報告

平成21年度医政講演会

医療の公共性と制度改革

―財政改革を中心に―

立教大学経済学部教授 池上岳彦講師

常任理事・医療政策部長　直江　寿一郎

11月7日（土）午後4時から、当会館8階会議室で開催した講演会には、「国民が適切な治療を受けて、健康を回復できるようにすることが、公共部門としての医療の任務」と主張される池上講師を招聘し、ご講演いただいた。

池上講師は、医療保険制度の一元化を提唱され、医療財源確保のために、消費税の引き上げの前に所得税の総合課税拡大を示唆された。

◇

小職が司会・進行を務め、冒頭、長瀬会長が挨拶で、「OECDの中で日本の医療費が低位であることは、長らく知られているところであるが、それを政治家も十分認識しているはずであるのに、さっぱり改善されていない。政権が代わり、期待感もあるが、財源をどこからもってくるか注目している」と述べ、日医の医療政策会議などでお話を伺う機会も多い、池上岳彦立教大学経済学部教授を紹介された。

Ⅰ　医療における公共部門の役割

池上講師は、医療費をどうして増やす必要があるか、論理的に把握しておく必要があるとして、苦しんでいる人は、どこが悪いのか、誰が治せるのか、どのような治療が必要か、どの程度治療費がかかるか、分からないことが多い。医療において「完全情報」や「消費者主権」は成立しない。医者に行くことは幸せなことではない。リスク分散の相互扶助が必要である。患者を受益者ではなく、「健康な状態に戻る権利を持つ国民」としてとらえ、「患者が適切な治療を受けて、健康を回復できるようにすることが、公共部門の任務」と明言。

医療における公共部門の役割として、①人材と施設の確保（医師・看護師等、医学・薬学等の研究支援、医薬品等の許認可、地域の公私の医療施設）②公的医療保険の充実（租税プラス保険料を診療報酬、薬剤費等へ充当）を挙げ、被保険者が医療サービスを受けるとき、患者負担が必要かと疑問を投げかけられた。

池上岳彦講師

Ⅱ　日本の医療費と財政規模

日本の国民医療費（2007年度）は34兆1,360億円であるが、その内訳は、被保険者負担29％、事業主負担20％、公費（租税）37％、患者負担14％である。日本の医療費は対GDP比8.1％で、相対的に少ない。民間医療中心のアメリカが莫大な医療費を費やしているのに比べて、日本は平均寿命、低い乳幼児死亡率を保ち、コスト・パフォーマンスは相対的に良好であり、それらを管理する日本の政府部門は先進国では、アメリカと並び小規模と述べられた。

2025年における日本の社会保障給付費（対GDP比）の推計は、19.0％で、2001年のフランス、ドイツ、スウェーデンの28～29％をはるかに下回る（**表1**）。社会保障の重圧でこれらの国の若者・企業が国外逃亡するかといえばそうではない。

日本が財政赤字なのは、租税負担が軽く、とくに個人所得税、消費税が軽い。確かに日本の総債務はGDP比170.6％と世界最大級である。ただし、大規模な政府資産があり、低金利状態が続いていることもあり、純利払い費は少ない。

日本の社会保険料はGDP比10.2％と大陸ヨーロッパより軽い（**表2**）。アメリカは無保険者が4,600万人おり、オバマ政権が2011年から富裕層の所得税を増税して、公的保険を充実させる改革を目指している。カナダは、各州が州税と連邦補助金とわずかな保険料で公的医療保険を運営しており、診療報酬は州と州医師会が交渉で決定する。保険医療は、患者負担を強いれば受診機会の平等を侵害するとの考えから、ゼロである。また、税負担の大小と経済成長率とは無関係であると強調された。

Ⅲ　日本における最近の改革

池上講師は、乳幼児、高齢者以外は患者負担が原則3割、後期高齢者医療制度の導入、医療費適正化の一環として協会けんぽの保険料率を都道府県ごとに設定するようにしたこと、さらに診療報酬の度重なる引き下げなど示され、「年齢で区切る保険制度は不

自然」「3割負担は高すぎる」と指摘された。

Ⅳ　医療財政改革の課題

また、医療は「負担」か「幸福追求手段」かと問いかけ、ゲーム、ファストフード、自動車、酒類等の消費を制限する動きは見られないが、医療費抑制の主張が見られるのは、医療が公的部門であり、営利投資の対象になりにくいからであると述べられ、医療費の抑制が政治目標であってはならず、患者や雇用主の自己責任に委ねることなく、信頼される、しっかりした政府が担うものと強調された。

池上講師は、地域医療再生に向け、サービスの公的供給は重要として、実効性のある地域保健医療計画の推進、救急医療・周産期医療・へき地医療等に対応できる体制の整備、公立病院は不採算医療があることから、再建には一般会計からの繰り出しは必要という認識を示された。

また、保険制度に関する私見として、世代間、地域間、職業間を越えた一元化に向けて、所得に応じて負担するものとし、医療を受ける頻度が高い乳幼児、高齢者は、とくに患者負担を引き下げる必要があると指摘。所得を金融所得、雑所得などを含め総合的にとらえて課税する、所得税の総合課税拡大を消費税引き上げの前に行うべきであると示唆された。

質疑応答では、納税者番号制度（国民総背番号制）の是非について質問がなされ、池上講師は、税の公平負担の原則から国民一人ひとりの総所得を正確に把握するには必要であるとして、保険制度改革が所得税改革なしには成立しないことを指摘された。

また、池上教授が「信頼される、しっかりした政府」に求めた政府の大・小のイメージを尋ねた質問には、「国民の信頼が回復されれば、政府の大きさは後からついてくる」と回答された。

北海道の旧産炭地の自治体が、財政悪化が著しい中にあって、地域医療を維持しなければならない窮地に立たされている状況については、公的病院を最優先に一般会計を繰り出すべきとして、地域医療に回る金を増やさなければならないと強調された。

「なぜ消費税でなく所得税なのか。所得税を上げよというと、医療ではなく年金に使えという意見などが出てこないか」という質問には、「消費税に、仮に医療目的税という名前をつけたところで何の意味もない。所得税の改革を行わずに消費税を上げれば、税の逆進性により貧しい者の負担が増す。所得再配分を前提として消費税の話をしなければ、国民の信頼は得られない」と答えられた。

◇

医療の必要性に深い理解を示された池上先生の一層のご活躍を祈念し、報告を終えさせていただく。

表１　社会保障給付費の対ＧＤＰ比　（単位：％）

	年 金	医 療	福祉等	合 計
日 本（2001年）	**8.5**	**6.1**	**2.8**	**17.4**
日 本（2025年[推計]）	**8.7**	**6.4**	**3.8**	**19.0**
アメリカ（2001年）	6.7	6.4	2.1	15.2
イギリス（2001年）	9.5	6.1	6.7	22.4
フランス（2001年）	12.5	7.2	8.8	28.5
ドイツ（2001年）	12.1	8.0	8.6	28.8
スウェーデン(2001年)	9.6	7.4	12.5	29.5

注1）日本の2025年度はILO基準（OECD基準より約1％低い）
資料：厚生労働省「社会保障の給付と負担の見通し」(2006年5月)

表２　租税・社会保険料の比較［2006年　ＧＤＰ比］　（単位：％）

	個 人 所得税	法 人 所得税	社 会 保険料			財産税	一 般 消費税	個 別 消費税	全 体
				被用者	雇用主				
日　本	**5.1**	4.7	10.2	4.4	4.6	2.5	**2.6**	2.1	**27.9**
アメリカ	10.2	3.3	6.7	2.9	3.4	3.1	2.2	1.7	28.0
カナダ	12.1	3.7	4.9	2.0	2.8	3.4	4.7	2.9	33.3
イギリス	10.8	4.0	6.9	2.8	3.8	4.6	6.7	3.6	37.1
フランス	7.7	3.0	16.3	4.1	11.1	3.5	7.5	3.2	44.2
ドイツ	8.7	2.1	13.7	6.0	6.5	0.9	6.3	3.3	35.6
スウェーデン	15.7	3.7	12.5	2.7	9.7	1.4	9.2	3.2	49.1

資料：OECD,Revenue Statistics 1965-2007（Paris:OECD,2008）,pp.96-110により作成。