

日医総研ワーキングペーパー

これまでの構造改革を振り返って
—医療の営利産業化の視点から—

No. 272

2012年12月10日

日本医師会総合政策研究機構

前田 由美子

これまでの構造改革を振り返って

－医療の営利産業化の視点から－

日本医師会総合政策研究機構 前田 由美子

日本医師会 総合医療政策課

キーワード

- ◆ 構造改革
- ◆ 新自由主義
- ◆ 経済成長
- ◆ 社会保障費
- ◆ 医療崩壊
- ◆ 平均在院日数
- ◆ 混合診療
- ◆ 株式会社
- ◆ 社会保障・税一体改革
- ◆ TPP

ポイント

- ◆ 小泉構造改革は、需要、消費の創出を目指した。小泉構造改革を通じて「いざなぎ景気」がもたらされたが、それは外需主導の経済成長であり、国内消費は伸びず、給与は抑制されつづけた。
- ◆ 小泉構造改革はまた、聖域なき歳出削減を掲げ、社会保障費を年 2,200 億円機械的に削減した。医療崩壊が現実化した一方、いってみれば「混合介護」で営利産業である介護サービス、がん保険などが伸び、また家計消費が落ち込む中でいわゆる健康食品などの支出は減っていない。
- ◆ 2009 年 9 月に政権が交代したが、その後も医療の営利産業化を進めようとする動きは不変である。最近では「日本再生戦略」や「社会保障制度改革推進法」が、混合診療全面解禁、株式会社の参入を示唆する方針を打ち出している。
- ◆ 医療の営利産業化の背景には米国からの要望がある。小泉構造改革下の 2001 年、米国は日本の公的医療保険制度に市場競争原理を導入することを強く求めた。米国の要望はその後さらに具体化した。TPP では、日本の公的医療保険は対象にならないとの見方もあるが、米国は TPP 各国の医薬品市場に参入するため規制改革を求めている。

◆ 小泉構造改革を通じて、国民の生活が豊かになったとも、国民の生活が幸せになったともいえないように思われる。今からでも、これまでの構造改革をあらためて検証し、総括をすることは、今後の社会保障のあり方を方向付けるために価値のあることではないだろうか。

目 次

1.	はじめに	1
2.	小泉構造改革下の経済と雇用	2
2.1.	経済成長.....	2
2.2.	雇用情勢.....	6
3.	医療に何をもたらしたか	10
3.1.	小泉構造改革以前.....	10
3.2.	社会保障費年 2,200 億円の機械的削減.....	11
3.3.	医療崩壊.....	16
3.4.	営利市場の拡大.....	21
4.	医療の営利産業化に係る最近の情勢	30
4.1.	小泉構造改革と現在の社会保障改革の相似.....	30
4.2.	公的医療を取り巻く開国の流れ.....	32
4.3.	雇用創出への期待.....	34
5.	債務・資産と国民負担率	37
5.1.	国の債務と家計金融資産.....	37
5.2.	国民負担率.....	40
6.	おわりに	42
7.	参考 これまでの構造改革の経緯	43

1. はじめに

2012年7月、「日本再生戦略」が閣議決定された¹。この中には、「社会保障分野を含め、聖域を設けずに歳出全般を見直すこととする」とある。かつて、「基本方針2001」（いわゆる骨太の方針）に、「歳出構造については、聖域を設けることなくこれを抜本的に見直し、無駄な歳出を削減するなど徹底した行財政改革を行う」²とあったが、これとよく似た内容である。

また、2012年8月に成立した社会保障制度改革推進法には「保険給付の対象となる療養の範囲の適正化等を図ること」³とある。これは公的給付範囲を縮小し、混合診療を全面解禁しようとするものではないかと危惧されるが、「基本方針2001」にも「公的保険による診療と保険によらない診療（自由診療）との併用に関する規制の緩和など患者の選択による多様な診療の組合せを可能にする等公的医療保険の対象となる医療の範囲を見直す」とあった。

このように、小泉構造改革（本稿では、小泉総理大臣在任中の2001年4月から2006年9月までの構造改革を「小泉構造改革」と呼ぶ）下の考え方が、最近あらためて強まっているように見受けられる。小泉構造改革下では、社会保障費が厳しく抑制され、医療崩壊が現実化した。これが繰り返されることになるのだろうか。

本稿では、現在につづく構造改革の意味を問い直すため、小泉構造改革下の医療やそれを取り巻く状況について図表を用いて振り返ってみることにする。構造改革、医療費抑制政策はそれ以前から進められていたが、小泉構造改革下で行われた社会保障費の自然増削減が、今日にきわめて大きな影響を与えたと思われるので、特にこの期間に注目した。

¹ 「日本再生戦略」2012年7月31日、閣議決定
<http://www.npu.go.jp/policy/pdf/20120731/20120731.pdf>

² 「今後の経済財政運営及び経済社会の構造改革に関する基本方針」2001年6月26日、閣議決定
<http://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/cabinet/2001/0626kakugikettei.pdf>

³ 社会保障改革推進法案, <http://www.cas.go.jp/jp/seisaku/syakaihosyou/houan/suishin.pdf>

2. 小泉構造改革下の経済と雇用

2.1. 経済成長

2001年4月、小泉総理大臣が就任し、6月には経済財政諮問会議が「基本方針2001」（いわゆる骨太の方針）を発表した。

「基本方針2001」には、「効率性の低い部門から効率性や社会的ニーズの高い成長部門へヒトと資本を移動することにより、経済成長を生み出す」とあり、効率性重視であることがうかがえる。2001年12月に総合規制改革会議(当時)がまとめた「規制改革の推進に関する第1次答申」にも、「社会全体としての生産要素の最適配分を実現することによって、経済を活性化する」⁴とある。また、「基本方針2001」には、「知恵を出し、努力をした者が報われる社会を作る」とあり、格差の拡大に躊躇がなかった。

「基本方針2001」は、「創造的破壊としての構造改革はその過程で痛みを伴うが、それは経済の潜在的供給能力を高めるだけではなく、成長分野における潜在的需要を開花させ、新しい民間の消費や投資を生み出す。構造改革はイノベーションと需要の好循環を生み出す。構造改革なくして真の景気回復、すなわち持続的成長はない」と言っている。そしてそのため「民間でできることは、できるだけ民間に委ねる」という原則で規制改革が行われた。

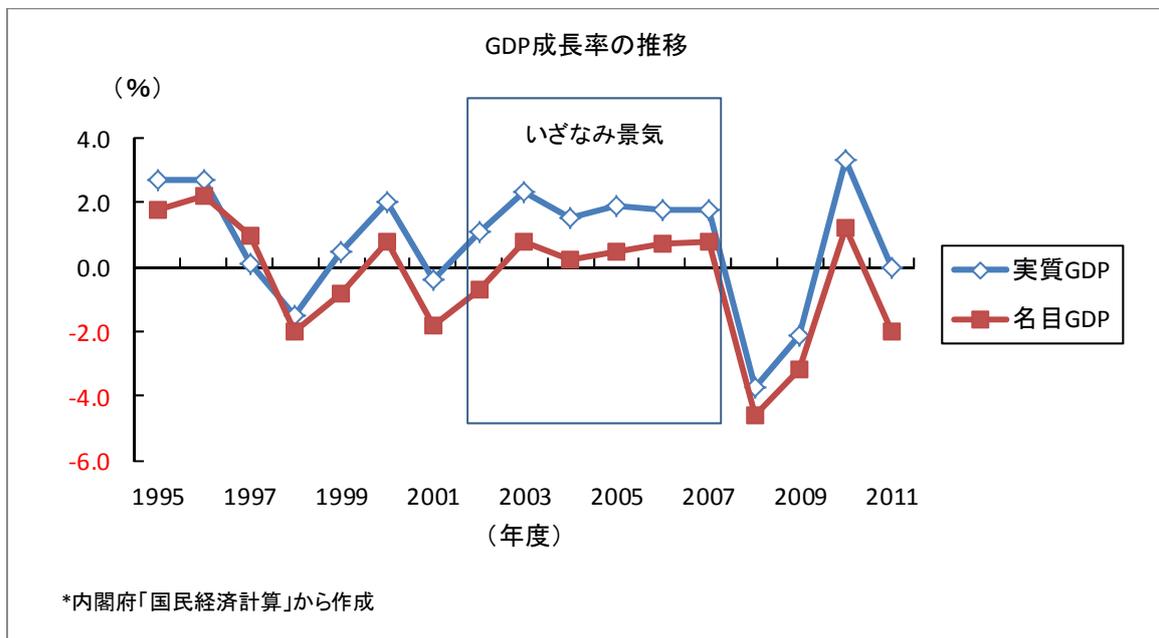
話を先に進めると、小泉総理大臣が退任したのは2006年9月であるが、その直前の6月、「基本方針2006」⁵は小泉構造改革を評価し、日本経済について「長期停滞のトンネルを抜け出し、筋肉質の経済構造に変貌した日本経済は、ようやく未来への明るい展望を持てる状況となった」という総括を行った。

⁴ 総合規制改革会議「規制改革の推進に関する第1次答申」2001年12月11日
<http://www8.cao.go.jp/kisei/siryo/011211/>

⁵ 「経済財政運営と構造改革に関する基本方針2006」2006年7月7日、閣議決定
<http://www.kantei.go.jp/jp/singi/keizai/kakugi/060707honebuto.pdf>

小泉総理大臣の在任期間は2001年4月から2006年9月までであったが、2002年2月から2008年2月までの73か月は景気が拡大し、「いざなぎ景気」と呼ばれている（図 2.1.1）。小泉構造改革スタート時の「基本方針 2001」は、需要を喚起し、民間の消費を生み出すと言っているが、「いざなぎ景気」は果たしてその成果だったのであろうか。

図 2.1.1 GDP 成長率の推移



小泉構造改革は需要創出（外需とは言っていない）、消費拡大を目指していた。小泉構造改革以降、輸出入が大幅に伸びた（図 2.1.2）。実質 GDP の成長を牽引したのは国内民間消費よりも外需であった（図 2.1.3）。個人消費もある程度、経済成長に寄与しているが、国民には豊かになった実感はなかった。それは、外需依存の経済成長であり、また成長率自体がそれほど高くなかったことに加えて、国民の生活、雇用を犠牲にした成長だったからではないだろうか。

実際、大企業では輸出拡大などもあって収益が改善したが、その背景には給与費率の低下があった（図 2.1.4）。

図 2.1.2 日本の輸出入額の推移

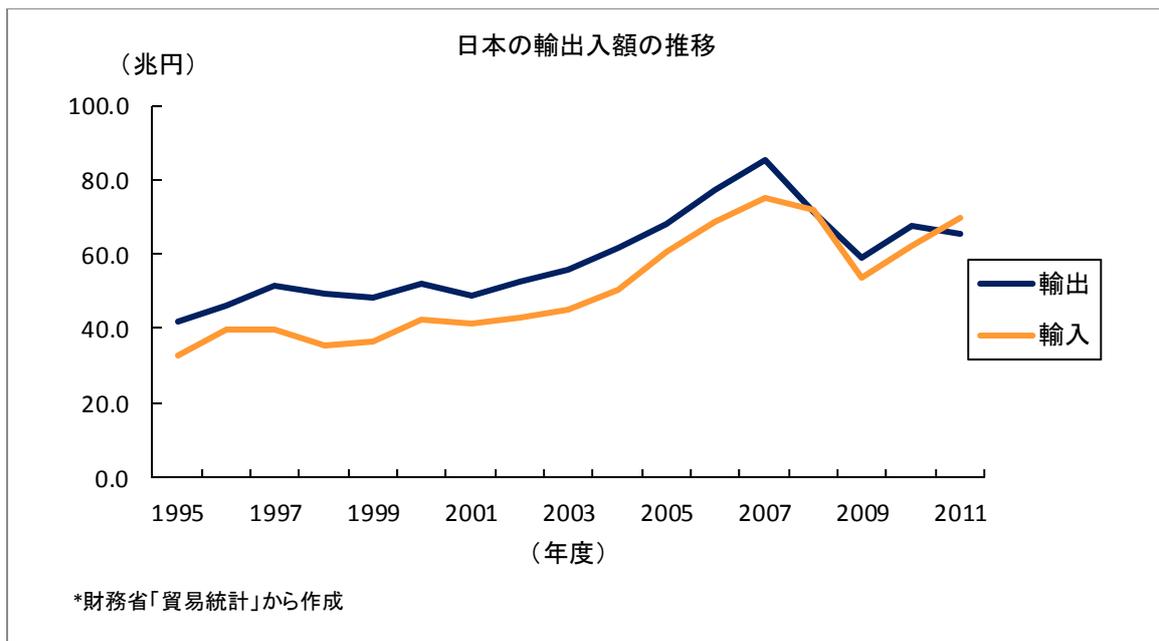


図 2.1.3 実質 GDP 寄与度

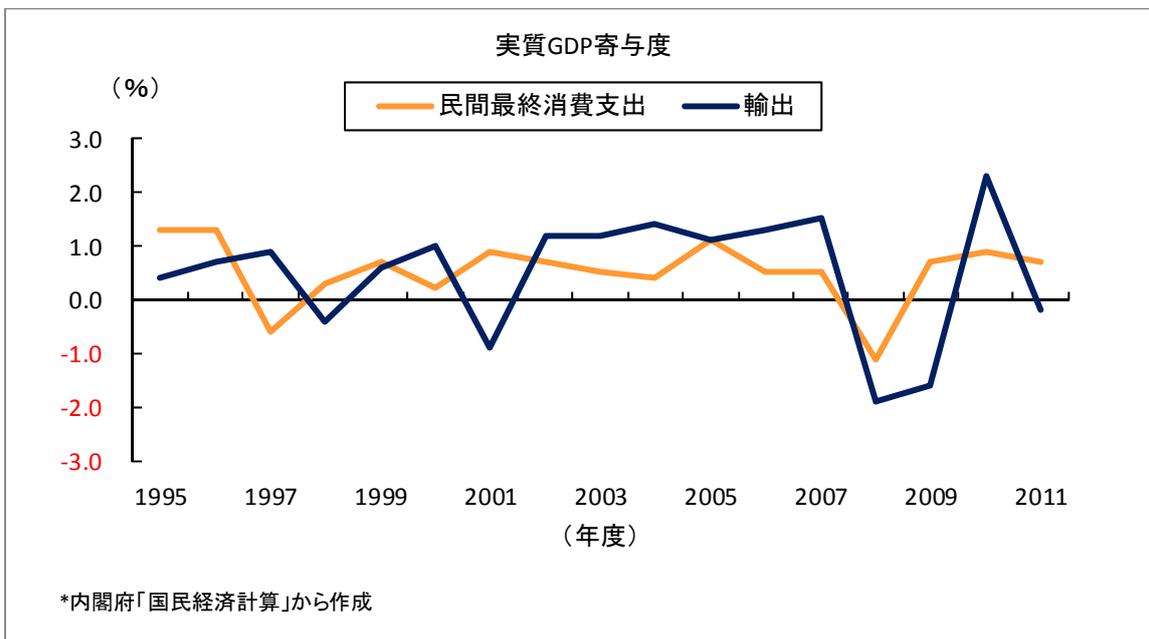
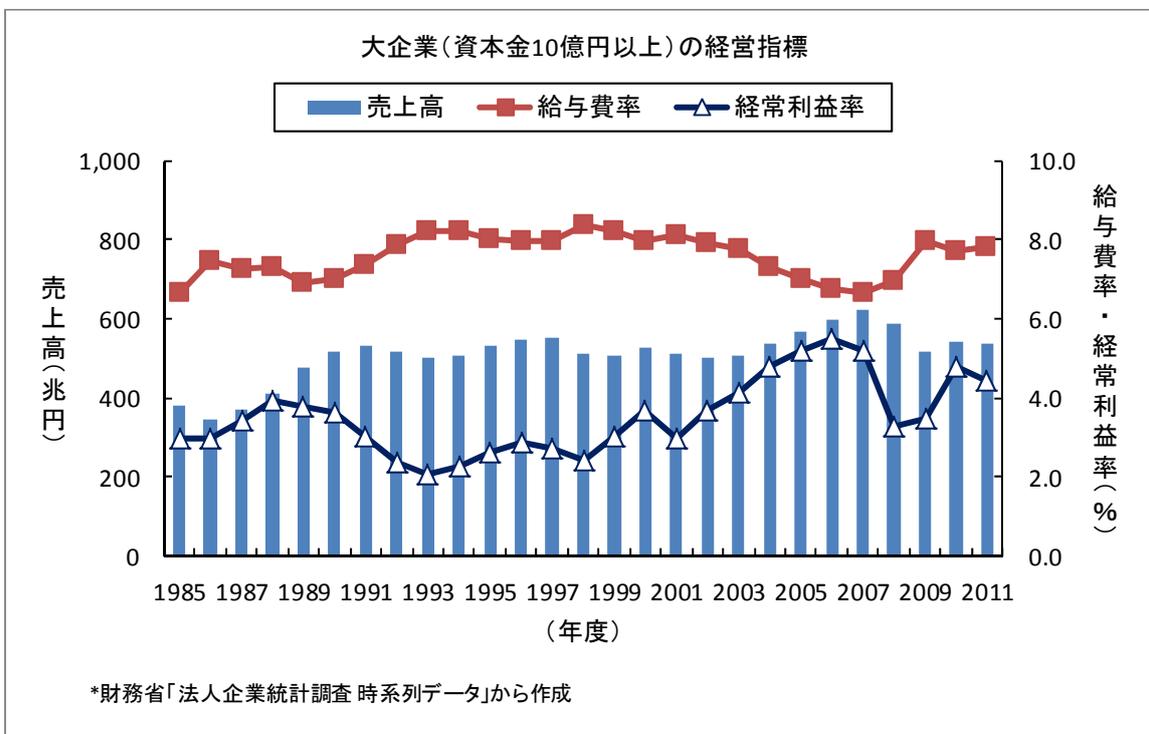


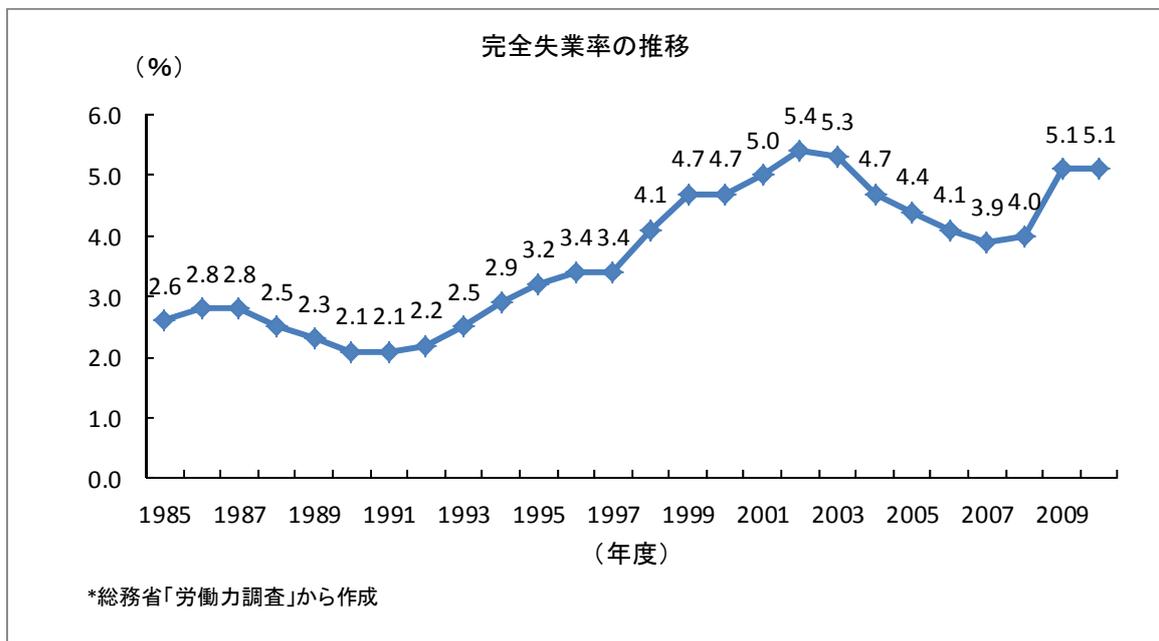
図 2.1.4 大企業の経営指標



2.2. 雇用情勢

完全失業率は、2002年をピークに2007年まで低下をつづけた(図 2.2.1)。しかしそもそも小泉構造改革がはじまった2001年当時の失業率がかなり高かったことを考慮しておく必要がある。特に2001年から2002年にかけては、大手企業で1,000人、多いところでは1万人を超える規模のリストラ(早期退職優遇制度が活用された)が断行された⁶。この後、完全失業率は徐々に改善していくが、1990年代前半までの水準には回復しなかった。さらに小泉構造改革後ではあるが、2008年秋の世界経済危機以降、派遣労働者や期間従業員が契約解除されたり解雇されたりするケースが増加した。2008年12月31日から2009年1月5日までは、日比谷公園でいわゆる「年越し派遣村」が実施された⁷。

図 2.2.1 完全失業率の推移



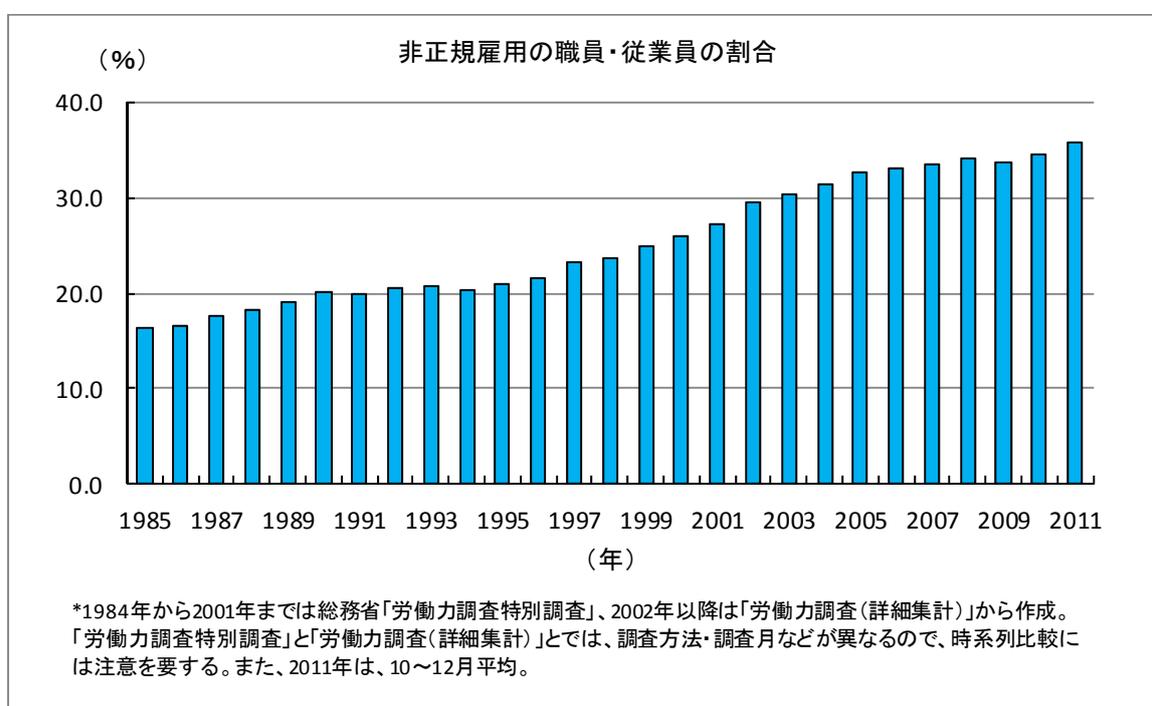
⁶ 2001年8月29日、読売新聞「主要30社、軒並み1000人超す削減 ITけん引には限界／読売新聞社アンケート」

⁷ 厚生労働省「平成21年版 厚生労働白書」

<http://www.hakusyo.mhlw.go.jp/wpdocs/hpax200901/b0045.html#n91.1>

完全失業率が低下したといっても、就業できたのは非正規という形であった。2001年以降、輸出の拡大に対応するなどのため、企業は非正規社員の雇用を増やした。2003年には非正規社員の割合が3割を超えた。2004年3月には、総合規制改革会議の答申⁸を受けて、「物の製造」（製造業）への労働者派遣が解禁された（図 2.2.2）⁹。

図 2.2.2 非正規雇用の職員・従業員の割合



⁸ 総合規制改革会議「規制改革の推進に関する第2次答申 ー経済活性化のために重点的に推進すべき規制改革ー」2002年12月12日

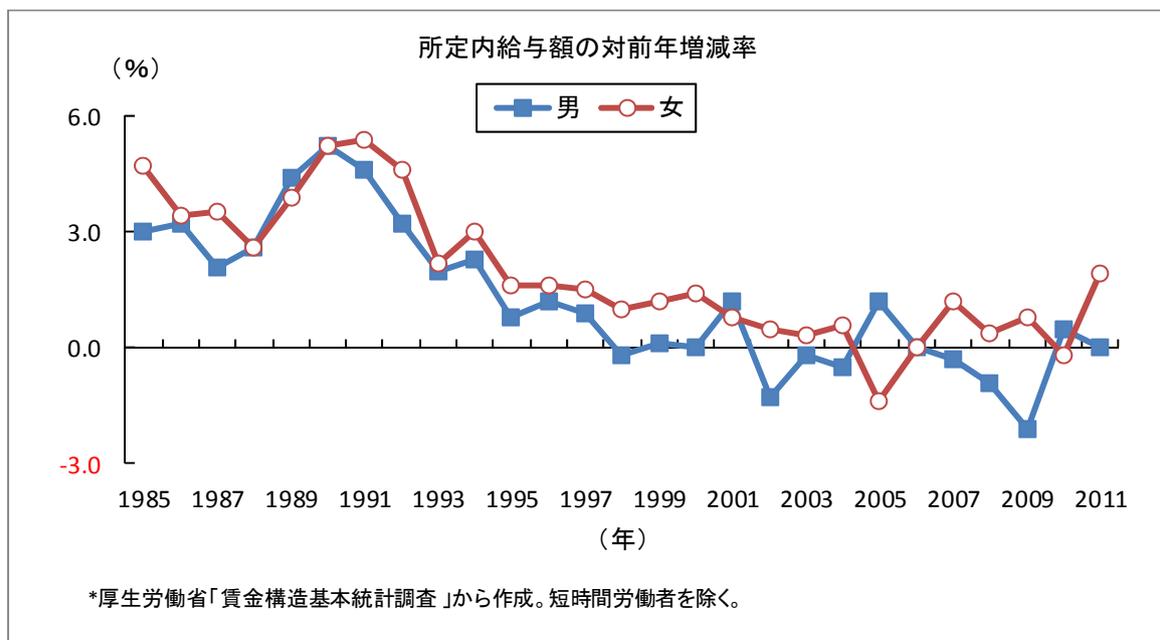
<http://www8.cao.go.jp/kisei/siryo/021212/index.html>

⁹ 製造業の派遣可能期間は2007年3月1日以降（製造業以外は2004年3月1日以降で先行実施）は最長3年とされ、3年を超えて業務を継続する場合には、直接雇用にするか、請負にするかしなければならなくなった。2007年3月から3年なので、タイムリミットは2009年である。その2009年、非正規雇用社員の割合は一時的に低下したが、2010年以降、ふたたび上昇しはじめた。

所定内給与額¹⁰の対前年度比は、小泉構造改革以降、マイナスに転じる年も見られるようになった（図 2.2.3）。また、2008年9月のリーマン・ショックまで、年間給与1,500万円以上の高所得者と、200万円未満の低所得者の両方が増加し、給与所得面での格差が広がった（図 2.2.4）。

小泉構造改革は民間消費の拡大を目指したが、家計の消費支出は伸びなかった（図 2.2.5）。構造改革で経済成長を実現したと言われても、国民の雇用環境は厳しく、給与は下がり、国民は消費を抑制しつづけた。

図 2.2.3 所定内給与額の対前年増減率



¹⁰ 決まって支給する給与額（所得税、社会保険料などを控除する前の現金給与額）から、超過労働給与額（時間外勤務手当、深夜勤務手当、休日出勤手当、宿日直手当、交替手当）を差し引いた額。

図 2.2.4 給与階級別給与所得者数

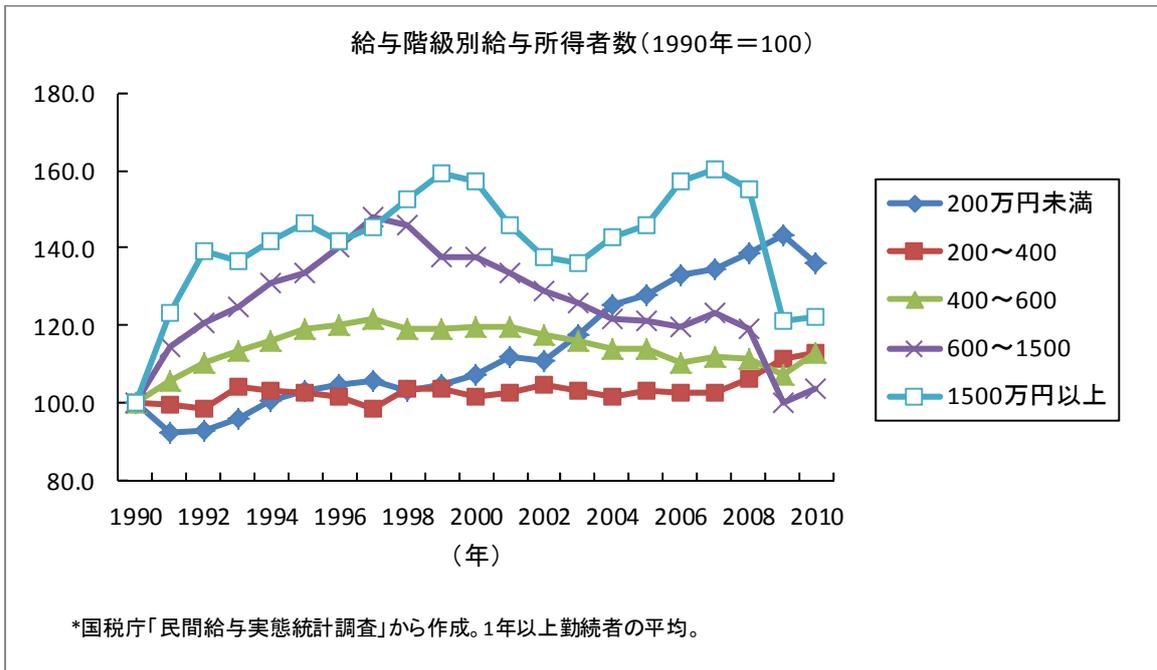
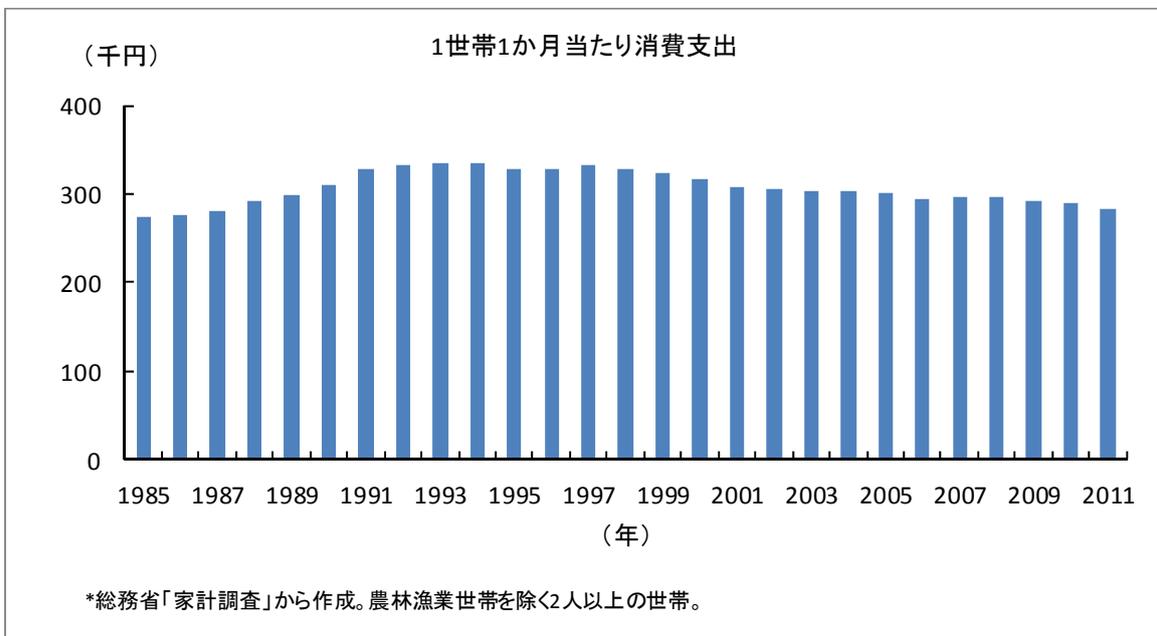


図 2.2.5 1世帯1か月当たり消費支出



3. 医療に何をもたらしたか

3.1. 小泉構造改革以前

1981年、臨時行政調査会（第二次臨時行政調査会、いわゆる土光臨調）は、その「第一次答申」¹¹で、「効率化」「民間の活力を活かすことが可能なものは、極力民間の自主的運用にゆだねる」といった方針を示した。医療については、医療費適正化、老人保健医療での患者一部負担の導入¹²等を提示した。

1997年11月、財政構造改革の推進に関する特別措置法（以下、財政構造改革法）が成立し、社会保障費削減の数値目標が設定された。具体的には、集中改革期間（1998～2000年度）は量的縮減目標が設定され、1998年度の当初予算額は、1997年度の当初予算額に3,000億円を加算した額を下回ること、1999年度、2000年度の当初予算額は、前年度の当初予算額の2%を上回らないこととされた¹³。

これを受けて、1998年度予算の社会保障費は自然増だけで8,000億円と予測されていたが、薬価引き下げなどにより前年比2,929億円の増加に抑制された。しかしこのときも診療報酬本体はプラス改定（+1.5%）であった。

1998年には、金融機関の破たんなど経済状況がきわめて悪化したことから、財政構造改革法は大幅に見直された。社会保障費についても、1999年度予算での量的縮減目標は停止になった。

¹¹ 臨時行政調査会「行政改革に関する第一次答申」1981年7月10日

¹² 1983年2月に老人保健医療に患者一部負担が導入された。

¹³ 財務省「財政構造改革と平成10年度予算」

http://www.mof.go.jp/pri/publication/zaikin_geppo/hyou/g553/553a.pdf

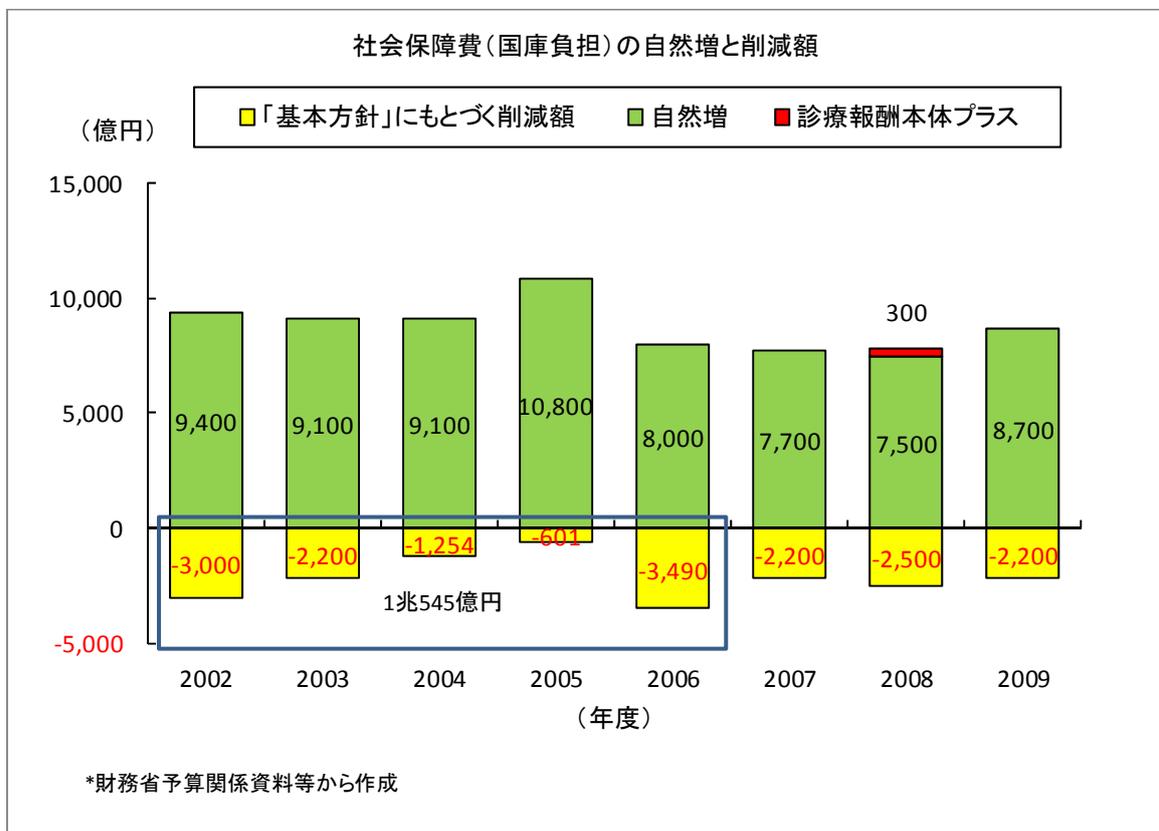
厚生労働省「厚生白書（平成10年版）」

<http://www.hakusyo.mhlw.go.jp/wpdocs/hpaz199801/b0071.html>

3.2. 社会保障費年 2,200 億円の機械的削減

小泉構造改革下の「基本方針 2001」で聖域なき歳出削減が掲げられ、翌 2002 年度から 2006 年度までの 5 年間で、社会保障費の国庫負担は診療報酬マイナス改定分も含めて、当初予算ベースで累計 1 兆 545 億円（約 1.1 兆円）が削減された（図 3.2.1）。

図 3.2.1 社会保障費（国庫負担）の自然増と削減額



「基本方針 2006」¹⁴は、「過去 5 年間の改革（国の一般会計予算ベースで▲1.1 兆円の伸びの抑制）を踏まえ、今後 5 年間においても改革努力を継続」という方針を打ち出した。「基本方針 2006」には、「機械的に 5 年間均等に歳出削減を行うことを想定したものではない」と記されたが、財務省は毎年の予算概算要求基準（シーリング）で、1.1 兆円を 5 年間機械的に配分した年 2,200 億円の削減を要求した。

具体的には、たとえば 2007 年度予算であれば、「平成 19 年度一般歳出の概算要求基準の考え方」¹⁵に、「自然増（7,700 億円）に対し、制度改革等による削減・合理化（▲2,200 億円）を図り、5,500 億円の増」と書かれている。

社会保障費自然増の機械的削減が撤回されたのは、「基本方針 2009」¹⁶（麻生内閣）においてであり、2010 年度予算で社会保障の必要な修復をすることとされ、社会保障費の自然増がそのまま認められることになった。しかし、それまでの間、2002 年度から 2009 年度までに削減された金額は累計 1 兆 7,445 億円に達している。この間、2006 年度には診療報酬が大幅に引き下げられ、医療崩壊を現実化させた。

¹⁴ 「経済財政運営と構造改革に関する基本方針 2006」2006 年 7 月 7 日、閣議決定
<http://www.kantei.go.jp/jp/singi/keizai/kakugi/060707honebuto.pdf>

¹⁵ 財務省概算要求基準「平成 19 年度一般歳出の概算要求基準の考え方」2006 年 7 月 21 日
http://www.mof.go.jp/budget/budger_workflow/budget/fy2007/h19glb.pdf

¹⁶ 「経済財政改革の基本方針 2009」2009 年 6 月 23 日、閣議決定
<http://www.kantei.go.jp/jp/singi/keizai/kakugi/090623kettei.pdf>

表 3.2.1 社会保障費（国庫負担）削減額の内訳

(億円)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
自然増	9,400	9,100	9,100	10,800	8,000	7,700	7,500	8,700

削減額

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
医療制度改革	-970				-900			
診療報酬改定	-1,830		-717		-2,390		(本体)300	
介護保険制度改革				-420				
介護報酬改定		-300			-90			
年金物価スライド引き下げ		-1,150	-100	-100	-110			
支援費制度見直し				-43				
公費負担医療				-38				
その他	-200	-750	-437					
薬価・材料改定							-960	
後発医薬品の使用促進							-220	-230
被用者保険による政管健保支援							-1,000	
雇用保険の国庫負担縮減						-1,800		
生活保護の見直し						-400	-320	
その他								
年金特別会計の特別保健福祉事業資金の清算								-1,370
一般財源化される道路特定財源の一部								-600
合計	-3,000	-2,200	-1,254	-601	-3,490	-2,200	-2,200	-2,200
累計	-3,000	-5,200	-6,454	-7,055	-10,545	-12,745	-14,945	-17,145

*参議院厚生労働委員会調査室資料ほかから作成

診療報酬改定率

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
医科	-1.30	—	0.00	—	-1.50	—	0.42	—
歯科	-1.30	—	0.00	—	-1.50	—	0.42	—
調剤	-1.30	—	0.00	—	-0.60	—	0.17	—
本体	-1.30	—	0.00	—	-1.36	—	0.38	—
薬価・材料改定	-1.40	—	-1.05	—	-1.80	—	-1.20	—
診療報酬全体(ネット)	-2.70	—	-1.05	—	-3.16	—	-0.82	—

診療報酬の厳しい抑制は財務省主導で行われた。2007 年、財政制度等審議会（以下、財政審）は、その建議において、賃金・物価と診療報酬本体改定率には 3.6%程度の乖離があるので、これを是正すべきだとした¹⁷。

財政審は、まず、人事院勧告と消費者物価指数の伸び率を示し、医療機関の費用は人件費 5 割、物件費 3 割であるとして、「人事院勧告×5 割+消費者物価指数の伸び率×3 割」と診療報酬改定率と比較した。これによれば、2007 年度時点での累積乖離率は 3.6 ポイントで、診療報酬が上回る（図 3.2.2）。

しかし、なぜ、財政審は 1998 年度を起点としたのであろうか。なぜ人事院勧告を用いたのであろうか。人事院は、公務員の給与が民間企業よりも高いからこそ引き下げを勧告してきたのである。しかも、人事院勧告が比較対象としている企業は、従業員数 50 人以上のある程度大きな事業所である。

小泉構造改革が始まった 2001 年度を起点としてみよう。比較対象には、小規模の会社も含まれるよう従業員 5 人以上の事業所を調査した実質賃金を用いた。この結果では、2007 年度時点での累積乖離率は 0.7 ポイントで、診療報酬が下回る（図 3.2.3）。財政審的にいえば、診療報酬を引き上げて是正しなければならぬということになる。

社会保障費の自然増は、こうした財政審（財務省）の資料をもとに削減されていったのである¹⁸。

¹⁷ 財政制度等審議会「平成 20 年度予算の編成等に関する建議」2007 年 11 月 19 日
http://www.mof.go.jp/about_mof/councils/fiscal_system_council/sub-of_fiscal_system/report/zaiseia191119/zaiseia191119_00.pdf

¹⁸ ここに示したのは一例である。最近でも財務省は、個人開業医の収支差額を年間給与と比較したり、中医協の「医療経済実態調査」がすでに直近 2 事業年度の年間データ（定点）を調査しはじめたにもかかわらず、6 月単月調査（非定点）のデータを使用したりしている。

図 3.2.2 (財政審資料) 人事院勧告・物価と診療報酬本体改定率

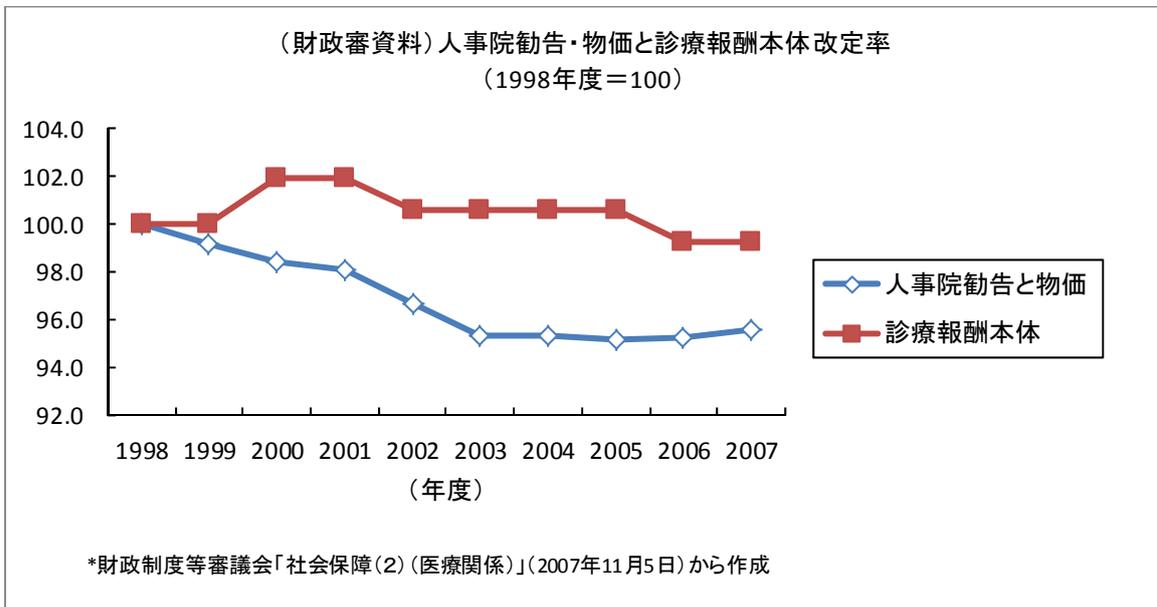
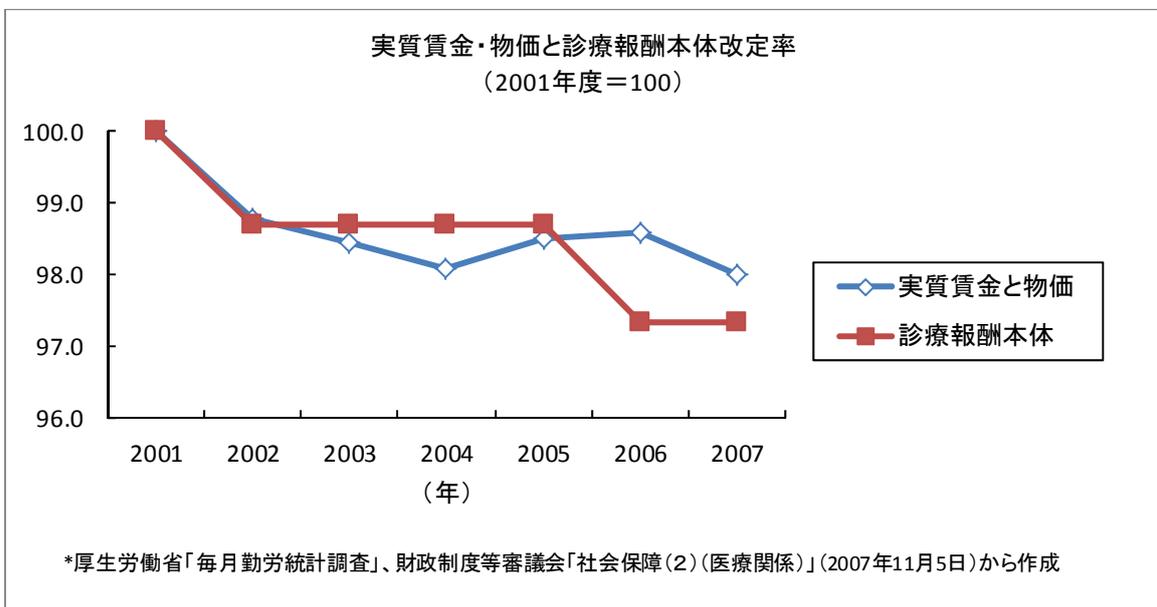


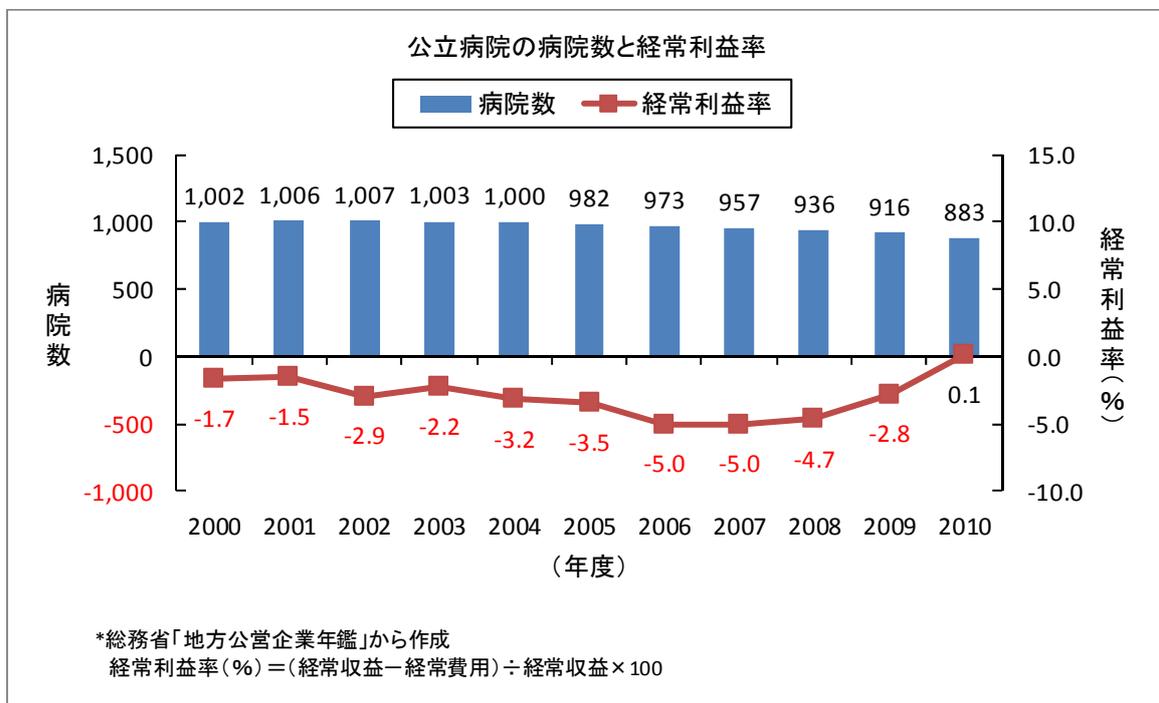
図 3.2.3 実質賃金・物価と診療報酬本体改定率



3.3. 医療崩壊

医療機関経営も厳しい状況に追い込まれた。公立病院を例に見ると、聖域なき歳出削減がはじまった2001年度以降2007年度まで、経常利益率はほぼ毎年悪化し、病院数も減少した（図 3.3.1）。

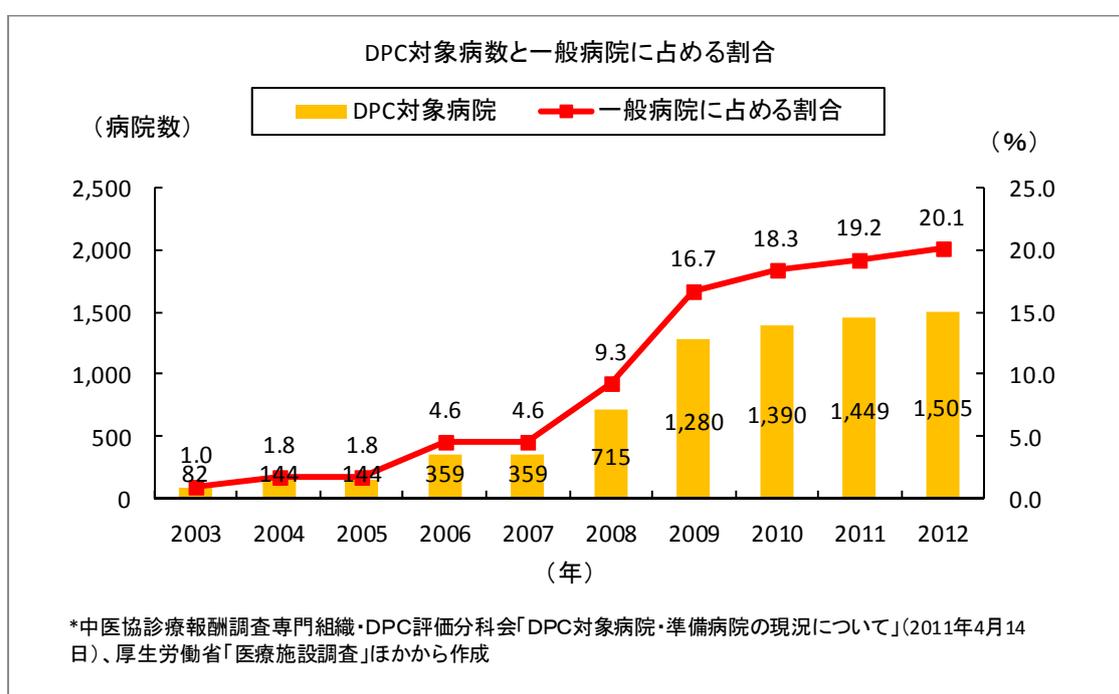
図 3.3.1 公立病院の病院数と経常利益率



※公立病院は民間病院に比べて給与水準が高く、かつ大胆な給与費削減を行わなかったことが経営悪化の一要因であるとの見方もある。しかし、公立病院には経営困難な不採算地区の医療を担っている病院も少なくない。

経営環境が厳しくなる中、病院は藁にもすがる思いで DPC 対象病院¹⁹に手をあげた。DPC では、入院基本料等に相当する部分が包括払いになるが、出来高払いで計算した場合の前年度収益を保証する仕組み（調整係数²⁰）があった。さらに DPC 病院でなければ急性期病院として生き残れないという危機感が加わって、DPC 対象病院が急速に拡大した（図 3.3.2）²¹。

図 3.3.2 DPC 対象病院数と一般病院に占める割合



¹⁹ DPC (Diagnosis Procedure Combination) とは診断群分類のこと。この分類に基づき診療報酬の一部が包括化されており、これを「DPC (診断群分類) による包括評価」(DPC 制度) という。DPC 対象病院とは、この評価の下で支払いを受ける病院である。なお 2010 年 12 月 16 日の DPC 評価分科会以降、DPC 制度は、DPC/PDPS (Diagnosis Procedure Combination / Per-Diem Payment System) と称することと整理された。

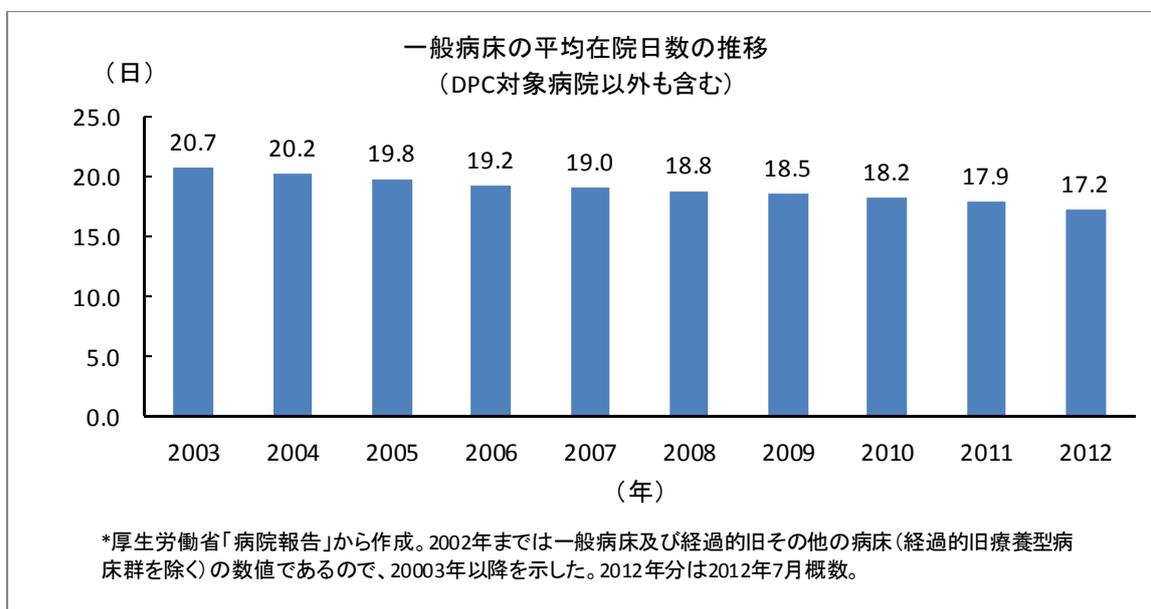
²⁰ 2012 年度診療報酬改定以降、調整係数は段階的に基礎係数と機能評価係数 II に置き換えられており、2018 年度改定で調整係数は廃止される予定。

²¹ 2003 年は特定機能病院で導入、2004 年に試行的適用病院に拡大した後、2006 年度の診療報酬改定で DPC 対象病院が位置づけられた。

DPC 病院の拡大は、まさに構造改革推進派が描いた医療費抑制にむけた路線であった。総合規制改革会議（当時）は 2001 年当時から、包括払い・定額払い制度の拡大を要求している²²。その理由は、総合規制改革会議いわく、出来高払いの診療報酬体系ではコストインセンティブが働きにくく過剰診療を招きやすいためであり、包括払い・定額払い方式にすれば、医療内容が標準化され、在院日数の短縮やコストの削減などのインセンティブが働くとともに、医療機関ごとの医療費の格差を縮小できるためである。

平均在院日数の短縮化が、患者にとってどのような効果あるいは負担をもたらすのか確認されないまま、平均在院日数短縮化が進んでいった。DPC 対象病院の入院包括部分の診療報酬点数は、入院期間に応じて段階的に引き下げられるからである。さらに出来高の病院でも、平均在院日数が短いほうが高い診療報酬を算定できるようになっていったため²³、ますます平均在院日数の短縮化が進んでいる（図 3.3.3）。

図 3.3.3 一般病床の平均在院日数の推移



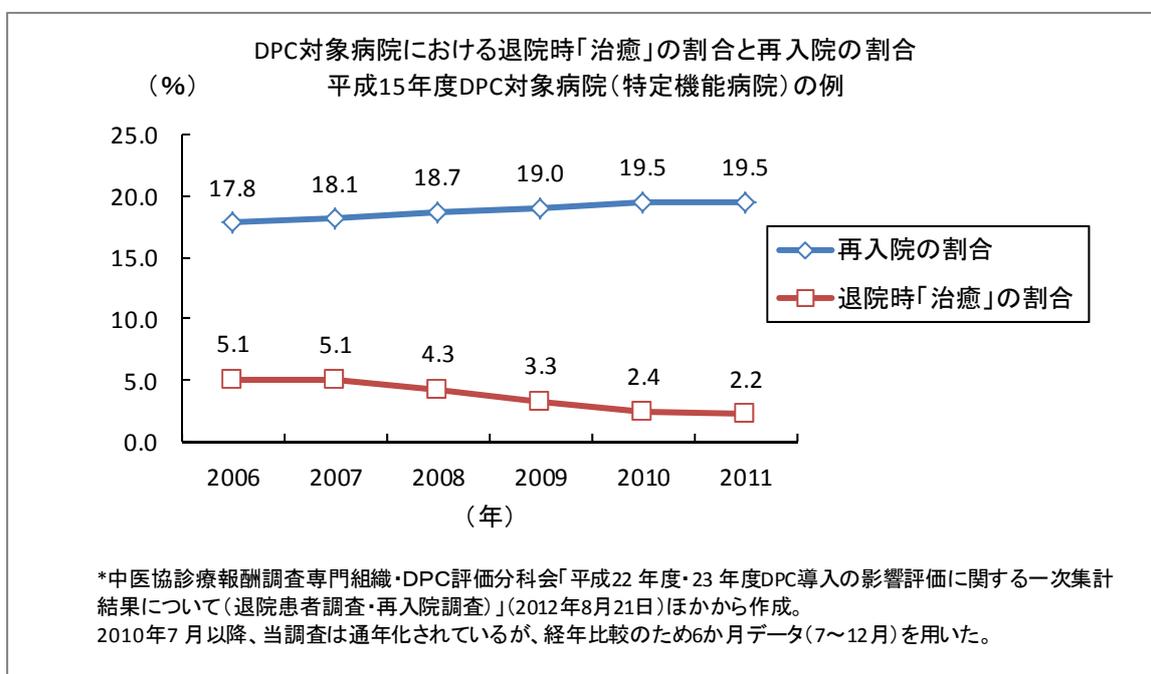
²² 総合規制改革会議「規制改革の推進に関する第1次答申」（2001年12月11日）

<http://www8.cao.go.jp/kisei/siryo/011211/1.html>

²³ 2006年度診療報酬改定で、平均在院日数19日以内（2012年度診療報酬改定で18日以内に見直し）等を要件とする入院基本料7対1が創設されるなどした。

総合規制改革会議（当時）が狙ったとおり、病院経営にとって平均在院日数の短縮化は大きなインセンティブになった。治癒していない状態で退院し、再入院することが増え、患者にとっての身体的負担や精神的負担は大きくなったが、もはや平均在院日数の短縮化は至上命令になっている。治癒率の低下や再入院の増加について、急性期として適切な医療が提供されていることの証左であるとの意見もある²⁴。

図 3.3.4 DPC 対象病院における退院時「治癒」の割合と再入院の割合

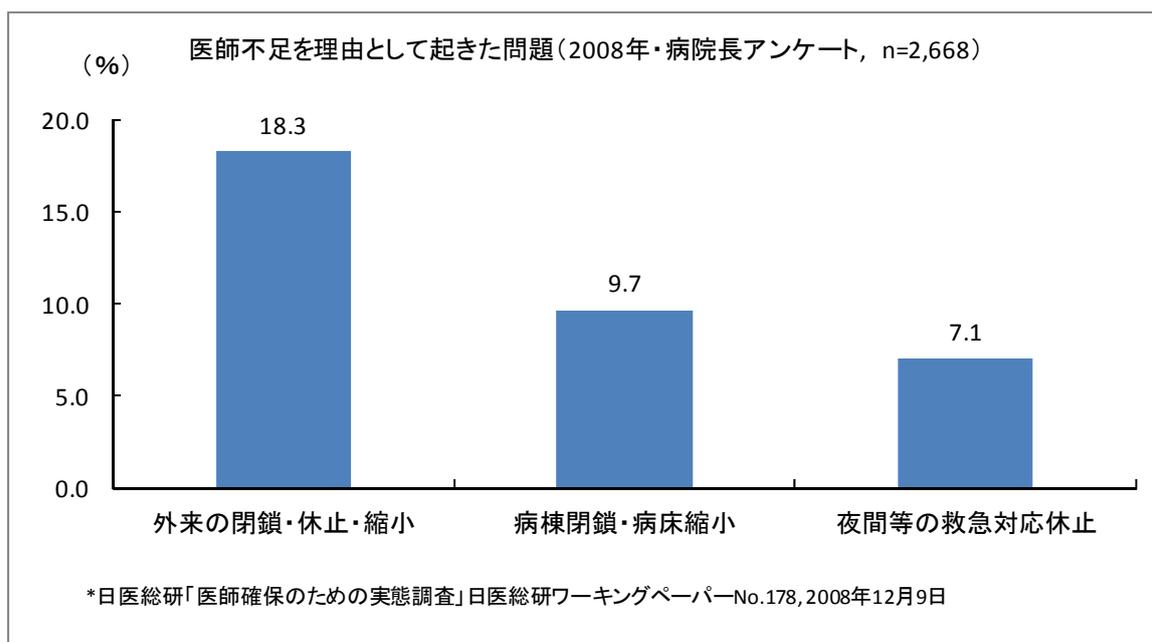


²⁴ 「治癒の割合は減少傾向であることについては、急性期としてある程度病態が安定した時点までの入院医療を反映しているものと考えられ、急性期として適切な医療が提供されているものと考えられる」
2008年5月21日、中医協基本小委提出資料、「平成19年度『DPC導入の影響評価に関する調査結果および評価』最終報告概要」

2004年4月には新医師臨床研修制度がはじまった。研修先の選択肢が広がり、初期研修医が大学病院以外の病院を選ぶケースが多くなった。大学病院は医師不足のため地域の医療機関への医師派遣を中止し、地域の医療機関では新たな医師を確保することが困難になったため、外来を中止したり、病棟を閉鎖したりするなどした。

日本医師会が2008年に病院長アンケートを実施したところ、医師不足を理由として外来の閉鎖・休止・縮小をした病院が18.3%あった。2006年度には診療報酬に入院基本料7対1が創設され、医師不足だけではなく、看護師不足も深刻化した。

図 3.3.5 医師不足を理由として起きた問題



3.4. 営利市場の拡大

小泉構造改革の出発点である「基本方針 2001」を作成したのは経済財政諮問会議であり、これを後押ししたのが総合規制改革会議（当時）である。これらの民間有識者議員等は、大企業のトップである（表 3.4.1）。構造改革に利益至上主義を持ち込み、公的医療保険の給付範囲を縮小して、私的医療費市場を拡大しようとするのは当然のことと思われる。

表 3.4.1 経済財政諮問会議議員ほか

経済財政諮問会議議員の民間有識者

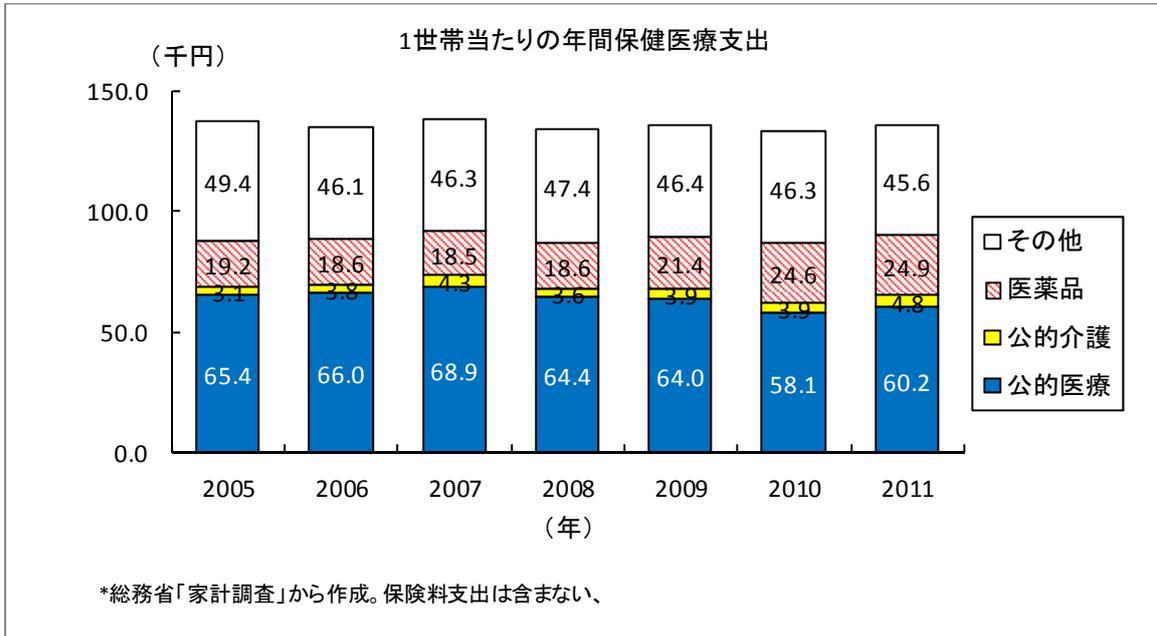
2001.1- 2006.10	牛尾治朗 奥田碩 本間正明 吉川洋	ウシオ電機(株)代表取締役会長 トヨタ自動車(株)代表取締役会長 大阪大学大学院経済研究科教授 東京大学大学院経済研究科教授
2006.10- 2008.10	伊藤隆敏 丹羽宇一郎 御手洗富士夫 八代尚宏	東京大学大学院経済学研究科教授(兼) 公共政策大学院教授 伊藤忠商事株式会社取締役会長 キヤノン株式会社代表取締役会長 国際基督教大学教養学部教授
2008.10- 2011.9	岩田一政 張富士夫 三村明夫 吉川洋	内閣府経済社会総合研究所長 トヨタ自動車株式会社取締役会長 新日本製鐵株式会社代表取締役会長 東京大学大学院経済学研究科教授

規制改革に関する会議の変遷

期間	名称および議長・委員長
1998.1- 2001.3	規制改革委員会 宮内義彦 オリックス(株)代表取締役会長
2001.4- 2004.3	総合規制改革会議 宮内義彦 オリックス株式会社取締役兼代表執行役会長・グループCEO
2004.4- 2007.1	規制改革・民間開放推進会議 草刈隆郎 日本郵船株式会社代表取締役会長
2007.1- 2010.3	規制改革会議 草刈隆郎 日本郵船株式会社取締役・相談役
2011.9- 2012.5	行政刷新会議 規制・制度改革に関する分科会(現規制・制度改革委員会) 岡素之 住友商事株式会社代表取締役会長

小泉構造改革後のデータになるが、家計の保健医療支出を見ると、公的医療費（保険料、医薬品を除く）が抑制されている一方で、医薬品の支出は増加しており、また公的医療以外の営利部門の支出、たとえばいわゆる健康食品などの支出はあまり減っていない（図 3.4.1）。営利企業が市場に攻勢をかけていることに加えて、軽症の患者が医療機関を受診せずに、市販医薬品や健康食品などで済まそうとしている可能性などが考えられる。

図 3.4.1 1世帯当たりの年間保健医療支出



公的医療	医科診療代(医師の診断に基づく疾病の治療、身体の矯正のために必要なサービス) 歯科診療代(歯科医師から受けた疾病の治療などのために必要なサービス) 他の入院料(出産入院料に分類されない入院料)
公的介護	原則として、介護認定者が公的介護保険サービスを受した時に支払う利用料
医薬品	薬事法に定める医薬品及び医薬部外品。医師の処方せんにより院外で購入した医薬品を含む
その他	健康保持用摂取品(栄養成分の補給など保健・健康増進のために用いる食品)
	保健医療用品・器具(健康の維持、疾病の治療、身体の矯正のために必要な用品及び器具。紙おむつ、ばんそうこう、入浴剤、眼鏡、コンタクトレンズ、磁気健康器など。)
	出産入院料(出産に伴う手術料、薬剤料、文書料、治療代、食事代など)
	整骨(接骨)・鍼灸院治療代(整骨院(接骨院)や鍼灸院で受けた治療代及び薬代)
	マッサージ料金等(診療外)(病院や整骨院(接骨院)、鍼灸院以外で受けた治療代)
	他の保健医療サービス(上記に分類されない保健医療サービス)

混合診療の解禁

総合規制改革会議等は、混合診療の全面解禁を求めてきた。2004年12月には必ずしも高度でない先進技術について保険給付との併用を認めることになり²⁵、2006年には健康保険法が改正され、保険外併用療養が「評価療養」（先進医療など安全性や有効性の観点から保険導入のための評価を行うもの）と「選定療養」（差額ベッドなど患者の選択に任せるべきであり、保険導入が前提とならないもの）に再編された。

こうして混合診療についてはいったん決着をみたが、国民の不安や、保険会社の営業強化などを背景に、いわゆる第三分野（がん保険）²⁶の市場が拡大している。2011年度の第三分野年換算保険料は5.3兆円である（図 3.4.2）。

総合規制改革会議の議長が代表であった企業グループが全額出資する生命保険会社でも、第三分野の保険契約が大幅に伸長し、2008年度から2011年度にかけて年換算保険料は1.9倍になっている²⁷。

政府は保険外併用療養の範囲を拡大すべき理由として、「患者主権の医療を推進するためには、患者が受けたい医療を受けられないという状況を可能な限り解消すべき」²⁸と言ってきた。現在保険外併用療養として認められている評価療養のうち、先進医療に係る金額を見てみると、それほど伸びてはいない。これだけを持って断定的なことは言えないが、現在の仕組みの下で、ある程度適切に保険収載されているのではないだろうか（図 3.4.3）

²⁵ 「いわゆる『混合診療』問題に係る基本的合意」厚生労働大臣、内閣府特命担当大臣合意、2004年12月15日 <http://www.mhlw.go.jp/houdou/2004/12/dl/h1216-1a.pdf>

²⁶ 「医療保険」、「介護保険」、「がん保険」などの人が疾病や傷害の治療を受けたことやそれらを原因とする人の状態などを事由として保険金を支払う保険。金融庁「金融早わかり Q&A」より。

<http://www.fsa.go.jp/qanda/hoken/01.html>

第三分野は、1974年にアフラックが日本で初めてがん保険を発売し、事実上外資独占であった。1994年、日米包括協定の枠組みの中で、激変緩和措置をとったうえで第三分野に日本企業も参入させることで合意した。しかし1996年には、外国企業を保護するため、さらに2001年まで国内企業を第三分野に参入させないという措置がとられた後、ようやく日本企業に解禁された。

²⁷ オリックス生命株式会社決算報告資料より。

²⁸ 規制・制度改革に関する分科会「規制・制度改革に関する分科会第一次報告書」2010年6月15日 <http://www.cao.go.jp/sasshin/kaigi/honkaigi/d10/pdf/s3.pdf>

図 3.4.2 第三分野年換算保険料の推移

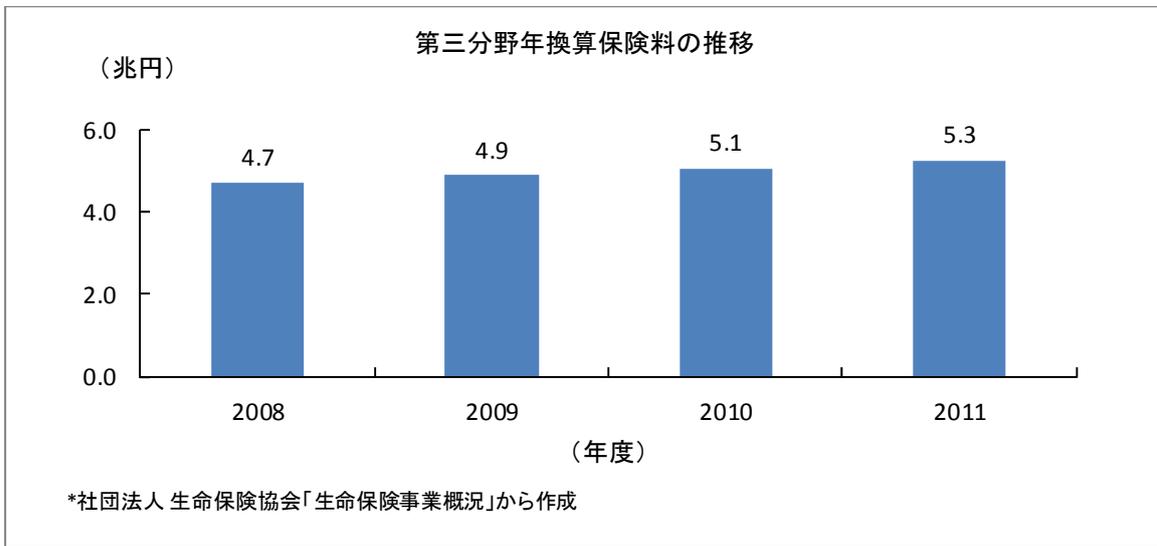
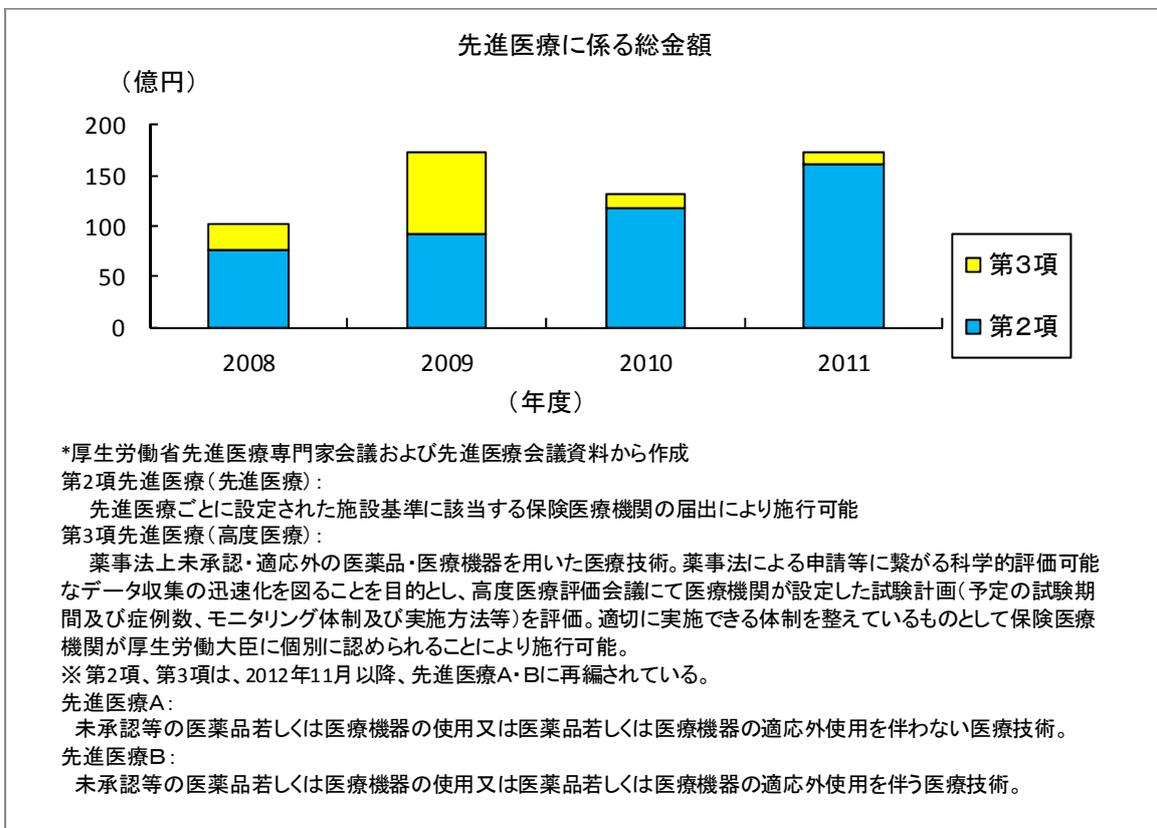


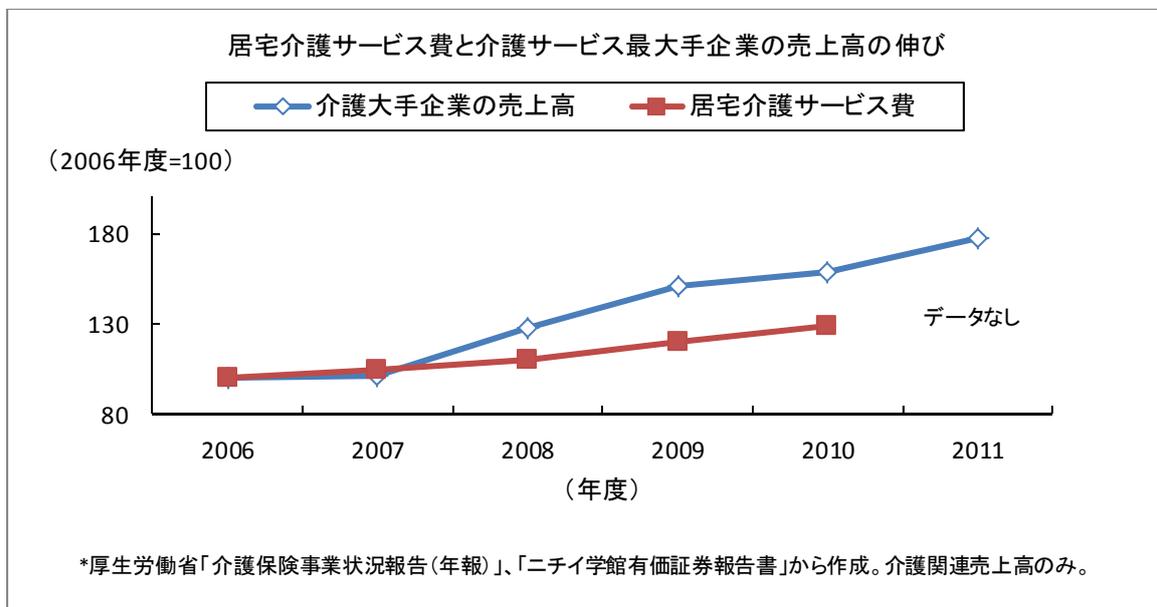
図 3.4.3 先進医療に係る総金額



介護保険は、いってみれば「混合介護」である。支給限度額超過部分は全額自己負担になる。また営利企業が参入しており、介護保険給付対象ではない商品やサービスを自由価格で提供しようとするインセンティブも働きやすい。

そうした背景もあり、介護サービス最大手企業の売上高は、公的居宅介護サービス費²⁹の伸び以上に伸びている（図 3.4.4）「混合介護」では、富裕であればあるほど、さまざまなサービスを受けることができる。医療分野で混合診療が全面解禁されれば、介護と同じような状況が生じかねない。

図 3.4.4 居宅介護サービス費と介護サービス最大手企業の売上高の伸び



²⁹ 介護サービス最大手の企業の主力事業が居宅サービスであるため、居宅サービス費の伸びと比較した。

PFI 事業での営利企業の参入

総合規制改革会議（当時）の議長が代表であったオリックスをはじめ、建設業、電力、不動産、商社、医療関連事務などの大手企業が、PFI 事業によって病院経営に参入している（表 3.4.2）

表 3.4.2 主な病院 PFI 事業

契約	事業名およびSPC(特定目的会社)構成員
2002	高知医療センター整備運営事業PFI事業(2010年契約解除) 高知医療ピーエフアイ/オリックス、オリックス・リアルエステート株式会社(現オリックス不動産)、株式会社竹中工務店、株式会社日本医療事務センター、大成建設株式会社、東京美装興業株式会社、株式会社三菱化学ビーシーエル、メディポートシステム株式会社、富士通株式会社、新日本製鐵株式会社、不動建設株式会社
2003	大阪府 八尾市立病院維持管理・運営事業 八尾医療PFI/ニチイ学館、MIDファンシリティマネジメント、三菱商事、日本医学臨床検査研究所
2003	滋賀県 近江八幡市民病院整備運営事業(2009年契約解除) PFI近江八幡/大林組
2005	島根県立こころの医療センター整備・運営事業 PFIいずも/中筋組、今岡工業、フクダ
2006	東京都 多摩広域基幹病院・小児総合医療センター整備等事業 多摩医療PFI/清水建設、パナソニック電工
2007	東京都 がん・感染症医療センター整備運営事業 駒込SPC/三菱商事、戸田建設、東京電力、麻生、NTTデータ
2007	神戸市立医療センター中央市民病院整備運営事業 神戸メディカルケアパートナーズ/神戸製鋼所、伊藤忠商事、日建設計
2008	筑波大学附属病院再開発に係る施設整備等事業 つくばネクストパートナーズ/日立ビルシステム、鹿島建設、三菱商事、東京電力
2008	愛媛県立中央病院整備運営事業 愛媛ホスピタルパートナーズ/大成建設、システム環境研究所、日建設計
2009	京都市立病院整備運営事業 株式会社SPI京都/ワタキューセイモアグループ、三菱商事、麻生
2010	東京都精神医療センター(仮称)整備運営事業 メディカルマネジメント松沢/日揮、東京電力、尾瀬林業
2010	大阪府立精神医療センター再編整備事業 大阪ハートケアパートナーズ/戸田建設、ビケンテクノ、ニチイ学館、安井建築設計事務所、グリーンホスピタルサプライ、小山
2010	神奈川県立がんセンター特定事業 神奈川メディカルサービス/大林組、ニチイ学館
2010	長崎市新市立病院整備運営事業 長崎ホスピタルパートナーズ/大成建設
2011	福岡市新病院整備等事業 FCHパートナーズ/日本管財、戸田建設、九電工
2012	地方独立行政法人大阪府立病院機構 成人病センター整備事業(予定)

2005年3月、高知中央病院と高知市民病院を統合し、PFI事業³⁰による高知医療センターが開設された³¹。整備・運営主体は高知県・高知市病院組合であり、特定目的会社（SPC, Specific Purpose Company）高知医療ピーエフアイ株式会社（以下、PFI会社）が、施設整備、医療関連サービス（検体検査、食事、医療事務など）、医療機器整備などを一括して受注した。このときのPFI会社の株主は、オリックス株式会社はじめ11社³²であった。

しかし、同病院が黒字化することもないまま、「PFI事業の財政的な効果の発揮ができていない」³³として、2010年3月にPFI契約を解除された。2010年4月以降は、高知県・高知市病院企業団が運営している。

営利企業は医療機関経営には直接参入できないが³⁴、介護保険サービスには参入可能である³⁵。訪問介護事業所を例にみると、営利法人による開設が相次ぎ、2005年には営利法人のシェアが50%を超えている（図3.4.5）。介護保険サービスは支給限度額が決められており、これを超えた部分は全額利用者負担になる。公的医療保険では混合診療は原則禁止されているが、公的介護保険はいつてみれば「混合介護」であり、営利企業にとっては医療よりもはるかに魅力が大きい。

しかし、公的介護保険に参入した営利企業が問題をおこした事例もある。

2007年、介護サービスを提供していた株式会社コムスン（グッドウィル・グループ）において、雇用の実態がないにもかかわらず訪問介護事業所の指定

³⁰ 民間の資金と経営能力・技術力（ノウハウ）を活用し、公共施設等の設計・建設・改修・更新や維持管理・運営を行う公共事業の手法。内閣府「PFI事業導入の手引き」より

http://www8.cao.go.jp/pfi/tebiki/kiso/kiso01_01.html

³¹ オリックス株式会社報道発表資料より、http://www.orix.co.jp/grp/pdf/news/050213_KouchiPFIJ.pdf

³² オリックス株式会社、オリックス・リアルエステート株式会社（現在のオリックス不動産）、株式会社竹中工務店、株式会社日本医療事務センター、大成建設株式会社、東京美装興業株式会社、株式会社三菱化学ビーシーエル、メディポートシステム株式会社、富士通株式会社、新日本製鐵株式会社（現新日鉄住金株式会社）、不動建設株式会社

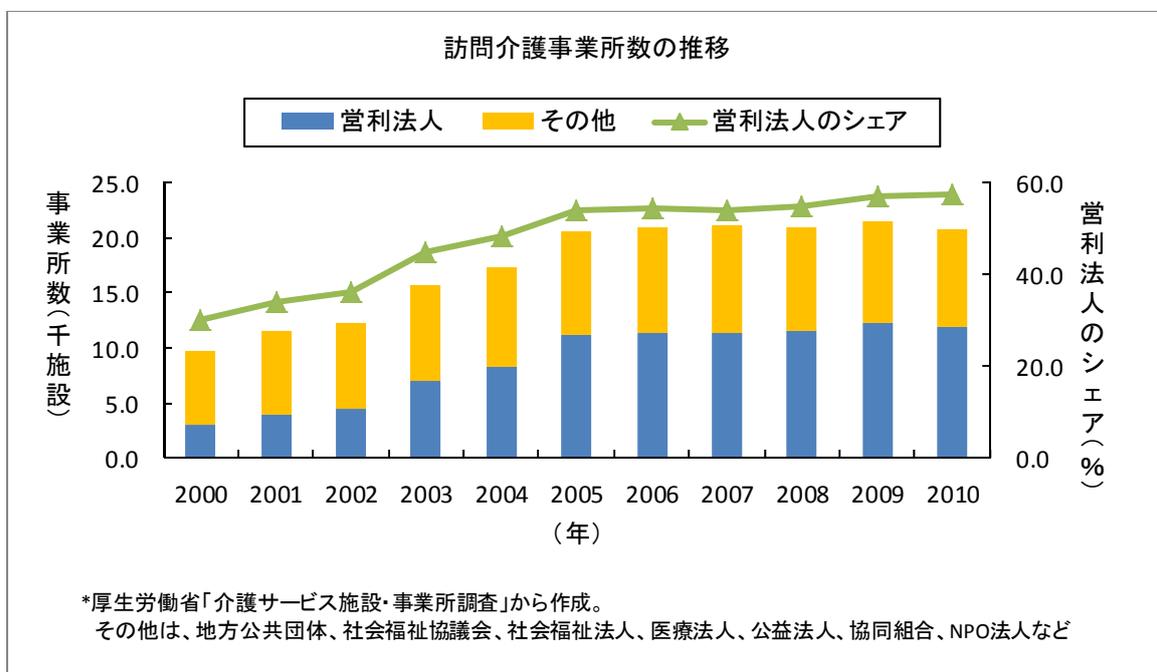
³³ 高知県・高知市病院企業団議会「第12回高知県・高知市病院企業団議会定例会会議録」2009年2月18日 <http://www2.khsc.or.jp/pdf2/h21-02.pdf>

³⁴ 医療法第7条により、営利を目的として病院、診療所または助産所を開設していることが制限されている。

³⁵ 特別養護老人ホームの開設は、市町村、地方独立行政法人、社会福祉法人にしか認められていないが（老人福祉法第15条）、地域活性化総合特区ではPFI方式を活用した民間事業者による特別養護老人ホームを設置することができるようになった（総合特別区域法第48条）。

を受けていたなどの問題が発覚した。厚生労働省は、都道府県に対し、同社の介護サービス事業所を新規指定、更新してはならない旨を通知した³⁶。同社はグループ内企業への事業譲渡で済まそうとしたが、厚生労働省が譲渡の凍結を行政指導し、グッドウィル・グループはすべての介護サービスから撤退した。その後、同社の事業は公募を経て他の企業に移行されたが³⁷、利用者には大きな不安を与えることになった。

図 3.4.5 訪問介護事業所数の推移



³⁶ 厚生労働省 全国介護保険・障害福祉事業者指定・指導監査担当者会議資料, 2007年9月10日

³⁷ 居住系サービス(有料老人ホーム、グループホーム)の移行先にはニチイ学館が選定され、在宅系サービスの移行先には都道府県ごとの事業者が選定された。

4. 医療の営利産業化に係る最近の情勢

4.1. 小泉構造改革と現在の社会保障改革の相似

2010年6月の「新成長戦略」(菅内閣)は、行き過ぎた市場原理主義にもとづいた生産性重視の経済政策は失敗だったと述べている³⁸。市場原理主義と訣別したかのように見えたが、医療・介護・健康関連産業を日本の成長牽引産業として明確に位置付けるとともに、民間事業者等の新たなサービス主体の参入を促進するとともに述べている。これは、小泉構造改革下で要求された株式会社の医療機関経営参入や混合診療の全面解禁を想起させるものである。

● 2010年「新成長戦略」(菅内閣)

高い成長と雇用創出が見込める医療・介護・健康関連産業を日本の成長牽引産業として明確に位置付けるとともに、民間事業者等の新たなサービス主体の参入も促進し、安全の確保や質の向上を図りながら、利用者本位の多様なサービスが提供できる体制を構築する。

また療養の給付範囲のあり方についても、小泉構造改革と最近の政策とによく似た記述が見られる。

● 2001年「基本方針2001」(小泉内閣)

公的保険による診療と保険によらない診療(自由診療)との併用に関する規制の緩和など患者の選択による多様な診療の組合せを可能にする等公的医療保険の対象となる医療の範囲を見直す。

● 2012年「日本再生戦略」(野田内閣)³⁹

公的保険で対応できない分野についても、民間活力を生かし、その創意工夫において、多様なニーズに対応したサービスを創出・提供する。

³⁸ 「新成長戦略」2010年6月18日、閣議決定

<http://www.kantei.go.jp/jp/sinseichousenryaku/sinseichou01.pdf>

「我が国の経済政策の呪縛となってきたのは、産業構造・社会構造の変化に合わない二つの道による政策の失敗である。第一の道は、公共事業中心の経済政策である。(中略)第二の道は、行き過ぎた市場原理主義に基づき、供給サイドに偏った生産性重視の経済政策である。」

³⁹ 「日本再生戦略」2012年7月31日、閣議決定

<http://www.npu.go.jp/policy/pdf/20120731/20120731.pdf>

● **社会保障制度改革推進法（2012年8月、野田内閣）**

- ・医療保険制度に原則として全ての国民が加入する仕組みを維持する。
- ・保険給付の対象となる療養の範囲の適正化等を図る。

歳出削減はどの政権においても重要課題であり、必然的に文言は似かよってくるものかもしれないが、とくに次の比較を示しておきたい。

● **2001年「基本方針2001」（小泉内閣）**

一般会計、特別会計を通じ歳出全般にわたり、スリム化、効率化を図る観点から聖域なく見直しを行う。

● **2012年「日本再生戦略」（野田内閣）**

社会保障分野を含め、聖域を設けずに歳出全般を見直すこととする。

米国からの日本の公的医療保険に対する市場化要望もつづいており、株式会社の医療機関経営への参入については一貫して要望がある。

● **2001年「米国年次改革要望書」（小泉内閣）**

市場競争原理を導入し、日本の医療制度を改善するために、一般に対する医療情報開示の水準を向上させ、病院や看護施設での民間の役割の拡大等を含む構造改革を推進する（日本医師会仮訳）。

● **2010年「米国外国貿易障壁報告書」（鳩山内閣）⁴⁰**

米国政府は、日本に対し、医療サービス分野を外国事業者に開放し、包括的サービスを行なう営利企業、営利目的の病院に新たな機会を認めることを求める（日本医師会仮訳）。

⁴⁰ "2010 National Trade Estimate Report on Foreign Trade Barriers"
<http://www.ustr.gov/about-us/press-office/reports-and-publications/2010>

4.2. 公的医療を取り巻く開国の流れ

米国は日本の公的医療保険を営利産業化し、米国企業等が参入できるよう一貫して要望をつづけており、日本もこれにこたえて開国の方針を示している。これも政権交代前後で同じようなフレーズが見られる。

- 2008年「基本方針2008」（福田内閣）⁴¹

「開かれた国づくり」の道を進む以外に、今後の経済成長はあり得ない。

- 2011年「包括的経済連携に関する基本方針」（菅内閣）⁴²

「国を開き」、「未来を拓く」ための固い決意を固め、これまでの姿勢から大きく踏み込み、世界の主要貿易国との間で、世界の潮流から見て遜色のない高いレベルの経済連携を進める。

日本は2010年10月に、環太平洋連携協定(TPP, Trans-Pacific Partnership)への参加を検討していくことを決定し⁴³、2011年11月、あらためてTPP交渉参加に向けて関係各国との協議に入ることを表明した⁴⁴。

経済界からもTPP参加への期待が高まっており、その背景のひとつに輸出額の減少がある。鋳工業の輸出額は、2008年9月のリーマン・ショック後に急激に落ち込んだ(図4.2.1)。ただし、TPP交渉参加国に対する日本の輸出額は輸出全体の約25%であり(図4.2.2)、輸出と同じ時期に減少した国内需要の回復も急務である。

⁴¹ 「経済財政改革の基本方針2008」2008年6月27日、閣議決定

<http://www.kantei.go.jp/jp/singi/keizai/kakugi/080627kettei.pdf>

⁴² 「包括的経済連携に関する基本方針」2011年11月9日、閣議決定

<http://www.npu.go.jp/pdf/20101109/20101109.pdf>

⁴³ 第2回新成長戦略実現会議

⁴⁴ 2011年11月11日 野田内閣総理大臣記者会見、首相官邸ホームページ

<http://www.kantei.go.jp/jp/noda/statement/201111/11kaiken.html>

図 4.2.1 鋳工業の輸出および国内の出荷指数

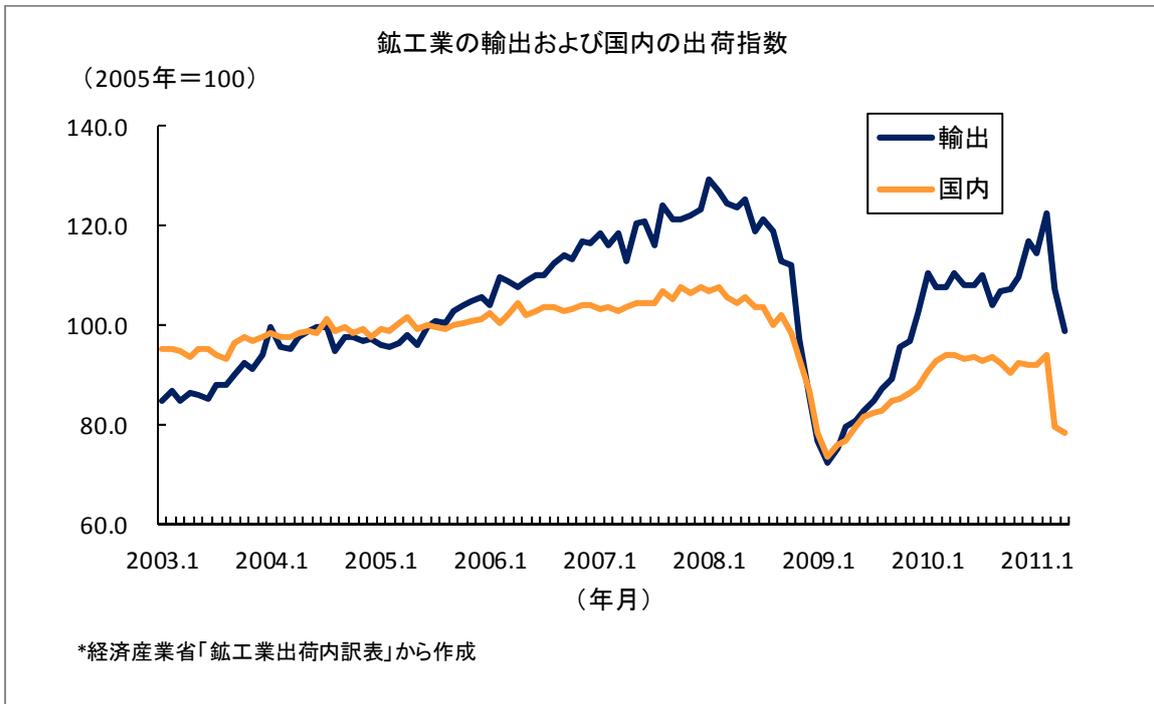
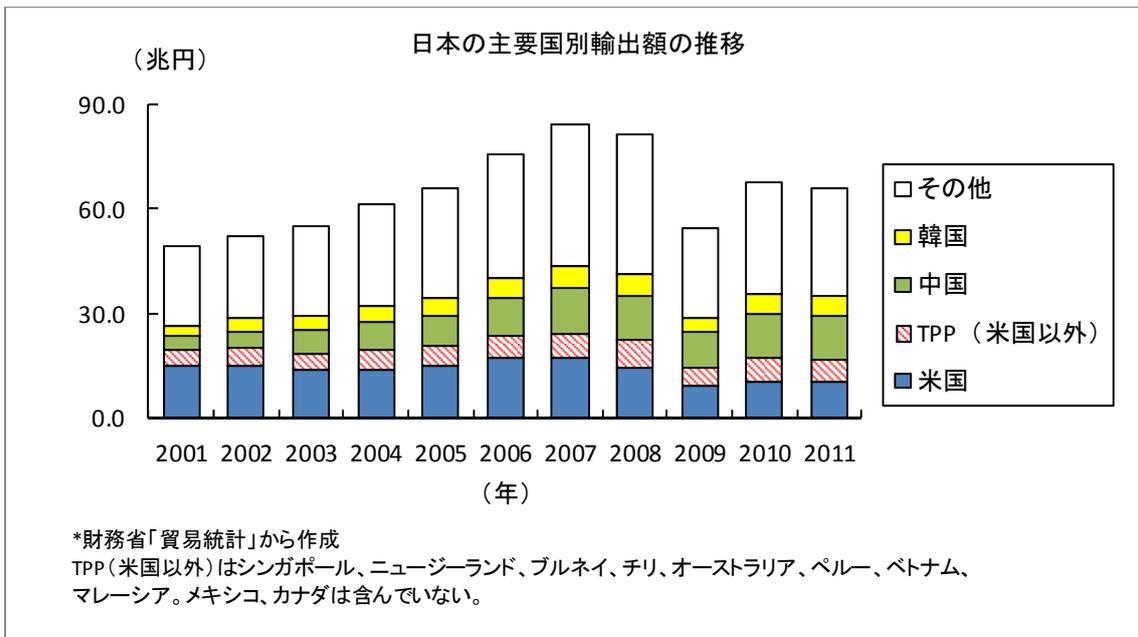


図 4.2.2 日本の主要国別輸出額の推移



TPP では、日本の公的医療保険は議論の俎上に上がらないとされている⁴⁵。しかし、米国は 2011 年 11 月に「医薬品へのアクセスの拡大のための TPP 貿易目標」を発表し、「ジェネリック医薬品及び革新的医薬品双方が TPP 各国の市場に参入する最も公正な機会を確保するため、政府の健康保険払戻制度の運用において透明性と手続きの公平性の基本規範が尊重されることを求める」といった、公的医療保険に直接係る具体的な要求を行っている⁴⁶。

4.3. 雇用創出への期待

「新成長戦略」（2010 年 6 月）は、医療・介護・健康関連産業は高い雇用創出が望めると述べている。輸出産業を中心に製造業が縮小する一方、サービス業の市場は拡大しており、就業者数が着実に増加している（図 4.3.1）。医療・介護分野は雇用誘発係数⁴⁷も高い（図 4.3.2）。

雇用には、医療周辺産業での雇用と、医療サービス本体での雇用がある。医療周辺産業については、技術革新により海外展開を拡大できる可能性もあり、外需依存型の雇用拡大も期待されよう。

⁴⁵ 2012 年 2 月 7 日、米国との協議において、米側より「公的医療保険制度を廃止し、私的な医療保険制度に移行する必要がある」との情報や、また、いわゆる単純労働者の移動を受け入れる必要があるとの情報も流れているが、米国が他の TPP 交渉参加国にそのようなことを要求していることはない」との発言があったとされている。

内閣官房ほか「TPP 交渉参加に向けた関係国との協議の結果（米国）」2012 年 2 月 7 日
http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/tpp/pdfs/tpp01_11.pdf

⁴⁶ 「医薬品へのアクセスの拡大のための TPP 貿易目標」（本年 9 月 12 日米通商代表部（USTR）公表）
（公表文書中の個別項目（仮訳））、2011 年 11 月、外務省

http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/tpp/pdfs/tpp02_01.pdf

⁴⁷ ある産業で 1 単位の生産が発生したとき、他の産業も含めて、どのくらいの雇用が誘発されるかを示す係数。

図 4.3.1 就業者数の推移

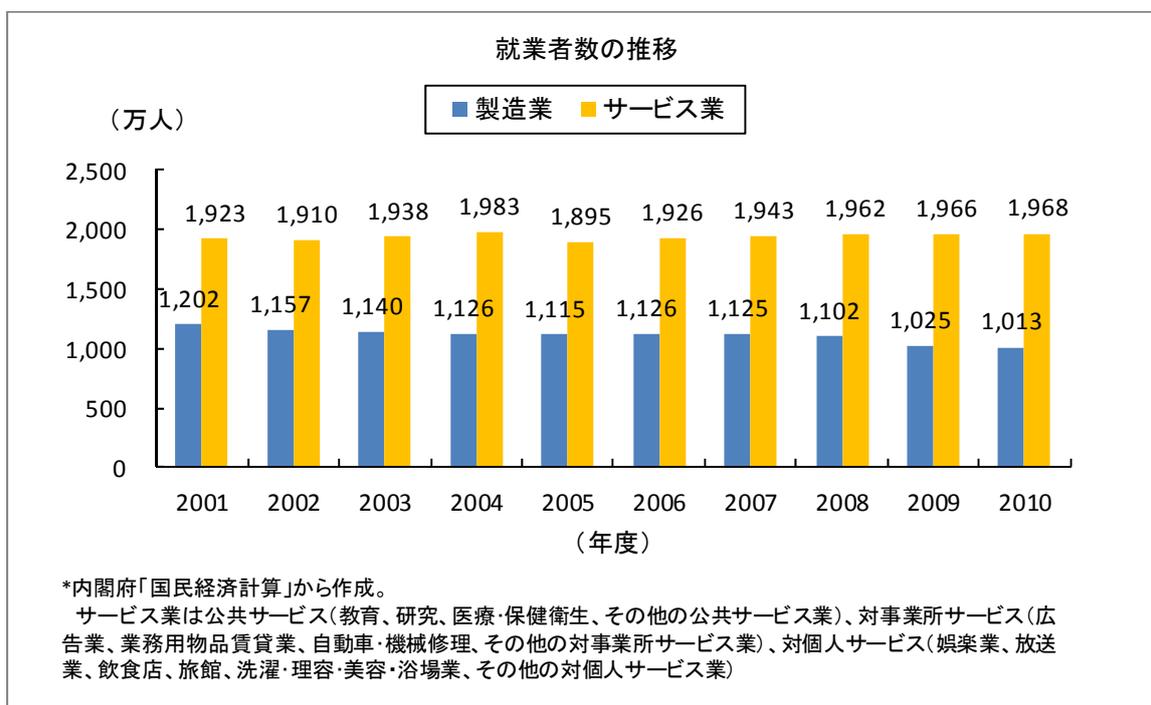
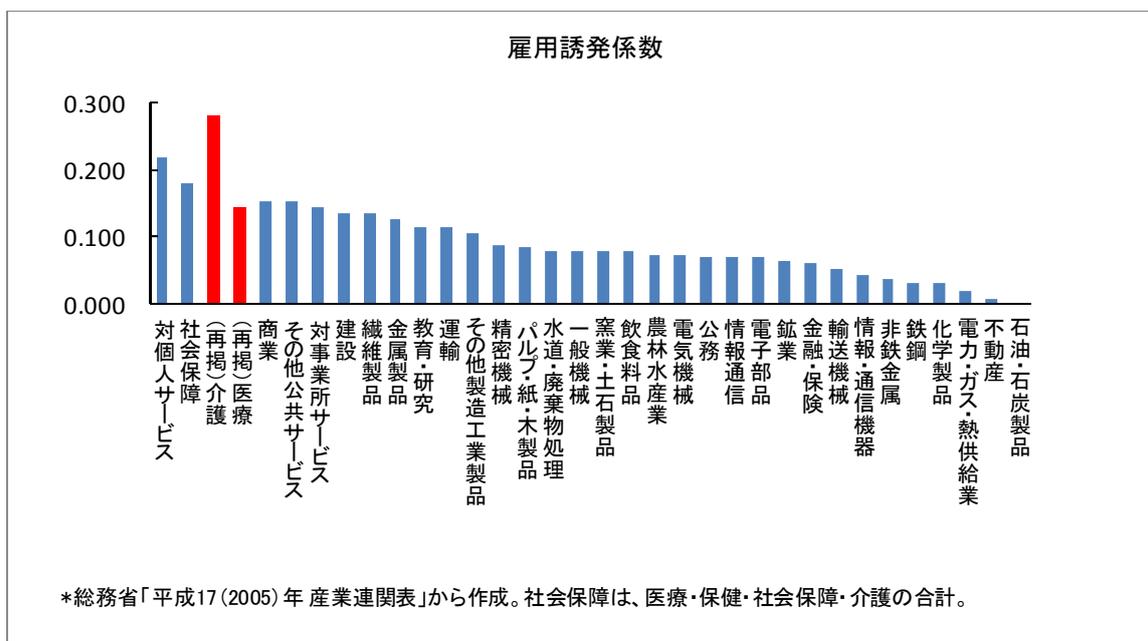
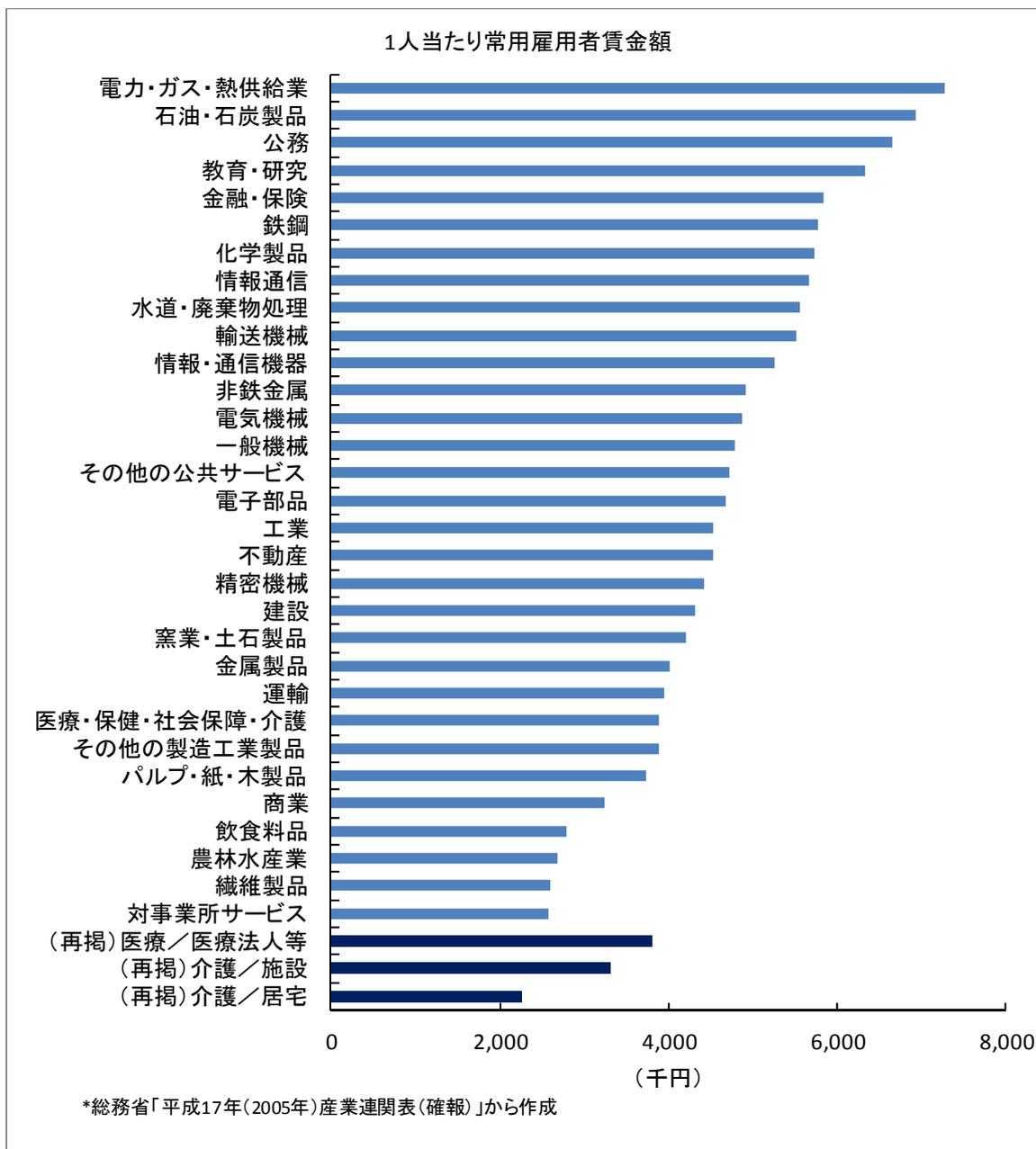


図 4.3.2 雇用誘発係数



医療本体の雇用創出について、「新成長戦略」は、医師養成数の拡大、医療・介護従事者の確保を掲げている。これらは内需拡大につながる雇用である。しかし、医療、介護従事者の賃金は、これまで日本経済を支えてきた製造業よりもかなり低いため（図 4.3.3）、処遇改善が優先されよう。

図 4.3.3 1人当たり常用雇用者賃金額



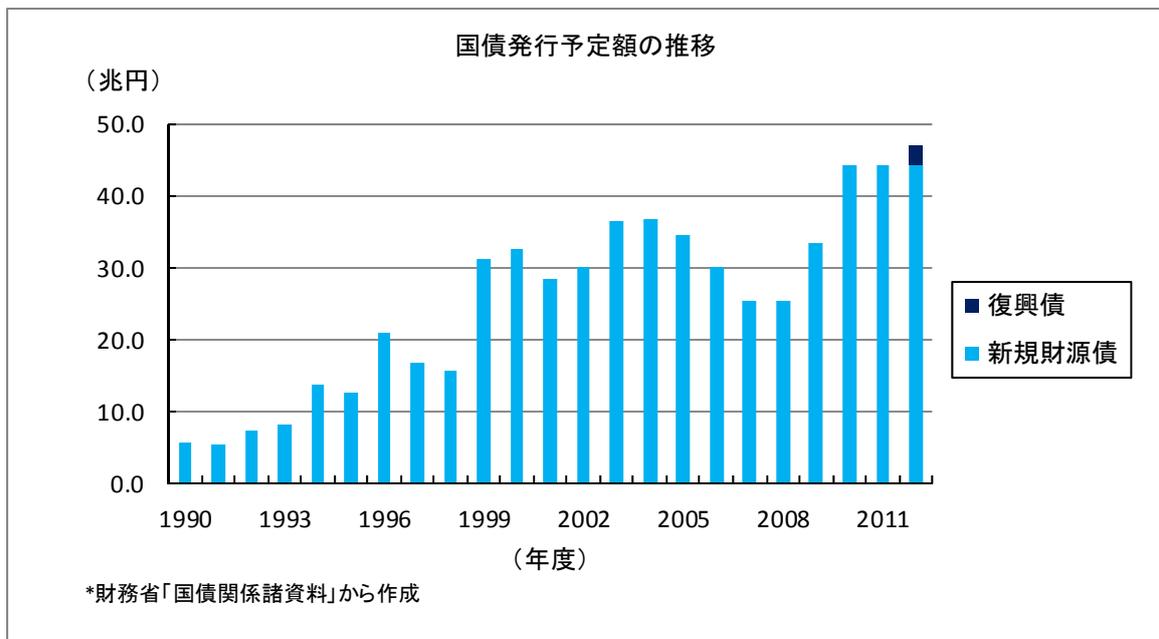
5. 債務・資産と国民負担率

5.1. 国の債務と家計金融資産

小泉構造改革下の「基本方針 2001」は、国債発行を 30 兆円以下に抑制することを目標にした。国債発行額は 2002 年度予算では 30.0 兆円（補正後 35.0 兆円）であったが、翌 2003 年度には 36.4 兆円に拡大し、その後も 30 兆円を上回った（図 5.1.1）。小泉構造改革最終年の 2006 年度予算では国債発行額は 30 兆円を下回ったが、これは財政融資資金特別会計（当時）積立金を活用したためであった。2008 年度予算でも、財政投融资特別会計（当時）積立金が活用されている。

なお 2009 年に政権交代した民主党政権が編成した 2010 年度予算での国債発行額は 44 兆円である。特別会計の積立金を活用できたかどうかということもあるが、国債発行額は小泉政権下と民主党政権下において高い水準で推移している。

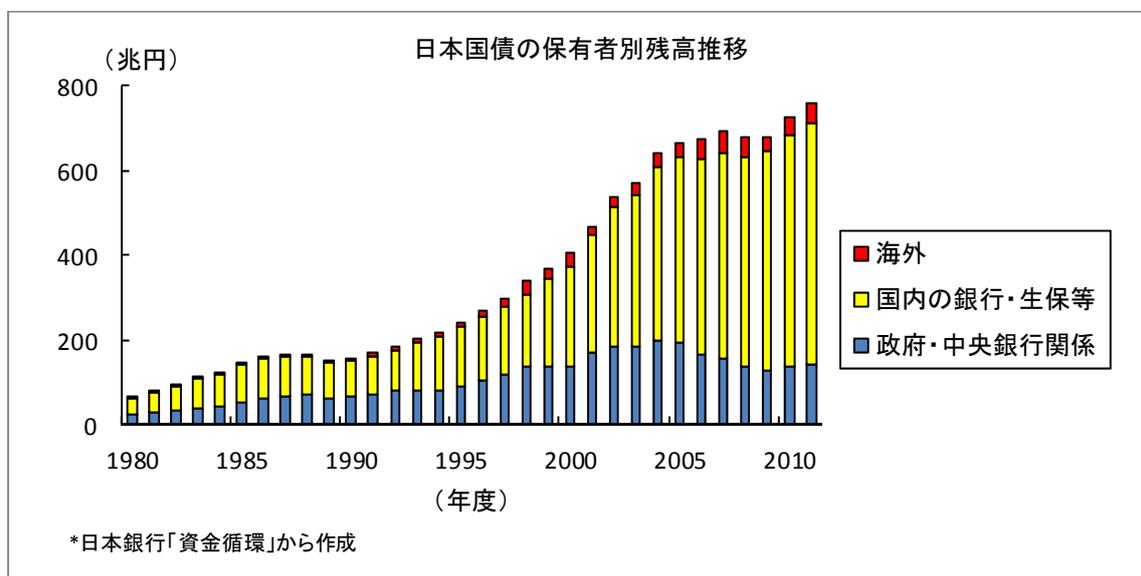
図 5.1.1 国債発行予定額の推移



政府は、日本の長期債務残高が諸外国に比べていちじるしく高いため、財政の持続性に疑念が生じているとしている⁴⁸。公的医療保険の給付範囲の縮小、そしてその先の医療の営利市場化に向けての動きも、社会保障費用が増大し、財源がもたないというところに起因している。

これに関して、日本国債の9割以上は政府や国内の金融機関等（国内個人も含む）によって保有されているので（図 5.1.2）、国内の保有者にとっては資産であり、諸外国の危機とは性質が異なるという意見もある。

図 5.1.2 日本国債の保有者別残高推移



また、政府債務は増加しているが、同時に家計金融資産もかなりあるとの指摘がある。家計金融資産は日本銀行「資金循環」によれば約 1,500 兆円である（図 5.1.3）。ただし、この中には通常個人が資産とは認識しない企業年金や個人事業主の事業性資産も含まれる⁴⁹。

そこで総務省「家計調査」をもとに、1 世帯当たり貯蓄から負債を差し引いた純貯蓄も示しておく。純貯蓄は世帯主が 70 歳以上の世帯でやや減少傾向にあるが、平均では中期的に一定の水準で推移している（図 5.1.4）。純貯蓄の多

⁴⁸ 「平成 25 年度予算の概要求組替え基準について」2012 年 8 月 17 日、閣議決定

⁴⁹ 日本銀行「資金循環統計の FAQ」<http://www.boj.or.jp/statistics/outline/exp/faqsj.htm/#p3-02>

い高齢者世帯が増加しているためと推察される。一方で、もともと純貯蓄の少ない30歳代では、ますます少なくなっている。

図 5.1.3 家計金融資産の推移

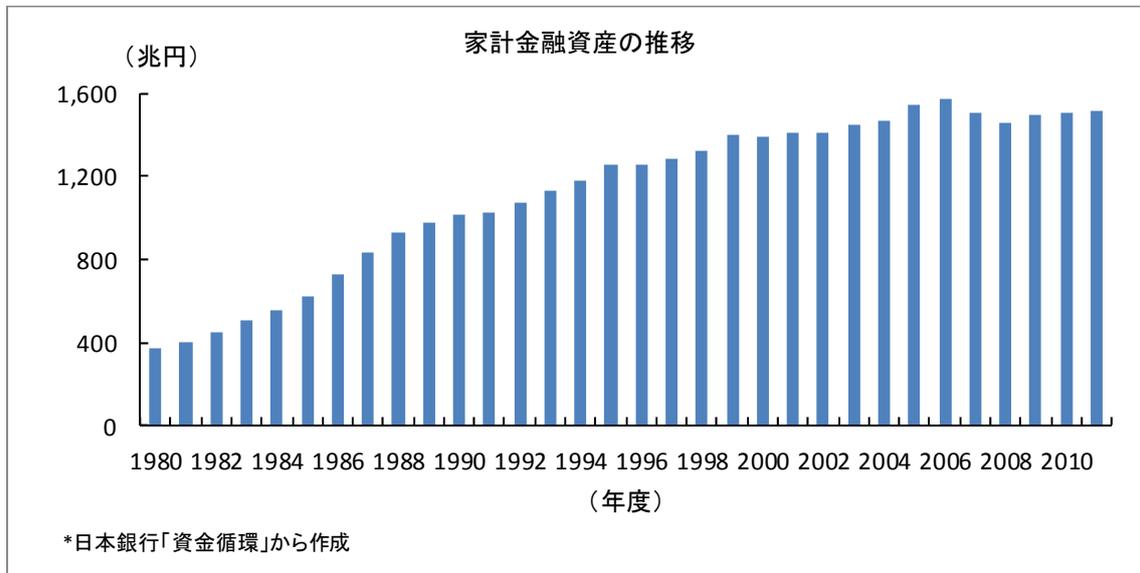
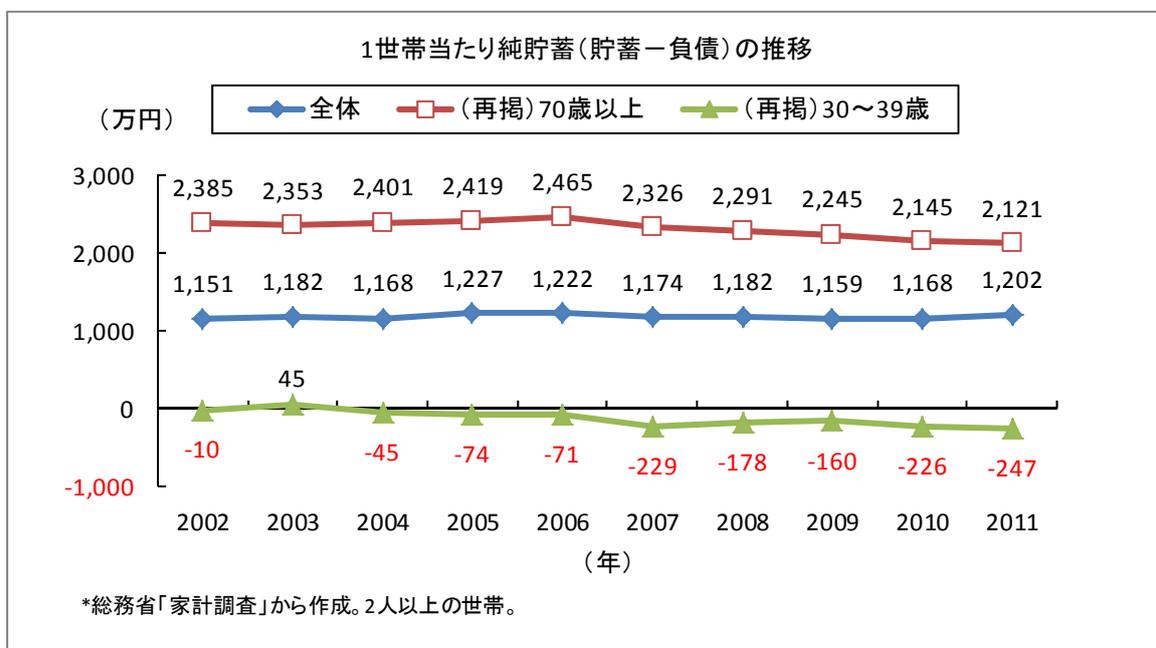


図 5.1.4 1世帯当たり純貯蓄の推移



5.2. 国民負担率

家計のストックにかかわらず、公的医療保険ではフローベースでの負担と給付のバランスも重要である。

日本は、諸外国に比べて国民負担率が低い（図 5.2.1）。特に租税負担率が低いが、2012年8月に消費税関連法⁵⁰が成立し、消費税率を2014年4月1日から地方消費税とを合わせて8%に、2015年10月1日から10%に引き上げる改正が行われた。ただ諸外国との比較でいえば、消費税率の引き上げをもっても、アメリカ以外の諸外国の租税負担率の水準には及ばない⁵¹。

日本の国民負担率は諸外国と比較すれば低いが、このうち社会保障負担は長期的に上昇してきた（図 5.2.2）。高齢化社会においてこれ以上の負担は厳しいとの見方もある。

国民負担率

国民負担率は「(租税＋社会保障保険料) ÷ 国民所得」で計算される（分子に財政赤字が加えられることもある）が、計算式に課題もある。分子はキャッシュフローであるので、本来、分母の国民所得に減価償却費（固定資本減耗）を足し戻して、分母もキャッシュフローに合わせる必要がある。また、国民所得には生産・輸入品に課される税金は含まれていないが、これも国民負担を考える上では分母になりうる。国民所得に減価償却費と生産・輸入品に課される税金を足したものは、国内総生産（GDP）に相当する⁵²。

⁵⁰ 社会保障の安定財源の確保等を図る税制の抜本的な改革を行うための消費税法の一部を改正する等の法律

⁵¹ 2012年度予算の税収は国・地方あわせて79.4兆円。このうち、所得課税52.3%、資産課税等16.2%、消費税16.4%、消費税以外の消費課税（揮発油税、酒税など）15.1%。

財務省「国税・地方税の税目・内訳」http://www.mof.go.jp/tax_policy/summary/condition/001.htm

⁵² 厳密には国内総生産（GDP）は国内であるので、国民所得に含まれる海外からの財産所得が含まれていない。

図 5.2.1 国民負担率の国際比較

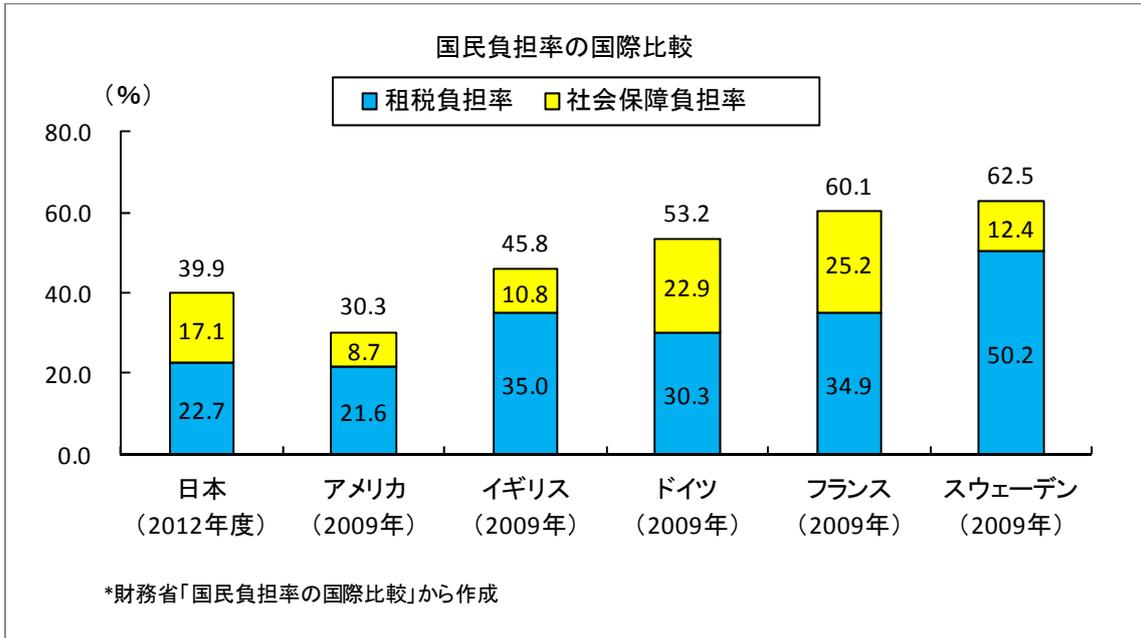
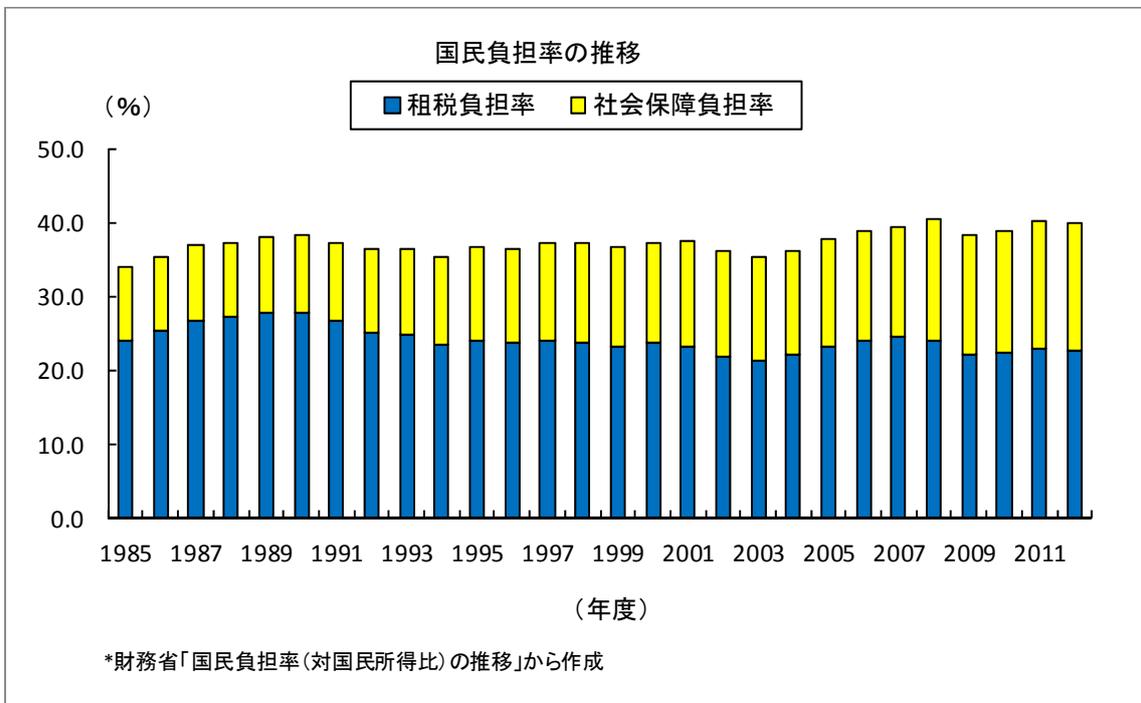


図 5.2.2 国民負担率の推移



6. おわりに

本稿は、これまでの構造改革を通じて医療分野で生じた事象を、図表で振り返ったものである。これをもとに具体的なディスカッションをしようとするものではない。しかし、最近の社会保障改革の根底に流れている考え方の中には、小泉構造改革時代の新自由主義的な考えに近い面もあることを踏まえ、いくつか検討を加えたい。

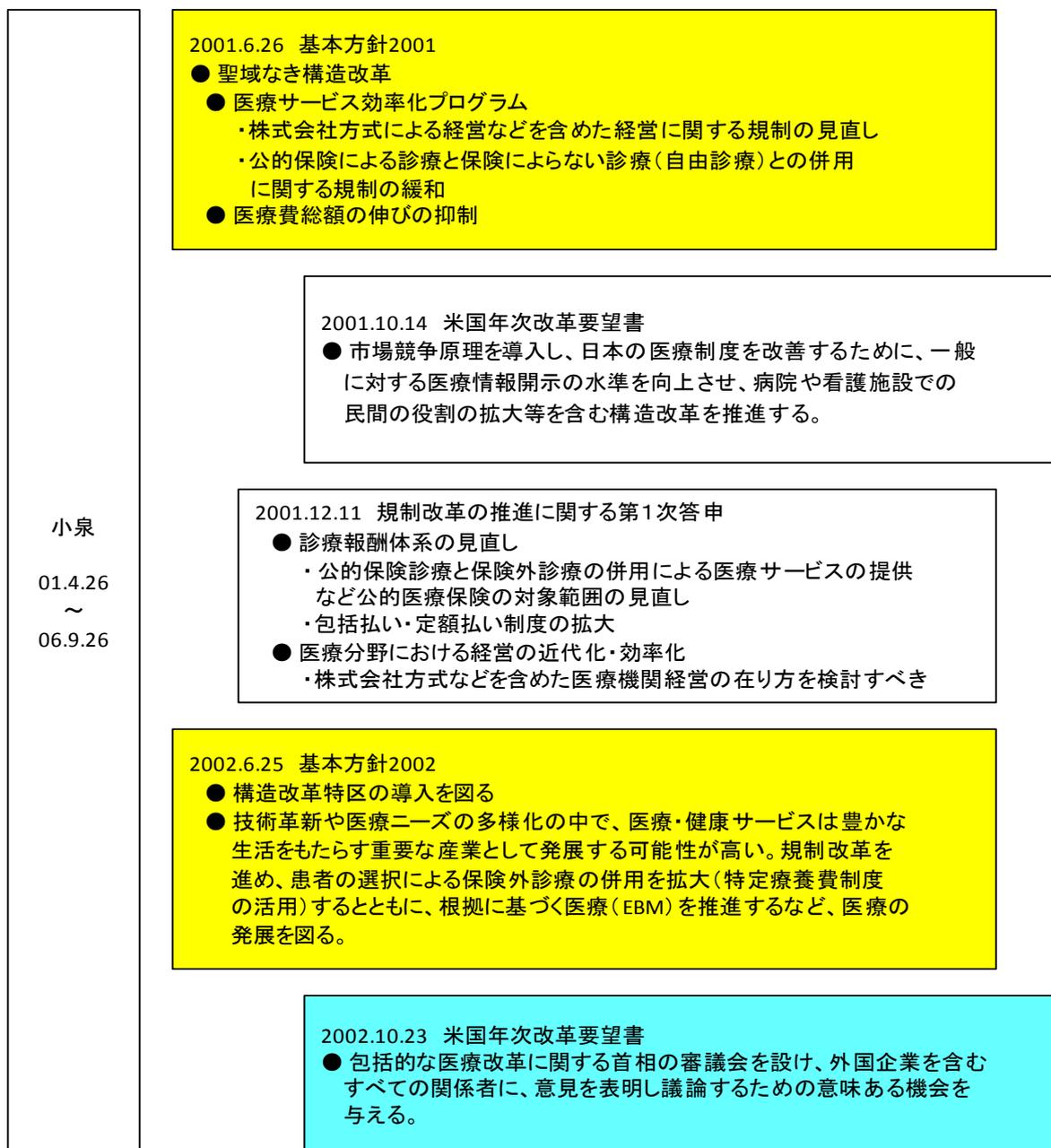
第一に、小泉構造改革を通じて、国民の生活が豊かになったとも、国民が幸せになったともいえないように思われる。当時の担当大臣は、構造改革が不十分なため、十分な成果が出ていないと述べているが⁵³、構造改革を完遂すれば成果が出るのだろうか。今からでもこれまでの構造改革をあらためて検証し、総括をすることは、今後の社会保障のあり方を方向付けるために価値のあることではないだろうか。

第二に、医療分野では効率化が求められているが、これも混合診療の全面解禁、ひいては営利産業化に結び付く。たとえば平均在院日数を短縮化すれば、在宅医療や介護の需要が増える。在宅ではさまざまな保険給付外コストが発生し、介護は言ってみれば「混合介護」である。公的保険からの給付が削減される一方で、公的保険周辺の自由価格市場は確実に拡大するだろう。そういう意味では、平均在院日数ひとつをとっても、まさに構造改革下での施策であるという認識をもって、今後の医療政策を注視していきたい。

最後に、国民は消費を抑制しつつも貯蓄をしている（あくまで平均であり格差は大きい）。これは将来の社会保障に不安があるためではないだろうか。しかしその貯蓄も働き盛りの世代は縮小している。私たちが安心できる将来の社会保障制度を構築するためにも、これまでの構造改革の評価や反省をきちんと行い、そのうえで次の一步を踏み出してほしいと考える。

⁵³ 竹中平蔵元経済財政政策担当大臣（2001～2006年）は、非正規雇用が増加したのは派遣規制を緩和したからではなく、むしろ改革が不十分だからだと述べている。2012年7月16日、日本経済新聞 朝刊

7. 参考 これまでの構造改革の経緯



小泉
01.4.26
～
06.9.26

2002.12.12 規制改革の推進に関する第2次答申

- 「構造改革特区」制度の適切な実施と早期改善
- 公的保険と保険外診療の併用による患者選択の推進
- 包括払い・定額払い制度の導入促進
- 医療提供体制
 - ・ 平均在院日数の短縮化など医療の質の面での医療機関相互の競争を促進
 - ・ 後発医薬品の使用促進
- 派遣就業の機会拡大（「物の製造」の業務の派遣禁止の撤廃等）

2003.4.1 構造改革特別区域法施行

2003.6.27 基本方針2003

- 社会保障給付費の伸びを抑制。自助努力や民間部門の活用を図る。

2003.10.24 米国年次改革要望書

- 革新的製品の価値を十分に認める医療機器・医薬品の価格算定ルールを確立する。医薬品医療機器総合機構と業界との開かれた対話を続ける。

2003.12.22 規制改革の推進に関する第3次答申

- 株式会社等に対する参入規制を解禁すべき
- 「混合診療」（保険診療と保険外診療の併用）を包括的に認める制度の導入を図るべき
- 包括払い、定額払い制度への移行の促進
- 外国人医師・看護師による医療行為等の解禁

2004.3.1 労働者派遣法改正

- ・ 製造業への派遣、医療関連業務への紹介予定派遣
- ・ 同一業務への派遣が3年超になる場合には直接雇用（製造業は2007年2月末まで経過措置）

2004.6.4 基本方針2004

- 規制改革・民間開放の積極的推進
- 公的に給付すべき範囲の在り方等について結論を得る
- 中医協等の在り方の見直し

小泉
01.4.26
～
06.9.26

2004.6.8 日米間の「規制改革及び競争政策イニシアティブ」に関する日米両首脳への第三回報告書
● 米国政府は、構造改革のための特区の取組みを支持する。

2004.10.14 米国年次改革要望書
● 医薬品研究や医療技術の進歩に報酬を与え、促進するために、より適切に加算を適用。総合機構が製品審査の迅速化に成功したかどうかを評価する効果的方法を、業界との対話を通じ確立。

2004.12.24 規制改革・民間開放の推進に関する第1次答申
● 「混合診療」(保険診療と保険外診療の併用)の解禁
● 医療法人を通じた株式会社等の医療機関経営への参入
● 中央社会保険医療協議会の在り方の見直し

2005.6.21 基本方針2005
● 「日本経済は“バブル後”と呼ばれた時期を確実に抜け出した」
● 特に伸びの著しい医療を念頭に、医療費適正化の実質的な成果を目指す政策目標を設定
● 保険給付の内容について、相当性・妥当性などの観点から幅広く検討

2005.12.7 米国年次改革要望書
● 医薬品・医療機器の償還価格算定制度を改正する際に、革新性の価値および市場の重要な役割を認めること。医療機器および医薬品の審査及び承認の迅速化。

2005.12.21 規制改革・民間開放の推進に関する第2次答申
● 派遣労働をめぐる規制の抜本的見直し
● 医療機関情報の公開義務化と診療情報の開示促進
● 保険者による直接審査支払に関する要件の緩和
● 「混合診療」の解禁の厳格な監視

2006.7.7 基本方針2006
● 日本経済は「長期停滞のトンネルを抜け出し、筋肉質の経済構造に変貌した」
● 2011年度に基礎的財政収支を黒字化
● 構造改革特区制度の見直しの中で、規制改革を一層推進
● 民間企業や非営利法人を公的サービスの主体とするための環境整備
● (社会保障)過去5年間の改革(国の一般会計予算ベースで▲1.1兆円(国・地方合わせて▲1.6兆円に相当)の伸びの抑制)を踏まえ、今後5年間ににおいても改革努力を継続

2006.7 年次経済財政報告
「成長条件が復元し、新たな成長を目指す日本経済」

安倍
06.9.26
～
07.9.26

2006.12.5 米国年次改革要望書
● 医薬品の償還価格算定制度の透明性と、それに関して業界が意見を述べる能力を向上させる。

2006.12.25 規制改革・民間開放の推進に関する第3次答申
● 先進医療や国内未承認薬の利用等に係る公的保険給付の弾力化が実現。混合診療について一定の成果。
● 医療産業、産業としての医療の発展や国際競争力強化に資する規制の在り方、規制改革
● 医療産業の海外進出
● 医療従事者の労働派遣
● 株式会社による医業経営の解禁
・構造改革特区で認められた株式会社の経営する医療機関の取扱可能範囲の拡大

2007.4.26 革新的医薬品・医療機器創出のための5か年戦略
● 医薬品・医療機器産業を日本の成長牽引役へ導く

2007.5.30 規制改革推進のための第1次答申
● 医療分野に個人の自由かつ自律的な選択と公正な競争を導入すること
● 医療のIT化(レセプトオンライン請求)

2007.6.19 基本方針2007
● 「革新的医薬品・医療機器創出のための5か年戦略」の推進
● 「医療・介護サービスの質向上・効率化プログラム」の推進
● 緊急医師確保対策、新健康フロンティア戦略
・平均在院日数の短縮、後発医薬品の使用促進、不正な保険医療機関や介護サービス事業者等への指導・監査の強化、包括払いの促進等
● 健康ITカード

2007.6～ サブプライムローン問題の顕在化

福田
07.9.26
～
08.9.24

2007.10.18 米国年次改革要望書

- 革新的な機器および医薬品の製造者が、それらの製品の有益性について償還価格算定制度の関係当局に説明する機会を増やす。

2007.12.25 規制改革推進のための第2次答申

- 混合診療を患者と医師の合意の下に自由に実施せしめること
- 医療従事者の派遣拡大

2008.1.29 第1回社会保障国民会議

2008.6.27 基本方針2008

- 医療・健康支援、保育、介護・生活支援、教育、移動、コミュニティ・ビジネスなどの生活直結型産業の市場の革新
- 「開かれた国づくり」の道を進む以外に、今後の経済成長はあり得ない
- バイオ技術、医療関連技術を強化し、健康・医療産業をリーディング・インダストリーに育成
- 革新的技術特区（スーパー特区）の創設
- これまでの閣議決定に代わる新しい医師養成の在り方を確立
- 革新的医薬品・医療機器、福祉機器及び高齢者等を支援するロボット技術の開発・普及

2008.9.15 リーマン・ショック(リーマン・ブラザーズ破たん)

麻生 08.9.24 ～ 09.9.16	2008.10.15 米国年次改革要望書 <ul style="list-style-type: none"> ● 価格問題についての理解を深めるため、官民のコミュニケーションを増やす。 ● (医療IT)革新的な情報共有技術の利用にインセンティブを与える。
	2008.12.22 規制改革推進のための第3次答申 <ul style="list-style-type: none"> ● 専門性を高めた新しい職種、いわゆるナースプラクティショナーなどの導入 ● 高度医療評価制度の積極的運用
	2008.12 総額75兆円事業規模の景気対策 2008.12.24 「生活防衛のための緊急対策」(2009年度予算) 37兆円 2008.12.20 「生活対策」(2次補正) 27兆円 2008.10.16 「安心実現のための緊急総合対策」(1次補正) 11.5兆円
	2008.12.24 持続可能な社会保障構築とその安定財源確保に向けた「中期プログラム」 <ul style="list-style-type: none"> ● 消費税の全税収を確立・制度化した年金、医療及び介護の社会保障給付及び少子化対策の費用に充てる
	2008.12.31～2009.1.5 「年越し派遣村」
	2009.2.12 革新的医薬品・医療機器創出のための5か年戦略改定
	2009.4.10 追加経済対策 事業費57兆円
	2009.4.11 所得税法等の一部を改正する法律施行 <ul style="list-style-type: none"> ● 消費税の全額が制度として確立された年金、医療及び介護の社会保障給付並びに少子化に対処するための施策に要する費用に充てられることが予算及び決算において明確化されることを前提に、消費税の税率を検討すること。

<p>麻生 08.9.24 ～ 09.9.16</p>	<p>2009.6.23 基本方針2009</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 2010(平成22)年度予算で、社会保障費自然増の機械的抑制を撤回 「社会保障の必要な修復をする」 ● 成長戦略 <ul style="list-style-type: none"> ・介護機能強化プラン(介護雇用を3年間で30万人創出) ・地域医療強化・健康産業創出プラン(地域医療の再生、大学病院の機能強化、医療拠点病院の強化等) ・医療・介護福祉新技術イノベーションプラン(未承認薬等の開発支援・承認審査迅速化、新型インフルエンザワクチンの開発・生産期間短縮等)
<p>鳩山 09.9.16 ～ 10.6.8</p>	<p>2009.9.8 第1回医療産業研究会(経済産業省)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 医療と周辺産業の連携の強化による健康関連サービス、新しい市場の創出
<p>菅 10.6.8 ～ 11.9.2</p>	<p>2009.12.4 規制改革の課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 医療のIT化の推進 ● 医療制度の仕組みの再構築 <ul style="list-style-type: none"> ・総合診療医及び専門医制の確立と機能分化 ・保険診療と保険外診療の併用 ● 産業としての医療の高度化、活性化 ● 医療用医薬品と一般用医薬品の価格の在り方
	<p>2010.3 米国外国貿易障壁報告書</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 厳格な規制によって、医療サービス市場への外国アクセスが制限されている。米国政府は日本に対し、この分野を外国事業者に開放し、包括的サービスを行う営利企業、営利目的の病院に新たな機会を認めることを求める。
	<p>2010.3 第1回TPP協定会合</p>
	<p>2010.6.15 規制・制度改革に関する分科会 第一次報告書</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 海外に対しても「開かれた医療」を提供していくことが、日本の医療政策の責務 ● 事前規制から事後チェック行政へ ● 保険外併用療養の範囲拡大(保険外併用療養の一部を届出制に) ● 医行為の範囲の明確化(診療看護師資格の新設) ● 特別養護老人ホームへの民間参入拡大

菅
10.6.8
～
11.9.2

2010.6.18 新成長戦略

- 「強い経済」「強い財政」「強い社会保障」の実現
- 我が国の経済政策の呪縛となってきたのは、産業構造・社会構造の変化に合わない二つの道による政策の失敗である。第一の道は、公共事業中心の経済政策。第二の道は、行き過ぎた市場原理主義に基づき、供給サイドに偏った生産性重視の経済政策。
- 医療・介護・健康関連産業を日本の成長牽引産業として明確に位置付けるとともに、民間事業者等の新たなサービス主体の参入を促進。
- 医薬品等の海外販売やアジアの富裕層等を対象とした健診、治療等の医療及び関連サービスを観光とも連携して促進。

2010.6.30 医療産業研究会報告書

- 「医療生活産業」の振興、医療の国際化、医療情報のデジタル化・標準化

2011.2 日米経済調和対話

- 新薬創出加算を恒久化および加算率の上限廃止、市場拡大再算定ルール of 廃止または改正、外国平均価格調整 (FPA) ルールの改定など

2011.3.30 米国外国貿易障壁報告書

- 厳格な規制によって、外国事業者を含む営利企業が包括的サービスを行う営利病院を提供する可能性等、医療サービス市場への外国アクセスが制限されている。

2010.6.2 社会保障改革に関する集中検討会議 社会保障改革案

- 受診時定額負担、市販医薬品の価格水準も考慮した医薬品にする患者負担

2010.6.7 規制・制度改革に関する分科会第一次報告書(案)

- 一定の要件を満たす医療機関については、事前規制から事後チェックへ転換し、実施する保険外併用療養の一部を届出制に変更すべき

2010.7.27 平成23年度予算の概算要求組替え基準について

- 高齢化等に伴う自然増の加算を容認

2010.11.9 包括的経済連携に関する基本方針

- 高いレベルの経済連携に必要な競争力強化等の抜本的な国内改革を先行的に推進

2011.1.29 菅内閣総理大臣ダボス会議特別講演

- 「今年を「第3の開国」を実現するという大きな目標を掲げ」

2011.6.22 総合特別区域法一部施行(全体の施行は2012.4.1)

<p style="text-align: center;">菅</p> <p style="text-align: center;">10.6.8 ～ 11.9.2</p>	<div style="background-color: yellow; padding: 5px; border: 1px solid black;"> <p>2011.6.30 社会保障税一体改革成案(閣議報告)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 国民皆保険・皆年金を堅持した上で、給付と負担のバランスを前提として、それぞれOECD先進諸国の水準を踏まえた制度設計を行い、中規模・高機能な社会保障体制を目指す。 ● 必要な社会保障の機能強化を確実に実施し、同時に社会保障全体の持続可能性の確保を図る。 ● 受診時定額負担 ● 社会保障・税に関わる共通番号制度 ● 医療や介護分野での雇用創出や新たな民間サービス創出のための環境整備、ICTなどのテクノロジーを活用した社会保障費用の最適化、サービスの質の向上、医療イノベーション、ライフイノベーションの推進、ドラッグラグ・デバイスラグの早期解消、先進医療制度の運用改善、民間企業を含めた多様な事業主体の新規参入促進 </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>2011.7.21 規制・制度改革に関する分科会 第二次報告書</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 国民皆保険制度を堅持しつつ公的保険の適用範囲を再定義 ● 周辺産業も含め医療産業を成長させることで、国際競争力を強化し、質の高い医療を提供できる体制を構築。 ● 医療法人の再生支援・合併における諸規制の見直し ● 医学部やメディカルスクールの新設 ● 医薬品・医療機器におけるイノベーションの適切な評価の実施 </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>2011.7.29 「東日本大震災からの復興の基本方針</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 被災地を始め我が国に対する外国からの投資を促進する </div>
<p style="text-align: center;">野田</p> <p style="text-align: center;">11.9.2 ～</p>	<div style="background-color: cyan; padding: 5px; border: 1px solid black; margin-bottom: 10px;"> <p>2011.9.12 米国医療品へのアクセス拡大のためのTPP貿易目標</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ジェネリック医薬品及び革新的医薬品双方がTPP各国の市場に参入する最も公正な機会を確保するため、政府の健康保険払戻制度の運用において透明性と手続きの公平性の基本規範が尊重されることを求める。 </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>2011.11.11 TPP交渉参加に向け各国と協議に入ることを表明</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>2011.12.26 東日本大震災復興特別区域法施行</p> </div>

野田
11.9.2
～

2012.1.6 社会保障・税一体改革素案(閣議報告)

- 今回の社会保障改革では、高齢化が一層進んだ社会においても、我が国が世界に誇る国民皆保険・皆年金を堅持
- 医療・介護・子育て分野での雇用創出、ライフイノベーションの推進、民間企業を含めた多様な事業主体の新規参入促進などにより、経済成長との好循環を実現。
- 医療・介護分野は、大きな潜在需要に応じていくことで雇用を生み、ライフイノベーションを通じて健康分野を成長産業として位置付けることで、デフレを脱却し、経済成長に結びつける。
- 消費税について2014年4月に8%、2015年10月に10%へ引き上げ。国分の消費税収について法律上全額社会保障目的税化。

2012.2.17 社会保障・税一体改革大綱(閣議決定)

2012.6.15 社会保障・税一体改革に関する確認書(三党合意)

- 消費税改正法案に追加
・税制の抜本的な改革の実施等により、財政による機動的対応が可能となる中で、我が国経済の需要と供給の状況、消費税率の引上げによる経済への影響等を踏まえ、成長戦略並びに事前防災及び減災等に資する分野に資金を重点的に配分することなど、我が国経済の成長等に向けた施策を検討する。
- 政府は、高齢化の進展、高度な医療の普及等による医療費の増大が見込まれる中で、健康保険法、国民健康保険法その他の法律に基づく医療保険制度に原則として全ての国民が加入する仕組みを維持する。
- 医療保険制度については、財政基盤の安定化、保険料に係る国民の負担に関する公平の確保、保険給付の対象となる療養の範囲の適正化等を図る。

2012.6.6 医療イノベーション会議 医療イノベーション5か年戦略

- 医療機器・医療材料の医療上の価値に見合う評価手法の整備
- 医療技術・サービス等が一体となった海外進出による海外への市場拡大
- 公的保険によるサービスの外にある医療・介護周辺サービスの創出
- 個別化医療推進のためのインフラ整備(含「東北メディカル・メガバンク計画」)
- 国際戦略総合特区などの特区の取り組みと連携

野田
11.9.2
～

2012.7.31 日本再生戦略

- 聖域を設けずに歳出全般を見直す
- 公的保険で対応できない分野についても、民間活力を生かし、その創意工夫において、多様なニーズに対応したサービスを創出・提供
- 先端医療等を推進する突破口として、行政区域単位の特区とは異なる機関特区の創設、新たな法的措置も視野に入れた検討

2012.8.10 社会保障制度改革推進法案等成立