

歳出・歳入一体改革における医療費抑制に向けて

～近年の医療に係る公費負担の増加要因～

企画調整室（調査情報室） 小葉松 章子

1. はじめに

歳出・歳入一体改革においては、2011年度までのプライマリー・バランスの黒字化のため、社会保障については、国と地方合わせて▲1.6兆円の伸びの抑制が目指されている^{1, 2}。この抑制のための具体的な方策については明示されていないが、年金については、04年度の制度改正において給付調整のための新たな仕組みが設けられたばかりであるため、当面、年金給付費の抑制の可能性は考えにくい³。そのため、この目標値の実現に当たっては、主に医療と介護による抑制が想定されている⁴。

こうした中で、特に医療費については、高齢化の進展や医療技術の進歩等により、今後も経済成長を上回る伸びでの増加が見込まれており⁵、また、公費負担額が年金を超えて最も大きいことから⁶、その抑制の成否が社会保障の抑制、ひいては財政再建の鍵を握り、その抑制が期待されている。とりわけ、相対的に公費負担割合が大きい高齢者の医療費の増加によって、医療に係る公費負担額が足元で増加しており、高齢者の医療費の抑制が喫緊の課題とされている。高齢者医療については、08年度から新たな高齢者医療制度の開始が予定されて

¹ この数値目標は、「経済財政運営と構造改革に関する基本方針2006」（06年7月経済財政諮問会議）に基づくものである。なお、同方針で示された11年度のプライマリー・バランスの黒字化のための要対応額16.5兆円については、06年12月に内閣府より、足元の税収増を反映すると13兆円程度に下方修正される見込みであることが示されている。

² ▲1.6兆円のうち、国の抑制分（▲1.1兆円）については、07年度予算において、雇用保険の国庫負担見直しや生活保護の母子加算見直し等により、すでに▲2,200億円の抑制が行われており、今後、08年度からの4年間で残りの▲8,800億円の削減が目指されている。

³ 04年度の年金制度改正においては、保険料固定方式の導入とマクロ経済スライドによる給付調整の仕組みが導入され、100年後までの財政バランスが図られることとなった。なお、年金については、09年度までに基礎年金の国庫負担割合を1/2へ引き上げることが予定されており、その財源確保が課題とされている。

⁴ 「基本方針2007（素案）」（07年6月4日）では、歳出改革の実施のため、社会保障分野については、「医療・介護サービスの質向上・効率化プログラム」（07年5月15日）等を推進することが提示されている。また、同方針においては、このプログラムを踏まえ、07年内に「基本方針2006」を達成するための道筋を示すとされている。

⁵ 06年5月の厚生労働省「社会保障の給付と負担の見直し」によれば、医療給付費は、06年度の27.5兆円（対国民所得比7.3%）から25年度には48兆円（同8.8%）に増加することが見込まれている。

⁶ 07年度一般会計予算における社会保障関係費の内訳は、医療が8.4兆円、年金が7.0兆円、介護が1.9兆円、福祉等が3.6兆円、他省庁所管分が0.2兆円となっている。

おり、同制度によって高齢者医療費の抑制についても期待されている。

そこで、本稿では、高齢者の医療費を中心として、医療費の現状や公費負担の動向を踏まえて、マクロ的な視点から医療費抑制の可能性についてみていきたい。

2. 医療費の現状

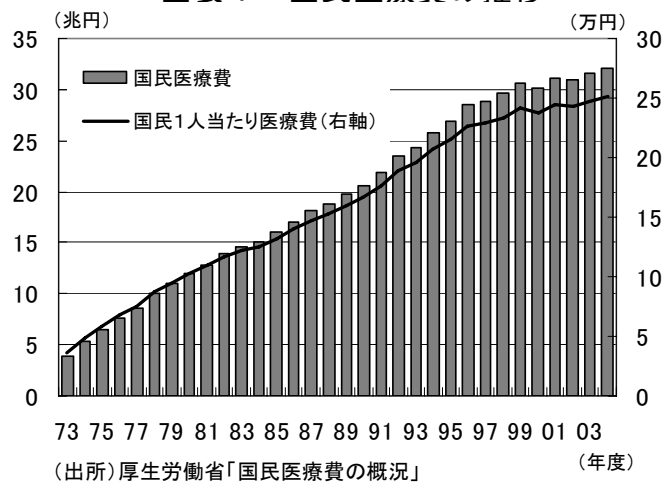
2-1. 90年代以降に高まった経済財政における医療費の負担感

国民医療費⁷は、高齢化の進展や医療保険制度の拡充、また医療技術の進歩等に伴い、これまで増加してきており、04年度で32.1兆円(対国民所得比8.9%)、一人当たり国民医療費は25.2万円に達している(図表1)。

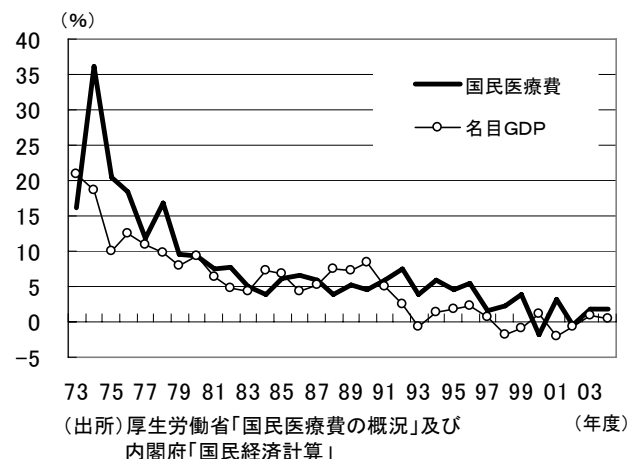
このように、この約30年間で増大した国民医療費であるが、その伸び率をみると、近年低下傾向にある。

伸び率の推移を概観すると(図表2)、70年代には、73年の「福祉元年」における医療保険制度の拡充⁸や、オイルショックによるインフレへの対応のための診療報酬の大幅なプラス改定が行われたことなどから、名目GDPを上回る高い伸び率で推移した。その後、80年代に入ると、国の財政において、収支

図表1 国民医療費の推移



図表2 国民医療費の伸び率の推移



⁷ 医療機関等における傷病の治療に要する費用を推計したものである。この額には診療費、調剤費、入院時食事療養費、訪問看護療養費のほかに、健康保険等で支給される移送費等が含まれる。入院の差額ベッド代や出産等の自費診療となる保険外診療費は含まれていない。なお、本医療費には、患者負担分が含まれており、患者負担が含まれていない医療給付費とは区別される。

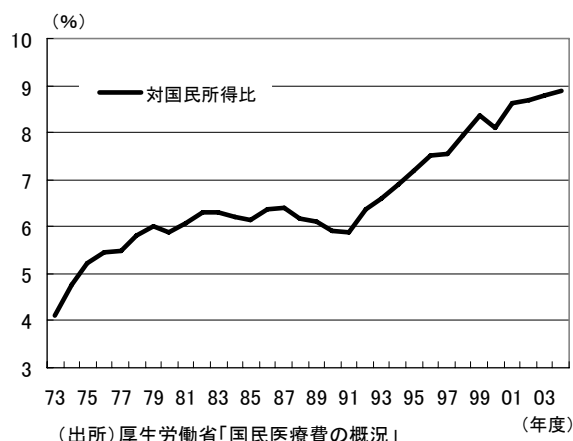
⁸ 73年(施行年)には、老人福祉法改正(老人医療の無料化)、健康保険法改正(家族給付率の7割への引上げ、高額療養費制度の創設、政府管掌健康保険の国庫補助の定率化(10%以上)等が行われた。

ギャップ拡大による財政赤字が問題化する中で、社会保障についても給付費抑制や公費負担削減が求められるようになった。そうした中で、国民医療費については、給付費抑制等につながる医療保険制度改正が行われ⁹、伸び率は結果として名目GDPと同程度まで抑制された。

90年代に入ると、国民医療費の伸び率自体は80年代と比べて特段高まることはなかったが、90年代初頭以降、バブル崩壊により経済が大きく低迷したため、経済との関係において医療費の負担感が急速に高まる結果となった(図表3)。こうした経済の低迷は、給付費を賄うのに必要な保険料収入の伸び悩みなどにつながり、医療保険財政の悪化をもたらすこととなった。そのため、90年代後半以降は、患者負担割合の引上げなどの制度改正¹⁰や診療報酬のマイナス改定¹¹によって医療給付費が抑制されることになり、国民医療費の伸び率はさらに低下してきている。

このように、近年の経済財政における医療費の負担感の高まりは、経済成長との関係において生じた側面が強く、国民医療費の伸び率自体は、高齢化の進展にもかかわらず、近年低下傾向にある。歳出・歳入一体改革の目標実現のために、さらなる抑制が期待されている医療費であるが、機械的に医療給付費の抑制を求めるだけでは、現在の医療水準を低下させてしまうおそれがある¹²。厳しい財政状況の中で、給付費の効率化を求めることは重要であるが、給付費の抑制のみならず、後述するように公費負担が高まった背景について考え、その在り方について検討することも重要となろう。

図表3 国民医療費の対国民所得比



⁹ 83年の老人保健制度の創設(老人医療に対する自己負担の導入)、84年の健康保険等の改正(本人9割給付等)、87年の老人保健法改正(老人一部負担の引上げ等)などが行われた(以上施行年)。

¹⁰ 97年には健康保険等の本人負担の引上げ(1割→2割)、01年には老人保健の一部負担の上限付き定率1割負担の導入、02年には健保等の本人負担の引上げ(2割→3割)と老人保健の一部負担の定率1割化、06年には現役並みの所得のある高齢者の負担の引上げ(2割→3割)などが行われた(以上施行年)。

¹¹ 診療報酬本体の初のマイナス改定が行われた02年(本体と薬価合わせて▲2.70%)以降、マイナス改定が続いており、04年には▲1.00%、06年には▲3.16%の改定が行われた。

¹² 我が国の医療は、対GDP比では相対的に低い医療費支出であるにもかかわらず、平均寿命が最も高くまた乳児死亡率が最も低い水準を実現していることなどから、その効率性の高さが国際的にも評価されている。また、医療における国民皆保険の実現は、世界的にもまれである。

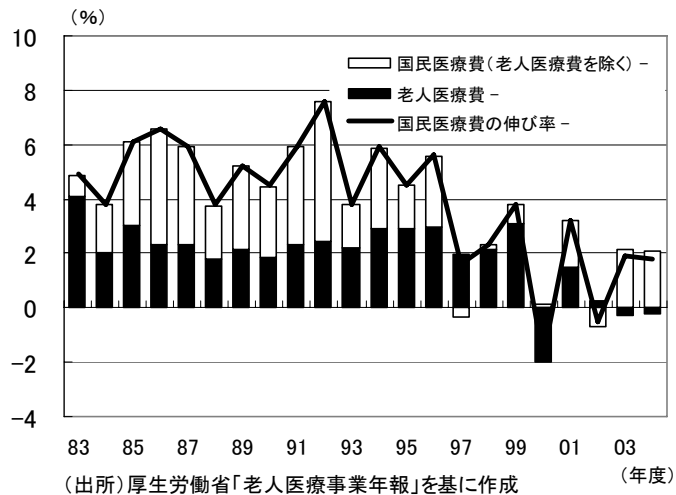
2-2. 00年度以降寄与が縮小した老人医療費

近年の国民医療費の伸びの低下は、老人医療費¹³の伸びの低下による影響が大きい。

老人医療費は、83年の老人保健制度創設以降、国民医療費の増加に大きく寄与してきたが、00年度以降、国民医療費の伸びに対する寄与度が縮小している（図表4）。この寄与の縮小には、00年度の介護保険制度の創設によって、それまで老人医療費の対象とされていた老人保健施設サービス等が同制度に移行したことや¹⁴、02年から老人保健制度の対象年齢が段階的に引き上げられたこと¹⁵が大きく影響しているものと考えられる。

老人医療費は、こうした要因により、00年度以降伸びが大きく低下してきているが（図表5）、この低下は、実質的には老人保健制度の対象範囲の縮小によってもたらされており、高齢者に係る医療費は、そのまま国民健康保険等の他の医療保険制度や介護保険制度に付け替えられていることに留意する必要がある¹⁶。特に、介護保険制度については、今後も、療養病床の再編によって、現在医療保険制度の対象とされている療養病床の一部が介護保険施設や居宅介護サービスへ移行されることが予定されており、さらなる介護給付費の増加が見込まれている¹⁷。財政の観点から医療給付費の効率化を図ることは必要である

図表4 国民医療費の伸びに対する
老人医療費の寄与度



¹³ 老人保健制度の対象となる医療費である。同制度では、06年10月より75歳以上の高齢者及び65歳以上75歳未満の障害認定者が対象とされている。

¹⁴ 介護保険制度の創設によって、老人保健施設サービスのほか、老人訪問看護サービスや療養型病床群などの医療費についてもその一部が同制度へ移行した。

¹⁵ 02年度の医療保険制度改正において、後期高齢者への施策の重点化を図るため、老人保健制度について、対象年齢が70歳以上から75歳以上に引き上げられたとともに、公費負担割合が3割から5割に引き上げられた。対象年齢の引上げと公費負担割合の引上げは、ともに02年10月から06年10月の間、段階的に実施された。

¹⁶ 03年度以降、老人保健制度の受給対象者数は減少傾向にある一方、国民健康保険における退職被保険者数は大きく増加しており、同保険における退職者医療費が急増している。

¹⁷ 療養病床の再編は、現在社会的入院等が問題とされている療養病床について、その利用を真に医療が必要な患者に対象を絞り、医療の必要性が低い者を居宅介護サービス・介護施設へ移

が、その効率化に当たっては、医療保険制度だけではなく、介護保険制度への影響にも十分配慮して進めていくことが重要となる¹⁸。

図表5 老人医療費の推移

(億円、%)

| 年 度 | 計 | 診療費 | | 薬剤の支給 | | 食事療養 | | 老人保健施設療養 | | 老人訪問看護 | | 医療費の支給等 | | |
|-----|---------|-------|--------|-------|--------|-------|-------|----------|-------|--------|-------|---------|-------|-------|
| | | 対前年度比 | 対前年度比 | 対前年度比 | 対前年度比 | 対前年度比 | 対前年度比 | 対前年度比 | 対前年度比 | 対前年度比 | 対前年度比 | 対前年度比 | | |
| 91 | 64,095 | 8.1 | 59,804 | 7.4 | 1,689 | 15.9 | - | - | 970 | 56.7 | - | - | 1,633 | 7.2 |
| 92 | 69,372 | 8.2 | 64,307 | 7.5 | 1,992 | 18.0 | - | - | 1,442 | 48.6 | 5 | ... | 1,626 | -0.4 |
| 93 | 74,511 | 7.4 | 68,530 | 6.6 | 2,529 | 27.0 | - | - | 1,888 | 31.0 | 29 | 515.1 | 1,535 | -5.6 |
| 94 | 81,596 | 9.5 | 72,501 | 5.8 | 3,133 | 23.9 | 1,855 | ... | 2,582 | 36.7 | 86 | 199.5 | 1,439 | -6.3 |
| 95 | 89,152 | 9.3 | 75,910 | 4.7 | 3,909 | 24.7 | 4,678 | 152.2 | 3,259 | 26.2 | 174 | 101.7 | 1,224 | -14.9 |
| 96 | 97,232 | 9.1 | 82,181 | 8.3 | 4,620 | 18.2 | 4,816 | 3.0 | 4,198 | 28.8 | 323 | 85.8 | 1,094 | -10.6 |
| 97 | 102,786 | 5.7 | 85,475 | 4.0 | 5,606 | 21.4 | 4,869 | 1.1 | 5,285 | 25.9 | 479 | 48.3 | 1,073 | -2.0 |
| 98 | 108,932 | 6.0 | 88,881 | 4.0 | 6,900 | 23.1 | 4,967 | 2.0 | 6,426 | 21.6 | 657 | 37.2 | 1,101 | 2.7 |
| 99 | 118,040 | 8.4 | 94,653 | 6.5 | 8,809 | 27.7 | 5,115 | 3.0 | 7,436 | 15.7 | 858 | 30.6 | 1,169 | 6.1 |
| 00 | 111,997 | -5.1 | 94,640 | 0.0 | 10,569 | 20.0 | 4,612 | -9.8 | 670 | -91.0 | 235 | -72.6 | 1,271 | 8.8 |
| 01 | 116,560 | 4.1 | 97,954 | 3.5 | 12,462 | 17.9 | 4,677 | 1.4 | -2 | -100.3 | 191 | -18.4 | 1,277 | 0.5 |
| 02 | 117,300 | 0.6 | 97,155 | -0.8 | 13,913 | 11.6 | 4,689 | 0.3 | -1 | ... | 192 | 0.3 | 1,352 | 5.9 |
| 03 | 116,523 | -0.7 | 95,653 | -1.5 | 14,711 | 5.7 | 4,645 | -0.9 | -1 | ... | 174 | -9.6 | 1,342 | -0.8 |
| 04 | 115,763 | -0.7 | 94,429 | -1.3 | 15,143 | 2.9 | 4,654 | 0.2 | 0 | ... | 190 | 9.6 | 1,347 | 0.4 |

(出所)厚生労働省「老人医療事業年報」

3. 近年の医療に係る公費負担の高まりとその要因

一方、国民医療費の財源についてみると、同医療費は、患者負担のほか、保険料収入と公費負担によって賄われている¹⁹。公費負担は、老人保健制度のほか、政府管掌健康保険や国民健康保険等の各保険制度に対して行われている。また、医療給付費に対する公費負担割合は、保険制度ごとに異なっており、高

行させることを通じて、療養病床の削減を行うものである。具体的には、2011 度末までに、医療保険対象施設の削減（25 万床→15 万床）と介護保険対象施設の廃止（13 万床→0 床）が予定されている（ただし、医療保険対象の病床の削減目標は、今後、15 万床から 18 万床に修正される見通しとなっている）。この再編によって、2011 年には医療・介護合わせて、給付費の▲3,000 億円の削減（医療給付費では▲4,000 億円の削減、介護給付費では 1,000 億円の増加）が見込まれている。

¹⁸ 医療療養病床における医療区分 1（医療の必要性がほとんどないと考えられている者）の入院患者の約 4 割が、病状面からは退院可能であるが、在宅での受入困難であるか施設入居待ちであり、介護サービスを受けられない「介護難民」であるとの調査結果（06 年 10 月日本医師会「療養病床の再編に関する緊急調査報告」）もあるなど、受け皿となる介護保険サービスの十分な供給の整備が急務となっている。

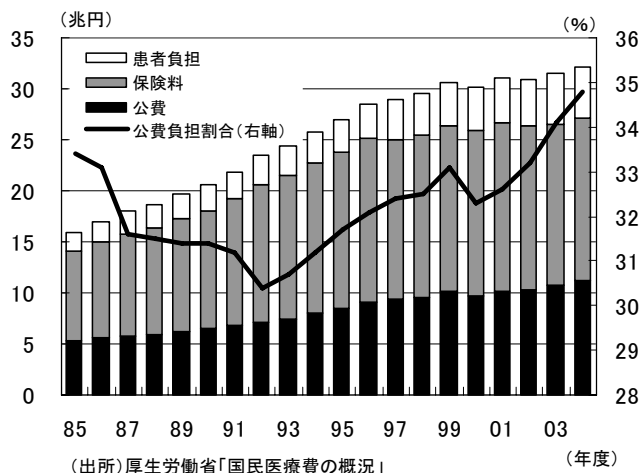
¹⁹ 医療保険制度から支出される医療給付費については、保険料収入と公費負担が財源とされている。

高齢者の割合が相対的に高い保険制度において高くなっている²⁰。

国民医療費の財源に占める公費負担割合は、90年代には、高齢化の進展等に伴い、老人医療費が増加し、相対的に公費負担割合の高い同医療費が国民医療費に占める割合を拡大させたことを主因として高まってきた²¹

(図表6)。しかし、公費負担割合は、老人医療費の伸びが低下傾向にある00年度以降についても、再び高まっている。これは、02年10月から老人医療費に対する公費負担割合が段階的に引き上げられたことによる影響が大きく²²、この引上げによって、03年度以降、老人医療費が減少しているにもかかわらず、同医療費に係る公費負担額は増加している(図表7)。

図表6 国民医療費財源の推移



図表7 老人医療費とそれに係る公費負担の推移

| | (億円、%) | | | | |
|----------------|---------|---------|---------|---------|---------|
| | 00 | 01 | 02 | 03 | 04 |
| 老人医療費 | 111,997 | 116,560 | 117,300 | 116,523 | 115,763 |
| 老人医療費に係る公費負担額 | 31,374 | 32,166 | 32,945 | 35,485 | 39,435 |
| 老人医療費に係る公費負担割合 | 28.0 | 27.6 | 28.1 | 30.5 | 34.1 |

(出所)厚生労働省「老人医療事業年報」

このような老人医療費に係る公費負担額の増加により、国民医療費に係る公費負担額は大きく増加している。00年度以降、国民医療費の伸びは低下傾向にあるが²³、公費負担額はそれを上回る伸びで増加しており、03年度以降、その

²⁰ 医療給付費に対する公費負担割合は、例えば、老人保健制度では50% (06年10月より)、国民健康保険(市町村運営部分)では45%、政府管掌健康保険では13%などとなっている。なお、各種共済や、国民健康保険の退職者医療制度については国庫負担が行われていない。

²¹ 国民医療費に占める老人医療費の割合の拡大には、90年代を通じた老人医療費の増加のほか、90年代後半における患者負担割合の引上げによる、老人医療費以外の医療費の低下による影響がある。

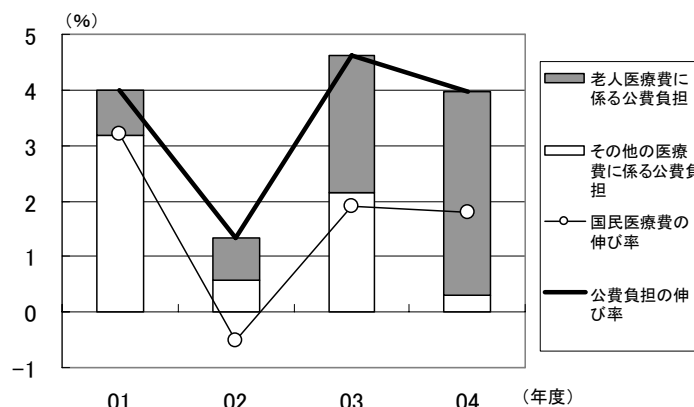
²² 脚注15を参照。

²³ 01年度の伸びの高まりは、00年度の減少の反動による影響が大きい。

増加の主因が老人医療費に係る公費負担額の増加となっている（図表8）。

医療給付費が抑制傾向にある中で、公費負担割合の高まりは、保険料収入割合の低下を意味する。つまり90年代以降、老人医療費に係る公費負担の増加を通じて、医療給付費の財源において保険料負担から公費負担へのシフトが生じており、このことが財政における医療費の負担を増加させた一因となっている。

図表8 公費負担額の増加要因



(出所)厚生労働省「国民医療費の概況」及び「老人医療事業年報」を基に作成

4. 医療に係る公費負担の抑制に向けて

このような近年の医療に係る公費負担の増加要因を踏まえると、その公費負担額の抑制を目指すに当たっては、医療給付費の抑制だけでは不十分であり、老人医療費に対する負担の増加によって高まった公費負担割合について見直すことがより重要になると考えられる。

そうした中で、高齢者医療については、08年度から新たな高齢者医療制度の創設が予定されており、同制度では、後期高齢者²⁴にも新たに保険料負担が求められることになっている。こうした高齢者に対する保険料負担の導入や、また今後の堅調な景気回復によって保険料の増収が実現すれば、近年高まった公費負担の比重を低下させることも可能性として考えられるだろう。

厳しい財政状況の中で、給付費の抑制を目指すことが重要であることは言うまでもないが、近年においてすでに伸びが低下傾向にある中で、こうした財源構成の変化に目を向けずに、数値目標達成の観点のみから給付費の抑制を行えば、必要な医療費までを削減してしまうおそれがあるだけでなく、財政負担の軽減にもつながりにくい。今後、高齢化の進展に伴い、医療制度の果たす役割はますます重要になるものと考えられる。そうした中で、必要な医療費をどのように賄っていくかが重要であり、歳出・歳入一体改革における医療費の抑制に向けてもそうした視点が必要となろう。

(内線 3296)

²⁴ 75歳以上の高齢者が対象とされる。現行の老人保健制度では75歳以上の高齢者の保険料負担はないが、新たな後期高齢者医療制度では、後期高齢者に対して1割の保険料負担を求めている。

補論 高齢者医療制度の創設

08年4月より創設が予定されている新たな高齢者医療制度は²⁵、前期高齢者（65～74歳）と後期高齢者（75歳以上）が別建てとなり、前者は現行の国民健康保険や被用者保険制度に加入する一方、後者については、新たに創設される後期高齢者医療制度に加入することになる（図表）。現行の老人保健制度では、給付と負担が別々の制度により行われているが²⁶、新たな後期高齢者制度では、後期高齢者にも保険料負担が求められており、給付と負担が同一の制度によって行われるようになる点が特徴である。これによって、後期高齢者の医療について給付と負担の関係が明確化される。

後期高齢者制度における公費負担割合は、現行の老人保健制度と同じ5割であるが、後期高齢者の保険料負担導入（1割）により、国保・被用者保険からの拠出金の負担割合は現行の5割から新たな制度では4割に低下する²⁷。また、後期高齢者の保険料負担については、制度発足時は1割負担²⁸とされているが、今後、後期高齢者の増加や国保・被用者保険の保険料水準等を勘案して、その割合が高められることになっており²⁹、これによって現役世代の負担の軽減が図られる仕組みとなっている。

²⁵ 新たな高齢者医療制度の創設に伴い、現行の老人保健制度と国民健康保険の退職者医療制度は廃止される。なお、国保の退職者医療制度については、2014年度までの間における65歳未満の退職被保険者等を対象として、当該被保険者等が65歳に達するまでの間、経過的に現行制度が存続される。

²⁶ 現行制度では、75歳以上の高齢者は、国民健康保険や被用者保険に加入しつつ、老人保健制度に加入している。負担は国保や被用者保険からの拠出金と公費負担であり、給付は老人保健制度から行われる仕組みの下で、給付と負担が別建てとなっている。

²⁷ 新たな制度では、国保と被用者保険の各保険者は、その加入者数に応じて後期高齢者支援金を負担する。

²⁸ 高齢者の医療給付費に占める保険料総額の割合である。

²⁹ 施行後5年を目途に、若者の減少による若者一人当たり負担の増加は、後期高齢者と若者で半分ずつ負担するとの考え方にに基づき、後期高齢者の保険料の負担割合については、若者の減少率の1/2の割合で引き上げられることになっている。ただし、厚生労働省の試算によると、こうした考えに基づき引上げを行ったとしても、給付費に占める後期高齢者の保険料総額の割合は、08年度の10.0%から15年度の10.8%とわずかな増加にとどまる見込みとなっている。

図表 新たな高齢者医療制度の概要

| | 新たな高齢者医療制度 | | 現行制度 | |
|----------|--|--|---|--|
| | 後期高齢者医療制度 (新たに創設される 保険制度) | 前期高齢者医療制度 (国保・被用者保険制度に 加入) | 老人保健制度 (対象者は、国保・被 用者保険に加入しつ つ、老健制度にも加 入) | 国保・被用者保険制度 国保の退職者制度 |
| 対象者 | 75歳以上の者及び 65～74歳の障害認定者 | 65～74歳の者 | 75歳以上の者及び 65～74歳の障害認定 者 | 老人保健制度の適用 者を除く、年金受給権 者 |
| 保険者 | 保険料徴収は市町村、財 政運営は都道府県単位で 全市町村が加入する広域 連合 | 保険制度ごとに異なる | 市町村 | 市町村 |
| 財源 | 保険料負担(1割 ^{※1})、国 保・被用者保険からの支 援金(約4割)、公費負担 (約5割) | 保険料負担と公費負担 ※保険者間での医療費の 負担の不均衡を調整する 制度が創設される予定 | 国保・被用者保険から の拠出金(5割)、公費 負担(5割) ※公費の内訳につい ては、国:都道府県:市 町村=4:1:1 | 退職被保険者等の保 険料負担、被用者保 険等からの拠出により 賄われる療養給付費 等交付金(被保険者と 事業主の負担)。 ※公費負担は行われ ていない |
| 患者 負担 | 定率1割負担 (現役並みの所得を有す る高齢者は3割負担 ^{※2}) | 定率2割負担 (現役並みの所得を有す る高齢者は3割負担 ^{※2}) | 定率1割負担 (現役並みの所得を有 する高齢者は3割負担 ^{※2}) | 70歳未満は定率3割 負担、70歳以上は定 率1割負担 (現役並みの所得を 有する高齢者は3割 負担 ^{※2}) |

※1 後期高齢者の医療給付費に占める保険料総額の割合である。この保険料負担割合は、施行後5年を目途に、後期高齢者の増加等を勘案して、負担割合が高められていく仕組みが設けられている(それによって、国保・被用者保険からの支援金の負担割合は低下)。また、低所得者に対しては、保険料軽減制度が設けられ、軽減分は公費により支援される。

※2 06年10月より先行して実施されている。

(出所)厚生労働省「医療制度構造改革試案」及び社会保障審議会資料を基に作成