

自由民主党

衆議院議員田中かずのり

和徳

国政報告第256号

ご相談やご意見、ご要望のある方はお気軽にご連絡ください

衆議院議員田中和徳事務所
TEL 03-3508-7294
FAX 03-3508-3504
http://www.tanaka-kazunori.com
E-mail:k-tanaka@kamome.or.jp



健康寿命と平均寿命の格差の縮小が人の幸福の原点

1. 日本の健康寿命は、今、74.9 歳！

●我が国の健康寿命と平均寿命

WHO(世界保健機関)2016年の統計によると、我が国は、自立した生活が送れる期間を示す健康寿命は74.9歳。平均寿命も83.7歳で、共に世界最高の長寿国となっている。我が国は「平均寿命の延伸を上回る健康寿命の延伸」を目標とし、生活の質を上げ、社会保障負担軽減にも大きく繋がる「元気で長生き国家」を目指し、数々の施策を進めている。理想は健康寿命が80歳を越え「限りなく平均寿命に近づくこと」。

健康寿命世界ランキング

1位	日本	74.9歳
2位	シンガポール	73.9歳
3位	韓国	73.2歳
4位	スイス	73.1歳
5位	イスラエル	72.8歳
5位	イタリア	72.8歳
7位	アイスランド	72.7歳
8位	フランス	72.6歳

平均寿命世界ランキング

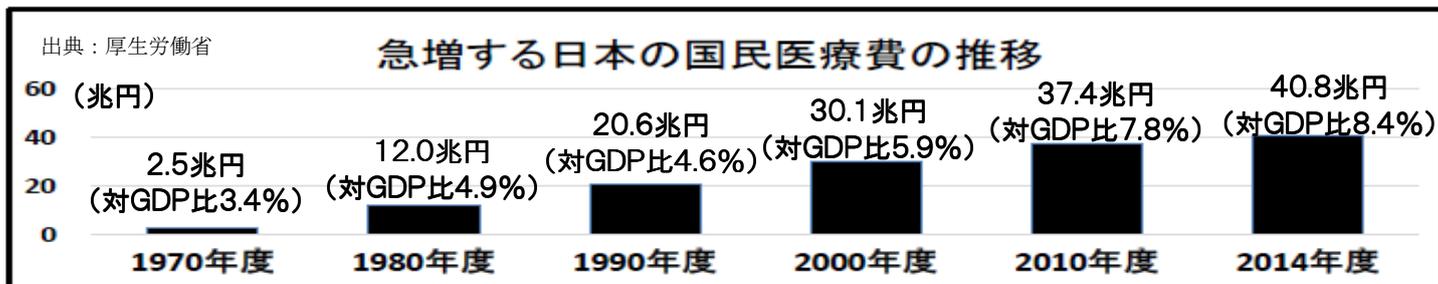
1位	日本	83.7歳
2位	スイス	83.4歳
3位	シンガポール	83.1歳
4位	オーストラリア	82.8歳
4位	スペイン	82.8歳
6位	アイスランド	82.7歳
6位	イタリア	82.7歳
8位	イスラエル	82.5歳

出典:World Health Statistics 2016

●健康寿命と平均寿命の差の縮小への健康・医療戦略

2013年6月に閣議決定した「日本再興戦略」で、戦略市場創造プランとして「2020年までに国民の健康寿命を1歳以上延伸」、ニッポン一億総活躍プランで「2025年までに健康寿命を2歳以上延伸」を目標に定めた。2014年の通常国会で、「健康・医療戦略推進法」及び「独立行政法人日本医療研究開発機構法」が成立、同年6月に内閣総理大臣を本部長とする「健康・医療戦略推進本部」が設置され、7月には「健康・医療戦略」が閣議決定されるとともに、医療分野の研究開発に関する施策について「医療分野研究開発推進計画」が策定され、①医薬品開発②医療機器開発③臨床研究中核病院などの革新的な医療技術創出拠点④再生医療⑤ゲノム医療⑥がん⑦精神・神経疾患⑧感染症⑨難病の9分野で重点的に研究支援をしていくことを決定。さらに、2015年4月には世界最先端の医療技術・サービスを実現し、健康・医療分野に係る産業を戦略産業として育成するため、国立研究開発法人日本医療研究開発機構(AMED)を設立し、健康寿命の延伸に向けて新たな研究開発がスタートした。世界各国の保健についての重点政策は平均寿命延伸から健康寿命延伸へシフトしてきている。

2. 国民の健康を守る医療制度と公的負担の急増



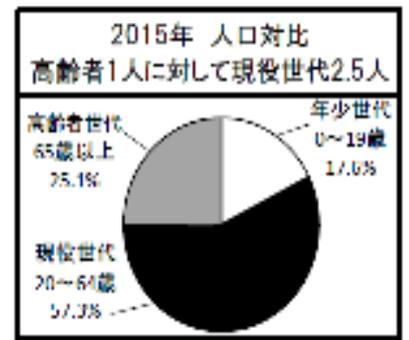
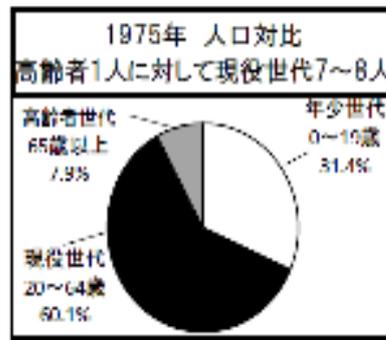
●我が国の公的医療制度

我が国の公的医療制度の特徴として①国民全員を公的医療保険で保障(国民皆保険)②医療機関を自由に選べる(フリーアクセス)③安い医療費で高度な医療を受けられる事が挙げられる。これは世界的に誇る日本の制度。世界で最も長い平均寿命、健康寿命は、我が国の優れた公的医療制度、そして質の高い医療を提供する医療関係者の弛まぬ努力、そして毎年多額の国と地方の公的な財源(国民負担)からの支出によって維持されている。 P1(裏面に続く)

平成 28 年9月17 日作成

●社会保障給付と国民負担

生涯にかかる医療費は約2300万円。うち半分は70歳以上で必要になる。2025年には、いわゆる「団塊の世代」がすべて75歳以上となる「超高齢社会」を迎え、医療・介護のニーズもピークに向かう。社会保障給付も、急激な増加が見込まれ、税・社会保険料による国民負担の増大は避けられない。特に、医療・介護分野における給付の増加は、国民負担(財源調達力)のベースとなるGDPの伸び(消費税込)、現役世代の負担能力の伸び(保険料収入)を上回って増加する等、財源不足になる懸念がある。



見込まれ、税・社会保険料による国民負担の増大は避けられない。特に、医療・介護分野における給付の増加は、国民負担(財源調達力)のベースとなるGDPの伸び(消費税込)、現役世代の負担能力の伸び(保険料収入)を上回って増加する等、財源不足になる懸念がある。

医療分野についての国際比較(2014年)※1:2007年,※2:2009年,※3:2010年,※4:2012年,※5:2013年,※6:2015年

国名	日本	アメリカ	イギリス	ドイツ	フランス	スウェーデン
総病床数(人口千人当たり)	13.2	2.9 ※5	2.7	8.2	6.2	2.5
急性期総病床数(人口千人当たり)	7.9	2.5 ※5	2.3	6.2	4.1	2.4
臨床医師数(人口千人当たり)	2.4	2.6	2.8	4.1	3.3	4.1 ※5
臨床看護職員数(人口千人当たり)	11.0	11.2	8.2	13.1	9.6	11.2 ※5
平均在院日数	16.9	4.8 ※3	6.9	9.0	5.6	5.8
外来診察回数(人口一人当たり)	12.8 ※5	4.0 ※3	5.0	9.9	6.3	2.9
年間一人当たり医療費(万円)	42.4 ※6	96.7 ※6	41.1 ※6	53.9 ※6	45.2 ※6	53.5 ※6
成人の肥満割合(BMI>30 kg/m ²)	3.9	38.2	25.6	23.6 ※4	16.9 ※1	-
総医療費の対GDP比(%)	11.2 ※6	16.9 ※6	9.8 ※6	11.1 ※6	11.0 ※6	11.1 ※6

出典:OECD Health Statistics 2016

為替レートは1米ドル=102.28円で計算して表記

●アメリカの問題

アメリカは医療保険制度を民間企業に頼り、医療費は病院が自由に設定できる国である。外務省の資料によるとニューヨークのマンハッタンで治療を受けた場合、上腕骨折の入院手術(1日入院)で1万5千ドルの医療費がかかる。アメリカは一人当たりの医療費負担額は世界一だが、医療に貧富の格差が生じており、平均寿命は先進国の中でも低い。また、アメリカでは医療費負担が自己破産の主要な原因の一つとなる深刻な状況にある。

●膨大な国民負担に繋がりがねない超高額薬剤、超高額治療法

新しい抗がん剤「オプジーボ」は1年間の治療に3500万円かかる高額な薬である。こうした高額の薬を用いる場合、日本では「高額療養費制度」が適用され、患者の負担は一ヶ月数万円から数十万円ほどに低く抑えられ、生活保護受給者はゼロとなるが、その差額、年間3千万円強が保険で賄われる。

既に悪性黒色腫や肺がんの一部でオプジーボの使用が保険の適用対象に承認され、腎臓がんの一部も承認される予定である。現在、悪性リンパ腫の一部、頭頸部がんについても、承認申請が出ている。こうした超高額薬剤の保険適用範囲が拡大を続けた場合、医療費の増大によって保険財政が逼迫し、公的な医療制度そのものを揺るがしかねない。今年の薬価制度改革では医療費の効率化に向けた様々な対策がなされ、中央社会保険医療協議会でも超高額薬剤の使用が相次いだ場合、薬価を緊急的に引き下げる事が検討されている。こうした問題は薬剤以外にも存在する。現在、がん治療に有効とみなされている陽子線・重粒子線治療が、今年度の診療報酬改定において、小児がんの陽子線治療と限局性の骨軟部腫瘍の重粒子線治療で保険適用となった。現在の対象は限られるが、今後有効性・優位性が確認されたものから適応が拡大する事も予想される。優れた治療を出来るだけ多くの国民が享受できるよう、有効性と費用負担のバランスを考えて制度設計をしていかなければならない。

医療保険や薬価制度の抜本的な改革なくして、国民皆保険制度は維持できない。

3. 持続可能な公的医療制度を

社会保障制度設計について考えるとき、我々は、いま生きている国民だけでなく、これから生まれてくる将来の国民の利益も考えなければならない。世代間格差を是正し、持続可能な社会保障制度の確立は必須である。その中でも、多くの先人たち、医療関係者の努力で支えられてきた我が国の誇る公的医療制度の維持は、国民の健康を守るうえで最も重要な課題である。

田中和徳は、現実的・長期的な視野に立ち、真の健康長寿社会実現に向けた公的医療制度の維持・改善に、今後とも全力で取り組む事を誓います。 P2(表面よりご覧下さい) 平成28年9月17日作成