

平成 28 年度 医療政策 シンポジウム

# 社会保障と 経済の好循環

～医療保障を中心に～



日本医師会

平成 28 年度 医療政策シンポジウム

# 社会保障と経済の好循環 ～医療保障を中心に～

主催 日本医師会

日時 平成 29 年 2 月 8 日 (水) 13:00 ~ 17:00

場所 日本医師会館 大講堂

## もくじ

### 主催挨拶..... 3

日本医師会会長 横倉 義武

### 講演Ⅰ 日本医師会の医療政策..... 5

日本医師会会長 横倉 義武

### 講演Ⅱ 2000年代以降の医療政策と経済..... 18

学習院大学経済学部教授 遠藤 久夫

### 講演Ⅲ 医療費と経済..... 39

慶應義塾大学総合政策学部教授 印南 一路

### パネルディスカッション

### 社会保障と経済の好循環 ~医療保障を中心に~ ... 53

サントリーホールディングス株式会社 代表取締役社長 新浪 剛史

学習院大学経済学部教授 遠藤 久夫

慶應義塾大学総合政策学部教授 印南 一路

日本医師会会長 横倉 義武

司会・座長 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。平成 28 年度の医療政策シンポジウムの開催に当たりまして、一言ご挨拶をいたします。

本日は、このように多くの皆さんにご来場いただきまして、本当にありがとうございました。

国民の健康を守るというのが医師の役割であります。また、その医師の集団が医師会であります。昨年、医師の職業倫理指針を 8 年ぶりに改訂いたしました。第 3 版として刊行をいたしました。

遺伝子をめぐる課題を新たな項目として追加し、また改正個人情報保護法や医療事故調査制度関係を盛り込むなど、全般的な見直しを行っているところであります。直近では精神保健指定医等のいろいろな問題もありますが、改めて医療倫理を遵守していくことが大切であると考えています。

日本医師会が理想を高く掲げ、国民の健康、そして国民の医療を守る主張をすることによって、真に国民に求められる医療提供体制の実現はなされていきます。そのために日本医師会綱領を旗印として主張をしております。

また、日本医師会では各地域に即したまちづくりを推進してきました。高齢者の尊厳を保ちながら、住み慣れた地域でいつまでも健康に過ごせる社会を実現するためには、高齢者の生きがいを進めるとともに、地域に根ざしたかかりつけ医が機能を発揮すべきと考えています。

そのために昨年から日医かかりつけ医機能研修

制度をスタートさせました。かかりつけ医を定着させるよう、引き続きしっかりと取り組んでいく所存であります。

一方、昨年 11 月に安倍総理大臣にお会いしたときに、医療研究に優れた功績を上げられた方々を顕彰するために内閣総理大臣賞の創設を要望してまいりました。現在、「健康・医療戦略」改訂案が示されておりまして、近々この内閣総理大臣賞の創設が閣議決定をされると聞いております。本賞の創設が実現し、医学研究に携わる先生方の励みになることを願っています。

あわせて、11 月 1 日を、これは語呂合わせであります、「いい医療の日」として、よりよい医療の構築に向けて国民の皆さんと考える日になるよう働きかけていきたいと考えています。

そのような中、昨年 10 月に開催されました世界医師会の台北総会におきまして、世界医師会の次期会長を拝命いたしました。次期会長に選出されました後、アフリカにおける公衆衛生の確立や安定した医療の確保と維持、またユニバーサル・ヘルス・カバレッジに向けた取り組みへの支援をアフリカ各国の医師会から要請されました。我が国の医療の国際貢献の一環として協力をしていきたいと考えています。

医療政策につきましては、後ほど講演でお話をさせていただきますが、本年は平成 30 年の診療報酬・介護報酬の同時改定に向けた予算編成が年末に行われます。社会保障費の財源不足により、

地域で必要な、かつ十分な医療、介護が受けられなくなれば、最も不利益をこうむるのは国民であります。国民が安心して医療や介護を受けられるように必要な財源をしっかりと確保していかなければなりません。

本日、「社会保障と経済の好循環」をテーマとしてこのシンポジウムが実現いたしましたことは、意義深いことと思っております。

ご案内のように、本日は学習院大学経済学部教授の遠藤久夫先生、また慶應義塾大学総合政策学部教授の印南一路先生をお招きし、ご講演をいただきます。またパネルディスカッションでは、サ

ントリーホールディングス株式会社の代表取締役社長で経済財政諮問会議の民間議員も務めていらっしゃる新浪剛史先生にもご参加をいただき、3人の先生方にさまざまな角度から忌憚のないご意見を賜りたいと思います。

実りある成果をおさ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る次第であります。

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、冒頭のご挨拶とさせていただきます。ありがとうございました。

講演 I

# 日本医師会の医療政策

日本医師会会長 横倉 義武



## 講演

**横倉** 本日の医療政策シンポジウムのテーマは「社会保障と経済の好循環」であります。日本医師会としてどのようにこの好循環をつくっていくかについて、「日本医師会の医療政策」という題でお話をさせていただきます。

### 日本経済の好転が社会保障の安定につながる

まず、**図表 1** は、国の一般会計税収と歳出の総額、国民医療費の推移を示しています。赤い線が会計歳出の総額で、緑色が税収、棒グラフが国民医療費であります。バブルが崩壊する 1990 年まで、この税収と歳出の差はそう大きくなかったのですが、バブル経済が破綻をした後にこの税収は伸びなくなりました。

一方で、歳出のほうは増えたことで、大きな罅口のように差が開いて、厳しい財政状況であります。この間はお案内のとおり国債発行で賄っていますが、政府の国債残高が 1,000 兆円を超すようになってまいりました。

リーマンショック後、安倍政権になり、やや税収が改善をしてきています。一方で、この国民医療費は年々増加して、2013 年度以降は 40 兆円を超えています。5～6 年前、ギリシャやスペイ

ンが国の借金が増え過ぎて国家財政が破綻に近い状態になるという大変な問題が起きました。

我が国でも大きな借金があるのに、なぜそうならないかという、これは**図表 2** をご覧ください。上半分に 2015 年度末時点の国の資産と負債を示しています。日本は借金が多いのですが、資産もあるという指摘も多いわけであります。

国の貸借対照表を見てもと、国の資産は約 672 兆円、負債が約 1,193 兆円で、負債が資産を約 520 兆円上回っているということでもあります。こうすることで、1,000 兆円を超してもまだ余裕があるというような表現をされる方がいらっしゃいます。

一方で**図表 2** の下半分は左側に 2015 年の企業の利益剰余金、右側に家計の金融資産の状況を示しています。企業の利益剰余金は 2015 年度末には約 378 兆円に達しています。

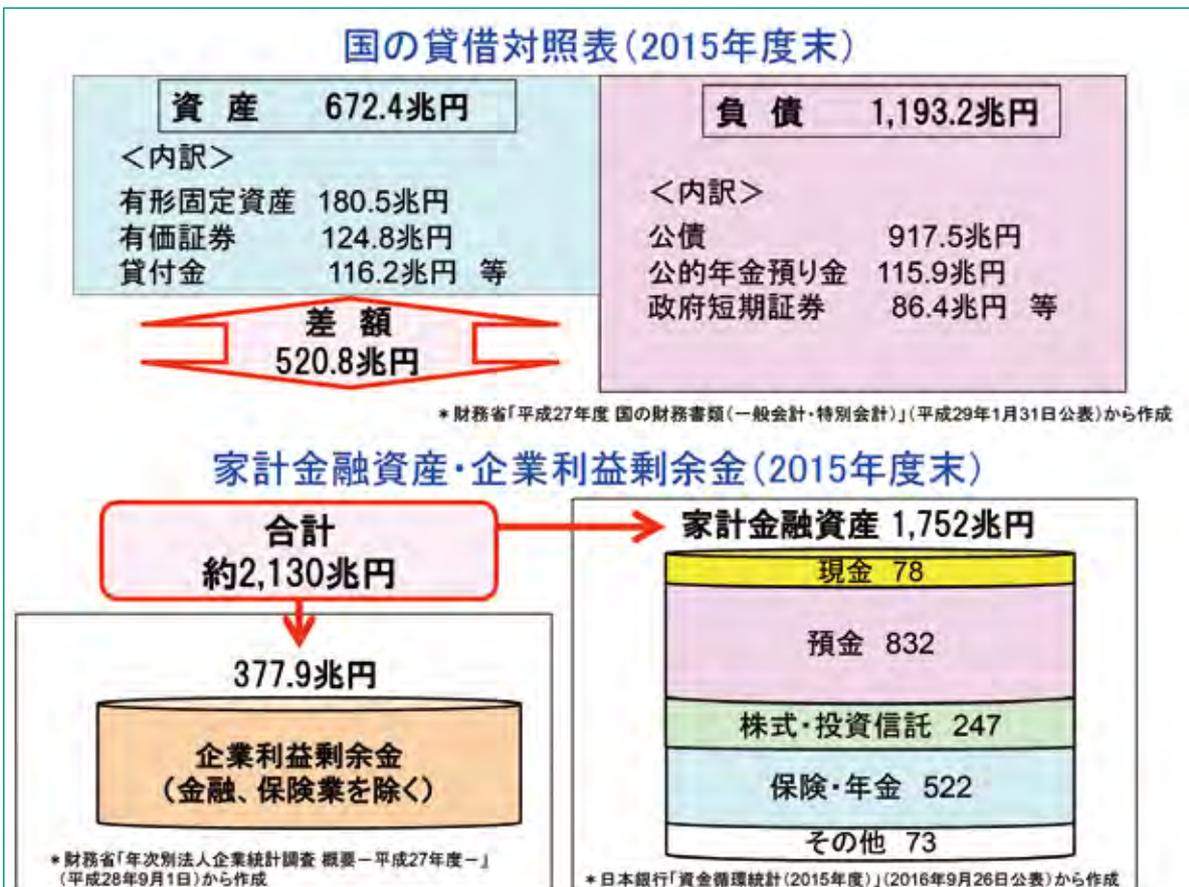
この利益剰余金を設備投資や従業員の給与に回して経済の好循環を実現する必要があるのではないかと思います。従業員の皆さんの給与が増えることで、結果的には社会保障費の社会保険料収入も増加し、医療保険財政の安定化にもつながっていくということも言えるわけです。

また、家計の金融資産残高は 1,752 兆円に上っています。将来の社会保障への安心を約束し、ストックされている金融資産を消費に回すことも、経済の好循環には必要であります。社会保障を充実させ、病気になったときは現物給付として医療

図表 1



図表 2



保険から還付するということが必要であるとも思っています。

### 医療費の財源構成、自助・公助・共助の問題点とは

厳しい財政状況から医療費の増加を心配する声がありますが、過去の国民医療費の将来推計と実績、対GDP比について図表3をご覧ください。左側の図表を見ると2006年、ちょうど安倍政権から福田政権のころの医療費の推計値がこの青い線です。緑の線は、これは民主党政権時の推計値であります。実績は赤い線で、実績は過去の推計値を下回っています。

また、右側の図表に示すように医療費の対GDP比は、今後は低下傾向になるということが予想されています。健康保険の財源をどうするかがやはり大きな課題であるということです。

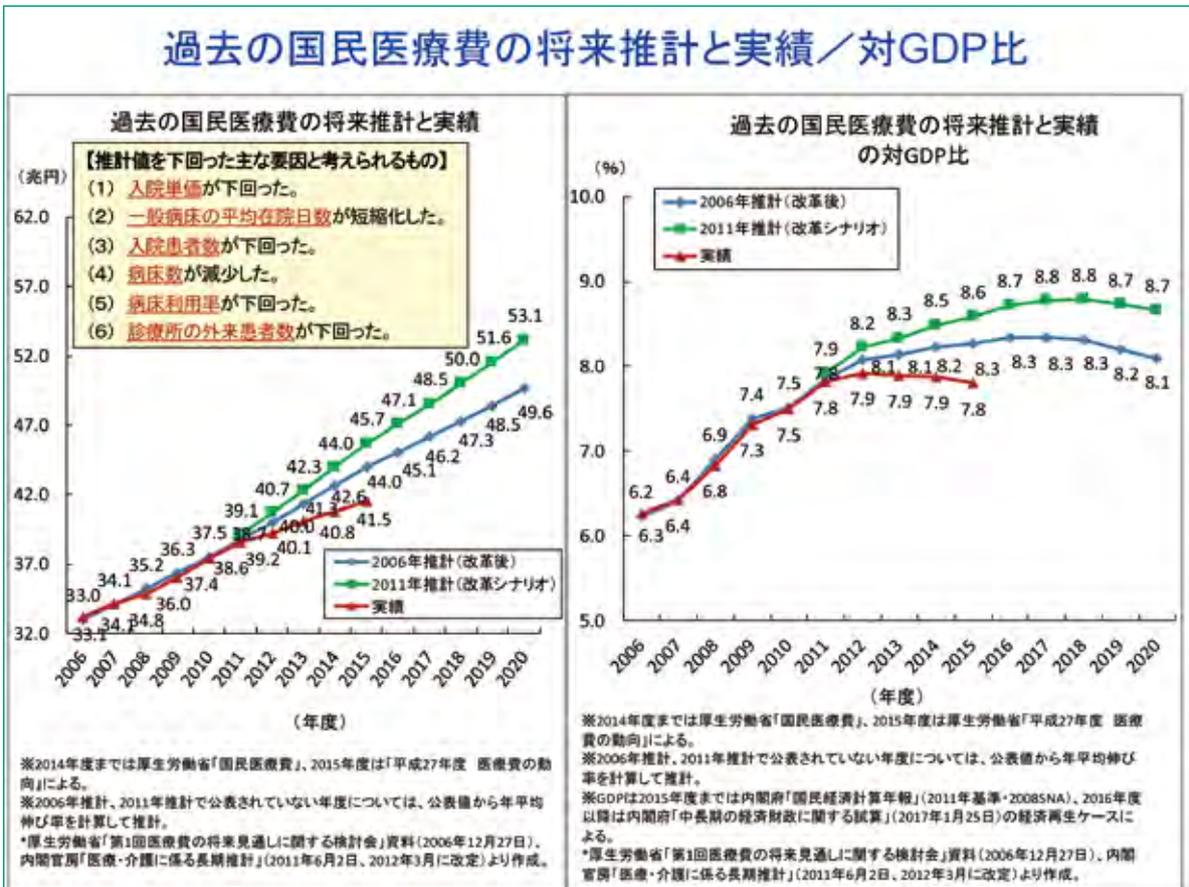
2014年度における国民医療費の財源構成を図表4に示しているのですが、2014年度の国民医

療費は40兆8,071億円であります。その国民医療費の財源は、自助と言われる患者負担、公助と言われる税金、共助と言われる保険料の3つから主に構成されていますが、それぞれにいろいろな問題を抱えています。

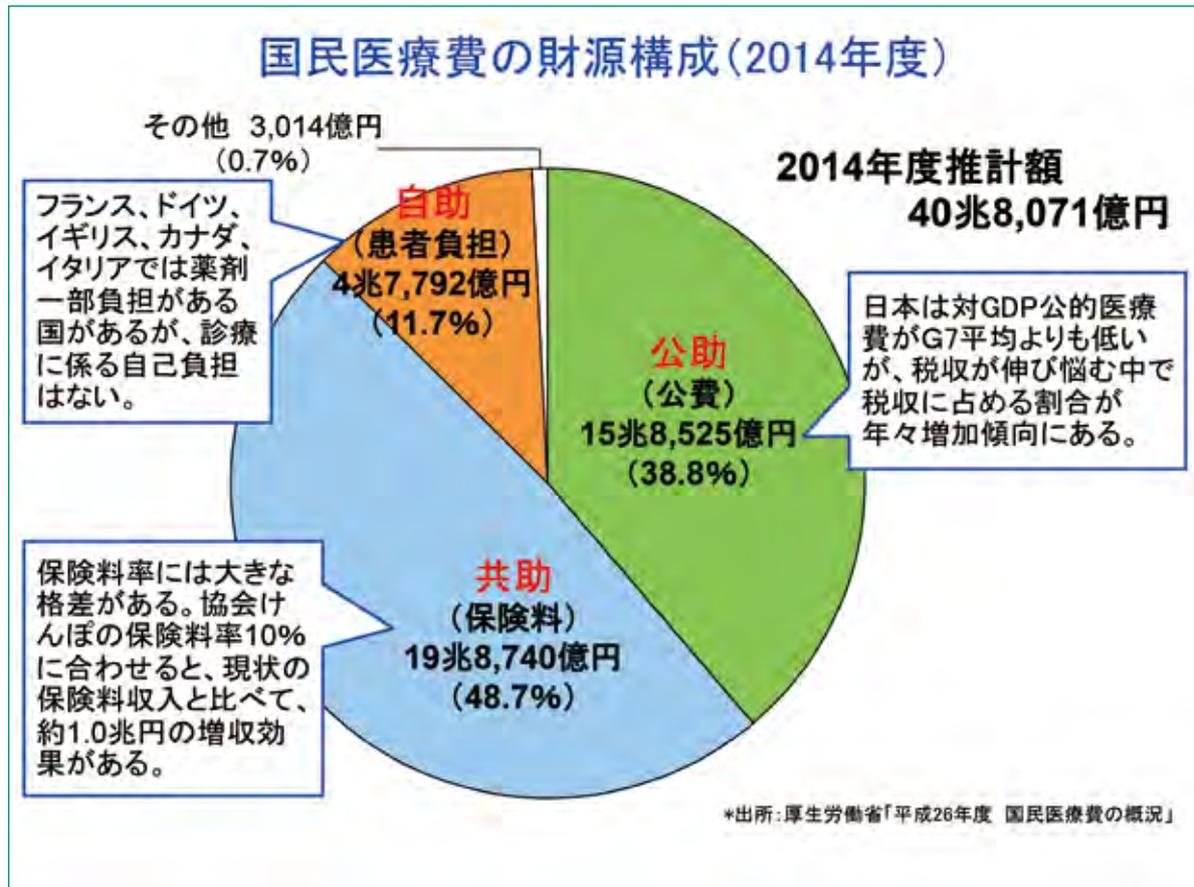
この自助というのは患者さんの自己負担であります。現在、国民医療費の約1割を占めていますが、海外では、薬剤の一部負担があっても診療にかかる自己負担がない国もあります。日本は公的医療保険制度がある他の先進諸国に比べて、患者さんの自己負担の割合が高い水準にあるのも事実ですが、実は日本は医師法に「応招義務」というものがあります。これにより、医師は患者さんから求められたら、診察をしなければなりません。

外国にはこのような法律がないということで、海外旅行をされた方がよく言われるのですが、海外では医師に診てもらうために3日、4日かかる、アポイントをとってもすぐ診てくれないというような、医師のほうで患者さんにある程度コントロールすることができるわけがあります。

■ 図表3



■ 図表4



日本の場合には求められれば診なければならぬので、この自己負担という経済的な負担を受け入れることにより受診を制限しようというようなことが一つあるのかなとも思います。

### 各保険者間における保険料率の公平性について

公助は税金から賄われるもので、国民医療費の約4割を占めています。日本は対GDP公的医療費が先進7か国でG7平均よりも低い水準にありますが、税収が伸び悩む中で医療費が税収に占める割合は年々増加しています。後ほどお話があると思いますが、国の歳出の中の大きな部分を社会保障費、なかんずく医療費が占めているという傾向にあります。

この共助というのは協会けんぽや組合健保などの保険料からなっておりまして、国民医療費の約半分を占めています。

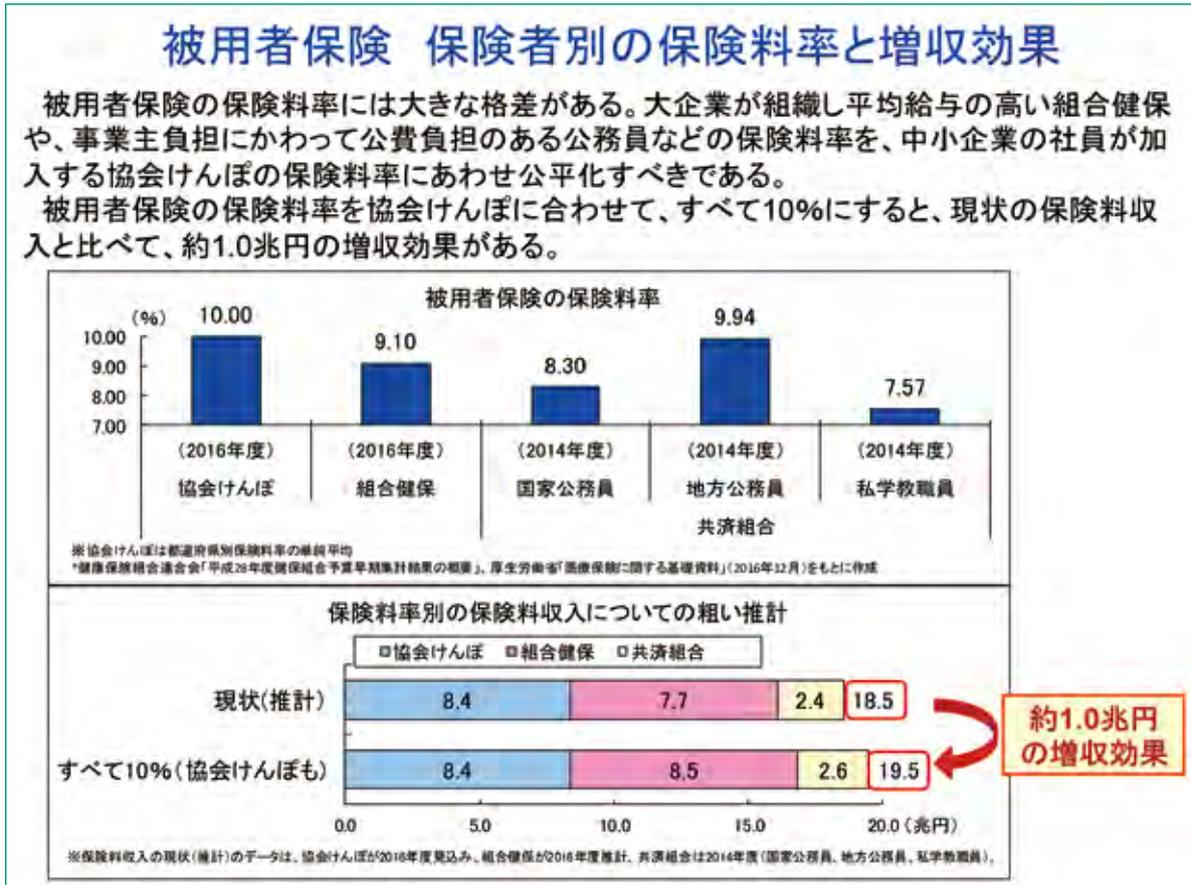
詳細は図表5でご説明しますが、保険料率に大

きな差があるというのが問題であります。医療費の財源を安定して確保するために、今後も関係者の皆さんとの議論を深めて、これらの課題の解決に努めていきたいと思っております。

このように協会けんぽの保険料率が収入の10%であります。大企業が多い組合健保では9.1%、また共済組合はそれぞれ国家公務員、地方公務員、私学教職員というように差があります。いろいろな会社の組合健保の中にも差があるのが事実であります。

大企業が組織して給与の高い組合健保や事業主負担に代わって公費負担のある公務員などが加入する共済組合の保険料率は、中小企業の社員が加入する協会けんぽの保険料率に合わせて公平化すべきであります。被用者保険の保険料率を協会けんぽと同じ、全て10%にしたと仮定いたしますと、現状の保険料収入に比べると約1兆円もの増収効果が見込めるわけです。

図表5



## 国民の不安が高まるときこそ社会保障の充実を

実は、今後の高齢社会の社会保障財源の確保のために、2013年に社会保障と税の一体改革を進める3党合意が行われました。そして、議員立法で社会保障改革推進法が成立いたしまして、それで消費税を5%から10%に段階的に引き上げる、そしてそれを社会保障の財源に充てようということが4年前に1度決められたわけでありました。

しかし、消費税を5%から8%に上げたときに景気の鈍化があったものですから、なかなか8%から10%に引き上げられないということで、2度延期をされています。その間の必要な社会保障の財源としては、アベノミクスの成果で税収入が増えるので、それを充てるといって今まで来ました。

図表6にありますように、国際情勢を見てみますと、昨年イギリスがEUから離脱するという国民投票の結果が出ました。そしてまたアメリカではトランプ大統領が1月に就任した、またイタリ

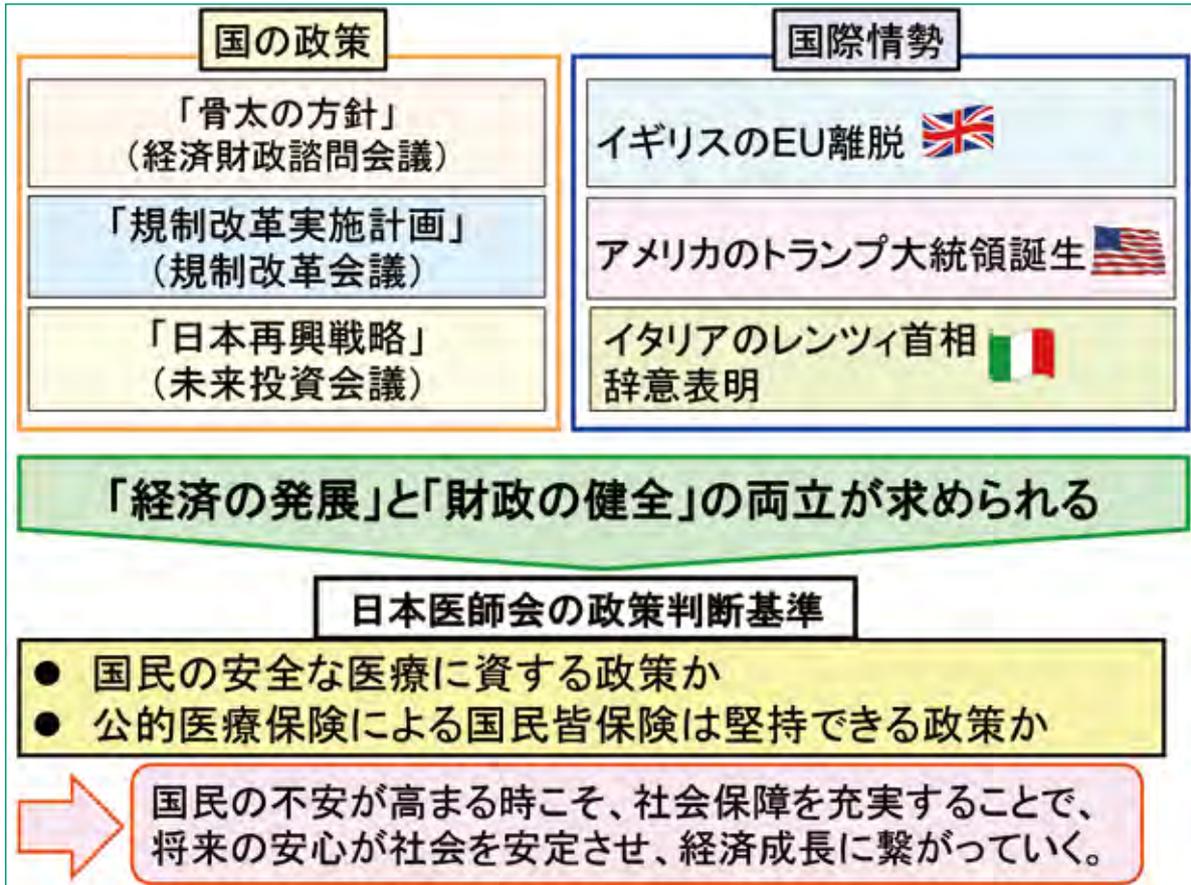
アのレンツィ首相も国民投票の結果で辞意を表明したというように、国際経済の先行きが非常に不透明な状況になっております。

また、日本においては骨太の方針や規制改革の実施、また日本再興戦略などの政策に基づいて、経済の発展と財政の健全の両立が求められているわけです。

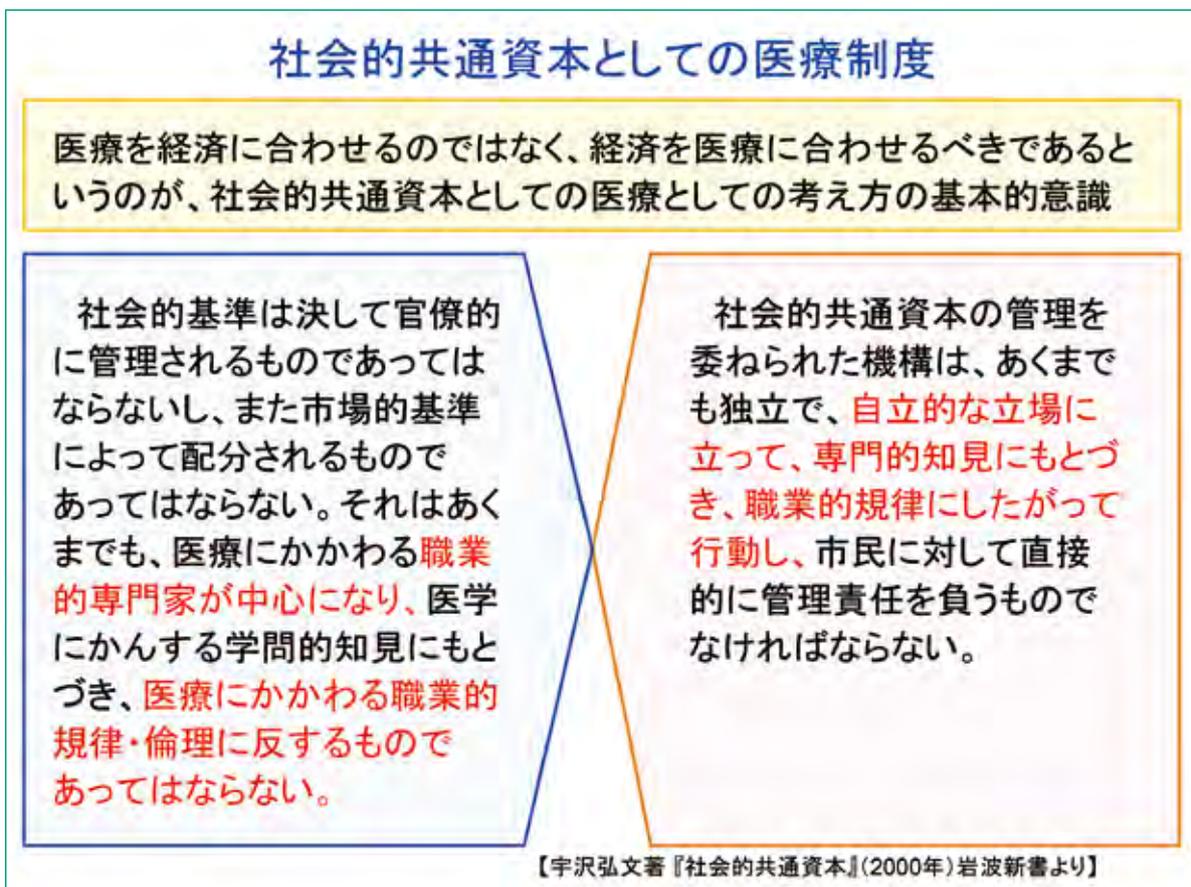
こうした状況の中で出される政府の政策に対し、日本医師会では私が会長になってから、国民の安全な医療に資する政策か、公的医療保険による国民皆保険は堅持できる政策かと、この2つを政策の判断基準として、政府の政策にいろいろと対峙してまいりました。国民の不安が高まるときこそ社会保障を充実することで、将来の安心が社会を安定させ、経済成長につながっていくものと考えています。

図表7は、平成26年9月にお亡くなりになりました我が国の著名な経済学者である宇沢弘文先生が提唱された社会的共通資本の考え方です。この社会的共通資本の考え方は医療制度のあり方を

図表6



図表7



考える上で大変重要な示唆を与えます。

宇沢先生は、社会的共通資本を社会全体にとって共通の資産として、社会的に管理、運営されるようなものと定義をしており、具体的には医療や教育や自然環境というものを社会的な共通資本として挙げられています。

宇沢先生は著書である『社会的共通資本』の中で、医療を経済に合わせるのではなく、経済を医療に合わせるべきであるというのが社会的共通資本としての医療の考え方の基本的意識だと述べておられまして、財政主導の考え方に警鐘を鳴らされています。

また、社会的基準は決して官僚的に管理されるものであってはならないし、また市場的基準によって配分されるものであってはならない、それはあくまでも医療にかかわる職業的専門家が中心になり、医学に関する学問的知見に基づき、医療にかかわる職業的規律、倫理に反するものであってはならないと述べられています。

また、一方で、この社会的共通資本の管理を委

ねられた機構は、あくまでも独立で自立的な立場に立って、専門的知見に基づき、職業的規律に従って行動し、市民に対して直接的に管理責任を負うものでなければならないと述べられています。

このように、宇沢先生は医療の資源配分を市場でもなく、政府でもなく自立的な専門家集団の判断に期待をしました。我々日本医師会もこうした期待に応えられるように医療倫理を守り、また規律を守って、国民からの信頼を得てまいりたいと思います。

## 相互作用の関係にある社会保障と経済

図表8は、社会保障が持つ経済効果についてまとめたものです。昭和58年に当時の厚生省の保険局長が「医療費亡国論」というものを発表されました。それ以来、医療は消費と位置づける意見がありますが、社会保障と経済は、実は相互作用の関係にあります。

経済成長が社会保障の財政基盤を支え、他方で

■ 図表8

### 社会保障が持つ経済効果

- ・「医療は消費」と位置づける意見があるが、社会保障と経済は相互作用の関係。
- ・経済成長が社会保障の財政基盤を支え、他方で社会保障の発展が生産誘発効果や雇用誘発効果などを通じて日本経済を底支え。
- ・医療の拡充による国民の健康水準の向上が経済成長と社会の安定に寄与。
- ・国民が安心して老後を迎えられるようにするために、社会保障を充実させる必要がある。
- ・老後が不安であるという思いを持つ多くの国民に、安心を示すことは、経済成長を取り戻すための出発点。

は社会保障の発展が生産誘発効果や雇用誘発効果などを通じて日本経済を底支えています。また、医療の拡充による国民の健康水準の向上が、経済成長と社会の安定に寄与しています。これは、我が国が昭和36（1961）年に国民皆保険達成後、世界一の長寿国となり、飛躍的な経済成長を遂げたことから明らかです。

さらに、先ほどご説明いたしました、国民の不安が高まる時こそ、国民が安心して老後を迎えられるように、社会保障を充実する必要があります。老後が不安であるという思いを持つ多くの国民の皆さんに安心を示すということが、経済成長を取り戻すための出発点の一つだろうと思います。

### 雇用誘発効果が期待できる医療・福祉分野

医療費ですが、何に使われているのかということについて少しお話しします。図表9は医療機関

の費用構造を示しています。医療機関の費用構造における黄色い部分が人件費で、紫が医薬品・医療材料、赤が委託料、そして青が経費等というようなことであります。

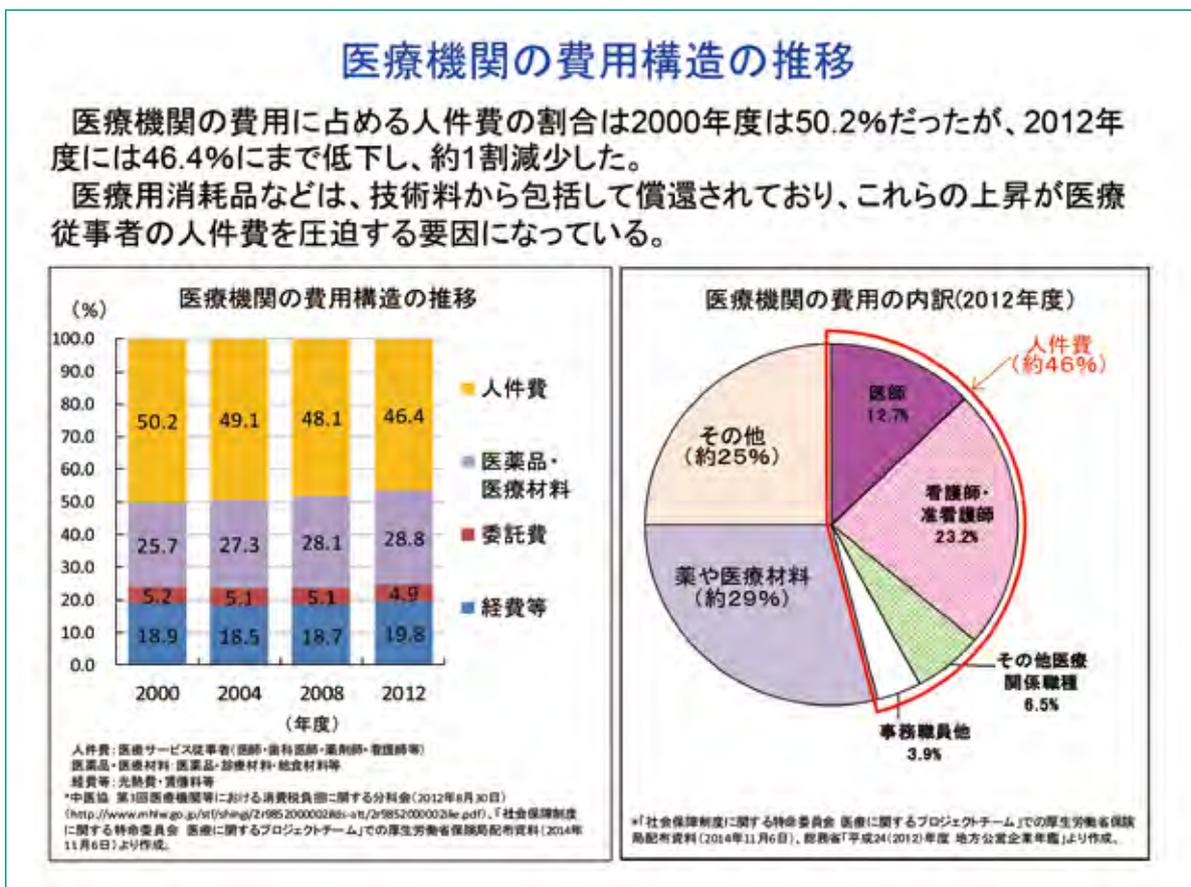
これを見ておわかりでしょうが、2000年には大体人件費が半分を占めました。それが2012年には46.4%になり、医薬品・医療材料費が非常に増大してきているわけであり、結果としてそれが人件費を圧迫したということもあろうかと思えます。

この人件費は、医師の人件費が赤い部分でありまして、その他の多くは看護師さんやその他の医療関係職種、事務職員の人件費に充てられているわけです。実は現在医療機関には全国で約300万人以上の人々が働いています。

図表10の賃金の動向を見ますと、製造業では約1割、賃金が上昇していますが、医療では減少しており、景気回復を後押しできない状況にもなっているのではないかと思います。

図表11では医療・福祉分野の国内生産額の伸

■ 図表9



図表 10

## 1人平均月間現金給与総額と医療機関の従事者数

製造業は1人平均月間現金給与総額が伸びているものの、医療は伸びていない。医療機関には、全国で300万人以上が従事している。



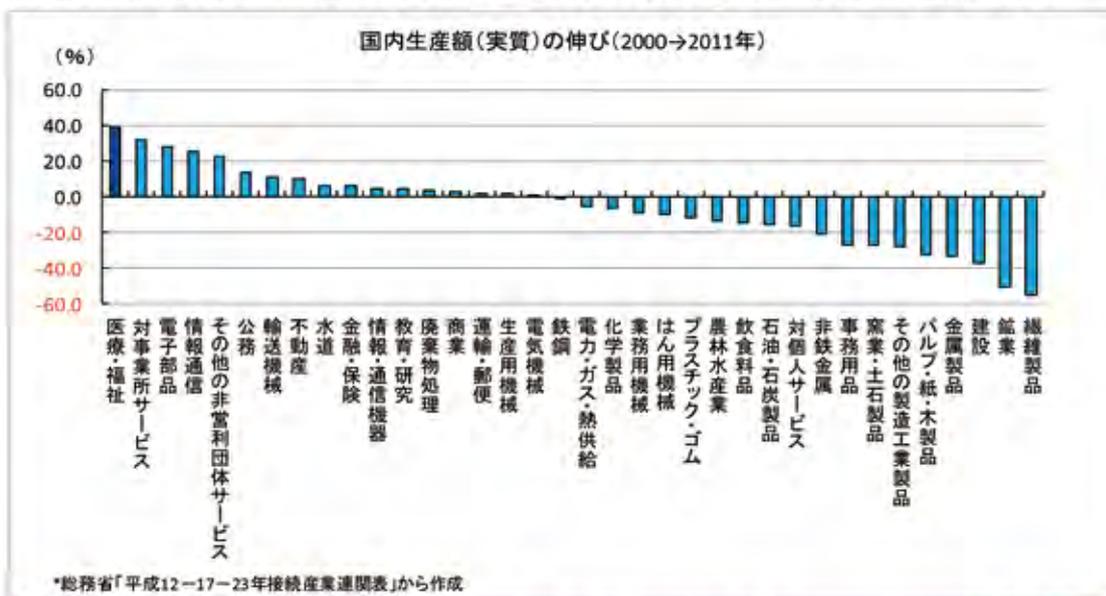
	人数(常勤換算)
医師	340,964
歯科医師	108,465
薬剤師	51,999
看護職員	1,361,625
その他医療関係職	628,611
事務職員等	549,964
総数	3,041,628

\*厚生労働省「平成26(2014)年医療施設(静態・動態)調査・病院報告」より作成

図表 11

## 医療・福祉分野の国内生産額の伸び

高齢社会にあつて医療・福祉分野は需要の増加が見込まれる。2000年から2011年にかけての医療・福祉分野の国内生産額の伸びは最も高い。



医療に財源を投入すれば、特に医療従事者の比率が高い地方では経済の活性化により、経済成長を促し、地方創生への多大な貢献につながる。

びを示しています。高齢社会にあつて、医療・福祉分野は需要の増加が見込まれています。2000年から2011年にかけての医療・福祉分野の国内生産額の伸びは約40%と最も高くなっています。

医療分野は他の産業よりも雇用誘発効果が大きく、医療に財源を投入すれば、特に医療従事者の比率が高い地方では経済の活性化により経済成長を促し、地方創生への多大な貢献につながります。

## 医療側から時代に即した改革を提言する

持続可能な社会保障のための医療側の提言の必要性を示します(図表12)。社会保障費は医療、介護などを中心に今後も高齢化と相まって増加することが見込まれますが、一方で、財政緊縮の立場から、成長戦略や規制緩和の名のもとに、保険の給付範囲を狭める圧力が予想されます。

財政主導ではなく、未曾有の少子高齢社会が進展し人口が減少していく中で、国民皆保険を堅持

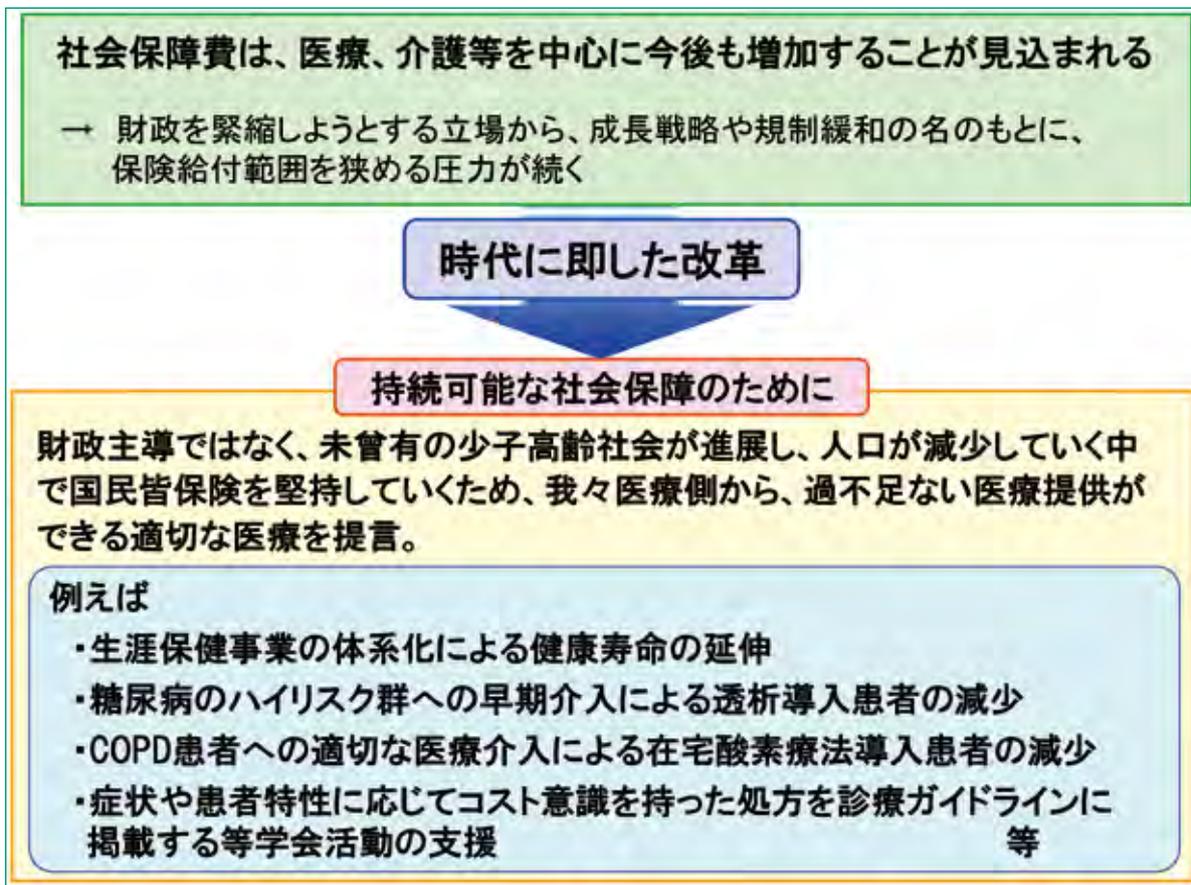
していくために、我々医療側から過不足ない医療提供ができる適切な医療を提言し、時代に即した改革を進めていかなければなりません。

例えば、生涯保健事業の体系化による健康寿命の延伸や糖尿病のハイリスク群への早期介入による透析導入患者さんの減少、COPD患者さんへの適切な医療介入による在宅酸素療法の導入患者さんの減少や、また症状や患者さんの特性に応じてコスト意識を持った処方箋を、診療ガイドラインに掲載するなどの学会活動の支援などがあります。

## 公的医療保険制度を維持しつつ新しい医薬品を必要としている患者さんへ

直近の話題になりました高額薬剤のあり方ですが、最近の技術進歩に伴いまして、本当に画期的な新薬で非常に効果の高い、かつ高額な薬剤が保険収載されています。国民の幸福の原点は健康であると、病に苦しむ人がいれば何としても助けた

■ 図表 12



というのが、私ども医療人の願いでありまして、患者さんのみならず、医療関係者の全てが望んでいることでもあります。

日本医師会は、必要とする医療が過不足なく受けられる社会づくりのためにも、安全性や有効性が確認された医薬品は、速やかに保険収載されるべきだと考えています。しかしながら、高額で市場規模の大きい薬剤が保険収載されて以降、高額な医薬品が医療費全体に影響を及ぼし、ひいては国民皆保険の根幹を揺るがしかねないという懸念があります（図表 13）。

例えば、今月の1日からがん治療薬のオプジーボが半額に引き下げられたというのは記憶に新しいところだと思います。日本医師会はこれまでの薬価算定の仕組みを根本的に見直すことを求めています。その際には公的医療保険制度を維持しながら、新しい医薬品を必要としている患者さんに使用していくという視点で主張してまいります。

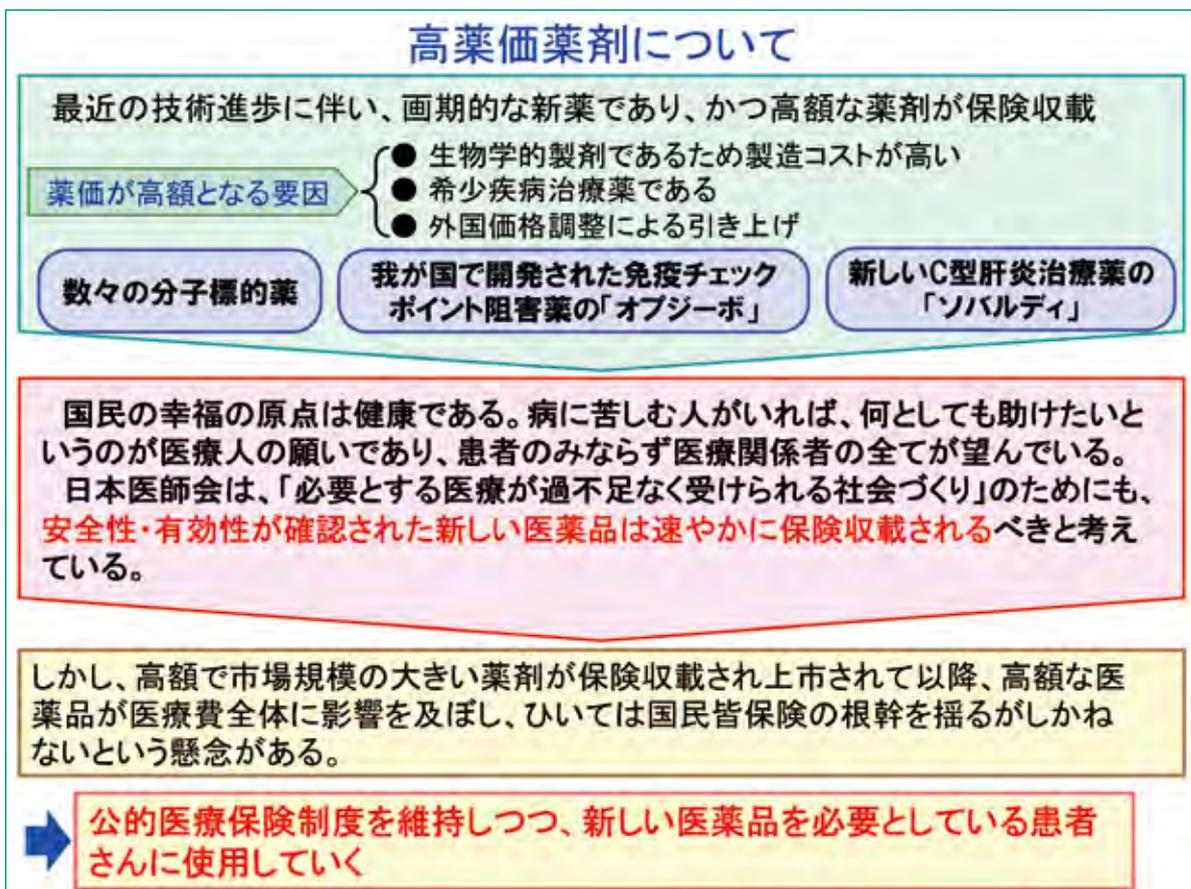
## 健康寿命の延伸が社会保障制度の堅持につながる

健康に問題なく日常生活を送れる期間のことを健康寿命といいます。我が国では平均寿命と健康寿命との間に約 10 年の差があります。男性で 10 年弱、女性の場合は 12 年余りですが、この健康寿命をできるだけ延ばしていくことが非常に重要です。

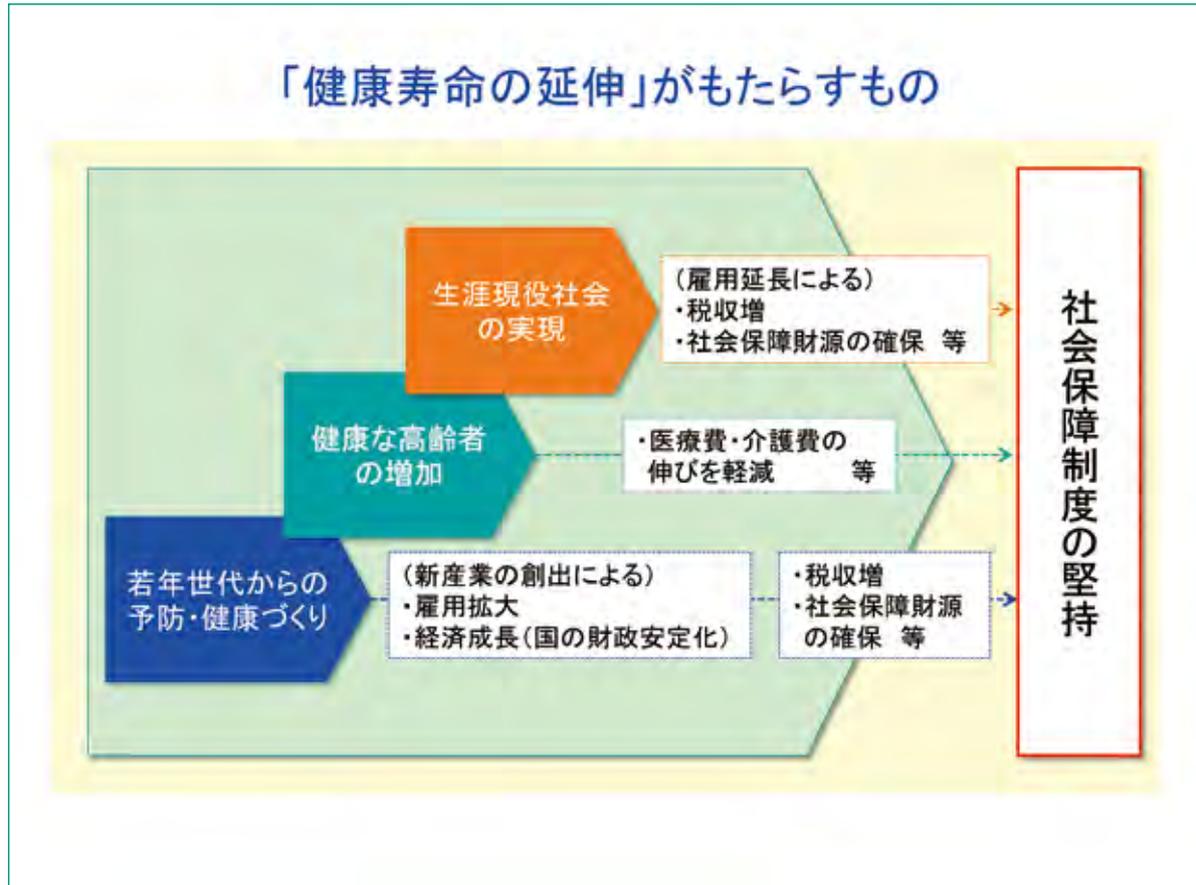
健康寿命の延伸のためには若年世代からの予防、健康づくりが大切です。このことはまた新しい産業の創出につながり、雇用拡大や経済成長、さらにはそれに伴う税収増や社会保障財源の確保にもつながっていくわけです。また、健康寿命の延伸は生涯現役社会の実現をもたらすし、雇用延長による税収の増加も期待できますし、また健康な高齢者が増えるということは、医療費や介護費の伸びの軽減にもつながっていきます（図表 14）。

このように、健康寿命の延伸は社会保障制度の堅持にもつながると言えます。そういうことで、

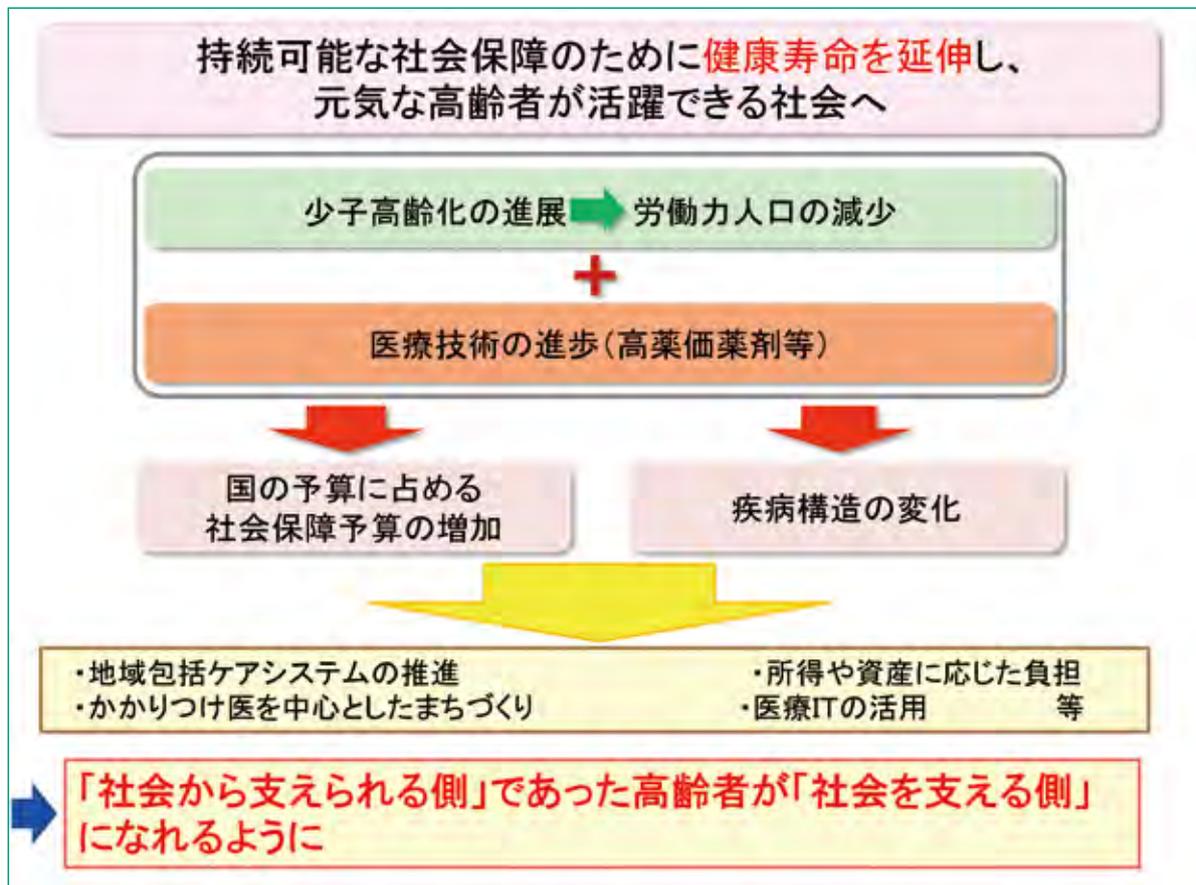
■ 図表 13



■ 図表 14



■ 図表 15



日本医師会も生涯保健事業の体系化などにより健康寿命の延伸に努めてまいります。

持続可能な社会保障のためには健康寿命を延伸し、元気な高齢者が活躍できる社会をつくる必要があります。少子高齢化の進展によって労働力人口の減少や、高薬価薬剤などの医療技術の進歩により、国の予算に占める社会保障予算は増加し、疾病構造も変化してまいります。

そのために地域包括ケアシステムの推進、かかりつけ医を中心としたまちづくり、所得や資産に応じた負担、医療におけるITの活用などによって、社会から支えられる側であった高齢者が、社会を支える側になれるようにしていかなければならないと思います（**図表 15**）。

国民の健康を守ることが医師の役割であり、その医師の集団が医師会であります。日本医師会は日本医師会綱領を旗印として理念を高く掲げてまいります。日本医師会綱領には「日本医師会は、医師として高い倫理観と使命感を礎に、人間の尊厳が大切にされる社会の実現を目指します」と、冒頭に書いてございます。

これをもとに、国民の健康、そして国民医療を守る主張をすることによって、真に国民に求められる医療提供体制の実現に向け、努力していかなければならないと、強く思っているところであります。

ご清聴ありがとうございました。

## 講演Ⅱ

# 2000年代以降の 医療政策と経済

学習院大学経済学部教授 遠藤 久夫



### 演者紹介

**中川** 続きまして、学習院大学経済学部の遠藤久夫先生よりご講演をいただきます。

遠藤先生は、1988年3月に一橋大学商学研究科博士課程を終えられた後、1997年より学習院大学経済学部教授、2013年より経済学部長を務めておられます。

医療経済学会の会長でもいらっしゃいます。また、2008年から2011年まで中央社会保険医療協議会（中医協）の会長、2012年から2013年まで社会保障制度改革国民会議会長代理などを歴任されました。現在は社会保障審議会医療保険部会の部会長などの要職についておられます。

本日の演題は「2000年代以降の医療政策と経済」です。それでは、遠藤先生、よろしくお願いいたします。

### 講演

**遠藤** ただいまご紹介にあずかりました学習院大学の遠藤でございます。どうぞよろしくお願いいたします。また、本日このような場で話をさせていただく機会を与えてくださいました横倉会長、中川副会長に御礼申し上げます。

本シンポジウムの基本テーマは「社会保障と経

済の好循環」ということではありますが、その議論をするのはパネルディスカッションでと思っています。

むしろ、この2000年以降、我が国の医療政策がどういう方向で動いていて、その結果医療の体制がどのように変わったか、あるいは医療費の構造がどう変わっていったのかをおさらいし、その後にパネルディスカッションの中で、そういうことも生かして議論できるようにお話しさせていただこうと思います。

### 後期高齢者の増加によって、医療費も増加していく

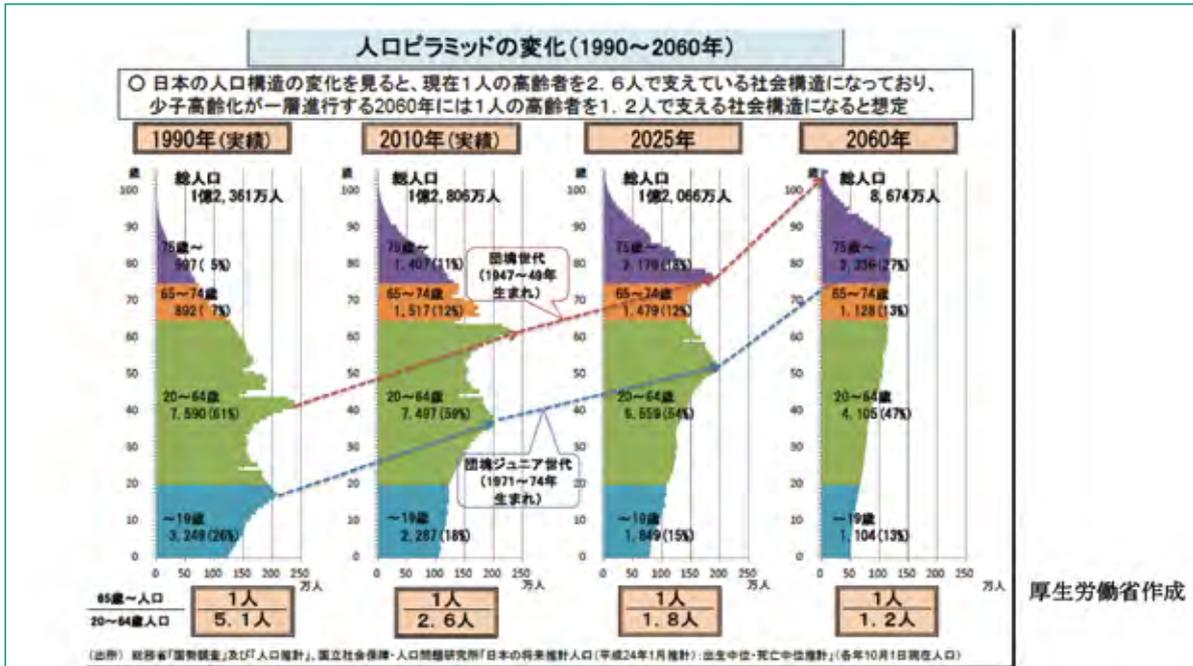
まず、**図表1**はもう皆さんご存じのとおり日本の人口ピラミッドの変化です。

後期高齢者、75歳以上の人たちが将来どのぐらい増えていくか、それと同時に若人世代がどのような変化をしていくかということを示しています。2025年というのはご承知のとおり、団塊の世代が全員後期高齢者になるという年になります。

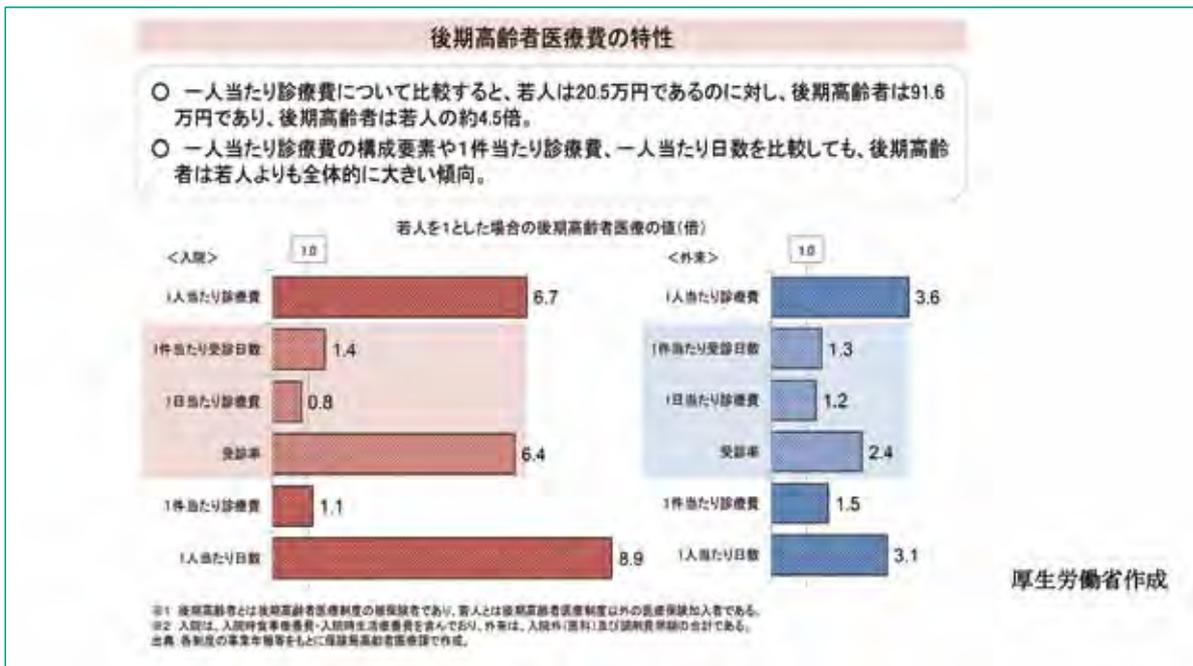
一方で、少子化によって現役世代が減ってくるので、高齢者を経済的、物理的に支える若人の比率がだんだんと減ってくる。その2025年までに医療や介護の体制について一通りの改革を行おうという流れが今進んでいるわけです。

医療費について考えると、75歳以上の医療費

図表1



図表2



の特性は入院と外来とで傾向が分かれています(図表2)。これは厚生労働省の資料を使っていますが、これを見ても、1人当たりの診療費は、入院であれば若人に対して6.7倍です。

若人といっても非後期高齢者ですから、余り若くはないかもしれませんが、入院が6.7倍、外来については3.6倍、両方合わせれば4.5倍になります。したがって高齢者、後期高齢者が増えるこ

とによって医療費が増えていくことは当然予測できますし、現実にもそうなっています。こういう状況の中でどのような改革が行われてきたか、その結果どうなっていったかということを見ていきます。

■ 図表3



## 2000年以降、国民医療費の支出がコントロールされ始める

図表3は国民所得と国民医療費それぞれの伸び率の変化を見たものです。80年代は国民医療費の伸び率と国民所得の伸び率に余り乖離がありませんでした。87年、88年、89年は国民所得の伸びが医療費の伸びを上回ったので両者の乖離が生じました。これはバブルのころです。

このころは国民所得は大きく伸びましたが、国民医療費はそう変化しないので、乖離が生じたのです。基本的に、医療費は高齢化などにより趨勢的な変化はあるにしても、短期的には余り変化はしない特性があります。

バブルが崩壊して経済の成長が鈍化しても、国民医療費は同じようには下がりません。したがって、90年代に入り、“失われた10年”“失われた20年”と言われている時代に入ったところで、ここで大きな乖離が生じてきます。この時期は、国民所得に占める国民医療費の割合が急速に上昇していった過程でもあります。

このように医療費伸び率が国民所得の伸び率を上回る状況が続きましたので、特に2000年に入ってからさまざまな形で国民医療費の支出をコントロールすることが行われました。その結果、2000年代の医療費の伸び率は80年代の医療費

伸び率より低い水準となりました。

国民医療費と国民所得が2000年以降どのように推移していくか、もう少し見ていきたいと思います。図表4をご覧ください。

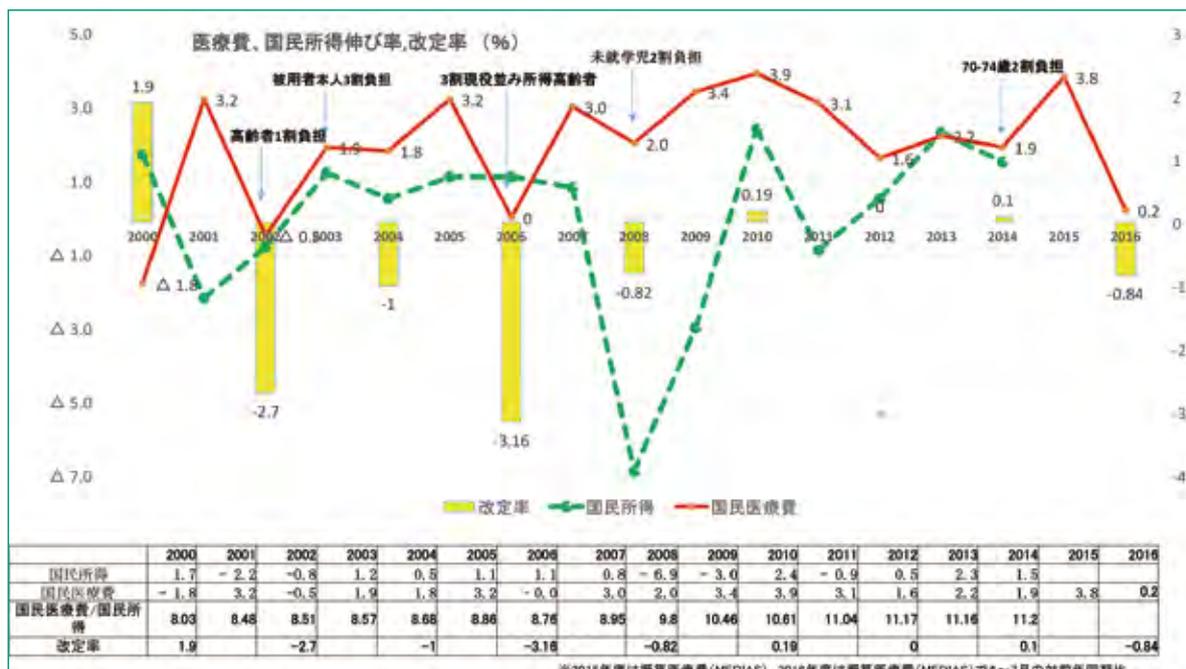
国民医療費はある程度コントロールできます。大きく分けて2つの方法でコントロールするわけですが、一つは診療報酬の改定率です。診療報酬の改定率というのは価格体系を変えることにより、前年度と医療内容が同じだとすれば医療費が何%変化するか、という数値です。マイナス改定の場合、医療費の伸びは抑制されます。改定は2年に1回行なわれます。

もう一つは、患者さんの自己負担率を上げたり下げたりすることです。当然のことながら、国民所得の伸び率が下がっていますので、その乖離を埋めるため診療報酬を引き下げて自己負担を引き上げるといった政策がとられました。

具体的には、2000年に入ると、2002年、2006年の診療報酬が大きなマイナス改定になっています。図では黄色が改定率ですが、このように下がっています。最近はドラスティックなマイナスは余り多くはありませんが、マイナス改定の傾向が続いています。

この時期は同時に、自己負担率が引き上げられました。高齢者は定額負担から1割負担へ、被用

■ 図表4



者保険の本人については2割から3割負担へ、あるいは高齢者であっても現役並みの所得がある場合には3割負担にするなどです。最近の例では1割だった70歳から74歳の自己負担率が、法律の本則に基づいて、新たに70歳になった人に対しては2割負担を適用するというようなことも行われてきています。

子供に対してはむしろ自己負担の軽減が行われましたが、基本的にはこのような自己負担の引き上げと診療報酬の引き下げという政策で、医療費の伸びを抑制してきている。その結果、国民所得との乖離が縮小してきたということです。

### 医療と介護の補完関係も重要になる

一方、2000年に導入された介護保険は医療保険と補完性を持っているところもあります。もちろん介護保険は医療保険とは直接関係のない高齢者の生活を支えるという側面が大きいのですが、最近特に医療と介護の連携、医療と介護の補完関係が非常に重要になっています。という意味で、医療政策を論ずる上で介護保険も無視できないわけです。

図表5は、医療費と介護費をトータルしたものを100としたときの介護費と医療費の割合を示

しています。介護費の割合は2000年では10.7%ですが、2014年では19.7%と割合が増えてきています。

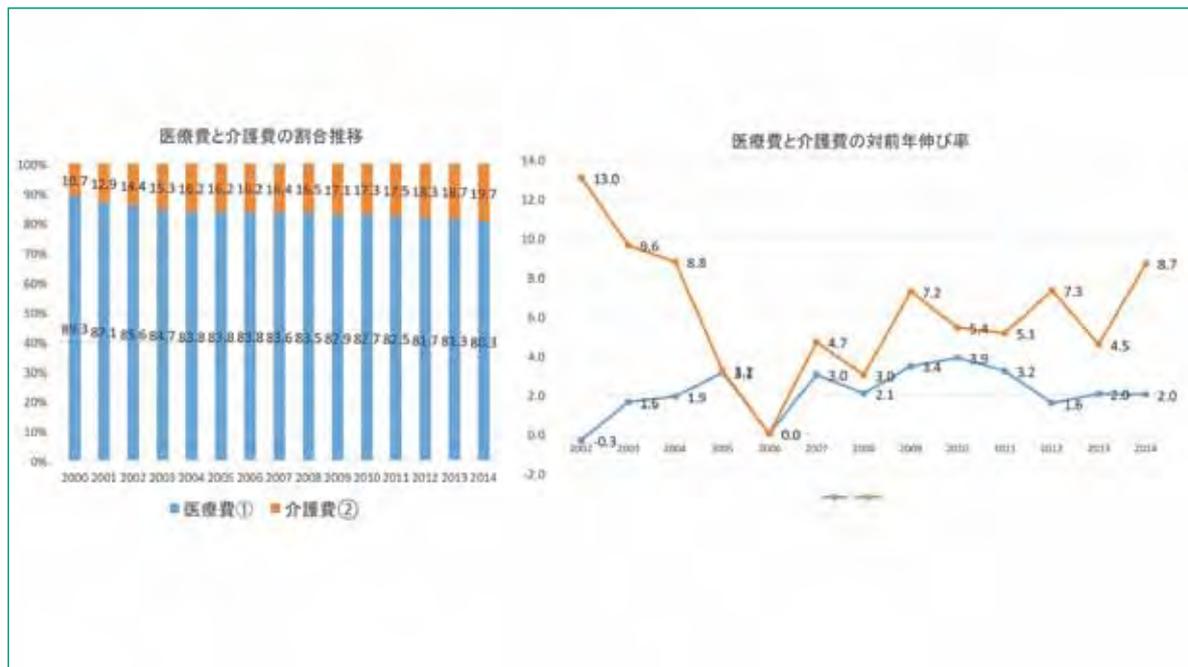
対前年伸び率を見てみると、オレンジ色の線は介護費の伸び率です。青色の線が医療費の伸び率ですが、介護費のほうが伸び率は大きい。介護保険は新たに導入されましたから、普及に伴って費用が増大するのは当たり前だとはいえませんが、明らかに介護保険のほうが伸びている。その意味で、介護保険は財源的にも非常に、大きな課題を持っています。本日は介護保険の話までしてしまうときりがないので、医療に限局してお話をさせていただきます。

### 高齢者増が公費負担の増加につながる

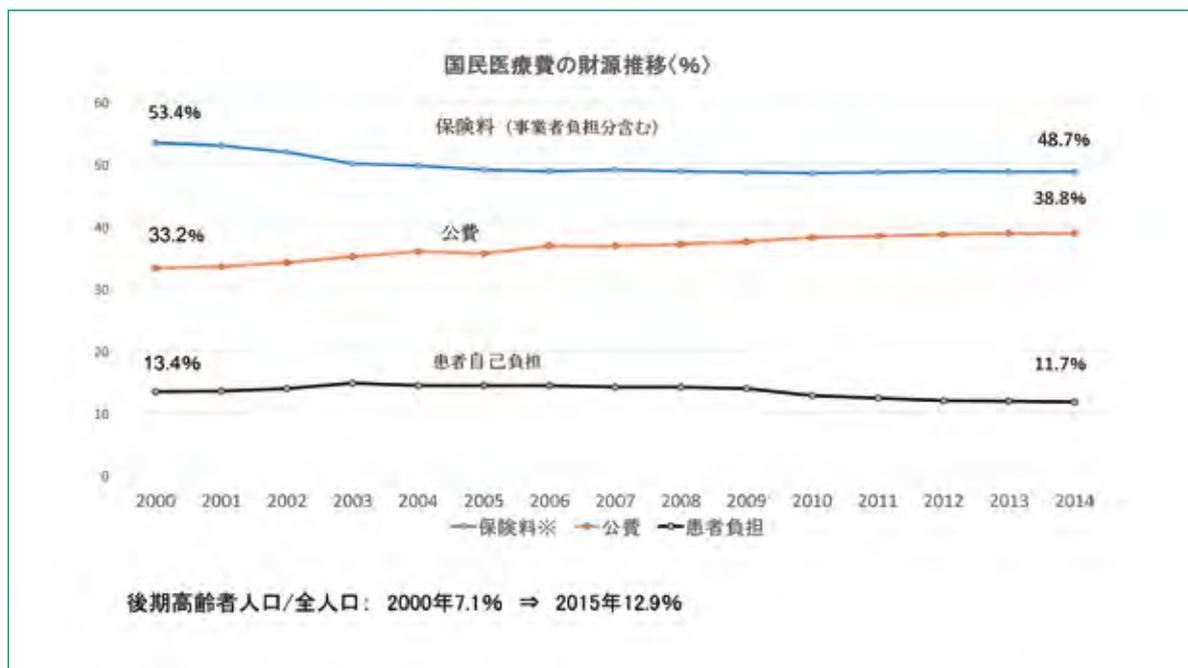
このように医療費の伸びというのは、伸び率は抑えられながらも、伸びは続いています。その財源の構成を見ていくと、図表6のようになっています。2000年と2014年を比較しました。

一番上が保険料の割合です。53.4%だったものが48.7%に、これは事業者負担分を含んでいます。それから、公費が33.2%だったものが38.8%へと増えています。患者の自己負担は13.4%だったものが11.7%となっています。

図表5



図表6



これを見ておわかりになりますように、公費の割合が増えており、保険料との差が小さくなっています。医療保険と言いながら、公費の割合がどんどん増えているのが実情です。

この理由は大きく分けて2つありまして、一つは、後期高齢者医療制度は他の保険制度と比べて公費の投入割合を多くしています。したがって、後期高齢者になる人たちが増えていくと、全体として公費の割合が増えてくるということです。

もう一つは、景気が非常に悪い時期が続きました。そのころは特に国民健康保険の未納の問題などもあり、その結果、いろいろな意味で公的な補助をしなければならないということがありました。このような理由で、じりじりと公費の割合が増えてきているわけです。

一方で、それに見合うだけの財源の調達、すなわち十分な増税が行われていないので、結果的に赤字公債でファイナンスされている割合が増えて

きている。別の言い方をすれば、財政再建の俎上に医療保険がますます載ってしまうという状況にあるといえます。

一方、患者自己負担については先ほど来ご説明しましたように、自己負担の引き上げは政策的に行われてきています。ただ、後期高齢者の医療費の自己負担の割合は制度上低く設定されていますから、高齢者の割合が増えれば、マクロで見ると、医療費の自己負担の割合が減ってしまうということになります。

ちなみに、2000年から2015年の間では、後期高齢者の総人口に占める割合が7.1%から12.9%へと増えているということです。

当然この間、保険料率の引き上げも行われました。保険の負担の割合が減ってきているとは言いながらも、絶対額では増えているわけでありますので、その分、保険料率が上昇します。図表7は被用者保険、すなわち協会けんぽと健康保険組合の保険料率の推移を示しています。

平成15年に大きく料率が下がっているのは、このときに、それまではボーナスを保険料の算定基礎に入れていなかったのを、ボーナスを算定基礎に入れるようになったためです。その分だけ料率を下げて保険が回っていくということになりますので、協会けんぽも組合健保も保険料率は下

がるわけです。

ただ、そのときにボーナスの割合が多いのは大企業ですから、大企業のほうが保険料率を大きく下げることができたということで、それが協会けんぽと健保組合の差になっているわけですが、その後だんだんと時間がたってくると、この差が縮小してきます。いずれにしてもその後は、保険料率が上昇してきています。

### 数量ベースによって高齢者医療費は伸びている

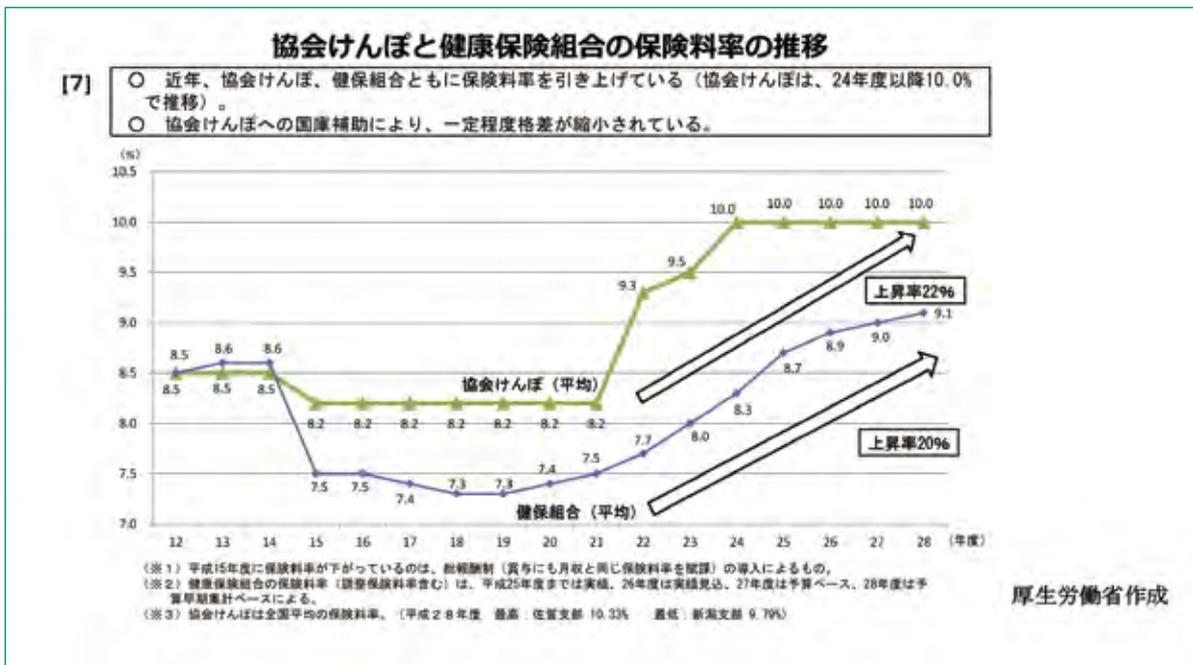
次に医療費の動向です。先ほど高齢化に伴って医療費が増えるという話をしましたが、図表8は高齢者と非高齢者について、医療費の伸び率の推移を見たものです。

ここで言う高齢者というのは、データの特性上、2004年から2011年は70歳以上のことで、2012年から2016年は75歳以上の人です。

図表8の左側のグラフは高齢者と非高齢者の医療費全体を示していますが、高齢者の医療費の伸びのほうが、非高齢者の医療費の伸びよりも大きいことは見てとれます。ただ、その差は趨勢的に小さくなってきています。

右側のグラフは年齢階層別の1人当たりの医療

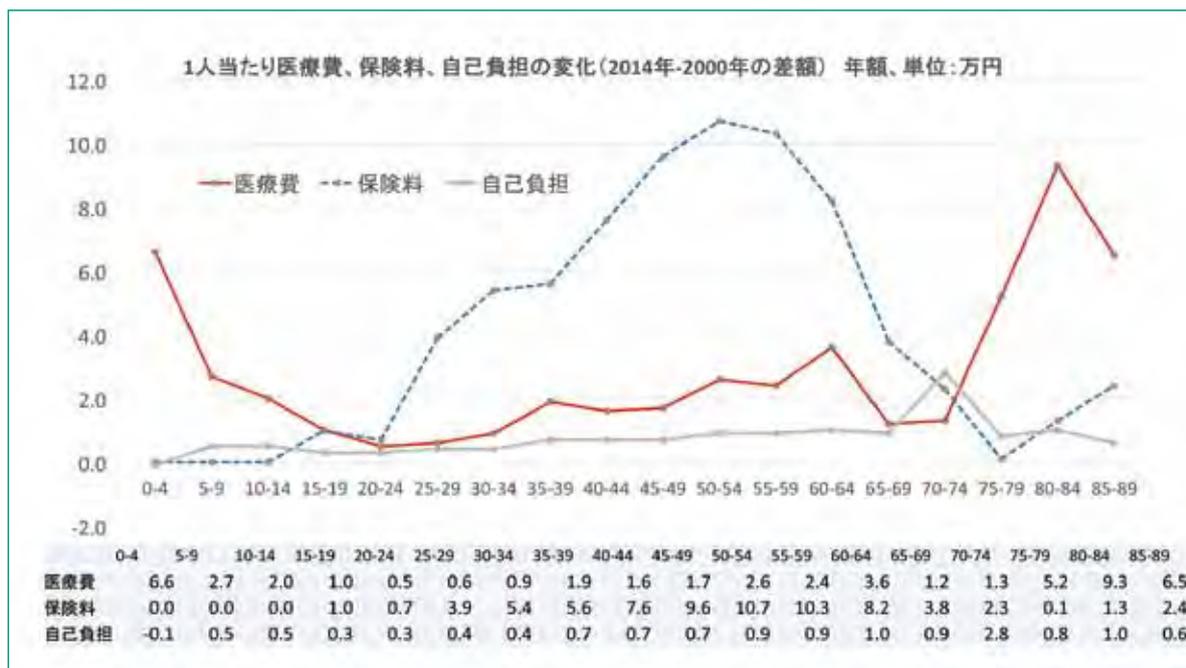
図表7



図表8



図表9



費の変化率です。1人当たりで見ると、高齢者のほうが非高齢者よりも伸び率は小さいことが分かります。

つまり、高齢者の医療費1人当たりに着目してみると、伸び率はそれなりに抑制されてきています。

これにはいろいろな議論があると思います。高齢者の自己負担が高まっているからだ、あるいは介護保険ヘシフトしているからだなど、いろいろ

な解釈ができますが、明らかに1人当たりの医療費の伸び率は高齢者のほうが低いわけです。

すなわち、数量ベースで高齢者が増えるために、高齢者の医療費が非高齢者より伸びているということになっているわけです。

図表9はちょっとテクニカルなものなのですが、この2014年と2000年、ほぼ14年の間に、費用負担の構造がどのように変化したのかを計算したものです。

2014年及び2000年に厚労省が資料を出しています。これは、それぞれの年度について年齢階層別に1人当たりの医療費、それから1人当たりの支払った保険料、1人当たりの支払った自己負担を計算したものです。この計算はなかなか難しいのですが、厚労省はある仮定を置いて推計しています。**図表9**は2014年と2000年の差をとったものです。

まず、1人当たり医療費ですが、子供と高齢者は2014年は2000年よりかなり増えている。特に子供の医療費が増えている理由というのは、未就学児童の自己負担を引き下げたとか、あるいは都道府県が子供の自己負担の助成をするという動きがあったことによります。

高齢者の医療費伸び率は小さいといたしましたが、そうは言っても絶対額がもともと多いので、医療費の絶対額の増加は若人より大きいのです。

それから自己負担ですが、自己負担は制度改正したので、全年齢とも少し増えています。70歳から74歳の年齢層の自己負担が増えています。これは2014年に新たに70歳になった人から1割負担を2割負担にしたからです。

見ていただきたいのは青の破線の保険料です。保険料はこの14年の間に、所得の比較的高い現役世代、特に中年ぐらいの年齢層の人たちに保険

料負担が増えている。一方、高齢者は余り増えていません。これについては高齢者の保険料軽減特例を見直そうという議論が進んでいます。

保険料や自己負担これ以外の費用としては公費があるのですが、1人当たりいくら公費負担しているかというのは計算ができませんので、ここには入っていません。

## 高齢者の経済的な状況と医療費の自己負担との関係

**図表10**は厚労省の資料の抜粋ですが、高齢者に自己負担もしくは保険料の負担を増やしてもらうとした場合、今の高齢者の経済的な状況はどうなっているのかということを見たものです。1人当たりの医療費と自己負担を見てみると、75歳以上の医療費に占める自己負担の割合が8.1%であるのに対して、65～69歳は21.1%、20～64歳まで（3割自己負担）は22.3%ということで、高齢者に対して自己負担は非常に低く設定されていると言えるわけです。

次いで、平均収入に対する自己負担の割合を見てみましょう。これは負担の公平性を考えるときに重要な指標になりますが、75歳以上ではこの値は4.3%となります。一方、20～64歳は1.4%

図表10

1人当たり医療費と自己負担			
年齢(負担割合)	1人当たり医療費(年)	自己負担額(年)	医療費に対する自己負担の割合
75歳以上(1割、現役並み所得3割)	81.8万円	7.4万円	8.1%
70～74歳 <sup>※1</sup>	56.2万円 (現役並み所得3割)	法定2割 (現役並み所得3割)	7.1万円 12.6%
		1割凍結 (現役並み所得3割)	4.3万円 7.7%
65～69歳(3割)	42.2万円	8.9万円	21.1%
20～64歳(3割)	17.5万円	3.9万円	22.3%

平均収入に対する自己負担の割合			
年齢(負担割合)	平均収入(年)	自己負担額(年)	収入に対する自己負担の割合
75歳以上(1割、現役並み所得3割)	174万円	7.4万円	4.3%
70～74歳 <sup>※1</sup>	202万円	法定2割 (現役並み所得3割)	7.1万円 3.5%
		1割凍結 (現役並み所得3割)	4.3万円 2.1%
65～69歳(3割)	236万円	8.9万円	3.8%
20～64歳(3割)	274万円	3.9万円	1.4%

平均収入に対する負担(自己負担+保険料)の割合			
年齢(負担割合)	平均収入(年)	自己負担+保険料 <sup>※2</sup> (年)	収入に対する自己負担+保険料 <sup>※2</sup> の割合
75歳以上(1割、現役並み所得3割)	174万円	14.7万円	8.1%
70～74歳 <sup>※1</sup>	202万円	法定2割 (現役並み所得3割)	17.6万円 (14.6万円) 8.8% (8.2%)
		1割凍結 (現役並み所得3割)	15.0万円 (14.0万円) 7.4% (8.9%)
65～69歳(3割)	236万円	22.0万円 (19.9万円)	9.3% (8.5%)
20～64歳(3割)	274万円	28.0万円 (18.8万円)	10.2% (8.1%)

※1 平成26年4月以降30歳に達した者から、自己負担割合は2割。  
 ※2 一人あたり総所得、自己負担額、平均収入は、令和2年の標準年齢等4人に内訳した平成24年度の値。  
 ※3 平均収入額は、平成25年度厚生労働省「世帯調査」による平成24年の数値。  
 ※4 青の破線の数値は、保険料について事業主負担分を抜いた後の数値。

厚生労働省作成

とはるかに低い値です。

このように平均収入に対する自己負担の割合という点から見ると、高齢者も相応の負担はしているのかなという話になるわけです。

それでは、平均収入に占める自己負担と保険料の合計額はどうでしょうか。

20～64歳は10.2%、65～69歳は9.3%ですが、後期高齢者は8.1%です。これから、自己負担に保険料負担を加えると、高齢者は若い人たちよりもやや軽減され過ぎているのではないかという議論も出てきます。

### 診療報酬改定と医療費の伸び率

次に、最近の医療費の伸びについて見ていきたいと思います。

厚労省は医療費の対前年伸び率を診療報酬の改定率と人口の影響と高齢化の影響、その他で要因分解して、その結果を公表しています。それが、**図表11**です。

まず見ていただきたいのは、奇数年の医療費伸び率です。2005年の3.2%、2007年の3.0%、2009年の3.4%、それから2011年の3.1%、すべて約3%です。

奇数年は診療報酬の改定がありません。診療報

酬は、先ほど話しましたように、医療費全体の水準をコントロールしますが、これが奇数年にはない。と同時に、自己負担の引き上げというのもこれらの年はなかった。つまり2000年台は、診療報酬改定が無く、制度改正もなければ医療費は3%伸びる。医療費の自然増は3%でした。

ところが、これがおもしろいことに、2012年になりますと、このときには診療報酬は改定がありました。0.004%とほぼゼロ回答でした。従来であれば医療費は3%程度増えたわけですが、実際には1.6%増にとどまりました。

2013年は診療報酬改定はありませんし、自己負担の引き上げもありませんでしたが、この場合でも3%に届かないで、2.2%にとどまりました。

2014年の改定率はマイナス1.26%とありますが、消費税対応分の1.36%を加えれば、プラスの0.1%です。ということで、医療費に与える影響はプラスの0.1%の改定として考えるべきです。その場合、過去の例では3%を超える医療費伸び率になります。しかし、実際には1.8%でした。もっとも、この年から、新たに70歳になった人からこれまでなら1割負担だったのを2割負担に引き上げましたので、医療費の伸びは抑制されましたが、1.8%まで抑制されるとは思えません。

■ 図表11

医療費の「その他」を要因とする伸び													
	平成15年度 (2003)	平成16年度 (2004)	平成17年度 (2005)	平成18年度 (2006)	平成19年度 (2007)	平成20年度 (2008)	平成21年度 (2009)	平成22年度 (2010)	平成23年度 (2011)	平成24年度 (2012)	平成25年度 (2013)	平成26年度 (2014)	平成27年度 (2015)
医療費の伸び率 ①	1.9%	1.8%	3.2%	-0.0%	3.0%	2.0%	3.4%	3.9%	3.1%	1.6%	2.2%	1.8%	3.8%
診療報酬改定 (消費税対応分を除く) ②		-1.0%		-3.10%		-0.82%		0.19%		0.004%		-1.26%	
人口増の影響 ③	0.1%	0.1%	0.1%	0.0%	0.0%	-0.1%	-0.1%	0.0%	-0.2%	-0.2%	-0.2%	-0.2%	-0.1%
高齢化の影響 ④	1.6%	1.5%	1.8%	1.3%	1.5%	1.3%	1.4%	1.6%	1.2%	1.4%	1.3%	1.2%	1.2%
診療報酬改定のうち、 消費税対応の影響 その他(①-②-③-④) ⑤												1.36%	
・医療の高度化 ・患者負担の見直し 等		0.2%	1.2%	1.3%	1.5%	1.5%	2.2%	2.1%	2.1%	0.4%	1.1%	0.6%	2.7%
制度改正	H15.4 被用者本人 3割負担 等			H18.10 現役並み 所得高齢者 3割負担 等		H20.4 未婚者 2割負担						H26.4 70-74歳 2割負担 (※)	

注1 医療費の伸び率は、平成25年度までは国民医療費の伸び率、平成26年度以降は国民医療費(国民医療費+国民医療費)であり、診療報酬と自己負担額の合計である。  
注2 平成27年度の高齢化の影響は、平成25年度の年齢別人口(5歳階級)と平成27年度の年齢別人口(5歳階級)からの推計である。  
注3 「診療報酬改定のうち、消費税対応の影響」は、消費税引上げに伴う診療報酬等の課税仕入れにかかる消費税への対応分を指す。  
注4 平成25年度における診療報酬改定の改定率は、⑤と⑥を合計した10%であった。  
注5 70-74歳の者の一般医療費割合の多量減額(1割→2割)、平成26年4月以降に適用した者から2割とし、同年3月までに70歳に達した者は1割に引き上げ。

厚生労働省作成

2012年以降、何が起きたのだろうか。これまでの自然増3%というのは構造的に変化したのだろうか。だとしたらその理由は何だろうか。医療から介護へのシフトだろうか、ジェネリックの使用促進の影響だろうか、どれもじっくりこない。私は研究をする必要があると思いました。

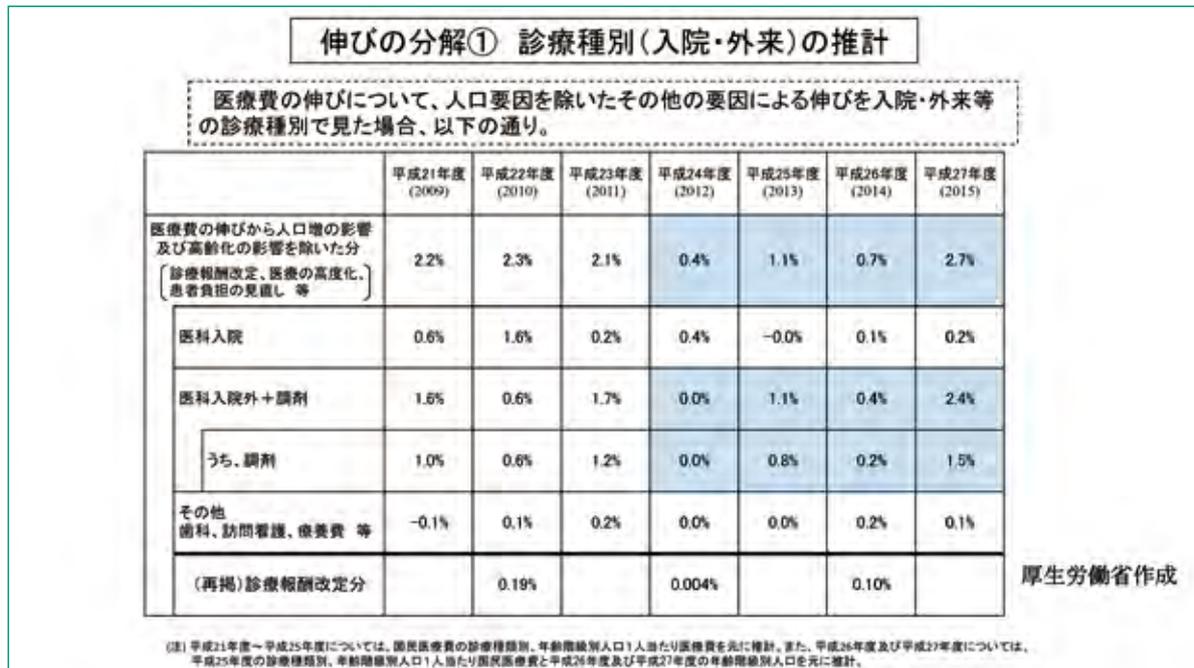
ところが、2015年に、この年は診療報酬改定も制度改正もありませんが、突然3.8%という高い伸び率になったのです。ということで、この3

年間の伸びの低下の原因は何だったのかわからないままに、新たな局面に遭遇したのです。

### 医薬分業が医療費に及ぼす影響

しかし、2015年に医療費が大きく伸びた理由はわかります。図表11の「その他」というところが2015年は2.7%とそれ以前より大きな値になっています。図表12はこの中身を医科入院、

■ 図表 12



■ 図表 13





他の包括の支払いの仕組みの中では、薬剤費のところはブラックボックスになっており、これがわかりません。

図表15の青字の線は、厚生労働省が薬剤費として公表している金額を国民医療費で割ったものです。先ほど申し上げたように包括部分の薬剤費が入っていませんので、その分を考えて判断してください。

最近はまだDPC対象病院になるところは落ち着いていますが、一時期はどんどん増加していましたから、そうなるとこの薬剤費の伸び率は実際より小さくなってしまいます。

赤い線は私が計算をしたものですが医薬品生産動態調査から見たものです。1年間の国内での生産額プラス輸入額、引くことの輸出額ということで算出しました。

これは包括分も入りますから、公表された医療費を少し上回ります。ただし、金額は薬価ベースではなく、工場の出荷ベースになりますから、この点は実際の薬剤費より少し少なくなります。

ちなみに2010年、この年は私が中医協会長を辞めて、医療保険部会の部会長になった年ですが、日医選出の委員から正確な国民医療費に占める薬剤費の割合を知りたいという意見が出ましたので、私は事務局に推計でいいから出すように言い

ました。2010年のグレーの三角が示す23.6%はそのときに出た値です。したがって、これは包括部分を含めた薬価ベースの国民医療費に占める薬剤費です。

DPCについては再計算をして出しましたが、療養病床やその他の包括払いについては、大胆な仮定を置いた推計なので、必ずしも正確な数値ではありません。

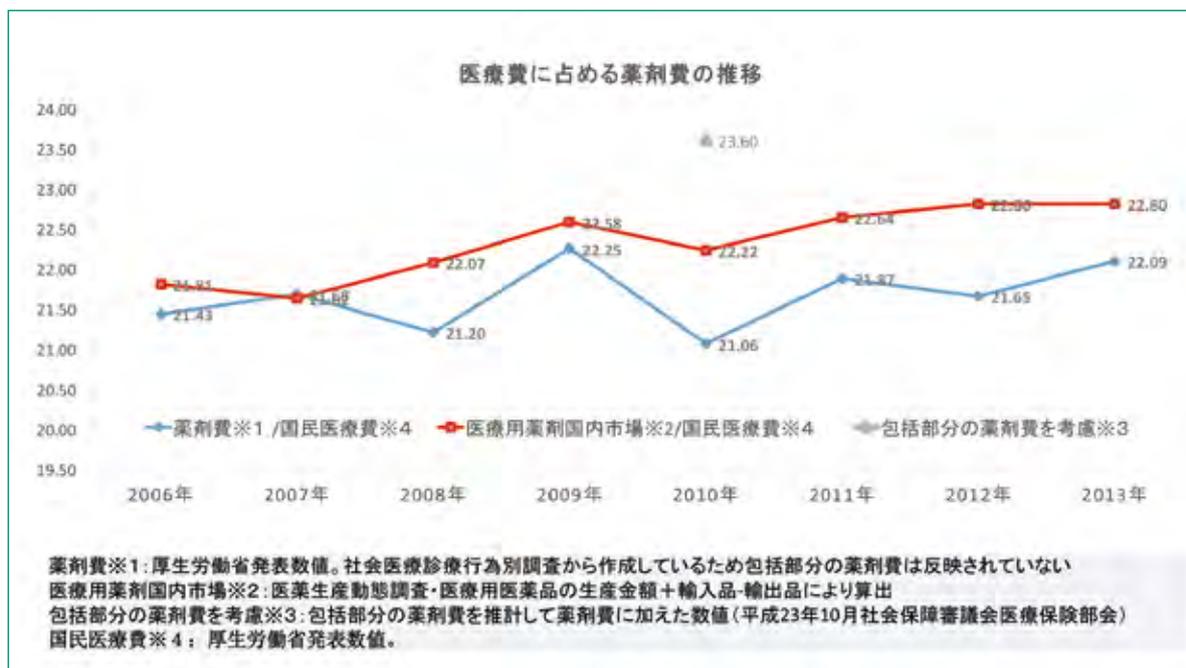
以上のように国民医療費に占める薬剤費の正確な値はわからないのですが、趨勢的には何となく薬剤費の割合は増えているのかなというところはわかるのですが、グラフは2013年までですから、肝心のその後の動きは不明です。

## 高額医薬品の取り扱いが今後の大きな課題に

別の見方で最近の高額薬剤の動きを見てみたいと思います。DPCの包括支払い制では1日単位の診断群別の包括になっていますので、非常に高価な新薬が承認されると、その包括額では赤字になってしまっ使いづらくなります。

ですから、これまでの薬剤費の84%タイルを超えるような高額な薬価のついた薬が新規収載された場合には、DPC対象病院の入院患者に投与

図表15



するときにそれをどういうふうに対処するかということの中を協会で検討します。

現状の包括支払いのままで使うのか、あるいは一旦出来高にするのか、など議論するわけです。その際、高額な新薬に関するデータが示されますので、平成23年から平成28年の5月までの例を、私は資料を一つひとつめくって調べてみました。それが図表16です。

私の計算ですから、間違っていることは十分あることをご承知おきください。調べてみると、新規収載の薬と適用拡大の薬、それぞれについて高額なものはあるわけです。傾向として、新規収載、適用拡大ともだんだんと増えてきています。平成28年は1月から5月までですから、年間ではこの倍以上となるでしょう。

それから、抗がん剤の割合が多いということです。新規収載品について内資企業、外資企業別に見ると、外資の割合が多いです。

実は、ここには書いていませんが、原価計算方式と類似薬効比較方式から調べてみると、原価計算方式は39件、類似薬効が59件です。数からすれば39件のほうが少ないのですが、もともと全体で見ても原価計算方式は例外的なものですから、そんなに多くはないわけです。

したがって、全体平均から見れば原価計算方式

が非常に多いということになります。したがって、最近では抗がん剤を中心に、外資企業の新薬で、原価計算方式で算定されている高額なものが保険収載される傾向にあることがわかります。

ただ、これは一概に悪いかどうかということも言えません。と言うのは、これはいわゆる新薬創出加算という薬価制度を平成22年に導入しました。そのときの議論は、市場調査をしたときに薬価が余り下がらないものについては薬価を維持する、それは市場がそれなりに高く評価しているからだということなのです。

ただし、価格維持するためには国が国内で開発することを要請した場合、ちゃんと対応した企業でなければだめですという条件をつけています。

すなわち、新薬創出加算制度はドラッグラグを解消しようという目的で作られた仕組みですから、国からの要請によってさまざまな新薬が適用拡大された、あるいは新規に国内で治験が開始されて承認されたとも考えられるわけです。

ですので、高額薬剤の薬価収載が増えたことは、政策の効果だと言えないこともないわけです。問題は、この高額薬価が適切かどうかということです。これに対する対応策として、適正使用のガイドライン作成、費用対効果評価の構築、薬価基準制度の見直しなどが検討されています。

図表16

**DPC包括制において高額医薬品（※）として検討された医薬品**

（※）当該医薬品の標準的使用による薬剤費が使用していない薬剤費の84%タイルを超える（23年10月より）

平成28年(1~5月)			平成27年			平成26年			平成25年		
①新規収載数 11			①新規収載数 27			①新規収載数 27			①新規収載数 12		
内資	外資		内資	外資		内資	外資		内資	外資	
抗がん剤	1	6	抗がん剤	4	5	抗がん剤	6	8	抗がん剤	1	3
その他		4	その他	7	11	その他	4	11	その他	2	6
小計	1	10	小計	11	16	小計	10	17	小計	3	9
②適用拡大数 6			②適用拡大数 13			②適用拡大数 26			②適用拡大数 12		
抗がん剤	4		抗がん剤	5		抗がん剤	13		抗がん剤	7	
その他		4	その他		8	その他	13		その他		5
平成24年			平成23年								
①新規収載数 13			①新規収載数 8								
内資	外資		内資	外資							
抗がん剤	1	3	抗がん剤	1	1						
その他	2	7	その他	3	3						
小計	3	10	小計	4	4						
②適用拡大数 9			②適用拡大数 5								
抗がん剤	4		抗がん剤	4							
その他		5	その他		1						

○新規収載、適用拡大とも増加傾向が顕著にみられる。○新薬創出・適応外薬解消等促進加算の影響？

○新規収載品については外資企業の割合が大きい。⇒外資企業67%（66/98）：平成23年～平成28年（1～5月）合計

○高額医薬品のうち抗がん剤の割合は新規収載品で39%（38/98）、適用拡大で51%（37/73）と抗がん剤が多く、その傾向は適用拡大により顕著。

○新規収載品は原価計算方式（39件）の方が類似薬効比較方式（59件）より少ないものの、すべての医薬品を対象とすれば原価計算方式の割合が高い。

## 医療提供体制の変化

2000年から2015年の間に医療提供体制はどのように変化してきたかということを示す述べておきます。

これは本日のテーマである社会保障費と余り関係はないのですが、医療は介護と同じように現物給付であるので、提供体制がどうなっているのかということは、医療保障を考える上でどうしても

避けられないので、大きな流れを見ていきます。

図表17は病院の医療費、受診延べ日数、1日当たりの医療費の推移を示したものです。

2015/2001の項目に注目しましょう。病院全体では、受診延べ日数は0.81倍と減っていますが、1日当たりの医療費は1.62倍と増加し、その結果、医療費は1.3倍増えています。つまり、この間、診療密度が高まったといえます。医療機関別に見ても、程度の差こそあれ、同様の傾向を

■ 図表 17

		2001	2015	2015/2001	2015-2001
病院	医療費<兆円>	16.90	22.00	1.30	5.1
	受診延日数(億日)	10.80	8.70	0.81	-2.1
	1日当たり医療費(万円)	1.56	2.53	1.62	1.0
大学病院	医療費<兆円>	1.67	2.76	1.65	1.1
	受診延日数(億日)	0.75	0.69	0.92	-0.1
	1日当たり医療費(万円)	2.23	4.00	1.80	1.8
公的病院	医療費<兆円>	6.67	7.98	1.20	1.3
	受診延日数(億日)	3.81	2.59	0.68	-1.2
	1日当たり医療費(万円)	1.75	3.08	1.76	1.3
医療法人	医療費<兆円>	7.93	11.02	1.39	3.1
	受診延日数(億日)	5.69	5.31	0.93	-0.4
	1日当たり医療費(万円)	1.39	2.08	1.49	0.7
診療所	医療費<兆円>	7.6	8.6	1.13	1.0
	受診延日数(億日)	13.1	12.7	0.97	-0.4
	1日当たり医療費(万円)	0.58	0.68	1.17	0.1

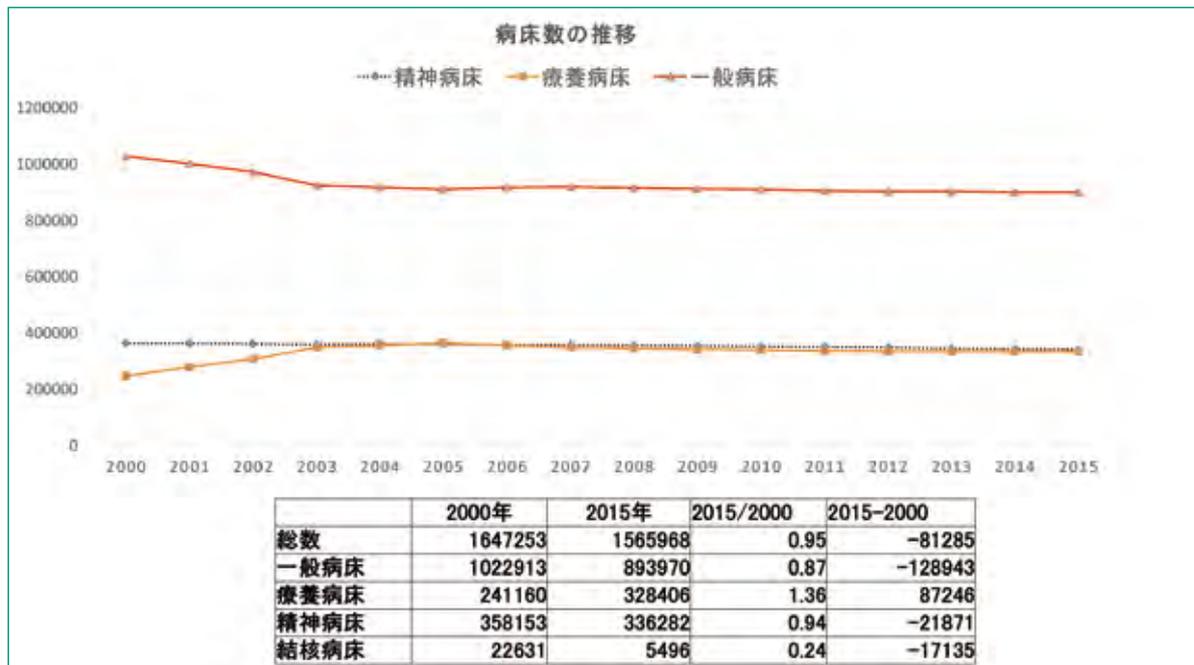
  

		2001	2015	2015/2001	2015-2001
大学	入院	1.2	1.9	1.58	0.7
	入院外	0.45	0.87	1.93	0.4
公的	入院	4.5	5.6	1.24	1.1
	入院外	2.14	2.38	1.11	0.2
医療法人	入院	5.7	8.4	1.47	2.7
	入院外	2.2	2.64	1.20	0.4
個人	入院	0.5	0.1	0.20	-0.4
	入院外	0.21	0.06	0.29	-0.2

		2001	2015	2015/2001	2015-2001
大学	入院	795708	1183085	1.49	387377
	入院外	295093	549893	1.86	254800
公的	入院	254963	363549	1.43	108586
	入院外	120291	154239	1.28	33948
医療法人	入院	91950	128915	1.40	36965
	入院外	35371	40585	1.15	5214
個人	入院	42094	56220	1.34	14126
	入院外	19,557	20926	1.07	1369

■ 図表 18



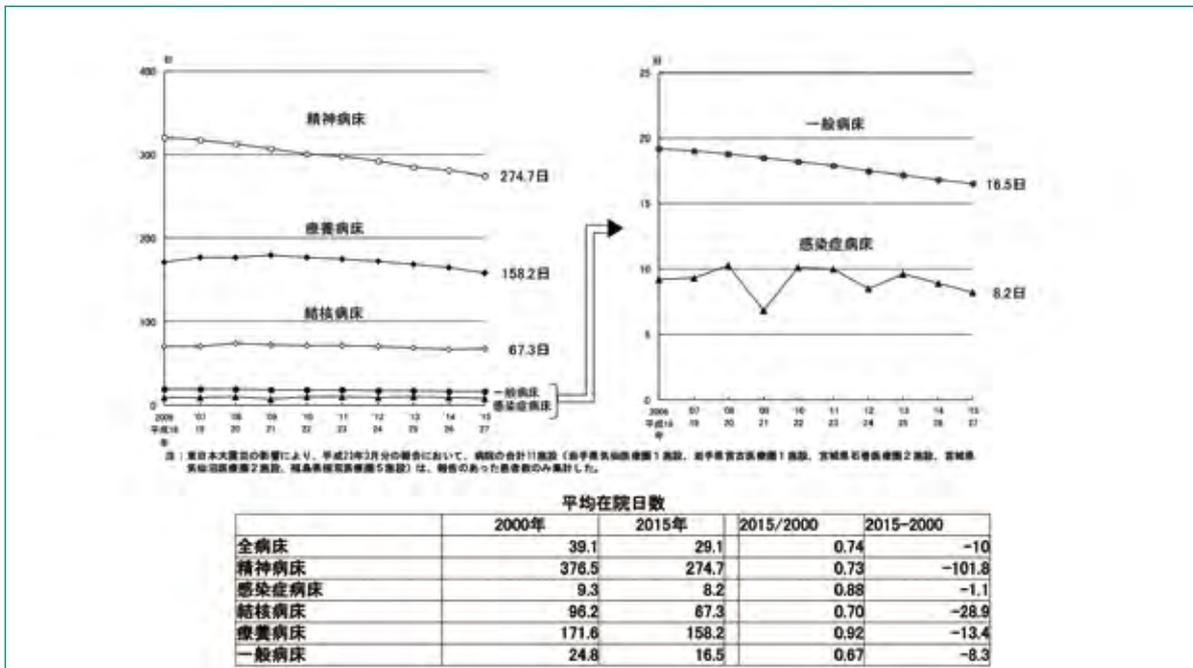
示しています。また、入院、外来別に見ると大学病院では大きく外来シフトが生じていることがうかがえます。

図表18は病床数の変化です。病床は総数で見ると、2015/2000の値は0.95ということで減っています。一般病床は0.87とさらに減っています。

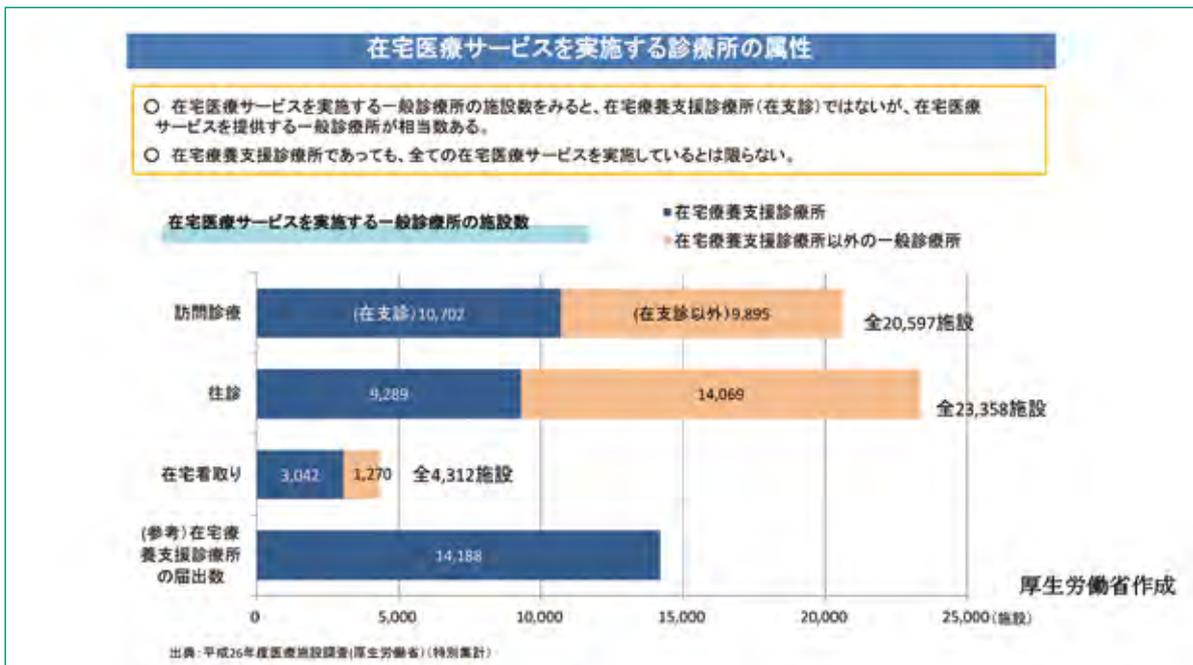
一方、療養病床がやや増えています。それから図表19は平均在院日数の変化です。

わが国の平均在院日数は世界でも際立って長いといわれているので、診療報酬による誘導などで短縮化が図られてきました。一般病床は0.67とかなり短縮されてきましたが、療養病床は0.92と余り短縮化されていません。これは、一般病床に適用される入院基本料の逓減制が療養病床にないことや、一般病床の入院短縮化により療養病床の入院患者の医療必要度が高まったことなどが理由だと思えます。

■ 図表 19



■ 図表 20



在宅医療についても若干触れたいと思います。  
**図表 20** は厚労省の資料です。訪問診療を行なっている一般診療所は2万施設強あります。在宅療養支援診療所ではない診療所も約半分あります。

それから在宅での看取り。在宅看取りも非常に国が推進していくという方針です。これは4,300施設です。この数をどう見るかですが、必ずしも多くないということです。

**図表 21** は診療所と病院別に見た在宅医療で

す。訪問診療を行う医療機関の推移ですが、診療所のほうは全診療所の2割強ぐらいですが、最近では余り増えていません。

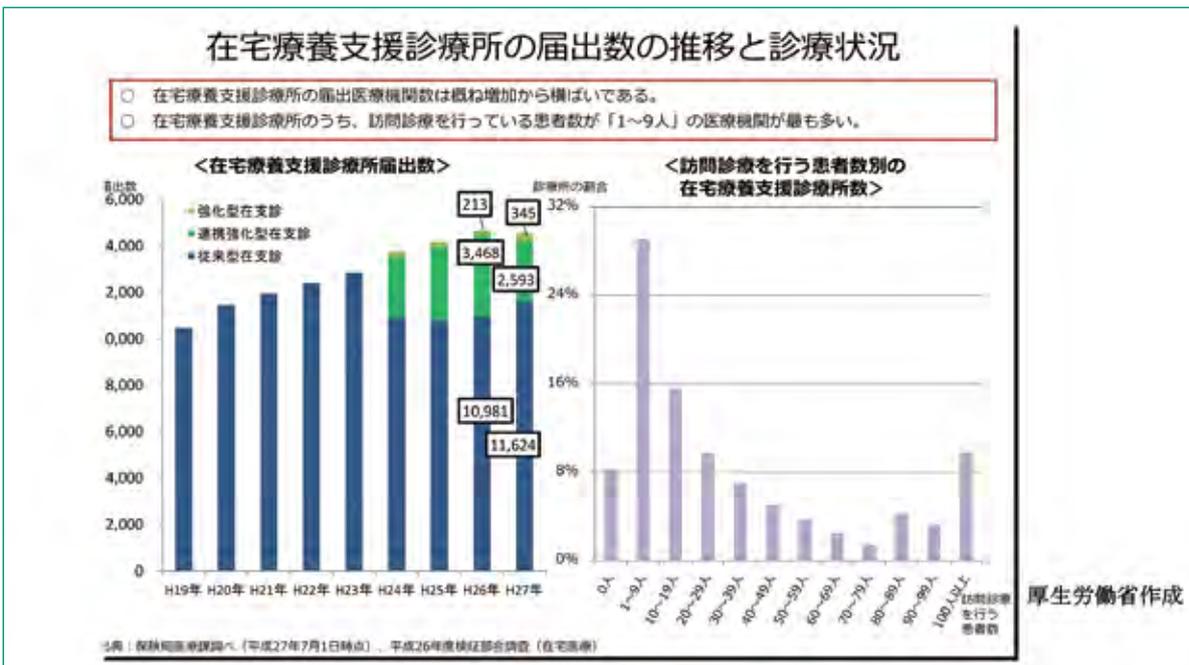
病院のほうは、まず比率で見ると約30%です。なので、訪問診療を行う病院は比率的には診療所よりも今は高くなっています。ただこちらも必ずしもどんどん伸びているという状況ではありません。

それから、在宅医療を受ける患者さんの動向で

■ 図表 21



■ 図表 22



す（図表 22、23）。図表 23 の赤いグラフは往診で、その左は訪問診療という形で診てもらっている患者さんですが、こちらは増えてきています。

次に、在宅での終末期医療の状況です。終末期医療に関連する報酬の算定状況を示したものが、図表 24 です。3種類の終末期医療に関連する診療報酬の算定状況の変化を表しています。

これは厚労省の資料ですが、おおむね増加傾向にあると記載されています。

ただ、目立った動きではないという言い方もできるかもしれません。

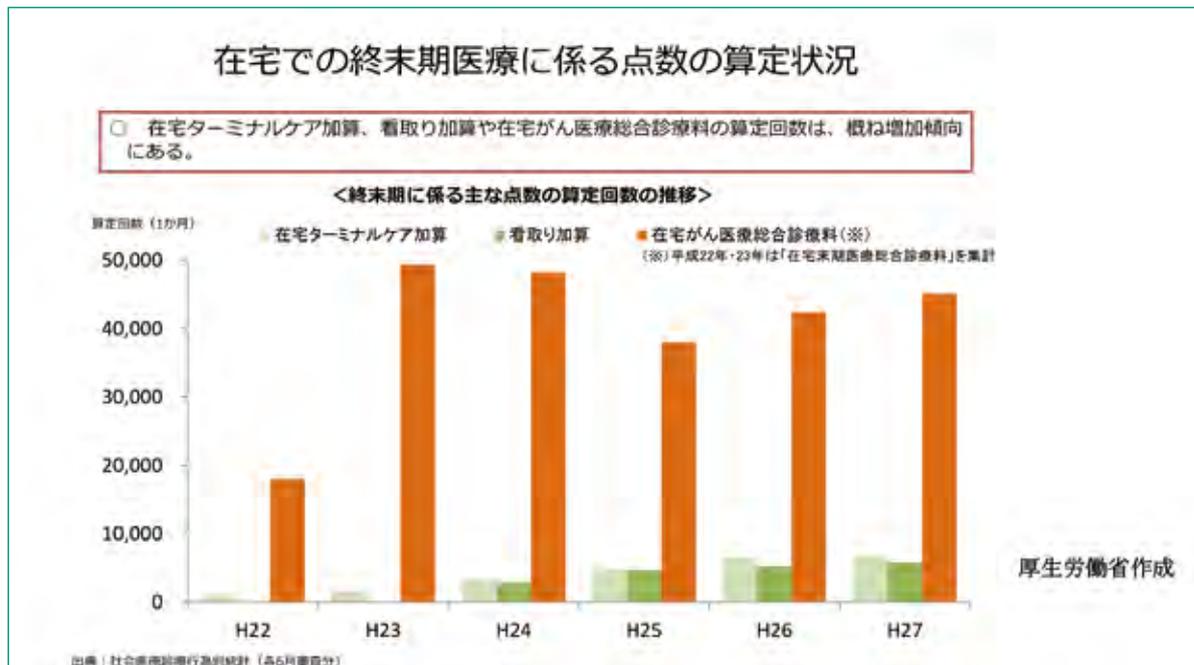
### 特定健診と特定保健指導による疾病予防の推進

それから、国の政策の中の予防です。健康づくりの話です。これも非常に強く進められています（図表 25）。

■ 図表 23



■ 図表 24



最近では予防、特に特定健診等々を進めることにより、医療費の増加を抑制していきたいということです。特定健診をすることを各保険者にお願いして、受診率が少ない場合には経済的なペナルティを課しています。その結果、特定健診の受診率は上がってきています。

また、特定保健指導を受けた人の割合はだんだん下がってきています。特定健診の受診率が上がって、特定保健指導は下がっているということ

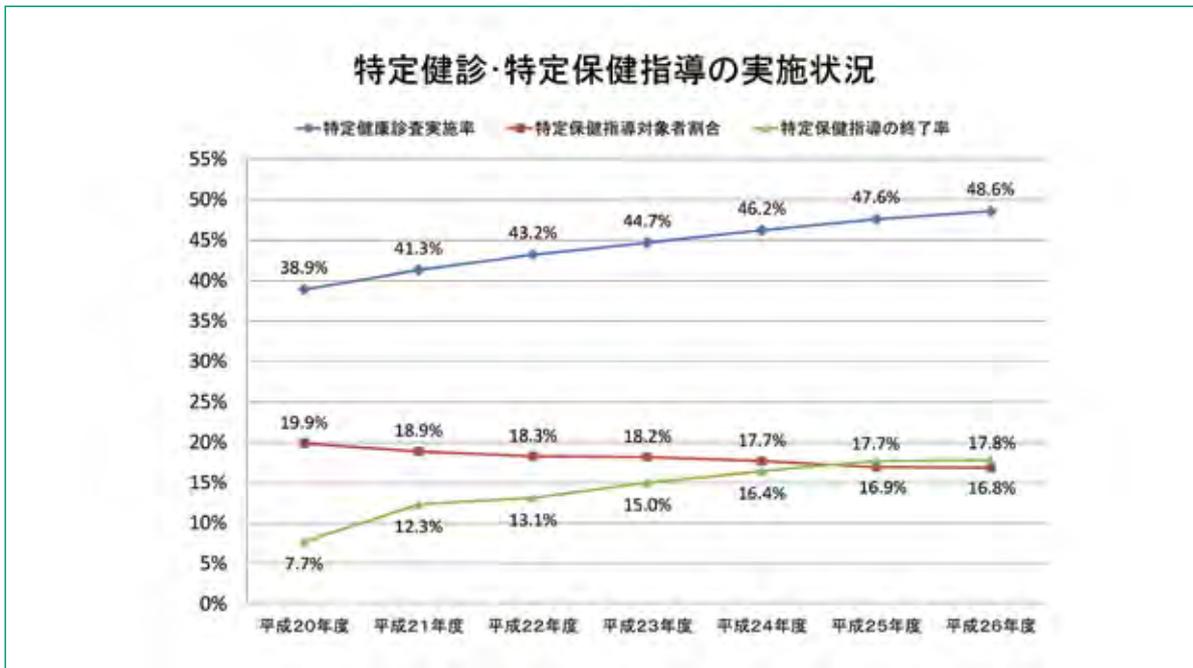
は、それだけ予防効果が表れてきたということでしょうか。

一定の評価があると見て、これをさらに推進していこうという流れで進んでいます。

特に、健康寿命を延ばす予防的なものについては保険者の機能は非常に重要だということで、今相当力を入れられてきています。

図表26は保険者による健診、保健指導に関する検討会の取りまとめですが、指標できちんと「見

■ 図表 25



■ 図表 26

#### 今後の保険者における予防・健康づくり等の取組の推進に当たって共通的に評価する指標 (保険者による健診・保健指導等に関する検討会での取りまとめ：平成28年1月)

○ 保険者による健診・保健指導等に関する検討会で、保険者において種別に関わりなく共通的に取り組むべき指標について検討し、平成28年1月に、以下のとおり、とりまとめた。保険者努力支援制度と後期高齢者支援金の加算・減算制度については、この取りまとめを踏まえ、保険者種別ごとに具体的な制度設計等を検討していく。

**ア 予防・健康づくりに係る指標**

**【指標①】 特定健診・特定保健指導の実施率、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率**  
○ 具体例 特定健診・特定保健指導の実施率、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率、健診未受診者・保健指導未利用者別数

**【指標②】 特定健診・特定保健指導に加えて他の健診の実施や健診結果等に基づく受診勧奨等の取組の実施状況**  
○ 具体例 がん検診や歯科健診などの「健（検）診」の実施、健診結果等に基づく受診勧奨や精密検査の必要な者に対する働きかけ、歯科のリスク保有者への保健指導等の取組の実施状況

**【指標③】 糖尿病等の重症化予防の取組の実施状況**  
○ 具体例 糖尿病等の治療中断者への働きかけや、治療中の加入者に対して医療機関等と連携して重症化を予防するための保健指導等を実施する取組

**【指標④】 広く加入者に対して行う予防・健康づくりの取組の実施状況**  
○ 具体例 ICT等を活用して本人に分かりやすく健診結果の情報提供を行うことや、ヘルスケアポイント等による予防・健康づくりへのインセンティブ付与の取組のうち、実効性のあるもの

**イ 医療の効率的な提供への働きかけに係る指標**

**【指標⑤】 加入者の適正受診・適正服薬を促す取組の実施状況**  
○ 具体例 地域のかかりつけ医師、薬剤師等との連携の下、重複受診受診者、重複服薬・多剤投与と思われる者への訪問指導の実施や、訪問による医薬品確認・指導等の取組

**【指標⑥】 後発医薬品の使用促進に関する取組の実施状況**  
○ 具体例 後発医薬品差額通知の実施や後発医薬品の希望カードの配付など、実施により加入者の後発医薬品の使用を定着・習慣化させ、その後の後発医薬品の継続使用に資するものや後発医薬品の使用割合など

厚生労働省作成

える化」をするべきだということで、どういう指標をつくるか、それによって各保険者の取り組みをどのようにしてわかるようにするかということが検討されます。

### 医療制度における地域格差

医療提供を考える際クオリティが良いとか悪いとかいうことはもちろんありますが、同時にアクセスの公平性も大変重要です。

医療保険についての公平性というのは、所得に対して負担が適正かどうか、公平かどうかという視点で議論しますが、医療提供の場合は地域格差ということも重要な公平性の指標になります。

同じ保険料を納めていても、そばにしかるべき医療機関がないということは大きな問題です。

地域偏在を見るときに、高齢者人口に対するベッド数や医療機関数ということは議論されてきました。地域医療構想のように機能別のベッド数の調整という施策も実施されています。医療は人が行うものですから、医師とか看護師の偏在をどう考えるかという視点も非常に重要です。いうまでもなく、医師の偏在対策は従来から重要な医療政策上の課題となってきました。

図表 27 は公表データからつくったものです。

2000年から2014年間の医師数の増加倍率を年齢階層別に示したものです。

たとえば全国の40～49歳の医師数が、2014年は2000年の1.07倍になっているので1.07と表示しています。

これによって何を見たいのかといいますと、医師の偏在はどうなっているのか。特に若い医師がどう動いているのかという点に着目をしています。

また、2004年には新臨床研修制度が導入され、研修医の研修施設の選択の自由度が高まりました。その影響がどうなのかも知りたいと思いました。

例えば25～29歳、30～34歳のような若い人たちは、千葉県では1.31倍から1.35倍になっているわけです。東京都は1.38倍、比較的増加率の高い青系の色が多いのは関東地方です。それから、愛知県、兵庫県、それから京都府です。

一番減少率が大きいのが赤色、福島県の35～39歳で、倍率は0.56です。

そうして見ると、若い医師の増加倍率が1を切っているところは東北地方や九州地方の一部、あるいは中国地方の山口県、広島県、鳥取県、島根県というところですね。意外なことに沖縄県は結構増えています。

■ 図表 27

年齢別2000年から2014年の医師増加倍率													
	25-29歳	30-34歳	35-39歳	40-49歳	50-69歳	全年齢		25-29歳	30-34歳	35-39歳	40-49歳	50-69歳	全年齢
全 国	1.02	1.04	0.96	1.07	1.84	1.22	24 三重	0.83	0.90	0.86	1.03	1.78	1.19
01 北海道	0.85	0.82	0.81	1.01	1.83	1.14	25 滋賀	0.99	1.05	0.88	1.07	2.28	1.27
02 青森	1.05	0.67	0.73	0.87	1.88	1.08	26 京都	0.99	1.06	1.13	1.14	1.68	1.21
03 岩手	0.96	0.84	0.69	0.90	1.80	1.06	27 大阪	1.06	1.04	0.94	1.02	1.80	1.18
04 宮城	1.13	1.07	0.91	1.13	1.65	1.22	28 兵庫	1.12	1.07	0.96	1.10	1.75	1.24
05 秋田	1.06	0.80	0.64	0.87	1.93	1.10	29 奈良	0.68	0.85	0.90	1.05	2.04	1.19
06 山形	0.92	0.87	0.80	0.86	1.86	1.13	30 和歌山	1.13	0.84	0.89	0.92	1.64	1.14
07 福島	0.81	0.74	0.56	0.77	1.70	1.03	31 鳥取	0.85	0.64	0.99	0.92	1.73	1.11
08 茨城	0.97	1.07	0.95	1.03	1.97	1.22	32 島根	0.83	0.62	0.77	1.02	1.78	1.08
09 栃木	0.92	0.95	0.95	0.95	2.00	1.17	33 岡山	1.18	1.13	1.02	1.02	1.72	1.25
10 群馬	0.78	0.99	0.96	1.03	1.69	1.17	34 広島	0.87	0.86	0.86	0.95	1.78	1.14
11 埼玉	1.16	1.11	1.01	1.18	1.96	1.36	35 山口	0.78	0.65	0.73	0.93	1.60	1.04
12 千葉	1.31	1.35	1.05	1.29	1.86	1.40	36 徳島	0.84	0.92	0.96	0.81	1.71	1.12
13 東京	1.14	1.38	1.23	1.28	1.94	1.33	37 香川	0.93	0.81	0.77	0.94	1.81	1.11
14 神奈川	1.29	1.25	1.10	1.24	1.88	1.34	38 愛媛	0.89	0.67	0.70	0.87	1.93	1.10
15 新潟	0.78	0.81	0.81	0.90	1.70	1.08	39 高知	0.71	0.63	0.69	1.01	1.80	1.06
16 富山	0.80	0.75	0.75	0.89	1.99	1.10	40 福岡	0.92	1.15	1.04	1.09	1.92	1.25
17 石川	1.08	1.04	1.04	0.96	1.73	1.19	41 佐賀	1.08	1.12	1.00	0.99	2.02	1.23
18 福井	1.13	0.76	0.78	1.12	2.02	1.19	42 長崎	0.84	0.98	0.84	0.91	1.62	1.16
19 山梨	0.93	0.77	0.70	1.06	2.29	1.17	43 熊本	0.81	0.89	0.88	1.01	1.75	1.14
20 長野	1.03	0.98	0.83	1.06	1.87	1.21	44 大分	0.73	0.69	0.86	1.06	2.09	1.17
21 岐阜	1.09	0.92	0.90	1.04	1.87	1.24	45 宮崎	0.74	0.63	0.70	0.98	2.19	1.13
22 静岡	0.94	1.01	0.96	1.08	1.79	1.19	46 鹿児島	0.72	0.69	0.77	0.99	1.97	1.13
23 愛知	1.14	1.17	1.07	1.12	1.75	1.26	47 沖縄	1.20	1.16	0.97	1.19	2.02	1.47

若い医師の増加率は地域によりプラスマイナスがはっきりしたのですが、全年齢では全県で増加していて、格差もそれほどでもないように見られます。それは全県で50～69歳の医師が増えているためです。どうしてそうなったのかは、1県1医大政策と関係があります。図表28では医学部入学定員の推移を示しています。2014年に50～69歳の医師の入学年次はいつかという、昭和38～59年です。この時期は1県1医大で医学部定員が急増した時です。一方、14年前の2000年に50～69歳であった医師の大学入学年次は昭和24～45年と、医学部定員は少ない時です。

このような理由で50～69歳の医師がこの14年間で増加した。しかも、秋田、山形、茨城、栃木、福井、山梨、滋賀、佐賀、大分、宮崎、沖縄といった1件1医大で新設された大学の所在地で大きく増えている。その結果、全体で見ると地域格差がそれほど大きくないようにも見えますが、重要なのは若い医師の分布です。年齢別に見るとそこがより鮮明になるだろうということで、表を作ってみました。もっとも私の計算ですから、間違っていたらごめんなさい。

## 経済活動に大きな影響を及ぼしている医療制度

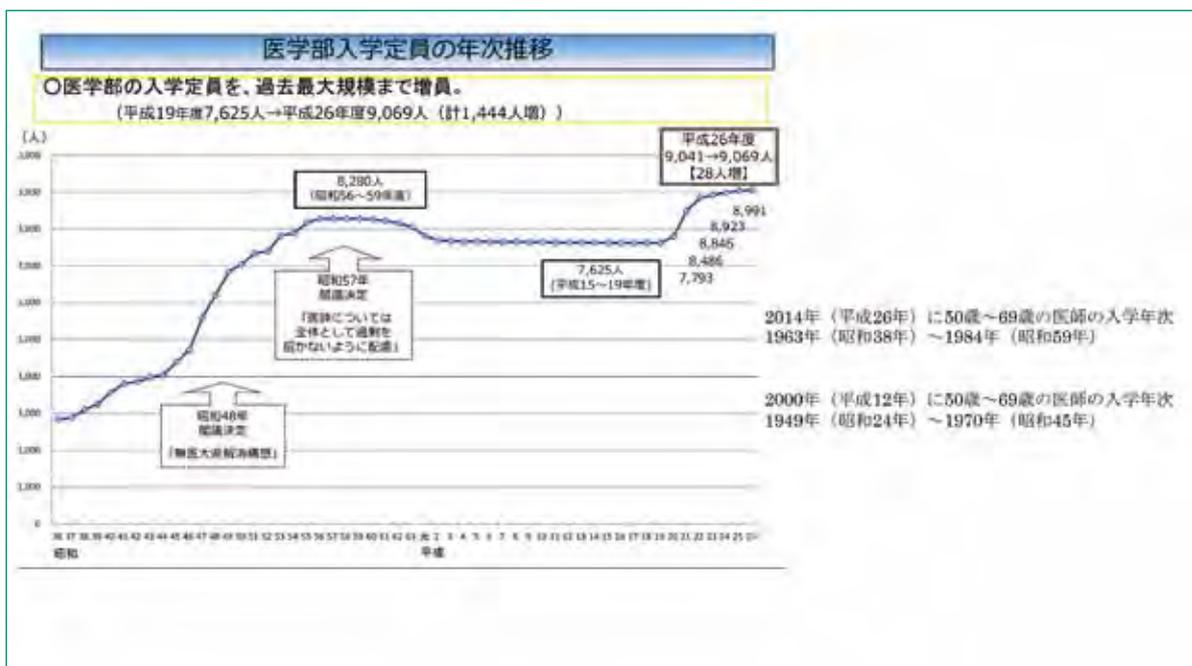
話があちらこちらへ行ってしまいましたが、最後に、本シンポジウムのテーマである「社会保障制度と経済の好循環」ということに少し触れさせていただきます(図表29)。

これについては先ほど会長がご説明された資料の中にほとんど入っておりますし、また後のパネルディスカッションの中でも発言させていただこうと思いますが、一言だけ申し上げます。介護もそうですが、医療というのは言ってみれば40兆円という非常に巨額な医療サービスの「消費」を医療保険制度を通じて行っているわけです。

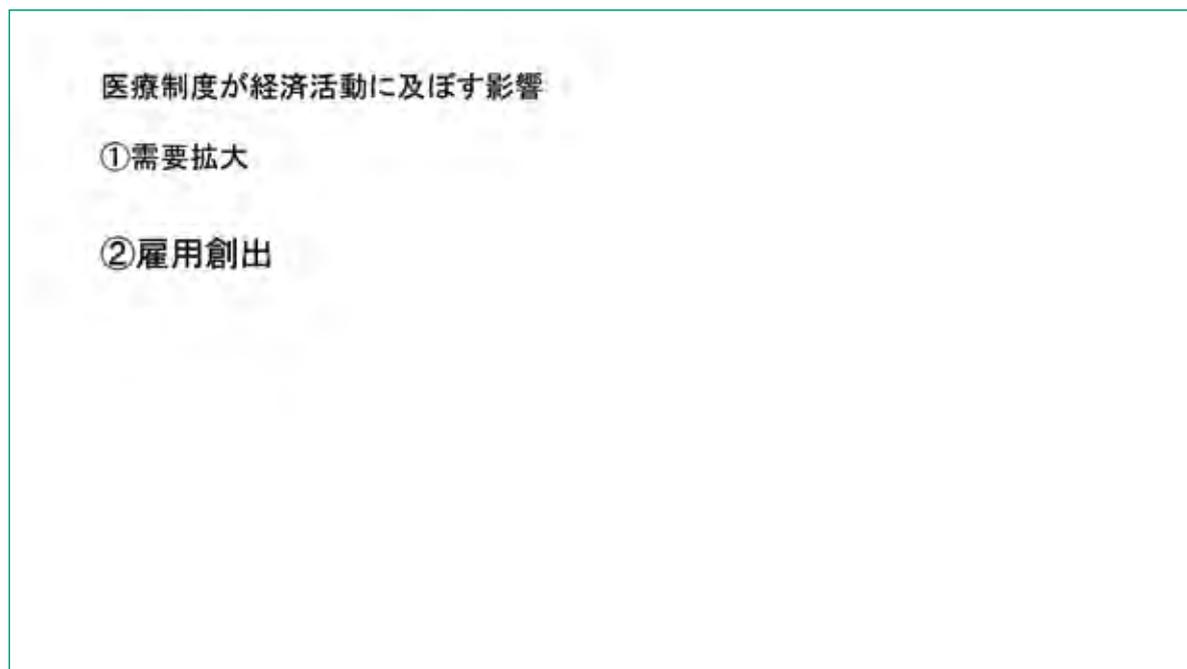
つまり、40兆円の消費か投資かは別として、需要を拡大しているわけです。さらにこの需要増加の波及効果が非常に大きいことは、産業連関分析を使った研究で明らかになっています。したがって、医療は当然のことながら経済活動に大きな貢献をしている。プラスの影響を及ぼしているということは間違いのないわけです。雇用の創出についても、特に介護保険などは大きな影響を持っています。ただ、問題はその費用負担をどうするかということなのです。

高齢者を中心に、医療サービス40兆円ぐらい

図表 28



■ 図表 29



が「消費」される。その費用を人々が公平に、しかも納得ずくで負担をしてきているのか、そのことの延長上として、赤字国債の発行による費用負担の状況をどう考えるかということです。

そのこのところを国民の多くの人たちにご理解い

ただいて、適切な負担だと判断されるのであれば、負担していただくようにしなければいけないということだと思います。

ご清聴、どうもありがとうございました。

## 講演Ⅲ

# 医療費と経済

慶應義塾大学総合政策部教授 印南 一路



### 演者紹介

**中川** 続きまして、印南一路先生にご講演をいただきます。

印南先生は1982年に東京大学法学部を卒業後、富士銀行に入行され、1984年には厚生省保健局企画課への出向を経験されました。1986年にハーバード大学行政大学院にフルブライト奨学生として留学し、医療政策を学ばれました。

次いで、1988年にシカゴ大学経営大学院に入学され、1992年に博士号を取得されました。1994年に慶應義塾大学総合政策学部助教授につかれ、2001年には教授につかれました。

公職としては、2011年4月から中央社会保険医療協議会（中医協）の公益委員を務めておられます。ご専門は意思決定論、交渉論、組織論と医療介護政策です。

本日の演題は「医療費と経済」です。それでは、印南先生、よろしくお願いいたします。

### 講演

**印南** ありがとうございます。印南です。このような機会をいただきまして、横倉会長、医師会の幹部の皆様にご挨拶いたします。

まず、**図表1**をご覧ください。今日は、全体と

して3つほど議論させていただきたいと思います。

最初は経済、医療費、医療政策の関係です。この部分は先ほど遠藤先生から2000年以降ということで詳しく説明がありました。少し重複するところもあるのですが、私は若干古い時代から、経済と医療費や医療政策との関係を振り返ってみたいと思います。

それから2番目は、社会保障の成長足かせ論と下支え論です。パネルディスカッションで詳しく討議されると思っているのですが、演題をいただいたときに自分なりに考えておりました点について触れたいと思います。

それから3番目に、派生する議論として、2つほど落とし穴があるのではないかと考えております。それについて少し触れたいと考えています。

### 経済成長と医療費の伸び率の関係

まずは、経済と医療費、医療政策の関係です（**図表2**）。通常、医療費の国際比較をする場合には分母にGDPをとって、分子に医療費をとります。この場合の医療費は、必ずしも国民医療費ではなく、医療経済研究機構が発表しているSHAという方式によって推計した医療費です。

しかし、ここでは分子に国民医療費、分母に国民所得をとって、両者の関係がどうなるかというのを見てみます。実はこの青い線で示したような

■ 図表 1

# I 経済、医療費、医療政策

## II 社会保障の成長足かせ論と下支え論

### III 派生する議論



線になります。これは私が医療費比率と呼んでいるもので、国民所得に占める国民医療費の割合を示すものです（図表2）。

国民所得は一般に経済成長とほぼ同義にとらえられますので、経済と医療費とが、どういう関係になってきたかということを示す折れ線グラフになるということです。

一見して明らかなおり、医療費比率は右肩上がりで上昇しています。ですから、一番マクロに言いますと、経済成長を上回って国民医療費は実は成長してきたということになると思います。

ところが、よく見ると、単純に上がってきたのではなくて、どうも比率が急速に上がっている部分と、一定の期間で見ると横ばいになっている、あるいはちょっと下がっている部分もあります。

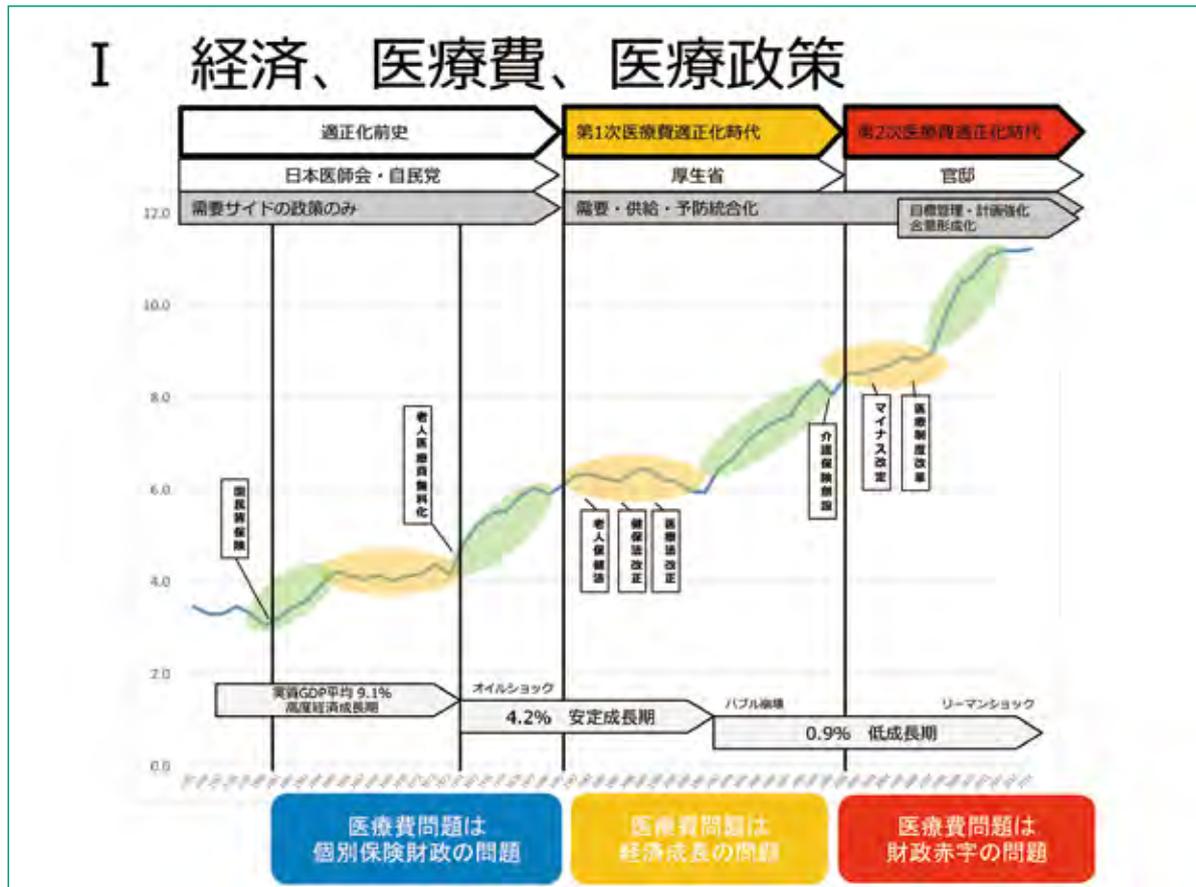
ちなみに、2000年に一旦下がっているのは、介護保険の創設によって医療費の定義そのものが変わったために計算上落ちただけです。その部分は無視して見てみると、急速に比率が上がっていく時期とそうでない時期があります。

経済を見ると、日本は戦後、池田内閣による所得倍増計画を経て、現在の我々がうらやむ中国のような2けた成長がずっと続きました。1961年に既に国民皆保険は達成しているわけですが、1973年にはこうした高度成長を前提に老人医療費の無料化が行われました。この年は福祉元年と言われています。

非常に皮肉なことに、同年に1度目のオイルショックが起き、日本経済の高度成長時代は終わります。その当時の恐らく日本中のほとんどの人は2けた成長が当たり前だったので、2度のオイルショックを機に低成長に移行するということはなかなか受け入れがたかったと思います。

それまでは、平均成長率を見ますと9.1%という、非常に高い成長率です。2度のオイルショックを経て、4%程度の安定成長期となります。今はさらに低成長になっているので、安定成長という言葉を使っているのだと思います。

■ 図表2



## 経済成長が鈍化しても依然伸び続けた医療費

一方、1973年に老人医療費を無料化したせいもあって、老人医療費を中心に医療費は爆発的に増えていきます。当時はまだ病床規制もありませんでした。正確に言うと公立病院についてはあったのですが、民間病院についての地域医療計画はまだ登場していませんでしたので、すごい勢いで病床数が増えていったということになります。これが今日のいろいろな医療問題の根源的なところをつくっている要素の一つになっています。

経済の話が続けます。低成長、その間、途中に1980年代には実はバブル経済があって、かなり成長した時期もあります。公に言われている時期としては1991年5月にバブル経済が崩壊します。実際にはいろいろな説があって、国民の間にバブル崩壊が浸透するのは1992年、1993年ぐらいだったと思います。特に1997年からは不況が長びき「失われた20年」の議論が始まります。

さらに、直近といえる2008年にリーマン

ショックが起きて、ちょっと回復した経済がさらにまた大きな混乱をします。現在はそこから回復すべく政府一丸となって頑張っている最中だという位置づけになると思います。

その一方で医療費は、もちろん経済と連動しているのですが、必ずしも経済成長をそのまま反映しないで伸び続ける側面もあって、経済が成長しないのに医療費が増えるので医療費比率が急上昇していきます。

経済が大きく成長する場合、あるいは国民医療費が抑制される場合はこの比率は余り変わりませんから、若干フラットな感じになるととらえることができるわけです。薄い緑色が急に伸びている時期、この薄いオレンジ色の部分が余り伸びない、経済成長と相殺されたような時期ということになります。

見ていただくと、医療費比率が急に上がり続けると、その後、実は大きな政策転換が起きて、国民医療費の抑制傾向が強まる、そして、その後は経済成長に助けられて、この伸びが鈍化し、比率

は安定化するということになっていると思います。

それでは転換のメルクマールは何でしょうか。政策的なメルクマールですね。図表2には、いろいろな制度改正を簡単にプロットしています。ちなみに、ここには書きませんでした。一番右端には今年行われる薬価制度の抜本改革が来ることになると思います。

## 医療費適正化時代の始まり

医療政策史を見ていきますと、大きな転換点がある。実は2つほどありまして、第1が1981年の第2次臨時行政調査会の発足です。その第5次報告には、医療費、社会保障費の伸びが国の活力を奪うという議論がされました。その後、横倉会長から紹介のあった「医療費亡国論」という議論が出されます。

このとき世界情勢はサッチャーイズムとかレーガノミクスです。やはり世界全体で社会保障費の伸びを抑制するという風潮があったのは事実です。しかし、それを医療費に直接結び付けたのは実は臨調なのです。

臨調は、一言で言うと、「医療費亡国論」を唱えた吉村元事務次官が自分の先輩である、やはり元事務次官の梅本純正を臨調に送りこんで、その文言を入れたという経緯がありますので、ここは意図的につくられた医療費抑制のための仕掛けだったと、後で振り返ればはっきりするということです。

ここから医療費適正化時代が始まります。それ以前は、医療費は当然問題だったのですが、今のような問題とは性質が違っていたと思われる。個別の保険財政の問題で政府管掌健康保険とか国民健康保険の大幅な赤字の問題だったのです。それが第2次臨調を機に国の活力の議論と結び付けられて、適正化しなければいけないという大きな流れをつくることになります。

それ以前は、図表2の一番上に書いてあるとおり、医療費適正化前史とも言うべき時期でした。ちょうど医師会で言えば武見太郎元会長が任期の

終わりを迎えられる時期だったと思います。それまでは医療費の議論だけでなく医療政策全般の議論について日本医師会と自民党の上層部が直接交渉して決めていくというような状況だったと思います。

実は医療費適正化政策という言葉もそれまでは普及していませんでした。医療費を抑制する政策は当然ありましたが、それはもっぱら需要サイドの政策だったのです。

1970年代はまだ経済もある程度成長しており、病床の増加も著しく、いろいろな意味で拡大していた時期ですから、需要サイドの政策といっても、今のように給付率を下げるといった議論ではありません。例えば国民健康保険とその他の被用者保険との間で給付率を統一するという、当時厚生省側は一元化の議論と呼び、医師会サイドは一本化の議論をしていました。給付率を操作するという需要サイドに比較的政策対象が限られており、供給サイドには注目していなかったというのが当時の政策の特徴です。

## 第1次医療費適正化時代に医療政策の主導権を持った厚生省

第1次医療費適正化時代を迎えると、医療政策、医療費政策の主導権が厚生省にほぼ移ったのではないかと思います。それまでの厚生省は実は医師会と自民党上層部の間に挟まれて、彼らが考える理想などを十分に実現できる状況ではなかったのです。

それが、この第1次医療費適正化時代の開始によって割と大胆な政策が打ち出されてきて、図表2の下に示したとおり、老人保健法による老人医療費への定額自己負担導入がありますし、健保法改正で10割給付だったものが9割給付になりました。今考えれば、無料だったものに10%の自己負担を入れるというのは大変なことだと思うのですが、それがなし遂げられました。

さらに供給システムにも同時に手をつけるという特徴があり、地域医療計画を導入して病床規制を導入しました。さらに、ここに書きませんでした

たが、無医大県解消政策を転換し医学部定員の削減もこの時代に行われます。

1980年代後半には国民医療費はある程度伸びていたのですが、経済が成長したこともあって、この比率がむしろ低下するほうに動くぐらいの勢いだったといえると思います。

思い出してみますと、1986年、このバブル崩壊ちょっと前、私はちょうど日本からアメリカに留学したのですが、当時の日本の製造業は非常に強い力を持っていて、アメリカのニュースで、アメリカの家電業界が日本の大手メーカーにワイプアウトされる、つまり完全に消し去られるというような状況だったことを伝えていたのを覚えています。

それが残念ながらバブルの崩壊という形で非常に厳しい結末を迎え、一方の医療費は伸び続けます。しかもこれは恐らく経済と連動していると思うのですが、政治のほうも混乱して、自民党の単独政権から連立になったり、社会党が一時的に政権をとったりと混乱して、強いリーダーシップを発揮できない状況が続くというのが、1990年代ぐらいまでの動きだったと思います。

この間、日本型参照価格制度など実は割とラディカルな医療費適正化政策が橋本内閣等から提案されていますが、実現していません。これに再び転機が来るのは2000年前後です。今度は臨調のような報告ではなく、行財政改革という形をとってきます。

## 官邸主導下での医療制度改革

森内閣が経済財政諮問会議をつくるのですが、小泉内閣がそれを活用することによって、医療費問題のみならず、国の政策全般について官邸が非常に強い主導権を発揮する体制ができることになります。

経済財政諮問会議が設置、活用され、厚生省も厚生労働省になり、厚労省よりも上からいろいろな提案や指示が下ってくる。厚労省も政府の一部でありますから、官邸が決めたことには逆らえないという状況がこれで生じるわけです。

小泉内閣はそれをフルに活用して、2度にわたるマイナス改定をします。ですから、この時期に経済は余り成長していないのですが、国民医療費もかなり抑えられます。薬価を含めた医療費ベースではなく、医科本体のほうでのマイナス改定ということですから、極めて厳しい状況だったと思われれます。

2006年ぐらいには医療制度改革が行われて、これまでと違う手法が導入されました。

一つは目標管理です。特定健診あるいは平均在院日数の目標設定のような何か具体的な数値目標を全国レベルで掲げ、それに向けてある意味では鞭をうつという政策が導入され、計画制度が強化されました。

さらに直近では地域医療構想などの形で、地域での合意形成を通じていろいろなことをしようとする、大きな流れで見ればそういうものが導入されてきていると思います。

簡単に小括しますと、1981年以前は医療費問題自体は個別保険財政の問題だった。それが2000年ぐらいまでは医療費問題が経済成長の問題となり、これが今回のシンポジウムのトピックにもなっています。

さらに、実は2000年以降はそれに加えて大幅な財政赤字と絡まされて、単純に経済成長との関係だけでなく、赤字財政の問題と一緒に論議されるという状況になっているということです。

ですから、この辺りが官邸主導の政策、それから財政赤字との関係というものが絡んで、特に医療費をめぐる政策環境は一段と厳しくなってきたということの簡単なレビューだということになります。

## 医療費問題は医療業界だけではなく日本全体の大きな問題に

まとめます。超マクロに見ますと、経済成長は3段階ぐらいで大きくステップダウンしてきています。一方、国民医療費は厳しい時期もありましたが、経済成長を上回って大体伸びていく。その結果、医療費比率は上昇しているわけです。

ただし、よく見ると、緩慢な上昇期と急速に上昇する時期があって、急上昇が続くと大きな政策転換がくることになります。個別の政策をめぐるいろいろなバトルがありますが、振り返ってみると、やはりその一番大きな背景としてこの医療費比率の急上昇が挙げられるわけです。

そうでなければ財務省等の一部の主張にとどまっているのですが、この比率が急上昇をすると社会全体に警告が出されて、マスコミが同調し、より厳しい医療費適正化政策を導入するバックグラウンドになると考えてもいいのではないかと思います。

この経済と医療費をめぐる動きは政策の決定のメカニズムとも連動しています。2000年以降は厚労省と医師会とでバトルをすれば済む時代ではなくなってきていて、官邸その他、より大きな組織体も含めたいろいろな駆け引きとか、交渉が必要になっている時期だと言えるのではないのでしょうか。

それから、直近の数字はちょっと落ち着いてい

ましたが、やはり医療費比率は急上昇しています。薬価制度改革は今年の大目玉だと思いますが、それが片付いたら小休止するののかというと、そうではないかもしれないと思っています。

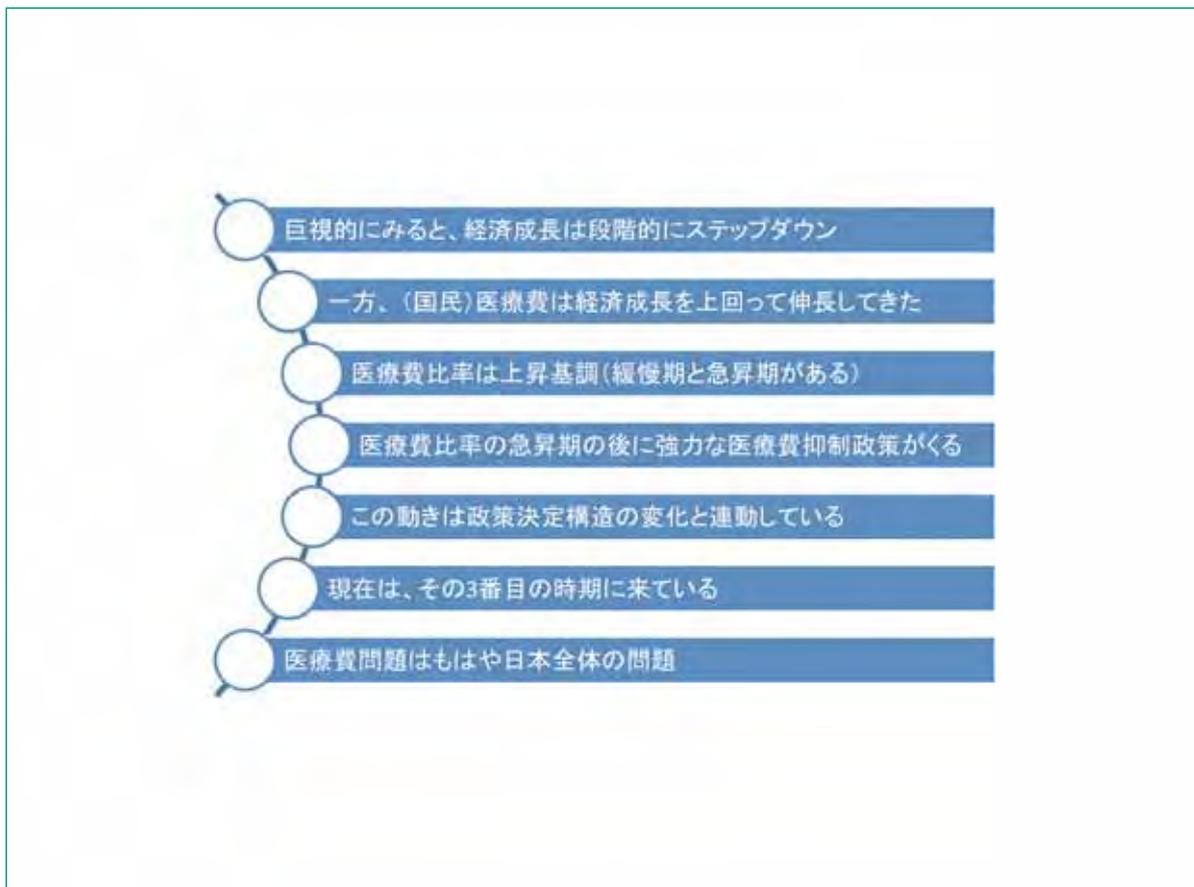
医療費問題は医療業界の問題ではなくて、財政赤字も含めて日本全体の大きな問題になってしまっているということが、非常に重要な認識だと思います（図表3）。

### 社会保障支出が経済成長を阻害するという「成長足かせ論」

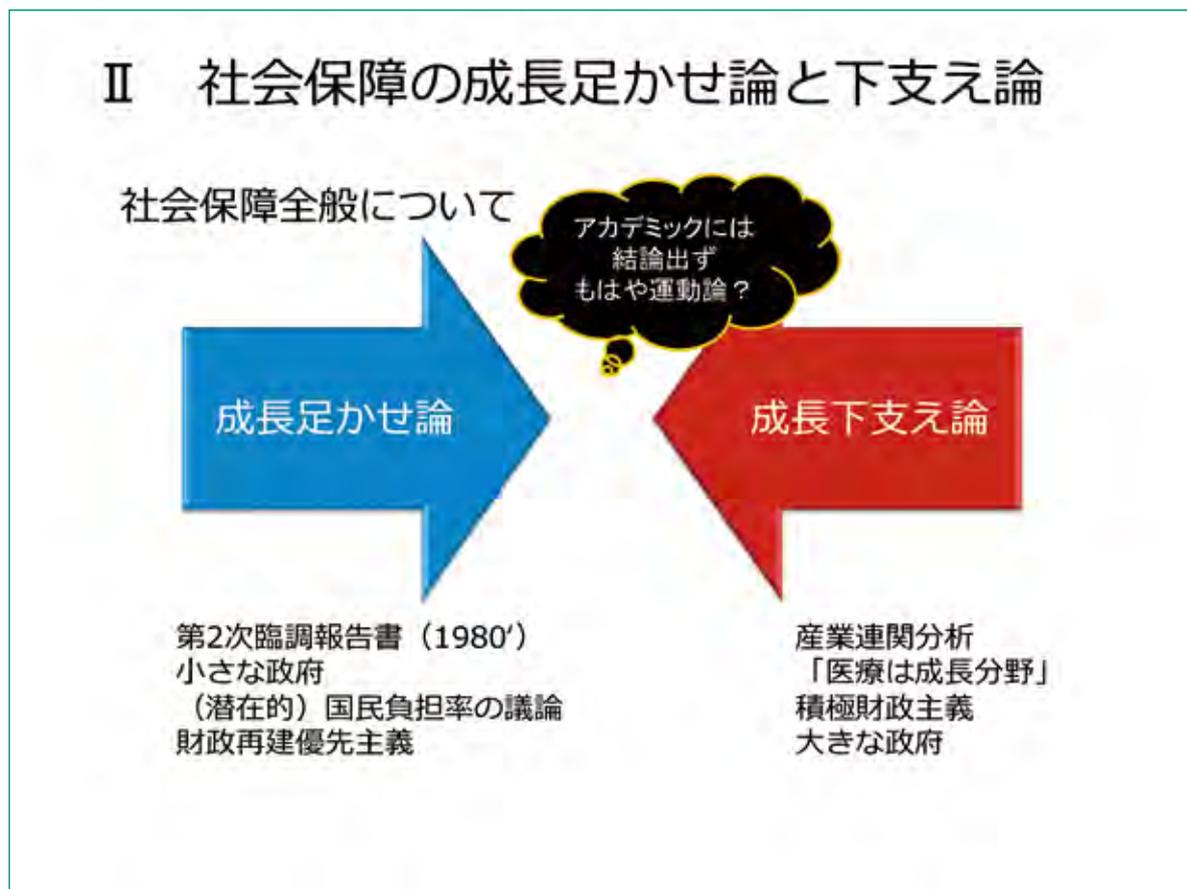
2番目の社会保障の成長と経済をめぐる議論について。これも横倉会長のお話や遠藤先生のお話にもありましたし、パネルディスカッションでもまた少し議論するのもかもしれませんが、簡単に述べておきたいと思います。

図表4をご覧ください。非常に大きく言うと、左側の成長足かせ論と右側の成長下支え論とが、正面切ってけんかをしているのか、あるいはそう

■ 図表3



図表4



ではないのかというのはちょっと微妙なところがありますが、2つの大きな考え方があります。

左側の成長足かせ論の源は、先ほど話した第2次臨調の第5次報告書です。恐らくこれが最も端的に示しているものです。もともと小さな政府を指向する人たちが唱えています、この足かせ論が登場した時期に、最もよくされたのは国民負担率の議論です。

国民負担率は社会保険料と税金を合わせたものを国民所得で割った、その比率ですが、これが上昇していくと社会が活力を失う、経済成長を阻害するという議論が真剣になされていました。

アカデミックな議論を見ますと、この時代、この負担率の議論を実証研究しているものは余り見当たりません。あったとしても手法的に問題があるので、今ではもう参考にならないかもしれません。

この足かせ論は実は今でも根強く残っています。いくつかアカデミックな見方をご紹介しますと、経済企画庁の報告書は国民負担率と経済成長

の関係をプロットして、負の相関がある。つまり、国民負担率が上がると、例えば社会保障に投資をすると、経済成長が阻害されるという議論をしました。

これを支持する研究もいくつかあり、多くが経済成長とこの国民負担率との間、あるいは社会保障支出と経済成長率とか、変数は若干変わりますが、その間に負の相関があることを指摘します。

この議論に対して、社会経済系の学者などがすぐ思いつくのは、そういう負の相関が単年度で見つかっても、別に因果関係の方向を示しているわけではないということです。まず逆の関係があるかもしれない。つまり、社会保障支出を下げるから経済成長も阻害されるのだと、むしろ社会保障に積極的に支出すれば経済成長も上がるという反対の因果関係がある可能性があるのではと考えます。

それから、よくあるのですが、例えば為替変動とか、労働生産性とか、そういうほかの変数がちょっといたずらをしている可能性があります。

社会保障支出と経済成長率の負の相関関係は、一見もっともらしく見えるけれども、実は「見せかけの相関」（回帰分析という手法では「見せかけの回帰」と言います）かもしれないということです。

最近では再び、国民負担率の中に財政赤字を入れた潜在的国民負担率という議論がされるようになってきました。そうしますと、遠藤先生が先ほどおっしゃっていたように、費用負担をどうするかと、それは将来世代に費用負担を任せてまでも本当に経済成長させる、あるいはさせるべきなのかという議論につながっていくわけです。ですので、足かせ論ははっきり言ってまだ死んでいない議論と言えます。

## 経済への波及効果が期待できる「成長下支え論」

この足かせ論に対して、成長下支え論という議論があります。これはいろいろあるのですが、一つは先ほど遠藤先生からも説明がありました、産業連関分析です。これは世界的に有名なマクロ経済学者の宮澤健一先生が開発したモデルに基づいて計算する仕組みで、私が研究部長をしている医療経済研究機構というところが5年に1回ずつ調査研究報告書を出しています。

その結果は、横倉会長がおっしゃっていたように、サービス業の中で見ると、医療・介護分野は決して経済波及効果では劣らない。製造業を含めて、自動車にはやはりかなわないということは言えると思いますが、しかし一方で、600万人の雇用をしているという話がありましたが、雇用を支える効果は顕著で、全サービス産業と比べても全く遜色がない、むしろかなりいい数字を出しているということになります。

ですから、足かせ論に対する有力な反論として成長下支え論がありますし、ごくごく直近ではシムズというアメリカの経済学者が割と積極財政主義みたいなことを言い出しており、政治的に力を持ちつつあります。

そこまで考えると、客観的に言えば、この成長

下支え論もかなり有力だということになるのかと思います。

結論を言うと、やはりアカデミックには、はっきりしていないのです。厚生労働省の資料を見ても、定説がないという書き方をしています。

決定的な実証研究を行えばよいと思いますが、簡単ではなさそうです。

OECDのデータを使ってパネルデータ分析といわれる分析を行っても、国が違えば基本的な構造も違うかもしれないので、そういうものを入れて本当にいい結果が出てくるのか疑問です。

しかも、OECDに限っても34か国もあります。私も実は医療費の増加要因分析を行ったときに国内のデータを使ったのですが、OECDデータを使ってもできるはずなのです。そう思って、ちょっと考えてみたのですが、34か国あって、データは古いものでは1960年代からあります。

国を見ると、トルコとか、我々日本人から見ると同じOECDの仲間と思うには縁遠い国も結構入っています。データ設定を考えただけで、例えば任意の2つの国以上の任意の2年以上のデータを使うというふうにして、それで計算すると、何とモデルの数が50万とか、そのくらいになってしまいます。

そうすると、結局実際にやっても、極めて恣意性の高い統計分析だと、結果を見ながら適当に国を選んだのではないかと、年代を選んだのではないかとこの批判をかわすのはなかなか難しいということがわかりました。

恐らく多くの経済学者やその他の学者も同じことを考えて、諦めているのではないかと私は想像しています。

アカデミックから決定的な証拠が出てこない中で、あとは一種の運動論といえますか、要するに科学的なエビデンスがない中で、どれだけ政策に影響力を持つ人たちの間に説得力を持たせることができるかという運動論になると私は考えています。

そういう意味で、少なくとも成長足かせ論単独ではやはり説明できないし、それから下支え論が正しい可能性はあると私は思っています。

## 国民が求めている安心とは何か

成長足かせ論の多くは、単年度ぐらいの相関しか見ていません。長期的な部分を見ていないということになります。

一方、成長下支え論は、横倉会長の議論にもありましたとおり、健康寿命を伸ばしてなるべく健康な人を増やせば、その効果はかなり長期にわたって生まれるわけです。それをこの分析に入れられるかというと、それ自体は結構難しいかもしれません。この辺はまたあとで機会があれば、パネルディスカッションで議論したいと思います。

ということで、成長下支え論が成立する十分な素地はありますし、そう主張をされるということ自体には全く問題はないのではないかと考えております（図表5）。

これは少し先走った議論かもしれないですが、仮に成長下支え論で、もう少し医療や介護にお金を投資すべきだ、さらにもっと言うと、今度の診療報酬改定をプラスにすべきだという議論にこれ

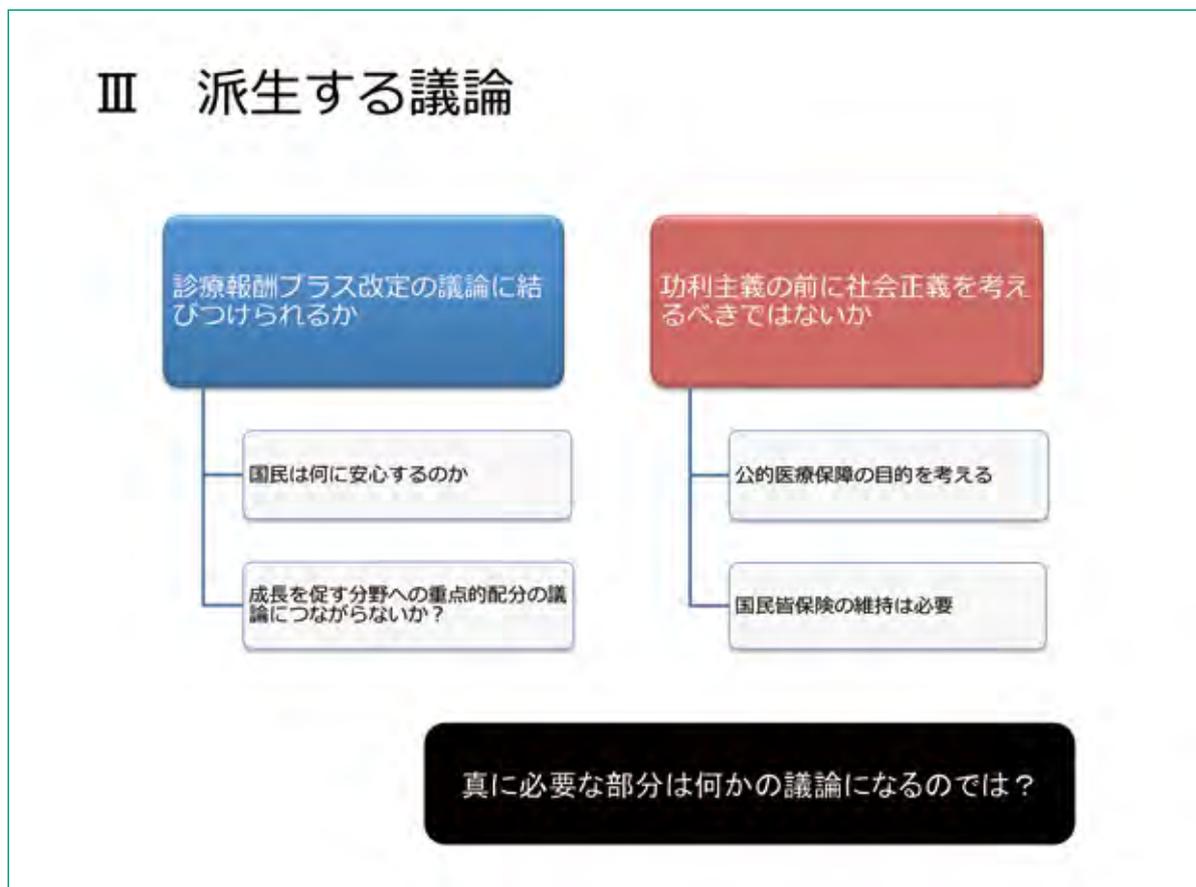
をつなげられるかと考えてみると、この間にはまたちょっと飛躍があるかもしれません。

もちろん、いろいろな調査を見ると、高齢者もそうですが、日本の国民は非常に将来に不安を持っている。客観的な指標で見ると日本人は世界一健康に近い民族のはずなのに、健康に対する不安は非常に高いという、ちょっとパラドキシカルな調査結果が多いわけです。

財政赤字の問題を議論するとき、実は国民の資産はものすごくある。すごい金融資産を持っているわけですが、でも安心してないわけです。

では一体国民に安心を与えるためにはどうしたらよいのか。これは議論が必要です。この部分は注意しないと、1970年代の福祉拡大論の人たちが言っていたように社会保障をどんどん無料化すればよいのでしょうか。今もそういうポピュリズムと結び付いて、就学時、未就学時の医療費助成なども行われています。しかし、そういうふうに無料化政策みたいなものをどんどん打ったら、国民は安心するのか。消費を増やすかと考えると、

■ 図表5



これは必ずしもそうではないと思います。

国民が求めている安心は、この医療政策のコミュニティではほぼ誰も異論がないと思われませんが、国民皆保険の維持だと思うのです。これが崩壊するようなことがあれば、どんなに目の前の給付が充実していても将来に不安を持ちますし、それを支えている勤労世帯はより不安になるわけです。

ですから、一体国民が何に安心するのか。欲張れば、どうしたら消費を増やして経済が成長してくれるのか。実はここを考えないと、なかなかこの議論には結び付けられないというのが私の率直な感想です。

それから、余り成長の話と社会保障の充実を直接結び付けると、返す刀といますか、では経済成長を促すような部分にだけ有効に投資すればいいじゃないかという議論を生みやすいということになります。

これに対しては、それでいいのだという割り切った議論はあるかもしれませんが、私個人はそれは非常にまずいのではないかと思います。

## 社会保障制度では功利主義の前に社会的正義の議論を

私の考えるのは図表5の右側でして、こういった経済成長と社会保障と絡めたりする議論、あるいはもっと身近なところでは費用対効果評価のような、こういった議論は経済学者が基本的にやっている議論であり、経済学者は、意識しているかどうかは人によってかなり違いますが、基本的に功利主義に立っているわけです。

功利主義というのは、ちょっと公共哲学、現代正義論みたいなものを勉強するとわかるのですが、圧倒的な力を持っていて、功利主義を採用していない国はないと思うのです。日本もそうだと思いますし、それはそれで仕方ありません。

しかし、社会保障の分野はそんな効率だけで考えて済む分野ではないと私は思っておりまして、何よりもまずその功利主義の前に社会的正義の議論をすべきだと考えます。

これは私が言い出したわけではなくて、1970年代にアリストテレス以来の哲学、もうカビがはえていたと思いますが、それに新たな命を吹き込んだジョン・ロールズという人がこの功利主義に挑戦したのです(図表6)。

これは大変なことで、功利主義が圧倒的なのは皆知っていますから、それに真っ向から対峙する議論をするというのはかなり勇気がいるし、相当な能力がないとできない。それを実際ジョン・ロールズはやってのけたわけです。

そのジョン・ロールズ以来、現代正義論という新しい分野が復活というか、でき上がっています。ジョン・ロールズは子供がいなかったのですが、彼の著作を読んだ人が次々と議論を発展させました。

私もたまたま勉強している過程で読み、やはり非常にインパクトが大きくて、彼の議論していたのは一体何だったのかということがわかりました。こういう功利主義的な考え方に対して一定の歯止めとなり、あるいはもっと優先すべきものがあるということです。

私はこれを医療に適用しました。医療提供者が最も注意すべきなのは功利主義一辺倒の議論に乗らないということだと思っていますので、以下若干その部分だけ展開したいと思います。

図表7は完全に私の個人的な見解ですので、聞き流していただければと思います。

まず、私はこのジョン・ロールズという哲学者が使った理論、彼は理論装置と呼んでいます。彼は無知のヴェールという議論をしています。

これは非常に有用だと私は思っています。つまり、こういう政策の話とかをするときに、どうしても我々は自分の立場と、組織的な立場や個人的な立場など、いろいろな立場と切り離すことができないわけです。

それで議論している限り、なかなか自分自身が一貫しないし、ふらついてしまう。ですから、意識してそれをシャットアウトするために次のような仮定を置くということです。

つまり、制度の知識を完全に持ったエキスパートである。でも、自分はどの立場かわからない。

図表6

## 理念と政策案の導出方法

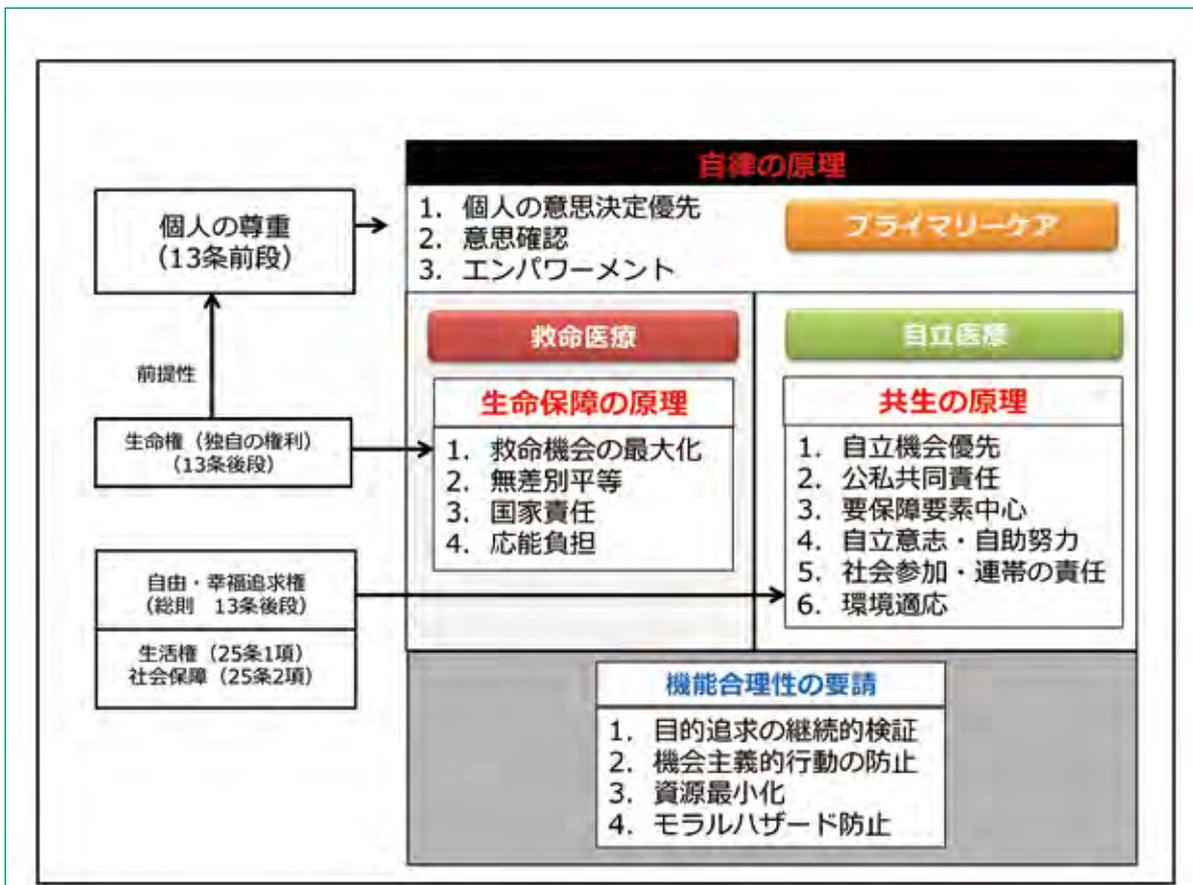
### 無知のヴェール

(現代正義論の父＝ジョン・ロールズの理論装置)

- 制度の知識を完全に持った人間が、自分の立場のみは知らずに、理性的に議論した結果を採用するという方法(組織的利益や個人観から解放する)
- 基本財は平等に配分されるべきという平等原理と、最も不遇な集団に最恵待遇を行うという格差原理の2つからなる
- 現代社会に圧倒的な影響力を持つ功利主義へのアンチテーゼ
- 個人観から離れて(圧殺して)公的制度はどうあるべきかを社会系学者3人(と10年以上臨床経験のある医師3人)で議論した

(前著「生命と自由を守る医療政策」2011年)

図表7



自分は患者なのか、極端なことを言えば、オプジーボの投与を待ち望んでいる患者なのか、あるいはそうではなくてもっと軽い病気なのか、あるいは全く健康なのか、あるいは企業の幹部なのか、自らが医師なのか。

いろいろな立場があるわけですが、そういう部分だけはわからないという不思議な、これは頭の中の思考実験ですから、現実にはそういうことがあるというわけではなくて、仮にそういうふうに自分のことを想像する。そういうふうに想像して、ベストの制度は何かということ議論する。

実際、私は弟子2人とやってみたのです。弟子の1人は女性で、やはりこの社会保障関係の専門家です。もう1人ももちろん医療保障や社会保障の専門家なのですが、体に障害を持っていて、若干健常人とは違う感覚を持っています。

その2人と、後で実際に臨床に携わっている医師数人に手伝ってもらい、一緒に議論に入ってもらって、一体どういう制度がいいのかということ議論しました。

それを2011年に『生命と自由を守る医療政策』という本に書いたのですが、そこで私は、生存権自体は余り省みず、生存権という言葉も使わずに、生活権という言葉に直して、憲法13条から考え直して、理念みたいなものを導出しました。

## 自律と救命と自立支援

図表7はその構図を示しています。これは古今東西恐らく誰も異論はないと思うのですが、全ての人間は幸福を追求しています。

どんな幸福かというのは人によって全部違うわけですが、ですから、不定型だと言われています。ある人はお金持ちになりたいと思ひ、ある人は人から感謝されたいと思ひ、医師であれば、患者さんを救いたいなど、いろいろだと思ひます。不定型ですが、全て人間は何らかの幸福を追求している。それは日本国憲法にもきちんと書いてあります。

そうすると、その大前提、最も重要な前提は自分で決めることだと思ひます。自己決定です。

自律です。自分の意思を優先する。ですから、延命治療もそうでないものも全て自分が決める。

もちろん、認知症になってしまい決められないなど、実際のケースはいろいろありますが、普通のケースを考えれば、自分が決めることが最も重要である。そのためには意思確認制度が必要だし、患者さんに決定権を与えるべきだと。医師は何よりもそのお手伝いをするというふうに私はとらえています。

ですから、一番重要な原理を自律の原理と呼んでいます。そこに医師は介在して、患者さん個人の意味決定を助けているのだということになると思ひます。実は医療の中でここが最も重要な部分ではないかと思ひています。

2番目は生命保障の原理です。幸福を追求しようと思ひても、本人の命がなければ幸福を追求する意味がないと考えると、幸福追求の前提は当然生命なわけですが、ですから、命を救うこと、これが非常に重要なことになってしまひて、まさしく医療はそこに応えています。

この部分は、臨床の方は現実にはいろいろな患者さんを見ているので、例えばこんな患者さんにこんなに保険料とか税金を投入していいのかとか、いろいろ日々思われる方もいるかもしれません。

しかし、命だけは平等です。無差別平等に国の責任で保障するのが理想であると思ひます。ですから、この部分は私は公助によるべきだと思ひています。

それからもう一つが自立支援です。医療はよく見ると必ずしも命に直結しているものばかりではなくて、いろいろなものがあります。これは全て既得権益と結び付いているので、議論が容易でないことは十分承知していますが、費用との関係、費用負担との関係で見直す余地があります。

それから、もうちょっと言えば財政赤字、将来に負担をつけ回しているわけですから、その部分との関係も考えて、共生の原理、つまり皆で出し合っている保険料や税金で賄っているのだから、当然そこには他人の幸福追求を阻害する可能性があるわけですが。

自分のものすごく高価な医療のために、高い保

険料を払ってくれている人がいるのです。ですから、どこかに必ずバランスをとる必要があると考えます。

そうしますと、全体として患者さんの意思決定を助けるプライマリーケアは重要だし、次に救命医療が非常に重要です。自立支援医療の部分は、非常に重要な部分が多いのですが、経済とか社会情勢との間でバランスをとるクッションの機能を持っていいのではないかという議論を私は展開するわけです。

医療保険制度の場合で言います。生命を守る救命医療と、自由、これは自分と他人の自由です、この自由を守る自立支援医療に分けることができます。救命医療は無差別平等で、公助、共助中心に行うべきで、財源がないということであれば確保するような努力をまず考えるべきだと思います。

こちらでは先に財政制約は考えない。一方、自立支援医療については制度の持続可能性を考えないと、結局は大盤振る舞いしては制度がもち

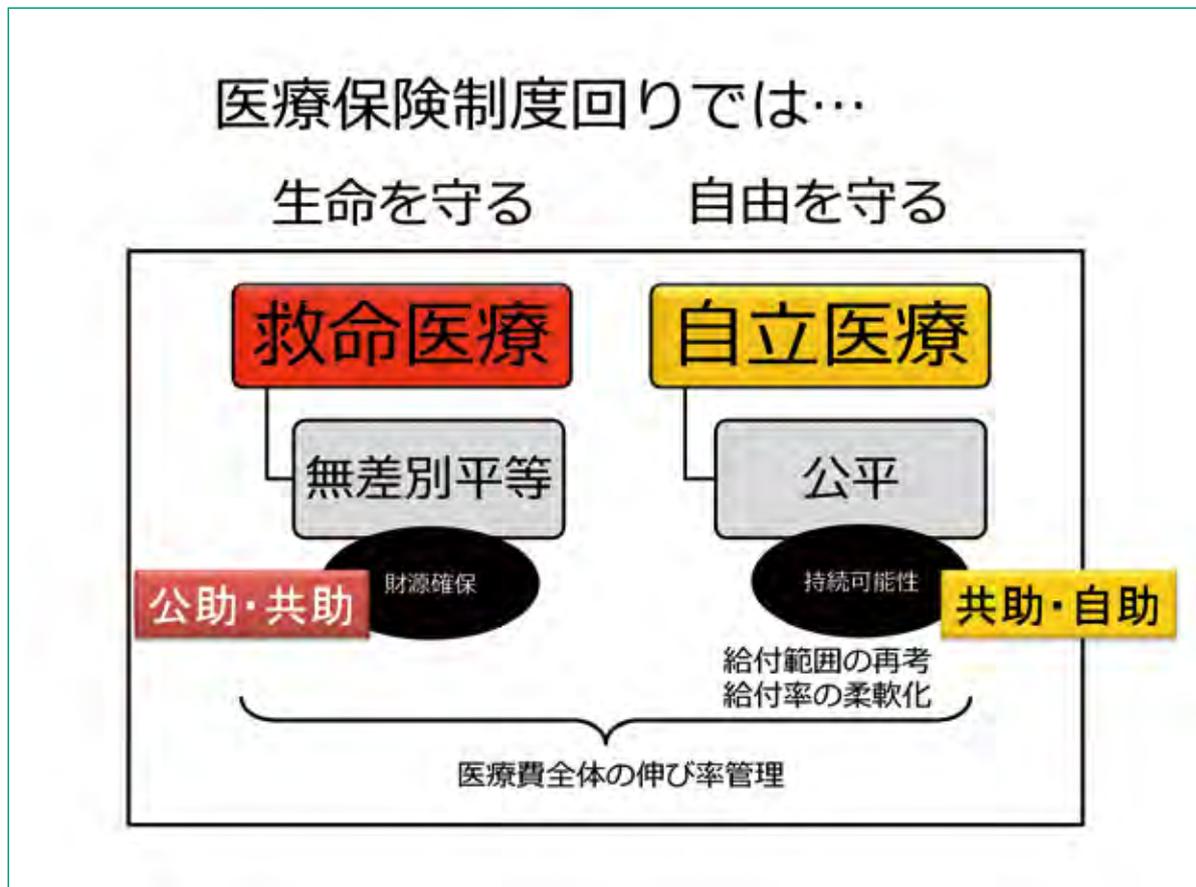
ませんし、本当の意味の安心は得られないのではないかと考えます。共助、自助で同時にいろいろな、やや厳しいものを含んでいるような政策も実施しなくてはいけないと私は考えています（図表8）。

### 薬価制度改革の議論が必要な高額薬剤の適用基準

あとは、パネルディスカッションで議論したいと思いますが、最近非常に話題になっている超高額薬剤についての例をあげます。まず、オプジーボのようなものに対しては薬価制度の抜け穴を使ったような価格設定は是正すべきだと思います。

ですから、薬価制度改革、根本的に制度を変えろという議論には当然賛成します。一方で、オプジーボのような薬剤は救命医療なわけです。こういう高額だけれども救命に資するような医療が、今後どんどん出てくると考えると、やはり自立支

■ 図表8



■ 図表9

## ご清聴ありがとうございました

詳しくは、

「生命と自由を守る医療政策」

印南一路、堀真奈美、古城隆雄 東洋経済新報社 2011年

「再考・医療費適正化—実証分析と理念に基づく政策案」

印南一路編著 有斐閣 2016年

援医療による調整をどこかで考えないと、きっとうまくいかないのだと私は思っています。

オブジーボのような問題に関しては、一般的な見方や立場とは少し違う立場で考えているということになると思います。

では、少し早いかもしれませんが、ほぼ骨組みの部分は話すことができました。ご清聴ありがと

うございました。

ちなみに、本の紹介を2冊入れておりますので、詳しくはそちらを見ていただければと思います(図表9)。最近本は高価で、買う人が減っているみたいで、なかなか思ったようには普及しないということがよくわかっております。どうかよろしくお願いします。ありがとうございました。

## パネルディスカッション

# 社会保障と経済の好循環 ～医療保障を中心に～

### パネリスト



**新浪 剛史**

(サントリーホールディングス株式会社 代表取締役社長)



**遠藤 久夫**

(学習院大学経済学部教授)



**印南 一路**

(慶應義塾大学総合政策部教授)



**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)



司会・座長

**石川 広己**

(日本医師会常任理事)

## 演者紹介

**石川** ただいまからパネルディスカッションを行います。司会は中川副会長とともに私、日本医師会常任理事の石川も務めさせていただきます。

なお、これより、ご講演いただきました3人の先生方に加えまして、サントリーホールディングス株式会社代表取締役社長 新浪剛史先生にもディスカッションにご参加いただきます。

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はできませんので、ご了承ください。

それではまず、新浪剛史先生のご略歴をご紹介しますと思います。

新浪先生は1959年に神奈川県横浜市でお生まれになりました。その後、ハーバード大学経営大学院でMBAを取得されまして、1981年に三菱商事株式会社に入社されました。2002年には株式会社ローソン代表取締役社長CEOに就任されました。2014年10月よりサントリーホールディングス株式会社代表取締役社長に就任されました。

公職といたしましては、安倍内閣の中で2013年より産業競争力会議議員として成長戦略を策定されました。また、2014年からは経済財政諮問会議の議員として日本国の経済財政運営に参画されています。

また、2014年には米日財団理事になられ、2016年にアメリカの外交問題評議会である「グローバルボードオブアドバイザー」のメンバーとなりました。

また、世界経済フォーラム年次総会、通称ダボス会議では国際ビジネス評議会のメンバーに、さらには米国の著名経営者が中心となった世界的経済団体、米国ビジネス・カウンシルの日本唯一のメンバーにも選出されています。

## パネルディスカッション

### 経済財政諮問会議と社会保障の関係について

**石川** それでは、最初に新浪先生からのご発言をお願いしたいと思います。よろしくお願ひいたします。

**新浪** 本日はこのような会に呼んでいただいたことに感謝申し上げます。そして、私の目の前にも弊社の『南アルプスの天然水』が並んでいて、大変恐縮しております。

この度はサントリーの社長としてというよりも、経済財政諮問会議（以下、諮問会議）の民間議員としてお呼びいただいたと考えています。まずは、諮問会議の概要と、そこでの議論の内容を、



■ 石川 広己（日本医師会常任理事）



■ 新浪 剛史（サントリーホールディングス株式会社 代表取締役社長）

社会保障を中心に簡単にご紹介したいと思えます。

諮問会議は、総理大臣を議長として、官房長官、財務大臣、経済財政担当大臣、総務大臣、経済産業大臣、日本銀行総裁、そして民間議員として、学术界から2人、経済界から2人、合計11名で構成されています。私は経済界からの民間議員として、日本経済団体連合会（経団連）の榊原定征会長と2人で参加しています。

私はもともと13年間ローソンを経営しており、また現在も消費財を取り扱っています。よって諮問会議での私の役割は、消費の活性化や経済の好循環（これらはイコールなのですが、）に関する提言をするものと認識しています。

また、諮問会議では、経済を活性化するために予算をどう活用していくか、さらに予算の現状を把握し、財政をどう健全化させていくかということを中心に議論しています。よく、「財政諮問会議」と間違われてしまうのですが、財政健全化のためだけではなく、経済活性化のための会議でもあるということをご理解いただきたく思います。

今の日本は、経済を好循環させなければ財政が破綻しかねないという状況になっています。そういった観点から、政府は2020年度にプライマリーバランス（借入金を除く歳入と、利払いを除いた歳出の差）を黒字化するという目標を立てています。

これを実現するために、諮問会議の下に、経済・財政一体改革推進委員会（以下、推進委員会）という会議体が設置され、私はそこで会長を務めています。諮問会議の一番の課題は、社会保障をどうやってより持続可能にし、安心して消費ができる世の中にするかということで、これを実現していくための方策を議論しています。

この推進委員会の大きなポイントは、どういう政策が効果をあげているのか、しっかりとチェックする、すなわち「見える化」ということです。これは、具体的に各都道府県や各市町村からデータを集めて、予算を使っているものについて、本当に効果があがっているのかをチェックするものです。単にデータを全国平均で見ても、例えば

東京と沖縄では背景が異なるので、それぞれのデータをより細かく見ることで、本質的な問題がわかってくるのではないかと考えています。

こうしたデータは今まで各省庁からあまり出てこなかったのですが、総理のご指示の下、まずデータを出してもらい、そしてそのデータから本当に政策にマッチしたお金の使われ方がされているのかを精査することに取り組んでいます。

しかしながら、民間議員として官の方々とは異なる観点から議論をすべく、カットだけでなく、本当にいいものがあればむしろお金を使うべき、すなわちワイズ・スペンディングを進めるべきと考えています。

いいお金の使い方の事例では、横倉会長にもご指導いただいている健康長寿に関する取組があります。実際に結果が出ている市町村も相当あり、データにも表れています。有名なケースでは広島県呉市の取組があります。もともと一人当たり医療費が大変高く、これは何とかしなければいけないと、地元の医師会の方々にご協力いただきながら、特定健診やレセプトのデータを分析して、糖尿病の重症化予防、すなわち透析への移行の防止に集中的に取り組みました。

これによって、患者本人のQOL（クオリティ・オブ・ライフ）が上がり、結果的に市の財政も改善されました。そして、重症化を未然に防ぐことでその方々も働くことができるようになり、社会の生産性も上がりました。つまり、これはWin-Winの関係であるわけです。

国から地方に配られる地方交付税交付金についても、例えば教育関係では、先生1人当たりの生徒数が少ない方が、学力が高いとは必ずしも言い切れないということもわかりました。

つまり、これではワイズ・スペンディングになっていないということです。推進委員会ではこういったテーマを取り上げ、具体的な課題について議論しています。

諮問会議は総理の諮問機関であり、私たちが予算の大枠を答申して、最終的には総理が決定します。この使命の下に、お金の使われ方を精査し、問題がある場合には見直しを求めるということ

を、推進委員会に紐づくワーキング・グループにて委員や府省庁の方々と議論を進めています。

私自身は専門家ではございませんが、今回は諮問会議にて国の経済・財政を考える立場として、ビッグピクチャーでお話をさせていただきたいと思っております。よろしくお願いいたします。

**石川** 新浪先生、どうもありがとうございます。

### 医療費の適切な財源の確保と配分が大切

**石川** それでは次に、先ほどの講演を振り返ってまいりたいと思っております。3人の先生方の講演につきまして、他の2人の先生方のご感想をお願いしたいと思います。

まず横倉会長、よろしくお願いいたします。

**横倉** 今日は、遠藤先生、印南先生、また新浪先生、本当にありがとうございます。

まず遠藤先生のご講演であります。特に調剤医療費の増加が厳しいという話がありました。そのうちで特に薬剤料の伸びが著しいということですね。

医療費の薬剤料の比率が上昇することで、限りある財源の中で、私の資料にも出しましたが、人件費の割合がだんだん縮小しているということがあります。適切な財源の確保とその配分、すなわち物から人へという配分ができることが大切であ

ろうと思っております。

また、印南先生の講演では社会保障の足かせ論と下支え論のお話がありました。産業連関分析からは、医療は雇用誘発効果が高く、国内生産額も大きいことが明らかになっています。

現在我が国で個人消費が低迷している要因の一つとして、国民が将来の社会保障に不安を感じていることが指摘されています。こうした不安を解消するためにも、社会保障を適切に充実させていくことが大事だろうと思っております。

### 社会保障に対する経済現象や政策論は慎重な議論が必要

**石川** 続きまして、遠藤先生、いかがでしょうか。

**遠藤** 私は、まず横倉会長のご講演の中で、「社会保障が持つ経済効果」としてまとめられている配布資料に書いてあることは基本的にそのとおりだと思います。講演でも申し上げましたように、医療は医療保険制度を通じて医療サービスを必要としていますし、需要の波及効果も大きいので内需拡大に貢献しております。

ただ一方で、際限なく医療に財源を投入できるかどうかということは、また別の議論になります。その辺についての議論をまた改めてさせていただければと思います。

それから印南先生が、この社会保障の成長論と



■ 横倉 義武（日本医師会会長）



■ 遠藤 久夫（学習院大学経済学部教授）

下支え論、いろいろ議論はあるけれども、結局経済学者は答えが出せないということをおっしゃられました。そのとおりにかなと思うのですが、経済学者の端くれとしてじくじたるものがあります。

これはいろいろな経済現象、ほかの政策論においても白黒なかなか出しづらいうものもあります。そういう意味で我々も反省しなければいけないかなと思っておりますので、この辺に関連してまた後でコメントさせていただきたいと思いません。

### 単純な市場原理とは別にプロフェッショナルオートノミーを重視

**石川** それでは、印南先生、お願いします。

**印南** 横倉会長がご発表されたことについては、私の発表の中では触れたと思います。成長下支え論には運動論として展開する十分な根拠があると思っております。

その他としてちょっと私が感銘したのは、プロフェッショナルオートノミーのことです。単純な規制強化、医療の社会化だと思いますが、それと市場原理との二元論ではなく、プロフェッショナルオートノミーを重視して、自律的に物事を決めていく方が望ましいと考えております。

同時に、自律する、自分で決定するわけですから、多少身内に厳しい側面も出てこざるを得ない

かなと考えております。

それから遠藤先生のお話ですが、遠藤先生は国の審議会のかなりの部分の合意形成のキーとなっている方なので、こういう場で個人的な見解はあえて控えていることがいろいろあると想像しております。あとで若干議論になればと楽しみにしております。

**石川** どうもありがとうございました。

### 医療費支出は適正化と負担の合理性を検討することが必要

**石川** では、中身に少し入っていきたくて思っておりますが、横倉会長のご講演の中に社会保障と経済成長は相互作用の関係にあるというご主張がありました。本日のシンポジウムのタイトルでもあります。ほかの先生方はこの社会保障と経済の好循環についてどのように考えるか、まず遠藤先生からお願いできますでしょうか。

**遠藤** 先ほど申し上げましたように、社会保障が持つ経済効果ということで、横倉会長の資料に書いてあることはそのとおりに思います。

補足的に医療保障に限定してお話しさせていただきます。まず、医療保障制度を通じて約40兆円の医療サービスの需要が直接的に発生します。この財源の5割弱は保険料ですが、仮にこの保険料を徴収しないで被保険者の可処分所得を増やしたとしても、その一部は貯蓄に回りますから、保険料分が全て消費に回るわけではありません。しかし、医療保険を通じて医療サービスを消費する場合は、保険料分がほぼ全額消費されます。さらに、これに公費が投入されていますから、医療消費の額は大きくなります。また40兆円の需要増は大きな波及効果を以て、他産業の需要を誘発させることも産業連関分析を駆使した先行研究で知られております。さらに、医療保障による需要は、その金額だけでなく、内容についても意義ある支出だといえます。高齢社会にとって非常に重要な医療技術、医薬品、医療機器、医療システムなどの需要を喚起させ、その規模と質のレベルアップに貢献します。これは日本だけでなく、高齢化が



■ 印南 一路（慶應義塾大学総合政策部教授）

急速に進む外国にとっても有意義なことだと言えます。需要の増加は、雇用創出にも貢献します。医療人材、介護人材の雇用、育成だけでなく、介護離職の抑制による副次的な雇用創出も期待できます。

このように、医療保障、介護保障は内需拡大、雇用創出、将来必要度が高まる産業や人材の育成に貢献すること大であります。まずは、このことを大前提としたいと思います。

しかし、だからといって医療支出を際限なく増やすべきかという、むしろそうではありません。その理由は、医療保障制度の下では医療の消費者、受益者と費用負担者が異なるからです。保険料は現役世代の負担が大きく、医療支出は高齢者が多いため、現役世代の理解と納得が得られなければ保険料の負担増には自ずと制約が生じます。また、公費負担は、その多くを赤字公債で賄っているため、現状の財政状況の下で、支出をどんどん拡大していくことは難しいと思います。

したがって、医療保障制度の経済効果は非常に大きいけれど、医療支出が合理的で、負担や受益の公平性が担保されていると国民が納得しなければ持続していくことは難しいのです。このことを真剣に検討していくことが重要だと思います。

## 時間軸を踏まえた議論と支出内容の適正化

**石川** それでは、印南先生、いかがでしょうか。

**印南** 私も2点ほど申し上げます。

一つは、時間軸をきちんと考えながら議論したほうが良いということです。なぜかといいますと、健康への投資とかいったものは短期的には成果が見えにくく、その効果は長期に累積していくものだと思うからです。

ですから、新浪先生のワイズ・スペンディングの議論でも、恐らく目の前の1年の効果だけではなくて、ネット・プレゼント・バリューということで、10年ぐらい先までの価値を全部現在価値に戻して考えて、社会保障への投資との関係を考えるのが良いと思います。

それからもう一つ。遠藤先生は支出内容についておっしゃいましたが、私はそれに対する回答として先ほど理念の話をしたわけです。

プライマリーケア、それから救命医療、あと自立支援医療の順に重要です。自立支援医療の中では支出内容から見て、場合によっては保険給付の範囲から外していいものもあるのではないかと考えております。

直接これを外せとかいう議論ではありませんが、そういうことをして制度の持続可能性を高める議論も一緒にしないと、国民は本当の意味での安心はできませんし、それがなければ消費の活発化を通じた経済成長につながっていかないと考えております。

## 「見える化」により医療費の運用方法を検証していく

**石川** 新浪先生、先ほどのお話の中で好循環のいい例として、呉市の話がございましたが、そうではなくて悪いところもあるとご指摘されました。そういうところにとってうまく回すためにはどうしたらいいかということについて、何かありますでしょうか。

**新浪** 医療費を「見える化」することによって、自治体ごとの運用の実態がわかってきています。

例えば、1人当たりの医療費が最も高い自治体と最も低い自治体とを比較すると、年齢構成の影響を除外しても1.4倍という非常に大きな差があり、しかもこの3年間を見てもこの差は変わっていません。このようにデータを「見える化」することによって、どこに手を打つべきかがわかってきます。

さらに、約7,800億円の調整交付金の使い方についても「見える化」を進めています。市町村国保では、各保険者の財政力の不均衡を国からの普通調整交付金で調整していますが、これがモラルハザードになっていないかと懸念しています。つまり、厚生労働省にガバナンスがないため、実体として保険者が使ったお金を後で穴埋めしているだけではないかということです。

こういった実態はこれまであまり知られてこなかったため、今後はどの自治体がどれだけ医療費を使っているかということを確認していきたいと考えています。

先ほどご紹介した経済・財政一体改革推進委員会でも、より多くのデータを「見える化」し、その原因を分析していくために、新しく「評価・分析」を専門に議論するワーキング・グループを設置しました。

こうした場で医療に関連する指標の「見える化」を進めていくと、多くの数値で西高東低の傾向が見えてきます。喫緊の課題は、国や都道府県にガバナンスを持たせ、医療費削減に向けた取組を実行しない自治体や保険者にはディスインセンティブを、実行するところにはインセンティブを与えていくことです。こういった取組を進めていくことにより、予算の配賦の仕方を変え、地域差を是正していくべきであると考えています。

また、1人当たりの医療費の増加要因として、医師数や病床数がよく挙げられますが、例えば病床に関しては、空き病床を介護の用途に使っている実態もあります。このような実態を把握していくためにも、データをしっかりと検証し、「見える化」していかなければいけないと思っています。

この点で、先ほど遠藤先生がおっしゃったように、支出の合理性をデータで見ていくということも大変重要です。しかし、1年で合理化しろというのは酷な話なので、一定の期間を持って改善を促していくべきだと考えます。都道府県には医療費適正化計画の策定を進めていただいているところですが、国保の都道府県への移管をふまえ、より実行的なプランを立てていただきたいと考えています。

### 各地域による特性を考慮しながら医療を平準化していく

**石川** 横倉先生、今の3方のご発言についていかがでしょうか。

**横倉** 「見える化」、そしてその都道府県別の1人当たり医療費の差、実は10年ぐらい前に、私、

地元の福岡県で実施したことがあるのですが、やっていくと、だんだんとその自治体の歴史的背景もずっと調べていかなければいけない。

福岡の場合は産炭地があるものですから、その産炭地周辺はどうしても高いわけですね。炭鉱従事者であった方々が多い地域と、農業従事者が多い地域、そして都市部というのはそれぞれ特性がある医療を行っているというのがわかりました。

そこをいかに平準化していくかということ、これは時間をかけてやらないといけないということが一つあるかと思います。

短兵急にはできないということを新浪先生はご理解の上で、今お話になっているので、どういふふうな行程表でそういうものを平準化していくかということについて、現場の混乱がないようにしていただく。

そのためには、その地域の住民の皆さんの意識改革を含めた形で取り組む必要があるかと思いますので、よろしく願いをしていきたいと思ます。

### 小児医療の自己負担の平準化は医療状況のバランスも考えて

**石川** それでは、今この社会保障と経済の好循環というようなことでお話しいただいているのですが、どなたでも、社会保障の中には子育ての分野というのもあると思うのですが、その分野での好循環についてご意見を持っている方に、どなたかご発言いただきたいのですが、いかがでしょうか。本日は医療中心なのですが、いかがでしょうか。

**横倉** 子育ての好循環は、私は非常に地域ごとに重要だと思いますね。また、各地域で今子育て環境が少し違うわけでありますので、それがどういふ結果をもたらしているかということを見ていく必要があるかと思います。

今の小児医療の自己負担の平準化を図ろうという取り組みが、今度、来年度の予算から入ってくるといふことで、これは地域の子供を持つ家庭にとっては非常にありがたい話だろうと思っております。

一方で、小児科の先生の少ない自治体は大変な苦勞が多くなるかもしれませんね。その辺のバランスはよく考えていく必要があろうということです。

### 空き家の積極的な活用で子育てしやすい環境を

**新浪** 子育て環境の整備について、人材に関する議論は別に必要として、空き家を活用して住環境や保育施設を整備していくべきと考えています。空き家は全国で800万戸を超え、その約1割を東京都が占めています。この空き家をぜひとも若い世代に提供するべきであり、国土交通省にも諮問会議にてお願いし、施策を考えていただいています。

空き家は、メンテナンスをして使ってもらわないと、いずれ自治体が壊すことになっていきますが、このコストの方がメンテナンス費用よりも圧倒的に高くなります。子育てなど社会のニーズに合った形で空き家を活用していくべきと考えています。

また、規模の大きい空き家については、保育施設としてうまく活用できないかと考えています。子育てができる環境づくりにしっかりと予算をつけていくことが必要ではないでしょうか。

**石川** どうもありがとうございます。

### 公費投入割合が高い後期高齢者の医療負担の検討が必要

**石川** それでは、少し先に進めたいと思います。さらなる医療費の増大が今後見込まれているわけなのですが、よく自助、共助、公助と言われます。自助は患者負担、共助は保険料、公助は公費、この適切な組み合わせというのが必要だと言われていますが、それぞれの負担につきまして、先生方のお考えをお聞かせいただきたいと思います。

まず遠藤先生、お願いいたします。

**遠藤** 我が国の医療保険制度は名前が示すように保険制度ですが、講演の中でもお話ししましたように、国民医療費の公費の割合が、2000年には

公費が33.2%だったものが、2014年には38.8%に上昇しています。これは、後期高齢者医療制度の公費投入割合が高いことと、不況下で国保への補助が増えたことによります。これから高齢者がさらに増えるわけですから、今のような保険制度では公費負担割合が増えていきます。一方で、巨額の財政赤字ですから、このままではまずいでしょう。

公費の投入割合を減らすためには保険料の割合を増やすことになります。しかし、これがまた現実にはなかなか難しい。後期高齢者自身が負担する保険料は、軽減特例などにより優遇されており、所得に占める保険料の割合は高齢者のほうが現役世代より低いということもあり、現在、見直しを検討されています。ただ、もともと高齢者の所得は低いので、高齢者の保険料を増やすといっても限界があります。

一方、現行では現役世代が保険料の一部を支援金として後期高齢者の医療費を支えています。この支援金の仕組み自体、健康保険組合連合会（健保連）などの被用者保険者は強く反対しておりますから、これを増額することには猛反発があるでしょう。また、人口動態的に言って、減少していく現役世代が増えていく高齢世代を今以上に支えていくことには、自ずと限界があるかもしれません。

自己負担については高齢者の自己負担が低く設定されていますので、高齢化の進展に伴って、国民医療費に占める自己負担の構成割合が2000年の13.4%から2014年は11.7%へ低下しています。現在、高齢者の自己負担軽減の特例を見直したり、高額療養費制度の見直しを行って、高齢者にも応分の負担をお願いする方向を検討していますが、高齢者の経済事情や政治的にも自己負担増には限界があると思います。

現状のままでいけば、引き続き公費割合が上昇し、保険料、自己負担の割合が低下することになりますが、これは適切な姿だとは言えません。正直、ドラスティックな変更は難しいと思いますが、医療費負担、特に高齢者医療の費用負担について国民的合意形成が得られるよう努めるべきです。

## 何に基準を置いて限られた財源を配分するか

**石川** 印南先生、いかがでしょうか。

**印南** 私から見ると、実はこの自助、共助、公助の議論と、それから大きな政府、小さな政府とはほとんどパラレルな議論といたしますか、一種のトートロジーであります。小さな政府といたしますか、医療費抑制ないし適正化を主張する方たちは自助、共助を強調し、そうでない方たちは保険料の徴収が難しいということも含めて、結局公助といたしますから税金を投入するという議論になる。

私から見るとこれは一種の綱引きでしかなくて、自助、共助、公助の負担割合はどうあるべきかということをそれだけでいくら議論しても、演繹的な結論が出てくるわけではないのです。というのは、同じ問題を議論しているからです。

なので、もっと違う角度からそれを考えるべきだと思います。その考えのひとつは私が先ほど言った救命医療と自立支援医療に分ける考え方で、救命医療についてはより公費を投入して財源確保に努める、自立支援医療については、もっと自助、共助を高めていいのではないかと。そのための仕組みとして、例えば給付率を変更するとか、いろいろな制度的なテクニックがありますので、そういうものを駆使して組み合わせた議論をするというのが、一つの解決方法ではないかと思っております。

現在の制度は後期高齢者医療制度に公費をたくさん入れているわけですが、これはある意味では年齢による（逆）差別なのですね。

こういう言い方をしている人は少ないと思うのですが、経済学的に言うと、これはラショニング（割当）の話で、限られた財源を配分するときどういう基準に基づくべきかという議論です。現在、後期高齢者医療制度は後期高齢者であるという理由だけによって、公助の負担を高めているわけですね。そういう意味で、私は合理性がないのではと思います。

医療の目的を考えると、医療の中身を見るべきであって、それによって自助、共助、公助の割合も議論をすべきだと。若干、私が展開する議論は

今までされていた議論とかみ合わない、ないしは全然違う視点からなので、コメントも違ったものになると思います。

## 2025年に備えた医療制度の大胆な見直しを

**石川** 新浪先生、いかがでしょうか。

**新浪** 印南先生のご意見と近いですが、保険料率を年齢で決める仕組みが本当に最適なのかを考える必要があると思います。

むしろ、反対意見もありますが、マイナンバーを活用して金融資産を把握し、払える人が払うという応能負担を導入することが必要ではないかと思えます。

また、先に申し上げたように、健康維持を一生懸命頑張っている保険者や本人にインセンティブを、そうではない方々にディスインセンティブを与える仕組みをつくるべきです。民間の自動車保険に例えれば、無事故・無違反ドライバーの保険料が下がるような仕組みをつくってもいいかもしれません。

遠藤先生の資料にもあったように、今の財政状況では2025年は乗り切れません。2020年度にプライマリーバランスを黒字化することは国際公約であります。このままデフレの中で消費税を上げると、2025年の経済は間違いなく悪くなります。

また、医薬品の保険収載の在り方についても、諮問会議で湿布やうがい薬等は収載から除外すべきと申し上げています。創薬を推進し、いい薬はどんどん使えるようにならなければいけません。他方でオプジーボのような高額薬を多用すると、国民皆保険も維持できなくなることも考えられます。このためにも、保険収載の在り方についてしっかり議論する時期が来ていると思います。

それと、先ほど申し上げた約7,800億円の調整交付金は、自治体間の財政力の不均衡の調整に使われており、国がインセンティブに一部を活用できる特別調整交付金も、そのうちの2割程度に過ぎません。この割合は政令によって決められて

いるため、頑張っている保険者にもっと交付金を配分できるよう、厚労省にはこの比率（「普通調整交付金」対「特別調整交付金」）を、現在の7対2から、例えば4.5対4.5程度に改めることも検討いただきたいと考えています。

また、インセンティブに関して、現役世代が負担する後期高齢者支援金の加算・減算にも課題があります。法律上は各保険者の特定健診の実施率等を考慮して、支援金に対して10%の加算・減算ができるにも関わらず、実際の加算率は0.23%に留まっています。こういった、社会保険料増加の抑止に向けてインセンティブを活用する仕組みづくりを、一層進めていくべきと考えています。

### 制度の激変を緩和しながら望む理想の着地点を探す

**石川** 横倉会長、いかがでしょうか。

**横倉** 今のご議論を聞いて、結局、医療保険というものがどういう性格なのか。損害補償的な性格なのか、それとも社会保障として日本国民の共存のための性格のほうが強いのか、そこを一度しっかりと考えていかなければいけないという思いがします。

日本医師会は以前から、所得に応じた応能負担

を求めるべきであるという主張をしております。保険料の応能負担、また自己負担のある程度の応能負担というのはこれまでの主張どおりなであります。問題は、今、年齢をくくってやっている、そのところとの調整です。

応能負担に切りかえるときに、一気にドンと応能負担だけでやれるかどうか。医療の現場にいますと、激変するということが一番患者さんの中に混乱をもたらしますので、激変を緩和しながら望む理想の着地点を探していくというような手法が必要であろうと思っています。

今の交付金の調整金の話もそうですが、8対2を5対5に一気に変えると、これは多分減らされる市町村の国保は、相当に給付率を激変させなければいけないということになってきます。

今、確かに国保において、それぞれの市町村では高額療養費の部分の調整を公益で組んでいますが、そうした部分にまで影響を及ぼすので、そのあたりを丁寧にやっていただかなければという思いはあります。

それと、先日経済財政諮問会議のほうで、健康保険組合の保険料を下げてもどうかというようなお話がございました。当然、保険料率を下げるとなると、保険財政全体から見ると大きな穴があいてくる。可処分所得を増やして景気をよくするた



めにというようなお話だったと思います。

ただ、負担できる能力のある人はある程度負担をすると、今の協会けんぽと組合健保、共済組合、保険料率がそれぞれ違いますので、どうしても医療費が不足するときはある程度保険料率を一定に合わせていくことで、財源を確保できないかというのが我々の主張しているところであります。

**石川** どうもありがとうございました。

## 健康づくりに向けての大きな方向性を示す

**石川** 新浪先生どうぞ。

**新浪** 横倉会長のお話に補足すると、企業は2016年まで3年にわたって平均2%強の賃上げをしてきましたが、社会保険料も上がったために実質可処分所得が思うように上がりませんでした。

賃上げを可処分所得の増加に直結させ、若い世代の消費を増やすためにも、社会保険料の増加を抑制すべく、社会保障改革を進めていただきたいと思えます。

また、健康施策を実施しても、すぐに医療費削減には効果が表れないため、健康づくりに向けた社会全体の方向性をつくっていくことが重要です。

**石川** どうもありがとうございます。

## 社会保障関連、地方支援への支出に合理性があるかどうか

**石川** ところで、新浪先生、経済財政諮問会議で先生がおっしゃっているワイズ・スペンディング、もう既に印南先生からもそういうお言葉があります。

そのワイズ・スペンディングあるいは「見える化」ということについて、会場の皆さんにもわかるように、ご紹介いただきたいと思うのですが。

**新浪** 横文字でワイズ・スペンディングというと難しく聞こえますが、まさに印南先生や遠藤先生がおっしゃったとおり、これは使ったお金の効果

をしっかりと見ていこうという取組です。

さらに、先ほど申し上げたとおり、国平均などの大きな枠ではなく、より細かいデータを見ていこうということも進めています。右肩上がりの時代に合ったような制度のままではいけないということです。2025年を迎えるに当たって大変厳しい状況の中で、お金の使い方や制度そのものについても考え直さなければいけないタイミングになっています。

さらに、印南先生もおっしゃったとおり、単年度で効果を見るのではなく、ネット・プレゼント・バリューを考慮していくべきです。効果が表れるまで時間がかかる政策については複数年度で見ていくべきと考えています。

**石川** どうもありがとうございました。

## 「見える化」は医療費の地域差や特性を考慮することが必要

**石川** 今、新浪先生からのご説明ですが、現在医療における「見える化」というのはさまざまなところで取り組みが行われているわけですが、その「見える化」について、お考えをちょっとお聞かせいただきたいと思えます。

遠藤先生、よろしくお願ひします。

**遠藤** 「見える化」につきましては、先ほど出た、いわゆるMDBあるいはDPCデータベース、介護保険データ等々がデータ整理され、開示されていく方向になっています。それに伴って、これらのデータを用いた研究も行われております。

医療データと介護データの突合が難しいとか、いろいろ課題はありますが、今後、積極的に進めていくべきだと思います。

ただ一方、こういうデータベースが医療内容を「見える化」する上で、完璧であるとはいえないということは指摘しておきたいと思えます。レセプトデータは請求書ですから、それをもって医療の全てを明らかにするということはできないわけです。行った医療行為は「見える」ようになっても、そのアウトカムはよくわからないので、医療の効果まではわからない。効果がわからないから

医療行為の評価もできない、といった制約があります。また、いくらたくさんのレセプトデータを集めても、レセプトに記載されない重要な要因は、直接的には手に入りませんから、分析上の制約があります。

例えば先ほど医療費の地域差の話がありました。高年齢率で調整してみても大きな差がある。医療費の地域差というのは私の学生時代のころから西高東低、それから北海道がポンと飛び地で高いというのは、昔からの議論でありまして、いろいろな研究がされています。

NDBの利用により今後もより詳細な研究はされると思います。そうは言っても、このデータの中に含まれていない地域特性があると思いますが、それを捨象した分析は、データ数をそろえても不十分なものです。また、その不完全なデータから得られた結論から、地域格差を急速に是正するというを行うと、患者さんにネガティブなことが生ずる可能性もあります。その意味で、政策への活用については慎重に考える必要があると思います。

そもそも、請求書で医療を評価しようとすることに限界があるのですから、レセプトの中に検査情報とかを記載することを求めるということはどうでしょうか。そうするとレセプトだけでも医療の効果がより把握できるようになるのではないのでしょうか。

それはともかくとして、NDBなどのビッグデータの活用の期待は大きいですが、それによって「見える化」が劇的に促進して、エビデンスに基づいて医療政策が展開できる、と考えるのは楽観的すぎます。NDBなどのビッグデータを活用しても、医療を正しく評価する上で、必ずしも十分な情報が入手できるとはいえないことを忘れるべきではないと思います。

## 長期的な効果の評価や情報開示、分析のレベルアップを

石川 印南先生、お願いします。

印南 先ほどから言っていることの繰り返しに一

部なるのですが、まずワイズ・スペンディングを考えるときに、長期、短期のことをきちんと区別といいますか、長期的な効果についても十分適正に評価する。それが一つです。

それから2番目は、功利主義的な側面だけでなく、社会保障の弱者救済などの理念を反映した計算・評価をすべきです。ワイズ・スペンディングはこういう広い意味での政策評価とか、あるいは費用対効果評価みたいな話とも矛盾するものではないのです。

その目的の中に理念の実現を入れ込んだ上できちんと評価するということが重要かと考えます。

それから3つ目は、その「見える化」というのは文字どおり言えば可視化ですが、それが進んでいないという状況は、その前提である情報開示を十分していない、あるいは情報収集をしていないということです。

NDBの例が出ていましたが、NDBはこの両者に該当するわけで、中身は必ずしも政策評価にマッチしたものになっていませんし、それから特定健診のデータ、調剤データとは一応連結可能ですが、実際に結合するにはものすごい作業が必要なのです。

介護のデータとも理屈上は連結可能ですが、やはり非常に難しいです。法的な根拠もありません。ただ、まだまだデータに関してやることはたくさんあって、どんどん進めていかなければいけないということになります。

それから最後ですが、「見える化」のもう一つの意味は、分析と評価なのです。いわゆる政府の資料を見ていますと、ほとんどいわゆる要因分解のアプローチで、例えば医療費の分析もその他が一番大きな要因になっています。それがきちんと経済学的なモデルを使えば分析できます。実は、私はやったのですが、内容が難しいせいかなかなか受け入れてもらえない。

アメリカの議会では国会議員が多変量解析の議論もしますので差を感じます。

ですから、もう少しその分析指標に関する啓蒙を通じて議論のレベルアップをしないと、いつまでたっても、医療費の都道府県別の地域差のグラ

フのようなものしか見えない。

医療費の地域差はどこから生じるのかという原因まで踏み込まないと結局は解決策が出てこない。なので、そういった部分のレベルアップを皆でしていかなければいけないということが言えると思います。

**石川** どうもありがとうございます。

## 健康寿命の延伸が重要

**石川** 次の命題に進みたいと思います。健康寿命の延伸が必要だということが、横倉会長のほうから述べられました。この健康寿命の延伸について、ご意見をお聞かせいただきたいと思います。

まず、横倉会長からお願いしたいと思います。

**横倉** 2025年に向けて現在の医療費財源が確保できるかどうか、将来的に不安が強いということ。今日も3人の先生がお話になっておられますが、基本的にはやはり国民に必要な医療の財源は確保していかなければいけない。

できるだけ、我々医療の現場にいる人間は国民の健康を守るというのが大きな仕事でありますので、健康寿命をいかに延ばしていくかという努力をしていく必要があるかと思えます。その結果として健康寿命が延びることで、医療費のある程度のコントロールができるような社会をつくっていくということも重要だろうと思っています。

よく呉市の取り組みとか広島県の取り組みとか、埼玉県の取り組みが話題に出るわけですが、確かに今、国民病と言われるのは糖尿病なのです。いかに重症化を予防していくか、重症化させなければそう大きな怖い病気ではない。ただ、重症化するととんでもないことになってくるという病気でありますので、そういうことで健康寿命の延伸ということが非常に重要だと思っています。

**石川** ありがとうございます。

## QOLの定義化を

**石川** それでは、この件につきまして、新浪先生、

いかがでしょうか。

**新浪** 横倉会長と全く同意見です。人材が不足している現在では、より多くの方々に健康で仕事を続けていただくことが、社会の生産性向上につながります。平均寿命と健康寿命には男性で約9歳、女性で約12歳の差があり、この差を埋めていくことが重要です。

そこで、諮問会議でも、健診を必ず受け、それをフォローアップする体制の重要性を申し上げています。その結果として健康になることで、ネット・プレゼント・バリューが上がります。今年度、特定健診や特定保健指導の推進に3%ほど多く予算を計上できました。最初にお金がかかりますが、かかりつけ医の方々に介在していただいて、フォローアップをしていくことも非常に重要なことだと思います。

人に対する投資には最初にお金がかかりますが、その結果、健康を維持し、社会で働いていただけます。健康に向けて国費投入のバランスをしっかりと考えていかなければいけません。

この分野こそ、ワイズ・スペンディングを進め、健診によって病気を早期に発見することで、重症化を予防し、健康寿命を延伸していくべきです。

また、終末期医療についてもパッケージで議論していかなければいけないと思っています。経済や財政という観点からの議論ではなく、まずは家族も含めたQOLを定義づけ、それをどうやって上げるか、そしてかかりつけ医の方々とどう協力していくかを議論すべきです。

いくら健康でいても、いつかは最期を迎えます。終末期をどう迎えるかは、ぜひ横倉会長をはじめ医師会の皆様にも議論をしていただきたいと思えます。日本救急医学会などで先進的なガイドラインも出てきており、ぜひともこういった事例の横展開も行っていただきたいと考えております。

**石川** どうもありがとうございます。

## 持続可能な制度には給付範囲の本格的な見直しが必要

**石川** 最後の命題に行きたいと思えます。持続可

能な医療保険制度ということに向けまして、一番重要なことは何かということでお話しいただきたいと思います。

それでは、印南先生からお願いできますでしょうか。

**印南** この皆さんを前にして、結構勇気がいるのですが、私はその持続可能な制度にするためには給付範囲の本格的・根本的な見直しが必要だと思っています。

これは今までは医師会及び医療団体にとってはタブーに近い話で、言い出すだけでかなり拒絶反応をされることだと思います。しかし、今日の議論で明らかになったように、もう経済も社会制度も単にその社会保障の充実という一言だけで済む時代ではなくなってきております。

私の議論は、その中でちゃんと優先順位をつけて守るべきものを守るということです。つまり、給付範囲から外して保険外併用療養費などで対応すべきもの、自己負担や給付率を変えて対応すべきものがあると思います。

ちなみに、自己負担率については国会の附帯決

議があって、それが自己負担率を上げる際の障害になっていると言われるのですが、それは見直せばいいだけの話だと私は思っています。

例えば薬剤についてもいきなり給付範囲から外すのは非常に抵抗が強いと思いますので、薬剤の性質に応じて給付率を柔軟に変えるなどの対応が可能です。

こういう話をするすると反発を買うのは承知の上であえて言わせていただきますと、そうしないと国民皆保険自体を維持するのは結構厳しいと私は考えております。

### 最大の問題は増加する高齢者医療費の財源負担

**石川** 次に遠藤先生、お願いできますか。

**遠藤** 先ほど申しましたように、医療費の支出について、その合理性を再検討するということに関連しては、印南先生が言われた給付範囲の見直しということは既に行われております。

一部の医薬品についても行われておりますし、



療養病床の居住関係の費用についても自己負担への移行が検討されています。これは確かに所得の低い方たちが対象になるような場合には、非常に慎重な議論が必要になることはもちろんなのです、もはやタブーではありません。今後も、それなりの合理性があることについては議論していくべきだと思います。

しかし、それよりも問題なのは高齢者医療制度の財源負担をどうするのかということだと思っております。

後期高齢者医療制度は高齢者の自己負担を除きますと残り約半分が公費で、1割が高齢者の保険料、残りが現役世代の保険からの支援金で賄われています。

既に述べましたが、赤字財政下にありながら国民医療費の公費の割合は上昇傾向にあります。一方で、被用者保険者は支援金の増加には強く反対しています。今後、高齢者の医療費に対してどのように財源を手当していくのか、早急に国民的合意をつくらないと非常にまずいと思います。

## 疾病予防対策の推進が経済の活性化につながる

**石川** それでは新浪先生、お願いします。

**新浪** 消費が伸びない原因は、国民がこのまま行くと医療保険制度を持続できないと思っているからです。そのために重要なことの一つとして、ケア（治療）よりもプリベンション（予防）をもっと強化していくべきと考えています。

予防の手段として健診などを推進することは、民間の投資、技術革新を促します。経済が成長することで医療保険制度を支えていくべきだと思います。

例えばローソンでは、ふすまを原料とした「ブランパン」を開発しました。これは糖質が抑えられており、糖尿病の方々から大変ご好評いただきました。

やはり経済活動を活性化しないと、この医療保険制度の持続は非常に難しくなっていくと思います。保険財政の逼迫により医薬品の収載を制限す

るような事態になると、医薬品にかかる費用が家計への負担となり、現役世代の活力がなくなってしまう。もはや持続可能な制度ではなくなってしまうのです。国が子育てを支援する体制をつくるためにも、予防が大変重要です。

そのためにかかりつけ医の方々にはもっと予防に力を入れていただきたいと思っています。健診に対しても、もっと診療報酬上の点数を増やしてもいいのではないのでしょうか。その結果として、ネット・プレゼント・バリューが上がり、また技術革新を促していく社会をしっかりとつくっていくことがきわめて重要です。

## 国民皆保険をどう維持していくかが大事な問題

**石川** それでは横倉会長、お願いします。

**横倉** 今まで人類の経験したことのないような少子高齢社会に今向かいつつあるわけでありまして。そういうときに、国民がお互いに助け合うこの社会をどう維持していくか、特に健康を守るという意味での国民皆保険をどう維持していくか、これは我々医療現場にいる人間にとっても非常に大事な問題であります。

医療現場にいるからこそ、国民に対してどういう働きかけをしていくのか、予防に対する意識づけ、健康を守るための意識づけということもきわめて重要だろうと思います。

最近、医師会も健康寿命を延伸するために、糖尿病やCOPD対策等に取り組んでおります。また、さまざまな高額医薬品が導入される中で、理不尽に急激な使用量が増加するような薬に対しては、ある程度の薬価引き下げを求めていくようになってきています。

やはりこれも薬価のあり方をもう一度しっかり議論して、適切な薬価のあり方を決めていくということが重要だと思っております。そういうことで、公的医療保険制度を維持しながら、有効な医薬品を必要としている患者さんに提供できるようになるだろうと思います。

医療は国の経済に活力を与える投資であろうと

思います。利を求める資本主義ではない、公益性を大事にする資本主義という考え方を持つことも大切だろうと思います。

医療に投資をすること、また健康な生活を守ること、病気になったときに誰でも医療を受けることができる体制をいかに維持していくか。そのために我々は医療現場から、ワイズ・スペンディングの話がありましたが、我々もチューニング・ワイズリーという考え方を持ちながら医療を進めていくという考えも必要だろうと思っています。

経済成長の盛んなときであれば、医療にもっと予算を、という主張は十分できますが、今後の高齢社会においてどう国民皆保険を維持するかという立場を忘れずに、しかも必要な医療ができる財源枠は確保していくという姿勢が大事だと思っています。

**石川** どうもありがとうございました。

## 総括

**中川** ありがとうございました。



■ 中川 俊男（日本医師会副会長）

議論が尽きないところでございますが、お約束の時間が近づいてまいりました。本日のご講演、それとパネルディスカッション、かなり充実した議論ができたのではないのでしょうか。

新浪先生にいらしていただいて、非常に我々、よかったなと思います。特に経済財政諮問会議が財政ではなくて経済だということは、非常にありがたかったかなと、我々の誤解もかなりあったのだろうと思います。

持続可能な社会保障制度を我が国は絶対に守らなければならないということは、今日全員が一致したのだろうと思います。

そのためには経済を活性化し、個人消費の拡大を促すためにも、社会保障制度に対する不安の解消が必要なのだということも一致できたのだと思います。

それと、横倉会長ご提案の健康寿命の延伸も全員が一致したのだろうと思います。そしてその他にも数々の論点が明らかになったと思います。お話にあったように短期的な、単年度で結論を求めず、複数年度で見るとということ、それから医療費の地域差、地域格差の考え方も明確な論点になるのだろうと思います。

これからいろいろな議論をしなければなりません。今日のシンポジウムの議論や提案をもとに、我々は多くの議論が必要になっていくことでしょう。特に新浪先生には、今後も我々をご指導いただくようお願いして、今日のシンポジウムを終わりたいと思います。

会員の皆様に、今日ご講演いただいた先生方、それからパネルディスカッションに参加していただいた先生方に改めて拍手をお願いして、終わりたいと思います。

どうもありがとうございました。ただいまをもちまして閉会させていただきます。