

勿凝学問 74 ver.2

2007年6月24日

本日、「医療費の将来見通しに関する検討会」の第4回議事録をチェックしていて、次の発言をしていることを思い出した。

とにかくこの41ページ（事務局注：第3回資料4の3ページ）の「これまでの将来見通しにおける医療費の伸びと経済成長率」、この図だけでも記憶にとどめておいていただければと思います。今までの過大推計は、経済成長率が高いときに将来見通しを立てたから医療費の見通しが高くなってしまっていた、ただそれだけのことだったのだということです。経済成長率が高いときには医療費の伸びも高くなるので、どうしても基準とする、算定基礎となる医療費の伸びが高くなってしまおう。しかし次第に経済成長率が鈍化してきたために、医療費の伸びも鈍化してきた。本当にこれだけのことで今まで、141兆円から81兆円、65兆円と医療費の将来見通し額が落ちてきているわけです。そこに何らかの意図、たとえば厚労省が過大推計をして医療費抑制の機運を醸成しようというような意図が働いていなかったことは、この図でほとんど説明がつくのではないかと思います。

「これまでの将来見通しにおける医療費の伸びと経済成長率」は、この勿凝学問74における図2のことである——この図は第3回検討会（2007年3月22日開催）ではじめて提示され、第4回検討会（2007年5月16日開催）でも参考資料として再掲されていた。そこで、「これまでの将来見通しにおける医療費の伸びと経済成長率」を今少し強調できるように、この雑文 pp. 7-8 斜字部分を加筆した。

勿凝学問 74

医療政策担当者と、いち医療研究者の齟齬
所得、政策、医療費の因果関係をめぐって

2007年3月28日

慶應義塾大学 商学部
教授 権丈善一

「社会科学では長期予測なんて無理だし、無意味だよ。それに長期予測を行うことは危険でさえある」と言い続けていたら、いつのまにか、年金では「経済前提専門委員会」（厚生労働省年金局）、医療では「医療費の将来見通しに関する検討会」（厚生労働省保険局）

に入れられてしまっている。世の中に、「長期予測なんて無理、無意味」と言う人間の需要がまさかあるとは、予測していなかった。「長期予測なんて無理」と言っているのであるから、予測をすることを期待されているわけではなかろう。期待されているのは、さながら予測評論家のような立場から「(予測とは意味が違う) 将来見通しを立てることの意味を」考えて論じる仕事のような気がする。

年金局の「経済前提専門委員会」には、およそ100年先までの年金財政の見通しを立てる際の経済前提を設定することが期待されている——ただし、約100年先までの年金財政の見通しは少なくとも5年に一度繰り返し見直されていく。2004年の年金改革の時に、[財政検証](#)という新たな仕組みが設けられ、第1回目の財政検証に向けて、今年2007年3月に「経済前提専門委員会」が発足されたのである。仕事の依頼が来たとき、「経済前提の専門家なんか、どんな学問をやってみたところでなれやしないですよ」と、そんな委員になんかなりたくないとかダダこねようとしたら、先方からは、「経済前提専門の委員会ではなく、経済前提の専門委員会なんです」と軽くかわされてしまった。だったら「経済前提・専門委員会のように黒ポチを入れてくださいよ」と天下国家を揺るがすほどの重要な政策提言をしたのであるが、残念ながら未だ採り入れられてはいない。この委員会は、3月2日に第1回が開催された。そこでは、「権丈です。よろしくお願いします」の一言しか話してこなかった。何も言わずに沈黙したままであった理由はいくつもあるのだが、それは後日でも——。

これとは対照的に、議事録のチェックが嫌になるほどによくしゃべっているのが「医療費の将来見通しに関する検討会」である——この検討会は、「厚生労働省は(2006年12月)27日、2025年度に65兆円まで膨らむとする国民医療費の将来見通しについて、推計方法を検証するための検討会を設置した。医療関係者や野党から「推計が過大」との批判が相次いでいるため、学識経験者ら有識者に意見を求める。来年4月をメドに論点を整理、改善点があれば来年中にも実施する次回推計に反映させる方針だ」(『日経新聞』2006年12月28日朝刊5面)という意図のもとに設置された。この検討会には、「経済前提専門委員会」で沈黙している自分と180度反対の自分がいる。

先日も、第2回(2月6日)議事録のチェックを終えて、「たくさん話すとたくさんチェックしなければなりませんので、次回は黙っておこうかと思います」との返信を事務局に送った。しかしながら、第3回(3月22日)も、よくしゃべってしまった。というのも、第3回に事務局が準備してくれた資料「[医療費の伸びと経済成長率について](#)」は、わたくしがこれまで話してきたことを確かめるために作ってくれたようなものであり、しかも、実によくできた資料だったために、労いとお礼とコメントと、幾種類もの発言をしなければならなかったからである。今日の本題はそのあたりの話である。

資料「医療費の伸びと経済成長率について」でなされていた仕事は、われわれ研究者が

やっておかなければならないことであり、事務局のお手を煩わせたことに対して恐縮して
しまった。

まず、この資料では、次のように全体像がまとめられる。

医療費の伸びと経済成長率

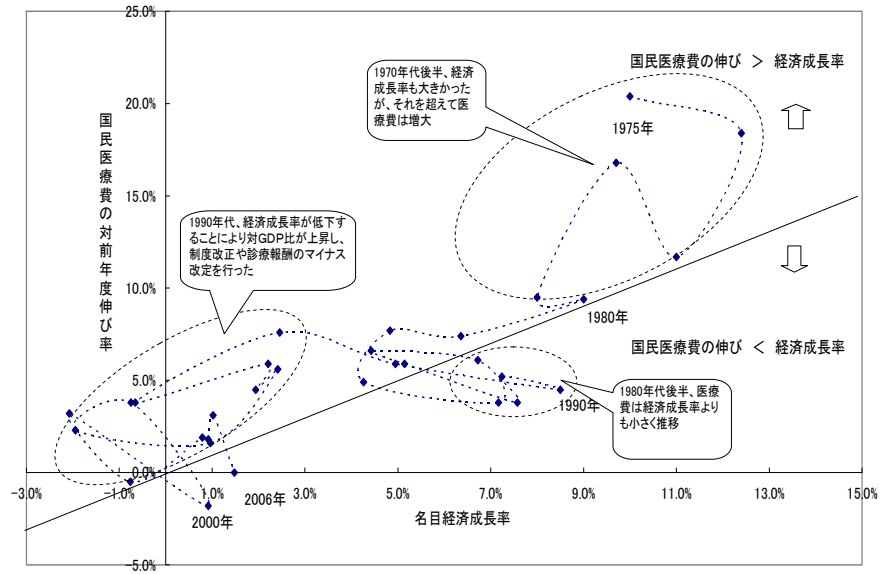
- 1970年代からのわが国の国民医療費の伸び率と経済成長率との関係を見ると、両者は、概して、経済成長率の高い時期は国民医療費の伸びが高く、経済成長率の低い時期は低く推移してきた。
- いくつかの時期に分けて見ると、
 - ① 1970年代の経済成長率が高かった時期は、その伸びを超えて、国民医療費は伸びていた。
 - ② 1980年代に入って、老人の一部負担導入などもあり、国民医療費の伸びは、成長率よりもやや低く推移した。
 - ③ 1990年代以降、急速に経済成長率が鈍化する中、国民医療費の伸びはあまり低下せず、経済成長率を超えて伸びる時期が続いた。
- このように、国民医療費の伸びと経済成長率にある程度のある関係がある背景としては、国民医療費の伸びを構成する要素の1つとして診療報酬改定があり、これが当時の経済情勢を勘案して、設定されてきたことが考えられる。

1

上記資料1 ページ目の、箇条書き第1項、第2項は、次の図ふたつで確かめられる。

図 1

医療費の伸びと経済成長率



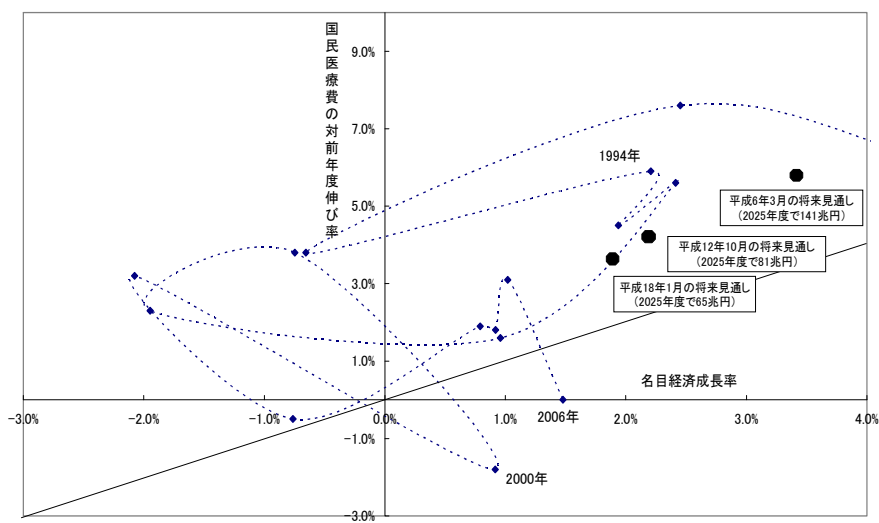
(注) 国民医療費は、2004年度までは実績。2005年度は医療機関メディス、2006年度は医療機関メディスによる4～9月伸び率。
 経済成長率は、2005年度までは実績。2006年度は政府経済見通しによる実績見込み。
 (出典) 「国民医療費」(厚生労働省大臣官房統計情報部)、「国民経済計算」(内閣府)

2

図 2

過去に行われた将来見通しにおける経済成長率の仮定と国民医療費の伸び率の関係をみると、いずれの将来見通しにおいても、概ね、経済成長率+2%程度となっている。

これまでの将来見通しにおける医療費の伸びと経済成長率



(注) 国民医療費は、2004年度までは実績。2005年度は医療機関メディス、2006年度は医療機関メディスによる4～9月伸び率。
 経済成長率は、2005年度までは実績。2006年度は政府経済見通しによる実績見込み。
 (出典) 「国民医療費」(厚生労働省大臣官房統計情報部)、「国民経済計算」(内閣府)

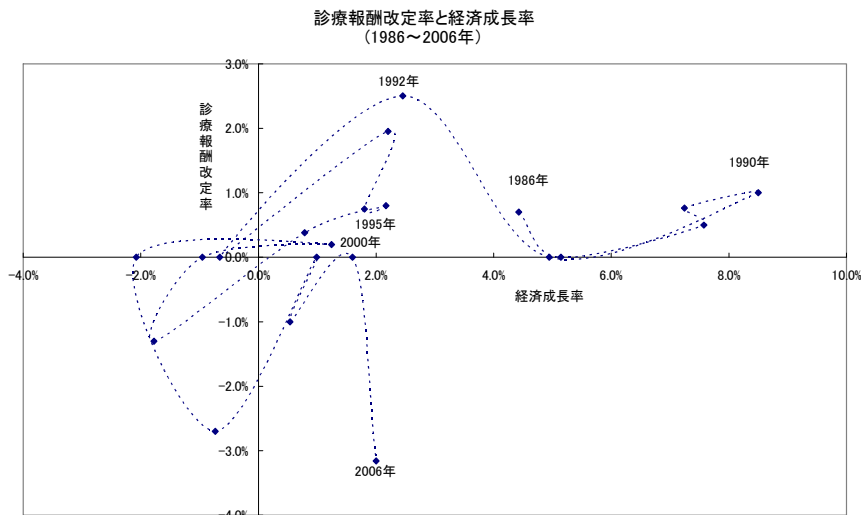
3

そして、資料 1 ページ目の箇条書き最後の項は、次のプロセスを経て導かれる。

図 3

診療報酬改定率と経済成長率(1)

- 診療報酬改定率と経済成長率の関係を単年度ごとにみると、必ずしも両者に関係があるとはいえず、例えば、同じ2%程度の経済成長率のときであっても、1992年のように+2.5%の改定が行われるときもあれば、2006年のように▲3.16%の改定が行われることもある。

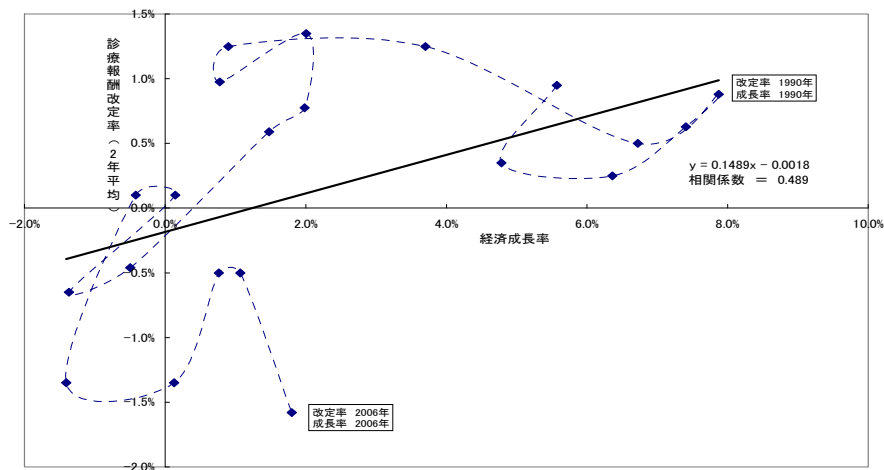


4

図 4

診療報酬改定率と経済成長率(2)

- しかし、1970年代は国民医療費の伸びが高く、1990年代以降低く推移しているといった長期のトレンドをみると、診療報酬改定率と経済成長率に全く関係がないとはいえない。
- 以下のグラフは、診療報酬改定が最近では2年に一度であることから、各年度の改定率の2年平均値を出し、それと各年の経済成長率の相関をみたものである。



5

図 5

診療報酬改定率と経済成長率(3)

- 診療報酬改定が、その改定率決定時における過去の経済動向を踏まえつつ、決まることを考えると、両者の関係に一定のタイムラグがあると考えられるため、前のページの診療報酬改定率と経済成長率の関係について、経済成長率を1年ずつ過去にずらして、相関係数をとる試みを行った。
- すると、タイムラグを4～5年とった場合に、約0.9という非常に高い相関係数が得られた。

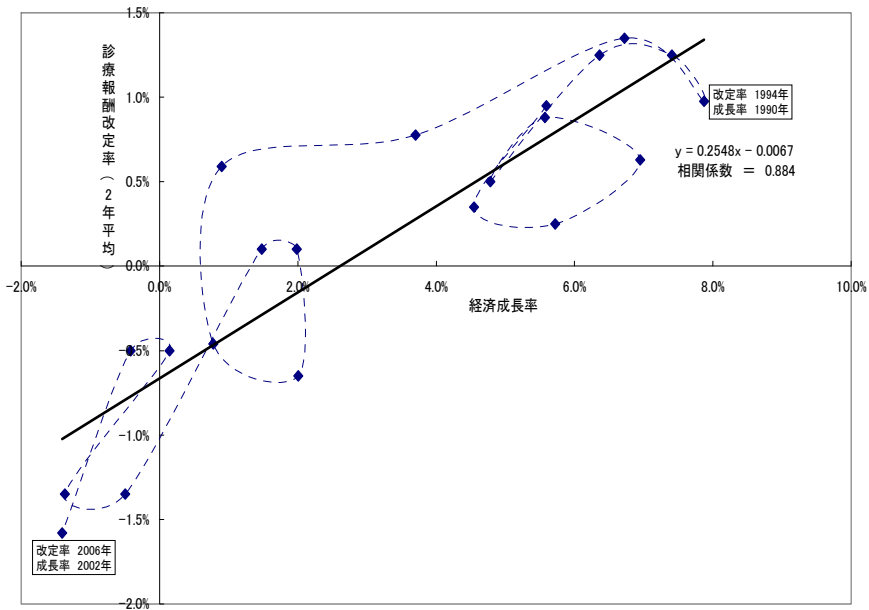
診療報酬改定率と経済成長率の相関係数

タイムラグ	参照期間	相関係数
0年	改定率 (1986～2006)	0.489
	成長率 (1986～2006)	
1年	改定率 (1986～2006)	0.584
	成長率 (1985～2005)	
2年	改定率 (1986～2006)	0.603
	成長率 (1984～2004)	
3年	改定率 (1986～2006)	0.717
	成長率 (1983～2003)	
4年	改定率 (1986～2006)	0.884
	成長率 (1982～2002)	
5年	改定率 (1986～2006)	0.882
	成長率 (1981～2001)	
6年	改定率 (1986～2006)	0.764
	成長率 (1980～2000)	

6

図 6

診療報酬改定率と経済成長率(4)



7

お見事でございます。特に、ここ1年ほどの医療費論議の観点からみれば、図2が決定的に重要です。『勿凝学問 60 医療費過大推計の法則が成立する理由——厚労省陰謀説のウソ』で「医療関係者やメディアの方々のなかには、医療費をわざと高めに推計しておいて医療費抑制の機運を盛り上げようとしているという「厚労省陰謀説」とも呼べそうな説を言う人もいるが、それはサスペンスの見過ぎというものである」と書いた。そして医療費過大推計が、過去なされてきた理由として次の文章を書いた。

表 1

過去の医療費の将来見通しの比較

	社会保障に係る給付と負担の将来見通し(試算) (21世紀福祉ビジョン)	社会保障の給付と負担の見通し	今回試算 (改革実施前)
1. 公表時期	平成6年3月	平成12年10月	平成18年1月
2. 2025年度の国民医療費の見通し	141兆円	81兆円	65兆円
対国民所得比	10 1/2~13 1/2~14%	12 1/2 %	12.0 ~ 13.2%
3. 見通しの前提とした1人当たり医療費の伸び率			
伸び率(高齢化分及び制度改正の影響を除く)	全体 … 4.5%	全体 … 3.1%	全体 … 2.6%
伸び率の算定期間	平成2~4年度の平均	平成2~11年度の平均	平成7~11年度の平均
4. 推計時点における経済成長率の見通し	2000年度まで 5~4% 2001年度以降 4~3%	2010年度まで 2.5% 2011年度以降 2.0%	年平均2.0%、1.5% (2011年度まで 年平均3.0%、2.1%、 2012年度以降 1.6%、1.3%)

14

1994 (H6) 年 3 月に、2025 年の国民医療は 141 兆円と見込まれた。それが 2000 (H12 年) 10 月には 81 兆円と 43%減、2006 (H18) 年には 65 兆円であり、12 年前の 1994 年見通し 141 兆円と比べれば、54%減となっている。予測という意味では惨憺たる結果である。

しかしここで注目してもらいたいことは、いずれの医療費将来見通しであっても、対国民所得比は 12%程度で安定しているということである。なぜか？

理由は簡単——1994 年のように医療費の伸びが高く仮定されていた時の経済成長率は高く見通されており、2006 年のように医療費の伸びが低く仮定されていた時の経済成長率は低く見通されていたからである。では、なぜ、経済成長率伸びの見通しに高低があるのか？

これも理由は簡単。伸び率の算定期間——平均伸び率を算定するためのサンプル期間——が異なり、1994 年のように高い経済成長率が見通されていた時の算定

期間の経済成長率が実際に高く、2006年のように低い経済成長率が見通されていた時の算定期間の経済成長率が実際に低かったからである。

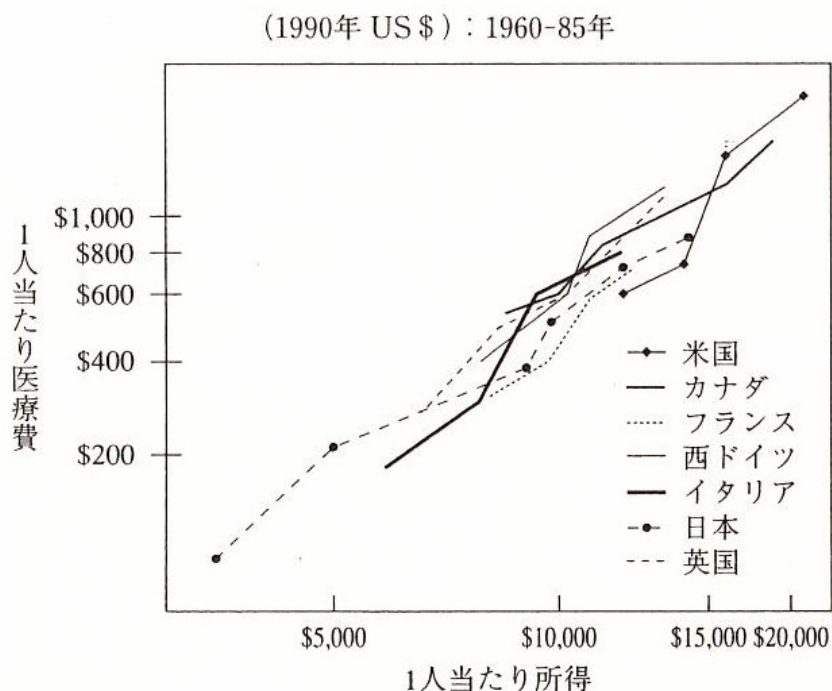
勿凝学問 60 より

ここに長々と書いたことを、「図2 これまでの将来見通しにおける医療費の伸びと経済成長率」は、一目見て分かるように、まとめてくれているのである。すなわち図2が示すように、高い経済成長率が見通されていた時の医療費の伸びは高く仮定され、低い経済成長率が見通されていた時の医療費の伸びは低く仮定されていた。

そこでわたくしは、せつかくここまで事務局がしてくれたのだから、ここは、事務局が観察した事実が、なぜ医療の世界で生じるのかを定性的に説明しなければならないだろうと思い、下記自分の文章の赤文字の箇所を話した——配付資料は事前にメールで届いているので、予習をしたわたくしは、自分の本を持参して検討会に赴いていた。

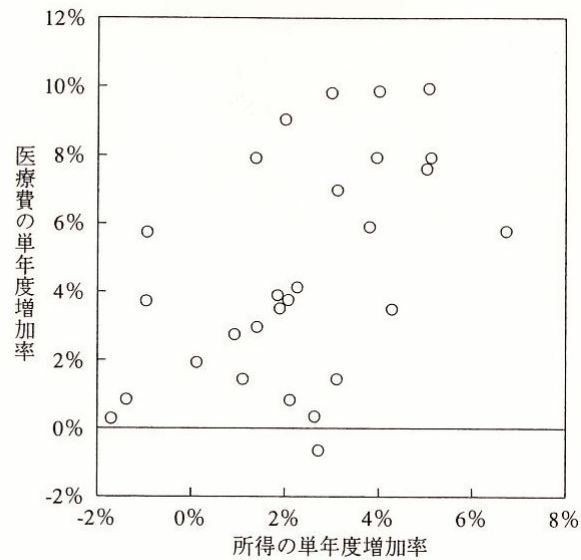
医療費と所得の関係を精緻化する試みは、Getzen (1995) にみられる、次の問題設定の方向に発展していく。その問題設定とは、所得が医療費を決定していることを示す図7と、所得増加と医療費の伸びが無関係であることを示す図8の間の論理的な矛盾を、調和させる仮説の構築であった。

図7 1人当たり所得と医療費



出所) Getzen (1995), p. 36.

図 8 所得と医療費の増加率



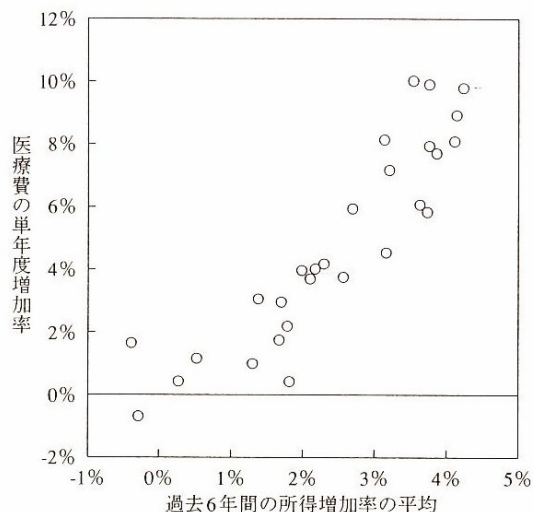
出所) Getzen (1995), p. 37.

所得が医療費を決定しているのであれば、当然、所得の増加と医療費の伸びの間に、強い正の相関が成立するはずである所。しかしながら、所得と医療費の双方について単年度の増加をみれば、両者は独立であるように見える。ここで、ゲッツェンは、所得に対する医療費の緩慢な調整ダイナミズム (the dynamics of slow adjustment¹) という仮説を提示することによって、ふたたび、所得が医療費を決めることを証明することに成功する。つまり、図 2 にみるように、所得と医療費について単年度の変化をみれば、たしかに両者の間に関係はない。だが、図 9 のように、所得増加率の過去 6 年間の平均と医療費の単年度増加率との間には、強い正相関が観察されるのである。

¹ Getzen (1995), p.35.

図 9 過去 6 年間の所得増加率の平均と医療費の単年度増加率

図 3 過去 6 年間の所得増加率の平均と医療費の単年度増加率



出所) Getzen (1995), p. 37.

そこでゲッツェンは、二つの疑問を提示する。一つは、なぜ、医療費の水準は所得によって決められるのか、そしていま一つは、なぜ、医療費の伸びは、現在の所得の増加率ではなく、過去数年間の所得の平均増加率によって決められるのかという疑問である。第1の疑問に対して、彼は、次のように答える。

「医療費は、個人間の売買ではなく、グループでプールされた売買、より包括的には社会全体（普通は、国家を意味する）でプールされた売買である。医療費は、あたかも家計における医療費が家族のメンバーの間でシェアされるように、市や県の間でもシェアされる。その結果、国内で利用される医療費総額の予算制約は、州や市や家計の所得ではなく、国の総国民所得となる²」。そしてゲッツェンは、次のような印象深い言葉を記す。「個人の医療費をみれば医療ニーズが最も重要な要素となる。しかし、医療ニーズが決定するのは、個人間への分配の問題のみであり、どれだけの額を医療費として利用するかという問題ではない。仮にニーズが医療費総額を決めるのであれば、バングラディッシュの人びとは——彼らの多くはなんらかの病気にかかっている——、ボストンの人びとよりも医療を多く消費することになるだろう。しかし、事実はそのようではない。なぜならば、病気ではなく富が一国の医療水準を決めるのであり、それゆえ、不幸にも貧しいバングラディッシュの人びとは、医療を受けずに過ごさなければならないからである³」。

それでは2番目の疑問、なぜ、医療費の伸びは、現在の所得の増加ではなく、過去

² Getzen (1995), pp.35-6

³ Getzen (1995), p.36.

数年間の所得の平均増加率によって決められるのかという疑問について、ゲッツェンはどう考えるのか。その説明は次のようになされる。「医療制度に関連する一連の意思決定は、政府、医療専門職者、使用者、国民の間でのある種の暗黙的長期契約（implicit long-term contract）である。国民医療費をどの程度にするべきかという計画は、現在の収入に関する期待にもとづいてなされる。そうした計画は、前年になされた意思決定——累積した黒字・赤字や賃金の変化率や生産費、技術など——を反映することになる。しかし、実際の支出は予期せぬインフレーション、不景気、ストライキ、伝染病などのために、計画水準から乖離する。計画と実際の支出額のギャップが、状況の変化にどれだけ早く調整され得るかということは、組織のダイナミクス（organizational dynamics）（経営管理者層、官僚的硬直性の程度、予測能力）に依存する。個人の行動、組織、財政メカニズム、政府の政策などには惰性はつきものであり、そのために、意思決定がなされる時期と、そこで決定した意思が国民医療費に影響を与える時期との間にラグが生じる。経験的には、現行の医療費は、数年間にわたるGDP成長率の遅延関数（delayed function）となる⁴」。

ゲッツェン研究の真骨頂は、医療費と高齢化の問題を考察するときを示される。「1960-88年の20カ国のプール・データを用いた分析は、高齢化以外の変数がある方程式に組み込まれていないのであれば、一見して、高齢化の高まりは医療費を高めるような関係を示す。しかしながら、高齢化と医療費とのプラスの相関は、1人当たり所得の増加や他の変数の変化を真の原因とする、みせかけの相関にすぎない。所得をいったんコントロールすると、もはや医療費と高齢化との間に相関は認められない。高齢化は、年齢間の医療費配分のあり方には影響を与えるが、医療費総額には影響を与えないのである。医療費の増加は、人口構造の問題ではなく、きわめて政治的・行政的な問題である⁵」と、ゲッツェンは論じる。

権丈(2005〔初版2001〕)『[再分配政策の政治経済学Ⅰ](#)』

Getzenの1992年・1995年論文をわたくしは1996年に、上記の文章にまとめて紹介している（その論文を収めてI巻初版を2001年に刊行）。しかし売れない本に書いていただけであったために、なかなか世に普及しなかった話であった。それを厚労省が日本のデータを使ってしっかりと確かめてくれたわけである——医療費全体ではなく診療報酬と所得との関係であるという点で、Getzenの論、それに基づくわたくしの論とは異なるが、医療費全体ではどうなるのかは今度厚労省に尋ねてみようと思う⁶。

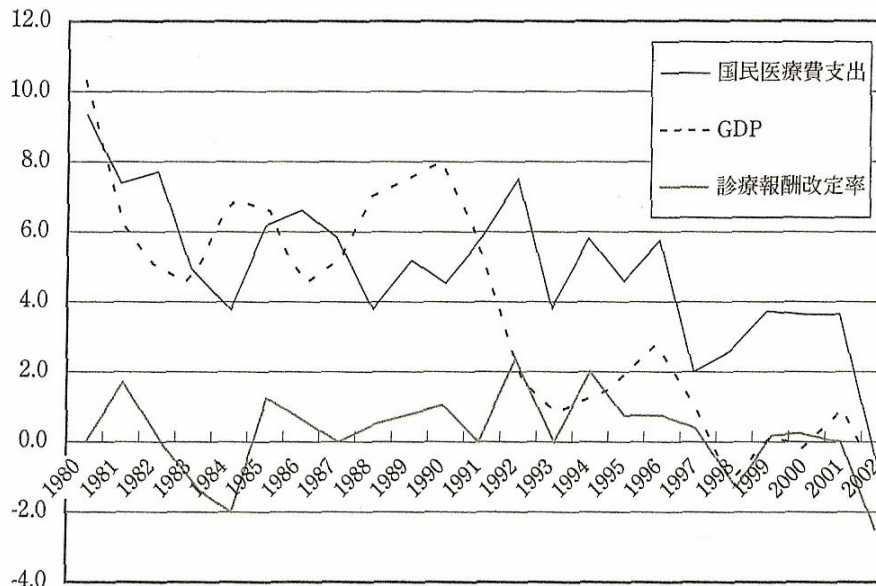
⁴ Getzen (1995), pp.36-8.

⁵ Getzen (1992a), p.98.

⁶ 次の図にみることでできるような関係があるので、GDP、診療報酬改定率、医療費の間には、密接な関係があると推察しているのであるが、どうなのであろうか。

さてさて、過去2回の「医療費の将来見通しに関する検討会」でわたくしが、「医療費は所得が決める、医療費は政治が決める。したがって医療費の長期予測をするためには、経済成長率と小さな政府への嗜好のような政策スタンスがどのように変わるかという政治の予測をしなければならない」と何度言っても、いやいや、そんなことはない、医療政策に携わっている立場からすれば実際には所得を意識して診療報酬改定率をはじめとして医療費を決めているわけではないと言われ続けていた。それは確かにそうなのである。医療政策に携わっている人たちは、毎年診療報酬の伸びと所得の伸びとが強く関係しているとは心底思っていないし、それは正しい認識なのである。なぜならば、単年度の医療費・診療報酬の伸びと所得の伸びとは関係ないのであるから。しかしながら、所得にタイムラグを設けて医療費・診療報酬に与える影響という因果関係で観察すれば、所得が医療費・診療報酬に影響を与えている関係が観察されるようになる。けれども、原因である変数に4、5年のタイムラグを置いて目の前の結果を観察するという俯瞰的な視点は、研究者の視点なのであり、政策担当者がみている世界とはどうしても齟齬が生じる。どっちが良いとか悪いというような話ではない。研究者の視点では、目の前で起こる毎年度の問題になんら対策を講じることができないであろうし、政策担当者の視点では、中長期の政策の動きが説明できないであろう——先日の第3回検討会でも、医療政策に携わってこられた方が、次ページの図「医療費の伸びと経済成長率」をみて、

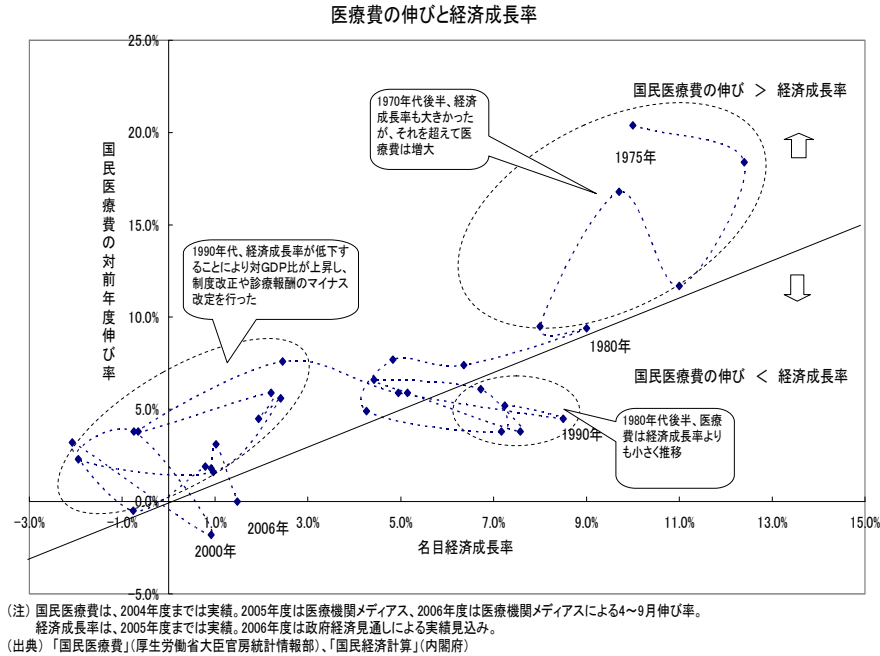
図3 国民医療費とGDPの伸び率、診療報酬改定率の年次推移(1980-2002年)



注) 国民医療費支出に、2000年に介護保険に移管したサービスを含めて算定

池上(2006), p.17.

図 10



2

1970年代はじめは経済成長率よりも医療費が伸びた時期で大変でしたとの発言があったので、わたくしは1960年代の後半に高い経済成長率を達成できたから1970年代に入って医療費の伸びが高くなる医療制度を作った。だけど、時同じくして経済の調子が急激に悪化したから、1970年代はじめは経済成長率よりも医療費が伸びた時期になった。その後10年ほどかけて、今度は医療制度があまりお金のかからない制度の方向に調整されていくことになります。制度の調整にはどうしてもタイムラグが出てしまうのですと発言した。このとき、医療政策担当者となわたくしのような医療研究者とは話がかみ合わないことを実感した。

ところで、「医療費の将来見通しに関する検討会」の目的は、中長期の医療費の動きを論じることである。わたくしは、20年後の名目医療費を予測するなど百害あって一理なしだと考えているし、この仕事を引き受ける際にも、そういう考えの持ち主ですけどそれでもいいですかと念を押して引き受けた。だが、医療費を(良くも悪しくも)コントロールするための政策選択を行うために、たとえば喫煙・食事などの生活習慣や疾病構造に変化をもたらす政策選択を行うために、20年ほど先の国民所得・GDPに占める医療費の割合の見通しをつくりたくなる気持ちも十分に分かる——それに、政策効果がないことを確かめるためにも必要といえれば必要であろう。医療費をコントロールするための政策とは、主に診療報酬改定と制度改革であり、ひろくとれば、健康管理政策も入れることができよう。

医療費コントロール政策を一定とした医療費の伸びを見通して、政策効果をシミュレーションすることは、政策選択の際には無いよりはあった方がましではあろう。さすがに当てずっぽうでは問題もある。これまでも厚労省は、こういう考え——医療費コントロール政策を一定——のもとに医療費の見通しを、「名目医療」と「名目医療費の国民所得に占める割合」というかたちで出してきたのである。そこでの問題は、経済状況が変化すれば必ず医療費コントロール政策が強化されるにもかかわらず、医療費コントロール政策を一定とした「見通し」が「予測」として解釈され、しかも名目医療費のみが取り上げられて予測が当たった外れたの議論としてもあそばれることになる——挙げ句の果てには、厚労省は医療費を過大推計して医療費抑制機運を高めようとしているという「厚労省陰謀説」まででっち上げられてしまい、医療費の見通し作業が昨今の官僚バッシングの流れの中に置かれたりすることであった〔勿凝学問 60 [「医療費過大推計の法則」が成立する理由\(りゅう\)](#)——厚労省陰謀説のウソ〕。

いっそのこと、言葉をしっかりと次のように定義して、

医療費コントロール政策一定下での医療費の動向＝医療費の機械的見通し、

毎年あるいは(年金のように)数年ごとに「国民所得・GDPに占める医療費の機械的見通しの割合」という報告書を出すというルールをつくったらよいと言いたくもなる。この場合、いまから数年前の経済状況の最悪の状況を反映して最近医療費抑制のための大きな制度改革がなされ、診療報酬改訂は2年に1度行われることになっている医療界で「医療費コントロール政策一定」の医療費を機械的推計の基礎として選択する作業が実にやっかいになる。そのあたりに[フランス](#)や[アメリカ](#)の医療費見通し方法を加味してひと工夫してもらえれば、従来の医療費見通し作業よりも一歩か二歩は前進したと評価してよいのではないかと思ったりもしている。

最後に——。

第3回「医療費の将来見通しに関する検討会」では、医療給付費の将来見通しと被用者(サラリーマン)の社会保険料率の見通しが配布された。

医療給付費の将来見通し
(平成18年医療制度改革ベース)

	2006年度 (平成18) 予算ベース	2010年度 (平成22)	2015年度 (平成27)	2025年度 (平成37)
改革後	27.5 兆円	31.2 兆円	37 兆円	48 兆円
国民所得比	7.3%	7.4% ~ 7.7%	8.0% ~ 8.5%	8.8% ~ 9.7%
GDP比	5.4%	5.4% ~ 5.6%	5.8% ~ 6.1%	6.4% ~ 7.0%
改革実施前	28.5 兆円	33.2 兆円	40 兆円	56 兆円
国民所得比	7.6%	7.9% ~ 8.2%	8.7% ~ 9.2%	10.3% ~ 11.4%
GDP比	5.5%	5.8% ~ 5.9%	6.3% ~ 6.6%	7.5% ~ 8.2%
国民所得	375.6 兆円	403 ~ 420 兆円	432 ~ 461 兆円	492 ~ 540 兆円
GDP	513.9 兆円	558 ~ 576 兆円	601 ~ 634 兆円	684 ~ 742 兆円

(試算の前提)

1. 「改革実施前」は、平成18年度の診療報酬改定及び健康保険法等改正を実施しなかった場合を起算点とし、1人当たり医療費の伸びについては従前通り、70歳未満2.1%、70歳以上3.2%と設定して試算している。
2. 「改革後」は、平成18年度予算を起算点とし、平成18年度の診療報酬改定及び健康保険法等改正の効果を織り込んで試算したもの。
3. 国民所得比及びGDP比の算出に用いた名目経済成長率は、2011年度までは「改革と展望2005」参考試算、2012年度以降は平成16年金融財政再計算の前提を用いて、「基本ケース」及び「リスクケース」の2つのケースを設定している。

名目経済成長率の推移

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012~
基本ケース	2.0%	2.5%	2.9%	3.1%	3.1%	3.2%	1.6%
リスクケース	2.0%	1.9%	2.1%	2.2%	2.1%	2.2%	1.3%

1

2006年度7.6%である医療給付費の国民所得比は2025年に10.3~11.4%と機械的に見通され、2006年度7.7%である被用者の医療保険料率は2025年に8.0~8.5%であると機械的に見通されている⁷。しかしながら今日、ほとんど崩壊している日本の病院の現状を外挿しただけの機械的見通し通りの将来が本当に20年後に訪れるのであれば、2025年の医療もほとんど崩壊しているか、否、今日の勤務医が勤務医であることの疲労感・絶望感・挫折感が医師の養成過程や医師の勤務態勢・病院経営に対する影響、さらに20年後の高齢化進行による医療ニーズの高まりなどを考えていけば、2025年には日本の医療は完全に崩壊していると予測することがもっともらしいのではなからうかとも思っている。ちなみに、「医療費の将来見通しに関する検討会」で、わたくしは、今のままでは日本の医療は本当に崩壊してしまうことは専門家は分かっていることなのだから、ヨーロッパ標準もしくはG7標準の国民所得・GDPに占める医療費の割合をターゲットにして国民に示す形で医療費の長期推計を公にすべしと、今の政治状況で採用されるはずもないことを言い続けている。詳細は、議事録を参照されたい。

第3回議事録 ([配付資料](#))

[第2回議事録](#) ([配付資料](#))

[第1回議事録](#) ([配付資料](#))

⁷ 医療給付費の国民所得比の方が、医療保険料率の伸びよりも大きくなるのは、高齢化が進めば、国庫負担・地方負担が大きい高齢者のための医療費が大きくなるからである。

参考文献

Getzen, T. E. (1992), "Population Aging and the Growth of Health Expenditures," *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 42(3), 98-104.

——— (1995), "Macroeconomics and Health Care Spending," in Pogodzinski, J. M. ed., *Readings in Public Policy*, Oxford: Blackwell.

池上直己(2006)「医療制度のメカニズムと改革の基本課題」『社会保険旬報』No.2266
[2006.1.1]