

日医総研ワーキングペーパー

**自助への誘導と政策の不作為：
検証『2015年 医療のグランドデザイン』**

No. 372

2016年11月11日

坂口一樹

日本医師会総合政策研究機構

本稿は「“自助”へ誘導されてきた医療・介護」（『世界』2016年4月号、岩波書店）に
図表の追加を含め若干の編集を施し、日医総研ワーキングペーパーとして、印刷・公表
したものです（岩波書店の了解取得済み）。

自助への誘導と政策の不作為：

検証 『2015年 医療のグランドデザイン』

坂口一樹（主任研究員）

キーワード

- ◆ グランドデザイン
- ◆ 医療費
- ◆ 医療費亡国論
- ◆ 在宅ケア偏重
- ◆ 徴税政策
- ◆ 財政政策
- ◆ 政策の不作為

ポイント

- ◇ 国民医療費 40兆円という現実を私たちはどう受けとめるべきか。本稿では、過去になされた行政（厚生省）および医療専門職団体（日本医師会）による医療費予測を手掛かりに、今世紀の医療費とその中身を詳細に検討した。
- ◇ かつて1994年と1997年に厚生省が提示した「医療費亡国論」的な医療費予測に比べれば、2000年に日医が提示した予測は手堅いものだった。しかし現実の医療費は、例外的に膨張した調剤医療費を除き、日医の予測よりもさらに抑制され、推移してきた。
- ◇ 今世紀に入って以降の15年間、国民医療費の名目値が10兆円超増えたことは事実である。その財源の負担増内訳を「家計」「事業主」「国」「地方自治体」の4区分で見ると、事業主の負担増だけが少なく、他の半分も負担していない。以上の視点から、今世紀の医療政策をあらためて振り返れば、患者負担を増やし、患者の在院日数を減らす様々なインセンティブを制度的に設けて医療需要を抑え、診療報酬のマイナス改定とあわせて医療費を抑えようとしてきた政策の意図を確認することができる。
- ◇ 過去になされた予測の検証を踏まえ、（1）在宅ケア偏重の再考、（2）事業主負担増の検討、（3）徴税政策と財政政策の見直し、の3点に絞って具体的な提言を行った。糺すべきは、政策が何を為したかはもちろんだが、何を為さなかったのか。すなわち、“政策の不作為”である。

目次

1. 序論	1
有効な方法 (1) : 対GDP比の国際比較	1
有効な方法 (2) : 過去の振り返りと検証	4
2. 過去の医療費予測の検証	5
医療・介護費の予測と現実	5
医療費の予測と現実、およびその内訳	6
3. なぜそうなったのか?	8
筆者の「三段階仮説」	8
統計データに基づく三段階仮説の検証	9
4. 誰が増加分を負担してきたのか?	15
「家計負担」「事業主負担」「国の負担」「地方の負担」別に	15
21世紀の医療政策を振り返る	17
5. 今後の方向性を考える	20
今後の方向性 (1) : 在宅ケア偏重を再考する	20
今後の方向性 (2) : 然るべき人々に然るべき負担を求める	22
今後の方向性 (3) : 日本の徴税政策・財政政策を見直す	23
6. 結語 : 新たなグランドデザインを描く	24
【参考文献・資料リスト】	25

1. 序論

2015年10月7日、厚生労働省は2013年度の国民医療費を40兆610億円と発表した。国民医療費の確定値としては、初めて40兆円を超えた¹。

関連報道では、「医療費の膨張止まらず」や「過去最高額」、「12年連続で増加」、その他にも行政の無為無策を批判する等の見出しが並んだ。

むしろ、高齢化や医療技術の高度化等の影響により、日本の医療費の名目値が増え続けているのは事実である。しかし、「今年もまた医療費が増えた！ 過去最高額で大変だ！ いったい政府は何をしているのだ！」と言いつつ立てるだけでは仕方なかろう。この現実を捉えるにあたり、もう少し冷静な議論と深い洞察があつて然るべきと私は考える。果たして、日本の医療費問題をどう考え、医療費40兆円という現実をどう受けとめるべきだろうか。

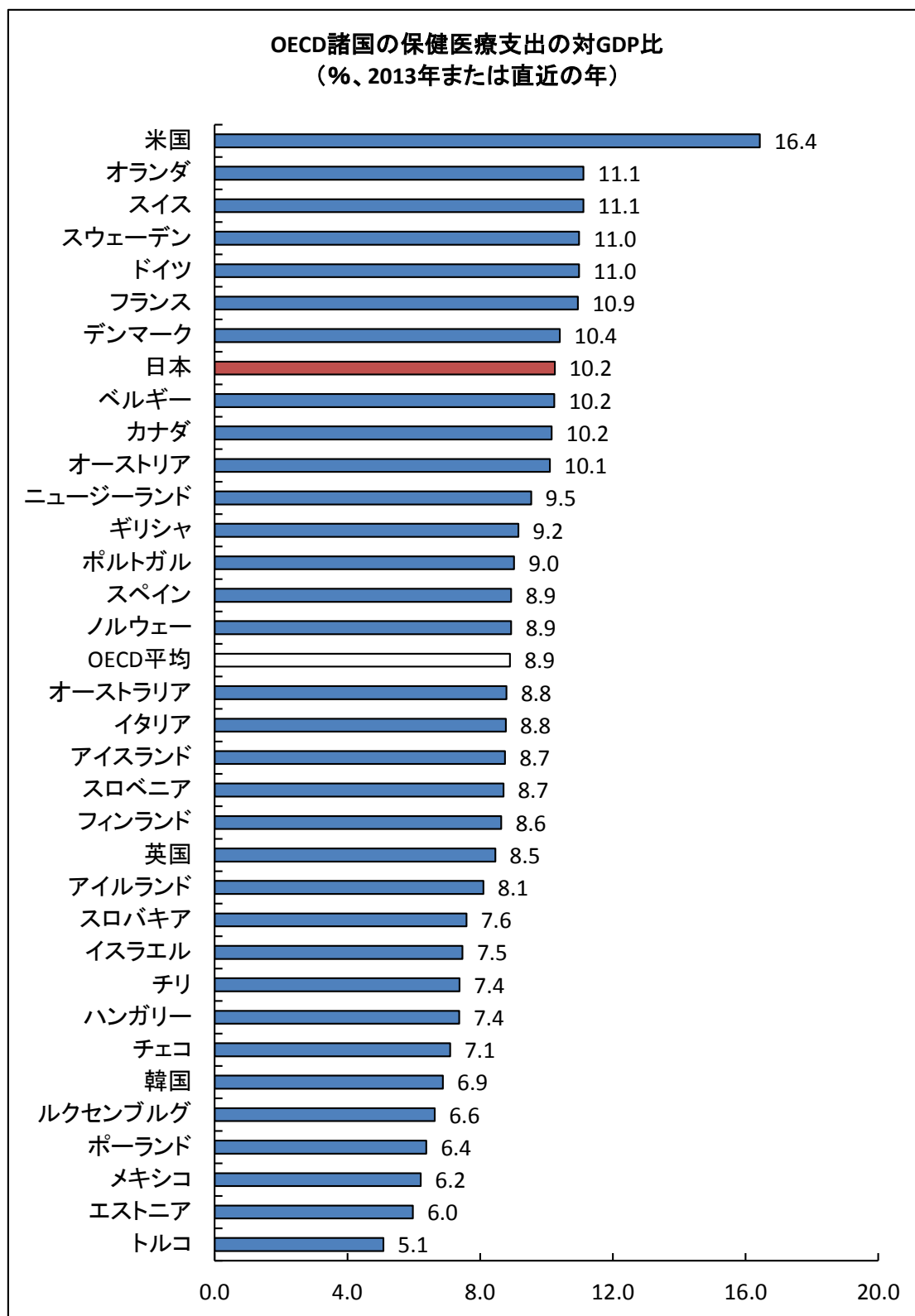
有効な方法（1）：対GDP比の国際比較

医療費の対GDP比の国際比較は有効な方法のひとつである。ただ、医療・介護の区分け等が国ごとに異なるため、「総保健医療支出」(health expenditure)での比較がスタンダードとなっている。

図表1-1に、2013年のOECD諸国における総保健医療支出の対GDP比を示した。日本の数字は10.2%、OECD平均の8.9%を上回る。突出して高い米国(16.4%)、次に高いオランダ、スイス、スウェーデン、ドイツ、フランスのグループ(10.9~11.1%)に続いて、日本は、デンマーク、ベルギー、カナダ、オーストリアと共に上位3番目のグループ(10.1~10.4%)に位置する。

¹ なお、最新の公表データによれば、2014年度の国民医療費は40兆8,071億円であった(厚生労働省2016、2016年9月28日公表)。

図表 1-1. OECD 諸国の保健医療支出の対 GDP 比



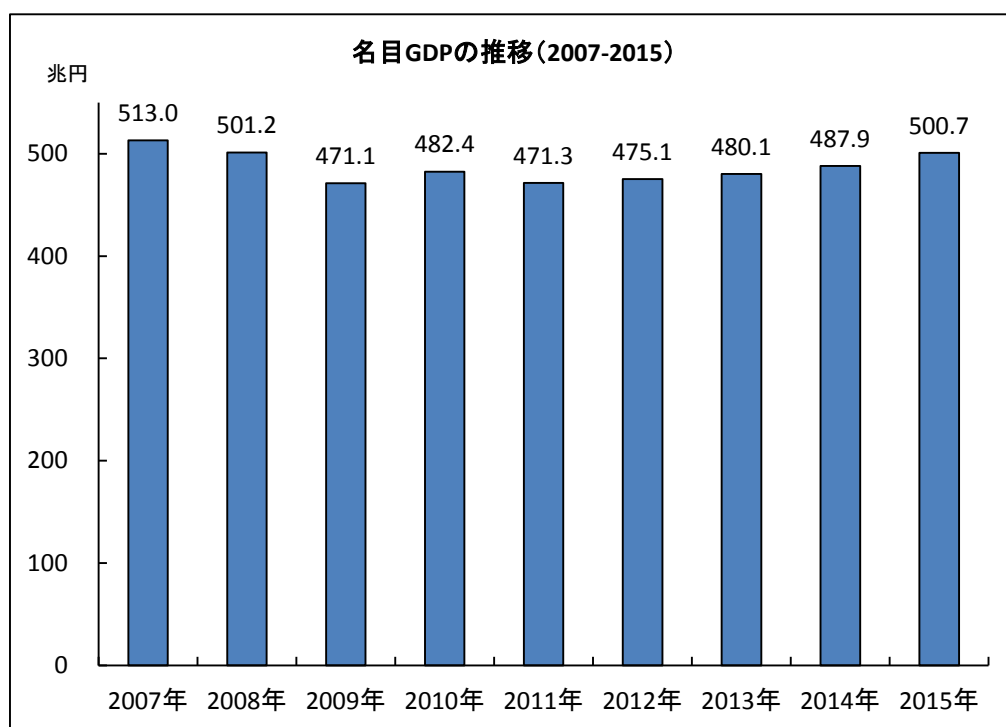
資料：『OECD Health Statistics 2015』（2015年7月公表）

かつて民主党政権が「医療費の対 GDP 比を OECD 平均並みに」との政策目標を掲げていたのをご記憶だろうか。その頃、日本の医療費の対 GDP 比は OECD 平均を下回っていた。それから約 5 年の時を経て、目標は達成されたと言えるわけだ。

多くの人々が忘れかけているようだが、民主党政権への移行前夜（2007～2008 年前後）は、小泉政権下（2001 年 4 月～2006 年 9 月）でなされた医療制度改革の負の影響が顕在化した時期でもあった。「医療崩壊」や「医師不足」、「高齢者向け医療制度改革の是非」等が連日紙面を賑わし、患者ニーズに応える医療現場の維持のために必要な医療費の確保が急務との社会的要請があったのである。

ただし、目標達成を素直に喜ぶわけにもいかない。この本質は、医療費の増にあるのではなく、名目 GDP の伸び悩みにあるからだ。図表 1-2 に、2007 年から今年までの日本の名目 GDP の推移を示した。リーマンショック（2008 年 9 月）とデフレの影響で、いわゆるアベノミクスというカンフル剤を打ち続けた後の 2015 年段階に至っても、未だ 2007 年の水準に達していない。すなわち、分子（医療費）が増えたというよりも、分母（名目 GDP）が増えていない、あるいは減少したことによって、日本の医療費の対 GDP 比は押し上げられたのである。

図表 1-2. 名目 GDP の推移（2007-2015）



資料：内閣府（2015 年の数字は IMF 推計値）

有効な方法（２）：過去の振り返りと検証

次に、本稿の主題である二つ目の方法の話に移ろう。今の私たちは国家財政の問題に汲々とし、「社会保障費の削減しか道はない！」と思いつまされていませんか？ ときに誰もが眼前に迫る現実への対処に手一杯となり、思考停止に陥る。筆者も含め、世の人々が陥りがちなワナである。それを防止する有効な方法のひとつは、過去を振り返り、真摯に検証することだろう。

医療費の問題についてもまた然りだ。したがって本稿では、40兆円に達した日本の医療費問題の「現在」を考えるにあたり、かつてなされた医療費予測という「過去」を検証するという手法をとる。

検証の対象とするのは、厚生省（当時）が1994年および1997年に発表した将来の医療費予測、そして、それら官製予測への対抗案として2000年に公表された日本医師会『2015年 医療のグランドデザイン』（以下、「GD」と呼ぶ）の予測である。

後者のGDは、その名の通り2015年における医療費予測も含め、日本の医療・介護のあるべき姿を考え、世紀をまたぐタイミングで大胆な設計図を描いたものだ。奇しくも本年（2016年）は、その2015年を終えたばかりのタイミングである。

そこで今回、「現在」のわれわれの眼から「過去」になされた予測を振り返り、そこから得た教訓を軸足にさらに「未来」を展望してみたい。これらの作業は、今後の医療費問題を考えるにあたって決して無駄ではないと考える。

2. 過去の医療費予測の検証

1994年3月、厚生省（当時）は、『社会保障に係る給付と負担の見通し（試算）（21世紀福祉ビジョン）』において、2025年の国民医療費の予測を141兆円と発表。その後、1997年に下方修正し、104兆円との予測を発表した²。

これら官製予測への対抗案として、2000年に公表されたのがGDである。同報告書には、この経緯を端的に示す、次の記述がある。

国民医療費の伸びについては、これまでマスコミも国民も厚生省による予測を一方的に信じ込まされてきた感が強い。すなわち、厚生省による「医療費亡国論」という幻影に惑わされてきたといっても過言ではない。

（・・・中略・・・）

そこには、単に「医療費が大きく膨張して大変だ。だから医療費を抑えなくてはならない。」というプロパガンダのみが存在し、的確な現状分析はもとより、将来の政策目標などは皆無と言わざるを得ない。

今回、われわれが「2015年 医療のグランドデザイン」を描くにあたって推計した国民医療・介護費は、厚生省の極めて無責任な医療費予測に対するアンチテーゼの意味も含んでいる。

資料：日本医師会(2000)、第5章

医療・介護費の予測と現実

では、実際どうだったのか。およそ15年の時を経て、それらの予測と現実とを比べてみよう。

図表2-1に、2015年の医療・介護費について、GDが行った予測と現実とを比較した。GDでは、保険者コストを除く2015年の医療・介護費を55.7兆円と予測。内訳として、医療費48.6兆円、介護費7.0兆円と予測した。それに対し、現実の2015年の医療・介護費（直近の数値から推計）は、51.6兆円（予測との差：▲4.1兆円）。内訳

² なお、2000年10月にはさらに下方修正し81兆円、2006年2月にはまたまた下方修正し65兆円との予測を発表している（厚生労働省 2006）。

を見ると、医療費 41.5 兆円（同差：▲7.1 兆円）、介護費 10.1 兆円（同差：+3.1 兆円）であった。

図表 2-1. 医療・介護費の予測と現実（単位：兆円）^註

	予測 2015年 (GD2015での予測)	現実 2015年 (直近までの実績から推計)	※参考 2013年度 実績値
医療・介護費	56.1		
医療・介護費 （保険者コスト除く）	55.7	51.6	49.2
医療費	48.6	41.5	40.1
医科	40.7	29.8	28.7
病院	28.1	20.9	20.1
診療所	12.5	8.9	8.6
歯科	4.5	2.8	2.7
薬局調剤	2.0	7.4	7.1
入院時食事	1.5	0.8	0.8
訪問看護・療養費等	-	0.7	0.7
介護費	7.0	10.1	9.2

註：2015 年度の医療費は坂口(2015)、介護費は厚生労働省の推計に基づく。

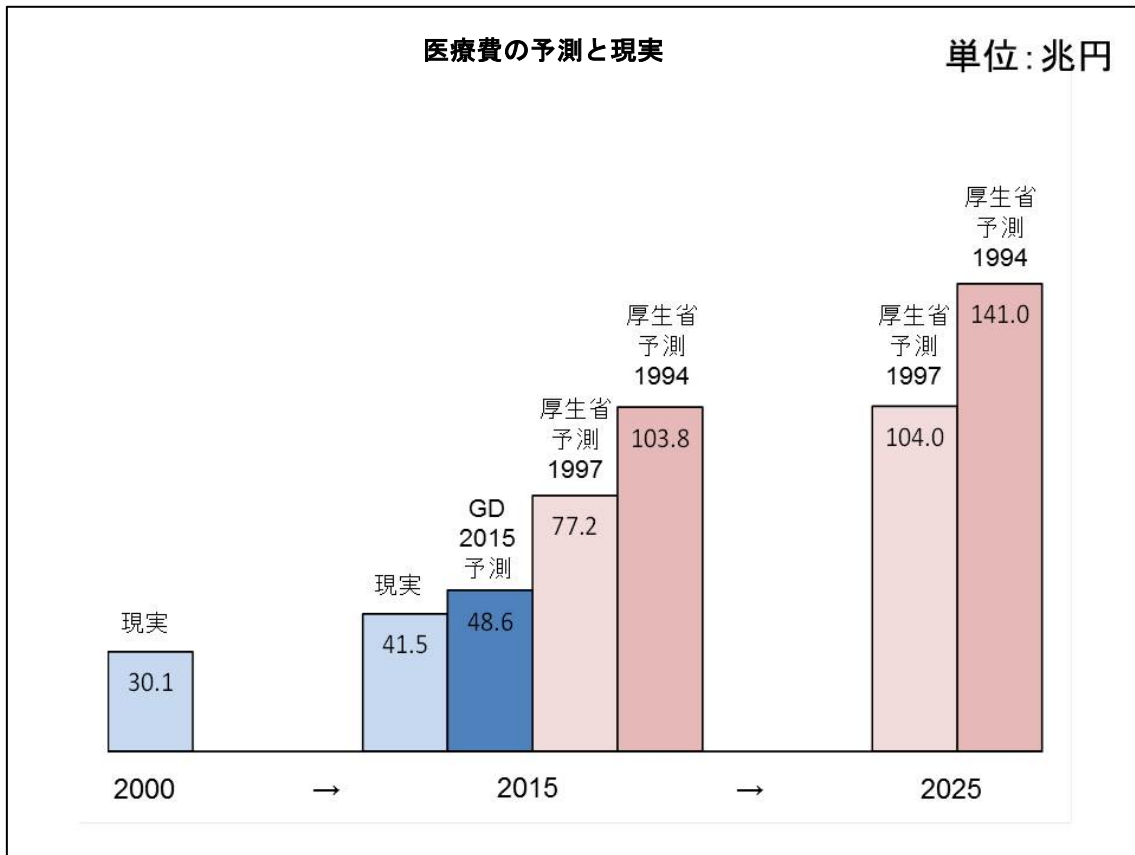
概略を言えば、医療費はGDの予測を約 7 兆円下回り、介護費は同予測を約 3 兆円上回った。その結果、医療・介護費合計ではGDの予測を約 4 兆円下回ったということである。

医療費の予測と現実、およびその内訳

話を医療費に絞り、厚生省（当時）の予測とあわせて見てみよう。図表 2-2 は、厚生省の予測（94 年と 97 年）とGDの予測、そして現実とを比較したものである。

GD予測は、当時の厚生省予測に比べると手堅いものだった。しかし留意すべきは、今世紀に入って以降の 15 年間、現実の医療費は政府よりも手堅い予測をしたGD予測をさらに（▲7.1 兆円）下回って推移してきたことである。

図表 2-2. 医療費の予測と現実^註



註：厚生省予測は 2025 年の予測のため、2015 の数値は遡って逆算した。

ここでもう一度、図表 2-1 に戻り、医療費の内訳の予測と現実を見て欲しい。医科の病院と診療所、歯科にかかる現実の医療費が軒並みGD予測を兆円単位で下回って推移してきた一方で、薬局調剤にかかる医療費だけが予測の約 3.5 倍に膨張、金額にして 5 兆円超も上回って推移してきたことが分かる。今やコンビニの数より多い薬局が「調剤バブル」に沸いていると昨今批判の的となっている所以である。

3. なぜそうなったのか？

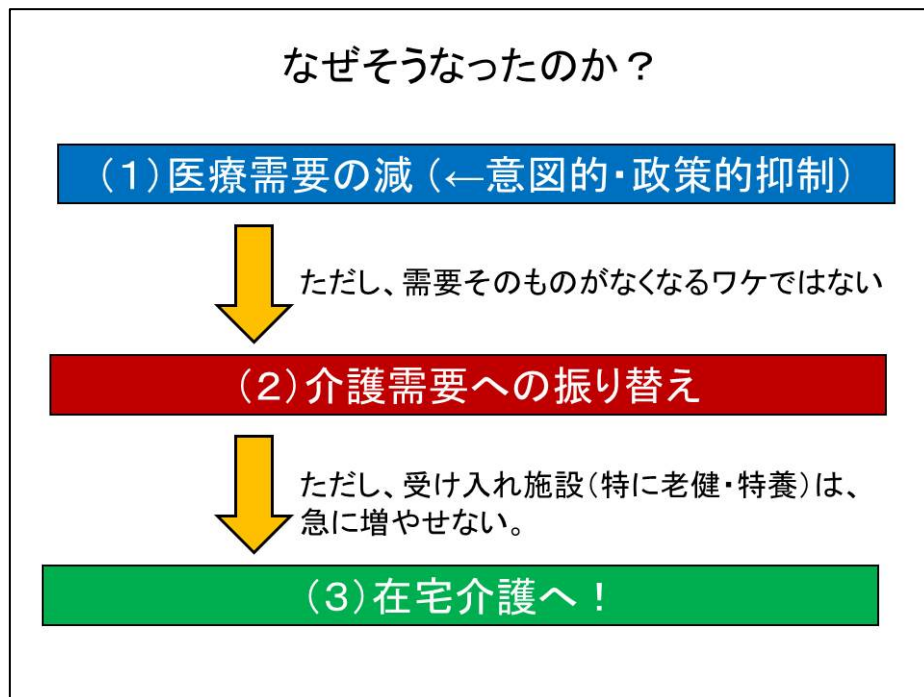
GDの医療費予測は、政府予測に比べると手堅いものだったが、現実の医療費はさらにそれを大きく下回って推移してきた。それはなぜか？

筆者の「三段階仮説」

筆者の仮説はシンプルである。かつて存在した医療需要を意図的に減らす政策が実施され、他の需要に振り替えられたのではないか。

つまり、そこには次のような三段階の流れがあった。まず、医療費亡国論を政策の前提として、(1) 意図的・政策的に医療需要が減らされた。しかし、何らかのケアが必要だという需要そのものがなくなるわけではない。それが(2) 介護需要へと振り替えられた。ただし、受け入れ施設である老人保健施設や特別養護老人ホームを急に増やせるわけではない。そこで、国を挙げて在宅ケアを推進し、(3) 在宅での介護へという流れが作られたということである(図表3-1)。

図表 3-1. 筆者の「三段階仮説」

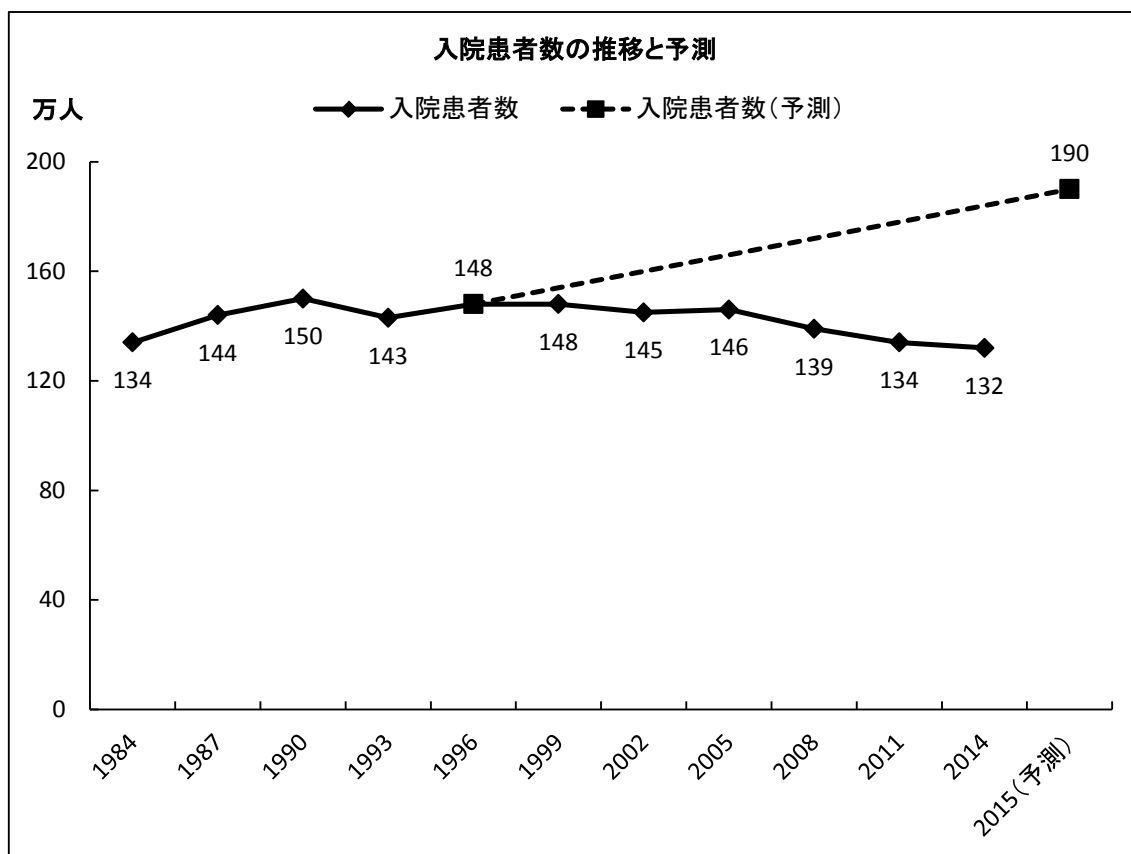


統計データに基づく三段階仮説の検証

では、政府の統計データを基に、筆者の三段階仮説を検証してみよう。

第一に、医療需要のデータを見る。まず、入院患者数の予測と現実から、入院需要の予測と現実を示しているのが図表 3-2 である。破線がGD予測、実線が現実のデータを示す（以下同様）。GDでは2015年の入院患者数を190万人と予測したが、現実には微減傾向が続き、2014年段階で132万人であった。

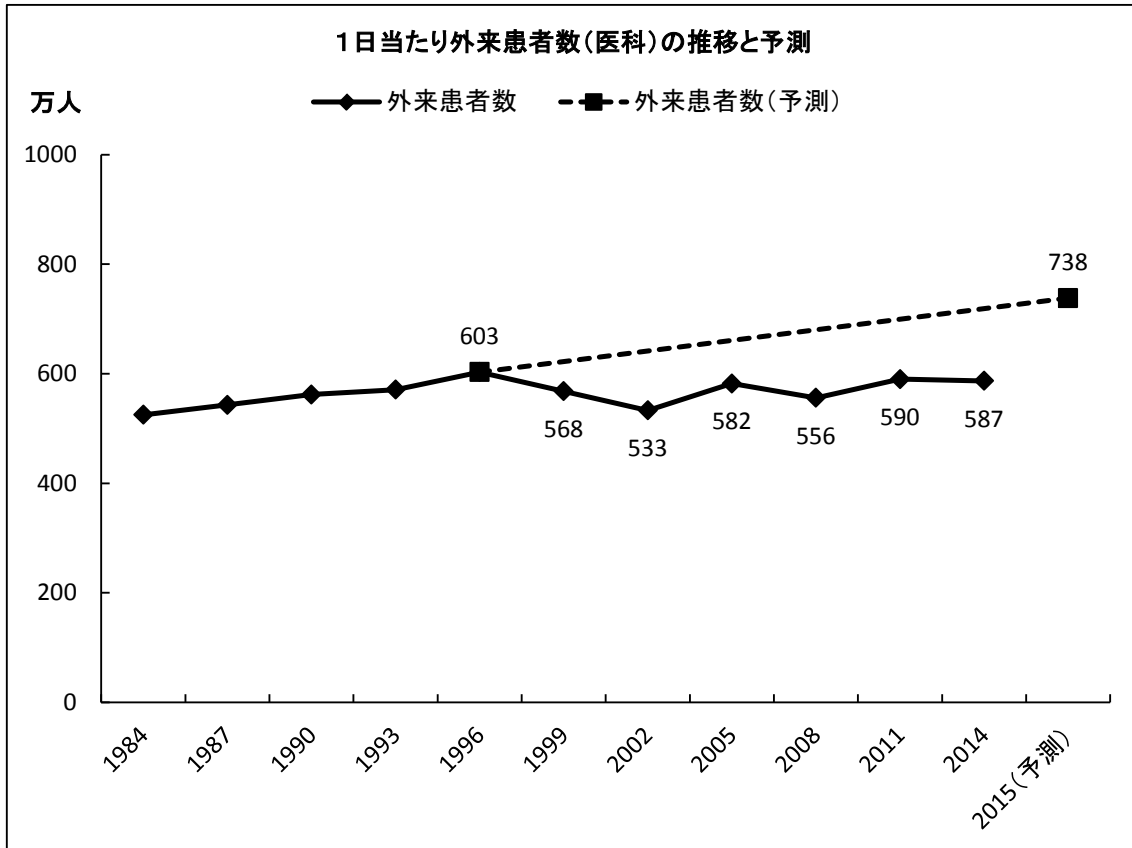
図表 3-2. 入院患者数の予測と現実



資料：厚生労働省「患者調査」

外来需要も見てみよう。GDでは2015年の一日当たり外来患者数を738万人と予測したが、現実には横ばい～微減傾向が続き、2014年段階で587万人である(図表3-3)。

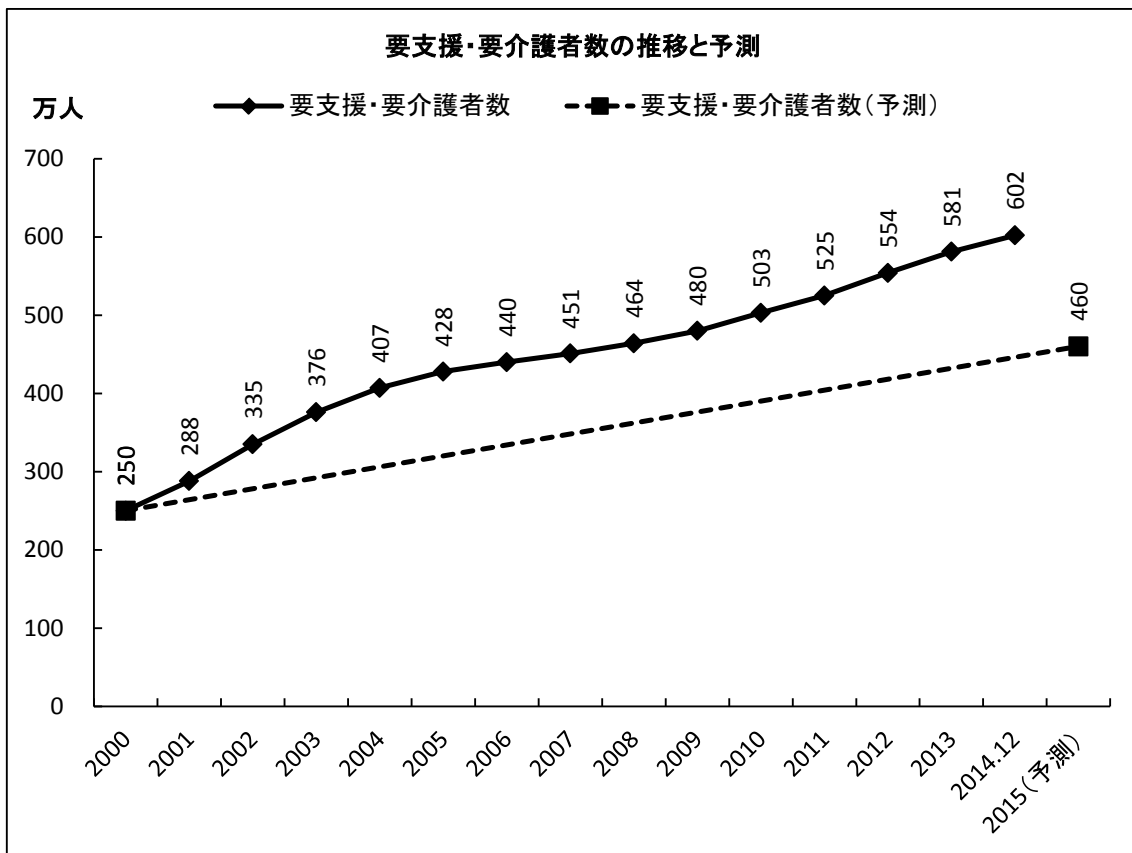
図表3-3. 外来患者数(一日当たり)の予測と現実



資料：厚生労働省「患者調査」

第二に、介護需要のデータを見てみよう。図表 3-4 は、要支援・要介護者数から、介護需要の予測と現実を示している。介護需要はGD予測を大きく上回って推移してきた。2015年の要支援・要介護者数の予測 460 万人に対し、2014年12月時点での現実値は 602 万人（+142 万人、+30.9%）である。

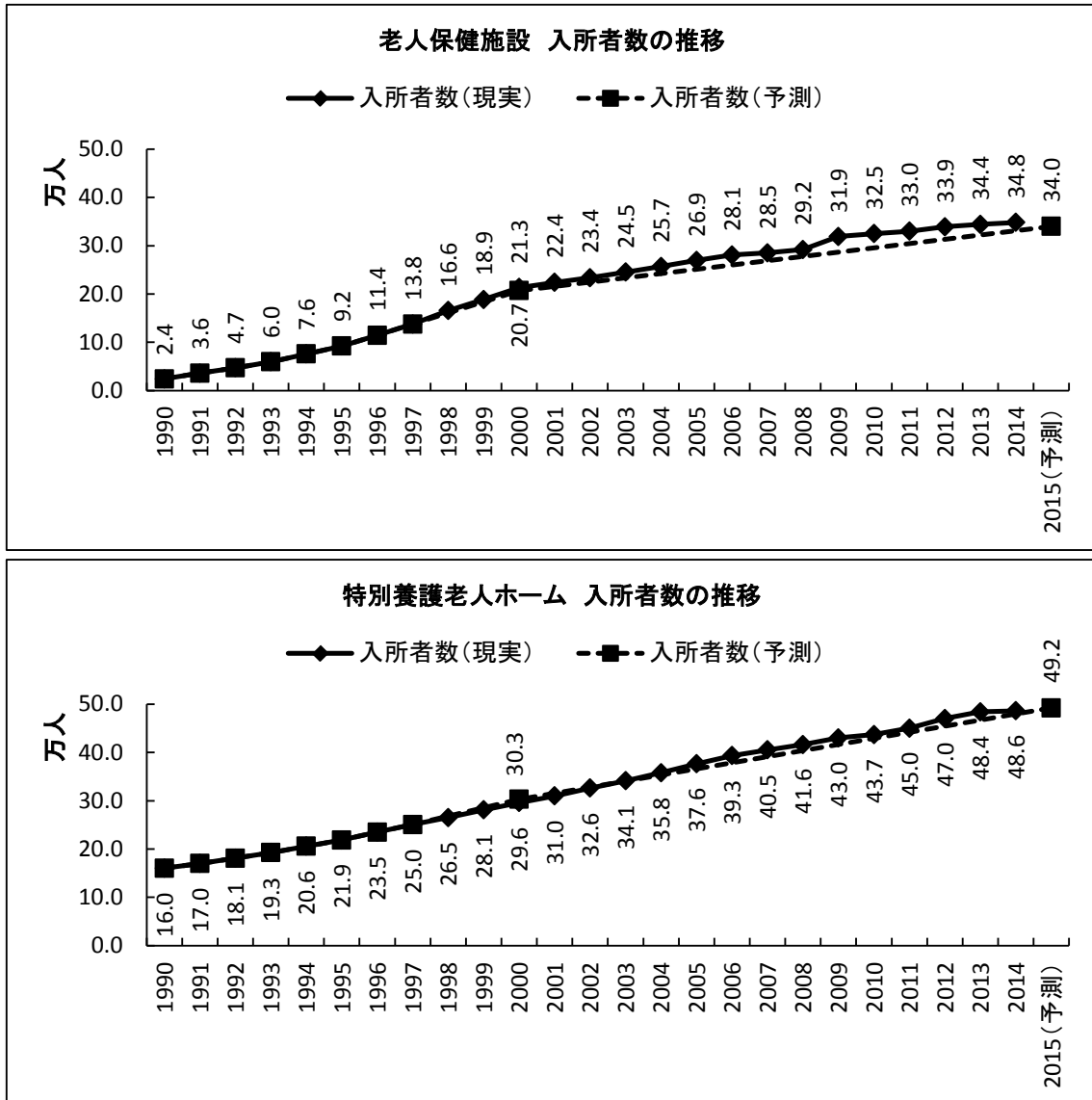
図表 3-4. 要支援・要介護者数の予測と現実



資料：厚生労働省「介護事業状況報告」

要支援・要介護者が予測を大きく上回ったが、老健や特養を急に増やすことができたわけではなかった。その証拠に、老健および特養の入所者数は、ほぼ予測通りに推移してきた（図表 3-5）。

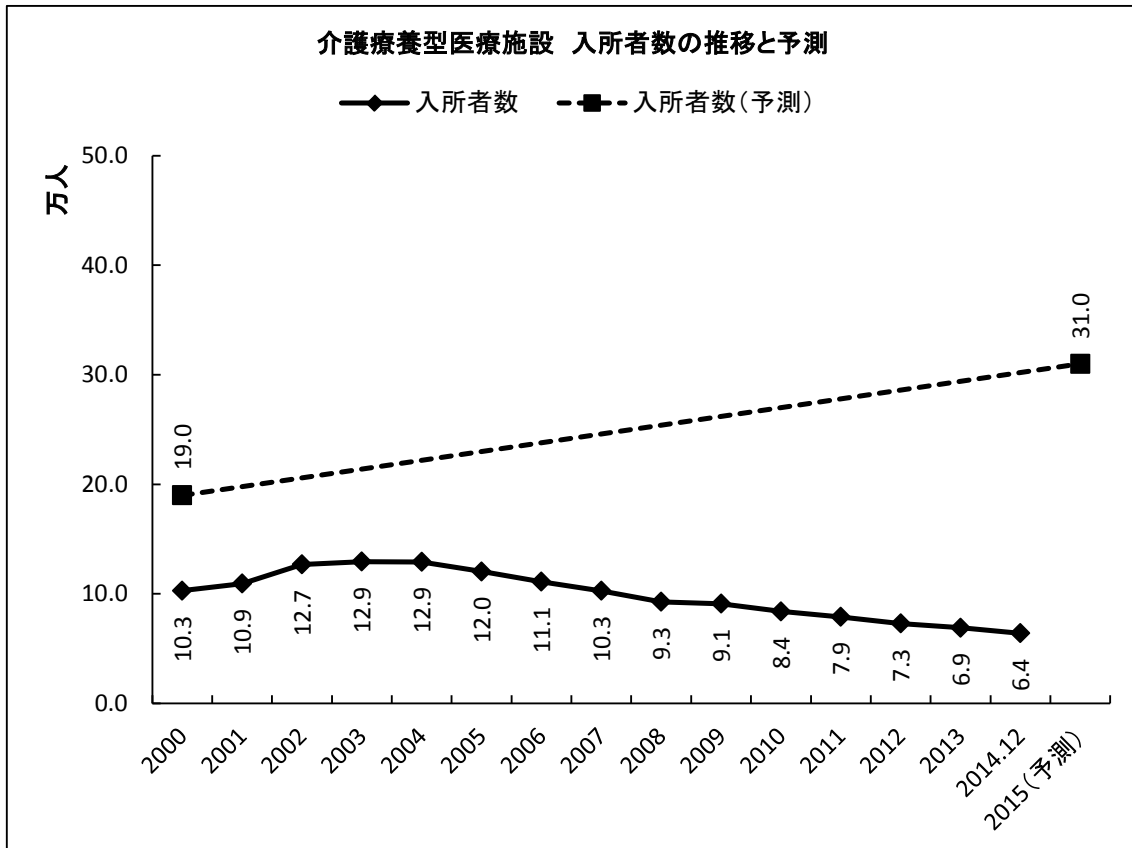
図表 3-5. 老健および特養入所者数の予測と現実



資料：厚生労働省「老人保健施設調査」（～1999）「介護サービス施設・事業所調査（2000～）
「介護保険事業状況報告」（2009～）。

加えて、医療施設にも居場所はない。介護療養型の医療施設は政策として廃止・縮小の方向で検討が進んでいるからだ。介護療養型医療施設の入所者数は予測を大きく下回り、減少傾向で推移している（図表 3-6）。

図表 3-6. 介護療養型医療施設入所者数の予測と現実

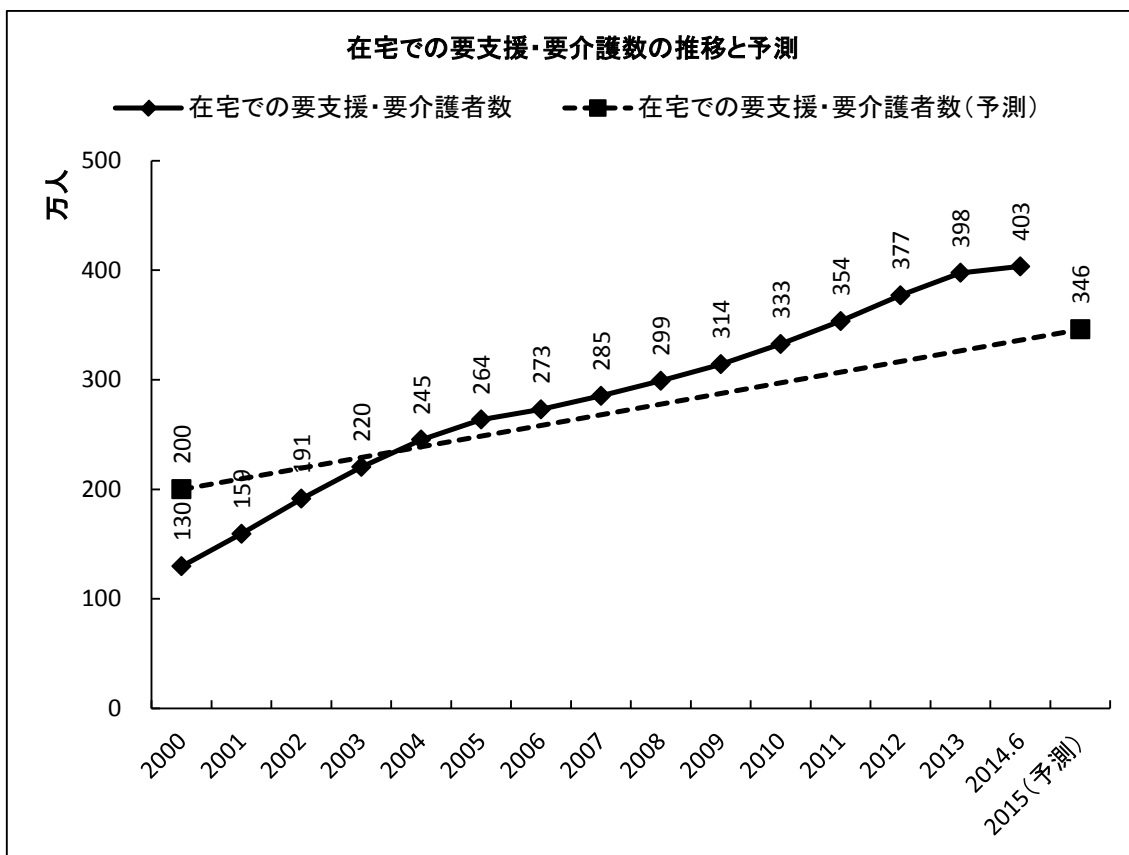


資料：厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」（～2008）「介護保険事業状況報告」（2009～）。なお、GDの予測は当時の厚生省予測をベースにしている。

では、ケアが必要な人々は一体どこにいるのか。

第三に、在宅介護のデータを見てみよう。在宅での要支援・要介護者数は、GD 予測を大きく上回って推移している。2015 年の予測 346 万人に対し、2014 年 6 月時点での現実値は 419 万人（+73 万人、+21.1%）である（図表 3-7）。

図表 3-7. 在宅での要支援・要介護者数の予測と現実



資料：厚生労働省「介護保険事業状況報告」。居宅（介護予防）サービスおよび地域密着型（介護予防）サービス受給者数の合計。

なお、入院患者数の現実がGD予測を下回った数（▲58万人）は、在宅での要支援・要介護者数がGDを上回った数（+57万人）とおおよそ重なる。これはすなわち、GD予測がなされた2000年段階では医療機関への入院が必要とされた人々が、2015年段階では医療機関ではなく、在宅で介護を受けている状況を意味すると考えられる。

4. 誰が増加分を負担してきたのか？

政府の予測を大きく下回り、さらに医師会の予測をも下回る数字で推移してきた日本の医療費だが、その名目値は増加を続けてきた。では、その増加分を誰が負担してきたのか。本節ではそれを確認する。

「家計負担」「事業主負担」「国の負担」「地方の負担」別に

GDでは、2015年の医療費負担を考えるにあたって、「家計負担」「事業主負担」「公費負担」という3つの区分けを採用している（厚生労働省は、通常、国民医療費の財源内訳を「保険料」「公費」「自己負担その他」で公表する）。本稿では公費負担をさらに国と地方の2つに分け、「家計負担」「事業主負担」「国の負担」「地方の負担」の4つの区分けで考えてみたい。

図表4-1は、2000年から2013年（直近）までの「国民医療費」の推移とその「負担金額の内訳」を示している。参考までに、下部には各年の「一般会計税収額」と「GDP（名目・実質）」を附記した。

国民医療費全体では、2000年の30.1兆円が2013年は40.1兆円となり、10.0兆円増えた（33%増）。その内訳をみると、家計負担は2000年の13.3兆円が2013年は16.1兆円で2.8兆円の増（21%増）、事業主負担は2000年の6.8兆円が2013年は8.1兆円で1.3兆円の増（19%増）、国の負担は2000年の7.4兆円が2013年は10.4兆円で3.0兆円の増（40%増）、地方の負担は2000年の2.6兆円が2013年は5.2兆円で2.6兆円の増（倍増）となっている。

すなわち、家計・国・地方の負担はそれぞれ2.6～3.0兆円増えているのに対し、事業主の負担はその半分も増えていない（+1.3兆円）。13年間の伸び率で見ても、事業主負担が最も低い。

図表 4-1. 国民医療費とその財源負担

単位：兆円

年度		2000	2005	2010	2013	2015
国民医療費		30.1	33.1	37.4	40.1	41.5
内訳 ①	自己負担	4.0	4.8	4.8	4.7	—
	保険料	16.1	16.2	18.1	19.5	—
	うち事業主負担	6.8	6.7	7.5	8.1	—
	うち被保険者負担	9.3	9.5	10.6	11.4	—
	公費	10.0	12.1	14.3	15.5	—
	うち国の負担	7.4	8.4	9.7	10.4	—
	うち地方の負担	2.6	3.8	4.6	5.2	—
内訳 ②	家計負担	13.3	14.3	15.4	16.1	—
	事業主負担	6.8	6.7	7.5	8.1	—
	国の負担	7.4	8.4	9.7	10.4	—
	地方の負担	2.6	3.8	4.6	5.2	—
一般会計税収	50.7	49.1	41.5	47.0	54.5	
名目GDP	509.9	503.9	482.4	480.1	500.7	
実質GDP	474.8	503.9	512.4	527.4	532.6	

資料：厚生労働省、財務省、内閣府、IMF

要するに、2000年から2013年の国民医療費の負担内訳を「家計負担」「事業主負担」「国の負担」「地方の負担」の4つの区分けでみると、「事業主負担」の増加分だけが少なく、他の半分も負担してこなかったのである。

2000年～2013年の経済成長率（＝実質GDPの成長率）は9.3%であった。ただ、深刻なデフレによりGDPの名目値は減少し、一般会計税収も落ち込んだ。ゆえに国家の懐事情はますます悪化し、医療費削減の圧力はさらに強まった。しかし、本来ならば「事業主も公平に医療費の増加分を負担すべき」との声がもっとあっても良かったのではないか。

2015年の予測値を見ると、GDPも税収も増加・回復傾向で推移しているようだ³。医療費の負担を家計や公費（国・地方）にこれ以上押し付けず、事業主にもっと負担を求める案を真剣に検討する絶好のタイミングだろう。

³ なお、2015年度の補正後予算額での税収は56.4兆円と当初予算をさらに2兆円上回っている。

21 世紀の医療政策を振り返る

ここで、今世紀に入って以降の医療政策を振り返ってみたい。この 15 年間、どのような政策の意思決定がなされ、どのような提言がなされてきたのか。概略を確認しておきたい。

図表 4-2 に、2001 年以降、健康保険法等の国民皆保険制度に関わる法改正によってどのような政策が実施されてきたのかを一覧にしている。一見して分かるように、患者・国民の負担増につながる政策が、手を替え品を替え、繰り返されてきたのである。制度が変わるたびに医療に関わる負担が増えた記憶は断片的にあるが、こうして年表にして並べてみると改めて驚かされる。

図表 4-2. 国民皆保険制度に関わる法改正（2001 年以降）

2001 年 1 月	健康保険法等の一部改正施行（2000 年 11 月成立） <ul style="list-style-type: none"> ● 老人一部負担金：定率 1 割負担制導入。 ● 高額療養費：上位所得者の負担限度額引き上げ。 ● 入院時食事療養費：標準負担額引き上げ。
2002 年 10 月	健康保険法等の一部改正施行（2002 年 7 月成立） <ul style="list-style-type: none"> ● 老人一部負担：完全定率負担制導入。一定以上所得者の負担が 2 割に。
2003 年 4 月	健康保険法等の一部改正施行（2002 年 7 月成立） <ul style="list-style-type: none"> ● 被用者保険：7 割給付（3 割負担）に統一。 ● 被用者保険の保険料：算定対象を総報酬制に。
2006 年 10 月	健康保険法等の一部改正施行（2006 年 6 月成立） <ul style="list-style-type: none"> ● 70 歳以上現役並み所得者：2 割→3 割負担へ引き上げ。 ● 高額療養費：負担限度額引き上げ。 ● 入院時生活療養費導入：70 歳以上の療養病床入院患者の食住費自己負担化。 ● 特定療養費の廃止と保険外併用療養費の創設。
2007 年 4 月	健康保険法等の一部改正施行（2006 年 6 月成立） <ul style="list-style-type: none"> ● 保険料等算出の標準報酬月額の上限引き上げ等。 ● 任意継続被保険者への給付内容削減。
2008 年 4 月	健康保険法等の一部改正施行（2006 年 6 月成立） <ul style="list-style-type: none"> ● 後期高齢者医療制度の創設。 ● 高額介護合算療養費制度の新設。 ● 保険者による特定健診の実施。
2008 年 10 月	健康保険法等の一部改正施行（2006 年 6 月成立） <ul style="list-style-type: none"> ● 協会けんぽの設立。
2014 年以降 ※検討中を含む	<ul style="list-style-type: none"> ● 70～74 歳の医療費窓口負担の引き上げ（1 割→2 割）。 ● 後期高齢者の保険料軽減措置の見直し。 ● 紹介状のない大病院受診者への定額負担。 ● 入院時食事代の引き上げ。 ● 協会けんぽの保険料引き上げ。

資料：「医療はどう変わってきたか」『月刊 保険診療』2015 年 1 月号

さらに、2年毎に実施される診療報酬改定では、おおむねマイナス改定が繰り返されてきた（図表 4-3）。医療機関マネジメントの視点から言えば、「家計負担増による患者数の減少」と「診療報酬マイナス改定による診療単価の減少」のダブルパンチに見舞われる状況があった。

他方、包括医療費支払い制度方式（DPC）や7対1入院基本料等、入院患者の平均在院日数を短縮し、在宅等に復帰させるインセンティブが次々と制度的に設けられ、多くの医療機関経営者がそちらへ誘導されてきた。意図的・政策的に医療需要を抑え、患者を入院から在宅へ、施設から地域へと押し出そうとする施策が続いてきたのである。

図表 4-3. 診療報酬改定の状況（2001年以降）

2002年4月	▲2.7% (本体：▲1.3%、薬価：▲1.3%、材料：▲0.1%)
2004年4月	▲1.0% (本体：±0%、薬価：▲0.9%、材料：▲0.1%)
2006年4月	▲3.16% (本体：▲1.36%、薬価：▲1.6%、材料：▲0.2%)
2008年4月	▲0.82% (本体：+0.38%、薬価：▲1.1%、材料：▲0.1%)
2010年4月	+0.19% (本体：+1.55%、薬価：▲1.23%、材料：▲0.13%)
2012年4月	+0.004% (本体：+1.379%、薬価：▲1.26%、材料：▲0.12%)
2014年4月	+0.1%（消費税増税対応分を除く実質は▲1.26%） (本体：+0.73%、薬価：▲0.58%、材料：▲0.05%)

5. 今後の方向性を考える

国民医療費 40 兆円という現実を私たちはどう受けとめるべきか。本稿では、過去になされた行政（厚生省）および医療専門職団体（日本医師会）による医療費予測を手掛かりに検討してきた。

かつて厚生省が提示した「医療費亡国論」的な医療費予測に比べれば、2000 年に日医が提示したGDの予測は手堅いものだった。しかし、現実の医療費は、例外的に膨張した調剤医療費を除き、GD予測よりもさらに抑制され、推移してきた。

とはいえ、今世紀に入って以降の 15 年間、国民医療費の名目値が 10 兆円超増えたことは事実である。その財源の負担増内訳を家計、事業主、国、地方自治体の 4 区分で見ると、事業主の負担増だけが少なく、他の半分も負担していない。以上の視点から、21 世紀の医療政策をあらためて振り返れば、患者負担を増やし、患者の在院日数を減らす様々なインセンティブを制度的に設けて医療需要を抑え、診療報酬のマイナス改定とあわせて医療費を抑えようとしてきたことが確認できる。

以上を踏まえて「未来」を、すなわち今後の方向性を考えてみたい。

今後の方向性（1）：在宅ケア偏重を再考する

今後の方向性として、考えるべき第一のポイントは、在宅でのケアのあり方である。ここ数年、「人々は住み慣れた自宅や地域で最期を迎えたがっている」「病院中心から地域中心のケアへ」「病院の世紀は終焉を迎えた」といった言説がふりまかれ、行政も在宅での医療・介護を推進してきた。厚生労働省のウェブサイトには次のようなことが謳われ、医療・介護の中心として自宅等の「住まい」が位置づけられている。

団塊の世代が 75 歳以上となる 2025 年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現していきます。

資料：厚生労働省「地域包括ケアシステム」

ただ今回、「過去」を振りかえって確認できたのは、① 入院患者数でみた入院需要はGDの予測に反して伸びず、むしろ減少傾向で推移していること。② 在宅でケアを受けている要支援・要介護者数は同予測を大幅に超えて増えていること、である。

ここ15年ほどの政策を総括すれば、大枠、次のようなことを行ったと言える。すなわち、制度的に医療と介護を切り分けたうえで⁴、入院への需要を抑制し、在宅での介護の需要に振り替えてきた。その結果、2015年の医療費は2000年段階でなされたGDの予測を約7兆円下回り、介護費は逆に予測を約3兆円上回る見込みである。医療・介護費合計ではGD予測よりも約4兆円節減できたことになる。

しかし、今後も従来の方針を継続、あるいはさらに推進することが望ましいかは大いに疑問である。このまま在宅で医療・介護を受ける人々が増え続けた場合、私たちの社会はそれを包摂できるのだろうか？ 現状でも年間約10万人が介護を理由に離職しているという。介護をしながら働く人々の数は、政府統計では約290万人（「就業構造基本調査」）。しかし、実際には1,300万人にのぼるとの民間の試算もある（『日経ビジネス』）。現状の延長線上で、在宅での医療・介護ばかりを推進すれば、間違いなくそれらの数は増える。

家族等が行うインフォーマルな介護のコスト、離職や休職による機会費用まで含めれば、在宅ケア推進のコストは決して安くはない。ましてや重度な要介護状態となっても在宅で何とかしようというのは無理筋だ。「少なくとも障害がある程度以上重い方に関しては、狭い意味での公的な医療・福祉費に限定しても、在宅ケアは施設ケアに比べて安くはなくむしろ高くなることは、日本でも世界でも学問的にはもちろん、政策レベルでも確認されている」との専門家による指摘もある（二木 2014）。

在宅ケアの推進だけが解決策ではない。高齢になった家族を安心して預けることができる施設が地域に存在し、医療・介護が必要な家族を抱えながらも一線で働き続けられる社会が求められている。そのような社会の実現なしに、名目GDP 600兆円の達成など、夢のまた夢だろう。この15年で、入院ベッドを抱える病院の総数は減り（9,266 → 8,479 施設）、有床診療所はそれ以上に減っている（17,853 → 7,990 施設）。これらの貴重な医療資源は、一度失われてしまうと、再整備に多額のコストを要するのは言うまでもない。既にある医療資源を有効活用する方向で⁵、施設での医療・介護を強化する

⁴ 介護保険の導入は2000年4月である。

⁵ 例えば、横浜市で療養型病院を運営する(医)元気会横浜病院の北島明佳理事長によれば、療養型病院は、介護人材（外国人労働者を含む）に日本の医療に関わる知識と技術のトレーニング

施策こそ、最も優先度が高いのではないか。

今後の方向性（２）：然るべき人々に然るべき負担を求める

第二のポイントは、国民医療費の財源について、事業主の負担のあり方の見直しである。第４節で詳述したように、今世紀に入って以降の国民医療費の財源負担増の内訳を家計、事業主、国、地方自治体の４区分別に見ると、事業主の負担増だけが少なく、他の半分も負担していない。

この事実は、別の言い方をすれば、今世紀に入って以降、他と比べて事業主の負担を増やすような政策決定がなされてこなかった不作為を意味する。この１５年間、患者の自己負担を増やす政策決定は繰り返されたが、一方で、企業など事業主の負担を増やす具体的施策については、ほとんど議論の俎上に上らなかった。

事業主の負担増についても、フェアに議論すべき時が来ている。大企業の従業員や公務員の健康保険組合・共済組合の保険料水準は、中小企業の従業員主体の健康保険組合（協会けんぽ）の保険料水準を下回っている。むろん、前者の平均所得水準のほうが高く、国民皆保険制度の下で両者が享受できる便益は全く同じにもかかわらず、この状況は長年放置されてきた。

この他に、保険料徴収に関わる問題もある。健康保険料の計算に用いる標準報酬月額には上限（現行では１２１万円）があるため、それ以上の収入がある富裕層は、比較的低い保険料負担で国民皆保険の恩恵を受けることができる制度設計となっている。以上のような理由から、本来ならば所得再分配機能を持つはずの社会保障制度によって、ある側面、所得格差が開いてしまうといった本末転倒の事態が生じている。

これらの問題は、大手マスコミ自身が比較的低い保険料水準の恩恵を受けている既得権益層であるためか、なかなかメディアの報道に載らない。しかし、アベノミクスで輸出大企業を中心に業績が上向いている今こそ、広く議論を喚起する好機ではないか。

を施すのに格好の場所であるという。一方で、療養型病床廃止の政府方針は変わらず、介護人材の医療に関わる知識不足は積年の課題のままである。現場の知恵と政策との間に分断が存在するのではないだろうか。

今後の方向性（3）：日本の徴税政策・財政政策を見直す

第三のポイントは、「医療費云々ではなく、日本の徴税政策・財政政策そのものの見直しを優先すべきではないか」ということである。より具体的には、医療費をいかに削減するかに血道を上げるよりも、① 徴税システムと② 財政の監視システムの2つの見直しに、もっと政策リソース（人材、カネ、時間）を投入すべきという提言である。

① 徴税システム について言えば、GDP の名目値の下がり幅に比べて一般会計の税収額が下がり過ぎである。例えば 2000 年と 2010 年を比べると、名目 GDP は 509.9 兆円 → 482.4 兆円と▲5.4%の下げに対し、一般会計税収は 50.7 兆円 → 41.5 兆円と▲18.8%も下がっている（前掲 図表 4-1）。財務当局は、まずは現行の徴税システムがデフレ不況下にマッチしていないことを素直に認め、真摯に見直すことから始めるべきだろう。そうしなければ、私たちは今後も、医療費そして社会保障費の「出口の見えない」削減圧力にさらされ続けることになるからだ。

② 財政の監視システム について言えば、国家財政を複式簿記化し、収支と財政状況（P/LとB/S）を少なくとも月次で、タイムリーに確認できることが必要である⁶。そうならば、簿記2級程度の知識を持つ国民なら誰でも、「財政再建」の議論に参加できるようになるだろう。

迅速にデータが揃うことで、はじめて議論が意味を成し、有益なアイデアも出て来よう。ろくなデータも揃っていないのに、一部の政治家や学識者・マスコミが財政再建について当てずっぽうで語り、えんえんと社会保障に関わるコスト削減の話をしているのが現状だ。何とも滑稽な状況ではないか。

何より、日本政府に対する最大の債権者は、私たち国民なのだ。私たちには、国の財務状況・収支の状況について、詳細を迅速に、知る権利と資格がある。これを為さざるもまた、看過すべきでない“政策の不作為”である。

⁶ 石原慎太郎は、田中角栄を主人公に書いた小説の「長い後書き」において、角栄であれば「非合理極まる単式簿記などという会計制度を国家全体として是正」できたかもしれないと述懐している（石原 2016、pp.208-209）。なお、東京都や大阪府などの一部自治体は、すでに公会計を複式簿記化する取り組みを進めている。

6. 結語：新たなグランドデザインを描く

最後に、新たなグランドデザインを描く必要性について触れ、筆を擱くこととする。

「出口が見えない——。」

国家財政の問題にしろ、社会保障費と医療費の問題にしろ、今日、それが問題なのではないか。政府が掲げるプライマリ・バランスの目標を達成したところで、国家の借金問題が解決するわけではない。国家の借金問題が解決しない限り、少なくとも解決の道筋くらいは見出さない限り、医療費を含む社会保障費への削減圧力がこれからも続くことは必定である。

団塊の世代が後期高齢者となり、高齢化問題がピークを迎える 2025 年はすぐそこに迫っている。「病院完結型から地域完結型へ」と在宅ケアを推進し、「地域包括ケア」という理想を掲げてはみたものの、そこに至る具体的道筋や光明もまた、見えない。

現状は、2013 年に公表された社会保障制度改革国民会議の提言に沿う形での改革が進められつつあるが、これも所詮、「多額の公的債務があること」を動かぬ大前提とした制約条件下での限定的アイデアに過ぎない。地域の医療資源（ヒト、モノ）のデータをいくら詳細に把握しても、“多額の公的債務”ゆえに想定通りカネを使えないのなら、地域の人々が構想や計画にかけた貴重な時間と労力がムダになりかねない。

この国の医療をどうするのか。介護・年金・子育てや少子化対策等も含めた社会保障をどうするのか。国家の借金問題の解決の方向性とあわせて、新たなグランドデザインとしてアップデートし、患者・国民のみならず、医療・介護サービスの提供側にも出口を提示する必要があるのではないか。むろんその作業は筆者の手に余るが、かつてなされた予測の検証という本稿の試みが、新たな気づきのひとつ、キッカケのひとつとでもなれば望外の喜びである。

【参考文献・資料リスト】

石原慎太郎(2016)『天才』幻冬舎.

「医療はどう変わってきたか」『月刊保険診療』2015年1月号.

厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」.

——「介護事業状況報告」.

——「患者調査」.

——「介護保険事業状況報告」.

——「地域包括ケアシステム」.

http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/c-hiiki-houkatsu/dl/link1-4.pdf

——「老人保健施設調査」.

——(2006)「過去の医療費の将来見通しの比較」.

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/12/dl/s1227-20c.pdf>

——(2016)「平成26年度 国民医療費の概況」.

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-iryohi/14/>

坂口一樹(2015)「将来の人口動態等に基づく医療費推計：5つのシミュレーションから」
『日医総研ワーキングペーパー』No.343.

http://www.jmari.med.or.jp/research/research/wr_578.html

社会保障制度改革国民会議(2013)『社会保障国民会議報告書 ～確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋～』

<http://www.kantei.go.jp/jp/singi/kokuminkaigi/pdf/houkokusyo.pdf>

二木立(2014)「在宅ケア・終末期ケアの経済分析と死亡場所の変遷」『日本における社会保障のあり方 平成24・25年度 医療政策会議報告書』日本医師会.

http://dl.med.or.jp/dl-med/nichikara/isei/isei2014_3.pdf

日本医師会(2000)『2015年 医療のグランドデザイン』.

<http://www.med.or.jp/nichikara/gd/>

OECD (2015) *OECD Health Statics 2015*.

<http://www.oecd.org/health/health-systems/health-at-a-glance-19991312.htm>

※年号不記載は、複数年に渡って参照したもの。