



平成 26 年度 医療政策シンポジウム

少子高齢時代を 乗り切れるか ～医療・介護の挑戦～



日本医師会

もくじ

主催挨拶 3

日本医師会会長 横倉 義武

講演Ⅰ 活力ある健康長寿社会の実現 5

新たな政策パッケージの創造

参議院議員 武見 敬三

講演Ⅱ 財政から見た日本の医療 29

東京大学大学院経済学研究科教授 伊藤 元重

講演Ⅲ 「分かち合い」としての社会保障 38

地方財政審議会会長 神野 直彦

パネルディスカッション

少子高齢時代を乗り切れるか 52

医療・介護の挑戦

参議院議員 武見 敬三

東京大学大学院経済学研究科教授 伊藤 元重

地方財政審議会会長 神野 直彦

日本医師会会長 横倉 義武

【司会】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

皆さんこんにちは。日本医師会の横倉でございます。

平成26年度医療政策シンポジウムの開催にあたりまして、一言ご挨拶を申し上げます。

皆さまご承知のとおり、団塊の世代の方々が75歳以上となる2025年に向けて、今まさに全国各地で、それぞれの地域の包括ケアシステムを築き上げている段階であります。

昨年の4月に実施されました診療報酬改定や医療介護総合確保推進法。また、4月から予定をされている介護報酬の改定を見ましても、地域包括ケアシステムの構築を後押しする施策が多く盛り込まれています。特に在宅療養に関しましては、国が積極的に推し進めたいということが見て取れます。

急速に少子高齢社会が進展していく昨今の我が国の状況下において、世界に先駆けて高齢化に対応した体制の構築が進められている中、国民が安心して住み慣れた地域での暮らしを継続できる地域包括ケアシステムの実現に向けて、医療と介護の財源を十分に確保するということが必要なのは言うまでもありません。

しかしながら、国と地方の長期債務残高が1千兆円を超え、一方で今後労働人口が減少するというどうしても乗り越えなければならない苦しい上り坂にさしかかっております。我が国の社会

機能全てを動員して、立ち向かわなければと思います。

こうした中、国は三党合意に基づいて、消費税の増収分を社会保障の充実に充てることになっているわけでありますが、今年の10月に予定されておりました消費税の10%の引き上げは、経済状況の悪化によりまして、平成29年4月まで1年半先延ばしをするということになりました。しかしその間にあっても、国民が質の高い医療・介護サービスを受けられることが必要であります。老後に不安を持つ多くの国民に医療を中心としたまちづくりを推進し、社会保障によって安心を示すということは、経済成長を取り戻すための出発点であると考えます。

こうした時期に本日、「少子高齢時代を乗り切るか—医療・介護の挑戦—」ということで、このシンポジウムが実現いたしましたことは、ある意味本当に意義の深いものと思います。

ご案内のように、本日は武見敬三先生、伊藤元重先生、神野直彦先生の3人の先生方をお招きし、ご講演をいただきます。

その後引き続いてパネルディスカッションにご参加をいただいて、経済の低迷と超高齢化が進行する中で、少子高齢社会における医療と介護のあり方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。

実りある成果を収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を申し上げます。

結びに、本日ご来会の皆様方の一層のご活躍、ご健勝を祈念をいたしまして挨拶いたします。どうぞよろしくお願いいたします。

講演Ⅰ

活力ある 健康長寿社会の実現

新たな政策パッケージの創造

参議院議員 武見 敬三



演者紹介

中川 それでは講演の部を始めさせていただきます。司会は私、副会長の中川と常任理事の石川が務めさせていただきます。皆さまご案内の通りですが、武見先生の経歴を改めてご紹介させていただきます。

武見先生は1974年に慶應義塾大学法学部政治学科を卒業された後、1976年に慶應大学法学研究科修士課程を修了され、ニュースキャスターなどを経て、1995年に参議院議員に初当選されました。外務政務次官、参議院外交防衛委員長、参議院厚生労働委員会筆頭理事、厚生労働副大臣を歴任されました。また、国連事務総長のもとで国連制度改革委員会委員、同じく母子保健改善のための委員会委員、WHO研究開発資金専門家委員会委員の他に、日本国際交流センターシニアフェロー、長崎大学客員教授、福島県立医科大学客員教授、身延山大学客員教授、慶應義塾大学医学部客員教授を務めていらっしゃいます。現在は自由民主党国際保健医療戦略特命委員会の委員長を務めていらっしゃいます。

それでは武見先生、よろしくお願いいたします。

武見 皆さん、こんにちは。ただいまご紹介にあ

ずかりました参議院議員の武見敬三でございます。今日はこの恒例の医療政策シンポジウムで、「少子高齢時代を乗り切れるか」という極めて大きなテーマで講演させていただく機会をちょうだいしました。改めて私の所見を述べさせていただきます。

時代状況の転換期で求められる 新たな政策パッケージ

最初に、時代状況が大きく転換の時期にあるということについてのお話からさせていただきます。今はまさに、国家が社会のあり方を考えるときに、その将来目標が新しく設定されるべき時期にあると思います。そういう大きな政策転換の中においては、新しい目標を達成するために、保健、医療、介護がどのような役割を担わなければならないかが考えられなければなりません。こうした問題意識に基づいて、活力ある健康長寿社会について、どのような新たな政策パッケージが求められているのか、それを過去の政策パッケージと比較しつつ論じてみたいと思います。

その際に私は、保健・医療の政策は孤立して議論してはいけない、常に経済政策や労働政策、その他の社会福祉政策などと包括的に結びつけながら、その全体像をきちんと確保しつつ議論すべき

図表 1

これまでの教訓

- * 医療政策は経済政策、労働政策、社会福祉政策など、包括的な国家運営の中で計画・実施される必要がある。
- * また、国家は50年から100年といった長期的な人口推計に基づいて、その医療政策(ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ)を立案する必要がある。
- * 日本の経験から世界に提言をするとすれば、医療政策は人口ボーナスの初期段階、そして人口増による経済成長が財源拡大を実現している時期に、その制度構築を行うことが望ましい。同時に長期的な人口動態予測をふまえて、次世代への財政的負担や健康リスクを軽減する調整メカニズムが考慮されている必要性がある。

2

ものだと申し述べておきます。そしてその政策は、少なくとも 50 年ぐらいの時間軸で持続可能性を考えつつ検討されるべきであること、また、日本が過去に政策パッケージを設定した経験を振り返って、医療政策については、人口ボーナスがまだ確実に増え続ける初期段階、そして高度経済成長に入っていく前の段階で、新たな社会をつくるための最初の政策パッケージが策定されたことをご説明をしておきたいと思います(図表1)。

戦後の所得再分配政策がもたらした中流意識

戦後の日本の社会において、1950 年代当時の為政者たちはどのように考えて政策パッケージをつくったのかを見てみます。そこで見いだすことは、戦後の荒廃から立ち直り、新たな憲法のもとで日本の社会を健康で教育レベルの高い中産階級社会にすることを大きな目標としていたことがわかります。さまざまな政策が同じベクトルに向かって組み立てられています(図表2)。

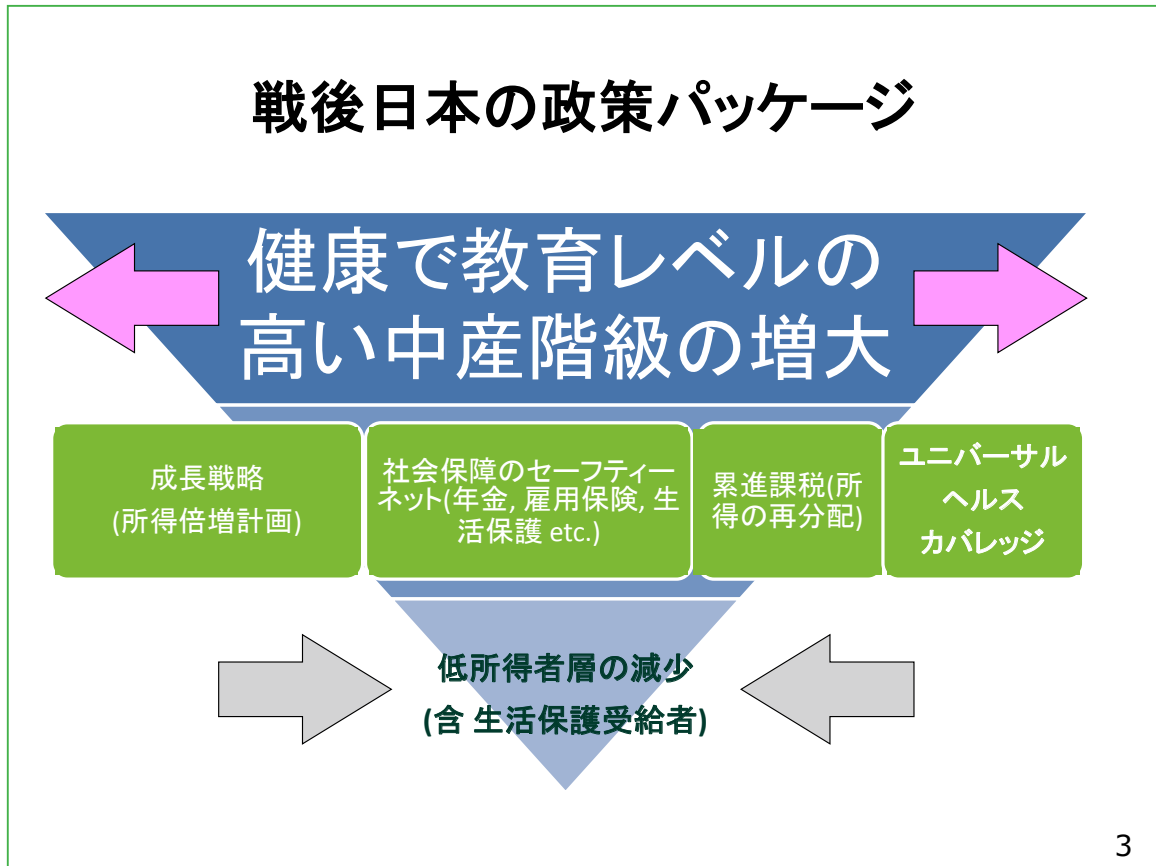
経済政策で見ますと、それまでは経済成長だけ

を主たる目標としていましたが、1950 年代後半の岸内閣のころから、経済 10 カ年計画の中に国民所得の増加を主目標として組み込むようになります。それが完成したのが、池田内閣における国民所得倍増計画でした。

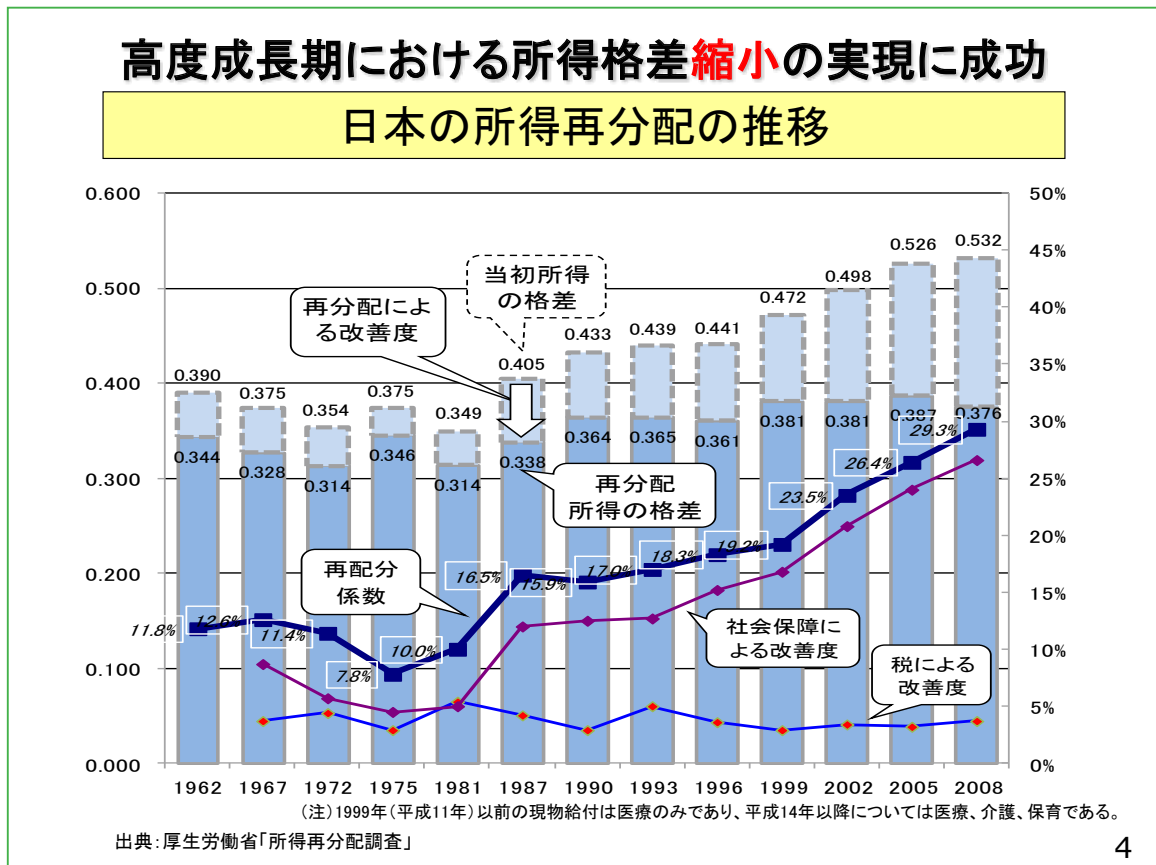
社会保障政策については、1958 年にさまざまな社会保障関連の制度が創設、あるいは改正されています。同年に年金法の改正も行われ、61 年には国民皆保険制度と国民皆年金制度を同時に達成しました。また、雇用保険、生活保護といったセーフティネットの整備も着実にこの時期に進められています。税制も大きく改正され、所得税に関わる累進課税率が 75% にまで引き上げられたのもこの時期です。これらの政策に大きく期待されていたのは所得再分配の機能です。

1958 年には健康保険法、国民健康保険法の改正が行われ、診療報酬制度が統合されます。これによって 1961 年に国民皆保険制度が達成されたときには、アクセスの平等だけではなく、給付の平等も達成されるように設計されていたわけです。ただし、国民健康保険の患者負担、家族負担

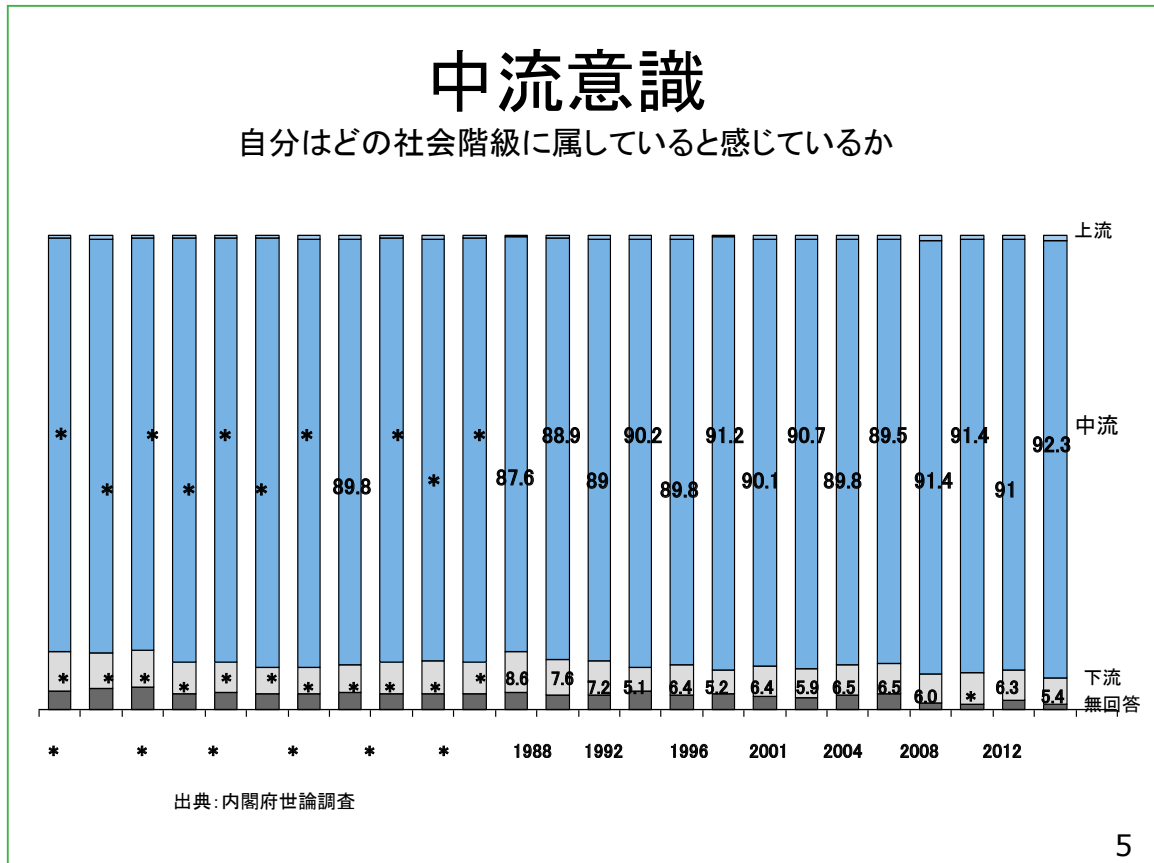
図表 2



図表 3



図表 4



は5割でした。組合健保などの患者負担との格差は著しく、患者負担の平等を実現するには21世紀に入るまで待たなければなりません。保険料に関わる公平性は今日においても達成されておらず、大きな課題として残されております。

しかしいずれにせよ、この時期に大きく改革が進み、医療保険制度についても皆保険制度が達成された。そして中産階級人口を増やして低所得者層も中産階級社会に吸収していきながら、安定した社会づくりを目指していきます。この結果として、1950～70年代という高度経済成長の時期においても、図表3が示すように所得の格差を示すジニ係数は縮小していたことがわかります。

今、中国やロシア、ブラジルやインドなどの中進国は、経済の成長を謳歌しつつも、所得の格差が社会問題として深刻化しており、時には政治問題にもなる。しかし、我が国では、こうした経済成長の中で所得の再分配がかなり公平に行われたことによって、むしろ高度経済成長の時期に所得の格差が縮小したということが言えるわけです。そうしたことが国民に中流意識を普及せしむるこ

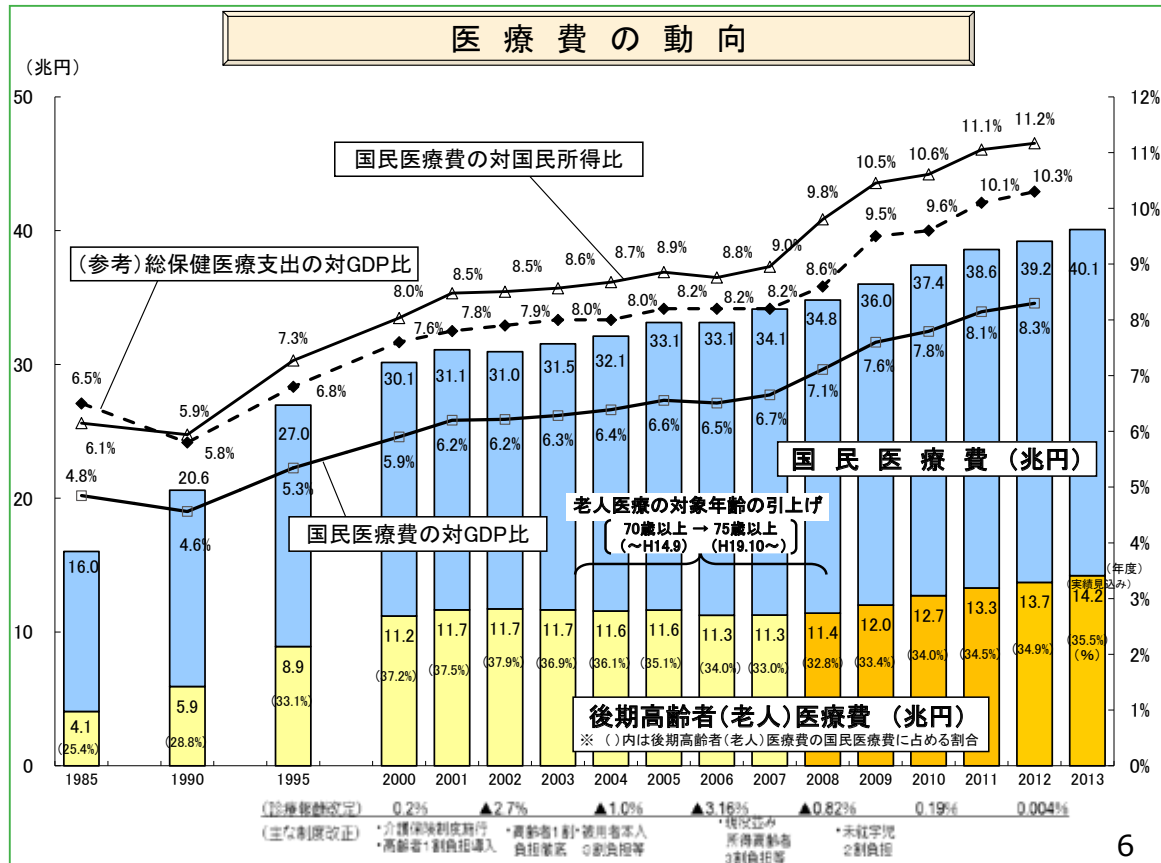
ととなり、9割近くもの国民が「自分は中産階級に属している」と自覚するようになった(図表4)。このことが社会の安定の基本になっていたからこそ、自由民主党の長期政権というものも可能であったと考えられるのです。

日本において、1961年の一人当たりの国民所得は4,290ドルでした。このときの政府の各種政策による所得再分配機能のうち、医療保険の占める割合は、実に7割程度を占めています。同時期における税制や年金よりも、実は医療保険がより大きく所得再分配機能を持っていた。医療保険制度というのは、国民の健康改善に大きく資する、また家計を破綻させないということが評価されますが、実は社会の公平化にも大きく貢献するということが日本の経験からも明らかになったと思います。

新しい課題は 健康寿命と平均寿命の格差解消

このような成功例で日本はみごとに発展し、安定した社会になったわけですがけれども、図表5に

図表 5



あるように医療費は確実に増加し、40兆円を超えるまでに国民医療費が広がってきた。高齢社会が確実に進展し、若者の占める割合も縮小している。さらに、正規雇用から非正規雇用へと雇用関係もまたさまざまに多様化してくる。こうした大きな時代の変化の中で、財政赤字の深刻化が進み、成功体験のもとで築き上げられた我が国の社会保障の諸制度は、いずれもその歴史的役割を終え、持続可能性を失ったというのが今日の状況であります。

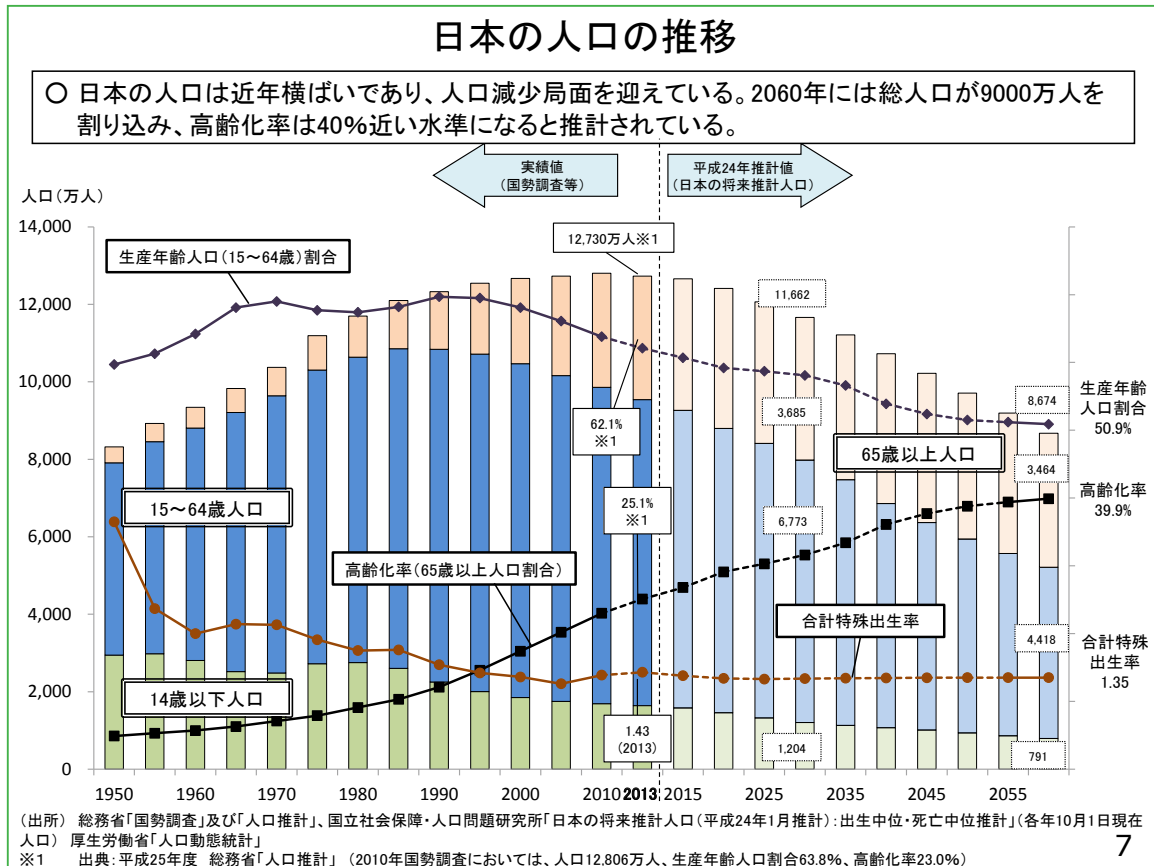
図表6にありますように、日本はアジアの中で最も先進的な高齢社会であって、ある種の人口の循環というものの最先端をずっと経験してきました。そして、高齢化が進展する中で社会の活力をさまざまな形で次第に失っていく、そうした状況に直面しています。したがって、人口の動態変化、サイクルをきちんと視野に入れて、社会保障政策を50年ぐらいの時間軸でしっかりと考えていくことが、日本のみならず全ての国にとっても非常に重要です。また同時に、社会保障の政策は、経済政策や税制を含めて非常に大きく社会づくりに

貢献するものであり、孤立して議論してはならないということが、日本の経験から言えるのだと思います。

さらに問題を難しくしているのは、健康寿命と平均寿命の課題です。2000 年から WHO は、日々の生活を自立して営むことができる生存期間として健康寿命の測定を始めました。現在ワシントン大学に所属するクリス・マレーが基本設計をしたものですが、厚生労働省がこの統計をとるようになって 10 年がたちます。改めて振り返ってみるに、非常に大きな問題があることに気づきました。それが健康寿命と平均寿命の格差の問題です。WHO（世界保健機関）の健康寿命測定によりますと、幸いにして日本は男女ともに世界 1 位です。これは大変に素晴らしいことだと思います。しかし他方で、平均寿命も世界のトップランクにいるわけではありますが、両者の格差を見ると男が 9 年、女が 12.5 年ある（図表 7）。

実際に平均寿命は確実に延びています。しかし平均寿命が延びると同時に、微妙に健康寿命との格差も拡大していくことが予測されております。

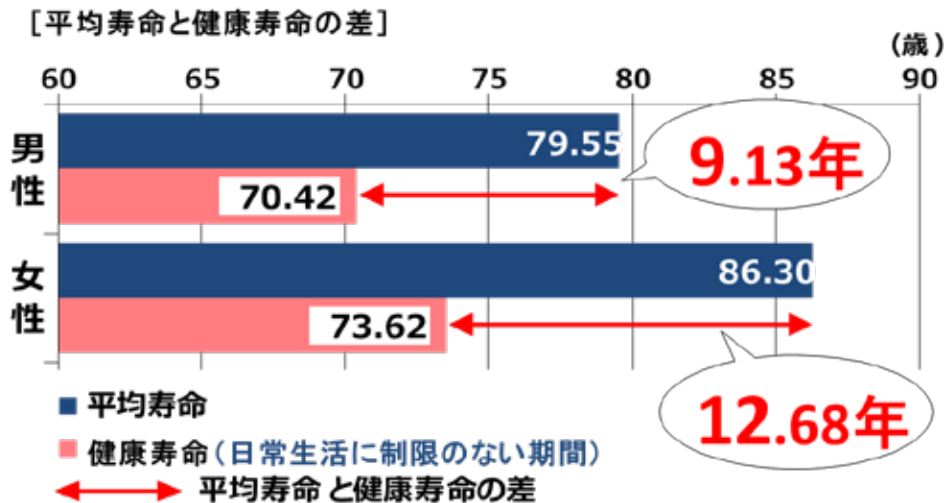
図表6



図表7

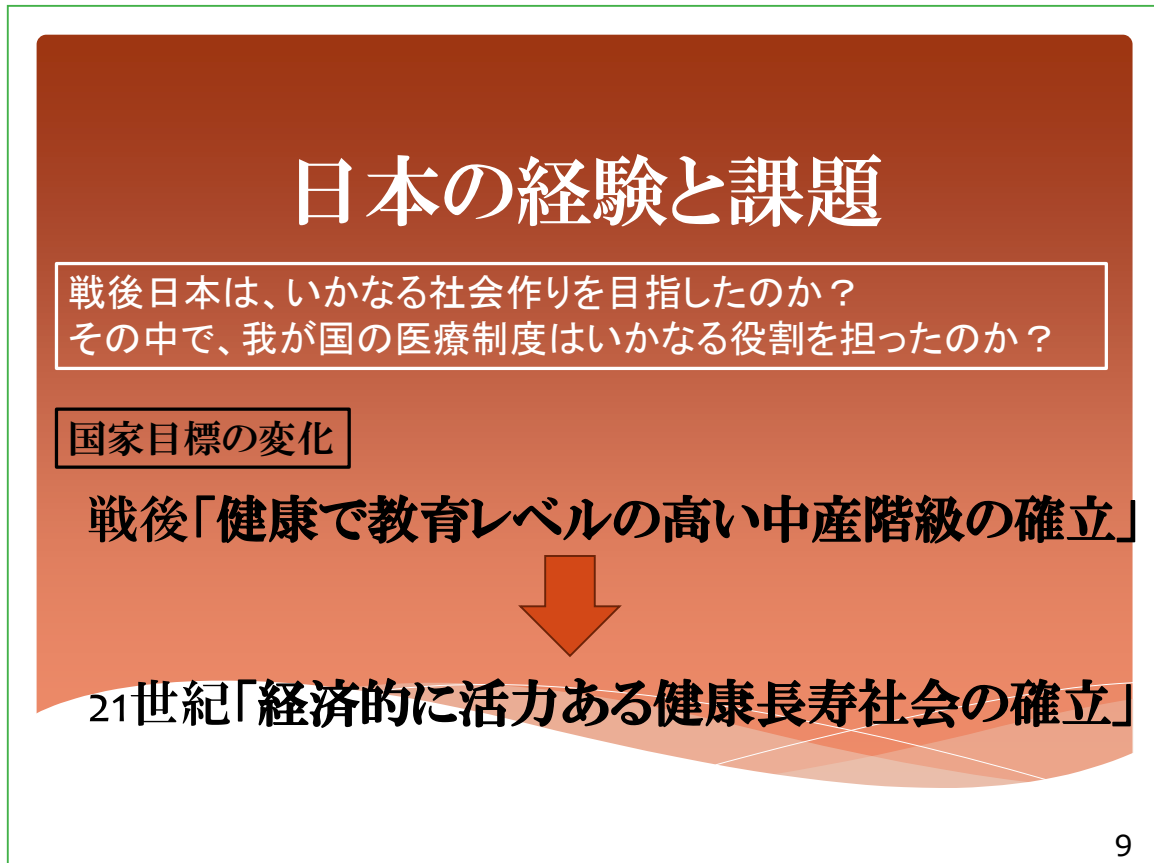
縮めたい！約10年の平均寿命と健康寿命の差

男性の平均寿命と健康寿命はそれぞれ、約70歳と80歳。
また女性のそれは74歳と86歳で、男女とも約10年くらいの差があります。
つまり、これは介護状態や寝たきりになる期間が10年くらいあることを意味します。



(資料: 平均寿命(平成22年)は、厚生労働省「平成22年完全生命表」。健康寿命(平成22年)は、厚生労働科学研究費補助金「健康寿命における将来予測と生活習慣病対策の費用対効果に関する研究」より作成)

図表 8



す。このことは、寝たきりの高齢者の数が増え、医療や介護を必要とする高齢者人口が増えるということの意味しています。そしてそれは必然的に若者世代に対する負担を高めます。いうなれば、社会の活力を喪失させる根源が、実は健康寿命と平均寿命との格差の拡大の中にあることが読み取れるようになりました。

これまでの保健医療政策は、平均寿命の増進を大きな目標としてきました。今後の目標をどう設定するかという場合、第一に健康寿命の延伸に置くことは当然であるとしても、第二に健康寿命と平均寿命の格差をいかに抑制するかが大きな課題になっているのは、こうした観点からも明らかです。したがって、さまざまな諸政策のひとつとして、保健医療改革に当たっては包括的な視点が必要であると同時に、健康寿命の延伸や平均寿命との格差抑制という新しい課題も同時に解決していかなければならない。非常に複雑な連立方程式の中で保健医療の政策を考える時代に入ってきたのだと思います。

安倍内閣が進める 新しい政策パッケージ

健康で教育レベルの高い中産階級社会の実現から、21世紀は経済的に活力ある健康長寿社会の確立へと、日本の国家目標を移すべきときが、私はまさに今日だと思っております（図表8）。健康な高齢者には、雇用政策を通じてできる限りの雇用機会を与えて一定の所得を確保せしめ、より長期間自立した人生を歩むことができるように支援する。少子化対策等の政策に加えて、こうした政策も重要なものとして浮上してくることは必定です。

自民党は、21世紀の新しい健康長寿社会づくりを目指した、社会保障制度のプログラム法を制定しました（図表9）。当初は自助・自立、公助といった表現で基本理念が組み立てられていました。ちょうどこの時期、私は繰り上げ当選で参議院議員に戻りまして、社会保障に関わる自民党の幹部会や部会で、自助・自立、共助、公助といった考え方だけでこの問題を議論するというのは不

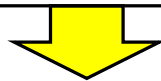
図表 9

21世紀の新しい国家目標の策定

～経済的に活力ある健康長寿社会を目指して～

○社会保障制度改革プログラム法骨子

「高齢者も若者も健康で、年齢等にかかわらず、働くことができ、持てる力を最大限に発揮して生きることができる環境の整備に努めるものとする」



○持続可能な社会保障制度の確立を図るため講ずべき改革の推進に関する法律

「政府は、人口の高齢化が急速に進展する中で、活力ある社会を実現するためにも、健康寿命の延伸により長寿を実現することが重要であることに鑑み、社会保障制度改革を推進するとともに、個人がその自助努力を喚起される仕組み及び個人が多様なサービスを選択することができる仕組みの導入その他の高齢者も若者も、健康で年齢等にかかわらず働くことができ、持てる力を最大限に発揮して生きることができる環境の整備に務めるものとする。」

10

図表 10

新しい政策パッケージ

経済的、社会的に活発な
健康長寿社会

経済成長戦略

- 金融緩和策
- 財政刺激策
- 成長戦略

持続可能な社会保障システムの改革

- 世代間ギャップの縮小
- 健康寿命の増進
- 高齢者への労働政策による年金依存の縮小
- 地域包括ケア

税制改革

- 税制基盤の拡大
(消費税の増加)
- 経済の最重要化
(法人税の減税)

人口政策

- 女性雇用機会拡充へのサポート
- 出産・育児サポート
- 柔軟な雇用環境の創出促進

総人口を1億人に50年間維持

若い世代への経済
負担を減少させる

11

図表 11

地域医療・介護総合確保推進法の特徴

(1) 政策決定過程の変革:

地方分権化、保険者統合と地域医療ビジョン策定の総合責任者としての知事の誕生

(2) 地域完結型の包括ケア・システムの充実:

かかりつけ医と在宅医療・介護(歯科、薬局)の一体化

(3) 病床規制

質とコストの管理、計測モデルによる未来設計

(4) 診療報酬及び基金を通じた補助金による 医療財源配分

(5) 2018年: 総合的政策開始年

2025年: 政策目標年

13

十分である、健康寿命と平均寿命の格差抑制、そしてこれらを包括的に捉えて、雇用政策と年金政策を連動させた形の包括的パッケージにして策を組み立てていくべきだということを強く主張いたしました。私の主張はプログラム法の骨子の中に組み込まれております。

現在、新しい政策パッケージをつくる試行錯誤が安倍内閣のもとで進められています(図表10)。経済政策については、ご存じのアベノミクスです。持続可能な社会保障制度システム改革が今進められているところです。税制改革についても、消費税を活用した税収の確保と社会保障への財源の確保が新たな税制を通じた形で進められていくこととなります。人口政策についても、これからは女性の活用や少子化対策、また高齢者も含めた柔軟な雇用対策といったものが進められていくこととなります。ここにはまだ記しておりませんが、外国人労働者の問題をどのように考えるかということも大きな課題として急浮上していると思います。実際に今、安倍内閣で提案しているように、総人口を1億人として50年間持続すると

ということが本当にできたら私は素晴らしいと思いますが、そのための施策は相当ダイナミックに行わなければならないだろうと思います。

地域医療・介護総合確保推進法の 5つの特徴

それでは、先ほど横倉会長がご指摘になった地域医療・介護総合確保推進法の観点から、これらの施策がどのように再構築していくのかという具体的なお話に入らせていただきます。

これらの施策の特徴を5点挙げておきたいと思います(図表11)。

第1点は、政策決定過程の変革です。これは明らかに地方分権化であり、都道府県ごとの施策の重要性が高まります。国民健康保険の保険者を都道府県ごとに統合していきます。すでに協会健保は都道府県ごとに統合されておりますし、後期高齢者についても同様です。いわゆる雇用者保険の分野を除いて、ほとんどが都道府県ごとに保険者機能を管理できる体制に移っていきます。

同時に、医療法に基づく医療計画のみならず、

地域医療構想を含め、新たな施策の責任者も都道府県の首長になります。ファイナンスをする部分もサービスをデリバリーする部分も組み合わせ、その両方の責任者としての都道府県知事の役割と責任は確実に大きくなるように、今制度設計が進んでいます。

2点目の特徴は、地域完結型の包括ケアシステムの充実です。これは2025年問題もありますが、2030年からは、いわゆる団塊の世代の皆さん方もお亡くなりになる時期に入っていきますから、高齢者人口についてもまた地域的に多くの変動が現れてきます。

全体として人口が減少していく中で、高齢者人口が増え、若年人口が縮小していくという構造になっていくわけですが、医療の安定した持続可能な提供体制を考えたときに、従来のような入院治療や介護施設における介護だけでは対応できないことは明らかです。したがってこれからは、在宅でも医療や介護を確実に効果的に提供できる体制を、地域社会の中でどのように構築していくかということが鍵になります。

第3点は病床規制。我が国の国民医療費を増大させている最大要因である入院治療費の質とコストをどのように同時に管理できる仕組みをつくるかということが課題です。4つの病床に類型化して、より詳細に病床の管理ができる体制を整えたのが地域医療構想です。改めて計算式と計測モデルを設定し、それぞれの地域の将来ニーズを測定して、将来のあるべき医療から反射する形で現在を捉えて、どのように過不足分を調整するかという考え方で、これらから政策が組み立てられていくことになります。

4点目は、診療報酬及び基金を通じた補助金による医療財源の配分です。従来はこうした財源については、診療報酬という形で財源配分が行われてきました。今後は、新たな施策を遂行するための支援財源として、医療介護総合確保基金が設けられ、この基金を通じてこれらの施策を円滑に進めるということになります。基金がまた新たな形で医療提供側に財源として配分される仕組みが導入されることになったわけです。

これらの新たな政策は、いずれも既存の医療計画や介護保険事業計画に加えて行われることになります。医療介護総合確保方針は毎年立てられることになりますし、介護支援事業は3年ごと、医療計画は6年ごとに立てられます。これらを整理して、計画年度期間の調整をして、2018年（平成30年）に全ての計画が第1年度を迎えるように設計しました。これが5番目の特徴です。

したがって、政策を策定するうえでは、2018年という年は非常に重要な年になってきます。その際のひとつのターゲットが、団塊の世代の皆さんが全て後期高齢者になられる2025年です。75歳人口が人口の5人に1人となるこの時期をピーク時と見越して、政策目標が策定されるという特徴が、この諸施策の中にあるというわけです。

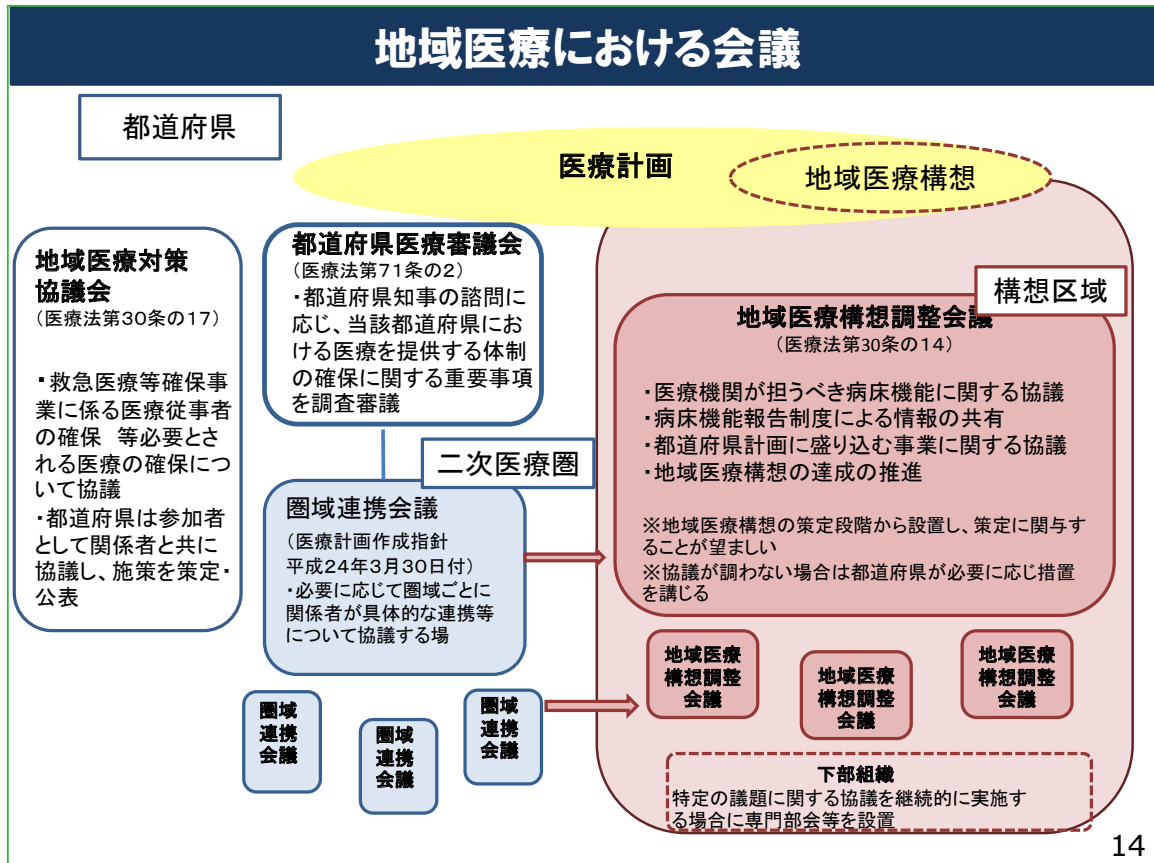
地域医療構想の策定作業は 今年4月スタート

政策決定過程を見ていくと、それが複雑化することがわかります。首長のもとで都道府県医療審議会が医療計画を策定するのは従来通りですが、今後、各首長は地域医療構想区域ごとに地域医療構想を策定することになります。

今年4月から2年かけてこれらを完成させるのですが、首長はまず、この地域医療構想区域を定めなければなりません。おおよそ二次医療圏が想定されております。ただし、東京や大阪のような大都市はどこも、二次医療圏だけで患者の行動は完結しておりませんから、二次医療圏ごとということで杓子定規に2025年の医療のニーズを測定しようとしても無理があります。したがって、こうした問題をどのように柔軟に捉えて施策を実施していくかが各地域にとって大問題となります。

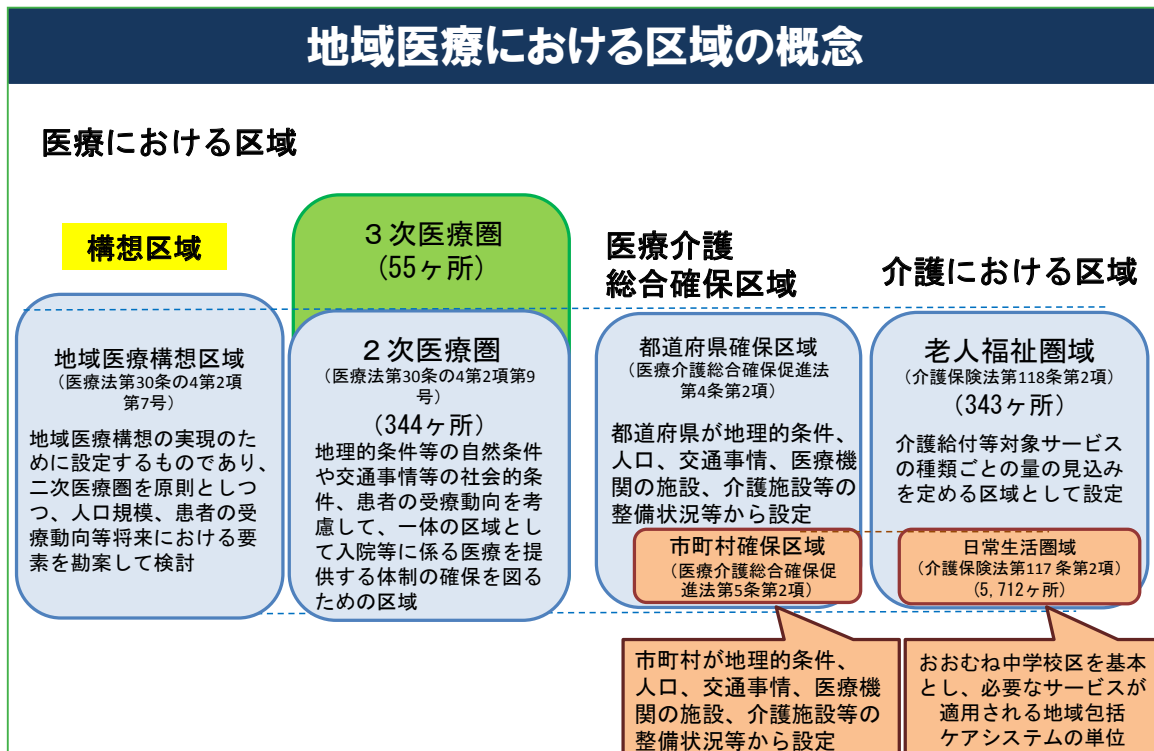
基本はこうした医療計画の一部として地域医療構想を首長の責任のもとで策定し、そのもとで各二次医療圏と想定される区域に地域医療構想調整会議を設けて、そこに医療提供側や保険者も含めた代表者を集めて議論していきます（図表12）。首長の権限は極めて大きくて、どのような人々を代表者に選ぶかは、首長の責任で行うことになります。そのうえで、各二次医療圏になるであろう

図表 12



14

図表 13

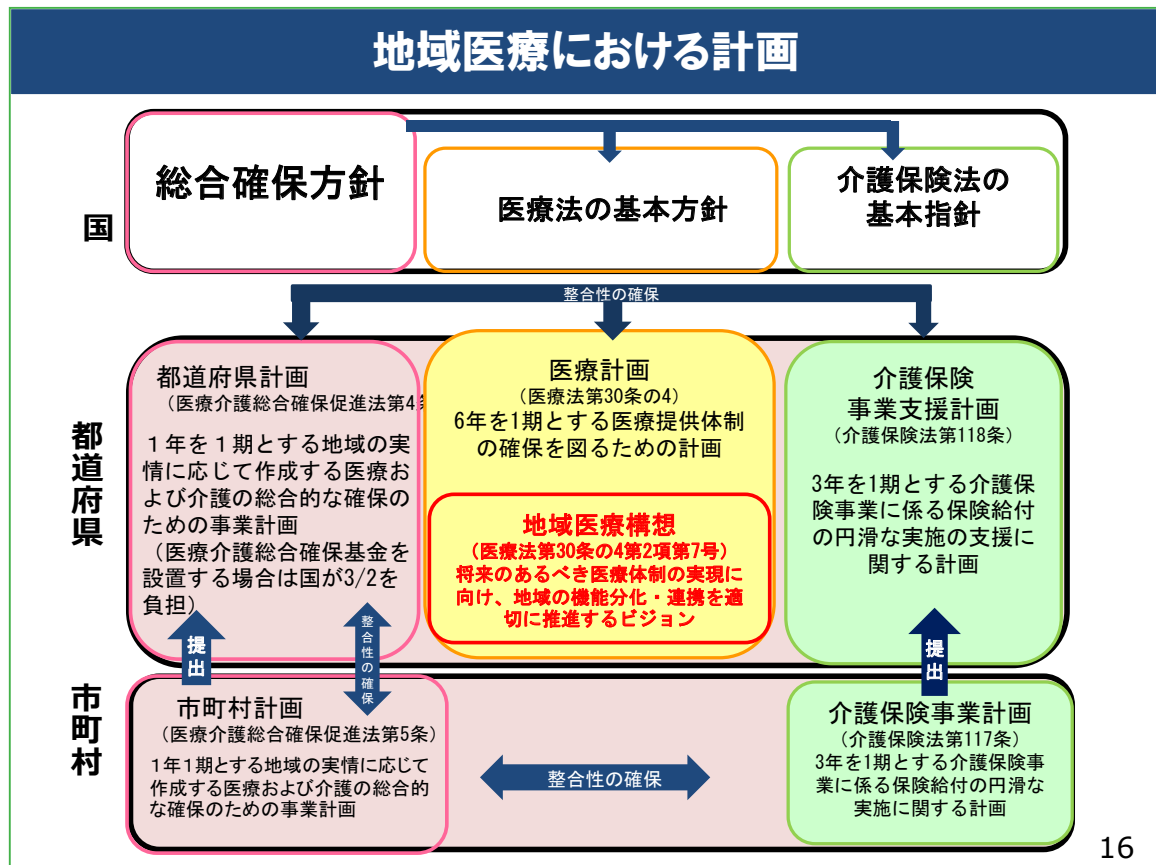


※ 2次医療圏と老人福祉圏域が完全に一致している区域は、41都道府県(平成25年12月現在)。

※ 2次医療圏及び老人福祉圏域数については、平成25年12月現在、日常生活圏域数については、平成24年4月1日現在。

15

図表 14



地域医療構想区域だけでは解決できない課題が多く出てくるわけですから、その際にはこの左にございます、圏域連携会議で調整を行う形になっていきます。そこでも調整できない場合には、最終的には知事の権限で策定できることになっています。

二次医療圏という、いくつかの市や町、東京23区であればいくつかの区が合わさった単位です。行政単位ではありませんけれども、ある種の行政機能を有して構想を策定していきますから、行政単位である都道府県と市町村の間に、いわば中二階の政策決定機能が組み込まれることになります。これがはたしてどう機能するのかは、地域によっても相当濃淡が出てくるだろうと思われるます。

区域の概念は図表13の通りです。ただ今申し上げた地域医療構想区域や医療法に基づく医療圏、医療介護総合確保区域、これはおおよそ市町村単位で考えられています。介護については、老人福祉圏域に、おおむね中学校区を基本として必要なサービスが適用される地域包括システムの単

位としての日常生活圏を加えて区域概念が設定されております。

計画は図表14のように、国、都道府県、市町村の各レベルで策定されます。医療、介護の計画は別々ではなく、整合性を持って策定することが求められることになります。2000年に介護保険が誕生したときには、いわゆる社会的入院をいかに介護施設のほうに移すか、介護施設でいかにコストを抑制するかが大問題でありました。およそ行政は、いかに介護保険と医療保険を分けて管理するかということばかりを考えておりました。今後は、180度その発想が逆転します。医療と介護が緊密に連携した地域包括ケアをそれぞれの行政単位において進めていただくことになります。実際に今、地方の現場では、これまで別々に医療、介護を担当していた人たちが、一体これからどうやって連携していけばいいのか、厚生労働省のガイドラインは示されてはおりますが、大変に動揺しているというのが現実ではないかと思えます。

地域医療構想による病床管理

具体的な医療需要の推計イメージが図表 15 です。医療資源を測定して、2025 年時のニーズと、そこで必要とされるであろうコストと財源、財政規模というようなものが、これから計算されていくことになります。この中で高度急性期、急性期、回復期、在宅医療と組み分けられていくわけですし、それぞれの医療需要を計算式を用いて計算していきます。

慢性期の医療需要については、医療機能の分化・連携によって、現在では療養病床で入院している状態の患者のうち、一定数は 2025 年には在宅医療などで対応するものとして推計します。これはいうなれば、高度急性期から急性期、急性期からリハビリ慢性期、そしてリハビリ慢性期から在宅医療へと、患者を確実に移していくように政策が組み立てられているということです（図表 16）。

地域医療構想の策定とその実施に向けたプロセスを見てまいりますと、皆さんご案内の通り、地域医療構想は今年の 4 月から都道府県で策定作

業を開始いたします（図表 17）。この地域医療構想は、医療計画の一部として策定されますから、知事の指導・権限のもとで都道府県の医療審議会などで議論するとともに、医師会などの地域の医療関係者や住民、市町村などの意見の聴取をしながら、それらを適切に反映しながら策定していきます。

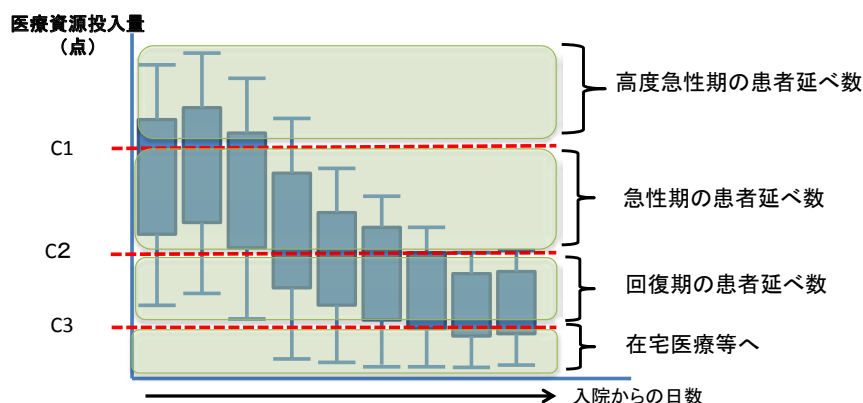
まずは、都道府県が機能の分化・連携を図る区域としての構想区域を設定いたします。これについては、私の選挙区であります東京都で今大変な思いをしております。実質的に最も二次医療圏が機能していない東京都において、どのように地域医療構想区域を設定すれば効果的に活用できるのか、まだ見通せないという状態でございます。恐らくは二次医療圏で実施することになるかと思えますけれども、その場合のリスクを改めて算定して、リスクをいかに抑制するかということを検討しながら、これらの施策を実施するということになります。

次に、構想区域ごとに国が示すガイドライン等で定める推計方法に基づいて、都道府県が 2025 年の医療需要と病床の必要量を推計して地域医療

図表 15

具体的な医療需要の推計イメージ

- 医療資源投入量の推移から、高度急性期と急性期の境界点(c1)、急性期と回復期の境界点(c2)、回復期と居宅施設等医療の境界点(c3)となる医療資源投入量を分析。
- c1を超えている患者延べ数を高度急性期の患者数、c1～c2の間にいる患者延べ数を急性期の患者数、c2～c3の間にいる患者延べ数を回復期の患者数として計算。



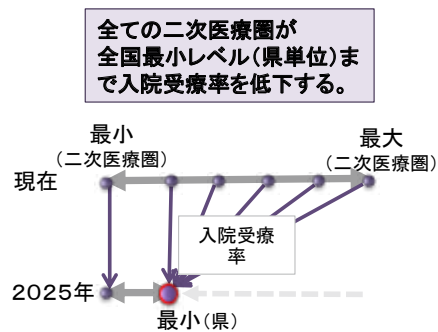
全てのDPCおよびNDBで合計し、各医療機能の医療需要とする。

図表 16

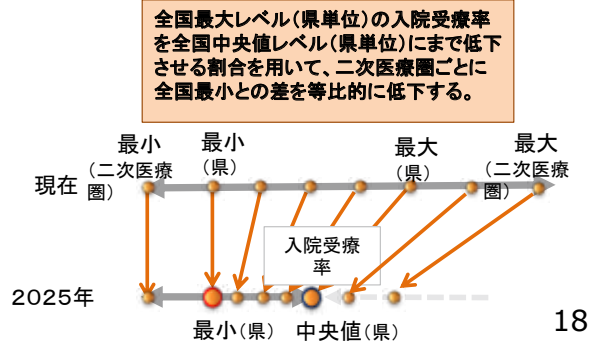
地域の実情に応じた慢性期及び在宅医療等の需要推計の考え方【案】

- 慢性期の医療需要については、医療機能の分化・連携により、現在では療養病床で入院している状態の患者のうち一定数は、2025年には、在宅医療等(※)で対応するものとして推計する。
※ 居宅、養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、その他、医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所であって、医療提供施設以外の場所における医療をさす。
- その際、療養病床については、現在、診療報酬が包括算定であるので、行われた診療行為が分からず、医療資源投入量に基づく分析ができない。また、地域によって、療養病床数や在宅医療の充実、介護施設の整備状況等は異なっている。
- よって、医療資源投入量とは別に、地域が、療養病床の患者を、どの程度、慢性期機能の病床で対応するか、在宅医療・介護施設で対応するかについて、目標を定めることとして、患者数を推計する。
その際、現在、療養病床の入院受療率に地域差があることを踏まえ、この地域差を一定の目標まで縮小していくこととはどうか。
- また、療養病床の受け皿となる、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等への移行が着実に図られるよう、一定の要件に該当する地域については配慮することを検討する。

【入院受療率の補正目標の設定案】A



B



18

図表 17

地域医療構想の策定とその実現に向けたプロセス

- 地域医療構想は、平成27年4月から、都道府県が策定作業を開始。
- 医療計画の一部として策定することから、都道府県医療審議会で議論するとともに、医師会等の地域の医療関係者や住民、市町村等の意見を聴取して、適切に反映。
- 具体的な内容の策定とその実現に向けた都道府県のプロセスは以下のとおり。

① 都道府県は、機能分化・連携を図る区域として「構想区域」を設定。

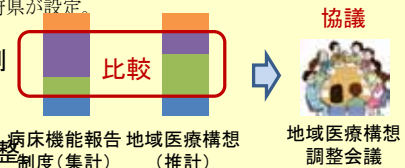
※ 「構想区域」は、現在の2次医療圏を原則とするが、①人口規模、②患者の受療動向、③疾病構造の変化、④基幹病院へのアクセス時間等の要素を勘案して柔軟に設定

② 「構想区域」ごとに、国がお示しするガイドライン等で定める推計方法に基づき、都道府県が、2025年の医療需要と病床の必要量を推計。地域医療構想として策定。

③ 地域医療構想の実現に向けて、都道府県は構想区域ごとに、「地域医療構想調整会議」を開催。

※ 「地域医療構想調整会議」には、医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、病院団体、医療保険者、市町村等から幅広く参加。設置区域や参加者の範囲・選定は、地域の事情や議事等に応じて、柔軟に都道府県が設定。

- ・ 病床機能報告制度の報告結果等を基に、現在の医療提供体制と将来の病床の必要量を比較して、どの機能の病床が不足しているか等を検討。
- ・ 医療機関相互の協議により、機能分化・連携について議論・調整



④ 都道府県は、地域医療介護総合確保基金等を活用し、医療機関による自主的な機能分化・連携を推進。

19

構想を策定します。この地域医療構想の実現に向けて、都道府県は構想区域ごとに、先ほど申し上げました地域医療構想調整会議を開催し、そこで病床の管理等をしていただくことになります。

このようなプロセスを通じて、都道府県には、地域医療介護総合確保基金を上手に活用していただいて、病床の転換など地域包括ケアの推進が円滑に進むように手配をしていただくことが期待されております。初年度は904億円という枠で基金が分配されましたけれども、まだまだ都道府県ごとには小規模な財源になっております。消費税をいずれ10%に引き上げる過程でこの基金をより大きく充実させていくことが、我々の国政レベルにおける重要な課題と考えております。

図表18は、昨年行われました、病床機能報告制度で得られたデータです。やはり、圧倒的に急性期が多くなっているわけであります。これは6年後の予定でも、さほど大きな違いはございません(図表19)。しかし、2025年に向けては、急性期からリハビリ慢性期のほうに移っていただく、療養病床の相当数の患者さんたちは在宅で対

応していただけるようにする、そういう施策になっていくわけであります(図表20)。しかし、それはどの地域においても、地域包括ケアの制度がどれだけ充実してくるかによって受け皿となる場所が決まってくるわけですから、その過程で病床数の変化の推移というものも変わってくるであろうと思います。

地域によって大きく異なる 将来の人口構造

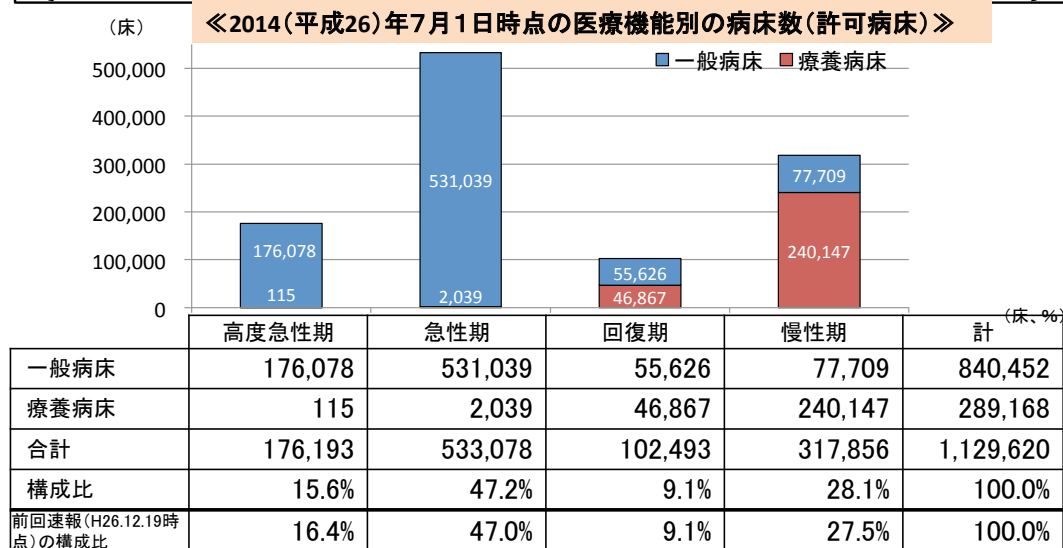
東京都の事例を最後に紹介しておきますと、将来の人口変化は地域によって相当違うということがよくわかります。図表21の左は江東区です。江東区はいま、オリンピック景気の恩恵を最も享受している場所であります。次々と高層マンションが建設され、若者夫婦がそこに移り住んでおります。江東区は引き続き、2020年、30年頃になっても、人口は増え続けるという構造になっております。これに比較しまして、団塊の世代にとっては憧れでありました多摩ニュータウン。多摩ニュータウンのある多摩市を見てみます

■ 図表 18

病床機能報告制度における機能別病床数の報告状況【速報値(第2報)】

○ 以下の集計は、平成27年1月26日時点でデータクリーニング(※)が完了し、集計可能となった医療機関におけるデータを集計した速報値である。

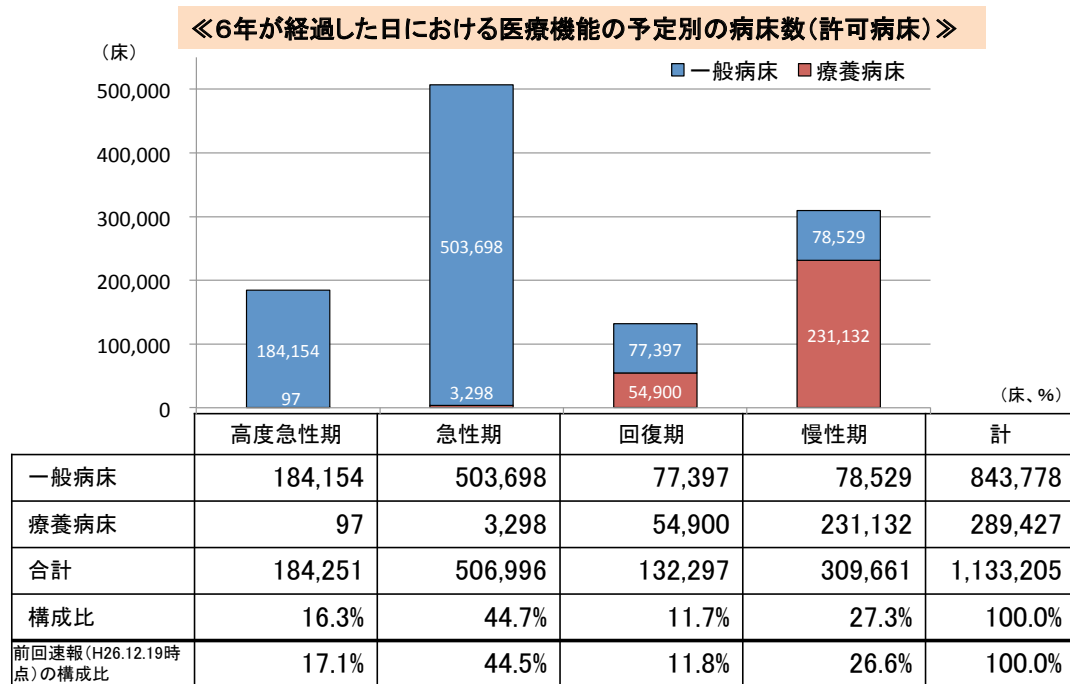
- ・報告対象となる病院7,420施設、有床診療所7,998施設のうち、平成26年12月26日までに病院7,212施設(97.2%)、有床診療所6,885施設(86.1%)が報告済み
- ※)1月26日時点で、現時点又は6年後のいずれかで、全病床の医療機能の選択が確定した病院6,407施設(86.3%)、有床診療所5,159施設(64.5%)のデータを集計した
- ・集計対象施設における許可病床数合計は、1,139,394床(前回速報(H26.12.19時点)では939,462床)
- (cf. 医療施設調査(動態)における平成26年6月末時点の許可病床は一般999,657床、療養339,983床、合計1,339,640床)
- ・今回の集計対象施設についても追加のデータ修正等が生じる可能性があり、集計内容は変動し得る



(注)集計対象1,139,394床のうち、現時点の医療機能について未選択の病床が9,774床分あり、上表には含めていない。

20

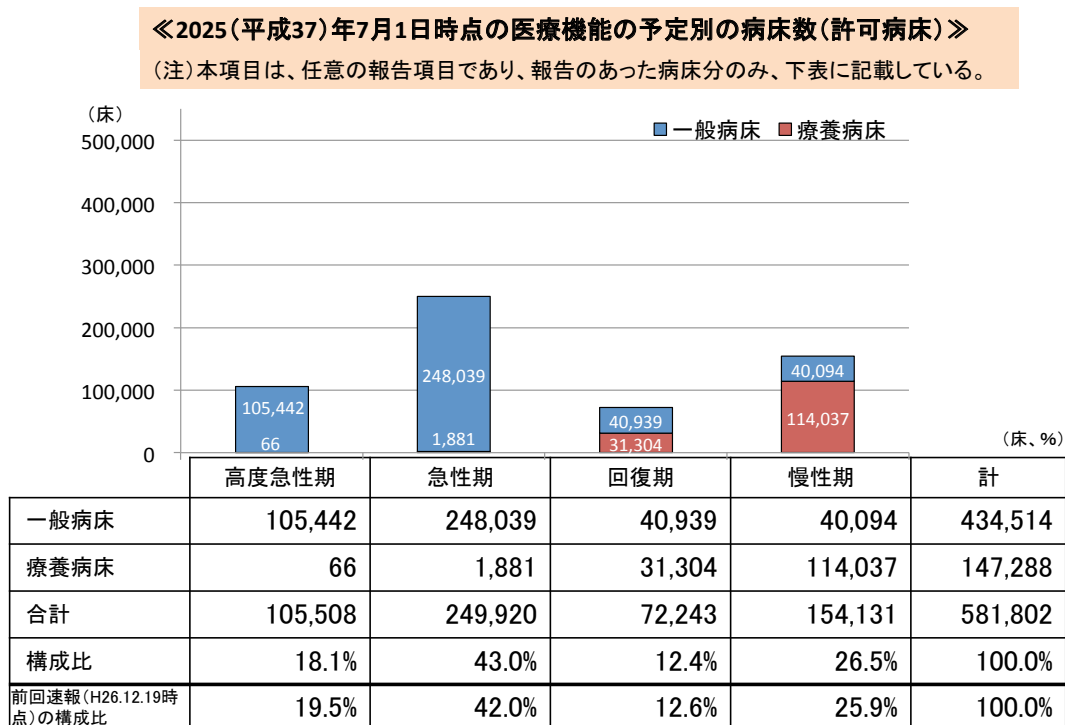
図表 19



(注)集計対象1,139,394床のうち、6年後の医療機能について未選択の病床が6,189床分あり、上表には含めていない。

21

図表 20



22

と、2020 年ぐらいから明らかに人口が減少していき、2030 年を過ぎると急激に人口が減少することが予測されています。

千葉県に近い葛飾区です（図表 22）。葛飾区の場合は、高齢者人口も増えていくのですが、15 歳以下の子供の人口も増えるものでありますから、意外と人口構造が大きく変わらずに、人口は大きく減少いたしません。他方、山の手にある中野区です。ここは古い住宅地でありますから、高齢者の住宅がすでに広がっておりまして、実際にかかなりの独居世帯を高齢者が占め、しかもその 7 割近くが女性という状況になってきております。2025 年ぐらいから急速に人口が縮小していくことが予測されています。人口ピラミットもこのように、地域によって大きな変化が見られます（図表 23）。

傷病別の患者数の推移を見てみます。少子化対策を頑張って人口 1 億を維持するとはいつておりますけれども、推計で見ていく限りにおきましては、お産や分娩等に関わるところの患者数は急速に縮小していつてしまう。それに引き換えて、呼

吸器疾患あるいは骨折、認知症、そういった非感染症の傷病患者は確実に増えていくという傾向が見て取れます。図表 24 は江東区の場合です。

多摩市の場合には、その傾向が顕著に現れると同時に、人口が減っていきますから、その分、患者数も同時に相対的に縮小していくということが予見されています（図表 25）。江東区と多摩市を比較してみますと、将来に向かって要介護高齢者は確実に増えていくわけですが、多摩市の場合には 2030 年前後に人口が打ち止めとなって要介護高齢者が減っていくことがわかります（図表 26）。

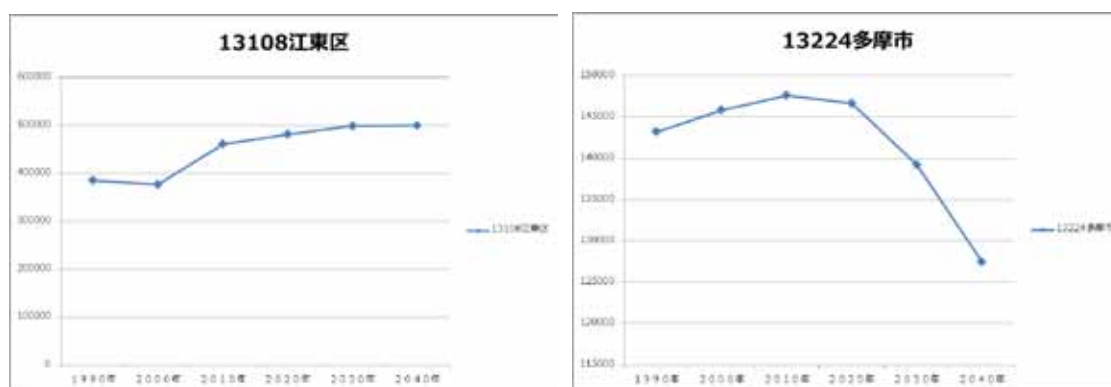
疾患別、居住地域別に大きく異なる都内の患者流出入量

患者の流出入を見てみますと、東京、千葉、埼玉、神奈川の 1 都 3 県は、患者の流出入が大変大きいことがわかります（図表 27）。これは平成 23 年 10 月のある 1 日の患者の流出入量を測定したものです。

東京の場合には、東京に住んでいる人が東京の

■ 図表 21

東京都内の人口推移(1)

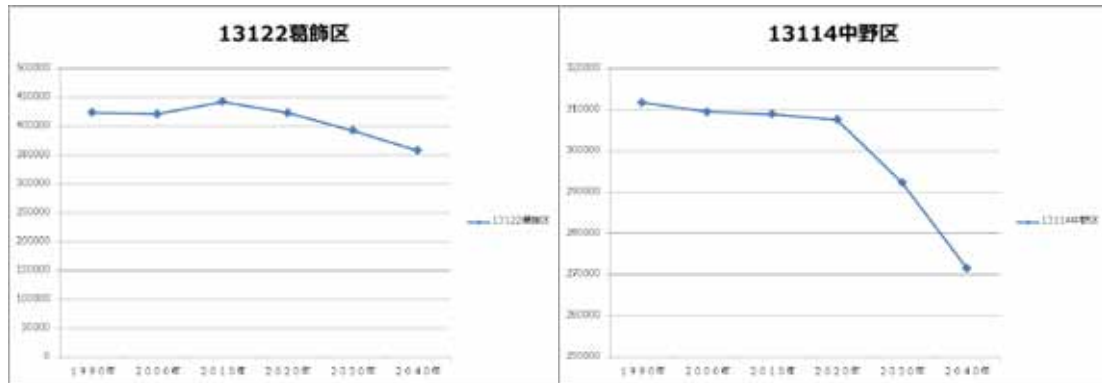


同じ都内でも人口動態は大きく異なる

産業医科大学公衆衛生学教室 松田晋哉先生作成

図表 22

東京都内の人口推移(2)

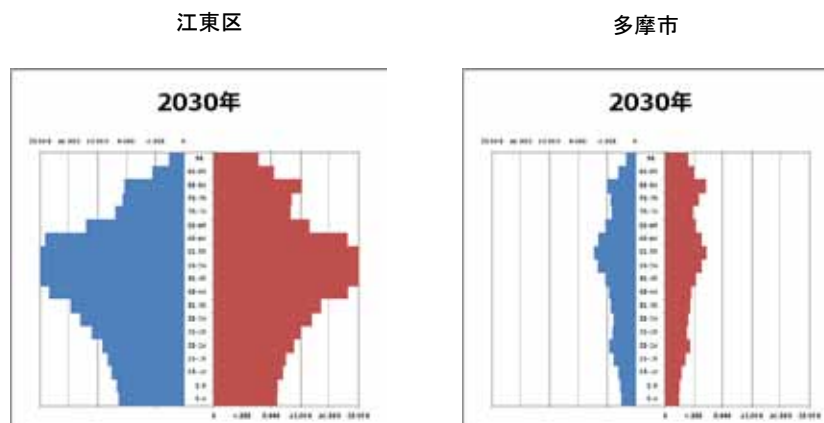


産業医科大学公衆衛生学教室 松田晋哉先生作成

25

図表 23

東京都内2地域の人口ピラミッドの変化



人口の横軸は2万人

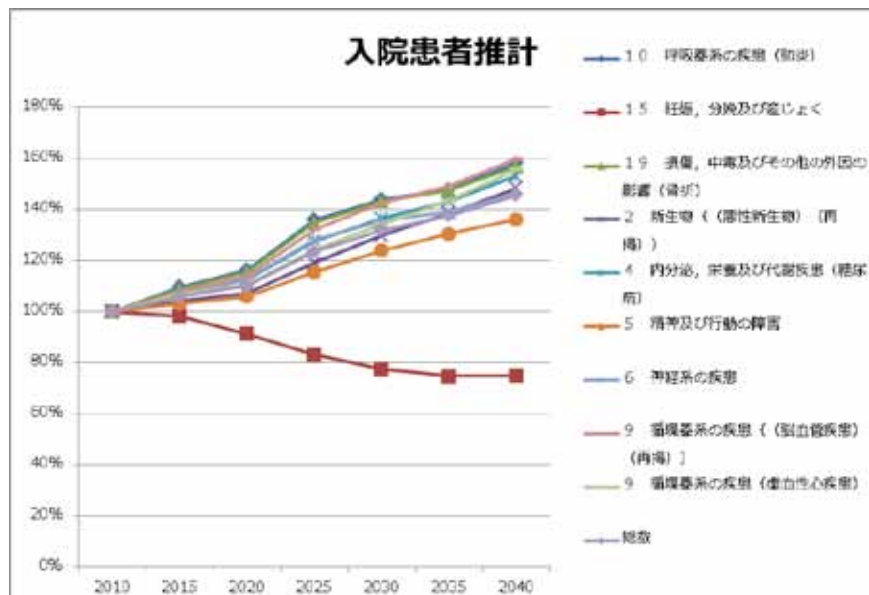
同じ都内でも人口動態は大きく異なる。これだけ異なる地域を一律に考えることは難しい。

産業医科大学公衆衛生学教室 松田晋哉先生作成

26

図表 24

江東区の傷病別患者数の推計(入院)



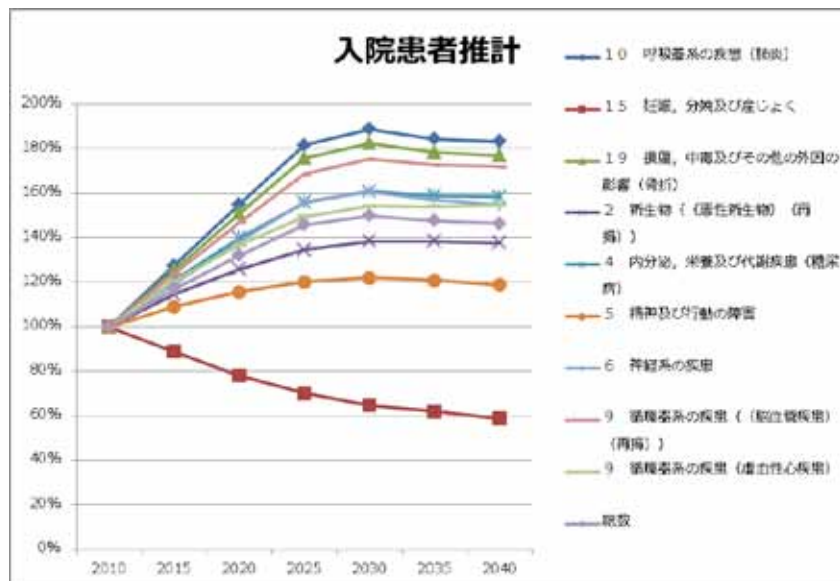
江東区では高層マンションの建築ラッシュもあって、産科を除いてすべての入院需要が2040年以後も増加する。

産業医科大学公衆衛生学教室 松田晋哉先生作成

27

図表 25

多摩市の傷病別患者数の推計(入院)



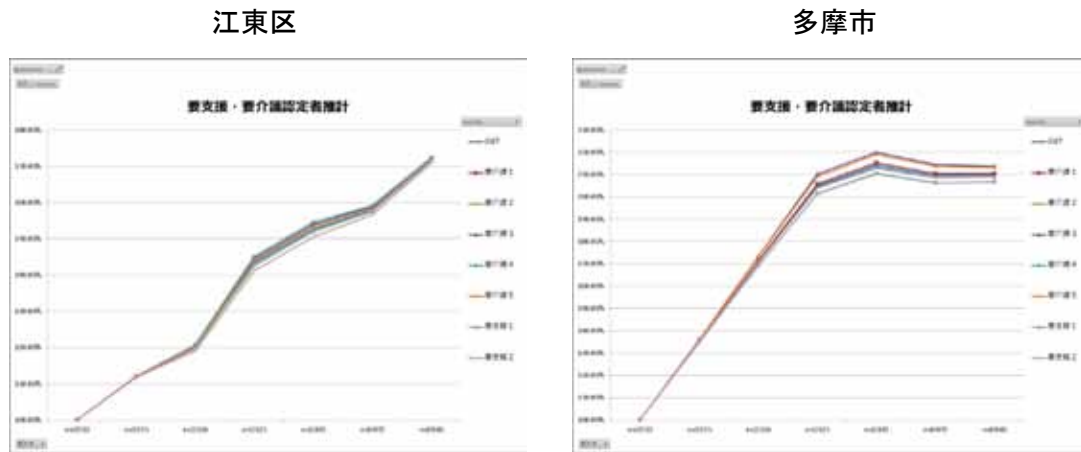
多摩市では高齢化がピークになる2030年くらいが入院需要のピークでそれ以降は減少する。

産業医科大学公衆衛生学教室 松田晋哉先生作成

28

図表 26

東京都内2地域の要介護高齢者の推移



産業医科大学公衆衛生学教室 松田晋哉先生作成

29

図表 27

関東地方の入院患者流出入量

- 首都圏(1都3県)間の入院患者の流出入量は、日あたり2千～5千人と大規模。
- 関東地方で500人以上の県間流出入を持つペアとしては、1都3県以外に、栃木－茨城、群馬－埼玉、神奈川－静岡があげられる。

(千人／日)

	医療機関所在地	茨城	栃木	群馬	埼玉	千葉	東京	神奈川	静岡	その他
	患者住所地 総数	26.4	18.7	21.2	54.3	48.1	105.2	59.8	32.5	974.8
茨城	26.1	23.9	0.6	0.0	0.1	0.8	0.4	0.0	0.0	0.3
栃木	17.9	0.4	16.9	0.3	0.1	0.0	0.1	0.0	0.0	0.1
群馬	20.3	0.0	0.3	19.4	0.3	0.0	0.1	0.0	0.0	0.2
埼玉	54.2	0.3	0.2	0.9	46.3	0.7	5.2	0.2	0.1	0.3
千葉	46.3	0.7	0.0	0.0	0.5	42.5	2.0	0.2	0.0	0.4
東京	106.0	0.6	0.2	0.3	5.8	3.1	90.7	3.5	0.3	1.5
神奈川	61.0	0.1	0.0	0.0	0.2	0.4	4.1	54.8	0.6	0.8
静岡	32.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.3	0.3	30.8	0.6
その他	977.2	0.4	0.5	0.3	1.0	0.6	2.3	0.8	0.7	970.6
流入率		9.5%	9.6%	8.5%	14.7%	11.6%	13.8%	8.4%	5.2%	

※ 平成23年患者調査(平成23年10月18～20日(指定された1日)に実施)より
精神・結核・感染症・療養・一般病床の全病床を含む

30

医療機関にかかっている割合は高くなっています。流入率も13.8%と高い。東京には大学病院のような特定機能機関が13か所ありますから、患者さんは都民だけではありません。したがって、先ほど申し上げた今後の病床管理において、東京都の場合には都内の人口だけから推計することはできないのです。流出患者の病床については、どのように地域医療構想の枠から外して確保するかが必要という議論になります。

加えて難しいのは、例えば中央区。ここは昼間は160万人以上の人口がありますが、夜間は一気に5万人ぐらいにまで減ってしまいます。夜間の居住者人口だけを対象として医療のニーズを測定できませんから、こういう地域ではどうやって医療ニーズを測定するのかという難しい問題も関わってきます。

千代田、中央といった区部中央医療圏においては、流入患者数の割合がなんと76.5%に上ります（図表28）。流出患者割合は56.5%で、大幅な流入超過になっています。この流入率は他の圏域に比べて最も高くなっていて、域内完結率は

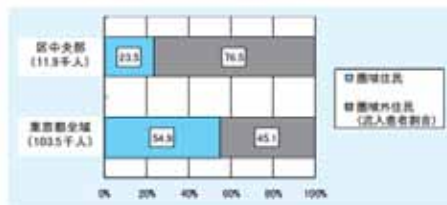
45.2%と東京都全域の割合を下回り、その他の圏域と比べても低い水準にあります。東京都内には急性期の病床は確実にあり、高度急性期の病床も都心にはあるということです。しかし、区部を出て西多摩の奥のほうに行きますと、高度急性期の医療機関がなくなってしまう（図表29）。一方で、区部の場合には、療養病床数が明らかに足りない。

どのようなことが起きているかと言うと、急性期は流入してくるけれども慢性期の患者は流出している。大田区、品川区など神奈川県に近い場所では神奈川県に流出していく。葛飾区、足立区、荒川区、墨田区あたりの慢性期の患者は千葉県に流出していく（図表30）。埼玉県に近い練馬区や多摩地区では、埼玉県に流出していく（図表31）。疾患が違えば、患者の流出入の割合も変わってきます。このような状況が東京都においては見て取れるわけです。

■ 図表 28

区中央部医療圏への流入入

図表 区中央部保健医療圏内施設における
圏域住民－圏域外住民の受療割合
（病院の推計入院患者）



図表 区中央部保健医療圏内住民の
圏域内－圏域外受療割合
（病院の推計入院患者）



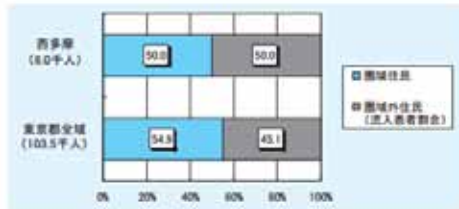
流入患者割合76.5%に対して
流出患者割合56.5%と
大幅な流入超過になっており、
流入率は他の圏域に比べて
最も高くなっています。
域内完結率は45.2%と
東京都全域の割合を下回っており、
他の圏域と比べても低い水準です。

東京都医療保険計画（平成25年度3月改定より）

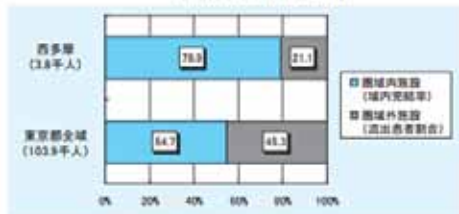
図表 29

西多摩医療圏への流出入

図表 西多摩保健医療圏内施設における
圏域住民－圏域外住民の受療割合
(病院の推計入院患者)



図表 西多摩保健医療圏内住民の
圏域内－圏域外受療割合
(病院の推計入院患者)



図表 西多摩の主要傷病別流入流出状況
(病院の推計入院患者)

流入患者割合50.0%に対して
流出患者割合21.1%と
大幅な流入超過になっています。
域内完結率は78.9%と
東京都全域の割合を大幅に
上回っています。

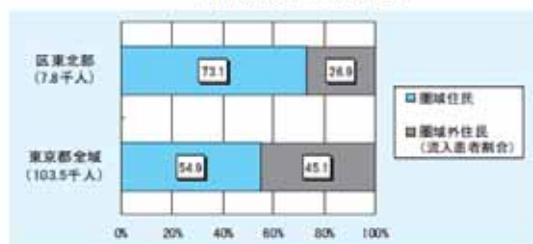
東京都医療保険計画(平成25年度3月改定より)

32

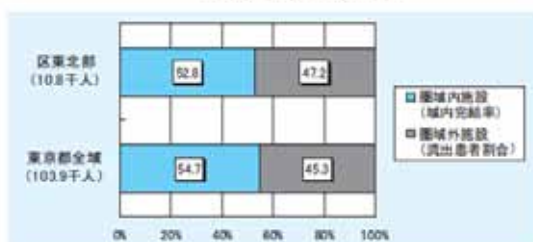
図表 30

区東北医療圏への流出入

図表 区東北部保健医療圏内施設における
圏域住民－圏域外住民の受療割合
(病院の推計入院患者)



図表 区東北部保健医療圏内住民の
圏域内－圏域外受療割合
(病院の推計入院患者)



この圏域における病院(入院)の受療割合をみると、流入患者割合26.9%に対して流出患者割合47.2%と大幅な流出超過になっています。
域内完結率は52.8%と東京都全域に比べやや低くなっています。

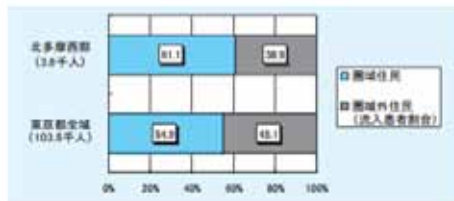
東京都医療保険計画(平成25年度3月改定より)

33

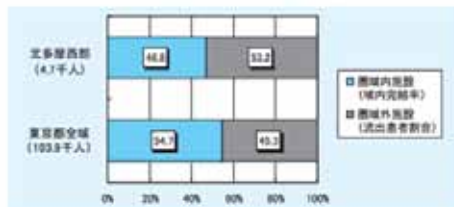
図表 31

北多摩西部医療圏への流出入

図表 北多摩西部保健医療圏内施設における
圏域住民－圏域外住民の受療割合
(病院の推計入院患者)



図表 北多摩西部保健医療圏内住民の
圏域内－圏域外受療割合
(病院の推計入院患者)



流入患者割合38.9%に対して
流出患者割合53.2%と
流出超過になっています。
域内完結率は46.8%と
東京都全域の割合を大幅に
下回っています。

東京都医療保険計画(平成25年度3月改定より)

34

健康を切り口とした コミュニティの再構築への挑戦

私ども国レベルではさまざまなガイドラインをつくりました。しかし、これらをいかに都道府県ごとに適用して効果的に実施していただくかは、それぞれの都道府県や市町村の力量に委ねられています。認知症も含めて予防の施策を充実させ、自立した日常生活を営める生存期間、すなわち健康寿命の延伸が地域医療構想の中でどれだけ重点化されて実施されるか。終末期医療を含めて健康寿命と平均寿命の格差をどれだけ抑制できるのか。尊厳死の問題をこれからどのように扱っていくべきか——。こういった議論を国民的レベルでしっかりとしていくことがこれからは求められていくだろうと思います。

加えて労働の問題について述べさせていただきますと、政府が非常に小さく見積もっても、2025年には介護に関わる労働者が35万人不足すると予測しております。恐らく実態はもっと不足してくる。そうすると、いくら女性や高齢者に

頑張ってもらったとしても、不足分を埋め尽くすことはとてもできません。そういう場合に備えて、介護に関わる資格、能力を持った外国人の方を我が国において秩序立てて活用していくことを考えなければなりません。できる限り国内の労働力を確保することが基本ではありますが、外国人労働者の皆さん方をいかに秩序立てて、かつ最小限で我が国の中に取り込んでいくのかを検討する必要があります。

アジアの国々は今後、日本よりも速いスピードで高齢社会に突入していき、医療、保健、介護のニーズが急増していきます。その際、日本が全く先進的な立場で、こうした問題を解決してきた国として、日本の知見や経験を生かすことができるだろうと思います。医療、保健、介護の分野を新たな成長産業のひとつとして、アジアに展開させる絶好の機会に恵まれてきた。時代状況はこのようになっていると私は思います。

こうした産業を日本方式、日本基準でアジアの国々で展開していくときに、日本で介護等の人材として確保した外国人労働者の人たちの中から、

図表 32

健康長寿社会を支えるコミュニティ再建



35

現地の国の言葉でサービスを提供できる幹部人材を登用していく。そういう形で上手に外国人労働者を自国に戻していく。そういう好循環の仕組みも視野に入れながら、こうした施策を立体的に進めていく時代に入っていくだろうと考えます。

ただし、ひとつ落とし穴があることに注意しなければなりません。いま皆さん 2025 年に注意を奪われておりますけれども、その後は高齢者の人口は増えながらも人口は確実に減っていきます。例えば病院等についても建て過ぎてしましますと、人口が減っていく 2030 年以降は確実に持続性を失っていくだろうと考えられます。その病院の持つ病床の機能によっても、ずいぶん違いが出てくると思います。

したがって、人口が大きく減少していく過程においても持続可能な形で、ピーク時を乗り越えられる医療提供体制とは一体何なのかが問われま

す。ひとつの鍵は、私は地域包括ケアだと思います。健康を基軸として医療と介護を連携せしめ、高齢者を地域で孤立させない絆を確立していく。いうなれば健康を切り口として改めてコミュニティというものも再構築するという実験がまさにこれにあたるかと思っております（図表 32）。この実験の成否は、高齢化のピーク時を柔軟に乗り越えていける医療提供体制を構築できるかどうかにも関わってくるのだらうと思います。

極めて大胆かつ傲慢なる仮説ではありますがけれども、こうした議論を進めていくことによって、具体的な施策がより中長期的な観点から我が国で構築されることを大きく期待し、またそのど真ん中で仕事をしている責任を負いながら、こうした議論をあえて本日はさせていただいた次第であります。

ご清聴ありがとうございました。

講演Ⅱ

財政から見た 日本の医療

東京大学大学院経済学研究科教授 **伊藤 元重**



演者紹介

中川 伊藤先生は1974年3月に東京大学経済学部経済学科を卒業された後、英国ロチェスター大学大学院経済学研究科博士課程経済学博士号取得を経て、1996年より東京大学大学院経済学研究科教授を務めておられます。また政府の経済財政諮問会議委員、社会保障制度改革推進会議委員など重要会議の委員を務めておられます。ご専門は国際経済学です。本日の演題は「財政から見た日本の医療」です。それでは伊藤先生よろしくお願いします。

伊藤 伊藤でございます。よろしくお願いします。

私のようなものがここに呼ばれて話をするという背景には、医療、介護、年金も含めた社会保障という問題が、社会保障そのものの問題ももちろんありますけれども、同時にマクロ経済全体の財政運営という深い関わりがあるということだろうと思います。

このような仕事をしておりますと、さまざまな社会保障改革のシンポジウムなどに呼ばれます。シンポジウムにはたいいてい4、5人のパネリストが参加します。年金の専門家、医療の専門家、介護の専門家、そして私のような経済学者がいる。

皆さん非常に良いお話をされます。年金はこういう点を変えたらどうだろうか、医療はここが改革のポイントではないか、その都度、時には拍手が起こるわけです。最後に私のところに回ってきます。「素晴らしいご意見ですが、お金がないとなかなか厳しいですね」と発言して、なんて冷たい奴なんだと白い目で見られます。

ただ、私のような立場の経済学者から見ても一番大事なことは、この素晴らしい社会の仕組みをしっかりと守ること、残すということだと思います。マクロ経済や財政の視点を気にしなくても何とかできるのであれば、我々のような人間がこういう場所に出てきて、一緒に議論させていただく必要はないのかもしれませんが、しかし残念ながら、これからお話ししますように、状況は決して楽観視できるような状況ではありません。

社会保障は日本の財政問題の本丸

今、非常に厳しい状況が国家財政を襲っているギリシャやスペインで、医療や介護はどうなっているのかということ一度きっちりと検証していく必要があると思います。あれだけの経済危機が起こっても社会保障は大丈夫だったというのであれば問題はないのかもしれませんが、恐らく大変な問題が起きているだろうと思います。

そういう意味では社会保障、特に本日のテーマである医療や介護については、医療や介護そのものの問題であると同時に、まさに日本の財政運営、マクロ経済の問題の本丸になりつつあります。私の立場からすれば、マクロ経済の視点から医療や介護についてコメントすることには意味があるのかなと思っています。

少しだけ財政における社会保障費の話をしていただきます。政府は税あるいは国債という財源を使いながら、さまざまな歳出をしているわけですが、社会保障に対する歳出とちょうど対になっている部分に非社会保障支出があります。教育や安全保障、公共サービス、社会資本整備等です。

非社会保障支出に対する政府の支出をGDP（国内総生産）、つまり日本の経済規模で割った数字が、日本はOECD（経済協力開発機構）の中で最も低くなっています。日本が教育に使うお金は諸外国に比べて最も低いということは、教育に関わる人間としては問題が多いと思うわけですが、財政の視点から見ると、そこまで歳出を削っているのかということになるわけです。日本はこれまで、財政歳出改革の努力を怠ってきたわけでは決してありません。したがって、これから先、あるいは現在における日本の財政歳出行動を考えると、社会保障がまさに本丸で、社会保障を議論することはそのまま財政全体の問題を議論するということに関わっているということを申し上げたいと思います。

日本財政が直面する3つの危機

さて、日本財政が大変な状況であるということは、皆さん漠然とご理解いただいていると思います。少し気をつけなければいけないのは、日本の財政状況の問題を考えると、少なくとも3つの点を整理して議論していく必要があるということです。「これまで」「現在」「これから」に関わる問題、危機です。

1つ目は、いわば「前門の虎」、つまりこれまでにすでに起こっている危機のことです。いま日本は1千兆円を超える政府債務を抱えています。公的債務の対GDP比が210%を超える債務を

持っています。2つ目は現在起きている問題です。毎年30兆、40兆円と赤字を重ね続けて、出血状態が続いています。

3つ目は、「後門の狼」とも言うべき問題です。2025年にかけて急速に高齢化が進んでいく中で、これまでの制度でいろいろなことを運営していこうとすると膨大な財源が必要になってきます。保険でカバーするのか、税でカバーするのか、国民に直接の負担を求めるのかとさまざまな議論がありますが、誰かが何らかの形でお金を出さなければいけないという大きな問題です。高齢化は2025年、10年先まで確実に進行していきます。

これだけの問題が同時にあるわけですから、財政がこの3つに対応するためには戦略が必要になってきます。いっぺんにまとめて消費税を上げればいい、とにかく歳出を削ればいいということだけで簡単に対応できる問題ではありません。

これに加えて、時間軸の設定は極めて重要です。先ほどから2025年という重要な論点が示されておりますが、もうひとつ政府が非常に重点を置いているのは2020年です。この年までにプライマリーバランスの財政赤字を何とか減らして黒字にしたいというのが政府が立てている目標です。それ以外にも、今年何をやるのか、あるいはこれから2年に1回の診療報酬の改定もありますが、そうした問題も含めていろいろな時間軸の中で議論をしていかなければならないということを申し上げたいと思います。

デフレ脱却がもたらした 財政運営の自由度

3つの財政の問題は、それぞれ性格が異なっている問題です。まず1千兆円を超える政府負担がありますが、膨大な債務があることによって何か目に見える形で経済に大きな影響が出ているかというものではない。ただ少し考えればわかりますが、この状態を放置できるかということ、それは難しい。政府が多く債務を抱えているということは、何か大きなリスクがあったときに、例えば金利が1%上がったというようなときに非常に大きなショックを経済に与える。膨大な債務を抱えて

いるというのは、日本が大きなリスクを抱えながら経済運営をしているということです。

2つ目の毎年膨大な赤字が生まれていることについては、医療関係者の皆さんには釈迦に説法みたいな話ですけども、できるだけ早く止血しなくてはいけないという問題だろうと思います。2025年に向けて医療費が急速に膨れ上がっていくとなると、もう少し構造的な持続性のある対応が必要になるということだろうと思います。

さて、安倍内閣で今すすめられているアベノミクスの経済政策運営はこれに非常に深く関わってきます。まず非常に重要なのは、デフレからの脱却ということです。2012年の民主党政権の最後の年の財政の状況を思い出していただきたいと思います。政府の税収は恐らく42兆～43兆円で、それよりも多い44兆円くらいの新たな国債発行をして財源を確保していた。つまり、税収よりも国債発行による財源確保のほうが大きくて、八十数兆円の歳出額があった。歳出中の税に頼る部分は半分以下という非常に厳しい状況でした。

もちろんこれは、政策運営の結果ということだけではなくて、東日本大震災やリーマンショックといった要因もあった。政策うんぬんを抜きにしてとにかくそういう状況だった。この状況に陥った中で、デフレのもとで財政再建をするのは非常に難しいと多くの人は実感したと思います。

物価が下がれば残念ながら税収は減っていく、名目で減っていくということで、それを止めるのはなかなか難しい。一方で特に社会保障費はそうだと思いますが、デフレのもとでもなかなか減っていかない、むしろ増えていくという性格が大きいわけです。ですから現在のマクロ経済政策運営における第一の大きな戦略は、デフレを止めるということだと思います。

先ほど申し上げたように2012年に42兆円前後の税収だったものが、来年度予算で五十数兆円と10兆円を超える規模の税収の増加が見込まれています。もちろんこれは、消費税を5%から8%に上げた影響もありますが、やはり名目で物価が上がっていくということは非常に大きな税収効果があるわけです。

デフレ脱却にはふたつの大きな意味があります。ひとつは巨大な債務の実質額がデフレ下ではどんどん増えていく。だからデフレから脱却することによって、逃げ場がないような財政問題を少し回避する方向に進むことができたということ。もうひとつは税収を増やす。名目の価値が上がることによって税収が増え、結果として赤字という出血状態を防ぐということだと思います。

マクロ政策については、皆さんご存じのように昨年末、安倍総理が消費税の10%への引き上げのタイミングを2015年1月から2017年4月におよそ1年半延期すると決断しました。このことは、社会保障の歳出の部分、質の向上の部分などに当然影響を及ぼしてくるわけですが、財政の健全化という観点で見たときに多くの人が気にしたのは、2015年までに2010年比でプライマリーバランスの財政赤字を半減するという目標が実現できるかどうかという点でした。

結論から申し上げますと、これはまだ今後様子を見なければいけませんが、2015年度の財政を締めてみると、プライマリーバランスの赤字半減は恐らく実現できそうだという方向にきています。ですからそれだけ、デフレを脱却したということは、今の財政運営にとってみるとある種非常に大きな自由度を与えていることがわかります。

社会保障改革の議論は待ったなし

安倍総理は昨年末の消費税引き上げ延期を発表した記者会見の中で、もうひとつ重要な発言をされています。それは今年の夏までに、2020年までにプライマリーバランスの黒字化を実現するための、より具体的な工程を示すということでした。このことは、私は政治運営、政策運営のうえで極めて重要な意味を持っていると考えています。

このようなことを私のような立場の人間が申し上げれば顰蹙を買うのかもしれませんが、安倍内閣が発足してから最初の2年間くらいはとにかく2015年のプライマリーバランスの赤字半減をどのように実現するか、ここに政策の細かい議論の中心になっていました。もちろん多くの人は2020年のプライマリーバランス黒字化目標を常

に意識はしていたわけですが、2020年の具体的な中身をやるより、まず2015年の中間目標を達成するという事に専念していたわけです。

昨年発表された政府の財政検証シミュレーションにおいても、アベノミクスが順調に推移して実質で2%、名目で3%程度の成長率が実現できたとしても、残念ながら2020年までにプライマリーバランスの黒字化目標にはまだ10兆円近く足りないという結果が出ています。残念ながらこれは当然のことで、アベノミクスが順調であればそれなりに税収も増え、あるいは保険料収入も増えるかもしれません。しかし、実はそれを上回るスピードで社会保障の歳出が増えるという結果がシミュレーションで示されている。

この結果を私はどう受け止めたかという、それはそうだと。ですからまず2015年のプライマリーバランスの半減目標を実現努力している。そのうえで、2015年から2020年の間にプライマリーバランスを黒字化するためにさらなる改革をしなければならない。これはもちろん歳入歳出両方の改革になるだろう。歳入部分で税収を増やすことと同時に、社会保障を中心とした分野で本格的な改革の議論をしなくてはいけない、というふうに理解していました。しかし、それは2015年の目標を終えた後に本格的に議論していきましようというレベルの理解であったわけです。

しかし、総理が2017年に消費税の引き上げを延期すると発言したその瞬間に、もはや財政運営の主たるターゲットは2020年ということになった。したがって、2020年までに日本の財政を健全化するためには目の前で起きている出血を止める必要がある。総理が記者会見でおっしゃったように、この夏までにより具体的な施策を示すということは、目の前の出血を止めるために、社会保障改革がそれこそ待ったなしの課題として現実の経済運営の中で議論されているということだろうと思います。

財政健全化への不断の努力を常に示す

2012年の初めのころに、イタリアの有力な政治家の方と都内でお話しする機会がありました。当時はちょうどイタリアを含めて、ヨーロッパは厳しい財政危機に直面していた。初対面でしたので、下手な英語で挨拶した際、ついうっかり「イタリアは財政問題でさぞご苦労されているでしょう」と口にししました。相手は一瞬不機嫌な表情を見せた後、「イタリアはイタリアの問題をしっかりと取り組んでいる。日本は日本の問題に取り組んだらどうだろうか」とおっしゃったうえで、「イタリア政府の公的債務はGDP比125%しかない。日本は200%でしょう」とニヤッと笑われました。ある意味日本のほうがイタリアよりも状況は深刻だと、彼は言いたかったんだと思います。そのとき私は「イタリアは125%で財政危機ですか。日本は200%でもびくともしていませんよ」と反論したかったのですが、外交上無礼にあたると思い我慢しました。

私は、1千兆円を超えるような債務を抱える今の状況が良いなどということを申し上げているわけではありません。大変なリスクを抱えながら我々は生きているわけです。短時間で政府債務が突然消えて無くなってしまうような魔法はありません。つまり我々は、この巨大な債務とある意味共存していかなければならない。もちろん時間をかけて債務を減らしていく努力は必要です。しかし、債務額の大きい少ないといった問題よりも重要なことがあります。

それは日本の財政状況が、来年あるいは3年後、5年後と将来にわたって、より良い方向に向かっているということに確信を持てるかどうか、あるいはそのことをマーケットが信用してくれるかどうかということだと思います。債務の額は常に意識しながら、日本の財政を確実に健全化していく方法に持っていくんだという姿勢を示すことが重要だと思うわけです。

先ほど武見先生から、2025年に向けた医療改革のお話がありました。まさにあのような取り組みが極めて重要なんです。2025年を迎えたころ

には、もう誰が考えても日本の医療や財政はぼろぼろになっているだろうとなれば、その瞬間に日本の国債は売られます。そうではない。時間はかかるかもしれないが、確実に我々は改革の方向に向かって動いているということを常に示し、実行に移していくことが重要です。もちろん 2025 年の将来図だけでは不十分で、2020 年も 2018 年も 2015 年の図も示していく必要がある。これが恐らく、財政健全化に向けた戦略だと思います。

将来ビジョンをしっかり持つこと、そのための戦略が重要だということです。医療や介護の改革にあたっても、いくつかの戦略を我々はしっかり持つべきだろうと思います。先ほどの武見先生のお話からもよくわかるように、2025 年までに日本は医療の大きな改革を進めていきます。そうすると、ここが重要なポイントになりますが、しっかりした改革に取り組む。それに加えて武見先生が指摘された終末期医療や外国人も含めた人材確保なども含めた本当に重要な大改革を 25 年に向けてやりながら、一方でどうやって 2020 年までにプライマリーバランスの黒字化を実現するのかと。これらを同時に考えなければならないことが非常に難しい部分なのです。

そういう意味では、医療改革を含めた財政運営で重要なことは、今何をやるのか、この 2、3 年で何をやるのか、そして 2025 年までに何をやるのかということについて、常に時間軸を持ちながら進めていく必要がある。良いか悪いかの議論は別にして、薬価の問題、ジェネリックの問題、診療報酬の問題、総報酬割のような保険改革の問題など、ひとつひとつは大きな改革ではないかもしれないけれども、2020 年までに確実にプライマリーバランスを黒字に持っていけるような施策を一方で実施しながら、同時に 2025 年の天王山に向けて日本の医療を改革できるかどうかを、二本立て、三本立てでやっていかなければならないということだと思います。

政策・改革には トレードオフがつきまとう

さて、私は経済学者ですので、医療の制度改革や財政がらみの話で、もう少しミクロのところでどういう視点が必要なのかについて、いくつか感想めいたことを申し上げたいと思います。

全ての政策には戦略が必要だろうと思います。政策を考える際にも戦略的な思考が重要だろうと思います。まず申し上げたいのは、全ての政策・改革にはトレードオフというものがあるということです。特に医療についてはその部分が非常に重要だろうと思います。残念ながら多くの問題というものは、ある部分を良くしようとしたら、どこかを犠牲にしなければならないのが現実です。

医療の場合においても、医療のトリレンマと呼ばれるトレードオフの典型的な例があります。トリレンマとは、医療費を安くして、医療の質を高めて、かつ医療のアクセスをさらに向上させる、この 3 つを同時に実現することは恐らく無理なのだろうと思われまゐります。よほど非効率性があつたとすれば、医療のコストを下げて医療の質を上げ、アクセスを良くすることは可能かもしれません。しかし、実際の現場では、皆が必死になって効率性を高めようと努力しているのです。

そうなると、当然そこで出てくるのは、その 3 つとも同じように重点的にやるんでしようかと、それともどこかを大切にするためにどこかを少し犠牲にするのでしょうかといった議論です。医療の質は大事だし医療へのアクセスも非常に大事だから、増税して財源を確保して医療コストが上がることは我慢しなければならない、というのひとつ見識かもしれません。私が個人的に関心があるのは、アクセスと質のトレードオフの問題です。

私は時々、検査で東大病院に行くことがありますが、そのたびに、どうしてこんなに人がたくさんいるのかなと感じます。もちろん必要があつて東大病院にいらっしゃる人も多いのですが、もうちょっと地域の診療機関で診てもらえばいいのではないかと感じることもあります。日本のこれまでの制度はフリーアクセス、どこの医療機関

にも自由にかかれるということを誇ってきた。もちろん、この制度をそのまま運営できるのであれば問題はないのですが、それが難しいとなると、どのような形にするのかは結構大きな変化を伴います。

例えば海外のゲートキーパーの制度を参考に、最初は必ずかかりつけ医に診てもらい、そこで対処できない場合にかかりつけ医の紹介で総合病院などにかかるという方法も考えられます。アクセスの制限を多少我慢すれば、質の向上やコストの抑制を実現できる可能性があります。何かを守るために、どこかを少し犠牲にすることも考えていく必要があると思います。

これは恐らく医師会の方々には反対が多いでしょうが、深刻な病気にかかって自分だけでは負担できないような高額医療の必要性が出てきた場合に備えて、診療時に若干の負担をして、そのお金で高額医療をしっかり守っていくというのもトレードオフのひとつの考え方かもしれません。私が申し上げたいことは個々の政策の良しあしではなく、多くの政策的な判断というものはトレードオフの関係にあることを常に意識しながら、何を強化するのか、何を守るのか、そのためにどこまでの犠牲を覚悟するのかということを、きっちり議論しなければならないということです。

医療に求められる イノベティブな発想

経済の世界では、改革と連動した概念にイノベーションという概念があります。改革とイノベーションは少し違いまして、改革は上から特定の人々が命令して、それで世の中の仕組みを変えていくイメージです。一方のイノベーションはもう少し下から湧き上がってくるような変革のイメージです。

イノベーション研究の大家であるスタンフォード大学のロバート・サットンという人物が非常に面白いことを言っています。彼は、イノベーターとは、変わり者で、嫌われ者で、人が否定することをやって、そして既存の組織を壊すものがイノベーターであるとしています。ですから、真面目

で、正直で、決められたことをきちんとやっていく人はイノベーターではないと言います。

よく使われる例で、ディズニーランドという遊園地を考えてみます。非常にうまく運営され、高い利益をあげて、ユーザーに有益なサービスを提供している遊園地です。ディズニーランドは、過去何十年と培ってきたルールや運営の約束事をみんなが真面目に日々繰り返していくことによって最高のサービスを提供しています。ミッキーマウスの笑い方や子どもへの接し方から掃除の仕方まで、決められたことを日々続けることで運営されているわけです。しかし、それでは世の中の変化についていけない。今は良くて将来の変化には対応できないわけです。

そこで、例えばミッキーマウスにちょっとヒーローの役をやらせたらどうだろうと考える。ただし、そういうミッキーマウスを今のディズニーランドに放り込んでしまったら、ディズニーランドの価値を壊してしまいます。ですからビジネスの世界でよくある手法として、今とは別に実験的な遊園地を造って、そこで新しいことをやってみたらどうかというアイデアが生まれる。

医療制度というものは、ディズニーランドよりもはるかに高度なものです。つまり、日々多くの方々が、長年にわたって培ってきた知見と制度と慣習と人間関係を守って、さまざまなことを地道に取り組んでおられるからこそ、国民の健康を守ってきました。ただ、時代に関わって変えていくということが、どこかで必要な部分もあるわけです。情報システムの発展によるITの活用、日々生まれる新しい治療法の習得、労働人口減少を補う外国人労働者の受け入れなど、さまざまな環境変化に対して、これまで守ってきた医療のサービスを維持しながら、しかし同時にそれをどうやって改革していくのか。この戦略が極めて重要になってくるだろうと思います。

特区を設けるというのはひとつの方法かもしれませんが、日本全体をいっぺんに改革するのではなくて、特定の場所で新しい試みに挑戦し、それがうまくいったら他の場所に広げていく。

あるいは、変化に対してやはり多様な制度を持

つということが強みになるのではないか。株式会社による医療機関経営というとすぐに叱られますが、しかしそれは決して日本中の医療機関を株式会社にしようとするわけではなく、多様な経営形態によって全体の医療が提供できる仕組みを考えてみる、そういう柔軟性のようなものが必要ではないでしょうか。

物議を醸した死亡消費税は 世代間問題への提言

さらには、新しくて難しい課題に直面しているわけですから、常に新しいアイデアで物事に対応することも必要だと思います。実は私、「死亡消費税」というものを政府の審議会で発言して、物議を醸したことがあります。言葉が悪かったと思います。

ご案内のように、75歳以上のいわゆる後期高齢者の方々の医療費は大変巨額です。今後さらに膨れ上がっていくかもしれない中で、それをどうやってファイナンスするのか。もちろん、現役世代の保険料から一定割合を拠出するとか、税金で負担するとかいろいろと考えられますが、そうすると気になるのはやはり世代間の問題です。つまり、75歳以上の方の巨額な医療費を現役世代だけに大きく負担させることは本当にいいことなのか、社会として好ましい制度なのかということについては、皆が漠然と問題意識を抱えているのではないのでしょうか。

日本の個人金融資産の60～70%は高齢者の方がお持ちになっています。そのうちの多くが、高齢者がお亡くなりになられたときには、遺産として残って相続される。しかし、現状の相続税の税制体系においては、4～5%ぐらいの方しか相続税をお払いになっていない。私が申し上げたかったのは、相続財産の多寡に関わらず、例えば消費税分ぐらいはいただいたらどうか、そしてそのお金を全部、例えば75歳以上の方の医療費に使ったらどうかということです。

なぜこれを死亡消費税と呼ぶかということ、60歳の方が2人いて、2人とも85歳まで長生きされた。Aの方は85歳まで普通に消費して、景気

にも貢献して、消費税も払ってお亡くなりになった。Bの方はあまりお金を使わなくて、消費税もあまり払わずにお金だけ残してお亡くなりになった。であれば、生きている間に使わなかった分をお亡くなりになった後に、まとめて消費税としていただけないでしょうかということです。これは高齢者いじめを意図しているわけではなく、存命中にいただくお金ではないのです。「幽霊に税金をかけるのはけしからん」と言われれば、その批判は甘んじて受けますけれども。

重要なことは、お金はそこにある、また世代間の負担の公平性を考える必要もある。そこで、残されたお金の消費税分を全額、75歳以上の方の医療費に使えるような形を考えてみる。この考えは、世代間の問題を検討する場合に、ひとつの大きなヒントになるのではないかと。実際にこういう政策をやれるかどうかはきちんと検討する必要がありますが、大きな変化の時代、これだけの大きな問題を抱えている中では、このようなイノベティブな考え方も重要なかもしれないということです。

巨大債務の解消に向けた ピケティの3つの方法

最近、ピケティという経済学者が大変話題になっています。800ページにも及ぶ厚い本を出版して、ベストセラーになっている。彼の本の最後に面白いことが書いてあります。

膨大な債務を抱えた政府の財政をどのようにカバーしたらいいだろうか。これには少なくとも3つの方法がある。ひとつは、消費税を上げて、場合によっては歳出を抑えて、財政を黒字にして借金を返していく方法だ。日本のように膨大な債務があると、この方法では恐らく10年、20年とかかるだろう。彼に言わせると、これは最悪な方法だというわけです。それより2番目の方法がまだいいと。それは何かというと、インフレを起こして、債務をチャラにしてしまうという方法。これがまだマシだと。貧しい大衆が20年も増税で苦しんで借金返していくよりは、結構社会は混乱するかもしれないけれども、インフレを起こし

て数年で処理した方がいいのではないか、と彼は言うわけです。そして彼が最も好ましいと言ったのは、富裕層から非常に高い資産税を取って、それで借金を返すという方法です。

このような論旨で、これはいろいろと物議を醸しているわけですが、私は彼の述べている順番が良いとは思っていませんが、ただこれは非常に面白い問題提起をしていると思っています。なぜかという、1千兆円も今抱えている債務を減らし、かつ何十兆円と毎年出し続けている赤字を減らし、かつこれから急速に増えていく高齢化時代の社会保障費を賄わなければならない。この3つが本当にできますかということを問われたときに、恐らくそれに対するひとつの答えというのは、ピケティが挙げた3つの方法を同時にやっていくこと、このことが多分問われてくるだろうと思います。

まず、消費税が必要かと問われれば、それは必要だろうと思います。それをやることによって、日々の赤字を減らして社会保障財源をつくと同時に、将来の高齢化に伴う歳出のための財源として備えることができる。多分それだけだと大変な増税になって、社会にとっては非常に厳しいことになるかもしれません。

そこで2つ目の方策として、インフレということを考える。決して狂乱物価にするということではなくて、これまでは10年以上デフレが続いていたわけですが、これが2%、場合によっては2.5%から3%、これぐらいの物価上昇率にすると、詳しい話は申し上げませんが、財政的に見るとかなりいろいろな意味でプラスの面が出てきます。物価が上がっていくとそれに応じて貨幣を発行していかないと経済が回りませんから、その貨幣発行分が政府の財政収入になるという話と、物価が上がっていくと政府の債務がGDPに対して圧縮効果があるという話です。

そして、3つ目が先ほどの資産課税です。いろいろな議論があるとは思いますが、いきなり資産課税にいくかどうかは別にして、私が先ほど申し上げた死亡消費税なども一例として挙げるができます。

ピケティの議論から想起されるのは、ロンドンの中心地区は4つのファミリーが実質的に所有しているとか、フランスの主要な不動産を100のファミリーが独占しているとか、親が非常にたくさん資産を持っていたらそこに生まれた子供は楽ができるけれども、普通の人はなかなか浮かばれないといった話をします。

これは彼が描いたヨーロッパ型の格差の問題ですが、日本は必ずしもそうなのではない。ということは、欧州やアメリカに比べると厳しい相続課税が、恐らく結果としてみると、分配を平等化してきたという話になってくるのでしょうか。日本の債務が多くて、赤字が垂れ流されていて、将来歳出がまた増えていくということを考えると、富裕層に対する課税といった部分も多分必要になってくるかもしれない。

ここまでの話が、どこまで医療や社会保障改革に関係があるかどうか分かりませんが、申し上げたいことは、日本の財政問題は冒頭に申し上げたように、非常に複雑な3つの問題に同時に対処しなければならないということですから、そこを戦略的にやっていくためには、それくらいの大胆な改革が求められているということだろうと思います。

情報システムの革新が 医療改革の有力な手段に

最後に技術革新について申し上げておきたいと思います。皆さんご存じの通り、ものすごい勢いで情報システムの革新が起きています。ひとつ参考の数字を挙げますと、今、世界全体でコンピュータのサーバーに使っている電力量がどのくらいあるかご存じでしょうか。実は日本国内で利用している全ての電力利用量よりも多いんです。日本国内の電力利用量は、サーバーだけでなく、民生から産業から交通まで全部含めてです。ですから、そのくらいたくさんコンピュータのサーバーで情報を扱っている。この意味するところは、とにかく膨大な情報処理が行われていて、しかもそれがものすごい勢いで増大しているということです。

情報処理の量が増えているのは、最近のIOT

と呼ばれている現象が要因です。インターネット・オブ・シングスと呼ばれる現象ですね。通常の情報処理というのは、例えば、グーグルやFacebook、あるいはアップルなどでは、人間がつくったデータベースや情報をやりとりしています。グーグルは人間がつくったホームページを検索する仕組みですし、アップルは人間がつくった音声や映像のソフトウェアをやりとりする。Facebookは人間がつくった写真、自分の情報をやりとりする仕組みです。

ところが、IOTというのは、人間がつくった情報がやりとりされるのではなくて、センサーが集めた情報、どんどん膨れ上がっていく機械が集めた情報を分析、あるいはやりとりしているわけです。センサーは例えばこの携帯電話に内蔵されていて、人間が動けば、その移動情報が全部情報となって生まれてきます。いまや、普通の自動車に搭載されているナビよりも、グーグルマップのナビの仕組みの方がよほど細い道まで渋滞情報を表示します。それはこのセンサーが動いていて、情報が全て集められているからです。

医療の世界で言うと、電子カルテや電子レセプト、その他さまざまなものがありますが、これらも情報を処理してつくっているわけではなくて、自動的に情報がどんどん集まってくるわけです。映像についても同じことが言えると思います。

世の中の流れを見ていると、このIOTで情報がつくられているということがいろんなことを変えようとしている。これは今後、恐らく医療の世界でも非常に重要な鍵になってくるだろうと思います。もちろん、旧来のさまざまな制度だとか、制約だとかになると、ここを置き換えるのは難しい部分はあるのだろうと思いますが、しかしこういう大きな流れというものが、医療の質を下げない中でコストを下げていくというようなところで非常に有力な手段になってくるだろうと思います。2年か3年後にすぐに成果が出てくるというものではありませんけれども、非常に大きな成果が今後期待できるのではないかと思います。

医療改革における 戦略的な議論の必要性

最後に、結論だけでもう一回繰り返してまとめに入りたいと思います。財政問題というものが非常に厳しい状況にある中で、その本丸は社会保障の問題であると。したがって、財政と社会保障とマクロ経済をセットで考えていくことが重要であると申し上げました。

そのうえで次に申し上げたのは、財政問題というものは、巨大な債務にどう対応していくのか、足元で毎年出血している赤字にどう対応していくのか、そしてこれから5年、10年先、このままでいくと急速に伸びていくと考えられる社会保障費に対してどういう手を打つのかという、少なくとも3つの問題について戦略的にきちんと議論して対応していく必要があるということ。

その際に最も重要なのは時間軸の問題である。つまり、今年何をやるのか。あるいは次の診療報酬改定で何をやるのか、あるいは2020年までにプライマリーバランスの黒字化をもたらすためには何が必要なのかという話と、先ほどからの議論にあります2025年、あるいはその先を見越したときにやっておかなければいけないことは何だろうかという話を両方とも議論すると同時に、その違いをしっかりと意識しながら議論しなければならないということ。

そして最後に経済学者として申し上げたかったのは、改革には全て戦略というものが必要であり、どのような戦略で改革をしていくのかについて、本日はトレードオフとかイノベーションといった観点でお話をさせていただきました。医療改革についても、医療の質を下げずに、この厳しい財政状況に適応させるためにはどういう戦略が必要なのかということを、このような場で引き続き議論させていただけたらと思います。お話しできなかったことは、またこの後のパネルでお話しさせていただきたいと思います。

どうもご清聴ありがとうございました。

講演Ⅲ

「分かち合い」としての
社会保障

地方財政審議会会長 神野 直彦



演者紹介

中川 続きまして、地方財政審議会会長の神野直彦先生です。神野先生は1969年東京大学経済学部経済学科を卒業された後、東京大学大学院経済学研究科に進学され、その後大阪市立大学経済学部助教授、東京大学経済学部教授、東京大学経済学部長および大学院経済学研究科長を経て、2009年に東京大学を定年退職され、現在東京大学名誉教授、地方財政審議会会長を務めておられます。また、政府の社会保障制度改革国民会議の委員のほか、政府の重要会議の委員も多く務められています。ご専門は財政学、地方財政論です。本日の演題は、「分かち合い」としての社会保障です。それでは神野先生よろしくお願いします。

神野 ご紹介に預かりました神野でございます。よろしくお願いいたします。横倉会長はじめ副会長、さらに医師会ご関連の皆様方には、私のような者をこのような席にお招きいただきましたことを、深く感謝を申し上げる次第でございます。

初めに謝っておかなければいけないことがございます。私は長い間、網膜剥離を患っておりますので、一切文明の利器、パソコンその他使いません。古い

ままのレジュメでお話をさせていただくということと、網膜剥離に起因する白内障がひどく進んだものですから、メガネを使ってもよく見えないという状態ですので、適切な講演ができるかどうか自信のない次第でございます。どうかお許しいただければと思います。

私の理解が正しければ、医師の説明によると、普通の人は20歳ごろまで近眼が進むが、その後は、近眼は止まって反転するはずが、ずっと近眼が進み、目がせりだして加齢によって網膜剥離したということのようです。剥離をすれば当然失明しますので、私の経験から皆さんにお伝えできるとすれば、近視眼的な物事の見方をされていて目先だけの利益を追っていると、待っているのは暗黒だけだ、というメッセージでございます。

さて、**図表1**をご覧ください。第二次世界大戦中にケルンの地下壕に書かれていた落書きを記しておきました。「わたしは日が照っていないときでも太陽の存在を信じます 愛を感じることができなくても愛の存在を信じます」などという言葉が書いてありました。この言葉を噛みしめながら、今日お話しするテーマは「『分かち合い』としての社会保障」ということでございます。

「分かち合い」ということは、後で詳しくご説明させていただきますが、協力原理と言えます。家族や共同体が持っている協力原理とは、お互い

■ 図表 1

わたしは日が照っていないときでも
 太陽の存在を信じます
 愛を感じることができなくても
 愛の存在を信じます
 神が沈黙しているときでも
 神の存在を信じます

第二次大戦で爆撃された
 ケルンの地下室にしるされた言葉

に協力しあって生きていくという原理です。これは人間が利己的か利他的かという議論とは無関係です。協力原理が成り立つためには、誰かが不幸になると自分も不幸になる、自分が幸福になれば他の人も幸福になるという関係がインプットされているということを意味します。逆に競争原理は誰かが成功すれば自分は失敗し、自分が成功すれば他者は失敗するという関係で、こういう関係を組み込まれると競争原理が働く。つまり、協力原理が働いているということは、人間が利己的だとか利他的だとかいう議論を超越しているということです。もう少し言えば、利他的行為の相互遂行と理解していただいても構いません。

以前に私は、医師会で医療について学ばせていただきましたが、最近は医療から離れておりまして、社会保障制度審議会では年金部会の責任者を長くやらされております。このため、医療そのものについて焦点をあててお話しすることが困難ですので、社会保障という少し広い演題にさせていただきました。

社会保障制度を支える 社会的な基盤が崩れ始めている

いずれの先進諸国でも今日、第二次世界大戦後に形成した社会保障制度がぐらついております。武見先生のご指摘は非常に適切です。第二次世界大戦後には日本だけではなく先進諸国が高度成長いたしました。これは「黄金の30年」と言われる高度経済成長の時代だった。この時代は、「経

済成長と所得再分配の幸せな結婚の時代」というふうに言われておりまして、いずれの国でも所得再分配をすればするほど経済成長をするし、経済成長すれば所得が平等になる、この相互関係を認めていた。政策もそういうふうに打たれていた時代があったということです。

現在、社会保障が動揺しているのはなぜか。これは「黄金の30年」が終わって、経済成長が停滞し、とりわけ賃金率が停滞し始めたということが大きい。賃金の伸びが止まりますと、社会保障負担というのは大体いずれの国も賃金を基にしておりますから、社会保障制度そのものが運営困難になるということです。

もうひとつは人口構造が変わった。賃金率が停滞したうえに、日本のように少子高齢化で人口構造が大きく変わりました。ただ、私のように年金に長く携わっていると、3番目の要因が決定的なのではないかと感じます。

それは、社会保障制度は家族あるいは共同体と言ってもいいですが、この共同体の分かち合い、つまり世代間連帯を社会化した制度であるということが忘れられ始めたのではないかとということです。社会保障制度を支える社会的な基盤が崩れ始めたということが、最も大きな原因なのではないかと思います。

私たちは家族の中で、世代間の連帯、つまり、労働能力を失えば扶養していくし、労働力の無い子供は扶養していくということを前提に、人間としての命の絆を保っております。この家族内の連帯、家族の持っている機能というものは、市場経

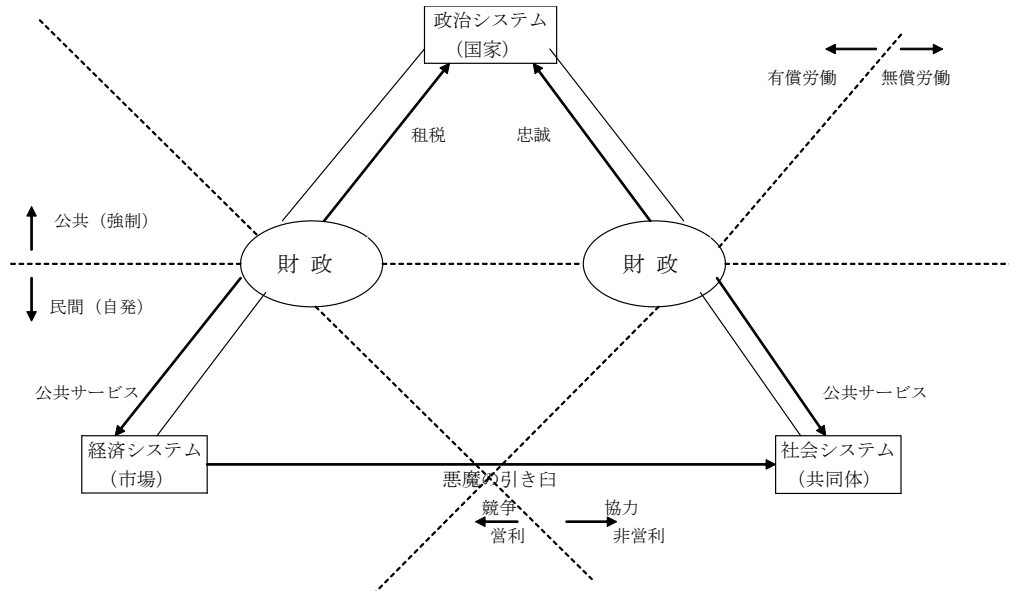
図表 2

1. 社会保障を財政学で考える

(1) 経済学の二つのパラダイム

新古典派
 財政学 → 制度主義

(2) 三位一体が三角形となる市場社会



1

済が大きくなっていくにしたがって、逆にどんどん小さくなっていきます。

家族の誰もが外に働きに出なければならなくなったりすることによって、家族の連帯機能が小さくなっていく。だから、それを社会化したものが社会保障であるということを忘れ始めると、世代間の損得感情を煽られ、すぐに動揺していく。

私は年金部会長を仰せつかっていて、100年先を予測しろと言われて、100年間の財政検証をやったわけです。利回りが高すぎるだのいろいろなことを指摘されて、結局、制度が機能しなくなると批判される。では年金制度をやめるのでしょうかと聞くと、違うと言う。ではどうすればいいんですかと尋ねると、今の日本では何でも出生率ですので、解決するための秘訣は出生率を上げることだ、となる。

私などのように、子供は愛の結晶だと教わってきた古い世代には、これから生まれてくる子供たちはかわいそうだなと思います。お前は愛の結晶で生まれてきたんじゃないんだよ、年金を維持す

るために生まれてきたんだよ、それではあまりにも悲しいと思います。

本日、私はそういう観点から社会保障を捉えてお話をしようと思います。図表 2 で、社会保障を財政学で考えると書いておきましたけれども、私は先ほどの伊藤先生のように経済学の主流派ではなく、異端ですので、異端の経済学の立場から、非常識なお話をさせていただきます。

経済・社会・政治システムの三角形からなる市場社会

経済学は、当然ですが、経済的な危機があると新しい経済学のパラダイムが必ず生まれてまいります。人間というものは危機に陥ると、必ず自分たちでそれをどうにかクリアしようという方法を考えるからです。

1873年にウィーンの株式市場が暴落した後、23年間にわたってデフレ現象が世界を覆います。これはグレート・デプレッションという大不況でした。この大不況のもとで2つの経済学が誕生し、

新しいパラダイムが2つ登場してきました。

ひとつは新古典派、もうひとつはドイツで生まれた財政学です。私はドイツで誕生した財政学を学んできたわけです。19世紀後半の大不況の中で新古典派、つまり限界革命のもとに新古典派が誕生し、他方でドイツで財政学が誕生いたします。そうするとドイツの財政学を学びに、世界各国から知識人が集まります。

アメリカからは後にアメリカ経済学会の会長になったイーリー、セリグマンやアダムスという人たちがハイデルベルク大学をはじめとするドイツの大学に学んで、この財政学をアメリカに持ち帰ります。そして生まれたのがアメリカの制度主義です。コモنزとかヴェブレンなどによって代表される制度主義です。私が尊敬して長くご指導いただいた宇沢弘文先生は、制度主義の経済学から新しい経済学をつくり出そうと葛藤をした方なのですが、私はこの考え方に基づいています。

財政学は基本的には、国民経済というものは、市場経済と財政というまったく違う原理で動く2つの経済が車の両輪となって回転しなければ、うまく機能しない、そのような考え方に立っています。この考え方を少し整理しながら、私なりにまとめたのが図表2で、「(2) 三位一体が三角形となる市場社会」と書いたところです。つまり、私たちの人間社会はもともと共同体しかなかった。それが市場社会になると、共同体が分離して、経済システムと社会システムと政治システムの3つに分かれてしまった。つまり、三位一体だったものが三角形になる。

経済システムとは生産の場と考えていただいて構いません。市場社会とそれ以前の社会とは何が違うのか。物を取引する市場というものは、人類の歴史とともに古くからありましたが、市場経済で特色的なのは、生産を市場原理に基づいて行うということです。土地・労働・資本というものを取引する要素市場ができる。日本で言えば、明治以前には要素市場はありませんので、明治以降要素市場ができて、市場に任されて生産が行われる。

その半面、生活のほうは依然として共同体に任されている。生活の場と生産の場が分離している、

これが市場社会です。江戸時代だと農家は生活機能も生産機能も持っています。明治時代になって初めて生産機能と生活機能が分離して、生活の場から生産の場に、労働市場のほうに働きに行くということが分離されていきます。それを今度は民主主義でもって統合していく、つまり政治システムが出来上がるわけです。

経済システム、社会システム、政治システム、この3つの場所全てに国民は登場してきます。まず私たちは家族をなして生活を行うことで社会システムに登場しますが、生産の場に働きに行つて経済システムに登場する。それから民主主義というのは、「民：統治されるもの」が「主：統治するもの」になる。デモクラシーとは、民衆（デモス）が権力（クラシー）を持っているということです。政治システムには国民は統治者であると同時に被統治者として登場します。

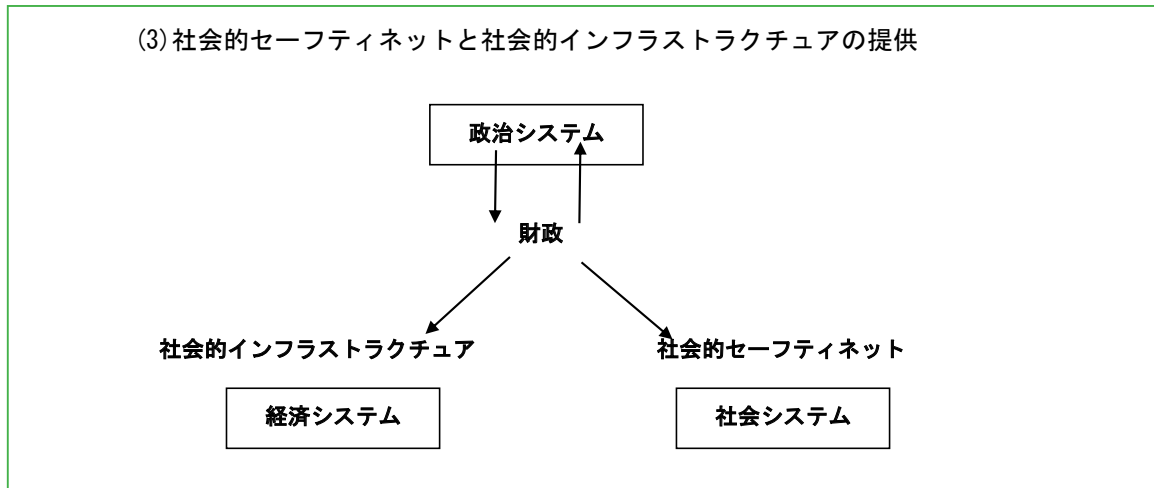
この三角形の中で、私たち人間は3つの動機をもって動いています。ひとつは経済システムで行われる利害、損得という動機、モチベーションです。家族の中では、普通は愛情、分かち合いの原理をもって動いているはずですが。政治システムにおいては、社会を統合していくときの動機は正義です。財政学では必ず租税と公平性、正義を考えますので、正義が人々を動かす動機になると考えます。

財政学は、人間を社会に 埋め込まれたものと理解する

財政という経済を通じて、政治システムは社会全体を統合していきます（図表3）。どのように統合するかというと、経済システムに対しては経済システムが動く前提条件を整備します。これを我々はインフラストラクチャーと呼んでいます。所有権を設定することから始まりますが、度量衡の統一であったり、重化学工業の時代になれば、全国的な交通網やエネルギー網など経済活動が行われていくための前提条件を整備する。

社会システムに対しては、社会保障つまり社会的セーフティネット、安全のネットを張ります。生活が困難になったときに、サーカスの空中ブラ

■ 図表 3



ンコや綱渡りのような安全のネットを張っておく。これが社会保障です。

この経済システムと社会システム、政治システムとの関係が一定の時代では同じようなものが続きます。しかし、この関係が崩れてくる危機の時代になると、新たに再編成しなおさなければならないということです。

19世紀後半の経済的な危機の時代には、ドイツの鉄血宰相ビスマルクが、社会的なインフラストラクチャーとしては、これからは軽工業ではなくて重化学工業の時代だからというので、全国的な交通網やエネルギー網を整備しました。そのうえで重化学工業が展開してくるのを待った。

ビスマルクはさらに社会的な安全のネットをつくり直している。救貧法のように貧困に陥った段階で救済するのではなく、そもそも生活が破綻に陥らないように予防のための安全のネットを張った。ドイツ財政学の思想を背景としながら、世界で初めて社会保険をつくるわけです。

図表 4 では「2. 歴史の『峠』としての『危機』」と書きました。いま申し上げたように3つのサブシステム、政治・経済・社会の関係は、市場機能が大きくなってきたりすると社会が壊されていくので、それに対して社会統合を果たすために財政が介入していくことになります。

そのような相互関係が崩れていく時代を私たちは危機と呼んでいる。危機は中国語でウエイチー、英語でクライシスです。ウエイチーは危うく変化

するという意味、クライシスというのは分かれ道という意味です。お医者さんが「今晚が患者さんの病の峠です」という場合の峠という状態がクライシスに当たるんだろうと思います。つまり病の峠であると同時に、それは人間の歴史にとっての峠なんですね。破局か肯定的な解決かの分かれ道、これがクライシスです。

そういうクライシスの時代にビスマルクは社会的なインフラストラクチャーを整備すると同時に、安全のネットを整備していった。これが社会保険三法という法律であります。1883年に施行した疾病保険は初めての医療保険です。それから84年には労災、さらに89年には年金を制度化しました。

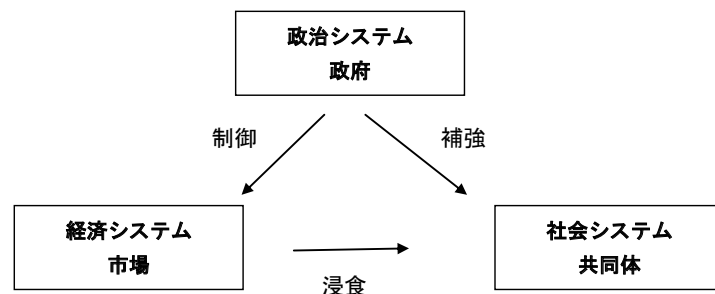
財政学が、アダム・スミスに始まった古典派経済学に対して強調する違いは、その人間観です。古典派の経済学における人間は孤立したホモ・エコノミクスだという考え方ではなく、社会に埋め込まれている存在だと理解します。古典派が政府は小さいほどよく、政府は必要悪であると考えているのに対して、ドイツ財政学は大きな政府を好ましいと考える。伊藤博文が学んだシュタインという財政学者は、「政府は大きければ大きいほどよき政府だ」と言っております。

その思想に基づいた福祉国家、第二次世界大戦後にできた福祉国家がいよいよ行き詰まり始めたのが、石油ショックのあたりからです。その際に取られた大きな戦略とは、政府を小さくしていこ

図表 4

2. 歴史の「峠」としての「危機」

- (1) 三つのサブ・システムの相補関係が崩れる「危機」
- (2) 財政学を背後理念として社会保障の誕生
 - 1883年 疾病保険法
 - 1884年 労働者災害補償保険法
 - 1889年 障害老齢保険法
- (3) 「政府縮小—市場拡大 (less state—more market)」戦略から
「市場抑制—社会拡大 (less market—more society)」戦略へ



う、そして市場を拡大していこうといったものだったと思います。それに対して私どもの考え方からいうと、むしろ市場を抑制して、社会を拡大していくモア・ソサエティーの戦略を重視します。元に戻したって同じことだ、社会問題が起きて、財政学が出てきて社会保険を整備したのと同じことを再びやらざるをえないだろう、と考えているからです。

スウェーデンの社会サービスは「悲しみの分かち合い」

そこでもう一度、共同体が持っていた分かち合いの原理、協力し合う原理というものを復活させるような社会全体の仕組みを考えていくべきだろう。私が長年観察しているスウェーデンでは、医療・教育・福祉といった社会サービスのことを「オムソーリ」と呼んでいます（図表5）。オムソーリの本来の意味は、悲しみの分かち合いです。医療も福祉も、さらには教育も、悲しみの分かち合いであると考えます。

1932年世界大恐慌が起きた中で、スウェーデンではハンソンという人が首相になるわけですが、このハンソン首相が提唱した「国民の家」と

いう構想がスウェーデンモデルです。国民の家とは、国家は家族のように、社会システムのように組織化されなければならないという考え方です。

家族の中では、たとえその人に障害があったとしても、家族に貢献したい、自分の役割を果たしたいと思っている。それと同じように、全ての国民は他の国民のために貢献したいと痛切に願っている。失業という事態はそうした国民の切なる願いを打ち砕くものであるから克服されなければならない。これがスウェーデンモデルの国民の家が持つビジョンです。

この分かち合いを支えるのは仲間意識です。仲間とはラテン語のソシアスで、これがソサエティーの語源ですから、社会とは仲間という意味です。仲間意識とは、「お互いに誰もが不幸にならないことを願い、お互いに誰もが幸福になることを願い合っている」という確信です。

家族の中にはこういう確信があるはずですが、家族の中では、「誰もが誰もに対して不幸にならないでほしい、幸福になってほしい」というふうに願い合っている、そういう確信がある。だからこそ、子供の将来の進路を巡って親と子が激論しても、子供は「あんな古いことを言っているけれど

図表 5

3. 「分かち合い (omsorg)」としての協力原理

(1) 医療、教育、福祉という社会サービス＝オムソーリ⇒悲しみの「分かち合い」

(2) 「分かち合い」を支える「仲間意識」

「仲間意識」

＝「互いに誰もが不幸にならないことを願い、
互いに誰もが幸福になることを願い合っている」という確信

民主主義を支える「親和的対立」と「親和的論争」

＝「仲間意識」を基盤にした対立と論争

「仲間意識」＝「安心」

(3) 社会保障動揺の原因

経済成長の鈍化、人口構造の変化よりも「分かち合い」という「仲間意識」の喪失

も、父は自分が不幸にならないことを願って言ってくれているのだ」という確信があるから、思いの丈の議論ができる。これが民主主義を支えます。

民主主義を支える「親和的対立」と「親和的論争」。これは仲間意識を基盤にして、対立があったとしても親和的なものであって、論争が行われたとしてもそれは親和的な論争なんです。それにより言論がうまく機能し、民主主義が機能する。しかも仲間意識が存在する。いつも自分のことを社会全体は不幸にならないでほしいと願い合っているという確信が、実は人間の心に安心をもたらしているのです。

産業構造の変化で共同体におけるサービスの担い手が不在に

さて、最初に申し上げたように、社会保障の動揺の原因というものは、経済成長の鈍化や人口構造の変化よりも、分かち合いという仲間意識、社会保障を支えているのは何かということを忘れ始めた、このことが大きいのではないかと思います。

オムソーリの医療も教育も福祉も、家族や共同体の中でお互いの助け合いとして行い合っていたものです。ところが、教育と医療は早い時期から専門家に委ねられます。それ以前は社会が担っていたことは明らかです。弘法大師を考えていただ

ければわかります。弘法大師はお医者さんでしたから、医療活動も行い、教育活動も行い、福祉活動も行っていた。そうしたもののうち、医療と教育は早くから専門家集団に委ねられていきますが、しかしそれはあくまでも共同作業によって成り立つということを忘れてはなりません。

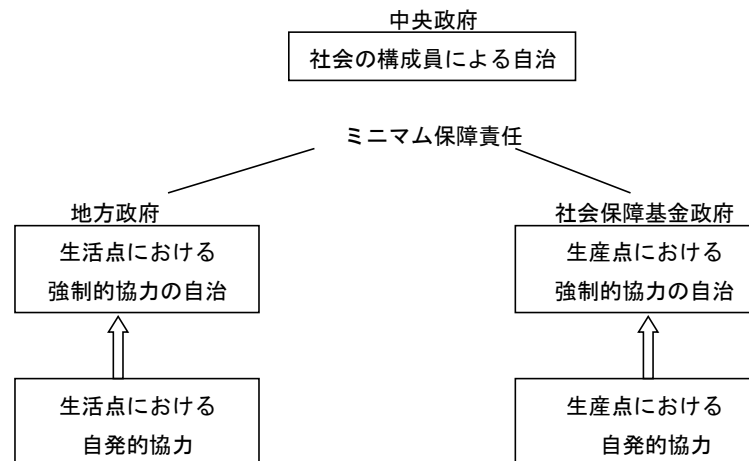
つまり、医療行為というものは、医師と患者の共同作業による癒しである。スウェーデンでは医療行為は3つの癒しであると言います。肉体の癒し、心の癒し、社会の痛みの癒し。です。これには患者も参加しなければならない。患者と医師が共同作業によって医療行為は行われている。教育も同じことです。学ぶものと教えるものとの共同作業によって、教育は行われるはず。市場化が進み、音楽というものはCDなどで聞くことが一般的になっています。しかし本来の音楽、例えばオーケストラの演奏は、社会の中で行われるものであり、ヨーロッパに行けば市町村が交響楽団を持っている。音楽は演奏者と聴衆が一緒につくり上げているわけです。

医療もそうであるはず。患者も医師に協力し、お互いで共同作業を行っていく。そうした医師と患者との共同作業を社会の構成員全体が支えていく。これが医療のはず。したがって、よく問題になる説明責任には、まず患者への説明責任、それから社会の構成員に対する説明責任、同

図表 6

4. 協力原理で社会保障を張り替える

- (1) 現金給付による生活保障からサービス給付による参加保障にシフトさせる
⇒社会的セーフティネットを社会的トランポリンへ
- (2) ヴィジョンとしての三つの政府体系



時に同僚への説明責任があるということを忘れてはいけません。専門家に対する説明責任です。

この3つの説明責任というものが、医療行為の中で行われなければならない。このように医療を理解したうえで、医療を再び社会保障の基軸として再編成する必要がある。重化学工業の時代が終わり、脱工業社会、サービスや知識集約型産業が主流になっていく時代にふさわしいように作り変えなければならない。

これまでの重化学工業は同質の筋肉労働を大量に必要としたので、主として男性が働きに出る。軽工業の時代は男性は働きに行っていない。日本では1929年の世界恐慌以前、製糸と綿織で働いているのは、みんな女工さんでした。

ところが重化学工業になると男性が働きに出て、家族内では女性が無償労働で家族の生活を支えるようになる。このような家族を前提にしているので、正当な理由で賃金を失ったときにその賃金を保障する生活保障制度ができる。病で賃金を失う、年老いて働けなくなる、失業したという正当な理由で賃金を失ったときに現金を給付してこれを支える。

ところが、いまやそういう時代ではなくなってきた。産業構造が変わって女性も社会的に市場に進出するようになってくると、家庭はもぬけの殻になる。医療や介護、さまざまなものを含めて担い手がなくなった。そこをつくり直さなければならない。

新たな社会保障のビジョンとしての3つの政府

図表6に示したように、重化学工業社会の時代には現金給付の社会保障だった。生活保護と社会保険でやってきたものをサービス給付、医療・介護・教育などのサービス給付に張り替えなければならない時代になってきました。

簡単にいうと、上から落ちこちてくる人のために安全なネットを張ってありますよ、ということだけでなく、その安全のネットで跳ね返してもう一度元の場所に戻す、そうしたトランポリン方式に安全のネットを強化しなければならない時代にきている。そうしなければ歴史の転換点は乗り切れない。そのときに社会保障のそもそもの原点をきちんと理解しておかなければならない。

医療でも介護でも、今問題になっているのは、租税とは何か、社会保険とは何かということです。ここがきちんと整理されていないので、両方ともずるずると出ていってまうということになってしまふ。

租税とは何か。市場社会の政府は何も財産を持っていない無産国家ですから、生産要素を所有している国民が生み出す所得から税金を取らなければならない。

租税という貨幣の流れは、3つの条件を必要としています。ひとつは強制性です。市場社会の貨幣の流れとしては例外的です。市場社会では市場で物を買う場合などは自発的にお金が流れるわけですが、租税は強制的に取り上げられる。もうひとつは無償性です。市場では反対給付によってお金が流れますが、租税にはなんの対価もなく、反対給付の請求権がない。税金を払ったから何か公共サービスを提供してくれとは言えない。それが言える場合には租税とは言いません。お金を払ったので、戸籍・住民票を出してくださいというのは手数料、施設利用で支払うのは使用料ですから、これらは租税ではない。

さらにもうひとつの条件として収入性。収入を目的にしていなければ、強制的に何の対価もなく徴収されたとしても租税とは言わない。交通違反の罰金、科料と言いますが、あれは強制的に何の対価もなく取られています、収入を目的としていないので租税とは言いません。

さて次は保険料です。つまり保険とは何か。保険といえども、パブリックファイナンスは公的なものなので社会の構成員を誰も排除してはいけません。したがって、民間保険と社会保険とは決定的に違います。

保険というのは、民間保険でもそうですが、対価原則にならないんです。市場の経済は対価原則だとお話ししましたが、それに対して財政は等価原則です。全体の負担と全体の給付がイコールになるんです。1対1で結びつけてはいけないんです。対価で結びつけてはいけないというのが財政の根本原則です。

そうなってくると、保険というのは、そもそも

1対1ではないですね。火災保険をかけていたが、ずっと火事にあわなかったから給付してもらえなかったとか、私的な医療保険をかけて最後まで病気をしなかったら、保険料は支払うけれども対価がありません。そうすると私的な市場原理は対価原則なので成り立ちません。

成り立たないのでどうするか。等価原則で運営される保険を、対価原則にのせるために何をしているのか。リスクに応じて負担を決めています。それが保険計算です。リスクの高い人には高い保険料を、リスクの低い人には低い保険料を設定することによって、市場原理に乗せているのです。

社会保険はそうではないです。ここを間違えると、介護保険などに入りつつあるんですが、リスクに応じた負担を入れ始めようとする。これは私に言わせると混同です。つまり、保険という同じ言葉を使っているけど、社会保険というものは私的保険とはまったく違うものだということです。

社会保険の場合でも社会の構成員の誰をも排除しませんが、先ほど言った強制性と無償性のうち、無償性に若干手を加えています。つまり、保険料を払っていない場合には給付は受けられないというのがそもそも原則なんです。原理的には、保険料を払わないとももらえないとしているので、無償性のところを若干修正しているのです。その代わりに、強制加入で全員入らなくちゃいけないということでどうにか担保しようとしている。これが、保険料という考え方になるわけです。

したがって、**図表6**に書いたように、社会保障のビジョンというのは、政府を3つに分割してしまえばいいと私は考えている。

ひとつは地方自治体。生活点、生活をする場において人間は必ず協力しますから。これは群居性を持つホモサピエンスという種としての本能といってもいいぐらいです。生活点において自発的な協力をする、この自発的な協力を強制的な協力に置き換えているのが地方自治体です。したがって、地方自治体は、ヨーロッパでいえば教会税をとって医療サービスを提供したり、保育のサービスを提供したりする。

それから社会保障基金。これが政府であるとい

う自覚はありませんけれども、ヨーロッパのドイツやフランスでは社会保障基金の制度の代表者たちを、ちゃんと選挙で選んでいる。社会保障基金というのは、生産点、生産する場において、労働者が自発的な協力をして、組合活動をしながらお互いに助け合ってきた。失業して賃金を失ったら失業保険で支えるというような共済活動を作り直したようなものが社会保障基金制度です。

そのうえで、それぞれの地方自治体や社会保障基金政府が、国民として最低限必要なミニマムを保障できないような状態に陥った場合に中央政府がそれを補強していく、というふうに3つに切り替えたらどうかということです。

スウェーデンの中学校教科書に見る 介護の実例

こういう形態が完璧にいつているスウェーデンの例です。図表7をご覧ください。これはスウェーデンの中学校の教科書から引用しています。介護の例をひいています。

コーリンさんの介護の例が紹介されています。「私は、仕事の休暇をとって、お祖母さんのお世話をする権利を使っているところです。私の収入は、社会保険事務所からのこれまでの給料にみあった保障金。これを『お祖母さんのお金』って言っています。お祖母さんにも私にも、これはありがたいです」と。この介護は社会保険でやっているわけですね。社会保険というのは、正当な理由で賃金を失ったときにその賃金を保障するものですから、お祖母さんの世話や両親の世話の介護のために仕事を休んだら、その賃金は社会保険として保障される。育児なども同様です。

次の例です。図表8を見ていただければ、「私は自分の家で、いろいろな自分の持ち物や思い出に囲まれて、快適に暮らしています。自分でできることは、もう多くはありません。けれども、私の介護をしてくれている職員さんは親切で有能ですし、安全ベルもあるので、自宅に住み続けることができます。それは幸せなことです」。安全ベルというのは、電話のある場所まで行かなくても電話で話をするができるようになる道具のこと

とです。

それから「私は、ここで気持ち良く暮らしています。部屋は一つだけでも、キッチンも付いていますし、綺麗ですし、昔の家から運んだ、私にとって大切な物を置く場所もありますから。シャワーもトイレも付いています。私は、そうしたいときにはよく友達と往き来しています。職員のみなさんは、まるで最高のホテルのように、いつもきちんとして下さるのですよ」。これは施設サービスですが、このサービスの提供は地方自治体が責任を持たなければいけません。私的な株式会社が提供しようと、組合が提供しようと、どこが提供しても構わないんですが、責任は全部地方自治体が持ちます。

医療は悲しみの「分かち合い」か、 欲望の「奪い合い」か

結論に入ります。図表9のように、医療は悲しみの分かち合いなのか、それとも欲望の奪い合いなのか、まずここから考えなければなりません。

人間が満たされなければいけない欲求には、欠けてはならないものとしてのニーズと、ニーズを超えて膨れ上がっていく欲望があります。欲望は市場原理に任せて構いません。市場原理に任せると購買力に応じて配られるわけですね。お金持ちはたくさん買える、貧しい人は買えない。

医療はそれでいいものなのか。家族の中で赤ちゃんに対して、お前は何にも貢献しないから働かないから食うべからずと言うのか。そうではなく、同じ家族なんだから最低限の生活を保障するようにしていくものなのか。つまり、悲しみの分かち合いなのか。まずこれを決めなければいけません。

医者は医療サービスの単なる供給者ではなく、患者は単なる需要者ではありません。医療が悲しみの分かち合いだとしたら、購買力に応じて分配されるのではなく、協力原理で全ての社会の構成員が負担し合っていく。そして、先ほど申し上げたように医者と患者との共同作業によって生産されるものですから、医者と患者で悲しみを分かち合う、つまり癒しの共同体を形成するということ

図表 7

(3) 社会保険と租税

第5章 ● 私たちの社会保障

を選ぶことができます。

- 老人ホーム（食事付きセルヴィスヒュース）。
- 病院の長期療養部門。^{★63}

老齢化は年金者になったときから始まるのではなく、
私たちが生まれたときから始まるのだ。
老齢化は人生を通じて進む
イヴァール・ロー＝ユーアンソン

何もかもが、うまく整えられているわけではありません。しばしば交代する訪問介護職員は、老人たちの不安を引き起こしています。老人ホームの一部では、その部屋は狭くて12平方メートルしかなく、個別のシャワーやトイレもなく、自分の品物はわずかしき持ち込めず、宿泊するお客を迎えることや、自分の食事を調理することは考えられません。長期療養部門では、個室に入っているのは5人のうち1人にすぎません。

●……西暦2000年の高齢者福祉

人口予測によれば、西暦2000年には年金者は増加し、80歳以上の高齢者も、援助を必要とする者も急激に増加するとしています。これは、高齢者福祉への要望が高まることを意味しています。つまり、多くの高い教育を受けた介護職員、多くのセルヴィスヒュース、近代的な老人ホーム等々です。西暦2000年には、高齢者たち自身がどこに住み、どう生きたいかを選ぶようになります。そうなれば、これらの写真に見られるように、誰れもが同じように満足した生活を送れるようになるのでしょうか？

今、私は、仕事の休暇をとって、お祖母さんのお世話をする権利を使っているところです。私の収入は、社会保険事務所からのこれまでの給料にみあった保障金。これを「お祖母さんのお金」って言っています。お祖母さんにも私にも、これはありがたいです。

（ヴェラ 82歳、コーリン 22歳 親族介護者）



図表 8

9. 老人になる



私は自分の家で、いろいろな自分の持ち物や思い出に囲まれて、快適に暮らしています。自分でできることは、もう多くはありません。けれども、私の介護をしてくれている職員さんは親切で有能ですし、安全ベルもあるので、自宅に住み続けることができます。それは幸せなことです。
(アクセル 82歳 自宅居住)

私は、ここで気持ち良く暮らしています。部屋は一つだけでも、キッチンも付いていますし、綺麗ですし、昔の家から運んだ、私にとって大切な物を置く場所もありますから。シャワーもトイレも付いています。私は、そうしたいときにはよく友達と往き来しています。職員のみなさんは、まるで最高のホテルのように、いつもきちんとして下さるのですよ。
(リンネア 82歳 老人ホーム居住)



出所：『あなた自身の社会 - スウェーデンの中学教科書』, 新評論, 1997

■ 図表 9

5. 医療は悲しみの「分かち合い」か、欲望の「奪い合い」か

(1) 医療が欲望の「奪い合い」だとすれば、市場原理に委ねてよい。

● 医者は医療サービスの供給者で、患者は需要者となり購買力に応じて分配される。医療が悲しみの「分かち合い」だとすれば、協力原理ですべての社会の構成員が負担しあう。

しかも、医者と患者で悲しみの「分かち合う」、「癒しの共同体」を形成し、健康を取り戻す共同作業を行うことになる。

(2) 目的と結果を取り違えてはならない。

● 医療改革の目的は、社会の構成員で「悲しみを分かち合う」制度を創り出すことであって、医療費抑制は結果であっても目的ではない。

(3) 医療保険の事業所・職域・地域単位で分立した構造は解消されなければならない。

● 社会保険方式と税方式は純化する方向で整理する必要がある。

(4) 大数の法則からいっても、市町村という基礎自治体では医療保険は無理で、まずは道府県という広域自治体に移行すべきである。

● 分立構造の解消を目指しながら、保険の運営と医療サービスの提供責任を広域自治体に委ねていく方向を目指すべきであろう。

です。

次に目的と結果を取り違えてはいけないということです。医療の目的が悲しみを分かち合うことだとしたら、医療費抑制を求めるのは全くナンセンスです。これは目的でもなんでもありませんから。ニーズは埋められれば止まります。医療費はニーズを満たす限りは、膨れ上がりません。

私は今年インフルエンザにかかりました。吸引しなさいと薬を吸入させられて、1回やればもういいですからと言われました。これが欲望であれば、私は金に任せて、薬剤を買って吸いまくるはずですが、しかし実際はそうではない、治ったら打ちどまる。ニーズというのは欠けているところですから、満たされれば止まります。

社会の構成員が、どのようにすれば悲しみを分かち合うことができるのかという制度をつくるのが目的です。ニーズを満たした結果として医療費が抑制されることはあるかもしれませんが、しかしそれは目的ではないということです。

さて、そのような社会の構成員による共同行為であるということを考えていけば、現在の日本の医療保険は、事業所や職域、地域単位で分立した

構造になっている。これは解消すべきだということです。

現在は社会保険方式でやることになっていますが、社会保険か税かというのは私に言わせればあまり意味はありません。社会保険として社会保障基金政府の方に入れ込むのか、それとも税として自治体の方に入れ込むのかという程度の差であって、実際には医療はもはや社会保険という形態で埋め合わせるのは困難ではないかと私は思っています。

介護は今、実質的に税の方が多くなっていると思いますが、医療の場合も保険料よりも税の方がかなり急速に増えている。どういうときに税を使って、どういうときに保険を使うのかという原理をきちんと整理しないと、足らない分は税でということになるとずるずるといってしまいます。これはきちんと整理したうえでやっていくということだと思います。

そして、大数の法則からいっても、市町村という基礎自治体、最も小さな単位で医療保険をやるというのはそもそも無理があります。ご存じの通り、昭和13年、1938年に厚生省ができると同

時に、国民健康保険ができました。そのとき、市町村にさせた理由は、市町村の「隣保相扶の美風に委ねる」からなんです。しかも事実上は農民保険なのに、軍部の農民は国民だという主張のもとに国民健康保険になってしまったわけです。

医療に責任を持っているのは、世界のどの国を見ても、小さくても広域自治体です。ですから、保険者は市町村という基礎自治体から、まずは道府県という広域自治体に移行すべきです。分立構造の解消を目指しながら、保険と医療サービスの提供責任を広域自治体に委ねていく。

武見先生からお話があった今回の改革の意味

は、医療サービスの提供体制と医療保険の運営体制を明確にして、それを道府県という広域自治体に委ねたことだと思います。私の理解が正しければ、この方式はイタリアがとっていると思います。こうした改革を、私たちが次の新しい時代に足を踏み入れていく大きな第一歩として、今後とも改革をしていくことが重要だろうと思っています。

宇沢先生の影響を受けすぎて、前段が長すぎて重要なところが短くなる欠陥を受け継いでいるので、その点をお詫びしたうえで私の拙い話をここで終わらせていただきます。

どうもご清聴ありがとうございました。

パネルディスカッション

少子高齢時代を 乗り切れるか

医療・介護の挑戦



パネリスト

武見 敬三 (参議院議員)
伊藤 元重 (東京大学大学院経済学研究科教授)
神野 直彦 (地方財政審議会会長)
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)

石川 それではただいまから17時までの予定で、ご講演をたまわりました3人の先生方に日本医師会の横倉会長が加わりまして、パネルディスカッションを始めたいと思います。なお時間の都合で会場の皆様からの質問をお受けすることができませんのでご了承ください。よろしくお願いいたします。

先ほどまでの先生方のご講演を拝聴いたしまして、いろいろな点でご指摘があったわけですが、ここでディスカッションの口火を切るといことで、横倉会長からこれまでのご講演の感想も含めて、お考えをお聞かせいただきたいと思います。よろしくお願いします。

かかりつけ医を中心にした 長寿社会を目指す

横倉 本日、3人の先生方のお話をいただきまして、最も強く感じたことは、これまでの50年は、我々は大変良い時代に医療ができていたのだなあという思いであります。しかし、今後は大変な時代になってくる。変革期に差ししかかっているのだと思います。

武見先生が健康寿命の延伸についておっしゃい



■ 石川 広己（日本医師会常任理事）

ましたが、これについては我々も取り組まなければならないことだろうと思っております。医療のことばかりを考えて経済とは無縁であることができれば、こんなに医師冥利に尽きることはないと思いますが、実際は医療と経済とは切り離すことはできない。特に日本の現在の経済状況が1千兆円を超える国家債務がある中で、そしてまた人口が減っていく中で、医療というものをどう組み立てていくのかは大変に大きな課題になっております。

しかしながら、我々が国民の必要とする医療を提供できなければ、国民はやはり生活できません。ですから、国民の必要とする医療を提供するための財源の確保ということが重要になるわけです。その際に、どのように財源を確保していくかということをお考えをおかなければならないと思います。

現在、大雑把なくくりですが、総医療費の半分は人件費です。残りの半分の半分、つまり総医療費の4分の1は薬剤費や医療機材費。そして、残りの4分の1が建物の償還やさまざまな機器の償還、リース代などというような枠組みになっているわけです。これらの中で、節約できる部分があるのかどうかも考えておく必要があらうかと思ひます。

公的医療保険と私的医療保険の違いについてのお話も承りました。医療改革に向けた取り組みの中で、高齢社会に応じた提供体制をどう変えていくかを我々も取り組んでおりますが、それと同時に経済成長の観点からも多くの規制改革が言われています。規制改革の中には、やはり行すべき規制改革と行ってはいけなぬ規制改革があるということをしかり認識して取り組まなければいけなぬという思ひです。特にいわゆる混合診療と言われるものの中で、やってはいけなぬものは必ずあるわけですから、それらの規制についても常に考えておく必要があらうかと思ひます。

医療と介護を一体的に議論をしていく場合、介護保険はすでに相当に民間保険が入った混合介護

というような状況にあるわけですが、医療保険のほうはまだ混合医療という状況ではないわけですから、その部分において、どのように医療と介護の考え方をつくっていくかは非常に重要なひとつのテーマであると思っております。

私どもとしてはやはり、地域の医療や介護をしっかりとコーディネートする、お世話をする役目のかかりつけ医を中心としてやっていくべきだと思います。国民の健康をしっかりと指導して一緒になって健康な社会をつくっていく、健康寿命を延ばしていく。その主役は、やはりかかりつけ医だろうと思います。健康な時期から、かかりつけ医が力を発揮して、もし病気や障害になったときにはどういう医療が必要かというようなこともかかりつけ医が考えていく。そのような仕組みで明るい長寿社会をつくっていければ、という思いでございます。以上、感想も含めて初めの発言をしておきます。

中川 会長、ありがとうございました。予定としては、17時までこのディスカッションを続けて、時間通り終わりたいと思いますので、ご協力よろしく願いいたします。

まず大きなお話から確認させていただきたいと思います。伊藤先生が先ほど、政府の債務残高、イタリアはGDP比で125%で、日本はもう200%を超えるというお話がありました。率直に申し上げて、我々日本国民の1人として、財政破綻の危機感というものがあまりないわけです。そうは言っても、日本にはまだ力がある、底力があるんだと思いたいのですが、その辺のところを先生方、感想というか、ご意見をうかがえればと思います。まず、武見先生から。

財政の戦略と医療ニーズ、時間軸の調整が必要

武見 財政の危機がどの程度であるのかという問題は、判断の基準によってもずいぶん違いますし、また危機の程度によって、先ほどから話題に



■ 武見 敬三（参議院議員）

なっている戦略を組み立てる際の時間軸の設定も変わってくるわけです。今の財務省の危機意識とその戦略と時間軸からいくと、2020年までに少なくともこれ以上赤字が増えないようにするための歯止めとして、プライマリーバランスを確保できるようにしようということです。

この理屈は、理屈として私は理解しています。しかし他方において、神野先生のご指摘のように、医療というものは医師と患者の共同行為であり、健康を守るためのものである。そしてその中で確認されたニーズというものをしっかりと反映したサービスを提供できるように支援することが、社会保障での重要な役割のひとつだというふうに考えてみますと、財政の戦略と時間軸というものを前提としつつも、その時間軸の調整は当然あってしかるべきだと思います。まさにその見極めを、これから我々は政治の場でもしなければいけないことになるだろうと思います。

中川 ありがとうございます。伊藤先生、追加で何かございましたら。



■ 伊藤 元重（東京大学大学院経済学研究科教授）

財政運営で重要なのは、 どのような規律が働いているか

伊藤 財政運営を考えていくうえで非常に重要なのは、今この瞬間にどういう規律が働いているのか、あるいは働いていないのかということによって、かなりいろいろなものが変わってしまうという点です。ですから、2020年までにプライマリーバランスを黒字にしなければいけないということについて、その理念から検討を始めると当然さまざまな議論ができるんです。しかし、もしこの目標を外してしまえば、恐らく突然、財政に対していろいろなことが言われ出すと思います。公共事業を大きく減らしてきたから施設の老朽化が進んで大変だとか、日本の教育費は世界で最も支出が少ないがこんなことでいいのかとか、アジアが非常に不安定なので安全保障をしっかりとやらなければいけないのではないかなとか。もちろん、それぞれよくわかる議論なんですけれども。

そういう意味で言うと、財政の運営は非常に難しいと思うが、ある種の目標をきちんと掲げながらやっていかなければならないなと感じます。大学のゼミの運営でも、ちょっと管理を緩めると、とたんに学生の準備が悪くなってしまいます。非

常に複雑な社会のシステムの中でこれからの方向を考えていくときに、財政の健全化は単に財政がもつかもたないかという観点だけではなくて、どのような目標設定のもとにやっているのかということが非常に重要だと思っております。

中川 ありがとうございます。神野先生お願いします。

医療や教育は歳出削減よりも 租税負担増で

神野 プライマリーバランスを改善すること自体は、実はそれほど意味はないと思います。伊藤先生がおっしゃったように、プライマリーバランスは財政規律を守るひとつの指標というか基準であり、それを守るためにやるものだという考え方のほうが正しいのではないかと思います。

というのは、イタリアはプライマリーバランスはずっと黒字なんです。それが破綻していくわけです。イタリアとかギリシャとかという国々の財政破綻は、財政収支の赤字で起きているのではなく、経常収支が赤字、つまり国民経済全体として資金不足に陥っていたからです。財政は自転車操業で借りられれば問題ないのですが、借りることができなくなる、調達が困難になってしまう、誰も貸してくれないという状態に陥ったときに破綻するんです。

したがって、私は一貫して財政赤字はあまり気にする必要がないと言ってきたんです。ただ、最近は気にしなければいけないと思い始めてきた。それは、いまの経常収支の赤字状態が構造的に定着してしまう恐れがある。イタリアにしてもギリシャにしても、企業も家計も資金不足で、しかも財政も資金不足になって調達しようとして破綻したわけですね。日本はこれまでのところ、財政の不足を膨大な企業と家計の貯蓄超過でもってファイナンスできた。

それが困難になる日が刻々と近づいているので、伊藤さんがおっしゃったように、何かの指標



■ 横倉 義武（日本医師会会長）

で統制をとっていくということが必要だと思います。ただし、私は歳出を削減するよりも、医療サービスとか教育サービスというようなことを充実させるためにむしろ租税負担を上げていくという考えです。これは怒られるかもしれませんが、租税負担を上げていくということが正しい道ではないかというふうに思っております。

中川 ありがとうございます。会長、お願いいたします。

財政悪化の原因は、必要な税金を しっかり徴収していないから

横倉 財政悪化の原因は、結局必要な税金を取っていないからですね。日本は所得税にしても課税最低額を非常に高いところに置いているので、税金を払っていない、払う必要のない方がかなり多い。また法人税も、巨大な企業でさえ法人税をほとんど払っていない企業が相当あるんです。外形標準課税を実施するなどして税収を増やしていく、そういうことが政治の世界でなぜ言えないのかなという思いが非常に強いのです。武見さんはいじめても仕方がないのですが、もう少し必要な税金をしっかりと取ることが必要ではないか

なと思います。

日本の医療費は OECD（経済協力開発機構）平均にすれば、そう高いところにはありません。低いから上げろと言うだけでは通らない状況ではあるわけですが。そういうことで、節約もしなければいけない、そしてまた収入も増やさなければいけない、そういう状況なのかなと思います。

将来の安定財源を 確保するための方向性

武見 税金については、すでに三党合意で、賦課方式で消費税を 10% に引き上げて、消費税引き上げ分についてはこれを社会保障に充当するという大きな方針ができています。この租税に関わる財源の確保というのは、今後も恐らくは賦課方式でいくことが主流になっていくと思われます。ただし、今のこの時期から、例えば積立方式でこうした高齢者に関わるような財源を果たしてどれだけ確保できるかということを検討してみる価値はあるだろうと思います。

1980 年代の中ごろに老人保健法等が制定されて、財政調整が始まるわけですが、実はバブル崩壊の前の時点で、もう少し長期的な施策をきちんとつくっておいて、あの時点で積立方式で高齢者に関わる医療保険の財源を確保する方式をつくっておけば、賦課方式による財源確保というのがもう少し国民にとっても楽な形ですんだのではないか。正直なところ、私はそういうふうに考えておりまして、その点は日本の保険政策の反省点としてあるだろうと思います。

ただ、今後の財源としては、患者負担も 3 割にきていますからこれ以上、上げることはできません。残るは、保険料と税金です。税金は、恐らく賦課方式の消費税の引き上げを継続的に今後行うことになるでしょう。まずは 10% までの引き上げです。しかしこれも景気の回復をにらみながら、微妙なバランスをとって引き上げていくこととなりますから、そう簡単にいつも引き上げて



■ 中川 俊男（日本医師会副会長）

きるものではありません。

他方で保険料です。保険料は、残念ながら、我が国の医療保険制度の中では最も公平性が保たれていない。保険料の格差は国保の中だけでも3倍近くあります。今後、保険料の公平さをいかにして是正できるか、そして是正していく過程で雇用者保険と地域保険をどう一元化していくかです。今のような総報酬制の財政調整だけでは持続可能性というのは将来的に確保できませんから、保険の一元化を通じて保険料の公平性を確保していく中で、国民の皆さんに保険料を通じた負担を改めて求めるということもしていかなければならないだろうと思います。そのときには国保に加入している自営業者の皆様方にとってはちょっと痛い話になるかもしれないですけども、マイナンバー制等を通じて、所得に関わる透明性というものも確保されていきます。

そういう意味では、財政調整でしばらく財源が確保できるうちに、こうした次の段階の大きな改革に私どもも取り組んでいかなければならないと思っております。

中川 ありがとうございます。

伊藤先生がご講演の中で、地域医療構想の実現といった医療提供体制の改革だけでは不十分だと

いう趣旨のことをおっしゃったと思います。財政再建以外に、医療に関しては会長がおっしゃった規制改革を峻別してやるということがひとつ。それから、医療提供体制の改革をするということが2つ目。3つ目は今、武見先生がおっしゃった医療保険制度の改革。この3本柱だと思いますが、武見先生も言及されましたので、この3本柱について先生方のご意見をうかがいたいと思います。伊藤先生いかがでしょうか。

多くの主体者がそれぞれの立場で 制度改革していく流れを

伊藤 私が医療提供体制の改革だけでは十分ではないと申し上げたのは、それは非常に大事なんですけれども、仮に2020年のプライマリーバランスの黒字化を視野に入れるとすると、それに加えてもう少し即効性のあるような小さな改革も必要だという文脈で申し上げたわけです。終末期医療の話などは、これはすぐに成果が出るものではありませんが、大事だろうと申し上げたかもしれません。

そのうえで、おっしゃられた改革はそれぞれ必要だろうと思います。重点をどこに置くのがベストかということは、私が今お答えできるわけではないのですが、例えば規制改革について申し上げますと、医療に限らずあらゆる分野が社会的に、あるいは技術的に高度な変化の中で動いてきています。人口配分は変わるし、都市の姿は変わる、医療技術もどんどん新しいものが出てくる。あるいは、場合によってはグローバル化ということもあるかもしれない。そうなってくると、それらに対してシステムが新しく変わっていくためには、これを規制改革と呼ぶのかどうかはわかりませんが、制度を変えていくという視点は常に必要だと思います。

ただ、私が申し上げたかったのは、規制改革という形で上から改革していくという話よりも、もう少しシステム全体を変えていけるような流れに



■ 神野 直彦（地方財政審議会会長）

することを考えていかなければいけないだろうということ。結局、主体者をできるだけ多くしたい、つまり一人一人の国民もそうですし、医療提供者もそうですし、自治体もそうだろうと思いますし、あるいは保険者もそうかもしれません。他にもいるかもしれませんが、それぞれがそれぞれの立場で、自分たちの主体性の中で、さまざまな変化に対応できるような仕組みにしていこうということが重要だろうと思います。そういうタイプの規制改革、あるいは制度改革というものが必要だろうと思います。

中川 神野先生お願いします。

規制改革には、規制緩和だけでなく 規制強化も必要

神野 提供体制の改革と保険制度改革について言えば、武見先生が明確にお答えになったように、私も今回の改革というものが、大きな改革のベースキャンプになると思っております。ですので、これについては有機的に関連づけながら、積極的に進めていくということが重要だと思いますし、むしろ描いた絵にどうやって息吹を吹き込んで動かしていくのが大事だと思います。

ビジョンとしての提供体制と保険体制の改革を関連付けて、これに息吹を吹き込んで動かしてみる。どこに問題点があって、どのあたりがやりにくいのか検証しながら次のステップに進んでいく。武見先生もおっしゃったように、保険制度のビジョンについては、社会的に一元化させていくのが重要だと思いますが、そういうビジョンを打ち出しながらもどういうステップを踏んで、ベースキャンプから第1キャンプをつくっていくのか、そこはまず動かしてみることが必要だろうと思います。

それから、規制改革について。これは規制改革ですので、規制緩和だけでなく強化も必要です。時代のニーズにあうような形で市場のルールを変えていく場合、市場を動かすと社会を崩しますから、社会を崩さないようにするためには強化していく側面が必ず必要です。

また、市場を活性化するためにも規制を強化したほうがいい場合もいくつもあります。戦略的規制といいます。例えば、自動車の排ガス対策において、日本は世界に冠たる技術を持っているんですね。どうしてそうなっているかというと、規制が厳しかったからです。規制が厳しいから、どうやって乗り越えようかと人間は知恵を出すわけです。つまり、ある分野で新しい技術革新を起こしたいと思ったときには、戦略的に強化してやるとうまくいく場合もあるということです。規制改革とは、ずるずる緩和していただくだけではなく、社会を守るとか、それから新しい市場をつくり上げていくことのためにも、規制強化という側面も考えていいと思います。

中川 会長、いかがでしょうか。

守るべき規制があるという認識で 規制改革を

横倉 3つの改革とよく言われます。提供体制については、ある意味大きな変革期に入っていると認識しているんですが、それぞれの地域でいかに

すれば本当に地域住民のためになる提供体制をつくりうるかということですね。その視点を持たずに、単に機能分化するだけの改革になってしまうと、これは地域住民にとって大変なことになるという思いがあります。提供体制を改革する場合には、その地域の住民目線というものが非常に重要だろうと思います。

それと同時に、この改革を非常に短期間でやろうとすると、かなり軋轢が出てきます。ひとつの目安として 2025 年を置いているからには、この 10 年間に少しずつステップ・バイ・ステップで、提供体制を変えていくということが重要であろうと思います。

保険改革については、日本医師会は以前より、保険者の一元化ということを主張し続けております。高齢者は別にしても、若い人たちの部分についてはできるだけ一元化していく必要があるかと思っています。規制改革についてはやはり、やっていい規制緩和と守るべき規制というものがあるということをしっかり認識をしていただければと思います。

中川 伊藤先生どうぞ。

社会システムの多様性、 地域ごとに比較する視点の重要性

伊藤 市場と地域について、少しだけ違った視点で申し上げたいと思います。

医療を含めた社会のシステムは多様性がすごく大事だと思います。多様性とはどういうことかというと、判断をする人が 1 人ではなく、たくさんいる。成功も失敗もあるかもしれないが、多様であれば失敗した人は成功した人を真似することで良くすることができる。医療の話をするとなかなか、もう少しわかりやすい例で、日本のエネルギー政策の話をしたと思います。

CO₂を抑えるということはひとつの重要な目標ですが、日本はある時期、その判断が正しかったかどうかは別として、原子力発電所をたくさん

利用するという判断をした。それでずっと走ってきました。それが福島原発事故があって、今度はどういう判断をしたかという太陽光発電をがんやればよかった。そうすると、これもまたグロテスクなくらい太陽光が増えてきた。ある人は、これを社会主義 A から社会主義 B にかわっただけだと形容した。太陽光の社会主義や原子力発電所の社会主義が正しければよかったのですが、今になってみると、どうもそういう話ではないのかなと。

ここから先は議論のあるところですが、経済学者の一部がどういう議論をしているかというところ、もしも CO₂ を適正な水準まで削減するということが目的であるとするならば、ひょっとしたら炭素税あるいは排出権取引というようなものを導入することもありうるのではないかな。これは市場を利用した改革なんです。

具体的に言うとガソリン、石炭、石油、天然ガス、これらは CO₂ を出すわけですから、その分だけいくらかの税金をかけてみる。CO₂ を出すような経済活動はコストがかかるからできるだけ CO₂ を下げようとして取り組んで、結果的によくなるだろうと。なぜこれが優れているかというと、5 年後、10 年後、何が技術の主力かわからないわけです。太陽光かもしれないし、あるいは風力かもしれない。そうした不確実な中ではできるだけ柔軟にできるほうがいい、これが多様性です。だから市場メカニズムというのは、欲望を争って、プロレスをやって相手を倒すまでやるとかいう話だけではなくて、むしろ多様性の中でいろいろなチャレンジをして、結果を見ていい方向に向かっていけると、そういうことが重要なのかなと思います。

そのうえで地域の話ですが、例えば都道府県別の医療費、特に 75 歳以上の方の医療費を見たときに、一部の都道府県は他の都道府県よりもかなり高いわけです。理由はいろいろあるのかもしれませんが、そうであるならば、自分の地域がやっていることは他の地域と比べてどうなのかと

いう比較をするということが、最初にあってもいいと思います。これは規制論の中ではごく当たり前に行われていることで、われわれはこれを「ヤードスティックコンプレッション」と呼んでいます。

例えば、電力会社が料金の引き上げを求める場合に、これまでの制度では、コストがどのくらいかかるかということを各電力会社がいろいろ計算して、したがって我が地域の電力料金をこれだけ上げてほしいと申請する。これを政府が見て判断するんですが、どう考えても電力会社のほうが政府よりも情報を持っているわけです。そうした場合に、他の電力会社がこんなに低いコストでやってきているのになぜこの電力会社はこんなに高いのかと比較することによって、結果的には過剰な電力料金の引き上げを抑えることができる。

もちろん全ての場面でヤードスティックコンプレッションが適しているわけではないですし、医療などは特に、地域によって違いがありますから適用の仕方は気をつけなければいけないけれども、地域ごとの単位でいろいろなことが議論できて、それが地域ごとに比較できるということは非常に重要なのではないかと思います。

これは改革のひとつの手法だと思いますが、例えば市町村でも面白い試みを成功しているところがいっぱいありますよね。それをいかに横展開するかということが、こういう改革を進めるうえでは非常に重要な手法になるかと思います。

中川 ありがとうございます。武見先生どうぞ。

コストと質を同時に管理する 手法を確立する

武見 これから改革を進めていくときに、コストと質を同時に管理することが求められてくるわけで、もうすでに2年ごとの診療報酬の改定も質とコストを同時に管理してきたわけです。

ただ、今後新たなさまざまな施策が打ち出されていく中においても、定期的に質とコストを管理する手法を同時に組み立てていくのかということ

が非常に重要だと思います。評価の仕組みを同時につくり、それによってその政策がどこまで本来の趣旨で実現されているのかということを数量的に測定していく、この手法をきちんと確立していくべきだと思います。

その点、日本は非常に遅れています。今回珍しく、2025年を目標として計算式を策定して、将来の医療のニーズというものを数量化して計算するような施策に、いよいよ初めて我が国も入っていくわけです。未来におおよそこういうニーズがあるであろうということを数量的に特定化し、それに対して今現在どれが過剰か、どれが不足しているのかということ判断していこうとする仕組みをつくろうとしているわけです。

中川 ありがとうございます。

今年度末の政府の債務残高は1,144兆円と言われております。そのうえで、伊藤先生、お話の中で社会保障支出と非社会保障支出というように分けられて、非社会保障支出はOECDの中でも日本は最低なんだとおっしゃいました。1,144兆円の原因は別にして、ターゲットはもう社会保障支出なのかというふうになってしまいます。

そのうえで、我々が聞いていて非常に気になるキーワードをおっしゃったんですけど。トレードオフ、何かを守るためには何かを我慢しなければいけないという意味だと思います。我々は、先ほど申し上げた規制改革と提供体制の改革と医療保険制度の改革の3本柱で、まだまだ十分乗り切れるのではないかと、トレードオフはまだまだその先だと、やる方法が全くなくなっからの策だと思いたいのですが、その辺のところについて、ぜひ4人の先生方からご意見をいただきたいのですが。

どんな予算にも意味がある、 問題は何にウエートを置くか

伊藤 私に対するご質問だったかもしれませんが。トレードオフというのは一般論で申し上げたわけ

で、社会保障費と非社会保障費のどっちを取るかという話をしているわけではありません。財政歳出の部分で社会保障費と非社会保障費のトレードオフを議論すべきであるという話ではなくて、医療そのものの中にもさまざまな要素があるので、それらのどこに重点を置くのかという話です。医療のアクセスにウエートを置くのか。それとも質が高くコストの低い医療費にウエートを置くのかなど、さまざまな議論がありうるわけです。結論はもちろん価値観で決まるわけですから、私が何か具体的に提案申し上げているわけではないんですけれども、そういう観点で議論していかないと、なかなかきめ細かな議論ができないのではないかなと思うんです。

財政について一言申し上げるとすると、結局どんな予算にも意味があるんです。農業にお金を使えば意味があるし、医療に使っても、公共投資に使っても全て意味がある。ただ問題は、全部はやれないとなったときに、では全ての予算を一律5分の1にするのかどうかといった話になってきた場合に、それはやっぱり最後は誰かが、恐らく政治がそこでいろいろと判断する。

それが財政のある面だと思うんです。あるだけ使って後は全部税金で賄うという話ではないし、とにかく税金が足りないから予算を全部を切ってしまうという話でもない。どこまでは歳入を増やし、どこまでは歳出を削り、さらに歳出の細かい面のどこにウエートを置くかということを常に考えていかなければいけないし、それを考えなければいけないくらい世の中はどんどん変化しているんだということだと思います。ですから、トレードオフというのはもう少し広い意味で申し上げたわけです。

非社会保障費が低いと指摘したのも、あくまでも全体の予算の中で社会保障費の割合が非常に大きいわけですから、社会保障の問題とマクロ経済の問題と財政の問題を同じ土俵で議論しなければいけない時代になったということを申し上げたかったわけです。

もちろん、そんなことをする必要のない時代であれば、社会保障だけを議論した後にマクロ財政面の議論をすればよかったんでしょう。しかし、私のようなものがこのようなシンポジウムに呼びいただいたことのひとつの理由というのは、皆さんの中でも、社会保障費の問題というものが日本の問題そのものであり、社会保障だけではなくマクロ経済とか、財政全体の問題に非常に深く関わっていると認識されているということだと思います。

中川 ありがとうございます。

武見先生、冒頭に医療政策は孤立した議論ではいけないと、さまざまな政策を包括的に議論しなければいけないとおっしゃったんですが、いま伊藤先生がおっしゃったことと似たようなお考えなのでしょうか。

今こそ、活力を失わない 高齢社会づくりに挑戦する

武見 いえ、ちょっと違います。トレードオフという観点とはまたちょっと違った形で、よりポジティブに将来の社会がどうあるべきかとまずきちんと設計しようということです。高齢社会は不可避です。通常は高齢社会というのは社会の衰弱を意味しているとみんな考えているけれども、世界に先駆けて日本で、高齢化しつつも経済も含めて活力を失わない社会をどうやってつくるかチャレンジしてみようというのが私の意見なんです。

そのために、保険医療政策、経済政策、財政政策、税制、そして年金、雇用、こういったものを全部含めて、今どのような政策パッケージをつくれれば、こうしたチャレンジを実現することができるか考えようということを私は問題提起しているんです。その意味で孤立して考えてはいけないと言っているんです。

ただ伊藤先生のおっしゃるようなトレードオフの問題は、現実には政策に携わっている人は常に直面します。そのときの解決は、政治判断でプライ

オリティーをどう設定するかにかかってきます。もうひとつの手法は時間軸をずらすことです。プライオリティーが低いとされたそのときには財源配分の対象から削られることがあったとしても、時間軸をずらしてまた別の機会に財源を配分して、遅れてその目的を達成させるということがあってもいいわけです。したがって、このトレードオフの問題に関しては政治において操作の余地があるだろうし、そうした十分な議論の中でトレードオフの問題を解決するという基本姿勢が求められるだろうと思います。

中川 ありがとうございます。今の件に関しまして、神野先生よろしいですか。

生活の質を向上させる方向に変えていくチャンス

神野 歳出の中身の問題ですと、財政学の考え方から言えば、どういうサービスをどれだけ出していくのかを決めるのは国民であり、住民である社

会の構成員ですので、民主主義において決定される。具体的には、政治が決めるわけです。

世論調査が非常に発達しているスウェーデンだと、医療費を引き上げるために増税に応じる用意がありますかと聞くと大方がイエスと答えます。全体として聞くと、政府は無駄遣いをしていて信用が置けないというんですが、個々に聞いていくと医療や教育、育児を良くするためには増税に応じると答えるんです。

武見先生にご説明いただいた中にも、たくさんの構想が出てきましたので、そういう構想を策定する場において、国民ないしは住民が発言できる機会をできるだけ多く確保することが重要だと思います。民主主義を活性化するというか、住民がニーズを発言できるチャンネルをつくっておく。これはいろいろな会議などをセットするなどして、場をつくってもらうということが重要なのではないかと考えています。

それから今、武見先生がおっしゃったことは非常に重要です。社会心理学に「予言の自己成就」



という言葉がある。つまり、未来はこうなるという確信が強ければ強いほど、そうなる確率は高まるという意味です。肯定的な未来を描いて確信してそういう行動に移れば、それが実現する確率は高まるし、悲観的な未来を描いて行動すればそうなる。だから希望のあるビジョンを描くことが重要なんですね。

スウェーデンでは子供たちに対して、「私たちはこの困難な歴史の峠を希望と楽観主義を携えて乗り越えよう」と呼びかけているのに、どうも日本では絶望と悲観主義を携えて進んでいるような気がします。人口が縮小していくということは、決して悲観的なだけではないはずです。ジョン・スチュアート・ミルという偉大な経済学者は、人口の停止状態について述べています。「経済学者たちは、人口の停止状態になると非常に悲観的なことになる」と言うけれども、そうではない。これまで生産性の向上を全て人口の増加に振りむけてきた。これからは人口が停止になると、その国民の生活の質を向上するために使うことができるので、ますます活性化し、ますます人間的な社会ができ上がる」。ミルはそう書いています。

武見先生がおっしゃったように、人口はさしあたり停止し、高齢化します。これに対して私たちは悲観的な姿を描く必要はありません。ケインズも「私が死んだ100年後には働くことが罪悪であるような時代が来る」と予言しています。武見先生のお話のようなビジョンを描いて、人間の生活の質を向上させるような方向に変えていくチャンスなのだというように捉えたほうがいいかと思います。ビジョンを描かないと国民は改革の痛みに耐えられません。それが重要ではないかと思います。

中川 会長どうぞ。

医師会に求められる 医療の質を担保する役割

横倉 今日のいろいろなお話を聞いて、医療とい

うのは医療者と国民の共同作業であると、この基本をしっかりと押さえておく必要があるなという思いを強くいたしました。

トレードオフの話ではありませんが、小泉内閣のときに2,200億円の強制的な削減があり、いろいろな影響が出ました。そのような手法ではなくて、必要なものにはきちんと財源をつけていくというメッセージを常に出していただくことが重要だと思います。

また、武見さんがコストとクオリティーの評価をどうするかと指摘されました。私ども医療現場では、ある意味ではものすごい競争があります。患者さんは自由に選べますから、よりよい医療を求めて自分の気に入った医師を探しています。そこで切磋琢磨しているのですが、なかなかそれが表に出てきません。

日本の医療の質は不十分ではないかという議論がこの前あったようでもありますけれども、今、日本医療機能評価機構はストラクチャーの評価をきちんとやっているんですね。アウトカムについては日本の医療は最高のアウトカムを出しています。そうすると、プロセスがはっきりしていないという部分が問題かと思いますが、そのプロセス評価に関しては地域の医師会や医師の皆さんがそれぞれの医療機関の能力をよくわかっています。そういう意味では、日本の医療の質をしっかりと担保していくということが医師会に求められているという思いもあります。

中川 はい、どうぞ伊藤先生。

患者を取り巻く 情報の格差やわかりにくさ

伊藤 他の例として農業の話です。この前、NHKの記者が面白いことを言っておりました。フランスも農業を保護しています。輸入制限ではなくて補助金で保護しています。彼が驚いたのは、フランスでは、この農家はこれだけの農業収入があつて、これだけの補助金をもらって、こういう

活動をしていますということが全部ガラス張りなんだそうです。

つまり、そういう意味では、農業を守りたいという人はいっぱいいるんですが、なぜ守りたいかということについて納得が必要なんです。日本の場合、農業を守ることはいいのですが、いつの間にか農道空港ができてしまったりする。農道空港を造るゼネコンだけが儲かったのではないのか、これでいいのかという話になる。

医療や教育が非常に難しいのは、医療で言えば患者さん、教育で言えばお子さんや親御さんにとって、よくわからないことがたくさんあるということです。私も最近、児童の認知の本を片っ端から読んでいるのですが、みんな違うことが書いてあってどれが正しいかわからない。あるいは医療の問題を見ても、ドラッグストアが記録も残さずに薬を出してしまったとか、わけのわからない問題が起こる。だから、情報発信であるとか、神野さんがおっしゃった共同作業などは非常に重要で、まさに医師会のような団体がそういうことを

しっかりやられることが大事だと思います。

本当にそれが必要なことなんだという理解が深まれば、例えば増税が必要ならば増税をしてもいいと思ってくれる人も増えるでしょう。ただ、現状は残念ながら非常に情報の格差やわかりにくさがありますから、これはこれで大きな課題であると思います。

中川 ありがとうございます。だいたい時間も迫ってきましたので、最後の質問をしたいと思います。

武見先生のスライドの中で、最近まで国民の92%が中流だと思っているとありました。これだけ日本も格差が広がって、貧困層という言葉も定着するようになって、まだ92%も中流だと思っている。そういう流れの中で1961年の岸内閣の当時から所得の再分配機能が医療保険として果たされてきて、その後の高度経済成長につながったと理解しているわけですが、個人金融資産が今でも増え続けております。伊藤先生がおっしゃったようにデフレのもとでは財政再建は困難であるということも事実だと思うんです。



そこで、GDP の 6 割を占める主力の個人消費、これを喚起するためには、この個人金融資産が増えている状態ではダメなのではないかと思えます。我々がいつも主張しております社会保障に対する不安の解消から個人消費を喚起するというような、そういう論点が政府の議論には欠落しているのではないかと思います。最後にぜひ 4 人の先生方にお答えいただきたいと思えます。

アベノミクスで足元の経済が 少し上向きになってきた

伊藤 いくつかポイントがあると思えます。デフレでどういうメンタリティーが出てきたかという、国民は将来に対して不安から消費を抑え貯蓄を増やし、金融資産が増えた。企業も投資を抑え貯蓄が増えた。これがあったから政府の財政赤字が大きくても回ったということですね。ただこの社会というのは非常に心配な社会です。国民は将来が不安なので一生懸命貯蓄をするわけですが、残念ながらその貯金は借金の穴埋めに使われているわけです。あるいは赤字の穴埋めに使われているわけです。

将来に向かって投資をしない国は期待が持てません。教育もそうですし、医療制度を強化することも、設備投資も研究開発への投資もそうです。しかし、これを変えるというのはそう簡単な話ではなくて、これが今のアベノミクスだと思います。問題の構造をどうやって壊すかということをいろいろなところでやろうとしていて、そのうえで消費が伸びるかどうかです。

アベノミクスは五右衛門風呂のようなところがあります。風呂釜の下から薪を燃やして。風呂釜はすぐに温まるのですが、水はなかなか温まらない。しかし今、企業収益、株価、税収や雇用などが動き始めた。今後は、水をいかに温めていけるかというプロセスがあるわけです。

考えてみればデフレは 20 年続いたのに、魔法があって消費が突然増えるということはあるはず

ないんです。ただし、今足元で少し経済が上向きになってきているということは、風呂釜の熱が徐々に水に伝わっている状態ですから。これで消費が上向くかどうかは様子を見なければなりません。私は少し、次のプロセスに入ってきているのかなと思います。

中川 他の先生方がいかがでしょうか。

健康観が生活と密接に 結びつきながら広がっている

武見 この問題は私が最も苦手な分野でして、どうやったらみんながたくさんお金を使ってくれるようになるのか、ため込まないでというのは本当に難しいです。ただ、基本的には、一部の人の金融資産だけが增える、そういう格差拡大があってはいけません。経済の回復に伴って賃金率の上昇をどう実現するか、そのうえでより広く消費志向が広がっていき、経済の刺激につながるという形に整えていくか。そこがアベノミクスの成長戦略の鍵になっていると理解しています。

最後、直接関係のない話をさせていただいてもいいですか。

私は今日、神野先生のお話に大変触発をされました。ニーズと欲望は違うぞと。医師と患者の共同行動として健康を守るというとき、健康というものに基づいてニーズを我々は考えるけれども、そもそもの健康観というものが大きく変わってき始めています。

今年の 9 月には 2015 年から 2030 年までの 15 年間の新しい世界開発目標というものが出すのですが、その中に健康に関わる項目があります。そこでは、これまでのヘルス & ポピュレーションといった議論ではなくなって、「全ての世代の人にとってのより健康的な生活」と「非常に広い意味での人間のより良き存在」ということをひとつの標準値にして健康の問題を議論するようになったんです。すなわち、健康観が生活と密接に結びつきながら広がってきている。日本も同じだ

と思います。それをどう捉えてニーズの測定をしていくか。そのときに特に地域包括ケアなどは生活と大変密着しているところですから、新しい手法についてぜひ皆さん方にもさまざまなご提案いただきたいと思います。以上です。

中川 ありがとうございます。神野先生お願いいたします。

貯蓄から投資へのパイプの通りを 良くする政策が必要

神野 金融資産が大きいにも関わらず消費が増えないという問題ですが、これは消費に焦点を当てるよりも投資が重要だと思います。つまり貯蓄から投資にお金が出ていくパイプが詰まっている。特に現在のように産業構造を変えて、新規産業に向かわなければいけないというときに、投資資金に行かないとバブルを繰り返します。つまり、産業構造を変えなければいけないときにストックを買いますから、バブルになって崩壊します。したがって、詰まっている貯蓄から投資に向かうパイプの通りを良くするという政策を取っていかないとはいけません。

新しい産業の出てくる分野は、環境と医療です。国民が最も困っているニーズであり、需要があるところですので、そこに向けた政策を打つことが重要なのだと思います。投資をまず増やしていくということが重要です。

消費というのはあまり変動しないのですが、安倍政権が成立後、個人消費が上がったことがあります。そのとき伸びたのは住宅と耐久消費財、自動車や家電の消費が伸びました。その後ガクッと落ちて今の状態になっているわけです。なぜ伸びたのかというと、消費税を引き上げると言ったからです。

政策批判になるのかもしれませんが、今個人消

費を上げようとするのならば、当然のことながら来年の10月から消費税を引き上げると言えはいんです。耐久消費財と住宅に向かうわけですから。ただし、重要な点は、それらは高額な商品だということです。基礎的な消費を上げようとするならば、賃上げをやっていくしかない。消費税を引き上げると言っておいて駆け込み需要があるうちに、賃上げをやっていくしかないのではないかと思います。

中川 ありがとうございます。最後に会長お願いします。

変革の時期にあたり 医療改革への決意を新たに

横倉 今日は3人の先生のお話を聞いて、この変革の時期に、我々としては医療をどうしていくか、もう一度しっかり考えていかなければいけないと思いました。

来年4月には、診療報酬改定という大きな仕事我々にはあります。それに向かって必要な医療というものの、また国民が望んでいる医療というものは何であるのか、我々はそれに対してどういう医療を提供できるかということを常に意識しておかなければならないなという思いを新たにいたしました。本日は、貴重な時間を誠にありがとうございました。

中川 皆様のご協力で5分超過で終わることができそうです。神野先生のレジュメの最後のページで、「医療改革の目的は、悲しみを分かち合う制度を創り出すことであって、医療費抑制は結果であっても目的ではない」とございます。この言葉を我々医師会は胸に秘めて、3つの改革を進めていけるような気がします。本日は長時間ご協力ありがとうございました。これで閉会させていただきます。