多少余裕がありました。こういう言い方をするのも何ですが、仮に国民すべてが国や地方自治体に余ったお金を貸しても、なおお釣りがこの青とグレーのグラフの差額分戻ってくる。そのお釣りは民間企業でも外国でも好きに貸せばいいということだったのが、近年だんだんその余裕がなくなってきたわけです。

余裕がなくなってきたのは、もちろん日本経済における株価の低迷などもありますが、あとは高齢化です。人間のライフステージを考えた場合、働いている時期は老後のために貯金を積み、やがて引退すればその貯金を取り崩す形になります。つまり、高齢化というのは人生の後半の、貯金を取り崩すライフステージの方の比率が高まっているわけで、グレーの折れ線グラフが今後そんなに急激に伸

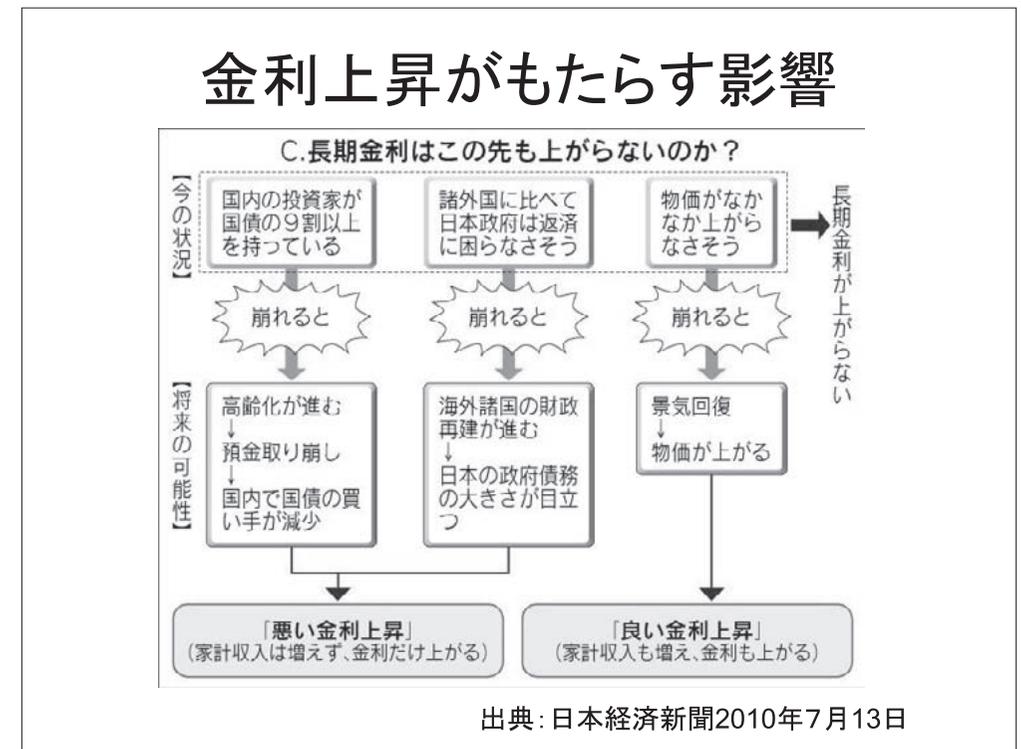
びるような状況にはないわけです。

それに対して、政府債務は赤字が続いているので累増しています。景気が悪くなると、景気対策のためにまた公共事業にお金をどんと出すようなこともあってさらに借金が増え、青とグレーの折れ線グラフがだんだん近い値になっています。近い値になるということは、もし国民が貸せる余力のある財産をすべて国や地方自治体に貸すと、もう他に貸せる余力がほとんどないぐらいになってきたということです。

もちろん、グラフの下にも説明がありますが、青とグレーの折れ線グラフがくっつくとか、青い折れ線グラフが上になったらただちに日本の財政が破綻するということではありません。むしろ今後、2010年代後半ごろには、日本政府は外国からお金をたくさん借りなければいけない局面になるかもしれません。株価が一気に日経平均が2万円を超えたらかなれば、グレーの折れ線グラフの数値は上に伸びますが、果たしてどうなるかは分かりません。

もし外国からたくさんお金を借りなければいけないことになれば、金利が上がってくる可能性があります。そうすると、単に国の借金の金利だけではなく、医療機関や企業がお金を借りるときも、国民が住宅ローンを借りるときも、金利が連動して上がってしまいます(図表7)。別に不健全な経営をしているわけでも、不必要な住宅ローンを借りるわけでもないにもかかわらず、国債の金利が上がるだけでそうした憂き目に遭ってしまいます。それを考えると、できるだけ今後は国債の累増が原因で不必要に金利が上がることにならないような節度は、やはり必要になってくるのかなと思います。

図表 7



**国民の理解を得るためにも
社会保険料の逆進性の解消を**

さて、ここで財源確保の話に戻ります。2011年の社会保障費用統計、これはかつて社会保障給付費統計と呼ばれていたものとほぼ同じものです(図表8)。先ほどお示しました図表2の円グラフは自己負担分を含めた国民医療費の統計でしたが、こちらは純粹に保険料と税を中心とした財源で、どのような形で賄っているかをお示したものであります。

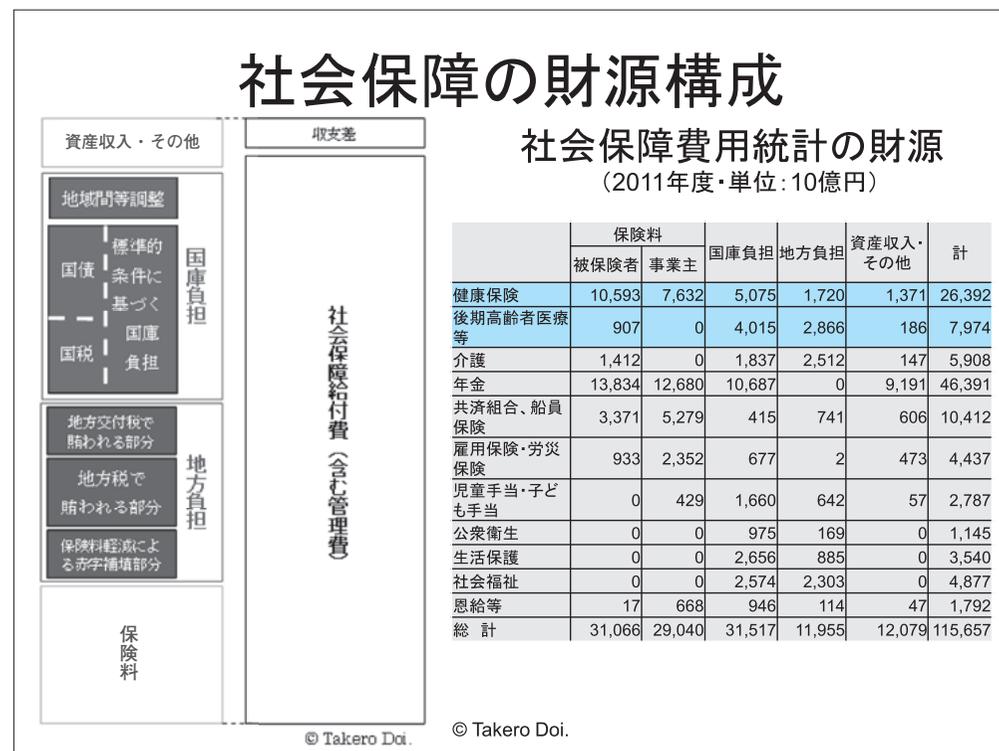
青い色の部分が医療に関するところです。これをご覧いただきますと、後期高齢者医療もありますが、基本的に健康保険、中でも被保険者が負担する保険料が大きなウエートを占めていることがお分かりいただけると思

います。そういうことで、まず保険料のご負担をどういう形でお願いするかが、医療の財源確保の上では非常に重要なポイントになってくると思います。

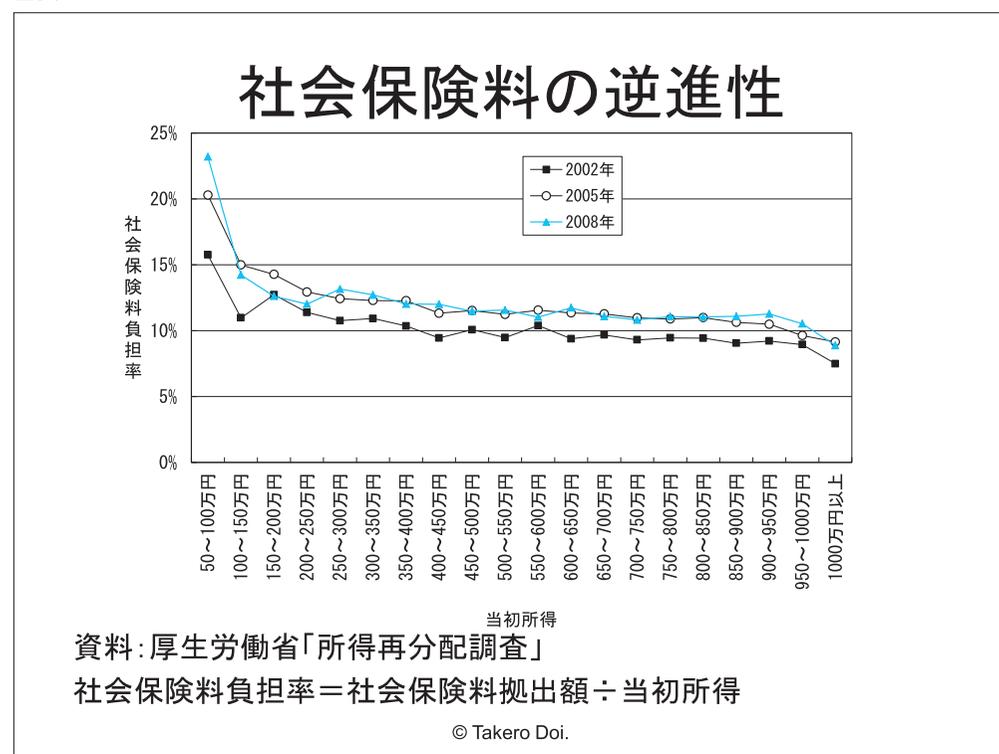
そこで、図表9をご覧ください。社会保険料の所得別の負担率を示したもので、医療保険料だけではないのですが、かなりこのグラフの形状に影響を与えています。横軸が所得、縦軸が社会保険料の負担率です。その定義はこのグラフの下に書いてありますが、保険料の負担が所得に比してどのくらいあるかを見ると、いわゆる逆進性、つまり低所得者ほど保険料の負担が重いという構図があります。

その一因は定額の保険料負担です。国民健康保険が特にそうです。つまり、大まかに言

図表 8



図表 9



例えば、低所得者も高所得者も、ある程度保険料が定額という形の仕組みがあるということです。もちろん低所得者に対する軽減措置はありますが、どうしても保険料負担が低所得者に重いということがあります。

それからもう一つは、医療保険、介護保険、年金保険はみんなそうですけれども、負担の上限額があるということです。どんなにたくさん給料をもらっている方でも、保険料負担は一定以上にはならないという仕組みがあります。そうすると、高所得者の保険料は上限に達するとそれ以上増えないので、負担率が下がってきます。こういう構図が両方向で作用して逆進的になっていると思います。

これは社会保障・税一体改革でも議論をされたところでありまして、先ほどご紹介したような、年を追うごとに上がっていく保険料の試算を見せると、あたかも自分がこんなにたくさん保険料を払わなければいけないのかと単純に錯覚される方が多いわけです。もちろん、マスメディアの方は限られた時間や紙幅の中で説明する必要がありますから「平均的な姿がこうですよ」と手短かに言っているだけで、皆が皆そうだということではありません。

例えば、低所得者に対しては当然ながら軽減措置があるとか、あるいは別途いろいろな特別措置が講じられているからおしなべて皆一律ではない、皆同じ金額を払っているとは限らないということなのですが、平均的な姿を見せられると、あたかも自分が2020年には9000円もの保険料を払わなければいけないと思ってしまうところがあります。そうすると低所得者を中心に「何でそんなに高い保険料を払わなければいけないのか。けしからん」というような声も出てくるわけです。

ですからこの逆進性についても、さらにきめ細かく低所得者に対して負担軽減を図ったり、高所得者の負担上限額をもう少し上げたりといった見直しをすべきだと私は思います。これは社会保障・税一体改革の中でも出てきたアイデアで、これからも取り組んでいく必要があると思います。

さらに、説明の仕方も「平均するところなる」という話だけではなく、例えば「2025年には国民健康保険の保険料が月9300円になりますよ」という平均的な姿とともに、「低所得者には2分の1の軽減措置が講じられることで4千数百円になります」といった説明を補っていくことで、「今より負担が増えるけど、その程度ならいいかな」といった納得感とか賛同の輪が広がっていくこともあるのかなと思います。

社会保障の負担・給付の世代間格差をいかに是正するか

もう一つ、賛同を集める上で重要なのが、世代を超えた負担の分かち合いです。

社会保険料というのはどうしても所得比例の部分がありますから、現役世代、若い世代に負担が集中し、老後になって働かなくなると負担が軽くなる傾向があります(図表10)。若い人たちに「どうして自分たちの世代ばかりが負担させられるのか」とそっぽを向けられないようにするためにも、世代間の負担の公平化が必要です。若年世代ばかりに負担を求めるのではなく、若いも若きも経済力に見合いながら負担するというのが一つの説得材料になるのかなと思います。

そうした意味で重要な役割を持っているのが消費税です。消費税は、若い人にも高

図表 10

所得税・社会保険料と消費税の性質

- ・若年世代は、所得税、社会保険料負担が多い
- ・高齢世代は、所得税をあまり支払わない
- ・消費税は、若年世代と高齢世代の間で、支払額の分布の差異が小さい
- 他方、社会保障の負担と給付について、世代間格差が顕在
- 世代間格差是正の観点では、消費税を用いるのが適している

© Takero Doi.

齢者にも、公平にご負担をお願いできる税金です。最近では日本人の平均寿命が延び、10年前、20年前に比べてライフスパンも長いものになっていますから、若いときに集中的に負担して老後は負担しなくていいという従来のスタイルから、若いときから高齢者になるまで薄く長くという形で負担をお願いしていくために消費税はふさわしいのではとっております。

そうは言っても消費税以外にも税金があるのではないかという意見もあります。代表的なものは法人税、所得税です。ここには書いていませんが、相続税という財産にかかる税金もあります。

相続税については、一言だけ言って終わります。相続税は、民主党政権のときに課税が強化される方向で改革が進みました。そうは言っても、実際に相続税を払わなければならないのは相続を受ける方の6%程度です。確かに本当のお金持ちの方は課税されますが、そんなに薄く広く課税されるわけではありません。税収も1.5兆円程度です。仮に相続税を倍にできたとしても、税率1%当たり2.8兆円ぐらい入る消費税収のマグニチュードと比較すると、消費税1%分ぐらいの税収しか

図表 11

今後の税制で踏まえるべき点

- ・ 少子高齢化(世代間格差是正)
- ・ グローバル化(国際競争)
- ・ 財政健全化(税収確保)
- ・ 地方分権化
- ◆ それぞれの要請に税制がどう応えるかを検討することが重要
「公平・中立・簡素」
- ◆ 経済成長を阻害せずに、いかに税収を確保するか
- ◆ 税制で格差是正を図るにしても、経済成長を阻害しては元も子もない
- 方向性は、法人税は減税、所得税は所得再分配機能の強化、消費税は増税

© Takero Doi.

上がってこない計算になります。したがって、貧富の格差をならすという意味はあるにせよ、相続税は大規模な財源確保には向いていないという意味で、ここでは触れていません。

あと残っている大きな税収は、法人税と所得税です。法人税については、今も政府部内でいろいろと議論が行われていますが、グローバル化の中で、法人税をどしどし上げて財源が確保できるのかというとなかなか難しいです。ヨーロッパ諸国も社会保障を充実させているわけですが、法人税を上げることを通じて社会保障の財源を確保しようという国はほとんどありません。かのスウェーデンもむしろ法人税は下げていったぐらいです。国際競争が厳しい中で、上げてしまうと逆に税金を払わない形で逃げられてしまいます。税率を上げて税収が増えるどころか、逃げられて税収が入ってこなかったのでは身もふたもない、という言い方もできるかと思えます(図表 11)。

消費税と所得税を絡めた「緩やかな累進課税」の実現を

そうすると、残されているのは所得税と消

費税の二つであります。私は所得税と消費税は役割分担があるのだらうと思います。当然のことながら、消費税は低所得者に対して重い負担を課してしまうという心配があります。その部分については別途工夫が必要だと思います。貧富の差をならすというのであれ

ば、それは所得税にしかなかなかできない仕事ですから、所得税をきちんと使うことだろうと思います(図表 12)。

ただ、所得税を使うといっても、累進構造を今よりもさらにきつくすればいいというわけではありません。所得税の最高税率は昨年度に45%に上がりましたが、かつて昭和のころには60%というもっと高い時代もありました。

40~45%程度ではあっても、税率を上げることで高所得の方からたくさん所得税を取ることができれば理想的なのですが、しかし、実体はどうかと言え、年収1億円あたりから、むしろ負担率が減ってしまうという構図が実はあるのです(図表 13)。グローバル化の中でうまく節税ができているとか、金融所得の配当や譲渡益に対する

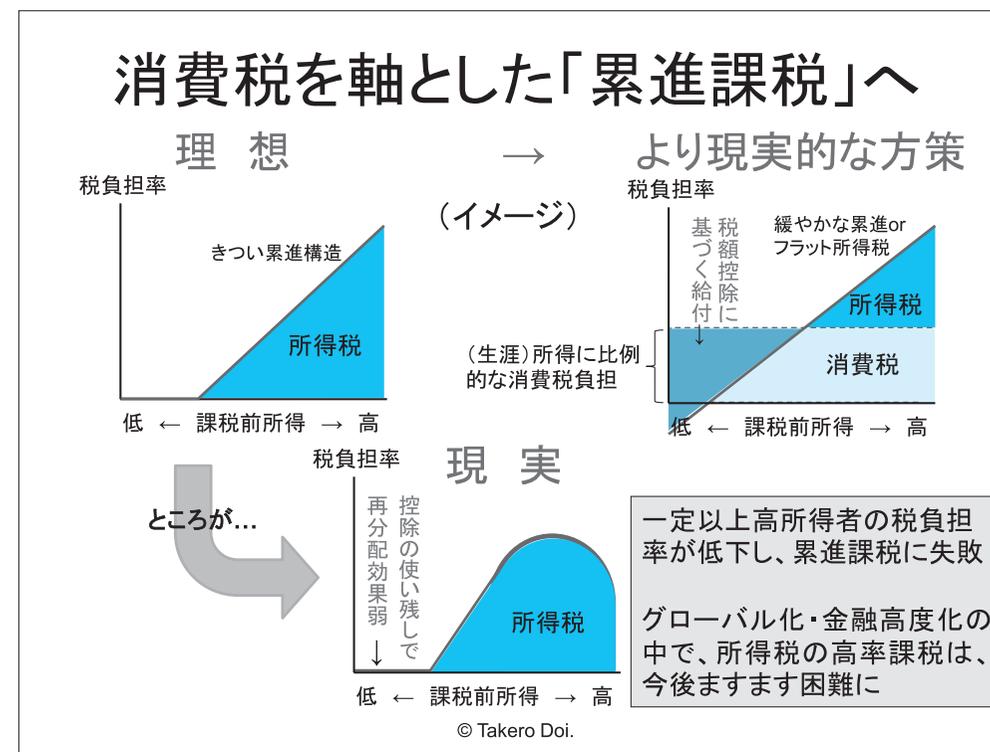
図表 12

所得課税と消費課税の役割分担

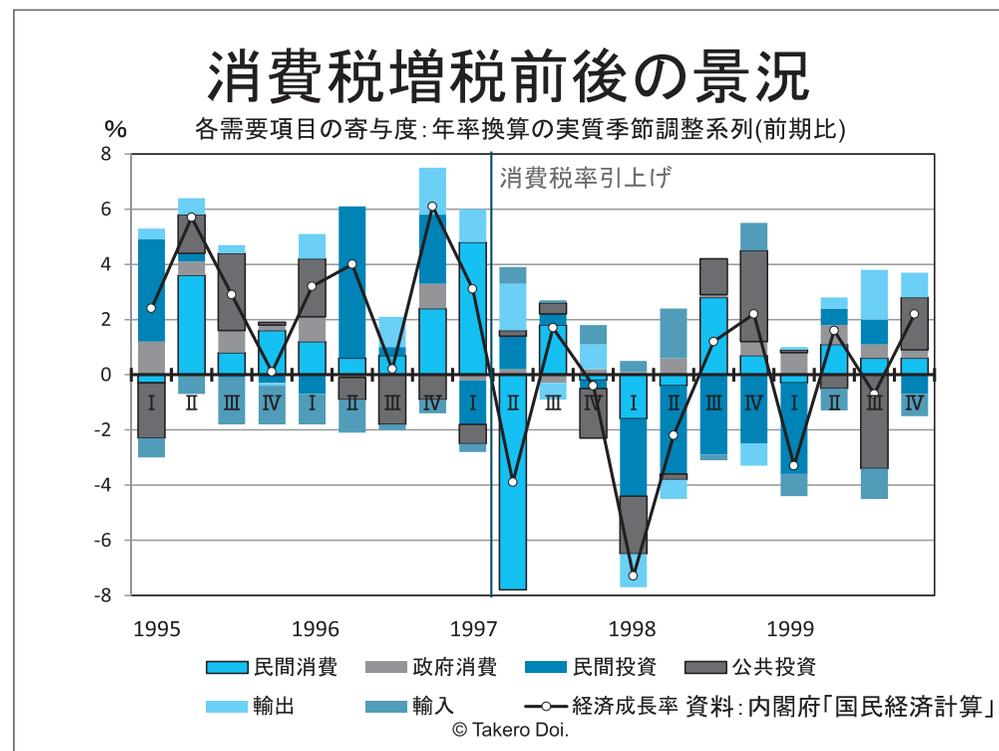
- ・ 消費課税は効率性をより実現できるが、垂直的公平性は実現しにくい税
- ・ 所得課税(社会保険料を含む)は垂直的公平性を実現できるが、効率性を阻害する恐れのある税
- ・ これらのバランスを考えれば、効率性を実現すべく消費課税、垂直的公平性を実現すべく所得課税を行うという役割分担が必要
- ・ 消費課税で累進課税の実現を期待することは、そもそも無理な話
- ・ 所得課税と消費課税のどちらをどれだけ課税するかは、必要な税収を確保するために、効率性と公平性のどちらをどれだけ重視するかで判断する

© Takero Doi.

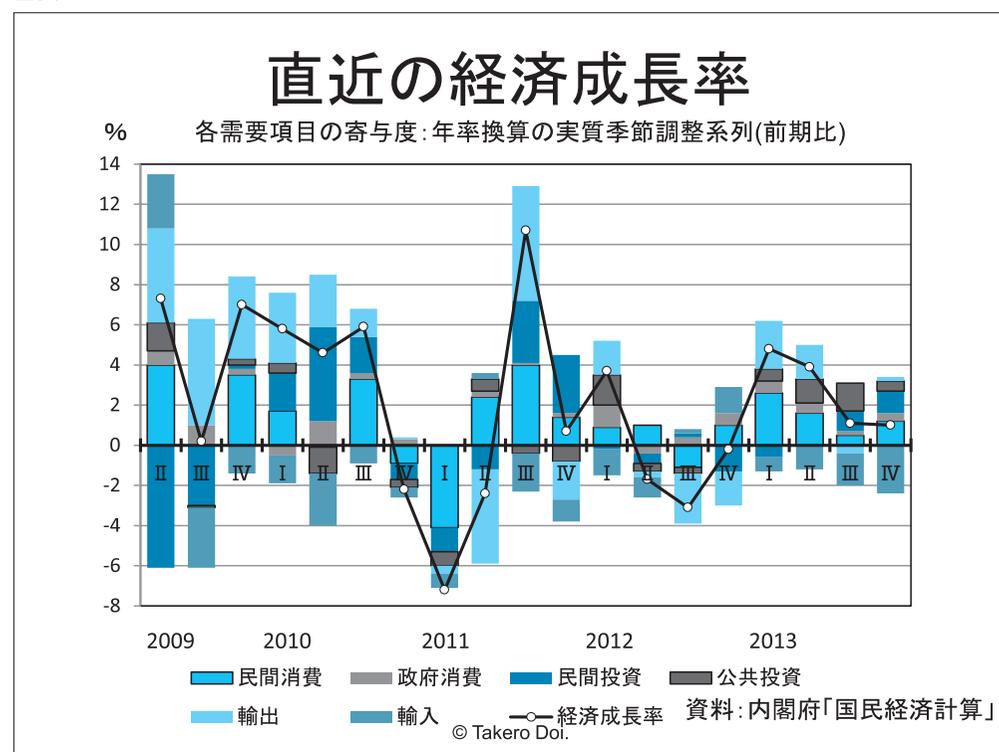
図表 13



図表 18



図表 19



ている棒グラフが1～3月期（第1四半期）、その次のIIが4～6月期（第2四半期）になります。今（2014年3月）は、ちょうど消費税増税前の最後の四半期ということで、まさに前回の増税時で言えば1997年1～3月期にあたるわけです。

その時の景況はどうだったか、棒グラフの黒枠で囲まれた青い部分をご覧ください。これは民間消費がどのくらい経済成長率を押し上げるのに寄与したかという寄与度を表しています。ご覧いただきますと、民間消費だけで5%程度の経済成長率になっています。もちろん、ほかのマイナス要因もあるのでトータルでは3%程度の経済成長率ですが、5%の経済成長率を記録するくらいの勢いで駆け込み需要がありました。さらにその半年前の1996年10～12月期（第4四半期）、IVの部分ですけれども、ここでも民間消費が2.4%程度の伸びになっていて、なかなか大きな駆け込み需要があったわけです。

しかし、山高ければ谷深しということで、消費税増税直後の1997年の4～6月期（第2四半期）は大きく消費が落ち込みました。いわゆる反動減です。これが今年の4～6月期にもちょっと心配されているところです。

さて次の四半期、1997年7～9月期（第3四半期）はどうだったかという、図表18からもわかるように、実は消費はむしろ上向きに回復しました。そうは言っても1997年は不況になってしまったのではないかとこの声も聞かれそうです。1997年11月に大手金融

機関が連鎖的に破綻し、それによって金融が悪化していわゆる貸し渋り、貸しはがしがあり、設備投資が鈍ったというようなこともあったのです。そしてもう一つ、政府の政策をめぐって案外多く言われていないのが公共投資、棒グラフのグレーですけれども、この時期にこれを減らしたことです。1～2%ぐらいの大きさで、経済成長率を落ち込ませるように公共事業を減らしています。

もし、今の政府に、景気を悪くしないようにする配慮があるならば、増やさなくてもいいので少なくとも減らさない程度に公共事業を今年の後半にやっていたら、さすがにこういう落ち込み要因にはならないかと思えます。

それから、反動減が大きかったこともありますが7～9月期はそれなりに消費が回復するという経験を1997年のときには得ています。これを考えますと、2014年度は、4月から消費税率が8%と増税となりどうなるか予断を許さないところはありながらも、図表19にありますように、昨年の10～12月期（第4四半期）の駆け込み需要が民間消費の寄与度にして1.2%ぐらいありました。先ほど1996年10～12月期の駆け込み需要が寄与度にして2.4%という話をしましたけれども、これと比べると実はちょっと小さいです。したがって反動減もそれほど大きくなく、そのまま元に戻る感じなのかなと思っております。

私からは以上です。どうもありがとうございました。

講演3

社会保障改革の 動向とこれからの医療



内閣官房社会保障改革担当室長
中村 秀一

演者紹介

石川 続きまして中村秀一先生です。中村先生は東京大学法学部をご卒業後、旧厚生省に入省されました。厚生労働省では官房審議官、老健局長などの要職を務められ、社会援護局長を最後に、2008年に退官されました。2008年から2年間、社会保険診療報酬支払基金理事長、そして2010年から内閣官房の社会保障改革担当室長を務められました。2012年から社会保障制度改革国民会議の事務局長として活躍されました。また社会保障制度および医療介護福祉政策に関する研究を促進することを目的として、2012年に一般社団法人医療介護福祉政策研究フォーラムを設立され、理事長を務めておられます。本日の演題は「社会保障改革の動向とこれからの医療」です。中村先生、よろしくお願いたします。

中村 中村でございます。医療政策シンポジウムにお招きいただき、お話をさせていただきます。

くことを大変光栄に思っております。最後の演者でございますので、皆さんお疲れではないかと思えます。また、土居先生のほうからは社会保障・税一体改革について触れていただきましたので、なるべく重複を避けてお話をさせていただきたいと思えます。

ご紹介にありましたように、2010年10月に民主党政権の下で、社会保障と税の一体改革の検討をする事務局として任命されました。3党合意に基づく一体改革ということで、第二次安倍内閣でもこれを引き継ぎ、3年数カ月その仕事をしてまいりました。

一体改革につきましては、来月から消費税が8%に上がるということ、また、厚生労働省保険局の説明では今回の診療報酬改定も一体改革で示された方向性で進められているということ、さらには社会保障関係のプログラム法が昨年12月の国会で通り、それに基づいて現在の国会にも医療法や介護保険法の改正法案などが厚生労働省から出ていることなど、いわば今は列車が走っているところでございます。

そういった意味では、ここにお集まりの皆

さんもいろいろな報道に接せられ、あるいは日本医師会の情報などでご存じのことも多いかと思いますが、私のほうからは、そうした今進んでいる改革についての考え方や認識、背景といったことを中心にご説明してまいりたいと思います。

老人福祉法制定から半世紀で急速に高齢化が進展

東京でオリンピックが開催されることになりました。前の東京オリンピックが行われたのは今から50年前ですが、その前年の1963年に、わが国のいわば高齢者介護の法律である老人福祉法が制定されました(図表1)。皆保険、皆年金が達成されてから2年後のことです。

ここからわれわれは50年間進んできました。これから少子化が進み、2050年にはまた人口が9000万人台にまで戻るといっていますが、1963年の状況からスタートして、50年でどのような変化が起こったかを示したのが図表2です。非常に激しい変化の中で仕事をしてきたということが言えると思います。

図表1

老人福祉法制定から半世紀	
○1963年 老人福祉法制定	
・総人口	9015万人
・高齢化率(1960年)	5.7%
・平均寿命(1960年)	男65.32歳 女70.19歳
・100歳以上	154人
・子との同居率	79.9%
・特別養護老人ホーム	1施設 80人

当時は高齢化率が5.7%でありました。日本は皆年金ということで国民年金制度を作りましたが、ご案内の通り、支給開始年齢は65歳でした。1960年の平均寿命は65歳ですから、あまり長い年金受給期間を政府は想定していなかったわけです。老人福祉法が作られたとき、総理大臣から銀杯を100歳以上の方に差し上げるといふ事業を始めました。そのときに初めて政府は100歳以上の方の人口を調べて名簿を作りました。154人に銀杯を差し上げております。そして、65歳以上の方の子との同居率は8割近くありました。

この老人福祉法をなぜ作ったかという、要するに低所得者対策でした。戦前は養老院、戦後はそれを引き継いで生活保護法で養老施設が作られ、老人福祉法によって養護老人ホームに衣替えしました。

しかし、所得要件に関係なく介護の問題は生じます。そこで介護施設をつくらなければいけないということで、この老人福祉法で特別養護老人ホームを制度化しました。当時、浜松の聖隷福祉事業団に1カ所ありました。1963年の厚生白書に書いてありますが、1施設80人から始めました。

図表2

この50年の変化(2012年)	
・総人口	9015万人⇒12,751万人
・高齢化率(1960年)	5.7% ⇒24.1%
・平均寿命(1960年)	男65.32歳 女70.19歳⇒ 男79.94歳 女86.41歳
・100歳以上	154人⇒54,397人
・子との同居率	79.9%⇒43.2%(09年)
・特別養護老人ホーム	1施設 80人⇒ 7,552施設 498,700人

実はちょっと説明が逆転しているのですが、この特別養護老人ホームの定義をするために当時言葉がなかったので、「常時の介護を必要とする高齢者を収容する施設とする」ということで、「常時の介護」という言葉を初めてつくりました。それが「介護」の初出でありまして、当時は広辞苑にも載っていませんでした。辞書をつくった人の本が岩波新書で出ているのですが、その人の証言によると、広辞苑の第三版、1983年12月の版から初めて「介護」の言葉を書き入れたけれども、1983年当時でも「介護」の言葉は一般的に使われていなかった、日本の辞書では広辞苑が最初に「介護」の言葉を付け加えた、と出ています。ちょっと横道にそれました。

2012年までのこの50年間で、人口が1億2700万人になり、高齢化率が進み、また寿命が15歳も革命的に延びました。吉田兼好が「40歳で死にたい」と徒然草に書いていて、その当時の平均寿命は40歳だったのではないかと思います。織田信長は「人生50年」と言いました。それから数百年ずっと50歳前後で推移していたのが、1963年から2012年の50年間、わずか半世紀で15歳延びたわけです。このような中で、当然、医療や介護のニーズも変わってきます。

私は1973年に旧厚生省に入省し、1年生のときに老人福祉課に配属になりました。そのとき特別養護老人ホームはまだ全国に200~300カ所しかなく、現地に行くと「うちの入所者は平均年齢が70歳を超えている」と言われるような時代でした。それが今では、皆さんもご承知の通り90歳が珍しくない時代になり、100歳以上が5万4397人です。子との同居率は、年金制度などが充実していることもあって減少し、特別養護老人ホーム

は約50万床、老健、介護療養型を入れると約90万床が介護施設として整備されているということでもあります。

今回の医療・介護の改革は、このような変化に対して医療・介護のニーズと現在の提供体制の間にミスマッチがあるのではないかと、先ほどから示されておりますいろいろな課題や、社会保障の財源とサービスとの間の不整合を解消していこうというのが、今回の国民会議や社会保障制度改革の基本的な発想になっております。

報告書にはこう書かれています。「しかしながら、国民の医療・介護ニーズと提供体制のミスマッチが続いたまま医療費や介護費の増大を招けば、国民負担増大の抑制の観点から、必要な医療・介護まで保険給付の対象から外すなどの対応が一律的に行われたり、緊急性の高い救急医療を緊急性の低い医療が押しついたりといった事態を招きかねない。改革推進法——これは社会保障制度改革推進法という国会で3党が合意して作った法律ですが——による国民負担の増大の抑制と必要な医療・介護の確保という要請を両立させていくためには、ニーズと提供体制のマッチングを図る改革を待たなして断行していかねばならない」

これが結論なのですが、このような背景があることを前提に、お配りしているスライドを使って、時間を守ることを最大の命題としてこれからご説明してまいりたいと思います。

バブル経済の崩壊後も年々増大する社会保障給付費

まず、社会保障の現状です(図表3)。

2013年度の社会保障の規模は110.6兆円ということで、GDPの2割を超えています。その内訳は年金がほぼ半分、医療が3割、福祉が2割です。社会保障が年々大きくなっているということは図表4の「社会保障給付費の推移」にある通りで、先生方もご承知のこと

と思います。

皆保険以来の医療費の動向を見ますと、国民医療費につきましては一番新しい統計が2011年までですが、ご覧のような推移をたどっております(図表5)。皆保険になった1961年から今日までに国民所得は21倍、国民医療費は75倍になりました。経済も非常に大きくなりましたが、その実質3倍の大きさで医療も発展してきたということでもあります。しかし1990年以降、特にバブルが崩壊したことで経済環境は大きく変化しました(図表6)。1989年の末日の株価が3万8915円。そして、先ほど調べました今日の午後2時50分現在の株価が1万4904円と、1万5000円を割っていてまだ回復していません。このような長期低迷下で社会保障を続けてこなければならなかったことが背景でございます。

図表3

社会保障の現在

○社会保障の規模(2013年度)

110.6兆円

- ・わが国の国内総生産(GDP)の2割を超える規模
- ・年金がほぼ半分、医療が3割、福祉が2割

○国家予算92.6兆円を上回る

⇒社会保障は年々大きくなっている。

図表8にありますようにGDPは1990年以降フラットですが、先ほど見ていただいた図表4では社会保障給付費はそのままずっと伸びております。経済成長期は何とか社会保障と財源とが歩調を合わせてきていましたが、1990年以降、そこにギャップが出てき

ています。

また現在は、働いている人の3人に1人が非正規という状況であります。先ほど土居先生から、1997年に不況になったというお話がありましたが、図表9のグラフの青色部分が正規労働者の数になります。97年がピー

図表5

国民皆保険:1961年～

国民医療費 対国民所得

1961年	5,130億円	3.19%
2011年	38兆5,850億円	11.13%

○国民所得 21.56倍

○国民医療費 75.21倍

図表6

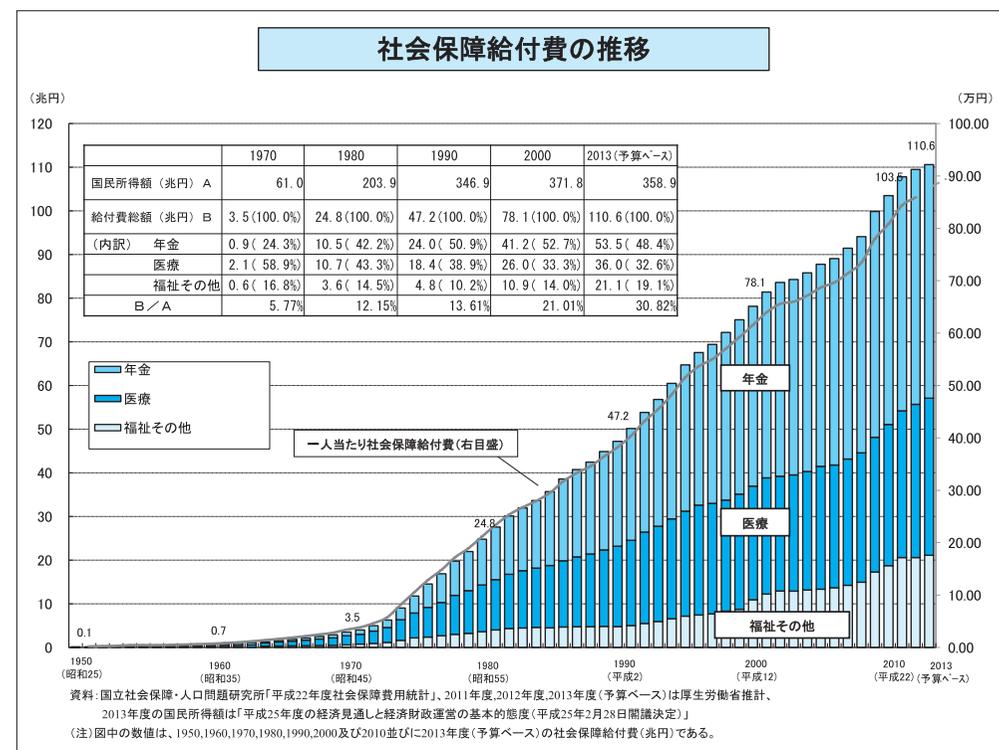
1990年 バブル経済の崩壊

1989年12月29日 東証平均株価、3万8915円
史上最高値

1990年10月1日 東証株価2万円を割る。

経済の長期低迷下の社会保障

図表4



図表7

少子高齢化

人口減少社会の到来、急激な高齢化

雇用環境の変化

非正規雇用の増加

高齢化率

7.1% (1970年) → 23.0% (2010年)

合計特殊出生率

2.13 (1970年) → 1.39 (2010年)

非正規の職員・従業員数

604万人 (1984年) → 1756万人 (2010年)
(全雇用者*の15%) (全雇用者*の34%)
*役員を除く

経済成長の停滞

少子高齢化などによる構造的停滞

実質経済成長率

9.1% (1956-73年度平均) → 0.9% (1991-2010年度平均)

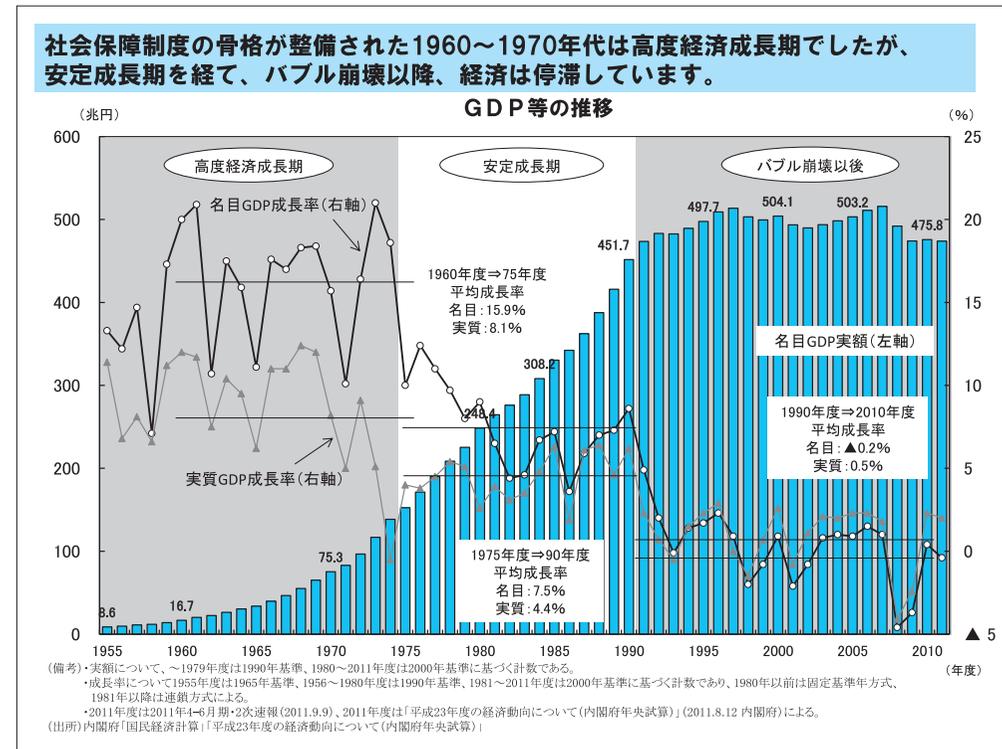
家族のあり方の変容

三世同居の減少、高齢独居世帯の増加

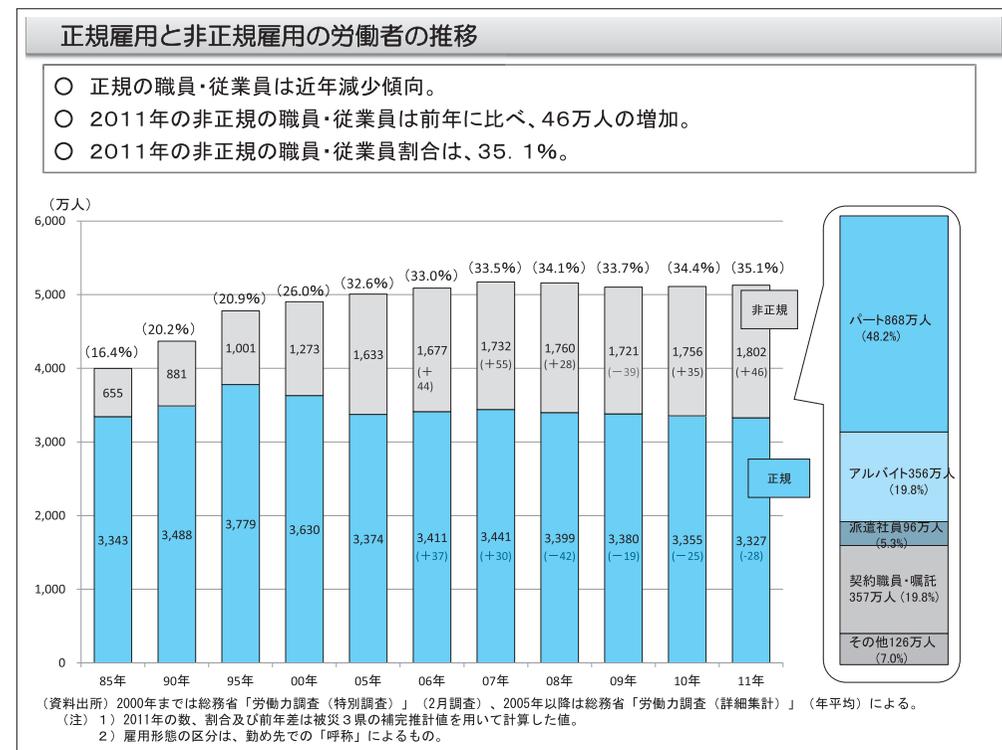
世帯主65歳以上の単身・夫婦のみ世帯数

96万世帯 (1970年) → 1081万世帯 (2010年)
(全世帯の3%) (全世帯の20%)

図表 8



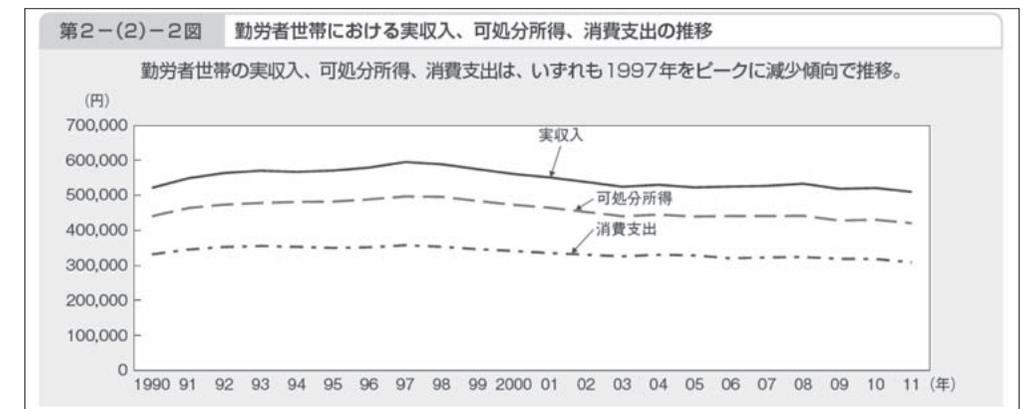
図表 9



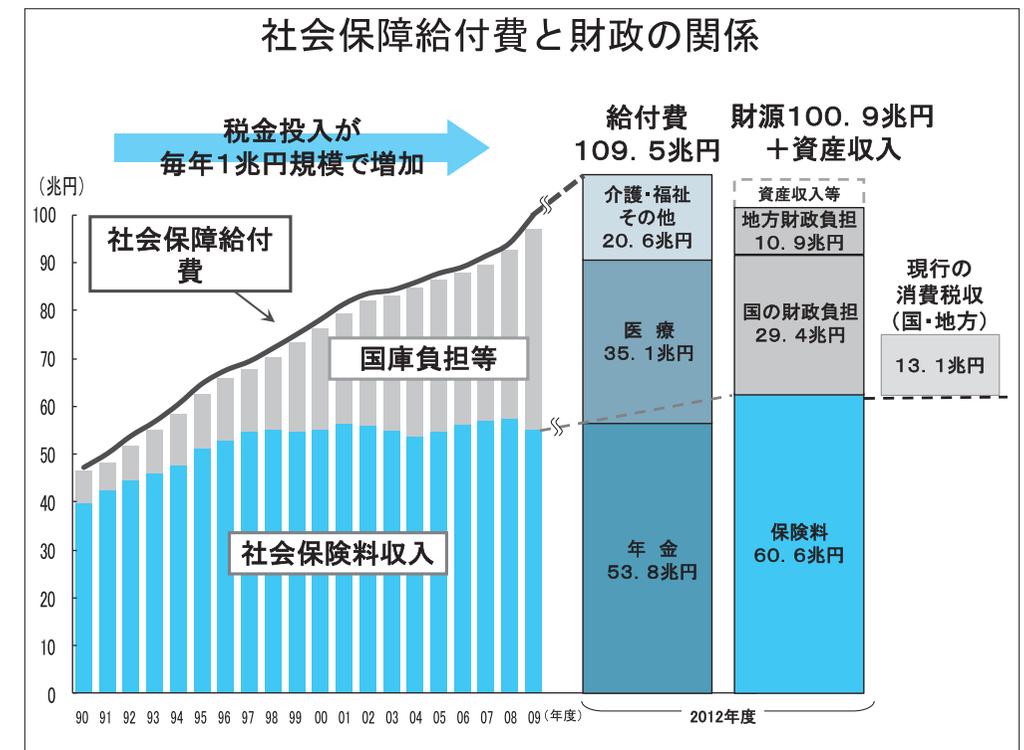
クで、その後、正規労働者の数は増えていない状況です。図表 10 は厚生労働省が毎年出している労働経済白書の図ですが、勤労者世帯の実収入、可処分所得、消費支出のいずれもが、やはり 97 年をピークに減少傾向にあるというところで、医療保険財政も大変厳し

い状況になっています。土居先生のお話とかぶりますけれども、社会保障は先ほど見ていただいたように 110 兆円のうち 6 割が保険料、4 割が税財源であります。1997 年ぐらいから保険料収入はあまり伸びていません(図表 11)。逆に言い

図表 10



図表 11



ますと、税財源を給付の内容とする人たちが高齢者を中心に増えてきたために、1990年代には大部分が保険料財源だったのが、今日では6対4まで税財源が増えてきています。ですから社会保障を考える上で、税のこともゆるがせにはできません。

図表12にありますように、歳出は3月31日までの今年度予算で、92兆円を一般会計で使っております。そのうち29兆円が社会保障です。中央省庁が使える一般歳出のお金は54兆円ですので、その54%が社会保障で使われていることになります。また、収入の92兆円のうち半分の49%は新たに借金をしている状況です。

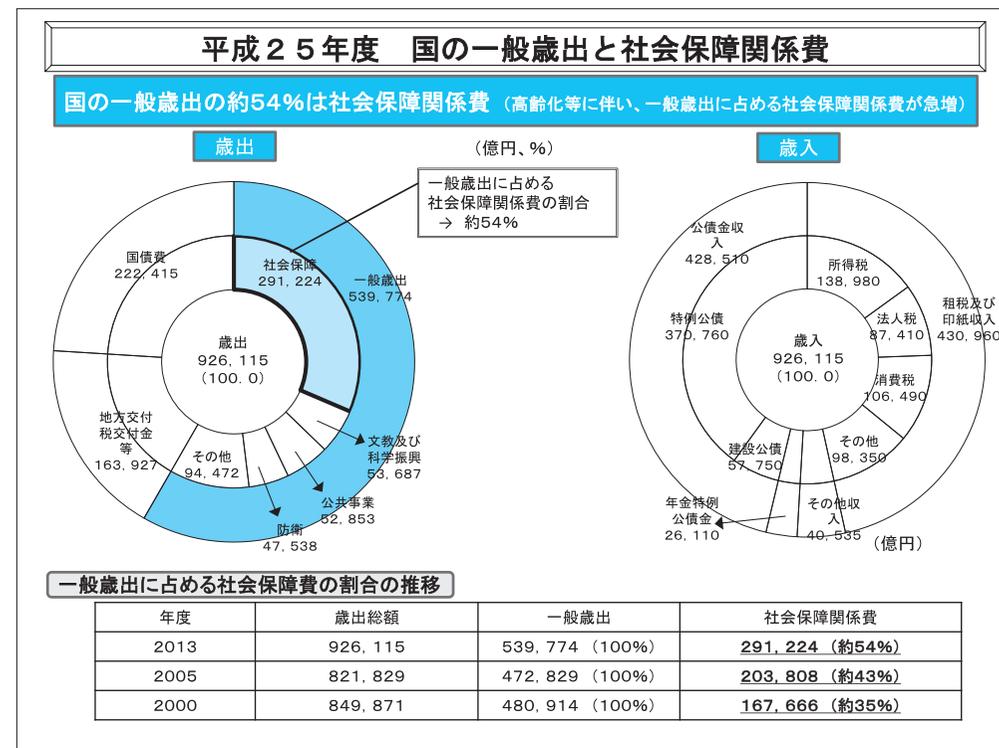
次に2000年からの中央省庁の経費の推移ですが、この図表13のグラフを見ていただくと、100より下がみんな減っている経費に

なりますので、あらゆる経費が減っている中で社会保障しか伸びていないという状況です。こうした状況の下で、2010年10月から社会保障と税を一体的に改革していこうということで検討がスタートし、ご承知の通り社会保障改革が進んでいるわけです。

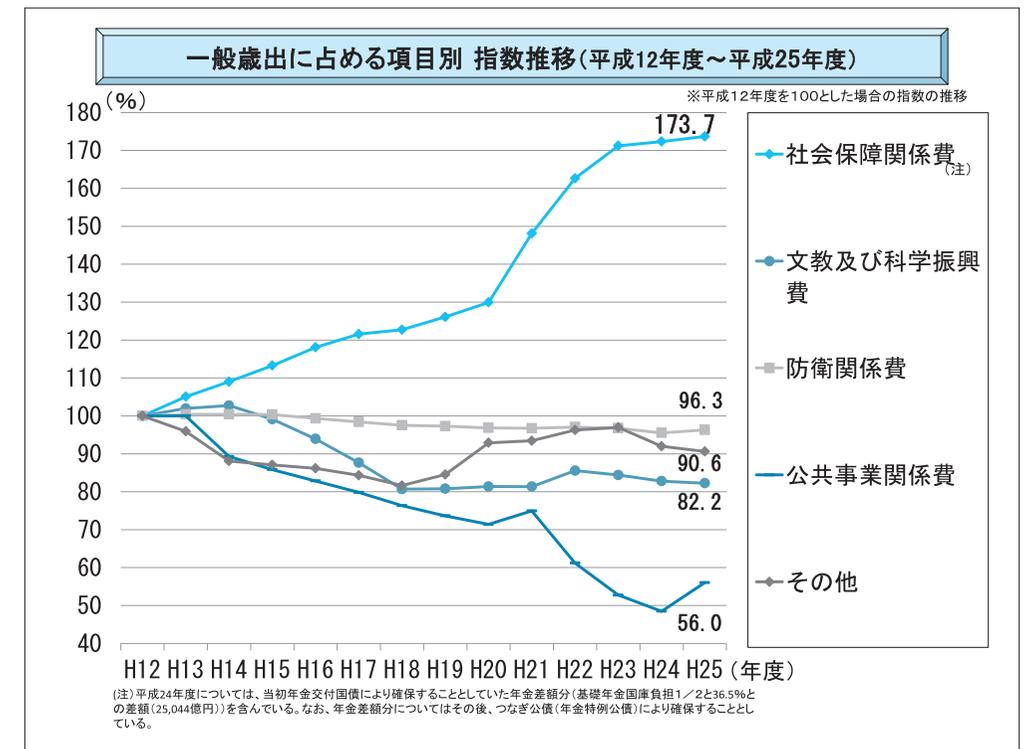
社会保障・税一体改革の10本の関連法が成立

社会保障にほころびが出ておりますので、機能の強化と持続可能性の確保を図らなくてはなりません。そのための社会保障改革をしようということです(図表14)。それにはお金がいりますので、消費税を使って安定財源を確保したい。そして、中央省庁は予算の半分以上を社会保障に使っておりますので、

図表12



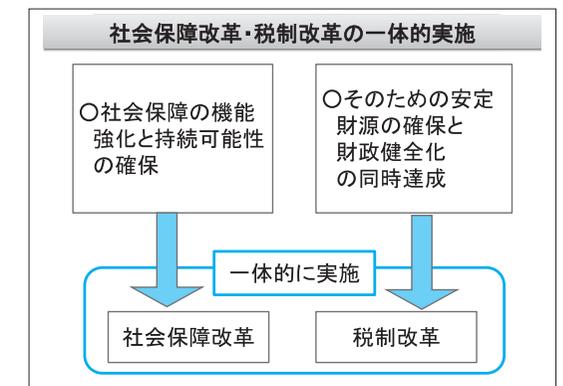
図表13



その部分の財政が健全化すれば、少なくとも全体の財政の健全化に半分は寄与することになります。そこで、これをテコに財政の健全化の同時達成も目指していこうというのが、社会保障改革と税制改革の一体的実施の趣旨です。

これを2010年10月から民主党政権の下でまとめ、党内が分裂するという犠牲を払いながら国会に法案を提出しました。ねじれ国会でしたので、当時の野党である自・公と合意を得なければ成立しなかったところですが、2012年6月に3党合意が成立し、2012年8月に合計8本の法律が修正されたりして成立いたしました(図表15)。その後、臨時国会で2本の法律が成立しましたので、一体改革関係では計10本の法律が成立しました。消費税引き上げ関係の法律が2本と、残り8

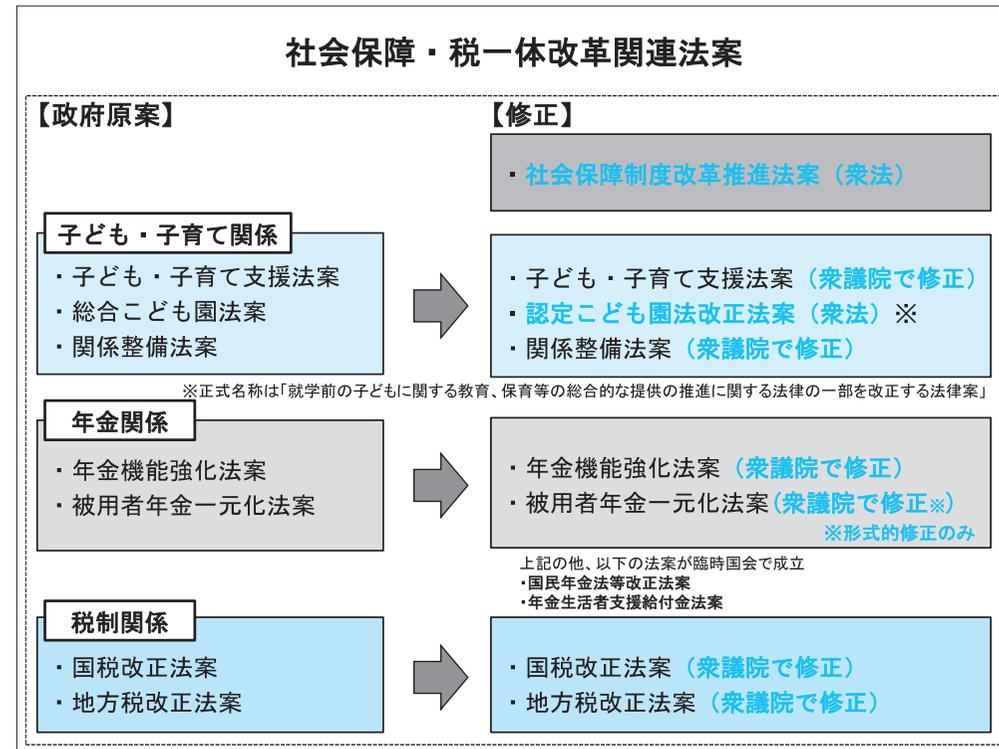
図表14



本が社会保障関係です。社会保障関係のうち、3本が子ども・子育て関係、4本が年金関係ということになります。

見ていただいてお分りの通り、医療・介護がありません。これらの法律については、今の状況下で合意はできないということで、

図表 15



当時野党だった自民党が中心になって2012年8月に社会保障制度改革推進法というものを議員立法で通し、これによってさらに1年、つまり昨年8月まで、国民会議で社会保障制度改革について検討することになりました。そして会議で検討した方向性に沿って政府が法案を出していくための「プログラム法」というものを作り、それに従って今年2月、厚生労働省が現在の国会に関係法案を出しているといった経過になっております。

そういった中で、法律上は2015年10月に消費税が10%に引き上げられますので、5%の財源がプラスになります。その5%のうち、1%分は社会保障の上積みのために使い、4%分は今まで財源がなかった基礎年金の国庫負担の2分の1などの財源や、消費税の引き上げに伴う社会保障支出増加分にあてる財源、

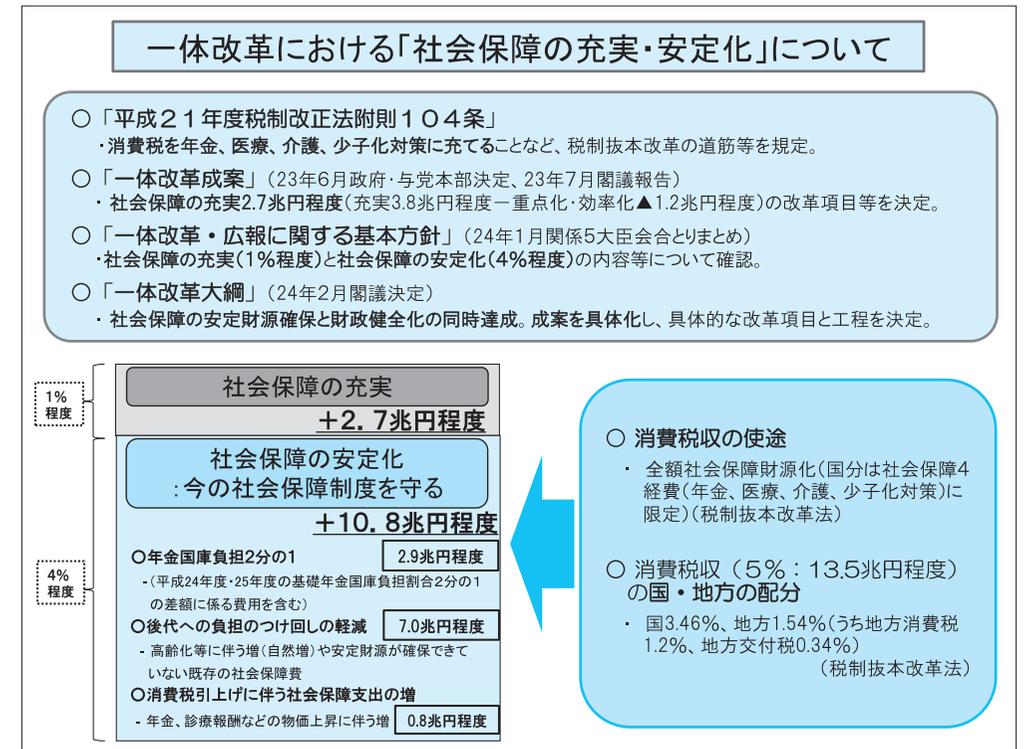
そして先ほど申し上げた国の借金、後世代にツケを回している部分の穴埋め、財政の健全化のために使っていくということ（図表16）。

順番が逆になりましたが、消費税財源はすべて、国、地方も含めて社会保障に使っていく、全額を社会保障財源化するということが社会保障と税の一体改革で決められたわけがあります。

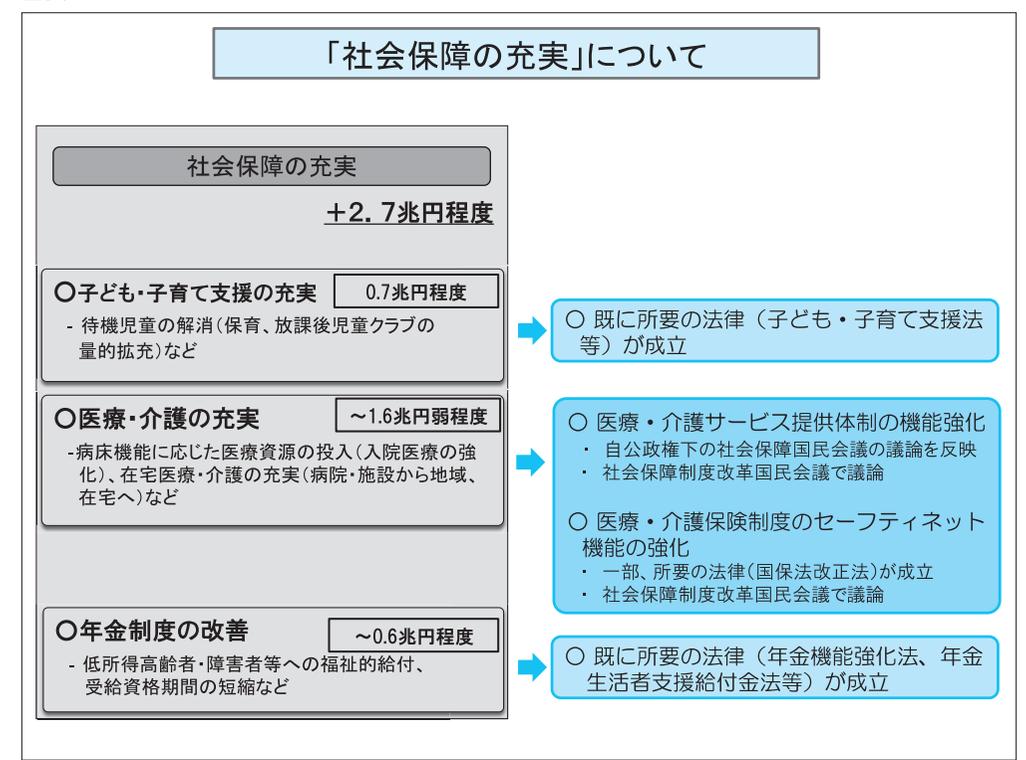
社会保障給付費の推移と今後の見通し

そういう中で、先ほども土居先生が医療費はどれだけになるかという資料をお示しになりましたが、これが現在、政府が行っております「社会保障に係る費用の将来推計につい

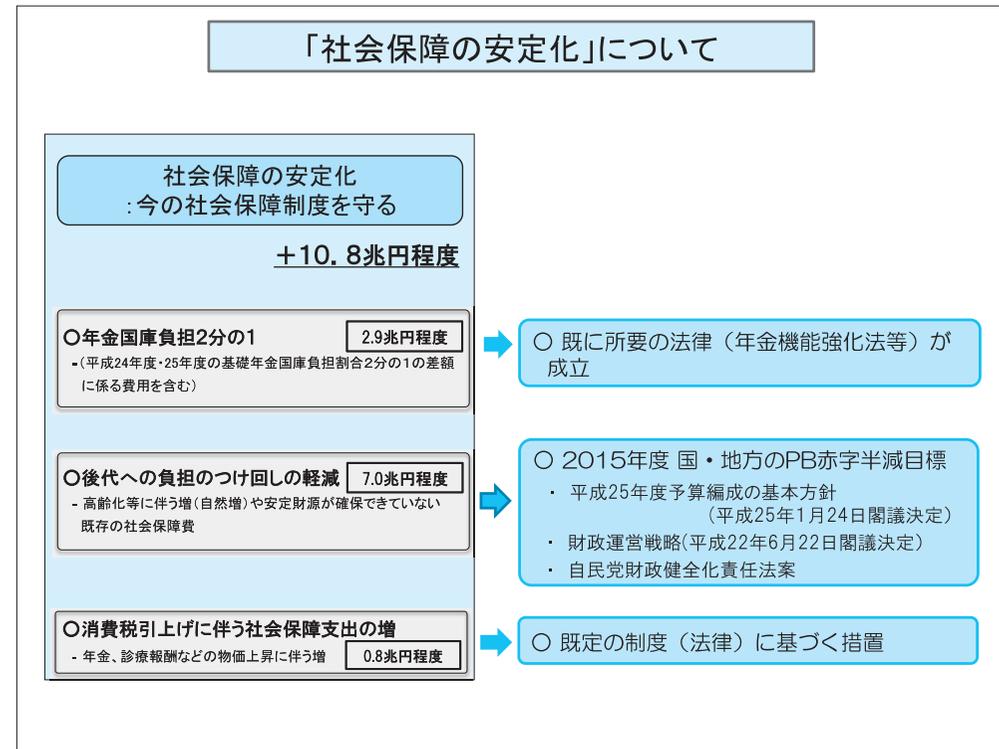
図表 16



図表 17



図表 18



て」の最新のものとございます(図表19)。

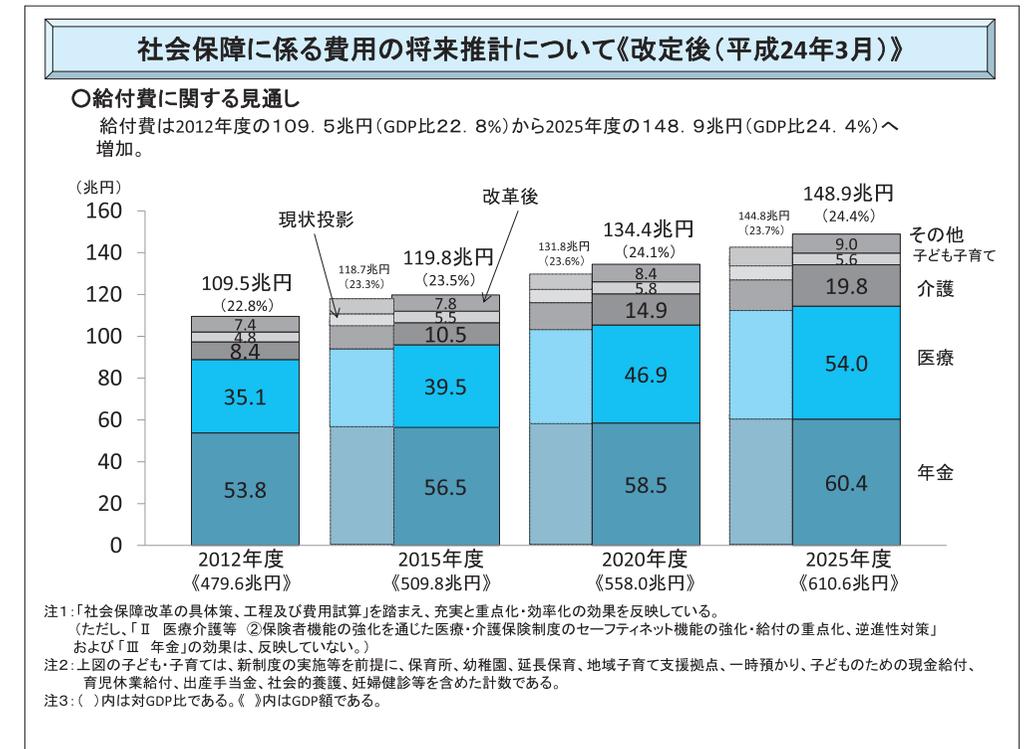
2012年3月、先ほども申し上げた民主党政権の下で国会に7本の法律を提出したときに、その法律が通った場合、2025年度の社会保障はこうなるということを説明した将来推計がこれです。繰り返しのようになっておりますが、足元の社会保障の大きさは約110兆円ということで、対GDP、国内総生産に対して22.8%であります。年金が半分、医療が35%、グレーが介護ですので8%で約40%です。子ども子育て、その他で約10%です。年金5に対して、医療・介護が4、そして「その他」が1という構造になっております。

2025年度には148.9兆円ということで、GDPも増えると想定しておりますが、それより社会保障が伸びます。また、当然消費税を引き上げて上乗せにも使いますので、改革な

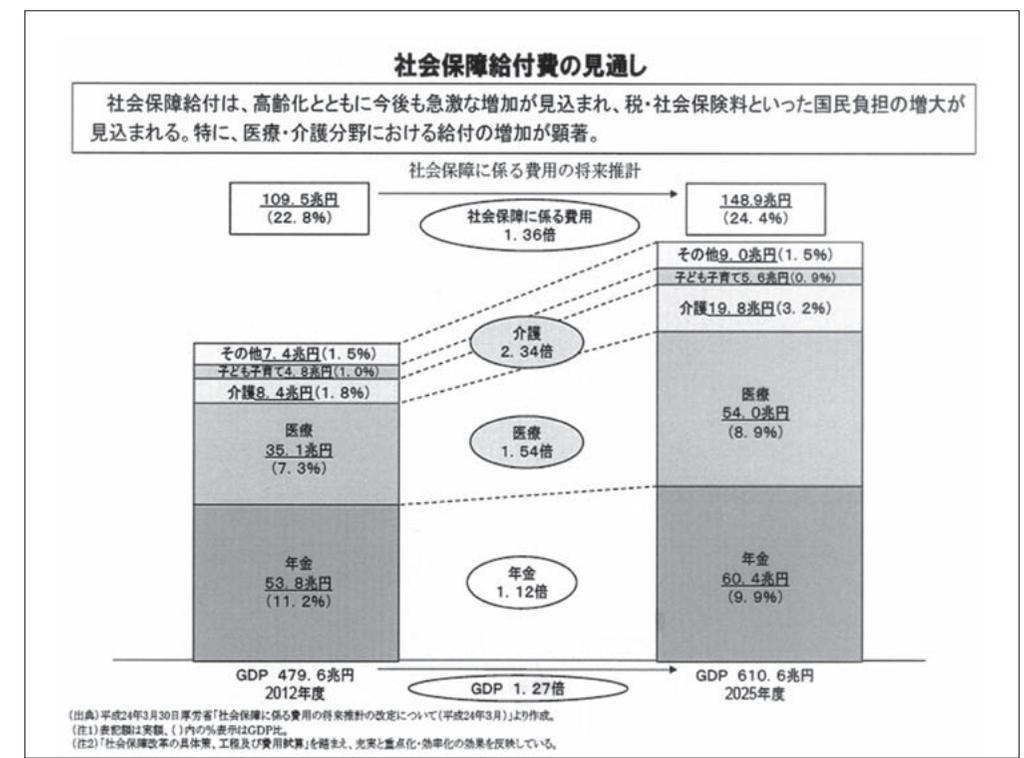
しよりも改革ありのほうが社会保障全体は大きくなると考えております。つまり給付増になるということです。これについては一部、経済界などを中心に、今回の社会保障改革は切り込みが足りないとか能天気だといった批判もあるところですが、そして、対GDP比は24.4%まで上昇するということでもあります。

次に見ていただきたいのは、2004年の年金改革をもとにした社会保障給付費の見通しです(図表20)。厚生年金の保険料の上限が18.3%になったらそれで頭打ちにするとか——これは2017年に達するのですが——さまざまな給付増を回避する方策をとっています。これによって、2025年度までの間に年金は対GDP比11.2%が9.9%と、経済に占める割合が小さくなります。こうした改革が2004年になされて、その線路に乗って年金

図表 19



図表 20



制度が動いているということでもあります。

これに対して、医療は1.54倍の54兆円になり、対GDP比も1コンマ数ポイント上昇し、介護も同様に2.34倍になるということです。この医療と介護の給付費の増大は、これからご説明する医療と介護の提供体制の改革をしないと皆保険の維持もできないということが基本的な発想になっております。その提供体制の改革も盛り込んでいますが、いずれにしても高齢者、特に後期高齢者が増えますので、そこが一番反映する介護が医療の伸び率よりも大きいというようなこととなります。結論から言うと、年金5、医療・介護4、その他1の割合だったものが、2025年には年金4、医療・介護が5、その他が1ということになります。

先ほど、社会保障・税一体改革の関係で10本の法律が成立したと申し上げましたが、医療と介護はありませんでした。また、先ほどご説明したように、年金については将来的に対GDP比の縮小が見込まれ、給付と負担という意味ではある程度解決済みだとしますと、これからの社会保障の問題の中心になるのは、社会保障の費用の中で5割を占めることとなる医療・介護ではないかと思われれます。

図表 21

2011年度の社会保障費用統計	
○2013年12月6日発表	
○社会保障給付費 総額	107兆4950億円
前年比	+2兆8,157億円 (+2.7%)
○年金	530,623億円
社会保障給付費に占める割合	49.4%

次に、先ほど土居先生の表にも同じく出てきました社会保障費用の統計です(図表21)。昨年末に2011年度のものが公表されました。一つだけ注目していただきたいのは、先ほど年金がそれほど伸びないと推計していると言いました。本当かと思われたかもしれませんが、そういったことがすでに出てきております。社会保障給付費に占める年金の割合が49.4と、2011年度で5割を切っております。

平成に入ってから年金はずっと5割以上をキープしてきておりまして、特に1998年、1999年と社会保障の費用のうちの53.2%が年金でこれがピークでした。しかし2004年の改正が効いて、年々減少傾向になってきているわけです(図表22)。

最近の給付費の伸び率を見ますと、2009年は政権交代のあった年で相当不思議な動きをしています。2009、2010、2011年と、いずれにしても年金の伸びは小さいです(図表23)。これに対して福祉その他は、特に福祉・子ども手当などの関係で伸びが大きくなっています。2009年から2011年の各部門のシェアを見ますと、年金がシェアを落としてきている一方で、医療は31.1%です(図表

図表 22

年金: 社会保障給付費の5割を切る。	
○年金給付費	1989年からずっと5割以上をキープ
○年金のシェアのピーク	1998・99年の53.2%がピーク
○2006年53%から毎年低下傾向	
○2011年のシェア:	1988年の49.6%を下回る水準

24)。皆保険以後、2009年が医療費のシェアのボトムだったのですが、それから上がり出しています。福祉などは1968年以來の高さになっています。

そういうことで、年金の歯止めが利いてきている一方で、介護を含む医療・福祉の伸びがすでに2009年から2011年にかけて動き始めています。この趨勢が、先ほど見ていただいた2025年まで続いていくとご理解いただきたいと思っております。

社会保障改革の動きと方向性

先ほど申し上げたように、3党合意に基づいた社会保障制度改革推進法により、2013

図表 23

2009年～2011年の伸び率			
	2009年	2010年	2011年
給付費全体	6.0%	3.5%	2.7%
年金	4.3%	1.2%	0.2%
医療	4.0%	4.8%	3.5%
福祉その他	15.7%	8.3%	8.4%

図表 24

部門別シェアの推移 (2009年→2011年)	
年金	51.8%→49.4%
医療	31.1%→31.7% <small>(31.1%は皆保険以後ボトム)</small>
福祉その他	17.2%→18.9% <small>(1968年以來の高さ)</small>

年の8月21日まで社会保障制度改革について検討をしまりました(図表25)。昨年の8月6日には安倍総理に報告書が提出されております。そして8月21日までに法律を出せということだったのですが、国会も開いておりませんので閣議決定をして、10月15日の臨時国会の冒頭にプログラム法案を提出し12月に可決、現在はこの法案に基づいて個別の法案が国会に提出されているということでもあります(図表26)。

次に「国民会議」の報告書の位置づけですが、今までの有識者の提言は「政府はこういうことでやるべきだ。そのために財源の確保に努められたい」といったもので、結局、財源の確保がうまくいかずに宙に浮いてしまうようなケースが多かったわけです。しかし、

図表 25

社会保障制度改革推進法	
• 3党合意に基づき、2012年8月10日成立	* 3党合意:2012年6月15日 * 自民党主導の議員立法
• 2012年8月22日公布・施行	
• 「社会保障制度改革国民会議」の設置を決める。	
• 「国民会議」の期限:2013年8月21日まで	

図表 26

社会保障改革の動き	
2013年8月6日	社会保障制度改革国民会議・報告書 (清家会長→安倍総理)
2013年8月21日	「法制上の措置」の骨子(閣議決定)
2013年10月15日	臨時国会召集日
	「プログラム法案」国会提出(「法制上の措置」)
	12月5日 可決、成立
2014年通常国会～	「個別法案」の国会提出

この国民会議は、経過を見ていただいてもお分かりの通り、消費税が8%、10%へと引き上げられることを前提にして、どのように社会保障改革をするかを検討しろということ、具体性が非常に高いものでした（図表27）。

また、白紙で有識者に委任したわけではなく、3党合意に基づいて国会で決められた法律によって、すでに基本的な考え方や改革の基本方針は決められていました。例えば医療保険制度について言えば「皆保険を維持する」ということが明記されていたわけです。そういう中で、生みの親である3党の協議者が決めたアジェンダに従って、専門家が論理的、実証的に議論して決めたということです。

経過で見ていただきましたように、政府のほうにも法律を作らなければならないということが義務付けられた形で進んできているところが特色だと思えます。

医療・介護の見直しについて

医療・介護の見直しについては、ここにお集まりの先生方は情報に接する機会が多いと

図表 27

「国民会議」報告書の位置づけ ～ これまでの有識者による諸提言との違い ～	
1)	社会保障・税一体改革として「社会保障の機能強化のための安定財源としての消費税」が前提。 → 重点化・効率化も行き、より具体的な充実を提案
2)	自公民3党合意に基づく改革推進法に規定する「基本的な考え方」、社会保障分野に係る「改革の基本方針」、3党実務者協議で取りまとめた「検討項目」に基づいて審議。 → 具体的なミッションを受けた、専門家による論理的・実証的議論
3)	報告書を踏まえて、政府が「法制上の措置」を講ずることが改革推進法に明記。 → 改革の方向性・タイミングの控組みの中で、今後、政府・与党が具体的な改革内容を詰める

思います。医療・介護機能の再編、特に病院・病床機能の分化と連携の強化が挙げられております（図表28）。

前回の2012年の診療報酬と介護報酬の同時改定を第一歩として実施すると説明されておりましたが、特に今回の診療報酬改定は、先ほど申し上げたように一体改革についての関係法案やプログラム法案も通り、国民会議の報告書も出たということで、2012年よりもさらに明確な方針が固まりました。

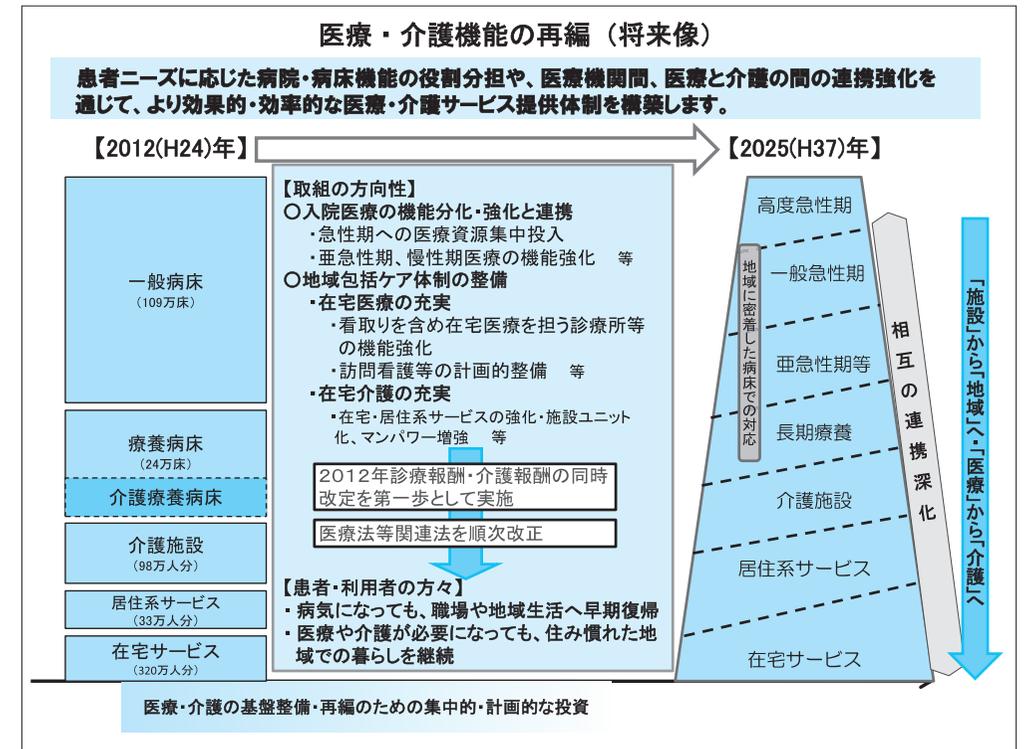
2025年まで医療・介護提供体制の改革を目指していく、そのために診療報酬、介護報酬についてはこれから何回か改定があるわけですが、その中で必ずそれをやっていくという方向性が明らかになりました。

数年前に中医協から、現在の一般病棟の入院基本料の病床数がワイングラス型の図で示されました（図表29）。これを2025年までに右側にあるようなとっくり型に変えていかなければいけないということが示されてきております。このような図については、社会保障制度改革国民会議などでも繰り返し説明され、その構成について、どのようにしていけばこれが実現されるかということが議論のテーマとなりました。

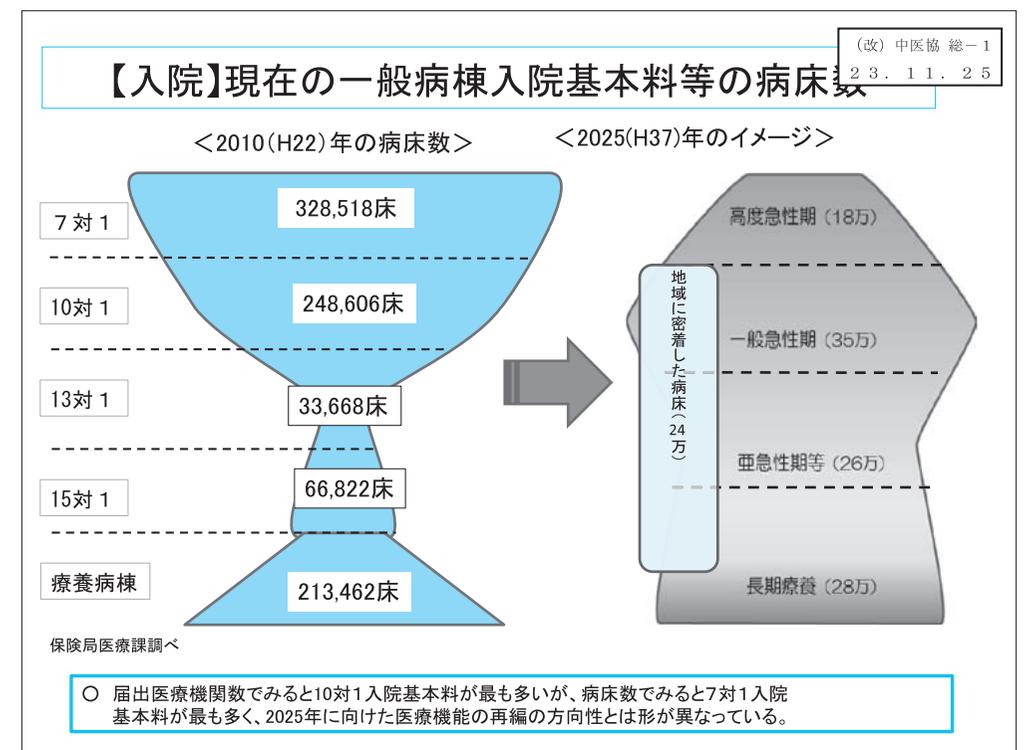
また、外来医療も、大病院の外来医療などについては一般外来を縮小していくという方向性が示され、医療改革と合わせて地域包括ケアシステムを生活圏で作っていかねばならないということが示されました（図表31、32）。

2025年の医療・介護を想定したシミュレーションでは、高齢者が増えますので、入院、介護入所者も当然増えます。現状投影型、つまり現在の施設、病院の使い方のままでいけば約60万人増える計算なのですが、しかし、

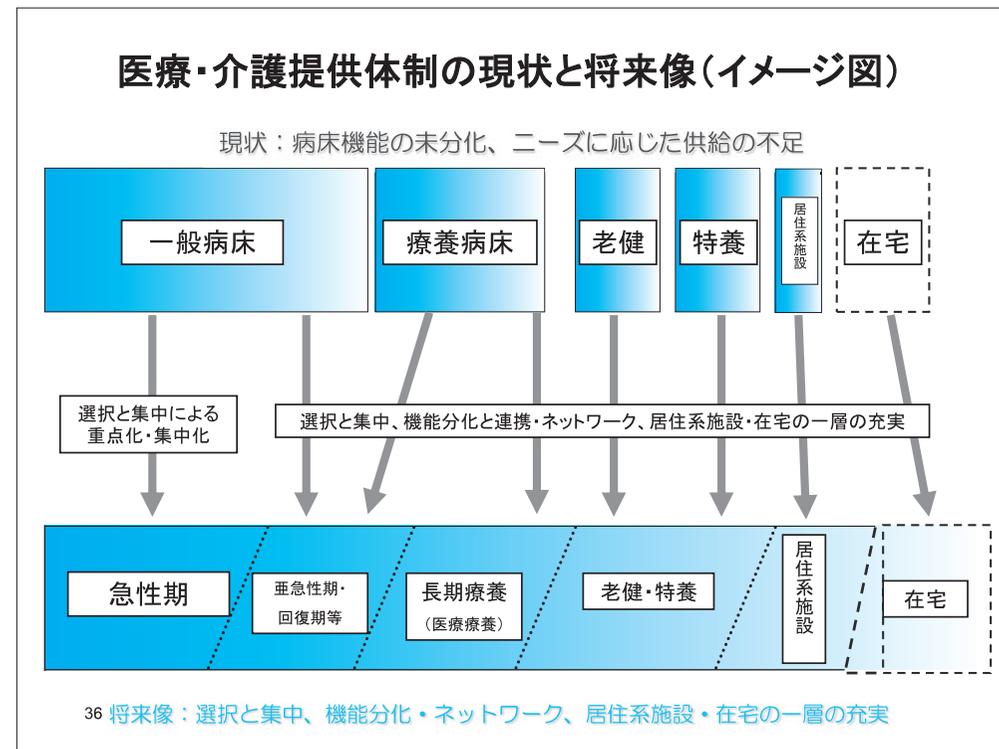
図表 28



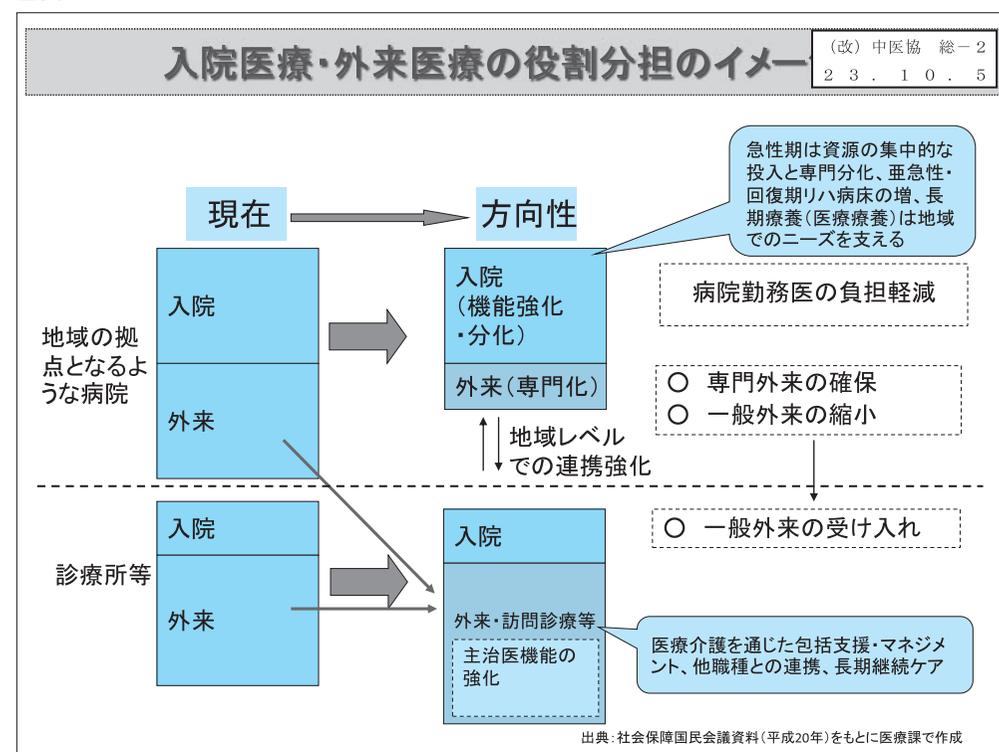
図表 29



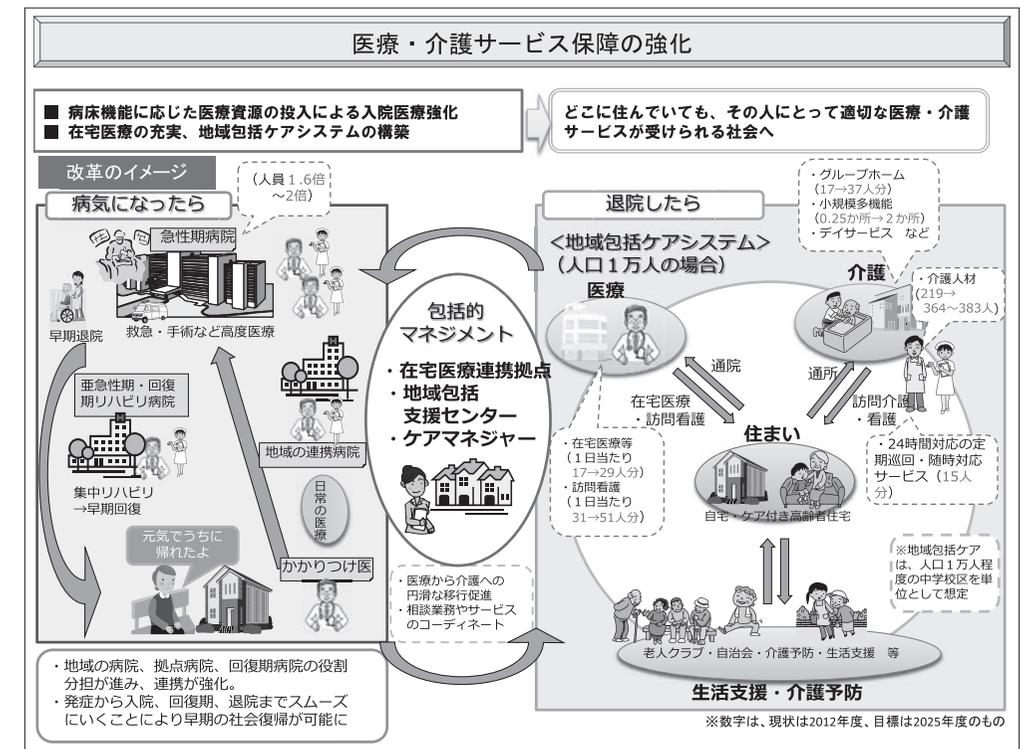
図表 30



図表 31



図表 32



改革によってこの60万人分は増やさないという方向性が出されました(図表34)。増加するであろう入院、介護ニーズについては、在宅医療・在宅介護の推進など、この青字の部分を実質することによって引き受けていく。こういうことが厚生労働省側から示され、それらを踏まえてどう考えるかということが国民会議の議論のポイントになったわけがあります。

国民会議の報告書が提言する医療・介護分野の改革のポイント

国民会議では、消費税が使う分野として、年金、医療、介護、少子化の「社会保障4分野」ということが言われました。その4分野のうち、あえて医療と介護は一つのパッケージ

として議論され、国民会議の報告書の各論の中でも「医療・介護分野の改革」として記述されています。

そのポイントについて申し上げますと、特に社会保障制度改革を検討するにあたって、われわれは2009年の政権交代と、安倍政権に戻った2012年と、2回の政権交代を経験しました。そういった中で、土居先生にも最初の有識者会議に出席いただきましたが、そのときの座長の宮本太郎先生からは「社会保障というものは政争の具にすべきではなく、超党派の常設の会議機関を設けたらどうか」というご提言もいただきました。

また、2009年の政権交代前の福田・麻生政権時の社会保障国民会議では、医療・介護サービスの提供体制改革のシミュレーションなども示されました。今回の国民会議の報

図表 33

「医療・介護に係る長期推計(平成23年6月)」具体的な改革のイメージより		(◇充実 ◆重点化・効率化)
(医療・介護ニーズ)		(平成37(2025)年頃までの改革とその効果に関する仮定)
医療病床	高度急性期(約2割)	◇◆医療資源の集中投入により、平均在院日数2割程度短縮。減少するニーズは、 亜急性期・回復期リハ等、早期の軽快(在宅・外来)
	一般病床(10割)	◇◆医療資源の集中投入により、平均在院日数33%程度短縮。減少するニーズは、 亜急性期・回復期リハ等、早期の軽快(在宅・外来)
	一般急性期(約5割)	◇◆機能強化により、平均在院日数2割程度短縮。減少するニーズは、 医療療養、介護サービス、早期の軽快(在宅・外来)
	亜急性期・回復期リハ等(約3割)	◇◆医療区分1は介護、2・3は医療
	長期療養(慢性期)	◇◆ 在宅医療の推進、機能強化等を勘案 し、平均在院日数1割程度短縮
	精神病床	◇◆機能に応じた体制の充実やアウトリーチ(訪問支援)等の推進により、平均在院日数1割程度短縮、入院も2割程度減少。減少するニーズは、 アウトリーチ(訪問支援)、早期の軽快(在宅・外来)、介護サービスの利用
介護施設	特養	◇◆施設利用は中重度中心でユニットケアが普及、各要介護度の認定者の施設利用割合も若干低下
	老健+介護療養	◇◆施設利用は中重度中心でユニットケアが普及、各要介護度の認定者の施設利用割合も若干低下 ◇◆現行の介護療養にあっては、医療区分IIは介護、2・3は医療
居住系(介護)		◇グループホームについては、約37万人分を確保(小規模多機能等の在宅サービスと合わせて認知症に相当程度対応できる水準)
在宅・外来	医療	◇ 在宅医療・訪問看護の充実(利用者的大幅増) ◆生活習慣病予防、医療機関や医療介護の連携、ICTの活用等の取り組みにより、医科外来ニーズ(上記入院ニーズからの移行分を除く)が5%程度減少
	介護	◇比較的中重度や認知症等のケースで、さらにサービス利用が進むものと仮定 ◇小規模多機能については、約40万人分を確保(グループホームと同旨)。また、24時間対応の定期巡回・随時対応サービス及び訪問看護を充実 ◆介護予防等リスクを軽減する取り組みにより要介護者等が3%程度減少

※ 薬や医療機器に係る効率化として伸び率として年率△0.1%程度を織り込み(医療の伸び率ケース①の場合)(◆)
(現状投影シナリオでも織り込み。後発医薬品の使用促進については、設定した伸び率に、最近の普及の傾向が含まれている。)
地域連携推進のためにMSW等の増を仮定(◇)、介護職員の処遇改善(賃金アップ)を仮定(◇)

図表 34

(参考)改革シナリオにおける主な充実、重点化・効率化要素(2025年)		
	2025年	
充 実	急性期医療の改革(医療資源の集中投入等)	・高度急性期の職員等 2倍程度増(単価 約1.9倍)(現行一般病床平均対比のみた場合) ・一般急性期の職員等 6割程度増(単価 約1.5倍)(") ・亜急性期・回復期リハ等の職員 コメディカルを中心に3割程度の増(単価15%程度増)
	長期療養・精神医療の改革(医療資源の集中投入等)	・長期療養の職員 コメディカルを中心に1割程度の増(単価5%程度増) ・精神病床の職員 コメディカルを中心に3割程度の増(単価15%程度増)
	在宅医療・在宅介護の推進等(施設から在宅・地域への対応)	・在宅医療利用者数の増 1.4倍程度 ・居住系・在宅介護利用者 約25万人/日程度増加(現状投影シナリオに対する増)・グループホーム 約10万人/日、小規模多機能 約32万人/日程度増加(現状投影シナリオに対する増) ・定期巡回・随時対応 約15万人/日程度整備
	医療・介護従事者数の増加	・全体で2011年の1.5~1.6倍程度まで増
	その他各サービスにおける充実、サービス間の連携強化など	・介護施設におけるユニットケアの普及、在宅介護サービス利用量の増大等各種サービスの充実 ・介護職員の処遇改善(単価の上昇) ・地域連携推進のためMSW等の増(上記医療機関の職員増に加えて1~2中学校区に1名程度増)など
重 点 化 ・ 効 率 化	急性期医療の改革(平均在院日数の短縮等)	・高度急性期 平均在院日数 15~16日程度 ・一般急性期 平均在院日数 9日程度 ・亜急性期・回復期等 平均在院日数 60日程度(パターン1の場合) (現行一般病床についてみると、平均在院日数19~20日程度[急性期15日程度(高度急性19~20日程度、一般急性13~14日程度)、亜急性期等75日程度]とみられる。)
	長期療養・精神医療の改革(平均在院日数の短縮等)	・長期療養 在院日数1割程度減少 ・精神病床 在院日数1割程度減少、入院2割程度減少
	在宅医療・在宅介護の推進等(施設から在宅・地域へ)	・入院・介護施設入所者 約60万人/日程度減少(現状投影シナリオに対する減)
	予防(生活習慣病・介護)・地域連携・ICTの活用等	・生活習慣病予防や介護予防・地域連携・ICTの活用等により、医療については外来患者数5%程度減少(入院ニーズの減少に伴い増加する分を除く)、介護については要介護者等3%程度減少
	医薬品・医療機器に関する効率化等	・伸び率として、△0.1%程度(医療の伸び率ケース①の場合) (現状投影シナリオでも織り込み。後発医薬品の使用促進については、設定した伸び率に、最近の普及の傾向が含まれている。)
	医師・看護師等の役割分担の見直し	・病院医師の業務量△2割程度(高度急性期、一般急性期)

告書を書いているときはそれから5年たっているわけですが、その間、この医療・介護サービスの提供体制の改革については見るべき成果が上がっていないということが指摘され、その実現が課題になりました(図表35)。

それから社会保障制度改革推進法では、皆保険の維持が改革の基本方針として示されています。先ほど少し読み上げさせていただきましたが、それを実現するためには提供体制の改革を主眼に置かなければだめなんだということです。「医療・介護提供体制の改革に魂を入れなければいけない」と本文には書かれています。

さらに、今日の関岡先生のお話にも関係するわけですが、アメリカのようなマーケットメカニズムで医療を引っ張っていきうものではだめなんだということが指摘されています。また、西ヨーロッパあるいは北欧の国のように、国公立の医療機関が提供体制の中で大きな役割、あるいはほとんどを占めている国とも違い、8割以上が民間の医療機関にサービスをお願いしているということであれば、その提供体制の改革を実現していくためには、データによる制御で医療

図表 35

医療・介護分野の改革(各論)のポイント
○前・国民会議の継承を強調 福田・麻生政権時の社会保障国民会議で示された医療・介護サービスの提供体制改革の実現が課題。
○提供体制の改革を主眼 国民会議の最大の使命は、前回の社会保障国民会議で示された医療・介護提供体制改革に魂を入れ、改革の実現に向けて実効性と加速度を加えること。
○データによる制御を提唱 市場の力でもなく、提供体制側の創意工夫を阻害するおそれがある政府の力でもないものとして、データによる制御機構をもって医療ニーズと提供体制のマッチングを図るシステムの確立

ニーズと提供体制のマッチングを図るシステムを構築していかなければならないと強調しています。抽象的な言い方で恐縮ですが、詳しくは本文を見ていただきたいと思います。

それから、医療・介護提供体制の改革では、医療と介護を一体的に改革するために、医療計画と介護保険事業計画を合わせた「地域包括ケア計画」とも言えるものを構築・推進していくこと。また、その一方で、地域における医療提供体制については都道府県が責任を負っていますが、その体制をより強めていくために、国民健康保険の給付の責任主体も都道府県に持っていただけたらいいのではないかと提案もしております(図表36)。

それから、これまで診療報酬・介護報酬が医療機関の皆さんの行動を変えるのに非常にあずかって力があることは認めつつも、全国一律の設定であるために大きな地域差が生じ、十分でない面もあるということで、医療・介護提供体制改革を進めていくために基金制度を検討しろということを報告書では言っております。現に今回の診療報酬改定や来年度予算編成の中で、約900億円の基金を積み立てることも認められたわけですが、そういっ

図表 36

医療・介護分野の改革(各論)のポイント②
○都道府県の役割の強化 地域における医療提供体制に係る責任の主体と国民健康保険の給付責任の主体を都道府県が一体的に担うこと
○新たな財政支援方式 全国一律に設定される診療報酬・介護報酬とは別の財政支援の手法が不可欠であり、診療報酬・介護報酬と適切に組み合わせつつ改革の実現を期していくこと
○「かかりつけ医」の役割 「必要ときに必要な医療にアクセスできる」という意味でのフリーアクセスを守るためには、緩やかなゲートキーパー機能を備えた「かかりつけ医」の普及は必須

たことについて報告しております。

また、「いつでも、好きなところに」と解されがちなフリーアクセスですけれども、皆保険の大事なフリーアクセス機能については「必要なときに必要な医療にアクセスできる」と位置付けていくべきであり、緩やかなゲートキーパー機能を備えたかかりつけ医の普及が大事だと提言しています。報告書を読んでもいただきますと、この医療・介護の各論に10カ所以上、「地域の医師」「地域医師会」「身近な医療機関」といったさまざまな言葉で、かかりつけ医の役割を強調した方向性を打ち出しております。

医療保険、介護保険につきましては、皆保険を守れということであれば、まず最後の砦である国保を優先して考えていこうということで、国民健康保険の財政基盤の安定化が優先課題であります(図表37)。それが都道府県が保険者になる条件とも言われておりますので、そのところを強調しています。

被用者保険については、被用者保険の皆さんは非常に保険財政が苦しいということがずっと課題になっているわけです。しかし、保険料率についてはフランス、ドイツ等より

も低いとか、健保組合間で3倍ぐらいの格差があるといったことを指摘した上で、被用者保険における共同事業の拡大にも取り組んでもらいたいということを言っています。

後期高齢者医療はご案内の通り民主党のマニフェストで廃止を打ち出しておりました。しかし5年が経過して定着しているのです、必要な見直しは後期高齢者医療制度を踏まえて行うべきであると述べています。

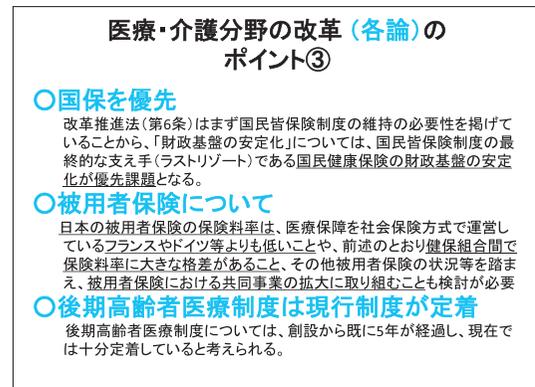
繰り返し申し上げますが、このような流れの中で、医療・介護サービスの提供体制の改革も法律が国会に提出されております。難病関係の法律も出ています。それから子ども・子育て支援の充実についても出されて、「地域における医療・介護の総合的な確保の推進を図るための法律」という形でも出されておりますが、行政説明ではありませんので、このところは飛ばさせていただきますと思います。

2014年診療報酬改定のポイント

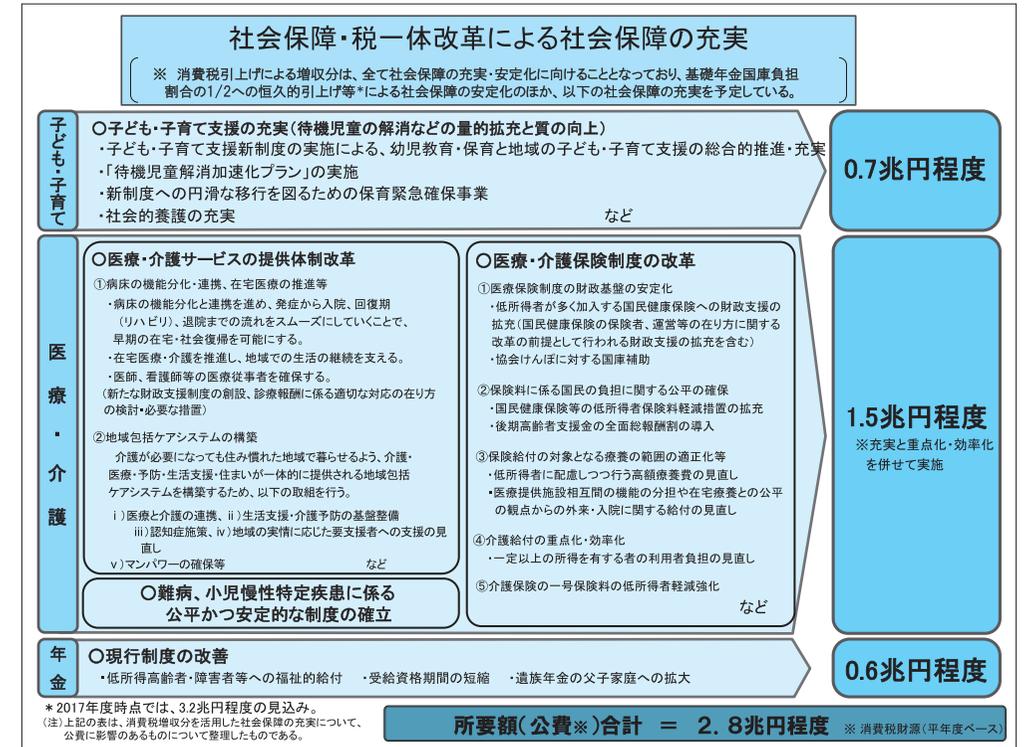
若干飛びますが、今回の診療報酬改定につきましてもいくつか特徴があると思います(図表55)。医療界の皆さんも、消費税対応ということについてはずっと訴えられてこられました。1989年に消費税を導入したとき、また1997年に消費税が3%から5%に上がったとき、いずれも改定年とは別でしたので特別改定を行いました。今回、定例改定と消費税対応と同時であったことは史上初めてでありました。

一体改革の中では、社会保障の充実のために消費税財源をどう使うかが予算的にも非常に争点になりました。これからずっとついて

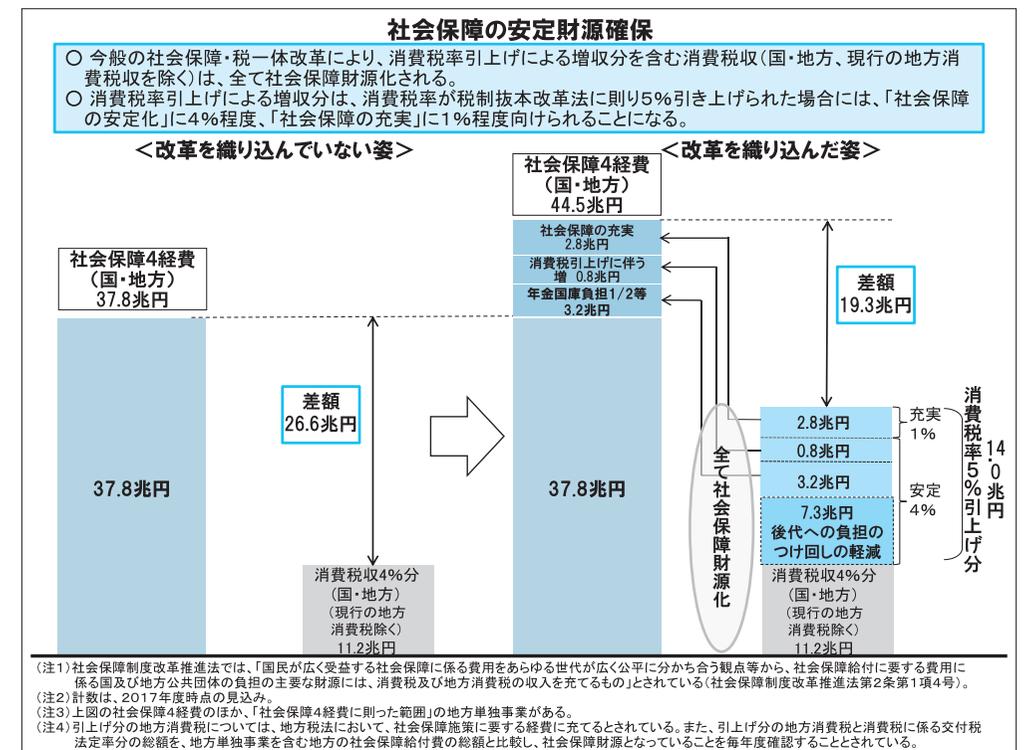
図表 37



図表 38



図表 39



図表 40

平成26年通常国会に提出予定の社会保障・税一体改革関連法案

○医療・介護サービスの提供体制改革等

【医療法・介護保険法等の改正】

- ・ 病床機能報告制度の創設、新たな財政支援制度(基金)の創設等による医療機能の分化・連携の推進、在宅医療の推進等
- ・ 地域包括ケアシステムの構築に向けた介護の地域支援事業の見直し等
- ・ 介護保険における低所得者の保険料軽減強化や一定以上所得者の利用者負担の見直し等

○難病・小児慢性特定疾患への対応

【難病の患者に対する医療等に関する法律案(仮称)(新法)】

- ・ 難病に係る公平・安定的な医療費助成制度の確立等(法定給付化、対象疾患の拡大(56→約300)、負担の見直し等)

【児童福祉法の改正】

- ・ 小児慢性特定疾患に係る公平・安定的な医療費助成制度の確立等(法定給付化、対象疾患の拡大(514→約600)、負担の見直し等)

○子ども・子育て支援の充実

【次世代育成支援対策推進法等の改正】

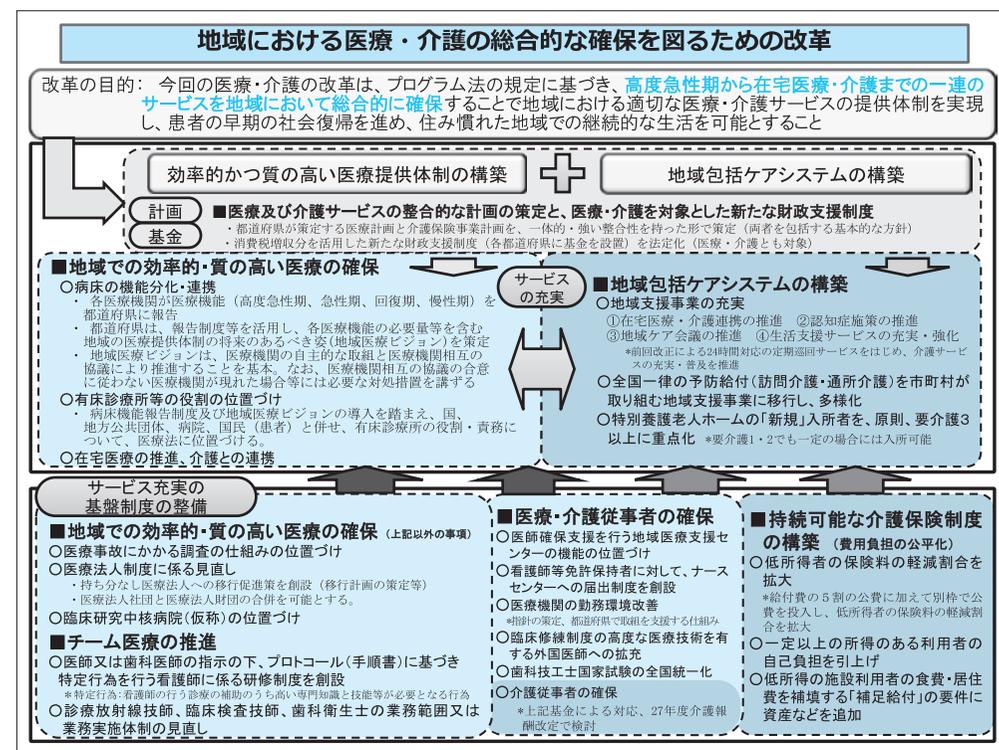
- ・ 企業における両立支援の更なる取組を促進するため、次世代法について期限の10年延長、見直し等

【雇用保険法の改正】

- ・ 育児休業給付の給付率の引上げ(休業最初の6月間につき50%→67%)等

※ 平成27年通常国会には、医療保険制度改革のための法案を提出予定。

図表 41



図表 42

地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律案の概要

趣旨

持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律に基づく措置として、効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するとともに、地域包括ケアシステムを構築することを通じ、地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するため、医療法、介護保険法等の関係法律について所要の整備等を行う。

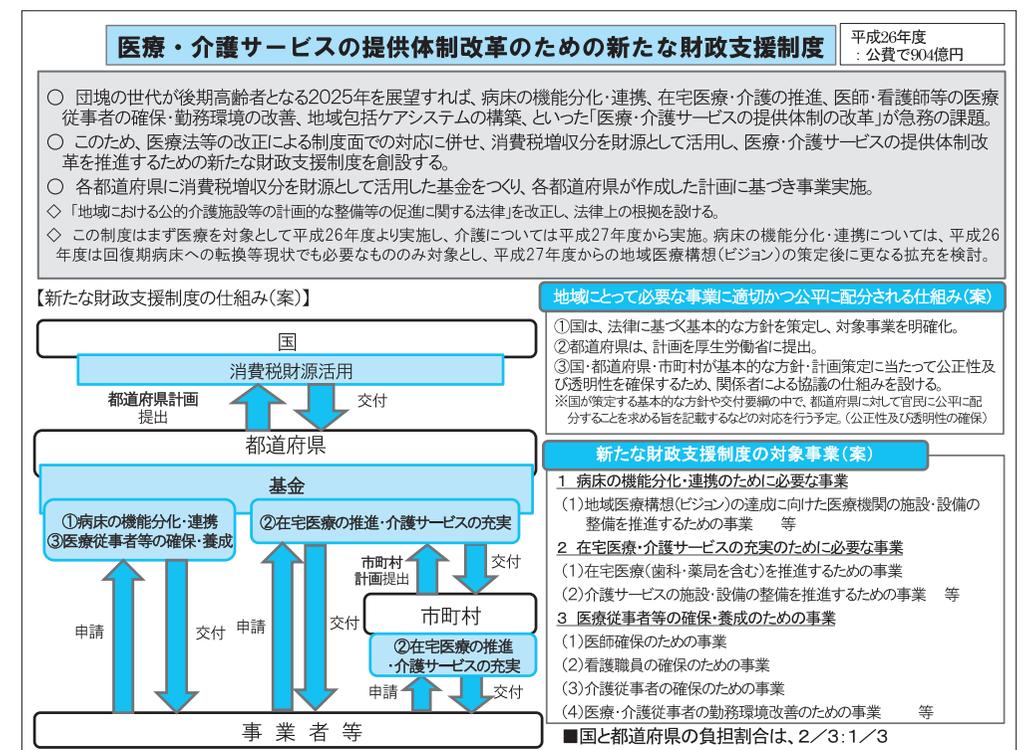
概要

- 新たな基金の創設と医療・介護の連携強化(地域介護施設整備促進法等関係)**
 - ① 都道府県の事業計画に記載した医療・介護の事業(病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進等)のため、消費税増収分を活用した新たな基金を都道府県に設置
 - ② 医療と介護の連携を強化するため、厚生労働大臣が基本的な方針を策定
- 地域における効率的かつ効果的な医療提供体制の確保(医療法関係)**
 - ① 医療機関が都道府県知事に**病床の医療機能(高度急性期、急性期、回復期、慢性期)等を報告し**、都道府県は、それをもとに**地域医療構想(ビジョン)**地域の医療提供体制の将来のあるべき姿)を医療計画において策定
 - ② **医師確保支援**を行う地域医療支援センターの機能を法律に位置づけ
- 地域包括ケアシステムの構築と費用負担の公平化(介護保険法関係)**
 - ① 在宅医療・介護連携の推進などの**地域支援事業の充実**とあわせ、**全国一律の予防給付(訪問介護・通所介護)を地域支援事業に移行し、多様化** ※地域支援事業: 介護保険財源で市町村が取り組む事業
 - ② **特別養護老人ホーム**について、在宅での生活が困難な中重度の要介護者を支える機能に重点化
 - ③ **低所得者の保険料軽減を拡充**
 - ④ **一定以上の所得のある利用者の自己負担を2割へ引上げ(ただし、月額上限あり)**
 - ⑤ 低所得の施設利用者の食費・居住費を補填する「**補足給付**」の要件に**資産などを追加**
- その他**
 - ① 診療の補助のうちの**特定行為を明確化**し、それを手順書により行う看護師の研修制度を新設
 - ② **医療事故に係る調査の仕組み**を位置づけ
 - ③ 医療法人社団と医療法人財団の合併、持ち分なし医療法人への移行促進策を措置
 - ④ 介護人材確保対策の検討(介護福祉士の資格取得方法見直しの施行時期を27年度から28年度に延期)

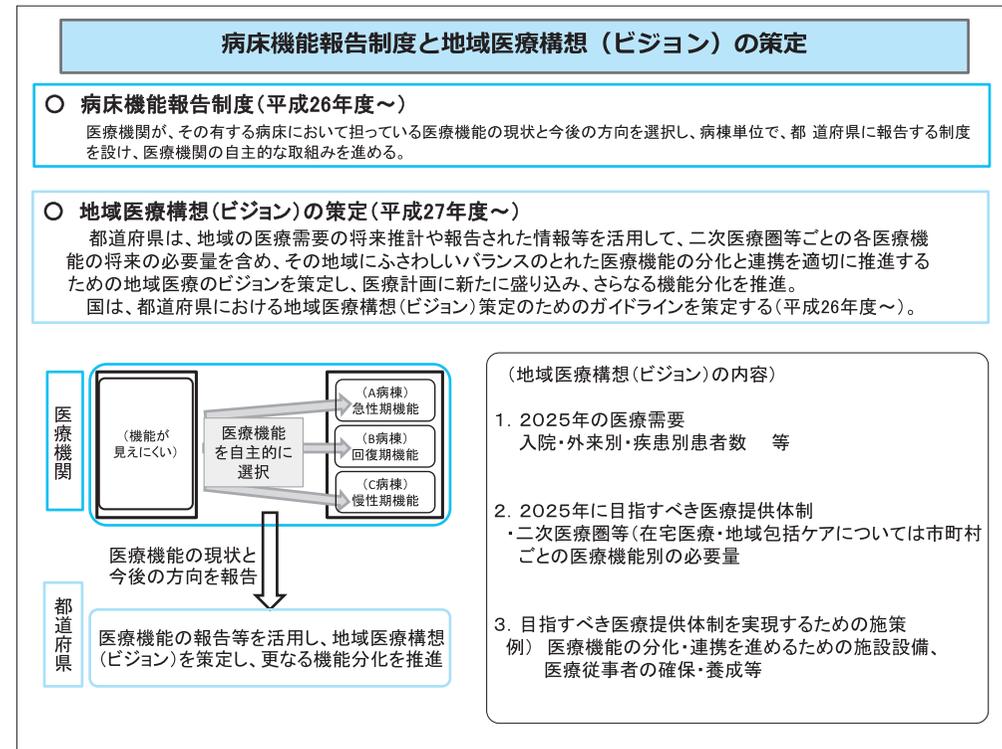
施行期日(予定)

公布日。ただし、医療法関係は平成26年10月以降、介護保険法関係は平成27年4月以降など、順次施行。

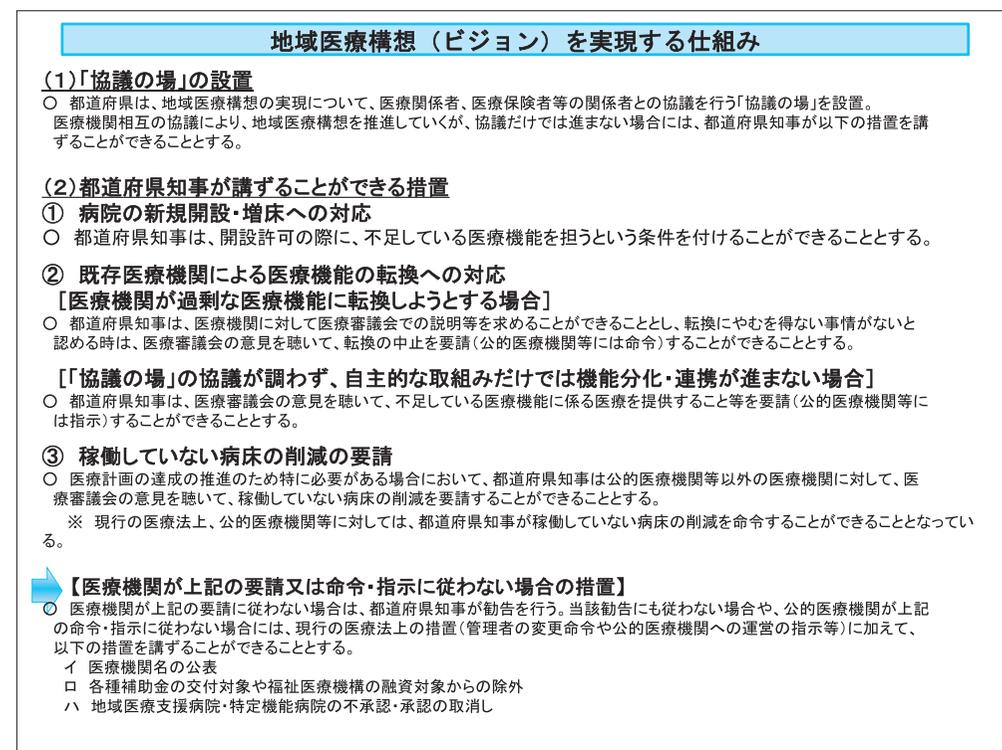
図表 43



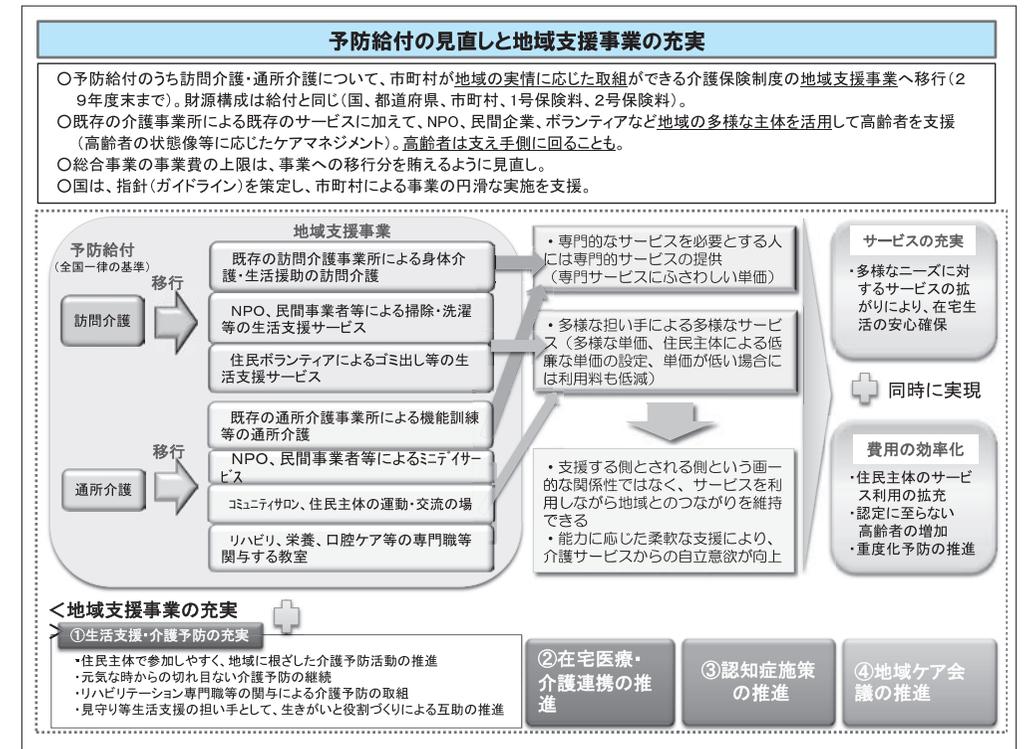
図表 44



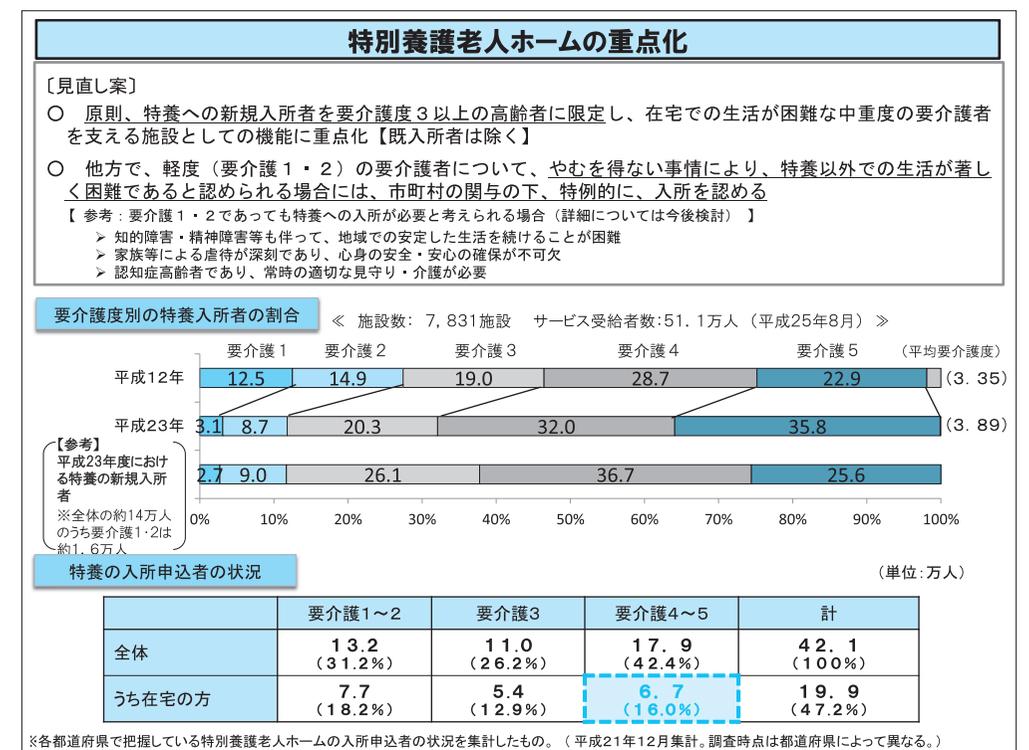
図表 45



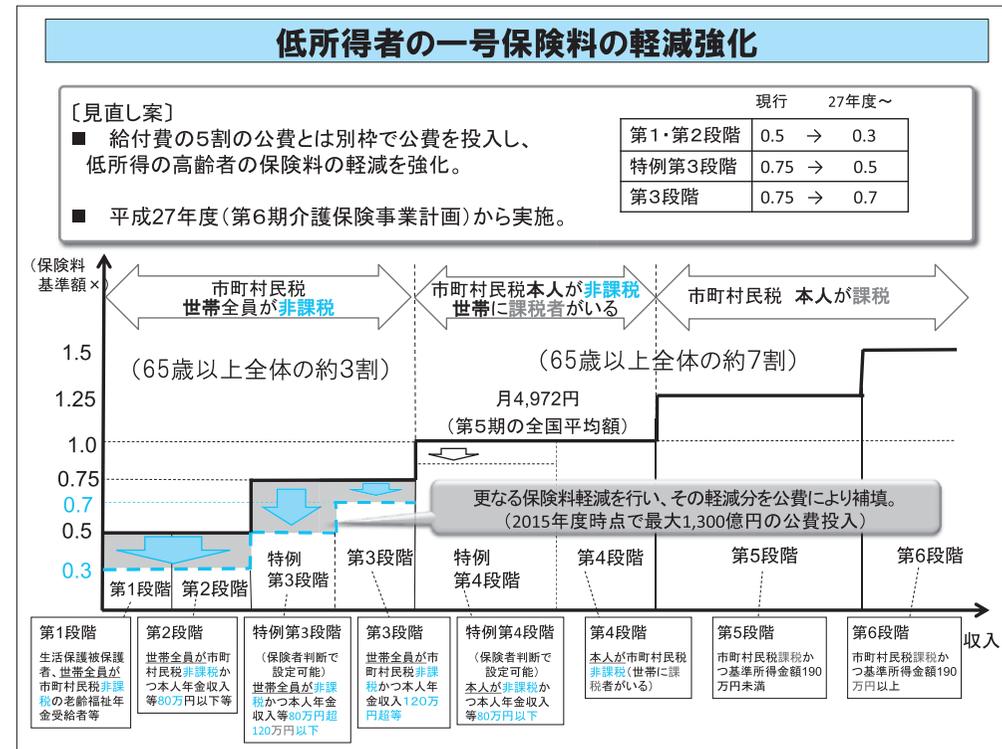
図表 46



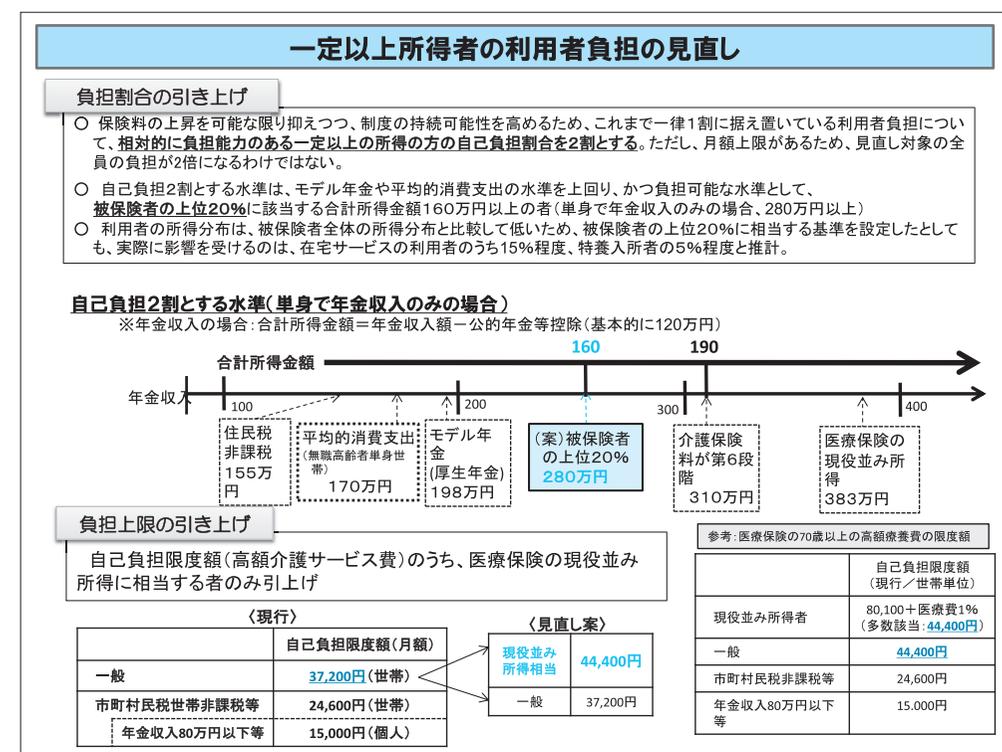
図表 47



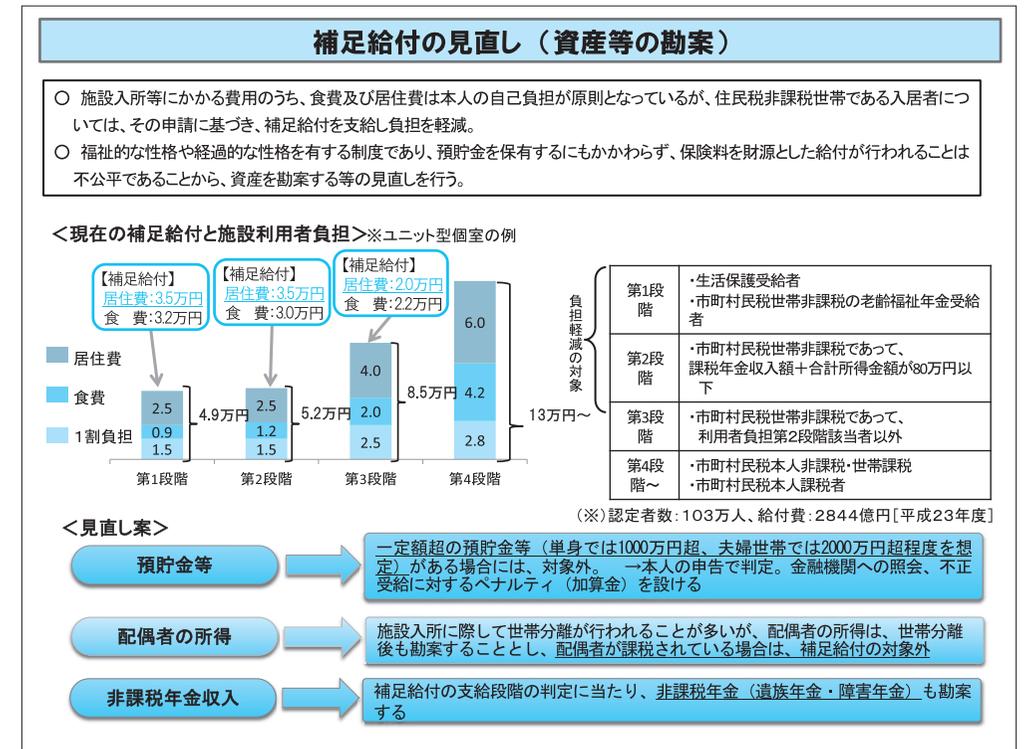
図表 48



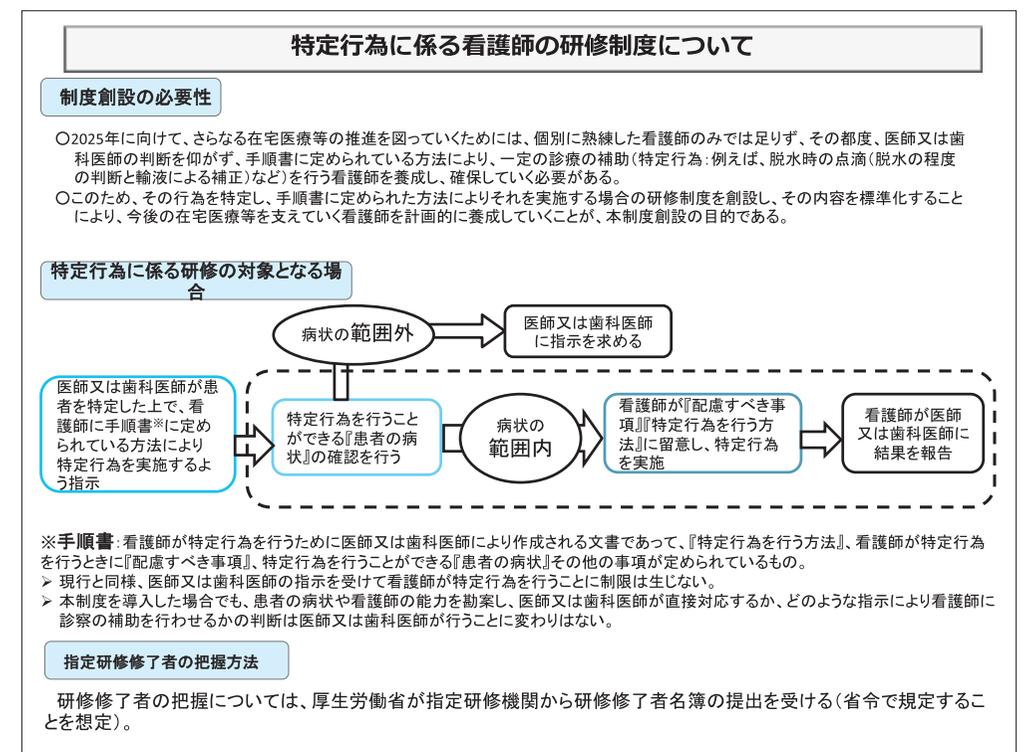
図表 49



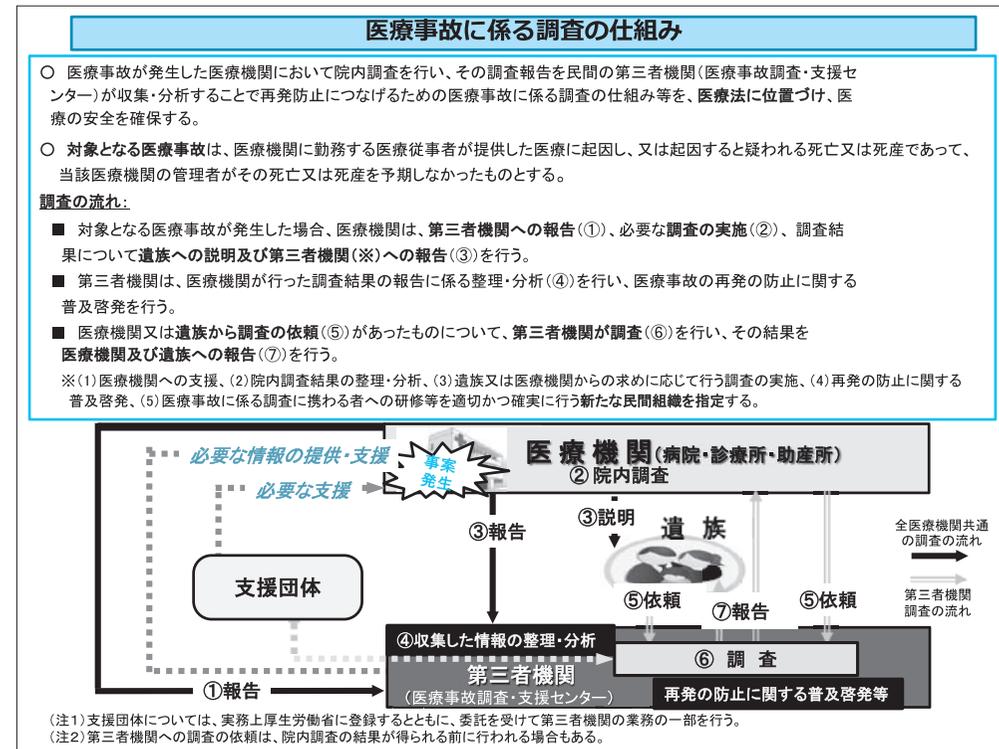
図表 50



図表 51



図表 52



回るとは思います。診療報酬改定でも消費税財源を使って何をやるのかを意識して改定作業をしなければならず、その枠組みの中での初の改定であったということです。

先ほども申し上げましたように、診療報酬で引張る部分と、併せて基金の役割も報告書で定義されましたので、改革手法としてどれだけ診療報酬で手当てし、どれだけ基金に回すのかは、これからずっと引き続いていく問題だと思います。

さらに、単に医療費を増やすだけではなく、体質改善をしながら進めてほしいという提言がありました。したがって今回は7対1病床の見直しをずっと象徴的な議論として続けられてきましたが、そういったことが続いていくのではないかと考えております。

2014年度社会保障予算

来年度の社会保障予算であります。新聞などでも報道されているように初めて30兆円を超えました。2013年度予算では年金と

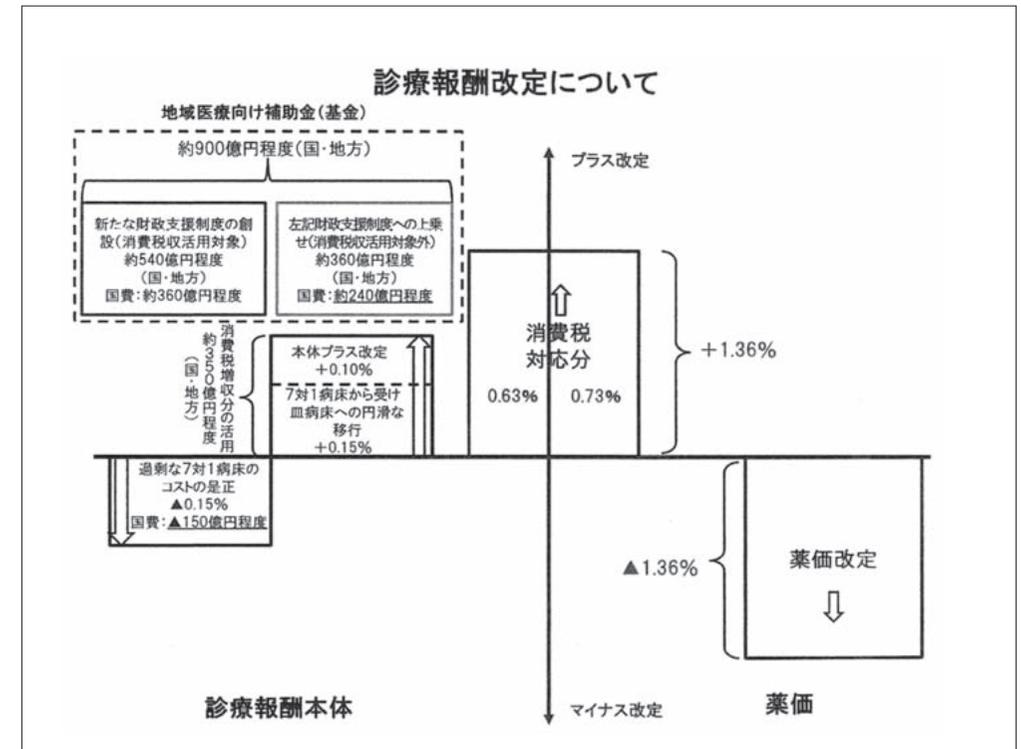
図表 53

平成26年度の診療報酬改定は、以下のとおりとする。

※ () 内は、消費税引上げに伴う医療機関等の課税仕入れにかかるコスト増への対応分

1. 診療報酬本体	改定率	+0.73%	(+0.63%)
各科改定率	医科	+0.82%	(+0.71%)
	歯科	+0.99%	(+0.87%)
	調剤	+0.22%	(+0.18%)
2. 薬価改定等	改定率	▲0.63%	(+0.73%)
薬価改定		▲0.58%	(+0.64%)
材料価格改定		▲0.05%	(+0.09%)

図表 54



医療の国庫負担で同額でしたが、この4月からの2014年度予算の内訳を見ますと、先ほどの傾向を反映して、医療が年金の国庫負担を上回るということが起こっているのが特色の一つです(図表60)。

二つ目は、2014年度における「社会保障の充実」という表が厚生労働省で作られています(図表61)。この「社会保障の充実」は一つの言葉でして、先ほどの消費税で言えば、10%になったときに、引き上げられた5%のうち1%分を社会保障の充実に使うとされており、その1%分は2014年という5000億円に相当するお金です。その5000億円を何に配分しなければならないか

ということも、必ず問われるということになります(図表62)。

改革は続行するわけです。中医協に示された図に示されておりますように、2025年の医療・介護サービスのあるべき姿の実現に向けて、診療報酬、介護報酬、法律改正、医療計画の何度かの見直しを通じてこれを達成していくこととなります(図表65)。今回は第一弾でございましたが、来年は医療保険の法律が出るようになっており、来年も、2年後も、ずっとそういったことが続いていくことになろうかと思っております。

時間がまいりました。私の説明は以上でございます。ご清聴、ありがとうございました。

図表 55

2014年改定をめぐって

- 定例改定と消費税対応と同時(史上初)
 - ・ 消費税対応 89年/97年
- 財源の区分: 消費税財源
 - (「一体改革」の枠組みによる初の改定)
- 診療報酬改定と基金(改革手法の問題)
- 7対1病床の見直し(「重点化・効率化」)

図表 56

平成26年度診療報酬改定—改定率のポイント—

- ① 消費税引上げ対応分の調額確保 改定率+1.35%
 - ・ 消費税引上げによる医療機関・薬局の仕入れ負担増に対して、必要額(5000億円=改定率1.35%)を調額確保
 - ・ 具体的には初診料・再診料、調剤基本料等の引上げにより、広く医療機関・薬局の経営安定に貢献
- ② 消費税財源を活用した診療報酬本体への上乗せ 改定率+0.1%
 - ②-1 保険料等の国民負担の増加を極力避けつつ、消費税財源を活用して、0.1%のプラス改定
 - ②-2 その際、急性期病床から受け皿病床へ円滑な移行を進めるため、経過期間(1年を予定)中の費用増を診療報酬本体に上乗せ、+0.15%の改定率に相当
 - ※ 医科 歯科 調剤の配分比率は、1:1:1.0:3 (消費税引上げ対応分を除く)
- ③ 医療提供体制改革のための基金の創設 900億円
 - ・ 医療提供体制改革のための基金に公費900億円を確保
 - ・ 全国的に民間への公平な取扱いに配慮、地域包括ケアを担う医療機関等への支援にも活用可能。

図表 57

平成26年度診療報酬改定 平成26年度診療報酬改定の基本方針のポイント

平成25年12月6日
社会保障審議会医療保険部会
社会保障審議会医療部会

基本認識

- 入院医療・外来医療を含めた医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等に取り組み、医療提供体制の再構築、地域包括ケアシステムの構築を図る。

重点課題

- 医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等
入院医療・外来医療を含めた医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実 等

改定の視点

- 充実が求められる分野を適切に評価していく視点
がん医療の推進、精神疾患に対する医療の推進 等
- 患者等から見て分かりやすく納得でき、安心・安全で質の高い医療を実現する視点
医療安全対策の推進等、患者データの提出 等
- 医療従事者の負担を軽減する視点
医療従事者の負担軽減の取組、救急外来の機能分化の推進、等
- 効率化余地がある分野を適正化する視点
後発医薬品の使用促進 等

将来に向けた課題

超少子高齢社会の医療ニーズに合わせた医療提供体制の再構築、地域包括ケアシステムの構築については、直ちに完成するものではなく、平成26年度診療報酬改定以降も、引き続き、2025(平成37)年に向けて、質の高い医療が提供される診療報酬体系の在り方の検討も含め、医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等に取り組んでいく必要がある。

図表 58

平成26年度診療報酬改定の基本的な考え方

医療費の伸び縮減と、住み慣れた地域で生活できる医療の提供の実現に向けて、患者が「急性期後の受け皿病床」や在宅に適切に移行するための診療報酬改定を実施

<現在の姿>

基本的な考え方

- 超高齢社会の医療ニーズに合わせた医療提供体制改革
 - ① 7対1入院基本料の適正化
急性期後の病床の評価の引上げ
→ 入院単価の低下
 - ② 主治医機能の評価
→ 病院外来から診療所への移行
 - ③ 在宅医療の充実
→ 入院医療から在宅医療への移行

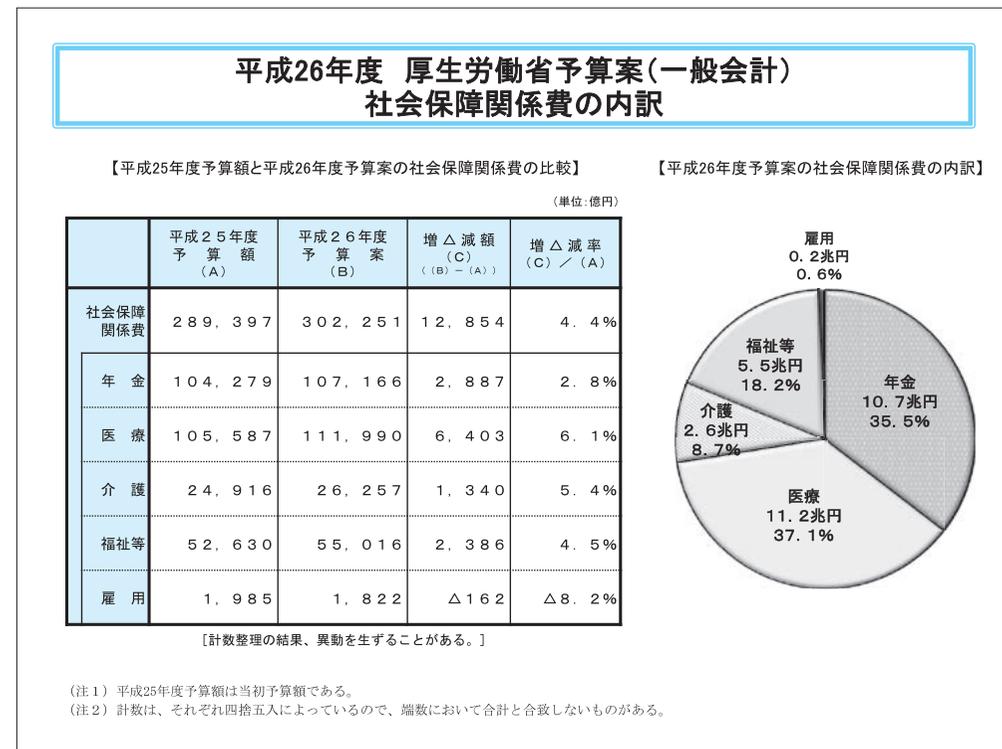
<2025年(平成37年)の姿>

図表 59

14年度診療報酬改定のポイント

- 1 消費税率8%の引上げへの対応
- 2 入院の機能分化
- 3 外来の機能分化
- 4 在宅医療の充実
- 5 歯科医療の推進
- 6 的確な投薬管理・指導の推進
- 7 がん、精神疾患、認知症、救急医療、小児医療等

図表 60



図表 61

平成26年度における「社会保障の充実」(概要)

(単位: 億円)

事項	事業内容	計 (注1)	国分	
			国分	地方分
子ども・子育て支援の充実	待機児童解消の推進と地域の子ども・子育て支援の充実 〔「待機児童解消加速化プラン」の推進、保育緊急確保事業の実施〕	2,915	1,348 (注3)	1,568
	社会的養護の充実	80	40	40
	育児休業中の経済的支援の強化	64	56	8
医療・介護の充実	病床の機能分化・連携、在宅医療の推進等 (1) 消費税財源の活用による診療報酬の改定 (2) 新たな財政支援制度の創設(※)	544	249	105
	地域包括ケアシステムの構築 (認知症に係る地域支援事業の充実等)	43	22	22
	国民健康保険等の低所得者保険料軽減措置の拡充	612	0	612
	高額療養費制度の見直し	42	37	5
難病・小児慢性特定疾患への対応	難病・小児慢性特定疾患に係る公平かつ安定的な制度の確立等	298	126	172
年金制度の改善	遺族基礎年金の父子家庭への対象拡大	10	10	0
合計		4,962	2,249	2,713

※ 医療提供体制改革のための新たな財政支援制度(基金)については、上記に加え、公費360億円の上乗せ措置を別途実施。その結果、基金規模は合計904億円。
(注1) 金額は公費(国及び地方の合計額)である。
(注2) 計数は、それぞれ四捨五入の関係により、端数において合計と合致しないものがある。
(注3) 「保育緊急確保事業」の国分(1,043億円)は内閣府、保育所運営費の国分(304億円)は厚生労働省に計上。

図表 62

社会保障予算の充実

○ 社会保障予算の充実として、5000億円を計上

○ 子ども・子育て: 3000億円

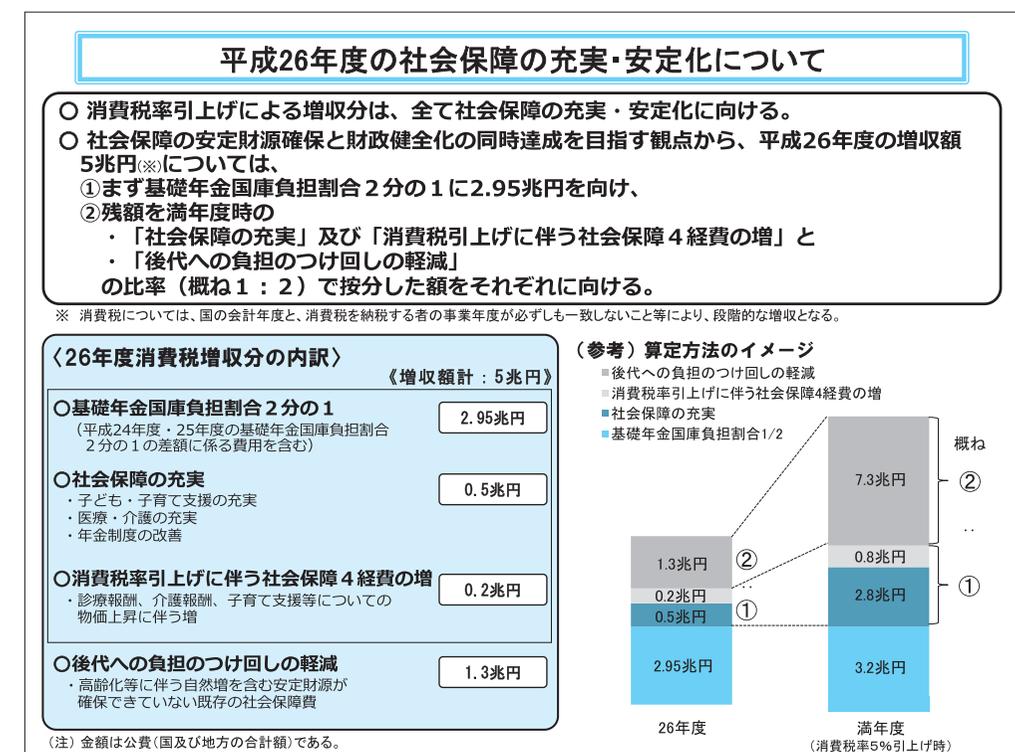
○ 医療・介護: 2000億円
→ 提供体制: 900億円 → 診療報酬: 350億円

図表 64

社会保障制度改革国民会議報告書 ～確かな社会保障を将来世代に 伝えるための道筋～

2013年8月6日

図表 63



パネルディスカッション

高齢社会と医療の未来を考える



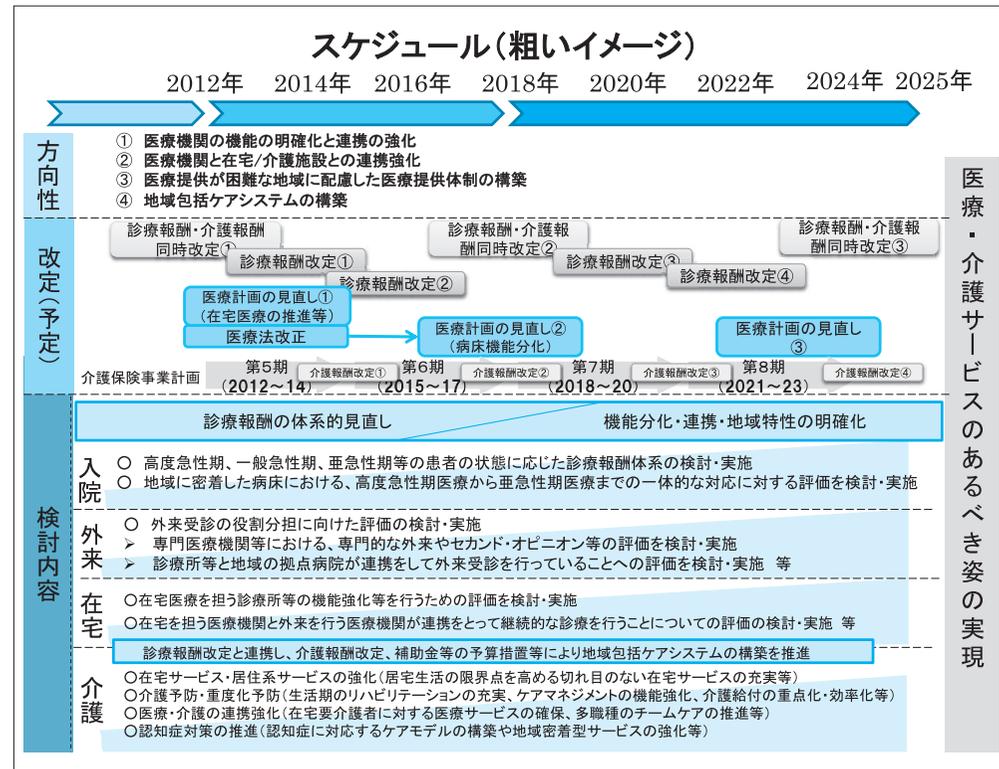
●パネリスト

- 関岡 英之 (ノンフィクション作家・評論家)
- 土居 丈朗 (慶應義塾大学教授)
- 中村 秀一 (内閣官房社会保障改革担当室長)
- 横倉 義武 (日本医師会会長)

●司会・座長

- 中川 俊男 (日本医師会副会長)
- 石川 広己 (日本医師会常任理事)

図表 65



図表 66

「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律」

- 12月5日 参議院本会議で可決・成立
 - ・公布後、1月以内に施行(1月12日施行)
 - 社会保障制度改革推進本部の設置
- ・公布後、6月以内
 - 社会保障制度改革推進会議**の設置
- 期限:「5年を超えない範囲内において政令で定める日まで」⇒**中長期的課題の検討**

中川 ただ今から17時までの予定で、パネルディスカッションを行います。ご講演を賜りました先生方に、日本医師会の横倉義武会長が加わります。なお、時間の関係で会場の皆さんからの質問を受け付けることはできませんのでご了解ください。

それでは、最初に日本医師会・横倉会長から10分程度コメントをお願いしたいと思います。

国民皆保険の堅持と 地域医療の充実に向けて

横倉 今日、先生方のお話を伺って改めて思ったのは、国民皆保険を堅持することがわが国にとっていかに大事かということです。



■横倉 義武（日本医師会会長）

私ども医療を提供する側は、国民皆保険制度の下、診療報酬という公的な財源で経営をある程度賄っています。つまり、診療報酬は医療機関にとって経営の原資であり、医療の進歩に伴う設備投資など、国民に医療を提供するために不可欠なコストをそこから捻出しているわけです。いわば、地域医療を確保していくための経費といえます。

ご案内の通り、診療報酬改定は、物価・賃金の動向や医療の高度化などを反映させるために2年ごとに行われます。また、医療機関は国民生活のセーフティネット機能を果たしており、当然、改定の時には、そうした社会的使命感から、国民の求める質の高い医療に応えるために必要な財源のお願いをさまざまところで行うわけです。

しかし、今日お話があったように、厳しい国家財政の中で、国民負担の増加ということに対して慎重な態度をとらざるを得ないというせめぎ合いも出てくるわけですが、国としては、やはり国民皆保険を継続すること、そして国民に適切な医療を提供するための財源を確保していただくことは非常に重要であろうと思います。

そういう意味で、先ほどの中村先生のご発言にありましたように、社会保障・税の一体改革によって、医療の財源に消費税を充てるという目安が付き、まさに医療提供体制が改革の第一歩を踏み出しました。

これからは、地域医療をどうつくり上げ、行政にどう提案していくのかという課題が医療の現場に下りてまいります。その一方で、

先ほどの関岡先生のお話にありましたように、規制改革会議、産業競争力会議といった内閣に設置された会議から、医療の規制改革についてさまざまな意見が差し挟まれてきています。

私どもは、医療規制は医療機関を守る規制ではなく、国民の健康を守るための規制であると思っています。国民の命と健康を守る規制に対してはしっかりと主張していくことが重要です。政府には、医療周辺のイノベーションを進めていくための規制改革とは分けて考えていただきたいと強く思います。

規制緩和を声高に唱えさえすれば正しいという風潮が一時あり、さまざまな報道がなされましたが、そういうブームで健康や生命を語ってほしくはありません。安全で平等な医療提供体制を守れるかどうか、国民は今、冷静に事態を見ています。これからきちんとした方向性を定めて大きく動いていこうという時に、国民が望んでいない方向に引っ張られないよう、しっかり注視していかなければならないと思っています。

やはり国民の幸福の原点は「健康」です。病に苦しむ人がいれば何としても助けたいというのが医療人の願いです。そのためにも「必要とする医療が過不足なく受けられる社会づくり」を全国に展開していくことが重要だと思っています。

全国展開する上で、地域の医療提供体制や医療を必要とする人たちの状況を一番よくご存じなのは、やはりそれぞれの地域の医師会

であり行政です。この両者が協力して、それぞれの地域で本当に必要な医療提供、介護提供をどうつくり上げていくかが今まさに問われています。

冒頭の挨拶でも申し上げましたように、いわゆる高齢社会の一つのピークと言われる2025年まで、あと10年余りしかございません。その間にしっかりと準備をしていくことが、今、私どもに課せられた一番の課題ではないかと思っています。

そういう中で、従来、医療政策では国の方針を都道府県に落とし込んできたわけですが、昨年の国民会議で意見陳述を求められた時にも、そういう方策ではなく、都道府県から国へさまざまな計画を上げていく現場の実態に基づいた改革をしてほしいと一貫して主張してまいりました。

やはりそれぞれの地方で必要とされる医療を適切に提供していくという仕組みが必要です。やはりそのためには、かかりつけ医を中心とする地域の身近な通院先、そして急性期から慢性期、在宅医療まで切れ目のない医療介護を提供することによって、国民にとっても医療提供者にとっても望ましい医療体制の構築が行われるのではないかと考えているところであります。

こうしたことを感じながら先生方のご講演を聞かせていただきましたので、冒頭の皮切りにお話しさせていただきました。ありがとうございました。

中川 それでは、これからパネルディスカッションを始めたいと思います。



■中川 俊男 (日本医師会副会長)

わが国もある意味、医療の周辺産業を成長戦略の一環として、結果的には公的な財源が民間のほうに流れていく傾向があるのかなと思います。

パネリストの先生方で、ご意見、ご感想があればお願いします。どうぞ、中村先生。

日本の社会保障行政は アメリカを追随していない

中村 やはり基本は、営利企業を保険者に置いているところが根本的な問題ではないかと思えます。わが国は皆保険の下、保険者はパブリックな存在で、医療費が増えれば保険者が儲かるというシステムになっていない。そこが同じ民間保険を中心にしているアメリカ

とわが国の差ではないかと思いました。

それから日本はアメリカの医療の後を追っているというようなご意見もあります。日本の中でもいろんな意見がありますし、行政の中でもいろんな省庁がありますからそういう動きが皆無だとは言いません。けれども、少なくとも社会保障政策を担っている人間は皆、アメリカの医療というのは最悪であり、医療政策の中で模範とする国ではないことは知っておりますので、少なくとも社会保障行政を所管している集団は、決してアメリカの後を追っていないということは申し上げておきます。以上です。

中川 ありがとうございます。今のことに関連して他に何かございますか。はい、横倉会長、どうぞ。

富裕層のみが優遇される アメリカの医療体制

横倉 今の中村先生のお話を聞いていて思ったのですが、日本の国民皆保険の体制ができたのが昭和36年ですね。その時は、まだ国保の家族の支給率が50%で、残りの半分は自己負担でした。今のような高額医療費の控除もない時代でしたので、非常に高い負担を国民は受けていました。一方、医療提供側は、保険診療は制限診療であるということで、当時の医師会が、医師が必要とする医療を提供できる体制を保険でカバーしてほしいという闘争を長いことやってきた。そういうことで、だんだんと熟成してきた皆保険制度ではない

かと思うわけですが、民間医療保険会社を保険者としたアメリカのシステムで、より良い医療提供体制に改善する可能性が今の状況であるのかどうか。

中川 ありがとうございます。

日本医師会は、国民皆保険を守る3つの最低条件を掲げています。①公的医療給付範囲をこれ以上縮小しないこと ②混合診療の全面解禁をしないこと ③営利企業の医療機関経営を参入させないこと、の3つです。

関岡先生が先ほど、混合診療の全面解禁を主張している患者団体はないのだというお話をされました。まったくその通りだと思いますが、去年あたりから、内閣府の産業競争力会議や経済財政諮問会議、規制改革会議、日本経済再生本部で、同じように保険外併用療養の対象拡大ということが主張され始めました。それまでは混合診療の全面解禁と言っていたんです。

それで、どうもその真意を測りかねていまして、本音は混合診療の全面解禁を求めているのか、もしくは保険外併用療養のうちの評価療養の拡大を求めているのか、もしくは評価療養の選定療養化なのか、いろいろ考えるのです。これについて関岡先生、それから他の先生方にもご意見を伺いたいと思います。よろしくお願いします。

混合診療の全面解禁には 慎重な吟味が必要

関岡 ありがとうございます。私も、世界に



■中村 秀一 (内閣官房社会保障改革担当室長)

冠たる日本のこの優れた国民皆保険制度を、厚生労働省があえて世界最悪のアメリカ型の保険制度に改悪しようとしているとは全然思っておりません。しかし、先ほどから出ている産業競争力会議や規制改革会議といった政府の部内で、事実上そういうことを推進しようとしている方がいるというのもやはり事実だと思うのです。

規制改革会議や産業競争力会議には、日本医師会や医療従事者はほとんど入っていません。規制改革会議の座長は商社の代表ですし、どちらかというと新自由主義的な経済学者や一部の業界、例えばインターネット販売を手掛ける企業の代表などが民間議員として参画していますが、それが日本の政府の一部であることはやはり紛れもない

事実です。

保険外併用療養費制度がこれからどのように改革されていくのかというご質問ですが、まさに今、6月の答申に向けて規制改革会議で審議されているところです。その議事録もインターネット上で公表されていますけれども、まだ具体的には見えてきていない状況です。P91（注）参照

ただ、私が講演の中でお示したように、今年1月の規制改革会議の後の記者会見で、座長の住友商事の岡相談役が「この保険外併用療養費制度に関しては量的な拡大、つまり項目の追加や対象範囲の拡大だけではなく、質的な改革をやりたい」と断言しているわけです。

私が今日の講演で明らかにしたように、こ



■関岡 英之（ノンフィクション作家・評論家）

れはもう昨日今日出てきた話ではなくて、古くは小泉政権時代から連綿と続いているわけです。非常に執拗というか、攻める側も執念深いものがありまして、私はやはり最終的には混合診療を全面解禁して、要するに自由診療を拡大したいということが本音だと思うんですね。

自由診療と一口に言っても、それぞれインテキマがいの商法から、極めて学術的に真面目に取り組んでおられるものまで、本当にピンからキリまであるわけです。例えば免疫細胞療法などはまだエビデンスが確立していないために保険収載されていないわけですが、ランダム化比較試験に取り組もうとしている真面目な医療機関もありますから、自由診療そのものを全面否定するつもりはありません。

がんという病に関しては標準治療、三大療法だけでは決定的な限界がある以上、代替医療の模索というのは私はあって然るべきだと思うんですけれども、とは言え、医療保険制度の根幹を変えてしまうことは非常に社会的な影響が大きいですから、やはり慎重な吟味が必要じゃないかと考えております。

中川 ありがとうございます。土居先生と中村先生、お願いします。

厚労相認可の“関所”を 取り払いたい推進派

土居 私は特に産業競争力会議とか規制改革

会議に関係する経済学者ではないんですが、関係する経済学者と会話することはあるという位置付けになるかと思います（笑）。

先ほど中川副会長がおっしゃったことに関連で言うと、なぜ言葉が変わったのかというのは、明らかに「解禁」と言ったら門前払いに駄目だと言われるということと、もう一つは、保険外併用療養費制度は厚生労働大臣の認可があれば認められるので、極端に言えば、大臣さえ首を縦に振れば拡大できるというところに一つの狙いがあると思っています。以前から言っていた彼らの主張は、「大臣が『これはいい、これはだめ』とやるのがけしからん、だから解禁なんだ」という言い方を常々していたわけですね。そこがポイントだと思うのです。

つまり、大臣の認可という“関所”があるからこそ歯止めが利いて、併用療養はあるけれどもやみくもに拡大するわけじゃないというところがあったわけです。しかし、その関所を緩くする、ないしはそれ自体を事実上ないものにするということになると、ほぼ全面解禁と言っているのと同じことが今の仕組みの延長線上にあるんじゃないか。それがおそらく彼らの考えなのではないかと私は推論するわけです。

私自身も混合診療の全面解禁は反対ですが、じゃあ、今までやっている自由診療も何もかも混合していいという話になって、本当に国民にとってより少ない負担でより良い医療が受けられることになるかという、これは関岡先生もご説明されたように決してそう

はならない。財務省あたりもそこに気がついて、さすがに全面解禁では公費投入が増大しかねないとの懸念があります。財務省側からも政府部内で「ちょっと全面解禁まではいかなものか」と言ってくれば、かなり議論も歯止めが利く。皆様の中にはあまり快く思っておられない方もおられるかもしれませんが、昨日の敵は今日の友ではないけれども、全面解禁という話にならないように持つていくことは少なくとも患者側にとっても意味があることなので、そのあたりでうまく連携を取っていくということが必要ではないかと思っています。

中川 中村先生、お願いします。



■土居 丈朗（慶應義塾大学教授）

抽象的で実体がない
混合診療解禁をめぐる議論

中村 私が最初に申し上げたいのは、関岡さんのご講演がありましたけれども、全面的に彼の論旨には賛成です。非常に素晴らしいと思いました。いくつか私がこの問題についてかかわってきたことをご説明して賛意を表したいと思います。

まず、1984年の健康保険法の改正で特定療養費制度というものができまして、高度先進医療や、今でいう特別室の提供、歯科差額を制度化しました。ある意味での制度化された混合診療というのは、その時に導入されました。当時、担当者として政省令を作りました。

たので、以来、混合診療の問題には注目しておりました。

ただ、ご承知の通り、高度先進医療を入れても金額的にはほとんど大きくないんですね。それから保険外併用療養費制度が変わって、制度的にはますます管理された混合診療制度が確立したと思っておりますので、制度論としては、私はもうこの中でちゃんと処理できると考えています。運用問題といったようなことがいろんな会議で出ていますけれども、抽象的な議論をしているだけで実体がないんじゃないかと思えます。議論するなら、どういう実体で何をしてほしいのかを問うべきではないかと思えます。

昨年、横倉会長に社会保障制度改革国民会



議にご出席いただき、お話を伺いました。その時には経済4団体からもディスカッションに来ていただきましたが、逆に国民会議の委員のほうから医療の問題に切り込まれた時に、ほとんど実のある回答が経済団体側からないので、何か具体的なニーズや、あるいはこれを変えなきゃならないというものがあるのではなく、非常に思い込みというか、間違った前提で提案をしていると思います。関岡さんの図表8のスライドにあったように、混合診療が患者にメリットがあると過大に思い込んでいるということがあると思いますので、議論の土俵をもう少し現実的なものにして進めていく必要があるのではないかと思います。

関岡さんがさっきのご発言で、混合診療解禁の動きは2004年の小泉政権からおっしゃいましたけれども、実は、小泉さんの時代よりもっと古いのです。私が保険局の課長をしていた90年代の半ば、村山政権時代からこの規制改革は始まりまして、その時からずっと混合診療については議論しているのですけれども、それをやることで何が得られるのか、ずっとはつきりしないんですね。ですから一種の幽霊じゃないかと私は思っております。以上です。

市民に混乱と災厄をもたらす
事後調整型社会への転換

関岡 私も混合診療の推進派をゾンビと呼んでいますが、これは日本福祉大学の二木立

学長の命名です。本当に中村先生のおっしゃる通り、国民的ニーズがないにもかかわらず推進派はどんな動機で長年執着しているのか非常に理解しがたいところがあります。

私の推測では、一つはイデオロギーだと思うのです。アメリカ共和党流の「小さな政府」に対する一種の信仰のようなものがあり、とにかく公的分野を縮小して民間企業の自由な活動に委ねるべきだ、というイデオロギーに捉われていると私は思います。

もう一つは、「レントシーキング」というのですが、規制緩和を推進する勢力というのは、「既得権を打破するんだ、岩盤規制にドリルで穴を開けるんだ」とおっしゃるけれども、その当人たちが実はインターネットで医薬品を販売する企業だったり、医療保険を販売する生命保険会社を傘下に持つリース会社だったりするわけですよ。ですから、イデオロギーに加えてそうした経済的な利権というものが背景にあるのだらうと思います。

具体的に、6月に答申される成長戦略において、保険外併用療養費制度をどう改革したいかという方向性ですけれども、これは土居先生のおっしゃる通りで、今、厚生労働大臣が持っている認可権を民間に解放しろということだろうと思うのです。彼らが作ったペーパーの中には、「医師の裁量権の尊重と患者の自己選択権の拡大」と書いてあるんですね。対象となる療養は、医師と患者が同意すれば政府の介入なしに現場で決めていいんじゃないかということです。

お上から現場に権限が移されるということで、先生方にとっても患者にとっても非常に聞こえがよく、麗しく聞こえるわけですが、例えばその結果、有害な副作用が出て患者が重篤な事態に陥ったりした場合、誰が責任をとるのかということになるわけですね。

これはやはり、先ほどの「小さな政府」論と関係してきますが、規制というものに対する考え方の違いが背景にあると思うのです。横倉会長が冒頭の講演でおっしゃいましたが、この根底には、日本が事前規制型の社会を維持していくのか、事後調整型の社会に変革していくのかという大きなイデオロギー的葛藤があるわけですね。

現在、日本はさまざまな規制によって、国民が守られている部分があると思うんです。規制というのは、さまざまな社会的な紛争が起きる前に、一部の不心得な業者や能力的に劣った業者が消費者に不利益を与える前にその芽を摘み取る側面があります。それについては、私は合理的必然性があると考えております。

ところが、「小さな政府」というイデオロギーで捉える人たちは、その規制そのものを撤廃すべきで、自由な経済活動に委ねて消費者が——医療の場合は患者が——何か不利益を被った場合には事後的に解決、調整すればいいと考えるわけです。どうやって解決するのかというと、司法的手段です。裁判で争っ



て解決すればいいのだという考え方なんです。

ですから小泉政権時代に司法制度改革が行われたわけですが、その提言を行ったのがオリックスの宮内義彦会長で、その報告書のタイトルがまさに「事前規制型社会から事後調整型社会へ」というものでした。行政の規制ではなく司法的手段、裁判によって、世の中に紛争が起こった後で解決していけばいいという発想が根底にあるわけですね。

では、こうした事後調整型の社会というのが本当に機能しているのかというと、アメリカでは、薬害で患者が訴えようと思っても、豊富な資金力で巨大法律事務所をバックに付けた巨大製薬会社などを相手に訴訟で闘わなければいけない。弁護士費用も莫大ですから、なかなか一般庶民には長期の訴訟戦に耐える余裕はないわけです。要するに泣き寝入りするしかない。

アメリカでさえそうした状況なのに、司法というものに一般市民がまだまだ慣れていない日本で、いきなりそうした社会転換を持ち込んで果たしてうまくいくのか。むしろ生み出される混乱や災厄のほうが大きいのではないかと考えております。

中川 ありがとうございます。

土居先生が先ほどのお話の中で、今の社会保障・税一体改革は小泉改革のそれとは違うんだとおっしゃったと思います。小泉改革の時には、社会保障給付費の国庫負担を2200億円削減することでプライマリバランスの黒字目標を達成しようとしていました。

今後の日本の医療において、われわれが国民皆保険を守る3条件の一番目に挙げているのが「公的医療給付範囲をこれ以上縮小しない」です。これは公的医療保険制度を形骸化させないという意味で申し上げます。

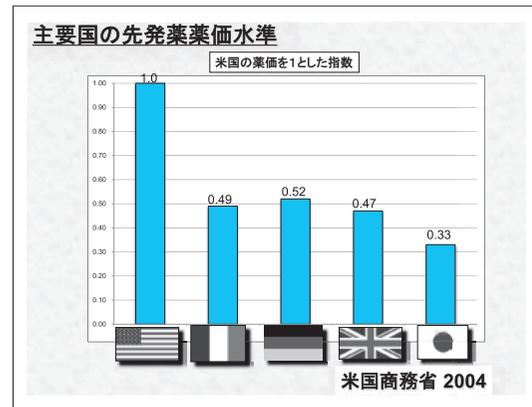
そこでパネリストの先生お一人お一人にお聞きしたいのですが、2025年、またそれ以降に向けて日本の国民皆保険を維持するためにはどのような方策があるのでしょうか。非常に広い話になりますが、負担と給付の問題や国民皆保険そのものを維持できるかどうかも含めて、先生方にご意見を伺いたいと思います。関岡先生、よろしくお願いします。

薬価の補正加算率引き上げで 医薬品の貿易赤字額が急増

関岡 まず、負担と給付に分けて話をさせていただきますと、負担に関しては、やはり日本の医療費が少なすぎると思います。今年度は40兆円といっても、日本は世界に先駆けて高齢化が進んでいく国ですし、日本の医療費は絶対額から見ても対GDP比から見ても先進国中最も少ない中で、世界で最も高いパフォーマンスを上げています。これはひとえに現場の先生方や看護師さんたちの献身的な努力によって支えられている。ある意味、精神論的なものに頼っている部分があると思うのですが、私は絶対このままではいけないと思うし、やはり財政的な裏付けというものが必要だと思います。

ですから医療費をもっと増やすべきだし、

図表 23



図表 25

米国研究製薬工業協会 (PhRMA)

「日本の薬価制度に関する意見書」(2005年)

メーカー希望価格を導入せよ。
 補正加算率を引き上げよ。
 外国平均価格調整を重視せよ。
 薬価決定時に製薬企業の意見陳述を認めよ。
 市場拡大再算定(強制引き下げ)を廃止せよ。
 特許有効期間中は薬価を維持せよ。
 etc...

図表 24

FDA長官の発言(2003年)

「アメリカと他の先進国との薬価差の解決には、アメリカの薬価を引き下げるのではなく、他の先進国の薬価を引き上げる必要がある」
 マーク・マクレラン

マーシャ・エンジェル『ビッグ・ファーマ』
 (篠原出版社、2005年)

図表 26

米国政府『年次改革要望書』

◆薬価算定時の補正加算率の引き上げ

	2002年	2006年	2008年
画期性加算	40~100%	50~100%	70~120%
有用性加算(I)	15~30%	25~40%	35~60%
有用性加算(II)	5~10%	5~20%	5~30%

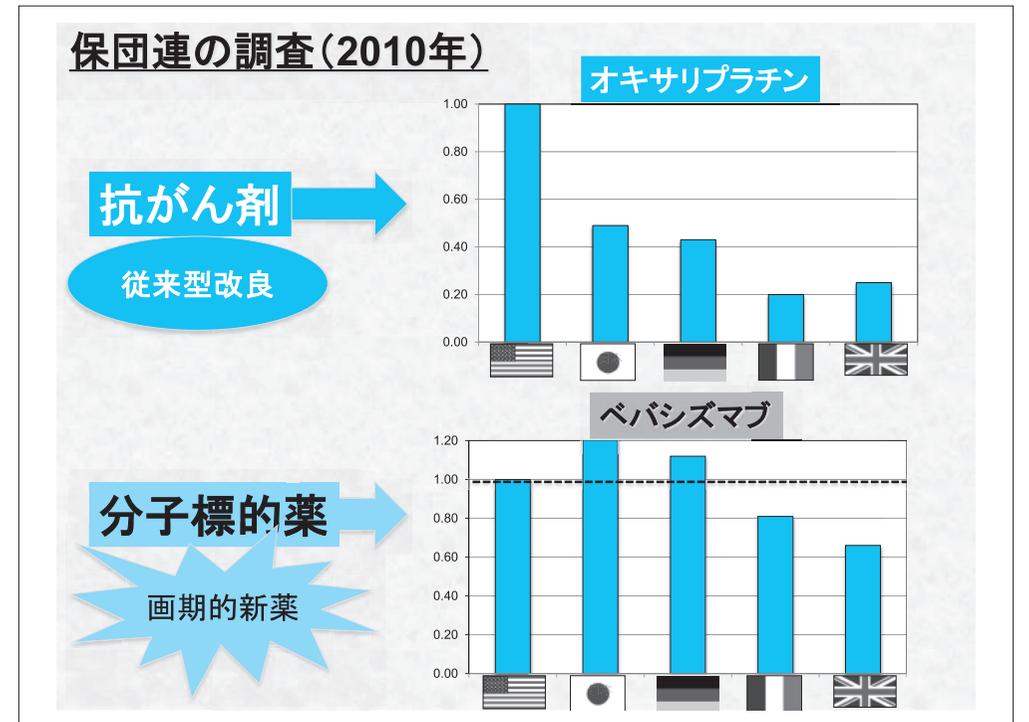
その財源については、私は土居先生に非常に近い立場です。法人税や所得税といった直接税は景気の変動の影響を受けますが、医療費は高齢化やイノベーションといった景気変動以外の要因によって増えますから、私はある程度、安定財源として消費税を重視していかざるを得ないと思います。もちろん、逆進性に対するいろいろな配慮は必要です。戦前はむしろ間接税比率のほうが高く、戦後は間接税の逆進性が高いということで直間比率を調

整し、直接税の比率を上げてきたわけですが、それは経済成長という背景があったから可能だったわけで、成熟期に入った日本としては、やはりある程度間接税を重視していくのが妥当だと考えております。

それから給付についてですが、今日、中村先生から医療費の見通しのお話を詳しくご説明いただき、大変勉強になりました。

それに関連して、前半の講演で私が触れられなかったところをちょっと補足させていた

図表 27



だくと、高齢化要因以外に、医療のイノベーションという要因が非常に今、医療費の中で大きくなってきていると思うんですね。

資料の図表 23 をご覧ください。これはアメリカの商務省が、主要国の薬価水準を国際比較したと称する資料です。2004年当時の主要国の先発薬薬価水準を見ますと、アメリカの新薬の薬価を1.0とした場合、EUがその半分ぐらいの水準で、日本が3分の1ぐらいです。

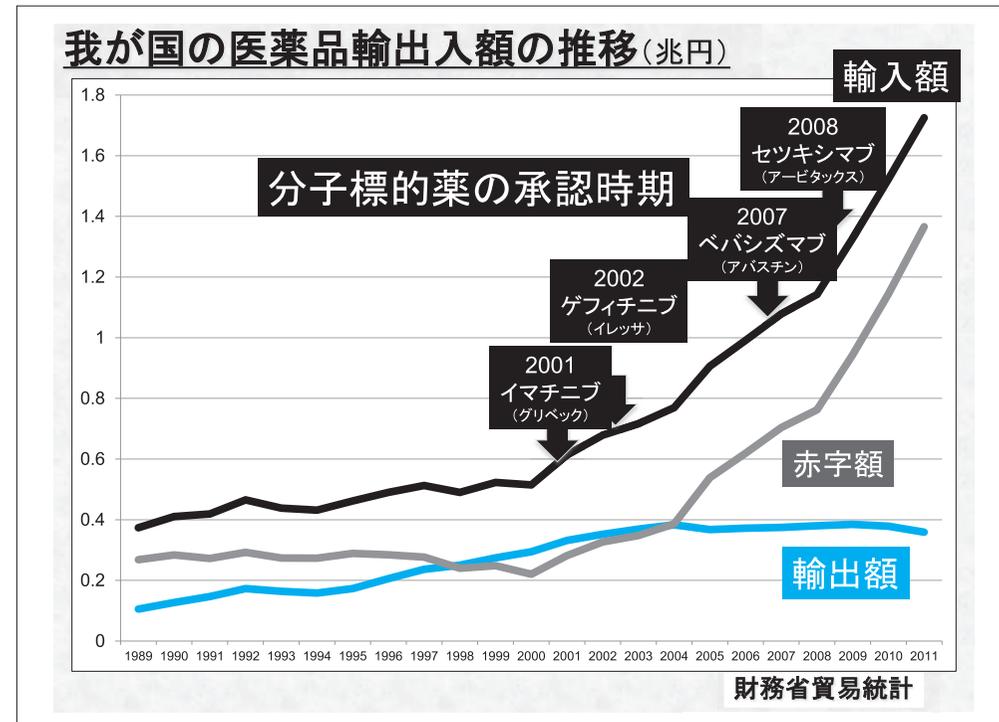
では、それにどう対応するのかというのが図表 24 です。「アメリカの薬価を引き下げるのではなく、他の先進国の薬価が低いのが問題であるから、それを引き上げる必要がある」という発言をFDAの長官がしているん

ですね。これは、医学雑誌『The New England Journal of Medicine』の編集長だったマーシャ・エンジェルさんが『ビッグ・ファーマ』という著書の中で引用している発言です。要するに、自由価格制度にした結果、薬価が青天井で高騰しているのを、自国が改革するのではなく他の先進国に改革させることで帳尻を合わせようという発想なんですね。

図表 25 は、PhRMA が日本政府に提出した薬価制度に対する意見書です。2行目の「補正加算率を引き上げよ」という要求は、現実に日本で実施されています。

図表 26 にあるように、2006年、2008年

図表 28



の薬価改定時に、新薬に関しては画期性を加味して薬価の加算率を引き上げよ、という要求がアメリカ政府の「年次改革要望書」にあって、それが国民的な議論もなしに導入されてきたわけです。

その結果、どうなったかを示したのが図表 27 です。2010 年に保団連が調べた薬価の国際比較データです。上のグラフはオキサリプラチンの薬価を比較したもので、アメリカはまだ世界一高い。ところが、日本は 2004 年当時でアメリカの 3 分の 1 ぐらいの水準だったのが、EU 諸国を追い抜いてアメリカの半分ぐらいに上がっています。

オキサリプラチンはシスプラチンの派生品

ですから画期的新薬ではありませんが、その下のベバシズマブは、分子標的薬として画期性があるということで加算制度が適用されました。その結果、日本のベバシズマブの薬価は、欧米諸国の水準を上回るような形で高騰してしまっているわけです。

それがマクロでどういう状況になっているかを示したのが図表 28 です。上の黒い線がわが国の医薬品の輸入金額で、青の線が輸出額。輸出額はご覧の通り頭打ち、横ばいですが、輸入金額が 2000 年以降急騰しています。その結果、これらの差額である貿易赤字額も急増しています。

なぜこういう現象が起きたかという、や

はり 2000 年以降、分子標的薬が続々と承認され、輸入量が拡大します。更に補正加算で薬価も上がりますから、量掛ける単価のダブルパンチで輸入額が増大しているわけです。

原資は公的医療費、つまり税金や保険料ですから、わが国の公的医療費が猛烈な勢いで外国に流出している、外国の製薬企業に吸い上げられている、というのが現在の実情なのです。

私はもちろん分子標的薬そのものを否定しているわけではありません。患者としても、一日も早く承認していただきたい。しかし新薬の薬価高騰がこれから非常に大きな問題になってくると思います。

中川 土居先生、お願いします。

ポジティブな形での国民皆保険の深化に期待

土居 先ほどお話しさせていただいたように、私自身は国民皆保険を堅持すべきだという立場です。ただ、これからは、国民皆保険の堅持ということに対して守旧的だと見られないよう、新たなフェーズというかレジームで積極的に推進していくことを打ち出せると、かなりポジティブに捉えてくれるのではないかと思います。「国民皆保険を守ること」はすなわち既得権を守ること」と受け止める向きも今のところあるので、決してそうではなく、むしろ高齢社会の医療を維持していくために不可欠なシステムで、これをどんどん深化させていくべきだということをいろいろ

な形で埋め込めるといいのではないかと思います。

もう一つ、私が小泉改革の時とは少し違うと申し上げたのは、政治の判断というのは私にとっても予断を許しませんけれども、先ほど中村さんから社会保障の将来推計についてのお話がありました。これは単純に過去の伸び率から類推したものではなく、かなりきちんとしたバックグラウンドに基づいて推計された数字なわけです。しかも、この将来推計は、公的保険の適用範囲が基本的に今と同じという前提で、医療・介護の連携を深めていく改革の取り組みも含めた数字です。そうした取り組みなどがセットでこの程度の金額になると示しているわけですので、基本的にそれだけの財源が何らかの形で担保できれば堅持できるということになろうかと思っています。

それから、先ほど中川副会長がおっしゃった営利企業の問題ですが、組織のガバナンスが一つのポイントだと私は思っています。株式会社イコールハゲタカ的な捉え方ばかりしていると、「そんな新規参入者は許さん」と守りに入っている印象を持たれかねません。

株式会社の特徴は利益を追求することだけでなく、例えば、一つの牽制効果というものも備わっています。取締役は株主からモニターされ、かつ監査役という存在もあって、不正なことを経営者がやらないよう相互監視の中で規律ある経営を行うための仕組みがある。それが株式会社の一つの利点と世の中ではされています。

もちろん、医療でそれをやれと言いたいわけではありませんが、医療機関ないしは医療法人、社会福祉法人のガバナンスがきちんと内部統制できていますよ、そういう仕組みにどんどん改めていっていますよというメッセージがもっと出てくると、医療界に株式会社を入れるか入れないかが決定的な問題ではないというような話にもなってくるのではないのでしょうか。

私自身も学校法人という非営利法人に属している一人ですが、学校法人も規律ある経営ができていないか問われているわけで、それを自ら証明してみせることで「別に株式会社に学校経営をさせなくてもいいじゃないですか」と言うことができる。それとまったく同じようなポジティブな形で、国民皆保険の深化が今後うまくできてほしいと思います。以上です。

医療の進歩にどう対応していくかが国民皆保険の今後の課題

中村 2025年に国民皆保険が維持できるか、維持するためにはどうすればよいかというご下問については、2025年の医療介護提供体制の姿が示されておりますので、私の立場からは、その方向を実現していただくことが一番大事ではないかということは申し上げます。また、土居先生の資料にもありましたように、2025年時点での保険料等の水準がどの程度になるかはもうお示ししてあるので、むしろ、そうした保険料を支払う患者さ

ん、利用者さんが医療機関から満足されるサービスを受けられるかどうかというのがポイントになると思います。高齢化の進展は、特に首都圏、大都市部でこれから激しいわけですが、そういった中でより良い医療・介護提供体制を地域で組んでいただけるかどうか大きな課題ではないかと思っております。

それから2025年ではありませんが、もう一言だけ言わせていただくと、先ほどから話に出ていきますように、医療技術は日進月歩ですし、イノベーションが進んで高価な薬も出てきている中で、2025年から2050年の医療の姿はどうなっているか。そう考えた時に、そういう医療の姿の中で皆保険を維持するという、私は中川先生のおっしゃっていることはその通りだと思っております。別に今の保険診療の範囲を狭めようという議論ではなく、どんどん医療が進歩する中で、皆保険はそれにどういう形で追い付いていかなくはいけないのか。ここのところは中央官庁の人間も誰もわからないところだと思っておりますので、そういったところをむしろ医療界の先生方や国民の皆さんと対話しながら進めていく必要があるのではないのでしょうか。大きな課題だと思っておりますが、将来出てくる課題だと思っておりますので、日本医師会と厚生労働省、あと財務省が分かりませんが、つまり政府と医療関係者と国民の皆さんとが常に対話していかねばならない問題ではないかと思っております。

中川 ありがとうございます。会長、お願いします。

2050年問題をも踏まえた地域医療提供体制の構築を

横倉 本当に先生方、いろいろとありがとうございました。

2025年は一つのターゲットですが、実は今、2050年の問題も出てきています。2030年から50年にかけて、人口がほぼなくなる市が相当出てくる。それだけ人口の偏在が日本で起きてくるわけです。

私は、医療のないところにコミュニティはできない、コミュニティの中心には必ず医療が必要だ、という主張をしているのですが、2050年問題も踏まえた上で、その主張をしっかりと実現するように頑張っていかなければいけないと思います。そして、やはりそのためにはそれぞれの地域で必要とされる医療をしっかりと把握し、提供する体制をつくっていくことに尽きると思っています。

今日、先生方からは、医療費は低いからもっと上げるべきだというお話があり、また一方では、国家財政を考えるとぎりぎりのところで何とか調整してほしいという意見もありました。その両方ともが真実だと思います。

その中でわれわれがどのような主張をし、実行していくかが、今から問われてくると思います。

中川 まだまだ議論をしていきたいのですが、司会の不手際で時間になってしまいました。

本日の医療政策シンポジウムで、わが国が公的医療保険下の国民皆保険であるということがいかに素晴らしいかということ再認識できたのではないかと思います。この制度をさらに持続可能性の高い制度に成熟させるために、先頭になって取り組んでいく責務があると思われました。

それから、先ほど会長からも申し上げましたが、全国の医療提供体制の改革を国から押し付けられた政策で進めていくのではなく、各都道府県、さらには二次医療圏ごとに地域医療ビジョンをつくり、さらに地域包括ケアシステムの構築を自ら進めることによって成し遂げていくということも、ぜひ共通認識として持ちたいと思います。

以上をもちまして、平成25年度の医療政策シンポジウムを終了させていただきます。ご協力ありがとうございました。

(注) その後、3月27日に規制改革会議が「選択療養制度（仮称）」の創設を提言。

<http://www8.cao.go.jp/kisei-kaikaku/kaigi/meeting/2013/committee2/140327/item1-1.pdf>

「選択療養（仮称）」とは、患者と医師の合意を前提に保険診療と保険外診療の併用を包括的に容認するもの。対象となる療法や薬剤は事前限定されず、患者と医師の合意に委ねられる（但し、ネガティブリストを導入すべきという議論もある）。保険外で使用される療法や薬剤の将来の保険取扱いについては、その可能性は閉ざされていないものの、制度の前提とはされていない。

更に4月16日、安倍総理は首相官邸で開いた経済財政諮問会議と産業競争力会議の合同会議で、保険診療と保険外診療を併用する「混合診療」の大幅な拡大を検討するよう関係閣僚に指示した。

(4月17日、日本経済新聞「混合診療拡充を指示 首相、成長戦略の柱に」)

平成 25 年度 医療政策シンポジウム
高齢社会と医療の未来を考える

発行 公益社団法人 日本医師会
〒 113-8621 東京都文京区本駒込 2-28-16
TEL 03-3946-2121 (代)

平成 26 年 7 月 発行



平成 25 年度 医療政策シンポジウム

高齢社会と 医療の未来を考える