

## 第2章 歳出改革における社会保障の抑制に向けて

歳出・歳入一体改革においては、平成23(2011)年度のプライマリーバランスの黒字化のため、社会保障分野では、国と地方合わせて▲1.6兆円の伸びの抑制が求められている。社会保障関係費は、国の一般歳出において既に4割以上を占めており、今後も高齢化の進展等に伴いその増加が見込まれている中で、社会保障給付費及びそれに係る公費負担をいかに抑制していくかが財政において重要な課題とされている。

しかしながら、社会保障については、例えば、年金、医療、介護についても、自助努力がより強く求められるものから、公的な支えがより強く求められるものまで、給付の目的はそれぞれの制度で異なっており、また公費を含む財源の在り方についても一様ではない。そうしたことから、社会保障全体を一括りにして、機械的に抑制を求めるだけでは、社会保障本来の趣旨を損ないかねない。財政面から公費負担の抑制が急務とされる中で、給付費の抑制が強調されているが、本来、制度ごとに必要な給付水準とそれを賄うための負担の在り方について検討していく必要があり、そうした中で公費負担の在り方についても定まるものであろう。

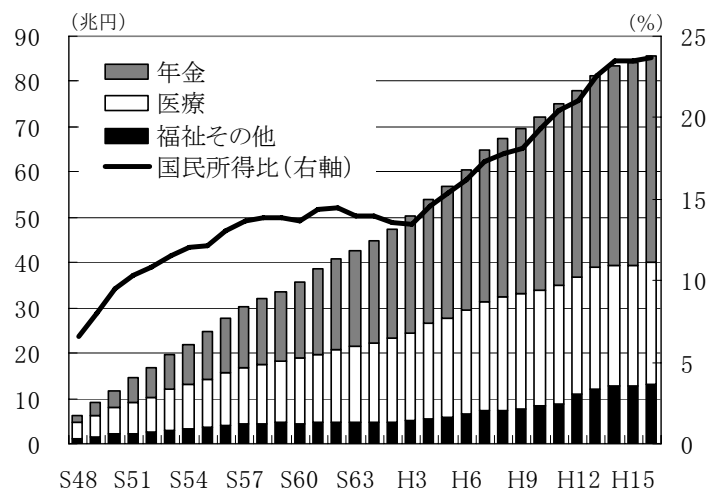
そこで、本章では、社会保障の大宗を占める年金、医療、介護について、それぞれの給付の目的や近年の増加要因、財源の仕組みなどを踏まえた上で、公費抑制の可能性について検討する。

### 2-1 社会保障の現状と将来見通し

#### 2-1-1 90年代以降に増した経済における負担感

社会保障給付費は、高齢化の進展等に伴い、これまで大きく増加しており、平成16年度には85.6兆円(対国民所得比23.7%)に達した。部門別の内訳をみると、16年度において、年金が45.5兆円(構成比53.1%)とその半分以上を占めており、残りが医療の27.2兆円(同31.7%)、福祉その他(介護を含む)の13.0

図表 2-1 社会保障給付費の推移



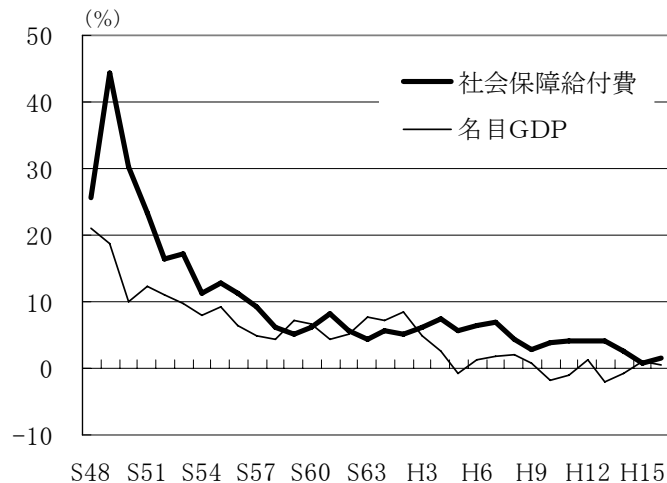
(出所) 国立社会保障・人口問題研究所  
「平成16年度社会保障給付費」

兆円（同 15.1%）となっている（図表 2-1）。

社会保障給付費の対国民所得比をみると、特に、バブル崩壊により経済が大きく低迷した 90 年代初頭以降に、大きく高まっており（平成 4 年度の 14.6% から 16 年度の 23.7% まで上昇）、この十数年間で経済における社会保障の負担感が増している。

もともと社会保障給付の伸びは高かったが、かつては労働力人口の増加を伴う高成長によって社会保障給付の負担感が特に意識されることはなかった。それが低めの経済成長に移行して、国民所得と社会保障給付の伸びのバランスが悪化することとなった<sup>1</sup>（図表 2-2）。歳出・歳入一体改革における抑制の要請は、こうした経済との関係における相対的な負担の高まりが背景にあることに留意する必要があるだろう。

図表 2-2 社会保障給付費の推移（伸び率）

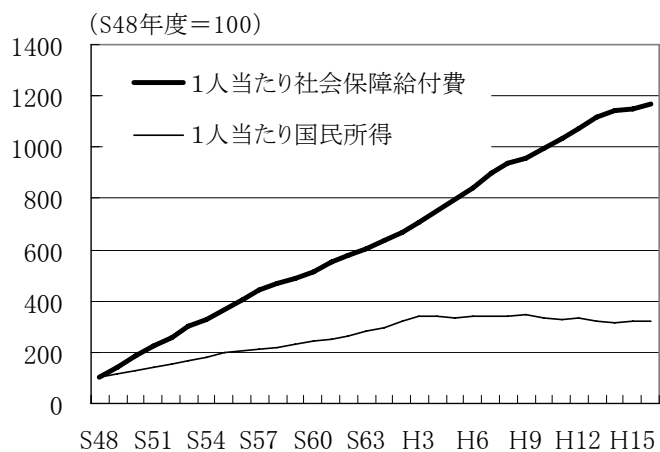


S48 S51 S54 S57 S60 S63 H3 H6 H9 H12 H15  
 (出所) 国立社会保障・人口問題研究所「平成16年度 社会保障給付費」及び内閣府「国民経済計算」

### 2-1-2 一人当たり給付費の増加と高齢者への給付シフト

一方、社会保障給付費の増加に伴い、一人当たり社会保障給付費も増加している。一人当たり社会保障給付費は、昭和 48（1973）年度の「福祉元年」<sup>2</sup>以降、一人当たり国民所得の伸びを上回り、大きく増加している（平成 16 年度には昭和 48 年度比で約 12 倍）（図表 2-3）。

図表 2-3 一人当たり社会保障給付費の推移



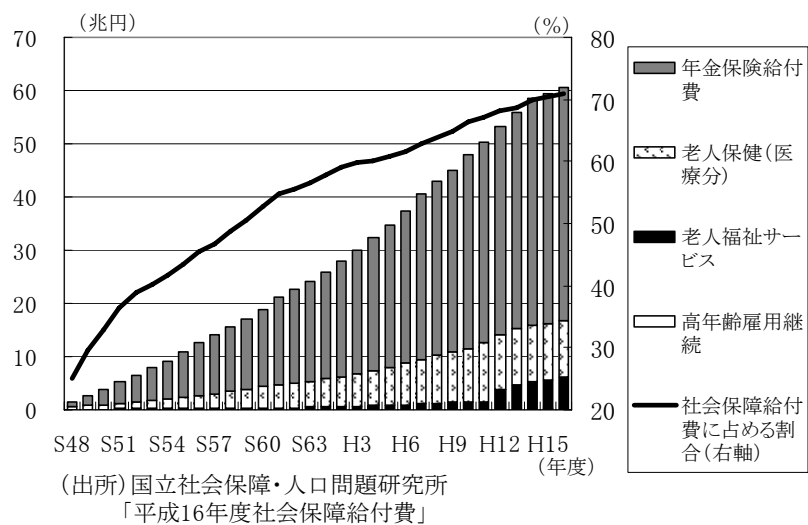
S48 S51 S54 S57 S60 S63 H3 H6 H9 H12 H15  
 (出所) 国立社会保障・人口問題研究所「平成16年度社会保障給付費」

<sup>1</sup> 平成 12 年度及び 13 年度に福祉その他で大きく伸びているのは、12 年度の介護保険制度の導入による。

<sup>2</sup> 例えば、年金制度では、物価スライド制導入や 5 万円年金が実現している。また、医療保険制度では、70 歳以上の高齢者の医療費の自己負担無料化や、家族給付率の 7 割への引上げ、高額療養費制度の創設など、昭和 48 年には社会保障制度全般にわたり給付の改善が行われた。

こうした一人当たり社会保障給付費の増加は、社会保障制度の充実の結果として捉えることができる一方、その増加は、相対的に給付支払額が大きい高齢者への給付のシフトによる影響も大きい（図表 2-4）。こうした高齢者への給付のシフト

図表 2-4 高齢者関係給付費の推移



は、給付と負担の乖離の拡大をもたらし、社会保障制度の持続可能性や世代間の公平性の問題を引き起こす一因となっている。

ただし、社会保障の役割が、社会の様々なリスクに対して、公的責任で生活を支える給付を行うものである以上、社会保障制度の拡充に伴い、そうしたリスクが相対的に高い高齢者に給付がシフトしていくのは当然のことでもある。しかし、高齢者への給付のシフトが、現役世代の負担能力を超えるようなスピードで進んでいくことには財政面からは問題がある。少子高齢化の進展やマクロ経済の動向に応じて、財政バランスを確保できるよう、給付と負担の在り方を見直していくことが必要である。

### 2-1-3 90年代後半以降に高まった公費負担割合と財政負担

社会保障の財源をみると、社会保障は、保険料収入（被保険者拠出及び事業主拠出）、公費負担、資産収入、その他の収入によって賄われている<sup>3</sup>。平成16年度において、被保険者拠出、事業主拠出及び公費負担の割合はほぼ等しく、それぞれ財源全体の約3割を占めている（図表 2-5）。

公費負担割合は、80年代に低下した後、90年代に入ってから、堅調な保険料収入や資産収入の増加に支えられたこともあり、90年代半ばまでは低水準で推移した。しかし、90年代後半以降は、深刻化した景気低迷を背景とする保険料収入の伸び悩みや資産収入の減少等に伴い、再び高まっている。また、近年

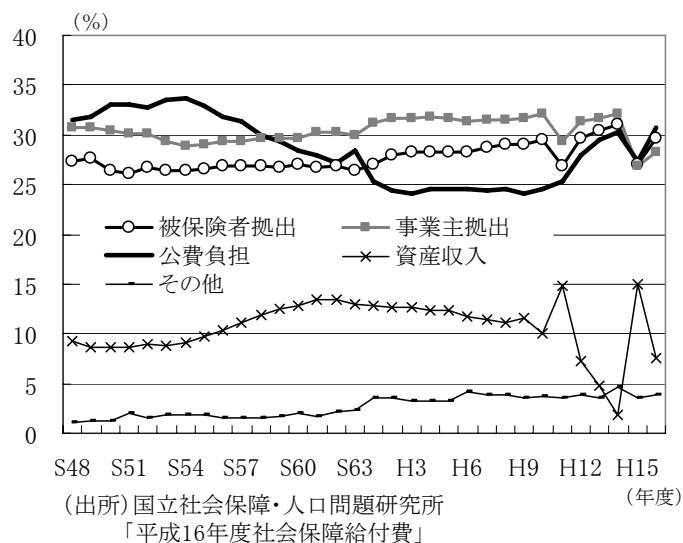
<sup>3</sup> ここでの財源には、社会保障給付費の財源のほか、管理費及び給付以外の支出の財源を含んでいる。

の公費負担割合の高まりには、制度面において、医療保険制度では平成14年から老人保健制度に係る公費負担割合が引き上げられており、年金制度では、21年度までの基礎年金国庫負担割合の1/2への引上げに向けて、16年度から段階的に引上げが行われているなど、公費負担割合の引上げにつながる改正が行われていることも影響しているものと考えられる。

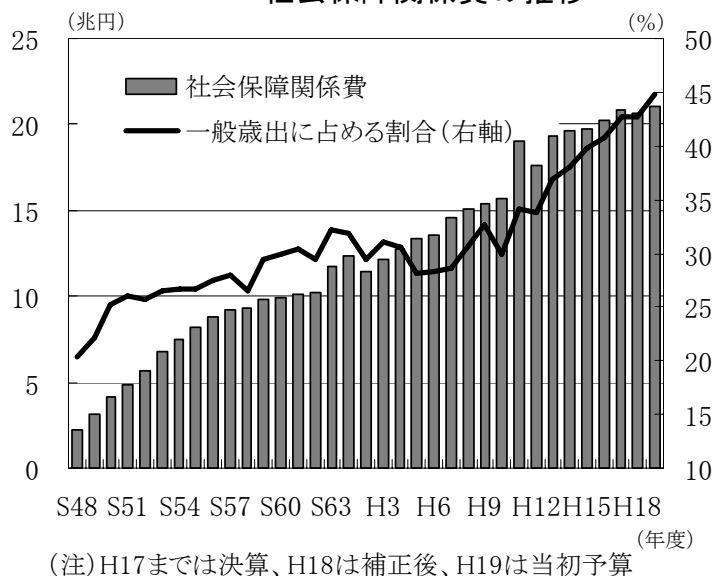
近年の財政における社会保障負担の高まりには、給付費自体の伸びによる影響のほか、このような経済情勢や制度改正に伴う公費負担割合の高まりによる影響も見逃せない。公費負担割合が高まった90年代後半以降、社会保障給付費の伸びは低下傾向にあるが、国の一般会計においては、一般歳出に占める社会保障関係費の割合が大きく拡大しており、財政負担が高まっている<sup>4</sup>（図表2-6）。

歳出・歳入一体改革においては、社会保障給付費の抑制を通じた公費負担の抑制が強調されている。しかし、今後、景気回復が見込まれる中で、90年代後半以降伸び悩んでいた保険料収入等の回復が実現すれば、財源における公費負担への依存度は相対的に低下するのではないかと<sup>5</sup>。限られ

図表 2-5 社会保障財源構成の推移



図表 2-6 一般会計における社会保障関係費の推移



<sup>4</sup> なお、平成12年度以降の財政における負担の高まりには、社会保障が増加しているという側面だけでなく、他の歳出が減少しているために、相対的なウエイトが増したことも一因として挙げられる。

<sup>5</sup> 近年の制度改正による公費負担割合の引上げが、現役世代の負担軽減や保険財政の持続可能性等を図るための措置であることを踏まえると、今後も引き続き社会保障における公費負担の

た財源の中で、給付の効率化を図っていくことが重要であることは言うまでもない。しかし、近年の経済財政における社会保障負担の高まりが、給付費の伸びとともに公費負担割合の高まりなどの財源構成の変化によってもたらされている側面もあるならば、公費負担抑制のためには、経済社会情勢の変化を踏まえて、公費負担割合の見直しを検討していくことも選択肢の一つとなろう。

#### 2-1-4 社会保障の給付と負担の将来見通し

社会保障給付費は、今後も高齢化の進展等に伴い増加し、平成 37（2025）年度には 141 兆円（対国民所得比 26.1%）になることが見込まれている<sup>6</sup>（図表 2-7）。特に、医療と福祉その他（介護を含む）については、今後国民所得を上回る伸びでの増加が見込まれており、その抑制が重要となってくる。

図表 2-7 給付と負担の将来見通し

(兆円、%)

|                  | 平成18年度<br>(2006年度) |             | 平成23年度<br>(2011年度) |             | 平成27年度<br>(2015年度) |             | 平成37年度<br>(2025年度) |             |
|------------------|--------------------|-------------|--------------------|-------------|--------------------|-------------|--------------------|-------------|
| <b>社会保障給付費</b>   | <b>89.8</b>        | <b>23.9</b> | <b>105</b>         | <b>24.2</b> | <b>116</b>         | <b>25.3</b> | <b>141</b>         | <b>26.1</b> |
| 年金               | 47.4               | 12.6        | 54                 | 12.5        | 59                 | 12.8        | 65                 | 12.0        |
| 医療               | 27.5               | 7.3         | 32                 | 7.5         | 37                 | 8.0         | 48                 | 8.8         |
| 福祉その他            | 14.9               | 4.0         | 18                 | 4.2         | 21                 | 4.5         | 28                 | 5.3         |
| うち介護             | 6.6                | 1.8         | 9                  | 2.0         | 10                 | 2.3         | 17                 | 3.1         |
| <b>社会保障に係る負担</b> | <b>82.8</b>        | <b>22.0</b> | <b>101</b>         | <b>23.3</b> | <b>114</b>         | <b>24.8</b> |                    |             |
| 保険料負担            | 54.0               | 14.4        | 65                 | 14.9        | 73                 | 15.9        | 143                | 26.5        |
| 公費負担             | <b>28.8</b>        | <b>7.7</b>  | <b>36</b>          | <b>8.4</b>  | <b>41</b>          | <b>8.9</b>  |                    |             |

(注1)平成18年度は予算。平成37年度は参考値。

(注2)白色欄は給付額、網掛欄は対国民所得比。

(注3)公費負担は、平成21(2009)年度に基礎年金国庫負担割合が1/2に引き上げられたものとしている。

(注4)給付には、①医療、福祉サービス等の自己負担(利用時一部負担)、②医療、福祉等の施設整備のために直接支出された国庫や地方公共団体の補助金等、③医療、年金等の保険者又は地方公共団体等の事務処理に要する人件費等の費用、地方公共団体の単独事業の費用等は含まれていない。  
また、負担については、公費は所要額であり、保険料は法定の料率(厚生年金等)又は給付等に要する料率(医療等)である。

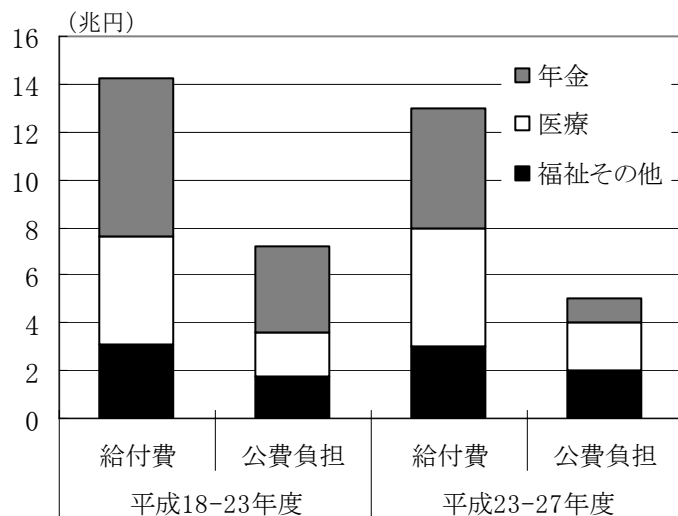
(出所)厚生労働省「社会保障の給付と負担の見通し」(平成18年5月)

果たす役割は大きいとは言うまでもない。

<sup>6</sup> 「社会保障の給付と負担の見通し」(平成18年5月厚生労働省)による。なお、この見通しは、経済前提については、「構造改革と経済財政の中期展望—2005年度改定 参考試算」(平成18年1月経済財政諮問会議)に基づいており、人口前提については、「日本の将来推計人口」(平成14年1月国立社会保障・人口問題研究所)の中位推計に基づいている。その後、経済見通しについては、「日本経済の進路と戦略 参考試算」(平成19年1月経済財政諮問会議)により、平成23(2011)年度の名目成長率が3.2%から3.9%に上方修正されており、また人口推計については、平成18年12月の新推計により、合計特殊出生率(中位推計)が1.39から1.26に下方修正されている。

一方、こうした社会保障給付費の増加を賄うため、公費負担についても今後、国民所得比での増加が見込まれている。特に、歳出・歳入一体改革におけるプライマリーバランス黒字化のために抑制対象となる平成18（2006）年度から平成23（2011）年度にかけては、平成21（2009）年度までの基礎年金の国庫負担割合の1/2への引上げによって、年金に係る公費負担が大きく増加することが見込まれており（図表2-8）、後述するようにその財源確保が課題とされている。このような年金についての特殊な事情を除けば、今後、医療と福祉その他（介護を含む）において公費負担の大きな増加が見込まれており、その抑制が課題となっている。

図表 2-8 給付費と公費負担の増加幅



(出所)厚生労働省  
「社会保障の給付と負担の見通し」を基に作成

## 2-2 歳出・歳入一体改革における抑制目標

歳出・歳入一体改革においてはプライマリーバランス黒字化のために、社会保障に係る公費負担について、平成23（2011）年度までの5年間で、国と地方合わせて▲1.6兆円の伸びの抑制<sup>7</sup>が目指されている。

国については、このうち▲1.1兆円の抑制が目指されているが<sup>8</sup>、平成19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、既に約▲2,200億円が抑制されており、今後、20年度からの4年間で残りの▲8,800億円の抑制が目指されている。

こうした中で、年金については、16年制度改正において給付調整を行うための新たな仕組みが導入されたばかりであるため、当面の間、年金給付費の抑制の可能性は考えにくい。そのため、23年度までの抑制に当たっては、主に医療

<sup>7</sup> この▲1.6兆円の抑制は、平成23（2011）年度における国と地方合わせた社会保障分野での歳出額（SNAベース）について、歳出改革を行わない自然体の場合の39.9兆円に対して、歳出改革によって38.3兆円まで抑制することを目指すものである。

<sup>8</sup> 国の抑制分▲1.1兆円の根拠については、「基本方針2006」において、「過去5年間の改革（国の一般会計予算ベースで▲1.1兆円（国と地方合わせて▲1.6兆円に相当）の伸びの抑制）を踏まえ、今後5年間に於いても改革努力を継続することとする。」との記述がある。

と介護による抑制が想定されている。今後の抑制のための具体的方策については現時点で明らかにされていないが、19年6月に公表された「基本方針2007」<sup>9</sup>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」等の推進を中心として行うことが提示されており、同プログラムを踏まえ、19年内に歳出・歳入一体改革の抑制目標を達成するための道筋を示すものとされている（図表2-9）。

以下では、こうした歳出改革の動向を踏まえて、社会保障の大宗を占める年金、医療、介護の各制度について、給付と負担の面に焦点を当てた課題についてまとめるほか、特に医療と介護については、給付費や公費負担の伸びを抑制することができるかという観点を含めて検討する。

図表 2-9 歳出改革に向けた社会保障主要分野における取組

|      | これまでの取組<br>(平成19年度予算を含む)  | 今後の取組<br>(現時点で方針が明らかにされているもの)  |
|------|---|--|
| 雇用   | 平成19年度予算における雇用保険及び生活保護の見直しにより、約▲2,200億円を削減。<br>○雇用保険の見直し<br>高年齢雇用継続給付に係る国庫負担廃止と、当分の間、国庫負担額を本来の負担額の55%に引き下げる等により、<br>約▲1,800億円 |  |
| 生活保護 | ○生活保護の見直し<br>母子加算の段階的廃止、リバースモーゲージの優先適用等により、約▲400億円  | ○生活扶助基準及び級地の見直し等について、平成20年度に実施   |
| 介護   | ○平成20年度から24年度までの5年間を基本とする「医療・介護サービスの質向上・効率化プログラム」を策定(平成19年5月15日)  | ○「医療・介護サービスの質向上・効率化プログラム」等を推進する。同プログラムに定めた目標の実現に向けて、実効性のある改革の取組を進め、平成20年度予算から順次反映させる。<br>○同プログラムを踏まえ、平成19年内に「基本方針2006」を達成するための道筋を示す。 |
| 医療   |   |  |
| その他  | ○社会保障番号の導入などについての検討(「社会保障番号に関する省庁連絡会議」における取りまとめ(平成18年9月)等)  | ○「健康ITカード(仮称)」の導入に向けた検討を行い、平成19年内を目途に結論を得る。<br>○新たな年金記録管理システムの構築を図る。   |

(出所)内閣府『基本方針2006』別紙の主要な分野における制度改革等の取組(平成19年6月19日)を基に作成

<sup>9</sup> 「経済財政改革の基本方針2007」(平成19年6月19日経済財政諮問会議)

## 2-3 年金制度

年金については、社会保障給付費の半分以上を占めており、また高齢者関係給付費の約7割を占めていることから、その動向が社会保障全体に与える影響は大きい。年金制度は、高齢期の所得保障を目的としており、これまで高齢化の進展や物価上昇等に伴い、給付費が増加してきた。また、社会保障分野の中ではとりわけ自助努力がより強く求められる分野であることなどから、年金給付費を賄う財源については、他の社会保障分野に比べて相対的に公費負担割合が小さく、保険料負担割合が大きい<sup>10</sup>。そのため、年金財政においては、給付と保険料負担のバランスを図ることが重要な問題の一つとなる。

こうした中で、平成16年制度改正前には、給付水準維持方式<sup>11</sup>の下で、制度の持続可能性とともに、現役世代あるいは将来世代の負担の増大が問題視されていた。しかし、同年の制度改正において、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たことによって、これらの問題については一応の決着が図られることになった。

一方、歳出・歳入一体改革の観点から重要となる公費負担については、年金の場合、基礎年金の一部が国庫負担により賄われている。年金給付費の財源に占める国庫負担割合は約2割とそれほど大きくないが、同年の制度改正において、この国庫負担割合が、それ以前の1/3から平成21(2009)年度までに1/2に引き上げられることになり、その財源確保が課題とされている。

以下では、現行制度の下でのマクロ経済スライドによる給付調整と所得代替率に関する問題や、国庫負担割合引上げに伴う財源問題を中心に取り上げる。

### 2-3-1 財政バランスが図られた年金制度

年金制度は、平成16年の制度改正によって、それ以前の給付を基準とする仕組みから、負担を基準として財政均衡を図る仕組みに転換された。具体的には、保険料について、平成29(2017)年度以降、厚生年金の保険料率が年収の18.30%、国民年金の保険料が月額16,900円(平成16年度価格)に固定されることとなり<sup>12</sup>、この負担の範囲内で給付調整が行われることになった。給付調整は、今

---

<sup>10</sup> 平成18年度における年金給付費の財源構成は、保険料収入が約8割、公費負担が約2割となっている。

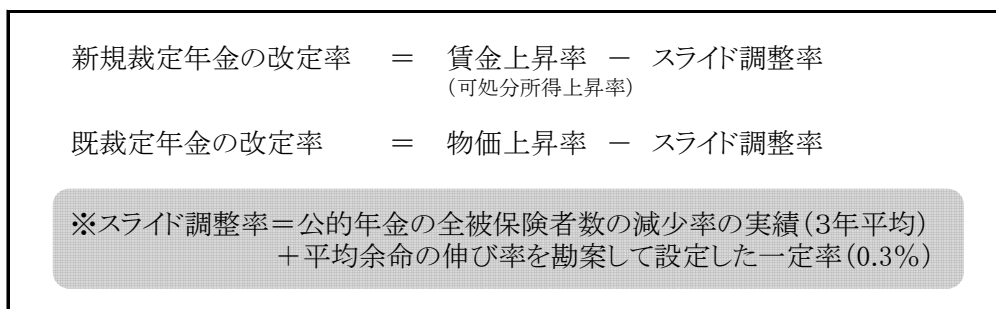
<sup>11</sup> モデル世帯の所得代替率を将来にわたって維持することを前提に、賃金や物価上昇に伴い改定される年金給付を基準として、それに応じて保険料を段階的に引き上げていくものである。

<sup>12</sup> 制度改正前の給付水準及び国庫負担割合(1/3)を維持した場合、厚生年金の保険料率は年収の25.90%、国民年金の保険料は月額29,500円(平成16年度価格)まで引き上げることが必要だと見込まれていた。



後 100 年間で財政均衡を前提として<sup>13</sup>、従来用いられていた賃金や物価の変動率のほか、マクロ経済スライドの導入によって、新たに被保険者数の減少率や平均余命の伸張を勘案して行われることになった<sup>14</sup> (図表 2-10)。こうした新たな仕組みによって、給付と負担のバランスが図られることになり、年金財政の持続可能性が担保されることになった (図表 2-11)。

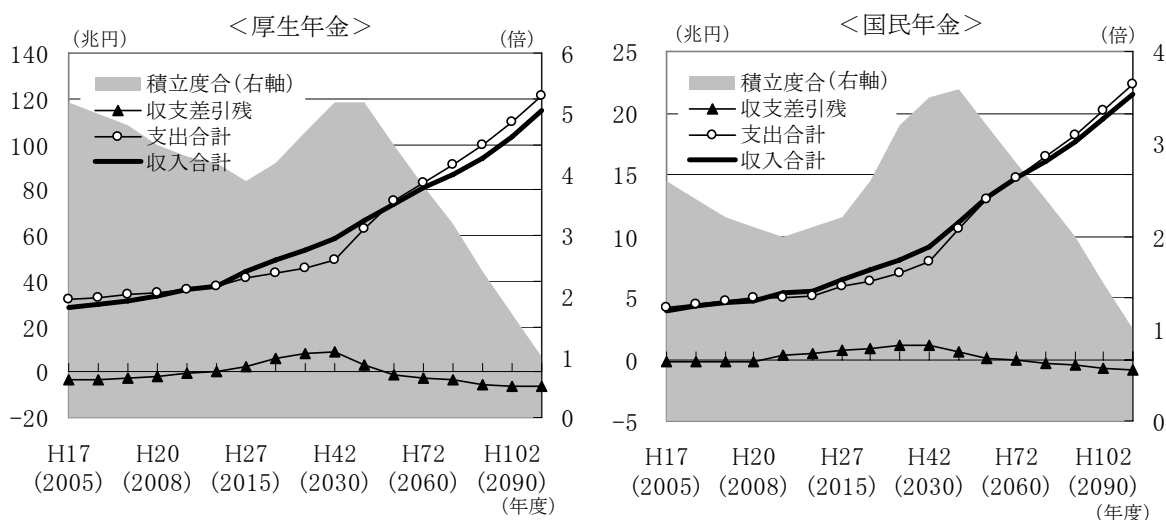
図表 2-10 マクロ経済スライドによる調整



(注) 全被保険者数が増大することによりスライド調整率がマイナスとなる場合は、スライド調整率を0%とする。

(出所) 厚生労働省「平成16年財政再計算結果」

図表 2-11 厚生年金、国民年金の財政見通し



(出所) 厚生労働省「平成16年財政再計算結果」を基に作成

<sup>13</sup> 有限均衡方式であり、100年後に年金給付の1年分に相当する年金積立金を残すよう、財政均衡を図るものである。

<sup>14</sup> マクロ経済スライドは、財政均衡が図られるまでの間、適用される。年金給付額は、本来、新規裁定年金については賃金(可処分所得)上昇率、既裁定年金については物価上昇率によって改定されるが、同スライドは、こうした賃金上昇率や物価上昇率に対して、現役世代の減少(被保険者数の減少)と高齢者の年金受給期間の増加(平均余命の伸び)の影響を考慮して、改定率を抑制するものである。財政均衡後は、賃金と物価の上昇率による本来の改定に戻るこ

### 2-3-2 低下する所得代替率と年金給付水準の確保

こうした負担を基準とする新たな仕組みの下では、高齢期の所得保障としての給付水準の確保が問題となる。

給付水準を評価する指標の一つとして、現役世代の所得に対する割合である「所得代替率」がある。今後、賃金の上昇に伴い増加が見込まれる現役世代の所得に対して、年金給付はスライド調整によって増加幅が差し引かれるため<sup>15</sup>、所得代替率は、マクロ経済スライドが適用される間、低下していくことになる。こうした所得代替率の低下に対しては、平成16年の制度改正では、50%という下限を設け、これを下回る場合にはマクロ経済スライドの適用を終了して、その下限に当たる給付水準を確保するものとしている。

所得代替率の見通しについては、厚生年金のモデル世帯の場合<sup>16</sup>、平成16年の財政再計算時には、平成16(2004)年の59.3%から徐々に低下していき、平成35(2023)年度には50.2%まで低下することが見込まれていた。最終的に到達する所得代替率については、その後、最新の人口推計や最近の経済動向を踏まえると<sup>17</sup>、51.6%(平成38(2026)年度以降)に上方修正されることが見込まれている(図表2-12)。ただし、これは基本ケースの場合であり、今後、想定した経済成長が実現せず積立金運用利回りが低水準となった場合や出生率が低下した場合などには、機械的に計算した所得代替率は50%を下回ることが見込まれている。

また、所得代替率50%の下限の保障については、年金受給開始時点でのものであることに留意する必要がある。受給開始時点で所得代替率50%が確保される場合であっても、受給開始後、所得代替率は低下していき、途中で50%を下回ることが見込まれている<sup>18</sup>(図表2-13)。

---

ととされている。

<sup>15</sup> 給付水準は、マクロ経済スライドによって、被保険者数の減少と平均余命の伸張の影響が考慮されて、賃金上昇率や物価上昇率による改定幅が抑制される。

なお、マクロ経済スライドの開始年度は、政令によって平成17年度と定められており、同スライドは発動し得る状態となっているが、過去の物価スライドの特例措置(平成12~14年度の間、消費者物価指数が低下したにもかかわらず、年金額が据え置かれた措置。この特例措置の解消後に、同スライドは発動される)が解消していないため、現在同スライドによる給付調整は行われていない。

<sup>16</sup> 夫婦世帯で夫のみ就労のケース

<sup>17</sup> 人口推計(国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」)については、平成16年財政再計算時に想定されていた合計特殊出生率(中位推計)は、1.39(平成14年1月推計)であったが、その後1.26(平成18年12月推計)に下方修正されている。また、経済見通し(経済財政諮問会議)については、同財政再計算時には平成23(2011)年度の名目成長率が3.2%(平成18年1月「改革と展望」)と見込まれていたが、その後3.9%(平成19年1月「進路と戦略」)に上方修正されている。

<sup>18</sup> 年金受給後は、物価上昇率に応じて改定されるが、通常は物価上昇率よりも賃金上昇率の方

図表 2-12 マクロ経済スライドによる調整の見通し

| 経済前提                               | 人口   | 最終的な所得代替率とその到達時期                                    |
|------------------------------------|------|---|
| 【基本ケース】<br>(最近の経済動向を踏まえた前提)        | 出生高位 | 平成32(2020)年度以降54.2%                                 |
|                                    | 出生中位 | 平成38(2026)年度以降51.6%                                 |
|                                    | 出生低位 | 平成41(2029)年度以降に50%で給付調整を終了<br>[平成43(2031)年度以降49.4%] |
| 【参考ケース】<br>(平成13～14年頃の経済動向を踏まえた前提) | 出生高位 | 平成41(2029)年度以降50.3%                                 |
|                                    | 出生中位 | 平成39(2027)年度以降に50%で給付調整を終了<br>[平成47(2035)年度以降46.9%] |
|                                    | 出生低位 | 平成39(2027)年度以降に50%で給付調整を終了<br>[平成50(2038)年度以降43.9%] |

(注1) 人口は、いずれも死亡中位の場合

(注2) マクロ経済スライドの開始年度は、いずれのケースも平成21(2009)年度の見通しである。

(注3) [ ]内は、仮に機械的にマクロ経済スライドの適用を続けて財政を均衡させた場合の数値である。

(出所)厚生労働省「人口の変化等を踏まえた年金財政への影響(暫定試算)」(平成19年2月6日)

図表 2-13 年金受給後の年金額の見通し

| 生年度 | S16年度<br>〔H18年度〕<br>〔65歳到達〕 | S21年度<br>〔H23年度〕<br>〔65歳到達〕 | S26年度<br>〔H28年度〕<br>〔65歳到達〕 | S31年度<br>〔H33年度〕<br>〔65歳到達〕 | S36年度<br>〔H38年度〕<br>〔65歳到達〕 | S41年度<br>〔H43年度〕<br>〔65歳到達〕 |
|-----|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 65歳 | 22.7万円                      | 24.9万円                      | 26.4万円                      | 28.9万円                      | 32.0万円                      | 36.2万円                      |
|     | 59.7%                       | 58.1%                       | 54.4%                       | 52.7%                       | 51.6%                       | 51.6%                       |
| 70歳 | 23.3万円                      | 25.0万円                      | 26.9万円                      | 29.7万円                      | 33.6万円                      | 38.0万円                      |
|     | 54.4%                       | 51.4%                       | 49.2%                       | 47.9%                       | 47.9%                       | 47.9%                       |
| 75歳 | 23.4万円                      | 25.5万円                      | 27.7万円                      | 31.2万円                      | 35.3万円                      | 40.0万円                      |
|     | 48.1%                       | 46.4%                       | 44.7%                       | 44.5%                       | 44.5%                       | 44.5%                       |
| 80歳 | 23.8万円                      | 26.2万円                      | 29.1万円                      | 32.8万円                      | 37.1万円                      | 42.0万円                      |
|     | 43.4%                       | 42.2%                       | 41.5%                       | 41.4%                       | 41.4%                       | 41.4%                       |
| 85歳 | 25.6万円                      | 29.0万円                      | 32.8万円                      | 37.1万円                      | 41.9万円                      | 47.4万円                      |
|     | 41.3%                       | 41.3%                       | 41.3%                       | 41.3%                       | 41.3%                       | 41.3%                       |

(注1) 将来推計人口の出生中位・死亡中位、経済前提は基本ケース(平成24(2012)年度以降の物価上昇率:年率1.0%、賃金上昇率:年率2.5%、運用利回り:年率4.1%)で推移した場合の年金額等である。

(注2) 物価スライド特例がなかったとした場合(本来額)の数値である。

(注3) 上段は名目年金額。下段は各時点における年金額と同時点における現役男子の平均賃金(手取り)とを比較した比率(所得代替率)である。

(出所)厚生労働省「厚生年金の標準的な年金額(夫婦二人の基礎年金額を含む)の見通し」(平成19年4月26日)を基に作成

が大きいため、受給開始後、所得代替率は低下していく。

所得代替率の下限の保障により、受給開始時点での所得代替率が50%を下回ることが見込まれるような状況になった場合でも、マクロ経済スライドの適用の終了によって、受給開始時点での所得代替率50%の給付は保障される。しかし、その場合には、同スライドの適用終了以降、財政不均衡が生じることになり、現行制度で保障される所得代替率を前提に財政均衡を図るならば負担の引上げが必要となる。あるいは、負担を現行制度のまま固定し、負担の抑制を優先させるならば、財政均衡を図るためには、所得代替率50%の基準について見直しが求められることになる。

現行制度では、高齢期の所得保障として必要な給付水準について、所得代替率50%が基準とされているが、モデル世帯以外の世帯構成では平成16年の財政再計算時点でも既に50%を下回っている<sup>19</sup>。このことから、その基準は相対的なものであり、世帯構成の違いのほか経済社会情勢の変化等に応じて、妥当とされる水準は異なってくるものと考えられる。年金は、医療や介護と異なり、高齢期の生活に向けて勤労期から備えることが十分に可能であり、また民間保険によって補うことも可能であることなどから、社会保障の中では自助努力がより強く求められる分野である。そうしたことから、年金給付については、今後大きく負担増が見込まれるような状況になった場合には、他の社会保障分野との関係も踏まえて、給付と負担のバランスを図る観点から、公的責任で対応すべき範囲について再検討していくことが重要となろう。

### 2-3-3 基礎年金の国庫負担割合の引上げ

年金制度では、1階建て部分の基礎年金の財源の一部に国庫負担が行われている<sup>20</sup>。基礎年金に対する国庫負担は、公的年金制度の運営についての国の責任の具体的表明として、給付水準の改善、保険料負担の軽減などの観点から行われており<sup>21</sup>、国庫負担の存在によって年金制度を公的に運営する必要性が生じてくる。

国庫負担割合は、平成16年の制度改正前には1/3であったが、同改正によって、平成21(2009)年度までに1/2へ引き上げられることとなり、平成16年度以降、既に段階的な引上げが行われている。引上げの趣旨は、今後、少子高

<sup>19</sup> モデル世帯以外の世帯構成では、平成16年の財政再計算時において、受給開始時点での所得代替率が36.0～47.5%となり、50%を下回ることが見込まれている。

<sup>20</sup> 国庫負担としては、そのほか、国民年金の保険料免除期間に係る給付費等の特別国庫負担や、厚生年金の昭和36年4月1日前の加入期間に基づく給付等に対する経過的国庫負担などが行われている。

<sup>21</sup> 社会保障審議会年金部会資料(平成14年6月11日)

齢化が急速に進展し将来世代の保険料負担の引上げが避けられない中で、それが過度な水準のものにならないよう将来世代の保険料水準の上昇を抑制し、基礎年金制度の将来の安定を確保するものとされている<sup>22</sup>。

こうした中で、引上げのための財源としては、既に、平成16年度税制改正による年金課税の適正化により確保された財源と、17年度及び18年度税制改正における定率減税の縮減・廃止による増収分が充てられており、これらの財源によって、19年度までに $1/3+32/1000$ の引上げが行われている。今後、 $1/2$ まで引き上げるために更に必要とされる額は、2兆円強と見込まれており（図表2-14）、その財源については、19年度を目途に、消費税率引上げを含む税制改正によって確保するものとされている<sup>23</sup>。足元の景気回復に伴う税収増により、新たな増税は不要との見方もあるが、将来にわたり安定的な財源を確保していく上で増税の議論は避けられないであろう。

図表 2-14 基礎年金国庫負担割合の引上げに要する額の見通し

(兆円)

|   | 平成19年度 | 平成20年度 | 平成21年度 |
|---|--------|--------|--------|
| 基礎年金給付費                                 | 17.9   | 18.6   | 19.4   |
| 平成19年度以降(負担割合 $1/3+32/1000$ )の基礎年金国庫負担額 | 6.8    | 7.1    | 7.4    |
| $1/3+32/1000$ から $1/2$ への引上げに要する額       | 2.3    | 2.4    | 2.5    |

(注1)金額はすべて名目額。

(注2)平成19年度以降の国庫負担割合が $1/3+32/1001$ に引き上げられた場合。

(注3)国庫負担額には、地方公務員共済組合の基礎年金拠出金に係る地方負担分等を含む。

(注4)平成16年財政再計算ベース。

(出所)社会保障審議会年金部会資料(平成18年12月27日)

また、基礎年金の財源については、現行制度では社会保険方式の下での国庫負担が行われているが、これを税方式化すべきとの考えもある。

<sup>22</sup> 社会保障審議会年金部会資料(平成14年6月11日)

<sup>23</sup> 与党税制改正大綱(平成18年12月14日)においては、「来年秋以降、早期に、本格的かつ具体的な議論を行い、平成19年度を目途に、少子・長寿化社会における年金、医療、介護等の社会保障給付や少子化対策に要する費用の見通し等を踏まえつつ、その費用をあらゆる世代が広く公平に分かち合う観点から、消費税を含む税体系の抜本的改革を実現させるべく、取り組んでいく。」とされている。

社会保険方式の下での国庫負担と税方式との違いは、社会保険方式である現行の基礎年金の場合、給付は、あくまでも年金受給者それぞれの保険料納付実績に応じて行われる。国庫負担はその給付の一部に充てられることになり、未加入や未納の期間分については、国庫負担分も含めて給付が行われない。これに対して、税方式の場合には、個々人の保険料納付実績に連動することなく、税負担により給付が行われる仕組みとなる<sup>24</sup>。

これを踏まえると、年金受給と保険料負担を連動させた社会保険方式は、高齢期の所得保障に関し、自助努力の側面をより強めたものである。これに対し、年金受給と負担を直接的に連動させずに、負担の有無や程度にかかわらず一定の年金給付が保障される税方式は、公的保障の側面をより強めたものであると考えられる。また、現行の社会保険方式では、負担の対象範囲が勤労世代に限定されており、また就労形態等によって加入する制度が異なることなどから、国民年金の空洞化問題<sup>25</sup>や第3号被保険者問題が生じている。税方式を採用すれば、高齢者にも広く負担を求めることで勤労世代の負担を軽減できるほか、制度の違いによるこれらの問題の解決を図ることもできる。ただし、税方式を採用した場合には、社会保険方式の下では保険料負担の一部が事業主負担となっているが、税方式ではその事業主負担がなくなることや、また財源を消費税に求めた場合には逆進性が問題視されることなどが考えられる。

年金制度の財源をどう考えるかについては、保険制度の側面を重視するか否かによること以外に、それぞれの方式の特徴をどう評価するのかの吟味が求められよう。すなわち、前述した国民年金の空洞化や第3号被保険者の問題等の論点のほかに、仮に税方式に移行した場合の巨額の税財源をどこに求めるか、給付における所得制限等の論点についても検討が必要となる。

---

<sup>24</sup> 社会保障審議会年金部会資料（平成14年6月11日）

<sup>25</sup> 平成18年度（18年4月から19年2月まで）の国民年金保険料の納付率は、65.5%となっている。社会保険庁は、平成17年9月に策定した「業務改革プログラム」において、十分な資力があるにもかかわらず保険料を納めない未納者等に対する強制徴収の強化を図っている。強制徴収の実施状況は、17年度が17万2,440件（目標：10万件）、18年度が25万4,469件（同：35万件）となっており、件数は増加しているが、18年度の実績は目標値以下となっている。目標値については、さらに19年度には60万件に引き上げられている。

## 2-4 医療保険制度

医療については、高齢化の進展や医療技術の進歩等に伴い、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、また、公費負担額が年金を超えて最も大きいことから<sup>26</sup>、その抑制の成否が社会保障費の抑制、ひいては財政再建の鍵を握る。そうしたことから、歳出・歳入一体改革においても、その抑制が大きく期待されている。

医療保険制度は、疾病による費用負担リスクに対する保障を目的とするものであるが、疾病リスクが相対的に高い高齢者の増加<sup>27</sup>や医療保険制度の拡充等によって、医療給付費はこれまで増加してきた。近年、医療費の伸びは抑制傾向にあるが、高齢者の医療に対する公費負担割合の引上げなどによって<sup>28</sup>、足元で医療に係る公費負担額が増加しており、とりわけ高齢者の医療費の抑制が重要な課題とされている。高齢者医療については、平成20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、高齢者医療費の抑制や制度運営の効率化につながることを期待されている。

本節では、高齢者の医療を中心として、医療費の現状や公費負担の動向のほか、医療費抑制策として政府によって提案されている生活習慣病対策や平均在院日数短縮、後発医薬品の使用促進、診療報酬の見直し、IT化の促進等も踏まえて、医療費抑制の可能性について検討する。

### 2-4-1 医療費の現状

#### ① 近年抑制傾向にある国民医療費

国民医療費<sup>29</sup>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、平成16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。

国民医療費は、福祉元年以降30年以上にわたり増加を続けているが、その伸

<sup>26</sup> 平成19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。

<sup>27</sup> 高齢者の一人当たり国民医療費は、若年階層の約5倍となっている。1件当たりの医療費はそれ程の差はないが、高齢者については一人の診療回数が多いことから、医療費が高くなっている。

<sup>28</sup> 平成14年医療制度改正によって、老人医療費（老人保健制度）に対する公費負担割合が3割から5割に引き上げられることとなった。詳細は後述。

<sup>29</sup> 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。

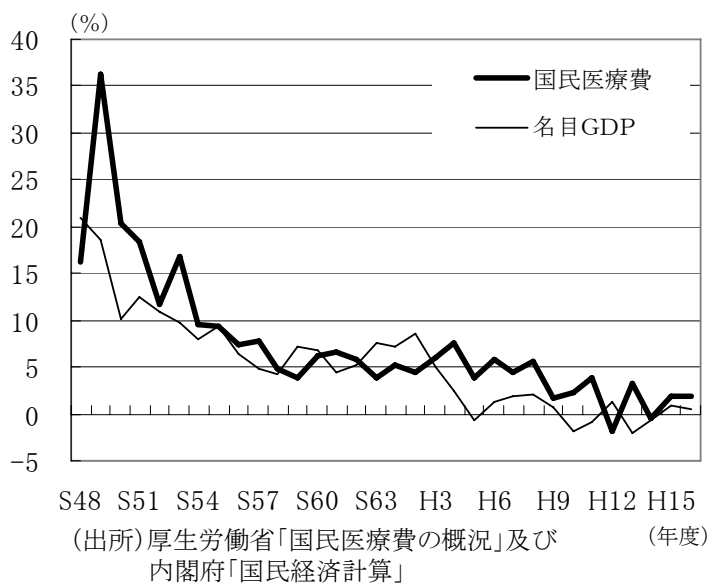
び率をみると、近年低下傾向にある。

伸び率の推移を概観すると（図表 2-15）、70年代には、昭和 48（1973）年の「福祉元年」における医療保険制度の拡充<sup>30</sup>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、国民医療費は名目 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る。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<sup>31</sup>、伸び率は結果として名目 GDP と同程度まで抑制された。

90年代に入り、国民医療費の伸び率は 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 2-16）。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

図表 2-15 国民医療費の伸び率の推移



図表 2-16 国民医療費の対国民所得比



<sup>30</sup> 昭和 48（1973）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。

<sup>31</sup> 昭和 58 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）、昭和 59 年の健康保険等の改正（本人 9 割給付等）、昭和 62 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）。



した。そうした中で、90年代後半以降は、患者負担割合の引上げなどの制度改革<sup>32</sup>や診療報酬のマイナス改定<sup>33</sup>によって医療給付費が抑制されており、国民医療費の伸び率はさらに低下している。

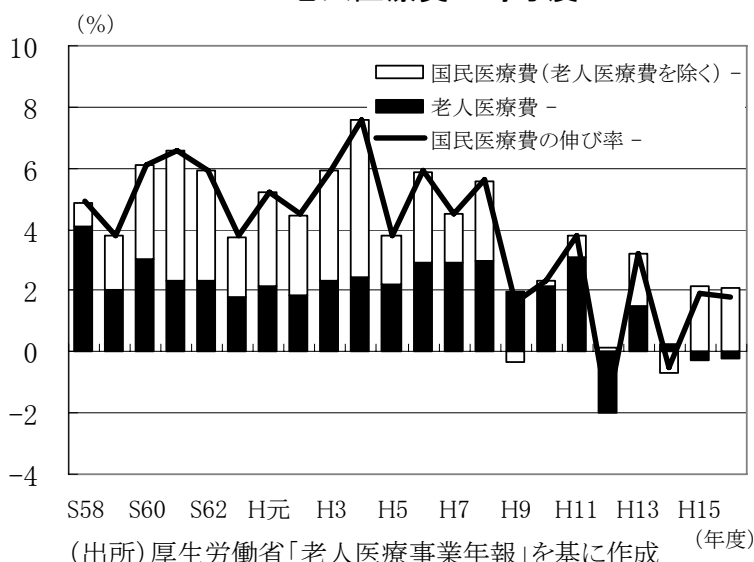
## ② 介護保険制度創設に伴い減少した老人医療費

このように近年伸びが低下傾向にある国民医療費であるが、その低下には、老人医療費<sup>34</sup>の寄与の縮小による影響も大きい。

老人医療費は、昭和58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、平成12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2-17）。この寄与の縮小には、12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<sup>35</sup>、14年10月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<sup>36</sup>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、12年度以降伸びが大きく低

図表 2-17 国民医療費の伸びに対する  
老人医療費の寄与度



<sup>32</sup> 平成9年には健康保険等の本人負担の引上げ（1割→2割）、13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、14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、18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）。

<sup>33</sup> 診療報酬本体の初のマイナス改定が行われた平成14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、16年には▲1.00%、18年には▲3.16%の改定が行われた。

<sup>34</sup> 老人保健制度の対象となる医療費である。同制度では、平成18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。

<sup>35</sup> 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。

<sup>36</sup> 14年の医療保険制度改革において、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るとともに、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14年10月から18年10月の間、段階的に実施された。

下しているが（図表 2-18）、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<sup>37</sup>。

介護保険制度については、次節で述べるように、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、更なる介護給付費の増加が見込まれている。厳しい財政状況の中で医療給付の効率化を図っていくことは必要であるが、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。

図表 2-18 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 |        | 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 | 療養     | 対前年度比  |        | 対前年度比 |         | 対前年度比 |
| H3  | 64,095  | 8.1   | 59,804 | 7.4   | 1,689  | 15.9  | ・     | ・     | 970    | 56.7   | ・      | ・     | 1,633   | 7.2   |
| H4  | 69,372  | 8.2   | 64,307 | 7.5   | 1,992  | 18.0  | ・     | ・     | 1,442  | 48.6   | 5      | …     | 1,626   | -0.4  |
| H5  | 74,511  | 7.4   | 68,530 | 6.6   | 2,529  | 27.0  | ・     | ・     | 1,888  | 31.0   | 29     | 515.1 | 1,535   | -5.6  |
| H6  | 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  |
| H7  | 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 |
| H8  | 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 |
| H9  | 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  |
| H10 | 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   |
| H11 | 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   |
| H12 | 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   |
| H13 | 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   |
| H14 | 117,300 | 0.6   | 97,155 | -0.8  | 13,913 | 11.6  | 4,689 | 0.3   | -1     | …      | 192    | 0.3   | 1,352   | 5.9   |
| H15 | 116,523 | -0.7  | 95,653 | -1.5  | 14,711 | 5.7   | 4,645 | -0.9  | -1     | …      | 174    | -9.6  | 1,342   | -0.8  |
| H16 | 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」

<sup>37</sup> 平成 15 年度以降、老人保健制度の受給対象者数が減少傾向にある一方、国民健康保険の退職被保険者数は大きく増加しており、国保の退職者医療費が急増している。

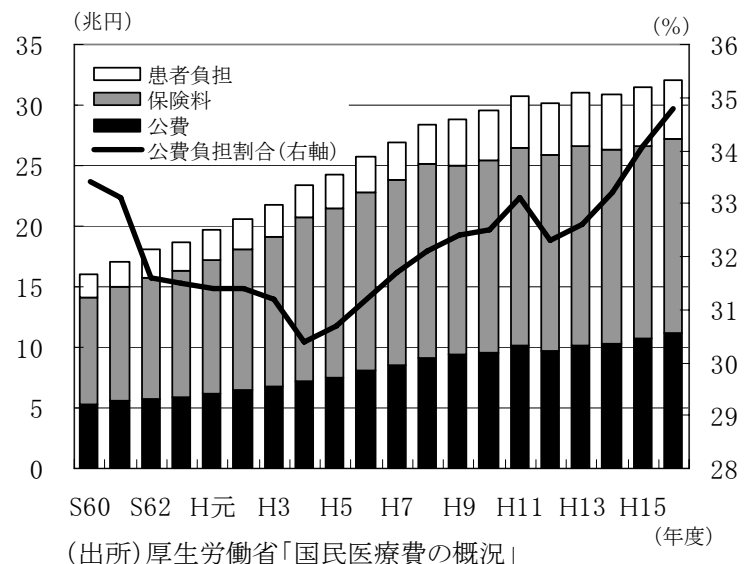
## 2-4-2 近年の医療に係る公費負担の高まりとその要因

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。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おり、医療給付費に対する公費負担割合は、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<sup>38</sup>。

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<sup>39</sup>（図表 2-19）。

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平成 12 年度以降についても、再び高まっている。これは、14 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<sup>40</sup>、この引上げによって、15 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 2-20）。

図表 2-19 国民医療費財源の推移



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。12 年度以降、国民医療費の伸びは低下傾向にあるが<sup>41</sup>、公費負担額はそれを上回る伸びで増加しており、15 年度以降、その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 2-21）。

<sup>38</sup> 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% (平成 18 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。

<sup>39</sup> 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。

<sup>40</sup> 脚注 36 を参照。

<sup>41</sup> 平成 13 年度の伸びの高まりは、12 年度の減少の反動による影響が大きい。

図表 2-20 老人医療費とそれに係る公費負担の推移

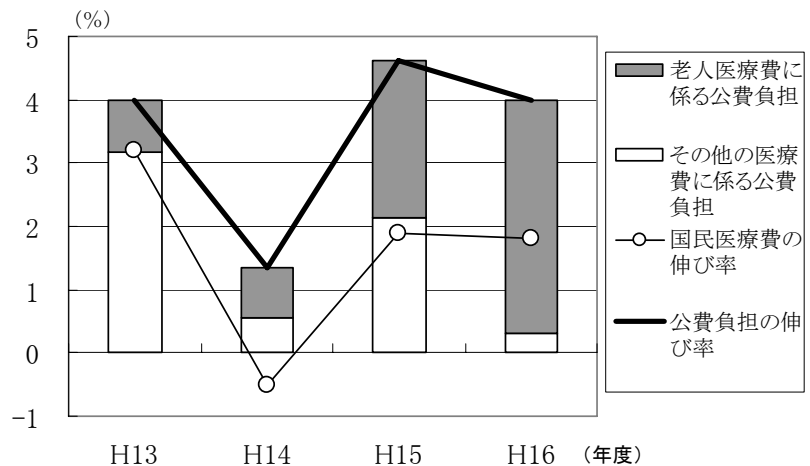
(億円、%)

| 年度             | H12     | H13     | H14     | H15     | H16     |
|----------------|---------|---------|---------|---------|---------|
| 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」

以上より、90年代以降の医療に係る公費負担額の増加には、国民医療費自体の増加による影響のほか、財源における公費負担割合の高まりによる影響も一因としてあるものと考えられる。高齢者の医療については、新たな高齢者医療制度の創設が予定されており、同制度によって、高齢者の医療費の抑制や制度運営の効率化につながることを期待されている。

図表 2-21 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

### 2-4-3 高齢者医療制度の創設

このように、医療に係る公費負担の抑制に向けては、老人医療費、つまり高齢者に係る医療費の抑制が重要となってくる。こうした中で、高齢者の医療については、現行の老人保健制度と国民健康保険の退職者医療制度から、平成 20 年 4 月より新たな高齢者医療制度への移行が予定されている<sup>42</sup> (図表 2-22)。

新たな高齢者医療制度では、前期高齢者 (65~74 歳) と後期高齢者 (75 歳以

<sup>42</sup> 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、平成 26 (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。

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。後期高齢者を対象とする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<sup>43</sup>、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係る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<sup>44</sup>。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<sup>45</sup>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となっており、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<sup>46</sup>。

また、制度運営については、老人保健制度では給付を行う主体と負担を行う主体が異なっているため、保険者にコスト意識が働きにくい仕組みであった。これに対し、新たな後期高齢者制度では、給付と負担の主体が同一になることに加えて、財政運営については県単位(都道府県単位で全市町村が加入する広域連合)で行うことになることから、老人保健制度(市町村単位)よりも保険者の規模が大きくなる。新たな仕組みの下では、県についても保険者意識が高まることが期待されており、これによって、高齢者医療制度がこれまでより効率的に運営されることが期待される。

---

<sup>43</sup> 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。

<sup>44</sup> 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。

<sup>45</sup> 高齢者の医療給付費に占める保険料総額の割合である。

<sup>46</sup> 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、平成20(2008)年度の10.0%から平成27(2015)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 2-22 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<br>(新たに創設される<br>保険制度)                                    | 前期高齢者医療制度<br>(国保・被用者保険制度<br>に加入)                               | 老人保健制度<br>(対象者は、国保・被<br>用者保険に加入し<br>つつ、老健制度にも<br>加入)                            | 国保・被用者保険制度<br><br>国保の退職者制度   |
| 対象者      | 75歳以上の者及び<br>65～74歳の障害認定者  | 65～74歳の者   | 75歳以上の者及び<br>65～74歳の障害認<br>定者   | 老人保健制度の適<br>用者を除く、年金受<br>給権者   |
| 保険者      | 保険料徴収は市町村、<br>財政運営は都道府県単<br>位で全市町村が加入す<br>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 <sup>※1</sup> )、<br>国保・被用者保険から<br>の支援金(約4割)、公<br>費負担(約5割) | 保険料負担と公費負担<br><br>※保険者間での医療費<br>の負担の不均衡を調整<br>する制度が創設される<br>予定 | 国保・被用者保険か<br>らの拠出金(5割)、<br>公費負担(5割)<br><br>※公費の内訳につ<br>いては、国:都道府<br>県:市町村=4:1:1 | 退職被保険者等の<br>保険料負担、被用<br>者保険等からの拠<br>出により賄われる療<br>養給付費等交付金<br>(被保険者と事業主<br>の負担)。<br><br>※公費負担は行わ<br>れていない |
| 患者<br>負担 | 定率1割負担<br>(現役並みの所得を有<br>する高齢者は3割負担 <sup>※2</sup> )                 | 定率2割負担<br>(現役並みの所得を有<br>する高齢者は3割負担 <sup>※2</sup> )             | 定率1割負担<br>(現役並みの所得を<br>有する高齢者は3割<br>負担 <sup>※2</sup> )                          | 70歳未満は定率3<br>割負担、70歳以上<br>は定率1割負担<br>(現役並みの所得を<br>有する高齢者は3割<br>負担 <sup>※2</sup> )                        |

※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 平成18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

## 2-4-4 医療費の抑制策

医療費の抑制が課題となる中で、政府は、平成18年医療制度改正における医療費適正化方策や、歳出・歳入一体改革における医療・介護サービスの質向上・効率化プログラムなど、医療費の適正化・効率化等を目指す各種対策を講じている。そこで、本項では、こうした政府による医療費抑制策について概観する。

### ① 医療費適正化方策

平成18年医療制度改正においては、医療費抑制に向けて、患者負担引上げなどの従来主に採られていた短期的方策に加えて、国民の生活の質の確保・向上を図ることで医療を効率化し、医療費の伸びを低下させていく中長期的方策を併せた医療費適正化方策の推進が図られることになった<sup>47</sup>。医療費の抑制効果が一時的であり<sup>48</sup>、また患者負担増につながる短期的方策に対して、中長期的

図表 2-23 医療費適正化方策による抑制効果

|   | 平成27年度<br>(2015年度) | 平成37年度<br>(2025年度) |
|---|--------------------|--------------------|
| 中長期的方策  | ▲2兆円               | ▲6兆円               |
| 生活習慣病対策   | ▲0.7兆円             | ▲2.2兆円             |
| 平均在院日数の短縮   | ▲1.3兆円             | ▲3.8兆円             |
| 医療機関の機能分化・連携の推進、在宅医療の充実、病床転換の支援                           |                    |                    |
| 短期的方策   | ▲0.6兆円             | ▲1兆円               |
| 現役並み所得者3割負担等の高齢者自己負担、高額療養費制度、療養病床に入院する高齢者の食費・居住費、現金給付の見直し |                    |                    |
| 合計  | ▲2.6兆円             | ▲7兆円               |

(出所)厚生労働省

<sup>47</sup> 厚生労働省は、医療費適正化の進め方について、「短期的方策のみにより行うこととすれば、将来、過度の患者負担増による公的医療保険の意義の低下や、医療機関の経営悪化による医療確保への不安を招くおそれもある。(中略)・・・中長期的視点に立って、国民の生活の質(QOL)を確保・向上する形で医療そのものを効率化し、医療費の伸びを徐々に下げていくことに取り組むことが必要である。ただし、(中略)・・・中長期的な取組は短期的には効果が現れてこないため、国民的合意を得つつ、公的保険給付の内容・範囲の見直しを始めとする短期的な方策も組み合わせることが必要となる。」との考え方を示している(「医療制度構造改革試案」(平成17年10月19日))。

<sup>48</sup> 代表的な短期的方策である患者負担割合の引上げについては、その引上げによって、医療費の水準に変化(伸びの低下)をもたらす「長瀬効果」があることが知られている。ただし、こ

方策は、生活習慣病や長期入院高齢者等の医療費の伸びの構造的な要因に着目して、医療の効率化・適正化を図っていくものであり、大きな抑制効果が期待されている（図表 2-23）。具体的には、生活習慣病予防や平均在院日数の短縮等を目指すものであり<sup>49</sup>、平成 20 年度からの 5 年間に於いて、国と都道府県の連携の下で、政策目標の実現が目指されている<sup>50</sup>（図表 2-24）。

図表 2-24 医療費適正化に向けた中長期的方策

|        | 生活習慣病対策   | 平均在院日数の短縮   |
|--------|---|---|
| 政策目標   | ○生活習慣病有病者・予防群を25%減少(平成27(2015)年度)   | ○全国平均(36日)と最短の長野県(27日)の差を半分に縮小(平成27(2015)年度)  |
| 基本的な方向 | ○医療保険者(国保・被用者保険)に対し、40歳以上の被保険者・被扶養者を対象とする、メタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)に着目した健診及び保健指導の実施を義務付ける | ○都道府県は、医療機関その他の関係者と協力の下、住民が疾患の状態や時期に応じた適切な医療を受けることができるよう、医療機能の分化・連携、在宅療養の推進、療養病床の転換支援の取組を行う。<br>○国はこうした都道府県の取組に対し、各種支援措置を講じる。 |

(出所)厚生労働省

## ② 医療・介護サービスの質向上・効率化プログラム

平成 19 年 6 月に公表された「基本方針 2007」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」<sup>51</sup>等の推進を中心に行うものとされている。

同プログラムは、医療・介護について、必要なサービスの確保と質の維持向上を図りつつ、効率化等により供給コストを低減させていくための総合的な取組を推進するための計画であり、平成 20 年度から 24 年度までの 5 年間で基本

の効果が現れるのは制度改正直後の 1 年ほどの間であり、1 年を過ぎると伸び率は従前の水準に戻るものとされている。

<sup>49</sup> 我が国の医療費の増加要因として、①糖尿病等の生活習慣病の患者が増大しており、生活習慣病が加齢とともに増悪して脳梗塞や心筋梗塞等を発症し入院に至るケースが増加していること、②平均在院日数は、他の先進諸外国と比べて長期にわたっており、かつ、地域ごとに大きな格差があることを挙げている（厚生労働省「医療制度構造改革試案」）。

<sup>50</sup> 国は、医療費適正化基本方針及び全国医療費適正化計画を策定するほか、都道府県における事業実施への支援を行う。また、都道府県は、同方針に即して、それぞれ医療費適正化計画を作成し、生活習慣病対策や在院日数短縮に向けた事業を実施するものとされている。

<sup>51</sup> 「医療・介護サービスの質向上・効率化プログラム」（平成 19 年 5 月 15 日）



として実施するものとされている。具体的には、医療については、前述した生活習慣病対策や平均在院日数の短縮のほか、在宅医療の推進、診療所と病院の役割の明確化、後発医薬品の使用促進、診療報酬の見直し、包括払いの促進、IT化の推進（原則レセプト完全オンライン化）等が掲げられている。以下では、これらの取組について概観する。

### （ア）在宅医療の推進

在宅医療の推進は、入院日数の短縮<sup>52</sup>や在宅での終末期医療の推進につながる。その推進に当たっては、訪問医療や訪問看護の充実、地域の医療と看護機関の連携が重要となろう。同プログラムにおいては、平成20年度までに、全都道府県において、新たな医療計画を策定し、主要な疾病ごとに急性期、回復期から在宅療養までの一環した医療連携体制を明示するものとしている。

ただし、在宅医療を推進するに当たっては、医療の提供側の充実もさることながら、「在宅」の受け入れ側の体制も考慮されなくてはならない。患者が早期に回復し、日常生活を送れる場合には問題は少ないと考えられるが、長期にわたり寝たきりの状態になるような場合では、家族の受け入れ態勢が問題となる。社会的入院が生ずる一因には、一日中患者を看護する人員が家庭内にいないという事情がある。そのような場合、どのようにして人手を確保するのか、また、都市部では患者を受け入れる住居スペースの確保も問題となろう。

### （イ）後発医薬品の使用促進

後発医薬品（ジェネリック医薬品）とは、先発医薬品の特許期間満了後に、他メーカーが製造する先発医薬品と有効成分等が同一の医薬品であるが、研究開発コストがかからないため先発医薬品よりも低価格で販売されている<sup>53</sup>。我が国における後発医薬品の使用状況は、近年において増加傾向にあるものの、医療機関と患者側の双方において後発医薬品の安全性や効能に対する不安や情報量の不足などがあることから<sup>54</sup>、依然として他の先進諸国と比べる

<sup>52</sup> 厚生労働省「医療制度改革について」（平成17年3月18日）によると、全国の平均在院日数（37.9日）が、最も短い長野県（28.8日）と同程度（24%減）となるものと仮定して、医療費の適正化効果について粗い試算を行うと、2.2兆円程度（平成14年度ベース）となる。この効果が平成37（2025）年度に現れるとすると、37年度には4.2兆円の医療費削減が見込めるとの試算を示している。

<sup>53</sup> 後発医薬品の価格は先発医薬品の3割から半分程度である。

<sup>54</sup> 公正取引委員会「医療用医薬品の流通実態に関する調査報告」（平成18年9月27日）によ

と低い水準にとどまっている<sup>55</sup>。そのため、後発医薬品の使用促進によって、医療給付費の抑制が期待されている。

同プログラムにおいては、平成 24 年度までに後発医薬品のシェア（数量ベースで、16.8%（平成 16 年度））を 30%（現状から倍増）以上に拡大することが目標とされている。目標を達成した場合の医療費削減効果は、約 5,000 億円になるとの試算結果もある<sup>56</sup>。後発医薬品の使用促進に向けては、先発医薬品と後発医薬品が併存する場合において、公的医療保険給付でカバーする金額について後発医薬品を基準に設定するなど、医薬品に対する公的医療保険の適用範囲を見直すことが検討されている。

### （ウ）診療報酬の見直し

診療報酬とは、保険医療機関等が行った保険医療サービスに対する対価として保険から受け取る報酬のことであり、診療報酬体系（診療報酬点数表）<sup>57</sup>によって、保険診療の範囲・内容、個々の診療行為の価格が設定される。診療報酬改定は、医療経済実態や賃金・物価の動向等を勘案して、2年に1度行われており<sup>58</sup>、次期改定は平成 20 年度に予定されている。

診療報酬改定は、90年代半ばまではプラス改定が行われ、医療費の増加に影響してきたが、デフレ経済が深刻化した平成 10 年以降、おおむねマイナス改定が続いており、近年では医療費の抑制要因となってきた（図表 2-25）。

こうしたことから、診療報酬改定は、医療費抑制策の一つとして考え得る<sup>59</sup>。

---

れば、医療機関の 84.6%が、後発医薬品の使用に当たって、「後発医薬品自体の安全性、安定供給、情報量等が不安」であると回答している。また、同調査において、消費者については、先発医薬品と後発医薬品の両方を選択できる場合、「必ず後発医薬品を選ぶ」と回答した者が 31.3%、「場合によっては後発医薬品を選ぶ」と回答した者が 65.4%であり、後者を回答した者の 78.1%が「後発医薬品の安全性や効き目に不安はあるが、医師や薬剤師から安全性や効き目について説明を受けて納得できた場合には後発医薬品を選ぶ」と回答している。

<sup>55</sup> 医薬工業協会によると、我が国の後発医薬品のシェアは、数量ベースで 16.8%である（平成 16 年度）。これに対し、米国では 53%（16 年）、英国では 55%（15 年）、ドイツでは 46%（16 年）となっている。

<sup>56</sup> 後発医薬品価格を先発医薬品の半分と仮定し、後発医薬品の数量ベースのシェアを 16.8%（平成 16 年度）から 30%（倍増）または 40%（ドイツ並み）に引き上げた場合、医療費削減効果は、約 5,000 億円（30%の場合）ないし約 8,800 億円（40%の場合）になるとの試算結果がある（経済財政諮問会議民間議員試算 平成 19 年 5 月 15 日）。

<sup>57</sup> 診療報酬体系は、診療報酬本体と薬価に分かれており、前者は、医科診療報酬、歯科診療報酬、調剤報酬から成り、後者は、薬価、材料価格から成る。

<sup>58</sup> 診療報酬は、医療経済実態、医療技術や医療機器の進歩、薬剤・医療材料の変動及び一般の賃金・物価の動向等を勘案して、2年に1度改定される。

<sup>59</sup> 厚生労働省「医療制度構造改革試案」（平成 17 年 10 月 19 日）では、今後、平成 27（2015）年度又は平成 37（2025）年度までに合計▲10%の診療報酬改定が実施された場合には、平成

しかし、近年のマイナス改定によって、医師の所得や医療機関の経営にも深刻な影響を与えており<sup>60</sup>、今後の改定に当たっては、こうした点にも十分な配慮が必要となろう。また、診療報酬改定は、診療行為価格等の変化を通じて医療給付費に影響をもたらすものであるが<sup>61</sup>、診療報酬改定が行われると、それによって患者の受診行動（回数・人数）や医師の診療行動等に影響を及ぼすことが考えられており<sup>62</sup>、医療給付費に与える影響については限定的なものである可能性がある。

図表 2-25 近年における診療報酬改定

|        | (%)    |        |        |        |        |        |
|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
|        | H8     | H10    | H12    | H14    | H16    | H18    |
| 診療報酬   | 0.80   | ▲ 1.30 | 0.20   | ▲ 2.70 | ▲ 1.00 | ▲ 3.16 |
| 診療報酬本体 | 3.40   | 1.50   | 1.90   | ▲ 1.30 | 0.00   | ▲ 1.36 |
| 薬価     | ▲ 2.60 | ▲ 2.80 | ▲ 1.70 | ▲ 1.40 | ▲ 1.00 | ▲ 1.80 |

(出所)厚生労働省

### (エ) 診療報酬の包括払いの促進

診療報酬の支払方式としては、個々の診療行為に対して診療報酬が支払われる「出来高払い方式」と、一日や一月当たりなど一定期間内の診療に対して包括的に診療報酬が支払われる「包括払い方式」がある。我が国においては、近年、包括払い方式の一種であるD P C（Diagnosis Procedure Combination：診断群分類別包括評価）が導入されており、その導入によって医療費の効率化が期待されている。D P Cは、平成 18 年までに、全国 360

---

27 年度には▲3.7 兆円、37 年度には▲4.9 兆円の医療費抑制効果があるとの試算結果が示されている。

<sup>60</sup> 帝国データバンクの調査では、平成 13 年から 19 年 5 月までの医療機関の倒産件数は 190 件に上り、年別では 16 年（32 件）が最多となっている。19 年は 5 月までに 28 件発生し、13 年以降、最多ペースで推移している。この要因として、18 年度の診療報酬の引下げによる収入減少などが指摘されている。

<sup>61</sup> ただし、診療報酬改定率は、あくまでも過去のデータに基づき診療回数や受診者数を固定した場合における、単価（診療報酬）の変化による医療費の増減を示す試算値であり、実現値ではないことには留意が必要である。

<sup>62</sup> 例えば、井伊雅子、別所俊一郎「医療の基礎的実証分析と政策」(『フィナンシャル・レビュー 第 80 号』財務省財務総合政策研究所、2006 年 3 月)では、「診療報酬を引下げても、医師誘発需要によって、例えば外来の場合は、単価は下がっても一日当たりの医療費が増加し、入院医療の場合は、日額では低くても入院日数が長くなるとの指摘もある。」と診療報酬改定による医師の診療行為への影響を述べている。また、「診療報酬の引下げを政策手段として用いるのであれば、現在のような報酬単価の引下げという単純な手段ではなく、医師誘発需要を防ぐ包括化などの手段の検討が必要であろう。」とも述べられている。

の特定機能病院（大学病院本院、国立がんセンターと循環器病センター）で導入されている<sup>63</sup>。

同プログラムにおいては、平成 24 年度までに、病院の機能分化を推進する中で、D P C 支払い対象病院数 360 を当面 1,000（現状から 3 倍増）にすることが目指されている。

ただし、我が国で導入されている D P C については、診療費がすべて包括されるのではなく、手術料等が出来高払いである点や、単位が 1 回当たりではなく、1 日当たりとなっている点などで、欧米の包括払制と異なる。そのため、D P C 導入後、入院中の検査や投薬を出来高払いの対象となる外来へシフトさせたり、また平均在院日数が減少した一方で入院患者数の増加が生じている例などもあり、医療費の抑制につながるかについては、今後の動向が注視される。

#### （オ） I T 化の推進（原則レセプト完全オンライン化）

現行の診療報酬請求は、医療機関から「レセプト」といわれる請求書を支払機関が受けて、これを審査し医療機関に支払うシステムであるが、このレセプト請求に係る事務処理は紙ベースで行われている。レセプトは年間 10 億件を上回り、その処理費用は年間 1,900 億円に上ると言われている。I T 化の推進は、レセプトに係る事務処理を I T 化しその効率を上げることで、処理費用の効率化を図るものである<sup>64</sup>。

同プログラムにおいては、平成 22（2010）年 4 月までに 8 割以上、平成 23 年（2011）年 4 月までに原則すべてのレセプトをオンライン化することが目指されている。日本より I T 化が進んでいる韓国では、I T 化の導入によって 2 割程度の費用削減がなされたという報告がある<sup>65、66</sup>。

また、この I T 化は、単に事務処理費用が削減されるだけでなく、データベース化によって医療費用の様々な推計が可能になり、請求の審査における

---

<sup>63</sup> D P C の導入は、平成 10 年からの国立系 10 病院における試験調査を経て、15 年より、全国 82 の特定機能病院（大学病院本院、国立がんセンターと循環器病センター）に導入されており、18 年には対象が 360 病院に拡大している。

<sup>64</sup> 平成 19 年度第 4 回規制改革会議記者会見録（平成 19 年 4 月 20 日）

<sup>65</sup> 日本医療情報ネットワーク協会「医療分野における情報化促進のための国内外の実態調査」報告書（平成 18 年 3 月総務省委託調査）によれば、韓国では I T 化によって 21.1% の医療費削減効果がもたらされたと推定されている。

<sup>66</sup> 韓国審査評価院によるレセプトオンライン化の予算削減効果試算（▲13%）を、我が国の社会保険診療報酬支払基金の予算に乗じて算出すると、我が国のレセプト完全オンライン化による事務費の削減は 113 億円になるとの試算結果がある（経済財政諮問会議民間議員試算 平成 19 年 5 月 15 日）。

活用やいわゆる診療群別医療費の算定にも応用できるなどの副次的効果も期待できる。

### ③ 終末期医療問題

医療費抑制等におけるもう一つの問題が、終末期医療の問題である<sup>67</sup>。延命よりも生活の質（QOL；Quality of Life）を重視する観点から、終末期を自宅で過ごすことを希望する患者も多くいる。亡くなった患者の死亡時点から1年程度さかのぼって毎月の医療費をみると、死亡する約3ヶ月前から医療費が急増している。したがって、これを抑制することができれば医療費の増加抑制につながるとされる<sup>68</sup>。

この問題では、終末期をどう定義するかが一番の論点となるが、現在の医療水準では、余命を的確に推定することは困難である。このような場合に、積極的医療を中止することが倫理上肯定されるかは十分な吟味が必要であろう。こうした終末期医療について、厚生労働省は、19年4月に、終末期医療の決定プロセスに関する方針を取りまとめており<sup>69</sup>、同方針によって、終末期医療及びケアの方針の決定手順が定められた。しかし、終末期医療の議論においてこれまで重要な問題とされてきた終末期の定義や延命治療中止の対象疾患等については明示されておらず、今後の課題とされている。

### 2-4-5 マクロ指標による医療費総額管理

以上のような適正化・効率化を通じた医療費抑制策に対して、医療費の総額を経済規模に応じて管理すべきとの考え方がある。これは、給付と負担のバランスを重視したものであり、今後経済成長を上回る医療費の増加が見込まれている中で、経済規模を超える国民負担は困難であるとの考え方から、医療費総額をGDPなどのマクロ指標によって管理し、現役世代の負担の軽減を図ろうとするものである。

この医療費総額管理については、平成14年の医療制度改革において既に言及

<sup>67</sup> がん患者のいわゆる「緩和治療」も、終末期医療の一部を構成している。

<sup>68</sup> 『「再び終末期医療について」の報告』（平成18年2月 日本医師会）。同報告において、日本医師会は、厚生労働省の試算する終末期医療の医療費適正化効果に疑問を呈している。

厚生労働省は、第17回社会保障審議会医療保険部会資料（平成17年7月29日）において、平成14年度ベースで、死亡前1ヵ月の入院医療費を年間約9,000億円と試算。これを自宅等での死亡割合を約2割から約4割にすること等を目標として、これを実施すると平成27（2015）年度で約2,000億円、平成37（2025）年度で約5,000億円の適正化効果を試算している。

<sup>69</sup> 「終末期医療の決定プロセスのあり方に関する検討会」における指針（平成19年4月）。

されたところであるが、18年の医療制度改革において本格的に議論が行われた。経済財政諮問会議では民間議員より、医療費を含む社会保障給付費の伸びを管理することの必要性が示された。そして、給付費の伸びを抑制する指標として、名目GDPを基本としつつ、高齢化が急速に進む段階では、高齢化要因を勘案して伸びを管理する「高齢化修正GDP」（図表 2-26）が提案された<sup>70</sup>。

図表 2-26 高齢化修正GDPの提案

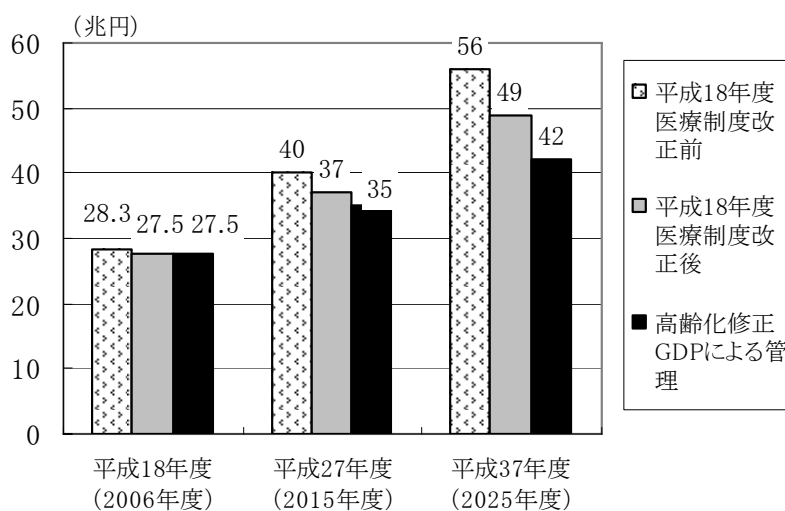
$$\text{給付費の伸び率} = \text{名目GDP成長率} + \frac{\text{65歳以上人口の増加数} \times 1/2}{\text{全人口(前年度)}}$$

(注1) 計算方法: 人口1,000人で高齢者が3人増えれば→0.3%  
社会保障給付費の伸び→「名目GDPによる伸び+0.15%」  
(注2) 社会保障費84兆円(平成14年度実績)のうち、約半分を占める年金(44兆円)は、マクロ経済スライドの導入で名目GDP伸び率に給付費が抑制されているため、ここでは残りの給付費を対象とする意味で1/2となっている。  
(出所) 経済財政諮問会議資料(平成17年4月27日)

高齢化修正GDPによって医療費の管理を行うと、平成37(2025)年度の医療給付費は、医療費適正化方策による抑制(49兆円)から、さらに7兆円抑制され、42兆円になることが見込まれるとの試算結果がある<sup>71</sup>(図表 2-27)。

しかし、高齢化修正GDPによる総額管理の提案に対して、厚生労働省は、  
①諸外国の状況をもみても、経済の規模から社会保障の規模は一義的には導かれないこと、  
②医療給付の性質上一律に枠をはめることは困難であることから、機械的な伸び率管理は不適切であるとの考えを示した。そして、総額管理した場合の弊害として、③大幅な給付費削減を行う必要性が生じることになるが、

図表 2-27 医療給付費の見通し



(注) 平成18年度医療制度改革前は、平成18年度概算要求を起点とし、平成16年5月の「社会保障の給付と負担の見通し」に即して推計したもの。改革後は、医療費適正化方策を通じて適正化を行った場合のもの。  
(出所) 厚生労働省「医療制度構造改革試案」

<sup>70</sup> 給付費の伸びを管理する指標として、当初(平成17年2月)は、「名目GDP」が提案されたが、その後(同年4月)に、高齢化要因を加味した「高齢化修正GDP」が再提案された。  
<sup>71</sup> 厚生労働省「医療制度構造改革試案」による。

限界を超えた利用者負担を求めることになり、また国民の健康水準が低下するおそれがあるとの説明が行われた<sup>72</sup>。結局、同会議においてマクロ指標導入の調整は付かず、高齢化修正GDPの採用は見送られることになった<sup>73</sup>。

#### 2-4-6 医療費の抑制に向けて

医療費については、今後も高齢化の進展等に伴い、経済成長を上回る伸びでの増加が見込まれている中で、その適正化・効率化に向けた様々な方策が採られている。

政府の抑制策については、レセプトのIT化など事務処理の合理化を図っていくことは当然必要となるが、療養病床数の削減や在宅医療の推進等、現行の医療サービスの対象範囲の実質的な縮小等につながる方策を進めるに当たっては、受け皿となる介護保険サービス等の供給の十分な確保を行った上で進めていくことが必要である。また、医療単価引下げにつながる診療報酬マイナス改定についても、医師や医療機関等に与える影響を十分考慮しなければならない。厳しい財政状況の中で、医療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、近年既にその伸びが低下傾向にある中で、数値目標達成の観点のみから機械的に医療給付費の抑制を求めることは、現在の医療水準を低下させてしまうおそれがある<sup>74</sup>。

また、とりわけその抑制が重要とされる高齢者の医療費については、平成20年度から予定されている新たな高齢者医療制度の開始によって、その抑制や制度運営の効率化につながることを期待されている。一方、近年の公費負担の増加要因をみると、公費負担割合の高まりによる影響も無視することができない。こうした財源構成の変化に目を向けずにただ単に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ことには留意する必要がある。

今後、高齢化の進展等に伴い、医療保険制度の果たす役割はますます重要になっていくものと考えられる。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。

<sup>72</sup> 経済財政諮問会議厚生労働省資料（平成17年2月15日）

<sup>73</sup> 同会議においては、医療給付費の伸びに関して、個々の医療費適正化方策を積み上げた医療給付費の将来規模を、対国民所得比や対GDP比等で示し、医療給付費の実績を検証する際の目安とするということで決着した。その後、厚生労働省内に、医療費の将来見通しに関する検討会が設置されており、平成18年12月以降議論されている。

<sup>74</sup> 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。

## 2-5 介護保険制度

介護については、社会保障給付費に占める割合は約7%と決して大きくないが、今後、高齢化の進展や制度の浸透等により、高い伸び率での増加が見込まれている。また、財源に占める公費負担割合が5割と相対的に高いことから、今後の動向が財政へ与える影響は大きい。

平成12年に創設された介護保険制度は、介護を必要とする高齢者等に対して在宅あるいは施設でのサービス給付を行うものである。同制度の創設前には、社会福祉と老人医療のそれぞれによって担われてきた高齢者福祉や高齢者医療サービスの一部が、同制度の創設によって統合されたという側面を持つ。

介護給付費については、制度創設以降、軽度認定者の増加に伴い居宅介護サービス費が大きく増加しており、その抑制が課題とされている。平成17年制度改正においては、軽度認定者を対象とする介護予防サービスの導入等が行われており、今後その効果が注目される。

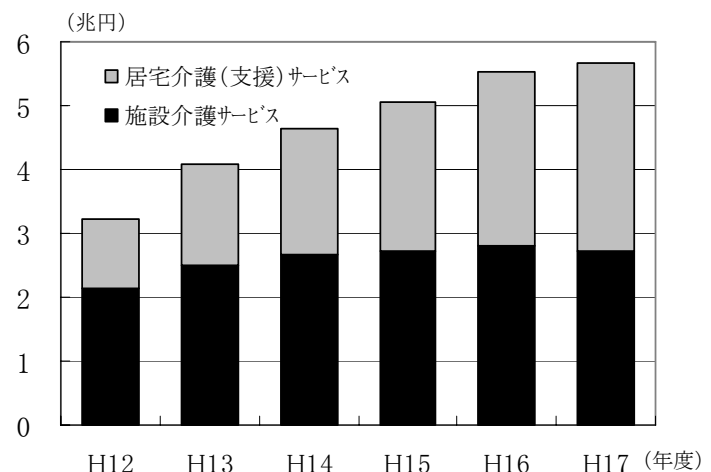
また、施設介護サービスについては、平成23(2011)年度末に向けた療養病床の再編に伴い、現在医療保険の対象とされている療養病床の一部が介護保険施設や居宅介護サービスへ移行されることが予定されている。そうした中で、今後受け皿となる介護サービスの十分な供給の確保が課題とされている。

### 2-5-1 軽度認定者の増加に伴う居宅介護サービス費の増加

介護保険給付費<sup>75</sup>は、介護保険制度が創設された平成12年度からの5年間で、1.8倍に増加しており、17年度には5兆6,582億円に達している(居宅介護(支援)サービスが2兆9,370億円、施設介護サービスが2兆7,212億円)(図表2-28)。

12年度以降、施設介護サービス費がほぼ横ばいで推移しているのに対して、居宅介護

図表 2-28 介護保険給付費の推移



(注) H12は、平成12年4月から13年3月までを対象としている。

H13以降は、当年3月から翌年2月までを対象としている。

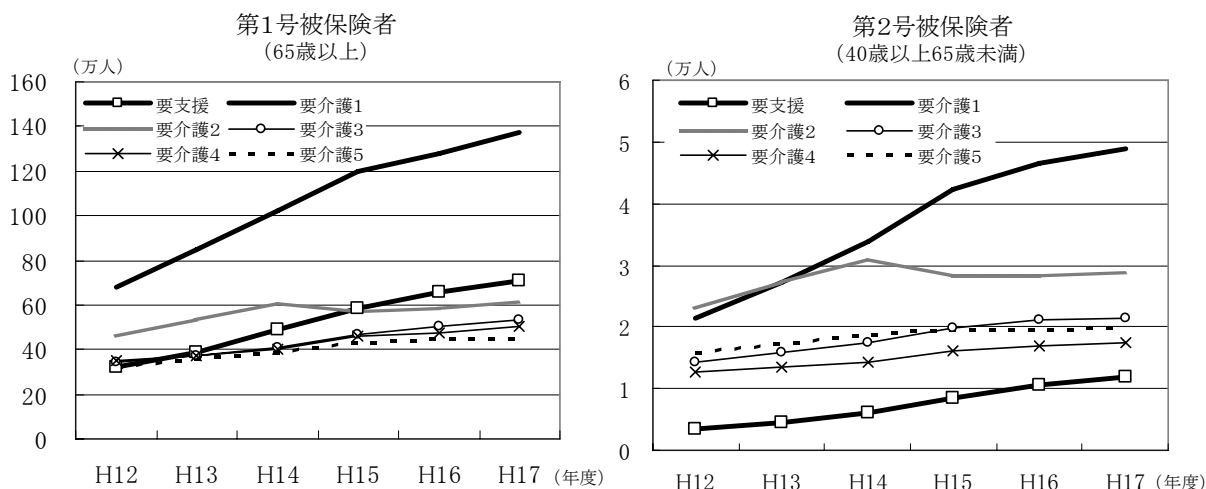
(出所) 厚生労働省「介護保険事業状況報告」

<sup>75</sup> 介護保険から介護事業者に対して支払われる費用である。介護保険では、利用者負担(原則1割)があるが、介護保険給付費には利用者負担が含まれていない。



サービス費は、その主な利用者である軽度認定者<sup>76</sup>の増加を背景として大きく増加している（図表 2-29）。

図表 2-29 要介護（要支援）認定者数の推移

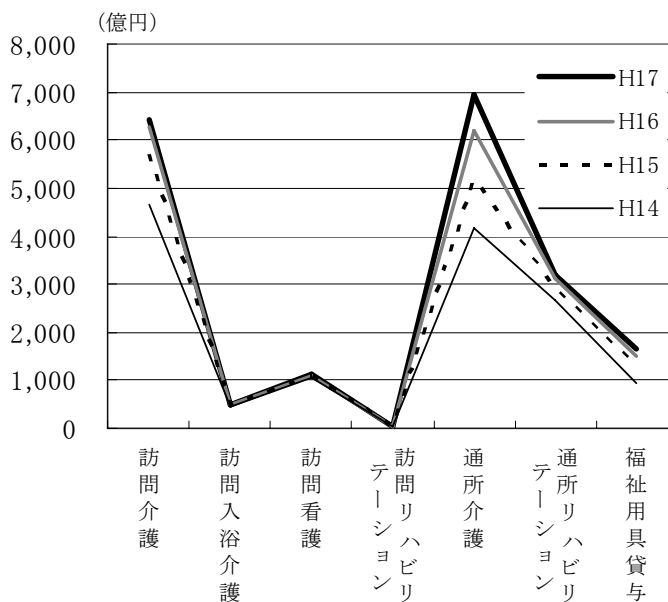


(注)H12は、平成12年4月から13年3月までを対象としている。H13以降は、当年3月から翌年2月までを対象としている。  
(出所)厚生労働省「介護保険事業状況報告」

居宅介護サービスが急増している背景には、介護サービスにおける以下のような需要面と供給面による要因が一因として考えられる。

まず、需要面については、居宅介護サービスの大宗を占める訪問通所サービスの動向をみると、訪問介護、通所介護、通所リハビリテーションなどの介護保険制度創設以前には社会福祉制度で行われていたサービスが大きく増加している（図表 2-30）。このこ

図表 2-30 訪問通所サービス給付費の推移



(注)H12は、平成12年4月から13年3月までを対象としている。  
H13以降は、当年3月から翌年2月までを対象としている。  
(出所)厚生労働省「介護保険事業状況報告」

<sup>76</sup> 平成17年制度改正前は、要介護度は5段階に分類されており、要支援及び要介護1が軽度認定者とされていた。制度改正後は、要介護度が7段階に細分化され、それ以前の要支援が要支援1に移行し、要介護1の約半数が要支援2に移行しており、要支援1と要支援2が軽度認定者とされている。

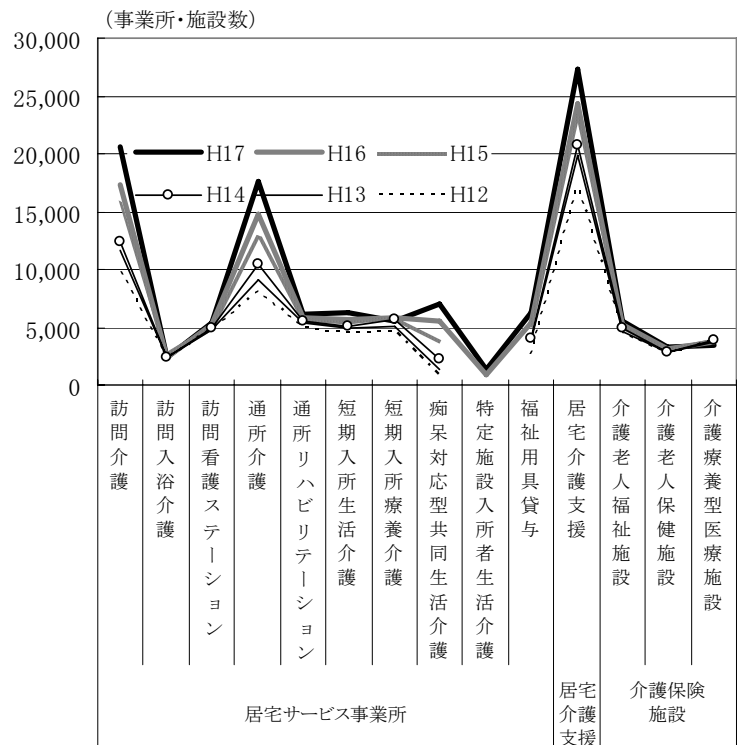
とから、従来社会福祉制度で行われていたサービスについて、介護保険制度への移行によって、受給要件が実質的に緩和されたことが需要増の一因として挙げられる<sup>77</sup>。また、保険制度になったことにより、権利意識や主体性が芽生え、サービス受給に対してより積極的な考えを持ちやすくなったことも、需要増を支えている一面として考えられる。

一方、供給面の要因としては、設置主体や定数に限りがある施設サービ

スに対して<sup>78</sup>、居宅介護サービスは、営利法人でも自由に参入可能であり、需要の受け皿に限りがないことから、需要増がそのまま利用の増加につながりやすいことが挙げられる。

制度創設以降、居宅介護サービスや居宅介護支援（ケアマネジメント）<sup>79</sup>を行う事業所数は年々増加しており（図表 2-31）、こうしたサービス主体の増加が供給面の一因として考えられる<sup>80</sup>。

図表 2-31 介護サービス事業所数・施設数の推移



(注)各年10月1日現在  
(出所)厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査結果の概況」

<sup>77</sup> 訪問介護サービス等は、社会福祉制度の対象とされていたときには、サービスを受けられるかどうかを決定するに当たっては、本人の身体の状態のみならず、家族の介護能力や経済状況も勘案されていた。介護保険制度への移行によって、本人の要介護度のみがサービス受給の要件となり、受給要件が実質的に緩和されることになった。

<sup>78</sup> 施設介護サービスは、施設設置主体が自治体や社会福祉法人等に限られ、また定員総数が決められている。

<sup>79</sup> 居宅介護サービスを受けるために必要な「居宅介護サービス計画」（ケアプラン）の作成や介護認定の申請手続等の代行などを行う。介護保険の対象サービスであり、営利法人も行うことができる。

<sup>80</sup> 事業所数全体に占める営利法人数の割合も増加している。営利法人の占める割合は、訪問介護で30.3%（平成12年）から48.2%（16年）に、通所介護で4.5%（同）から25.3%（同）に、居宅介護支援で18.1%（同）から29.1%（同）に増加している。

## 2-5-2 療養病床再編に伴い今後増加が見込まれる施設介護サービス

一方、施設介護サービス費についてみると、平成12年度以降、居宅介護サービスと比べると、その増加幅はわずかなものにとどまっている（図表2-28、図表2-32）。

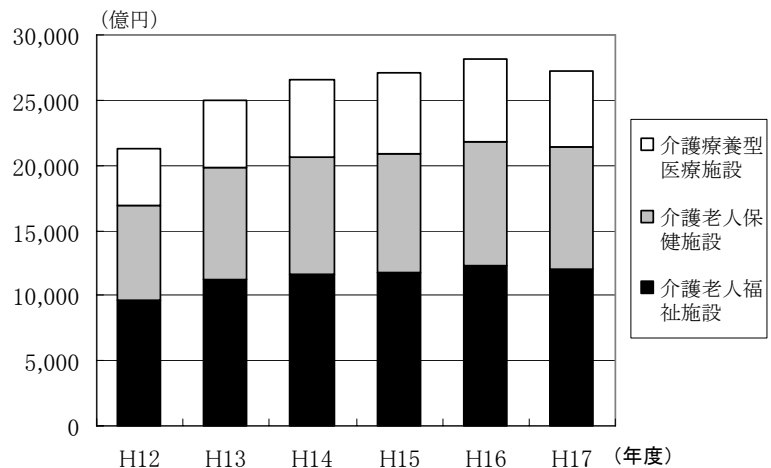
介護保険制度の対象となる施設は、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）、介護老人保健施設、介護療養型医療施設の3種類<sup>81</sup>であるが、これらの施設サービスはすべて、元々は社会福祉制度や医療保険制度の対象施設であったため、施設毎に設置基準や利用料金等が異なっている<sup>82</sup>。

そのため、本来症状の程度によって施設の選択が行

われるべきであるところ、利用料金や心理的な要因によって左右されることも多く、非効率な供給によって、施設の不足や社会的入院の問題の一因となっている。特に、社会的入院については、医療の必要性が低い者が医療保険の対象とされる病床や介護療養型医療施設に入院することによって、本来必要とされる者への供給が十分に行われなかったり、医療費の上昇を招くなどの深刻な問題を引き起こしている。

こうした社会的入院などの問題に対応するため、療養病床の再編が予定されている。この再編は、療養病床の利用対象を真に医療が必要な患者に絞り<sup>83</sup>、医療の必要性が低い者を介護施設や居宅介護サービスへ移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、平成23（2011）度末まで

図表 2-32 介護施設サービス費の推移



(注) H12は、平成12年4月から13年3月までを対象としている。  
H13以降は、当年3月から翌年2月までを対象としている。  
(出所) 厚生労働省「介護保険事業状況報告」

<sup>81</sup> なお、有料老人ホームや認知症グループホーム等は、居宅サービスに区分されている（これらの施設は、元々社会福祉施設ではなく、部屋代、食費、介護費用等が利用者負担となっていたため。介護保険制度創設後は、介護費用のみ介護保険から給付）。

<sup>82</sup> 介護療養型医療施設と介護老人保健施設は、医療保険制度からの移行であり、介護老人福祉施設は、社会福祉制度からの移行である。これらの施設については、介護療養型医療施設、介護老人保健施設、介護老人福祉施設の順序で医療依存度が高く、平均的な一人当たり費用額は、それぞれ約41万円、約31万円、約29万円となっている。

<sup>83</sup> 中央社会保険医療協議会の実態調査（平成17年11月）によれば、医療療養入院患者の48.8%、介護療養入院患者の50.1%が医師による直接医療提供は「ほとんど必要なし」とされている。

に、医療保険対象の療養病床の削減（25万床→15万床<sup>84</sup>）、介護保険対象の療養病床（介護療養型医療施設）の廃止（13万床→0）が目指されている。療養病床の再編によって、平成23年には医療・介護合わせて、給付費の▲3,000億円の削減（医療給付費での▲4,000億円の削減、介護給付費での1,000億円の増加。厚生労働省試算）が見込まれている<sup>85</sup>。

ただし、こうした療養病床の削減に当たっては、受け皿となる介護施設や居宅介護サービスの十分な供給の確保が必要であり、慎重な対応が求められる<sup>86</sup>。厚生労働省は、療養病床削減への対応として、療養病床を介護老人保健施設や介護老人福祉施設に転換させることを中心として受け皿を確保する方針を示している。この転換を促進するために、介護老人保健施設の医療の在り方、医療法人による特別養護老人ホームの設置、サテライト型施設の在り方等について見直しを行うことが検討されており、追加的な支援策が予定されている<sup>87</sup>。

### 2-5-3 今後見込まれる負担増加と対象範囲の拡大の検討

介護保険給付費の財源については、保険料（第1号被保険者及び第2号被保険者）と公費負担によって賄われており、それぞれ半分ずつの負担割合になっている。介護保険料<sup>88</sup>は、制度創設以降、介護給付費の増加に伴い引き上げられており、平成18年度において、第1号被保険者の保険料は全国月額平均で4,090円となっている<sup>89</sup>。また、介護給付費が大きく増加する中で、運営主体である市町村の介護保険財政状況も厳しいものとなっている<sup>90</sup>。

<sup>84</sup> 厚生労働省は、医療保険対象病床の削減数について、平成19年秋に15万床から18万床に削減幅を緩和する予定であるとの方針を示している。

<sup>85</sup> 療養病床の削減を促すために、平成18年の診療報酬・介護報酬の改定では、療養病床に対する評価の引下げなどが行われた。具体的には、診療報酬改定では、18年4月からの療養病床の評価の引下げ、18年7月からの医療区分等の患者分類の導入、医療の必要性の高い患者の評価引上げと低い患者の評価引下げが行われており、介護報酬改定では、18年4月からの介護療養型医療施設の評価引下げなどが行われた。

<sup>86</sup> 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、在宅での受入れが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（平成18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。

<sup>87</sup> 介護施設等の在り方に関する委員会資料（平成19年5月18日）

<sup>88</sup> 介護保険料は、第1号保険料と第2号保険料で算定方法等が異なっている。第1号保険料は、所得段階別定額保険料であり、各市町村が、給付費や公費からの受取等を勘案して3年毎に算定している。また、第2号保険料は、医療保険を通じて支払われるが、第1号保険料と、一人当たり平均保険料がほぼ同額になるように定められる。

<sup>89</sup> 第1号被保険者保険料は、制度創設時には2,911円であり、制度創設以降、約1,200円引き上げられている。なお、平成18年度において、最も高い沖縄県（4,875円）と最も低い茨城県（3,461円）では、1,414円の差が生じている。

<sup>90</sup> 介護費用を保険料と国からの公費負担で賄えない場合、都道府県の財政安定化基金からの借

高齢化の進展等に伴い、今後も介護保険給付費の増加が見込まれる中で、保険料負担や財政負担の増加は避けられない。そうした中で、現行では40歳以上が対象とされている介護保険制度について、対象年齢の引下げやそれに伴う介護給付範囲の拡大が検討されている<sup>91</sup>。

同制度の対象範囲拡大については、平成17年制度改正において、21年度を目途に所要の措置を講ずることとされていた。しかし、負担増となる企業側からの反対や、障害者福祉サービスについての社会福祉制度から介護保険制度への移行に対する障害者団体の不安が示される<sup>92</sup>など、関係者の合意形成が難しく、21年度からの対象範囲拡大は見送られ、引き続き検討課題とされている。

#### 2-5-4 介護給付費の抑制に向けて

今後高齢化の進展等に伴い、介護保険給付は高い伸びでの増加が見込まれている。制度創設以降、軽度認定者の増加に伴い居宅介護サービスが大きく増加している中で、17年制度改正においては、軽度認定者に対する介護予防サービスの導入等が行われており、新たな抑制策として期待されている<sup>93</sup>。

軽度認定者については、過度な介護サービスの受給によってかえって症状が改善しなくなるなどの調査結果もあり、軽度認定者の自立を支援し、給付を中重度者に重点化するなど、給付費の効率化を図っていくことも重要である。しかし、軽度認定者の受給サービスを予防サービスに限定することによって、従前の介護サービスが受けられなくなり、今までどおりのサービスを利用しようとする場合は、自己負担でサービスを購入することになるなどの問題も懸念されている。

また、施設サービスについては、今後、療養病床再編に伴い、医療保険の対象病床から介護施設や居宅サービスへの移行が予定されているが、その移行に当たっては、受け皿となる介護サービスの供給の十分な確保が急務となる。介護給付の効率化を進めていくことは必要であるが、介護サービスの実質的な縮小によって負担増を招くことにはならない。介護保険制度の果たす役割

---

入力で赤字を補填することになる。17年度には全体の17.5%に当たる297団体が赤字となり、借入総額は約198億円となっている。

<sup>91</sup> 18年3月に「介護保険制度の被保険者・受給者範囲に関する有識者会議」が設置され、19年夏に報告書が取りまとめられる予定。なお、保険料については、厚生労働省の推計では、保険料負担を30歳以上に拡大した場合、12年度の保険料は、4,900円から4,500円に低下するとの見通しがある。

<sup>92</sup> 対象範囲の拡大によって、介護保険制度に障害者福祉サービスが取り込まれる可能性があることから、福祉制度から介護保険制度への移行による負担増等の不安が示されている。

<sup>93</sup> 介護予防の導入によって、平成26年度までに給付費を約2兆円、要介護者数を40万人抑制できると見込まれている。

は今後より大きくなるものと考えられる。そうした中で、同制度の対象範囲やサービス内容などの在り方について引き続き検討していくことが必要となろう。

## 2-6 歳出抑制と財源確保の両面が求められる社会保障

歳出・歳入一体改革における社会保障費の抑制は、現下の深刻な財政状況にかんがみると無視し得ない問題ではある。しかし、高齢化の進展等に伴い、疾病等のリスクが相対的に高い高齢者への給付シフトによって、社会保障給付費が増加することは避けられない。給付費の抑制を図るとともに、それによる歪みが生じないような配慮も必要である。

医療を例にとると、レセプトのIT化など、事務処理の合理化は財政状況にかかわらず進めなければならない。また、生活習慣病対策や介護における軽度認定者への介護予防対策なども重要であり、今後、中長期的な抑制効果が期待されている。しかし、政府の対策の中には、療養病床の削減や在宅医療の推進等、医療サービスの対象範囲を実質的に縮小することなどによって給付費抑制を目指すものもある。そのような施策が、我が国の社会インフラの一つでもある国民皆保険制度の趣旨を損なうようなことがあっては、国民の支持を得ることは困難であろう。

また、社会保障に係る支出の在り方は、社会保障制度だけの問題ではなく、国の財源配分にもかかわる問題である。今後、少子高齢化の進展等が見込まれる中で、財政における社会保障の役割はより大きくなるものと考えられる。歳出・歳入一体改革では社会保障のほか、人件費や公共投資等も抑制対象になっている。一律ではなく、優先順位を踏まえたメリハリのある抑制が重要であろう。

社会保障においては、歳出抑制と財源確保は車の両輪である。今般の歳出・歳入一体改革では1.6兆円の歳出抑制を行うこととなっているが、単に給付を減らすのではなく、給付と負担のバランス確保の観点から、給付水準に見合う負担を求めていくことも選択肢の一つとすべきではないか。

例えば、たばこ税の増税も、社会保障の財源に充当するのであれば、中長期的医療費抑制策の一つとしての意味も含め、比較的受け入れられやすいのではないかと考えられる。また、世代間の公平性の観点からは、高齢者の資産の一部を社会に還元することで現役世代の負担軽減につなげようとする考え方から、相続税による対応も一つの方法である。

厳しい財政状況の中で、歳出の抑制に向けて努力することは当然であるが、歳出の効率化・適正化を図っていくとともに、必要な給付水準を維持するための歳入を確保することも併せて検討していくことが必要となろう。