

質の高い情報がなければ、こうした仕組みは構築できませんが、逆に言えば、良い医療制度があれば、副産物として自然に良い情報は流れてくるはずです。

一方で、多くの欧州の国では、医療制度を管理する単位は、やはり地理的な地方単位であるべきではないかというコンセンサスができています。スペイン、イタリアについても、市町村への分権を行いつつありますし、ノルウェーでは地方レベルでまとめています。イギリスにおきましては、「ヘルスディストリクト (health district)」という医療地区が15万ほどありますが、これでは単位としては小さいのではないかということで、これを再編統合し、大きくしていくことを検討しています。だいたい100万人から200万人ぐらいをカバーできる単位を考えているようです。そう考えれば、日本の場合には都道府県というものが、そうした単位になるかもしれないと思います。このように、地域単位、地方単位での医療制度に、多くのところが収斂しつつあると思いますので、これは真剣に検討する価値があると思います。

次に診療報酬についてです。池上先生が大変すばらしい命題を出してくださったのですが、正直申しまして、完全に理解ができたとは言えません。もう少し勉強すればより良く理解ができると思います。ただ、敢えて申し上げれば、この支払いのメカニズムはとても重要です。細かいところではありますが、償還がどのように設計されているかにより、医療機関にとっても保険者にとってもインセンティブが大変変わってきます。極めて専門的な内容になりますが、重要なポイントです。この償還については、政策立案者として、目標を達成しようという気持ちを持たせられるかどうか、政策立案者が権限を持って診療報酬制度を変えるなりして、それを生かすことによって、政策目標を達成できる仕組みになっているかどうかということが大切です。どのような報酬制度であったとしても、同時にきちんとしたリスク共有の制度がなければ成り立ちません。そうしませんが、純粋な償還制度であれば、最悪な事態として、全く調整が利かないということも考えられますので、そ

うした事態を回避しなければなりません。

一方で、この償還制度について、医療技術の評価と併せて考えていく、すなわち、本当に効果がある医療に対して、きちんと償還をしていくという新しい概念も生まれつつあります。一部の償還については、きちんとした質が達成できた場合のみ償還するという条件を付ける、例えば一部の診療報酬の10%部分は、医療機関が、認定されているガイドラインに則った形で医療を提供している場合に限り、償還を行うという条件を付けることを検討している国もあります。

まとめますと、正直申し上げて、池上先生の質問にきちんとしたお答えはできません。日本は改革をすべきか否かといったことは、一言で言えないのですが、少なくとも積極的に変化の可能性は探るべきだということは考えていくべきだと思います。ただし、慎重に考えて、また実施についても段階的にするべきだと思います。モニタリングをしつつ、改正をするべきときにはできるように、かつ他の国から学ぶ時間が必要だと思います。しかし、日本の医療制度の根幹はとてもしっかりしたものだと思います。もし、政策立案者の方たちが積極的に関心をもって新しい時代に対応しているという気持ちがあるのであれば、もともと健全な基盤があるので、それを活用してより良い制度が必ずでき上がっていくと思います。以上です。

府川 ありがとうございます。具体的な提案までいただきまして感謝申し上げます。それではこれで午後の第1セッションを終了します。

【ディスカッション2】

ゲイリー・バートレス、ピーター・スマイス、貝塚 啓明、池上 直己、府川 哲夫 (司会)

府川 それでは、午後の第2セッションを始めさせていただきます。このセッションでは、午前中の問題提起、及びお二方の基調講演を踏まえ、

「社会保障の果たすべき役割とその持続可能性の確保」というテーマで議論を進めていきたいと思えます。便宜上4つのサブテーマに区切って議論を進めていきたいと思えます。

1番目は年金制度、2番目が医療介護制度、3番目に社会保障の全体の規模あるいは給付の配分の問題、そして4番目に社会保障と個人の行動選択です。これらの議論を通して、アメリカやヨーロッパ諸国の経験をもとに、その中でどのようなエビデンスが得られているか、あるいはどのようなアイデアが試されているかということを読んでまいりたいと考えています。この過程を通じて、日本における社会保障改革の議論に役に立つ論点が浮かび上がってくるのではないかと考えています。

それでは、最初のテーマに移ります。これは主に年金制度に関するものですので、パートレス先生と貝塚先生にご質問していきたいと思えます。公的年金について、経済変動や人口構造が変化する中で、制度の持続可能性を確保するためにさまざまな制度改革の取り組みや議論が行われているわけですが、具体的に2つの点について伺ってまいりたいと思えます。

1つ目です。パートレス先生の基調講演で、人口の高齢化によって賦課方式の年金制度のもとで、高齢者の扶養負担がいかにか上昇するかということが具体的に示されました。公的年金の給付削減が避けられない中で、先進各国では公的年金、企業年金、私的貯蓄の3つの役割分担について、特に高齢者の所得水準との関連でどのように考えられているか、この点について伺いたいと思えます。また、公的年金給付は、そもそも所得比例であるべきか否かについて、もし議論があればこの点についても言及していただきたいと思えます。

パートレス 一部の国においては、国の主たる責任として、最低所得を高齢者に保証するというものがあります。一方、豊かな国の大半においては、年金が何らかの形で過去に稼得された所得に連動しているのではないかと考えています。私の見方では後者のシステムの方が政治的に安定しているように思われます。

まず、前者の形態をとりますと、しばしば年金給付額が変動してしまうような気がします。なぜこのようなことが発生するかといえば、この拠出額の変動も現役労働者から起こるわけですが、その有権者の中でも年金を強く支持しているという人が安定して存在していないわけです。一方、公的年金を拠出、あるいは過去の所得に連動させますと、中産階級あるいは中産階級のうち比較的所得の多い人たちに対しては、彼らが余分に拠出した部分が、退職後、それなりの収入になるということで、年金制度全体を支持する気持ちになると思えます。そうなれば、政治的には給付水準に対する支持も安定してくることになると思えます。

一方で、お金を節減したいということであれば、定額の給付にして、少なくとも誰でも貧困線を少し上回る水準を維持することができるようにし、それ以上のものは給付をしないという方法もあり得ます。しかし、そのような方法であれば、長期的に見て国民の支持が得られない気がしますし、安定的に所得を保障することはできないという気がします。

貝塚 日本の場合にご存じのように、ある時期までは税財源の国庫負担によって部分的に賄われる基礎年金の制度はなかったわけです。それ以前は、原則として社会保険料で賄われる社会保険(social insurance)という形で年金は運営されてきました。したがって、日本のシステムは、ある意味でハイブリッド的なところがあります。ただし、基礎年金もまた年金の加入の条件を満たさなくては給付されないで、保険制度の側面を当然持っているわけです。

基礎年金というのは、そうなるか一体どの程度のレベルに設定すべきか、ということはかなり難しい問題で、例えば生活保護のレベルと基礎年金のレベルは関係しているのかどうかという点も考えなくてはなりません。最初に制度が作られたときには、そういう点も考慮されていたようです。したがって、日本の年金制度はややハイブリッドと言いますか、混合形態的な要素があって、その結果日本の年金は、そうした点において完全に報酬比例ではありません。このように制度としては

ミックスした状態になっていて、議論が錯綜したり複雑になったりしているというのが現状ではないかと思います。そういう印象を持ちますが、いずれにしても年金制度は高齢者にとっての生活のある部分を支えるということは間違いありません。

次の問題は、日本でも話題になっておりますが、いわゆる企業年金の問題です。企業年金は、日本では、2000年の確定拠出企業年金法と確定給付企業年金法の成立もあって、最近ようやく受給権が保護されるようになりました。アメリカではエリサ法というのがありまして、このエリサ法はまさに受給権を保護してきたわけですが、日本でも、この法律の趣旨と役割から学ぶことによって、ようやく最近、企業年金制度において受給権を保護するようになりました。ただし、企業が非常に熱心にこの制度を維持し、あるいは拡張するつもりがあるのかどうか、私はやや疑問に思っています。

しかし、全体のバランスとしてみれば、当然公的年金がある程度給付のレベルが下がったときには、それを補完する企業年金の役割は決して小さくはないので、潜在的には企業年金の制度を安定的なものにして、維持していくことは重要な問題だと思えます。

もう1つ付け加えますと、企業年金というのは、もともと退職金というのがありまして、その退職金に変形したものが企業年金になったという経緯があります。そういう成り立ちなので、過去の経緯を引きずっているという部分があるとは思いますが。

最後に、個人貯蓄については、日本の個人貯蓄は最近急速に低下したと言われております。アメリカの貯蓄率は非常に低いというのは昔からよく指摘されてきたことですが、日本は数年前から貯蓄率が急速に低下しています。この現象はエコノミストから見ると非常に重要なファクターではないかと思えます。なぜ落ちたのか。高齢化の影響もあります。そういう点があるということだけ、とりあえず指摘させていただきます。

府川 ありがとうございます。既に貝塚先生の発言の中で触れられていますが、2点目の問題に移ります。公的年金制度は、どの程度の所得再分配

を行うのがよいのかということそれぞれの国で考えるわけですが、その際各国ではどのような点が考慮されているのでしょうか。また、年金制度のなかで最低保障給付のある国では、その水準はどのように決められているのでしょうか。生活保護の水準との関連でどの程度の水準が決められているのでしょうか。この点について、パートレス先生、もしお考えがあればお願いしたいと思います。

パートレス 所得の再分配ということですが、この問題は、公的年金制度を考える際に、学者の方が一生懸命研究の対象としてきました。すなわち、各国の所得分布はどのような状態にあって、これを是正する際に必要となる所得の再分配が、どのようになされているかということ、多くの研究者が調べています。

例えば、私が携わったものとして、25カ国の工業国におきまして、どの程度の所得が、異なる階層から年金システムに拠出されているのか、また、どの程度の給付が、異なる階層に支払われているかということ、これを調べた調査があります。すなわち、去年受け取った、あるいは先月受け取った所得がどのように再分配されているかということ、これを研究しているわけですが、これについては、様々な研究がされていますが、ほとんどの工業国におきまして、この公的年金制度が税制よりも所得再分配に非常に大きな役割を果たしているという調査結果が出ています。すなわち、公的年金制度は、生活保護よりも所得再分配に貢献しており、そういう意味では、一番大きな所得再分配のソースとなっているということです。

ただし、これらの研究の主たる制約として、私が携わった25カ国の比較調査はただ単に再分配がある1年でなされたということ、調べているのであって、生涯の所得変動に対する再分配の累積的效果を見る点ではあまり意味がないという点があります。というのは、年金制度は、働いて所得があるときに拠出をし、引退後に給付を受けるという制度です。その時点において、年金以外の所得は非常に低いレベルになっていますから、ここで再分配ということを考えれば、例えば1年の会

計年度だけでも、高い再配分機能を持っているわけですが、別の見方として、年金制度というものが、生涯をかけて、どの程度の所得再配分を行っているのかということ調べることも重要な課題です。労働者の生涯の所得のうち、どの程度保険料を支払っているのか、そして、どの程度の給付金を年金制度から受け取っているのかということを見ていくわけです。

私は、この比較調査を終えたばかりなのですが、私見を述べさせていただけば、こうした点について非常に多くの情報を持っている唯一の国はやはりアメリカのようです。アメリカにおいては、多くのデータソースがあり、しかも、ハーバード大学のマーティン・フェルドシュタイン教授をはじめ、非常に多くの研究者たちが、これらのデータを利用して、ライフサイクルの観点から家計の貯蓄・消費に及ぼす効果あるいは再配分効果などについて実証分析しております。

さて、この再配分というものを、1年の所得ではなく生涯の所得で見えますと、公的年金制度による再配分の効果を所得階層別に見てみると、公的年金制度による再配分効果は、生涯で見た場合と1時点で見た場合とでは相違が生じることが分かります。

理由としては、日本のように基礎年金がある場合や、アメリカの給付設計のように低所得者に厚く給付が支給される場合には、賃金が低い低所得の人々に対しては、高所得者に比べて所得代替率が高くなり、有利になります。しかし、実は、この所得が低い人というのは、所得の高い人と比べた場合には、健康状態の善し悪しによって稼働能力にも相違が見られることなどが背景となって平均的に見るとそれほど長生きしないわけです。つまり、この所得というものについては、どれだけ寿命があるかということと関係があるわけです。このように、生涯所得あるいはライフサイクルで見ると、所得再配分は1時点で計ってみた効果ほどには機能していないということが分かります。

貝塚 日本の場合の特徴は、被用者年金、すなわち厚生年金と共済年金というものがありますが、それ以外に国民年金というものがあまして、こ

れは報酬比例ということにはなっていないわけです。定額の保険料とある一定の給付です。ですから、日本の制度は、国民年金の部分については常識的に考えれば再配分的な要素を強く持っていると思います。厚生年金の方が、そういう意味では再配分の要素は低いと言えます。

アメリカの場合は、パートレス先生がおっしゃられたとおり、全部報酬比例であり、かつペイロール・タックスと言われていた税金（賃金に課される社会保障税で、給与税と呼ばれる）という形で徴収を行っています。アメリカの税金の中でペイロール・タックスは、租税行政上の効率性から言えば最善のタックスであり、95%の人が払っていると言われていました。自営業者もみんな払っているようですし、日本の場合と大きく違っているわけです。

日本の場合は、2つの制度に分立しているというところが特徴で、そこで再配分の程度も、おそらく厚生年金の方が小さくて、基礎年金部分にあたる国民年金の方は高いのではないかという気がします。

府川 貝塚先生、ありがとうございます。それでは、サブテーマの2つ目に移りたいと思います。今回は医療・介護制度についてです。医療制度における費用対効果の向上に向けて、ヨーロッパ諸国の医療システム改革から得られるエビデンスと、日本への示唆に関してスミス先生から午前中に包括的なお話を伺いました。関連して具体的にお伺いしたいと思います。

1点目です。高齢者の増加による医療費の増大が先進国共通の課題となっています。日本では高齢者を対象とする医療制度を作るのか、あるいは年齢区分を設けない制度のなかで対応するのかという点が大きな議論になりました。高齢者の医療費に関して、ヨーロッパ諸国ではどのような認識が一般的なのか、これをお伺いしたいと思います。また、高齢者について、医療と介護の区分けはどのように考えられているのか、この点についても言及していただければありがたいと思います。それではスミス先生お願いします。

スミス 優先課題がいくつかありまして、国によ

ってそれが異なっています。しかし、多くの国で鍵となっているものは、どのように医療と介護を統合していくかということです。いくつかのイニシアティブが既に見られています。例えば、家族はよりインフォーマルなケアをするよう、奨励すべきというものです。

また、高齢者に対してかなり不必要な入院が行われており、特にイギリスでは、他の国からの教訓を学ぼうとしています。イギリスで、今実施しようとしているシステムとして、カイザー・パーマネンテが挙げられます。これは、カリフォルニアのHMOなのですが、そこではできるだけ老人を入院させないように、なるべく地域社会で生活させようとしています。

次に、これもイギリスの例になりますが、医療について、長期的なレビューを行っています。これは財務省が行っているものですが、そこでは、基本的な問題として次のようなことが提起されました。彼らは、エンゲージドシティズン(engaged citizen)という言葉を考えました。エンゲージドシティズンというのはどのような市民かと言いますと、医療の問題をよく認識しており、そして積極的に自分の健康に気をつけている人たちのことです。3つのシナリオがここで考えられました。1つ目は健康に対して十分に関心を持った人たちです。2つ目は、ある程度関心を持った人たち、最後は、全然関心を持たなかった人たちという3つです。これらの者において、どのくらいの医療費支出がかかるかということを見たときに、大きな差異が発見され、非常に示唆に富んだ結果になりました。

市民、特に高齢者が、より積極的に医療制度に参加し、できるだけ健康的な生活をして、彼らがいわゆるエキスパートペイシエント(expert patient)となってもらふようにすることが大事だということがわかりました。と言っても、老人の多くは慢性疾患を抱えていますから、彼らなるべく自分たちの疾患に対して、より積極的にケアするように奨励し、彼らに対しより多くの情報を与えてより良い選択をし、より良い形で医療制度を活用できるようにするということです。こうし

た取組みは、まだ着手されたばかりですが、非常に高い関心が集まっています。長期の介護と高齢者の医療を統合することによって、今と比べてより有効な、より効率性の高い解決策が見出されればと考えています。

池上 高齢者と一般等を分けるべきかどうかと言ったときに、まず「高齢者」とはいつからか、年金の受給年齢は、昔は60歳だったのが65歳になって、医療保険では、70歳から毎年1歳ずつ増えて、いずれ75歳になります。75歳になると、また費用負担が大きいという理由で、今度は80歳になるまで1歳ずつ増えるかもしれません。したがって、年齢で区分すると公平のような印象を与えますが、極めて人工的なものなのです。

スミス先生の説明を思い出していただければおわかりになると思いますが、年齢とともに医療費は増えてますが、65歳の誕生日と同時に医療費が5倍になるわけではありません。40代から生活習慣病が増えて、徐々に医療費が増えていくわけで、さらに、死亡前の1年間の費用が大きいものだから、いつ亡くなるかによって医療費を多く使うかどうかが決まる要素があります。高齢者という範疇で日本人を二分した医療制度というものに私は反対です。したがって、高齢者医療制度というのは、医学的に見ても根拠がない制度だと思えます。

次に、医療保険と介護保険を何を基準に調整するかという問題については、私は非常に簡単なルールが適切だと思います。医療保険は、基本的に普遍平等な体制が必要であって、支払能力、年齢によって受けるサービスが違うことを、国民は歓迎しないと思います。したがって、普遍平等が医療保険の制度構築をする上での大原則だと思います。

しかし、介護保険においては普遍平等ということは求められていませんし、制度的にもそのような仕組みになっていません。したがってまず普遍平等なサービスを国民が享受するべきか、あるいは多少の格差を認めるべきかということを基準に振り分けていく必要があります。その上で、スミス先生がおっしゃったように、両者のサービスの

調整を行っていく必要はあると思いますが、制度的には分けるべきだと思います。

府川 池上先生ありがとうございます。それでは2点目に移ります。スミス先生の午前中の基調講演で、医療システムの中に競争原理を持ち込んで効果がある分野とない分野があるというお話がありました。そこで、競争原理を持ち込んで効果がある分野について、もしよろしければもう少し詳しく伺いたいと思います。

スミス その回答の前に、先の質問に答えていませんでした。強く申し上げたいのですが、私も池上先生と同じ意見で、人為的に高齢者の定義を作ることは望ましくないと思います。わが国でも、高齢者については、例えば、私のいるヨークは、グラスゴーと比べると、ヨークの高齢者のほうが10年は年上だと思います。それだけ格差があるのです。ですから、全国平均で高齢者は何歳以上と決めたとしても、それはどこの都市によるかによってもすごく違ってくると思います。その点は池上先生がおっしゃったとおりです。

さて、今のご質問に対する回答に移ります。医療に競争原理を持ち込むことについてですが、ここでの基本的な基準は、そもそも厳密な契約を医療に関して文章として作成することができるかどうかということです。例えば、明確に何が要件であるのか述べることができ、またその期待されている品質についても厳密に表現できるのであれば、競争原理の導入は可能だと思います。

そもそも競争可能性といった議論が可能なのは、非緊急性の医療技術だと思います。ここでは競争原理があってもいいと思います。もちろんある程度安全弁は必要ですが、非緊急の部分では導入可能だと思います。一方で競争原理が導入しにくいところ、これは慢性の分野だと考えられます。それは、患者間でその様態に大きな違いがあり、分類がしにくいので、医療機関が、健康な人を勝手に選ぶかもしれません。儲かる患者だけを選び、あまり儲からない治療が難しい患者さんを排除するクリームスキミングの傾向が出てきます。ですから、慢性期あるいは慢性疾患、特に精神疾患については、競争原理の導入は難しいと思います。

品質保証が一段と難しくなりますし、そもそもいいところ取りを抑止することが難しくなります。

もう1つ問題があるのが、救急部門です。言うまでもありませんが、緊急なわけですから、合理的な意思決定をする時間は、患者側にはありません。ですから、救急部門については、競争原理に馴染まないのではないかと思います。

池上 競争というのは単に料金が安い方を選ぶのではなく、質との関係で、質と料金で競争するのですが、その質が測れるかどうか、先ほどスミス先生がおっしゃったように、きちんとした契約が結べるかどうかになるのだと思います。そのきちんとした契約が結べない、特に日本のようにデータベースがほとんどない状況で、競争原理を導入した場合に何が起こるかという、クリームスキミングという言葉でスミス先生がおっしゃったように、保険者はできるだけ医療費のかかる加入者を排除しますし、医療機関は保険の支払額と比べてお金がかかる患者を排除しますから、保険者と医療機関の双方で相対的に医療費のかかる患者を排除することに関しての競争が激化すると思います。

計測可能なもの、例えば床のクリーニング、病院の清掃部門あるいは食事の内容ということになると、これは競争原理が働くと思いますが、それ以外に残念ながら日本では測れるデータベースは、少なくとも国のレベルではありません。したがって、競争を望むのであれば、リスク調整といって患者の重症度を加味して、ここは重い患者が多いからこの程度の生存率でも非常にいい結果である、別の病院では生存率は高いがこんなに軽い患者が集まっているのであれば決して成績がいいということではないというデータベースを整備する必要があります。そのようなデータベースがない段階での競争は、害のほうが大きいと思います。

府川 池上先生ありがとうございます。それでは、3つ目のサブテーマに移りたいと思います。社会保障全体の規模あるいは社会保障の給付の配分の問題です。ここでは2つの質問をしたいと思います。パートレス先生にもスミス先生にも関わりますのでお答えをいただきたいと思います。社

会保障の規模に関してヨーロッパ大陸諸国とイギリスやアメリカとではかなりの差が見られます。社会保障の負担の上限が明示的に議論されているのでしょうか。それから、社会保障負担、特に企業負担(事業主負担)が経済に及ぼす影響に関する議論の動向について伺いたいと思います。

パートレス 社会保障の規模は国によっても違います。また、高齢者の年金をどの程度にするかということも国によって違ってきます。全体としては、日本とアメリカはおそらくほぼ近いレベルの社会保障の規模になっていると思います。また、高齢者の年金給付のレベルもほぼ同じではないかと思えます。これらのレベルは、ヨーロッパ大陸のレベルよりも低いが、イギリスよりは高いということです。それではその上限はどうなるかということですが、その上限については分かりません。状況としては、手厚い社会保障を提供しているような国々、そして保険料率が高いような国々は、雇用の伸びということで見ますと、低負担、低給付の国々と比較して、過去15年の間、それほど良い成績ではなかったと思えます。

ただし、手厚い社会保障を提供しており、かつ、保険料率も高い国が、社会保障の負担が低い国と比べて経済成長率が低いかどうかということは難しい問題です。手厚い社会保障を提供し、保険料率が高い国々においては、雇用の伸びには不利に働くようですが、だからといってそれが全体の経済の成長にはそれほど大きなダメージを与えていないという気はします。

スミス パートレス先生がおっしゃったことに対して2,3付け加えさせていただきます。非常に困難な議論が、フランスやドイツなどの社会保険の国々で行われました。これは何についてかと申しますと、社会保険の水準についての議論です。すなわち、フィジビリティの限界に達したかどうか、経済に対しても害を与えるような水準にまでなっているのか、税率が高くそれが雇用に対してどのような影響を与えているかということでした。

確かに、フランスの制度については、これはいわゆる費用調達に関しては革新的な改革だと考えられました。ただし、こうした改革においては、

例えば、午前中にお話し申し上げたとおり、ベルギーではDRGについて補助金を支出したりしていますが、これは経済的な理由というより、政治的な理由だと考えられます。政策決定者は、自分たちの意図が何であるかということを明確にしておくとはいませんが、この分野において原理・原則とされているものは極めてシンプルなものです。それは、どれだけ富裕な人が貧しい人に補助金を出すべきか、どれだけ健康者が病人に対して補助金を出すべきか、若い人がどれだけ老人に対して助成金を出すべきかというものです。

このように、原則的には非常に単純な問題です。政策立案者は、まずそれぞれの補助金の額がどれくらいになるのか、そしてそのためにどのような手段を用いるべきかということを決めなくてはなりません。被用者の掛金が、ある国においては限界まで達しているかもしれませんが、これは別に危機的な問題になるというものではありません。税率の水準については、いろいろと批評、批判が行われていますが、こうした議論は、どちらかというところ一般的なもの、すなわち全体的な税率レベルがどのくらいであるべきかという包括的な議論の一部であると考えています。ですから、政治的なリーダーシップをはっきりさせて、公的保障の規模について、国民に情報提供を行い、有権者が投票時に判断できるようにしてはなりません。

府川 今までは社会保障全体像のうちの負担の問題でしたが、次に社会保障の給付の議論に移りたいと思います。まず、社会保障における制度ごとの給付の配分です。医療や介護に重点を置くのか、あるいは現金給付、特に年金に重点を置くのか、このような点に関してそもそも議論があるのか。あるとすればどのような議論があるのか、この点についてまずパートレス先生から伺いたいと思います。

パートレス アメリカでそのような議論があることは承知しています。公的な健康保険制度がありまして、貧困者はすべてカバーされ、かつ65歳以上であればカバーされるということになっています。それ以外の人たちは私的な事業主ベースのものに加入をするか、あるいは自ら私的なものに

加入をしなければなりません。ということは、医療部門、健康保険に対する公的部門の支出は、アメリカでは人口構造に深く繋がっていることになりまして、他の先進国に比べてもアメリカでその傾向が強いこととなります。

アメリカ以外の先進国では、公的な医療部門に対する支出が多く、特に65歳以下を対象としたものであっても、近年の所得格差の影響もあって貧困層に対する医療制度(メディケイド)のような公的部分の役割が大きいわけです。アメリカでは、公的部門での支出は、これから急激に上がります。なぜかと言えば、メディケイドに加えて、65歳以上の比率が高くなることにつれて、メディケアを通じた公的支出が増加するからです。

次に、アメリカにおける医療費についてですが、これはケア自体のコストもかかりますし、その頻度も高まっているということで、その拡大の速度は、アメリカの国民所得の増大比やOECDの平均の伸び率よりも大きくなっています。そのため、高齢者医療保険に対する支出は、公的年金の給付額の伸び率よりもはるかに上回ってしまうだろうと考えています。いつの時点でそうなるのか分かりませんが、向こう25年間でおそらくアメリカにおける高齢者1人1人の医療費の額の方が、同じ高齢者向けの公的年金給付額を上回るようになります。今の医療費の伸びが続き、年金給付よりも医療費の方が高くなるということであれば、別の方法で医療費の伸び率を抑制することを考えなければならぬこととなります。

例えば、現行のメディケアの給付内容では、あまりにも退職者に対する給付が大きすぎるという議論になるかもしれません。しかし今のところ、国として、こうした事態にきちんと取り組んで変えていこうという姿勢はありません。アメリカでの改革というのは、いつも少しずつ漸進的に進みます。医療費の支出をある分野で少し抑制をしてみても、ほかの分野でまた少し抑えてみるというやり方ですが、包括的、総合的に国家政策があるわけではありません。例えば医療費全体を国全体で抑えていこう、あるいは高齢者医療費を全体で抑えていこうという国レベルの動きはないのです。

望ましいと思ったとしても、そのための政策はないのが現状です。

スミス 社会保険方式のところと、欧州における税方式のところと分けたほうがいいかもしれません。

社会保険方式においては、保険者は大体受動的です。年金については、確定給付を変えるということは長期的な時間がかかるものです。コストを抑えようという動きもありますが、先ほども申し上げましたように漸進的なものです。社会保険方式の国では、保険者が能動的な意思決定ができるようになるためには、制約が大きいと思います。

一方で、税方式の方が、政策決定をすぐにできる余地があると思います。イギリスでも2年に1度、大蔵省がいわば審判となって、税収の配分を決めます。省庁間で奪い合うわけですが、そのなかでも特に医療にどれだけ使うか、あるいは介護にどれだけ重点を置くか、どれだけ公的年金に振り向けるか、厳しい戦いが行われます。政治的な意味合いが強いので、その結果も大体政治的に決まります。

ご参考までに申し上げますと、過去5年間で、一番大きな割合を獲得できたところは医療です。今のところイギリスで最大の問題は、いかにして政府がそこに投入している資金を効果的に活用するかです。

一方でどこが負けているかといえば、公的年金です。これはいわば貧困者のためのセーフティネットです。介護も特に有利な扱いを受けているわけではありません。こういう政策間での奪い合いがあるわけです。そういう意味で政治的にどのように配分をするか、あるいはどれだけの配分をあてるか協議の余地はあるわけで、税方式であるとやはり政治的な結末になります。むろん、このような場合には、必ずしも厳密なコスト効果に合致した結果にはならないということも忘れてはけません。

貝塚 この問題は随分前から経済学者が議論してきたことで、例えば北欧の例では、スウェーデンの社会保障の手厚いやり方が経済にどのような影響を及ぼしたのかという、スウェーデンの学者と

アメリカの学者が一緒に書いた本があります。その結論はバラエティに富んでいまして、北欧のスカンジナビアのいわゆる福祉国家のやり方が経済を阻害したとは必ずしも言えないという、はっきりとした回答はないというものでした。ですから、論文はそれぞれ違った結論を出しているということです。したがって、私は、必ずしも社会保障負担の上限がはっきりあるということは言えないと思います。

後は、現金給付と現物給付（サービスの提供）の選択と組み合わせの問題です。社会保障制度では、年金給付が現金給付の典型で、医療保険は基本的にはサービスだと思えます。それから介護というのも、現金の部分もあると思えますが、やはりサービスがかなり中心になると思えます。これらの、どちらにウエイトを置くかというのはそれほど単純ではありません。

私の意見では、生活するためには最小限の現金がいるだろう、すなわちそのための所得移転が必要だろうということ、それから先は病気になったら医療サービス、あるいは介護を受けるという形になると思えます。ですから、年金がどのような水準になっていて、その中で医療保険は自己負担がどの程度あって、介護は介護でどの程度の負担をするかという設計が必要ではないと言われていたのではないかというのが、私の意見です。

池上 まず、負担についてですが、アメリカでは医療保険が公的保障の対象でないで、その分、日本流に国民負担率を計算すれば低くなるわけですが、企業にとっては、そのような仕組みだからといって、従業員に医療保険を与えないかというところというわけにはいきません。

そこで、人件費の一環として負担すべき良質な労働力を得るために必要な費用を加えると、アメリカの方が国民負担率は見た目だけでは似たような水準になっていますが、企業にとっての負担ということを考えると、アメリカの方が大きくなっています。ちなみに、アメリカの車1台あたり従業員の医療費に1,400ドルかかっていると言われています。

もう1つの問題は、従業員のためにかかる医療

費というのは、企業で損金として課税されないもので、かなり給付が優れた保険を提供しても、それは課税されず、二重の不公平が生じるので、その企業における負担といった場合に、私的負担を合わせて考えるべきだと思います。

それから給付について、いずれを中心に置くかと言いますと、まず医療と介護と年金との境界が必ずしも明確ではなく、特に日本の場合、介護のかなりの部分がまだ医療保険の給付の対象になっていますので、その整理が必要であると思えます。

その上で長期入院あるいは介護保険の対象者に対して、いわゆるホテルコストまで給付すべきか否かという議論になります。それを解決するためには、実は、たびたび背景にありました生活保護における給付基準を貝塚先生もご指摘なさったように統一しなければいけません。それを整理した上でどこを中心にすべきかということ、改めて国民に問う必要があって、今の時点でそれを重視すべきかというのは、その境界が明確でないのであまり建設的な議論ではないと思えます。

府川 池上先生ありがとうございました。それでは4番目のサブテーマに移りたいと思えます。

4番目は社会保障と個人の行動選択です。社会保障は、受給者やサービス提供者の行動や選択に大きな影響を及ぼしています。社会保障制度の中で、人々が望ましい行動や選択を行うような誘引を与えるために各国でどのような工夫をしているかということについて伺いたいと思えます。

時間があまりありませんので、具体的な点を2つほど伺いたいと思えます。最初の質問は年金制度に関するもので、パートレス先生と貝塚先生にお伺いしますが、年金制度では支給開始年齢が個々人の引退年齢に大きな影響を与えていると考えられます。各国の制度において、保険料を長く納めるインセンティブあるいは長く働くインセンティブをどのように位置付けてどのように工夫されているのか、この点について簡単にコメントをお願いします。

パートレス 国によっては早期退職年齢が、特に女性について男性よりも低くなっていますが、これを引き上げています。また、満額もらえる基準

年齢の方も引き上げられていますし、これから主要な国において引き上げられると思います。こうしたことが、労働に対するインセンティブを提供するということになるのではないかと思います。

また、アメリカにおいては、ある程度以下の賃金をもらっている労働者は、年金給付を減額されずに働き続けられますが、それと同じような状況が諸外国にも見られると思います。

貝塚 退職に与える社会保障の影響というのは、日本はやはりやや特殊な状況にあるのではないかと思います。他の国ではなるべく早く引退したいと考えている人が多いのですが、日本の場合はたぶんそうではないのではないかと思います。

日本では、とにかく働きたいと考えている高齢者はこれまでも多くいましたし、依然としてかなり多くいるため高齢者の労働力率が比較的高いのが現実であり、この点がヨーロッパ諸国やアメリカと違うのではないかと思います。

したがって、そうした点で、日本の場合ある意味では問題は簡単ではなくて、賃金を年功序列と言いますか、年や勤続年数に応じて賃金が上がっていくシステムをどう考えるかという問題があると思います。

最近の日本の企業はかなりドライになっているようですが、あまり年功序列的でないとすれば、他の企業に勤めることがそう難しくないということになります。年功序列ですと大企業の人は非常に賃金が高くなり、他の企業に勤めるということは難しくなります。こうした状況が、依然として、ヨーロッパ諸国あるいはアメリカと、日本の違いではないかと思います。

府川 貝塚先生ありがとうございました。それでは2点目に移ります。

今度は医療の問題です。各国の医療制度、診療報酬制度を含めますが、この中にはサービス利用者や提供者が疾病予防に留意するインセンティブはどの程度内在しているのでしょうか。

また、スミス先生は、患者側に影響を与える政策としてゲートキーピングや、患者の一部負担などを挙げていらっしゃいましたが、これらの需要側に介入するような政策は、どの程度効果がある

と考えられているのでしょうか。

スミス 確かに、健康的な活動を奨励するという範囲は非常に広いと思います。先ほど、GP（家庭医）の契約というものをお話しましたが、その中にはGPに対するインセンティブが多々あるわけですね。健康を奨励していくためのインセンティブであり、例えば、禁煙のアドバイスをしたことによってスモーカーだった人がノンスモーカーになった場合に、GPも報酬を受けるのです。

先ほど申し上げたイギリスの大蔵省が作成したレビューです。ここには、どのくらいの人が健康かによって、医療制度において、支出の規模が全く違ってくることが指摘されています。

イギリス政府は、こうした状況に対して、そのほかの取組みも考えています。特に、GPに関してのものですが、それは、なるべく市民に対してより健康的なライフスタイルを奨励するものです。

この中で興味深い取組みがあります。これは是非、評価してもらいたいと思って楽しみにしているのですが、それはライフスタイル・コーチの導入です。このライフスタイル・コーチという人たちが、あまり健康的ではない人たちにどうすれば健康を改善できるかアドバイスをします。どのようにこれが実施されるかとても楽しみにしているところです。これは政府による政策です。GPは金銭的なインセンティブをもってこうしたことに取り組んでいくことになります。

次に、ゲートキーピングですが、これも主要な役割を担うことになります。予算を持っていますが、その予算をできるだけ健康を増進するような形で使って、お金のかかる病院に入院させなくて済むようにすることが期待されています。

患者一部負担というのは、今までのところあまりクリエイティブには使われていません。ただ、最近、少しずつ有効な手段になりつつあるようです。例えば、スウェーデンでは実験的な試みが実施されているようです。ただし、その規模が非常に小さいのであまり評価はされていません。日本では、この患者一部負担の政策により、健康的な行動を奨励していくという余地は残っていると思います。

池上 まず、診療報酬については、経済インセンティブとして効果的に働き、数百円の違いが行動を変えたいと思います。ただ、疾病予防との関係で言えば、健康保険法の規則に従って疾病予防の給付は禁じられています。したがって、これを組み込むことは法律改正をしない限り難しいので、この点の調整が課題となります。

次に、ゲートキーピングに関しては、これはイギリスが元祖で、GPの方が適切に患者を振り分けられるとともに、患者としても自分が適切に振り分けられていることに対する信頼感が国民の間に定着しています。ゲートキーピングを導入するに当たっては、いわゆるGPの養成と整備をして、初めて可能になりますので、日本でこれを広めたいならば、現在、ほとんど医学教育のなかで行われていないプライマリーケアの分野の教育を拡充することが先決だと考えています。

府川 池上先生ありがとうございました。それでは、当初予定しました4つのサブテーマの議論についてはこれで終わりにして、皆様から頂いた質問票に対する回答を先生方からお伺いしたいと思います。最初にバートレス先生に対する質問です。スウェーデンで導入されました概念上の拠出建て年金(National Defined Contribution, NDCシステム)についてどのような評価をされていますでしょうか。

バートレス 概念上の拠出建て年金(National Defined Contribution)というのは年金の算定方式・財政方式の1つです。その概念ですが、スウェーデンの年金基金に対して拠出をした人は、それに対していわば点数、クレジットを得ることができます。年齢が上がると加入年数やポイントが上がるので、高齢者になったとき受給する給付額が上がることになります。また、早期退職の年齢に達した場合でも、希望するときに給付を請求することができます。早く引退して最低額の年取のところで給付を求めれば給付額は小さくなります。その代わりに、もっと歳をとってから請求をすればより多くの給付を受給することができます。また、その年金の給付のリターン率、いわば利益率は基本的にスウェーデンの経済成長にリンクすること

になります。もしスウェーデンの経済成長があまり伸びなければ、利益率も高くはないですが、一方で年金基金も破綻することはありません。そうなるとスウェーデンの年金制度は回復力あるいは持続性を持つことになります。例えば、人口動態が急に変化したり、経済に衝撃的なことが起こったりしたとしても、年金制度は耐えることができるし、賃金労働者に対しても透明性を維持できます。また、早期に退職した人あるいは遅くまで退職しなかった人にとっても平等なことになるので、これは意味がある改革だったと、私はプラスの評価をしています。

一方で、年金制度の持続性が確保されると、年金制度と医療制度との間に新たな課題が生じる可能性があります。この課題を考えると大切なことは、社会保障の目的は、引退後の生活の保障と健康を改善することが目的であり、お金を節約したいからではないということです。

15年前にある会議に参加しました。そのときにタバコ税を高くしようという議論がありました。もし、タバコ税を引き上げた場合、長期的に皆がタバコを吸わなくなる影響はどうかということを考えていたのです。その時に、アメリカの社会保障制度に対してマイナスの影響が及ぶのではないかという意見がありました。皆が長生きをして皆が年金給付をもらい続けると、死亡率が低下して、財政的に、アメリカのメディケアが負の影響を受けてしまうというものです。すなわち、死亡率が低下すると、65歳より前に死亡する人が少なくなり、より多くの人たちが高齢まで生き続けてメディケアの受給資格を得て、メディケアのコストが増えてしまうという結論になりました。

本来、アメリカでは、なるべくタバコは吸わないほうがいいということになってはいますが、それは、お金の節約ですとか、医療費を削減するとか、年金コストを抑えるという目的ではなく、アメリカの人たちにもっと健康的に長生きをしてもらいたいからです。

府川 続いてスミス先生及び池上先生に対する質問です。GPによるゲートキーパーが適正に機能するための条件や環境があれば、教えていただき

たいと思います。それから、医療費のコストの最大のものが人件費ですが、医師の所得レベルについて日本、欧米で比較した場合にどのような状況になっているのかを、もしお分かりであれば教えていただきたいと思います。

スミス ゲートキーピングを機能させるためには複数のシステムが必要です。例えば、すべての市民がたった1人この人と決めた先生のところに登録しておかなければいけません。

私の考えではゲートキーピングはより効率的なものになっていくと思います。なぜかと言えば、電子カルテが広がる予定だからです。これから5年間で本格的に使われることになると思いますが、そうなりますと、国民全体の医療記録ができることとなります。その場合に1人の患者さんのカルテが、受け持ちであるGPのところにあることとなります。

パートレス先生が先ほどおっしゃったのですが、そもそもなぜゲートキーピングをするのか。それは単にコストをコントロールすることだけではなく、医療の質も高めたいという考えが背景にあります。その意味でこのIT技術を使って電子カルテを使うことができるようになりますと、1人の医師が1人の患者を受け持つという形で事態を改善する余地がかなり出てくると思います。これがまずどうしても必要な基準です。

1人の医師、受け持ちの先生が1人の患者を診る。一方で、共同で担当するという別の医師も必要となります。また、この二重の役割に皆さん慣れていただく必要があります。第1の役割というのは、その患者さんの代理の立場であるということ、第2の役割は、支払者にとっても代理人であるということ、医師であると同時に、患者と保険者の間に立つ役割を担うこととなります。イギリスと北欧ではこの役割が既に確立されていて、これが定着しています。ですが、こうしたものが定着していないところに、この風土と雰囲気を生み出すのは難しいかもしれません。もしもこのゲートキーピングを導入するということであれば、まずこの考え方を導入することが必要で、慎重に時間をかけて行う必要があると思います。

人件費に関しては、これは欧州域内でもかなり格差があります。EUについては、急拡大しており、6ヵ国が新たに加盟したところですが、そうした国における医師、歯科医師は従来、他の国々に比べてあまり高い所得は得ていませんでした。

ところで、面白いことに、だからといって東から西への移民が大きく起こっているのではなく、むしろ逆の事態が起こっています。一部の専門分野、専門診療科においては、医療が旧東側の諸国のほうが安いからということで、患者が旧東側の諸国に行って、医療を受けています。これは、特別な専門分野で、特に歯医者は旧東側の諸国が安いようです。一方で、イギリスでの医師の賃金は、ここ数年大きく伸びてきています。ただし、イギリスは、大陸に比べれば医師の所得はもともと高いのですが、にもかかわらず医師になる人は少なく不足しています。

なぜこのような状況になっているかと言えば、私の解釈では、所得の他にも多くの側面があるということです。すなわち、何をもちて医師という仕事が魅力的に思われるか、あるいは医療関係者・医療従事者がどれだけ魅力的に見えるかということであって、所得だけではないということです。何をもちて臨床現場の仕事が魅力的で興味深く、やりがいがあると思えるものになるのかということをもっと考える必要があると思います。

池上 まずゲートキーパーの導入に必要な条件は、前の質問にお答えしたように、医学教育の中でプライマリーケアの教育を行うことが1点、もう1点はやはりゲートキーパーというのは病院の専門医療に対する関所という役割ですので、当然ながらゲートキーパーの医師が行う診療内容と病院の専門医が行う医療内容とは機能分化しないとゲートキーパーの意味がないのですが、日本はこうした機能分化がされていません。特に、日本の病院の半数は中小病院で、いわゆるゲートキーパーの診療所と専門医の病院の間であって、ケースバイケースで異なるという状況の中で、どのように分化していくかということが悩ましい問題です。そのほか、スミス先生がおっしゃったように、患者の信頼を得る、また保険者に対して一定の役割

を担うという両者の信託に応えるだけの基盤を作ること難しい課題であると思います。

次に、医療費は、国民の立場からすると、払う対象になるわけですが、医療従事者にとっては収入になるわけです。ですから、医療費の問題の解決に対して答えを出すには、医師あるいは看護師を1時間拘束した場合にいくらお金を払うかについて、ある程度のコンセンサスがないと適切な医療費の水準を積算するというのもできないわけです。

しかしながら、なかなかこれは難しい問題で、かつて中医協において医師は勤労者の2割増であれば良いという支払側の意見と、勤労者の3倍でなくてはいけないという医師会側の意見が対立して平行線になった経緯があります。その上、医師といっても、病院の勤務医と開業医を比べるとそれぞれに差があって、また地域によっても差があります。

医師の報酬は千差万別であって、なかなか適正といえる水準はないと思います。ただ、一言だけ申し上げますと、仮に医師の収入が2,000万円、これは高めに見積もっていますが、それで日本の医師はだいたい25万人いますから、それを単純に掛け合わせると5兆円になるわけです。全体の30兆円の中の5兆円が多いか少ないかというのは議論が分かれますが、医師以外の医療従事者の給与あるいは材料費の費用の問題も同時に検討しないと、医師の収入だけをいじっても、たかが2割、されど2割ということになると思いますし、難しいと思います。

府川 池上先生、ありがとうございます。続きましてパートレス先生に対する質問ですが、先進国で個人年金勘定の導入の動きが見られます。アメリカでもプッシュ・コミッションでそういう議論がありましたし、スウェーデンやドイツではそういう制度が既に実現しています。こういう個人年金勘定の導入についてパートレス先生はどのようにお考えなのか。それからフランスやベルギーなどで、賦課方式で行われているわけですが、その弱点を修正するためにファンドを設けるような動きが出ています。これについてパートレス先生

はどのように評価をしていらっしゃるのか、お答えを伺いたいと思います。

パートレス フランスやベルギーについては残念ながら詳しいことは承知していませんが、スウェーデンやドイツのことはよく知っています。アメリカももちろんよく知っていますが、時間の都合上、ドイツについてのみ説明させていただきます。

ドイツにおける個人年金勘定(IRA)ですが、これは任意のものになっています。ドイツにおいては低所得者や子供がいる世帯に対しては、多額の助成金を支出していますが、今度は、それプラスIRAへの助成ということになります。ドイツにおいては、先ほどもお話し申し上げましたとおり、若い労働者に対して、これから20年の間彼らが受け取る給付金が減るのだということを飲み込んでもらわなければいけない状況になっています。公的な制度を縮小させていき、IRAに対する助成金を提供するわけです。こちらの方は任意のものであり、労働者が拠出金を拠出するという形になります。ドイツでは、このように助成金を提供するというので、特に若年労働者に対して、将来的には給付が減るということを受け入れてもらう政治的手段として、この個人年金勘定を導入しようとしていると思います。

このように、個人年金勘定を政治的に利用すること自体は構わないと思うのですが、将来の負担を削減するためには、この個人年金勘定を導入したところで、効果はないと思います。実際に将来の負担を削減するためには、公的年金給付を減らしていくしかありません。

府川 大変長らく午後のセッションをしていただきましたが、そろそろ時間ですので最後に少しまとめをしたいと思います。

午前中の基調講演でパートレス先生からメッセージをいただきましたが、賦課方式の制度ですと2000年から2050年の間に高齢者の扶養負担が約1.5倍に増加せざるを得ないということでした。高齢者の扶養は主に公的制度による移転所得で賄われています。一方、子供の扶養は主に家計で賄われています。したがって、この両者の相対関係

によって扶養負担は変化するという重要な視点を提供していただきました。

賦課方式から積立方式に切り替えれば良いという議論に対しては、積立方式に替えても短期的あるいは中期的には高齢者の扶養負担は減らないということとして、特にブッシュ大統領の提案している個人年金勘定の導入は保険料の総額が変わらなければ、貯蓄率を増加させる効果はないというメッセージをいただきました。

スミス先生の基調講演では、日本のパフォーマンスに関しまして、日本は低いコストで高い水準の医療を達成しており、むやみに抜本改革を考えずに今後とも漸進的改革を行い、いろいろな国で行われているイノベーションについての評価を慎重に行うのが良いのではないかというコメントをいただいたと思います。

競争に関しては、病院サービスのある部分では競争によるメリットがあるが、多くの慢性疾患や外来サービスでは競争に馴染まない部分も多いということでした。特に、保険者間の競争は、そもそも医療費増加の抑制のためではなく、医療の質の向上のために考えられているわけですが、ヨー

ロッパのこれまでの経験によりますと、あまり今のところ効果はないというようなメッセージをいただいたと思います。

討論のセッションでも様々なご意見をいただきましたが、社会保障制度を財政的に持続可能なものにするために、各国でさまざまな工夫をしていることが分かりました。社会保障の全体像に関しましても、各国でそれぞれでした。

社会保障の持つべきインセンティブ構造に関しましてもそれぞれの国の経過やカルチャーによって多様です。目的を明確にすることが大切なのですが、その目的を達成するための方法も複数あるということ認識しておくことも重要であることが分かりました。少子高齢化のなかで、各国はそれぞれの国の文脈のなかで公的な制度と私的な仕組みの望ましい組み合わせを考えることがますます重要になっています。

大変長い時間でしたが、これで午後の第2セッションを終了したいと思います。パートレス先生、スミス先生、貝塚先生、池上先生、どうもありがとうございました。

(編集 田中 徹)