

勿凝学問 197

医療と政府の利用価値
国民会議医療年金分科会での出来事

2008年11月12日
慶應義塾大学 商学部
教授 権丈善一

何かのキーワードで検索していると、「社会保障国民会議で白熱した議論」というブログがヒットした。読んでみると、「5月20日「サービス保障（医療・介護・福祉）分科会（第4回）」の議論です。オブザーバーの委員である権丈善一氏（慶応大学教授）の発言をきっかけに白熱の議論？となりました」と！？

彼曰く、「この権丈氏の説明だけで終われば、福田総理も勉強になりましたということで終わるのですが、面白いことにこの発言の直後に、吉川洋氏（社会保障国民会議座長・東京大学教授）が反論に入るのです」。さらには、「オブザーバーの権丈氏に対して親会議の座長が反論するということは、通常想定できないことですが、この反論に対して権丈氏が再反論を行っています」と——。そして、「・・・。読んでみてどうですか。こんな議論が面白いと私は思います。政府でも地方でも、委員に選ばれたこと、委員であることだけに名誉を見出すような方がいる中で、根拠ある議論を行い論点をきちんと明らかにすることをやっている方は少ないと思います」。

ふ〜んっ。

まあ、座長である吉川先生とは、6月12日の親会議でも楽しい議論を行っている。自分のホームページを確認してみると、その日の夜、次のように書いてある。

6月12日

- 本日の社会保障国民会議での座長とわたくしの議論は、下記の再現です。
2006年2月24日(対論2月9日)
対論「[新社会のデザイン——吉川洋東京大学教授・経済財政諮問会議議員](#)」
『朝日新聞』2006年2月24日朝刊
cf.
[プロフィール](#)における研究紹介参照。

ということで、いっそのこと、5月20日医療介護分科会、6月11日親会議での議論を紹介しておこうと思う。

「勿凝学問 192 [シミュレーションは使い方で役割が変わる——社会保障国民会議少子化分科会でのやりとり](#)」で次のように書いている。

では始めよう。

5月19日に雇用年金分科会（第1分科会）で年金シミュレーションが公開される
5月20日に医療介護分科会（第2分科会）で「政府の利用価値」を説明する
そして5月21日に少子化分科会（第3分科会）で徳島県知事飯泉嘉門委員、宮古市長熊坂義裕委員による報告が行われる。その後のフリーディスカッションにおいて…。

5月19日にはじまる3日間は、まあ、ひとつの山場ではあった。

ここから先に紹介する議事要旨は、5月20日のできごとである。この日、僕がなぜ、以下につづく発言をしたのか？ 実は、過去数回開かれてきた医療介護分科会で、あろうことか、医師当人が、私保険の役割、混合診療の検討の必要性を強調されていた。そこで僕は、この日、次のスライドを、彼らに紹介したかったのである。すなわち、社会正義を追及することが医師の役割だ——と。

新ミレニアムにおける医師憲章 ヒポクラテスの誓いの新ミレニアム版

- 三つの根本原則
 - 患者の利益追求
 - 医師は患者の利益を守ることを何よりも優先し、市場・社会・管理者からの圧力に屈してはならない
 - 患者の自律性
 - 医師は、患者の自己決定権を尊重し、「インフォームド・ディシジョン」が下せるように、患者をエンパワーしなければならない
 - 社会正義
 - 医師には、医療における不平等や差別を排除するために積極的に活動する社会的責任がある

では、このスライドに至るまでのプロセスを、お手すきの時にでも、ご笑覧あれ。

5月20日 医療介護分科会 [議事要旨](#)より

○逢見委員 座長が最初の論点でリスクヘッジの機能を十全に発揮せしめるためにという論点を出されました。これは非常に重要だと思っております。やはり保険料を払うということは何かあったときのために、そのときは安心して医療給付が受けられるという、いわば安心のためのコストを払っているわけですね。そういう観点から幾つか申し上げます。…保険免責制も、この議論の筋、出発点がやはり医療費の抑制、保険免責制を入れることによって本来ならば通うべき人がそれで多少抑制効果が働いて診療に行かなくなるのではないかということから、どうも保険免責制が医療費の抑制というために使われているような、議論の発想が財源論から来ていて、単に保険給付費の切り下げをねらいとしているものではないでしょうか。

トータル今自己負担3割ということになって、2002年の健康保険法の一部改正法の附則によってこれ以上の自己負担はしないということになるわけですが、保険免責制を入れるとこれは3割以上の負担ということを患者に求めることになるわけです。そういうことからいってもやはりリスクヘッジ、十全なヘッジという点で言うと、問題があると思っております。

以上です。

○大森座長 ありがとうございます。権丈さん。

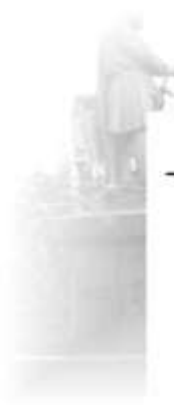
○権丈委員 野中委員の保険料をなぜ払うかというところのそのあたりのところにかかわるので、ちょっと説明させていただこうかなと思うんですが。[私が配布しました資料](#)で、話は大きくなるんですけども、政府の利用価値という話をさせていただきたいと思います。政府の利用価値という形で話は遠いところからいくわけなんですけれども。何ゆえに保険料を払うのか、リスクヘッジとかいろいろありますけれども、それだけではどうもないところがありますよねということ。例えば公的な医療保険というのは私的な医療保険がやっているリスクが同じ人たちの間での私的な再分配のほか、所得が高い人から低い人への再分配も入っています。もう1つは、リスクが低い人からリスクが高い人への再分配も入っている。私は3つの再分配が入っているのが公的医療保険だという話をしているわけなんです。そこにたどり着くまでにちょっと時間かかりますので、よろしいでしょうか。

まず、社会保障と国民生活というところで、社会保障、要するに小さな政府なのか大きな政府なのかというのは社会保障が大きいか小さいかで大体決まります。これは私の本とかいろいろ見てもらえばわかるんですけども。政府から社会保障の規模を全部各国引いていくと、実はGDPに占めるそのほかの部分というのは同じぐらいなんです。社会保障をどうするかというので大きいか小さいかが決まっていく。

その社会保障と国民生活というところで、スウェーデンとアメリカを対象として家計調

査みたいなものを使いながら、民間、保険とか教育とか年金とか子どものケアとかいろいろなもの足し合わせていった研究をしている人がいます。

社会保障と国民生活



	スウェーデン	アメリカ
家計支出に占める割合(%)として		
民間の保健, 教育, 私的年金	2.7	18.8
デイ・ケア (子供のいる家族)	1.7	10.4
計	4.4	29.2
税	36.8	10.4
計+税	41.2	39.6

出所) Esping-Andersen (1999), p.177, Table 9.1 より一部抜粋 (邦訳, p. 247)

権丈(2004), p.139.

2

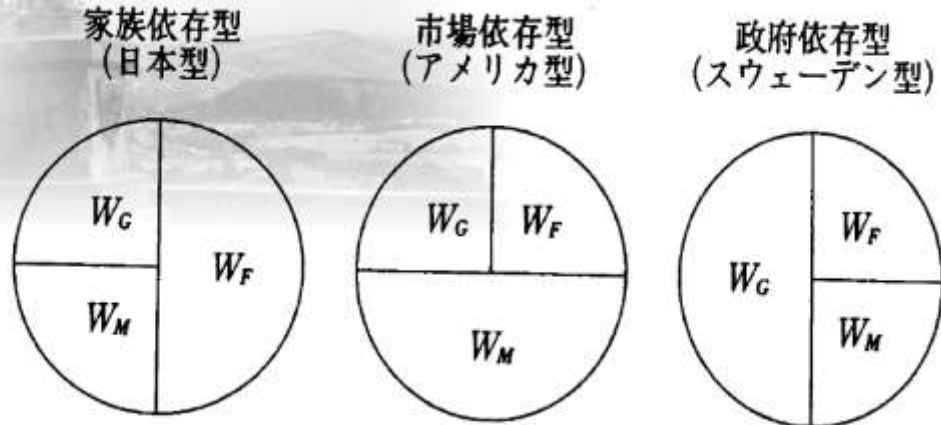
Kelso University
Y Kenjoh



そうしますと、プライベートに支払っているアメリカとパブリックに支払っているスウェーデンというものは足し合わせると同じぐらいになるんですね。だから、パブリックが減ったからといって別にプライベートが減っているわけでもなく、全体が減るわけでも全体には同じぐらいになっていると。

そこで私がよく使う図というのが、いろいろと福祉国家の国際比較をやった、私がこういことだなということよく使っているんですが、福祉ニーズというのは大体市場と家族と政府が満たしてくれます。この3つが満たしてくれるんですけども、それに対するウェイトが違うんですね。

福祉国家の3類型



一国のある時代に存在する福祉ニーズを W として、家族、市場、政府が生産する福祉サービスをそれぞれ、 W_F 、 W_M 、 W_G とする。この図は、 $W = W_F + W_M + W_G$ として描いている。

3

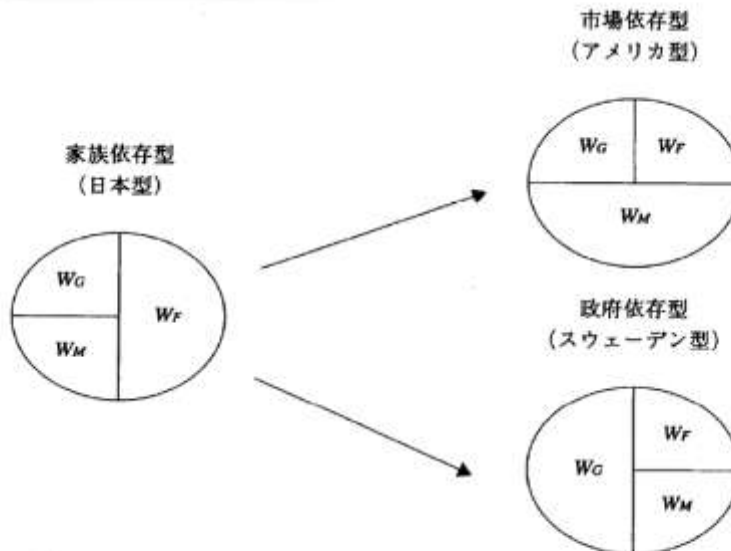
権丈 (2004), p.119
Keio University
Y Kenjoh



アメリカはマーケットに依存して福祉ニーズを満たしてくれる。スウェーデンはガバメントがこれを満たしてくれる。日本はファミリーなんですね。このファミリー型が南欧とか日本のアジアとかがこのファミリー型で、この国々が今少子化とかで非常に苦しんでいるので、どこかに形を変えなきゃいけないと模索しています。

それでアメリカ型に行くのかスウェーデン型に行くのかというところで非常に悩ましいところなんです。ここで仮にアメリカ型に行くとしたら、医療では一体どんなことが起こるかというのを説明する形で政府の利用価値ということを説明させていただきたいと思っています。

家族依存型福祉国家の悩み

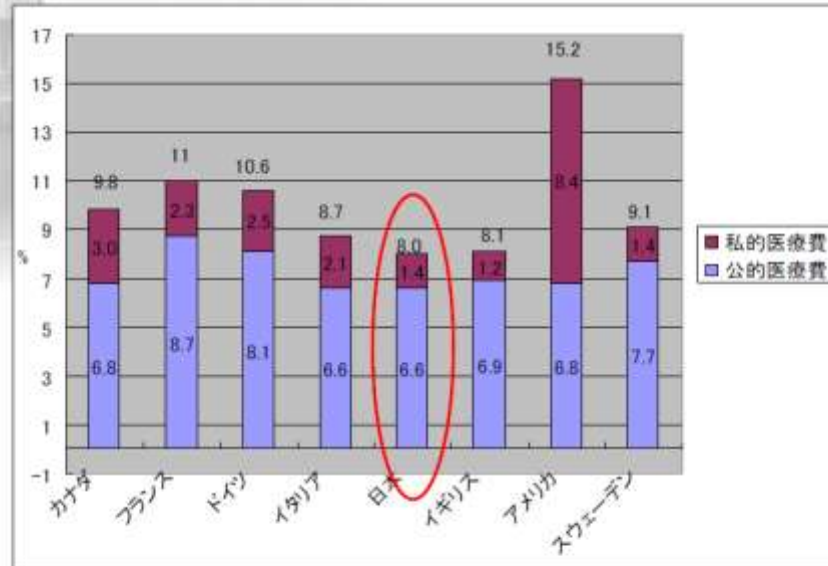


注) W_F , W_M , W_G は、それぞれ家計, 市場, 政府が生産する福祉サービス。



まず、医療費のGDP比というのを見ますと、2004年段階ではG7にスウェーデンというのを足し合わせているんですが、この8カ国の中で最低の8%になっています。2004年でイギリスに追い抜かれました。そして、パブリックに利用しているというか国民皆保険をやっているのが日本はGDPに占めるパブリックな医療費というのは6.6%、アメリカはメディケアとメディケイドという人口25%を対象にしたものでしかないのに、このパブリックな部分は日本よりも大きいんですね。

医療費のGDP比 2004年



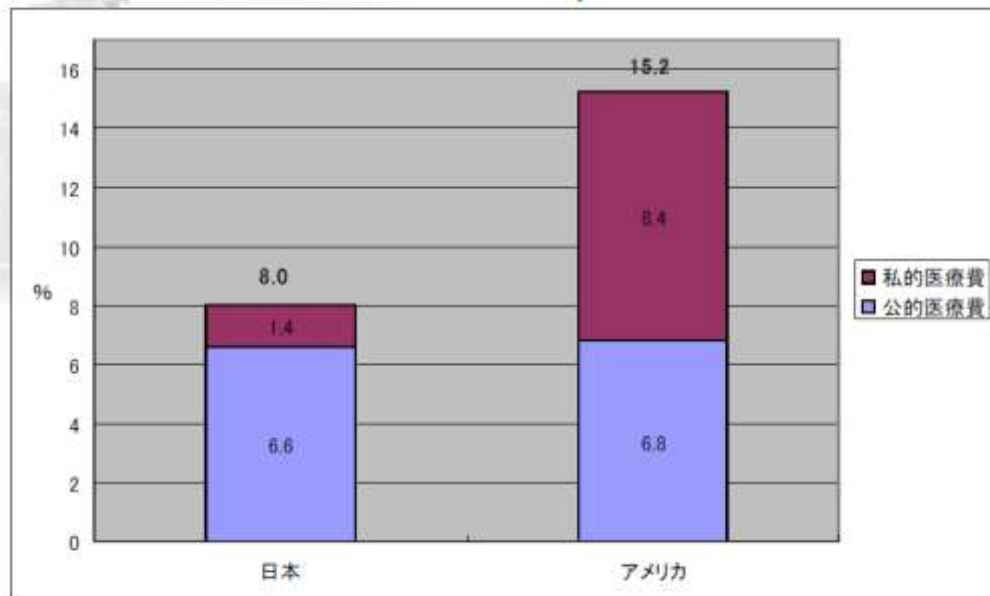
5

Kelso University
Y Kenjoh



そういう状況の次のページにはアメリカと日本だけがあります。

日米医療費のGDPに占める割合 2004年



OECD Health Data 2007

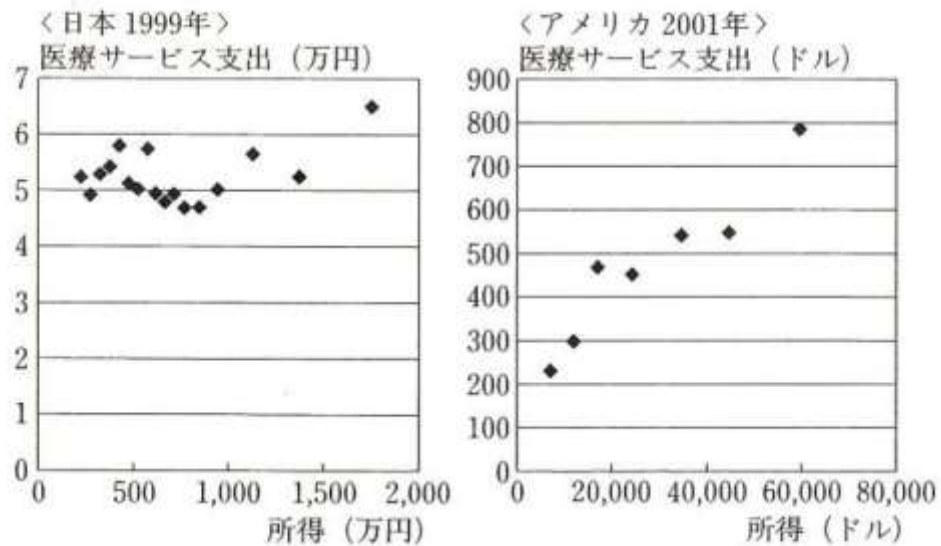
6

Kelso University
Y Kenjoh



これが一体どんなふうにも人々の住み心地とか社会の住み心地というものに影響を与えるのかといいますと、これも次のページをめくってほしいんですが、これは家計所得を横軸にとって、使った医療費を縦軸にとっております。

所得と医療サービス支出の日米比較



鈴木玲子(2004)「医療分野の規制緩和——混合診療解禁による市場拡大効果」

八代尚宏／日本経済研究センター編『新市場創造への総合戦略(規制改革で経済活性化を)』

7

Kelso University
Y Kenjoh



要するに公的な医療費、社会保険と租税からなる公的な医療費のカバレッジの高さによって日本のように皆保険をやっているところは家計所得においても平等に医療費が消費されていくと。だけれども、アメリカのようにパブリックが少なくプライベートの依存が高くなってくると、これが所得階層ごとに階層化していくんですね。だから、これをどう評価するかということが私は非常に重要な意味を持つと思っております。

これを推計していった八代先生たちのグループは、これは混合診療を解禁するとこんないいことが起こるとということを見るためにこのグラフをつくっているわけです。そして、八代先生たちのグループは、家計と所得の医療サービス支出の関係を見ると、「我が国では所得と支出額はほぼ無相関であり、低所得者世帯も高所得者世帯も医療サービス支出額はほぼ同じである。このことから、高所得者の医療ニーズが満たされていない可能性が大きい。一方、アメリカでは所得と医療サービスの相関は高い。所得に応じて国民は多様な医療サービスを購入していることを示唆する」という形で、混合診療のようなものが望ましいよと。公的な医療保険は余り使わなくて混合診療のようなものが望ましいよというような、日本語として読むとこう解釈できるような事実を読み取られます。だから、私は後ろの上のほうに、事実は価値判断とは独立に存在しないんだよということを言っているわけなんです。

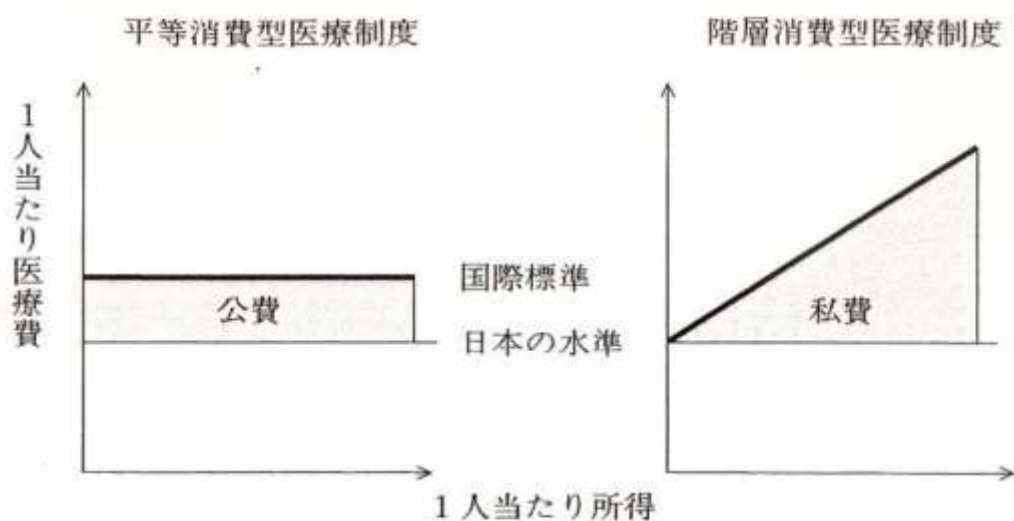
これを私がこの同じグラフを読み取りますと、「このことから皆保険下の日本では医療の平等消費が実現されているのに、国民全般を対象とした医療保障制度を持たな

いアメリカでは医療が階層消費化している」というふうに読みます。

学生がどちらを読んでどちらのほうのほうが事実を読み取っていると判断するかは、これは自分の価値観に合う事実の読み取りであるかどうかを読者は各自で考えてほしいと。事実は価値判断とは独立に存在し得ないんだということで私は説明しております。

そして、結局日本の医療の状況を10ページのところで示しているんですが。

「平等消費実現手段」としての政府の利用価値 平等消費型医療制度と階層消費型医療制度



権丈(2006), p.103

10

Kelso University
Y Kenjoh



日本の医療費の水準というのは一人当たり医療費で見ますと、大体ほかのところよりもかなり低い水準にあります。先ほどのOECD諸国の中でも見ていったようになんか低い水準にあります。

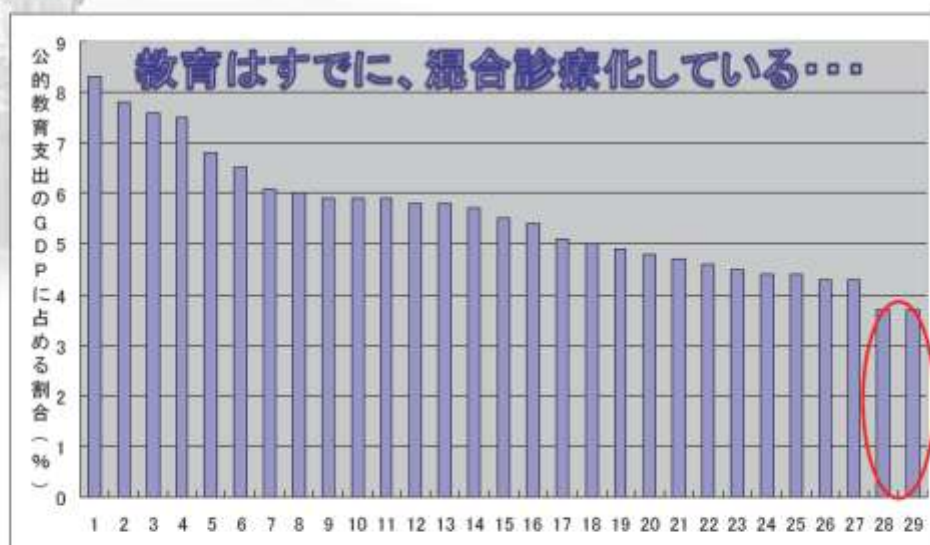
その低い水準を、これを上に上げていこうとするときに2種類の方法があります。何でも今までの低い水準で日本の医療がある程度のアウトカムを達成していたのかというところは、医療者の奉仕で支えられていたんですね。そこがどんどん若い人たちも生活が変わってくるという形で意識も変わってくるというような状況で、これを何とかしてあげなきゃいけないというときに2種類の方法があると。そのときに公費でやるか私費でやるか。それは結果として国づくりの、国のかたちを我々は選択していることになるわけで、プライベートでふやしていきましょうという話は右を選択することになります。パブリック、租税でやりましょう、あるいは保険料を払いましょう、社会保険料を払いましょうというのは左を選択することになります。

ですから、保険料はなぜ払うかというときに、自分のためのリスクヘッジとかいう問題

ではなく、我々は医療に関しては平等に消費できるような社会をつくりましょう。私は医療と介護と保育と教育ぐらいいは市場から外して平等に消費できる社会というものがあるっていいじゃないかということを行っているわけなんです。そういう社会を選択することになりますと、租税とあるいは社会保険料を負担するしか方法はない。だから、政府が憎いとか嫌だということばかりを、みんなで毎日毎日テレビでやっていますけれども、政府を憎んでしまって彼らを利用しなかったら我々は非常に住みづらい世の中に住まなきゃいけなくなってくると。憎いかもしれないけれども、政府しかこれは解決してくれる道はないというふうに私は言っております。

そして、例えば医療だけでなく公的教育費の日本のGDPに占める割合というのはこの赤で書いているトルコと日本と同じ水準のところにあるわけで、私は「教育は既に混合診療化している」というふうに呼んでいるわけなんです。

不足しているのは医療だけではない たとえば、公的教育支出のGDP比(OECD諸国 2003年 %)



資料) OECD(2006), *Education at a Glance*.
注) OECD30ヶ国中、欠損値Luxembourgを除く。

11

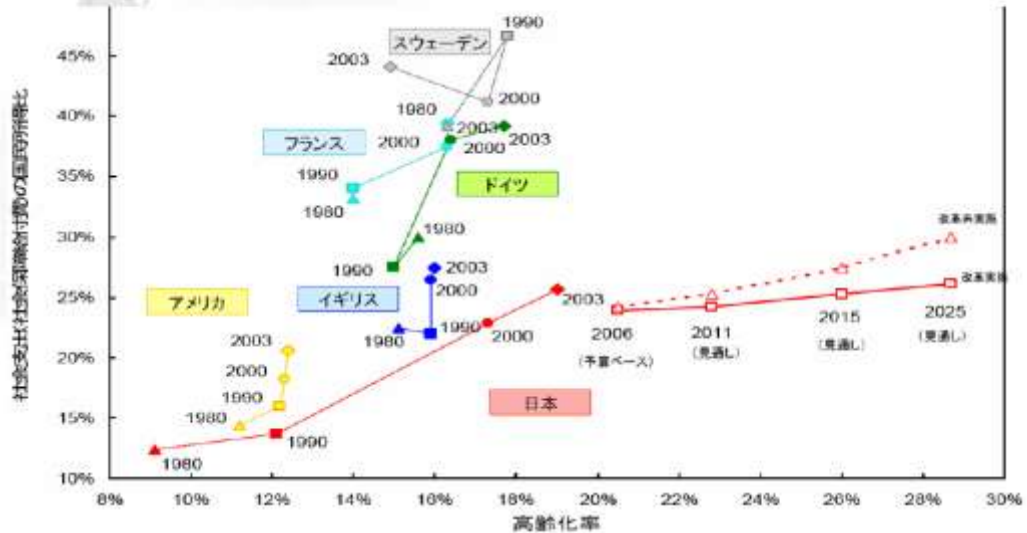
Keio University
Y Kenjoh



もう非常にパブリック、政府の利用価値というものを我々は余りにも意識せずに、政府をたたけばいいというような状況の中で非常に住みづらい生活をしているということは自覚しておきたいと思います。

そして、これは先日の親会議のほうで提出された資料なんです。GDP、国民所得に占める社会保障給付費というのが縦軸にとられて、高齢化率というのが横軸にとられています。

小さすぎる福祉国家(「東洋経済」のネーミング)



「社会保障国民会議における検討を行う公的年金制度に関する定量的なシミュレーションについて」
第4回社会保障国民会議配付資料より



日本は余りにも低い水準に今おります。ということは、何も福祉ニーズというものが減っているわけでもない。これは家計か市場に任せざるを得なくなるんですが、日本の場合はファミリーが福祉を担当しているという非常に辛い状況にあると。そして、2025年ぐらいには90兆円が141兆円になるとか医療費も大幅にふえていくと言われてはいるんですけども、その値というのは国民所得比で見ますと、実は30%に近い高齢化水準の中で、今のイギリスと余り変わらない。2025年の30%近い高齢化水準の日本には、医療ニーズからいろいろなものがある。介護ニーズ、そして少子化対策のニーズも当然ある中で、今のイギリスぐらいの福祉国家しかつくりたくないという事は、我々はこの2025年の段階では相当にファミリーかマーケットに依存した形で福祉というものを生産しなければならない。

そして、マーケットに依存するということになってくると、相当部分これは格差のある社会に医療とか介護とか福祉部分に関してですね、格差がある社会になっているということが示唆されるかと思えます。

そして最後に、2002年に欧米の内科4学会が共同で作成し、ランセットとアーカイブス・オブ・インターナショナル・メディスンを通じて公表したヒポクラテスの誓いの新ミレニアム版というのがありまして、そこには3つの根本原則というのが示されております。これはもう医療関係者の方は皆さんご存じだと思いますけれども。

新ミレニアムにおける医師憲章 ヒポクラテスの誓いの新ミレニアム版

- 2002年
- 欧米の内科4学会が共同で作成し、ランセットとアーカイブス・オブ・インターナショナル・メディシンを通じて公表したもの
- ヒポクラテスの誓いの新ミレニアム版と称されていて、そこには3つの根本原則というのが冒頭に示されている



新ミレニアムにおける医師憲章 ヒポクラテスの誓いの新ミレニアム版

- 三つの根本原則
 - 患者の利益追求
 - 医師は患者の利益を守ることを何よりも優先し、市場・社会・管理者からの圧力に屈してはならない
 - 患者の自律性
 - 医師は、患者の自己決定権を尊重し、「インフォームド・デシジョン」が下せるように、患者をエンパワーしなければならない
 - **社会正義**
 - 医師には、医療における不平等や差別を排除するために積極的に活動する社会的責任がある



その中に1つは、3つの根本原則という形で、患者の利益追求とか患者の自律性というのが2つ目にあって、3番目に社会正義というのがあるんですね。だから、社会正義というところで、医師には医療における不平等や差別を排除するために積極的に活動する社会的責任があるという言葉があり、これを新ミレニアムにおける医師憲章、ヒポクラテスの誓いの新ミレニアム版という形で医療関係者たちは今この言葉を重視した形でいろいろと活動されていると思うんですが。

この社会正義ということを実現するためには、皆さんが献身的な奉仕活動をするだけでなく、やはり政府の利用価値というのを自覚して皆さんで、そして政府をもっと利用しながら充実した医療福祉制度というものを、公的な医療福祉制度というのをつくっていかざるを得ないというような方向に考えられるのが私は妥当ではないかと思っております。

どうもありがとうございました。

○大森座長 ありがとうございます。吉川さん。

○吉川委員 私は小泉内閣時代に経済財政諮問会議の民間議員を務めておりました。そのときに医療改革に携わったわけですが、そのときの私たちの主張は必ずしもよく理解されていないのではないかと日ごろ思っております。今日の議論に関係したことも多いので説明させていただけたらと考えております。

皆様方ご存知のように、政府は長いこと国民医療費を抑制するということを言ってきたわけです。これは国民医療費ニア・イコール公的医療給付ですので、国民医療費、つまり医療費そのものを抑えれば保険の給付も小さくなって、さらにそれに連動して投入する税金、公費も小さくなるということで、入り口で医療費そのものを抑えなければということだったわけです。

私たちが諮問会議で主張したのは、まず第一に国民医療費、つまりは医療費そのものと公的医療給付を峻別するということです。この二つは概念的に違うものですから医療費そのものと公的医療給付は別物だということをもまず明確にする。その上で国民医療費は抑えれば抑えるほどいいものでは必ずしもないということを主張いたしました。ただし公的医療費の方は、「公的」であるが故に財政との関係を考えなければならぬ。

医療費については、私は現在2つのことがあると思います。1つは、繰り返しになりますが、医療費そのものは本来抑えればいいというものでは必ずしもない。先進国の医療費を通観しますと、大体は技術進歩の影響というのが大きいというのが私たちの認識でした。私の認識も同じでございます。したがって、これはマクロで抑えれば抑えるほどいいというものではない、これが1つです。

しかしながら、きょうの資料にもありますが、日本の医療の中には効率化の余地があるというのも事実です。今日の事務方の資料の中にはCTの数がありましたが、ベッド数の問題とかいろいろなことが言われます。ともかく、日本の医療の中にはまだ効率化

しなければいけないところもあるというのもこれまた事実。

したがって、私は国民医療費については2方面作戦といいますか2つのことを抑えた上で考えなければならない、と考えています。マクロでは必ずしもぎゅうぎゅう抑えるだけがいいことではないということは確認した上で、ミクロはしっかりと効率化しなければならない。

次に公的医療給付のほうですが、これが今日のポイントかと思いますが、医療保険はあくまでも保険です。インシュランスです。したがって、これを保険としてどのように設計するのか。日本の皆保険がすぐれていると小泉内閣時代の諮問会議のメンバーは全員そう思っておりました。したがって、国民皆保険制度をいかにサステイナブルにするかというのが問題意識だったわけです。公的保険を大きくということであれば、大きな負担が当然必要になってくるということです。保険として、私たちが例えば車の保険とか火災保険に入るときに、保険のカバレッジが大きければ当然保険料が高くなる、逆は逆ですから、合理的にどのような保険制度を選択するかという国民の選択の問題だろうと思います。

これは保険免責とも関係するのですが、逢見委員からご指摘がありました。私たちは保険免責はそれによって受診を抑えようというような意図は全くありませんでした。これはあくまでも保険の範囲としてどういうものが合理的なのかという観点から考慮に価すると言っていたわけです。よく1割負担、3割負担ということが言われますが、高額療養費制度のほうは保険としてはより大事なポイントではないかと、こういう議論をしていたわけでございます。

今日の資料を見ても、大まかに言いますと、日本の医療保険というのは国民負担率が低い中で相当頑張っている。先ほど権丈委員のほうからアメリカとの比較が出たのですが、私は日本の国民の中でアメリカのような医療制度のほうにもっていこうと考えている人はほとんどいないのではないかと思います。骨格としては現在の皆保険制度を守ろうというのが大多数でしょう。したがって限られたリソースの中でこの公的医療保険をどのように合理的に設計するかが我々にとって問題なのだと思います。

今日の資料の21ページに国際比較がございます。各国の医療費のファイナンスがどのようになされているかみたものです。社会保険と公的な負担、つまり税金の部分、足し合わせた部分がみんな支えあっているところです。一方、患者の自己負担と民間

の保険を足し合わせたものが自己責任の部分です。このように左2つ半分と右2つ半分で分かれると思うのですが、日本は公的負担と社会保険のカバレッジが82.8%です。日本の特徴としては何といたっても民間保険の割合が極めて小さいということです。これはもちろん皆保険が非常に役割を果たしているということです。この82.8%というのは税金が非常に大きな役割を果たしているイギリスとほぼ同じで、ドイツ、フランスよりは高い。

日本の社会保障はアメリカよりは高いけれども、ヨーロッパに比べるとかなり見劣りするというのが大方のコンセンサスだと思いますが、医療費の中でみんなで支えあっている部分と個人で自分でみているという部分で分けると、日本はほぼイギリスと並んで、ドイツ、フランスよりも高いぐらいということになる。したがって医療についてはかなり頑張ってるほうとも言えると思います。

先ほどの繰り返しになりますが、これをアメリカのほうにどんどん近づけていこうという考えは少数だろうと思います。先ほど権丈委員が言われたとおり、国民医療費そのものについては今後これが膨らんでいく必要があるのかもしれませんが、そうした中で公的医療給付の割合をどのように設計するかという際には、これがインシュランス、保険だという原点に立ち返る必要がある。

高額療養費については、日本の制度でもかなりきめ細かい制度があり、繰り返し月額の上限に達したときには4カ月目から負担の率が下がるというようなことになっている。標準ケースで月額の上限が約8万ですが、それを単純に12倍しますと96万になるわけですが、繰り返しのときの抑制の制度があるために年間でみると64万ぐらいにおさまるわけです。そういう制度に日本ではなっている。

しかし、さらに慢性病であれば、1年を超えて2年目に入ることもありうる。そうした場合を考え減額制につき12カ月を突破するような制度というようなものも考えられないことはない。要するにインシュランスという面から大きな医療費がかかったときにはみんなでしっかり支え合うことが重要だ。免責制というの、決して受診活動を抑制しよう、財政を抑えようという発想ではなくて、限られたリソースの中で合理的な保険を設計するという立場からすれば、小額の医療費についてはある程度以上の所得の人はもう少し自分で負担してもいいのではないかと、そうしたことも選択肢として検討されてもいいのではないかと問題提起をしたということでございます。

○権丈委員 30秒よろしいでしょうか、関連することで。

○大森座長 では、30秒で。

○権丈委員 私の配布資料の5ページ目を見てほしいんですけど、吉川委員のおっしゃるように公的医療費の割合を考えるのは大切であるというふうに私も思います。ですけど、医療費全体の中での公的医療費の割合とかいうようなものだったら日本は確かにイギリスと同じぐらい高い。だけれども、GDPに占める公的医療費の割合というのは日本は低い。この6.6%を仮にスウェーデン並みに7.7%の公的医療費に

しようとすると5兆かかります。そして、ドイツ並みにすると7.5兆、フランス並みにすると10兆かかります。その医療費の規模の中での割合という形に考えていくことのほうが私は日本の医療をどう立て直すか、要するにどう再建していくかというときにはそちらの視点のほうが今は重要な時期じゃないかと思っております。

そして、6月12日の親会議での議論になっていく。この雑文のはじめに紹介した、次の文章をアップした日の昼の出来事である。

6月12日

- 本日の社会保障国民会議での座長とわたくしの議論は、下記の再現です。
2006年2月24日(対論2月9日)
対論「[新社会のデザイン——吉川洋東京大学教授・経済財政諮問会議議員](#)」
『朝日新聞』2006年2月24日朝刊
cf.
[プロフィール](#)における研究紹介参照。

6月12日社会保障国民会議、親会議、[議事要旨](#)より。

○吉川座長 われわれはこの会議の中で同じ船に乗っているわけです。私たちとしては国民をだますなんてもとよりそういうことはない。先ほど医療費に関して高木委員からお話があった点は、少し誤解があると思います。先ほど私が申し上げたのは、医療の問題についてはまずお金のほうで全体の医療費の問題と同時に、それをどのように配分するかという、中身の配分、お金の配分の問題もある。ただし医療の場合には、お金の問題だけではなくて、医療をどのように供給するかという、医療の体制そのものについても、問題があるところは直さなければいけない、こういう問題があると思います。

高木委員からお話があった公的医療給付との関係で言えば、日本の皆保険制度は、私は大変優れた日本が世界に誇るべき制度だと思っていますが、あくまでも保険ですからそれをどのような対象に対して、どこまで給付するか、これは国民の選択だと思っています。公的医療給付の部分は、財源をみんなで保険料ないしは税金で出すことに合意ができれば、それはもちろん公的医療給付の対象が広くてもそれはそれでいいと思います。

いずれにしても現状の骨格でも日本の制度というのは、先ほど清家委員もご指摘になりましたけれども、世界に誇り得る制度、しかし直さなければいけないところがあるというのも現実という、そういう認識を持っております。ほかにいかがでしょうか。

どうぞ、権丈委員。

○権丈委員 国民の選択、社会保障、医療に対して、租税や社会保障料を使うのは国民の選択だということがよく言われるんですけども、国民は結局、何を選択させられて

いるのかよくわからないなというのがあると思うんです。

そこで先ほども言いましたように、租税、社会保険料を使わないで民間保険からいろいろなものを使うということになると、これは一次分配、市場が分配した所得に基づいて医療を利用する権利を国民に分配する社会になっていくわけですし、そうすると支払い能力に応じた形で、医療を利用する権利を分けますというような社会になるんですね。そうすると、アメリカのように、所得によって使った医療費が物すごく差がある社会ができてきます。それで先ほども言いましたように、必要性に応じて医療を利用できる社会をつくりましょうというふうにすると、所得が変わっても医療をみんな平等に使う社会になっていくんですね。だから私的医療費を増やす途を選択するか租税社会保険料負担を増やす途のどちらを選択するか、まったく異なる社会を選択しているという話になるんです。これは昔から吉川先生と意見が分かれるところなんです。

○吉川座長 まず第一に、事実の確認なんですが、国民の医療費、これをどこの国でも何らかの形でパブリックでも支えています。アメリカといえども、メディケア、メディケイドがある。もちろんそのシェアは低いですが。パブリックで支える部分と、個人が自分で支える部分、個人が自分で支えるというのは窓口で自分が負担する、日本流の言い方でいういわゆる自己負担と、それから民間の保険に入る場合の保険料、これを自己負担と広い意味で捉えますと、日本はご承知のとおり民間の医療保険というのはほとんどないですが、マクロで見ますと自己負担のシェアは約15%ということになります。

この比率はやや意外だと私は思いますが、アメリカはもちろん圧倒的に自己負担の比率が大きいわけですが、ヨーロッパ、これは一般的には最も社会保障が手厚いと言われていると思いますが、ドイツ、フランスよりも日本の自己負担の比率は、マクロで見ると低い。なぜならフランスやドイツは民間の保険の保険料という形で負担しているというのが、私たちの国民会議の資料でも出てきたと思う。日本の医療保険制度というのは、パブリックのシェアが85%ですか、これは大変優れた制度だと私も思っている。それをいかに持続可能なものにするかということが問題だ。

○権丈委員 そうです。だから85%をパブリックでやっているがために、結果的に平等というか必要性に応じて、別に医療費というのは所得に応じてそんなに差があるわけではないんで、必要性に応じて平等に利用できる形にこの国ではなっているんですね。これはそれをアメリカのようにプライベートな部分が大きくなると。

○吉川座長 アメリカのような制度にしようという人はいるかもしれないが、少数だと思いますよ。

○権丈委員 だから目指す目指さないの話ではなくて、現実として言っているだけなんですけれども、プライベートの領域が大きくなっていくと、保険に対する支払い能力の差も出てまいりますので、家計所得に応じて医療費の使う額に差が出てくる社会にな

っていくわけですね。

○吉川座長 もちろんそうです。私が申し上げたいことは、医療の議論で、アメリカ型、市場原理主義に基づくアメリカ型の医療制度を目指すのかという議論が提出されるのですが、日本の中にはいろいろな考えありますから、そうした考えをお持ちの方もいると思います。しかし、私が見るところ、そうした人は少ないということです。

○権丈委員 いや、だから少ないということをもみんなが理解して、何を選択しているのかというのを理解して、そして仮にこれまでの日本のような皆保険のような、平等にあるいは必要性に応じて医療を利用できるという社会をつくらうとすれば、日本は一人当たりの公的医療費というのは決定的にほかの国よりも低いので、パブリックな形で社会保険か租税を上げるという選択肢しかないんですよという。

○吉川座長 申し上げたいことはアメリカ型を目指そうという人は少数で、国民会議においても一部にアメリカ型を目指せという議論があれば、それはそこを取り上げて議論しますが、そうしたことを議論する必要はない。

○権丈委員 いや、だれもないんですよ。だれもないんだけれども、国民の選択だ。租税、社会保険料を使うかどうかというのは、国民の選択だという形のときに、国民は何を選択する形になるのかなというのを、少し見える形で説明したほうがいいのかもしれないと思うわけです。租税、社会保険料を使うかどうかは国民の選択だといったら、大体みんな嫌だという形に答えが決まってしまうところがこの国では結構あったりするんで、皆保険を維持して必要性に応じた医療というものを、必要性に応じて利用できるような社会をつくっていかうとすると、今の医療費ではちょっともう崩壊気味になってきて、医療者が物すごく献身的にやっていたから動いていたところがちょっと危なくなっているんですね。それをある程度、維持しながらやっていくためには、社会保険か租税をやっぱり負担していく道になるという感じで述べておいても良いと思います。

○吉川座長 総論において、今権丈委員がおっしゃったようなことも、それだけではないですが、負担ということも一つの大きなメッセージとして書こうということをお話したわけです。

○権丈委員 よろしく願います。

○吉川座長 だんだん時間が迫ってまいりましたが……

本日はこれにて終了