

# 経済マンスリー [解説]

## 増加が続く医療費の公費負担について

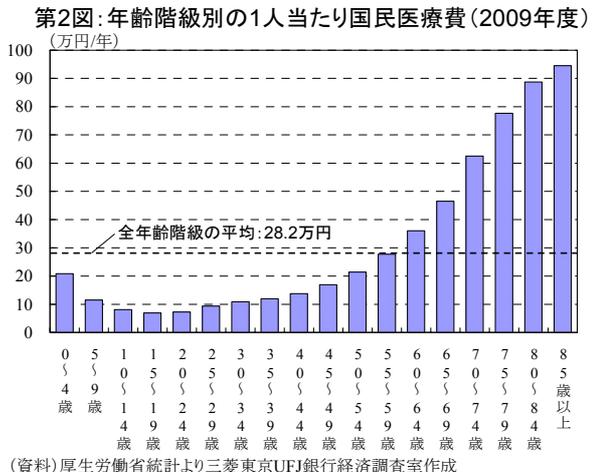
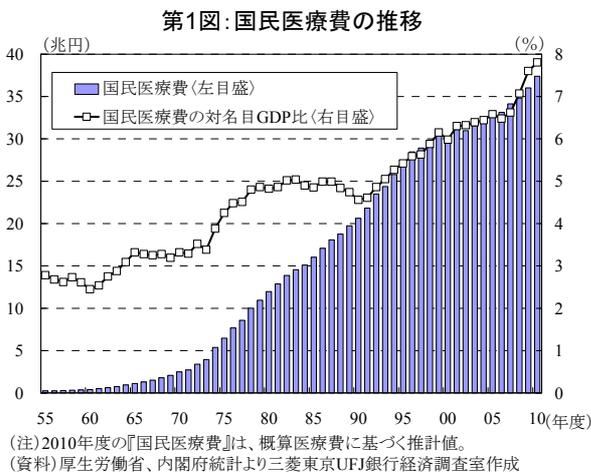
### 【要旨】

- ◇ 我が国の医療費は増加基調が続いており、2009 年度の国民医療費は 36 兆 67 億円と、20 年前の約 1.7 倍となった。高齢化の進行や医療の高度化が医療費を押し上げる要因となっている。
- ◇ 医療費の増加は国際的な潮流でもある。OECD 加盟国の総保健医療支出は 2009 年時点に対 GDP 比 12.6% となり、約 20 年間で 1.5 倍に増大した。
- ◇ 医療費の財源別の内訳をみると、2009 年度は公費が 13 兆 4,933 億円（国 9 兆 1,271 億円、地方 4 兆 3,662 億円）、保険料が 17 兆 5,032 億円、自己負担等が 4 兆 9,928 億円となっており、近年はとりわけ公費の伸びが高まっている。公費増加の主な要因は、①高齢者医療費の公費負担比率引き上げと②公費負担比率が相対的に高い国民健康保険の加入者増加の二つである。
- ◇ 社会保障・税一体改革によって医療費の公費負担は一段と増加する見通しであり、2015 年には 1.1 兆円弱程度、2025 年には 1.6 兆円程度の押し上げ要因となる見込みである。
- ◇ 今後のさらなる高齢化や医療の高度化も含めた政府の将来試算によると、国民医療費は 2015 年度には 45 兆円となり、2025 年度には 61 兆円に増加する見通しとなっている。加えて、一体改革で掲げている医療の効率化が想定通りに進まずに医療費が上振れする可能性にも注意が必要であろう。
- ◇ 医療費増加を受けて、公費負担も増加傾向を辿る見込みである。政府試算では、公費負担は 2015 年度に 17 兆円、2025 年度に 25 兆円となると見込まれており、財政の安定性をどのようにして確保するかは大きな課題である。
- ◇ 医療制度と財政の安定性を両立させるには、①医療費の抑制、②医療費の財源に占める公費負担比率の上昇抑制、③公費増加分の財源となる税収の確保、の 3 点についてバランスの取れた施策を講じることが求められる。また、中長期的な視点に立った医療保険制度改革（積立方式への移行や医療貯蓄口座の導入など）の検討を同時に進めることも必要であろう。

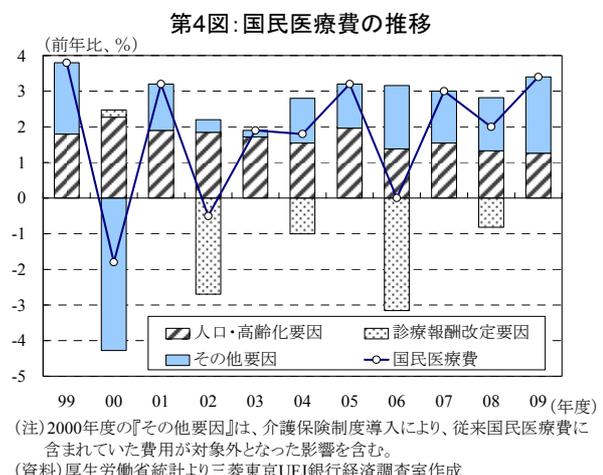
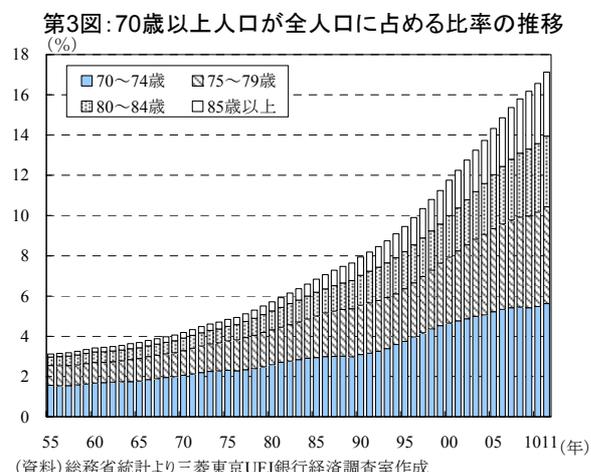
## 1. 医療費の増大とその背景

我が国の医療費は増加基調が続いており、20年前と比べて約1.7倍に増加している(第1図)。2009年度の国民医療費<sup>(注1)</sup>は36兆67億円(名目GDP比7.6%)となり、2010年度については37兆円台(同7.8%)に達した見込みである。医療費を押し上げている主な要因のひとつは、高齢化の進行である。年齢階級別の1人当たり国民医療費をみると、全年齢階級の平均が28.2万円であるのに対し、70歳以上の年齢階級ではその2~3倍となっている(第2図)。

(注1) 国民が支出した医療費の全体額。健康保険組合、国民健康保険等の医療保険制度を通じた支出のほか、公費単独、労災等、全額自費の医療支出も包摂する。



我が国の70歳以上人口は、1990年代以降増加ペースが加速し、2011年時点では2,189万人と、全人口の17.1%を占めるに至っている(第3図)。総人口がほぼ横ばいとなるなか、1人当たり医療費が相対的に大きい高齢層の増加が医療費の増加につながっている。なお、医療費の単価である診療報酬は、直近2回は小幅のプラス改定(2010年度+0.19%、2012年度+0.004%)であったが、それ以前は4回連続のマイナス改定(平均改定率▲1.9%)であり、医療費を抑制する方向に作用した(第4図)。



また近年は国民医療費の増減要因のうち、人口・高齢化要因と診療報酬改定要因に含まれない、その他要因による押し上げ幅が拡大している。具体的には、医療高度化による高額な治療・投薬の増加のほか、疾病構造や受療率の変化などがその他要因に含まれる。

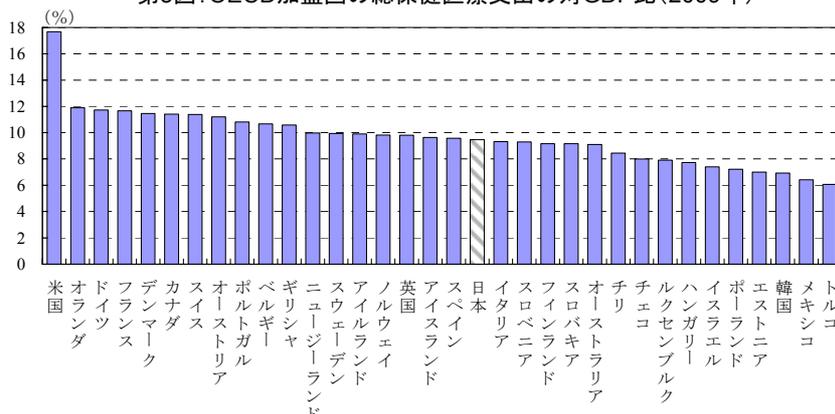
医療費の増加は国際的な潮流でもある。OECD 加盟国の総保健医療支出は 2009 年時点で対 GDP 比 12.6% となり、約 20 年間で 1.5 倍に増大した（第 1 表）。医療支出が群を抜いて大きい米国を除くと 2009 年の対 GDP 比は 9.8% に低下するが、この場合でも増加率は約 20 年間で 1.5 倍である。日本についてみると、2009 年の対 GDP 比は 9.5% で 34 カ国中の 19 位に位置している（第 5 図）。

第1表:OECD加盟国の総保健医療支出の対GDP比

	1970年	1975年	1980年	1985年	1990年	1995年	2000年	2005年	2009年
OECD加盟国	5.8%	6.9%	7.5%	8.2%	8.5%	9.6%	9.9%	11.2%	12.6%
同(米国除く)	4.7%	6.1%	6.4%	6.6%	6.6%	7.5%	8.7%	8.7%	9.8%
米国	7.1%	8.0%	9.0%	10.4%	12.4%	13.7%	13.7%	15.8%	17.7%
日本	4.4%	5.5%	6.4%	6.5%	5.8%	6.8%	7.6%	8.2%	9.5%

(資料)OECD統計より三菱東京UFJ銀行経済調査室作成

第5図:OECD加盟国の総保健医療支出の対GDP比(2009年)



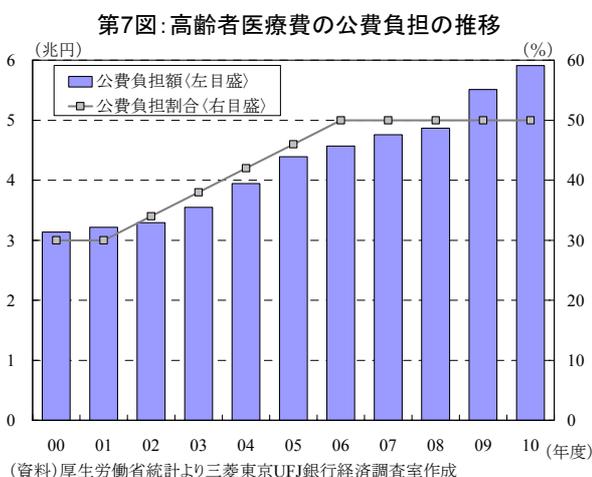
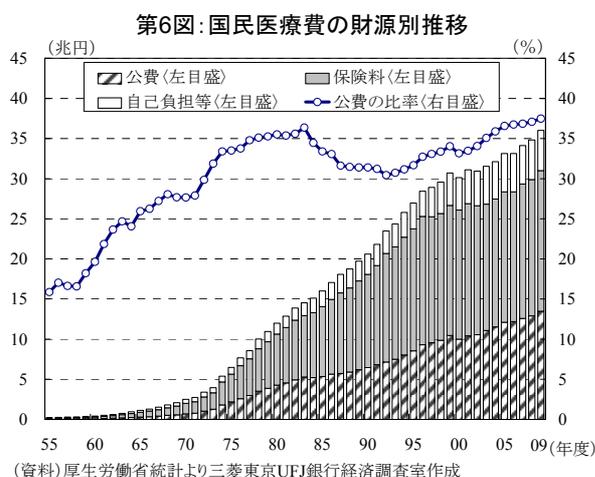
(資料)OECD統計より三菱東京UFJ銀行経済調査室作成

## 2. 増加が続く、医療費の公費負担

医療費の財源別の内訳をみると、2009年度の国民医療費 36兆67億円のうち、公費が13兆4,933億円（国9兆1,271億円、地方4兆3,662億円）、保険料が17兆5,032億円、自己負担等が4兆9,928億円となっている（第6図）。国民医療費全体の増加に伴って、いずれも増加傾向にあるが、1990年代後半以降はとくに公費の伸びが高まっており、財源に占める公費の比率は拡大傾向にある。2009年度における公費の比率は37.5%となり、5年連続で過去最高を更新した。公費増加の主な要因は、①高齢者医療費の公費負担比率引き上げと②公費負担比率が相対的に高い国民健康保険の加入者増加の二つである。

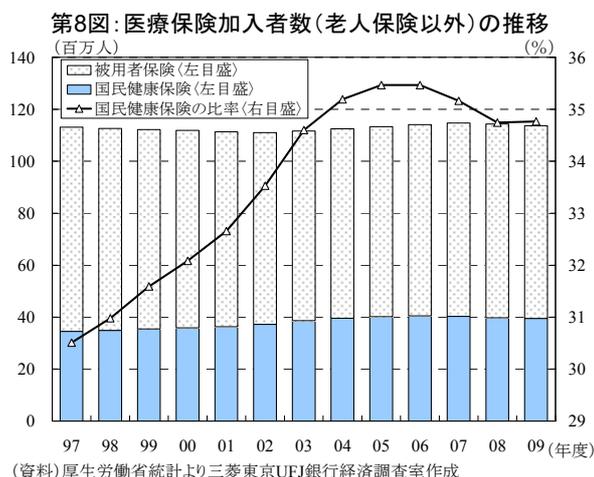
①点目については、2002年10月から2006年10月にかけて、老人保険制度（現在の後期高齢者医療制度）の公費負担比率が30%から50%へ段階的に引き上げられたことが影響している（第7図）。同期間においては、老人保険制度の対象年齢が70歳以

上から 75 歳以上に引き上げられており、高齢者向けの医療給付費自体は伸びが抑制されたものの、公費負担額は増加傾向を辿った。



②点目の要因についてみると、2000 年代半ばにかけて国民健康保険の加入者数は増加傾向を辿り、老人保険を除く医療保険加入者数に占める比率は 30% 台半ばまで上昇した (第 8 図)。退職者の増加に伴い、被用者保険から国民健康保険に移る加入者が増えたことや、失業者や被用者保険の対象外の非正規雇用者の増加が要因である。

医療保険の公費負担比率は、協会けんぽ (主に中小企業の雇用者が加入) では 13.9%、組合健保 (主に大企業の雇用者が加入) では 0.1% であるのに対し、国民健康保険では 37.2% であり、2009 年度は 4 兆 7,595 億円の公費が投じられている (第 2 表)。



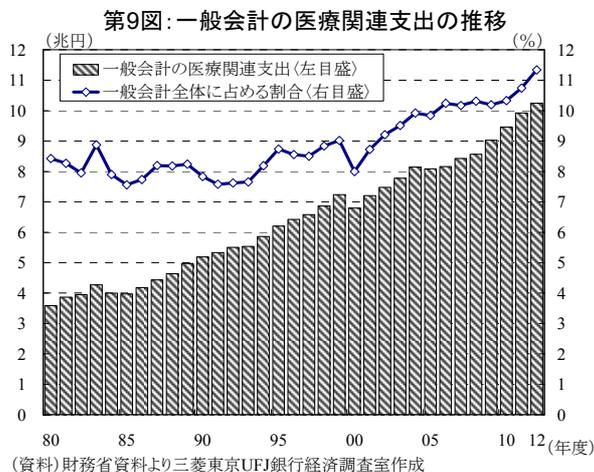
**第2表: 医療保険の公費負担 (2009年度)**  
(上段: 億円、下段: 財源に占める比率, %)

	公費負担		
	国庫	都道府県	市町村
被用者保険	9,747	9,747	—
	6.4	6.4	—
協会けんぽ	9,678	9,678	—
	13.9	13.9	—
組合健保	39	39	—
	0.1	0.1	—
船員保険	30	30	—
	7.7	7.7	—
共済組合	—	—	—
	—	—	—
国民健康保険	47,595	32,257	7,767
	37.2	25.2	6.1
後期高齢者医療制度	55,569	35,842	10,351
	49.8	32.2	9.3

(資料)厚生労働省統計より三菱東京UFJ銀行経済調査室作成

医療費の公費負担増加は、政府の財政を圧迫する大きな要因となっている。国の一般会計の医療関連支出は、2012 年度当初予算では 10 兆 2,442 億円となり、歳出全体の 11.3% を占めるに至っている (第 9 図)。1990 年度と比較すると、医療関連支出は 5 兆 570 億円増加しており、これは国債費の 7 兆 6,556 億円や年金関連支出の 7 兆 4,355

億円に次ぐ増加幅である（第3表）。また、この間における公債金（新規国債発行額）の増加幅は41兆2,508億円であり、公債金増加の約12%は医療関連支出要因によるものということもできよう。



第3表：一般会計予算の増減

	①1990年度	②2012年度	②-①
歳出	66.2	92.9	26.7
社会保障関係費	11.6	29.0	17.4
年金	3.4	10.9	7.4
医療	5.2	10.2	5.1
介護	0.0	2.3	2.3
福祉・雇用等	3.0	5.5	2.5
国債費	14.3	21.9	7.7
地方財政関係費	15.3	16.6	1.3
防衛関係費	4.2	4.7	0.6
文教及び科学振興費	5.1	5.4	0.3
公共事業関係費	6.2	4.6	▲1.6
その他	9.6	10.7	1.1
歳入(公債金以外)	60.6	46.1	▲14.6
公債金	5.6	46.8	41.3

(注)1. 当初予算ベース。  
2. 『2012年度』は、年金交付国債分を加算したベース。  
(資料)財務省資料より三菱東京UFJ銀行経済調査室作成

### 3. 社会保障・税一体改革による影響

政府は、社会保障の安定財源確保と財政健全化の同時達成に向け、社会保障・税一体改革（以下、一体改革）大綱を今年2月に閣議決定し（第4表）、6月には関連法案を国会に提出した。一体改革には、医療・介護分野について①医療・介護サービスの提供体制と②医療・介護保険制度の改革案が盛り込まれており、医療費の公費負担は一段と増加する見通しである。

第4表：社会保障・税一体改革大綱の概要

I. 社会保障改革	II. 税制抜本改革
<b>1. 子ども・子育て新システム</b> すべての子どもへの良質な育成環境を保障し、子どもと子育て家庭を応援する社会の実現に向け、地域の実情に応じた保育等の量的拡充、幼保一体化などの機能強化を行う子ども・子育て新システムを創設する。	<b>1. 消費課税</b> <b>①消費税</b> 2014年4月1日より8%へ、2015年10月1日より10%へ段階的に引上げ。引上げ分の消費税収の地方分は、消費税率換算で、2014年4月1日から0.92%分、2015年10月1日から1.54%分とする。
<b>2. 医療・介護等</b> ①地域の実情に応じた医療・介護サービスの提供体制の効率化・重点化と機能強化 ②保険者機能の強化を通じた医療・介護保険制度のセーフティネット機能の強化・給付の重点化、低所得者対策	<b>②その他の消費課税</b> 酒税、たばこ税、地球温暖化対策のための税、燃料課税、自動車取得税及び自動車重量税、印紙税等について見直す。
<b>3. 年金</b> ①新しい年金制度の創設 ②現行制度の改善	<b>2. 個人所得課税</b> 高い所得階層の負担増、金融所得課税の一体化、諸控除の見直し、高齢者・年金に関する税制の見直し、個人住民税の見直し
<b>4. 就労促進、ディーセント・ワーク(働きがいのある人間らしい仕事)の実現</b> ①高齢者雇用対策、有期労働契約、パートタイム労働対策、雇用保険制度 ②総合的ビジョン・若年者雇用対策	<b>3. 法人課税</b> 法人税率の引き下げ
<b>5. 貧困・格差対策の強化(重層的セーフティネットの構築)</b>	<b>4. 資産課税</b> 基礎控除の引下げ等を通じた課税ベースの見直し、最高税率の引上げを含む税率構造の見直し、直系卑属への贈与に係る贈与税の税率構造の緩和及び相続時精算課税制度の拡充等
<b>6. 医療イノベーション</b>	<b>5. 地方税制</b> 地方消費税を充実するとともに、地方法人課税のあり方を見直す。
<b>7. 障害者施策</b> 障害者が地域社会で安心して暮らすための総合的な障害者施策の充実	<b>6. その他</b> 「マイナンバー」の導入、国際的租税回避の防止、国際連帯税の検討
<b>8. 次世代を担う子ども・若者の育成</b>	
<b>9. 地方単独事業を含めた社会保障給付の全体像及び費用推計の総合的な整理</b>	

(資料)内閣官房資料より三菱東京UFJ銀行経済調査室作成

医療分野の具体的な改革案をみると（第5表）、①では病院・病床機能の分化・強化、在宅医療の推進、マンパワー（医療従事者）増強等、②では低所得者保険料軽減の拡充、短時間労働者に対する被用者保険の適用拡大、後発医薬品の使用促進等が掲げられている。

第5表:「社会保障・税一体改革大綱」の医療・介護改革の概要

<p>①地域の实情に応じた医療・介護サービスの提供体制の効率化・重点化と機能強化</p> <p>(1) 医療サービス提供体制の制度改革</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>i 病院・病床機能の分化・強化:急性期病床の位置付け明確化、病診連携、医療・介護連携、一般病棟長期入院の適正化</li> <li>ii 在宅医療の推進:在宅医療の拠点となる医療機関の趣旨及び役割、目標、医療連携体制等の明確化</li> <li>iii 医師確保対策:都道府県が担う役割の強化、医師のキャリア形成支援</li> <li>iv チーム医療の推進:高度な知識・判断が必要な一定の行為を行う看護師の能力を認証する仕組みの導入など</li> </ul> <p>(2) 地域包括ケアシステムの構築</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>i 在宅サービス・居住系サービスの強化:24時間対応訪問サービス、小規模多機能型サービス、サービス付き高齢者住宅の充実</li> <li>ii 介護予防・重度化予防:生活期のリハビリテーションの充実、ケアマネジメントの機能強化</li> <li>iii 医療と介護の連携の強化:在宅要介護者に対する医療サービスの確保、他制度・多職種チームケアの推進</li> <li>iv 認知症対応の推進:ケアモデルの構築、地域密着型サービスの強化、市民後見人の育成など権利擁護の推進</li> </ul> <p>(3) その他</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・外来受診の適正化等(生活習慣病予防等)</li> <li>・ICTの活用による重複受診・重複検査、過剰な薬剤投与等の削減</li> <li>・介護予防・重度化予防</li> <li>・介護施設の重点化(在宅への移行)</li> <li>・施設のユニット化</li> <li>・マンパワー増強</li> </ul> <p>②保険者機能の強化を通じた医療・介護保険制度のセーフティネット機能の強化・給付の重点化、低所得者対策</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(1) 市町村国保の低所得者保険料軽減の拡充など財政基盤の強化と財政運営の都道府県単位化</li> <li>(2) 短時間労働者に対する被用者保険の適用拡大</li> <li>(3) 長期高額医療の高額療養費の見直しと給付の重点化の検討:高額療養費を保険者が共同で支え合う仕組みや給付の重点化</li> <li>(4) 高齢者医療制度の見直し:高齢者医療の支援金を各被用者保険者の総報酬に応じた負担とする措置について検討</li> <li>(5) 国保組合の国庫補助の見直し:所得水準の高い国民健康保険組合に対する国庫補助の見直し</li> <li>(6) 介護1号保険料の低所得者保険料軽減強化:65歳以上の加入者の保険料(1号保険料)の低所得者軽減を強化</li> <li>(7) 介護納付金の総報酬割導入等:一定以上の所得者の利用者負担の在り方など給付の重点化についても検討</li> <li>(8) その他介護保険の対応:予防給付の内容・方法の見直し、自立支援型のケアマネジメントの実現に向けた制度的対応を検討</li> <li>(9) 後発品のさらなる使用促進、医薬品の患者負担の見直し等:ロードマップの作成、後発医薬品のある先発医薬品の薬価引き下げ</li> <li>(10) その他効率的で高機能な医療提供の推進:予防医療、チーム医療、本人・家族の意思を尊重した適切な医療の提供</li> <li>(11) 総合合算制度:家計全体をトータルに捉えて、医療・介護・保育等に関する自己負担の合計額に上限を設定</li> <li>(12) 難病対策:医療費助成について、助成対象の希少・難治性疾患の範囲拡大を含め、より公平・安定的な支援の仕組みを構築</li> </ul>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

(資料) 社会保障改革検討本部資料より三菱東京UFJ銀行経済調査室作成

政府の試算によれば、①の医療・介護サービスの提供体制の充実、1.4兆円程度(2015年時点、以下同じ)の公費負担増加要因となる(第6表)。また、②の医療・介護保険制度の充実による公費増加は1兆円程度とみられており、①と②の合計で2.4兆円程度公費が増加する見積もりとなっている。一方、医療・介護の重点化・効率化による公費負担軽減については、①では0.7兆円程度、②では0.5兆円程度であり、合わせても1.2兆円程度と、充実策による公費負担増加額の半分である。また、重点化・効率化策が想定ほどには公費削減効果を上げない可能性もある。政府試算では、2015年時点の公費純増額(充実による増加額から重点化・効率化による軽減額を差し引いたもの)を1.6兆円弱程度としており、重点化・効率化による公費負担の軽減が1.2兆円に届かない可能性を織り込んでいる模様である。また、2025年時点の公費純増額は2.3兆円程度と試算されている。

なお、政府の試算額は医療と介護の合算ベースだが、個別施策の所要額等から内訳

を算出すると、2015年の公費純増額のうち、医療は1.1兆円弱程度、介護は0.5兆円弱程度である。また2025年については、医療は1.6兆円程度、介護は0.7兆円程度と試算される。

第6表:「社会保障・税一体改革大綱」における医療・介護改革の所要額

	充実 (金額は2015年時点の公費)		重点化・効率化 (金額は2015年時点の公費)		所要額(公費)	
					2015年	2025年
① 地域の実情に 応じた医療・ 介護サービスの 提供体制の 効率化・重点 化と機能強化	・病院・病床機能の分化・強化と連携 ・在宅医療の充実等	+8,700億円程度	・平均在院日数の減少等	▲4,300億円程度	0.4兆円程度	1.3兆円程度
			・外来受診の適正化等	▲1,200億円程度	▲0.1兆円程度	▲0.6兆円程度
	・介護施設のユニット化	+2,500億円程度	・介護予防・重度化予防 ・介護施設の重点化(在宅への移行)	▲1,800億円程度	0.1兆円程度	1.2兆円程度
	・上記の重点化に伴うマンパワー増強	+2,400億円程度			0.2兆円程度	0.4兆円程度
	小計	～1.4兆円程度		小計	～▲0.7兆円程度	～0.6兆円程度 ～2.3兆円程度 (施策が全て実現する場合)
② 保険者機能の 強化を通じた 医療・介護保 険制度のセーフ ティネット機能 の強化・給付の 重点化、低所得 者対策	a 被用者保険の適用拡大と国保の財政基盤の安定化・強化・広域化				～0.3兆円程度	—
	・国保の財政基盤強化 (低所得者保険料軽減の拡充等)	+2,200億円程度	・被保険者の適用拡大	▲1,600億円程度 (完全実施の場合)		
	b 介護保険の費用負担の能力に応じた負担の要素強化と低所得者への配慮、保険給付の重点化				～0.1兆円程度	—
	・1号保険料の低所得者保険料 軽減強化	+1,300億円程度	・介護納付金の総報酬制導入	▲1,600億円程度 (完全実施の場合)		
	c 高度・長期医療への対応(セーフティネット機能の強化)と給付の重点化				〔 総合合算制度 ～0.4兆円程度 〕	—
・長期高額医療の高額療養費の 見直しによる負担軽減	+1,300億円程度	・受診時定額負担等	▲1,300億円程度 (初診・再診時 100円の場合)			
d その他						
	・総合合算制度		・後発医薬品の更なる使用促進 ・医薬品の患者負担の見直し ・国保組合の国庫補助の見直し			
	小計	1兆円程度(改革の内容により変動)	小計	▲0.5兆円程度(改革の内容により変動)	～1兆円弱程度	—
合計		～2.4兆円程度(改革の内容により変動)		～▲1.2兆円程度(改革の内容により変動)	～1.6兆円弱程度	～2.3兆円程度
うち医療		～1.6兆円程度		～▲0.85兆円程度	～1.1兆円弱程度	～1.6兆円程度
介護		～0.8兆円程度		～▲0.35兆円程度	～0.5兆円弱程度	～0.7兆円程度

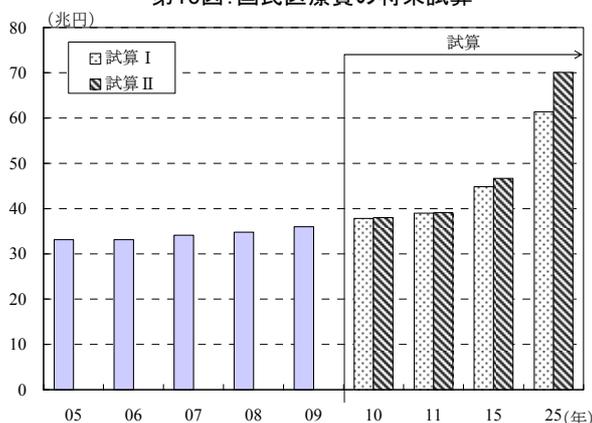
(注)所要額の合計の内訳(医療と介護)は、当室試算。

(資料)社会保障改革検討本部資料より三菱東京UFJ銀行経済調査室作成

#### 4. 医療費等の将来試算

医療費は今後も、高齢化や医療の高度化、一体改革に伴う制度変更などによって増加基調が続くことが見込まれる。政府の将来試算によると、国民医療費は2009年度の36兆円から、2015年度には45兆円となり、2025年度には61兆円に増加する見通しとなっている(第10図 試算I)。

第10図:国民医療費の将来試算



(資料)厚生労働省統計等より三菱東京UFJ銀行経済調査室作成

試算の前提

	試算I	試算II
人口 (国立社会保障・人口問題 研究所の推計使用)	2006年の 出生高位・ 死亡中位推計	2012年の 出生高位・ 死亡中位推計
一体改革における 医療・介護分野の改革①	充実と重点化・ 効率化の両方 を実施	充実のみを 実施
各種要因による医療費 の押し上げ	医療高度化等	毎年1.9%
	高齢化	毎年0.8%
	診療報酬改定	毎年0.4%
	一体改革	毎年0.1%
		毎年1.0%

(注)『試算I』と『試算II』では人口の前提が異なるが、高齢化要因に大きな差は生じていない。

なお、政府の将来試算は、制度変更の前提条件として、一体改革における医療・介護分野の改革①（地域の実情に応じた医療・介護サービスの提供体制の効率化・重点化と機能強化）を織り込み、充実による医療費増加と重点化・効率化による医療費抑制がともに行なわれることを仮定している。もっとも、平均在院日数の短縮等の効率化が想定通りに進むかは不確定要素が多く、一体改革による医療費の増加が上振れする可能性は否定できない。仮に医療・介護分野の改革①のうち、充実化のみが実施され、重点化・効率化が実施されない場合、2015年度の国民医療費は47兆円、2025年度は70兆円と推計される（第10図 試算Ⅱ）。

医療費の増加が財政に与える影響についてみると、政府の試算では、公費負担（国庫＋地方）が2015年度に17兆円、2025年度に25兆円となると見込まれている（第7表 試算Ⅰ - a）。なお、この試算では、一体改革における医療・介護分野の改革②（保険者機能の強化を通じた医療・介護保険制度のセーフティネット機能の強化・給付の重点化、低所得者対策）は前提とされていない。また、公費負担の内訳については、国庫と地方の比率が足元から一定と仮定すると、国庫分は2015年度が11兆円、2025年度が17兆円と試算される。「2」で述べたように、医療関連支出の増加は、国の財政の大きな圧迫要因となっているが、今後さらに増大する公算が大きいといえよう。

第7表：医療費の公費負担の将来試算

		2011年度			2015年度			2025年度		
		国民医療費	公費負担	国庫	国民医療費	公費負担	国庫	国民医療費	公費負担	国庫
試算Ⅰ	a	39兆円	14兆円	10兆円	45兆円	17兆円	11兆円	61兆円	25兆円	17兆円
	b					17兆円	12兆円		26兆円	17兆円
	c					18兆円	12兆円		26兆円	18兆円
試算Ⅱ	a	39兆円	14兆円	10兆円	47兆円	18兆円	12兆円	70兆円	29兆円	19兆円
	b					18兆円	12兆円		29兆円	20兆円
	c					18兆円	12兆円		30兆円	20兆円

(注)『試算Ⅰ』『試算Ⅱ』の前提条件については、第10図を参照。

試算の『a』は、一体改革における医療・介護分野の改革②（以下、改革②）を織り込まないケース。

試算の『b』は、改革②の充実と重点化・効率化を織り込むケース。

試算の『c』は、改革②の充実のみを織り込むケース。

(資料)厚生労働省統計等より三菱東京UFJ銀行経済調査室作成

加えて、国庫負担が上振れする可能性についても留意しておく必要がある。国民医療費についての試算Ⅱを前提とした場合、2025年度の国庫負担は19兆円となる（第7表 試算Ⅱ - a）。また、一体改革における医療・介護分野の改革②を前提に織り込み、かつ重点化・効率化による公費増加の抑制が行なわれないケースを想定すると、2025年度の国庫負担は20兆円と試算される（第7表 試算Ⅱ - c）。

## 5. 医療制度と財政の安定性確保に向けて

2025年度にかけて、医療費の国庫負担額が1.7倍から2倍程度に増加する可能性が存在するなか、財政の安定性をどのようにして確保するかは大きな課題である。今般、一体改革の一環として消費税率の10%への引き上げが決定したが、十分とはいえない。5%の引き上げ分（13.5兆円程度）のうち、1.54%分は地方の財源であり、国の財源の

増加は3.46%分（9.3兆円程度）にとどまる。また、国の増税分のうち2.9兆円程度を基礎年金の国庫負担分に充当することを始め、医療以外の社会保障の財源確保も求められている。さらにいえば、増税を行なったとしても、将来にわたって歳出の増大が続くのであれば、財政赤字は再び拡大に向かい、いずれかの段階で追加的な措置が必要となろう。

医療制度と財政の安定性を確保するには、①医療費の抑制、②医療費の財源に占める公費負担比率の上昇抑制、③公費増加分の財源となる税収の確保、の3点について施策を講じることが求められる。ここで重要となるのは、どの点についての施策もいずれかの経済主体の負担増加となるため、バランスのとれた議論が不可欠ということである。例えば、診療報酬の抑制は病院等の医療サービス提供者の、保険料の引き上げは主として現役世代や企業の、自己負担の増加は主として高齢世代の負担増加要因となる（第8表）。負担増が特定の経済主体に偏れば、反発は避けられず、施策の実現は覚束なくなろう。

また、新制度の導入も検討していく必要がある。医療保険制度を現在の賦課方式から積立方式に移行した場合、将来世代の保険料負担が極端に上昇することを回避して、世代間の公平性を高め、制度の持続性を高めることができる。ただし、現在、保険料を納めている世代にとっては負担増となる可能性や、移行コスト<sup>(注2)</sup>など解決すべき課題も少なくない。加えて、拙速を避けるため制度設計に相当の時間をかけることが求められよう。現実的には、まず現行制度のなかで、相応の負担増加について各経済主体の理解を得つつ、それと並行して新制度導入に向けた準備を着実に進めるといふ、二段構えの施策が必要だと考える。

第8表：医療制度と財政の安定性確保のために考える施策

施策	利点	課題
診療報酬引き下げ等	医療費そのものを抑制することができる。	医療サービス提供者の負担となるため、病院経営が不安定化したり、医療人材の確保に支障をきたすおそれがある。
保険料引き上げ	医療費の保険料負担比率を引き上げることで、公費負担の抑制が可能。	保険料の大部分を納める現役世代や企業の負担が増加する。
自己負担引き上げ	医療費の自己負担比率を引き上げることで、公費負担の抑制が可能。	医療サービスの利用が多い、高齢世代の負担がとくに増加する。
医療保険の積立方式への移行	現行の賦課方式から積立方式へ移行することで世代間不公平を是正しうる。将来世代の保険料負担が軽減される。	現在保険料を納めている世代の大部分については保険料が増加する。移行期のコストが大きい。
医療貯蓄口座(MSA)の導入	個人勘定であるため積立を行なうインセンティブが明確。自己負担比率の引き上げを同時に行なうことにより、公費負担の抑制につながる。	公費負担を確実に抑制しうる規模で導入するには、大幅な税優遇措置などを盛り込む必要がある。
消費税等の追加増税	公費負担の財源確保につながる。	政治的にハードルが高い。

(資料)各種資料より三菱東京UFJ銀行経済調査室作成

(注2) 賦課方式の場合、保険料はそのまま医療費の給付に充てられるのに対し、積立方式では一旦プールされるため、制度の移行期に財源の空白期間が生じる。その空白期間の医療費を賄うためには、公費等で手当てする必要がある。

以上

(H24.7.25 高山 真 shin\_takayama@mufg.jp)

発行：株式会社 三菱東京UFJ銀行 経済調査室  
〒100-8388 東京都千代田区丸の内 2-7-1

当資料は情報提供のみを目的として作成されたものであり、金融商品の売買や投資など何らかの行動を勧誘するものではありません。ご利用に関しては、すべてお客様御自身でご判断下さいますよう、宜しくお願ひ申し上げます。当資料は信頼できるとされる情報に基づいて作成されていますが、当室はその正確性を保証するものではありません。内容は予告なしに変更することがありますので、予めご了承下さい。また、当資料は著作物であり、著作権法により保護されております。全文または一部を転載する場合は出所を明記してください。