

## 医療保険財政の持続可能性と改革の哲学

公益財団法人中部圏社会経済研究所客員研究員 小黒 一正  
(法政大学経済学部教授)



### \*プロフィール

1974年生まれ。京都大学理学部卒業、一橋大学大学院経済学研究科博士課程修了（経済学博士）、1997年大蔵省（現財務省）入省後、財務省財務総合政策研究所主任研究官などを経て、2015年4月から現職。主な著書に、『財政危機の深層』、『薬価の経済学』（共編著）など。

### 1. 財政と社会保障

日本の公的債務残高（対GDP）は200%超で累増が続いており、日本の財政状況は非常に厳しい。国の2019年度予算（当初）の編成では、社会保障関係費が過去最大の34兆円に達したことが1つの話題となったが、国と地方の公費や保険料で賄う社会保障給付費は約120兆円に達する勢いである。この社会保障給付費の内訳は、年金が約60兆円、医療が約40兆円、介護が約10兆円などである。さまざまな改革努力で最近では、給付費の伸びは2010年度（105.4兆円）から2018年度（121.3兆円）の9年間で約1.8兆円まで抑制できているが、社会保障給付費は基本的に消費税1%の増税分に相当する毎年平均2.6兆円のスピードで増加しており、団塊の世代が75歳以上となる2020年度から2025年度を含め、引き続き、医療費や介護費が増加していくことが予測されている。

医療費や介護費の膨張は、国が負担する公費（＝社会保障関係費）の増加を通じて、日本財政を圧迫する大きな要因となる。例えば、年齢階級別1人当たり国民医療費（2014年）をみると、前期高齢者（65歳～74歳）1人当たり医療費55.4万円のうち国が負担する公費は約7.8万円であるが、後期高齢者（75歳以上）1人当たり医療費90.7万円のうち国が負担する公費は約5倍の35.6万円である。

また、前期高齢者1人当たり介護費5.5万円のうち国が負担する公費は約1.5万円であるが、後期高齢者1人当たり介護費53.2万円のうち国が負担する公費は約10倍の48.7万円である。つまり、

いま1人の前期高齢者がさらに歳をとって後期高齢者になると、医療費・介護費で国が負担する公費は40.8万円（＝35.6万円＋14.5万円－7.8万円－1.5万円）も増加する可能性がある。このため、75歳以上の人口増加に伴って医療・介護費には膨張圧力が加わる。

この膨張圧力は地方自治体も同様であり、地方自治体の歳入歳出改革が進まない場合、中部圏でも県や市の貯蓄に相当する「基金」が枯渇するケースも増えてくる可能性がある。他地域の事例だが、新潟県では2016年度・2017年度で歳出が歳入を上回る状況に陥り、歳入歳出改革が進まない場合、2021年度末には基金が枯渇する旨の見通しを2019年2月に公表しており、改革の「行動計画」策定のため、筆者は2019年4月から新潟県「行財政改革有識者会議」委員に任命されている。

では、75歳以上の人口はいつまで増加するのか。国立社会保障・人口問題研究所の平成29年・将来人口推計（出生中位・死亡中位）によると、75歳以上の人口がピークとなるのは2054年である。このとき、75歳以上の人口は2,449万人で全人口の24.9%、つまり4人に1人が後期高齢者となる。2017年の後期高齢者は1,749万人（全人口の13.8%）であるため、日本全体では38年間で700万人も増加することが見込まれる。

この傾向は中部圏でも同様であり、図表1のとおり、75歳以上の人口が急増する。愛知県をみると高齢者比率は中部圏で最も低いものの、2010年から2040年にかけて65歳以上は71万人と47%増加するが、そのうち75歳以上が54万人と80%超も急増し、65～74歳の増加（17万人、20%）を遥

かに上回る。

他の県でも75歳以上の増加が65～74歳を大幅に上回る。長野県と岐阜県では、75歳以上が大幅に増加する一方で、65～74歳は減少する。静岡県や三重県でも75歳以上が大幅に増加する一方で、65～74歳は低い伸びに留まる。

では社会保障費は今後どう推移するのか。政府は2018年5月21日の経済財政諮問会議において、中長期的な観点で社会保障改革に関する「国民的」議論を行うための「土台」として、「2040年を見据えた社会保障の将来見通し」（以下、「給付と負担の見通し」）を公表している。

図表1：中部圏の県別の75歳以上人口（単位：万人）

	長野県			岐阜県		
	65歳以上	65-74歳	75歳以上	65歳以上	65-74歳	75歳以上
2010年	57.1	26.5	30.5	50.2	25.7	24.5
2040年	64.1	25.9	38.2	60.0	25.0	35.0
増加数	7.0	▲0.65	7.7	9.8	▲0.66	10.5
増加率	12.3%	▲2.5%	25.1%	19.6%	▲2.6%	42.9%

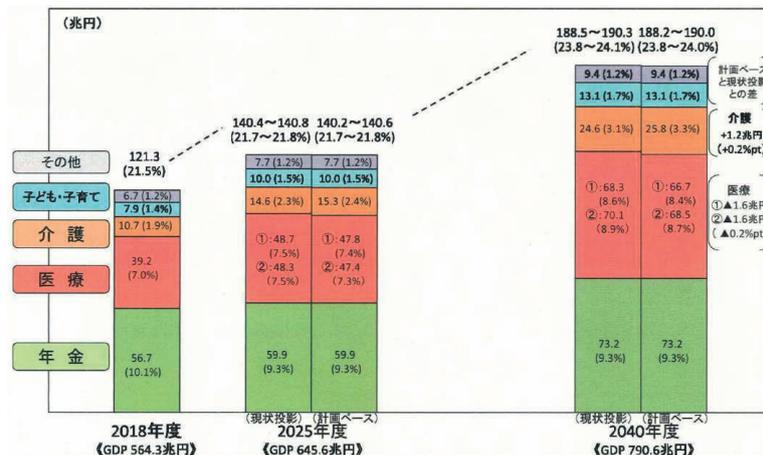
	静岡県			愛知県		
	65歳以上	65-74歳	75歳以上	65歳以上	65-74歳	75歳以上
2010年	89.7	46.5	43.2	150.6	84.6	66.0
2040年	112.3	46.7	65.7	221.9	101.6	120.3
増加数	22.6	0.15	22.4	71.3	17.0	54.3
増加率	25.2%	0.3%	52.0%	47.4%	20.1%	82.3%

	三重県			中部5県合計		
	65歳以上	65-74歳	75歳以上	65歳以上	65-74歳	75歳以上
2010年	45.0	22.8	22.3	392.6	206.1	186.5
2040年	54.2	23.0	31.2	512.6	222.2	290.4
増加数	9.2	0.24	9.0	120.0	16.1	103.9
増加率	20.4%	1.1%	40.2%	30.6%	7.8%	55.7%

（出所）中部経済連合会（2015）「中部圏の人口減少に関する調査報告～ データから見た中部圏の現状、将来の姿、未来からの警鐘～」から抜粋

図表2：社会保障給付費（対GDP）の見通し（ベースライン・ケース）



（出所）内閣府等（2018）「2040年を見据えた社会保障の将来見通し」から抜粋

この試算は、年金・医療・介護といった社会保障の「給付と負担の見通し」等を示すもので、2018年度から2040年度における社会保障給付費（対GDP）等の推計を行っており、約6年前の厚生労働省「社会保障に係る費用の将来推計の改定について」（平成24年3月）の改定版に相当するものである。前回の試算は2012年度から2025年度であったが、今回は2040年度まで拡張している。

では、今回の試算が意味するものは何か。一言でいうならば、非常に厳しい社会保障の姿を示す。まずその説明を行う前に、推計の前提を簡単に確認しておこう。推計に利用した人口は、国立社会保障・人口問題研究所の「日本の将来推計人口（2017年推計）」（出生中位（死亡中位）推計）である。また、名目GDP成長率や物価上昇率としては、2027年度までは内閣府「中長期の経済財政に関する試算」（2018年1月版）、2028年度以降は公的年金の「2014年 財政検証」に基づいた前提値などを利用している。

例えば、成長実現ケースでは、2027年度の名目GDP成長率は3.5%、2028年度以降は1.6%としており、ベースラインケースでは、2027年度の名目GDP成長率は1.7%、2028年度以降は1.2%としている。しかしながら、1995年度から2016年度の約20年間に於いて、名目GDP成長率の平均は0.3%しかない。成長率が予想を上回る場合は問題ないが、名目GDP成長率が今後その4倍以上に上昇

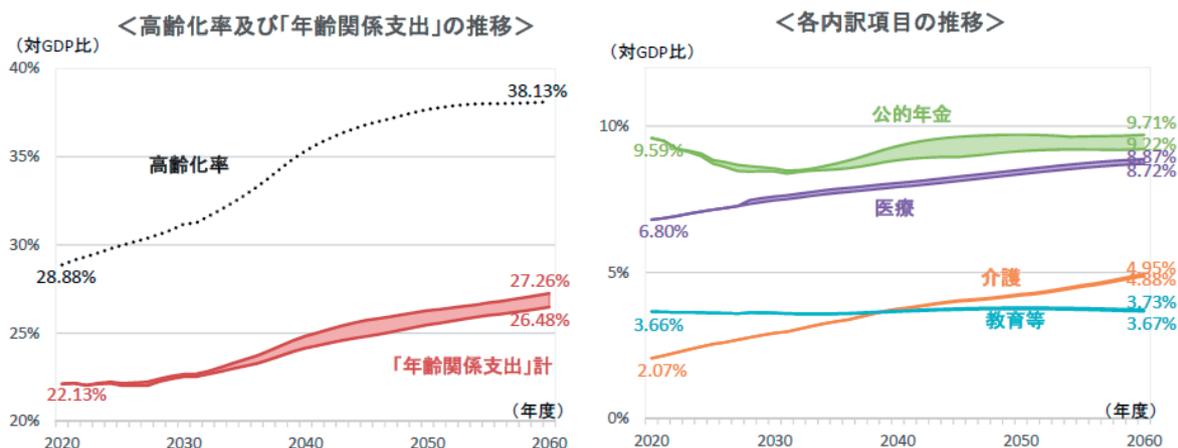
するという前提で改革を検討するリスクは本当に無いか。

以上の前提の下、ベースラインケースでも、2018年度に対GDP比で21.5%であった社会保障給付費（年金・医療・介護等）は、2040年度に最大で24%に増加するというのが今回の試算（給付と負担の見通し）のポイントである。すなわち、社会保障給付費（対GDP）は約20年間で2.5%ポイント上昇する。現在のGDPは約550兆円であるため、いまの感覚でいうと、この社会保障給付費の増加は約14兆円（=550兆円×2.5%）に相当する。

消費税率1%の引き上げ（軽減税率の影響を除く）でおおむね2.5兆円の税収が得られるから、仮に消費増税でこの増加に対応するには、消費税率を約6%弱も引き上げることを意味する。それに加えて、財政赤字（約20兆円）の縮小も考慮すると、2040年度において、消費税率は8%から22%にまで引き上げる必要があることになる。

なお、財務省の財政制度等審議会財政制度分科会が起草検討委員の提出という形で公表した「我が国の財政に関する長期推計（改訂版）」（平成30年4月6日）によると、医療・介護費（対GDP）は、2020年度頃に約9%であったものが、2060年度頃には約14%に上昇する（図表3）。40年間で医療・介護合計では約5%ポイントの上昇で、2020年度から2040年度までの20年間では約2.5%の上昇のため、内閣府等の今回の試算と整合的な

図表3：医療・介護費を中心とする「年齢関係支出」の推移



(注) 財務省 (2018) 「我が国の財政に関する長期推計 (改訂版)」 (平成30年4月6日)

ものとなっている。仮に財務省の長期推計が妥当であれば、社会保障給付費（対GDP）は2040年度から60年度までに、さらに2.5%も上昇することを意味する。

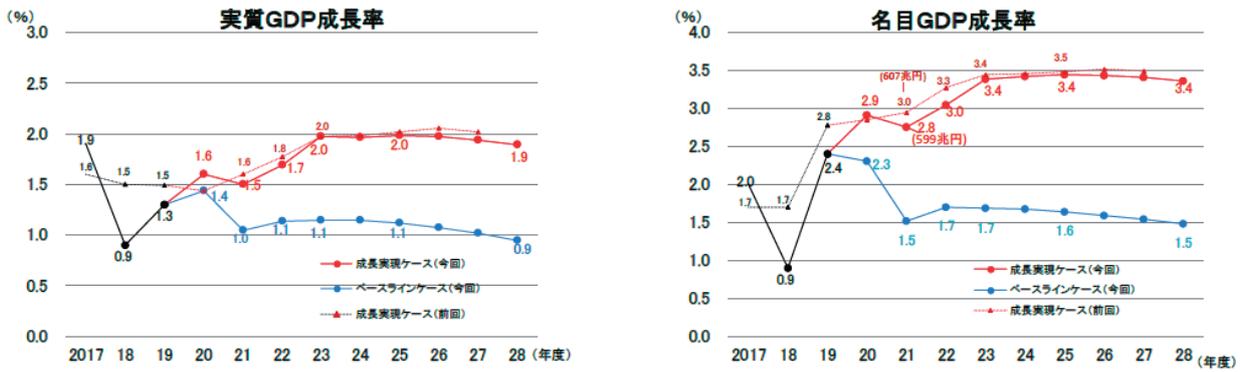
これは、消費税率をさらに約6%弱も引き上げる必要があることを示唆するもので、社会保障の抜本改革を行わない限り、財政を安定化させるためには、最終的に消費税率を最低でも30%程度に引き上げる可能性が高いことを意味する。

では、現行制度の延長線で、中長期的な日本財政の姿はどうなるだろうか。2019年10月に消費税率が10%に引き上がったとしても、日本財政の現

状は厳しい。この現実、我が国の財政に関する2つの試算から読み取れる。1つは、内閣府の「中長期の経済財政に関する試算」（以下、「中長期試算」）であり、もう1つは、財務省の「我が国の財政に関する長期推計」（以下、「長期推計」）である。

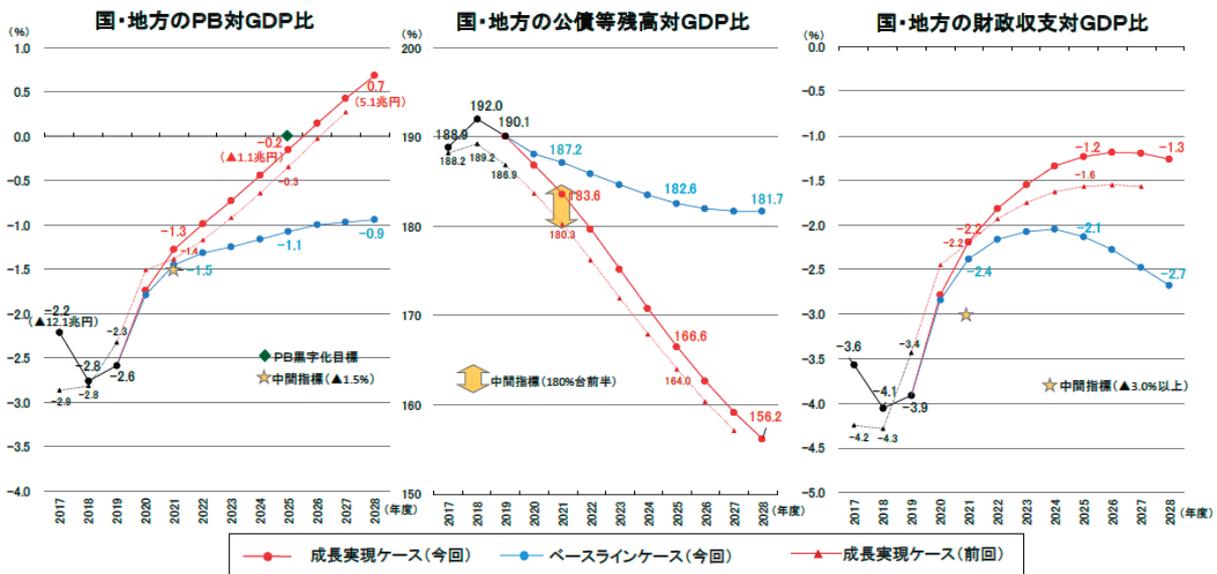
このうち、内閣府の中長期試算は毎年2回公表する。例年夏（7-8月）と冬（1-2月）の2回である。2019年1月30日に公表した中長期試算では、「成長実現ケース」では2023年度以降の実質GDP成長率を2%程度、「ベースラインケース」では2022年度以降の実質GDP成長率を1%程度

図表4：内閣府「中長期試算」（2019年1月版）の経済前提



(出所) 内閣府「中長期の経済財政に関する試算」（2019年1月30日）

図表5：内閣府「中長期試算」での財政の予測



(出所) 内閣府「中長期の経済財政に関する試算」（2019年1月30日）

と見込んでいる（図表4）。

この経済前提の下で、2019年10月の消費税率引き上げを試算に織り込み、2028年度までの財政の姿を予測したものが図表5である。この試算によると、国と地方を合わせた基礎的財政収支（PB）の対GDP比は2018年度で2.8%の赤字であるが、2028年度において、成長実現ケースでは0.7%に黒字化し、ベースラインケースでも0.9%まで赤字が縮小する予測となっている。また、国・地方の公債等残高（対GDP）は2018年度で192%であるが、2028年度において、成長実現ケースでは156.2%、ベースラインケースでも181.7%まで縮小する予測となっている。

内閣府の中長期試算が妥当ならば、財政問題は解決に向かっている可能性が高いが、何らかの死角はないだろうか。この関係で重要なのは、中長期試算では示していない2028年度以降の財政の姿である。記事の重要性にもかかわらず、あまり注目されなかったが、2017年4月1日、ニューズウィーク日本版に『債務GDP比23年度以降に反転上昇も、自民が内閣府試算を検証』という記事が掲載されている。

この記事は2019年1月版の中長期試算に対するものではないが、現在でも内容の本質は変わっておらず、記事には次のような記述がある（下線は筆者）。

「内閣府が今年2月にまとめた経済財政の中長期試算について、自民党の財政再建に関する特命委員会が2日の会合で、独自の検証、分析結果を提示することが1日、わかった。経済成長とともに国内総生産（GDP）に対する国・地方の債務残高の比率は低下するが、2023年度には底を打ち、反転上昇するとの試算を示す。試算は、自民党の河野太郎・行政改革推進本部長が内閣府の中長期試算を独自に検証し、導き出した。内閣府の中長期試算では、高成長が続けば債務残高対GDP比が15年度の195.1%から20年度に186.0%となり、23年度までは右肩下がり改善を続ける姿となっている。これに対

し、河野氏の検証では、日銀が量的・質的金融緩和政策からの出口戦略を採り、すでに発行した利付国債も含む加重平均金利の上昇は避けられないと判断。23年度以降は悪化に転じると結論付ける。複数の政府、与党筋が明らかにした」

この記事が意味することは、国・地方の公債等残高（対GDP）が縮小してもそれが反転し、中長期的には公債等残高（対GDP）が上昇していくという現実である。

なお、この現実には、経済学の「ドーマー命題」を利用して簡単に確認できる。ドーマーの命題とは、「名目GDP成長率が一定の経済で財政赤字を出し続けても、財政赤字（対GDP）を一定に保てば、債務残高（対GDP）は一定値に収束する」というものである。

ドーマー命題では、財政赤字（対GDP）を $q$ 、名目GDP成長率を $n$ とすると、「債務残高（対GDP）の収束値 $= q/n$ 」という関係式が成り立つ。例えば、財政赤字（対GDP）が3%（ $q=0.03$ ）で、名目GDP成長率が5%（ $n=0.05$ ）のとき、債務残高（対GDP）の収束値は60%（ $q/n=0.6$ ）となる。

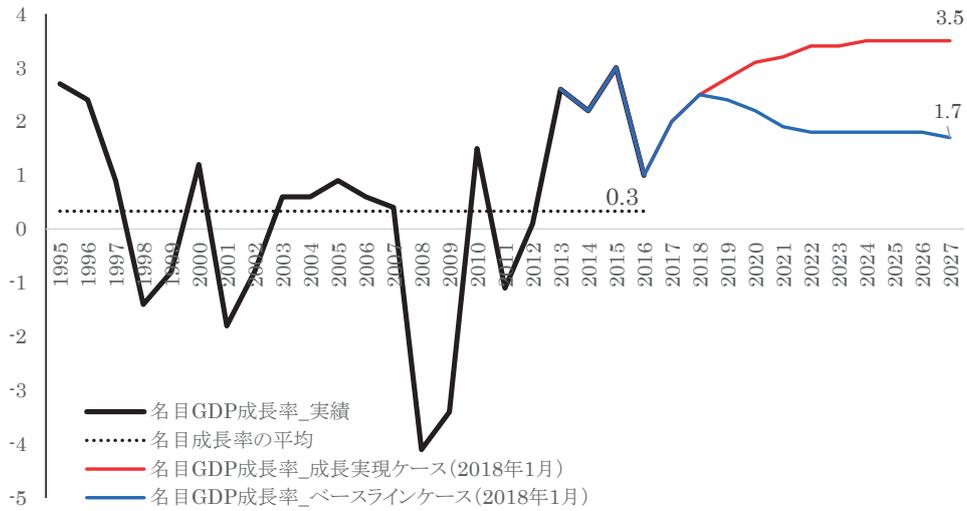
では、内閣府の中長期試算における名目GDP成長率や財政赤字の見通しはどうか。

まず、高成長を前提とする「成長実現ケース」の名目GDP成長率は2023年度以降で3.5%程度を見込むが、バブル崩壊後から2011年度までの平均成長率はマイナス0.1%であり、1995年度から2016年度における名目GDP成長率の平均は0.3%しかない。このため、成長実現ケースの名目GDP成長率の前提は現実的でない。

他方、慎重な成長率を前提とする「ベースラインケース」では、2015年度以降、名目GDP成長率の平均は1.5%程度を見込む。1.5%という成長率は、1995年度から2016年度の平均成長率（0.3%）の5倍であり、このような前提でも、2028年度の財政赤字（対GDP）は2.7%までしか縮小しない。

すなわち、ドーマー命題で、財政赤字（対GDP）

図表 6：名目GDP成長率の推移と試算の前提



(出所) 内閣府SNAデータ及び「中長期の経済財政に関する試算」から作成

の見通しをベースラインケースの2.7%、名目GDP成長率の平均的な見通しを0.3%とすると、債務残高（対GDP）の収束値は約900%（=2.7%÷0.3%）にも達してしまう。

なお、名目GDP成長率を1%にかさ上げできても、図表6より、成長実現ケースでもベースラインケースでも、2028年度以降、財政収支（対GDP）の赤字幅は拡大していくことが読み取れるはずである。すなわち、長期的な財政赤字（対GDP）は2.7%よりも大きくなる可能性が高い。このため、仮に名目GDP成長率の見通しが1%で、財政赤字（対GDP）の見通しが4%であるならば、ドーマー命題による同様の計算で、債務残高（対GDP）の収束値は約400%（=4%÷1%）になる。また、共著『財政破綻後 危機のシナリオ分析』（日本経済新聞出版社）でも記載した通り、日銀の金融緩和にも限界があることも忘れてはいけない。

以上は厳しい現実であるが、財政再建を果たすためには、財政赤字（対GDP）を一定水準まで抑制する必要があり、社会保障改革を含め、歳出削減や追加の増税が不可避であるということの意味する。

## 2. 公的保険の範囲

### (1) 改革のコアは「給付範囲の哲学見直し」

このような状況の中、国や地方自治体も様々な医療改革を実行しているが、これまでの改革は期待通りの成果を十分に上げず、医療費は増加を続けている。その理由は、改革がパッチワーク的な制度改正に留まっているからではないかという指摘も多い。

「健康長寿でありたいという願いは、世界中の誰もが、世代を超えて持っている。我が国は、この願いの実現に最も近い位置にいる国であり、その保健医療水準は世界に誇るべきものである。しかし、今や、経済成長の鈍化と人口動態の変化、医療費をはじめとする社会保障費の急増が見込まれる中で、財政は危機的状態にあり、保健医療制度の持続可能性が懸念されている。パッチワーク的な制度改正による部分最適を繰り返してきた日本の保健医療制度は、長期的な視点に基づく変革が求められている」

この一文は、「保健医療2035提言書」（以下、「2035提言」）の冒頭に登場する文章である。「2035提言」は、2035年を見据えた保健医療政策のビジョンを策定するため、塩崎恭久元厚生労働大臣が設置した『『保健医療2035』策定懇談会』（座長：洪

谷健司・東京大学教授)が2015年6月に公表した文書である。筆者もこの懇談会の構成メンバーを務めた。パッチワーク的な制度改革による部分最適を繰り返してきた日本の保健医療制度が限界に近づいている現状を直視し、抜本改革に向けた哲学(ビジョン)の策定を指示した政治判断は正しいといえよう。

あまり知られていないが、2035提言ではいくつもの重要な提言を行っている。例えば、35ページの以下の記載はその1つである。

まず、患者負担については、現在、後期高齢者の患者負担の軽減など年齢によって軽減される仕組みがあるが、これらについては、基本的に若年世代と負担の均衡や、同じ年齢でも社会的・経済的状況が異なる点を踏まえ、検証する必要がある。この他、必要かつ適切な医療サービスをカバーしつつ重大な疾病のリスクを支え合うという公的医療保険の役割を損なわないことを堅持した上で、不必要に低額負担となっている場合の自己負担の見直しや、風邪などの軽度の疾病には負担割合を高くして重度の疾病には負担割合を低くするなど、疾病に応じて負担割合を変えることも検討に値する。

公的医療保険が担う基本的役割を堅持しつつ、財政再建を行うためには、特に下線部のような「給付範囲の哲学の見直し」が重要であり、それは公的医療保険改革の「本丸」といっても過言で

はない。

というのは、日本の公的医療保険制度は1961年に「ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ (UHC) (Universal Health Coverage) を達成した。UHCとは、高い平等性・手厚いセーフティネットなどにより、国民の誰もが家計破綻や困窮に陥ることなく、必要かつ適切な医療サービスを利用できる状態をいう。

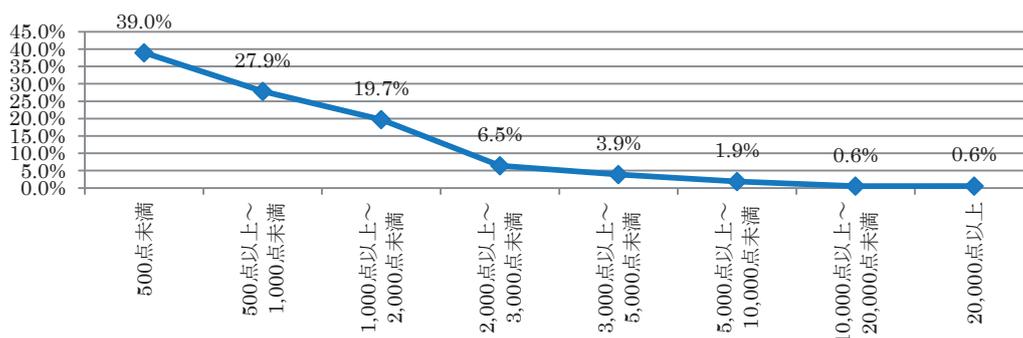
このような公的医療保険が担う最も重要な役割の1つとして、「財政的リスク保護」(financial risk protection)という機能がある。簡潔にいうならば、偶発的な重度の疾病に対する治療のために家計が破綻したり困窮したりすることを防ぐ機能である。財政的リスク保護は公的医療保険が担う最も重要な役割であるから、財政再建で公的医療保険の給付範囲を見直す場合、家計の所得・資産や医療負担に関する分布などを把握した上で、財政的リスク保護が機能するか否か、しっかり見定めた上で改革を進める必要がある。

## (2) 改革の簡易試算 (年齢別の自己負担から疾病別の自己負担に改める場合)

そこで、印南(2016)等の分析も参考にしつつ、疾病別の自己負担を導入し、公的医療保険の給付範囲の見直しを行ってみよう。まず、大雑把な医療費の分布を把握するため、厚生労働省「医療給付実態調査」(平成25年度)の第6表を利用し、入院外と入院の医療費の分布を確認する。

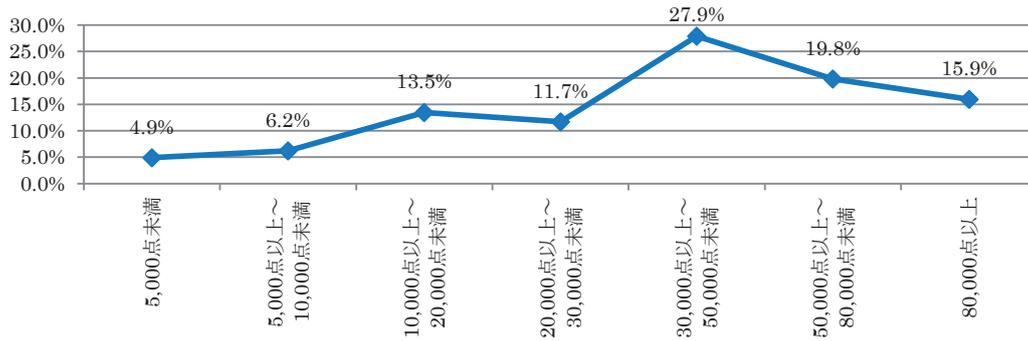
入院外の医療費(診療報酬)の点数分布は以下

図表7：入院外(総数84,752件)



(出所) 厚生労働省「医療給付実態調査」(平成25年度)第6表から筆者作成

図表 8：入院（総数2,549万件）



(出所) 厚労省「医療給付実態調査」(平成25年度) 第6表から筆者作成

の図表7の通りである。

入院外の分布をみると、「500点未満」が全体の39.0%、「500点以上1,000点未満」が27.9%、「1,000点以上2,000点未満」が19.7%で、2,000点未満が合計86.6%を占めている。診療報酬は基本的に「1点=10円」であり、これは入院外の場合、1件の医療費が2万円未満である診療が全体の約85%を占め、全体の約40%が5,000円未満の診療であることを意味する。

他方、入院の場合は異なる。図表8が入院の医療費（診療報酬調剤報酬）の点数分布である。

入院の分布をみると、「20,000点以上30,000点未満」が全体の11.7%、「30,000点以上50,000点未満」が27.9%、「50,000点以上80,000点未満」が19.8%、「80,000点以上」が15.9%で、20,000点以上が合計75.3%を占めている。診療報酬は基本的に「1点=10円」であるため、入院の場合、1件の医療費が20万円以上であるケースが全体の約75%を占め、80万円以上であるケースも15.9%も存在することを意味する。このため、公的医療保険が担う基本的役割を堅持しつつ、財政再建を進めるため、自己負担を引き上げる場合、最初に引き上げの検討対象となるのは、入院外の医療費であろう。

では、入院外の医療費（診療報酬）の点数分布を疾病別でみると、どのような分布をしているのだろうか。第6表のデータから、この分布をみたのが、図表9である。なお、図表の縦欄は入院外の診療報酬の点数範囲を表す。また、横欄は疾病

分類ごとの医療費（診療報酬）の点数分布の割合を表し、図表7・8と同様、その合計は100%となる。

図表9の「3,000点以上（⑤～⑧の合計）」の欄で、25%以上の数値を取っているのは疾病分類では「新生物」のみで、それ以外の疾病は20%未満の数値となっている。

さらに、「3,000点以上（⑤～⑧の合計）」の欄において、「眼及び付属器の疾患」、「皮膚及び皮下組織の疾患」、「呼吸器系の疾患」、「耳及び乳様突起の疾患」、「周産期に発生した病態」、「妊娠、分娩及び産じょく」、「感染症及び寄生虫症」は5%以下の数値となっている。

このため、図表9のうち、「新生物」を「高リスク」、「眼及び付属器の疾患」、「皮膚及び皮下組織の疾患」、「呼吸器系の疾患」、「耳及び乳様突起の疾患」、「周産期に発生した病態」、「妊娠、分娩及び産じょく」、「感染症及び寄生虫症」を「低リスク」、それ以外の疾病を「中リスク」と位置づけることにする。

以上の前提の下、厚生労働省「平成25年 国民医療費の概況」のデータを利用し、疾病ごとに自己負担を変化させた場合、医科診療部分の自己負担の総額がどう変化するか簡易推計してみよう。

まず、いま医療費の自己負担（窓口負担）は、75歳以上の者は1割（現役並み所得者は3割）、70歳から74歳までの者は2割（現役並み所得者は3割）、現役世代を中心とする70歳未満の者は3割、6歳（義務教育就学前）未満の者は2割で、

図表 9

疾病分類名	500点未満 (①)	500点以上～1,000点未満 (②)	1,000点以上～2,000点未満 (③)	2,000点以上～3,000点未満 (④)	3,000点以上～5,000点未満 (⑤)	5,000点以上～10,000点未満 (⑥)	10,000点以上～20,000点未満 (⑦)	20,000点以上 (⑧)	3,000点以上 (⑤～⑧の合計)
I 感染症及び寄生虫症	41.20%	32.70%	16.60%	4.50%	2.80%	1.40%	0.50%	0.30%	5.00%
II 新 生 物	22.80%	15.80%	23.20%	10.00%	12.20%	9.30%	3.80%	2.90%	28.20%
III 血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	34.40%	27.30%	21.30%	6.30%	5.20%	2.90%	1.10%	1.50%	10.70%
IV 内分泌、栄養及び代謝疾患	24.90%	29.10%	27.10%	10.30%	5.70%	2.10%	0.40%	0.50%	8.70%
V 精神及び行動の障害	44.70%	26.40%	17.30%	5.10%	3.30%	2.10%	0.90%	0.30%	6.60%
VI 神経系の疾患	44.60%	16.30%	20.80%	8.00%	5.30%	3.80%	0.90%	0.30%	10.30%
VII 眼及び付属器の疾患	48.20%	36.50%	11.60%	1.70%	0.70%	0.30%	0.70%	0.30%	2.00%
VIII 耳及び乳様突起の疾患	42.80%	31.60%	18.90%	4.10%	2.00%	0.50%	0.10%	0.00%	2.60%
IX 循環器系の疾患	35.50%	25.30%	23.60%	8.20%	4.70%	2.10%	0.40%	0.20%	7.40%
X 呼吸器系の疾患	44.60%	34.30%	15.80%	3.00%	1.30%	0.70%	0.20%	0.00%	2.20%
X I 消化器系の疾患	39.00%	22.90%	21.30%	7.60%	5.90%	2.40%	0.40%	0.30%	9.00%
X II 皮膚及び皮下組織の疾患	65.10%	24.40%	7.50%	1.80%	0.80%	0.30%	0.10%	0.10%	1.30%
X III 筋骨格系及び結合組織の疾患	31.80%	27.80%	24.20%	8.90%	4.60%	1.70%	0.60%	0.20%	7.10%
X IV 腎尿路生殖器系の疾患	34.90%	22.90%	20.60%	6.70%	4.00%	2.20%	0.70%	8.00%	14.90%
X V 妊娠、分娩及び産じょく	30.00%	34.20%	26.50%	6.20%	2.40%	0.60%	0.00%	0.00%	3.00%
X VI 周産期に発生した病態	44.40%	18.50%	13.40%	4.00%	2.20%	2.30%	9.30%	6.00%	19.80%
X VII 先天奇形、変形及び染色体異常	39.90%	21.20%	19.50%	7.60%	5.20%	2.90%	1.70%	2.00%	11.80%
X VIII 症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	37.30%	23.90%	20.80%	9.90%	5.50%	2.10%	0.40%	0.20%	8.20%
X IX 損傷、中毒及びその他の外因の影響	30.00%	30.90%	21.80%	9.60%	5.40%	2.00%	0.30%	0.10%	7.80%

(出所) 厚労省「医療給付実態調査」(平成25年度)第6表から筆者作成

基本的に年齢別となっている。そこで、現行制度の年齢別の自己負担の下、一定の仮定を置き、医科診療部分の自己負担や医療給付費を簡易推計すると、図表10の通りとなる。

他方、年齢によらず、入院の自己負担を一律2割とし、入院外の疾病で高リスクの診療の自己負担を2割、中リスクの自己負担を4割、低リスクの自己負担を6割とする設定の下、医科診療部分の自己負担や医療給付費を簡易推計すると、図表11の通りとなる。

図表10と図表11から読み取れることは、現行では3兆5,931億円と見込まれる医科診療部分の自己負担の総額が、疾病別の自己負担に変更すると4兆5,520億円になり、約1兆円増加することで

ある。

約1兆円の自己負担の増加は、その分だけ医療財源に余裕をもたらすことを意味する。大雑把にいうと、「国民医療費の総額＝医療給付費＋自己負担の総額」となる。医療給付費は保険料収入と公費である税金等で賄っている。国民医療費が一定で自己負担の総額が増加すると、その分だけ、医療給付費が減ることになる。

実際、図表10と図表12を見比べると、医科診療部分の医療給付費は25兆1,516億円から24兆1,927億円になり、約1兆円減少している。

また、図表12は、入院の自己負担を一律2.5割とし、入院外の疾病で高リスクの診療の自己負担を3割、中リスクの自己負担を5割、低リスクの自

図表10：現行の年齢別の自己負担の下での医科診療部分の自己負担や医療給付費（簡易推計、億円）

性・傷病分類	医科診療部分の国民医療費(①)			医科診療部分の自己負担(②)			医科診療部分の医療給付費(=①-②)		
	合計	入院	入院外	合計	入院	入院外	合計	入院	入院外
総数	287 447	149 667	137 780	35 931	17 639	18 291	251 516	132 028	119 489
I 感染症及び寄生虫症	6 318	2 513	3 805	839	290	549	5 479	2 223	3 256
II 新生物	38 850	25 834	13 016	5 195	3 389	1 807	33 655	22 445	11 209
III 血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	2 478	1 297	1 181	329	152	177	2 149	1 145	1 004
IV 内分泌、栄養及び代謝疾患	20 147	4 740	15 408	2 602	514	2 088	17 545	4 226	13 320
V 精神及び行動の障害	18 810	13 632	5 178	2 744	1 942	802	16 066	11 690	4 376
VI 神経系の疾患	12 768	8 603	4 165	1 523	997	526	11 245	7 606	3 639
VII 眼及び付属器の疾患	10 431	2 701	7 729	1 293	317	975	9 138	2 384	6 754
VIII 耳及び乳突突起の疾患	1 878	468	1 411	254	65	189	1 624	403	1 222
IX 循環器系の疾患	58 817	33 326	25 491	6 464	3 538	2 926	52 353	29 788	22 565
X 呼吸器系の疾患	21 211	9 120	12 091	2 540	873	1 667	18 671	8 247	10 424
XI 消化器系の疾患	17 015	9 181	7 833	2 205	1 106	1 099	14 810	8 075	6 734
XII 皮膚及び皮下組織の疾患	5 091	1 077	4 014	716	124	592	4 375	953	3 422
XIII 筋骨格系及び結合組織の疾患	22 422	9 675	12 747	2 725	1 122	1 603	19 697	8 553	11 144
XIV 腎尿路生殖器系の疾患	20 440	5 848	14 591	2 693	668	2 026	17 747	5 180	12 565
XV 妊娠、分娩及び産じょく	2 336	2 079	257	420	374	46	1 916	1 705	211
XVI 周産期に発生した病態	2 005	1 689	316	245	206	38	1 760	1 483	278
XVII 先天奇形、変形及び染色体異常	1 883	1 322	561	252	177	75	1 631	1 145	486
XVIII 症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	4 083	1 758	2 324	500	178	322	3 583	1 580	2 002
XIX 損傷、中毒及びその他の外因の影響	20 466	14 805	5 661	2 391	1 607	784	18 075	13 198	4 877

図表11：疾病別の自己負担の下での医科診療部分の自己負担や医療給付費（簡易推計、億円） ケース1

性・傷病分類	医科診療部分の国民医療費(①)			医科診療部分の自己負担(②)			医科診療部分の医療給付費(=①-②)		
	合計	入院	入院外	合計	入院	入院外	合計	入院	入院外
総数	287 447	149 667	137 780	45 520	17 975	27 545	241 927	131 692	110 235
I 感染症及び寄生虫症	6 318	2 513	3 805	1 673	302	1 371	4 645	2 211	2 434
II 新生物	38 850	25 834	13 016	4 666	3 103	1 563	34 184	22 731	11 453
III 血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	2 478	1 297	1 181	439	156	284	2 039	1 141	897
IV 内分泌、栄養及び代謝疾患	20 147	4 740	15 408	4 270	569	3 701	15 877	4 171	11 707
V 精神及び行動の障害	18 810	13 632	5 178	2 881	1 637	1 244	15 929	11 995	3 934
VI 神経系の疾患	12 768	8 603	4 165	2 033	1 033	1 000	10 735	7 570	3 165
VII 眼及び付属器の疾患	10 431	2 701	7 729	3 109	324	2 785	7 322	2 377	4 944
VIII 耳及び乳突突起の疾患	1 878	468	1 411	565	56	508	1 313	412	903
IX 循環器系の疾患	58 817	33 326	25 491	10 125	4 002	6 123	48 692	29 324	19 368
X 呼吸器系の疾患	21 211	9 120	12 091	5 452	1 095	4 356	15 759	8 025	7 735
XI 消化器系の疾患	17 015	9 181	7 833	2 984	1 103	1 882	14 031	8 078	5 951
XII 皮膚及び皮下組織の疾患	5 091	1 077	4 014	1 576	129	1 446	3 515	948	2 568
XIII 筋骨格系及び結合組織の疾患	22 422	9 675	12 747	4 224	1 162	3 062	18 198	8 513	9 685
XIV 腎尿路生殖器系の疾患	20 440	5 848	14 591	4 207	702	3 505	16 233	5 146	11 086
XV 妊娠、分娩及び産じょく	2 336	2 079	257	342	250	93	1 994	1 829	164
XVI 周産期に発生した病態	2 005	1 689	316	317	203	114	1 688	1 486	202
XVII 先天奇形、変形及び染色体異常	1 883	1 322	561	293	159	135	1 590	1 163	426
XVIII 症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	4 083	1 758	2 324	769	211	558	3 314	1 547	1 766
XIX 損傷、中毒及びその他の外因の影響	20 466	14 805	5 661	3 138	1 778	1 360	17 328	13 027	4 301

自己負担を7割とするケースでの医科診療部分の自己負担や医療給付費の推計結果である。

この簡易推計によると、現行では3兆5931億円と見込まれる医科診療部分の自己負担の総額が5

兆5,856億円となって約2兆円増加する一方、医療給付費は25兆1,516億円から23兆1,591億円となって約2兆円減少する。

なお、自己負担を厳密に議論する場合、高額療

図表12：疾病別の自己負担の下での医科診療部分の自己負担や医療給付費（簡易推計、億円） ケース2

性・傷病分類	医科診療部分の国民医療費 (①)			医科診療部分の自己負担 (②)			医科診療部分の医療給付費 (=①-②)		
	合計	入院	入院外	合計	入院	入院外	合計	入院	入院外
総数	287 447	149 667	137 780	55 856	22 469	33 387	231 591	127 198	104 393
I 感染症及び寄生虫症	6 318	2 513	3 805	1 977	377	1 599	4 341	2 136	2 206
II 新生物	38 850	25 834	13 016	6 223	3 878	2 345	32 627	21 956	10 671
III 血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	2 478	1 297	1 181	549	195	355	1 929	1 102	826
IV 内分泌、栄養及び代謝疾患	20 147	4 740	15 408	5 338	711	4 627	14 809	4 029	10 781
V 精神及び行動の障害	18 810	13 632	5 178	3 601	2 047	1 555	15 209	11 585	3 623
VI 神経系の疾患	12 768	8 603	4 165	2 542	1 291	1 250	10 226	7 312	2 915
VII 眼及び付属器の疾患	10 431	2 701	7 729	3 654	405	3 249	6 777	2 296	4 480
VIII 耳及び乳様突起の疾患	1 878	468	1 411	664	70	593	1 214	398	818
IX 循環器系の疾患	58 817	33 326	25 491	12 657	5 003	7 654	46 160	28 323	17 837
X 呼吸器系の疾患	21 211	9 120	12 091	6 452	1 369	5 082	14 759	7 751	7 009
XI 消化器系の疾患	17 015	9 181	7 833	3 730	1 378	2 352	13 285	7 803	5 481
XII 皮膚及び皮下組織の疾患	5 091	1 077	4 014	1 849	162	1 687	3 242	915	2 327
XIII 筋骨格系及び結合組織の疾患	22 422	9 675	12 747	5 280	1 452	3 827	17 142	8 223	8 920
XIV 腎尿路生殖器系の疾患	20 440	5 848	14 591	5 259	878	4 381	15 181	4 970	10 210
XV 妊娠、分娩及び産じょく	2 336	2 079	257	420	312	108	1 916	1 767	149
XVI 周産期に発生した病態	2 005	1 689	316	386	253	133	1 619	1 436	183
XVII 先天奇形、変形及び染色体異常	1 883	1 322	561	367	199	168	1 516	1 123	393
XVIII 症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	4 083	1 758	2 324	962	264	698	3 121	1 494	1 626
XIX 損傷、中毒及びその他の外因の影響	20 466	14 805	5 661	3 922	2 222	1 700	16 544	12 583	3 961

養費制度の影響も考慮する必要がある。この制度も財政的リスク保護を担う機能の1つである。高額療養費制度とは、同一の月にかかった医療費の自己負担額が高額になった場合、自己負担限度額（平均的サラリーマンの場合は約9万円）を超えた分が、後日払い戻されるという仕組みである。上記の議論では特に言及しなかったが、上記の簡易推計では、一定の仮定の下で高額療養費制度の影響も考慮して推計している。もっとも、高額療養費制度を考慮しても、生活に余裕がある家計と余裕がない家計があり、所得再分配政策の観点から、マイナンバー制度などを利用しつつ、所得や資産に応じて、生活に余裕がない家計については、その自己負担（窓口負担）の引き下げや、税制上の措置などで、その負担を軽減する必要がある。このため、以上の改革効果（簡易推計）は割り引いて理解する必要があるが、医療財政の持続可能性に一定の貢献を果たすことは確かである。

また、基本的に「1点=10円」とする診療報酬のあり方も再考の余地がある可能性がある。というのは、診療報酬について、高齢者の医療の確保に関する法律（以下、「高確法」）第14条に、診療

報酬の特例に関する規定があるためである。

具体的には、「厚生労働大臣は、医療費適正化計画に関する評価の結果、医療費適正化を推進するために必要があると認めるときは、1つの都道府県内の診療報酬について、他の都道府県と異なる定めをすることができる」旨の規定である。

（診療報酬の特例）

第14条 厚生労働大臣は、第十二条第三項の評価の結果、第八条第四項第二号及び各都道府県における第九条第三項第二号に掲げる目標を達成し、医療費適正化を推進するために必要があると認めるときは、一の都道府県の区域内における診療報酬について、地域の実情を踏まえつつ、適切な医療を各都道府県間において公平に提供する観点から見て合理的であると認められる範囲内において、他の都道府県の区域内における診療報酬と異なる定めをすることができる。

2 厚生労働大臣は、前項の定めをするに当たっては、あらかじめ、関係都道府県知事に協議するものとする。

この高確法第14条の規定はこれまでに一度も活用されたことがないが、骨太方針2015は、「この特例規定の活用の在り方について検討する」としている。

このため、医療費の適正化を推進する観点から、制度上、「診療報酬を地域別に1点=9円にする」といった方法を検討することも可能であり、周知のとおり、奈良県では政治的な検討が始まっている。介護報酬では既に地域区分ごとに異なる点数が設定されている。

基本的に、診療報酬が上がれば自己負担も増加する、診療報酬が下がれば自己負担も減少するという関係をもつ。上記のような疾病別の自己負担への変更のみでなく、地域医療構想が進む中、柔軟な発想で地域別の診療報酬のあり方についても検討を深める必要がある。

### 3. 診療報酬の自動調整メカニズム

もっとも、上記の改革で確保できる財源は数兆円に過ぎない。財政再建のためには、歳出削減や増税で財政赤字（約30兆円）の縮減を行う必要があるほか、膨張する社会保障費の抑制を図る必要がある。しかも、財務省の財政制度等審議会財政制度分科会が起草検討委員の提出という形で公表した「我が国の財政に関する長期推計（改訂版）」（2018年4月6日）によると、医療給付・介護給付費（対GDP）は、2020年度頃に約9%（医療約7%、介護約2%）であったものが、2060年度

頃には約14%（医療約9%、介護約5%）に上昇する。つまり、40年間で医療・介護は約5%上昇するが、これは名目GDPを550兆円とすると、約28兆円増で、消費税換算で約11%に相当する。

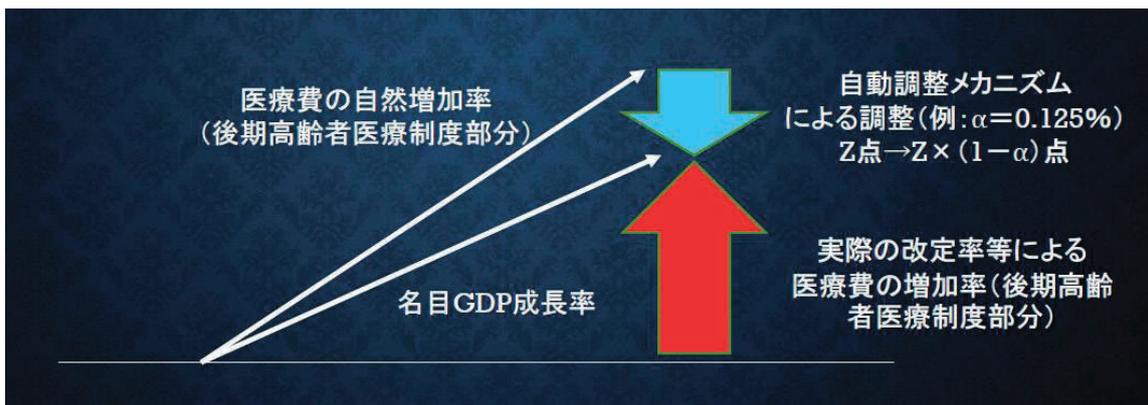
この抑制方法や財源をどうするかが問題となる。筆者は、年金改革で導入したマクロ経済スライドを参考として、後期高齢者医療制度においても、医療財政の持続可能性の向上を図る観点から、その診療報酬に自動調整メカニズムを導入してはどうかと考えている。

診療報酬は、原則的に実施した医療行為ごとに對し、それぞれの診療報酬項目に對する点数が全て加算され、1点の単価を10円で計算して報酬が医療機関等に支払われる。一般的に、診療報酬は、年齢にかかわらず、定められていると思われるが、一部は年齢で異なるケースもある。その事例が、後期高齢者医療制度の2008年での発足時において、75歳以上の後期高齢者に限って新設された診療報酬項目で、後期高齢者特定入院基本料（75歳以上の患者が90日を超えて入院すると、一定の場合を除き、医療機関への診療報酬が減額となる仕組み）、後期高齢者診療料や後期高齢者終末期相談支援料などである。

これらの診療報酬項目の一部は、その後の診療報酬の改定において廃止や改正が行われているが、上記の事例は、75歳以上と74歳未満の診療報酬体系を異なる仕組みで構築できることを意味する。

このため、マクロ経済スライドと同様、例えば、現役世代の人口減や平均余命の伸び等を勘案した

図表13



調整率を定めて、その分だけ、全体の総額の伸びを抑制することにはどうか。この調整のために最も管理しやすい方法は、75歳以上の診療報酬において、ある診療行為を行った場合に前年度Z点と定めている全ての診療報酬項目の点数を、今年度では「 $Z \cdot (1 - \text{調整率})$ 点」と改定することである。自己負担は診療報酬に比例するため、診療報酬を抑制しても75歳以上の自己負担（窓口負担）が基本的に増加することはない。

なお、短期間のみ調整では、医療財政の持続可能性を確保するのは難しいのは明らかであり、財政の持続可能性を高めるためには、一定期間の間、このような仕組みで毎年度の改定を行う必要があることは言うまでもない。

では、調整率のイメージはどうか。上述の「我が国の財政に関する長期推計（改訂版）」（平成30年4月6日）によると、2020年から2060年までの40年間で医療・介護合計は約5%の上昇のため、1年間の上昇は平均で0.125%であるから、その上昇を抑制する調整率は0.125%に過ぎない。また、過去の趨勢的に医療費の約半分は医療従事者の人件費だが、このメカニズムの下では医療費（対GDP）は一定水準に落ち着き、人件費も成長率に連動して伸びる。もっとも、中長期的にみて、医療機関等への経営に及ぼす影響にも注意する必要があることは言うまでもないが、その影響分については、公的医療保険の一部を民間医療保険でも代替できるようにして、民間医療保険の方で稼ぐことができる環境整備で対応できるのではないかと。

なお、高齢世代にも現役世代にも、生活に余裕がある家計と余裕がない家計があり、「負担できる者が負担する」という原則こそがあるべき姿であり、現在の年齢差別的な「窓口負担」を改め、応能負担別の「窓口負担」に変更することも重要である。例えば、年齢によらず、一律に「窓口負担」を3割とし、マイナンバー制度などを利用しつつ、所得や資産に応じて、生活に余裕がない家計の負担を1割や2割とする方策なども考えられる。この関係で、家計の所得や資産に留意しつつ、

医療費抑制の自動調整メカニズムを医療の自己負担（窓口負担）の引き上げで実行する提案もあるが、既述の考察（疾病別の自己負担）でも明らかのように、その改革効果の限界も考慮して判断する必要があるだろう。

いずれにせよ、団塊の世代が75歳以上となる2025年に向けて、医療費や介護費が急増することは確実である。それは国の財政のみでなく、地方自治体の財政も直撃する可能性が高い。医療財政の持続可能性の向上を図る観点から、後期高齢者医療制度でもマクロ経済スライド的な仕組みの導入のほか、地域医療構想が進む中、高確法第14条の利用などについても検討してみてもどうか。

#### 4. まとめ

以上の考察や分析で明らかなおおりの、公的医療保険が担う基本的役割を堅持しつつ、医療財政の持続可能性を高めるためには、「給付範囲の哲学の見直し」も重要であり、風邪等の軽度の疾病には自己負担の割合を高める一方、重度の疾病には負担割合を低くする等、疾病に応じて負担割合を変えることや、年金改革で導入したマクロ経済スライドを参考として、後期高齢者医療制度においても、その診療報酬に自動調整メカニズムを導入することも検討に値する。また、高確法第14条の利用も検討に値する。

その際、厚生労働省や関係省庁等の現行体制の下では、年金・医療・介護等の社会保障制度などに係る制度を横断的に関連づけ、社会保障全体の最適化を図る機能が弱いとの指摘も多い。また、国の2019年度当初予算（一般会計）は約101兆円であるが、社会保障給付費は国・地方で約120兆円にも達しており、その1%の効率化は1兆円を生み出す効果をもつことから、年金の支給開始年齢引き上げ（例：70歳）を含め、資源配分の見直しも喫緊の課題である。

このため、国レベルでは、中長期視点に立った社会保障改革の骨太方針を定期的に策定し、検証するため、関係大臣や有識者から構成される「社

会保障戦略会議」(仮称)(いわゆる「経済財政諮問会議の社会保障版」)を設置することも考えられる。財政・社会保障改革と成長戦略の調和の視点のみでなく、国民が望む質の高い社会保障戦略を立案する観点から、そのメンバーには財政や社会保障を専門とする学者のほか、国民や患者の代表等も加えることも検討することが望まれる。また、それを支援する事務局を関係省庁により設置するとともに、基本法などにより位置づけを明確化することも検討が必要である。

現下の厳しい財政状況の下では、もはや地方が国に頼る戦略は大きなリスクを伴う。これから基金が枯渇する地方自治体も増えてくるはずであり、その前に改革を進める必要がある。このため、地方レベルでも、新潟県「行財政改革有識者会議」のような改革の司令塔を設置し、地域医療構想のビジョンや「改革の哲学」の議論を行いつつ、改革の行動計画をできる限り早急に策定する必要があるだろう。

#### <参考文献>

- ・内閣府(2019)「中長期の経済財政に関する試算」(2019年1月30日)
- ・厚生労働省(2015)「保健医療2035提言書」  
<http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hokabunya/shakaihoshou/hokeniryou2035/>
- ・厚生労働省(2015)「平成25年 国民医療費の概況」
- ・財務省(2018)「我が国の財政に関する長期推計(改訂版)」(2018年4月6日)
- ・中部経済連合会(2015)「中部圏の人口減少に関する調査報告～ データから見た中部圏の現状、将来の姿、未来からの警鐘～」
- ・印南一路編著(2016)『再考・医療費適正化 ― 一実証分析と理念に基づく政策案』有斐閣