



出所) 厚生労働省政策評価官室『平成14年版 所得再分配調査報告書』。

図3 年齢階級別に見た所得再分配の機能

というわけではなく、年金制度が充実していますので、『所得再分配調査』に基づく図3のように、若い人々に比べて高齢者への所得移転、再分配は十分になされているのではないかと個人的には考えています。国際比較してみると、日本の所得再分配機能は、ある部分機能していて、ある部分は機能していない側面があるので、所得格差に対する再分配については再考する必要があると考えられます。再分配をもっと強くするべきではないか。例えばパートタイム労働者の増加に対しては賃金格差を是正する必要があるのではないか、また所得再分配効果が高齢者に集中することなくどの年齢層にもうまく機能するようにするべきなのではないかということです。

所得再分配の機能を強化するためには財源が必要ですが、その財源問題は国民負担率と関係してきます。国民負担率の概念については京極所長からご報告がありましたように、より詳細に中身を議論する必要があります。所得再分配機能に関連する年金給付や公的扶助というような所得移転は、消費に回り国民経済を支えます。最後のスライドの所にありますように、年齢階級別に見た消費性向(所得のうち何%が消費に回るかを示す比率)をみると、高齢者の方が高くなっています。また、中・壮年に比べて若い人も高くなっています。とい

うことは、所得の低い人への所得移転というのは決して無駄にはならないことを意味しています。国民負担のうち所得移転を負担する部分については全く純粋な負担と見るよりもむしろ日本経済に寄与する部分であること、そしてこういう所得移転以外の負担を実質的な国民負担と考えることが必要なのではないでしょうか。所得移転を賄う負担の部分については、格差を縮小した日本経済の下支えにもなるという両面思考という新しい考え方で、日本経済と社会保障のあり方を考えていくべきではないか考えています。

どうもありがとうございました。

## —医療・介護の視点から—

尾形 裕也



九州大学の尾形でございます。私からは社会保障と日本経済(医療・介護の視点から)ということで少しお話をしたいと思います(資料1)。

午前中のセッションで京極所長の基調講演の中にも

ありましたように、我が国においては現物給付のシェアが全体の給付費の大体 4 割程度を占めているということですが、その中の大部分を占めているのがこの医療、介護ということだろうと思います。

まず最初に日本における医療・介護の位置づけということについて、私なりに簡単に整理をしてお話をしてみたいと思います。

#### 資料 1

##### 1. 日本の医療（介護）の位置

###### (1) Publicly funded and privately delivered

- 公的医療・介護保険制度 (universal coverage) + 民間中心の医療・介護供給体制
- 「需要が供給を引っ張る」形で発展  
→ 「保険あってサービスなし」には、幸い陥らなかった
- 近年、この Policy mix のあり方が問われている

まず年金などと比べてみた場合、医療または介護の問題を考えるときに注意しなければいけないのは、単にお金をどう調達するのかという問題だけではなく、それと併せてサービスの提供体制をどう組むかということを含めた組み合わせの問題をどう考えるかというところがひとつのポイントだろうと思います。日本についてはここに書いてありますように、Publicly funded and privately deliveredということですが、お金の調達は公的に、つまり公的な医療保険制度や介護保険制度で資金調達をし、一方、医療や介護サービスの提供については民間中心の供給体制を取ってきたということです。公・民の組み合わせということですが、これが唯一の組み合わせというわけではありません。例えば公・公というのもあり得るわけでして、代表的な例としては例えばイギリスの NHS (国民保健サービス) などがそれにあたります。あるいは民・民というのもあり得るわけでして、アメリカなどはそれに近いのではないかと思います。

我が国の場合こうした公・民という組み合わせは、少なくともこれまではそれなりに機能してきたのではないかと思います。そこに書きましたように基本的には「需要が供給を引っ張る」形で発展してきたと考えられます。医療保険制度も介護保

険制度も出来た当初は「保険あってサービス無し」になるのではないかというようなことがいわれたわけですが、幸いそういう事態には陥らなかったということで、公・民という組み合わせはこれまではそれなりに機能してきたと評価できるのではないかと思います。ただ、近年こうしたポリシーミックスのあり方がむしろ問われてきている面があるのではないかと考えられます。医療保険についてはこれまでも老人保健制度の創設や一部負担の変更などさまざまな改革が行われてきております。これに対して、医療提供体制の改革というのは民が中心であるということもあってなかなか難しい、あるいはなかなか進展しないという面があるように思います。

全体の医療費の水準ということでも既にお話が出ておりますが、ここには OECD のヘルスデータの 2006 年版データを示してみました(資料 2)。まだ暫定値や推計値を含んでおりますが、このデータを見ると、G7 の中でついに日本が最下位になっていきます。イギリスのブレア政権が最近医療費を増大しているということも影響しているのかと思いますが、少なくとも G7 の中では医療費の GDP に対する比率ということでは日本は決して高くないという状況であります。

#### 資料 2

##### (2) 医療費の水準 (OECD Health Data 2006)

国名	総医療費対 GDP 比 % (2004)
Japan	8.0 (2003 推計)
Canada	9.9*
France	10.5*
Germany	10.9 (2003 推計)
Italy	8.4
UK	8.3*
USA	15.3

\*2004 推計値

以上はいわばクロスセクション(横断面)の話ですが、時系列的な動向を考えますと、今後とも相当なペースで医療費が伸びていくであろうということが今回の制度改革の背景になっているわけであります。ここには給付費ベースの数字で

ありますが、今回の2006年改革における政府の推計値を示しております(資料3)。2006年度28.5兆円が、自然体では、自然体といいますのは現在のまま制度改革がなかったとすると、という意味ですが、2025年度には56兆円ということではほぼ倍ぐらいになるという見通しであります。それを今回の2006年の改革では48兆円に8兆円削減をするということになっています。全体としてみますとそこに書いてありますように、日本の医療は全体では20年間で市場規模が倍になる、改革後も毎年1兆円のペースで伸びていくという大変な成長セクターであるということになります。

### 資料3

#### (3) 医療費(給付費ベース)の長期推計

	2006年度	2025年度
自然体	28.5兆円	56兆円
2006改革後		48兆円

日本の医療は自然体では20年間で市場規模が2倍に、改革後も毎年1兆円のペースで増大する「成長産業」

医療における給付と負担の問題ということで、ここではふたつの観点からお話しをしたいと思います(資料4)。

### 資料4

#### (4) 医療費の給付と負担の問題

##### ○ 世代間格差の問題

- 老人以外は、一部負担率は3割で統一(2003～)。  
老人についても一部負担引上げの方向
- 老人医療費の相対的高さ  
→ 新たな高齢者医療制度、老人診療報酬  
(2008年改定)

ひとつはいわゆる世代間格差の問題であります。この問題については老人以外については2003年からであります、一部負担率が3割で統一されたということで、ほぼ給付率は統一されたといつてよろしいかと思います。老人についてはまだ若干若人との間に差が残っていますが、近年の改革では老人の一部負担も引き上げの方向にあり、中長期的には給付率の格差は縮小する方向に

あるものと思われます。

それ以上に問題とされるのが、老人医療費の相対的な高さ、すなわち若い人の医療費に比べたときの相対的な老人医療費の高さという問題です。これについては今回の改革で新たな高齢者医療制度が出来ることになりましたが、次の2008年の診療報酬改定で高齢者の診療報酬を決めるということになっておりますので、その中でこの問題にどう対応するのが、おそらく大きなポイントになるだろうと思います。

もう一つ医療費の格差という問題では世代間以上に重要なのは地域間格差の問題であります(資料5)。医療費の水準には年齢構造の相違を調整してもなお大きな地域差が残っています。この問題はやはり医療供給体制の問題と不可分でありまして、先ほどお話しがありましたが、医療計画であるとか診療報酬、あるいは情報開示による患者の選択の推進といったようなことを通じて、医療供給体制そのものを変えていかないとなかなか変わらない問題だろうと思います。

### 資料5

#### ○ 地域間格差の問題

- 医療費水準には(年齢構造の相違を調整しても)なお大きな地域差  
→ 医療供給体制の問題と不可分  
医療計画、診療報酬、情報開示による選択
- Supplier-induced demand, Small area variations

全体としての日本の医療の現状評価ということですが、これは全くの私見ですが、これについてはどうも奇妙に分裂したふたつの評価があるように思います(資料6)。

### 資料6

#### (5) 日本の医療の現状評価

- 奇妙に分裂したふたつの評価
  - ① 「日本の医療は世界一」論: WHO(2000)等
  - ② 日本の医療は「構造改革」を要する分野
- 中長期的に医療(介護)費用の増大は不可避  
→ 課題は、負担増についての国民的な合意形成  
医療供給側、需要側、政策当局の努力の必要

ひとつはよく言われますように、日本の医療は世界一だという議論でありまして、特に医療提供サイドからはよくこういう議論が行われます。この根拠になっておりますのは、例えばWHOの2000年の年次報告であります。WHOの2000年の報告を見ますと確かに全体として日本の医療が非常に高く評価されていることは間違いありません。健康の全体としての達成度や公平性などの観点から日本の医療は高く評価をされております。WHOの報告自体についての評価という問題はあるものの、日本の医療が世界一だという議論があながち勝手な一人よがりだというわけではありません。ただこうした高い評価がある一方で、日本の医療については、これはむしろ構造改革を要する分野である、問題がいろいろある分野であるという評価があるのも事実であります。日本の医療が世界一だと言われても直ちに納得する人ばかりではありません。小泉内閣の時に、「聖域なき構造改革」ということがいわれましたが、医療はその重要なターゲット分野の一つであったというのは事実であります。

このように考えてみますと、日本の医療については、マクロで見た場合とミクロで見た場合の評価に大きな乖離があるように見えます。経済学者はよく「合成の誤謬」というようなことを言いますが、この問題についてもそういう面があるのではないかと思います。

ただ、こうした評価の分裂というのはわが国の今後を考えますと、必ずしも好ましいことではないと思います。といいますのは、次に書いてありますように、中長期的に医療、あるいは介護費用の増大が不可避であるということを考えますと、それに対する負担増についてどのようにして国民的な合意を形成していくかということが今後非常に重要な問題になってくるだろうと思います。いずれにしてもできるだけ国民が納得して負担増を受け入れてくれるような形をつくる必要があります。そういう意味ではそうした合意形成を目指して、医療提供側、医療需要側、あるいは政策当局がもう少し汗をかく必要があるだろうと、私は考えております。

時間の関係もありますので、ここでは午前中の3人の演者の方のご講演について若干のコメントを

申し上げたいと思います(資料7)。

## 資料7

### 2. 若干のコメント

#### (1) 京極所長基調講演

##### ○ 時期区分・作業仮説

- 医療・介護について基本的に適合
- ただし、1982年老人保健制度がひとつの画期
- 1980年代は「医療費抑制の10年」、1990年代は「介護保険創設の10年」。医療制度改革は97年以降再燃

まず京極所長の基調講演についてですが、最初に時期区分・作業仮説として20年ごとの区切りということで非常にわかりやすい見取り図をお示いただきました。医療・介護についても基本的にこの20年ごとの区切りというのは相当すると思いますが、ただもう少し細かく見ますと、医療についてはやはり1982年の老人保健制度の導入というのが一つの画期になっているように思います。

1980年代の10年間を見ますと、この10年というのはいわば医療費抑制の10年だったと言ってよいと思います。医療については経済の伸びを少し下回るくらいの伸びでコントロールされてきました。ところが90年代に入りますと、逆に医療費は経済の伸びを上回って増嵩します。医療と経済との相対的なバランスが崩れてくるということあります。そして、政策的には90年代は医療制度改革というよりはむしろ介護保険制度創設に向けた10年だったと言ってよいと思います。

そうした中でようやく医療制度改革が日程に上ってくるのが97年以降ですから、それ以後の10年くらいがまた医療制度の大きな改革の時期になってきていると、そんなふうに分けられるのではないかと思います。

日本の医療・介護制度の評価については、先ほど申し上げた通りです(資料8)。午前中に京極所長のお話にもありましたように、全体としてみるともちろん医療というのは労働集約的なサービスであるというのはその通りだろうと思います。ただ、諸外国と比べますと、日本の医療サービスの提供は必ずしも労働集約的ではない。むしろ国際的に見



ると相対的に資本集約的(労働節約的)な医療サービスの提供が行われてきたという風に思います。この辺をどう考えるかですが、今回の改革というのは、中長期的に病床数を減らす一方で看護職員の手厚い配置を評価したり、全体としてもう少しこれを労働集約的な方向に変えていこうという改革になっています。こうした改革の方向が全体の医療費との関連でどうなるのかというあたりは今後一つの論点になるだろうと思います。

#### 資料8

##### ○日本の医療・介護制度の評価

- 資本集約的(労働節約的)な医療サービスの提供
- 社会保険方式と言いながら、保険料のシェアは総医療費の50%を切っている(公費負担が35%という状況)
- いわゆる「フリー・アクセス」の問題
- 医療と介護の関係①:混合診療,混合介護
- 医療と介護の関係②:慢性期医療との関係

それからわが国の制度は社会保険方式であると通常言われておりますが、実は国民医療費のうち保険料の占める比率はついに50%を切りました。公費の負担割合が35%という社会保険といいながら、非常に高率の公費負担を投入している制度になっています。この公費のシェアの高さという点が医療費の問題を考えると常に大きな制約条件になってくるわけですが、この辺をどう考えるのかというのが、公費の配分のあり方も含めて、もう一つのポイントではないかと思えます。

時間の関係がありますので先を急ぎます。

次にワイズ教授のご講演に関してですが、日本では高齢化のスピードが非常に速いものですから、そちらに目が奪われがちですが、医療の技術進歩による支出増というご指摘がありました(資料9)。これは、私は大変重要なお指摘だと思いますし、むしろ日本を除く諸外国では医療費の増嵩と医療における技術進歩とが非常に密接に関連した問題としてとらえられていると思います。その場合の問題として特に日本のような公的保険で賄っている制度においては、例えば技術進歩をどの程度保険に取り入れていくのか、優先順位を付けるとしたらどういう形でつけるのか、あるいは給付範囲

の見直しをどうするのか、**delisting**と書いてありますが、こういった問題を一体誰がどういう形で行うのかということが大きな問題ではないかと思えます。これらについてコメントを頂ければという風に思います。

#### 資料9

##### (2) Wise 教授講演

- 医療の技術進歩(による)支出増への対応
  - 公的保険における優先順位付けの問題(技術評価→給付範囲の見直し, **delisting**):誰が行うのか
  - Financeの問題:いわゆる「混合診療」(**Extra-billing**)をどう考えるか

それからもう一つそれと併せてこういう医療の技術進歩や先進的な技術などについてどういう形でファイナンスをしていくのかということも大きな問題だろうと思います。日本においてはいわゆる混合診療、ここでは**Extra-billing**という風に書いてありますが、通常の公的保険給付の上乗せで患者負担を求める部分が拡大をしていくという最近の改革の方向がありますが、こういったファイナンスの問題をどう考えたらいいいのかというあたりについて追加的なコメントを頂ければと思います。

それからアイゼン教授のご講演についてですが、医療・介護のバランスシートの図について大変興味深く拝見いたしました(資料10)。私は日本も基本的に同様だろうと思うのですが、アイゼン教授のパワーポイントの中に雇用主が退職者向けの健康保険プランを縮小あるいは撤廃を求める可能性があるという興味深いご指摘がありました。私は実は日本における高齢者医療制度を巡る議論

#### 資料10

##### (3) Eisen 教授講演

- 雇用主が退職者向けの健康保険プランを縮小,撤廃を求める可能性
  - 日本における高齢者医療制度をめぐる議論においては、ある程度現実のものとなりつつある面
  - ドイツを含むOECD各国の状況はどうか
- 医療の成果を平均寿命の延伸で図ると、「限界生産物通減」ということにならないか

においても、ある程度これが現実のものとなりつつあるのではないかという風に思っている部分もあります。そういう意味でこのご指摘、雇用主が退職者向けの健康保険プランを縮小あるいは撤廃を

求める可能性ということについて、ドイツを含む OECD 各国の状況についてさらにコメントを頂ければと思います。

以上です。ありがとうございました。

### 補足的統計データ等

#### 資料 11

〈表 1〉主要な医療資本投入状況の国際比較			
国名	人口千人当り 急性期病床数	人口百万人当り CT 台数	人口百万人当り MRI 台数
日本	7.2*	92.6**	35.3**
カナダ	3.2**	10.3	4.5
フランス	3.8	8.4	2.8
ドイツ	6.6	14.7	6.2
オランダ	3.2**	9.0 (95)	3.9 (95)
イギリス	3.7	5.8	5.2
アメリカ	2.8	13.1**	8.6**

\* 日本は、病院の「一般病床数」 \*\*2002 年データ

#### 資料 12

〈表 2〉主要な医療労働投入状況などの国際比較			
国名	病床百床当り 医師数 (02)	病床百床当り 看護職員数 (02)	人口千人当り 看護職員数 (02)
日本	13.7	54.0	7.8
フランス	42.5	91.1	7.3 *
ドイツ	37.6	108.6	9.7 *
イギリス	49.7	224.0	9.7 *
アメリカ	66.8	233.0	7.9

\* 2003 年データ

#### 資料 13

〈表 3〉急性期病床の平均在院日数の国際比較	
国名	平均在院日数 (2003 年)
日本	36.4 [20.7*]
フランス	13.4
ドイツ	10.9**
イギリス	7.6
アメリカ	6.5

\* [ ] 内は、病院の「一般病床」に関する平均在院日数。  
\*\*2002 年データ

#### 資料 14

- 国民医療費の構造
- 水準：32 兆 1,111 億円 (平成 16 年度)
  - 社会保障給付費・医療との相違
  - 国民医療費の財源構造  
公費 34.8 % (国庫 26.0 %, 地方 8.8 %)  
保険料 49.8 %, 患者負担 15.3 %

#### 資料 15

- 国民医療費の診療種類別構成
- 入院 36.9 % (病院 35.5 % 診療所 1.4 %)
  - 入院外 39.0 % (病院 15.8 % 診療所 23.2 %)
  - 歯科 7.9 %
  - 調剤 13.1 %  
→ 病院 51.3 %, 診療所 24.6 %

#### 資料 16

- publicly funded and privately delivered
- 病院 9,077 のうち、医療法人 62.2 %, 個人 8.4 %, 公的 15.2 %, 国 3.3 %
  - 国際的には、公一公、民一民の組合せも
- 営利－非営利論とは別の話