

医療・介護が産業として成長するための条件

西村周三

国立社会保障・人口問題研究所

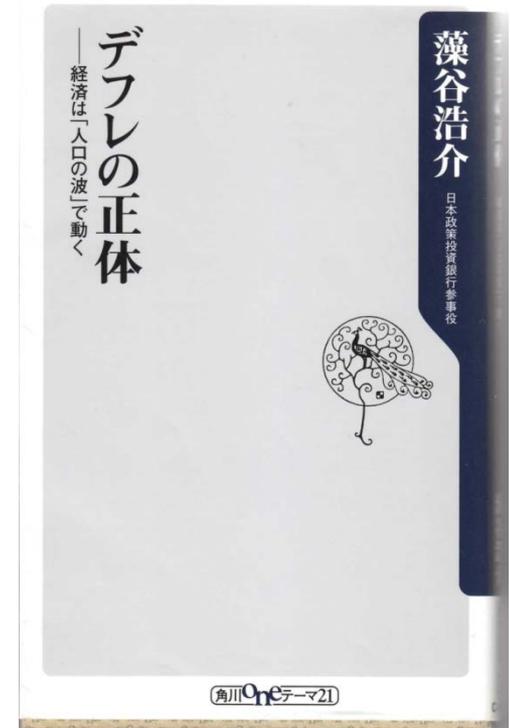
nishimura-shuzo@ipss.go.jp

今回の話の構成

- **初歩的な復習：GDPと経済成長**
藻谷浩介氏の『テフシの正体－経済は「人口の波」で動く』（角川新書、2010）
の大きな誤解を招く論点について
- **世代間分配の公平について**
慎みのある議論を！
- **税の納付額を拡大する成長か、税納付増加を控える成長か？**
あえて税金という言い方をせず、税「納付」と言い方をしたい。
- **医療・介護を公的給付のみで保障する場合と、私的給付を拡大し、公的給付を補完する場合とでは、何が違うのか、議論する。**
- **価格を公定にするか、自由な価格設定をするかの違いが注目されるべきであるが、自由価格の設定を認めた場合に何が起きるか議論する。**

藻谷さんは、生産年齢人口が減ると消費が減退すると主張

- 本書は面白い指摘も数多くあるが、やはり致命的に誤解を招く箇所が多い。
- 「生産年齢人口が減ると消費が減る。」
- (地域別のデータで実証を試みている)
↑
- 高齢者の方が若年者より消費率は高い。若年者の方が将来に備えて貯蓄をする。地域別に見た彼の指摘は当たらない。
- **批判1**：菅原晃「高校生からのマクロ・ミクロ経済学入門」<http://abc60w.blog16.fc2.com/blog-entry-401.html>
- かなり徹底的な批判、完膚無きまでと行ってよい。
- ただしなぜこんな誤解が生まれるかについてあとで考える。
- **批判2**：経済財政白書22年版第2章第2節「個人消費を巡る論点」（明示的には批判していないが・・・。）



**GDPは民間消費、政府消費、投資、輸出—輸入、などからなる
(この箇所は前掲菅原晃「高校生からの…」が、素晴らしい解説をしている。)**

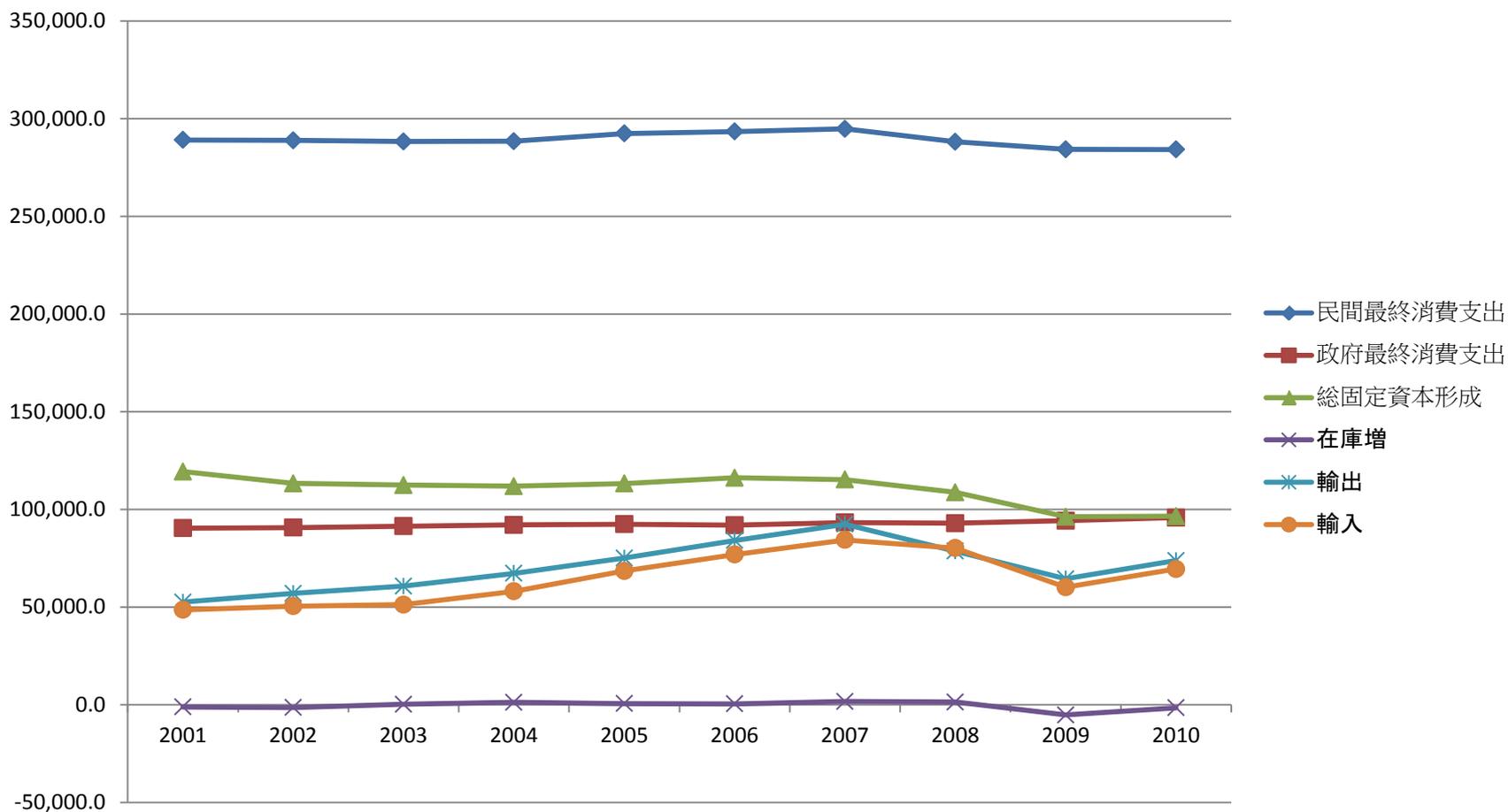
- **民間消費の占める割合はGDPの約60%
つまり民間消費が経済成長の大きな牽引車!**
- **政府最終消費も20%を占め、重要なGDPの構成要素**
- **もちろん輸出ないし経常収支も大切**

- **ただし、菅原氏の藻谷批判にあるように、内需の方が外需より圧倒的に大きい。**
- **消費支出のかなりの部分は、「もの」ではなく、「サービス」**
- **高齢化の影響は、必ずしも消費減には結びついていない。**
- **(若年者も高齢者も低迷)**

- **地域において、消費は減退していないし、医療・介護は一部負担を除けば、民間消費に含まれていない。したがってこれを含めれば、地域経済は、医療・介護という「消費」支えられている!**

GDPの構成要素

ここ最近では投資の落ち込みが激しい



内閣府『国民経済計算年報』 H23年 確報

経済産業省の見方

1. 現状:「やせ我慢」の経済(縮小均衡・じり貧シナリオの進行)

■現状は縮小均衡・じり貧が継続する「やせ我慢」の経済。名目値で所得や売上が伸びず、閉塞感
 ■付加価値の創出・拡大に転換しない限り、「縮小均衡・じり貧」シナリオからは抜け出せない

<日本の名目GDP>



名目GDPが50兆円減少

デフレの継続
→期待成長率の低下

国内消費の低迷

「我慢」の企業経営
→付加価値の低迷

縮小均衡・じり貧の悪循環

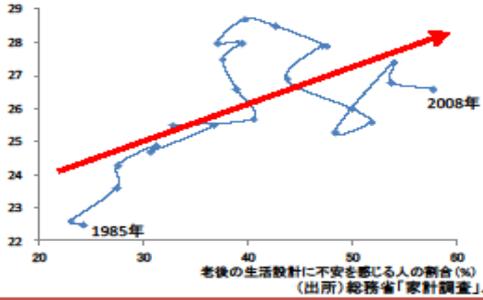
雇用環境の悪化
→労働所得の低下

将来不安の増大

<将来不安から消費者も我慢>

- 我が国では、老後に不安を感じる人の増加に伴い、勤労者世帯(サラリーマン世帯)の家計貯蓄率が上昇。
- 老後に不安がある人は貯蓄額を200~300万円程度上乗せする傾向。
→ 老後の生活不安が消費抑制(我慢の消費)につながっている。

貯蓄率と「老後の生活不安」の関係

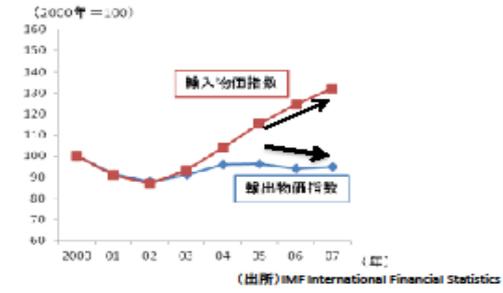


<我慢の経営の限界>

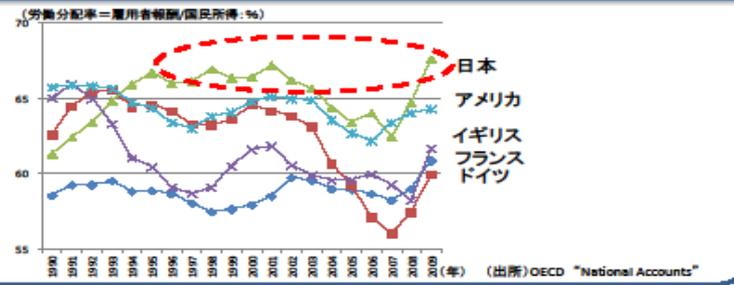
○2002年以降の景気回復局面では、雇用者報酬も民間投資も抑制されて、内需による牽引効果が小さかった。

○我が国は、輸入物価指数が上昇する一方、輸出物価指数が下落傾向(交易条件の悪化)。
→「やせ我慢」の競争に陥っている。

→現在の日本の産業は付加価値の拡大・創出力(価格転嫁力)が低い可能性。



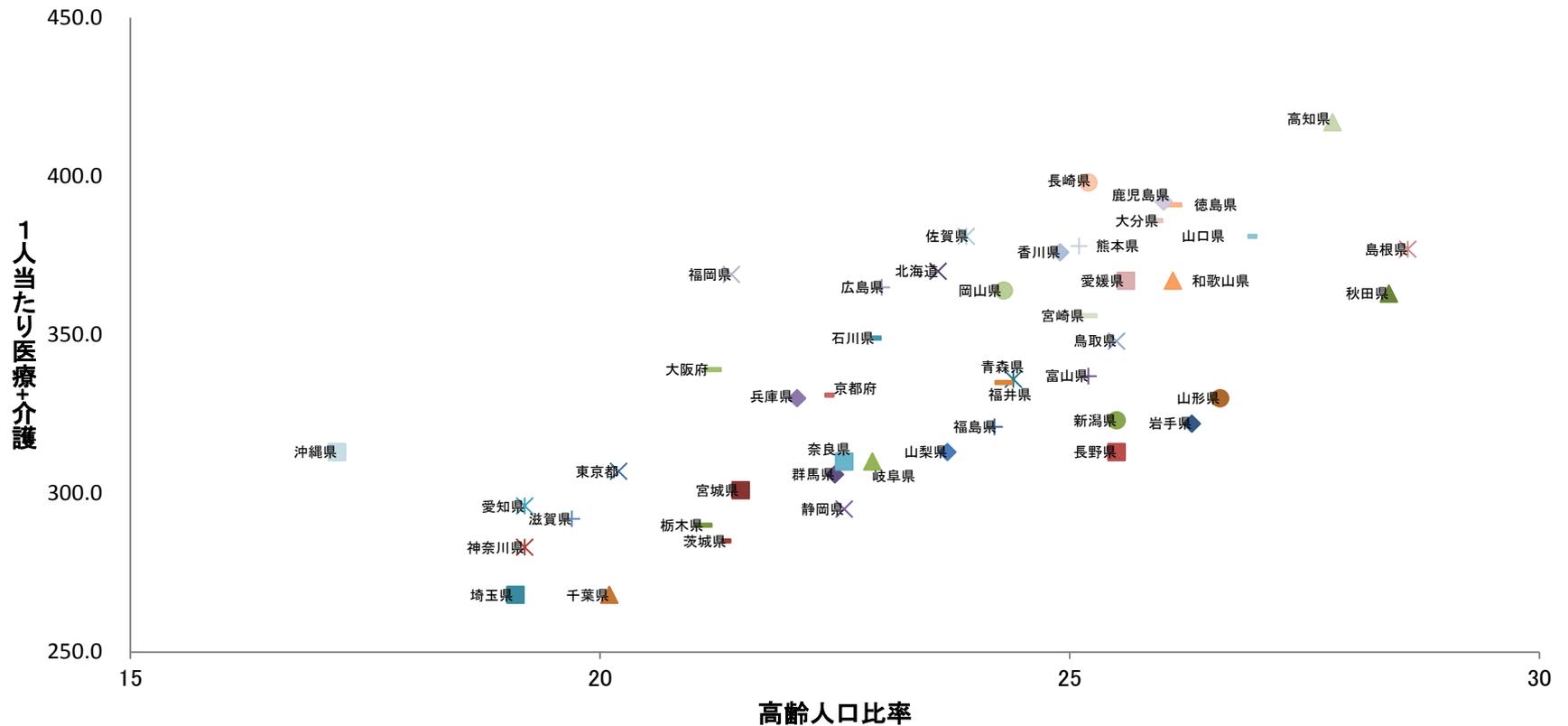
○雇用者報酬が低迷しているにもかかわらず、我が国の労働分配率は高止まりという見方も。
→付加価値拡大が出来ていない。



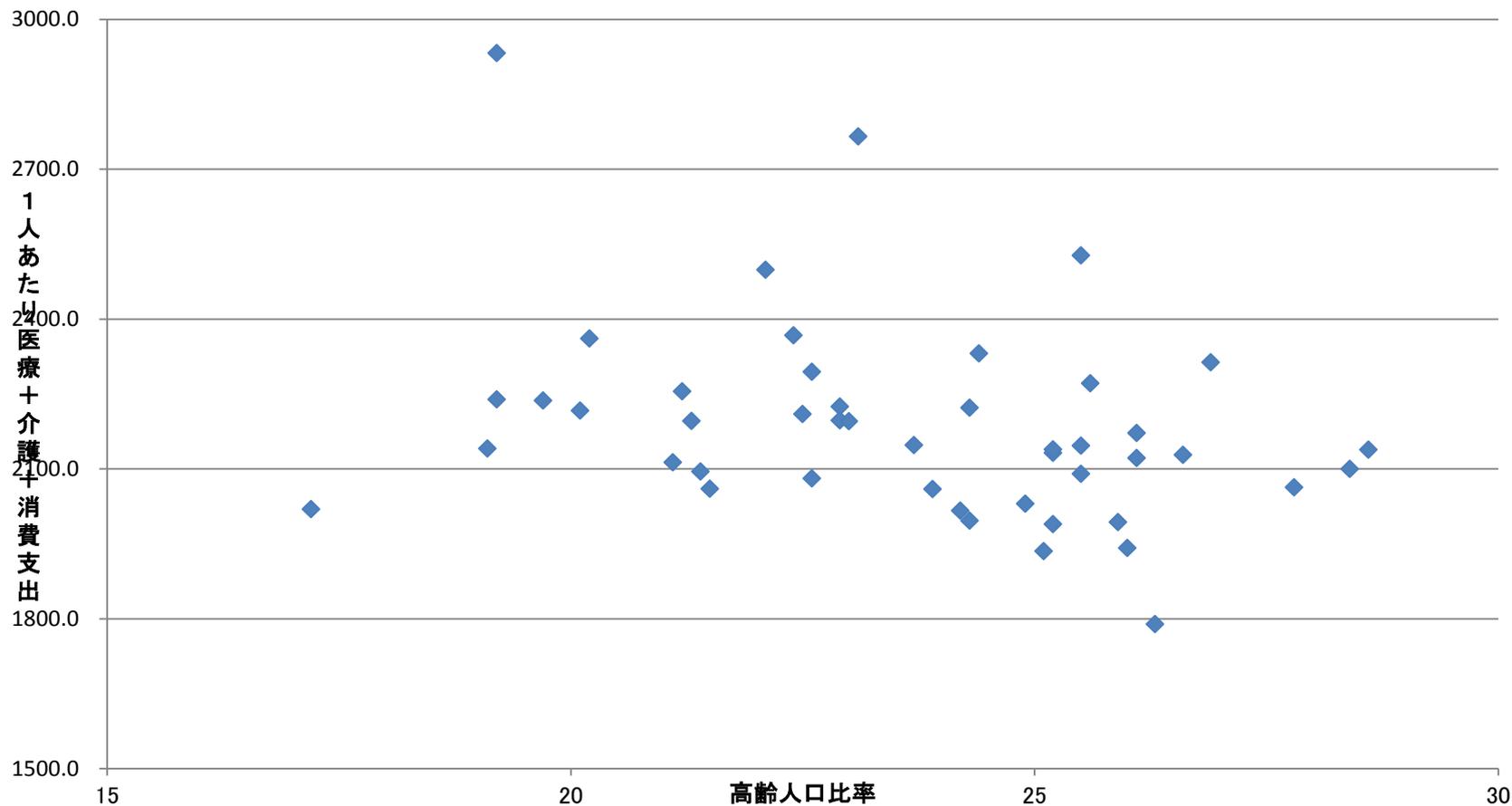
**でも生産年齢人口が減少すると、
何となく経済がダメになっていくような気がする！**

- **気持ちわかる！**
- **なぜ？**
- **消費ばかりしていいのか、という心配**
- **(確かにかない長期的には心配、しかし2030年と来年とを混同しないことが大切、また相当額のストック(道路などの公共的な富、住宅などの私的な富の蓄えもある。ただし近年の財政難で、公共投資減→将来への投資も減退、維持費も要る。)**
- **もう一つ:私に大切だと思える点は、消費が増えても、税収が増えないのではないか？**
- **(消費税率が低いから)**

当然だが、高齢化比率(65歳以上人口比)が高くなると 医療費・介護費の支出が高まる ここで縦軸の一人あたりは「都道府県人口」全体あたり



医療費・介護費と消費支出の全体額は、高齢化と関係がない！ ここで縦軸の一人あたりは「都道府県人口」全体あたり



県民計算年報、介護保険事業年報、医療費は厚労省推計

なぜ地方自治体は、医療・介護の増額に熱心にならないのか？

- 仮説：一般企業に対する支出(消費、投資)が拡大すると、地方税収が増えるのに、医療・介護の拡大は地方税収を増さないから？
- 高所得者vs 低所得者のどちらが、地域経済を活性化するか？
- テフシと物価指数
- 地域間の所得再分配

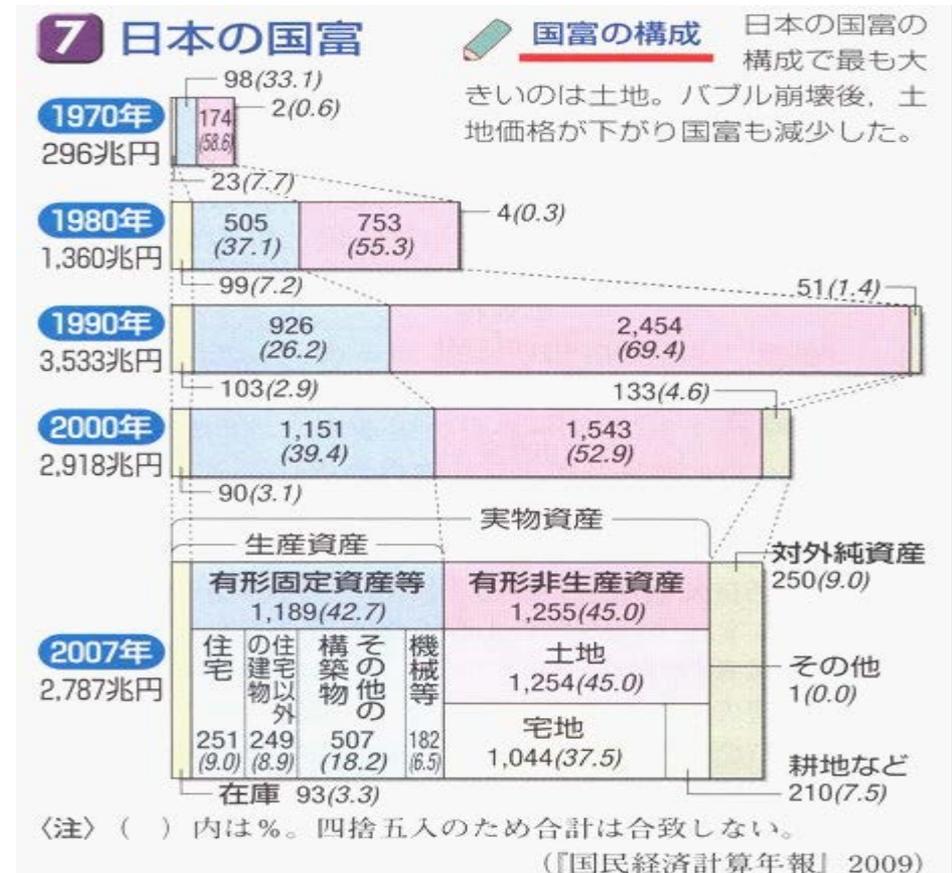
世代間分配についてのコメント

将来世代への投資はきわめて重要であり、

高齢者は、なるべく後世代に負担をかけないという慎ましさが求められるが、

同時に、「幸運であった」とはいえ、過去の各種の資産形成に寄与した高齢世代の貢献も評価すべき

● 国富と所得の関係は？

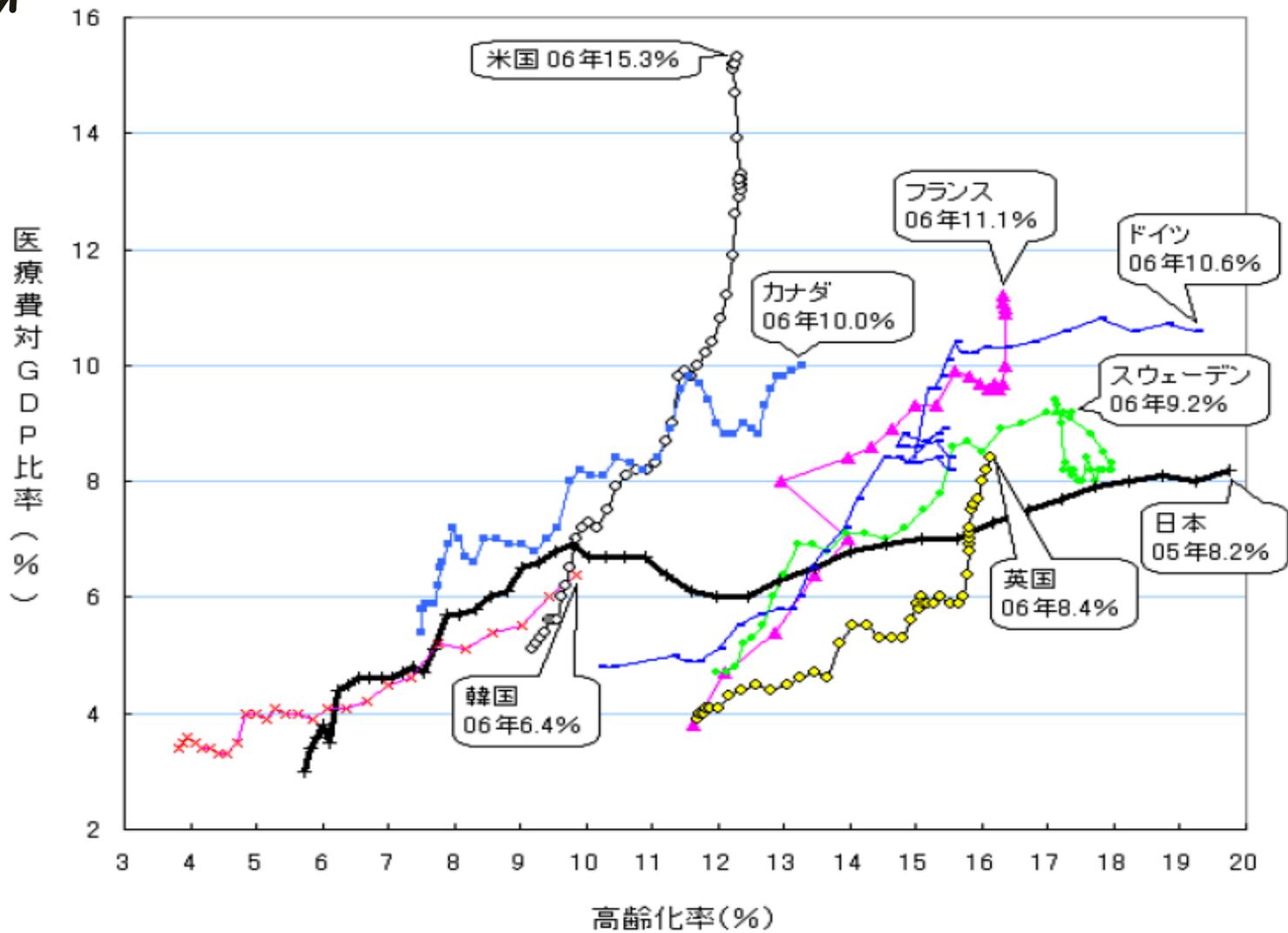


さて、医療・介護産業のあり方について

- **医療も介護も、規制なくして、完全に自由価格で、市場にさらすことは考えにくい。**
- **論点は価格**
- **価格を自由に設定出来る仕組みが産業を活性化させるか？**
- **価格が高くなれば、それだけ公的な負担額は上昇する。**
- **このトレード・オフをどう判断するか？**

高齢化とともに高まる医療費(1960年～最新年)

この表現は不正確!

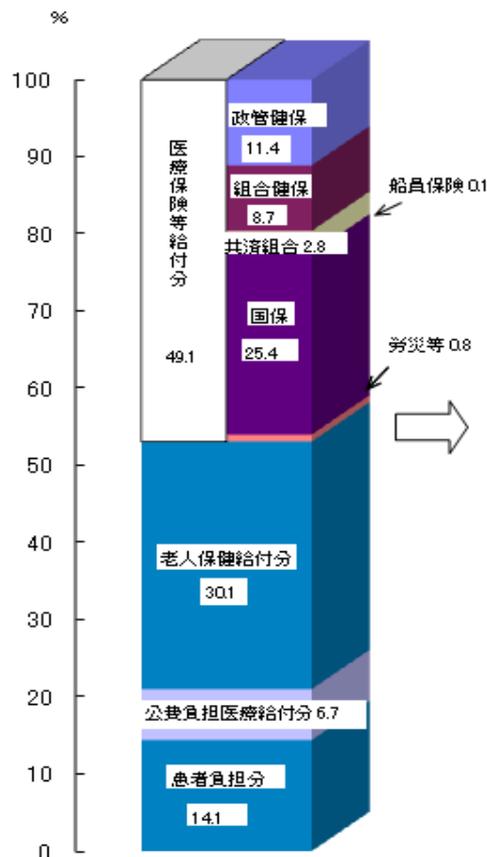


高齢化にもかかわらずあまり上がっていない!
対GDP比10%を超える国が多いことに注意。

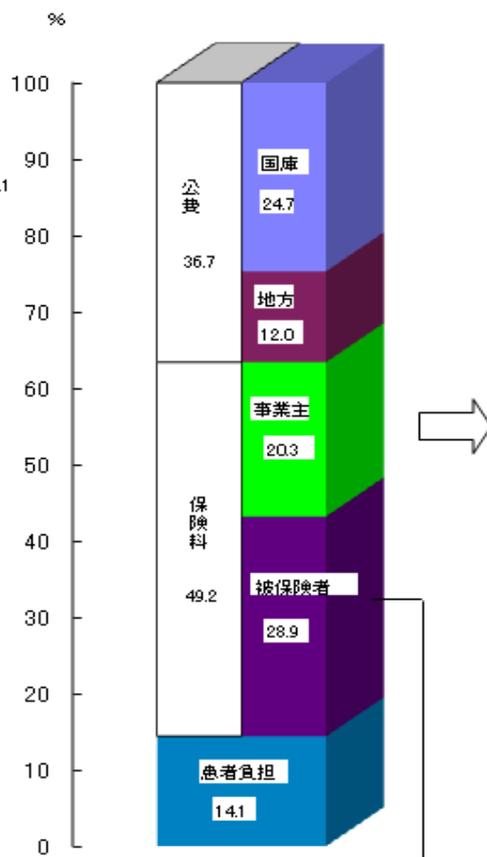
資料: 厚生労働省「国民医療費推計」各年度、OECD Health Data

国民医療費の構造(H19)

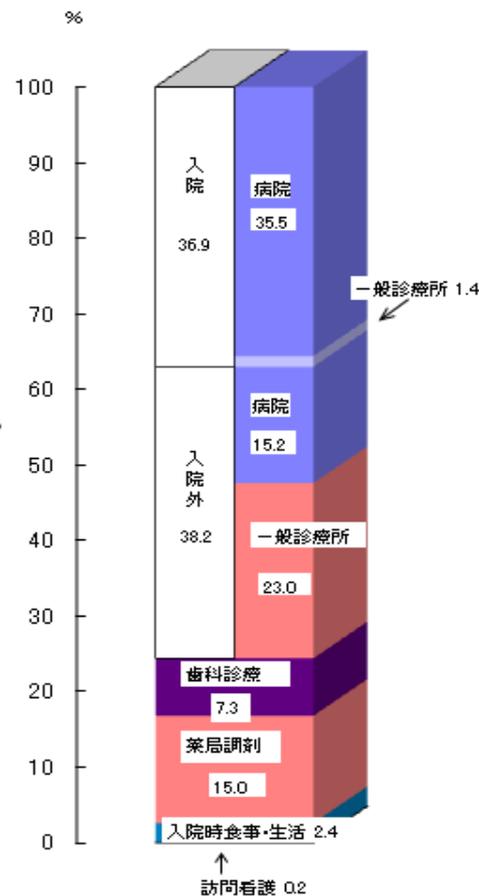
国民医療費の制度別内訳



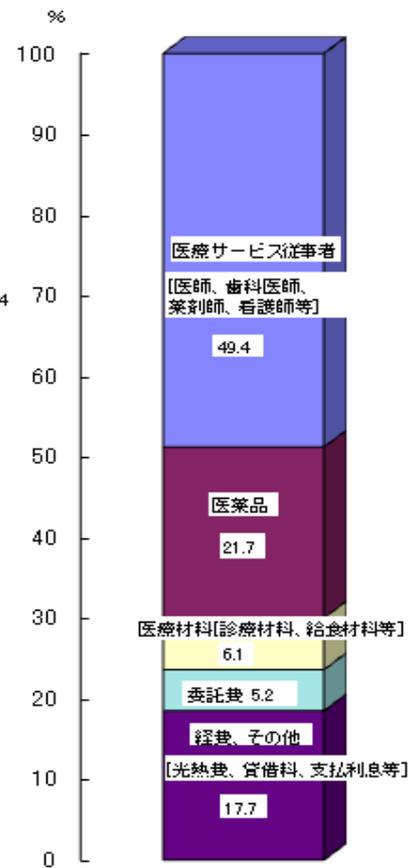
国民医療費の負担(財源別)



国民医療費の分配



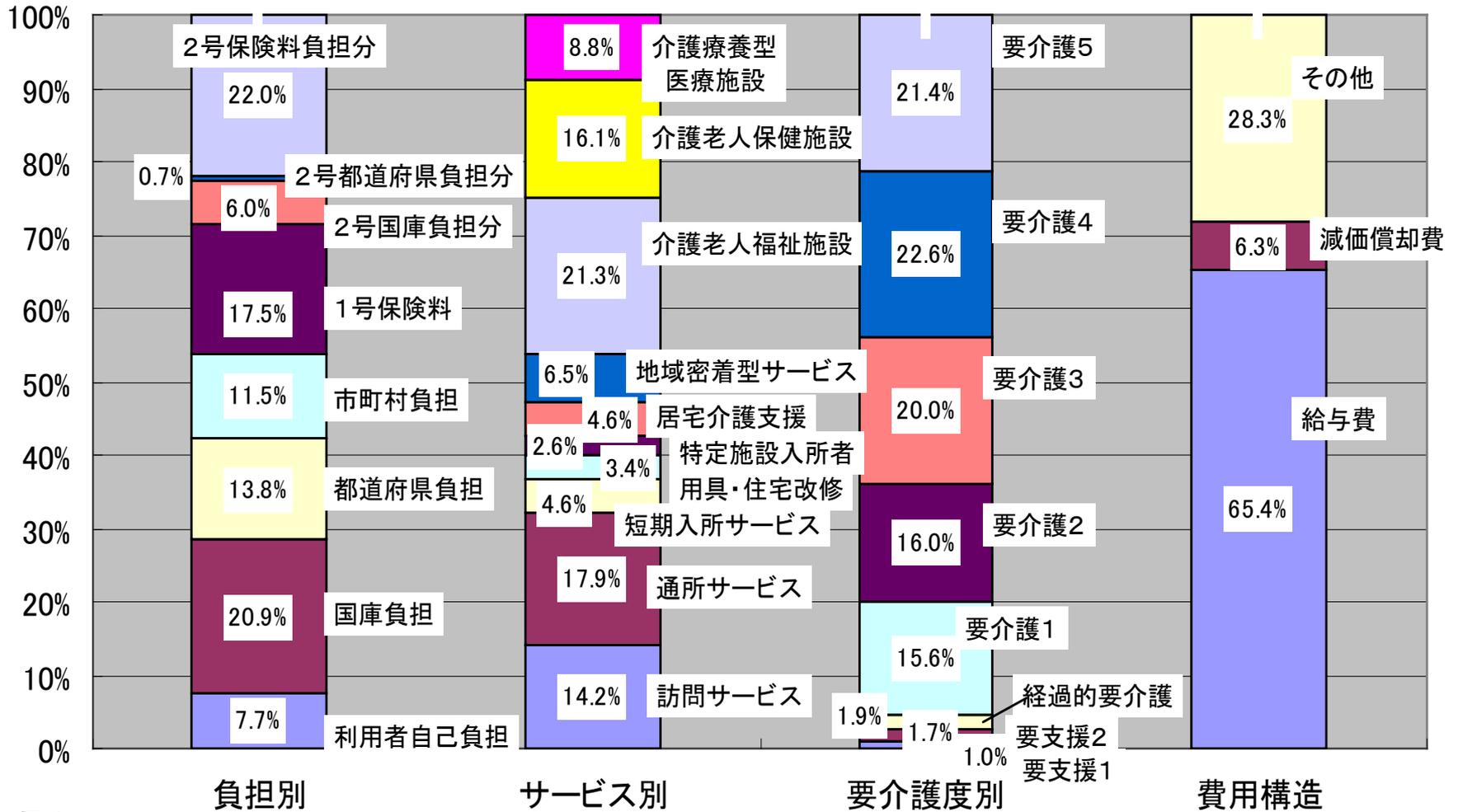
医療機関の費用構造



●被保険者負担には、国民健康保険の保険料が含まれている。

平成19年度国民医療費、医療経済実態調査(平成19年6月)結果等に基づき推計

介護費用の構造(平成18年度)



厚生労働省調べ
 ※費用構造については、経営実態調査で把握できないサービス(福祉用具貸与・住宅改修等:費用額で約4%)以外について、実態調査の比率で按分した。

(資料出所)

厚生労働省老健局「介護保険事業状況報告(平成18年度)」、厚生労働省老健局「平成17年度介護事業経営実態調査結果」を用い推計

医療費の見方について注意すべきこと

- **医療費 = Σ (各種の単価) × (各種の量)**
- **医療費の総額は、人件費(個々の職種の給与単価 × 労働時間)や薬剤費(個々の薬剤の価格 × 使用量)などからなる。**
- **資本主義社会の特徴は、この単価が、「市場」で決まる。このため、企業等は懸命に、この単価を上げようと努力する。**
- **「市場」は国民の欲求をもっとも容易に反映させる仕組み？**

アメリカの医療費は2015年に 約4兆ドル(≒500兆円?)?

- 日本の医療費は同年で最大40兆円程度と予想されているが、それは何を意味するか?
- ちなみにアメリカの人口は2015年で日本の約3倍弱。(日本の人口規模に直すと約180兆円)
- ただし重要なのは経済成長の違いの見通し

注: 1ドル=120円で計算したが、これは特に根拠があるわけではないことに注意

適切な価格政策の必要性

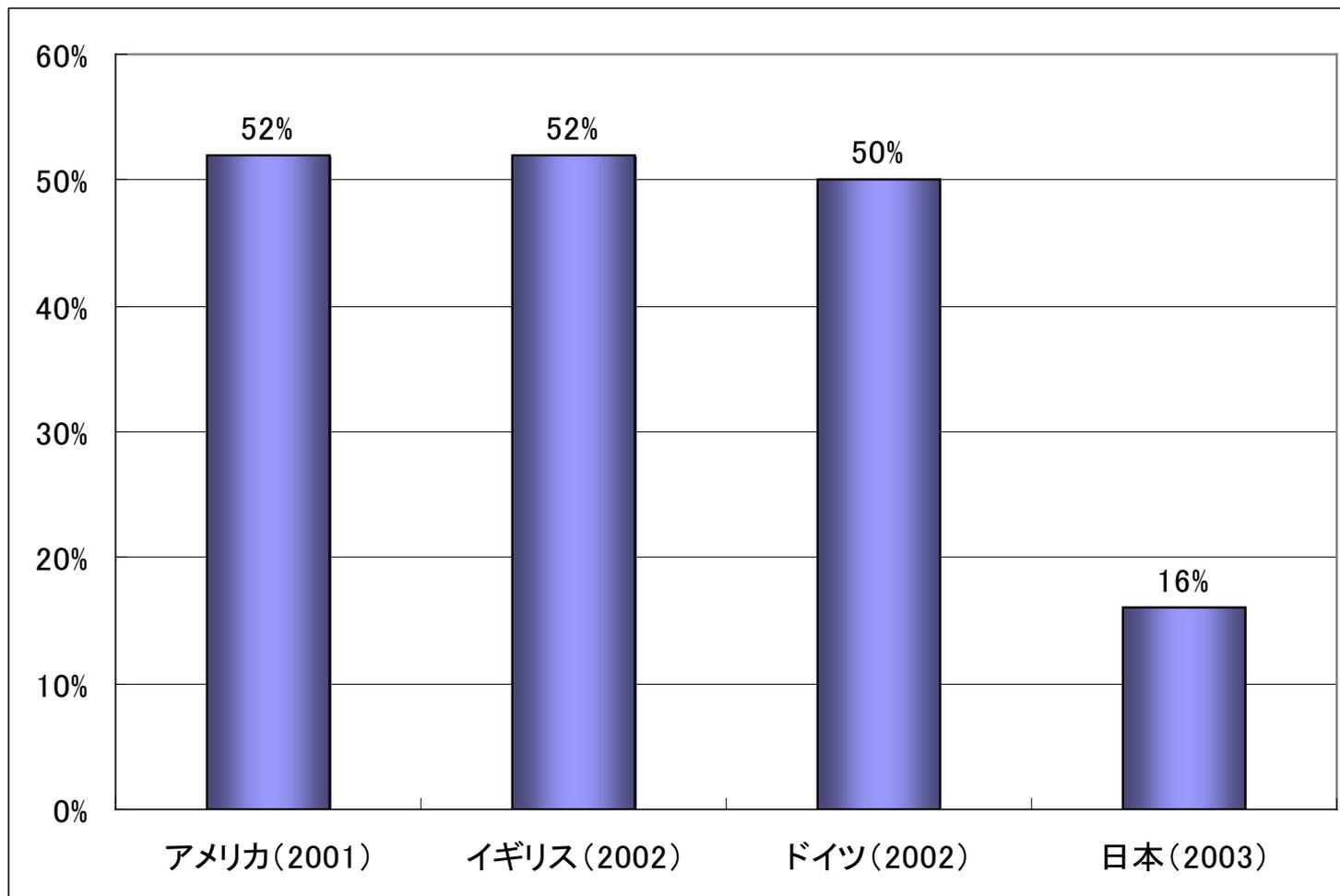
- 鈴木亘氏 朝日新聞2011年6月28日Globe特集
「日本では、すでに医療の4割、介護の約6割が公費負担で、主な**価格も公定**だ。企業などの新しいプレイヤーが自由に参入し、創意工夫で利益をあげる余地は少なく、投資を促すような「産業としての魅力」に欠ける。
- 同じくこの記事の下には朝日の記者による「予算は27兆円、問われる厚労省の経済センス」という記事がある。
- 厚労省：2020年までに、50兆円の需要と284万人の雇用を生む

表1 薬剤支出, 総額および1人当り及び製造者価格, 2005年

| 国 | 全経路 | | | | 外来のみ | | 外来のみの 流通マージン (%) |
|------|-------------------|----------------|------------------|--------------|------------------|--------------|------------------------|
| | 総支出 (単位:百万米ドル) | | 1人当たり支出 (米ドル) | | 1人当たり支出 (米ドル) | | |
| | 公定価格 ベース | 製造者価格 ベース | 公定価格 ベース | 製造者価格 ベース | 公定価格 ベース | 製造者価格 ベース | |
| アメリカ | 336.727 | 246.762 | 1,141 | 836 | 729 | 534 | 26.7 |
| カナダ | 16.852 | 12.683 | 525 | 395 | 403 | 295 | 26.7 |
| フランス | 45.436 | 30.251 | 750 | 500 | 494 | 294 | 40.5 |
| ドイツ | 48.502 | 31.464 | 588 | 381 | 387 | 237 | 38.8 |
| イタリア | 35.393 | 19.365 | 615 | 337 | 354 | 200 | 43.5 |
| スペイン | 23.675 | 14.838 | 550 | 345 | 334 | 210 | 37.3 |
| イギリス | 30.838 | 20.288 | 514 | 338 | 335 | 220 | 34.2 |
| 日本 | 73.215 | 60.037 | 573 | 470 | 471 | 386 | 18.0 |

出所: Danzon P. and M. F. Furukawa, "International Prices And Availability Of Pharmaceuticals In 2005,"
Health Affairs, Vol. 27, No.1, 2008.

ジェネリック医薬品のシェア (数量ベース)の国際比較



出所： 医薬工業協議会 (2003、2005)

表2 1人当り薬剤使用量(対米比較, 米=100)

| | 全体 | | | 各国における化合物初出後の経過年数 | | | | | OTC |
|------|-----------------------|-----------------------|----------------------|-------------------|-----------|------------|------------|-----------|----------------------|
| | 1人 当り 一日 用量数 | 用量 当りの 平均 強度 | 1人 当り グラム 数 | 5年 以下 | 6~ 10年 | 11~ 20年 | 21~ 30年 | 31年 以上 | 1人 当り 一日 用量 |
| アメリカ | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| カナダ | 123 | 119 | 146 | 46 | 89 | 101 | 72 | 141 | 66 |
| フランス | 139 | 123 | 171 | 65 | 78 | 111 | 173 | 151 | 38 |
| ドイツ | 104 | 82 | 85 | 45 | 52 | 76 | 86 | 121 | 161 |
| イタリア | 74 | 74 | 55 | 58 | 54 | 97 | 109 | 68 | 58 |
| スペイン | 110 | 134 | 147 | 43 | 85 | 113 | 173 | 107 | 73 |
| イギリス | 112 | 84 | 94 | 40 | 61 | 92 | 91 | 128 | 102 |
| 日本 | 160 | 35 | 56 | 40 | 117 | 189 | 313 | 144 | 6 |

出所: Danzon P. and M. F. Furukawa, "International Prices And Availability Of Pharmaceuticals In 2005," Health Affairs, Vol. 27, No.1, 2008.

表5 新規開発薬対ジェネリックの市場シェア, 2005年

| 国 | Share of unit volume | | | | Share of sales | | | |
|------|-----------------------|------------------|----------------------------|------------------------------|-----------------------|------------------|----------------------------|------------------------------|
| | Originator | | Generic | | Originator | | Generic | |
| | Single - source | Multi- source | Brand ed generi c | Unbra nded generi c | Single - source | Multi- source | Brand ed generi c | Unbra nded generi c |
| アメリカ | 20.2 | 8.5 | 18.2 | 53.1 | 70.2 | 10.4 | 9.6 | 9.8 |
| カナダ | 16.2 | 8.4 | 45.1 | 30.3 | 55.5 | 12.5 | 24.3 | 7.8 |
| フランス | 23.0 | 16.3 | 44.7 | 16.0 | 56.4 | 14.7 | 21.1 | 7.9 |
| ドイツ | 10.0 | 15.4 | 43.8 | 30.8 | 42.6 | 14.5 | 29.3 | 13.6 |
| イタリア | 23.7 | 26.0 | 39.7 | 10.5 | 49.6 | 20.9 | 24.9 | 4.6 |
| スペイン | 20.6 | 27.3 | 35.4 | 16.7 | 48.0 | 23.1 | 21.4 | 7.4 |
| イギリス | 11.8 | 19.5 | 21.3 | 47.4 | 47.3 | 16.0 | 13.3 | 23.4 |
| 日本 | 19.3 | 25.6 | 42.3 | 12.7 | 50.0 | 27.1 | 18.8 | 4.1 |

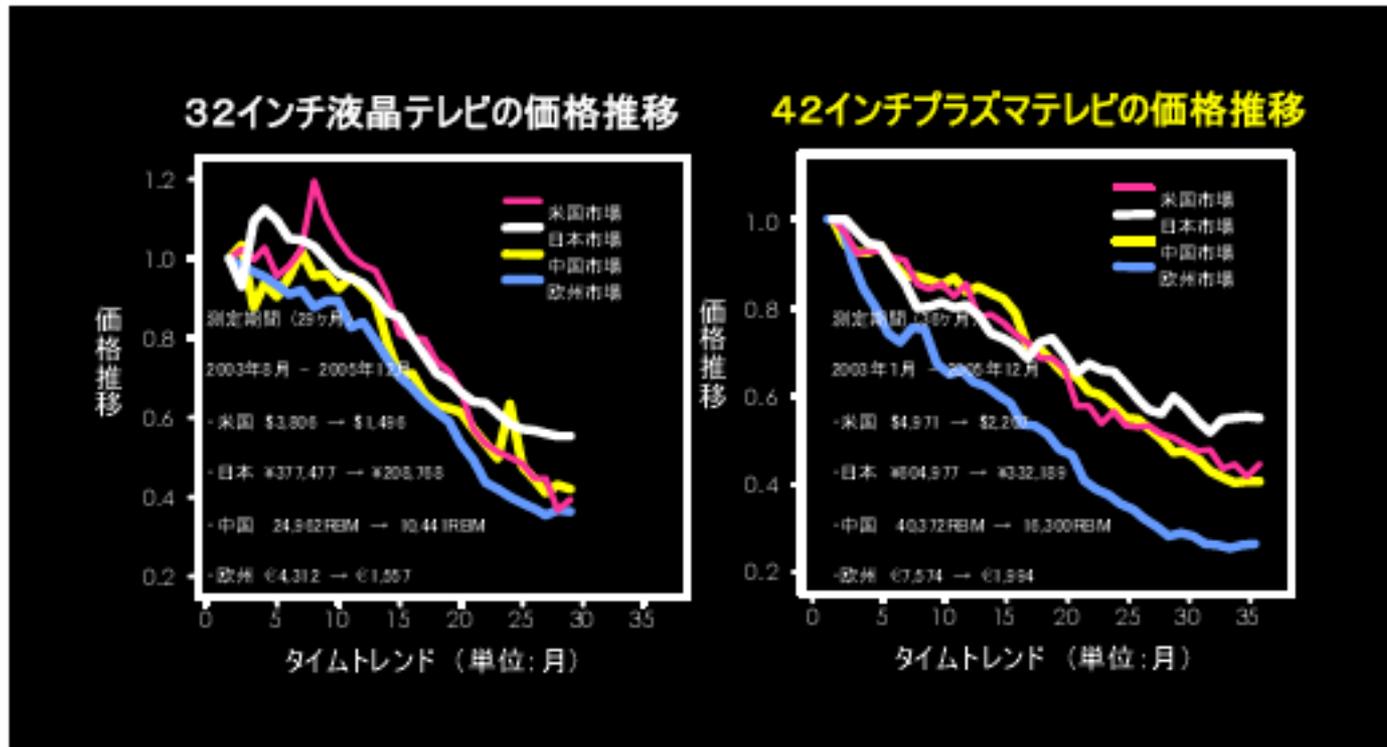
出所: Danzon P. and M. F. Furukawa, "International Prices And Availability Of Pharmaceuticals In 2005," *Health Affairs*, Vol. 27, No.1, 2008.

表6 薬剤価格指数(対米比較, 米=100), 2005年

| 国 | 包括的指数 | | | | 開発者対ジェネリック | | | 処方薬対OTC | |
|------|-------------------------------|------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|------------|----------|---------------------------|---------|-----|
| | 為替 レート 換算の 製造者 価格 | 為替 レート 換算の 公定 価格 | GDP 購買力 換算の 公定 価格 | 所得で 標準化 した 製造者 価格 | 開発者 | | ジェネ リック | 処方薬対OTC | |
| | | | | | 単一 源泉 | 複数 源泉 | ブランド 品及び 非ブラン ト品 | 処方薬 | OTC |
| アメリカ | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| カナダ | 81 | 81 | 79 | 103 | 74 | 60 | 133 | 79 | 189 |
| フランス | 74 | 91 | 78 | 100 | 64 | 37 | 108 | 69 | 262 |
| ドイツ | 75 | 90 | 95 | 106 | 74 | 65 | 151 | 77 | 192 |
| イタリア | 67 | 87 | 82 | 94 | 55 | 68 | 150 | 63 | 527 |
| スペイン | 59 | 69 | 71 | 93 | 62 | 40 | 109 | 57 | 377 |
| イギリス | 72 | 81 | 68 | 93 | 76 | 61 | 131 | 77 | 202 |
| 日本 | 111 | 99 | 80 | 151 | 81 | 99 | 211 | 101 | 362 |

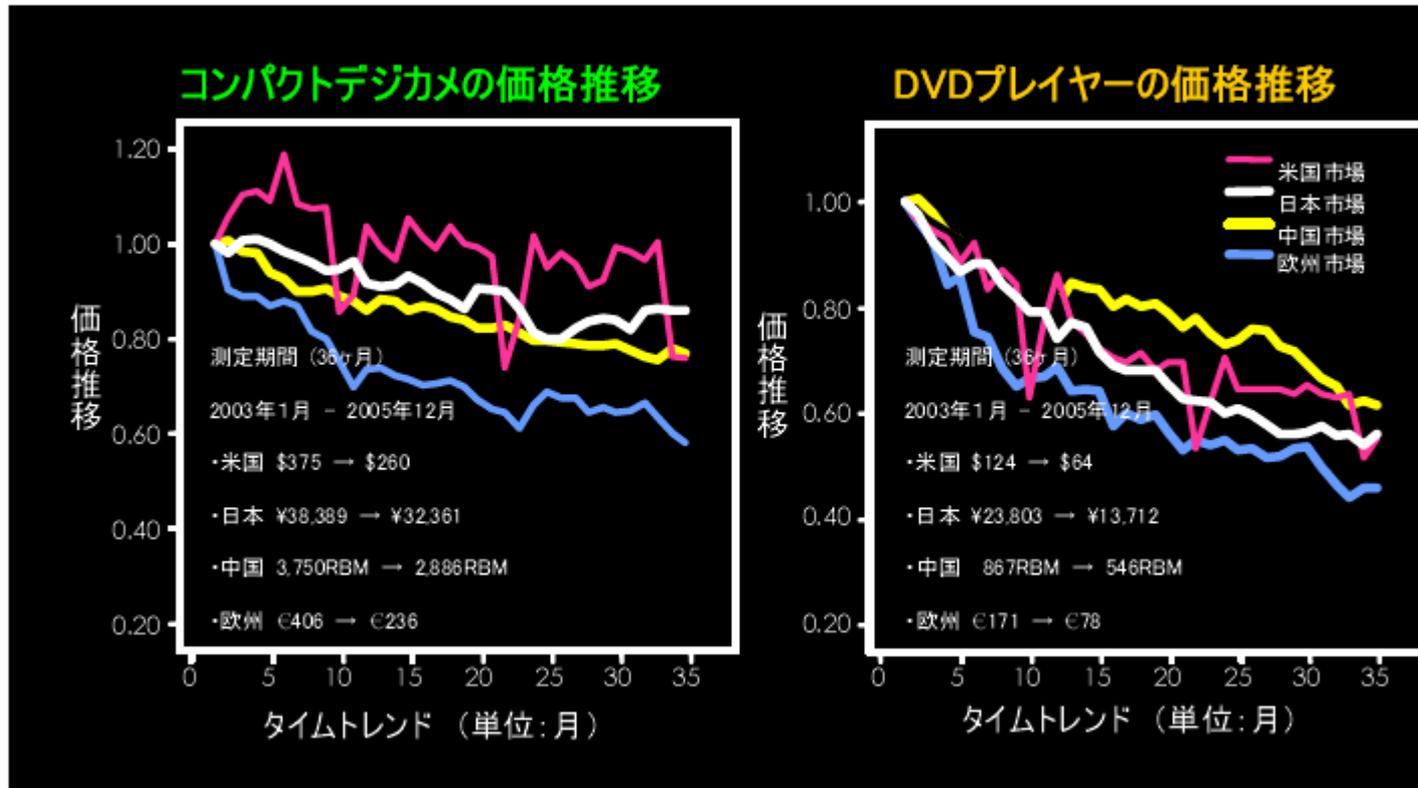
出所: World Development Indicators, 2005 及び: Danzon P. and M. F. Furukawa, "International Prices And Availability Of Pharmaceuticals In 2005," *Health Affairs*, Vol. 27, No.1, 2008.

図2 32インチ液晶テレビ・42インチプラズマテレビの価格推移



出所:伊藤宗彦「デジタル産業機器におけるイノベーション・インパクト」赤門マネジメント・レビュー5巻10号(2006年10月)

図1 コンパクトデジカメ・DVDプレイヤーの価格推移



出所: 伊藤宗彦「デジタル産業機器におけるイノベーション・インパクト」赤門マネジメント・レビュー5巻10号(2006年10月)

適切な規制と規制緩和のあい方について

- この著書を題材にとくに規制論を議論したい。
- ただしまず規制論以外について
- 医療・介護・年金における積立方式の採用○
- 保険料について「リスク調整」○
- 低所得者が払いやすい保険料○
- 総合医(かかりつけ医)の育成○
- フライマリケアの重視○

- 世代間の分配の公平性への配慮△



規制と規制緩和 – ()内は主張する人の名前

- 混合診療の緩和(八代、鈴木)
- 介護料金の一定幅での自由化(鈴木)・混合介護(八代)
- 介護保険の一部民営化(野口悠紀雄)
- 医薬品認可手続きの簡素化 FDAとPMDAの規模の違い
- 薬価算定ルールの改善(長坂ほか)

- 私の主張
 1. 価格自由化は慎重に
 2. 緩やかな規制改革 特に市町村の規制緩和を！
そのためには、市町村への介護・福祉支出と税収を連動させるインセンティブを与えること

価格規制の効果は、 社会全体の受け止め方からして、非現実的

- むしろ、今後は在宅と施設の区分が次第に複雑(難しく)なるので、まち作り、住宅改造などを通じて、一見すると付随的なサービスを提供することで、高齢者の支出をうながすことが大切
- 介護に関する民間保険は既に一部参入が起きている。
- 複合的なサービス(例:終末医療支援ビジネス)

介護産業の将来

- 官・協・民それぞれ一長一短
- 私はこれらの間の競争が望ましいと考える。
- この際、低賃金労働を避ける工夫が必要
 - ←市場だけが低賃金をもたらす訳ではない！
- 上野千鶴子『ケアの社会学』（太田出版、2011年）
- 民も、家族従事者の位置づけに留意すべき
- 社会福祉法人の位置づけ
- 企業人をどのように受け入れるか
- あらゆる制度は、基本は人材：過度な利益追求志向は禁物
- しかし食わず嫌いをいかに是正するか？

地域包括ケアシステムについて



【地域包括ケアの5つの視点による取組み】

地域包括ケアを実現するためには、次の5つの視点での取組みが包括的(利用者のニーズに応じた①～⑤の適切な組み合わせによるサービス提供)、継続的(入院、退院、在宅復帰を通じて切れ目ないサービス提供)に行われることが必須。

①医療との連携強化

・24時間対応の在宅医療、訪問看護やリハビリテーションの充実強化。

②介護サービスの充実強化

・特養などの介護拠点の緊急整備(平成21年度補正予算:3年間で16万人分確保)
・24時間対応の在宅サービスの強化

③予防の推進

・できる限り要介護状態とならないための予防の取組や自立支援型の介護の推進

④見守り、配食、買い物など、多様な生活支援サービスの確保や権利擁護など

・一人暮らし、高齢夫婦のみ世帯の増加、認知症の増加を踏まえ、様々な生活支援(見守り、配食などの生活支援や財産管理などの権利擁護サービス)サービスを推進。

⑤高齢期になっても住み続けることのできるバリアフリーの高齢者住まいの整備(国交省)

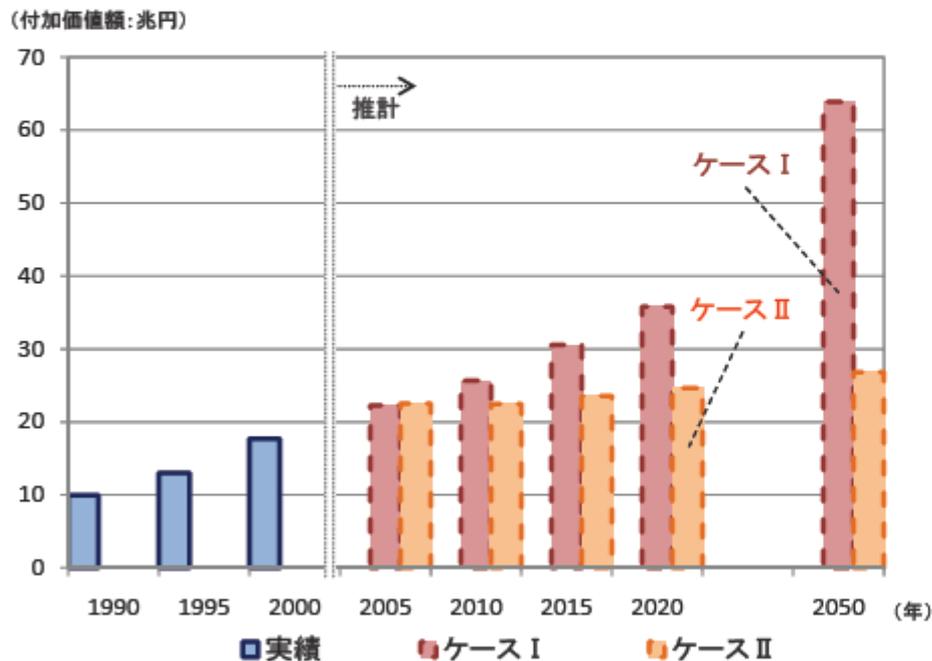
・高齢者専用賃貸住宅と生活支援拠点の一体的整備、・持ち家のバリアフリー化の推進

ここに雇用や経済の視点を入れることが重要：誰がどの程度の報酬を得て、**生活支援**するのか？

【図Ⅲ-11】多様な主体による地域づくりが増加する可能性

○行政だけでなく多様な主体による地域づくりは、社会貢献や地域への誇りの醸成に加え、社会的サービスの多様化・充実、地域経済への波及など多面的な意義を有する。我が国の非営利セクター、非営利サービスの水準は諸外国と比べて低く、今後、増加する可能性がある。

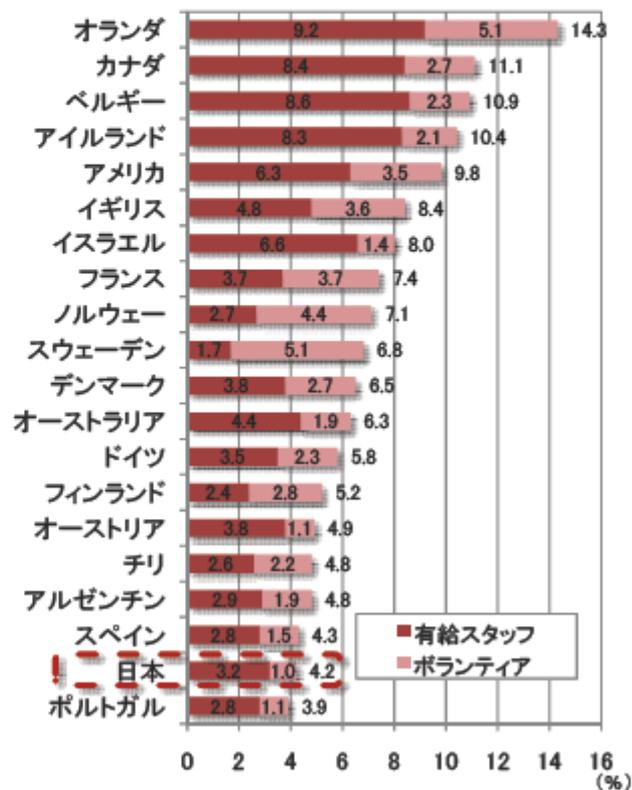
わが国の非営利団体による付加価値額の推移と見通し



ケース I : 対GDP比の増加量が一定(1990-2000年平均:毎年0.13%ポイント増)と仮定した場合
 ケース II : 対GDP比が一定(2004年実績:4.2%)と仮定した場合

(出典)内閣府「非営利サテライト勘定に関する調査研究について」
 をもとに、国土交通省国土計画局作成

各国の生産年齢人口に占める非営利セクター就業者の割合



(出典) The Johns Hopkins Comparative Nonprofit Sector Project

田中滋氏

図表1 地域包括ケアシステムとは

田中滋教授の発想(右図)

商店街を有する都心

郊外都市

地方都市

特に人口減少(ただし従来の過疎化とは少しイ

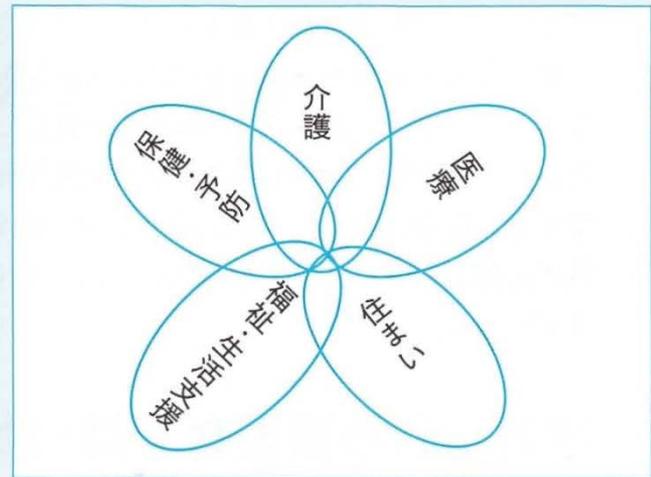
メージが異なる)化にある

都市の再編は大きな政策

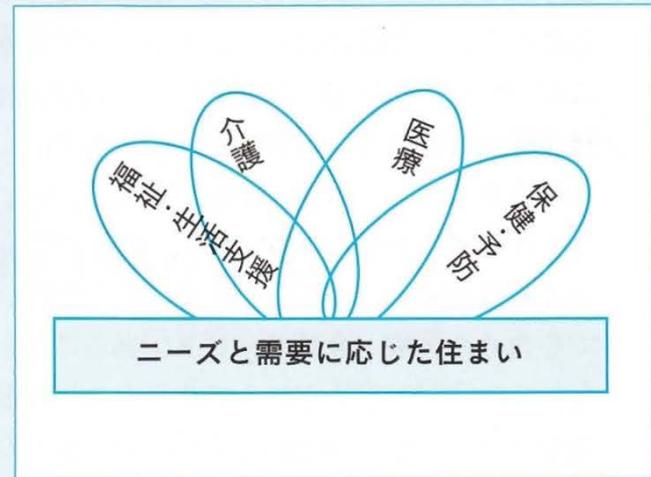
課題

国土交通省「国土の長期展望」は参考になる。

これがいかに市町村に理解されるかが課題



…ではなくて



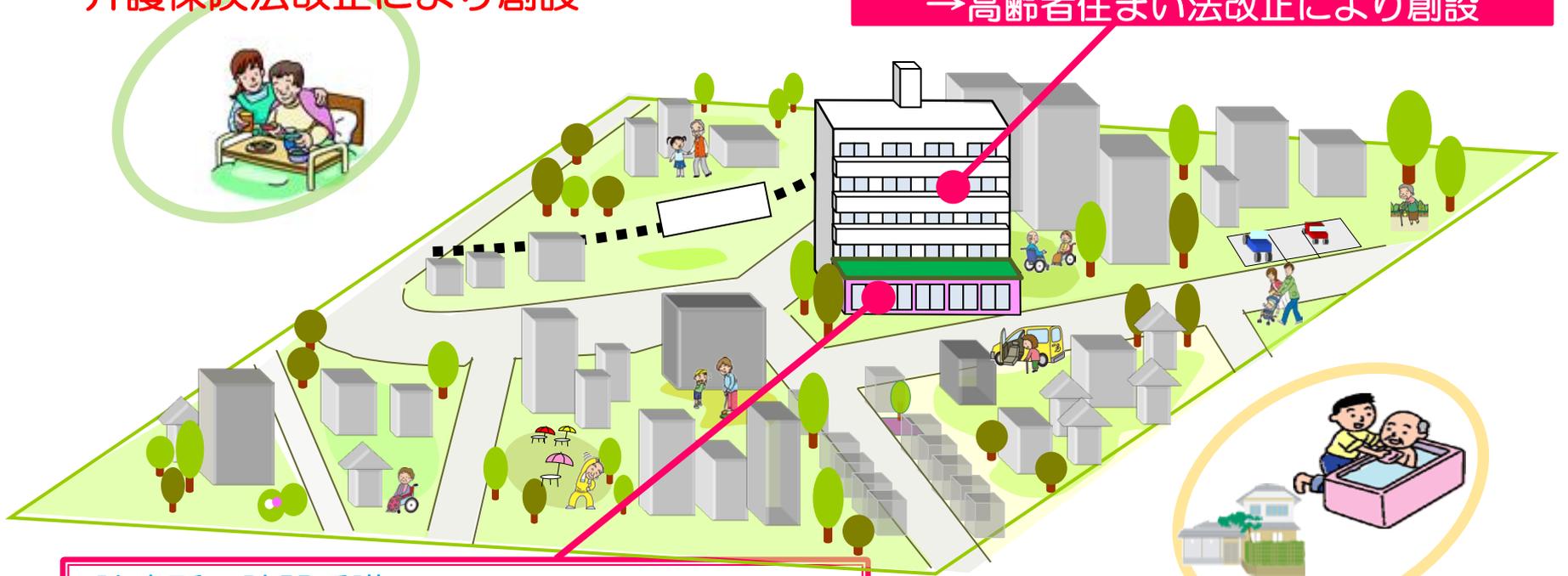
サービス付き高齢者住宅と介護保険の連携イメージ

日常生活や介護に不安を抱く「高齢単身・夫婦のみ世帯」が、特養ホームなどの施設への入所ではなく、住み慣れた地域で安心して暮らすことを可能とするよう、新たに創設される「サービス付き高齢者住宅」に、24時間対応の「定期巡回・随時対応サービス」などの介護サービスを組み合わせた仕組みの普及を図る。

24時間対応の訪問介護・看護

「定期巡回・随時対応サービス」
→介護保険法改正により創設

サービス付き高齢者住宅
(国土交通省・厚生労働省共管)
→高齢者住まい法改正により創設



診療所、訪問看護ステーション、
ヘルプステーション、
デイサービスセンター、
定期巡回・随時対応サービス（新設）

住み慣れた環境で必要なサービスを受けながら暮らし続ける

むすび：「地域包括ケアシステム」の提唱は大切なメッセージを出している

- 私たちは、あまりにも「贅沢な」医療・介護保障制度を目指してこなかっただろうか？
↑
- 「どこでも（どこにいても）、誰でも、いつでも、最高の医療が受けられる」という量的拡大幻想の追求の見直し
- スリムで、満足度の高いシステムの構築
- 特に「暮らし方」の見直し、経済的に持続可能な仕組みの追求へ