

## 【パネルディスカッション】

## パネリストのコメント

井伊雅子，郡司篤晃，南 砂，  
金子能宏，西山 裕（司会）



司会 ただ今ご紹介いただきました，午後のパネルディスカッションの司会進行を務めさせていただきます国立社会保障・人口問題研究所の西山でございます。よろしくお願いいたします。

まず午前中は3人の基調講演者の方からそれぞれご講演をいただきました。最初はルグラン先生から，イギリスにおけるナショナル・ヘルス・サービスについての最近行われた改革についてお話をいただきました。「選択と競争」というキーワードや「準市場」というキーワードがありました，それについての考え方という点を主にお話をいただきました。2番目にシェラー先生から，OECD加盟各国の医療制度の状況，それについての国際比較データを基にした各国の動向というお話をいただきました。3番目は当研究所の京極所長から，わが国の介護保険制度につきまして，京極所長が最近提唱しております社会市場の考え方を基とした話，その評価と今後の課題ということでお話をいただきました。

午後はまず，4人のパネリストの方々から順に，基調講演を踏まえたコメントを順に頂きたいと考えております。最初は一橋大学の井伊先生，次が聖学院大学の郡司先生，そして読売新聞編集委員の南先生，最後に当研究所の金子部長という4人の方です。その後で今度はパネリストの方，基調講演者の方に壇上に並んでいただきまして，

そこで基調講演者も加わっていただいて議論を深めていく。こういう形で考えております。どうぞよろしくお願いいたします。

それではまず，パネリストからのコメントに入らせていただきたいと思います。

## —医療統計の体系化の重要性—

井伊雅子



今日はどうした機会を与えていただきまして，どうもありがとうございます。一橋大学の井伊と申します。英国の医療改革に関してはいろいろと今まで耳にしていりましたが，実際の政策立案にかかわったルグラン先生のお話を聞くことができ，とても参考になりました。また，OECDのドクター・シェラーのお話ですが，私自身，世界銀行に勤めていたことがありまして，今はアジアの医療制度の比較などをしておりますので，国際比較という視点から非常に参考になりました。京極所長のお話ですが，実際に介護保険制度の立案や施行にかかわった背景に関して直接お話を伺うことはとても貴重な機会でした。

私からは二つの視点ということで，直接的なコメントというよりは，問題提起としてお話をしたいと思います。1点目は日本の医療統計についてで

す。日本の医療政策、これは医療だけではなく、政策一般にいえることだと思うのですが、どうしても政治的なプロセスが重要視されて、データに基づいた議論が今までされてこなかったのではないかと思います。今後、データに基づいた議論が重要になってくると思いますので、そのときにどのように医療統計の整備をしていくかという視点からお話をしたいと思います。2点目が地方分権改革における社会保障制度のあり方です。何でも地方分権をすればいいというものでありませんが、1億人以上の人口を抱える日本で、国が一括して見るというのは無理がありますし、一方でアメリカ式の保険者に激しい競争をさせるといったあり方もやはり日本にはなじまない。では、地方分権改革においてどのような社会保障制度を考えていくかという視点からお話ししたいと思います。

1点目、医療・介護の統計ですが、日本の公的統計制度は60年ぶりの大改正中です。2007年5月に統計法が全面的に改正されました。今まで日本の統計行政はとにかく分散的だということが指摘されてまいりました。例えば医療関係の統計ですと、総務省の統計局がすべてを把握しているわけではなく、厚生労働省や地方自治体が把握している統計も多いです。また、その統計行政に共通している問題として、作成者の都合が優先されがちで、理由者の利便性が軽視されてきているとか、統計の間に統一感がなく全体像がつかみにくいという問題点も指摘されてきました。また、これは最近非常に深刻になってきている問題ですが、行政費用が削減されている影響で、どうしても資源が不足して統計の質が低下しているということも指摘されてきました。

そこで、昨年5月に全面的に統計法が改正されました。これには二つの特徴が挙げられます。旧統計法の下では統計は統計調査、全数調査の場合もありますが、サンプリングサーベイによって作成されるものでした。それが改正された統計法の中では、統計調査によって作成されたものではなくて、本来の業務上の目的があって集められたレセプトやDPCデータといったものをうまく活用

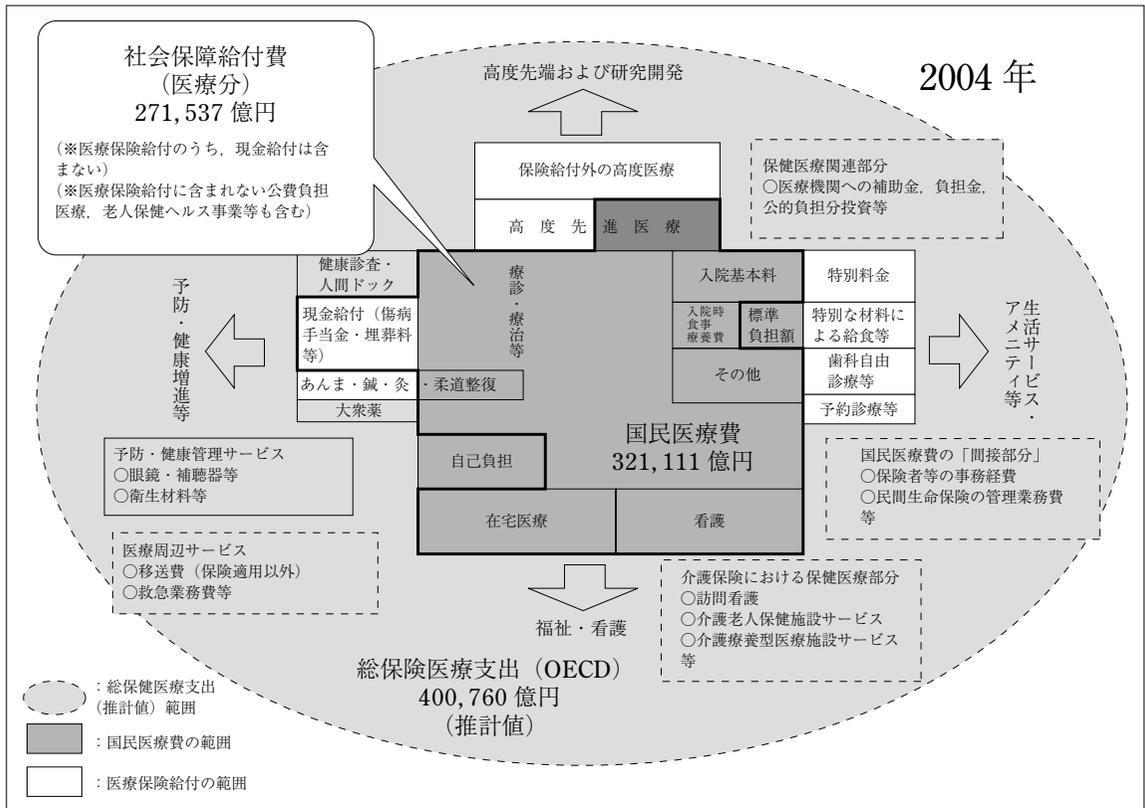
して統計を作成するということが掲げられています。そうすると本来の調査の負担が軽減されたり、新たな調査の必要がなくなったりするかもしれません。新しい統計法の2点目の特徴は、マイクロデータを政策評価に十分活用するような基盤整備をすることです。

現在の日本の医療介護の統計の問題として体系性の欠如が挙げられます。

お手元にある図(資料4-4)を見ていただくと細かい点に分かるとは思いますが、緑色のところがよく私たちが耳にします国民医療費といわれるものです。この大きな卵型のものが、2000年だったと思いますが、OECDがSHA (System of Health Accounts) という国際標準の保健医療費の推計を始めましたが、そこに当たるものがこの大きなオレンジ色になります。国民医療費というのは、日本の公的医療保険でカバーされている医療費を把握するための体系立った推計値であるとは思いますが、特に最近増えてきた、公的な医療保険でカバーされていない部分に関しては、ほとんど把握ができないのではないかとということが危惧されています。先ほど京極所長からの報告にありましたように、社会保障が国民経済に与える影響は年々大きくなってきていますので、分析に資するような統計体系になっているかというのは非常に関心のあるところです。

問題としてよく指摘される点は、国民医療費に含まれていない部分が年々増えてきているのではないかとということです。この部分は、日本がOECDに提出しているSHAの中にも含まれていない点です。具体的にどういうものが含まれているかと申しますと、まずは自由診療部分です。特に歯科の自由診療部分は、日本の国民医療費にも含まれていませんし、OECDの医療費の中にも含まれていません。2点目が特別料金で、この中には差額ベッド代であるとか、初診で紹介状を持っていかないときに支払う初診代などが含まれています。またこれは一部ですが、入院時の食事代の一部も医療費に含まれていません。さらに、現金給付の中には、例えば日本では帝王切開など公的保険の対象になりますと医療費に含まれます

資料 4-4



注) 白い部分は、総保健医療支出に含まれない。(現金給付以外は概念としては含まれるが、データ制約等により、推計の対象外)  
 出典 1) 厚生省、図 5-2-5。保険給付と国民医療費の関係 (概念図)、135 頁 (平成 7 年度厚生白書)  
 出典 2) 財) 医療経済研究機構、2004OECD の SHA 手法に基づく保険医療支出推計 (平成 20 年 5 月刊行予定)

が、正常分娩の場合は公的な保険の対象になっていませんので、正常分娩にかかわる費用も国民医療費の中に含まれていません。一つの問題点として、国民医療費にも、OECD の推計にも含まれていない部分はどのぐらいの規模があるのか、年々増える傾向にあるのではないかとすることがあります。社会保障としてのデータを把握するには国民医療費は適切な推計値ですが、社会保険でカバーされていない医療費を把握するときに、別の推計値やデータが必要なのではないかとすることがいえると思います。

2 点目の問題として、この OECD の SHA の推計をするときに、公的な介護保険制度で定められた利用限度額を超えた場合については、介護保険で把握できていませんので含まれていません。つ

まり、公的な介護保険で定められた利用限度額までしか含まれていないということです。しかし実際には介護業者への支払いは発生していますので、どこかでそれを把握しなければなりません。次に産業データですが、例えば米国などでは大きなウエートを占めているといわれている医療機器、眼鏡ですとか、血圧計、体温計、大衆薬なども一部しか含まれていません。これは多分、経済産業省などの部署が業界団体からのデータを持っているのではないかと思います。今は異なる省庁からのデータを集約することにはなっていないようです。

3 点目が民間医療保険です。民間医療保険に関しては、がん保険などの医療費支出が正確に把握できないので、管理費だけを計上していると聞い

ています。先ほどドクター・シェーラーの中でプライベート・ファイナンスのデータがありましたが、それがどこに相当するのかと考えますと、やはりこの民間保険の保険料と、自己負担分なのかなと思います。国際比較をするときに、OECDのデータとの整合性をどう合わせていくかというのは、研究者だけでなく、政策担当者なども常に頭を悩ますところではないかと思いません。

次に、地方公共団体の単独事業です。健康診断や最近ですと子供の医療費の自己負担を無料化する、といったことが増えています。これらは総務省がある程度把握をしているのかもしれませんが、計測方法は詳しくはわかりません。また、確定申告における医療費控除なども、金額的には無視できないのではないかと思います、把握されておらず、この中には含まれておりません。

したがって、医療介護の統計を現状で考えていく場合、国民医療費の他にも、日本では正式な公的統計となっていないOECDのSHAも、基幹となる医療費統計として位置付けて、関連する統計を整備し直すことが重要なのではないかと考えております（資料4-4）。

2点目の地方分権の話ですが、日本は非常に中央集権的な国だといわれています。よく私が好きで使う例なのですが、例えば保育所などでも、ほふく室という赤ちゃんがはいはいする部屋が必ずないといけないのですが、この面積は全国一律で一人当たり3.3m<sup>2</sup>という最低基準が決まっています。これは1947年の児童福祉法で決められて以来60年間全く変わっていません。保育所だけではなく、老人施設や医療施設、医療機関などでも同様で、非常にきめ細かい最低基準が国で決められています。そういった中央集権の制度から地方分権を進めるということは非常に重要でありますし、地方にある程度権限や財源を移していくということは不可欠であると思っております。一方、日本の地方自治体ほど多くの仕事をしている地方自治体はないのではないかとこともいえると思います。例えば国民健康保険の保険者でもありますし、介護保険の保険者でもあります

し、生活保護の給付などもしています。この辺りはイギリスなどはかなり中央集権的にやっていると聞いていますので、単に地方分権を進めればよいというわけでもないであろうということになります。

最後に指摘したい点として、日本の医療制度の特徴として、フリーアクセスの下で公平性が達成されているといわれます。確かに給付の公平性というのは達成されたと思いますが、では負担の公平性はどうかと考えてみますと、医療保険に関しても、国民健康保険、組合健康保険、管掌健康保険とかなり負担が違ってきていますし、特に国保の間の保険料の格差はかなりあると思います。2005年のデータですと、保険料が一番高い所は北海道の町で12万円近く、一番保険料が安い村は沖縄の村で2万2,000円というように、国民健康保険料の負担が5倍以上あります。そうすると、今まで盛んに言われてきた給付の公平性は、ある程度達成されてきましたが、負担の公平性というのは実はあまり議論されていないだけでなく、既に保険料の負担にはかなり格差があるといえると思います。こうしたことをデータに基づいて一つ一つ丁寧に議論していくということが、医療政策を考える上で重要な点ではないかと思えます。以上で私の報告を終わらせていただきます。

## —医療・福祉の準市場改革—

郡司 篤晃



今日はこの会にお招きいただきまして、ありがとうございます。午前中の基調講演を踏まえまして、私のコメントをさせていただきます。

京極先生のお話は、準市場をどのように位置付けるかというお話、また、介護保険に関するお話だったと思います。ル