

2025年度に向けた7つの目標

社会保障改革しか道はない

NIRA 研究報告書

2015.5

EXECUTIVE SUMMARY

2020年度の基礎的財政収支黒字化は、財政健全化という「長い道のり」の「一里塚」でしかない。長期的な財政健全化を達成するためには、社会保障の財源を消費税によって確保することで社会保障の受益と負担の均衡を目指すことが基本となる。また現在の社会保障制度は、非効率かつ不公平であり、高齢社会にふさわしい制度とはいえない。その意味でも、団塊世代が全員75歳に達する2025年度までに社会保障改革を実施すべきである。

2025年度までの社会保障改革のあり方における考え方は以下の4つの柱にまとめられる。第1に、受益と負担の均衡を通じた社会保障制度の持続性を確保することである。第2に、世代間の格差を縮小することである。第3に、年齢・世代の違いだけに注目するのではなく、その人が所得・資産などの面で困っているか、困っていないかを見極め、「困っている人」を集中的に支援することである。最後に、「困っている人」を減らし、「困らない人」を増やしていくことも必要となる。

これらの4つの柱を軸に提示する7つの目標を、社会保障改革の実現により、2025年度までに達成することを提案する。

●第1の柱：財政・社会保障制度の持続性を確保する

目標1：消費税を財源に社会保障の受益と負担の均衡を目指すとともに、非社会保障費の削減や消費税以外の税による財源確保によって、プライマリーバランスの黒字化を実現し、債務残高対GDP比率を安定的に引き下げる。その結果、2025年度までに債務残高対GDP比を、現在の195%（2015）から170%以下の水準とする。

●第2の柱：世代間の格差を縮小する

目標2：社会保障給付に占める現役世代（59歳以下）への支出割合を5.5%（2012）から米、英、独、仏、スウェーデン5カ国の平均並みの10%に引き上げる。

関連施策－子育て対策、両立支援、マクロ経済スライドの完全実施、公的年金等控除の圧縮

●第3の柱：必要な人に必要なサポートを行う

目標3：65歳以上の相対的貧困率を19%（2009）からOECD平均並みの12%に、18～25歳の相対的貧困率を19%（同）からOECD平均並みの14%に引き下げる。

関連施策－支給開始年齢までの約3～5年を対象とした「つなぎ年金」創設など

目標4：要介護3～5の給付重点割合を64%（2012）から要介護3～5の割合である80%に引き上げ、軽度者から重度者への給付の重点化を図る。

関連施策－軽度者の重度化予防および予防医療の実施、ボランティアによる支援

●第4の柱：「困らない人」を増やす

目標5：70～74歳の就業率を、現在の水準から男女ともに40%ポイント程度引き上げる（注1）。

関連施策－年金の支給開始年齢の引き上げなど

目標6：在宅（介護老人保健施設、老人ホームを含む）での死亡率を22.2%（2013）から、例えば欧米の在宅死亡率の水準である50%程度に引き上げ、希望する人が在宅で看取られながら最期を迎えることができるようにする。

関連施策－プライマリ・ケア専門医の制度確立、病院再編など

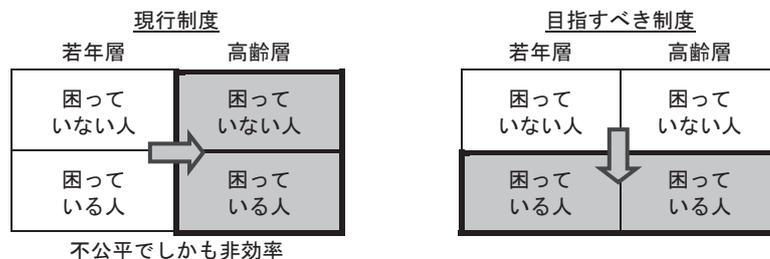
目標7：被雇用者が被雇用者にふさわしい社会保険制度に加入できるようにするべく、約30万事業所ある厚生年金の未適用事業所（注2）を早急にゼロにし、その上で、制度改正によってさらなる加入を進める。

関連施策－一層の執行強化、低所得者層に給付付き税額控除の導入など

（注1）男性は31%（2012）から65～69歳の水準である70%へ、女性は17%（同）から60%へとする。

（注2）厚生年金保険・健康保険の適用を届け出ず、保険料の納付を免れている可能性のある事業所

社会保障改革の方向性



Contents

総論	1. 2025年度までに社会保障改革を実行せよ	1
	2. 中長期的な社会保障改革の基本的な考え方	2
	3. 7つの目標を軸に改革を進める	4
各論		
第1章	医療分野の改革の方向性	9
	1. 日本の医療の問題点は何か	9
	2. 費用対効果への認識が希薄	11
	3. 費用対効果の高い医療への転換	15
	4. その他の検討事項	19
	5. おわりに	21
	参 考 終末期医療	23
第2章	介護保険制度分野の改革の方向性 —軽度者から重度者へのシフト、 要介護認定の精緻化—	27
	1. 給付の効率化・重点化と要介護認定の精緻化	27
	2. 一定以上所得者への利用者負担の引き上げ	28
第3章	年金分野の改革の方向性	31
	1. 解決すべき2つの課題：制度の持続可能性と給付の十分性	31
	2. 制度の持続可能性を高めるために	32
	3. 給付の十分性を確保するために	36
	4. 改革に取り組む姿勢	38
第4章	所得税改革の必要性 —社会保障制度改革と統合的な改革—	41
	1. 所得控除から税額控除へ	41
	2. 公的年金等控除等の見直しも必要	44

第5章	社会保障改革のための医療費統計の整備	49
	1. 医療費統計は議論のインフラ.....	49
	2. 「国民医療費」と OECD 「総保健医療支出」.....	50
	3. 医療費統計整備に向け何をすべきか.....	53
おわりに	経済成長を促す社会保障改革	57
参考 1	NIRA 有識者提言第 1 弾..... 今こそ、財政健全化への決意を示すとき	61
参考 2	NIRA 有識者提言第 2 弾..... 財政健全化に向けた具体策はここにある	67
	NIRA 財政・社会保障制度に関する研究会.....	73

総論

土居丈朗、鶴光太郎、井伊雅子

小塩隆士、西沢和彦、柳川範之

要旨

2020年度の基礎的財政収支黒字化は、財政健全化という「長い道のり」の「一里塚」ではない。長期的な財政健全化を達成するためには、社会保障の財源を消費税によって確保することで社会保障の受益と負担の均衡を目指すことが基本となる。また現在の社会保障制度は、非効率かつ不公平であり、高齢社会にふさわしい制度とはいえない。その意味でも、団塊世代が全員75歳に達する2025年度までに社会保障改革を断行すべきである。

2025年度までの社会保障改革のあり方における考え方は以下の4つの柱にまとめられる。第1に受益と負担の均衡を通じた社会保障制度の持続性を確保することである。第2に、世代間の格差を縮小することである。第3に、年齢・世代の違いだけに注目するのではなく、その人が所得・資産などの面で困っているか、困っていないかを見極め、「困っている人」を集中的に支援することである。最後に、「困っている人」を減らし、「困らない人」を増やしていくことも必要となる。

これらの4つの柱を軸に提示する7つの目標を、社会保障改革の実現により、2025年度までに達成することを提案する。

1. 2025年度までに社会保障改革を実行せよ

NIRA 有識者提言「社会保障改革しか道はない」（第1弾および第2弾）で最も強調した点は、2020年度の財政健全化目標である基礎的財政収支の黒字化は必ず達成しなければならないこと、また、そのために具体的な項目や規模が明示された歳出・歳入改革を策定しなければならないことである。

財政の現状を見ると、社会保障支出はほぼ一貫して上昇し、高水準に達しているのに対して、非社会保障支出の対GDP比は、OECD諸国と比較して最低水準となっており、その削減余地は限られている。財政健全化の「本丸」は、社会保障における過剰な支出の削減や効率化である。そこで、第2弾提言では、医療・介護・年金の各分野における個別具体的な改革策の実行により公費ベースで基礎的財政収支赤字を3.4兆円～5.5兆円程度削減

できるとする試算を示した。

しかし、2020年度の基礎的財政収支黒字化は財政健全化という「長い道のり」の「一里塚」でしかない。最終的な財政健全化目標である利払いを含めた財政収支の黒字化を達成するためには、まずは、社会保障の財源を消費税によって確保することで社会保障の受益と負担の均衡を目指すことが基本となる。一方、社会保障改革は財政健全化の目的のためだけに行われるべきものではないことも明らかだ。現在の社会保障制度は、効率性や公平性を欠いており、高齢社会にふさわしい社会保障制度とはいえない。

そこで、われわれは団塊世代が全員75歳に達する2025年度までを改革の実行期間と定め、その期間に実施すべき社会保障改革を提示する。これが第3弾の提言の狙いである。2025年度までの社会保障改革のあり方における基本的な考え方は以下の4つの柱にまとめられる。

2. 中長期的な社会保障改革の基本的な考え方

(1) 第1の柱：財政・社会保障制度の持続性を確保する

2025年度までの社会保障改革を考える上での第1の柱は、受益と負担の均衡を通じた社会保障制度の持続性を確保することである。

わが国は、全体の人口が減少する中で、少子高齢化が今後さらに進み、高齢者の数が増えることによって社会保障給付が増加することが見込まれている。厚生労働省の推計によれば、2012年度から2025年度にかけて社会保障給付の財源である税・保険料の基盤となるGDPは約27%の伸びにとどまる一方、社会保障給付費は約36%も増加するとされている。

つまり、現行制度を放置すれば、社会保障分野における受益と負担の不均衡は悪化する一方である。こうした状況に歯止めをかけ、社会保障制度の持続性を確保するためには、社会保障・税一体改革時に明示された、消費税の社会保障財源化の枠組みを維持・進化させていくべきである。必要な社会保障給付を確保しつつ、その財源は将来世代に付けを回すことなく、今を生きる世代が老若を問わず負担する消費税によって、安定的に確保する。これこそが、社会保障の受益と負担の均衡への道筋である。

それと同時に、今後累増していく利払費も直視しなければならない。政府は2020年度以降に債務残高対名目GDP比の安定的な引き下げを目指すとの目標を掲げている。中長期的には名目長期金利が名目経済成長率を上回って推移する蓋然性も高いことから、基礎的財政収支について一定の黒字幅を確保する必要がある。

(2) 第2の柱：世代間格差を縮小する

受益と負担の不均衡を見直していく上で、忘れてはならないのは世代間格差の問題である。わが国の社会保障制度は、高度成長期に形作られたため、勤労世代に負担を負わせて高齢世代に給付するという賦課方式的な形で運営されている。このため、世代間で受益と負担について大きな格差が生まれている。世代別の社会保障等の受益額を見ると、60歳代、70歳代以上に集中している一方、負担額では、40歳代、50歳代の現役負担が相対的に大きくなっている。また、日本は欧米に比べ高齢者施策に偏り、家族施策、現役施策の割合が低くなっている。

人口減少・少子高齢化社会においては、全体の人口が減る中で、勤労世代の人口が減り、高齢世代の人口が増えるため、勤労世代の1人当たり負担はますます増え、高齢世代の純受益（受益マイナス負担）に比べると、若い世代の負担超過がますます増えてしまう。社会保障をめぐる世代間の受益と負担の格差がさらに拡大すれば、これを目の当たりにする将来世代は、社会保障制度に対し強い不信感を抱き、負担を拒むことすら起きかねない。つまり、世代間格差の放置は社会保障制度の持続可能性を大きく損なう一大事である。したがって、社会保障制度の持続性維持のためには、世代間格差を縮小し、国民が制度に対し信頼を寄せ、受益と負担の関係に対して納得感を持てるような改革を行う必要がある。

(3) 第3の柱：「困っている人」に必要なサポートを

さらに、社会保障給付の改革を検討する場合、「困っている人に必要なサポートを」という原則を大きく掲げるべきであろう。社会保障給付は、単純に削減すればよいわけではなく、国民生活のセーフティネットとしての役割は維持しなければならない。社会保障給付によって保障される国民生活の質を維持・向上させつつも、過剰に費用がかかっている部分を効率化したり、社会保障にとって真に有用ではない支出を削減したりすることに躊躇してはならない。必要以上の給付は行わないとする「給付の十分性」の達成が求められている。

しかしながら、現行制度は年齢・世代を基準にして負担と給付の仕組みを設定しているため、「困っていない人」も支援し、真に「困っている人」への支援が不十分になっている面もある。そこで、社会保障改革を進めるに際しては、高齢層・現役層といった年齢・世代の違いだけに注目するのではなく、その人が所得・資産などの面で困っているか、困っていないかを見極め、「困っている人」を集中的に支援するという姿勢が重要となる（図表 I-1-1）。

そのため、高齢層にも所得に応じた税負担、自己負担をお願いし、制度を維持するために各世代が負担を分かち合うべきである。また、現役世代、高齢者世代にかかわらず、低

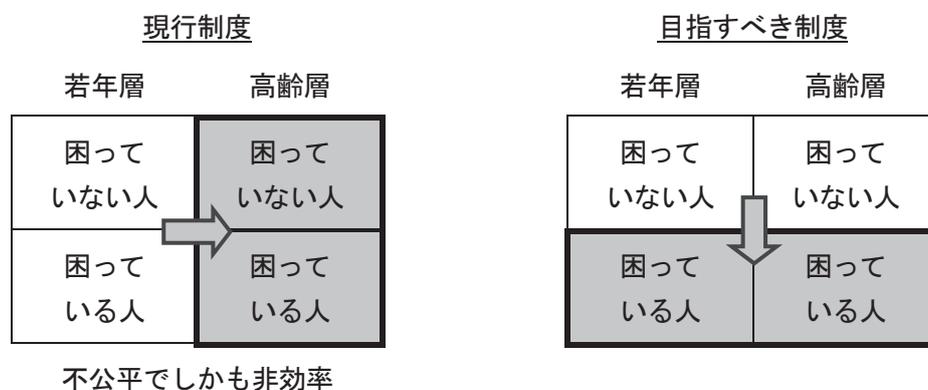
所得・低年金層の保障を強化する必要がある。

これらは、公平性の観点から見ても必要な対応策であり、また、無用な世代間対立を招かず、「シルバー民主主義」の制約を回避することもできる。しかも、少子高齢化によって次の世代に残す富がますます少なくなっている現在、社会保障の重点化・効率化は将来世代の経済的便益を守るという観点からも強く要請される場所である。

(4) 第4の柱：「困らない人」を増やす

最後に、「困っている人」を減らし、「困らない人」を増やしていくことも必要だ。就業促進による貧困防止の取組にシフトしていくことができれば、国民に大きな「痛み」が伴うことなしに、給付を大幅に節約することが可能になる。高齢者は健康状況にもばらつきは大きく、病弱では就業もままならない。そのため、「疾病予防」の考え方がかなり重要になってきていることを指摘しておきたい。寝たきりになる高齢者を減らし、健康寿命を延ばすことができれば、生活の質を落とさずに、生きがいのある人生を送ることもできるだろう。このように、就労促進による貧困の防止、予防医療による疾病重篤化の防止といったように、事後的救済から「予防」という視点を十分取り込んで社会保障制度の設計を行うべきであろう。

図表 I-1-1 社会保障改革の方向性



3. 7つの目標を軸に改革を進める

社会保障の改革は、財政のために必要なだけでなく、社会保障そのもののためにも不可欠なことだという認識は、広く国民に共有されるべきポイントだろう。問題の解決を困難にしているのは、抜本的な改革には時間がかかり、中長期的な覚悟を持って臨まなければならない点だ。そもそも社会保障分野の支出削減は、国民に「痛み」を強いる場合が多

く、そのため政治的にも大きな抵抗が生じやすい。それだけに改革の実行に当たっては、強い政治的決意と同時に、実行を後押しするための工夫が必要となる。

そのため、社会保障改革の実現に当たり、2025年度の目標をマクロ的に定め、それだけでコミットすることを提案する。社会保障分野のように、利害が対立する局面が多くあり、細かい個別問題で改革の合意が非常に取りづらい場合、個別問題ごとにそれぞれの事情を勘案しながら支出削減を進めようとする、結局前にまったく進まない恐れが大きい。その場合に、マクロ的目標設定にコミットメントすることが制約となり、改革の推進力となり得る。

具体的には、以下のとおり社会保障改革の実現により、以下の7つの目標を、2025年度までに達成することを提案する。

(1) 第1の柱：財政・社会保障制度の持続性を確保する

目標1：消費税を財源に社会保障の受益と負担の均衡を目指すとともに、非社会保障費の削減や消費税以外の税による財源確保によって、プライマリーバランスの黒字化を実現し、債務残高対GDP比率を安定的に引き下げる。その結果、2025年度までに債務残高対GDP比を、現在の195%（2015）から170%以下の水準とする。

(2) 第2の柱：世代間の格差を縮小する

目標2：社会保障給付に占める現役世代（59歳以下）への支出割合¹を5.5%（2012）から米、英、独、仏、スウェーデン5カ国の平均並みの10%に引き上げる。

関連施策－子育て対策、両立支援、マクロ経済スライドの完全実施、公的年金等控除の圧縮（→第3章）

(3) 第3の柱：必要な人に必要なサポートを行う

目標3：65歳以上の相対的貧困率を19%（2009）からOECD平均並みの12%に、また、18～25歳の相対的貧困率を19%（同）からOECD平均並みの14%に引き下げる。

関連施策－一定年から支給開始年齢までの3～5年程度を対象とした「つなぎ年金」、および公的年金を補完する「上乘せ年金」の創設、高齢者就業率の引き上げ（第3章）

目標4：要介護3～5の給付重点割合を64%（2012）から要介護3～5の割合である80%に引き上げ、軽度者から重度者への給付の重点化を図る。

¹ 家族支援のための支出割合

関連施策－軽度者の重度化予防および予防医療の実施、ボランティアによる支援（→第1章、第2章）

（4）第4の柱：「困らない人」を増やす

目標5：70～74歳の就業率を、現在の水準から男女ともに40%ポイント程度引き上げる（男性は31%（2012）から1980年当時同じ平均寿命であった65～69歳の水準である70%へ、女性は17%（同）から男性とおおむね同じ率を引き上げて60%へとする）。

関連施策－年金の支給開始年齢の引き上げ、定年から支給開始年齢までの3～5年程度を対象とした「つなぎ年金」、および公的年金を補完する「上乘せ年金」の創設（→第3章）

目標6：在宅（介護老人保健施設、老人ホームを含む）での死亡率を22.2%（2013）から、例えば欧米の在宅死亡率の水準である50%程度に引き上げ、希望する人が在宅で看取られながら最期を迎えることができるようにする。

関連施策－「施設から地域へ」の医療体制の転換。例えば、プライマリ・ケア専門医（総合診療専門医）の制度確立、病院再編など（→第1章）

目標7：被雇用者が被雇用者にふさわしい社会保険制度に加入できるようにするべく、約30万事業所ある厚生年金の未適用事業所（適用調査対象事業所＝厚生年金保険・健康保険の適用を届け出ず、保険料の納付を免れている可能性のある事業所）を早急にゼロにし、その上で、制度改正によってさらなる加入を進める。

関連施策－一層の執行強化、低所得者層に給付付き税額控除の導入、厚生年金の適用範囲の拡大（→第4章）

各 論

第1章 医療分野の改革の方向性

井伊雅子

(資料提供 森山美知子¹、松下明²)

要旨

日本の医療は費用対効果に基づいた標準化がなされていないことが、無駄な医療支出につながっている可能性がある。医師が行う診療の質を担保することにより、質を高めつつ、医療費を削減することは可能である。具体的には、第1に、医薬品や医療機器等の保険収載、価格決定へ費用対効果分析を導入し、費用対効果に基づいた診療ガイドラインの導入や質の担保された専門医研修の必修化（自由標榜制度や自由開業医制度の見直し）を医師の責任で進める、第2に、地域に密着したプライマリ・ケアの専門医の制度を確立する、第3に、政府の介入により医療機関を再編し、医療機関数と病床数を削減する、である。

同じ製剤で先発品から後発品への転換が起これば、ある程度の医療費削減が見込める。しかし日本では、新薬が出ると売り上げがそちらにシフトする傾向がある。そのため、特許切れの先発品や後発品への転換ではなく、特許切れの先発品から後発品のない別の新薬への転換が起こる。つまり優越性が必ずしも明確でない新薬の売り上げが増加してしまう。そのため後発品の推進だけでは医療費削減効果は限界があり、各国が進めている費用対効果分析に基づく評価が不可欠となる。

1. 日本の医療の問題点は何か

(1) 疾病の重症化・再発化が起きている

医療改革を進める上で、大切なことは「病気を治す」医療から「健康生活を維持する」医療へと転換することだ。今日、外来診療や入院治療の多くは、人生80年という長寿化、急速な高齢者の増加を背景に、生活習慣病、慢性疾病が原因となっている。高齢化に伴い急性疾患から慢性疾患へと大きく医療ニーズがシフトしており、これからは病気を治すだけでなく病気になることを予防する、あるいは慢性の病気をうまく管理して、それを悪化させない医療に移行することが、一層重要になってくる。

¹ 広島大学大学院教授

² 岡山家庭医療センター長、岡山大学客員教授

しかしながら、現実には、適切な治療を受けていないために疾病が重症化・再発して、不必要な入院医療が起り、医療費・介護費を押し上げているケースが多い。長引く入院は、高齢者の認知症の悪化、筋力低下、そして転倒等の危険を招く。そして、介護を必要とする事態に陥る。介護に至るのは、多くの場合医療不足が原因ではない。それどころか、外来の受診回数が多く、頻繁に医師にかかり、検査や投薬を重複して受けている高齢者が実に多い。

現在の医療保険制度は、多くの日本人が感染症や急性疾患で亡くなった時代に作られたものだ。したがって、医療者（特に医師や看護師）の教育や、支払制度も「医療者が病気を治す」ための制度となっており、「国民1人ひとりが自分の健康に責任を持ち、健康生活を維持する」ための制度とはなっていない。この制度の問題は、医療費にも現れている。国民健康保険の外来医療費の上位を見てみると、高血圧や脂質異常症、糖尿病といった生活習慣病が占めている。また、入院医療費についても、脳梗塞、心不全、腎不全、心筋梗塞といった、生活習慣病がリスクファクターになる疾患が上位に位置する。これらは、実は、予防対策により発症・再発・重症化予防の可能な疾患である（第2弾提言³のコラムを参照）。

中でも、脳卒中を初めとする脳血管疾患は、介護保険の要介護4・5を生み出す要因ともなっている。医療・介護を一体的に提供することにより脳血管疾患の発症予防を行い、介護負担を軽減することは重要だ。また、脳血管疾患は、近年社会問題となっている認知症発症の大きな要因の1つであり、認知症にかかる医療費は、後期高齢者の医療費の大きな部分を占めている（介護費でなく医療費そのものが高い）。また、高齢者に多く見られる骨折も運動を取り入れることで予防でき、寝たきり予防にもつながる。こうした一例をとってもみても、生活習慣病の予防がいかに重要であるかが伺える。

（2）フリーアクセスによる医療の質の低下と費用対効果の低い医療が原因

本来、高齢者は複数の疾患や症状を有していることから、それを1つひとつ専門の医師に診てもらうのではなく、全身を総合的に見てもらう高齢者の診療に優れた医師に診てもらうことが必要だ。それによって、全身のバランスを崩すことなく、最期まで住み慣れた地域で過ごせることにつながる。

しかし、現実には、具合が悪くなるたびに高度な医療を提供する病院に運ばれ、そこで望まない医療を受け、逆に家に帰れない状況に陥ってしまう。こうした事態を招いている背景の1つに、病院への自由なアクセスが認められていることがある。患者の受療行動を決定する情報の不足や、リテラシーへの専門家の関与の不足のため、よくある疾患であるのに、自己の判断で大病院に受診してしまい、フリーアクセスの利便性が、むしろ弊害と

³ NIRA オピニオンペーパーNo.14 「社会保障改革しか道はない（第2弾）—財政健全化に向けた具体策はここにある—」

なり重症化を招いていると言える。

それは以下のような負の連鎖が生じているためだ。医療費の総枠は国の予算の中で決められているため、フリーアクセスによる患者数の増加は、医療機関に支払われる診療報酬の単価の設定を低いものとしてしまう。その結果、医療機関は、経営を維持するために、多くの患者を短時間で診察をしなければならなくなる。そうなれば、現場で働く医師は、しっかりと患者の訴えに耳を傾け納得のいくように説明をする余裕を失い、丁寧さを欠く診療の結果、慢性疾患が増悪し入院することになる。入院は、高齢者の認知機能の悪化、筋力低下、そして転倒などの危険を招く。こうして医療介護費は増えても、患者の満足や健康生活の確保には寄与しないという悪循環に陥る。その結果、結果的に医療費・介護費の支出増につながることは想像に難くないだろう。

もう1つの背景は、日本の医療が、費用対効果に基づいた標準化がなされていないことだ。多くの国では、外来診療においても標準的な医療が診療ガイドラインとして示されており、医療者はそのガイドラインを参考に、費用対効果に優れた薬剤、検査、治療法を選択しながら、高血圧、糖尿病、COPD（慢性閉塞性肺疾患）、風邪、アレルギー性鼻炎、皮膚炎、うつ病や認知症などの外来診療を行っている。これに対して、日本では診療ガイドラインの開発が遅れており発表されているものが多いとは言えない。発表されていても最新のものへのアクセスが制限されている。さらに、推奨事項が費用対効果をほとんど考慮しておらず、医療者が根拠を持って診療方法を選択することを困難にしている。そのため、諸外国と比べて、同等の効果と安全性であるにもかかわらず高価な薬剤の使用が増えている。手術やデバイスの使用といった高度医療が伴わないにもかかわらず、高血圧や脂質異常症、糖尿病、認知症の医療費が群を抜いて高くなる。また、どこまで最新の医療を提供するかについての合意のないままに世界最先端の医療技術を提供している。それが、場合によっては不必要な医療・介護費用の支出につながっている。

こうしてみると、日本の高齢者への医療支出の割合が他国と比較して高くなるのは、高齢者比率の高さや技術進歩だけが理由ではないことがわかっていただけるだろう。こうした問題が解決されないままに、費用対効果の低い医療が提供されつづけている。

2. 費用対効果への認識が希薄

(1) 高価な薬の使用

日本の医療の費用対効果が低いことが、いかに無駄な医療支出につながっているかは、医薬品の売り上げや外来・入院医療費の上位疾患名を見ても明らかである。以下、医学的な専門用語が出てくるが、代表的なものを紹介したい。

図表 II-1-1 は、日本の医薬品の売上金額である。日本の医療費は約 40 兆円、そのうち、薬の費用は、10 兆円を超えている（2013 年度）。ここ数年の薬効別の売上金額を見ると、抗腫瘍剤（抗がん剤）とレニン-アンジオテンシン系作用薬（高血圧の治療に用いられるアンジオテンシン変換酵素（ACE）阻害薬、アンジオテンシン II 受容体拮抗薬（ARB）、直接的レニン阻害薬（DRI））が 1 位と 2 位を占めている。3 位と 4 位は最近急激に売り上げが伸びている糖尿病治療剤と抗血栓症薬⁴である。

日本高血圧学会の『高血圧治療ガイドライン 2014』では、「積極的適応がない場合の高血圧に対して、最初に投与すべき降圧薬（第 1 選択薬）は、カルシウム拮抗薬、ARB、ACE 阻害薬、利尿薬の中から選択する」と推奨されている。「積極的適応」とは、例えば高血圧に加えて糖尿病がある患者には ARB または ACE 阻害薬が、骨粗鬆症のある患者には利尿薬が、心筋梗塞後の患者には ARB、ACE 阻害薬、または β 遮断薬が、それぞれ積極的に選択されることである。以下の議論ではこうした「積極的適応」や、例えば妊娠している高血圧患者に ARB と ACE 阻害薬は禁忌である、というような「禁忌や慎重投与すべき病態」のない、一般的な高血圧について論ずる。

図表 II-1-2 は、主要降圧薬それぞれの例をその先発品と後発品(ジェネリック)の薬価とともに示したものである。治療薬の用法はそれぞれの薬剤によって異なり、1 つの薬剤でもその 1 日に使用される薬用量は、例えば「通常 40~80mg を 1 日 1 回服用。1 日 160mg まで増量できる」と示されている。この図表では投与可能な 1 日最高用量（この例では 160mg）で比較している。

この図表から、もちろん先発品と比較して後発品はどの薬剤についても安価であるが、ARB と他の降圧薬では、先発品同士で比較しても ARB が 2 倍から数倍以上高価である。降圧薬のさまざま有効性・安全性を検討した結果、診療ガイドラインが「カルシウム拮抗薬、ARB、ACE 阻害薬、利尿薬の中から選択する」と、 β 遮断薬以外の主要降圧薬すべてを推奨しているが、費用対効果を上げるためには、ACE 阻害薬、利尿薬、カルシウム拮抗薬の使用が望ましい。

ところが、協会けんぽのレセプトデータを用いて分析した井伊・関本（2015）によると、すべての 2 次医療圏で、ARB の処方率が 80%を超えていた。この処方率は他国と比較しても異常に高く、欧米諸国では ARB の処方率は 2 割程度にすぎない。欧米諸国では、一般的には、臨床研究のエビデンス（科学的根拠）で有効性・安全性が劣っていなければ、より安価な薬剤が処方される⁵。その結果、安い医療費で高い治療の効果を実現している。中には、上記の「積極的適応」のように ARB が必要な患者もいるので、一律に ARB の処方

⁴ 心房細動（不整脈の一種）の患者に対し、脳血管障害の予防を図るために処方される。

⁵ 例えば標準的・包括的と評価されている英国 NICE（The National Institute for Health and Care Excellence）の高血圧に関する診療ガイドラインにおける記述（NICE 2011）

・ 55 歳以下の患者に対しては、ACE 阻害薬あるいは安価な ARB が第 1 選択である。ACE 阻害薬の認容性がなければ、安価な ARB を使用する。

・ 55 歳以上の患者に対してはカルシウム拮抗薬が第 1 選択である。

割合を減らせということではないが、医師が費用対効果と安全性を考慮して薬剤を選択すれば、ARBの処方割合を欧米並みの15%~25%にすることは不可能ではなく、ARBを処方する場合でも後発品の比率を高めることは可能であろう。医療費削減への「処方箋」として後発品への転換が強調されているが、そのみでは不十分であり、医師がエビデンスやガイドラインをもとに良心的、明示的、かつ思慮深く、費用対効果に優れた薬剤を選択して初めて、医療費の適正化に貢献できる。

図表Ⅱ-1-1 薬効別売上金額の推移（単位：100万円）

	2011FY	2012FY	2013FY	前年比
抗腫瘍剤	631,510	658,244	715,131	8.6%
レニン-アンジオテンシン系作用	657,754	632,067	649,237	2.7%
糖尿病治療剤	392,479	427,451	469,705	9.9%
抗血栓症薬	365,982	379,299	430,336	13.5%
脂質調整剤及び動脈硬化用剤	447,558	415,810	429,137	3.2%
制酸剤、鼓腸及び潰瘍治療剤	437,158	402,297	422,253	5.0%
全身性抗菌剤	390,802	364,624	353,681	-3.0%
免疫抑制剤		298,350	334,460	12.1%
喘息及びCOPD治療剤	303,241	308,400	321,735	4.3%
向精神薬	308,548	314,259	321,705	2.4%
その他の中枢神経系用剤	275,767	N/A	N/A	N/A
総売上金額	9,481,578	9,560,128	10,016,461	

(出所) IMS 医薬品市場統計

図表Ⅱ-1-2 主要降圧薬の先発品と後発品の薬価

	代表的な先発品の薬価（投与可能な1日最高用量）	左記薬剤の後発品の薬価（投与可能な1日最高用量）
ARB	ディオバン錠 160mg（ノバルティス） 212.6円	バルサルタン錠 160mg（各社） 81.9円
	アジルバ錠 40mg（武田） 211.3円	未発売
ACE阻害薬	レニベース錠 10mg（MDS） 134.7円	エナラプリル錠 10mg（各社） 24.9円
カルシウム拮抗薬	ノルバスク錠 10mg（ファイザー） 82.8円	アムロジピン錠 10mg（各社） 49.2円
サイアザイド系利尿薬	フルイトラン錠 2mg x 4錠（塩野義） 38.4円	トリクロルメチアジド錠 2mg x 4錠（各社） 24.0円
β遮断薬	テノーミン錠 50mg（アストラゼネカ） 92.5円	アテノロール錠 50mg（各社） 7円

(注) ARBは非常に高価な薬であるが、日本では大変よく売れているため2008年に市場拡大再算定（売れすぎたので安くする）の対象となり、薬価が切り下げられた。先発品の薬価は経時的に下がる。後発品の発売や、薬価再算定などの要因で、大きく切り下げられることもある。同じ製剤で先発品から後発品への転換が起これば、ある程度の医療費削減が見込める。しかし日本では、新薬が出ると売り上げがその新薬にシフトする傾向がある。そのため、特許切れの先発品や後発品への転換ではなく、特許切れの先発品から後発品のない別の新薬への転換が起こる。つまり優越性が必ずしも明確でない新薬の売り上げが増加してしまう。そのため後発品の推進だけでは医療費削減効果は限界があり、各国が進めている費用対効果分析に基づく評価が不可欠となる。こうした価格設定は産業政策としても問題があり、日本では売れても海外ではほとんど使用されないような薬品を開発するインセンティブを与えている。

(出所) おくすり 110 番(<http://www.jah.ne.jp/~kako/>)のハイパー薬事典

糖尿病治療剤についても同様で、エビデンスで有効性・安全性が示されていて、しかもより長期間の使用経験から標準的治療薬となっている安価な薬よりも、新薬が好んで処方される傾向にある。例えば、国際的に参照される糖尿病診療ガイドライン（例えば NICE や国際糖尿病連合(IDF)など）では、糖尿病の治療では、メトホルミン（57 円/日）が第 1 選択になっているが、日本では軽症の患者でも最初から新薬である DPP-4 阻害薬（平均 149.3 円/日）や SGLT2 阻害薬（平均 204.8 円/日）が使われることが多い。その上新薬は発売から 1 年間は、一度に 2 週間分しか処方できないので受診回数も増加する。

また、後期高齢者医療でのアルツハイマー病や認知症の治療費も突出している。代表的な治療薬で 1 日薬価は 427.5 円もする。これらの薬剤は、主にアルツハイマー型認知症が適用で、アルツハイマー型認知症を診断するためには、認知機能検査や心理状態のテスト、画像検査を行い、類似した症状を引き起こす他の疾患や原因を慎重に除外する診断プロセスが必要である。認知機能の低下は、ストレスといった人間関係を含む環境の変化でも起こる。投与を検討しなければいけない他の疾患も多い。こういった除外診断を行った上で、費用対効果を考えた認知症治療薬の適正利用⁶が必要と思われる。

（2）出来高払いによる頻繁な外来受診

費用対効果の低い医療が行われていることは、日本の外来受診の回数の多さにも現れている。日本の外来受診の平均回数は人口 1 人あたり 13 回と、他国に比べて多い。他の OECD 諸国では、ドイツ 9.7 回、フランス 6.7 回、オランダ 6.2 回などである⁷。

日本では、患者の主たる受診目的は薬を処方してもらうことである。諸外国では通常認められているリフィル処方（患者の状態が変わらなければ、1 回の診療をもとに同様の薬を薬局で受け取ることができる）が日本では認められていないため、外来受診回数が多くなる。その上、受診回数が多いほどケアの質が高く、治療成績も良くなるという考えが医師側にも患者側にも根強い⁸。しかし生活習慣病の適切な受診間隔に関するコンセンサスは存在せず、医師の裁量に任されている。高額な検査や処置を提供しない診療所では、医師の技術料が低く設定されているため、医療機関が収益を上げるためには受診回数を増やすという動機が働きやすい。特に、出来高払い制度の下では、提供されたサービスの量に応じて収益が増える仕組みになっている一方で、疾病の予防や患者アウトカムをよくすることに対する報酬はない/低いので、予防や患者アウトカムをよくするインセンティブは働きにくい。加えて、出来高払いであることから、栄養指導など生活習慣管理に関する指導を算定すると患者の自己負担額が高くなり、患者の足が遠のくことを理由に、必要な患者に

⁶ アリセプト 5mg（先発品）334 円、ドネベジル 5mg（後発品）193 円と、先発品はもとより、後発品でもある程度の費用がかかる状況なのは認識すべきと思われる。

⁷ もっとも、受診回数が多いのは既に受診をしている人の傾向であり、実は一度も受診をしていない人の割合も国際的に高い。詳しくは井伊・関本（2015）。

⁸ 井伊・関本（2015）の分析では、受診頻度が高くても高血圧や糖尿病などの疾病管理においてはほとんど効果がない事を示唆している。

対して必要な指導が行われない実態もある。

このように、日本では受診回数が多いにも拘わらず、実際には適切な管理、再発予防の対応が十分になされずに、救急医療や高度医療を必要とするケースに至ることは多々ある。先に述べたとおり、高血圧、糖尿病、脂質異常症などの生活習慣病は、適切に管理されれば、重症化を防ぐことができる。また、脳卒中・心筋梗塞や心不全・呼吸不全（COPD等）についても、発症した者に対して再発予防の効果は認められている。しかしながら、現実には起きていることは、予防・重症化指導が受診時に行われずに、再入院を繰り返しているのである。また、糖尿病が重症化して透析治療へと移ることも多い（重症化予防、入院予防の取組は、第2弾提言のコラム参照）。

以上のように、日本で費用対効果の高い外来診療が行われてこなかったと言える。その主な理由は、医薬品や医療機器の承認に際して、「既存の薬や医療機器と比べて同等の効果があっても費用と副作用が優れていなければ保険収載を認めない」との判断またはその使用を促すことに必要な分析評価を実施してこなかったことにある。他方で、医療者側も責任を持って質が担保された診療ガイドラインを考慮した診療を行えば、患者も納得し、必要以上に薬の処方や外来受診を求めることも軽減されるのではないかと思われる。そうすることで、1人の患者の外来医療費（薬剤費を含む）、1回の救急外来の利用、集中治療の利用や不必要な入院を防ぐことが可能になる。

3. 費用対効果の高い医療への転換

ではどうしたら、費用対効果の高い医療に転換できるのか。ここで、3つの方策を提示する。

第1に、医薬品や医療機器等の保険収載、価格決定へ費用対効果分析を導入する。そして、医師が行う診察の質を担保する仕組みとして、費用対効果に基づいた診療ガイドラインの導入や専門医研修の必修化（自由標榜制度と自由開業医制度の見直し）を医師の責任で進める。第2に、地域に密着したプライマリ・ケアの専門医の制度を確立すべきである。そして、看護師などの職種と役割分担を行うことである。これにより、医療費を削減しつつ、患者の満足度の高い医療を提供することが可能となる。第3に、政府の介入により医療機関を再編し、医療機関数と病床数を削減することで、地域の診療所にもっと給付が配分されるような体制作りを行う。

（1）診療の標準化

日本の医療者は、診療において費用対効果を重視することが不十分だ。費用対効果に優

れた検査や治療を優先すること、あるいは不必要な検査や治療をあえて「しない」選択の価値については、日本の医学教育ではほとんど教えられていないためだ。患者の方も過剰な検査や投薬を期待する傾向があり、それがないと逆に不安になったり医療の質に疑問を持ったりする人も多い。そのため、医療者側の制度や教育改革を行い、医療者側が責任を持って、費用対効果に基づいた診療ガイドラインを導入し、専門家として適切な医療を実現することが必要だ。

その上、日本では、医師は質の担保された専門医研修を受けなくても診療することが許されているために、患者が受ける診断・治療の質にばらつき（診療の標準化の欠如）がある。また、それを促す制度的な枠組みも乏しい。その結果、医療費が（そして介護費も）高騰している可能性がある。例えば、精神科の専門医研修を受けなくても、精神科、心療内科、物忘れ外来、心のケアなどと標榜できる。

世界の多くの国々では、標準化された専門医研修が必修となっている。日本でもようやく標準化された専門医研修が2017年から制度化されることになった。19の基本的領域の専門医を認定する第三者機関を設置して⁹、医師国家試験に合格してから2年間の臨床研修を修了した医師は、19の基本領域から任意に選択して、3年間以上の専門研修を受けてから専門医試験を経て専門医として認定される。諸外国の専門医制度整備に数十年遅れをとっているとは言え、ようやく実現するこうした政府による専門医育成の取組は評価できる。ただ、新規の医師が専門医として認定される2020年以降、各診療科でそれぞれ標準的な質が担保された専門医が速やかに増加していくことになるのか、国民の医療ニーズに応じてそれぞれの専門医の数が住民の人口割合や疾病構造に応じて決められるようになるか、など今後の課題は多い。

日本では、地域で住民の健康管理に責任を持つプライマリ・ケアの専門医の制度が確立しなかったことも、前述したような外来診療において費用対効果の優れた診療が行われてこなかった大きな要因であるが、19の基本領域の1つとして総合診療専門医の導入も決まった。2020年以降は新卒の医師に限っては、プライマリ・ケアの専門医の専門研修を受け総合診療専門医として認定された医師が地域医療を担う仕組みを作ることが望ましい。プライマリ・ケアの専門医の役割については、次に詳しく説明する。

（2）プライマリ・ケアの専門医の制度確立を

高齢者になると複数の疾患を持つようになるため、それぞれの疾患に対応する専門医による診療を個別に受けることは非効率となる。そうではなく、患者の社会的背景や家族背景を加味し、呼吸器、循環器、糖尿病など複数の臓器系での疾患を同時に抱えていてもその患者を包括的に診る訓練を受け、患者を長期的に適切に管理し、疾患の発症や、重症化

⁹ 専門医の認定や評価を行う中立的な第三者機関である日本専門医機構も2014年4月に発足した。

や再発を抑えることのできる専門医によるケアを受けられるようにすることが重要だ。近藤（2015）の研究によると、介護予防を行った集団はそれをしなかった集団に比べて、明らかに要介護認定を受ける割合が低かった。介護予防は、慢性疾患や重症化の予防効果も持つ。こうした科学的なエビデンスからも、早急に、地域で住民の健康管理に責任を持つプライマリ・ケアの専門医の制度を確立する必要があることは明らかだ。

しかしながら、プライマリ・ケアの専門医と言うと単にゲートキーパー、病院医療への振り分けを行う誰もができる簡単な仕事だと理解している人が医療界にも多い。葛西（2014）の論考と、最近発表された日本専門医機構の『「総合診療専門医に関する委員会」からの報告』¹⁰を見れば明らかのように、プライマリ・ケアの専門医の専門性は広く深い。なおプライマリ・ケアの専門医は、世界では「家庭医」¹¹と呼ばれる。日本では、2017年度から「総合診療専門医」という呼称で制度化されることになった。

日本でプライマリ・ケアの専門医（総合診療専門医）の制度が超高齢社会を支える上で十分に機能するには、いくつかの条件が必要だ。第1の条件は、費用対効果を意識した研修を実施することである。世界的には、各個人の既往症に応じ、治療の効果だけでなく、費用も意識した治療を行うトレーニングを経て、プライマリ・ケアの専門医が養成されている。彼らは、専門教育を通してガイドラインに沿った質の高い治療方法を学んでいる。予防接種や健診も、個人の希望で行うものではなく、その専門医が医学のエビデンスに基づいて、住民に接種の必要な時期と種類を教えてくれる。

第2の条件は、総合診療専門医が複数人でチームを組んで地域で活動する仕組みを整えることである。わが国にも複数の医師がチームを組んで運営する例はある。岡山県北の岡山家庭医療センター（3クリニックと1病院）、北海道家庭医療学センター（7クリニック）、福島県立医科大学地域・家庭医療学講座（4クリニックと2病院）などである。こうした取組を日本の他の地域にも広げ、家族全体を包括的に診るプライマリ・ケアの専門教育を受けた医師のグループ化を緩やかに進めることが効果的である。それにより、24時間356日、患者が安心して受診できるようにすることが可能となる。患者や家族の背景を知った医師にしっかりと診療してもらうことによって、頻繁な受診を防ぎ、欧米並みの受診回数に持ち込むことはできる。

第3の条件は、総合診療専門医が看護師や理学療法士、作業療法士などと連携して、多職種チームで予防医療を行う体制を構築することである。プライマリ・ケアを担う看護師が、患者が今受診すべきか、症状にどのように対処すべきかについて電話でのトリアージを行い、クリニックに登録されている患者・家族の健診や予防接種のマネジメントをすることは非常に重要な役割である。

その際、医師に集中させている業務をそれぞれの専門職に分散し、看護師や理学療法士

¹⁰ <http://www.japan-senmon-i.jp/document/150421.pdf>

¹¹ 主としてヨーロッパでは GP（General Practitioner）、北米では family physician と呼ばれている。

などが行える行為の範囲を広げることが重要となる。第2弾提言のコラムで紹介したような専門のトレーニングを受けた看護師が、プロトコルに基づいて日常よくある症状の診察や処置、そして、高血圧や糖尿病などの慢性疾患管理を行うことはアウトカムだけでなく患者の満足度にもつながる。また、理学療法士が運動の処方を行い、認定を受けたスポーツジムなど民間運動施設で運動指導をすることは、骨粗鬆症を含めた骨折などの予防や回復に効果的である。諸外国では、看護師が疾病の管理方法を教え、さらに、高い医療費を占める骨折や関節障害についても、理学療法士が骨折予防や関節痛などの問題点をアセスメントし、改善方法を指導するといった取組は日常的に行われている。管理栄養士の活動も重要である。

また、高齢者ケア施設（介護老人保健施設や介護老人福祉施設など）や緩和ケア、リハビリテーションにおいても看護師や理学療法士に責任を持たせつつ総合診療専門医と協働させるべきであろう。スウェーデンなど国によっては看護師配置のある高齢者ケア施設から、ターミナルケアや看護師が診られる範囲の医療処置で病院に送ることは禁止されている。また、欧米諸国では、地域ごとに理学療法士・作業療法士が運営するリハビリテーション施設があり、自宅から通院しながら専門的なリハビリテーションが受けられる。

このように、総合診療専門医と看護師や療法士などの多職種連携の下で国民1人ひとりの疾病管理を行う体制が構築されることが、費用対効果の高い医療制度構築のための鍵となる。

わが国において住民何人に1人の総合診療医が必要かについての議論は重要だが、欧米の例で見ると、プライマリ・ケアの専門教育を受けた医師が住民約1500～2500人に1人の割合となる。眼科や耳鼻咽喉科といった専門科を除き、人口23万人だと約120人だ。

（3）疾病構造に適した供給体制に病院を再編する

医療機関で処方される治療は、税金や保険料などの公費で賄われており、公共財であることに変わりはない。プライマリ・ケアと2次・3次医療の機能分化を行い、高齢社会における疾病構造に見合った供給体制に移行するためには、政府が進めている病院再編を通じて、病床数の多い地域での病床数の全国平均並みあるいは全国最低県並みまでの削減を進めることが重要だ。

現在、日本全国には、9000の病院、10万の診療所、160万床のベッドがある。生産年齢人口の減少、および高齢者人口の増加に直面している地域の平均的な自治体では、国民保険の医療給付先が、数カ所の医療機関に集中して偏っているという問題を抱えている。例えば、当地の医療圏では約300の医療機関が存在し、国民健康保険からは、年間約200億円の医療費が給付されているが、その半分以上が、高度医療や精神科病院等の限られた10数医療機関に集中している。高度医療に多くの医療給付を要するのは仕方のないことで理

解できるが、生活習慣病や慢性疾患の管理不足から高度医療に送られる患者数を減らし、それに応じてベッド数を減らし、地域で住民の疾病予防や疾病管理に取り組む診療所にもっと給付が配分される必要がある。

第2弾提言でも述べたが、日本では、医療の現場で何が提供されるかに関しては行政の政策的な介入が少なく、病院が乱立し不必要な自由競争を強いられている。そして、この自由競争の中で生き残るために医療機関や医療者は疲弊している。このような自由放任主義的な体制は世界でも類を見ないものである。また、ほとんどの医療機関が非営利組織であり、地域の多くの中小病院が経営権を持つ民間経営主体であることは、地域の医療機関の再編がなかなか進まない原因ともなっている。将来の高齢化が進展する中で、医療財政の安定化を実現するには、後発医薬品への転換や保健事業の推進だけでは到底間に合わないことは明らかであり、医療の自由放任体制を改め、医療機関へも政府によるコントロールを効かせ、適切な病院再編を進める必要がある。

その際、どのように医療費が使用されているのか、そうした実態をレセプトデータ分析等で明らかにし、現代の疾病構造や社会状況に合わせた医療の供給体制の在り方を議論すべきであろう。

4. その他の検討事項

(1) 精神疾患対策¹²

OECDによる日本の医療の質のレビュー（2014）が指摘しているように、日本の精神医療制度は、高い自殺率、精神科病床数の多さ、平均入院期間の長さという、「良くない理由」で注目を浴びている。精神科病床の削減、統合失調症の長期入院対策を進めるとともに、抗うつ薬の使用や睡眠薬の使用を減らす施策が必要だ。OECD諸国では、精神疾患の8割は、精神科や心療内科でなく、プライマリ・ケアで対応している。カウンセリング体制の強化（診療報酬が80点と現在は低い、開業医には取り組みにくい）、臨床心理士の育成などは雇用促進政策にもつながる。日本では、OECDで収集している「入院患者の自殺、退院後の自殺、統合失調症または双極性障害による再入院、統合失調症または双極性障害を有する患者の超過死亡率」などいずれの指標についても報告を行っていない。

日本の精神医療の質を改善するためには、OECD（2014）で提案されているように、今後プライマリ・ケアの専門分野を確立する際に、軽度から中等度の精神疾患を診断し治療できる能力を、プライマリ・ケア専門分野の研修に最初から導入するべきである。また、

¹² OECD 医療の質のレビュー（2014）に詳しい。
http://www.oecd.org/els/health-systems/ReviewofHealthCareQualityJAPAN_ExecutiveSummary.pdf

前述の 3. (3) とも関連するが、日本の精神医療の特徴である長期入院を減らすために、地域社会でのケア体制の構築が不可欠で、「入院施設から地域へ」というのは高齢者ケアだけが対象なのではない。

(2) 診療報酬制度の見直し

診療報酬制度を見直し、包括払いの導入も不可欠だ。病院では DPC や慢性期病床にて既に導入されてきているが、診療所を含む外来では、なお出来高払いが続いている。検査や治療など、診療報酬がついた医療行為を積み重ねることが医療機関の収入になるため、地域住民の健康管理をするインセンティブは個別の医師に任されており、制度的にはほとんどない。質の高い治療を行っても収入が確保される仕組みにすることが重要だ。

平成 26 年度診療報酬改定では、医療機関の機能分化・連携が重要なテーマとなり、外来医療では、大病院の一般外来を縮小させるための対策を講じるとともに、複数の慢性疾患（高血圧症、糖尿病、脂質異常症、認知症）を持つ患者に、継続的全人的な医療を提供する「主治医機能」の評価を行い、地域包括診療加算が新設された。しかし、大きな問題は、プライマリ・ケアの専門教育が前提となっていないため質に大きなばらつきがあることだ。総合診療専門医の導入が決まったが、真に国民のための改革となるように、われわれ国民は大きな関心を持ち、積極的に意見を述べるのが大事だ。日常の診療に責任を持つ医療者の質を確保する重要性を認識し医療界からのイニシアチブで専門医機構ができたことは大きな期待である。そこでの議論にわれわれは注目をしたい。

(3) 国保改革

2018 年度から都道府県が市町村とともに、国民健康保険の運営を担うことについて協議されている。たが、依然として都道府県と市町村の役割分担など責任の所在は明らかでない。都道府県は財政運営の責任主体となるとしながらも、市町村が資格管理や保険給付の決定を行うとされている。都道府県が保険者となり広域化することで効率化や財政の安定化が図られ、持続的な保険事業の運営につながると考えられている。しかし、広域化された場合に、施策の企画、立案者と現場の事業実施者との乖離が起り、施策の一貫性や継続性、自主性等が失われる恐れがあり、これは後期高齢者医療制度における保険事業の経験からも危惧される。いたずらに制度を複雑にし、 unnecessary コストや手間をかけるだけの改革にしてはならない。

今回の改正に合わせて、国は毎年 3400 億円の財政基盤の強化策を図るとしている。財政的な支援のみならず、都道府県が広域的に医療状況等を見ながら運営方針を決定すると同時に、地域に密着した市町村が、地域をよくするという使命のもと、おのおのの地域の

疾病構造、社会・生活状況の実態に合わせて、国保保険料の収納率の向上や医療費適正化に取り組むインセンティブの仕組みが必要である。

5. おわりに

以上、政府が取り組むべきことについて整理した。具体的には、①費用対効果に基づいた診療ガイドラインの導入や専門医研修の必修化による医療の質の担保（自由標榜制度や自由開業医制度の見直し）、②プライマリ・ケア専門医（総合診療専門医）の制度の確立、③行政が介入した医療機関の再編（医療機関数と病床数の削減）である。これらに果敢に取り組むことが、医療行政に関わる関係者の責務であり、その成否が超高齢社会に直面する日本の行方を左右すると言ってよい。

最後に、終末期医療について触れることとする。本章末尾の「参考」では、生活習慣病の患者の2つの事例を示した。最期に救急で高度機能病院に搬送されると、膨大な医療費を消費し、患者も、家族も、医療者も、支払い側の医療保険者も不幸を経験する。患者や家族は人生をしめくくる最期を、チューブや点滴類に囲まれ、ひどい場合は集中治療室という特殊な環境の中で、苦痛の中で亡くなっていくことになる。家族と最後のお別れの言葉も交わせない。

他方、医師や看護師は、膨大なエネルギーを、助かる可能性の乏しい人の救命処置に向けることが効率的なのか、医師や看護師の疲弊を生むことにならないか、助けなければいけない人に手が回らなくなることにつながらないかという視点が重要だ。

日本人の平均寿命は長いので、死亡の7割は75歳以上の後期高齢者である。一方で、一部の後期高齢者に対する入院での侵襲度の高い治療（手術など）が医療費全体を持ち上げている。どの段階から終末期かを判断するのは難しいが、終末医療の在り方について議論する段階にきている。コラムでは、超高齢者（85歳以上）の大学病院などの高度医療機関への不必要な搬送を減らし、QOLの維持と治療のバランスについて患者の意思が反映される体制、侵襲度の高い治療を必要とするようになる疾病の予防、地域での緩和ケアチームを組織するなどを提示した。死をどう迎えるかは、個々人の死生観とも密接に関係し、個々人の意思が尊重されるべき問題である。さまざまな分野の専門家のみならず、国民を巻き込んだ議論を行う必要がある。

参考文献

井伊雅子・関本美穂（2015）「日本のプライマリ・ケア制度の特徴と問題点」『フィナンシャル・レビュー』第123号（2015年6月刊行予定）。

葛西龍樹（2014）「地域包括ケアシステムにおける プライマリ・ケアの役割と課題」『医療経済研究』26(1).

近藤克則（2015）「医療・介護における効果・質・格差の評価の到達点と課題」『フィナンシャル・レビュー』第123号（2015年6月刊行予定）.

OECD 医療の質のレビュー（2014）

http://www.oecd.org/els/health-systems/ReviewofHealthCareQualityJAPAN_ExecutiveSummary.pdf

<参考> 終末期医療

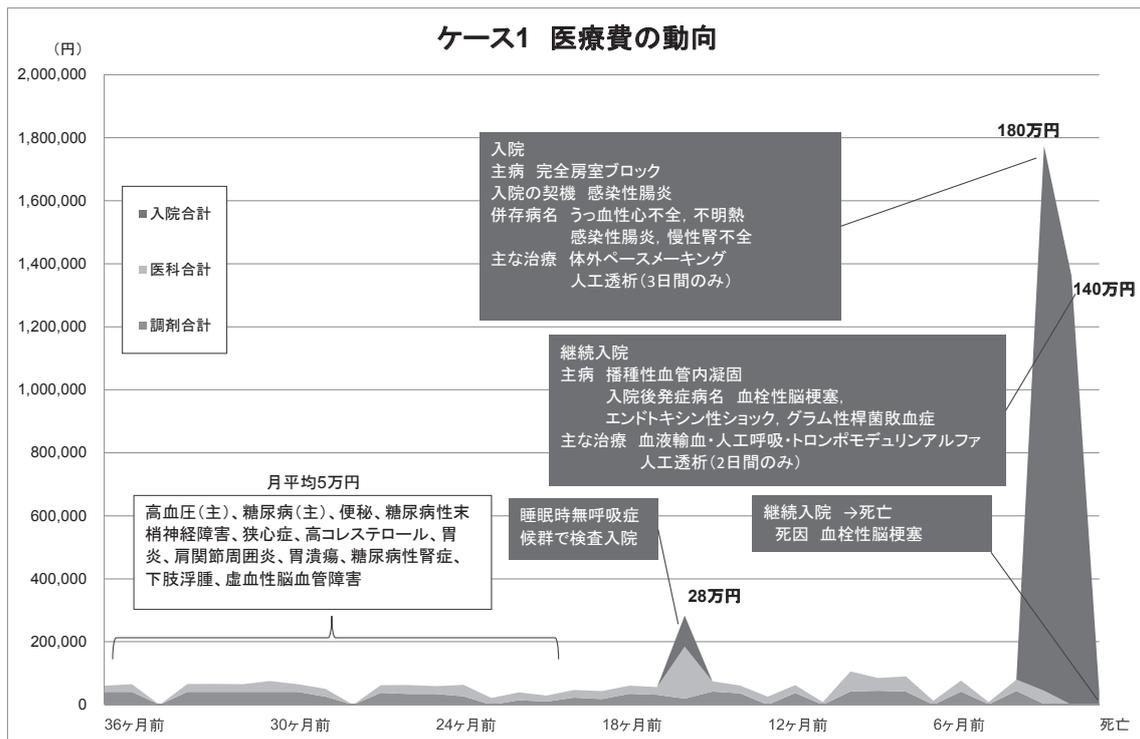
井伊 雅子

(資料提供 森山美知子¹、医学監修 松下明²)

1. 終末期医療の事例

ケース1 (女性、71歳 (死亡時))

高血圧や糖尿病をかかりつけ医にて継続治療していたが、感染症による急性増悪により緊急入院。うっ血性心不全・脳梗塞・慢性腎不全を起こし、血液輸血、人工呼吸や人工透析、その他高度な医療を受けるが、死亡。



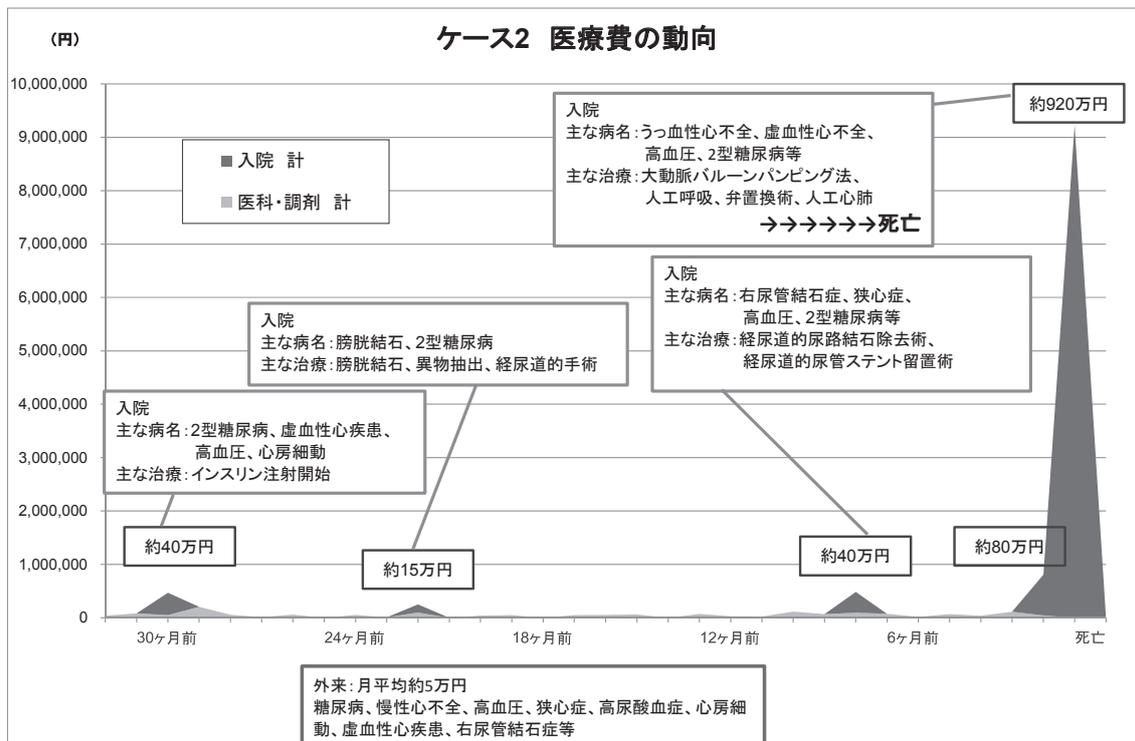
ケース2 (男性、70歳 (死亡時))

高血圧、糖尿病、腎結石等で病診連携にて受療していたが、急性増悪(うっ血性心不全)にて緊急入院。大動脈バルーンポンピングや人工呼吸、さらに、心臓手術まで

¹ 広島大学大学院教授

² 岡山家庭医療センター長、岡山大学客員教授

試みて結果的に死亡。



2. 解説

ここに事例を示したように、基礎疾患を有する一部の高齢者が高額な医療費を使用している実態がある。このような高額な医療費を短期間に使用して、高度医療機関・集中治療室で亡くなる事例を減らして行くことが、医療費全体を削減するだけではなく、希望しない医療機器に囲まれての死を避けることができる。これを実現するために、以下のような提案を行ってみたい。

- (1) 超高齢者（85歳以上）の第3次医療機関（大学病院などの高度な医療機関）への不必要な搬送を減らす。
- (2) 侵襲度の高い治療を要する疾病の増悪を予防する: 質の高いプライマリ・ケアの必要性。(本文の「3. (1) 診療の標準化」を参照)
 - a. 循環器専門医・疾病管理看護師との連携をはかりながら、プライマリ・ケアでの慢性心不全管理を適切に行う(データモニタリング、適切な高血圧治療、減塩、体重・水分管理、感染症予防、包括的心臓リハビリテーション)。このようにして、急性増悪にともなうHCU (high care unit: 高度治療室) への入院を減らす。

- b. プライマリ・ケアでの脳卒中の発症および再発を防ぐ。
- ・ 無治療の多量飲酒者、血圧管理不足の者等ハイリスク者への予防的介入を行う。
 - ・ 心原性脳塞栓症の予防的介入としての心房細動保有者の発見とその後の管理を適切に行う（自己検脈の啓発、外来診療での確実な不整脈の発見と抗血栓薬の適切な使用など）
 - ・ 脳卒中発症者の登録（脳卒中登録）を行い、再発予防のために継続的に医療にかかり、危険因子についての疾病管理が行われるようにする（広島県呉市での脳卒中再発予防事業が参考になる。）。
 - ・ 脳卒中の発症、再発予防には高血圧や脂質異常、糖尿病、不整脈、多量飲酒、喫煙等の危険因子の管理が重要であることの市民への啓発をはかる。
- c. COPD（慢性閉塞性肺疾患）患者の急性増悪にともなう入院、さらに人工呼吸器の利用頻度を減らすために、予防的介入を行う（プライマリ・ケアでの適切な COPD の診断と治療・包括的呼吸リハビリテーション・患者教育の実施）

(3) アドバンス・ケア・プランニングの推進：がんおよび非がん疾患の治療について QOL とのバランスをはかる。

疾病のプロセスを患者・家族に説明し、理解を得る十分なインフォームド・コンセントが必要である。そのためには国を挙げて、最期をどのように過ごしたいかのコンセンサス作りやプライマリ・ケアとの連携で意思決定を行う体制が不可欠である。日常の管理や症状緩和が十分ではなく、増悪時の対応の患者・家族・医療者のコンセンサスがなされていないことが事例のような誰にとっても不幸な結果を招く。

- (4) 地域に緩和ケアチームを組織し（地域の中核病院にある緩和ケアチームが地域に出掛けて行ってもよい。または、かかりつけ医の中でその機能をもつチームを決める）、終末期が近い、または心不全などの急性増悪で入退院を繰り返す可能性の高い患者に対して、緩和ケアチームが自宅／ケア施設に出掛けて行き、①事前指示の作成（どこで、どのように最期を迎えたいのかの意思決定支援）、②症状マネジメントの指示・実施、③スピリチュアルケアの助言・実施、④ADL（日常生活活動）の維持のためのケアサービスの調整（身体の清潔や水分・栄養補給、排泄、介護用ベッドや補助具の導入等）、⑤家族や関係者のケアを行う。
- ※緩和ケアチームは、地域（かかりつけ医や訪問看護を中心に組織）、病院（高度機能病院、生活支援病棟等）に組織。

その他、以下のような視点も重要である。

1) 看取りは、可能な限り、現在療養している場所で行う。

看護師の配置が義務付けられているケア施設では、そこで看取りを行う（例えばスウェーデンでは、看護師の配置が義務付けられている施設から看取りのために病院に搬送することは禁止されている。）。

2) 訪問看護による自宅での看取りの推進（ホスピスケアを別保険にする方法もある）

3) 病院で看取る場合も、高度医療機関では行わない。1.5次～2次医療機関がこの役割を担い、在宅医療で行うレベルの侵襲度で看取りを行うことが望まれる。

4) 自宅（普通の一軒家）を改造した程度のホスピスグループホーム（ホームホスピス）等のホスピスケア施設を地域に発展させる。

5) 救急車に救命救急専門の看護師が乗る。

救命救急処置が現場や救急車内でするだけでなく、病院への搬送が必要な状況かどうかを判断することができる。

最後に、アドバンス・ケア・プランニングを推進している町の取組について紹介したい。森山が共同研究を展開している広島県大崎上島町では、町がエンディングノートを作成し、アドバンス・ケア・プランニングの講演会を地域住民に対して行っている。このエンディングノートには医療行為の実施の意向や代理意思決定者の指名に関する事前指示も含まれている。このようにして、地域住民の意識を啓発して行くことがなによりも重要である。なぜならば臨床の現場では本人の意思確認が難しく、結局悩んだ家族が高度医療の現場に引き込む形になっているからだ。

「死」と社会保障費を関連づけた思考は現代日本ではタブー視される傾向にあるため、取り組みにくい内容である。しかし、「死」は事例で紹介したような症例だけでなく、誰もが等しく迎える人生の局面である。

エンディングノートが住民側からブームになってきている今こそ、国を挙げて、この問題を市町村単位で取り組むべきである。「エンディングノート」という名前の事前指示書を活用して家族内で話し合い、本人の意向を確認し、本人の意思が確認できない状態に陥った時に家族の誰が意思決定を行うのかをきちんと話し合う場面を生み出すことが最優先事項である。

第2章 介護保険制度分野の改革の方向性

—軽度者から重度者へのシフト、

要介護認定の精緻化—

土居丈朗

要旨

保険料や税の負担を抑制しつつ、介護の質を維持するには、軽度者から重度者への給付の重点化が不可欠だ。軽度者向けサービスには、ボランティアやNPOなどさまざまな主体が関わることができる。市町村独自の取り組みを地域ぐるみで活発化させることや、要介護認定の精緻化なども重要だ。一方、介護保険の利用負担割合が、一定以上所得者について、1割から2割へ引き上げられることとなった。こうした所得に応じた負担は、受益と負担の世代間格差を食い止める方向に作用する点で望ましく、今後も維持・検討すべきである。

1. 給付の効率化・重点化と要介護認定の精緻化

介護サービスの給付を抑制する観点からみると、軽度者への給付の見直しと補足給付の資産勘案が重要といえる。

軽度者向け介護サービスの市町村の地域支援事業への移行も、重要な取組である。重度者には必要な介護を怠るわけにはいかない。しかし、軽度者向けの介護サービスは、掃除や配食や外出など生活支援が中心で、介護専門職でなくとも、ボランティアやNPO、民間企業など多様な主体が関われよう。そこで、軽度者に対する訪問介護や通所介護は、国が画一的に行う現状から市町村が独自にできるようにする（市町村事業化）こととなった。

市町村事業化に対しては、市町村にその能力はなく、軽度者へのサービスを切り捨てることになるとの批判がある。しかし、2025年度をめどに地域包括ケアシステムの構築を目指している以上、市町村に能力がないと見下すべきではない。今から地域特性を生かした取組を育んでこそ、その活路が開かれよう。

そもそも、市町村の地域支援事業は介護保険制度の枠内のものであるから、改正後に介護保険の対象外にするわけではない。さらに、介護保険は市町村が保険者として責任を持

ち、介護サービス事業者に対しても市町村が影響力を持っている。そして、市町村長や市町村議会議員は、地元の高齢者を含む有権者が選挙権を持って選んでいる。市町村が地域支援事業で気に入らないことをするなら、主権者たる住民が選挙の時に首長や議員を取り換えて、望むようにするよう働きかければよい。

このように、2025年度に向けて地域包括ケアシステムを構築するためにも、地域支援事業を通じて、市町村独自の取組を地域ぐるみで活発にしてゆくことが求められる。

補足給付は、低所得の要介護者が介護施設に入る時に払う利用者負担を軽減する仕組みである。この趣旨からすれば、補足給付の要件として所得しか勘案されていない点が、以前から問題視されていた。低所得だが資産を多く持つ要介護者にも、補足給付が与えられているのが現状である。経済力があって補足給付を受けなくても介護施設で利用者負担が払える人なのに、給付を出して、その財源は介護保険に入る人の保険料や税で賄われるのでは、その分負担が増えることになる。

そこで、第6期からは、補足給付を受けようとする人には、申請時に金融資産などを多く持っているならば補足給付が受けられないこととした。もちろん、資産額の申告は、当面、自己申告に委ねざるを得ず、虚偽申告に罰則を設けることで対処することになっている。しかし、2016年1月から利用が開始される社会保障・税番号制度（マイナンバー）を用いれば、低コストでかなり正確に資産を捕捉することができ、不正受給も防げるだろう。運用面での改善はこれからである。

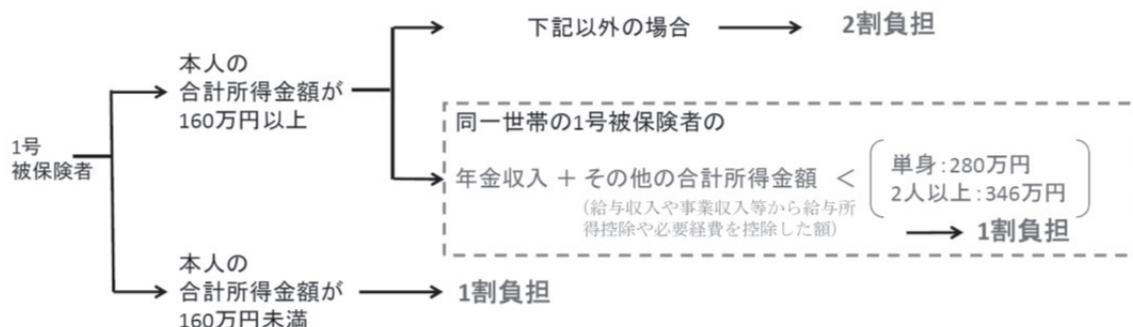
介護をめぐる保険料や税の負担を抑制するには、給付を重点化、効率化することが不可欠である。ただ、介護給付を抑えても介護の質を落とさない工夫の余地はまだ残されている。軽度者への介護サービスは、重度化を防ぐ効果についての検証が不十分であること、要介護認定の精度を高めること、介護サービスの質を標準化することなどが、今後不可欠である。

2. 一定以上所得者への利用者負担の引き上げ

2015年度から始まる第6期において、一定以上所得者の利用者負担の引き上げを含む介護保険制度改革が実施される。一定以上所得者の利用者負担の引き上げについては、単身で年金収入のみの場合280万円以上の者に対して利用者負担を1割から2割に引き上げることとなった。現在、医療保険でも現役並み所得のある高齢者には、現役（69歳以下の人）と同じ3割の患者負担を求めている。これに対して、介護保険は、制度発足以来、利用者負担は1割とされている。高齢者が大多数を占める利用者の負担を1割のままにしながら、現役世代（40～64歳）が6割程度を占める被保険者の保険料負担を上げていくということ

では、受益と負担の世代間格差を助長しかねない。利用者負担割合の引き上げは、受益と負担の世代間格差を食い止める方向に作用すると考えられる。

図表Ⅱ-2-1 介護保険の自己負担が2割となる「一定以上所得者」の判定基準



(注1) 合計所得金額とは、収入から公的年金控除や給与所得控除、必要経費を控除した後で、基礎控除や人的控除等の控除をする前の所得金額

(注2) 被保険者の上位20%に該当

(注3) 280万円+5.5万円(国民年金の平均額)×12≒346万円

(出所) 厚生労働省老健局資料

2025年度に向けた取組としては、2018年度介護報酬改定が極めて重要になってくる。2025年度までの診療報酬と介護報酬の同時改定は2018年度を逃すと、2024年度までなく、2024年度に新たな取組を始めようとしても2025年度にはほぼ間に合わない。そうした時間軸で見れば、2018年度の改定時には、医療・介護の分野横断的な取組で、中期的に必要なものはきちんと盛り込めるようにしなければならない。

第3章 年金分野の改革の方向性

小塩隆士

要旨

年金制度改革は、制度の持続可能性と給付の十分性という2つの課題を解決する必要がある。制度の持続可能性を高めるためには、マクロ経済スライドのフル発動、支給開始年齢の一律引き上げ、公的年金等控除の圧縮が求められる。また、給付の十分性を高めるためには、低所得者・低年金層の所得保障強化、公的年金の補完を進めなければならない。

1. 解決すべき2つの課題：制度の持続可能性と給付の十分性

年金制度改革の進め方についてはさまざまな議論があるが、解決すべき課題ははっきりしている。OECD（経済協力開発機構）によるレポート（Pensions at a Glance 2011）でも指摘されるように、年金制度改革が解決すべきなのは、「制度の持続可能性」（sustainability）と「給付の十分性」（adequacy）という互いに矛盾する課題である。

社会保障制度改革国民会議や社会保障審議会年金部会での説明などから判断すると、このうち制度の持続可能性については現行制度ですでに確保されている、したがって追加的な改革は基本的に不要、というのが政府の基本的スタンスのようである。2004年改正においてマクロ経済スライドの導入や年金積立金の有限均衡方式への移行が盛り込まれ、懸念材料となっていた基礎年金給付の国庫負担率の引き上げも実現したからである。しかし、年金財政の将来見通しのベースとなる経済前提については、見通しの甘さが以前から指摘されており、制度の持続可能性については大きな疑問が残っている。

一方、給付の十分性については、社会保障審議会年金部会での議論においても、高齢時における最低限の所得保証の仕組みであるべき基礎年金の「劣化」が指摘されるようになっている。2014年財政検証の結果からも明らかなように、制度の持続可能性を確保するためには基礎年金の大幅な給付削減が前提条件となっている。一方、非正規雇用者の拡大を背景に、無年金・低年金層が将来大幅に拡大することが見込まれるが、基礎年金の税方式化への移行はこれまで一貫して否定されてきた。このように、現行制度は給付の十分性という点でも大きな問題を抱えおり、高齢時における所得保障は、構造的に頑健とは言えない。

い生活保護への依存度をますます高めてしまう。

制度の持続可能性、給付の十分性という2つの重大な課題を解決するためには、どのような改革が要請されるだろうか。

2. 制度の持続可能性を高めるために

2014年財政検証では、ケースA～Hという8つのシナリオが示された。このうち、経済再生が成功し、労働市場改革が進むケースA～Eでは、最終的な所得代替率が50%をクリアし、現行制度は財政的に持続する格好になっている。これに対して、経済再生がうまく行かず、労働市場改革も進まないケースF～Hでは最終的な所得代替率が50%を割り込み、現行制度は持続できない。経済前提の現実性を考慮すると、ケースF～Hの蓋然性のほうが高いと判断すべきだが、その場合は、現行制度は持続できない可能性が高い。その場合は、保険料率のさらなる引き上げや給付水準のさらなる引き下げが必要になる。現行制度の持続可能性を高めるためには、次の3つの方策が要請される。

(1) マクロ経済スライドのフル発動

第1の方策は、マクロ経済スライドのフル発動である。マクロ経済スライドは、要するに、その時点における現役層の経済的な体力に応じて年金給付を自動的に調整する仕組みである。公的年金が賦課方式で運営される以上、マクロ経済スライドは制度の持続可能性に大きく貢献する、理にかなった工夫と言える。

しかし、2004年改正時にはあまり重視されなかったものの、マクロ経済スライドの機能を大きく阻害する仕組みが同制度の中に組み込まれている。いわゆる「名目下限措置」がそれである。この仕組みは、①賃金・物価の伸びが小さい場合、マクロ経済スライドの調整率が賃金・物価上昇率を上回った分は、年金額の調整を行わない、②賃金・物価上昇率がマイナスになった場合は、マクロ経済スライドによる調整をそもそも行わない——というものである。この名目下限措置は、マクロ経済スライドが本来果たすべき機能を阻害する仕組みであり、マクロ経済スライドに期待通りの発揮させるためには、そのフル発動が必要である。

マクロ経済スライドの意義は、世代間の公平性という枠組みの中で考えることも必要である。実は、この制度は2014年度までデフレ状況を受けて一度も発動されておらず、現在の年金給付水準は2004年改正の想定をかなり上回っている。その結果、マクロ経済スライドの調整が完了する時期もかなり先送りされている。つまり、現在世代の利益を維持する分だけ、将来世代の利益が損なわれるという形になっている。こうした構図は、マクロ経

済スライドの適用を不完全のままにしていれば、これからも続くことになる。さらに、2014年財政検証でも示されたように、このマクロ経済スライドの完全適用が威力を発揮するのは、経済が高成長を実現できず、インフレ率や賃金の伸びが低いケース F~H であることにも注意が必要である（小塩（2015））。

（2）支給開始年齢の一律引き上げ

第2の方策は、支給開始年齢の一律引き上げである。冒頭に紹介した OECD の報告書でも、各国政府が取り組むべき課題として「就労期間の長期化」を挙げている。賦課方式を前提とし、さらに少子高齢化を想定すれば、一人ひとりにできるだけ長く働いてもらわないと制度が財政的に維持できないということは直観的にも理解しやすい。

ところが、支給開始年齢の引き上げについて、社会保障制度改革国民会議の報告書（2013年8月）は注目すべき認識を示している。すなわち、同報告は、2004年改正によって「将来の保険料率を固定し、固定された保険料率による資金投入額に年金の給付総額が規定される財政方式が変わったため、支給開始年齢を変えても、長期的な年金給付総額は変わらない」と述べている。つまり、年金給付は入ってくるお金の中でやり繰りするのだから、支給開始年齢を引き上げて平均的な給付期間を短くしても、1年当たりの給付が高くなるだけであり、年金財政の改善にはつながらない、という理屈である。

日本を除く先進国では、高齢化に伴う年金財政の悪化に対処するため、国民の間で反対が強いにも拘わらず、支給開始年齢の引き上げに時間をかけて取り組んできた（図表 II-3-1）。ところが、日本はほかの先進国より平均寿命が長いにも拘わらず、そんなことをやっても年金財政には関係がないので、やる必要はないとも受け止められる説明を行っている。実際、2014年財政検証に際しても、年金を受け取る年齢を引き上げれば、給付水準が高まるという選択肢が提示されるだけであって、支給開始年齢の引き上げは初めから検討の対象外とされている。

支給開始年齢の引き上げに関する議論が進まないのは、前述のように、制度の持続可能性は十分確保されているというスタンスを政府がとっているからである。しかし、運用利回りを始めとして経済前提の甘さが広く指摘されており、制度の持続可能性は十分確保されていないと見るべきである。すなわち、今後、最終的な所得代替率が50%を下回る可能性があるのだ。したがって、ほかの先進国と同じように、支給開始年齢の引き上げを65歳から2~3歳引き上げ、67~68歳にするといった改革は日本でも最低限必要であると考えられる。また、2025年に向けて3年ごとに1歳引き上げていくという現行の引き上げペースを加速させることも検討に値する。これにより、最終的な所得代替率の改善が図られることになる。上記において、「制度の持続可能性」と「給付の十分性」は互いに矛盾する課題としたが、支給開始年齢の引き上げについては、「制度の持続可能性」と年金支給開始

後の「給付の十分性」の二兎を追うものだと指摘したい。

他方、支給開始年齢の引き上げは、「団塊の世代」を始めとしてすでに年金を受給している高齢層には対象外となるため、財政的に効果があったとしても不公平な面が残る。また、支給年齢の引き上げはほかの先進国と同様、段階的に進めていくしかなく、調整期間は長期にわたる。これらについては、後述するように公的年金等控除を圧縮したり、支給年齢の引き上げが行われた以降の世代について年金額を増額するなどの制度設計を工夫したりすれば、対応が可能である。

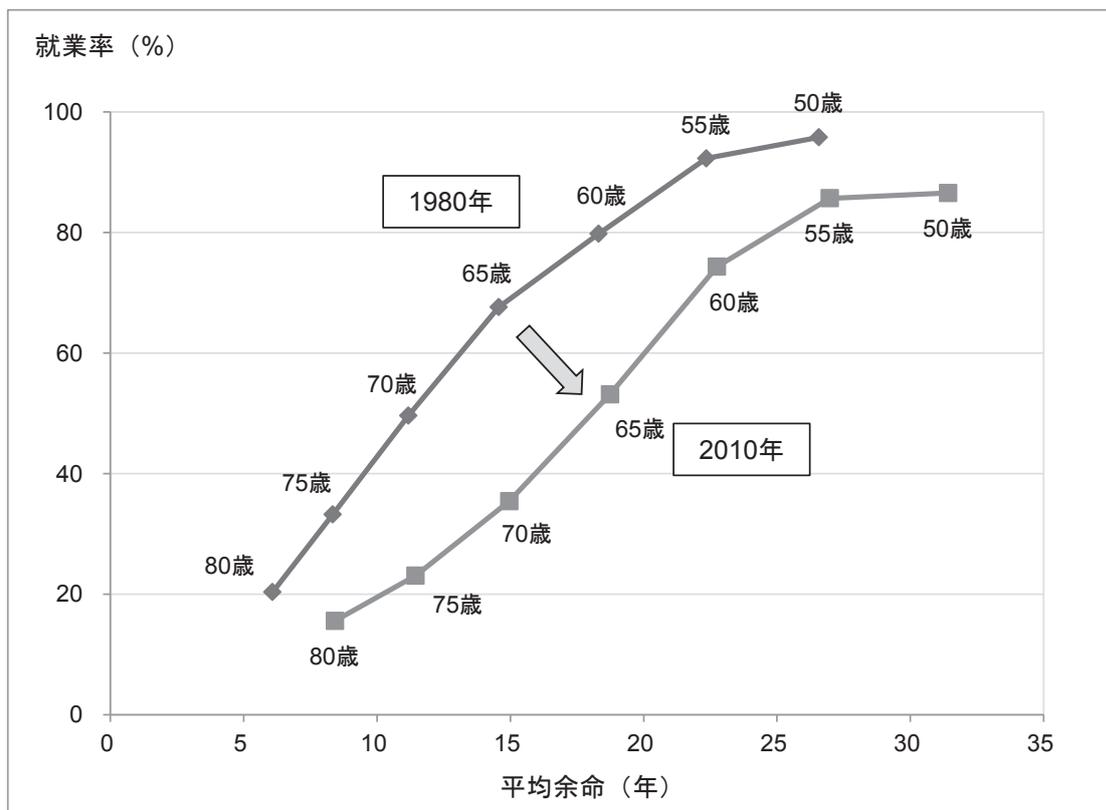
日本では近年、平均寿命が大きく伸長する一方で就業率が低下している（図表Ⅱ-3-2）。これは健康な人たちがこれまでより早く引退し、より長きにわたって年金を受給するようになってきていることを意味する。この状況は年金財政にとどまらず、経済全体の持続可能性という観点から見ても大きな問題を投げかける。高齢者がすべて健康であるわけではないという点には注意が必要だが、就業する能力が十分ある人たちを、公的年金という仕組みによって、扶養する側から扶養される側にわざわざ移してしまうことは是認しにくい。

図表Ⅱ-3-1 公的年金の支給開始年齢と平均寿命の国際比較

	日本	アメリカ	イギリス	ドイツ	フランス	スウェーデン
支給開始年齢 (2010年)	国民年金(基礎年金) 65歳 厚生年金保険 60歳 ※ 男性は2025年度までに、女性は2030年度までに65歳に引上げ	66歳 ※ 2027年までに67歳に引上げ	男性: 65歳 女性: 60歳 ※ 女性は2020年までに65歳に引上げ ※ さらに、2024年から2046年にかけて男女ともに65歳から68歳に引上げ	65歳 ※ 2012年から2029年までに67歳に引上げ	60歳 ※ 2018年までに62歳に引上げ	61歳以降本人が選択(ただし、保証年金の支給開始年齢は65歳)
平均寿命	男性 79.59歳 女性 86.44歳 (2009年)	男性 75.4歳 女性 80.4歳 (2007年)	男性 77.4歳 女性 81.6歳 (2006~2008年)	男性 77.17歳 女性 82.40歳 (2006~2008年)	男性 77.8歳 女性 84.5歳 (2009年)	男性 79.36歳 女性 83.37歳 (2009年)

(出所) 財務省資料に基づき作成。

図表Ⅱ-3-2 平均寿命の伸長と同時に進む就業率の低下（男性）



(出所) 厚生労働省「生命表」、総務省「国勢調査」より作成。

(3) 公的年金等控除の圧縮

第3の方策は、公的年金等控除の圧縮によって、高齢層に経済力に相応した負担を求めることである。上述のとおり、支給開始年齢の引き上げによる不公平面を是正するためにも、すでに年金を受給している層、あるいは近い将来に受給を始める層にも応分の負担を求めるべきである。そもそも、勤労所得に比べて年金所得を税制面で優遇する根拠は見当たらない。

もっとも、高齢層に対する負担の増加については、公的年金等控除の圧縮ではなく、幾つかの国でも見られるように、所得に応じて年金給付額を減額するという方式もあり、対象者が異なるなら、その両方を導入することも考えられる。また、日本では高齢所得内の所得再分配が弱い、公的年金等控除の圧縮によって得られた増収分によって、低所得高齢層を支援することも可能となる。

3. 給付の十分性を確保するために

OECD の報告書では、給付の十分性を確保する方策として、「公的年金の支給努力の対象の中心を最も脆弱な人々とする」と指摘している。これも、日本の現行制度が直面している課題を見事に言い当てている。非正規雇用や低賃金によって抛出実績が乏しく、低年金・無年金に甘んじる低所得高齢層に対する支援は、これからますます重要になるだろう。しかも、問題を難しくするのは、(1) で指摘したような、制度の持続可能性を高める方策は、給付の十分性という面から言えばむしろ望ましくない方向に働く面があるという点である。とりわけ、マクロ経済スライドの例外なき適用は、報酬比例部分より基礎年金部分の削減に作用するので、そのままでは基礎年金に対する依存度の高い層ほど不利に働き、給付の十分性という改革の目標追求に抵触する。さらに、現行制度が維持される場合でも、年金の給付水準を示す所得代替率は、新規裁定時でこそ 50% をクリアするものの、その後は徐々に低下し、最終的には 40% 程度まで低下する (ケース E の場合)。現行制度が財政的に持続できると言っても、それはすでにかんりの給付削減を前提としたものであることは、あらためて認識しておく必要がある。

(1) 低所得者・低年金層の所得保障強化

給付の十分性に関するこうした問題を克服する第 1 の方策は、低所得者・低年金層の所得保障強化である。現行の枠組みをひとまず前提とすれば、この点で最も効果が上がる方策は、2014 年財政検証でも明らかにされたように、厚生年金の適用範囲を大幅に拡大することである。非正規雇用者のかんりの部分は厚生年金の対象から外れ、第 1 号被保険者として国民年金の保険料を支払うことになる。しかし、国民年金の保険料は、減免措置はあるものの、定額負担が基本となっている。この仕組みは低所得層ほど不利になるという逆進的な性格をもち、国民健康保険の保険料負担と相まって、低所得層の負担抛出を難しくしている。したがって、彼らを保険料が賃金連動型の厚生年金に加入させることによって、国民年金に備わっている問題を実質的に解消していくことが現実的な対応と言える。財政検証では、オプションⅡ②として、一定以上の収入 (月 5.8 万円以上) のある、すべての雇用者に厚生年金の適用拡大 (1,200 万人ベース) を目指す改革を提案しているが、最終的な所得代替率を 5% ポイント以上引き上げる効果がある。もちろん、その実現のためには国民年金の保険料負担との調整など解決すべき問題が少なくない。しかし、厚生年金の適用拡大は年金改革の基本的な方針として位置づけるべきである¹。

しかし、この改革は、企業の保険料負担の大幅引き上げを伴い、企業からの強い反発が

¹ なお、厚生年金の適用範囲の拡大により、国民年金の加入者は減少することとなるため、年金財政の安定性を長期的に高める観点から、いずれは公的年金の一元化も視野に検討を進める必要があるだろう。

予想されるので、実施にはかなりの困難が伴うだろう。そのため、今後とも現行制度の大幅な修正なしにかなりの時間が経過する可能性も高い。したがって、非正規雇用者など低所得層を対象に絞った支援策を別途用意する必要がある。その具体的な方法として、所得税と社会保険料の見直しをセットで行うことが考えられる。すなわち、現行の所得控除の仕組みを大幅に圧縮し、その代わりに低所得層の税負担がマイナスになる給付付き税額控除を導入する。さらに、その税額控除の結果、給付される税額で年金保険料を相殺すれば、低所得層には年金保険料の拠出実績が残り、高齢時になれば年金を受給することができる。

社会保険は「拠出原理」の仕組みなので、年金保険料の拠出実績が乏しい者は公的年金の給付が制限され、生活保護の対象となる。しかし、生活保護は高齢時の全般的な生活保障の仕組みとして想定されたものとは言えない。また、生活保護への過度の依存は、社会保険料負担に対するモラル・ハザードを生み出し、人々の社会連帯意識にも悪い影響を及ぼしかねない。できるだけ多くの人々が社会保険制度に参加し、負担能力に応じて制度を維持するためのコストを負担し（場合によってはその負担を免除され）、制度の恩恵を受けるという全員参加型、社会連帯型のほうが望ましい。

こうした改革案に対しては、高齢時における最低限度の所得を税財源で保障すべきだという考え方も根強くある。最低保障年金というアイデアがそれである。しかし、財源を保険料で賄うか税で賄うかという違いはあるものの、目指す方向はどちらも同じであり、それぞれの制度が最終的な姿に至れば、財源を負担する国民から見てもほとんど同じである。人々が、消費税率の大幅な追加的引き上げと、それを財源とする高齢時における最低所得保障、という組み合わせを選択するのであれば、それはそれで構わない。

（２）公的年金の補完

給付の十分性を高める第２の方策は、賦課方式で運営され、高齢時における所得保障の中核となる公的年金を補完する私的年金の仕組みを整備することである。冒頭に紹介したOECDの報告書でも、「進行中または今後必要となる公的給付の削減を補完するために、退職後のための貯蓄を奨励すること」が必要な対応策の１つとして指摘されている。

米国やヨーロッパなど、日本以外の先進国における高齢化のペースは、日本のそれに比べて緩慢である。それにも拘わらず、十分な年金給付をこれからも維持できるかという危機感日本より深刻のようである。高齢化が進む以上、賦課方式で「制度の持続可能性」を確保しようとするれば、給付を削減し、あるいは支給開始年齢を引き上げていく必要がある。それが「給付の十分性」というもう１つの目標追求に抵触するのであれば、新しい方法を考えるしかない。実際、ドイツやスウェーデンのように、賦課方式を補完する積立方式の年金を導入し、全体として老後の所得保障を図っている国は少なくない。

とりわけ、日本において具体的な改革案として考えられるのは、公的年金の支給開始年

齢を引き上げる場合、定年から支給開始年齢までの3～5年程度を対象にした「つなぎ年金」を創設することである。この期間は雇用形態がそれまでフルタイムからパートタイム、嘱託に移行するなど、やや不安定になりやすく、フローの所得面では不透明感が高まる。その一方で、それまでの蓄えや退職金もあり、ストックの所得面ではある程度の余裕があるので、公的年金による全面的な支援は必要でないだろう。

したがって、月額3～5万円程度のコンパクトな年金を短期間にだけ支給するという仕組みはあってよい。この仕組みは賦課方式ではなく、現役時代において基本となる公的年金に保険料を上乗せする、あるいは一括・分割などさまざま形で徴収し、それを積み立てていくという方法をとる。この「つなぎ年金」の規模としては1人当たり総額200～300万円が考えられるが、それを所得控除の対象とするなど、税制上のインセンティブを付加すればよい。政府は制度だけ設計し、管理・運用は民間の金融機関に任せればよい。

同様に、公的年金の支給開始年齢以降においても、基本となる公的年金を補完する「上乗せ年金」があってもよい。この上乗せ年金も、賦課方式ではなく積立方式の個人勘定とし、税制上のインセンティブを付加する。マクロ経済スライドの例外なき適用、さらには公的年金等控除の圧縮などにより、高齢時の所得環境が厳しさを増すのは、少子高齢化の下で現行制度を維持しようとする以上、やむを得ない。そうした状況下では、ほかの先進国でも取り組んでいるように、積立方式・個人勘定による私的年金で公的年金を補完し、全体として高齢時の所得保障を強固にすることが合理的でしかも現実的な方策である。すなわち、現行の企業年金・財形貯蓄（勤労者財産形成貯蓄）等の仕組みを拡充するだけで対応できる。

以上より、(1) 公的年金の支給開始年齢は3～5年引き上げるものの、その間は「つなぎ年金」の給付で所得支援を行い、(2) 公的年金の支給開始後は、公的年金と「上乗せ年金」を合わせて受給することで所得代替率50%を生涯にわたって維持することが、目指すべき現実的な目標となる。

4. 改革に取り組む姿勢

年金制度改革は、要するに現役層から高齢層への所得再分配の仕組みだから、基本構造は比較的単純であり、改革の選択肢も限られている。また、2004年改正によって給付総額を抑制する仕組みは基本的に用意されている。どこまで給付が拡大するか極めて不透明で、関連業界の利害も複雑からむ医療・介護に比べると、改革が進めやすい面もある。しかし、年金制度改革の場合、どのような改革を行っても、その便益は現在世代よりも将来世代で発生し、現在世代は不利になりがちである。将来世代の便益を自分たちと同じように重視

する、という姿勢が強く求められる。

さらに、年金改革の効果が同じ世代内でも大きく異なる点にも注意が必要である。世代間公平の追求は極めて重要だが、多様な高齢層をひとくくりにしてしまい、改革が低所得高齢層の所得環境をさらに悪化させるようなものであってはならない。支給開始年齢の引き上げやそのほか制度の持続可能性を高める改革についても、そこで節約できた財源で低所得層向けの給付を引き上げるという発想も考えられる。さらなる支援が必要となる対象はあくまでも限定的だから、制度の持続可能性、給付の十分性という矛盾しがちな目標を同時に追求することも工夫次第で十分可能である。

参考文献

OECD (2011) , *Pensions at a Glance 2011*.

社会保障制度改革国民会議 (2013) 「報告書」

<http://www.kantei.go.jp/jp/singi/kokuminkaigi/pdf/houkokusyo.pdf>

小塩隆士 (2015) 「マクロ経済スライドとその完全発動の意義と課題」『年金と経済』近刊。

第4章 所得税改革の必要性

—社会保障制度改革と統合的な改革—

土居丈朗

要旨

日本の所得税制は、諸外国と比して控除が手厚すぎる。特に、日本で多用されている所得控除は、高所得者ほど税負担軽減効果が大きいため、税額控除に比べて所得再分配を小さくする性質を持つ。したがって、所得控除から税額控除へと改めることが不可欠だ。また、公的年金等控除は、勤労世代に適用される給与所得控除より手厚く、世代間格差を助長する一因であるため、年金改革と統合的に、早期に縮小すべきである。加えて、老齢遺族年金は所得とはみなされず、課税対象でないため不公平が生じている。他の年金同様に課税対象とすべきである。

1. 所得控除から税額控除へ

税は消費税だけではない。基幹税の1つである所得税の改革も不可欠である。所得税によって、所得再分配機能を果たすことができる。所得税で所得再分配機能を果たすことを考える時、多くの方は累進課税の強化を思い浮かべるかもしれない。しかし、それは効果が小さいばかりか、現実的でない。

過度な累進課税によって所得再分配を強化することは、グローバル化が進む今日においてはふさわしくない。高率の所得税を課しても、程なく高所得者は海外に移り、逆に税収を失ってしまう恐れすらある。むしろわが国の所得税制で所得再分配機能が十分に果たせていない原因は、控除が手厚すぎることにある。

したがって、今後のわが国での所得税改革は、所得税制における控除の抜本的な見直しこそが本丸である。現に、わが国の所得税制では、さまざまな控除があるために、課税される所得に比して6~7割は、税率を課す前に課税対象から外れてしまっているのである。

そもそも、所得税制には、所得控除と税額控除という2つのタイプの控除がある。所得控除とは、課税対象となる所得額から一定額を控除するものである。税額控除とは、いったん算定された所得税額から直接的に差し引くことで負担額を軽減するものである。わが

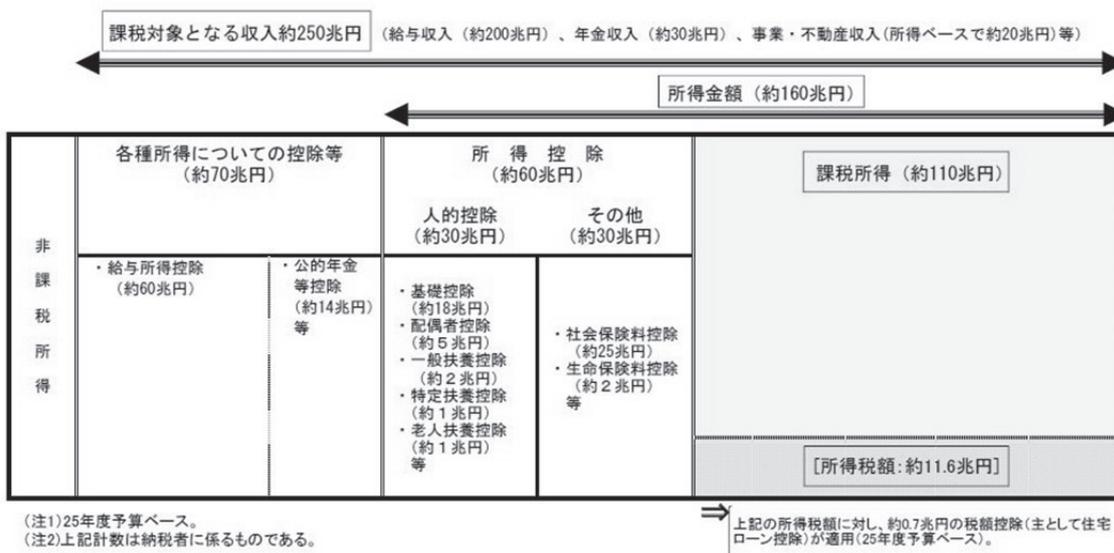
国の所得税制にある控除の大半は、この所得控除である。

2013年度の金額でいえば、図表Ⅱ-4-1に示されているように、わが国で所得税の課税対象となる収入は、約250兆円（給与収入が約200兆円、年金収入約30兆円など）生み出されている。ところが、これに直ちに所得税が課税されるわけではない。広義の所得控除ともいえる給与所得控除と公的年金等控除により、給与収入のうち約60兆円は給与所得控除として、年金収入のうち約14兆円は公的年金等控除として、課税対象からそもそも外される。

そこから、さらに基礎控除として約18兆円、配偶者控除として約5兆円、扶養家族に対して適用される扶養控除として約4兆円などが控除されて、課税対象となる所得が小さくなる。これらの所得控除が計約60兆円認められており、最終的に所得税が課される対象として残る課税所得は約110兆円となっている。これに所得税率が課されて所得税の負担額が決まる。

つまり、最初にあった収入約250兆円から、控除に次ぐ控除で、最終的に課税対象として残るのは約110兆円になってしまっている。多くの国民は、課税でも重い所得税が課されると認識しているかもしれないが、実際には稼いだ収入の半分以上は課税対象から外されているのである。ちなみに、税額控除は約0.7兆円しか適用されていない。

図表Ⅱ-4-1 総合課税分（給与所得、雑所得（年金等）、事業所得、不動産所得等）の課税ベースのイメージ



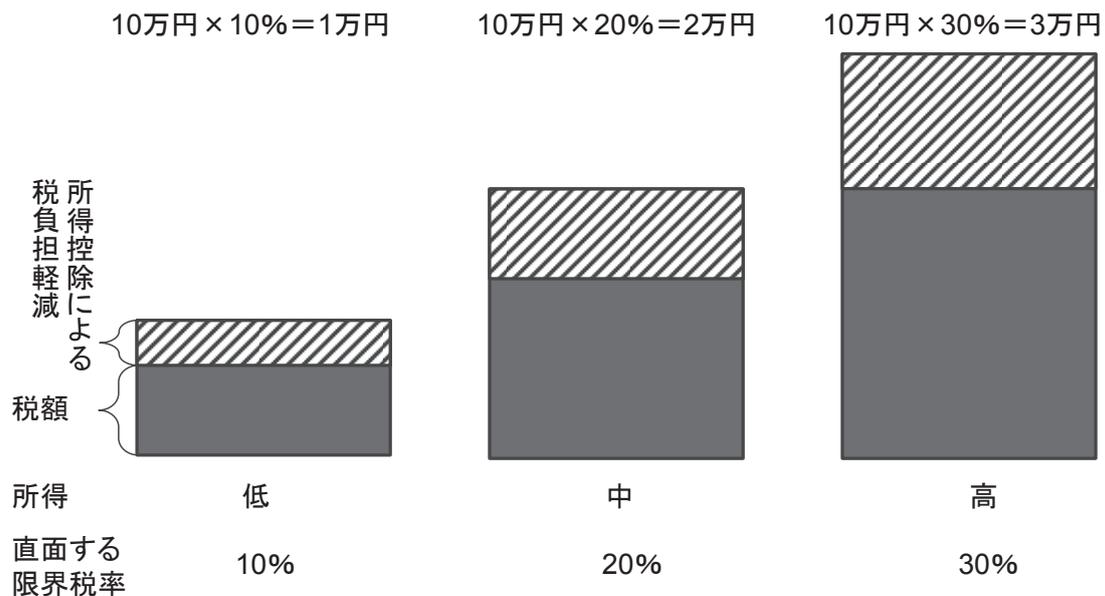
(出所) 政府税制調査会第6回総会「財務省説明資料(所得税の現状)」

しかも、わが国の所得税制で多用されている所得控除は、税額控除に比べて、所得再分配効果を小さくする性質がある。

例えば、図表Ⅱ-4-2のように、高所得者と低所得者がいて、所得税の累進税率構造により、高所得者は30%の税率に直面していて、低所得者は10%の税率に直面しているとする。

そこに、高所得者にも低所得者にも同じように、10万円の所得控除が与えられたらどうなるか。低所得者は、この所得控除がなければ課税所得が10万円多くなって所得税が10%の税率で課税されるから1万円の負担となっていたのだが、所得控除が与えられたことで負担が軽減される。つまり、低所得者は1万円の負担減となる。

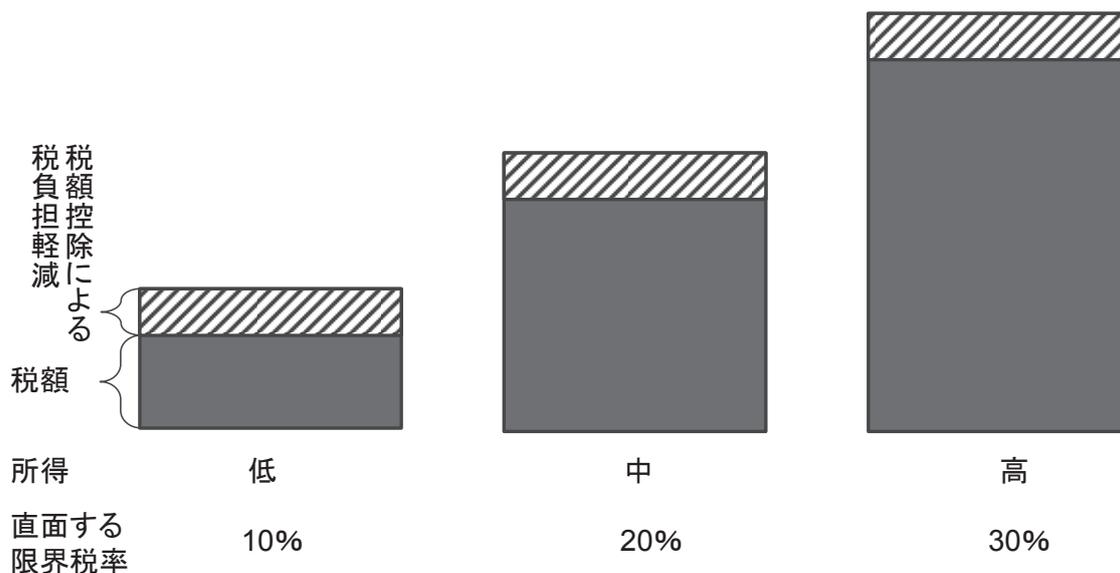
図表Ⅱ-4-2 10万円の所得控除の影響



一方、高所得者も、この所得控除がなければ課税所得が10万円多くなって所得税が30%の税率で課税されるから3万円の負担となっていた。だが、所得控除が与えられたことで3万円の負担減となる。

このように、所得控除だと、直面する税率が高い高所得者ほど、税負担軽減効果が大きくなる。ところが、これが税額控除だとどうなるか。例えば、図表Ⅱ-4-3に示されているように、前述の高所得者にも低所得者にも同じように、1万円の税額控除が与えられたとする。税額控除の仕組みにより、高所得者も低所得者も、直面する税率に関わらず、1万円の負担減となる。

図表Ⅱ-4-3 1万円の税額控除の効果



このように、国民の所得税負担を軽減するにしても、所得控除という仕組みを多用すると、所得再分配効果が弱まってしまう。

日本全体で同じ金額の負担軽減効果を発揮させるにしても、所得控除で行っている現行制度を、税額控除で行う仕組みに改めるだけで、低所得者には従来通りの税負担軽減ができるとともに、高所得者により多く及ぶ税負担軽減効果を取り除くことができ、所得格差はより大きく是正されることになる。

したがって、わが国の所得税制に必要な改革は、所得控除を税額控除に改めることである。

2. 公的年金等控除等の見直しも必要

その上、改めるべき（広義の）所得控除には、公的年金等控除がある。公的年金等控除は、勤労世代に適用される給与所得控除より手厚くなっており、世代間格差を助長する一因ともなっている。また、わが国の年金制度における負担と給付は、保険料負担時に社会保険料控除、給付時に公的年金等控除と、どちらの時点でも所得税が控除されている。世界の他の国では、負担時か給付時のどちらかで課税されており、どちらの時点でも控除されているのはまれである。今後は、世代間格差是正の観点からも、公的年金等控除を早期に縮小すべきである。

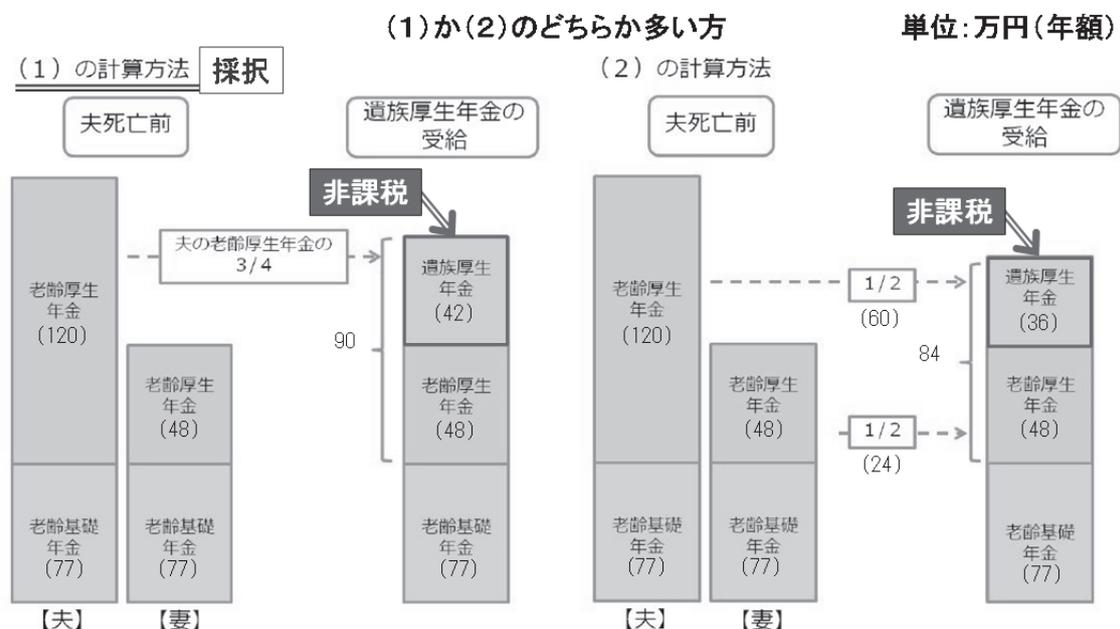
さらに、年金をめぐる課税上の不公平は、老齢遺族年金にもある。同じ「年金」といっ

でも、課税される年金と課税されない年金がある。自分が若い時に保険料を払った見返りに受け取る年金（国民年金、厚生年金、共済年金）は、課税対象となり、一定以上の収入だと所得税や住民税を払う。他方、一切課税されないのが遺族年金と障害年金である。遺族年金とは、年金に加入していた配偶者や親が亡くなった後、本人に代わり遺族が受け取る年金である。遺族年金は、稼働能力のある配偶者や親を亡くすと生計が成り立たないことを踏まえ、遺された配偶者や子たちの生活を支える役割を持つ。

確かに、若い遺族なら配慮は必要である。現行制度でも、死亡した人によって生計を維持されていた子のある妻や原則 18 歳未満の子に遺族年金は支給され、生計が成り立つように配慮がなされている¹。しかし、高齢者の遺族はどうだろうか。結婚せず独身のまま自らの年金を年 200 万円もらう高齢者は税金を払うが、夫に先立たれたが遺族年金を合わせて 200 万円もらう妻は税金がゼロ、という現象が起きているのだが、看過できるだろうか。

例えば、厚生年金を受けている 75 歳の妻の、夫が亡くなったとする。夫の死亡による遺族年金を受ける時、次の①死亡した夫の年金の 4 分の 3 か、②死亡した夫の年金の 2 分の 1 と本人の年金の 2 分の 1 を合計した額かのどちらか多い方の年金額を受け取ることになる（図表Ⅱ-4-4 参照）。図表Ⅱ-4-4 の場合、多い方の①が採用される。ただし、実際に年金を受け取る際、右記の計算方法で決まった年金額と本人の厚生年金との差額が遺族年金として支給される。そして、遺族年金については非課税となる。

図表Ⅱ-4-4 遺族年金の計算方法



(出所) 厚生労働省年金局「平成 25 年度年金制度のポイント」を基に改編して作成。

¹ 2014 年度からは、遺族基礎年金の支給対象を「子のある妻」から「子のある配偶者」となる。ただし、2014 年 4 月 1 日以後に母親が亡くなった父子家庭が対象である。

妻は、自分の厚生年金だけだと 48 万円だったが、夫の年金の 4 分の 3 に相当する額がもらえるので、42 万円の遺族年金が追加してもらえる。その上、遺族年金は非課税である。夫婦で生活している間の収入は 2 人で 322 万円、1 人当たり 161 万円だったが、遺族年金をもらう妻は 1 人で 167 万円もらうことになる。

他方、ずっと独身で自分の年金として 167 万円もらう 75 歳の高齢者なら、1.6 万円の所得税と住民税が課されるが、図表 II-4-4 の場合の妻は同じ収入額なのに税負担はゼロである（自分の年金として 125 万円もらうが、税制上の諸控除により、課税対象の所得はゼロとなる）。

そもそも、65 歳以上の高齢者の年金に対し、少なくとも 155 万円までは所得税や住民税はかからない。しかし、それを超えると、状況次第では課税される。

その上、高齢者でも払う医療保険料や介護保険料の負担は、所得が増えるほど重くなるのだが、その「所得」に遺族年金はカウントされない。したがって、保険料の計算上、図表 II-4-4 の妻の所得は、167 万円ではなく 125 万円だけである。

ここで、もし全額を、遺族年金でもらう場合と、課税対象となる公的年金でもらう場合で、手取りの所得がどうなるか比較したのが図表 II-4-5 である。遺族年金だけだと、所得税や住民税が非課税になる上に、社会保険料も最低限しか課されない。

図表 II-4-5 遺族年金と公的年金の手取り所得額

単位：万円（年額）

課税前 収入額	手取りの所得額	
	遺族年金	公的年金
100	約 97	約 96
120	約 117	約 116
155	約 152	約 145
175	約 172	約 161
200	約 197	約 181
250	約 247	約 217

（注）税・保険料は、東京 23 区に住む 75 歳以上の単身高齢者を想定

さらに、介護保険では、施設に入所する際に低所得者に対して補足給付を出す仕組みがある。介護保険施設などに入所する要介護者は、「居住費」や「食費」が保険給付の対象外となるため、原則として利用者が負担するのだが、低所得者に対しては、この利用者負担を軽減するために給付されるのが、補足給付である。遺族年金で所得を得ている場合は、課税対象とならないために、「所得」としてカウントされないことから、低所得者（保険料水準が第 1 段階から第 3 段階まで）と認められれば補足給付を受けることができる。要

するに、遺族年金が「所得」としてカウントされないことから、保険料が減免されるだけでなく、給付も受けられるのである。

若くして遺された配偶者や子たちなら配慮は必要だが、高齢者でもらう年金の種類が異なるだけで、課税か非課税かが異なることから不公平が生じる。高齢者がもらう遺族年金は、他の年金と同様に課税対象とすべきである。

遺族年金は、日本年金機構において給付対象者が特定されており、その情報は現在でも把握されている。しかし、現状では、所得税が非課税となっているために、遺族年金の給付情報が市町村には提供されていない。このことが、社会保険料算定や給付資格認定の際に、遺族年金の支給額に関する情報が活用されないこととなっている。

遺族年金は、最終的には、マイナンバーを活用しながら、所得税の課税対象とすべきであるが、マイナンバーを用いない時期においても早期に、遺族年金の支給額に関する情報を市町村に提供して、社会保険料算定や給付資格認定等に反映させ、他の年金給付や所得（給与所得や雑所得など）との間の不公平を是正すべきである。

第5章 社会保障改革のための 医療費統計の整備

西沢和彦

要旨

「国民医療費」は、マクロで医療費を把握するための基本的な統計であるが、労働と資本の間の資源配分、薬剤費抑制、予防促進による治療費の節約などといった核心的な政策の議論に使えない。

他方、OECDのSHA基準に基づく「総保健医療支出」統計であれば、こうした「国民医療費」の問題を補完し得るが、実際のが国の推計手法には難があり、やはり精緻な議論には使えない。今後、さらなる社会保障改革を進めるにあたり、国民の納得を確保し、利害関係を排除するためにも、わが国をあげての統計整備が不可欠である。

1. 医療費統計は議論のインフラ

国の一般歳出のなかでも社会保障関係費は半分を超え、今後とも、高齢者人口の増加に歩調を合わせ増大していくことは必至である。よって、財政健全化を押し進めていくうえで歳出面における最大のポイントは社会保障にある。年金、医療、介護のうち、焦点はとりわけ医療・介護に絞られてくるであろう。年金に関しては、2004年改正で導入されたマクロ経済スライドが機能していくとするならば、総給付額はGDPの伸び程度に抑えられると見通されているためである。

よって、医療・介護に関し、マクロの統計で現状が把握され、例えば、次のようなテーマについて議論し、効果が計測できることが求められる。1つは、労働と資本への資源の配分である。医療の現場からは医療従事者の過重労働が叫ばれ、他方、過剰な資本ストック、端的には国民1人当たりで見たMRIやCTスキャンなどの高額医療機器の台数や病院数の先進諸外国比で見た多さが指摘されている。この問題に対しては、単に診療報酬を引き上げるのではなく、資本から労働への資源のシフトが優先的に考えられるべきである。

もう1つは、予防や公衆衛生サービスの効果である。インフルエンザの予防接種、妊産婦健診、生活習慣の改善など予防や公衆衛生サービスに資源を投入することで、結果とし

て治療費をいくら節約できるのか。あるいは、過剰投薬が指摘されるなか、薬剤費はどの程度抑制可能なのか。さらには、2009年に導入された地域医療再生基金のような大型の補助金が一体どこに交付されており、どのような効果が得られているのか。

しかし、わが国における最も基本的なマクロの医療費統計であり、かつ、ほぼ唯一のよりどころである厚生労働省の「国民医療費」では、そうした現状の把握や議論がほとんど困難である。よって、社会保障改革をさらに進めていくにあたり、「国民医療費」を根本的に改めるか、あるいは、それに代わる統計を用いることにより、今日の政策課題の議論に必要な統計インフラを整備すること不可欠である。では、具体的な問題点はどこにあり、改善策はどのようなものであろうか。

2. 「国民医療費」とOECD「総保健医療支出」

(1) 「国民医療費」の統計としての問題点

「国民医療費」は、保険者別、疾病別など有用な情報を多く含むものの、特に財政の視点から、統計として次のような問題点を指摘することができる。第1に、包括性に欠けることである。「国民医療費」は、社会保険診療の対象となり得る治療に要した費用を集計したものと定義される。よって、例えば、以下のようなものは含まれない。評価療養、選定療養（室料差額、歯科材料差額等）、正常な妊娠・分娩と産じょく、集団健診、個別健診、企業や保健所などが実施した予防接種、一般用医薬品などである。介護サービスも含まれない。

第2に、一般用医薬品が含まれていないのみならず、処方薬についても薬剤費が個別の項目となっていないことである。「国民医療費」には、医科診療医療費、歯科診療医療費などと並んで、薬局調剤医療費という項目がある（図表Ⅱ-5-1）。もっとも、これが薬剤費を表している訳ではない。調剤医療費は、調剤薬局で販売された薬剤本体と技術料の合計であり、病院や診療所の窓口で販売あるいは治療中に使用された薬剤費は、医科診療費と歯科診療費のなかにいわば中間投入あるいは生産要素として含まれている。よって、薬剤費が一体いくらかかっているのかを「国民医療費」によって知ることはできない。それに代わる政府統計も見当たらない。わが国では、医療費抑制策の1つとして新薬からジェネリック医薬品への切り替えがあるが、こうした統計不在のもとで議論せざるを得ないのが実態である。

第3に、病院や診療所の設備投資がやはり個別の項目となっていないことである。冒頭で触れたように、わが国では、医療従事者の過重労働と、他方で過剰な資本ストックが指摘されている。すなわち、労働と資本への資源配分のバランスが崩れている可能性がある。

もつとも、「国民医療費」は、経常支出（人件費、薬剤費、その他の消耗品費など）と設備投資（病院建物、医療機器、情報機器、ベッドなど）とに分かれておらず、労働と資本の配分を議論することはできない。

第4に、補助金が算入されていないことである。医療や介護には、診療報酬や介護報酬のみならず、多くの補助金も投じられている。例えば、2009年に新設された地域医療再生基金、2014年に新設された地域医療介護総合確保基金、国立大学付属病院、国立病院、地方自治体立病院への補助金などである。こうした補助金が「国民医療費」には算入されておらず、実際の医療費に比べ「国民医療費」は過少になっているとともに、補助金による効果の計測を難しくしている。

こうした問題点のほか、年度終了後約2年半を経ての公表であり、迅速性に欠けること、国際基準にのっとったものではないため国際比較ができないことなども、問題点として指摘できるだろう。

図表Ⅱ-5-1 「国民医療費」と「総保健医療支出」

国民医療費		総保健医療支出	
診療種類別	(億円)	機能別	(億円)
医科診療医療費	283,198	診療・リハビリテーションサービス	299,735
入院医療費	147,566	入院診療・リハビリテーションサービス	145,449
病院	143,243	日帰り診療・リハビリテーションサービス	4,442
一般診療所	4,323	外来診療・リハビリテーションサービス	139,634
入院外医療費	135,632	在宅診療・リハビリテーションサービス	10,211
病院	54,434	長期医療系サービス	42,902
一般診療所	81,197	長期医療系施設サービス	40,526
歯科診療医療費	27,132	長期医療系通所サービス	0
薬局調剤医療費	67,105	在宅での長期医療系サービス	2,376
入院時食事・生活医療費	8,130	医療の補助的サービス	3,328
訪問看護医療費	956	臨床検査	-
療養費等	5,597	画像診断	-
		患者搬送および救急	3,328
合計	392,117	外来患者への医療財の提供	103,727
		処方薬	84,658
		一般薬	13,473
		その他非耐久性医療財	532
		医療器具とその他の耐久性医療財	5,064
		予防および公衆衛生サービス	13,678
		母子保健：家族計画およびカウンセリング	1,256
		学校保健サービス	501
		感染症予防	1,885
		非感染症予防	1,467
		産業保健	8,549
		その他の様々な公衆衛生サービス	-
		保健医療管理業務および医療保険	7,421
		政府による一般保健管理業務	6,009
		保健医療管理業務および医療保険：民間	1,412
		分類されないもの	0
		保健医療提供機関の資本形成	4,122
		総保健医療支出	474,912

(出所) 厚生労働省「平成24年度国民医療費」、OECD' Health Data: Health expenditure and financing' (2011年の値。2015年1月18日取得) より筆者作成。

(2) 期待される「総保健医療支出」による補完

以上のような「国民医療費」の問題点の多くは、本来、OECDのSHA (System of Health Accounts) という基準に基づき作成されている「総保健医療支出」によって補完される(「総保健医療支出」推計自体が「国民医療費」に大きく依存しているので、とって代わることはできない)。「総保健医療支出」は、介護、予防、公衆衛生サービスを含むなど対象範囲も包括的であり、支出は経常支出と資本形成とに大きく分けられたうえ、外来分の薬剤費が経常支出の内訳として独立した項目となっている。補助金ももちろんカウントされることとなっている。しかも、各国ばらばらの基準ではなく、OECDの統一基準であることから、国際比較が可能である。

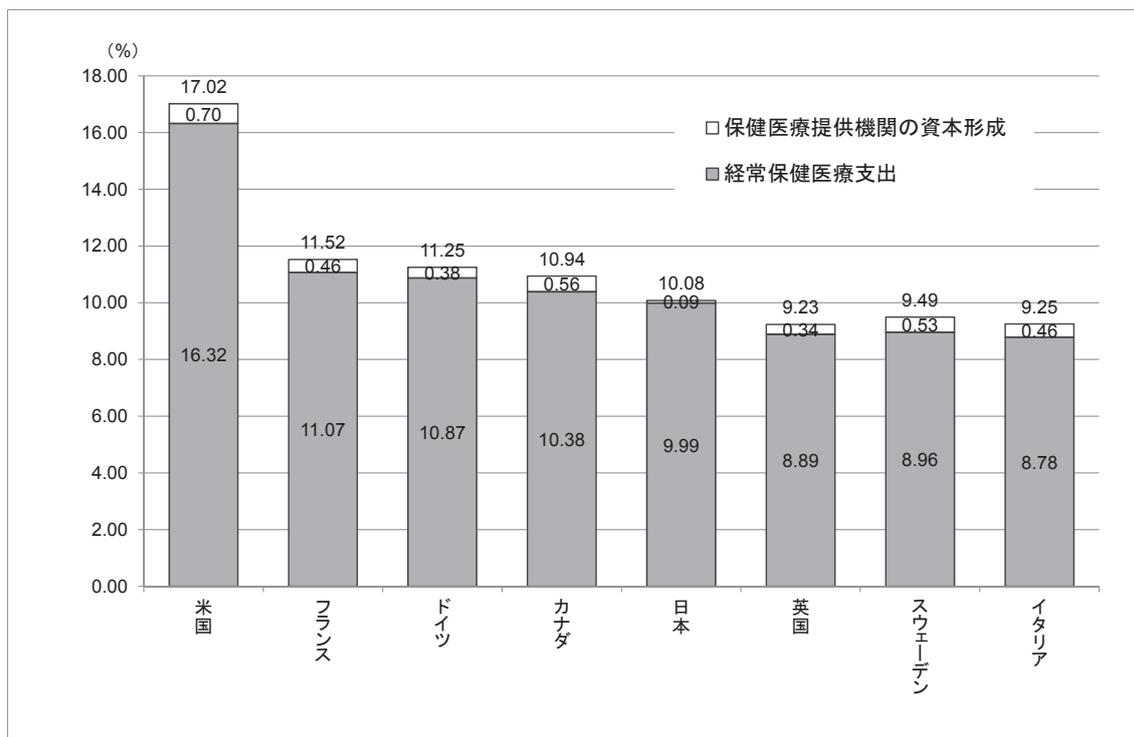
しかし、こうした包括性や各国とも医療制度が異なるなかでの統一基準の設定など「総保健医療支出」の特徴は、裏を返せば、実際の推計作業が容易ではないことを意味している。「総保健医療支出」のわが国の分に関しては医療経済研究機構が推計し、OECDに報告しているが、実際、その推計手法を見ると、問題点を複数指摘できる。

例えば、本来、資本形成に計上されるべき金額が(筆者推計では約4兆円)、経常支出に計上されている。わが国の「総保健医療支出」において資本形成として計上されているのは、わずかに補助金を原資としている分のみであり、その結果もあり、2011年の資本形成の対GDP比を主要先進諸外国と比較してみると、わが国のみ0.09%と異常値とも言える値になっている(図表II-5-2)。他の国は、英国0.34%、ドイツ0.38%、フランス0.46%、イタリア0.46%、スウェーデン0.53%、カナダ0.56%、米国0.7%である。

あるいは、わが国の地方自治体は、母子衛生、成人病対策、伝染病予防、健康教育、学校保健など広範な保健事業を行っており、総務省「地方財政統計年報」によれば、衛生費(除く清掃費)は3.9兆円に及んでいる。こうした費用も「総保健医療支出」の定義に含まれるが、わが国ではほとんど算入されていない。

その他、国立大学附属病院の受け取る補助金が算入されていなかったり、地域医療再生基金などの補助金が適切に反映されていない可能性があったりするなど過少推計も多く見られる。「総保健医療支出」が仮に正確に推計されていれば、「国民医療費」の問題点の多くが補完されるはずだが、このように、実際にはそうならない。

図表 II-5-2 総保健医療支出の対 GDP 比



(注) 2011年の値。

(出所) OECD' Health Data: Health expenditure and financing'より筆者作成。

3. 医療費統計整備に向け何をすべきか

(1) 政府自身を推計主体に

医療や介護に関する政策課題を議論するインフラとして統計整備は不可欠であり、そのためには、まず、「総保健医療支出」の推計精度を上げていく必要がある。推計作業への投入資源の増強、体制の継続性、厚生労働省はもちろん他の省庁の協力体制確保のためには、推計作業を、医療経済研究機構という一研究機関が科学研究費補助金で請け負うのではなく、政府自身が担っていく体制に切り替えるべきであろう。

例えば、「総保健医療支出」の支出の機能別項目の1つである予防や公衆衛生サービスは、地方自治体によって主に提供されており、それらを正確に計上していくためには、地方財政に関する情報のさらなる利用が欠かせない。あるいは、補助金を正確に計上していくためには、財政関連の統計はもちろん、国立大学付属病院を所管する文部科学省の情報も必要である。

(2) 医療に関する概念の再整理

次いで、統計作成にあたっては、こうした体制の見直しに並行し、医療に関するわれわれの概念をあらためて整理する必要があるだろう。「国民医療費」が保険料診療の対象となり、かつ、治療に要した費用という狭い定義になっていることは、われわれが医療に抱く狭い概念あるいは定義と無関係ではないだろう。「総保健医療支出」の英語は Health Expenditure である。健康という広い概念なのであって、わが国においても、保険の対象となつて、かつ、治療に要する費用だけが医療費なのかあらためて問い直す作業が必要のように思われる。

同時に、「総保健医療支出」を利用する側においても、十分な留意が必要である。まず、もともとこの統計はその包括性などから推計が容易ではなく、よって、例えばその対 GDP 比が先進諸外国比で低いことをよりどころに、診療報酬引き上げを主張できるほど精緻なものでは全くない。比較の目安程度に捉えるべきである。

次に、「総保健医療支出」は、わが国の「国民医療費」などより広い概念であり、これを「医療費」の訳語に置き換えるとすればミスリーディングである。仮に、対 GDP 比でわが国が諸外国比で低いとしても、診療報酬で賄われない予防・公衆衛生サービスが低い結果なのかもしれない(実際、前述のようにわが国はこの部分が過少推計の可能性がある)、そうであれば、診療報酬を引き上げるのではなく、予防・公衆衛生サービスの水準を上げなければいけないのかもしれない。

(3) 診療報酬のあり方そのもの見直し

さらには、診療報酬のあり方もあらためて議論する必要がある。主要な論点は2点指摘できる。1つは、現在の診療報酬において、労働コストと資本コストが一体となっていることである。診療報酬のなかに資本コストが減価償却費として混入しているとも言える。このことが根底にあり、「総保健医療支出」における資本形成の推計を難しくし、本来、資本形成に計上されるべき金額が経常支出に計上されているとも言える。

なお、このことは、単に統計的把握を困難にしているという問題にとどまらず、病院や診療所が個別に労働と資本への配分を決めることとなる結果、(財源は公費と保険料であるにもかかわらず) わが国全体として労働と資本のバランスが崩れたり、投資を回収するための過剰診療・過剰検査に結びついたりしている可能性もある。

もう1つは、入院医療の包括払い化が進むことで、包括払いのなかに含まれている薬剤費の実態が見えず、全体として薬剤費が把握しにくいことである。包括払いでない場合には、薬剤ごとに診療報酬が付くので、把握が比較的容易である。しかし、包括払い分に関しては、厚生労働省からも正確な数値が公表されていない。包括払いが進むほど薬剤費が

見えにくくなるという点も是正が必要である。

わが国の極めて厳しい財政状況と著しい高齢化の進行を考えれば、社会保障給付は総じて抑制していかざるを得ない。限られた財源を、予防と治療、資本と労働といったように最適に配分していくことがより重要となる。国民の合意形成のためにも、利害関係に捉われない議論のためにも数値に基づいた客観性の確保が欠かせない。そのためには、医療・介護をマクロで把握するための統計インフラが必要であるが、現状はそうようになっておらず、これからの社会保障改革に向け、わが国あげての整備が急務である。

参考文献

西沢和彦（2015）「『総保健医療支出』推計の問題点」『フィナンシャル・レビュー』第123号（近刊）。

おわりに 経済成長を促す社会保障改革

柳川範之

本報告書を終えるに当たり、読者の方々に伝えておきたい点は、質を向上させ経済成長にも寄与するような社会保障改革を行っていくことが必要だという点である。社会保障分野の支出削減が、受益者にとっての受益低下にしかならないのであれば、大きな痛みを伴う。単に支出を削減するだけでなく、その結果として社会保障の質を引き上げるような改革を行ってこそ、実現が可能であり、かつ社会保障そのものにとっても意味のあるものとなる。

質の向上とは、非効率な支出を減らし、より有効に資金が使われるようにすることで、支出の絶対額が増えなくても、より良い社会保障が受けられるようにすることである。また、新たなイノベーションを社会保障分野で引き起こし、生産性を高めることも、質の向上につながる。

各論第1章で、井伊氏が述べているように、費用対効果の高い医療を目指すのも、単に財政支出を削減するためだけではなく、このように非効率な支出を減らして、医療の質を高めるためである。より費用対効果の高い医療サービスを提供することができるになれば、それはより少ない支出でより効果のある、つまり質の高い医療サービスの提供ができることを意味するからである。もちろん、どのような指標で効果を測るかについては、慎重に検討する必要はあるが、費用対効果を比較しつつ、日本全体でより費用対効果の高い医療を目指すことは、社会保障を充実させる上で不可欠なことだろう。

また、より質の向上を図っていくためには、現状の社会保障システムの枠組みの中だけで考えるのではなく、制度や仕組みのあり方そのものを見直していく発想も必要だ。例えば、医療分野の改革で議論されているように、予防分野にもっと焦点をあてた支出構造に変えれば、支出を減らしながら、より健康的な生活が送れる可能性も高くなるだろう。例えば、マイナンバーを通じて適切な医療情報を把握できるようにしつつ、予防分野に重点を置いた医療にすれば、健康管理の質向上とそれに伴う医療費支出の軽減に大きく貢献するだろう。

さらにいえば、このような改革は、新たなイノベーションをその分野で引き起こす可能性ももっている。そもそも医療にしても介護にしても、社会保障分野は産業としての成長が大きく期待されている分野でもある。それは質の向上に関する潜在的な「伸びしろ」が大きいことを意味している。予防分野に重点を置いた医療になれば、そこに新しい市場が生まれる。また、医療ツーリズム等によって、新たな需要を国内サービスに取り込むこと

ができれば、生産性の向上への貢献も期待できる。さまざまな分野で新たな市場が開拓されれば、医療製品等の技術革新も期待でき、イノベーションが生まれる可能性が高くなる。

社会保障改革を通じて、イノベーションが起きれば、この産業分野の成長、ひいては経済全体の成長にも寄与する。そうすれば、それが税収の増大を通じて財政再建にも貢献することになる。言い換えると、社会保障改革は成長につながる形で考えていくことが重要であり、それが財政再建を実現させる上でのポイントとなる。

そして、そのためには支出削減とともに、新たな市場を創りイノベーションを促進させるための規制改革をしっかりと行っていかなければならない。

また、安定した社会保障制度の構築は、多くの人々に将来の安心感を与え、消費や投資にプラスに働くという観点も見逃せない。人々が消費支出に慎重になるのは、将来の社会保障に対して不安を抱いているからという面も大きい。わが国の年金等将来の社会保障を信頼している割合は、他の OECD 諸国と比べてもかなり低く、それが消費を減らす方向に働いている点はしばしば指摘されている（例えば内閣府 平成 21 年度「年次経済財政報告」）。また、最近の調査でも 2015 年新成人の 90%以上が、将来国民年金がもらえるか不安だと回答しているアンケート結果もある（株式会社マクロミル、「2015 年度新成人に関する調査」）。これらの不安感がどこまで合理的根拠に基づくものかは別にしても、このような財政状況の下では、人々が漠然とした不安感を社会保障システムに抱いていることは確かであり、それが、消費や投資を滞らせている面がある。

そもそも、社会保険料負担の軽減が可能になれば、それが消費を促進し雇用を増やし成長に寄与するという側面も存在する。それに加えて、信頼に足る、持続可能な社会保障システムを構築していくことができれば、経済成長にもつながり財政再建にもプラスに働く。

財政再建問題は、経済成長か支出削減かの二者択一論で議論されることがしばしばある。しかし、このように考えてくると、この 2 つはそれぞれ独立に存在するものではなく、相互に密接に関連していて、両者をともに実現させることが重要なことが分かる。また、日本の現状を考えると、どちらかではなく両者ともにできる限り実現させて初めて、財政再建の入り口に立つことができる。そしてその要に存在するのが、社会保障改革なのである。

参 考

本稿は、2015年1月にNIRA オピニオンペーパーNo.13として公表したものである。

＜参考1＞ NIRA 有識者提言第1弾

今こそ、財政健全化への決意を示すとき

1. 2020年度の黒字化と中期財政計画の法定化

2015年10月からの消費税率10%への引き上げの延期が決まった。延期のための法律が新たに策定され、消費税率引き上げの2017年4月実施、および景気条項¹の削除が盛り込まれる予定だ。

しかし、単に、増税の先送りを法定化するだけでは不十分である。われわれは、財政健全化目標を堅持するために、安倍内閣および自民党が先の12月の衆議院選の公約で掲げた以下の点を合わせて、一括して法定化することを提案する。

— 国・地方の基礎的財政収支の2020年度までの黒字化

— その実現に向けた中期財政計画の今夏までの作成

この措置を通じて、政府が財政健全化に強くコミットし、その決意を内外に示すことで、政府財政への信認は揺るぎないものとなる。

2. 強い決意を示す理由は、団塊世代の75歳入り、 異常な債務残高、金利上昇のリスク

なぜ、2020年度の目標を法定化という政府の強い意志で示すべきなのか。1つには、2020年代初には、団塊の世代が75歳に到達し、社会保障給付費が大幅に増加することがある。この機を逃すと、社会保障給付の受給者が急増し、財政の健全化が著しく困難になる。

わが国の社会保障制度は、高度成長期に形作られ、勤労世代に負担を負わせて高齢世代に給付するという賦課方式的な形で運営されている。このことが、人口減少・高齢化社会にとってはアタとなる。勤労世代の人口が減り、高齢世代の人口が増えると、勤労世代の1人当たり負担はますます増え、社会保障制度の持続性を大きく損なう。

¹ 「社会保障の安定財源の確保等を図る税制の抜本的な改革を行うための消費税法等の一部を改正する等の法律」附則第18条

また、高齢世代の純受益（受益マイナス負担）に比べると、若い世代の負担超過が一段と増え、社会保障をめぐる世代間の受益と負担の格差の拡大を目の当たりにする将来世代が、社会保障制度に対する強い不信感を抱きかねない。これらは、社会保障制度の持続可能性・公平性を大きく損なう一大事である。

次に、わが国の政府債務残高（対 GDP 比）が、世界的に見ても未曾有の規模にまで累増していることがある。こうした異常な状況下で、受益に見合った負担を国民に課すことができなければ、日本の政策への信認が揺らぎ、金融資本市場を通じて日本経済のリスクが高まる恐れが強い。欧州債務問題に見られるように、先進国においても、債務残高の累増と政府の政策遂行への市場の信認の低下が国債金利の急騰を引き起こし、財政危機と金融危機の同時発生を招いた。実際、日本の消費税引き上げ延期を受けて、ムーディーズは日本国債の格付けの引き下げを行っている。こうした事態にもかかわらず、政策当局者および政策にかかわっている専門家の中に、経済の現状認識および政策運営に対するコンセンサスが形成されていないことは深刻な問題だ。負担や痛みを先送りし、場当たりの対応に追われている今の状況は、民主政治が毀損していることの顕れでもある。

さらに、金利上昇リスクが高まっていることがある。目下の低金利で利払費の深刻さを見過ごされているが、(1) 金融緩和の断固たる継続、円安傾向によるインフレ期待の上昇、(2) デフレ脱却後の日本銀行の政策転換、(3) 高齢化による国内貯蓄の減少を契機に、日本の国債市場に対し海外を中心としたマーケットの予想が反転すれば、日本銀行が介入し続けたとしても現在の低金利を維持することが困難になる。国債金利が上昇すれば、債務残高が大きいだけに、利払費の急増は避けられない。足元の動きを見ると、史上最低水準の国債金利でも債務残高の累増の影響により、利払費は既に増加傾向に転じており、注視が必要である。さらなる利払費の増加は、近い未来に起きうる話である。

団塊世代が 75 歳に到達する 2020 年初までという時間制約、異常な債務残高と堅実さに欠く政策対応、そして、金利上昇リスクの高まり。どれ 1 つとってみても、今こそ、財政規律を確立するための道筋を、強い決意で示さなければならない理由である。

3. 経済成長だけでは財政健全化は実現できない

現時点で、2020 年度の黒字化目標を達成するための収支改善の具体策を、政府は何も示していない。内閣府が 2014 年 7 月に公表した「中長期の経済財政に関する試算」では、2010 年代後半以降にかなり楽観的な仮定と思われる 3%台後半の高い名目成長率が続くとしても、2020 年度には名目 GDP 比で 1.8%、金額で 11.0 兆円の基礎的財政

収支の赤字が生じるとの推計結果が出ている²。かなりの高成長が実現しても基礎的財政赤字が解消できないことを、政府自らが認めているわけである。また、それよりも低い名目成長率 2%弱の成長の場合には、2020 年度には名目 GDP 比で 2.9%、金額で 16.2 兆円の赤字となる。この 11.0～16.2 兆円の基礎的財政収支の赤字をいかに解消するかは、財政の信認を今後も維持していく上で重要な課題である。

もっとも、基礎的財政赤字の解消は財政再建への第 1 歩にすぎない。なぜなら、利払費を含めると 2020 年度には財政収支全体の赤字額は 20 兆円程度（18.1～20.9 兆円程度）にまで上乘せされるからである。増税をしなくても、高い経済成長率が実現すれば財政健全化は、達成できるとする見方がある。機械的な試算によれば、成長によって基礎的財政収支の黒字化を達成するには 5%程度の名目成長率が必要だ。しかし、全体の人口が減少する中で、少子高齢化が今後さらに進むわが国にあっては 5%の成長率は実現不可能である。高い成長率を設定して財政健全化が実現できると見込むことは、もしその成長率が実現できなければ、財政健全化の計画は画餅に帰すことを意味する。これ以上、財政健全化を後退させられないわが国の状況からすれば、見通しの甘さは致命的な問題に発展しかねない。

さらに、経済成長に期待しすぎる財政収支改善は、歳出効率化や適切な租税負担など財政規律を緩ませる。保守的な経済見通しのもとで歳出削減、税収増を実現すべきである。

4. 社会保障給付の削減を実施せよ

国の一般会計における主な歳出の推移を見れば（図表Ⅲ-1-1）、社会保障はほぼ一貫して上昇し、かつ、高水準に達している。これまでの財政支出増は、社会保障支出の動きでほとんどが説明できる。

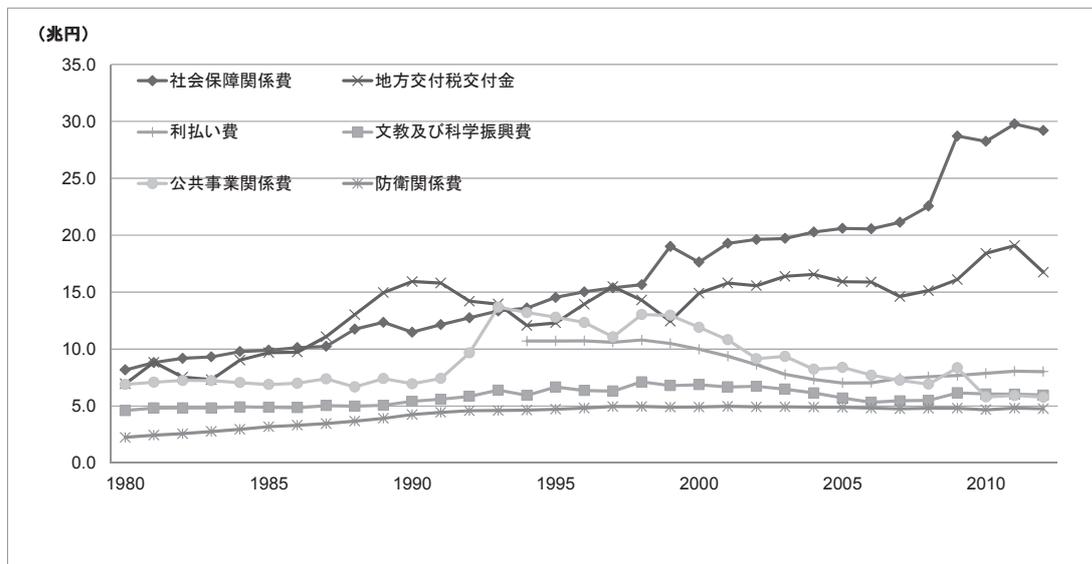
現に、今を生きる世代への社会保障給付の財源は、保険料と税だけでは十分に賄えず、赤字国債を発行して将来世代に付けを回している状況である。今後一段と進む高齢者人口の増大に伴い、社会保障給付額は 2020 年度にかけて約 24 兆円の増加が見込まれている。消費税を 10%に引き上げたとしても、将来世代に負担を先送りする状況はほとんど解消されない。

他方、国と地方の歳出全体で見ると、既に OECD 諸国との比較でも日本の非社会保障支出の対名目 GDP 比は最低水準になっている（図Ⅲ-1-2）。無駄を省くという努力は絶え間なく続けていくべきだが、先の内閣府の試算でも、非社会保障支出については、2020 年度にかけて実質横ばいを既に想定しており、さらに非社会保障費だけで 11.0～

² 中期的な財政健全化の議論がデータに基づいてできるよう、国・地方の歳出・歳入や社会保障費の見直し等について、内閣府は「中長期の経済財政に関する試算」等の内容を充実すべきである。

16.2 兆円の削減を行うには無理がある。非社会保障費の削減余地が限られていることは事実であり、自然、社会保障における過剰な支出の削減や効率化の追求へと目を転じざるを得ない。

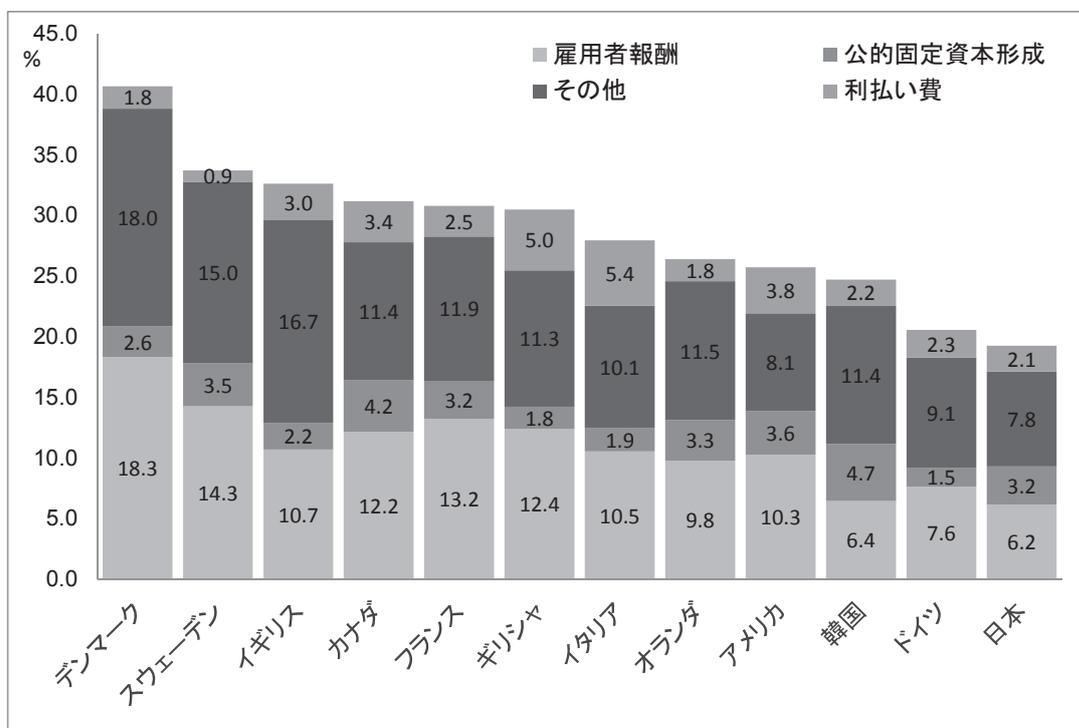
図表Ⅲ-1-1 一般会計における主な歳出の推移（1980年度～2012年度）



(注) 決算の数値

(出所) 財務省「財政統計」2 予算および決算の分類 (1) 主要経費別分類などより作成。

図表Ⅲ-1-2 非社会保障支出の国際比較（対名目 GDP 比、2012 年）



(注) 「その他」は物件費、経常移転、資本移転、補助金等を含む。

(出所) OECD のデータを元に作成。

こうした現実を直視すれば、消費税引き上げの先延ばしにより社会保障改革が先送りされることがあってはならないことは明らかだ。遅滞なく社会保障改革を行っていくことが肝要であり、そのためには社会保障支出の削減の具体的な方策の議論を始めることが重要だ。

例えば、医療分野では無駄な治療・投薬の是正、入院医療から在宅医療への提供体制の転換促進、また、介護分野では軽度者（要支援1,2、要介護1）の給付削減、年金分野では公的年金等控除の圧縮などが挙げられる。

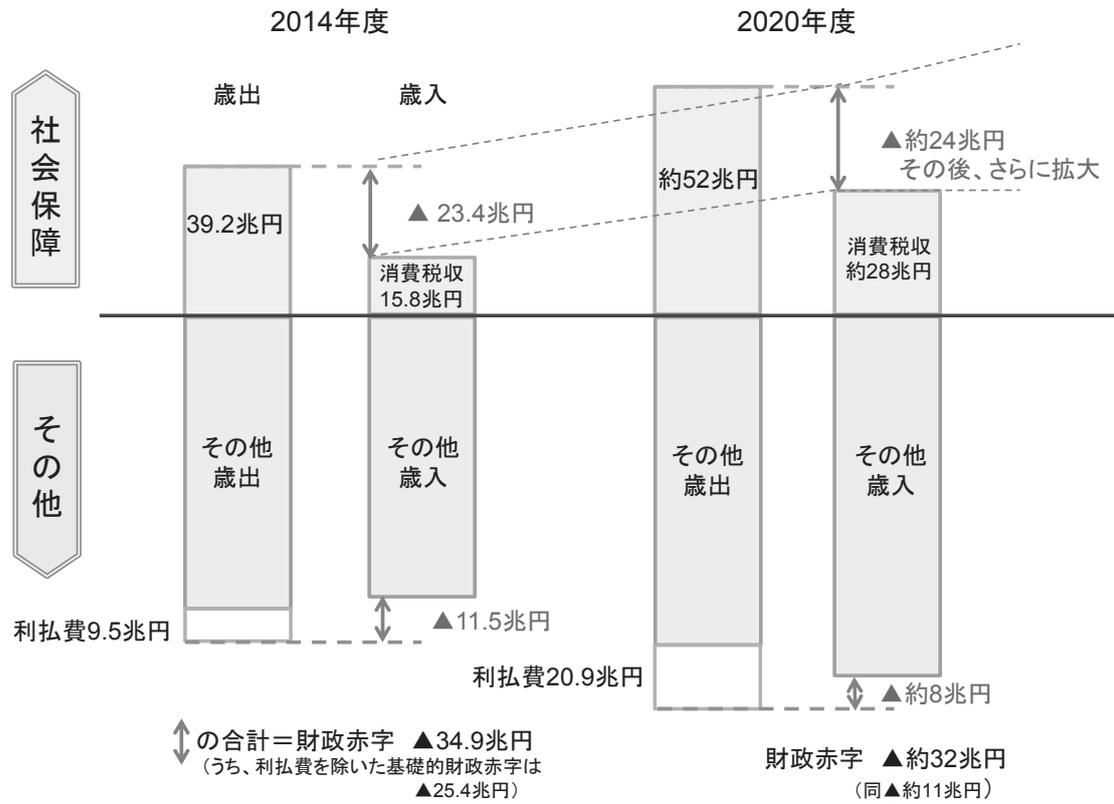
もちろん、社会保障給付を削減すればそれでよいわけではない。給付と負担のバランスを考えながら、国民生活のセーフティーネットとして社会保障給付を維持し、国民生活の質を維持・向上させつつも、過剰に費用がかかっている部分の効率化や、社会保障にとって真に有用ではない支出の見直しが必要なことはいうまでもない。

5. 社会保障の受益と負担の均衡により財政規律を確立せよ

中長期の国と地方の財政規律の確立のためには、社会保障の財源を消費税によって確保することで社会保障の受益と負担の均衡を目指すことが基本となる。このため、まずは社会保障給付の改革を行うが、その上で残る赤字には、さらなる消費税の引き上げによる対応が必要となる。と同時に、拡大が見込まれる利払費を含む非社会保障支出については、消費税以外の税で賄うこととする。ここで社会保障給付の負担増を消費税に求める理由は、消費税が景気動向に左右されない安定的な財源であること、また、将来世代に付けを回すことなく、今を生きる世代が老若を問わず負担することから社会保障の財源としてふさわしい特徴を兼ね備えているためである。

このように社会保障と消費税をそれ以外の歳出と歳入の枠組みと分けて捉えることにより（図表Ⅲ-1-3）、財政収支の改善を図り、わが国の財政規律を確立することができる。このことは、国民が消費税の水準を選択することによって、社会保障の在り方を主体的に決定することにほかならない。

図表Ⅲ-1-3 社会保障とその他の2つの枠組み（国・地方の予算）



本稿は、2015年2月にNIRA オピニオンペーパーNo.14として公表したものである。

＜参考2＞ NIRA 有識者提言第2弾

財政健全化に向けた具体策はここにある

1. 「2020年度の黒字化」を実現する上での基本理念

団塊世代が75歳に到達する2020年代初までという時間制約、異常な債務残高と堅実さに欠く政策対応、そして、金利上昇リスクの高まり。日本財政を取り巻く環境が厳しい今こそ、財政規律を確立するための道筋を、2020年度の財政目標の法定化という強い決意で示し、政府財政への信認を揺るぎないものとしなければならない。

2. 「黒字化」を実現するための要対応額

2015年2月12日に公表された内閣府の試算によれば、2020年度の基礎的財政収支黒字化目標を実現するための要対応額は、今後の経済成長率を最大限高めに見積もったとしても（経済再生ケース）、なお9.4兆円程度に上る。日本経済の実力にあったより慎重な経済見通しに立てば要対応額はさらに7兆円程度増加する。つまり、経済成長だけでは財政健全化は実現できないことは明らかだ。これ以上望めぬほどかなり楽観的な名目成長率が続くと仮定することは、黒字化達成に向けてさらなる税の自然増収は期待できず、歳出削減と増税による税収確保を一体として改革することから政府は逃げられないことを意味している。しかしながら、現時点で、黒字化目標を達成するための具体策を、政府は何も示していない。

3. 基礎的財政収支と債務残高比率の関係

また、内閣府試算によれば、2020年度に基礎的財政収支が黒字化しない場合でも債務残高対GDP比率は緩やかに低下する姿となっている。これを捉えて、債務残高対GDP比率さえ低下すればよく、基礎的財政収支の黒字化目標に固執すべきではないという議論もあるようだ。

しかし、債務残高比率の動きは、ひとえに、足元の名目金利が名目成長率よりも極端に低くなっていることを反映したものにすぎない。将来的にデフレ脱却が達成されれば、名目金利の水準も正常化することが見込まれる。金利が成長率よりも高いという堅実な想定の下、まずは、財政健全化という「長い道のり」の「一里塚」である基礎的財政収支黒字化という目標を断固堅持しなければならない。

4. 「黒字化」を実現するための社会保障削減策

第1弾では、非社会保障支出の削減余地はかなり限られ、財政健全化のためには、まず、社会保障支出における過剰な支出の削減や効率化への追求に焦点を当てる必要性を説いた。

われわれは、ここにその具体策を提示する。われわれの試算によれば、医療・介護・年金の各分野において下記のような個別具体的な改革策の実行により、社会保障の質を落とさずに公費ベース¹で、3.4兆円～5.5兆円程度基礎的財政収支赤字を削減することが可能である（図表Ⅲ-2-1）。これらは、容易に実現できるものではないが、政府が基本方針を示して国民に理解を求めれば実現可能な方策だ。

（1）医療 … 診療の標準化と「施設から地域へ」

日本の医療は、複雑な規制と制度が現場を縛っているというイメージがあるが、実は、医療の現場で何が提供されるかに関しては行政の政策的な介入が少なく、民間病院、国公立病院、大学病院が乱立し、自由競争を行う、世界でも類を見ない自由放任主義的な体制である。

また、医療機関の診療科目の標榜は自由で、開業場所の制限もなく、過剰に導入されている最新の医療機器に伴う購入資金回収と利益を求めて患者の奪い合いが生じている。これは医療資源の地域偏在の原因でもある。それに加え、保険診療は基本的に出来高払いであるため検査や治療、投薬が過剰になっても実質的に歯止めがない。その結果、欧米諸国を圧倒的に上回る年間受診回数や病床数、長い入院期間という過剰医療が発生している。

こうした過剰な医療を改善することは、医療の質を確保しつつ医療費削減につながる。例えば、具体的な方策としては、病院・診療所の再編、入院・外来診療の標準化による医療提供体制の改革（病床数の多い地域での病床数の全国平均並みあるいは全国最低県並みまでの削減を含む）、ジェネリック医薬品の普及、調剤薬局技術料・過剰

¹ ここでの公費ベースとは、国と地方の税等を財源とした支出を意味する。社会保険料を財源とした支出は含まない。

投薬の抑制、薬価の適正化等が挙げられる。こうした取組の徹底により、公費で見て1.9兆円～4.0兆円程度の削減が見込まれる。

図表Ⅲ-2-1 社会保障の削減施策と削減額の例示

以下により、合計3.4兆円～5.5兆円程度の削減（公費ベース）が可能

1. 医療提供体制の改革 0.8兆円¹～2.7兆円²
（試算方法）1人当たり医療費（年齢補正後）が全国平均を上回る道府県での病床数の削減や入院受療率の低下等により全国平均並み¹、あるいは全国最低県並み²に抑制できるとして試算。公費割合を掛けて算出。
2. ジェネリック医薬品の普及 0.3兆円¹～0.5兆円²
（試算方法）後発医薬品の数量シェアが現状の50%程度から80%¹、あるいは100%²になるとして算出。公費割合として38.6%（2012年度実績）を仮定。
3. 調剤医療費の抑制・薬価の適正化 0.8兆円
（試算方法）調剤医療費については、調剤薬局技術料・過剰投薬の抑制により、7兆円程度（2013年度実績）が1割削減されると仮定。また、薬価については、薬価を毎年改定することで診療報酬全体の1.2%削減できるとして算出。公費割合として38.6%を仮定。
4. 介護給付の効率化・自己負担引き上げ等 1.1兆円
（試算方法）介護保険費用のうち要介護2～5の自己負担（1割）は0.6兆円に相当。自己負担を2倍（負担月額上限を撤廃しつつ負担を2割へ引き上げ）にすることより0.6兆円のうち公費割合52%（2012年度実績）分の0.3兆円が削減できる試算。さらに、要支援1、2および要介護1の介護サービスを全額自己負担とした場合の削減額は1.5兆円。これに公費割合52%を掛けた0.8兆円が削減可。また、これらは給付効率化でも同金額で代替可能。
5. 公的年金等控除の圧縮 0.4兆円
（試算方法）65歳以上の年金所得者に対する最低控除額上乘せ分を廃止するものとして試算。

（注）上記は比較的早期に実行可能と考える施策の例示である。

また、本試算結果は重複している部分もあり、幅を持って解釈されるべきものである。

(2) 介護 … 要介護認定の精緻化と軽度者から重度者へ

介護給付は、社会保障給付の中で2020年代に向けて最も増加率が高い。今後、団塊世代の要支援・要介護者が急増すると予想され、軽度者への介護サービスは、重度化を防ぐ意味では重要だが、実際にはその効果についての検証が十分になされていない。科学的エビデンスを蓄積して、真に重度化を防ぐサービスに重点化することがさらに必要である。そのためには、要介護認定の精度を高め、介護サービスの質を標準化することが求められる。

介護にまつわる財政負担の増加を国民に求める前に、介護給付の出し方を工夫して絞ることによって、負担増の度合いを抑制しなければならない。例えば、要介護2～5の介護給付の1割を効率化して抑制（または自己負担を現行の1割から2割へ引き上げ）し、要支援1,2および要介護1の給付を真に重度化予防に効果的なものだけに限定（または介護サービスの全額自己負担化）を行えば、公費ベースで1.1兆円程度の削減が可能となる。

(3) 年金 … 老後の所得保障強化と世代間での財源分担

年金制度に関しては、制度の持続可能性、給付の十分性の両面から見た抜本的な改革が必要である。

制度の持続可能性を高めるためには、①物価・賃金の伸びが低い場合でもマクロ経済スライドが発動される仕組みにして、現役世代に過度な負担を求めない給付水準に調整を行うこと、②標準的な支給開始年齢を67～68歳まで段階的に引き上げて、将来の若年世代の負担が重くならない水準にすることが必要となる。さらに、③世代間格差の是正のためにも、公的年金等控除の廃止等を通じて、高収入の年金受給者にも所得に応じた税負担をお願いし、公的年金制度を維持するために各世代ができるだけ偏りなく負担を分かち合う態勢を強化する必要がある。

安心できる老後の生活を保障するには、低所得・低年金層の所得保障を強化することが欠かせない。困っている人を年金で集中的に支援する姿勢が重要である。そのためには、被用者年金のさらなる適用拡大のほか、公的年金支給開始前の3～5年程度を対象にした「つなぎ年金」や、目減りする公的年金給付を補完する「上乘せ年金」など、私的年金の充実等による柔軟な対応がこれまで以上に必要となる。

これらの改革のうち、2020年度までに実行可能で公費の削減に寄与するのは、例えば、公的年金等控除の圧縮が挙げられ、0.4兆円程度の削減額が可能となる。

5. 長期的に目指すべき健全財政

これまで見てきたような厳しい改革を実施した場合にでもなお、不足する削減額については、増収で賄うしかない。経済再生ケースの 9.4 兆円程度の要対応額を前提とすると、機械的に試算すれば、上記のように社会保障支出を 3.4 兆円～5.5 兆円程度削減する場合は、例えば、消費税率 2%前後の引き上げ²が必要となる。

ただし、消費税率の引き上げが直ちに満額の税収増をもたらすわけではないため、2020 年度に消費税を引き上げる場合には、追加的な支出削減が必要となる。例えば、欧米諸国と比較すればなお水準の高い公共事業を 2 兆円前後削減することを覚悟する必要がある。

上記の社会保障支出削減と消費税率引き上げの組み合わせはあくまで例示にすぎない。社会保障支出を維持したいなら、その分は消費増税で賄うべきものである。社会保障支出削減や消費税率引き上げに反対するのであれば、他の具体的な支出削減あるいは増税項目や規模を明示することが責任ある議論を展開する上で不可欠である。なお、現在導入が検討されている消費税の軽減税率については、低所得者の負担軽減対策としては効果が低いこと、税収が減少しさらなる増税が必要となること、などから反対である。

内閣府の試算によれば 2020 年度に基礎的財政収支均衡が達成されたとしても、18 兆円程度の財政赤字が依然として残る。基礎的財政収支の均衡は財政再建の第 1 歩にすぎない。長期的な財政健全化を達成するためには、社会保障の財源を消費税によって確保することで社会保障の受益と負担の均衡を目指すことが基本となる。そのためには、支出の効率化を絶え間なく続けていくとともに、2020 年度以降においても消費税率を数年ごと、例えば、前回の引き上げの影響を懸念する必要がないと考えられる 3 年ごとに数%（例えば 2～3%）ずつ引き上げていく必要がある。

このように歳出歳入両面から厳しい改革を継続的に行うことによってのみ、財政を健全な状態で次世代に渡せることを肝に銘じるべきである。

もともと、これらの社会保障改革は財政健全化の目的のためだけに行われるべきものではない。社会保障の過剰な支出の削減や効率化によって、社会保険料や自己負担は軽減できる。事業主の社会保険料負担や逆進性の強い社会保険料負担の軽減を通じて、経済成長や国民生活の質の向上にもつながることを忘れてはならない。

² 消費税率 1%引上げで 2～3 兆円程度の増収を仮定。

コラム 医療費の削減を具体的にどう実現するか？

医療分野の個々の政策・制度変更でどの程度の削減額が可能かについては、森山美知子広島大学教授らによる医療現場での地道な取組の成果が参考になる。そこからは、慢性疾患の重症化予防、透析導入の回避、発症・再発予防による入院予防の医療費適正化の効果が大きいことがわかる。

例えば、広島県呉市で重症化予防として実施した、看護師による糖尿病性腎症者に対する疾病管理プログラムでは（国民健康保険被保険者を対象、年間70人）、年6.3千万円（医療費ベース、推計）の医療費削減の効果があつた。同時に、重症化して透析治療に移行する者の数も減少した。また、要介護の最大の要因である脳卒中を発症した者（軽症者）に再発予防の保健指導を行った事例では、1年以内の再発率は5.5%から2.5%に抑えられた。さらに、広島県では「心臓いきいき事業」を実施し、多職種連携による医療チームが心不全の疾病管理を行うことで、重症心不全患者の再入院率を50%以下に減らすことに成功した。

加えて、呉市では、同一の傷病名で複数の医療機関に受診しているなどの重複・頻回受診者（約200人）に対して訪問指導を行い、複数の診療や投薬を減らすことで年1.6千万円分の医療費を削減した。また、ジェネリック医薬品への切り替えが可能と思われる対象者に通知を送付したところ、通知開始後2年で約7割の対象者がジェネリック医薬品への切り替えを行うに至った。現在は約8割以上が切り替えており、薬剤費削減額は累計で6.5億円となる（医療費ベース、通知開始の2008年7月～2014年3月までの合計）。

NIRA 財政・社会保障制度に関する研究会

<メンバー>

研究会委員

- | | |
|-------|-------------------------|
| 土居 丈朗 | 慶應義塾大学経済学部教授 |
| 鶴 光太郎 | 慶應義塾大学大学院商学研究科教授 |
| 井伊 雅子 | 一橋大学国際・公共政策大学院教授 |
| 小塩 隆士 | 一橋大学経済研究所教授 |
| 西沢 和彦 | 日本総合研究所上席主任研究員 |
| 柳川 範之 | NIRA 理事/東京大学大学院経済学研究科教授 |

NIRA

- | | |
|-------|------------------------|
| 神田 玲子 | 理事/研究調査部長 |
| 飯塚俊太郎 | 研究調査部研究員 |
| 川本 茉莉 | 研究調査部研究コーディネーター・アシスタント |



社会保障改革しか道はない
—2025年度に向けた7つの目標—

発行 2015年5月
公益財団法人 総合研究開発機構
〒150-6034 東京都渋谷区恵比寿 4-20-3
恵比寿ガーデンプレイスタワー34階
電話 03(5448)1710
ホームページ <http://www.nira.or.jp/>



NIRA とは

総合研究開発機構（NIRA）は、わが国の経済社会の活性化・発展のために大胆かつタイムリーに政策課題の論点などを提供する民間の独立した研究機関です。

学者や研究者、専門家のネットワークを活かして、公正・中立な立場から公益性の高い活動を行い、わが国の政策論議をいっそう活性化し、政策形成過程に貢献していくことを目指しています。

研究分野としては、国内の経済社会政策、国際関係、地域に関する課題をとりあげます。

1974年政府認可法人として設立後、2007年財団法人を経て、2011年2月に「公益財団法人」に認定されました。